جامعة الشهيد حمه لخضر بالوادي
كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الإجتماعية
شعبة علوم التربية

صورة الجسم وعلاقتها بالأمن النفسي لدى عينة من المكفوفين

"دراسة وصفية إرتباطية بمدرستي صغار المعوقين بصريا بولايتي (الوادي– بسكرة)"

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علوم التربية: تخصص التأهيل في التربية الخاصة

إعداد الطالبتين:
- جهاد غربي
- نزيهة شقوري

إشراف الأستاذ:
د. عبد الناصر غربي

دورة جوان:2016-2017

جامعة الشهيد حمه لخضر بالوادي
كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الإجتماعية
شعبة علوم التربية

صورة الجسم وعلاقتها بالأمن النفسي لدى عينة من المكفوفين

"دراسة وصفية إرتباطية بمدرستي صغار المعوقين بصريا بولايتي (الوادي– بسكرة)"

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علوم التربية: تخصص التأهيل في التربية الخاصة

إعداد الطالبتين:
- جهاد غربي
- نزيهة شقوري

إشراف الأستاذ:
د. عبد الناصر غربي

دورة جوان:2016-2017

شكر وتقدير

بداية الحمد والشكر لله سبحانه وتعالى الذي أعاننا على إتمام بحثنا هذا، ولولا توفيقه عز وجل لما تحقق من ذلك شيء، والصلاة والسلام على معلم البشرية نبينا محمد وعلى آله وصحبه.....وبعد

يسعدنا أن نتقدم بالشكر والعرفان الى الأستاذ الدكتور المشرف على هذه الرسالة "**غربي عبد الناصر**"، على ما بذله من جهد، في النصح والتوجيه والمرافقة.

كما نشكر جزيل الشكر المختص النفسي الحركي والمدرب في التنمية البشرية "**دركي منجي**" الذي كان له الفضل الأول في إختيار الموضوع، وبناء أسسه الأولى.

ونتقدم بتحية حب وإحترام كبيرة الى كافة عمال المدرستين محل الدراسة الميدانية "**مدرسة صغار المعوقين بصريا بالرباح–ولاية الوادي–**"، "**ومدرسة صغار المعوقين بصريا طه حسين ببسكرة**"، على ما قدموه من تسهيلات.

كما نشكر جزيل الشكر أفراد العينة، على حسن أدائهم وإلتزامهم بالحضور والمشاركة والى كل السادة المحكمين لأداتي الدراسة.

والى سيادة الأستاذ" **مهي منير**" على تدقيق ترجمة الملخص باللغتين الفرنسية والإنجليزية.

وجزيل الشكر والإمتنان لحضرات الأساتذة الذين وقفوا على تصحيح الرسالة ومناقشتها.

وأخيرا وليس آخرا ...نشكر كل من ساهم برأي، أو نصيحة، أو مساعدة كبيرة، أو صغيرة ، مادية أو معنوية، ولو بكلمة تشجيع في إتمام هذه الدراسة، ونعتذر لمن فات ذكره ولم نتمكن في هذا المقام من شكره، سائلين الله تعالى أن لا يضيع لهم أجرا، فجزى الله الجميع خير الجزاء.

"**ونسأله سبحانه أن يجعل عملنا هذا كله صالحا ولوجه خالصا، وأن يجعلنا ممن تعلم العلم وعلمه، وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين.**"

ملخص

تعالج الدراسة الحالية صورة الجسم وعلاقتها بالأمن النفسي لدى عينة من المكفوفين، بمدرسة صغار المعوقين بصريا بالرباح "الوادي"، ومدرسة صغار المعوقين بصريا طه حسين "ببسكرة"، وذلك خلال الموسم الدراسي 2017/2016، في ظل متغيرات:

- ✓ الجنس (الذكور، الإناث)
- ✓ زمن حدوث الإعاقة (إعاقة فطرية، إعاقة مكتسبة)

ولتحقيق الأهداف المذكورة إعتمدت الدراسة المنهج الوصفي الإرتباطي، على عينة قوامها 36 مكفوف تتراوح أعمارهم بين(12- 19 سنة)، وتم تطبيق مقياس صورة الجسم من إعداد (رضا إبراهيم محمد الأشرم، 2008)، ومقياس الأمن النفسي لـ: (فتحي وادة وآخرون، 2010)، وذلك بعد التأكد من خصائصهما السيكومترية (الصدق، والثبات) على عينة إستطلاعية قوامها 36 مكفوف.

وبعد جمع البيانات وتبويبها ومعالجتها بإستخدام معامل إرتباط بيرسون، والإنحراف المعياري، والمتوسط الحسابي، والنسبة المئوية، توصلت الدراسة للنتائج التالية:

1. لا توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى (فئة الذكور- فئة الإعاقة المكتسبة).

2. توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى (فئة الإناث- فئة الإعاقة الفطرية).

Résumé

Cette étude a été faite aux écoles des enfants déficient visuels de Rabah à El oued et de Taha Hocine à Biskra pendant l année scolaire 2016/2017 , et qui porte sur la corrélation entre l 'image du corps et la sécurité affective chez un enfant aveugle en fonction de variables suivants:

* sexe (Masculin ou féminin).

* le moment de la survenue de la déficience visuelle (innée ou acquise).

Et a fin d'atteindre nos objectifs tracés , l'étude s'est basée essentiellement sur l'approche descriptive et corrélationnelle , et qui a été menée sur 36 enfants aveugles âgés entre (12 et 19) ans , tout en appliquant le principe de l'image corporel réalisé par (Réda Ibrahim , Mohammed al achram en 2008) ainsi que le principe de la sécurité affective par (Fethi Wada et les autres en 2010) et cela après avoir être sûr des ses caractéristiques psychométriques (honnête et sérieux) sur le 36 enfants déficient visuels .

Et après avoir collecté , analysé et traité les données en utilsant le coefficient de corrélation de Pearson , l'ecart type (déviation standard) , la moyenne et le pourcentage , l'étude a révélé les résultats suivants :

- il n' y a pas de corrélation entre l'image corporel et la sécurité affective chez les enfants garçons avec une déficience visuelle acquise (corrélation négative) .

- il y a une corrélation entre l'image du corps et la sécurité affective chez les enfants filles avec une déficience visuelle innée (corrélation positive) .

ABSTRACT

The current study is treating the relation between the body form and the psychological security for the blind, in a school of optical diabled in Balryah Alwadi, and the optical diabled taha hussien school in Biskra, in the academic year 2016 /2017, under the following variables :

* Gr ender: males and females the disabled.

* Time: launate or acquired .

To achieve the mentioned goals the study adopted the descriptive approach method on a sample consists of 36 blinds ,their ages (12-19) years old, the body form measurement whish prepared by (reda ilbrahim mohammad alashuam 2008) and the physhological securety scale: (Fethi Wada et les autres en 2010) were applied after checking their psychometric features (honest and stability) on a sample cosists of 36 blinds.

After collecting the data, classify and process them by using birson`s factor, standard deviation , average and percentage, the study reached to following results:

1- the is no statistics relation between the body form and the physhological security for (males, acquired disabled)

2-There is a statistic relation between the body form and the physhological security for (females, hunate disabled) .

فهرس المحتويات

رقم المحتوى	المحتوى	رقم الصفحة
/	شكر وتقدير	01
/	ملخص الدراسة (العربية_الفرنسية_ الأنجليزية)	02
/	فهرس (المحتويات- الجداول- الأشكال- الملاحق)	05
/	مقدمـــة	14
الجانب النظري		
الفصل الأول	**المشكة وإعتباراتها**	18-26
1	إشكالية الدراسة	19
2	فرضيات الدراسة	24
3	أهمية الدراسة	24
4	أهداف الدراسة	25
5	التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة	26
الفصل الثاني	**صورة الجسم**	28-60
/	تمهيد	29
1	تعريف صورة الجسم	29
2	أهمية صورة الجسم	31
3	التفسيرات النظرية لصورة الجسم	32
4	مكونات وأبعاد صورة الجسم	44
5	ملامح صورة الجسم لدى المكفوفين	47
6	أهمية بناء تصور لدى المكفوف لهيكل جسمه	50
7	تحسين صورة الجسم لدى المكفوفين	52
8	مفاهيم مرتبطة بصورة الجسم	53
9	الدراسات السابقة	56
/	خلاصة الفصل	61

فهرس المحتويات

رقم المحتوى	المحتوى	رقم الصفحة
الفصل الثالث	**الأمن النفسي**	62-85
/	تمهيد	63
1	تعريف الأمن	63
2	تعريف الأمن النفسي	64
3	أبعاد الأمن النفسي	65
4	خصائص الأمن النفسي	67
5	الإتجاهات النظرية المفسرة للأمن النفسي	68
6	الأمن النفسي عند المكفوف	76
7	الدراسات السابقة	79
/	خلاصة الفصل	85
الفصل الرابع	**الإعاقة البصرية**	86-132
/	تمهيد	87
1	مفهوم الإعاقة البصرية	88
2	أسباب الإعاقة البصرية	92
3	أنواع وتصنيف الإعاقة البصرية	97
4	قياس وتشخيص الأطفال المكفوفين وكيفية الوقاية منها	99
5	تأهيل الأطفال المكفوفين	101
6	المشكلات التي تواجه الأطفال المكفوفين	103
7	صعوبات تعلم ورعاية الأطفال المكفوفين	106
8	أهم الأدوات والوسائل التي يستخدمها الأطفال المكفوفين	107
9	طرق تعليم المهارات التي يحتاج اليها الطفل المكفوف	115
10	الدراسات السابقة	123
/	خلاصة الفصل	132

فهرس المحتويات

رقم المحتوى	المحتوى	رقم الصفحة
الجانب الميداني		
الفصل الخامس	**إجراءات الدراسة الميدانية**	133-157
/	تمهيد	134
1	المنهج	134
2	متغيرات الدراسة	135
3	الدراسة الإستطلاعية	135
4	المجال المكاني للدراسة الأساسية	136
5	المجال الزمني للدراسة الأساسية	137
6	عينة ومجتمع الدراسة الأساسية	137
7	أدوات البحث في الدراسة الأساسية	140
8	الأساليب الإحصائية	156
/	خلاصة الفصل	157
الفصل السادس	**عرض ومناقشة النتائج**	158-187
/	تمهيد	159
1	عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الاولى	159
2	عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الثانية	165
3	عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الثالثة	171
4	عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الرابعة	177
5	عرض ومناقشة الفرضية العامة	183
/	خلاصة الفصل	187
/	خلاصة عامة وإقتراحات	188
/	المراجع	191
/	الملاحق	206

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
1	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس (الذكور– الإناث)	138
2	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير زمن حدوث الإعاقة (ذوي الإعاقة الفطرية– ذوي الإعاقة المكتسبة)	139
3	البنود السالبة والموجبة في مقياس صورة الجسم	142
4	درجات الإجابة على بنود مقياس صورة الجسم	143
5	مجالات صورة الجسم السالبة والموجبة	143
6	بنود مقياس صورة الجسم التي تم تعديلها وفق آراء المحكمين	145
7	نتائج حساب الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية لمقياس صورة الجسم	146
8	ثبات مقياس صورة الجسم بطريقة ألفا كرونباخ	148
9	ثبات مقياس صورة الجسم بطريقة التجزئة النصفية	149
10	البنود السالبة والموجبة في مقياس الأمن النفسي	151
11	درجات بدائل مقياس الأمن النفسي	151
12	مجالات مستويات الأمن النفسي	152
13	بنود مقياس الأمن النفسي التي تم تعديلها وفق آراء المحكمين	153
14	نتائج حساب الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية لمقياس الأمن النفسي	154
15	نتائج ثبات مقياس الأمن النفسي بطريقة ألفا كرونباخ	154
16	نتائج ثبات مقياس الأمن النفسي بطريقة التجزئة النصفية	155
17	درجات الأفراد العينة(الذكور)على مقياس صورة الجسم ومقياس الأمن النفسي	160
18	تصنيف أفراد العينة (الذكور) حسب صورة الجسم الموجبة والسالبة	161

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
19	تصنيف أفراد العينة (الذكور) حسب مستويات الأمن النفسي	161
20	نتائج معامل الارتباط بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى الذكور	162
21	درجات أفراد العينة(الإناث)على مقياس صورة الجسم ومقياس الأمن النفسي	166
22	تصنيف أفراد العينة (الأناث) حسب صورة الجسم السالبة والموجبة	167
23	تصنيف أفراد العينة (الإناث) حسب مستويات الأمن النفسي	167
24	نتائج معامل الارتباط بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى الإناث	168
25	درجات أفراد العينة(ذوي الإعاقة الفطرية)على مقياس صورة الجسم ومقياس الأمن النفسي	172
26	تصنيف أفراد العينة (ذوي الإعاقة فطرية) حسب صورة الجسم السالبة والموجبة	173
27	تصنيف أفراد العينة (ذوي الإعاقة الفطرية) حسب مستويات الأمن النفسي	173
28	نتائج معامل الارتباط بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين ذوي الإعاقة الفطرية	174
29	درجات أفراد العينة(ذوي الإعاقة المكتسبة)على مقياس صورة الجسم ومقياس الأمن النفسي	178
30	تصنيف أفراد العينة (ذوي الإعاقة المكتسبة) حسب صورة الجسم الموجبة والسالبة	179
31	تصنيف أفراد العينة (ذوي الإعاقة المكتسبة) حسب مستويات الأمن النفسي	179

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
32	نتائج معامل الارتباط بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين ذوي الإعاقة المكتسبة	180
33	تصنيف أفراد العينة الدراسة حسب صورة الجسم السالبة والموجبة	183
34	تصنيف أفراد العينة الدراسة حسب مستويات الأمن النفسي	184
35	نتائج معامل الارتباط بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى أفراد عينة الدراسة	185

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
1	تشريح فيزيولوجية العين	97
2	حروف وأرقام رموز برايل بالعربية	108
3	اللوح والقلم المدبب(برايل)	108
4	آلة بيركنز	110
5	آلة الأبيكس	111
6	جهاز الفرسا برايل	112
7	جهاز الأوبتاكون	113
8	الآلة الحاسبة الناطقة	113
9	مسجلة الأشرطة	114
10	جهاز كرزويل للقراءة	115
11	الحروف بطريقة رموز برايل بالفرنسية	117
12	يوضح كيفية تعليم مهارة الكتابة والقراءة بطريقة برايل	117
13	كيفية تعليم مهارة استخدام الحاسوب بطريقة المكعبات الفرنسية	119
14	كيفية تعليم مهارة إستخدام الحاسوب	120
15	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس(ذكور، إناث)	139
16	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير زمن حدوث الإعاقة (ذوي الإعاقة الفطرية، ذوي الإعاقة المكتسبة)	140
17	مستويات صورة الجسم والأمن النفسي لأفراد العينة (الذكور)	162
18	مستويات صورة الجسم والأمن النفسي لأفراد العينة (الإناث)	168
19	مستويات صورة الجسم والأمن النفسي لأفراد العينة (ذوي الإعاقة الفطرية)	174
20	يوضح مستويات صورة الجسم والأمن النفسي لأفراد العينة (ذوي الإعاقة المكتسبة)	180

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
21	مستويات أفراد عينة الدراسة لصورة الجسم والأمن النفسي	184

فهرس الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق	الصفحة
01	مقياس صورة الجسم في صورته الأولية	207
02	مقياس الأمن النفسي في صورته الأولية	212
03	قائمة محكمي أداتي الدراسة	217
04	نتائج صدق وثبات مقياس صورة الجسم	218
05	نتائج صدق وثبات مقياس الأمن النفسي	220
06	مقياس صورة الجسم في صورته النهائية	222
07	مقياس الأمن النفسي في صورته النهائية	224
08	نتائج الدراسة الأساسية	226

مقدمة

تمثل حاسة البصر أهمية خاصة في حياة الإنسان، حيث تساعده على التفاعل الواقعي مع بيئته سواء كانت طبيعية أو إجتماعية، إذ أن حوالي ثلثي معلومات الفرد عن العالم المحيط به تأتي عن طريق حاسة البصر، وعليه فإن ضعف الإبصار أو فقدانه كليا من أهم أسباب الإعاقة.

فالإنسان الذي يفقد بصره يفقد قناة رئيسية من قنوات تواصله مع العالم من حوله ويصبح مرغما على الإعتماد على الحواس الأخرى وخاصة حاستي السمع واللمس، ولكن هاتين الحاستين وغيرهما من الحواس الأخرى لا تعوضه بما يكفي ليكتسب المعلومات مما يجعل خبراته محدودة كما ونوعا.

ويكتسب الفرد من خلال حاسة الإبصار أكثر من 80% من معلوماته، ومن ثم فان أي خلل في الجهاز البصري قد يوثر على تطوره العقلي والحسي و النفسي، لان بيئته تصبح محصورة بما يمكنه لمسه أو سماعه أو شمه، وينعكس ذالك على كافة نواحي حياته. (الشخص، 1994، 185)

وتؤثر الإعاقة البصرية على الكفاءة الادراكية للفرد، حيث يصبح إدراكه للأشياء ناقصاً لما يتعلق منها بحاسة البصر، كخصائص الشكل والتركيب، والحجم، واللون والموضع المكاني والمسافة، والحركة، والعمق والفراغ، ولذالك فإنها تحد من معرفته بمكونات بيئته.

وعلى ذالك فإدراك المكفوف للأشياء يكون إدراكاً ناقصاً ينعدم فيه البعد البصري الذي يتمثل في ألوان الأشياء، والأحجام، وبعض الأشكال التي يمكن الإحاطة بها أو لمسها.

والإنسان المكفوف لا يستطيع أن يلاحظ ذاته بموضوعية، وليست لديه رؤية حقيقية وصحيحة عن صورة جسمه ـ التي تشكلها الخبرات الحياتية المكتسبة عن طريق الحواس المختلفة. كما أنه لا يقوم بمقارنة موضوعية بين ذاته والآخرين، لذا فإنه يعتمد كثيرا على الوصف اللغوي للمبصرين في التعرف على صورة جسمه، وهذا ما أكدته دراسة (كابلان،2000) التي توصلت الى أن المراهقين المكفوفين يتعاملون عن طريق الوصف

اللغوي ما يتعلمه نظراؤهم العاديون عن طريق الملاحظة، كما أثرت صورة الجسم لديهم نتيجة نقص المعرفة عن علم الترشيح البشري والعمليات الفزيولوجية .
(ورد في الأشرم،2008، 85)

وأوضح (Thampson، 1990) أن صورة الجسم هي صورة ذهنية وعقلية يكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءتها وما قد يصاحب ذلك من مشاعر أو إتجاهات موجبة أو سالبة عن تلك الصور الذهنية للجسم.(ورد في إحميدان القاضي،2009، 04)

ولصورة الجسم ثلاث مكونات هي المكون المعرفي (الإدراكي) الذي يرتبط بتقدير حجم الجسم، والمكون الوجداني (الذاتي) وهو يعبر عن مشاعرنا وأفكارنا وإتجاهاتنا عن أجسامنا والمكون السلوكي الذي يشير الى سلوك الفحص الذاتي المتكرر للجسم والرغبة في تجنب المواقف التي تجعلنا نشعر بعدم الراحة عن الجسم.

وهكذا فإن صورة الجسم تعد خليطا من هذه المكونات الثلاثة أي عندما نستحضر صورة أجسامنا في أذهاننا فإن الطريقة التي نتناول بها المعلومات تتطلب تفاعل تلك المكونات الثلاثة، وإذا كانت طريقة إستدخال المعلومات ناقصة بسبب فقد حاسة البصر فبضرورة تؤدي الى تكوين صورة مشوهة للجسم، وبالتالي تؤدي الى التأثير على إحساس المكفوف بالأمن النفسي، التي تعد من أهم الحاجات النفسية التي تشبع في السنوات المبكرة من حياة الطفل، كما يستمر أثره مع الفرد في حياته المستقبلية حتي بعد أن يتحقق له أسباب الحب والإنتماء، فالفرد يستطيع أن يحتفظ بأمنه في غمار البيئة المنعزلة التي تنطوي على التهديد والخطر.

ومعنى ذلك عندما لا تشبع حاجات الأمن لدى الطفل يجد صعوبة في إشباع باقي الحاجات النفسية الأساسية مما يؤثر في سلوكه فيما بعد، أي أن الطفل العادي يتأثر أمنه النفسي عندما لا تشبع حاجاته المختلفة، فما بالك بالشخص المكفوف الذي يتعرض لصعوبات كبيرة أثناء ممارسة أنشطة الحياة اليومية والتنقل من مكان الى آخر، وذلك نتيجة لفقدان المعالجة البصرية اللازمة للتعامل مع المثيرات البصرية، ومن ثم التوجه الحركي في

الفراغ، مما يدفعهم الى بذل المزيد من الجهد الذي يعرضهم للقلق والتوتر النفسي، وإنعدام الشعور بالأمن النفسي، والإرتباك إتجاه المواقف الجديدة.

ومن هنا يتضح ضرورة الإهتمام بهذه الدراسة لما لها من أثر في توضيح العالم الخاص الذي يعيشه الأشخاص المكفوفين والإضطرابات التي تعاني منها هاته الفئة كإضطراب صورة الجسم وتأثيرها بشكل مباشر على أمنهم النفسي الذي يعود بنتائج سلبية على شخصية المكفوف وصحته النفسية، مما يزيد من صعوبات في حياته اليومية إضافة الى صعوبات الإعاقة.

إنطلاقا مما سبق، تركز الدراسة الحالية على موضوع صورة الجسم وعلاقتها بالأمن النفسي للمكفوف في ضوء مجموعة من المتغيرات الجنس(ذكور، إناث)، وزمن حدوث الإعاقة(فطرية، مكتسبة).

حيث تضم الدراسة الحالية ستة(06) فصول، بحيث يدرس الفصل الأول تقديم موضوع الدراسة من خلال عرض الإشكالية وفرضيات الدراسة، إضافة لأهدافها وأهميتها وكذا التعاريف الإجرائية لمتغيراتها.

ويدرس الفصل الثاني صورة الجسم، ويتضمن تعريفها وأهميتها، والتفسيرات النظرية لها، والعوامل التي تؤثر في نموها وتكوينها، ومكونات وأبعاد صورة الجسم، وبالإضافة الى ملامح وتحسين صورة الجسم، وكذلك مفاهيم مرتبطة بصورة الجسم، وفي الأخير تم التطرق الى دراسات سابقة حول صورة الجسم.

ويدرس الفصل الثالث الأمن النفسي، حيث تم تقسيم الفصل الى عدة عناصر تتمثل في تعريف للأمن النفسي، وأبعاده وخصائصه، والإتجاهات النظرية المفسرة له، وتم كذلك التطرق الى الأمن النفسي عند المكفوف، وفي الأخير الى دراسات سابقة حوله.

ويدرس كذلك الفصل الرابع حول الإعاقة البصرية، ويتضمن مفهومها وأسبابها وأنواعها، وكذلك الى كيفية قياسها وتشخيصها والوقاية منها، ثم الى أهم المشكلات التي يواجهونها وكيفية تأهيلهم، وكذلك أهم أدوات وطرق تعليمهم، وأخيرا الى دراسات سابقة.

ويدرس الفصل الخامس إجراءات تطبيق الدراسة الميدانية، سواء ما تعلق بالمنهج المتبع، أو بالدراسة الإستطلاعية، وتم التطرق الى الحدود الزمنية والمكانية، وكذلك عينة ومجتمع الدراسة وأدواتها، وفي الأخير الى الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة الحالية.

ويتم عرض ومناقشة نتائج الدراسة في الفصل السادس، وذلك في ضوء الإيطار النظري للموضوع والدراسات السابقة.

وفي الأخير يتم تقديم خلاصة عامة للموضوع، وإقتراح بعض المحاور لدراسات مستقبلية في هذا الإيطار، تهدف لإثراء وتحسين العالم الخاص بالإعاقة البصرية، وقائمة المراجع مرتبة حسب ترتيب الحروف الهيجائية، والأخيرا ملاحق الدراسة.

الفصل الأول: المشكلة وإعتباراتها

1- إشكالية الدراسة

2- فرضيات الدراسة

3- أهمية الدراسة

4- أهداف الدراسة

5- التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة

1- إشكالية الدراسة

من الجدير بالذكر أن هناك تباين ملحوظا بين الأفراد المكفوفين في إستجاباتهم لكف البصر، حيث قد يكتسب بعضهم قوة داخلية من وضعه الراهن، وقد يتقبل البعض وضعه كشخص مكفوف، بينما لا يتقبل الآخرون ذلك الوضع. ومن الواضح أن الإعاقة البصرية تسبب بالفعل المزيد من الإرتباك للفرد وذلك قياسا بغيرها من الإعاقات الأخرى وهو الأمر الذي يدفعنا الى أن ندرك كف البصر بصورة غير مريحة، أو على أنها إعاقة يفضل البعض عليها تعرضهم لغيرها من الإعاقات لعدة أسباب منها: إن كف البصر والعمى يعتبر شيئا ملحوظا ندركه بمجرد النظر الى الفرد ورؤيته، وكذلك فإن الشخص المكفوف عادة ما توجد معه بعض الرموز التي تدل عليه كالنظارة السوداء، العصا، والكلب المرشد....الخ، وإن العينين كذلك يلعبان دورا هاما في التفاعل الإجتماعي فضلا عن ذلك التعبير الإنفعالي الذي يمكن أن تدل عليه وهو ما أدركه الشعراء وكتاب الدراما ومؤلفوا الأغاني منذ عهد بعيد كذلك فإن الأمر بالنسبة لنا غير مريح عندما نتحدث مع أحد الأشخاص ونجده لا يستطيع التواصل بصريا معنا، والى جانب ذلك يفضل البعض التحدث وجها لوجه في بعض الأمور.

وكذلك فأن حاسة الإبصار ترتبط بمفهومنا عن الجمال بشكل مباشر وقوي حيث أنها تضيف على الفرد جمالا، ويحصل من خلالها على الجمال ويشعر به على أثر ذلك، كما أن مشاعرنا اتجاه الآخرين ترتبط بشكل أساسي بذلك المظهر الجسمي الذي ندركهم لهم.

وعلى الرغم من أن كف البصر يعد هو أقل الإعاقات المختلفة إنتشارا على الأقل بالنسبة للأطفال فإن جميع الأفراد دون إستثناء يفزعون منه حيث أنه يمثل بالنسبة للكثيرين كما يرى Jernigan (1992) الحالة الثالثة المفزعة التي يخشونها وذلك بعد كل من الإيدز والسرطان، ومع قليل من التفكير والتدبر يتضح أن قلقنا من العمى يعد غير منطقي حيث يمكن أن نعزو معظم فهمنا أو إدراكنا الى نقص خبراتنا في التفاعل مع الأفراد من المكفوفين إذ أننا نظل حتى نتحدث الى أفراد من هذه الفئة أو نقرأ عن تقديرهم للأصوات والروائح واللمس غير مدركين أن حاسة الإبصار ليست هي الحاسة الوحيدة التي تساعدنا على التمتع بالجمال أو التفاعل الإجتماعي مع الأفراد الآخرين.

(ورد في هالاهان وكوفمان، 2008، 587)

ومن جانب آخر نجد أن الشخص المكفوف مثله في ذلك كأي شخص معوق يريد أن نعامله كأي شخص آخر، حيث أن معظم الأفراد المكفوفين لا يبحثون عن الشفقة ولا يسعون للحصول على المساعدة غير الضرورية، ولكنهم يبحثون عن الإستقلال، وما يمكن أن يساعدهم على السلوك الإستقلالي.

ومنه فإن البيئة التي يعيش فيها المكفوف دور مهم في نمو الفرد وتطور شخصيته، فالفرد المكفوف يتأثر بالعوامل النفسية الداخلية كالإتجاهات المشوهة عن الذات، كما أن الإتجاهات السلبية لأسرة والزملاء والمعلمين تؤثر بشكل ملحوظ على تكييف الفرد المكفوف وعلى تطور شخصيته، وهذا بالإضافة الى الدور الذي تلعبه الإعاقة نفسها، حيث يواجه صعوبات في إكتساب مهارات إقامة علاقات شخصية والمحافظة عليها، وقد تكون ناتجة عن عدم قدرة الطفل على الإستفادة من المعلومات البصرية في تعلم السلوك الإجتماعي المناسب، كما إن عجز المكفوف عن الرؤية يحد من ممارسته لكثير من الأنشطة التي يمارسها المبصرون، وهذا بدوره يفقده الثقة في شخصيته، ويسيطر عليه الخوف مما يجعله يكبت دافع الإستطلاع والتعرف على ما حوله.

وكذلك إذا كانت مرحلة المراهقة مرحلة عاصفة وبالغة الصعوبة بالنسبة للإنسان العادي، فهي أكثر صعوبة بالنسبة للإنسان المعاق بصفة عامة الذي يواجه مشكلات في حياته المدرسية والإجتماعية، كذلك يواجه الأشخاص المكفوفين في مرحلة المراهقة، كما يواجه جميع المراهقين صعوبات في التكييف مع التغييرات الجسمية والإنفعالية التي تحدث لهم.

وهذا ما جاء في دراسة كل من (رضا إبراهيم محمد الأشرم،2008) و(وفاء على سليمان عقل،2009) و(يونسي تونسية،2012) على تأثير تقدير الذات للطفل المكفوف وارتباطها طرديا بعدة متغيرات كصورة الجسم والأمن النفسي والتحصيل الدراسي.
(الأشرم،2008؛ علي سليمان عقل،2009؛ تونسية،2012)

ومن خلال معايشتنا لواقع التكفل بالمكفوفين بمدرسة صغار المعوقين بصريا بالرباح "الوادي" سجلنا بعض الملاحظات التي إرتبطت أساسا بمجموعة من الإضطرابات النفسية وغيرها ناتجة عن طبيعة كف البصر بدرجة أولى، ومن أهم هذه الإضطرابات فيما يخص

صورة الجسم، حيث لاحظنا أن هؤلاء الأطفال يجدون صعوبة في التعامل مع وظيفة كل عضو من أعضاء الجسم وهذا ما إنعكس بصورة واضحة على الوضعيات المختلفة (الجلوس، الوقوف، التحكم في الرأس، وسائر الأعضاء).

وبالإضافة الى ذلك تم ملاحظة مجموعة من الإضطرابات المتعلقة بالجانبية والتي تتجلى في مفهوم (يمين، يسار، أمام، خلف، فوق، تحت)، وهذا يؤدي الى بناء صورة جسمية مشوهة للطفل المكفوف بسبب محدودية القدرات البصرية المحدودة التي تدفع به الى العيش في عالم محدود.

ويشير (مجدي وكوك، 1999) في دراسته أن المكفوفين من أكثر الفئات المعاقين إصابة بإنحرافات قوامية والتي تؤثر بالتالي على أجهزة الجسم وعدم التناسق الحركي، ويذكر أنه أكثر عرضة لإصابة بالتشوهات القوامية عن أقرانه الأسوياء، مثل سقوط الرأس وإستدارة الكتفين.(وكوك، 1999)

حيث تشكل وظيفة الجسم ومظهره جانب مهما من جوانب الحياة، ويتمثل ذلك في تفاعلات الآخرين أو ردود أفعالهم إتجاه جسم أي منا، وكذلك عندما نتفاعل مع العالم الإجتماعي المحيط بنا.

ويعد مظهر الجسم من الأمور الرئيسية التي تشغل بال كثير من الناس، ويظهر ذلك جليا في النظرة الخارجية التي تختص بالتأثيرات الإجتماعية للمظهر والنظرة الداخلية التي تشير الى التجارب أو الخبرات الشخصية التي تختص بالمظهر أو بما يبدو عليه الفرد في الواقع.(الدسوقي،2006، 15)

وترى (Breakey,1997) أن خبرة الجسم مهمة للنمو النفسي البدني، وأن صورة الجسم لها أهمية وجدانية ورمزية أيضا. (ورد في الأشرم،2008، 27)

وكذلك أن صورة الجسم الإيجابية تساعد الناس على رؤية أنفسهم جذابين ومقبولين ويحبون أنفسهم ويفكرون دائما على النحو الإيجابي بأنفسهم، وعلى الأرجح يكونون أكثر صحة، وهذا ضروري لنمو شخصية ناضجة، وفي المقابل فإن صورة الجسم السلبية تؤدي

الى تقدير ذات منخفض، ويحاولون إخفاء أجسامهم بالملابس وغيرها من الطرق، وكذلك تؤدي الى الإكتئاب فالجسم مصدر الهوية لأكثر المراهقين.

وكذلك يذكر (Cash,1997) أن صورة الجسم السلبية ترتبط بإنفعالات مختلفة مثل القلق، والإشمئزاز، واليأس، والغضب، والحسد والخجل، والإرتباك في المواقف المختلفة والجانب الأهم هو تأثيرها مباشرة على الأمن النفسي للفرد الذي يعتبر مصدرا رئيسيا لهذه الإنفعالات.(ورد في الأشرم،2008، 25)

كما أشار (Kliemeck) في دراسته الى وجود سمات سلوكية تنتج عن الإصابة بالإعاقة هي الشعور الزائد بالخوف والإستسلام لإعاقة وتقبلها، والشعور الزائد بالنقص مما يولد الشعور بالدونية، وعدم الشعور بالأمان يؤدي الى الشعور بالقلق والخوف من المجهول والتوتر واللزمات الحركية وعدم الإتزان الإنفعالي، ويظهر (أبو فخر،2000) في دراسته أن الصعوبات الإنفعالية والإجتماعية كانت الأعلى لدى الأفراد المكفوفين، وبشكل خاص الخوف، القلق، العدوان، ووجد (Bouman، 1984) أن القلق والضغط وعدم الشعور بالأمن وقلة الثقة بالنفس وسوء التكيف كانت أبرز لدى الأفراد المكفوفين.
(ورد في فتحي وادة وآخرون، 2010، 12-13)

وكذلك فإن الإعاقة البصرية تفرض إعتمادية من مستوى يفوق ذلك لدى المبصر، وكذلك تفرض إعتمادية متفاوتة لدى المكفوف والمبصر الجزئي، والمكتسب للإعاقة والفطري لها وكذلك عامل الجنس كل على مستواه، وهذا ما جاء في دراسة كل من(حازم محمد شحادة،2011) و(لبنى برجس الوجيدي، 2012) على وجود فروق دالة إحصائية تعزي متغير الجنس ودرجة الإعاقة في درجة صعوبات التعلم بالنسبة لأولى، والثانية إستراتيجيات تطوير الخدمات المقدمة لهاته الفئة، في حين تنفي دراسة (منال رشدي سعيد العكة، 2004) تأثر درجة الإعاقة على صعوبات التعلم للمكفوفين.
(ورد في نزيهة وآخرون، 2013، 25- 39)

ومنه فإن هذا الإختلاف التي أكدته هاته الدراسات يؤدي بالفعل الى التأثير في درجة العناية المكفوف بنفسه، وعلى درجة المعلومات المكتسبة من البيئة المحيطة، وتقديره لذاته، ومن شأن ذلك كله أن يهدد مشاعر الكفاية والأمن لدى المكفوف، كما تؤدي الى

تأثيرات سلبية مثل سوء التكيف الشخصي والإجتماعي، والإضطراب النفسي، نتيجة الشعور بالعجز والدونية، والإحباط والتوتر، وهذا يؤدي سلبا الشعور بالطمأنينة والأمن.

