

[٩]

فعالية برنامج تدريبي قائم على استخدام استراتيجيات
إدارة الضغوط النفسية في خفض حدة القلق
لدى الطفل الكفيف

أ.م.د. مروة محمد علي
أستاذ مساعد علم نفس الطفل
كلية التربية للطفولة المبكرة- جامعة الزقازيق

فعالية برنامج تدريبي قائم على استخدام استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية في خفض حدة القلق لدى الطفل الكفيف

أ.م.د. مروة محمد علي*

مستخلص:

استهدف البحث الحالي الكشف فعالية برنامج تدريبي قائم على استخدام استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية في خفض حدة القلق لدى الطفل الكفيف، تكونت عينة البحث من (١٠) أطفال من المكفوفين، و تراوحت أعمارهم ما بين (٩ - ١١) سنوات، وبلغ متوسط أعمارهم ١٠,٢٤ وانحراف معياري ٠,٦١٨، واستخدمت الباحثة الأدوات التالية: مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة (إعداد/ صفوت فرج)، مقياس القلق المعرب، مقياس إدارة الضغوط النفسية (إعداد الباحثة)، برنامج قائم علي استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية للأطفال المكفوفين (إعداد الباحثة)، وأسفرت نتائج البحث عن إنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس القلق للأطفال المكفوفين في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس إدارة الضغوط النفسية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس القلق للأطفال المكفوفين في القياسين البعدي والتتبعي، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس إدارة الضغوط النفسية في القياسين البعدي والتتبعي.

الكلمات المفتاحية: الطفل الكفيف - القلق - استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية.

* أستاذ مساعد علم نفس الطفل - كلية التربية للطفولة المبكرة - جامعة الزقازيق.

Abstract

The current research aimed at detecting the effectiveness of a training programme based on the use of psychological stress management strategies to reduce the anxiety of the blind child. The research sample consisted of 10 blind children, aged between 9 and 11 years, with an average age of 10.24 and standard deviation of 0.618. The researcher used the following tools: Stanford Benet's Fifth Image Metric (Setup/Safut Faraj), Expressive Anxiometer, Psychological Stress Management Metric, Strategic Based Program for Psychological Stress Management for Blind Children (Preparation of the Researcher), the results of the research resulted in: There are statistically significant differences between the average grades of the pilot group's children on the concern scale for blind children in tribal and post measurement in favour of dimensional measurement s grades ", there are statistically significant differences between the average grades of the experimental group children on the scale of psychological stress management in tribal and post measurements in favour of dimensional measurement, There are no statistically significant differences between the average grades of the pilot group's children on the concern scale for blind children in the dimensional and tracking measurements s grades ", there are no statistically significant differences between the average grades of the experimental group children on the psychological pressure management scale of the dimensional and tracking measurements.

Keywords: Blind Child- Anxiety- Psychological Stress Management Strategies.

مقدمة:

يواجه الطفل الكفيف صعوبات فائقة في ممارسة سلوكيات الحياة اليومية أو تنقلاته من مكان لآخر، وذلك نتيجة لفقدان الوسيط الحاس الأساسي اللازم للتعامل مع المثيرات البصرية، ومن ثم التوجه الحركي في الفراغ وهو حاسة الإبصار، مما يدفعه إلى بذل مزيد من الجهد، ويعرضه للإجهاد العصبي والتوتر النفسي والقلق والشعور بانعدام الأمن عموماً، والارتباك تجاه المواقف الجديدة خصوصاً، لا سيما مع تزايد ما تفرضه التغيرات السريعة والمتلاحقة من تعقيدات في الوسط البيئي خارج المنزل ودخله، كما تزداد الآثار النفسية لكف البصر، والتي تتمثل في قلق الطفل الكفيف من مراقبة الآخرين لسلوكه وأنهم يرصدون عليه الأخطاء التي يقع فيها مما يجعله دائم التوتر وأكثر عرضة للقلق وعدم الإحساس بالأمن، وبالتالي فرما يسلك أحياناً سلوكاً غير مقبول من الناحية الاجتماعية ليتفادى الأخطاء التي من المحتمل أن يقع فيها.

كما أن هناك نوعين من القلق يعاني منهما الطفل الكفيف الأول يمكن عزوه إلى نقص ثقته فيما يتعلق بكفاءته الاجتماعية، والثاني يتعلق بعدم قدرته على التكيف مع كف البصر، فالطفل الكفيف عادة ما يشعر أن إعاقته تحجب عن الآخرين تمييز ما يتمتع به من قدرات إيجابية، وأن الإعاقة تنعكس على جميع العلاقات التي يرغب المشاركة فيها (أماني عبد المقصود، ٢٠١٥، ٧٤).

ولذلك فإن القلق من أكثر أنواع الاضطرابات النفسية انتشاراً بين الأطفال المكفوفين، وعادة ما يصاحبه تقييم ذاتي منخفض وخوف من النقد وقد يظهر علي شكل شكوى من احتقان الوجه أو رعشة باليد، أو غثيان أو رغبة شديدة في التبول أو إحمرار الوجه الملحوظ أمام الناس، أو إسقاط بعض الطعام في حال تناول الطعام أمام الناس، و يشكو هؤلاء عادة من قلق عام في حياتهم، وضعف الثقة بأنفسهم، وكذلك من صعوبات في إقامة العلاقات الاجتماعية، أو الحفاظ علي استمرارية هذه العلاقات مع الآخرين (مصطفى فهمي، ٢٠١٧، ١٢١).

ويعد القلق القاتل الصامت مصدر يستنزف طاقة الطفل الكفيف، الأمر الذي يدعي إلى التساؤل عن كيفية خفض حدة هذا القلق، أي اختزال القلق إلى أدنى حد ممكن، الأمر الذي يدعو إلى ضرورة إيجاد استراتيجيات تسمح بإدارة الضغوط الناتجة عن القلق الشديد الذي يشعر به الطفل الكفيف، ومن ثم تكون إدارة الضغوط النفسية مطلوبة، فإدارة الضغوط هي أساليب أو استراتيجيات تقدم بأشكال مختلفة وبوسائل متعددة للأطفال الذين يعانون من الضغوط أو المعرضين للضغوط، وتقتضي أن يتدرب هؤلاء الأطفال على كيفية استخدامها للتخفيف أو التخلص من الآثار السلبية للضغوط النفسية والتي من بينها القلق (يوسف وصال، ٢٠١٨، ٦٨).

وترى الباحثة أن إذا كان القلق يؤثر بالسلب على حياة الأطفال المبصرين وعلى سوء توافهم النفسي، فهي تؤثر بصورة أكبر على الأطفال المكفوفين وتزيد من اضطرابهم وسوء توافهم النفسي، ولذلك لا بد من التدخل لخفض حدة القلق النفسي الذي يصاب به الأطفال المكفوفين.

ومن هنا جاءت فكرة البحث الحالي وذلك من خلال الكشف عن فعالية برنامج تدريبي قائم على استخدام استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية في خفض حدة القلق لدى الطفل الكفيف.

مشكلة البحث:

يعد مفهوم القلق Anxiety من المفاهيم التي نالت حظاً وثيراً في الدراسات النفسية ومن هنا فقد تعددت تعريفات هذا المفهوم، إلا أنه يمكننا تلخيص هذه التعريفات بتعريف واحد وهو أن القلق " خبرة انفعالية غير سارة، يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف، أو عندما يقف في موقف صراعي أو إحباطي حاد، وكثيراً ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية بعض المظاهر الفسيولوجية، مثل ازدياد ضربات القلب وزيادة التنفس وارتفاع ضغط الدم وفقدان الشهية وزيادة إفراز العرق والارتعاش في الأيدي والأرجل، كما يتأثر أيضاً إدراك الفرد للموضوعات المحيطة به في موقف القلق. (إبراهيم فرج، ٢٠١٣، ٣٠)

ويرتبط القلق الناتج عن الضغوط النفسية ارتباطاً وثيقاً بالانفعالات، فالقلق هو إدراك مريع لشيء محتمل أن يضر، وبذلك يصبح رهاباً عندما يفلت عن

السيطرة، وعندما يتطور القلق قد ترافقه أعراض جانبية تظهر على الطفل بصفة عامة والطفل الكفيف بصفة خاصة، ومن أمثلة هذه الأعراض النفسية، الشعور بالنقص، والانسحاب، والعزلة والتردد، وسوء السلوك، وضعف الثقة بالنفس وغيرها، أما الأعراض الجسمية فتتمثل في، الإجهاد، والصداع، والتقيؤ، وخفقان القلب، وتصبب العرق والارتجاف، واضطراب الكلام، والإغماء، والتبول أحياناً. Mouly, (George, 2015, 33)

كما خلصت دراسة إيمان مهران (٢٠١٥) والتي تناولت القلق لدى الطفل الكفيف في المرحلة الابتدائية، ودراسة زيد البنال (٢٠١٦) والتي تناولت برنامج علاجي عقلائي انفعالي سلوكي لخفض حدة القلق والمخاوف لدى الطفل الكفيف، ودراسة إبراهيم إسماعيل (٢٠١٧) والتي هدفت إلى التعرف على فعالية برنامج قائم على استخدام استراتيجيات التعلم بالآقران في خفض حدة القلق لدى الطفل الكفيف، ودراسة (Drapeau, Anne- Marie, 2017)، ودراسة Heward, William, (2017) إلى فعالية البرامج التدريبية في خفض حدة القلق لدى الأطفال المكفوفين، كما أشارت دراسة (Hurre T, Komulainen, E , & Aro , 2018)، ودراسة (Rettig, M , 2018)، إلى فعالية برنامج تدريبي في خفض حدة الضغوط النفسية التي تسبب القلق لدى الأطفال المكفوفين.

وترى الباحثة أن القلق يأتي في مقدمة الاضطرابات النفسية التي قد يعاني منها عدد كبير من الأطفال، ولكن الأمر قد يكون أكثر حدة لدى الأطفال المكفوفين، ويرجع ذلك نتيجة الإعاقة البصرية التي يعاني منها الطفل الكفيف، أو من نظرة واتجاهات المبصرين نحوه، أو لنقص المهارات الذاتية والاجتماعية، ولذلك فمن الأفضل التدخل المبكر من خلال استخدام استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية في التخفيف من حدة قلق لدى الطفل الكفيف، وعلى ذلك يصبح التدخل المبكر أمراً واجباً وضرورياً.

مما دفع الباحثة إلى إجراء هذا البحث في محاولة للكشف عن فعالية برنامج تدريبي قائم على استخدام استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية في خفض حدة القلق لدى الطفل الكفيف.

وتحدد مشكلة البحث في الإجابة على السؤال الرئيس التالي:

- ما فعالية برنامج تدريبي قائم على استخدام استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية في خفض حدة القلق لدى الطفل الكفيف؟

أهداف البحث:

يحاول البحث الحالي تحقيق الأهداف التالية:

- خفض حدة القلق لدى الطفل الكفيف، من خلال برنامج تدريبي قائم على استخدام استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية.
- التعرف على مدى استمرارية فعالية البرنامج التدريبي بعد انتهاء تطبيقه وخلال التقييم التتبعي.

أهمية الدراسة:

[أ] الأهمية النظرية:

- يُقدم البحث الحالي تراثاً نظرياً يوضح مفهوم القلق لدى الطفل الكفيف، وأسبابه، والاستراتيجيات المستخدمة في التعامل مع القلق لدى الطفل الكفيف.
- دراسة خصائص وسمات الطفل الكفيف في مرحلة الطفولة المبكرة وهي المرحلة التي يكتسب فيها الطفل خصائصه الشخصية، وتتمو لديه المهارات والقدرات والإمكانات اللازمة لتعلم المهارات المختلفة.
- التعرف على نوع من الاستراتيجيات التي تستخدم مع الطفل الكفيف وهي استراتيجية إدارة الضغوط النفسية والتي تساعد على خفض حدة القلق لديه.

[ب] الأهمية التطبيقية:

- وتتمثل الأهمية التطبيقية للبحث الحالي فيما يلي:
- يمكن أن يكون البحث إسهاماً يستفيد منه الباحثون في إجراء مزيد من الدراسات والبحوث حول برامج أخرى تساعد في خفض حدة القلق لدى الطفل الكفيف.
- كما تكمن أهمية البحث في الوصول إلى بعض النتائج التي يمكن تعميمها على المجتمع الأصلي للبحث الذي تم اختيار منه العينة وهو الأطفال المكفوفين.

- تصميم وبناء برنامج تدريبي قائم على استخدام استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية في خفض حدة القلق لدى الطفل الكفيف.

المفاهيم الإجرائية للبحث

١- استراتيجية إدارة الضغوط النفسية Stress Management Strategy:

تعرفها الباحثة إجرائياً بأنها: مجموعة السلوكيات والأفعال والتصرفات التي يلجأ إليها الطفل الكفيف لمواجهة مشكلاته ومحاولة السيطرة على القلق والإحباط الناتج عن الضغوط التي يتعرض لها، ومن أهم هذه الاستراتيجيات هي استراتيجية إدارة الضغوط الخاصة بالناحية التعليمية، إدارة الضغوط الأسرية، إدارة الضغوط الذاتية.

٢- القلق Anxiety:

عرفه (Niloufer,; Ali, & Khuwaja, 2020,84) بأنه: حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصحبها خوف غامض وأعراض نفسية جسيمة وشعور عام بالفراغ والخوف من شر مرتقب وكارثة توشك أن تحدث، والقلق استجابة لتهديد غير محدد، كثير ما يصدر عن الصراعات اللا شعورية، ومشاعر عدم الأمن، والنزعات الغريزية الممنوعة المنبثقة من داخل النفس، وفي الحالتين يعبء الجسم إمكاناته لمواجهة التهديد، فتتوتر العضلات، ويتسارع النفس ونبضات القلب.

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه: مشاعر الخوف والتوتر والإنهاك والتوجس والترقب التي تصاحب الطفل الكفيف، وتكون مصحوبة بأعراض نفسية جسمية، وهو حالة نفسية غير سارة وخارجة عن نطاق السيطرة كما أنه يستثير وجودها خطر غير معروف مصدره، أو خوف من شيء ما. كما يحدد بالدرجة التي يحصل عليها الأطفال ذوي الإعاقة البصرية على مقياس القلق.

٣- الطفل الكفيف Blind Child:

تعرفه الباحثة إجرائياً بأنه: "الطفل الذي فقد بصره قبل الخامسة من عمره، وتُقدر درجة إبصاره الباقية ما بين صفر، ٦/٦٠ حتى بعد استخدام النظارة الطبية،

والذي تم تشخيصه طبيًا على إنه من فئة المكفوفين، ولا يعاني من أي إعاقة أخرى مصاحبة لكف البصر وبهذا يعتبر علمياً في حكم الكفيف ويعتمد في تعليمه على الطرق الغير البصرية، والملتحق بمدرسة النور للمكفوفين بمحافظة الشرقية والذي يتراوح عمره بين (٩- ١١) سنوات.

محددات البحث:

- **محددات مكانية:** تم تطبيق البرنامج المستخدم في البحث الحالي بمدرسة النور للمكفوفين بالزقازيق، محافظة الشرقية.
- **محددات زمنية:** تم تطبيق البرنامج في الفصل الدراسي الأول للعام الجامعي ٢٠٢١- ٢٠٢٢م، بواقع ٤٢ جلسة، ولمدة (١٢) أسبوع متصل، بمعدل ٤ جلسات أسبوعياً، كل جلسة (٤٥) دقيقة.

محددات منهجية:

• العينة البشرية:

تكونت عينة البحث الحالي من (١٠) أطفال من المكفوفين، و تراوحت أعمارهم ما بين (٩- ١١) سنوات وقد تم التكافؤ بين المجموعة التجريبية في متغيرات (العمر- الذكاء- مستوى القلق- إدارة الضغوط النفسية)، وقد راعت الباحثة عند اختيار العينة استبعاد الأطفال الذين يعانون من أية إعاقات أخرى.

• المنهج:

يعتمد البحث الراهن على المنهج التجريبي، كما تعتمد على التصميم شبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة.

(ج) الأدوات:

استخدمت الباحثة في البحث الحالي الأدوات التالية:

- مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة (إعداد/ صفوت فرج).
- مقياس القلق المعرب.
- مقياس إدارة الضغوط النفسية (إعداد/ الباحثة).

- برنامج قائم علي استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية في خفض حدة القلق لدى الطفل الكفيف (إعداد/ الباحثة).

الإطار النظري ودراسات سابقة:

المحور الأول: الأطفال المكفوفين Blind Children:

لا يمكن إنكار أن الأطفال المكفوفين يشكلون فيما بينهم فئة غير متجانسة من الأطفال اشتركوا في المعاناة في كف البصر، إلا أن هذه المعاناة تختلف في مسبباتها ودرجة شدتها من طفل لآخر، فمن الأطفال المكفوفين من يعاني من الفقد الكلي للبصر، ومنهم من لديه بقايا من الإبصار، كذلك منهم من حدثت إعاقته منذ الميلاد أو في مرحلة مبكرة جداً من عمره، ومنهم من حدثت إعاقته في مرحلة متأخرة من العمر، وقد أدى عدم التجانس هذا إلى تنوع الأساليب والأدوات التي تستخدم في تربية وتعليم وتأهيل هذه الفئة، ومن هنا تعددت المفاهيم التي تناولت الطفل الكفيف.

ويمكن تعريف الطفل الكفيف بأنه: حالة من الضعف في حاسة البصر بحيث يحد من قدرة الطفل على استخدام حاسة بصره (العين) بفاعلية واقتدار، الأمر الذي يؤثر سلباً في نموه وأدائه، وتشمل هذه الإعاقة ضعف أو عجز في الوظائف البصرية وهي البصر المركزي أو المحيطي، وقد تكون ناتج من تشوه تشريحي أو الإصابة بالأمراض أو جروح بالعين، ويكون بحاجة لبرامج وخدمات تربوية في مجال هذه الإعاقة لمساعدته. (عبد العزيز الشخص، ٢٠١٦، ٣٥١)

كما عرفه (Hirshoren, 2017,159) بأنه: الفرد الذي يعجز عن استخدام بصره في الحصول على المعرفة ويعتمد على الاستفادة من حواسه الأخرى في التعليم.

وذكر إيهاب الببلاوي (٢٠١٨، ٢٩) أن الطفل الكفيف هو الذي ضعف بصره للدرجة التي يعجز فيها عن أداء عمل يحتاج أساساً للرؤية.

