

Effectiveness of A Logo-therapy Based Programme in Reducing Social Anxiety among Blind Adolescents

Adulrahman Ahmad Mohammed Albulayhi
Faculty of Education
Hail University
Blbl86@hotmail.com

Received : 20/06/2021

Accepted :30/08/2021

Abstract:

The current study aims at preparing and evaluating a counseling program based on counseling in the sense to reduce social anxiety among blind adolescents. The study sample consisted of (20) blind teenagers at the Al-Noor Institute in Buraidah, and it used the social anxiety scale for blind adolescents, and the counseling program (prepared by the researcher). The results of the study reveal that there are statistically significant differences between the mean scores of the experimental group and the control group in social anxiety among blind adolescents, in favor of the experimental group, as well as the presence of statistically significant differences between the mean scores of the experimental group in social anxiety among blind adolescents in the pre and post measurements, in favor of the post-measurement, and there are no statistically significant differences between the mean scores of the experimental study group in social anxiety among blind adolescents in the post-measurement and follow-up (two months after the end of the program).

Keywords: Counseling with Meaning - Social Anxiety - Blind Adolescents.

فاعلية برنامج قائم على الإرشاد بالمعنى لخفض القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين

عبدالرحمن بن أحمد بن محمد البليهي

كلية التربية

جامعة حائل

Bbl86@hotmail.com

القبول : 2021/08/30

الاستلام : 2021/06/20

الملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى إعداد وتقييم برنامج إرشادي قائم على الإرشاد بالمعنى لخفض القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين، وتكونت عينة الدراسة من (20) مراهقاً مكفوفاً بمعهد النور بمدينة بريدة، واستخدمت مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين، والبرنامج الإرشادي (إعداد الباحث). وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية، وأفراد المجموعة الضابطة في القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين، لصالح المجموعة التجريبية، وكذلك وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين في القياسين: القبلي والتبعي، لصالح القياس التبعي، وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مجموعة الدراسة التجريبية في القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين في القياسين: التبعي والتتبعي (بعد شهرين من انتهاء البرنامج).

الكلمات المفتاحية: الإرشاد بالمعنى - القلق الاجتماعي - المراهقون المكفوفون.

المقدمة:

رأسها القلق الاجتماعي؛ فإنها ليست بالضرورة أن تحدث خللاً في الفاعلية النفسية، وقد يرجع ذلك إلى وجود بعض العوامل الوسيطة التي تقلل تأثير الإعاقة البصرية في جوانب الحياة للشخص المعوق⁽⁴²⁾.

لذلك يجب أن نهتم بهذه الفئة حتى تكون فئة منتجة للمجتمع، والتعرف إلى المشكلات والمعوقات التي تواجههم، والسعي إلى حلها قدر المستطاع، وكذلك الاضطرابات النفسية والاجتماعية التي يعانون منها، ومن هذه الاضطرابات والتوترات قلق الكفيف من متابعة الآخرين له، ومراقبته والتركيز معه، وأن الآخرين يرصدون عليه أخطاءه، وهذا يجعله دائم التوتر والقلق من أحكامهم عليه، وخائفاً من أن يخسر مكانته بينهم، وهذا هو القلق الاجتماعي، وهذا النوع من القلق هو أكثر الأنواع انتشاراً بين المكفوفين. وبداية السن الذي يظهر فيه اضطراب القلق الاجتماعي هو مرحلة المراهقة المبكرة، وهي مرحلة حساسة لنمو وظهور القلق الاجتماعي⁽⁴⁾.

ويظهر القلق الاجتماعي في صورة استجابات معرفية وسلوكية وانفعالية؛ إثر التعرض لموقف اجتماعي معين لدى المراهق الكفيف، يتضمن مشاعر الضيق الاجتماعي وتجنب الآخرين، والخوف من التقييم السلبي من قبلهم، كما يظهر في صورة أعراض فسيولوجية مختلفة، تتمثل في: احمرار الوجه، وسرعة ضربات القلب، والدوار،

تعد الإعاقة البصرية من أكثر الإعاقات إثارة للمشكلات النفسية مقارنة بغيرها من أنواع الإعاقات الأخرى؛ ذلك أن آثارها تكون ظاهرة للعيان، فضلاً عن أنها لا تكون سبباً في وجود المشكلات النفسية فحسب، بل إنها ترتبط أكثر ما ترتبط بالعديد من مشكلات التفاعل الاجتماعي؛ ذلك أن الشخص الكفيف عادة لا يستطيع التكيف بسهولة مع أوجه النشاطات الاجتماعية المختلفة، وقد يؤدي به ذلك إلى ما يسمى بالعزلة الاجتماعية⁽³⁰⁾. وتشير الإحصائيات إلى أن عدد المكفوفين يصل إلى (45) مليون كفيف على مستوى العالم، بمعدل زيادة من (1) إلى (2) مليون بدون تدخل، ويصل عدد المكفوفين في مصر إلى (727) ألف، ويزيدون كل عام بحوالي (15) ألف كفيف؛ مما يوحي بوجود زيادة مطردة للأشخاص المصابين بتلك الإعاقة، الأمر الذي يستوجب اتخاذ كافة السبل لرعايتهم وجعلهم أعضاء فاعلين في مجتمعاتهم التي ينتمون إليها⁽²⁾.

أما في المملكة العربية السعودية فتشير الهيئة العامة للإحصاء بها، إلى أن أكثر الصعوبات انتشاراً لدى السكان السعوديين ذوي الإعاقة، ممن لديه صعوبة واحدة هي صعوبة الرؤية البصرية؛ حيث بلغت نسبة الذين يعانون من تلك الإعاقة (46.02%) من إجمالي السكان السعوديين ذوي الإعاقة ممن لديه صعوبة واحدة⁽²⁾.

وعلى الرغم من وجود بعض الأدلة التي تشير إلى أن الإعاقة البصرية ربما تضع المراهق في خطر المعاناة من المشكلات النفسية، وعلى

مفهوم سلبى لدى المعوق بصرياً عن صورة وجهه؛ فيجتهد فى الابتعاد عن الآخرين والانزواء عنهم، كما يترتب على هذه الإعاقة بعض المشكلات فى عمليات النمو الاجتماعى، واكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية⁽²²⁾.

وهنا يأتي دور البرامج النفسية للعمل على تخفيف حدة القلق الاجتماعى لدى الكفيف، وبذل الجهد فى محاولة تأهيله وإعداده للانخراط فى مجتمعه بشكل ناجح وفعال؛ وذلك عن طريق التدخل ببرامج إرشادية أو علاجية للحد من هذا الاضطراب، وتهتم الدراسة الحالية بتصميم برنامج إرشادى قائم على الإرشاد بالمعنى؛ للمساهمة فى الحد من تلك المشكلة التى تعوق المراهق الكفيف عن المشاركة فى نشاطاته الاجتماعية، بنحو فيه الكثير من الثقة بالذات والآخرين.

مشكلة الدراسة:

احتلَّ القلق الاجتماعى موقعاً مهماً فى التصنيف الدولى العاشر للاضطرابات النفسية (ICD-10)، الذى أصدرته منظمة الصحة العالمية عام (1992)، حيث يضع القلق ضمن فئة "اضطرابات القلق الرهابى"، ويتحدد القلق الاجتماعى فى هذا التصنيف بأنه اضطراب يبدأ غالباً فى مرحلة المراهقة، ويتمركز حول الخوف من نظرة الآخرين، ويؤدى إلى تجنب المواقف الاجتماعية، ويبدو القلق الاجتماعى فى أعراض نفسية أو سلوكية، ويظهر فى مواقف اجتماعية معينة، حيث يعدّ الإحجام عن المواقف الرهابية من أبرز معالم القلق الاجتماعى، الذى يؤدى فى الحالات الشديدة إلى العزلة الاجتماعية الكاملة⁽¹⁹⁾.

وبناء على ما سبق فإن القلق الاجتماعى يظهر أول ما يظهر فى مرحلة المراهقة، ويتخذ أشكالاً سلوكية يظهر من خلالها فى تلك المرحلة، حيث يرتبط هذا الاضطراب بالقلق المتصل بالمواقف الاجتماعية، والتهيب من التعامل مع الآخرين، ويوصف بأنه حالة مرضية تؤدى إلى الخوف من مراقبة الناس؛ فغالباً ما يتجنب أصحاب هذا الاضطراب أي مناسبة اجتماعية تؤدى بهم إلى التعامل مع الآخرين بثقة واطمئنان⁽³³⁾.

بيد أن هذا الاضطراب قد يتخذ صورة أشد عند المراهقين ذوي الإعاقة البصرية؛ ذلك أن تلك الإعاقة تؤثر تأثيراً واضحاً فى سلوك المكفوفين، حيث توجد لديهم صعوبات فى عملية التفاعل الاجتماعى، وفى اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلال عن الآخرين؛ وذلك لنقص خبراتهم الاجتماعية، وقلة الفرص الاجتماعية المتاحة لهم فى الاحتكاك بالآخرين والاتصال بالعالم الخارجى المحيط بهم؛ ولذلك فهم دائماً فى تهيّب من نظرة الآخرين لسلوكهم وأنماط التفاعل الاجتماعى لديهم، ويعتقدون دائماً أن الأنظار موجهة نحوهم بصفة مستمرة⁽¹¹⁾.

ونظراً لأن المراهقين المكفوفين فى حاجة دائمة إلى مساعدة الآخرين، ولا يستطيعون تحقيق الاستقلالية الاجتماعية بشكل كامل؛ فإن ذلك قد يزيد لديهم من حدة الشعور بالقلق الاجتماعى، وتهيب التعامل مع الآخرين، خاصة فى المواقف التى لا يتوفر لهم فيها وجود ملازم أو

والعرق الغزير، والشعور بالغثبان... وغيرها من الأعراض الجسمية المختلفة⁽¹¹⁾.

كما يتضمن اضطراب القلق الاجتماعى مخاوف ملحوظة ومستمرة من التقييم السلبى فى المواقف الاجتماعية ومواقف الأداء، حيث يتجنب الأشخاص هذه المواقف أو يتحملونها مع قلق شديد، الأمر الذى يؤدى إلى نقص واضح فى الأداء والفاعلية فى الحياة اليومية، وتؤكد النماذج المعرفية والسلوكية دور الإدراك السلبى والتحيز فى عمليات معالجة المعلومات، وسلوكيات التجنب فى حدوث القلق الاجتماعى واستمراره⁽⁴³⁾.

وهذه المخاوف وتلك السلوكيات الناجمة عن القلق الاجتماعى تستدعى تدخلاً إرشادياً لتخفيف آثارها والحد منها. ومن أبرز الفنيات الإرشادية لتحقيق هذا الغرض، تلك الفنيات القائمة على الإرشاد بالمعنى، فهو إحدى الطرق الوجودية فى الإرشاد القائم على نظرية العلاج بالمعنى الوجودى وفنياته عند (Frankle)، حيث يركز على اكتشاف معنى الحياة، وتحقيق فردية العميل، وأن يصبح أكثر مسؤولية بالنسبة لحياته، ومساعدته فى ترسيخ إرادة المعنى، والاتجاه نحو الحياة، ويعدّ الإرشاد بالمعنى اتجاهاً إنسانياً فى علم النفس ومجال الإرشاد النفسى، بيد أنه يعدّ صورة حديثة لتلك المدارس الإرشادية الأخرى؛ حيث إنه وسع النظرة الإرشادية التى كانت تنظر للإنسان من منظور اجتماعى أو بيولوجى فقط، إلى منظور إنسانى أرحب يتمحور حول البحث وراء معنى لحياته؛ يدفع لقبول المعاناة فى هذه الحياة، وحبّ الآخرين، ومحاولة الاستفادة من خبراتهم؛ مما يجعل الحياة تستحق العيش⁽²¹⁾.

هذا ويعتمد الإرشاد بالمعنى على الفلسفة الوجودية التى تركز على المجالات والجوانب الموضوعية للكائن البشرى، كما يشترك الإرشاد بالمعنى والوجودية، فى الرأي القائل بفردية كل شخص بشخصيته المختلفة عن غيره، وكل فرد يعد مسؤولاً ومسؤولية كاملة عن تحديد قيم الحياة واكتشافها. وقد أكد (فرانكل) على الاحترام والتعهد الروحي للحياة والأهداف والمهام، وما يعطيه الناس للحياة، وكيفية مواجهة المهام الموكلة إليهم وتحديات الحياة، فكل هذا يحدد ويؤدى إلى المعنى. كما يرى فرانكل (1973) أن كل إنسان لديه الإحساس بالمعنى الشخصى لحياته، وكل فرد يرى الحياة بصورة مختلفة كلياً عن الآخرين، ويعرف مسؤوليته نحو ابتكار هويته وخلقها، وأن يرى الإنسان نفسه من الداخل ويعيها، ويفهمها غاية فى الأهمية لكي يعرف شخصيته، ويستطيع إيجاد واكتشاف المعنى⁽²⁹⁾.

وتكاد تتفق أغلب الأدبيات التى تناولت الخصائص الانفعالية والاجتماعية لفئة المراهقين المكفوفين، على أن معظمهم يغلب عليه القلق من المجتمع، وسوء التوافق الاجتماعى، والذى يؤدى إلى تكوين مفهوم سلبى عن ذواتهم، كما يؤدى كذلك إلى ضعف الثقة بالنفس، وانخفاض الإحساس بالأمن، فضلاً عن مشاعر العجز والدونية التى ترفع من مستوى الخضوع، حيث إن الإعاقة لها دور كبير فى تكوين

الكشف عن أثر البرنامج الإرشادي القائم على الإرشاد بالمعنى، المستخدم في الدراسة الحالية في خفض من مستوى القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين.

أهمية الدراسة.

الأهمية النظرية:

تقديم تراث نظري حول مفاهيم الدراسة الأساسية، وأهمها القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين؛ مما يثري مجال التربية الخاصة بصفة عامة، ومجال الإعاقة البصرية على وجه الخصوص.

