

## حساسية الصوت الانتقائية (الميسوفونيا) وعلاقتها بمستوى القلق الاجتماعي لدى الأطفال المعاقين بصرياً

\* د. غادة عبد السلام محمد \*

تم إرسال البحث ٢٠٢٢/١٠/٦ تم الموافقة على النشر ٢٠٢٢/١٠/٣٠

### ملخص البحث :

استهدف البحث الحالي الكشف حساسية الصوت الانتقائية (الميسوفونيا) وعلاقتها بمستوى القلق الاجتماعي لدى الأطفال المعاقين بصرياً، تكونت العينة الأساسية للبحث من (٢٠) طفلاً وطفلةً من ذوي الإعاقة البصرية من مدرسة النور للمكفوفين وجمعية الإسكندرية للمكفوفين بالإسكندرية، وتراوحت أعمارهم بين (٨ - ١٢ سنة)، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين (١٠) أطفال من المعاقين بصرياً كلياً، و(١٠) أطفال من المعاقين بصرياً جزئياً، واستخدمت الباحثة الأدوات التالية: مقياس الميسوفونيا (إعداد الباحثة)، مقياس القلق الاجتماعي (إعداد الباحثة)، وأسفرت نتائج البحث عن: وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة في مقياس الميسوفونيا وبين درجاتهم على مقياس القلق الاجتماعي، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد القلق الاجتماعي والدرجة الكلية وفقاً للنوع (الذكور والإناث)، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد القلق الاجتماعي والدرجة الكلية وفقاً لطبيعة الإعاقة (كلية /جزئية).

\* مدرس علم نفس الطفل - كلية التربية للطفولة المبكرة - جامعة الإسكندرية.

## **The effect of selective sound sensitivity disorder (Misophonia) on social anxiety level among impaired children**

**Dr. Ghada Abdel Salam Mohamed. \***

### **Abstract:**

The current research aimed to detect selective sound sensitivity (misophonia) and its relationship to the level of social anxiety among visually impaired children. Their ages ranged between (8-12 years), and they were divided into two groups (10) children who are completely visually impaired, and (10) children who are partially visually impaired. The researcher used the following tools: Misophonia scale (prepared by the researcher), social anxiety scale, prepared by (Researcher), and the results of the research resulted in: There is a statistically significant correlation between the average scores of the sample members in the Misophonia scale and their scores on the Social Anxiety Scale, and there are statistically significant differences in the dimensions of social anxiety and the total score according to gender (males and females), and there are differences Statistically significant in the dimensions of social anxiety and the total degree according to the nature of the disability (total / partial).

---

\* Lecturer at the Department of Psychological Science, Faculty of Early Childhood Education, Alexandria University.

## الكلمات المفتاحية: Keywords

- الأطفال المعاقين بصرياً. Visually impaired children
- حساسية الصوت الانتقائية (الميسوفونيا).  
Selective sound sensitivity (misophonia)
- القلق الاجتماعي. Social anxiety

## مقدمة:

من الطبيعي أن يشعر الإنسان العادي ببعض المشاعر الخاصة بالخوف والقلق خلال بعض المواقف الاجتماعية وخاصةً مع وجود بعض الغرائب، وقد تزداد تلك المشاعر ويزيد مستوى القلق لدى الأطفال ذوي الإعاقة البصرية.

فالإعاقة البصرية تفرض على المصاب كثيراً من القيود نتيجة قصور أو غياب حاسة البصر وتتمثل تلك القيود في ضعف حرية الحركة واعتماده على من حوله وعلى حواسه الأخرى.

وترى عبد الشافي (٢٠٢٠) أن اعتماد المعاق بصرياً على باقي حواسه لا يوفر الكفاية اللازمة لاكتساب المعلومات فحاسة الإبصار هي وحدها التي تتفرد بنقل ما يحدث في العالم من حوله وواقعه البيئي.

وتشير (Kim de Verdier 2018) أن عدد المعاقين بصرياً حول العالم يصل إلى ٤٥ مليون معاقاً بينما يصل عدد المكفوفين في مصر إلى ٧٢٧ ألف كفيفاً حيث يصل معدل الزيادة في العالم إلى ١٥ ألف كفيفاً.

ويرى زيدان (٢٠١٧) أن الطفل الكفيف يعتمد في تكامل معلوماته وتكوينها ونظراته لنفسه وعالمه المحيط على الحواس الباقية كاللمس والسمع، ولذا فهو يحتاج لجهود مضاعفة وقدرات ذاتية عالية مقارنة بالفرد العادي.

ويرى جردات (٢٠١٥) أن المعاقين بصرياً أكثر عرضة للقلق من أقرانهم المبصرين بل وأكثر عرضة لتدني مفهوم الذات والنظرة السلبية للذات وأشد شعوراً بالإحباط والوحدة والقلق.

ويرى سعد (٢٠١٦) أن حاسة الإبصار تساعد الأفراد على تطوير واكتساب سلوكهم الاجتماعي والتأقلم مع العالم الخارجي ونتيجة القصور في حاسة البصر فإن الأداء الوظيفي للفرد يتأثر بالسلب وكذلك جوانب الشخصية وخاصة الاجتماعية.

ويعتمد المعاقون بصرياً في المقام الأول على حاستي اللمس والسمع لتعويض القصور في حاسة البصر محاولةً منهم في التكيف والتأقلم مع محيطهم الخارجي ومحاولة السيطرة على عجزهم في التحرك بحرية ومحاولة الاندماج مع الآخرين والشعور بالتقبل، وعندما يحدث قصور في أحد الحواس الأخرى يصبح الأمر كارثياً كما في حال الإصابة باضطراب الصوت الانتقائي (الميسوفونيا).

ويعد اضطراب الصوت الانتقائي أو الميسوفونيا والتي يشعر فيها المصاب بردود فعل شديدة لا إرادية تجاه أصوات معينة من نوع من الاتصال غير الطبيعي أو اللا منطقي بين المراكز السمعية في القشرة السمعية والدماغ والقشرة البطنية قبل الحركية والتي من وظيفتها التحكم في حركة الفم والوجه والحلق (Steven Taylor, 2017).

وتشير أن اضطراب حساسية الصوت الانتقائية تصيب حوالي ١٥% من البالغين حول العالم وهي أكثر شيوعاً في النساء عن الرجال (Ciecek, Hocaoglu, 2018).

وعادةً ما يعاني المعاقين بصرياً من كثير من الاضطرابات النفسية ويلجأون للتخيل والحيل اللاشعورية للهروب من حالات القلق التي تصيبهم

وبخاصة القلق الاجتماعي الذي يتمثل لديهم في الخوف من عدم التقبل والصراع بين محاولتهم للتمتع بالحياة أو الانسحاب للشعور بالأمان والهروب من الإحساس بالرفض من المحيطين لأنهم لا يعرفون كيف يتعاملون مع الآخرين (فريال شينكات، ٢٠١٤).

وترى الباحثة أن فقدان حاسة البصر يغير الحياة العقلية والانفعالية للفرد ويسير بالمعاق بصرياً نحو الإحساس بالعجز والإحباط والقلق من الأفراد والبيئة من حوله؛ لافتقاده الأمان وشعوره المستمر أنه معرض للخطر وفي أفضل الظروف قد يسلك المعاق بصرياً سلوكاً تعويضياً ليتدى عجزه ويحاول الاندماج في عالم المبصرين، أما عن إصابة المعاق بصرياً باضطراب حساسية الصوت الانتقائي والذي يؤدي بدوره إلى زيادة الشعور بالقلق والاضطراب وإنتاج نوبات من الغضب عند التأثر بالمحفزات الصوتية المسببة للاضطراب بل وفقدان السيطرة على أفعالهم، مما يزيد نفور المحيطين من المعاق بصرياً وبالتبعية يزيد شعوره بالنبذ والقلق والخوف من الخروج والاندماج في المجتمع من حوله فيفضل الانسحاب والانطواء محاولةً منه لخفض شعوره بالقلق الاجتماعي الذي يعاني منه.

#### مشكلة البحث:

يعتمد إدراك الفرد للعالم الخارجي على المعلومات التي عادةً ما يستقبلها عبر الحواس وعند حدوث قصور في أحد هذه الحواس ينجم عنه اضطرابات وآثار اجتماعية ونفسية و معرفية وسلوكية عديدة. وحاسة البصر تسمح للفرد رؤية الأشياء والتعرف على جوانب البيئة وتجعله يقدم على التفاعل والتواصل مع الآخرين والتوافق معهم بالشكل الصحيح، لذا فهي تساهم في نمو سلوكه الاجتماعي والسيطرة على محيطه دون خوف أو تأثير بالسلب على جوانب الشخصية المختلفة للفرد وخاصةً الاجتماعية

فيفقد فيها أهم عناصرها وهي التواصل والتفاعل مع الآخرين. بالإضافة إلى شعور المعاق بصرياً بالتهديد والخطر من محيطه وفق الآخرين من حوله ويعتمد عادةً المعاقون بصرياً في المراحل الأولى من حياتهم على حاسة السمع أكثر من الحواس الأخرى في تعلم اللغة والتي تعد حجر الزاوية لنمو السلوك الاجتماعي. وعند حدوث قصور أو اضطراب يصيب حاسة السمع كاضطراب الحساسية الصوتية (الميسوفونيا) فإن الفرد يعاني من قصور في الإدراك البصري والسمعي معاً مما يزيد من العزلة الاجتماعية للمعاق بصرياً ومعدل القلق لديه والذي بالتبعية يؤثر عليه أيضاً سلوكياً ومعرفياً وانفعالياً.

### مشكلة البحث:

- ١- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات أفراد عينة البحث من الأطفال ذوي الإعاقة البصرية على مقياس اضطراب الصوت الانتقائي (الميسوفونيا) ودرجاتهم على مقياس القلق الاجتماعي؟
- ٢- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد القلق الاجتماعي والدرجة الكلية وفقاً للنوع (الذكور والإناث)؟
- ٣- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعاقين بصرياً كلياً والمعاقين بصرياً جزئياً والأطفال العاديين المصابين باضطراب الميسوفونيا على مقياس القلق الاجتماعي؟

### أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى:

- ١- التعرف على العلاقة الدالة إحصائياً بين القلق الاجتماعي لدى المعاقين بصرياً والإصابة باضطراب الميسوفونيا.

- ٢- الكشف عن فروق الدلالات الإحصائية بين مستوى القلق الاجتماعي بين البنات والبنين من ذوي الإعاقة البصرية المصابين بالميسوفونيا.
- ٣- الكشف عن فروق الدلالات الإحصائية مستوى القلق الاجتماعي بين كلاً من المعاقين بصرياً كلياً والمعاقين بصرياً جزئياً والأطفال العاديين المصابين بالميسوفونيا.

### أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث الحالي في:

- ١- إلقاء الضوء على الإصابة باضطراب الميسوفونيا لدى الأطفال المعاقين بصرياً والأطفال العاديين ومستوى القلق الاجتماعي لديهم.
- ٢- التعرف باضطراب الميسوفونيا وإلقاء الضوء على معاناة المصابين به.
- ٣- المساعدة على رصد المتغيرات الخاصة باضطراب الميسوفونيا.
- ٣- الإسهام في لفت أنظار القائمين على رعاية أطفال اضطراب طيف اضطراب طيف التوحد إلى التأثيرات الإيجابية لألعاب الواقع الافتراضي على تحسين المرونة المعرفية لديهم.

### مصطلحات البحث:

#### ١- اضطراب الصوت الانتقائي (الميسوفونيا) Misophonia:

هو اضطراب عصبي يُساء فيه تفسير المنبهات السمعية وأحياناً البصرية من قِبَل الجهاز العصبي المركزي، ولا يرجع هذا الاضطراب إلى مشكلة في الأذنين ولكن لخلل يصيب جهاز السمع المركزي في المخ (Mercede Erfanian, 2018).

وتعرفه الباحثة إجرائياً على أنه "اضطراب في الجهاز السمعي المركزي يصيب الأطفال المعاقين بصرياً أو كلياً أو حتى الأطفال العاديين، وينتج عنه اضطراب في تفسير المثيرات السمعية التي تتميز بالتركرارية، وتؤدي

إلى زيادة مستوى القلق الاجتماعي لدى الأطفال ويصاحبه حالة من الغضب والذعر والعدوان.

## ٢ - القلق الاجتماعي (Social anxiety disorder (SAD):

هو حالة من الاضطراب الشديد نحو المواقف التي تتطلب التواجد في جماعة، وتلك المواقف قد تكون مألوفة أو غير مألوفة ومحاولة تجنبها والإحساس بالتوتر الشديد والقلق حتى بمجرد التفكير فيها خوفاً من الشعور بالحرج والقلق من حكم الآخرين وشعور الفرد أنه مراقب دائماً مما يدفعه لتجنب تلك المواقف (الفاروق، ٢٠١٩).

وتعرفه الباحثة إجرائياً هو الشعور لعدم الراحة والتوتر الشديد عند مشاركة الفرد في أي من المواقف الاجتماعية يتوقع فيها التهديد من قبل الآخرين، مما يدفعه من تجنب تلك المواقف الاجتماعية والانسحاب منها بوضوح.

## ٣ - الإعاقة البصرية (Visual disability):

هي ضعف أو فقدان لحاسة البصر ينتج عنها الحد من القدرة على استخدام البصر بكفاءة وفاعلية بصورة طبيعية تؤثر بالسلب على نمو الفرد وأداءه وإدراكه الصحيح للأشياء، وتشمل الضعف أو العجز في الوظائف البصرية الخمس وهي رؤية الألوان والتكيف البصري والبصر المحيط والبصر المركزي والبصر الثنائي (يعقوب، ٢٠١٦).

وتعرفه الباحثة إجرائياً الأطفال الذين ولدوا بضعف أو فقدان لحاسة الإبصار أو فقدوا بصرهم بعد الميلاد ولا يشعرون بالضوء أو لديهم تمييز ضعيف للمرئيات ويعتمدون اعتماداً كلياً على حواسهم الأخرى في حياتهم اليومية وتكون حدة الإبصار لديهم (٢٠ / ٢٠٠) أو أقل وذلك مع استخدام العدسات الطبية.

### حدود البحث:

- الحدود البشرية: تكونت العينة الأساسية للبحث من (٢٠) طفلاً وطفلةً من ذوي الإعاقة البصرية من مدرسة النور للمكفوفين وجمعية الإسكندرية للمكفوفين بالإسكندرية، وتراوح أعمارهم بين (٨ - ١٢ سنة)، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين (١٠) أطفالاً من المعاقين بصرياً كلياً، و(١٠) أطفالاً من المعاقين بصرياً جزئياً.
- الحدود الزمنية: تم تطبيق أدوات الدراسة خلال الفصل الدراسي الأول (٢٠١٩ - ٢٠٢٠).

### الإطار النظري والدراسات السابقة:

#### الأطفال ذوي الإعاقة البصرية:

تمثل حاسة البصر النافذة الرئيسية التي يفتح من خلالها الأطفال على العالم من حولهم والتي يمكن اعتبارها المستقبلات الحسية التي تستقبل المثبرات المختلفة من البيئة المحيطة وتمكنهم من الاتصال من الآخرين.

وترى شنيكات (٢٠١٨) أن أي خلل في حاسة الإبصار يعتبر إعاقة بصرية، ويعتمد تصنيف الإعاقة البصرية في تلك الحالة على قياس حدة الإبصار ومجال الرؤية المتاحة لدى الفرد.

وتشير عبيد (٢٠١١) أن هناك الكثير من المعتقدات السائدة عن نمو زائد للقدرات الإدراكية للطفل المعاق بصرياً نتيجة إصابته البصرية، ولذا يجب معرفة الفرق بين نمو القدرات التمييزية الحسية والاستخدام الوظيفي للمعلومات التي يتم استقبالها وفاعلية الانتباه.

إن القدرات الحسية لدى المعاقين بصرياً لا تختلف كثيراً عن المبصرين أما عن فاعلية الانتباه فتزيد لدى المعاقين بصرياً عن المبصرين، ويرجع

ذلك إلى محاولات تركيز الانتباه من قبل المعاقين بصرياً ولأن عملية الحركة تعتمد على الإدراك السمعي والدلالات السمعية (سعيد، ٢٠٠٩).

وقد تفرض الإعاقة البصرية أنواعاً متعددة من القصور الناتج عن فقد حاسة الإبصار أو نقصانها منها المشكلات الحركية والاضطرابات الانفعالية كالعصبية والانطواء، وكذلك بعض حالات القلق النفسي والخوف وفقدان الطموح والاكتماب النفسي (عبد الواحد، ٢٠١٢).

وترى دراسة السيد (٢٠١٨) تمثل الإعاقة البصرية إحدى فئات التربية الخاصة التي تحتاج إلى كثير من الخدمات حيث تمثل حوالي ٧٥ مليون معاقاً بصرياً على مستوى العالم.

ويعرف عواد وشريت (٢٠٠٨) الإعاقة البصرية بأنها حالة من الضعف البصري التي تعوق الفرد عن استخدام حاسة الإبصار بكفاءة وتؤثر بالسلب على نموه وأدائه.

ويرى عبد الله (٢٠١٢) أن الإعاقة البصرية هي الضعف أو الكف في حاسة البصر لدرجة تحد من قدرات الفرد على استخدامها بطريقة فعالة مما يؤثر بالسلب في مراحل نموه وأدائه.

وتعرف خليل (٢٠١٤) الإعاقة البصرية على أنها ضعف القدرة على الإبصار سواء بالفقدان الكلي للبصر أو الجزئي وعدم القدرة على القيام بالمهام اليومية البسيطة وتنقسم الإعاقة البصرية إلى:

١- الكفيف الكلي: وهو الذي تصل حدة الإبصار لديه ٢٠/٢٠٠ قدماً أو أقل في العين الأقوى بعد التصحيح.

٢- الكفيف الجزئي: وهو الذي تصل حدة الإبصار لديه من ٢٠/٧٠ إلى ٢٠/٢٠٠ قدماً في العين الأقوى بعد التصحيح (سالم، ٢٠١٧).

## تصنيف الإعاقة البصرية:

يمكن تصنيف الإعاقة البصرية تبعاً لكثير من المتغيرات يمكن إيجازها فيما يلي:

### ١- التصنيف تبعاً لشدة الإعاقة البصرية:

ويتم التقسيم تبعاً لمجموعتين رئيسيتين:

- ضعف البصر والتي يستطيع فيها الفرد استخدام البصر في التعلم إلا أن إعاقته البصرية تتداخل بالسلب مع قدراته الوظيفية اليومية.
- كف البصر: وفيها يستخدم الفرد بعض الحواس الأخرى كالسمع واللمس في التعلم ولا يستخدم الإبصار بطريقة وبفئة (رسلان، ٢٠١٤).

