أثر برنامج إرشادي في تنمية الثقة بالنفس لدى طالبات المرحلة الثانوية المعاقات سمعياً بمكة المكرمة

أ/ فاطمة حسين عيضه الثبيتي

ماجستير الإرشاد النفسي – كلية التربية – جامعة الطائف

الملخص:

هدفت الدراسة بيان أثر برنامج إرشادي في تنمية الثقة بالنفس لدى طالبات المرحلة الثانوية المعاقات سمعياً بمكة المكرمة، واستخدمت الباحثة في هذه الدراسة المنهج شبه التجريبي ذو تصميم المجموعتين، حيث تم الاختيار والتعيين لمجموعتي الدراسة بطريقة قصدية والتأكد من تكافؤهما، وتكونت عينة الدراسة من (18) طالبة من الطالبات الصم وضعيفات السمع بالمرحلة الثانوية تم توزيعهن إلى مجموعتين المجموعة التجريبية مكونة من (9) طالبات والمجموعة الضابطة مكونة من (9) طالبات.

واستخدمت الباحثة مقياس الثقة بالنفس (إعداد الباحثة) واستمارة البيانات الشخصية والاجتماعية (إعداد الباحثة) والبرنامج الإرشادي (إعداد الباحثة) وكشفت نتائج الدراسة إلى أنَّه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الثقة بالنفس بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، وتوجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الثقة بالنفس بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ولا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الثقة بالنفس بعد مرور ثلاثة أشهر من تطبيق البرنامج الإرشادي.

الكلمات المفتاحية: البرنامج الإرشادي، الثقة الصم وضعيفات السمع.بالنفس.

Abstract:

This study aimed to reveal the effectiveness of a counseling program in enhancing self-confidence among deaf and hearing impaired female students in the secondary grade at Al-Amal Institute in Makkah AlMokarramah. The researcher used the a quasi-experimental method with the design of two groups, where the selection of the two sets of the sample being purposive with ensure the equality of the two groups .The sample consisted of (18) female deaf and hearing impaired students in the secondary grade. They were divided into two groups, the experimental group consisted of (9) female students, the control group consisted of (9) female students.

The researcher used the self-confidence scale (the researcher's preparation), the personal and social data form (researcher's preparation) and the counseling program (researcher preparation).The results of the study revealed differences with statistical significance between the mean scores of the experimental group in the pre and post measurement on the self-confidence scale after applying the counseling program. There were differences with statistical significance between the mean scores of the experimental group and the mean scores of the control group in the post-measurement on the self- confidence scale after applying the counseling program. There were no differences with statistical significance in the mean scores of the experimental group between tracing and post

measurements on the self-confidence scale after three months from applying the counseling program.

المُقدمة:

إنَّ الثقة بالنفس من السمات الإيجابية التي تتمتع بها الشخصية السوية البعيدة عن المرض أو الاضطراب النفسي فهي إطارٌ مرجعي لكثير من الصفات الدَّالة على النمو النفسي السوي، كما تُعتبر مُؤشراً على شعور الإنسان بكفايته الشخصية لما تعكسه من اعتقادات إيجابية عن ذاته، وقد يُعيق امتلاك القدر الكافي من الثقة بالنفس من قدرة الإنسان على المُضي قُدماً في مُجابهة تحديات الحياة التي يعيشها والاستفادة من المسرَّات والجوانب المُضيئة فيها، كما أنَّ تنمية الثقة بالنفس تنطوي على العديد من الانفعالات الإيجابية مما يُساعد في تحسين نوعية الحياة وتجويدها.

وتتمثل الصحة النّفسية من وجهة نظر إريكسون Erickson عبر مراحل النمو المُختلفة في أساليب توافقية منها: الإحساس بالثقة بالنّفس، الاستقلال الذاتي، المبادأة، الحيوية، الإحساس بالهوية، التآلف مع الناس، العطاء، تكامل الشخصية (القريطي، 2003، ص57).

كما تُعد الثقة بالنفس أُولى مراحل النمو النفسي الاجتماعي، ويتحدد من خلالها تقدم الإنسان وتطوره في المراحل التالية، فبدونها يتعثر نمو شخصيته وتُصبح حياته مليئة بالحاجات غير المُشبَعة مما يُسبب له الكثير من المتاعب النّفسية (طه، 2005، ص305).

فالثقة بالنفس هي عملية التواؤم والانسجام بين أبعاد الشخصية، وتتوقف إلى حد كبير إلى الكيفية التي يُدرك ويرى الشخص بها نفسه، فإذا أدرك نفسه أقل من حقيقته ولم يفخر بما يتميز به من قدرات انتابه شعور عام بالنقص وما يصحب ذلك الشعور عادةً من الخجل والقلق، وسرعة التأثر بالآخرين، والانقياد والطاعة العمياء لهم، فهي فضيلة تقع بين مشاعر التعالي والغرور من جهة وسياط النقص والدونية من جهةٍ أخرى (راغب، 2013، ص3).

ويعتمد تفرد الشخص وتميزه في امتلاكه القدر المناسب من الثقة بالنفس، فالإنسان يكتسب الثقة بنفسه عندما يتحرر من جميع مخاوفه التي تُثبط النجاح بداخله وترغمه على الانسحاب والتخلي عن أهدافه، فمُهمّة الثقة بالنفس أنَّها تجعل الشخص يندفع نحو إنجاز العمل والهدف الذي يُريده دون تردد أو خوف، بحيث يتخلى ويتجرد من الجوانب السلبية ويكون قادراً على مُجابهة ما يعتري طريقه من التحديات والضغوط النفسية (الدوسري، 2009، ص15).

والثقة بالنفس سببٌ رئيسي للنجاح على أصعدةٍ عدة، وهي مجموعة من الصفات العاطفية والروحية المُتمثلة في: إدراك الذَّات، وقبول الذَّات، والاعتماد على الذَّات فالفرد عندما يكون واثقاً من نفسه يستطيع أن يُعبر بما يشعر به وبشكل أفضل في المواقف الانفعالية الصعبة التي يشعر فيها بالغضب أو الحزن (الخفاف، 2013، ص185).

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى الدور الحيوي والهام للثقة بالنفس على الشخصية كدراسة Ellen(2016) التي أشارت إلى العلاقة بين الثقة بالنفس والكفاءة الذّاتية، ودراسة أبوسيف (2012) التي أشارت إلى تأثير الثقة بالنفس على الشعور بالأمن النفسي.

ومن الضروري أن يُوفق الإنسان بين علاقته مع الآخرين التي قوامها الاتصال الغني بلُغة مفهومة مع جميع الأشخاص في بيئته وعلاقته مع نفسه تلك العلاقة التي يجب أن تكون مُشبعة بحب الذات والثقة بها حتى يتمكن من التمسك بالحياة والاستمتاع بها، والرغبة في المزيد من فرص النجاح، فإذا فقد الإنسان أهم وسائل الاتصال مع الآخرين فإنَّ ذلك يحرمه الكثير من الخبرات التي تُعيد تقويم علاقته مع نفسه وتحافظ على توافقه الشخصي والاجتماعي.

حيثُ إنَّ السمة النفسية في الشخصية لها اتجاهان الأول إيجابي وهو يساعد الشخصية على الاتزان والتفاعل ضمن المجتمع ويتمثل في وجود الثقة بالنّفس، بينما الاتجاه الثاني يكون سبباً في ضعف الشخصية ويتمثل في فقدان الثقة بالنّفس، وإنَّ التغير في المهام البيولوجية يُؤدي إلى ضعف قدرات الفرد مما يقود إلى إضعاف الثقة بالنّفس ومثل ذلك فقدان الإنسان لوظيفة أحد الأعضاء في جسمه (الرابغي، 2013، ص137).

وعند النّظر إلى حاسة السمع تلك الحاسة التي جعلها الله في مُقدمة الحواس التي حباها للإنسان لتفردها في العمل من غير توجيه أو تغيير لوضع الإنسان، وعملها في يقظة الفرد ومنامه، وكونها الدّعامة الكبرى له في التعليم، والتواصل، والوقاية من الكثير من الأخطار فإنَّ القصور الوظيفي لهذه الحاسة على وجه الخصوص يُمثّل أشد الإعاقات خطراً على صحة الإنسان النّفسية (حسيب، 2006، ص53).

وإنّ وجود الإعاقة لدى الشخص يُؤثر على نموه السيكولوجي، إذ يذكر آدلر Adler في كتابه التكوين العصابي عندما تحدث عن عقدة النقص مدى انعكاس القصور الجسمي والحسي على الصحة النفسية للفرد، حيثُ تُؤدي الإعاقة إلى الشعور بعدم الثقة بالنفس، وإنَّ مجرد الشعور بالاختلاف عن العاديين أمر يُسبب القلق النفسي لذا فإنَّه من الصعب الفصل بين القصور الجسمي أو الحسي والشعور النفسي (اليوسفي وبخيت، 2005، ص46).

فالمعاق له بناء نفسي خاص به نتيجة ما يلحق به من الإعاقة وإحساسه بالاختلاف عن غيره، كما تُؤدي الإعاقة بالفرد إذا لم نساعده ونقدم له العون إلى اضطراب في صورته عن ذاته وهي حجر الزاوية في البناء النفسي، ويترتب على ذلك ظهور عدد من أشكال السلوك المُضطرب تُؤدي إلى فشله في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي (النوايسة، 2013، ص96).

فالإعاقة تتعدى كونها قصورٌ وظيفي في الجسد أو الحواس إلى كونها عائق بين الفرد ومُحيطه الذي يعيش فيه، وتُعد أشكال الانحراف، والشذوذ الخَلقي، وحالات الجرائم المختلفة التي يرتكبها المعاقين أثناء فترات المراهقة ردود فعل في كثير من الأحيان لمشاعر النقص التي تنشأ عندما يفقد المعاق ثقته بنفسه (الزعبي، 2011، ص150).

والمعاق سمعياً لديه قدر من العُصابية ذات الطابع الإكتئابي والشك الدائم في الآخرين بأنَّهم يقصدونه ويتحدثون عنه بسوء، وتفسير ذلك تكوينه مفهوم ذات سلبي عن نفسه وقدراته بسبب طبيعة الخبرات المُحبِطة التي يتعرض لها والتي تُضعف من ثقته بنفسه نتيجةً لتنميته مشاعر قوامها الشعور بالنقص وعدم الاستحقاق (علاء الدين وكفافي، 2006، ص58).

وبسبب تدني القدرة العقلية أو عدم كفاءة الحواس لدى المعاق تتراجع ثقته بنفسه ويشعر بالفشل عند التفاعل مع الآخرين، وبسبب عدم القدرة على التعبير عن عواطفه كما ينبغي يجد نفسه مدفوعاً في كثير من الأوقات إلى كتمان مشاعره وعدم الإفصاح عنها، لهذا فإنَّ الهدف الأسمى والأهم الذي يسعى المرشد النفسي إلى تحقيقه هو تأصيل الشعور بالثقة بالنّفس لديه كما ينطبق مع الأسوياء أيضاً، ومساعدته على تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لأقصى درجةٍ مُمكنة (عربيات، 2010، ص16).

ويُشير سيلجمان أنَّ علم النفس الإيجابي يُمثل الطرق المُثلى لمساعدة الأفراد في أوقات الأزمات ويُمدُّهم بالأساليب التي تُبقي تصورهم عن أنفسهم تصوراً صحيحًا، فإنَّ ما يحتاج إليه الأفراد الذين تعتريهم مشاعر النقص، والفشل، والرغبات الانتحارية هو تعليمهم وإرشادهم إلى مفاهيم القوة والفضيلة التي تتمثل في: التفاؤل، الأمل، الثقة بالنفس والتي تعمل جميعها في اتجاه مضاد لمشاعر الأسى، والتدهور، أو المرض النفسي وقد تكون سبيلاً لبناء القدرة والتصدي لكثير من مشاعر العجز والانفعالات السلبية في أوقات الشدة (معمرية، 2010، ص111).

ويتجه الإرشاد النفسي في مجال خدمة ذوي الاحتياجات الخاصة إلى تبني استراتيجيات وخُطط علاجية وإرشادية ونمائية من شأنها أن تُشعر الشخص بكفاءته وتُخفف من الأثر السلبي الذي تُخلفه الإعاقة عليه، وذلك ما يحدث في البرامج الإرشادية التي تتنوع بتنوع الهدف منها والتي تستطيع أن تُحقق للصم وضعاف السمع حاجاتهم النفسية والاجتماعية فيشعر بأنَّه موضع احترام وتقدير من قِبل نفسه ومن قِبل الآخرين.

وعادةً ما تُكسب العملية الإرشادية الثقة بالنفس للأشخاص الصم وضعاف السمع وترفع من كفاءتهم الشخصية والاجتماعية، لأنَّها الطريق الأمثل لمساعدتهم على تقبل أنفسهم، وتقبل إعاقتهم، وتنمية اتجاه إيجابي نحو ذواتهم ونحو الآخرين (الغرير، 2010، ص120).

ومما سبق يتضح أهمية وجود برامج إرشادية تُلقي الضوء على تنمية وتعزيز الثقة بالنفس التي قد تكون لُبنة أُولى في بناء الشخصية السليمة، والتي تُساعد الأشخاص الصم وضعاف السمع على تحقيق قدر من التوافق النفسي والاجتماعي وتوجيههم لبناء ما يخدم حاضرهم ومستقبلهم.

مُشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

إنَّ أي مجتمع بحاجةٍ ماسة لتظافر جميع جهود أفراده لتحقيق التنمية الشاملة التي تطلبها وتقصدها المجتمعات في العالم أجمع لكنّ الإعاقة حائل يقف أمام الكثير من الأفراد مما يمنع ويُعرقل الوصول إلى هذه التنمية كما يجب، ومن بين هذه العوائق المشكلات التي تحرم المعاقين الشعور بطعم الحياة والاستمتاع بها، وتلك المشكلات لا تقضي على النمو النفسي وحسب بل تتعدى ذلك إلى التأثير على حاضر ومستقبل تلك الفئة، ولا يتوقف تأثيرها السلبي أيضاً على المعاق وحده وإنّما يمتد تأثيرها لتشمل البيئة التي يعيش فيها المعاق والأفراد الذين يشاركونه الحياة. والمملكة العربية السعودية في رؤيتها للتنمية المُستدامة (2030) أكدت سعيها إلى إدماج حقوق الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة ضمن خُططها الوطنية استشعاراً منها بواجبها في تقديم جميع الخدمات وأوجه الرعاية المُختلفة التي تحتاجها هذه الفئات من المجتمع.

وحيثُ إنَّ مرحلة المراهقة من المراحل المُعقدة التي يتعرض فيها المراهقون لحياة مليئة بالعديد من التحديات، وبالنسبة للمراهقين المعاقين فإنّ هذه المرحلة تُصبح أشد صعوبةً عليهم في ظل بيئة نادراً ما تُساندهم وتُراعي حاجاتهم، فيواجهون مشكلات المراهقة كونها من مراحل النمو النفسي والبيولوجي والاجتماعي الهامة من جانب والمشكلات التي تفرضها وجود الإعاقة من جانب آخر (Gordon, Tschopp, & Feldman, 2004, p.513).

ويُعد ضعف الثقة بالنفس ومشاعر عدم الارتياح للمعاقين سمعياً تبريراً واضحاً يكشف تجنبهم مشاركة الآخرين أوجه الحياة الطبيعية والصد عن الأنشطة الاجتماعية، إضافةً إلى ذلك فإنَّ تدني مفهوم الذّات لديهم يُثير القلق ويُؤدي بالمعاق سمعياً لأن يفترض بأنَّ الآخرين لديهم أفكار ومشاعر هي في الحقيقة غير موجودة (الزريقات، 2013، ص225).

وفي مراجعة قام بها مايكل بست لمذكرات (127) معاق سمعيًا وجد أنَّ أفراد الدراسة يُعانون من الاكتئاب والعزلة نتيجةً لفقدانهم حاسة السمع مما أدى بهم إلى الانطواء، والانكفاء على النفس، وتبني مشاعر سلبية تجاه أنفسهم (بنيان، 2007، ص39).

ويذكر زيدان ومطر (2010، ص 72) أنَّ المعاقين سمعيًا ينقصهم النضج الاجتماعي والنفسي مقارنةً بالسامعين كما يشعرون بالدونية، وانخفاض الثقة بالنفس، ومفهوم الذات السلبي وانخفاض تقدير الذات ونتيجةً لافتقادهم سُبل التواصل مع من حولهم فإنهم ينطوون وينسحبون من مجتمعات السامعين.

وغالبًا ما يكون ذوي الاحتياجات الخاصة عمومًا والصم خاصةً معرضين لفقدان الثقة بالنفس نتيجة الوقوع ضحايا للإساءة، والعنف، وأساليب المُعاملة التي قوامها التجاهل والقسوة يُؤكد على ذلك نتائج بعض الدراسات والتي أكدت على ارتفاع الإساءة بين الصم بنسبة (64%) وكذلك ارتفاع نسبة الإساءة الجنسية لتصل إلى (33.3%) مقارنة بالعاديين (الشخص، نور الدين، وعلي، 2013، ص410).

ويذكر توماس وجيلهوم أنَّ (19%) من ضعاف السمع يُمكن تصنيفهم في فئة المُضطربين نفسيًا لشعورهم المستمر بعدم السعادة، وشكواهم المستمرة بأنَّهم على حافة الانهيار العصبي، وعدم رضاهم عن الحياة التي يعيشونها (عبيد، 2010، ص482).

ويُشير الحوتان (2009) إلى أنَّ الإعاقة السمعية في المملكة العربية السعودية تفوق في نسبتها الدول الأخرى، حيث يبلغ نسبة المعاقين سمعيًا فيها (15%) ممن هم دون سن الثامنة عشر وهي نسبة مرتفعة مقارنةً بشيوع نسب الإعاقات الأخرى.

وتُشير الهيئة العامة للإحصاء (2016) أنّه بلغ عدد من يعانون من صعوبة السمع باختلاف شدتها في المملكة العربية السعودية (76902) شخص حيث أنَّ من يُعانون من صعوبة خفيفة في السمع بلغ عددهم (27717) شخص، ومن يُعانون من صعوبة شديدة في السمع بلغ عددهم (27963) شخص، ومن يُعانون من صعوبة بالغة بلغ عددهم (21222) شخص.

ومن هنا نبع اهتمام الباحثة بموضوع الدراسة وتمت صياغة مُشكلة الدراسة كالتالي:

هل يؤدي استخدام برنامج في الإرشاد النفسي إلى تنمية مستوى الثقة بالنفس لدى الطالبات المعاقات سمعياً بالمرحلة الثانوية؟

وفي ضوء التساؤل الرئيس للمشكلة تتفرع التساؤلات التالية:

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الثقة بالنفس بعد تطبيق البرنامج الإرشادي؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجوعة التجريبية ومتوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الثقة بالنفس بعد تطبيق البرنامج الإرشادي؟

أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة الكشف عن أثر برنامج إرشادي في تنمية الثقة بالنفس لدى الطالبات ذوي الإعاقة السمعية بالمرحلة الثانوية من خلال:

1. التعرف على الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الثقة بالنفس بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.
2. التعرف على الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجوعة التجريبية ومتوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الثقة بالنفس بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

أهمية الدراسة:

أولاً: الأهمية النَّظرية:

1. تأتي هذه الدراسة في إطار اهتمام الدولة بفئات التربية الخاصة مع ضرورة المُناشدة في السنوات الأخيرة بإعطاء الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة الحق في الرعاية، وفي التعليم، وفي الإرشاد والتوجيه جنباً إلى جنب مع أقرانهم العاديين في حدود ما تسمح به قدراتهم.
2. يُمثل موضوع الثقة بالنفس موضوعاً خصباً كونه من الموضوعات الهامة على المستويين النظري والتطبيقي، وتزداد أهميته لدى ذوي الاحتياجات عامة والصم وضعاف السمع خاصة.
3. أهمية الفئة العمرية التي تتناولها الدراسة حيث أنَّ فترة المراهقة من الفترات الحرجة بسبب طبيعة تغيراتها النّمائية في جميع جوانب الشخصية والتي يُعتبر الإرشاد النفسي فيها ضرورة مُلّحة لتجنب الوقوع في العديد من المشكلات.
4. الدراسات التي صُممت فيها البرامج الإرشادية لتنمية الثقة بالنفس للصم وضعاف السمع نادرة جداً إن لم تكن موجودة بحسب حدود علم الباحثة في المملكة العربية السعودية، حيث تُعد الدراسة الحالية إضافة علمية للمكتبة العربية بشكل عام والمكتبة السعودية بشكل خاص.

ثانيًا: الأهمية التطبيقية:

1. استفادة العاملين مع الصم وضعاف السمع سواءً في الأسرة، أو بيئة الدراسة، أو العمل في معرفة كيفية التعامل الصحيح معهم بشكل ينمي ثقتهم بأنفسهم.
2. الاستفادة من النتائج الإيجابية للبرنامج الارشادي وتعميمها بشكل أكبر على مدارس ومعاهد التربية الخاصة للصم وضعاف السمع.
3. تشجيع الباحثين على العمل مع فئات التربية الخاصة وتفعيل دور البرامج الإرشادية لهم.

الأثر:

تُعرّف الباحثة الفاعلية إجرائياً بأنَّها: قُدرة البرنامج الإرشادي في هذه الدراسة على إحداث أثر وتحقيق النتيجة التي صُمم من أجلها، وهي تعزيز الثقة بالنفس لدى الطالبات الصم وضعيفات السمع.

البرنامج الإرشادي (Counseling Program):

يُقصد بالبرنامج الإرشادي أنّه: "مجموعة السلوكيات والأنشطة التي تهدف إلى مساعدة المُسترشد على مواجهة مُشكلته بإزالتها أو التخفيف من آثارها السلبية، وقد تكون هذه السلوكيات بسيطة وقد تكون مركبة وتحتاج إلى جهود كبيرة" (جمل الليل، 2009، ص228).

وتُعرّف الباحثة البرنامج الإرشادي إجرائياً بأنَّه: برنامج مُكون من عدة جلسات إرشادية بلغ عددها عشرون جلسة إرشادية، وتتضمن كل جلسة عدداً من الأنشطة والإجراءات الإرشادية المُستندة إلى الاتجاه المعرفي السلوكي، طُبقت على أفراد العينة التجريبية من الطالبات الصم وضعيفات السمع بهدف تعزيز ثقتهن بأنفسهن إلى أقصى درجةٍ مُمكنة.

الثقة بالنفس (Self Confidence):

تُعرَّف الثقة بالنفس بأنَّها: "تقدير الفرد لذاته واعتقاده الشخصي بأنَّه يُمكنه النجاح في القيام بالسلوك والتصرفات والأعمال التي تحتاج إلى إمكانيات وقدرات عالية تتواجد لديه ويتميز بها" (طه، 2005، ص288).

