



كلية التربية
قسم علم النفس

فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض الضغوط النفسية وتحسين التوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً

إعداد

د/ طلعت أحمد حسن على
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية - جامعة بني سويف



فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض الضغوط النفسية وتحسين التوافق

النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً

إعداد

د. طلعت أحمد حسن علي

أستاذة الصحة النفسية المساعد

كلية التربية - جامعة بني سويف

مستخلص الدراسة :

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض الضغوط النفسية وتحسين التوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً ، وبلغ حجم العينة (٢٠) عشرون معلماً (١٠ مجموعة تجريبية - ١٠ مجموعة ضابطة) من المعلمين المعاقين بصرياً والملتحقين بالدبلوم العامة بكلية التربية بجامعة بني سويف ، وتتراوح أعمارهم ما بين (٢٨-٤٨) عاماً ، بمتوسط عمري (٣٩,٢) عاماً ، وانحراف معياري (١,٤٦) ، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس الضغوط النفسية ، مقياس التوافق النفسي ، استمارة جمع البيانات عن المعلم المعاق بصرياً ، وبرنامج علاجي معرفي سلوكي من إعداد الباحث، وتمت معالجة البيانات إحصائياً من خلال البرنامج الإحصائي (SPSS)، وأوضحت النتائج : وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً لصالح المجموعة التجريبية ، كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً لصالح القياس البعدي ، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي لمتغيرات الدراسة ، كما أن الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبقي غير دالة.

المقدمة ومشكلة الدراسة:

لقد أصبح الاهتمام بالأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة محور اهتمام العلماء والباحثين في مجال علم النفس على كافة المستويات الدولية والإقليمية والمحلية ، فلقد تزايد الاهتمام في الآونة الأخيرة بهذه الفئات ورعايتهم وتحسين ظروف معيشتهم حيث أصبح ذلك الاهتمام مؤشراً أساسياً لتحقيق العدالة الاجتماعية وتكافؤ الفرص التعليمية وإقرار حقوق الإنسان وتوفير الحياة الكريمة للجميع.

وتهدف العملية العلمية في كافة المجالات إلى خدمة البشرية ، وتحسين مستوى معيشة الأفراد ، من خلال تطويع عناصر البيئة بحيث تفي بمتطلبات المجتمع ، وتعد الصحة النفسية على درجة كبيرة من الأهمية في تحقيق ذلك من خلال جانبين أساسيين : أولهما: الجانب الشخصي، إذ تهتم بأن يكون الفرد واعياً بذاته من كافة النواحي المعرفية والوجدانية والسلوكية ، وأن يُكوّن مفهوماً حقيقياً وموجباً عن ذاته ، وأن يتمتع بمستوى مرتفع من تقدير الذات ، فيثيق بنفسه ، ويحاول استثمار كافة إمكاناته وقدراته على أفضل نحو ممكن محققاً ذاته في أحد المجالات ، وثانيهما : الجانب الاجتماعي ، الذي يتمثل في تنمية قدرات التفاعل الاجتماعي على نحو جيد ، حتى يتمتع الفرد بحياة تكاد تكون خالية من الاضطرابات السلوكية أو الأمراض النفسية ، وقد يكون ذلك من خلال تقديم البرامج الإرشادية والعلاجية التي تساعد الأفراد المضطربين على خفض مستوى الاضطرابات لديهم ، فضلاً عن البرامج الوقائية التي تساهم في الحد من انتشار الاضطرابات السلوكية أو الأمراض النفسية ، وبالتالي فإنه ثمة حاجة ضرورية إلى تقديم برامج إرشادية لكافة الفئات والمراحل النمائية لذوي الفئات الخاصة بوجه عام وخاصة المعاقين بصرياً ، وقد أشار القرآن الكريم إلى ذلك في قوله سبحانه وتعالى (أَفَأَنْتُمْ تُسْمِعُ الصُّمَّ أَوْ تَهْدِي الْعُمْيَ وَمَنْ كَانَ فِي ضَلَالٍ مُّبِينٍ) (سورة الزخرف، آية ٤٠) (وَمَا يَسْتَوِي الْأَعْمَى وَالْبَصِيرُ) (سورة فاطر، آية ١٩).

وتهتم الدراسة الحالية بالمعاقين بصرياً دون الفئات الأخرى ، فالمعاقين بصرياً يمثلون قطاعاً كبيراً في المجتمع، وتعتبر نسبتهم في مصر من أعلى النسب في العالم، فإذا كانت نسبة ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع المصري تمثل ١٠% من تعداد السكان، أي حوالي ٦,٧ مليون شخصاً، فإن نسبة المعوقين إلى ذوي الاحتياجات الخاصة حوالي (٥٠) شخصاً لكل عشرة آلاف نسمة ، أي ١-٢% من تعداد السكان ، وهذا يعني أن عدد المعوقين بصرياً في مصر يصل إلى ١-٤ مليون شخصاً ، نصفهم تقريباً من الأطفال (اتحاد الهيئات لرعاية الفئات الخاصة ، ٢٠٠٠ ، ٧٧).

كما يرى " كمال سالم " (١٩٩٧ ، ٩٩) أن ذوي الإعاقة البصرية يعانون من الصراع الدائم، فهو في صراع بين الدافع إلى التمتع بمباهج الحياة والدافع إلى الانزواء طلباً للأمان، ودافع إلى الاستقلال، ودافع إلى الرعاية، فهو يرغب من جهة أن تكون شخصية مستقلة دون تدخل من الآخرين، ولكنه في نفس الوقت يدرك أنه مهما نال من استقلال، فإنه يظل في حاجة لمساعدتهم مما يولد في نفسه مشاعر العجز والعزلة والنقص، وبعض الصراعات والسلوكيات غير المألوفة، ومنها السلوك العدواني إذ كثيراً ما يظهر سلوك عدواني وانحرافات سلوكية لدى المكفوفين نتيجة ما يلاقونه من إحباطات في الحياة اليومية ، وهو ما يجعلهم يتسمون من الناحية الانفعالية بعدد من السمات يأتي العدوان في مقدمتها.

وتوصلت دراسة " Condreil, et al. " (٢٠٠٨) إلى أن العلاقة بين الشعور بالعدوانية والسلوك العدواني لدى المعاقين بصرياً هي علاقة مرتبطة بشكل كبير ، ودراسة " McClellan, et al. " (٢٠٠١) التي تكونت من ١٧ طفلاً من المعاقين بصرياً تراوحت أعمارهم ما بين (٧-١٢) سنة ، كشفت بأنه كلما تم تدريب الأطفال المعاقين بصرياً على المهارات الاجتماعية والسلوك الاجتماعي السوي يتحقق التوافق الاجتماعي لديهم ويتخلصون من السلوكيات غير المرغوب فيها.

ويرى الباحث أن ذوي الإعاقة البصرية يغلب عليهم سوء التوافق الانفعالي والاجتماعي والنفسي الذي يتبدى في تكوين مفهوماً سالباً عن ذواتهم يؤدي إلى ضعف الثقة بالنفس ، وانخفاض الإحساس بالأمن ، فضلاً عن مشاعر العجز والدونية التي ترفع مستوى الإذعان والاعتماد المسرف على الآخرين ، والإحساس بالخجل الذي يرجع إلى الإحساس بأن الإعاقة لها دور كبير في تشويه صورة الوجه ، فيحاول المعاق بصرياً إخفاؤها بالابتعاد عن الآخرين والانطواء ، كما يترتب على هذه الإعاقة بعض المشكلات في عملية النمو الاجتماعي ، واكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكتمال الذاتي ، لذا يفترض تدريبهم على التعبير عن انفعالاتهم ، وغضبهم بطريقة اجتماعية مقبولة، واستخدام البرامج العلاجية المناسبة التي تخفف الضغوط النفسية.

ويشير عماد عبد الرازق (١٩٩٨ ، ١٣-١٤) إلى أن الضغوط النفسية من ظواهر الحياة الإنسانية يخبرها الفرد في أوقات ومواقف مختلفة ، تتطلب توافقاً أو إعادة توافق مع البيئة ، وهذه الظاهرة شأنها شأن معظم الظواهر النفسية وبالتالي لا نستطيع الإحجام عنها ، أو الهروب منها أو نكون بمنأى عنها ، لأن ذلك يعني نقص فعالية الفرد وقصور كفايته ، ومن ثم الإخفاق في الحياة ، فلا حياة بدون ضغوط وحيث توجد الحياة توجد ضغوط.

وتؤكد الإحصاءات إلى أن ٨٠% من جميع الأمراض الحديثة تستمد جذورها من الضغوط، وأن ٥٠% من جميع مراجعات الأطباء هي نتيجة التوتر، وأن ٢٥% من أفراد المجتمع يعانون من أحد أشكال التوتر (الضغط) الشديد (رنا أحمد زاوي، ١٩٩٢، ١). ويضيف كل من طلعت منصور، وفيولا البيلوي (١٩٨٩، ٦) أن الضغوط النفسية شأنها شأن معظم الظواهر النفسية كالقلق والصراع والإحباط، فهي من طبيعة الوجود الإنساني بحيث لا تخلو حياتنا من التوتر الناتج عن الضغوط التي يواجهها الفرد، حيث تؤدي تلك الضغوط إلى انخفاض الكفاءة الذاتية العامة للفرد، وإخفاقه في حياته، ونقص كفاءة أدائه في قيامه بالعمل المنوط له.

وتعتبر مهنة التدريس من أكثر المهن الضاغطة نظراً لما تقتضيه من مستويات عالية من الكفاءات والمهارات لدى المعلمين، حيث أنهم - المعلمون - بمثابة القوى الدافعة للعملية التعليمية التي يتوقف عليها تحقيق أهداف التربية ونجاحها، وتطويرها فمن أجل هذا يلزم على المجتمع الإيمان بالدور التربوي والقيادي لهؤلاء المعلمين خصوصاً لما يقومون به من مهام جسيمة ملقاة على عاتقهم إزاء متطلبات المهنة والعصر الذي يعيشون فيه، هذا إلى أن مهنة التدريس من أكثر المهن خطورة وأهمية حيث تتوفر فيها مصادر عديدة للضغوط تجعل كثير من المعلمين يعانون ضغوطاً نفسية، وانخفاض فعاليتهم وكفاءتهم الذاتية ونقص دافعيتهم للإنجاز في أدائهم لعملهم مع الطلاب.

وبالإضافة إلى ذلك فإن المشكلات والصعوبات التي يتعرض لها العاملون في مهنة التدريس بسبب الملل من الأنشطة الروتينية المتكررة، ومشكلات الطلاب الدراسية والانفعالية، وكذلك مشكلات الإدارة التي تقع غالباً على عاتق المعلمين، مما يعوقهم عن أداء عملهم في جو مريح نفسياً، كل هذا يؤدي إلى زيادة الضغوط النفسية (عبد الفتاح رجب علي، ٢٠٠٤، ٤٤١).

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن الضغوط النفسية من أهم الأمور التي يمكن أن تحول دون تحقيق المعلم لقدر مناسب من الصحة النفسية حيث تؤثر سلباً على نفسيته، وعلى عمله، بل وعلى تلاميذه أيضاً وهو الأمر الذي يجعل من الضروري التعرض لهذه الظاهرة والعمل على الحد منها قدر الإمكان حتى نتجنب آثارها السيئة، ومن هذه الدراسات، دراسة كل من Dunham (1984, 86)، طلعت منصور، وفيولا البيلوي (١٩٨٩، ٨)، هارون الرشيد (١٩٩٠، ٤٢)، هانم باركندي (١٩٩٣، ٢٨)، (Gregson, Fontana, 1994, 59).

(2009, 541) & Looker، عبد الرحمن سليمان (١٩٩٦، ٧٥٥)، عبد الله محمود (٢٠٠٥)،
لذا لا بد من مواجهة الضغوط النفسية بطريقة عقلانية لكي يتحقق التوافق النفسي.

إن التوافق النفسي عملية تتضمن شقين هما: اتزان الفرد مع نفسه أو تناغمه مع ذاته
بمعنى مقدرته على مواجهة ما ينشأ داخله من صراعات وما يتعرض له من إحباطات، ومدى
تحرره من التوتر والقلق الناجم، ونجاحه في التوفيق بين دوافعه ونوازعه المختلفة، ثم انسجام
الفرد مع ظروف بيئته المادية (عبد المطلب أمين القريطي، ٢٠٠٣، ٦٢).

ويرى "كارل روجرز" أن التوافق النفسي في جوهره إنما يعبر عن قدرة الشخص على
تقبل الأمور التي يدركها، بما في ذلك ذاته، ثم العمل على تبينها في تنظيم شخصيته (رمضان
محمد القذافي، ١٩٩٨، ١١٠).

ولعملية التوافق النفسي أبعاد محددة تتمثل في:

١- التوافق الشخصي: ويتضمن السعادة مع النفس والرضا عنها، مع إشباع الدوافع والحاجات
بالإضافة إلى التوافق لمطالب النمو في مراحل المتابعة.

٢- التوافق الاجتماعي: ويتضمن السعادة مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات ومعايير المجتمع
وقواعد المجتمع الاجتماعي فضلاً عن العمل لخير الجماعة التي ينتسب إليها والسعادة
الزوجية.

٣- التوافق المهني: ويتضمن الاختيار المناسب للمهنة مع الاستعداد لها والدخول فيها والسعي
الدائم نحو الإنجاز والكفاءة مع الشعور بالرضا والنجاح (حامد عبد السلام زهران،
١٩٩٧).

ونبعت المشكلة من خلال تدريس الباحث لمادة الصحة النفسية بالدبلوم العامة سنة
٢٠١٣م بكلية التربية جامعة بني سويف، ومن خلال شرح الباحث للمقرر وجد بعض المعلمين
المعاقين بصرياً يدرسون مع المعلمين العاديين، ولاحظ عليهم خلال هذا العام وجود قصور في
التوافق النفسي ويشعرون بشئ من التوتر والضيق والشك تجاه زملائهم العاديين وعدم الثقة
فيهم، فتبين للباحث أن هؤلاء المعلمين المعاقين بصرياً يعانون من زيادة الضغوط النفسية وسوء
التوافق النفسي بسبب الإعاقة البصرية مما دفع الباحث إلى إجراء هذه الدراسة.

فبناءً على ما تقدم، ضرورة تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض الضغوط
النفسية وتحسين التوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً وبذلك تتحدد المشكلة.

مشكلة الدراسة:

في ضوء ما سبق عرضه في المقدمة ، يمكن بلورة مشكلة الدراسة الحالية في محاولة الإجابة عن التساؤلات التالية:

- ١- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً ؟
- ٢- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً ؟
- ٣- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي للضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً ؟
- ٤- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً ؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف نجلها فيما يلي :

- ١- محاولة خفض الضغوط النفسية وإزالة الهموم وتحقيق التوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً باستخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي.
- ٢- بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي مكون من عدة جلسات للمعلمين المعاقين بصرياً الذين يعانون من مستوى مرتفع من الضغوط النفسية وسوء التوافق النفسي.
- ٣- التعرف على العلاقة بين الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

أهمية الدراسة:

تتبع أهمية البحث من أهمية الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها ويمكن تحديد هذه الأهمية فيما يلي :

- ١- إلقاء الضوء على العلاقة بين الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً.
- ٢- إمكانية استخدام البرنامج المقترح في العديد من الأغراض البحثية والتطبيقية على عينات مماثلة ، بغرض خفض ضغوطهم وتحقيق التوافق النفسي ، وهو ما يمكن أن ينعكس إيجاباً على العملية التعليمية بأسرها.
- ٣- مساعدة المعلمين على أداء أدوارهم المختلفة بفاعلية ، وتحقيق التوافق المهني ، والرضا النفسي، وتحقيق النجاح في الحياة فضلاً عن تحقيق التوافق الاجتماعي.

- ٤- تسهم في تحسين الصحة النفسية للمعلمين المعاقين بصرياً مما يعود إيجاباً على ما يؤدونه من أدوار مختلفة ومتعددة في هذا الصدد وتحسين المستوى الأكاديمي للتحصيل.
- ٥- تسهم هذه الدراسة في مساعدة أولياء الأمور ، والعاملين في مجال التربية الخاصة على التعامل والتفاعل الجيد مع المعلمين المعاقين بصرياً بصفة عامة ، وهو الأمر الذي يسهم في خفض حدة الضغوط لديهم.
- ٦- ندرة الدراسات العربية والأجنبية التي تطرقت إلى هذا الموضوع في حدود علم الباحث.

مصطلحات الدراسة:

البرنامج :

هو خطة تصمم لتحسين العملية التربوية وتستهدف تزويد الطلاب بخبرات واسعة ويمكن أن ينتفع بها في موضوعات أخرى من المنهج (عادل إبراهيم عبد الله، ١٩٩٨، ٢١).

البرنامج العلاجي :

هو برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فردياً وجماعياً لجميع من تصمهم مؤسسة ما، بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي والقيام بالاختيار الواعي المتعلق لتحقيق التوافق النفسي داخل المؤسسة وخارجها (حامد زهران، ٢٠٠٢، ٤٩٩).