الأسباب التي تؤدي إلى كف البصر:

نجد أن هناك تعدد للأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بكف البصر، ويمكن تقسيمها إلى:

- أسباب جينية وراثية: مثل سوء التغذية، إصابة الأم بالحصبة الألمانية، الأمراض الزهرية، تعرض الأم لأشعة إكس.
- أسباب بيئية: والتي تتمثل في الأمراض المزمنة: كالتراخوما، والماء الأزرق، الرمد الصيدي، عمى النهر، والماء الأبيض، وانفصال الشبكية عن مقلة العين، واعتلال الشبكية الناتج عن السكري، والحوول، والبهاق، والتهاب الشبكية الصباغ، وعمى الألوان، القصور في الأنسجة، ضمور العصب البصري.
- الحوادث والصدمات: التي يتعرض لها الفرد وخاصة بالمناطق المسؤولة عن الإبصار، وزيادة نسبة الأوكسجين المعطى للطفل لبعض الحالات عند الولادة. (هالة الغليان، ٢٠١٣، ٨٠)

خصائص الأطفال المكفوفين:

يترك كف البصر آثارًا متعددة على مختلف جوانب نمو الطفل الذي يعاني منه، ويبدو هذا التأثير واضحاً على خصائص جوانب النمو المختلفة: ويتضح هذا من خلال عرض الباحثة لهذه الخصائص فيما يلي:

[١] الخصائص الجسمية والحركية:

يتفق العديد من الباحثين على أن الأطفال المكفوفين يمرون بنفس المراحل التي يمر بها الأطفال المبصرون في نموهم الجسدي في الطول والوزن يسير على نحو لا يختلف عن نمو الأطفال المبصرين، إلا أن النمو الجسدي عند المكفوفين يتصف بكونه بطيئاً، وربما يمكن عزو هذا البطء إلى العوامل ذات العلاقة المباشرة بفقدان البصر، والقيود التي يفرضها الآخرون على أنشطتهم وعدم مقدرة هؤلاء الأطفال على رؤية النماذج السلوكية، بالإضافة إلى غياب الإشارة البصرية اللازمة لاكتساب المهارات المختلفة. فالمكفوفين يواجهون قصوراً في مهارات التناسق الحركي والتأزر العضلي نتيجة لمحدودية فرص النشاط الحركي المتاح من جهة ونتيجة للحرمان من فرص التقليد للكثير من المهارات الحركية كالقفز والجري والتمارين الحركية من جهة أخرى. (عبد الرحمن سليمان، ٢٠١٧، ٣٠١)

[٢] الخصائص العقلية:

يمكن الإشارة أن هناك صعوبة في قياس ذكاء المكفوفين وضعاف البصر بدقة لاعتبارات هامة أهمها أن معظم اختبارات الذكاء المتوافرة تشتمل على أجزاء أدائية (بناء المكعبات وتجميع الأشكال)، وبالطبع فهي غير ملائمة للاستخدام مع الأطفال المكفوفين، وفي معظم الأحيان يلجأ الباحثين إلى استخدام الجزء اللفظي من مقياس وكسلر أو مقياس بينيه المخصصين لقياس ذكاء الأطفال، ومن الملاحظ أن الأطفال المكفوفين يواجهون مشكلات في مجال إدراك المفاهيم ومهارات التصنيف للموضوعات المجردة خاصة مفاهيم الحيز والمكان والمسافة، من جانب آخر فإن الانتباه والذاكرة السمعية من العمليات العقلية التي يتفوق فيها المكفوفين على المبصرين وذلك نتيجة للتدريب الذي يمارسه الكفيف لهذه العمليات بحكم اعتماده بدرجة كبيرة على حاسة السمع. (فواز عبد الله، ٢٠١٧، ١٥)

ويمكن الإشارة إلى أهم الخصائص العقلية في عدة نقاط كما يلي:

- معدل ذكائهم أقل من مثيله لدى أقرانهم المبصرين وربما يرجع ذلك إلى أن مقاييس الذكاء المستخدمة قد تم إعدادها في الأساس للمبصرين.
- أدائهم على اختبارات تتابع الذاكرة البصرية والترابط البصري أقل من المتوسط.
- لا توجد فروق بينهم وبين المبصرين في القدرة على التفكير.
- معلوماتهم العامة أقل من المبصرين.
- من الصعب عليهم أن يعبروا عن ذكائهم الفطري عن طريق الاختبارات فقط.
- قصور في معدل نمو الخبرات.
- تتفاوت قدرتهم الإدراكية وفقاً لدرجة فقدان البصري من جانبهم.

والجدير بالذكر أن المكفوفين بشكل كلي سواء تم ذلك قبل الولادة أو قبل سن السابعة في تكوينهم للمفاهيم اللونية على أفكار وأساليب بديلة ومختلفة عما يستخدمه المبصرون، وكذلك الحال بالنسبة للإدراك الشكلي. التصور البصري الذي يأتي به عبارة عن اقتران لفظي تم حفظه. (Swauson, & willis, 2019, 357)

وهذا ما أشارت إليه دراسة غادة حسين (٢٠١٥) إلى التعرف على فاعلية برنامج لتنمية المفاهيم الإدراكية للألوان وعلاقتها بالإبداع لدى الطفل الكفيف، وتكونت العينة من (٩) أطفال مكفوفين كلياً تتراوح أعمارهم بين (٤,٥ - ٦) سنوات،

باستخدام الأدوات التالية: (أنشطة التهيئة المقترحة ومقياس التخيل)، وتوصلت إلى نتائج فاعلية أنشطة التهيئة لرواية القصة في تنمية التخيل لطفل الروضة الكفيف، وتكامل في تكوين صورة ذهنية (حسية).

[٣] الخصائص اللغوية:

أن النمو اللغوي بوجه عام لدى الطفل الكفيف يبدو مكافئاً للنمو اللغوي لدى الطفل المبصر، إلا أن المنتبِع لما كُتِب عن النمو اللغوي لدى المكفوفين يلاحظ أن هناك رأيين حول لغة المكفوفين:

- **الرأي الأول:** يشير إلى أن كف البصر لا يؤثر على النمو اللغوي لأن حاسة السمع هي القناة الرئيسية لتعلم اللغة.
- **والرأي الثاني:** يشير إلى أن النمو اللغوي لدى الطفل الكفيف يختلف عنه لدى الطفل المبصر؛ حيث يوصف الطفل المكفوف بأنه لديه لا واقعية لفظية والمقصود بالواقعية اللفظية هو اعتماد الطفل الكفيف على الكلمات والجمل التي لا تتفق وخبراته الحسية، فالكفيف يصف عالمه اعتماداً على وصف المبصرين له، ولهذا فهو يعيش في عالم لا واقعي وما يعنيه ذلك هو أن الكفيف حين يصف البيئة المحيطة به لا يصفها بكلمات ذات معنى بالنسبة لما يحس به ربما تعبيراً عن رغبتهم في إشعار المبصرين بأنهم ليسوا أقل منهم من حيث المعرفة، وتشكل من أشكال التعويض عن الحرمان من حاسة الإبصار، أو لأن هذه الكلمات والأوصاف من شأنها تسهيل عملية التواصل مع المبصرين. (Dian Lynn, Christian., 2017,44)

يولد الطفل الكفيف ولا يتمكن من الاستفادة من تعلم الكلام من خلال عملية التقليد التي تلعب دوراً رئيسياً في نمو اللغة والكلام لدى الطفل المبصر، ويترتب على ذلك أن يسير تقدم الطفل الكفيف في تعلم الكلام بمعدل أقل وأبطء من معدل نمو الكلام لدى الطفل المبصر ولا يتوقف تأثير الكف عند حد بطء معدل نمو الكلام بل يتعداه ليشمل اكتساب معاني الألفاظ وتكوين المفاهيم. (إيهاب البيلوي ومحمد خضير، ٢٠١٥، ١٤٥)

[٤] الخصائص الأكاديمية:

لا يختلف الأطفال المكفوفين بوجه عام عن أقرانهم من المبصرين فيما يتعلق بالقدرة على التعلم، والاستفادة من المنهج التعليمي بشكل مناسب، ولكن يمكن القول أن تعليم الطفل الكفيف يتطلب تعديلاً في أسلوب التدريس والوسائل التعليمية المستخدمة لتتلاءم مع الاحتياجات التربوية المميزة للمكفوفين، إذ ما من شك في أن كف البصر يحد من قدرة الطفل على التعلم بذات الوسائل والأساليب المستخدمة مع المبصرين، وتعتبر درجة كف البصر والسن الذي حدثت فيه من العوامل الهامة التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار لدى التخطيط للبرنامج التعليمي للكفيف. (عبد المطلب القرطي، ٢٠١١، ١٦٤)

[٥] الخصائص الانفعالية:

يمكن الإشارة أن النمو الانفعالي للطفل الكفيف لا يختلف عنه عند المبصرين.

ويمكن القول أن الطفل الكفيف لا يواجه صعوبات انفعالية متميزة عن الآخرين، والاضطرابات الانفعالية التي قد تظهر لدى الطفل الكفيف هي ذاتها التي يمكن أن يتعرض لها الطفل المبصر مع فرق في الدرجة بحكم ما يتعرض له الكفيف من ضغوط نفسية.

وتلعب الخبرات الأسرية في الطفولة المبكرة ونمط تنشئة الطفل الكفيف دوراً كبيراً في تحديد مفهوم الطفل لذاته من جهة ودرجة توافقه النفسي من جهة أخرى، ويمكن تلخيص أهم الخصائص الانفعالية عند المكفوفين في النقاط التالية.

- تنتشر الاضطرابات النفسية كثيراً بينهم، ويعد أكثرها شيوعاً بين المكفوفين.
- اختلال صورة الجسم، وعدم الثقة بالنفس، وكثرة استخدام الحيل الدفاعية المختلفة.
- سوء التوافق الشخصي والاجتماعي، والشعور بالعجز والدونية والإحباط والتوتر، وفقدان الشعور بالأيمان والطمأنينة. (Manne, & Nereo, 2015,1038)

وفي هذا الصدد هدفت دراسة عايش صباح، منصورى عبد الحق (٢٠١٥) الكشف عن أهم المخاوف المرضية لدى الطفل الكفيف والطفل المبصر وما أوجه التشابه والاختلاف بينهم، وتكونت العينة من ٣٧ طفلاً مقسمين إلى ١٧ طفل كفيف و ٣٠ طفل من الأطفال المبصرين، واستخدمت الأدوات الآتية (مقياس المخاوف المرضية للطفل الكفيف، واستمارة دراسة الحالة لذوي الاحتياجات الخاصة)، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة أنها أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائية بين مخاوف المرضية الشائعة لدى المكفوفين والمخاوف المرضية الشائعة لدى الأطفال المبصرين، فكانت ذات دلالة إحصائية للأطفال المكفوفين على النحو التالي:

- أولاً: المخاوف البسيطة وتتمثل فى المخاوف المرضية من السحالي والأصوات العالية.
- ثانياً: المخاوف المرضية من الأماكن المفتوحة وتتمثل فى ركوب السيارة والأتوبيس.
- ثالثاً: المخاوف المرضية الاجتماعية وتتمثل فى الجلوس منفرداً بعد انتهاء اليوم الدراسي والمخاوف المرضية من الجلوس منفرداً بدون الأم.

وقد أرجعت أسباب هذه المخاوف لدى الطفل الكفيف إلى فقدان الطفل للحاسة البصر وما يترتب عليها من عدم شعوره بالأمان والافتقار إلى بعض المهارات الاجتماعية ومفهوم الذات السلبي لديه الناتج من القبول والرفض الوالدي والأساليب الخاطئة فى التربية مثل التدليل الزائد أو السيطرة الكاملة.

ودراسة محمد فواد (٢٠١٦) التي هدفت التعرف على الحاجات النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط لدى الأطفال (المكفوفين والصم والعايدين) وتكونت العينة من ١٥٠ طفلاً مقسمين إلى ثلاث مجموعات (٥٠) طفلاً من الصم و(٥٠) طفلاً من المكفوفين و(٥٠) طفلاً من العايدين وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائية بين درجات أبعاد مقياس الحاجات النفسية ودرجات أبعاد مقياس أساليب مواجهة الضغوط لدى الأطفال.

[٦] الخصائص الاجتماعية:

يواجه الكفيف يواجه صعوبات في عملية التفاعل الاجتماعي والتكيف الاجتماعي خاصة في المراحل العمرية المبكرة ويعود ذلك إلى غياب أو نقص المعلومات البصرية لديه والتي تلعب دوراً رئيسياً في تكوين السلوك الاجتماعي، حيث يؤثر فقدان البصر في عملية التفاعل الاجتماعي منذ الصغر عند الطفل الكفيف، حيث يفقد القدرة على المحاكاة والتقليد الذي يؤثر في السلوك الاجتماعي، ويؤثر سلباً في النمو الاجتماعي في المراحل اللاحقة.

وأشارت دراسة فاطمه عواد، وهدي منير (٢٠١٧) والتي هدفت إلى الكشف عن الفروق في مستوى المهارات الاجتماعية لدى الأطفال العاديين والمكفوفين في عمر (٨-١٢) سنوات، وأوضحت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الأطفال المبصرين على أبعاد المقياس (التفاعل مع الآخرين، المشاركة الاجتماعية، إدراك مشاعر الآخرين وعواطفهم، والتواصل الاجتماعي) وأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث المكفوفين لصالح الإناث على بُعد التواصل الاجتماعي.

وعلى هذا الصدد اهتمت دراسة أسماء عبد العزيز (٢٠١٧) بإعداد برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية التي يحتاج إليها الطفل الكفيف باستخدام السيودراما وتكونت العينة من (٤٢) طفلاً مقسمين بالتساوي إلى مجموعة ضابطة وأخرى تجريبية، وتراوحت أعمار الأطفال ما بين (٧-١٠) وتوصلت النتائج إلى فاعلية البرنامج في تنمية مهارة التعاون والصدقة والتفاعل الاجتماعي والمشاركة الاجتماعية والاستقلالية.

كما اهتمت دراسة ريم الكناني (٢٠١٨) بإعداد برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال المكفوفين، والتي هدفت إلى تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال المكفوفين في مرحلة رياض الأطفال وذلك من خلال التدريب على أنشطة تربوية متكاملة (حركي، فني، موسيقي، قصصي)، وقد تكونت العينة من (٤٢) طفلة وطفلاً قُسموا إلى مجموعتين متساويتين أحدهما ضابطة وأخرى تجريبية، وتراوحت أعمارهم بين ٨ إلى ١٢ سنوات من فاقد البصر قبل سن الثلاث سنوات، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس المهارات الاجتماعية للطفل

الكفيف، وبرنامج تدريبي باستخدام الأنشطة التربوية لتنمية المهارات الاجتماعية لدى الطفل الكفيف، وأسفرت النتائج إلى فاعلية البرنامج القائم على أنشطته التربوية (حركية - فنية - موسيقية- قصصية) في تنمية أبعاد المهارات الاجتماعية (التواصل مع الآخرين- التفاعل الاجتماعي- المشاركة الاجتماعية) للطفل الكفيف.

المحور الثاني: القلق Anxiety:

مفهوم القلق:

هناك تعريف عديدة للقلق ونحن لا نريد أن نستعرض التعريف المتنوعة بقدر ما نحتاج اقربها إلى الواقع، والقلق حالة وجدانية تمتلك الإنسان وترتبط بشئ غير واضح قد يكون موجودا أو غير موجود وتسبب له كثير من الكدر والضيق والالام والقلق يصور حالة كدر وهم تسيطر على صاحبها بسبب مخاوف قادمة قد تكون قائمة أو قد تكون غير موجودة كلية.

عرفه (Young, 2019, 28) بأنه حالة ترقب أو توقع الشر، أو عدم الراحة أو الاستقرار التي ترتبط بالشعور بالخوف، ويؤكد أن موضوع القلق يكون أقل تحديداً من موضوع الخوف، ومن ذلك فهو حالة توقع خطر غامض مبهم، وهو رد فعل على خطر غامض غير معروف، ويكون هذا الخطر ذاتياً أو متوهماً.

كما عرف (Asadzandi,; Farahany, & Ebadi, 2019,76) القلق بأنه شعور عام بالخشية أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع، أو تهديداً غير معلوم المصدر، مع الشعور بالتوتر والشد، وخوف لا مسوغ له من الناحية الموضوعية، وغالباً ما يتعلق هذه الخوف بالمستقبل والمجهول، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغاً فيها لمواقف لا تمثل خطراً حقيقياً، وقد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية، لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالباً كما لو كانت تمثل خطراً ملحاً أو مواقف تصعب مواجهتها.

بينما عرف (Delavari,; Nasirian, & Baezgar 2020,306) القلق بأنه " حالة من الكدر والغم والخوف الذي يمتلك الفرد ويسيطر عليه وفيه يتربق الفرد لخطر سيحدث في أي لحظة، هذا الخطر يدفع الفرد لبحث عن حل تكيفي مناسب

يخلص الفرد من معاناته، وإذا ما فشل فإنه ينجم عنه آلام نفسية، وجسمية، تقف عائقاً أمام تكيف الفرد وتزويد من معاناته الداخلية العميقة. "

تصنيفات القلق:

إن القلق في حد ذاته ظاهرة طبيعية، وإحساس، وشعور، وتفاعل مقبول، ومتوقع تحت ظروف معينة، ولا تعتبر كل أنواع القلق مرضية أو دليلاً على اضطراب نفسي، وأحياناً يكون للقلق وظائف حيوية تساعد على النشاط، وكذلك على حفظ الحياة، ولقد عمل كثير من العلماء على تصنيف القلق إلى عدة أنواع ومنهم من اعتمد في تقسيمه للقلق على الأسباب التي أدت إلى نشأة القلق مثل فرويد، ومنهم من اعتمد على الآثار المترتبة على القلق، ولكن أي كان المنطلق في تقسيم القلق فإن الباحثة تجد أن هناك شبه إجماع لدى علماء النفس في تقسيم القلق إلى قلق موضوعي، وعصابي، وقلق خلقي. (ناريمان ناجي، ٢٠١٦، ٩٨)

ويرى فريق من علماء النفس أن هناك ثلاثة أنواع للقلق هي:

[١] **القلق الواقعي أو الموضوعي:** وهو عبارة عن رد فعل لإدراك خطر خارجي، أو لأذى يتوقعه الشخص مستقبلاً، ويسميه العلماء عدة أسماء مثل القلق الواقعي، أو القلق الصحيح، والقلق السوي، وهذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف ذلك لأن مصدره يكون واضح المعالم في ذهن الإنسان، ويطلق عليه أحياناً القلق السوي، ويحدث في مواقف التحسب وتوقع حدوث ما لا تحمد عقباه كالخوف من الفشل، أو فقدان شيء، وأحسن الأمثلة لهذا الشعور هو قلق الطالب أثناء الامتحان أو قبله، كما أنه قلق محدد يدرك الفرد أسبابه، ودوافعه، ويظهر على صورة خوف، أو ينتج عن إدراك الفرد لخطر ما في البيئة، ويكون للقلق هذه الحال وظيفة إعداد الفرد لمقابلة هذا الخطر بالقضاء عليه، أو بتجنبه، أو بإتباع أساليب دفاعية إزاءه، وهذا النوع من القلق يثار بفعل مثير واقعي في البيئة الخارجية يدركه الأنا على نحو مهدد، ولهذا فإن هذا القلق أقرب إلى الخوف (Rabineau, & Vega, 2018,354).