وتُعرّف الباحثة الثقة بالنفس بأنَّها: إحساس الإنسان بالقيمة والكفاية الشخصية، وهي من السمات الإيجابية التي ترتبط بالمفهوم الذي كونه الفرد عن ذاته ووعيه بها وقبولها، بما يُساعد على تأصيل الشعور بالاستقلال والحرية في الاختيار، ووضع الأهداف الواقعية وتحقيقها والاندماج في المجتمع والمشاركة فيه بفاعلية.

كما تُعرّف الباحثة الثقة بالنفس إجرائياً بأنَّها: مجموع الدرجات التي يحصل عليها أفراد الدراسة بعد الإجابة على بنود مقياس الثقة بالنفس المُستخدم في الدراسة الحالية من إعداد الباحثة.

الصم وضعاف السمع (Deaf and Hearing impaired):

يُعرّف حنفي (2014، ص28) الأصم وضعيف السمع كما يلي: "الأصم هو الشخص الذي لديه فقدان سمعي من (70) ديسبل وأكثر يُعيق فهم الكلام من خلال الأذن وحدها باستعمال أو بدون استعمال السماعة الطبية، بينما ضعيف السمع هو الشخص الذي يتراوح الفقدان السمعي لديه بين (35-69) ديسبل ويُسبب له صعوبة وليس إعاقة في فهم الكلام من خلال الأذن أو باستعمال السماعة الطبية".

وتُعرّف الباحثة الطالبات الصم وضعيفات السمع إجرائياً: أنهنّ الطالبات المُلتحقات بمعهد الأمل بمكة المكرمة، واللاتي لا تكون لديهن حاسة السمع فاعلة للاستفادة منها في الحياة اليومية، ويستدعي التواصل معهن إلى استخدام لُغة الإشارة، أو لُغة الشفاه، أو الهجاء الأصبعي أو التواصل الكلي.

حدود الدراسة:

1. **الحدود الموضوعية:** بناء مقياس الثقة بالنفس للطالبات الصم وضعيفات السمع، إلى جانب تصميم برنامج إرشادي تم من خلاله توظيف استراتيجيات وفنيات الإرشاد المعرفي السلوكي، والكشف عن فاعليته في تعزيز الثقة بالنفس على عينة الدراسة.
2. **الحدود المكانية:** معهد الأمل للصم وضعيفات السمع التابع لإدارة التعليم بمكة المكرمة في المملكة العربية السعودية.
3. **الحدود البشرية:** تم إجراء الدراسة الحالية على عينة من الطالبات الصم وضعيفات السمع بمعهد الأمل بمكة المكرمة والبالغ عددهنّ (18) طالبة تم اختيارهن بطريقة قصدية حيث تم تقسيمهن إلى مجموعتين المجموعة التجريبية وعددها (9) طالبات والمجموعة الضابطة وعددها(9) طالبات.
4. **الحدود الزمانية:** تم تطبيق الدراسة الحالية في الفصل الدراسي الأول من العام 1438-1439ه.

دراسات سابقة:

في دراسة قام بها الخرينج والمعصب (2011) بعنوان: صورة الجسم وعلاقتها بالثقة بالنفس على عينة من طالبات جامعة الكويت، واستخدمت الباحثتان في دراستهما المنهج الوصفي للوصول إلى نتائج الدراسة، وتم تطبيق مقياس الثقة بالنفس إعداد العنزي(1999) ومقياس صورة الجسم إعداد النيال (1995) وأظهرت نتائج الدراسة وجود ارتباط إيجابي بين صورة الجسم وبين مستوى الثقة بالنفس لدى عينة الدراسة. وقد تشابهت الدراسة الحالية مع هذه الدراسة في اهتمامها بدراسة متغير الثقة بالنفس كما اختلفت عنها في أهداف الدراسة، وفي المنهج المُستخدم، وفي الأدوات المُستخدمة، وفي حجم العينة وخصائصها، وكذلك في الحدود الزمانية والمكانية، وأفادت الدراسة إلى وجود تأثير للمحددات الفيزيائية على الثقة بالنفس لدى الإناث، مما أخذت الباحثة به عند بناء مقياس الدراسة الحالية وعند تصميمها للبرنامج الإرشادي الحالي.

كما أجرت ماجدة عبيد أيضاً (2011) دراسة استطلاعية بهدف معرفة الخصائص الشخصية للمعاقين سمعياً وبصرياً وعقلياً من وجهة نظر طلاب جامعة إربد الأهلية، وقامت الباحثة بمراجعة الدراسات السابقة والمتصلة بخصائص الأشخاص غير العاديين واشتقاق قائمة بالخصائص التي يمكن أن تصف هؤلاء الأشخاص وأشارت نتائج الدراسة إلى أنَّ أبرز الصفات التي تميز المعاقين سمعياً هي: الحساسية الزائدة والشعور بالنقص والدونية والتي بلغت نسبتها (33%) والاكتئاب والحزن بنسبة (25%) والانسحاب والانطواء بنسبة (21%) والشك بالآخرين والتي بلغت نسبتها (17%). وقد تشابهت الدراسة الحالية مع هذه الدراسة في اهتمامها بفئة الصم وضعاف السمع بينما اختلفت عنها في العينة، وفي أهداف الدراسة، وفي المنهج المستخدم، وكذلك الأدوات التي ساعدت في الوصول إلى النتائج، وأيضاً في الحدود الزمانية والمكانية التي طُبقت فيها الدراسة وقد أفادت الدراسة في معرفة السلوكيات الشخصية اللاتوافقية لدى المعاقين سمعياً والتي منها شعورهم بالدونية والنقص مما يدعم أهمية القيام بالدراسة الحالية.

كما أجرى Rezaei(2012) دراسة بعنوان: قدرة الفاعلية الذّاتية والثقة بالنفس على التنبؤ بالتحصيل الأكاديمي لدى (614) طالبة من جامعة طهران تم اختيارهم بشكل عشوائي واستخدم الباحث المنهج الوصفي، ومقياس الثقة بالنفس ومقياس الدافعية (إعداد الباحث) لتحقيق أغراض الدراسة، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى الثقة بالنفس كان مرتفعاً لدى الطالبات كما أشارت النتائج كذلك إلى أنّ لمستويات الثقة بالنفس قدرة تنبؤية على التحصيل الدراسي لدى عينة الدراسة. وقد تشابهت الدراسة الحالية مع هذه الدراسة في اهتمامها بموضوع الثقة بالنفس، بينما اختلفت عنها في أهداف الدراسة، وفي المنهج العلمي المُستخدم، وفي الأدوات المُستخدمة، وفي حجم العينة وخصائصها، وأيضاً في الحدود الزمانية والمكانية، وأفادت الدراسة إلى وجود تأثير للثقة بالنفس على التحصيل الدراسي لدى الطالبات وأنّ انخفاض التحصيل الدراسي قد يكون نتيجة لانخفاض الثقة بالنفس مما أخذت الباحثة به عند بناء مقياس الدراسة الحالية وعند تصميمها للبرنامج الإرشادي الحالي، ومما يدعم أهمية القيام بالدراسة الحالية.

وقام Van Gent et al.,(2012) بإجراء دراسة بعنوان: مفهوم الذّات وتطور الأنا لدى المراهقين المعاقين سمعياً على عينة بلغت (68) من الطلاب والطالبات في مدارس هولندا تراوحت أعمارهم من (13-21) عام، واستخدم الباحثون المنهج الوصفي كما تم تطبيق مقياس مفهوم الذات من إعداد Traffers et al.,(2002) واختبار اكمال الجمل للأطفال والشباب من إعداد Westenberg et al.,(2000) لقياس تطور الأنا، وأشارت النتائج إلى تدني أفراد العينة في كل من (القبول الاجتماعي، وإدراك الذات، وإقامة الصداقات، وتطور الأنا). وقد تشابهت الدراسة الحالية مع هذه الدراسة في اهتمامها بفئة الصم وضعاف السمع بينما اختلفت عنها في أهداف الدراسة، وفي المنهج المُستخدم، وفي الأدوات المستخدمة، وفي حجم العينة، وفي الحدود الزمانية والمكانية التي طُبقت فيها الدراسة، وقد أفادت الدراسة في تدني المعاقين سمعياً في مستوى إدراك الذّات وفي العلاقات الاجتماعية التي هي من دلائل الثقة بالنفس مما أُخذ في الاعتبار في بناء أدوات الدراسة الحالية.

كما أشار أحمد (2013) في دراسة أجراها هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي قائم على نظرية الإرشاد المعرفي السلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية وأثره في تحسين التوافق الاجتماعي لدى عينة من الأطفال الصم حيث تكونت العينة الإرشادية من (10) طلاب تتراوح أعمارهم ما بين (9-12) عاماً بمحافظة أسيوط، واستخدم الباحث مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال الصم (إعداد الباحث) ومقياس التوافق الاجتماعي (إعداد الباحث) والبرنامج الإرشادي (إعداد الباحث) وأسفرت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات التلاميذ المعاقين سمعياً في مقياس التوافق الاجتماعي على القياسين القبلي والبعدي بعد

تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي، ووجود فروق ذات دلالة بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على القياس البعدي لمقياس التوافق الاجتماعي لصالح أفراد المجموعة التجريبية. وقد تشابهت الدراسة الحالية مع هذه الدراسة في المنهج العلمي المُستخدم، وفي تصميم برنامج إرشادي قائم على نظرية الإرشاد المعرفي السلوكي لفئة الصم وضعاف السمع مع الكشف عن فاعلية البرنامج المُطبق على أفراد العينة التجريبية، واختلفت عنها في الأدوات المستخدمة وفي حجم وجنس العينة وعمرهم الزمني، وفي الحدود الزمانية والمكانية أيضاً، وأفادت الدراسة في معرفة فاعلية برنامج الإرشاد النفسي القائم على نظرية الإرشاد المعرفي السلوكي المُطبق على الطلاب الصم وضعاف السمع في تنمية المهارات الاجتماعية والتي اهتمت الباحثة بتنميتها أيضاً لدى عينة الدراسة الحالية من خلال البرنامج الإرشادي الحالي.

أيضاً في دراسة قام بها Tong, Zhang, & Sun(2013) هدفت إلى التعرف على فاعلية الإرشاد الجماعي في تحسين الكفاءة الذّاتية لدى عينة بلغت (24) طالباً أصما في جامعة تيانجين التقنية في الصين عدد كل منهما (12) طالباً في كل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة واستخدم الباحثون مقياس الكفاءة الذّاتية إعداد Chen(2012) الذي تكون من الأبعاد التالية (التقييم الذّاتي، اختيار الأهداف، التخطيط، مهارة حل المشكلات) والإرشاد الجماعي حيث أظهرت نتائج الدراسة أنَّ الإرشاد الجماعي كان له تأثير كبير على مستوى الكفاءة الذّاتية وكذلك مستوى الثقة بالنّفس لدى أفراد العينة. وتشابهت الدراسة الحالية مع هذه الدراسة في المنهج العلمي المُستخدم، وفي تصميمها برنامج إرشادي باستخدام أسلوب الإرشاد الجماعي لفئة الصم وفي الكشف عن فاعلية البرنامج المُطبق على أفراد العينة التجريبية، واختلفت عنها في الأدوات المستخدمة، وفي حجم وجنس أفراد العينة وعمرهم الزمني، وأيضاً في الحدود الزمانية والمكانية للدراسة، وأفادت الدراسة في معرفة أثر تطبيق برنامج إرشادي جماعي لفئة الصم وضعاف السمع على مستوى الكفاءة الذّاتية ومستوى الثقة بالنّفس ومهارة حل المشكلات واختيار الأهداف والتي اهتمت الباحثة بتنميتها أيضاً في دراستها الحالية على أفراد العينة التجريبية من خلال البرنامج الإرشادي الحالي.

وقام Aqueel(2015) بدراسة بعنوان: الثقة بالنفس لدى الطلاب ذوي الإعاقة الجسمية والإعاقة السمعية والإعاقة البصرية على عينة بلغ حجمها (300) معاق (100) منهم معاقين جسديًا و(100) من ذوي الإعاقة السمعية و(100) في فئة المعاقين بصريًا جميعهم من طلاب المرحلة الثانوية في الهند، استخدم فيها الباحث المنهج الوصفي، ومقياس الثقة بالنفس (إعداد الباحث) وأسفرت نتائج الدراسة عن تراجع جميع المجموعات على مقياس الثقة بالنفس كذلك أشارت الدراسة إلى افتقاد العينة إلى الإيمان الداخلي بقدراتهم وإمكانياتهم، وسيطرة مشاعر الاكتئاب والأسى مما يحرمهم القدرة على اتخاذ قرارات مهمة في حياتهم. وقد تشابهت الدراسة الحالية مع هذه الدراسة في تناولها موضوع الثقة بالنفس لدى المعاقين سمعيًا، كذلك المرحلة العمرية لعينة الدراسة وهي المرحلة الثانوية، واختلفت عنها في المنهج المستخدم، وفي حجم العينة، وأيضاً في الحدود الزمانية والمكانية، وأفادت الدراسة إلى ارتباط الثقة بالنفس إلى حد كبير بالعجز الحسي الذي تخلفه الإعاقة، وما يترتب على ذلك الارتباط من الشعور بالأسى، وفقدان الدافعية للنجاح، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات بشكل مستقل مما يدعم أهمية القيام بالدراسة الحالية.

كما ذكر Harmansyah(2015) في دراسة بعنوان: ديناميات الثقة بالنفس لدى الأطفال الصم (دراسة حالة في المدارس الابتدائية لغير العاديين في مالانج بمدينة ماليزيا) والتي هدفت إلى التعرف على ديناميات الثقة بالنفس لدى الصم تم اختيار الطلاب في هذه الدراسة بطريقة قصدية، وتم الحصول على النتائج عن طريق الملاحظة المقصودة والمقابلة وأسفرت النتائج إلى أنّ الأطفال

المشاركين اتسموا بكل من (الخجل وصعوبة التواصل الاجتماعي، تقلب المزاج، الأنانية، عدم الرغبة في الاشتراك في الأعمال الجماعية). وقد تشابهت الدراسة الحالية مع هذه الدراسة في اهتمامها بدراسة جانب الثقة بالنفس لدى الصم، واختلفت عنها في أهداف الدراسة، وفي المنهج المُستخدم، وفي أدوات الدراسة، وفي الفئة العمرية للعينة وحجمها، وأفادت الدراسة في معرفة تأثير الإعاقة السمعية على الثقة بالنفس الذي ظهر على أفراد العينة في اتسامهم بالخجل، وصعوبة إقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين مما يدعم أهمية القيام بالدراسة الحالية، ومما أُخذ في الاعتبار أثناء بناء وتصميم أدوات الدراسة.

كما أشارت دعاء علي (2016) في دراسة هدفت إلى الكشف عن فاعلية برنامج لتنمية الثقة بالنفس لتخفيف بعض الاضطرابات النفسية (انخفاض تقدير الذّات – السلوك العدواني) والاجتماعية (ضعف التواصل الاجتماعي – القلق الاجتماعي – العزلة الاجتماعية) لدى المراهقين الصم، واستخدمت الباحثة للوصول إلى نتائج الدراسة مقياس الثقة بالنفس (إعداد الباحثة) ومقياس الاضطرابات النفسية والاجتماعية (إعداد الباحثة) وبرنامج إرشادي لتنمية الثقة بالنفس (إعداد الباحثة) وتضمنت العينة (20) طالباً من المراهقين الصم بمحافظة كفر الشيخ تتراوح أعمارهم ما بين (12- 15) عام، وأسفرت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب الثقة بالنفس لدى طلاب المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الثقة بالنفس بعد تطبيق البرنامج، وأيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب بعض الاضطرابات النفسية والاجتماعية لدى طلاب المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الاضطرابات النفسية والاجتماعية بعد تطبيق البرنامج. وقد تشابهت الدراسة الحالية مع هذه الدراسة في المنهج العلمي المُستخدم، وفي تصميمها برنامج إرشادي قائم على نظرية الإرشاد المعرفي السلوكي لتنمية الثقة بالنفس لدى فئة المراهقين الصم وفي الكشف عن فاعلية البرنامج المُطبق على أفراد العينة التجريبية، واختلفت عنها في الأدوات المستخدمة، وفي حجم وجنس أفراد العينة، وأيضاً في الحدود الزمانية والمكانية للدراسة وأفادت الدراسة في معرفة فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الثقة بالنفس على الطلاب الصم.

كما أجرى ياسين وإسماعيل (2016) دراسة هدفت إلى معرفة فاعلية برنامج إرشادي لتنمية تقدير الذّات في خفض أعراض وصمة الذّات لدى المعاقين سمعياً وتكونت العينة التجريبية من خمسة طلاب ممن حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس وصمة الذّات أعمارهم ما بين (17-19)عام بمحافظة أسيوط، استخدم فيها الباحثان مقياس وصمة الذّات (إعداد الباحثان) ومقياس تقدير الذّات (إعداد الباحثان) والبرنامج الإرشادي القائم على نظرية الإرشاد الانفعالي السلوكي من (إعداد الباحثان) وأسفرت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات التلاميذ المعاقين سمعياً في مقياس تقدير الذّات على القياسين القبلي والبعدي بعد تطبيق البرنامج، ووجود فروق ذات دلالة بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطي درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس تقدير الذّات لصالح أفراد المجموعة التجريبية مما يُشير إلى فاعلية البرنامج المُستخدم في خفض أعراض وصمة الذّات لدى أفراد العينة التجريبية. وقد تشابهت الدراسة الحالية مع هذه الدراسة في المنهج المُستخدم، وفي تصميم برنامج إرشادي قائم على نظرية الإرشاد المعرفي السلوكي للمراهقين الصم وضعاف السمع ومعرفة أثر البرنامج الإرشادي، واختلفت عنها في الأدوات المُستخدمة، وفي حجم العينة واشتمالها على الذكور، كذلك اختلفت عنها في الحدود الزمانية والمكانية، وأفادت الدراسة في معرفة مدى فاعلية البرنامج الإرشادي المُطبق على فئة المراهقين الصم وضعاف السمع في تنمية تقدير الذّات والذي تعتبر الثقة بالنّفس أحد المفاهيم الرئيسية المرتبطة به.

كما أجرى pirani, Afshar, & Hatami (2017) دراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي قائم على نظرية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض مستوى الرهاب الاجتماعي لدى عينة من ضعاف السمع تتراوح أعمارهم من (20-30) عام في طهران، وتكونت العينة التجريبية من (10) أفراد من ضعاف السمع، وأسفرت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي من إعداد Kanor et al.,(2000) لصالح أفراد المجموعة التجريبية ووجود فروق ذات دلالة بين القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي مما يُشير إلى فاعلية البرنامج المُستخدم في خفض مستوى الرهاب الاجتماعي لدى أفراد العينة. وقد تشابهت الدراسة الحالية مع هذه الدراسة في المنهج المُستخدم، وفي تصميم برنامج إرشادي قائم على نظرية الإرشاد المعرفي السلوكي للمراهقين الصم وضعاف السمع ومعرفة مدى فاعلية البرنامج وفي الحدود الزمانية أيضاً، بينما اختلفت عنها في الأدوات المُستخدمة، وفي حجم العينة واشتمالها على الذكور، كذلك اختلفت عنها في الحدود المكانية للدراسة، وأفادت الدراسة في معرفة مدى فاعلية برنامج للإرشاد النفسي على فئة المُراهقين الصم وضعاف السمع في خفض مستوى الرهاب الاجتماعي بتنمية المهارات الاجتماعية.

فرضا الدراسة:

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الثقة بالنفس بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح القياس البعدي.
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الثقة بالنفس لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

الإطار النظري:

المحور الأول: البرامج الإرشادية

مفهوم البرنامج الإرشادي:

يُعرَّف البرنامج الإرشادي بأنَّه: "إحدى الوسائل التي تُقدم بواسطتها الخدمات النفسية لفئة المُسترشدين، فهي على وجه العموم خُطة مُصممة بدقة فائقة في ضوء أُسس من نظريات علمية في مجال الإرشاد والعلاج النفسي، ويقوم هذا الإجراء على افتراض أنَّ السلوك الشاذ أو السوي يُمكن فهمه والتنبؤ به، وأنّ السلوك الإنساني يُمكن ضبطه والتحكم به إذا توفرت الوسائل والأنشطة النفسية المُعينة على ذلك" (علي وعباس، 2015، ص135).

أيضاً يُقصد بالبرنامج الإرشادي أنَّه: "أُسلوب مُنظم في ضوء أُسس نظرية علمية تمخضت عنها فنيات إرشادية، تهدف إلى تقديم خدمات إرشادية فردية وجماعية لعدد من المُسترشدين من أجل الوصول إلى أهداف معينة" (العنزي، 2015، ص204)

كما يرى عبد الهادي والعزة (2007، ص149) أنَّ البرنامج الإرشادي هو: "البيان الكلي لأنواع النشاط التي تَقرر اتخاذها للقيام بعمل إرشادي مُعين، أو هو بيان عن الموقف وتحديد المشكلات النفسية وتحديد الأهداف المنشودة، ثم حصر المواد المتاحة للتغلب على هذه المشاكل وتحقيق الأهداف في أقصر وقت ممكن وبأقل تكاليف ممكنة".

ويُشير البرنامج الإرشادي أيضاً إلى: "مجموعة الخطوات المُحددة والمُنظمة التي تستند في أساسها على نظريات وفنيات ومبادئ الإرشاد النفسي، وتتضمن مجموعة من المعلومات والخبرات

والمهارات والأنشطة المختلفة التي تُقدم للأفراد خلال فترة زمنية محددة، بهدف تعديل سلوكهم أو إكسابهم مهارات جديدة تُؤدي بهم إلى تحقيق التوافق النفسي وتساعدهم في التغلب على المشكلات التي يعانونها في معترك الحياة" (حسين، 2014، ص283).

ويُمكن تعريف البرنامج الإرشادي بأنَّه: "ذلك النشاط المُستمر المُشترك بين أجهزة الإرشاد النفسي ومستقبليه، حيث تُعرَف من خلاله المشكلات، وتُحدد فيه الأهداف، كما تُتخذ فيه الإجراءات لبلوغ ما تم وضعه من أهداف" (أبو النور، محمد، وعبد الجواد، 2015، ص45).

واستناداً إلى ما سبق يتضح اتفاق التعريفات السابقة على أنَّ البرنامج الإرشادي أُسلوب مُنظم يتم فيه تحديد المشكلات التي يعاني منها المُسترشد، والأنشطة والمهارات التي سيتم تدريب المُسترشد عليها والتي قد تكون بسيطة أو مركبة تحتاج إلى وقت أطول للوصول إلى الأهداف التي يسعى المُرشد والمُسترشد إليها.