حيث أن أشارت عدة دراسات دراسة مثل (1996, etal,JONE, ROPERT) و(الخضري، 2003) و(الطهراوي، 2007) على أن الأمن النفسي يتأثر بعدة عوامل كما ذكر في التي أكدت على تأثر الأمن النفسي بعدة متغيرات منها العلاقة الحميمية بين الوالدين، وقوة الأنا والإلتزام الديني، وكذلك الضغوط النفسية والأسرية ومن البيئة المحيطة.
(ورد في على سليمان عقل، 2009، 108-110)

ومنه فإن الحاجة للشعور بالأمن النفسي من أهم الحاجات الأساسية للمكفوف، لأن الإعاقة البصرية قد تفرض قيودا على التنقل والحركة، ومحدودية في الخبرات وإحتمالية التعرض للمخاطر دون تدريب مناسب، وهذا ما أكدته دراسة (صافينازي 2002) و(فتحى وادة وآخرون، 2010) إلى فعالية برامج حسية حركية للطفل المكفوف في تحسين مفهوم صورة الجسم والتوجه المكاني، وأكدت النتائج فعالية وتأثير البرنامج التأهيلي الحركي في تحسن مفهوم صورة الجسم والتوجه المكاني، مما أدى بدوره إلى إحساس المكفوف بالإستقلالية وحرية الحركة، وأيضا كان له أثر بالغ على التوافق النفسي والإجتماعي والأكثر من ذلك الأمن النفسي عند المكفوفين الذين طبق عليهم البرنامج.
(صافينازي، 2002؛ فتحي وادة وآخرون،2010)

من ثم تنبثق مشكلة البحث الحالي في أهمية دراسة صورة الجسم والأمن النفسي للمكفوفين، نظرا لتفاقم هاته المشكلة لديهم إضافة الى مشكلة الإعاقة في حد ذاتها وغيرها من المشكلات، رغم أن الغالبية العظمى من الدراسات تناولت صورة الجسم وإهتمت بدراستها مع بعض المتغيرات مثل إضطراب الأكل والإكتئاب والقلق وتقدير الذات وصعوبات التعلم وغيرها للمكفوفين، إلا أنه لا توجد دراسة -حسب علم الباحثتين- إهتمت بدراسة متغيرين صورة الجسم والأمن النفسي التي تعتبر الأهم من حيث: أولا تستهدف هذه الدراسة فئة المكفوفين وهذا الميدان مازال يفتقر الى حد الآن مثل هذه الدراسات، ثانيا من المؤكد أن مشكلات الإعاقة البصرية تؤثر على بناء صورة الجسم، وثالثا توفر الأمن النفسي للفرد تؤدي به الى نمو شخصية ناضجة قادرة على مواجهة كل الظروف والمشكلات الحياتية.

وعلى ضوء ما سبق يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات التالية:

- هل توجد علاقة بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى عينة من المكفوفين؟

التساؤلات الفرعية:

1- هل توجد علاقة بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين الذكور؟

2- هل توجد علاقة بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين الإناث؟

3- هل توجد علاقة بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين ذوي الإعاقة الفطرية؟

4- هل توجد علاقة بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين ذوي الإعاقة المكتسبة؟

2-فرضيات الدراسة

1.2. الفرضية العامة:

- لا توجد علاقة بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى عينة من المكفوفين؟

2.2. الفرضيات الجزئية:

1-لا توجد علاقة بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين الذكور؟

2-لا توجد علاقة بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين الإناث؟

3-لا توجد علاقة بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين ذوي الإعاقة الفطرية؟

4-لا توجد علاقة بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين ذوي الإعاقة المكتسبة؟

3- أهمية الدراسة

تعد هذه الدراسة على درجة كبيرة من الأهمية، حيث أنها تتخذ من صورة الجسم والأمن النفسي موضوعا لها، وتتناول العلاقة بين صورة الجسم والأمن النفسي في ظل عدة متغيرات: الجنس (الذكور، الإناث)، وزمن حدوث الإعاقة (ذوي الإعاقة فطرية، ذوي الإعاقة مكتسبة)

ولذا تنبع أهمية الدراسة الحالية فيما يأتي:

- الإهتمام بفئة المكفوفين وما تواجهه هذه الفئة من مشكلات تتعلق بصورة الجسم والأمن النفسي.

- عدم وجود _في علم الباحثتان_ دراسات عربية إهتمت بدراسة صورة الجسم والأمن النفسي، وكذلك العلاقة بين متغيرات الدراسة.
- كما تكمن أهمية الدراسة في الجانب المعرفي والوقائي والعلاجي، متمثلا في معرفة العوامل الكامنة والمؤثرة على صورة الجسم، والأمن النفسي لدى الأفراد المكفوفين، حتى يمكن التخطيط وإعداد برامج وقائية وعلاجية أكثر فعالية لتحسين صورة الجسم والأمن النفسي للمكفوفين.
- تعدد المستفادين من نتائج هذه الدراسة وهم: فئة المكفوفين، وأسرهم، والمجتمع والعاملون في حقل رعاية المكفوفين، وكيفية التعامل مع هؤلاء المكفوفين داخل وسطهم الأسري و الاجتماعي.
- محاولة إفادة المؤسسات التي تقوم على رعاية المعوقين وتحسين مستوى الخدمات المقدمة للمعوقين بشكل عام والمكفوفين بشكل خاص.
- تثري الدراسة الحالية مجال البحث في جميع المجالات العلمية وفتح المجال أمام الباحثين و الدارسين من أجل المزيد من الدراسات و البحوث في هذا الموضوع .

4- أهداف الدراسة

- التعرف على العلاقة بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوف.
- التعرف على العلاقة بين المكفوفين ذوي صورة الجسم الموجبة والسالبة على الأمن النفسي المرتفع والمنخفض لهم.
- التعرف على تأثير كل من متغير الجنس وزمن حدوث الإعاقة على صورة الجسم لدى المكفوف.
- التعرف على تأثير كل من متغير الجنس وزمن حدوث الإعاقة على الأمن النفسي لدى المكفوف.
- تسليط الضوء على مؤشرات صورة الجسم المنبئة والمؤثرة في مستوى الأمن النفسي للمكفوف.

5- التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة

1.5- المكفوفين

وتم تقديم تعريف للمكفوفين على أنهم: أولئك الأفراد الذين فقدوا حاسة البصر كلية (كف كلي)، أو جزء منها(كف جزئي)، سواء ولدوا كذلك أو حدث لهم في فترة من حياتهم ولا يعانون من أي إعاقات أخرى، مما لا يصلح معهم طرق التعليم العادية ويحتاجون الى تقديم خدمات تربوية تعليمية خاصة.

والمكفوف المستهدف في هذه الدراسة هو المراهق الذي لديه كف بصري سواء كان الكف فطريا أو مكتسب، ويزاول دراسته في مدارس خاصة بالمكفوفين (مدرسة صغار المعوقين بصريا بالرباح " الوادي"، ومدرسة صغار المعوقين بصريا طه حسين "ببسكرة") ويتراوح أعمارهم ما بين(12-19) سنة، ويتقن إستعمال الكتابة بطريقة البرايل.

2.5- صورة الجسم

وتم تقديم تعريف لصورة الجسم بأنها: صورة ذهنية وعقلية يكونها المكفوف عن جسمه سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءتها، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر أو إتجاهات موجبة أو سالبة عن تلك الصورة الذهنية للجسم.

وكما يتم قياسها بالدرجة الكلية التي يتحصل عليها المكفوف من تطبيق مقياس "رضا إبراهيم محمد الأشرم، 2008 " لصورة الجسم المستخدم في الدراسة الحالية.

3.5- الأمن النفسي

وتم تقديم تعريف للأمن النفسي بأنه: شعور المكفوف بأنه محبوب ومتقبل من طرف الآخرين، بما يمكنه من تحقيق قدر أكبر من الإنتماء للآخرين مع إدراكه لإهتمام الآخرين به وتفهمهم له، حتى يستشعر بقدر كبير من الدفء والمودة و يجعله في حالة من الهدوء و الإستقرار والتحرر والإطمئنان في بيئته لأجل الإستثمار والإستكشاف فيها، حتى لا يشعر بالقلق والخوف أو أي خطر يهدد أمنه وإستقراره في الحياة.

وكما يتم قياسه بالدرجة الكلية التي يتحصل عليها المكفوف من تطبيق مقياس "فتحي وادة، وآخرون، 2010" للأمن النفسي المستخدم في الدراسة الحالية.

4.5- الإعاقة الفطرية: ويقصد بها في الدراسة الحالية هو كل مكفوف من أفراد العينة ولد بإعاقة بصرية.

5.5- الإعاقة المكتسبة: ويقصد بها في الدراسة الحالية هو كل مكفوف من أفراد العينة أصيب بإعاقة بصرية بعد الولادة.

الفصـــل الثانـي: صـــــورة الجســـم

تمـهيد

1- تعريف صورة الجسم

2-أهمية صورة الجسم

3-التفسيرات النظرية لصورة الجسم

4-مكونات وأبعاد صورة الجسم

5-ملامح صورة الجسم لدى المكفوفين

6-أهمية بناء تصور لدى المكفوف لهيكل جسمه

7-تحسين صورة الجسم لدى المكفوفين

8-مفاهيم مرتبطة بصورة الجسم

9-الدراسات السابقة

خلاصة الفصل

تمهيد

يحمل كل فرد صورة عقلية مثالية لذاته الجسمية (Physical Self)، ويستعمل هذه الصورة لقياس المفاهيم المتعلقة بصورة الجسم، ويتبدل كل من إدراك الفرد ومفاهيم صورة الوجدانية، ويؤثر كل منها على الإدراك وردود الفعل النفس الإجتماعية، وتتأثر الحالة النفس إجتماعية غالبا بمثل هذه العوامل كالقلق والإكتئاب، ومخاوف تقدير الذات، والرضا عن الحياة. (James Breakey,1997,107)

كما صنفت صورة الجسم الى مخطط الجسم (Body Schema)، والجسم المدرك (Perceived Body)، ومفهوم الذات (Self-Concept)، وتقدير الذات (Self-Estem) وصورة الذات (Self-Image). (Janelli,1993,327)

والبحث في صورة الجسم إمتد الى العديد من المجالات، مثل علم الأحياء، وعلم الإجتماع، وعلم الأجناس البشرية، وطب الأمراض الجلدية، وجراحة العظام، وطب الأسنان، وعلم النفس، وجراحة التجميل. (Hans Staffan, 1999,10)

فصورة الجسم تشمل تشوه الجسم (Body Distortion)، والرضا عن الجسم Body (Satisfaction)، وتناقض الجسم المثالي مع الحالي (Body Current-Idel Discrepancy)، والفخر بالجسم (Body Price)، وصورة الجسم الجشطالتية (Body Image Gestalt). (Karen, 2003,9)

1 – تعريف صورة الجسم

تشتمل صورة الجسم الكثير من التعريفات و المجالات، وعرفت بطرق عديدة لأنها متعددة الأبعاد وتتضمن مكونات فسيولوجية ونفسية واجتماعية.(hoyt,2001 ,17)

ومن ثم ينظر إلى صورة الجسم بأنها " تصور عقلي مرن وغير ثابت لشكل الجسم وحجمه، والتكوين الذي يتأثر بعوامل مختلفة تاريخية وثقافية وإجتماعية وفردية وبيولوجية التي تدار على مراحل الحياة المختلفة.(الأشرم،2008، 23)

أما (fashay) يعرف صورة الجسم على أنها وعي الفرد بمظهره مقارنة بنفسه والاخرين. (fashay,1996,341)

عرف (cusec) صورة الجسم بأنها اتجاه الذات وتعدد الأبعاد نحو جسم الفرد خاصة حجمه وشكله وجماله . (cusec,2000,23)

وصورة الجسم ويقصد بها الصورة الذهنية للفرد عن تكوينه الجسماني وكفاءة الأداء الوظيفي لهذا البيان وتتحدد هذه الصورة بعوامل : شكل أجزاء الجسم وتناسق هذه الأجزاء والشكل العام للجسم .(أنور، 2001، 134)

كما تعرف صورة الجسم بأنها الصورة التي ذكرناها عن جسمنا في عقلنا. (Elizabeth,2006,01)

وكذلك صورة الجسم هي صورة ذهنية وعقلية يكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناتها الداخلية وفي أعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءتها، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر إتجاهات موجبة أو سالبة عن تلك الصور الذهنية للجسم.

وصورة الجسم هي تلك الصورة التي يكونها الفرد في عقله عن جسمه، أو الصورة التي يبدو بها الجسم لصاحبه. (عادل، 2010، 29)

ومما سبق يتضح أن كلا منا له صورة عن نفسه في عقله، تلك الصورة تقترن باعتقادنا عن كيفية إدراك الآخرين لنا، في صورة الجسم خبرة شخصية تعتمد على كيف يرى الفرد نفسه، وكيف يدرك الأشخاص أجسامهم، وكيف يدركون أنفسهم، كما تشمل صورة الجسم أفكار ومشاعر وتصورات الذات، كما تعرف صورة الجسم بأنها وجهة نظر الناس عن ذاتهم الجسمية.

2- أهمية صورة الجسم

ويري (james Breahey) أن خبرة الجسم مهمة للنمو النفسي البدني، وأن صورة الجسم لها أهمية وجدانية ورمزية أيضا.(james Breahey,1997,108)

فالقلق الرئيسي في مجتمع اليوم يرتبط بصورة الجسم(Beth Hitchcock,2002) وتذكر اليزابيت أن صورة الجسم تلعب دورا في اتخاذ القرارات المهنية وفعالية الذات والإصرار. (Elizabth,2006,01)

وللتأكيد على أهمية صورة الجسم يذكر (كاش) أن صورة الجسم سلبية ترتبط بإنفعالات مختلفة مثل، القلق، الاشمئزاز، اليأس، الغضب، الحسد، الخجل، أو الارتباك في المواقف المختلفة. (cash, 1997,5)

ولأن مظهر الشخص الجسمي له أهمية بدون شك يفترض وجود علاقة هامة بين تقييماتنا لأجسامنا وحالاتنا النفسية، ففي مسح واسع عن صورة الجسم، أجراه (كاش ووينستد وجاندا،1986) تتضمن عدة لتحديد النفسية الاجتماعية، وأنصبت البنود على تقدير الذات والرضا عن الحياة والإكتئاب والوحدة ومشاعر القبول الإجتماعي، أظهر المسح أن الاشخاص ذوي التقييمات الإيجابية عن صورة جسمهم حققو توافقا نفسيا اجتماعيا مناسبا وفي المقابل أولئك ذوي المشاعر السلبية عن صورة جسمهم حققو مستويات أدني من التوافق النفس إجتماعي.(james,1997,107)

ويشير (Giarratano,1997) إلى أن نمو صورة الجسم الاجابية تساعد الناس في رؤية أنفسهم جذابين، وهذا ضروري لنمو الشخصية الناضجة، فالناس الذين يحبون أنفسهم على نحو إيجابي علي الأرجح يكونون أكثر صحة. (stacy,2000,02)

بينما صورة الجسم السلبية يمكن أن تؤثر علي حياة الفرد، فالناس ذو صورة الجسم السلبية لديهم تقدير ذات منخفض، ويحاولون إخفاء أجسامهم بالملابس الفضفاضة والقاتمة، إن مسألة صورة الجسم بين الأطفال والمراهقين مهمة جدا، فصورة الجسم السلبية ممكن أن تؤدي إلى الإكتئاب، وتقدير الذات المنخفض، فالجسم مصدر الهوية ومفهوم الذات لأكثر المراهقين . (stacy,2000 ,02-08)

كما أن عدم الرضا عن الجسم لدى الإنسان يترتب عليه الكثير من المشكلات النفسية، وكذلك بعض الأمراض النفس جسمية التي تؤدي إلى تشويش صورة الجسم، وتنشأ هذه المشكلة عندما لا يتوافق شكل الجسم مع ما يعد مثاليا حسب تقدير المجتمع .
(منى،2002، 182)

وهذا ما يدفعنا أن نؤكد أنه في كثير من الأحيان يكون المفهوم السلبي لذات راجعا لتشوه صورة الجسم وإضطرابها، ومن ثم وجود علاقة طردية بين عدم الرضا عن الصورة الجسم والمفهوم السلبي للذات . (فايد، 2004، 05)

فصورة الجسم جزء حيوي من إحساسنا بالذات، فهي ترتبط بتقدير ذاتنا وتتأثر بالعديد من العوامل الاجتماعية والثقافية، فهي تؤثر علي رغبتنا في الإنتماء إلى المجتمع وأن تكون مقبولين إجتماعيا . (janine phillips,2004)

هذا يدعم فكرة أن صورة الجسم تؤثر معرفيا وإنفعاليا على تفاعلاتنا الإجتماعية، ومن خلال ما سبق نرى أن صورة الجسم ذات طابع إجتماعي ونفسي وسوسيولوجي، لذا من السهل فهم أن صورة جسم الشخص قد تؤثر علي حالة النفس إجتماعية جيدا، وأنها ترتبط بصفات نفسية كثيرة كتقدير الذات والإتجاهات وغيرها.

3- التفسيرات النظرية لصورة الجسم

إستعمل (برويتش) تعبيرات مثل صورة الجسم، ووعي الجسم وتعريف الجسم، وتركيب الجسم، و الذات البدنية، و إدراك الجسم، ومفاهيم الجسم الإجتماعية القابلة لتبادل، عند كلامه عن صورة الجسم .(Hans staffan ,1999, 10)

ويفرق علماء النفس بين الخبرات المجردة من الجسم التي تتضمن الأفكار المعرفة حول الجسم بما يتعلق بالذات والخبرات الملموسة من الجسم التي تتضمن التصورات الفيزيقية .(الأشرم،2008، 26)

فعالم النفس psychologist قد ينظر الي صورة الجسم لقياس نمو الفرد، وعالم الاجتماع seciologist قد ينظر إلى صورة الجسم لتعليم الكثير حول تفاعلات الفرد

الاجتماعية، والطبيب النفسي قد يكون مهتم بصورة الجسم لأجاد مفاتيح الأمراض النفسية. (Hans staffan,1999,31)

وصورة الجسم هي الصورة النفس الاجتماعية للفرد عن ذاته البدنية، وكان طبيب الأعصاب (henri head) الباحث الأول الذي إستعمل تعبير صورة الجسم، وأول من وصف مفهوم صورة الجسم هذه الصورة، أو مخطط الجسم ,Body schema هي إتحاد خبرات الماضي مقترنة بأحاسيس الجسم الحالية التي نظمت في اللحاء الحسي sensory cortex للمخ. (james Breahey,1997,107)

ولاحظ (head) أن الحركات السلبية وتوافق مواضع الجسم يدل ضمنيا على الوعي المعرفي والمتكامل لشكل والحجم وتكوين الجسم، وأضاف أن صورة الجسم تتغير بشكل ثابت بالتعلم، كما أكد على العلاقة الدينامية بين حالات الجسم الزمنية ومخطط المظهر بمرور الوقت، كما درس (head) إبتداء تأثير المخ وضرر الجسم على مخطط الجسم المركزي وصورة الجسم المهملة في النمو الحسي. (ورد في أنور، 2002، 73-74)

وتعرف صورة الجسم بأنها صورة شكل الجسم كما نتصور في عقلنا كوحدات مجسمة، يشمل ذلك العوامل الشخصية والبيئية والزمنية، وكممارسة لطب النفسي، أدرك (schilder) أن التشويهات في خبرة الجسم التي نسبت الي علم أمراض الدماغ في حاجة لدراسة ليس فقط في منظور علم وظائف أعضاء الدماغ ولكن أيضا من وجهة النظر النفسية فأدخل هذا المفهوم في علم النفس، وذكر أن العديد من التغيرات التي إرتبطت بصورة الجسم لها علاقة رئيسية بكل من السمات الباثولوجية (المرضية) للحياة اليومية وفي الأحداث اليومية العادية، لأن صورة الجسم تقع في مركز الشخصية، وخبرة الجسم نواة الحياة النفسية. (james Breahey,1997,108-109)

وأدخل (schilder) في دراساته، كلا من علم الأمراض الباثولوجية والشعور اليومي والأحاسيس اللاشعورية كجزء من الجسم، وأعتقد أن صورة الجسم جزء من إحساس الذات المتكاملة، ووضع إدراك وخبرات الجسم في مركز الوعي الإنساني.

(Hans staffan,1999,11)

وتتفق (بريكي) مع (شيلدر) بأن أهمية الرمزية للشخصية يمكن أن تعزا إلى جوانب الجسم، والأحاسيس من جوانب الجسم، والأحاسيس من جوانب جسم الفرد تشير وتستدعي إتجاهات ومواقف نسبية إلى الأهمية النفسية التي وضعت على طرف وجزء الجسم .
(james Breahey,1997, 109)

كما أكد (وينيكوت) أن الإحساس بقيمة الجسم كانت له أصوله في الطفولة من خلال ثلاث وظائف دائمة المعاملة والصورة المرآوية التي تحملها الأم، وإعطاء الحماية للطفل الرضيع والإحساس بالأمن. (Hans staffan,1999,11)

ولاحظ (ديبي) أن تكامل الذات يحدث في ثلاث من مجالات صورة الجسم، والتكامل المكاني بين الأجزاء المختلفة في جسمنا وبين الذات والأخرين، والتكامل الزمني يتصل بوعي الذات بمرور الوقت والتكامل الإجتماعي ويقارن الذات المدركة بالذات كما يراها الآخرون. (الأشرم، 2008. 27)

وصورة الجسم يمكن أن تقسم إلى غلاف خارجي للجسم و الحجم أو الفراغ الداخلي للجسم، طبقا (لكليفيلند، 1989) و(فيشر،1968) يعتبر الجسد غلاف الجسم، ويأتي إدراك غلاف الجسم من الجلد والمعلومات البصرية، ويعتقد نفس الباحيثين أيضا أن حجم أو فضاء الجسم يظهر من التوازن الحركي العميق للجسم، وأن الحركة والنشاط البدني مهمان في تشكيل وصيانة وحفظ صورة الجسم. (رضوي، 2005، 10-12)

وقد تحرى (بريس، 1989) صورة الجسم من وجهة نظر التنشئة وطور تعريفا ذات ثلاث أجزاء من صورة الجسم، تلك الأجزاء الثلاثة تشمل:

- ✓ **الجسم الحقيقي :Body reality** وهي طريقة التي يدرك ويشعر بها الأفراد بأجسامهم، حقيقة الجسم التي ترى وتقاس بموضوعية، وترتبط بتركيب وتقاسيم الجسم، ولا تحتوي أحكام القيمة فالجسم الحقيقي هي طريقة جسم الفرد فعلا، وليس مفهوما ساكنا، لكن يتغير بالشيخوخة.
- ✓ **الجسم المعروض : Body presentation** وهو كيف يستجيب الجسم لأوامر الفرد ؟ وتتضمن هذه الإستجابات الموضة، كيف يتحرك الفرد ؟ وكيف وضع الفرد بالنسبة

للعالم ؟ فالجسم يوظف كتعبير لرغبات ونوايا ومشاعر الفرد، ويمكن أن يسيطر الفرد على تقديم جسمه إلى حد معين.

- ✓ **الجسم المثالي:Body ideal** وهو معيار داخلي يحكم به الفرد على نفسه والآخرون وهذا المثالي يؤثر على كيف يفكر الفرد ؟ وكيف يتصرف ؟ إن الفرد يقيس الحقيقة والتقديم مقابل معيار في رأسه ويتضمن مخططات الجسم والراحة والحجم والوزن والروائح والتناسق والقوة والثبات والسيطرة. (Hans staffan,1999,13)

وتوضح (شونتز، 1975) أن خبرة الجسم تحدث أربعة مستويات : مخطط الجسم وذات الجسم، وصورة الجسم، ومفهوم الجسم، وتتلخص هذه المستويات فيما يلي:

المستوى1: مخطط الجسم، وهذا المستوى أساس خبرة الجسم ويخص إدراك الجسم كشيء في الفضاء، ويظهر البتر للتدخل في إدراك هذا المستوى، ويعتبر (شيلدر،1935) ظاهرة طرف الشبح من قبيل تعبير مخطط الجسم.

المستوى 2: ذات الجسم خبرة في هذا المستوى تدمج على بنية ومخطط الجسم وينمي الفرد حد صورة الجسم – الفضاء أو الخبير الشخصي – إلى حجز الذات من اللاذات.

المستوى 3: صورة الجسم طبقا (لشونتز) خيال معقد، ومنبع وافر من المعلومات حول خبرة الجسم، في تسجيل الاستجابات على بقع الحبر، إستعمل الخيال لتحديد خصائص حد الجسم، وإستعمل صورة الجسم لتقييم خبرة الجسم.

المستوى 4: مفهوم الجسم باستخدام العلامات والرموز، ويتعلم الناس توسيع مفهم ويبدأ بالتعبير عن خبرة جسمهم على سبيل المثال، تحرك الإنسان يمكن أن يرجع إلى الاعتماد الطبيعي أو الشاذ على تركم معرفة الفرد عن الموضوع، هذه المعلومات تساعد الفرد في تحسين فهم الذات وتسمح له بعمل المقارنات بينه وبين الآخرين، وتؤكد شونتيز أن مستويات ووظائف خبرة الجسم متكاملة .(james Breahey,1997, 111)

وإستنتج (جروجان، 1999) من عدة دراسات أن صورة الجسم تتأثر بالعديد من العوامل (الأسرة والأصدقاء والمعلم والأقران والمجتمع. (jnliesparhank,2003,8)

وتذكر (إليزبيث، 2006) أن هناك عومل تؤثر على نمو صورة الجسم منها الجنس وأجهزة الإعلام، وعناصر الإنتماء الرقي race /ethnicity والتمرين والمشاركة الرياضية .

ومنه فإن صورة الجسم تتأثر بعدة عوامل نذكر منها مايلي:

- ✓ **عوامل بيولوجية Biological Factors**

تتحدث معالم الجسم بشكل كبير بالعوامل البيولوجية والوراثية، وبالتالي قد تلعب الخصائص البيولوجية والوراثية دورا مهما في نمو صورة الجسم، كما أن بعض الاضطرابات العصبية أو الخصائص البيولوجية يمكن أن تؤثر على طريقة إدراك الأفراد لجسمهم مثل الطول وصفات الجلد أو البشرة، وحجم الصدر، وتقاطيع الوجه، والتشوه .

(thompson, 1999, 99; cummings, 1988, 08)

وفي مرحلة المراهقة تحدث العديد من التغيرات الجسمية السريعة، وتجعل النساء مدركات لمظهرهن غير آمنات وقلقات بشأن أجسامهن. (Eklnnd,2000,193)

فالبلوغ والسمات الأخرى من النضوج الجسمي في المراهقة تزيد مشاعر الارتباك والرهبة، وهذه التغيرات البيولوجية تجعل الأمر صعبا على نمو الأنثى بالذات لتواجه تعامل مع جسمها في مجتمع جسم الأنثى فيه مستغل. (الأشرم،2008، 31)

ومنه فالمحدد البيولوجي لحجم وشكل الجسم يمكن أن يؤثر على إدراك الفرد لجسمه كما يؤثر على العوامل الأخرى التي يمكن أن تؤدي فعلا إلى صورة الجسم السلبية فمظهر الشخص محدد بالوراثة والبيئة، فالطريقة التي يبدو بها الجسم تقرر بشكل رئيسي بالجينات الموروثة من الآباء والأجداد.

- ✓ **الوالدان / الأسرة:**

يلعب الوالدان – خاصة الأمهات – دورا كبيرا في إدراك صورة الجسم لدى أطفالهما حيث وجد (ثيلين و كورمير) أن كلا من الأبناء و البنات يتلقون تشجيعا أكثر من الأم، لفقد

أو ضبط وزنهم أكثر من الأب، بل يؤكد الباحثان أنه إذا كان ولي أمر الأسرة أنثي فإنها تؤكد كثيرا على النحافة و الجاذبية.(الأشرم،2008، 35)

وتقييم الوالدين لجسم طفلهما يترك إنطباعا طويل المدى على تقدير ذات ذلك الفرد فقد أجرى (بيرس وواردل) دراسة كشفت أن الأباء كانوا أكثر رغبة في وصف الأولاد بالنحافة والبنات بالبدانة، وهذه الرسائل من الأباء أو المشرفين الأخرين تنتقل إلى الأطفال والمراهقين. (pierce,1993,11-25)

وتعتبر الأسرة المربي الأول للأطفال الصغار والمراهقين، حيث يؤثر الأباء ومقدمو الرعاية الآخرون على طريقة إدراك الأطفال لأجسامهم، ويلعب الأباء دورا حيويا سواء بشكل علني أو سري في إرسال الرسائل إلى طفلهم للتوافق والتكيف مع المعيار المثالي في المجتمع، والآباء أنفسهم قد يركزون بقوة على الحمية ويهتمون بجاذبيتهم الجسمية، وذلك يضربون المثل لأبنائهم الصغار (ذكور- إناث) أن الصورة كل شيء، فالأطفال مثل الإسفنجات songes يمتصون المعلومات والرسائل المحيطة بهم، ويقلدون طول الوقت ما قيل أو فعل، وبالرغم أن الأباء فقط يحاولون المساعدة، وهذا التركيز المتطرف على وزن أو حجم جسم طفلهم قد يضر أكثر مما يفيد. (stacy,2000,11-12)

- ✓ **المدرسة / المعلمون:**

يشير (foshay, 1996) إلى أنه من المهم للطلاب التعلم حول الذات البدنية كما يتعلمون بقية المنهج، وأشار (maloney,2000) إلى أن تشوه صورة الجسم منتشر في المدارس. (foshay,1996,34; maloney,2000,20)

يلعب المعلمون بعض الدور في إدراك الأطفال و المراهقين لصورة جسمهم، وتبين الدراسات أن المعلمون إدراك الطلاب لتقييم معلميهم عامل مهم في إنجازهم الأكاديمي، لذا فمن المعقول أيضا أن يؤثر المعلمون على كيفية إدراك الأطفال والمراهقين لأجسامهم. (stacy,2000,04)

وتضيف (stacy) أن الأطفال يقضون حوالي نصف يومهم في الفصل مع المعلمين من المدرسة الإبتدائية إلى المتوسطة إلى المدارس العليا، وأن يعامل الطالب طبقا لمظهره

الجسمي ليس ظاهرة جديدة، فقد وجد (أدامز، 1977) أن المعلمين يبنون توقعاتهم عن أداء طالبهم بناء عن درجته من الجاذبية، وأظهر البحث أيضا أن المعلمين ينتبهون(يعطون أنتباها) ويتفاعلون إيجابيا أكثر نحو الأطفال غير الجذابين، كما وجد أن معلمي المراهقين يميلون لتقدير طلابهم الوسماء جسديا كتفوق العالي في التحصيل الأكاديمي والرياضي ويكونون أكثر جاذبية، ومؤهلين إجتماعيا، وأولئك الطلاب غير الجذابين جسديا إلى المعلمين. (stacy,2000,17-18)

يقدر العديد من الطلاب المعلمين ويعتبرونهم قدوة، ومن ثم أسلوب تقديم المعلمين لأنفسهم وتعليقاتهم يؤثر كثيرا على الأطفال والمراهقين على سبيل المثال : قد يدلي المعلم بيانات بخصوص صورة النحافة، أو قد يدلي بتعليقات عن الناس الزائدي الوزن، يستمع الأطفال لما يقول وما لم يقل ويقبلون هذه الرسائل، مما يجعل المعلمين مؤثرين في كيفية إدراك الفرد لجسمه، بالرغم من أن أبحاثا قليلة يمكن أن تدعم هذه الفكرة.

- ✓ **الأصدقاء / الأقران :**

مرحلة الطفولة والمراهقة فترة مهمة جدا في تكوين جماعة الأقران، وتكون جماعة الأقران مؤثرة جدا، ومحاولة التوافق مع الصورة المثالية والإحتفاظ بجماعة الأقران في نفس الوقت ليس سهلا، وإن مجموعة الأقران تؤثر في تحديد كيف ينظر الفرد إلى جسمه.

فقد فحص (أدلر، 1998) قوة جماعة الأقران، وإكتشاف أن الأطفال – خاصة البنات – يتعلمون معايير المظهر في سن مبكر من أقرانهم، هذه المعايير والقيم التي ينموها أثناء الطفولة قد توجه مواقفهم وإتجاهاتهم وسلوكياتهم في المستقبل. (stacy,2000,13)

وهذا ما تؤكده دراسة (باكستن وآخرون) من الأطفال والمراهقين غالبا يختارو أصدقاء من الأفراد ذوي الحجم المتوسط، وأن الطفل البدين أقل تفضيلا كزميل أثناء اللعب. (paxton, 1999, 256)

كما وجد (ستايس) أن الضغوط الأسرية ليست وحدها التي تروج لإضطراب صورة الجسم، أيضا ضغط الأقران يؤثر على صورة جسم الشخص، فالضغط المدرك من الأقران للوصول إلى النحافة ينبئ بعدم الرضا عن الجسم .(stice, 2002, 105)

ويذكر كاش أن مشاعر الكفاية الإجتماعية (social adequacy) تعتمد جزئيا على كيف يعتقد الفرد إدراك أقرانه لمظهره. (Cach,1997,43)

ويختار الأطفال والمراهقون الأصدقاء من الأفراد الذين يتوافقون مع صورة الجسم المثالية، ويعملون العديد من الأشياء ليكونوا مقبولين أيضا يبحثون عن الصداقات التي تكون مقبولة من الآخرين، لأن هذه الفترة هامة في حياتهم وأي تعليقات بخصوص الوزن أو المظهر قد تؤثر عليهم مدى الحياة في التعليقات السلبية أو المثيرة من الأقران يمكن أن تؤثر عن الأمن النفسي. (stacy, 2000, 14)

ويتضح من خلال ما سبق أن الأصدقاء والأقران يؤثرون على شعور المراهقين حيال أنفسهم من خلال تعليقاتهم عن الملابس وتصفيفة الشعر وإشكال وملامح الجسم.

- ✓ **أجهزة الإعلام :**

يشير مصطلح أجهزة الإعلام الألي إلى مفهوم الإعلام الجماهيري، الذي يشمل وسائط الاتصال مثل التلفزيون، والمجلات، والإعلانات التجارية .

كما عرفت (جولي سبارهاوك) أن أجهزة الإعلام بأنها أسلوب أو طريقة الإتصال مع الجمهور كصحف، المجلات، التلفزيون، لوحات الإعلانات.
(julie sparhanwh, 2003,04)

فالصور التي يراها الناس في أجهزة الإعلام المختلفة لها غالبا تأثير قوي على صورة الجسم فالعديد من الرسائل في أجهزة الإعلام حول صورة الجسم توحي بأن المظهر مهم جدا لتكون ناجحا في الحياة. (stacy,2000, 45)

ويشير (بروتون وكليفيلند) إلى أنه بالرغم من أن وسائل الإعلام تستهدف الأشخاص في كل المستويات العمرية، إلا أن المراهقين أكثر عرضة للرسائل التي تصل مجتمعنا فأغلبية المعلومات التي قدمت في أجهزة الإعلام المختلفة موجهة بشكل محدد نحو المراهقين.(Broughton, 1999, 45)

وتشير (لورل ويكمان) إلى أن أجهزة الإعلام عامل هام في تقييم الفرد لصورة جسمه حيث تنجم نماذج الجاذبية على المجلات، والأفلام، والممثلات/الممثلين، فكلنا مدركون

لتأثير أجهزة الإعلام، فنحن مقصوفون بالصور على التلفزيون وفي الأفلام ، وفي المجلات ومن خلال الإعلانات، كما أننا نتعلم القيم والمعايير الثقافية لما هو جيد وجميل ومهم من خلال أجهزة الإعلام ممثلة في الإعلانات والأفلام والمجالات والكتب والصحف وبرامج التلفزيون، فالتأكيد من المظهر يعرض على نحو واسع في كافة الأجهزة البصرية للاتصال. (Laurel & Wickman. 2000 ,01)

ويذكر (بنهاس وأخرون) أن الإطلاع على الصور الإعلامية إرتبط بالإكتئاب والغضب، وأن أجهزة الإعلام تلعب دورا مهما في إرسال الرسائل السلبية إلى الإناث بخصوص صحة جسمهن، وتحرف المعلومات أو تزود المستهلكين بالمعرفة الخاطئة. (pinhas, 1999 ,223)

وتبين العديد من النظريات أن تأثير أجهزة الإعلام يلعب دورا حيويا لإستمرار المظهر المثالي الصعب المنال.(karen, 2003 ,20)

وقد وجد (كاش وبروزينسكاي) أن مشاهدة التلفزيون يمكن أن تغير صورة جسم الأشخاص بالتأثير عليهم للتفكير بشأن وزنهم، والجاذبية، أو المظهر.