الأهمية التطبيقية:

تصميم وتطبيق برنامج إرشادي يسعى لخفض القلق الاجتماعي؛ مما يمكن الاستعانة به -إذا ما حقق تأثيراً إيجابياً- من قبل الأخصائيين النفسيين العاملين في مجال المكفوفين. وكذلك توجيه اهتمام القائمين على رعاية المراهقين المكفوفين إلى أهمية هذه المرحلة وخطورتها، وأنها تعد مرحلة خصبة لنمو المشكلات النفسية والاجتماعية. كما قد تساهم نتائج الدراسة وتوصياتها في لفت نظر الباحثين إلى إجراء المزيد من الدراسات التي تستهدف فئة المراهقين المكفوفين، من مستخدمي متغيرات أخرى أو مشكلات مختلفة.

مصطلحات الدراسة:

الإرشاد بالمعنى (Logo-therapy):

هو نمط من العلاج النفسي يركز على المعنى للوجود الإنساني، وبحث الإنسان عن هذا المعنى الذي يمكن أن يتحقق، ويتم اكتشافه من خلال القيم الإنسانية الثلاث التي تشمل: القيم الابتكارية، والقيم الخبراتية أو التجريبية، والقيم الاتجاهية⁽¹⁾.

ويعرف إجرائياً بأنه: مجموعة من الفنيات التي تعتمد على أسس نظرية العلاج بالمعنى ومبادئها، التي تستخدم بغرض خفض القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين.

القلق الاجتماعي (Social Anxiety):

عرفته الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA)⁽³⁶⁾ بأنه الخوف الملاحظ والمستمر من التقييم السلبي في المواقف الاجتماعية والأداء الاجتماعي، فالشخص يخشى أن يتصرف بطريقة قَلِقة، أو يظهر أعراض قلق سوف تكون محرجة أو مهينة له. **ويعرفه الباحث إجرائياً بأنه:** الأنماط السلوكية التي تنبئ عن خوف المراهق الكفيف وتوتره أثناء تواجده في مواقف اجتماعية تتطلب منه التعامل مع الآخرين خلالها.

مرافق، وقد يزداد القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين حدة إذا كانت الاتجاهات نحوهم سلبية، فيفقدون ذلك الثقة بالذات والآخرين، حيث أشارت نتائج دراسة أحمد وآخرين⁽⁴⁾، إلى وجود ارتباط سالب دال إحصائياً بين تأكيد الذات والقلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين. هذا ومن الممكن أن يرتبط القلق الاجتماعي باضطرابات نفسية أخرى قد تكون ناتجة عنه؛ يؤكد ذلك ما توصلت إليه دراسة عبد الشافي وآخرين⁽²⁾، من وجود علاقة بين القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية لدى المعوقين بصرياً.

ومن جانب آخر قد يؤثر القلق الاجتماعي على سوية شخصية المراهق الكفيف؛ أشار إلى ذلك دراسة عثمان⁽³³⁾، التي توصلت نتائجها إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الطلاب المعوقين بصرياً ذوي القلق الاجتماعي المرتفع، والطلاب ذوي القلق الاجتماعي المنخفض، في السمات السوية للشخصية لصالح الطلاب ذوي القلق الاجتماعي المنخفض، كما وجدت فروقاً دالة إحصائية بين درجات الطلاب المعوقين بصرياً ذوي القلق الاجتماعي المرتفع، والطلاب ذوي القلق الاجتماعي المنخفض في السمات المرضية للشخصية لصالح الطلاب ذوي القلق الاجتماعي المرتفع.

وانطلاقاً مما سبق قام الباحث بتصميم برنامج إرشادي قائم على الإرشاد بالمعنى؛ لخفض القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين، وذلك بعد الاطلاع على الدراسات ذات الصلة بالموضوع، حيث تبين للباحث عدم وجود دراسة تتناول الإرشاد بالمعنى لخفض القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين، وإنما كان جل اهتمام الدراسات منصباً على استخدام الإرشاد بالمعنى، مع اضطرابات أخرى لدى المكفوفين.

- ويمكن تحديد مشكلة الدراسة الحالية في السؤال الرئيس الآتي: ما فاعلية برنامج إرشادي قائم على الإرشاد بالمعنى في خفض القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين؟

وينبثق من هذا السؤال الأسئلة الفرعية الآتية:

- 1 - هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة، في القياس البعدي على مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين؟
- 2 - هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مجموعة الدراسة التجريبية في القياسين الإجماليين: القبلي والبعدي، على مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين؟
- 3 - هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مجموعة الدراسة التجريبية في القياسين: البعدي والتتبعي بعد شهرين من انتهاء البرنامج على مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين؟

أهداف الدراسة:

- إعداد برنامج إرشادي قائم على الإرشاد بالمعنى؛ لخفض القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين.

المراهقون المكفوفون (Bling Adolescents):

الشخص الكفيف هو "الذي لا تزيد قوة إبصاره عن (٢٠/٢٠٠٠) بعد التصحيح"، كما أنه "الفرد الذي لا يستطيع أن يجد طريقه دون قيادة في بيئة غير معروفة لديه، ومن كانت قدرته على الإبصار عديمة القيمة اقتصادياً، ويُعرف تربوياً بأنه "الشخص الذي لا يستطيع القراءة والكتابة إلا بطريقة برايل"⁽⁷⁾. ويمكن تعريف المراهقين المكفوفين إجرائياً: بأنهم المراهقون فاقدو البصر كلياً، ممن تتراوح أعمارهم من (13) إلى (20) عاماً، الذين يصدرون أنماطاً سلوكية تنبئ عن قلقهم الاجتماعي إزاء المواقف المختلفة.

حدود الدراسة:

- الحدود المكانية: معهد النور بمدينة بريدة.
- الحدود البشرية: المراهقون المكفوفون ممن تتراوح أعمارهم من (13) (20)، والبالغ عددهم (20) مراهقاً مكفوفاً.
- الحدود الزمنية: الفصل الدراسي الثاني للعام الدراسي (2020/2021م).

الإطار النظري والدراسات السابقة:

تكثر في مرحلة المراهقة صنوف مختلفة من الصراعات والتوترات المؤثرة سلباً على شخصية المراهق، مثل: أزمة الهوية، والرغبة في الاستقلال عن الوالدين، والضغوط النفسية، والعوان والاعتبار النفسي ... وغيرها من الاضطرابات الانفعالية في تلك المرحلة، ولكن تزداد هذه الانفعالات حدة عند وجود إعاقات، ولا سيما الإعاقة البصرية؛ حيث تؤدي هذه الإعاقة إلى صعوبة التواصل غير اللفظي مع الآخرين، وصعوبة فهم مشاعرهم وانفعالاتهم واستبطانها، وكذلك تزداد حدة الشعور بالحساسية الانفعالية السلبية لدى فئة المعوقين بصرياً؛ كنتيجة للقلق من التقييم السلبى من المحيطين بهم، وليس فقط فرط الحساسية الانفعالية هو ما يتمخض عن كَفِّ البصر، بل ينجم عنه -كذلك- العديد من الوجدانات السلبية، والتي ربما تنشأ عن الضغوط النفسية التي تعتمل في نفس المراهق الكفيف؛ نتيجة اتجاهات الآخرين السلبية تجاه إعاقته، أو زيادة اعتماديته على الآخرين؛ الأمر الذي يزيده شعوراً بالعديد من الوجدانات السلبية، مثل: الحرمان، والخوف والخجل، والشعور بالذنب، والقلق وضعف الثقة بالنفس⁽³⁵⁾.

كما تفرض الإعاقة البصرية على أصحابها قيوداً تحدّ من قدرتهم على اكتساب المعلومات والتفاعل مع البيئة المحيطة، وقلة فرصهم في خوض التجارب والخبرات، فضلاً عما تشكله اتجاهات المجتمع والأهل نحو الفرد المعوق من قيود على هذا الفرد، قد تفوق في تأثيرها ما تفرضه طبيعة الإعاقة نفسها، ففي مرحلة المراهقة يواجه الأشخاص المعوقون

رفضاً كبيراً من أصدقائهم، وهذا بدوره يطوّر لديهم نزعة نحو الانعزال الاجتماعي⁽²⁸⁾.

هذا ويمكن تلخيص الخصائص الانفعالية للمعوق بصرياً في الآتي:

- انخفاض مفهوم الذات، وسوء التوافق الشخصي والاجتماعي.
- الشعور بالإحباط، والتوتر، والعجز، والدونية.
- اختلال صورة الجسم والثقة بالنفس.
- انتشار الاضطرابات النفسية كثيراً بينهم، ويعد القلق أكثرها شيوعاً.
- كثرة استخدام الحيل الدفاعية المختلفة⁽²⁷⁾.

ويزداد على تلك الخصائص المذكورة أنفاً أن المراهق الكفيف أكثر عرضة للقلق الاجتماعي والخوف من الآخرين؛ لأنه لا يستطيع أن يراهم، فالخوف والقلق من ملاحظة الآخرين يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية، وما يصاحبه من تقييم ذاتي منخفض، وخوف من النقد، علاوة على ذلك فإن قلق المكفوفين من عدم استطاعتهم التواصل البصري مع الآخرين تنعكس آثاره على المراهق الكفيف، ويؤدي إلى تعرضه لصراعات وضغوطات نفسية؛ ذلك أن المجتمع له دور كبير في فرض قيود على المراهق الكفيف، فقد يتأثر الوالدان بالاتجاهات الاجتماعية السالبة التي ترفض الإعاقة والمعوقين، وكلما زادت حدة الضغوط النفسية، زاد معها الانخفاض في الكفاءة التفاعلية في المجتمع لدى الفرد⁽¹¹⁾.

القلق الاجتماعي:

يعدّ القلق الاجتماعي العام هو أكثر شيوعاً وأكثر شدة، وتكون نتائجه خطيرة وتؤدي إلى عجز وقصور رئيس في حياة الفرد، وإلى الإعاقة المختلفة في الوظائف الاجتماعية والتربوية والمهنية والأكاديمية للفرد، ويشتمل القلق الاجتماعي على نوعين أساسيين هما:

- 1- القلق الاجتماعي المعمم: ويتضمن مدى واسعاً من المثيرات والمواقف الاجتماعية المخيفة، حيث يكون الخوف لدى الفرد في معظم المواقف الاجتماعية.
- 2- القلق الاجتماعي غير المعمم: فهو يرتبط بتجنب عدد محدود من مواقف الأداء والتفاعل الاجتماعي، حيث يظهر الخوف في موقف أو موقفين⁽⁹⁾.

مظاهر القلق الاجتماعي:

إن أهم ما يميز القلق الاجتماعي هو سلوك التجنب الاجتماعي لدى الفرد، ويظهر ذلك في المظاهر الآتية⁽¹⁷⁾:

- الانتباه الشديد لحركات الجسد عندما يكون الفرد في موقف اجتماعي.
- الخوف من التقييم السلبى من طرف الآخرين.
- الميل للتوقعات السلبية التي تخص أداء الفرد في التفاعلات الاجتماعية.

- الميل للتجنب المتعمد للمواقف المهددة له.

المحكات التشخيصية للقلق الاجتماعي:

يشتمل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الإصدار الخامس (2013) الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA) وقد سمي (DSML 5)، على عدد من المحكات التشخيصية التي يجب مراعاتها عند تشخيص القلق الاجتماعي، وهي كالآتي:

1- خوف ملحوظ أو قلق حول واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية، والتي يحتمل أن يتعرض الفرد فيها للتحديق من قبل الآخرين، وتتضمن التفاعلات الاجتماعية (كإجراء محادثة مثلاً، ومقابلة أشخاص غير مألوفين)، أو أن يكون مراقباً (مثلاً، الأكل أو الشرب)، أو الأداء أمام الآخرين (كالقاء كلمة)، وبالنسبة للأطفال يجب أن يحدث القلق عند الأطفال في مواقع تجمع الطفل مع أقرانه، وليس فقط في علاقاته مع البالغين.

2- يخاف الفرد من أنه سوف يتصرف بطريقة محرجة، أو سوف تظهر عليه أعراض القلق، والتي سيتم تقديمها سلباً (أي سوف تكون مهينة أو محرجة وسوف تؤدي إلى الرفض أو الإساءة من قبل الآخرين).

3- يثير التعرض للموقف الاجتماعي القلق أو الخوف بشكل دائم تقريباً، وبالنسبة للأطفال قد يعبر عن القلق لدى الأطفال بالبكاء، أو ثورات الغضب، أو التجمد، أو الانكماش والانسحاب، أو فشل التكلم في المواقف الاجتماعية.

4- يتجنب المواقف الاجتماعية، وقد يتحملها الشخص مع قلق أو خوف شديد.

5- الخوف أو القلق لا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثله الشيء أو الموقف الرهابي، وللسياق الثقافي والاجتماعي.

6- استمرار كل من: الخوف، القلق، التجنب، ودوامهم بشكل أنموذجي لسته أشهر أو أكثر.

7- يسبب الخوف، القلق، التجنب، إحباطاً سريراً مهماً، أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي، أو الأكاديمي، أو المهني، أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

8- الخوف، القلق، التجنب لا يعزى للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلاً إساءة استخدام عقار، دواء)، أو لحالة طبية أخرى.

9- الخوف، القلق، التجنب لا يفسر بشكل أفضل بأعراض مرض عقلي آخر، كاضطراب الهلع، أو اضطراب تشوه شكل الجسم، أو اضطراب طيف التوحد.

10- إذا تواجدت حالة طبية أخرى (مثلاً، داء باركنسون، والسمنة، والتشوه من الحروق أو الإصابات)، فمن الواضح أن الخوف والقلق، أو التجنب لا علاقة له بالمرض، أو يكون مفترطاً يحدد ما إذا كان مع الأداء فقط إذا اقتصر الخوف على الكلام أو الأداء علناً⁽³⁶⁾.

إن القلق الاجتماعي أحد مشكلات الصحة النفسية الشائعة بين المراهقين؛ حيث تُعد تلك الفترة مثيرة للتحدي، ويحدث هذا القلق عندما يريد الفرد تقديم صورة مرغوبة عن ذاته، لكنه يشك في قدرته على ذلك، ومثل هذا الشك ربما يزداد بفعل انخفاض تقدير الذات والخلل الشديد⁽⁴⁵⁾.

