

فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض الشعور بالوحدة النفسية وتحسين جودة الحياة لدى الطالبات المعاقات سمعياً بالمرحلة المتوسطة بمنطقة تبوك (المملكة العربية السعودية)

د/ رانيا الصاوي عبده عبد القوي
أستاذ علم النفس العيادي المشارك
تسع التربية وعلع النفس جامعة تبوك- المملكة العربية السعودية

المشكلات السلوكية والنفسية التي من شأنها التأثير عليها في جوانب حياتها المختلفة.

ويشير (جبر، 2005، 87) إلى أنه قد ازداد اهتمام الباحثين بمفهوم جودة الحياة منذ بداية النصف الثاني للقرن العشرين، من هنا أكدت دراسة (عبد القادر، 2005: 5) أن المعاقين من الفئات التي تحتاج إلى رعاية خاصة، حيث إنهم ينظرون إلى الحياة بنظرة مختلفة عن الآخرين وتتأثر نظرتهم للحياة بظروف الإعاقة وما يحصلون عليه من دعم من قبل الآخرين في الأسرة أو المجتمع، وتحتاج هذه الفئات المهمة إلى خدمات تساعد على التوافق مع ظروف الحياة في ظل الإعاقة، وتعتبر جودة الحياة من المؤشرات الهامة لجودة الخدمات المقدمة لهذه الفئات، ورضا الفرد عنها واحساسه بالسعادة، والرغبة في الحياة، ولاشك أن أثر الإعاقة على الفرد المعاق وعلى المجتمع تفرض الاهتمام بالبحث عن كيفية تجنبها بالوقاية من حدوثها، وتجنب أسبابها، والحد من آثارها البدنية والنفسية والاجتماعية حال حدوثها، وذلك بتحسين جودة الحياة من جودة البرامج الوقائية، والعلاجية، ونحن في العالم العربي اليوم في حاجة ماسة إلى تضافر كل الجهود المبذولة لتخطيط وتنفيذ هذه البرامج على أسس علمية سليمة.

ويرى (عزب، 2004، 576) أنه لم يعد النظر إلى جودة الحياة على أنها لقمة العيش، ولا غطاء يستر الجسد، بل أصبحت تعني تطلعاً للرفاهية الاقتصادية، والدعم الاجتماعي والحصول على الرعاية الصحية، وغير ذلك من المتطلبات التي لم يعد يتوفر منها إلا الفتات.

مقدمة:

يعد فقدان السمع من المعوقات التي تفرض سياجا من العزلة حول الشخص المعاق سمعياً، ذلك أن الإعاقة السمعية تفرض على الفرد قيوداً في مجال تواصله مع الآخرين، فقد لا يفهم ما يقوله الآخرون بصورة سليمة، كما أنه قد لا يستطيع إيصال ما يريد إيصاله من معنى للآخرين، مما يؤدي إلى شعوره بالعزلة عن الآخرين، فالإعاقة السمعية كما أشار كل من: (عبد الغفار، 2003: 22، أبو السعود، 2004: 44، البشر والقشعان، 2007: 43) قد تحد من مشاركة المعاق وتفاعله مع الآخرين واندماجه في المجتمع مما يؤثر على توافقه النفسي والاجتماعي، ويؤدي به إلى الاغتراب عن ذاته وعن المجتمع.

فحاسة السمع كما أشار (أبو حمزة، 2003: 15، عبد الله، 2004: 34) تلعب دوراً مهماً وحيوياً في حياة الإنسان، ومن دونها يصبح الإنسان سجيناً عالم من الصمت والسكون، عالم خال من انفعالات اللغة التي يستشعرها الإنسان من خلال الكلمات، فإدراك الإنسان لعالمه يعتمد على المعلومات التي يحصل عليها عبر حواسه المختلفة، وبالرغم من أهمية جميع الحواس في عملية الاتصال والتعلم والنمو، إلا أن حاسة السمع تعتبر أهم هذه الحواس، فمن خلالها يتمكن الإنسان من تعلم اللغة، ويتطور اجتماعياً وانفعالياً، ويعي عناصر بيئته.

وقد تتعرض بعض المراهقات المعاقات سمعياً لمواقف أسرية وبيئية ضاغطة فتكون عرضه للعديد من

وطالبات المجموعة الضابطة (اللواتي لم يخضعن للبرنامج)؟

2. هل هناك فروق دالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس الشعور بالوحدة النفسية لدى طالبات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي وبعده؟

3. هل هناك فروق دالة إحصائية لدى طالبات المجموعة التجريبية في الدرجة الكلية للمقياس بالوحدة النفسية في القياسين (البعدي والتتبعي)؟

أهمية الدراسة

حظيت دراسة الشعور بالوحدة النفسية وانعكاسها على جودة الحياة باهتمام عدد كبير من الباحثين، فإذا كانت دراستها مسألة مهمة بالنسبة لعامة الناس فتزداد أهميتها لدى ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام والمعاقين سمعياً بشكل خاص، من هنا برزت أهمية الدراسة على النحو التالي:

1. لتوجيه أنظار المتخصصين لكيفية مواجهة الشعور بالوحدة النفسية بأسس علمية وتطبيقية إذ لم تحظ الدراسات والبحوث التي تناولت موضوع مواجهة الشعور بالوحدة النفسية وانعكاسها على جودة الحياة للمعاقات سمعياً بالاهتمام الكافي في البرامج العلاجية في المملكة العربية السعودية - في حدود علم الباحثة- لذا جاءت الدراسة الحالية لسد النقص في هذا المجال.

2. مساعدة الطالبات المعاقات سمعياً في المرحلة المتوسطة على اكتساب بعض المهارات التي تساعدن على خفض شعورهن بالوحدة النفسية مما ينعكس على جودة الحياة.

3. فتح مجالات بحثية وتطبيقات جديدة في المجالات التربوية والعيادية، لتقديم إطار مرجعي من المفاهيم والنظريات والمعلومات والفنيات الذهنية والسلوكية التي تستخدم في خفض الشعور بالوحدة النفسية.

من هنا اهتمت الدراسة بطالبات المرحلة المتوسطة المعاقات سمعياً اللاتي يعانين من الشعور بالوحدة النفسية وذلك من خلال استخدام برنامج ذهني سلوكي باعتباره واحداً من الخيارات الناجحة في خفض الشعور بالوحدة النفسية وتحسين جودة الحياة لديهن.

مشكلة الدراسة

قدرت منظمة الصحة العالمية عدد المعوقين سمعياً كما أشار (إمام، 2000) في العالم بنحو (120) مليون نسمة أي بنسبة (4.2%)، من هنا جاء الاهتمام بالمعاقين من أجل مبدأ تحقيق تكافؤ الفرص بين جميع الأشخاص العاديين وغير العاديين مطلباً هاماً، كما رأى (أبو مصطفى، 2000: 4) حتى يتمكن الجميع من المشاركة في بناء المجتمع حسب طاقته وإمكاناته، ومن هنا يمكن تحقيق السعادة وإزالة الصعوبات التي تعوق نموه وإعادته إلى مجتمعه من خلال تكيفه النفسي والاجتماعي والأسري حتى يصبح صالحاً، ليتقبل وضعه ذاتياً ويتقبله الناس كإنسان لا يختلف عنهم إلا بقدر ما يختلف بعضهم عن بعض عندما يصاب بمرض من الأمراض، وإتاحة الفرصة له للتعليم والتدريب بما يتناسب وقدراته.

من هنا حددت مشكلة الدراسة في تناول فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض الشعور بالوحدة النفسية وتحسين جودة الحياة حيث إن هذا الشعور قد ينعكس سلباً على توافق الطالبات المعاقات سمعياً بالمرحلة المتوسطة، وتقييد مجالهن الحيوي وحصرهن في نطاق ضيق، مما يعوق تكيفهن مع من حولهن.

مما سبق يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية:

1. هل هناك فروق دالة إحصائية في الدرجة الكلية على مقياس الشعور بالوحدة النفسية بين طالبات المجموعة التجريبية (اللواتي خضعن للبرنامج)

وترى الباحثة ضرورة تحديد المفاهيم والمصطلحات المستخدمة، وتم تحديد هذه المفاهيم، بهدف التوضيح وإزالة الفهم الخاطئ الشائع حولها.

1. البرنامج الذهني السلوكي لخفض الشعور بالوحدة النفسية وتحسين جودة الحياة:

أشار كل من: (Green, 2005, Bradburg, 2005)، إلى (Rufert, et., al 2006, Guggisberg, 2005) أن المعارف تؤثر في العواطف والسلوك، فالفرد يستجيب للتمثيل المعرفي للأحداث أكثر من استجابته للأحداث نفسها، وأن الفرد لديه القدرة على التخلص من سوء التكيف، فمن خلال استراتيجيات هذا العلاج المختلفة يمكن إكساب الفرد مهارات لتعديل السلوك، وتوليد أفكار إيجابية، وبناء الثقة بالكفاءة الذاتية، فانطلقت الباحثة من أن البرنامج العلاجي هو عملية تعلم داخلية، تشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكي وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة كما أشار كل من: (McLean, 2001، فرج والبشر، 2002، مبارك: 2004، & Wilson, Sookman, & Steketee, Chambless, 2005، عبد الظاهر، 2008).

في ضوء التعريفات السابقة تناولت الدراسة مفهوم البرنامج الذهني السلوكي بأنه مجموعة من الإجراءات يتم تطبيقها بشكل جمعي على مجموعات صغيرة من الطالبات بالمرحلة المتوسطة تتراوح أعدادهن ما بين (12:15)، بهدف زيادة استبصار الطالبات المعاقات سمعياً بأسباب شعورهن بالوحدة النفسية، واستخدام فنيات العلاج الذهني السلوكي لتعليمهن الاستراتيجيات اللازمة للتعامل مع هذا الشعور وتحسين جودة الحياة.

2. الشعور بالوحدة النفسية:

يعد الشعور بالوحدة النفسية من المفاهيم التي اهتم بها العديد من الباحثين في مجال العلوم الإنسانية بصفة

4. إثراء المكتبة العربية بمثل هذه الدراسات البيئية التي جمعت ما بين الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة والصحة النفسية.

أهداف الدراسة:

سعت الدراسة إلى اختبار مدى فاعلية برنامج ذهني سلوكي لخفض الشعور بالوحدة النفسية وتحسين جودة الحياة لطالبات المرحلة المتوسطة المعاقات سمعياً في منطقة تبوك بالمملكة العربية السعودية، تم إعداده خصيصاً للتعرف على أثر هذا البرنامج في تحقيق هذا الهدف، وللكشف عن استمرارية تأثير البرنامج بعد تطبيقه بفترة زمنية في خفض الشعور بالوحدة النفسية وتحسين جودة الحياة لطالبات المرحلة المتوسطة المعاقات سمعياً لتحقيق مزيد من الصحة النفسية لهن، في ضوء هذا الهدف العام سعت الباحثة إلى:

1. إكساب الطالبات المعاقات سمعياً في المرحلة المتوسطة بعض المهارات السلوكية والذهنية التي تساعدن على مواجهة شعورهن بالوحدة النفسية وتحسين جودة الحياة لديهن، ومواجهة مشكلات الحياة التي تواجههن وضغوطها باستخدام هذه المهارات.
2. الكشف عن مدى استمرار فاعلية البرنامج - إن وجدت له فاعلية- إلى ما بعد فترة المتابعة.