وتُعرّف الباحثة البرنامج الإرشادي بأنَّه: المُمارسة الإرشادية المُنظمة التي تستمد خطواتها وفنياتها من الاتجاهات النّظرية للإرشاد النفسي، وتُراعى فيها أخلاقيات الإرشاد النفسي حيث يتم تنظيمها في صورة جلسات إرشادية تعتمد على أسلوب الإرشاد الفردي أو الجماعي بما يُلبي احتياجات المُسترشد في جو نفسي آمن يُتيح له المشاركة والتفاعل الإيجابي لتحقيق الأهداف المُتفق عليها مُسبقاً.

أهداف البرنامج الإرشادي:

تتباين أهداف البرامج القائمة على الإرشاد النفسي بتباين المشكلات التي يُعاني منها المُسترشدين وباختلاف مراحلهم العمرية أيضاً وتتجلى في:

1. خفض المعاناة النفسية وتحسين النمو الشخصي للمُسترشد.
2. تغيير السلوك السلبي إلى سلوك إيجابي مقبول.
3. تغيير المشاعر السلبية إلى مشاعر إيجابية.
4. تغيير الصورة العقلية السلبية للذّات إلى صورة إيجابية.
5. تغيير الجوانب المعرفية غير المنطقية إلى جوانب منطقية (علي وعباس، 2015، ص24).

وأياً كانت الاستراتيجيات المُستخدمة فإنَّه ينبغي تحقيق الأهداف التالية:

1. تعديل السلوك اللاتكيفي وتعليم المُسترشد عادات صحيحة.
2. تحقيق الوعي بالذّات والاستبصار لدى المُسترشد.
3. النمو نحو التكامل والاستقلال ويشمل ذلك البناء الوظيفي والبناء الدينامي للشخصية.
4. مساعدة المُسترشد في اختيار قراراته وحل مشكلاته (أبو زعيزع، 2009، ص295).

ومن الممكن القول أنَّ أهداف البرامج الإرشادية تُستمد من أهداف الإرشاد النفسي ومن بينهما:

1. مساعدة المُسترشد على فهم نفسه والتوافق مع ظروف حياته المختلفة.
2. العمل على تخفيف درجات القلق والتوتر التي تحجب رؤية المُسترشد للأمور بوضوح.
3. العمل على تحقيق الذَّات، والعمل على تقدير الذَّات (الفحل، 2009، ص167).

وعلى الصعيد الفردي تتجلى أهمية البرامج الإرشادية في:

1. التخفيف من الصراعات والآلام النفسية لدى المُسترشد.
2. المحافظة على مكانة الشخص بين المحيطين حوله.
3. مواجهة الفترات الانتقالية الهامة في حياة الشخص (العاسمي، 2012، ص32).

الأُسس التي يُبنى عليها البرنامج الإرشادي:

تتعدد الأُسس التي تقوم عليها العملية الإرشادية ويُمكن تصنيفها إلى أربع فئات كالتالي:

أولاً: الأُسس والمبادئ العامة: تتمثل في ثبات السلوك الإنساني، وقابليته للتعديل والتغيير فبرغم من ثبات السلوك الإنساني نسبياً فإنه بإمكان المُرشد النفسي تعديله سواءً كان هذا السلوك ظاهراً وملاحظاً أو كان خفياً كالمعتقدات والأفكار، ولابد من الاستعداد والرغبة لدى الفرد لتقبل الإرشاد النفسي كشرط أساسي لنجاح العملية الإرشادية، إضافةً لمبدأ تقبل المُسترشد، ومبدأ استمرار عملية الإرشاد (صالح، 2014، ص14-18).

ثانياً: الأُسس الفلسفية: هي الأُسس التي تُراعي طبيعة الإنسان، وأخلاقيات الإرشاد النفسي حيثُ أنّ أفكار المُرشد وفهمه لطبيعة الإنسان تُؤثر كثيراً في العملية الإرشادية، وفي طبيعة عمله وتُعتبر أساساً لمنطلقات الإرشاد النفسي (الحراحشة، 2015، ص158).

ثالثاً: الأُسس النّفسية والتربوية: هي الأُسس التي تأخذ بعين الاعتبار أنَّ العملية الإرشادية عملية عقلانية قائمة على المنطق، وأنَّ المعتقدات والأفكار التي يحملها المُسترشد عنصر هام في تحديد وتوجيه سلوكه وانفعالاته، إضافةً إلى مراعاة الفروق الفردية كماً ونوعاً حيث تُعتبر مبدأ أساسي في تخطيط البرامج الإرشادية (صالح، 2014، ص19).

ومن الأُسس النفسية والتربوية عند وضع البرامج الإرشادية مُراعاة مطالب النمو التي تعتبر مُؤشراً للفرد لمدى تحقيقه لذاته وإشباع حاجاته والتي تختلف من مرحلة إلى أخرى حيث تركز في مرحلة الطفولة على تعليم المهارات الحركية، وتحقيق الأمن الانفعالي، والثقة بالنفس وبالآخرين، أما في مرحلة المراهقة فتختلف من حيث تميزها بتقبل التغيرات الجسمية والفسيولوجية والتوافق معها وتقبلها، ومعرفة السلوك الاجتماعي المقبول للقيام به (النوايسة، 2013، ص45).

رابعاً: الأُسس العصبية والفسيولوجية: حيث تُؤثر الحالة النّفسية على العمليات الفسيولوجية وتتأثر بها، ويجب على المُرشد النفسي أن يكون مُلماً بقدر مناسب عن تكوين الجسم ووظائفه وعلاقة ذلك بالسلوك الإنساني (خضرة، 2014، ص20).

تخطيط البرنامج الإرشادي:

يتم بناء برامج التوجيه والإرشاد النفسي في ضوء الخطوات التالية:

1- تحديد مصادر محتوى البرنامج الإرشادي: من أهم الأمور التي يجب على المُرشد النفسي أن يأخذها بعين الاعتبار عند بناء البرنامج الإرشادي الاطلاع على العديد من الأُطر النظرية والدراسات التي تتناول المشكلة وأثبتت نجاحها، وتحليل محتوى البرامج الإرشادية المختلفة التي تناولت المشكلة (العاسمي، 2015، ص132).

2- تحديد مُصطلحات البرنامج الإرشادي: حيث يجب تعريف المُصطلحات المُستخدمة في البرنامج الإرشادي تعريفاً إجرائياً، لتحقيق قدر من الاتفاق بين العاملين في المجال للاستفادة من نتائج البرنامج وإمكانية تطبيقه في علاج مشكلات مشابهة للعينة التي تم تطبيق البرنامج الإرشادي عليها (أبو النور وآخرون، 2015، ص49).

3- تحديد أهداف البرنامج الإرشادي: إنَّ المقصود بالهدف هنا صياغة عبارة تُوضح ما سوف يكون عليه سلوك المُشاركين في البرنامج بعد إكسابهم الخبرات والمهارات المختلفة، ويُعد تحديد الأهداف خطوة هامة في توضيح معالم البرنامج الإرشادي، وتُسهل تحديد الأهداف مُهمة اختيار الفنيات، وشكل الأسلوب الإرشادي المُناسب في البرنامج (حسين، 2014، ص284).

4- تحديد أساليب الإرشاد النّفسي والفنيات المُناسبة للبرنامج الإرشادي: وتتضمن أغلب الفنيات المُقدمة لفئات المسترشدين الفنيات السلوكية وتعليم المهارات الاجتماعية، كالتعزيز الموجب والتحصين التدريجي، وتشكيل السلوك، والنّمذجة (علي وعباس، 2015، ص 154).

5- تحديد الوسائل المُناسبة للبرنامج الإرشادي والميزانية اللازمة لتنفيذه: وتُعد هذه الخطوة من الخطوات الهامة للوصول إلى الأهداف المنشودة في ضوء الإمكانات المُتاحة لدى المُرشد النفسي (زهران، 2005، ص504).

6- تحكيم البرنامج الإرشادي: يجب عرض البرنامج الإرشادي بعد كتابته في شكل جلسات إرشادية على مجموعة من المُحكمين في مجال الإرشاد النفسي الذين لديهم خبرة في المجال وذلك من أجل التأكد من صلاحية أهدافه وخطواته (جمل الليل، 2009، ص237).

الحاجة الإرشادية لذوي الاحتياجات الخاصة:

تتضح أهمية العمل الإرشادي باعتباره مصدراً أساسياً لمُساعدة الآخرين في حل مشكلاتهم، والتعرف على قدراتهم، والاستفادة منها إلى أقصى ما يُمكن عن طريق تقديم برامج إرشادية مُنظمة ومُخطط لها بشكل سليم، وتزداد هذه الأهمية في مُساعدة الأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة على مُواجهة الآثار النفسية التي تُخلفها ظروف الإعاقة، وفي تنمية قدراتهم على التعامل مع أفراد المجتمع بطرق سليمة (شاهين، 2015، ص14).

ولحياة الإعاقة لدى الإنسان مُتطلبات كثيرة مُتداخلة تفوق متطلبات الإنسان العادي، فهو بحاجة ماسة إلى إرشاد خاص في جميع شؤون حياته نظراً لمشكلات حياته عميقة الجذور في دوافعها النّفسية ورواسبها الانفعالية مثل:

- المشكلات الأُسرية النابعة من انطباع الوالدين والأُخوة تجاه الإعاقة.
- المشكلات التعليمية والتربوية.
- المشكلات المهنية.
- المشكلات الانفعالية والاجتماعية (الهاشمي، 2003، ص142).

وما يعانيه ذوي الاحتياجات الخاصة من مشكلات اجتماعية هو انعكاس لاتجاهات المجتمع الخاطئة والسلبية نحوهم وما ينتج عنها من مُمارسات مؤذية مثل: السخرية، والتعرض للاستغلال، أو الإساءة مما يُؤثر فيهم أكثر من الإعاقة نفسها (أبو زعيزع، 2009، ص263).

ويواجه الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة العديد من المشكلات فالإعاقة بحد ذاتها تفرض قيوداً تنطوي على تحديات على صعيد التكيف النفسي أو الاجتماعي مما يدفع الوالدين إلى تبني أدوار سلبية تُؤثر على النمو النفسي لأبنائهم كضعف التواصل معهم، أو وجود مشاعر رفض تجاههم والتي من شأنها تشويه مفهومهم لذواتهم (الجزازي، 2011، ص279).

ومن الممكن القول أنَّ كثيراً من مشكلات الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة ناجمة عن مواقف واتجاهات العاديين نحوهم، مما يترك أثراً سيئاً بالغاً على مفهومهم لذواتهم، ويجعلهم

عُرضة للمشكلات النفسية لذلك كان لابد من وجود خدمات إرشادية تُقدم لهذه الفئة من المجتمع لأهداف عدة منها:

1. مُعالجة الآثار الناجمة عن الإعاقة بحد ذاتها وتتمثل في تكوين مفهوم سليم عن الذّات.
2. إزالة الآثار النّفسية النّاجمة عن اتجاهات الآخرين مثل: المعاملة التي تتسم بالشفقة المفرطة والتي تجعله يشعر بالقصور ويعتاد على السلوك الاتكالي (جميل، 2005، ص55).

وفي إطار الخدمات التي تُقدم لذوي الاحتياجات الخاصة في عملية التأهيل النفسي فإنَّ خدمات الإرشاد النفسي التي تهتم بمُساعدة الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة على التكيف السليم مع أنفسهم ومع البيئة حولهم تأتي في مقدمة هذه الخدمات، وذلك عن طريق تقديم برامج الإرشاد النفسي الفردي أو الجمعي لهم (السامرائي، 2014، ص197).

والإرشاد النّفسي لذوي الاحتياجات الخاصة هو أحد أهم قنوات الخدمة النفسية التي يُمكن أن تُقدم للأفراد الذين يُواجهون مشكلات لها صبغة انفعالية حادة بحيث يعجزون عن مواجهتها دون مساعدة من الخارج، حيث يُوفر لهم المُرشد النّفسي الاستبصار الذي يجعلهم أكثر صلة بذواتهم وأكثر تحكماً في انفعالاتهم (النوايسة، 2013، ص96).

ويُشير عربيات (2010، ص15) إلى أنّ عملية إرشاد ذوي الحاجات الخاصة تقوم على اعتبارات أهمها ما يلي:

1. لذوي الحاجات الخاصة حياة عاطفة نشطة وردود فعل سوية في مواقف كثيرة.
2. أنَّ الاضطرابات العاطفية موجودة بينهم بنفس الدرجة التي توجد فيها بين الأسوياء.
3. أنَّ الضغوط النفسية الشديدة تُعيق أداؤهم الوظيفي العقلي لدرجة يمكن أن تُؤثر على تكيفهم واندماجهم في المجتمع.
4. أنَّ الفرد منهم يجب أن يتمتع بنفس الحقوق التي يتمتع بها الإنسان العادي من تلقيه الخدمات التي تُفيد في تحسين أداؤه العام.

ويتناول إرشاد الفئات الخاصة مشكلات عامة مثل: مفهوم الذّات السالب، والمشكلات الاجتماعية والأُسرية والزواجية، وإنَّ الحاجة الماسة إلى إرشاد الفئات الخاصة يعود إلى أنَّ لهم سيكولوجية خاصة بهم ومشكلات وحاجات خاصة أيضاً (زهران، 2003، ص289).

يتضح مما سبق أنَّ البرامج الإرشادية لذوي الاحتياجات الخاصة يتم تقديمها كإحدى الخدمات التي تُساعد في التأهيل النفسي للتغلب على آثار الإعاقة، وإيجاد المناخ المناسب للنمو النفسي السوي لهم، والحد من المضاعفات والمشكلات النفسية بناء على مبررات عدة تكفل لهم حقهم في التعليم وحقهم في الإرشاد بمختلف أشكاله.

ومن الجدير بالذكر الإشارة إلى أنَّ الأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة ليسوا مجموعات متجانسة من حيث الصعوبات والتحديات التي يُواجهونها أو من حيث خصائصهم التي يتفردون بها، علاوةً على وجود فروق فردية بينهم وإن تشابهوا في نوع الإعاقة مما يُؤخذ في الحسبان عند اختيار النظريات، والفنيات، والأنشطة الإرشادية التي يجب على المُرشد النفسي تبنيها حتى يتسنى لهم الاستفادة من برامج الإرشاد النفسي المُقدّمة لهم لأقصى درجة ممكنة.

المحور الثاني: الثقة بالنفس (Self Confidence):

تُعرَّف الثقة بالنفس بأنَّها: "إيمان الإنسان بقدراته الذاتية، ونظرته الإيجابية لذاته، وقدرته على تحقيق أهدافه بفاعلية، إلى جانب انعتاقه من الشك بذاته وبقدراته إلى الشعور بالاستقلالية وتوكيد الذّات، والسيطرة على حياته" (Ursiny, 2005, P.19).

يُقصد بالثقة بالنفس أنَّها: "إحساس الفرد بكفاءته الجسمية والنفسية والاجتماعية، وبقدرته على عمل ما يريد، واتسامه بالاتزان الانفعالي وقبول الواقع" (السنباطي، 2010، ص352).

كما أنَّ الثقة بالنفس عبارة عن: "تكامل الشخصية ووقوف الشخص وقوفاً سليماً على واقعه الذاتي والاجتماعي دون أن تُسيطر على ذهنه مفاهيم خاطئة عن نفسه، وقد يشعر بها الأشخاص في بعض مجالات حياتهم مثل الجوانب الأكاديمية والرياضية، بينما لا يشعرون بها في مجالات أُخرى كالمظهر الشخصي والعلاقات الاجتماعية" (السرسي، 2016، ص88).

كما أنَّ الثقة بالنفس هي: "إيمان الإنسان النابع من داخله بأنَّه قادر على تحقيق ما يُريد وقادر على التخطيط لحياته بشكل واقعي يتناسب مع إمكانياته والظروف المحيطة به إلى جانب امتلاكه قدر عالي من السيطرة والتحكم الذاتي على جوانب حياته مع قبوله لنفسه ورضاه عنها دون شروط أو قيود" (Srivastava, 2013, P.42).

ومن خلال ما سبق يتضح أنَّ الثقة بالنفس تُشير إلى الوعي بالذات وقبولها واحترامها وعدم الشك بقدرتها على الوصول إلى الغايات الواقعية، وهي جزءٌ من تقدير الذَّات، كما ترتبط بالكفاءة الذاتية، وتعتمد على ما يمتلك الإنسان من مقومات مثل: امتلاكه مستوى مناسب من الذكاء، وامتلاكه بعض القدرات الخاصة، ونموه المتوافق مع المرحلة العمرية التي يمر بها.

وتُعرّف الباحثة الثقة بالنفس بأنَّها: إحساس الإنسان بالقيمة والكفاية الشخصية، وهي من السمات الإيجابية التي ترتبط بالمفهوم الذي كونه الفرد عن ذاته ووعيه بها وقبولها، بما يُساعد على تأصيل الشعور بالاستقلال والحرية في الاختيار، ووضع الأهداف الواقعية وتحقيقها والاندماج في المجتمع والمشاركة فيه بفاعلية.

العوامل المؤثرة على الثقة بالنفس:

1- نمط التنشئة الأُسريّة:

يحتاج الطفل إلى توفر العديد من العوامل في بيئته الأُسرية حتى ينشأ واثقاً بنفسه ولديه قبولاً لذاته، فنشأة الطفل في بيئة تتسم بالحب والرعاية السّوية تُعزز مفهوم إيجابي لديه عن ذاته وعندما تُوفر الأُسرة فرص للتفاعل الإيجابي والاندماج مع الآخرين فإنَّها تُوجه الطفل نحو الغير فيخرج من تمركزه حول نفسه إلى الآخر مما يدعم ثقته بنفسه (نايل، 2009، ص121).

وعادةً ما يميل الوالدين الذين يمتلكون شعور عالي بالكفاءة، والاستحقاق، والثقة بالنفس إلى اتباع الأساليب السويّة في التربية والرعاية، وبالتالي تنعكس ثقتهم بأنفسهم على أبنائهم فالعقاب بأنواعه، وأشكال العدوان، وأنماط العنف والإهمال من شأنها أن تُنشئ جيلاً فاقد لهويته وثقته بنفسه وبالبيئة من حوله والآخرين (زيادة، 2012، ص65).

وتُؤثّر أنماط رعاية الوالدين على المفاهيم الذّاتية للأطفال والتي تستمر معهم طيلة حياتهم، فالأطفال الواثقون من أنفسهم يتصف آباؤهم بالديموقراطية وعدم فرض القواعد بل إنَّ الوالدين يهتمون بوضع مبادئ واضحة للسلوك ويتركون لأطفالهم حرية التصرف والاختيار في حدود تلك المبادئ (Franzoi, 2014, p.226).

ومن أساليب التربية التي تهدم شخصية الطفل وتنسف ثقته بنفسه أسلوب المُبالغة في استثارة غريزة الخوف كأسلوب للردع والتأديب: كتهديده بالاتصال برجل الأمن، أو وضعه في غرفة مُظلمة، وزرع الخوف لديه من أشياء لا تستدعي الخوف (سليمان، 2005، ص105).

واستخدام القسوة يؤدي بالطفل إلى التوتر، وفقدان الثقة بنفسه، والتردد في مواجهة المواقف الحياتية حيث يترك هذا الأسلوب كثير من المشاعر السلبية على الأبناء كالحزن والألم مما يهدم شخصية الطفل ويجعل منه شخصية مترددة وعدوانية (الحريري، 2013، ص155).

كذلك يُعد أسلوب الحماية الزائدة من الأساليب التي تحرم الطفل من مباشرة الخبرات ومُعايشتها بما يكون له أثر سلبي على النمو السوي، فالآباء الذين يتبعون هذا الأسلوب يُشاركون بشكل سلبي في تشكيل شخصية ضعيفة تتسم بالجبن وعدم الثقة بالنفس لتعودها على الاعتماد على الآخرين والدلال المُفرط (حسين، 2009، ص34).

2- صورة الجسم والمظهر الفيزيائي:

تُعد صورة الجسم بما تتضمنه من أفكار ومشاعر ومُدركات بُعداً من أبعاد مفهوم الذّات ومُكوناً من مكوناته، فتزايد رضا الفرد عن صورة جسمه يُشعره بالسعادة، والاطمئنان، والثقة بالنفس، ويزيد من تفاعله الاجتماعي (دوجان، 2004، ص63).

وإنّ صورة الجسم المُدركة ترتبط بشكل قوي بالثقة بالنفس، وتنعكس على احترام الذات كما أنَّ لها دور حيوي في تكوين الهوية الذاتية فتشوه صورة الجسم لدى الإنسان تقف خلف الكثير من المشكلات النفسية مثل: الخوف الاجتماعي، والانسحاب الاجتماعي ويعتقد الكثير أنَّه من السهل أن يُنمي الأشخاص الذين يمتلكون صورة متوازنة عن أجسامهم الثقة بأنفسهم وأن يطوروا مهاراتهم الاجتماعية (Izgic, Akyuz, Dogan, & Kugan, 2004, p.633).

فسلامة الأعضاء جانب حيوي مُهم نظراً لارتباط الصحة النفسية بصورة الجسم الإيجابية، ولا شك أنَّ البناء الجسمي يُؤثر على تطور ونمو الشخصية مما يُسهم في الشعور بالثقة بالنفس لدى الإناث والذكور على حد سواء (العمروسي، 2005، ص239).

ويرتبط مفهوم صورة الجسم بالإحساس بالجاذبية الجسدية التي يتفاوت الناس بالشعور بها وتتأثر بها درجة الثقة بالنفس بشكل كبير (الخرينج والمعصب، 2011، ص106).

وعندما يُعاني الإنسان من ضعف جسدي، أو قصور وظيفي بيولوجي، أو تشوه في أحد أعضائه ينعكس ذلك على قدراته وطاقته ويُؤدي إلى آثار سلبية على شخصيته ومن هذه الآثار تدني ثقته بنفسه، وميله إلى الاشمئزاز من جسمه، والارتباك في المواقف الاجتماعية، والتمركز حول الذّات (الدسوقي، 2006، ص44).

3- التعرض للمشكلات الانفعالية:

تقع مشاعر الخوف خلف الكثير من الاضطرابات النفسيّة وتترك أثرها السيء على الشخصية، وخاصة عندما يكون الخوف مرضي وغير محدد مثل: خوف الإنسان من الأماكن الضيقة أو المزدحمة فإنّها تُحطم الثقة بالنفس وتجعل الشخص عاجزاً ومنطوي، فالخائف يشعر بالضعف، والبغض لذاته، وينعدم توازن شخصيته (أبو سمرة، 2010، ص134).