[٢] **القلق الخلقي والمعنوي والإحساس بالذنب:** وينشأ نتيجة الصراع الذي سيحدث داخل الشخص، وليس صراعاً بين الشخص والعالم الخارجي، وهو نوع من أنواع

الخوف من الضمير وينشأ عن الصراع مع الذات العليا؛ وذلك نتيجة تحذير أو لوم الأنا الأعلى للأنا، عندما يأتي الفرد أو يفكر في الإتيان بسلوك يتعارض مع المعايير والقيم، التي يمثلها جهاز الأنا الأعلى أي أن هذا النوع يتسبب عن مصدر داخلي مثله مثل القلق العصابي الذي ينتج من تهديد دفاعات الهو الغريزية، ويتمثل هذا القلق في مشاعر الخزي والإثم والخجل والاشمئزاز، ويصل هذا القلق إلى درجته القصوى في بعض أنواع الأعصبة، كعصاب الوسواس القهري الذي صاحبه من السيطرة المستبدة للأنا الأعلى، ويخاف أكثر ما يخاف من لوم ضميره القاسي (ربيع شحاته، ٢٠١٧، ٥٢).

[٣] القلق العصابي: القلق العصابي هو الخوف من أن تخرج الحوافز الغريزية للهو من دائرة السيطرة وهو يتضمن الخوف من العقاب الذي سيحدث، ويعني ذلك أن القلق العصابي توتر داخلي لا مبرر له، أي انه حالة تهيؤ نفسي وبدني لمجابهة خطر موهوم، أو مبالغ فيه، بحيث لا يتفق التوتر الحاصل مع الظروف المؤدية له. (سامر رضوان، ٢٠١٦، ١٢٥)

أعراض القلق لدى الطفل الكفيف

أولاً: الأعراض الجسمية للقلق:

تتمثل أعراض القلق الفسيولوجية في شحوب الجلد، التعرق، اتساع بؤبؤ العين، سرعة خفقان القلب، ارتفاع ضغط الدم، توتر العضلات، الارتجاف، جفاف الحلق سرعة التنفس العثيان الشعور بالاغماء الشعور بالاكنتاب والخمول عدم الرغبة في الأكل وعدم الرغبة في النوم وتجنب المواقف المخيفة (محمد يوسف، ٢٠١٦، ٨٤).

ثانياً: الأعراض السلوكية للقلق:

تظهر أعراض القلق السلوكية في صورة البكاء، كثرة الحركة وعدم الاستقرار، اضطراب تناول الطعام واضطراب النوم، أعراض جسمية مص الأصابع، قضم الأظافر، الأيدي المرتعشة الباردة المبتلة بالعرق، اضطراب سلوك الفرد الذي يدفعه إلى الهدوء غير الطبيعي ويميل إلى الإنزواء ويبدو وكأنه مهموم وحزين وغير

مستمتع بالحياة وقد يدفعه القلق أن يكون كثير الحركة غير مستقر تكثر الأخطاء في أفعاله وتصرفاته.

ثالثاً: الأعراض الاجتماعية للقلق:

يبدو الشخص القلق في حالة اضطراب في توافقه مع الآخرين حيث يميل إلى العزلة والبعد عن التفاعلات الاجتماعية ويبدو عليه عدم القدرة على إحداث تكيف بناء مع الظروف والأشخاص والمواقف الاجتماعية. (أحمد شلبي، ٢٠١٨، ٧٥)

النظريات المفسرة للقلق:

فسر أصحاب النظريات النفسية للقلق تفسيرات مختلفة وقد أرجعوه إلى عوامل متعددة وفيما يلي عرض مختصر لبعض نظريات القلق في مدارس علم النفس المختلفة.

[١] النظرية السلوكية:

يفسر (Flob) القلق أنه المكون المركزي للسلوك العصابي فالقلق هو تلك النماذج من الاستجابة التي تشكل على وجه الخصوص جانبين لاستجابة الكائن العضوي للمثير المؤذي وهو مثير يحدث في الانسجة اضطراباً من نوع ينزع إلى استجابة التجنب، كما رأى أن مصدر القلق ينطوي على علاقات بيئية كالعواصف والاماكن المزدحمة أو المغلقة، ومن هنا نجد أن القلق من وجهة نظر المدرسة السلوكية عبارة عن استجابة اشتراطية لمثير لا يدعو للخوف أو القلق ولكن تكرر هذه الاستجابة يؤدي إلى تضمينها حسب الاستعداد الشخصي للفرد. (Goldbeck, 2018,325)

[٢] نظرية التحليل النفسي:

يرى فرويد أن القلق هو إشارة أو إنذار لخطر قادم يمكن أن يهدد الشخصية، فقد قدم فرويد نظريتين في القلق حيث يرى في النظرية الأولى أن القلق ينشأ عن كبت الرغبات واحباطها ومنعها من الاشباع فتتحول تلك الطاقة إلى قلق، ثم بعد ذلك عدل عن هذا الرأي في نظريته الثانية التي رأى أن القلق العصابي هو رد فعل لخطر غريزي داخلي يحدث عند رغبة الفرد في مواجهة اخطار خارجية Manne, & Nereo, (2015,1038)

وقد كان اهتمامه بظاهرة القلق من ناحيتين فمن الناحية الاولى يرى أن اعتماد الطفل الصغير على حب ورعاية والديه له يجعله مستهدفا لقلق الانفصال فالمواقف التي يترك فيها وحيداً تعني غياب الشخص الذي يستمد منه الاحساس بالأمان والسند، ومن ناحية أخرى يعتبر القلق نتاج صراع لاشعوري بين رغبات الهو والقيود المفروضة عليه بواسطة الأنا والأنا الأعلى (فيولا البيلوي، ٢٠١٧، ١٤٥)

أسباب القلق:

تتعدد أسباب القلق بتعدد وجهات النظر لرواد علم النفس عندما يتحدثون عن العوامل التي تؤدي إلى القلق، فهناك من يركز على القلق كمصاحب ناتج عن الخبرات المكتوبة، وهذا ما نجده لدى المنظرين في المدرسة التحليلية؛ بينما يركز السلوكيين على عملية التعلم وتعميمه، أما الإنسانيون فيرون أن عدم تحقيق الذات من أهم أسباب القلق، ومن جانب آخر أشارت نتائج البحوث إلى أن الأسباب وإن كانت موضوعية ومثيرات داخلية فإنها تختلف؛ إلا أن النظرة الشمولية توجب الأخذ في الاعتبار جميع الأسباب المحتملة، وفيما يلي ذكر لأهم أسباب القلق بصفة عامة. (رحاب أبو النجا، ٢٠١٧، ٣٠)

- **الاستعداد الوراثي:** تعد الوراثة من أهم الأسباب التي تؤدي إلى القلق؛ حيث تؤكد بعض الأبحاث الحديثة أثر العوامل الوراثية في ظهور القلق، ومن هذه الأبحاث تلك التي أجريت على التوائم؛ حيث تبين أن التشابه في الجهاز العصبي اللاإرادي، والاستجابة للمنبهات الخارجية والداخلية بصورة متشابهة يؤدي إلى ظهور أعراض القلق لدى التوأمين. (عزة راجح، ٢٠١٤، ٨٣)
- **العمر:** تعد المرحلة العمرية أحد العوامل التي تؤثر في نشأة القلق؛ حيث يزداد القلق مع عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة، وكذلك ضموره لدى المسنين؛ فيظهر القلق لدى الأطفال بأعراض مختلفة عنه لدى الراشدين، فيكون الخوف لدى الأطفال على شكل خوف من الظلام ومن الحيوانات، أما القلق في المراهقة فيكون بشكل الشعور بعدم الأمن والخجل، وعادة تضعف أعراض القلق في مرحلة النضج لتظهر في مرحلة سن اليأس والشيوخة، ويمثل القلق واحداً من أهم الاضطرابات النفسية المحتملة كنتائج للاضطرابات الوظيفية. (تغريد عبد الهادي، ٢٠١٤، ٥٨)

• **الاستعداد النفسي العام:** تساعد بعض الخصائص النفسية على ظهور القلق، ومن ذلك الضعف النفسي العام، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي يفرضه الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، والتوتر النفسي الشديد، والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه، ويعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة، وعدم تقبل مر الحياة وزجرها، كما يؤدي فشل الكبت إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها رغبات الفرد الملحة. (راشد السهلي، ٢٠١٥، ١٠٧)

• **العوامل الاجتماعية:** تعتبر العوامل الاجتماعية وفقا لغالبية نظريات علم النفس من المثير الأساسي للقلق؛ إذ تؤكد أهمية هذه العوامل كعوامل أساسية لإحداث القلق، ولاشك أن حصر مثل هذه الأسباب أمر مستحيل لتعددتها وتشعب جوانب الحياة المقلقة خاصة في عصر اتسم بالقلق، وتشمل هذه العوامل مختلف الضغوط كالأزمات الحياتية في عصر اتسم بالقلق، وتشمل هذه العوامل مختلف الضغوط كالأزمات الحياتية، والضغوط الحضارية والثقافية والبيئية المشبعة بعوامل الخوف والحرمان والوحدة وعدم الأمن واضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة، وأساليب تعامل الوالدية القاسية، وتوفر النماذج القلقة ومنها الوالدين، والفشل في الحياة. (سعاد البشر، ٢٠١٧، ٤٠)

وهذا ما أشارت إليه دراسة (Eskandari, & Bahmani, 2019) والتي هدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية برنامج جماعي باستخدام استراتيجيات الانسحاب الاجتماعي والتنفيس الانفعالي لخفض حدة اضطراب القلق بين الأطفال المكفوفين، وتكونت عينة الدراسة (٣٠) طفلاً، تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين تجريبية وضابطة (تكونت كل منها من ١٥ طفل). تم تقييم القلق قبل بدء المعالجات باستخدام مقياس ميللر ثم تصميم برنامج بتوظيف استراتيجيات الانسحاب الاجتماعي والتنفيس الانفعالي وتطبيقه على مجموعة الأطفال التجريبية على مدى ١٢ جلسة بينما لم تحصل المجموعة الضابطة على أي تدخل، واستخدمت الأدوات التالية: البرنامج العلاجي الجماعي القائم على استراتيجيات الانسحاب الاجتماعي والتنفيس الانفعالي، مقياس ميللر للقلق (MII)، وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية: ظهور

فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات القلق بين المجموعتين التجريبية والضابطة خلال التطبيق البعدي لمقياس ميللر حيث شهدت المجموعة التجريبية انخفاض في مستويات القلق، استنتجت الدراسة فاعلية توظيف استراتيجيات الانسحاب الاجتماعي والتنفيس الانفعالي في مجال خفض القلق بين الأطفال المكفوفين.

المحور الثالث: استراتيجية إدارة الضغوط النفسية:

Stress Management Strategy:

يواجه الفرد في حياته كثيرًا من الظروف والخبرات الضاغطة ومن ثم يحاول التعامل معها من خلال إتباع أساليب عديدة تبعد الخطر عنه وتجعله في حالة من التوازن، إلا أن بعض الأفراد قد يفشلون في ذلك، وقد يرجع ذلك إلى اختلاف الأفراد أنفسهم وتتنوع الأحداث ذاتها، فهذا شخص يتعامل مع الأحداث الضاغطة بمرونة وذلك آخر يتعامل بقوة واندفاعية حيال الحدث ذاته الأمر الذي يؤدي إلى زيادة حدة الشعور بالضغط النفسي لديه (سميرة دعو ونورة شنوفي، ٢٠١٣، ٢٥).

مفهوم استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية:

في البداية نود أن نشير إلى أن مصطلح إدارة الضغوط النفسية قبل عام (١٩٦٠) استُخدم في الأدبيات الطبية والاجتماعية ليشير إلى الاستجابات الإيجابية نحو الضغوط.

وحتى عام (١٩٦٠) لم تكن البحوث في مجال إدارة الضغوط النفسية قد بدأت والجدير بالذكر أن مصطلح إدارة الضغوط النفسية لم يظهر في علم النفس كما أشار إلى ذلك إلى ذلك "لازاروس" و"فلوكما"، حيث أن الأبحاث التي أجريت على الحيوانات على يد كانون تعرف استجابة القتال أو الهروب بأنها الاستجابة السلوكية التي يقوم بها الفرد لخفض الاستثارة الفسيولوجية التي من خلالها ينخفض تأثير مثيرات القلق أو المثيرات المزعجة. (السيد الخميسي، ٢٠١٥، ٦٨)

واستخدمت إدارة ومواجهة الضغوط في التحليل النفسي تحت عنوان ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية وبالرغم من أن القواميس الأجنبية ومنها قاموس أكسفورد

ظلت تنتظر إلى إدارة الضغوط النفسية على أنها استجابة إيجابية تصدر عن الكائن نحو مواقف التهديد فقط وفي الفترة ما بين الستينيات والسبعينيات من القرن الماضي كانت البحوث المرتبطة باستراتيجيات إدارة الضغوط النفسية تركز أساسا على المواقف المرتبطة من قبيل تهديدات الحياة، و الحدث الصدمي والتي تتطلب المواجهة لها. (سهير كامل، ٢٠١٦، ٣٥)

مفهوم استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية:

عرف لازاروس وفولكمان استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية: بأنها الجهود السلوكية والمعرفية المتغيرة باستمرار، والتي يتخذها الفرد في إدارة مطالب الموقف والتي تم تقديرها من جانب الفرد على أنها مرهقة وشاقة وتتجاوز مصادر الشخص وإمكاناته.

وينطوي تعريف "لازاروس" و"فولكمان" لاستراتيجيات إدارة الضغوط النفسية على عدة خصائص تتمثل فيما يلي:

- أن استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية عملية وليست سمة بمعنى أن العلاقة بين الشخص والبيئة علاقة متبادلة ودينامية فكل منها يؤثر ويتأثر بالآخر، وكل منها يسهم بدور فعال في تحديد سلوك المواجهة لدى الفرد والتي تحدث كما أشار " لا زاروس "نتيجة لتقييم الفرد لمعنى الحدث الضاغط. (نبيلة أبو حبيب، ٢٠١٥، ٨٨)
- أن استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية تتحدد من خلال نتائجها وليس من خلال الافتراضات القبلية التي تشكلها على أنها توافقية وغير توافقية وهذا يعني أن عملية المواجهة قد تكون فعالة أو غير فعالة بناء على نتائجها.
- أن هناك اختلاف بين استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية والسلوك التوافقي التلقائي فالأفعال التلقائية التي يقوم بها الفرد إزاء المواقف التي يتعرض لها لا يطلق عليها المواجهة، فعندما يكون الموقف الذي يتعرض له الفرد مألوفاً لديه فإن استجابة الفرد تصبح تلقائية تجاهه، ولكن إذا كان الموقف جديداً فإن استجابات الفرد لا تكون تلقائية. (بشرى إسماعيل، ٢٠١٦، ٩٦)
- أن علمية استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية نوعية وموقفية وليست عامة.

- أن استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية هي جهود تستخدم في إدارة المطالب التي تتضمن أن المواجهة تتكون من أي شيء يستطيع أن يفعله الشخص أو يفكر فيه لإدارة المواقف الضاغطة بصرف النظر عن نجاح هذه الجهود التي يقوم بها الفرد وهذا يعني أن المواجهة لا تكون قاصرة على الجهود الناجحة، بل تتضمن كل المحاولات الهادفة التي يقوم بها الفرد لإدارة الضغوط بصرف النظر عن فاعليتها.
- إن استراتيجية إدارة الضغوط النفسية تتضمن التقليل من الضواغط أو تجنبها أو تحملها أو تقبلها. (Akour,2014,56)

كما عرف Orvarshal, & Selly (2014,289) استراتيجية إدارة الضغوط النفسية بأنها " عبارة عن الإجراءات والسلوكيات التي يستخدمها الفرد للتكيف مع الضغوط، فالمواجهة هي شيء ما يفعله الشخص عندما يواجه موقفا ضاغطا. وذكر (Lewnisojn (2017,59) أن استراتيجية إدارة الضغوط النفسية هي مجموعة الأفعال المعرفية والوجدانية التي يقوم به الفرد في الاستجابة للمواقف الضاغطة وذلك بهدف استعادة الاتزان للفرد أو نحو الاضطراب والقلق لديه بمعنى محو المثير أو الموقف الضاغط أو التكيف معه. بينما عرف (Asbell, (2018,357) استراتيجية إدارة الضغوط النفسية بأنها "جزء مركزي في عملية الضغوط، وهي تبين كيف يدرك الأفراد ويستجيبون للضواغط وعلى هذا فهي تتضمن جميع الاستجابات التي يقوم بها الفرد تجاه الخطر وأي شكل من التهديد وجوهريا، فهي توجه إلى خفض الضغوط كليا، وتتضمن أي محاولة للتقليل أو تجنب التعامل مع الآثار الناجمة عن الضواغط"

استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية:

لا شك أن الفرد لا يقف مكتوف اليدين أمام أي ضغط يهدد حياته ويؤثر فيها، فالحفاظ على النفس البشرية وتوازنها غريزة فطرية، تميز الإنسان، وعليه فإن الطفل يواجه هذه الضغوط محاولاً التعامل والتكيف معها، وتخفيف آثارها أو حلها، ويستخدم في ذلك استراتيجيات مختلفة. (Martin, et al, 2016,158)

استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية التي يمكن استخدامها مع الطفل
الكفيف

[١] استراتيجية المساندة الاجتماعية (Social Support):

تثير المساندة الاجتماعية مصدرًا مهمًا من مصادر الأمن الذي يحتاج إليها الطفل من عالمه الذي يعيش فيه، وعندما يشعر أن هناك شيئًا ما يهدده، وعندما يشعر بأن طاقته قد استنفذت أو أجهدت أو أنه لم يعد بوسعه أن يجابه الخطر، أو يتحمل ما يقع عليه من إجهاد عندها يشعر بأنه يحتاج إلى مدد وعون من خارجه. (محروس الشناوي، ٢٠١٦، ٣٧)

تؤدي المساندة الاجتماعية دورًا مهمًا لاستمرار الإنسان وبقائه، حيث تعد مصدر من مصادر الدعم النفسي والاجتماعي المؤثر الذي يحتاج إليه الطفل الكفيف، حيث يؤثر حجم المساندة الاجتماعية، ومستوى الرضا في إدراك الطفل الكفيف للأحداث الضاغطة المختلفة، واستراتيجيات مواجهتها وتعامل الطفل مع هذه الأحداث. (صفاء قراقيش، ٢٠١٦، ١٤)

وللمساندة الاجتماعية أثر واضح في مساعدة الطفل الكفيف لأنها تساهم في التخفيف من حدة الضغوط النفسية، التي يواجهها عندما تكون مرتفعة، وللمساندة الاجتماعية أثر عام في الصحة الجسمية، والنفسية، حيث إن الشبكات الاجتماعية الكبيرة يمكن أن تزود الطفل بخبرات إيجابية منتظمة، ومجموعة من المهام التي تتلقى مكافآت في المجتمع، وهذا النوع يمكن أن يرتبط بالعادة من حيث إنها حالة إيجابية من الوجدان، وإحساس باستقرار في مواقف الحياة، والاعتراف بأهمية الذات. (هارون الرشيد، ٢٠١٧، ١٢٦)

[٢] تعلم العادات الصحية الجيدة:

(Learn Good Health Habits):

يعاني الكثيرون مشكلات صحية نتيجة لعاداتهم غير الصحية في الغذاء والنوم وعدم ممارسة الرياضة، ويحتاج بعضهم إلى أن يتعلم أصول الغذاء الصحي وقواعده وتوازنه، والتخلص من العادات غير الصحية، ومتابعة الوزن وممارسة الرياضة، لكي يكونوا أكثر قدرة على إدارة الضغوط. (على حمدان، ٢٠١٧، ٤٨)

[٣] التعبير عن المشاعر (The Expression of Feelings):

يجد كثيرون في التعبير عن المشاعر أسلوبا يواجهون به مواقف الضغط حيث يرى شوبل (Schwebel) أن البكاء والصراخ من أكثر الأساليب التي يستخدمها الأطفال في مرحلة الطفولة، فإن التعبير عن الانفعالات العميقة، خاصة المرتبطة بفقدان شخص عزيز، تظهر في البكاء، ويرى راين (Ryan) أن التعبير عن المشاعر يمكن أن يكون بسلوك ظاهر مثل البكاء أو ضمنى مثل الشعور بالخوف أو الحزن. (على عسكر، ٢٠١٥، ١٦)

[٤] مهارة الاسترخاء (Relaxation Skill):

تتضمن هذه الاستراتيجية القدرة على خفض الإثارة باستخدام إجراءات الاسترخاء وضبط التفكير، أو القيام بحركات جسمية لتقليل مستوى التوتر أو الضغط، ويستند التدريب على الاسترخاء إلى مسلمة قوامها التواصل المتبادل بين الجسد والنفس.

