ISSN: 1817-6798 (Print)
Journal of Tikrit University for Humanities
available online at: www.jtuh.org/

Effective Behavioral Knowledge Program to Improve Psychological Security in Lowering the Degree of Some Behavioral Problems for Students with Visual Impairment

Ali hama Salih Mustafa

Prof. Dr. Berivan Abdullah Mufti

Salahaddin University – Erbil

* *Corresponding author: E-mail* : hamasalhali@yahoo.com

***Keywords*:**
cognitive behavioral program,
behavioral problems,
students with visual impairment.

A R T I C L E I N F O

Article history:

Received	23 Jan 2022
Received in revised form	20 Feb 2022
Accepted	23 Feb 2022
Final Proofreading	27 Oct 2023
Available online	31 Oct 2023

E-mail t-jtuh@tu.edu.iq

©THIS IS AN OPEN ACCESS ARTICLE UNDER THE CC BY LICENSE
http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

A B S T R A C T

The current study aimed to identify the effectiveness of a cognitive-behavioral program in reducing some behavioral problems among visually impaired students, and the study used the quasi-experimental approach. The research sample consists of (7) students of the Ronaki Institute for the Blind / Erbil, (2 males and 5 females), whose ages range between (10-11) years old, for the academic year (2020-2021). To achieve the objectives of the research, the researcher prepared a behavioral scale wich consisted of (23) items distributed over three main areas (the first field: fear, the second field: shyness, the third field: impulsivity). The validity and reliability for the scale were achieved. The training program was applied during the second academic year (2020-2021). After collecting the data, they were analyzed and processed statistically. The results indicated that there were statistically significant differences between the average ranks of the pre and post measurements in reducing the behavioral problems of blind students. The results also showed that there were no statistically significant differences between the average ranks of the two dimensional and follow-up measurements in reducing the behavioral problems of blind students. The study recommended the need to provide blind students with skills to deal with behavioral problems, and the need to reduce behavioral problems for students with visual impairment because of their positive impact on performance, learning and implementation of daily activities that achieve psychological adjustment.

© 2023 JTUH, College of Education for Human Sciences, Tikrit University

DOI: http://dx.doi.org/10.25130/jtuh.30.10.2.2023.13

Journal of Tikrit University for Humanities Journal of Tikrit University for Humanities Journal of Tikrit University for Humanities Journal of Tikrit University for Humanities

فعالية برنامج معرفي سلوكي لتحسين الأمن النفسي في خفض درجة بعض المشكلات السلوكية لدى التلاميذ المعاقين بصريا

علي حمه صالح مصطفى / جامعة صلاح الدين– اربيل
أ.د.بيريفان عبدالله مفتي/جامعة صلاح الدين– اربيل

الخلاصة:

هدف البحث الحالي الى التعرف على فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض بعض المشكلات السلوكية لدى التلاميذ المعاقين بصريا، واستخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي. وتكونت عينة البحث من (٧) تلاميذ معهد (روناكي) للمكفوفين/ أربيل منهم (٢) ذكور و (٥) إناث ممن تتراوح أعمارهم (١٠–

١١) سنة، للعام الدراسي (٢٠٢٠- ٢٠٢١). ولتحقيق أهداف البحث قام الباحث باعداد مقياس المشكلات السلوكية، وتضمن المقياس (٢٣) فقرة موزعة على ثلاثة مجالات وهي (المجال الأول: الخوف، مجال الثاني: الخجل، مجال الثالث: الاندفاعية، وتم التحقق من صدق وثبات المقياس قبل تطبيقه على العينة. وطبق البرنامج التدريبي خلال فصل الدراسي الثاني من العام (٢٠٢٠- ٢٠٢١). وبعد جمع البيانات، تم تحليلها ومعالجتها إحصائيا. واشارت النتائج الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات القياسين القبلي والبعدي في خفض المشكلات السلوكية للتلاميذ المكفوفين. وكما اظهرت النتائج ايضا عدم وجود فروق ذات الدلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي في خفض المشكلات السلوكية لدى التلاميذ المكفوفين. واوصت الدراسة بضرورة اكساب الطلبة مهارات التعامل مع المشكلات السلوكية، وضرورة خفض المشكلات السلوكية للطلبة ذوي الاعاقة البصرية لما لها من اثر ايجابي على الاداء والتعلم وتنفيذ الانشطة اليومية المحققة للتكيف النفسي.

الكلمات المفتاحية: برنامج معرفي سلوكي، المشكلات السلوكية، والتلاميذ ذوي الاعاقة البصرية

مقدمة الدراسة:

يعد الاهتمام بالفئات الخاصة شكل من أشكال رقي المجتمعات وتقدمها فهم أفراد منتجين اسوة بالاسوياء ولديهم طاقات تساعد على خدمة المجتمع رغم ان تلك الطاقات معطلة الا انه يمكن استثمارها بشكل جيد وخاصة ان تم تقديم خدمات تربوية مبكرة لها، وان الاهتمام بالفئات الخاصة يعد استثمارا رابحا لايمكن الاستهانة به كون ان رأس مال المجتمع ترتكز في الجانب البشري وخاضة ان تم الاعتناء بهم في جميع المجالات في وقت مبكر (سماح، ٢٠١٣: ١٢)

ويعد المعاقين بصرياً جزءا من الفئات الخاصة وقد فقدوا حاسة البصر الذي يعد هو الوسيط الاساسي للتفاعل مع البيئة المحيطة، كما ان فقد تلك الحاسة تؤثر على حياة الفرد وتجعله يعاني العديد من المشكلات والصعوبات في حياته العامة ، وقد اختلفت النظرة لهذه الفئة في السابق عما هو عليه الان واصبح ينظر الى هذه الفئة بانهم جزء مهم في المجتمع ويمكنهم ممارسة حياتهم الطبيعية وان يكونوا اعضاء فعالين في المجتمع ان تم معالجة مشاكلهم في وقت مبكر وتم الاستعانه بحواس بديلة لهم كي يتكيفوا مع الحياة الطبيعية. ويعاني الأفراد المعاقين عادة من بعض المشكلات السلوكية التي قد تؤثر على نفسياتهم وشخصياتهم وقد تؤثر على قبولهم لانفسهم وتؤثر على سعادتهم.

واشار العديد من الباحثين في دراستهم مثل(شعبان، ٢٠١٠) الى ان المشكلات السلوكية التي يعاني منها الطفل الكفيف تكمن في الحاسية الزائد، والشرود والتشتت والانسحاب والخوف والقلق والتشكيك والاعتمادية والعدوان والانطواء والاكتئاب ولاجل حل تلك المشكلات السلوكية لابد من زيادة الامن النفسي لديهم وشعورهم بانهم أفراد مهمين في المجتمع وقد حظي موضوع الامن النفسي لدى المعاقين بصرياً باهتمامين العاملين في الاونة الاخيرة كونه مدخل نفسي يمكن فيه معالجة العديد من المشاكل

التي يعاني منها الطفل، لذا فإن الشعور بالامن لديهم من اهم الحاجات النفسية والشخصية واهم شروط الصحة النفسية والمصدر الاول للاحساس بالثقة في الذات وبالاخرين ومتطلب اساسي كي يتمتع الفرد بشخصية ايجابية **متزنة** ومنتجة (محمد ، وصفاء ومبارك،(٢٠٢١)٢٠٢١: ١)

ويعد العلاج المعرفي السلوكي من العلاجات الفعالة في خفض خفض المشكلات السلوكية، حيث يركز هذا النوع من العلاج على الانفعالات والسلوكيات والافكار والتي هي عناصر تشكيل الحياة النفسية بشكل عام والاضطرابات النفسية بشكل خاص، اذ ان تخليص الفرد من تلك الامور تساعده على التخلص من الاضطرابات ويستطيع ان يعيش الحياة التي يريدها دون ان تعيقه اعراضه او صعوباته وهذا هو هدف العلاج المعرفي السلوكي (بوقيه، ٢٠١٩: ١٢). ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي على التفاعل النشط بين المعالج والمتعالج وهوما يوصف بتبادل الخبرات اذ يقوم المعالج بدور المعلم الذي هو موجه وبعيد عن اصدار الاحكام كما يستخدم عدد من الفنيات السلوكية المعرفية حسب المشكلات الظاهرة وبذا فإن هذا العلاج هو علاج نشط تعاوني توجيهي – تعليمي قصير الامد اهدافه واضحه ومحدده (السقا، ٢٠٠٩: ٦) وقد اثبتت العديد من الدراسات (عبدالرحيم، ٢٠٠٧)

اهمية استخدام البرنامج المعرفي السلوكي في علاج المشكلات التي يعاني منها المكفوفين. ومن هنا فقد اهتمت الدراسة الراهنة في الكشف عن فعالة البرنامج المعرفي السلوكي في خفض بعض المشكلات السلوكية لدى التلاميذ المكفوفين.

مشكلة الدراسة

تعد حاسة البصر من اهم حواس الانسان حيث يكتسب الفرد ٨٠% من معلوماته عن طريق تلك الحاسة وان فقدانها او ضعفها تؤدي الى نقص المعلومات المكتسبة فضلا عن ضعف التفاعل الاجتماعي مع البيئة المحيطة مما يولد العديد من المشكلات التي يصعب التخلص منها ان لم تعالج مبكراً.

حيث أشارت العديد من الدراسات الى ارتفاع معدل انتشار السلوكيات غير القادرة على التكيف لدى الأطفال والمراهقين ذوي إعاقات بصرية (أي المكفوفين أو ضعاف البصر) مقارنةً بالشباب الذين يتطورون عادةً. أفادت الدراسات المبكرة أن ما يصل إلى ٥٧٪ من الشباب ذوي إعاقات بصرية يعانون أيضًا من مشاكل في الصحة العقلية. وتشمل هذه المشاكل في الانتباه ، والقلق ، وقلة المبادرة والتواصل ، والعدوانية ، وتدني احترام الذات. كما يطور بعض الأطفال والمراهقين ذوي إعاقات بصرية سلوكيات نمطية أو تكرارية خطيرة أو سلوكيات ايذاء الذات مثل ضرب الرأس أو عض النفس Lang, and Sarimski, 2018, P. 765). هذا ويفتقر الطلاب ذوي إعاقة بصرية إلى الوصول إلى نفس النماذج والمعززات مثل الطلاب المبصرين. نتيجة لذلك فنه من الاهمية وضع وتصميم التدخلات التي تعزز الإدارة الذاتية لسلوك الطلاب ذوي الاعاقة البصرية (Ivy, Lather, Hatton, Wehby, 2016, P.141). لذا فإنهم بحاجة إلى شخص ما لحل المشاكل من أجل تجنب التوترات والصراعات (Shankar, 2020, P. 9).