(julie Sparhank, 2003, 08)

وهذه المقارنة بين الصورة الإعلامية وصورة جسم الذات تؤدي إلى عملية دورية وتدميرية من تركيز الإنتباه على النقائص المدركة، وبالتالي تؤدي إلى عدم رضا أكبر عن الجسم. (Levine et smdak, 2004, 75)

وأجهزة الإعلام إحدى المصادر القيادية للضغوط على مجتمعنا ليكون نحيفا، فطبقا لمكارثي التلفيزيون والإعلانات الصحفية يعرضان المساعدة للناس ليحققوا الجسم المثالي هذا خطر ومشوش جدا لكل من الأولاد والبنات عندما يكبرون. (الأشرم، 2008، 34)

فأجهزة الإعلام تقدم أيدلوجية ورسائل قيمة مؤداها أن تكون نحيفا ستحب، وأن تكون بدينا ستصبح مكروها.(julie sparhank, 2003, 11)

علاوة على ذلك، فقد وجد (Hinberg & THomapson) أن الإناث اللواتي لم يتعرضن للصور ذات العلاقة بالمظهر، وأن النساء اللواتي كن أقل رضا عن أجسامهن كان

عندهن إنخفاض صورة الذات وإنخفاض الأمن النفسي أكثر من النساء اللواتي كن راضيات عن جسمهن الطبيعي. (Hinberg & THomapson. 1995, 05)

ويرى (جولي سباهاوك) أن الإرتباط بين أجهزة الإعلام وصورة الجسم مهم، هذا الإرتباط جدي لأن صورة الجسم المنخفض يؤدي أحيانا إلى إضطرابات الأكل (فقدان الشهية– النهام– المرح) الذي يمكن أن يؤدي إلى الموت. (sparhank, 2003, 01)

من الواضح أن أجهزة الإعلام تلعب دورا ضخما في كيفية إدراك الأفراد –الأطفال والبالغين والراشدين – لجسمهم، وكان لها تأثير سلبي على جسم المراهقين، حيث يتلقى الأفراد في سن صغيرة جدا، رسائل من أجهزة الإعلام مؤادها أن الجسم المثالي هو الوسيلة الوحيدة لتكون مقبولا إجتماعيا، ويؤدي إلى السعادة والنجاح في الحياة، فالمجلات والأفلام والإعلانات كلها قوة مؤثرة في مجتمعنا.

- ✓ **الثقافة الساندة:**

يشير (كاش وهنري) إلى أن خبرات صورة الجسم تعكس السياق الثقافي غالبا كما لاحظا تباين الثقافة والعنصر والتنوع العرقي في الرضا عن الجسم، وتظهر المثالية الثقافة من خلال التليفزيون والأفلام وأجهزة الإعلام المطبوع.

يؤثر التكيف الثقافي على صورة الجسم بشكل كبير، فالثقافة ترفع قيمة بعض الأشياء وتخفض قيمة الأخرى، وتحدد ما الجيد، وما الجميل والهام، كل هذا يعرف داخل الثقافة وأن التركيز الثقافي على المظهر الخارجي ضار للمجتمع، ويؤدي إلى نتائج سلبية تؤثر على صورة جسم الفرد.(الأشرم،2008، 55)

ويذكر (Hans staffan) أن صورة الجسم مفهوم دينامي يتضمن التفسيرات الشخصية ويتأثر إجتماعيا وثقافيا.(Hans staffan, 1999, 05)

كما وضح (ديفيس وكازمان) أن الثقافة تؤثر على ما يأكله الناس، وما يلبسونه وكيف يصففون شعرهم؟

ويرى (أليس أوردواي) أن المجتمع يخبر الناس دائما بأنهم يمكن أن يغيروا شكل وحجم جسمهم، ولا يؤكد على أن علم الوراثة أحيانا يسبب للشخص زيادة الوزن، وإستنتج الباحث أنه لم يعد التمييز مقبولا بين الناس بسبب العنصر والطبقة الإجتماعية الإقتصادية والسن والجنس أو الدين.(ورد في الأشرم،2008، 56)

وتتفاوت تعريفات حجم وشكل الجسم المثالي من ثقافة لأخرى، فبينما تصبح النحافة هوسا رئيسيا للعديد من الثقافات، تصور السمنة كثيرا بالمثالية في ثقافات أخرى، وتشكل الثقافة تصوراتنا عن وزن المستعمل من قبل البالغين للحكم على الجاذبية الجسمية، وتنمو صورة الجسم من خلال تعريف المجتمع لما هو جذاب ومرغوب.(stacy, 2000, 08)

كما أوضح (لايتمستون،2001) أن صورة الجسم متعلمة من الذي يحدث في الأسر وبين الأقران والتأثير الأكبر على صورة الجسم الثقافة التي يأتي منها الشخص.
(ورد في الأشرم،2008، 59)

أوضح (ستايس) أن التأثيرات الإجتماعية الثقافية تنشأ إبتداءا من الإعلام الجماهيري والأسرة والأقران. (stacy, 2002, 103)

وإستنتج (كاش) أن الإنشغال بالمظهر الجسمي يأتي بثمن باهظ، حيث يقوض قيمة الذات حينما يخفق الجسم في مطابقة المواصفات والمعايير الإجتماعية الحضارية.
(julie sparhank, 2003, 08)

ويذكر (جاكسن) أنه نتيجة للقيمة العالية التي تضعها الثقافات الغربية على الجاذبية الجسمية، زاد إنشغال الفرد بصورة جسمه بشكل مثير خلال العقود القليلة الماضية ويمكن أن يستنتج (سكيما) مخطط الجسم التي تنميها تقوم ابتداءا على الصور المهيمنة التي نراها في المجتمع. (Elizabch, 2006, 04)

وفما يعد مثاليا في مجتمعاتنا الشرقية قد يكون مغايرا بعض الشيء عن المجتمعات الغربية وخاصة بين كبار السن، حيث مزال الجسم الممتلئ للفتاة محبذا لديهم، أما فئة صغار السن فيلاحظ أنهم يفضلون الأجسام النحيلة أسوة بالغربيين.

إذا يعلم المجتمع الأفراد من لحظة الميلاد أن المظهر مهم، وترسل الرسائل عن الجسم في الطفولة المبكرة، ويتعلم الأطفال بسرعة أن الأخرين سيحكمون عليهم من خلال مظهرهم أو كيف يبدون، أن الثقافة تلعب دورا مهما في نمو صورة الجسم وتؤدي الرسائل الإجتماعية الحضارية إلى تشكيل التصورات والمشاعر والأفكار عن الجسم، وتؤسس صورة جسم الشخص، ويتأثر الناس بالثقافة في تكوينهم لصورة الجسم، وهذه الرسائل الجزئية من المجتمع التي تؤكد على المظهر المثالي، تصل إلى الناس في كل الأعمار.
(الأنصاري، 2002، 180)

وأن لكل مجتمع ثقافته الخاصة به التي تحدد العلاقة الإرتباطية بين صورة الجسم وبعض المتغيرات النفسية، ومعايير خاصة به تسهم في تبني صورة الجسم المثالية، فإذا ما تطابقت صورة الجسم وهذه المعايير إشعره ذلك بجاذبيته الجسمية، وكلما إبتعدت الصورة عن هذه المعايير تكونت لدى الفرد إتجاهات سلبية نحو جاذبيته الجسمية.

مما سبق يتضح أن هناك عددا من العوامل التي تؤثر على إدراك الأفراد لأجسامهم مثل الأباء والأقران وأجهزة الإعلام التي تؤثر كلها في إدراك الفرد لجسمه، وتلعب أدوارا مهمة في إرسال الرسائل الإجتماعية الثقافية للعمل من أجل تحقيق الجسم المثالي. ومن المهم جدا لهذه المجموعة المحددة، سواء الأباء والمعلمين والأقران أو أجهزة الإعلام، أن يديرو أنفسهم بأي أسلوب يؤدي إلى قبول الذات وتحقيق الأمن النفسي لهم ولا علاقة له بوزن أو شكل الجسم حتى يواصلوا هذه الرسالة إلى الأطفال والمراهقين، كما نستطيع أن ندرك أن التأثرات المبكرة للأسرة وأقران هامة في التشكيل الأولى لصورة الجسم.

4- مكونات وأبعاد صورة الجسم

1.4- مكونات الجسم

تشتمل صورة الجسم على مكونين مهمين، أولهما في المثال الجسمي ويعرف على أنه النمط الجسمي الذي يعتبر جذابا ومناسبا من حيث العمر، ومن وجهة نظر ثقافة الفرد، بينما يتمثل الثاني في مفهوم الجسم ويعرف بأنه الأفكار والمعتقدات والحدود التي تتعلق بالجسم فضلا عن الصورة الإدراكية التي يكونها الفرد حول جسمه.

(كفافي وآخرون، 1995، 21-22)

وترى (جيمس) أن الجسم تتكون من مكون انفعالي يشير إلى الشعور السار وغير السار، ومكون معرفي يشير إلى الرضا عن الحياة. (james breakeg, 1997. 107)

وبصفة عامة يقسم المظهر الجسمي إلى ثلاثة مكونات:

1.1.4- مكون إدراكي perceptual component ويشير إلى دقة إدراك الفرد لحجم جسمه.

2.1.4- مكون ذاتي subjective component ويشير إلى عدد من الجوانب مثل الرضا والإنشغال، أوالإهتمام والقلق بشأن صورة الجسم.

3.1.4- مكون سلوكي behavioral component ويركز على تجنب المواقف التي تسبب للفرد عدم الراحة أو التعب أو المضايقة التي ترتبط بالمظهر الجسمي.

(الدسوقي، 2006، 16)

من خلال ما سبق يلاحظ أن صورة الجسم ترتبط بالأخرين وبالفرد، فصورة الفرد عن جسمه تتأثر بنظرة الآخرين له، ونظرة الآخرين للفرد وتتأثر كذلك بالمظهر الجسمي للفرد.

2.4- أبعاد صورة الجسم

يتفق الباحثون في صورة الجسم على نحو متزايد أن صورة الجسم مفهوم متعدد الأبعاد ويشير (كاش ويروزينسكاي، 1990) إلى أن صورة الجسم تتعلق بموقف الذات متعددة الأبعاد نحو جسم الفرد التي تركز على المظهر بالذات. (ورد في الأشرم،2008، 60)

ويذكر براون و آخرون بعض أمثلة الأبعاد التي تحيط صورة الجسم مثل : الإدراك والإتجاه، المعرفة، السلوك، الفعالية، الخوف من السمنة، تشوه الجسم، عدم الرضاء عن الجسم، توظيف السلوك الإدراكي، التقييم وتفضيل النحافة، الأكل المفيد الرجيم .
(Brown , 1990, 135)

كما قام (كراتي و سامس) بإعداد إختبار لقياس نمو صورة الجسم لدى الأطفال ذوي الإعاقة البصرية والذين تراوحت أعمارهم بين (05–16) عام وذلك على عدة أبعاد هي أجزاء الجسم التي تشير إلى قدرت الطفل على تحديد أجزاء معينة في جسمه، وحركة الجسم، أداء حركات من أجزاء معينة من الجسم، وتحديد مكان الجسم في علاقته مع الأشياء الخارجي. (ورد في الأشرم، 2008، 65)

ووضع كل من (علاء الكفافي و مايسة النيال، 1995، 64) أربعة أبعاد لصورة الجسم وهي كالتالي : بعد يتعلق بالوزن، وبعد يتعلق بالجاذبية الجسمية، وبعد يتعلق بالتأزر العضلي، وبعد يتعلق بتناسق أعضاء الجسم. (كفافي وآخرون، 1995،64)

ويقسم (سيد صبحي) صورة الجسم في مقياسه صورة الجسم للأطفال المكفوفين إلى عشر ابعاد وهي : مستويات الجسم بالنسبة للأسطح الخارجية الأفقية والعمودية، والأشياء وعلاقتها بمستويات الجسم، وأجزاء الجسم، وإجزاء الوجه، وإجزاء الجسم المعقدة، وأجزاء الجسم (الأيدي و الأصابع)، وحركة الجسم والإتجاهات البسيطة والإتجاهية نحو الآخرين وجاذبية حركة الآخرين. (ورد في المغازي، 2002، 81)

وتضع (جيمس، 1997) بعدين لصورة الجسم، حيث تقول إن مفهوم حدود صورة الجسم بعدا مهما لصورة الجسم، ووعي الجسم بعدا آخر بصورة الجسم، كما تذكر أن حد الجسم لا شعوري ويسمح بالإحساس المنفصل عن البيئة الخارجية، ولاحظت أن حدود الجسم قد تدرس بإستعمال الإختبارات الإسقاطية مثل روشاخ أو بقع حبر هولزمان، أما وعي الجسم فيشير لوظائف الجسم، ويمكن قياسه بإستخدام إستبيان التركيز عن الجسم.
(james breakey, 1997, 109.110)

بينما ترى (زينب محمود شقير) أن صورة الجسم تنقسم إلى ستة أبعاد وهي : الجاذبية الجسمية، التناسق بين مكونات الوجه الظاهرية، التآزر بين أشكال الوجه وباقي أعضاء

الجسم الخارجية والداخلية، والمظهر الشخصي العام، والتناسق بين الجسم و القدرة على الأداء لأعضاء الجسم المختلفة، التناسق بين حجم الجسم وشكله ومستوى التفكير.
(محمود شقير، 2004، 1998)

ووضع (حسين فايد) أربعة أبعاد وصورة الجسم تمثلت في: بعد عدم الرضاء عن الوزن، وبعد النحافة كصيفة جيدة للحياة، وبعد الرسائل البينشخصية عن الحياة، وبعد تقدير وممارسة التمارين الرياضية . (فايد، 1999، 201)

ويرى (محمد أنور) أن صورة الجسم تتبلور حول أربعة أبعاد : صورة أجزاء الجسم والشكل العام للجسم، والكفائة الوظيفية للجسم، والصورة الإجتماعية للجسم.
(أنور،2001، 136)

ويرى (بانفيلد ومكاب) أن صورة الجسم متعددة الأبعاد، وحدد ثلاث سمات: المعارف والإنفعلات الخاصة بالجسم، وأهمية الجسم و سلوك الحمية، وصورة الجسم المدركة ويتعلق البعد المعرفي بالأفكار والمعتقدات عن شكل الجسم والبعد الإنفعالي يتضمن المشاعر التي عند الشخص عن مظهر جسمه، البعد الثاني أهمية الجسم وسلوك الحمية يمكن أن يوصف بأنه سلوك أرتبط بنمو الحمية، البعد الأخير صورة الجسم المدركة يمكن أن تصف دقة الأفراد عندما يحكمون عن شكلهم وحجمهم ووزنهم.

فصورة الجسم متعددة الأبعاد، فتشمل بعدا معرفيا وبعد إنفعاليا، وتتضمن صورة الجسم المعرفية إعتقادات وبيانات وتعبيرات الذات عن الجسم، وصورة الجسم الإنفعالية تشتمل على خبرات المظهر، سواء خبرات مريحة أو غير مريحة (مزعجة) وإذا ما كان هناك رضا أو عدم رضا عن الجسم. (jwlie sparhawk, 2003 , 07)

ويشير (جمال فايد) إلى أن صورة الجسم تنقسم إلى ثلاثة أبعاد هي : الرضا عن مظهر الجسم، وملامح الوجه والشكل الخارجي، والمظهر بصفة عامة.
(فايد، 2006، 177)

يتضح مما سبق أنه بالرغم من أن الباحثين يتفقون على أن صورة الجسم متعددة الأبعاد في التركيب، فهم لا يتفقون على مقدار أو طبيعة الأبعاد، وإن كانت أغلبية الأبعاد تشير إلى المظهر والجاذبية بالذات.

مما سبق يمكن تقسيم صورة الجسم إلى ثلاثة أبعاد : صورة الجسم المدركة وهي كل ما يتعلق بتصور ومعرفة الفرد – المكفوف– عن شكل وحجم ووزن ومظهر وأجزاء وحركة جسمه، من حيث دقة الوصف والحكم (صورة الجسم كما يدركها المكفوف)، وصورة الجسم الإنفعالية وهي مشاعر وأحاسيس ومعتقدات وإتجاهات الفرد–المكفوف– نحو صورة جسمه المدركة من حيث الرضا وعدم الرضا والارتياح وعدم الارتياح، وصورة الجسم الإجتماعية وهي فكرة – المكفوف– ومدى القبول الإجتماعي لخصائص جسمه (شكل وحجم ووزن ومظهر وأجزاء حركة جسمه)، ووجهة نظر الآخرين و تصوراتهم عن جسم المكفوف، (أي صورة جسم المكفوف في عيوب الأخرين كما يعتقد هو).

5- ملامح صورة الجسم لدى المكفوفين

على الرغم أن الغالبية العظمى من الدراسات التي تناولت صورة الجسم إهتمت بدراسة العلاقة بين صورة الجسم وبعض المتغيرات مثل إضطرابات الأكل والإكتئاب إلا أن عددا قليلا منها إهتم بدراسة صورة الجسم وعلاقتها بالأمن النفسي عند المكفوفين.

ويشير مفهوم صورة الجسم إلى معرفة المكفوف لأجزاء جسمه المختلفة والعلاقات القائمة بين هذه الأجزاء (الأصابع مع اليد مثلا)، أو الصورة العقلية التي يكونها الفرد عن جسمه، وعرفه (ميلر) بأنه معرفة أجزاء الجسم، وكيف ترتبط كل جزء بالأجزاء الأخرى وكيف يؤدي كل جزء بمفرده أو مع الأجزاء الأخرى نشاطا ذا معنى .(سعادة، 2006، 82)

فكف البصر يشعر المكفوف بالعجز، وكثيرا ما ينتابه الإحساس بالخجل، لأن عاهته شوهت صورته الجسمية.(حامد، 2005، 30)

فالمكفوفين يتخيلون أن الآخرين يفكرون أو يحملقون فيهم، وربما يتخذون بعض التدابير أو الإجراءات لإخفاء الشيء الذي يسبب لهم الإنشغال أو هم الاعاقة.

ونود الإشارة هنا الى ما يسمى بالإبصار الشبحي، فقد ذكر (راماتشاندان وهيرشتاين) أن كل شخص تقريبا عنده طرف أبتر(ذراعا أو ساقا) سيواجه طرف شبحي، أي أن الطرف ليس فقط مازال موجود، لكن في بعض الحالات، يتضمن ذلك وجود الألم، وهذا ما يسمى بنظرية الأطراف الشبحية التي ترجع سبب ذلك الي العلاقة بين نشاط الخلايا العصبية الحسية والخبرة الشعورية، وهذا يتعلق بكيف يبنى الدماغ صورة الجسم.

(ramachandran,1998, 1603)

وهذه الإبصارات الشبحية يولدها الدماغ عادة، فالأفراد الذين فقدوا بصرهم (كليا أو جزئيا) يرون أحيانا بتفصيل دقيق خبرات بصرية كأنها حقيقة قد تكون أناسا أو مباني ضخمة. (melita, 2007,219)

وقد تعددت محاولات لقياس صورة الجسم لدى المكفوفين من خلال عدة أساليب أهمها الطرق البنائية والمقاييس العامة .

وتعد أشهر هذه المحاولات دراسة (ميلر، 1995) التي تناول فيها قدرة الأطفال المكفوفين على رسم الجسم، والتي أشار فيها إلى حدوث تحسن في الاداء على المقاييس بالتقدم في العمر، وأن الأطفال الأصغر سنا عندما يرسمون أجزاء واضحة فإنهم يميلون إلى رسم الرجل والأيدي والرأس، كما قام (كراتي وسامس، 1998) بإعداد اختبار لقياس نمو صورة الجسم لدى الأطفال ذوي الإعاقة البصرية والذين تراوحت أعمارهم بين (05-16) عاما وذلك على عدة أبعاد وهي:أجزاء الجسم وتشير إلى قدرة الطفل على تحديد أجزاء معينة في جسمه، وحركة الجسم، وأداء حركات من أجزاء معينة من الجسم، وتحديد مكان الجسم في علاقته مع الأشياء الخارجية.(ورد في الأشرم،2008، 70)

وفي دراسة (لفوقية راضي، 2005) عن النمو الفني ونمو الأمن النفسي لدى المكفوفين بإستخدام إختيار رسم الشخص، كشفت النتائج نزوعهم لحذف العينين وحذف الجسم في معظم رسومهم، وهذا يعبر عن نقص فائدة العينين للشخص المكفوف، بينما يرمز حذف الجسم إلى إضطراب هوية الذات وصورة الجسم، فالجسم لا يمكن الشخص من القيام بوظيفته في البيئة فحسب بل يحدد الهوية الذاتية للفرد . (فوقية، 2005، 29)

ويذكر (يسر عبد الغني،1997) أن التشوهات الأكثر إنتشارا بين التلاميذ المكفوفين حسب نسب انتشارها هي (إستدارة الكتفين، سقوط الراس، العنق المائلة، فلطحة القدمين التقعر القطني، تسطح الصدر، إصطكاك الركبتين، نقوس الرجلين، ولدى البنات تسطح القدمين، التقعر القطني إستدارة المنكبين، إستدارة الظهر، الإلتواء الجانبي، تسطح الصدر إصطكاك الركبتين). (يسر،1997، 44)

ويذكر (عبد الرحمان سليمان) أن الاعاقة البصرية تتيح المجال لظهور سمات شخصية وجسمية غير سوية، ويشمل ذلك شكل العين بعد الكف البصر، وطريقة مشية المكفوف، أو مد يديه أو رأسه للأمام أو تحذب ظهره. (سليمان، 2001، 73)

ينمي كل فرد مخطط الجسم التي يمكن أن تقارن بالآخرين من ناحية وضعية الجسم وتحركات الجسم. (james breakey, 1997, 108)

ويرى (هوفر) أنه بعد أن تتم رؤية الجسم عن طريق حاسة البصر فإن هذا الجسم يدرك كأي شيء أخر يصل إلى ذهن الطفل، بينما الأمر مختلف في حاسة اللمس، فهناك إحساسان مختلفان يكونان خبرة ما في نفس الوقت، فخبرتنا عندما نلمس أجسامنا تؤدي بنا إلى التفكير في أحد أجزاء الجسم، فاليد حينما تقترب بإجابية من أحد أجزاء الجسم الذي يكون خبرة سلبية، وهي إستشعار اللمس، تؤدي بالتالي للتفرقة بين الذات واللاذات، وهذا يساهم في عملية التفاضل البنائي، ومن هنا يبدأ الطفل في إقامة الحدود بين الذات (الجسم) وبين العالم الخارجي. (ورد في فرغلي، 2005 ، 13)

كما هو مذكور سابقا، الدراسات التي تشمل المراهقين المكفوفين جديدة نسبيا إلى بحث صورة الجسم، حتى لو كانت قليلة، فالمكفوفين إستثنو غالبا من البحث، لأنه كان يعتقد أنهم لا يصابون بالمخاوف حول صورة الجسم، على أية حال، أثبتت بعض الأبحاث الحديثة عكس ذلك، والدراسات التي تناولت مفهوم صورة الجسم لدى المكفوفين تناولته من منظور التوجيه والحركة ومنظور إضطرابات الأكل.

6- أهمية بناء تصور لدى المكفوف لهيكل جسمه

يقصد بتصور الطفل هيكل جسمه تصور الفرد مباشرة لأعضاء جسمه في حالة توازنه وحركاته وإتصاله بأجزائه وأطرافه المختلفة، وأثناء تفاعله مع الفضاء الخارجي الذي يحيط به أو مع الأشياء التي تسكن هذا الفضاء بفضل ترابط إحساساته العضلية والجلدية وتكاملها في وحدة قابلة للقياس، وهي ما ركز عليها بالنسبة للمكفوف، كانت حسية أو سمعية أو لمسية والواقع أن بناء تصور الطفل لهيكل جسمه يلازمه بناء تصوره للبيئة التي يعيش فيها بالإضافة إلى بناء تكوينه لمفهوم الزمن، وينمو شيئا فشيئا تصور الطفل لهيكل جسمه بفضل نموذج المراكز العصبية والعضلية لجسمه، وبفضل الخبرات التدريبية والأنشطة الحرة التي توفرها دار الحضانة، فتكوين الطفل صورة ذهنية لهيكل جسمه هو نقطة الانطلاق لإكتشاف وإدراك بيئته الطبيعية والإجتماعية . (المغازي،2002، 44) .

ويشير (كراوس، 1979) إلى أن المكفوفين يعانون من قصور شديدة في الحركة وفي مهارات الحياة اليومية، لأن الكثير من أنشطة الحياة يعتمد أساسا على الإدراك البصري.
(ورد في فوليت وآخرون، 2001، 84)

وتؤدي الإعاقة البصرية إلى إضطراب حركة المكفوف، وقصور مقدرته على التنقل وتعوق قدرته على أداء المهارات والأنشطة اليومية بكفاءة. (القريوتي، 2005، 349)

كما يعاني المكفوفين من إختلال صورة الجسم، ويجدون صعوبة بالغة تتعلق بصورة المكفوف عن جسمه، والتوجه والحركة واكتساب الهوية الجنسية وتقبل الإعاقة، حيث يبدي هؤلاء الأفراد منذ ميلادهم صعوبة مستمرة تتعلق بالفهم المكاني ويعتمدون على التوجه المكاني عادة على التغيرات الصوتية وتيارات وحركات الهواء وكذلك المعلومات اللمسية ويتشكل مفهوم الذات لدى المكفوفين في البداية من خلال الفهم المرتكز على الجسم للأشياء والمكان، ونظرا لأن هؤلاء الأفراد يجدون صعوبة بالغة في إكتشاف أجسامهم فإنهم معرضون لخطر تأخر نمو معرفة الذات.(فوقية، 2005، 7-12)

وبالتالي فإن معرفة صورة الجسم لدى المكفوفين تعتمد بدرجة كبيرة على النمو المعرفي في أكثر من المعلومات الإدراكية، وذلك من خلال إستخدام الحواس المتبقية الأخرى.

ويلاحظ أن الدراسات التي ربطت بين صورة الجسم والتوجه والحركة لدى المكفوفين كانت على عينات صغيرة السن كلها في مرحلة الطفولة ربما لأنها المرحلة التي يتعلم فيها الطفل المشي والحركة والجري، ويتعلم مكان وأسماء أعضاء جسمه.

وأشارت دراسة (توماس، 1995) إلى مبادئ تعلم الحركة للطلاب المكفوفين، وأكدت أن التدريب على الحركة مسؤولية مشتركة بين المعلمين والأباء وأخصائي الحركة، وأن الأساس لتعليم الحركة التجول المستقل كهدف قابل للتحقيق، وتضمنت تزويد الطفل بفهم ذي مغزى عن بيئته وزيادة ثقته بنفسه، وأن تعليم الحركة يجب أن يدمج بأنشطة التعلم المهنية.

وأن هناك إستنتاجات نهائيان عن صورة الجسم لدى الناس المكفوفين، أولا أن الخبرة الجسمانية والتي تركز على اللمس، والشم، والأصوات، والأذواق، وكل عواطفنا وثانيا صورة الجسم والتي تبنى من نماذج الجلسة أو الوقفة، وإنطباعات اللمس، والمظهر البصري والتأثير الوظيفي، والتعزيز الإجتماعي.

وإن كذلك الناس المبصرين والمكفوفين يمكن أن يبلغوا خبراتهم لبعضهم البعض لأنهم – بالرغم من أنهم مختلفون – ليسوا مختلفين عن بعضهم البعض كما قد يفترض في الحقيقة، كل شخص متفرد، حيث تختلف صورة الجسم من شخص وأن كل شخص ينمي حواس جسمه وذاته من ذخيرة فنية خاصة من الخبرات، وأن المدرسة والأسرة وأجهزة الإعلام، وعوامل أخرى تساهم في تشكيل صورة الجسم لدى الطلاب المكفوفين.

كما تذكر (كابلان، 2000) أن الناس المكفوفين، مثل الناس المبصرين، يرون أنفسهم من خلال العدسات المركبة، وليس هناك إختلاف بينهم في صورة الجسم، وأن الإبصار لكليهما فعل تفسيري بدلا من مجرد نشاط حسي، وأن صورة الجسم تتأثر بتقييمات الفرد لذاته من خلال عيوب الناس الآخرين. (ورد في الأشرم،2008، 89)

7- تحسين صورة الجسم لدى المكفوفين

يشير(chin، 1984) إلى فعالية الحركة القائمة على الرقص في تحسين الوعي المكاني للطلاب المعاقين بصريا في الإبتدائي، وعلى مفهوم الذات وصورة الجسم لطلاب الثانوي المعاقين بصريا. (chin, 1984, 311)

كما أشار (موست وفيلوس، 1985) إلى أن اللعب والألعاب مع الأطفال المكفوفين يزيد معرفتهم عن العالم وأنفسهم ويزيد من وعي الجسم، والعلاقات المكانية، والحركة الجيدة.

ويرى (Glesser) فعالية العلاج بممارسة الجود والمعدل في خفض إضطرابات الحركة وزيادة الصحة الجيدة وصورة الجسم والهوية الإجتماعية لدى الطلاب المعاقين بصريا الذين تتراوح أعمارهم من (08-18) سنة. (Glesser , 1986, 749)

وتوصلت دراسة (سيجل ومورفي) إلى أهمية الدور الذي تلعبه البرامج التدريبية النفس حركية في تحديد وضع الجسم عند المكفوفين في نمو وتحسين المهارات الحركية وعملية التأهيل الحركي والتوجيه، وأكد مجدي وكوك على فعالية برامج التمرينات في علاج بعض التشوهات المنتشرة بين التلاميذ المكفوفين خاصة سقوط الرأس واستدارة الكتفين.
(ورد في الأشرم، 2008، 89)

إتفقت دراسة (صفيناز المغازي، 2002) في دور البرامج التأهيلية الحركية في تنمية مفهوم صورة الجسم و التوجه المكاني لدى المعاقين بصريا .

ويذكر (spencer, 1992) أن الخرائط اللمسية تقوم بدور مهم في مساعدة الطفل المكفوف على استكشاف ورسم صورة واضحة للبيئة من حوله، وأن الارشاد الحركي هو الإتجاه المستقبلي لنمو المكفوف حركيا وإعطائه الفرصة الأكبر لتفاعل مع البيئة، وأن المثيرات التكنلوجية مثل الكمبيوتر مهمة في تنمية التوجه والتدريب الحركي لصورة الجسم النامية. (spencer, et al , 1992, 191)

ويشير (عادل عبد الله، 2000) إلى أن تشخيص الإضطرابات العديدة عن المكفوفين لا يكاد يختلف عن مثيله عند العاديين مع وضع طبيعة الإعاقة وسمات الشخصية العاقة في الإعتبار. (عادل، 2000، 343-344)

وإن من أهم أساليب العلاجية لبعض الإضطرابات المرتبطة بالإعاقة البصرية فنيات العلاج المعرفي السلوكي، مثل فنية الكف بالنقيض أو التحصين التدريجي والإسترخاء وفنية النمذجة، والتحويل، ويمكن أيضا إستخدام فنية الدحض والتشجيع وفنية اشباع المطالب أو التخلي عن المطالب.

وقد أثبتت الدراسات التي إستخدمت هذا السلوك العلاجي أنه يؤدي إلى نتائج جيدة تستمر لمدة طويلة بعد إنتهاء البرنامج، ويسهم إلى حد كبير في تقليل حدوث إنتكاسة بعد العلاج .

8- مفاهيم مرتبطة بصورة الجسم

1.8- صورة الجسم و التوجه والحركة(body-image rientation and mobility)

ويشمل مفهوم التوجه و الحركة على مصطلحين مرتبطين ببعضهما إرتباطا وثيقا أولهما : التوجيه ويعني عملية إستخدام الحواس لتمكين الشخص من تحديد نقطة إرتكازه وعلاقته بجميع الأشياء المهمة ذات الصلة بحركته في مجال ما، وتمثل الجانب العقلي كالإنتباه والتذكر وإدراك العلاقات، وثانيهما : الحركة وتعني إستعداد الشخص ومقدارته على التنقل في هذا المجال، و تمثل الجهد البدني و العضلي المبذول .

(القريطي، 2005، 378)

ويذكر (إيهاب البيلاوي) أن الحركة تستلزم نوعين من الطاقة، أولهما طاقة طبيعية عضوية، وثانيهما : طاقة نفسية، فالحركة ليست مجرد إنتقال من مكان إلى آخر يقدر ما تتضمنه من تفكير وربط علاقات بين الأشياء والأماكن المختلفة التي يتحرك بينها الفرد.

(البيلاوي، 2001، 16)

ويشير (ريان)إلى أنه لا يوجد إخلاف في النمو الحركي للطفل المكفوف ولاديا في الأشهر الأولى من حياته بشكل واضح عن النمو الحركي للطفل المبصر حيث إن معدل نمو القدرة على الجلوس والتدحرج من وضع الإنبطاح إلى وضع الإستلقاء لا يختلف بين الطفل المكفوف وبين الطفل المبصر .(كمال، 1997، 27)

ويذكر (حلمي إبراهيم وليلى فرحات) أن المكفوف يصاب ببعض الإنحرافات القوامية وذلك لقلة حركته والتي تؤثر بالتالي على أجهزة الجسم، مما يؤدي إلى عدم التناسق الحركي والصعوبة في النمو، وبعد المكفوف من أكثر فئات المعاقين إصابة بإنحرافات قوامية وبعضهم يعانون من إنحرافات متعددة من تلك التشوهات الرقبة، وتشوهات الكتفين إستدارة الظهر، التقعر في المنطقة القطنية، إنحناء العمود الفقري إلى أحد الجانبين، تشوهات الأرجل والقدمين، لذلك لابد من علاج تلك الإنحرافات القومية أو الوقاية منها .

(حلمي وأخرون، 1998، 160)

ويشير (مجدي و كوك) أنه من النتائج المباشرة لفقد البصر وبطئ الحركة وعدم سلامتها، وإذا تمت تربية الحركة عند الطفل المكفوف في خطها الطبيعي كأي طفل عادي لا يمكن أن يتحرك بحرية ويتحكم في جسمه وإتزانه بدون قلق، وعلى العكس من ذلك تؤدي إعاقة تربية الحركة إلى زيادة ارتباط الخارجي وعدم سلامة حركاته في الجلوس والوقوف والمشي وإعاقة نمو البدني، بمعنى أن يسير النمو الحركي من الرأس الى القدم وهذا يقتضي أن يسير الطفل المكفوف على رأسه وعنقه أولا، ثم على ظهره والجزء الأسفل منه، وأخيرا على رجليه، فالتلاميذ المكفوفين أكثر عرضة للإصابة بالتشوهات القوامية عن أقرانه الأسوياء مثل سقوط الرأس وإستدارة الكتفين.

وتتسم شخصية المكفوف بفقد الصور البصرية ومحدودية الإدراك الحسي بحدود الحواس السلمية الباقية، كما يتسم بإعتماده على المبصرين في الحركة وخضوعه لإرادتهم في هذا الإطار، ويعاني المكفوف من الإضطرابات في المهارات الحركية.

(عادل ،2000 ،341-342)

ولكي ينمي المكفوف مهارة التوجه والحركة لابد أن يكون على دراية بوعي الجسم وشكل الجسم.

2.8- الوعي بالجسم:

زيادة وعي الطفل بجسمه تعني ثراء مفاهيمه عن الحركة وإمكانياتها فعلى الطفل أن يستطيع تحديد أجزاء جسمه، وأن يفهم العلاقة بين أجزاء جسمه بعضها ببعض والجسم كله وبعض الأفراد تبدأ عندهم تنمية الوعي بالجسم وحركاته عند إلتحاقهم بالمدرسة، ولكن ذلك

يعد إنجازا متأخرا، إذ يجب على رياض الأطفال أن تكون بداية التعرف على الجسم ووظائفه، حتى يتشكل وعي الطفل بجسمه مبكرا ويجب أن نعلم أن الأطفال المصابين بقصور في النواحي الإدراكية والحركية يكونون غالبا ضعافا في كل الجوانب المتعلقة بالحركة والمسار والوعي بالجسم .(المغازي، 2002، 35)

ومن الحواس المتبقية عند المكفوفين حاسة الشعور بوضع الجسم في الفراغ وحاسة توازن الجسم حيث يدرك حركته، وأجزاء جسمه، وإدراك الإتجاهات ومعرفة العلاقة بين حركات الجسم والأشياء المحيطة وتوقيت ومدى الحركة، وذلك للشعور بالأمان، أغلبهم يصاب بتشوهات عظيمة خلال مراحل النمو المختلفة لذلك فهم يميلون إلى الأنشطة غير المجهدة، كما أن وزنهم يزداد، وتغلب عليهم السمنة.
(حلمي وأخرون، 1998، 161- 164)

أما دراسة (بولنجتون وكارلسون) فأوضت نتائجها قيمة التمرين والتدريب على الوعي البدني للمكفوفين لتنمية مفهوم صورة الجسم لديهم. (bullington,1997,151)

3.8- شكل الجسم :

وضع الجسم في الفراغ، ومن أهداف البرامج التي تدرس هذا المفهوم إكساب الطفل المقدرة على التحكم والسيطرة على أجزاء الجسم، والتعبير بشكل الجسم.
(المغازي،2006، 36)

ويشير (ماهر، 1995) إلى أن المكفوف يعبر بالرسم عن مشاعره داخل الأسرة وتمثل الرسوم صورة جسمه، كيف يشعر نحو جسمه ومشاعره ومعتقداته حول أجسام الآخرين حيث يؤكد أو يحذف أجزاء مختلفة من الجسم وفقا لمشاعره نحوها وفقا لأفكاره وخبراته الخاصة.
(ورد في فوقية،2005، 13)

وفي دراسة (كابلان) عندما سألت المراهقين الإناث والذكور عن وعي الذات حول أجسامهم، صرحت النساء الكفيفات الشابات بأنهن زائدات الوزن، وربما لسن طويلات بما فيه الكفاية لمناسبة نماذج النساء في المجتمع،وصرح الرجال المكفوفون الشباب بأنهم ليسوا عضليين بما فيه الكفاية لمناسبة نماذج الرجال في المجتمع.(ورد في الأشرم،2008، 94)

4.8- صورة الذات

وهي صورة متجددة ودائمة التغيير، يأخذها الفرد عن نفسه، أي أنها ما يعتقده عن نفسه، ويكون لهذه الصورة أهمية كبيرة في تكوين شخصية الفرد، نظرا لتأثيرها الكبير على سلوكه العام

وحسب موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، فإن صورة الذات هي " الذات كما يتصورها أو يتخيلها صاحبها، وقد تختلف صورة الذات كثيرا عن الذات الحقيقية".

