

[٩]

فاعلية استخدام السيودراما للتخفيف من حدة
بعض المخاوف المرضية لطفل الروضة الكفيف

د. ايمان سعيد عبد الحميد

مدرس بقسم العلوم النفسية

كلية رياض الأطفال - جامعة القاهرة

فاعلية استخدام السيكودراما للتخفيف من حدة بعض المخاوف المرضية لطفل الروضة الكفيف

د. ايمان سعيد عبد الحميد*

مقدمة:

تتسم مرحلة الطفولة بالبراءة والأمل الا أنها لا تخلو من المشكلات المتعددة التي تواجه الأطفال خاصة أطفال الروضة المكفوفين، في كافة جوانب حياتهم الشخصية والنفسية والاجتماعية والتربوية، ومن أهم المشكلات التي تواجه الطفل الكفيف هي مشكلة المخاوف المرضية. ومن اهم المخاوف التي يتعرض لها الطفل الكفيف هي المخاوف الاجتماعية مثل التحدث امام الغرباء أو الخوف من الوحدة، وكذلك المخاوف من الاماكن المفتوحة مثل الخروج الى المتنزهات والحدائق أو ركوب بعض المواصلات وأيضاً المخاوف البسيطة مثل المخاوف من بعض الحيوانات مثل القطة أو الكلب أو المخاوف من الاماكن المغلقة أو المرتفعة.

وتعد السيكودراما من أهم الطرق الارشادية المستخدمة مع الاطفال، وتحاول الباحثة التعرف على مدى فعاليتها مع الأطفال المكفوفين في التخفيف من حدة واحدة من أهم الاضطرابات التي تواجه الطفل الكفيف ألا وهي مشكلة المخاوف المرضية، فقد أكدت دراسة عبد الحميد (٢٠٠٥) بعنوان "المخاوف لدى الطفل الكفيف دراسة حالة"، والتي هدفت إلى التعرف على أهم المخاوف الشائعة للأطفال المكفوفين والأطفال المبصرين، وما أوجه المرضية التشابه والاختلاف بينها من الناحية الكمية والكيفية على

* مدرس بقسم العلوم النفسية- كلية رياض الأطفال- جامعة القاهرة.

وجود فروق بين المخاوف المرضية الشائعة لكل من الأطفال المكفوفين والأطفال المبصرين وذلك لصالح الأطفال المكفوفين في كل من المخاوف من بعض الحيوانات مثل السحالي والقطط والكلاب والأصوات العالية، والمخاوف المرضية الاجتماعية مثل المخاوف من التحدث أو التحرك أمام الآخرين وهي من أكثر أنواع المخاوف الشائعة بالنسبة للطفل الكفيف وكذلك المخاوف من الأماكن المرتفعة مثل المخاوف من ركوب السيارة أو الاتوبيس.

مشكلة الدراسة:

لما كانت الحاجة ملحة للبحث عن اسلوب إرشادي يتناسب مع طبيعة أطفال الروضة المكفوفين، ويتمشى مع المخاوف المرضية بغرض التخفيف من حدتها فكان الاسلوب متمثلا بالسيكودراما، لأنها أحد الأساليب الإرشادية الجماعية التي أثبتت جدواها في حالات الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال.

ولذلك تستخدمها الباحثة في هذه الدراسة للتخفيف من حدة المخاوف المرضية الاجتماعية والمخاوف من الأماكن المفتوحة وكذلك المخاوف البسيطة للأطفال المكفوفين، عن طريق روايتها لبعض القصص التي تناقش بعض هذه المخاوف التي يعاني منها الأطفال المكفوفين، ثم تترك لهم اختيار الأدوار التي يريدون تمثيلها، وتبادل الأدوار بينهم.

ومما سبق تتبلور مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل التالي:

- ما فاعلية برنامج سيكودرامى فى التخفيف من حدة بعض المخاوف المرضية لدى الطفل الكفيف؟

أهمية الدراسة:

أما عن أهمية الدراسة فإنها مستمدة من أهمية مرحلة الطفولة وتناولها فئة عمرية أكد العديد من العلماء والباحثين على أهميتها وهي مرحلة الروضة وخاصة للأطفال المكفوفين، من خلال التعرف على المخاوف المرضية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال من خلال وضع مقياس للمخاوف المرضية يتناسب مع طبيعة العينة وذلك بعد الاطلاع على العديد من المقاييس التي تقيس المخاوف المرضية للأطفال، وكيفية التوصل الى الأسلوب الأمثل لحل مشكلات هذه الفئة حيث تحاول الباحثة من خلال الدراسة الحالية التعرف على مدى قدرة السيكودراما كأسلوب من أساليب الإرشاد الجماعي في حل مشكلة المخاوف المرضية لدى الطفل الكفيف.

من خلال مطالعة التراث النظرى والتأصيل النظرى لمتغيرات الدراسة بهدف التوصل الى برنامج سيكودرامى يعمل على التخفيف من حدة المخاوف المرضية للطفل الكفيف.

(أ) أهمية نظرية:

التأصيل النظرى والقاء الضوء على كل من طفل الروضة الكفيف وتعريفاته وخصائصه.

كما تقدم اطار نظرى حول المخاوف الاجتماعية والمخاوف من الأماكن المفتوحة والمخاوف البسيطة أو المحددة لديه، ومدى فاعلية السيكودراما في تخفيف بعض هذه المخاوف لدى أطفال الروضة المكفوفين من خلال المصطلحات والمفاهيم والنظريات والدراسات المرتبطة بهذه المتغيرات.

(ب) أهمية تطبيقية:

- اعداد مقياس المخاوف المرضية لدى الطفل الكفيف يسترشد به العاملون في مجال التربية الخاصة والارشاد النفسى للطفل الكفيف.
- إعداد برنامج سيكودرامى لتخفيف المخاوف المرضية لدى الطفل الكفيف ويسترشد به المشرفين والمعلمين للأطفال المكفوفين، وكذلك العاملين بالمجال النفسى في المؤسسات للتخفيف من حدة المخاوف المرضية، وتطويعه للاستفادة منه في مشكلات سلوكية أخرى.

أهداف الدراسة:

- بناء وتصميم مقياس المخاوف المرضية لدى الأطفال المكفوفين
- بناء وتصميم برنامج سيكودرامى للتخفيف من حدة المخاوف المرضية لدى الأطفال المكفوفين.
- والتأكد من فاعلية البرنامج فى التخفيف من حدة المخاوف المرضية للطفل الكفيف
- كما يتحدد الهدف من هذه الدراسة في " إستخدام السيكودراما في تخفيف بعض المخاوف المرضية لدى الأطفال المكفوفين.

مصطلحات الدراسة:

- **التعريف الإجرائى لطفل الروضة الكفيف:** تعرفه الباحثة إجرائيا أنه هو الطفل الملتحق برياض الأطفال بالمركز النموذجى للمكفوفين، جمعية النور والأمل والذي يتراوح عمره من ٣ إلى ٦ سنوات، والمصنف لغويا، وتربويا، وطبيا، وقانونيا بكونه كفيفاً، والخالى من أي إعاقة أخرى خلاف كف البصر.

• **التعريف الإجرائي للمخاوف المرضية:** تعرف الباحثة المخاوف المرضية اجرائيا بأنها خوف دائم من موقف أو موضوع غير مخيف بطبيعته، ولايستند إلى أساس واقعي ولا يمكن ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه. مثل المخاوف الاجتماعية والتي تتمثل في الخوف من الأداء السيئ في المواقف الاجتماعية، والمعاناة من النقد أو الإحراج مما يؤدي الى بعض الأعراض الجسمية والنفسية وتجنب المواقف، والمخاوف من الأماكن المفتوحة والتي تتمثل في الخوف من الخروج الى الحدائق والمنتزهات العامة والشواطئ وما الى ذلك وكذلك المخاوف المرضية البسيطة أو المحددة مثل الخوف من بعض الحيوانات أو المرتفعات أو الأماكن المغلقة.

• **التعريف الإجرائي للسيكودراما Psychodrama:** تعرفها الباحثة إجرائيا بأنها أحد المناهج الإرشادية فهي من أشهر أساليب الإرشاد الجماعي وهي عبارة عن تصويرا تمثيليا مسرحيا لأحد المشكلات تتم في ظل جماعة إرشادية، وشكل تعبيرى حر، وأجواء مفعمة بالحب والأمن والطمأنينة، مما يتيح فرصة للتفيس الانفعالي والاستبصار الذاتي، وفهم الآخرين والقدرة على التقليد والمحاكاة.

الإطار النظرى والدراسات السابقة

أولاً الطفل الكفيف:

إن الأطفال المكفوفين هم الأطفال الذين يحتاجون إلى تربية خاصة بسبب مشكلاتهم البصرية، الأمر الذى يستدعى إلى إحداث تعديلات خاصة على أساليب التدريس والمناهج المقدمة إليهم (خالد، ٢٠٠٦، ١٣). فيشير مصطلح ضعف البصر والمبصر جزئيا إلى

الشخص الذى يوجد لديه أبصار قابل للاستعمال بغض النظر عن مدى محدوديته أو قلته، أما مصطلح الكفيف يشير إلى الشخص الذى لا يوجد لديه بصر قابل للاستعمال (فرج، ٢٠٠٦، ١٠٣).

ويعرف الكفيف لغويا: كلمة المكفوف أو الكفيف فى اللغة العربية مأخوذة من كف بمعنى انصرف وامتنع وكف بصره أى ذهب فهو مكفوف وكفيف. وهناك ألفاظ كثيرة تستخدم للتعريف بالشخص الذى فقد بصره مثل (الأعمى، الأكمه، الضرير) (أمين ومحمد، ٢٠٠٨، ٢١١).

أما مصطلح الكفيفتروبيا: فهو الشخص الذى يعجز عن استخدام بصره فى الحصول على المعرفة. وهو ايضا الشخص الذى يعانى من فقدان القدرة على القراءة بالطريقة العادية للمبصرين بسبب فقدان القدرة على الإبصار وما يترتب على ذلك من صعوبات التكيف الشخصى والاجتماعى مع المبصرين، ويتعلم من خلال الحواس الأخرى كالسمع واللمس ومن الوسائل المستخدمة معها مثل طريقة برايل والتسجيلات الصوتية (دسوقى، ١٩٩٠، ١٨٩، الحديدى، ٢٠٠٢، ٤٤، أحمد، ٢٠٠٨، ٣٣٢، أمين ومحمد، ٢٠٠٨، ٢١٢-٢١٣).

خصائص الأطفال المكفوفين:

الخصائص الانفعالية:

يؤدى فقدان البصر إلى ظهور العديد من المشكلات الانفعالية ومنها الشعور بالقلق والخوف خاصة عندما ينفرد الكفيف بنفسه ولا يجد الشخص الذى يحميه، كما أنه يدرك من خلال خبراته السابقة بوجود مخاطر من حوله وأنه ليس قادر على حماية نفسه فى غياب من يحميه ويميل إلى التلاصق بأى شخص يوجد بجانبه (أحمد، ٢٠٠٨، ٣٣٩).

