

فاعلية برنامج إرشادي لتحسين دافعية الإنجاز وأثره في الصحة النفسية لدى عينة من الأطفال المكفوفين

محمد رزق البحيري*

ملخص: يهدف هذا البحث إلى محاولة إثراء الدراسات النفسية في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة بدراسة تتناول الجانب الإيجابي المتمثل في تنمية دافعية الإنجاز، وأثره في تحسين الصحة النفسية لدى المكفوفين، ولتحقيق ذلك بلغت عينة الدراسة (100) من الأطفال المكفوفين الذكور - ذوي كف البصر الكلي - حيث راوحت أعمارهم بين (9-12) عاماً، قسموا إلى مجموعتين: تجريبية (50)، وضابطة (50)، كما ثبتت بعض المتغيرات النفسية والديموجرافية التي من شأنها التأثير في نتائج الدراسة. ولتحقيق أهداف الدراسة استعين بأدوات تمثلت في مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (الجزء اللفظي)، تعريب: لويس مليكة وعماد الدين إسماعيل (1993)، ومقياس الصحة النفسية للتلاميذ ذوي الإعاقة البصرية، إعداد: أشرف عبد الحميد (2000)، وقائمة ملاحظة سلوك الطفل، تعريب: مصطفى كامل (1987)، ومقياس المستوى الثقافي الاقتصادي الاجتماعي إعداد: محمد البحيري (2002)، والبطاقة التتبعية الدوائية، إعداد: محمد البحيري (2005)، بالإضافة إلى مقياس دافعية الإنجاز للأطفال المكفوفين إعداد: الباحث، وإجراءات برنامج تحسين دافعية الإنجاز، إعداد: الباحث أيضاً، وقد أشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في تنمية دافعية الإنجاز وتحسين الصحة النفسية لدى عينة الدراسة من الأطفال المكفوفين.

المصطلحات الأساسية: دافعية الإنجاز، الصحة النفسية، الإرشاد النفسي، الأطفال المكفوفون.

* قسم الدراسات النفسية للأطفال، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.

مقدمة:

يعدّ كف البصر أحد أنواع الإعاقة الحسية التي لها أكبر الأثر في حياة الطفل الكفيف؛ لأنها تفرض عليه نوعاً من البيئة الخاصة التي يجد صعوبة في معالجتها؛ ذلك لاختلال أدائه الوظيفي بجوانبه المختلفة، مما يؤثر عليه سلباً من النواحي العقلية، والأكاديمية، والاجتماعية، والانفعالية، والحركية، كما قد يؤثر على شخصيته ككل من حيث إدراكه لذاته، وتقديره لها، وثقته بنفسه، وشعوره بالأمن والطمأنينة، وقدرته على الإنجاز.

ولكي يتوافق الكفيف مع نفسه ومع الآخرين وتتحقق صحته النفسية، لابد من إشباع حاجاته النفسية، كشعوره بأنه محبوب من الآخرين، ولديه القدرة على الإنجاز. ونظراً لأن الإعاقة التي تفرض سياجاً من العزلة على المكفوفين لذا فإنهم في حاجة إلى خدمات وبرامج خاصة حتى يتسنى لهم التغلب على إعاقاتهم والقيام بالدور المنوط بهم في المجتمع.

وإذا كانت الدافعية تُعدّ من المحاور الأساسية التي تشكل الشخصية الإنسانية، وإذا كان ماسلو Maslow قد وضع تحقيق الذات على قمة نظامه الهرمي كأرقى مستويات الدافعية الإنسانية، فإن دافعية الإنجاز تُعدّ مكوناً جوهرياً في سعي الفرد تجاه تحقيق ذاته، حيث يشعر بتحقيق ذاته من خلال ما ينجزه وفيما يحققه من أهداف، وبذلك فإن دافع الإنجاز بات يعد أحد الجوانب المهمة في نظم الدوافع الإنسانية ككل؛ ذلك لأن غياب الشعور بالإنجاز وعدم تحقيق الهدف يمكن أن يؤدي إلى مشاعر سلبية كالشعور بالإحباط والانسحاب؛ ذلك لأن سلوك الإنسان في الحياة ليس محكوماً بالدوافع بشكل عام، بل محكوم بالدوافع غير المشبعة؛ لأنها تظل تعمل وتوجه السلوك.

وتشير نتائج الدراسات التي تناولت تحسين دافعية الإنجاز إلى فاعليته في إحداث تغييرات أساسية في الأفراد سواء على المستوى الفكري حيث يصبحون أكثر انشغالاً واهتماماً بتحقيق فعلي للإنجاز، ووضع أهداف مستقبلية، والتخطيط لتحقيقها، أم على المستوى السلوكي حيث أصبح أدائهم أكثر إتقاناً (إقبال الحداد، 2006)، ولما كانت دافعية الإنجاز من مؤشرات الصحة النفسية، خاصة مع كون الصحة النفسية عملية سلوك موجه نحو هدف يتضمن خفضاً للتوتر؛ لأنه مدفوع بحاجة أو حافز ينشأ على مستويات متدرجة بدءاً من الحاجات الفسيولوجية الأولية إلى أقصى الحاجات النفسية

تعقيداً ورمزية كالحاجة للإنجاز، لذا فإن الشخصية الإنجازية يمكن أن تتصف بمستويات عالية من الصحة النفسية (سعد المغربي، 1992).

وفي ضوء ما سبق وما أشارت إليه نتائج بعض الدراسات من أن الطفل الكفيف يمكنه أن يستفيد من الأنشطة والخبرات التي تعد خصيصاً من أجله حيث تسمح له باكتساب المعلومات والمهارات معتمداً في ذلك على حواسه الأخرى (داليا عبد الهادي، 2001) ولأهمية الإرشاد النفسي لمساعدة الأطفال المكفوفين على مواجهة حياتهم، وأمام الإحساس بما لدافعية الإنجاز من أهمية في التأثير في الصحة النفسية للكفيف، وأمام المشكلات النفسية والسلوكية المتعددة التي يعانيها، تأتي هذه الدراسة لبحث مدى فاعلية برنامج إرشادي لتحسين دافعية الإنجاز وأثره في الصحة النفسية لدى عينة من الأطفال المكفوفين.

مشكلة الدراسة:

يؤكد بعض الباحثين أن الإعاقة البصرية إحدى أعقد المشكلات، حيث تبلغ نسبة المكفوفين - جزئياً وكلياً - (4,9%) من مجموع أطفال المجتمع المصري، كما أن نسبتهم (29%) من إجمالي الإعاقات، ويمثل من هم في عمر (6-12) عاماً (36%) من نسبة المكفوفين بين الأطفال في مصر (خالد النجار وآخرون، 2002: 64-36).

وتنبثق مشكلة الدراسة أيضاً من الظروف التي يواجهها الطفل الكفيف؛ فالإصابة بفقد البصر ليست مجرد فقد حاسة من الحواس فحسب، ولكنها تُعد مشكلة تتطلب إعادة تنظيم حياة الفرد ككل؛ لأن هذه الحاسة لها أهميتها في تصوير العالم الخارجي كعالم منظم، كما تؤدي دوراً مهماً في تكامل الخبرة، وتؤثر في التنظيم السيكولوجي الكلي للفرد (دهب عبد الرسول، 2003)؛ لذا فالكفيف أكثر عرضة لمواقف الإحباط والتوتر العصبي.

كما تمثل الاتجاهات الاجتماعية نحو كف البصر مصدراً آخر من مصادر الصراع النفسي، حيث ينظر المجتمع إلى المكفوفين نظرة سلبية تؤدي إلى تأثيرات سلبية على مفهومه عن ذاته وعلى صحته النفسية (سمية جميل، 2005).

ولقد أوضح الباحثون أهمية دافعية الإنجاز لدى المكفوفين كي يكونوا فعالين منجزين يستفيد منهم المجتمع من جهة، ولمساعدة المكفوف بصرياً على تحقيق ذاته وتكوين مفهوم إيجابي عنها من جهة أخرى، حيث يُعد الدافع للإنجاز مكوناً

جوهرياً إيجابياً في سعي الفرد لتحقيق ذاته؛ إذ يشعر الكفيف بتحقيق ذاته من خلال ما ينجزه، وما يحققه من أهداف، وما يسعى إليه من أساليب تضمن له حياة أفضل وشعوراً أكبر بالطمأنينة وتقبل الذات، وتحقيق إمكاناته وأهدافه؛ مما يؤدي إلى شعوره بالثقة بالنفس والتوافق النفسي والاجتماعي الذي يحقق له الصحة النفسية.

وتنطلق هذه الدراسة مسيرة للتوجه الحديث لعلم النفس الإيجابي، حيث الارتقاء بالفرد إلى أعلى مستويات الصحة النفسية والتركيز على مداخل القوة وتمكينها* Empowerment في الشخصية والابتعاد عن التركيز على النواحي المرضية فيها. (McLoughlin and Kubick, 2004)

وإذا كانت الصحة النفسية تنخفض لدى المكفوفين (رشاد موسى، 1994؛ Horowitz, 1997; Taina, & Hillevi, 2000) فإن نتائج الدراسات السابقة تتباين بصدد طبيعة العلاقة بين دافعية الإنجاز والصحة النفسية من جهة إمكانية تحسين دافعية الإنجاز من جهة أخرى (إقبال الحداد، 2006؛ سحر الشعراوي، 1994؛ McClelland, 1972; Glendy, 1973). ولندرة الدراسات العربية والأجنبية التي اهتمت بتحسين دافعية الإنجاز من أجل مزيد من الصحة النفسية لدى الأطفال المكفوفين - في حدود ما اطلع عليه الباحث - وللحاجة الماسة إلى بحوث علمية تطبيقية تجريبية متخصصة من أجل تنمية الطاقات الكامنة لدى الأطفال المكفوفين - الدعامة الحقيقية للمستقبل - عن طريق تبصيرهم بإمكاناتهم ومهاراتهم الحقيقية ومساعدتهم على تنميتها والتغلب على الصعوبات التي تعوقهم عن تحقيق الإنجاز، وتحقيق مستوى مرتفع من الصحة النفسية، كان الدافع للقيام بهذه الدراسة، ويمكن تحديد مشكلة الدراسة في الأسئلة التالية:

- 1 - ما مدى فاعلية برنامج إرشادي في تحسين دافعية الإنجاز لدى عينة من الأطفال المكفوفين في المرحلة العمرية من (9-12) سنة؟
- 2 - هل يصاحب التحسن في دافعية الإنجاز تغير في مستوى الصحة النفسية لدى عينة الدراسة من الأطفال المكفوفين؟

(*) يقصد بمداخل القوة وتمكينها التركيز على إمكانات الفرد وقدراته، وأوجه القوة عنده بدلاً من أوجه القصور، والعمل على تنميتها وعلى تعزيز هذه الإمكانيات بدلاً من التوقف عند المعوقات (لؤي جبر، 2009).

3 - هل يظل التحسن في دافعية الإنجاز والتغير في مستوى الصحة النفسية ثابتين لدى عينة الدراسة بعد الانتهاء من البرنامج بشهر على الأقل؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى ما يأتي:

- 1 - التحقق من فاعلية برنامج إرشادي في تنمية دافعية الإنجاز، الذي أُعد في إطار هذه الدراسة، وتقصي أثر ذلك في تحسين الصحة النفسية لدى عينة الدراسة.
- 2 - التحقق من بقاء أثر البرنامج - عبر الزمن - في تحسين دافعية الإنجاز، والصحة النفسية لدى عينة الدراسة.

أهمية الدراسة:

تتحدد أهمية الدراسة فيما يلي:

- 1 - على الرغم من كثرة الدراسات الخاصة بالمعوقين بصرياً فإن البحوث في مجال تعديل السلوك وتحسين المتغيرات الإيجابية وتنميتها لدى هذه الفئة تشكو ندرة واضحة.
- 2 - إن مجال دافعية الإنجاز من المجالات التي لم تلق الاهتمام الكافي من جانب الباحثين في مجال العلاج والإرشاد النفسي لذوي الإعاقة البصرية.
- 3 - إن هذه الدراسة يمكن أن تقدم صورة واضحة وفهماً أعمق لسيكولوجية المكفوفين ولاسيما عينة برنامج هذه الدراسة، مما قد يساعد مخططي التعليم والمناهج - عند إجراء أي تعديل أو تطوير بها - على الارتقاء بهذه الفئة والوصول بها لأقصى درجات النضج؛ ذلك لأن أي سياسة ناجحة لا بد أن تستند إلى فهم سيكولوجي سليم للإنسان.
- 4 - يمكن أن توجه نتائج هذه الدراسة أنظار المسؤولين في وزارة التربية والتعليم إلى ضرورة الاهتمام ببرامج التوجيه والإرشاد النفسي الوقائية والنمائية والعلاجية، وتفعيلها بما يعود بالفائدة على الطلبة المكفوفين في إنجازاتهم ومن ثم صحتهم النفسية.
- 5 - إن نتائج هذه الدراسة قد توجه اختصاصيي العلاج والإرشاد النفسي إلى الجوانب التالية:

أ - وضع تصور للبرامج الإرشادية للعاملين في مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة وآباء الأطفال المكفوفين لتدريبهم على كيفية تنمية دافعية الإنجاز لديهم.

ب - إعداد برامج مشابهة على قطاع أوسع، وفي مراحل عمرية أخرى لنشر النموذج الإنجازي ليس بين المكفوفين فقط، بل بين أفراد المجتمع أيضاً للاستفادة مما لديهم من طاقات وإمكانات.

6 - قد توجه نتائج هذه الدراسة أنظار اختصاصيي علم النفس المهني في توجيه الطلبة المكفوفين ذوي الدافعية المرتفعة للإنجاز إلى أعمال معينة يحققون من خلالها مستويات مرتفعة من النجاح المهني.

مفاهيم الدراسة:

تتناول هذه الدراسة مفاهيم عدة، يمكن الإشارة لتعريفاتها فيما يلي:

أولاً - دافعية الإنجاز:

هي ذلك الدافع المكتسب المتعلم الذي يحركه الطموح المرتفع، ويتطلب من الفرد جودة الأداء - الذي يتضح في مثابرته، وقدرته وسرعته على تخطي العقبات، ومواجهة الصعاب، والتغلب على التحديات - رغبة منه في النجاح والتميز على الآخرين، وتحقيق أهدافه المستقبلية التي تؤدي إلى رضاه عن ذاته، وثقته بنفسه، وشعوره بالقبول الاجتماعي، وكسبه لثقة الآخرين. ويقاس ذلك من خلال الاستجابات اللفظية للأطفال المكفوفين عينة الدراسة على مقياس دافعية الإنجاز للأطفال المكفوفين.

ثانياً - الصحة النفسية:

تتمثل في التكامل بين الوظائف النفسية للفرد وفاعليته الاجتماعية، وتتضح في قدرته على ضبط النفس، والشعور بالمسؤولية الشخصية والكفاءة الاجتماعية، وتقبل الذات والتحرر من الأعراض النفسية المختلفة، مستغلاً قدراته وإمكاناته وطاقاته إلى أقصى حد ممكن؛ مما يجعله يشعر بالسعادة، والرضا عن الحياة، والثقة بالنفس، والأمن والسلام النفسي، وتقاس بالاستجابات اللفظية لعينة الدراسة على مقياس الصحة النفسية للتلاميذ ذوي الإعاقة البصرية.