(غربي، 2009، 32)

9- الدراسات السابقة

تعد الدراسات السابقة من أهم المراجع الأساسية التي يعتمد عليها الباحث في بناء دراسته الحالية، وهناك العديد من الدراسات السابقة حول صورة الجسم من بينها:

1.9- دراسة (سيد صبحي، 1996)

الدراسة تهدف إلى تنمية المفاهيم لدى الطفل المكفوف ووضع دليل ارشادي وتربوي للعاملين مع المكفوف، وكان الدافع للدراسة أن الأطفال المكفوفين يعانون بصفة عامة من نقص المفاهيم والقدرة على التوجه في البيئة، وهذا يرجع الى ما يعانونه من ضعف الى إدراك صورة أجسامهم وضعف إستخدامهم للحواس المتبقية بالإضافة ألى ما يعانونه من نقص في إدراك العلاقات بين المسافة والزمن. وتكونت عينة الدراسة من (6) أطفال مكفوفين ثم إلتحاقهم بالحضانة من سن (3-6) سنوات، وإستخدم الباحث اختبار صورة الجسم للأطفال المكفوفين (إعداد كراني وسامز) والتعرف داخل الحجرة (برنامج التجول- كلية التربية – جامعة بوسطن 1992)، وقد أسهم البرنامج في تأهيل المكفوفين من خلال تنمية المفاهيم لديهم وكيفية تجنيبهم الشعور بالفشل وأن يتحركوا بسهولة ويسر ويتمتعوا بالأستقلالية في الحركة . (سيد صبحي، 1996)

2.9- دراسة (بولنجتون، 1997)

والتي كانت بعنوان (الخبرات البدنية لذوي الإعاقة البصرية)، فقد إستهدفت معرفة كيفية إختبار الإعاقة البدنية وتعتبر الجسم والعوامل الإجتماعية والنفسية وتشكيل هوية الجسم وخبرات البدن لدى المكفوفين ولاديا، ولقد تكونت عينة الدراسة من (07) أشخاص بعمى ولادي و(03) أشخاص بعمى مكتسب، وأوضحت النتائج قيمة التمرين والتدريب على الوعي البدني للمعاقين بصريا. (ورد في الأشرم،2008، 84)

3.9- دراسة (مجدي وكوك، 1999)

فقد هدفت الدراسة لتصميم برنامج تمرينات لعلاج بعض التشوهات المنتشرة بين التلاميذ المكفوفين خاصة سقوط الرأس وإستدارة الكتفين، على عينة قوامها (20) تلميذا ذكرا مكفوفين كف كلي ولادي تتراوح أعمارهم بين (12-18) سنة بمعهد النور بطنطا وإستخدم الباحث إختبار القوام لقياس الإنحناءات الأمامية والخلفية وجهاز الرستاميتر لقياس الطول الكلي وميزان طبي لقياس الوزن، وبعد تطبيق البرنامج لمدة شهرين لاحظ الباحث وجود تحسن في درجة تشوه الرأس وإستدارة الكتفين ويعزي الباحث هذا التحسن إلى تنفيذ البرنامج والتركيز على تنمية القوة العضلية للعضلات العامة على منطقتي التشوه. (وكوك، 1999)

4.9- دراسة (كابلان، 2000)

وهي بعنوان (المكفوفين وصورة الجسم) وهدفت إلى فحص ما يتخيله المكفوفون غن أجسامهم وكيف يتخيلونها؟ وكيف ترتبط شخصياتهم بالعمى؟ وكيف يختبرون أجسامهم؟ وتكونت عينة الدراسة من (13) فردا مكفوفا، منهم (12) تلميذا ذكورا وإناثا في سن (18) وعملت تليفون في السن الرابعة والأربعون (44) وإسفرت نتائج الدراسة على:أن المراهقين المكفوفين يتعاملون عن طريق الوصف اللغوي ما يتعلمه نظراؤهم العاديون عن طريق الملاحظة، كما أثرت صورة الجسم لديهم نتيجة نقص المعروفة عن علم الترشيح البشري والعمليات الفزيولوجية، وأن التلاميذ ليست لديهم القدرة على الإتصال البدني إلا بعيدة الأشخاص خلال حياتهم كما أبدى معظم التلاميذ إهتماما بمظهرهم من خلال مراعاة نظم الغذاء والموضة والمكياج والتمرينات، وركز بعض التلاميذ على الإستشعار البدني (أحاسيس

الجسم) ، ولم يكن هناك إجتماع حول الشعور الأكثر أهمية لديهم، كما توحي الدراسة بقيام الأفراد المكفوفين بتقييم أنفسهم من خلال مقارنات مبهمة غير مباشرة.

(ورد في الأشرم،2008، 85)

5.9- دراسة (صافيناز، 2002)

تهدف هذه الدراسة إلى إعداد برنامج تأهيلي حركي للطفل الكفيف في مرحلة رياض الأطفال لتنمية مفهوم صورة الجسم والتوجه المكاني وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين (تجريبية – طابطة) عدد كل مجموعة (20) طفلا وطفلة (10 ذكور10 إناث) وثم المجانسة بين المجموعتين من حيث العمر الزمني والمستوى الثقافي الإجتماعي والإقتصادي، ومن حيث حد الإعاقة ومستوى مفهوم صورة الجسم والتوجه المكاني . واستخدمت الباحثة إختبار صورة الجسم للأطفال المكفوفين (إعداد سيد صبحي 1996) ومقياس الثقافة الأسرية (إعداد سيد صبحي،1995) وكراسة ملاحظة لمفهوم صورة الجسم والتوجه المكاني، (إعداد الباحثة) وبرنامج تأهيلي حركي (إعداد الباحثة) . وأكدت النتائج فعالية وتأثير البرنامج التأهيلي الحركي في تحسن مفهوم صورة الجسم والتوجه المكاني . مما أدى بدوره إلى إحساس الطفل الكفيف بالإستقلالية وحرية الحركة، وأيضا كان له أثر بالغ على التوافق النفسي والإجتماعي عند الأطفال المكفوفين الذين طبق عليهم البرنامج . (صافيناز،2002)

6.9- دراسة (لارسون وفراندين، 2006)

وإستهدفت تقييم تأثير كل من تمارين وعي الجسم والتدريب المبني على الرقص على توازن وسرعة المشية لدى الأفراد في عمر العمل من ذوي العمى المكتسب، وتكونت عينة الدراسة من (8) أفراد وتتراوح أعمارهم مابين (30- 62) سنة، وكانت نتائج الدراسة كالتالي: زاد الوصول الوظيفي للأهداف بشكل ملحوظ لدى سنة من المشاركين وكان المتغير الأكثر تغيرا، نقص وقت الذهاب والإياب بشكل ملحوظ لدى مشارك واحد وكان المتغير الأقل تغيرا، طبقا للنتائج، التحسن الرئيسي كان في القدرة على الوصول للأمام، كان هناك أيضا تحسن في وظائف التوازن الأخرى وفي سرعة المشية. (ورد في الأشرم،2008، 85)

7.9- دراسة (رضا إبراهيم محمد الأشرم، 2008)

التي كانت بعنوان (صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لذوي الإعاقة البصرية) والتي تهدف إلى التعرف على العلاقة بين صورة الجسم وتقدير الذات لدى المراهقين المعاقين بصريا. ولقد تكونت عينة الدراسة سيكومترية 207 تتراوح أعمارهم من (20-13) سنة (من بينهم 122 ذكور)، و(85) أنثى وعينة كليكينية تتكون من (04) حالات حالتين من ذوي الدرجات العاليا وحالتين من ذوي الدرجات الدنيا، وأوضحت النتائج بأنه توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية موجبة بين صورة الجسم وتقدير الذات لدى المراهقين المعاقين بصريا. (الأشرم،2008)

تعليق عن الدراست السابقة:

تنوعت الدراسات التي تناولت موضوع صورة الجسم، وتعددت، سواء العربية منها أو الأجنبية، وفي هذا المقام إكتفينا بذكر البعض، حيث كانت في شكل رسائل ماجستير وأطروحات دكتوراه، أو غير ذلك من الدراسات الميدانية.

ويظهر من خلال الدراسات التي وردت في هذا السياق أن معظمها اعتمد على المنهج الوصفي الارتباطي، وذلك بدراسة العلاقة بين متغير صورة الجسم وبعض المتغيرات الأخرى كما في دراسة (سيد صبحي، 1996)، ودراسة (بولنجتون، 1997)، ودراسة (مجدي وكوك، 1999) وفي الدراسات الحديثة مثل دراسة (صفيناز، 2002)، ودراسة (لارسون 2006) ودراسة (الأشرم، 2008)...الخ، كما أن بعض الدراسات الأخرى اعتمدت على المنهج العلائقية والفارقية، وهي تلك الدراسات التي تبحث في معرفة العلاقات والإرتباطات بطرق مختلفة، والدراسة الحالية تعتمد المنهج الوصفي الإرتباطي لتعرف على علاقة صورة الجسم بالأمن النفسي لدى المكفوف، باعتباره المنهج الذي يحقق الهدف من الدراسة، ويمكن من خلاله الاختيار الأمثل للعينة المناسبة.

يرتبط عدد أفراد العينة وطريقة اختيارها، بالمنهج المتبع، وبهدف الدراسة، لذا فإن الدراسات سالفة السرد تباينت في عدد أفراد العينة التي أجريت عليها الدراسة، كما اختلفت في طريقة اختيار كل باحث لعينة بحثه، حيث أن معظم الدراسات الوصفية تختار فيها

العينات بالطريقة العشوائية (بأنواعها المختلفة؛ البسيطة، الطبقية، العنقودية...الخ)، التي تعتمد عليها الدراسة الحالية في اختيار أفراد العينة المناسبة لتحقيق أهداف الدراسة.

وتشير المعلومات المعروضة في الدراسات السابقة أن معظم الدراسات الوصفية اعتمدت على أداة واحدة (صورة الجسم) أو أداتين على الأكثر، مثل دراسة (بولنجتون، 1997)، بينما اعتمدت بعض الدراسات الأخرى الوصفية على مجموعة من الأدوات، مثل دراسة (سيد صبحي، 1996)، دراسة (مجدي وكوك، 1999)، ودراسة (صافيناز، 2002)... وغيرها، ويجدر بالذكر أن معظم الدراسات تعتمد على أدوات من إعداد غير الباحثين، ودراسات قليلة فقط تلك التي اعتمد الباحثون فيها على أدوات من إعدادهم، لذا فإن الدراسة الحالية تعتمد على مقياس صورة الجسم لدى المعاقين بصريا المعدّ لإجراء الدراسة، والذي يتوافق مع الأهداف المرجوة منها، بغرض التحقق من علاقة صورة الجسم بالأمن النفسي لدى المكفوف، وهو ما تعتمده الدراسة الحالية كذلك.

وبالنظر إلى النتائج التي توصلت إليها مجموعة الدراسات المعروضة سلفا، يتضح أن أهم نتيجة تتفق فيها معظم الدراسات هي أن صورة الجسم يرتبط ارتباطا وثيقا بالأمن النفسي، بحيث تشير معظم الدراسات إلى أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين المتغيرين المذكورين.

كما أظهرت معظم الدراسات الوصفية الإرتباطية فعالية العلاقة التي أعدها الباحثون خصيصا لدراساتهم، والتي تختلف فنياتها ووسائلها باختلاف النظريات التي إستند عليها الباحثون في تصميمهم لتك الإختبار.

خلاصة الفصل

ومنه تم التطرق في هذا الفصل إلى موضوع صورة الجسم بصفة عامة من حيث تعريفاتها المختلفة، وأهميتها، والتفسيرات النظرية المفسرة لها، ثم العوامل التي تؤثر في نمو وتكوين صورة الجسم، ثم تم التطرق الى مكوناتها وأبعادها، وبعد ذلك إلى ملامح وتحسين صورة الجسم لدى المكفوف، لأنها ضرورية وهو الموضوع الذي ينصب عنه البحث الحالي وأيضا تم التطرق الى مفاهيم مرتبطة بصورة الجسم، وأخيرا الى الدراسات السابقة المتعلقة بصورة الجسم من زواياها المختلفة، حيث بلغ عددها (07) دراسات منها أجنبية ومنها عربية.

الفصل الثالث: الأمن النفسي

تمهيد

1- تعريف الأمن

2- تعريف الأمن النفسي

3- أبعاد الأمن النفسي

4- خصائص الأمن النفسي

5- الإتجاهات النظرية المفسرة الأمن النفسي

6- الأمن النفسي عند المكفوف

7- الدراسات السابقة

خلاصة الفصل

تمهيد

يعتبر مفهوم الشعور بالأمن النفسي من المفاهيم الأصيلة في دراسة الصحة النفسية للأفراد، فهو من المكونات الأساسية للشخصية ويمدها بأنماط من المعايير والسلوكات والإتجهات السوية، وأي تهديد لهذا المتغير العام ينتج عنه العديد من المشكلات والإضطرابات النفسية، ولعل المكفوفين أكثر الأفراد عرضة للشعور بعدم الأمن مما يجعله يعاني من مشاكل حقيقية تتمثل أغلبها في الخوف، القلق والتهديد الدائم بالخطر مما يجعله يجنح الى العزلة والإنطواء، مما يؤدي الى تدني آدائه مقارنة بأقرانه من المبصرين وسيتم من خلال هذا الفصل التطرق الى تعريفات الأمن النفسي، وأبعاد وخصائص الأمن النفسي وأهم الإتجاهات النظرية المفسرة له، كما تم التعرج الى الأمن النفسي لدى المكفوف والذي يعتبر محور الدراسة، وأتممنا هذا الفصل بدراسات سابقة حول الأمن النفسي.

1- مفهوم الأمن

يتضمن تعريف الأمن جانبين لغوي وإصطلاحي.

1.1- لغة:

أمْنٌ وأمَاناً وأمْنَة ومعناها إطمئن والأمن نقيض الخوف، إستأمنه أي طلب منه الأمان، و الأمان هو الطمأنينة والعهد والحماية، الأمنة هي الإطمئنان وسكون القلب .
(نعمة،1973، 18)

وورد في لسان العرب لإبن منظور الأمن والأمنة ضد الخوف وأمنته ضد أخفته والأمن نقيض الخوف والأمنة والأمن والمأمن موضع الأمن، والأمن بالكسر بمعنى الدين والخلق. (إبن منظور، 1996، 32)

2.1- إصطلاحا:

يعتبر الأمن في أساسه النفسي هو الشعور بالهدوء، والطمأنينة والبعد عن قلق وإضطراب، وهو شعور ضروري لحياة الفرد والمجتمع، ومن أهم أسبابه إطمئنان الفرد على نفسه وإحساسه بالعطف والمودة ممن يحيطون به (الربيع،1996، 02).

2- تعريف الأمن النفسي

يعتبر الأمن النفسي من المفاهيم الحديثة في علم النفس، والذي أطلق عليه كذلك الطمأنينة الإنفعالية، الطمأنينة النفسية، الأمن الشخصي، السلم الشخصي، السلم الخاص وغيرها من المصطلحات .

كما ذكر المفكرون والدارسون في تعريف الأمن النفسي تعريفات متعددة، حسب الزاوية التي ينظر من خلالها كل منهم .

و(Maslow) من أوائل من تعرض لمفهوم الأمن النفسي عن طريق البحوث الإكلينيكية حيث عرف الأمن النفسي "شعور الفرد بأنه محبوب متقبل من الآخرين له مكانة بينهم يدرك أن بيئته صديقة ودودة غير محبطة، يشعر فيها بندرة الخطر والتهديد والقلق". (ورد في العيسوي، 1987، 30)

ويعرفها عبد السلام (1990) الأمن النفسي على أنه "شعور الفرد بتقبل الآخرين له وحبهم إياه، وإنهم يعاملونه بدفئ، وشعوره بالإنتماء الى الجماعة وأن له دور فيها، وإحساسه بالسلامة، وندرة شعوره بالخطر والتهديد والقلق". (ورد في الجميلي نصيف،2001، 18)

كما يعرف الأمن النفسي على أنه "شعور الفرد بالإستقرار من الخوف والقلق، لتحقيق متطلباته ومساعدته على إدراك قدراته وجعله أكثر تكييف". (العقيلي،2004، 24)

ويعرفها الحارث عبد الحميد حسن بأنه "هو الطمأنينة النفسية والإنفعالية، وهو حالة يكون فيها إشباع الحاجات مضمونا وغير معرض للخطر، والأمن النفسي مركب من إطمأنان الذات والثقة بها، مع الإنتماء الى الجماعة آمنة".(الحارث وسيسالم،2006، 11)

أما (Ryff) فقد وضع نموذجا نظريا شاملا متعدد الجوانب لمفهوم الأمن النفسي متكون من ستة عناصر أساسية تشكل مفهوم الأمن النفسي:

1- تقبل الذات : ويتمثل في نظرة الفرد لذاته نظرة إيجابية والشعور بقيمة وأهمية الحياة.

2- العلاقة الإيجابية مع الآخرين: تتمثل في قدرة الفرد على إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين تتسم بالثقة والإحترام والدفئ والحب.

3- الإستقلالية: تتمثل في إعتماد الفرد على نفسه وتنظيم سلوكه وتقييم ذاته من خلال معايير محددة يضعها لنفسه .

4- السيطرة على البيئة الذاتية : تتمثل في قدرة الفرد على إدارة بيئته وإستغلال الفرص الجيدة الموجودة في بيئته والإستفادة منها .

5- الحياة ذات أهداف: أن يضع الفرد لنفسه أهداف محددة وواضحة يسعى الى تحقيقها.

6- التطور الذاتي: تتمثل في إدراك الفرد الى قدراته وإمكانياته والسعي نحو تطويرها مع تطور الزمن.

أن عدم وجود هذه العناصر أو تدنيها يعتبر مؤشرا على عدم الشعور بالأمن .
(باشماخ، 2000، 11-12)

من خلال التعاريف التي تم تناولها للأمن النفسي والتي تم عرضها نستنتج أن كل واحد من الذين عرفوه ركز على مؤشرات معينة يجب أن تتوفر في الفرد حتى نطلق عليه آمنا نفسيا وهذه المؤشرات هي:

- الحب والتقبل من طرف الآخرين والإنتماء الى الجماعة.
- إدراك بأن بيئته صديقة وودودة وغير محبطة.
- الشعور بالإستقرار والتحرر من الخوف والقلق وخطر التهديد وإحساسه بالسلامة.
- إدراكه لقدرته وجعله أكثر تكيفا.
- تقبل الذات والعلاقة الإيجابية مع الآخرين والتطور الذاتي.

3- أبعاد الأمن النفسي

الأمن النفسي هو نتاج أو محصلة لعوامل عديدة منها داخلية مرتبطة بطبيعة الفرد وتكوينه ونموه، وعوامل أخرى خارجية ذات علاقة بالعوامل الثقافية والتنشئة الإجتماعية وهذا ما يجعله يظهر لدى الأفراد طبقا للعديد من الأبعاد والمؤشرات السلوكية والإنفعالية والعلائقية والتي تساعدنا في الحكم على مستوى الأمن النفسي الذي حققه الفرد بالتفاعل مع كل هذه المعطيات والعوامل.

ولذا فإن الأمن النفسي لدى الأفراد يشمل على أبعاد أساسية أولية وهي:

- ✓ الحب والتقبل من طرف الآخرين والإنتماء الى الجماعة.
- ✓ إدراك البيئة بأنها صديقة وودودة وغير محبطة.
- ✓ الشعور بالإستقرار والتحرر من الخوف والقلق وخطر التهديد.

(الحارث و سيسالم، 2006، 146)

وينتج عن هذه الأبعاد الأساسية أبعاد ثانوية وهي:

- ✓ الثقة في الآخرين وحبهم (الإرتياح عند الإتصال بهم وحسن التعامل معهم، كثرة الأصدقاء).
- ✓ التسامح مع الآخرين.
- ✓ الشعور بالهدوء والإرتياح والإستقرار الإنفعالي والخلو من الصراعات.
- ✓ الإنطلاق والتحرر والتمركز حول الآخرين الى جانب الذات وشعوره بالإنتماء الى جماعة و المكانة فيها.
- ✓ الشعور بالكفاءة والإقتدار وإدراكه لقدرة تكييفه مع البيئة.
- ✓ إدراك العالم والحياة كبيئة سارة ودافئة.
- ✓ المواجهة الواقعية للأمور وعدم الهروب.
- ✓ الخلو النسبي من الإظطراب النفسي والشعور بالسواء والتوافق النفسي والصحة النفسية.(حامد زهران، 2003، 87)

مع تعدد الأبعاد التي يضمنها الأمن النفسي يتطلب ذلك المرونة والدقة في الحكم على الشخص إذا كان آمنا نفسيا أم لا، لأنه ليس بالضرورة أن تأخذ كل هذه الأبعاد على مستوى واحد بل يمكن أن تتفاوت في الشخص الواحد أو من فرد لآخر، لأن إختلاف الشخصيات بطبيعتها بين الأفراد وإختلاف البيئات التي ينتمون إليها قد تجعلهم يختلفون في طبع إجابتهم للمواقف ولمعطيات العالم الخارجي كل بكيفية معينة ولذا يجب أن تأخذ هاته الأبعاد بشكل دقيق.

4- خصائص الأمن النفسي

الأمن النفسي هو: سكون النفس وطمأنينتها لتعرضها لأزمة تحمل في ثناياها خطر من الأخطار، كذلك شعور الفرد بالحماية من التعرض للأخطار الإجتماعية والإقتصادية وغيرها من الأخطار المحيطة به.(الصنيع، 1995، 70)

1.4- نفسية: تستند الى الطاقة النفسية يعبر عنه في مستويات من الكبت والتوتر والسيطرة الإرادية واللاإدارية للإنفعالات والإندفاعات الشخصية، قابل للقياس في ضوء محكم للإنجاز الشخصي والإجتماعي حيث يؤثر ويتأثر أمن الشخص النفسي بهما، فضلا عن أثر نمط الشخصية ومفهوم الذات لديها.

2.4- معرفية فلسفية: يتحدد الأمن النفسي أول ما يتحدد بقيمة الأشياء والموضوعات المهددة للذات ومعانيها المعرفية، إذا قلما نخشى أو نهدد أو يساء الى إتزاننا ونسلك سلوك ماديا يجسد ذلك، قبل أن تكون قد حكمنا مسبقا أفكارا معرفية فلسفية تشكل جزءا من منظومتنا المعرفية بطبيعة ونمط السلوك الذي نسلك، وإن إتجاهاتنا السلبية أو الإيجابية وتقويماتنا المعرفية والفلسفية لها تلعب دورا فاعلا في تحديد أثارها، فمشاعر القلق والخوف والإحساس بالرفض ترتبط بشكل أساسي بالقيمة الفلسفية التي تقوم بها أسباب تلك المشاعر وهناك فرق كبير بين شخص يقوم الحياة بمتغيراتها تقويما عاليا ويعدها جديرة بالحياة والعمل من أجلها وبين آخر يعدها عبئا وغير جديرة بأن تعاش.

3.4- إجتماعية: فالعلاقة مع المجتمع ليست علاقة خارجية تفرضها ظروف بعيدة عن الذات، عن طريق علاقة ما مع القوانين، والنسيج الإجتماعي المستقل نظريا عن نسيج هذه الذات، وإنما علاقة تنطبع وفق التنشئة الإجتماعية في وجدان الفرد وخريطته المعرفية وتصبح قادرة على العمل داخل الفرد حتى في غياب عامل المباشرة في العلاقة مع الفلسفة الإجتماعية وتشريعاتها المكتوبة، ولذلك يصعب الحديث عن أمن نفسي شخصي دون هوية إجتماعية محددة، فما يهدد الاستقرار النفسي في مجتمع ما قد لا يثير أدنى درجات الإهتمام في مجتمع آخر.

4.4- كمية: ينطوي مفهوم الأمن النفسي على وجود مقدار كمي له وزن ما يمكن قياسه ويظهر على شكل سلوك أو طاقة، وهذا ما جعل الحديث عن مستويات الأمن النفسي معقولا

ويستند إليه عمل تشخيصي يصنف أنماط الشخصيات الى سلوك أمن بمقدار أو شخصية آمنة بمقدار، وهذا الفهم الكمي للأمن النفسي يوفر إمكانية التدخل العلمي على مستوى القياس والتشخيص والعلاج.

5.4- إنسانية: الأمن النفسي سمة يشترك فيها أبناء البشر مهما كانت مراحلهم العمرية أو مستوياتهم الإجتماعية الثقافية أو المعرفية، وبالتالي فهو سمة إنسانية وتحصين هذه السمة والتدخل للتأثير الإيجابي بمستويات عدم أمنها هو مهمة إنسانية تؤدي الى إنسانية آمنة منتجة ومبدعة.(حامد زهران، 1989، 298)

نستنتج مما سبق أن الأمن النفسي ظاهرة تكاملية تراكمية من جميع جوانب الحياة سواء كانت نفسية معرفية فلسفية إجتماعية كمية وإنسانية، وأي قصور في جانب من الجوانب حتما سيؤثر على الجوانب الأخرى مما يؤدي دخول الخطر الى الفرد وتزعزع أمنه النفسي.

5- الإتجاهات النظرية المفسرة للأمن النفسي

تعددت النظريات المفسرة لمفهوم الأمن النفسي، كما إختلفت هذه التفسيرات بإختلاف التوجهات النظرية لرواد هذه النظريات كل حسب بناء النظري الذي تقوم عليه نظريته وفي ما يلي شرح لهذه النظريات:

1.5- النظرية التحليلية:

ويمكن هنا إستعراض واجهات نظر مجموعة من أعلام النظرية التحليلية وتتمثل في وجهة Sigmund Freud وAlfed Adler وKaren Horny و Hary Stak Salivan و Arik Froom .

ووفقا (Sigmund Freud) فإن الشخصية تتكون من ثلاثة مكونات هي الهو (Id) والأنا (Ego) والأنا الأعلى (Super Ego)، تتنافس هذه العناصر من أجل الشعور بالأمن النفسي ويتحقق ذلك من خلال قدرة الأنا عن التوفيق بين المكونات الشخصية أو الوصول الى الصراع الذي ينشأ بينه وبين الواقع .

تقوم هاته نظرية على أساس الصراع الغريزي بين النزاعات والرغبات الصادرة من الهو فإنها في الكثير من الأحيان تعجز عن أداء هذه المهمة، وهذا ما يؤدي الى حدوث هذا الصراع اللاشعوري ويظهر ذلك في صورة شعور الشخصية بالقلق النفسي وهذا ما يتسبب بعدم الشعور بالأمن النفسي .(وهبي وأبو شهدة، 1997، 39-40)

ومن جهة أخرى تقوم الأنا بتصدي الى الأوامر والنواهي الصادرة من الأنا الأعلى التي تتكون بشكل مفرط ولا تطاق، ذلك أنها في كثير من الأحيان تقيد الشخصية وهذا ما ينتج عنه قلق الضمير فيصبح الفرد يهتم ذاته بالتقصير في قيامها بمهامها إتجاه الأنا الأعلى وفي هذه الحالة يشعر الفرد بعدم الأمان النفسي .

يفترض (فرويد) أن الإنسان تحركه الرغبة في اللذة وتجنب الألم (الشعور بالأمن والإطمئنان) وقد يتم ذلك من خلال اللجوء الى الآليات الدفاعية والإفراط في إستخدامها مما يؤثر على تعامل الفرد مع الحياة، كما يدل ذلك على الضعف النسبي للأنا خلال نمو الفرد في مراحل حياته المختلفة تتنقل الطاقة النفسية (الليبيدو) الى مناطق مختلفة من الجسم، وقد تحدث حالة من التثبيت للفرد في أي مرحلة سواء في المرحلة الفمية الأستية أو القضيبية أو غيرها، وبهذا يتضح نمط الشخصية وخصائصها وبذلك فإن الشعور بالأمن هو نتيجة للحرمان والكبت في الطفولة وبسبب تثبيت الفرد على أدوار معينة أثناء عملية النضج.

أم (أدلر) فقد أكد على أن الإنسان يحركه الشعور الإجتماعي المتمثل بمشاعر التماهي مع البشر والمشاعر الأخوية إضافة الى ذلك فإنه يعتبر كل شخص صياغة فريدة من الدوافع والسمات والإهتمامات، فالشخص حسب أدلر هو الذي تكون غايته الشعورية مطابقة للواقع على عكس العصابي الذي يسطر أهداف وأهمية فيعيش في جو يفتقر الى الأمن والإطمئنان على أساس أن وضوح الغاية جوهر الفكر الذي يوقض الشعور الإجتماعي.

وينظر (أدلر) الى الفرد الآمن على أنه المتحرر من التهديدات ومخاطرها وهذا ما يمكنه الى التطلع الى المستقبل، أي تحركه توقعاته ويحكمه شعوره والشخصية السوية في نظره تعمل على إدامة علاقتها بالآخرين عن طريق العمل الإجتماعي النافع أما الشخصية

العصبية فإنها تحاول شعورها بالنقص لتحقق أمانها النفسي ويكون ذلك بعدة طرق كالتفوق والسيطرة على الآخرين .(ورد في وهبي وأبو شهدة،1997، 40-41)

تؤكد(هورني) على السياق الإجتماعي للنمو فالخبرات التي يتعرض لها هي التي تحدد نمط الشخصية كما أنها قد تخلق أنماط مختلفة من الصراع وهذا قد يظهر شعور الفرد بالقلق وعدم الطمأنينة التي ترجع الى نمط شخصية الفرد، كالشخصية المنعزلة والضعيفة والتي تتكون نتيجة تعارض العلاقات المبكرة للنمو الداخلي عند الطفل وتخلق حاجات متناقصة نحو الناس وذلك فإن (هورني) ترى أن العصاب يرجع الى عوامل ثقافية وظرفية يعيشها الفرد، وتعتقد أن حلا الصراعات العصابية يؤدي الى الشعور بالأمن النفسي والإطمئنان الذي تعتبره (هورني) أحد الحاجات في تكوين الشخصية والذي يتم من خلال الأساليب التوافقية الثلاثي للتحرك نحو الناس والتحرك ضد الناس والتحرك بعيدا عن الناس.

كما ميزت نزع آخر من الصراع الذي أطلقت عليه الصراع الداخلي وهو صراع بين الذات الحقيقية والذات العصابية وبالتالي فإن الشخص كي يصل الى الأمن والطأنينة فإنه يتصرف وفق الذات العصابية فتتسم سلوكاته بما تتميز به الذات من سمات وخصائص كالقلق مثل الذي تعتبره المصدر الدينامي للعصاب فهو خوف مبهم مؤلم يهدد أمن الشخص.(الصنيع، 1993، 39)

أما (فروم) فيذهب في تفسيره للأمن النفسي الى الجانب الإجتماعي ويركز على شعور الطفل بالأمن والإنتماء، ويرى أن هذا يتحقق من خلال التوحد مع الوالدين والإعتماد عليهم أما حالة الإنفصال فإنها تمثل تهديد لكيانه وهدما لشعوره بالأمن وباعثا على الخطر والشعور بالعجز والقلق، كما يعد الشعور بالأمن من متطلبات الصحة النفسية وإن الإعتماد على الوسائل الدفاعية الهروبية كالإنصياع من مؤشرات فقدان الأمن، وإفترض (فروم) خمسة حاجات تعتبر عن الإرتداد بين حاجة الأمن والحرية وهي الحاجة الى الإنتماء والحاجة الى التجاوز، الحاجة الى الهوية، والحاجة الى الإيطار المرجعي.

في حين يفترض (سوليفان) أن الشخصية مركز دينامي على العمليات أساسية هي الديناميت التي يعدها أنماط ثابتة نسبيا من تحولات الطاقة بأشكال مختلفة، معتبرا عدم الشعور بالأمن والإستقرار يؤثر على حاجات الكائن العضوي الناتجة عن القلق والذي يصفه

بأنه خبرة توتر مرده للأخطار حقيقة أو مرهوبة تهدد إحساس الفرد بالأمن وتختلف بإختلاف خطورة التهديد لفعالية عمليات الأمن التي تكون في حوزة الشخص.

كما يفترض أن الناس مدفوعين بنوعين من الحاجات هي حاجات الأمن والحاجات البيولوجية ويؤكد على دور العلاقات الشخصية والثقافية في تشكيل الشخصية، ويؤكد (سوليفان) أن مشاعر عدم الأمن والقلق لدى الفرد تشوه إدراكه للواقع كما تؤثر على نمو شخصيته.(الصنيع،1993، 27-38)

2.5- النظرية السلوكية:

ينحو السلوكيون منحى آخر، حيث يركزون في وصف الشخصية عن الحتمية البيئية المكانيكية، ويقللون مع تأثير العوامل التكوينية والبيولوجية، حيث نجد أن السلوكية ترى أن الإنسان جهاز آلي يقوم بإستجابة محددة عند إستثارة أي جزء منه وتقول أن بإستطاعته التنبأ بالسلوك وتفسيره إذا ما تعرفنا على مكوناته والمنبهات التي يتعرض إليها طبقا الى ما أكده التطور السلوكي التقليدي.

فالسلوكيون يعدون الفرد كائن متيقظا يستقبل مراحل النمو والنضج في السلوك الإنساني فهو يستقبل المنبهات ويتعامل معها بهدف الحصول على المتعة والفائدة وتجنب الألم (الشعور بالأمن والطمأنينة)، ومن الضروري معرفة أن بعض مؤيدي هذا الإتجاه يتبنى إفتراض الإقتران أو الإرتباط الفوري بإعتباره شرط الحصول على الإستجابة كما في نظرية (جثري) والبعض الآخر يؤكد على تعزيز أو الثواب الذي يصاحب الإستجابة، حيث يعتقدون أن إستمرارية أي إستجابة يجب أن تقترن بمعزز، ويؤكد (واطسون) أن القلق والخوف (اللذان يعدان من مهددات الأمن النفسي) يرتبطان بالمعززات التي واجهها الفرد خلال تاريخه العلمي.

ووفقا الى (بافلوف) فإن عدم الشعور بالأمن النفسي هو حصيلة أنواع خاطئة من الروابط بين المنبهات والإستجابات أو أنواع خاطئة من التعزيزات وطبقا لمبدأ الإقتران الشرطي فإن الفرد يتعلم الخبرات السارة والمؤلمة.

(المنظمة الكشفية العربية، 2004، 48-49)

أما (سكينر) فيعتقد أن التعزيزات التي يواجهها الفرد في البيئة بشكل عشوائي والتي لا يمكن التنبأ بها تؤدي الى العصاب، ويفترض أن الفرد يركز على النتائج التي تعقب الإستجابة ويفترض أن إعتقاد الأفراد بأداء الإستجابة معينة يسهم في جلب التعزيز رغم أن العلاقة قد تكون متوهمة إلا أن المصادفة أو الإتفاق للتعزيز الذي يلي الإستجابة أدى الى تعزيز جزئي وجعل من السلوك مقومة لإنطفاء كربط الفشل بالإمتحان ويقترن هذا السلوك بمشاعر الخوف والقلق وعدم الأمان من أشياء محددة فيعتقد الفرد أن أشياء تجلب له النجاح أو الفشل وهذا مع يعترض مع مؤشرات الصحة النفسية في قدرة الفرد على الإنتاج المعقول وفق حدود إمكانياته وإستعداداته وإحتمال الإحباط والتحرر من الكسل والشعور بالطمأنينة.

