فاعلية لعب الدور السيكودرامى فى خفض مستوى القلق لدى المراهقين المعاقين بصرياً

أ.د. كمال الدين عيد
أستاذ مناهج الاخراج المسرحى
المعهد العالى للفنون المسرحية – أكاديمية الفنون
د. منى حسين الدهان
أستاذ الصحة النفسية المساعد
معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس
د. حنان يوسف
أستاذ الإعلام المساعد بكلية التربية جامعة عين شمس
أحمد محمد مصطفى خفاجى
معيد بكلية التربية قسم الإعلام

الملخص:

يهدف البحث الحالى إلى التعرف على فاعلية أسلوب لعب الدور– كأحد فنيات العلاج بالسيكودراما– فى خفض مستوى القلق لدى المراهقين المعاقين بصرياً.

عينة الدراسة:

أجريت الدراسة على عينة قوامها (٢٤) معاق بصرياً تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة.

أدوات الدراسة:

استخدم الباحث مجموعة من الأدوات هى:

١. مقياس القلق للمكفوفين.
٢. برنامج لعب الدور السيكودرامى (إعداد الباحث).

أهم النتائج:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة فى القياس البعدى على مقياس القلق لصالح المجموعة التجريبية.
٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (ممن يقيمون إقامة داخلية)، ومتوسط درجات أفراد نفس المجموعة (ممن يقيمون إقامة خارجية) على مقياس القلق بعد تطبيق البرنامج.

المقدمة:

يعتبر كف البصر أو العمى من الإعاقات ذات الطبيعة الخاصة من حيث درجة تأثيرها على الشخص المعاق سواء كانت هذه الإعاقة ولادية أم مكتسبة. فلحاسة البصر أهمية خاصة فى حياة الإنسان، فهى الحاسة التى يعتمد عليها فى مختلف أنشطة الحياة التى يمارسها[١]، والتى تساعده على التفاعل الواقعى مع بيئته سواء كانت طبيعية أو اجتماعية، إذ أن حوالى ثلثى معلومات الفرد عن العالم المحيط به تأتى عن طريق حاسة البصر[٢]، ومن ثم تؤثر الإعاقة البصرية فى السلوك الاجتماعى للفرد تأثيراً سلبياً حيث ينشأ نتيجة لها الكثير من الصعوبات فى عمليات النمو والتفاعل الاجتماعي، وفى اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكتفاء الذاتى، لذلك يميل المعاقون بصرياً إلى العزلة والانزواء عن الآخرين[٣].

هذا بالإضافة إلى أن القصور فى حاسة البصر يرتبط بالعديد من المشكلات والاضطرابات النفسية، حيث يغلب أن تسيطر على المعاقين بصرياً مشاعر الدونية، والقلق، والصراع، وعدم الثقة فى النفس، والشعور بالاغتراب، وانعدام

الأمن، والإحساس بالفشل والإحباط، وانخفاض احترام الذات، والنزعة الاتكالية[٤].

ومن ثم فهم يعانون من اضطرابات نفسية عديدة من بينها القلق الذى يعتبر أكثر هذه الاضطرابات انتشاراً بين المعاقين بصرياً. فالكفيف يشعر بالقلق منذ العام الثانى أو الثالث من عمره، ويزداد هذا القلق لديه بدخوله فى مرحلة المراهقة[٥]، حيث تعتبر هذه المرحلة بصفة عامة مرحلة الطفرة الكمية والكيفية فى الشخصية ككل، ففيها تظهر المشكلات الانفعالية والاجتماعية، فالمراهق لم يعد طفلاً وفى نفس الوقت لم يصبح رجلاً، فهو يرفض الاعتماد على والديه ويريد أن ينفصل عنهما، وهنا يدخل فى صراعات البحث عن الهوية، وكذلك أيضا البحث عن الكيان المتميز والوجود الحقيقى[٦].

كما يملك المراهق القدرة على تصفح الماضى والتطلع إلى المستقبل، وهذا ما يجعله مرهف الحس متوجسا من حاضره إذا ما قاسه على الماضى، ومتخوفا من مستقبله فى ضوء وقوفه على ملابسات الحاضر، فالتفكير بالمستقبل عامل يسبب القلق لدى الإنسان فى هذه المرحلة، ويساعد فى ذلك خبرات الماضى المؤلمة، وضغوط الحياة العصرية، وطموح الإنسان وسعيه المستمر نحو تحقيق ذاته وإيجاد معنى لوجوده[٧].

كما يعانى المراهق أيضا من صراعات عديدة تنتج عن وجود أهداف متعارضة فى داخل نفسه يرغب فى تحقيقها معا ولكنها بطبيعتها إذا استطاع أن يحقق أحدها أصبح تحقيق الأخر أمرا مستحيلا، كالرغبة فى الاستذكار وفى اللعب فى الوقت نفسه، أو الرغبة فى الطاعة والتمرد[٨].

ومن ثم تعتبر المراهقة مرحلة ذات طبيعة نفسية فريدة بصفة عامة، وعلى المعاق بصرياً بصفة خاصة، نظراً لأن التغيرات التى تحدث فى مرحلة المراهقة هى نفسها التى تحدث للمعاق بصرياً فى هذه المرحلة بالإضافة إلى ما تفرضه عليه إعاقته من تغيرات. لذلك يعانى المعاق بصرياً قلقاً مضاعفاً مقارنةً بأقرانه المبصرين كما أشارت بذلك العديد من الدراسات.*

فشخصية المعاق بصرياً تفرض عليه أن يعيش فى عالمين: عالم المبصرين، وعالمه الخاص المحدود. وهنا يقع المعاق بصرياً فى صراع داخلى فهو لا يستطيع مجاراة المبصر فى عالمه، ويميل فى نفس الوقت إلى الخروج من عالمه الضيق، لكنه يجد نفسه عاجزاً عن ذلك[٩]، والمعاق بصريا الذى لا يقبل الاستسلام للعجز والإحسان من الآخرين ويحاول الاندماج فى عالم المبصرين، يتعين عليه أن يقف وقفة تحد يتصدى فيها للأخطار والعقبات والصراعات التى تواجهه، فيؤدى به كل ذلك إلى رفع مستوى القلق لديه، إذ أنه أثناء تفاعله هذا قد يشعر بحساسية زائدة تجاه احترام أو عدم احترام الآخرين له، وقد يفسر الشفقة الزائدة أو الخوف الشديد عليه على أنه تحقير له وسخرية منه أو استخفافا به، ويصبح رد الفعل للشعور بالنقص فى هذه الحالة الشعور بالاضطراب والقلق.

هذا بالإضافة إلى أن المراهق المعاق بصريا يعيش فى مجتمع غالبيته من المبصرين، وقد يشعر أن أولئك المبصرين يعتقدون أن فقد البصر يعتبر عقاباً له على أخطاء ارتكبها هو أو ذووه، وقد يتأثر بالاتجاهات والآراء السائدة بين المبصرين، وهذه الاتجاهات حينما يدركها على نحو سلبى فإنها تجعله كثير الشكوى من الأعراض والمظاهر التى تدل على القلق ؛ كعدم القدرة على النوم بسبب الأحلام المزعجة، والشعور المستمر بالتعب، والخوف من المجهول[١٠].

وهكذا يتبين أن مشكلة القلق من المشكلات التى تهدد الأمن النفسى للمعاقين بصرياً مما يؤدى بهم إلى المديد من مظاهر سوء التوافق والاضطراب السلوكى، ليس هذا فحسب، بل قد يؤرق حياتهم الشخصية والاجتماعية مما يستحيل معه فى كثير من الحالات أداء متطلبات الحياة اليومية[١١].

ومن ثم وجب إيجاد أساليب علاجية يمكن من خلالها مساعدة المعاقين بصرياً فى التغلب على قلقهم- خاصةً فى مرحلة المراهقة- حتى لا يكون ذلك سبباً فى سلسلة طويلة من الاضطرابات والمشكلات السلوكية.

ويرى الباحث أن أفضل الطرق للتخفيف من حدة القلق الذى يعانى منه المعاق بصرياً هو عدم إبعاده عن المواقف التى تثير مخاوفه وقلقه، حيث أن ذلك مستحيلاً، فالحياة التى يعيشها المعاق بصرياً مليئة بمثل هذه المواقف، ومن ثم يجب تدريبه على مواجهة هذه المواقف فى بيئة محمية نسبياً حتى يعتادها وبالتالى يحدث شيىء من التحكم فى المشكلة.