ومن الطبيعي أن تكون خبرات الخوف والألم لها ردود فعل سلبية تتعلق بالجانب النفسي ويتأثر بها السلوك فيما بعد، فحوادث الاعتداء الجسدي أو الجنسي بأشكالها المختلفة، والتعرض للحروب والفقر من الأمور التي تُغير مسار حياة الكثير من الأشخاص، وتكون سبب في انعدام

رغبتهم في مواصلة الحياة، والتفكير المُستمر في الانتحار، وبأنَّهم على كل حال أقل كفاءة مما يسلب منهم الثقة بالنفس والاعتزاز بها (سليم، 2010، ص556).

فالأطفال الذين يتعرضون للإساءة النفسية أو الجسدية أو الجنسية أو الإهمال من داخل الأسرة أو خارجها يظهر عليهم في الغالب مجموعة من المظاهر النّفسية والسلوكية، كانخفاض تقديريهم لذواتهم، وضعف الثقة بأنفسهم وفي الآخرين، كما يظهر لديهم غضب دائم موجه نحو أنفسهم ونحو البيئة المُحيطة بهم، وكذلك الشعور بالذّنب (الصويغ، 2003، ص34).

وإنَّ مشاعر اللوم والشعور بالذنب من الآلام النفسية الداخلية والمؤشرات التي تدل على سوء التوافق إذا تجاوزت الحد الطبيعي، وهو ما قد يُوقع الفرد في مشكلات نفسية واجتماعية: كانخفاض تقدير الذّات، والانسحاب من مواقف المواجهة، والشعور بالدونية، وعدم الرضا عن الذّات مما يكون تأثيره بالغاً على التوافق النفسي (مكاوي، 2011، ص133).

ومن خلال ما سبق يتضح جلياً تأثير أنماط التنشئة الأسرية، والمُعاملة الوالدية على الثقة بالنفس لدى الأطفال في باكورة حياتهم فأي تطرف في أسلوب المُعاملة المُستخدم مع الطفل تنتج عنه مشاعر سلبية سواءً كان القصد وراء تلك الأساليب الحماية المفرطة والخوف الزائد أو القسوة والعنف الظّاهرَين، كما أنَّ الأسلوب الديمقراطي هو الأمثل لبناء الثقة بالنفس فمن خلاله يزداد حماس الطفل وحديثه عن نجاحه، فنجدهم مُطالبون ببعض الواجبات الواضحة وفي أحيان أخرى يُسمح لهم بأخذ القرارات ومناقشتها وتَحمل نتائجها، وكذلك تُعزى أسباب فقدان الثقة بالنفس لاضطراب صورة الجسم أو التعرض لخبرات سيئة على الصعيد النفسي أو الجسدي.

ومن الواضح أنَّ الثقة بالنفس تتوقف على أفكار الإنسان عن نفسه والتي تكونت لديه إما عن طريق التنشئة الأسرية، أو عن طريق الخبرات السابقة التي تعرض لها ومن هنا يأتي دور الإرشاد النفسي في تحديد تلك الأفكار وتصحيحها واستبدالها بأفكار إيجابية ومقبولة عن الذّات.

أهمية الثقة بالنفس:

1- تحقيق التوافق النفسي:

من أهم عوامل إحداث التوافق النفسي بكل أبعاده الشخصي والاجتماعي والمهني تحقيق مطالب النمو النفسي السوي في جميع مراحله وبكافة مظاهره التي هي عبارة عن المستويات الضرورية التي تُحدد خطوات النمو السوي بكل مستوياته للفرد، وتُعتبر الثقة بالنفس وتقبل الذّات من أهم مطالب نمو الإنسان في جميع مراحله من بداية مرحلة الطفولة إلى نهاية مرحلة الشيخوخة (زهران، 2005، ص28-29).

وإنَّ قدرة الفرد على قبول ذاته والرضا عنها، وخلوه من الأمراض والمشكلات النفسية وشعوره بالارتياح النفسي تجاه قدراته وإمكانياته، وبلوغه أهدافه، وطريقته في إشباع احتياجاته بطريقة لا تتعارض مع معايير المجتمع تجعله يشعر بقدر من السعادة والتوافق النفسي الذي يترتب عليه لاحقاً أمنه واستقراره النفسي (نايف، 2012، ص8).

فمن غير الممكن أن يشعر الإنسان بالاطمئنان إلاّ بتوفر الثقة بالنفس، فالشخص المتوافق نفسياً تجده يستمتع بثقة متوازنة على عكس الشخص الذي يفتقد للتوافق النفسي فإنَّه في أي لحظة يكون عُرضة للاضطراب النفسي، أو السلوك الانحرافي، أو العدواني كطريقة للتنفيس عن مشاعره التي قوامها الدونية وانخفاض الثقة بالنفس (السقاف، 2009، ص17).

وتُساعد الثقة بالنفس الفرد على تكوين شخصية قوية، كما تُساعده على تحقيق أهدافه بما يتناسب مع قدراته، وتُساعد الفرد أيضاً أن يكون أكثر تقديراً واحتراماً لذاته، كما أنَّ للثقة بالنفس

الدور الكبير في مساعدة الأفراد على اتخاذ القرار المناسب بأن يتخلصوا من تسلط الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية عليهم (حميد، 2012، ص53).

وعلى النقيض تظهر لدى فاقدي الثقة بأنفسهم مظاهر سوء التوافق: كاللجوء إلى أحلام اليقظة، وعدم تحمل المسؤولية، ومظاهر الخجل التي تُعرقل توافقهم الاجتماعي، كذلك سيطرة الخوف على حياتهم فتجدهم يخافون التغيير ويخافون من المستقبل (درة، 2013، ص62).

وافتقاد الإنسان لثقته بنفسه يُنبئ باحتمال إصابته بالاكتئاب في المستقبل، حيث أنَّ مظاهر فقدان الثقة بالنفس تجعله فاقداً للأمن النفسي، وتجعل طاقته وعزيمته في أدنى مستوياتها ويُسيطر على ضعيف الثقة بنفسه التشاؤم، وفقدان الأمل في النجاح، وكثرة التأجيل والتسويف مع إلقاء اللوم والمسؤولية على الآخرين عند الوقوع في ذلك (Radu, 2004, p.57).

ويلحق بضعف الثقة بالنفس الكثير من الاضطرابات الهدامة للشخصية والتي تُضعف الروح الاستقلالية والتوافق النفسي لدى الفرد كاضطراب السلوك، واضطرابات النطق مثل: كثرة التأتأة أو اللجلجة، أو الوقوع فريسة للأفعال القهريّة (الجبالي، 2006، ص94).

كما يُعتبر فقدان الثقة بالنفس عاملاً رئيس وأحد الأسباب المُثيرة للقلق، ويظهر كاستجابة يُعبر عنها الشخص بالهرب وحماية نفسه من التهديد (Clark &Beck, 2011, p.114).

وكما أنّ الثقة بالنفس مطلب للنمو النفسي السوي لكن الزيادة المُفرطة فيها يقف خلفها شخص مريض يبالغ في وصف نفسه، ويدعي القدرات الجبّارة التي ليس لها أي علاقة بالواقع كمريض الهوس أو جنون العظمة (الغرير، 2009، ص56).

2- النجاح في الحياة:

قد يمتلك الكثير من الأشخاص ذكاء مرتفعاً لكنهم غير قادرين على النهوض بهذا الذكاء والاستفادة منه ذلك لأنهم يفتقدون الجُرأة الكافية والإحساس بالقيمة مما يجعلهم في قلق دائم وإحساس بأنَّهم في موضع ملاحظة ومراقبة من الآخرين، مما يُؤكد على الارتباط الإيجابي بين الثقة بالنفس والنجاح الحياتي، وقد حدد كاتل Cattell في دراسته العاملية إلى تشبع عامل الثقة بالنفس بعدد من المتغيرات من بينها تثبيط الهمة والشعور بالقلق (الوشلي، 2007، ص 28).

والثقة بالنفس دافعاً للفرد أن يُظهر استعداداته وقدراته، ولها دور كبير في الأداء الناجح وإنّ زيادة الجهد وإتقان العمل أساس النجاح، ولا يُمكن لهما أن يحدثان بمعزل عن امتلاك القدر الكافي من الثقة بالنفس .(Woodman, Akehurst, Hardy, & Beattie, 2010, p.467).

وإنّ النجاح في إنجاز المهام في قالب ذو جودة وقيمة يقف خلفه شخص لديه دافعية تتناسب مع أهدافه، ويرتبط ذلك بقدرته على تطوير ثقته بنفسه (Adalikwu, 2012, p.3).

3- استمرار اكتساب الخبرة:

الخبرة هي الجوانب الداخلية للحياة العقلية، ومن خلالها تظهر قدرة الفرد على التأمل بأفكاره وانفعالاته، ويُحاول الاتصال بالآخرين بهذه الاستنباطات الداخلية وهي على قسمين أحدهما خبرات لا شعورية، والأخرى هي الخبرات الشعورية (الخفاف، 2013، ص191).

وتظهر أهمية الثقة بالنفس في أنَّها تُساعد الإنسان على أن يستغل الفرص الجيدة في الحياة ويسعى إليها وتصبح لديه الدافعية لذلك، وتُساعد الثقة بالنفس على تنظيم الحياة وترتيب الأهداف، كما تُعطي الإنسان الشعور بالأهمية والجدارة لمنافسة الآخرين بشرف والمقاومة وعدم الخضوع والاستسلام للضغوط والمحن في حياته (درة، 2013، ص105).

ومن الجدير بالذكر أنَّ العلاقة بين الثقة بالنفس والخبرة علاقة مُتبادلة فالخبرة المكتسبة أساساً للثقة بالنفس كما أنَّها دافعاً نحو خوض المزيد من التجارب واكتساب الخبرات المختلفة حيثُ أنَّ غياب الصراع الداخلي لدى الشخص الواثق من نفسه خاصة العدوان الداخلي ضد النفس يجعله على قدر من العزيمة والإرادة الصادقة، كما تُمكنه الثقة بنفسه على تقييم الأحداث بشكل منطقي وصحيح (الغرير، 2009، ص56).

وتبدو أهمية الثقة بالنفس من خلال تأثيرها على الجوانب الإيجابية الشخصية والاجتماعية في حياة الأفراد، كما تتضمن كثير من الصفات الدّالة على التكيف النفسي السوي والصحة النفسية، كما أنَّ الثقة بالنفس تدفع الإنسان نحو العمل وبذل الجهد اللازمين للنجاح وتزيد من احتمال إقدام الفرد وزيادة مبادراته إلى التعبير عن إبداعه وتفرده.

وللثقة بالنفس دور حيوي مهم في شخصية الفرد حيث تُثير لديه الانفعالات السارة التي تقوده لمزيد من الهمة والنشاط الحركي والذهني، وهي السبيل لتحقيق طموح الإنسان كما أنَّ لها أثر بالغ في قدرته النفسية، وتُعتبر الثقة بالنفس إحدى السمات التي تجعل الإنسان قادراً على تقويم حياته، والنظر بواقعية إلى نقاط القوة والضعف في شخصيته بغرض تقويتها وتنمية دافعيته وذلك يجنبه الوقوع فريسةً لمشكلات نفسية عديدة كالاكتئاب ،أو القلق ،أو الوسواس القهري.

مظاهر الثقة بالنفس:

تتحدد الثقة بالنفس في ظل توافر ثلاثة سمات هي: وجود الوعي بالذات والذي يُمكّن الإنسان من تحديد نواحي قوته وضعفه، ووضوح الأهداف والمثابرة لتحقيقها وامتلاك المرونة الكافية لإيجاد البديل المناسب لها، والإيمان بالقدرة على الإنجاز (White, 2009, p.103).

وتتجسد الثقة في النّفس في عدد من المكونات تتمثل في: التفاعل الاجتماعي، والأداء الأكاديمي، والقدرة على التحدث إلى الآخرين، وامتلاك قدر مناسب من الإيجابية والتفاؤل والرضا عن المظهر الجسمي (ياسين، 2010، ص207).

ويذكر محمود (2014، ص 143) أيضاً أنَّ مظاهر الثقة بالنفس تتضمن: القدرة على التحدث إلى الآخرين والمشاركة في تبادل الأفكار والاهتمامات مع الآخرين، والصورة الذهنية التي يكونها الإنسان حول مظهره الخارجي وجسمه وما يصحب ذلك من مشاعر سلبية كانت أو إيجابية، والقدرة على الاعتماد على النفس في تحقيق الأهداف والرغبات في المستقبل، والأداء الأكاديمي والقدرة على التحصيل.

ويُعتبر الإحساس بالكفاءة الذاتية والذي يتمثل في القدرة على مواجهة المشكلات التي تعترض الإنسان في حياته، واقتناعه أنَّ بإمكانه الوصول إلى ما يطمح إليه ما دامت أهدافه تُناسب قدراته، إضافة إلى الإحساس بأهمية الذّات من المظاهر والمقومات التي تتحدد بها الثقة بالنفس، وعند غياب أياً من الكفاءة الذاتية والشعور بأهمية الذات فإنَّ الثقة بالنفس تكون في أدنى مستوياتها (زيادة، 2012، ص49).

وعلى النقيض فإنَّ من مظاهر عدم الثقة بالنفس الخجل، والحساسية، والارتباك، إضافة إلى الخوف من التعبير عن الذّات، ومواجهة الجمهور، والتبعية الفكرية والعاطفية، والتذبذب بين الإقدام والإحجام في مواقف الحياة (العنزي، 2003، ص15).

وبناءً عليه يتضح أنَّ للثقة بالنفس مظاهر يمكن إجمالها في ما يلي:

1. الشعور بالكفاية والقدرة على حل المشكلات بالطرق المناسبة التي يقتنع بها الشخص وتنبع من داخله دون التوجيه والاستعانة بالآخرين بشكل دائم.

2. الرضا عن الذات وتقبلها وتطويرها بالحرص على تقويم الجوانب السلبية فيها دون انتقاص من الجوانب الأخرى أو تحقير الذّات.
3. تكوين علاقات اجتماعية مُشبعة وناجحة والمحافظة على استمرارها.
4. التمتع بالقدرة الكاملة على ضبط وتوجيه الذات.

ومن مظاهر الثقة بالنفس الإحساس بالقيمة الشخصية وعدم ازدراء أياً من الصفات الشخصية أو الحالة الاجتماعية أو الاقتصادية، والقدرة على المُطالبة بالحقوق والدفاع عن النفس مع الاعتراف بالأخطاء عند ارتكابها، والرغبة الدائمة في التفوق والإيمان بالقدرة على ذلك، أيضاً من مظاهر الثقة بالنفس الشعور بالأمان والانتماء إلى الآخرين.

المحور الثالث: الإعاقة السمعية (Hearing impairment):

تعريف الإعاقة السمعية:

أولاً: تعريف الإعاقة السمعيَة من المنظور الفسيولوجي:

يقوم التعريف الفسيولوجي للإعاقة السمعية على أساس كمي من خلال تحديد مدى الخسارة والفقدان السمعي للفرد والتي تُقاس بوحدة "الديسبل" وتُعرَّف الإعاقة السمعيّة تبعاً لهذا المعيار في خمس مستويات كما ذكر(westwood, 2003, p.48):

1. الإعاقة السمعية الطفيفة : يتراوح مدى الفقدان السمعي لهم ما بين 15- 25 ديسبل.
2. الإعاقة السمعيّة الخفيفة: يتراوح مدى الفقدان السمعي لهم ما بين 25-40 ديسبل.
3. الإعاقة السمعيّة المتوسطة: يتراوح مدى الفقدان السمعي لهم ما بين 40-65 ديسبل.
4. الإعاقة السمعيّة الشديدة: يتراوح مدى الفقدان السمعي لهم ما بين 60-95 ديسبل.
5. الإعاقة السمعيّة الحادة: يتجاوز الفقدان السمعي لهذه الفئة 95 ديسبل.

ويرى الموسى (2008، ص59) أنّ المعاقين سمعياً تبعاً للخسارة السمعية يقعون في فئتين هما:

1. الصم: وهم الأفراد الذين يعانون من عجز سمعي يبدأ من 70 ديسبل فأكثر يحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام باستخدام السماعات أو بدونها.
2. ضعيفي السمع: وهم الأفراد الذين يُعانون من فقدان سمعي يتراوح ما بين 35-69 ديسبل مما يجعله يواجه صعوبة في فهم الكلام بالاعتماد على حاسة السمع فقط سواءً باستخدام السماعات أو بدونها.

ثانياً: تعريف الإعاقة السمعية من المنظور التربوي:

يتم التعريف التربوي للإعاقة السمعيّة من خلال النظر إلى الأداء التربوي الذي يستطيع المعاق سمعياً تحقيقه، وكذلك البدائل التربوية التي يُمكن للمعاق سمعيّا الاستفادة منها، واستعداد الطفل لتعلم اللغة والكلام، إضافةً إلى الأخذ بالقدرات اللغوية بعين الاعتبار عند الحديث عن فئات العوق السمعي التي تندرج تحت هذا المنحى.

حيثُ يُقصد بضعيف السمع أنَّه: "الفرد الذي يوجد لديه سمع ضعيف ويحتاج في تعليمه إلى ترتيبات خاصة وتسهيلات ليست ضرورية في كل المواقف التي تستخدم مع الأطفال الصم كما أن لديه رصيد من اللغة والكلام الطبيعي" (بنيان، 2007، ص14).

ويُقصد بالأصم أنَّه: "الشخص الذي تمنعه الإعاقة السمعيّة من اكتساب المعلومات اللغوية عن طريق حاسة السمع باستخدام السماعات الطبية أو بدونها، بينما ضعيف السمع تكون القدرة

السمعيّة لديه وظيفية أي أنَّها تُمكنه من اكتساب المعلومات اللغوية عن طريق حاسة السمع باستخدام السماعات الطبية أو بدونها" (الخطيب، 2008، ص20).

كما يرى موريس (2008)Moores أنّ المعاقين سمعياً تبعاً للمنظور التربوي يقعون في فئتين هما:

1. المعاقين سمعياً الذين تتراوح خسارتهم السمعيّة من 35- 54 ديسبل ولا يتطلب وضعهم في صف خاص ولكنهم يحتاجون لمساعدات ومعينات سمعيّة.
2. المعاقين سمعياً الذين تتراوح خسارتهم السمعية من 55- 90 ديسبل فما فوق ويحتاجون إلى صف خاص وإلى توفر المساعدات الكلامية والسمعيّة (الزريقات، 2013، ص109).

ثالثاً: تعريف الإعاقة السمعيّة من المنظور الاجتماعي:

يُعرّف المعاق سمعياً بأنَّه: "الشخص الذي تقف إعاقته السمعيّة حائلاً بينه وبين الاستجابة للمُتطلبات الاجتماعية والتعليمة المتوقعة ممن هم في عمره الزمني بدون استخدامه للوسائل المعينة على السمع والتي يفقد بدونها القدرة على التواصل اللفظي، وفهم الكلام من قبل الآخرين واتباع التعليمات الموجهة إليه" (بنيان، 2007، ص14).

ويُعرَّف الصمم بأنَّه: "الفقد السمعي الذي يفقد معه الإنسان حاسة السمع بشكل شبه كامل للكلام الصوتي العادي في مواقف التواصل اللفظي، ويعيق من اكتساب اللغة الصوتية وتطورها عن طريق حاسة السمع بالرغم من وجود بقايا سمعية قادرة على سماع أصوات أخرى غير الكلام الصوتي العادي حيث تكون مصدر للأمان" (عبد الحي، 2008، ص32).

وشدة الإعاقة السمعية هي نتاج لشدة الضعف في السمع وتفاعله مع عومل أخرى مثل: العمر ووقت حدوث الفقدان السمعي، ووقت اكتشاف الحالة ومعالجتها، ونوع الاضطراب الذي أدى لحدوث الفقدان، والخدمات التأهيلية المقدمة للفرد (القريوتي، 2006، ص27).

تعددت التعريفات السابقة للإعاقة السمعية بتعدد المنحى لكل تعريف فمنها ما سلّط الضوء في تعريف الإعاقة السمعية على درجة الفقدان أو الحرمان السمعي كما جاء في التعريف الفسيولوجي للإعاقة السمعية، بينما اهتم التعريف التربوي بمدى قدرة المعاق سمعياً على اكتساب الكلام ونموه اللغوي الذي يُحدد البدائل التربوية الأكثر مُلائمة له، واهتم التعريف الاجتماعي للإعاقة السمعية باستجابة المعاق للمُتطلبات الاجتماعية وقدرته على القيام بدوره الاجتماعي مقارنةً بمن هم في عمره من أقرانه الذين يتمتعون بحاسة السمع.

ومما سبق يُمكن تعريف ضعيف السمع بأنَّه: الشخص الذي فقد السمع بشكل جزئي مع وجود رصيد من اللغة والكلام الطبيعي لديه، وفي حالة تزويده بالأجهزة الطبية المناسبة فإنّ بإمكانه التواصل مع الآخرين بشكل طبيعي والتعلم في الصفوف العادية، بينما الأصم والذي يُعاني من الفقد الكلي لحاسة السمع أي أنَّ الفقدان السمعي لديه يتجاوز 70 ديسبل يواجه العديد من المشكلات في الحديث مع الآخرين أو فهم ما يقولونه وبالتالي فإنَّ تعليمه في الصفوف الخاصة بالإعاقة السمعيّة هو المكان الأكثر ملاءمة له.

تصنيفات الإعاقة السمعية:

أولاً : تصنيف الإعاقة السمعية تبعاً لوقت الإصابة بالإعاقة إلى:

1- صمم ما قبل اكتساب اللغة (Prelingual Deafness): ويُشير هذا النوع إلى حالات فقدان السمع التي تحصل للفرد في عمر مبكر منذ الولادة أو حالات فقدان السمعي التي تحدث أثناء

السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، حيث يُعتقد أن سن 3 سنوات هو السن الفاصل (القريوتي، السرطاوي، والصمادي، 2013، ص138).

2- **صمم بعد مرحلة اكتساب اللغة (Postlingual Deafness):** ويُشير إلى الفئة التي فقدت قدرتها السمعية كلها أو بعضها بعد اكتساب اللغة، وتتميز بقدرتها على الكلام لأنها سمعت وتعلمت اللغة (الزيودي، 2008، ص57).

ثانياً: تصنيف الإعاقة السمعيّة حسب موقع الإصابة بالإعاقة إلى:

1- فقدان السمع التوصيلي (Conductive Hearing loss):

ينتج هذا الضعف السمعي بسبب وجود اضطراب في الأذن الخارجية، أو ضمور في عظيمات الأذن الوسطى، بحيث يمنع هذا الاضطراب من وصول الموجات الصوتية، والطاقة الصوتية بشكل طبيعي إلى الأذن الداخلية، وفي هذه الحالة لا يُعتبر الشخص أصم أي أنه لا يصل إلى درجات الفقدان السمعي الكلية، ولدى هؤلاء الأشخاص القدرة على تمييز الأصوات العالية ومن المهم تشجيعهم على استخدام السماعات الطبية (زيدان ومطر، 2010، ص37).