وفى دراسة عبد الحميد (٢٠٠٥) بعنوان "المخاوف المرضية لدى الطفل الكفيف"، هدفت إلى التعرف على أهم المخاوف الشائعة للأطفال المكفوفين والأطفال المبصرين، وما أوجه التشابه والاختلاف بينها من الناحية الكمية والكيفية، وتكونت عينة الدراسة (٣٧) طفلا فى المرحلة العمرية من (٤ - ٦) سنوات مقسمين إلى (١٧) طفلا من الأطفال المكفوفين (٩) ذكورا و(٨) إناث من روضة المركز النموذجى لرعاية وتوجيه المكفوفين، وروضة النور والأمل بالقاهرة. أما مجموعة الأطفال المبصرين تكونت من (٣٠) طفلا من روضة النيل بالعمرائية. وتم استخدام الأدوات الآتية (مقياس المخاوف المرضية للطفل الكفيف، واستمارة دراسة الحالة لذوى الاحتياجات الخاصة)، وكانت أهم النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من المخاوف المرضية للطفل الكفيف والطفل المبصر لصالح الطفل الكفيف على مقياس المخاوف المرضية، فتمثلت المخاوف المرضية البسيطة لدى الأطفال المكفوفين فى الخوف من بعض الحيوانات والأصوات العالية والمخاوف المرضية من الاماكن المفتوحة فى ركوب السيارة والاتوبيس والمخاوف الاجتماعية فى الخوف من الوحدة او الجلوس منفردا، وإن من أهم الأسباب التى أدت إلى ظهور المخاوف المرضية للطفل الكفيف هو مفهوم الطفل السلبى عن ذاته الناتج من عدم القبول والرفض الوالدى والأساليب الخاطئة فى التربية مثل التدليل الزائد أو السيطرة الكاملة على الطفل. وهو ما أكدته كلا من (حنفى، ٢٠٠٧، ٧٥، هالاهان وكوفمان، ٢٠٠٨، ٣٩ - ٤٠) على ردود الفعل النفسية للوالدين (الرفض، القلق، الانسحاب، الإنكار، إسقاط اللوم، المخاوف، مشاعر الإثم...) نتيجة لإعاقة الطفل، والتى يظهر أثرها على سلوك الطفل.

ويظهر عند الطفل الكفيف بعض من أشكال العدوان؛ نتيجة تأخر نموه الحركي لعدم رؤيته الموضوع الذي يتحرك نحوه باستمرار ولكنه يظهر ميلا صريحا لكبت العدوان تجاه من يساعده ويعتمد عليه، وكذلك فإن علاقة الطفل بالأطفال الآخرين يظهر فيها كما من العدوان الذي يطلقه الأطفال بعضهم على بعض، وعلى الأطفال الآخرين (النجار، ٢٠٠٢، ٤٩، أحمد، ٢٠٠٨، ٣٣٩).

الخصائص الاجتماعية:

يؤثر كف البصر تأثيرا سلبيا على النمو الاجتماعي فالطفل المعاق بصريا كليا لا يستطيع استقبال وإرسال الإيماءات غير اللفظية وذلك ما يقوده إلى الاستجابات الإنسحابية. كما أن الشفقة في معاملته من قبل الآخرين تشعره بأنه أقل من غيره مما يجعله يفضل العزلة، فيتمركز حول ذاته. وتعتمد الكفاية الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين بصريا كليا على توقعات الآخرين منهم خاصة في المراحل العمرية المبكرة (أحمد، ٢٠٠٨: ٣٤٠).

الخصائص اللغوية:

يتعلم الطفل المعاق بصريا كليا الكلام بالطريقة نفسها التي يتعلم بها المبصر فكل منهما يعتمد على حاسة السمع والتقليد الصوتي لما يسمعه، إلا أن الطفل المعاق بصريا كليا يعجز عن الإحساس بالتعبيرات الحركية والوجهية المرتبطة بمعان الكلام ومن ثم القصور في استخدامها، وكذلك لا يستطيع الربط بين أصوات بعض الكلمات والمدرجات الحسية الدالة عليها مثل الأشياء كبيرة الحجم، والقدرة على التجريد، كما يؤدي القصور الإدراكي لدى الكفيف إلى ظهور "النزعة اللفظية Verbalism" وتعنى مبالغة المكفوفين في الاعتماد على كلمات ذات مدلولات بصرية

ولكنها لا تعنى شيئاً بالنسبة لهم مثل مفهوم الألوان أو المساحة أو المسافة (عبيد، ٢٠٠٠، ١٥٦، أحمد، ٢٠٠٨، ٤٠ - ٤١).

وقد اكدت دراسة عبد الحميد (٢٠٠٩) أنه يمكن تنمية بعض المفاهيم التي يصعب علي الطفل الكفيف إدراكها، والتغلب على ظهور النزعة اللفظية Verbalism من خلال المدخل الحسى بالتركيز على حواسه المتبقية وتعتبر من أهم اضطرابات اللغة والكلام التي يعانيتها المعاقين بصريا كما يلي:

- **القصور بالإيماءات والتعبيرات الوجهية والجسمية:** القصور فى استخدام الإيماءات والتعبيرات الوجهية والجسمية المصاحبة للكلام.
- **اللفظية:** وهى الإفراط فى الألفاظ على حساب المعنى وينتج عن هذا القصور فى الاستخدام الدقيق للكلمات أو الألفاظ الخاصة بموضوع معين، وما يرتبط بالقصور فى التعبير عن المفاهيم أو العلاقات أو الأحداث.
- **الاستبدال:** وهو استبدال صوت بصوت كاستبدال الشين بسين، أو الكاف بقاف.
- **العلو:** ويتمثل فى ارتفاع الصوت الذى قد لا يتوافق مع طبيعة الموقف الذى يتكلم عنه (خالد، ٢٠٠٦، ١٥ - ١٦).

الخصائص العقلية:

يستخدم الكفيف عاطفته فى بعض المواقف، ولكن يغلب عليه الطابع العقلانى فى التعامل مع أمور الحياة. (صبحى، ٢٠١٠، ٥٥) وفى دراسة أحمد (٢٠٠٣) بعنوان "فاعلية أنشطة التهيئة لرواية القصة فى تنمية التخيل لدى طفل الروضة الكفيف"، والتي هدفت إلى التعرف على تأثير أنشطة التهيئة لرواية القصة فى تنمية التخيل لطفل الروضة

الكفيف، وتكونت العينة من (٩) أطفال مكفوفين كلياً تتراوح أعمارهم بين (٤,٥ - ٦) سنوات، بإستخدام الأدوات التالية (أنشطة التهيئة المقترحة ومقياس التخيل)، وتوصلت إلى نتائج أهمها فاعلية أنشطة التهيئة لرواية القصة فى تنمية التخيل لطفل الروضة الكفيف، وتكامل وتعاون الحواس فى تكوين صورة ذهنية (حسية)، وأوصت بالتركيز على الحواس الأربعة للكفيف عند وضع البرامج والأنشطة لتلك الفئة، وتوفير المثيرات التى تنمى الصور الذهنية لما حولهم فى البيئة.

النظريات التى تفسر سلوك طفل الروضة الكفيف:

النظرية النفسية الإجتماعية والطفل الكفيف: اهتم أدلر بعملية التعلم من خلال وقائعه النظرية فى مبدأ القصور و(الكفاح فى سبيل التفوق)، ومن خلال نظريته أشار إلى الأهداف الإنسانية التى تدور حول الميل للسعى إلى التفوق كأسلوب حياة للفرد لتحقيق هدفه (أحمد، ٢٠٠٧: ٩٥، ٩٨، أحمد، ٢٠٠٨: ٤٥).

النظرية السلوكية والطفل الكفيف:

يتعلم الطفل بشكل عام وفقاً لهذه النظرية نتيجة للتفاعل مع المثيرات فى البيئة والاستجابة لها، وومن أهم التطبيقات التربوية على هذه النظرية: (التعزيز) فهو من المبادئ الأساسية التى يعتمد عليها الآن فهو تدعيم للسلوك أثناء التعلم وخاصة مع الطفل الكفيف (صبحى، ٢٠٠٧، ٣٣ - ٣٤، قاسم، ٢٠٠٧، ٤٩ - ٥٠، الناشف، ٢٠٠٨، ٥٧).

أهداف برامج المعاقين بصرياً كلياً:

- المجال الحركى: تنمية العضلات الدقيقة والكبيرة وتنمية مهارات اللعب الجماعى.

- **المجال الحسى:** تنمية الأربعة حواس المتبقية للطفل.
- **المجال المعرفى:** تنمية القدرة على حل المشكلات، وإدراك العلاقات المرتبطة بالزمان والمكان، وتنمية مهارات التصنيف والانتباه والتذكر (حسين، ٢٠٠٣، ٦٩ - ٧٠).

وفى دراسة عبد الهادى (٢٠٠١) بعنوان "فاعلية برنامج متكامل لأطفال الروضة المكفوفين فى ضوء حاجاتهم"، وهدفت إلى تصميم برنامج لرياض الأطفال المكفوفين يتلاءم مع احتياجاتهم وخصائصهم النمائية ويساعد على تنمية الجوانب الإدراكية والحركية والاجتماعية والحسية ورعاية الذات لديهم وتوصلت إلى: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال العينة المكفوفين على القياسين القبلى والبعدى على بعد النمو الحركى، والنمو الإدراكى، وبعد نمو الحواس، وبعد النمو الإجتماعى، وبعد الرعاية الذاتية لصالح القياس البعدى.

أما دراسة جمال (٢٠٠٣) بعنوان "سياسات تعليم الأطفال المكفوفين بمرحلة ما قبل المدرسة فى كل من جمهورية مصر العربية وفرنسا وبلجيكا"، التى هدفت إلى التعرف على سياسة تعليم وأوجه التشابه والاختلاف فى مصر وفرنسا وبلجيكا فى ضوء الأوضاع الثقافية لكل منهم لفئة الأطفال المكفوفين بمرحلة ما قبل المدرسة من (٤ - ٦) سنوات، ووضع تصور مقترح لتطوير سياسة تعليمهم فى مصر فى ضوء الخبرات الأجنبية، وتوصلت إلى: قلة عدد المؤسسات التى تهتم بتربية طفل ما قبل المدرسة الكفيف على مستوى جمهورية مصر العربية، وعدم تحقيق الكثير من أهداف مدارس رياض الأطفال المكفوفين بسبب ضعف المستوى العلمى والتربوى فجميعهن من حملة المؤهلات المتوسطة، وقصور التكامل والتعاون بين الآباء والمعلمين بمدارس رياض الأطفال المكفوفين، وعدم إلمام الآباء

بطرق وأساليب التواصل مع أطفالهم المكفوفين، وكانت من أهم توصيات هذه الدراسة الاهتمام بإعداد مناهج لأطفال ما قبل المدرسة (الفئات الخاصة) بشكل عام و(الطفل الكفيف) بشكل خاص، ووضع برنامج لمشاركة الوالدين في رياض الأطفال وتقييم مدى فعاليته. والتأكيد على أهمية مشاركة الأسرة في برنامج الطفل وهو ما إتفق معه كلا من Blind (2006, 4) children's Center، حنفي (٢٠٠٧، ٤) على الدور الفعال لاندماج الأسرة في برنامج الطفل المعاق. وهو أيضا ما راعته الباحثة أثناء البرنامج، وتم وضع ذلك كدراسة مقترحة.

وفي دراسة مركز الأطفال المكفوفين بلبوس أنجلوس Blind (2005) Children's Center in Los Angeles بعنوان "برنامج تعليمي لطفل الروضة الكفيف في مرحلة ما قبل المدرسة" وهدفت إلى زيادة قدرة الأطفال المكفوفين بمرحلة الروضة وتحسين بعض المهارات لديهم مثل مهارات الحركة الرئيسية، مهارات الحركة الدقيقة، وتحسين مهارات الكلام واللغة، والمهارات الاجتماعية والتواصل، وتشجيع الآباء على دعم نمو أطفالهم والدفاع عن حقوق أطفالهم من خلال تحسين مهارات الآباء، وتكونت العينة من مجموعتين من الأطفال المكفوفين والمبصرين تتراوح أعمارهم ما بين (٣-٥) سنوات وآباء الأطفال المكفوفين والمبصرين، واستخدمت الدراسة (خطة دراسية فردية لكل طفل، مشروع أوريجون وهو أداة التقييم القياسية للأطفال المكفوفين، المقابلات والاستبيانات التي تتم على أساس منتظم لقياس تقدم الآباء)، وتوصلت الدراسة الى تقدم الأطفال المكفوفين في الحواس المختلفة مثل اللمس والشم والتذوق والسمع من خلال استخدام المعلمين الوسائل الحسية غير المرئية لمساعدة الأطفال على فهم عالمهم، وتحسن مهارات اللغة والكلام وبداية تعلم برايل، وتعلم الأطفال

بعض المفاهيم المكانية مثل خلف وأمام وأعلى من خلال إستراتيجية التعويد العكسى بدمج الأطفال المكفوفين مع المبصرين، واعتمادهم على أنفسهم فى الحركة والذهاب إلى بعض الأماكن مثل الحمام، بالإضافة إلى فهم الوالدين لطبيعة الإعاقة لدى أطفالهم والتكامل بين المركز والأسرة فى تربية الأطفال المكفوفين.