---

* رشاد عبد العزيز موسى، بحوث فى سيكولوجية المعاق، القاهرة، دار النهضة العربية، ١٩٩٤،صرص١٩ : ٧١.

Winkler, D., The impact of anxiety on adolescents and young adults with a visual impairment, dissertation abstracts international, vol 50, N. 1A, 1988, P262.

Matson, J. & Manikam, R., et.al, Anxiety in visually handicapped children and youth, Journal of clinical child psychology, vol 15, 1986.

حيث يؤكد "جيلن ويلسون" على أن الوعى بالمخاوف المرضية ومواجهتها يعتبر أفضل الطرق العلاجية لهذه المخاوف المرضية، ومجرد التصريف عنها يكون ضرورياً لخفضها[١٢]، وهذا التصريف أو التنفيس هو ما تتيحه تقنية لعب الدور السيكودرامى.

وقد تم تطوير هذه التقنية من أسلوب العلاج باللعب الذى يستخدم مع الأطفال، على يد "مورينو Moreno" لكى تتلاءم مع الكبار، والأساس النظرى لهذه الطريقة هو التعلم التلقائى"Spontaneous Learning" والذى يعنى أن جانباً هاما من عملية التعلم يتم عن طريق الاستجابة النشطة للمتعلم، وبالتالى لا يكون العميل (المريض) متلقيا سلبيا بل هو فعال ويمكنه عن طريق لعب الأدوار التخلص من عوائقه وإحباطاته، والتعبير عن أفكاره واتجاهاته وخبراته التى لا يعى بها فى الغالب وذلك عن طريق قيامه بتمثيل أدوار أشخاص آخرين[١٣].

ويقصد بتقنية لعب الدور أن يقوم الشخص بتمثيل دور شخص آخر (حسب رغبته)، حيث يتحدث بلسانه، ويتصرف نيابة عنه. ويمكن للمريض أثناء الجلسة أن ينتقل من دور إلى آخر وقتما شاء، كما يمكنه أن يعود للدور الذى تركه وقتما يريد، ولا يلزم أن يكون الدور الذى يلعبه المريض واقعيا، بل يمكن أن يكون دورا خياليا فى قصة خرافية[١٤].

ومن الحقائق المعروفة فى مجال العلاج بتقنية لعب الدور، أن الأدوار التى تسند إلى العملاء لا يتم التدريب عليها مسبقاً، وإنما يكون الدور وليد لحظات الأداء، ولذا نجد أن "مورينو Moreno"يفرق بين مصطلحى "أخذ الدور Role Taking" ولعب الدور Role playing"[١٥]. فهو يعنى بأخذ الدور، أن يقوم الفرد بلعب دور تم إعداده من قبل[١٦]، أى أن الفرد يكون مقيدا فلا يسمح له بأية إضافات أو بالحرية المطلقة فى الأداء. وعكس ذلك يحدث فى مجال لعب الدور حيث تتاح الفرصة للمريض كى يؤدى الدور بالطريقة التى تروق له دون إعداد مسبق للدور، ومن ثم فهناك مجال للتلقائية فى الأداء[١٧].

ويؤكد "مورينو Moreno" على أهمية لعب الدور باعتباره من أفضل الفنيات المستخدمة فى العلاج بالسيكودراما فمن خلال هذه الفنية يرى المريض أنه قادرا على وضع نفسه فى دور أكثر قوة من دوره الحقيقى ومن ثم يساهم لعب الدور فى تدريب المرضى على مواجهة المستقبل وصعوباته[١٨].

ويتضمن لعب الدور كثيرا من مظاهر التعلم الاجتماعى فهناك وجهة نظر مؤداها أن الفرد يقلد غيره تقليدا أعمى دون فهم لما يقلده، وهناك وجهة نظر أخرى ترى أن الفرد يتعلم من خلال خبرته مع الآخرين، فالطفل فى سنوات عمره المبكرة (وهو لا يتعدى عامين) يميل أثناء لعبه إلى تقليد الأفراد الذين يعرفهم وبالطبع فإن هذه الألعاب التى يقوم بها الطفل ليست وسيلة للمزاح واللهو فحسب ولكنها تعتبر بمثابة خلفية للنمو المعرفى والانفعالى للطفل.[١٩]

ومن ثم يرى الباحث أن لعب الدور- كأحد فنيات العلاج بالسيكودراما- من أنسب الأساليب العلاجية التى يمكن توظيفها مع المعاقين بصرياً لعلاج الكثير من المشكلات والاضطرابات النفسية لديهم، ومساعدتهم على تعلم مجموعة من السلوكيات الإيجابية التى تزيد من ثقتهم بذاتهم، وتنمى قدراتهم على مواجهة تحديات المستقبل.

الدراسات السابقة:

يتناول البحث الحالى مجموعة من الدراسات السابقة تم تقسيمها إلى محورين على النحو التالى:

أولاً الدراسات التى اهتمت بدراسة القلق لدى المعاقين بصرياً:

١. دراسة إبراهيم أبو الهدى[٢٠](٢٠٠٦): هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى فاعلية برنامج إرشادى يستند إلى بعض فنيات المدرسة الوجودية فى التحليل النفسى الوجودى لتخفيف مستوى القلق لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريا.

وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن البرنامج الإرشادى قد ساهم بشكل كبير فى خفض مستوى القلق لدى المراهقين المعاقين بصريا، كما ساهم فى زيادة التوافق الشخصى والاجتماعى لديهم وساعدهم على إيجاد معانٍ وأهداف جديدة فى حياتهم.كما توصلت نتائج الدراسة إلى أن المراهقين ضعاف البصر يعانون من مستويات مرتفعة من القلق بشكل أكبر من المراهقين المكفوفين.

٢. دراسة رشاد عبدالعزيز[٢١] (١٩٩٤): سعت هذه الدراسة إلى معرفة أثر الإعاقة البصرية على بعض الأعراض العصابية وهى (القلق- الوسواس القهري- الهستيريا- الاكتئاب).

وقد قام الباحث بتطبيق استبانة مستشفى "ميدل سكس" لقياس الأعراض العصابية على عينة قوامها (٦٠) كفيفاً وكفيفة مما تتراوح أعمارهم ما بين ١٥- ١٩ سنه، وعلى عينة أخرى مكونة من (٦٠) مبصراً ومبصرة ممن تتراوح أعمارهم ما بين ١٥- ١٨ سنة.

وقد أوضحت نتائج الدراسة أن الإناث المكفوفات أكثر قلقاً من الذكور المكفوفين، وأن الذكور المكفوفين أكثر قلقا من الإناث والذكور المبصرين.

٣. دراسة عبدالعزيز الشخص[٢٢] (١٩٩٢): هدفت هذه الدراسة إلى تحديد أثر أسلوبىْ الرعاية الخارجية والداخلية على مستوى القلق لدى المكفوفين، وعلى اتجاهاتهم نحو الإعاقة البصرية.
وتكونت عينة الدراسة من (١٢٠) طالباً وطالبةً من المكفوفين بمعهدى النور للمكفوفين والمكفوفات بالرياض ممن تتراوح أعمارهم ما بين ١٣- ٢١ سنة.
وأوضحت نتائج الدراسة أن أسلوب الرعاية الداخلية المستخدم مع المكفوفين ذو تأثير كبير عليهم، فهو يؤدى إلى ارتفاع مستوى قلقهم، وسلبية اتجاهاتهم نحو الإعاقة البصرية لدى الذكور أكثر من الإناث.

٤. دراسة Winkler[٢٣] (١٩٨٨): هدفت الدراسة إلى اكتشاف ومقارنة مستويات القلق بين كل من المعاقين بصرياً وأقرانهم المبصرين، وكانت عينة الدراسة مقسمة إلى مجموعتين الأولى من المراهقين المبصرين والأخرى من المراهقين والشباب المكفوفين (ذكوراً وإناثاً).
وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المعاقين بصريا سواء كلياً أو جزئياً أظهروا مستويات أعلى فى القلق، مقارنةً بأقرانهم المبصرين، كما أوضحت نتائج الدراسة أن المعاقين بصرياً جزئياً لديهم مستويات مرتفعة من القلق أعلى من مستويات القلق لدى المعاقين كلياً.