ثالثاً - الإرشاد النفسي:

الإرشاد النفسي عملية إيجابية فعالة بين مرشد مدرب وعميل سوي - إرشاد فردي - أو أكثر من عميل - إرشاد جماعي - قائمة على تقديم مساعدة للعميل باستخدام الفنيات والأساليب المتعددة التي تُبنى على أسس نظرية وإمبريقية، لإحداث تغيير فعال في سلوك الفرد وإكسابه مهارات مختلفة، وذلك في ضوء قدراته، وخبراته، وإمكاناته، ونواحي قوته، وخصائص نموه؛ مما يجعله واعياً بذاته، مرناً، محدداً لمشكلاته ومواجهاً لها، متوافقاً مع نفسه والآخرين، ويُعرف إجرائياً في هذه الدراسة بأنه عملية تفاعل جماعي بين الباحث والأطفال المكفوفين عينة الدراسة، مستخدماً فيها الاستراتيجيات والأنشطة المناسبة لطبيعتهم، من أجل تحسين دافعتهم للإنجاز، ومن ثم تحقيق مستوى أفضل لصحتهم النفسية.

رابعاً - الأطفال المكفوفون:

يُقصد بهم في هذه الدراسة الذين فقدوا القدرة على الرؤية باستخدام جهاز الإبصار قبل الولادة أو بعدها، وذلك بسبب عوامل قد تكون وراثية، أو بيئية، أو نفسية، أو اجتماعية، وتصل حدة إحصار أقوى عيني الطفل إلى (20/200) أو أقل باستخدام أقوى العدسات الطبية، مما يؤدي إلى عدم استفادته من الخبرة التعليمية المقدمة للأطفال العاديين.

الدراسات السابقة:

يمكن تصنيف الدراسات السابقة في المحاور الثلاثة التالية:

المحور الأول - دراسات تناولت العلاقة بين دافعية الإنجاز والصحة النفسية:

تنقسم دراسات هذا المحور إلى ما يأتي:

أولاً - دراسات تدخل بحثت تنمية دافعية الإنجاز لتحسين درجة الصحة النفسية، ومن ذلك:

دراسة "نائلة فائق" (1991) التي استهدفت اختبار فاعلية برنامج لتنمية دافعية الإنجاز لدى الأطفال المبصرين في مرحلة الطفولة المتأخرة، ولتحقيق ذلك طُبّق على عينة قوامها (62) تلميذاً وتلميذة راوحت أعمارهم بين (11-12) عاماً، مقياس دافعية الإنجاز، ومفهوم الذات الإنجازية، وتقدير الذات، ووجهة الضبط، بالإضافة إلى برنامج تنمية دافعية الإنجاز. وقد أسفرت الدراسة عن أن فاعلية

البرنامج تجاوزت تنمية دافعية الإنجاز لدى الأطفال المبصرين إلى تحسين بعض متغيرات الصحة النفسية.

- وللكشف عن أثر التدخل التجريبي في تحسين دافعية الإنجاز وتقصي أثر ذلك على بعض متغيرات الصحة النفسية الإيجابية قام "رونيل" (Ronel, 1986) بدراسة على عينة تكونت من (121) من طلبة الجامعة راوحت أعمارهم بين (18-19) عاماً، طبق عليهم مقياس دافعية الإنجاز لمهرابيان Mhrabian، ومقياس القيم الإنجازية والاستقلالية والاجتماعية، ومقياس الصحة النفسية، بالإضافة إلى البرنامج التدريبي، وقد بينت النتائج فعالية التدخل التجريبي في تحسين دافعية الإنجاز ومتغيرات الصحة النفسية.

- وقام "جمال شكري" (1990) بدراسة بحثت طبيعة العلاقة بين دافعية الإنجاز وبعض المتغيرات الديموجرافية والنفسية، ومدى فاعلية نموذج المساعدة في خدمة الفرد وزيادة دافعية الإنجاز، وقد بلغت عينة الدراسة (10) من طلبة الصف الثاني الثانوي، طُبق عليهم مقياس الدافع للإنجاز وقائمة تحديد المشكلات وإجراءات البرنامج، وأكدت نتائجها فاعلية نموذج المساعدة في خدمة الفرد وزيادة دافعية الإنجاز وخفض مشكلات الصحة النفسية.

ثانياً - دراسات تشخيصية وصفية، منها:

دراسة "زكريا الشربيني" (1981) التي بحثت العلاقة بين الدافع للإنجاز والصحة النفسية في مرحلة الطفولة المتأخرة، وقد بلغت العينة (408) من الأطفال المبصرين راوحت أعمارهم بين (10-12) عاماً، طُبق عليهم مقياس الدافع للإنجاز ومقياس الصحة النفسية، وقد توصلت نتائجها إلى وجود علاقة إيجابية بين دافعية الإنجاز والصحة النفسية لدى عينة الدراسة.

- كما قام "ليو" (Lew, 1994) بدراسة استهدفت معرفة العلاقة بين دافعية الإنجاز والخوف من النجاح والصحة النفسية لدى عينة من الأسويأمريكيين، ولتحقيق ذلك طُبقت مقاييس الخوف من النجاح، ودافعية الإنجاز، والصحة النفسية على عينة قوامها (185) من طلبة الجامعة راوحت أعمارهم بين (19-20) عاماً، أشارت نتائجها إلى وجود ارتباط سالب دال بين دافعية الإنجاز وكل من الخوف من النجاح والصحة النفسية؛ حيث إن دافعية الإنجاز المرتفعة قد تؤدي إلى مزيد من التوتر والاندفاعية.

- أما دراسة " وونج " (Wong, 1997) فقد هدفت إلى الكشف عن ارتباط دافعية الإنجاز والصحة النفسية بإدراك الإفروأمريكيين للتمييز العنصري، ولتحقيق ذلك طُبقت استبانة الاتجاه نحو التمييز العنصري، ومقياس دافعية الإنجاز، ومقياس الصحة النفسية على عينة تكونت من (629) من المراهقين الإفروأمريكيين، راوحت أعمارهم بين (15-23) عاماً، وأشارت نتائجها إلى وجود ارتباط إيجابي بين الصحة النفسية ودافعية الإنجاز.

- كما قام "أكوردينو" (Accordino, 1999) بدراسة استهدفت تحديد مدى إسهام الكمالية العصابية والصحة النفسية في التنبؤ بدافعية الإنجاز لدى المراهقين، وذلك من خلال عينة قوامها (100) من المراهقين راوحت أعمارهم بين (16-19) عاماً، طُبّق عليهم مقياس الكمالية العصابية المعدل، ومقياس دافعية الإنجاز للمراهقين، ومقياس الصحة النفسية، وقد أسفرت نتائجها عن إسهام كل من الكمالية العصابية والصحة النفسية في التنبؤ بدافعية الإنجاز.

- وفي دراسة قام بها "ألفيلد" (Alfeld, 1999) هدفت إلى معرفة الفروق بين الجنسين في دافعية الإنجاز، والصحة النفسية بين طلبة المدارس العليا، ولتحقيق ذلك طُبّق مقياس دافعية الإنجاز، ومقياس الصحة النفسية، وذلك على عينة بلغت (250) من الذكور والإناث راوحت أعمارهم بين (18-22) عاماً، وقد توصلت نتائجها إلى وجود ارتباط إيجابي بين الصحة النفسية ودافعية الإنجاز.

- كما قام "أكوردينو وآخرون" (Accordino et al., 2000) بدراسة بحثت العلاقة بين التحصيل الدراسي ودافعية الإنجاز ومظاهر الصحة النفسية لدى طلبة المدارس العليا، ولتحقيق ذلك طُبّق استخبار الاتجاه نحو العمل والعائلة، ومقياس الإنجاز المعدل، ومقياس اكتئاب المراهقين، ومقياس تقدير الذات، وذلك على عينة قوامها (123) من الذكور والإناث، وقد أشارت نتائجها إلى وجود ارتباط موجب دال بين دافعية الإنجاز والصحة النفسية لدى عينة الدراسة.

- وفي عام 2002 قام "كاسيدي" (Cassidy) بدراسة بحثت العلاقة بين أسلوب حل المشكلات ودافعية الإنجاز والصحة النفسية، ولتحقيق ذلك طُبّق استخبار حل المشكلات، واستخبار دافعية الإنجاز، واستخبار الصحة النفسية، على عينة بلغت (107) راوحت أعمارهم بين (25-50) عاماً، وأشارت نتائجها إلى وجود ارتباط إيجابي بين دافعية الإنجاز والصحة النفسية وحل المشكلات.

المحور الثاني - دراسات تناولت دافعية الإنجاز لدى المكفوفين:

تنقسم دراسات هذا المحور إلى ما يأتي:

أولاً - دراسات تدخل اهتمت بتحسين دافعية الإنجاز لدى المكفوفين:

دراسة "كيامبي" (Ciampi, 1988) التي استهدفت تحديد دور نظرية التعلم الاجتماعي في تحسين دافعية الإنجاز لدى المراهقين المكفوفين، وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (108) من الذكور والإناث المكفوفين، راوحت أعمارهم بين (16-21) عاماً، طُبّق عليهم مقياس وجهة الضبط؛ ومقياس دافعية الإنجاز بالإضافة إلى البرنامج التدريبي، وقد أشارت نتائجها إلى وجود أثر إيجابي دال للبرنامج في تحسين دافعية الإنجاز.

- كما قامت "إقبال الحداد" (2006) بدراسة بحثت تأثير تنمية دافعية الإنجاز على الكفاءة الشخصية والاجتماعية لدى المراهقين المكفوفين في دولة الكويت، وقد بلغت عينة الدراسة (34) من الطلبة، راوحت أعمارهم بين (14-21) عاماً، طُبّق عليهم مقياس الكفاءة الشخصية والاجتماعية، ودافعية الإنجاز، وبطاقة ملاحظة سلوك الإنجاز بالإضافة إلى البرنامج التدريبي، وقد بينت النتائج فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية دافعية الإنجاز، ومن ثم تنمية الكفاءة الشخصية والاجتماعية لدى المراهقين في المجموعة التجريبية.

ثانياً - دراسات تشخيصية وصفية، منها:

دراسة "فتحي عبد الرحيم" (1982) التي هدفت إلى تحديد العلاقة بين الدافعية للإنجاز وعلاقتها بالممارسات الأسرية لدى المراهقين. تكونت أدوات الدراسة من مقياس التفضيل الشخصي لقياس دافعية الإنجاز، ومقياسين فرعيين من قائمة كاليفورنيا لقياس الإنجاز عن طريق المسيرة، وبلغت عينة الدراسة (60) من المراهقين العاديين، و(40) من المكفوفين، و(40) من المشلولين، وتوصلت نتائجها إلى انخفاض دافعية الإنجاز لدى المعوقين عن العاديين، كذلك انخفاضها لدى المكفوفين عن المشلولين.

- كما قام "موريو" (Moreau, 1983) بدراسة بحثت المقارنة بين المشلولين والصم والمكفوفين من طلبة الجامعة في دافعية الإنجاز ووجهة الضبط، ولتحقيق ذلك طُبّق مقياس التوجه العلمي ومقياس دافعية الإنجاز ووجهة الضبط على عينة

الدراسة المعوقين، وقد بينت نتائجها وجود فروق في اتجاه العاديين عن المعوقين في دافعية الإنجاز، وفي اتجاه المشلولين والصم عن المكفوفين.

- وفي دراسة قامت بها " بانفستيل " (Pfanstiehl, 1983) استهدفت معرفة دور ممارسة الأنشطة المختلفة في دافعية الإنجاز لدى عينة من الكفيفات بصرياً، وتكونت عينة الدراسة من (12) كفيفة راوحت أعمارهن بين (23-70) عاماً، طبق عليهن مقياس دافعية الإنجاز، وآخر للتحصيل الدراسي، وقد أشارت النتائج إلى أن ممارسة الأنشطة ترتبط بدافعية الإنجاز، كما وجد أن الإعاقة عامل مهم ومؤثر في دافعية الإنجاز.

- وقامت " بيئتي " (Beaty, 1999) بدراسة بحثت معرفة العوامل النفسية والنجاح الأكاديمي لطلبة الجامعة المكفوفين بصرياً، وتكونت عينة الدراسة من (30) من الذكور والإناث المكفوفين، و(43) من الذكور والإناث المبصرين راوحت أعمارهم بين (21-27) عاماً، طبق عليهم مقياس كوبر سميث لتقدير الذات والدعم الاجتماعي ودافعية الإنجاز، وقد توصلت نتائجها إلى وجود فروق بين المبصرين والمكفوفين في دافعية الإنجاز والتوافق الاجتماعي وتقدير الذات في اتجاه المكفوفين؛ وسبب ذلك يعود إلى ارتفاع التشجيع الذاتي وزيادة رغبتهم في النجاح.

- أما " درابيو " (Drapeau, 1999) فقد قام بدراسة هدفت إلى تحديد العلاقة بين دافعية الإنجاز والإنجاز الأكاديمي وتقدير الذات لدى عينة من الأطفال والمراهقين المكفوفين، وقد استعان باختبار وكسلر لذكاء الأطفال، وأربعة اختبارات فرعية من اختبار الإنجاز الفردي لوكسلر، والاختبار الذاتي للأطفال واستخبار دافعية الإنجاز، وتكونت العينة من (145) طفلاً ومراهقاً من المكفوفين والمبصرين راوحت أعمارهم بين (9-16) عاماً، وقد أشارت نتائجها إلى أن المكفوفين كانوا أقل في تقدير الذات ودافعية الإنجاز عن المبصرين.

- وفي عام 2000 قام " روسلو ودالورا " (Russello and D'Allura) بدراسة بحثت السمات الاجتماعية والديموجرافية للمكفوفين الذين مُنحوا حوافز على أعمالهم، وتأثير ذلك على دافعية الإنجاز والثقة بالنفس وتقدير الذات لديهم، ولتحقيق ذلك طبقت مقياس دافعية الإنجاز والثقة بالنفس وتقدير الذات على عينة قوامها (25) من المكفوفين ومثلهم من المبصرين، راوحت أعمارهم بين (19-60) عاماً،

وقد أسفرت النتائج عن انخفاض دافعية الإنجاز والثقة بالنفس وتقدير الذات لدى المكفوفين.

المحور الثالث - دراسات تناولت الصحة النفسية لدى المكفوفين:

تنقسم دراسات هذا المحور إلى ما يأتي:

أولاً - دراسات تدخل، منها:

الدراسة التي قام بها "أشرف عبد الحميد" (2000) التي استهدفت تعديل وجهة الضبط لتحسين مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال المكفوفين، ولتحقيق ذلك طُبّق مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية ومقياس وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين، ومقياسي وجهة الضبط والصحة النفسية للمعوقين بصرياً، بالإضافة إلى إجراءات البرنامج الإرشادي، وذلك على عينة تألفت من (83) من التلاميذ المكفوفين بمتوسط عمري قدره (11,6) عاماً، وقد أشارت نتائجها إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في تعديل وجهة الضبط وتحسين مستوى الصحة النفسية.