والسبب الشائع في ضعف السمع التوصيلي التهاب الأذن الوسطى، أو وجود تشوه بها مما يمنع انتقال الموجات الصوتية من المرور إلى الأذن الداخلية، وتصل درجة الفقدان السمعي نحو 50 ديسبل مما يكون له أثراً على اللغة، حيث تمنع الطفل من تعلم اللغة بشكل صحيح والوصول إلى تطور اللغة المنطوقة (Edwards & Crocker, 2008, p.20).

2- فقدان السمع الحس العصبي (Sensorineural Hearing loss):

يُعد هذا النوع من الإعاقة السمعية فقدان دائم للسمع، يحدث عندما يُصاب عضو السمع الحسي أو الخلايا الشعيرية الواقعة في القوقعة بأذى أو ضرر، ولا تُجدي معه العمليات الجراحية أو الدوائية نظراً للتلف الشديد في الأعصاب السمعية مما يعوق وصول الصوت إلى المراكز السمعية في الدماغ (الزريقات، 2013، ص111).

ويُعاني الأفراد المصابون بهذا النوع من صعوبة فهم الأصوات، واضطراب في نغمات الصوت، وازدياد شدة الصوت بشكل غير طبيعي ومن أسباب الفقدان الحس عصبي للسمع:

1. الأسباب الوراثية.
2. الإصابة بالحمى الشوكية.
3. إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية.
4. الولادات المتعسرة ونقص الأكسجين أثناء الولادة.
5. عدم توافق العامل الرايزيسي (Rh) بين الأم والجنين. (الجوالدة، 2016، ص36).

3- **فقدان سمعي مُختلط (Mixed Hearing loss):** يحدث هذا الصمم بسبب وجود خلل في أجزاء الأذن الثلاثة: الداخلية، والوسطى والخارجية، أي أنّ المصاب بالعوق السمعي المختلط لديه إعاقة توصيلة بالإضافة إلى إعاقة حس عصبية في نفس الوقت (نيسان، 2009، ص15).

4- فقدان سمعي مركزي(Central Hearing loss): يرجع هذا النوع إلى إصابة المركز السمعي في المخ بخلل ما لا يتمكن معه الفرد من تمييز المثيرات السمعية، أو تفسيرها مع أن حاسة السمع نفسها قد تكون طبيعية وهو من الأنواع التي يصعب علاجها (القريطي، 2012، ص313).

5- الصمم الهستيري (Hysterical Deafness): وفي هذا النوع من الصمم يفقد المريض فجأة قدرته على السمع دون أن يكون هناك سبب عضوي لهذا الصمم، بحيث يكون لأسباب نفسية وينشأ عن الرغبة اللاشعورية في عدم السماع لحادث أو خبرة مؤلمة قد تؤذيه (الحانوتي، 2016، ص314).

يتضح أنّ الإعاقة السمعية تُصنف إلى عدة تصنيفات فعند الأخذ بعين الاعتبار توقيت الإصابة يكون السؤال الفاصل بين الفئات في هذا التصنيف هل أُصيب الطفل بالإعاقة السمعية بعد سماع الكلام وبعد أن تكونت لديه حصيلة لغوية أو قبل ذلك؟ فيكون الطفل هنا أبكم إضافةً إلى إعاقته السمعية وفي تصنيف الإعاقة السمعية حسب موقع الإصابة فإما أن تكون الإصابة في أحد أجزاء الأذن سواءً الأذن الداخلية، أو الأذن الوسطى، أو الأذن الخارجية، أو في المركز السمعي في المخ، وقد تعود أسباب الإعاقة السمعية إلى أسباب نفسية كما في الصمم الهستيري.

أسباب الإعاقة السمعيّة:

تتعدد أسباب العوق السمعي ويُمكن ذكر أهم هذه الأسباب في فئتين رئيسيتين: العوامل الوراثية والعوامل البيئية كما يلي:

أولاً: العوامل الوراثية:

ترجع الكثير من حالات العوق السمعي إلى أسباب وراثية منها:

1. صفات وراثية تنقلها جينات مُتنحية عن آباء غير مُصابين لكنهم حاملين لجينات الصمم.
2. صفات وراثية لآباء مُصابين ويكفي أن يكون أحدهم مُصاب بالصمم لينتقل إلى الأبناء.
3. صفات موروثة عبر الكروموسومات الجنسية تُؤثر في الجهاز السمعي بحسب جنس الجنين فيُصاب بالصمم من خلالها الطفل الذكر ولا تؤثر في الأنثى (الشريف، 2012، ص289).

وتنتقل الإعاقة السمعية كصفة وراثية عن طريق الكروموسومات الحاملة للجينات المُورثة للعوق السمعي فإذا كان الكروموسوم يحمل صفات ضعف خلايا السمع أو العصب السمعي فإنه يؤدي إلى ولادة طفل معاق سمعياً، كما أنَّ أحد الأسباب للإصابة بالإعاقة السمعية عدم اتفاق العامل الرايزيسي (Rh) بين الوالدين (زيدان ومطر،2012، ص58).

ومن العوامل التي تؤدي إلى الإعاقة السمعية للطفل أثناء فترة الحمل اختلاف عامل (Rh) العامل الرايزيسي في دم الأم الحامل ودم الزوج، وتحدث مقاومة عندما يكون دم الطفل من الأب يختلف عن دم الأم (+ مع -) أو (- مع +) مما يكون أجسام مضادة لدم الطفل تنتج عنه الإعاقة السمعية (عبد الحي، 2008، ص61).

ومن أشهر أنواع الصمم الوراثي الصمم المنقول على جينات متنحية أي أنَّ الوالدين غير مُصابين بالصمم ولكنهم حاملين الجين المسؤول عنه، ونسبة ولادة طفل مصاب بالصمم من والدين حاملين للصمم 25% وبالمقابل يُعتبر الصمم المنقول على الكرموسوم الجنسي أقل أنواع الصمم الوراثي شيوعاً، كما أنّه مرتبط بجنس الذكور فقط (حنفي، 2014، ص31).

ويُعد فقدان السمع العائلي كذلك من الأسباب الوراثية التي تنتج بسبب ضمور متوارث للعصب السمعي والذي يُصيب أفراد العائلة بعد الولادة (النجار، 2010، ص40).

وقد يرجع العوق السمعي المُتوارث إلى خلل في عمليات الأيض تؤدي إلى اضطراب في تحول الأنزيمات، أو انعدام الأنزيمات المُساعدة في الهضم (جبريل، 2006، ص48).

ثانياً: العوامل البيئية:

من الممكن أن تحدث الإعاقة السمعية نتيجةً لمجموعة من الأسباب البيئية التي تحدث بعد عملية الإخصاب، أو أثناء الولادة، أو بعدها، كسوء تغذية الأم الحامل، أو تعرضها للأشعة السينية، أو الإشعاعات الخطيرة أثناء فترة الحمل، أو تعاطي الأم الحامل للأدوية والعقاقير دون مشورة الطبيب (الروسان، 2010، ص157).

ومن العوامل البيئية التي تحدث بعد الولادة: التهاب السحايا، والتهاب الأذن الوسطى والإصابة بفيروس (CMV)، والتعرض للضوضاء والصدمات (Willems, 2004, p.46).

حيث يُعد التهاب السحايا والذي هو عبارة مرض معدٍ وبالغ الخطورة على حياة الإنسان خاصة في مرحلة الطفولة والطفولة المبكرة المسؤول عن 10% من حالات ضعف السمع (الخطيب، 2008، ص22).

وتُعد الإصابة بالتهاب السحايا الذي يُصيب بطانة الدماغ ويُصيب الجهاز العصبي المركزي من أكثر الأسباب المؤدية إلى الإعاقة السمعيّة شيوعاً في مرحلة الطفولة والذي يؤدي إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي، كما أنَّه يُعتبر سبب في حالات إصابة طرق الاتصال الحس العصبي والتي تظهر بعد الولادة (الزيودي، 2008، ص53).

وتُؤدي الإصابة بالتهابات الغدة النكفية إلى الفقدان السمعي، كذلك ارتفاع درجة حرارة الفرد، والإصابة بالحمى القرمزية، أو الإصابة بمرض التصلب المتعدد، وكذلك تسمم الأم الحامل فإنه يترك أثراً على الجنين (الأمين، 2012، ص51).

ومن الأسباب أيضاً تجمع المادة الصمغية التي يفرزها الغشاء الداخلي للأذن مما يؤدي بالتالي إلى تصلبها ويكون سبباً في حدوث انسداد جزئي للقناة السمعية يحول دون وصول الصوت إلى داخل الأذن (القمش والمعايطة، 2007، ص84).

وتُجمل منظمة الصحة العالمية العوامل الأكثر شيوعاً والمسببة للإعاقة السمعيّة كتالي:

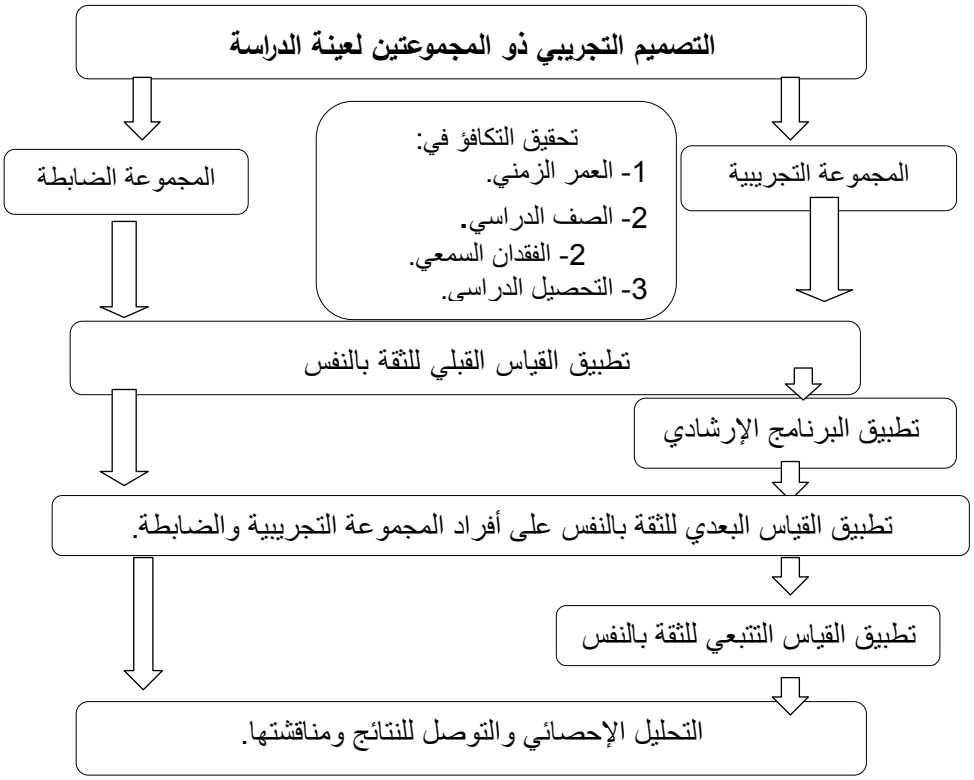
1. استخدام الأدوية خلال فترة الحمل دون الرجوع للطبيب.
2. الإصابة بالحصبة الألمانية والزهري والهربس وغيرها من الأمراض الفيروسية.
3. الولادات المبكرة، ونقص الأكسجين، أو الاختناق عند الولادة.
4. الضوضاء والتعرض للأصوات العالية جداً مما يؤثر على كفاءة السمع. (WHO, 2016).

منهجية الدراسة وإجراءاتها:

منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية المنهج شبه التجريبي ذو المجموعتين التجريبية والضابطة.

ومنهج شبه التجربة هي: دراسة يُلاحظ فيها الباحث نتائج حدث يُفترض أنّ له أثر على حياة الإنسان، ويكون المتغير المستقل فيه هو الحدث أو الظرف الذي يُفترض أن تُؤثر نتائجه على الذين يتعرضون له (سليمان، 2014، ص122). ويُوضح الشكل الآتي التصميم التجريبي للبحث:



شكل (1)

التصميم التجريبي للبحث

مُجتمع الدراسة:

يشتمل مجتمع الدراسة الحالية جميع الطالبات الصم وضعيفات السمع في المرحلة الثانوية بمعهد الأمل بمكة المكرمة.

عينة الدراسة:

أ- العينة الاستطلاعية:

تهدف العينة الاستطلاعية إلى التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات البحث وتكونت العينة الاستطلاعية من (27) طالبة من الطالبات الصم وضعيفات السمع (22) طالبة منهن من

طالبات الثانوية الثانية ملحق عوق سمعي بمحافظة الطائف، و(5) طالبات منهن من طالبات معهد الأمل بمكة المكرمة.

ب- العينة الأساسية:

بلغ عدد العينة الأساسية في الدراسة الحالية (18) طالبة من الطالبات الصم وضعيفات السمع بمعهد الأمل بمكة المكرمة تم اختيارهن بطريقة قصدية من حيث تكافؤهن في (العمر الزمني، الصف الدراسي، التحصيل الدراسي، مستوى الفقدان السمعي، الوضع الأسري) وتم تقسيمهن إلى مجموعتين (9) طالبات منهن يُمثلن المجموعة الضابطة و(9) طالبات منهن يُمثلن المجموعة التجريبية، تراوحت أعمارهن ما بين (16-18) عام، علماً بأنهنَّ لم يخضعن لبرامج إرشادية من قبل.

جدول (2) وصف العينة الكلية للدراسة

م	المتغير	حجم العينة	المتوسط	الانحراف المعيارى
1	العمر الزمني	18	16.89	0.66
2	الصف الدراسي	18	2.06	0.85
3	مستوى الفقدان السمعي	18	72.78	17.26
4	مستوى التحصيل الدراسي	18	86.11	6.78
5	الوضع الأسري	18	2.67	0.66

شروط ومواصفات عينة الدراسة:-

1. أن تكون الطالبة من ذوي الإعاقة السمعية (الصم- ضعاف السمع).
2. أن يتراوح العمر الزمني لهن ما بين (16- 18) عام.
3. أن يكن الطالبات من المنتظمات في الدراسة.

أولاً: التكافؤ بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة:

قامت الباحثة بالتحقق من تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج الإرشادي، وذلك من حيث كل من (العمر الزمني، الصف الدراسي، مستوى الفقدان السمعي مستوى التحصيل الدراسي، الوضع الأسري) كما يلي:

أ- **من حيث العمر الزمني:**

جدول (3) تكافؤ مجموعتي الدراسة في العمر الزمني

المجموعة	العدد	(16 -17) عام	(17-18) عام	(18-19) عام	قيمة كا2		مستوى الدلالة
					المحسوبة	الجدولية	
التجريبية	9	2	5	2	0.533	5.99	غير دالة

الضابطة	9	3	5	1			

يتضح أنّ قيمة (كا2) المحسوبة (0.533) وهي أصغر من قيمة (كا2) الجدولية البالغة(5.99) عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (2) مما يُشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب العمر الزمنى لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة.

أ- من حيث الصف الدراسي:

جدول (4) تكافؤ مجموعتي الدراسة في الصف الدراسي.

المجموعة	العدد	الأول ثانوي	الثاني ثانوي	الثالث ثانوي	قيمة كا2		مستوى الدلالة
					المحسوبة	الجدولية	
التجريبية	9	3	2	4	0.343	5.99	غير دالة
الضابطة	**9**	**3**	**3**	**3**			

يتضح أنّ قيمة (كا2) المحسوبة (0.343) وهي أصغر من قيمة (كا2) الجدولية البالغة(5.99) عند مستوى دلالة(0.05) وبدرجة حرية (2) مما يُشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في متغير الصف الدراسي لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة وبالتالي يُمكن القول أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب الصف الدراسي لأفراد المجموعتين.

ب- من حيث مستوى الفقدان السمعي:

جدول (5) تكافؤ مجموعتي الدراسة في مستوى الفقدان السمعي

المجموعة	العدد	متوسط	شديد	شديد جداً	قيمة كا2		مستوى الدلالة
					المحسوبة	الجدولية	
التجريبية	9	2	4	3	0.476	5.99	غير دالة
الضابطة	9	1	4	4			

يتضح أنّ قيمة (كا2) المحسوبة (0.476) وهي أصغر من قيمة (كا2) الجدولية البالغة(5.99) عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (2) مما يُشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الفقدان السمعي لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة وبالتالي يُمكن القول أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب الفقدان السمعي لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة.

د- من حيث مستوى التحصيل الدراسي:

جدول (6) تكافؤ مجموعتي الدراسة في مستوى التحصيل الدراسي

المجموعة	العدد	ممتاز	جيد جداً	جيد	قيمة كا2		مستوى الدلالة
					المحسوبة	الجدولية	
التجريبية	9	6	2	1	0.410	5.99	غير دالة
الضابطة	9	7	1	1			

يتضح أنّ قيمة (كا2) المحسوبة (0.410) وهي أصغر من قيمة (كا2) الجدولية البالغة(5.99) عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (2) مما يُشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى التحصيل الدراسي لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة وبالتالي يُمكن القول أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب مستوى التحصيل الدراسي لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة.

ه_ من حيث الوضع الأسري:

جدول (7) تكافؤ مجموعتي الدراسة في الوضع الأسري

المجموعة	العدد	فاقدة الأب	تفكك أسري	تعيش مع كلا الوالدين	قيمة كا2		مستوى الدلالة
					المحسوبة	الجدولية	
التجريبية	9	1	1	7	0.463	5.99	غير دالة
الضابطة	**9**	**1**	**0**	**8**			

يتضح أنّ قيمة (كا2) المحسوبة (0.463) وهي أصغر من قيمة (كا2) الجدولية البالغة(5.99) عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (2) مما يُشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الوضع الأسري لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة.

ثانياً: القياس القبلي للثقة بالنفس:

قامت الباحثة بتطبيق مقياس الثقه بالنفس على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة وقد تم توضيح المتوسطات لرتب درجات الأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة لأبعاد مقياس الثقة بالنفس، وتوضيح دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة على مقياس الثقة بالنفس باستخدام اختبار مان ويتني كالتالي:

جدول (8) دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي للثقة بالنفس

أبعاد المقياس	المجموعة	ن	المتوسط	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	W	قيمة Z	مستوى الدلالة
الرضا عن	تجريبية	9	38.00	7.78	70.00	25.00	70.00	1.38 -	غير

أبعاد المقياس	المجموعة	ن	المتوسط	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	W	قيمة Z	مستوى الدلالة
الذّات	ضـابطة	9	40.00	11.22	101.00				دالة
الاعتماد على النفس	تجـريبية	9	20.11	8.67	78.00	33.00	78.00	0.67-	غير دالة
	ضـابطة	9	21.00	10.33	93.00				
القدرة على تحقيق الأهداف	تجـريبية	9	21.33	10.11	91.00	35.00	80.00	0.49-	غير دالة
	ضـابطة	9	21.00	8.89	80.00				
الثقة بالنفس في العلاقات الاجتماعية	تجـريبية	9	31.33	8.67	78.00	33.00	78.00	0.66-	غير دالة
	ضـابطة	9	33.11	10.33	93.00				
الثقة بالنفس في المجال الأكاديمي	تجـريبية	9	13.11	8.78	79.00	34.00	79.00	0.58 -	غير دالة
	ضـابطة	9	13.67	10.22	92.00				
الدرجة الكلية	تجـريبية	9	123.89	8.83	79.50	34.50	79.50	0.53-	غير دالة
	ضـابطة	9	128.78	10.17	91.50				

ويتضـح مـن الجـدول السـابق عـدم وجـود فـروق ذات دلالـة إحصـائية بـين المجمـوعتين التجريبيـة والضـابطة علـى مقيـاس الثقـة بـالنفس ممـا يُشـير إلـى تجانسـهما فـي القيـاس القبلـي للثقـة بالنفس.

أدوات الدراسة:

أولاً: مقياس الثقة بالنفس للصم وضعاف السمع:

عمدت الباحثة في تصميم وبناء المقياس على ما يلي:

1. الاطلاع على الأُطر النظرية والأدبيات للتعرف على سمات الأشخاص الواثقين من أنفسهم.
2. الاطلاع على الدراسات التي بحثت موضوع الثقة بالنفس وتم فيها تصميم وبناء مقاييس الثقة بالنفس مثل: دراسة العاني (2006) ودراسة عبد المعطي (2009) ودراسة شرّاب (2013) ودراسة دعاء علي (2016) وغيرها من الدراسات.

الهدف من المقياس: يهدف المقياس إلى التعرف على مستوى الثقة بالنّفس لدى الطالبات الصم وضعيفات السمع للوقوف على التغير الذي سيطرأ على أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق الباحثة للبرنامج الإرشادي.

وصف المقياس: يتكون مقياس الثقة بالنفس من خمسة أبعاد الهدف منها قياس مستوى الثقة بالنفس لدى الطالبات الصم وضعيفات السمع وقد جاءت هذه الأبعاد كالتالي:

البُعد الأول: الرضا عن الذّات:- يُشير هذا البعد إلى الرضا عن الصفات المُدركة والتصرفات الشخصية، والإحساس بالقيمة الشخصية والأهمية، مع عدم الشعور بالنقص أو ازدراء الصورة الذّاتية.

البُعد الثاني: الاعتماد على النّفس:- يُشير هذا البعد إلى القدرة على الاستقلالية في اتخاذ القرارات، وأداء الأعمال الشخصية بمسؤولية ذاتية وتجنب التبعية للآخرين.

البُعد الثالث: القدرة على تحقيق الأهداف:- يُشير هذا البعد إلى اعتقاد الفرد بقدرته على التخطيط السليم لمستقبله بثقة، وامتلاكه المُثابرة والإرادة لتحقيق أهدافه مهما واجه من تحديات.

البُعد الرابع: الثقة بالنفس في العلاقات الاجتماعية:- يُشير هذا البعد إلى اعتقاد الفرد بأنه محط احترام وثقة ومحبة من الآخرين، وبأنه قادر على التصرف دون خجل أو تقييد أو خوف في المواقف الاجتماعية، إلى جانب قدرته على تقبل الانتقاد من الآخرين.