ومن خلال اطلاع الباحث على الادبيات النظرية الخاصة بالمكفوفين والمشكلات السلوكية التي يعانوها وخفض الامن النفسي لديهم تكونت لديه فكرة محاولة علاج تلك المشكلات من خلال برنامج علاجي معرفي سلوكي. وقد سعت الدراسة الراهنة الى الاجابة عن السئلة التالية:

- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات افراد الدراسة في القياس القبلي ومتوسطات افراد الدراسة في القياس البعدي تعزى الى اثر البرنامج المعرفي السلوكي.
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات افراد الدراسة في القياس البعدي ومتوسطات افراد الدراسة في القياس التتبعي تعزى الى اثر البرنامج المعرفي السلوكي.

فرضيات البحث

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط. رتب درجات القياسين القبلي والبعدي في خفض بعض المشكلات السلوكية للتلاميذ المكفوفين.
٢. لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات رتب القياسين البعدي والتتبعي في خفض بعض المشكلات السلوكية لدى التلاميذ المكفوفين.

اهمية الدراسة:

يمكن إيجاز أهمية الدراسة من خلال التالي:

اولا: الأهمية النظرية:

١- توفير خلفية نظرية والمزيد من المعلومات حول الأمن النفسي والمشكلات السلوكية لأطفال ذوي الإعاقة البصرية، وذلك لزيادة فهم تلك الفئة.والعمل على تقليل المشكلات التي يعانون منها

٢- إلقاء الضوء على أسلوب عملي علاج متمثل بالعلاج السلوكي ودوره في تقليل المشكلات السلوكية عند أطفال ذوي الإعاقة البصرية.

٣- اغناء المكتبة الكوردية في جامعات اقليم كوردستان بمثل هذه الدراسات التي تخدم الباحثين اللاحقين.

٤- من خلال إطلاع الباحث على الدراسات في الاقليم لم يجد دراسة تطرقت الى تلك المتقيدات على حد علمه.

ثانيا: الأهمية التطبيقية:

١- تقديم برنامج علمي يسهم في خفض المشكلات السلوكية للتلاميذ المكفوفين.
٢- قياس المشكلات السلوكية لأطفال ذوي الإعاقة البصرية والتدخل المبكر للحد من تفاقم هذه المشكلة في المستقبل.

٣- إشراك الوالدين في البرامج العلاجية تزيد من عملية إسراع الوعي لديهم وكيفية التعامل مع مشكلات أبنائهم والعمل على معالجتها مبكرا.

٤- لفت أنظار القائمين على العملية التعليمية والوالدين نحو تلك البرامج العلاجية التي لها دور في معالجة الجوانب النفسية والسلوكية لأطفال ذوي الإعاقة البصرية.

اهداف البحث

١. اعداد مقياس للمشكلات السلوكية قيد الدراسة للتلاميذ المكفوفين.
٢. التعرف على فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في في خفض المشكلات السلوكية (قيد الدراسة) لدى التلاميذ المكفوفين.
٣. التعرف على استمرارية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض المشكلات السلوكية (قيد الدراسة) لدى التلاميذ المكفوفين.

حدود البحث

١- الحدود البشرية: تلاميذ الصف الرابع الابتدائي بعمر (١٠ – ١١) سنة في معهد روناكي للمكفوفين في مركز محافظة أربيل.

٢- الحدود الزمنية: في يوم الثلاثاء الموافق/ ١٨ / ٥ /٢٠٢١ الى يوم الاثنين الموافق ٢ / ٨ /٢٠٢١ وتشمل:درجة الالتزام بممارسة انشطة وتدريبات البرنامج ودقة الاستجابة على مقاييس الدراسة.

٣- الحدود المكانية: معهد روناكي للمكفوفين في مركز محافظة أربيل.

تعريف المصطلحات

البرنامج المعرفي السلوكي: هو أسلوب مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية سليمة لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة، فرديا وجماعيا لجميع من تضمهم المؤسسة أو الجماعة بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي، والقيام بالاختيار الواعي المتعقل، ولتحقيق التوافق النفسي داخل الجماعة وخارجها.(عبدالغفار،١٩:٢٠١٤). واجرائيا : هو عدد من الجلسات التدريبية المتضمنة جوانب معرفيه بهدف تعديل السلوك وزيادة الامن النفسي وخفض بعض المشكلات السلوكية لدى التلاميذ ذوي الاعاقة البصرية.

المشكلات السلوكية: سلوك غير مقبول يقوم به الفرد لكي يشبع حاجته للانتماء واحساسه بقيمته.(يحي،٢٠١٨: ١٠٩٠). وإجرائيا: هي الدرجة التي يحصل عليها الطفل ذوي الإعاقة البصرية في مقياس المشكلات السلوكية بأبعادها الثلاثة (الخوف، الخجل، الاندفاعية) بتقدير الوالدين والمعلم والدرجات المرتفعة تشير الى وجود المشكلات والوعي صحيح.

الاعاقة البصرية : حالة يفقد الفرد فيها القدرة على استخدام حاسة البصر بفاعلية بما يؤثر سلبا في أدائه ونموه . وهي عجز أو ضعف في الجهاز البصري تعيق أو تغير أنماط النمو عند الأنسان. (ابراهيم،

٢٠١٤ :٢٣٣) . واجرائيا: هم الأفراد الذين لديهم قصور أو خلل في حاسة البصر مما يؤثر سلبا على أسلوب حياتهم وتكيفهم مع البيئة المحيطة ويتم تشخيصهم من قبل لجنة علمية من الهلال الاحمر .

الإطار النَّظري: Theoretical framework

مَفهُوم العِلاج المَعرِفي السّلوكي:

العلاج السلوكي المعرفي (CBT) هو علاج ثري ومعقد ونموذج العلاج المتطور الذي تم تطويره من أجل التطبق على مجموعة واسعة من مشاكل الصحة العقلية والجسدية والاضطرابات. ومنذ أيامه الأولى في السبعينيات ، فقد تطور العلاج المعرفي السلوكي ليصبح أحد النماذج البارزة في العلاج النفسي ، ويتم استخدامه على نطاق واسع في جميع أنحاء العالم. وقد تم التعرف على اساليب محددة من العلاج المعرفي السلوكي على أنها من ضمن قائمة العلاجات النفسية المستندة على الأدلة او البحث العلمي لمجموعة واسعة من الاضطرابات ، واعتمد ايضا من العديد من المنظمات على نطاق واسع (Dobson, and Hays, 2016, P. 3)

و يتضمِن العِلاج المَعرِفي السّلوكي عدة فنيات علاجية مِن ها:

١- **الأَساليب المَعرِفية:** حيث يُعدُ الأسلوب الشخصي المفضل في استقبال المعلومات وترتيبها ذهنياً، وتحويل المعلومات الى أداء يتناسب مع طبيعة نمط التفكير، فالفرد عند محاولته أداء أي فعل فإنه بطريقة آلية يستقبل المعلومات الخاصة بالعمل المطلوب، ثم يعمل على إصدار الأوامر اللازمة لأداء ذلك العمل، والأَساليب المَعرِفية تؤدي أدواراً مختلفة في تحديد كيّفية تفاعل الأفراد مع بيئاتهم المختلفة وطريقة تعاملهم مع الأحداث، فهي تستهدف مساعدة الشخص على تغيير أفكاره غير العقلانية واستبدالها بأفكار أخرى أكثر عقلانية. (كامل، ٢٠٠١: ٣٧٤).

٢- **التحليل المِنطقي:** يقصد به قيام ألمُعالج باستخدام المِنطق كالاستدلال والاستنباط بغرض مساعدة العمل على تعديل أفكاره غير العقلانية وتحقيق التنسيق بَينَ الأفكار العقلانية والسّلوكيات والانفعالات. (محمد، ٢٠٠٠: ٩٢).

٣- **الحوار السقراطي:** هو أكثر تقنيات العِلاج المَعرِفي، وأكثرها استخداما في طرح الأسئلة، ويسمى أيضاً الاكتشاف الموجه، وليس هناك شكل أو تنسيق محدد أو بروتوكول خاص بهذا الأسلوب، وإنما بديل ذلك يجب على ألمُعالج ان يعتمد على خبرته وإبداعه بصياغة الأسئلة التي مِن المحتمل أن تكشف عن أنماط الأفكار المختلفة وظيفياً مثل: ماذا تقصد؟ هل ترغب؟ (Cull inane Murdock, 2011, 230)

٤- **التعلم الذاتي:** هو اسلوب معرفي يركز على الحديث الداخلي للشخص، الذي بدوره يشارك في ردود الفعل أتجاه المواقف الحياتية المختلفة، فإذا كان رد الفعل سلبيا فإنه ينم عن حديث داخلي غير لائق للشخص، ومِن خلال هذا الأسلوب يساعد ألمُعالج الشخص في كتابة التقارير الذاتية، اي تسجيله للكلام الداخلي بنفسه، ليتعلم وينتبه لطبيعة التفكير المسيطرة على ذهنه. (Tammie Ronen, 2003, 71)

٥- **حديث الذات:** وهي مِن أهم الأَساليب للسيطرة على المعتقدات الخاطئة التي يذكرها الشخص بَينَ هـ وبَينَ نفسه عندما يواجه بعض المواقف المهددة. إن الاضطراب الذي يصيب الشخص، بما في ذلك الخوف الشديد، والقلق، والاندفاع، والعدوان في المواقف التي يواجهها، اجتماعية أو دراسية، يعتبر نتيجة مباشرة لِما يردده مع نفسه، ومع ما تقتنع به ذاته مِن أفكار أو أحداث.(Herschel Knapp, 2007, 99)

٦- **المواجهة:** المقصود بها مواجهة الشخص أفكاره غير المنطقية لتحويلها الى أفكار عقلانية. فالمواجهة تعني كشف المتناقضات وعدم التوافق مثلاً بَينَ الأقوال والأفعال. (الخطيب، ٢٠٠٣: ٣٥٣).

٧- **التوضيح:** يقصد به قيام ألمُعالج بتوضيح مدى خطأ الأفكار غير العقلانية التي يثق او يعتمد بها الشخص وتؤدي الى مشكلة مِن أجل تعديلها بأفكار أكثر عقلانية ويتعمل الإخصائي هذا الأسلوب عندما يجد أن الشخص قد بنى أحكاماً غير موضوعة، الأمر الذي يؤثر على سلوكه وانفعالاته في المواقف المختلفة. (كامل، ٢٠٠١: ٣٧٦).

مَفهُوم المُشكلات السّلوكية:

المُشكلات السّلوكية هي خطوة بدائية لحدوث الاضطرابات السّلوكية وهي تعني سلوك غير مرغوب فيه يثير استهجان البيئة الاجتماعية ولا تتفق مع مرحلة النمو التي وصل اليها الطفل و تنعكس سلبا على حياة الفرد. (الفقيهي، ٢٠٠٦، ٢٣).