وتستفيد الباحثة من هذه الدراسة فى التأكد من مدى الاستفادة التى يلقاها الطفل الكفيف عندما نقدم له البرامج، فقد اكدت الدراسة السابقة على ان تقديم البرامج للأطفال فى سن مبكرة له دور كبير فى تنمية قدراتهم ومهاراتهم المختلفة.

المخاوف المرضية:

بداخل كل فرد منا مخاوف من شئ معين مثل الوحدة أو فقدان الوظيفة أو الظلام، ولكن هناك من يعانون من مخاوف غير عقلانية تتداخل مع حياتهم اليومية وهم ليسوا مجانين بل إنهم يعرفون أن خوفهم غير عقلانى ولا أساس له ولكنهم لا يستطيعون التحكم في هذا الخوف، وهذا ما يسمى بالمخاوف المرضية أو الفوبيا (1: Marti.,2003).

تعريف المخاوف المرضية Phobia:

"هى خوف شاذ ودائم ومتكرر ومتضمن ما لا يخيف فى العادة، ولا يعرف المريض له سبباً. ولا يستند على أساس واقعى، ولا يمكنه ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه، ويعرف المريض أن الخوف عنده غير منطقى، ورغم هذا كله يمتلكه ويحكم سلوكه (شقيير، ٢٠٠٠: ٤)، كما وتعرف المخاوف المرضية بأنها "خوف غير معقول من مثير ينطوى على قدر قليل من الخطر الموضوعى" (محمد، ٢٠٠١، ١٢)، والمخاوف

المرضية هي هلع من مواقف أو أشياء لا تستوجب في ذاتها الهلع، وتتميز بأنها تبدأ من خبرة معينة أثارت خوفا شديدا ويغلب أن يكون حدوثها من الطفولة.

ولا يستطيع الفرد تذكر حدوث تلك الخبرة (إلا أثناء العلاج النفسي) أي أنها مكبوتة في اللاشعور، حيث كانت هذه الخبرة مما يثير الخزي أو الشعور بالذنب مما يجعل خروجها إلى اللاشعور أمرا مؤلما للفرد، وإن كانت الخبرة المخيفة تتعلق بموضوع بذاته فإنها تمتد إلى عدة أشياء أو مواقف أو ترمز إلى الموضوع الأصلي، والمصاب بهذه المخاوف يدرك تماما أن مخاوفه سخيفة وخاطئة ولا مبرر لها، ولكنه يعجز عن مقاومتها أو التخلص منها (كامل، ٢٠٠٣، ١٩٢) كما تعرف بأنها "خوف حاد غير واقعي، يتعارض مع قدرة الفرد على المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والعملية أو ممارسة الحياة اليومية، وذلك لخوفه من حدث أو موقف معين (Martin, 2003).

وهناك انواع كثيرة من المخاوف المرضية منها المخاوف المرضية من الحيوانات والأماكن المفتوحة او المغلقة وكذلك المخاوف المرضية الاجتماعية.

أعراض المخاوف المرضية: غالبا ما يعاني المصاب بالمخاوف المرضية من احد الموضوعات عند مواجهتها ببعض الأعراض ومنها الإحساس بالقشعريرة واندفاع الدم الحار، ألم في الصدر، أو عدم راحة، إحساس بانقطاع التنفس، والشعور بالدوار، وعدم الثبات، وخفة الرأس، والإغماء، وعدم الواقعية أو فقدان الشعور بالذات (ديفيد، ٢٠٠٢، ٥ - ٦).

وقد ترجع نشأة المخاوف إلى مجموعة من العوامل:

وهي: مجموعة العوامل المرتبطة بعلاقة الطفل بالوالدين، كالخوف من توقع الانفصال عن الأبوين، ومجموعة العوامل المرتبطة بالعقاب الصارم أو التهديد الدائم بالعقاب، ومجموعة العوامل المرتبطة بالتقليد أو المحاكاة، ومجموعة العوامل المرتبطة بحرمان الطفل من العطف كما قد يحدث عندما ترزق الأسرة بمولود جديد وتوجه له عنايتها وإشعاره بالحرمان من الوالدين. ومجموعة العوامل المتصلة بالضعف الجسدى أو الإعاقة الجسمية لدى الطفل، ذلك لأن المرض له انعكاسات نفسية كثيرة، ويؤدى إلى إضعاف الثقة في الذات. ومجموعة العوامل المتعلقة بالضغوط التى تسقط وتهدد شعور الفرد باحترام ذاته أو شعوره بقبول ذاته. والتهمك الزائد والسخرية والإفراط في اللوم وكذلك الحماية الزائدة أو القسوة والتسلط والخبرات المؤلمة في الطفولة المبكرة. وغياب الأم وتركها للطفل بدون رعاية. وتخويف الأطفال وعقابهم، والحكايات المخيفة التى تحكى لهم والخبرات المريرة القاسية التى يمرون بها، و الخبرات المخيفة المكبوتة خاصة منذ الطفولة المبكرة (Gerld &John, 1997: 131).

النظريات المفسرة للمخاوف المرضية:

هناك العديد من النظريات التى تفسر المخاوف المرضية فتنادى المدرسة التحليلية بأن المخاوف المرضية تحدث بسبب إسقاط أو إزاحة لبعض الرغبات أو الدوافع اللاشعورية على موضوعات أو مواقف خارجية، ومن ثم يمكن تجنبها ترى المدرسة السلوكية أن التشريط الكلاسيكى له دور كبير في نشأة الأمراض العصابية ومن بينها المخاوف المرضية. أما نظرية التعلم الاجتماعى فتؤكد على أن المخاوف المرضية تنشأ عن طريق التقليد،

وهناك من ينادى بأن كثيراً من الاستجابات الفوبية ربما تكتسب من خلال تقليد تفاعلات الآخرين وردود أفعالهم (كامل، ٢٠١٠).

أنواع المخاوف التي يتعرض لها الطفل:

هناك ثلاثة أنواع من المخاوف المرضية وهي المخاوف المرضية البسيطة Simple phobia وهذا النوع يتضمن المخاوف المرضية وحيدة المظاهر، أو الأعراض (Richard & Krauss, 1997, 210) متضمنة أنواع الحيوانات أو البيئة الطبيعية أما النوع الثاني فهو المخاوف المرضية من الأماكن المفتوحة والأطفال المصابين بهذه المخاوف يعانون من الخوف الشديد عندما يجدون أنفسهم في الخلاء (John & Lisa, 2002, 27- 32). والنوع الثالث هو المخاوف المرضية الاجتماعية social phobia وهو الخوف غير المنطقي من المواقف التي من الممكن أن يتعرض فيها الفرد إلى النقد من قبل الآخرين (Gerld & John, 1997, 126). وهؤلاء المرضى خائفون من الإحراج من أفعالهم، ومن أعراض هذا النوع من المخاوف: القلق الشديد وارتفاع ضربات القلب والعرق الغزير، وبالتالي فإن هذه الأعراض ربما تسبب قلقاً إضافياً وغالباً خوفاً مما يزيد القلق من المواقف الاجتماعية العامة (Kiki, 2001, 1-2). ويبدو الخوف من الغرباء في الطفولة على أنه صفة عادية عند جميع الأطفال ولكنها من الممكن أن تسبب المخاوف الاجتماعية على المدى البعيد، حيث وجد عند دراسة مجموعة من البالغين الذين يعانون من المخاوف الاجتماعية أنها بدأت معهم منذ الطفولة، كما أنها بدأت بالخلج من الآخرين ورفض الأقران، وفقد الفرص في تطوير الكفاءة الاجتماعية (Louis & Scmhidt, 1999, 282).

والأطفال المصابون بالخاوف المرضية الاجتماعية قد يدركون أن خوفهم هذا مبالغ فيه ولكنهم لا يزالون غير قادرين على السيطرة عليه، وهذا يعتبر شئ محبط وغريب بالنسبة لهم لأن نقص السيطرة على المشاعر الشخصية قد تجعلهم أكثر قلقاً، ومن أجل التخلص من هذا الشعور يميل الأطفال إلى تجنب العديد من المواقف الاجتماعية، وذلك عن طريق الإغلاق على أنفسهم (John & Lisa, 2002, 30).

السيكودراما Psychodrama:

تعد السيكودراما من أعمق أشكال الارشاد الجماعي فهي تكشف عن الحقيقة من خلال طرق درامية، ومن أهم ملامح السيكودراما هو مشاركة الأفراد مع الجماعة في تفاعل دينامي.

فالسيكودراما طريقة مسرحية ارتجالية تسعى إلى تقديم مجموعة من اللوحات والمشاهد الدرامية، والأدوار التمثيلية لوظيفة علاجية ووقائية ومعني ذلك أن للسيكودراما أدواراً إيجابية ووظائف هامة في الحفاظ علي توازن شخصية الطفل من الناحيتين الشعورية واللاشعورية، قصد تحقيق التوازن النفسي الملائم. وترجع أصول السيكودراما إلى ما يقرب من ثمانين عاماً مضت في فيينا على يد "مورينو"، فقد اكتشف "مورينو" أنه عند السماح للأطفال بالتعبير التلقائي عن مشكلاتهم فإنهم يحققون نتائج علاجية لأبأس بها (غريب، ١٩٩٩، ١٥).

كما قام Peter Slade بيتر سيليد باستخدام مصطلح "دراما الطفل"، والذي شجع على توظيف الأنشطة الدرامية داخل المؤسسة التعليمية، من أجل إتاحة الفرصة للأطفال ليعبروا عن أنفسهم (حسين، ٢٠٠٠ / ٢-١٣)، فشخصية الطفل الممثلة تقوم بأداء أدوار درامية تعبر

عن أوضاعهم المعيشية الحقيقية، في المجتمع وبالتالي، فالسيكودراما ترصد المواقف الحساسة التي يتبادلها الأطفال فيما بينهم من خلال التعبير عن علاقاتهم الوجدانية والنفسية والإنسانية، وتشخيص ميولهم الانفعالية وأهوائهم الظاهرة والمعتمة وترجمة رغباتهم الذاتية بشكل إيجابي أو سلبي (يحيى، ٢٠٠٠).

تعريف السيكودراما:

وتعرف السيكودراما لغةً: يتكون مصطلح (السيكودراما) من مقطعين هما Psycho ومعناها النفس و Drama ومعناها السلوك أو التمثيل: فهي كلمة مركبة تعني الدراما النفسية، كما تعني الفن والأدب المسرحي، إذ تعني أنها مسرحية وتعرف أيضا علي أنها فن التعبير عن الأفكار الخاصة بالحياة في صورة تجعل هذا التعبير يمكن إيضاحه بواسطة ممثلين (يحيى، ٢٠٠٢، ١٩).

كما تعرف السيكودراما بانها أحد أشكال العلاج النفسي الجماعي القائم علي مبدأ التلقائية في الأداء حيث يقوم المريض بتمثيل بعض المواقف في إطار الجماعة العلاجية، فيعبر عن نفسه من خلال التمثيل علي خشبة المسرح بكل حرية، مما يتيح له التنفيس الانفعالي الاستبصار بمشكلاته وتحسين مهاراته وانفعالاته وذلك بمساعدة الانوات المساعدة وفي اطار استخدام الفنيات المتعددة للسيكودراما (السفاسفة، ٢٠٠٣، ١٨٩).