البُعد الخامس: الثقة بالنفس في المجال الأكاديمي:- ويُشير هذا البعد إلى اعتقاد الفرد بقدرته على التصرف بإيجابية في المواقف التعليمية، وتجنب اللامبالاة أو الخوف من الدخول في المنافسة مع الأقران. ويُوضح الجدول التالي عدد المفردات لكل بعد من أبعاد المقياس في صورته الأولية:

جدول (9) عدد المفردات لكل بُعد من أبعاد المقياس في صورته الأولية

الأبعاد	عدد المفردات	مدي المفردات
البعد الأول: الرضا عن الذّات.	13	13 – 1
البعد الثاني: الاعتماد على النّفس.	7	20 – 14
البعد الثالث: القدرة على تحقيق الأهداف.	8	28 – 21
البعد الرابع: الثقة بالنفس في العلاقات الاجتماعية.	11	39 – 29
البعد الخامس: الثقة بالنفس في المجال الأكاديمي.	5	44 – 40
المجموع الكلي	44	

تصحيح المقياس:

تم الاعتماد في تصحيح المقياس على طريقة ليكرت الخماسي، ويُوضح الجدول الآتي طريقة التصحيح والدرجات المستحقة لمفردات مقياس الثقة بالنفس للصم وضعاف السمع.

جدول (10) طريقة تصحيح المقياس

المتغيرات	**بدائل الإجابة والدرجات المُستحقة**				
	دائماً	**غالباً**	**أحياناً**	**نادراً**	**أبداً**
المفردة الموجبة.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**

المفردة السالبة.	1	2	3	4	5
النهاية العظمى للمقياس	215				

صدق المقياس: يُعد الصدق من الأمور الضرورية في الأداة لبيان مدى قدرة كل عبارة في الأداة على قياس ما وضعت لقياسه، وللتحقق من صدق المقياس الحالي تم حساب الصدق بطريقتين:

أ) صدق المحكمين (الظاهري):-

قامت الباحثة بعرض المقياس في صورته الأولية على عدد (14) مُحكماً من الأساتذة المتخصصين في التربية الخاصة وعلم النفس بهدف التأكد من صلاحية المقياس وصدقه لقياس الثقة بالنفس لدى الطالبات الصم وضعيفات السمع وتم تحكيم المقياس كالتالي:

1. الحكم على مدى ارتباط العبارة بالبُعد الذي وضعت فيه.
2. الحكم على سلامة العبارة في صياغتها اللغوية.
3. الإضافة لما يرونه الأساتذة المحكمين مناسباً للمقياس.

وفي ضوء آراء المُحكمين وملاحظاتهم أجرت الباحثة بعض التعديلات حيث جرى حذف عبارة واحدة من عبارات المقياس لم تحظ بنسبة الاتفاق التي وضعتها الباحثة لقبول العبارات حيث وضعت الباحثة نسبة 70% لقبول العبارة، كما أجرت الباحثة بعض التعديل على بعض عبارات المقياس، وفيما يلي نسب اتفاق المحكمين على بنود المقياس.

جدول (11) نسب اتفاق المحكمين على بنود المقياس

المُفردة	نسبة الاتفاق	المُفردة	نسبة الاتفاق	المُفردة	نسبة الاتفاق	المُفردة	نسبة الاتفاق
1	%85.7	12	%82.1	23	%78.5	34	%82.1
2	%100	13	%92.8	24	%92.8	35	%100
3	%100	14	%100	25	%64.2	36	%85.7
4	%92.8	15	%82.1	26	%100	37	%100
5	%89.2	16	%100	27	%100	38	%100
6	%85.7	17	%100	28	%100	39	%100
7	%96.4	18	%96.4	29	%82.1	40	%100
8	%78.5	19	%96.4	30	%92.8	41	%96.4
9	%89.2	20	%100	31	%85.7	42	%100
10	%92.8	21	%100	32	%100	43	%100
11	%92.8	22	%96.4	33	%100	44	%100

ب) صدق الاتساق الداخلي: تم حساب معامل الارتباط بين مفردات المقياس والدرجة الكلية للمقياس ومعامل الارتباط بين مفردات المقياس والدرجة الكلية للبعد كالتالي:

جدول (12) معامل الارتباط بين مفردات المقياس والدرجة الكلية للمقياس

المُفردة	معامل الارتباط	المُفردة	معامل الارتباط	المُفردة	معامل الارتباط	المُفردة	معامل الارتباط
1	*0.769 *	12	*0.876 *	23	*0.400	34	*0.529 *
2	*0.548 *	13	*0.782 *	24	*0.595 *	35	*0.491 *
3	*0.620 *	14	*0.906 *	25	*0.473 *	36	*0.541 *
4	*0.760 *	15	*0.771 *	26	*0.652 *	37	*0.451 *
5	*0.715 *	16	*0.424 *	27	*0.450 *	38	*0.358
6	*0.776 *	17	*0.346	28	*0.501 *	39	*0.765 *
7	*0.763 *	18	*0.729 *	29	*0.579 *	40	*0.894 *
8	*0.575 *	19	*0.781 *	30	*0.523 *	41	*0.683 *
9	*0.893 *	20	*0.456 *	31	*0.457 *	42	*0.699 *
10	*0.867 *	21	*0.332	32	*0.586 *	43	*0.894 *
11	*0.860 *	22	*0.650	33	*0.645 *		

جدول (13) معامل الارتباط بين مفردات المقياس والدرجة الكلية للبُعد

المُفردة	معامل الارتباط	المُفردة	معامل الارتباط	المُفردة	معامل الارتباط	المُفردة	معامل الارتباط
1	**0.852	12	**0.908	23	*0.401	34	**0.628
2	**0.674	13	**.869	24	**0.839	35	**0.760
3	**0.783	14	**0.862	25	**0.640	36	**0.797
4	**0.846	15	**0.807	26	**0.871	37	**0.602
5	**0.862	16	**0.536	27	**0.442	38	**0.575
6	**0.741	17	**0.474	28	**0.564	39	**0.922

7	**0.872	18	**0.721	29	**0.756	40	**0.956
8	**0.698	19	**0.796	30	**0.813	41	**0.898
9	**0.953	20	**0.562	31	**0.462	42	**0.888
10	**0.946	21	*0.357	32	**0.864	43	**0.956
11	**0.900	22	**0.882	33	**0.859		

كما تم حساب مُعاملات ارتباط الأبعاد مع المقياس، علاوةً على حساب مُعاملات الارتباط البينية للأبعاد باستخدام معامل ارتباط بيرسون، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (14) مصفوفة ارتباطات أبعاد مقياس الثقة بالنفس

م	أبعاد مقياس الثقة بالنفس	الرضا عن الذات	الاعتماد على النفس	القدرة على تحقيق الأهداف	الثقة بالنفس في العلاقات الاجتماعية	الثقة بالنفس في المجال الأكاديمي
1	الاعتماد على النفس	**0.857**	-			
2	القدرة على تحقيق الأهداف	**0.538**	**0.662**	-		
3	الثقة بالنفس في العلاقات الاجتماعية	**0.418**	**0.615**	**0.748**	-	
4	الثقة بالنفس في المجال الأكاديمي	**0.828**	**0.807**	**0.582**	**0.402**	-
	الدرجة الكلية	**0.896**	**0.933**	**0.797**	**0.739**	**0.849**

ويتضح من الجدول السابق عند حساب معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس ببعضها البعض من ناحية، وارتباطها بالدرجة الكلية للمقياس من ناحية أخرى أنَّ جميعها دالة عند مستوى دلالة (0.01) مما يدل على تمتع المقياس بالاتساق الداخلي وصدقه.

ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس وأبعاده باستخدام معادلة ألفا-كرونباخ كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول (15) مُعاملات الثبات للمقياس وأبعاده

م	أبعاد الثقة بالنفس	ألفا كرونباخ
1	الرضا عن الذّات	0.965
2	الاعتماد على النفس	0.812
3	القدرة على تحقيق الأهداف	0.762
4	الثقة بالنفس في العلاقات الاجتماعية	0.893
5	الثقة بالنفس في المجال الأكاديمي	0.956
	الدرجة الكلية	0.965

من خلال الجدول السابق يتضح أنَّ معاملات الثبات مرتفعة حيث تتراوح قيمة الفا- كرونباخ (0.965- 0.762) وهي أكبر من (0.7) مما يُعطي مؤشرًّا جيدًا لثبات المقياس.

ثانياً : البرنامج الإرشادي وجلساته وفنياته المعرفية السلوكية لتعزيز الثقة بالنفس لدى الطالبات الصم وضعيفات السمع بالمرحلة الثانوية:

قامت الباحثة بإعداد البرنامج الإرشادي الحالي مُعتمدةً على التراث النفسي وما يحتويه من دراسات وأساليب، وقد استغرق البرنامج الإرشادي في تنفيذه (7) أسابيع بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً تتراوح مدّة كل جلسة من (45-60) دقيقة.

خطوات بناء البرنامج الإرشادي:

1. الاطلاع على الدراسات والأدبيات السيكولوجية ذات العلاقة بموضوع الدراسة.
2. الاطلاع على البرامج الإرشادية التي صُممت بهدف تعزيز الثقة بالنفس.
3. وضع خصائص العينة في الحُسبان أثناء التخطيط لجلسات البرنامج الإرشادي.
4. تحديد المعارف والمهارات التي سيتم تعريف وتدريب الطالبات عليها.
5. تصميم البرنامج في عدد من الجلسات الإرشادية مُتضمناً الأهداف العامة، والأهداف الإجرائية، والإجراءات، والفنيات المُستخدمة، والأدوات المُساعدة في تنفيذ الجلسات إضافة إلى المُخرجات المتوقعة من كل جلسة إرشادية مع مُراعاة التدرج في تصميم البرنامج.
6. عرض البرنامج على الأساتذة المحكمين والمتخصصين في علم النفس وفي الإعاقة السمعية.
7. إجراء بعض التعديلات على جلسات البرنامج الإرشادي وفقاً لآراء الأساتذة المحكمين.

النظرية التي استند عليها البرنامج الإرشادي الحالي:

الإرشاد المعرفي السلوكي:

يتكون الإرشاد المعرفي السلوكي من فنيات معرفية (cognitive techniques) والتي تُساعد المُسترشد على تبني فلسفة واضحة في الحياة تقوم على تقبل الواقع، ووقف الأفكار الهدّامة، وإعادة البناء المعرفي، وفنيات سلوكية (Behavioristic techniques) تساعد على التخلص من السلوكيات المضطربة بتغييرها، وتعزيز وتبني السلوك التوافقي (عبد الرحيم، 2016، ص96).

حيثُ إنّ العلاج المعرفي السلوكي أسلوب يحاول تعديل السلوك والتحكم في الاضطرابات النّفسية من خلال تعديل أسلوب تفكير المُسترشد وإدراكه لنفسه وبيئته، ويتضح في مجموعة من التقنيات التي تجمع الأسلوبين معاً (أبو أسعد والأزايدة، 2015، ص161).

الأسلوب الإرشادي المُستخدم في جلسات البرنامج الإرشادي:

طبقت الباحثة أُسلوب الإرشاد الجماعي في جميع جلسات البرنامج الإرشادي والذي تم من خلال تطبيق فنيات الإرشاد النفسي على مجموعة من المُسترشدات اللاتي يتشابهن في خصائصهن ومشكلاتهن وهو الأسلوب المُناسب مع عينة وأهداف الدراسة الحالية.

ويتميز الإرشاد الجمعي بمجموعة من الخصائص تجعله وسيلة مثالية للتعامل مع بعض المشكلات، وكذلك في مقابلة بعض الحاجات النفسية أو الاجتماعية من حيث تنمية مهارات الاتصال الجماعية، وفهم الذّات وتقديرها ضمن إطار الجماعة، إذ يركز على خبرات أفراد المجموعة ومواقفهم تجاه موضوع الإرشاد، كما أنّ الإرشاد الجمعي يُساعد المُسترشدين في تبادل الخبرات واكتشاف مشاعر الآخرين (النوايسة، 2013، ص120).

ويستند الإرشاد الجمعي إلى أُسس نفسية اجتماعية منها أنَّ الإنسان كائن اجتماعي يسعى إلى إشباع حاجته إلى الأمن والحصول على دعم الآخرين عند التعبير عن مشاعره وأفكاره، حيث تزداد دافعية أعضاء المجموعة الإرشادية لطرح مشاعرهم بصراحة مما يزيد من إقبالهم على فهم ذواتهم وتحررهم من الكثير من الضغوط النفسية (القريطي، 2014، ص99).

ومن الأُسس النفسية الاجتماعية التي يستند عليها الإرشاد الجماعي أيضاً أنَّ تحقيق التوافق الاجتماعي هدفاً هاماً من أهداف الإرشاد النفسي، وأنَّ العزلة الاجتماعية سبباً من أسباب المشكلات والاضطرابات النفسية، كما أنَّ الحياة المعاصرة تتطلب ممارسة أساليب التفاعل الاجتماعي السوي واكتساب مهارات التعامل مع الجماعة (زهران، 2005، ص322).

أهداف البرنامج الإرشادي:

أ- الهدف العام: يهدف البرنامج الإرشادي إلى تعزيز مستوى الثقة بالنفس لدى طالبات المجموعة التجريبية من الطالبات الصم وضعيفات السمع عن طريق الإرشاد المعرفي السلوكي المعرفي بتطبيق فنياته لتحقيق الغرض من البرنامج الإرشادي.

ب- الأهداف الإجرائية للبرنامج الإرشادي:

1. أن تتعرف المُسترشدات على العلاقة بين الأفكار، والانفعالات، والمشاعر والسلوك.
2. أن تتعلم المُسترشدات تصحيح ما لديهن من أفكار خاطئة أو تشوهات فكرية عن أنفسهن وحاضرهن ومستقبلهن.
3. أن تتعرف المُسترشدات على معنى الثقة بالنّفس وأثره على مشاعرهن وحياتهن المستقبلية.
4. أن تكتسب المُسترشدات القدرة على تقبل الذّات والمعرفة الإيجابية لقبول الواقع والتكيف معه.
5. أن تتدرب المُسترشدات على مُراقبة الحوارات الذّاتية وتصحيحها وتدركن أثر ذلك على مشاعرهن وسلوكهن.
6. أن تتمكن المُسترشدات من الاستفادة من الخبرات الفاشلة السابقة لهن ويتدربن على تجاوزها وعدم التأثر بها بشكل سلبي.
7. أن تتدرب المُسترشدات على حل المشكلات بطرق علمية وتكتسبن المعرفة حول ذلك.

8. أن تتعرف المُسترشدات على الطرق التي تعمل على تحفيزهن وتأثير ذلك على دافعيتهن في الإنجاز والاعتماد على النفس.
9. أن تكتسب المُسترشدات القدرة على تحقيق الاتزان في حياتهن وتحديد الأهداف بما ينعكس إيجابياً على مشاعرهن وسلوكهن.
10. أن تتحسن بعض المهارات الاجتماعية لدى المُسترشدات.
11. أن تتدرب المُسترشدات على طرق مواجهة الضغوط النّفسية وإكسابهن المعرفة حول تطبيقها والمداومة عليها للتخلص من تأثير الضغوط النفسية على مشاعرهن وسلوكهن.

الفنيات الإرشادية المُستخدمة في البرنامج الإرشادي:

1- فنية المحاضرة والمناقشة (Lecture and group discussion):

يعتمد أسلوب المحاضرة على ما يُطلق عليه المنهج المعرفي الذي يقوم على تقديم معلومات سيكولوجية بطريقة منظمة لمساعدة المُسترشدين على التبصر بأنفسهم بطريقة موضوعية، مما ينمي لديهم الرغبة في تلقي المعلومات ذات الصلة بمشكلاتهم، ومن خلال المناقشات الجماعية التي تتم بين الأعضاء يكتسب المُسترشد الخبرة في تحديد أفكاره وتحليلها واستبدالها بأفكار عقلانية منطقية (شاهين، 2015، ص40).

وتُعد المناقشة في الجلسات الإرشادية أحد الفنيات الهامة التي تُقلل من الخوف حيث تسمح للمُسترشدين بالأخذ والعطاء، وتنقلهم من التمركز حول النفس إلى احترام وتقبل الرأي الآخر، واختيار الأنماط السلوكية البديلة، والمساهمة بشكل أسهل في تعميمها إلى مواقف الحياة اليومية، كما أنّها فرصة للتنفيس الانفعالي والشعور بالانتماء (البليسي، 2010، ص167).

وقامت الباحثة بتطبيق فنية المحاضرة والمناقشة الجماعية في جميع جلسات البرنامج الإرشادي حيث تُلقي الباحثة المحاضرة بلغة سهلة متزامنة مع ترجمتها بلغة الإشارة ولُغة الشفاه مع الأخذ بعين الاعتبار توضيح المفاهيم العلمية، وتبسيط المعلومات لأعضاء المجموعة التجريبية، يعقبها المُناقشة الجماعية لإتاحة الفرصة لطرح الأفكار وتبادل الآراء بين المُسترشدات مما ساهم في تنمية مهارات الاتصال واكتساب المعرفة.

2- فنية النمذجة(Modeling):

تُعد فنية النمذجة من العمليات المعرفية الهامة، والمُعالج الفعال يقدم نموذجاً جيداً في أفكاره واعتقاداته، وسلوكياته، وانفعالاته يحتذي بها العميل في تصحيح أفكاره ومسار حياته وقد يكون هذا النموذج هو المرشد نفسه أو بعض النماذج الواقعية ليوضح ما لديهم من تفكير عميق واعتقادات عقلانية وما ينتج عنها من اتزان نفسي وانفعالي (عبد الرحيم، 2016، ص95).

وقامت الباحثة بتطبيق فنية النمذجة في بعض جلسات البرنامج الإرشادي بهدف تنمية المهارات والسلوكيات الصحيحة، وإعطاء أفراد المجموعة التجريبية الفرصة لملاحظة خطوات النموذج السلوكي المُقدم حتى يتم تقليده والاقتداء به.

3- لعب الدور(Role Play):

يُوفر لعب الدور فرصة للتعلم والتدريب على التصرف في مواقف معينة من خلال القيام بأداء بعض الأدوار حتى يتم إتقانها، وقد قامت الباحثة بتطبيق هذه الفنية في عدد من جلسات البرنامج الإرشادي لاسيما الجلسات التي تهدف إلى تعلم المهارات الاجتماعية.

وفي العلاج النفسي تُستخدم طريقة لعب الدور في اكتشاف المواقف الاجتماعية والتبصير تجاه بعض السلوكيات، أو لتمرين الفرد على القيام ببعض الأنشطة بحيوية وفاعلية أكثر (حرز الله، 2010، ص226).

4- التنفيس الانفعالي (Catharsis):

يُعد التنفيس الانفعالي أحد الأساليب المهمة في الإرشاد النفسي ويُقصد به تفريغ المُسترشد عن المواد المشحونة والتي تراكمت بسبب الخبرات والمواقف المؤلمة، حتى يتمكن فيما بعدها من التعامل مع الناس واستعادة ثقته وشق طريقه في الحياة، ويقوم التنفيس الانفعالي على ترك الفرصة للمُسترشد ليُعبر عن مشاعره بتلقائية حتى يتخلص من مشاعر الكبت والتوتر الانفعالي (كماش وحسان، 2017، ص109).

وقامت الباحثة بتطبيق فنية التنفيس الانفعالي في بعض الجلسات حيث عبَّرت المُسترشدات في بعض الجلسات عن معاناتهن، وقامت الباحثة بدورها تجاه ذلك حتى تشعر بعض المُسترشدات بالراحة عند البكاء أو الغضب تعبيراً عن مشاعرهن.

5- التدريب التوكيدي (Assertiveness Training):

إنَّ أسلوب توكيد الذّات مُستمد من وولبي وسالتر (Walppy & salter) وهو إحدى الوسائل السلوكية الإجرائية التي تُستخدم في معالجة عدم الثقة عند الأفراد بأنفسهم، وشعورهم بعدم اللياقة، أو الخجل، أو الانسحاب وعدم القدرة عن التعبير المناسب عن مشاعرهم وأفكارهم بشكل مناسب (كماش وحسان، 2017، ص70).

وقامت الباحثة بتطبيق فنية التدريب على التوكيد الذّاتي خلال البرنامج الإرشادي، مما انعكس بشكل إيجابي في معرفة المُسترشدات في المجموعة التجريبية لحقوقهن وكيفية الدفاع عنها بشكل توكيدي دون الاعتداء على الآخرين أو الإساءة إليهم.

6- حل المشكلات (Problem Solving):

يميل الناس إلى استخدام أسلوب حل المشكلة والطرق المعرفية المُماثلة للتغلب على اضطرابهم الانفعالي أو السلوكي، والمعالج الفعال من يستطيع مساعدة عملاؤه على تعلم مهارات حل المشكلة التي تساعد على تغيير انفعالات العميل وسلوكه (عبد الرحيم، 2016، ص 95).

وقامت الباحثة بتطبيق مهارة حل المشكلة خلال البرنامج الإرشادي مما ساعد في إدراك الطالبات في المجموعة التجريبية للخطوات العلمية المتبعة في حل المشكلات وكيفية النظر للمشكلات التي تُواجههن من عدة زوايا وعدم التسرع في اتخاذ القرارات وتنفيذها.

7- التدريب على الاسترخاء(Relaxation Training):

يتزايد الاهتمام على استخدام الاسترخاء في الإرشاد النفسي حيث أنّه يهدف إلى الوصول بالمُسترشد إلى حالة استرخاء مضادة لحالة القلق والانفعالات الحادة لديه، حيث أنّ الحالات الانفعالية ترتبط بعملية التقلص العضلي التي ترافقها بشدة، أما عن دور المرشد فلابد أن يُقدم بعض التوضيحات قبل أن يُدرب العميل على الاسترخاء (حسين،2014، ص83).

وقد قامت الباحثة في البرنامج الإرشادي بتطبيق فنية الاسترخاء وتدريب الطالبات في المجموعة التجريبية عليها من خلال فنيتي الاسترخاء الذهني، والاسترخاء العضلي مع التدريب على تكنيكات التنفس كأداة فاعلة في خفض الضغوط النفسية لدى الطالبات.

8- التعزيز الإيجابي (Positive Reinforcement):

يُشير التعزيز إلى عملية تقديم أو إزالة مثير معين بعد حدوث الاستجابة المرغوبة مما يؤدي إلى تقوية تلك الاستجابة، والمُعزز الإيجابي هو الذي يُؤدي ظهوره إلى تقوية السلوك في حين المُعزز السلبي هو الذي يُؤدي اختفاؤه إلى تقوية السلوك (أبو زعيزع، 2009، ص109).