ويشير (دولارد ميلر) الى أن عدم الشعور بالأمن النفسي هو إستجابة لا توافقية متعلمة لصراعات تنمو في مراحل مبكرة وتعلم لمواقف متشابهة مستقبلا كما يؤكدان على التاريخ الغريزي للفرد و على إدراكه للمثيرات معينة وتعد معجلة في شعوره بعدم الأمن.

أما (إيزنك) يؤكد على أهمية العوامل الوراثية التي تحدد ردود أفعال الفرد إيزاء مثيرات مسببة لعدم الأمن لذلك يعتقد أن بعض الأفراد يميلون الى أن يكونوا أكثر شعورا بعدم الأمن من غيرهم، ومنهم فإن وجهة نظر السلوكيين بأن الشعور الأمن يتجسد من خلال العمليات المتتالية من التكييف الخاطئ في السلوك التي تبدأ من عمر مبكر، كما يجدون في التعلم المنطلق الأساسي في تفسير السلوك، بمعنى آخر يعتقد السلوكيون أن الشعور بأمن النفسي يتم من خلال إكتساب الفرد عادات مناسبة تساعد على التعامل مع الآخرين ومواجهة المواقف والتوافق مع البيئة.(ورد في فيصل الزراد،2005، 22-24)

3.5- النطرية المعرفية:

ركز أصحاب هذا الإتجاه على العمليات الإدراكية والأنشطة العقلية والذاكرة بدلا من التركيز على ملاحظة السلوك الظاهر كما هو الحال عند السلوكيون، أي يؤكد (الفرد) على كيفية بناء المعرفة وليس على المعرفة ذاتها، والسلوك الإنساني لأجل أن يفهم لابد من دراسة إدراك الفرد لذاته و لبيئته، والفروق الفردية ترجع لتباين عمليات الإدراكية بين الأفراد أي كيف يدرك كل منهم ذاته وبيئة، وكما يفصل أصحاب هذا الإتجاه تسمية سمات

شخصية بالإستراتجيات، وأصحاب الإتجاه المعرفي يعتقدون إمكانية تحديد إستراتجية لكل إضطراب ولا يهتمون بالتفاعل بين البيئة والنزاعات الفطرية.

(الحارث و سيسالم، 2006، 154)

ويري هؤلائي بأن الفرد الذي يعاني من عدم الشعور الأمن يحاول أن يحمل الآخرين مسؤولية ذلك مبكرا من واقع وحاملا له نظاما ومعنى بأسلوبه، أي أن الفرد له إدراك خاص يمكنه من سيطر عليه، ويأكدون على أهمية التقييمات المعريفية في الشعور وعدم الشعور بالأمن مقللين من دور المحددات الولادية، معتبرين التهديدات والظغوط التي يواجهها الفرد من المتغيرات المعجلة بعدم الشعور بالأمن وتحديد تقويمات للفرد للتهديد على أساس الخبرات السابقة وهذه التقويمات بدورها تشتت الإنتباه بكونها إرتباطات تهديده وتدرك المثيرات يشكل مربك لإداء الفرد ولوظائفه الإنفعالية.

وينظر(بياجي) إلى الإنسان بإعتباره جزء لا يتجزأ من البيئة معتمدا في ذلك على المخططات وهي البنى العقلية المتكون وراثيا أو قوانين محددة تنظم معالجة المعلومات والسلوك هذه المخططات تتكيف وتتغير وفق الإرتقاء العقلي وتعمل بوصفها إطارات وإدراكات توجيهية لتجارب الإتصال مع البيئة، ويكون الإظطراب وعدم الشعور بالأمان نتيجة لخبرات الطفولة والبيئة التي يطور خلالها الفرد مخططات تكون فيها الذات والعالم المستقبل في رؤية سلبية وقد لا يتضح ذلك إلا بمواجهة الظغوط التي تنشط المخطط السلبي جاعلة من المنظومة المعرفية السلبية الأكثر سيطرة وذلك مدعمات لعدم الشعور بالأمن والطمأنينة.(ورد في الحارث و سيسالم، 2006، 154)

4.5- الإتجاه الإنساني:

ظهر هذا الإتجاه في الستينات من القرن الماضي كرد فعل على السلوكية والتحليل النفسي ومن أهم رواده: (ماسلو) مؤسس علم النفس الإنساني و(كارل روجرز) و(جوردن البورت) و(جولد شتاين) و(سارتر) و(ماي) إذ أن الإنسانيون يصفون أنشطة الإنسان من وجهة نظر الفرد نفسه وضرورة الوثوق بقدرته على تنمية نفسه وتحقيق سيرورتها إذا إهتموا بالجانب الروحي بدلا عن الجوانب الفسيولوجية النفسية والإجتماعية وأكدوا على ضرورة إحترام الإنسان ككل وعلى إستحالة بلوغ الشخصية حد الكمال والإستبيان بدوره يسعى الى

حالة تطور ثابتة على مدار حياته وإن الحياة عبارة عن سلسلة من الواجهات حسب (روجرز) فإن الفرد يستجيب للبيئة الخارجية بحسب ما يدركه الفرد وليس كما هي في الواقع إذ يعتقد روجرز أنه قد يحصل تشويه في التمييز ينتج عن سلوك غير مناسب فسعت الإختلاف بين الذات المدركة (المجال الظاهري) والواقع الخارجي تؤدي الى إحساس الفرد أنه مهدد (عدم الشعور بالأمن) مما يدفعه بالإستعانة بمكينزمات الدفاع ويشكل سلوك نحو الصرامة والشعور بالتهديد والقلق.

وقد إستنبط (وليم بلاتر) نظريته في الأمن النفسي من خلال ملاحظة في نمو الأطفال فالطفل حسبه يولد بمشتهيات فطرية كالجوع والعطش والراحة تتطلب الإشباع وعند تعرضها للواقع فإن الطفل بطريقة إتكالية عندما يستعين بالآخرين محققا الآمان الإتكالي معتقدا أن الأشخاص يعتمد عليهم موجودون دائما، فلذا يجب أن يصل الفرد الى الأمان المستقبل ليصل الى النمو الناضج والذي يتطلب مهارات جديدة تمكنه من الإستقلال عن الآخرين.

وقامت إفتراضات (ماسلو) على إعتبار الطبيعة الإنسانية خبرة بالفطرة وناهض من إعتبار أن الغرائز الشريرة يجب ترويضها بالتنشئة الإجتماعية والتدريب.
(ورد في الحارث وسيسالم، 2006، 156)

كما يرى أن الأمراض النفسية تنتج من إحباط الطبيعة الإنسانية الجوهرية وتحميلها عن وجهتها الأساسية والصحة التنفسية والتوافق النفسي بمعنى التطابق مع تحقيق الطبيعة الداخلية للإنسان.

لقد تبنى (ماسلو) التنظيم الهرمي للحاجات وبنى فرضياته فيه على أن عملية إنتظام الحاجات بشكل هرمي على أساس إسباقية الإشباع وضرورته ودرجة الحاجة وسيطرت تلك الحاجات على السلوك حيث يبدأ تأثيرها بشكل تصاعدي إبتداءا من قاعدة الهرم.
(ورد في الحارث و سيسالم، 2006، 156)

أما (روبرت) فقد إتفق مع (ماسلو) في أثر الحاجات وأهميتها للإنسان إلا أنه إختلف معه في تربيته حيث وضع الحاجة لأمن كحاجة أولى معتبرة أنها تشتمل على أمور عدة من

العدالة والتقييم الموضوعي والدخل المادي المناسب والتقاعد وبهذا إهتم (ماسلو) كثيرا بالدوافع الشخصية من وجهة النظر الإنسانية وتمخض عن ذلك وضع تفسيرا للحاجات الإنسانية وقد صنفت بصورتها النهائية بسبع (7) مستويات تتماشى مع بدأ التوازن وهي:

- ✓ الحاجة الفسيولوجية في قاعدة الهرم وتتمثل في الحاجة اللازمة لإستمرار الإنسان والحفاظ على البقاء كالطعام والشراب والنوم والجنس.
- ✓ الحاجة الى الأمن وتتضمن الشعور الفرد بالطمأنينة والإستقرار والحماية والنظام والتحرر والخوف والقلق.
- ✓ الحاجة الى الإنتماء والحب وتتمثل في الوصول للحب والعطف والسند والإنتماء للجماعة.
- ✓ الحاجة للتقدير والإحترام الذات وتتمثل في شعور الفرد بأنه مقتدر ومعترف به ومقبول من الآخرين.
- ✓ الحاجة الى المعرفة والفهم أي الرغبة في إكتساب المعلومات والشغف المعرفي والفهم وحب الإستطاعة والمغامرات.
- ✓ الحاجات الجمالية أي الإحساس بالجمال والإرتياح الى الأشياء الجميلة والخيال والتناسق والنظام.
- ✓ الحاجة الى تحقيق الذات أي البحث عن العدالة والحقيقة والعمل المنتج الهادف.(الحارث و سيسالم، 2006، 160)

إن التناول الذي جاء في النظريات السابقة، التحليلية، السلوكية، المعرفية الإنسانية جاء الإرتكاز على القاعدة النظرية التي تتبناها كل مدرسة فسرت الأمن النفسي، كل حسب المبادئ الأساسية التي تعتمد عليها إنطلاقا من التصور الكامل الذي أعطته للأمن النفسي لدى الفرد من حين يبرز التكامل المعرفي لمضمون كل نظرية من حيث أنه لا يمكننا فصل الفرد عن البيئة أو ذاته والتي تسلك دائما سلوكيات ناتجة عن إدراكها لأشياء.

6- الأمن النفسي لدى المكفوف

يعد الأمن النفسي (الطمأنينة الإنفعالية) من أهم جوانب الشخصية، والتي يبدأ في تكوينها عند الفرد من بداية نشأته الأولى، خلال خبرات الطفولة التي مر بها، وهذا المتغير الهام كثيرا ما يسير مهددا في أي مرحلة من مراحل العمر، إذا ما يتعرض الإنسان لضغوط نفسية أو إجتماعية أو فكرية لا طاقة له بها مما قد يؤدي به الى الإضطراب النفسي .

ولعل حاجة الطفل الى الأمن النفسي من أهم الحاجات في تكوين أساس الشخصية وإمدادها بأنماط من القيم والمعايير والسلوك والإتجاهات السليمة السوية، وهي أهم شروط الصحة النفسية، ويعد الأمن النفسي المصدر الأول لإحساس الطفل بالثقة في ذاته وفي من حوله، والوالدين هما المصدر الأساسي لأحساس الطفل بالأمن النفسي، وإن قصوره عن الرؤية يجعله أدنى في مستوى الخبرات التي يحصل عليها في البيئة التي يعيش فيها من مستوى المبصر، لذا فهذا القصور يجعله لا يدرك الأشياء المحيطة به إلا الإحساسات التي تأتيه عن طريق الحواس التي يمتلكها، فيكون إحساسه بالأمن النفسي منخفض.

ويتوسل المكفوف بكل حواسه للإنتقال من مكان الى مكان، فبواسطة حاسة الشم يمكنه تمييز الروائح المختلفة، ويتحسس الأرض بقدميه ويميز الأصوات بحاسة السمع ويستخدم التقدير الزمني لقياس المسافات، معنى هذا أن المكفوف يبذل طاقة وجهدا كبيرين أثناء حركته، مما يعرضه في غالبية الأحيان الى الإجهاد العصبي والشعور بعدم الأمن وخيبة الأمل مما ينعكس أثره على شخصيته، لأن عجز المكفوف يفرض عليه عالما محدودا وحين يرغب في الخروج من عالمه الضيق والإندماج في عالم المبصرين وحتى يستطيع ذلك فهو يحتاج الى الإستقلال والتحرر ولكنه حينما يقوم بذلك يصطدم بآثاره عجزه التي تدفعه مرة أخرى الى عالمه المحدود، وحينئذ يتعرض الى إضطرابات نفسية حادة نتيجة لشعوره بعجزه عن الحركة بحرية وعن السيطرة على بيئته كما يسيطر عليها المبصر فحركة المكفوف تبدو مضطربة بطيئة وتخلو من عنصر أساسي هو عنصر الثقة فهو يتلمس طريقه تلمسا يتجلى فيه الخوف والقلق من يصدم بشئ أو يتعثر أو يقع وخوفه هذا المستمر يجعله يميل الى عدم الخوف في مغامرات إستطلاعية قد تعرضه لأنواع من الأذى، ولذلك يكبت المكفوف دافعا إنسانيا أصيلا هو حب المعرفة والإستجلاء أسرار ما حوله، وإذا

إستجاب المكفوف مرة لدافع حب الإستطلاع فإنه قد يتعرض لتجربة قاسية تجعله يكبت هذا الدافع فيما بعد إذا ما قام صراع بينه وبين الدافع الى الأمن .
(محمود شقير، 2006، 87-88)

ولقد أشار (وارن، 1977) الى أن العديد من الدراسات التي بحثت في العلاقة بين الإعاقة البصرية والأمراض العصابية تشير الى أن هذه الأمراض تنتشر بين المكفوفين بدرجة أكبر من إنتشاراتها بين المبصرين .

وقد أكد (كروس، 1978) ذلك عندما أشار أن العديد من الدراسات قد أكدت أن بعض المكفوفين يعانون من القلق والإكتئاب والتوتر، وإن هذه المشاكل ناتجة عن القصور في البرامج الترويحية.

ولقد أكدت (شقير، 2005) في دراستها الى أن إحساس المكفوف بالنقص في الثقة بذاته، والى الإحساس بالفشل والإحباط وذلك بسبب إعاقته البصرية والتي تشكل سبب في تدني أدائه مقارنة بالعاديين . (محمود شقير، 2006، 89)

مما سبق يتضح لنا القلق يعتبر من أبرز الخصائص العصابية للمكفوفين كذلك حظيت الإعاقة البصرية على مفهوم الذات بإهتمام بحثي كبير، فالذات هي جوهر الشخصية، ومفهوم الذات حجر الزاوية فيها وهو محدد هام للسلوك، وقد يسيطر عامل سلبي على مفهوم الذات لدى الفرد كما في حالة الإعاقة البصرية، فيعمم الفرد القصور على الشخصية ككل، وينعكس ذلك على سلوكه فيظهر متردد ضعيف الثقة في نفسه وغالبا ما ينشأ المكفوف في منزل ملئ بالعطف والمساعدة فيزداد أمنه وثقته بنفسه، حتى ما أذا إكتشف مؤخرا قصورا عن أقرانه فإنه يعقد الصورة الأولى ويضعف مفهوم الذات لديه حيث لا يوجد ما يدعم ثقته بنفسه .

يمتلك كل فرد صورة خاصة عن ذاته، صورة تلامس الحقيقة في جانب منها وتتعرض لتشويه في جوانب أخرى، ويشكل كف البصر ضربة مدمرة لصورة الذات التي بناها الفرد وأقامها وتعايش معها ومثلت مصدرا إعتزازه وتميزه، غير أن هذا (الإقصاء) الذي

لحق صورة الذات حيث صارت جسما مبتورا قد ولي معه سرور الإحساس البصري بصورة الذات وقيمتها.(محمود شقير، 2006، 89)

يتبلور دافع تقدير الذات إنطلاقا من المفهوم الذي يكونه الفرد عن نفسه وعن قدراته وإمكاناته نتيجة الخبرات الناجحة والفاشلة وعلاقة ذلك بالطموح، وبما أن تقدير الذات ليس متغيرا أحاديا، بل يتضمن بعدين الأول شخصي والثاني إجتماعي، فإن كل من الشعور الزائد بالنقص والعجز، والشعور بعدم الأمن والخوف الذي يسيطر على المكفوف وكذلك المصادر المغلوطة والجاهزة التي ينطلق منها المجتمع في الحكم على المكفوف وتقييمه.
(محمود شقير، 2005، 90)

تسهم هذه المشاعر والسلوكيات الإجتماعية بقوة في بناء الصورة المتدنية في مفهوم الذات صورة تغذيها الخبرات الفاشلة في المواقف المتعددة، وعدم القدرة على الآداء الإجتماعي وتتعمق هذه المشاعر السلبية الإحباطية لدى المكفوف لتنعكس بشكل واضح على تقدير الكفيف لذاته الذي هو بشكل أو بآخر تقويم لذات والحكم عليها .

وإنسجاما مع المعطيات السابقة تتبلور إستجابة المكفوف لدافع الذات في غالب الحالات وفق موقفين متعارضين :

- موقف إستسلامي ينضبط لسلطة الإعاقة وأحكام المجتمع ويؤدي الى تقدير منخفض لذات.
- موقف إستعلائي يستند على الإنكار والتحدي، ويفضي الى تقدير مغلوط وغير واقعي لا ينسجم مع قدرات الذات الحقيقية.

ومن هنا يحاول المكفوف ويعمل جاهدا على أن يشبع حاجة تقدير المجتمع إليه بإعتبارها خير معين لإشباع باقي الحاجات الأخرى الوثيقة الصلة بها، بالمقابل فإن أي فشل في إمتصاص وتقدير وإحترام المجتمع يعمق لدى المكفوف شعور بالنقص ويحطم صورة ذاته. (كمال سيسالم،1997، 72-73)

أما بالنسبة للسلوك العدواني فلقد أشارت الدراسات إلى ندرت أداء المكفوفين للسلوك العدواني الجسمي، بينما السلوك العدواني اللفظي يصدر عنهم بدرجة أكبر من المبصرين

لأن هذا السلوك ينتج عن شعور بالإحباط أو الفشل الذي يرجعونه إلى عوامل داخلية وليس إلى عوامل خارجية مما يدفع بالمكفوفين إلى توجيه اللوم لذواتهم وإيذاء أو إيلام أنفسهم في بعض الأحيان، وهذا عكس المبصرين الذين يرجعون أسباب فشلهم في معظم الأحيان إلى عوامل خارجية وبالتالي فإنهم يوجهون سلوكهم العدواني نحو الآخرين.

كذلك إن إستجابة مشاعر الغضب قد تنجم عن موافق محبطة تهدد فيها مشاعر الكفاية والأمن، أو المواقف يدرك فيها المكفوف ذاته بوصفه لا يرقى إلى مستوى التوقعات والأشخاص المبصرين الذين لا يشعرون بالراحة عند تفاعلهم مع المكفوف غالبا ما يتجنبونهم أو ينظرون إليهم كعاجزين وإعتماديين وغير قادرين على العناية بأنفسهم، وعلاوة على الضغط الجسمي فإن ردود الفعل هذا من قبل الآخرين قد تولد مشاعر العداء والعنف لدى الأشخاص المكفوفين، وغالبا ما يعبر الأشخاص المكفوفين عن تلك المشاعر لأن الإحساس بالضرورة، الصبر والقوة والمعاناة طويلة المدى كثيرا ما تكون جزءا من مفهوم الشخص لذاته، والأساليب النفسية مثل النكران أو الإنسحاب قد لا تمكن المكفوفين حتى من وعى هذه المشاعر كذلك فإن القيود الشديدة على الحركة قد تحول دون تعبير عن الغضب بوسائل جسمية .(العزيز ناصر، 1982، 43)

7- الدراسات السابقة

تعتبر الدراسات والبحوث السابقة ثمرة نجاح الباحثين الذين لديهم خبرات سابقة، فهي بمثابة تراثا علميا وتراكما معرفيا يمكن من خلاله الإستفادة من جهود السابقين حيث البحث الجيد هو الذي يبدأ من حيث إنتهى الآخرين، حيث أن هذه الدراسات تعطي نظرة شمولية لآخر ما توصل اليه العلماء والباحثون والقادة التربويون كما توفر الخبرة الميدانية والتطبيقات العملية والأمثلة الواقعية، كما تعطي الشعور والإحساس بالمسؤولية الإجتماعية، وتربط العلم بالمجتمع.

كما هدفت الدراسات والبحوث السابقة الى تكوين رؤية واضحة عن هذا التراكم المعرفي وإلقاء الضوء على موقع الدراسة الحالية وإمكانية الإستفادة من هذه البحوث في تحديد الأدوات المستخدمة فيها، والإستفادة من الأخطاء والمشكلات التي تعرض لها الآخرين

والنجاح الذي توصلوا له والإستفادة من النتائج المستخلصة من هذه الدراسات بحيث يمكن لنا البدأ من حيث إنتهى الآخرين .

كما تنبع أهمية هذه الدراسات في تحديد النقاط التي توصلوا لها، بحيث نبدأ نحن كباحثين في إكتساب معارف جديدة لم يتطرق لها أحد قبلا وإكتسابها وتقديم كل ما هو جديد، كما أنها تمكن الباحث من تحديد مشكلة دراسته بصورة تخرج عن جوانب القصور التي قد تحتويها الدراسات السابقة.

ولقد تم القيام بالإطلاع على عدد كبير من الدراسات والبحوث السابقة التي تطرقت الى موضوعات الدراسة (الأمن النفسي) سواء دراسات عربية أو أجنبية لها صلة مباشرة أو غير مباشرة ولقد وجدن الباحثتان على قدر علمهما بأنه لم يتم التطرق الى هذه الموضوعات بطريقة كافية، نظرا لقلة عدد الدراسات المهتمة في هذا المجال، وقد يرجع ذلك الى أن هذا الموضوع يعتبر جديدا وخاصة بأنه طبق على فئة المعاقين بصريا، حيث لاحظن الباحثتان ندرة لهذه الدراسات.

1.7- دراسة: (1996,etal,JONE,ROPERT)

هدفت الدراسة الى الكشف عن علاقة بين مستوى الشعور بالأمن الناجم عن طبيعة الإرتباط بالأبوين وظهور أعراض الإكتئاب النفسي عند البالغين، والكشف عن دور مستوى الشعور بالأمن كوسيط بين الإتجاه نحو الإختلال الوظيفي وإنخفاظ مستوى تقدير الذات.

تعتبر هذه الدراسة عن ثلاث دراسات: الأولى إستهدفت العلاقة بين الأمن الناجم عن العلاقة بالوالدين لدى البالغين والإكتئاب النفسي، أما الدراسة الثانية والثالثة فتعلقت بالكشف عن دور الشعور بالأمن الناشئ عن العلاقة بالوالدين كوسيط بين الإتجاه نحو الإختلال الوظيفي وإنخفاض تقدير الذات.

وقد تكونت عينة الدراسة الأولى من (144) فردا من الطلبة الجامعيين من غير الخريجيين من بينهم (88) طالبة، وعينة الدراسة الثانية تكونت من (218) طالب من جامعة تسبزمي من بينهم (137) طالبة تتراوح أعمارهم بين (17-49) سنة بمتوسط العمر(20.3) وإنحراف معياري (5.1)، وعينة الدراسة الثالثة من (119) طالبة من جامعة

نورث ويسترن تراوحت أعمارهم بين (27.17)عاما لمتوسط عمرهم (18.6) وإنحراف معياري(1.3).

كما إستخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية: المتوسطات الحسابية، الإنحرافات المعيارية، تحليل التباين الأحادي، ومعامل الإرتباط.

أظهرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة بين عدم التمتع بالعلاقة الحميمة مع الوالدين والنقص في مستوى الشعور بالأمن، بالإتجاه نحو الإختلال الوظيفي، ووجود علاقة بين الإختلال الوظيفي وإنخفاض مستوى تقدير الذات له علاقة مباشرة مع زيادة أعراض مرض الإكتئاب، وإنعدام الأمن قد يؤدي الى ظهور أعراض مرض الإكتئاب في سن البلوغ من خلال إنخفاض مستوى تقدير الذات لدى البالغين.

(ورد في على سليمان عقل، 2009، 110)

2.7- دراسة:(الخضري، 2003)

وهي بعنوان " الأمن النفسي لدى العاملين بمراكز الإسعاف لمحافظات غزة وعلاقته ببعض سمات الشخصية" وهدفت الدراسة الى التعرف على مستوى الأمن النفسي لدى العاملين بمراكز الإسعاف الطبية بمحافظات غزة وعلاقتها ببعض سمات الشخصية والإلتزام الديني وقوة الأنا ومتغيرات أخرى (الحالة الإجتماعية، سنوات الخبرة، عدد أفراد الأسرة) .

وقد تكونت عينة الدراسة من (123) من العاملين بمراكز الإسعاف الطبية بمحافظات غزة، ولقد قام الباحث بإعداد أدوات الدراسة المتمثلة في إختبار الأمن النفسي، وإختبار الإتزام الديني، وإختبار قوة الأنا، كما إستخدم الباحث عدة أساليب إحصائية للحصول على نتائج الدراسة مثل: إختبار (ت)، تحليل التباين الأحادي، إختبار مان وينتي، ومعامل الإرتباط بيرسون، وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية:

1-أن العاملين بطواقم الإسعاف يشعرون بمستوى متوسط من الأمن النفسي.
2-وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الأمن النفسي وقوة الأنا لدى العاملين بطواقم الإسعاف الطبية في قطاع غزة.

3-وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الأمن النفسي والإلتزام الديني لدى العاملين بطواقم الإسعاف الطبية في قطاع غزة.

4-وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة لصالح الأفراد ذوي الأسر المتوسطة العدد (5-10)أفراد.

3.7- دراسة (السهيلي،2004)

وهي بعنوان " الأمن النفسي وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى طلاب رعاية الأيتام بالرياض" هدفت الدراسة الى التعرف على مستوى الأمن النفسي وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى طلاب دور رعاية الأيتام بمدينة الرياض، ويتكون مجتمع الدراسة من (95) طالب نزلاء بدور رعاية الأيتام تتروح أعمارهم بين(13_23) سنة، ولقد إستخدم الباحث مقياس الطمأنينة النفسية (الأمن النفسي) من إعداد (مهند الدايم وآخرون)، ولقد توصلت الدراسة الى عدة نتائج منها :

وجود علاقة إرتباطية سالبة عند مستوى(0.01) بين الأمن النفسي والتحصيل الدراسي لطلاب دور الرعاية الأيتام، وهناك فروق دالة إحصائيا بين فئتين الأمن النفسي ولكن بنسب لا تصل الى المرض، أو العرض.

(ورد في على سليمان عقل، 2009: 108-109)

4.7- دراسة(أبو عودة، 2006)

وهي بعنوان "دراسة لبعض الإتجاهات السياسية والإجتماعية وعلاقتها بمستويات الأمن النفسي والتوافق الدراسي لدى طلاب جامعة الأزهر بغزة"، ولقد هدفت الدراسة الى التعرف على العلاقات الإرتباطية بين الإتجاهات السياسية والإجتماعية بمستويات الأمن النفسي والتوافق الدراسي لدى طلاب وطالبات جامعة الأزهر بغزة، وطبقت الدراسة على عينة تبلغ قوامها (256) طالب وطالبة، وتم إستخدام مقاييس الإتجاهات السياسية والإجتماعية ولقد توصل الباحث الى النتائج من أهمها:

أنه لايوجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين معظم الإتجاهات السياسية والأمن النفسي لدى أفراد العينة.

5.7- دراسة (الطهراوي، 2007)

وهي بعنوان "الأمن النفسي لدى طلاب الجامعة الإسلامية وعلاقته بإتجاهات نحو الإنسحاب الإسرائيلي في قطاع غزة"، ولقد هدفت الى التعرف على مستوى الأمن النفسي لدى طلاب الجامعة الإسلامية وعلاقته بإتجاهاتهم نحو الإنسحاب الإسرائيلي، وتناولت هذه الدراسة الأمن النفسي في المجتمع الفلسطينيي قطاع غزة حيث حولت هذه الدراسة التعرف على تأثيرات الإنسحاب الإسرائلي على شعور طلبة الجامعة بالأمن النفسي وعلاقة ذلك بإتجاهاتهم نحو الإنسحاب، ولقد تكونت العينة من (359) طالب وطالبة من ثلاثة جامعات في غزة (الجامعة الإسلامية، جامعة الأقصى، جامعة القدس المفتوحة)، ولقد إستخدم الباحث مقياس ماسلو بعد التطوير، وكانت أهم نتائج الدراسة الكشف عن وجود إرتباط دال إحصائيا بين الأمن النفسي والإتجاهات نحو الإنسحاب، وأن مستوى الأمن النفسي أرتبط طرديا بإجابية الإتجاهات وأشارت النتائج الى أن معدل الأمن النفسي بعد الإنسحاب كان (87.70%)، وأتسم إتجاه العام نحو الإنسحاب بالإجابية والقبول، وفسره (90.8%) كإنتصار للمقاومة الفلسطينية، وعزاه (8.3%) فقط لأسباب أخرى كالمفاوضات والضغوط الدولية. كما أظهرت النتائج فروق دالة إحصائيا في الأمن النفسي بين الطلبة، تبعا لخطورة سكان المنطقة الحدودية والمناطق القارية من مستوطنات والمناطق التي إجتيحت أكثر من مرة، في حين لم توجد فروق دالة إحصائية، حسب متغيري الجنس (طالب، طالبة) وتعرض أفراد أسرة الطالب لأخطار الإحتلال (متضررين، غير متضررين).

(ورد في على سليمان عقل، 2009، 109- 110)

6.7- دراسة(وفاء على سليمان عقل، 2009)

وهي بعنوان "الأمن النفسي وعلاقته بمفهوم الذات لدى المعاقين بصريا"، وتهدف الى معرفة مدى علاقة الأمن النفسي بمفهوم الذات لدى عينة من المكفوفين بقطاع غزة والتي تختلف بإختلاف الجنس ودرجة الإعاقة والمرحلة التعليمية، وتم إستخدام عدد من الأساليب الإحصائية وهي التكرارت والنسب المئوية وأختبار "ت" والمتوسطات الحسابية ومعامل إرتباط بيرسون وسيبرمان براون ومعادلة جتمان ومعامل إرتباط ألفا كرونباخ، وتوصلت النتائج الى وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة الكلية لمقياس الأمن النفسي والدرجة الكلية لمقياس مفهوم الذات، وكذلك توصلت الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في

مستوى الأمن النفسي لدى المكفوفين تعزي متغير الجنس ودرجة الإعاقة والمرحلة الدراسية في حين توجد فروق في مستوى تقدير الذات تعزي متغير المرحلة الدراسية.
(على سليمان عقل،2009، 177)

تعقيب عن الدراسات السابقة في الأمن النفسي:

لقد تم عرض الدراسات السابقة حول الأمن النفسي بترتيب من القديم الى الحديث حيث لاحظن الباحثتان بأن هذه الدراسات السابقة تلتقي وتختلف مع الدراسة الحالية في عدة نقاط نذكرها:

1-تلتقي الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في خصائص الأمن النفسي ومستوياته وأبعاده.

2- أختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة، في أنها لا توجد دراسة إرتبطت بفئة المعاقين وخاصة ذوي الإعاقة البصرية ماعدا دراسة (على سليمان عقل،2009)، وهذا ما زاد هذه الدراسة أهمية عن غيرها، بعكس الدراسات السابقة معظمها طبقت على المجتمع العادي من طلاب الجامعة مثل دراسة كل من (أبوعودة،2006) و(الطهراوي،2007) وكذلك طبق على الأسر في دراسة (1996,etal,JONE,ROPERT)، وكذلك على العاملين بمراكز الإسعاف الطبية في دراسة (الخضري، 2003).

3- كما تختلف هذه الدراسة في حجم العينة مع الدراسات السابقة أن أغلبها طبقت على مجتمع ذوي أفراد عادية أي على عدد كبير من الأفراد بعكس هذه الدراسة طبقت على فئة قليلة من المجتمع وهم من ذوي الإعاقة البصرية.

خلاصة الفصل:

تم الإستخلاص من خلال ما أدرج في هذا الفصل أهمية الشعور بالأمن النفسي وذلك تأكيدا لما إتفقت عليه مدارس علم النفس وما أولته للتصور الكامل للأمن النفسي على أن الهدف الأساسي للصحة النفسية هو التركيز على بث الشعور بالأمن النفسي في نفوس الأفراد للتخلص من الخوف والقلق.

ولأهمية هذا المتغير تم التطرق الى تعريفاته وخصائصه أهمها نفسية، معرفية فلسفية وإجتماعية وكمية، إنسانية، وإتجاهاته النظرية المفسرة له وذلك للنظر من خلالها للتصور الشامل للتفسيرات المختلفة، كما تم التطرق للأبعاد الأمن النفسي تقريبا من جميع جوانبه وكذلك ركزنا على الأمن النفسي لدى المكفوف بإعتباره المتغير المتعلق بموضوع الدراسة.

الفصل الرابع: الإعاقــة البــصرية

تمهيد

1- مفهوم الإعاقة البصرية

2-أسباب الإعاقة البصرية

3- أنواع وتصنيف الإعاقة البصرية

4- قياس وتشخيص الإعاقة البصرية وكيفية الوقاية منها

5- تأهيل الأطفال المكفوفين

6-المشكلات التي تواجه المكفوفين

7-صعوبات تعلم ورعاية الأطفال المكفوفين

8-أهم الأدوات والوسائل التي يستخدمها المكفوفين

9- طرق تعليم المهارات التي يحتاج إليها المكفوفين

10- الدراسات السابقة

خلاصة الفصل

تمهيد

للجمال أشكاله التي تنعش النفس، وتبعث الراحة، والعينان هما الوسيلة الأساسية في رصد ذاك الجمال وتذوقه والاستمتاع بكافة أشكاله وألوانه، كما أنّها نافذة الإنسان على عالم المرئيات من حوله، وتعتبر من أهم الحواس لما لها من دور كبير في التفكير والتدبر والوعي وإدراك العلاقات والأوضاع والأشكال وترسيخ صور المدركات، وهي أكثر الحواس قدرة على اكتشاف الحقائق واستنتاج المفاهيم والربط بين عناصر البيئة وليس لإنسان أن يدرك أهميتها بقدر ما يشعر به ذلك الفرد الذي فقد نورها، وأصبحت لديه عضوًا بلا روح، لا تنقل لعقله سوى ظلام دامغ على كل ما حوله أو أشباح تتحرك أمامه لا يستطيع تمييزها، أو قد تمثل له خطرًا يخشى أن يداهمه في كل حين.

فليس بإمكان فاقد البصر أن يرى بعينيه الفضاء من حوله – فما فضاءه سوى الظلام الذي يسير فيه – فترى الطفل المكفوف يجول برأسه أملاً في أن يعرف ما حوله، يخاف أن يتحرك هنا أو هناك فيصطدم بشيء ما لا يعرفه، تبتسم أمه له فلا يدرك ابتسامتها وليس من حوله أي لون سوى ذاك السواد وما تخيله له أحلامه البريئة ممّا لا يستطيع تمييزه، قد يعطيه مسميات لا يدرك معناه، ومع ذلك فواقعه أيسر كثيرًا من الناحية النفسية من ذاك الذي تذوق الجمال واعتاد أن يرى بعيناه الحياة ويتأمل بهما كل ما حوله، وفجأة لسبب ما ترى دور تلك العينان يبدأ بالتلاشي (ما الذي يحدث، هل سأفقد ناظري، لن أرى بعد ذلك وجه أمي وأبي وإخوتي، لن أتمكن من القراءة من كتابي المدرسي، لن أرى طريقي، هل سأصبح بحاجة إلى من يقودني، لن أرى السماء والورد والشجر، لن، لن.....).

وهكذا يبدو لسان حال الأطفال الذين يعانون من ضعف الإبصار أو ظهرت لديهم مشكلات بصرية في مراحل طفولتهم المختلفة، ولذا فتجدهم أحوج ما يكون لمن يجيب عن تلك التساؤلات التي تشغل – إلى حد كبير – عقولهم الصغيرة بحثًا عن الاستقرار والشعور بالأمن، ممّا يساهم في وصولهم إلى قدر من التوافق النفسي، والذي يمكن بدوره أن يساعد (سواء الأطفال المكفوفين أو ضعاف البصر) على مواجهة تحديات الحياة المختلفة وتقبل واقعهم والسعي لتحقيق التوازن الانفعالي والتمتع بقدر من الرضا، ليكونوا متفاعلين في بيئتهم، قادرين على التأقلم مع واقعهم ويسعون للتغلب أو التخفيف من حدة الاضطرابات

السلوكية التي ظهرت لدى بعض منهم كنتيجة لما عانوه في السابق من مشاعر الإحباط والصراع، فهذه الاضطرابات يمكن أن تتسبب لهم في مزيد من الإقصاء الاجتماعي الذي يمكن أن يزيد من مشاعر النقص والحرمان لديهم.