فالضغط النفسي يؤدي إلى توترات عضلية وإجهاد في عدد من أجهزة الجسم، تؤدي إلى تغيرات انفعالية واضحة، ومن ثم فإن تحقيق درجة من الاسترخاء في التخفيف من ردود الفعل الفيزيولوجية للضغط النفسي يؤدي إلى تحسن الحالة النفسية للأفراد وزيادة القدرة على تحمل الضغوط للوصول إلى حالة من الهدوء النفسي، لذلك يعد الاسترخاء مهارة وقائية، تعمل على خفض احتمال حدوث الاضطرابات المرتبطة بالتوتر النفسي وضبط القلق المتوقع حدوثه. (أحمد السمان، ٢٠١٥، ٩٩)

[٥] أسلوب تجاهل المشكلة (Ignore the Problem):

هنا يسلك الطفل أسلوب الهروب أو إدعاء عدم وجود مشكلة أصلا، والإصرار على أن الأمور تسير على ما يرام، مع أنها تبدو للجميع عكس ذلك. (أحمد الشحات، ٢٠١٦، ٣٧)

[٦] آليات الدفاع والتعامل مع الضغوط:

Defense Mechanism and Coping:

يستخدم الفرد آليات الدفاع لخفض حدة التوتر والقلق والضغط النفسي الذي يعانيه في أثناء محاولاته للتخلص من أثر التهديد الذي يحمله الموقف غير السار،

وهي آليات لا واعية، بينما التعامل مع الضغط أو إدارته يتطلب مهارات وأساليب واعية في جزء كبير منها، وخاصة حينما يتعلق بالمهارات، وهو ما يميزها عن آليات الدفاع.

فروض البحث:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس القلق للأطفال المكفوفين في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس إدارة الضغوط النفسية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس القلق للأطفال المكفوفين في القياسين البعدي والتتبعي".
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس إدارة الضغوط النفسية في القياسين البعدي والتتبعي.

الإجراءات المنهجية للبحث:

أولاً: منهج البحث:

يعتمد البحث الحالي على المنهج شبه التجريبي Quasi Experimental ذو المجموعة الواحدة القائم على تصميم المعالجات "القبليّة والبعديّة" لمتغيرات البحث وهي كالتالي:

- المتغير المستقل ويتمثل في: البرنامج القائم علي استراتيجية إدارة الضغوط النفسية.
- المتغير التابع ويتمثل في: القلق - الضغوط النفسية.
- المتغيرات الدخيلة وهي المتغيرات التي قامت الباحثة بضبطها حتي لا تتداخل في النتائج وهي العمر والذكاء في القياس القبلي.

ثانياً: عينة البحث:

قسمت عينة البحث إلى عينتين:

- **العينة الأولى:** مثلت في العينة الاستطلاعية لحساب الصدق والثبات للأدوات، وعددها (٣٠) طفلاً، تتراوح أعمارهم من (٩ - ١١) سنوات. بمتوسط قدره ١٠,٢٤ وانحراف معياري ٠.٦١٨.
- تم تطبيق الدراسة الاستطلاعية علي الأطفال.
- **العينة الثانية:** العينة الأساسية (التجريبية) وعددها (١٠) أطفال، تتراوح أعمارهم من (٩ - ١١) سنوات.

خطوات اختيار العينة:

- تم اختيار العينة الأساسية وفقاً لما يلي:
- أن تكون العينة ضمن الفئة العمرية (٩ - ١١) سنوات.
- أن يكون جميع أفراد العينة من ذوي الكف البصري الكلي الولادي.
- أن لا يكون أحد أفراد العينة متعدد الإعاقة، أو يعاني من أي أمراض مزمنة.
- تم تطبيق مقياس ستانفورد بنيه للذكاء على العينة (الصورة الخامسة) الجزء اللفظي بهدف عزل أثر متغير الذكاء بين أفراد العينة لتحقيق شرط التكافؤ، وحتى لا يكون لهذا المتغير أثر فيما يتعلق بالنتائج، وتم استبعاد الأطفال الأقل في معامل الذكاء عن المتوسط.
- أن تقع درجاتهم في الارباعي الأعلى لمقياس القلق والارباعي الأدنى لمقياس ادارة الضغوط

التكافؤ داخل المجموعة التجريبية:

قامت الباحثة بتحقيق التكافؤ بين أفراد المجموعة التجريبية في متغيري العمر والذكاء والدرجة علي مقياس ادارة الضغوط النفسية والقلق. ويوضح جدول (١) نتائج مربع كا (Chi Square) للفروق بين أفراد المجموعة في العمر والذكاء وإدارة الضغوط النفسية والقلق.

أولاً: التكافؤ في المتغيرات الديموجرافية:

قامت الباحثة بحساب التكافؤ بين متوسطات الأطفال في العمر الزمني والذكاء باستخدام اختبار كا ٢ والنتائج موضحة في جدول (١).

جدول (١)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات الأطفال من حيث العمر الزمني والذكاء ن=١٠

الأبعاد	المجموعات	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان ويتني	قيمة Z	مستوى الدلالة
العمر	تجريبية	١٠.٢٥	٠.٦٩	١٠.٩٠	١٠٩.٠٠	٤٦.٠٠	٠.٢٠٣	غير دالة
الذكاء	تجريبية	١٠٤.٨٠	٣.٤٢	٩.٣٥	٩٣.٥٠	٣٨.٥٠	٠.٨٧٩	غير دالة

يتضح من جدول (١) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الأطفال من حيث العمر الزمني مما يشير الى تكافؤ هؤلاء الأطفال داخل المجموعة التجريبية.

ثانياً: تكافؤ العينة من حيث أبعاد مقياس القلق:

قامت الباحثة بايجاد التكافؤ بين متوسطات درجات الأطفال علي أبعاد مقياس القلق باستخدام اختبار كا^٢ كما يتضح في جدول (٢)

جدول (٢)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات الأطفال علي مقياس القلق

ن=١٠

المتغيرات	المتوسط	الانحراف المعياري	كا ^٢	مستوى الدلالة	درجة حرية	حدود الدلالة	
						٠.٠٥	٠.٠١
نوبة الهلع	٢٢,٢٠	٢,٠٩	٢,٦٠٠	غير دالة	٦	١٦,٨١٢	١٢,٥٩٢
اضطراب قلق الانفصال	١٦,٢٠	١,٠٣	١,٢٠٠	غير دالة	٣	١١,٣٤٥	٧,٨٠٥
الفوبيا الاجتماعية	١٥,٦٠	١,٥٠	٣,٢٠٠	غير دالة	٥	١٥,٠٨٦	١١,٠٧٠
مخاوف الإصابات البدنية	١٣,٩٠	٠,٩٩	١,٢٠٠	غير دالة	٣	١١,٣٤٥	٧,٨٠٥
اضطراب الوسواس القهري	١٦,٠٠	١,٠٥	٢,٠٠	غير دالة	٣	١١,٣٤٥	٧,٨٠٥
اضطراب القلق المفرط	١٦,١٠	١,١٩	٢,٠٠	غير دالة	٤	١٣,٢٧٧	٩,٤٨٨
الدرجة الكلية	١٠٠,٠	٥,٧٧	٠,٠٠	غير دالة	٩	١٨,٤٧٥	١٤,٠٦٧

يتضح من جدول (٢) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات الأطفال من حيث أبعاد مقياس إدارة الضغوط النفسية والدرجة الكلية مما يشير إلى تكافؤ هؤلاء الأطفال حيث كانت قيم كا ٢ غير دالة إحصائياً.

ثالثاً: تكافؤ العينة من حيث أبعاد مقياس إدارة الضغوط النفسية:

قامت الباحثة بإيجاد التكافؤ بين متوسطات درجات الأطفال علي أبعاد مقياس إدارة الضغوط النفسية باستخدام اختبار كا ٢ كما يتضح في جدول (٣).

جدول (٣)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات الأطفال علي مقياس إدارة الضغوط النفسية ن=١٠

المتغيرات	المتوسط	الانحراف المعياري	٢كا	مستوى الدلالة	درجة حرية	حدود الدلالة	
						٠,٠١	٠,٠٥
إدارة الضغوط الدراسية	١٧,١٠	١,١٥	٢,٠٠	غير دالة	٥	١٥,٠٨٦	١١,٠٧٠
إدارة الضغوط الأسرية	١٦,٢٠	١,٢٢	١,٠٠٠	غير دالة	٤	١٣,٢٧٧	٩,٤٨٨
إدارة الضغوط الذاتية	١٧,٢٠	١,٠٣	٣,٢٠٠	غير دالة	٥	١٥,٠٨٦	١١,٠٧٠
الدرجة الكلية	٥١,١٠	٢,١٣	١,٢٠٠	غير دالة	٧	١٨,٤٧٥	١٤,٠٦٧

ثالثاً: أدوات الدراسة:

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية الأدوات التالية:

- مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة (إعداد/ صفوت فرج).
- مقياس القلق المعرب.
- مقياس إدارة الضغوط النفسية (إعداد الباحثة).
- برنامج قائم علي استراتيجية إدارة الضغوط النفسية للأطفال المكفوفين (إعداد الباحثة).

وتعرض الباحثة فيما يلي عرضاً وصفاً لكل من هذه الأدوات وما انتهجته من إجراءات للتحقق من صدق وثبات كلاً من الأدوات التي قامت بإعدادها أو تصميمها لهدف الدراسة.

[١] مقياس قلق الأطفال:

مقياس سبنس للقلق لدى الأطفال (The Spence Children's Anxiety Scale (Spence, 1998, 548- 563).

أعد هذا المقياس بهدف قياس مدى واسع من أعراض القلق لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٨ - ١٢ سنة، وقد استمدت عبارات المقياس من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض العقلية (DSM- IV- 1994)، ومن مراجعة التراث والخبرة الإكلينيكية لأربعة من الأخصائيين النفسيين المختصين باضطرابات القلق، ومن مقاييس القلق المقننة، ويتألف المقياس من (٣٨) عبارة، تم وضع بدائل للإجابة مترتبة من "أبداً" وتحصل على صفر، أحياناً وتحصل على درجة واحدة، "غالباً" وتحصل على درجتين، "دائماً" وتحصل على ثلاث درجات وتتراوح درجات المقياس من صفر - ١١٤ درجة، وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع أعراض القلق لدى الطفل.

الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الأجنبية:

قام سبنس Spence, 1998 بالتحقق من صدق المقياس عن طريق التحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي على عينة من التلاميذ بلغ عددهم (٥٨٤) طفلاً، تراوحت أعمارهم بين ٨ - ١٢ سنة وكشفا عن العوامل الست وهي: نوبة الهلع/ الخوف من الأماكن العامة وتشعب بها العبارات التالية ١٢، ١٩، ٢٥، ٢٧، ٢٨، ٣٠، ٣٢، ٣٣، ٣٤، اضطراب قلق الانفصال وتشعب به العبارات التالية ٥، ٨، ١١، ١٤، ١٥، ٣٨، الفوبيا الاجتماعية وتشعبت به العبارات التالية ٦، ٧، ٩، ١٠، ٢٦، ٣١، مخاوف الإصابة البدنية وتشعبت به العبارات التالية ١٦، ١٨، ٢١، ٢٣، ٢٩، اضطراب الوسواس القهري وتشعب به العبارات التالية ١٣، ١٧، ٢٤، ٣٥، ٣٦، ٣٧، اضطراب القلق المعمم اضطراب القلق المفرط وتشعب به العبارات التالية ١، ٢، ٣، ٤، ٢٠، ٢٢.

تم التحقق من الصدق التلازمي للمقياس على عينة بلغ قوامها ٢١٨ طفلاً، وتراوحت أعمارهم بين ٨ - ١٢ سنة مع مقياس القلق الظاهر للأطفال المنقح Revised Children Manifest Anxiety Scale (RCMAS) إعداد

The Children Depression Inventory (CDI) قائمة المقابلة لقلق الأطفال Reynolds & Richmond, 1978، وقائمة الاكتئاب للأطفال Kavacs, 1981، والنسخة المنقحة من قائمة المقابلة لقلق الأطفال Revised Version of Children's Anxiety Interview Schedule for Children Silverman & Nelles, 1988 إعداد، وكانت معاملات الارتباط على الترتيب ٠,٧١، ٠,٤٨، ٠,٧٣، وارتباطات دالة إحصائياً بين المقاييس الفرعية تراوحت بين ٠,٥٥ - ٠,٩١.

تم حساب ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ على العينة الكلية البالغ عددهم ٢٠٥٢ طفلاً، تراوحت أعمارهم بين ٨-١٢ سنة، وبلغ معامل الثبات بهذه الطريقة للدرجة الكلية ٠,٩٢، وللمقاييس الفرعية على الترتيب ٠,٨٢، ٠,٧٠، ٠,٧٠، ٠,٦٠، ٠,٧٣، ٠,٧٣، وبطريقة التجزئة النصفية (جتمان) بلغ ٠,٩٠، وبطريقة إعادة تطبيق المقياس على عينة بلغ قوامها ٣٤٤ طفلاً، تراوحت أعمارهم بين ٨-١٢ سنة، كانت معامل الارتباط للعينة الكلية ٠,٦٠، ومعاملات الارتباط للمقاييس الفرعية على الترتيب ٠,٤٥، ٠,٥٧، ٠,٥٧، ٠,٥٤، ٠,٥٣، ٠,٥٦.

أظهرت نتائج دراسة (Zhao, Xing & Wang, 2012) تمتع مقياس سبنس بمعاملات سيكومترية جيدة على عينة من الأطفال بلغ عددهم ١٨٧٨ طفلاً، تراوحت أعمارهم بين ٨-١٥ سنة، فقد تراوحت معاملات ألفا كرونباخ بين ٠,٦٤ - ٠,٨٠، وكانت ٠,٩٢ للعينة الكلية، وعن طريق إعادة ثبات المقياس تراوحت معاملات الارتباط بين ٠,٧٨ - ٠,٨٧، للعينة الكلية، وبين ٠,٧٦ - ٠,٨١، للأطفال، وبين ٠,٨١ - ٠,٨٩، للمراهقين، وارتباطات دالة بين مقياس سبنس وقائمة الاكتئاب لبيك، ومقياس مسح قلق الأطفال المرتبط بالاضطرابات الانفعالية إعداد: Birmaher et al., 19691، كما أسفرت النتائج عن ٦ عوامل التي توصل إليها سبنس في دراسته، كما انتهت نتائج دراسة (Whiteside & Brown, 2008) إلى تمتع المقياس بمعاملات سيكومترية جيدة على عينة من الأطفال بلغ عددهم ٨٥ طفلاً، وتراوحت أعمارهم بين ٩-١٨ سنة، حيث تراوحت معاملات ألفا كرونباخ بين ٠,٥٣ - ٠,٨٤، وكانت للعينة الكلية ٠,٩٤، ويميز المقياس بين الأطفال القلقين وأقرانهم العاديين، ووجدت ارتباطات دالة بين المقياس ومقياس الاستثارة والانفعال إعداد: Chorpita et al., 2000.

الخصائص السيكومترية للمقياس في البحث الحالي:

أولاً: الصدق: قامت الباحثة في البحث الحالي باستخدام صدق المحك الخارجي وذلك بحساب معامل الارتباط بين أداء عينة من (٣٠) طفلاً علي المقياس وأداؤهم علي مقياس استخدمه الباحثان اختبار سمة القلق إعداد: Spielberg للأطفال، وقام بترجمته وإعداده للبيئة العربية (عبد الرقيب البحيري، ٢٠١٢)، حيث بلغ معامل الصدق (٠,٧٦٨) وهو دال إحصائياً عند مستوي (٠,٠١) مما يؤكد علي صدق الاختبار وصلاحيته للاستخدام في البحث الحالي.

ثانياً: الثبات: كما قامت الباحثة بحساب معامل الثبات باستخدام ثبات اعادة التطبيق علي (٣٠) طفلاً بفاصل زمني قدره شهر وبلغ معامل ثبات اعادة التطبيق (٠,٧٠٨) وهو معامل ثبات مرتفع يعزز الثقة في المقياس.

[٢] مقياس إدارة الضغوط النفسية لدي الأطفال المكفوفين:

يهدف هذا المقياس إلى قياس إدارة الضغوط للأطفال المكفوفين من خلال استجابة الأطفال أنفسهم على المقياس.

[أ] مبررات تصميم المقياس: قامت الباحثة بإعداد مقياس إدارة الضغوط النفسية حيث وجدت الباحثة ندرة في الأدوات التي تقيس هذه المهارات لدي الأطفال المكفوفين.