هذا وقد يواجه المراهقون المكفوفون بعض التحديات الخاصة بالإضافة إلى تلك التي يعايشها أقرانهم المبصرون؛ حيث يواجهون تحديات معرفية وانفعالية وسلوكية، ويعانون مشكلات في علاقاتهم الاجتماعية، فيفكرون ممارسة أقل للأنشطة الاجتماعية مقارنةً بالمبصرين، فضلاً عن أنهم قد يندمجون في أنشطة سلبية أو هروبية مثل النوم⁽²⁸⁾، ويمكن تفسير ذلك في ضوء معاناتهم الشديدة من القلق الاجتماعي، الذي يجعل الكفيف يشعر بوجود فجوة نفسية بينه وبين الآخرين، كما يشكو صعوبات في إقامة العلاقات الاجتماعية؛ مما يؤدي إلى الانسحاب، وتجنب المواقف الاجتماعية، والخوف من التقييم السلبي⁽¹⁵⁾.

إن العرض الرئيس لاضطراب القلق الاجتماعي هو الخوف من المواقف الاجتماعية التي تتمثل في: القراءة بصوت مرتفع أمام الآخرين، والتحدث إلى الكبار، والبدء بالمحادثة، ومراحل المحادثة، وحضور الحفلات؛ الأمر الذي يحتم على الباحث التفكير جيداً في علاج اضطراب القلق الاجتماعي، حيث يرى العديد من الباحثين أنه يمكن علاج القلق الاجتماعي بنجاح من خلال استخدام العلاج النفسي، والعلاج المعرفي السلوكي، وبعض أساليب الاسترخاء مع استخدام بعض العقاقير الطبية⁽⁴¹⁾.

هذا ويعد من أهم أسباب ظهور سلوكيات القلق الاجتماعي، وتجنب الآخرين، أن يكون الفرد في موقف واضح بالنسبة للآخرين، ومختلف بشكل يؤدي إلى انتباه أكثر للذات، أو أن يكون الفرد في مكان عام يشعر فيه بأنه مركز لانتباه الآخرين، وأيضاً السخرية أو الإغاطة من قبل الآخرين، والتصرفات السخيفة التي قد تصدر عن الفرد نفسه نتيجة لخطأ ما ارتكبه، والسلوكيات الخاصة التي قد تظهر أمام الناس، كما قد يستمر هذا النوع من القلق عبر مراحل النمو لعدة أسباب منها: نقص اعتبار الذات، وعيوب في المظهر الجسمي للفرد، ونقص المهارات الاجتماعية، والأساليب التربوية القائمة على السخرية والاستهزاء بالطفل، وشدة الوعي بالذات العامة⁽²⁰⁾.

النظريات التي حاولت تفسير القلق الاجتماعي:

1. نظرية التحليل النفسي:

ينظر فرويد إلى القلق باعتباره إشارة إنذار بخطر قادم يمكن أن يهدد الشخص ويكدر صفوه، فمشاعر القلق عندما يشعر بها الفرد تعني أن دوافع (الهو) تقترب من منطقته الشعور والوعي، وتوشك أن تتجح في اختراق الدفاعات التي عملت (الأنا) بالتعاون مع (الأنا الأعلى) على كبتها، وإذا نجحت المكبوتات في اختراق الدفاعات، فإنها إما أن تعبر

والخبرائية أو التجريبية (الفن، والعلم، والفلسفة، والفهم، والحب)، والاتجاهاتية (مواجهة الألم والمعاناة بالشجاعة). هذا ويعدّ الإرشاد بالمعنى أحد الاتجاهات الحديثة في الإرشاد والعلاج النفسي، وهو ينتمي إلى الاتجاه الإنساني في علم النفس، ويقوم على فلسفة واضحة للحياة مبنية على ثلاث ركائز، هي: حرية الإرادة، وإرادة المعنى، ومعنى الحياة⁽¹⁾.

ونشأت نظرية الإرشاد بالمعنى متأثرة بالفلسفة الوجودية، ثم أخذ "قرانكل" في تطوير فلسفة وجودية خاصة به اهتمت بالجانب الروحي للإنسان؛ حيث إن الإرشاد بالمعنى يعالج المشكلات الفلسفية والروحية، وينصب هدفه على حشد أقصى إمكانيات المريض؛ لكي يدرك قيمه الدفينة، وأن يحقق معنى ملموساً لوجوده الشخصي ومعنى الحياة. أما عن دور المرشد في الإرشاد بالمعنى فإنه يتلخص في توعية المسترشد بالمجال الكلي للمعنى، وما ينطوي عليه من قيم، كما يركز أثناء العملية الإرشادية على المستقبل ولا يهتم بالماضي؛ حيث إن المرشد بالمعنى يتجاهل الأسباب التي لا تتغير، أما الأسباب القابلة للتغيير فإنه يحاول أن يكتشفها لمساعدة المريض على التغلب عليها⁽¹⁸⁾.

أما عن أهداف الإرشاد بالمعنى فيمكن تلخيصها في الآتي⁽¹⁸⁾:

- جعل المسترشد أكثر إدراكاً ووعياً لحياته، والتأكيد على فرديته، واعتبار الإنسان كائنًا ينصب اهتمامه الرئيس على تحقيق المعنى، وتحقيق القيم، بدلاً من أن يهتم بمجرد إرضاء أهوائه وإشباع دوافعه، فالدافع الأساسي في الفرد هو الرغبة في تحقيق المعنى، ولكي يواجه الفرد مطالب الحياة المتعددة، فإنه يتعين عليه أن يحدد معنى لحياته.

- تعزيز الحرية في المسترشد، وتنمية الشعور بالمسؤولية لديه؛ فالحرية هي حقيقة الوجود الإنساني، وهي الجوهر الذي يقرر ما سوف يكون عليه في اللحظة التالية.

- الاهتمام بالبعد الروحي للوجود الإنساني الذي يميز الإنسان عن الحيوان، والتبصير بأن الحب هو أقصى هدف للكائنات الإنسانية، وأن خلاص الإنسان إنما يكون من خلال الحب.

- تكوين هدف عند الإنسان؛ لأنه بدون هدف وبدون أمل لا يوجد معنى للحياة، مع ضرورة التأكيد على جعل الأشياء هدفاً تابعاً أو تالياً في الأهمية لتحصيل المعنى، كما ينبغي معرفة الفرد لما يريد، وهو واع لوجوده وحضوره، فاللحظة التي يميز فيها الفرد وجوده الحقيقي في هذا العالم، ويدرك فيها تفرده هي لحظة لا تضاهي.

- مساعدة المسترشد على تثبيت إرادته وتقويتها، وتنمية الضمير الصحيح في اختيار المعاني وتحقيقها؛ حيث إن الهدف من العلاج بالمعنى ليس إعطاء معنى جاهز لحياة المسترشد، ولكن إيقاظه لإيجاد معنى ملموس لوجوده، ويكون دور المرشد مساعدة للمسترشد كي يقوم بهذه المحاولة. - يحاول الإرشاد بالمعنى أن يجعل المسترشد واعياً كل الوعي بالتزامه بمسؤوليته؛ ولذلك يجب أن تترك له حرية اتخاذ القرار بشأن إدراكه

عن نفسها في سلوك لا سوي، أو عصابي، أو تنهك دفاعات الأنا بحيث يظل الفرد مهياً للقلق المزمن المرهق، وهو في صورة العصاب⁽²⁴⁾.

2. النظرية السلوكية:

والقلق من وجهة نظر المدرسة السلوكية، سلوك ناتج عن عملية التعلم، أو أنه استجابة اشتراطية مكتسبة تستثار بمثير محايد؛ حيث يكتسب هذا المثير المحايد القدرة على استدعاء القلق نتيجة اقترانه عدة مرات بمثير طبيعي للقلق، وفقاً لعملية الاشتراط ولقوانين التعلم، ومن ثم فإنه عادة ما يقلق الفرد عندما يتعرض للمثير الذي كان من قبل محايداً، وأصبح مثبِّراً شرطياً للقلق⁽¹⁵⁾.

3. النظرية الإنسانية:

وتركز هذه النظرية على موضوعات مثل: الإرادة الحرة، والمسؤولية، والابتكار، والقيم، وترى أن التحدي الرئيس أمام الإنسان هو أن يحقق وجوده وذاته كإنسان، وعلى الإنسان أن يسعى لتحقيق هذا الوجود؛ لأن هذا هو الهدف النهائي الذي يجب أن يوجه الإنسان في الحياة، ولذلك فإن كل ما يعوق محاولات الفرد لتحقيق هذا الهدف يمكن أن يثير قلقه، وعلى ذلك فإن عوامل القلق ومثيراته ترتبط بالحاضر والمستقبل⁽²⁴⁾.

4. النظرية المعرفية:

لقد ذهب أصحاب المدرسة المعرفية أمثال (اليس- بيك- إيملر)، إلى أن معتقدات الفرد وأفكاره الخاطئة تؤدي دوراً حيوياً في توليد القلق لديه، وهناك ثلاث ظواهر تتاب مريض القلق، وهي:

1- عدم القدرة على مناقشة الأفكار المخيفة، فقد يشك المريض أن أفكاره المثيرة للقلق غير منطقية، ولكن قدرته على التقييم وإعادة التقدير بموضوعية تكون ضعيفة.

2- تكرار الأفكار بشأن الخطر، فمريض القلق لديه إدراكات متواصلة لفظية أو غير لفظية بشأن حدوث أحداث مؤذية.

3- تعميم المثير، فقد يزيد مدى المثيرات المحدثة للقلق، حيث يدرك أي صوت أو حركة أو تغيير بيئي على أنه خطر⁽¹²⁾.

هكذا يتبين من العرض السابق للنظريات المفسرة للقلق، أن كلاً منها يقوم بتفسير القلق وفقاً للنهج الذي تعتقه المدرسة التي تتبعها تلك النظريات.

الإرشاد بالمعنى:

الإرشاد بالمعنى هو طريقة علاجية أنشأها وطورها "قرانكل"، في خمسينات وستينات القرن الماضي، وهذه الطريقة الإرشادية ينصب اهتمامها على الحالة الإنسانية، ومساعدة المسترشد للتغلب على ما سمي "العصاب الوجودي"، الذي يعني عدم القدرة على رؤية المعنى في الحياة. والعمليات الإرشادية أو العلاجية وفقاً لتلك الطريقة تتكون من بحث ثلاثة أنماط من القيم، هي: الابتكارية (العمل والإنجاز)،

هذا وتفسر نظرية العلاج بالمعنى الاضطراب النفسي على أنه ناتج عن ظاهرة الفراغ الوجودي؛ حيث يشكو المضطربون نفسياً من أن حياتهم ليس لها معنى، فقد تنقصهم المعرفة أو ينقصهم الوعي بالهدف الذي يعيشون من أجله، ويظهر هذا الفراغ الوجودي على شكل ملل أو ضيق أو اكتئاب، وهذا سبب الكثير من المشكلات التي تواجه الإنسان، وعلى هذا يفسر "فرانكل" -رائد النظرية- رغبة بعض الأفراد في الموت بأن الحياة أصبحت -في نظرهم- خالية من المعنى، وتعكس حالة الفراغ الوجودي لديهم. وهكذا نجد أن المشكلات النفسية تأتي في كثير من الأحيان كاستجابة لملء هذا الفراغ لدى الإنسان؛ مما يؤدي إلى شعوره بضعف الإرادة، وقلة الشعور بالمسؤولية والضيق والقلق⁽¹⁸⁾.

ومن خلال ما سبق تبين للباحث أن الإعاقة بوجه عام، والإعاقة البصرية -على وجه الخصوص- قد تسبب في ظهور كثير من المشكلات والاضطرابات النفسية الناجمة كرد فعل لتلك الإعاقة؛ مما يستوجب التدخل الإرشادي للحد من تلك الاضطرابات والمشكلات التي قد تكون عقبة في سبيل استغلال الفرد لقدراته وإمكاناته على الوجه المرتجى. وأن القلق الاجتماعي يعد مشكلة تترك المراهقين والمكفوفين منهم بوجه خاص؛ نظراً لطبيعة تلك المرحلة وما ينتابها من تغيرات وتحولات تمثل عامل ضغط على المراهق، وكذلك طبيعة الإعاقة البصرية التي تجعل المراهق الكفيف يتوجس من غالبية ما يصدر عنه من حركات وسكنات. أما فيما يتعلق بنظرية الإرشاد بالمعنى، فإنه يمكن وصفها من خلال الأدبيات التي تم عرضها بأنها تجعل همها هو الإنسان في المقام الأول، بكل ما يعتل بداخله من قيم وأفكار ومعتقدات، بغض النظر عن التأثيرات الاجتماعية والبيئية المحيطة به.

الدراسات السابقة:

من الدراسات التي اهتمت بالقلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين، دراسة البارقي⁽¹⁰⁾ التي بحثت تقدير الذات وعلاقته بالقلق الاجتماعي وقلق المستقبل لدى المراهقين المكفوفين بالمرحلة الثانوية بالمملكة العربية السعودية، على عينة مكونة من (60 : 120) مكفوفاً، و(60) عاديين، الذين تتراوح أعمارهم بين (١٦ : ١٩) عاماً، وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات تقدير الذات لدى المراهقين المكفوفين والمُبصرين في اتجاه المُبصرين، فضلاً عن وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القلق الاجتماعي، وقلق المستقبل لدى المراهقين المكفوفين والمُبصرين في اتجاه المكفوفين، كما وُجد ارتباط سالب ودال بين تقدير الذات، وكل من القلق الاجتماعي، وقلق المستقبل لدى المراهقين المكفوفين.

كما هدفت دراسة خضير⁽²⁵⁾ إلى معرفة العلاقة بين القلق الاجتماعي ومتغيرات: (تقدير الذات، والمساندة الاجتماعية، ومعنى الحياة)، لدى

لنفسه، كشخص يتحمل مسؤوليته باختياره لأهدافه في الحياة، وأن مهمة المرشد بالمعنى ليس فرض أحكام قيمية على المسترشد، وليس إعطاء معنى لحياته، ولكن مساعدة المسترشد على اكتشاف المعنى الذي هو موجود أصلاً. فمهمة المسترشد إذاً أن يقرر ما إذا كان عليه أن يفسر مهام حياته على أساس كونه مسؤولاً أمام المجتمع، أو أمام ضميره.