- أما دراسة "عزة علي" (2003) فقد استهدفت تقصي فاعلية برنامجين إرشاديين لتحسين التوافق الشخصي والاجتماعي للكفيف في مرحلة المراهقة، وتكونت عينة الدراسة من (32) كفيفاً قسموا إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة، وراوحت أعمارهم بين (13-18) عاماً، طُبّق عليهم مقياس السلوك التوافقي للكفيف، ووجهة الضبط وجودة الصحة النفسية والأحادية، وستانفورد بينية للذكاء، بالإضافة إلى البرنامج الإرشادي. وقد أشارت نتائجها إلى فاعلية الإرشاد الجمعي والفردى في تحسين التوافق الشخصي والاجتماعي ووجهة الضبط والمرونة لدى المراهق الكفيف، ما عدا متغير الصحة النفسية، حيث اتضح عدم وجود فروق بين القياسين قبل تطبيق البرنامج وبعده في هذا المتغير.

ثانياً - دراسات وصفية تشخيصية، منها:

دراسة "محمد سعفان" (1991) التي استهدفت الكشف عن مدى ارتباط المناخ النفسي بالإبداع الموسيقي لدى المراهق الكفيف، ولتحقيق ذلك طبقت مقياس وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين، وتحقيق الذات، والصحة النفسية، والإبداع على عينة قوامها (88) كفيفاً ومثلهم من المبصرين، وراوحت أعمارهم بين (14-20) عاماً، وقد أشارت النتائج إلى وجود ارتباط سالب بين الإبداع الموسيقي

والصحة النفسية لدى المكفوفين، وانخفاض الصحة النفسية لدى المكفوفين مقارنة بالمبصرين.

- وقام "مور وباتريسون" (Moore and Patterson, 1991) بدراسة هدفت إلى بحث المساندة الاجتماعية والانفعالية لأسر الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة، وقد تكونت عينة الدراسة من (176) طفلاً من الذكور والإناث المكفوفين وذوي الأمراض المزمنة وذوي الإصابة الدماغية، وراوحت أعمارهم بين (6-12) عاماً بالإضافة إلى أسرهم، طُبق عليهم مقياسا المشكلات الانفعالية للأطفال المكفوفين، ومشكلات الصحة النفسية للأطفال ذوي الأمراض المزمنة والمكفوفين، وبطارية الإصابة الدماغية للأطفال وأسرهم، بالإضافة إلى مقياس إدارة المساندة الانفعالية والاجتماعية للأطفال وأسرهم، وقد أشارت نتائجها إلى انخفاض الصحة النفسية لدى المكفوفين، كما أشارت إلى أن للمساندة الانفعالية والاجتماعية دوراً في مستوى الصحة النفسية للمكفوفين وتعديل اتجاه أسرهم نحوهم.

- وفي عام 1994 قام "رشاد موسى" بدراسة بحثت مدى العلاقة بين الإعاقة والنوع مع بعض الأعراض العصبية، وعلى عينة قوامها (60) كفيفاً وكفيفة، ومثلهم من المبصرين ممن راوحت أعمارهم بين (15-19) عاماً، طُبق عليهم مقياس القلق ومقياس MMPI، وقد توصلت نتائجها إلى ارتفاع الأعراض العصبية (القلق - الرهاب - الوسواس القهري) لدى المكفوفين عن المبصرين، فضلاً عن ارتفاع الأعراض العصبية لدى الذكور أكثر من الإناث.

- وقام "هوراوتز" (Horowitz, 1997) بدراسة استهدفت الكشف عن العلاقة بين كف البصر ومشكلات الصحة النفسية لدى المقيمين في دار الرعاية، ولتحقيق ذلك طُبقت قائمة مشكلات الصحة النفسية على عينة من الذكور: (89) من المكفوفين و(80) من المبصرين، راوحت أعمارهم بين (9-14) عاماً، وقد أسفرت النتائج عن إسهام كف البصر بشكل دال في انخفاض مستوى الصحة النفسية لدى عينة الدراسة المكفوفين.

- كما قام كل من "تاينا وهيلافي" (Taina and Hillevi, 2000) بدراسة هدفت إلى مقارنة المراهقين المكفوفين بذوي الأمراض المزمنة والعاديين في الصحة النفسية، وقد أجريت الدراسة على عينة، بلغت (115) كفيفاً و(44) ممن لديهم أمراض مزمنة و(40) مراهقاً عادياً، طُبق عليهم مقياس الصحة النفسية لتاينا، وقد

بينت نتائجها انخفاض الصحة النفسية لدى المكفوفين مقارنة بالمبصرين وذوي الأمراض المزمنة.

التعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من خلال استقراء الدراسات السابقة أن الدراسات التي أجريت لبحث فاعلية تحسين دافعية الإنجاز وتأثيره على الصحة النفسية كانت قليلة نسبياً (جمال شكري، 1990؛ نائلة فائق، 1991؛ Ronel, 1986) خاصة لدى الأطفال المكفوفين في عمر (9-12) على المستوى العربي أو حتى المستوى الأجنبي - وذلك في حدود ما اطلع عليه الباحث - مما يوحي بأهمية هذه الدراسة، كذلك ندرة الدراسات التي أجريت على الأطفال بصفة عامة سواء كانت بحوث تدخل لتحسين دافعية الإنجاز (نائلة فائق، 1991) أم الصحة النفسية (أشرف عبد الحميد، 2000)، أم دراسات وصفية تشخيصية (زكريا الشربيني، 1981؛ Horowitz, 1997; Moore and Patterson, 1991)، كما يتضح أن الباحثين في الثقافة العربية لم يوجهوا الاهتمام الكافي لتحسين الصحة النفسية لدى المكفوفين وخاصة عن طريق تنمية دافعية الإنجاز، كذلك اتفقت النتائج على وجود انخفاض في مستوى الصحة النفسية لدى المكفوفين (رشاد موسى، 1994؛ محمد سعفان، 1991؛ Horowitz, 1997; Moore and Patterson, 1991; Taina and Hillevi, 2000)، كما اتضح وجود تعارض بين نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بطبيعة العلاقة بين دافعية الإنجاز والصحة النفسية؛ ففي حين أشارت دراسات إلى أنها إيجابية (زكريا الشربيني، 1981؛ Cassidy, 1999; Accordino et al., 2000; Accordino, 1999)، أشارت دراسة أخرى إلى وجود علاقة سلبية بينهما (Lew, 1994)، وفي حين أشارت معظم الدراسات إلى انخفاض دافعية الإنجاز لدى المكفوفين (Drapeau, 2002)، أشارت دراسة أخرى إلى ارتفاعها لدى المكفوفين مقارنة بالمبصرين (Beaty, 1999)، وأخيراً كشفت دراسات تحسين الصحة النفسية (أشرف عبد الحميد، 2000؛ جمال شكري، 1990؛ عزة علي، 2003؛ نائلة فائق، 1991؛ Ronel, 1986) عن فاعلية التدخل السيكولوجي في تحقيق ذلك.

أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

استفادت هذه الدراسة من كون الذكور أقل من الإناث في مستوى الصحة النفسية (رشاد موسى، 1994) في تحديد عينة هذه الدراسة، كذلك ندرة الدراسات

التي تناولت تحسين دافعية الإنجاز وأثر ذلك على الصحة النفسية للأطفال المكفوفين في عمر (9-12) عاماً سواء على المستوى العربي أم حتى المستوى الأجنبي - في حدود ما اطلع عليه الباحث - مما دعا القيام بهذه الدراسة، كما استفيد من دراسة هوراوتز (Horowitz, 1997) في أن المقيمين داخل دور الرعاية أقل في درجة الصحة النفسية من المقيمين مع أسرهم، لذا فقد روعي أن تكون عينة هذه الدراسة من المقيمين في معهد المكفوفين، كذلك من نتائج دراسة (عزة علي، 2003) التي أشارت إلى عدم فاعلية البرنامجين الإرشاديين في تحسين الصحة النفسية لدى المكفوفين، وذلك نتيجة أن المجموعة التجريبية كانت تتكون من فئتين من المكفوفين (كفاً كلياً وكفاً جزئياً)؛ لذا فقد روعي ذلك في الدراسة الراهنة، واعتمد فقط على المكفوفين كفاً كلياً.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

أولاً - منهج الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة على كل من المنهج الوصفي للتأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس، والمنهج التجريبي لاختبار صدق الفروض التجريبية؛ حيث استخدم الباحث التصميمين التجريبيين القياس القبلي البعدي التتبعي، ومجموعة ضابطة وأخرى تجريبية.

ثانياً - إجراءات الدراسة:

1 - أدوات الدراسة:

اختير متغيرا دافعية الإنجاز والصحة النفسية لدى المكفوفين بناء على الآتي:

1- قام الباحث بتطبيق استبانة احتوت على سؤالين لتعرف السمات والخصائص النفسية والسلوكية، والمشكلات الأكثر انتشاراً بين المكفوفين، وذلك على عينة من الخبراء في التعامل مع المكفوفين⁽¹⁾ (الاختصاصيين الاجتماعيين والنفسيين، والمعلمين) في بعض معاهد النور للمكفوفين في محافظات: الغربية، القاهرة، والشرقية، وكان السؤالان على النحو الآتي:

- ما سمات التلاميذ المكفوفين، وما خصائصهم؟

(1) تكونت عينة المحكمين من (45) من الاختصاصيين النفسيين والاجتماعيين ومعلمي الأطفال المكفوفين.

- 2 - اذكر أكثر السلوكيات التي تراها مشكلات يعانيتها التلاميذ المكفوفون؟
- 2 - طُبِّقت استبانة أخرى تضمنت السؤالين السابقين بعد تبسيطهما، على عينة استطلاعية من التلاميذ المكفوفين أنفسهم لتعرف المشكلات التي يعانيتها الكفيف.
- 3 - تحليل مضمون الدراسات السابقة لتعرف سمات المكفوفين وأكثر مشكلات الصحة النفسية شيوعاً وانتشاراً لديهم.
- 4 - تحليل مضمون الأدبيات النظرية السيكولوجية لتعرف سمات المكفوفين وأكثر مشكلات الصحة النفسية شيوعاً وانتشاراً لديهم.
- 5 - طبقت أيضاً استبانة على عينة من الخبراء في علم النفس والصحة النفسية⁽²⁾ هدفت إلى تعرف سمات المكفوفين وأكثر مشكلات الصحة النفسية شيوعاً وانتشاراً لديهم، ويمكن إجمال ما توصل إليه من سمات ومشكلات في الجدول (1).

جدول (1)
كيفية استخلاص سمات المكفوفين ومشكلات
الصحة النفسية المنتشرة لديهم

المصدر	السمة أو المشكلة	عدم الشعور بالطمأنينة	الانطواء	عدم تقبل الإعاقة	أعراض عصبانية	الشعور بالنقص	انخفاض دافعية الإنجاز	عدم ضبط النفس
دراسات	3	15	9	14	4	8	3	
إطار نظري	4	19	10	9	5	4	2	
خبراء علم النفس	2	9	6	11	3	5	2	
خبراء التعامل مع المكفوفين	5	7	6	5	4	7	1	
التلاميذ المكفوفون	1	7	4	3	—	8	—	
المجموع	15	57	35	42	16	31	8	

(2) تكونت عينة المحكمين من (15) من أساتذة الجامعات المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية.

يتضح من الجدول (1) أن أكثر السمات والمشكلات شيوعاً وتكراراً لدى المكفوفين بين المصادر الخمسة هي الانطواء، وعدم تقبل الإعاقة، وانتشار الأعراض العصبية، وانخفاض دافعية الإنجاز.

6 - حلل مضمون الدراسات السابقة لتعرف مدى الارتباط بين مشكلات الصحة النفسية الثلاث لدى المكفوفين من جهة، والارتباط بينها وبين دافعية الإنجاز من جهة أخرى.

وقد أشارت نتائج هذه الإجراءات مجتمعة إلى انتشار مشكلات الصحة النفسية (الانطواء، عدم تقبل الإعاقة، الأعراض العصبية) وارتباطها إيجابياً بعضها مع بعض، وارتباطها سلبياً بدافعية الإنجاز. (Accordino, 1999; Accordino et al., 2000; Alfeld, 1999; Cassidy, 2002; Tickoo, 1997; Wong, 1997) لذا اختيرت المشكلات الثلاث للتعبير عن الصحة النفسية السلبية لدى المكفوفين.

7 - وللتأكد من نتائج الخطوة السابقة طبق مقياس الصحة النفسية للتلاميذ المكفوفين (القدرة على التفاعل الاجتماعي، التحرر من الأعراض العصبية، والقدرة على تقبل الذات وأوجه القصور العضوية) الذي أعده أشرف عبد الحميد، ومقياس دافعية الإنجاز للأطفال والراشدين الذي أعده فاروق موسى، على عينة استطلاعية من المكفوفين (بلغت 30 تلميذاً من الذين رأى خبراء المعاهد أنه توجد لديهم هذه المشكلات الثلاث مرتفعة) بطريقة فردية، وألقيت عليهم شفهيّاً، وقد اتفقت نتائج التطبيق مع نتائج الإجراءات من حيث انخفاض مستوى الصحة النفسية وانخفاض دافعية الإنجاز لدى أفراد العينة.

أما بالنسبة للأدوات التي استعين بها في هذه الدراسة، فقد تضمنت ما يلي:

1 - مقياس وكسلر لذكاء الأطفال:

قام بتعريبه وتقنيته "لويس مليكة، وعماذ الدين إسماعيل" في طبعة سادسة (1993)، وقد اعتمدت هذه الدراسة على المقاييس اللفظية له، وذلك في ضوء ما أكدته دراسة كل من (أحمد العمري، 1994؛ روحية حسين، 1988؛ ميار سليمان، 2007)، من فاعلية الجزء اللفظي في تقدير ذكاء الأطفال المكفوفين، وقد حسب الباحثان ثبات المقياس بالتجزئة النصفية، وأظهرت النتائج تقارباً واضحاً في معاملات الثبات التي تتجاوز (0,90) وتصل إلى (0,96)، أما الصدق فقد حسباه بطريقتين: الأولى صدق التكوين، والثانية الصدق المرتبط بالمحك مع اختبار

ستانفورد بينيه؛ حيث كانت معاملات الارتباط مع الدرجة الكلية (0,73)، وللذكاء اللفظي (0,71)، وللذكاء العملي (0,60) (ميّار سليمان، 2007).

2 - قائمة ملاحظة سلوك الطفل:

أعد القائمة "راسل كاسيل" Cassel، وقام بتعريبها "مصطفى كامل" (1987)، وهي تصف مظاهر سلوك أطفال مرحلة ما قبل المدرسة والمرحلة الابتدائية - خاصة المضطربين سلوكياً، والمعوقين - في خمسة مجالات توافقية (التوافق الشخصي، الأسري، الاجتماعي، المدرسي، والجسمي) وهي تطبق على المعلمين أو الوالدين، وقد استخدمت في هذه الدراسة للتأكد من التجانس أو التكافؤ بين المجموعتين الضابطة والتجريبية على متغيراتها، وقد حسب مصطفى كامل ثبات القائمة بطريقة إعادة التطبيق حيث بلغ (0,913)، وحسب الصدق أيضاً بأكثر من طريقة، منها صدق التكوين، صدق التمييز بين المجموعات المتناقضة، والصدق المتعلق بالمحك (اختبار الشخصية للأطفال)، وكانت معاملاته للأسياء (0,621)، وللمعوقين (0,518) وكانت دالة عند (0,01).