Cognitive Behavioral Therapy العلاج المعرفي السلوكي

يعرف عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠، ١٧) العلاج المعرفي السلوكي على أنه اتجاه علاجي حيث نسبياً يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي، ويعتمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، إذ يتعامل معها معرفياً وانفعالياً وسلوكياً، كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض تتحدد في ضوئها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد من أفكار مشوهة، واعتقادات لا عقلانية مختلة وظهياً تعد هي المسؤولة في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعانيها الفرد، وبنفس المنطق يتحمل المريض مسؤولية شخصية في إحداث التغيير العلاجي من خلال تصحيح الأفكار المشوهة، والاعتقادات اللاعقلانية، وتعديلها واستبدالها بأفكار واعتقادات تتسم بالمنطق والعقلانية.

ويعرف الباحث العلاج المعرفي السلوكي إجرائياً بأنه مجموعة الفنيات العلاجية المعرفية السلوكية المستخدمة في هذه الدراسة بهدف خفض الضغوط النفسية لدى المعلمين

المعاقين بصرياً، وتعديل السلوك والتحكم في الاضطرابات النفسية من خلال تعديل أسلوب تفكير المريض.

الضغوط النفسية :

تعني مادة "ضغط" في اللغة العربية القهر والشدة والضييق والاضطرار ، وجاء تعريف مصطلح Stress في معجم علم النفس المعاصر بمعنى الإجهاد ، وهو مصطلح يستخدم للدلالة على نطاق واسع من حالات الإنسان الناشئة كرد فعل لتأثيرات مختلفة بالغة القوة (باترسون، ١٩٩٠، ٣٠٣).

وتشير سماح الأكثر (٢٠٠٣) إلى أن الضغوط النفسية هي مجموعة من التغيرات الجسمية والسلوكية والانفعالية التي يتعرض لها المعلمين نتيجة لاختلال التوازن بين قدراتهم وإمكاناتهم الشخصية والمهنية وبين متطلبات العمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة ، ونتيجة لأفكارهم ومعتقداتهم الخاطئة تجاه المهنة.

ويعرف الباحث " الضغوط النفسية " إجرائياً بأنها مجموعة من الأحداث والمواقف التي يتعرض لها المعلمون نتيجة لعدم التوافق بين إمكاناتهم الشخصية والمهنية متطلبات العمل.

التوافق النفسي :

إن التوافق النفسي عملية تشير إلى الحلول السليمة التي يلجأ إليها الناس لإحداث التكيف مع ظروف الحياة بإحدى الطرق التالية :

١- المهادنة: وهي اتفاق للكف عن الصراع ، بالرغم من عدم انتهاء المشكلة أو الوصول إلى حل.

٢- التوفيق: وهو عملية تتنازل الفرد عن بعض مطالبه في سبيل إنهاء الأزمة القائمة (محمد حسن الشناوي وآخرين، ٢٠٠١، ٩١).

ويعرف الباحث " التوافق النفسي " إجرائياً من خلال الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص على قائمة تقدير التوافق والتي تقيس كلاً من التوافق الذاتي ، التوافق المنزلي، التوافق الاجتماعي، التوافق المدرسي، والتوافق الجسمي.

ذوو الإعاقة البصرية :

يعرف الباحث ذلك بأنهم الذين فقدوا حاسة البصر منذ الميلاد أو قبل سن الخامسة من عمرهم، بحيث لا يملكون الإحساس بالضوء ، ولا يرون شيئاً على الإطلاق ، ويتعين عليهم الاعتماد على حواسهم الأخرى والوسائل المساعدة في الإدراك ، والتعلم ، والتوجه ، والحركة.

الإطار النظري وبعض الدراسات السابقة :

أولاً: الإطار النظري :

* العلاج المعرفي السلوكي :

أن العلاج المعرفي السلوكي عبارة عن تجمع ينطوي فيه العديد من أساليب العلاج التي تتشابه في جوهرها وتختلف في تأكيدها على الفنيات المستخدمة في كل منها، ومع ذلك فلإن أشهر أنواع العلاجات هي :

١- التصورات الشخصية جورج كيلي G. Kelly

٢- العلاج العقلاني الانفعالي A. Ellis

٣- العلاج المعرفي Beck A.

٤- تعديل السلوك المعرفي D. Mechenbaum

٥- حل المشكلات Gold Fried & Gold Fried (Mahony, 1993; Brewin, 1998)

ولقد كان العلاج المعرفي رد فعل للعلاج السلوكي الذي لا يعطي اهتماماً للعمليات المعرفية، وأن هذا المنحى لا يقدم تفسيراً شاملاً للظواهر السلوكية، بينما العمليات المعرفية تلعب دوراً حاسماً في تشكيل السلوك في العلاج المعرفي (جمال الخطيب، ١٩٩٠، ٣٧١).

ويذكر بيك أن أساس العلاج المعرفي قد أتى من ثلاثة مصادر أولية هي :

١- المنظور الفينومونولوجي (الظاهرياتي).

٢- النظرة البنيوية للشخصية، وعلم النفس المرضي.

٣- الأعمال المعاصرة في علم النفس المعرفي والسلوكي. (Jess H Wright, 1993, 14)

⊙ تعريف العلاج المعرفي السلوكي :

يعرف بيك Beck (١٩٩٥) العلاج المعرفي السلوكي بأنه مجموعة من المبادئ

والأسس التي تؤثر في السلوك، وهذه المبادئ هي :

١- العوامل المعرفية (تفكير - تخيل - ذكريات ...) لها علاقة بالسلوك المختل وظيفياً.

٢- تعديل هذه العوامل يكون آلية هامة لإنتاج تغيرات في السلوك المختل، الذي يكون ناتجاً عن نماذج تفكير محرفة تم الإبقاء عليها.

رغم أن التقارب بين المناهج السلوكية والمعرفية لم يحدث نتيجة اكتشافات مفاجئة إلا أنه يبدو أنه حدث نتيجة اعتراف السلوكيين بأنهم فعلاً مع عمليات معرفية داخلية مثل الأفكار والإدراكات والحديث الداخلي، إلا أن معالم بارزة قد أفسحت الطريق أيضاً أمام هذا التقارب، منها توسع باندورا في مجال تعديل السلوك ليشمل الاهتمام بالمنجزة، والتعلم عن طريق الملاحظة، مع أنه هو و " كانفر " و " جولد شتين " اتخذوا خطوة واضحة نحو الاعتراف بالعمليات الداخلية حيث بدعوا تركيز اهتمامهم على التنظيم والضبط الذاتي، وكان كونتيليا قد اعترف بالأحداث الداخلية في أسلوبه " الإشرط النمطي أو المقنع " أي استخدام أسس الإشرط في التأثير في حدوث الأفكار والاستجابات التي أسماها " أحداثاً مغطاة " غير ظاهرة (لويس كامل مليكه، ١٩٩٤، ١٧٣-١٧٤).

يمثل العلاج المعرفي السلوكي خياراً مغزياً للأطباء الإكلينكيين، الذين يتعاملون مع المشكلات الانفعالية، ومع ذلك لسوء الحظ فإن عدد المعالجين النفسيين يعتقدون أن طريقة العلاج المعرفي السلوكي هي استراتيجيات جامدة تفشل في الاعتبار ذات الطابع الشخصي للأفراد، مستويات التطور، المحتوى البيئي، وآخرين يجادلون في أن متطلبات العلاج المعرفي السلوكي في الاستنتاجات معقدة، ومهارات التحليل المنطقي، بعيدة المنال لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية (24, 2002, Friedberg).

والحقيقة أن العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن يستخدم في أي من المواقف، والتي تكون السلوكيات غير المرغوبة ملازمة للأسى distress والتلف Impairment ، وتكون هي الخيار The best choice الأفضل للمعالجة لعدد من الاضطرابات العقلية، التي تتضمن اضطرابات الانفعال Affective ، والمزاج Mood ، واضطرابات الشخصية Personality Disorder (Paula Ann Ford-Martin, 2000).

إن العلاج المعرفي هو أكثر أشكال الأبحاث عمقاً في العلاج النفسي، وهو نظام من المعالجة النفسية التي تركز على المشكلات، فيما يعمل المعالج مع العميل مستخدماً تقنيات محددة لتحسين الرفاهية الانفعالية للعميل والوظيفة بشكل عام (William Sanderson, 2012).

وعندما يكون الأفراد في محنة، فإنهم غالباً لا يفكرون بوضوح، وأفكارهم تكون مشوهة بشكل ما، والعلاج المعرفي يساعد هؤلاء الأفراد على تحديد أفكارهم المزعجة، وبقيمون مدى واقعيّتها (Judith Beck, 2002)، واضطرابات القلق مرض حقيقي Real serious وقابل للعلاج Treatable. ونظام الاعتقادات التي في اضطرابات القلق تكون ثمرة العوامل البيولوجية والبيئية، والتي تتشابه مع الاضطرابات الأخرى، والعلاج يكون أحياناً معقد في الحقيقة لبعض الناس، الذين لديهم أكثر من اضطراب قلق واحد أو يعانون من الاكتئاب، أو استخدام العقاقير المخدرة، لهذا يقال إن العلاج يرتبط بالفرد، بالرغم من أن العلاج الفردي جيد، لكن هناك طرق معيارية عديدة يمكن أن تكون فعالة، والمعالج يمكن أن يستخدم واحدة منها أو مزيج من عدة طرق ADAA On Line book store حيث يرى " جليلاند وآخرون، ١٩٩٤ " Gilliland et al., 1994, 282 أن العلاج المعرفي السلوكي يحوي عدد واسع من الفنيات العلاجية منها الاسترخاء relaxation ، والتحصين ضد الضغوط Stress inoculaum ، وإعادة ترتيب البنية المعرفية Cognitive restructuring ، وفنيات العلاج العقلاني الانفعالي، وكما ترى النظرية المعرفية في الشخصية تعكس البنية والتنظيم المعرفي للفرد، والقائمين على كل من الموروث الجيني، والتأثير الاجتماعي (Beck, & Wishear, 1989).

◎ مبادئ العلاج المعرفي :

- ١- يعتمد العلاج المعرفي على إعادة صياغة مشاكل العميل Ever-Evolving Formulation في صيغة معرفية.
- ٢- العلاج المعرفي يتطلب تحالف علاجي سليم Sound Therapeutic Alliance.
- ٣- العلاج المعرفي يؤكد على العلاقة والمشاركة النشطة.
- ٤- العلاج المعرفي يتجه للهدف ويركز على المشكلة.
- ٥- العلاج المعرفي يؤكد على الحاضر (Here and Now).
- ٦- العلاج المعرفي طريقة تعليمية، ويهدف إلى تعليم العميل أن يكون معالجا لنفسه، ويؤكد على الوقاية من الانتكاسة.
- ٧- العلاج المعرفي يهدف إلى أن يكون محدد زمنياً.
- ٨- جلسات العلاج المعرفي مقننة.
- ٩- العلاج المعرفي يستخدم في البداية طريقة الحوار السقراطي.
- ١٠- العلاج المعرفي يبني على نموذج تعليمي.
- ١١- الواجب المنزلي في العلاج المعرفي علامة بارزة.

١٢- العلاج المعرفي يستخدم مجموعة متباينة من الأساليب لتغيير التفكير، والمزاج، والسلوك.
(Beckham & Laber, 1995, 5-9)

- كما يضيف عادل عبد الله محمد (٢٣، ٢٠٠٠) مجموعة من مبادئ العلاج المعرفي السلوكي والتي تتعلق بالمعالج والعميل والخبرة العلاجية وهي :
- ١- أن العميل والمعالج يعملان معاً في تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول.
 - ٢- أن المعرفة لها دوراً أساسياً في معظم التعليم الإنساني.
 - ٣- أن المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سيء.
 - ٤- إن الاتجاهات والتوقعات والعزوة، والأنشطة المعرفية الأخرى لها دوراً أساسياً في إنتاج وفهم كل من السلوك والتأثيرات والعلاج والتنبؤ بهما.
 - ٥- أن العمليات المعرفية تتدمج معاً في نماذج سلوكية.

⊙ أهداف العلاج المعرفي السلوكي :

إن الهدف الأساسي للعلاج المعرفي هو مساعدة العملاء على إعادة بناء أفكارهم، ذلك أنه من المهم إدراك أن العلاج المعرفي السلوكي ليس ببساطة تعليم الأفكار الإيجابية، بل عوضاً عن ذلك العلاج المعرفي هو مساعدة الفرد على رؤية حياته ومشكلاته من خلال منظور واقعي، تلك هي النقطة المهمة في العلاج المعرفي، تشجيع التفكير الصحيح والمنطقي (William Sanderson, 2012).

ويذكر محمد محروس الشناوي هدفين للعلاج المعرفي :

- ١- التعامل مع عملية التحريف للواقع.
- ٢- التعامل مع التفكير غير المنطقي: فقد لا يكون هناك تشويش للواقع، وإنما يكون التفكير نفسه قائماً على أساس افتراضات خاطئة ومشتتة على استنتاجات خاطئة (محمد محروس الشناوي، د.ت، ١٥١).

كما يذكر بيك في كتابه (العلاج المعرفي للاكتئاب) أن غرض التداخل والتفاعل بين

الفنيات العلاجية المعرفية والسلوكية بغرض تحقيق ما يلي :

- ١- ملاحظة وتحديد الأفكار التلقائية (الأوتوماتيكية) السلبية.
- ٢- التعرف على العلاقة بين المعرفة والانفعال والسلوك.

٣- التحقق في مدى صحة الأدلة المتاحة حول الأفكار الأوتوماتيكية المشوهة سواء كانت معها أو ضدها.

٤- وضع تفسيرات للمعارف المنحازة تتسم بتوجهها نحو الواقع.

٥- تعليم المريض كيف يقوم بتحديد الاعتقادات المختلة وظيفياً، والتي تؤدي به إلى تشويبه الخبرة (عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ٢٥).

© الثالوث المعرفي Cognitive Triad :

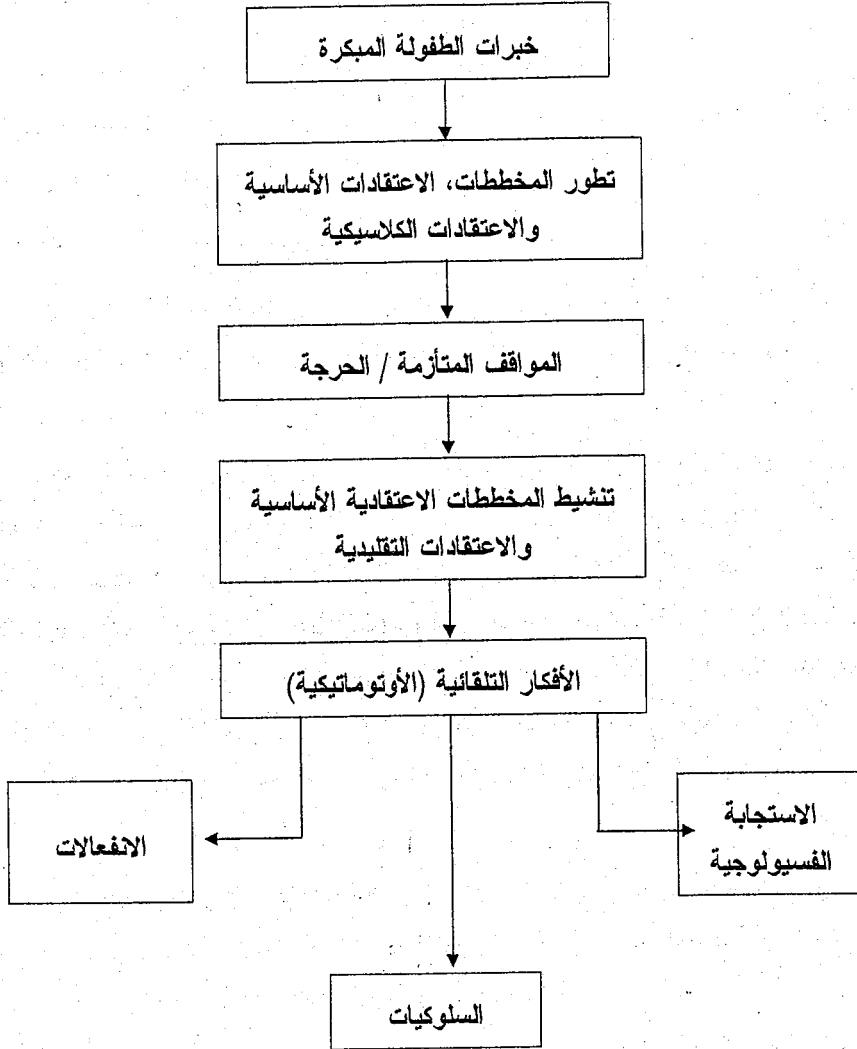
إن من أهم أولويات المعالج في العلاج المعرفي السلوكي - كما رأينا في أهداف العلاج - هو تحديد وفحص أساليب التفكير ومعارف العميل، حتى يتمكن من الوقوف على وجهة نظر العميل، ورؤيته للأمور ومنطقيته في التعامل معها.

فالمعالج المعرفي يجب أن يحدد جوهر الاعتقادات Core Beliefs لدى العميل، افتراضاته، توقعاته تجاه نفسه، أو نفسها، والعالم، والمستقبل (Kat. Hamilton & Keith Dobson, 2002) ذلك أن الاضطرابات النفسية تنشأ من تكوين معاني غير متكيفة حول الذات، السياق البيئي (الخبرة) والمستقبل (الأهداف) ، والتي تسمى مجتمعة بالثالوث المعرفي Cognitive Triad ، ولكل أعراض إكلينيكية معاني غير متكيفة مميزة، وترتبط بعناصر الثالوث المعرفي: في الاكتئاب تفسر كل العناصر الثلاثة تفسيراً سلبياً، في القلق ينظر للنفس كذات عاجزة، ويمثل الموقف مصدر خطورة للفرد، ويبدو المستقبل غامضاً أو مشكوكاً فيه (ناصر بن إبراهيم، ٢٠٠٠، ٣٧).