وللإرشاد والعلاج بالمعنى عدة خطوات، هي⁽¹⁾:

- فصل المريض عن أعراضه: تهدف تلك الخطوة لمساعدة الأفراد لإبعاد أنفسهم عن مشكلاتهم وأعراضهم، حيث تكون مصادر البعد المعنوي مستغلة وقوة التحدي للروح الإنسانية مستثارة، ويتعلم المريض ويعي أنه ليس ضحية بائسة لقدره البيولوجي، أو النفسي، أو الاجتماعي.

- تعديل الاتجاهات: وتهدف هذه الخطوة إلى مساعدة المريض على رؤية الموقف من منظور مختلف؛ لأنه أصبح الآن يدرك أنه منفصل عن أعراضه، فهو منفتح على اتجاهات جديدة تجاه نفسه والحياة، وتعد هذه الخطوة حاسمة؛ لأنها تمثل القدرة على الاختيار، ومن ثم الحرية المطلقة لدى المريض، ومن ثم فإن هذه الخطوة تحقق تعديل اتجاهات المريض نحو الأعراض، ونحو المعنى في الحياة.

- تقليل أو خفض الأعراض: وتتضمن هذه الخطوة الانفتاح على معاني جديدة، حيث تكون الأعراض المرضية قد اختفت، أو أصبحت تحت السيطرة والتحكم، وتعديل الاتجاه خطوة تساعد المريض على قبول الموقف، ومن ثم الانفتاح وإيجاد معنى جديد فيه.

- الوقاية: أي التوجه المستقبلي نحو الصحة النفسية، من خلال الوعي وإدراك المعنى وهدف الحياة، حيث تهدف هذه الخطوة إلى ضمان الصحة النفسية في المستقبل، من خلال مناقشة جميع إمكانات المعنى في الحياة وإثرائها، علاوة على توجيه المريض نحو المعنى من خلال مساعدته على تقديم التزامات جديدة، وتحقيق أهداف جديدة؛ مما يؤدي إلى ضمان التحسين ضد احتمالية نشأة الإحباط الوجودي في المستقبل. ويقوم الإرشاد بالمعنى على أساس ثلاثة مفاهيم فلسفية ونفسية، وهي⁽¹³⁾:

(1) حرية الإرادة (Freedom of will): طبقاً للعلاج بالمعنى الروحي والتحليل الوجودي، فإن الإنسان ليس تابعاً بشكل كلي للظروف، ولكنه إنسان حر في أن يتخذ ما يراه، وأن يأخذ مواقفه تجاه الظروف الداخلية (نفسياً)، وتجاه الظروف الخارجية: (بيولوجياً واجتماعياً).

(٢) إرادة المعنى (Will to meaning): فالبحث عن المعنى يشبه البحث عن الدافعية الفطرية لدى الإنسان، وعندما لا يستطيع الإنسان أن يدرك إرادة المعنى في حياته، فإنه سينتابه إحساس عميق من خواء المعنى والفراغ.

(٣) معنى الحياة (Meaning of life): يبني الإرشاد بالمعنى على فكرة أن المعنى حقيقة موضوعية، ويؤكد على ركيزة معنى الحياة، ويقصد به المعنى الخاص لكل إنسان.

القياس البعدي على مقياس الرهاب الاجتماعي في اتجاه أفراد المجموعة التجريبية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج على مقياس الرهاب الاجتماعي وبعده، في اتجاه القياس البعدي، وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الرهاب الاجتماعي.

وهذفت دراسة حنور، وآخرين⁽²²⁾ إلى معرفة فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي لتحسين تقدير الذات في تخفيف القلق الاجتماعي لدى المكفوفين، واستمرار فاعلية البرنامج بعد فترة المتابعة لدى عينة قوامها (20) طالبًا وطالبة من المراهقين المكفوفين تتراوح أعمارهم بين (15 - 17) عامًا، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج المعد في تحسين تقدير الذات في تخفيف القلق الاجتماعي لدى المكفوفين، وذلك من خلال المقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة والقياس القبلي والبعدي، وتوصلت الدراسة- كذلك- إلى استمرار فاعلية البرنامج بعد فترة المتابعة.

ومن الدراسات التجريبية التي عنيت بالتدخلات الإرشادية والعلاج بالمعنى لدى المراهقين، دراسة أحمد⁽⁵⁾ التي كان من ضمن أهدافها إعداد برنامج إرشادي بالمعنى والكشف عن فاعليته في تنمية مستوى الطاقة النفسية الفعالة لدى عينة من الخريجين العاطلين، وأثبتت النتائج فاعلية البرنامج عن طريق وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة على مقياس الطاقة النفسية الفعالة، قبل تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدي وبعده.

ودراسة خضير⁽²⁶⁾ التي أثبتت نتائجها فاعلية العلاج بالمعنى في تنمية الوعي المتسامي لدى المراهقين من ذوي الإعاقة البصرية. وكذلك دراسة عبد الرحمن⁽³⁾ التي هدفت إلى التحقق من فاعلية برنامج العلاج بالمعنى في تحسين الهدف من الحياة لدى عينة من المراهقين الصم، على عينة مكونة من (10) مراهقين، وأسفرت نتائجها عن وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي، على مقياس الهدف من الحياة لصالح القياس البعدي.

وكذلك أثبتت نتائج دراسة المصري⁽¹⁴⁾ فاعلية برنامج إرشادي قائم على فنيات العلاج بالمعنى، في تحسين معنى الحياة لدى المراهقين والمراهقات مدمني الإنترنت، وذلك من خلال وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس معنى الحياة في اتجاه القياس البعدي.

ومن ذلك -أيضاً- دراسة عمر⁽³¹⁾ التي هدفت إلى تحسين جودة الحياة لدى عينة من المراهقين، من خلال برنامج إرشادي تكاملي قائم على العلاج بالمعنى وبعض قوى الشخصية، وذلك على (26) طالبًا من طلاب المرحلة الثانوية، وتوصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة

المراهقين المعوقين بصريًا (ن=30)، ممن تتراوح أعمارهم بين (١٣:٢٠) عامًا، وأسفرت النتائج عن وجود ارتباط سالب ودال بين معنى الحياة والقلق الاجتماعي، كما اتضح ارتفاع القلق الاجتماعي لدى عينة الدراسة.

وسعت دراسة بولات وآخرين (Bolat, & et all)⁽⁴⁰⁾ إلى بحث مستويات القلق والاكتئاب لدى عينة من المراهقين كفيفي البصر ولادياً بإسطنبول، على عينة قوامها (٤٠) مراهقًا كفيفًا، و(٤٠) مراهقًا مبصرًا متكافئين في العمر والنوع، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي، تراوحت أعمارهم بين (١١ : ١٤) عامًا، وتوصلت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين في الاكتئاب ومفهوم الذات، في حين وجدت فروق دالة إحصائية بينهما في متغير القلق تجاه المكفوفين.

وكان من نتائج دراسة بانداي، وآخرين (Panday, & et all)⁽⁴⁴⁾ التي هدفت إلى فحص الاكتئاب والقلق والتوتر ومقارنتها بين المراهقات ذوات الإعاقة البصرية وغيرهن من المبصرات - كان من نتائجها أن الاكتئاب والقلق والتوتر سجل نسبًا أعلى بين الفتيات المراهقات ذوات الإعاقة البصرية مقارنة بالمبصرات، وأشارت الدراسة إلى ضرورة التدخل النفسي والاجتماعي للحد من تلك المشكلات النفسية لدى المراهقات ذوات الإعاقة البصرية.

كما بحث بوفانسواري (Bhuvaneswari)⁽³⁹⁾ المشكلات النفسية والنفس فسيولوجية لدى المراهقين المعوقين بصريًا (ن= 150:71 منهم ذكور، تراوحت أعمارهم بين ١٣ : ١٩ عامًا) من خمس مدارس بالهند، طبق عليهم مقياس تايلور للقلق، والإحباط والعدوان، والتوافق، وأسفرت النتائج عن وجود ارتباط موجب ودال بين القلق وكل من الإحباط والعدوان، علاوة على أن القلق يؤثر سلبًا في التوافق الشخصي والاجتماعي.

أما دراسة أحمد، وآخرين⁽⁴⁾ فقد هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين توكيد الذات والقلق الاجتماعي لدى عينة من المراهقين المكفوفين، وكذلك استكشاف الفروق بين الذكور والإناث في كل من توكيد الذات والقلق الاجتماعي، وذلك على عينة مكونة من (51) مراهقًا ومراهقة من المكفوفين تراوحت أعمارهم بين (15 - 19) عامًا، وأسفرت نتائجها عن وجود ارتباط سالب دال إحصائيًا بين توكيد الذات والقلق الاجتماعي، وعدم وجود فروق بين الذكور والإناث في كل من توكيد الذات والقلق الاجتماعي.

أما عن الدراسات التي سعت إلى التدخل باستخدام برامج إرشادية للخفض من القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين، فنذكر منها الآتي:

دراسة سيد⁽³⁴⁾ التي هدفت إلى استقصاء فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي، في خفض مستوى الرهاب الاجتماعي لدى عينة من الطالبات المعوقات بصريًا، وكان من نتائجها: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في

2- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مجموعة الدراسة التجريبية في القياسين الإحصائيين القبلي والبدي، على مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين عند مستوى (0.01)، لصالح القياس البدي.

3 - لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مجموعة الدراسة التجريبية في القياسين البدي والتبعي (بعد شهرين من انتهاء البرنامج)، على مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

يتناول هذا الجزء إجراءات الدراسة بدءاً من منهج الدراسة والمجتمع الذي طبق الباحث عليه دراسته، وأداة الدراسة وبناءها، والأساليب الإحصائية التي حُصِب بها صدق المقياس وثباته، وتأتي أخيراً الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة، والمستخدم للتحقق من أسئلة هذه الدراسة.

أولاً- منهج الدراسة:

يعتمد البحث الحالي على المنهج شبه التجريبي باعتباره تجربة هدفها التعرف إلى فاعلية برنامج قائم على الإرشاد بالمعنى (متغير مستقل)، لخفض القلق الاجتماعي (متغير تابع) لدى المراهقين المكفوفين، إلى جانب استخدام التصميم التجريبي ذي المجموعتين المتكافئتين: (التجريبية، والضابطة)؛ للوقوف على أثر البرنامج (القياس البدي) على متغيرات الدراسة، فضلاً عن استخدام التصميم ذي المجموعة الواحدة للوقوف على استمرارية أثر البرنامج بعد فترة المتابعة (القياس التبعي للمجموعة التجريبية).

ثانياً- مجتمع الدراسة:

يتمثل مجتمع الدراسة في جميع المراهقين المكفوفين بمعهد النور بمدينة بريدة، للعام الدراسي (2020-2021).

ثالثاً- عينة الدراسة:

1. **عينة استطلاعية:** وعددهم (40)، من المراهقين المكفوفين، تم تطبيق المقياس عليهم للتحقق من الكفاءة السيكومترية لمقياس القلق الاجتماعي، الذين يتراوح عمرهم الزمني بين (13، 20) عاماً، بمتوسط عمري (16.275)، وانحراف معياري (1.974).
2. **عينة نهائية:** تم تطبيق البرنامج على العينة النهائية للدراسة، والتي تكونت من (20) مراهقاً مكفوفاً، ممن تتراوح أعمارهم بين (13-20) عاماً، بمتوسط عمري (15.950)، وانحراف معياري (2.114)، وقد تم تقسيم العينة عشوائياً إلى مجموعتين: (10) كمجموعة تجريبية و(10) كمجموعة ضابطة، وقد تم اختيار العينة وفقاً لشروط معينة تتمثل في الآتي:

إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية، على مقياس جودة الحياة في كل من القياسين القبلي والبدي. وهدفت دراسة حسن⁽²³⁾ إلى اختبار فاعلية ممارسة برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج بالمعنى في خدمة الفرد؛ لتحسين معنى الحياة لدى المراهقين نزلاء المؤسسات الإيوائية، وأثبتت نتائجها كذلك فاعلية البرنامج من خلال وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القياس البدي.

تعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق للدراسات السابقة حول الموضوع تبين للباحث الآتي:

أولاً: سجلت الدراسات وجود نسبة مرتفعة من القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين، وكذلك وجود علاقة بين القلق الاجتماعي وبين تقدير الذات لديهم، كما أثبتت دراسة بوفانسواري (Bhuvaneswari)⁽³⁹⁾، وجود ارتباط بين القلق وكل من الإحباط والعدوان، وكذلك يؤثر القلق بالسلب على التوافق الشخصي والاجتماعي؛ مما يعني أن هذا الاضطراب قد يؤثر على جوانب شخصية المراهق الكفيف، وأنه قد يتسبب في وجود مشكلات نفسية أخرى، ويؤثر على التوافق الاجتماعي لديه؛ الأمر الذي يسدعي تدخلاً إرشادياً للحد من تلك المشكلة.

ثانياً: أثبتت الدراسات التي كانت بصدد المقارنة بين المراهقين المكفوفين وغيرهم من المبصرين، أن الفروق في نسبة القلق الاجتماعي كانت لصالح المكفوفين، وأن القلق الاجتماعي حقق نسباً أعلى لدى المراهقين المكفوفين عن المبصرين.

ثالثاً: أثبتت العديد من الدراسات فاعلية البرامج الإرشادية عامة، والبرامج القائمة على العلاج بالمعنى خاصة مع فئة المراهقين؛ مما يعزز الأثر الإيجابي للعلاج بالمعنى لدى هذه الفئة.

رابعاً: لم يعثر الباحث فيما لديه من دراسات، على دراسة استخدمت الإرشاد بالمعنى لخفض القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين، وإنما كان اهتمام جل الدراسات منصّباً على برامج قائمة على فنيات نظريات وطرائق أخرى في الإرشاد، حيث اتخذ العلاج المعرفي السلوكي فيها النصيب الأوفر؛ وهذا ما يميز هذه الدراسة لاستخدام برنامج قائم على الإرشاد بالمعنى لخفض القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين، كطريقة إرشادية قد تثبت فاعليتها.