تحديد المصطلحات:

يحرص الباحثون في مختلف العلوم على وضع تعريف للمفاهيم الواردة في دراساتهم، بهدف الوصول إلى فهم مشترك لجملة المفاهيم التي يتردد استخدامها في الدراسات الإنسانية، وذلك لأجل تحقيق نوع من التواصل، من خلال الاتفاق على لغة بحثية تمثل نقاط الاشتراك بين مختلف الباحثين في التخصص الواحد.

3. جودة الحياة:

هناك العديد من التعريفات التي تناولت مفهوم جودة الحياة مما يشير إلى أهمية هذا المفهوم ومدى تأثيره على مختلف جوانب حياة الفرد، فقد أشار كل من: (Bognar, 2005)، كاظم والبهادلي، (2006: 252)، عبد الفتاح وحسين، (2006، 2008، al, Bishop, et., مجدي، (2009: 55) إلى جودة الحياة بأنها الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية، والإحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة، فضلا عن إدراك الفرد لقوى ومتضمنات حياته وشعوره بمعنى الحياة، إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية، وإحساسه بمعنى السعادة، وصولا إلى عيش حياة متناغمة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في المجتمع.

وتعرف الباحثة جودة الحياة تعريفا إجرائيا بأنها رضا المعاقة سمعيا عن الحياة التي تعيشها وفقا لمعايير تراها من منظورها تقيم بها حياتها، في كافة مجالات الحياة، تشعر من خلالها بالسعادة والطمأنينة والرضا، ومن ثم التكيف والتوافق مع إعاقتها والرغبة في الحياة.

وتم قياسها من خلال الدرجة التي تحصل عليها المعاقة سمعيا على مقياس مستوى الرضا عن جودة الحياة.

وهناك ثلاثة أبعاد لجودة الحياة أشارت إليها (مجدي، 2009: 63) وهي:

- **جودة الحياة الموضوعية:** وتتمثل بما يوفره المجتمع من إمكانات مادية، إلى جانب الحياة الاجتماعية الشخصية للفرد.
- **جودة الحياة الذاتية:** التي تعني كيفية شعور كل فرد بالحياة الجيدة التي يعيشها أو مدى الرضا والقناعة عن الحياة، ومن ثم الشعور بالسعادة.
- **جودة الحياة الوجودية:** وتعني مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد التي من خلالها يمكن للفرد أن يعيش حياة متناغمة، يصل فيها إلى الحد المثالي في إشباع حاجاته البيولوجية، والنفسية، كما يعيش في

عامة وعلم النفس بصفة خاصة منذ القدم، وأصبح مجالاً أساسياً للبحوث الإمبريقية من قبل الباحثين، فقد تم تناول كل من: (المشهداني، 2004، 2004، Rokach، جودة، 2005، غنيم، 2006: 197، الدسوقي، 2007) الشعور بالوحدة النفسية بأنها عملية إدراك ذاتي ناتجة عن شعور الفرد بوجود فجوة في علاقاته الاجتماعية، وهي خبرة غير سارة تصاحبها مشاعر العزلة والخوف والانطواء والوحشة والاعتماد حتى في حالة وجوده مع الآخرين لأن حياته تخلو من العلاقات الاجتماعية المشبعة بالألفة والمودة.

وتعرف الدراسة الشعور بالوحدة النفسية بأنها شعور الطالبة المعاقة سمعيا بعدم قدرتها على إقامة علاقات دائمة والاستمرار فيها، أو اكتساب علاقات جديدة، كما تفتقر إلى المهارات الاجتماعية (التواصل اللفظي، الإنصات والاستماع إلى الآخر، الإقناع، المرونة الاجتماعية، العمل الجماعي وتوزيع الأدوار، حل المشكلات)، مما يؤدي إلى عزلتها وتجنبها لأي مشاركات اجتماعية أو أنشطة جماعية، مما يترتب عليه مجموعة من المشاعر تتمثل في: افتقاد الثقة في مظهرها وآرائها وعدم القدرة على التعبير عن أفكارها ومشاعرها، مما يولد لديها الإحساس بالدونية.

ويعزو كل من: (طوسون، 2003: 49، مصطفى، 2004: 26) أسباب الوحدة النفسية إلى افتقاد وجود أصدقاء، أو عدم القدرة على اكتساب أصدقاء، والعجز في إقامة علاقات ناجحة أو حميمة مع الآخرين، مما يجعل المراهقين يشعرون بالعجز والفشل ويتسبب في الانطواء، والعزلة، والمعاناة من الشعور بالوحدة النفسية الذي يرتبط بعدد كبير من الاضطرابات، والمشاكل النفسية، وغيرها من النواتج السلبية التي تؤدي إلى شعور الفرد بالحزن، والتعاسة، وتعطل قدرته الإنتاجية، وتعوقه عن استخدام قدراته، مما يحرمه الشعور بالرضا، والتوافق، ويحول بينه وبين الحياة المنتجة والمشبعة.

بالتمييز، فالتربوي يعرف الصمم من حيث تأثيره على الأداء التربوي، واختصاصي التأهيل المهني يعرفه من حيث تأثيره على الأداء المهني، والطبيب يعرفه من حيث شدة فقدان السمعى مقاسا بالديسبل ونوعه.

تناول كل من: (Morres, 2001، الخطيب: 2002، الجبالي: 2002، الزريقات: 2003، سليمان: 2003، Hallahan & Kauffman, 2003، حنفي: 2003) تصنيف الإعاقة السمعية تبعاً لثلاثة معايير، هي: (العمر عند الإصابة، موقع الإصابة، شدة الإصابة).

وترى الباحثة بأن للمعاقين خصائص قد تميزهم عن غيرهم من الأسوياء، وقد تختلف هذه الخصائص أيضاً من معاق إلى معاق من حيث طبيعة الإعاقة وحدتها، والظروف المحيطة بالمعاق التي تتمثل بالمقربين، والأصدقاء، والوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه المعاق، التي يكون لها انعكاس كبير يؤثر على مجريات حياته على المستوى النفسي والسلوكي والاجتماعي.

الدراسات السابقة:

تناولت الدراسة الراهنة أهم الدراسات ذات الصلة بها من حيث قضاياها، أهدافها، المناهج المستخدمة فيها وأهم النتائج التي استخلصتها كما يلي:

هدفت دراسة (علي، 2012) إلى معرفة أثر التدريب على السلوك التوكيدي لرفع جودة الحياة النفسية لدى الطالبات المعاقات سمعياً بجامعة حائل بالمملكة العربية السعودية، اشتملت عينة الدراسة على (20) طالبة من الطالبات الصم وضعاف السمع، وطبق مقياس جودة الحياة النفسية، وبرنامج تدريبي قائم على التوكيدية للطالبات المعاقات سمعياً، وأسفرت النتائج عن وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في جودة الحياة النفسية لصالح المجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج التدريبي.

توافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع.

ويضيف (أبو سريع وآخرون، 2006: 6) أن جودة الحياة تقوم على تكامل المؤشرات أو المقومات الموضوعية والذاتية للسعادة الشخصية مع مراعاة أن تأثير الجوانب الموضوعية يعتمد على التقويم الذاتي، وقياس الجانب الموضوعي تجري المقارنة بين الوضع القائم والمتاح وبين الحد الأدنى من الظروف المعيشية المناسبة، ويضيفون أيضاً أن مفهوم جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد، يشمل خمسة مجالات على الأقل وهي: الرضا البدني، والمادي، والاجتماعي، والوجداني، والنشاط الشخصي.

ومن هنا تشير الباحثة إلى ضرورة التركيز أكثر على قياس الجوانب الذاتية للفرد لأنها هي الأقدر على الوصول إلى تحديد جودة حياة الأفراد، وبالتالي تحديد مشاعرهم، وهم أقدر الناس إحساساً بقيمة حياتهم.

4. المعاقات سمعياً:

هناك العديد من الكتب والدراسات كما أشار كل من: (عبد الغفار، 2003، منصور، 2003: 306، المخلافي، 2005: 17، القريطي، 2005: 299، تقاحه، 2006: 44، عيسى وخليفة، 2007: 95، رجب، 2008: 18) التي تناولت مفهوم المعاق سمعياً بأنه هو من فقد حاسة السمع تماماً لأسباب وراثية فطرية منذ ولادته، أو فقدها لأسباب مكتسبة لدرجة أن آثار التعلم قد تلاشت تماماً، ويترتب على ذلك إعاقة بناء الكلام، واكتساب اللغة، مما يحول دون متابعة الدراسة، إلا من خلال أساليب تعليمية جديدة تتناسب مع إعاقته الحسية، وكذلك إعاقته تعلم خبرات الحياة مع أقرانه العاديين.

ويعتمد التمييز بين الصمم والمستويات الأخرى من الإعاقة السمعية على مهنة الاختصاصي الذي يقوم

أعمارهم بين (9:12) عاما، طبق عليهم قائمة تقدير التوافق للأطفال الصم، وساعدت جلسات البرنامج الإرشادي الأطفال المعاقين سمعيا على إحساسهم بالرضا عن الذات وإشباع الدوافع والحاجات النفسية، والتعايش مع البيئة الاجتماعية وتكوين علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين، والقدرة على مواجهة مشكلات البيئة الأسرية والمدرسية.

ودراسة (أبو السعود، 2004) عن فعالية برنامج إرشادي في خفض مستوى الاغتراب لدى المراهقين ضعاف السمع، تكونت عينة الدراسة من (40) طالبا وطالبة من المراهقين ضعاف السمع، تراوحت أعمارهم بين (15-17) عاما، طبق مقياس الاغتراب للمراهقين ضعاف السمع، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، وطبق برنامج إرشادي، خلصت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاغتراب في القياس البعدي، كما أوضحت انخفاض مستوى الاغتراب لدى أفراد المجموعة التجريبية.

وسعت دراسة (مصطفى، 2004) إلى تصميم وتطبيق برنامج للإرشاد النفسي لتخفيف حدة مستوى الشعور بالوحدة النفسية المرتفع لدى بعض طالبات المرحلة الثانوية، وأيضا الكشف عن العوامل المرتبطة بفاعلية البرنامج الإرشادي، وتكونت عينة دراستها من (20) طالبة، ممن يعانين من ارتفاع مستوى الشعور بالوحدة النفسية بمحافظة القاهرة، تراوحت أعمارهن ما بين (14-16) سنة من طالبات الفرقة الثانية الثانوية، واعتمد البرنامج الإرشادي المستخدم على أسلوب المحاضرة وأسلوب المناقشة الجماعية، وأسلوب النشاطات الاجتماعية (رحلات - معسكرات)، وقد انحصرت نتائج تلك الدراسة فيما يلي: أن البرنامج الإرشادي المستخدم قد خفض مستوى الشعور بالوحدة

وقام (عبد الرحمن، 2008) بدراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين التقبل الاجتماعي لدى المراهقين ضعاف السمع، تكونت عينة الدراسة من (12) طالبا وطالبة من الصم وضعاف السمع، طبق عليهم مقياس التقبل الاجتماعي المدرك لدى ضعاف السمع، وجلسات برنامج يعتمد على فنيات العلاج المعرفي السلوكي.