٥. دراسة James Wilhelm[٢٤] (١٩٨٧): سعت الدراسة إلى إجراء مقارنة بين ضعاف البصر والعميان كلياً فى متغيرات الخوف والقلق. وتكونت عينة الدراسة من (١٣٩) معاقاً بصرياً تتراوح أعمارهم ما بين (٦- ١٦) سنه، تم تقسيمهم إلى مجموعتين، الأولى ذوو كف البصر التام، والثانية ذوو ضعف البصر.
وأشارت نتائج الدراسة إلى ارتفاع معدل المشاكل السلوكية لدى المكفوفين بصفة عامة، وافتقارهم لمهارات التواصل الاجتماعى مقارنة بأقرانهم العاديين، كما أوضحت النتائج أن الخوف والقلق والمشكلات السلوكية للأطفال المكفوفين كلياً، مشابهة لتلك الموجودة لدى الأطفال المكفوفين جزئياً.

٦. دراسة Matson, et, al[٢٥] (١٩٨٦): استهدفت الدراسة معرفة مستوى القلق لدى الأطفال والشباب المعاقين بصرياً، ومن أجل تحقيق هذا قام الباحثون بتطبيق مقياس القلق على عينة مكونة من (٧٥) كفيفاً مقسمة إلى (٢٩) كفيفة، (٤٦) كفيفاً ممن تتراوح أعمارهم ما بين ٩- ٢٢ سنة، كما طُبق المقياس على عينة أخرى مكونة من (١٠٠) مبصر مقسمين إلى (٤٠) أنثى، (٦٠) ذكر من الأطفال والشباب المبصرين، والذين تمتد أعمارهم من ٩-٢٢ سنة.
وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال والشباب المعاقين بصرياً أكثر قلقا من أقرانهم المبصرين، كما تبين أن الإناث المعاقين بصريا أكثر قلقا من بقية المجموعات الأخرى.

ثانياً الدراسات التى تناولت لعب الدور كأحد فنيات العلاج بالسيكودراما:

١. دراسةChristine[٢٦] (٢٠٠٣): هدفت هذه الدراسة إلى مساعدة الأفراد الذين يعانون من صعوبات فى الإنجاز المدرسي، ويعانون أيضا من صعوبات فى المشاركة فى الحياة العائلية لهم.
وقد تكونت الدراسة من (٢) من الإناث ممن هم فى مرحلة ما قبل المراهقة. واستخدم الباحث بعض الأدوات من أهمها: لعب الدر، وأسلوب الإسقاط، وهما من فنيات العلاج السيكودراما.
وأوضحت نتائج الدراسة أنه باستخدام هذان الأسلوبان زادت الثقة بالذات وقوة الشخصية لدى أفراد العينة وأصبحا أكثر مهارة على حل المشكلات.

٢. دراسة محمد لطفي[٢٧] (٢٠٠٣): سعت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية استخدام السيكودراما والنمذجة فى التخفيف من حدة الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من أطفال مرحلة الطفولة المتأخرة من الجنسين، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود تأثير دال لمتغير المعالجة "السيكودراما" فى تباين أفراد المجموعتين التجريبيتين والمجموعتين الضابطتين، فى القياس البعدى للفوبيا الاجتماعية.
كما أوضحت نتائج الدراسة أن استخدام فنية لعب الدور كان لها الأثر الكبير فى تقدم الأطفال نحو العلاج وتخفيف الفوبيا الاجتماعية لديهم.

٣. دراسة Bracha Ziva[٢٨] (٢٠٠٠): تهدف هذه الدراسة إلى اختبار إمكانية استخدام السيكودراما فى إكساب المنغوليين بعض مهارات التواصل، وتدريبهم على التعبير الذاتى عن أنفسهم، حيث قام الباحث بإعداد برنامج سيكودرامى استمر تطبيقه لمدة أربعة أسابيع، استغرقت الجلسة الواحدة ما بين ساعة إلى ساعتين، استخدم فيها مجموعة من الفنيات منها لعب الدور.
وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة

إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج، وهذا ما يثبت كفاءة وفاعلية السيكودراما كأسلوب علاجى مع المنغوليين.

كذلك أوضحت نتائج الدراسة أن استخدام لعب الدور مع أفراد العينة أدى إلى تغير إيجابى فى خبراتهم وأدوارهم وذواتهم مما ساعدهم على أن يصبحوا أكثر استقلالية، وثقة فى النفس، وقدرة على الإنجاز.

٤. دراسة فوزى يوسف[٢٩] (١٩٩٤): هدفت الدراسة إلى معرفة أثر استخدام اللعب التمثيلى (لعب الدور السيكودرامي) فى خفض مستوى القلق لدى أطفال مرحلة التعليم الابتدائى، من خلال تطبيق برنامج للعب التمثيلى على عينة مكونة من (٣١) طفلاً وطفلة ممن لديهم مستوى مرتفع من القلق، وقد بلغ إجمالى عدد جلسات البرنامج ١٢ جلسة استغرقت كل جلسة ساعة واحدة.

وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية لعب الدور السيكودرامى فى خفض مستوى القلق لدى الأطفال، وأنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث مرتفعى القلق بعد تطبيق البرنامج.

٥. دراسة صفاء غازي[٣٠] (١٩٩٢): سعت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية كل من "لعب الدور إحدى فنيات السيكودرما، والممارسة السلبية إحدى فنيات العلاج السلوكي" فى علاج بعض حالات اللجلجة لدى عينة تكونت من (٢٤) طالباً يعانون من اللجلجة، تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين ١٢- ١٥ سنه.

وقد أوضحت نتائج الدراسة مدى فاعلية فنية لعب الدور بمفردها فى التخفيف من حدة اللجلجة، وأيضا فاعليتها عند الجمع بينها وبين الممارسة السلبية.

التعليق على الدراسات السابقة:

من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة يتضح ما يلى:

١. قلة الدراسات التى تناولت القلق لدى المعاقين بصرياً من منظور علاجى، حيث ركزت معظم الدراسات التى تناولت هذا الاضطراب مع المعاقين بصرياً على وصفه وإدراك العلاقات بينه وبين بعض المتغيرات الأخرى (كالنوع، ومستوى التوافق، ونوع الرعاية، والحالة الاقتصادية والاجتماعية، وغيرها من المتغيرات)

٢. ندرة الدراسات التى تناولت لعب الدور السيكودرامى مع المعاقين بصرياً، على الرغم من أن الدراسات التى استخدمت هذا الأسلوب العلاجى مع فئات أخرى من ذوى الاحتياجات الخاصة، أثبتت جدوى استخدام لعب الدور فى علاج الكثير من الاضطرابات النفسية لديهم، وهذا ما يشجع الباحث على اختبار إمكانية استخدام هذا الأسلوب مع المعاقين بصرياً لخفض مستوى القلق لديهم.

٣. ركزت معظم الدراسات التى تناولت العب الدور- كأحد فنيات العلاج بالسيكودراما- على مرحلة الطفولة وأهملت مرحلة المراهقة، على الرغم مما تنطوى عليه هذه المرحلة من مشكلات واضطرابات انفعالية عديدة تؤثر فى الحياة المستقبلية للمراهق

٤. أشارت نتائج العديد من الدراسات، أن المعاقين بصرياً يعانون من مستويات مرتفعة من القلق مقارنة بأقرانهم المبصرين، كما أشارت بذلك دراسة كل من (رشاد عبدالعزيز، ١٩٩٤) ودراسة (Winkler, 1989) ودراسة (Matson, 1986)، كما أشارت بعض الدراسات إلى أن مستوى القلق لدى المعاقين بصرياً يختلف باختلاف نوع الرعاية كما أشارت بذلك دراسة (عبدالعزيز الشخص ١٩٩٢).

مشكلة الدراسة:

بالاطلاع على البحوث والدراسات السابقة التى تناولت لعب الدور (أحد فنيات العلاج بالسيكودراما)، يتضح أهمية الدور الذى يستطيع أن يقوم به فى خفض حدة الكثير من المشكلات النفسية نظراً لما يتمتع به لعب الدور السيكودرامى من تلقائية فى الأداء تساعد المريض على التنفيس الانفعالى الحر لما يعانيه من مشكلات واضطرابات داخلية، وهذا فى حد ذاته بداية للعلاج.