3 - مقياس الصحة النفسية للتلاميذ ذوي الإعاقة البصرية:

أعد المقياس "أشرف عبد الحميد" (2000)، وهو يتضمن ثلاثة مكونات لقياس الصحة النفسية لدى المكفوفين (القدرة على التفاعل الاجتماعي، التحرر من الأعراض العصبية، والقدرة على تقبل الذات وأوجه القصور العضوية)، وقد حسب أشرف عبد الحميد ثبات المقياس بثلاث طرق، هي: معامل ألفا كرونباخ وكانت المعاملات وفقاً لترتيب الأبعاد كما سبق ذكرها (0,88، 0,93، 0,86)، كما حسبه بطريقة التجزئة النصفية وكانت المعاملات (0,92، 0,91، 0,93)، وإعادة التطبيق حيث بلغت (0,87، 0,86، 0,92)، أما الصدق، فقد حسب الصدق الظاهري للمقياس، كذلك صدق المحتوى، بالإضافة إلى معامل الارتباط الثلاثي؛ بمعنى مدى ارتباط كل عبارة للمقياس بالدرجة الكلية للمقياس، وقد راوحت بين (0,62-0,84).

4 - مقياس المستوى الثقافي الاقتصادي الاجتماعي:

أعده "محمد البحيري" (2002)، وهو يتكون من (60) بنداً لتقدير المستوى الثقافي، والاقتصادي، والاجتماعي. وقد استخدم في هذه الدراسة للتأكد من تجانس جميع أفراد العينة على هذا المتغير، وحسب محمد البحيري الثبات وكانت قيمته (0,81) لإعادة التطبيق، و(0,87) للتجزئة النصفية، وأما بالنسبة للصدق فقد حسب الصدق

العاملين من الدرجتين الأولى والثانية، وتمخض عنه أربعة عوامل كانت: المستوى الاقتصادي ومدلولاته الثقافية والاجتماعية، وممتلكات الأسرة وثقافتها، والمستوى الثقافي، والمستوى الثقافي الاقتصادي للأسرة.

5 - البطاقة التتبعية الدوائية:

أعدها "محمد البحيري" (2005) بهدف تعرف ما يُقدم للمفحوص من أدوية أو عقاقير - من قبل الوالدين أو المشرف الليلي - في أثناء إجراءات البرنامج؛ وذلك تجنباً لتأثير تناول الأدوية غير المباشر في نتائج الدراسة، وقد حُكمت من قبل الخبراء في علم النفس والصحة النفسية لتعرف مدى مناسبتها في معرفة ذلك، واتفق (87%) منهم على مناسبتها.

6 - مقياس دافعية الإنجاز للأطفال المكفوفين:

أعد الباحث هذا المقياس بحيث يناسب فئة الأطفال المكفوفين من عمر (9-12) عاماً، ولاسيما أن التراث السيكمومتري لم يكشف عن وجود أداة مماثلة لهذه الفئة - في حدود علم الباحث - كما أُعد المقياس بهدف تقييم فاعلية البرنامج، وذلك من خلال خطوات، هي:

أولاً - استقراء التراث السيكولوجي والاطلاع على الأدبيات والبحوث النفسية التي تناولت دراسة دافعية الإنجاز بصفة عامة ولدى المكفوفين بصفة خاصة، ثم حدد شكل محتوى المقياس ليكون لفظياً يناسب عينة الدراسة (المكفوفين)، ويلقى عليهم شفهاً.

ثانياً - أما مكونات المقياس وبنوده فقد حددت عن طريق تطبيق استبانة مفتوحة تضمنت عدة أسئلة على عينة من الخبراء في علم النفس، وعينة من خبراء التعامل مع المكفوفين، كما أجريت مقابلة مفتوحة مع عينة من أولياء أمور الأطفال المكفوفين، ومع عينة استطلاعية من الأطفال المكفوفين، كما روجعت بعض المقاييس التي أعدت من قبل على عينات أخرى، مثل مقياس دافعية الإنجاز لكل من زكريا الشربيني (1981)، وحنان ثابت (1995)، وعفاف عبد الرحيم (2007). ومن خلال ما سبق استخلصت مكونات هي (المثابرة، الطموح، السعي للنجاح والتميز، المنافسة مع الآخرين، المخاطرة المحسوبة، التقبل الاجتماعي)، ثم صيغت بنود المقياس لهذه المكونات بلغة عربية بسيطة لتناسب الاستخدام مع عينة الدراسة حيث تنوعت بين الإيجاب والسلب، وقد بلغ عددها في الصورة الأولى (48) بنداً، وحددت بدائل الاستجابة على المقياس في التدرج الثلاثي (أوافق، أحياناً، لا أوافق)؛

حيث يُعد أفضل في تقييم دافعية الإنجاز (نائلة فائق، 1991)، وأكثر مناسبة للمكفوفين (أشرف عبد الحميد، 2000؛ أيمن شحاتة، 2006؛ حسام محمد، 2006) من جهة، وما قام به الباحث من دراسة استطلاعية على عينة من المكفوفين من جهة أخرى أكدت نتائجها مناسبة ذلك، أما بالنسبة لتصحيح المقياس فتعطى الاستجابات درجات على النحو الآتي: (أوافق = 3 درجات / أحياناً = درجتين / لا أوافق = 1 درجة) وذلك بحسب اتجاه صياغة البند سلباً أو إيجاباً، حيث إن الدرجة المرتفعة تشير إلى تمتع الفرد بدافعية إنجاز مرتفعة، أما بالنسبة لتعليمات المقياس فقد روعي فيها البساطة والوضوح والنواحي النفسية للمفحوصين، ثم جرب المقياس على عينة استطلاعية بلغت (18) من الأطفال المكفوفين لتعرف (مدى وضوح التعليمات أو غموضها، ومدى وضوح العبارات أو غموضها، ومدى فهمهم لمعاني الكلمات، ومدى مناسبة طول المقياس)، وكانت نتائج ذلك تعديل صياغة بعض البنود، وقد أجمع (83,3%) من أفراد العينة على أن المقياس ليس طويلاً، وتتسم بنوده وتعليماته بالوضوح، ومن خلال التطبيق على عينة أخرى عشوائية من الأطفال وجد أن متوسط زمن تطبيق المقياس قدره (22) دقيقة.

ثالثاً - حكم المقياس من خلال عرضه - كمكونات مستقلة - على عينة من الخبراء في علم النفس والخبراء في التعامل مع المكفوفين وعينة من أولياء أمور الأطفال المكفوفين؛ وذلك لبيان مدى مناسبة العبارات والتعليمات وطول المقياس لعينة الدراسة، وقد أسفر التحكيم عن الإبقاء على العبارات التي حصلت على نسبة (85%) من اتفاق المحكمين، وبناء عليه حذفت (8) بنود، وعدلت البنود والتعليمات التي حصلت على نسبة (10%) فأكثر.

رابعاً - أما بالنسبة للكفاءة السيكمترية فقد حُسب ثبات المقياس بطريقتين: الأولى إعادة التطبيق - بفارق زمني نحو أسبوعين بين التطبيقين الأول والثاني - على عينة قوامها (50) طفلاً، وبلغ معامل الثبات (0,812)، والثانية طريقة التجزئة النصفية - معامل الارتباط بين نصفي المقياس - حيث بلغ معامل الثبات (0,937).

صدق المقياس: حُسب الصدق بالطرق التالية:

أ - الصدق المرتبط بالمحك: حيث حسب معامل الارتباط بين درجات عينة استطلاعية من الأطفال المكفوفين (ن=50) على مقياس هذه الدراسة، ودرجاتهم على اختبار الدافع للإنجاز للأطفال والراشدين لفاروق موسى (1981)، حيث بلغ معامل الارتباط (0,851) الدال عند مستوى (0,01).

ب - **الصدق العاملي للمقياس:** حيث طُبّق المقياس الذي أصبح يتكون من (40) بنداً على عينة استطلاعية (ن=200) من الأطفال المكفوفين، وقد استخرجت معاملات الارتباط ثم حُللت المصفوفة الارتباطية عاملياً بطريقة المكونات الأساسية (PC) لهوتلينج Hotelling، واستخدم محك (جتمان) الذي مفاده أن العامل يُعد جوهرياً إذا كانت قيمة جذره الكامن $\leq (1)$ في الخلايا القطرية، كما يعد جوهرياً إذا كان عدد العبارات المتشعبة عليه (3) عبارات فأكثر، كما يعتبر البند جوهرياً إذا كان معامل تشعبه $\leq (0,3)$ ، وبناءً عليه، استخلص سبعة عوامل من الدرجة الأولى أُديرَت تدويراً مائلاً بطريقة الأوبليمين Oblimin لكارول Carol نتج عنه سبعة عوامل استوعبت نسبة تباين قدرها (78,406%) من نسبة التباين الكلي للمقياس، وحُذف العامل السابع لتشبع بندين عليه فقط، وحذف البند رقم (11) لتشعبه على عامل واحد هو المحذوف، واقترح تسمية العوامل على النحو الآتي: الأول: المخاطرة المحسوبة، جذره الكامن 7,566 ونسبة تباينه 18,91%، والثاني: الطموح، جذره الكامن 6,691 ونسبة تباينه 16,73%، والثالث: المثابرة، جذره الكامن 5,798 ونسبة تباينه 14,49%، والرابع: السعي للنجاح والتميز، جذره الكامن 4,443 ونسبة تباينه 11,11%، والخامس: التقبل الاجتماعي، جذره الكامن 3,100 ونسبة تباينه 7,75%، والسادس: المنافسة مع الآخرين، جذره الكامن 2,477 ونسبة تباينه 6,19%.

2 - عينة الدراسة:

اختيرت عينة الدراسة بطريقة عمدية، وذلك من خلال الخطوات الآتية:

- طُلب من الخبراء في التعامل مع المكفوفين (الاختصاصيين الاجتماعيين والنفسيين، والمعلمين) وبعض التلاميذ المكفوفين تحديد التلاميذ منخفضي الصحة النفسية من خلال مكونات الصحة النفسية الثلاثة بعد تبسيطها لهم، وبعد تحديد العينة الأولية طُبقت استبانة بها سؤالان مفتوحان على أولياء أمورهم لتعرف مشكلات الصحة النفسية الموجودة لدى أبنائهم، ومن خلال المحكات السابقة حدد المكفوفون منخفضو الصحة النفسية الذين اتفق أكثر من ثلاثة أشخاص عليهم، وبذلك أصبحت العينة في صورتها الأولية (ن=603) أكفأ.

- نظراً لارتفاع الإعاقة البصرية بين الذكور (61,59%) عن الإناث (38,41%) في مصر (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، 2009)، وانخفاض الصحة النفسية لديهم عن الإناث (سيد خير الله، ولطفي بركات، 1967: 21) وارتفاع دافعية

الإنجاز لدى الإناث عن الذكور (أحمد عبد الخالق وآخرون، 1994) فقد استبعد (112) من الإناث، ونظراً لارتفاع نسبة الإعاقة (63,2%) بين الأطفال في عمر (9-12) في مصر (خالد النجار وآخرون، 2002: 60)، كما أن التبكير في تقديم برامج لتنمية دافعية الإنجاز قد يزيد من فاعليتها، لذا يعتبر أنسب عمر لتنمية دافعية الإنجاز هو هذه المرحلة (نائلة فائق، 1991)، لذا استبعد (34) فرداً، ولتأثير الإقامة الداخلية في شخصية الكفيف (أحمد العمري، 1994) ومع تفضيل تقديم برامج تنمية دافعية الإنجاز في أماكن غير أماكن الدراسة يشترط فيها الإقامة لتيسير تعلم المشاركين لغة واحدة جديدة وتوجهاً مشتركاً يساعد في تنمية الشعور بالجماعة التي تدعم السلوك الإنجازي (نائلة فائق، 1991) استبعد (14) لإقامتهم مع أسرهم، ولتأثير درجة فقد البصر وقته في توافق الكفيف واكتسابه خبرات (أيمن شحاتة، 2006)، فقد اختيرت العينة من المكفوفين كفاً كلياً ولادياً أم مكتسباً قبل عمر الخامسة؛ لذا استبعد (15)، كما استبعد آخر لأن لديه إعاقة حركية، ونظراً لأن الطفل الوحيد لأبويه يلقى رعاية مبالغاً فيها فقد استبعد (5)، ولتأثير التأخر الدراسي في دافعية الإنجاز فقد استبعد (6) كانوا متأخرين دراسياً.

– ثم طبق مقياس الصحة النفسية للمعوقين بصرياً – بطريقة فردية وشفهياً
– على المكفوفين الذين أبقى عليهم، ورتبت درجاتهم الكلية على المقياس تنازلياً، ثم حسب الربيع الأدنى وُحد أكثر المنخفضين في الصحة النفسية حيث بلغ عددهم (104) تلميذاً، ثم طبق عليهم مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (الجزء اللفظي)، واستبعد منهم (4) كانت نسبة ذكائهم أقل من المتوسط.

– ثم قُسمت العينة التي بلغ عددها (100) تلميذ إلى مجموعتين: (تجريبية وضابطة) بالتساوي؛ بحيث تكون كل مجموعة من معهد، فكانت التجريبية من معهد الأمل للمكفوفين بطنطا، والضابطة من معهد الأمل للمكفوفين بزفتي؛ وذلك حتى لا يؤثر تطبيق إجراءات البرنامج على أطفال التجريبية في علاقة الباحث وتلاميذ الضابطة.

– التجانس بين المجموعتين الضابطة والتجريبية: روعي عدم تعرض أفراد المجموعتين لأي تدخل علاجي سيكولوجي، ولأهمية السمع واللغة لدى الكفيف في التفاعل الحياتي فقد استعين بطبيب سمعيات لفحصهم، ولم يجد أية مشكلات مرتبطة بالسمع واللغة لديهم، كما استعين بطبيب متخصص في طب العيون وجراحاتها للتأكد من أن لديهم كف بصر كلياً، وكانوا كذلك.

- ولعزل تأثير العمر (9-12) عاماً، ونسبة الذكاء (92-110)، والتحصيل الدراسي - حيث استعين بدرجاتهم في امتحان نهاية العام - ومتغيرات نفسية وديموجرافية أخرى في نتائج الدراسة، فقد حُسب اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين على هذه المتغيرات جميعها، ويوضح ذلك الجدول (2).