أكدت نتائج الدراسة فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في إحداث التغييرات المرغوبة في تحسين التقبل الاجتماعي.

هدفت دراسة (Bridget, et al, 2007)، إلى معرفة مدى إدراك الأطفال المعاقين لمفهوم جودة الحياة، طبقت الدراسة على (28) طفلا وطفلة، طبق عليهم مقياس يقيس مفهوم جودة الحياة لدى المعاقين ويحتوي المقياس على عدة أبعاد، منها البعد الاجتماعي (الأصدقاء، القرناء)، (البيئة المدرسية)، (بيئة البيت، ذات المعاق)، وخلصت النتائج إلى أن هناك عوامل مهمة ذات تأثير في مفهوم جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين وتشمل (حياة المنزل، الجيران، أعضاء العائلة من غير أولياء الأمور، علاقات الأصدقاء، الألم، الراحة، مسكن المعاق، توافر معايير الأمن والسلامة، الموازنة المالية المخصصة له، الوقت المتوفر له).

وقد أسفرت نتائج دراسة (Verdugo, 2005) للعوامل المتضمنة في جودة الحياة لدى عينة من المراهقين ذوي الإعاقة البصرية بإسبانيا عن كون إدراك أفراد العينة لجودة الحياة يعتمد في جزء كبير منه على المعافاة البدنية، والاعتقاد في مبدأ التعويض بين الحواس، وأن حواسهم الأربع قد تكون على درجة من السلامة والكفاءة تفوق ما تمثله الحواس الخمس لدى الأفراد العاديين.

وقدم (سالم، 2004) برنامجا إرشاديا لتحسين التوافق النفسي لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، تكونت عينة الدراسة من (40) تلميذا وتلميذة من الصم، تراوحت

النفسية على الأطفال والمراهقين أن نخرج بالنقاط الأساسية التالية:

1. يعد الشعور بالوحدة النفسية أحد الاضطرابات النفسية التي يرتبط وجودها بكثير من المشكلات والاضطرابات الانفعالية والاجتماعية والعقلية التي أبرزها: (ارتفاع درجة الاكتئاب، ارتفاع درجة القلق، ارتفاع درجة العصابية، انخفاض تقدير الذات، انخفاض السمات الاجتماعية والاتزان الانفعالي والسيطرة، زيادة الأفكار الخاصة بالميل الانتحارية والموت، انخفاض دافعية الإنجاز، انخفاض مستوى التحصيل الدراسي) قد يؤدي العامل الثقافي أو الحضاري دورا مؤثرا على درجة الشعور بالوحدة النفسية.
2. هناك تضارب واختلاف بين نتائج الدراسات فيما يختص بوجود فروق جوهريّة بين الجنسين في الشعور بالوحدة النفسية، ولصالح أي من الجنسين، أو عدم وجود فروق أساسا.
3. الدراسات التي أجريت على البيئة السعودية في مجال الشعور بالوحدة النفسية قليلة جدا، ولا تتناسب بأي حال من الأحوال مع أهمية وخطورة ذلك الاضطراب الذي ينعكس بأضراره السيئة على توافق الفرد وصحته النفسية.
4. باستخدام مختلف أساليب واستراتيجيات كل من برامج الإرشاد أو العلاج النفسي يمكن تخفيض حدة درجة الشعور بالوحدة النفسية وما قد يرتبط بها من مشكلات أخرى لدى المراهقين والمراهقات.
5. استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في بناء الإطار النظري، وبناء البرنامج الإرشادي، والاستفادة من النتائج التي توصلت إليها في تفسير نتائج الدراسة الراهنة.

النفسية المرتفع لدى أفراد مجموعة الدراسة التجريبية، مما يدل على فاعليته الإرشادية، وتحددت العوامل المرتبطة بفاعلية البرنامج الإرشادي واستمرارية أثره فيما يلي: التقبل والفهم والتفسير والتقدير والشعور بالحرية والشعور بالأمن والتفيس الانفعالي والتفاعل الاجتماعي والقدرة على اتخاذ القرارات والشعور بالانتماء والمرونة والضبط والاستبصار.

وقامت (القوشتي، 2002) بدراسة مدى فاعلية برنامج يستخدم اللعب لتخفيف حدة السلوك الانطوائي لدى الأطفال ضعاف السمع، تكونت عينة الدراسة من (28) تلميذا وتلميذة من الأطفال ضعاف السمع، تراوحت أعمارهم بين (7-13) سنة، طبق عليهم مقياس السلوك الانطوائي للأطفال وضعاف السمع، واختبار الذكاء غير اللفظي الصورة (أ)، واستمارة تحديد المستوى الاجتماعي الثقافي، والبرنامج المقترح للتخفيف من حدة السلوك الانطوائي للأطفال ضعاف السمع، وأظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات السلوك الانطوائي للأطفال ضعاف السمع في المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي للبرنامج، وكان الانخفاض الحادث في السلوك الانطوائي لصالح البعدي، وكان الانخفاض في السلوك الانطوائي لصالح المجموعة التجريبية من الجنسين.

من خلال استعراض الدراسات السابقة لم تجد الباحثة في التراث البحثي دراسة صريحة من الدراسات السابقة عن الشعور بالوحدة النفسية وتحسين جودة الحياة لدى الطالبات المعاقات سمعيا بالمرحلة المتوسطة، رغم تعدد المجالات التي تناولتها الدراسات السابقة من برامج إرشادية مثل: (سالم: 2004، أبو السعود: 2004، القوشتي: 2002).

يمكن في ضوء ما تم عرضه من مجموعة الدراسات السابقة التي أجريت في مجال موضوع الشعور بالوحدة

فروض الدراسة

حدد الفرض الرئيس لهذه الدراسة التحقق من مدى فاعلية برنامج ذهني سلوكي لخفض الشعور بالوحدة النفسية وتحسين جودة الحياة لدى طالبات المرحلة المتوسطة المعاقات سمعياً بمدينة تبوك، وانبثق من هذا الفرض الرئيس عدة فروض فرعية على النحو التالي:

1. توجد فروق دالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس الشعور بالوحدة النفسية ومقياس جودة الحياة بين طالبات المرحلة المتوسطة المعاقات سمعياً (المجموعة التجريبية)، وطالبات المرحلة المتوسطة المعاقات سمعياً (المجموعة الضابطة) بعد تطبيق البرنامج الذهني السلوكي لصالح المجموعة التجريبية.
2. توجد فروق دالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس الشعور بالوحدة النفسية ومقياس تحسين جودة الحياة بين طالبات المرحلة المتوسطة المعاقات سمعياً (المجموعة التجريبية) قبل وبعد تطبيق البرنامج الذهني السلوكي لصالح القياس البعدي.
3. توجد فروق دالة إحصائية بين طالبات المرحلة المتوسطة المعاقات سمعياً في الدرجة الكلية لمقياس الشعور بالوحدة النفسية ومقياس جودة الحياة في القياسين (البعدي والتتبعي) لصالح القياس التتبعي.

الإجراءات المنهجية للدراسة

(أ) **منهج الدراسة:** اعتمدت الباحثة على التصميم التجريبي ذي المجموعتين (قبلي- بعدي)، بهدف اختبار فاعلية برنامج ذهني سلوكي لخفض الشعور بالوحدة النفسية وتحسين جودة الحياة للطالبة بالمرحلة المتوسطة المعاقاة سمعياً بمدينة تبوك، واشتملت الدراسة على المتغيرات التالية:

- **متغير مستقل:** وهو البرنامج الذهني السلوكي لخفض الشعور بالوحدة النفسية وتحسين جودة الحياة للطالبة بالمرحلة المتوسطة المعاقاة سمعياً (المجموعة التجريبية).

- **المتغيرات التابعة:** تمثلت في المتغيرات الناتجة عن البرنامج الذهني السلوكي وهي: الشعور بالوحدة النفسية وتحسين جودة الحياة.

(ب) **عينة الدراسة:** نظراً إلى طبيعة المنهج المستخدم (التجريبي) فإن عينة الدراسة وقعت ضمن نطاق العينة العشوائية البسيطة، وتم اختيار أفرادها بطريقة منتظمة حيث تم اختيار (50) طالبة من إجمالي طالبات المرحلة المتوسطة المعاقات سمعياً، ثم وقع الاختيار على (30) طالبة، حصلن على أعلى درجات لمقياس الشعور بالوحدة النفسية وأقل الدرجات على مقياس جودة الحياة، بالإضافة إلى موافقتهن المبدئية على المشاركة في البرنامج رغبة منهن في مواجهة شعورهن بالوحدة النفسية الذي يعانين منه وتحسين جودة الحياة، تراوحت أعمارهن بين (12-15) سنة، وتم تقسيمهن إلى مجموعتين (مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة) متجانستين في السن والنوع ومستوى الإعاقة والدرجة التي حصلن عليها بمقياس الشعور بالوحدة النفسية ومقياس تحسين جودة الحياة، وفقاً لما يلي:

- **المجموعة التجريبية:** طبق عليها مقياس الشعور بالوحدة النفسية ومقياس جودة الحياة قبلياً، ثم تعرضت للمتغير المستقل (برنامج معرفي سلوكي)، وتطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية ومقياس جودة الحياة بعدياً، وطبق مقياس الشعور بالوحدة النفسية ومقياس جودة الحياة كاختبار تتبعي.

التقت بهن الباحثة بمعدل ثلاث جلسات في الأسبوع، لمدة ستة أسابيع (أي 18 جلسة)، مدة كل جلسة (ساعة وقد تمتد لساعة ونصف).

- **المجموعة الضابطة:** طبق عليها مقياس الشعور بالوحدة النفسية ومقياس جودة الحياة كاختبار قبلي ولم تتعرض للبرنامج المعرفي السلوكي.

تم مراعاة الشروط الآتية في اختيار العينة

العبارات المركبة التي تحتوي على أكثر من فكرة لتتناسب ومستوى الإدراك وفهم الشباب.

وفى ضوء المصادر السابقة قامت الباحثة ببلورة مظاهر الشعور بالوحدة النفسية التي تتضمن أربعة مكونات أساسية هي:

1. **علاقات الصداقة والمودة والحب ومدى افتقارها:** يتضمن هذا البعد قدرة الشاب على إقامة علاقات دائمة، والاستمرار فيها، وقدرة الشاب على اكتساب علاقات جديدة.

2. **العزلة والتجنب الاجتماعي:** يتضمن هذا البعد عدم قدرة الشاب على الاشتراك في التجمعات الشبابية، عدم الرغبة في مشاركة الآخرين أنشطتهم، تفضيل القيام بأعمال فردية والبعد عن الآخرين.