ولأهمية التوافق النفسي لدى المكفوفين بشكل عام، فقد حاولت الطالبتان الباحثتان أن تركزان ضمن دراستهما الحالية على علاقة صورة الجسم بالأمن النفسي لدى المكفوف، فهل يكون الحال لدى المكفوفين على نفس ذاك النحو؟، ولأنّ أبناء هذه الفئة هم أحد محاور الدراسة الرئيسية فسيتم التركيز في هذا الجانب على الموضوعات ذات الدور الفعّال في خدمة الجوانب النظرية والتطبيقية للدراسة الحالية.

1-مفهوم الإعاقة البصرية (Visual Impairment)

1.1 - الإعاقة: يشير مفهوم الإعاقة إلى ذلك العجز الذي يسبب عدم القيام بالدور أو الوظيفة العادية للفرد أو هي نتيجة المجمعة للعوائق التي يسببها العجز بحيث تتدخل بين الفرد وأقصى درجة من الاستفادة من الإمكانية البدنية والعقلية والاجتماعية.

(على سليمان عقل،2009، 62)

1.1.1- التعريف اللغوي:

ورد في لسان العرب : عوق رجل عوق، أي ذو تعويق، وعاق عن الشيء يعوقه عوقًا، صرفه وحبسه ومنه التعويق والاعتياق وذلك إذا أراد أمرًا فصرفه صارف.

والعوق : الأمر الشاغل، وعوائق الظهر : الشواغل من أحداثه، والتعويق، التثبط.

(الأنصاري1، 1988، 289)

2.1.1- ما الفرق بين الإعاقة والعجز ؟:

قد يظن البعض إن هذين المفهومين يشيران إلى مدلول واحد إلاّ أن الأخصائيين في مجال التربية الخاصة، سواء في الخدمات التعليمية أو العلاجية أو خدمات الرعاية يميزون بينهما، حيث إن هناك أخطاء شائعة في تعريف العاجز بأنّه الشخص الذي به عاهة ظاهرة مثل العمى، الشلل ... إلخ، ولكن النظرة الفنية لتعريف العاجز تختلف عن التعريف السائد، فالعاجز يمكن أن يكون سليمًا في الظاهر ولكن هناك مرض عضوي أو وظيفي

يمنعه من أداء العمل بل امتد التعريف إلى الشخصية نفسها فهناك عجز الشخصية، كما أن هناك تشابه بينهما وهو نوع من القصور الولادي أو المكتسب في الجسم أو الحس فيقلل أو يعوق نهائيًا الاستفادة من ذلك العضو أو يمنعه نهائيًا من القيام بوظيفته الأساسية والعاهات ليست مقياسًا كاملاً للقدرة أو العجز وإنّما المقياس الصحيح هو طريقة الانتفاع بالقدرات الباقية واستغلالها. (مجيد،2008،25)

أمّا (ستيفن) فيعرّف العجز على أنّه نوع من التلف الوظيفي، إن لم يتم التعويض عنه تتولد مجموعة من الإعاقات المتنوعة في إطار الموقف التعليمي، أن الدرجة المنخفضة في الأشكال التالية من الأداء العضوي الوظيفي تميل إلى خلق مشكلات من بينها:

- **الحركة** : إمكانيات امتداد أجزاء الجسم.
- **الإحساس** : الإبصار، السمع، اللمس، التذوق، الشم.
- **الذكاء** : يشمل القابلية للتعلم ومعدل التعلم، والتذكر، وحل المشكلات، وعوامل كثيرة.
- **الانفعال** : يتضمن القدرة على المرور بخيرات السعادة والحماس والأسف والعدوان.
- **العمليات الفسيولوجية** : وتشتمل على الوظائف الجسمية الأساسية كالتنفس والهضم ...وغيرها.

وفي محاولة للتفريق بين هذين، فهناك من يذكر بأن العجز والعاهة(أو العوق) هما مصطلحان يشيران إلى مستوى معين من التعويق حل بالفرد واستقر به، والأول يستخدم للدلالة على عدم القدرة الذي بلغته بعض الأعضاء أو الحواس في أداء وظائفها، أمّا الثاني فهو الإشارة لمدى تعطيل الذي حل بالفرد بسبب ما أصابه من تعويق بدني أو حسي أو فكري، أو بمعنى آخر مدى ابتعاد درجة تعويقه عن المستوى العادي المألوف وعلى ذلك يكون الثاني عادة سببًا للأول ومؤديًا إليه ومقياسًا له. (محمود شقير،1996، 682)

ولذلك نستنتج بأنّ العجز عبارة عن إنحراف حقيقي في وضع الجسم أو في الأداء الوظيفي، ومن خلال التفاعل بين هذا الانحراف وبين ظروف معينة تنتج أشكال سلوكية غير ملائمة أو تفرض بعض القيود على الشخص، ومن ثمة مظاهر العجز لا تكمن في الفرد نفسه فقط، أي أن العجز ليس خاصية ذاتية بحتية، وإنّما هو نتاج تفاعل بين الفروق الفردية من ناحية والظروف البيئية من ناحية أخرى، وربما كان من الأنسب الإشارة إلى مثل

هؤلاء الأشخاص إلى أنّهم الذين يبدو مظهرهم الجسمي أو أدائهم الوظيفي في ظروف بيئة معينة يضعهم في مكانه أقل من غيرهم وينتج عن هذه المكانة المنخفضة فقدان للإثابة، أو على الأقل مواجهة صعوبات أكبر في الحصول عليها أو ربما التعرض لشكل أو أخر من أشكال العقاب، وهذه النتائج السلبية المختلفة في مجموعها هي التي تكون ما نطلق عليه عادة الإعاقة. (على سليمان عقل ،2009، 64)

2.1- تعريف الإعاقة البصرية:

لم يكن من السهل على الباحثتان تحديد تعريف للإعاقة البصرية سواء من المنظور اللغوي أو القانوني أو التربوي، حيث أن المكفوفين يشكلون فيما بينهم فئة غير متجانسة مثل الأفراد وإن اشتركوا جميعًا في المعاناة من المشاكل البصرية بدرجة أو بأخرى إذ أن مثل هذه المشاكل قد تختلف كثيرًا من فرد إلى آخر وفقًا لما يكمن خلفها من أسباب ودرجة شدة تلك الإعاقة والتوقيت الذي حدث فيه، وهي جوانب لها بلا شك تأثيرها الكبير على شخصياتهم. (السرطاوي وآخرون، 1987، 19)

ومن المؤكد أنّه سيتضح مدى التباين والاختلاف أو التقارب بين تلك التعريفات عند عرض بعضًا منها في هذا المضمار، أملاً في أن تتمكن الباحثتان من الوصول إلى تعريف واضح ومحدد من شأنه أن يخدم هذه الدراسة ويساهم في تحقيق أهدافها.

1.2.1- التعريف اللغوي:

المكفوف هو الشخص الذي ذهب بصره مثل الألفاظ التي وردت في معجم لسان العرب مثل الأعمى، فالعماء هو الضلالة والعمى يقال في فقد البصر أو ذهابه وفي فقده البصيرة مجازًا. (السيد وآخرون، 2013، 12)

2.2.1- التعريف التربوي:

المكفوف تربويًا هو الطفل الذي يعجز عن استخدام بصره في الحصول على معرفة كما يعجز نتيجة لذلك عن تلقي العلم في المدارس العادية وبالطرق العادية والمناهج العادية الموضوعة للطفل العادي، هذا وقد يكون الطفل مكفوف كليًا وقد يملك درجة بسيطة من الإحساس البصري الذي يؤهله للقراءة البسيطة بالأحرف الكبيرة أو المجسمة.
(عزيز ابراهيم، 2003، 493)

3.2.1- التعريف الاجتماعي:

المكفوف هو الشخص الذي لا يستطيع أن يجد طريقة دون قيادة في البيئة معروفة لديه أو كانت قدرته على الإبصار عديمة القيمة اقتصاديًا أو من كانت قدرة بصره من الضعف بحيث يعجز عن مراجعة عمله العادي. (النجار1، 2011، 33)

4.2.1- التعريف الطبي:

هو الشخص الذي لا تزيد حدة الإبصار لديه عن 20 / 200 قدم في العين الأقوى بعد التصحيح بالعدسات الطبية، وزاوية الرؤية أقل من 20 درجة (كف كلي) وكذلك من تتراوح حدة الإبصار لديه ما بين 5 / 200 إلى20 / 200 (كف جزئي) ولا يعاني أي عجز آخر. (سيد سليمان ، د ت، 48)

5.2.1- تعريف منظمة الصحة العالمية:

عرفت الإعاقة البصرية الشديدة بأنّها حالة يؤدي الشخص فيها الوظائف البصرية بشكل محدود، فهي حالة يجد فيها الإنسان صعوبة بالغة في تأدية الوظائف البصرية الأساسية. (محمد صبحي ، 2009 ، 55)

6.2.1 - تعريف الجمعية الأمريكية:

المكفوف بأنّه الشخص الذي لا يمتلك، أي استخدام للرؤية كلية، ويصنف الشخص على أنّه مكفوف إذا كان مجال الرؤية بالعين الأفضل عنده 200/20 أو أقل .
(Jill, Sardegno, 1991 , 31)

7.2.1- تعريف المعاق بصريًا:

يطلق على الشخص الذي يعجز عن استخدام بصره في عملية التعلم، ويشمل ذلك المكفوف وضعيف البصر (Terry, Cicchelli, 1986, 44) .

ويمكن القول بأنّه تعريف الإعاقة البصرية يجب أن تشتمل على ما يلي :

- قصور أو عجز في مجال الإدراك البصري 200/20.
- اعتماد الفرد على الحواس الأخرى كاللمس والسمع.
- الحاجة إلى وسائل معينة كالنظارة.
- غير قادر على كسب قوته بسبب إعاقته.
- الحاجة إلى برامج تربوية وطرق تعلم يختلف عن العاديين.

(حسني العزة، 2002، 95)

2-أسباب الإعاقة البصرية (تشريح وفيزيولوجية العين وألية الرؤية)

1.2- أسباب الإعاقة البصرية:

تقسم أسباب الإعاقة البصرية إلى مجموعتين رئيسيتين هي:

1.1.2- مجموعة أسباب مرحلة ما قبل الميلاد: (Pre-natal causes)

يقصد بها كل العوامل الوراثية والبيئية التي تؤثر على نمو الجهاز العصبي المركزي والحواس بشكل عام، وهي في مقدمة العوامل المسببة للإعاقة البصرية حيث تمثل حوالي 65% من الحالات ومنها على سبيل المثال العوامل الجينية، وسوء التغذية، وتعرض الأم الحامل للأشعة السينية، والعقاقير والأدوية، والأمراض المعدية، والحصبة الألمانية، والزهري ...إلخ، وتعتبر هذه العوامل من العوامل العامة المشتركة في إحداث أشكال مختلفة من الإعاقات ومنها الإعاقة البصرية.

ولا يمكن الوقاية من الإعاقات البصرية التي ترجع إلى ظروف تحدث فيما قبل الميلاد إلى أن يتم فهم العلاقات السببية بين هذه العوامل وبين الإعاقة البصرية بشكل

أفضل، وتعتبر المعلومات العلمية قاصرة عن العوامل الوراثية والأمر يتطلب مزيدًا من البحوث في هذا الميدان. (بطرس، 2010، 248)

2.1.2- مجموعة أسباب ما بعد مرحلة الميلاد(Post-natal causes)

ويقصد بها مجموعة العوامل التي تؤثر على نمو حاسة العين ووظيفتها الرئيسية الإبصار، مثل العوامل البيئية كالتقدم في العمر، وسوء التغذية، والحوادث والأمراض، التي تؤدي بشكل مباشر أو غير مباشر إلى الإعاقة البصرية، وما يقرب من 16% من الإعاقات البصرية عند الأطفال والشباب ترجع إلى عوامل غير محددة وتحدث فيما بعد الميلاد.
(صبحي، 2009، 53)

ومن هذه الأسباب التي قد تؤدي إلى الإعاقة البصرية المياه البيضاء والمياه الزرقاء ومرض السكري، أمراض الشبكية، أمراض العدسة، التهابات العين، الحول، الحوادث وأسباب أخرى ويتضح ذلك فيما يلي:

- ✓ **المياه البيضاء** : يقصد بها عتامة عدسة العين وتنتج بسبب تصلب الألياف البروتينية المكونة للعدسة وتؤدي إلى صعوبة رؤية الأشياء تدريجيًا، ويتم علاج المياه البيضاء وعن طريق إزالة هذه بواسطة العمليات الجراحية، وبعد ذلك يتم زرع أو تركيب العدسات المناسبة.(الحديدي، 2000، 47)
- ✓ **المياه الزرقاء** : وتسمى بالجلايكوما، وهي حالة تنتج عن ازدياد في إفراز السائل المائي الموجود في القرينة الأمامية.
- ✓ **مرض السكري** : وهو احتمال إصابة الفرد بالإعاقة البصرية نتيجة لإصابته بمرض السكري، إذ يعاني المصاب بالسكري من ارتفاع واضح في نسبة السكر في الدم وذلك بسبب نقص هرمون الأنسولين لدى المصاب والذي مهمته مساعدة خلايا الجسم على إمتصاص السكر من الدم، وبسبب إرتفاع السكر في الدم وصعوبة إمتصاصه في خلايا الجسم ومنها الشبكية فيرتب على ذلك النقص الواضح في كمية السكر اللازمة لخلايا الشبكية، ممّا يؤدي إلى كف البصر التدريجي، وغالبًا ما تؤدي هذه المضاعفات إلى بعض أمراض الشبكية مثل الكتاركت، ويسمى بإعتام عدسة العين والنزيف الداخلي مما يؤدي إلى فقد المريض الإبصار.

- ✓ **أمراض الشبكية :** ويقصد بها تلك الأمراض والاضطرابات التي تصيب الشبكية ومن تلك الاضطرابات الحالة المسماة صعوبة تكوين أجزاء رئيسية في الشبكية أو انفصال الشبكية.
- ✓ **أمراض العدسة :** من بين أمراض العدسة التليف خلف العدسة Fibroplasia (RLF) Retrolental ينتج عن زيادة معدل الأوكسجين في الحضانات التي يوضع فيها المواليد التي وضعتهم أمهاتهم قبل الموعد الطبيعي للولادة مما يؤدي إلى تكثيف غير عادي في الأوعية الدموية وقرحة في أغشية عين الوليد في الأوعية الدموية مما يتسبب في حدوث تليف خلف العدسة مما يؤدي إلى العمى أو ضعف البصر.
- ✓ **التهابات العين :** وينتج عن بعض الأمراض أو الإصابات التي تصيب المخ فتؤدي إلى ضمور في العصب البصري مما يؤدي إلى فقدان الاتصال بين العين والمخ فتبدو العين سليمة معافاة ولكن لا تستطيع أن تنقل ما تراه إلى مراكز الإدراك البصري لإصابة أو تعطل العصب المسؤول عن عملية نقل المثيرات البصرية للمخ مما يؤدي للعمى. (السيد وآخرون، 2013، 19)
- ✓ **الحول :** وهو عبارة عن إختلال وضع العينين أو إحداهما بسبب صعوبة قيام عضلات العين بالتحكم في كريات العين.
- ✓ **الحوادث :** وهي الإصابات بالأدوات الحادة والمواد الكيميائية والأخطاء الجراحية للعين مثل ترقيع القرينة واستبدال العدسات وغيرها .(مفلح، 2003، 85)

2.2- تشريح وفيزيولوجة العين وآلية الرؤية

العين هي عبارة عن كرة قطرها حوال (2,5 سم) تقع داخل التجويف خاص بها في الجمجمة وذلك لحمايتها من المؤثرات الخارجية ويتكون الجهاز العصبي للإنسان من العين والعصب البصري والقشرة البصرية) الفص الدماغي الخلفي.

وتُعد العين العضو الحسي للنظام البصري، وهي إلى حد ما شبيهة بآلة التصوير التي تلتقط الصور والجدير بالذكر أن العين لا تكفي وحدها حتّى يتم الإبصار بل يجب أن تكون مناطق الرؤية في الدماغ سليمة ويجب أن يكون العصب البصري سليمًا وهو أيضًا. (البطاينة وآخرون،2007، 240)

وتحتوي العين على عدّة أجزاء أساسية منها:

1.2.2- القرينة : (Cornea)

وتعتبر النافذة الأمامية للعين وعن طريقها تنفذ الأشعة الضوئية إلى العين، وهي غشاء شفاف يغطي مقدمة العين فتبدو وظيفة القرينة أيضًا في حماية العين من العدوى بسبب طبقة الدموع الخفيفة التي تغطي القرينة والتي تعطي حماية كبيرة للعين ضد البكتيريا والتلوث والأتربة. (الحديدي، 1996، 07)

2.2.2 -إنسان العين:(بؤبؤ) (Pupil)

عبارة عن فتحة صغيرة مستديرة سوداء في مركز القزحية، ويتغير اتساعها نتيجة قوة الضوء أو ضعفه.

3.2.2-عدسة العين: (Lens)

وتقع خلف القرينة ويفصلها عن السائل المائي، وهي تتعلق بأربطة متصلة بمعضلات صغيرة للغاية على جوانب العين تساعد على شدها أو إرخائها، وتتغير العدسة بصورة آلية زيادةً ونقصًا تبعًا للحاجة إلى تركيز الضوء على الشبكية، وإذن تبدو وظيفة العدسة في تجميع الأشعة الضوئية وتركيزها على الشبكية، وتعرف هذه الخاصية بتكيف الإبصار.(السيد وآخرون، 2013 ،17)

4.2.2 - القزحية : (Iris)

هي عبارة عن قرص ملون يحجب العدسة بصورة جزئية، كما يتحكم في مدى إتساع الفتحة التي ينفذ منها الضوء إلى العدسة(البؤبؤ).

5 .2.2 - الشبكية : (Retina)

هي السطح الداخلي الخلفي المبطن لكرة العين من الداخل ووظيفتها أشبه ما تكون بوظيفة) النيجاتيف (في آلة التصوير، فصورة الجسم المرئي لا تنطبع عليها ولا تلتصق بها وإنّما سرعان ما تريد في الاتجاه المعاكس ولذا نحن نرى صورًا بصرية مستمرة ومتلاحقة

فتتكون الصور البصرية على الشبكية مقلوبة من أعلى إلى الأسفل ومعكوسة من اليمين إلى اليسار، وتتكون الشبكية من طبقات عديدة من الخلايا العضوية (Rods) ومخروطية (Cones) التي تعمل كمستقبلات (Receptors) للضوء المرئي كما تشتمل على نيورنات حاسية تنقل المثيرات البصرية إلى المخ، حتّى تصل إلى مناطق معينة من اللحاء (القشرة المخية) فتقوم الخلايا البصرية أللحائية بتحليل المعلومات البصرية الواردة واكتشاف معناها أي تحويل الإشارات والمعطيات والإحساسات البصرية أو الضوئية إلى مفاهيم وخبرات ذات معاني محددة. (البطاينة وآخرون، 2007، 241)

2.2. 6- رموش العين: (Eyelash)

وظيفة الرموش حماية العين من دخول الجسيمات الدقيقة لها سواء من بكتيريا أو من دواء بسبب تهيج العين ومن ثم إفراز الدموع وعدم تكون رؤية واضحة.

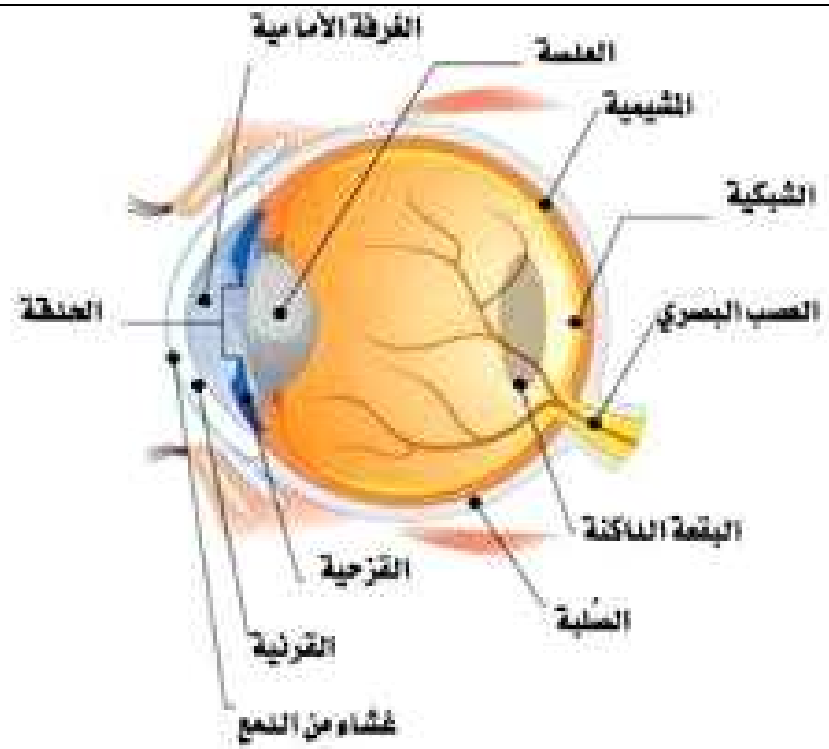
7.2.2- الجفن : (Eyelid)

فالكائنات الحية من البشر والحيوانات لديها جفون والوظيفة الأساسية لهذه الجفون هي منع الجفاف وتنظيف العين وهي تحتوي مواد تقل أي عدوى بكتيرية كجزء من وظائف الجهاز المناعي لدى الإنسان.

8.2.2 - الحاجب : (Eyebrow)

حاجبان العين هو ذلك الشعر الذي يوجد فوق جفن العين، ووظيفة الحاجب الأساسية هو إعادة اتجاه المواد السائلة مثل العرق بعيدًا عن العين لأنّ من الممكن أن يغير الماء داخل العين الخواص الإنكسارية لها ممّا يجعل الرؤية مشوشة غير واضحة بها.
(السيد وآخرون،2013، 18)

ومنه فإن العين تتكون من قرنية وإنسان العين وعدسة والقزحية والشبكية ورموش العين والجفن والحاجب، والشكل التوضيحي التالي يوضح ذلك:



شكل رقم(01): يوضح تشريح فزيولوجية العين

(David ,H,1991, 98)

3-أنواع وتصنيف الإعاقة البصرية

1.3-أنواع الإعاقة البصرية:

هناك أنواع متعددة من العمى لدى الأطفال المكفوفين منها:

- ✓ عمى اللون الثالث أو اللون الأزرق.Blindness, blue
- ✓ عمى الألوان أو الإبصار الاكروماتي Matie vision أو اللا لوني عمى خلقي يعجز فيه الفرد عن رؤية الظلال واللون الرمادي.
- ✓ العمى الجزئي عمى اللونين الأحمر والأخضر Blindness, red, green وهو عدم القدرة على التمييز بين اللونين الأحمر والأخضر في ظروف معينة.
- ✓ العمى الليلي Blindness, night أو الغشا الليلي عدم الإبصار في الإضاءة الخافتة.

(الزريقات إبراهيم،2006، 100)

- ✓ العمى الثلجي Blindness, snow – عمى مؤقت – أو جزئي ناتج عن التعرض للضوء الأبيض الشديد المنعكس عن الثلوج أو اللحام الكهربائي.
- ✓ العمى المخي Blindness, cerebral والسبب عضوي عبارة عن خلل في المخ.
- ✓ عمى القراءة Blindness, alexia والسبب عضوي تلف في المخ يؤدي للعجز في قراءة أو فهم اللغة المكتوبة رغم معرفة المصاب المسبقة بالقراءة.
- ✓ العمى اللحائي Blindness, cortical وهو تلف في منطقة الإبصار باللحاء المخي.

(السيد وآخرون،2013، 23)

2.3- تصنيف الإعاقة البصرية

قد يولد الأفراد المعوقين مصابين بالإعاقة البصرية بشكل كلي أو جزئي في مراحل حياتهم، وإن الأطفال الذين يفقدون أبصارهم قبل سن الخامسة، لا يحتفظون بصورة بصرية مفيدة، والأطفال الذين يفقدون أبصارهم كلية أثناء السنوات المبكرة كليًا أو جزئيًا بعد سن الخامسة قد يحتفظون بإطار بصري جيد ويستطيعون تكوين فكرة بصرية عن هذا الشيء خاصة بالاعتماد على خبراتهم البصرية السابقة، على الرغم من أن ملاحظتهم البصرية محدودة ويعتمد على ما تبقى لديهم من إبصار. (حسني العزة، 2002، 96)

لدينا تصنيفان للإعاقة البصرية وهما كالآتي:

1.2.3- التصنيف الأول :

يمكن أن تصنف الإعاقة البصرية إلى ما يلي:

- ✓ فقد بصر تام ولادي أو مكتسب قبل سن الخامسة.
- ✓ فقد بصر تام، مكتسب بعد سن الخامسة.
- ✓ فقد بصر جزئي مكتسب.
- ✓ ضعف بصر ولادي.
- ✓ ضعف بصر مكتسب.(محمود شقير، 2006، 212)

2.2.3- التصنيف الثاني

يمكن تصنيف المعاقين بصريًا إلى مجموعتين كما يلي:

- ✓ المكفوفين: الذين ينطبق عليهم التعريف الطبي 200/20 في حدة إبصار في أحسن العينين باستعمال النظارة الطبية.
- ✓ المبصرون جزئيًا : المعاقون بصريًا إعاقة جزئية وهي تلك المجموعة التي تستطيع تقرأ الكلمات المكتوبة بحروف مكبرة أو باستخدام النظارة الطبية، أو بأي وسيلة تكبير وتتراوح حدة الإبصار لدى أفراد هذه المجموعة ما بين 70/20 إلى 20 / 200 قدم في أحسن العينين أو حتّى باستعمال النظارة الطبية. (رسلان، 2009، 299)

4- قياس وتشخيص الإعاقة البصرية وكيفية الوقاية منها

1.4- القياس والتشخيص:

تعتبر عملية قياس وتشخيص الأطفال المعاقين بصريًا أمرًا أساسيًا وهامًا من أجل تحديد العلاج الطبي والسياسات التربوية الواجب إتباعها نحوه، وتحديد طرق تعليمه، ومن الدلائل غير المطمئنة التي قد تعتبر مؤشرًا على هذه الإعاقة نذكر منها ما يلي:

إحمرار جفون العين، اتجاه الحدقتين إلى الداخل والخارج والأعلى والأسفل، خروج إفرازات من العين كالصديد، وجود قشرة على الرموش والجفون، مرض التراخوما، انتفاخ الجفون، عدم تساوي حجم حدقتي العين وتحركهما بكثرة، انسدال جفون العين، فرك وحك العينين بكثرة، صعوبات في التركيز والمتابعة البصرية، الصداع والغثيان بعد القيام بأداء يتطلب التركيز البصري، التوتر أثناء القيام بالمهمات البصرية، الحول وانحناء الرأس لرؤية الأشياء، الشكوى من الضوء ومن ألم في العين، النظر إلى الأشياء من مسافة قريبة جدًا الشكوى من حكة في العين، الشعور بالتعب بعد القيام بعمل يتطلب استعمال حاسة البصر الخلط بين الحروف المتشابهة، الاصطدام بالأجسام الصغيرة، ضعف في التآزر البصري اليدوي، عدم القدرة على تتبع شيء يحدث أمام الشخص على بعد 20-25 سم، ملاحظة حجم العين هل هي أكبر أو أصغر من الحجم الطبيعي، إغلاق أحد العينين أو تغطيتها صعوبات في القراءة، مظهر الشخص، تقريب المادة المقروءة كثيرًا من العين، عدم الاهتمام

بالأنشطة البصرية، فقدان الموقع الذي وصل إليه الشخص أثناء القراءة، عدم الجلوس بشكل سليم أثناء القراءة، صعوبة في الحكم على المسافات، الرؤية الضبابية والنفقية (Tunnel vision). (مفلح، 2003، 86)

2.4- خطوات التشخيص :

إن عملية تشخيص الشخص المكفوف هي من عمل فريق من الأخصائيين يشتمل على طبيب العيون، ورجل قياس، متخصص في مجال قياس البصر Optimetist والطبيب العام والباحث الاجتماعي، ورجل التربية الخاصة وعلى الفريق أن يقوم بالخطوات التالية لكي يكون التشخيص سليمًا وهي كما يلي:

- ✓ إجراء تقييم تربوي شامل للشخص المراد تشخيص حالته.
- ✓ جمع معلومات عن مشاكل الإبصار لديه من أخصائي العيون وقياس النظر.
- ✓ الاهتمام بنتائج الفحوصات البصرية والسمعية والنطقية واللغوية والدافعية والتكيف والتحصيل الأكاديمي وطرق التعلم لديه.
- ✓ تحديد قدرته على التنقل والحركة.
- ✓ مراجعة أدب المكفوفين.
- ✓ مراجعة جميع المعلومات التي قد تشير إلى وجود إعاقة لديه.

ومن وسائل قياس البصر لوحة سنلن (Senllen Cahrt) وهي إحدى المقاييس الهامة في قياس حدة الإبصار، وهي عبارة عن لوحة مكونة من عدة سطور تضم حروفًا هجائية باللغة الإنجليزية ذوات أحجام مختلفة.

ويعتبر مقياس (بارجا) مقياسًا آخر لتشخيص ضعاف البصر، ويطلب الفاحص من المفحوص أن يقوم أحد الأشكال أو التصميمات الهندسية، وأن يجد شكلاً شبيهًا له وشكلاً آخر مختلفًا عنه من بين البدائل المطروحة عليه، وتعرض على المفحوص أربعة أشكال يكون أحدها صحيحًا وعادة ما تكون الأشياء ذوات أحجام مختلفة.

(حسني العزة ، 2002، 100)

3.4- الوقاية من الإعاقة البصرية:

يمكن من خلال التعليمات الآتية أن نوقي من الإعاقة البصرية:

- ❖ التغذية الصحيحة.
- ❖ تناول كميات كافية من الفيتامينات وخاصة فيتامين (أ).
- ❖ مكافحة الطفيليات والأمراض التي تسبب العمى.
- ❖ التثقيف في أمور الأغذية والصحة وأحوال المعيشة.
- ❖ القضاء على الأحوال غير آمنة التي يمكن أن تسهم في التسبب بالعمى أو أضرار البصر. (بدران وآخرون، 2003 ،204)

5- تأهيل المكفوفين

من خلال برنامج تأهيلي نحقق الأهداف الآتية:

1.5- التأهيل المعرفي : يهتم هذا البرنامج بالأمور التالية:

- ❖ تنمية مهارة الانتباه والتركيز.
- ❖ تنمية مهارة الاسترجاع والتذكر.
- ❖ اكتساب القدرة على فهم بعض العلاقات المرتبطة بالزمان والمكان.
- ❖ تنمية مهارات التصنيف والترتيب والعد.
- ❖ تنمية القدرة على حل المشكلات.
- ❖ تنمية إدراك الطفل للعلاقة بين الكلمة ومعناها.
- ❖ تنمية إدراك لبعض عناصر البيئة.(صبحي، 1995 ،36)

2.5- التأهيل الحسي : ويتضمن:

- ❖ تدريب حاسة السمع.
- ❖ تدريب حاسة اللمس.
- ❖ تدريب حاسة التذوق.(عبيد$_2$،2000،296)

3.5- التأهيل الحركي : ويتضمن:

- ❖ مساعدة الطفل على التخلص من بعض اللزمات الحركية.
- ❖ تدريب بعض المهارات الحركية.

4.5- التأهيل الاجتماعي : ويهدف إلى:

- ❖ التدريب على بعض مهارات خدمة الذات.
- ❖ اكتساب بعض آداب المعاملة.
- ❖ اكتساب بعض آداب المائدة.

5.5- التأهيل النفسي : ويسعى إلى:

- ❖ تشجيع الاستقلال الذاتي للطفل والاعتماد على النفس.
- ❖ تحسين ثقة الطفل بنفسه.
- ❖ تشجيع الطفل للمسؤولية.
- ❖ تنمية سلوك الإيجابية والمبادرة عند الطفل.
- ❖ اكتساب الطفل عادة المثابرة.
- ❖ تشجيع تعبير الطفل عن السعادة والسرور أثناء المشاركة في الأنشطة.
- ❖ مساعدة الطفل على التكيف مع الإحباطات اليومية.

6.5- التأهيل اللغوي : ويهدف إلى:

- ❖ تنمية قدرة الطفل على التعبير اللفظي.
- ❖ تنمية قدرة الطفل على التبادل اللفظي.
- ❖ تنمية قدرة الطفل على الاستماع والسرد لقصة أو أغنية بسيطة.
- ❖ تنمية القدرة على النطق السليم.(صبحي، 1995 ،36)

7.5- التأهيل الطبي:

ويقصد به إستعادة أقصى ما يمكن توفيره من قدرات بدنية، وإعداد ضعيف البصر بالعدسات الطبية ... وغيرها من علاجات طبيعية وجراحية في سبيل إعادة الإنسان أقرب إلى الصلاحية لممارسة حياته الاجتماعية والمهنية، في إطار خطة مرسومة للمصاب.
(شرف، 1982، 84)

6- المشكلات التي تواجه الأطفال المكفوفين

إن الشخص المكفوف يتعرض لمشكلات تختلف عن مشكلات الأسوياء في أقواله نظرًا لإعاقته البصرية التي تعيقه إلى حد ما عن الاستمرار في حياته اليومية ولذلك فهو محتاج للمساعدة من قبل الأخصائي ومراعاته لبعض الاعتبارات عند عمله مع المكفوف ومن هذه المشكلات ما يلي:

1.6- المشكلات النفسية:

نتيجة الإحساس بعدم الأمن وعدم القدرة على التحرك بحرية وعدم إدراك التفاعلات المحيطة يشعر المكفوف ببعض الصراعات والتوترات النفسية التي تزداد إذا كانت البيئة الاجتماعية غير ملائمة.

وقد أظهرت دراسة (سومرز) ستة أنماط لسلوك المكفوف عند دراسة سلوك التوافق لدى المراهقين المكفوفين ومدى الارتباط بين حالة التوافق عند المراهق وبين الاتجاهات الوالدية نحوه:

1.1.6- ردود الفعل التعويضية الصحية:

وفي هذا النمط يميز الشخص نواحي القصور الناتجة عن الإصابة بالإعاقة ويتقبل هذه النواحي كما أنّه يحاول أن يقلل منها عن طريق استبدال وتعويض هذه النواحي (7 حالات من50).

2.2.6- ردود الفعل التعويضية المفرطة:

وفي هذا النمط تظهر الروح العدوانية المتطرفة والدافع القوي للمنافسة والإستياء من النقد على أنّها دلائل للخصائص أو الصفات غير الاجتماعية (7 حالات من50).

3.1.6- ردود الفعل الإنكارية:

وفي هذا النمط لا يتقبل الفرد نواحي القصور الواقعية الناتجة عن الإصابة وتمثل نوعًا من الإعاقة ويتجنب منافسة المشكلات المتعلقة بها (6 حالات من 50).

4.1.6- ردود الفعل الدفاعية:

وفي هذا النمط تظهر عمليات البتر والإسقاط كوسائل تستخدم لإعطاء أسباب مقبولة لسلوك الشخص الذي يحمي نفسيته بهذه الطريقة عن ضرورة إعلان الأسباب الحقيقية للنسل، يلوم الشخص المكفوف المجتمع وتعصبه ضد المكفوفين ويشعر بأنّه لا يعامل المعاملة الصحية من (14حالة من 50) .

5.1.6- ردود الفعل الإنسحابية:

هذا النمط يبدو أن تفكير الشخص المكفوف يتركز حول الإعاقة نفسها ويتجنب مواقف المنافسة إلاّ مع الأشخاص الذين يشبهونه في الإعاقة من مظاهر هذا النمط أيضًا التركيز على النشاط الذاتي وأحلام اليقظة (9 حالات من 50).

6.1.6- الاستجابات السلوكية غير المتوقعة:

يبقى الشخص في هذا النمط في حالة سوء التوافق ويعجز عن مواجهة المشكلات العادية للحياة، وتظهر أساليب سوء التوافق في شكل أعراض متنوعة منها التركيز الشديد على الذات وعدم الاستقرار الانفعالي والقلق البالغ(9 حالات من 50).