فروض الدراسة:

- 1- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية، وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البدي على مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين عند مستوى (0.01)، لصالح المجموعة التجريبية.

- تكافؤ مجموعتي الدراسة: (ضابطة -تجريبية)؛ لكيلا يؤثر ذلك على نتائج الدراسة، ويحقق نتائج موضوعية ودقيقة، وبذلك تم استبعاد جميع الحالات غير المتكافئة.

رابعاً- التكافؤ بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة:

قام الباحث بإجراء التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج، وذلك باستخدام اختبار مان- ويتني (Mann-Whitney Test) للتحقق من تكافؤ المجموعتين في كل من:

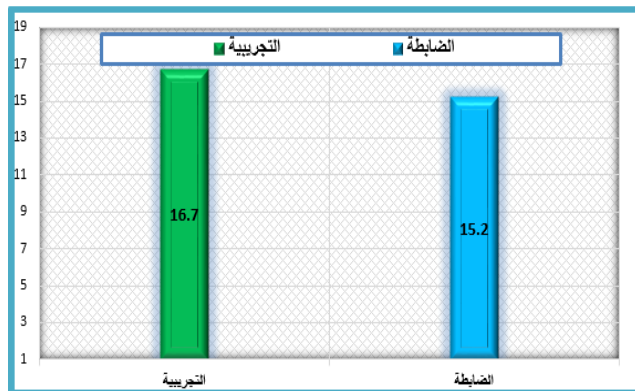
أ- **العمر الزمني:** قام الباحث بمقارنة العمر الزمني لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، باستخدام اختبار (مان ويتني). والجدول ذو الرقم (1) يوضح ذلك:

الجدول ذو الرقم (1)

دلالة الفروق بين متوسطي رتب العمر الزمني لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة

اسم المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
تجريبية	10	16.700	1.829	12.600	126.000	29.000	-	0.109
ضابطة	10	15.200	2.201	8.400	84.000		1.604	غير داله

دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات الأفراد بالمجموعتين التجريبية والضابطة في القلق الاجتماعي.



الشكل ذو الرقم (1) يوضح دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات الأفراد بالمجموعتين التجريبية والضابطة في العمر الزمني

الجدول ذو الرقم (2)

دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات الأفراد بالمجموعتين التجريبية والضابطة في القلق الاجتماعي

اسم المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
تجريبية	10	86.100	10.429	10.400	104.000	49.000	-0.076	0.939
ضابطة	10	85.700	9.393	10.600	106.000			غير داله

المجموعتين: أفراد المجموعة التجريبية، وأفراد المجموعة الضابطة على مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين في القياس

- أن يكون من ذوي الإعاقة البصرية الملحقين بمعهد النور، وبذلك تم استبعاد ضعاف البصر.

- أن يتراوح عمرهم الزمني بين (13-20)، وبذلك تم استبعاد ممن يقل عمرهم الزمني عن (13) عاماً، وممن يزيد عن (20) عاماً.

- أن يكون مستوى القلق لديهم مرتفعاً، وبذلك تم تطبيق مقياس القلق الاجتماعي، وتم استبعاد جميع المراهقين المكفوفين ممن ينخفض لديهم مستوى القلق الاجتماعي.

- ألا يكون لديه أكثر من إعاقة، وبذلك استُبعد جميع المراهقين الذين لديهم أكثر من إعاقة.

- قيمة (Z) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) بتساوي (1.96)

- قيمة (U) الجدولية لعدد العينة (10) عند مستوى دلالة (0.05) بتساوي (23)

ينتضح من الجدول ذي الرقم (1) أن قيمة (Z) المحسوبة بلغت

(-1.604) وهي أقل من القيمة الحدية (1.96)؛ مما يشير إلى عدم

وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب العمر الزمني لأفراد

المجموعتين التجريبية والضابطة لدى المراهقين المكفوفين. كما يتضح

أن قيمة (U) المحسوبة بلغت = (29.000)، وهي أكبر من القيمة

الحدية (23)؛ مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين

متوسطات الرتب للدرجات في العمر الزمني لدى المراهقين المكفوفين

في القياس القبلي، مما يطمئن الباحث إلى تكافؤ بين المجموعتين

التجريبية والضابطة. وشكل ذو الرقم (1) يوضح ذلك.

ب- **من حيث مستوى القلق الاجتماعي:** قام الباحث بمقارنة القلق

الاجتماعي لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة باستخدام

اختبار مان ويتني. والجدول ذو الرقم (2) يوضح ذلك.

- قيمة (Z) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) بتساوي (1.96)

- قيمة (U) الجدولية لعدد العينة (10) عند مستوى دلالة (0.05) بتساوي (23)

ينتضح من الجدول ذي الرقم (2) الآتي: أن قيمة (Z) المحسوبة بلغت

(49.000)، وهي أكبر من القيمة الحدية (1.96)، مما يشير إلى

عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات

- الاطلاع على عدد من المقاييس السابقة التي تناولت موضوع القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين، واستطاع الباحث، الاستفادة منها في إعداد هذا المقياس، إذ تم اقتباس بعض المفردات والعبارات من تلك المقاييس، وقام الباحث بتعديلها؛ حتى تناسب العينة التي سيطبق عليها المقياس الحالي، ثم صياغة بعض العبارات وإعدادها.

- وفي ضوء ما سبق، تمت صياغة الصورة المبدئية لمقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين، بحيث تكون جاهزة للعرض على المحكمين.

- ثم إجراء التعديلات في صياغة بعض المفردات بناء على آراء المحكمين، إذ حُذفت بعض الكلمات، واستُبدلت بها كلمات مناسبة ثلث خصائص عينة الدراسة الحالية، وحُذفت المفردات التي قلّت نسبة الاتفاق عليها عن (80%).

سادساً- الصدق والثبات:

تم التحقق من صدق أداة الدراسة من خلال الصدق الظاهري، كما تم التحقق من الاتساق الداخلي للأداة عن طريق معاملات ارتباط بيرسون، أما عن الثبات فقد عمد الباحث إلى حساب التجزئة النصفية، ومعامل ألفا كرونباخ، وبيان ذلك في الآتي:

الصدق الظاهري:

قام الباحث بعرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين، وعددهم (8) محكمين؛ لمعرفة آرائهم، والاستفادة من خبراتهم من ناحية تحقيق المقياس لأهداف الدراسة، وسلامة تكوينه اللغوي، وبعد الأخذ بالملاحظات والتعديلات خرج المقياس بشكله النهائي.

صدق الاتساق الداخلي للاستبانة:

تم احتساب صدق الاتساق الداخلي، وذلك عن طريق درجات عينة التقنين (الاستطلاعية)، بإيجاد معامل ارتباط بيرسون (Pearson) بين درجات كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس بعد حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية للمقياس، ويوضح الجدول ذو الرقم (3) ذلك.

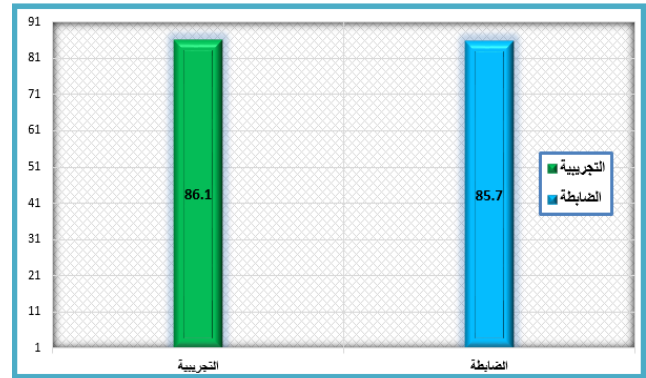
الجدول ذو الرقم (3)

معاملات الارتباط بين درجات كل مفردة والدرجة الكلية لأداة الدراسة ن= (40)

مقياس القلق الاجتماعي			
م	الارتباط	م	الارتباط
1	**0.644	18	**0.692
2	**0.728	19	**0.533

القبلي؛ مما يطمئن الباحث إلى تكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة.

كما يتضح أن قيمة (U) المحسوبة بلغت = (49.000) وهي أكبر من القيمة الحدية (23)؛ مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات الرتب للدرجات في القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين في القياس القبلي؛ مما يطمئن الباحث إلى تكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة، والشكل ذو الرقم (2) يوضح ذلك.



الشكل ذو الرقم (2)

يوضح دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات الأفراد بالمجموعتين التجريبية والضابطة في القلق الاجتماعي

خامساً: أدوات الدراسة:

قام الباحث بإعداد الأدوات الآتية:

1. مقياس القلق الاجتماعي (إعداد الباحث).
 2. برنامج قائم على الإرشاد بالمعنى (إعداد الباحث).
- ويمكن عرض هذه الأدوات بالتفصيل على النحو الآتي:

1-مقياس القلق الاجتماعي:

صمم الباحث مقياس القلق الاجتماعي بهدف قياس مستوى القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين، وقد تكونت الأداة من (34) عبارة، واتبع الباحث الخطوات الآتية في إعداد المقياس:

الاطلاع على الإطار النظري والدراسات السابقة المتعلقة بالقلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين؛ للاستفادة منها في تصميم المقياس.

- وبالاطلاع على الإطار النظري والدراسات السابقة، استطاع الباحث التعرف إلى بعض الجوانب المتعلقة بالقلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين، وأهم أبعاده ومجالاته، وطرق قياسها.

**0.825	20	**0.428	3
**0.843	21	**0.694	4
**0.595	22	**0.781	5
**0.610	23	**0.728	6
**0.843	24	**0.541	7
**0.843	25	**0.544	8
*0.332	26	**0.611	9
**0.593	27	**0.610	10
**0.719	28	**0.843	11
**0.751	29	**0.843	12
**0.564	30	*0.332	13
**0.543	31	**0.593	14
**0.697	32	**0.802	15
**0.634	33	**0.746	16
**0.502	34	**0.460	17

** معاملات الارتباط عند مستوى (0.01) * معاملات الارتباط عند مستوى (0.05).

على مقياس القلق الاجتماعي المحك الخارجي، وكانت قيمة معامل الارتباط (0.767)، وهي دالة عند مستوى (0.01)؛ مما يدل على صدق المقياس الحالي.

ثبات المقياس بطريقة معامل (ألفا كرونباخ):

تم حساب معامل الثبات لمقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين باستخدام معامل ألفا لـ "كرو نباخ" (Cronbach's Alpha) لمفردات كل بعد فرعي على حدة، وذلك (في حالة حذف الدرجة المفردة من الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه المفردة). والجدول ذو الرقم (4) يوضح ذلك:

الجدول ذو الرقم (4)

معاملات ثبات مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين باستخدام معامل ألفا- كرونباخ (ن=40)

معامل ألفا	م	معامل ألفا	م
0.957	18	0.957	1
0.958	19	0.957	2
0.956	20	0.952	3
0.956	21	0.957	4
0.958	22	0.956	5
0.958	23	0.957	6
0.956	24	0.958	7
0.956	25	0.958	8
0.954	26	0.957	9
0.958	27	0.958	10
0.957	28	0.956	11
0.956	29	0.956	12
0.958	30	0.951	13
0.958	31	0.958	14

0.957	32	0.956	15
0.957	33	0.956	16
0.958	34	0.958	17
0.958			معامل الفا العام

من النضج والصحة النفسية، والسعادة والكفاية والتوافق النفسي. ويتحقق ذلك عن طريق معرفة الذات وفهمها وتقبلها، ونمو مفهوم موجب للذات، وتحديد أهداف سليمة للحياة، وأسلوب حياة موفق⁽⁸⁾.

• أهداف البرنامج:

يهدف البرنامج إلى تخفيف القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين.

• الأسس التي يقوم عليها العلاج بالمعنى:

يقوم العلاج بالمعنى على ثلاثة أسس يمكن إجمالها في الآتي:

- **حرية الإرادة:** لا تعني حرية الإنسان أن يتحرر من الظروف، ولكن قد يقع الإنسان في ظروف ومواقف ويبقى الخيار أمامه لأن يختار، إما أن يكون حراً ويختار، أو يكون مقيداً ويخضع لهذه الظروف، فحرية الإنسان تعلو فوق الحتمية النفسية إلى وجود الإنسان.
- **إرادة المعنى:** تعد إرادة المعنى من الدوافع الأولية التي تخلق المعنى في حياة الفرد، فالإنسان يملك أهدافاً كثيرة، ولكن بإرادة المعنى يسعى إلى تحقيق هذه الأهداف.
- **معنى الحياة:** ويؤكد "فرانكل" على أننا عندما نتحدث عن العلاج بالمعنى، فنحن نصف معنى الحياة، فقد يملك الإنسان أهدافاً كثيرة ذات معنى، ولكنه لا يسعى إلى تحقيقها، ومن هنا فإن حياته تصير بلا معنى⁽⁶⁾.

الأساليب والفنيات المستخدمة في البرنامج:

تتركز أهم فنيات العلاج بالمعنى في الآتي:

1. فنية منهج القصة الرمزية (Parable method):

تعد هذه الفنية وسيلة مفيدة مع بعض الأفراد، حيث يروى المرشد قصة توضح معنى معيناً قد يصعب التعبير عنه بشكل مباشر، وعلى سبيل المثال يروى "فرانكل" قصة توضح معنى ارتباط الحياة الإنسانية بالمعاناة، وهي قصة "حبوب الخردل"، فلقد ولدت الهندية "جوت" طفلاً ولكنه مرض ومات، فشعرت بالأسى وحملت جثمانه من مكان لآخر بحثاً عن دواء، فاستهزأ الناس بها، ولكنها لجأت إلى أحد الحكماء والذي أخبرها أن الدواء الوحيد هو أن تحضر حفنة من حبوب الخردل من أول منزل بالمدينة، لا يكون أحد من أهله قد مرض أو عانى أو مات، فجابت المدينة بيتاً بيتاً، ولكنها لم تتجج أبداً في العثور على

ينتضح من الجدول ذي الرقم (4): أن معامل ألفا للمقياس في حالة حذف درجة كل مفردة، أقل من أو يساوي معامل ألفا العام، حيث إن تدخل المفردة لا يؤدي إلى خفض معامل الثبات الكلي للمقياس، ومن ثم تم الإبقاء على جميع مفردات المقياس، مما يدل على ثبات مقياس القلق الاجتماعي.

ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية:

حُسِب ثبات أداة الدراسة باستخدام طريقة التجزئة النصفية لدراسة الاتساق الداخلي للأبعاد كما يوضحه الجدول الآتي ذو الرقم (5).

الجدول ذو الرقم (5)

معاملات ثبات أداة الدراسة باستخدام التجزئة النصفية ن= (40)

المقياس	عدد المفردات	التجزئة النصفية
القلق الاجتماعي	34	0.936

ضعيفة أقل (0.5) ♦ متوسطة بين (0.5-0.7) ♦ مرتفعة أكبر (0.7)

ينتضح من الجدول ذي الرقم (5) أنَّ معاملات الثبات مرتفعة، وهي أكبر من (0.7)؛ مما يعطي مؤشراً جيداً على ثبات الأداة، وبناء عليه يمكن العمل بها.

الصورة النهائية للمقياس:

ولأنَّ عبارات مقياس القلق الاجتماعي جميعها تتصف بالصدق والثبات، فإنه لم يتم استبعاد أي منها؛ ولذلك فإن الصورة الأولية تظل كما هي. وبتحديد نظام الاستجابة على بنود مقياس القلق الاجتماعي وفقاً لطريقة ليكرت ثلاثية التدرج: (دائماً، أحياناً، نادراً)، وتأخذ الأوزان الآتية على الترتيب (3، 2، 1)، وعلى هذا تكون الدرجة العظمى (102) درجة، وتكون الدرجة الصغرى (34) درجة، وتدل الدرجة المرتفعة على ارتفاع القلق الاجتماعي، أما الدرجة المنخفضة فتدل على انخفاضه.

سادساً: برنامج الإرشاد بالمعنى (إعداد الباحث):

لقد ظهرت عدة مؤلفات تؤكد النظر إلى الإرشاد النفسي كعملية نمو، وتركز على أهمية رعاية النمو السليم وتوجيهه، والارتقاء بالسلوك، وهذه المؤلفات تؤكد أهمية المنهج التنموي في تخطيط برامج التوجيه والإرشاد، ويتضمن هذا المنهج الإجراءات التي تؤدي إلى النمو السوي السليم لدى الأسوياء والعاديين؛ حتى يتحقق الوصول بهم إلى أعلى مستوى ممكن

مطالبهم، وإشباع حاجاتهم الأساسية دون الاعتماد على الآخرين؛ من أجل شعور بالمعنى في حياتهم والإحساس بجودتها.

5. تعديل الاتجاهات: (Modification of attitudes)

تقوم هذه الفنية على الاعتقاد بأن الفرد يمكنه التغلب على مشكلاته؛ من خلال الاتجاه الذي يتخذه نحو تلك المشكلات، وتهدف هذه الفنية إلى إحداث تغيير إيجابي في اتجاه العميل نحو نفسه وظروفه، مما يساعده على أن يتغلب على بعض مشكلاته، وعلى أن يتقبل ويتعايش مؤقتاً مع ما لا يستطيع حله من مشكلات⁽²¹⁾.

6. المسرحيات الفنية القائمة على المعنى (اللوجودراما

(Logo drama:

تقوم هذه الفنية على أساس تخيل الماضي من الحياة؛ بهدف تعزيز الإحساس بالمسؤولية نحو الوجود الشخصي، والإفادة من هذا التخيّل في الربط بين الماضي والحاضر من الحياة بهدف إنجاح المستقبل، وتستخدم هذه الفنية في مساعدة أفراد المجموعة الإرشادية على اكتشاف المعنى والهدف في حياتهم؛ من خلال تخيل أنفسهم في مكانة اجتماعية عالية ومتميزة، وتكون لديهم القدرة على المشاركة الاجتماعية الفاعلة، وشعورهم بالمسؤولية الاجتماعية إلى جانب حصولهم على المساندة الاجتماعية من الأفراد المحيطين بهم⁽⁸⁾.

7. إيقاف الإمعان الفكري (Dereliction):

تقوم هذه الفنية على فكرة أن التلقائية والنشاط السوي يتعرضان للإعاقة، إذا جعل الإنسان منها هدفاً مفرطاً للاهتمام، وتستخدم في الحالات التي تقترب فيها الأعراض العصبية بالملاحظة القهرية للذات، أو ما يسمى في الإرشاد بالمعنى بظاهرة الإمعان الفكري المفرط (Hyper-reflection) والقصد المفرط (Hyper-intention) وتعتمد هذه الفنية على قدرة الإنسان على تجاوز ذاته، وتهدف إلى كسر الحلقة المفرغة بالحيولة بين الفرد وانتباهه المفرط لنفسه، حيث يتجاهل الفرد عصابه، ويركز انتباهه بعيداً عن ذاته، ويحدث ذلك من خلال اكتساب توجه جديد نحو معنى متميز لحياته⁽²¹⁾.

محتويات البرنامج:

تكون البرنامج من ثلاث مراحل أساسية تضم كل مرحلة عدداً من الجلسات، التي تعمل على تحقيق أهداف معينة تتجمع مع بعضها بعضاً في النهاية؛ لتحقيق الهدف النهائي للبرنامج، لذلك تكون البرنامج من (أربع وعشرين) جلسة بواقع (3) جلسات أسبوعياً، وزمن الجلسة (50-60) دقيقة لمدة شهرين وهي كالاتي:

منزل لم يعان فيه أحد أو يموت، فأدركت أن ابنها لم يكن الوحيد الذي مرض ومات، وأنها لم تكن الوحيدة التي عانت، فالمعاناة قانون سائد بين البشر.

2. المقصد المتناقض ظاهرياً (Paradoxical intention)

تعني هذه الفنية تشجيع المسترشد على أن يفعل أو يرغب في حدوث الأشياء التي يخافها بالذات، أو التي لا يريد حدوثها، وعندما يفعل المسترشد ذلك فإنه يؤدي إلى توقف الشعور أو الفعل الذي يخاف حدوثه، وتعمل هذه الفنية على علاج القلق التوقعي الذي ينشأ نتيجة الخوف من تكرار الفعل غير المرغوب، ويؤدي القلق ذاته إلى حدوث ذلك الفعل غير المرغوب، بحيث يتحول الأمر إلى دائرة مغلقة، ويستخدم الباحث هذه الفنية في مساعدة أفراد العينة على إثبات سلوكهم التوكيدي، والتعبير عن آرائهم سواء أكانت متفقة أو مختلفة عن الآخرين، إيجابية أو سلبية دون خجل أو تردد أو خوف، إلى جانب تبصرهم بأن المشاعر والاتجاهات الإيجابية في الحياة تنعكس دائماً على تكرار حدوث الانفعالات السارة، ومشاعر البهجة والتفاؤل في الحياة⁽²¹⁾.

3. إعادة البناء الموقفي: (Situational reconstruction)

وهي تهدف إلى مساعدة المسترشد على السيطرة على المواقف والمشكلات والضغط المستقبلية التي يشعر بها، وفيها يطلب من المسترشد أن يتخيل ثلاثة مواقف كان من الممكن أن تأتي أسوأ من الموقف الحالي الذي يمر به، وعندما ينجح في ذلك يطلب منه تخيل ثلاث حالات أقل سوءاً من الموقف الذي يمر به، وبعد أن يقوم المسترشد بذلك تكون لديه القدرة على إعادة بناء الموقف، كما يساعده التخيّل على إعادة تقييم أحداث حياته، ويستخدم الباحث هذه الفنية في مساعدة أفراد العينة على التحقق من إحساسهم بالقلق المستقبلي والتشاؤم، الأمر الذي يجعلهم أقل نشاطاً وقدرة على الاستنكار، بأن تساعد على تخيل ما الذي يكون عليه مستقبلهم على أسوأ حال يتوقعونه، ثم ما الذي يكون أقل سوءاً من ذلك، على أن يتوصلوا إلى أن واقعهم يمكن التحكم فيه لإعادة مستقبل أفضل⁽⁸⁾.

4. تحسين الذات التعويضي (Compensatory self-improvement):

يقصد بها توجيه الفرد وإرشاده إلى الإمكانيات المتاحة وغير المستغلة لديه، فالفرد لديه قدرات وطاقات كامنة عليه أن يستفيد منها؛ مما يمنحه معنى إيجابياً لحياته، وذلك من خلال التقييم الموضوعي للذات، والتركيز على تنمية جوانب القوة وتطويرها، والتخلص من/ أو تحسين جوانب الضعف واستغلال وقت الفراغ في نشاط مفيد، وتستخدم هذه الفنية في مساعدة أفراد العينة على الاعتماد على طاقاتهم وإمكاناتهم في تحقيق

طريق استخدام الحزم الإحصائية للعلوم الإنسانية والاجتماعية (SPSS) (Statistical Package for Social Sciences)، وذلك بعد أن تم ترميز البيانات وإدخالها إلى الحاسوب، والأساليب الإحصائية التي استخدمت في هذه الدراسة هي:

- 1- استُخدم معامل الارتباط (بيرسون)، وألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية باستخدام معادلة (سبيرمان).
- 2- اختبار مان وتتي، واختبار ويلكوكسون، ومعامل الارتباط الثنائي للرتب؛ وذلك للتحقق من صحة فروض الدراسة.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

- نتائج الفرض الأول: ينص الفرض الأول على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين عند مستوى (0.01) لصالح المجموعة التجريبية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان وتتي (Mann-U) وقيمة (Z) كأحد الأساليب اللابارامترية للتعرف إلى دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين: أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي؛ وذلك للوقوف على دلالة ما قد يطرأ على القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين، كما تعكسه درجاتهم على مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين.

ولحساب حجم تأثير البرنامج في حالة اختبار مان وتتي للعينتين المستقلتين باستخدام معامل الارتباط الثنائي للرتب الذي يحسب من المعادلة الآتية:

$$r_{pr} = \frac{2(Mr_1 - Mr_2)}{n_1 + n_2} \text{ حيث:}$$

Mr_1 : متوسط رتب المجموعة الأولى (المجموعة التجريبية).

Mr_2 : متوسط رتب المجموعة الثانية (المجموعة الضابطة).

n_1 : عدد أفراد المجموعة الأولى (المجموعة التجريبية).

n_2 : عدد أفراد المجموعة الثانية (المجموعة الضابطة).

ويتم تفسير (r_{prd})

- إذا كان: (r_{prd}) > 0.4 فيدل على علاقة ضعيفة أو حجم تأثير ضعيف.
- إذا كان: (r_{prd}) ≤ 0.4 و > 0.7 فيدل على علاقة متوسطة أو حجم تأثير متوسط.
- إذا كان: (r_{prd}) ≤ 0.7 و > 0.9 فيدل على علاقة قوية أو حجم تأثير قوي.

المرحلة الأولى: تتضمن هذه المرحلة إعداد أفراد العينة بأهم المعلومات الأساسية التي تتعلق بطبيعة القلق الاجتماعي الذي يعانون منه، وأعراضه الأساسية، وكذلك طبيعة الإرشاد ذي المعنى وخلفيته النظرية.

المرحلة الثانية: وهي مرحلة التدريب، حيث تم تدريب المكفوفين أفراد العينة على فنيات البرنامج الإرشادي المستخدمة، والتي استمدت من الإرشاد القائم على المعنى.

المرحلة الثالثة: مرحلة إعادة التدريب، وهي التي يتم فيها إعادة تدريب أفراد العينة من خلال بعض المواقف والأنشطة التي تظهر كفاءتهم وإتقانهم للفنيات التي تم اكتسابها، وكيفية تعميمها على السلوك المكتسب والمحافظة عليه.

الخطوات الميدانية للدراسة:

في إجراء الباحث للجانب التطبيقي من الدراسة الحالية، اتبع الخطوات الآتية:

- أ- الاطلاع على ملفات جميع المراهقين بمعهد النور ببريدة، والذي يتراوح عمرهم الزمني بين (13-20) عامًا بمتوسط عمري (15.950) وانحراف معياري (2.114).
- ب- تم تحديد وإعداد مقاييس الدراسة، وهي: مقياس القلق الاجتماعي والتأكد من صلاحيته للتطبيق على عينة الدراسة.
- ت- قام الباحث بإعداد برنامج قائم على فنيات الإرشاد بالمعنى.
- ث- قام الباحث بتحديد عينة الدراسة، وتكافؤ مجموعتيها التجريبية والضابطة.
- ج- إجراء القياس القبلي لمقياس القلق الاجتماعي على المراهقين المكفوفين لدى المجموعتين التجريبية والضابطة.
- ح- قام الباحث بتطبيق البرنامج على المجموعه التجريبية من المراهقين المكفوفين.
- خ- إجراء القياس البعدي لمقياس القلق الاجتماعي على المراهقين المكفوفين لدى المجموعتين التجريبية والضابطة.
- د- قام الباحث بتطبيق مقياس القلق الاجتماعي على المراهقين المكفوفين لدى المجموعة التجريبية وذلك بعد مرور شهر من (تطبيق ما بعد المتابعة).
- ذ- قام الباحث باستخدام الأساليب الإحصائية الملائمة للوصول إلى نتائج الدراسة.

ر- قام الباحث بتفسير نتائج الدراسة، في ضوء الإطار

النظري والدراسات السابقة.

سابعاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

سعيًا للوصول إلى النتائج التي تحقق أهداف الدراسة، وتحليل البيانات، استخدمت مجموعة من الأساليب الإحصائية المتنوعة، وذلك عن

- إذا كان: $(r \text{ prd}) \geq 0.9$ فيدل على علاقة قوية جداً أو حجم تأثير قوي جداً.

