

العلاج النفسي الحركي في تحسين مستوى الشعور بالأمن النفسي للطفل الكفيف

بلقاسم عوين

خليفة زواري أحمد

-جامعة الوادي.

belkacemsouf@gmail.com / zouari.khalifa@gmail.com

مقدمة:

لحاسة البصر أهمية في حياة الفرد ، إذ أن حوالي ثلثي معلوماته عن العالم المحيط به تأتي عن طريق هذه الحاسة ، ورغم أن الجزء الخاص بالإبصار يحتل أقل من عشرة بالمائة (10 %) من مساحة المخ ، فإن هذه الحاسة توفر للفرد التواصل مع العالم و التحكم فيه وتسخيره لخدمة حاجاته المادية وراحته النفسية. ولذا نجد أن كف البصر يحرم الكفيف من فرص اكتساب المهارات الجسمية ويقلل من تآزر اليد و تطور الحركات الدقيقة ، ويثبط دافعيته للوصول للأشياء التي يرغب بها في البيئة ، وعدم تشجيع الطفل على القيام بالنشاط الجسمي قد يزيد من عرقلة التطور النفسي الحركي ، مما يؤدي إلى تدني المقدرة على اكتشاف البيئة والاستثمار فيها .

ومن هنا تناولت الدراسة الحالية جانبا من الجوانب المهمة ، ألا وهو الجانب النفسي الحركي وتأثيره على الأمن النفسي ، إذ أن هذا الجانب وما يشتمل عليه من الأشكال المختلفة لسلوك الإنساني والمتمثل في الجوانب الانفعالية والمعرفية والحركية يعمل ضمن إطار النظرة المتكاملة للسلوك على تنمية تلك الجوانب المختلفة ليصبح مصدراً أساسياً للتطوير القدرات والمفاهيم الحسية والإدراكية والمعرفية ، والتي تؤثر في الأخير على الجانب السيكولوجي للفرد. إذ أن الممارسة الفعلية للنشاط النفسي الحركي يؤثر إيجاباً ضمن التفاعل الدينامي لمفهوم الطفل عن صورته الجسمية ووظائف أعضائه ، إذ يخلصه هذا الإدراك من أساليب الهروب والانطواء ، ويصحح مفاهيمه عن البيئة واتجاهات الآخرين نحوه واتجاهه نحو الآخرين مما يفضي إلى تبني سلوكيات جديدة تتمثل في تقبل موضوعية البيئة والاندماج التدريجي مع جماعة الرفاق وخلق علاقات كان الكفيف في السابق يحاول تفاديها.

1. إشكالية الدراسة:

إن لحاسة البصر دوراً هاماً في حياة الإنسان ، فالجهاز البصري هو الذي يمنح للإنسان كماً من المعلومات عما يحيط به ، ويؤكد الكثير من مدربي التربية النفسية الحركية على أهمية حاسة البصر وأرجحيتها على بقية الحواس، حيث أشار بول Bull (1989) بأن المعلومات التي يحصل عليها الإنسان عن طريق حاسة البصر تشكل بين (65% إلى 70%) وعلى هذا الأساس فإن البصر يؤدي دوراً

فاعلا كمصدر للحصول على تكامل المعلومات الصادرة عن البيئة للإنسان بغرض التفاعل.(مروان إبراهيم ، 2002 ، ص67)

وفقدان البصر يعني عدم الإحساس بالضوء واستحالة الرؤية ومنها يصبح المعاق بصريا في حاجة ماسة إلى تعويض الإعاقة البصرية بآليات أخرى تتيح له فرص التكيف مع إعاقته من ناحية ومحيطه الخارجي من ناحية أخرى لاسيما إذا ما سلمنا بأن فقدان حاسة البصر ينعكس بشكل سلبي على جوانب النمو في المراحل الأولى من الطفولة. (منى الحديدي ، 2002 ، ص29)

كما أن فرنش وجنسما (1982) French et Jansma لاحظ أنه كلما اشتدت حالة الضعف البصري لدى الإنسان أصبحت العقبات التي تعيق النمو الحركي أكبر، وأن قدرات الشخص المعاق بصريا في نواحي التوازن الجسدي والوضع العام للجسم والركض والرمي والتصور الجسدي ضعيفة بشكل عام.(منى الحديدي،2002، ص69)

حيث أدرك علماء النفس أن السلوك الحركي ليس مجرد عمل بحت لعضلات الجسم لكنه ظاهرة معقدة ونتاج لعدد من العوامل النفسية والبنائية والوظيفية لأجهزة الجسم المختلفة ، وتمثل العوامل النفسية أهم مسببات الحركة وهو ما يعبر عنها بالسلوك النفسي الحركي إذ تشير كليفورد (Clifford) إلى العلاقة بين العوامل النفسية والعوامل الحركية في إطار عملية التعلم الحركي.

وترى جوليانا بيرانتوني (Guiliana Perantouni) أنه هناك ثلاثة أهداف تتفاعل وتترابط بقوة فيما بينها في مجال التربية النفسية الحركية وهي التعرف على بناء الجسم كذلك التعرف على عالم الأشياء ثم معرفة وتقبل عالم الآخرين ، إذ يوضح في التعرف على بناء الجسم بالنسبة للطفل أن من المهم تشكل صورة واضحة ودقيقة وكاملة عن جسمه ووضعه في الفراغ ، إذ يؤكد كل من شيلدر وبندر (Shelder et Bender) في دراستهما عن أهمية تكوين الطفل لصورة جسمه لأن إدراكه الناقص أو الخاطئ عن هذه الصورة يؤدي به إلى اضطراب في أداء أفعاله ، لذا فمن المهم أن يتعلم الطفل كيف يدرك أجزاء جسمه وكيف يتحكم فيه من خلال نظم عديدة للإشارات وأن تقدم للطفل الأنشطة الحركية التي توجه تطوره الحركي تجاه إدراك جسمه وإلى ماذا يمكن أن يعمل هذا الجسم. (أحمد روبي ، 1996 ، ص 22-28)