[ب] اجراءات إعداد وتصميم المقياس: تتكون عملية إعداد وتصميم المقياس المصمم للدراسة الحالية من (٥) خطوات كل خطوة من هذه الخطوات تشتق من الخطوة التي تسبقها وتمهد للخطوة التي تليها، حتي تترايط جميع الخطوات ويصبح العمل متكامل وفي صورته النهائية، ويمكن من خلال الشكل التالي توضيح تلك الخطوات:

الخطوة الأولى: الاطلاع علي المقاييس المشابهة: اطلعت الباحثة على ما أتيج لها من إطار نظري ودراسات سابقة وبحوث ومراجع عربية وأجنبية والآراء والنظريات المتعلقة بموضوع الدراسة ومقاييس واختبارات التي تناولت إدارة الضغوط النفسية من أجل التعرف على طرق والأدوات المستخدمة في قياس المهارات المعرفية والاستفادة

من المقاييس العامة في صياغة العبارات التي تناسب كل بعد من الأبعاد وذلك وفقاً للخطوات التالية:

- الإطلاع على الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع البحث.
 - تحليل النظريات والتعريفات التي تناولت مهارات إدارة الضغوط النفسية.
- كما قامت الباحثة بالاستفادة من الدراسات والبحوث السابقة العربية والأجنبية والمرتبطة بها، وكذا الاستفادة من المعلومات الموجودة على شبكة الإنترنت عن إدارة الضغوط النفسية كما قامت الباحثة بالاستفادة من بعض الاختبارات والمقاييس العربية والأجنبية التي أتاحت للباحثة وتناولت إدارة الضغوط النفسية، أو التي تضمنت بنود أو عبارات قد تسهم في بناء مقياس البحث الحالي.

الخطوة الثانية: الأسس الفلسفية والنفسية لتصميم المقاييس:

راعت الباحثة طبيعة عينة البحث وما تواجهه من صعوبات وكذا القائمين علي رعايتهم، كما حاولت أن يكون المقياس بسيط في محتواه ويعبر عن الامكانيات الحقيقية لهذه الفئة. كما راعت أن يكون عدد العبارات وطول المقياس ودقة عباراته سعت الباحثة في صياغة العبارات في صورتها الأولية أن تكون سهلة، وواضحة، وقصيرة، ولا تحمل أكثر من معنى وأن تقيس ما وضعت لقياسه دون غموض وأن تعبر عن وجهات النظر المختلفة، وأن تكون الاستجابة مفيدة وقصيرة.

الخطوة الثالثة: صياغة أبعاد وبنود المقياس:

بعد إطلاع الباحثة على المقاييس السابقة والإطار النظري واللقاءات والمقابلات التي عقدتها الباحثة مع الأطفال ومعلميهم، قامت الباحثة بتحديد أبعاد المقياس وصياغة بنود المقياس. في ضوء ما سبق، تم إعداد مقياس إدارة الضغوط النفسية للأطفال المكفوفين (يكون من ٤٥ عبارة، ١٥ لكل بعد فرعي) ويشمل ثلاثة محاور:

- أ- إدارة الضغوط النفسية المدرسية.
- ب- إدارة الضغوط النفسية الأسرية.
- ج- إدارة الضغوط النفسية الذاتية

الخطوة الرابعة: حساب الخصائص السيكومترية للمقياس:

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

الصدق المنطقي:

يهدف الصدق المنطقي (صدق التكوين الفرضي) إلى الحكم على مدى تمثيل المقياس للميدان الذي يقيسه، أي أن فكرة الصدق المنطقي تقوم في جوهرها على اختيار مفردات المقياس بالطريقة الطبقيّة العشوائية التي تمثل ميدان القياس تمثيلاً صحيحاً، وقد قامت الباحثة ببناء مقياس إدارة الضغوط بأبعاده ووضع مفردات مناسبة لقياس كل مكون على حده من خلال حساب المتوسط والوزن النسبي لكل مكون، ويندرج تحت هذا النوع من الصدق ما يسمى صدق المحكمين، وذلك لتأكيد من مدى وضوح المفردات وحسن صياغتها، ومدى مطابقتها للبعد الذي وضعت لقياسه، وتم عرض المقياس في صورته الأولى على عشرة من المحكمين هم من المتخصصين في مجال علم نفس الطفل، والتربية الخاصة، ومناهج وطرق التدريس، حيث تم تقديم المقياس مسبقاً بتعليمات توضح لهم ماهية إدارة الضغوط وسبب استخدام المقياس، طبيعة العينة، وطلب من كل منهم توضيح ما يلي:

- مدى انتماء كل مفردة للبعد الذي وضعت أسفله من عدمه بناء على تعريف هذا المكون.
- تحديد اتجاه قياس كل مفردة للبعد الذي وضعت أسفله.
- مدى اتفاق بنود المقياس مع الهدف الذي وضعت من أجله.
- ارتباط المفردات بالأبعاد المرجو قياسها في ضوء التعريف الإجرائي لكل بعد.
- مدى مناسبة العبارة لطبيعة العينة.
- الحكم على مدى دقة صياغة العبارات ومدى ملاءمتها لأبعاد المقياس.
- إبداء ما يقترحونه من ملاحظات حول تعديل أو إضافة أو حذف ما يلزم.
- وتم حساب النسبة المئوية التي توضح نسبة اتفاق المحكمين على كل مفردة من مفردات مقياس إدارة الضغوط.

كما قامت الباحثة بدراسة استطلاعية بتطبيق المقياس على عينة من الأطفال للتعرف علي أهم الصعوبات أو العوائق التي قد تواجه الباحثة أثناء تطبيق المقياس ووضع بعض التعديلات لحلها أو تفاديها ولمعرفة مدى ملائمة الأنشطة لأفراد العينة وكذا لمعرفة مدى مناسبتها للمستوى اللغوي لهم. وقد روعي أثناء التطبيق تدوين الملاحظات التي أباها الأطفال. وقد حققت التجربة الاستطلاعية الأهداف التالية:

- مناسبة المقياس لعينة البحث من حيث المحتوي المقدم في المقياس.
- مناسبة عدد البنود.
- التعرف علي مدي ملائمة العبارات.
- تحديد الأدوات اللازمة للتطبيق وكذا تحديد المكان المناسب والزمن المناسب للتطبيق.

الاتساق الداخلي Internal Consistency:

تم إيجاد التكافؤ الداخلي للمقياس عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجات كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه. وقامت الباحثة بإيجاد التكافؤ الداخلي للمقياس عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجات كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، ويتضح ذلك من الجدول التالي:

جدول (٤)

معاملات الارتباط بين كل مفردة من مفردات الأبعاد إدارة الضغوط النفسية والدرجة الكلية لهذا البعد

إدارة الضغوط الذاتية		إدارة الضغوط الأسرية		إدارة الضغوط الدراسية	
معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م
**٠,٨٣٦	١	**٠,٧٨٤	١	**٠,٥٢٣	١
**٠,٧٢١	٢	**٠,٨٥٦	٢	**٠,٦٨٥	٢
**٠,٧٩٢	٣	**٠,٧٥٠	٣	**٠,٧٤١	٣
**٠,٧٤٨	٤	**٠,٧٥٤	٤	**٠,٧٨٢	٤
**٠,٧٨٢	٥	**٠,٧٥٨	٥	**٠,٦٩٥	٥
**٠,٧٤٨	٦	**٠,٧٨٢	٦	**٠,٧٤٢	٦
**٠,٧٢٩	٧	**٠,٧٨٤	٧	**٠,٦٨٧	٧
**٠,٦٣٠	٨	**٠,٨٦٩	٨	**٠,٧٤٥	٨
**٠,٧٤١	٩	**٠,٧١٨	٩	**٠,٧٨٥	٩

**٠,٦٣٢	١٠	**٠,٨٥٧	١٠	**٠,٧٥٣	١٠
**٠,٧٨٤	١١	**٠,٦٣٧	١١	**٠,٦٣٥	١١
**٠,٧٥٥	١٢	**٠,٧٤٨	١٢	**٠,٦٥٢	١٢
**٠,٥٧١	١٣	**٠,٦٣٩	١٣	**٠,٥٧٨	١٣
**٠,٦٢٤	١٤	**٠,٥٨٦	١٤	**٠,٦٣٢	١٤
**٠,٦٣٢	١٥	**٠,٥٤٧	١٥	**٠,٥٣٨	١٥

** معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).

ويتضح من الجدول السابق ما يلي: أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة ودرجة المقياس الذي تنتمي إليه تكون دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، وهذا يدل على اتساق البناء الداخلي لمقياس إدارة الضغوط وثباته المرتفع. ثم قامت الباحثة بإيجاد معامل الارتباط بين درجات الأفراد على الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية للمقياس. وفيما يلي عرض لمعاملات الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس مع الدرجة الكلية.

جدول (٥)

معاملات الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس إدارة الضغوط النفسية والدرجة الكلية

معامل الارتباط	الأبعاد
**٠,٦٣٨	إدارة الضغوط الدراسية
**٠,٧٣٧	إدارة الضغوط الأسرية
**٠,٧٥٦	إدارة الضغوط الذاتية
**٠,٨٩٧	الدرجة الكلية للمقياس

** معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).

ويتضح من القيمة الجدوليه في الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١).

الخطوة الخامسة: التعليمات وطريقة التصحيح:

- التعليمات: يعتمد هذا المقياس علي تقرير الاطفال وتقدم الباحثة توضيحاً للطفل بالتركيز علي سلوكيات خلال الأسبوع السابق علي التطبيق.
- طريقة التصحيح: تقدر الدرجة علي المقياس وفقا لميزان التصحيح الثلاثي.

- - تفسير الدرجات: تفسر الدرجة المنخفضة بانخفاض مستوى إدارة الضغوط لدي الطفل بينما تعني الدرجة المرتفعة ارتفاع مستوى إدارة الضغوط النفسية لدي الطفل.

[٤] برنامج استراتيجية إدارة الضغوط النفسية لخفض حدة قلق الأطفال المكفوفين. إعداد (الباحثة)

مقدمة عن البرنامج:

تعد استراتيجية إدارة الضغوط النفسية من أفضل الوسائل التي يمكن أن تتبع في الحد من الضغوط النفسية وخفض حدة القلق لدى الأطفال المكفوفين، حيث أنه يعتمد على إنتقاء أفضل الفنيات والإستراتيجيات المختلفة، ويركز هذا النمط من استخدام استراتيجية إدارة الضغوط النفسية على جميع جوانب شخصية الطفل مما يجعله ينمو من جميع النواحي الجسمية والنفسية والسلوكية والروحية. ولقد بدأت بدايات هذا النوع من التدخل علماء مثل "فريدريك ثورن" Fredrick Thorn و"دولير وميلير" Doller & Miller و"لازوراس" Lazarous في خمسينيات وستينيات القرن الماضي.

أهداف البرنامج:

هناك العديد من الأهداف التي هدف البرنامج إلى تحقيقها، ومن أبرزها:

(أ) الهدف العام للبرنامج: استخدام استراتيجية إدارة الضغوط النفسية في الحد من الضغوط النفسية وخفض حدة القلق لدى الأطفال المكفوفين، وذلك من خلال تنمية قدرة الأطفال على استخدام استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية.

(ب) الأهداف الإجرائية:

هناك العديد من الأهداف الإجرائية من أبرزها ما يلي:

- أن يتم التعارف بين الأطفال المكفوفين و(الباحثة).
- أن توضح الباحثة أهداف البرنامج للأطفال.
- أن يسود جو الود والألفة بين(الباحثة)والأطفال.

- تفريع الانفعالات السلبية والخبرات التي تمثل مصاعب للأطفال المكفوفين وتعزيز الثقة بالنفس للأطفال من خلال جلسات البرنامج.
- تنمية مهارات التحكم في الذات وضبط الذات لدى الأطفال المكفوفين في مواجهة المواقف الضاغطة وخفض حدة قلق الأطفال.
- تنمية مفهوم المواجهة الذاتية للضغوط النفسية التي يتعرض لها الأطفال.
- تأهيل مفهوم المواجهة الذاتية للضغوط النفسية.
- التمييز بين الأحداث الضاغطة الرئيسية والأحداث اليومية البسيطة التي تواجه الأطفال، وتنمية بعض أساليب المواجهة الفعالة للمواقف الضاغطة للأطفال.

مصادر بناء البرنامج:

- لقد تم بناء وإعداد البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية من خلال:
- الاطلاع على العديد من الدراسات العربية والأجنبية للبرامج والتربوية التي اهتمت بدراسة استخدام استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية التي يعاني منها الأطفال المكفوفين، ومن أبرز تلك الدراسات دراسة "صلاح الدين البخيت، محمد التيجان عمر (٢٠١٢)، محمد الزيودي (٢٠١٢)، (Robin, Jackson, 2015)، محمد الإمام ومحمد عاشور (٢٠١٣)، محمد أحمد (٢٠١٤)، Joseph, Pear & Gary, Martin (2014)، وإيهاب البيلاوي (٢٠١٤)، وخولة يحيى، ورنا حامد (٢٠١٥). حمدي الفرماوي، (٢٠١٦)، وزيد السرطاوي (٢٠١٧).
 - تحليل التراث النظري الذي اهتم باستخدام استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية، للوقوف على النقاط الإيجابية من أجل الوصول بالبرنامج إلى أفضل صورة.

الفتيات المستخدمة في البرنامج:

من أبرز الفتيات التي تم استخدامها في البرنامج تنمية مهارات إدارة الضغوط النفسية للأطفال المكفوفين ما يلي:

• التعليم النفسي Psycho Education:

اعتمدت الباحثة في الجلسات الأولى في البرنامج على فنية التعليم النفسي والتي تشير إلى تقديم المعلومات عن موضوع الجلسة التدريبية أو محور اهتمامها،

ويعتمد في ذلك على فنيتي المحاضرة والمناقشة مما يوفر الأساس لتنمية الثقة في القدرة على تنمية مهارات إدارة الضغوط النفسية لدى الأطفال لخفض حدة القلق لديهم.

• مهارات المواجهة Coping Skills:

تتمركز فنية مواجهة المشكلات حول قدرة الأطفال المكفوفين على حل المشكلات من خلال تنظيم العلاقة بين الطفل والبيئة المحيطة بها بهدف تحسين العلاقة بهذه البيئة، حيث تتمركز فنياتها حول الانفعالات من خلال المواقف اليومية على تخفيف التأثير السلبي للحالة الوجدانية والتي تشتمل على: التدريب على مهارة حل المشكلات الاجتماعية، إعادة البناء المعرفي عن الذات، وكذلك المجتمع المحيط.

• الحوار مع الذات Dialogue with the Self:

تشير هذه الفنية من فنيات البرنامج أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد الأشياء التي يفعلونها، أي أن حديث الفرد لنفسه والطريقة التي يستخدمها في الحديث لها أثر كبير على السلوك.

وترى الباحثة أن الأفكار غير العقلانية التي يحملها الأطفال عن قدرتهم على مواجهة الضغوط النفسية هي نتاج الحوارات غير المنطقية التي تتم بين الطفل ونفسه.

لذا تحاول هذه الفنية تدريب الطفل على أن يحدث نفسه بأسلوب إيجابي وبنقطة وأن يعلم نفسه تقييم الجمل التي يقولها في أي موقف أو مهمة، ويتدرب على الانتقال من الحديث السلبي للنفس إلى إلقاء تعليمات إيجابية وأكثر واقعية وبناء الثقة في الحديث إلى الذات.

• التحكم الذاتي Self- Control:

تعد القدرة على التحكم بالذات من المهارات التي يتم استخدامها لتنمية ثقة الطفل بقدراته مما يجعله قادر على مواجهة الضغوط النفسية الناتجة عن المواقف المحبطة.

وتؤكد هذه الفنية على تدريب الأطفال أولاً كيف يتصرفون في المواقف المحبطة والخبرات المثبطة التي تواجههم في الحياة اليومية ومتى يستطيع الإفصاح عن هذه المشاعر الذاتية، مع تسجيل الأفكار، والمشاعر، والسلوكيات باستمرار، ثم تقييم الذات وتفسير الأداء في الاتجاه الإيجابي، وأخيراً تعزيز الذات ومكافأتها.

• التعزيز Reinforcement:

يقدم التعزيز في كل مرة تؤدي إلى زيادة السلوك المرغوب فيه، أي أن الإثابة تعتمد على السلوك المشروط بأدائه.

ويستخدم التعزيز عند القيام بتمثل المهارات المطلوبة منها، ويكون التأكيد ليس فقط على النجاح الكلي، بل على الجزئي أيضاً ويشترك الأطفال المكفوفين مع الباحثة في إعداد قائمة للمكافآت الرمزية والمعنوية.

• لعب الدور Role Playing:

تشير هذه الاستراتيجية إلى أسلوب تمثيل الأدوار والتي يمكن النظر إليها على أنها سلسلة من التجارب البسيطة، التي تُعرض فيها المشكلات ويطلب من الطفل الوصول إلى حلول لها.

• التغذية الراجعة Feedback:

تتمثل في تزويد الأطفال بمعلومات حول استجاباته، بشكل منظم ومستمر، من أجل مساعدته في تعديل استجاباته التي تكون بحاجة إلى التعديل من خلال تصحيح استجاباته الخاطئة وتثبيت الاستجابات الصحيحة.

رابعاً: خطوات البحث الإجرائية:

تم إجراء البحث وفقاً للخطوات التالية:

- مراجعة الاطار النظري والدراسات السابقة وتحديد الفروض الأساسية للبحث وطرق جمع البيانات المناسبة لهذه الفروض.
- إعداد وتجهيز أدوات البحث وقامت الباحثة بمراجعة الأدوات والدراسات السابقة علي الصعيد العربي والأجنبي حول قياس القلق وإدارة الضغوط لدي الأطفال

المكفوفين وبناء علي هذه المراجعة حددت الأبعاد الأساسية للمقياس وتابعت ذلك باختيار وانتقاء وصياغة المفردات.

- بناء البرنامج التدريبي في ضوء الاطار النظري والدراسات السابقة والاطلاع علي عدد من البرامج التدريبية التي صممت لهذه الفئة.
- تم حساب الخصائص السيكومترية للأدوات من صدق وثبات علي عينة الدراسة الاستطلاعية التي تماثل عينة الدراسة الأساسية.
- بعد الاطمئنان علي الخصائص السيكومترية للأدوات وسلامة البرنامج وصلاحيته لتحقيق أهدافه، تم التطبيق على المجموعة التجريبية.
- تم عرض النتائج وفقاً لفروض البحث، وتم تفسيرها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة. وتم تقديم مجموعة من التوصيات والمقترحات لدراسات لاحقة.

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة

استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية لتقنين وإعداد أدوات الدراسة علاوة على استخدامها لإثبات صحة أو عدم صحة فروض الدراسة، وإيجاد ثبات وصدق المقاييس، ونتائج الدراسة بالاستعانة ببرامج الحزم الإحصائية SPSS المستخدمة في العلوم الاجتماعية.

ومن أهم هذه الأساليب الإحصائية المستخدمة:

- اختبار ويلكوكسون لإشارات الرتب الدرجات المرتبطة Wilcoxon Signed Ranks Test، لحساب الفرق بين متوسطي رتب أزواج الدرجات المرتبطة.
- معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة Matched- Pairs (rprb) Rank Biserial Correlation لمعرفة حجم تأثير البرنامج.
- المتوسطات والانحرافات المعيارية.
- معاملات الارتباط.
- معامل ثبات ألفا كرونباخ.
- عرض نتائج البحث ومناقشتها

نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

ينص الفرض الأول علي أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس القلق للأطفال في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon test) للكشف عن دلالة واتجاه الفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية علي القلق.