عناصر السيكو دراما:

موضوع القصة موضوع التمثيلية النفسية يمكن أن يكون عبارة عن قصة تدور أحداثها حول مشكلة الأطفال المسترشدون والتي تتمثل في البحث الحالى فى المخاوف المرضية التى يعانى منها الطفل الكفيف،

والعنصر الثاني هم الممثلون وهم الاطفال المسترشدين والمخرج وهى الباحثة التى تقوم ببيان الشخصيات والادور وتوزيعها على الأطفال، المشاهدون هم المسترشدون أعضاء المجموعة الإرشادية عينة الدراسة الحالية، وبعد انتهاء التمثيل يتم فتح باب النقاش الجماعى حول أحداث القصة حيث يتم التركيز على الجانب السلوكي، وليس على الجانب الفني التمثيلي، والتعليق على أحداث التمثيلية وتقييمها ونقدها واستعراض المواقف والعبر التي تساعدهم على التخفيف من حدة المخاوف المرضية، مع تفسير الأسباب المؤدية إلى تلك المخاوف.

النظريات النفسية التي تفسر السيكدوراما: ترى نظرية التحليل النفسى أنالسيكدوراما تشجع الأفراد ليكونوا أكثر فاعلية وإدراكاً ووعياً من خلال فهم المسترشدين لمشكلاتهم وانفعالاتهم. ويستهدف التحليل النفسي بدرجة اساسية الكشف عن الغرائز المكبوتة والذكريات والخبرات المنسية والتي يعتقد أنها تؤثر علي السلوك الحاضر للفرد أما النظرية السلوكية فترى أنالسيكدوراما تعمل على اعادة البناء المعرفي للعميل فيتخلص من التوتر من خلال القيام بأدوار تترجم مواقف الماضي من خلال بناء مواقف جديدة تمكنه من مواجهة مواقف الحياة. ونظرية الجشطالت: فتجد أن السيكدوراما تساعدنا علي تطوير سياق تعليمي علاجي يركز علي جوانب أدراكية معينة في الاحداث والمواقف التي تمر بالفرد وكأنها تحدث الآن كما أن دعوة الفرد إلي مناقشة ومحادثة جماعية بعد إداء الدور يتيح الفرصة للتعبير عن المشاعر والانفعالات والافكار وبناء علي نظرية الجشطالت فأن ذلك يتيح تحرير الطاقة وتجديد مزيد منها (أحمد، ٢٠٠٨).

ومن الأهداف التي تحققها السيكدوراما: تساعد الأطفال على أن يمثلوا صراعاتهم ومشاكلهم ومخاوفهم وعلاقاتهم المضطربة سواء مع

بعضهم البعض، أو مع بعض مدرسيهم أو مع إدارة المدرسة أو المعهد أو الجامعة وهذا التمثيل يساعد على إن يعبر الطفل عن كافة انفعالاته السارة وكذلك المؤلمة.

السيكودراما والطفل الكفيف: تتميز مرحلة الطفولة بقوة خيال الطفل ويدور تفكيره حول تجنب الألم واشباع رغبته ودوافعه وطفل هذه المرحلة شديد التقليد كثير اللعب التمثيلي أو الايهامي فيجد في اللعب الايهامي ما ينقصه في الواقع والخبرة والمهارة والاطمئنان والثقة بالنفس. ونجد أن المسرح للطفل في هذه المرحلة وسيلة تثقيفية هامة سواء قام بالتمثيل أو كان متفرجاً فاشترآكه بالتمثيل يثري ثقافته النفسية والحوار عن طريق لعب الأدوار يمكن الطفل من التعبير السليم عن مشاعره وافكاره.ومن خلال السيكودراما يمكن لمعلمة الروضة من خلال تمثيل الأطفال المكفوفين لمواقف حياتهم أن تعلمهم الأساليب الصحيحة للتفاعل مع العالم الخارجي كما تمكن معلمة الروضة من توصيل بعض المعلومات للطفل مثل القدرة علي حل المشكلات وتحمل المسؤولية والقدرة علي العمل الجماعي التي لا يستطيع الطفل استيعابها في هذا السن.

وترى الباحثة: أنه ومن خلال استخدام المجسمات والدمي ولعب الادوار يستطيع الأطفال المكفوفين الذين يعانون من مخاوف مرضية أن يصلوا الي مزيد من الدعم والغرض تبني اتجاهات ايجابية حول ذواتهم واقربانهم والكبار الذين يتعاملون معهم ويكون اللعب كوسيط للتعبير عن انفسهم وكذلك يوفر لهم البرنامج السيكودرامي المكان الآمن ليعبروا داخله عن انفعالاتهم ومشكلاتهم ويستخدم في ذلك القصص العلاجية واللعب الحسي والحركي واللعب الاسقاطي.

ومن مميزات السيكدوراما أنها طريقة فعالة للإرشاد النفسي واثبت نجاحاً في علاج معظم الاضطرابات النفسية. كما أنها تعتبر علاجاً ذاتياً وجماعياً حيث أنها تحقق الشفاء للمرضي عن طريق التعبير عن انفعالاتهم ومشاكلهم، بتمثيل مواقف تشبه مواقف الحياة التي ادت إلي حدوث الاضطرابات لديهم فيؤدي ذلك إلي الإدراك الذاتي والموضوعية وهم ضروريان لمعالجة أي مشكلة. وهي اسلوب يلائم كافة المستويات العمرية والثقافية نتيجة لتعدد فنياتها. وتعمل علي تحرير الأطفال من التوتر النفسي والانطواء وتنمي مفهوم الذات وتحقق الكفاية والمرونة في السلوك الاجتماعي. وفي التخفيف من أعراض ما بعد الصدمة، وتعتبر السيكدوراما أحد الأساليب العلاجية الجماعية التي ثبت جدوى استخدامها في حالات الاضطرابات السلوكية والانفعالية المختلفة والعديد من الاضطرابات الأخرى في مختلف الأعمار، ذلك ما تؤيده الدراسات السابقة كدراسة هيلما (Hillman, 1985)، ودراسة ماكي واخرون (Mackay et.al, 1987)، ودراسة جولدنير (Guldner, 1990)، ودراسة هادجنس واخرون (Hudgins, et.al, 2000).

فروض الدراسة:

الفرض الأول: توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات الاطفال قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس المخاوف المرضية لدى طفل الروضة الكفيف في اتجاه القياس البعدى.

الفرض الثاني: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات الاطفال فى القياسين البعدى والتتبعى على مقياس المخاوف المرضية لدى طفل الروضة الكفيف.

الإجراءات المنهجية للدراسة:

أولاً: منهج الدراسة:

اعتمدت الباحثة في دراستها على المنهج شبه التجريبي، واستخدمت طريقة المجموعة الواحدة للقياس القبلي والبعدي للتحقق من فعالية البرنامج المستخدم.

ثانياً: عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة الحالية البالغ عددهم (١٠ أطفال) مكفوفين والمقيدين في بالمركز النموذجي للمكفوفين بجسر السويس، وتم اختيار العينة بصورة عمدية، في ضوء الشروط التالية:

- أن يتراوح العمر الزمني للأطفال من ٤ إلى ٧ سنوات.
- وألا تضم العينة أطفال لديهم أي إعاقات أخرى دون كف البصر.
- وخالياً من الأمراض المزمنة. وكذلك اختيار الأطفال الأكثر انتظاماً في الحضور.

تجانس أطفال المجموعة التجريبية من حيث الذكاء:

قامت الباحثة بإيجاد دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياس القبلي من حيث الذكاء كما يتضح في جدول (١).

جدول (١)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية

في القياس القبلي من حيث الذكاء (ن = ١٠)

المتغيرات	٢٤	مستوى الدلالة
الذكاء	١.١	غير دالة

يتضح من جدول (١) عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية فى القياس القبلى من حيث الذكاء مما يشير الى تجانس افراد المجموعة.

تجانس أطفال المجموعة التجريبية من حيث المخاوف المرضية:

قامت الباحثة بايجاد دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية فى القياس القبلى من حيث المخاوف المرضية كما يتضح فى جدول (٢).

جدول (٢)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية فى القياس القبلى من حيث المخاوف المرضية (ن = ١٠)

المتغيرات	٢١٤	مستوى الدلالة
المخاوف المرضية البسيطة	٢	غير دالة
المخاوف المرضية من الأماكن المفتوحة	١.٢	غير دالة
المخاوف المرضية الاجتماعية	١.٢	غير دالة
الدرجة الكلية للمخاوف المرضية	١.٤	غير دالة

يتضح من جدول (٢) عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية فى القياس القبلى على مقياس المخاوف المرضية لدى طفل الروضة الكفيف مما يشير الى تجانس افراد المجموعة.

ثالثا: أدوات الدراسة:

- مقياس ستانفورد بينيه الصورة الرابعة (ترجمة: مصرى عبد الحميد حنورة، ٢٠٠٣).
- مقياس المخاوف المرضية للطفل الكفيف (اعداد الباحثة).
- برنامج لخفض المخاوف المرضية للطفل الكفيف (اعداد الباحثة).

[١] مقياس ستانفورد بينيه الصورة الرابعة، ترجمة: مصرى عبد

الحميد حنورة (٢٠٠٣):

الهدف من تطبيق مقياس الذكاء:

هو التأكد من عينة الدراسة أنها لا تضم أطفال لديهم إعاقات أخرى (إعاقة عقلية) دون كف البصر. للتأكد من تكافؤ العينة، وذلك بمساعدة الأخصائى النفسى بالمركز أثناء تطبيق المقياس.

وصف مقياس الذكاء:

مقياس الذكاء المستخدم فى هذه الدراسة هو مقياس ستانفورد بينيه الصورة الرابعة، إعداد لويس كامل، ترجمة مصرى حنورة، يتكون المقياس من ٤ مجالات (الاستدلال اللفظى، الاستدلال البصرى، الاستدلال الكمى، الذاكرة قصيرة المدى)، المجالات مقسمة إلى عدد (١٥) مقياس فرعى.

اختيار صور مقياس الذكاء:

وفقا للخصائص النمائية لعينة الدراسة تم اختيار ٣ مقاييس فرعية وهى (المفردات، الفهم، ذاكرة الجمل) أما باقى صور المقياس فيشترط: استخدام حاسة البصر، وأيضاً المرحلة العمرية

تطبيق مقياس الذكاء:

تم تطبيق المقياس على عينة الدراسة (١٠) أطفال مكفوفين بمتوسط عمر زمنى (٥ سنوات- شهرين - ١٧ يوم)، ومتوسط الدرجات (٨٨) وبذلك فإن الأطفال لا يوجد لديهم أى إعاقة عقلية تبعاً لمقياس ستانفورد بينيه. وقد تم الاستعانة بالأخصائى النفسى بالمركز فى تطبيق مقياس الذكاء.

[٢] مقياس المخاوف المرضية للطفل الكفيف:

هدف المقياس:

قياس درجة المخاوف المرضية لدى طفل الروضة الكفيف.

المصادر التي تم الرجوع إليها:

تم إعداد المقياس فى ضوء الإطار النظرى والدراسات السابقة والمقاييس العربية والأجنبية المتعلقة بموضوع الدراسة الحالية: مثل المخاوف المرضية لطفل الروضة (إعداد: زينب شقير ٢٠٠١) مقياس المخاوف المرضية (إعداد: عبد الظاهر الطيب ١٩٩٨) مقياس المخاوف المرضية للطفل الكفيف (إعداد: ايمان سعيد ٢٠٠٥).

محتوى المقياس:

يتكون هذا المقياس من الأبعاد التالية: ال

- المخاوف المرضية الاجتماعية
- المختوف المرضية البسيطة
- المخاوف المرضية من الاماكن المفتوحة

بناء المقياس:

قامت الباحثة بوضع عدد ٣٢ سؤالاً تعبر عن بعض المخاوف التى يتعرض لها الطفل خلال نشاطه اليومى ولكن من خلال شخصية محببة له وهى شخصية أرنوب التى يتوحد معها الطفل ويسقط مشاعره عليها فيختار الاستجابة التى تعبر عنه هو.

وينكون المقياس من عبارات سهلة الفهم بالنسبة لطفل الروضة الكفيف؛ فقد استخدمت الباحثة اللغة العامية حتى يسهل على الطفل الكفيف استيعاب ما تعنيه الأسئلة.