3. **افتقاد الشاب المهارات الاجتماعية:** مثل (مهارة حل المشكلات، مهارة الإنصات والاستماع إلى الآخر، تكوين صداقات، مهارة التواصل مع الآخرين لفظياً، مهارة العمل الجماعي وتوزيع الأدوار، مهارة الإقناع) وجميع هذه المهارات ضرورية للتفاعل الاجتماعي الإيجابي مع الآخرين، ويؤدي القصور فيها إلى عدم وجود مرونة اجتماعية، وبالتالي لا يقوم الشاب بأي مبادرة في تكوين صداقات جديدة وعدم الاشتراك في الأنشطة الجماعية، مما يؤدي به إلى الشعور بالوحدة النفسية.

4. **الخوف وعدم الثقة:** هناك مجموعة من المشاعر تتمثل في افتقاد الشاب الثقة في مظهره، وافتقاده الثقة في آرائه، وعدم القدرة على التعبير عن أفكاره ومشاعره، والإحساس بالدونية.

أعدت الباحثة صورة مبدئية لاختبار الشعور بالوحدة النفسية تكون من (100) عبارة في ضوء المكونات الأربعة التي سبقت الإشارة إليها، إلا أنه بعد التحكيم والتطبيق على العينة الاستطلاعية وصل في صورته النهائية إلى (68) عبارة، يجاب عنها باختيار استجابة

- أن تكون الطالبة معاقة سمعياً فقط، وليس لديها إعاقة أخرى مصاحبة للإعاقة السمعية لضمان تجانس عينة البحث.

- أن تكون الطالبة المعاقة سمعياً مقيمة مع الوالدين (الأب- الأم) وليس مع غيرهما.

- أن يكون والدا الطالبة المعاقة سمعياً على قيد الحياة وغير منفصلين بالطلاق.

- أن تبلغ نسبة فقدان السمع لديهن (70) ديسبل فأكثر).

(ج) أدوات الدراسة وشملت:

1- استمارة بيانات عامة من إعداد الباحثة:

تضمنت الاستمارة بعض البيانات العامة للطالبة مثل: الاسم، العمر، الصف الدراسي، تاريخ فقدان السمع، نوع الإعاقة، دخل الأسرة، حالة الوالدين، الوضع السمعى لوالديها، عدد الإخوة، هل لديها إخوة معاقون سمعياً.

2- مقياس الشعور بالوحدة النفسية من إعداد الباحثة:

- خطوات بناء مقياس الشعور بالوحدة النفسية:

1. اطلعت الباحثة على المقاييس التي تستخدم في قياس الشعور بالوحدة النفسية.

2. حصر عبارات المقياس بعد أن حددت الباحثة الأبعاد التي تحدد الشعور بالوحدة النفسية للمراهقات، قامت بتصميم العبارات لقياس كل مظهر من مظاهر الشعور بالوحدة النفسية السابق تحديدها بحيث تغطي كل مجموعة من العبارات بعداً من الأبعاد، وقد تم صياغة كل عبارة في ضوء مراجعة كاملة للغة العربية، وراعت الباحثة أن تكون العبارات سهلة وواضحة، وقد توخت الباحثة في صياغتها لهذه العبارات الدقة، بحيث تبتعد عن الترادف والتكرار أو الازدواج في المعنى مع تجنب

مرحلة التحكيم على عبارات المقياس: استعانت الباحثة بالمحكمين في الحصول على تقدير وزن العبارات، وتصنيفها، وعمل حساب لكل عبارة حسابا قيميا ووسيطيا، ثم تستبعد العبارات ذات التشتت الكمي، وذلك للتعرف على مدى تحديد كل عبارة من هذه العبارات لمظاهر الشعور بالوحدة النفسية تحديدا واضحا قاطعا، حتى يمكن أن تستبعد العبارات غير الواضحة المعنى أو المزوجة المعنى، أو غير المناسبة في صياغتها للمبحوثات، استعانت الباحثة بمجموعة من المحكمين مكونة من (5) محكمين أساتذة من المتخصصين في مجال علم النفس بالجامعات المصرية، وقد حددت الباحثة هذا العدد من الحكام، طبقا لما تشير إليه نتائج الأبحاث المختلفة، بإمكانية استخدام عدد قليل نسبيا من الحكام، للحصول على تقديرات ثابتة لأوزان العبارات المختلفة، وقد تم استبعاد العبارات التي تقل نسبة اتفاقها عن 75 % بمعرفة المحكمين، لغموضها أو عدم إفادتها في تحديد الشعور بالوحدة النفسية، وكذلك إعادة صياغة بعض العبارات.

تجربة فهم صياغة التعليمات وبنود المقياس : للتأكد من مدى صلاحية مقياس الشعور بالوحدة النفسية للمراهقات المعاقات سمعيا قامت الباحثة بإجراء اختبار المقياس على العينة الاستطلاعية قوامها (42) طالبة بالمرحلة المتوسطة للتعرف على مدى صلاحية العبارات التي اتفق عليها المحكمون وعددها (68)، وقد أكدت النتائج مدى فهمهن لعبارات المقياس وصلاحيته للتطبيق.

وصف المقياس: يتكون المقياس من (68) فقرة، مقسمة إلى أربعة أبعاد فرعية، كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول (2) توزيع أبعاد مقياس الشعور بالوحدة النفسية وعدد عبارات كل بعد

واحدة من ثلاث: (دائما- أحيانا- نادرا) مع تخصيص الدرجة (3 - 2 - 1) لكل من هذه الاستجابات على الترتيب للعبارات الإيجابية، من حيث الشعور بالوحدة النفسية، وتخصيص الدرجة (1 - 2 - 3) لكل من الاستجابات السلبية من حيث الشعور بالوحدة النفسية.

وفيما يلي جدول يوضح توزيع عبارات الصورة النهائية لمقياس الشعور بالوحدة النفسية للشباب على كل من الأبعاد الأربعة المكونة لهذا الاختبار.

جدول (1) توزيع عبارات الصورة النهائية لمقياس الشعور بالوحدة النفسية للشباب على كل من الأبعاد الأربعة المكونة لهذا الاختبار

م	البعد	أرقام العبارات	عدد العبارات
1	علاقات الصداقة والمودة والحب ومدى افتقاده	-17 -13 -9 -5-1 -33 -29 -25 -21 -49 -45 -41 -37 65 -61-57 -53	16
2	العزلة والتجنب الاجتماعي	- 14 - 10 - 6 -2 30 - 26 - 22 -18 -42 -38 -34 - -58 -54 -50-46 66-62	16
3	المهارات الاجتماعية ومدى افتقادها	-15 - 11 - 7 -3 -31 -27 -23 -19 -47 -43 -39-35 -63 -59 -55-51 67	16
4	الخوف وعدم الثقة	-16 -12 -8 -4 -32 -28 -24-20 -48 -44 -40-36 -64 -60-56 -52 68	16

اتضح من الجدول السابق ارتفاع درجة الثبات لاختبار الشعور بالوحدة النفسية، حيث تراوحت درجات الثبات للأبعاد الفرعية للاختبار ما بين " 0.9309، 0.9695"، وهي درجات تعطي دلالة عالية لثبات المقياس، وهو ما يعني الاطمئنان لصلاحية تطبيق الاختبار على عينة الدراسة الراهنة.

ثانياً: صدق المقياس: تم حساب الصدق بثلاث طرق كما يلي:

1. الصدق المنطقي: يقصد به مدى تمثيل الاختبار للميدان الذي يقيسه، وبالتالي صاغت الباحثة عبارات الاختبار في ضوء الإطار النظري للظاهرة موضوع الاهتمام في الدراسة الراهنة.

2. صدق الظاهري: تم عرض المقياس على عدد من الأساتذة المحكمين من أساتذة علم النفس بالجامعات المصرية وعددهم (5) وكانت نسبة الاتفاق لا تقل عن (75 %)، وتم استبعاد الفقرات التي لم يتفق عليها المحكمون، وبعد صدق المحكمين نوعاً من أنواع صدق المحتوى.

3. صدق البناء أو التكوين: استخدمت الباحثة هذا الإجراء على مستويين، أولهما يتمثل في ارتباط البند بالمقياس الفرعي، أما الثاني فيتمثل في ارتباط البند بالمقياس الكلي.

- بالنسبة إلى البعد الأول علاقات الصداقة والمودة والحب ومدى افتقادها:

تم إعداد القيم التقديرية لمعاملات الصدق لبنود المقياس بطريقة تحليل البنود بالنسبة إلى الدرجات التي حصل عليها أفراد عينة الدراسة بارتباط البند بالمقياس الفرعي (البعد الأول)، كما تم حساب القيم التقديرية لمعاملات الصدق التي حصل عليها أفراد العينة أنفسهم بارتباط البند بالمقياس الكلي.

- بالنسبة إلى البعد الثاني العزلة والتجنب الاجتماعي:

البعد	مسمي البعد	عدد العبارات
الأول	علاقات الصداقة والمودة والحب ومدى افتقادها	16
الثاني	العزلة والتجنب الاجتماعي	16
الثالث	المهارات الاجتماعية ومدى افتقادها	16
الرابع	الخوف وعدم الثقة	16
	المجموع	68

تقنين المقياس:

تم حساب معاملات الصدق والثبات في الدراسة الحالية على عينة قوامها (42) طالبة بالمرحلة المتوسطة تتراوح أعمارهن ما بين (12-15) سنة للأسباب الآتية:

1. التأكد من فهم أفراد العينة للمفاهيم والعبارات التي وردت بالمقياس.

2. التأكد من أن المقياس المستخدم في الدراسة يقيس السمة المراد قياسها بالفعل على عينة الدراسة.

3. التأكد من ثبات المقياس على عينة الدراسة.

أولاً: ثبات المقياس: للتحقق من ثبات المقياس لجأت الباحثة إلى نوعين من أنواع الثبات وهما "التجزئة النصفية، ألفا كرونباخ" كما يلي:

جدول (3) القيم التقديرية لمعاملات الثبات لاختبار الشعور بالوحدة النفسية

بطريقتي "التجزئة النصفية، ألفا كرونباخ"

ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية	الأبعاد الفرعية لاختبار الشعور بالوحدة النفسية
0.9347	0.9511	علاقات الصداقة والمودة والحب ومدى افتقادها
0.9436	0.9548	العزلة والتجنب الاجتماعي
0.9605	0.9309	افتقاد الشباب المهارات الاجتماعية
0.9607	0.9695	الخوف وعدم الثقة
0.9873	0.9891	المقياس الكلي

قامت الباحثة بتقنين المقياس على عينة استطلاعية بلغت (30) طالبة معاقة سمعياً بالمرحلة المتوسطة.

(أ) ثبات المقياس:

1. التجزئة النصفية: تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين نصفي الاختبار، معامل الثبات بعد التصحيح بمعادلة سبيرمان براون التصحيحية، كما يوضح الجدول (4).