وتصنف شنيكات (٢٠١٤) المعاقين بصرياً إلى أفراد لا يرون شيئاً ولم يروا أبداً وفئة أخرى أفراداً لم يبصروا ثم أصبحوا يبصرون قليلاً بعد التدخل الجراحي، ومنهم من يميزون الضوء والألوان وفئة أخرى من أبصروا جيداً ثم أصابوا بالعمى ومنهم من كانوا ضعيفي البصر وأصبحوا لا يرون تماماً.

وتقسيم (Marina 2019) المعاقين بصرياً إلى مجموعتين الأولى من ذوي الإعاقة البصرية الخفيفة والتي تظهر فيها الإعاقة البصرية عند الولادة أو خلال مراحل الطفولة الأولى والمجموعة الثانية هم من ذوي الإعاقة البصرية المكتسبة وفيها تظهر الإعاقة البصرية بعد عمر عامين.

### أسباب الإعاقة البصرية:

تختلف أسباب الإعاقة البصرية وأشكالها ودرجاتها ووقت حدوثها من طفلٍ لآخر. فعند ولادة الطفل بالإعاقة البصرية أو يُصاب بالإعاقة البصرية قبل سن الخامسة فيطلق على إعاقته الإعاقة البصرية الولادية وفي حال إصابة الطفل بها بعد سن الخامسة يطلق عليها الإعاقة البصرية المكتسبة أو الطارئة (Kim de verdier, 2018).

وترى دراسة (2018) Chris Hollis أن الفرق بين الإعاقة البصرية الولادية والإعاقة البصرية المكتسبة هو أن الأولى تحدث مع الميلاد أو في مرحلة مبكرة من عمر الطفل قبل سن المدرسة قبل أن يتعرف الطفل على المفاهيم والمدرجات البصرية وقبل أن يكون حصيلته كافية من تلك المدرجات ومكونات البيئة من حوله. أما بالنسبة للإعاقة البصرية المكتسبة التي تتم بعد سن الخامسة أي بعد تعرفه على المدرجات البصرية من حوله وتكوين مفاهيم عنها فإن المعاق إعاقة بصرية مكتسبة يمكنه استشارة الإدراك اللمسي أو الصوتي المرتبطة بالصور البصرية التي اكتسبها.

ويؤكد (2018) Francais أن أسباب الإعاقة البصرية ترجع إلى عوامل مختلفة لمرحلة ما قبل الولادة أو أثنائها أو ما بعدها في حين أن العوامل الوراثية تسبب الإعاقة البصرية قبل الولادة رغم أن تلك العوامل الوراثية قد تتأخر في الظهور لما بعد مرحلة المراهقة أو الرشد.

ويضيف (2018) Silverman أن من أسباب الإعاقة البصرية هي الإصابة ببعض الأمراض أو التعرض للحوادث وأحياناً إصابة الأجهزة العصبية ذات الصلة بالإبصار.

### خصائص الطفل المعاق بصرياً:

#### ١- الخصائص الجسمية:

لا تختلف الخصائص الخاصة بالنمو الجسمي للمعاقين بصرياً عن المبصرين من نواحي الطول والوزن وغيرها ولكن يواجه المعاق بصرياً صعوبات عديدة في ممارسته لأنشطة الحياة اليومية وخاصة الانتقال من مكانٍ لآخر.

والمعاق بصرياً لديه قصور في مهارات التناسق الحركي والتآزر العضلي؛ وذلك لمحدودية نشاطه الحركي وحرمانه من فرصة التقليد لكثير

من الأنشطة الحركية وانسحاب المعاق بصرياً من المشاركة في أي نشاط حركي لتوقع فشله فيه نتيجة لنقص معرفته لمكونات البيئة من حوله وصعوبة تكوين المفاهيم المكانية لديه (سالم، ٢٠١٧).

وترى شنيكات (٢٠١٤) أن المعاقين عقلياً يواجهون صعوبة في معرفة واقع الأشياء من حولهم وتحديد اتجاهاتها ومعرفة أماكنها.

وأن ظهور السلوك النمطي المتمثل في اللزمات الحركية كاهتزاز الجزء العلوي من الجسم أو رفع الحاجبين وغيرها من اللزمات يرجع إلى محاولة التعويض لعدم الإبصار أو الشعور بالتوتر والعزلة وأن تلك السلوكيات النمطية ما هي إلا محاولة لإعادة التكيف وإعادة التوازن ( Joe Bathelt, 2019).

## ٢- الخصائص المعرفية:

إن من أهم سبل الاكتشاف لدى الطفل المعاق بصرياً هو الاعتماد على حاستي الشم والسمع فقط لذا فإن تكوينه المعرفي دائماً ما يشوبه النقص (شعير، ٢٠٠٩).

وحددت دراسة (Maral Jolstedt 2018) ثلاث محددات رئيسية للنمو المعرفي لدى المعاقين بصرياً هي:

- محددات خاصة بإمكانية الحركة والتنقل.
- محددات خاصة بنوع الخبرات التي يتعرض لها.
- محددات خاصة بضبط البيئة والتحكم بها.

وتشير دراسة (Idawati 2020) أن التأخر في مظاهر النمو المعرفي تبدأ في عمر خمسة أشهر وتظهر بوضوح في سن المدرسة حيث يواجه الطفل المعاق بصرياً صعوبة في عملية التمثل والموائمة طبقاً لنظرية بياجيه للنمو المعرفي ويرجع ذلك لمحدودية الخبرات الحسية لديه وقصور في

تكوين العلاقات المكانية والمفاهيم المجردة واضطرابه في ربط الكلمات ومعانيها معاً.

### العوامل المؤثرة في السمات الشخصية للطفل المعاق بصرياً:

هناك بعض السمات الخاصة بشخصية الطفل المعاق بصرياً انفقت عليها الكثير من الدراسات التجريبية، وجدير بالذكر أن هناك بعض العوامل التي تساهم في ظهور أو اختفاء بعض تلك السمات في تحديد درجة حدوث الإعاقة البصرية والتي تختلف فيها استجابات واستعدادات الأطفال المعاقين بصرياً والتي تمثلها اختلاف قدراتهم تبعاً لدرجة فقدان البصر والتي تؤثر على قدرته في التنقل والحركة ودرجة اعتماده على نفسه والتعامل مع البيئة من حوله (Suzanne Haruer, 2019).

وتفيد دراسة (Matbijs Veruloed (2020 أن توقيت حدوث الإعاقة أو عمر الإصابة يؤثر تأثيراً بالغاً على شخصية المعاق بصرياً ومدى توافقه مع محيطه، فالإصابة بكف البصر قبل عمر الخامسة أو ما قبلها يصبحون على قدم المساواة مع من فقدوا بصرهم وقت الميلاد حيث تبدأ المفاهيم والمعلومات البصرية تبدأ في التلاشي تدريجياً من الذاكرة بمرور الوقت، ويتم الاعتماد بشكل كلي على باقي الحواس في اكتساب المعرفة والانتقال والحركة، وعلى النقيض من فقدوا بصرهم بعد سن الخامسة تبقى لديهم الصور الذهنية والخبرات البصرية في الذاكرة وتميل إلى النشاط والفاعلية في المجالات الإدراكية، وبالتالي يمكن استدعائها والاستفادة منها في تكوين المفاهيم.

إن كيفية حدوث الإعاقة البصرية في نمطها التدريجي أو المفاجيء تؤثر في شخصية المعاق بصرياً، فالفقدان المفاجيء للبصر يحدث صدمة للفرد ويشعر بالعجز الزائد والخوف من الظلام والتي ينتج عنها الانطواء

والانسحاب من المجتمع بل والتبلد الانفعالي الشديد وتكون بداية لظهور الميول الانتحارية أما مع فقدان التدريجي للبصر يبدأ الشعور بعدم الاستقرار وفقدان الأمل وتسود مشاعر الإحباط واليأس ( Marta lupon, 2018).

وترى دراسة محمد (٢٠١٦) أن حال العين ومظهرها وتغير حالة العين يؤدي إلى الاضطراب والقلق بسبب تشوه شكل العين في بعض الحالات أما في حالات الاستئصال فهي من أصعب المواقف التي يواجهها المعاق بصرياً والتي يقابلها بالاعتراض والرفض حيث يتحطم لديه كل أمل في استعادة بصره.

ويوضح القريطي أن الاتجاهات المجتمعية واتجاهات الأفراد المحيطين بالمعاق بصرياً لها أثر بالغ الأثر في تكوين شخصيته، فإما تتسم هذه العلاقات بالاهتمام المبالغ فيه أو الإهمال والنبذ، وفي كلا الحالتين ينتج عنها آثاراً سلوكية سلبية وفقدان الثقة بالنفس أما الاتجاهات المعتدلة والمرنة في التعامل مع المعاق بصرياً لها أثر داعم وبناء في نضجهم النفسي وشعورهم بالاستقلالية والاكتفاء.

ويؤكد فهمي (٢٠١٠) أن الحالة النفسية والمزاجية للمعاق بصرياً تحصره في عالم محدود يصعب عليه الاندماج مع المبصرين في أوقات تحتاج فيها إلى الشعور بالاستقلالية والحرية، وعند محاولة التحرر يصطدم بالعالم الخارجي ويتلقى كثيراً من الصدمات النفسية التي يرجعها إلى عجزه وعدم تمكنه للحركة بحرية أو السيطرة على البيئة المحيطة وتبدأ ميكانزمات الدفاع بالظهور محاولة منه للهروب من حالة القلق التي تسيطر عليه.

## المعاق بصرياً والقلق الاجتماعي:

وترى بعض الدراسات كدراسة (2018) Marta lupen ودراسة (2020) Matbijs veruloed أن الأطفال المعاقين بصرياً يواجهون الكثير من الصعوبات في عملية الاندماج والتفاعل الاجتماعي، ويرجع السبب إلى غياب المعلومات البصرية التي لها دوراً رئيسياً في تشكيل السلوك الاجتماعي لدى الأطفال، ففي مرحلة المهد تتأثر عملية التفاعل بين الأم وطفلها بغياب البصر حيث لا يستجيب الطفل لأمه بالقدر المطلوب، وكذلك عملية التقليد والمحاكاة التي يكتسب من خلالها الطفل مبادئ السلوك الاجتماعي.

وتشير الدليمي (٢٠١٩) أن هناك بعض أوجه القصور في المهارات التواصلية لدى المعاقين بصرياً خاصةً في مهارات التواصل غير اللفظي، فالطفل المعاق بصرياً لا يستفيد من عمليات التعلم العرض التي يحاكي فيها أقرانه أو المحيطين من حوله ويعجز عن تقليد تعبيرات الوجه في المواقف المختلفة، لذا تظل ملامحه صامتة مما يؤثر في سلوكه الاجتماعي.

وتضيف دراسة (2019) Reem Ghndour أن البداية الحقيقية لظهور مشكلة القلق الاجتماعي لدى المعاقين بصرياً هي رفض الوالدين لتقبل الإعاقة البصرية لدى أبنائهم كحقيقة واقعة والتي يعتبرونها مصدرًا للإزعاج في الأسرة أو بمثابة صدمة تحمل في طياتها مشاعرًا سلبيةً تشكل إرادياً أو لا إرادياً نوعاً من أنواع سلوك الرفض للطفل، والأمر نفسه مع أشقاء الطفل قد يرفضن الطفل المعاق بصرياً نظراً لاتجاهات آباءهم، وتبدو الإعاقة أنها ذنب اقترفه الطفل مما يعيق نموه النفسي والاجتماعي وفقدان شعوره بالأمن والهروب من ممارسة أي نمط من أنماط السلوك الاجتماعي.

وعلى نحو آخر ترى دراسة (2018) Candice Alfano أن الحماية والتدليل الزائد للمعاق بصرياً داخل الأسرة أو الخوف عليه من التفاعل مع المحيطين أو محاولة تحصيل خبرات من الأشياء المحيطة به يؤدي أيضاً إلى سلوك اجتماعي غير سوي فهو لا يتعامل إلا مع أشخاص محددة بعينها ويزيد مستوى القلق لديه عند التعامل مع أشخاص آخرين.

وقد حددت دراسة عبد الرحمن (٢٠١٦) أن المكفوفين يعانون من نوعين أساسيين من القلق أولهما قلق الانفصال وهو فقدان العلاقة بين المعاق بصرياً والأفراد الذين يمدونه بالمعلومات البصرية ويعينونه في تديره شئونه والنوع الآخر هو قلق فقدان الكلي للبصر والذي يعاني منه المصابون بالإعاقة البصرية الجزئية فيميلون إلى تجنب المواقف الاجتماعية والفشل في تكوين علاقات اجتماعية ناجحة.

وترى الباحثة أن الإعاقة البصرية وكل ما يحيط بها من مشكلات ناتجة عن قصور البصر أو فقدانه واعتماد المعاق بصرياً كلياً على حاستي اللمس والسمع فإن أي اضطراب في أي منهما قد يتسبب في ضرر بالغ يصعب التعامل معه وخاصة حاسة السمع التي يعتمد عليها المعاق بنسبة كبيرة في انتقاله وحركته وتحديد بعض المثيرات من حوله وتجنب مصادر الخطر وإصابة المعاق بصرياً بأحد الاضطرابات السمعية كاضطراب حساسية الصوت الانتقائية (sss) Selecticle sound sensitivity ، ويتميز المعاق بصرياً بحبه للعزلة وعدم الانخراط مع المجتمع نتيجة لقيود تعرضها عليه إعاقته وارتفاع مستويات القلق الاجتماعي لديه والخوف الدائم من الأذى والإحساس بالعجز والنقص، وكذلك فإن اضطراب حساسية الصوت الانتقائية تفرض على المعاق بصرياً عزلة إضافية تظهر في الاضطرابات السلوكية والانفعالية وردود الأفعال غير المبررة للغضب والعدوان والتي لا

يتقبلها الآخرون من حوله وعدم تمكنهم من فهمها فتزيد بالتبعية معدلات القلق لدى المعاقين بصرياً إلى مستوى غير مسبوق، ويظل المعاق بصرياً في دائرة مغلقة بين الخوف والاضطراب والقلق المستمر الذي يظهر لديه في نوبات من الغضب والعدوان ونفور الآخرين فيفرض على نفسه حالة من العزلة الكاملة وقد يصاب لاحقاً بالاكتئاب الشديد وفقدان الرغبة في الحياة.

### القلق الاجتماعي:

إن عملية التفاعل الاجتماعي التي تتم بين الأطفال وأفراد المجتمع من حولهم الهدف الرئيسي منها تحقيق تفاعل اجتماعي بناء، فالأطفال يكتسبون المهارات الاجتماعية من خلال التقليد والملاحظة المباشرة والتي تتضمن في الأساس الدلالات البصرية. (Edurne Maize, 2018)

وكثيراً ما نجد الأطفال يختبئون وراء آبائهم عند رؤية الغرباء ويمتنعون عن إلقاء التحية عليهم والذي عادة ما يفسره الآباء بأنه نوع من الخجل الزائد، وعادةً ما يشعر الطفل أنه محط أنظار الآخرين وأنه مراقب باستمرار ويعجز عن التعامل مع المواقف الجديدة (Reem Ghandour, 2019).

ويرى (Mohamed reza (2020 أن القلق ما هو إلا حالة من الخوف الشديد التي تجعل الطفل يتجنب مواقف معينة لا تحمل في طياتها أي مصدرًا من مصادر الخطر، وأن ذلك الخوف ما هو إلا استجابة فطرية تتراوح شدتها بين البسيط إلى الشديد تبدأ في مرحلة المدرسة والتي يخاف الطفل من الانفصال عن الأم.

وتضيف دراسة (Tiia Stanbert (2020 أن للخوف ردود فعل نفسية كالقلق والتوتر وردود فعل جسدية كاضطراب الأمعاء وزيادة خبرات القلب، وأحياناً الشعور بالاختناق وضعف القدرة على التنفس وتختلف هذه الأعراض وشدتها من شخص لآخر.

وتوضح دراسة (2018) Edurne Maize أن هناك ردود أفعال سلوكية يميل فيها الطفل للانسحاب وتجنب المواقف التي لا تشعره بالراحة وردود أفعال معرفية تتمثل في ضعف التركيز واضطراب الذاكرة، وتتأثر أغلب العمليات العقلية العليا نتيجة القلق ويبدأ الفرد في الانفصال عن الواقع.

وتفسر دراسة (2018) Shailendra Kumer في ضوء النظرية الفسيولوجية أن القلق ينتج عن خلل في أحد المراكز المسؤولة عن تنظيم القلق لدى الفرد ومنها الغدة اللوزية ومنطقة ما تحت المهاد Hypothalamus ومنطقة ما قبل الجبهة الأمامية، وتتسبب أعراض القلق نتيجة زيادة النشاط الخاص بالجهاز العصبي اللاإرادي ومنها تزيد نسبة كلاً من النوراديينالين والإدرينالين في اليوم فيرتفع ضغط الدم ويحدث تنبهاً عالياً في الجهاز الليمفاوي وتزيد خبرات القلب ويعلو مستوى سكر الدم وغيرها من الأعراض الجسدية كاضطراب المعدة والأمعاء وزيادة التعرق، ويبدأ مركز التعبير عن الانفعالات أو الهيبوثلاماس بالاتصال بالقشرة المخية للتحكم والتكيف مع التنبيهات الخارجية، ويظل الاتصال التبادلي مع الهيبوثلاماس والقشرة المخية من خلال دائرة عصبية والتي يستطيع من خلالها الفرد التعبير عن انفعالاته.

وترى النظرية المعرفية التي تتبنى طريقة العلاج المعرفي السلوكي Eognitive behavioral therapy (obt) وعلى رأسهم آرون بيك Aron Beck أن معتقدات الفرد وأفكاره السلبية هي المصدر الأساسي لإنتاج القلق ويرى "بيك" أن اضطراب التفكير هو نوع من العصاب، وحدد ثلاث مظاهر لمريض القلق أولها عدم قدرة الفرد على مناقشة الأفكار السلبية و تجنب الحديث حول ما يقلقه، وثانيها هو تكرار الأفكار مصدر القلق وتكوين إدراكات تصويرية متكررة لمصدر القلق ثم تأتي بعدهم مرحلة

تعميم المثير والتي يزيد فيها الفرد من التصورات والمثيرات المحدثة للقلق ويعتبر أي مثير صوتي أو حركي هو مصدر من مصادر القلق (Courtney Benjamin, 2015).

وتضيف دراسة الغامدي (٢٠١٩) أن القلق لدى المدرسة السلوكية ما هو إلا سلوك متعلم لدى الفرد عن طريق البيئة التي تعيش فيها، ف تفسير القلق لدى المدرسة السلوكية يسير وفق شروط الاشتراط الكلاسيكي والذي يتأثر بأساليب التدعيم ويفسرون القلق الاجتماعي بالتعرض لمثير سابق مقلق تزامناً معه حدوث مثير آخر لا يستدعي القلق ثم حدث اقتراناً بين المثيرين تبعاً لنظرية الاشتراك الكلاسيكي وتم تكرار ذلك التزامناً فأصبح المثير غير المقلق مرتبطاً بشعور القلق.