جدول (2)
قيمة (ت) ودلالة الفروق بين مجموعتي الدراسة (التجريبية والضابطة)
في متغيرات التجانس

المجموعة المتغير	المجموعة التجريبية (ن = 50)		المجموعة الضابطة (ن = 50)		قيمة (ت)	مستوى الدالة
	متوسط	انحراف معياري	متوسط	انحراف معياري		
العمر	10,720	0,882	10,920	0,966	1,082	غير دالة
نسبة الذكاء	101,56	4,803	101,06	5,308	0,494	غير دالة
التحصيل الدراسي	106,68	8,537	105,26	8,854	0,816	غير دالة
المستوى الثقافي	43,100	5,541	42,920	5,367	0,165	غير دالة
المستوى الاقتصادي	53,740	7,365	54,400	6,559	0,473	غير دالة
المستوى الاجتماعي	13,900	3,079	13,740	2,514	0,285	غير دالة
التوافق الشخصي	25,420	3,220	25,180	3,141	0,377	غير دالة
التوافق الأسري	26,000	3,156	26,100	2,082	0,187	غير دالة
التوافق الاجتماعي	26,500	1,898	27,180	2,826	1,412	غير دالة
التوافق المدرسي	33,660	5,321	33,920	6,141	0,226	غير دالة
التوافق الجسمي	26,700	3,012	26,140	3,143	0,910	غير دالة

تشير نتائج جدول (2) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين، وذلك بصدد المتغيرات السابقة، مما يشير إلى تجانس المجموعتين.

6 - تعتمد هذه الدراسة على تصميم تجريبي هو مجموعتان: تجريبية وضابطة؛ لذا فقد حُسب التكافؤ - باستخدام اختبار "ت" - بينهما بصدد (الصحة

النفسية ودافعية الإنجاز) قبل تقديم المتغير المستقل، حتى يمكن أن تعزى الفروق بين المجموعتين - فيما بعد - إلى المتغير التجريبي، ويوضح ذلك الجدول (3).

جدول (3)

قيمة (ت) ودلالة الفروق بين مجموعتي الدراسة (التجريبية والضابطة)
في دافعية الإنجاز والصحة النفسية

المجموعة المتغير	المجموعة التجريبية (ن = 50)		المجموعة الضابطة (ن = 50)		قيمة (ت)	مستوى الدالة
	متوسط	انحراف معياري	متوسط	انحراف معياري		
دافعية الإنجاز	48,820	5,798	47,620	5,638	1,049	غير دالة
الصحة النفسية	64,300	7,178	63,780	6,649	0,376	غير دالة

تشير نتائج جدول (3) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة على متغيري الدراسة؛ مما يشير إلى تجانس المجموعتين.

3 - البرنامج الإرشادي لتحسين دافعية الإنجاز:

- **هدف البرنامج:** حدد هدف البرنامج في هدف إرشادي يتمثل في تحسين دافعية الإنجاز من خلال أنشطة تتناول الجوانب المعرفية، والوجدانية، والحركية، وفق شروط، أهمها: تمثيل أبعاد دافعية الإنجاز بعدد كاف من الأنشطة، بالإضافة إلى هدف وقائي يتضح في إكسابهم المهارات المعرفية والانفعالية والسلوكية التي تمكنهم من إقامة علاقات اجتماعية ناجحة، وتوطيد روح التعاون بينهم، وتدريبهم على أن يفكروا ويشعروا ويسلكوا مثل ذوي دافعية الإنجاز المرتفعة.

- **مصادر بناء البرنامج:** اعتمد بناء البرنامج على المصادر التالية:

1 - استقرأ الأدبيات والدراسات النفسية والبرامج التي تناولت دافعية الإنجاز وتحسينها (إقبال الحداد، 2006؛ سحر الشعراوي، 1994؛ Ciampi, 1988) تعديل سلوك المكفوفين (رشاد موسى، 1994؛ فتحي عبد الرحيم، 1982؛ محمد سغفان، 1991؛ (Drapeau, 1999; Horowitz, 1997; Moore and Patterson, 1991; Moreau, 1983)، وتحسين الصحة النفسية (أشرف عبد الحميد، 2000؛ صفاء الغرباوي، 2005)، وكذلك نظريات الإرشاد النفسي الجماعي (حامد زهران، 1978).

2 - الدراسة الاستطلاعية التي أجريت من خلال تطبيق استبانة - لتعرف الأنشطة المفضلة لدى الأطفال المكفوفين - احتوت على سؤال مفتوح على الخبراء في التعامل معهم وسؤال الأطفال أنفسهم، ومقابلة أولياء أمورهم، وكانت الأنشطة هي الألعاب التعليمية، النشاط القصصي والموسيقي، والحفلات، والرحلات.

- الاستراتيجيات والفنيات المستخدمة في البرنامج: استخدمت استراتيجيات اجتماعية، منها: الحث والتشجيع، والنمذجة، والمساندة الاجتماعية. ومعرفية، منها: الحوار والمناقشة، والتخيل، والمحاضرة، وحل المشكلات، والواجب المنزلي. وسلوكية، منها: انتقال الخبرة، تشجيع الطفل على المقاطعة في أثناء إلقاء القصص، التغذية الراجعة. ووجدانية، منها: الإفصاح عن الذات، واستخدام الموسيقى.

- إعداد البرنامج وبناءه وتحكيمة: مر إعداد البرنامج وتحكيمة بالمراحل الآتية:

الأولى - تحديد الأنشطة المفضلة: وسبق الحديث عن هذه الجزئية من قبل.

الثانية - إعداد القصص وبناءها: طبقت استبانة على عينة من الخبراء في التعامل مع الأطفال المكفوفين (مدرسي اللغة العربية)⁽³⁾ لتعرف نوعية القصص المفضلة للمكفوفين، كما أجريت مقابلات مفتوحة مع عينة من الأطفال أنفسهم، وطبقت استبانة أخرى على عينة من خبراء اللغة العربية⁽⁴⁾ احتوت على سؤال مفتوح عن أهم السمات الواجب توافرها في القصة القصيرة، كما أُستعين ببعض القصص التي أعدت من قبل، وطُبقت استبانة على الخبراء في علم النفس لتعرف كيفية تقديم القصص ومحتوياتها بما يتلاءم وطبيعة الهدف من إعدادها والسمات المختلفة لعينة الدراسة.

بعد تحليل محتوى هذه الاستبانات والمقابلات أُعدت ست قصص تعادل مكونات دافعية الإنجاز، ثم قُدمت إلى عينات الخبراء السابقين لتعرف مدى مناسبتها من الناحية النفسية واللغوية، هذا، فضلاً عن تجربتها على عينة من الأطفال لمعرفة مدى جاذبيتها بالنسبة لهم، وقد أكدت النتائج مناسبة القصص للهدف ومواءمتها للعينة التي أعدت من أجلها، وذلك بعد إجراء بعض التعديلات عليها.

(3) تكونت عينة المحكمين من (17) من معلمي اللغة العربية للأطفال المكفوفين بالمعاهدين.

(4) تكونت عينة المحكمين من (9) من أساتذة الجامعات المتخصصين في اللغة العربية.

الثالثة - طُبقت استبانة على عينة من خبراء التعامل مع المكفوفين (معلمي التربية الرياضية)⁽⁵⁾ لتعرف الألعاب المفضلة لديهم، وكانت الألعاب هي (كرة الجرس، شد الحبل، كيس الرمل).

الرابعة - تقديم تصور للبرنامج للسادة الخبراء في علم النفس لتحكيمة وتعرف رأيهم في إجراءات البرنامج المحددة، ومدى ارتباط المحتوى بالأهداف، ومدى توافر عناصر الترابط فيه، ومدى مناسبة الأنشطة المستخدمة للعينة، وأسلوب تقييم البرنامج، والفنيات المستخدمة، وقد روجعت الجلسات وأجريت التعديلات اللازمة التي أقرها السادة الخبراء، خاصة استخدام اللغة العامية البسيطة في أثناء سرد القصص، وإجراءات البرنامج.

الخامسة - تجريب البرنامج على عينة استطلاعية بلغت (5) من الأطفال المكفوفين لتحديد مدى ملائمة محتوى البرنامج وفنياته لتحقيق أهدافه وقدرات الأطفال وخصائصهم، ومدى فاعلية الأسلوب الإرشادي المستخدم، وتحديد المدة المناسبة لكل جلسة، وقد عدلت بعض محتويات جلسات البرنامج وحذفت بعض الفنيات والأنشطة لعدم مناسبتها لعينة الدراسة.

جلسات البرنامج:⁽⁶⁾ تضمنت جلسات البرنامج (21) جلسة جماعية، بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً، مدة الجلسة (60) دقيقة، وذلك لمدة شهرين تقريباً، وكانت على النحو الآتي:

- الجلسة الأولى (موضوعها التعريف بالبرنامج): استهدفت الترحيب بالأطفال والتعارف مع الباحث، وتعريفهم بالبرنامج وأهدافه وبعض المفاهيم الخاصة به، وتحديد معايير الجماعة ومواعيد الجلسات، واستثارة حماسهم للبرنامج، وحثهم على ضرورة الوجود دائماً، وتنمية حب الجماعة والمشاركة الجماعية والتعاون، وذلك من خلال القيام برحلة إلى مدينة الملاهي.

- الجلستان (2-3) (تنمية مفهوم الذات الإيجابي): استهدفنا تعديل مفهوم الذات السلبي إلى إيجابي، وأن يتقبل الطفل حياته كما هي، ويتعرف فكرته عن نفسه، واستخلاص خصائص الذات الإنجازية وسماتها، وذلك بسرد قصة حياة

(5) تكونت عينة المحكمين من (7) من معلمي التربية الرياضية للأطفال المكفوفين بالمعهدين.

(6) نظراً لمحاولة الالتزام بقواعد النشر في المجلة من حيث عدد الصفحات فقد اكتفي بهذا المختصر عن جلسات البرنامج.

(د. أحمد يونس)، وتطبيق بطاقة اكتشف نفسك عليهم شفهاً، ومحاضرة عن مفهوم الذات والعوامل المؤثرة فيه، وتطبيق بطاقة تنمية مفهوم الذات عليهم، بالإضافة إلى الواجب المنزلي؛ حيث طُلب من المشرف الليلي مناقشة الأطفال فيما حدث في الجلسة، وأن يذكروا المواقف الحياتية التي مرت بهم ويحددوا فيها طبيعة مفهومهم عن أنفسهم سواء كان إيجابياً أم سلبياً، وتسجل في بطاقة الذات الإيجابية.

- الجلسات (4-10-16) (تنمية بعد المثابرة): استهدفت تعرف الطفل خصائص الشخص المثابر وسماته، وتدريبه على التغلب على العقبات الشخصية والخارجية، وتعديل عبارات واستدخال أخرى تدعم المثابرة لديه، وذلك بعرض قصة حياة (د. طه حسين)، وتقديم لعبة الرد السريع، وسرد قصة رحلة المشاكل، وعرض الأطفال لبعض الأمثلة الحياتية التي استطاعوا المثابرة فيها، بالإضافة إلى الواجب المنزلي حيث طبق المشرف عليهم بطاقة (كافئ نفسك) لمعرفة المواقف الحياتية التي مرت بهم لتأكيد المثابرة وتنمية الوعي بالذات المثابرة لديهم.

- الجلسات (5-11-17) (تنمية بعد الطموح): استهدفت تدريب الأطفال على كيفية تحديد أهدافهم الواقعية المستقبلية، وتمكينهم من إبراز أفكارهم الطموحة والتعبير عنها، وتعليمهم التمييز بين الأهداف قصيرة المدى وطويلة المدى، وتعريفهم خصائص الشخص الطموح وسماته بتقديم شخصية طموحة - طبيب المعهد؛ لأنه يعتبر أحد الشخصيات المحببة للأطفال - وسرد قصة الحصان الصغير يتعلم، وإجراء مباراة كرة الجرس، وتقديم لعبة سلم الإعجاب، بالإضافة إلى الواجب المنزلي حيث طبق المشرف عليهم بطاقة (هذه أمنياتي) لمعرفة طموحاتهم، ومدى تخيلهم عن كيفية تحقيق هذه الطموحات.

- الجلسات (6-12-18) (تنمية بعد المخاطرة المحسوبة): استهدفت تشجيع سلوك المبادرة الإيجابية لدى المشاركين، وتدريبهم على التمييز بين الأهداف ذات المخاطرة المنخفضة (سهلة التحقيق)، والأهداف ذات المخاطرة المرتفعة (شبه المستحيلة)، والأهداف ذات المخاطرة المحسوبة (متوسطة الصعوبة)، وذلك بسرد قصة "الصديقان والبئر"، وإجراء لعبة رمي الطوق، وقصة حياة (لويس برايل)، والطلب منهم ذكر المواقف الحياتية التي كان فيها مخاطرة، وأخيراً الواجب المنزلي؛ حيث طبق المشرف عليهم بطاقة (هذا أنا) لمعرفة مدى توافر درجات المخاطرة لديهم، ووعيهم بها ودورها في تحقيق أهدافهم.

- الجلسات (7-13-19) (تنمية بعد التقبل الاجتماعي): استهدفت تبصيرهم بأهمية التفاعل الاجتماعي الإيجابي ودوره في التقبل الاجتماعي، وتدريبهم على قبول رأي الآخر، وإكسابهم المساندة الاجتماعية بأنماطها الأربعة (الأدائية، المعرفية، الوجدانية، والتقويمية)، وذلك بإجراء حفلة سمر، وسرد قصة "أمين والمدينة"، وعرض قصة حياة عمار الشريعي، وإجراء لعبة مؤشر الراديو، والواجب المنزلي، حيث طبق المشرف عليهم بطاقة (لي وللآخرين) لمعرفة سمات الشخص المُتقبل اجتماعياً، وتوضيح مدى وعيهم بدرجاتهم من حيث القبول الاجتماعي، ودور تحقيق النجاح في القبول الاجتماعي.

- الجلسات (8-14-20) (تنمية بعد السعي للنجاح والتميز): استهدفت تدريبهم على كيفية التخلص من مشاعر الفشل وتحويلها إلى نجاح، وإكسابهم القدرة على تحمل المسؤولية، وتنمية السعي نحو الإتقان والتميز لديهم، وذلك بعرض ملخص لفيلم "أمير الظلام"، وقصة "الثور الكسول"، وقصة "حياة هيلين كيلر"، كما طلب منهم ذكر أمثلة حياتية خاصة بالسعي للتميز، بالإضافة إلى الواجب المنزلي حيث طبق المشرف عليهم بطاقة (من اللوم إلى الشهرة)، لمعرفة سمات الناجح، ودور مراجعة النفس في مواقف الفشل حتى يحدث النجاح.

- الجلسات (9-15-21) (تنمية بعد المنافسة مع الآخرين): استهدفت تدريبهم على التمييز بين التنافس مع الذات ومع الآخرين ومع الرقم القياسي، ومساعدتهم على استخلاص معنى المنافسة، وتعليمهم أداء أعمالهم بإتقان وتميز داخل المدرسة وخارجها، وذلك بإجراء مسابقة الفوايزر، وسرد قصة "السباق العجيب"، وإجراء مسابقة للعزف على بعض الآلات الموسيقية، والواجب المنزلي حيث طبق المشرف عليهم بطاقة (المنافسة والإنجاز) لعرض المواقف الحياتية الخاصة بالمنافسة ودورها في تحقيق الإنجاز.