جدول (4) معاملات ثبات مقياس جودة الحياة بطريقة التجزئة النصفية

الثبات بطريقة التجزئة النصفية		أبعاد جودة الحياة
معامل ارتباط بيرسون بين نصفي الاختبار	معامل الثبات بعد التصحيح بمعادلة سبيرمان براون التصحيحية	
0,58	0,74	جودة الصحة العامة
0,66	0,79	جودة الحياة الاجتماعية والأسرية
0,56	0,76	جودة التعليم
0,69	0,73	جودة الصحة النفسية
0,56	0,63	جودة إدارة الوقت
0,82	0,96	الكلية

اتضح من الجدول (4) أن مقياس جودة الحياة يتمتع بدرجة جيدة من الثبات ويمكن الثقة بنتائجه، حيث بلغ معامل الثبات للاختبار ككل (0,96)، بينما تراوحت معاملات الثبات على أبعاد المقياس بطريقة التجزئة النصفية وباستخدام معادلة سبيرمان براون التصحيحية بين (0,63) و(0,79).

2. معادلة ألفا كرونباخ: تم حساب معامل ألفا كرونباخ للتحقق من الثبات كما يوضح جدول (5)

تم إعداد القيم التقديرية لمعاملات الصدق لبنود المقياس، بطريقة تحليل البنود بالنسبة للدرجات التي حصل عليها أفراد عينة الدراسة بارتباط البند بالمقياس الفرعي (البند الثاني)، كما تم حساب القيم التقديرية لمعاملات الصدق التي حصل عليها أفراد العينة أنفسهم، ارتباط البند بالمقياس الكلي.

- بالنسبة إلى البعد الثالث افتقاد الشباب المهارات الاجتماعية:

تم إعداد القيم التقديرية لمعاملات الصدق لبنود المقياس بطريقة تحليل البنود بالنسبة للدرجات التي حصل عليها أفراد عينة الدراسة بارتباط البند بالمقياس الفرعي (البند الثالث)، كما تم حساب القيم التقديرية لمعاملات الصدق التي حصل عليها أفراد العينة أنفسهم، ارتباط البند بالمقياس الكلي.

- بالنسبة إلى البعد الرابع الخوف وعدم الثقة:

تم إعداد القيم التقديرية لمعاملات الصدق لبنود المقياس بطريقة تحليل البنود بالنسبة للدرجات التي حصل عليها أفراد عينة الدراسة بارتباط البند بالمقياس الفرعي (البعد الرابع)، كما تم حساب القيم التقديرية لمعاملات الصدق التي حصل عليها أفراد العينة أنفسهم ارتباط البند بالمقياس الكلي.

3- مقياس جودة الحياة إعداد (سليمان، 2010)

وصف المقياس: أعد المقياس ليناسب طبيعة البيئة بالمملكة العربية السعودية وُقِن على طلبة بمنطقة تبوك، وهي نفس البيئة والمنطقة التي تطبق فيها الدراسة الراهنة، وتكون المقياس من (50) فقرة موزعة على (5) أبعاد تمثل الرضا عن جودة الحياة وهي: جودة الصحة العامة، جودة الحياة الاجتماعية والأسرية، جودة التعليم، جودة الصحة النفسية وجودة إدارة الوقت، وقد تحقق مؤلف المقياس من ثبات وصدق المقياس على عينة بحثه.

تقنين المقياس على عينة الدراسة الحالية:

تكون البرنامج من (18) جلسة علاجية بمعدل ثلاث جلسات في الأسبوع مدة كل جلسة ساعة واحدة وقد تمتد إلى ساعة ونصف امتدت إلى ستة أسابيع، ووظف في كل جلسة أسلوب معرفي سلوكي.

تحققت الباحثة من الصدق الظاهري للبرنامج بعرضه على خمسة من المحكمين المختصين في علم النفس والعلاج النفسي، لمعرفة آرائهم في مدى مناسبة البرنامج للأهداف والمهارات المستخدمة للتدريب، ومدة تطبيق البرنامج، ثم تم إجراء التعديلات التي طرحها المحكمون والاستفادة من المقترحات التي قدموها للبحث.

1-مصادر بناء البرنامج:

من خلال استعراض الدراسات السابقة والأدبيات السلوكية التي تناولت برامج العلاج النفسي المعرفي السلوكي والبرامج الإرشادية للمعاقين سمعياً مثل كل من: (القوشتي:2002، سالم:2004، أبو السعود:2004، عبد الرحمن،2008)، استعانت الباحثة بهذه البرامج والدراسات في بناء البرنامج الحالي.

2-أسس بناء البرنامج:

- تهيئة جو من الثقة، وتقدير قدرات الطالبات، لبلوغ علاقة علاجية قوية، مما انعكس إيجابياً على استعداد الطالبات للمشاركة بالأنشطة في الجلسات العلاجية وأداء الواجبات المنزلية.
- الحرص على إعادة عرض فنيات العلاج بأكثر من طريقة وعدم الانتقال من نقطة إلى أخرى إلا بعد التأكد من انتهاء النقطة الأولى.
- الاستفادة من فنيات العلاج الجماعي من خلال مساعدة الطالبات على التحسن في إطار جماعي، والشعور بمشاركة الآخرين نفس الكرب والضيق وإبراز بعض النجاحات لبعض الحالات.
- مناقشة الطالبات فيما تم التدريب عليه أثناء الجلسة العلاجية، وطلب ملخص منهن عقب الانتهاء من

جدول (5) معاملات ثبات مقياس الاغتراب النفسي بطريقة ألفا كرونباخ

البيانات بطريقة ألفا كرونباخ	ابعاد جودة الحياة
0.78	جودة الصحة العامة
0.65	جودة الحياة الاجتماعية والأسرية
0.67	جودة التعليم
0.66	جودة الصحة النفسية
0.75	جودة إدارة الوقت
0.94	الكلية

اتضح من الجدول (5) أن المقياس يتمتع بدرجة جيدة من الثبات حيث بلغ معامل الثبات الكلي للمقياس (0.94) وهو معامل ثبات مرتفع، كما تراوحت معاملات الثبات على أبعاد المقياس (0.65)، (0.78) وهي معاملات ثبات مقبولة، مما يعنى أن الاختبار ثابت فيما يعطي من نتائج.

(ب) صدق المقياس:

1. صدق المحكمين: تم عرض الصورة الأولية لمقياس جودة الحياة على (5) محكمين، من أعضاء هيئة التدريس في مجال علم النفس التربوي والتربية الخاصة والإرشاد النفسي، لإبداء آرائهم في صلاحية المقياس للبيئة السعودية ولعينة البحث ومدى انتماء العبارات إلى مجالاتها، وانتماء المجالات لقياس جودة الحياة.

2-حساب الاتساق الداخلي: تم حسابه للأبعاد الخمسة والمقياس الكلي لطريقة الاتساق الداخلي بدلالة إحصائيات الفقرة، وقد كانت قيمة ألفا المحسوبة للمحاور الفرعية وللمقياس الكلي على النحو التالي: جودة الصحة العامة (0.78)، جودة الحياة الاجتماعية والأسرية (0.65)، جودة التعليم (0.67)، جودة الصحة النفسية (0.66)، جودة إدارة الوقت (0.75)، وتشير قيم ألفا للأبعاد إلى أنه يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي ضمن البعد الواحد.

4-البرنامج المقترح: (إعداد الباحثة)

الخاطئ الذي يلازمهن، المتمثل في العزوف عن المشاركات الاجتماعية.

5- الحدود الإجرائية للبرنامج:

- **الحدود الزمنية:** تم تنفيذ البرنامج على مدى ستة أسابيع، بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً، بمجموع (18) جلسة جماعية، استغرقت كل جلسة من ساعة إلى ساعة ونصف تقريباً.
- **الحدود البشرية:** تم تنفيذ البرنامج على عينة من طالبات المرحلة المتوسطة المعاقات سمعياً بمدينة تبوك، قوامها (30) طالبة ممن تراوحت أعمارهن بين (12: 15) سنة، تم تقسيمهن بالتساوي إلى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة.

6- إجراءات التطبيق:

تم تقييم البرنامج عن طريق القياس القبلي أي قبل تطبيق إجراءات البرنامج حيث تم تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية ومقياس جودة الحياة على عينة من الطالبات المعاقات سمعياً بالمرحلة المتوسطة بمدينة تبوك، وعن طريق القياس البعدي أي بعد انتهاء البرنامج طبقت نفس الأدوات على نفس العينة.

المتابعة:

تعني المعرفة العلمية المنظمة لمدى الثبات والاستمرار في تحسن الأعراض النفسية والسلوكية والذهنية التي حدثت لأفراد العينة التجريبية بعد فترة زمنية (شهر) من البرنامج العلاجي (التطبيق التبعي).

وهي جلسة متابعة هدفها التأكد من ثبات التحسن وتحديد نسبة التقدم ومدى استفادة الطالبة بالمرحلة المتوسطة المعاقة سمعياً من البرنامج التدريبي وتعزيز التغييرات الإيجابية في سلوكها منعا من انتكاسها، وتقديم العون للجوانب الأخرى التي هي في حاجة إلى مساعدة لتعزيز الثبات.

ممارسة التدريب على كل فنية من الفنيات المستخدمة خلال الجلسات لبلوغ الاستبصار الذاتي لديهن.

- استخدام أسلوب التشجيع من الباحثة للطالبات عندما تأتي إحداهن بالاستجابة المناسبة، وأداء التدريب بكفاءة.
- مراعاة اشتغال البرنامج على أنشطة ترويحية أو فترات انتقالية للتخفيف من وطأة الضغط النفسي والتخفيف عن الطالبات بما يتلاءم مع طبيعة الجلسات وطبيعة شخصية الطالبات ودرجة تجاوبهن مع الباحثة لكسر حاجز الريبة ودعم علاقات الثقة والود على مدار الجلسات.
- استخدام أسلوب الواجبات المنزلية للتأكد من نجاح التدريب داخل الجلسة وقيام الطالبات بالمشاركة النشطة.

3-أهداف البرنامج:

هدف البرنامج إكساب الطالبات المعاقات سمعياً بالمرحلة المتوسطة مجموعة من المهارات السلوكية والمعرفية التي تساعدن على التوافق مع أنفسهن ومع البيئة التي يعشن فيها، لخفض شعورهن بالوحدة النفسية والتنفيس عن الانفعالات المكبوتة المصاحبة لها والاستبصار بها، وتحسين مستوى جودة الحياة لديهن.

4- الأساليب والفنيات المستخدمة في البرنامج:

تم استخدام الفنيات الآتية: (وقف الأفكار- إعادة البناء المعرفي- التعريض ومنع الاستجابة- التحصين التدريجي- صرف الانتباه- لعب الدور- قلب الدور- المناظرة والحوار- التعزيز- الاسترخاء والتدريب على التنفس- تقليل الحساسية التدريجي- أسلوب المحاضرة- أسلوب المناقشة الجماعية- الواجبات المنزلية)، بهدف تعديل الأفكار والمعتقدات الخاطئة التي تعلق في ذهن الطالبات عن الشعور بالوحدة النفسية وتعديل السلوك

(د) الأساليب الإحصائية:

سعت الباحثة لاختبار صحة فروض الدراسة الحالية، فاعتمدت على حزمة البرامج الإحصائية المعروفة بـ SPSS، وذلك في التعامل مع البيانات التي تم الحصول عليها من الدراسة الميدانية، وركز البحث على بعض المعاملات الإحصائية المفيدة بالنظر إلى طبيعة البحث التجريبي، خاصة المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، اختبار "T.Test" لدلالة الفروق بين المتوسطات باستخدام المعادلة للمجموعات الصغيرة المترابطة وغير المترابطة.