وتؤكد دراسة (Xine Zhu 2019) أن القلق يصبح بدرجة عالية عند بعض الأطفال وخاصةً الأطفال ذوي القدرات العقلية المحدودة والضعف العقلي، فيرتفع مستوى المخاوف بسبب إعاقاتهم وشعورهم بالنبذ والعجز.

وتشير (Tiia Stahlberg 2020) أن القلق الاجتماعي يظهر في الأطفال ذوي الأسر المفككة وغير المستقرة والتي يعاني أطفالهم من قلة تفاعلهم الاجتماعي وإحساسهم بالخوف وعدم الاستقرار وانعدام الشعور بالأمن وخاصةً عند تدني الأوضاع الاقتصادية للأسرة، فالعلاقة بين الوالدين والعلاقة بين الوالدين والأبناء تؤثر في عملية تعلم الطفل، فالتماسك الأسري يشجع جواً يساعد على تعلم الطفل الكثير من الخبرات التي تساعده على التكيف الاجتماعي والتفاعل مع المحيطين وأقل ميلاً للعزلة التي قد يلجأ إليها محاولة منه للهروب من بيئة يخيل إليه أنها عدوانية.

ويرى جراوان (٢٠١٥) أن المعاقين بصرياً أكثر قلقاً من المبصرين وأن الإناث في حالة الإعاقة البصرية أكثر قلقاً عن غيرهم من نفس الفئة.

## أسباب إصابة الأطفال بالقلق الاجتماعي:

عادةً ما يبدأ ظهور اضطراب القلق الاجتماعي في مرحلة الطفولة أو بداية المراهقة، وتندر الإصابة به بعد سن الخامسة والعشرين وتظهر بشكل نفور من الاندماج والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين.

وترى دراسة الشافعي (٢٠١٨)، Cunningham, 2006 أن أهم أسباب القلق الاجتماعي ما يلي:

- أساليب التربية الخاطئة من قبل الوالدين.
- التغيير الدائم في أساليب معاملة الطفل من قبل المحيطين.
- خوف الطفل من عملية التعقيم السلبي من قبل الآخرين.
- فقدان الشعور بالأمان والحرمان العاطفي.
- إهمال الطفل وعدم تقديم الدعم النفسي المناسب.
- وجود توقعات عالية للطفل من قبل الأهل وخوف الطفل من الفشل.
- التفكك الأسري والصراعات داخل الأسرة.
- تعرض الطفل لخبرات اجتماعية مؤلمة من المحيطين أو الغرباء.
- انتقاد الطفل الزائد ولومه أمام الآخرين مما يولد لديه الشعور بالقلق والإحباط.

## أعراض القلق الاجتماعي لدى الأطفال:

تتراوح أعراض القلق الاجتماعي لدى الأطفال بين البسيطة والشديدة تبعاً لأسباب حدوثها والعوامل المحيطة التي تدعم أسباب القلق ومن هذه الأعراض:

- الشعور بالخوف الشديد والميل للانطواء.
- البكاء واضطرابات النوم.
- عدم المشاركة في الأنشطة الاجتماعية مع المحيطين وخاصة الأقران.

- الخوف من الغرباء والبقاء فور رؤيتهم.
- رفض المشاركة في المناسبات الاجتماعية المختلفة.
- الإصابة بالأمراض والاضطرابات المعوية بصورة متكررة.
- تأخر الكلام والإصابة بالتلعثم.
- فقدان الشهية المستمر وعدم الرغبة في الطعام.
- قد تظهر الأعراض في مشكلة السمنة الزائدة ( Condice Alfano, 2018)، (Edurne Maiz, 2018).

### المعاقون بصرياً والقلق الاجتماعي:

إن أهم ما يميز اضطراب القلق الاجتماعي لدى المعاقين بصرياً ما يلي:  
سيطرة المفهوم السلبي للذات والذي يعتبر محدداً هاماً لسلوك المعاقين بصرياً؛ لأن مشاعر المعاق بصرياً تتجه إلى الإحساس بالألم وعدم ثقته في قدراته مقابل قدرات المبصرين حيث يجد في اعتماده على الآخرين قصوراً شديداً في قدراته الذاتية، بالإضافة إلى نقص الخبرات الناجحة في حياته والتي تعتبر الركيزة الرئيسية في مستوى تقدير الذات وتطوره (سعد، ٢٠١٦).

السلوك العدواني فترى دراسة عصام زيدان وليلى المتولي (٢٠١٧) أن المعاق بصرياً نادراً ما يلجأ للعدوان البدني تجاه الآخرين بينما تزيد حدة العدوان اللفظي لديه بصورة شديدة عند مقارنته بالمبصرين، وكذلك تتضاعف نسبة العدوان الموجه نحو الذات لدى المعاق بصرياً نتيجة شعوره بالعجز والإحباط وتوجيه اللوم نحو الذات في معظم الأحيان.

• الغضب والذي يتمثل في استجابات تنجم عن مواقف مهددة لإحساس الأمان لدى المعاق بصرياً أو حتى شعوره بتدني تقدير الآخرين لأدائه وردود أفعالهم تجاهه، والتي قد تثير مشاعر العنف والعداء لديه وعادة لا يعبر

المعاقون بصرياً عن مدى تحملهم ومعاناتهم الطويلة المدى (Cunningham E, 2006).

• استخدام ميكانيزمات الدفاع كالانسحاب والإسقاط والنكران حيث تحول قدرات المعاق بصرياً الجسمية دون محاولة التعبير الجسمي عن مشاعر الإحباط والغضب والمعاناة من التهكم والسخرية من الآخرين من حولهم (Ranta K, 2007).

• تدني الدافعية والتي تراها دراسة عبد الرحمن (٢٠١٦) ناتجة عن اتكالية واعتماد المعاق بصرياً على من حوله، فتبدأ تلك الاعتمادية في التزايد رغبةً منه في الهروب من شعوره بالعجز حتى تشمل جميع نواحي الحياة، فيفتقر الاستقلالية والاعتماد على النفس والفضل في تحقيق ذاته وشعوره بالملل والتردد.

• قصور في التواصل مع الآخرين اجتماعياً بسبب الانعزالية والقيود التي تفرضها عليه إعاقته البصرية، فحتى الحركة لا يمكنه التحرك بحرية ويخاف من الفشل وقلة تقدير الآخرين له من حوله، كما يوجد كثير من الحواجز وأهمها قصور في مهارات التواصل غير اللفظي لافتقاره عناصر كثيرة فيها محاكاة المحيطين وعدم رؤيته لأي مؤشرات من لغة الجسد وتعبيرات الوجه لدى الآخرين، ومن هنا يبدأ ضعف الاتصال مع الآخرين.

• اللزمات الحركية العصبية واليت تتخذ صوراً كثيرة كإمالة الرأس ورفع الحاجبين أو وضع الأصابع في العين أو التأرجح بالنصف الأعلى من الجسم (Hofmans. S, 2006).

وكل تلك الاضطرابات تزيد من حال تعرض المعاق بصرياً لمزيد من المواقف الاجتماعية، وتظهر عليه بصورة تفوق المستوى الطبيعي والتي يعاني فيها بعض المبصرين.

وقد تصبح التجمعات العائلية والخروج إلى المنتزهات وكأنها قرة من التعذيب المطلق للطفل الكفيف الذي يعاني من الميسوفونيا، فالأصوات المتكررة البسيطة كمضغ الطعام والتنفس وأدوات المائدة يصبح من الصعب تجاهلها بل وتتسبب في رد فعل انفعالي شديد.

وتذكر (2020) Nora Choque أن الأطفال الذين يعانون من الميسوفونيا يعانون أيضاً من نوبات غضب وهياج أثناء أوقات الوجبات، والذي قد يؤدي بدوره إلى مشكلات وتوتر دائم في علاقتهم مع الأشقاء والأسرة والأصدقاء.

وتضيف (2015) Andrea Covanna أن الأطفال ذوي الحساسية الصوتية الانتقائية أو الميسوفونيا يجدون مشكلات كبيرة في التركيز داخل الفصل الدراسي وتزيد لديهم الاضطرابات الخاصة بالعدوان ونوبات الغضب.

وترى دراسة (2020) Shafi Hag أن من الصعب على العائلات تفهم استجابات أطفالهم ممن يعانون من الميسوفونيا، فهم في الغالب لا يتوقعون أن تلك الضوضاء البسيطة والتي تبدو غير مؤذية بينما الطفل المصاب يعاني من حالة من حالات التعذيب، وقد تتماذى بعض الأسر في تصور أن طفلهم يبحث عن الاهتمام وجذب الأنظار أو أنه يستخدم عدم تقبله الأصوات كذريعة للغضب والعدوان.

وتؤكد (2018) Shannon Cusack أن أعراض الميسوفونيا لدى الأطفال تتشابه مع أعراضها لدى البالغين، فالأطفال يستجيبون لأصوات معينة كما لو أنها ضارة فيبدأ الجزء الإرادي من الجهاز العصبي في الاستثارة الزائدة ويدخل الطفل في حالة من الهياج والغضب.

## استجابات الأطفال ذوي اضطراب الميسوفونيا:

هناك بعض السلوكيات والاستجابات الخاصة لمن يعانون من اضطراب الميسوفونيا تتفق عند البالغين والأطفال منها:

- تغيرات مزاجية سريعة وغير مبررة.
- تغطية الأذنين باليد عند سماع الأصوات المكررة.
- تجنب أماكن صعبة والرغبة في مغادرة تلك الأماكن دون سبب واضح.
- صعوبة التنظيم والتحكم الذاتي مقارنة بالمرحلة العمرية.
- الشعور بالخوف والغضب نتيجة أصوات تبتد اعتيادية.
- البكاء لسماع أصوات لا يلاحظها الآخريين.
- صعوبة التأقلم داخل الفصل الدراسي أو العمل.
- نوبات من الغضب والعدوان (Andrea Cavanna, 2015)، (Shannon Cusack, 2018).

وترى دراسة (Mary Schadegg (2020 أن بعض الأصوات الشائعة كأصوات الحيوانات أو الماكينات والأصوات المنبعثة من الأشخاص قد تكون مؤلمة لمن يعاني من الميسوفونيا.

وتسرد دراسة (Lanit Ganz (2017 بعض الأصوات الشائعة تثير من يعانون من الميسوفونيا منها:

- المضغ.
- السعال.
- الألقام الرصاص.
- الالتهام.
- الحيوانات.
- تطهير الحلق.
- نقر الأصابع.
- النقر بالقلم.
- بعض الحروف الساكنة.
- مياه الصنبور.

وترى دراسة (Pelliconi (2020 أن الميسوفونيا هي حالة سلوكية وعصبية ينتج عنها استجابة جسدية وانفعالية معاكسة لأصوات محددة

تكرارية ينتج عنها سلوكيات غير تكيفية مثيرة للجهاز العصبي وتتميز برد فعل سلبي تجاه أصوات الهمس والأصوات الخفيفة.

وتوضح دراسة (2021) Cassiello أن اضطراب الحساسية الصوتية الانتقائية قد يصاحب حالات القلق وينتج عنه اضطرابات سلوكية واضطرابات في الشخصية.

وعلى الرغم من معاناة هؤلاء الأفراد المصابين بالميسوفونيا فإن الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس (DSM5) لم يصنف أي معايير أو محكات لذلك الاضطراب أو حتى عرضة لاضطراب مستقل بذاته بل عرفه الدليل على أنه من الاضطرابات المصاحبة للقلق.

### الميسوفونيا Misophonia واحتداد السمع Hyperacusis:

الميسوفونيا Misophonia هو اسم اشتق من الكلمة اللاتينية Miso أو الكراهية وكلمة Phonia وتعني الصوت، لذا يجب علينا عدم الخلط بينها وبين حالات احتداد السمع Hyperacusis والذي تمتع فيها الفرد بمستوى سمع طبيعي جداً ولكن تنشأ مشكلة السمع أو احتداد السمع مع مستويات سمع منخفضة تصل إلى ٢٥ ديسبل والذي يصعب تشخيصه؛ لأن بداية التشخيص السمعي تبدأ من ٨٠ ديسبل فاحتداد السمع أو Hyperacusis لا يعتمد على الصمت أو سدادات الأذن، فقلة الضوضاء تؤدي إلى تفاقم المشكلة بل يجب أن يتعود المريض الذي يعاني من احتداد السمع إلى الاستماع إلى الأصوات الخفيفة الهادئة أو الاعتماد على مولد خاص للضوضاء يعمل على تخمين مستمر للدماغ ومساعدته على التكيف مع الأوضاع الطبيعية وخاصة الأطفال حتى يتجنبوا الوقوع ضحية للتعبيد الصوتي خاصة في الفصول الدراسية، فإذا كان التعرض للأصوات العادية مشكلة مؤلمة لمن يعاني من احتداد الصوت فإن المعاناة من الميسوفونيا

Misophonia أو حساسية الأصوات تكون تجاه أصوات نمطية محددة ومكررة كالسعال والنقد بالقيم وصوت صنوبر المياه وصوت المضغ Joy (Arjan Schroder, 2017)، (B. Dibb, 2020)، (Ivaylor, 2019).

وكل من الميسوفونيا واحتداد السمع يمكن أن يكون له عواقب شديدة التأثير على الشخص المصاب صحياً واجتماعياً وتقف حائلاً بينه وبين الاندماج مع الآخرين والانخراط في الأنشطة الاجتماعية، وقد تصل أيضاً إلى عدم مغادرة المنزل والعزلة الاجتماعية (Andrew, D, 2020).

فالأشخاص المصابون بالميسوفونيا يشعرون عادةً بالغربة لابتعادهم عن المجتمع ويعانون من سوء الفهم من قبل الآخرين.

#### الاستجابات المصاحبة للميسوفونيا:

١ - **القلق**: يرتبط اضطراب الميسوفونيا بالقلق ارتباطاً وثيقاً حيث يتكون القلق من عناصر إدراكية فسيولوجية وسلوكية ينتج عنها الإحساس بعدم الارتياح والخوف، مما ينتج عنها أعراض جسدية وسلوكية والخوف من أي أداء غير متوقعة واعتلال الحالة المزاجية العامة نتيجة للشعور بالتهديد الذي لا يمكن السيطرة عليه ويظهر في ردود أفعال مبالغ فيها أو تشنجات عضلية في الجسم واضطرابات النوم وصعوبة التركيز ( Troy Webber, 2014).

٢ - **الغضب**: وهو الشعور بالعداء تجاه الأشخاص أو الأشياء المحيطة يرافقه تغيرات جسدية كارتفاع ضغط الدم أو زيادة ضربات القلب وصعوبة التفكير بطريقة سليمة، وقد يتم التعبير عن الغضب خارجياً من خلال لغة الجسد والاستجابات العدوانية ويؤثر داخلياً على توافق الفرد الشخصي والاجتماعي (Mercede Edfanian, 2018).

٣- **الاكتئاب:** وهو مرض طبي يعد الأكثر شيوعاً يؤثر سلباً على طريقة التفكير والشعور ويتسبب في فقدان الاهتمام بالحياة والحزن ومجموعة من المشكلات الجسدية والعاطفية، وفي الغالب هو نتاج تفاعل مجموعة من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، فهو حالة مزاجية سلبية يسودها التوتر والخلل الوظيفي تسيطر على الفرد وأفكاره ومشاعره ( Rebecca Schneider, 2017).

٤- **العدوان:** عند شعور المصاب بالأعراض النفسية للميسوفونيا كالتوتر والقلق التي تسبب بالتعبية أعراض جسدية كزيادة معدل ضربات القلب والشعور بضيق التنفس تزداد الرغبة في إيقاف مسببات الصوت، ويتجه لا شعورياً إلى الاستجابة العدوانية لفظياً أو جسدياً (Xiaolu Zhou, 2017).

**علاج الميسوفونيا:**

يرى (Thomas H (2015) أنه لا يوجد علاج نهائي وحاسم لاضطراب حساسية الصوت الانتقائية أو الميسوفونيا حيث أنها تمثل اضطراباً على التحكم فيه وفي آثاره فقط.

وتشير (Andrece E (2014) و (Andreas, D (2020) إلى استخدام الأطباء للعلاج وإعادة تدريب الطنين أو Tinnitus retraining therapy قد تفيد في كثير من الأحيان في تدريب الفرد على كيفية تحمل الأصوات الخارجية التي تعد من محفزات الميسوفونيا.

ويرى (Jenniferl (2020)، (Daxius Muller (2018) أن استخدام العلاج المعرفي السلوكي (CBT) يمكنه توجيه أفكار الفرد السلبية التي ترتبط بالأصوات التي تزعجه من خلال تثبيت سماعات للأذن تبث أصوات طبيعية هادئة تبعث على الراحة، واتفق معه في أن استخدام هذه الطريقة تثبت فاعلية في علاج أعراض الميسوفونيا بنسبة تصل إلى ٨٥% لدى الأفراد.

وتشير دراسة (Jskra Potgieter 2019) أن ارتداء سماعات الأذن (سدادات الأذن) في الأماكن ذات الأصوات المحفزة لليمسوفونيا أو استخدام الراديو والتلفاز للتغطية على تلك الأصوات المزعجة يكون مفيداً في كثيرٍ من الأحيان.

بينما توضح (Tian Quek 2018) أن اتباع الأساليب والطرق التي تخفض التوتر كتمارين التأمل أو تقنيات الاسترخاء يمكنها الحد من أعراض اليمسوفونيا.

### الخطوات المنهجية للبحث:

#### أولاً: منهج البحث:

اعتمدت الباحثة على المنهج الإرتباطي الفارق للتعرف على العلاقات بين متغيرات البحث والفروق فيها تبعاً لمتغيرات النوع والإعاقة البصرية الكلية مقابل الجزئية.

#### [ أ ] عينة البحث الاستطلاعية:

هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى الوقوف على مدى مناسبة الأدوات المستخدمة لمستوى أفراد العينة والتأكد من وضوح تعليمات الأدوات، والتأكد من وضوح البنود المتضمنة في أدوات البحث والتعرف على الصعوبات التي قد تظهر أثناء التطبيق والعمل على تلاشيها والتغلب عليها، إلى جانب التحقق من صدق وثبات أدوات البحث، ولتحقيق هذه الأهداف قامت الباحثة بتطبيق أدوات البحث على عينة استطلاعية روعي عند اختيارها أن يتوافر فيها معظم خصائص العينة الأساسية للبحث، تكونت عينة البحث الاستطلاعية من (٢٠) طفلاً من المعاقين بصرياً ممن تراوحت أعمارهم بين (٨-١٠) سنوات.