وتم حساب قيمة (Z) لمعرفة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للأبعاد وذلك بتطبيق مقياس القلق للأطفال والتي تم تدريب المجموعة التجريبية عليها داخل جلسات البرنامج، والجدول التالي يوضح نتائج ذلك.

جدول (٦)

قيمة (Z) لمعرفة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لأبعاد مقياس القلق للأطفال المكفوفين والدرجة الكلية باستخدام معادلة ويلكوكسون

الأبعاد	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوي الدلالة
نوبة الهلع	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	- ٢,٨٠٧	٠,٠١
	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠		
	التساوي	٠				
	المجموع	١٠				
اضطراب قلق الانفصال	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	- ٢,٨٢٥	٠,٠١
	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠		
	التساوي	٠				
	المجموع	١٠				
الفوبيا الاجتماعية	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	- ٢,٨٠٩	٠,٠١
	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠		
	التساوي	٠				
	المجموع	١٠				
مخاوف الإصابة البدنية	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	- ٢,٨٢٧	٠,٠١
	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠		
	التساوي	٠				
	المجموع	١٠				

٠,٠١	-	٢,٨٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	اضطراب الوسواس القهري
			٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الرتب السالبة	
					٠	التساوي	
					١٠	المجموع	
٠,٠١	-	٢,٨٢٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	اضطراب القلق المفرط
			٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الرتب السالبة	
					٠	التساوي	
					١٠	المجموع	
٠,٠١	-	٢,٨٠٥	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	الدرجة الكلية
			٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الرتب السالبة	
					٠	التساوي	
					١٠	المجموع	

قيمة (Z) عند مستوي ٠.٠٥ = ٢.٠٠ قيمة (Z) عند مستوي ٠.٠١ = ٢.٦٠

يتضح من الجدول السابق أن قيم (Z) لمعرفة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للأبعاد قيم دالة عند مستوي (٠.٠١)، مما يشير إلي وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي، حيث كان متوسط الرتب السالبة أكبر من متوسط الرتب الموجبة، وهذا يعد مؤشراً علي فاعلية البرنامج المستخدم في خفض القلق لدي أفراد العينة التجريبية.

ولمعرفة مقدار الانخفاض في أبعاد القلق، تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، للقياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (٧)

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري في القياسين القبلي والبعدي لأبعاد مقياس القلق للأطفال والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية

البعدي		القبلي		البعد
الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
٠,٩٤	١٥,٣٠	٢,٠٩	٢٢,٢٠	نوبة الهلع
١,٠٥	١٣,٣٠	١,٠٣	١٦,٢٠	اضطراب قلق الانفصال
٠,٩١	١٢,٢٠	١,٥٠	١٥,٦٠	الفوبيا الاجتماعية
٠,٩١	١٢,٢٠	٠,٩٩	١٣,٩٠	مخاوف الإصابة البدنية
١,٠٣	١١,٢٠	١,٠٥	١٦,٠٠	اضطراب الوسواس القهري
٠,٩٤	١٢,٣٠	١,١٩	١٦,١٠	اضطراب القلق المفرط

٣,١٠	٧٦,٥٠	٥,٧٧	١٠٠,٠	الدرجة الكلية
------	-------	------	-------	---------------

يتضح من الجدول السابق أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي أقل من المتوسط الحسابي للقياس القبلي في الأبعاد الستة والدرجة الكلية مما يشير إلى خفض القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية.

كما قامت الباحثة بحساب حجم الأثر باستخدام معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (Matched Pairs Ranks Biserial Correlation) باستخدام المعادلة التي أوردها (Field,2018,520) والذي يتم حساب حجم الأثر من المعادلة التالية:

$$r = \frac{Z}{\sqrt{N}}$$

حيث (Z) قيمة (Z) المحسوبة و (N) تعني حجم العينة.

ويفسر حجم الأثر وفقا للمحكات التالية:

- إذا كان حجم الأثر أقل من (٠.٤) يكون حجم الأثر ضعيف.
- إذا كان حجم الأثر أقل من (٠.٧) يكون حجم الأثر متوسط.
- إذا كان حجم الأثر أقل من (٠.٩) يكون حجم الأثر كبير.
- إذا كان حجم الأثر أكبر من (٠.٩) يكون حجم الأثر كبير جداً.

كما قامت الباحثة بإيجاد نسبة التحسن بين القياسين القبلي والبعدي لمتوسطات درجات الأطفال وذلك باستخدام نسبة الكسب المعدل لبليك.

$$\text{نسبة الكسب المعدل} = \frac{\text{ص} - \text{د}}{\text{د}} + \frac{\text{ص} - \text{س}}{\text{د} - \text{س}}$$

حيث:

ص: متوسط درجات الأطفال في التطبيق البعدي.

س: متوسط درجات الأطفال في التطبيق القبلي.

د: القيمة العظمى لدرجة البعد.

جدول (٨)

حجم الأثر لأبعاد القلق والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية

حجم الأثر	البعد
-----------	-------

٠,٩١	نوبة الهلع
٠,٨٩	اضطراب قلق الانفصال
٠,٨٩	القبول الاجتماعي
٠,٨٩	مخاوف الإصابة البدنية
٠,٨٩	اضطراب الوسواس القهري
٠,٩٢	اضطراب القلق المفرط
٠,٨٩	الدرجة الكلية

يتضح مما سبق وفقا لمحكات حجم الأثر فإن حجم الأثر لفاعلية البرنامج المستخدم في البحث الحالي يعتبر كبير جدا وهو ما يزيد الثقة في فاعلية البرنامج المستخدم.

ويمكن تفسير ما تم التوصل إليه من نتائج بالنسبة للفرض الأول من خلال الدور الذي قام به البرنامج التي اعتمد عليها البرنامج في خفض القلق حيث تبين أن هذه الفنيات لها فاعلية كبيرة في خفض القلق.

مناقشة وتفسير نتائج الفرض الأول: تشير نتائج الفرض الأول على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي الإعاقة البصرية المجموعة التجريبية في التطبيق القبلي والبعدي على مقياس القلق المستخدم في البحث الحالي، لصالح التطبيق البعدي، وبالتالي يتضح ثبوت صحة الفرض الأول.

يتضح مما سبق تحقق الفرض الأول حيث كانت قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات الأطفال المكفوفين المجموعة التجريبية، في التطبيق القبلي والبعدي على مقياس القلق المستخدم في الدراسة الحالية، في اتجاه القياس البعدي مما يشير إلى فعالية البرنامج القائم على استخدام استراتيجية إدارة الضغوط المستخدم في البحث الحالي والذي أدى إلى انخفاض متوسطات رتب درجات الأطفال على المقياس بجميع أبعاده، وكذلك الدرجة الكلية للمقياس لصالح المجموعة التجريبية ودرجة الأنخفاض تدل على انخفاض مستويات القلق.

وأشارت النتائج بشكل عام إلى وجود فروق جوهرية دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي على

مقياس القلق بعد تطبيق البرنامج التدريبي، وكانت تلك الفروق لصالح المجموعة التجريبية، وهذه النتيجة تحقق صحة الفرض الأول. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج معظم الدراسات السابقة التي أشارت إلى فعالية استخدام استراتيجية إدارة الضغوط النفسية في تحسين وتنمية التوافق النفسي والتخفيف من حدة المشكلات النفسية والتي من بينها القلق لدى الأطفال المكفوفين، من هذه الدراسات: دراسة روبين أوبيري (2015) Rubin Aubrey والتي أظهرت نتائجها تحسناً واضحاً في التوافق النفسي لدى أطفال المجموعة التجريبية وذلك من خلال استخدام استراتيجية إدارة الضغوط النفسية.

كما أشارت دراسة (2015) Suzan, et al والتي أظهرت نتائجها تحسناً واضحاً في مستويات القلق النفسي لدى عينة تجريبية من الأطفال بعد تطبيق استراتيجيات إدارة الضغوط المختلفة.

وكذلك دراسة (2016) Trasha Estelle والتي توصلت إلى وجود فروق دالة وتحسن لصالح التطبيق البعدي على أفراد المجموعة التجريبية من الأطفال المكفوفين حيث ساعدت استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية على خفض حدة التوتر والمخاوف لدى الأطفال، وذلك من خلال التفاعل مع الآخرين. ودراسة (2016) Slobodan T Jovicic et al والتي أشارت إلى حدوث تحسن دال إحصائياً في مستوى القلق بعد التعرض لمجموعة من الاستراتيجيات التي تستخدم الاسترخاء والثقة بالذات.

كما أشارت نتائج دراسة (2017) Eugena I.Toki, Jenny Pange إلى فعالية استخدام استراتيجية إدارة الضغوط النفسية في خفض الاضطرابات السلوكية وتحسين التوافق النفسي لدى الأطفال ذوي الإعاقة البصرية في مراحل مبكرة وتوفير فرص علاجية بطرق متنوعة بمساعدة مجموعة من الأنشطة واستخدام استراتيجية إدارة الضغوط النفسية.

ودراسة (2017) Ludy , shih et al والتي أشارت نتائجها إلى وجود تحسن واضح ذات دلالة في مستويات القلق لدى الأطفال المكفوفين وذلك من خلال الاسترخاء والتنفيس الانفالي بالإضافة إلى مجموعة من الأنشطة بمصاحبة الأصوات الموسيقية.

ويمكن تفسير ذلك بأن إجراءات البرنامج القائم على استخدام استراتيجية إدارة الضغوط بما يحتويه من أنشطة وتدريبات، وما يتضمنه من فنيات واستراتيجيات علاجية مستقاة من مجموعة من المداخل والاتجاهات العلاجية لتخفيف القلق والتي كان لها دور إيجابي مهم في انخفاض مستوى القلق لدى الأطفال المكفوفين في المجموعة التجريبية التي خضعت لإجراءات البرنامج. وقد تضمنت إجراءات البرنامج عدد كبير من الأنشطة والتدريبات بالإضافة إلى الأنشطة القصصية التي تم معالجتها لتكون وسيلة فعالة لتنمية مهارات إدارة الضغوط النفسية التي تساعد بدورها في انخفاض مستويات القلق النفسي لدى الأطفال المكفوفين والتي تم تطبيقها بصورة جماعية بما يضمن تحقيق أهداف كل جلسة في التخفيف من حدة القلق لدى الأطفال المكفوفين المتضمن داخل محتوى كل نشاط.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة إبراهيم النقلي (٢٠١٤) التي استخدمت استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية في خفض حدة الأزمات النفسية لدى الأطفال المعاقين بصرياً، كما هدفت إلى التعرف على قائمة الاستراتيجيات التي يمكن استخدامها للتوافق مع المشكلات النفسية، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن استراتيجية إدارة الضغوط كانت في المرتبة الأولى كاستراتيجية أساسية مستخدمة لدى المجموعة التجريبية، وكذلك استخدام استراتيجيات الإسترخاء (ضبط التوتر) والتمارين الرياضية، واللياقة البدنية.

ودراسة سعيد بادكوك (٢٠١٥)، والتي هدفت التعرف على أثر التدريب على مهارات مشتقة من العلاج باستخدام استراتيجية إدارة الضغوط في خفض المشكلات النفسية وتحسين التوافق النفسي لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وتحسين مستوى القلق، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود أثر ذي دلالة إحصائية للبرنامج التدريبي على مهارتي (خفض التوتر - حل المشكلات) في خفض حدة المشكلات النفسية لدى الأطفال وتحسين القلق لدى الأطفال في المجموعتين التجريبتين مقارنة بالمجموعة الضابطة. كما أكدت دراسة داليا القاضي (٢٠١٦) على مدى تأثير الإعاقة البصرية على الأطفال في الجوانب النفسية وزيادة مستوى القلق النفسي لديهم. كما أشارت أيضاً دراسة نجلاء عبد الرحمن (٢٠١٧) التي أكدت على أهمية

استخدام استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية لوسيله علاجية مع الأطفال المعاقين بصرياً لتحسين توافقهم النفسي وخفض حدة التوتر والقلق النفسي لديهم.

اختبار صحة الفرض الثاني وعرض نتائجه:

ينص الفرض الثاني علي أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس إدارة الضغوط النفسية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي. وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon test) للكشف عن دلالة واتجاه الفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية علي مقياس إدارة الضغوط النفسية، وتم حساب قيمة (Z) لمعرفة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للأبعاد وذلك بتطبيق مقياس إدارة الضغوط النفسية والتي تم تدريب المجموعة التجريبية عليها داخل جلسات البرنامج، والجدول التالي يوضح نتائج ذلك.

جدول (٩)

قيمة (Z) لمعرفة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لأبعاد إدارة الضغوط النفسية والدرجة الكلية باستخدام معادلة ويلكوكسون

الأبعاد	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوي الدلالة
إدارة الضغوط الدراسية	الرتب الموجبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	- ٢,٨١٤	٠,٠١
	الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	التساوي	٠				
	المجموع	١٠				
إدارة الضغوط الأسرية	الرتب الموجبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	- ٢,٨٤٢	٠,٠١
	الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	التساوي	٠				
	المجموع	١٠				
إدارة الضغوط الذاتية	الرتب الموجبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	- ٢,٨١٤	٠,٠١
	الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	التساوي	٠				
	المجموع	١٠				

٠,٠١	٢,٨٠٥ -	٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الرتب الموجبة	الدرجة الكلية
		٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب السالبة	
				٠	التساوي	
				١٠	المجموع	

قيمة (Z) عند مستوي ٠.٠٥ = ٢.٠٠٠ قيمة (Z) عند مستوي ٠.٠١ = ٢.٦٠

يتضح من الجدول السابق أن قيم (Z) لمعرفة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للأبعاد قيم دالة عند مستوي (٠.٠١)، مما يشير إلي وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي، حيث كان متوسط الرتب الموجبة أكبر من متوسط الرتب السالبة، وهذا يعد مؤشراً علي فاعلية البرنامج المستخدم في تنمية مهارات إدارة الضغوط النفسية لدي أفراد العينة التجريبية. ولمعرفة مقدار التحسن في أبعاد إدارة الضغوط النفسية، تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، للقياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (١٠)

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري في القياسين القبلي والبعدي لأبعاد مقياس إدارة الضغوط النفسية والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية

بعدي		قبلي		البعد
الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
١,٥٨	٢٤,٥٠	١,١٥	١٧,١٠	إدارة الضغوط الدراسية
١,٥٠	٢٣,٦٠	١,٢٢	١٦,٢٠	إدارة الضغوط الأسرية
١,٣١	٢٥,٢٠	١,٠٣	١٧,٢٠	إدارة الضغوط الذاتية
٣,٥٩	٧٣,٣٠	٢,١٣	٥١,١٠	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول السابق أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي أقل من المتوسط الحسابي للقياس القبلي في الأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية مما يشير إلي تنمية مهارات إدارة الضغوط النفسية لدي أفراد المجموعة التجريبية.

كما قامت الباحثة بحساب حجم الأثر باستخدام معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (Matched Pairs Ranks Biserial Correlation) باستخدام المعادلة التي أوردها (Field,2018,520) والذي يتم حساب حجم الأثر من المعادلة التالية:

$$r = \frac{Z}{\sqrt{N}}$$

حيث (Z) قيمة (Z) المحسوبة و(N) تعني حجم العينة.

ويفسر حجم الأثر وفقا للمحكات التالية:

- اذا كان حجم الأثر أقل من (٠.٤) يكون حجم الأثر ضعيف.
- اذا كان حجم الأثر أقل من (٠.٧) يكون حجم الأثر متوسط.
- اذا كان حجم الأثر أقل من (٠.٩) يكون حجم الأثر كبير.
- اذا كان حجم الأثر أكبر من (٠.٩) يكون حجم الأثر كبير جداً.

جدول (١١)

حجم الأثر لأبعاد مقياس إدارة الضغوط النفسية والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية

حجم الأثر	البعد
٠,٩١	إدارة الضغوط الدراسية
٠,٨٩	إدارة الضغوط الأسرية
٠,٨٩	إدارة الضغوط الذاتية
٠,٨٩	الدرجة الكلية

يتضح وفقا لمحكات حجم الأثر فإن حجم الأثر لفاعلية البرنامج المستخدم يعتبر كبير جدا وهو ما يزيد الثقة في فاعلية البرنامج. ويمكن تفسير ما تم التوصل إليه من نتائج بالنسبة للفرض الأول من خلال الدور الذي قام به البرنامج التي اعتمد عليها البرنامج في استراتيجية إدارة الضغوط النفسية حيث تبين أن هذه الفنيات لها فاعلية كبيرة في تنمية مهارات إدارة الضغوط النفسية.

مناقشة وتفسير نتائج الفرض الثاني:

يتضح مما سبق تحقق الفرض الثاني حيث كانت قيمة (z) لدلالة الفرق بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوي الإعاقة البصرية (المجموعة التجريبية) في التطبيق القبلي والبعدي على مقياس إدارة الضغوط النفسية في اتجاه القياس البعدي. مما يشير إلى فعالية استخدام استراتيجية إدارة الضغوط النفسية التي تم استخدامها في البحث الحالي والذي أدى إلى ارتفاع متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس إدارة الضغوط النفسية وكذلك الدرجة الكلية للمقياس.

وتُرجع الباحثة هذه النتيجة إلى طبيعة ونوعية البرنامج، كما حرصت الباحثة على أن يتضمن ويشتمل البرنامج على مجموعة من الفنيات والاستراتيجيات التي تسهم إلى حد كبير في تنمية مهارات إدارة الضغوط النفسية لتخفيف حدة القلق لدى الأطفال المكفوفين والتي كان لها أثراً إيجابياً كبيراً في تنمية قدراتهم في التغلب على تلك الضغوط النفسية من خلال استراتيجية إدارة الضغوط النفسية، ومن أمثلة تلك الفنيات والاستراتيجيات: التعليم النفسي - المحاضرة والمناقشة - إعادة البناء المعرفي - الحوار مع الذات - التحكم الذاتي - حل المشكلات - المراقبة الذاتية - التعزيز - النمذجة - لعب الدور - السيكودراما والقصص الاجتماعية - القصص الرمزية - التغذية الراجعة - الواجبات المنزلية، في التخفيف من الشعور بالضغوط النفسية التي يُعاني منها الأطفال.

كما راعت الباحثة أن تكون هذه الاستراتيجيات مختلفة و متنوعة وليست على وتيرة واحدة وذلك حتى لا يُصاب الأطفال بالملل أو يشعرون بالرتابة، وأن تبدأ كل جلسة من الجلسات باستخدام فنية التعليم النفسي والتي تشير إلى تقديم المعلومات عن موضوع الجلسة أو محور اهتمامها عن طريق المحاضرة والمناقشة مما يوفر الأساس لتنمية الثقة في القدرة على التغلب على الضغوط النفسية.