ونظراً لأن المعاق بصرياً يعانى من مستويات مرتفعة من القلق، خاصة فى مرحلة المراهقة وما يترتب على ذلك من مشكلات واضطرابات عديدة، سواء على مستوى العلاقات الاجتماعية للمعاق بصرياً مع أقرانه المبصرين، أو على مستوى علاقته بذاته وتوافقه الشخصى.

ونظراً لقلة الدراسات التى اهتمت بدراسة القلق لدى المعاق بصرياً من منظور علاجى، وندرة الدراسات التى تناولت لعب الدور السيكودرامى كأسلوب علاجى مع المعاقين بصرياً فقد تحددت مشكلة الدراسة فى التعرف على "فاعلية لعب الدور السيكودرامى فى خفض مستوى القلق لدى المعاق بصرياً فى مرحلة المراهقة".

أهمية الدراسة:

تستمد الدراسة المقترحة أهميتها من الاعتبارات التالية:

١. أهمية لعب الدور- كأحد فنيات العلاج بالسيكودراما-

والذى يساعد المرضى على تفريغ شحناتهم الانفعالية والتخلص من القلق والإحباط، وحل الصراعات فى جو يتسم بالحرية والتلقائية، ومن خلال مواقف تشبه مواقف الحياة الواقعية، بما يؤدى فى النهاية إلى تحقيق التوافق الشخصى والاجتماعى السليم. هذا فضلاً عما يتميز به هذا الأسلوب العلاجى من بساطة ومرونة مما يسهل تطبيقه فى أى وقت، وفى أى مكان، سواء بواسطة المتخصصين أو الآباء، ومن ثم يُعد هذا الأسلوب العلاجى من أكثر الأساليب ملاءمة لعلاج المراهقين المعاقين بصرياً الذين يرفضون الخضوع لإجراءات روتينية تقليدية كالتى تتم فى المستشفيات أو مراكز رعاية المعاقين.

٢. أهمية الفئة التى تتناولها الدراسة.. ففئة المعاقين بصرياً إحدى الفئات الهامة والتى تشكل نسبة كبيرة بين فئات المعاقين، والذين يحتاجون إلى خدمات خاصة لكى يتمكنوا من النمو بصورة سليمة. فهم طاقات بشرية لابد من استثمارها بدلاً من أن يظلوا عالة على أنفسهم وعلى المجتمع.

٣. أهمية دراسة القلق الذى أصبح سمةً منتشرة فى المجتمعات المعاصرة.. وخصوصاً بعد تعقد الحياة الاجتماعية. وتصبح دراسة القلق أكثر أهمية إذا كان مرتبطاً بالمعاقين بصرياً خاصةً فى مرحلة المراهقة، حيث يعانى المعاق بصرياً فى هذه المرحلة قلقاً مزدوجاً. فهو يعانى من القلق الذى تنطوى عليه مرحلة المراهقة، بالإضافة إلى ما تفرضه عليه الإعاقة من صراعات مختلفة تؤدى به إلى التوتر الشديد.

أهداف الدراسة:

١. تصميم برنامج سيكودرامى للتخفيف من مستوى القلق لدى المراهقين المعاقين بصرياً.
٢. التعرف على أثر لعب الدور السيكودرامى فى خفض مستوى القلق لدى المراهقين المعاقين بصريا.
٣. التعرف على تأثير متغير نوع الرعاية (داخلية- خارجية) على مستوى القلق لدى المراهقين المعاقين بصريا بعد تطبيق البرنامج السيكودرامى.
٤. التعرف على مدى استمرارية تأثير البرنامج السيكودرامى بعد تطبيقه بفترة زمنية فى خفض مستوى القلق لدى المراهقين المعاقين بصرياً.

فروض الدراسة:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية فى القياس القبلى، ومتوسط درجاتهم فى القياس البعدى على مقياس القلق لصالح القياس البعدى.
٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة فى القياس البعدى على مقياس القلق لصالح المجموعة التجريبية.
٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (ممن يقيمون إقامة داخلية)، ومتوسط درجات أفراد نفس المجموعة (ممن يقيمون إقامة خارجية) على مقياس القلق بعد تطبيق البرنامج.
٤. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية فى القياس البعدى، ومتوسط درجاتهم فى القياس التتبعى على مقياس القلق.

مصطلحات الدراسة:

- لعب الدور السيكودرامى: يعرف الباحث لعب الدور بأنه "أحد فنيات العلاج بالسيكودراما، وفيه يقوم المريض بتمثيل دور شخص آخر دون إعداد مسبق لهذا الدور، ومن أهدافه تدريب المرضى على التلقائية، وتحريرهم من الصراعات الداخلية عن طريق ما يتيحه التعبير التمثيلى من التنفيس الانفعالى ومساعدتهم على الاستبصار بذاتهم وإقامة علاقات طيبة مع الآخرين.
- القلق: يُعرَف القلق بأنه خبرة انفعالية غير سارة يعانى منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شئ، دون أن يستطيع تحديده تحديداً واضحاً. ويتضح القلق لدى المعاقين بصرياً فى جملة الأعراض الفسيولوجية والانفعالية، واضطراب علاقاتهم الاجتماعية، وتشوه مفهوم الذات لديهم، والشعور بالدونية، واضطراب عمليات التفكير، وخوفهم من المستقبل المهنى والأسرى وشعورهم بالارتباك بحيث يصعب عليهم أداء متطلبات الحياة بكفاءة(٣١).
- الإعاقة البصرية: يعرف الباحث الإعاقة البصرية بأنها" الحالة التى يفقد فيها الفرد القدرة على استخدام حاسة البصر بفاعلية لتأدية أنشطة الحياة اليومية، وتكون حدة إبصار الفرد فيها أقل من أو تساوى ٦/٦٠ فى النظام المترى أو ٢٠/٢٠٠ فى النظام القدمى".

نوع ومنهج الدراسة:

تنتمى هذه الدراسة إلى الدراسات التجريبية.

مجتمع الدراسة:

يتمثل مجتمع الدراسة فى المراهقين المعاقين بصرياً ممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٥- أقل من ١٨ سنة)، أى مرحلة (المراهقة المتوسطة)

عينة الدراسة:

عينة قوامها ٢٤ مفردة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين، ١٢ مفردة للمجموعة التجريبية (٦ إقامة داخلية، ٦ إقامة خارجية)، و١٢ مفردة للمجموعة الضابطة (٦ إقامة داخلية، ٦ إقامة خارجية).

أدوات جمع البيانات:

١. مقياس القلق للمكفوفين (إعداد: عادل الأشول، وعبدالعزيز الشخص):

يتكون هذا المقياس من (٧٨) عبارة، تمثل كل منها مظهرا من مظاهر القلق، وتندرج هذه العبارات تحت مجموعة من العوامل تعبر عن القلق، وهذه العوامل هى: (الأعراض الفسيولوجية المصاحبة للقلق، الأعراض الانفعالية المصاحبة للقلق، الشعور بالعزلة الاجتماعية، اضطراب عمليات التفكير والذاكرة، وصعوبة تركيز الانتباه، الشعور بعدم الأمن حيال المستقبل المهنى والأسرى، صعوبة مواجهة متطلبات الحياة اليومية)، ويقوم المفحوص بإعطاء إجابة واحدة بكل عبارة من عبارات المقياس (نعم أو لا)، وتقدر درجة المفحوص بالرجوع إلى مفتاح التصحيح الخاص بالمقياس، بحيث تعطى درجة واحدة لكل إجابة تتفق مع المفتاح، وفى النهاية يتم جمع الدرجات فى درجة واحدة كلية تعبر عن مستوى القلق لدى المعاق بصريا.

٢. البرنامج السيكودرامى (إعداد الباحث):

- الهدف العام للبرنامج: يهدف البرنامج الحالى إلى تخفيف مستوى القلق لدى المراهقين المعاقين بصريا، وذلك من خلال ممارسة فنية لعب الدور السيكودرامى.

وفى سعى الباحث لتحقيق الهدف العام للبرنامج قام بتحديد مجموعة من الأهداف الفرعية يمكن تحقيقها خلال جلسات البرنامج، ويمكن كذلك التأكد من مدى تحقيقها من خلال درجات الأفراد عينة الدراسة على مقياس القلق، وهذه الأهداف تم تحديدها فى الآتى:

أ. التغلب على العزلة الاجتماعية التى يعانى منها المعاقين بصريا.