**[ب] عينة البحث النهائية (الأساسية):**

تكونت العينة الأساسية للبحث من (٢٠) طفلاً وطفلة من ذوي الإعاقة البصرية من مدرسة النور للمكفوفين وجمعية الإسكندرية للمكفوفين بالإسكندرية، وتراوح أعمارهم بين (٨ - ١٢ سنة)، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين (١٠) أطفالاً من المعاقين بصرياً كلياً، و(١٠) أطفالاً من المعاقين بصرياً جزئياً.

**جدول (١)**

يبين توزيع أفراد العينة وفقاً للمتغيرات الديموجرافية للبحث (ن=٢٠)

الإجمالي	اللاتات	الذكور	
١٠	٥	٥	المعاقين بصرياً كلياً
١٠	٥	٥	المعاقين بصرياً جزئياً
٢٠	١٠	١٠	الإجمالي

**ثالثاً: أدوات البحث:**

**(١) مقياس الميسوفونيا : إعداد الباحثة.**

**[ أ ] مبررات تصميم المقياس:** هناك العديد من الأسباب التي دعت إلى تصميم المقياس منها قامت الباحثة بتصميم وإعداد المقياس، بالإضافة إلى عدم توافر مقاييس تتناسب مع طبيعة عينة البحث وخصائصها، وكذلك المرحلة العمرية.

**[ب] إجراءات إعداد وتصميم المقياس :** تتكون عملية إعداد وتصميم المقياس المصمم للبحث الحالي من (٦) خطوات كل خطوة من هذه الخطوات تشتق من الخطوة التي تسبقها وتمهد للخطوة التي تليها، حتى تتربط جميع الخطوات ويصبح العمل متكامل وفي صورته النهائية.

### الخطوة الأولى : مراجعة الإطار النظري والمقاييس السابقة:

اطلعت الباحثة على ما أتيح لها من إطار نظري ودراسات سابقة وبحوث ومراجع عربية وأجنبية والآراء والنظريات المتعلقة بموضوع البحث ومقاييس واختبارات التي تناولت الميسوفونيا من أجل التعرف على طرق والأدوات المستخدمة في قياس الميسوفونيا والاستفادة من المقاييس العامة في صياغة العبارات التي تناسب كل بُعد من الأبعاد وذلك وفقاً للخطوات التالية:

- الإطلاع على الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع البحث.
- تحليل النظريات والتعريفات التي تناولت الميسوفونيا لدى المعاقين بصرياً.

كما قامت الباحثة بالاستفادة من الدراسات والبحوث السابقة العربية والأجنبية والمرتبطة بها، وكذا الاستفادة من المعلومات الموجودة على شبكة الإنترنت عن الميسوفونيا، كما قامت الباحثة بالاستفادة من بعض الاختبارات والمقاييس العربية والأجنبية التي أتاحت للباحثة وتناولت الميسوفونيا أو التي تضمنت بنود أو عبارات قد تسهم في بناء مقياس البحث الحالي.

### الخطوة الثانية: الأسس الفلسفية والنفسية لتصميم المقاييس:

راعت الباحثة طبيعة عينة البحث، كما راعت طبيعة مفهوم الميسوفونيا وضرورة مراعاة شمولية المقياس لعباراته المختلفة كما حاولت أن يكون المقياس بسيطاً في محتواه ويعبر عن الإمكانيات الحقيقية لهذه الفئة، كما راعت أن يكون عدد العبارات وطول المقياس ودقة عباراته، وسعت الباحثة في صياغة العبارات في صورتها الأولية أن تكون سهلة، وواضحة، وقصيرة، ولا تحمل أكثر من معنى وأن تقيس ما وُضِعَت لقياسه دون غموض وأن تعبر عن وجهات النظر المختلفة، وأن تكون الاستجابة مفيدة

وقصيرة، كما راعت الباحثة تحديد شكل المقياس والذي توقف على طبيعة العينة من حيث العمر ومستوى الإعاقة البصرية.

### الخطوة الثالثة: صياغة أبعاد وبنود المقياس:

بعد إطلاع الباحثة على المقاييس السابقة والإطار النظري واللقاءات والمقابلات التي عقدتها الباحثة مع الأطفال، قامت الباحثة بتحديد أبعاد المقياس وصياغة بنود المقياس وفقاً لمكونات الميسوفونيا تحليل نتائج المصادر السابقة حيث تم التوصل إلى مكونات الميسوفونيا الأكثر شيوعاً بين هذه المصادر، ثم قامت الباحثة بتحديد التعريف الإجرائي لمفهوم الميسوفونيا، وما تتضمنه من مكونات، وتحليل المكونات إلى مجموعة من البنود وصياغتها بشكل يتسم بالبساطة والوضوح بما يتناسب مع طبيعة العينة موضوع البحث.

**صياغة بنود المقياس:** بعد تحديد التعريف الإجرائي للميسوفونيا ومكوناتها تم تحليل مضمون المقاييس والأدوات السيكمترية الخاصة بالميسوفونيا والتي أُعدت من قبل على عينات مختلفة، وقد تم صياغة العبارات التي تعكس المواقف التي يمر بها والتي تقيس مكونات الميسوفونيا، وذلك بما يتناسب مع طبيعة وثقافة وخصائص عينة البحث والمقاييس التي تم الإستعانة بها في تصميم وإعداد المقياس.

وقد روعي صياغة البنود بلغة سهلة بحيث يسهل على أفراد العينة فهمها واستيعابها بشكل صحيح، حتى يمكنهم تحديد استجاباتهم بشكلٍ دقيقٍ.

#### جدول (٢)

أبعاد مقياس الميسوفونيا وعدد عبارات كل بُعد

(١٤ بند)	الاستجابات الجسدية
(١٩ بند)	الاستجابات الانفعالية
(٧ عبارة)	المشاعر أثناء المحفزات
(٢٤ عبارة)	قائمة الأصوات المحفزة الميسوفونيا

## هـ - تحديد بدائل الاستجابة على المقياس / مفتاح تصحيح المقياس:

اعتمدت الباحثة على الميزان الثلاثي لتتيح الفرصة للعينة في حرية الاختيار كذا سهولة الاختيار والقدرة على التحديد الدقيق مع مراعاة عمر العينة وخصائصها، وكانت البدائل هي (يحدث دائماً، يحدث أحياناً، لا يحدث أبداً) ، بحيث تعطي الاستجابة على البدائل درجات كالتالي: (يحدث دائماً= ٣ ، يحدث أحياناً= ٢ ، لا يحدث أبداً= ١) وذلك على العبارات الإيجابية في حين أن العبارات السلبية تصحح كالتالي (يحدث دائماً= ١ ، يحدث أحياناً= ٢ ، لا يحدث أبداً= ٣) .

## الخطوة الرابعة: حساب الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولاً: الصدق: استخدمت الباحثة عدة طرق للتأكد من صدق مقياس الميسوفونيا. وذلك على النحو التالي:

### الصدق المنطقي:

يهدف الصدق المنطقي (صدق التكوين الفرضي) إلى الحكم على مدى تمثيل المقياس للميدان الذي يقيسه، أي أن فكرة الصدق المنطقي تقوم في جوهرها على اختيار مفردات المقياس بالطريقة الطبقيّة العشوائية التي تمثل ميدان القياس تمثيلاً صحيحاً، وقد قامت الباحثة ببناء مقياس الميسوفونيا بأبعاده ووضع مفردات مناسبة لقياس كل مكون على حده من خلال حساب المتوسط والوزن النسبي لكل مكون، ويندرج تحت هذا النوع من الصدق ما يسمى صدق المحكمين، وذلك للتأكد من مدى وضوح المفردات وحسن صياغتها، ومدى مطابقتها للبعد الذي وُضعت لقياسه، تم عرض المقياس في صورته الأولى على مجموعة من الأساتذة المتخصصين في مجال الصحة النفسية وعلم النفس، حيث تم تقديم المقياس مسبقاً بتعليمات

توضح لهم ماهية الميسوفونيا والتعريف الاجرائي لها ومكوناتها وسبب استخدام المقياس، طبيعة العينة، وطلب من كل منهم توضيح ما يلي:

- مدى انتماء كل مفردة للبعد الذي تنتمي إليه.
- تحديد اتجاه قياس كل مفردة للبعد الذي وُضِعَتْ أسفله.
- مدى اتفاق بنود المقياس مع الهدف الذي وُضِعَتْ من أجله.
- ارتباط المفردات بالأبعاد المرجو قياسها في ضوء التعريف الإجرائي لكل بُعد.

- مدى مناسبة العبارة لطبيعة العينة.
- الحكم على مدى دقة صياغة العبارات ومدى ملاءمتها لأبعاد المقياس.
- إبداء ما يقترحونه من ملاحظات حول تعديل أو إضافة أو حذف ما يلزم.

- تغطية وشمول المقياس لقياس كل الأبعاد اللازمة للأطفال في هذه المرحلة.

- وضوح التعليمات الخاصة بالمقياس وطريقة التصحيح.

وقد تم إجراء التعديلات التي أشار إليها السادة المحكمون للمفردات المقياس، وبعد ذلك تم حساب نسب اتفاق السادة المحكمين أعضاء هيئة التدريس على كل مفردة من مفردات المقياس، كما قامت الباحثة بحساب الصدق باستخدام معادلة لاوشي لحساب نسبة صدق المحتوى لكل مفردة من مفردات مقياس الميسوفونيا وهي كالآتي:

$$\text{صدق المحتوى (CVR) للاوشي} = \frac{ن - ٢}{ن}$$

$$\frac{٢}{ن}$$

ن و: عدد المحكمين الذين وافقوا. (Pear,etal,2018,62)

ن: عدد المحكمين ككل.

كما قام بحساب نسبة اتفاق المحكمين على كل مفردة من مفردات المقياس وذلك باستخدام المعادلة الآتية:

عدد مرات الاتفاق

$$\text{نسبة الاتفاق} = \frac{\text{عدد مرات الاتفاق}}{100 \times \text{عدد مرات الاختلاف}}$$

ويوضح الجدول (٣) يوضح نسب اتفاق السادة المحكمين ومعامل صدق لاوشي على كل مفردة من مفردات مقياس الميسوفونيا كالتالي:

جدول (٣)

النسب المئوية للتحكيم على مقياس الميسوفونيا (ن=١٠)

م	معامل لاوشي	نسبة الاتفاق	القرار	م	معامل لاوشي	نسبة الاتفاق	القرار	م	معامل لاوشي	نسبة الاتفاق	القرار
١	١	%١٠٠	تقبل	٢١	١	%١٠٠	تقبل	٤١	١	%١٠٠	تقبل
٢	٠,٨	%٩٠	تقبل	٢٢	٠,٨	%٩٠	تقبل	٤٢	٠,٤	%٦٠	لا تقبل
٣	١	%١٠٠	تقبل	٢٣	١	%١٠٠	تقبل	٤٣	١	%١٠٠	تقبل
٤	٠,٨	%٩٠	تقبل	٢٤	٠,٦	%٨٠	لا تقبل	٤٤	٠,٨	%٩٠	تقبل
٥	١	%١٠٠	تقبل	٢٥	١	%١٠٠	تقبل	٤٥	١	%١٠٠	تقبل
٦	٠,٨	%٩٠	تقبل	٢٦	١	%١٠٠	تقبل	٤٦	١	%١٠٠	تقبل
٧	١	%١٠٠	تقبل	٢٧	٠,٨	%٩٠	تقبل	٤٧	١	%١٠٠	تقبل
٨	٠,٦	%٨٠	لا تقبل	٢٨	١	%١٠٠	تقبل	٤٨	٠,٨	%٩٠	تقبل
٩	١	%١٠٠	تقبل	٢٩	٠,٦	%٨٠	لا تقبل	٤٩	١	%١٠٠	تقبل
١٠	٠,٦	%٨٠	لا تقبل	٣٠	١	%١٠٠	تقبل	٥٠	٠,٨	%٩٠	تقبل
١١	١	%١٠٠	تقبل	٣١	٠,٨	%٩٠	تقبل	٥١	٠,٦	%٨٠	لا تقبل

م	معامل لاوشي	نسبة الاتفاق	القرار	م	معامل لاوشي	نسبة الاتفاق	القرار	م	معامل لاوشي	نسبة الاتفاق	القرار
١٣	١	%١٠٠	تقبل	٣٢	١	%١٠٠	تقبل	٥٢	٠,٨	%٩٠	تقبل
١٢	١	%١٠٠	تقبل	٣٣	١	%١٠٠	تقبل	٥٣	١	%١٠٠	تقبل
١٤	٠,٨	%٩٠	تقبل	٣٤	٠,٨	%٩٠	تقبل	٥٤	١	%١٠٠	تقبل
١٥	١	%١٠٠	تقبل	٣٥	١	%١٠٠	تقبل	٥٥	٠,٨	%٩٠	تقبل
١٦	١	%١٠٠	تقبل	٣٦	٠,٨	%٩٠	تقبل	٥٦	٠,٨	%٩٠	تقبل
١٧	١	%١٠٠	تقبل	٣٧	١	%١٠٠	تقبل	٥٧	١	%١٠٠	تقبل
١٨	١	%١٠٠	تقبل	٣٨	٠,٨	%٩٠	تقبل	٥٨	٠,٨	%٩٠	تقبل
١٩	٠,٨	%٩٠	تقبل	٣٩	١	%١٠٠	تقبل	٥٩	١	%١٠٠	تقبل
٢٠	١	%١٠٠	تقبل	٤٠	١	%١٠٠	تقبل	٦٠	١	%١٠٠	تقبل

وباستقراء جدول (٣) يتضح أنه تم الإبقاء على معظم المفردات التي بلغت نسب اتفاقها ١٠٠ % كما هي دون إجراء أي تعديل، وتم تعديل صياغة أربع مفردات بناءً على آراء السادة المحكمين.

يتضح من الجدول رقم (٣) أن نسبة اتفاق السادة المحكمين على جميع مفردات مقياس الميسوفونيا تتراوح بين (٨٠ % - ١٠٠ % )، وبمقارنة هذه القيمة بالقيم المرجعية لتحديد نسبة صدق المحتوى للاوشي، حيث إن هذه النسبة تتراوح بين (١+ ، ١-) وكلما اقتربت من (١+) كان معدل الصدق أقوى.

ثم قامت الباحثة في البحث الحالي بحساب الخصائص السيكومترية للمقياس على النحو التالي:

أولاً: الصدق:

الاختبار الصادق هو الذي يقيس ما وُضِعَ لقياسه (فؤاد أبو حطب، وآمال صادق، ٢٠٠٨، ٤١٧)، بمعنى أن يقيس الاختبار الأهداف الذي

صُمِّمَ من أجلها (زيتون، ٢٠١١، ٦٢٦)، ومن ثم يعد الصدق والثبات من الأمور الهامة والضرورية التي يجب التأكد منها بالنسبة لأي مقياس حتى يمكن الاعتماد به والاطمئنان إلى استخدامه، والثقة في أنه يقيس فعلاً ما وضع لقياسه أصلاً، وأنه متى تم تطبيقه على نفس الأفراد يظهر مستواهم الحقيقي تقريباً. وقد قامت الباحثة بحساب الصدق بالطرق التالية:

### الاتساق الداخلي لعبارات وأبعاد المقياس:

قامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلي لبنود وأبعاد المقياس وذلك على النحو التالي:

### [ أ ] الاتساق الداخلي للعبارات:

قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه هذه العبارة، كما هو مبين في جدول (٤).

#### جدول (٤)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لكل بعد (ن=٢٠)

قائمة الأصوات المحفزة الميسوفونيا		المشاعر أثناء المحفزات		الاستجابات الانفعالية		الاستجابات الجسدية	
معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م
**٠,٥٩٠	١	**٠,٥١٦	١	**٠,٦٠٥	١	**٠,٥٢٧	١
**٠,٦٠٨	٢	**٠,٥٣٩	٢	**٠,٥٤٨	٢	**٠,٦٠٢	٢
**٠,٧٢٤	٣	**٠,٥٥٢	٣	**٠,٥٠٩	٣	**٠,٤٧٤	٣
**٠,٦٢٤	٤	**٠,٥٦٥	٤	**٠,٥٢٣	٤	**٠,٦٨٤	٤
**٠,٧٦٦	٥	**٠,٤٩٧	٥	**٠,٤٧٠	٥	**٠,٦٣٤	٥
**٠,٧٠٧	٦	**٠,٥٩٥	٦	**٠,٤٥٩	٦	**٠,٦٥٥	٦

قائمة الأصوات المحفزة الميسوفونيا		المشاعر أثناء المحفزات		الاستجابات الانفعالية		الاستجابات الجسدية	
معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م
**،٨٠٢	٧	**،٦٣٤	٧	**،٤٧٨	٧	**،٧١٢	٧
**،٧٩٠	٨			**،٥٦٦	٨	**،٦٠١	٨
**،٥٦٦	٩			**،٥٤٧	٩	**،٦٨١	٩
**،٨٣٣	١٠			**،٥٦٩	١٠	**،٥٨٧	١٠
**،٨١١	١١			**،٤٩٨	١١	**،٦٥١	١١
**،٧٨٨	١٢			**،٥٧٢	١٢	**،٦٢٧	١٢
**،٤٥٢	١٣			**،٨٠٢	١٣	**،٥٧٦	١٣
**،٥٣٩	١٤			**،٧٩٠	١٤	**،٧٠٥	١٤
**،٤٥١	١٥			**،٥٦٦	١٥		
**،٥٣٥	١٦			**،٧٠٥	١٦		
**،٤٢٧	١٧			**،٦٣٢	١٧		
**،٥٣٥	١٨			**،٦١١	١٨		
**،٦١٤	١٩			**،٥٣٣	١٩		
**،٥١٢	٢٠						
**،٥٦٢	٢١						
**،٥١١	٢٢						
**،٦٢٠	٢٣						
**،٤٨٩	٢٤						

معامل الارتباط دال عند مستوى ٠.٠١  $n=20 \geq 0.537$  وعند مستوى ٠.٠٥  $\geq 0.423$

يتضح من جدول (٤) أن جميع معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية دالة إحصائياً وهو ما يؤكد على الاتساق الداخلي للعبارات.

الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس: وذلك عن طريق حساب الارتباطات الداخلية للأبعاد الأربعة للمقياس، كما تم حساب ارتباطات الأبعاد الأربعة بالدرجة الكلية للمقياس كما هو موضح في جدول (٥).