(النجار$_1$، 2011، 53)

2.6- المشكلات الاجتماعية:

وهي المشكلات التي تواجه علاقة المكفوف بالآخرين وتؤدي إلى سوء التكيف مع علاقته بأسرته الصغيرة أو الأقارب والجيران والأصدقاء وزملاء العمل والمحيطين به ... إلخ، ولا شك أن كف البصر لا يؤثر فقط على المصاب به ولكن يمتد تأثير هذه الحالة إلى باقي الأفراد، حيث يستوجب الأمر إعادة توزيع الأدوار وتقبل الإصابة وإعادة التوازن في بناء الأسرة ولا شك أن طبيعة العلاقات الأسرية والسن ووقت الإصابة وتأثير الإصابة وسببها ومدى تقبلها ومستوى الأسرة التعليمي والاقتصادي كلها عوامل تؤثر في طبيعة المشكلات الاجتماعية والقدرة على مواجهتها. (محمد صبحي، 2009، 58)

3.6 - المشكلات التعليمية:

وتظهر تلك المشكلات في حالة الإصابة عند الميلاد أو في مرحلة الطفولة مما يستوجب الالتحاق بفصول خاصة وتعليم خاص، ويُواجه المكفوف في تلك الحالة مشكلات عدم توفر تلك المدارس أو بعيدة عن مكان السكن أو عدم توفر فرص الإقامة بها أو عدم مرافق بها.

4.6 - مشكلات العمل والتأهيل:

قد يجد المكفوف بعض الصعوبات المترتبة على ضرورة ترك العمل أو تغيير طبيعة العمل أو مكانه مما يسبب له العديد من المشكلات كذلك فإن الحاجة إلى تدريب المكفوف على مهنة جديدة تناسب قدراته ومدى توفر مراكز التدريب والتأهيل المناسب وتقبل المكفوف لتلك المهنة، لكنه يواجه صعوبات في الاستقرار والتكيف، بالإضافة إلى ما يواجهه من صعوبات في التشغيل بعد حصولهم على شهادة التأهيل نتيجة لعدم التزام جهات العمل بتعيين النسبة المقررة من حالات الإعاقة. (النجار1، 2011، 51)

7- صعوبات تعلم ورعاية الأطفال المكفوفين

إن رعاية وتعليم المكفوف ليست بالعملية السهلة أو الهينة، سواء من حيث الإمكانات المادية والبشرية المطلوبة لتحقيق الرعاية، أو من حيث ما يعانيه المكفوف من العديد من المشكلات الشخصية، مما يعقد عملية التدخل المبكر في حياتهم، ومن صعوبات رعاية وتعليم وعلاج المكفوفين:

- ✓ إصابة المكفوف بالعديد من الاضطرابات النفسية مثل (فقد الثقة بالذات، فقدان الدافعية، زيادة القلق، الإصابة بالاكتئاب ... وغيرها).
- ✓ الفشل في معالجة الاضطرابات النفسية والعاطفية لدى المكفوف.
- ✓ إصابة المكفوف ببعض الإعاقات المصاحبة كالجسمية أو العقلية.
- ✓ انخفاض مستوى التحصيل الدراسي، وبطء في التعلم لدى المكفوف.
- ✓ الأمية ونقص فرص التعليم بين المكفوفين.
- ✓ عدم الاهتمام بإنشاء المراكز الخاصة بالتدريب على مهارات العناية بالذات والأنشطة الحياتية.
- ✓ قلة إعداد المعلمين والمتخصصين والمدربين في مجال إعداد المكفوفين تعليميًا وتأهيليًا.
- ✓ عدم توفر الأدوات المساعدة كالعصا البيضاء، والكلاب المرشدة، ... وغيرها.
- ✓ لا تتوفر أماكن ترفيهية رياضية كافية لتلك الفئة.
- ✓ عدم وجود برامج إرشادية لهذه الفئة والوالدين.
- ✓ غياب برامج التوجيه المهني للمكفوفين لمساعدتهم في اختيار المهن المناسبة لإعاقتهم.
- ✓ غياب الوعي الاجتماعي والصحي الخاص بالمكفوف.
- ✓ قلة الإمكانيات الاقتصادية للأسرة، يضعف الاهتمام بفئة المكفوفين.
- ✓ عدم وعي الأسرة يؤدي إلى التأخر في تقديم الرعاية والتعليم للطفل المكفوف، مما يؤخر التحاقه بالبرامج العلاجية التأهيلية المبكرة اللازمة.(النجار1، 2011، 125)
- ✓ حرمان الأطفال المكفوفين المقيمين في الأماكن البعيدة والنائية من الخدمات المهنية والتأهيلية.

- ✓ عدم تجهيز المرافق العامة بخدمات خاصة للمكفوف.
- ✓ عزل المكفوف في مدارس خاصة به، يشجع على العزلة والخجل والانطوائية.
- ✓ عدم وجود الارتباط بين المنزل والمدرسة.
- ✓ لا يوجد البناء الهندسي المناسب لمدرسة المكفوف لمساعدته على الحركة والانتقال بحرية.
- ✓ عدم توفر الإمكانيات والوسائل التعليمية المعينة لفهم الدروس.
- ✓ صعوبة تدريب الحواس المختلفة لدى المكفوف.
- ✓ المقررات الدراسية لا تتناسب مع تعدد درجات الإعاقة البصرية.
- ✓ لا تتوفر أدوات فهرسة وتصنيف مطبوعة وفق الطريقة النقطية، حتّى يتمكن المكفوف من ممارسة العمليات الفنية بنفسه.
- ✓ تفتقر المكتبات للإمكانيات التدريبية اللازمة لهم أو للمجلدات المطبوعة وفق الطريقة النقطية. (النجار$_1$، 2011، 126)

8- أهم الأدوات والوسائل التي يستخدمها الأطفال المكفوفين

تتوفر أدوات ووسائل خاصة وعديدة يستطيع الأطفال المكفوفين إستخدامها للقراء والكتابة، والتنقل، والتواصل، ونستعرض في هذا الجزء أهم تلك الأدوات والوسائل:

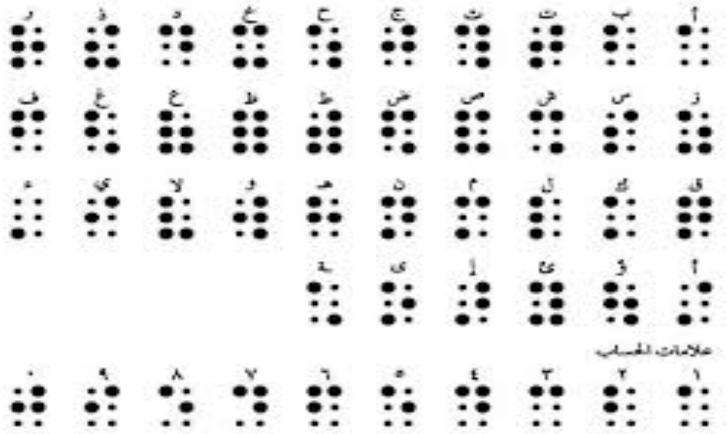
1.8- الوسائل التقليدية

من بين هذه الوسائل نذكر:

1.1.8- طريقة البرايل : هي أسلوب يتم من خلاله تمثيل نظام الخط العادي برموز نقطية ملموسة يستخدمه المكفوفون في القراءة والكتابة. (أبو عليا وآخرون، 2009، 24)

وهي عبارة عن نقاط بارزة مرتبة على شكل مربع أو يمكن أن نقول عليها خلية مربعة بين كل نقطة والأخرى مسافة صغيرة، وتتكون كل خلية من هذه الخلايا من ستة نقاط أفقيًا نقطتان، ورأسيًا ثلاثة، ويمكن أن تستخدم نقطة واحدة في الخلية أو أكثر.

ترقم النقاط(1 ،2 ، 3) رأسيًا من الجانب الأيسر، وباقي الأرقام(4 ،5 ،6)، رأسيًا أيضًا من الجانب الأيمن. والشكل التوضيحي التالي يوضح ذلك:



شكل رقم(02) :يوضح حروف وأرقام رموز برايل بالعربية

(اليسير، د ت،57)

2.1.8- قلم برايل : وهو عبارة عن رأس كمثري الشكل من الخشب أو البلاستيك المقوى مثبت به طرف مسمار، ويستخدم للضغط على الفتحات المثقوبة في مسطرة أو لوح برايل بحيث ينتج عن هذا الضغط ظهور نقاط بارزة على الورقة، وبعد الانتهاء من الكتابة تقلب الصفحة وتقرأ النقاط البارزة بواسطة إصبع اليد . (النجار1، 2011، 120)

والشكل التالي يوضح ذلك:

شكل رقم(03): يوضح اللوح والقلم المدبب (برايل)

(عبيد2، 2000، 128)

3.1.8-آلة برايل الكاتبة (طابعة بيركنز اليدوية) : وهي من الأدوات الشائعة الاستخدام في القراءة والكتابة بطريقة برايل وتتكون من:

*مفاتيح الكتابة وعددها ستة مفاتيح ثلاثة على اليمين وثلاثة على اليسار يفصل بينهما مفتاح المسافة، مفاتيح الجهة اليمنى خاصة بكتابة النقاط(4 ،5 ، 6) مفاتيح الجهة اليسرى خاصة بكتابة النقاط(1 ،2 ،3)

*مفتاح التراجع جهة اليد اليمنى.

*مفتاح تنزيل السطر جهة اليد اليسرى.

*مقبض التحكم للرجوع إلى بداية السطر.

*مقبض حمل الآلة ويقع في الوسط أعلى الآلة.

*مقبض إدخال وإخراج الورقة من الجهة اليسرى لليد والمقبض رقم 6 و7 متصلان برول واحد تلتف حوله الورقة.

*ذراع تثبيت وتحرير الورقة من الجهة اليمنى.

*ذراع تثبيت وتحرير الورقة من الجهة اليسرى وذراع 8 و9 متصلان بسوسنة واحدة إذا تحرك أحدهما تحرك الآخر تلقائيًا كما في المقبض رقم 6 و7 .

*مفتاح ضبط الهامش الأيمن.

*مفتاح ضبط الهامش الأيسر.

*مسطرة الورقة.

*مسند الورقة.

*لوحة الرأس الناقط.

*الرأس الناقط.

*مفتاح تحديد عرض الورقة. (Frenchet al, 1982,09)

ومنه الشكل الموالي يوضح آلة بركينز للطباعة:

شكل رقم(04): يوضح آلة بيركنز

(الحديدي، 1998،225)

4.1.8- طريقة تيلر : تعد هذه الطريقة من طرق حل العمليات الحسابية للمكفوفين، ويمكن عن طريق استخدام رموز خاصة بهذه الطريقة يمكن معالجة حل العمليات الحسابية التي لا يمكن أداؤها بطريقة برايل وحدها.

وهذه الطريقة تتكون من لوحة معدنية بها ثقوب على هيئة نجمة لها ثماني زوايا في صفوف أفقية ورأسية في نفس الوقت، أمّا الأرقام والرمز فهي عبارة عن منشورات رباعية مصنوعة من المعدن، ويوجد نوعان من الأرقام:

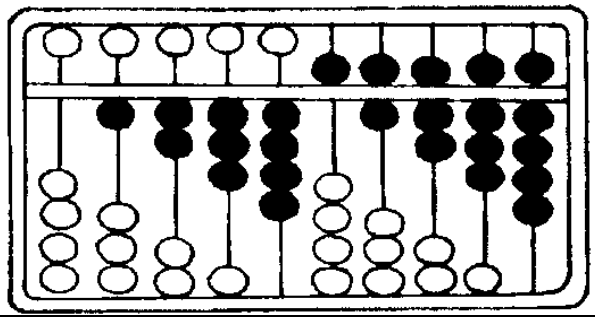
الأول : ينتهي عند أحد طرفيه من الأعلى على هيئة شريط، وأمّا الآخر فينتهي ببروازين على هيئة نقطتين، والنوع الأول يستخدم في حل العمليات الحسابية.

الآخر: فإنّه ينتهي من أحد طرفيه على شكل مثلث، والطرف الآخر ينتهي على شكل زاوية قائمة. (رونالدو وآخرون، 1989 ،33)

5.1.8- العدسة المتحركة : وهي عدسة قابلة للضبط والتحريك عبر صفحة الكتاب يستخدمها الطالب ضعيف البصر بحيث يحدد بنفسه التكبير الملائم.
(أبو عليا وآخرون، 2009 ،24)

6.1.8- آلة الأبيكس : (Alacus) عبارة عن عداد حسابي يدوي يساعد الكفيف على إجراء العمليات الحسابية البسيطة (جمع، طرح، قسمة والكسور)، حيث يستخدم المكفوف النقاط البارزة في الآلة لتحديد العمود المطلوب لكتابة الأرقام عليه، والكفيف هنا يحتاج إلى تدريب على هذا الجهاز حتّى يجيد استخدامه، ويتكون العداد الحسابي من عدد من الأعمدة في كل عمود خمسة خرزات تتحرك بسهولة في الأعمدة، وتوجد في كل عمود نقاط بارزة.
(مراد، 2004 ،200)

والشكل التالي يوضح ما سبق:



شكل رقم(05): يوضح آلة الابيكس

(اليسير، د ت،57)

2.8- الوسائل الإلكترونية الحديثة :

توجد وسائل حديثة ومتنوعة نذكر منها:

1.2.8- جهاز الفرسابرايل : هو جهاز صغير يبلغ طوله 30 سم وعرضه 20 وارتفاعه 10سم ووزنه 4 كيلوجرام يعمل بطريقة عمل الكمبيوتر، حيث يتم تخزين المعلومات على الشريط بطريقة برايل، ويمكن توصيله بطابعة لتحويل النص بطريقة برايل، أو توصيله

بجهاز كمبيوتر لتحويل الكلمات العادية التي تظهر على شاشة الكمبيوتر إلى بديل.
(Frenchet al, 1982,19)

والشكل التالي يوضح جهاز الفرسا برايل:

شكل رقم(06): يوضح جهاز الفرسابرايل

(محمود مصلح، 2013)

2.2.8- أوبتاكون : (Optacon) هو أداة إلكترونية تقوم بتحويل الكلمة المطبوعة إلى بديل لمسي، وكلمة أوبتاكون مشتقة من المقاطع الأولى:

- Optic معناه بصري.
- Tactuaiمعناه لمسي.
- Convertor معناه محول.

ولهذا فإن الأوبتاكون هو المحول الذي يحول الكلمات المبصرة إلى بديل لمسي، ولقد قامت بتحديث هذا الجهاز شركة تيليسوري، ويتكون من قطعتين:

الأولى : كاميرا صغيرة تعمل بالليزر، يقوم الكفيف بتمريرها على الكتابة المبصرة فتقوم بنقل هذه الكتابة إلى القطعة الثانية من الجهاز.

الأخرى : جهاز متصل بالكاميرا يستقبل الكلمات المبصرة التي تتلقاها العدسة ويحولها ويلمس هذه الذبذبات، وبالتالي يمكن قراءتها.(عادل، 2004، 200)

والشكل الموالي يوضح جهاز الأوبتاكون:

شكل رقم(07): يوضح جهاز الأوبتاكون

(محمود مصلح، 2013)

3.2.8- الآلة الحاسبة الناطقة : ومهمتها القيام بالعمليات الحسابية المختلفة والنطق بها بصوت مسموع، وهي تعطي النتائج فورا لانتهاء من العمليات الحسابية.

(النجار1، 2011، 117)

والشكل التالي يوضح الحاسبة الناطقة:

شكل رقم(08): يوضح آلة الحاسبة الناطقة

(محمود مصلح، 2013)

4.2.8- مسجلات الأشرطة : وتستخدم لتدوين الملاحظات في غرفة الصف أو الإجابة شفويًا عن أسئلة الامتحان أو الاستماع للكتب الناطقة المسجلة، وهناك مسجلات خاصة تستخدم الكلام المضغوط وهو كلام يتم تسجيله في فترة أقصر من الفترة العادية ولذلك فهي تتطلب فترة استماع قصيرة. والشكل الموالي يوضح ذلك:

شكل رقم(09): يوضح مسجلة الأشرطة

(محمود مصلح، 2013)

5.2.8- الكتاب الناطق : (Talking book) وهو كتاب منهجي صوتي يسمعه الطالب المكفوف ليكون بديلاً عن المساعدة في القراءة من قبل شخص مساعد.

6.2.8- الدائرة التلفزيونية المغلقة: لقد أصبحت هذه الوسيلة مستخدمة على نطاق واسع في تعليم الأطفال المكفوفين في السنوات القليلة الماضية وهي تشمل عرض المعلومات أو المواد المطبوعة على شاشة التلفزيون من أجل قراءتها.

7.2.8- جهاز كرزويل للقراءة : جهاز يحول المادة المكتوبة إلى مادة مسموعة وهو يستخدم عادة للقراءة. (بطرس،2007 ،231)

والشكل الموالي يوضح جهاز كرزويل للقراءة:

شكل رقم(10): يوضح جهاز كرزويل للقراءة

(محمود مصلح، 2013)

9- طرق تعليم المهارات التي يحتاج إليها المكفوف

يمكن أن نحدد تعريفًا خاصًا لإرشاد المكفوفين على النحو التالي : هو عملية تقديم المساعدة للمعاق للمكفوفين في اكتشاف شخصيته نفسيًا وتربويًا ومهنيًا وأسريًا وفهمها وتحليلها وحل مشكلاته المرتبطة بإعاقته أو الناتجة عن الاتجاهات الاجتماعية لأفراد المجتمع نحوه حتّى يحقق أفضل مستوى للتوافق مع إعاقته وتقبلها والتوافق مع مجتمعه.
(محمد صبحي، 2009 ،62)

حيث تعتمد طرق وتدريب المكفوفين على شدّة الإعاقة، والإعاقات المرافقة لها ومن هذه الطرق التي تهدف إلى تعليمهم مهارة الحركة والقراءة والكتابة بطريقة البرايل(Braille) والابتاكون (Optacon) وتعليمهم مهارة إجراء العمليات الحسابية بطريقة الابكس (Abacus).
(حسني العزة ، 2002 ،104)

وبطريقة المكعبات الفرنسية، وفيما يلي شرح موجز لكل من تلك المهارات:

1.9- تعليم مهارة الحركة

لتعليم المكفوفين مهارة الحركة يمكن الاعتماد على ما يلي لتحقيق ذلك:

- العصا البيضاء (White cane)
- عصا الليزر (Lazer cane)
- الدليل المبصر (Human guide)
- الكلاب المرشدة (Guide dogs)
- النظارة الضوئية (Sonic glasses)
- الأجهزة الضوئية (Sound systems)

إنّ الحركة تعتبر مشكلة بالنسبة للمكفوف، ولذلك فإن الوسائل السابقة تساعده على التكيف مع المحيط الذي يعيش فيه، حيث تساعده على تخطي العوائق الحركية التي تواجهه في مسيره نحو غايته. (حسني العزة، 2002، 104)

2.9- تعليم مهارة القراءة والكتابة:

1.2.9- بطريقة البرايل : Braille

طور لويس برايل (1809-1852) طريقة برايل، أظهرها حيز الوجود في عام 1829، وقد ساعده في ذلك ضابط فرنسي (شارلس باربير)، وكان برايل نفسه مكفوف وتعتبر طريقته من أكثر أنظمة القراءة والكتابة شيوعًا في أوساط المعاقين بصريًا.
(محمد صبحي، 2009 ،62)

وتقوم طريقة برايل على تحويل الحروف الهجائية إلى نظام حسي ملموس من نقاط بارزة والتي تشكل بديلاً لتلك الحروف الهجائية، وتعتبر الخلية هي الوحدة الأساسية في تشكيل النقاط البارزة، حيث تتكون الخلية من 6 نقاط، حيث تعطي كل نقطة من نقاط رقمًا معينًا يبدأ من 1 وينتهي بـ 6 ، أمّا الترميز في نظام برايل فلا يتم بواسطة عدد النقاط في الرمز الواحد، بقدر ما يتم من خلال تغيير مواضع النقاط داخل الخلية الواحدة، ممّا ينجم عنه 63 رمزاً .

والشكل الموالي يوضح الحروف بطريقة رموز برايل بالفرنسية:

الحرف العادي	حرف برايل	أرقامه	الحرف العادي	حرف برايل	أرقامه
A		١	B		١،٢
C		١،٤	D		١،٤،٥
E		١،٥	F		١،٢،٤
G		١،٢،٤،٥	H		١،٢،٥
I		٢،٤	J		٢،٤،٥
K		١،٣	L		١،٢،٣
M		١،٣،٤	N		١،٣،٤،٥
O		١،٣،٥	P		١،٢،٣،٤
Q		١،٢،٣،٤،٥	R		١،٢،٣،٥
S		٢،٣،٤	T		٢،٣،٤،٥
U		١،٣،٦	V		١،٢،٣،٦
W		٢،٤،٥،٦	X		١،٣،٤،٦
Y		١،٣،٤،٥،٦	Z		١،٣،٥،٦

شكل رقم(11): يوضح الحروف بطريقة رموز برايل بالفرنسية

(النجار 1، 2011،110)

ولكي نستطيع أن نفهم أبناءنا تمامًا يجب علينا كما راعينا مشاعرهم واحتياجاتهم النفسية والاجتماعية يجب أن نكون كأسرة للمكفوف ملمين برموز لغة برايل وذلك حتّى يتم التواصل الحقيقي بين البيت والمدرسة أو المؤسسة التعليمية لأقصى درجة ممكنة .

(Cahill, 1996 ,106)

والشكل التالي يوضح كيفية تعليم مهارة الكتابة والقراءة بطريقة برايل للمكفوفين:

شكل رقم(12): يوضح كيفية تعليم مهارة الكتابة والقراءة بطريقة برايل

(محمود مصلح، 2013)

2.2.9- بطريقة الابتاكون: (Optacon)

تعتبر طريقة الابتاكون طريقة أخرى لتعليم مهارة القراءة للمكفوفين والابتاكون هو عبارة عن كاميرا صغيرة وشاشة صغيرة وجهاز بحجم آلة التسجيل الصغيرة ويساعد المكفوف على قراءة المطبوعات والكتب والجرائد عن طريق تحويل الرموز المكتوبة إلى رموز محسوسة ويقرأ المكفوف ما معدله من (05-11) كلمة في الدقيقة. (حسني العزة ، 2002 ،10)

3.9- تعليم مهارة إجراء العمليات الحسابية:

تعتبر العدادات الحسابية وسائل تسهل مهمة التلاميذ المكفوفين في القيام بالعمليات الحسابية المختلفة كالجمع والطرح والضرب والقسمة، وهناك عدد كبير من العدادات الحسابية نذكر من أبرزها : الابكس، المكعبات الفرنسية ولوح التيلر، ... إلخ.
(محمد صبحي، 2009، 64)

ونشرح بعض هذه العدادات الحسابية ونذكر من أهمها :

1.3.9- الأبكس: (Abacus)

تعتبر مهارة إجراء العمليات الحسابية بطريقة الأبكس؛ أي العداد الحسابي وهو عبارة عن لوحة خشبية داخلها عيدان متوسطة المساحة عليها خرزات يستطيع المكفوف لمسها وعدها واستعمالها في العمليات الحسابية، كالطرح والجمع والضرب والقسمة واستخراج الجذر التربيعي وفهم الكسور. (حسني العزة، 2002، 105)

2.3.9- المكعبات الفرنسية :

كما يتضح من إسمها فهي عبارة عن مكعبات يحتوي كل منها على أعداد أساسية من صفر إلى تسعة، بالإضافة إلى علامات الجمع والطرح والضرب والقسمة والعلامة العشرية، وتتم كتابة العدد المطلوب عن طريق تغيير اتجاه المكعب، وهي من أفضل العدادات الحسابية وذلك للأسباب الآتية:

- يمكن نقل المهارة الحسابية المكتسبة بواسطة التدريب على المكعب الفرنسي إلى نظام برايل، حيث الرموز الحسابية في نظام برايل، ولكن بدون العلامة الحسابية.

- تمكن التلاميذ من الكتابة بشكل أفقي ورأسي، ولا شك أن الكتابة الرأسية أمر ضروري في العمليات الحسابية المطولة، حيث ينبغي وضع الخانات العددية بشكل تسلسلي تحت بعضها، ليتسنى للطفل المعوق بصريًا تغطيتها لمسيًا، وإدراكها حسيًا بسهولة ووضوح، وهو ما يوفره المكعب الفرنسي.
- يستطيع التلميذ بواسطتها أن يحل أكثر من مسألة حسابية في آن واحد، نظرًا لاتساع المساحة المستخدمة. (محمد صبحي، 2009،65)

والشكل التالي يوضح كيفية تعليم مهارة الحساب بطريقة المكعبات الفرتسية:

شكل رقم(13): يوضح كيفية تعليم مهارة الحساب بطريقة المكعبات الفرنسية

(محمود مصلح، 2013)

ونتيجة لعجز الطالب المكفوف عن الرؤية، فإنّه يكون بحاجة إلى بعض الوسائل والمهارات التعويضية التي تساعده على الاتصال بالعالم الخارجي وتسهل له عملية التعلم وتصنف هذه المهارات إلى: (النجار1، 2011 ،87)

4.9- مهارة الاستماع:

ولتعليم المكفوف مهارة الاستماع يمكن الاستعانة بما يلي:

- ✓ الكتب الناطقة.
- ✓ الأشرطة المسجلة.
- ✓ تعريض المكفوف لمواد مسموعة والطلب منه فهم المادة المسموعة.
- ✓ التدرج في إطالة مدة الاستماع.

5.9- مهارة استخدام القدرة المتبقية من البصر لدى المكفوف:

ويمكن تحقيق ذلك من خلال ما يلي:

- ✓ استخدام النظارة الطبية .
- ✓ استخدام النظارات المكبرة.
- ✓ استخدام الحروف الكبيرة.
- ✓ مهارة استخدام الحاسوب. (حسني العزة، 2002 ، 105)

والشكل الموالي يوضح كيفية تعليم مهارة إستخدام الحاسوب:

شكل رقم(14): يوضح كيفية تعليم مهارة استخدام الحاسوب

(محمود مصلح، 2013)

6.9 – مهارة التواصل:

ويمكن تحقيق ذلك من خلال ما يلي:

- ✓ توظيف الخبرات غير البصرية بدلاً من البصرية.
- ✓ استخدام الإثارة السمعية واللمسية وللتواصل مع الآخرين.
- ✓ التحدث مع الطفل ولمسه ومعانقته.
- ✓ تحسيس الطفل بالدفء العاطفي.
- ✓ تقديم الدعم العاطفي للطفل.
- ✓ تشجيعه على إجراء الاتصال الناجح.
- ✓ تعريفه بشروط وقواعد الاتصال الناجح.
- ✓ إعطاءه التغذية الراجعة عن الاتصال الناجح.
- ✓ تشجيعه على الوضوح وعدم الغموض في رسائله .
- ✓ تعليمه استقبال رسائل الآخرين بطريقة هادئة. (Buchanan, 1997 ,102)

7.9 – مهارة التعرف على الأشياء:

ويمكن تحقيق ذلك من خلال ما يلي:

- ✓ الحصول على معلومات عن الأشياء من خلال الحواس الأخرى.
- ✓ تحليل خواص الأشياء.
- ✓ تنظيم المعلومات وتصنيفها.
- ✓ التخطيط لاستعمال هذه الأشياء بناءا على المعلومات السابقة.
- ✓ التنفيذ :تجريب ما تعلمه في الواقع.

وقد تشمل عملية التعرف المجالات التالية:

- ✓ علامات الطريق.
- ✓ محطة الباصات.
- ✓ المستشفى.
- ✓ المدرسة.

- ✓ الاتجاهات المختلفة.
- ✓ استخدام وسائط النقل.
- ✓ إستخدام العصا.
- ✓ طرح الأسئلة.
- ✓ تلقي التوجيهات.
- ✓ تقبل المساعدة عند الحاجة.

8.9- المهارات السمعية واللمسية:

ويمكن تحقيق ذلك من خلال ما يلي:

- ✓ تكييف أساليب التعليم لتناسب حاجات الكفيف.
- ✓ التركيز على الملموسات.
- ✓ القيام بالنشاطات المختلفة باستخدام حاسة اللمس والسمع.
- ✓ لمس الأشياء.

9.9- مهارة التعلم بالعمل:

ويمكن تحقيق ذلك من خلال ما يلي:

- ✓ زيادة دافعية المكفوف لاكتشاف البيئة.
- ✓ تعليم المكفوف الحركة.
- ✓ تنظيم زيارات ورحلات للمكفوف للأماكن المختلفة.
- ✓ تنظيم المواد التعليمية بحيث تشمل ألفاظًا واضحة.
- ✓ توفير فرص كافية له ليكتسب خبرات حياتية مختلفة من خلال ما هو ملموس وملفوظ.
- ✓ استخدام تقنيات تعتمد على اللمس والسمع.(حسني العزة، 2002 ،106)

10- الدراسات السابقة

تعتبر الدراسات والبحوث السابقة ذات أهمية بالغة لما تتضمنه من حقائق ومعلومات وما توصلت إليه من نتائج بمثابة الذخيرة العلمية التي يستخدمها الباحثون في إتباع الخطوات الموضوعية للإجراءات المختلفة في بحوثهم وفي إيجاد الحلول المناسبة للصعوبات التي تعترض طريقهم، كما أنها تنير الطريق أمام الباحث ذلك لإنها تلعب الدور الهام في ترتيب الأفكار البحثية التي يجب أن تراعى في منهجية هذه الدراسة البحثية بالأضافة إلى الإسترشاد بالطرق المختلفة للمعالجات الإحصائية التي إستخدمها الباحثون من قبل، وفي دراستنا الحالية نعرض الدراسات السابقة التالية:

1.10- دراسة (منال رشدي سعيد العكة، 2004)

كانت بعنوان: "صعوبات تعلم الرياضيات لدى تلاميذ المرحلة الأساسية الدنيا المعاقين بصريًا بمركز. النور – بغزة"، وتهدف الدراسة إلى التعرف على صعوبات تعلم الرياضيات لدى تلاميذ المرحلة الأساسية الدنيا المعاقين بصريًا بغزة، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي على عينة وهي جميع تلاميذ المرحلة الأساسية الدنيا المسجلين في مدرسة النور لتأهيل المكفوفين في غزة للعام الدراسي (2004/2003)م، وقد استخدمت الباحثة أداة تحليل المحتوى للتعرف على أنواع المعرفة الرياضية المتضمنة في كتب الرياضيات للصفوف الأول والثاني والثالث، واستخدمت الاستبيان لاستطلاع رأي معلمي الرياضيات في مركز النوع حول صعوبات تعلم الرياضيات، وكذلك استخدمت الباحثة ثلاثة اختبارات تشخيصية،أما في ما يخص الأساليب الاحصائية استخدمت: التكرار والنسبة المئوية للتكرار للإجابة عن السؤال الأول،اختبار (مان وينتي Mann Whitney) للعينات المستقلة صغيرة الحجم للتعرف على دلالة الفروق بين متغيري الدراسة وتوصلت الباحثة إلى النتائج التالية: تتعلق صعوبات تعلم الرياضيات لدى تلاميذ الصف الأول والثاني والثالث الابتدائي للمكفوفين، وتبين للباحثة أن هناك زمرة من الصعوبات المشتركة في موضوعات المناهج المقررة على هذه الصفوف، وقد تدرجت هذه الصعوبات في الاتساع والعمق، لتتواءم مع طبيعة النمو المعرفي الراسي لهذه الصفوف ولتتفق مع خصائص نمو التلاميذ واستعداداتهم التعليمية، كذلك توصلت إلى أنه لا تختلف صعوبات تعلم الرياضيات لدى تلاميذ المرحلة

الأساسية الدنيا المكفوفين باختلاف درجة الإعاقة (كفيف – مبصر جزئي)، وترجع الباحثة أسباب ذلك إلى أن كلتا الفئتين تواجه نفس المشكلات البصرية حيث أن الفروق في درجة الإبصار بين الفئتين ليست كبيرة لدرجة تسمح بوجود فروقات واضحة في متوسط درجات التلاميذ في الاختبار، وأنها تتعرض كلتا الفئتين إلى نفس الظروف والمدخلات التعليمية، مثل: المناهج الدراسية المقررة، وطرق وأساليب التدريس، والوسائل التعليمية، مع مراعاة الخصوصية لكل فئة أثناء التعلم والتعليم، كما تعيش كلتا الفئتين نفس بيئة المركز الداخلية والبيئة الخارجية، وتختلف صعوبات تعلم الرياضيات لدى تلاميذ المرحلة الأساسية الدنيا المكفوفين باختلاف النوع الاجتماعي (ذكور – إناث)، حيث ترجع الباحثة أسباب ذلك أن : تعيش الفئتان (الذكور – الإناث) في بيئة صفية موحدة، ومن ثمة تتشابه الظروف التعليمية التي تتعارض لها التلاميذ والتلميذات مثل المقررات الدراسية، والوسائل التعليمية، وطرق التدريس، وخبرة معلم الرياضيات والإمكانات التعليمية المتاحة داخل مركز النور بغزة، الخصائص النمائية لأفراد عينة الدراسة متماثلة من حيث العمر الزمني والنمو المعرفي لديهم، وكذلك الصعوبات التي يواجهها التلاميذ والتلميذات في تعليم مادة الرياضيات متماثلة.(ورد في شقوري وأخرون، 2013، 05-06)

2.10- دراسة (بن عبيد عبد الرحيم، 2006)

بعنوان "التصورات الاجتماعية للمكفوفين الموظفين لعملية الإدماج الاجتماعي المهني – الشرق الجزائري-" وتهدف الدراسة إلى التعرف وإبراز التصورات الاجتماعية للمكفوفين الموظفين لعملية الإدماج الاجتماعي المهني – الشرق الجزائري- ولقد استخدم الباحث المنهج الوصفي على عينة هي مجموعة من العمال المكفوفين عبر عدّة ولايات بالشرق الجزائري للعام الدراسي 2006/2005م، وقد استخدم الباحث أداة الاستمارة للتعرف على التصورات الاجتماعية للمكفوفين في عملية دمجهم الاجتماعي المهني، أما في ما يخص الأساليب الإحصائية استعملت :الأسلوب الإحصائي البسيط والمتمثل في النسبة المئوية التكرارات وتحليل عبارة بعبارة وفق التحليلات الإحصائية (كا^2)، أما النتائج التي توصل إليها الباحث هي :هناك صعوبات تعيق عملية الإدماج الاجتماعي المهني للمكفوفين الموظفين حسب تصوراتهم الاجتماعية، وأنه نعم، ترجع تصورات المكفوفين الموظفين إلى أن صعوبة إدماجهم الاجتماعي المهني هي نتيجة عدم تفهم الآخرين لهم وذلك يرجع لجملة

من الأسباب ربما للثقافة العامة السائدة داخل المجتمع، وأنه نعم، ترجع تصورات المكفوفين الموظفين إلى أن صعوبة إدماجهم الاجتماعي المهني هي نتيجة غياب التجهيزات المكيفة وكذا تكييف الفضاءات مع طبيعة إعاقة المكفوفين، الشيء الذي ربما يؤثر سلبا على نفسيتهم وأسلوب وطريقة أدائهم ومردود يتهم، وأنه نعم، ترجع تصورات المكفوفين الموظفين إلى أن صعوبة إدماجهم الاجتماعي المهني هي نتيجة لكيفية ربط العلاقات وذلك يرجع لجملة من الأسباب ربما الشك في قدرات وإمكانات الكفيف، أو ميل المسئولين وأرباب العمل إلى فئة المبصرين على حساب زملائهم المكفوفين، وأنه نعم، ترجع تصورات المكفوفين الموظفين إلى أن صعوبة إدماجهم الاجتماعي المهني هي نتيجة لطبيعة التوظيف، وذلك يرجع لجملة من الأسباب ربما يغيب مبدأ تكافؤ الفرص، أو عدم تماشي المنصب مع مؤهل المكفوف، أو شعور الكفيف بشغل منصب وهمي أو ربما مخاوف من الاستغناء عن خدمات هذا الأخير، الشيء الذي ربما يجعله غير مطمئن عن مصدر رزقه ومستقبله المهني.