كَما أن المُشكلات السّلوكية ليست نوعاً واحداً أو درجة واحدة، وإنما هي أنواع متعددة و درجات متباينة ومِن هنا يعمل على إيجاد تعريف متفق عليه حول هذا المصطلح حيث ان كل شخص يعرفه بوجهة نظره الخاصة.

هذا ويمكن تقسيم المُشكلات السّلوكية إلى ما يلي :

أ- **المُشكلات المتصلة بالنمو العام للطفل** ، وتشمل عدة مشكلات مِنها نمو الحركة والكلام والسمع وضبط البول والاضطراب الناجم عن الحركة وغيرها .

ب-**المُشكلات المتصلة بالوظائف العقلية** ، وتضم هذه الفئة عددا مِن المُشكلات المتصلة بالذكاء وما يلحق به مِن تحصيل ، ومِن بَينَها مشكلات تتصل بالتفوق ، ومشكلات تتصل بالضعف العقلي والتخلف الدراسي ومشكلات تتصل بالمواهب الخاصة .

ج- **المُشكلات المتصلة بالنمو الانفعالي** : حيث تكثر مشكلات التلاميذ المتصلة بحياتهم الانفعالية ، ويكون بَينَ ها ما يتصل بالمخاوف والوسواس والخجل والانزواء ، كَما يكون بَينَها ما يتصل بالجنس وما يتصل بالمدرسة.

د-**المُشكلات المتصلة بالنمو الاجتماعي** : غالبا ما يصعب الوصول إلى تمييز قاطع بَينَ مشكلات تتصل بالنمو الانفعالي ومشكلات تتصل بالنمو الاجتماعي ولكن المُشكلات المتصلة بالنمو الاجتماعي كثيرة مِنها العدوان والكذب والسرقة والتكبر والانسحاب وبذاءة اللسان وغيرها . (نعيم الرفاعي،نغم أبو الصل و عدوان العدوان،١٩٨٧ : ٤٤٢) .

المُشكلات السّلوكية قيد الدراسة الحالية لدى الاطفال ذوي الإعاقة البَصريَّة هي:

الخجل: وهو حالة نفسية تتجلى في الميل الى الصمت والتباطؤ في الكلام والحياء الزائد، وتجنب الآخرين والابتعاد عن الأضرار قدر الإمكان. (مرتضى، ٢٠٠٢، ٦٣).

الخوف: والخوف حالة شعورية يصاحبها انفعال نفسي و بدني يصيب الطفل عندما يتعرض لمؤثر خارجي يوحي الى الخطر، وقد ينبعث هذا المؤثر مِن داخل الطفل وليس مِن المحيط. والخوف حالة، تبدأ مع الإنسان مِنذ بدء عمره، وتستمر معه. (الشيخلي، ٢٠٠٩، ٢٩٩).

الاندفاعية: تعد الاندفاعية مشكلة سلوكية كبيرة، اذ ان الأخصائيون النَّفسِيون قاموا بدراسة سلوك الأطفال ووجدوا أن الأطفال الذين لديهم القدرة على أنتظار المكافأة والثواب هم الأطفال الذين يترون في ابداء ردود الطفل، ولذلك فإن قدرتهم على الانتظار وعدم الاندفاع تعد هي المفتاح الكبير للنجاح في الحياة. كَما انها خاصية مِن خصائص الطفولة، فالأطفال الصغار ربما يخربون ألعابهم، ويتسرعون في كثير مِن المواقف، ولا يستطيعون ان يتحكموا في مواقفهم، كَما أن الاندفاعية تمثل مظهرا مِن مظاهر عيوب نقص الانتباه وفرط النشاط، ولذلك فالأفراد الذين يعانون مِن نقص الانتباه وفرط النشاط يشكون مِن عدم القدرة على التحكم في الذات في المواقف المختلفة.(Deutscher, Barbara, etal, 2005; 78). غير أن الاندفاعية ربما تكون خاصية إيجابية في بعض المواقف فالقدرة على اتخاذ القرارات السريعة تكون ضرورية ومهمة بالنسبة للقادة، وبالرغم مِن ذلك فإن القرارات السريعة قد تتسبب في مشكلات اجتماعية قاسية. (Lipsitt, Lewis, etaL, 1999; P 57).

مَفهُوم وتعريف الإعاقة البَصريَّة:

تلعب حاسة البصر دوراً مهماً في حياة الإنسان، وهي اهم الحواس في نقل بعض جوانب العالم الاجتماعي، البيئي ، كَما انها اهم الحواس التي يعتمد عليها الفرد في التعلم والمعرفة، واكتساب الخبرات المباشرة، وغير المباشرة، حيث يعطي الجهاز البصري للإنسان كمية كبيرة مِن المعلومات عن البيئة المحيطة فإن البصر يؤثر على الكفاءة الإدراكية للفرد، بحيث يصبح إدراكه للامور ناقصاً، وتجعله عاجزاً عن ممارسة الكثير مِن النشاطات والأعمال التي يمارسها الطف (القريطى، ٢٠٠٥، ٣٩٦).

التعريف الطبي للإعاقة البَصريَّة: عجز يصيب العين يكون ولادي أو مكتسب، كَما يكون جزئي أو كلي مما يؤثر سلباً على قيام بالأنشطة المتداولة في الحياة. (شعبان، ٢٠١٠، ٦). ويميز التعريف الطبي بَيِنَ حالتين مِن كف البصر أحدهما حالة الفقدان الكلي للإبصار أي الحرمان الوظيفي للعين والحالة الأخرى هي وجود حساسية ضعيفة للضوء أي القدرة على التمييز بَيِنَ مصادر الضوء المختلفة، وهذه القدرة على التمييز بَيِنَ مصادر الضوء لها قيمتها الحيوية في حياة الشخص ولكنها لاتساعد على الرؤية الحقيقية وتقدر درجة الإبصار الباقية لهم ما بَيِنَ صفر (٦٠/٦) وبهذا يَعِدُون في حكم المكفوفين عملياً. (البلاوي، ٢٠٠٤، ١٢).

التعريف التربوي للإعاقة البَصريَّة: بحسب تعريف هيئة اليونسكو التابعة لجمعية الأمم المتحدة فهو الشخص الذي يعجز عن استخدام بصره في الحصول على المعرفة، فالإعاقة البصرية بموجب هذا

التعريف قد يستطيع الاستفادة مِن حواسه الأخرى ليحصل على المعرفة، ولهذا كانت تولى الحواس الأخرى أهمية كبيرة في عملية تربية الإعاقة البصرية، وأهمها حاسة السمع. (أبو مصطفى وآخرون، ١٩٩٧، ٣٨).

المُشكلات التي يواجهها المعاقين بصرياً:

يتعرض المعاقين بصرياً في حياتهم اليومية الى العديد مِن المُشكلات والصعوبات تجاه أنفسهم لفقدانهم إحدى الحواس المهمة حيال ما يحيط بهم، ويمكن إجمال هذه الصعوبات والمُشكلات فيما يلى:

١- **المُشكلات النَّفسِية والانفعالية:** ان الشعور بالاختلاف عن الأشخاص المبصرين يسبب للفرد قلقاً نفسياً، لذا لا يمكن الفصل عادة بَينَ نواحي القصور الجسمي والشعور النَّفسِي و الانفعالي، فالارتباط بينهما وثيق فالمعاق بصريا يعاني مِن محدودية التاقلم الخارجي يفرض عليه عالماً محدوداً، حينما يرغب بالخروج مِن عالمه الضيق والاندماج الى عالم المبصرين فهو يحتاج الى استقلال والتحرر، ولكنه حين يقوم بذلك يصطدم بآثار عجزه التي تدفعه مرة أخرى الى عالمه المحدود، وعندما يتعرض لاضطرابات نفسية وانفعالية حادة نتيجة لشعوره بعجزه عن الحركة بحرية، وعلى السيطرة على بيئة كَما يسيطر عليها المبصر. (طارق و ربيع، ٢٠٠٨، ١٢٨).

٢- **المُشكلات الاجتماعية:** وهي المُشكلات التي تواجه علاقة المكفوف بالآخرين وتؤدي الى سوء التكيف مع علاقته بأسرته الصغيرة أو الأقارب و الجيران والأصدقاء وزملاء العمل والمحيطين به....الخ. ولا شك ان كف البصر لا يؤثر فقط على المصاب به ولكن يمتد يتأثر هذه الحالة الى باقي الأفراد، حيث يستوجب إعادة توزيع الأدوار وتقبل الإصابة واعادة التوازن في بناء الأسرة ولا شك ان طبيعة العلاقات الأسرية، العمر، و وقت الإصابة، وتأثير الإصابة وسببها ومدى تقبلها ومستوى الأسرة التعليمي والاقتصادي كلها عوامل تؤثر في طبيعة المُشكلات الاجتماعية والقدرة على مواجهتها. (صبحي، ٢٠٠٩، ٥٨).

٣- **المُشكلات التعليمية:** مِن أهم المُشكلات عدم توافر المدارس، أو بعدها عن مكان السكن، وعدم توافر الكتب الخاصة بهم، وإعداد المناهج الدراسية والوسائل التعليمية والأجهزة التعويضية. (طارق و ربيع، ٢٠٠٨، ١١٩).

٤- **المُشكلات الأسرية:** تؤثر الأسرة تأثيراً كبيراً في شخصية الطفل، فنوع العلاقات الموجودة فيها تحدد وبدرجة كبيرة الى أي درجة يتفاعل الوالدين مع طفلهما أكثر مِن أي مجتمع آخر، فالأسرة هي الاساس في تأسيس شخصية الطفل بما تمنح الطفل مِن حب و آمان، وقد نلاحظ ان الطفل الإعاقة بصرية لا يحظى بنفس الاهتمام الذي يحصل عليه الطفل المبصر، مما يولد لديه مشاعر الكراهية والعدوان، والإحساس بالدونية والنقص والقلق، ويرجع السبب في هذه المعاملة الى ما يعانيه الوالدان مِن صراعات داخلية، مثل الإحساس بالخوف، أو شعور بالذنب. (طارق و ربيع، ٢٠٠٨، ١١٩).

٥- **المُشكلات المهنية:** فمِن أهم المُشكلات المهنية هي صعوبة حصول المعاق بصرياً على العمل المناسب، وإذا لابد مِن إتاحة فرصة التعليم المهني للمعاقين بصرياً للاستفادة مِن حواسه الأخرى في تدريب حسب قدراته وامكانياته الجسمية والنَّفسِية والحركية حتى يستطيع بعد قضاء فترة التدريب المهني أن يجد له العمل المناسب ليكون مواطناً صالحاً ويستطيع ان ينفق على نفسه لانه يساعده على الاستقلال الاقتصادي

وتكوين الأسرة دون الاعتماد على الآخرين، وتنمية طموحه وتفاعله الاجتماعي وتحقيق الاستقرار النَّفسِي فكلما زادت ثقة المعاق بصرياً بنفسه كلما كسب كثيراً، وفي حالة الفشل ستضعف ثقته بفسه وسيلجأ الى عدم تحمل المسؤلية والعزلة والأنطواء. (الحديدي، ٢٠٠٧، ٣).