ويتفق ذلك مع نتائج دراسات كل من: خالد عبيد (٢٠١٣)، وإلهام عبد العزيز (٢٠١٣)، Louise & Briget (2014)، مينا شريف (٢٠١٤)، محمود خيال (٢٠١٤)، عادل خوجة (٢٠١٤)، وعلي الصمادي وهيثم بيبرس (٢٠١٥)، أحمد آدم وسمية حميدي (٢٠١٦)، محمد عبد الحميد (٢٠١٦)، فادية عبد الله (٢٠١٧). حيث أوضحت نتائج هذه الدراسات أنه يمكن استخدام البرامج التدريبية التي تتضمن العديد من الاستراتيجيات مثل التعليم النفسي عن طريق المحاضرات

والمناقشة في تنمية إدارة الضغوط النفسية للأطفال بصفة عامة والأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة بصفة خاصة، وكذلك تنمية القدرات والمهارات والإمكانيات والدافعية لدى الأطفال المكفوفين، من خلال إعداد برامج ذات تصميم منهجي محدد الأهداف، والتي يمكن قياسها من خلال نواتج ومخرجات الأطفال، وأشارت النتائج إلى فاعلية استراتيجيات البرنامج في تنمية مهارات إدارة الضغوط النفسية لدى الأطفال ذوي الإعاقة البصرية، كما أكدت على فاعلية استخدام استراتيجيات البرنامج في التخفيف من حدة القلق لدى الأطفال.

وترى الباحثة أن تنمية مهارات إدارة الضغوط النفسية وتخفيف حدة القلق لدى الأطفال المكفوفين لا بد أن يأتي من خلال إعداد وتصميم برنامج إرشادي يتبع أهداف منهجية وعلمية وسلوكية ومهارية محددة وفي ذات الوقت يتضمن استخدام العديد من الاستراتيجيات التي تساعد في تنمية مهارات إدارة الضغوط النفسية لدى الأطفال، وهذا ما أكدته العديد من الدراسات والتي من بينها دراسة (Martin 2015) والتي هدفت إلى التعرف على أثر برنامج تنمية مهارات إدارة الضغوط النفسية لدى الأطفال ذوي الإعاقة، وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية استخدام البرنامج في تنمية مهارات إدارة الضغوط النفسية لدى عينة الدراسة.

وهذا أيضاً ما أكدته دراسة حسن شاهين (٢٠١٥) والتي هدفت إلى الكشف عن أثر فاعلية برنامج تدريبي قائم على استراتيجية الاسترخاء لخفض الضغوط النفسية لدى الأطفال المكفوفين وأشارت النتائج إلى وجود أثر لاستخدام البرنامج على مقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال وكذلك الدرجة الكلية والفرعية لجميع أبعاد المقياس.

وقام خليفة عبد الله السعدي (٢٠١٥) بدراسة هدفت إلى فحص فاعلية برنامج لتنمية الأساليب المعرفية والسلوكية كما هدفت أيضاً إلى تنمية المهارات الأدائية لدى الأطفال ذوي الإعاقة البصرية وذلك من أجل القدرة على مواجهة الضغوط النفسية، ويعتمد هذا الأسلوب على كل الطرق التي من شأنها أن تخفف الضغط النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة؛ وذلك لأن هناك ارتباط بين بين التفكير والانفعال السلوكي، فإذا كانت طريقة التفكير عقلية ومنطقية فإن السلوك يكون جيداً والانفعال إيجابي ودافعاً لمزيد من النشاط والبناء، أما إذا كانت

طريقة التفكير غير معقولة وغير منطقية كان السلوك والانفعال كلاهما على درجة مرتفعة من الاضطراب، كما أشارت الدراسة أيضاً إلى الكشف عن أهداف البرنامج ومراحلها، وتوصلت النتائج إلى أن مراحل تنفيذ البرنامج تتألف من عدة مراحل وإجراءات هي: إجراءات قبل البدء في الجلسات عن طريق المحاضرات والمناقشات، والتي تساعد أطفال الإعاقة البصرية على تحفيزهم على تعميم الخبرات الجيدة المكتسبة في مواقف حياتية مختلفة، كما خلصت الدراسة إلى أن الكشف عن أهداف البرنامج وجدها تسهم في خفض حدة الضغوط النفسية، والتي يتمثل بعضها في بناء اتجاهات سلبية عن الذات.

كما انتفعت هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات التي استخدمت فنيات واستراتيجيات إدارة الضغوط في خفض حدة الضغوط النفسية وتخفيف القلق لدى الأطفال، كدراسة سهام الخفش (٢٠١٤) للتعرف على الفنيات والإستراتيجيات التي يستخدمها الأطفال ذوي الإعاقة البصرية للتوافق مع الضغوط النفسية، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن إستراتيجية حل المشكلات كانت في المرتبة الأولى كإستراتيجية أساسية مستخدمة لدى المجموعة التجريبية، في حين تميز الأطفال المعاقين باستخدام استراتيجيات الإسترخاء (ضبط التوتر) والتمارين الرياضية، واللياقة. ودراسة إبراهيم معالي (٢٠١٥)، والتي كانت تهدف إلى التعرف على أثر التدريب على مهارات مكثفة من العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية وتحسين مستوى التوافق لدى الأطفال ذوي الإعاقة البصرية، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود أثر ذي دلالة إحصائية للبرامج على مهارتي التوتر، وحل المشكلات في خفض حدة الضغوط النفسية وتحسين التوافق لدى الأطفال في المجموعتين التجريبيتين مقارنة بالمجموعة الضابطة.

ودراسة (Gerhardt, & Noll, 2017) التي حاولت إكتشاف كيفية قيام الأطفال المعاقين بصرياً بالتغلب على مستويات الضغط النفسي المتزايد، كنتاج عن تقديم العناية لهؤلاء الأطفال، وكشفت الدراسة عن كيفية تأثير إستراتيجيات التكيف في الرضا عن علاقات المشاركين مع الأطفال وأسرهم، إذ وجد أن الدعم الإجماعي هو ثاني أكثر إستراتيجية شيوعاً وهو مميز بالنسبة لهم، كما وجد أن الإستراتيجيات الوقائية للتكيف هي أقل استخداماً وتشير الإستجابات بشكل مقبول لمستويات عالية

من العلاقات المرضية، ولا يوجد علاقات ذات دلالة إحصائية بين نماذج التكيف والرضا عن العلاقات.

اختبار صحة الفرض الثالث وعرض نتائجه

ينص الفرض الثالث علي أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس القلق للأطفال المكفوفين في القياسين البعدي والتتبعي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon test) للكشف عن دلالة واتجاه الفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس القلق للأطفال المكفوفين وتم حساب قيمة (Z) لمعرفة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للأبعاد وذلك بتطبيق مقياس مقياس القلق للأطفال ذوي الإعاقة البصرية والتي تم تدريب المجموعة التجريبية عليها داخل جلسات البرنامج.

جدول (١٢)

قيمة (Z) لمعرفة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي لأبعاد مقياس مقياس القلق للأطفال المكفوفين والدرجة الكلية

الأبعاد	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوي الدلالة
نوبة الهلع	الرتب الموجبة	٥	٥,٠٠	٥,٠٠	- ١,٠٠	غ.د
	الرتب السالبة	١	١,٠٠	١,٠٠		
	التساوي	٩				
	المجموع	١٥				
اضطراب قلق الانفصال	الرتب الموجبة	٥	٥,٠٠	٥,٠٠	- ١,٠٠	غ.د
	الرتب السالبة	١	١,٠٠	١,٠٠		
	التساوي	٩				
	المجموع	١٥				
الغوبيا الاجتماعية	الرتب الموجبة	٥	٥,٠٠	٥,٠٠	- ١,٠٠	غ.د
	الرتب السالبة	١	١,٠٠	١,٠٠		
	التساوي	٩				
	المجموع	١٥				
مخاوف الإصاابة البدنية	الرتب الموجبة	٥	٥,٠٠	٥,٠٠	- ١,٠٠	غ.د
	الرتب السالبة	١	١,٠٠	١,٠٠		
	التساوي	٩				

				١٠	المجموع	
د.غ	١,٠٠ -	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	اضطراب الوسواس القهري
		١,٠٠	١,٠٠	١	الرتب السالبة	
				٩	التساوي	
				١٠	المجموع	
د.غ	١,٠٠ -	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	اضطراب القلق المفرط
		١,٠٠	١,٠٠	١	الرتب السالبة	
				٩	التساوي	
				١٠	المجموع	
٠.٠٥	- ٢,٤٤٩	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	الدرجة الكلية
		١,٠٠	١,٠٠	١	الرتب السالبة	
				٩	التساوي	
				١٠	المجموع	

قيمة (Z) عند مستوي ٠.٠٥ = ٢.٠٠ قيمة (Z) عند مستوي ٠.٠١ = ٢.٦٠

يتضح من الجدول السابق أن قيم (Z) لمعرفة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للأبعاد قيم غير دالة مما يشير إلي عدم وجود فروق بين القياسين البعدي والتتبعي، وهذا يعد مؤشرا علي استمرار فاعلية البرنامج المستخدم في خفض حدة القلق لدي أفراد العينة التجريبية. والجدول التالي يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية للقياسين البعدي والتتبعي.

جدول (١٣)

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري في القياسين البعدي والتتبعي لأبعاد مقياس مقياس القلق للأطفال المكفوفين والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية

الانحراف المعياري	تتبعي		بعدي		البعد
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
٠,٩١	١٥,٢٠	٠,٩٤	١٥,٣٠	نوبة الهلع	
٠,٩١	١٣,٢٠	١,٠٥	١٣,٣٠	اضطراب قلق الانفصال	
٠,٧٣	١٢,١٠	٠,٩١	١٢,٢٠	الفوبيا الاجتماعية	
٠,٩٩	١٢,١٠	٠,٩١	١٢,٢٠	مخاوف الإصابة البدنية	
٠,٨٧	١١,١٠	١,٠٣	١١,٢٠	اضطراب الوسواس القهري	
٠,٧٨	١٢,٢٠	٠,٩٤	١٢,٣٠	اضطراب القلق المفرط	
٢,٧٦	٧٥,٩٠	٣,١٠	٧٦,٥٠	الدرجة الكلية	

يتضح من الجدول السابق أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي مقارب من المتوسط الحسابي للقياس التتبعي في الأبعاد والدرجة الكلية مما يشير إلى استمرار فاعلية البرنامج لدى أفراد المجموعة التجريبية. وبالرجوع إلى المتوسطات الحسابية للدرجة الكلية في القياسين البعدي والتتبعي، وهذا يوضح استمرارية البرنامج وتأثيره في خفض حدة القلق.

مناقشة وتفسير نتائج الفرض الثالث:

مما سبق اتضح تحقق الفرض الثالث حيث كانت قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات الأطفال المكوفين، في التطبيق البعدي والتتبعي بعد مرور (شهر) من تطبيق برنامج تدريبي قائم على استخدام استراتيجية إدارة الضغوط النفسية على مقياس القلق (غير دالة)، وهذا يعد مؤشراً على استمرار فاعلية استخدام استراتيجية إدارة الضغوط النفسية المستخدم في الدراسة الحالية على أفراد العينة التجريبية وهو ما يشير أيضاً إلى استمرار فاعلية البرنامج حتى فترة المتابعة. كما أوضحت نتائج الدراسة الحالية فعالية استخدام استراتيجية إدارة الضغوط النفسية في البحث الحالي وترجع الباحثة سبب ذلك إلى أن أنشطة وجلسات البرنامج كانت قادرة على خفض حدة الضغوط النفسية والذي أدى بدوره في خفض حدة القلق لدى الأطفال المكوفين، والذي ساعد بدوره بتحسين التفاعل والتواصل لدى الأطفال، وهذا ما يشير إلى أن البرنامج كان له أثر إيجابي في والذي تمثل بزيادة الاستجابة المناسبة والتخفيف من حدة القلق النفسي لدى الأطفال بشكل ملحوظ من خلال ملاحظة سلوك الطفل ذو الإعاقة البصرية وحالته النفسية اثناء وبعد تطبيق البرنامج.

لذلك يمكن القول أن استخدام استراتيجية إدارة الضغوط النفسية يمكن أن تؤدي إلى نتائج إيجابية، حيث يمكن أن تعمل على خفض حدة المشكلات النفسية وخفض الضغوط النفسية والتخفيف من حدة القلق النفسي لدى الأطفال المكوفين، وبالمقابل تعمل على زيادة درجة التفاعل والتواصل لدى الأطفال، وهذا ما أكدته نتائج جميع الدراسات والبحوث التي تعرضت إليها الباحثة حيث اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة كلاً من (Blood, 2016)، رياض المنشاوي (٢٠١٤)،

حمادة المصري (٢٠١٤)، طارق درويش (٢٠١٤)، إيمان حسن (٢٠١٥)، سها فكري (٢٠١٦)، Roger M,S & Audrey ,R (2017)، نجلة بحيري (٢٠١٧)، حسن عبدالمعطي (٢٠١٧)، John (2018)، Brain (2018)، أميرة البدوي (٢٠١٨)، منى حسين ومنتصر عمر (٢٠١٨). كما يمكن تفسير هذه النتيجة الإيجابية في القياس التبعي التي توصل إليه البحث الحالي، وهو خفض حدة القلق النفسي لدى عينة البحث، وكذلك التعاون والمشاركة الفعالة في المناقشات المختلفة وكذلك استعمال أساليب متنوعة في البرنامج مثل أسلوب لعب الأدوار والاتصال والمنافسة والأنشطة والتدريبات واستعمال أساليب التعزيز، مما كان له أثر في تحقيق تلك النتيجة الإيجابية التي توصل إليها البحث الحالي.

ويمكن تفسير فعالية استخدام استراتيجية إدارة الضغوط النفسية نظرا لتضمن البرنامج على أساليب وفتيات وإجراءات من شأنها إثارة وتنشيط قدرات الطفل، وتفعيل دوره، ومنها على سبيل المثال: (التعزيز) حيث يعتبر نوعاً من المعززات الإيجابية التي أثبتت فعاليتها في عملية تعديل السلوك، وقد تم استخدام ما يسمى بالمعززات الرمزية أو المعززات القابلة للاستبدال، وهي عبارة عن أشياء مادية يحصل عليها الطفل الكفيف عند تأديته للسلوك المقبول المراد تقويته ويستبدلها فيما بعد بمعززات عديدة ومتنوعة، كذلك تسمى في برامج التعزيز الرمزي بالاقتماد الرمزي كونها تعمل تبعاً لمبدأ العرض والطلب، والمتمثل في توفير قائمة من المعززات يستطيع الطفل اختيار ما يريده منها إذا استطاع جمع الرموز الضرورية، وذلك من خلال تأديته للسلوك المرغوب فيه، حيث يدفع الأطفال المكفوفين لإنجاز المهام المطلوبة منهم بالإضافة لتعديل السلوكيات المطلوبة، كما لاحظت الباحثة أن لكل طفل معززات تختلف عن الطفل الآخر، وفقاً لقائمة المعززات التي حددتها الباحثة من خلال تصميم البرنامج، وبالتالي تم تحديد قوائم التعزيز المفضلة لكل طفل فعندما يحصل الطفل الكفيف على تعزيز مرغوب ومفضل يؤدي إلى زيادة الدافعية لدى الطفل وقد تعدد التعزيز في أنشطة البرنامج.

كما أشارت نتائج الدراسة إلى استقرار أثر البرنامج بعد مرور (٣٠) يوماً على تطبيقه وهذا دليل على أن هذه المدة الزمنية لم تمنح أثره الإيجابي أي أنه حافظ

على قوة تأثيره في أفراد المجموعة التجريبية، وترى الباحثة أن الأساليب المتنوعة والأنشطة والاستراتيجيات العلاجية والتي تتمثل في استراتيجية إدارة الضغوط النفسية المختلفة التي تضمنها البرنامج أسهمت إسهاما فعالا في انخفاض مستويات القلق والتخفيف من حدته وزيادة وتحسين التوافق النفسي لأطفال العينة التجريبية، لذا يمكن أن يعد البرنامج المطبق إجراء مناسباً لتحسين التوافق النفسي.

اختبار صحة الفرض الرابع وعرض نتائجه:

ينص الفرض الرابع علي أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس إدارة الضغوط النفسية في القياسين البعدي والتتبعي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon test) للكشف عن دلالة واتجاه الفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية علي مهارات إدارة الضغوط وتم حساب قيمة (Z) لمعرفة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للأبعاد وذلك بتطبيق مقياس إدارة الضغوط النفسية والتي تم تدريب المجموعة التجريبية عليها داخل جلسات البرنامج.

جدول (١٤)

قيمة (Z) لمعرفة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي
لأبعاد إدارة الضغوط النفسية والدرجة الكلية

الأبعاد	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوي الدلالة
إدارة الضغوط الدراسية	الرتب الموجبة	١	١,٠٠	١,٠٠	١,٠٠ -	غ.د
	الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	التساوي	٩				
	المجموع	١٠				
إدارة الضغوط الأسرية	الرتب الموجبة	١	١,٠٠	١,٠٠	١,٠٠ -	غ.د
	الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	التساوي	٩				
	المجموع	١٠				

غ.د	١,٠٠ -	١,٠٠	١,٠٠	١	الرتب الموجبة	إدارة الضغوط الذاتية
		٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب السالبة	
				٩	التساوي	
				١٠	المجموع	
غ.د	١,٣٤٢ -	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	الدرجة الكلية
		٣,٠٠	١,٥٠	٢	الرتب السالبة	
				٨	التساوي	
				١٠	المجموع	

قيمة (Z) عند مستوي ٠.٠٥ = ٢.٠٠ قيمة (Z) عند مستوي ٠.٠١ = ٢.٦٠

يتضح من الجدول السابق أن قيم (Z) لمعرفة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للأبعاد قيم غير دالة مما يشير إلى عدم وجود فروق بين القياسين البعدي والتتبعي، وهذا يعد مؤشرا علي استمرار فاعلية البرنامج المستخدم في خفض الضغوط النفسية لدي أفراد العينة التجريبية. والجدول التالي يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية للقياسين البعدي والتتبعي.

جدول (١٥)

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري في القياسين البعدي والتتبعي لأبعاد مقياس إدارة الضغوط النفسية والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية

تتبعي		بعدي		البعد
الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
١,٥٠	٢٤,٦٠	١,٥٨	٢٤,٥٠	إدارة الضغوط الدراسية
١,٣٣	٢٣,٧٠	١,٥٠	٢٣,٦٠	إدارة الضغوط الأسرية
١,٢٥	٢٥,٣٠	١,٣١	٢٥,٢٠	إدارة الضغوط الذاتية
٣,٣٧	٧٣,٦٠	٣,٥٩	٧٣,٣٠	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول السابق أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي مقارب من المتوسط الحسابي للقياس التتبعي في الأبعاد والدرجة الكلية مما يشير إلى استمرار فاعلية البرنامج لدي أفراد المجموعة التجريبية. وبالرجوع إلى المتوسطات الحسابية للدرجة الكلية في القياسين البعدي والتتبعي، وهذا يوضح استمرارية البرنامج وتأثيره في تنمية مهارات إدارة الضغوط النفسية. والشكل التالي يوضح الفروق في أبعاد

مهارات إدارة الضغوط النفسية والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي.