واستخدمت الباحثة التعزيز الإيجابي مع أعضاء المجموعة التجريبية في معظم جلسات البرنامج الإرشادي حيث استخدمت في بعض الجلسات المكافأة المادية، وفي معظم الجلسات استخدمت الباحثة المعززات الرمزية المُتمثلة في بطاقات التعزيز التي تضعها في صندوق التعزيز عندما تقوم المُسترشدات في المجموعة بحل الواجبات المنزلية والمداومة على القيام بالمهارات التي تعلموها في الجلسات أو الإجابة الصحيحة على الأسئلة.

9- التعزيز الاجتماعي (Social Reinforcement):

يُقصد بها تلك المعززات المُتعلمة من خلال المواقف الاجتماعية، حيث تعمل تلك المعززات على تقوية ظهور أشكال السلوك المرغوب فيها، وتشمل المعززات اللفظية التي يستخدمها المرشد مثل عبارة (أحسنت، ممتاز، جيد) أو المعززات غير اللفظية مثل: تعبيرات الوجه، الاتصال البصري، حركة الرأس تعبيراً عن التأييد.

10- إعادة البناء المعرفي (Cognitive Restructuring):

أحد الفنيات الرئيسية في العلاج المعرفي السلوكي إعادة البناء المعرفي للمعتقدات الرئيسية حول الذّات، والعالم، والمُستقبل حيث أنّ هذه المُعتقدات تحدد التقييم المعرفي تجاه موقف ما (إس جي، 2012، ص55).

11- التغذية الراجعة (Feedback):

يُقصد بها عملية تزويد الفرد بمعلومات أو بيانات عن سير أدائه بشكل صحيح من أجل مساعدته في تعديل ذلك الأداء إذا كان بحاجة إلى التعديل، أو تثبيته إذا كان يسير في الاتجاه الصحيح (سمارة، 2017، ص102).

12- فنية الواجبات المنزلية (Homework Techniques):

تقوم الواجبات المنزلية على فكرة تكليف المُسترشد ببعض الواجبات المنزلية عقب كل جلسة فالمهارات التي تعلمها في الجلسة لابد أن ينقلها إلى مواقف الحياة المختلفة، ومن المهم أن تكون هذه الواجبات مُتدرجة بشكل يبدأ بالمهام الأقل إثارة للقلق لدى المُسترشد لكي تكون إمكانية الإقبال والنجاح عليها عالية، وعلى المُرشد أن يناقش هذه الواجبات لما تسهم به في تعلم أنماط جديدة من السلوك (حسين، 2014، ص83).

وقامت الباحثة في البرنامج الحالي باستخدام الواجبات المنزلية في جميع جلسات البرنامج، بحيث تكون هذه الواجبات مُناسبة للمُسترشدات ويتم من خلاله إعادة مُمارسة المهارات التي تدربن عليها أثناء الجلسات الإرشادية.

محتوى البرنامج الإرشادي:

يحتوي البرنامج الإرشادي في صورته النهائية على عشرون جلسة إرشادية كالتالي:

جدول (16) مُلخص موضوعات جلسات البرنامج الإرشادي.

الجلسة	موضوعها	الفنيات	الزمن
الأولى	التعارف المُتبادل وتطبيق القياس القبلي	المحاضرة والمُناقشة الجماعية- الشرح التعاقد السلوكي- التعزيز- الواجب المنزلي.	45-60 دقيقة
الثانية	توقعات المُسترشدات من البرنامج الإرشادي	المحاضرة والمُناقشة الجماعية- الشرح التعزيز- التغذية الراجعة- الواجب المنزلي.	45-60 دقيقة
الثالثة	قبول الواقع	المحاضرة والمُناقشة الجماعية- الشرح النمذجة- التعزيز- التغذية الراجعة- الواجب المنزلي.	45-60 دقيقة
الرابعة	الاستمتاع بالحياة	المحاضرة والمُناقشة الجماعية-الشرح المحاكاة- التعزيز- التغذية الراجعة الواجب المنزلي.	45-60 دقيقة
الخامسة	نماذج عظيمة	المحاضرة والمُناقشة الجماعية – الشرح النمذجة- التعزيز- المحاكاة- التغذية الراجعة الواجب المنزلي	45-60 دقيقة
السادسة	التغلب على العجز المُتعلم	المحاضرة والمُناقشة الجماعية- الشرح النمذجة- التعزيز- التغذية الراجعة- الواجب المنزلي.	45-60 دقيقة
السابعة	قبول الذات	المحاضرة والمُناقشة الجماعية- الشرح- لعب الدور-التعزيز- التغذية الراجعة- الواجب المنزلي.	45-60 دقيقة
الثامنة	تنمية مهارة التوكيد الذّاتي	المحاضرة والمُناقشة الجماعية- الشرح- لعب الدور- التعزيز- التغذية الراجعة- الواجب المنزلي	45-60 دقيقة
التاسعة	تنمية مهارة التحفيز الذّاتي	المحاضرة والمُناقشة الجماعية – الشرح- لعب الدور- التعزيز- التغذية الراجعة- الواجب المنزلي.	45-60 دقيقة
العاشرة	تنمية مهارة الحوار الذّاتي الإيجابي	المحاضرة والمُناقشة الجماعية –الشرح- لعب الدور- التعزيز- التغذية الراجعة- الواجب المنزلي.	45-60 دقيقة
الجلسة	موضوعها	الفنيات	الزمن
الحادية عشر	مواجهة الخجل	المُحاضرة والمُناقشة الجماعية – الشرح- النمذجة التعزيز - التغذية الراجعة الواجب المنزلي.	45-60 دقيقة
الثانية عشر	تنمية المهارات الاجتماعية	المحاضرة والمُناقشة الجماعية – الشرح- لعب الدور- التعزيز- التغذية الراجعة الواجب المنزلي.	45-60 دقيقة
الثالثة عشر	كيف أختار أهدافاً مناسبة	المحاضرة والمُناقشة الجماعية- الشرح التعزيز- التغذية الراجعة – الواجب المنزلي.	45-60 دقيقة
الرابعة عشر	تنمية المُنافسة الإيجابية	المحاضرة والمُناقشة الجماعية – الشرح- لعب الدور – التعزيز- التغذية الراجعة- الواجب المنزلي.	45-60 دقيقة

الخامسة عشر	الضغوط النفسية	المحاضرة والمُناقشة الجماعية – الشرح التنفيس الانفعالي- التعزيز- التغذية الراجعة الواجب المنزلي.	45-60 دقيقة
السادسة عشر	التعامل مع الضغوط النفسية -1-	المحاضرة والمُناقشة الجماعية – الشرح- إعادة البناء المعرفي- التعزيز- التغذية الراجعة الواجب المنزلي.	45-60 دقيقة
السابعة عشر	التعامل مع الضغوط النفسية -2-	المحاضرة والمُناقشة الجماعية- الشرح- فنية الاسترخاء - التعزيز- التغذية الراجعة-الواجب المنزلي.	45-60 دقيقة
الثامنة عشر	التعامل مع الضغوط النفسية -3-	المحاضرة والمُناقشة الجماعية- الشرح- فنية الاسترخاء- التعزيز- التغذية الراجعة- الواجب المنزلي	45-60 دقيقة
التاسعة عشر	تنمية مهارة حل المشكلات	المحاضرة والمُناقشة الجماعية –الشرح- حل المشكلات- التعزيز- التغذية الراجعة- الواجب المنزلي.	45-60 دقيقة
العشرون	الجلسة الختامية والقياس البعدي	المحاضرة والمُناقشة الجماعية- الشرح التعزيز- التغذية الراجعة.	45-60 دقيقة

تقويم البرنامج الإرشادي: للتحقق من البرنامج الإرشادي ونجاحه في تحقيق الأهداف التي أُعد لها عمدت الباحثة إلى الإجراءات التقويمية التالية:

أ- التقويم المبدئي: من خلال الأساتذة المُحكمين وحكمهم على صلاحية البرنامج الإرشادي للتطبيق.

ب- التقويم القبلي: قبل تطبيق البرنامج الإرشادي من خلال إجراء تطبيق مقياس الثقة بالنفس.

ج- التقويم البنائي: ويشمل التقويم أثناء سير جلسات البرنامج الإرشادي من قبل الباحثة عقب كل جلسة ومن قبل المُستفيدات من البرنامج الإرشادي بالطلب منهن تقييم الجلسة ومدى استفادتهن منها.

د- التقويم البعدي: وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي من خلال إجراء تطبيق مقياس الثقة بالنّفس على عينة الدراسة.

ه- التقويم التتبعي: وذلك بعد تطبيق القياس البعدي بثلاثة أشهر من خلال إجراء تطبيق مقياس الثقة بالنّفس على عينة الدراسة التجريبية.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

التساؤل الأول: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الثقة بالنفس بعد تطبيق البرنامج الإرشادي؟

اختبار الفرض الأول: ينص الفرض الأول على أنَّه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الثقة بالنفس بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح القياس البعدي"

تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للقياسين القبلي والبعدي لأبعاد مقياس الثقة بالنفس لدى الطالبات الصم وضعيفات السمع أفراد المجموعة التجريبية كالتالي:

جدول(17) المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري للقياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية

م	الأبعاد	القياس القبلي ن= 9		القياس البعدي ن= 9	
		المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف
1	الرضا عن الذّات	38.00	5.92	56.67	2.29
2	الاعتماد على النفس	20.11	2.32	30.67	1.94
3	القدرة على تحقيق الأهداف	21.33	5.74	30.22	2.44
4	الثقة بالنفس في العلاقات الاجتماعية	31.33	4.58	47.78	4.12
5	الثقة بالنفس في المجال الأكاديمي	13.11	2.67	20.89	2.93
	الدرجة الكلية	123.89	18.54	186.22	8.03

ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon لعينتين مترابطتين وقيمة (Z) كأحد الأساليب اللابارامترية للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس الثقة بالنفس والمجموع الكلي، وحجم الأثر (ايتا2) الخاص بحجم تأثير البرنامج الإرشادي كالتالي:

جدول (18) دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للثقة بالنفس وحجم الأثر (ايتا2)

الأبعاد	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	η^2
الرضا عن الذّات	الرتب السالبة	0	0	0.00	2.666-	0.01	0.830
	الرتب الموجبة	9	5.00	45.00			
	التساوي	0					
	الإجمالي	9					
الاعتماد على النفس	الرتب السالبة	0	0	0.00	2.670-	0.01	0.873
	الرتب الموجبة	9	5.00	45.00			
	التساوي	0					
	الإجمالي	9					
القدرة على تحقيق الأهداف	الرتب السالبة	0	0	0.00	2.666-	0.01	0.533
	الرتب الموجبة	9	5.00	45.00			
	التساوي	0					
	الإجمالي	9					
الثقة بالنفس في العلاقات الاجتماعية	الرتب السالبة	0	0	0.00	2.668-	0.01	0.800
	الرتب الموجبة	9	5.00	45.00			
	التساوي	0					
	الإجمالي	9					
الثقة بالنفس	الرتب السالبة	0	0	0.00	2.670-	0.01	0.684

في المجال الأكاديمي	الرتب الموجبة	9	5.00	45.00			
	التساوي	0					
	الإجمالي	9					
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	0	0	0.00	2.666-	0.01	0.843
	الرتب الموجبة	9	5.00	45.00			
	التساوي	0					
	الإجمالي	9					

يتضح أنّ قيمة Z المحسوبة بلغت(-2.666) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) والمتوسط في القياس القبلي بلغ (123.89) بينما المتوسط في القياس البعدي بلغ (186.22) مما يُشير إلى أنّه:

توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الثقة بالنفس بأبعاده (الرضا عن الذّات، الاعتماد على النفس، القدرة على تحقيق الأهداف، الثقة بالنفس في العلاقات الاجتماعية الثقة بالنفس في المجال الأكاديمي) وفي المجموع الكلي لصالح القياس البعدي مما يُشير إلى صحة الفرض الأول من فروض الدراسة.

ومن خلال ما سبق تتفق نتيجة هذا الفرض مع نتائج بعض الدراسات التي تناولت فاعلية البرامج الإرشادية لتنمية الثقة بالنّفس لدى الأفراد الصم وضعاف السمع كدراسة دعاء علي (2016) والتي كشفت عن وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من فئة الصم قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي على مقياس الثقة بالنفس لصالح القياس البعدي ودراسة هيام عزام (2010) التي كشفت عن وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من المراهقين ضعاف السمع قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي على مقياس فاعلية الذّات الذي كانت الثقة بالنّفس أحد أبعاده الرئيسية لصالح القياس البعدي، وتتفق جُزئياً مع دراسة توفيق (2008) ودراسة Tong et al., (2013) والتي توصلت إلى أنّه يُمكن تنمية الثقة بالنفس من خلال البرامج الإرشادية لدى فئة الصم وضعاف السمع.

وتُرجع الباحثة وجود فروق دالة إحصائيًّا بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين الإجرائيين القَبلي والبَعدي على مقياس الثقة بالنفس عند مستوى دلالة (0.01) لصالح القياس البَعدي إلى الأسباب التالية:

1. تُعد خدمات وبرامج الإرشاد النفسي إجراءً هاماً في حياة الأفراد الصم وضعاف السمع وذلك لما تُظهره هذه الفئة من أنماط ومُشكلات انفعالية وسلوكية تُعيق من نمو وتطور جوانب الشخصية وإنّ الإرشاد النفسي يُكسب الأشخاص في هذه الفئة مزيداً من الثقة بأنفسهم ويرفع من كفاءتهم الشخصية والاجتماعية (الغرير، 2010، ص119). مما يُشير بشكل واضح إلى الحاجة الماسة لهذه الفئة إلى تقديم الخدمات الإرشادية خاصةً في مرحلة المُراهقة لمُساعدتهم على تخطي هذه المرحلة الهامة في حياتهن والتي تجتمع فيها تحديات ومشاكل هذه الفترة العمرية من جانب وتحديات الإعاقة من جانب آخر.
2. صُممت جلسات البرنامج الإرشادي الحالي بهدف تعزيز الثقة بالنفس بالتركيز على أبعاد مختلفة تُعبر في مضمونها عن الثقة بالنفس وهي: الرضا عن الذّات، الاعتماد على النفس، القدرة على تحقيق الأهداف، الثقة بالنفس في العلاقات الاجتماعية، الثقة بالنفس في المجال الأكاديمي.

3. كما تعزوا الباحثة نتائج هذا الفرض إلى تعدد الفنيات الإرشادية التي تم تطبيقها على أفراد المجموعة التجريبية بشكل مُناسب أدى إلى إمدادهن بصورة مُتكاملة عن ذواتهن وتصحيح أفكارهن الخاطئة عن أنفسهن والمجتمع الخارجي من حولهن.
4. ما تضمنه البرنامج الإرشادي من أنشطة وتدريب على مهارات مُختلفة كمهارة التحفيز الذّاتي ومهارة الحوار الذاتي الإيجابي، والسلوك التوكيدي، والتخلص من الضغوط النفسية من خلال التدريب على إعادة البناء المعرفي والاسترخاء، والمنافسة الإيجابية ومما لاحظته الباحثة افتقار أفراد المجموعة التجريبية إليها قبل تطبيق البرنامج الأمر الذي جعل البرنامج الإرشادي الحالي فاعل في تعزيز وتحسين مستوى الثقة بالنفس لدى أفراد المجموعة التجريبية.
5. أيضاً كان للعلاقة الإرشادية بين أطراف العملية الإرشادية القائمة على التقبل والاحترام والثقة المُتبادلة دور كبير في استفادة أفراد المجموعة التجريبية من البرنامج الإرشادي وإقبالهن على جلساته التي بلغت عشرون جلسة إرشادية.

التساؤل الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الثقة بالنفس بعد تطبيق البرنامج الإرشادي؟

اختبار الفرض الثاني: "تُوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الثقة بالنفس لصالح أفراد المجموعة التجريبية"

تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لرتب القياس البعدي على مقياس الثقة بالنفس لدى الطالبات الصم وضعيفات السمع لدى كل من أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة كالتالي:

جدول (19) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للقياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة

م	الأبعاد	التجريبية ن= 9		الضابطة ن= 9	
		المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف
1	الرضا عن الذّات	56.67	2.29	37.56	5.50
2	الاعتماد على النفس	30.67	1.94	20.44	3.71
3	القدرة على تحقيق الأهداف	30.22	2.44	20.56	1.94
4	الثقة بالنفس في العلاقات الاجتماعية	47.78	4.12	32.11	4.54
5	الثقة بالنفس في المجال الأكاديمي	20.89	2.93	13.00	1.73
	الدرجة الكلية	186.22	8.03	123.67	12.19

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان ـويتني Mann-Whitney (U) وقيمة (Z) كأحد الأساليب اللابارامترية للتعرف على دلالة الفروق بين مُتوسطي رتب درجات

المجموعتين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي وذلك للوقوف على دلالة ما قد يطرأ على مستوى الثقة بالنفس لدى الطالبات الصم وضعيفات السمع بعد تطبيق البرنامج الإرشادي كما تعكسه درجاتهن على مقياس الثقة بالنفس يوضحها الجدول التالي:

جدول (21) قيم (U,W,Z) ودلالتها للفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة وحجم الأثر (ايتا2) في القياس البعدي للثقة بالنفس.

الأبعاد	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	مستوى الدلالة	η^2
الرضا عن الذّات	التجريبية	9	14.00	126.00	0.000	45.00	3.59-	0.01	0.853
	الضابطة	9	5.00	45.00					
الاعتماد على النفس	التجريبية	9	14.00	126.00	0.000	45.00	3.59-	0.01	0.770
	الضابطة	9	5.00	45.00					
القدرة على تحقيق الأهداف	التجريبية	9	14.00	126.00	0.000	45.00	3.59-	0.01	0.844
	الضابطة	9	5.00	45.00					
الثقة بالنفس في العلاقات الاجتماعية	التجريبية	9	13.94	125.50	0.500	45.50	3.54-	0.01	0.786
	الضابطة	9	5.06	45.50					
الثقة بالنفس في المجال الأكاديمي	التجريبية	9	14.00	126.00	0.000	45.00	3.60-	0.01	0.751
	الضابطة	9	5.00	45.00					
الدرجة الكلية	التجريبية	9	14.00	126.00	0.000	45.00	3.58-	0.01	0.912
	الضابطة	9	5.00	45.00					

يتضح أنّ قيمة Z المحسوبة بلغت (-3.58) وهي دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) والمتوسط بلغ في المجموعة التجريبية (186.22) بينما المجموعة الضابطة (123.67) وأنّ قيمة(η^2) أكبر (0.70) وهذا يعني أن حجم التأثير كبير مما يُشير إلى أنّه:

توجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الثقة بالنفس بأبعاده (الرضا عن الذّات، الاعتماد على النفس، القدرة على تحقيق الأهداف الثقة بالنفس في العلاقات الاجتماعية، الثقة بالنفس في المجال الأكاديمي) والمجموع الكلي لصالح أفراد المجموعة التجريبية مما يُشير إلى صحة الفرض الثاني من فروض الدراسة.

وتُشير نتائج هذا الفرض إلى فاعلية البرنامج الإرشادي الحالي في تعزيز الثقة بالنّفس لدى الطالبات الصم وضعيفات السمع أفراد المجموعة التجريبية بما يتفق مع دراسة (توفيق، 2008؛ هيام عزام، 2010؛ دعاء علي، 2016) والتي أشارت إلى فاعلية برامج الإرشاد النفسي في تنمية الثقة بالنّفس لدى الصم وضعاف السمع كما يوضح الرسم البياني أيضاً انخفاض مستوى الثقة بالنّفس لدى الطالبات الصم وضعيفات السمع أفراد المجموعة الضابطة بما يتفق مع نتائج بعض الدراسات التي تُشير إلى انخفاض مستوى الثقة بالنّفس لدى الصم وضعاف السمع كدراسة Aqueel (2015)التي أشارت إلى تراجع درجات أفراد الدراسة من الطلاب ذوي الإعاقة السمعية على مقياس الثقة بالنفس ودراسة Elamathi (2016) التي كشفت عن تدني مستوى الثقة بالنفس لدى المراهقين الصم وضعاف السمع، واتفقت جزئياً في بُعد الثقة بالنفس في العلاقات الاجتماعية مع دراسة نعمه خليل (2012) وأيضاً دراسة Harmansyah (2015) التي كان من نتائجها شعور أفراد الدراسة بالخجل وصعوبة التواصل الاجتماعي. وتُفسر الباحثة نتيجة هذا الفرض كالتالي:

1. استخدام أسلوب الإرشاد الجماعي في الدراسة الحالية مع الطالبات الصم وضعيفات السمع أفراد المجموعة التجريبية كان له دور كبير في توفير فرص للحصول على الدعم والمُساندة الاجتماعية من قبل الباحثة ومن قبل الطالبات بعضهن لبعض إلى جانب ما يُوفره من حرية التعبير عن الرأي في جو يسوده الأمن والتقبل ويتفق رأي الباحثة مع ما ذكره القريطي (2014، ص98) أنّ الإرشاد الجماعي يعمل على طمأنة المُسترشد بأنَّه ليس الوحيد الذي يُعاني من مشكلة ما وربما دفعه ذلك إلى تقييم نفسه على أنه أحسن حالاً من الآخرين، أيضاً أسلوب الإرشاد الجماعي قد يجعل أعضاء الجماعة أنفسهم مصدراً للإرشاد بما يُوفره من اندماج في الأنشطة الاجتماعية والحصول على التغذية الراجعة الفورية حول سلوك أحد أعضاء الجماعة مما يُساعد في تغييره وتعديل سلوكه للأفضل.
2. يحتوي البرنامج الإرشادي الحالي على العديد من المفاهيم الهامة التي يُؤثر غيابها على مستوى الثقة بالنفس لدى الطالبات الصم وضعيفات السمع ولاحظت الباحثة افتقار أفراد المجموعة التجريبية إليها قبل تطبيق البرنامج حيث عمل البرنامج على تدريب الطالبات على العديد من المهارات مثل (التدريب على السلوك التوكيدي، التدريب على مهارة التحفيز الذّاتي، قبول الذّات) حيث تتفق الباحثة مع يراه أبو أسعد (2012، ص334) في أنَّ السلوك التوكيدي يُحافظ على الحقوق والمصالح الشخصية ويُقوي من الشعور بالثقة بالنفس، كما عملت الباحثة في البرنامج الإرشادي على تحديد وتغيير المعتقدات والمشاعر السلبية المرتبطة بالإعاقة ليس بمحاولة تغيير الحوار الذاتي فحسب حيث عملت الباحثة على الاتجاه نحو الواقع والتكيف معه بالنظر إليه بإيجابية، والانخراط في الحياة الاجتماعية، والتخلص من مشاعر العجز المتعلم

بالرغم من وجود الإعاقة، كما عمل البرنامج الإرشادي أيضاً على تدريب الطالبات على المهارات الاجتماعية حيث ترى الباحثة أنَّ تنمية المهارات الاجتماعية تعمل على تعزيز الثقة بالنّفس كما تؤكد ذلك دراسة نجلاء همام (2017) والتي هدفت إلى تنمية المهارات الاجتماعية كمدخل لتحسين الثقة بالنفس ودراسة عبد العال (2006) التي أسفرت عن وجود علاقة موجبة ودالة إحصائياً بين المهارات الاجتماعية بأبعادها ودرجاتها الكلية والثقة بالنفس.