والفرد القلق ينظر إلى نفسه بأنه إنسان عاجز عن القيام بشيء تجاه نفسه وتجاه من يهتم لأمرهم، وينتظر حدوث المكارة والمخاطر له ولأقاربه في أي وقت، أما المستقبل فهو غامض وليس فيه شيء واضح، وأنه لن يتمكن من تحقيق شيء منه.

والمعالج المعرفي ينظر لاعتقادات الأفراد كأنها بدايات في الطفولة المبكرة تتطور خلال

الحياة كما في الشكل التالي :



شكل يوضح تكون الاعتقادات نقلاً عن (Judith, 1995, 369)

وخبرات الطفولة المبكرة تعود إلى اعتقادات أساسية حول النفس والعالم، وبشكل طبيعي يجد الأفراد الدعم والحب من الآباء، والذي يعود إلى نظرة إيجابية لأنفسهم في سن البلوغ، الشخص الذي يطور نفسية مشوهة في مقابل أولئك الذين لديهم صحة نفسية جيدة يكون لديه خبرات نفسية سلبية، وذلك يمكن أن يعود إلى اعتقادات مثل (أنا غير محبوب) و (أنا غير كفؤ) هذه الخبرة النمائية إذا صادفت مع حدث متأزم أو خبرة صادمة تؤثر على نظام الاعتقادات لدى

الفرد، الخبرات السلبية مثل أن يكون محل سخرية من قبل المدرس، ربما يعود إلى اشتراط اعتقاد مثل " إذا الآخرون لايون ما أعمله فأنا بلا قيمة " مثل هذا الاعتقاد ربما يصبح أساس المخططات المعرفية السلبية للفرد (Judth, 1995, 67).

◎ النموذج المعرفي لتفسير الاضطرابات :

تفترض النظرية المعرفية السلوكية أن وجود الاضطرابات لدى الفرد مرتبط بوجود تحيز وأخطاء في معالجة المعلومات لديه، كما تفترض وجود أبنية معرفية (مخطوطات) Cognitive Schema كامنة، عاجزة عن التكيف، تسيطر على المريض، من خلال ما ينتج عنها من أفكار وأخيلة تلقائية تصاحب الاضطراب وتساعد على استمراره (ناصر بن إبراهيم، ٢٠٠٠، ٣٥).

والإنسان يعالج المواقف التي يواجهها بناءً على المعلومات التي لديه، ومن خلال ما يتوفر له من معايير عن المواقف يختار، ويغير، ويفسر تلك المواقف.

كما تفترض النظرية المعرفية أنه من الممكن التعرف على الأفكار، واستنباطها، ولكن ذلك لا يعني أن الأفكار كلها تقع تحت حكم الفرد، فالأفكار التلقائية تقلت من سيطرته وتزعجه، ولكن من الممكن تدريبه على مراقبتها ورصدها، ثم التخلص منها أو إبطال مفعولها غير الإيجابي عليه (ناصر بن إبراهيم، ٢٠٠٠، ٣٥-٣٦). ويفترض النموذج المعرفي أن السلوكيات والمشاعر تتأثر بإحساسات الأفراد للأحداث، وأن المواقف ليست هي التي تحدد ما يشعر به الناس، لكن طريقتهم في تفسير هذه المواقف، والمعالج المعرفي يهتم بمستويات التفكير لدى عملاءه، ويتعامل في نفس الوقت مع المستوى الظاهر (السطحي من التفكير) (Beck, 1995, 64).

◎ المعتقدات المركزية (القوالب الفكرية) Core Beliefs :

وهي عبارة عن مخططات Schema تتطور مبكراً في الحياة من خبرات الشخص، وتفاعله مع الآخرين، وبعض هذه المخططات تكون مرتبطة مع المسهلات المعرفية، أو الميل الفطري للأسس، فالعميل القلق مثلاً ربما يرى التهديد في تقرير المسلك الذي يختاره وهو يقود سيارته عائداً إلى منزله، ويختار المسلك الذي يتضمن بالمصادفة تناوب لحالة الضغط المروري فيجتاحه مشاعر خطورة المسلك الذي اختاره (Judith, 1995, 380).

وغالبا المعتقدات المركزية تكون غير جاهزة للتبديل مثل الأفكار التلقائية (الأوتوماتيكية) والتي هي نواتج الاعتقادات المركزية، والعلاج المعرفي السلوكي يركز على التعامل القوي مع

الاعتقادات المركزية لمساعدة العميل على تحديد وتغيير هذه المعتقدات (Robert Westmyer, 2002c).

وفي وصف إضافي للمخططات وضعها كلارك وبيك (1999) Clark & Beck خمسة أنواع لهذه المخططات هي:

- ١- المخططات المعرفية: وهو يقدم طريقة لخرن، وعمل المعاني لعالمنا والمعتقدات المركزية تكون مخططات مفاهيم معرفية.
- ٢- المخططات الوجدانية: وتتضمن كل المشاعر السلبية والإيجابية.
- ٣- المخططات الفسيولوجية: وتتضمن كل الإدراكات الحسية للوظيفة الجسدية.
- ٤- المخططات الدافعية: وهي متعلقة بمخططات السلوكيات والتي عادة يستهل بها التصرف.
- ٥- المخططات السلوكية: وهي التصرفات التي تكون متوفرة مثل الجري بعيداً، أو عندما نكون جائعين مثلاً (Judith, 1995, 380).

◎ المعتقدات الوسيطة :

تتكون المعتقدات الوسيطة كنتاج لمواصفات الموقف، كما تم التقاطه، إما سمعياً أو بصرياً، كما يشتمل على شفرة Code الأشياء والعلاقات في الحيز البصري بناءً على مجموعة المعلومات في الشفرة البصرية (ناصر بن إبراهيم، ٢٠٠٠، ٣٣). وهذه المعتقدات لها تأثير على رؤيتنا للمواقف، وتؤثر على طريقة التفكير، وكيف تشعر وتتصرف، ذلك أن المعتقدات المركزية تؤثر على المعتقدات الوسيطة، والتي بدورها تؤثر على إنتاج الأفكار التلقائية (الأوتوماتيكية) (Evanz, et al., 1992, 802).

◎ الأفكار التلقائية الأوتوماتيكية :

يذكر (أرون بيك) (٢٠٠٠، ٣١) أنه أثناء خبرته الإكلينيكية أثار اهتمامه الأفكار التي كانت تراود مرضاه في جلسات التداعي الحر عندما كان يمارس العلاج بالتحليل النفسي، واكتشف أن تدريب مرضاه وبشكل منهجي على ملاحظة هذه الأفكار، وحتم على تسجيل ما يعرض لهم خارج الجلسات، حيث يقول: كم كانت دهشتي أثناء مراجعتي لتقارير المرضى عن أفكارهم عندما فوجئت بالنتشابه الكبير في هذه الأفكار بين مختلف المرضى. والأفكار التلقائية هي تلك الأفكار التي تراود الإنسان - كان مضطرباً أو سويماً - عند تعرضه لموقف أو مثير ما، وقد نلحظ سريان ذلك التيار من الأفكار، وقد لا نهتم. وأن محتوى الأفكار التلقائية الأكثر تكراراً وقوة، وهي ليست مميزة لصاحبها فقط، بل مميزة أيضاً لغيره من المصابين بنفس المرض، كما

لاحظت أنها أُلصق بمشكلات المريض، وأنها سابقة على الانفعال، وهي أخيراً تتضمن تحريفاً للواقع يفوق ما تتضمنه الأنواع الأخرى من التفكير. كما تعد تلك الأفكار بمثابة أفكار سلبية تؤثر سلباً في قدرة الفرد على مواجهة أحداث الحياة، ومن ثم في قدرته على التكيف مما يؤدي إلى ردود فعل انفعالية زائدة لا تتلاءم مع الموقف أو الحدث (عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ٦٩).

وتغلب على ذوي القلق والخوف، والرهابات أفكار تلقائية مثل أن تتعلق بـ: الانزعاج حول المشاكل المحتملة، والمشكلات الحقيقية. الناس الآخرين يبدوون أكثر استرخاء مني. أنا عصبي كثير، وهذا سيكون رهيباً. أنا لا أستطيع المساعدة، أنها تأتي غضباً عني. أنا متعب، لكنني فقط لا أستطيع القيام بذلك. أنا عصبي، لا أستطيع القيام بها. أنا لا أستطيع الانتصاب (Stand it)، أنا أرتعش، معدتي أصبحت مقرفة، أشعر بحاجة للقيء (Chuck Falcan, 2002).

* الضغوط النفسية :

يقصد بمصطلح الضغوط النفسية وصف الشدة التي تقع على الفرد، ويعرفها Sarafino (1994, 78) بأنها الحالة الناتجة عن إدراك الفرد للتناقض القائم - سواء كان حقيقياً أم متوهماً - بين ما يتطلبه الموقف، وما هو متاح للفرد من موارد بيولوجية ونفسية واجتماعية، ويشير عبد الرحمن الطريري (١٩٩٤، ٣٤٧) إلى ثلاثة عناصر يمكن الاستدلال منها على حالة الضغط، أولها البيئة المحيطة بالفرد، وثانيها الأفكار السلبية التي توجد لدى الفرد عند تعرضه لمثيرات الضغط، أما العنصر الثالث فيتمثل في الاستجابة البدنية الصادرة عن الفرد تجاه ما يتعرض له من مثيرات ضاغطة، ويعرفها أحمد عبد الحليم، وعمر محمد (٢٠٠٧، ٥٢) بأنها مثيرات (ظروف أو أحداث أو وقائع أو قوى خارجية أو منبهات داخلية) تحدث استجابات سلوكية ونفسية معينة لدى الطلبة المتفوقين، وبالتالي تشكل لديهم نوعاً من عدم الرضا أو عدم الارتياح من هذا الموقف. كما عرف (Speck 1999, 34) الضغط بأنه صراع ضميري يقود الإنسان إلى الانطواء، وهو مشكلة معنوية قابلة للحل، بتقييم الإنسان لنفسه، ليتعرف الصحيح من الخطأ، وهو إحساس الفرد بالقلق، عند تعامله مع منبهات خارجية أو يتأثر بمنبهات داخلية. ويعرف محمد الترتوري، ومحمد القضاة (٢٠٠٦، ٢٢٤) الضغط النفسي بأنه حالة من الضيق أو الانزعاج، تتمثل في ردود الفعل الجسمية، والنفسية، الملقاة على عاتق الفرد.

١- أنواع الضغوط النفسية :

يذكر عبد الله الحواجري (٢٠٠٤) أنه يمكن تقسيم الضغوط النفسية تبعاً لمدة تأثيرها إلى ضغوط مؤقتة ، وضغوط دائمة ، كما يمكن تقسيمها تبعاً لأثرها إلى ضغوط إيجابية ، وضغوط سلبية.

أما الضغوط المؤقتة ، فهي التي تحيط بالفرد لمدة وجيزة ، ثم تزول ، وعادة ما تكون مرتبطة بموقف مفاجئ ، لا يدوم أثره طويلاً ، ولهذه الضغوط أثر محدود على الفرد ، إلا إذا كانت قدرة تحمله أضعف من الموقف الذي تعرض له.

بينما الضغوط الدائمة: فهي التي تحيط بالفرد لمدة طويلة نسبياً، مثال ذلك تعرض الفرد لمرض مزمن، وآلام مرافقة له يرافق ذلك ظروف، وأوضاع مادية، واقتصادية، واجتماعية متدنية، ولا تساعد على تحمل هذا الموقف أو ذلك.

أما الضغوط الإيجابية: فهي التي تحدث توتراً يؤدي إلى الشعور بالرضا، والسعادة، والاتزان النفسي، في حين تؤدي الضغوط السلبية إلى الشعور بالإحباط ، والتعاسة، وعدم السرور، وعدم الاتزان النفسي، ويشعر الفرد في الموقفين بالتوتر، لكن مع فارق في تأثير كل منهما فيه، وقد يرافق هذه الضغوط أمراض نفسية، أو فسيولوجية، تؤدي إلى الاختلال الوظيفي للأعضاء، واختلال في الصحة النفسية، وشعور الفرد بالانفعال، وقد تؤدي إلى الانحراف.

٢- أساليب التعامل مع الضغوط :

وصف Cohen (1994) مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية لمواجهة الضغوط متمثلة

في :

- التفكير العقلاني : وهي إستراتيجية يلجأ خلالها الفرد إلى التفكير المنطقي بحثاً عن مصادر القلق وأسبابه المرتبطة بالضغوط.
- التخيل : وهو إستراتيجية يتجه فيها الأفراد إلى التفكير في المستقبل كما أن لديهم قدرة كبيرة على تخيل ما قد يحدث.
- الإنكار : عملية معرفية يسعى من خلالها الفرد إلى إنكار الضغوط ومصادر القلق بالتجاهل والانغلاق ، وكأنها لم تحدث على الإطلاق.
- حل المشكلة : نشاط معرفي يتجه من خلاله الفرد إلى استخدام أفكار جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغوط ، وهو ما يعرف باسم القدح الذهني.

- الفكاهة (الدعابة) : إستراتيجية تتضمن التعامل مع الضغوط والأمور الخطيرة ببساطة وبروح الفكاهة وبالتالي قهرها والتغلب عليها، كما أنها تؤكد على الانفعالات الإيجابية أثناء المواجهة.
- الرجوع إلى الدين : وتشير هذه العملية إلى رجوع الأفراد إلى الدين والإخلاص الديني عن طريق الإكثار من العبادات كمصدر للدعم الروحي والانفعالي وذلك لمواجهة المواقف الضاغطة والتغلب عليها (مايسة أحمد ، وهشام إبراهيم ، ١٩٩٧ ، ٨٨-٨٩).
- وأعد حسن عبد المعطي (١٩٩٤ ، ٤٧-٨٨) مقياساً لقياس إستراتيجيات التعامل مع الضغوط في بيئة عربية وتكون مقياسه من سبعة أبعاد هي :
- العمل من خلال الحديث : ويمثل كيفية استعادة الفرد من الحدث في حياته الحاضرة، وتصحيح مساره بالنسبة لتوقعات المستقبل من خلال التفكير المنطقي المتأني فيما تتضمنه طبيعة الحدث، مما يمكن أن يساعد على التعامل معه ومع غيره من الأحداث.
- الالتفات إلى اتجاهات وأنشطة أخرى : ويمثل قدرة الفرد على إعادة تنظيم حياته من جديد بعد الأحداث الصادمة ، والتفكير في الأشياء الجديدة في حياته ، وإيجاد عنصر فكاهي فيها من خلال الاهتمام بأمر آخر يستمتع بها وتتسبه هذه الأحداث.
- التجنب والإنكار : ويمثل مشاعر الانقباض التخيلي وإنكار المعاني والنتائج المترتبة على الحادثة ، وتبديد الإحساس والشعور باللامبالاة الانفعالية إزاء الأحداث الصادمة التي مر بها والكبت السلوكي للأنشطة المرتبطة بها.
- طلب المساندة الاجتماعية : ويشمل محاولات الفرد للبحث عن من يسانده في محنته ويمده بالتوجيه للتعامل مع الحدث وإيجاد المواساة والمساعدة لمواجهة هذه الأحداث بصورة أكثر إيجابية.
- الإلحاح والاقترام القهري : ويشمل مدى تدخل الأفكار التلقائية المرتبطة بالحدث بصورة قهرية، وتكرار الأحلام المضطربة والموجات المؤلمة من الأحاسيس والسلوكيات المتكررة المتعلقة بالحدث بحيث لا يجد فراراً منها.
- العلاقات الاجتماعية : ويشمل محاولات الفرد إيجاد متنفس عن الأحداث التي مر بها في علاقاته مع الآخرين بالتواجد معهم ، والاهتمام بعقد علاقات مع الرفاق والأصدقاء القدامى والجدد والأهل كي ينسى الذكريات المرتبطة بهذه الأحداث الصادمة.

- تنمية الكفاءة الذاتية : ويشمل قيام الفرد بتكريس الجهد للعمل والإنجاز لمشروعات وخطط جديدة ترضي طموحه وتطرد الأفكار المرتبطة بالحدث ، مما يشعر بالكفاءة والرضا عن الذات.

* التوافق النفسي :

التوافق يتضمن تفاعلاً متصلاً بين الشخص وبيئته ، وكل منها يؤثر على الآخر ويفرض عليه مطالبه ، فأحياناً يحقق الشخص التكيف حين يرضخ ويتقبل الظروف التي تفوق قدراته على التغيير ، وأحياناً يتحقق هذا حين ترضخ البيئة لأنواع النشاط الشخصي وفي معظم الأحيان يكون التكيف توافقياً بين هذين الموقفين المتقابلين ، ويكون سوء التكيف إخفاقاً في الوصول إلى هذا التوافق .