ب. مساعدة المراهقين المعاقين بصريا على مواجهة متطلبات الحياة بشكل طبيعى يخلو من التوتر والقلق.

ج. إكساب المعاقين بصريا الثقة بالذات وبالآخرين.

د. تنمية الشعور بالمسئولية لدى المراهقين المعاقين بصريا والقدرة على اتخاذ القرارات السليمة فى المواقف المختلفة.

ه. تنمية الشعور بالأمن تجاه المستقبل المهنى والزواجى للمعاقين بصريا.

و. زيادة التوافق الشخصى والاجتماعى لدى المراهقين المعاقين بصريا.

ز. تمكين المعاق بصريا من الاستفادة مما تبقى من قدرات وإمكانات واستغلالها الاستغلال الأمثل.

ح. التغلب على اضطرابات عمليات التفكير والذاكرة، وصعوبة تركيز الانتباه.

ط. التخفيف من حدة بعض الأعراض الفسيولوجية المصاحبة للقلق.

- الأسس النفسية والتربوية التى يقوم عليها البرنامج السيكودرامى:

أ. يرتكز البرنامج الحالى على خصائص المراهقين المعاقين بصريا وحاجاتهم، وقدراتهم.

ب. مراعاة الفروق الفردية بين المراهقين المعاقين بصريا إذا وجدت- وعدم مقارنة كل فرد بالآخر.

ج. إيجاد جو من الألفة والمودة والحب بين الباحث والمراهقين المعاقين بصريا.

د. إتباع أسلوب التعزيز والتشجيع للمراهقين المعاقين بصريا لتحفيزهم على ممارسة الأدوار السيكودرامية فى بيئة مشجعة دافئة.

ه. البعد عن استخدام أسلوب العقاب والتأديب واللوم.

و. مراعاة مبدأ السلامة والأمان فى تجهيز مكان إجراء جلسات البرنامج السيكودرامى.

- عناصر السيكودراما التى يقوم عليها البرنامج:

أ. البطل (الشخصية المحورية) The Protagonist: وهو أحد أعضاء الجماعة العلاجية ممن يعانون من القلق، وهو الذى

يقوم بالدور الرئيسى على خشبة المسرح[٣٢]، والمطلوب منه أن يكون هو نفسه، وأن يصور عالمه الخاص وليس المطلوب منه أن يكون ممثلا[٣٣].

ب. المخرج (الموجه) The Director: وهو الذى يدير الجلسة السيكودرامية وعليه أن يعرف كل شئ عن أفراد الجماعة العلاجية من حيث حاجاتهم، وقدراتهم، وخصائصهم التى تميزهم عن غيرهم، وعليه أيضاً يقع عبء تهيئة الأفراد للجلسة السيكودرامية[٣٤].

ج. الذوات المساعدة The Auxiliary Ego: وهم واحد أو أكثر من أفراد الجماعة العلاجية الذين يختارهم البطل لتمثيل الشخصيات الهامة فى حياته، ومساعدته على تجسيد دوره وإظهار ما يعانيه، وربما يكون ذلك الدور خارجياً للبطل، كأن يكون عضواً من أعضاء الأسرة أو صديقاً فى العمل، وقد يكون الدور داخلياً مثل ذات الفرد الخائفة، أو ضميره وصوته الداخلى[٣٥].

د. الجمهور (أعضاء الجماعة)The Audience: وهم مجموعة المشاهدين والحاضرين فى الجلسة السيكودرامية، وهم يمثلوا الرأى العام بالنسبة للبطل[٣٦]، وتتكون الجماعة العلاجية فى البرنامج الحالى من ١٢ طالبا من المراهقين المعاقين بصريا ممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٥- ١٨ سنة) ويعانون من ارتفاع مستوى القلق لديهم بالإضافة إلى بعض المتخصصين بالمدرسة كالأخصائى النفسى والاجتماعى وبعض المدرسين بالمدرسة.

ه. المسرح The Stag: وهو المكان الذى يجرى فوقه الموقف السيكودرامى، ويرى "مورينو Moreno" أن خشبة المسرح ليست بالشىء الضرورى فمن الممكن أن تجرى الجلسة السيكودرامية فى أى مكان[٣٧].

- فنيات السيكودراما المستخدمة فى البرنامج: تتعدد وتتشعب أساليب وتقنيات السيكودراما، وسوف يقوم الباحث باستخدام فنية "لعب الدور" باعتبارها من أشهر أساليب السيكودراما وأكثرها استخداما. وفيها يقوم المريض بتمثيل أدوار الآخرين، وأيضا بتمثيل دوره هو فى موقف ما، كأن يقوم المعاق بصريا بتمثيل موقف ما تعرض له فى حياته الحقيقية- زاد من قلقه وتوتره- فيعيده مستعينا بالذوات المساعدة، وذلك بهدف التعرف على الخبرات والمواقف والشخصيات الأكثر تأثيرا فى حياة المريض والتى أثرت عليه بشكل سلبى،والتعرف أيضا على كيفية تعامله فى مثل هذه المواقف.

وهنا يكون دور الباحث هو إثارة المناقشة عقب انتهاء المريض من لعب الدور، وتحفيز كل فرد فى المجموعة على إبداء رأيه، وتقييم سلوكيات وردود أفعال البطل فى هذا الموقف، وربطها بسلوكياتهم فى المواقف الشبيهة التى يتعرضون لها، وتشجيعهم على كيفية البحث عن استراتيجيات بديله للتعامل مع مثل هذه المواقف.

أو أن يقوم المعاق بصريا بأداء بعض أدوار الآخرين الأكثر إيجابية ونجاحا وثقة بأنفسهم، ومن ثم يضع المريض نفسه فى دور أكثر قوة من دوره الحقيقى، وهذا بمثابة تدريب للمعاق بصرياً على ممارسة بعض السلوكيات الإيجابية

هذا كله على أن يكون لعب الفرد لدوره بطريقة تلقائية بدون إعداد مسبق لما سوف يقوله أو يؤديه، فيكون لعب الدور ارتجاليا تلقائيا، عملا بمقولة "مورينو Moreno" أرنى بالتمثيل ولا تخبرنى "Show me, don't tel me"[٣٨]

- تحديد محتوى المادة الدرامية: اعتمد الباحث فى تحديد محتوى المادة الدرامية على المواقف التى تسبب قلقا للمراهقين المعاقين بصريا، ويتم ذلك عن طريق أفراد العينة أنفسهم، وبمساعدة المخرج (الموجه)، حتى يمكن صياغة هذه المواقف- التى تعكس مظاهر القلق لدى المراهقين المعاقين بصريا- فى شكل درامى يمكنهم القيام بتمثيله.
- التخطيط الزمنى لمحتوى برنامج السيكودراما: يتكون البرنامج الحالى من ثلاث عشرة جلسة سيكودرامية، منهم (جلستان تمهيديتان) و(١٠ جلسات لعب دور) و(جلسة ختامية لتطبيق أداة القياس) وأستمر تطبيق البرنامج سبعة أسابيع بواقع جلستان أسبوعياً، مدة كل منها (٩٠) دقيقة كما هو موضح بالجدول الأتى:

الجلسة	الموضوع	الأهداف	المدى الزمنى
الأولى	تعارف وتمهيد	التعارف بين أفراد العينة بعضهم البعض، وبين أفراد العينة والباحث. توضيح مفهوم السيكودراما، وتعريف أفراد العينة بأهداف البرنامج، وخطواته، وخطته الزمنية، وتقنياته.	٩٠ دقيقة
الثانية	التهيئة للجلسات السيكودرامية	تشجيع أفراد العينة على الحديث عن أنفسهم أمام الآخرين، وتحديد الأسباب التى تؤدى إلى قلقهم وتخوفهم.	٩٠ دقيقة
الثالثة	التغلب على لمظاهر الانفعالية السلبية المرتبطة بالقلق.	العمل على إثبات الذات، والتغلب على الشعور بالدونية	٩٠ دقيقة
الرابعة	التغلب على لمظاهر الانفعالية السلبية المرتبطة بالقلق.	العمل على تنمية الثقة بالنفس.	٩٠ دقيقة
الخامسة	التخفيف من حدة بعض الاضطرابات المصاحبة للقلق كالعصبية وارتعاش اليدين، والاضطراب بشكل عام.		٩٠ دقيقة
السادسة	التغلب على الشعور بالعزلة الاجتماعية.	التخلص من العزلة الاجتماعية.	٩٠ دقيقة
السابعة	التغلب على الشعور بالعزلة الاجتماعية.	العمل على تنمية المشاركة الاجتماعية. اكتساب المرونة والجرأة فى وجود الآخرين.	٩٠ دقيقة
الثامنة	التغلب على الشعور بالعزلة الاجتماعية.	العمل على تقوية العلاقات بالآخرين. تحقيق التوافق الاجتماعى.	٩٠ دقيقة
التاسعة	التغلب على اضطراب عمليات التفكير.	تنمية القدرة على اتخاذ القرارات فى المواقف المختلفة.	٩٠ دقيقة
العاشرة	التغلب على الشعور بانعدام الأمن حيال المستقبل المهنى.	مساعدة المراهق المعاق بصريا على التخطيط لمستقبله فى ضوء قدراته وإمكاناته.	٩٠ دقيقة
الحادية عشر	التغلب على الشعور بانعدام الأمن حيال المستقبل الزواجى.	التأكيد على مبدأ أن الإنسان بعلمه، وخلقه، وتميزه فى عمله وليس بأى شىء آخر.	٩٠ دقيقة
الثانية عشر	التغلب على صعوبة مواجهة متطلبات الحياة اليومية.	تدريب المعاق بصريا على الاستقلالية. تمكين المعاق بصريا من إدراك الامكانيات والقدرات الفعلية له، والعمل على استغلالها بشكل مناسب.	٩٠ دقيقة
الثالثة عشر	جلسة ختامية	تطبيق أداة القياس والتأكيد على الأهداف بالجلسات السابقة	٩٠ دقيقة

نتائج الدراسة:

أسفر البحث الحالى عن نتائج تجيب على الفروض التى وضعها الباحث، وهى كما يلى:

- نتائج الفرض الأول: والذى ينص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية فى القياس القبلى، ومتوسط درجاتهم فى القياس البعدى على مقياس القلق لصالح القياس البعدى".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار "ويلكوكسون" للمجموعات المرتبطة، والجدول التالى "جدول رقم (١)" يلخص النتائج.

جدول رقم (١) دلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية فى القياس القبلى والقياس البعدى على مقياس القلق

البيان / القياس	إشارات الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	المتوسط	قيمة Z	الدلالة
الفرق بين القياس القبلى والقياس البعدى	الرتب السالبة(١٤)	٧,٥	١٠٥	٤٣,٤٣	-٣,٣٢٩*	٠,٠٠١
	الرتب الموجبة(٠)	٠	٠	١٧,٥		
	الرتب السالبة(٠)	٠	٠			

* قيم دالة عند مستوى٠,٠١

يتضح من بيانات الجدول السابق والذى يعرض نتائج اختبار "ويلكوكسون" للكشف عن دلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى على مقياس القلق، أن قيمة (Z) بلغت (-٣,٣٢٩)، وهى قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، وبالنظر إلى قيمة المتوسط الحسابى نجد أنها فى القياس القبلى بلغت (٤٣,٤٣) فى حين بلغ متوسط القياس البعدى (١٧,٥) وبذلك يكون اتجاه مستوى الدلالة لصالح القياس البعدى، وهذا يثبت صحة الفرض الأول، ويؤكد فاعلية أسلوب لعب الدور- كأحد فنيات العلاج بالسيكودراما- فى خفض مستوى القلق لدى المراهقين المعاقين بصرياً، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات التى أثبتت نجاح لعب الدور السيكودرامى كأسلوب علاجى فى مواجهة العديد من المشكلات والاضطرابات النفسية والسلوكية، سواء استُخدم بشكل فردى، أو فى إطار مجموعة أخرى من الفنيات السيكودرامية، ومن هذه الدراسات: دراسة "فوزى يوسف" (١٩٩٤) والتى نجحت باستخدام لعب الدور السيكودرمى فى خفض مستوى القلق لدى الأطفال[٣٩]، ودراسة "صفاء غازى" (١٩٩٢) والتى أكدت على فاعلية أسلوب لعب الدور بمفرده فى التخفيف من حدة اللجلجة لدى المراهقين، وأيضاً أكدت على

فاعليته عند الجمع بينه وبين الممارسة السلبية[٤٠]، ودراسة "محمد غريب" (١٩٩٩) والتى نجحت من خلال بعض فنيات السيكودراما ومنها لعب الدور فى خفض مستوى القلق لدى أطفال المؤسسات الإيوائية[٤١].

ويرى الباحث فى تفسير ذلك أن أسلوب لعب الدور السيكودرامى يتيح للمعاق بصرياً إمكانية التعبير عن مشاعره وأفكاره وصراعاته وعيش تلك المشاعر دون خوف من عقاب محتمل على ما قام به، فالمعاق بصرياً- وقد تركت له حرية اختيار الدور الذى يمثله- يسترجع خبراته غير السارة ويعيشها من جديد على المسرح، لكنه هنا وطبقا لمبدأ التلقائية يخلى السبيل أمام انفعالاته التى سبق أن حبسها وقت تعرضه لتلك الخبرات خوفا مما قد ينجم عنها من عواقب وخيمة، ويدعم ذلك ما أشار إليه "فؤاد الموافى" (١٩٩٢) فقد ذكر أن لعب الدور يتيح الفرصة للأفراد للتنفيس عن مشاعرهم المكبوتة من مخاوف، وغضب، وشعور بالنقص[٤٢]، ومن ثم استطاع المراهقون المعاقون بصرياً التصريح بأفكار لم يعبروا عنها من قبل، وكذلك ممارسة مواقف لم يقوموا بها من قبل فى حياتهم العادية، وهذا ما شجعهم على المداومة والالتزام فى حضور الجلسات مما جعل لديهم اتجاهاً نحو العلاج، ورغبة فيه.

- نتائج الفرض الثانى: والذى ينص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة فى القياس البعدى على مقياس القلق لصالح المجموعة التجريبية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار "مان ويتنى" للمجموعات المستقلة، والجدول التالى "جدول رقم (٢)" يلخص النتائج.

جدول رقم (٢) دلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة فى القياس البعدى على مقياس القلق

البيان / القياس	متوسط الرتب	مجموع الرتب	المتوسط	الانحراف المعيارى	قيمة Z	الدلالة
المجموعة التجريبية	٧,٥	١٠٥	١٧,٥	٥,٥٧١	-٤,٥١	صفر
المجموعة الضابطة	٢١,٥	٣٠١	٤٣,٥٧	٥,٨٥٤		

* قيم دالة عند مستوى٠,٠١

يتضح من بيانات الجدول السابق والذى يعرض نتائج اختبار "مان ويتنى" للكشف عن دلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة فى القياس البعدى على مقياس القلق، أن قيمة (Z) بلغت (-٤,٥١)، وهى قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، وبالنظر إلى قيمة المتوسط الحسابى نجد أنها لدى أفراد المجموعة التجريبية بلغت (١٧,٥) فى حين بلغ متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة (٤٣,٥٧) وبذلك يكون اتجاه مستوى الدلالة لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

وهذا يثبت صحة الفرض الثانى ويؤكد فاعلية البرنامج السيكودرامى فى خفض مستوى القلق لدى المراهقين المعاقين بصرياً، حيث يلاحظ عدم تغير درجات أفراد المجموعة الضابطة التى لم تتعرض للبرنامج السيكودرامى فى القياس البعدى تغيراً ملحوظاً، فى حين تغيرت درجات أفراد المجموعة التجريبية فى القياس البعدى إلى الوضع الأفضل.

ويرجع الباحث ذلك إلى أن تعرض أفراد المجموعة التجريبية لبرنامج لعب الدور السيكودرامى أتاح لهم الفرصة لتبادل العلاقات البينشخصية، فالفرد فى جلسات العلاج بالسيكودراما لا ينظر إليه على أنه وحدة مستقلة، بل باعتباره عضواً فى جماعة أو جزءا من كيان أكبر، إذ يتم علاج مجموعة من المرضى من (٥- ١٥) فرد فى وقت واحد، ومن ثم يستفيد كل فرد من أفراد المجموعة بالخبرة التى يقدمها غيره وذلك بعد مناقشتها من قبل المخرج (الموجه)، وباقى أفراد الجماعة (الذوات المساعدة)، لتصبح خبرة مدرجة ضمن معلوماته وخبراته الحياتية يستفيد منها وقت التعرض لمثل هذه الخبرة فى المستقبل، وهذا ما لم يتعرض له أفراد المجموعة الضابطة، ومن ثم لم يحدث أى تحسن فى مستوى قلقهم.