جدول (٥)

الارتباطات الداخلية بين أبعاد مقياس الميسوفونيا، وبين درجة كل بُعد والدرجة الكلية للمقياس (ن=٣٠)

الأبعاد	الاستجابات الجسدية	الاستجابات الانفعالية	المشاعر أثناء المحفزات	قائمة الأصوات المحفزة الميسوفونيا
الاستجابات الجسدية	-	-	-	-
الاستجابات الانفعالية	٠,٤٩٨**	-	-	-
المشاعر أثناء المحفزات	٠,٥٧٢**	٠,٦٩٠**	-	-
قائمة الأصوات المحفزة الميسوفونيا	٠,٦٥١**	٠,٦٧٤**	٠,٧٤٢**	٠,٦٣٩**
المقياس ككل	٠,٦٨٧**	٠,٧١٢**	٠,٧٥٣**	٠,٧٤١**

معامل الارتباط دال عند مستوى ٠,٠١ ن=٢٠  $\geq$  ٠,٥٣٧ وعند مستوى ٠,٠٥  $\geq$  ٠,٤٢٣

الثبات:

قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس الميسوفونيا باستخدام الطرق التالية:

(أ) معادلة ثبات ألفا كرونباخ: وذلك على عينة بلغت (٣٠) من المفوضين، وكانت النتائج كما هي ملخصة في جدول (٦).

جدول (٦)

معاملات ثبات ألفا كرونباخ ن = (٣٠)

الأبعاد	ألفا كرونباخ
الاستجابات الجسدية	٠,٧٥٣
الاستجابات الانفعالية	٠,٧٩٢
المشاعر أثناء المحفزات	٠,٧٥٩
قائمة الأصوات المحفزة الميسوفونيا	٠,٧٥٤
الدرجة الكلية	٠,٨٠١

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات ثبات الأبعاد الأربع لمقياس الميسوفونيا كانت مرتفعة وهو ما يعزز الثقة في المقياس.

(أ) طريقة إعادة التطبيق: قامت الباحثة بحساب معامل إعادة التطبيق بفواصل زمني أسبوعين على عينة قوامها ٣٠ مفحوصة ، والنتائج موضحة في جدول (٧).

جدول (٧)

معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق ن = ٢٠

الأبعاد	التجزئة النصفية
الاستجابات الجسدية	٠,٧٤٤
الاستجابات الانفعالية	٠,٧٣٣
المشاعر أثناء المحفزات	٠,٧٨٦
قائمة الأصوات المحفزة الميسوفونيا	٠,٧٤٩
الدرجة الكلية	٠,٨٠٥

يتضح من الجدول السابق (٧) أن جميع معاملات التجزئة النصفية جاءت مرتفعة ومطمئنة للاستخدام في البحث الحالي.

الخطوة الخامسة: التعليمات وطريقة التصحيح:

[٢] طريقة التصحيح: تقدر الدرجة على المقياس وفقاً لميزان التصحيح الثلاثي وفقاً للجدول التالي:

جدول (٨)

أبعاد وأرقام عبارات المقياس

الدرجة العظمى	الدرجة الصغرى	عدد العبارات	الأبعاد الأساسية
٤٢	١٤	١٤	الاستجابات الجسدية
٥٧	١٩	١٩	الاستجابات الانفعالية
٢١	٧	٧	المشاعر أثناء المحفزات
٧٢	٢٤	٢٤	قائمة الأصوات المحفزة الميسوفونيا
١٦٢	٥٤	٥٤	الدرجة الكلية

[٣] تفسير الدرجات: تفسر الدرجة المنخفضة بانخفاض مستوى الميسوفونيا بينما تعني الدرجة المرتفعة ارتفاع مستوى الميسوفونيا ، وتتراوح الدرجة على المقياس بين (٥٤) إلى (١٦٢) درجة.

(٢) مقياس القلق الاجتماعي: إعداد الباحثة.

[ أ ] مبررات تصميم المقياس: هناك العديد من الأسباب التي دعت إلى تصميم المقياس منها قامت الباحثة بتصميم وإعداد المقياس، بالإضافة إلى عدم توافر مقاييس تتناسب مع طبيعة عينة البحث وخصائصها وكذلك المرحلة العمرية.

[ ب ] إجراءات إعداد وتصميم المقياس: تتكون عملية إعداد وتصميم المقياس المصمم للبحث الحالي من (٦) خطوات كل خطوة من هذه الخطوات تشتق من الخطوة التي تسبقها وتمهد للخطوة التي تليها، حتى

تترابط جميع الخطوات ويصبح العمل متكاملًا وفي صورته النهائية، ويمكن من خلال العرض التالي توضيح تلك الخطوات:

### الخطوة الأولى: مراجعة الإطار النظري والمقاييس السابقة:

اطلعت الباحثة على ما أتيح لها من إطار نظري ودراسات سابقة وبحوث ومراجع عربية وأجنبية والآراء والنظريات المتعلقة بموضوع البحث ومقاييس واختبارات التي تناولت القلق الاجتماعي من أجل التعرف على طرق والأدوات المستخدمة في قياس القلق الاجتماعي والاستفادة من المقاييس العامة في صياغة العبارات التي تناسب كل بُعد من الأبعاد وذلك وفقًا للخطوات التالية:

- الإطلاع على الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع البحث.
- تحليل النظريات والتعريفات التي تناولت القلق الاجتماعي .

كما قامت الباحثة بالاستفادة من الدراسات والبحوث السابقة العربية والأجنبية والمرتبطة بها. وكذا الاستفادة من المعلومات الموجودة على شبكة الإنترنت عن القلق الاجتماعي، كما قامت الباحثة بالاستفادة من بعض الاختبارات والمقاييس العربية والأجنبية التي أتاحت للباحثة وتناولت القلق الاجتماعي أو التي تضمنت بنود أو عبارات قد تسهم في بناء مقياس البحث الحالي.

### الخطوة الثانية: الأسس الفلسفية والنفسية لتصميم المقاييس:

راعت الباحثة طبيعة عينة البحث، كما راعت طبيعة مفهوم القلق الاجتماعي وضرورة مراعاة شمولية المقياس لعباراته المختلفة، كما حاولت أن يكون المقياس بسيطاً في محتواه ويعبر عن الامكانيات الحقيقة لهذه الفئة. كما راعت أن يكون عدد العبارات وطول المقياس ودقة عباراته، وسعت الباحثة في صياغة العبارات في صورتها الأولية أن تكون سهلة،

وواضحة، وقصيرة، ولا تحمل أكثر من معنى وأن تقيس ما وضعت لقياسه دون غموض وأن تعبر عن وجهات النظر المختلفة، وأن تكون الاستجابة مفيدة وقصيرة. كما راعت الباحثة تحديد شكل المقياس والذي توقف على طبيعة العينة من حيث العمر ومستوى الذكاء والمستوى الاقتصادي الاجتماعي.

### الخطوة الثالثة: صياغة أبعاد وبنود المقياس:

بعد إطلاع الباحثة على المقاييس السابقة والإطار النظري واللقاءات والمقابلات التي عقدتها الباحثة مع الأطفال، قامت الباحثة بتحديد أبعاد المقياس وصياغة بنود المقياس وفقاً لمكونات القلق الاجتماعي تحليل نتائج المصادر السابقة حيث تم التوصل إلى مكونات القلق الاجتماعي الأكثر شيوعاً بين هذه المصادر ثم قامت الباحثة بتحديد التعريف الإجرائي لمفهوم القلق الاجتماعي، وما تتضمنه من مكونات، وتحليل المكونات إلى مجموعة من البنود وصياغتها بشكل يتسم بالبساطة والوضوح بما يتناسب مع طبيعة العينة موضوع البحث. وتكون المقياس من ثلاث مكونات رئيسية تمثل القلق الاجتماعي.

### صياغة بنود المقياس :

بعد تحديد التعريف الإجرائي للقلق الاجتماعي ومكوناتها تم تحليل مضمون المقاييس والأدوات السيكمترية الخاصة بالقلق الاجتماعي والتي أعدت من قبل على عينات مختلفة، وقد تم صياغة العبارات التي تعكس المواقف التي يمر بها والتي تقيس مكونات القلق الاجتماعي وذلك بما يتناسب مع طبيعة وثقافة وخصائص عينة البحث والمقاييس التي تم الإستعانة بها في تصميم وإعداد المقياس. وقد روعي صياغة البنود بلغة سهلة بحيث يسهل على أفراد العينة فهمها واستيعابها بشكل صحيح، حتى يمكنهم تحديد استجاباتهم بشكل دقيق.

جدول (٩)

أبعاد مقياس القلق الاجتماعي وعبارات كل بُعد

(١٦ بند)	المظاهر الجسمية
(٩ بند)	المظاهر الانفعالية
(٩ عبارة)	المظاهر السلوكية والاجتماعية

هـ - تحديد بدائل الاستجابة على المقياس / مفتاح تصحيح المقياس:

اعتمدت الباحثة على الميزان الثلاثي لتتيح الفرصة للعينة في حرية الاختيار كذا سهولة الاختيار والقدرة على التحديد الدقيق مع مراعاة عمر العينة وخصائصها، وكانت البدائل هي (يحدث دائماً، يحدث أحياناً، لا يحدث أبداً) ، بحيث تعطى الاستجابة على البدائل درجات كالتالي: (يحدث دائماً=٣ ، يحدث أحياناً=٢ ، لا يحدث أبداً=١) وذلك على العبارات الإيجابية في حين أن العبارات السلبية تصحح كالتالي (يحدث دائماً=١ ، يحدث أحياناً=٢ ، لا يحدث أبداً=٣) .

الخطوة الرابعة: حساب الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولاً: الصدق: استخدمت الباحثة عدة طرق للتأكد من صدق مقياس القلق الاجتماعي. وذلك على النحو التالي:

الصدق المنطقي:

يهدف الصدق المنطقي (صدق التكوين الفرضي) إلى الحكم على مدى تمثيل المقياس للميدان الذي يقيسه. أي أن فكرة الصدق المنطقي تقوم في جوهرها على اختيار مفردات المقياس بالطريقة التطبيقية العشوائية التي تمثل ميدان القياس تمثيلاً صحيحاً، وقد قامت الباحثة ببناء مقياس القلق الاجتماعي بأبعاده ووضع مفردات مناسبة لقياس كل مكون على حده من خلال حساب المتوسط والوزن النسبي لكل مكون، ويندرج تحت هذا النوع

من الصدق ما يسمى صدق المحكمين، وذلك للتأكد من مدى وضوح المفردات وحسن صياغتها، ومدى مطابقتها للبعد الذي وُضعت لقياسه، تم عرض المقياس في صورته الأولى على مجموعة من الأساتذة المتخصصين في مجال الصحة النفسية وعلم النفس، حيث تم تقديم المقياس مسبقاً بتعليمات توضح لهم ماهية القلق الاجتماعي والتعريف الإجرائي لها ومكوناتها وسبب استخدام المقياس، طبيعة العينة، وطلب من كل منهم توضيح ما يلي:

- مدى انتماء كل مفردة للبعد الذي تنتمي إليه .
- تحديد اتجاه قياس كل مفردة للبعد الذي وضعت أسفله.
- مدى اتفاق بنود المقياس مع الهدف الذي وضعت من أجله.
- ارتباط المفردات بالأبعاد المرجو قياسها في ضوء التعريف الإجرائي لكل بعد.

- مدى مناسبة العبارة لطبيعة العينة.
- الحكم على مدى دقة صياغة العبارات ومدى ملاءمتها لأبعاد المقياس.
- إبداء ما يقترحونه من ملاحظات حول تعديل أو إضافة أو حذف ما يلزم.

- تغطية وشمول المقياس لقياس كل الأبعاد اللازمة للأطفال في هذه المرحلة.

- وضوح التعليمات الخاصة بالمقياس وطريقة التصحيح.

وقد تم إجراء التعديلات التي أشار إليها السادة المحكمون للمفردات المقياس وبعد ذلك تم حساب نسب اتفاق السادة المحكمين أعضاء هيئة التدريس علي كل مفردة من مفردات المقياس، كما قامت الباحثة بحساب الصدق باستخدام معادلة لاوشي لحساب نسبة صدق المحتوى لكل مفردة من مفردات مقياس القلق الاجتماعي وهي كالآتي:

صدق المحتوى (CVR) للاوشي =  $\frac{ن و - ن/ن}{2}$

$\frac{2}{ن}$

(Pear,et al,2018,62)

ن و : عدد المحكمين الذين وافقوا.

ن : عدد المحكمين ككل.

كما قام بحساب نسبة اتفاق المحكمين على كل مفردة من مفردات المقياس وذلك باستخدام المعادلة الآتية:

عدد مرات الاتفاق

نسبة الاتفاق =  $\frac{100x}{\text{عدد مرات الاتفاق} + \text{عدد مرات الاختلاف}}$

عدد مرات الاتفاق + عدد مرات الاختلاف

(خطاب، ٢٠٠٠، ٤٦٥)

ويوضح الجدول (١٠) يوضح نسب اتفاق السادة المحكمين ومعامل صدق لاوشي على كل مفردة من مفردات مقياس القلق الاجتماعي كالتالي:

جدول (١٠)

النسب المئوية للتحكيم على مقياس القلق الاجتماعي (ن=١٠)

م	معامل لاوشي	نسبة الاتفاق	القرار	م	معامل لاوشي	نسبة الاتفاق	القرار	م	معامل لاوشي	نسبة الاتفاق	القرار
١	١	%١٠٠	تقبل	١٦	١	%١٠٠	تقبل	٣١	١	%١٠٠	تقبل
٢	٠,٨	%٩٠	تقبل	١٧	٠,٨	%٩٠	تقبل	٣٢	١	%١٠٠	تقبل
٣	١	%١٠٠	تقبل	١٨	١	%١٠٠	تقبل	٣٣	١	%١٠٠	تقبل
٤	٠,٨	%٩٠	تقبل	١٩	١	%١٠٠	تقبل	٣٤	٠,٨	%٩٠	تقبل
٥	١	%١٠٠	تقبل	٢٠	١	%١٠٠	تقبل	٣٥			
٦	٠,٨	%٩٠	تقبل	٢١	١	%١٠٠	تقبل	٣٦			

م	معامل لاوشي	نسبة الاتفاق	القرار	م	معامل لاوشي	نسبة الاتفاق	القرار	م	معامل لاوشي	نسبة الاتفاق	القرار
٧	١	%١٠٠	تقبل	٣٧	٠,٨	%٩٠	تقبل	٢٢	١	%١٠٠	تقبل
٨	١	%١٠٠	تقبل	٣٨	١	%١٠٠	تقبل	٢٣	١	%١٠٠	تقبل
٩	١	%١٠٠	تقبل	٣٩	٠,٨	%٩٠	تقبل	٢٤	١	%١٠٠	تقبل
١٠	١	%١٠٠	تقبل	٤٠	١	%١٠٠	تقبل	٢٥	١	%١٠٠	تقبل
١١	٠,٨	%٩٠	تقبل		٠,٨	%٩٠	تقبل	٢٦	٠,٨	%٩٠	تقبل
١٢	١	%١٠٠	تقبل		١	%١٠٠	تقبل	٢٧	١	%١٠٠	تقبل
١٣	١	%١٠٠	تقبل		١	%١٠٠	تقبل	٢٨	١	%١٠٠	تقبل
١٤	٠,٨	%٩٠	تقبل		٠,٨	%٩٠	تقبل	٢٩	٠,٨	%٩٠	تقبل
١٥	١	%١٠٠	تقبل		١	%١٠٠	تقبل	٣٠	١	%١٠٠	تقبل

وباستقراء جدول (١٠) يتضح أنه تم الإبقاء على معظم المفردات التي بلغت نسب اتفاقها ١٠٠ % كما هي دون إجراء أي تعديل، وتم تعديل صياغة أربع مفردات بناءً على آراء السادة المحكمين.

يتضح من الجدول رقم (١٠) أن نسبة اتفاق السادة المحكمين على جميع مفردات مقياس القلق الاجتماعي تتراوح بين (٨٠% - ١٠٠ %)، وبمقارنة هذه القيمة بالقيم المرجعية لتحديد نسبة صدق المحتوى للاوشي حيث إن هذه النسبة تتراوح بين (١+ ، ١- ) وكلما اقتربت من (١+) كان معدل الصدق أقوى.

ثم قامت الباحثة بحساب الخصائص السيكومترية للمقياس على النحو التالي:

أولاً: الصدق:

الاتساق الداخلي لعبارات وأبعاد المقياس:

قامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلي لبنود وأبعاد المقياس وذلك على النحو التالي:

[ أ ] الاتساق الداخلي للعبارات:

قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه هذه العبارة، كما هو مبين في جدول (١١).

جدول (١١)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لكل بُعد (ن=٢٠)

المظاهر السلوكية والاجتماعية		المظاهر الانفعالية		المظاهر الجسمية	
معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م
**٠,٥١٦	١	**٠,٦٠٥	١	**٠,٥٢٧	١
**٠,٥٣٩	٢	**٠,٥٤٨	٢	**٠,٦٠٢	٢
**٠,٥٥٢	٣	**٠,٥٠٩	٣	**٠,٤٧٤	٣
**٠,٥٦٥	٤	**٠,٥٢٣	٤	**٠,٦٨٤	٤
**٠,٤٩٧	٥	**٠,٤٧٠	٥	**٠,٦٣٤	٥
**٠,٥٩٥	٦	**٠,٤٥٩	٦	**٠,٦٥٥	٦
**٠,٦٣٤	٧	**٠,٤٧٨	٧	**٠,٧١٢	٧
**٠,٦٣٣	٨	**٠,٥٦٦	٨	**٠,٦٠١	٨
**٠,٦٤٤	٩	**٠,٥٤٧	٩	**٠,٦٨١	٩
				**٠,٥٨٧	١٠
				**٠,٦٥١	١١
				**٠,٦٢٧	١٢
				**٠,٥٧٦	١٣
				**٠,٧٠٥	١٤
				**٠,٥٩٠	١٥
				**٠,٦٠٨	١٦

معامل الارتباط دال عند مستوى ٠,٠١ ن=٢٠  $\geq$  ٠,٥٣٧ وعند مستوى ٠,٠٥  $\geq$  ٠,٤٢٣

يتضح من جدول (١١) أن جميع معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية دالة إحصائياً وهو ما يؤكد على الاتساق الداخلي للعبارات.  
الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس:

وذلك عن طريق حساب الارتباطات الداخلية للأبعاد الثلاثة للمقياس، كما تم حساب ارتباطات الأبعاد الثلاثة بالدرجة الكلية للمقياس كما هو موضح في جدول (١٢).

جدول (١٢)

الارتباطات الداخلية بين أبعاد مقياس القلق الاجتماعي، وبين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس (ن=٢٠)

الأبعاد	المظاهر الجسمية	المظاهر الانفعالية	المظاهر السلوكية والاجتماعية
المظاهر	-	-	-
المظاهر	**٠,٧٢٦	**٠,٦٣٩	-
المظاهر	**٠,٥٦٩	**٠,٦٠٥	-
المقياس ككل	**٠,٧٤١	**٠,٦٢٨	**٠,٦٨٤

معامل الارتباط دال عند مستوى ٠,٠١ ن=٢٠  $\geq$  ٠,٥٣٧ وعند مستوى ٠,٠٥  $\geq$  ٠,٤٢٣

**النتائج:**

قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس القلق الاجتماعي باستخدام الطرق التالية:

(أ) معادلة ثبات ألفا كرونباخ: وذلك على عينة بلغت (٢٠) من المفحوصين، وكانت النتائج كما هي ملخصة في جدول (١٣).