ومنذ الطفولة تواجه الإنسان مشكلات تبلغ ذروتها في مرحلة المراهقة كما أن حاجاته ورغباته كثيراً ما تصادفها العقابيل فيعجز عن إشباعها ، ولذلك يسعى بصورة مستمرة ليكيف نفسه حسب مقتضيات البيئة ، أو تطويع البيئة لتلائم حاجاته ورغباته ، وإذا فشل الفرد في التكيف مدة طويلة ، فقد يصيبه نوع من التكيف السيئ ، والتوافق بين الطالب وزملائه ومعلميه يدعم مركز الطالب ويتيح له حالة من الاستقرار والهدوء ، والخلو من الصراعات والانفعالات المعيقة للنشاط العقلي كما أن العلاقة التوافقية مع المعلمين تمنح الفرد القدرة على المناقشة والتركيز والتبصر والفهم عن طريق الأسئلة والاستفسارات ، في حين أن فقدان هذه العلاقة يولد الإهمال واللامبالاة (على محمد الديب ، ١٩٩٠).

نظريات علم النفس المفسرة للتوافق :

يشير حسن عبد الفتاح الفنجري (٢٠٠٠ ، ٢٨٩-٢٩٠) إلى مجموعة من النظريات العلمية المفسرة للتوافق تتمثل في :

أ - نظرية التحليل النفسي : والتي ترى أن التوافق هو قدرة الفرد على أن يقوم بعملياته العقلية والنفسية والاجتماعية على خير وجه ويشعر أثناء القيام بها بالسعادة والرضا ، فلا يكون خاضعاً لرغبات الهو ولا يكون عبداً لقسوة الأنا الأعلى وعذاب الضمير ، ولا يتم ذلك إلا إذا توزعت الطاقة النفسية توزيعاً يحوز الأنا الأعلى أغلبية ليصير قوياً يستطيع أن يوازن بين متطلبات الهو وتحذيرات الأنا الأعلى ومقتضيات الواقع. وفي ضوء ذلك تكون حالة الاتزان أو التوافق النفسي معادلة للصحة النفسية ، أي أن الفرد يتمتع بصحة نفسية عندما يكون قادراً على ضبط غرائزه ودوافعه البدائية وعندما لا يسمح للقيم المثالية بعزله عن واقعه وحتى عندما يسمح

بإشباع دوافعه وتحقيق مستوى معين من تطلعاته المثالية ، فإنه لا يبالغ في هذا الإشباع وإنما ينبغي أن يكون إشباعاً متزناً وتكون وسائل هذا الإشباع بعيدة عن الحيل الدفاعية اللاشعورية.

ب- النظرية السلوكية : والتي ترى أن سوء التوافق النفسي نتيجة حتمية لخلل ما في عملية التعلم ، ولما كانت هذه العملية يقوم بها في الغالب الكبار ويوجهونها نحو الصغار فإن هؤلاء الكبار يتحملون المسؤولية الأولى في خلق الاضطرابات النفسية لدى الفرد ، وبناءً على ذلك فإن مراجعة عملية التعلم من حيث المحتوى أو الأهداف أو الوسائل أمر لا بد منه في تعاملنا مع الاضطرابات النفسية.

ج- نظرية الجشطلت : والتي يرى أصحابها أن الإنسان طالما ظل محافظاً على العلاقات التي تربط بين جوانب نموه المختلفة وطالما ظلت قوانين الحياة هي المنظمة لتلك الجوانب فإن الإنسان لا شك سيتمتع بالصحة النفسية في المقابل إذا حدث أي خلل أو مرض أو انحراف يطرأ على أي جانب من جوانب الإنسان كأن يمرض في جسمه وتضطرب نفسه أو تختل عقيدته أو تتدهور علاقاته الاجتماعية فإنه يفقد صحته النفسية.

د - نظرية المذهب الإنساني : ويرى أصحاب هذه النظرية أن التوافق النفسي يعني تحقيق الفرد لإنسانيته تحقيقاً كاملاً وهذا لا يتأتى إلا بممارسته حرية يدرك مداها وحدودها وتحمل مسؤولياتها ويكون قادراً على التعامل مع الآخرين وكذلك على حبهم ويكون ملتزماً بقيم عليا مثل الحق والخير والجمال وأن يشبع حاجاته الفسيولوجية والنفسية إشباعاً متزناً.

هـ- أصحاب الفكر الإسلامي : يقترب أصحاب المذهب الإنساني في رؤاهم من رؤى المفكرين المسلمين بالنسبة للتوافق النفسي فالمذهب الإنساني يعترف بالبعد الروحي كأحد أبعاد الشخصية الإنسانية ، والذي يعني أن أي خلل فيه أو اضطرابات يؤدي إلى سوء توافق الفرد نفسياً وروحياً ، أما وجهة النظر الإسلامية في التوافق النفسي فتري أنه من الضروري أن يتجه الإنسان إلى استبدال الذات الجسمية والمادية بالذات العقلية ، وأن سعادة النفس الإنسانية يكون باتصالها بالله سبحانه وتعالى في هذه الدنيا كذلك فإن السعادة كما يراها ابن سينا - لا تتم إلا بإصلاح الجزء العملي من النفس أي بإصلاح الأخلاق وذلك بأن يتمسك الإنسان بالفضيلة وهي التوسط بين الضدين.

ويرى الباحث أن التوافق النفسي درجة من درجات الصحة النفسية يتناول السلوك والبيئة بالتعديل والتغيير حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته بحيث يقل الهم والحزن إلى أقصى حد ممكن وتتحقق السعادة التي هي ليست في الحصول على المحبوبات والمطلوبات الدنيوية

الزائلة ، وإنما هي اللذات الإلهية الروحانية التي تحدث للإنسان إذا ما تطهر من دنس الشهوات والذات الحسية واقترب من الله سبحانه وتعالى فأفاض الله عليه من نوره ورحمته فيشعر حينئذ بلذة دائمة فوق كل لذة حسية وصدق الله العظيم في قوله (وَتَزَوَّدُوا فَإِنَّ خَيْرَ الزَّادِ التَّقْوَىٰ وَاتَّقُونِ يَا أُولِي الْأَلْبَابِ) (سورة البقرة، آية ١٩٧).

* الإعاقة البصرية :

الإعاقة البصرية حالة يفقد الشخص فيها المقدرة على استخدام حاسة البصر بفاعلية مما يؤثر سلباً في أدائه ونموه ، وهي حالة عجز أو ضعف في الجهاز البصري تعيق أو تغير أنماط النمو عند الإنسان.

والطفل الكفيف هو الذي يتطلب تعليمه استخدام وسائل غير بصرية ، ويحتاج إلى التعلم بطريقة برايل إذا كان لديه قدر معقول من الذكاء (داليا عبد الهادي ، ٢٠٠١ ، ١١).

وفي جمهورية مصر العربية عرف القانون رقم ١٢ لسنة ١٩٩٦ المكفوفين على أنهم الأطفال الذين فقدوا حاسة البصر أو يعانون من ضعف في حاسة الإبصار لديهم بدرجة يحتاجون فيها إلى أساليب تعليمية لا تعتمد على استخدام البصر، ولا يستطيعون التعامل البصري مع مستلزمات الحياة اليومية في يسر وكفاءة (اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، ١٩٩٨، ٦٩).

وفي معجم علم النفس والطب النفسي مصطلح كف البصر Blind يعنى " عدم القدرة على الرؤية ، أو عدم القدرة التامة على استقبال المثيرات البصرية ، ويحدد الأعمى من الناحية القانونية على أنه من كانت قوة الإبصار لديه تساوى ٢٠/٢٠٠ فى العين الأفضل مع استخدام الوسائل المصححة أو المحسنة للإبصار " (جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفاى ، ١٩٨٩ ، ٤٣٦).

أ - أسباب الإعاقة البصرية :

تتعدد الأسباب التي تؤثر على الجهاز البصري حيث تتفاوت درجة التأثير من الإصابة بالعمى الجزئى إلى الإصابة بالعمى الكلى ، ومن أهمها ما يلى :

- ١- أسباب وراثية : وتتمثل فى العوامل الوراثية كالتهاب الشبكية الوراثى ، والمهاق (Albinism) والتذبذب السريع اللاإرادى لمقلة العين (Rapid eye movement) سواء بشكل أفقى بحركة (بندولية) وهى الشائعة أو رأسى أو دائرى. وعمى الألوان (Color blindness) سواء أكان عمى الألوان الجزئى للون الأحمر والأخضر، والأزرق،

والأخضر، أو عمى الألوان الكلى ويصاب به الأطفال الذكور أكثر من الإناث (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٤، ٢٩-٤٦).

٢- أسباب ولادية : سواء أكانت عوامل ما قبل الولادة كإصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية ، أو عوامل أثناء الولادة مثل إصابة الأم ببعض الأمراض المهبليّة كالزهري. ومن الأسباب الأخرى التي تؤدي إلى الإعاقة البصرية هي مؤثرات ما بعد الولادة كوضع الأطفال المبتسرين في الحضانات ، والتي وجد أنها تسبب العتامة خلف عدسة العين (Larsson, 992-1053, 2010). وهذه الإصابات تكون في الجزء الانكساري (Refractive) للعين (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاقي ، ١٩٩٦، ١٦-٢٣).

٣- أسباب بيئية : كانتشار العمى النهري في أفريقيا أو نقص فيتامين " أ " في آسيا وأفريقيا ، لأن أسبابها تنتشر في هذه البيئات أكثر من البيئات الأخرى ، حيث وجد في دراسة تابعة لمنظمة الصحة العالمية أن السبب الأساسي للعمى في القارة الأفريقية هو الرمد الحبيبي ، وكذلك الأمراض غير المعدية ، مثل البول السكري ، والحوادث ، والإصابات (Khabir, 1528-1531, 2013).

٤- أسباب تشريحية : والتي تعمل على تعطيل العين عن أداء وظيفتها ، ومنها الإصابة في الأجزاء الخارجية للعين التي تتعلق بكرة العين ، والأسباب الداخلية التي تتعلق بالعصب البصري كالتهاب العصب البصري وتلف المراكز العصبية في الدماغ (إبراهيم الزهيري ، ٢٠٠٣، ١٤٥).

٥- أسباب نفسية : فاضطراب الإبصار من أهم الاضطرابات التي يمكن أن تنشأ عن أسباب نفسية فمن وجهة نظر التحليل النفسي يمكن لاضطرابات الإبصار نفسية الأصل أن تدخل ضمن أعراض هستيريا التبدل لتعبير لا شعورياً عن دوافع سبق كبتها، كتعرض النزعات النظرية (الولع بالمشاهد الجنسية) للكبت ، أو تجنب لا شعوري لرؤية بعض الموضوعات التي تثير لدى الفرد قلق الخفاء، ونجدها أحياناً تتسبب في ضيق المجال البصري حيث إن الإبصار المحيطي قابليته شديدة للتشبيك وكثيراً ما يتعرض للانكماش إذا ما تعرضت الحافزات النظرية للكبت، فالبصر المحيطي أقل أهمية للأنا.

ويمكن أن تدخل الاضطرابات البصرية من وجهة نظر التحليل النفسي ضمن ما يسمى بأعصاب العضو (Organ neuroses) حيث يرى فرويد أن العضو الذي يمثل لا شعورياً عضو تناسل عندما يسرف في دوره المولد للشبق تناله بعض الاضطرابات الوظيفية كعضو خادم للأنا.

فوجد مثلاً الاستخدام الدائم للعين في خدمة الإشباع الليبيدي للحافظات النظرية قد يتسبب في أن تنجذب وتنشد العين في اتجاه الموضوعات رغبة في إدماجها مما يؤدي إلى تمدد مقلة العين (قصر نظر) (محمد يوسف ، ٢٠٠٣ ، ١٤٤-١٤٦).

وأياً كانت الإعاقة البصرية ومسبباتها نجد أنها تنقسم إلى نوعين من حيث زمن حدوث الإعاقة ، فالطفل الذي يولد معوقاً بصرياً أو يصاب بالإعاقة قبل سن السادسة يطلق على إعاقته إعاقة بصرية ولادية أو خلقية ، أما إذا أصيب الفرد بالإعاقة البصرية بعد سن السادسة فإنه يطلق عليها ، الإعاقة البصرية الطارئة أو المكتسبة ، والفرق بينهما أن الإعاقة البصرية الطارئة أو المكتسبة يمتاز صاحبها بخبرته البصرية - الأكثر في ضعاف البصر - عن صاحب الإعاقة البصرية الولادية (كمال سالم ، ١٩٩٧ ، ٢٧).

ب- الخصائص المميزة للطفل المعاق بصرياً :

يتميز المعاقون بصرياً ببعض الخصائص التي تميزهم عن أمثالهم من العاديين ، وفيما يلي استعراض لأهم هذه الخصائص :

١- الخصائص الاجتماعية والنفسية :

يمكن تحديد الخصائص الاجتماعية على أنها الأنماط السلوكية المتعلقة بعملية التفاعل الاجتماعي التي تتم بين الطفل والآخرين من الأقران والراشدين ، ويكون هدفها الأساسي هو تحقيق أغراض المتفاعلين من خلال تفاعل اجتماعي بناء ، حيث تلعب البيئة التي يعيش فيها الطفل المعاق بصرياً دورها في نمو شعورها بعجزه ، وهو دور يتراوح بين المواقف التي تغلب عليها سمات المساعدة والمعاونة ، والمواقف التي تغلب عليها سمات الرفض وعدم القبول ، وتترتب على تلك المواقف الاجتماعية المختلفة ردود أفعال تصدر عن المعاق بصرياً ، وتوصف بأنها ملائمة أو غير ملائمة.

ومن أهم الخصائص الشخصية الاجتماعية والنفسية للمعاق بصرياً ما يلي :

- تفقد شخصية المعاق بصرياً إلى عنصر الثقة ويسود نفسيته الخوف ، وذلك بحكم عجزه عن الرؤية الذي يقعه عن ممارسة الكثير من ألوان النشاط التي يمارسها المبصر ، فهو يرغب في الخروج من عالمه الضيق والاندماج في عالم المبصرين لكنه يصطدم بآثار عجزه التي تدفعه مرة أخرى إلى عالمه المحدود.
- تقل قدرة المعاق بصرياً على تحصيل الخبرات عن الطفل المبصر ، حيث أنه لا يستطيع أن يتحرك بنفس السهولة والمهارة التي يتحرك بها المبصر فهو يعجز عن الاستكشاف وجمع

الخبرات ، ومن هنا كانت حاجة الطفل المعاق إلى الرعاية والمساعدة أكبر ، مما يؤدي إلى إحساسه بالعجز المستمر في الاعتماد على ذاته ، الأمر الذي يؤثر على علاقاته الاجتماعية وعلى تكيفه الشخصي والاجتماعي (زينب شقير ، ٢٠٠١ ، ١٧٦).

• أحياناً يظهر على بعض التلاميذ المعاقين بصرياً في هذه المرحلة بعض السلوكيات الغريبة عن المبصرين مثل هز الجسم - فرك العينين - الترنج - إدارة الجسم ... ويفسر علماء النفس أن مثل هذه الحركات تعمل على خفض التوتر والقلق الناتج عن مواقف الإحباط وعدم الشعور بالأمن وهي تشبه بعض حركات العاديين عند القلق مثل : مص الأصابع ، وقضم الأظافر (مديحة حسن ، ١٩٩٤ ، ٣١).

• يعيش الكفيف في عزلة وانطوائية وذلك للتناقض الكبير بين المعاملة التي يلقاها في المنزل وهي تتسم غالباً بالاستجابة لكل مطالبة وتوفير احتياجاته فيزداد اقتناعاً بعجزه ، والمعاملة التي يلقاها من الأطفال أو زملائه المبصرين وهي تتسم بالقسوة.

• نمو الشخصية الانسحابية والرغبة في العزلة عن المجتمع.

• تتعرض شخصية الطفل المعاق بصرياً لأنواع متعددة من الصراعات فهو في صراع بين الدافع إلى التمتع بمناهج الحياة ، والدافع إلى الانزواء طلباً للأمان ، دافع إلى الاستقلال ودافع إلى الرعاية فهو يرغب من جهة أن تكون له شخصية مستقلة دون تدخل الآخرين. وكونه في نفس الوقت يدرك أنه مهما نال من استقلال فإنه يظل في حاجة إلى مساعدتهم (لطفى بركات، ١٩٨١ ، ١٩).

• تنمو لدى الطفل المعاق بصرياً الشخصية القسرية نتيجة إلى عدم مقدرة هذا الطفل على التكيف مع البيئة وذلك لعدم تقبله للمساعدة التي تقدم إليه لأنه يرفض عجزه تماماً.

٢- الخصائص العقلية والمعرفية :

أكدت نتائج العديد من الدراسات السابقة مثل دراسة كل من لوباتا Lopata (١٩٧٦) ودراسة سيد خير الله ولطفى بركات (١٩٨١) على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين قدرات الفرد العادي والمعاق بصرياً على اختبار ستانفورد بينيه. أو الجانب اللفظي من مقياس وكسلر ولكن قد تقل قدرات الذكاء العملية وقد أشار "هيز" إلا أن الإعاقة البصرية لا تؤثر على القدرات العقلية للمعوقين بصرياً (Baker, 1953, 60).

- فالطفل المعاق بصرياً أقل تذكراً للأشياء من الطفل المبصر ، ويكون الطفل المعاق بصرياً غير قادر على الربط بين الأشياء وترابط الأفكار والموضوعات.
- لا يستطيع المعاق بصرياً أن يمارس النشاط التخيلي بعناصر بصرية ، وذلك لأن شعوره وذاكرته يخلوان من هذه الصور وذلك في حالة فقد البصر التام الولادي.
- قد يتقارب أداء المعاق بصرياً من أداء الفرد العادي من الناحية التحصيلية إذا ما توافرت المواد التي تساعد المعاق بصرياً على استقبال المعلومات والتعبير عنها (زينب شقير، ٢٠٠١، ١٨٢-١٨٣).