- نتائج الفرض الثالث: والذى ينص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (ممن يقيمون إقامة داخلية)، ومتوسط درجات أفراد نفس المجموعة (ممن يقيمون إقامة خارجية) على مقياس القلق بعد تطبيق البرنامج".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار "مان ويتنى" للمجموعات المستقلة، والجدول التالى "جدول رقم (٣)" يلخص النتائج.

جدول رقم (٣) دلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد لمجموعة التجريبية (ممن يقيمون إقامة داخلية)، ومتوسط درجات أفراد نفس المجموعة (ممن يقيمون إقامة خارجية) على مقياس القلق بعد تطبيق البرنامج

البيان / نوع الإقامة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	المتوسط	الانحراف المعيارى	قيمة Z	الدلالة
داخلية	١١	٧٧	٢٢,٩	٣,٤٠٢	*٣,١٤١-	٠,٠٠٢
خارجية	٤	٢٨	١٢,٧١	١,٤٩٦		

* قيم دالة عند مستوى٠,٠١

يتضح من بيانات الجدول السابق والذى يعرض نتائج اختبار "مان ويتنى" للكشف عن دلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (ممن يقيمون إقامة داخلية)،

ومتوسط درجات أفراد نفس المجموعة (ممن يقيمون إقامة خارجية) على مقياس القلق بعد تطبيق البرنامج، أن قيمة (Z) بلغت (-٣,١٤١)، وهى قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، وبالنظر إلى قيمة المتوسط الحسابى نجد أنها لدى أفراد المجموعة التجريبية (ممن يقيمون إقامة داخلية) بلغت (٢٢,٩) فى حين بلغ متوسط درجات أفراد نفس المجموعة (ممن يقيمون إقامة خارجية) (١٢,٧١) وبذلك يكون اتجاه مستوى الدلالة لصالح أفراد المجموعة التجريبية (ممن يقيمون إقامة خارجية).

وهذا يثبت صحة الفرض الثالث ويؤكد على أن نوع الرعاية التى يتلقاها المراهقين المعاقين بصريا له تأثير كبير عليهم، فقد يؤدى إلى ارتفاع مستوى قلقهم، كما أنه قد يؤدى بهم إلى سلبية اتجاهاتهم نحو الإعاقة.

فلقد أكدت العديد من الدراسات مثل دراسة "بيومان" "Bauman, M." (١٩٦٤)[٤٣]، ودراسة "هاردى "Hardy, R" (١٩٧٦)[٤٤]، ودراسة "عبدالعزيز الشخص" (١٩٩٢)[٤٥]، على أن المعاقين بصريا الذين يقيمون إقامة داخلية هم أكثر قلقا من المقيمين إقامة خارجية.

ويرجع ذلك إلى أن وضع المعاقين بصريا فى مؤسسات داخلية طوال الوقت يشعرهم بنبذ المجتمع لهم وبالتالى يشعرون بعدم الأمن، وعندما ينهار الشعور بالأمن فإن ذلك يولد الشعور بالقلق، بالإضافة إلى ما تنطوى عليه الأحكام القبلية التى يعتنقها مجتمع المبصرين من انعدام قيمة المعاقين بصريا[٤٦] وعلى الرغم من انتشار بعض الخصائص السلبية بين المراهقين المعاقين بصريا مثل الاكتئاب والقلق والحزن، إلا أن ذلك ربما يرجع بشكل أساسى إلى حرمانهم من الخبرات الحسية والاجتماعية المناسبة وبالتالى فإن توفير أساليب الرعاية التربوية والاجتماعية للمكفوفين جنبا إلى جنب مع أقرانهم العاديين، وعدم عزلهم عن الحياة العادية...قد يساعد فى التخلص من مثل هذه المشكلات[٤٧].

- نتائج الفرض الرابع: والذى ينص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية فى القياس البعدى، ومتوسط درجاتهم فى القياس التتبعى على مقياس القلق".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار "ويلكوكسون" للمجموعات المرتبطة، والجدول التالى "جدول رقم (٤)" يلخص النتائج.

جدول رقم (٤) دلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية فى القياس البعدى والقياس التتبعى على مقياس القلق

البيان / القياس	إشارات الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة
الفرق بين القياس القبلى والقياس التتبعى	الرتب السالبة(٣)	٦,٨٣	٢٠,٥	-١,١٨٤	٠,٢٣٦
	الرتب الموجبة(٨)	٥,٦٩	٤٥,٥		
	الرتب السالبة(٣)	١٣	٣٩		

يتضح من بيانات الجدول السابق والذى يعرض نتائج اختبار "ويلكوكسون" للكشف عن دلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى والتتبعى على مقياس القلق، أن قيمة (Z) بلغت (-١,١٨٤)، وهى قيمة غير دالة إحصائياً، مما يثبت عدم وجود فروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى والتتبعى على مقياس القلق.

وهذا ما يدل على استمرار أثر برنامج السيكودراما فى خفض مستوى القلق لدى المراهقين المعاقين بصرياً بعد انتهاء فترة المتابعة، وتتفق نتيجة هذا الفرض مع نتائج الدراسات التى تناولت الأثر التتبعى لفنيات العلاج بالسيكودراما، ومن هذه الدراسات: دراسة "أسماء غريب" (١٩٩٤)[٤٨]، ودراسة "محمد لطفى" (٢٠٠٣)[٤٩]، ودراسة "أسامة أبوالمعاطى" (٢٠٠٦)[٥٠].

ويرى الباحث أن ثبات صحة هذا الفرض دليل واضح على عدم تأثر البرنامج بعامل الزمن وذلك بعد انتهاء فترة المتابعة التى بلغت شهرين من تطبيق البرنامج، مما يؤكد فاعلية برنامج لعب الدور السيكودرامى.

خلاصة النتائج:

خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج يتركز أهمها فيما يلى:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية فى القياس القبلى، ومتوسط درجاتهم فى القياس البعدى على مقياس القلق لصالح القياس البعدى.
٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة فى القياس البعدى على مقياس القلق لصالح المجموعة التجريبية.
٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (ممن يقيمون إقامة داخلية)، ومتوسط درجات أفراد نفس المجموعة (ممن يقيمون إقامة خارجية) على مقياس القلق بعد تطبيق البرنامج.
٤. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات

أفراد المجموعة التجريبية فى القياس البعدى، ومتوسط درجاتهم فى القياس التتبعى على مقياس القلق.

المراجع:

1. Panda. K. C.: **Education of exceptional children, A basic text on the handicapped and the gifted**, New Delhe, Vikas Publishing House Pvtltd, 1997, P 124.

٢. زينب محمود شقير: **أسرتى ومدرستى أنا ابنكم المعاق (ذهنياً- سمعياً- بصرياً)، سلسلة سيكولوجية الفئات الخاصة والمعاقين**، المجلد الثانى، الطبعة الأولى، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية، ٢٠٠٢، ص١٤٧.

٣. عبدالرحمن سليمان: **سيكولوجية ذوى الحاجات الخاصة- الخصائص والسمات**، الطبعة الأولى، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق، ٢٠٠١، ص٥٩.

4. Alistair R. Fielder, Anthony Best, Martin Bax: **The Management of visual impairment in childhood**., London: Cambridge University Press, 1994, P.64.

٥. محمد محمود خضير، إيهاب عبدالعزيز الببلاوى: **المعاقون بصرياً**، الطبعة الأولى، الرياض: الأكاديمية العربية للتربية الخاصة، ٢٠٠٤، ص١٦١.

٦. إبراهيم عيد: الاغتراب النفسى، القاهرة: **الرسالة الدولية للإعلان**، ١٩٩٠، ص١٨٠.

٧. حنان عبدالحميد العنانى: **الصحة النفسية للطفل**، الطبعة الثانية، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر، ١٩٩٥، ص١١٥.