الجدول ذو الرقم (6)

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري في القياس البعدي للقلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين لدى أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة

المتغيرات	التجريبية (ن=10)		الضابطة (ن=10)	
	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف
القلق الاجتماعي	42.900	4.433	84.700	10.605

يتضح من جدول ذي الرقم (6) انخفاض المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية في القياس البعدي (المتوسط = 42.900، انحراف معياري = 4.433)، مقارنة بالقياس البعدي لدى المجموعة الضابطة (المتوسط = 84.700، انحراف معياري = 10.605)، وهذا يعني انخفاض القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين لدى المجموعة التجريبية.

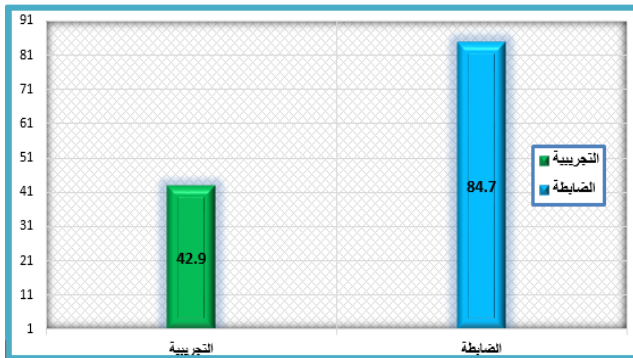
الجدول ذو الرقم (7)

قيم (U, Z) ودلالاتها للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة وحجم الأثر لمقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين في القياس البعدي

المتغير	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	مستوى الدلالة	r prd
القلق الاجتماعي	التجريبية	10	5.500	55.000	0.000	3.785	0.000 داله عند (0.01)	-1.000 كبير جدا
	الضابطة	10	15.500	155.000				

- قيمة (Z) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) تساوي (1.96)

- قيمة (U) الجدولية لعدد العينة (10) عند مستوى دلالة (0.05) تساوي (23)



الشكل ذو الرقم (2) ويوضح المتوسط في القياس البعدي للقلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين لدى أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة

ويصف الباحث هذه النتيجة بأنها نتيجة منطقية؛ بسبب تعرض المجموعة التجريبية للبرنامج، وحجب تأثيره عن المجموعة الضابطة، وتتفق هذه النتيجة مع معظم الدراسات السابقة التي توصلت إلى أنه بالإمكان خفض القلق الاجتماعي بعد التدريب، كما قد تعود هذه النتيجة إلى قوة المحتوى التعليمي وكثافته في البرنامج المقدم إلى المجموعة التجريبية، وضعف المحتوى التعليمي اليومي المقدم للمجموعة الضابطة، وأيضاً اعتمد الباحث أثناء الجلسات على استخدام فنيات متعددة، والتي كان لها الأثر في خفض القلق الاجتماعي، واتفقت هذه النتيجة مع دراسة سيد⁽³⁴⁾، ودراسة حنور⁽²²⁾.

يتضح من الجدول ذي الرقم (7) الآتي: إن قيمة (Z) المحسوبة بلغت (3.785)، وهي أكبر من القيمة الحدية (1.96)؛ مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين أفراد المجموعة التجريبية، وأفراد المجموعة الضابطة على مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين في القياس البعدي، وأن هذه الفروق دالة عند (0.01) لصالح متوسطات المجموعة التجريبية. كما يتضح أن قيمة (U) المحسوبة بلغت = (صفر)، وهي أصغر من القيمة الحدية (23)؛ مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات الرتب للدرجات في القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين في القياس البعدي، وذلك عند (0.01) في القياس البعدي، وأن هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية.

وتشير قيمة معامل الارتباط الثنائي للرتب (rprb) التي تساوي (1) إلى: وجود تأثير قوي جداً لـ (البرنامج الإرشادي) على (مستوى القلق الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية، بالمقارنة بالمجموعة الضابطة؛ مما يشير إلى تحقيق الفرض الأول من فروض الدراسة، والشكل ذو الرقم (2) يوضح ذلك:

حيث:

- $T =$ مجموع الرتب ذات الإشارة الموجبة.
 - $n =$ عدد أزواج الدرجات.
- ويتم تفسير (r_{prb})

- إذا كان: $(r_{prb}) > 0.4$ فيدل على علاقة ضعيفة أو حجم تأثير ضعيف.
 - إذا كان: $0.4 \leq (r_{prb}) < 0.7$ فيدل على علاقة متوسطة أو حجم تأثير متوسط.
 - إذا كان: $0.7 \leq (r_{prb}) < 0.9$ فيدل على علاقة قوية أو حجم تأثير قوي.
 - إذا كان: $(r_{prb}) \geq 0.9$ فيدل على علاقة قوية جدًا، أو حجم تأثير قوي جدًا.
- وجاءت النتائج وفق ما يوضحها الجدول ذو الرقم (8).

- نتائج الفرض الثاني: ينص الفرض الثاني على أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مجموعة الدراسة التجريبية في القياسين الإجراءيين القبلي والبعدي على مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين عند مستوى (0.01) لصالح القياس البعدي.

ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) وقيمة (Z) كأحد الأساليب اللابارامترية للتعرف إلى دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين في القياسين الإجراءيين القبلي والبعدي.

ولحساب حجم تأثير البرنامج فقد اعتمد الباحث في حسابه على ما أشار إليه في حالة اختبار ويلكوكسون للعينتين، مرتبطتين باستخدام معامل الارتباط الثنائي (r_{prb}) للرتب الذي يحسب من المعادلة الآتية:

$$r_{prb} = \frac{4T}{n(n+1)} - 1$$

الجدول ذو الرقم (8)

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري في القياسين القبلي والبعدي لمقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين لدى المجموعة التجريبية

القياس البعدي (ن=10)		القياس القبلي (ن=10)		المتغيرات
الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
4.433	42.900	10.429	86.100	القلق الاجتماعي

= 86.100 ، انحراف معياري = 2.116، وهذا يعني انخفاض القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين لدى المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

يتضح من جدول ذي الرقم (8) انخفاض المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية في القياس البعدي (المتوسط = 42.900، انحراف معياري = 10.429)، مقارنة بالقياس القبلي لدى المجموعة التجريبية (المتوسط

الجدول ذو الرقم (9)

دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات في القياسين القبلي والبعدي وحجم الأثر لمقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين لدى المجموعة التجريبية

الأبعاد	القياس قبلي/بعدي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة W	قيمة Z	مستوى الدلالة	rprb
القلق الاجتماعي	الرتب السالبة	10	5.500	55.000	صفر	2.805-	0.005	-1.000 كبير جدًا
	الرتب الموجبة	0	0.000	0.000				
	التساوي	0						
	الإجمالي	10						

- قيمة (Z) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) تساوي (1.96)

- قيمة (W) الجدولية لعدد العينة (10) عند مستوى دلالة (0.05) تساوي (8)

كما يتضح أن قيمة (W) المحسوبة بلغت = (صفر) وهي أصغر من القيمة الحدية (8)؛ مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات الرتب للدرجات في القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين في القياس البعدي وذلك عند (0.01) في القياس البعدي، وأن هذه الفروق لصالح القياس البعدي.

يتضح من الجدول ذي الرقم (9) أن قيمة Z المحسوبة بلغت - (2.805)، وهي أكبر من القيمة الحدية (1.96)؛ مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات الرتب للدرجات في أبعاد مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين، والدرجة الكلية وذلك عند (0.05) في القياس القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية، وأن هذه الفروق لصالح متوسطات القياس البعدي.

الباحث أيضًا هذه النتيجة إلى ما صاحب البرنامج من تعزيز، سواء من الباحث، أو بنحو ذاتي من المراهق لنفسه من خلال ما يحققه من نجاح في التحسين من نتائجه، وهذا ما تتفق معه نظرية (ثورنديك) في الثواب والعقاب، ومما زاد من فاعلية البرنامج -كذلك- التدرج في الإرشاد من المهارات الأسهل إلى الأصعب، والبدء بالمهارات السهلة، فقد زاد ذلك من قدرات المراهقين المكفوفين على سرعة تعلم المهارات الأخرى وثباتها لديهم.

- نتائج الفرض الثالث: ينص الفرض الثالث على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مجموعة الدراسة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد شهرين من انتهاء البرنامج) على مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين".

فقد تم توضيح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري في القياس البعدي والتتبعي لمقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين لدى المجموعة التجريبية، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول ذو العدد (10).

ولاختبار صحة الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) وقيمة (Z) كأحد الأساليب اللابارامترية للتعرف إلى دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في مقياس القلق الاجتماعي، لدى المراهقين المكفوفين في القياسين البعدي والتتبعي. وكانت النتائج كما يوضحها الجدول ذو العدد (10).

الجدول ذو العدد (10)

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين لدى المجموعة التجريبية

المتغيرات		البعدي		التتبعي	
		المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف
القلق الاجتماعي		42.900	4.433	42.200	4.541

يتضح من الجدول ذي العدد (10) تقارب المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية في القياس البعدي (المتوسط = 42.900، انحراف معياري = 4.433)، مقارنة بالقياس التتبعي (المتوسط = 42.200، انحراف معياري = 4.541)، وهذا يعني استمرارية البرنامج.

الجدول ذو العدد (11)

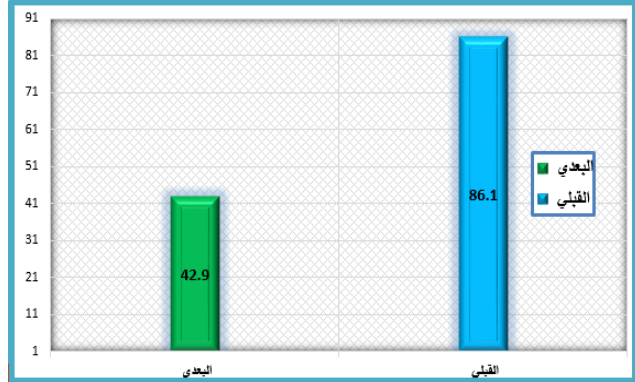
دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لمقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين لدى المجموعة التجريبية

المتغيرات	القياس بعدي / تتبعي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة W	قيمة Z	مستوى الدلالة
القلق الاجتماعي	الرتب السالبة	5	6.30	31.50	23.5	0.409	0.683 غير دال احصائيا
	الرتب الموجبة	5	4.70	23.50			
	التساوي	0					
	الإجمالي	10					

- قيمة (Z) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) بتساوي (1.96)

- قيمة (W) الجدولية لعدد العينة (7) عند مستوى دلالة (0.05) بتساوي (8)

وتشير قيمة معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (r_{prb}) التي تساوي (1.0)، إلى وجود تأثير قوى جدًا لـ (البرنامج الإرشادي) في انخفاض القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين؛ مما يشير إلى تحقق نتائج الفرض الثاني من فروض الدراسة، والرسم البياني في الشكل ذي الرقم (3) يوضح ذلك.



الشكل ذو الرقم (3)

ويوضح المتوسط الحسابي في القياسين القبلي والبعدي لمقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين لدى المجموعة التجريبية

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى تحسن المجموعة التجريبية في القياس البعدي، وإلى إمكانية تكرار الأنشطة التي تساعد على خفض القلق، وتضمن تعلم المراهقين حتى مرحلة التمكن والإتقان، كما أن البرنامج كان يقوم بتقسيم المعلومات إلى خطوات صغيرة تتطلب استجابة وتعطى تغذية راجعة فورية، مما يركز على الهدف التعليمي، كما يعزو

1- فاعلية فنيات الإرشاد بالمعنى مع فئة المراهقين المكفوفين؛ وذلك نظراً لطبيعة النظرية القائم عليها البرنامج، والتي أولت اهتمامها الأكبر للإنسان، وما يعتلج بداخله من معتقدات وأفكار وجودية، ومحاولة التعامل مع تلك الأفكار والمعتقدات، والسعي لوضع هدف للحياة التي يحياها الفرد بكل مقوماتها، ويتفق هذا التفسير مع دراسة الشاذلي⁽²¹⁾، التي هدفت التعرف إلى فاعلية الإرشاد بالمعنى في تنمية تقدير الذات لدى عينة من المراهقين المعوقين بصرياً، وتوصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند (0.01) بين متوسط رتب درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية بعد تطبيق البرنامج على مقياس تقدير الذات بأبعاده لصالح المجموعة التجريبية. ويتفق ذلك -أيضاً- مع دراسة كل من أحمد⁽⁵⁾، وخضير⁽²⁶⁾، وعبد الرحمن⁽³⁾، وحسن⁽²³⁾، حيث أثبتت كل دراسة من هذه الدراسات فاعلية التدخل القائم على العلاج بالمعنى مع فئة المراهقين سواء أكانوا عابدين أو معوقين.

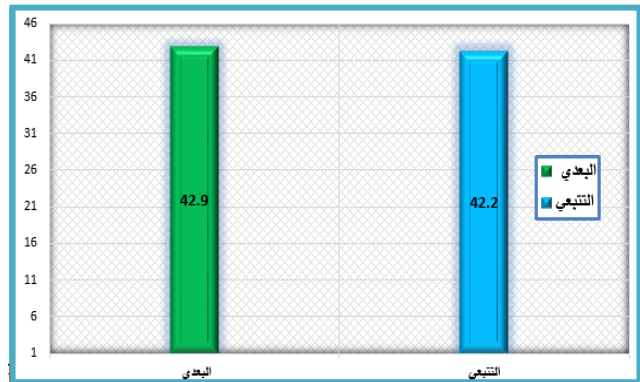
2 - فاعلية البرنامج المصمم لتلك الدراسة، والبرامج الإرشادية بوجه عام في خفض القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين، فقد أكدت النتائج وجود تأثير قوى جداً لـ (البرنامج الإرشادي) في انخفاض القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين، ويتفق ذلك مع عدة دراسات سعت إلى تصميم برامج إرشادية لخفض القلق الاجتماعي لدى المكفوفين، منها: دراسة سيد⁽³⁴⁾، التي هدفت إلى استقصاء فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض مستوى الرهاب الاجتماعي لدى عينة من الطالبات المعوقات بصرياً، وأسفرت نتائجها عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الرهاب الاجتماعي في اتجاه أفراد المجموعة التجريبية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وبعده في اتجاه القياس البعدي، وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الرهاب الاجتماعي.