٣- الخصائص الكلامية واللغوية :

- إن الطفل المعاق بصرياً لا يستطيع متابعة الإيماءات والإشارات وغيرها من أشكال اللغة غير اللفظية ويترتب على ذلك أن معدل تقدم الطفل المعوق بصرياً في تعلم الكلام يسير بمعدل أبطأ من معدل نظيره عند الأطفال العاديين ، ولا يتوقف تأثير الإعاقة البصرية عند حد التأثير على معدل الكلام ، بل يمتد أيضاً ليشمل اكتساب معاني الألفاظ وتكوين المفاهيم.
- رغبة المعاق بصرياً في أن يعلن للمبصرين أنه يتفهم طريقتهم في الكلام والتعبير والفهم وأنه يستطيع أن يجاريهم في نشاطهم وتصوراتهم.
- نظراً لأن المعاق بصرياً لا يرى تأثير كلامه في من يحدثهم فإنه يلجأ إلى تكرار كلماته وتوضيح عباراته والضغط على بعض الحروف لتأكيد المعنى (عبد المجيد عبد الرحيم ، ١٩٩٧ ، ٨٣-٨٤).
- إن الإعاقة البصرية لا تؤثر تأثيراً مباشراً على اكتساب اللغة لدى الفرد المعاق بصرياً ، فهو يسمع اللغة المنطوقة مثل الطفل العادي ، بينما يختلف عنه في اللغة المكتوبة.
- يعاني الطفل المعاق بصرياً من بعض عيوب النطق التي تراوحت ما بين عيوب خفيفة إلى عيوب حادة ، لكن هذه العيوب يمكن علاجها بنسبة أكبر من علاج مثيله من الأطفال الصم.
- من أكثر عيوب النطق انتشاراً إبدال الحروف واللججة ، وترجع هذه العيوب لأسباب سيكولوجية منها: الميول الطفلية ، والتمركز حول الذات ، والإشباع العاطفي ، ومشاعر النقص والتعويض المفرط.
- يركز المعاق بصرياً انتباهه إلى صوت المتحدث فيكشف بصمة الصوت ويفرح عندما يرى المبصر أنه عرف شخصه من صوته ، ولذلك تتكون لدى المعاق بصرياً ذاكرة سمعية علاوة

على الذاكرة اللسية من مصافحة الآخرين ؛ وإحساسه بحرارة أيديهم وطريقة وضعها فى يده.

٤- خصائص التوجه والحركة :

هناك العديد من العوامل التى تؤثر فى حركة المعاق بصرياً ومن أهمها الإحساس بالعوائق، حيث تتسبب الإعاقة البصرية فى فقدان القدرة على إدراك العوائق وبالتالي تجنبها ، وهى بذلك تحد من قدرة المعاق بصرياً على التنقل بحرية فى البيئة ، ولعل أهم هذه العوامل هى:

- إن حركة المعاق بصرياً محدودة ، تتسم بكثير من الحذر واليقظة حتى لا يصطدم بعقبات أو يقع على الأرض نتيجة تعثره بشئ ما أمامه ، ومثل هذا الموقف يؤثر كثيراً على علاقاته الاجتماعية مع الأفراد المحيطين به ، وقد يتخذ الكفيف موقفاً مغايراً من المساعدة التى تقدم إليه فيرفضها ، أى قد يحدث عدم تكيف للمعاق بصرياً مع المحيطين به (ناهد حطبة ، ٢٠٠٢، ١٢٨).

- يستخدم المعاق بصرياً جميع حواسه للقيام بالحركة الصحيحة ، فحاسة السمع لديه تكون إيجابية دائماً فى ملاحظة كل أنواع الأصوات ، بما فى ذلك صدى الصوت ، كما أنه يفسر الروائح المختلفة فى علاقتها بمصادرها ، ويلاحظ التغييرات فى درجة الحرارة ، والتيارات الهوائية ودلالاتها فى توجيه الحركة ، ويتابع القدمين على سطح الأرض ، كما أنه يلاحظ المسافات ليس من خلال عد الخطوات ، ولكن فى ضوء اعتبارات الزمن والحركة والصوت.

٥- الخصائص الحسية :

- قصور المعاق بصرياً عن الرؤية ، الأمر الذى يجعله فى مستوى الخبرات التى يحصلها عن العلم الذى يعيش فيه دون مستوى المبصر ، فهو بحكم هذا القصور لا يدرك من الأشياء التى تحيط به إلا الإحساسات التى تأتيه عن طريق الحواس التى يملكها (زينب شقير ، ٢٠٠١، ١٧٤).

- قد يحصل المعاق بصرياً على خبراته عن طريق حواسه الأربعة وهى اللمس، السمع ، التذوق، الشم فهو يعتمد على حاسة اللمس فى إدراك الأحجام والأشكال وشتان بين ما تؤديه حاسة اللمس ، لأن مدى ما تطلع على العين يفوق كثيراً ما تستطيع حاسة اللمس أن تدركه ، فهى لا تستطيع إدراك المسافات البعيدة عن العين أو إدراك الأحجام الكبيرة والألوان

والأشياء المؤذية التي إذا لمسها الكفيف تعرض من لمسها إلى أذى ، ولهذا فإن المعاق بصرياً في مجال الإدراك أقل حظاً من المبصر ، والعالم الذي يعيش فيه عالم ضيق محدود لنقص الخبرات التي يحصل عليها سواء من حيث النوع أو المدى (لطفى بركات ، ١٩٨١ ، ١٧٦).

• يوجد نقص في المعلومات المتعلقة بطبيعة التنظيم الحسي الذي يؤدي الطفل المعاق بصرياً ولادياً وظائفه الإدراكية في إطاره يمكن أن تتلاحم هذه الحواس في شكل يشبه عملية التصور عند المبصرين ، كما أن البيئة التي ينمو في إطارها الطفل الكفيف ولادياً تختلف عن البيئة التي ينمو فيها المبصر العادي من ناحيتين : الأولى : أن وسائل الطفل المعاق بصرياً في الحصول على الخبرات من هذه البيئة تختلف عن وسائل الطفل المبصر ، والثانية : أن الموقف الاجتماعي للطفل المعاق بصرياً يختلف عن الموقف الاجتماعي للطفل المبصر (فتحي السيد عبد الرحيم ، ١٩٩٠ ، ٣٠٨-٣٠٩).

• فقد الصور البصرية ومحدودية الإدراك الحسي بحدود الحواس السليمة الباقية وشعور المعاق بصرياً بهذا النقص مقارنة بالمبصرين الذين يكونون التصورات الاجتماعية والفنية والأخلاقية والسياسية والدينية.

• اهتمام القائمين على تربية وتعليم الأطفال المعاقين بصرياً نحو تنمية المهارات المركبة لديهم، حيث إن هذا الطفل يعتمد على الصوت كمصدر للحصول على المعلومات ، كما يعتمد على اللمس لتمييز شكل وحجم الأشياء ، وينبغي أن توضع أدوات تقويمية مناسبة للكشف عن استعدادات الأطفال المعوقين بصرياً باستخدام هذين المحكين (السمع واللمس) (أحمد السعيد بونس ، مصرى حنورة ، ١٩٩٧ ، ٧).

ثانياً: بعض الدراسات السابقة :

قام محمد إبراهيم محمد (٢٠٠٧) بدراسة هدفت إلى خفض القلق لدى المراهقين فاقد البصر وتعديل الأفكار الخاطئة التي تراودهم وبعض السلوكيات السلبية التي تصدر عنهم ، وقد بلغت عينة الدراسة (٦٤) طالباً وطالبة من طلاب المرحلة الإعدادية ، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس لقلق المكفوفين ، استمارة جمع البيانات عن فاقد البصر، البرنامج الإرشادي ، وقد توصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القلق لدى الذكور والإناث في التطبيق القبلي والبعدي.

كما أجريا رشاد علي عبد العزيز ، عبد المحسن عبد الحميد إبراهيم (٢٠٠١) دراسة هدفت إلى الكشف على أثر المحافظة على الصلاة في تخفيف حدة بعض الضغوط الدراسية المرتبطة بالنظام الأكاديمي وبالامتحانات والتقويم والمحتوى الدراسي والتفاعل الاجتماعي والمشكلات الشخصية وأيضاً المرتبطة بعملية التعلم لدى عينة من طلبة الجامعة من الجنسين ، وتكونت عينة الدراسة من (١٦٠) طالباً وطالبة من كلية التربية والدراسات الإنسانية بجامعة الأزهر وتراوحت أعمارهم بين (٢١-٢٣) عاماً بمتوسط حسابي قدره (٢١,٩) عاماً وانحراف معياري مقداره (٢,٨٥) ، وتم تطبيق مقياس الضغوط الدراسية وتوصلت النتائج إلى أن الطلاب والطالبات المحافظين على الصلاة أقل إحساساً بالضغوط الدراسية.

وأكدت دراسة " Agrotou " (٢٠٠٣) على التعرف على أثر برنامج في خفض العدوان لدى المكفوفين وتكونت أدوات الدراسة من برنامج يقوم على استخدام الطقوس الدينية واستخدام الموسيقى والمسرحيات ، وتكونت عينة الدراسة من طفلين أحدهما عمره (٩) سنوات كفيف ولديه سلوك عدواني والثاني عمره (١٥) سنة ولديه سلوك عدواني ، وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى أن الطقوس الدينية والعلاج بالموسيقى والمسرحيات لها دور فعال في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال والمراهقين المعاقين بصرياً.

كما هدفت دراسة Jenkins (2004) إلى التعرف على دور المساندة الموجهة والمعونات الخارجية في مساعدة المعلمين في التغلب على ما يمكن أن يواجههم من ضغوط العمل ، وما يشعرون به من إنهاك أو احتراق نفسي ، وتألفت العينة من (٩٤) معلماً من منطقة جنوب تكساس تم اختيارهم من (٣٢) مدرسة ، وتم استخدام مقياس الضغوط ، ومقياس الاحتراق النفسي للمعلمين، وأسفرت النتائج عن فعالية تلك المساندة وما يتلقاه المعلمون من معونات خارجية في التخفيف من حدة الضغوط التي يواجهونها ، والتخفيف من درجة الإنهاك والاحتراق النفسي التي يشعرون بها.

كما أشارت دراسة خالد محمد حسن (٢٠١٠) إلى العلاقة بين الذكاء الوجداني والقدرة على مواجهة الضغوط النفسية عند طلاب المرحلة الثانوية والجامعية ، وتألفت عينة الدراسة من طلاب وطالبات المدارس الثانوية والكليات بمحافظة الفيوم وكان حجم العينة (٣٠٠) طالباً : شملت عينة المرحلة الثانوية (١٤١) طالباً من الجنسين (٦٨ ذكور ، ٧٣ إناث) بينما شملت عينة المرحلة الجامعية (١٥٩) طالباً من الجنسين (٧١ ذكور ، ٨٨ إناث) ، وتم استخدام مقياس الذكاء الوجداني للراشدين والمراهقين ، مقياس الضغوط النفسية ، وكشفت النتائج عن وجود

علاقة ارتباطية دالة بين درجة المجموع الكلي للذكاء الوجداني مع درجة المجموع الكلي للضغط.

وقد قام "حسيب محمد حسيب" (٢٠٠٦) بدراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية التدريب على إدارة الغضب في تحسين جودة الحياة لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية ، وتكونت عينة الدراسة من أربع مجموعات، مجموعتين من الذكور إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة ، ومجموعتين من الإناث إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة ، وقوام كل مجموعة (١٠) أفراد من مدارس النور الثانوية للمكفوفين بمحافظة القاهرة ، أعمارهم تتراوح بين (١٦-١٩) عاماً ، وكشفت الدراسة عن إيجابية فاعلية التدريب على إدارة الغضب في تحسين جودة الحياة لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية ، وذلك بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج مباشرة ، واستمرار هذه الفاعلية بعد انتهاء فترة المتابعة بشهرين.

وهدفت دراسة ياسرة محمد أيوب ، معمر أرحيم سليمان (٢٠٠٧) إلى التعرف على مستوى الاحتراق الوظيفي لدى قطاع المعلمين ، وعلاقته بمستوى الأداء التدريسي والتوافق المهني لديهم ، وتم استخدام مقياس الاحتراق الوظيفي، ومقياس الأداء التدريسي، ومقياس التوافق المهني، وبلغ حجم عينة الدراسة (١١٦) من المعلمين والمعلمات العاملين بالمدارس الحكومية والمدارس التابعة لوکالة الغوث لتشغيل اللاجئين موزعين على (٧) مدارس مختلفة .. وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة دالة سالبة بين مستوى الاحتراق الوظيفي ومستوى التوافق المهني.

وأكدت دراسة (2007) Maren Westphal على التعرف على العلاقة بين الذكاء الوجداني والتوافق لدى طلاب الجامعة ، وأن الذكاء الوجداني يتنبأ بالتوافق الاجتماعي والسوية العاطفية ، طبقت الدراسة على عينة من طلاب الجامعة في مدينة نيويورك بلغت (١٢٤) طالباً ، استخدمت الدراسة مقياس الذكاء الوجداني ، مقياس المزاج المألوف الثلاثي ، وتوصلت النتائج إلى أن كثيراً من مقياس الذكاء الوجداني قد ارتبطت بالتوافق الذاتي الموجه، كما أظهرت دليل واضح على الصلاحية المتزايدة.

كما هدفت دراسة إسلام عبد القادر على السيد (٢٠١١) إلى بيان فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي بغرض تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى الطلاب المتأخرين دراسياً بالمرحلة الإعدادية وأثره على دافعية الإنجاز لديهم، وتكونت عينة الدراسة من ٢٠ طالباً (١٠ مجموعة ضابطة، ١٠ مجموعة تجريبية) أعمارهم ما بين (١٢-١٥) سنة بمدينة بنها وقرية

الشموت، وتم استخدام اختبار مان - ويتني، وكشفت الدراسة إلى فعالية البرنامج العلاجي فسي تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى التلاميذ المتأخرين دراسياً وارتفاع معدل دافعية الإنجاز لديهم إضافة إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية ما بين تخفيف الأعراض الاكتئابية وزيادة دافعية الإنجاز.

كما هدفت دراسة إيناس عبد العزيز كامل (٢٠١٢) إلى معرفة مدى فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي والحد من مستوى الكمالية للموهوبين أكاديمياً، وتكونت عينة الدراسة من (١٣) طالبة موهوبة أكاديمياً بالصف الأول الثانوي بمدرسة البنات الثانوية بمحافظة بني سويف من يعانين من مشكلة الكمالية، تم تقسيمهن إلى مجموعتين (٧ مجموعة تجريبية، ٦ مجموعة ضابطة) موهوبات أكاديمياً، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس الكمالية، مقياس رافن للذكاء، مقياس التفكير الابتكاري، البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي، تم استخدام الأساليب الإحصائية اللابارامترية المناسبة لاختبار صحة فروض الدراسة والتي تمثلت في اختبار مان - ويتني لدلالة الفروق بين الرتب غير المرتبطة لمجموعتين مختلفتين، واختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين الرتب المرتبطة، وتمت جميع المعالجات الإحصائية باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمستوى الكمالية لصالح المجموعة الضابطة، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمستوى الكمالية لصالح القياس القبلي، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبقي لمستوى الكمالية، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي لمستوى الكمالية.

تعقيب على بعض الدراسات السابقة :

من خلال العرض السابق للدراسات السابقة يتضح أن هناك بعض الدراسات تناولت الضغوط النفسية بفنيات مختلفة لخفضها منها التحصين ضد الضغط، والمساندة الموجهة والمعونات الخارجية، مثل دراسات: رشاد علي عبد العزيز، عبد المحسن عبد الحميد إبراهيم (٢٠٠١)، Jenkins (2004).

وهناك مجموعة أخرى من الدراسات تناولت خفض العدوان، والتدريب على إدارة الغضب وتحسين جودة الحياة لدى المعاقين بصرياً مثل دراسة كل من Agrotou (2003)، حسيب محمد حسيب (٢٠٠٦).

كما أن هناك دراسات ركزت على التوافق المهني للمعلمين وأهميته في رفع مستوى الأداء التدريسي مثل دراسة ياسرة محمد أيوب ، معمر أرحيم سليمان (٢٠٠٧) ، وأيضاً دراسة (2007) Maren Westphal التي أكدت على العلاقة بين الذكاء الوجداني والتوافق ، خفض القلق وتعديل الأفكار الخاطئة لفاقي البصر مثل دراسة محمد إبراهيم محمد (٢٠٠٧) ، وهناك بعض الدراسات التي ركزت على العلاقة بين الذكاء الوجداني والقدرة على مواجهة الضغوط النفسية عند طلاب المرحلة الثانوية والجامعية مثل دراسة خالد محمد حسن (٢٠١٠).

يتضح من الدراسات السابقة بصفة عامة ندرة الدراسات في حدود علم الباحث في مجال الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً ، تم استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي، مما دفع الباحث إلى إجراء مثل هذه الدراسة.