مراجعة مفردات المقياس:

قامت الباحثة بقراءة المقياس بعد فترة من الزمن كافية للتخلص من أثر الألفة بالأسئلة والمواقف وقد أدخلت بعض التعديلات وفقا لذلك. ثم قامت الباحثة بعرض المقياس على مجموعة من الأساتذة والزملاء للتعرف على آرائهم فى المقياس.

وصف المقياس:

ويتكون فى صورته النهائية من ٣٢ عبارة لقياس درجة المخاوف المرضية لطفل الروضة الكفيف، ويحتوى المقياس على جميع أنواع المخاوف المرضية التى من الممكن أن تصيب الطفل الكفيف، وهى المخاوف المرضية البسيطة مثل الخوف من الحيوانات والأماكن المرتفعة والأصوات العالية.

كما يحتوى المقياس على نوع آخر من المخاوف المرضية وهى المخاوف المرضية من الأماكن المفتوحة مثل المخاوف من الخروج الى المنتزهات كالحدائق والشوارع. وآخر نوع من هذه الأنواع هى المخاوف المرضية الاجتماعية مثل المخاوف من أن يتحدث الطفل أمام الآخرين أو يأكل أمامهم وكذلك المخاوف من الوحدة.

وتبلغ عدد الأسئلة فى النوع الأول وهو المخاوف المرضية البسيطة ١٤ سؤالاً موضحة فى البنود ١٦- ٢٠- ٢١- ٢٢- ٢٣- ٢٥- ٢٦- ٢٧- ٢٨- ٢٩- ٣٠، والنوع الثانى وهو المخاوف المرضية من الأماكن المفتوحة فيبلغ ١١ سؤالاً موضحة فى الاسئلة ٣- ٤- ٧- ١٣- ١٧- ١٩- ٢٤- ٣١- ٣٢ أما عن النوع الأخير وهو المخاوف المرضية الاجتماعية فتبلغ ١٨ سؤالاً موضحة فى الأسئلة التالية ١- ٢- ٥- ٦- ٨- ٩- ١٠- ١١- ١٢- ١٤- ١٥- ١٨. وتكون الإجابة على هذه

الأسئلة باختيار احد الاستجابات لموقف معين من المواقف التي يتعرض لها أرنوب خلال يومه، بحث يسقط الطفل مشاعره على ارنوب، تأخذ الاستجابة درجة (٣) في حالة الخوف الشديد والذي تعبر فيه الاستجابة عن الامتناع عن اداء أى مهمة، وتعبر عن وجود مخاوف مرضية شديدة. وتأخذ الاستجابة درجة (٢) عندما يقوم باختيار الاستجابة التي تدل على القيام بالمهمة بدون رضا، وتدل على وجود مخاوف مرضية بسيطة.

وتأخذ الاستجابة درجة (١) عندما تكون الاستجابة تدل على القيام بالمهمة بسعادة وفرحة وتعبر عن عدم الشعور بالمخاوف.

اجراء التجربة الاستطلاعية: بالنسبة للجزء الخاص بمقياس المخاوف المرضية لطفل الروضة الكفيف وكان من أهداف التجربة الاستطلاعية: التعرف على مدى ملائمة بنود المقياس لخصائص طفل الروضة وتعديل بنود المقياس على خصائص المجتمع الأصلي، كما كانت من نتائج التجربة الاستطلاعية تكوين علاقات ودودة وحميمة بين الباحثة وإدارة الروضة، كما تعرفت الباحثة من خلال التجربة الاستطلاعية على الأوقات الملائمة للروضة للتطبيق، وبالتالي تحقيق الاستفادة الكاملة من الدراسة الحالية.

تحكيم المقياس: تم إعداد المقياس في صورته المبدئية وعرضه على مجموعة من المحكمين من الأساتذة والخبراء في مجال الطفولة وعلم النفس والتربية للحكم على الاختبار من حيث: مناسبة المحتوى ونوع وعدد الأسئلة لمستوى طفل الروضة الكفيف. وقد التزمت الباحثة بالعمل على تنفيذ جميع الاقتراحات التي كانت لها فضل كبير في إثراء المقياس.

اختيار عينة التقنين:

تكونت عينة التقنين من (١٠٠) طفل وطفلة من أطفال الروضة المكفوفين بروضة النور بالمركز النموذجي للمكفوفين وروضة النور والأمل للمكفوفين بالحي العاشر بمدينة نصر والعديد من المؤسسات الخيرية المنتشرة فى المحافظات المختلفة مثل مؤسسة رسالة والأورمان ومؤسسة دايزين وغيرها من المؤسسات التى تقدم الرعاية للأطفال الكفوفين.

الخصائص السيكومترية لمقياس المخاوف المرضية لدى طفل الروضة الكفيف:

قامت الباحثة بإيجاد معاملات الصدق والثبات لمقياس المخاوف الاجتماعية وذلك على عينة قوامها ١٠٠ طفلا كفيفا من (٤ - ٩) سنوات وطفلة من أطفال الروضة المكفوفين بروضة النور بالمركز النموذجي للمكفوفين وروضة النور والأمل للمكفوفين بالحي العاشر بمدينة نصر والعديد من المؤسسات الخيرية المنتشرة فى المحافظات المختلفة مثل مؤسسة رسالة والأورمان ومؤسسة دايزين وغيرها من المؤسسات التى تقدم الرعاية للأطفال الكفوفين.

أولاً: معاملات الصدق:

قامت الباحثة بإيجاد معاملات الصدق للمقياس على صدق المحكمين والصدق العاملى.

صدق المحكمين:

قامت الباحثة بعرض المقياس على عدد من الخبراء المتخصصين فى المجالات التربوية والنفسية وتراوحت معاملات الاتفاق للمحكمين

بمعادلة "لوش" Lawshe بين (٠.٩٤ - ١.٠٠) مما يشير الى صدق العبارات.

الصدق العاملي:

قامت الباحثة بإجراء التحليل العاملي التوكيدي لبنود المقياس وذلك على عينة قوامها ١٠٠ طفلاً حيث استخرجت معاملات الارتباط بين بنود المقياس وتم تحليلها عاملياً بطريقة المكونات الأساسية Principal Components لهوتلنج Hoteling وتم تحديد قيم التباين للعوامل (الجذر الكامن) Eigen Value بألا تقل عن واحد صحيح على محك كايزر Kaiser لتحديد عدد العوامل المستخرجة ذات التشبعات الدالة، ثم أديرت العوامل تدويراً متعامداً بطريقة Varimax، هذا وقد اعتبر محك التشبع الجوهرى للعامل وفقاً لمحك جليفورد، والذي يكون ذو دلالة لا تقل عن ٠.٣٠. كم يتضح فى جدول (٣)، (٤)، (٥).

ويشير جدول (٣) إلى نتائج التحليل العاملي بعد تدوير المحاور.

جدول (٣)

نتائج التحليل العاملي بعد تدوير المحاور بطريقة Varimax البعد الاول (المخاوف المرضية البسيطة)

الرقم	البُند	معامل الصدق
١٦	المخاوف من الروضة	٠.٧١
٢٠	المخاوف من الأماكن المغلقة	٠.٦٩
٢١	المخاوف من الفرن	٠.٦٨
٢٢	المخاوف من الأماكن المرتفعة	٠.٦٧
٢٣	المخاوف من طبيب الأسنان	٠.٦٦
٢٥	المخاوف من القطة	٠.٦٥
٢٦	المخاوف من الأصوات العالية	٠.٥٩
٢٧	المخاوف من الذهاب للمستشفى	٠.٥٧
٢٨	المخاوف من الحقنة	٠.٥٦
٢٩	المخاوف من الكلاب	٠.٥٥
٣٠	المخاوف من ركوب الطائرة	٠.٥٢
	الجذر الكامن	٤.٣

يتضح من جدول (٣) أن التشبعات الخاصة بكل عامل دالة إحصائياً حيث قيمة كل منها أكبر من (٠.٣٠) على محك جيلفورد.

جدول (٤)

نتائج التحليل العاملي بعد تدوير المحاور بطريقة Varimax

البعد الثاني (المخاوف المرضية من الأماكن المفتوحة)

الرقم	البنود	معامل الصدق
٣	المخاوف من الخروج للسوق	٠.٦١
٤	المخاوف من الخروج للحديقة	٠.٥٦
٧	المخاوف من الخروج للملاهي	٠.٥٧
١٣	المخاوف من اللعب في فناء الروضة	٠.٥٠
١٧	المخاوف من الخروج للشارع	٠.٤٦
١٩	المخاوف من الخروج لحديقة الحيوان	٠.٤٤
٢٤	المخاوف من ركوب المواصلات	٠.٤٣
٣١	المخاوف من الخروج للشواطئ	٠.٤٢
٣٢	المخاوف من الخروج للريف	٠.٤٠
	الجذر الكامن	٢.١٨

يتضح من جدول (٤) أن التشبعات الخاصة بكل عامل دالة إحصائياً حيث قيمة كل منها أكبر من (٠.٣٠) على محك جيلفورد.

جدول (٥)

نتائج التحليل العاملي بعد تدوير المحاور بطريقة Varimax

البعد الثالث (المخاوف المرضية الاجتماعية)

الرقم	البنود	معامل الصدق
١	المخاوف من الغرباء	٠.٤١
٢	المخاوف من الآخرين	٠.٤٠
٥	المخاوف من التحدث أمام الآخرين	٠.٤١
٦	المخاوف من الغناء أمام الآخرين	٠.٣٩
٨	المخاوف من اللعب مع الآخرين	٠.٣٨
٩	المخاوف من حضور الحفلات	٠.٣٧
١٠	المخاوف من الزحمة	٠.٣٥
١١	المخاوف من تناول الطعام أمام الآخرين	٠.٣٤
١٢	المخاوف من النوم بمفرده	٠.٣٣
١٤	المخاوف من الأقارب	٠.٣٢
١٥	المخاوف من الانفصال عن الأم	٠.٣١
١٨	المخاوف من الوحدة	٠.٣٠
	الجذر الكامن	١.٤٧

يتضح من جدول (٥) أن التشبعات الخاصة بكل عامل دالة إحصائياً حيث قيمة كل منها أكبر من (٠.٣٠) على محك جيلفورد.

ثانياً: معاملات الثبات:

قامت الباحثة بإيجاد معاملات الثبات لمقياس المخاوف المرضية لدى طفل الروضة الكفيف وذلك على عينة قوامها ١٠٠ طفلاً باستخدام معادلة الفا-كرونباخ وذلك على النحو التالي:

معامل الثبات باستخدام معادلة الفا-كرونباخ:

قامت الباحثة بإيجاد "معامل الثبات" للمقياس، كما يتضح في جدول (٦).

جدول (٦)

معامل الثبات لمقياس المخاوف المرضية لدى طفل الروضة الكفيف باستخدام معادلة الفا-كرونباخ

معامل الثبات	المتغيرات
٠.٨٦	المخاوف المرضية البسيطة
٠.٨٦	المخاوف المرضية من الأماكن المفتوحة
٠.٨٤	المخاوف المرضية الاجتماعية
٠.٨٥	الدرجة الكلية للمخاوف المرضية

يتضح من جدول (٦) ارتفاع قيمة معامل الثبات مما يدل على ثبات الاختبار.

[٣] برنامج الدراسة- إعداد الباحثة:

الهدف العام للبرنامج: يتمثل الهدف العام للبرنامج في استخدام السيكودراما في تخفيف بعض المخاوف المرضية لدى طفل الروضة الكفيف.

الأهداف السلوكية للبرنامج:

(أولاً) الأهداف المعرفية:

فتهدف إلى المساعدة في تخفيف بعض المخاوف المرضية لدى الطفل الكفيف من خلال اكتساب فهم أعمق للمعلومات التي تمكنه من تقييمه لذاته وللآخرين.

(ثانياً) الأهداف المهارية:

وهي تهدف إلى مساعدة الطفل الكفيف على اكتساب خبرات جديدة تكسبه الثقة بالنفس للوصول إلى تخفيف بعض المخاوف المرضية لديه

(ثالثاً) الأهداف الوجدانية:

فهي تهدف إلى إتاحة الفرصة للمشاركة الوجدانية واستثارة الدافعية بين الأطفال.