ومن خلال معاشتنا لواقع التكفل بالأطفال المكفوفين بمدرسة الصغار المكفوفين بالوادي سجلنا بعض الملاحظات التي ارتبطت أساسا بمجموعة من الاضطرابات النفسية الحركية الناتجة عن طبيعة الكف البصري بالدرجة الأولى ، تمثلت هذه الاضطرابات فيما يلي:

فيما يخص صورة الجسم لاحظنا أن هؤلاء الأطفال يجدون صعوبة في التعامل مع وظيفة كل عضو من أعضاء الجسم وهذا ما انعكس بصورة واضحة على الوضعيات المختلفة (الجلوس ، الوقوف ، التحكم في الرأس وسائر الأعضاء). بالإضافة إلى ذلك تم ملاحظة مجموعة من الاضطرابات والمتعلقة بالجانبية والتي

تتجلى في مفهوم (يمين ، يسار، أمام ، خلف ، فوق ، تحت). كما شملت هذه الاضطرابات الحركة الدقيقة حيث لوحظ خلط في مجموعة من المفاهيم الرئيسية المتعلقة باللمس لاسيما(خشن ، رطب ، كبير ، صغير، صلب ، لين). إن الاضطرابات المذكورة أنفا أثرت وبشكل مباشر على مفهوم المكان بالنسبة للطفل الكفيف حيث أنه يجد صعوبة كبيرة في السيطرة على الحيز الذي يتحرك فيه كما أنه وفي كثير من الحالات نلاحظ عليه صعوبة في التنقل من نقطة إلى أخرى والميل إلى الوقوف لمدة طويلة والانزواء في زاوية معينة وصعوبة تحديد موضعه داخل محيط المدرسة مثلا.

وفي هذا السياق حاولنا أن نستقي المعلومات من الأخصائيين النفسانيين إذ أكدوا لنا أن هذه الاضطرابات انعكست بصورة سلبية على الجانب النفسي للأطفال المكفوفين حيث يعيش هؤلاء حالة من الخوف في اكتشاف المجهول لاسيما المكان وهذا ما أدى بهم إلى فقدان الثقة في قدراتهم على التنقل والحركة بصفة عادية ، أي أن الطفل الكفيف تقل قدرته على تحصيل الخبرات على الطفل المبصر حيث أنه لا يستطيع أن يتحرك بنفس السهولة والمهارة التي يتحرك بها المبصر فهو يعجز عن الاستكشاف وجمع الخبرات ومن هنا كانت حاجة الكفيف إلى الرعاية والمساعدة أكبر، مما قد يؤدي إلى إحساسه بالعجز المستمر بالاعتماد على ذاته الأمر الذي يؤثر على تكيفه الشخصي والاجتماعي وعلى شعوره بالأمن النفسي ، أي أن الطفل الكفيف يبذل طاقة وجهدا كبيرا أثناء تنقله وحركته تفوق بكثير ما يبذله الطفل المبصر، مما يؤدي إلى أن يكون أكثر تعرضا للإجهاد العصبي والشعور بعدم الأمن الذي يؤثر على صحته النفسية.

غياب المثبر البصري في عملية النمو النفسي والنفسي الحركي تؤثر وبشكل مباشر على نمو الطفل الانفعالي والمعرفي والحركي ، ومن هنا رأينا أنه من الضرورة تناول هذا الموضوع ومحاولة تصميم برنامج علاجي نفسي حركي لتحسين مستوى الشعور بالأمن النفسي لدى الطفل الكفيف. ومنه نطرح التساؤلين التاليين:

- هل يساهم البرنامج العلاجي النفسي الحركي في تحسين مستوى الشعور بالأمن النفسي لدى الطفل الكفيف؟

- هل تتميز النتائج الإيجابية للبرنامج العلاجي النفسي الحركي بالاستقرار؟

2. فرضيات الدراسة:

بناء على تساؤلات الدراسة صيغت فرضيات الدراسة على النحو التالي:

- يساهم البرنامج العلاجي النفسي الحركي في تحسين مستوى الشعور بالأمن النفسي لدى الطفل الكفيف.

- تتميز النتائج الإيجابية للبرنامج العلاجي النفسي الحركي بالاستقرار.

3. أهداف الدراسة :

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية :

- المساهمة في وضع إستراتيجية لعلاج بعض الاضطرابات النفسية الحركية لدى الطفل الكفيف.

- تصميم برنامج علاجي نفسي حركي يهدف إلى تحسين مستوى الشعور بالأمن النفسي لدى الطفل الكفيف.

- التحقق من فاعلية البرنامج العلاجي النفسي الحركي المقترح في تحسين مستوى الشعور بالأمن النفسي لدى الطفل الكفيف.

4. المفاهيم الإجرائية للدراسة:

رفعا لأي التباس أو تداخل قد يتبدى في فهم المصطلحات الأساسية للدراسة نعرض فيما يلي التعاريف الإجرائية لأهم المفاهيم الواردة فيها:

1.4. الفاعلية:

تعرّف الفاعلية لغويا لكون الشيء يؤدي إلى نتائج ، ويقال تأثير " فاعلية وسيلة " صفة ما يحدث الشيء المنتظر النفع والنجوع . (أنطوان نعمة ، 2001 ، ص101) ونقصد بالفاعلية في الدراسة الحالية: التأثير الإيجابي الناتج عن تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الحركي لتحسين مستوى الشعور بالأمن النفسي لدى الطفل الكفيف وتقاس باستخدام مقياس الأمن النفسي من خلال المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي.

2.4. التربية النفسية الحركية:

هي تربية تنمي الجانب النفسي الحركي ، من خلال تمارين تهدف إلى مساعدة الطفل للاستجابة عن طريق الحركة ، وتعرف التربية النفسية الحركية من خلال أهدافها في: "التدخل عند وجود خلل أو اضطراب نفسي حركي من أجل إزالته أو التخفيف من حدته".