فروض الدراسة :

من خلال ما تم عرضه في الإطار النظري والدراسات السابقة، صاغ الباحث الفروض التالية كإجابات محتملة لما أثاره في مشكلة الدراسة من تساؤلات :

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً لصالح المجموعة التجريبية.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً لصالح القياس البعدي.
- ٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي للضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً.
- ٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً.

إجراءات الدراسة :

أولاً : منهج الدراسة :

استخدم الباحث المنهج التجريبي ، واعتمد على التصميم التجريبي ذي المجموعة الواحدة، والقياس القبلي ثم البعدي لهذه المجموعة.

ثانياً : عينة الدراسة :

أ - العينة الاستطلاعية : تم اختيار عينة استطلاعية للدراسة الحالية، وذلك بغرض التحقق من كفاءة الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة، ومراعاة لبعض الجوانب الإجرائية عند تطبيق هذه الأدوات على العينة الأساسية، وبلغ حجم العينة الاستطلاعية (١٢) من المعلمين المعاقين بصرياً والملتحقين بالدبلوم العامة بكلية التربية - جامعة بني سويف.

ب- العينة الأساسية : اختيرت عينة أساسية لإجراء هذه الدراسة قوامها (٢٠) معلماً (١٠) مجموعة ضابطة ، ١٠ مجموعة تجريبية) من المعلمين المعاقين بصرياً والملتحقين بالدبلوم العامة بكلية التربية - جامعة بني سويف ، وتتراوح أعمارهم ما بين (٢٨-٤٨) عاماً ، بمتوسط عمري (٣٩,٢) عاماً ، وانحراف معياري (١,٤٦) ، مع مراعاة أن أفرادها ليسوا من أفراد العينة الاستطلاعية.

ثالثاً : أدوات الدراسة :(*)

١- مقياس الضغوط النفسية للمعلمين إعداد: طلعت منصور، وفيولا الببلاوي وتقنين الباحث.

٢- مقياس التوافق النفسي إعداد وتقنين الباحث.

٣- استمارة جمع البيانات عن المعلم المعاق بصرياً إعداد الباحث.

٤- البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي إعداد الباحث.

التحقق من المعالم السيكومترية لأدوات الدراسة (كفاءة الأدوات) :

١- مقياس الضغوط النفسية للمعلمين :

أعد هذا المقياس في الأصل Friedman وقاما طلعت منصور ، وفيولا الببلاوي (١٩٨٩) بتعريبه وتقنيته بما يتلاءم مع البيئة المصرية ، ويهدف هذا المقياس إلى الكشف عن أولئك المعلمين الذين يعانون من الضغوط النفسية. ويتألف المقياس من ٤٩ عبارة يجاب عنها على مقياس متدرج من ١-٥ حيث إذا كانت العبارة تنطبق بدرجة كبيرة جداً توضع العلامة على (٥) ، وإذا كانت تنطبق بدرجة كبيرة توضع العلامة على (٤) ، وإذا كانت تنطبق بدرجة متوسطة توضع العلامة على (٣) ، وإذا كانت تنطبق بدرجة قليلة أو نادرة توضع العلامة على (٢) ، وإذا كانت لا تنطبق توضع العلامة على (١). وعلى هذا الأساس تتراوح درجات المقياس

(*) انظر ملاحق الدراسة.

بين ٤٩-٢٤٥ درجة تدل الدرجة المرتفعة على ارتفاع مستوى الضغوط النفسية ومعدلها ،
والعكس صحيح. وتغطي عبارات المقياس المصادر والمظاهر الأساسية للضغوط النفسية التي
يتعرض لها المعلمون في عملهم ، والتي يمكنهم معاشتها بدرجات متفاوتة حسب إدراكهم لها.
وقد حسب معرباً المقياس ثباته عن طريق إعادة التطبيق وذلك على عينة من المعلمين (ن =
١٤٠) وبلغ معامل الثبات (٠,٤٧) وهو دال عند (٠,٠١) ، أما صدقه فقد تم باستخدام التحليل
العاملية لعباراته وذلك على عينة (ن = ٦٨٠) ، وتم التوصل إلى وجود سبعة عوامل هي ضغوط
العبء المهني، ونقص الدافعية ، والضيق المهني، وصعوبات إدارة الوقت ، والمظاهر الانفعالية
للضغوط ، والمظاهر السلوكية للضغوط ، والمظاهر الفسيولوجية للضغوط، وتتسبب العوامل
الناجمة من التحليل العاملية على عاملين اثنين يتمثلان في مصادر الضغوط النفسية وتضم ٢٦
عبارة ، ومظاهر الضغوط النفسية وتضم ٢٣ عبارة. كما تم أيضاً استخدام صدق المحك وذلك
باستخدام مقياس الصحة النفسية الذي أعده محمد إسماعيل كمحك خارجي على عينة (ن = ٨٠)
، وبلغ معامل الصدق -٠,٣٣١ ، -٠,٦٤٣ وذلك لعاملية هذا المقياس وهي نسب دالة عند
٠,٠١.

وقد قام الباحث الحالي بحساب الصدق والثبات لهذا المقياس للتحقق من استمرار
صلاحيته للتطبيق فاستخدم لحساب الثبات طريقة إعادة التطبيق وذلك بعد مضي ثلاثة أسابيع من
التطبيق الأول على العينة الاستطلاعية ، وبلغ معامل الثبات ٠,٦٦٢ وهي نسبة دالة عند ٠,٠١ ،
أما الصدق فقد تم حسابه باستخدام مقياس الضغوط المهنية للمعلمين الذي أعده السيد السمدوني
(٢٠٠١) وبلغ معامل الصدق ٠,٥٠١ وهي نسبة دالة عند ٠,٠١.

٢- مقياس التوافق النفسي : إعداد وتقتين الباحث

لبناء مقياس التوافق النفسي في الدراسة الحالية قام الباحث بالاطلاع على مجموعة من
الدراسات التي تناولت التوافق النفسي ، والمقاييس التي استخدمت لقياسها ، ومنها مقياس التوافق
للأطفال الذي أعده عبد الوهاب محمد كامل (١٩٨٨) ، ودراسة قياس التوافق مثل دراسة كل
من: إبراهيم الدسوقي محمود (١٩٨٢) ، نور الهدى عمر محمد (١٩٩٠) ، دراسة زينب محمود
شقيير (١٩٩٣) ، حسين محمد سعد الدين (١٩٩٣).

وتم إعداد مقياس التوافق النفسي في صورته المبدئية من (٨٠) عبارة ، تتعلق بخمسة
أبعاد هي: التكيف الجسمي ، التكيف المدرسي ، التكيف الاجتماعي ، التكيف الذاتي ، التكيف
المنزلي.

وتم تصحيح مقياس التوافق النفسي مثلما تم تصحيح مقياس الضغوط النفسية.

الخصائص السيكومترية لمقياس التوافق النفسي :

(أ) صدق المقياس :

صدق المحكمين :

تم عرض عبارات المقياس على مجموعة من المحكمين ، لتحديد مدى ملائمة كل عبارة للبعد الذي تنتمي إليه ، ومدى صلاحيتها لقياس التوافق النفسي ، واختيرت العبارات التي لا تقل نسبة اتفاق المحكمين على كل عبارة منها عن ٨٠٪ ، وقد أسفرت هذه الخطوة عن استبعاد (١٠) عبارات ، وأصبح المقياس في صورته النهائية يتكون من (٧٠) عبارة.

(ب) ثبات المقياس :

قام الباحث بحساب ثبات مقياس التوافق النفسي بطريقة إعادة الاختبار بعد ثلاثة أسابيع من التطبيق الأول على العينة الاستطلاعية ، وبلغت قيمة معامل الثبات ٠,٧٥ وهي دالة عند مستوى ٠,٠١ ويتضح من الإجراءات.

٣- استمارة جمع البيانات عن المعلم المعاق بصرياً :

من خلال اطلاع الباحث على الدراسات السابقة والرجوع إلى الأدبيات التربوية والأطر النظرية ومقاييس الإعاقة البصرية ، تم تصميم هذه الاستمارة بهدف جمع البيانات عن أفراد عينة الدراسة للتعرف على كل منهم بشكل عميق ، وتكوين صورة واضحة عن كل فرد من أفراد العينة التجريبية للدراسة الحالية.

وقد تضمنت الاستمارة البيانات الأولية للمعلم المعاق بصرياً مثل (الاسم، تاريخ الميلاد، النوع، العنوان، الخبرة الدراسية، تاريخ الإعاقة، سبب الإعاقة، التشخيص الطبي للإعاقة، مهنة الأب، مستواه التعليمي، مهنة الأم، مستواها التعليمي، الدخل الشهري للأسرة، عدد الأخوات، ترتيب المعلم بين أخواته، هل لديه أخوة معاقين).

٤- البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي إعداد الباحث

العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy

أسلوب علاجي يقوم على أساس الدور النشط لكل من الباحث والعميل في إطار علاقة تعاونية قائمة على الثقة المتبادلة بين الطرفين، والمناقشة والقبول بالأفكار والتفسيرات الدقيقة، والموضوعية، ويتم مساعدة العميل للتعرف على الأطر أو الأنماط الخاصة بالتفكير المحرف أو

المشوه، وكذلك الاختلال الوظيفي في السلوك. وعندئذ يتم استخدام المناقشة المنظمة، وبعض المهام السلوكية المقننة لمساعدة المريض على تقييم وتعديل الأفكار المحرفة، والخلل الوظيفي في السلوك.

أهداف البرنامج العلاجي :

الهدف العام : يهدف البرنامج العلاجي العام إلى توفير تقنيات علاجية فعالة لتخفيف ومواجهة الضغوط النفسية لدى عينة من المعلمين المعاقين بصرياً بالدبلوم العام في كلية التربية - جامعة بني سويف. والبرنامج بشكل عام يهدف إلى إكساب أفراد العينة العلاجية الفنيات المعرفية السلوكية، التي تمكنهم من التعامل مع مصادر الضغوط النفسية، والتوترات التي تصاحب انغمارهم في الحياة، حتى يصبحوا قادرين على التعامل مع كافة المواقف التي تواجههم، أو تثير لديهم القلق، ويمكن تحديد أيضاً أهداف البرنامج كما يلي :

هدف علاجي : حيث يهدف البرنامج العلاجي إلى خفض اضطراب - لدى طلاب كلية التربية بني سويف، واستخدام الفنيات المعرفية السلوكية للتعامل مع مصادر القلق لديهم، وذلك من خلال :

- تعريف أفراد العينة بالضغوط النفسية.
- تعريف أفراد العينة بالعلاقة بين الاضطرابات النفسية بشكل عام، والتفكير والسلوك والانفعال.
- بيان العلاقة بين الأفكار الخاطئة والمشوهة، والانفعالات.
- تحديد الأفكار المشوهة والخاطئة، واستبدالها بأفكار صحيحة ومنطقية.
- تحديد الأفكار الخاطئة والمشوهة لدى أفراد العينة، وممارسة عملية لتصحيحها من خلال فنيات البرنامج العلاجية.
- هدف وقائي : ويتمثل هذا الهدف من خلال إكساب أفراد العينة العلاجية بالفنيات اللازمة لممارستها عند الشعور بالتوتر والقلق، واستخدام أساليب التحصين ضد الضغوط النفسية - التعامل مع المواقف المثيرة والمهددة لديهم في المستقبل - استخدام الفنيات العلاجية المناسبة في مواقف التوتر والانزعاج.

هدف تربوي : وتمثل هذا الهدف من خلال تبصير أفراد العينة العلاجية بحقيقة المشكلات التي يعانونها، وكيفية التعامل معها، بشكل موضوعي ومنطقي.

هدف انفعالي : تدريب أفراد العينة العلاجية على ضبط انفعالاتهم، ومراقبة سلوكياتهم وأفكارهم في المواقف المختلفة.

مصادر إعداد البرنامج :

استند الباحث في إعداد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على مصادر عدة تتضمن :

١- ما أورده الباحث في الإطار النظري حول العلاج المعرفي السلوكي.

٢- ما أورده الباحث في بعض الدراسات السابقة.

٣- بعض المؤلفات في العلاج المعرفي السلوكي. لاضطرابات القلق مثل دراسة كل من: عادل

عبد الله محمد (٢٠٠٠)، ناصر بن إبراهيم المحارب (٢٠٠٠)، زينب محمود شقير

(٢٠٠٥)، Beck (1993)، (Hind Daniel, et al., 2010)، إسلام عبد القادر علي

(٢٠١١)، إيناس عبد العزيز كامل (٢٠١٢).

أهمية البرنامج العلاجي :

١- يساهم البرنامج العلاجي في إيجاد طريقة جديدة للعلاج النفسي لاضطرابات الضغوط النفسية.

٢- يعد هذا البرنامج العلاجي من البرامج الأولى المطبقة على الضغوط النفسية لدى طلاب كلية التربية ببني سويف بالدبلوم العام.

٣- يساهم البرنامج العلاجي في خفض اضطرابات الضغوط النفسية وتحقيق التوافق النفسي لدى طلاب كلية التربية ببني سويف.

٤- يساعد البرنامج العلاجي على مواجهة المواقف المثيرة للتغيرات الانفعالية والجسمية لدى طلاب كلية التربية ببني سويف.

الأسس التي قام عليها البرنامج العلاجي :

يذكر حامد زهران (١٩٩٩) أن البرنامج العلاجي لابد وأن يقوم على أسس ومسلمات

ومعاني تتعلق بالسلوك البشري، والعمل، وأخلاقيات الإرشاد والعلاج النفسي والمتمثلة في :

١- الأسس العامة : وهي المسلمات والمبادئ، التي يقوم عليها الإرشاد والعلاج النفسي، حيث

راعى الباحث حق العملاء في العلاج النفسي، وحقهم في تقرير المصير، وحق العملاء في

التقبل، وقابلية السلوك للتعديل.

١- التعريض الخيالي :

يتم ممارسة هذه الفنية مع فنية الاسترخاء أو بدون استرخاء ، وفيه يستحضر العميل بعض المواقف المقلقة، ويستمر في التخيل حتى يصبح العميل لديه ضغوطاً نفسية، عند ذلك يبدأ باستخراج الأفكار والمشاعر التي صاحبت الموقف المتخيل، ثم تبدأ عملية أخرى لمناقشة هذه الأفكار وتحليلها. أما ممارسة التخيل مع الاسترخاء فيتم بنفس الوتيرة السابقة، ولكن عندما يصل العميل إلى القلق الشديد تبدأ عملية الاسترخاء، هنا يكون الاسترخاء مع القلق عامل خافض للقلق.

٢- الحديث الذاتي Self Talk أو الحوار الداخلي Lanner Dialogue :

هذه الفنية تركز على مفهوم أن الحديث الذاتي، الذي يدور داخلنا، بشكل خاص عندما نخبر ضغوطاً نفسية، المعالج يبحث عن إخبار العميل الطريقة التي نتحدث بها لأنفسنا.

٣- التعليمات الذاتية :

استخدم هذه الفنية دونالد ميكنبوم مع عملاءه في كثير من الاضطرابات، بعد أن كان قد لاحظ عملاءه الذين يعالجهم من الهستيريا يتحدثون لأنفسهم بشكل صحي يمكنهم من التغلب على المواقف المختلفة، وفي حالة الضغوط النفسية تستخدم هذه الفنية للتعامل مع المواقف المزعجة من خلال حديث الفرد لنفسه، والطريقة التي يستخدمها في الحديث، وتوقعه للفشل الناتج عن حالة الانزعاج، وهنا يقوم المعالج بتدريب العملاء استخدام العبارات الذاتية الإيجابية من خلال مواقف متخيلة للمواقف المزعجة والمثيرة للضغوط النفسية، ومن خلال :

أ- الإعداد للموقف. ب- مرحلة التغلب على الموقف الصعب.

ج- مدى النجاح في التغلب على المشكلة وتعزيز نفسه.

٤- المراقبة الذاتية :

يتم تدريب العميل على استخدام هذه الفنية من خلال تسجيل بعض من أنشطته اليومية، والسلوكيات التي يقوم بها في مواجهة بعض المواقف، وبشكل محدد المواقف التي تثير انفعالاتهم، حيث يقوم بتسجيل الحدث والسلوكيات التي رافقت هذا الحدث. كما يقوم العميل تحديداً هنا بمراقبة مستويات الضغوط النفسية لديه، الوقت الذي يقضيه العميل بالانزعاج والقلق، تساعد هذه التقنية العميل على إحراز القدرة على تحليل مثيرات الضغوط النفسية لديه وتمكنه

من التعامل بواقعية أكثر من المواضيع المثيرة للانزعاج، وكما يقول يونج وبيك & Young Beck فإن العميل هنا يكتسب روح الواقعية والتعاون بين العميل والمعالج.

٥- التحكم الذاتي لتقليل الحساسية المنتظم :

كانت هذه الفنية قد استخدمت من قبل فولب Wolple لتعليم العملاء مهارة خفض الضغوط النفسية، وقد استخدمت هنا للتحكم بالدوافع الانفعالية والمواجهة في إطار إعادة ترتيب البنية المعرفية، وبالترايق مع عمليات الاسترخاء، وبالذات استخدام التنفس العميق Deep Breathing، التحكم الذاتي في مستوى التغيرات المعرفية، التي تواجه العميل.