الدِراسات السابِقَة:

يعرض هذا الجزء من الدراسة الدراسات السابقة ذات الصلة بمشكلة الدراسة:

اولا : الدراسات العربية

هدفت دراسة عبدالرحيم (٢٠٠٧) الى دراسة فاعلية برنامج علاجى معرفي سلوكي في تخفيف قلق المستقبل لدى عينة من المراهقين ذوي كف البصر. وقد بلغت عينة البحث (١٠) مراهقين ممن لديهم كف بصر من الجنسين (٦ ذكور)، (٤ إناث)، قسمت الى مجموعتين متساويتين، (٣ ذكور)، (٢ إناث)، إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، تراوحت أعمارهم الزمنية بين (١٥ و ١٩ عاماً). وقد تم اختيار العينة من طلاب مدرسة النور للمكفوفين ببني سويف، وقد اشتملت أدوات البحث على مقياس قلق المستقبل للمراهقين العميان بطريقة برايل من إعداد الباحث والذي تكون في صورته النهائية من (٢٦) عبارة تقيس ثلاثة أبعاد لقلق المستقبل لدى المراهقين العميان. وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية: أن البرنامج العلاج المعرفي السلوكي كان فعلاً في التخفيف من حدة قلق المستقبل لدى المراهقين ذوي كف البصر، وذلك باستثناء البعد الخاص بقلق الزواج وتكوين أسرة، فقد كانت فاعليته ضعيفة، حيث كانت الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة غير دالة، رغم ان الفروق بين القاسين الأول والثاني للمجموعة التجريبية كانت دالة في هذا البعد.

هدفت دراسة دسوقي (٢٠١٧) الى دراسة فاعلية برنامج ارشادي في خفض الرهاب الاجتماعي لدى عينة مِن الاطفال المكفوفين في محافظة الخليل. وقد بلغت عينة البحث (٤٠) فرد مِن المكفوفين. واستخدم الباحث المنهج شبه التجريبي. وقد اشتملت أدوات البحث على مقياس الرهاب الاجتماعي لدى المكفوفين. اما بالنسبة للوسائل الاحصائية، استخدم معمل الفا كرونباخ، المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، اختبار تى تيست، اختبار بيرسون. واظهرت النتائج وجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (a<٠.٠٥) بَيِنَ متوسطات درجات الرهاب الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة تعزى للبرنامج الإرشادي المَعرِفي السّلوكي لصالح المجموعة التجريبية، كَما أظهرت النتائج بأنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة (a<٠.٠٥) بَيِنَ متوسطات درجات الرهاب الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية والضابطة تعزى إلى متغيير الجنس، ومكان السكن، والعمر ، وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة (a<٠.٠٥) بَيِنَ متوسطات درجات الرهاب الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة تعزى إلى متغيير درجة الكف لصالح الكف الجزئي لدى الأطفال الذين تم تطبيق الدراسة عليهم.

وهدفت دراسة عقل (٢٠٠٩) الى دراسة الأمن النفسي وعلاقته بمفهوم الذات لدى المعاقين بصرياً. وتم إستخدام عدد من الأساليب الأحصائية وهي التكرارات والنسب المئوية واختيارات (ت) والمتوسطات الحسابية

ومعامل ارتباط بيرسون و سيبرمان براون ومعادلة جتمان ومعامل إرتباط ألفا كرونباخ، توصلت النتائج الى وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة الكلية لمقياس الأمن النفسي والدرجة الكلية لمقياس مفهوم الذات، وكذلك توصلت الى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الأمن النفسي لدى المكفوفين تعزي متغير الجنس و درجة الإعاقة والمرحلة الدراسية في حين توجد فروق في مستوى تقدير الذات تعزي المرحلة الدراسية.

الدراسات السابقة الاجنبية:

هدفت دراسة ليزا ولوكستون وشوارتز وستالارد Visagie, Loxton, Swartz, and Stallard, (2021) الى التعرف على فعالية برنامج التدخل المبكر والوقاية المعتمد على العلاج السلوكي المعرفي للقلق لدى الأطفال ذوي الإعاقات البصرية في جنوب إفريقيا آثار التدخل المعرفي السلوكي المصمم خصيصًا والقائم على المجموعة والمقدم عالميًا للقلق لدى الأطفال ذوي الإعاقات البصرية ودراسة تأثير ثلاثة متغيرات تنبؤية (أي العمر والجنس ومستوى ضعف البصر) على تأثيرات الوقاية. واشارت الدراسة ان القلق هو الصعوبة النفسية الأكثر شيوعًا التي يبلغ عنها الشباب في جميع أنحاء العالم وقد يكون أيضًا مشكلة كبيرة للأطفال ذوي إعاقات بصرية. كما أثبتت تدخلات العلاج السلوكي المعرفي (CBT) نجاحها في علاج قلق الأطفال ؛ ومع ذلك ، فإن هذه في الغالب ليست مناسبة للأطفال ذوي إعاقات بصرية ، حيث لا يمكن الوصول إلى المواد المستخدمة بشكل كافٍ لهذه الفئة من الاشخاص. واستخدمت الدراسة تصميم مجموعة مراقبة عشوائية قائمة الانتظار مع اجراءات التدخل قبل ، وبعد ، والمتابعة. تلقت العينة النهائية المكونة من ٥٢ طفلاً (تتراوح أعمارهم بين ٩-١٤) بدرجات متفاوتة من ضعف البصر علاج القلق. وتمت متابعة المشاركين على مدار ١٠ أشهر تم خلالها تقييم أعراض القلق لديهم بشكل كمي في أربع نقاط زمنية (T1 – T4). وأشارت النتائج إلى أن تدخل القلق لم يقلل بشكل كبير من أعراض القلق داخل مجموعات التدخل. ومع ذلك ، يبدو أن التدخل مفيد للفتيات والأطفال الصغار والمشاركين المكفوفين قانونًا. وكما أظهرت هذه الدراسة كيف يمكن تكييف تدخلات العلاج المعرفي السلوكي لاستخدامها في الأطفال ذوي إعاقات بصرية.

هدفت دراسة سيمز وسيلسو ولومباردو (Sims, Celso, and Lombardo, 2021) الى وصف الملف الشخصي السلوكي والعاطفي للطلاب ذوي إعاقات بصرية ، ومقارنة الدرجات المركبة BASC-2 للشباب ذوي إعاقات بصرية مع البيانات المعيارية لتحديد ما إذا كانت هناك اختلافات كبيرة ، ومقارنة درجات BASC-2 للطلاب المصنفين على أنهم ضعاف البصر مع تصنيف الطلاب على أنهم مكفوفون تمامًا. وبلغت العينة ٦٣ طالبًا يعانون من إعاقات بصرية إلى مدرسة حكومية للصم والمكفوفين بين عامي ٢٠١٢ و ٢٠١٧ ، حيث قام أحد الوالدين بإكمال مقياس تقييم الوالدين BASC-2 كجزء من إجراء القبول. وأجريت دراسة بأثر رجعي لتحديد أنماط القوة والضعف العاطفية والسلوكية لدى الطلاب ضعاف البصر والعمى. وتم إجراء تحليل متعدد المتغيرات للتغاير (MANCOVA) واختبار Wilcoxon Rank Sums لاختبار الفروق بين الأطفال المكفوفين والأطفال ذوي ضعف

البصر. واشارت النتائج ان الطلاب ذوي إعاقات بصرية اظهروا مستويات أعلى من الأعراض السريرية مثل القلق والانسحاب. تم الكشف عن عجز أعلى ذو دلالة إحصائية للطلاب ذوي إعاقات بصرية على مؤشر الأعراض السلوكية ومركبات مشاكل الاستيعاب وفروق أقل ذات دلالة إحصائية لمركبات مهارات التكيف ومشاكل التبعية الخارجية مقارنة بالعينة المعيارية BASC-2. وعند المقارنة مع الشباب ذوي ضعف البصر ، فإن الطلاب المكفوفين حصلوا على درجات ذات دلالة إحصائية (أي أوجه قصور) لمهارات التكيف والمرونة. واشارت النتائج إلى أن نسبة كبيرة من الطلاب ذوي إعاقات بصرية قد يواجهون صعوبات عاطفية وسلوكية أكثر من الشباب العاديين بينما يفتقرون إلى المهارات التكيفية لإدارة سلوكهم بشكل مناسب.

هدفت دراسة انكار (Shankar, 2020) إلى التعرف على سلوك التكيف وأبعاده لدى الطلاب المراهقين المعاقين بصريًا فيما يتعلق بسمات الشخصية. وقد استخدمت الدراسة منهجية معيارية وتقنية مسح لعينة مكونة من خمسين طالبًا معاقًا بصريًا تم اختيارهم عشوائيًا من ست مدارس في مقاطعات ناماكال وسالم وإرود وتيروفاننامالاي وكودالور في تاميل نادو. واوضح التحليل الوصفي أن مستوى سلوك التكيف وأبعاده وسماته الشخصية تم حساب متوسطه للعينة بأكملها. بينما أظهر التحليل التفاضلي أن المتغيرات المستقلة بداية العمى والإنجاز وترتيب الميلاد لم يكن لها تأثير كبير على سلوك التكيف. كما تبين ان بداية الإصابة بالعمى والإنجاز ليس لهما تأثير كبير ، في حين أن ترتيب الولادة له تأثير كبير على سمات الشخصية. واوضح تحليل الارتباط أن سلوك التكيف له علاقة إيجابية مهمة مع سمات الشخصية في حين أن أبعاد التكيف ليس لها علاقة كبيرة فيما يتعلق بسمات الشخصية. وبين تحليل الانحدار المتعدد التدريجي أن ترتيب الميلاد هو أفضل مؤشر له تأثير كبير على سلوك التعديل. لذلك ، فإن متوسط سلوك التكيف والسمات الشخصية للطلاب المراهقين ذوي إعاقة بصرية يحتاجون إلى التوجيه والمشورة التي تعتبر إلزامية للغاية لتوفير الدعم المعنوي لهم للتميز في حياتهم.

تعقيب على الدراسات:

- فيما يتعلق بالادوات المستخدمة فقد استخدمت المقاييس والبرامج العلاجية المستندة الى العلاج المعرفي السلوكي.
- اشارت النتائج لهذه الدراسة ان الافراد ذوي الاعاقة البصرية يعانون من مشكلات في الصحة النفسية ومشكلات سلوكية تحدد مشاركتهم بالحياة اليومية وتنفيذ الانشطة الخاصة.
- بينما اشارت نتائج العلاج المعرفي السلوكي مع الافراد ذوي الاعاقة البصرية الى فاعلية في اكساب المهارات. الان بعض منها اشار الى انه فعال جزئيا مع هذه الفئة.

ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة:

- انها تهدف الى التعرف على فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض المشكلات السلوكية لدى التلاميذ المكفوفين. حيث لم يجد الباحث دراسات اهتمت بذلك مما يعطي اهمية علمية تطبيقية ونظرية لهذه الدراسة. وهكذا فان الدراسة الحالية تعد اضافة علمية الى المكتبة في جامعات اقليم كردستان وكما انها تثري المكتبة العربية ايضا بما توصلت اليه من نتائج.

الطريقة والاجراءات:

منهج البحث والتصميم التجريبي Research methodology experimental design

إعتمد الباحث على المنهج الشبه التجريبي وذلك لملائمته لطبيعة البحث، وتم الاعتماد على التصميم ذو المجموعة الواحدة ذات الاختبار القبلي والبعدي. وكما مبين في الشكل (١)

المجموعة	الاختبار القبلي	المتغير المستقل	الاختبار البعدي	الاختبار التتبعي
التجريبية.	– مقياس المشكلات السلوكية.	البرنامج المعرفي سلوكي.	– مقياس المشكلات السلوكية.	– مقياس المشكلات السلوكية.

الشكل (١) يوضح التصميم الشبه التجريبي للمجموعة الواحدة

مجتمع الدراسة والعينة:

١. مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع البحث من جميع التلاميذه ذوي الاعاقة البصرية في معاهد الرعاية الخاصة للمكفوفين في إقليم كوردستان في المحافظات (أربيل، دهوك، سليمانية)، والمتراوح أعمارهم (١٠ –١٢) سنة وللعام الدراسي ٢٠٢٠–٢٠٢١ ولم يتم التحديد على أساس المرحلة الدراسية لأن فئة المكفوفين لا يتم تقسيمهم للمراحل على أساس العمر، بل حسب التحاقهم بالمراكز الخاصة بهم. وقد بلغ عددهم (٦٣) تلميذ وتلميذة.

وتم زيارة المراكز الخاصة بالمكفوفين بناءاً على كتاب رسمي وتسهيل مهمة للباحث وكما مبين في الملحق (١).

والجدول (١) يبين تقسيم مجتمع البحث حسب محافظات اقليم كوردستان وحسب نوع الجنس ودرجة الاعاقة.

الجدول (١)

يبين تقسيم البحث في مراكز المكفوفين في إقليم كوردستان

	نوع الجنس		درجة الاعاقة	
المحافظة	ذكور	إناث	اعاقة جزئية (ضعاف البصر)	إعاقة كلية (كف تام)
أربيل	١٣	٢٢	٣٠	٥
دهوك	٩	١٧	١٦	١٠

سليمانية	٠	٢	١	١
المجموع	٢٢	٤١	٤٧	١٦

٢. عينة الدراسة:

تم اختيار عينة البحث بطريقة القرعة من بين مراكز الرعاية الخاصة لذوي الاعاقة البصرية في إقليم كوردستان، إذ تم إختيار معهد روناكي للمكفوفين كعينة للبحث، وبلغ عددهم (٣٥) تلميذ وتلمبيذه ،كما تم تشخيص العينة بالطريقة القصدية ممن يعانون من مشكلات سلوكية (قيد الدراسة) على ضوء دراسة إستطلاعية أعدت لهذا الغرض وكان موجهاً للمعلمين وأولياء الأمور الملحق (٢) وبلغ عدد العينة المشخصة (٧) تلامذه من ضعاف البصر وبواقع (٢) ذكور و(٥) إناث ممن تتراوح أعمارهم (١٠ –١١) سنة وتمثل (٢٠%) من مجتمع البحث في معهد روناكي للمكفوفين.في مركز محافظة اربيل .

أداة الدراسة:

تم استخدام في البحث:-

١- مقياس المشكلات السلوكية للمكفوفين من اعداد (الباحث).

٢- البرنامج المعرفي السلوكي من اعداد (الباحث)

وفيما يلي شرح لتلك الادوات:

مقياس المشكلات السلوكية:

لغرض تحقيق أهداف البحث كان لابد من اعداد مقياس لبعض المشكلات السلوكية للتلامذة ذوي الإعاقة البصرية، وتم ذلك وفق عدة خطوات:

- **الهدف العام من المقياس:** هدف المقياس الى قياس بعض المشكلات السلوكية (قيد الدراسة) للتلامذة ذوي الاعاقة البصرية وهي المشكلات (الخوف، الخجل، الاندفاعية).
- **– مصادر إعداد المقياس:**

إطلع الباحث على البحوث والدراسات العربية والاجنبية التي تناولت المشكلات السلوكية عند الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والمكفوفين مثل دراسة (الشحروري، ١٩٩٨) (الزريقات، ٢٠٠٦) (محمد، ٢٠٠٩) (شعبان، ٢٠١٠) (صديق، ٢٠١٠) (شقير كوردي، ٢٠١٢) (حنون، ٢٠١٩)،(محمد،٢٠٢١)، هيل وهنترمير (Heyl, and Hintermair, 2015)،

وكان الهدف من الإطلاع على تلك الدراسات والمقاييس هو تحديد مكونات المقياس الحالي وصياغة بنوده، وبعد الإطلاع لاحظ الباحث إن بعض تلك الدراسات كانت مقاييسها تتكون من بعد واحد وتتحدث عن المشكلات السلوكية بشكل عام وبعد رصد المشكلات السلوكية للمكفوفين من خلال دراسة إستطلاعية قام بها الباحث الملحق (٢) تم تحديد المشكلات (الخوف، الخجل، الإندفاعية)، كأكثر المشكلات شيوعاً عند الأطفال عينة البحث من ذوي الاعاقة البصرية بعمر (١٠-١١) سنة، حيث أعد الباحث فقرات لكل بعد على حدة وعلى شكل مواقف كي تكون أكثر مصداقية في الإجابة، ويجيب عنها المعلم و أولياء الأمور.

❖ **وصف المقياس:**

تكون المقياس من ثلاثة أبعاد (ألخوف، الخجل، الإندفاعية):

- حيث يمثل الخوف في الشعور بالتعرض لخطر معين، سواء كان هذا الشعور حقيقي أو خيالي.
- الخجل يمثل رد فعل لا ارادي تحدث نتيجة تفكير الفرد بأنه ملئ بالعيوب ولا يثق بنفسه مما يؤدي الى إستجابة مختلفة في المواقف المعينة.
- في حين الاندفاعية تمثل رد فعل سريع يبديه الشخص بشكل تلقائي دون التفكير بالعواقب، مما يؤدي الى نتائج غير مرغوبة.
- وتكون كل بعد من (١٠) فقرة، وبهذا كانت الصورة الأولية للمقياس المشكلات السلوكية يتكون من (٣٠) فقرة ويجيب عليها المعلم والوالدين والملحق (٥) يبين الصورة الأولية للمقياس.

❖ **التعليمات وطريقة التصحيح:**

يعد عرض المقياس على السادة الخبراء والمتخصصين، والملحق (٥) والذين أجروا بعض التعديلات عليه، ويتم الاجابة على فقرات المقياس من قبل الوالدين والمعلم وذلك بالإجابة على أحد الاستجابات الآتية (تنطبق تماماً، تنطبق الى حد ما، لا تنطبق) وبدرجات (٣، ٢، ١). إذا يتم الاجابة على (تنطبق تماماً)، ان كان السلوك يظهر على الطفل بصورة دائمة، اما إذا كان السلوك يظهر أحياناً عليه فيتم إختيار الاجابة (الى حد ما)، أما إذا كان السلوك لا يظهر على الطفل فيتم إختيار الاجابة (لا تنطبق). ويعد إجراء الخصائص السايكومترية عليه أصبح المقياس بصورته النهائية لملحق (٦) يتكون من (٢٣) فقرة، صورة الوالدين و (٢٨) فقرة صورة معلم

وبلغ أعلى درجة للمقياس (٦٩) درجة وأقل درجة (٢٣) درجة لصورة الوالدين و أعلى درجة للمقياس (٨٤) درجة وأقل درجة (٢٨) درجة لصورة المعلم والملحق (٦) يبين لمقياس المشكلات السلوكية بصورة النهائية لصورة الوالدين والمعلم.

- **التجربة الاستطلاعية لمقياس المشكلات السلوكية :**

طبق الباحث مقياس المشكلات السلوكية بعد اجراء التعديل النهائي عليه على معلمات والوالدين ل (١٠) من التلامذه في معهد روناكي في محافظة اربيل وهم من مجتمع البحث وخارج عينة البحث الرئيسة وذلك لمعرفة مدى وضوح المقياس من قبل المجيبين وذلك في يوم الثلاثاء الموافق ٢٠٢١/١/٢٦وكان الهدف من التجربة :

- معرفة مدى وضوح تعليمات المقياس
- معرفة مدى فهم المعلمات والوالدين لفقرات المقياس
- معرفة الصعوبات التي تواجهها المعلمات والوالدين عند الاجابة على فقرات المقياس ،
- وبعد الاجابة على فقرات المقياس تبين انه واضح في الفقرات والاجابة وبذا بقي المقياس كما هو عليه .
-

الخصائص السايكومترية لمقياس المشكلات السلوكية:

١. الصدق:

- **الصدق الظاهري (صدق المحكمين):**

بعد تحديد أبعاد المقياس وإعداد الصياغة الأولية لفقراته فضلاً عن تحديد بدائل الإجابة وتعليمات الإجابة ولأجل التحقق من الصدق الظاهري للمقياس تم عرضه بشكله الأولي، الملحق (٥) والذي تكون من (٣٠) فقرة بواقع (١٠) فقرة لكل بعد وبصورة المعلم والوالدين، وتم عرضه على مجموعة من السادة الخبراء والمتخصصين في المجال التربوي والتربية الخاصة/الاعاقة البصرية الملحق (٤)، وذلك للحكم على مدى ملائمة الفقرات للمحور الذي وصفت لأجله ومدى ملائمتها لقياس المشكلات السلوكية وإجراء التعديل أو الإضافة أو الحذف للفقرات التي تحتاج الى تعديل، ثم تم إجراء التعديلات المطلوبة وتم عرض المقياس مرة ثانية على الخبراء السابق ذكرهم، وتم حساب نسبة الاتفاق لآرائهم حول أبعاد المقياس وكما مبين في الجدول (٦)، إذ تم الإعتماد على الفقرات التي حصلت على نسبة إتفاق (٧٥%) فأكثر من آراء السادة الخبراء والمتخصصين.