جدول (١٣)

معاملات ثبات ألفا كرونباخ ن = (٢٠)

الأبعاد	ألفا كرونباخ
المظاهر الجسمية	٠,٧٥٣
المظاهر الانفعالية	٠,٧٩٢
المظاهر السلوكية والاجتماعية	٠,٧٥٩
الدرجة الكلية	٠,٨٠١

ينضح من الجدول السابق أن جميع معاملات ثبات الأبعاد الثلاث لمقياس القلق الاجتماعي كانت مرتفعة وهو ما يعزز الثقة في المقياس.

الخطوة الخامسة: التعليمات وطريقة التصحيح:

[١] طريقة التصحيح: تقدر الدرجة على المقياس وفقاً لميزان التصحيح الثلاثي وفقاً للجدول التالي:

جدول (١٤)

أبعاد وأرقام عبارات المقياس

الأبعاد الأساسية	عدد العبارات	الدرجة الصغرى	الدرجة العظمى
المظاهر الجسمية	١٦	١٦	٤٨
المظاهر الانفعالية	٩	٩	٢٧
المظاهر السلوكية والاجتماعية	٩	٩	٢٧
الدرجة الكلية	٣٤	٣٤	١٠٢

[٢] تفسير الدرجات: تفسر الدرجة المنخفضة بانخفاض مستوى القلق الاجتماعي بينما تعني الدرجة المرتفعة ارتفاع مستوى القلق الاجتماعي ، وتتراوح الدرجة على المقياس بين (٣٤) إلى (١٠٢) درجة.

#### خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية لحساب الخصائص السيكومترية وإعداد أدوات البحث علاوة على استخدامها لإثبات صحة أو عدم صحة فروض البحث، وإيجاد ثبات وصدق المقاييس، ونتائج البحث بالاستعانة ببرامج الحزم الإحصائية SPSS المستخدمة في العلوم الاجتماعية، ومن أهم هذه الأساليب الإحصائية المستخدمة:

- اختبار مان ويتي لإشارات الرتب الدرجات المستقلة Wilcoxon on Signed Ranks Test، لحساب الفرق بين متوسطي رتب أزواج الدرجات المستقلة.

- المتوسطات والانحرافات المعيارية.

- معاملات الارتباط.

- معامل ثبات ألفا كرونباخ.

- معادلة لاوشي (Lawshe content validity Ratio) لحساب الصدق الظاهري.

- حساب متوسط نسبة الاتفاق بين السادة المحكمين باستخدام المعادلة التالية:

نسبة الاتفاق = عدد مرات الاتفاق

100 × —————

عدد مرات الاتفاق + عدد مرات الاختلاف

نتائج البحث ومناقشتها:

نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

وينص على أنه " توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة في مقياس الميسوفونيا وبين درجاتهم على مقياس القلق الاجتماعي". وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط بيرسون للعلاقات بين درجات أفراد العينة على مقياس الميسوفونيا والدرجة الكلية وبين درجاتهم على مقياس القلق الاجتماعي والدرجة الكلية كما وضحة الجدول التالي:

جدول (١٥)

معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة على مقياس الميسوفونيا وبين درجاتهم على مقياس القلق الاجتماعي لدى عينة البحث ( ن = ٢٠ )

الأبعاد	المظاهر الجسمية	المظاهر الانفعالية	المظاهر السلوكية والاجتماعية	الدرجة الكلية للقلق الاجتماعي
الاستجابات الجسدية	**٠,٧٠٠	**٠,٧١٤	**٠,٧٢٣	**٠,٧٢٣
الاستجابات الانفعالية	**٠,٦٨٢	**٠,٦٩١	**٠,٧٠٠	**٠,٧١٣
المشاعر أثناء المحفزات	**٠,٦٨٧	**٠,٦٩٩	**٠,٧٠٧	**٠,٧١٤
قائمة الأصوات المحفزة الميسوفونيا	**٠,٧١٠	**٠,٧١٩	**٠,٧٢٨	**٠,٧٣٥
الدرجة الكلية	**٠,٦٧٣	**٠,٦٨٩	**٠,٦٩٥	**٠,٧١٠

معامل الارتباط دال عند مستوى ٠,٠١ ن = ٢٠  $\geq$  ٠,٥٣٧ وعند مستوى ٠,٠٥  $\geq$  ٠,٤٢٣

يتضح من الجدول السابق وجود علاقة موجبة دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين أبعاد مقياس الميسوفونيا والدرجة الكلية وأبعاد مقياس القلق الاجتماعي والدرجة الكلية لدى المعاقين بصريا وهذا يعني تحقق الفرض البحثي.

### مناقشة نتائج الفرض الأول وتفسيرها:

أشارت نتائج الفرض الأول إلى أنه: توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال المعاقين بصرياً في مقياس الميسوفونيا وبين درجاتهم على مقياس القلق الاجتماعي، وهذا يدل على إنه يرتبط اضطراب الميسوفونيا بالقلق لدى الأطفال المعاقين بصرياً ارتباطاً وثيقاً حيث يتكون القلق عناصر إدراكية فسيولوجية وسلوكية ينتج عنها الإحساس بعدم الارتياح والخوف مما ينتج عنها أعراضاً جسدية وسلوكية، والخوف واعتلال الحالة المزاجية العامة للطفل المعاق بصرياً نتيجة للشعور بالتهديد الذي لا يمكن السيطرة عليه ويظهر في ردود أفعال مبالغ فيها أو تشنجات عضلية في الجسم واضطرابات النوم وصعوبة التركيز.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة ( Beck, T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, A., 2014 )، التي كشفت عن وجود علاقة موجبة بين اضطراب الميسوفونيا ونوبات الغض لدى الأطفال ذوي الإعاقة البصرية، حيث يصاب الأطفال المعاقين بصرياً بعصبية زائدة واضطرابات عند سماع بعض الأصوات، خاصة الأصوات الصادرة من الفم كالمضغ أو النفس أو السعال أو أصوات أخرى كصوت الكتابة على لوحة المفاتيح وصرير القلم. هذه الأعراض كلها تعد مظاهر لمرض الميسوفونيا المعروف أيضاً بمتلازمة حساسية الصوت الانتقائية.

كما اتفقت أيضاً نتائج الفرض الأول مع نتائج دراسة Andrea Covanna (2015) حيث كشفت عن وجود علاقة إرتباطية بين الحساسية الصوتية الانتقائية أو الميسوفونيا لدى الأطفال ذوي الحساسية الصوتية الانتقائية أو الميسوفونيا وبين الاضطرابات الخاصة بالعدوان ونوبات الغضب، وأشارت الدراسة إلى أن هؤلاء الأطفال يجدون مشكلات كبيرة في

التركيز داخل الفصل الدراسي وتزيد لديهم نوبات الغضب والعدوان. كما تتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه نتائج العديد من الدراسات والتي من بينها دراسة (Jager, etal, 2021) (Roushani, & Honarmand, 2021) (Daniels, Ferrer-Torres, & Giménez-Llort, 2021) (Rodriguez, & Zabelina, 2020) (Vanaja, & Abigail, 2020) (Siepsiak, etal, 2020) (Lewin, etal, 2021) (Aazh, etal, 2019) (Quek, etal, 2018) (Schröder, etal, 2017) (Natalini, E., Dimaggio, G., Varakliotis, T., Fioretti, A., & Eibenstein, A.,2015) التي أشارت إلى أنه توجد علاقة ارتباطية بين حدة اضطرابات الميسوفونيا وبين والأعراض المصاحبة كالقلق، والأعراض الاكتئابية، والشعور بالضيق النفسي، والغضب لدى فئات متعددة من الأطفال، والتي من بينهم فئة الأطفال ذوي الإعاقة البصرية.

وهذا ما أكدته دراسة (Spitzer, L., & Williams, B.,2015) من خلال دراسة حالة للكشف عن العلاقة بين اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميسوفونيا) وبين الاضطرابات النفسية المختلفة ومن بينها القلق، وتكونت عينة الدراسة من حالتين تعانين من اضطراب الحساسية تجاه الأصوات، الحالة الأولى (أربيل) التي تبلغ من العمر (١٠) سنوات وليس لديها أي تاريخ مرضي، تمثلت أعراض اضطراب الميسوفونيا بالتهيج والقلق، والتجنب، وصعوبة التنفس، والمضغ، والتنتصت، حيث عانت من الغضب والضيق النفسي عندما كانت تُصدر عائلتها أو أحد من صديقاتها محفزات صوتية غريبة؛ مما أدى بالنهاية إلى انسحابها من المدرسة. أما الحالة الثانية (لي) وهي فتاة تبلغ من العمر (٩) سنوات تُعاني من أعراض الميسوفونيا، ولا يوجد لديها تاريخ مرضي سابق، اقتصرت أعراض الاضطراب لديها فيما يتعلق بالأصوات الصادرة عند الأكل، مثل: (الالتهام، التصاق الشفاه، المضغ)، والتنفس (التنفس الثقيل، الشم)، والتنتصت،

والمحادثات ذات الأصوات المزعجة، بدأت تتحدث عن معاناتها والشعور بالضيق والتهيج، وأظهرت نوبات من الغضب، واستطاعت السيطرة على غضبها داخل المدرسة ومع معلمها وأصدقائها، وأشارت نتائج الدراسة لكلا الحالتين فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض الحالات السابقة، وتحسين قدرتهما على التوافق وخفض حدة الأعراض المصاحبة.

كما اتفقت أيضًا نتائج هذا الفرض مع نتائج دراسة التي قام بها (Schröder, etal, 2017) والتي هدفت للكشف عن العلاقة الارتباطية بين الحساسية تجاه الأصوات (الميسوفونيا) وبين الغضب والاشمئزاز لدى الأطفال المعاقين بصريًا، وتكونت عين الدراسة من (٩٠) طفلًا يعانون من الحساسية تجاه الأصوات (الميسوفونيا) وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية بين أعراض الحساسية تجاه الأصوات (الميسوفونيا) والغضب، الاشمئزاز. وبينت نتائج الدراسة التي قام بها (Quek, etal, 2018) ودراسة (Beck, T., Steer, A., & Brout, J., Kelley, L., & Rosenthal, M. Z. إلى وجود علاقة لاضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميسوفونيا) لدى الأطفال المكفوفين وكل من القلق والتوتر، والاكنتاب، والضغط النفسي بشكلٍ إيجابي، كما دلت النتائج على عدم وجود علاقة ارتباطية بين المتغيرات الديموغرافية (العمر، والجنس) مع الميسوفونيا، في حين وجدت علاقة بين شدة القلق مع شدة الميسوفونيا.

كما أكدت دراسة (Daniels, Rodriguez & Zabelina, 2020) والتي هدفت للكشف عن العلاقة بين شدة أعراض الحساسية تجاه الأصوات (الميسوفونيا) بالقدرة على التحكم والتنظيم المعرفي للأصوات المزعجة، تكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفلًا من الأطفال ذوي الإعاقة البصرية يعانون من الميسوفونيا، وأشارت نتائج الدراسة إلى أنه ارتبطت ردود الفعل

السلوكية العاطفية للمحفزات الصوتية بشكل كبير، وبينت النتائج اختلاف القدرة على التعامل مع هذه الأصوات تبعاً لمتغير نمط شخصية الطفل (الشخصية العصائية)، ودلت النتائج أن الأطفال الذين لديهم مشاعر أقوى وردود فعل سلوكية نحو الأصوات المزعجة قد يكون لديهم قلقاً على من الآخرين.

وترى الباحثة أن نتيجة هذه العلاقة طبيعية، حيث أن استجابات الأطفال ذوي المعاقين بصرياً مما يعانون من اضطراب الميسوفونيا، تظهر لديهم بعض السلوكيات والاستجابات الخاصة والتي تتمثل في القلق الاجتماعي، وتغيرات مزاجية سريعة وغير مبررة، وتغطية الأذنين باليد عند سماع الأصوات المكررة، وتجنب أماكن صعبة والرغبة في مغادرة تلك الأماكن دون سبب واضح، وصعوبة التنظيم والتحكم الذاتي مقارنة بالمرحلة العمرية، والشعور بالخوف والغضب نتيجة أصوات تبدد اعتيادية، والبكاء لسماع أصوات لا يلاحظها الآخرون، صعوبة التأقلم داخل الفصل الدراسي أو العمل، ونوبات من الغضب والعدوان.

وهذا ما أشارت إليه دراسة (Dozier, H, (2017) ودراسة Pellicori, (2020) J, أن الأطفال المعاقين بصرياً يواجهون الكثير من الصعوبات في عملية الاندماج والتفاعل الاجتماعي، ويرجع السبب إلى غياب المعلومات البصرية التي لها دوراً رئيسياً في تشكيل السلوك الاجتماعي لدى الأطفال، ففي مرحلة المهد تتأثر عملية التفاعل بين الأم وطفلها بغياب البصر حيث لا يستجيب الطفل لأمه بالقدر المطلوب وكذلك عملية التقليد والمحاكاة التي يكتسب من خلالها الطفل مبادئ السلوك الاجتماعي.

نتائج الفرض الثاني:

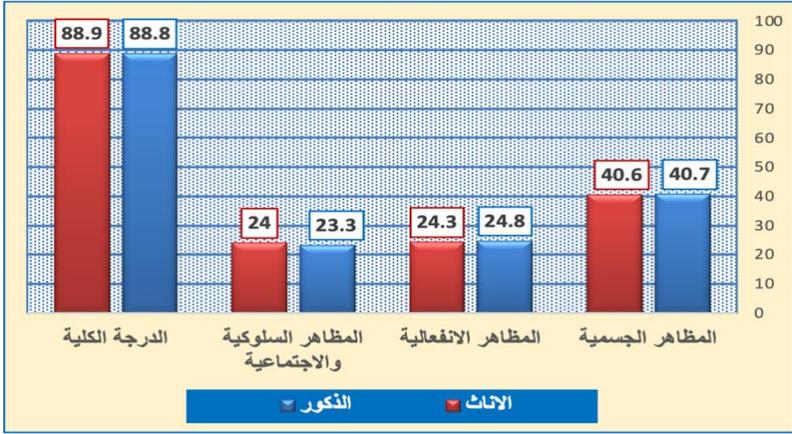
ينص الفرض على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد القلق الاجتماعي والدرجة الكلية وفقاً للنوع (الذكور والإناث)".

جدول (١٦)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لمتوسطات الرتب ومجموع الرتب وقيمة (Z) ودالاتها للفروق بين الذكور والإناث في أبعاد القلق الاجتماعي

الأبعاد	المجموعات	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان ويتنى	قيمة Z	مستوي الدلالة
المظاهر الجسمية	الذكور	٤٠٠,٧٠	٢,٩٠	١٠,٤٠	١٠٤,٠٠	٤٩,٠٠	٠,٠٧٦	غ.د.
	الإناث	٤٠٠,٦٠	٤,٥٢	١٠,٦٠	١٠٦,٠٠			
المظاهر الانفعالية	الذكور	٢٤,٨٠	٢,١٤	١١,٥٠	١١٥,٠٠	٤٠,٠٠	٠,٧٦٧	غ.د.
	الإناث	٢٤,٣٠	١,٨٨	٩,٥٠	٩٥,٠٠			
المظاهر السلوكية والاجتماعية	الذكور	٢٣,٣٠	٢,١١	٩,٣٥	٩٣,٥٠	٣٨,٥٠	٠,٨٨٨	غ.د.
	الإناث	٢٤,٠٠	١,٩٤	١١,٦٥	١١٦,٥٠			
الدرجة الكلية	تجريبية	٨٨,٨٠	٦,٤٠	١٠,٤٥	١٠٤,٥٠	٤٩,٥٠	٠,٠٣٨	غ.د.
	ضابطة	٨٨,٩٠	٦,٤١	١٠,٥٥	١٠٥,٥٠			

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (Z) لمعرفة الفروق بين المجموعتين الذكور والإناث غير دالة إحصائياً، مما يشير إلى عدم وجود فروق بين المجموعتين، وبالنظر في الجدول السابق يتضح تقارب متوسطات المجموعتين (الذكور والإناث) في كل من أبعاد القلق الاجتماعي.



شكل (١) يوضح تقارب متوسطات المجموعتين (الذكور والإناث) في كل من أبعاد القلق الاجتماعي.

### مناقشة نتائج الفرض الثاني وتفسيرها:

يتضح من الجدول (١٦) أنه لا توجد فروق ذات دلالة في أبعاد القلق الاجتماعي والدرجة الكلية وفقاً للنوع (الذكور والإناث)، وانفتحت نتيجة هذا الفرض مع توصلت إليه نتائج Cassiello-Robbins, C., Anand, D., McMahon, K., Brout, J., Kelley, L., & Rosenthal, M. Z. (2021) والتي أشارت إلى أن مستوى القلق الاجتماعي لدى الأطفال المصابون بالميوسوفونيا الإناث لا يختلف عن الأطفال الذكور، وأشارت الدراسة إلى أن هذا الاضطراب العصبي يصيب الذكور والإناث بنفس ردة فعل الانفعالية والسلبية عند سماع بعض الأصوات المهموسة، وبالذات الأصوات الصادرة من الفم، مثل المضغ والنفس والسعال، وغير هذه الأصوات الخفية، كصرير القلم وصوت الكتابة على لوحة المفاتيح يصاب مريض الميزوفونيا بالانزعاج الشديد والشعور بالتوتر والغضب، وتكون ردود أفعال المصابين على هذه الأصوات في العادة لا إرادية، في الوقت الذي لا يصاب المرضى بهذه الحالة بالانزعاج من الأصوات التي يصدرونها بأنفسهم، ويعتبر انتشار الإصابة بمتلازمة ميوسوفونيا غير معروف على

وجه التحديد، وتتوافر مجموعات من المصابين تشير إلى أن هذه الحالة أصبحت أكثر انتشاراً من ذي قبل. كما أشارت دراسة Cavanna, A. (2014) إلى أن مستوى القلق الاجتماعي لدى الأطفال الإناث لا يختلف عن الأطفال الذكور.

كما تتفق أيضاً هذه النتيجة مع ما توصلت إليه نتائج دراسة Tsakanikos, E., Cavanna, E. & Neal, M. (2015) ودراسة Costello, H., Holt, G., Sturmey, P., & Bouras, N. (2017) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط الذكور والإناث في القلق الاجتماعي، ودراسة Quek, C., Ho, S., Choo, C., Nguyen, H., Tran, X., & Ho, C. (2018) والتي كشفت عن عدم وجود فروق بين الجنسين في الشعور بالقلق الاجتماعي، ودراسة Rouw, R., & Erfanian, M. (2018) والتي توصلت لعدم وجود فروق ذات دلالة جوهرية في القلق الاجتماعي بين الذكور والإناث.