كما أنها تفيد المناقشة الجماعية في ظهور اتجاه جماعي يؤدي إلى تعديل الفرد لبعض اتجاهاته.

واخيراً فهي تهدف إلى إتاحة الفرصة للتنفيس الانفعالي، والتخلص من التوتر النفسي، والقلق، وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي السليم.

الفنيات المستخدمة في البرنامج:

وقع اختيار الباحثة على عدة فنيات، يمكن ان تتناسب مع المخاوف المرضية التي يعاني منها الأطفال المكفوفين، ومن خلالها تقوم الباحثة ببناء التصميم السيكودرامي لعلاج هذه المخاوف المرضية لدى العينة موضوع الدراسة الحالية ومنها: لعب الدور - قلب الدور - تقديم

الذات- المحل السحري- التعزيز- حل المشكلات- النمذجة- اسلوب المحاضرة والمناقشة الجماعية.

مصادر البرنامج:

- الأطار النظري للدراسة والدراسات والبحوث السابقة: والذي يلقي الضوء على كل من: مفاهيم وأسس ومبادئ السيكدوراما، الأطفال المكفوفين، المخاوف المرضية.
- الدراسة الأستطلاعية والمقابلات العديدة مع المعلمين والمشرفين والاطفال للتعرف على المخاوف المرضية لدى الأطفال المكفوفين.
- بعض البرامج العلاجية التي تم أعدادها، وذلك في أطار بعض الدراسات والبحوث السابقة بهدف استخدام السيكدوراما في تخفيف بعض الأضطرابات النفسية والسلوكية لدى الأطفال، ومن هذه البرامج:
١- برنامج في السيكدوراما لخفض النشاط الزائد لدى أطفال المدرسة الأبتدائية، اعداد: ايمان عبدالحليم الخولي، عام ٢٠٠٣.
- ٢- برنامج في السيكدوراما لتعديل بعض جوانب السلوك غير التكيفي (الأنطواء، واضطرابات القلق) لدى ضعاف السمع. اعداد سعيد عبدالرحمن، عام ٢٠٠٤.
- ٣- برنامج في السيكدوراما في تنمية مهارات التواصل الأتماعي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، اعداد: سليمان رجب سيد احمد، عام ٢٠٠٦.

خطوات اعداد البرنامج:

- **الخطوة الأولى:** وضع الأهداف العامة للبرنامج وذلك في ضوء خصائص أفراد العينة، واحتياجاتهم ومطالب نموهم النفسية والجسمية والفروق الفردية.
- **الخطوة الثانية:** وضع الأهداف السلوكية، وهي تهدف إلي مساعدة الطفل الكفيف علي خفض هذه المخاوف المرضية من خلال اكتساب خبرات جديدة تكسبه الثقة بالنفس.
- **الخطوة الثالثة:** الإطلاع علي الأطار النظري والدراسات السابقة المرتبطة بالموضوع، وكذلك الاطلاع علي البرامج العلاجية التي استخدمت السيكدوراما في تخفيف بعض الاضطرابات النفسية والسلوكية لدي الأطفال.
- **الخطوة الرابعة:** تحديد محتوى البرنامج.
- **الخطوة الخامسة:** التجربة الاستطلاعية بعد الانتهاء من إعداد الصورة الأولى للبرنامج قامت الباحثة بالقيام بالتجربة الاستطلاعية، للتأكد من مناسبة البرنامج لعينة الدراسة وذلك من خلال القائمين علي تعليم ورعاية هؤلاء الأطفال. ومن أهداف التجربة الاستطلاعية: التعرف علي مدي اقبال أطفال العينة علي تنفيذ البرنامج، التعرف علي الزمن المناسب لكل جلسة من جلسات البرنامج، التعرف علي انسب عدد من الانشطة التي يمكن أن تستوعبها الجلسة الواحدة، تحديد أنسب الاستراتيجيات والفنيات للتعامل مع أطفال عينة الدراسة، تحديد افضل الحوافز تأثيرا في أطفال عينة الدراسة. وتكونت عينة الدراسة الاستطلاعية: من (١٠) أطفال من أطفال يتوافر فيهم شروط عينة الدراسة. وقد قامت الباحثة بالخطوات التالية: تهيئة الأطفال، وإعدادهم

النفسي للمشاركة في جلسات البرنامج القائم علي اسلوب السيكدوراما، كما قامت بجمع المعلومات والبيانات اللازمة، عن الأطفال المشاركين داخل جلسات البرنامج ورفع كفاءة مهارات التواصل لدي الأطفال، والتعرف علي أساليب التواصل المختلفة لتحديد أفضلها، وانسبها لاستخدامها اثناء جلسات البرنامج، وقد تم التأكد من أقبال أطفال العينة علي أنشطة البرنامج، كما وجد أن الأساليب والفنيات المستخدمة مناسبة في التعامل مع أطفال العينة. وكذلك بالنسبة لزمان الجلسة وجدت الباحثة انها مناسبة لتنفيذ أنشطة البرنامج.

تحكيم البرنامج:

تم تحكيم البرنامج من قبل (١٠) أساتذة من المتخصصين في مجال التربية وعلم النفس والصحة النفسية وكان التحكيم بخصوص النقاط الآتية: أهداف البرنامج، محتوى البرنامج، أنشطة البرنامج، عدد الأنشطة والجلسات، الاستراتيجيات والفنيات المستخدمة.

- اختيار عينة الدراسة مع مراعاة الشروط الواجب توافرها فيها.
- إعداد البرنامج السيكدورامي
- تم تطبيق القياس القبلي بتاريخ ١٥/١/٢٠١٣.
- تم تطبيق برنامج الدراسة على الأطفال المكفوفين البالغ عددهم (١٠) وتراوحت أعمارهم من ٤ : ٧ سنوات، وتم تطبيق البرنامج بواقع ٤ أيام أسبوعياً من الساعة ١٠.٠٠ : ٢.٠٠ لمدة ١٢ أسبوع، بواقع إجمالي عدد الجلسات (٤٨) جلسة.
- بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، تم تطبيق القياس البعدي في الفترة من ٢٢/٤/٢٠١٣ إلى ٢٣/٤/٢٠١٣.

- بعد شهر ونصف (٦ أسابيع) من تطبيق البرنامج، تم تطبيق القياس التتبعي في ٢٠١٣/٦/٢.
- استخدام الاساليب الاحصائية المناسبة لمعالجة النتائج التي تم الوصول إليها.
- تفسير النتائج ومناقشتها في حدود الإطار النظري، والدراسات السابقة والظروف المحيطة بالتطبيق.

الأسلوب الإحصائي:

- كا^٢.
- بمعادلة "لوش" Lawshe.
- بمعادلة "لوش" Lawshe.
- معادلة الفا- كرونباخ.
- اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Signed Ranks Test.

نتائج البحث:

الفرض الأول:

ينص الفرض الاول على انه:

توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات الاطفال قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس المخاوف المرضية لدى طفل الروضة الكفيف في اتجاه القياس البعدي.

وللتحقق من صحة ذلك الفرض، استخدمت الباحثة اختبار ولكوكسن Wilcoxon لايجاد الفروق بين متوسطات رتب درجات الاطفال قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس المخاوف المرضية لدى طفل الروضة الكفيف كما يتضح في جدول (٧).

جدول (٧)

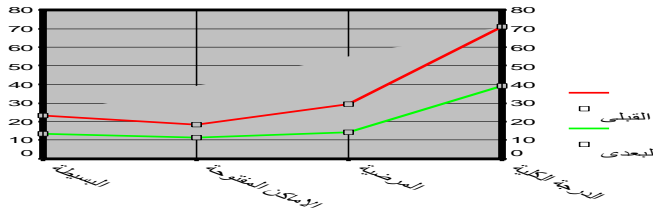
الفروق بين متوسطات رتب درجات الاطفال قبل وبعد تطبيق البرنامج
على مقياس المخاوف المرضية لدى طفل الروضة الكفيف (ن=١٠)

المتغيرات	المقياس - القبلي - البعدي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة	اتجاه الدلالة
المخاوف المرضية البسيطة	الرتب السالبة الرتب الموجبة الرتب المتساوية اجمالي	١٠ - - ١٠	٥.٥ - - ٥.٥	٥٥ - - ٥٥	٢.٠٠٩	دالة عند مستوى ٠.٠١	في اتجاه القياس البعدي
المخاوف المرضية من الأماكن المفتوحة	الرتب السالبة الرتب الموجبة الرتب المتساوية اجمالي	١٠ - - ١٠	٥.٥ - - ٥.٥	٥٥ - - ٥٥	٢.٨١٤	دالة عند مستوى ٠.٠١	في اتجاه القياس البعدي
المخاوف المرضية الاجتماعية	الرتب السالبة الرتب الموجبة الرتب المتساوية اجمالي	١٠ - - ١٠	٥.٥ - - ٥.٥	٥٥ - - ٥٥	٢.٨٠٥	دالة عند مستوى ٠.٠١	في اتجاه القياس البعدي
الدرجة الكلية للمخاوف المرضية	الرتب السالبة الرتب الموجبة الرتب المتساوية اجمالي	١٠ - - ١٠	٥.٥ - - ٥.٥	٥٥ - - ٥٥	٢.٨٠٣	دالة عند مستوى ٠.٠١	في اتجاه القياس البعدي

$Z = 1.96$ عند مستوى ٠.٠٥

$Z = 2.58$ عند مستوى ٠.٠١

ويوضح شكل (١) الفروق بين متوسطات رتب درجات الاطفال قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس المخاوف المرضية لدى طفل الروضة الكفيف.



المخاوف المرضية

شكل (١)

الفروق بين متوسطات رتب درجات الاطفال قبل وبعد تطبيق البرنامج
على مقياس المخاوف المرضية لدى طفل الروضة الكفيف

يتضح من جدول (٧) وشكل (١):

- وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى ٠.٠١ بين متوسطات رتب درجات الأطفال عينة الدراسة فى التطبيقين القبلى والبعدى للبرنامج السيكدورامى على مقياس المخاوف المرضية لطفل الروضة الكفيف من حيث المخاوف المرضية البسيطة فى اتجاه القياس البعدى.
 - وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى ٠.٠١ بين متوسطات رتب درجات الأطفال عينة الدراسة فى التطبيقين القبلى والبعدى للبرنامج السيكدورامى على مقياس المخاوف المرضية لطفل الروضة الكفيف من حيث المخاوف المرضية الاجتماعية فى اتجاه القياس البعدى.
 - وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى ٠.٠١ بين متوسطات رتب درجات الأطفال عينة الدراسة فى التطبيقين القبلى والبعدى للبرنامج السيكدورامى على مقياس المخاوف المرضية لطفل الروضة الكفيف من حيث المخاوف المرضية من الأماكن المفتوحة فى اتجاه القياس البعدى.
 - وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى ٠.٠١ بين متوسطات رتب درجات الأطفال عينة الدراسة فى التطبيقين القبلى والبعدى للبرنامج السيكدورامى على مقياس المخاوف المرضية لطفل الروضة الكفيف من حيث الدرجة الكلية للمخاوف المرضية فى اتجاه القياس البعدى.
- تشير النتائج الخاصة بهذا الفرض إلى أن البرنامج السيكدورامى المستخدم فى الدراسة أدى إلى خفض حدة المخاوف المرضية لدى أفراد العينة.