٦- التحكم بالدوافع :

وهي تلقن للعميل للتحكم بمشاعره وأحاسيسه وانفعالاته كأن يقوم بتأجيل مشاعر الانزعاج حتى يكمل العمل الذي يقوم به، إيقاف التفكير Stop thinking في المواضيع المثيرة للقلق والانزعاج، جدولة الانزعاج بحيث يجعل وقتاً محدداً ومكان محدد ينزعج فيه بالأوقات التي حدده ولا يتجاوزها، فمثلاً إذا كان نائماً فإنه لا ينزعج وهو نائم بالسريير ولكنه يقوم إلى مكان الانزعاج وينزعج فيه كما يريد. هذه التقنية يستفيد منه العملاء في ضبط انفعالاتهم، لكنها تحتاج إلى تدريب والتزام شديد بالتعليمات والاتفاقات التي عقدها العميل مع نفسه لتنفيذ هذه العملية.

٧- التنفس العميق :

وهي من ضمن فنيات الاسترخاء التي تمكن العميل من تفرغ حالة الشد التي يشعر بها في بعض المواقف الطارئة في المكتب داخل حجرة الدراسة، أثناء الامتحانات، كل ما عليه هو أخذ نفس (شهيق) ، والتوقف لمدة ٥ خمس ثواني ثم إخراج الهواء وهكذا حتى يشعر بالاستقرار والهدوء.

٨- اللعب المباشر بالأفكار :

يمكن استخدام هذه الفنية من خلال فنيات أخرى مثل التعريض التخيلي أو الحوار الذاتي أو لعب الأدوار، وقد استخدمها الباحث الحالي من خلال الفنيتين الأخيرتين، ويتم في هذه الفنية إعادة إنتاج المواقف المثيرة للضغوط النفسية، من خلال اللعب المباشر بالأفكار كأن يقوم المعالج والعميل بتبادل الأدوار في إنتاج الأفكار المثيرة للضغوط النفسية وإعادة تمثيلها باستخدام

فنية تحليل الاعتقادات أو إعادة ترتيب البنية المعرفية بحسب المواقف والأفكار المصاحبة لهذه المواقف.

٩- إعادة ترتيب البناء المعرفي :

هذه الفنية طورها وبدأ باستخدامها جولد فرايد Goldfried ، تم استخدامها كل من بيك Beck والبرت إيس A. Ellis ، الوظيفة الأساسية لفنية إعادة البناء المعرفي هو تلقين العملاء أنماط من التفكير التكيفي، لمساعدتهم على اكتشاف أنماط تفكيرهم المشوه والسليبي، وإدراك الآثار الضارة لهذا النوع من التفكير، وتبديل المعارف المشوهة بأنماط من التفكير السليم والتكيفي. ويعتبر المعارف والأفكار مختلة أو مشوهة عندما تبدو أنها غير واقعية أو غير صحيحة أو عندما تساهم بسلوك غير مرغوب وغير متكيف، ينتج عنها استجابات انفعالية خاطئة. وتستخدم بواسطة المعالج لتعديل اتجاهات واعتقادات العميل الغير صحيحة والافتراضات المشوهة المعتمد على مقدمات خاطئة، ويجب أن نلاحظ أن تدخلات إعادة البناء المعرفي تصمم لتعديل المعارف غير الدقيقة.

١٠- لعب الدور :

فنية علاجية تستخدم لتوليد الحلول المقدمة للمواقف المشككة، المحتوى العلاجي يكون مساند للبيئة الغير مهددة، حيث يأخذ العميل خطواته نحو إتقان المهارة المتعلمة في العلاج مثل إعطاء التعليمات الذاتية وممارسة حل المشكلات أو المهارات الاجتماعية، تزداد فاعلية هذه الفنية في توجيه العميل للتعامل مع المواقف، التي هي في الواقع نتيجة للضغوط النفسية والمواقف المثيرة للانفعال.

١١- تحليل الاعتقادات :

هذه الفنية وضعها Ellis ليتمكن العملاء من تصحيح اعتقاداتهم الخاطئة عبر تحليل الأفكار والمعارف المميزة للاضطرابات الانفعالية كل على حده. وقد تم استخدامها من قبل الباحث الحالي مع فنية العمود الثلاثي، وفنية إعادة ترتيب البنية المعرفية، وذلك لتحديد الحدث المنشط (A) الأفكار والمعارف الخاطئة، وعواقب هذه الأفكار (C)، وتحديد الاعتقادات ، التي تتوسط الحدث (A) ونتيجة (C)، واستخدم الباحث أيضاً فنية سد الفراغات (بيك Beck) - مساعدة العميل على تبين أفكاره الأوتوماتيكية - لمساعدة العملاء على سلسلة الأحداث الخارجية وردود أفعالهم حيالها، في هذه الحالة يكون هناك ما يسميه بيك فجوة Gape ما بين المؤثر والاستجابة الانفعالية. وتم التوضيح للعملاء أن الأحداث المنشطة لا تقود مباشرة إلى العواقب

(النتائج) لكن هناك نظام من الاعتقادات تتوسط الحدث وعواقبه، وتسمى هذه الاعتقادات عند بيك بالأفكار الآلية (ATs)، بينما يسميها إيس بالأفكار اللاعقلانية، وهي معارف تقود إلى انفعالات سلبية شديدة.

١٢- السهم النازل :

وهي فنية تستند أساساً إلى السؤال الثالث من فنية الأسئلة الاستدلالية، وتتضمن التعرف بطريقة معتادة على مواقف مشكلة، والانفعالات غير السارة والأفكار التي حدثت خلال هذا الموقف فبدلاً من تحدي الأفكار ذاتها فإن المعالج يسأل العميل... لنفترض أن ذلك صحيحاً فماذا يعني ذلك بالنسبة لك، وتتالى الأسئلة حتى يتبين للعميل أخطاء تصوره أو من خلال توضيح تضخيم العملاء لبعض المواقف والأحداث وإعطاها أكبر من حجمها.

١٣- الأسئلة الاستدلالية :

هي فنية لا بد وأن يجيدها المرشدون والمعالجون لاستخراج بغض الأفكار والمشاعر التي ترتبط باعتقادات العميل ونظرته للآخرين، وما حوله من مواقف ومواضيع. وهي مثل :

أ - ما هي الشواهد المؤيدة وتلك المعارضة لاعتقاد ما ؟

ب- ما هي التفسيرات البديلة للحدث أو الموقف ؟

ج- ما هي النتائج الحقيقية إذا افترضنا صحة هذا الاعتقاد ؟

وتهدف هذه الأسئلة إلى أن يتفحص العميل معتقداته المختلفة وظيفياً، وأن يوازن من خلال التفسيرات البديلة بين معتقداته، التي لا تقبل الجدل عنده وبين المعتقدات إلى أن يتوقف اعتناقها على التصديق، بحيث تكسب العميل قدرة على التخلي عن تفكيراته المختلفة، والنظر بموضوعية إلى تقسيمه للواقع.

١٤- عبارات المواجهة :

في هذه الفنية يقوم العميل بمواجهة المواقف، التي تثير لديه القلق، عبر محاولة القيام بأشياء أخرى من شأنها صرفه عن المثيرات المقلقة للضغوط النفسية، مثل مشاهدة التلفزيون، قراءة قصة، الاتصال بصديق، أو أن يقول لنفسه... أوقف هذا الانزعاج، القلق غير مجدي، أو يقول لنفسه... حسناً يكفي هذا الانزعاج والقلق (بخفض فترة انزعاجه وقلقه)، وكذلك بأن يقول أن القلق يجعلني أرتكب الأخطاء، وهكذا يوجه العميل إنزعاجاته وقلقه بالانشغال بمسائل أخرى غير مثيرات القلق والانزعاج للضغوط النفسية.

١٥- الاسترخاء العضلي المتقدم :

لقد ثبت بالتجربة أن الإثارة المزمنة والقلق والغضب وغيرها من الاضطرابات الانفعالية يمكن أن تزول بالاسترخاء، كما أن السيطرة على القلق لا تتم في لحظة لكنها تحتاج إلى تدريب منتظم على الاسترخاء (عبد اللطيف موسى، ١٩٩٣، ٨٢)، وقد استخدم الباحث في هذه الدراسة الاسترخاء العضلي المتقدم (تبدأ عملية الإرخاء من قمة الجسم إلى الأسفل) وفقاً لما ذكرته الدراسات، التي استخدمت العلاج المعرفي السلوكي أو التي قارنت بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي في معالجة اضطراب القلق المعمم وتخفيف الضغوط النفسية. وقد تم تدريب العملاء في هذه الدراسة على عمليات الشد ثم الاسترخاء، ثم ممارسة عمليات الاسترخاء في المنزل، وفي وقت الفراغ واختتمت التدريبات بممارسة الاسترخاء في الجلسة الأخيرة بدون شد.

١٦- التدريب على التحصين ضد الضغوط :

هذه الفنية استخدمت لمعالجة عدد متنوع من المشكلات، من ضمنها الفوبيات المتعددة، القلق، هذه الفنية تستخدم كتدخل أساسي لتعليم العملاء أنهم ليسوا بحاجة للشعور باليأس، والانغمار في، عندما يخبرون الضغوط، بدلاً من ذلك يتم مساعدتهم على تعلم طرق للتعامل مع الضغوط بجرعات صغيرة لكي يحصنوا أنفسهم من زيادة من الفشل في التعامل مع المستويات العليا من الضغوط، كما يتم تزويد العملاء بإطار تصوري لكيفية مقاومة الضغوط، التي يواجهها وتتضمن ثلاث مراحل هي : ١- مرحلة التعليم، ٢- مرحلة التكرار، ٣- مرحلة التدريب التطبيقي.

١٧- الواجبات المنزلية :

يكلف العملاء وفقاً لهذه الفنية ببعض الأعمال التي يقومون بها في المنزل تعبئة قوائم مراقبة الأنشطة، تسجيل المواقف والأحداث التي يمرون بها، ثم تسجيل المشاعر والأفكار المرافقة، وتقييم بعض المواقف وتسجيل الأفكار التي راودتهم أثناء تلك المواضيع والمواقف ويتم مناقشة قوائم الواجبات في الجلسات التالية.

نتائج الدراسة ، ومناقشتها :

الفرض الأول : اختباره ، ومناقشته :

والذي ينص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً لصالح المجموعة التجريبية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض ، تم استخدام الأساليب اللابارامترية وهي اختبار مان - ويتي (U) ، وويلكوكسون (W) ، وقيمة (Z) ، والجدول (١) يوضح ذلك.

جدول رقم (١)

قيم U, W, Z ودلالاتها للفرق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للضغوط النفسية والتوافق النفسي (ن_١ = ن_٢ = ١٠)

مستوى الدلالة	Z	W	U	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		المجموعات المتغيرات
				مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
٠,٠١	٣,٨٥	٣٨,٠	٠,٠٠	٣٨	٣,٨	١٥٥	١٥,٥	الضغوط النفسية
٠,٠١	٤,٢٣	٣٩,٠	٠,٠٠	١٦٠	١٦,٠	٣٩	٣,٩	التوافق النفسي

ويتضح من الجدول (١) أن الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين دالة عند مستوى (٠,٠١) وأن هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية في متغيري الضغوط النفسية والتوافق النفسي. وبالتالي فإن هذه النتائج تحقق صحة الفرض الأول.

وهذا يعنى فاعلية البرنامج العلاجي في خفض الضغوط النفسية وتحقيق التوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج مباشرة.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي استخدمت برامج علاجية

في متغيرات مختلفة ، مثل دراسات كل من : (2004) Jenkins ، Maren Westphal

(2007) ، خالد محمد حسن (٢٠١٠) ، إسلام عبد القادر علي (٢٠١١) ، إيناس عبد العزيز كامل

(٢٠١٢) ، حيث أشارت هذه الدراسات إلى أثر البرامج العلاجية المستخدمة في تخفيف الضغوط

النفسية وتحقيق التوافق النفسي لدي العينات المختلفة.

الفرض الثاني : اختباره ، ومناقشته :

والذي ينص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى للضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً لصالح القياس البعدى ."

وللتحقق من صحة هذا الفرض ، تم استخدام اختبار ويلكوكسون وقيمة (Z) كأحد الأساليب الإحصائية اللابارامترية للعينات الصغيرة ، والجدول (٢) يوضح ذلك.

جدول رقم (٢)

قيم Z ودالاتها للفرق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى للضغوط النفسية والتوافق النفسي (ن = ١٠)

مستوى الدلالة	قيمة Z	المجموعة التجريبية بعدى ن = ١٠		المجموعة التجريبية قبلي ن = ١٠		المتغيرات
		مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
٠,٠١	٤,١٥	٠,٠٠	٠,٠٠	١٥٩	١٥,٩	الضغوط النفسية
٠,٠١	٤,٦٢	١٦٥	١٦,٥	٠,٠٠	٠,٠٠	التوافق النفسي

ويتضح من الجدول السابق (٢) أن الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى دالة عند مستوى (٠,٠١) وأن هذه الفروق لصالح القياس البعدى. وبالتالي فإن هذه النتائج تحقق صحة الفرض الثاني.

وهذا يعني فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على تخفيف الضغوط النفسية وتحقيق التوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج واستمرار فاعليته ، وأنه قد حدث تحسن دال في تخفيف الضغوط النفسية وتحقيق التوافق النفسي للمجموعة التجريبية في القياس البعدى أثر تعرضهم للبرنامج ، وهذا ما أكدته دراسة كل من : (نور الهدى عمر محمد، ١٩٩٠) ، (حسن عبد الفتاح الفنجري، ٢٠٠٠) ، (سماح أحمد الأكشر، ٢٠٠٣) ، (ياسرة محمد أيوب ، معمر أرحيم سليمان ، ٢٠٠٧) ، (إسلام عبد القادر علي، ٢٠١١) ، (إيناس عبد العزيز كامل (٢٠١٢).

الفرض الثالث : اختباره ، ومناقشته :

والذي ينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي للضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً " .

وللتحقق من صحة هذا الفرض ، تم استخدام الأساليب اللابارامترية والتي منها اختبار ويلكوكسون (W) ، وقيمة (Z) ، والجدول (٣) يوضح ذلك .

جدول رقم (٣)

قيم Z ودالاتها للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي للضغوط النفسية والتوافق النفسي (ن = ١٠)

مستوى الدلالة	قيمة Z	المجموعة الضابطة بعدي ن = ١٠		المجموعة الضابطة قبلي ن = ١٠		المتغيرات
		مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
غير دال	٠,٣٨	٠,٠٠	٠,٠٠	١١٠,٠	١١,٠	الضغوط النفسية
غير دال	٠,٦٩	١١٤,٠	١١,٤	٠,٠٠	٠,٠٠	التوافق النفسي

ويتضح من الجدول السابق (٣) أن الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي غير دال وهذا ما يحقق صحة الفرض الثالث .

وهذا يدل على أن المجموعة الضابطة والتي لم تتعرض للبرنامج الإرشادي لم يحدث لأفرادها أي تغير له دلالاته وذلك بالنسبة لمتغيرات الدراسة ، وأيضاً أن أفراد المجموعة الضابطة لم يستفيدوا من أسس وقواعد وفتيات البرنامج الإرشادي ، وهذا يتفق مع الدراسات السابقة مثل دراسة كل من : (Agrotou, 2003) ، (حسيب محمد حسيب، ٢٠٠٦) ، (محمد إبراهيم محمد ، ٢٠٠٧) ، إسلام عبد القادر علي (٢٠١١) ، إيناس عبد العزيز كامل (٢٠١٢) .

الفرض الرابع : اختباره ، ومناقشته :

والذي ينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً " .

وللتحقق من صحة هذا الفرض ، تم استخدام اختبار ويلكوكسون من الأساليب اللابارامترية السابقة، والجدول (٤) يوضح ذلك.

جدول رقم (٤)

قيم Z ودالاتها للفرق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للضغوط النفسية والتوافق النفسي (ن = ١٠)

مستوى الدلالة	قيمة Z	المجموعة التجريبية تتبعي ن = ١٠		المجموعة التجريبية بعدي ن = ١٠		المتغيرات
		مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
غير دال	١,٧٣	٦,٠٠	٢,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	الضغوط النفسية
غير دال	١,٤١	٣,٠٠	١,٥٠	٠,٠٠	٠,٠٠	التوافق النفسي

ويتضح من الجدول السابق (٤) أن الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي غير دالة وهذا ما يحقق صحة الفرض الرابع.

وهذا قد يرجع إلى ما تم خلال الفترة الأخيرة من البرنامج من زيادة تدريب أفراد هذه المجموعة على القواعد والفنيات والأسس والأنشطة والواجبات المنزلية التي يقوم عليها البرنامج وما تم تميته خلاله من مهارات وفنيات وذلك بعد معرفتهم وخبراتهم عليها خلال المرحلة السابقة من البرنامج وهو الأمر الذي ساهم بشكل أساسي في استمرار أثر ذلك الخبرة إلى ما بعد انتهاء البرنامج وخلال فترة المتابعة ، وأدى بجانب ذلك إلى عدم حدوث انتكاسة بعد انتهائه، وهذا ما أكدته دراسة كل من: (رشاد على عبد العزيز ، عبد المحسن عبد الحميد إبراهيم ، ٢٠٠١) (Maren Westphal, 2007) ، (خالد محمد حسن ، ٢٠١٠).