كما تتفق أيضاً هذه النتيجة مع ما توصلت إليه نتائج دراسة Siepsiak, M., Śliwerski, A., & Łukasz Dragan, W. (2020) ودراسة Roushani, K., & Honarmand, M. M. (2021) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط الذكور والإناث في القلق الاجتماعي، ودراسة Zhou, X., Wu, M. S., & Storch, E. A. (2021) والتي كشفت عن عدم وجود فروق بين الجنسين في الشعور بالقلق الاجتماعي، ودراسة Wiese, A. D., Wojcik, K. D., & Storch, E. A. (2021) والتي توصلت لعدم وجود فروق ذات دلالة جوهرية في القلق الاجتماعي بين الذكور والإناث.

بينما اختلفت نتائج هذا الفرض مع ما توصلت إليه نتائج دراسة Cuijpers, P., Smits, N., Donker, T., Ten Have, M., & de

Graaf, R. (2016) والتي أسفرت عن أن هناك ثمة فروق في القلق الاجتماعي و في نوعية التفاعل بين الجنسين (الذكور والإناث)، لصالح الإناث حيث أن الإناث يغلب لديهم الجانب العاطفي والمشاعر الانفعالية تجاه المحيطين بهم أكثر من الذكور. كما اختلفت نتائج الفرض أيضاً مع نتائج دراسة كلٍ من Aazh, H., Landgrebe, M., Danesh, A., & Moore, C. (2019) ودراسة Brout, J., Kelley, L., & Rosenthal, M. Z. (2021) ودراسة Ferrer-Torres, A., & Giménez-Llort, L. (2021) ودراسة Muller, D., Khemlani- Patel, S., & Neziroglu, F. (2021) والتي أشارت نتائج هذه الدراسات أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس القلق الاجتماعي بين الذكور والإناث، حيث أن أبسط الأصوات تثير غضب الذكور والإناث المصابين بالميوسوفونيا دون تمييز بين الجنسين، وتصيبهم بالغثيان للدرجة التي تجعلهم يبتعدون عن مصدر الصوت أو يحاولون إيقافه، وتسمى هذه الحالة بمتلازمة حساسية الصوت الانتقائية، والتي يطلق عليها أيضاً الميوسوفونيا، وأن ردة فعل الاضطراب العصبي عند سماع بعض الأصوات المهموسة، وبالذات الأصوات الصادرة من الفم مثل المضغ والنفس والسعال، وغير هذه الأصوات الخفية، كصرير القلم وصوت الكتابة على لوحة المفاتيح، يصاب مريض الميوسوفونيا بالانزعاج الشديد والشعور بالتوتر والغضب، وتكون ردود أفعال المصابين على هذه الأصوات في العادة لا إرادية، في الوقت الذي لا يصاب المرضى بهذه الحالة بالانزعاج من الأصوات التي يصدرونها بأنفسهم.

### نتائج الفرض الثالث:

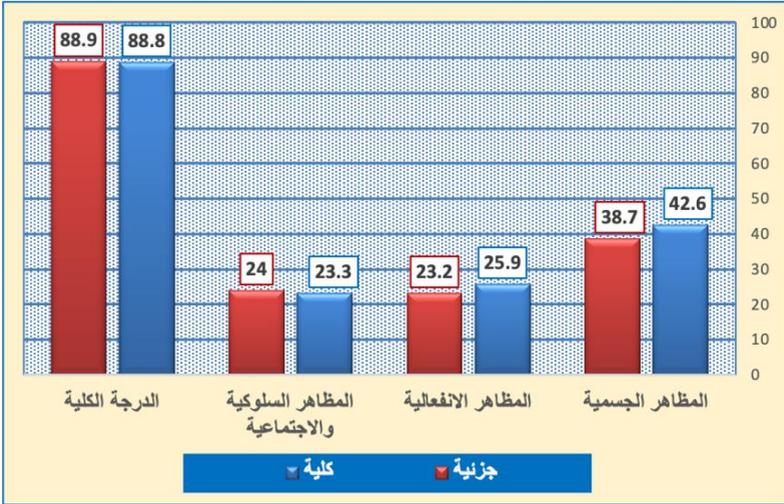
ينص الفرض على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد القلق الاجتماعي والدرجة الكلية وفقاً لطبيعة الإعاقة (كلية/جزئية)".

#### جدول (١٧)

المتوسطات والانحرافات المعيارية متوسطات الرتب ومجموع الرتب وقيمة (Z) ودلالاتها للفروق بين الإعاقة (كلية/جزئية) في أبعاد القلق الاجتماعي

الأبعاد	المجموعات	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان ويتني	قيمة Z	مستوي الدلالة
المظاهر الجسمية	كلية	٤٢,٦٠	١,٨٩	١٣,٥٠	١٣٥,٠٠	٢٠,٠٠	٢,٢٧٧	٠,٠٥
	جزئية	٣٨,٧٠	٤,١١	٧,٥٠	٧٥,٠٠			
المظاهر الانفعالية	كلية	٢٥,٩٠	١,٢٨	١٤,٥٥	١٤٥,٥٠	٩,٥٠	٣,١٠٥	٠,٠١
	جزئية	٢٣,٢٠	١,٦١	٦,٤٥	٦٤,٥٠			
المظاهر السلوكية والاجتماعية	كلية	٢٣,٣٠	٠,٧٣	١٣,٩٠	١٣٩,٠٠	١٦,٠٠	٢,٦٢٥	٠,٠١
	جزئية	٢٤,٠٠	٢,١١	٧,١٠	٧١,٠٠			
درجة الكلية	كلية	٨٨,٨٠	٢,٢٧	١٥,٠٠	١٥٠,٠٠	٥,٠٠	٣,٤٢٨	٠,٠١
	جزئية	٨٨,٩٠	٥,٥٧	٦,٠٠	٦٠,٠٠			

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (Z) لمعرفة الفروق بين المجموعتين كلية/جزئية غير دالة إحصائياً، مما يشير إلى عدم وجود فروق بين المجموعتين، وبالنظر في الجدول السابق يتضح تقارب متوسطات المجموعتين في كل من أبعاد القلق الاجتماعي.



شكل (٣) يوضح تقارب متوسطات المجموعتين (كلية/جزئية) في كل من أبعاد القلق الاجتماعي.

### مناقشة نتائج الفرض الثالث وتفسيرها:

يتضح من الجدول (١٧) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد القلق الاجتماعي والدرجة الكلية وفقاً لنوع الإعاقة (كلية/ جزئية)، وانفتقت نتيجة هذا الفرض مع توصلت إليه نتائج Reid, M., Guzick, G., Gernand, A., & Olsen, B. (2016) والتي أشارت إلى أن مستوى القلق الاجتماعي لدى الأطفال المصابون بالميوسوفونيا يختلف بنوع الإعاقة (كلية/ جزئية)، حيث أن تأثير وشدة الحساسية تجاه الأصوات الانتقائية يزداد بشدة نوع الإعاقة (كلية/ جزئية) حيث أن الإعاقة البصرية الكلية يكون اعتماد الطفل على السمع أكثر من الإعاقة الجزئية.

كما انفتقت أيضاً دراسة Lewin, B., Dickinson, S., Kudryk, K., Karlovich, R., Harmon, L., Phillips, A., & Ehrenreich-May, J. (2021) والتي هدفت معرفة الأسباب وراء الإصابة باضطراب الميوسوفونيا وهل تختلف بنوع وشدة الإعاقة البصرية، وتم في الدراسة مسح

أدمغة ٢٨ طفلاً من ذوي الإعاقة البصرية (كلية) ومصابين بهذا الاضطراب باستخدام الرنين المغناطيسي، في مقابل ٣٢ مصابي بالإعاقة (جزئية)، وتم إخضاع الفريقين إلى ٣ أنواع من الأصوات بهدف مقارنة الاستجابة العصبية والفيزيولوجية بينهما، وكانت منها الأصوات المحفزة مثل صوت التنفس، وأخرى مزعجة مثل صراخ الأطفال، والثالثة محايدة مثل المطر.

واتضح بعد الاستماع إلى كل صوت على حدة أن الأصوات المحفزة أدت إلى غضب المصابين بمتلازمة الميسوفونيا، كما أنها تسببت في تغييرات فيسيولوجية، مثل التعرق وارتفاع معدل ضربات القلب بشكل غير مبرر لدى المجموعة من ذوي الإعاقة الكلية، وكشفت الدراسة أن هناك تغييرات في أجزاء الدماغ عقب سماع هذه الأصوات، وبخاصة في القشرة الانعزالية الأمامية، وهي التي ترتبط بالعاطفة، حيث زاد نشاطها لدى المصابين بالإعاقة الكلية عن المجموعة ذوي الإعاقة البصرية (الجزئية)، وهذا هو ما يفسر ردود الأفعال السلبية، وظهور التوتر والتعرق وغيرها من التغيرات الفيزيولوجية.

كما تتفق أيضاً هذه النتيجة مع ما توصلت إليه نتائج دراسة Schroder, Rouw, R., & A., Vulink, N., & Denys, D, (2016) ودراسة Erfanian, M. (2018) إلى وجود فروق دالة إحصائية في القلق الاجتماعي ترجع لنوع وشدة الإعاقة البصرية، ودراسة Schroder, E., Vulink, C., van Loon, J., & Denys, A. (2017) والتي كشفت وجود فروق في الشعور بالقلق الاجتماعي تعزى لنوع الإعاقة (كلية/جزئية)، ودراسة Vanaja, S. & Abigail, S. (2020) والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة جوهرية في القلق الاجتماعي ترجع لنوع الإعاقة وشدها.

وتُفسر الباحثة أيضاً إنه يرجع ذلك إلى أن الإعاقة البصرية وكل ما يحيط بها من مشكلات ناتجة عن قصور البصر أو فقدانه، واعتماد المعاق بصرياً كلياً على حاستي اللمس والسمع فإن أي اضطراب في أي منهما قد يتسبب في ضرر بالغ يصعب التعامل معه وخاصةً حاسة السمع التي يعتمد عليها المعاق بصرياً بنسبة كبيرة في انتقاله وحركته وتحديد بعض المثيرات من حوله وتجنب مصادر الخطر، وإصابة المعاق بصرياً بأحد الاضطرابات السمعية كاضطراب حساسية الصوت الانتقائية Selecticle (sss) sound sensitivity، ويتميز المعاق بصرياً بشكلٍ (كلي) بحبه للعزلة وعدم الانخراط مع المجتمع نتيجة لقيود تعرضها عليه إعاقته وارتفاع مستويات القلق الاجتماعي لديه والخوف الدائم من الأذى والإحساس بالعجز والنقص، وكذلك فإن اضطراب حساسية الصوت الانتقائية تفرض على المعاق بصرياً عزلة إضافية تظهر في الاضطرابات السلوكية والانفعالية وردود الأفعال غير المبررة للغضب والعدوان والتي لا يتقبلها الآخرون من حوله وعدم تمكنهم من فهمها، فتزيد بالتبعية معدلات القلق لدى المعاقين بصرياً إلى مستوى غير مسبوق ويظل المعاق بصرياً في دائمة مخلقة بين الخوف والاضطراب والقلق المستمر الذي يظهر لديه في نوبات من الغضب والعدوان ونفور الآخرين، فيفرض على نفسه حالة من العزلة الكاملة وقد يصاب لاحقاً بالاكتئاب الشديد وفقدان الرغبة في الحياة، بينما يختلف الأمر مع الأطفال المصابين بشكلٍ (جزئي).

### توصيات البحث:

في ضوء نتائج البحث الحالي يمكن للباحثة تقديم التوصيات التالية:  
- دراسة معايير تشخيص وتحديد الأعراض المصاحبة لاضطراب الحساسية الانتقائية تجاه الأصوات (الميسوفونيا) وتقنين مقياس يتناول مختلف الشرائح في البيئة المحلية.

- تشجيع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية الذين يعانون من (الميسوفونيا) على تكوين جماعات الدعم والمساندة الاجتماعية لتبادل الخبرات وتفريغ الانفعالات والتعبير الإيجابي عن المشكلات والأعراض التي يعانون منها.
- عقد دورات تدريبية وورش عمل مختلفة في لقاءات متعددة حول هذا النوع من الاضطرابات والتوعية بأعراضه وأسبابه وآثاره على الطفل ذوي الإعاقة البصرية والمجتمع.
- التدريب على إعادة البناء المعرفي لدى الأطفال ذوي الإعاقة البصرية بما يسهم في خفض الأفكار السلبية لديهم، ويساعدهم على مواجهة المشكلات النفسية والتحديات.
- أهمية دور الدولة بالاهتمام بالأطفال ذوي الإعاقة البصرية في تحسين وتنمية التوافق الاجتماعي من خلال التوعية باضطراب الميسوفونيا الذي يصيب الأطفال بأفعال شاذة غير متوقعة مع الوضع في الاعتبار أن ردة فعلهم خارجه عن إرادتهم.

## المراجع

أولاً : المراجع العربية :

أبو زيتون، جمال عبد الله ، مقدادي ، يوسف فرحان (٢٠١٢). الأمن النفسي لدى الطلب المعاقين بصرياً في ضوء بعض المتغيرات. مجلة جامعة دمشق. مجلد (٢٨). العدد الثالث.

جرادات، نادر أحمد (٢٠١٥). فاعلية برنامج اجتماعي لرفع مفهوم الذات للطفل الكفيف في مرحلة ما قبل المدرسة. رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة حائل السعودية.

الدليمي، نجية إبراهيم (٢٠١٩). واقع تكيف المناهج والبرامج التربوية للتلاميذ ذوي الإعاقة البصرية من وجهة نظر معلمهم. مجلة البحوث التربوية والنفسية. المجلد (١٦). العدد (٦٣).

رسلان، شاهين (٢٠١٤). سيكولوجية أسرة المعاق بصرياً مفهوم الإعاقة البصرية. دار غريب للطباعة والنشر.

زيدان، عصام محمد ، المتولي، ليلى عبد العظيم ، الباز، معتز محمد السيد (يوليو، ٢٠١٧). العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وأساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى عينة من المراهقين المكفوفين. مجلة بحوث التربية النوعية. جامعة المنصورة. عدد (٤٧).

سالم ، كمال (٢٠١٧). المعاقون بصرياً خصائصهم ومناهجهم. الدار المصرية اللبنانية. ط ١.

الشافعي، إبراهيم (٢٠١٨). مقياس القلق الاجتماعي (LSASI) للمراهقين والراشدين. إعداد أم لبيونز وترجمة وتقنين إبراهيم الشافعي. دار الكتاب الحديث. القاهرة.

شعبان ، رضى السيد (٢٠١٨). برنامج مقترح للطلاب المعلم شعبة جغرافيا بكلية التربية باستخدام الفصل المقلوب ومواقع التواصل الاجتماعي

مهارات التدريس والتفاعل الاجتماعي وأثره على تنمية التفكير الجغرافي لذوي الإعاقة البصرية. مجلة الجمعية التربوية للدراسات الاجتماعية. الفيوم. العدد ١٥.

شعير، إبراهيم محمد (٢٠٠٩). تعليم المعاقين بصرياً أسسه، استراتيجياته، وسائله. دار الفكر التربوية للطباعة والنشر. القاهرة.

شنيكات، فريال عبد الهادي (٢٠١٤). مستوى القبول والتفاعل الاجتماعي للطلبة ذوي الإعاقة البصرية المدمجين في المدارس العادية في الأردن. مجلة دراسات العلوم التربوية. مجلد (٤١)، العدد (٢).

شنيكات، فريال عبد الهادي، الشوبكي، نايفة حمدان حمد (يناير، ٢٠١٨). المهارات الانتقالية اللازمة لالتحاق أطفال الروضة المكفوفين بالمدرسة الابتدائية. مجلة كلية التربية. جامعة الأزهر. العدد ١٧٧. الجزء الأول.

صالح، صلاح سعد (٢٠١٦). المساندة الاجتماعية للمعاقين بصرياً. دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر.

عبد الرحمن، إخلاص محمد (٢٠١٥). أثر الإعاقة السمعية والإعاقة البصرية على شخصية المعاق (دراسة حالة المعاقون المسجلين باتحاد الصم واتحاد المكفوفين بود مدني للفترة من مارس - ديسمبر ٢٠١٢). مجلة العلوم النفسية والتربوية. العدد (٢). المجلد (١).

عبد الشافي، مروة حسن (٢٠٢٠). العلاقة بين الفلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية لدى المعاقين بصرياً. مجلة البحث العلمي في الآداب والعلوم الاجتماعية والإنسانية. العدد ٢١. الجزء السادس. كلية البنات. جامعة عين شمس.

عبيد، ماجدة السيد (٢٠١١). المبصرون بآذانهم (المعاقون بصرياً). دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع.

علي، السيد فهمي (٢٠٢٠). سيكولوجية ذوي الإعاقات الحركية والسمعية والبصرية والعقلية. دار الجامعة الجديدة. الإسكندرية.  
عواد، أحمد ، شريت، أشرف (٢٠٠٨). دليل الأسرة والمعلمة في تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي الإعاقة البصرية. مؤسسة حورس. الإسكندرية. ٢٠٠٨.

الغامدي، رفعة سعيد (٢٠١٩). فاعلية برنامج إرشادي سلوكي في خفض الرهاب الاجتماعي لدى طالبات المرحلة المتوسطة بمنطقة الباحة. *المجلة العلمية لكلية التربية جامعة أسيوط*. المجلد (٣٥). العدد ١٢.  
نظحجي، حياة خليل حسن (يناير، ٢٠١٤). فعالية برنامج سلوكي في خفض السلوك النمطي لدى الأطفال ذوي الإعاقة البصرية. *مجلة كلية التربية*. بني سويف. الجزء الأول. العدد ١١.

يعقوب ، إسحاق محمود (٢٠١٦). مفهوم الذات وعلاقته بالكفاية الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الإعاقة البصرية. *مجلة كلية التربية*. جامعة أسيوط. مقال ٤ مجلد ٣٢ العدد ٢ ربيع ٢٠١٦.  
يوسف، سليمان عبد الواحد (٢٠١٢). سيكولوجية الإعاقة البصرية (المعاق بصرياً بين الطاقة المعطلة والقوى المنتجة). مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.

ثانياً : المراجع الأجنبية :

Aazh, H., Landgrebe, M., Danesh, A., & Moore, C. (2019). Cognitive behavioral therapy for alleviating the distress caused by tinnitus, hyperacusis and misophonia: Current perspectives. *Psychology research and behavior management*, 12, 991-1002 American Psychiatric.

Andrea Covanna, (2015). *Misophonia: An Investigation of the Lesser-Known Decreased Sound Tolerance Condition.*

Andrea. E, Cavanna and Stefanosen (2015). Misophonia: current perspectives. *Journal of Neuropsychiatric Disease and treatment.* v (11).