(9 p de Meur et Staes ، 1985)

حيث اعتمدنا التعريف الإجرائي التالي للبرنامج العلاجي النفسي الحركي:

هو برنامج مخطط منظم مبني على ضوء أسس علمية يتكون من مجموعة من الخبرات البناءة المخطط لها والمصممة بطريقة مترابطة ومنظمة وتشمل هذه الخبرات في طياتها العديد من الأنشطة والأساليب المتنوعة التدريبية والتعليمية لتنمية وتطوير الجانب النفسي الحركي ويتم تقييم ذلك المخطط من خلال مدى فاعليته وجدواه في تنمية بعض المهارات لأجل الاستثمار والاستكشاف في البيئة ورفع مستوى الأمن النفسي لدى الأطفال المكفوفين وذلك من أجل تحقيق أهدافا محددة وهو ما قام أساسا عليه البرنامج المستخدم في هذه الدراسة

3.4. الأمن النفسي:

يقصد الطلبة الباحثين بالأمن النفسي في هذه الدراسة ، شعور الطفل الكفيف بأنه محبوب ومتقبل من طرف الآخرين ، بما يمكنه من تحقيق قدر أكبر من الانتماء للآخرين مع إدراكه لاهتمام الآخرين به وتفهمهم له حتى يستشعر قدر كبير من

الدفع والمودة ويجعله في حالة من الهدوء والاستقرار والتحرر والاطمئنان في بيئته لأجل الاستثمار والاستكشاف فيها ، حتى لا يشعر بالقلق والخوف أو أي خطر يهدد أمنه واستقراره في الحياة.

4.4. الطفل الكفيف:

ويعرف الكف الكلي للبصر: "هو فقدان الكلي للقدرة على الإبصار، أي الحرمان الوظيفي للعين". (عبد الحكم مخلوف ، 2007 ، ص15) والطفل الكفيف المستهدف في هذه الدراسة هو الطفل الذي لديه كف بصري سواء كان الكف ولادياً أو مكتسب قبل سن الخامسة ويزاول دراسته في مدارس خاصة بالمكفوفين ، يتراوح عمره ما بين (8-12) سنة ويتقن استعمال الكتابة بطريقة البراي .

5. منهج الدراسة:

مهما كان موضوع البحث ، فإن قيمة النتائج تتوقف على قيمة المناهج المستخدمة والمنهج العلمي أنواع حيث أنه يتغير بتغير الأهداف ، وبما أن الدراسة الحالية تعتمد على محاولة الكشف على فاعلية برنامج علاجي نفسي حركي لتحسين مستوى الشعور بالأمن النفسي للطفل الكفيف اعتمدنا المنهج التجريبي باعتباره المنهج الملائم لدراستنا.

وقد اعتمدنا على المنهج التجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة مع اختبار قبلي وبعدي ويطلق عليه أحيانا " تصميم الاختبار القبلي- البعدي" والذي يعد أحد أنواع المنهج التجريبي حيث يقوم الباحث في هذا التصميم "بملاحظة أو قياس المفحوصين قبل وبعد تطبيق المعالجة التجريبية " وذلك بقياس التغير والتعديل الذي يحدث أو يصدر على المتغير التابع.(رجاء أبو علام ، 2004 ، ص206)

6. مجال إجراء الدراسة:

تم تحديد المجال الزمني والمكاني للدراسة الأساسية كما يلي:

1.6. المجال الزمني: أجريت الدراسة الأساسية في شهر فيفري 2013 من الثلاثي الثاني للسنة الدراسية 2012/2013.

2.6. المجال المكاني: ينتمي مجتمع الدراسة إلى مدرسة الصغار المكفوفين لولاية الوادي.

7. عينة الدراسة:

تم اختيار ثمانية (08) أفراد فقط من بين اثنان وعشرون حالة بطريقة قصدية وهم من تتوفر فيهم كامل شروط الدراسة والمتمثلة في إعاقة ولادية وإعاقة مكتسبة قبل سن الخامسة ، تتراوح أعمارهم بين(8-12 سنة) أما الحالات الأخرى فقد تم استبعادها نظراً لأن توقيت حدوث الإعاقة لدى بعض الحالات كان بعد سن الخامسة وحالات كان سنهم أكبر من السن المطلوب ، وحالات أخرى لديهم بقايا بصرية وهو ما يتعارض مع شروط الدراسة ، والجدول رقم(01) يوضح خصائص العينة.

جدول رقم(01):خصائص العينة الأساسية

الجنس	نوع وتاريخ حدوث الإصابة	العمر	الإسم	الرقم	الجنس	نوع وتاريخ حدوث الإصابة	العمر	الاسم	الرقم
الذكور	ولادي (كف كلي)	09 سنة	ب ع	05	الذكور	ولادي (كف كلي)	12	ت ج	01
	مكتسب قبل الخامسة	08 سنوات	ب م	06		ولادي (كف كلي)	10	خ ج	02
	مكتسب قبل الخامسة	10 سنوات	ب ر	07		ولادي (كف كلي)	11	م ن	03
	مكتسب قبل الخامسة	11 سنة	ف ن	08		ولادي (كف كلي)	12	م س	04

8. أدوات جمع البيانات:

يهدف توفير أكبر قدر من الموضوعية والدقة في أي دراسة وبغرض إرساء دعائمها لتحقيق درجة مناسبة من اليقين العلمي يحتاج الباحث إلى أدوات معينة لجمع البيانات الضرورية والمعلومات الخاصة بدراسته وتختلف أدوات جمع البيانات باختلاف طبيعة مشكلة الدراسة وفرضياتها والأهداف المتوخى تحقيقها منها ، وقد اشتملت الدراسة الحالية على مجموعة من الأدوات صنفت حسب هدف استخدامها إلى:

1.8 مقياس الشعور بالأمن النفسي:

تم الاعتماد في تصميم هذا المقياس على مصدرين أساسيين:

- **المصدر الأول:** يتمثل في التراث السيكولوجي وخاصة الكتابات والآراء النظرية التي تناولت موضوع الشعور بالأمن النفسي، وماهية التعريفات الخاصة به (ماسلو(1970) ، فاروق عبد السلام(1976) ، عبد الرحمن العيسوي(1985) ، الحارث عبد الحميد(2004)).