أوجه الاستفادة من الدراسة الحالية :

- ١- تؤكد نتائج الدراسة الحالية على أهمية استخدام البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية وتحسين التوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً.
- ٢- بناء برامج علاجية معرفية سلوكية تناسب كل فئة عمرية.
- ٣- عرض هذا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الذي يؤدي إلى خفض الضغوط النفسية وتحسين التوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصرياً على أساتذة الجامعات في كليات

مختلفة لمواجهة طلابهم بعد التخرج في كيفية الحد من الضغوط النفسية والتخلص من التوترات الانفعالية والجسمية مما يؤدي إلى تحقيق مستقبل أفضل وتحقيق التوافق والصحة النفسية.

المراجع العربية والأجنبية

أولاً: المراجع العربية:

إبراهيم الدسوقي محمود (١٩٨٢): دراسة إمبريقية إكلينيكية مقارنة لأثر وفاة الأب على التوافق النفسي عند البنين والبنات فيمن هم دون البلوغ ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة عين شمس.

إبراهيم عباس الزهيري (٢٠٠٣): تربية المعاقين والموهوبين ونظم تعليمهم إطار فلسفي وخبرات عالمية، دار الفكر العربي ، القاهرة.

اتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين (١٩٩٨): النشرة الدورية ، العدد ٥٣، القاهرة، مارس.
اتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين (٢٠٠٠): النشرة الدورية، العدد ٦٤، السنة السابعة عشرة، القاهرة.

أحمد السعيد يونس، مصرى حنورة (١٩٩٧): رعاية الطفل المعوق طبيياً ونفسياً واجتماعياً، دار الفكر العربي، القاهرة.

أحمد عبد الحليم عربيات ، عمر محمد الخرابشة (٢٠٠٧): الضغوط النفسية التي يتعرض لها الطلبة المتفوقون وإستراتيجية التعامل معها ، مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس ، المجلد (٥) ، العدد (٢).

إسلام عبد القادر علي السيد (٢٠١١): فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية وأثره على دافعية الإنجاز لدى الطلاب المتأخرين دراسياً بالمرحلة الإعدادية، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة بني سويف.

إيناس عبد العزيز كامل (٢٠١٢): فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في الحد من مستوى الكمالية للموهوبين أكاديمياً، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة بني سويف.

باترسون، س (١٩٩٠): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. ترجمة حامد عبد العال الفقي، الجزء (٢)، الكويت، دار القلم.

بركات حمزة حسن علي (١٩٨٨): تصور طلاب الجامعة للمستقبل، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.

جابر عبد الحميد جابر ، علاء الدين كفاقي (١٩٨٩): معجم علم النفس والطب النفسي ، الجزء الثاني ، دار النهضة العربية ، القاهرة.

جابر عبد الحميد جابر ، علاء الدين كفاقي (١٩٩٦): معجم علم النفس والطب النفسي ، انجليزي - عربي ، ج ٨ ، دار النهضة العربية ، القاهرة.

- جمال الخطيب (١٩٩٠): تعديل السلوك والقوانين والإجراءات، الرياض، مكتبة الصفحات الذهبية.
- حامد عبد السلام زهران (١٩٩٧): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط٣، القاهرة، عالم الكتب.
- حامد عبد السلام زهران (١٩٩٩): التوجيه والإرشاد النفسي، ط٤، القاهرة، عالم الكتب.
- حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٢): التوجيه والإرشاد النفسي، الطبعة الثالثة، القاهرة، عالم الكتب.
- حسن عبد الفتاح الفنجري (٢٠٠٠): التغييرات الاجتماعية في محافظة الوادي الجديد وعلاقتها بالتوافق النفسي في مرحلة ما قبل مشروع توشكي، مجلة كلية التربية، جامعة أسيوط، المجلد السادس عشر، العدد الأول، يناير.
- حسن مصطفى عبد المعطي (١٩٩٤): ضغوط أحداث الحياة وأساليب مواجهتها: دراسة حضارية مقارنة في المجتمع المصري والأندونيسي، المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد (٨).
- حسيب محمد حسيب (٢٠٠٦): فاعلية التدريب على إدارة الغضب في تحسين جودة الحياة لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية، مجلة كلية التربية، جامعة بني سويف، العدد الخامس، يناير.
- حسين محمد سعد الدين (١٩٩٣): سفر الأب للخارج وأثره على إيجابية التوافق لدى الأبناء، مجلة كلية التربية بدمياط، الجزء الثاني.
- خالد محمد حسن شعبان (٢٠١٠): الذكاء الوجداني والقدرة على مواجهة الضغوط النفسية عند طلاب المرحلة الثانوية والجامعية، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة بني سويف.
- داليا الإمام محمد عبد الهادي (٢٠٠١): فاعلية برنامج متكامل لأطفال الروضة المكفوفين في ضوء حاجاتهم، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.
- ديفيد فونتانا (١٩٩٤): الضغوط النفسية، ترجمة حمدي الفرماوي ورضا أبو سريع، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- رشاد علي عبد العزيز موسى، عبد المحسن عبد الحميد إبراهيم (٢٠٠١): دور الصلاة كإستراتيجية دينية في تخفيف حدة بعض مصادر الضغوط الدراسية لدى عينة من طلبة الجامعة، مجلة كلية التربية، العدد ١٠٢، جامعة الأزهر.
- رمضان محمد القذافي (١٩٩٨): الصحة النفسية والتوافق، ط٣، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.

- رنا أحمد زواوي (١٩٩٢): أثر الإرشاد الجمعي للتدريب على حل المشكلات في خفض التوتر، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم العلوم التربوية، الجامعة الأردنية.
- زينب محمود شقير (١٩٩٣): أثر الحرمان المبكر من الوالدين على السلوك التكيفي والسلوك غير التكيفي للأبناء في مرحلة المراهقة، مجلة كلية التربية ببناها.
- زينب محمود شقير (٢٠٠١): سيكولوجية الفئات الخاصة، دار النهضة المصرية، القاهرة.
- زينب محمود شقير (٢٠٠٥): مقياس -، مكتبة النهضة المصرية، ط١، يناير، القاهرة.
- سماح أحمد الأكثر (٢٠٠٣): برنامج إرشادي لتخفيف الضغوط النفسية لدى معلمي التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة بالمرحلة الابتدائية، رسالة ماجستير، كلية التربية بشبين الكوم، جامعة المنوفية.
- سهير كامل أحمد (٢٠٠٢): التوجيه والإرشاد النفسي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- السيد إبراهيم السمدوني (٢٠٠١): الذكاء الوجداني والتوافق المهني للمعلم، مجلة عالم التربية، المجلد (١)، العدد (٣).
- طلعت منصور، فيولا البيلاوي (١٩٨٩): قائمة الضغوط النفسية للمعلمين (كراسة الأسئلة - التعليمات)، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- عادل إبراهيم عبد الله (١٩٩٨): مناهج الدراسات الاجتماعية في المرحلة الإعدادية الأزهرية في ضوء مبادئ حقوق الإنسان، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الأزهر.
- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠): العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، القاهرة، دار الرشاد.
- عبد الرحمن سليمان الطيريري (١٩٩٤): المؤشرات السلوكية الدالة على مستوى الضغط النفسي من خلال بعض المتغيرات، حولية كلية التربية، جامعة قطر، السنة (١٨)، العدد (٨).
- عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٦): الحاجات الإرشادية للأطفال المعوقين، المؤتمر الدولي الثالث لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.
- عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٤): معجم الإعاقة البصرية، زهراء الشرق، القاهرة.
- عبد الفتاح رجب على (٢٠٠٤): الضغوط النفسية وعلاقتها بفاعلية الذات العامة والتنوعية لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة، مجلة كلية التربية، جامعة بني سويف، العدد (٢)، الجزء (٢)، أكتوبر.
- عبد اللطيف موسى عثمان (١٩٩٣): فن الاسترخاء، القاهرة، مطابع الزهراء، للإعلام العربي.
- عبد الله تيسير الحواجري (٢٠٠٤): العلاقة بين الضغوط النفسية والإصابة بالقرحة الهضمية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.

عبد الله جاد محمود (٢٠٠٥): بعض عوامل الشخصية والمتغيرات الديموجرافية المسهمة في الاحتراق النفسي لدى عينة من المعلمين، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، العدد (٧٥).

عبد المجيد عبد الرحيم (١٩٩٧): تنمية الأطفال المعاقين، دار غريب للنشر، القاهرة.

عبد المطلب أمين القريظي (٢٠٠٣): في الصحة النفسية، ط٢، القاهرة، دار الفكر العربي.

عبد الوهاب محمد كامل (١٩٩٨): قائمة تقدير التوافق للأطفال، كراسة التعليمات، طنطا، المكتبة القومية الحديثة.

على محمد محمد الديب (١٩٩٠): الإقامة بالأقسام الداخلية وعلاقتها بالتوافق الشخصي الاجتماعي والإنجاز الأكاديمي للطلاب بالكلية المتوسطة للمعلمين في سلطنة عمان، مجلة علم النفس، العدد (١٤) إبريل - مايو - يونيو، السنة الرابعة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

عماد على عبد الرازق (١٩٩٨): المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط في العلاقة بين المعاناة الاقتصادية والخلافات الزوجية، المجلد الثامن، العدد الأول، دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسية المصرية (رانم)، القاهرة، ص ص ١٠٣-١٤٤.

فتحي السيد عبد الرحيم (١٩٩٠): سيكولوجية الأطفال غير العاديين، الطبعة الرابعة، دار القلم، الكويت.

كمال سالم سيسالم (١٩٩٧): المعاقون بصرياً خصائصهم ومناهجهم، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة.

لطفي بركات أحمد (١٩٨١): تربية المعوقين في الوطن العربي، دار المريخ للنشر والتوزيع، الرياض.

لويس كامل مليكة (١٩٩٤): العلاج السلوكي وتعديل السلوك، ط٢، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

مايسة أحمد النيال، هشام إبراهيم عبد الله (١٩٩٧): أساليب مواجهة ضغوط أحداث الحياة وعلاقتها ببعض الاضطرابات الانفعالية لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة قطر، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي (٢-٤ ديسمبر)، جامعة عين شمس.

محمد إبراهيم محمد خير الله (٢٠٠٧): مدى فاعلية برنامج إرشادي لخفض القلق لدى المراهقين فاقدى البصر، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة أسيوط.

محمد حسن الشناوي، يوسف أبو الرب، ماجدة السيد عبيد، حزامة جودت، جاسر الرفاعي، نادية بني مصطفى (٢٠٠١): التنشئة الاجتماعية للطفل، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع.

محمد عباس يوسف (٢٠٠٣): دراسات فى الإعاقة وذوى الاحتياجات الخاصة، دار الغريب، القاهرة.

محمد عوض الترتوري ، محمد فرحان القضاة (٢٠٠٦): المعلم الجديد: دليل المعلم فى الإدارة الصفية الفعالة ، (١ط) ، عمان ، دار الحامد ومكتبته للنشر والتوزيع.

محمد محروس الشناوي (د.ت): موسوعة الإرشاد والعلاج النفسى (١)، نظريات الإرشاد والعلاج النفسى، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

مديحة حسن محمد (١٩٩٤): برنامج مقترح فى الرياضيات لتنمية التفكير الابتكارى للكفيف فى المرحلة الابتدائية، مؤتمر أطفال فى خطر، القاهرة.

ناصر بن إبراهيم المحارب (٢٠٠٠): المرشد فى العلاج الاستعرافى السلوكى، الرياض، دار الزهراء.

ناهد حطبة (٢٠٠٢): محاضرات فى التدريب الميدانى التعليم المبنى على الكفايات للأطفال العاديين وذوى الاحتياجات الخاصة، التخطيط، التنفيذ، التقويم، حورس للنشر، القاهرة.

نور الهدى عمر محمد (١٩٩٠): المشكلات السلوكية والتوافق النفسى لأطفال الأسر المتصدعة فى المراحل الابتدائية ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية بأسوان ، جامعة أسيوط.

هارون توفيق الرشيدى (١٩٩٠): الأنماط المزاجية وعلاقتها بحالات الاستثارة والضغط النفسى لدى الفصامين ، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية ، جامعة طنطا.

هاتم حامد باركندي (١٩٩٣): مستوى ضغط المعلم وعلاقته بالطمأنينة النفسية وبعض المتغيرات الديموجرافية ، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، العدد (٦).

ياسرة محمد أيوب ، معمر أرحيم سليمان (٢٠٠٧): الاحتراق الوظيفى لدى المعلمين بمحافظات قطاع غزة وعلاقته بمستوى أدائهم التدريسي وتوافقهم المهني ، مجلة كلية التربية ، جامعة بني سويف ، العدد التاسع ، ديسمبر.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

Agrotou, Anthi (2003): Spontaneous ritualized play in music therapy: A tehncial and theoretical analysis, American. Journal of psychiatry, Aug, 160, 8, 1396-1404.

Barrett, P.M. (2001): Cognitive behavior treatment of anxiety disorders in children: Long term (6-years) follow-up. J. Consutclin. Psychol. Feb. 69(1), PP. 135-141.

Beck Aaron T. (1993): Cognitive therapy: Past present, and future. Journal of Consulting Clinical Psychology, 61(2), 194-198.

- Beck J.S. (1995):** Cognitive therapy: basic and beyond. New York: Guilford.
- Beck, A. & Wisheor, M. (1989):** Cognitive therapy in R.J. Corsini & D. Wedding Current Psychotherapy. 4th ed.
- Beckham E.E. & Laber W.R. (1995):** Handbook of depression, New York, Guilford Press.
- Brewin C.R. (1998):** Cognitive change processes in psychological Review, 96, 3, 379-394.
- Chuck Falcon (2002):** Negative thinking: Mental Health. This article has been excerpted from the book psychology. Made Easy. Available on <http://www.mentalhealth.com>.
- Condreil, Constance & Karp (2008):** Measures of aggression in questionnaire ratings and stories from the appreciative personality test, perceptual and motor skills. 86, 3, Jun, Pt 2P. 1187-1191.
- Donald Moss (2002):** Anxiety disorder. Identification and intervention. In B. Horwitz (ed.). Performance anxiety origins and management 1st edition reprinted with permission of Delmer, Division of the thompson learning. The book will be available on, <http://www.aapb.org>.
- Dunham, J. (1984):** Stress inteaching London; Groom Helm.
- Evanz J.M.G., Hollons D, & Deyubeis R.J. (1992):** Differential relapse following cognitive therapy and pharmacology for depression. Archives of General Psychology 49, pp. 802-808.
- Gillian Butler (1994):** Generalized anxiety disorder combined behavior therapy and cognitive therapy. Chapter 11. in Adult Behavior Therapy Casebook Edited by Cynthia G, New York. Last and Michel Hersen. Plenum Press.
- Gregson, O. & Looker, T. (2009):** The biological basis of stress management. Journal of Guidance and counseling, 22(1), 35-43.
- Hind Daniel, Ocathain Alicia, & Cooperp Cindy (2010):** The acceptability of computerized cognitive behavioural therapy for the treatment of depression in people with chronic physical disease: A

- qualitative study of people with multiple sclerosis. *Psychology, Health; Jul, Vol. 25 Issueb, P. 699-712, 14 p, 1 chart.*
- Jenkins, J. (2004):** The role of outer supports and external help in assisting teachers outcome vocational stress. Unpublished Ph.D. Dissertation, Texas A. & A. University.
- Judith, S, Beck (1995):** Cognitive therapy: basic and beyond. New York. Guilford.
- Judith, S, Beck (2002):** Cognitive therapy: basic and beyond. New York. Guilford.
- Kat E. Hamilton and Keith S. Dobson (2002):** Cognitive therapy of depression pretreatment patient predictors of outcome. *Clinical Psychology Review. V. 22(6), PP. 875-893.*
- Khabir Ahmad (2013):** Who program gives hope to blind and partially sighted people in Africa, *Lancet, Vol. 355, Issue 214: 1528-1531.*
- Larsson, E.K. (2010):** Short and long term follow up of ophthalmological findings in return infants and children, University Printers, Uppsala, Sweden, Vol. 65-04C of dissertation abstracts international: 992-1052.
- Mahony M.J. (1993):** Introduction to the special section theoretical in the cognitive psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. 61, 2, 187-193.*
- Maren Westphol (2007):** Emotional intelligence and adjustment in college students, doctoral dissertation, Columbia University, (Dissertation & Thesis in Proquest, No: AAT 2007-2010).
- Mc Cleelan & Diana, E.K. (2001):** Assessing young children social competence. Eric Document, No. 450853.
- Paula Annaford-Martin (2000):** Cognitive-behavioral therapy. Gal encyclopedia of medicine. Gal Research. Available on <http://www.Findarticales.Com>.
- Robert D. Friedberg (2002a):** How to do cognitive behavior therapy with young children (it's all good). *Manisses. issue Apr. available on. http:// www.findarticales.com.*

- Robert W. Wester Myer (2002b):** The cognitive model of anxiety. Available on. <http://www.habitsmart.com>.
- Robert W. Wester Myer (2002c):** The structural model of cognition. Available on. <http://www.habitsmart.com>.
- Sarafino, E. (1994):** Health psychology. Piopsychosocial interactions 2nd ed. New York: Johan Wiley & Sons, Inc.
- Speck, B. (1999):** Defining stress as ethical conflict. Bulletin of the Association for Business Communication, 56(1), 34-37.
- William Sanderson (2012):** Cognitive behavioral treatment program for anxiety and depression. Available on. <http://www.dsanderson.com>.