تحديد مكان تنفيذ البرنامج وزمانه: بناء على رغبة عينة الدراسة فقد اختير مسرح المدرسة باعتباره أكثر الأماكن تفضيلاً لهم، وقد امتدت فترة البرنامج من منتصف أكتوبر (2007)، حتى الأسبوع الأول من ديسمبر (2007)، بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً، مدة كل منها (60) دقيقة.

4 - تطبيق أدوات الدراسة:

طبقت أدوات الدراسة على عدة مراحل على النحو التالي:

المرحلة الأولى: ضبط بعض المتغيرات وتثبيتها، وتعرف مدى التجانس بين

المجموعتين (التجريبية والضابطة)؛ حيث طُبّق مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (الجزء اللفظي) بطريقة فردية وشفهياً؛ وذلك لتحديد مستوى ذكاء العينة واستبعاد الأقل من المتوسط، كما طُبّق مقياس المستوى الثقافي الاقتصادي الاجتماعي على الأطفال المكفوفين بطريقة فردية وشفهياً أيضاً، وطُبقت قائمة ملاحظة سلوك الطفل على المشرف المقيم مع الأطفال - فردياً وكانت التعليمات مكتوبة - لتقدير سلوكيات الأطفال المكفوفين من نواحي التوافق (الشخصي والجسمي والاجتماعي والأسري والمدرسي)، كما طُبّق مقياس الصحة النفسية ودافعية الإنجاز على الأطفال بطريقة فردية وشفهياً - التطبيق القبلي.

المرحلة الثانية: طُبقت إجراءات البرنامج بشكل جماعي، وكانت جميع التعليمات شفوية، وقد طُلب من المشرف الليلي أو ولي الأمر - من خلال البطاقة التتبعية الدوائية في حال ذهاب الأطفال (المجموعة التجريبية) إلى المنزل في نهاية الأسبوع - إبلاغ الباحث إذا ما تناول الابن أية أدوية؛ لتثبيت الأثر غير المباشر لهذا المتغير في أثناء فترة تطبيق البرنامج.

المرحلة الثالثة: بعد انتهاء تطبيق إجراءات البرنامج طُبّق مرة أخرى مقياس الصحة النفسية ودافعية الإنجاز بالطريقة السابقة نفسها، وبعد هذا التطبيق بشهر طُبّق المقياس مرة أخرى للقياس التتبعي.

5 - الأساليب الإحصائية المستخدمة :

استعانت هذه الدراسة بالإحصاء البارامترى - معاملات الارتباط، اختبار "ت" البارامترى للعينات المرتبطة والعينات المستقلة، وحساب حجم التأثير بالإضافة إلى التحليل العاملي، وذلك في ضوء حجم العينة، وطبيعة الفروض، ونوعية الأدوات المستخدمة.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

نص الفرض الأول:

يؤدي برنامج إرشادي إلى تحسين دافعية الإنجاز لدى عينة الدراسة من الأطفال المكفوفين، وينبثق من هذا الفرض العام الفروض الفرعية الآتية:

أ - يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات دافعية الإنجاز للمجموعة التجريبية في القياسين قبل البرنامج وبعده، كما يتضح في جدول (4 - أ).

ب - لا يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات دافعية الإنجاز للمجموعة الضابطة في القياسين قبل البرنامج وبعده كما يتضح في جدول (4 - ب).

ج - يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات دافعية الإنجاز للمجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس بعد البرنامج، كما يتضح في جدول (4-ج).

د - لا يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات دافعية الإنجاز للمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للبرنامج، كما يتضح في جدول (4-د)، وجدول (4) يوضح ذلك.

جدول (4)

قيمة (ت) ودلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في دافعية الإنجاز

المتغير	م	القياس	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	قيمة d	حجم التأثير ⁽⁷⁾
دافعية الإنجاز	أ	قياس قبلي للتجريبية	50	47,620	5,638	**9,733	2,78	كبير
		قياس بعدي للتجريبية		51,440	5,031			
	ب	قياس قبلي للضابطة	50	48,820	5,798	0,472	-	-
		قياس بعدي للضابطة		48,620	4,403			
	ج	قياس بعدي للضابطة	50	48,620	4,403	**2,983	0,60	متوسط
		قياس بعدي للتجريبية	50	51,440	5,031			
	د	قياس بعدي للتجريبية	50	51,440	5,031	0,738	-	-
		قياس تتبعي للتجريبية		51,240	5,025			

** دالة عند مستوى (0,01)

يشير تحليل نتائج جدول (4) إلى تحقق صدق الفرض الأول من حيث فاعلية إجراءات البرنامج في تحسين دافعية الإنجاز، كما يتضح من وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات دافعية الإنجاز للمجموعة التجريبية في القياسين

(7) اعتمد الباحث في حساب حجم التأثير على معادلة قيمة d = حاصل ضرب (قيمة "ت" × 2) مقسومة على الجذر التربيعي لدرجة الحرية، ويعد حجم التأثير كبيراً إذا بلغ (0,8)، ويكون متوسطاً إذا بلغ (0,5)، ويكون صغيراً إذا بلغ (0,2) (رشدي منصور، 1997).

قبل البرنامج وبعده؛ حيث بلغت قيمة "ت" (9,733)، وذلك في اتجاه القياس بعد البرنامج، وكان حجم التأثير كبيراً؛ إذ بلغ (2,78)، وبالرجوع إلى الجدول الخاص بالمساحة المقابلة للدرجات المعيارية في جدول المنحنى الاعتدالي وجد أنها تساوي (0,4979)، وهذا يعني أن النسبة المئوية التي يتجاوز بها متوسط درجات المجموعة التجريبية بعد تلقي البرنامج التدريبي متوسط الدرجات في المجموعة التجريبية قبل تلقي البرنامج التدريبي هي (50%) تقريباً، ويشير ذلك إلى أثر المتغير المستقل (المعالجة التجريبية - إجراءات البرنامج) في حدوث الفروق بين متوسطي درجة دافعية الإنجاز للقياسين القبلي والبعدي في اتجاه القياس البعدي، وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات دافعية الإنجاز للمجموعة الضابطة في القياسين قبل البرنامج وبعده، كما وجدت فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات دافعية الإنجاز للمجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس بعد البرنامج؛ إذ بلغت قيمة "ت" (2,983)، في اتجاه المجموعة التجريبية، حيث كان حجم التأثير متوسطاً؛ إذ بلغ (0,60)، وهي تقابل (0,2257) في جدول المنحنى الاعتدالي، وهذا يعني أن النسبة المئوية التي يتجاوز بها متوسط درجات المجموعة التجريبية بعد تلقي البرنامج التدريبي متوسط الدرجات في المجموعة الضابطة بعد تلقي البرنامج التدريبي هي (23%) تقريباً، ويشير ذلك إلى أثر المتغير المستقل (المعالجة - إجراءات البرنامج) في تنمية دافعية الإنجاز لدى المجموعة التجريبية.

وهذا ما أكدته نتائج الدراسات السابقة من حيث إمكانية تحسن دافعية الإنجاز لدى المكفوفين من جهة مثل دراسة إقبال الحداد، 2006؛ Ciampi, 1988 -؛ مما يؤيد نتائج الدراسات السابقة من حيث انخفاض درجة دافعية الإنجاز لديهم من جهة أخرى، مثل دراسة فتحي عبد الرحيم، 1982؛ 1983؛ Moreau, 2000؛ D'Allura, 1983؛ Russello and Drapeau, 1999 - وإن كانت هذه النتائج تختلف مع نتائج دراسة Beaty, 1999، التي أشارت إلى ارتفاع دافعية الإنجاز لدى المكفوفين مقارنة بالمبصرين.

ويرجع الباحث فاعلية البرنامج إلى استخدام أسلوب المساندة الاجتماعية وما لهذا الأسلوب من أهمية بالنسبة للمكفوفين، كذلك إلى ما تضمنه البرنامج من أنشطة متنوعة (جمعت بين الألعاب، رحلة، وحفلة) خاصة أن التعلم عن طريق الأنشطة يؤدي إلى إيجابية الطفل؛ فالأنشطة لم تقتصر على الجانب الحركي فقط، بل شملت الجانب المعرفي والوجداني للشخصية؛ أي أنها مثلت جميع جوانب

شخصية الطفل، وتعد أوجه النشاط المختلفة صوراً للتعبير عن الانفعالات القوية، والتغلب على الشعور بالنقص، كما أنها مجالات لإشباع الحاجات المتعددة كالحاجات الجسمية والاجتماعية، وغيرها من الحاجات التي لا يتم إشباعها بعيداً عن مجالات النشاط المتنوعة (محمد إسماعيل، 1996: 188).

كما أن ممارسة الأنشطة المدرسية المختلفة يؤدي إلى تنمية التوافق النفسي والاجتماعي للكيف، وعلى الرغم من أن فرصته ضعيفة في ممارسته للأنشطة مقارنة بالمبصرين، فإن ممارسته للنشاط الرياضي تساعده على التخلص من المشاعر المكبوتة، وتكسبه التفاعل الاجتماعي الإيجابي، والثقة بالنفس والمثابرة والإصرار في مواجهة أكبر الصعاب، مما ينمي ثقة الفرد في قدرته على تخطي هذه الصعاب (ليزا أسبينول، وأوسولا ستودينجر، 2006: 123). ويبدو أن الألعاب الإنجازية المتضمنة في البرنامج ساعدت على معاشة الكيف وإدراكه السمات والخصائص الإنجازية؛ مما مكن المشارك من تحقيق صورة الذات المثالية لديه دون نقد أو تقويم.

أما الأنشطة القصصية فقد أسهمت في إكساب الأطفال الحاجة إلى الإنجاز وتقدير قيمة العمل، والحاجة إلى تنمية القدرات والعادات الفكرية المطلوبة، وهدفت الأنشطة الفنية والثقافية المختلفة التي مورست في البرنامج إلى تعميق وعي الطفل بقيمته الذاتية وأهميته الاجتماعية، كما وفرت له الفرصة لحرية الرأي والتعبير وتعرف وجهات النظر المختلفة، وساعدته على تحمل المسؤولية والاعتماد على النفس، كما أن التجانس والتشابه بين أفراد العينة في القدرات والاستعدادات وغيرها من العوامل الأساسية التي تحقق التكيف الفيزيقي والنفسي بصورة تتفوق عما يحققه الكيف في أسرته، وهو ما أتاح الفرصة لكل طفل من المجموعة التجريبية لاكتساب السمات والمهارات الإنجازية، وهذا ما أكدته ماكلياند McClelland من أن الشخصية لديها من المرونة ما يسمح لها بالتعديل والتغيير عن طريق التعزيز الذي بني عليه تعديل السلوك.

وترجع فاعلية البرنامج الإرشادي وتأثيره الإيجابي أيضاً إلى إتاحة الفرصة أمام المشاركين في البرنامج للإفصاح عن مشاعرهم وأفكارهم تجاه المشكلات الإنجازية التي يواجهونها، كذلك كان للفنيات الإرشادية المختلفة دور في إثارة وظائف المخ التي لم تحدث لها إثارة من قبل أو حدثت لها إثارة سابقة ولكن بشكل

غير كاف، ومن ثم فهي تقوم بدور الوسيط بين المشارك والمثيرات - من مناقشة وتحليل ومقارنة ولعب الأدوار، والسيكودراما، والمشاركة الجماعية، وإعادة البناء المعرفي- خاصة فيما يتعلق بالتفكير وكونه عملية رمزية، ومن ثم يمكن استحضارها في أي وقت؛ بمعنى أن الأفكار والمفاهيم التي يكتسبها المشاركون في البرنامج يمكنهم استحضارها في أي وقت، وبقدر ما يستطيع المشارك الربط بين الشبكة الارتباطية الجديدة (الأفكار الإنجازية) وسلوكه بقدر ما يرتفع احتمال التغيير في كل من التفكير والسلوك (ناثلة فائق، 1991) هذا، فضلاً عن دور النمذجة في إعطاء القدوة السليمة عن طريق تناول شخصيات استطاعت التغلب على ما قابلها من صعاب، كما شملت سلوكيات المواجهة التركيز على أهمية الدعم الاجتماعي وخاصة في المواقف الإنجازية، حيث إن شعور الفرد بأنه يعيش بمفرده في عزلة عن الآخرين يشعره بالضعف بصفة عامة ومن ثم ضعف القدرة الإنجازية بصفة خاصة، كما أنه باستخدام بعض مبادئ الاشتراط السلوكي أمكن تغيير بنية دافعية الإنجاز لدى عينة الدراسة، فالبرنامج ودوره في إدخال المعلومات الجديدة واستقرارها في النسيج المعرفي القديم شجع الكفيف على إنجاز الأعمال الصعبة التي تتطلب مهارة عالية وتحدياً ومثابرة.

وقد أتاح البرنامج الفرصة أمام المشاركين لفهم نواتهم وجوانب القوة والضعف لديهم، ومن ثم مساعدتهم على تحقيق أهدافهم والاستفادة من إمكانياتهم، ولكون الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة يحصلون على مستوى منخفض في الدافعية الذاتية للإنجاز، حيث يبدو أن أكثر اهتماماً بالمقارنة الاجتماعية لأدائهم بأقرانهم، أكثر من كون الإنجاز وثيق الصلة بذواتهم (حسن حسن، 1989)؛ لذا فقد ركز البرنامج من خلال إجراءاته المختلفة على تنمية مفهوم الذات الإنجازية وسط الجماعة.

كما أن استخدام أسلوب الإرشاد الجماعي في إجراءات هذه الدراسة وتفاعل أفراد المجموعة التجريبية بعضهم مع بعض نتيجة الحوار والمناقشة الهادفة والموجهة نحو إحدى المشكلات الحياتية للمكفوفين - ضعف القدرة الإنجازية - لم يكن له أثر في تنمية دافعية الإنجاز فحسب بل في تغيير المفهوم السلبي عن الذات إلى مفهوم أكثر إيجابية أيضاً.

ولما كانت خبرة البرنامج هي خبرة محددة مهما طالَّت مدتها، وأن ما يدرَّب

عليه من وضع أهداف ورسم خطة لتحقيقها لا يتجاوز كونه عينة، فقد كان الهدف الأكبر من التدريب على المفاهيم الإنجازية هو استفادة المشارك منها بعد انتهاء البرنامج؛ أي في حياته الخاصة، وللتأكد من ذلك كان القياس التتبعي، وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بصدد متوسط درجة دافعية الإنجاز للمجموعة التجريبية بين القياسين البعدي والتتبعي للبرنامج؛ مما يشير إلى احتفاظ أفراد المجموعة التجريبية بالنمو الذي حققوه نتيجة خبرة البرنامج، وهذا هو المستوى الأول المتوقع كدالة على فاعلية البرنامج، وإذا تقدمنا خطوة أبعد فإننا نتوقع أن يتزايد النمو نتيجة الخبرات الجديدة الواقعية وما يترتب على ذلك من تدعيم لها، فيؤدي من ثم لمزيد من النمو (سحر الشعراوي، 1994)؛ مما يدل على استدخال هؤلاء المكفوفين للمهارات الإنجازية في نظامهم المعرفي الإدراكي والسلوكي.