- **المصدر الثاني:** يتمثل في المقاييس التي صممت من أجل قياس الشعور بالأمن النفسي وهما مقياس "ماسلو" للأمن النفسي ، ومقياس فلاينت(1974) للأطفال الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين(3 و 24 شهرا) ومقياس أماني عبد المقصود للأطفال.

خلال إعداد مقياس الشعور بالأمن النفسي لدى الطفل الكفيف ، أتبع الخطوات التالية:

- **تحديد الهدف من المقياس:** إن الهدف من مقياس الشعور بالأمن النفسي ، هو معرفة الشعور بالأمن النفسي لدى الطفل الكفيف ، ولقد اشتمل المقياس على ثلاثة محاور شكلت أبعاد المصممة لقياس مستوى الشعور بالأمن النفسي .
- **صياغة البنود:** تمت صياغة بنود هذا المقياس بناءً على تحليل أبعاد الشعور بالأمن النفسي(شعور الطفل الكفيف بأنه محبوب متقبل من الآخرين وله مكانة بينهم ، البيئة ودودة صديقة غير محبطة ، الاستثمار والاستكشاف في البيئة ، الخوف والخطر والقلق والتهديد)

بحيث أن كل بعد يشمل مجموعة من البنود شكلت في مجملها هذا المقياس ، والذي اشتملت بنوده على ستة وثلاثون(36) بندا ، وقد وزعت البنود وفقا للأبعاد الثلاثة التالية:

- البعد الأول: الحب والتقبل والمكانة بين الآخرين الذي يضم اثني عشرة (12) بندا.
- البعد الثاني: البيئة ودودة صديقة غير محبطة والذي يضم اثني عشرة (12) بندا.
- البعد الثالث: الخوف الخطر القلق التهديد والذي يضم اثني عشرة (12) بندا.
- **طريقة تطبيق المقياس:** طبق المقياس في الدراسة الحالية بطريقة فردية على شكل مقابلة وذلك بمساعدة المربي لإيضاح بعض بنود المقياس.
- **المقياس السيكومتري للأداة:** يمكن الوثوق في الأداة في قياس الشعور بالأمن النفسي بعد التأكد من صدقها وثباتها.
- **طريقة التنقيط ومعايرة الأداة:** تم تنقيط المقياس على أساس أسلوب السؤل والإجابة بـ: (نعم ، لا) ويستخدم هذا الأسلوب بشكل شائع في اختبارات الشخصية ، تتضمن القائمة مجموعة من البنود التي تقيس سمات أو أبعاد ويطلب من الطفل الكفيف الإجابة على البنود (نعم أو لا). (بشير معمريه ، 2007 ، ص101)

وعليه في عملية التصحيح حيث تقيم الدرجة(1) للإجابة الايجابية والدرجة(0) للإجابة السلبية كما حددت مستويات تقدير الشعور بالأمن النفسي والجدول رقم(02) يوضح ذلك :

جدول رقم(02): مستويات تقدير الشعور بالأمن النفسي

درجات الشعور بالأمن النفسي	مجموع الدرجات
متدني	0 – 12
متوسط	13 – 24
مرتفع	25 – 36

2.8. البرنامج العلاجي:

البرنامج العلاجي المقترح في هذه الدراسة يتضمن عشر حصص علاجية ، ولقد تم بناء البرنامج وفق الخطوات التالية :

1. الإطلاع على الأسس النظرية للعلاج النفسي الحركي وبالاعتماد على نظرية التعلم وتعديل السلوك وذلك من خلال الإطلاع على مجموعة من المراجع ، مثل جون بياجى(1981) جون بيار باديفور(1999) جون بياجى وإنهلدر(1981) ، جون ديفونتان(1980) ، بيشار(1985) الزراد(2005).

2. الإطلاع على المراجع العلمية الخاصة بالخصائص النفسية والاجتماعية والانفعالية والمهارية للأطفال المعاقين بصريا ، مثل منى صبحي

الحديدي(2002) ، سليمان عبد الرحمان السيد(2001) ، أمال عبد السميع باظة(2003) ، خليل عبد الرحمن المعاينة وآخرون (2000) رشاد عبد العزيز(2001) ، أحمد سهير كامل(1992) ، عبد المطلب أمين القريطي(2005).
3. الإطلاع على الدراسات السابقة التي تمت في مجال المعاقين بصريا مثل: دراسة شلدر وبندر، ودراسة زينب محمود شقير(2005) ، ودراسة لوفيلد(1968) ، دراسة براون (1983) دراسة افانس وآخرون(2005) ، دراسة سامية القطان ، دراسة أبو فخر(2000) ، دراسة بومان(1984).
4. مقابلات شخصية مع المختصين في مجال الإعاقة البصرية ، والمختصين في المجال النفسي الحركي وذلك للوقوف على محتوى مكونات وحدات البرنامج.
 - تحديد أهداف البرنامج ومن ثم تحديد هدف كل جلسة علاجية.
 - تحديد الوقت اللازم لإنجاز كل جلسة والبرنامج العلاجي ككل.
 - تحديد الأدوات والتقنيات المستخدمة في كل جلسة.
5. صورة من البرنامج العلاجي النفسي الحركي:
 على ضوء ما سبق تم تحديد البرنامج العلاجي النفسي الحركي وهذه صورة حسب الجدول رقم(03) يوضح أهداف كل جلسة والتقنيات والأدوات المستخدمة فيها والمدة الزمنية المحددة لها.

الجدول(03): مخطط البرنامج العلاجي النفسي الحركي.