صدق الاتساق الداخلي لمقياس المشكلات السلوكية لصورة الوالدين:

ويقصد بالإتساق الداخلي، مدى إتساق كل فقرة من فقرات الاختبار مع الدرجة الكلية للمقياس، وعليه تم حساب معامل الارتباط (لبيرسون) بين درجة كل فقرة مع الدرجة الكلية للمقياس ومعامل الارتباط بين كل فقرة مع المحور الذي ينتمي إليه، وذلك لمعرفة مدى إرتباط الابعاد بالدرجة الكلية للمقياس ولمعرفة مدى إرتباط كل فقرة بالدرجة الكلية لكل بعد على حدة (أبو ناهية، ١٩٤٤: ١٢٧). وكما مبين في الجدولين التاليين:

الجدول (٢)

يبين معاملات ارتباط فقرات مقياس المشكلات السلوكية

والمحور الذي تنتمي إليه لصورة الوالدين

محور الخوف			محور الخجل			محور الاندفاعية		
ت	معامل الإتساق الفقرة	قيمة (Sig)	ت	معامل الإتساق الفقرة	قيمة (Sig)	ت	معامل الإتساق الفقرة	قيمة (Sig)
١	أستبعدت بالتمييز		١١	٠.٣٨٩	٠.٠٠٣	٢١	٠.٣٤٧	٠.٠٠٩
٢	٠.٥٥١	٠.٠٠٠	١٢	٠.٤٨٥	٠.٠٠٠	٢٢	٠.٦١٣	٠.٠٠٠
٣	٠.٤٩٨	٠.٠٠٠	١٣	٠.٥٣٦	٠.٠٠٠	٢٣	استبعدت بالتمييز	
٤	٠.٤٨٣	٠.٠٠٠	١٤	٠.٤٨٣	٠.٠٠٠	٢٤	٦٠٥.)	٠.٠٠٠
٥	٠.٥٠٢	٠.٠٠٠	١٥	٠.٣١٩	٠.٠١٧	٢٥	استبعدت بالتمييز	
٦	٠.٥٣٥	٠.٠٠٠	١٦	استبعدت بالتمييز		٢٦	٠.٥٩٧	٠.٠٠٠

٧	٠.٥٠٣	٠.٠٠٠	١٧	٠.٤٧٣	٠.٠٠٠	٢٧	٠.٤٨٣	٠.٠٠٠
٨	٠.٤٥٠	٠.٠٠٠	١٨	٠.٤٤٦	٠.٠٠١	٢٨	٠.٥٧٧	٠.٠٠٠
٩	٠.٦٤٨	٠.٠٠٠	١٩	٠.٥٢١	٠.٠٠٠	٢٩	٠.٥٩٧	٠.٠٠٠
١٠	استبعدت بالتمييز		٢٠	استبعدت بالتمييز		٣٠	استبعدت بالتمييز	

يتبين من الجدول (٢) إن قيم معامل الارتباط، تراوحت بين (٠.٣١٩- ٠.٦٤٨) وعند الرجوع الى قيمة (Sig)، والتي تمثل معنوية الارتباط بين الفقرة والمجموع الكلي للمحور للمقياس نلاحظ ان جميع القيم أقل من قيمة (٠.٠٠٥) وفي ضوء ذلك فان جميع الفقرات تمتلك خاصية الاتساق وبذلك تكون مقياس المشكلات السلوكية (صورة الوالدين) بصورته النهائية من (٢٣) فقرة بواقع (٨) فقرات لمحور الخوف، (٨) فقرات لمحور الخجل، (٧) فقرات لمحور الاندفاعية.

الجدول (٣)

يبين معاملات ارتباط بين فقرات المقياس والمجموع الكلي للفقرات صورة الوالدين.

رقم العبارة	الارتباط	المعنوية	رقم العبارة	الارتباط	المعنوية	رقم العبارة	الارتباط	المعنوية
١	عبارة ساقطه		١١	0.723	0.000	٢١	0.563	0.000
٢	0.418	0.001	١٢	0.664	0.000	٢٢	0.504	0.000
٣	0.47	0	١٣	0.637	0.000	٢٣	عبارة ساقطة	
٤	0.395	0.001	١٤	0.611	0.000	٢٤	0.621	0.000
٥	0.443	0	١٥	0.502	0.000	٢٥	عبارة ساقطة	
٦	0.377	0.002	١٦	عبارة ساقطة		٢٦	0.638	0.000
٧	0.202	0.068	١٧	0.65	0.000	٢٧	0.471	0.000
٨	0.376	0.002	١٨	0.635	0.000	٢٨	0.646	0.000
٩	0.259	0.027	١٩	0.621	0.000	٢٩	0.523	0.000
١٠	عبارة ساقطة		٢٠	عبارة ساقطة		٣٠	عبارة ساقطة	

يتبين من الجدول (٣) ان قيم معامل ارتباط بين فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس ، ويبدو انها تراوحت بين (٠.٢٥٩ – ٠.٧٢٣) وعند الرجوع إلى قيمة **(sig)** ، والتي تمثل معنوية الارتباط بين الفقرة والمجموع الكلي للمقياس نلاحظ أن جميع القيم اقل من قيمة (0.05) وفي ضوء ذلك فأن جميع الفقرات تمتلك خاصية الا.تساق.

البرنامج المعرفي السلوكي

تكون البرنامج من عشرون جلسة تدريبية مبنية ومصممة وفقا لاسس العلاج المعرفي السلوكي.

ويستند البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على مفهوم أن الأفكار والمشاعر والأحاسيس الجسدية والأفعال مترابطة ، وأن الأفكار والمشاعر السلبية يمكن أن تؤثر سلبا على تكيفنا. لذلك

يهدف العلاج المعرفي السلوكي (CBT) إلى مساعدة التلاميذ على التعامل مع المشكلات السلوكية الخاصة بالخوف والخجل والاندفاعية وعدم الشعور بالامن النفسي.

أهداف البرنامج العامة:

- فهم دور الأفكار والمعتقدات غير القادرة على التكيف في العلاج المعرفي السلوكي.
- التعرف على طرق تدريب التلميذ حول الأفكار والمعتقدات غير القادرة على التكيف.

أهداف البرنامج الخاصة:

* خفض سلوكيات الخجل للتلاميذ المكفوفين. خفض الخوف للتلاميذ المكفوفين. خفض الاندفاعية بالسلوك للتلاميذ المكفوفين.

اهمية البرنامج:

١. يساعد البرنامج المعرفي السلوكي في تحسين الشعور بالأمن النفسي لدى تلاميذ عينة البحث.
٢. يساعد البرنامج في تعلم طريقة جديدة في تعديل السلوك المعرفي غير العقلاني وجعله سلوكاً عقلانيا.
٣. يساعد البرنامج على خفض شدة بعض المشكلات السلوكية كالخوف والخجل والاندفاعية عند افراد عينة البحث.

الفنيات المستخدمة في البرنامج:

تم استخدام عدد من الفنيات في ضوء البرنامج المعرفي السلوكي .

١. الضبط الذاتي: حيث تساعد لطفل على مواجهة المثيرات المختلفة للأفكار المرتبطة بها ومحاولة ايقافها ثم التحكم الذاتي بالنفس حيث ان التلميذ يركز تفكيره على افكار الأمن النفسي والمشكلات السلوكية ويحاول ملاحظه أفكاره والعمل على تعديلها الى أفكار ايجابية وأمنة. اي يتم تسجيل الأفكار والسلوكيات باستمرار ثم العمل على تقييم الذات.
٢. التدريب على حل المشكلات: وهنا يحاول التلميذ ان يسأل نفسه أسئلة جدية ويحاول ان يحلها. وهذا يساعد على توسيع المدارك والنظر الى المشكلة من اوجه متعددة وصولاً الى حلها.
٣. التعزيز: هو أسلوب في العلاج السلوكي يؤدي الى تعزيز السلوك المرغوب وتكون المكافئات في البداية بالمادية ثم المعنوية وكذلك يتم تدريب الطفل على تعزيز ومكافأة نفسه من خلال أسلوب التحكم الذاتي السابق ذكره.
٤. لعب الادوار: تساعد هذه الفنية على التنفيس الانفعالي وتفريغ الشحنات حيث يقوم المعالج (الباحث) بلعب دور الآخر متضمن الحدث المزعج، بينما يقوم الشخص بلعب نفس دوره ومتى ما اندمج الطفل مع لعب الأدوار ستظهر الافكار التلقائية بمساعدة المعالج (الباحث).

٥. الاسترخاء: هو توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للخوف والخجل ويقلل الشعور المرتبط بالخوف وكيف سيترخي ويمارس التنفس العميق.
٦. التعرف على أساليب التفكير الخاطئة ومحاولة ابدالها باساليب تفكير سليمة.
٧. المواجهة: محاولة مواجهة الافكار اللاعقلانية لتحويلها الى أفكار عقلانية.
٨. اليقظة الذهنية: وهي الوعي بما يحدث في الافكار والمشاعر والسلوكيات.
٩. التغذية الراجعة: وهي ردود الفعل التي توضح للتلميذ مدى أهمية العمل ومدى تحقيق الهدف من العلاج.
١٠. اعادة البناء المعرفي: وهي عملية تغيير فكرة معينة او تشوه معرفي يقود الى اخطاء في الافكار والذي قد يكون نتيجة لنمط التفكير.
١١. الواجبات المنزلية
١٢. – التدريب على المهارات الاجتماعية.
١٣. – الحديث الذاتي الايجابي
١٤. العصف الذهني

الاسس التي يقوم عليها البرنامج:

قام الباحث ببناء واعداد برنامج العلاج المعرفي السلوكي وذلك وفقا للاسس التالية:

* تحديد الأفكار التلقائية، تحديد المعتقدات الوسيطة، تحديد المعتقدات الأساسية، تحديد الأفكار الخاصة بالمواقف و / أو الأحداث المحددة والتي تحدث في اليوم، الوعي بالأفكار وما تسببه من عواطف، تحديد الأفكار التلقائية غير القادرة على التكيف هي انعكاسات مشوهة للموقف، تحديد المعتقدات حول الذات والمستقبل التي تنجم عن المواقف أو مبالغ فيها من قبل الحالات النفسية ، مثل القلق أو الخوف والخجل، تحديد الافتراضات التي من خلالها يتم تصنيف المعلومات التي يتم استقبالها من البيئة المحيطة، ربط الأفكار بالسلوكيات والانفعالات، الأفكار التلقائية تكون مرتبطة بمثير ظرفي محدد. أن يتقن التلاميذ تحديد الأفكار وتحديها حتى يتمكنوا من فهم المفهوم وتقنيات تحدي المعتقدات. التدريب على تغيير المعتقدات الأساسية. مساعدة التلميذ على اختيار الأفكار التلقائية للتركيز عليها عن طريق التحقق المتكرر من أهداف البرنامج العلاجي. العمل على أهمية الفكرة او المعتقد المختار في الوصول إلى الأهداف العلاجية.