Andrew D. Wiese, Kathrine D. Wojcik and Eric A. Storch (2020). Assesment and Intervention for individuals with Misophonia. *Journal of contextual bhavioral Science.* V (7) issue (2).

Antonia N. Kaczurkis and Enda B. Fog (2015). Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: An Update on the Empirical Evidence. *Journal of Neuroscience.* Vol.(17). I(3). 337-346.

Arfan E, Schroder, Nienke C, Vulink, Arnoud J, Van loon and Daniaan A Denys (2017). Cognitive behavioral therapy os effective in misophonia: An open trial. *Journal of Affective disorders.* V (217).

B. Dibb, S.E Golding and T.H. Dozier (2020). The development and Validation of the Misophonia response Scale. *Journal of Rpsychomatic research.* V(149).

Beck, T., Epstein, N., Brown, G., & Steer,A. (2014). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Beck, T., Steer, A., & Brout, J., Kelley, L., & Rosenthal, M. Z. (2021). *A preliminary investigation of the*

*association between misophonia and symptoms of psychopathology and personality disorders. Frontiers in Psychology, 11, 3842.*

Candice A. Alfano (2018). (Re) conceptualizing Sleep Among Children with Anxiety Disorders: Where to Next? *Journal of Clinical Child and Family Psychology Review*. Vol.(21). 482-499.

Cassiello-Robbins, C., Anand, D., McMahon, K., Brout, J., Kelley, L., & Rosenthal, M. Z. (2021). A preliminary investigation of the association between misophonia and symptoms of psychopathology and personality disorders. *Frontiers in Psychology, 11, 3842.*

Cavanna, A. (2014). "What is misophonia and how can we treat it?".*Expert Review of Neurotherapeutics*. 14 (4), 357–359.

Cavanna, A. E., & Seri, S. (2015). *Misophonia: current perspectives. Neuropsychiatric disease and treatment, 11, 2117.*

Cavanna,E. & Neal, M. (2015). Selective Sound Sensitivity Syndrome (Misophonia) in a Patient with Tourette Syndrome. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 25 (1). doi:10.1176/appi.neuropsych.11100235.

Chris Hollis, Charlotte L. Hall, Boliang Guo, Marilyn James, Janet Boadu, Madeline J. Groom, Niki Brown, and Others (2018). The Impact of a Computerised Test of Attention and Activity (Qb

test) on Diagnostic Decision- Making in Children and Young People with Suspected Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Single- Blind Randomised Controlled Trail. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol.(50). (12). 1298-1308.

Cicek Hocaoglu (2018). A lihle Known topic Misophonia: Two Case reports. *The Journal of psychiatry and Neurological Sciences*. V (1). I (31).

Courtney Benjamin Walk, Philip C. Kendall, Riad S. Beidas (2015). Cognitive Behavioral Therapy for Child Anxiety Confers Long- Term Protection from Sociality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol.(54). I(3), 175-179.

Cuijpers, P., Smits, N., Donker, T., Ten Have, M., & de Graaf, R. (2016). Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item (Misophonia) Inventory. *Psychiatry research*, 168(3), 250-255.

Cunningham E, Micholm A, and Boyle M (2006). Social Phobia , anxiety, opppsitional behavior social skills, and self concept in children with specific selective autism, fenoralized selective autism and community controls, *European child and Adolescent and P&Y chiotry Journal*. V(15) issue 5.

Daniel A. Geller, Joseph F. Mc Guire, Scoot P. Orr, Brent J. Smell, Tanya K. Murphy, Kathleen Trainor, Rachil Porth, and Others (2019). Fear Extinction Learning as a Predictor of Response to Cognitive Behavioral Therapy for Pediatric Obsessive

Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. Vol.(64). 1-8.

Daniels, C., Rodriguez, A., & Zabelina, L. (2020). *Severity of misophonia symptoms is associated with worse cognitive control when exposed to misophonia trigger sounds*. PloS one, 15(1), e0227118.

Darius Muller, Sony Khenlani- Patel and Fugen Neziroglu (2018). Cognitive Behavioral therapy for an Adolescent female Presenting with Misophonia: A case example. *Journal of Psychology & Counseling*. V (17) I (4).

Dozier, H. (2017). *Understanding and overcoming misophonia: a conditioned aversive reflex disorder*. Misophonia Treatment Institute.

Edurne Maiz and Nekane Balluerka (2018). Trait Anxiety and Self- Concept Among Children and Adolescents with Food Neophobia. *Journal of Food Research International*. Vol.(105). 1054-1059.

Eli R. Lebowitz- Carla Marin, Alyssa Matino, Yaara Shamshoni and Windy K. Sliverman (2020). Parent Based Treatment as Efficacious as Cognitive-Behavioral Therapy For Childhood Anxiety: A Randomized Nonin Feriority Study of Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol.(59). I(3). 362-372.

Ferrer-Torres, A., & Giménez-Llort, L. (2021). Sounds of Silence in Times of COVID-19: Distress and Loss of Cardiac Coherence in People With Misophonia

Caused by Real, Imagined or Evoked Triggering Sounds. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-12.

Francais Quesque, Eric Chabanat and Yues Rossetti (2018). Taking the Point of View of the Blind: Spontaneous Level 2 Perspective- Taking in Irrelevant Conditions. *Journal of Experimental Social Psychology*. Vol.(79). 356-364.

Gillihan, J. (2020). *Cognitive Behavioural Therapy Made Simple: 10 Strategies for Managing Anxiety, Depression, Anger, Panic and Worry*. Hachette UK.

Hofmans, Moscouitch D, and Kim. H (2006). Autonomic correlation of social anxiety ad ebanassment in shy and non shy Idividuals. *International Journal of phychophysiology*. v(61) issue (2).

Idawati, Dede; Masitoh, Siti; Bachri and Bachtiar S. (2020). Application of Leaning Mobility Orientation on Social Skill of Blind Children. *Journal of Education and Learning*. Vol.(9). I(1). 146-204.

Iskra Potgieter, Carol MacDonald, Lucy Partridge, Rilana Jacquellins and Derek J. Hoare (2019). Misophonia: Ascoping review of research. *Journal of Clinical Psychology*. V (75). Issue (4).

Jager, J., Vulink, N. C., Bergfeld, O., van Loon, J., & Denys, A. (2020). *Cognitive behavioral therapy for misophonia: A randomized clinical trial*. *Depression and Anxiety*, 15(4), 1-16.

Jennifer L, Cecillione, Stephanie A, Hitte and Scoh R, Vrana (2020). Treating Adolescent Misophogia with

Cognitive Behavioral Therapy: Considerations for including Exposure. *Journal of Clinical Case Studies*.

Joe Bathett, Michelled Hann and Waomi J. Dale (2019). Adaptive Behavior and Quality of Life in School-Age Children with Congenital Visual Disorders and Different Levels of Visual Impairment. *Journal of Research in Developmental Disabilities*. Vol.(85). 154-162.

Joseph K. Carpenter, Leigh A. Andrws, Sara M. Witcraft, Mark B. Powers, Jasper A.J. Smits and Stefan G. Hofmann (2018). Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Related Disorders: A Meta- Analysis of randomized Placebo- Controlled Trails. *Journal of Depression and Anxiety*. Vol.(35). I(6). 502-514.

Kim De Verdier, EK Uiiia, Stefan Lofgren and Elisabeth Fernell (2018). Children with Blindness Major Causes, Developmental Outcomes and Implications for Habilitation and Educational Support: A Two-Decade, Swedish Population- Based Study. *Journal of Acta Ophthalmologica*. Vol.(96). I(3), 295-300.

Lewin, A. B., Wu, M. S., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2021). Sensory Over-Responsivity in Pediatric Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37, 134-143.

Lewin, B., Dickinson, S., Kudryk, K., Karlovich, R., Harmon, L., Phillips, A., & Ehrenreich-May, J. (2021). Transdiagnostic cognitive behavioral therapy

for misophonia in youth: Methods for a clinical trial and four pilot cases. *Journal of Affective Disorders*, 291(1), 400-408.

Lucia Babianor Espinosa, Lidewij- H. Wolters, Bernhard Weidle, Vivian Op De Beek, Sindre A. Pedersen, Scott Compton and Norbet Shokauskas (2019). Acceptability, Feasibility, and Efficacy of Internet Cognitive Behavioral Therapy (ICBT) for Pediatric Obsessive- Compulsive Disorder: A Systematic Review. *Journal of Systematic Review*. Vol.(8). I.(284).

Maral Jolstedt, Tove Wahlund, Fabian Lenhard, Brjam Loitsson, David Matrix, Martina Nord and Others (2018). Efficacy and Cost- Effectiveness of Therapist Guided Internet Cognitive Behavioral Therapy for Pediatric Anxiety Disorders: A Single-Centre, Single Blind, Randomised Controlled Trial. *Journal of The Lanced Child and Adolescent Health*. Vol.(2), I.(1). 741-801.

Marina Bedny, Jorie Kaster- Hak, Gulia Elli, Lindsay Yazolino and Rebecca Saxe (2019). There's More to "Sparkle" Than Meets the Eye: Knowledge of Vision and Light Verbs Among Congenitally Blind and Sighted Individuals. *Journal of Cognition*. Vol.(189). 105-115.

Marta Lupon, Manuel Armayones and Genis Cardona (2018). Quality of Life Among Parents of Children with Visual Impairment: A Literature Review.

*Journal of Research in Developmental Disabilities.*  
Vol.(83). 120-131.

Mary J, Schadegg, Heather L. Clark and Laura J Dixon (2020) Evaluating anxiety sensitivity as a moderator of misophonia and dimensions of aggression, *Journal of obsessive and related disorders.* V (30).

Mathijs P.J. Vervloed, Elle C. G. Vonden Broek and Ans J.P. M. Eijden (2020). Critical Review of Setback in Development in Young Children with Congenital Blindness or Visual Impairment. *International Journal of Disability Development and Education.* Vol.(67). I(3). 336-355.

Mercede Erfanian, Jennifer Jo Brout and Azita Keshavarz (2018). Misophonia, Emotional Dysregulation and Affective Disorders: A Preliminary Study. *Journal of European Neuropsychopharmacology.* V(28). i(6).

Mercede Erganian, Christina Kartsonaki and Azita Keshavarz (2019). Misophonia and comorbid Psychiatric symptoms: a preliminary study of clinical findings Nordic. *Journal of psychiatry.* v(73) 1 (4- 5).

Mohamed Reza Mohammadi, Pearandis Pourdeghan, Sayed- Ali Mostafau, Xahra Hooshayri, Nastouran Ahmed and Ali Kaleghi (2020). Generalized Anxiety Disorder Prevalence, Predictors and Comorbidity in Children and Adolescents. *Journal of Anxiety Disorders.* Vol.(73). (102334).

- Muller, D., Khemlani-Patel, S., & Neziroglu, F. (2021). Cognitive-behavioral therapy for an adolescent female presenting with misophonia: A case example. *Clinical Case Studies*, 17(4), 249-258.
- Natalini, E., Dimaggio, G., Varakliotis, T., Fioretti, A., & Eibenstein, A. (2015). Misophonia, maladaptive schemas and personality disorders: a report of three cases. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(1), 29-35.
- Naylor, J., Caimino, C., Scutt, P., Hoare, J., & Baguley, M. (2021). The prevalence and severity of Misophonia in a UK undergraduate medical student population and validation of the Amsterdam Misophonia Scale. *Psychiatric Quarterly*, 92(2), 609-619.
- Nicco Reggenta, Teena, D. Moody, Francesca Morfini, Courtney Sheen, Jesse Rissman and Others (2018). Multivariate Resting- State Functional Conductivity Predicts Response to Cognitive Behavioral Therapy in Obsessive. Compulsive Disorder. *Journal of Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*. Vol.(115). I.(9). 2222-2227.
- Nicolaos Kazantzis, Hoang Kim Luog; Alexsandra S. Usatoff, Tora Impala, Rui Ying and Stefan G. Hofman (2018). The Process of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta Analysis. *Journal of Cognitive Therapy and Research*. Vol.(42). 349-357.

- Pellicori, J. (2020). *Clinician's guide to misophonia. AudiologyOnline.*, Retrieved from: <http://www.audiologyonline.com>.
- Quek, C., Ho, S., Choo, C., Nguyen, H., Tran, X., & Ho, C. (2018). Misophonia in Singaporean psychiatric patients: A cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1410.
- Ranta K, Heino. R, Kaivisto A, Tuomisto M and Marhumrn M (2007). Age and gendre differences in social anxiety sysmptoms during adokscience, the social phobia inventory (SPIN) Osa measure, *Journal of Psychiotry rdsearch/* v(153), ussue (3).
- Reem M. Ghandour, Laura J. Sherman, Cathrine J. Valadutia, Mir. M. Ali, Sean Elynch, Rebecca H. Bitsko and Stephen, J. Blumberg (2019). . Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problem in US Children. *The Journal of Pediatrics*. Vol.(206). 256-267.
- Reid, M., Guzick, G., Gernand, A., & Olsen, B. (2016). Intensive cognitive-behavioral therapy for comorbid misophonic and obsessive-compulsive symptoms: A systematic case study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 10, 1-9.
- Roushani, K., & Honarmand, M. M. (2021). The Effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy on Anger in Female Students with Misophonia: A Single-Case Study. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 46(1), 61.

- Routledge McGuire, F., Wu, M. & Storch, A. (2015). Cognitive-behavioral therapy for 2 youths with misophonia. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(5).
- Rouw, R., & Erfanian, M. (2018). A large-scale study of misophonia. *Journal of clinical psychology*, 74(3), 453-479.
- Schroder, A., Vulink, N., & Denys, D. (2016). *Misophonia: diagnostic criteria for a new psychiatric disorder*. PLoS One, 8(1), e54706.
- Schroder, E., Vulink, C., van Loon, J., & Denys, A. (2017). Cognitive behavioral therapy is effective in misophonia: An open trial. *Journal of Affective Disorders*, 217, 289-294.
- Shailendra Jumar, Mona Srivastave, Narendra Tiwary and Abbinit Kumar (2018). Prevalence of Depression an Anxiety Among Children in Rural and Suburban Areas of Eastern Uttar Pradesh: Across- Sectional Study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. Vol.(7). Issue(1). 21-26.
- Shaji. S, Hag, Fahad Alrasheed an Joyce C.tu (2020). Behavioral treatment of problem behavior for an adult with Autism spectrum disorder and misophonia. *Journal of developmental and physical Disabilities*. V (33).
- Shannon E, Cusack, Therese V, Cash and Scott R, Vrana (2018). An Examination of the relationship between misophonia, anxiety sensitivity, and obsessive-

- compulsive symptans. *Journal of obsessive. Compulsive and related disorders*. V(18).
- Siepsiak, M., Śliwerski, A., & Łukasz Dragan, W. (2020). Development and psychometric properties of misoquest—A new self-report questionnaire for misophonia. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1797.
- Siepsiak, M., Sobczak, M., Bohaterewicz, B., Cichocki, Ł., & Dragan, Ł. (2020). Prevalence of misophonia and correlates of its symptoms among inpatients with depression. *International journal of environmental research and public health*, 17(15), 5464.
- Silverman, Arielle Michal and Bell Edward C. (2018). The Association Between Braille Reading History and Well- Being for Blind Adults. *Journal of Blindness Innovation & Research*. Vol.(8). I.(1).
- Spitzer, L., & Williams, B. (2015). Revised diagnostic criteria and a Prevalence of misophonia for diagnosing anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 22, 55-85.
- Steven Taylor (2017). Misophonia: A new mental disorder?. *Journal of Medical Hypotheses*. V (103).
- Suzanne H. Horver, Mathijs P.J. Vervloed and Bert Steenbergen (2019). Facilitating Play and Social Interaction Between Children with Visual Impairments and Signed Peers by Means of

Augmented Toys. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. Vol.(32). 93-111.

Tanit Ganz Sanchez & Fulvia Eduarda de Silva (2017). Familial misophonia or Selecive sound sensitivity syndrome: evidence for autosonal doninat inberitance. Brazilian. *Journal of Otorhinolaryngology*. v (84) issue 5.

Thomas H. Dozier (2015). Counterconditioning treatment for Misophonia. *Journal of Clinical Case Studies*. V (14) issue (5).

Tian ci Quek, Cyek, Cyrus SH. Ho, Carol C. choo, long H. Nguyen, Bach X, Tran and Roger C. hoo (2018). Nisophonia in Singaporean psycaitric Patients: A Cross- Sectional Study. International. *Journal of Enoirornental Research and Public health*. V(15). Issue (7).

Tiia Stahlberg, Prakash Khanal, Rostan Chudal, Terhi Luntamo, Kim Kranstim and Andre Sourander (2020). Parental and Perinatal Risk Factors for Anxiety Disorders Among Children and Adolescents: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*. Vol.(277). 85-93.

Toy Vaylor, Charlotte Caimino, Polly Scutt, Derek J Hoare and David M Baguley (2020). The prevalence and Severity of Misophonia in Auk undergraduated medical Student Population and validation of the Amsterdam Misophonia Scale. *Journal of Psychiatric Psychiatric Quarterly*. V(12).

- Troy A. Webber, Patricia L. Johnson and Eric A. Storch (2014). Pediatric misophonia with comorbid obsessive-compulsive spectrum disorders. *Journal of general hospital psychiatry*. V(36). I(2).
- Tsakanikos, E., Costello, H., Holt, G., Sturme, P., & Bouras, N. (2017). Behaviour management problems as predictors of psychotropic medication and use of psychiatric services in adults with misophonia. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(6), 1080-1085.
- Vanaja, S. & Abigail, S. (2020). Misophonia and social anxiety: An Evidence-Based Case Report. *American Journal of Audiology*, 29(4), 685-690.
- Wiese, A. D., Wojcik, K. D., & Storch, E. A. (2021). Assessment and Intervention for Individuals With Misophonia. *Journal of Health Service Psychology*, 47(1), 51-60.
- Wora Choque Disson, Pernilla Juth, Emma Hogberg Ragnarsson, Tobias Lundgren, Markus Jansson and Thomas Parling (2020). Treatment Satisfaction with Cognitive-Behavioral Therapy Among Children and Adolescents with Anxiety and Depression: A Systematic Review and Meta-Synthesis. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*. Vol.(31). Issue(2). 147-191.
- Xiaolu Zhou, Monica S. Wa and Eric A. Storch (2017). Misophonia Symptoms among Chinese University Students: Incidence, associated impairment, and

clinical correlates. *Journal of obsessive- compulsive and Related disorders*.

Xihe Zhu, Justin A. Haegle and Sean Healy (2019). Movement and Mental Health: Behavioral Correlates of Anxiety and Depression Among Children of 6-17 Years Old in US. *Journal of Mental Health and Physical Activity*. Vol.(16).

Zhou, X., Wu, M. S., & Storch, E. A. (2021). Misophonia symptoms among Chinese university students: Incidence, associated impairment, and clinical correlates. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 14, 7-12.