رقم الجلسة	الأهداف	التقنيات	الأدوات	المدة الزمنية
1	تمهيد وتعريف	الحوار	/	30 د
2	- التعرف على إمكانيات الطفل وقدرته على الحفاظ لمدة معينة على حالة التأزر العضلي و إبقاء الجسم خاضع فقط للإحساس الذاتي . - معرفة ما مدى تعدد الأوامر و إنعكاساتها على سلوكه الحركي . - خفض التوتر والعودة للهدوء بعد التمرين (الإسترخاء)	تمارين + استرخاء	صفارة كرومتر	60 د
3	- معرفة الهيئة الحركية وأليتها (تماسكها ومرونتها) - معرفة بعض الإنفعالات العاطفية التي بإمكانها تعديل أو توقيف آلية الحركة - خفض التوتر والعودة للهدوء بعد التمرين(الإسترخاء)	تمارين + إسترخاء	كرة جرس كرومتر موسيقى إيقاعية .	60 د

60 د	كرة جرس كرونومتر مجسم بلاستيكي	تمارين + إسترخاء	- التمييز بين مفهوم يمين يسار - التحكم في الجسم . - خفض التوتر والعودة للهدوء بعد التمرين(الإسترخاء)	4
60 د	ملابس أدوات موسيقى	لعبة الدور	التقبل والمكانة بين الآخرين و إتجاه الآخر نحو الكفيف	5
60 د	كرسي طاولة+لعبة	تمارين + إسترخاء	- إكتساب المفاهيم الفضائية (أمام فوق ، تحت . وراء) . - خفض التوتر والعودة للهدوء بعد التمرين(الإسترخاء)	6
60 د	ألعاب مجسمات أشكال مختلفة	تمارين + إسترخاء	- التوضع الفضائي (التنظيم الفضائي) . - خفض التوتر والعودة للهدوء بعد التمرين(الإسترخاء)	7
60 د	بعض الملابس الأدوات	لعبة الدور	التقبل والمكانة بين الآخرين وإتجاه الآخر نحو الكفيف	8
60 د	حبل	تمارين + إسترخاء	- التنقل - خفض التوتر والعودة للهدوء بعد التمرين(الإسترخاء)	9
60 د	كرة الجرس فيزيوبال صفارة	تمارين + إسترخاء	- إكتساب مفهوم مخطط الجسم(الأجزاء الكبرى) . - خفض التوتر والعودة للهدوء بعد التمرين(الإسترخاء)	10

60 د	بعض الملابس الأدوات	لعب الدور	التقبل والمكانة بين الآخرين وإتجاه الآخر نحو الكفيف	11
60 د	دوائر مربعات كرات صغيرة كرات كبيرة	تمارين + إسترخاء	- التحكم في الحركة الدقيقة و معرفة الأشكال عن طريق اللمس وترتيبها. - خفض التوتر والعودة للهدوء بعد التمرين (الإسترخاء)	12
60 د	بعض الملابس الأدوات	لعب الدور	التقبل والمكانة بين الآخرين وإتجاه الآخر نحو الكفيف	13
30 د		الحوار	ختامية + تطبيق القياس البعدي .	14

9. الأساليب الإحصائية:

للتأكد من صحة فرضيات الدراسة اعتمدنا اختبار "ت" t. test لعينتين مترابطتين.

10. عرض نتائج الدراسة:

1.10. عرض نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أنه: يساهم البرنامج العلاجي النفسي الحركي في تحسين مستوى الشعور بالأمن النفسي لدى الطفل الكفيف.

وللتحقق من صحة الفرضية الأولى تم تطبيق مقياس الشعور بالأمن النفسي على أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الحركي وبعده ، ثم حساب قيمة "ت" t.test لدلالة الفروق بين متوسطي درجات الشعور بالأمن النفسي لأفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الحركي وبعده.

يوضح الجدول رقم(04) قيمة اختبار "ت" t.test ودلالاتها.

الجدول رقم(04): قيمة اختبار "ت" t.test لدلالة الفروق بين متوسطي درجات

الشعور بالأمن النفسي للمجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الحركي وبعده.

المتغير	المجموعة التجريبية n= 08	قيمة متوسط الفروق	الانحراف المعياري للفروق	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$
م.القبلي	م.البعدي	-12.20	3.85	-3.16	7	دالة

					21.45	09.25	الشعور بالأمن
--	--	--	--	--	-------	-------	------------------

يتبين من مقارنة الدرجات بين القياسين القبلي والبعدي في الجدول رقم(04): أن جميع أفراد المجموعة التجريبية ارتفع مستوى درجاتهم في القياس البعدي بمتوسط قدره(21.45) عن القياس القبلي بمتوسط قدره (09.25) ، ومتوسط الفرق بين درجات في القياسين كان كبيرا قدره(-12.20) ارتقى لمستوى الدلالة عند $\alpha = 0.01$ ، حيث يتضح أن قيمة "ت" المحسوبة (-3.16) وهي أكبر من قيمة "ت" الجدولة المقدره بـ: (2.98) عند درجة حرية(07) وهذا يدل على وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في الشعور بالأمن النفسي لدى الطفل الكفيف في مقياس الشعور بالأمن النفسي.

2.10. عرض نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أنه: تتميز النتائج الإيجابية للبرنامج العلاجي النفسي الحركي بالاستقرار.

وللتحقق من صحة الفرضية الثانية تم تطبيق مقياس الشعور بالأمن النفسي على أفراد المجموعة التجريبية بعد(30) يوما من إنهاء جلسات البرنامج العلاجي النفسي الحركي ، ثم حساب قيمة "ت" t.test لدلالة الفروق بين متوسطي درجات الشعور بالأمن النفسي لأفراد المجموعة التجريبية بين القياسين البعدي والتبقي. يوضح الجدول رقم(05) قيمة اختبار "ت" t.test ودالاتها.

الجدول رقم(05): قيمة اختبار "ت" t.test لدلالة الفروق بين متوسطي درجات الشعور بالأمن النفسي للمجموعة التجريبية بين القياسين البعدي والتبقي.