حيث ترى الباحثة أن الأطفال المكفوفين عندما عاشوا أجواء البرنامج التي يغلب عليها الأمن والطمأنينة والمرح والمشاركة، وتفاعلو

مع فعاليات وفقرات البرنامج المختلفة أدى الى التخفيف من حدة المخاوف المرضية لديهم. هذا بالإضافة كله إلى الأساليب المتنوعة التي اتبعتها الباحثة في البرنامج مثل:

- السيكودراما:

كما أن حماس الأطفال لم يبق عند الاستماع والمشاركة في رواية القصة بل امتد إلى التسابق على الأدوار الموجودة بالقصص عند طلب الباحثة منهم توزيع أدوار القصة لإعادة تمثيلها، حيث أظهروا اندماجاً واضحاً مع شخصيات القصص من خلال تقليد أصوات شخصيات القصة تعبيراً عن شخصيات القصة. وهذا ما يتفق مع دراسة (مطر، ٢٠٠٢) والتي تؤكد على فعالية السيكودراما في اكتساب الأطفال الصم لبعض المهارات الاجتماعية

القصة:

فأثناء سرد الباحثة للقصص التي تحاكي مخاوف الأطفال يلتزمون بالهدوء ويظهرون الاهتمام بأحداث القصة، كما كانوا يتسابقون للمشاركة في إعادة وتلخيص أحداث القصة بأسلوبهم. وهذا ما يتفق مع النظرية السلوكية التي تؤكد على أن السيكودراما تعمل على إعادة البناء المعرفي للعميل فيتخلص من التوتر من خلال القيام بأدوار تترجم مواقف الماضي من خلال بناء مواقف جديدة تمكنه من مواجهة مواقف الحياة.

أسلوب المناقشة الجماعية:

حيث أبدى الأطفال مشاركة في النقاشات الجماعية التي كانت تدور حول أحداث القصة والأدوار التي قاموا بأدائها، والايجابيات والسلبيات الموجودة في هذه الأدوار، وعند شعورهم أثناء تأديتهم لدور ما وحول الاستفادة التي جنوها من أحداث هذه القصة. وهذا ما يتفق مع نظرية

الجشطلت التي تجد أنالسيكودراما تساعدنا علي تطوير سياق تعليمي علاجي يركز علي جوانب أدراكية معينة في الاحداث والمواقف التي تمر بالفرد وكأنها تحدث الآن كما أن دعوة الفرد إلي مناقشة ومحادثة جماعية بعد إداء الدور يتيح الفرصة للتعبير عن المشاعر والانفعالات والافكار وبناء علي نظرية الجشطلت فأن ذلك يتيح تحرير الطاقة وتجديد مزيد منها. كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Gallagher، ٢٠٠١) بعنوان: "علاج المخاوف المرضية الاجتماعية لدى الأطفال باستخدام العلاج المعرفى السلوكى"

"A cognitive- behavioral group intervention for social phobiaExtension to a preadolescent sample"

حيث أدى العلاج المعرفى السلوكى الى علاج المخاوف المرضية الاجتماعية لدى الأطفال.

ترى الباحثة أن الأساليب المتنوعة التي احتوى عليها البرنامج قد ساهمت بقدر كبير في التفيس الانفعالي لدى الأطفال المكفوفين والاستبصار الذاتي، وطرح الحلول لمخاوفهم والسيطرة على انفعالاتهم. وهذا ما يؤكد أن البرنامج قد حقق النتيجة المرجوة وساعد على خفض المخاوف المرضية لدى أطفال العينة.

كما اتفقت النتيجة مع دراسة (عبد الحميد، ٢٠١١) بعنوان "فاعلية برنامج إرشادى معرفى سلوكى لخفض بعض المخاوف المرضية الشائعة لدى طفل الروضة" واتي تهدف إلى التعرف على فاعلية البرنامج الإرشادى المعرفى السلوكى فى خفض بعض المخاوف المرضية الشائعة لدى طفل الروضة وقد اشتملت عينة الدراسة على (١٠) أطفال من أطفال الروضة، وقد استخدمت الباحثة استبيان المخاوف المرضية لطفل الروضة بواسطة

الأمهات والمعلمات (إعداد الباحثة) كما استخدمت مقياس المخاوف المرضية الشائعة المصور لطفل الروضة (إعداد الباحثة)، والبرنامج الإرشادي المعرفى السلوكى (إعداد الباحثة)، وقد أوضحت النتائج أن البرنامج الإرشادي كان له أثر إيجابي فى خفض بعض المخاوف المرضية واستمرار أثره على الطفل بعد تطبيق البرنامج.

وكذلك فالسيكودراما أحد الطرق الإرشادية والعلاجية الجماعية التي تحوى في طياتها العديد من الأساليب والتي تتميز بالعديد من السمات: توفير فرصة التعبير الحر عن المشاعر والأفكار والمخاوف المرضية من خلال تهيئة أجواء نفسية ملائمة مليئة بالحب والثقة والمرح، تساعد الأطفال على الاستبصار بذواتهم وبمشكلاتهم في ظل جماعة السيكودراما من خلال الحوار والمناقشة وإبداء الآراء حول سلوكيات أبطال القصص والمواقف الدرامية التي شارك فيها الأطفال. كما أنها توفر فرصة لعب الأدوار في المواقف المتنوعة، وكذلك الألعاب الدرامية التي كان لها بالغ الأثر في شد الأطفال وحماسهم للبرنامج السيكودرامى، والإسقاط النفسى حيث استشعرت الباحثة ذلك من خلال رواية القصص السيكودرامية وقيام الأطفال بتمثيلها مسرحياً فكثيراً من الأطفال أثناء النقاش الذي كان يدور حول أدوار القصة كانوا يؤكدون على أنهم عايشوا جزء من حياتهم الماضية من خلال أداء هذا الدور أو ذاك.

وهذا ما يتفق مع نظرية التحليل النفسى التي ترى أن السيكودراما تشجع الأفراد ليكونوا أكثر فاعلية وإدراكاً ووعياً من خلال فهم المسترشدين لمشكلاتهم وانفعالاتهم. ويستهدف التحليل النفسى بدرجة اساسية الكشف عن الغرائز المكبوتة والذكريات والخبرات المنسية والتي يعتقد أنها تؤثر على السلوك الحاضر للفرد.

أما من حيث قدرة الطفل الكفيف على الاستفادة من البرامج المقدمة له فقد اتفقت هذه النتائج مع نتائج كل من دراسة عبد الهادي (٢٠٠١) بعنوان "فاعلية برنامج متكامل للأطفال الروضة المكفوفين في ضوء حاجاتهم"، ودراسة جمال (٢٠٠٣) بعنوان "سياسات تعليم الأطفال المكفوفين بمرحلة ما قبل المدرسة في كل من جمهورية مصر العربية وفرنسا وبلجيكا"، (Blind children's Center, 2006: 4)، حنفي، (٢٠٠٧: ٤) ودراسة مركز الأطفال المكفوفين بلبوس أنجلوس Blind Children's Center in Los Angeles (2005) بعنوان "برنامج تعليمي لطفل الروضة الكفيف في مرحلة ما قبل المدرسة" في التأكيد على أهمية تقديم البرامج التربوية والارشادية للطفل الكفيف والتي أثبتت فعاليتها معه.

كما قامت الباحثة بإيجاد نسبة التحسن بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس المخاوف المرضية للطفل الروضة الكفيف كما يتضح في جدول (٨)

جدول (٨)

نسبة التحسن بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس المخاوف المرضية لدى طفل الروضة الكفيف

المتغيرات	متوسط القياس القبلي	متوسط القياس البعدي	نسبة التحسن
المخاوف المرضية البسيطة	٢٣.٣	١٣.٥	%٤٢.٠٦
المخاوف المرضية من الأماكن المفتوحة	١٨.٥	١١.٤	%٣٨.٣٧
المخاوف المرضية الاجتماعية	٢٩.٤	١٤.٤	%٥١.٠٢
الدرجة الكلية للمخاوف المرضية	٧١.٢	٣٩.٣	%٤٣.٢١

ويتضح من الجدول (٨)

- وجود نسبة تحسن (٤٢.٠٦%) بين القياسين القبلي والبعدي مقياس المخاوف المرضية لدى طفل الروضة الكفيف من حيث المخاوف المرضية البسيطة
- وجود نسبة تحسن (٣٨.٣٧%) بين القياسين القبلي والبعدي مقياس المخاوف المرضية لدى طفل الروضة الكفيف من حيث المخاوف المرضية الاجتماعية.
- وجود نسبة تحسن (٥١.٠٢%) بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس المخاوف المرضية لدى طفل الروضة الكفيف من حيث المخاوف المرضية من الأماكن المفتوحة
- وجود نسبة تحسن (٤٣.٢١%) بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس المخاوف المرضية لدى طفل الروضة الكفيف من حيث الدرجة الكلية للمخاوف المرضية.

تفسير الباحثة:

تشير هذه النتائج أن البرنامج السيكودرامي المستخدم في الدراسة أدى إلى خفض حدة المخاوف المرضية لدى أفراد العينة بالنسبة لنوع المخاوف المرضية

فوجد أن أعلى نسبة تحسن تأتي مع المخاوف المرضية الاجتماعية، وترى الباحثة أن السبب يرجع إلى طبيعة السيكودراما التي تستخدمها في خفض المخاوف المرضية حيث تعتمد السيكودراما على إشاعة أجواء الأمن والطمأنينة والمرح والمشاركة، وتفاعل الأطفال مع بعضهم البعض مما كان له دور بالغ الأهمية في ظهور هذه النتيجة.

وتلى المخاوف البسيطة المخاوف الاجتماعية من حيث نسبة التحسن.

حيث ترى الباحثة ان الطفل قد توحد بشخصيات القصة واستطاع ان يقوم بتمثيل أدوارها ولكن على مستوى تخيل الأحداث اما بالنسبة للخوف من الاماكن المفتوحة والتي جاءت بأقل نسبة تحسن.

فقد ترجع الباحثة هذا السبب لأن جلسات البرنامج كانت تتم بداخل حجرة النشاط ولم يتفاعل الطفل بالاماكن المفتوحة إلا من خلال أحداث القصة التي تحكى انه الآن فى الشارع أو فى الحديقة ومن هنا تستفيد الباحثة انها كان يجب عليها الخروج الى الاماكن المفتوحة مثل حديقة الروضة والفناء اثناء تطبيق البرنامج حتى يتفاعل الطفل مع الاماكن المفتوحة أثناء البرنامج.

الفرض الثانى:

ينص الفرض الثانى على انه:

لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات الاطفال فى القياسين البعدى والتتبعى على مقياس المخاوف المرضية لطفل الروضة الكفيف.

وللتحقق من صحة ذلك الفرض، استخدمت الباحثة اختبار ولكوكسن Wilcoxon لايجاد الفروق بين متوسطات رتب درجات الاطفال فى القياسين البعدى والتتبعى على مقياس المخاوف المرضية لطفل الروضة الكفيف كما يتضح فى جدول (٩).

جدول (٩)

الفروق بين متوسطات رتب درجات الاطفال في القياسين البعدى
والتتبعى على مقياس المخاوف الاجتماعية (ن=١٠)

المتغيرات	القياس البعدى والتتبعى	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدالة	اتجاه الدالة
المخاوف المرضية البسيطة	الرتب السالبة الرتب الموجبة الرتب المتساوية اجمالي	٢ ٢ ٦ ١٠	٣ ٢	٦ ٤	٠.٣٧٨	غير دالة	-
المخاوف المرضية من الأماكن المفتوحة	الرتب السالبة الرتب الموجبة الرتب المتساوية اجمالي	٣ ١ ٦ ١٠	٢.١٧ ٣.٥	٦.٥ ٣.٥	٠.٥٥٧	غير دالة	-
المخاوف المرضية الاجتماعية	الرتب السالبة الرتب الموجبة الرتب المتساوية اجمالي	٢ ٢ ٦ ١٠	٣.٥ ١.٥	٧ ٣	٠.٧٣٦	غير دالة	-
الدرجة الكلية للمخاوف المرضية	الرتب السالبة الرتب الموجبة الرتب المتساوية اجمالي	٤ ٣ ٣ ١٠	٤.٢٥ ٣.٦٧	١٧ ١١	٠.٥٠٩	غير دالة	-

$Z = 1.96$ عند مستوى 0.05 . . .

$Z = 2.58$ عند مستوى 0.01 . . .