مناقشة وتفسير نتائج الفرض الرابع

مما سبق يتضح تحقق الفرض الرابع حيث كانت قيمة (z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي الإعاقة البصرية في التطبيق البعدي والتتبعي وبعد مرور شهر من تطبيق البرنامج على مقياس إدارة الضغوط النفسية للأطفال المكفوفين (غير دالة)، مما يدل على استمرار تأثير البرنامج على عينة الدراسة فيما بعد تطبيق البرنامج خلال فترة المتابعة. ويمكن إرجاع ذلك إلى أن الباحثة حاولت جاهدة قدر المستطاع تجميع معظم الدراسات والأبحاث في الدوريات العلمية، والمقالات والكتب والمراجع العربية والأجنبية التي تناولت تصميم البرامج التي تقوم على استخدام استراتيجية إدارة الضغوط النفسية وفحص مدى فاعلية البرنامج المستخدم في البحث الحالي في تنمية مهارات إدارة الضغوط النفسية لدى الأطفال المكفوفين، والاستفادة من تلك المراجع عند التخطيط لإعداد وتصميم البرنامج ودراسة الجوانب التي لم تنطرق لها البرامج الأخرى.

وأشارت النتائج إلى استمرار تأثير البرنامج، وما تضمنه من فنيات ومواقف وخبرات مختلفة، واتباع تعليمات الباحثة خلال الجلسات والإلتزام بها داخل الجلسات وخارجها، والحرص على المشاركة الفعالة أثناء الجلسات، كذلك استيعابهم لشروط الحصول على التعزيز الإيجابي أثناء الجلسات، ومحاولة الباحثة تهيئة الجو النفسي الملائم لتنفيذ جلسات البرنامج، كما أن هذا التحسن يرجع إلى استخدام الفنيات المتضمنة في البرنامج، والتي تهدف إلى تعديل اتجاهات الأطفال نحو المواقف المسببة أو الباعثة على الشعور بالقلق والخوف والإحباط، حيث ساعد أسلوب التوجيه الجماعي للأطفال عينة الدراسة على التنفيس عن بعض انفعالاتهم المكبوتة، والتقليل من مشاعر القلق والحزن والإحباط، وهذا ما أشارت إليه نتائج دراسة صالح أبو عباده، وعبد المجيد نيازي (٢٠١٤) حيث أشارت فعالية البرنامج القائم على استخدام الاسترخاء كفنية في تعديل اتجاهات الأطفال ذوي الإعاقة البصرية عينة الدراسة نحو الضغوط النفسية، وفي تنمية مهاراته وخبراته وتحقيق أهدافه الشخصية

ونموه النفسي والاجتماعي، وفي تشكيل اتجاهاته وقيمه ومبادئه، وفي ضبط سلوكياته وتغييرها. كما أن تدريب الأطفال المكفوفين على الإسترخاء أسهم في مساعدتهم على مواجهة الضغوط النفسية، وهذا ما اتفقت معه دراسة سميرة بو عزيزي (٢٠١٥) أن الإسترخاء هو من الفنيات القيّمة التي تُستخدم في التخفيف من الضغوط والتوتر والقلق والإكتئاب، لدى الأطفال الذين يعانون من الضغوط النفسية نتيجة الإصابة بالأمراض الخطيرة والإعاقات الحركية والتي تُعدّ في الغالب عرض لجميع الأمراض النفسية. وتستنجد الباحثة من خلال ما سبق أهمية التأثير الجيد الناشئ عن استخدام التعزيز المعنوي، والمادي من خلال تقديم بعض الهدايا الرمزية للأطفال المشاركين في البرنامج في كل جلسة، حيث قام بربطه بالإنجاز والمشاركة الإيجابية الفاعلة خلال كل جلسة ويتفق هذا ذلك مع دراسة عبد الرحمن سليمان (٢٠١٥) حيث أشارت إلى أي استجابة ينتهي بها السلوك بحيث تزيد من احتمالية حدوثه في المستقبل، أو هو إجراء من شأنه أن يغير تكرار أو احتمال صدور استجابة ما، أو إجراء أو باعث من شأنه أن يزيد قوة الإشتراط، أو عملية تعلّم أخرى، هذا بالإضافة إلى أن استخدام الباحثة لفنيات لعب الأدوار كان عاملاً مساعداً في التخلص من التوتر والتنفيس عن الانفعالات والصراعات والتعبير الحرّ عن الاتجاهات، كما أن هذه الفنية وفرت للأطفال فرصة مناسبة للتعلم والتدريب على الحلول الممكنة في المواقف الضاغطة المختلفة، ويتفق ندى المرزوقي (٢٠١٦) مع هذا الرأي وهو أحد الأساليب المستخدمة في عملية تشكيل وتعديل السلوك، ويعتمد أسلوب لعب الدور على أن يقوم الفرد بأداء دور شخص ما في موقف اجتماعي معين، بحيث يتعلم الفرد من خلال أداء هذا الدور السلوك المرغوب فيه، والذي يكون عادة مغايراً لسلوك غير مرغوب فيه كان يصدر عنه من قبل، كما احتوى البرنامج على أساليب وأفكار واقعية، للحد من الضغوط النفسية كما استخدم البرنامج طرق وفنيات ومهارات عديدة للتعامل مع المواقف المختلفة والتي تؤكد على مجابهة تلك الضغوط بمعايشة الطفل للواقع كما هو، وضرورة التعامل معها بنجاح من أجل الوصول إلى الراحة النفسية.

ثانياً: توصيات ومقترحات البحث:

- في ضوء ما أسفرت عنه نتائج البحث الحالي من نتائج ومتضمنات تم تقديم التوصيات والمقترحات التالية:
- التأكيد على استخدام استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية في العمل العلاجي وخاصة مع الأطفال المكفوفين.
 - إعداد عدد من المقاييس التي تسهل عملية الاكتشاف المبكر للمشكلات النفسية وخاصة القلق لدى الأطفال المكفوفين.
 - الاهتمام بالبرامج الموجهة لكل من المعلمين والوالدين في كيفية التعامل مع الأطفال المكفوفين.
 - ضرورة تقديم برامج التدخل العلاجي المبكر لفئة الأطفال المكفوفين في كل الجوانب العقلية والمعرفية واللغوية والجوانب الاجتماعية والاعتماد على الذات وما يستلزم ذلك من خدمات تدريبية وإرشادية وتربوية وعلاجية وغير ذلك.
 - تفعيل دور الإعلام في تغيير الاتجاهات نحو النظرة وكيفية التعامل مع الأطفال المكفوفين.

المراجع:

- إبراهيم إسماعيل (٢٠١٧). أثر الإعاقة البصرية على القلق لدى الطفل الكفيف. رسالة ماجستير، كلية التربية: جامعة أسيوط.
- إبراهيم فرج (٢٠١٣). الإعاقة البصرية المفاهيم الأساسية والاعتبارات التربوية. عمان، دار المسيرة.
- أحمد السمان (٢٠١٥). برامج واستراتيجيات خفض الضغوط النفسية لدى معلمين ومعلمات الدمج. المجلة المصرية للدراسات النفسية، عدد (٤٢).
- أحمد الشحاتة (٢٠١٦). التكيف مع الضغوط النفسية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- أحمد شلبي (٢٠١٨). تشخيص الأمراض النفسية للأطفال (مستمدة من DSM-4 & DSM-5). الجزء الثالث. مكتبة الانجلو المصرية.
- أسماء عبد العزيز (٢٠١٧). برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية التي يحتاج إليها الطفل الكفيف باستخدام السيودراما، رسالة ماجستير، قسم لعلوم النفسية، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.
- أماني عبد المقصود (٢٠١٥). الإعاقة البصرية. القاهرة، مؤسسة طيبة للنشر.
- إيمان مهران (٢٠١٥). فاعلية برنامج إرشادي لخفض حدة القلق لدى أطفال المرحلة الابتدائية. رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.
- إيهاب الببلاوي (٢٠١٨). قلق الكفيف تشخيصه وعلاجه. القاهرة: دار الرشاد.
- إيهاب الببلاوي، محمد خضير (٢٠١٥). المعوقون بصريا. الطبعة الثانية، دار الزهراء للنشر، الرياض.
- بشرى إسماعيل (٢٠١٦). إدارة الضغوط النفسية والاضطرابات النفسية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- تغريد عبد الهادي (٢٠١٤). القلق النفسي وعلاقته ببعض أبعاد الصحة النفسية لدى عينات مختلفة من الجنسين في محافظات غزة. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- راشد السهلي (٢٠١٥). استخدام التعزيز في علاج القلق النفسي الناتج عن الإصابة بالأمراض الخطيرة لدى عينة من الأطفال بدولة الكويت (دراسة حالة). المؤتمر الدولي للصحة النفسية، الكويت، ٩٦ - ١٤٣.
- ربيع شحاته (٢٠١٧). قياس الشخصية. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- رحاب أبو النجا (٢٠١٧). التعبير الفني كأسلوب تشخيص وعلاج لبعض الاضطرابات لأطفال مرضى السرطان. رسالة ماجستير، كلية التربية الفنية- جامعة حلوان.
- ريم الكناني (٢٠١٨). فعالية برنامج في تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين

- بصرياً في مرحلة رياض الأطفال. مجلة دراسات نفسية، المجلد (١٣)، العدد (٤)، أكتوبر، ٥٢٥ - ٥٥٣.
- زيد البتال (٢٠١٦). برنامج علاجي عقلاني انفعالي سلوكي لخفض حدة القلق والمخاوف لدى الطفل ذوي الإعاقة البصرية. رسالة دكتوراه، كلية التربية: جامعة الملك سعود. المملكة العربية السعودية.
- سامر رضوان (٢٠١٦). القلق النفسي. دراسة ميدانية لتقنين مقياس القلق على عينات سورية. مجلة مركز البحوث التربوية، جامعة قطر.
- سعاد البشر (٢٠١٧). التعرض للإساءة في الطفولة وعلاقته بالقلق والاكتئاب واضطراب الشخصية الحدية في الرشد. مجلة دراسات نفسية، ١٥ (٣).
- سميرة دعو، ونورة شنوفي (٢٠١٣). الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحدي. رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، الجزائر.
- سهير كامل (٢٠١٦). إدارة الضغوط والتوجيه والإرشاد النفسي للصغار، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- سيد الخميسي (٢٠١٥). الضغوط النفسية والأسرية كما يدركها آباء وأمهاة الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة البصرية. مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة.
- صفاء قراقيش (٢٠١٦). الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال الإعاقات المختلفة واحتياجاتهم لمواجهة تلك الضغوط، المجلة العربية للتربية الخاصة، العدد التاسع، ٢٠٩ - ٢١٤.
- عايش صباح، منصور عبد الحق (٢٠١٥). المخاوف المرضية لدى الطفل الكفيف والطفل المبصر وما أوجه التشابه والاختلاف بينهم، جامعة وهران، المجلة العربية للدراسات التربوية والاجتماعية.
- عبد الرحمن سليمان (٢٠١٧). تربية المكفوفين وتعليمهم. القاهرة: عالم الكتب.
- عبد العزيز الشخص (٢٠١٦). اتجاهات حديثة في رعاية المعاقين بصرياً. مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد المطلب القريطي (٢٠١١). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. القاهرة: دار الفكر العربي.
- عزة راجح (٢٠١٤). القلق من منظور الصحة النفسية. الإسكندرية: المكتب المصري الحديث.
- على حمدان (٢٠١٧). الضغوط النفسية وعلاقتها بتقدير الذات ووجهة الضبط لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة البصرية، رسالة دكتوراه، كلية الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- على عسكر (٢٠١٥). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها الصحة النفسية والبدنية في

- عصر التوتر والقلق، القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- غادة حسين (٢٠١٥). برنامج لتنمية المفاهيم الإدراكية للألوان وعلاقتها بالإبداع لدى الطفل الكفيف. رسالة ماجستير، جامعه القاهرة، كلية الطفولة المبكرة.
- فاطمه عواد، وهدي منير (٢٠١٦). الكشف عن الفروق في مستوى المهارات الاجتماعية لدى الأطفال العاديين والمكفوفين في عمر (٨-١٢) سنوات، مجلة الجامعة الإسلامية، ماليزيا.
- فواز عبد الله (٢٠١٧). النسق القيمي وعلاقته بالتوافق النفسي لدى الأطفال المكفوفين والعاديين (دراسة مقارنة). رسالة ماجستير، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.
- فيولا البيلاوي (٢٠١٨). القلق النفسي. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- محروس الشناوي (٢٠١٦). العلاقة بين المساندة الاجتماعية وأبعاد الشخصية وتقدير الذات والتوافق لدى المكفوفين. مكتبة الأنجلو المصرية.
- محمد فؤاد (٢٠١٦). الحاجات النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط لدى الأطفال (المكفوفين والصم والعاديين)، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة المنوفية.
- محمد يوسف (٢٠١٦). القلق والأعراض النفسية ومستوى الطموح لدى الأطفال المكفوفين. رسالة ماجستير، كلية الآداب - جامعة عين شمس.
- مصطفى فهمي (٢٠١٧). الضغوط النفسية وسيكولوجية الطفولة والمراهقة لدى الأطفال المكفوفين. مكتبة مصر، دار مصر للطباعة.
- ناريمان ناجي (٢٠١٦). القلق لدى الأطفال وعلاقته بأنماط الشخصية لدى الوالدين. دار بيروت للنشر والتوزيع، لبنان.
- نبيلة أبو حبيب (٢٠١٥). الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى أطفال الشهداء في محافظات غزة. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الأزهر - بغزة عمادة الدراسات العليا والبحث العلمي.
- هارون الرشيد (٢٠١٧). الضغوط النفسية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- هالة الغلبان (٢٠١٣). الإرشاد الأسري لأمهات ذوي الإعاقة البصرية بين النظرية والتطبيق. دار زهراء الرياض للنشر.
- يوسف وصال (٢٠١٨). القلق والأعراض النفسية ومستوى الطموح لدى الأطفال المصابين بالسرطان. رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- Akour, M. (2014). Students' Stress: The Relationship of College Students' Stress Variables to Goal Orientations, Academic Self- Concept, and Achievement Variables. Dissertation

Abstracts International, 58/08, 2996A.

- Asadzandi, M.; Farahany, S. S., & Ebadi, A. (2019). Effect Of A Counseling Intervention On Anxiety, Stress, And Depression Of Mothers Of Children With Cancer, *Journal of Pediatric Hematology and Oncology* 10 (2).
- Asbell, L. B, (2018). Style of Coping, Daily Hassles, and Hardiness as Mediators and Outcome in the stress- illness relationship: A prospective Study, *DAI- B*, 49/12, P. 551.
- Delavari, H.; Nasirian, M., & Baezgar, K. (2020). Effect Of A Counseling Program Based On Convincing Strategy On Anxiety In Mothers Of Children With Cancer in Turkey, *Journal of Pediatric Hematology Oncology*; 4 (7).
- Dian Lynn, Christian, (2017). The Effects Of Parenting Styles On The Development Of Adaptive Competencies And The Reduction In Problem Behavior Among Children With And With Out Visual Impairment And Blindness , Part 0620 223, [Ph. D. Dissertation]. United States – California: University Of California, Riverside.
- Drapeau, Anne- Marie. (2017). Academic achievement and self-esteem in children and adolescents with moderate visual impairment., *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, Vol 59(8- B).
- Eskandari, M., & Bahmani, B. (2019). Group Intervention based on Cooperation and Altruism for Anxiety Reduction in Mothers of Children with Cancer, *Rehabilitation Journal*; 11 (29).
- Gerhardt, C. A., & Noll, R. B. (2017). Parental Adjustment to Childhood Cancer: A Replication Study. *Journal of Families, Systems, and Health*, 25, 263- 275.

- Goldbeck, L. (2018). Parental Coping with the Diagnosis of Childhood Cancer: Gender Effects, Dissimilarity within Couples, and Quality of Life. *Psychooncology*, 10 (4), 325- 35.
- Heward ,William ,L.(2017).Exceptional Children An Introduction Survey of Special Education.2 nd ed columbus,ohio.
- Hirshoren, A, (2017). Behavior problems in blind children and youth.- *Psychology in Schools*.Vol 20,No.2.
- Hurre T, Komulainen, E , & Aro , H. (2018). Social support and self- esteem among adolescence with visual impairment ,*Journal Of Visual Impairment*,42(1) 26- 38
- Joseph, Pear & Gary, Martin (2014).*Behavior Modification What Is And How To Do It*, Prentice Hall, Upper, Saddle Rive, New Jersey 07438.
- Lewnisohn. P., G. (2017). Adolescents psychopathology: IV specificity of psychosocial Risk factors for Depression and substance abuse in order Adolescents. *Journal of the American Academy of child and adolescents psychiatry*.
- Manne, S. L., & Nereo, N., (2015). Anxiety and Depression in Mothers ofChildren Undergoing Bone Marrow Transplant: Symptom Prevalence and use of the Beck Depression and Beck Anxiety Inventories as Screening Instruments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1037–1047.
- Manne, S. L., & Nereo, N., (2015). Anxiety and Depression in Mothers ofChildren Undergoing Bone Marrow Transplant: Symptom Prevalence and use of the Beck Depression and Beck Anxiety Inventories as Screening Instruments. *Journal of Consulting and*

Clinical Psychology, 69, 1037–1047.

- Martin, P., Lee, H.S., Pool, L. (2016). Personality, life events and coping in the oldest-old. *International Journal of Aging & Human Development*, 34(1), 19- 30.
- Mouly, George, J. (2015). *Psychology for Effective Technology*. 3rd ed. N.Y Holt, Rinehart and Winston.
- Niloufer, S. A.; Ali, B. S., & Khuwaja, A. K. (2020). Effectiveness Of Counseling Based On Cooperation Between Mothers Of Young Children With Cancer for Anxiety And Depression Occurrence Rate: A Quasi Experimental Study, *BMC Psychiatry*; 28 (11).
- Rabineau, K.M., Mabe, P.A., & Vega, R.A. (2018). Parenting Stress in Pediatric Oncology populations. *Journal of Pediatric Hematology Oncology*, 30 (5), 358–365.
- Rettig, M , (2018). The play of young children with visual impairments: characteristic and intervention. *Journal Of Visual Impairment Blindness*, 88 ,863- 865.
- Robin, Jackson, (2015). Review Of The Future Of Children With Significant Impairment: What Parents Fear And Want, And What They And Others May Be Able To Do About It. *British Journal Of Developmental Disabilities*. Vol.51(100,Pt1), PP83- 85.
- Swauson, B.M & Willis. D.J, (2019). *Understanding Exceptional Children and youth: An Introduction to Special Education*, College Publishing co. Chile ago.
- Young, T. L. (2019). A Model of Group Counseling Intervention for Mothers of Children with Cancer to Reduce their Anxiety and Depression Symptoms, *The Journal for Specialists in Group Work*; 28 (3).