المتغير	المجموعة التجريبية n= 08		قيمة متوسط الفروق	الانحراف المعياري للفروق	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	م.البعدي	م.التبقي					
الشعور بالأمن النفسي	21.45	19.20	2.20	3.65	0.60	7	غير دال

يتبين من مقارنة الدرجات بين القياسين القبلي والبعدي في الجدول رقم(05): أن جميع أفراد المجموعة التجريبية استقرت درجاتهم نسبيا في القياس التبقي بمتوسط قدره(19.20) عن القياس البعدي بمتوسط قدره (21.45) ، ومتوسط الفرق بين درجات في القياسين قدره(2.20) ، حيث أن قيمة "ت" المحسوبة (0.60) وهي أقل من قيمة "ت" الجدولة المقدره بـ: (2.98) عند درجة حرية(07) وهذا يدل على أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات

أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في الشعور بالأمن النفسي لدى الطفل الكفيف في مقياس الشعور بالأمن النفسي.

11. مناقشة نتائج الدراسة:

1.1.1 مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

باستعراض نتائج الجدول رقم(04) يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الشعور بالأمن النفسي في القياس القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي. هذه النتائج المتحصل عليها أتت لتكشف عن فاعلية البرنامج العلاجي النفسي الحركي في تحسين مستوى الشعور بالأمن النفسي لدى الطفل الكفيف(8-12 سنة).

وتتفق هذه النتائج مع نتائج الدراسات التي أجرتها زينب محمود شقير التي أكدت أن المكفوفين ينخفض لديهم الشعور بالأمن النفسي مقارنة بأقرانهم المبصرين ، ولهذا يستوجب التدخل السيكولوجي في محاولة لتحقيق قدر من الأمن النفسي لديهم.

كما أظهرت دراسات كل من نرمان رفاعي(1979) ومحمد الطيب(1974) ودراسة شانلي(Shanely).حاجة المكفوفين إلى السيطرة والعدوان الظاهر والنتائج عن عدم الأمن ، مما يستوجب التدخل عبر البرامج العلاجية لتعديل مثل هذه السلوكات.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج الدراسة التي قام بها سيد صبحي (1983) على عينة من(60) مكفوف من خلال ممارسة النشاطات الرياضية والتدريبات المستمرة لتنمية القدرات مما أدى إلى ارتفاع معدل المشاركات الاجتماعية والطلاقة الفكرية والأصالة والمرونة لدى عينة الدراسة.

(زينب شقير ، 2005 ، صص161-162)

ويمكن تفسير ذلك إلى أن البرنامج العلاجي النفسي الحركي عبر تقنياته كان له دور كبير في مساعدة الأطفال على إثارة التفاعل الدينامي بين أفراد العينة ، إذ أن هذه التقنية المتمثلة في العلاج ضمن الجماعة تمثل أنسب أسلوب لتنمية المهارات الاجتماعية وهو ما يمكن الطفل من الاندماج في علاقات تفاعلية مع الجماعة تخلصه من أساليب الهروب والانزواء التي قد يرى فيه المكفوف العيش الآمن ضمن أساليبه النمطية بدل الخوض في العلاقات الجماعية .

وهذا ما تؤكد عليه ماك اندرو(1950) Mc Andrew في دراستها المقارنة إلى أن المكفوفين يعيشون في عالم محدود كنتيجة لأثر العجز الخلفي الذي يعانون منه ، مما يؤدي إلى عزلهم عزلا جزئيا عن موضوعية البيئة و يزيد من الجمود في شخصيتهم ، لذا يحبذ معهم النشاطات الجماعية بدلاً من العلاج الفردي ، التي ترى أن الكفيف قد ينكص نتيجة لخبرات مؤلمة خبرها في السابق.

(المنظمة الكشفية العربية ، 2004 ، ص11)

وفضلا عن ذلك فقد أتاح البرنامج العلاجي النفسي الحركي ضمن تقنياته الترويحية إلى شعور الطفل الكفيف بالمتعة داخل المجموعة وتصريحه برغبته في ممارسة مثل هذه النشاطات لهو تفسيراً قوياً لتعلقه بنظام الجماعة ورغبة في العلاقة التفاعلية كضرورة في التنظيم المشترك الذي يتيح للطفل التفاعل من خلال جو المرح والمتعة بعيدا عن المواقف الإحباطية والصراعات النفسية التي قد يتعرض لها.

من الملاحظ أن البرنامج العلاجي النفسي الحركي قد أتاح للأطفال- عينة الدراسة - فهم العلاقة بين الحركة وإدراكهم لوظيفة الصورة الجسمية ، فالطفل يوسع معرفته عن طريق جسده وحركته ، فهو ينطلق تدريجيا من مجال الحجرة إلى البيت ، الشارع فالمدرسة

إذ تتفق الآراء والنظريات والمدارس المختلفة لعلم النفس مثل ليفين (Lewin) وبياجيه (Piaget) ولاكان (Lacan) ، فرويد (Freud) ، نيل (Neil) ، لانج (Laing) جميعها تؤكد صحة البحوث التي تثبت أن الطفل منذ أيام حياته الأولى يبدأ في التعرف عن طريق الحركة ومن ثم عن طريق جسمه على بيئته ، وهو ما اتفق مع المبدأ الأساسي للبرنامج العلاجي النفسي الحركي باعتماده على مبدأ الارتقاء بالطفل الكفيف من خلال الحركة و الجسم .

إن الرغبة الملحة والاستعداد الظاهر ضمن السلوكيات المعبر عنها من المجموعة التجريبية تجلّت بسؤالهم عن مواعيد التمرينات الرياضية وعن تقنيات الاسترخاء ولعب الدور، يؤكد على الاحتياج الضروري والأصيل النابع من داخل الطفل إذ تقل فيه المقاومة والرفض ويتضح تحقيق الطفل الكفيف للنشوة والانسراح وتحقيق الذات ، كما تعتبر هذه التقنيات التي يقوم على أساسها البرنامج العلاجي كأداة للتعبير الرمزي ووسيلة للإسقاط اتضح من خلالها التعبير عن المشاعر الإيجابية وعن الأفكار وعن الرغبات ، و بالتالي كان هذا البرنامج بمثابة الأسلوب الذي تحرر فيه الطفل الكفيف عقليا ونفسيا وجسديا ، كما تحرر من الضغوط النفسية ومن عادة الانزواء ، و ذلك من خلال التقنيات المتبعة المذكورة آنفا.