الأسلوب المستخدم في تنفيذ البرنامج:

١. الأسلوب الفردي: وذلك من خلال التواصل مع أمهات التلاميذ في متابعة أطفالهم في أداء الواجبات اليومية وملاحظة مدى تعديل سلوك التلميذ على ضوء تلك بواجبات الموكلة اليهه.
– الأسلوب الجماعي: كانت اغلب جلسات البرنامج هي جماعية حيث كان عدد التلاميذ عن (٧) تلاميذ وذلك كي يسهل عملية توجيههم وتفاعلهم في البرنامج وتكوين علاقات اجتماعية بينهم بما يحقق اهداف

البرنامج خلق روح التعاون م الجراة في طرح المشكلة السلوكية والمناقشة وايجاد حلول بديلة نها، والمشاركة.

بناء واعداد البرنامج:

لتحقيق هدف الدراسة قام الباحث ببناء واعداد برنامج العلاج المعرفي السلوكي وذلك بالاستناد الى مراجعة العلمي ذو الصلة بمشكلة الدراسة. اذ قام الباحث بمراجعة مجموعة من الدراسات والبحوث العلمية توضع خصائص وسمات التلاميذ المكفوفين وكيفية اعداد برنامج العلاج المعرفي السلوكي لهم ومنها:

- (Ackerman, 2021).
- (COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY LOS ANGELES 2020).
- (Cully, Dawson, Hamer, and Tharp, 2020).
- (Jansede Jong, Veerkamp, van Dijk, Hutschemaekers, and Verbraak, 2020).
- (Stanborough, 2020).
- (Sutton, 2021).

وبناء على تلك الدراسات تم بناء اعداد البرنامج المعرفي السلوكي للتلاميذ المكفوفين. وقد اشتمل البرنامج على ٢٠ جلسة،وكل جلسة محددة بهدف واجراءات تدريب والانشطة التدريبية الهادفة الى تنمية الشعور بالامن النفسي وخفض سلوكيات الخوف والخجل والاندفاعية. وهذه الجلسات صممت على نحو يحقق الاهداف العامة والاهداف الخاصة للبرنامج.

اجراءات جمع البيانات:

- طبق الباحث اختيار المصفوفات الملونة لرافن لغرض التجانس في يوم الأحد الموافق /٢٠٢١/٥/١٦
- تم تطبيق القياس القبلي لمقياس المشكلات السلوكية في يوم الأحد الموافق ٢٠٢١/٥/١٦. ولغاية يوم ثلاثاء الموافق / ١٨ / ٥ / ٢٠٢١
- ثم تطبيق التجربة الرئيسية للبحث في يوم الاربعاء الموافق/ ١٩/ ٥ /٢٠٢١ وانتهت التجربة في يوم الاربعاء الموافق / ٣٠ / ٦ /٢٠٢١
- ثم تطبيق القياس البعدي لمقياس والمشكلات السلوكية في بواجه يوم الاربعاء الموافق / ٣٠ / ٦ /٢٠٢١ ولغاية يوم الخميس الموافق / ١ / ٧ /٢٠٢١ وبمتابعة الباحث مع المعلمات والوالدين بالاتصال الهاتفي واللقاء بهم وبالتلامذة عينة البحث
- ثم تطبيق القياس التتبعي بعد مرور شهر من القياس البعدي لمقياس والمشكلات السلوكية وذلك في يوم الاثنين الموافق ٢ / ٨ /٢٠٢١. وبمتابعة الباحث مع المعلمات والوالدين بالاتصال الهاتفي واللقاء بهم وبالتلامذة عينة البحث.

المعالجات الاحصائية المستخدمة في الدراسة

١-الوسط الحسابي، ٢- الانحراف المعياري، ٣-معاملات الارتباط البسيط لبيرسون، ٤-النسبة المئوية، ٥-معامل ثبات، الفاكرونباغ، ٦-اختبار ويلكولسون.

النتائج

يعرض هذا الجزء النتائج التي توصلت اليها الدراسة:

١. **عرض وتحليل نتائج الفرضية الاولى والتي تنص على:-**

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات القياسين القبلي والبعدي في خفض المشكلات السلوكية للتلاميذ المكفوفين

ولتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام الوصف الإحصائي للاختيارات القبلية والبعدية و اختيار ويلكوكسون للكشف عن دلالة واتجاه الفروق بين متوسط رتب درجات القياسين القبلي والبعدي على مقياس المشكلات السلوكية صورة الوالدين وتم حساب قيمة (z) لمعرفة الفروق بين القياسين وكما سبب في الجداول (٤) (٥) (٦) (٧).

الجدول (٤)

الوصف الإحصائي للقياسات القبلية والبعدية والتتبعي صورة للوالدين

القياس	الوسط الحسابي	الأنحراف المعياري
القبلي	٥٥.١٤	٦.٩٣
البعدي	٤٠.٢٨	٩.٣٤
التتبعي	٤٧.٢٨	١٠.٦٢

الجدول (٥)

نتائج حساب قيمة (z) لمتوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي على مقياس المشكلات السلوكية (صورة الوالدين).

المقياس	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	p-value (sig)	مستوى الدلالة
المشكلات السلوكية (صورة الوالدي)	**الرتب الموجبة**	٤,٠٠	0.٢٨	٢,٣٦	٠,٠١٨	دال
	الرتب السالبة	٠,٠٠	٠.٠٠			

يتبين من الجدول (٥) ان قيمة (z) لبيان الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لمقياس المشكلات السلوكية عند مستوى (٥%) = دال لكون قيمة (p-value) اقل من مستوى معنوية (٥%).

وهذا يشيرالى وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي لمقياس المشكلات السلوكية (صورة الوالدي) ويذا يتحقق صحة الفرضية الثانية.

الجدول (٦)

الوصف الإحصائي القياسات القبلية والبعدية النفسي لمتغير المشكلات السلوكية صورة المعلم

القياس	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
القبلي	٥٥.٤٢	١١.١٦
البعدي	٥٢.١٤	١٠.٤٤
التتبعي	٥٤.٧١	١٠.٣٨

الجدول (٧)

نتائج حساب قيمة (z) لمتوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي على مقياس المشكلات السلوكية (صورة المعلم)

المقياس	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	p-value (sig)	متوسط الدلالة
المشكلات السلوكية (صورة المعلم)	**الرتب الموجبة**	٥,٠٠	0.٣٥	٢,٠٣	٠,٠٤٢	دال
	الرتب السالبة	٠,٠٠	٠			

يتبين من الجدول (٧) ان قيمة (z) لبيان الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لمقياس المشكلات السلوكية عند مستوى (٥%) دال لكون قيمة (p-value) أقل من مستوى معنوية ٥% وهذا يشير الى وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي لمقياس المشكلات السلوكية (صورة المعلم) وبذا يتحقق صحة الفرضية الثانية.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية والتي تنص على:-

لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي في خفض المشكلات السلوكية (قيد الدراسة) لدى التلاميذ المكفوفين.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختيار ويلكوكسون لحساب الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي على مقياس المشكلات السلوكية (صورة الوالدين) (صورة المعلم) وكى بسبن في الجدولين (٨) (٩).

الجدول (٨)

نتائج حساب قيمة (z) لمتوسط رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي على مقياس المشكلات السلوكية (صورة الوالدين).

المقياس	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	p-value (sig)	مستوى الدلالة
المشكلات السلوكية (صورة الوالدين)	الرتب الموجبة	٤,١٧	١٦.٦٨	١,٨٥٩	٠,٠٦٣	غير دال
	الرتب السالبة	٣,٠٠	٩			

يتبين من الجدول (٨) ات قيمة (z) لبيان الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي لمقياس المشكلات السلوكية (صورة الوالدين) (غير دال) و ذلك لان قيمة p-value هي أكبرمن مستوى معنوية (٥%) وهذا يشير الى عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية بين القياسين البعدي والتتبعي اي ان الاختفاة لا زال مستمراً لخفض المشكلات السلوكية (صورة الوالدين) عند التلاميذ المكفوفين وهذا يحقق صحة الفرضية الرابعة.

الجدول (٩)

نتائج حساب قيمة (z) لمتوسط رتب درجات لقياسين البعدي والتتبعي على مقياس المشكلات السلوكية (صورة المعلم).

المقياس	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	p-value (sig)	مستوى الدلالة
المشكلات السلوكية (صورة المعلم)	الرتب الموجبة	٤,١٧	١٢.٥١	٠,٤٢	٠,٦٧	غير دال
	الرتب السالبة	٢,٨٣	١١.٣٢			

يتبين من الجدول (٩) ان قيمة (z) لبيان الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي لمقياس المشكلات السلوكية (صورة المعلم) (غير دال) وذلك لان قيمة p-value هي أكبر من مستوى معنوية (٥%) وهذا يشير الى عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية بين القياسين البعدي والتتبعي اي ان الاحتفاظ لا زال مستمر لخفض المشكلات السلوكية (صورة المعلم) عند لتلاميذ المكفوفين وهذا يحقق صحة الفرضية الرابعة.

مناقشة النتائج:

يناقش هذا الجزء من الدراسة النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة وهي منظمة وفقا للفرضيات:

مناقشة نتائج الفرضية الاولى: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات القياسين القبلي والبعدي في خفض المشكلات السلوكية للتلاميذ المكفوفين.