نتائج الدراسة

الفرض الأول نص على: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في الدرجة الكلية لمقياس الشعور بالوحدة النفسية ومقياس جودة الحياة بين طالبات المرحلة المتوسطة المعاقات سمعياً (العينة التجريبية) وطالبات المرحلة المتوسطة المعاقات سمعياً (العينة الضابطة) بعد تطبيق البرنامج الذهني السلوكي لصالح المجموعة التجريبية.

للتحقق من صحة هذا الفرض عولجت استجابات أفراد المجموعتين (التجريبية والضابطة) باستخدام الإحصاء اللابارامترى (مان ويتي "U") للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية، والجدول (6) يوضح النتائج

جدول (6) لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية

والضابطة بعد تطبيق البرنامج

والفائدة منها إشعار الطالبة بأن الباحثة لا تزال مهتمة بها بعد انتهاء البرنامج، وأنها لم تتخل عنها، وأنها سوف تظل سندا لها في تقديم العون عندما يتطلب الأمر ذلك.

إجراءات اتخذتها الباحثة لتسهيل عملية التطبيق:

1. طلبت الباحثة من مديرة المدرسة ترشيح أخصائية أو معلمة من الذين يجيدون لغة الإشارة.
2. جلوس الباحثة مع الأخصائية لشرح الفكرة العامة للأدوات وطريقة تطبيقها والاستجابة لها.
3. أعطت الباحثة للأخصائية أدوات البحث لكي تقرأ كل عبارة لتتأكد من مدى قدرتها على تقديم وترجمة كل عبارة من عبارات الأدوات إشارياً للطالبات المعاقات سمعياً.
4. تم توزيع الطالبات المعاقات سمعياً داخل الفصل بحيث لا تجلس طالبتان على كرسي واحد، وذلك حتى لا تتقل الطالبة إجابة زميلتها، مع التأكيد للطالبات المعاقات سمعياً أنه ليس هناك إجابة صحيحة أو خاطئة وأن هذه الأدوات ليست اختباراً والهدف منها هو البحث العلمي.
5. تم توزيع الأدوات على الطالبات المعاقات سمعياً بشكل جماعي.
6. تم الطلب من المعاقات سمعياً أن يفتحن الورقة الأولى ثم قامت الأخصائية بجذب انتباه الطالبات إليها، شرحت لهن التعليمات وطريقة الاستجابة على الفقرات.
7. قامت الأخصائية بترجمة العبارة الأولى إشارياً وطلبت من المعاقات سمعياً الإجابة عنها.
8. بعد التأكد من أن الطالبات أجبن عن العبارة الأولى، تم جذب انتباههن مرة أخرى ومن ثم ترجمة العبارة الثانية إشارياً، وبالتالي قامت الطالبات بالإجابة عنها، وهكذا تستمر ترجمة العبارات حتى الانتهاء من الإجابة عن الأدوات.

الدلالة	قيمة U	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	المجموعة	الأبعاد الفرعية	
*0.019	2.34-	110	9.17	15	التجريبية	علاقات الصداقة والمودة والحب ومدى افتقادها	مقياس الشعور بالوحدة النفسية
		190	15.83	15	الضابطة		
***0.001	3.77-	85	7.08	15	التجريبية	العزلة والتجنب الاجتماعي	
		215	17.92	15	الضابطة		
***0.001	3.3-	93	7.75	15	التجريبية	افتقاد الشباب للمهارات الاجتماعية	
		207	17.25	15	الضابطة		
***0.001	3.35-	92.5	7.71	15	التجريبية	الخوف وعدم الثقة	
		207.5	17.29	15	الضابطة		
***0.001	3.67-	86.5	7.21	15	التجريبية	المجموع	
		213.5	17.79	15	الضابطة		
*0.01	4.160	222	18.50	15	التجريبية	جودة الحياة الصحية	مقياس جودة الحياة
		78	6.5	15	الضابطة		
*0.01	3.79-	155	15.5	15	التجريبية	جودة الحياة الأسرية	
		55	5.5	15	الضابطة		
*0.01	4.18	223	18.67	15	التجريبية	جودة الحياة التعليمية	
		73	5.76	15	الضابطة		
*0.01	3.69-	156	15.76	15	التجريبية	جودة الحياة النفسية	
		54	5.33	15	الضابطة		
*0.01	4.32	224	19.45	15	التجريبية	جودة إدارة الوقت	
		78	7.18	15	الضابطة		
*0.01	4.33	224	19.88	15	التجريبية	المجموع	
		78	7.23	15	الضابطة		

كما وفر البرنامج الإرشادي الجمعي فرصاً للتعبير عن المشاعر السلبية التي تحملها الطالبات، وهذا غير متوفر دائماً في مواقف الحياة العامة، وكذلك أتاح البرنامج الإرشادي فرصاً للحوار المنطقي والنقاش والتعبير عن الأفكار، وزيادة القدرة على توكيد الذات والثقة بالنفس.

ولاحظت الباحثة التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية حيث أصبحت طريقة الحوار والنقاش أكثر فاعلية في إظهار أفكارهن ومشاعرهن ومخاوفهن من الشعور بالوحدة النفسية. وانفتحت نتائج هذا الفرض مع ما توصلت إليه نتائج الدراسات السابقة في خفض الشعور بالوحدة النفسية عن طريق البرنامج الإرشادي مثل دراسة كل من: (على:2012، عبد الرحمن:2008، سالم:2004، أبو السعود:2004، القوشنتي:2002).

بينت البيانات في الجدول (6) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين المجموعتين التجريبية والضابطة على الدرجة الكلية لمقياس الشعور بالوحدة النفسية ومقياس جودة الحياة، لصالح المجموعة التجريبية والأبعاد الفرعية.

كما أشارت نتائج الفرض الأول إلى فاعلية البرنامج الذهني السلوكي في خفض الشعور بالوحدة النفسية للمجموعة التجريبية من طالبات المرحلة المتوسطة المعاقات سمعياً بمدينة تبوك، من خلال استخدام فنيات وأساليب العلاج الذهني السلوكي بهدف تعديل الأفكار والمعتقدات الخاطئة التي تعلق في ذهن الطالبة عن الشعور بالوحدة النفسية وتعديل السلوك الخاطئ الذي يلزم الطالبة.

ثانياً: الفرض الثاني نص على أنه: توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى (0.05) في الدرجة الكلية لمقياس الشعور بالوحدة النفسية ومستوى جودة الحياة بين طالبات المرحلة المتوسطة المعاقات سمعياً (العينة التجريبية) قبل وبعد تطبيق البرنامج الذهني السلوكي لصالح القياس البعدي.

للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (ويلكسون) لدلالة الفروق بالنسبة إلى المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده وذلك على الأبعاد الفرعية لمقياس الشعور بالوحدة النفسية والأبعاد الفرعية لمقياس جودة الحياة والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (7) نتائج (Z) لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية

الأبعاد الفرعية	الأداء	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	الدلالة	
مقياس الشعور بالوحدة النفسية	علاقات الصداقة والمودة والحب ومدى افتقادها	قبلي	رتب سالبة	4.25	8.5	-2.39	*0.016
	بعدي	رتب موجبة	6.95	69.5			
العزلة والتجنب الاجتماعي	قبلي	رتب سالبة	5	5	-2.66	**0.008	
	بعدي	رتب موجبة	6.64	73			
افتقاد الشباب المهارات الاجتماعية	قبلي	رتب سالبة	2	6	-2.59	**0.01	
	بعدي	رتب موجبة	8	72			
الخوف وعدم الثقة	قبلي	رتب سالبة	4	4	-2.59	**0.01	
	بعدي	رتب موجبة	6.2	62			
المجموع	قبلي	رتب سالبة	3	6	-2.58	**0.01	
	بعدي	رتب موجبة	7.2	72			
مقياس جودة الحياة	جودة الحياة الصحية	قبلي	رتب سالبة	6.50	78	3.069	*0.0026
	بعدي	رتب موجبة	0	0			
جودة الحياة الأسرية	قبلي	رتب سالبة	5,5	55	-2,8	*0,05	
	بعدي	رتب موجبة	0	0			
جودة الحياة التعليمية	قبلي	رتب سالبة	1	1	-2.75	*0.0042	
	بعدي	رتب موجبة	104	8			
جودة الحياة النفسية	قبلي	رتب سالبة	1.8	3.5	-2.21	*0.0026	
	بعدي	رتب موجبة	8.5	102			
جودة إدارة الوقت	قبلي	رتب سالبة	0	0	-3.14	*0.0017	
	بعدي	رتب موجبة	105	7.5			
المجموع	قبلي	رتب سالبة	1	1	-2.75	*0.0042	
	بعدي	رتب موجبة	104	8			

وهذا يشير إلى صحة الفرض الأول، فالمعاق سمعياً كما أشار كل من: (عزيز، 2003: 585، & Hallahan, 2003) يعيش في محنة لأنه لا يستطيع أن يعبر عن ذاته؛ كما أنه يكون مصدر حيرة وريبة للآخرين؛ لأنهم لا يعون فحوى رسالته، وبالتالي لا يدركون ما يدور في خلجات نفسه. وبسبب صعوبات التواصل اللفظي الضرورية لإقامة علاقات اجتماعية يحاول المعاق سمعياً تجنب مواقف التفاعل الاجتماعي الجمعي، ويميل إلى موقف التفاعل الفردي، وبصفة عامة يميل إلى عدم المشاركة أو الانتماء إلى الآخرين، وبسبب انعزاله يسير النضج الاجتماعي لديه بمعدل أبطأ من الشخص العادي، مما يؤدي إلى ظهور مشكلات سلوكية لديه.

مجتمعه، فإن مستوى فاعلية الذات لديه سيكون مرتفعاً، وبالتالي يؤثر على مستوى الأهداف التي يضعها لنفسه وفي قدرته على المثابرة من أجل تحقيق تلك الأهداف مما يؤثر على مستوى طموحه المهني في المستقبل.

لذا فالأصح كما أشار (بدر، 2012) قد تكون له نفس متحفزة لتحقيق طموحاته باستغلال قدراته، ومواجهة المعوقات التي تقابله، ومحاولة الوصول إلى أهدافه المنشودة، ويتم ذلك بالتعويض الإيجابي للعجز التواصلي لديه.

ثالثاً: الفرض الثالث نص على: توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين طالبات المرحلة المتوسطة المعاقات سمعياً في الدرجة الكلية لمقياس الشعور بالوحدة النفسية ومقياس جودة الحياة في القياسين (البعدي والتتبعي) لصالح القياس التتبعي.

للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (ويلكسون) لدلالة الفروق بين طالبات المرحلة المتوسطة المعاقات سمعياً في الدرجة الكلية لمقياس الشعور بالوحدة النفسية ومقياس جودة الحياة في القياسين (البعدي والتتبعي) والجدول (8) يوضح النتائج:

جدول (8) نتائج (Z) لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية

تشير البيانات في الجدول (7) إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين التطبيق القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لصالح التطبيق البعدي.

أشارت نتائج الفرض الثاني إلى أهمية البرنامج الإرشادي المعتمد على أسلوب العلاج الذهني السلوكي الجمعي في تخفيف الشعور بالوحدة النفسية وتحسين مستوى جودة الحياة لدى طالبات المرحلة المتوسطة المعاقات سمعياً، فخدمات الإرشاد والمساندة يجب تقديمها بمجرد تشخيص الإعاقة السمعية لدى الطفل كما أشار كل من : (Mikkelsen, 2001، كامل وسليمان، 2007: 21) وخاصة المساندة النفسية، والتعاون بين المرشدين والأسرة، وإمداد الآباء بمعلومات حول ضعف السمع، والمعينات السمعية، وتعليم لغة الإشارة، والخدمات العامة المتاحة، والبرامج التربوية، ونمو الطفل، وأساليب التواصل المختلفة معه.

إن الأسرة هي الوحدة الاجتماعية الأولى التي يحتك بها الطفل منذ ولادته، كما أنها تعد المكان الأول الذي تنمو فيه أنماط التنشئة الاجتماعية التي تشكل الميلاد الثاني في حياة الطفل، أي تكوينه كشخصية اجتماعية ثقافية تنتمي إلى مجتمع بعينه، فالشخص الذي يعاني من الإعاقة السمعية يشعر بالنقص وفقدان الثقة وضعف في الكفاية الشخصية كما أشار (بدر: 2012) مما يضطره إلى الانزواء وعدم الاختلاط بالآخرين، وبالتالي يعبر عن إحساسه بالنقص والضعف عبر منافذ متباينة كالعذوان أو الانطواء أو الخجل.

كما أن لإدراك الطفل الذي يعاني من فقد للسمع لقدراته وإمكاناته دوراً كبيراً في تفاعله مع المجتمع الذي يعيش فيه، فإن كان المعاق يرى نفسه أن هذا الاضطراب يقلل من قدرته على التعامل والتفاعل مع المجتمع المحيط به، فإن مستوى فاعلية الذات لديه سيكون منخفضاً، أما إذا كان يرى أن هذه الإعاقة لا تمثل عقبة أمامه في القيام بواجبه والتفاعل مع

الدلالة	قيمة z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الأداء	الأبعاد الفرعية	
0.719	0.359-	20.5	5.13	تتبعي	علاقات الصداقة والمودة والحب ومدى افتقادها	الشعور بالوحدة النفسية
		15.5	3.88	بعدي		
1	0.00	22.5	5.63	تتبعي	العزلة والتجنب الاجتماعي	
		22.5	4.5	بعدي		
0.159	1.409-	14	3.5	تتبعي	افتقاد الشباب المهارات الاجتماعية	
		41	6.83	بعدي		
0.159	1.55-	7	7	تتبعي	الخوف وعدم الثقة	
		29	4.14	بعدي		
0.108	1.605-	15	5	تتبعي	المجموع	
		51	6.38	بعدي		
0.73	0.21-	104	8.8	تتبعي	جودة الحياة الصحية	مقياس جودة الحياة
		102	8.5	بعدي		
0.58	2.07-	0	0	تتبعي	جودة الحياة الأسرية	
		15	3	بعدي		
0.73	0.21-	104	8.8	تتبعي	جودة الحياة التعليمية	
		102	8.5	بعدي		
0.58	0.14-	7.9	106	تتبعي	جودة الحياة النفسية	
		7.5	105	بعدي		
0.73	0.21-	104	8.8	تتبعي	جودة إدارة الوقت	
		102	8.5	بعدي		
0.66	0.75-	8	104	تتبعي	المجموع	
		8	104	بعدي		

(الزريقات، 2003: 511) فهي تؤثر على مظاهر النمو اللغوي والنفسي والاجتماعي والمعرفي والتحصيل الأكاديمي، فوجود طفل معاق سمعياً في الأسرة يترتب عليه كثير من التحديات التي تواجه الأسرة، والضغوط النفسية التي عليها أن تتعامل معها.

فالتعرف على الصم غالباً ما يأتي نتيجة مرحلة طويلة من الصعوبات الانفعالية التي ربما لا تقف عند حد ما أو عمر معين، ففي كل مرحلة عمرية يمر بها الطفل المعاق سمعياً نجد أن ردود الفعل الانفعالية تفرض على الأسرة ضغوطات نفسية تؤثر فيها.

يتضح من الجدول (8) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين التطبيقين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس الشعور بالوحدة النفسية ومقياس جودة الحياة، مما يشير إلى استقرار إثر البرنامج.

ويعود ذلك إلى البرنامج المستخدم الذي اعتمد على فنيات النظرية الذهنية السلوكية، إذ يتصف بالشمولية، وتنوع الفنيات في الجلسات الإرشادية وتميزها بالدينامية والوظيفية، إذ أثرت في شخصية الطالبات إيجابياً.

فبالرغم من أثر الإعاقة السمعية على المظاهر النمائية المختلفة لدى الأفراد المعاقين سمعياً كما أوضح

يمتد إلى الناحية المعرفية ويخاطب الأفكار، مما يؤدي إلى استمرار تأثير هذا النوع من الإرشاد.

توصيات الدراسة:

في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة، توصي الباحثة بما يلي:

١- تقبل المعاق كما هو من كل المحيطين به؛ الأسرة والمجتمع والأصدقاء والمدرسة... إلخ، حتى ينعكس ذلك بصورة إيجابية على تقليل شعوره بالوحدة النفسية.

٢- الاهتمام بالمعاقين سمعياً وتقديم جميع المساعدات الممكنة التي تجعلهم يدركون أنهم كيانات أساسية في وجدان المجتمع، فقد بين (Shalock, 2004) أن تحسين جودة الحياة لدى المعاقين يعتمد بالأساس على نشر مفهوم جودة الحياة، وأن تحسين جودة الحياة هدف واقعي يمكن تحقيقه لكافة الأفراد المعاقين، وهذا ما قد يؤدي إلى التغلب على العقبات وتذليل الصعوبات، كما أن خفض بعض التناقضات بين الفرد وبيئته يعمل على تحسين جودة حياته.

٣- تقديم الخدمات النفسية للمعاقين بصفة عامة والمعاقين سمعياً بصفة خاصة، من حيث البرامج الإرشادية اللازمة لتقليل شعورهم بالوحدة النفسية وكذلك تحسين جودة الحياة لهم. فقد أكد (Michael, 2003) على أهمية الخدمات التي يقدمها المجتمع للمعاقين، لأن هذا الدعم النفسي والاجتماعي الذي يتلقاه المعاق يؤثر بصورة جوهرية على مستوى جودة الحياة لديه، كما اتفق كل من: (Albertini, 2004، Smith, 2002، Berg, 2005، عبد القادر، 2005) على أنه يمكن تحسين جودة الحياة لدى المعاقين من خلال تقديم بعض البرامج التي تعمل على زيادة مشاركتهم في أنشطة الحياة اليومية وتكسيبهم مهارات خاصة للحد من تأثير الإعاقة.

كما أكد (القريطي، 2005) أن الإعاقة السمعية بدورها تؤدي إلى إعاقة النمو الاجتماعي للطفل؛ حيث تحد من مشاركاته وتفاعلاته مع الآخرين واندماجه في المجتمع؛ مما يؤثر سلباً على توافقه الاجتماعي، وعلى مدى اكتسابه المهارات الاجتماعية الضرورية واللازمة لحياته في المجتمع، كما تعوق نموه الانفعالي والعاطفي.

لذا لا بد من الاهتمام بالأسرة، والأم على وجه الخصوص؛ حيث إن لها الدور الأعظم في مجرى تكوينه، ونموه كما أشارت إلى ذلك دراسات كثيرة (Margalit, 2006، كامل، 2010: 57).

فالطفل على مسؤولية الأم في سنوات عمره الأولى، مما يوجب الاهتمام بإرشاد وتوعية الأم للتعامل مع طفلها ضعيف السمع كي يستطيع أن يواجه المتغيرات والتحديات الحديثة، وأداء الأعمال المطلوبة منه على أكمل وجه.

فهذه المهارات تحقق له التعايش الناجح، والتكيف والمرونة، والنجاح في حياته العملية والشخصية، حيث تتعدد هذه المهارات وتتنوع لتشمل جميع مجالات الحياة.

ويشير عدم وجود فروق دالة إحصائية بين التطبيق البعدي والتتبعي إلى فاعلية البرنامج المستخدم في الدراسة وامتداد أثره بعد مرور فترة زمنية من انتهاء الجلسات، حيث إن تدريب الطالبات على طرق التعامل مع المواقف المثيرة للشعور بالوحدة النفسية وتحسين جودة الحياة بأساليب واقعية وعلمية، وما تضمنه البرنامج من خطة عملية تفاعلية موجهة، نحو تغيير التفكير والمشاعر والسلوك، على مستوى الوعي، إذ ساعدت الطالبات على التعبير عن أنفسهن دون خوف أو تردد وعن خبراتهن والمواقف الحياتية بهدف تغيير معتقداتهن وأفكارهن ومشاعرهن وتصرفاتهن، أي إن العلاج الذهني السلوكي ليس علاجاً للناحية السلوكية، والجسمية، وإنما

المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

1. أبو حمزة، عيد. (2003). دراسة لبعض متغيرات الشخصية لدى عينة من مرضى الطنين والدوار، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة طنطا، طنطا، جمهورية مصر العربية.
2. أبو السعود، شادي. (2004). فعالية برنامج إرشادي في خفض مستوى الاغتراب لدى المراهقين ضعاف السمع، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
3. أبو سريع، أسامة، ومحمد أنور، عبير، وإسماعيل مرسى، صفاء. (2006). أثر برنامج تنمية المهارات الحياتية في تجويد جودة الحياة لدى تلاميذ مدارس التعليم العام بالقاهرة 19 ديسمبر، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان.
4. أبو مصطفى، نظمي. (2000). المدخل إلى التربية الخاصة، مكتبة الشهداء، غزة، فلسطين.
5. عبد القادر، أشرف. (2005). تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الإعاقة.
6. إمام، شاهين. (2000). أضواء على الحديث في رعاية وتأهيل وتعليم المعوقين سمعياً، ندوة الاتجاهات المعاصرة في التعليم والتأهيل المهني للمعوقين سمعياً، وزارة المعارف، الرياض، المملكة العربية السعودية.
7. البشر، سعاد، والقعشان، حمود. (2007). إدراك الأبناء السلبي للمعاملة الوالدية وعلاقته بكل من القلق والاكتئاب، مجلة العلوم الاجتماعية، مجلد 35(3)، جامعة الكويت، الكويت.
8. البهادلي، عبد الخالق نجم، وكاظم، علي مهدي. (2006). جودة الحياة لدى طلبة الجامعة العمانيين والليبيين، دراسة ثقافية مقارنة، ندوة علم النفس وجودة الحياة 19 ديسمبر، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان.
9. الجبالي، حسني. (2002). العميان والصم بين العظمة والاضطهاد، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
10. الخطيب، جمال. (2002). مقدمة في الإعاقة السمعية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية.
11. الدسوقي، مجدي. (2007). دراسات في الصحة النفسية، المجلد الأول، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
12. الزريقات، إبراهيم. (2003). الإعاقة السمعية، دار وائل للطباعة والنشر، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية.
13. القريطي، عبد المطلب. (2005). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، دار الفكر العربي، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
14. القوشتي، صفاء. (2002). مدى فاعلية برنامج يستخدم اللعب لتخفيف حده السلوك الانطوائي لدى الأطفال ضعاف السمع، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
15. المخلافي، صادق. (2005). فعالية برنامج إرشادي في تنمية بعض المهارات الشخصية والاجتماعية لدى عينة من الأطفال الصم في الجمهورية اليمنية، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
16. المشهداني، خنساء عبد القادر محمود. (2004). بناء برنامج إرشادي لخفض الشعور بالوحدة النفسية لدى طالبات المرحلة الإعدادية، رسالة ماجستير، تربية ابن رشد، جامعة بغداد، العراق.
17. بدر، إسماعيل. (2012). البحث العلمي في مجال الإعاقة السمعية- نموذج كلية التربية- جامعة بنها،

- وتأثير بعض المتغيرات عليها، مجلة رسالة الخليج، العدد 117، المملكة العربية السعودية.
26. طوسون، حسام الدين. (2003). فاعلية استخدام برنامج خدمة الجماعة للتخفيف من حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى تلاميذ وتلميذات الصف الخامس الابتدائي، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
27. عبد الرحمن، سعيد. (2008). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين التقبل الاجتماعي لدى المراهقين ضعاف السمع، رسالة دكتوراه، جامعة بنها، كلية التربية، جمهورية مصر العربية.
28. عبد الظاهر، عبد الله. (2008). فاعلية برنامج قائم على استراتيجيات ما وراء المعرفة في خفض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب كلية التربية بأسسيوط في ضوء نموذج ويلز وماتثيوس، رسالة دكتوراه، جامعة أسسيوط، كلية التربية، أسسيوط، جمهورية مصر العربية.
29. عبد الغفار، أحلام. (2003). الرعاية التربوية للصم والبكم وضعاف السمع، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
30. عبد الفتاح، السيد، وحسين، فوقيه أحمد، ومحمد حسين، حسين. (2006). العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم بمحافظة بني سويف، وقائع المؤتمر العلمي الرابع: دور الأسرة ومؤسسات المجتمع -المدني في اكتشاف ورعاية ذوي الحاجات الخاصة كلية التربية جامعة بني سويف، 3-4 مايو، جمهورية مصر العربية.
31. عبد القادر، أشرف أحمد. (2005). تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الإعاقة، ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر العلمي الثاني للصم وضعاف السمع، مجمع التربية السمعية، 1-3 مايو، قطر.
18. تفاحة، جمال. (2006). سلوك الغضب لدى الأطفال الصم المدمجين وغير المدمجين وأثر برنامج إرشادي معرفي/ سلوكي في تعديله، مجلة البحث في التربية وعلم النفس بجامعة المنيا، المجلد 19(3)، المنيا، جمهورية مصر العربية.
19. جبر، جبر محمد. (2005). علم النفس الإيجابي، ورقة عمل منشورة في وقائع المؤتمر العلمي الثالث للإيماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق، جمهورية مصر العربية.
20. جودة، أمل. (2005). الشعور بالوحدة النفسية وعلاقتها بمفهوم الذات لدى الأطفال في محافظة غزة، المؤتمر التربوي الثاني، كلية التربية، الجامعة الإسلامية.
21. حنفي، علي. (2003). مدخل إلى الإعاقة السمعية، أكاديمية التربية الخاصة، الرياض، المملكة العربية السعودية.
22. رجب، مصطفى. (2008). فاعلية بعض فنيات تعديل السلوك في تخفيف أعراض النشاط الزائد لدى المعاقين سمعياً، رسالة ماجستير، جامعة المنوفية، كلية التربية، جمهورية مصر العربية.
23. سالم، سري. (2004). فاعلية برنامج إرشادي في تحسين التوافق النفسي لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، رسالة دكتوراه، جامعة الزقازيق، كلية التربية، بنها، جمهورية مصر العربية.
24. سليمان، عبد الرحمن. (2003). الإعاقة السمعية، دليل الآباء والأمهات، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
25. سليمان، شاهر خالد. (2010). قياس جودة الحياة لدى عينة من جامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية

39. كامل، سهير، وسليمان، سليمان. (2007). تنشئة الطفل بين النظرية والتطبيق، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.
40. كامل، سهير. (2010). التوجيه والإرشاد النفسي للصغار، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.
41. مبارك، خلف. (2004). العلاج السلوكي الشمولي الأسرى المكثف لاضطراب الوسواس القهري المصحوب باضطرابات انفعالية أخرى في الطفولة المتأخرة "دراسة حالة"، جامعة المنيا، مجلة كلية التربية المجلد 17(2)، المنيا، جمهورية مصر العربية.
42. مجدي، حنان. (2009). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكر، رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق، الزقازيق، جمهورية مصر العربية.
43. مصطفى، ناجية. (2004). فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
44. منصور، السيد. (2003). اتجاهات الطلاب الصم نحو إعاقتهم السمعية: دراسة مقارنة بين العاملين منهم وغير العاملين، دراسات نفسية صادرة عن رابطة الأخصائيين المصرية مجلد 3(2)، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- ثانياً: المراجع الأجنبية:
45. Albertini, G., (2004). Quality Of Life of Persons with Intellectual Disabilities An On-Going Study, Journal Of Intellectual Disability Research, (48) 464- 499.
- تطوير الأداء في مجال الإعاقة، مكتب التربية العربي لدول 16 فبراير، الرياض، المملكة العربية السعودية.
32. عبد الله، عادل. (2004). الإعاقات الحسية، دار الرشد، الطبعة الرابعة، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
33. عزب، حسام الدين محمود. (2004). برنامج إرشادي لخفض الإكتئابية وتحسين جودة الحياة لدى عينة من معلمي المستقبل، التعليم للجميع، التربية وآفاق جديدة في تعليم الفئات المهمشة في الوطن العربي، 28-29 مارس.
34. عزيز، مجدي. (2003). مناهج تعليم ذوي الحاجات الخاصة في ضوء المتطلبات الإنسانية والاجتماعية والمعرفية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
35. علي، ولاء. (2012). فعالية التدريب على السلوك التوكيدي في رفع جودة الحياة النفسية لدى طالبات الجامعة من المعاقات سمعياً، المؤتمر العلمي الثاني للصم وضعاف السمع، مجمع التربية السمعية، قطر.
36. عيسى، مراد، وخليفة، وليد. (2007). كيف يتعلم المخ الأصم "النظرية والتطبيق"، سلسلة كيف يتعلم المخ ذو الاحتياجات الخاصة، دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.
37. غنيم، عادل. (2006). التقبل الاجتماعي وعلاقته بالشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين المعاقين سمعياً، مجلة دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، مجلد 16(50)، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
38. فرج، صفوت، والبشر، سعاد. (2002). المقارنة بين كل من العلاج السلوكي بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة وبين العلاج الدوائي لمرضى الوسواس القهري، مجلة دراسات نفسية مجلد 12(2)، القاهرة، جمهورية مصر العربية.

53. Hallahan, D. and Kauffman, J, (2003). **Exceptional learners, introduction to special education.** Allyn and Bacon.
54. Margalit, M, (2006). **Mother's stress, resilience and intervention,** European journal of special need education, (21) 3, 269-283.
55. McLean. P, (2001).**Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive Compulsive disorder.** Journal of consult psychology. April, (14), 69-205.
56. Mikkelsen, U, (2001). **Support service in Denmark for parent of children who are deaf or hard of hearing,** a National survey paper presented, at 3rd international congress of pediatric audiology, Copenha.
57. Morres, D, (2001). **Educating the deaf.** Houghton Mifflin Company. Boston, MA.
58. Rufer, M., Fricke, S., Moritz, S., Kloss, M., and Hand, I., (2006). **Find more like this symptom dimensions in obsessive-coproduction of cognitive-behavior therapy outcome.** Act psychiatric Scandinavia, 113(5), 440-444.
59. Rokach, A, (2004): **Loneliness the and now:** Reflections on social and emotional alienation in everyday life, Current Psychology, (23)1, 24-40.
46. Berg, O, (2005). **Improving The Quality Of Life For Blind Adolescence,** United Nation Center For Human Settlements.
47. Bishop, M., Martha, H., Chapin, and Susan, M, (2008). **QoL Assessment in the Measurement of Rehabilitation out com.** Journal of Rehabilitation. 74(2) 45-0.
48. Bognar, G, (2005). **The concept of Quality of life.** Journal social theory and practice, 3(4) 561.
49. Bradburg, C, (2005). **Examination of the relationship between obsession beliefs and cognitive flexibility in Obsessive Compulsive Disorder.** DAI-B 66/06, Dec. (317) 3398.
50. Bridget, Young, Helen, R, Mary, D, Alla, C, and Kathryn, P, (2007). **QoL study of the health Related QoL of Disabled children.** (49) 660-665.
51. Green, A, (2005). **Symptom reduction in intensive cognitive- behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder:** The Role of Change in Beliefs about the Appraisals of Intrusive Thoughts. (66)6, 409-412 .
52. Guggisberg, K, (2005). **Methodological review and meta-analysis of treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder.** DAI-B (66)2, 1170-1178.

65. Wilson, K., and Chambless, D, (2005). **Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder**. Behavior research and therapy,(43), 1645-1654
60. Shalok, P, (2004). **Need Analysis And Measure Of Quality Of Life Of People Suffering Of Blindness And Deafness**, Revue Francophone De La Deficiency Intellectually (14)1, 5-39.
61. Michael, R, (2003). **The Quality Of Life Instrument**. Clinical Research, 12(2), 246- 257.
62. Smith, R, (2002). **A quality Of Life Interview for the Chronically Mentally Ill Evaluation and Program Planning**, (25) 101-111.
63. Sookman, D., and Steketee, G, (2007). **Directions in specialized cognitive behavior therapy for resistant obsessive-compulsive disorder: Theory and practice of two approaches**". Cognitive and behavioral practice (14), 1-17 .
64. Verdugo, M, (2005). **Factorial Structure of the Quality Of Life Questionnaire in A Spanish Sample of Visually Disabled Adults**, European Journal of Psychological Assessment, (21)1, 44-55 .