كما يؤكد القريوتي عن تعرض المكفوفين إلى خلل في توازن استهلاك الطاقة فيرجع ذلك إلى نقص الخبرات البيئية الذي ينتج عن محدودية الحركة ، نقص المعرفة بمكونات البيئة ، نقص المفاهيم و العلاقات المكانية التي يستخدمها المبصرون ، القصور في التناسق الحسي الحركي و التناسق العام وفقدان الحافز للاستكشاف الناتج عن عدم القدرة على المحاكاة والتقليد.

(سليمان سيد ، 2001 ، ص35)

كما أن الطفل الكفيف يبذل طاقة وجهدا كبيرين مقارنة مما يبذله الطفل المبصر مما يؤدي إلى أن يكون أكثر عرضة للإجهاد العصبي ، والشعور بعدم الأمن الذي يؤثر على صحته النفسية.

(زينب شقير ، 2005 ، ص77)

ونخلص في الأخير إلى أن البرنامج العلاجي النفسي الحركي له دور فعال في تحسين مستوى الشعور بالأمن النفسي لدى الطفل الكفيف(8-12). من خلال ممارسة تقنياته كأسلوب علاجي يتيح للطفل استكشاف بيئته بالشكل السليم وعلى هذا الأساس نقبل بالفرضية التي تنص على مساهمة البرنامج العلاجي النفسي الحركي في تحسين مستوى الشعور بالأمن النفسي لدى الطفل الكفيف.

2.11. مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

باستعراض نتائج الجدول رقم(05) يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الشعور بالأمن النفسي في القياس البعدي والقياس التتبعي لأفراد المجموعة التجريبية ، أي أن هناك استقرار نسبي لفاعلية البرنامج العلاجي النفسي الحركي في تحسين مستوى الشعور بالأمن النفسي لدى الطفل الكفيف بعد مرور فترة زمنية للمتابعة.

إذ تؤكد الحديدي على أهمية مثل هذه البرامج ، ذات المحتوى الرياضي والترفيهي وما تتضمنه من أهمية في تنمية الناحية الصحية والتأزر الجسدي العام وأكدت كذلك على حاجة المعاقين بصريا إلى مثل هذه البرامج التي تفوق حاجة الطفل العادي وذلك لأن الطفل الكفيف – حسب تعبيرها – يحتاج إلى تحسين وضع جسمه في الفراغ ويحتاج إلى المزيد من التأزر الجسدي في الأوضاع المختلفة ، إضافة إلى المشاركة بالألعاب الرياضية التي تحسن من تفاعل الطفل الاجتماعي وتحسن كذلك من مفهوم الذات لديه وتقلل من المشاكل المتوقع حصولها نتيجة لقلّة الحركة.

وهذا ما تم اعتماده من خلال تصميم البرنامج العلاجي ضمن التمرينات والتقنيات الداعمة له والألعاب الجماعية. وخاصة المشاركة مع الأخصائي العيادي والأخصائي النفسي الحركي الذي يعرض الطفل فعلا إلى نماذج فاعلة تساعده على تقبل ذاته.

من أهداف تصميم البرنامج العلاجي النفسي الحركي هو تعزيز ووعي أفراد المجموعة التجريبية بذواتهم الجسمية ، والتعرف على أجزاء جسمهم ووظائفها وتطوير شعورهم بالأمن وفي هذا السياق أجمع علماء النفس منهم كليمرت(1981) Clampert ، إذ يؤكد أن مفهوم الذات الإيجابي شرط أساسي للأداء الإنساني الفعال والذي يحدد طبيعة مفهوم الطفل لذاته على مدى احترام الأفراد له ، وهو ما فسر لنا الاستقرار النسبي لفاعلية البرنامج العلاجي في هذه الدراسة وإحساس الطفل لذاته وشعوره القوي بمدى إثبات هذه الذات وممارسته

للتعابير الجسدية من خلال التدريبات الذي يعتبر كمكسب لمكانة جديدة لدى الطفل عند الآخرين.

كما يمكن تفسير الاستقرار النسبي لفاعلية البرنامج العلاجي النفسي الحركي إلى الطبيعة التعليمية التي يحتوي عليها هذا البرنامج العلاجي وهذا ما أكده ريني(1981) Rhyne في دراسته التي قام بها على تركيز البرامج العلاجية على تلقين الطفل الكفيف ، كيف يتحرك بأمان وكيف يتعلم استكشاف أماكن الأشياء ، وكيف يمكن أن يتعلم تجنب الحواجز وعلى النقيض فإن الحماية الزائدة والخوف غير المبرر من تعرض الطفل للحوادث أشياء يمكن أن تحد من التواصل الاجتماعي كما تحد أيضا من خيراته. (منى الحديدي ، 2005 ، ص156)

تعلم الأطفال المكفوفون للمهارات الحركية عدل من سلوكياتهم المرتبطة بالتنقل في بيئتهم واحتفاظهم بها إلى ما بعد انتهاء الحصص التدريبية إلى أسباب عدة منها:

- الممارسة الحقيقية لهذه المهارات في البيئة المدرسية واستعمالها كعلاقة تفاعلية بين زملائهم وكنقل خبرة لمن لم يشاركوا في البرنامج ، وتشجيعهم من طرف زملائهم ومربيهم مما عزز لديهم الممارسات المتعلقة في إكتشاف البيئة والخوض في التحرك بحرية.
- الطبيعة المرتبطة بالنشاط الحركي الذي غير نوعاً ما من الحياة الروتينية ومن السلوكيات النمطية التي كان يعيشها الكفيف طيلة فترة إقامته بداخلية المدرسة ، وهذا ما أكد جاكوبسون (Jacobson) حسب الحديدي على أن الحركة هي مركز العملية الأساسية للتطور النفسي الحركي والحركة المستقلة تسهل المشاركة في البرامج الجماعية والبرامج المدرسية. (منى الحديدي ، 2005 ، ص269)
- الأهمية القصوى لتقنيات البرنامج العلاجي التي كان لها الدور الفعّال في تعلم المهارات والاحتفاظ بها ومنها الاسترخاء ولعب الأدوار، يمكن تفسير هذا الأخير في الطبيعة الترفيهية للحصص التدريبية التي جعلت من البرنامج شيئاً مرغوب فيه ومحبيب لممارسته وذلك من خلال حصول الطفل على الخبرات السارة والمتعة والفائدة وتجنب الألم وبالتالي تؤمن له الشعور بالطمأنينة وما أستمر بعد الحصص التدريبية لأن ذلك يعتبر بمثابة المعزز لشعور الطفل بالمتعة فكما ارتبط القلق والخوف للذان بعدان من مهددات الأمن النفسي بمعززات واجهها الطفل خلال استكشافه للبيئة في خبرات سابقة فإن المتعة والشعور بالبعد عن الألم ارتبط بمعززات موجبة أيضا ، وبالتالي يلغي هنا الطفل السلوك الخيالي القائم على إنكار الواقع ويتبنى السلوك الواقعي الذي يجني من خلاله متعة حقيقية. وعليه نقبل بالفرضية التي تنص على تميز النتائج الإيجابية للبرنامج العلاجي النفسي الحركي بالاستقرار.

12. خلاصة عامة لنتائج الدراسة:

إن الهدف من إجراء هذه الدراسة هو الكشف على مدى مساهمة برنامج علاجي نفسي حركي في تحسين مستوى الشعور بالأمن النفسي لدى الطفل الكفيف. وكذلك الكشف على مدى استقرار النتائج الايجابية للبرنامج العلاجي النفسي الحركي بعد مرور فترة من تطبيق هذا البرنامج. لدى عينة من الأطفال المكفوفين تتراوح أعمارهم ما بين (8-12 سنة) من مدرسة الصغار المكفوفين بالوادي وقد أسفرت الدراسة على نتيجتين أساسيتين هما:

- للبرنامج العلاجي النفسي الحركي مساهمة ايجابية في تحسين الشعور بالأمن النفسي لدى الطفل الكفيف.
 - استقرار نسبي للنتائج الايجابية للبرنامج النفسي الحركي بعد مرور فترة زمنية من تطبيق البرنامج.
- إن هذه النتيجة يمكن اعتبارها مكسبا ودعما لهذه الفئة ، التي تعود إلى البرنامج العلاجي ودوره في إكسابهم المهارات الحركية وتمكينهم من تحقيق قدر كبير من الهدوء والاستقرار، كذلك التحرر والاطمئنان في بيئتهم لأجل الاستثمار والاستكشاف فيها ، إضافة إلى الطبيعة الترويحوية للبرنامج العلاجي التي أدت إلى الاستقرار النسبي للفاعلية والتقليل من حدوث الانتكاسة.
- رغم النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة ، فإنها تظل نتائج محدودة بحدود عينة الدراسة وبما أنّ النقص من طبيعة كل مجهود إنساني ، فإن هذا العمل لا يمكن أن يكتمل إلا إذا تلتها أعمال أخرى تدعمه وتؤكد صحة نتائجه ، وعليه فإنه يمكننا اقتراح: تطبيق هذا البرنامج على عينات أوسع للتحقق من مدى مساهمته الايجابية والاستقرار النسبي لنتائجه.
- وعلى واقع نتائج هذه الدراسة يمكن تقديم بعض التوصيات نوجزها فيما يلي:
1. تفعيل دور أخصائيي التربية النفسية الحركية بمدارس المكفوفين.
 2. تحسيس وتوجيه الفرق البيداغوجية في مدارس المكفوفين بأهمية مثل هذه البرامج والعمل بها.
 3. التكفل والمتابعة السيكولوجية للأطفال المكفوفين من طرف الأخصائيين العياديين والأخصائيين التربويين.
 4. إدراج مثل هذه البرامج ضمن المقررات الدراسية ليكون للبرنامج صفة التعميم والاستمرار.

قائمة المراجع:

1. أبو علام ، رجاء محمود(2004): **مناهج البحث في العلوم النفسية** ، ط4 ، دار النشر للجامعات القاهرة.
2. بشير معمريّة(2007): **القياس النفسي وتصميم أدواته** ، لطلاب والباحثين في علم النفس والتربية ، منشورات الحبر، ط2 ، الجزائر.
3. زينب محمود شقير(2005): **أسرتي ومدرستي أنا ابنكم المعاق: سلسلة سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين** ، ط3 ، مكتبا النهضة المصرية ، القاهرة.
4. عبد الرحمان سيد سليمان(2001): **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة** ، ط1 ، مكتبة زهراء القاهرة.

5. مخلوف عبد الحكيم(2007): **تربية المعوقين بصريا** ، ط 1 ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة.
6. مروان عبد المجيد إبراهيم(2002): **التمارين البدنية والعلاجية لتشوهات المكفوفين القوامية ط 1** ، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان.
7. منى صبحي الحديدي(2005): **الفتيات والنساء الكفيفات وضعيفات البصر في الدول العربية** دراسة استطلاعية ، مؤتمر التربية الخاصة العربي الواقع المأمول ، الأردن.
8. منى صبحي الحديدي(2002): **مقدمة في الإعاقة البصرية** ، ط 2 ، دار الفكر ، عمان.
9. المنظمة الكشفية العربية(2004): **الكفيف ، الاحتياجات الخاصة** ، إدارة الطرق التربوية السعودية.
10. **Education ، psychomotricité :A. de Meur et L. staes(1985)**
Librairie Belin Paris. **،etréducation**