فضلاً عما تقدم، فإن الأسرة وما توفره للابن المعوق من أمان عاطفي - وما أكدته نتائج الدراسات السابقة حول اتجاهات الوالدين نحو الكفيف - هي لبنة البناء الأولى في تشكيل شخصيته (عجيب مجلع، 1998)؛ فقد تجعله يشعر بالعجز عند مواجهة المواقف وتضعف ثقته بنفسه، وتؤثر سلباً على علاقاته الاجتماعية، وقد تسهل له عملية التعلم وتعطي له الفرصة الحقيقية لاكتساب المهارات الأولية والشخصية والاجتماعية والإنجازية (منى الدهان، 1994) كما أن الطريقة التي يتربى بها الطفل خلال فترة التعلم قبل المدرسة تحدد منجزاته التالية فيما بعد (سحر الشعراوي، 1994) فأفعال الآباء واتجاهاتهم تؤدي إلى التشجيع نحو الإنجاز، وقد أظهرت نتائج الدراسات أنه كلما كانت أساليب المعاملة الأسرية أكثر تسلطية وتقليدية انخفض مستوى دافعية الإنجاز بين الأبناء، في حين أن المناخ المشجع المحفز يولد طموحات مبكرة، فالإنسان ابن بيئته الاجتماعية يؤثر فيها ويتأثر بها، وقد لوحظ أن أمهات الأولاد ذوات دافع الإنجاز المرتفع يدفعن أبناءهن إلى الاستقلال بأنفسهم، وأخيراً أشارت النتائج أيضاً إلى أن دافعية الإنجاز في المرحلة الابتدائية في عمر (9-12) عاماً تؤثر بطريقة مباشرة على دافعية إنجاز المراحل العمرية التالية؛ بمعنى أنها تنبئ بدافعية الإنجاز في المراحل التالية (Askeles, 1994).

كما أن للمدرسة دوراً مؤثراً في تنمية دافعية الإنجاز لدى المكفوفين؛ حيث يخبر الطفل في المدرسة تأثير الجماعة التي تعزز نمو مفهومه عن ذاته؛ فالمدرسة تسهم بصورة ما في تحديد مسار تكوين الشخصية وتضع أساس شخصية الفرد،

وهو الأساس الذي يمكن للخبرات التالية أن تنميه وتعززه وتدعمه، وبقدر ما يتوافر في البيئة المدرسية من مناخ صحي يساعد على نمو الشخصية بقدر ما تنمو الشخصية الإيجابية المنتجة، ويؤدي المعلم دوراً مهماً في ذلك؛ حيث يعلمهم عن طريق إعطائهم وصفاً تاماً للبيئة الاجتماعية بالإضافة إلى البيئة الفيزيائية، ما يعمل على نمو دافعيتهم وتشجيعها.

وتنمو الذات الاجتماعية عن طريق عملية التفاعل الاجتماعي، ويزداد شعور الطفل بقيمته فيسعى لتعزيز صورته في أعين الآخرين، وتزداد قدرته على التعبير عن الذات وممارسة الأنشطة المختلفة فتزداد دافعيته للإنجاز (عجيب مجلع، 1998) ويرى الكثير من التربويين أن إثارة دافعية الإنجاز هي مسؤولية المعلم، وقد أوضحت الدراسات أن العوامل المهمة في تعزيز الدافعية أو عدم الدافعية للطلاب هو المعلم، وأن تأثيره على الطلبة وإنجازهم عامل مهم لا يمكن تجاهله، وأن أسباب ضعف دافعية المعلم تتساوى في تعقدها مع ضعف دافعية الطلبة؛ فالمعلم الذي يتوقع نجاح طالب ما سيدفعه نحو التحصيل العالي، والمعلم الذي يحمل اتجاهات سلبياً نحو طالب ما يؤثر سلباً على أداء ذلك الطالب وتنخفض دافعيته للإنجاز (Atkinson, 2000)، وقد وجد أن تهيئة المعلم لمناخ إنجازي ودود داخل الفصل قد ساعد على تحسن دال في السرعة والدقة والكتابة على الآلة الكاتبة (سحر الشعراوي، 1994)، كما أن المناهج وما تحتويه من معرفة تكون مرتبطة بحياة التلاميذ ومحقة لأهدافهم، وطرق التدريس التي تخلق مواقف منافسة بين التلاميذ وربط المواد وتحديد الأهداف من عملية التعلم وتوضيحها في أذهان التلاميذ، كل ذلك له دور رئيسي في تنمية دافعية الإنجاز لدى المكفوفين (علاء الدين العمري، 2007).

كذلك فإن الجماعة المرجعية لها دور في تحسين دافعية الإنجاز لدى المكفوفين؛ فتكوين جماعة مرجعية يمكن أن يساعد على زيادة شعور الفرد بالدفع والقرب المتبادل بما تحويه تلك العلاقة من احترام متبادل يستمر إلى ما بعد انتهاء البرنامج، ويرى ماكلياند أن كل فرد في الجماعة لا يعد علامة أو إشارة في الشبكة الارتباطية الإنجازية فقط بل يجعلها أكثر عمقاً أيضاً، كما أن الجماعة المرجعية تلك تقدم دعماً وإثابة لما يصدر عن أحد أفرادها من تفكير وسلوك إنجازي، وتدعم لديه المنافسة الإيجابية المنجزة؛ مما يدعم لديه ثقته بنفسه ومفهومه عن ذاته الإنجازية، وقد أشارت الدراسات إلى فاعلية استخدام الجماعة المرجعية الإيجابية في تنمية

دافعية الإنجاز لدى الطلبة، ويؤكد ذلك ماكلياند في قوله: يزيد احتمال حدوث التغيير في الدافع واستمراره إذا كان الدافع الجديد مرتبطاً بالانتماء لجماعة مرجعية جديدة يقدرها المشارك ويحرص عليها (سحر الشعراوي، 1994).

كما يجب ألا نغفل دور وسائل الإعلام في هذا الصدد؛ فهي تسهم في إكساب المكفوفين دافعية الإنجاز وحثهم عليها، فمن خلال البرامج المختلفة التي تقدم في الراديو والتلفزيون نجد أن الحاجة للإنجاز قد تشبع من خلال ما يعرض من قصص البطولة أو الشخصيات ذات المكانة المرموقة وتقديم أمثلة ونماذج من المكفوفين كي يقتدوا بها وتعلمهم التحدي، أو تساعدكم على التغلب على إعاقاتهم والتوافق مع المجتمع، الذي يعد ضرورياً لارتفاع دافعية الإنجاز لديهم.

كذلك، فإن ثقافة المجتمع والأسرة تؤثر في دافعية إنجاز أفرادها، كما أن ما توفره الأسرة من وسائل تثقيفية له دور مهم في رفع المستوى الثقافي لأفرادها؛ فالآباء ذوو المستوى الثقافي المرتفع يتفهمون مشكلات أبنائهم ويعملون على تذليل الصعاب التي تعترضهم ويهيئون لهم الفرص المناسبة والتشجيع المناسب لتنمية قدراتهم وتوجيههم، كما أن مستوى ثقافة الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه الشخص يؤثر في دافعيته للإنجاز.

نص الفرض الثاني:

يصاحب تحسين دافعية الإنجاز ارتفاع مستوى الصحة النفسية لدى عينة الدراسة من الأطفال المكفوفين، وينبثق من هذا الفرض العام الفروض الفرعية الآتية:

- أ - توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الصحة النفسية للمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للبرنامج (5-أ).
- ب - لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الصحة النفسية للمجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي للبرنامج (5-ب).
- ج - توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الصحة النفسية للمجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس بعد البرنامج (5-ج).
- د - لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الصحة النفسية للمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للبرنامج (5-د)، وجدول (5) يوضح ذلك.

جدول (5)
قيمة (ت) ودلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة
في الصحة النفسية

المتغير	م	القياس	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	قيمة d	حجم التأثير
الصحة النفسية	أ	قياس قبلي للتجريبية	50	63,780	6,649	**8,047	2,29	كبير
		قياس بعدي للتجريبية		69,360	7,922			
	ب	قياس قبلي للضابطة	50	64,300	7,178	1,257	-	-
		قياس بعدي للضابطة		63,960	6,869			
	ج	قياس بعدي للضابطة	50	63,960	6,869	**3,642	0,74	متوسط
		قياس بعدي للتجريبية	50	69,360	7,922			
	د	قياس بعدي للتجريبية	50	69,360	7,922	0,994	-	-
		قياس تتبعي للتجريبية		69,000	8,488			

** دالة عند مستوى 0,01

يشير تحليل نتائج جدول (5) إلى تحقق صدق الفرض الثاني؛ حيث تحسنت دافعية الإنجاز ومن ثم زادت درجة الصحة النفسية لدى عينة الدراسة من الأطفال المكفوفين، كما يتضح وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الصحة النفسية للمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للبرنامج - حيث بلغت قيمة "ت" (8,047) - وذلك في اتجاه القياس البعدي، وكان حجم التأثير كبيراً؛ إذ بلغ (2,29)، وهو يقابل (0,4890) في جدول المنحنى الاعتدالي، وهذا يعني أن النسبة المئوية التي يتجاوز بها متوسط درجات المجموعة التجريبية بعد تلقي البرنامج التدريبي متوسط الدرجات في المجموعة التجريبية قبل تلقي البرنامج التدريبي نحو (50%) تقريباً، ويدل ذلك على الأثر الكبير للمتغير المستقل (المعالجة - إجراءات البرنامج) في حدوث الفروق في درجة الصحة النفسية بين القياسين القبلي والبعدي في اتجاه البعدي، وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الصحة النفسية للمجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي للبرنامج، كما وجدت فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الصحة النفسية للمجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس بعد البرنامج؛ حيث بلغت قيمة "ت"

(3,642) في اتجاه التجريبية، وكان حجم التأثير متوسطاً؛ حيث بلغ (0,74) وهو يقابل (0,2704) في جدول المنحنى الاعتدالي، وهذا يعني أن النسبة المئوية التي يتجاوز بها متوسط درجات المجموعة التجريبية بعد تلقي البرنامج التدريبي متوسط الدرجات في المجموعة الضابطة بعد تلقي البرنامج التدريبي نحو (30%) تقريباً، ويدل ذلك على أن للمتغير المستقل (المعالجة - إجراءات البرنامج) أثراً كبيراً في حدوث الفروق في درجة الصحة النفسية بين المجموعتين في اتجاه التجريبية. وأخيراً لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الصحة النفسية للمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للبرنامج.

وهذا ما أكدته نتائج الدراسات السابقة من حيث إمكانية تحسين مستوى الصحة النفسية لدى المكفوفين، مثل دراسة أشرف عبد الحميد (2000)؛ ويختلف ذلك مع دراسة عزة علي (2003).

وتتفق هذه النتائج مع نتائج الدراسات السابقة من حيث إن تحسين دافعية الإنجاز يرفع درجة الصحة النفسية مثل دراسة جمال شكري 1990؛ ونائلة فائق، 1991؛ Ronel, 1986.

ويتفق ذلك أيضاً مع نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بوجود ارتباط إيجابي دال بين الصحة النفسية ودافعية الإنجاز، من مثل دراسة زكريا الشربيني، 1981؛ Cassidy, 2002; Accordino et al, 2000; Accordino, 1999؛ إلا أنه يختلف مع دراسة Lew, 1994 التي أشارت إلى وجود ارتباط سالب بينهما.

ويرجع الباحث فاعلية البرنامج إلى استراتيجية المساندة الاجتماعية المستخدمة في البرنامج؛ حيث بينت الدراسات وجود علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية والتمتع بالصحة النفسية (Cimarolli et al., 2005)؛ فالمكفوفون الذين يتلقون مساندة اجتماعية منخفضة من قبل أسرهم ينعكس ذلك على صحتهم النفسية بالسلب، بينما الذين يتلقون مساندة اجتماعية مرتفعة يتمتعون بقدر أكبر من الصحة النفسية، كما أن مساندة الجماعة المرجعية غاية في الأهمية؛ فهي تزيد من إحساس الكفيف بهويته وقيمه الذاتية، ويمكن القول: إنه إذا تزامنت مساندة الأسرة مع مساندة الجماعة المرجعية، وتفهم حاجات الكفيف وتواصله الانفعالي والاجتماعي فإن ذلك من شأنه أن يزيد من صحته النفسية، والمعلومات والمعارف

والأفكار والخطط والأهداف التي تقدم للكفيف من خلال مصادر المساندة الاجتماعية المختلفة تمثل جوهر الصحة النفسية له.

وتؤدي الاتجاهات الاجتماعية التي يتبناها المحيطون بالكفيف دوراً بالغاً في التأثير على شخصيته، وهذه الاتجاهات إما أن يغلب عليها الإهمال وإما النبذ والرفض، أو العطف المبالغ فيه والشفقة والحماية الزائدة، وفيما بينهما تقع اتجاهات أخرى أكثر اعتدالية وإيجابية يمكن أن تساعد المكفوفين على تنظيم شخصياتهم بما يحقق لهم النضج النفسي والاستقلالية والشعور بالكفاءة الذاتية والثقة بالنفس، ومن ثم صحة نفسية مرتفعة.

ومن منطلق منظومي شبكي يسوده التفاعل والاعتماد المتبادل بين متغيرات الشخصية فإنه يمكن توقع أن التغير في أحد المتغيرات (دافعية الإنجاز) سيصاحبه تغير في المتغيرات الأخرى (الصحة النفسية) تبعاً لدرجة الاعتماد المتبادل بينها والمتغير الأصلي، ويرتبط ذلك بالتحسن في درجة الصحة النفسية كمتغير لم يتناوله البرنامج بالتدريب، ولم يحظ بالمعالجة المباشرة.

وتؤكد نتائج هذه الدراسة أن قدرة الفرد على الإنجاز تنعكس على درجة توافقه النفسي والاجتماعي، حيث إن الأشخاص ذوي الصحة النفسية المرتفعة أكثر مثابرة أمام المشكلات التي تقابلهم، كما أنهم أكثر ثقة في أنفسهم وفيما يحققونه من نجاح، فإن دافعية الإنجاز تُعد من مؤشرات الصحة النفسية، خاصة مع كون الصحة النفسية عملية سلوك موجه نحو هدف يتضمن خفضاً للتوتر؛ لأنه مدفوع بحاجة أو حافز ينشأ على مستويات متدرجة بدءاً من الحاجات الفسيولوجية الأولية إلى أقصى الحاجات النفسية تعقيداً ورمزية كالحاجة للإنجاز، لذا فإن الشخصية الإنجازية يمكن أن تتصف بمستويات عالية من الصحة النفسية (سعد المغربي، 1992) وهذا ما أكدته الارتباط الواضح بين دافعية الإنجاز والصحة النفسية في كل مواقف القياس ولدى المجموعتين التجريبية والضابطة.