يتضح من جدول (٩):

- عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية فى التطبيقين البعدى والتتبعى للبرنامج السيكدرامى على مقياس المخاوف المرضية لطفل الروضة الكفيف من حيث المخاوف المرضية البسيطة
- عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية فى التطبيقين البعدى والتتبعى للبرنامج السيكدرامى على مقياس المخاوف المرضية لطفل الروضة الكفيف من حيث المخاوف المرضية من الأماكن المفتوحة.

- عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية فى التطبيقين البعدى والتتبعى للبرنامج السيكودرامى على مقياس المخاوف المرضية لطفل الروضة الكفيف من حيث المخاوف المرضية الاجتماعية
- عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية فى التطبيقين البعدى والتتبعى للبرنامج السيكودرامى على مقياس المخاوف المرضية لطفل الروضة الكفيف ككل.

تفسير النتائج:

وتفسر الباحثة هذه النتيجة استمرار تأثير وفعالية البرنامج السيكودرامى التخفيف من حدة المخاوف المرضية لدى الأطفال فى ضوء ما يلي:

استمرار الأطفال أفراد العينة بعد الانتهاء من جلسات البرنامج فى تمثيل ولعب الأدوار التي كانوا يقومون بها أثناء جلسات البرنامج، هذا ما يتفق مع رأى (حنورة، ١٩٨٦ / ٢٠٧) فى أن التمثيل لدى الأطفال ليس مجرد أداء عمل لأنه أو لأمّعة والطفل يستمتع أكثر عندما يعمل بتلقائية وهي هنا نابعة من حاجة الطفل إلى التعبير عن نفسه بالصورة التي يعيشها فالأطفال يغلب عليهم حب التقليد والمحاكاة، والتعليم من خلال النماذج المختلفة، وهذا ما حققته السيكودراما فى البرنامج من خلال النماذج القصصية الإيجابية المقدمة لهم والتي تم التوحد والذوبان بها. كما أن للدور الكبير الذي تلعبه السيكودراما فى تنمية النواحي المزاجية والانفعالية، لدى الأطفال ومن خلال موافقة الأبعاد التي يقوم عليها البرنامج السيكودرامى

مع واقع الأطفال أفراد العينة النفسي والاجتماعي ومع ظروفهم التي عايشوها والأحداث الدائرة من حولهم وكذلك تكوين اتجاهات ومفاهيم وسلوكيات إيجابية لديهم كذلك ساعد في استمرار فعالية البرنامج السيكودرامي، وهذا ما يتفق مع دراسة (Richard, 2009) بعنوان "استخدام القصة في علاج المخاوف الاجتماعية لدى الأطفال "Integrating story" time into the treatment of children " with Social Phobia"

والتي تؤكد على أهمية القصة في علاج المخاوف المرضية وخاصة المخاوف الاجتماعية.

كما تتفق هذه النتائج مع دراسة (محمد، ١٩٩٩). بعنوان مدي فاعلية برنامج سيكودرامي للتخفيف من القلق النفسي عند أطفال المؤسسة الإيوائية" والتي تؤكد على أهمية السيكودراما في التخفيف من القلق لدى الأطفال.

توصيات ومقترحات الدراسة:

التوصيات:

نتيجة لما أسفرت عنه الدراسة من نتائج يمكن للباحثة أن توصي بما يلي:

- عقد الندوات والمحاضرات للمعلمين والآباء حول مخاوف الأطفال المكفوفين. تأهيلاً لمرشدين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، وجميع العاملين في الحقلين النفسي والتربوي حول استخدام السيكودراما كطريقة علاجية وإرشادية جماعية.
- تصميم برامج إرشادية علاجية في السيكودراما بهدف مواجهة مشكلات أخرى لدر طفل الروضة الكفيف.

- إشراك الأطفال المكفوفين في الأنشطة الاجتماعية والرياضية والفتية والثقافية بالمدرسة، حيث أنها تعمل على توظيف طاقاتهم وقدراتهم واستثمارها فيما يعود عليهم بالنفع والفائدة.

الدراسات المقترحة:

من خلال النتائج التي أسفرت الدراسة عنها تقترح الباحثة الدراسات

التالية:

- دراسة مسحية للمشكلات السلوكية لطفل الروضة الكفيف لتحديد حجمها في المجتمع.
- العوامل المؤثرة في المخاوف المرضية لدى طفل الروضة الكفيف مثل: أساليب التنشئة الوالدية، المستوى الثقافي والاقتصادي والاجتماعي للأسرة وغير ذلك من عوامل.
- المشكلات الأسرية وعلاقتها بالتوافق النفسي لطفل الروضة الكفيف.

المراجع:

- إبراهيم فرج (٢٠٠٦). الإعاقة البصرية- المفاهيم الأساسية والاعتبارات التربوية. عمان: دار المسيرة.
- أسماء عبد الحميد (٢٠١١). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض بعض المخاوف المرضية الشائعة لدى طفل الروضة. رسالة دكتوراه. كلية رياض الأطفال. جامعة القاهرة.
- أنسى قاسم (٢٠٠٧). علم نفس التعلم. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- إيمان الخولي (٢٠٠٣). استخدام السيودراما لخفض النشاط الزائد لدى أطفال المدرسة الابتدائية، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة بنها.
- إيمان عبد الحميد (٢٠٠٥). المخاوف المرضية لدى الطفل الكفيف. رسالة ماجستير. كلية رياض الأطفال. جامعة القاهرة.
- إيمان عبد الحميد (٢٠٠٩). برنامج لتنمية المفاهيم الإدراكية للألوان وعلاقتها بالإبداع لدى الطفل الكفيف. رسالة دكتوراه. كلية رياض الأطفال. جامعة القاهرة.
- بارلو ديفد هـ (٢٠٠٢). المرجع الإكلينيكي فى الاضطرابات النفسية- دليل علاجي تفصيلي، (ترجمة: صفوت فرج ومصطفى تركى وهبة إبراهيم ومحمد نجيب وحصه عبد الرحمن). القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
- خالد النجار (٢٠٠٢). سيكولوجية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- خولة يحيى (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية والانفعالية والوقاية منها: القاهرة: دارالفكر.
- داليا عبد الهادي (٢٠٠١). فاعلية برنامج متكامل لأطفال الروضة المكفوفين فى ضوء حاجتهم. رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

- دانيال هالاهاان، جيمس كوفمان (٢٠٠٨). سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم. ترجمة: عادل عبد الله، عمان: دار الفكر.
- رانيا جمال (٢٠٠٣). سياسات تعليم الأطفال المكفوفين بمرحلة ما قبل المدرسة في كل من جمهورية مصر العربية وفرنسا وبلجيكا "دراسة مقارنة". رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- زينب شقير (٢٠٠٠). مقياس المخاوف- مرحلة الطفولة مبكرة- متوسطة- متأخرة، ط١، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- سهير (٢٠٠٨). سيكولوجية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- سهير أحمد (٢٠٠٧). التوجيه والإرشاد النفسى للصغار. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- سيد صبحى (٢٠٠٧). الكفيف والإرشاد النفسى. القاهرة: المركز النموذجى لرعاية وتوجيه المكفوفين.
- سيد صبحى (٢٠١٠). الكفيف بين العقل والوجدان. القاهرة: المركز النموذجى لرعاية وتوجيه المكفوفين.
- صباح أحمد (٢٠٠٣). فاعلية أنشطة التهيئة لرواية القصة فى تنمية التخيل لدى طفل الروضة الكفيف. رسالة ماجستير، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.
- عبد الرحمن حسين (٢٠٠٣). تربية المكفوفين وتعليمهم. القاهرة: عالم الكتب.
- عبد الفتاح مطر (٢٠٠٢). فاعلية السيكودراما فى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الصم. رسالة دكتوراه. كلية التربية بنى سويف. جامعة القاهرة.

- على حنفى (٢٠٠٧). العمل مع أسر ذوى الاحتياجات الخاصة- دليل المعلمين والوالدين. القاهرة: العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
- غريب محمد (١٩٩٩). مدي فاعلية برنامج سيكودرامي للتخفيف من القلق النفسي عند أطفال المؤسسة الإيوائية. دراسة تجريبية. رسالة ماجستير. معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس. القاهرة.
- فواز خالد (٢٠٠٦). التربية العملية للمكفوفين ورعايتهم وتعليمهم. عمان: دار أسامه للنشر والتوزيع.
- فوقية محمد (٢٠٠١). قياس مخاوف المعاقين باستخدام قائمة مسح المخاوف المعدلة للأطفال (دراسة مقارنة). مجلة معوقات الطفولة. مركز معوقات الطفولة. جامعة الأزهر. ع٩.
- كمال الدين حسين (١٩٩٨) تدريب الفن مسرح ودراما الطفل. الجيزة: مطبعة العمرانية.
- كمال الدين حسين (٢٠٠٠). مدخل في العلاج بالدراما الطفل. مجلة الطفولة والتنمية. مجلد (٢).
- كمال دسوقي (١٩٩٠). ذخيرة علوم النفس - قاموس انجليزي فرنسي المانى/عربي. (المجلد الأول). القاهرة: دار الكتب.
- ماجدة عبيد (٢٠٠٠). تعليم الأطفال ذوى الحاجات الخاصة- مدخل إلى التربية الخاصة. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- محمد السفاسفة (٢٠٠٣). أساسيات في الإرشاد والتوجيه النفسي والتربوي. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- منى الحديدى (٢٠٠٢). مقدمة فى الإعاقة البصرية. ط٢، عمان: دار الفكر.
- هدى الناشف (٢٠٠٨). تصميم البرامج التعليمية للأطفال ما قبل المدرسة. القاهرة: دار الكتاب الحديث.

- **A.Claud (1990). Family Therapy with Adolescents. Journal of Group Psychotherapy Psychodrama & Sociometry. Vol. No. 94. PP.142-150.**
- **Blind Children's Center (2005). Programs & Services. Los Angeles: Resource Center For Educational Preschool of Blind Children's Center. Retrieved May 13., From: Blind Children's Center (2006). The--annualreport. USA: Blind Children's Center.**
- **Chiovarelli, Richard (2009). Integrating Story Time Into the Treatment of Children with Social Phobia. Psy.D. The Wright Institute United States- California**
- **Dilts, R..F Delozier, J. (2000). Encyclopedia of Systemic NLP and NLPnew Coding. From: www.npluniversitypress.com**
- **Gallagher, Heather Marie. (2001). A Cognitive- Behavioral Group Intervention for Social Phobia: Extension to a Preadolescent Sample. Ph.D. The University of Southern Mississippi. United States- Mississippi.**
- **Gerald,C & John, M., (1997). Abnormal Psychology, John Wily& Sons.**
- **Hilman, R (1985). Exploring Drama with Emotionally Distance Adolescents, International Mental Health. Vol.30 (1),No(1), pp 12- 15.**
- **<http://connection.ebscohost.com/tag/BLIND%Bchildren%2B--%2BEducation>**
- **Hudgins,M. Katherine and et. Al (2000): Aclinically effective psychodrama Inhterviom for PTSD. The British Jornal of Psychodrama and Sociometry. Vol.7. No(51). PP 63-74.**

- **JOHN,S. & LISA,B., (2002). Your Annexationchild–
Howparents and Teachers Can Relive
Anxity Inchildren, JOHN WILEY &
SONS.**
- **Kiki, D. (2001). Social phobia.medicen jornal.**
- **Louis, A.& Schmidt, J. (1999). Extreme. Shyness,and
Social Phobia. London. Oxford uni-
versity Press.**
- **Machay, B. et.al (1987). A Polite study with Drama
Therapy with Adolesent Girls who
Have Been Sexually Abused. Arts in
Psychotherapy, Vol. 4. No. (1). PP72-
84.**
- **MARTIN, P. (2003). Phobias, Gale Encyclopedia of
Alternative Medicine.**
- **Richard,P.& Krasuss, S., (1997). Abnormal Psychology.
London, Brown & Benchmark.**
- **Wilhelm, James G.(1987). Fearsof to Tally Blindand
Partially Sighted Children. Pd.D.
Northern Illinois University. United
States Illinois.**