3. من خلال البرنامج الإرشادي قامت الباحثة بتوظيف فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي بما يُعزز من الشعور بالثقة بالنفس لدى الطالبات الصم وضعيفات السمع حيث ساعدت فنية النمذجة التي تم تطبيقها في البرنامج في تزويد الطالبات بنماذج أثرت إيجابياً في اتجاهاتهم نحو نواحي القصور الحسي لديهن، كما ساعدت فنية لعب الدور في تدريب الطالبات على أنماط سلوكية إيجابية تواجه مواقف الضغط والمشاعر السلبية التي تنتابهن، كما عملت أيضاً فنية المحاضرة والمناقشة الجماعية والتي تُعتبر من الفنيات التي تم تطبيقها في جميع جلسات البرنامج في دعم وتشجيع الطالبات على طرح آراؤهن وحصولهن على المساندة والدعم الاجتماعي، وساعدت أيضاً فنية التنفيس الانفعالي على تفريغ المشاعر المكبوتة لدى الطالبات مما أدى إلى استعادتهن للتوازن النفسي.
4. اعتماد الباحثة على طريقة التواصل الكُلي الذي يستند على استخدام لُغة الإشارة ولُغة الشفاه مع الطالبات الصم وضعيفات السمع في التدريب على البرنامج كان له أثر في استفادتهن من جميع جلسات البرنامج الإرشادي مما تخطى عائق التواصل اللغوي معهن.

توصيات الدراسة:

1. تدريب المعلمات والمُرشدة الطلابية وجميع من تتعامل معهن الطالبات في المدرسة وتأهليهن على كيفية التعامل مع الطالبات الصم وضعيفات السمع مع تعريفهن بخصائصهن النفسية والانفعالية والاجتماعية.
2. إرشاد أولياء أمور الطالبات في مجالس أولياء الأمور التي تُعقد في المدرسة إلى سُبل التعامل الذي يُعزز من ثقة الطالبات الصم وضعيفات السمع بأنفسهن وتوعيتهن بسمات وخصائص مرحلة المراهقة.
3. العناية بدور البرامج الإرشادية وإعدادها وتطبيقها مع الفئات الخاصة باعتبار أنهم من فئات المجتمع التي لها الحق في التوجيه والإرشاد إلى أقصى ما يمكنهم.
4. وضع برامج تُوفر للصم وضعاف السمع تنمية التفاعل الاجتماعي وتحسين مستوى الكفاءة الاجتماعية.
5. تزويد مدارس الصم وضعاف السمع بأخصائي تخاطب حتى يتمكن الأفراد ذوي الفقدان السمعي البسيط والمتوسط من تحسين مستوى النطق لديهم مما يزيد من تفاعلهم مع العاديين وفهم الآخرين لكلامهم ويساعد ذلك على تحررهم من العزلة عن المجتمع ويمنحهم الثقة بأنفسهم.

بحوث مقترحة:

1. دراسة العلاقة بين ضعف الثقة بالنفس وبعض المشكلات النفسية (كالوحدة النفسية والاكتئاب) لدى الصم وضعاف السمع.
2. تطبيق نفس الدراسة على فئات عمرية مختلفة من الصم وضعاف السمع.
3. دراسة فاعلية برنامج إرشادي في خفض المشكلات الاجتماعية لدى الصم وضعاف السمع.

4. دراسة العلاقة بين الثقة بالنفس والأفكار اللاعقلانية وقلق المستقبل لدى الصم وضعاف السمع.

المراجع

أبو النور، محمد عبد التواب، ومحمد، آمال جمعة، وعبد الجواد، أحمد سيد. (2015). برامج التوجيه والإرشاد النفسي (ط1). الدمام: مكتبة المتنبي للنشر والتوزيع.

أبو زعيزع، عبد الله. (2009). أساسيات الإرشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيق (ط1). عمّان: دار يافا للنشر والتوزيع.

أبو سمرة، محمد. (2010). علم النفس الجنائي (ط1). عمّان: دار الراية للنشر والتوزيع.

أبو سيف، حسام أحمد. (2012). الأمن النفسي وعلاقته بكل من التواد والثقة بالنفس لدى عينة من الأطفال والمراهقين. مجلة الدراسات العربية في علم النفس بمصر، 11(4)، 619-690.

أحمد، محمد عبد الراضي. (2013). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية المهارات الاجتماعية وأثره في تحسين التوافق الاجتماعي لدى عينة من الأطفال الصم. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة أسيوط، مصر.

إس جي، هوفمان. (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر(ترجمة: مراد عيسى). القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.

الأمين، زهر الدين الأمين. (2012). فاعلية برنامج العلاج النفسي الجماعي في تنمية الثقة بالنفس وتقدير الذّات لدى معتمدي المخدرات. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة أم درمان الإسلامية، الخرطوم.

البليسي، عبد الحليم. (2010). دليل حصص الإرشاد والتوجيه الجمعي (ط1). عمان: دار جليس للنشر والتوزيع.

بنيان، عبد الله علي. (2007). بناء برنامج إرشادي تدريبي وقياس أثره في علاج المشكلات السلوكية لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة السمعية. رسالة دكتوراه غير منشورة. الجامعة الأردنية للدراسات العُليا، عمان.

الجبالي، حمزة. (2006). مشاكل الطفل والمراهق النفسية (ط1). عمّان: دار أسامة للنشر

جبريل، فاروق السعيد. (2006). سيكولوجية الإعاقة السمعية (ط1). القاهرة: دار عامر للطباعة.

الجزازي، جلال علي. (2011). إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم (ط1). عمّان: دار الحامد للنشر والتوزيع.

جمل الليل، محمد جعفر. (2009). أساسيات الإرشاد النفسي (ط1). جدة: خوارزم العلمية.

جميل، سمية طه. (2005). الإرشاد النفسي (ط1). القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع.

الجوالدة، فؤاد عيد. (2016). الإعاقة السمعية (ط1). عمّان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

الحانوتي، سعدي موسى. (2016). الاضطرابات العصابية (ط1). الرياض: مكتبة العبيكان للنشر والتوزيع.

الحراحشة، سالم إحمود. (2015). التوجيه والإرشاد الدليل الإرشادي العملي (ط1). عمان: دار الخليج للنشر والتوزيع.

حرز الله، أحمد أحمد. (2010). التربية النفسية المهنية (ط1). عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

الحريري، رافدة. (2013). قضايا معاصرة في تربية طفل ما قبل المدرسة (ط1). عمان: دار مناهج للنشر والتوزيع.

حسيب، محمد حسيب. (2006). قلق الأصم (ط1). القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

حسين، طه عبد العظيم. (2009). استراتيجيات إدارة الخجل والقلق الاجتماعي (ط1). عمّان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

حسين، طه عبد العظيم. (2014). الإرشاد النفسي النظرية التطبيق التكنولوجيا(ط6). عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

حميد، نفيسة التهامي. (2012). الوسواس القهري وعلاقته بالثقة بالنفس وبعض المتغيرات. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة أم درمان، الخرطوم.

حنفي، علي عبد النبي. (2014). مدخل إلى الإعاقة السمعية (ط3). الرياض: دار الزهراء.

الخرينج، أنوار، والمعصب، هند. (2011). صورة الجسم وعلاقتها بالثقة بالنفس. مجلة حوليات آداب عين شمس، (39)، 70-99.

خضرة، عواطف محمود. (2014). التوجيه والإرشاد التربوي المعاصر (ط1). عمان: الأكاديميون للنشر والتوزيع.

الخطيب، جمال. (2008). تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية (ط1). عمّان: دار وائل للنشر والتوزيع.

الخفاف، إيمان عباس. (2013). الذكاء الانفعالي (ط1). عمّان: دار المناهج للنشر والتوزيع.

درة، عبد الباري، إبراهيم. (2013). المهارات العشر للثقة بالنفس (ط2). عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

الدسوقي، مجدي محمد . (2006). اضطرابات صورة الجسم (ط1). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

دوجان، خالد إبراهيم. (2004). الرضا عن صورة الجسم لدى المعلمين الأردنيين بحسب الجنس والحالة الاجتماعية. مجلة الشؤون الاجتماعية، 21(83)، 59-73.

الدوسري، عبد الرحمن علي. (2009). كيف نزرع الثقة في أنفسنا وفي من حولنا(ط1). الرياض: دار الحضارة.

الرابغي، خالد محمد. (2013). التفكير الإبداعي والمتغيرات النفسية والاجتماعية لدى الطلبة الموهوبين (ط1). عمان: مركز دبينو لتعليم التفكير

راغب، عبد الله عادل. (2013). فاعلية برنامج لتحسين الثقة بالنفس كمدخل لتحسين المسئولية الاجتماعية لدى طلاب المرحلة الثانوية. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة عين شمس القاهرة.

الروسان، فاروق. (2010). سيكولوجية الأطفال غير العاديين (ط8). عمّان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

الزريقات، إبراهيم عبد الله. (2013). الإعاقة السمعية (ط3). عمّان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

الزعبي، أحمد محمد. (2011). أسس علم النفس الجنائي (ط1). عمّان: دار زهران للنشر والتوزيع.

زهران، حامد عبد السلام. (2003). دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي (ط1). القاهرة: عالم الكتب.

زهران، حامد عبد السلام. (2005). التوجيه والإرشاد النفسي (ط4) القاهرة: عالم الكتب.

زيادة، أحمد رشيد. (2012). تحقيق الذّات بين النظرية والتطبيق (ط1) عمّان: دار الوراق للنشر والتوزيع.

زيدان، سحر، ومطر، عبد الفتاح. (2010). سيكولوجية ذوي الإعاقة السمعية وتربيتهم (ط1). الرياض: دار النشر الدولي.

الزيودي، محمد . (2008). قراءات مختارة في التربية الخاصة (ط1). عمّان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

السامرائي، صبيحة. (2014). رعاية المعاقين والتكامل الأسري. لندن: دار الوركاء للنشر.

السرسي، أسماء محمد. (2014). مهارة التفاعل الاجتماعي وعلاقتها بالثقة بالنفس لدى عينة أطفال ما قبل المدرسة. مجلة دراسات الطفولة، 17(62)، 87-100.

السقاف، منال محمد. (2009). الثقة بالنفس وانفعال الغضب لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة الملك عبد العزيز بجدة وجامعة أم القرى بمكة المكرمة. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

سليم، مريم. (2010). الاضطرابات النفسية عند الأطفال والمراهقين (ط1). بيروت: دار النهضة العربية.

سليمان، سناء محمد. (2005) مشكلة الخوف عند الأطفال (ط1). القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع.

سليمان، عبد الرحمن سيد. (2014). مناهج البحث (ط1). القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع.

سمارة، فوزي. (2017). التفاعل الصفي (ط1).عمان: دار الخليج للنشر والتوزيع.

السنباطي، السيد مصطفى. (2010). دافع الإنجاز وعلاقته بمستوى قلق الاختبار ومستوى الثقة بالنفس لدى طلاب المرحلة الثانوية. مجلة كلية التربية،(68)، 337-389.

شاهين، طارق عبد المنعم. (2015). الإرشاد النفسي لذوي عجز المتعلم وذوي صعوبات التعلم (ط1). الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع.

الشخص، عبد العزيز السيد، ونور الدين، أمين صبري، وعلي، رحاب أحمد. (2013). مقياس تقدير إساءة معاملة الأطفال الصم. مجلة الإرشاد النفسي بمصر، (35)، 409-444.

شراب، عبد الله عادل. (2012). العلاقة بين المسئولية الاجتماعية والثقة بالنفس لدى طلاب المرحلة الثانوية. مجلة البحث العلمي في التربية، 1(13)، 587-623.

الشريف، عبد الفتاح عبد المجيد. (2012). التربية الخاصة وبرامجها العلاجية (ط1). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

صالح، عبد الرحمن اسماعيل. (2014). فنيات وأساليب العملية الإرشادية (ط1). عمّان: دار المناهج للنشر والتوزيع.

الصويغ، سهام عبد الرحمن. (2003). الإساءة إلى الأطفال واهمالهم دراسة ميدانية في مدينة الرياض، مجلة الطفولة والتنمية، 3(9)،70-79.

طه، فرج عبد القادر. (2005). موسوعة علم النفس و التحليل النفسي (ط3). الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع.

العاسمي، رياض نايل. (2012). المبادئ العامة لعلم النفس الإرشادي (ط1). القاهرة: دار الشروق للنشر والتوزيع.

العاني، أيسر فخري. (2006). تحديد أفضلية محكات الصدق التلازمي لمقاييس السمات لوجدانية والاجتماعية. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة بغداد، بغداد.

عبد الحي، محمد فتحي. (2008). الإعاقة السمعية وبرامج إعادة التأهيل (ط2). الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.

عبد الرحيم، ولاء رجب. (2016). الضغوط النفسية وكيفية مواجهتها(ط1). القاهرة: دار العلوم للنشر والتوزيع.

عبد المعطي، حسن مصطفى. (2009). المقاييس النفسية المقننة (ط1) . القاهرة: مكتبة زهراء الشرق للنشر والتوزيع.

عبد الهادي، جودت، والعزة، سعيد حسني. (2007). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي (ط1). عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

عبيد، ماجدة السيد. (2010). المشكلات التي تهدد أمن وسلامة الطلاب المعاقين سمعيًا وبناء برنامج مقترح لتحسين فرص السلامة لهم. مجلة الجامعة الإسلامية، 18(2)، 479-519.

عبيد، ماجدة السيد. (2011). الخصائص الشخصية للمعاقين سمعياً وبصرياً وعقلياً. مجلة رابطة التربية الحديثة، 4(10)، 223- 260.

عربيات، أحمد عبد الحليم. (2010). إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم (ط1). الرياض: دار الشروق.

عربيات، أحمد عبد الحليم. (2010). إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم (ط1). الرياض: دار الشروق.

علاء الدين، جهاد، وكفافي، علاء الدين. (2006). موسوعة علم النفس التأهيلي (ط1). القاهرة: دار الفكر العربي.

علي، ئاسو صالح، وعباس، حسين وليد. (2015). الإرشاد النفسي الاتجاه المعاصر لإدارة السلوك (ط1). عمان: دار غيداء للنشر والتوزيع.

علي، دعاء محمد . (2016). تنمية الثقة بالنفس كمتغير وسيط لتخفيف بعض الاضطرابات النفسية والاجتماعية لدى المراهقين الصم. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة عين شمس، القاهرة.

العمروسي، نيلي حسين. (2005). صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفس اجتماعية لدى طالبات الجامعة في المجتمع السعودي. مجلة مستقبل التربية العربية 22(99)،239-356.

العنزي، سعود شايش. (2003). الثقة بالنفس ودافع الإنجاز لدى عينة من الطلاب المتفوقين دراسياً والعاديين في المرحلة المتوسطة بمدينة عرعر. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

العنزي، يوسف سطام. (2015). فاعلية برنامج إرشادي في تنمية المسؤولية الاجتماعية والمواطنة لدى عينة من طلاب جامعة الكويت. المجلة العلمية للدراسات الأمنية والتدريب، 31 (63)، 195-232.

الغرير، أحمد نايل. (2010). التربية الخاصة في الأردن (ط1). عمّان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

الغرير، أحمد نايل، وأبو أسعد، أحمد عبد اللطيف. (2009). التعامل مع الضغوط النفسية (ط1). القاهرة: دار الشروق للنشر والتوزيع.

الفحل، نبيل محمد. (2009). برنامج الإرشاد النفسي (ط2). القاهرة: دار العلوم للنشر والتوزيع.

القريطي، عبد المطلب أمين. (2003). في الصحة النفسية (ط3). القاهرة: دار الفكر العربي.

القريطي، عبد المطلب أمين. (2012). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة (ط1). القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

القريوتي، إبراهيم. (2006). الإعاقة السمعية (ط1). عمان: دار يافا للنشر والتوزيع.

القريوتي، يوسف، والسرطاوي، عبد العزيز، والصمادي، جميل. (2013). المدخل إلى التربية الخاصة (ط1). الإمارات العربية المتحدة: دار القلم للنشر والتوزيع.

القمش، مصطفى نوري، والمعايطة خليل عبد الرحمن. (2007). سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (ط1). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

كماش، يوسف لازم ، وحسان، عبد الكاظم جليل. (2017). سيكولوجية التعلم والتعليم (ط1). عمان: دار الخليج للنشر والتوزيع.

معمرية، بشير. (2010). علم النفس الإيجابي اتجاه جديد لدراسة القوى الإنسانية. مجلة دراسات مركز البصيرة، (2)، 97-158.

مكاوي، صلاح فؤاد. (2011). دراسة تنبؤية لأثر الشعور بالذنب على الصحة النفسية والتوافق النفسي لدى الشباب الجامعي. مجلة كلية الآداب،(58)، 127- 174.

الموسى، ناصر علي. (2008). مسيرة التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية (ط1). الإمارات العربية المتحدة: دار القلم للنشر والتوزيع.

نايف، هادية ركان. (2012). بعض المتغيرات ذات الصلة بالتوافق النفسي والتوافق الاجتماعي لدى المكفوفين في الجمهورية السورية. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة القاهرة، القاهرة.

نايل، نبيهة السيد. (2009). صحة البيئة والطفل (ط1). القاهرة: عالم الكتب.

النجار، خالد. (2010). سيكولوجية الصم (ط1). القاهرة: دار الغد الجديد للنشر والتوزيع.

النوايسة، فاطمة عبد الرحيم. (2013). الإرشاد النفسي والتربوي (ط1). عمان: الحامد للنشر والتوزيع.

نيسان، خالدة.(2009). الإعاقة السمعية من مفهوم تأهيلي (ط1). عمّان: دار أسامة للنشر والتوزيع.

الهاشمي، عبد الحميد محمد. (2003). التوجيه والإرشاد النفسي (ط2). جدة: دار الشروق للنشر والتوزيع.

الهيئة العامة للإحصاء. (2016). المسح الديموجرافي. الرياض.

الوشلي، وداد أحمد. (2007). الثقة بالنفس وبعض سمات الشخصية لدى عينة من الطالبات المتفوقات دراسياً والعاديات في المرحة الثانوية بمكة المكرمة. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

ياسين، حمدي حمد، والحسيني، نادية السيد، وعبد الرازق، محمد مصطفى. (2010). الثقة بالنفس وضبط الذات لدى الموهوبين والعاديين. مجلة دراسات الطفولة، 13(46)، 189-211.

ياسين، حمدي محمد، وإسماعيل، زهرة العلا. (2016). فاعلية برنامج إرشادي لتنمية تقدير الذّات في خفض أعراض وصمة الذّات لدى المعاقين سمعياً. مجلة دراسات عربية في علم النفس، 15(2)، 223-252.

اليوسفي، مشيرة، وبخيت، عبد الرحيم. (2005). سيكولوجية الصم والعميان (ط1). القاهرة: دار الفولي للنشر والتوزيع.

Adalikwu, C.(2012). How to Build Self Confidence. United States of America: Author House.

Aqueel, Pandith.(2015).Self-Confidence Of Physically Challenged Viz Visually Impaired, Hearing Impaired and Orthopedically Impaire Secondary School Students Of Kashmir Division. Research on Humanities and Social Science, (5)2, 2224-5766.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2011). Cognitive therapy of anxiety disorder Science and practice. New York: Guilford Press.

Edwards, L., & Crocker, S. (2007). Psychological processes in deaf children with complex needs: An evidence-based practical guide. London: Jessica Kingsley Publishers.

Ellen,L.(2006). Inviting Confidence in School Invitation as Critical Source Of the Academic Self-Efficacy Beliefs Of Entering School Students. Journal Of Invitational Therapy and Practice ,(12), 7-16.

Franzoi, S. L. (2014). Psychology: A Discovery Experience, Copyright Update. Canada: Nelson Education.

Gordon, P. A., Tschopp, M. K., & Feldman, D. (2004). Addressing issues of sexuality with adolescents with disabilities. Child and Adolescent Social Work Journal, 21(5), 513-527.

Harmansyah. (2015). The Dynamics Confidence in Children Deaf: Case Study in Primary Schools Extraordinary Putra Jaya Malang. Unpublished Master degree thesis, Psychology Faculty Of UIN Maulana Malik Ibrahim Malang.

Izgic, F., Akyuz, G., Dogan, O., & Kugu, N. (2004). Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. The Canadian Journal of Psychiatry, 49(9), 630-634

Pirani, Z., Afshar, R., & Hatami, A. (2017). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for social anxiety in adults with hearing loss. Auditory and Vestibular Research, 26(1), 50-55.

Radu, A. (2014). Study of Differences Concerning Decision Making and Self- Confidence Among The Students of VASILE ALECSANDRI University of Bacau. Gymnasium, 15(1), 56.

Rezaei, A. (2012). Can self-efficacy and self-confidence explain Iranian female students' academic achievement?. Gender and Education, 24(4), 393-40

Srivastava, S. K. (2013). To Study the Effect of Academic Achievement on the Level of Self Confidence. Journal of Psychosocial Research, 8(1), 41.

Tong, X., Zhang, S., & Sun, B. (2013, October). The Influence of Group Counseling on Deaf College Student's Occupation Self-efficacy. In International Academic Workshop on Social Science (IAW-SC-13). Atlantis Press.

Ursiny, T. (2005). The Confidence Plan: How to Build a Stronger You. . United States of America: Sourcebooks, Inc.

van Gent, T., Goedhart, A. W., Knoors, H. E., Westenberg, P. M., & Treffers, P. D. (2012). Self-concept and ego development in deaf adolescents: a comparative study. Journal of deaf studies and deaf education, 17(3), 333-351.

Westwood, p.(2003). commonsense Methods for Children with Special Educational Needs. London: RoutledgFalmer.

White, K. A. (2009). Self- Confidence: A Concept Analysis. In Nursing Forum. 44(2) 103-114.

Willems, P. (2004). Genetic Hearing Loss . New York: Marcel Dekker.

Woodman, T., Akehurst, S., Hardy, L., & Beattie, S. (2010). Self-confidence and performance: A little self-doubt helps. Psychology of Sport and Exercise, 11(6), 467-470.

World Health Organization (WHO). (2016). Childhood Hearing Loss. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204632/9789241510325_eng.pdf?sequence=1