ويلاحظ أن الجو المدرسي القائم على الحب والتعاطف بين المعلمين والتلاميذ يسهم إسهاماً فعالاً في تدعيم الصحة النفسية للتلاميذ، أما الجو الذي يسوده عكس ذلك فله الأثر السيئ على توافقهم وصحتهم النفسية، وقد أكدت نتائج بعض الدراسات وجود علاقة إيجابية بين المناخ المدرسي الصحي والتوافق النفسي، وأن الأسلوب الديمقراطي له أهميته في تحقيق الصحة النفسية، المتمثلة

في إشباع حاجاتهم إلى الأمن والحب، والتقدير، والنجاح، والحرية، كما أن الأساليب التي تتسم بالاستقلالية والتشجيع على الإنجاز تؤدي إلى التوافق والصحة النفسية المرتفعة (علاء الدين كفاقي، 1990: 125).

ويمكن أن تعزى نتائج هذا الفرض إلى الاعتماد على المنهج الإنمائي والوقائي؛ حيث تحسين دافعية الإنجاز، بما يضمن زيادة الكفاءة والتوافق لدى المكفوفين خلال مرحلة الطفولة المتأخرة، لتحقيق أفضل مستوى من الصحة النفسية وذلك عن طريق دراسة إمكاناتهم وقدراتهم وتوجيهها التوجيه السليم، فضلاً عن الوقاية من الوقوع في المشكلات والاضطرابات المختلفة.

توصيات الدراسة:

وتتضمن ما يلي:

أولاً - بحوث مقترحة:

يوصي الباحث بضرورة تطبيق:

- 1 - برنامج إرشادي لتنمية الوعي بالذات الإنجازية لدى عينة من المراهقين المكفوفين.
- 2 - برنامج للتدريب على ضبط الذات وتأثيره في الصحة النفسية لدى عينة من المكفوفين في مرحلة الروضة.
- 3 - برنامج إرشادي لتوجيه عينة من آباء المكفوفين لتحسين دافعية إنجاز أبنائهم.
- 4 - برنامج إرشادي لتحسين دافعية إنجاز عينة من معلمي المكفوفين وأثره في دافعية إنجاز تلاميذهم.

ثانياً - توصيات تطبيقية:

توصي هذه الدراسة بضرورة ما يلي:

- 1 - دمج الأطفال المعوقين بصرياً في المدارس العادية، وتهيئة المدارس، وتأهيل المعلمين، وتوفير وسائل التعليم الخاصة التي تستثير دافعيتهم للإنجاز.
- 2 - توعية الوالدين بدورهم في حث الأبناء المكفوفين وتشجيعهم على الإنجاز.

- 3 - تأكيد دور المدرسة - من معلم ومناهج وطرق تدريس - في إثارة دافعية الإنجاز لدى المكفوفين، والعمل على المشاركة الإيجابية لهم في الأنشطة المدرسية.
- 4 - الاهتمام بالمادة المقدمة للطفل في وسائل الإعلام المسموعة والمرئية لتقديم شخصيات منجزة تحثهم وتشجعهم على الإنجاز.

المراجع:

- أحمد العمري (1994). دراسة تقويمية للبرامج المعدة للتعامل مع الطفل الكفيف. رسالة ماجستير (غير منشورة)، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- أحمد عبد الخالق؛ وعويد المشعان؛ فاطمة عياد؛ وعدنان الشطي؛ وفريح العنزي (1994). دراسة مقارنة للدافعية للإنجاز لدى طلاب الجامعة الكويتيين قبل الغزو العراقي وبعده. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، 9: 1-15.
- أشرف عبد الحميد (2000). فاعلية برنامج إرشادي لتعديل وتنمية وجهة الضبط وأثره في الصحة النفسية لدى ذوي الإعاقة البصرية. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- إقبال الحداد (2006). أثر برنامج تدريبي لدافعية الإنجاز في تنمية الكفاءة الشخصية والاجتماعية لدى الطلاب المكفوفين في دولة الكويت. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء (2009). *النتائج النهائية للتعداد العام للسكان على مستوى المحافظات* - www.msrintranet.capmas.gov.eg/pls/fd/abs?lang=18 name=
- 5:00PM-23-01-2009
- أيمن شحاتة (2006). أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء وعلاقتها بتقدير الشخصية لدى عينة من المكفوفين. رسالة ماجستير (غير منشورة)، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- جمال شكري (1990). فاعلية ممارسة نموذج المساعدة في خدمة الفرد وزيادة دافعية الإنجاز لدى طلاب الثانوية الصناعية. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- حامد زهران (1978). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. القاهرة: عالم الكتب.
- حسام محمد (2006). فاعلية برنامج إرشادي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لمجموعة من الأطفال المكفوفين. رسالة ماجستير (غير منشورة)، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- حسن حسن (1989). ضعف التوجه الإنجازي العام لدى أفراد المجتمع المصري: محاولة تفسيرية في ضوء خمسة نماذج نظرية في علم النفس. *مجلة علم النفس*، 9: 57-66.
- حنان ثابت (1995). الضغوط الاجتماعية المدرسية وعلاقتها بوجهتي الضبط ودافعية الإنجاز

- لدى الأطفال. رسالة ماجستير (غير منشورة)، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- خالد النجار؛ محمد الزغير؛ نواف كباره؛ محمود مدحت؛ جهدة أبو خليل؛ ومحمد إبراهيم (2002). التقرير السنوي الأول عن الإعاقة ومؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين في الوطن العربي. القاهرة: المجلس العربي للطفولة والتنمية.
- داليا عبد الهادي (2001). فاعلية برنامج متكامل لأطفال الروضة المكفوفين في ضوء حاجاتهم. رسالة ماجستير (غير منشورة)، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- ذهب عبد الرسول (2003). الضغوط التي يتعرض لها الأطفال المكفوفون وعلاقتها بمستوى أدائهم لبعض أدوارهم الاجتماعية. رسالة ماجستير (غير منشورة)، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- راسل كاسيل (1987). قائمة ملاحظة سلوك الطفل: كراسة التعليمات. ترجمة: مصطفى كامل. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- رشاد موسى (1994). الأعصاب النفسية للمعاق بصرياً: بحوث في سيكولوجية علم المعاصر. القاهرة: دار النهضة العربية.
- رشدي منصور (1997). حجم التأثير الوجه المكمل للدلالة الإحصائية. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 16: 57-75.
- روحية حسين (1988). دراسة تجريبية لأثر برنامج إرشادي على تحسين توافق الأطفال المكفوفين. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- زكريا الشربيني (1981). التوافق النفسي وعلاقته بدافع الإنجاز في مرحلة الطفولة المتأخرة. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية البنات، جامعة عين شمس.
- سحر الشعراوي (1994). أثر برنامج في تنمية دافعية الإنجاز على بعض المتغيرات الشخصية والمهنية لدى عينة من المدرسين. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية البنات، جامعة عين شمس.
- سعد المغربي (1992). حول مفهوم الصحة النفسية أو التوافق. مجلة علم النفس، 23: 6-16.
- سمية جميل (2005). فاعلية برنامج إرشادي لمواجهة الضغوط التي يتعرض لها المعاق بصرياً. مجلة دراسات الطفولة، 8 (26): 15-39.
- سيد خير الله، ولطفي بركات (1967). سيكولوجية الطفل الكفيف وتربيته (دراسات نفسية تربوية اجتماعية للأطفال غير العاديين). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- صفاء الغرابوي (2005). فاعلية التدخل الإرشادي النفسي الوقائي في تنمية أبعاد نموذج مربع الصحة النفسية: مدخل تكاملي تجريبي لمرحلة المراهقة. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية البنات، جامعة عين شمس.
- عجيب مجلع (1998). اتجاهات الوالدين نحو أطفالهم المكفوفين وعلاقتها بمفهوم الذات لدى هؤلاء الأطفال. رسالة ماجستير (غير منشورة)، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

عزة علي (2003). مدى فاعلية برنامجين إرشاديين في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي للكفيف في مرحلة المراهقة. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية البنات، جامعة عين شمس.

عفاف عبد الرحيم (2007). دراسة مقارنة لدافعية الإنجاز لدى طلاب المدارس المشتركة وغير المشتركة. رسالة ماجستير (غير منشورة)، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

علاء الدين العمري (2007). فاعلية برنامج إرشادي لخدمة الفرد في رفع مستوى دافعية الإنجاز لعينة من طلبة المرحلة الثانوية (دراسة تجريبية). رسالة ماجستير (غير منشورة)، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

علاء الدين كفاي (1990). الصحة النفسية. القاهرة: مكتبة هاجر للطباعة والنشر.

فاروق موسى (1981). اختبار الدافع للإنجاز للأطفال والراشدين: كراسة التعليمات. القاهرة: دار النهضة العربية.

فتحي عبد الرحيم (1982). الدافعية للإنجاز وعلاقتها ببعض الممارسات الأسرية في التطبيع الاجتماعي للأطفال المعوقين. المجلة الاجتماعية القومية، 19 (3): 191-241.

لؤي جبر (2009). علم النفس الإيجابي النظرة الجديدة إلى الإنسان -

www.elazayem.com.htm.8:45PM.01-01-2009

ليزا أسبينول؛ وأوسولا ستودينجر (2006). سيكولوجية القوى الإنسانية: تساؤلات أساسية وتوجهات مستقبلية لعلم النفس الإيجابي. ترجمة: صفاء الأعسر، نادية شريف، عزيزة السيد، وعلاء الدين كفاي. القاهرة: المجلس الأعلى للثقافة.

محمد إسماعيل (1996). الطفل من الحمل إلى الرشد (الصبي والمراهق). الكويت: دار القلم.

محمد البحيري (2002). بعض المتغيرات المرتبطة بتحمل الغموض لدى عينة من الصم-دراسة ميدانية، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية البنات، جامعة عين شمس.

محمد البحيري (2005). تقييم فاعلية برنامج لتعديل الغضب ومظاهره لدى عينة من المتأخرين عقلياً القابلين للتعلم، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية البنات، جامعة عين شمس.

محمد سعفان (1991). العلاقة بين الإبداع الفني وبعض متغيرات الشخصية لدى المكفوفين. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

منى الدهان (1994). مدى فاعلية برنامج إرشادي لتأهيل الطفل الكفيف لمرحلة الرشد. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

ميّار سليمان (2007). برنامج لإكساب بعض المفاهيم العلمية لدى أطفال الروضة العاديين والمعاقين بصريا. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

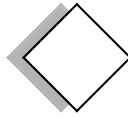
نائلة فائق (1991). دراسة تجريبية في تنمية دافعية الإنجاز. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية البنات، جامعة عين شمس.

- Accordino, B. (1999). Effects of perfectionism, depression and self-esteem on adolescents achievement and achievement motivation. *Dissertation Abstracts International*, 60 (7): 3197.
- Accordino, D; Accordino, M and Slaney, R. (2000). An investigation of perfectionism, mental health, achievement and achievement motivation in adolescents. *Psychology in the School*, 37 (6): 198.
- Alfeld, J. (1999). Gender, achievement motivation and mental health among adolescent in the gifted high school students. *Dissertation Abstracts International*, 60 (5): 1446.
- Askeles, J. (1994). Role of parental motivational practices in children. *Journal of Educational Psychology*, 86: 104-113.
- Atkinson, S. (2000). An investigation into the relationship between teacher motivation and pupil motivation. *Educational Psychology*, 20: 40-49.
- Beaty, A. (1999). Psychological factors and academic success of visually impaired college students. *Review*, 26 (3): 105-124.
- Cassidy, T. (2002). Problem solving style, achievement motivation, psychological distress and response to a simulated emergency. *Counseling Psychology Quarterly*, 15: 325-333.
- Ciampi, S. (1988). The relation of locus of control for mobility, reinforcement value of mobility and blind. *Dissertation Abstracts International*, 49 (5): 1935.
- Cimrolli, V; Boener, R and Kathrin, M. (2005). Social support and well-being in adults who are visually impaired. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 99 (9): 521-534.
- Drapeau, M. (1999). Academic achievement and self esteem in children and adolescents with moderate visual impairment. *Dissertation Abstracts International*, 59 (8): 445.
- Glendy, D. (1973). The effects of motivation achievement training on undergraduates in a residence hall setting. *Dissertation Abstracts International*, 34 (3): 1079.
- Horowitz, A. (1997). The relationship between vision impairment and the assessment of disruptive behaviors among nursing home residents. *Gerontologist*, 37 (5): 20-28.
- Lew, A. (1994). Achievement motivation orientation and fear of success in Asian American college students. *Dissertation Abstracts International*, 55, (11): 5077.
- Mcclelland, D. (1972). What is the effect of achievement motivation training in the school?. *Teacher College Record*, 74 (2): 129-145.
- Mcloughlin. C & Kubick, R. (2004). Wellness promotion as a life long endeavor: promoting and developing life competencies from childhood. *Psychology in the Schools*, 41 (1): 131-141.
- Moore, E and Patterson, J. (1991). Social and emotional supports for children with disabilities and their families. *Focal Point*, 5 (1): 1-12.
- Moreau, F. (1983). An investigation of locus of control and achievement motivation in

- physically handicapped community college student. *Dissertation Abstracts International*, 44 (3): 712.
- Pfanstiehl, M. (1983). Role models for high achieving visually impaired women. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 77 (6): 115-140.
- Ronel, E. (1986). An attempt arouse the achievement motivation of young women by experimental intervention. *South African Journal of Psychology*, 16 (1): 8-14.
- Russello, S & D'Allura, T. (2000). Carrere incentive awards for students with visual impairments: A follow up. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 94: 467-479.
- Taina, H & Hellevi, A. (2000). The psychological well-being of happiness adolescents with visual impairments versus those with chorines conditions and those with no ability. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 49 (1): 625-637.
- Tickoo, S. (1997). Relationship between achievement motivation and mental health among school students. *Indian Journal of Psychometry and Education*, 28 (2): 137-141.
- Wong, A. (1997). The risks and protection factors of the content of racial stigma on African-American and what early adolescents development. *Dissertation Abstracts International*, 58 (10): 5675.

قدم في: يونيو 2008

أجيز في: مايو 2009



The Effectiveness of a Counseling Program in Improving Achievement Motivation and its Effect on Mental Health in a Sample of Blind Children

Mohammed R. Al-Boheri*

This research was to try to enrich psychological studies in the field of special needs, by studying positive sides (achievement motivation development) and to examine its effect on the mental health of the blind. Research participants were 100 blind males (total blindness) aged 9-12 years old, divided into two control groups (50) and experimental (50). This study controlled some psychological and demographic variables, which did not affect the results of the study. Participants were administered with the Wechsler Intelligence Scale for Children (verbal portion) (translated by Mlika & Emad Eden., 1993), the Mental Health Scale for pupils with visual impairment (Abd Elhamed, 2000), the Child's Behavioral Rating Inventory (translated by Kamel., 1987), the Social, Economic and Cultural Level Scale (El Beherie., 2002), the Medical Follow-up Card (El Beherie., 2005), the Achievement Motivation Scale for Blind Children (the researcher), and the Procedures of Achievement Motivation Improvement Program (the researcher). Results indicate the effectiveness of the counseling program in developing achievement motivation and improving mental health in blind children.

Key words: Achievement motivation, Mental health, Counseling, Blind children.

* Dept. of Psychological Studies, Institute of Postgraduate Childhood Studies, Ain Shams University, Egypt.