اشارت النتائج الى وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي لمقياس المشكلات السلوكية (صورة الوالد. وهذه ربما تعود الى طبيعة الانشطة والتدريبات على البرنامج التي اكسبت الطلبة ذوي الاعاقة البصرية مهارات التعامل مع المشكلات السلوكية. والاباء هم اسرع في ملاحظة التحسن الذي يحدث بسبب تفاعلهم اليومي معهم. ويبدو ان البرنامج وفر مكان عمل آمن نفسياً ساعد في تحسين أداء الطلبة المشاركين وخفض مشكلاتهم السلوكية. هذا ربما ايضا يفسر من خلال ان البرنامج حقق سمة المساواة في التواصل والحساسية العاطفية، اي جميع الطلبة المشاركين قد تواصل معهم الباحث، وان العمل ضمن البرنامج من خلال العمل الجماعي وممارسة الانشطة قد حقق انخفاض في المشكلات السلوكية. كما ان الثقة والاحترام المتبادل والقدرة على الاستماع وطرح الأسئلة والاهتمام ساعدت المشاركين في التعبير عن أفكارهم. وهذا من شأنه انه سمح بالتعرف على افكار الشخص وتقييمها والمساعدة في تغييرها الى افكار اكثر ايجابية وعقلانية وتتماشى مع قيم واعراف المجتمع وثقافته. وبالتالي فان تغيير الافكار يؤدي الى خفض المشكلات السلوكية. فالاتجاه المعرفي السلوكي ينظر الى المشكلات السلوكية على انها نتاج لطبيعة الافتراضات المعرفية الاساسية والافكار اللاعقلانية التي غالبا تتحول الى شكل من اشكال السلوك غير المقبول او السلوك المشكلي. فقد بينت دراسة سيمز وسيلسو ولومباردو (Sims, Celso, and Lombardo, 2021) ان الطلاب ذوي إعاقات بصرية اظهروا مستويات أعلى من الأعراض السريرية مثل القلق والانسحاب. كما ان الطلاب المكفوفين حصلوا على درجات ذات دلالة إحصائية (أي أوجه قصور) لمهارات التكيف والمرونة. واشارت ايضا النتائج إلى أن نسبة كبيرة من الطلاب ذوي إعاقات بصرية قد يواجهون صعوبات عاطفية وسلوكية أكثر من الشباب العاديين بينما يفتقرون إلى المهارات التكيفية لإدارة سلوكهم بشكل مناسب. كما بين أوغستاد ((Augestad, 2017 ان غالبية الدراسات اوضحت أن الأطفال والشباب ذوي إعاقات بصرية يعانون من مشاكل عاطفية أكثر من نظرائهم المبصرين. ومن هنا الحاجة الى خفض هذه المشكلات قد حققها البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لما يشتمله من تدريبات هادفة الى خفض هذه المشكلات.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما اشارت الية دراسة ياغوتيان وسليمانيان ودرودي Yaghotian, Soleimanian, and Darrodi, 2016))التي أظهرت نتائجها أن تدخل الإرشاد السلوكي المعرفي يمكن أن يزيد بشكل كبير من مفهوم الذات بين المشاركين في المجموعة التجريبية من ذوي الاعاقة البصرية. وان جلسات الاستشارة السلوكية المعرفية الجماعية يمكن أن تحسن المفهوم الذاتي للمراهقين المعاقين بصريًا. وكذلك تتفق مع نتائج دراسة آيفي ولاذر وهاتون ووهبي ((Ivy, Lather, Hatton, Wehby, 2016 التي بينت ان تطوير تدخل الإدارة الذاتية يعزز السلوكيات المؤيدة للمجتمع للطلاب ذوي الإعاقة البصرية. وكذلك تتفق مع نتائج دراسة ليزا فيساجي ، هيلين لوكستون ، ويندي ك سيلفرمان (Visagie, Loxton, and Silverman, 2015)اوضحت ان برنامج التدخل مع القلق كان فعالًا في الحد من أعراضه.

مناقشة نتائج الفرضية الثانية: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي في خفض المشكلات السلوكية (قيد الدراسة) لدى التلاميذ المكفوفين.

اشارت النتائج الى عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية بين القياسين البعدي والتتبعي اي ان الاحتفاظ لا زال مستمر لخفض المشكلات السلوكية (صورة المعلم) عند لتلاميذ المكفوفين وهذا يحقق صحة الفرضية الرابعة. وهذه ربما تعود الى طبيعة الانشطة والتدريبات على البرنامج التي اكسبت الطلبة ذوي الاعاقة البصرية مهارات التعامل مع المشكلات السلوكية واكتساب سلوكيات مساعدة على التكيف. فبرنامج العلاج السلوكي المعرفي يستند الى استبدال الافتراضيات المعرفية والافكار اللاعقلانية بافكار وافتراضات عقلانية. وان البرنامج بما اشتمل عليه من تدريبات هادفة الى تعليم الشخص كيف يغير افكاره وافتراضاته حول التفاعل من عناصر البيئة من حوله بما في ذلك بيئة المدرسة وبية المنزل والبيئة المجتمعية قد ساعد في تعديل واستبدال الأفكار والمشاعر والسلوكيات السلبية بأفكار إيجابية ومقبولة وانعكس ذلك على التخفيف من المشكلات السلوكية. وقد لاحظ المعلمون التحسن الذي حدث بسبب تفاعلهم اليومي معهم في المدرسة. اي بمهنى ان العلاج المعرفي السلوكي قد اخفض المشكلات السلوكية لدى الطلبة ذوي الاعاقة البصرية. فالعلاج السلوكي المعرفي يرى بأن كلا من السلوكيات والإدراك او المعرفة هما عاملان حاسمان في المساهمة في المشكلات النفسي والسلوكية ، لذلك فهو يستند الى تغيير الأفكار والمشاعر لتنعكس ايجابا على خفض المشكلات السلوكية .(Teater. 2013, P. 3) وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما اشارت الية دراسة ياغوتيان وسليمانيان ودرودي (Yaghotian, Soleimanian, and Darrodi, 2016) التي أظهرت ان العلاج السلوكي المعرفي يمكن أن يخفض المشكلات السلوكية والنفسية فقد اظهرت النتائج تحسن في مفهوم الذات بين المشاركين من ذوي الاعاقة البصرية الذين تدربوا على انشطة وتمرينات البرنامج. وكذلك تتفق مع نتائج دراسة فيساجي ولوكستون وسيلفرمان (Visagie, Loxton, and Silverman, 2015)التي اوضحت ان برنامج التدخل المعرفي السلوكي قد خفض اعراض القلق.

التوصيات:

استنادا الى النتائج التي توصل اليها الباحث فانه يوصي بالاتي:

- اكساب الطلبة مهارات التعامل مع المشكلات السلوكية.
- ضرورة خفض المشكلات السلوكية للطلبة ذوي الاعاقة البصرية لما لها من اثر ايجابي على الاداء والتعلم وتنفيذ الانشطة اليومية المحققة للتكيف النفسي.

المراجع الانكليزية:

- Abbasi Jondani, Javad. (2021). Locus of Control in College Students with and without Visual Impairments, and the Visual Characteristics That Affect It. Journal of Visual Impairment & Blindness, v115 n1 p42-54.
- Ackerman, C. (2021).25 CBT Techniques and Worksheets for Cognitive Behavioral Therapy. PositivePsychology.com.
- Augestad, L. (2017). Mental Health among Children and Young Adults with Visual Impairments: A Systematic Review. Journal of Visual Impairment & Blindness, v111 n5 p411-425.

- Brooks, C. (2021). Addressing Difficult but Expected Behavior in Toddlers and Preschoolers with Visual Impairments and Blindness. American Printing House for the Blind. All Rights Reserved.
- COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY LOS ANGELES. (2020). Cognitive Behavioral Therapy Exercises: CBT Interventions. COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY LOS ANGELES, 10833 WILSHIRE BLVD, LOS ANGELES, CA, 90024, UNITED STATES (888)-813-9613.
- Cull inane Murdock (2011)Pasadena child development Associates social skills group Training using a development approach evidence based practice, U.S.A:Pasadena.
- Cully, J.A., Dawson, D.B., Hamer, J., and Tharp, A.L. (2020). A Provider's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy. Department of Veterans Affairs South Central MIRECC, Houston, TX.
- Demmin DL and, Silverstein SM. (2020). Visual Impairment and Mental Health: Unmet Needs and Treatment Options. Clinical ophthalmology,14, Pp: 4229—4251.DOI https://doi.org/10.2147/OPTH.S258783
- Deutscher, Barbara, Fewell, Rebecca. R, (2005); Early predictors of Attention – deficit- tlyperactivity Disordersand school difficultis in low- Birthweight, premature children, topics- in- Early- childhood-special- Education, vol 25.
- Dobson, W. and Hays, P. (2016). Cognitive Behavioral Therapy Techniques and Strategies. American Psychological Association. All rights reserved.
- Herschel Knapp (2007):Therapeutic communication, united states: sage publications.
- Heyl, V., and Hintermair, M. (2015). Executive Function and Behavioral Problems in Students with Visual Impairments at Mainstream and Special Schools. Journal of Visual Impairment & Blindness, v109 n4 p251-263.
- Ivy, S., Lather, A., Hatton, D., Wehby, J. (2016). Toward the Development of a Self-Management Intervention to Promote Pro-Social Behaviors for Students with Visual Impairment. Journal of Special Education, v50 n3 p141-150.
- Janse, P. D., de Jong, K., Veerkamp, C., van Dijk, M. K., Hutschemaekers, G. J. M., and Verbraak, M. J. P. M. (2020). The effect of feedback-informed cognitive behavioral therapy on treatment outcome: A randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88(9), 818–828.
- Kendall, P.C.& Braswell. (1993). Cognitive-behavioral Therapy for impulsive children. Guilford press.
- Lang, M. and Sarimski, K. (2018). The Behavior Problems Inventory--Short Form: Utility for Children and Adolescents with Visual Impairments. Journal of Visual Impairment & Blindness, v112 n6 p765-770.
- Lipsitt, lewis, p, Ed (1999); The bromn university child and Adolescent behavior letter. Browu university, Vol 15.
- Mikael Sallinen (2003): Cognitive Behavior Therapy for chronic Insomnialn Occupational Health services springer science London: Routledg.
- Shankar, C. (2020). Adjustment Behaviour and Its Dimensions of Adolescent Students with Visual Impairment in Relation to Their Personality Traits in Tamilnadu. Journal on Educational Psychology, v13 n3 p9-18
- SHARON Morgillo &, Arthur Freeman (2005): cognitive behavior therapy in nursing practice, New york, springer publishing company.
- Sims, S., Celso, B., and Lombardo, T. (2021). Emotional and Behavioral Assessment of Youths with Visual Impairments Utilizing the BASC-2. Journal of Visual Impairment & Blindness, v115 n4 p310-318
- Stanborough, R. (2020). How to Change Negative Thinking with Cognitive Restructuring. Healthline Media a Red Ventures Company. All rights reserved.
- Steven Hayes (2005): Stability and change in cognitive Behavior therapy: considering the implications of act and rft. University of Nevada, USA.
- Sutton, J. (2021).10 Best Problem-Solving Therapy Worksheets & Activities. PositivePsychology.com.
- Tammie Ronen(2003): Cognitive-constructivist psychotherapy with children and adolescents, New york, KLU wer Academic-plenum publishers.
- Visagie, L., Loxton, H., Stallard, P., and Silverman, W. (2017). Insights into the Feelings, Thoughts, and Behaviors of Children with Visual Impairments: A Focus Group Study Prior to Adapting a Cognitive Behavior Therapy-Based Anxiety Intervention. Journal of Visual Impairment & Blindness, v111 n3 p231-246
- Visagie, L., Loxton, H., Swartz, L. and Stallard. (2021). Cognitive behaviour therapy-based early intervention and prevention programme for anxiety in South African children with visual impairments. African Journal of Disability 10, 796
- Yaghotian, M., Soleimanian, A., and Darrodi, H. (2016). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on self-concept of visually impaired adolescents. Iranian Rehabilitation Journal, 14 (1), 51-58.