٨. عبدالرحمن العيسوى: **سيكولوجية المراهق المسلم المعاصر**، الكويت: دار الوثائق، ١٩٩٠، ص٤٤.

٩. محمد على كامل: **سيكولوجية الفئات الخاصة**، الطبعة الأولى، الزقازيق: دلتا للكمبيوتر والطباعة والتصوير، ١٩٩٦، ص٢٠٣.

١٠. إيهاب الببلاوى: **قلق الكفيف تشخيصه وعلاجه**، الطبعة الثانية، الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع، ٢٠٠٤، ص١١.

11. Michael Rutter ،Eric A. Taylor: **Child and adolescent psychiatry**., 4th edition, Oxford: Blackwell Publishing Company, 2002, P.851.

١٢. جيلين ويلسون: **سيكولوجية فنون الأداء**، ترجمة شاكر عبدالحميد، الكويت: عالم المعرفة، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب، ٢٠٠٠، ص٢١.

١٣. محمد أحمد سعفان: **الإرشاد النفسى الجماعى**، القاهرة: دار الكتاب الحديث، ٢٠٠٦، ص١٧١.

14. Eva Leveton: op.cit.,P.194.

15. J. H. Masserman, Jacob Levy Moreno: **Progress in psychotherapy**, Volume 3, New York: Grune & Stratton, 1958, P.44.

16. Judith Worell, Pam Remer: **Feminist perspectives in therapy: empowering diverse women**.,2nd edition, New York: John Wiley and Sons, 2003, P.111.

17. Jacob Levy Moreno: **The sociometry reader**., New York: Free Press, 1960, PP.80-81.

18. Mark E. Young: **Counseling methods and techniques: an eclectic approach**., New York: Macmillan Publishing Company,1992,P.180.

19. Jose Luis Pio- Abreu and Cristina Villares-Oliveira: **How does psychodrama work?, How theory is embedded in the psychodramatic method**., in Clark Baim., Jorge Burmeister, and Manuela Maciel (eds), OP.CIT. p.130.

٢٠. إبراهيم أبوالهدى: فاعلية برنامج ارشادى لتخفيف مستوى القلق لدى عينة من المراهقين المعاقين بصرياً، **رسالة ماجستير**، غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، ٢٠٠٦.

٢١. رشاد عبدالعزيز موسى: **بحوث فى سيكولوجية المعاق**، القاهرة، دار النهضة العربية:١٩٩٤، صص١٩: ٧١.

٢٢. عبدالعزيز الشخص: اثر أسلوب الرعاية على مستوى القلق لدى المكفوفين واتجاهاتهم نحو الإعاقة البصرية، **مجلة معوقات الطفولة**، مركز معوقات الطفولة، جامعة الازهر، ١٩٩٢، صص١٤٩: ١٧٧.

23. Winkler, D: The impact of anxiety on adolescents and young adults with a visual impairment, **Dissertation abstracts international**, vol 50, no. 1A, 1988, P262.

24. James Wilhelm: Fears of totally blind and partially sighted children, **Dissertation abstract international**, vol 49. N.03P, 1987.

25. Matson, J. & Manikam, R., et.al,' :Anxiety in

visually handicapped children and youth", **Journal of clinical child psychology**, vol 15, 1986.

26. Christine, N., Drama therapy with pre-adolescents, ARTS IN PSYCHOTHERAPY, vol 30, N.4, 2003, P:P 201:207.

٢٧. محمد لطفى: استخدام السيكودراما فى تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى أطفال مرحلة الطفولة المتأخرة، **رسالة ماجستير**، غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، ٢٠٠٣.

28. Brachs Ziva :The use of psychodrama in Adolescents with down syndrome., international **Journal of adolescent medicine and health**, vol 12, N. 1,2000, PP 85:95.

٢٩. فوزى يوسف: دراسة تجريبية لخفض مستوى القلق عند الأطفال بالمرحلة الابتدائية باستخدام اللعب التمثيلى، **رسالة ماجستير**، غير منشورة، كلية التربية، جامعة أسيوط، ١٩٩٤.

٣٠. صفاء غازى: فاعلية أسلوب العلاج الجماعى (السيكودراما) والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللجلجة، **رسالة دكتوراه**، غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، ١٩٩٢.

٣١. عادل الأشول، عبدالعزيز الشخص: **مقياس القلق للمكفوفين**، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، ١٩٨٤، ص١٠.

32. Tian Dayton, The Living Stage: **A Step-By-Step Guide to Psychodrama, Sociometry and Experiential Group Therapy**: op.cit. p.13.

33. Sue Jennings: Drama therapy: **Theory and practice**., 2nd edition, London and New York: Routledge, 1992, p.108.

34. Peter Felix Kellermann: **Focus on psychodrama: the therapeutic aspects of psychodrama**., London: Jessica Kingsley Publishers, 1992, p.46.

35. Marcia Karp, Paul Holmes, Kate Bradshaw Tauvon: **The Handbook of Psychodrama**., London and New York: Routledge, 1998,P.7.

36. Jacob Levy Moreno: **The creativity theory of personality: spontaneity, creativity and human potentialitics**. In I.A. Greenberg (ed) psychodrama: theory and therapy. London: souvenir press, 1975,p105.

37. J. L. Moreno: **Principles of psychotherapy, philosophy of the third psychiatric revolution with special emphasis on group psychotherapy and psychodrama** in: Frieda Fromm-Reichmann & J.L Moreno (eds) Progress in psychotherapy, Volume 1.New York: Grune & Stratton, 1956 p39.

38. Jacob Levy Moreno: **The creativity theory of personality**: spontaneity, creativity and human potentialities: op.cit.p.

٣٩. فوزى يوسف: مرجع سابق، صرص١٨٠:٢٠٣.

٤٠. صفاء غازى: مرجع سابق

٤١. محمد غريب: مدى فاعلية برنامج سيكودرامى للتخفيف من القلق النفسى عند أطفال المؤسسات الإيوائية- دراسة تجريبية على عينة من سن ٩: ١٢ سنة، **رسالة ماجستير**، غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، ١٩٩٩

٤٢. فاعلية العلاج بممارسة الألعاب الرياضية الصغيرة فى خفض مستوى الخجل فى اطار تغيير وتثبيت مجموعة اللعب، **مجلة كلية التربية**، جامعة المنصورة، ١٩٩٢.

43. Bauman, M: Group difference disclosed by inventary items., **International Journal of the blind**, Vol.3, 1964, P.191.

44. Hardy, A: Manifest anxiety in visual impaired adolescents., **Journal of education visual handicapped**, 2,(3),P.105.

٤٥. عبدالعزيز الشخص: مرجع سابق، صرص١٤٩: ١٧٧.

٤٦. صلاح مخيمر: **الأنماط الانفعالية للمكفوفين**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٦١.

٤٧. عبدالعزيز الشخص: مرجع سابق، ص١٦٠.

٤٨. أسماء غريب إبراهيم: استخدام السيكودراما لخفض الاضطرابات الانفعالية لدى الأطفال، **رسالة دكتوراه**، غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس، ١٩٩٤.

٤٩. محمد لطفى: مرجع سابق، صرص٩٨:١١٦.

٥٠. أسامة أبو المعاطى: فاعلية استخدام تكنيك السيكودراما

Summary

The effectivness of the Psychodrama role play in Reducing the Level of Anxiety for the Adolescents with a Visually Handicapped

The effectiveness of the Psychodrama role play in Reducing the Level of Anxiety for the Adolescents with a Visually Handicapped.

The aim of the current research is to identify the effectiveness of the role play, as one of the techniques of the psychodrama therapy, in reducing the level of anxiety for the adolescents with a visual handicap.

The study, applied on a sample of (24) visually handicapped adolescents, was divided into two equal groups: the experimental and the control.

The researcher used the following tools:

1. The scale of anxiety for the blind.
2. The psychodrama role play program (prepared by the researcher).

The Results:

1. There are statistically significant differences, In telemetric scale of anxiety between the average degrees of experimental group members, and the average degrees of control group members, in favor the experimental group.
2. There are statistically significant differences between the average degrees of experimental group members (who reside internal), and the average degrees for members of the same group (those who reside external) on the scale of anxiety after the application of the program.

في تحقيق التوافق الانفعالى- الاجتماعى لعينة من المراهقين الصم، رسالة دكتوراه، غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، ٢٠٠٦.