وكذلك دراسة حنور، وآخرين⁽²²⁾ التي هدفت التعرف إلى فاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي سلوكي لتحسين تقدير الذات في تخفيف القلق الاجتماعي لدى المكفوفين، واستمرار فاعلية البرنامج بعد فترة المتابعة، وبينت نتائجها فاعلية البرنامج المعد في هذه الدراسة في تحسين تقدير الذات في تخفيف القلق الاجتماعي لدى المكفوفين، وذلك من خلال المقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة والقياس القبلي والبعدي، وتوصلت إلى استمرار فاعلية البرنامج بعد فترة المتابعة.

3 - الفروق الدالة إحصائياً كانت لصالح المجموعة التجريبية دائماً؛ وهذا يعزى إلى عدم تطبيق البرنامج على المجموعة الضابطة، وكذلك إلى

يتضح من الجدول ذي العدد (11) أن قيمة (Z) المحسوبة بلغت - (0.409)، وهي أقل من القيمة الحدية (1.96)؛ مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين، وهذا يعني استمرارية البرنامج.

كما يتضح أن قيمة (W) المحسوبة بلغت = (23.5)، وهي أكبر من القيمة الحدية (8)؛ مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات الرتب للدرجات في القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين في القياس البعدي، مما يدل على تحقق الفرض الثالث من فروض الدراسة، والرسم البياني ذو الرقم (4) يوضح ذلك.



الشكل ذو الرقم (4)

المتوسط الحسابي في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين لدى المجموعة التجريبية

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى اعتماد البرنامج على العديد من الوسائل، وما يتميز به من إثارة وتشويق ومتعة للمراهقين المكفوفين، حيث زاد من مستوى الثقة لديهم؛ مما انعكس إيجابياً على مستوى خفض القلق الاجتماعي لديهم، كما أدى ذلك كله إلى ثبات ما تعلمه المراهقون، وبقاء هذا الأثر راجع إلى الفنيات المستخدمة في البرنامج، وإلى شرح أهمية البرنامج وتوضيحه للمعلمين؛ مما أدى إلى الانتباه إلى أهمية البرنامج، والمتابعة والملاحظة للتطورات التي تطرأ على سلوك المراهقين المكفوفين، مما ساعد على خفض القلق الاجتماعي لديهم، كما أتاحت الواجبات المنزلية الفرصة أمام أفراد المجموعة التجريبية بامتداد البرنامج الإرشادي خارج النطاق الزمني والمكاني للبرنامج، وجعله جزءاً من حياة أفراد المجموعة التجريبية من خلال ما تضمنه من أنشطة وفنيات متنوعة، يمارسها أفراد المجموعة التجريبية بعد انتهاء جلسات البرنامج الإرشادي، وذلك دون أن تكلفهم بأعباء إضافية ترهقهم وتؤثر عليهم.

مناقشة النتائج:

في ضوء نتائج الدراسة الحالية تبين للباحث ما يلي:

- symptoms in the visually impaired. *Journal of Scientific Research in the Arts (Social and Human Sciences)*, 6 (21), 446-478, 2020.
- 3- Abdul Rahman, M. The effectiveness of a program based on meaning therapy to improve life purpose in a group of deaf adolescents. *Al-Azhar University Education Journal*, 4(168), 398-447, 2016.
 - 4- Ahmed, A, Shaheen, H,& Irfan, A. Self-affirmation and its relationship to social anxiety in a sample of blind adolescents. *Journal of Scientific Research in Education*, 6 (18), 87-98, 2017.
 - 5- Ahmed, D. The effectiveness of meaningful counseling in developing the level of effective psychological energy among a sample of unemployed graduates: a clinical psychometric study. *Reading and Knowledge Magazine*, (127), 82-110, 2012.
 - 6- Ahmed, D, Haseeb, A, & Makkawi, S. (2012). The effectiveness of meaningful counseling in developing the level of effective psychological energy among a sample of unemployed graduates: a clinical psychometric study. *Reading and Knowledge Journal*, (127) 82-110, 2012.
 - 7- Ahmed, Q. *Introduction to special education*. Amman: Arabic Books Library, 2005.
 - 8- Ahmed, S,& Hussein, W. The effectiveness of meaningful counseling in improving the quality of psychological life of female students of the College of Education. *Journal of Arab Studies in Education and Psychology*, 3 (1), 215-242, 2009.
 - 9- Al-Banna,H. Social anxiety and its relationship to negative automatic thinking among students from Kuwait University. *Journal of Psychological Studies*, 16 (2), 291 -311, 2006.
 - 10- Al-Barqi, A. *Self-esteem and its relationship to social anxiety and future anxiety among blind secondary school students in the Kingdom of Saudi Arabia* [Unpublished Master Thesis]. Cairo University, 2010.
 - 11- Al-Bashar, H, Al-Buhairy, M, & Shaheen, H. Self-esteem and its relationship to social anxiety in a sample of blind children. *Journal of Childhood Studies*, 23 (87), 125-131, 2020.
 - 12- Al-Bebawy, I. *Communication Disorders*. Riyadh: Al-Zahra Library, 2006.
 - 13- Al Fahal, N. *Your Guide to Psychological Counseling Programs from Design to Application in Research and Student Counseling*. Cairo: Dar Al Uloom for Publishing and Distribution, 2014.
 - 14- Al-Masry, M. *The effectiveness of meaningful counseling in improving the meaning of life for adolescent Internet addicts* [unpublished master's thesis]. Sadat City University, Egypt, 2017.
 - 15- Al-Quraiti, A. *In mental health*. Cairo: The Arab Thought House, 2005.

العناية الزائدة بالمجموعة التجريبية، حيث إنها هي التي يتوقف عليها نجاح البرنامج من عدمه.

4 - استمرارية فاعلية البرنامج التي دل عليها القياس التتبعي، حيث أثبتت النتائج تحقق الفرضية الثالثة التي تنص على: أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مجموعة الدراسة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد شهرين من انتهاء البرنامج)، على مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين، وهذا يعزى إلى الدقة في تطبيق البرنامج، وتعاون أفراد العينة أثناء التطبيق، ومحاولة الباحث بث روح التعاون والعلاقات الإنسانية بينه وبين أفراد عينته، واستمرار تلك العلاقة بعد تطبيق البرنامج، وعدم اتخاذ أفراد العينة كأداة تحقق الغرض المطلوب منها فقط، كما سعى الباحث إلى الالتزام بأدوار المرشد التي حددتها نظرية الإرشاد بالمعنى، وتم سردها فيما تقدم من إطار نظري.

التوصيات:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج يوصي الباحث بالآتي:

- 1 - تطبيق البرنامج المصمم لتلك الدراسة مع المراهقين المكفوفين في حالات القلق الاجتماعي لديهم، وكذلك إمكانية تطبيقه مع عينات أخرى بعد تقنيه؛ نظراً لإثبات فاعليته.
- 2 - تفعيل دور المراكز الإرشادية في مدارس المكفوفين، ومراكز تأهيلهم ورعايتهم؛ وذلك لتحقيق الاستفادة من قدراتهم وإمكاناتهم بأقصى وجه ممكن.
- 3 - ضرورة تأهيل الأخصائي النفسي الذي يتعامل مع المراهقين المكفوفين، والعناية باستمرارية تدريبه على تطبيق البرامج الإرشادية والعلاجية مع تلك الفئة، ومتابعته في ذلك، وتقويمه، وتقديم العون والمساعدة له من قبل الجهات التخصصية؛ حتى يؤدي الدور المنوط به بكفاءة وفاعلية.
- 4 - سعي الباحثين نحو تصميم المزيد من البرامج الإرشادية القائمة على نظريات حديثة؛ للخفض من القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين، ودراسة مدى فاعليتها في ذلك.
- 5 - استخدام فنيات الإرشاد بالمعنى لمواجهة اضطرابات نفسية أخرى لدى المراهقين المكفوفين.
- 6 - إجراء المزيد من الدراسات التي تستهدف إيجاد علاقات بين الإعاقات المختلفة بوجه عام، والإعاقة البصرية بصفة خاصة، وبين الاضطرابات النفسية، وضرورة اهتمام الباحثين بنماذج العلاقات السببية في هذا المجال من الدراسات.

References:

- 1- Abdel Azim, S, & Moawad, M. *Treatment in the meaning: theory - techniques - application*. Cairo: The Arab Thought House, 2012.
- 2- Abdel Shafi, M, Banna, N, & Shaarawi, M. The relationship between social anxiety and obsessive

- study [unpublished master's thesis]. Damascus university, 2007.
- 29- Muhammad, S, & Moawad, M. *Meaning therapy: theory - techniques - application*. Cairo: Arab Thought House, 2012.
 - 30- Okasha, A. *Contemporary Psychiatry*. Cairo: Anglo-Egyptian, 2003.
 - 31- Omar, A. The effectiveness of an integrative counseling program based on meaning therapy and some personality forces in improving the quality of life of a sample of adolescents. *Journal of the Faculty of Education in Psychological Sciences at Ain Shams University*, 43 (3), 116 – 226, 2019.
 - 32- Othman, F. *Anxiety and stress management*. Cairo: The Arab Thought House, 2001.
 - 33- Othman, Z. Social anxiety and its relationship to ego power, self-esteem, affirmative behavior, normal and non-normal traits in a sample of visually impaired adolescents. *Journal of the Faculty of Arts, Sohag University*, (37), 135-200, 2014.
 - 34- Syed, M. The effectiveness of a cognitive-behavioral counseling program to alleviate the severity of social phobia among a sample of visually impaired female students. *Journal of Scientific Research in Education*, (16), 284-306, 2015.
 - 35- Syed, S. Disturbance of body image as a predictor of emotional hypersensitivity and negative sentiments in blind adolescents. *The Educational Journal*, (65), 492-544, 2019.
 - 36- American Psychiatric Association. *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders DSM-(5th Ed)*. Washington, DC, 2013.
 - 37- Aydemir, D. *The Predictors of Life Satis Faction of Visually Impairment Turkish adolescents* [Unpublished Master,s Thesis]. Middle East Technical University, 2009.
 - 38- Bandura, A., & Walters, R. H. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Communication company. Prentice-hall, United States of Ameruca, Paramount, 1977.
 - 39- Bhuvaneswari, M.; Selvaraj, I. C.; Selvaraj, B. & Srinivasan, T. Assessment of psychological and psycho-physiological problems among visually impaired adolescents. *Iranian Journal of psychiatry & Behavioral Science*, 10(1), 1- 8, 2016.
 - 40- Bolat, N.; Dogangun, B.; Yavuz, M.; Demir, T. & Kayaalp, L. Depression and anxiety levels and self-concept characteristics of adolescents with congenital complete visual impairment. *Turkish Journal of Psychiatry*, 2 (22), 77 – 82, 2011.
 - 41- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology &*
 - 16- Al-Shuwayer, T. *Belief in destiny and destiny and its effect on psychological anxiety*. Jeddah: Dar Al-Bayan, 1988.
 - 17- Ani, S. (2014). *The Relationship of Self-Esteem and Social Anxiety Among First Year Students English* [Unpublished Master Thesis]. Qasidi Merbah University, Algeria, 2014.
 - 18- Blanc, K. *Counseling and psychotherapy theories*. Amman: House of the hurricane of science for publishing and distribution, 2014.
 - 19- Bashir, M. Social anxiety, exciting situations, prevalence rates, gender differences and age groups. *Psychological Science Network Journal*, 5 (22), 135-149, 2009.
 - 20- El Kettani, F. *Social anxiety and aggression in children*. Syria: Dar Wahi Al-Qalam for Publishing and Distribution, 2014.
 - 21- El-Shazly, W. The effectiveness of meaning counseling in developing self-esteem in a sample of visually impaired adolescents. *Journal of the College of Education, Benha University*, 31 (121), 138-188, 2020.
 - 22- Hanoor, Q, Saeed, M, & Al-Attar, M. The effectiveness of a rational, emotional, and behavioral counseling program to improve self-esteem in alleviating social anxiety in the blind. *Journal of the Faculty of Education, Kafr El Sheikh University*, (100), 158-190, 2021.
 - 23- Hassan, A. Practicing meaning therapy in the service of the individual to improve the meaning of life for adolescents in residential institutions. *Journal of Studies in Social Work*, 3(51), 613-652, 2020.
 - 24- Kafafi, A. *Mental health and psychological counseling*. Riyadh: International Publishing House, 2003.
 - 25- Khudair, A. *A causal model of the relationship between social anxiety and some psychological variables in visually impaired adolescents* [unpublished master thesis]. Zagazig University, 2011.
 - 26- Khudair, A. The effectiveness of meaning therapy in developing transcendental awareness in adolescents with visual impairments. *Journal of Special Education at Zagazig University*, (16), 79 – 116, 2016.
 - 27- Mubarak, K, Mahmoud, W, & Abdel Rahim, N. Self-concept and its relationship to some demographic variables among a sample of visually impaired adolescents. *Journal of Young Researchers in Educational Sciences*, (4), 124-157, 2020.
 - 28- Muhammad, Q. *Personal characteristics of visually impaired adolescents in residential and daytime centers and sighted adolescents: a comparative*

- Psychotherapy: *An International Journal of Theory & Practice*, 16(4), 348-356, 2009.
- 42- Huurre, T. & Aro, H. The Psychosocial well-being of finnish adolescents with visual impairments Versus Those with chronic conditions and those with no disabilities. *Journal of Visual Impairment & Blindness*. 94 (10), 625- 638, 2000.
- 43- Norton, A. R. ; Abbott, M. J.; Norberg, M, & Hunt, C. ASystematic review of mindfulness and acceptance-based treatments for social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 71(4), 283–301, 2015.
- 44- Panday, R, Srivastava, P, Fatima, N, & Kiran, M. Depression, Anxiety and Stress among Adolescent Girls with Congenital Visual Impairment. *Journal of Disability Management and Rehabilitation*, 1 (1), 21 – 24, 2015.
- 45- Russell, G, & Topham, P. The Impact of Social Anxiety on Student Learning and Well – Being in Higher Education. *Journal of Mental Health*, 21 (4), 375 – 385, 2012.