(ورد في شقوري وأخرون، 2013، 06-08)

3.10- دراسة (وفاء علي سليمان عقل، 2009)

بعنوان "الأمن النفسي وعلاقته بمفهوم الذات لدى المعاقين بصريًا"، هدفت الدراسة إلى التعرف على الأمن النفسي وعلاقته بمفهوم الذات لدى المكفوفين بمحافظات غزة، ولقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي على عينة وهي (30) طالب من الطلبة المكفوفين بمحافظات غزة للعام الجامعي 2009/2008م، وقامت الباحثة بإعداد أداتي الدراسة مقياس الأمن النفسي ومقياس مفهوم الذات، أما الأساليب الإحصائية: أولاً قامت الباحثة بتفريغ وتحليل الاستبانة من خلال برنامج (SPSS) الإحصائي، وتمثلت في التكرارات والمتوسطات الحسابية والنسب المئوية لإيجاد صدق الاتساق الداخلي للاستبانة تم استخدام معامل ارتباط بيرسون، ولإيجاد معامل ثبات الاستبانة تم استخدام معامل ارتباط سبيرمان بروان للتجزئة النصفية المتساوية، ومعادلة جتمان للتجزئة النصفية غير المتساوية، ومعامل ارتباط ألفا كرونباخ، وإختبار (ت) للفروق بين متوسطات عينتين مستقلتين يعزى لمتغير الجنس، الفرع.

ولقد توصلت الباحثة لنتائج التالية: وجود علاقة ارتباطيه طردية بين مستوى الأمن النفسي وبين مستوى مفهوم الذات لدى طلاب المرحلة الإعدادية والثانوية للمكفوفين أي كلما زاد مستوى الأمن النفسي لدى المكفوفين زاد مستوى مفهوم الذات، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأمن النفسي لدى طلاب المرحلة الإعدادية والثانوية المعاقين بصريًا يعزى للجنس، وترى الباحثة أن هذه النتيجة قد ترجع إلى تشابه الظروف التي يمر بها كل من الذكور والإناث من حيث المناخ المدرسي (مناهج وأساليب تربوية وتعليمية، ومدرسين، وطرق تدريسية)، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأمن النفسي بين طلاب المرحلة الإعدادية وبين طلاب المرحلة الثانوية للمعاقين بصريًا حيث تتساوى المثيرات التي يتعرض لها كل من المرحلتين، وانه لا يوجد فروق في مستوى الأمن النفسي لدى الطلاب المعاقين بصريًا تعزى لدرجة الإعاقة، حيث يتساوى مستوى الأمن النفسي بين المكفوف وضعيف البصر، وعدم وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في مستوى مفهوم الذات قد يرجع إلى تساوي المثيرات التي يتعرض لها كل من الذكور والإناث أو البيئة النمطية التي أصبحت لا تفرق بين ذكور و إناث، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير المرحلة الدراسية (إعدادي، ثانوي) ولقد كانت الفروق لصالح المرحلة الثانوية، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الإعاقة، حيث يتساوى مفهوم الذات لدى ضعاف البصر والمكفوفين في المرحلتين الإعدادية والثانوية.

(على سليمان عقل، 2009)

4.10- دراسة (فتحي واده وآخرون، 2010)

بعنوان "فاعلية برنامج علاجي نفسي حركي لتحسين مستوى الشعور بالأمن النفسي لدى الطفل الكفيف (8-12 سنة)، ولاية الوادي"، وهدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية البرنامج العلاجي النفسي الحركي المقترح في تحسين مستوى الشعور بالأمن النفسي لدى الطفل الكفيف بولاية الوادي، ولقد استخدم الباحثون المنهج التجريبي على عينة تكونت من (22) تلميذًا بمدرسة صغار المكفوفين بالرباح للعام الدراسي 2010/2009م، وإستخدمو أداة مقياس الشعور بالأمن النفسي والبرنامج العلاجي النفسي الحركي، واستعملو الأساليب الإحصائية التالية: اختبار(ت) لعينتين مرتبطتين ومتساويتين (الاختبار الأول)، والنسبة الفائية وإستخدمت للتأكد من تجانس العينتين، والإلتواء إستخدم للتأكد من تجانس العينتين

واختبار(ت) لعينتين مرتبطتين ومتساويتين (الاختبار الثاني)، والتباين هو متوسط مربع الانحرافات، والمتوسط الحسابي وهو أحد مقاييس النزعة المركزية.

وتوصل إليها الباحثون إلى النتائج التالية : بأنه يوجد اختلاف بين مستوى درجات الشعور بالأمن النفسي لدى عينة الدراسة في القياس القبلي و البعدي، ووجود فروق دالة بين متوسط درجات الشعور بالأمن النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي. (واده وأخرون،2010)

5.10- دراسة (حازم محمد شحادة ، 2011)

بعنوان "إستراتيجيات تطوير الخدمات المقدمة لذوي الإعاقة البصرية في مؤسسات رعاية المكفوفين في قطاع غزة"، وهدفت الدراسة إلى التعرف على أهم الإستراتيجيات المستخدمة من قبل مؤسسات رعاية المكفوفين للنهوض بمستوى الخدمات المقدمة لذوي الإعاقة البصرية في قطاع غزة، ولقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي على عينة والتي اشتملت كل من الموظفين وكذلك المستفيدين من المكفوفين، حيث تم توزيع (235) استبانة وتم استرداد (214) إستبانة بنسبة (91%)، وإعتمد الباحث في دراسته على الأدوات التالية: المقابلات الشخصية، ورشة العمل، الاستبانة، أما في ما يخص الأساليب الإحصائية فقد إستعمل الباحث بتفريغ وتحليل الاستبانة من خلال برنامج التحليل الإحصائي (SPSS) حيث إستعمل النسب المئوية، والتكرارات، والمتوسط الحسابي، والمتوسط الحسابي النسبي.

ونذكر من أهم النتائج التي توصل إليها الباحث وهي وجود تساوي تقريبًا بين الذكور والإناث المتلقين للخدمات من مؤسسات رعاية المكفوفين في قطاع غزة من حيث الإعاقة البصرية مع تفوق بسيط عند الذكور عنه عند الإناث، وجود تساوي تقريبًا بين أعداد الذكور والإناث من الموظفين مع تفوق بسيط للذكور عن الإناث، وهذا يدل على هناك عدل بين الجنسين في التوظيف في مؤسسات رعاية المكفوفين، ويوجد تفوق بسيط للأشخاص الذين لديهم إعاقة كلية عن الذين لديهم إعاقة جزئية من بين الأشخاص المبحوثين وذلك بزيادة (8,4%)، كما أظهرت النتائج أن أكثر من ثلثي العاملين في مؤسسات رعاية المكفوفين ليسوا من الأشخاص الذين لديهم إعاقة بصرية بنسبة (74,7%)، ما يقرب من نصف العينة المستطلعة آراؤهم من المكفوفين يسكنون مدينة غزة، كما أن ثلثي العاملين في مؤسسات

رعاية المكفوفين تقريبًا يسكنون مدينة غزة، بينت النتائج أن ما يقرب من ثلثي العينة المستطلعة آراؤهم من المكفوفين يتلقون الخدمات من مؤسسات أهلية، وهم في الغالب إما طلاب جامعات أو خريجي جامعات والذين يعتمدون في الأساس على المؤسسات الأهلية في توفير خدماتهم، وذلك لعدم اختصاص المؤسسات الحكومية والدولية بهذا السن وبينت النتائج الكلية للمبحوثين على وجود ضعف في تنوع الخدمات المقدمة للأشخاص المكفوفين في مؤسسات رعاية المكفوفين. (ورد في شقوري وآخرون،2013، 12-14)

6.10- دراسة (لبنى برجس الوجيدي، 2012)

بعنوان "الحكم الخلقي وعلاقته بأبعاد هوية الأنا لدى عينة من المراهقين المبصرين والمكفوفين في محافظات غزة".هدفت الدراسة إلى معرفة الحكم الخلقي وعلاقته بأبعاد هوية الأنا لدى عينة من المراهقين المبصرين والمكفوفين في محافظات غزة،- واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي على عينة وهي (160) مراهق من المبصرين والمكفوفين من طلبة المرحلة الثانوية من 10 مدارس من مختلف المحافظات.

إعتمدت أدوات الدراسة التالية: مقياس التفكير الأخلاقي للراشدين، إعداد فوقية عبد الفتاح (2001)، المقياس الموضوعي لتشكيل الهوية (هوية الأنا)، أما الأساليب الإحصائية: أولاً قامت الباحثة بتفريغ وتحليل الاستبانة من خلال برنامج التحليل الإحصائي (SPSS) ولتأكد من صحة فرضيات الدراسية اعتمد على الأساليب الإحصائية، إحصاءات وصفية منها: النسبة المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والمتوسط الحسابي النسبي، يستخدم هذا الأمر بشكل أساسي بهدف معرفة تكرار فئات متغير ما ويفيد الباحثة في وصف متغيرات الدراسة، ومعامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) لمعرفة ثبات فقرات الاستبانة، ومعامل ارتباط سبيرمان، للتحقق من صدق الاتساق الداخلي بين فقرات الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة، ومعامل ارتباط سبيرمان للتعرف على طبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة، واختبار ت (T-Test) لعينتين مستقلتين لمعرفة ما إذا كان هناك فروق في متغيرات الدراسة بالنسبة لمتغير نوع الجنس، تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق بين متغيرات الدراسة بالنسبة للمتغيرات الديموغرافية في الدراسة، واختبار شيفيه لمعرفة دلالة الفروقات بين المجموعات، وتحليل التباين الثنائي لدراسة الفروق بين متغيرين مستقلين

والتفاعل بينهم بالنسبة لهوية الأنا لدى المراهقين في العينة، والنتائج التي توصلت إليها الباحثة نعرضها كما يلي : عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المكفوفين ومتوسط درجات المبصرين بالنسبة للحكم الخلقي لدى أفراد العينة المراهقين، وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المكفوفين ومتوسط درجات المبصرين بالنسبة لهوية الأنا لدى أفراد العينة المراهقين، وجاءت لصالح المبصرين، وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث بالنسبة للحكم الخلقي لدى أفراد العينة المراهقين، والفروق لصالح الإناث، وعدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث بالنسبة لهوية الأنا لدى أفراد العينة المراهقين، وعدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات الحكم الخلقي ودرجات الهوية الأنا لدى المراهقين المبصرين في محافظات غزة، وعدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات الحكم الخلقي ودرجات الهوية الأنا لدى المراهقين المكفوفين في محافظات غزة وعدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات الحكم الخلقي بالنسبة لنوع المراهق (مكفوف، مبصر) للمراهقين في محافظات غزة، ووجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات هوية الأنا بالنسبة لنوع المراهق (مكفوف، مبصر) للمراهقين في محافظات غزة، وعدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المكفوفين ومتوسط درجات المبصرين بالنسبة لرتبة الإنجاز للمقياس الكلي لدى أفراد العينة المراهقين. (ورد في شقوري وآخرون، 2013، 37-38)

7.10- دراسة (يونسي تونسية، 2012)

بعنوان "تقدير الذات وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى المراهقين المبصرين والمراهقين المكفوفين – بولايتي تيزي وزو والجزائر العاصمة-"، وهدفت الدراسة إلى معرفة تقدير الذات وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى المراهقين المبصرين والمراهقين المكفوفين – بولايتي تيزي وزو والجزائر العاصمة-، ولقد استخدم الباحث المنهج الوصفي المقارن على عينة من التلاميذ تتراوح أعمارهم ما بين (13-18) سنة التي بلغ حجمها (120) مبصر مراهق (60) من متوسط "بودلال أعمر" بوخالفة – تيزي وزو، و(60) من متوسط "عبد الحميد بوحاجي" المحمدية – الجزائر العاصمة-، أمّا بالنسبة للمكفوفين المراهقين كانت حجم العينة كذلك (120) تلميذًا كفيفًا مراهق، (40) من مدرسة المكفوفين ببوخالفة – تيزي وزو و(80)

من مدرسة المكفوفين العاشور – الجزائر العاصمة–، واعتمدت أدوات الدراسة على مقياس تقدير الذات "لبروس آرهير" (1985) والسجل المدرسي لعلامات التلاميذ، ولتأكد من صحة فرضيات الدراسية أعتمد على الأساليب الإحصائية التالية :أولاً قام باستعمال البرنامج الحسابي للحزمة الإحصائية (SPSS) وهذا للوصول إلى هدف الدراسة الحالية ومقياس النزعة المركزية ومقياس التشتت ومعامل ارتباط "بيرسون" واختبار الفروق والنسبة المئوية. كما تم حساب صدق وثبات المقياس باستعمال الأساليب الإحصائية التالية : النسبة المئوية ومعامل ارتباط "بيرسون" ومعادلة "سبيرمان براون". أما في ما يخص النتائج التي توصلت إليها الباحثة نعرضها كما يلي : توجد علاقة ارتباطيه بين تقدير الذات الكلي والتحصيل الدراسي لدى عينة المراهقين المبصرين، ولا توجد علاقة بين تقدير الذات الرفاقي والتحصيل الدراسي لدى عينة المراهقين المبصرين، وتوجد علاقة ارتباطيه بين تقدير الذات العائلي والتحصيل الدراسي لدى عينة المراهقين المبصرين وتوجد علاقة بين تقدير الذات المدرسي والتحصيل الدراسي لدى عينة المراهقين المبصرين وتوجد علاقة ارتباطيه بين تقدير الذات الكلي (الرفاقي، العائلي، المدرسي) والتحصيل الدراسي لدى عينة المراهقين المكفوفين، ولا توجد علاقة ارتباطيه بين تقدير الذات الرفاقي والتحصيل الدراسي لدى عينة المراهقين المكفوفين، وتوجد علاقة بين تقدير الذات العائلي والتحصيل الدراسي لدى عينة المراهقين المكفوفين، وتوجد علاقة ارتباطيه بين تقدير الذات المدرسي والتحصيل الدراسي لدى عينة المراهقين المكفوفين وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة المراهقين المبصرين والمراهقين المكفوفين بالنسبة لأبعاد تقدير الذات، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة المراهقين المبصرين والمراهقين المكفوفين بالنسبة لدرجات التحصيل الدراسي.

(تونسية، 2012)

تعقيب عن الدراسات السابقة في الإعاقة البصرية:

تم في ما سبق عرض الدراسات السابقة حول الإعاقة البصرية والتي تم ترتيبها من القديم الى الحديث، حيث نرى بأن هذه الدراسات السابقة تلتقي وتختلف مع الدراسة الحالية في عدة نقاط نذكرها:

1. تلتقي الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في موضوع الدراسة (الفئة) وما تحتويه من مضامين.
2. كما تختلف هذه الدراسة في حجم العينة عن الدراسات السابقة التي طبقت في مجتمع أصلي أي على عدد كبير من الأفراد بعكس هذه الدراسة طبقت على فئة قليلة من المجتمع وهم من ذوي الإعاقة البصرية.
3. كما إختلفت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة من خلال تنوع البيئة في نفس الدراسة، أما الدراسات السابقة تعتمد على بيئة واحدة في دراستها.
4. كما تلتقي الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة من ناحية الدراسة العلائقية مثل دراسة (وفاء على سليمان عقل، 2009) ودراسة (لبنى برجس الوجيدي 2012) ودراسة (يونسي تونسية، 2012)

خلاصة الفصل

لقد تم إستخلاص من خلال هذا الفصل وما ينتج عن الإعاقة البصرية من معاناة نفسية وإحباط الشعور بالفشل والدونية، وهي تلك الآثار التي ترسخها إتجاهات المجتمع نحو المكفوف، كما أن المشكلات التي تواجه المكفوفين كثيرة والتي تتمثل في مشاكل نفسية واجتماعية وتعليمية كما توجد مشكلات في العمل والتأهيل، ومن هنا يجب أن يؤهل المكفوف اجتماعيًا واقتصاديًا من خلال التنشئة الاجتماعية في الأسرة وفي المدرسة كأساس للتأهيل الاجتماعي والثقافي والاقتصادي، ومنحه الفرصة للقيام بعمل مناسب لقدراته وتأمين حياته المادية والمعنوية.

ولتوضيح الأمر أكثر تم التطرق في هذا الفصل إلى تشريح وفيزيولوجية العين وآلية الرؤية ثم مفهوم الإعاقة البصرية وأهم أسبابها وأنواعها وتصنيفها، ثم بعد ذلك تم التطرق إلى مظاهر وخصائص الإعاقة البصرية وأهم المشكلات التي تواجههم، ثم إلى قياس وتشخيص الأطفال المكفوفين وكيفية الوقاية منها، وكذلك إلى صعوبات تعلمهم ورعايتهم وأهم الأدوات والوسائل المعينة التي يستخدمونها، وأخيرًا الى طرق تعليم المهارات التي يحتاج إليها المكفوفين وتأهيلهم.

الفصل الخامس: إجـراءات الدراســـة الميدانيـــة

تمهيد

1- المنهج

2- متغيرات الدراسة

3- الدراسة الاستطلاعية

4- المجال المكاني للدراسة الأساسية

5- المجال الزمني للدراسة الأساسية

6- عينة ومجتمع الدراسة الأساسية

7- أدوات البحث في الدراسة الأساسية

8- الأساليب الإحصائية

خلاصة الفصل

تمهيد:

يتم التطرق في هذا الفصل إلى الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة الميدانية حيث تم التطرق الى تعريف المنهج المتبع في الدراسة الحالية، ثم الدراسة الاستطلاعية والمجالين المكاني والزمني للدراسة، وبعدها تم وصف العينة المختارة، من حيث كيفية اختيارها، والأسباب المؤدية لإختيار العينة، ونعرّج بعدها للكلام عن الأدوات المستخدمة في الدراسة، والتي إعتمدنا فيها أساسا على مقياسين صورة الجسم والأمن النفسي، وأخيرا يتم التطرق للأساليب الإحصائية للدراسة.

1- منهج الدراسة:

وتختلف المناهج المستعملة في البحوث بإختلاف المواضيع التي يستخدمها كل باحث في ميدان اختصاصه، حيث يعتبر المنهج بمثابة الدعامة الأساسية في أي بحث علمي.
(غربي، 2014، 168)

ويقصد بالمنهج كذلك الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة المشكلة.
(الدغيمي، 1994، 33)

وبالنظر لكون موضوع الدراسة يبحث عن علاقة صورة الجسم بالأمن النفسي لدى المكفوفين، فإنه يستوجب تطبيق المنهج الوصفي الإرتباطي، لأن طبيعة الدراسة تفرض هذين المنهجين معا للتعرف على طبيعة العلاقة بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى عينة من المكفوفين، كما أنه يساعد في عملية إختبار فرضيات الدراسة لمعرفة ما إذا كانت هذه الفرضيات محققة ودالة إحصائيا أم لا.

وكذلك يعرف المنهج الوصفي الإرتباطي بأنه: " المنهج الذي يهتم بدراسة العلاقات بين الظواهر وتحليلها والتعمق فيها لمعرفة الإرتباطات الداخلية في هذه الظواهر وكذلك الإرتباطات الخارجية بينها وبين الظواهر الأخرى ". (عبيدات ، د ت، 19)

2- متغيرات الدراسة:

1.2- المتغير المستقل: هو المتغير الذي يملك تأثير إيجابي أو سلبي على المتغير التابع. (النجار، 2009، 115)، والمتغير المستقل في الدراسة الحالية هو مستوى صورة الجسم لدى المكفوفين.

2.2- المتغير التابع: هو ما ينتجه المتغير المستقل من أثر، أي أن قيمته تتغير وفق قيمة المتغير المستقل (راضي، 2012، 117)، والمتغير التابع في الدراسة الحالية هو الأمن النفسي لدى المكفوفين.

3.2- المتغيرات الأخرى التي تم ضبطها: قصد إختيار عينة مناسبة للدراسة الحالية تم ضبط مجموعة من المتغيرات الأخرى، والتي يمكن أن يكون لها أثر على نتائج الدراسة وهي:

- **الجنس:** تم تصنيف أفراد العينة حسب الجنس، الى (21) ذكرا و(15) أنثى.
- **زمن حدوث الإعاقة:** وتم تصنيف أفراد العينة حسب زمن حدوث الإعاقة، الى (25) فردا من ذوي الإعاقة الفطرية، و(11) فردا من ذوي الإعاقة المكتسبة.

3- الدراسة الاستطلاعية:

تهدف الدراسة الإستطلاعية في أي بحث علمي إلى إستطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث في دراستها، والتعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها وإخضاعها للبحث العلمي، وكذا التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة.

(إبراهيم، 2000، 38)

تم في الدراسة الاستطلاعية القيام بزيارات لمسئولي مدرسة صغار المعوقين بصريا بالرباح "ولاية الوادي"، ومدرسة صغار المعوقين بصريا طه حسين "بسكرة"، وذلك قصد التأكد من وجود العينة وإمكانية الوصول اليها، وتطبيق الأدوات عليها.

هذا من جهة، ومن جهة أخرى الهدف من الزيارة معرفة المراحل العمرية التي تناسب الدراسة الحالية.

كما تمت مقابلة المشرفين المباشرين على هاته الفئة، وذلك للتعرف أكثر على أفراد العينة من حيث مدى استعابهم لفهم المقياسين، من حيث الثقة بالنفس، والعلاقات مع بعضهم البعض، ومع غيرهم من العاديين (تلاميذ، أساتذة...)، وهو ما قد يفيد بشكل كبير في تحليل نتائج الدراسة، ويمنح دقة أكثر في فهم إجاباتهم، وتمييز الإجابات الصادقة من الكاذبة، والجدّية من اللامبالاة.

وبعدها تمت مقابلة مجتمع الدراسة، وذلك قصد معرفة مدى إمكانية تطبيق المقياسين صورة الجسم، والأمن النفسي، على أفراد عينة الدراسة الأساسية، والاطلاع على الصعوبات التي يمكن أن تعترضنا أثناء تطبيقنا لأدوات البحث، وكذا معرفة طريقة الاتصال الواجب استخدامها مع أفراد العينة.

ولقد تم في الدراسة الاستطلاعية القيام بزيارات ميدانية التي تتواجد فيها مجتمع الدراسة، والتي هي:

- ✓ مدرسة صغار المعوقين بصريا بالرباح " الوادي".
- ✓ مدرسة صغار المعوقين بصريا طه حسين "بسكرة" .

وبعد الموافقة على الموضوع الدراسة، وموافقة المؤسستين، تم يوم 11 ديسمبر 2016 الشروع في العمل الميداني، ونظرا لكون الطالبتان الباحثتان كانت لهما زيارات مسبقة لمدرسة صغار المعوقين بصريا بالرباح، سهّل ذلك من مهمّة الاطلاع على كل المعلومات المتعلقة بالموضوع، واستمر العمل الاستطلاعي إلى غاية فيفري 2017.

وتم قياس الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة على عينة قصدية تكونت من (36) مكفوف من المدرستين السابق ذكرهما.

4- المجال المكاني للدراسة الأساسية:

تم تطبيق الدراسة الأساسية في مؤسستين، الأولى مدرسة صغار المعوقين بصريا بالرباح "ولاية الوادي"، والثانية مدرسة صغار المعوقين بصريا طه حسين "بسكرة"، وهذا ما تم الحصول عليه نظرا لعدم توفر هذه الفئة في غيرها من الولايات القريبة.

وقد تم ذلك في قاعة خاصة بالأساتذة، لتجنب التشويش والشوشرة على زملائهم وكانت سيرورة التطبيق جيدة لا يوجد أي مشاكل لا من ناحية المؤسسة والإطار المكاني ولا من ناحية المكفوفين في حد ذاتهم.

5- المجال الزمني للدراسة الأساسية:

إنطلقت الدراسة الأساسية، مباشرة بعد إتمام العمل الإستطلاعي، وذلك بداية من 10 فيفري سنة 2017 بمدرسة صغار المعوقين بصريا بالرباح ، وتمكنا من مقابلة المسؤولين وتوزيع أدوات الدراسة على أفراد العينة، وأستمر العمل على نسق متصل إلى غاية شهر مارس 2017.

أما في مدرسة صغار المعوقين بصريا طه حسين ببسكرة، كانت في شهر 22 فيفري سنة 2017 وتمت مقابلة أفراد العينة، وتم توزيع المقياسين وإستلامهم خلال أسبوعين.

وقد كانت مقابلتنا لأفراد عينة البحث تتم وفق البرنامج الذي تم تنظيمه من طرف إدارة المؤسستين المعتمد في جوهرهما على البرنامج الدراسي الخاص بهما.

وبالتالي فإن معدل زياراتنا لكل مؤسسة كان من (03) إلى (08) زيارات، وذلك حسب التسهيلات الموجودة، وكذا حسب عدد أفراد العينة المتواجدون في المؤسسة.

6- عينة ومجتمع الدراسة الأساسية:

أجريت الدراسة الحالية على عينة قصدية من المعوقين بصريا قوامها (36) مكفوفا يتوزعون بين مدرسة صغار المعوقين بصريا بالرباح "ولاية الوادي" ، وكان عددهم (15) مكفوف، ومدرسة صغار المعوقين بصريا طه حسين ببسكرة وكان عددهم (21) مكفوف.

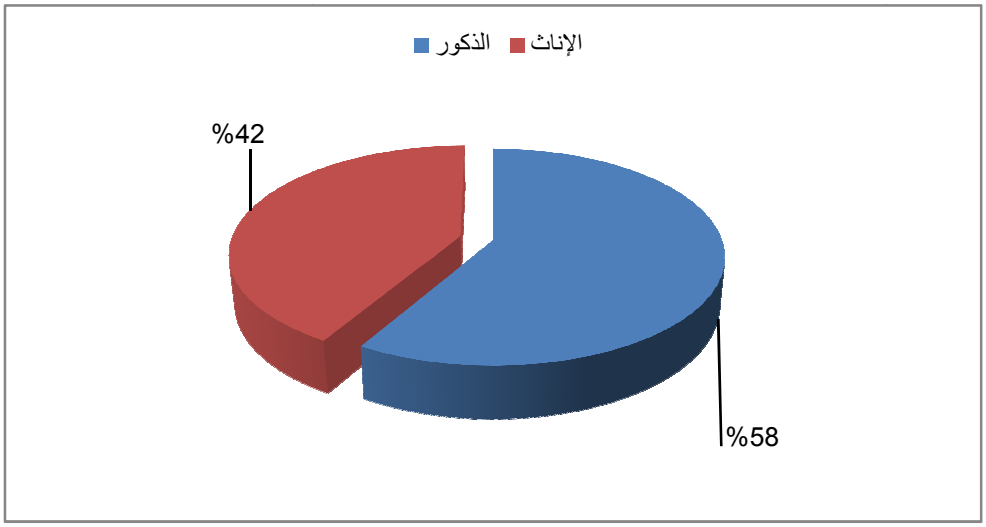
وفي ما يلي يتم عرض توزيع أفراد العينة حسب متغيرات الدراسة الأساسية:

جدول (01): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس(ذكور ،إناث)			
/	الذكور	الإناث	المجموع
أفراد العينة	21	15	36

يظهر من خلال الجدول التالي بأن أفراد عينة الدراسة الذكور الذين كان عددهم (21) مكفوف أكثر من أفراد الإناث الذي كان عددهم (15) مكفوف، وقد يعود ذلك إلى دور التنشئة الإجتماعية لهاته العينة، التي تعطي لمجتمعنا صفة الذكورية، والذي بدوره يدعم الذكر ويفتح له المجال للدراسة والتقدم والنجاح، بغض النظر عن الإعاقة البصرية التي تزيد من دعم الأسرة لأبنهم المكفوف ليكون أكثرا إستقلالية قادرا على مواجهة أمور الحياة بكل جوانبها.

أما الإناث المكفوفات فغالبا ما يفرض عليهم المجتمع قيودا من ناحية أنها أنثى، ومن جهة أخري أنها معاقة بصريا، بحيث يزيد طوق الحماية الأسرية عليها، وتقل إحتمالية مزاولتها للدراسة خوفا عليها.

والشكل التالي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس:



شكل رقم(15): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس(ذكور ،إناث)

كما يتوزع أفراد العينة حسب زمن حدوث الإعاقة (إعاقة فطرية، إعاقة مكتسبة)، إلى أفراد إكتسبوا الإعاقة البصرية قبل الولادة، وإلى أفراد تم إكتسابهم للإعاقة بعد الولادة والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (02): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير زمن حدوث الإعاقة (ذوي الإعاقة فطرية، ذوي الإعاقة مكتسبة)

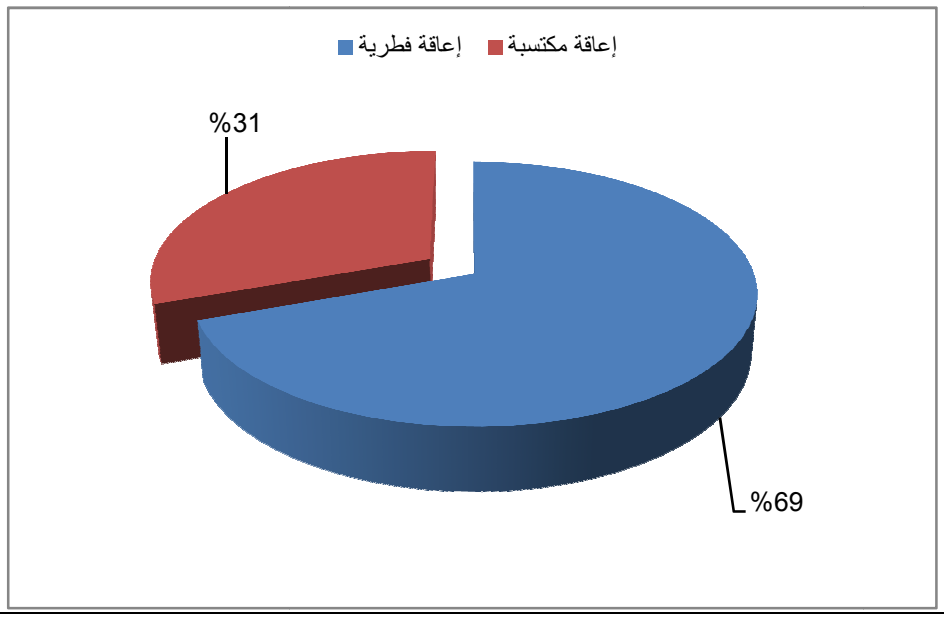
/	إعاقة فطرية	إعاقة مكتسبة	المجموع
أفراد العينة	25	11	36

يظهر من خلال الجدول التالي بأن أفراد الإعاقة الفطرية الذين كان عددهم (25) مكفوف أكثر من أفراد الإعاقة المكتسبة الذي كان عددهم (11) مكفوف، وقد يعود ذلك إلى كون المكفوفين من ذوي الإعاقة الفطرية ينتسبون إلى عائلات تدرك أبعاد الإعاقة وقد تكون لدى تلك العائلات تجارب سابقة مع أطفال مكفوفين آخرين، لذى من السهولة عليهم معرفة

المراكز المتخصصة وأماكن تواجدها، كما أن إتجاهاتهم إجابية نحو التمدرس في تلك المدارس.

أما المكفوفين من ذوي الإعاقة المكتسبة فإن إعاقتهم تكون متأخرة غالبا، وبالتالي فإن أغلبهم يتمدرسون في المدارس العادية أو ينقطعون تماما عن التمدرس بعد حدوث الإعاقة، تجدر الإشارة كذلك إلى أن أغلب عائلات ذوي الإعاقة المكتسبة لا يملكون معلومات كافية عن أساليب التكفل بالإعاقة البصرية، بالإضافة لكون إتجاهاتهم تتسم بالسلبية نحو المراكز المتخصصة في أغلب الحالات.

والشكل التالي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير زمن حدوث الإعاقة.



الشكل رقم(16): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير زمن حدوث الإعاقة (ذوي الإعاقة فطرية، ذوي الإعاقة مكتسبة)

7- أدوات البحث في الدراسة الأساسية

يعرف "صالح بن حمد عساف" أداة الدراسة بأنها مصطلح منهجي، يعني الوسيلة التي يجمع بها الباحث المعلومات اللازمة للإجابة على أسئلة الدراسة وإختبار فروضها.

(عساف، 1995، 101)

يرتكز إختيار أداة جمع البيانات على موضوع البحث، والأهداف التي تسعى الى تحقيقها من خلال متغيرات البحث، وقد تم الإعتماد في الدراسة الحالية على أداتين وهما:

- ❖ مقياس صورة الجسم للباحث المصري (رضا إبراهيم محمد الأشرم، 2008)
- ❖ مقياس الأمن النفسي للباحث (فتحي وادة وآخرون، 2010)

1.7- مقياس صورة الجسم

1.1.7- وصف مقياس صورة الجسم

تم تصميم وبناء هذا المقياس سنة (2008) من طرف الباحث المصري رضا إبراهيم محمد الأشرم، وهو مقياس موجه للمعاقين بصريا حيث يتكون من (37) عبارة، ويتم الإجابة عليها بإختيار واحدة من ثلاثة إجابات، وهي : (موافق_ محايد_ غير موافق)، ويتم تطبيق المقياس على الأفراد من (13_20) سنة من المراهقين المعاقين بصريا، ويتم التطبيق بطريقة فردية، وليس هناك زمن محدد للإجابة، وإعتمدت طريقة التصحيح على وضع درجة لكل إستجابة، فإذا كانت الإجابة موجبة فيأخذ على النحو التالي:(موافق= (3)، محايد=(2) غير موافق=(1))، أما العبارات السلبية:(موافق= (1)، محايد=(2)، غير موافق=(3)) ولمعرفة رضا الفرد عن صورة جسمه من عدمه يجمع درجات بنود المقياس لتعطي الدرجة الكلية لصورة الجسم، فالدرجة العليا تعني صورة إيجابية للجسم، والدرجة الدنيا تعني صورة سلبية للجسم.(الملحق رقم01)

أما في الدراسة الحالية يتكون مقياس صورة الجسم من (37) عبارة، موجه لفئة المعوقين بصريا تتراوح أعمارهم بين (12-19سنة)، ويتم تطبيقه بطريقة فردية على شكل مقابلة وذلك بمساعدة المربي لإيضاح بعض بنود المقياس، بحيث يتم الإجابة على بنود المقياس، وذلك يوضع علامة (×) أمام أحد البدائل الثلاثة المتاحة (موافق، محايد، غير موافق)، وبعد إنهاء أفراد العينة من الإجابة على جميع بنود المقياس، يتم إستلام الإجابات من طرف الباحثتان، ثم يتم إعطاء درجة لكل إجابة حسب البديل المختار من طرف المكفوف، ومنه فإن إعتمدنا طريقة التنقيط حسب بنود المقياس الموجبة والسالبة، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (03): يوضح البنود السالبة والموجبة في مقياس صورة الجسم		
/	البنود السالبة	البنود الموجبة
أرقام البنود	-1-2-4-5-6-7-11-12-13- -14-16-17-18-19-20-22- -23-25-26-27-28-29-31- 32-34-35-37	-3-8-9-10-15-21- 24-30-33-36
عدد البنود	27	10
العدد الكلي	37 بندا	

يوضح الجدول السابق بنود مقياس صورة الجسم، حيث يحتوي على (27) بند سالب، ومثال على ذلك بنود رقم:1، 2، 7، 27 ، و(10) بند موجب، ومثال على ذلك بنود رقم:3، 8، 9، 36، ومنه إذا كان البند الموجبة للبديل"موافق" فتعطى له (03) ثلاثة درجات، والتي تدل على درجة مرتفعة، أما الإستجابة للبديل الثاني "محايد" فتعطى له (02) درجتان، والتي يدل على درجة متوسطة، في حين أن الإستجابة على البديل الثالث "غير موافق" وهو الدال على درجة منخفضة، فتعطي له (01) درجة واحدة، والعكس في البنود السالبة، وهو ما يوضحه الجدول التالي:

جدول (04): يوضح درجات الإجابة على بنود مقياس صورة الجسم			
البنود	**موافق**	**محايد**	**غير موافق**
البند الموجبة	03	02	01
البند السالبة	01	02	03

ولمعرفة رضا الفرد عن صورة جسمه من عدمها، يجمع درجات بنود المقياس لتعطي الدرجة الكلية لصورة الجسم، فالدرجة العليا تعني صورة إيجابية للجسم، والدرجة الدنيا تعني صورة سلبية للجسم، وبعد إعطاء درجات الإجابة لمقياس صورة الجسم على جميع إستبيانات أفراد العينة، يتم تحديد مستويان لصورة الجسم السالبة والموجبة، وهذا ما سيوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (05): يوضح مجالات صورة الجسم السالبة والموجبة	
مستويات صورة الجسم	**المجال**
صورة الجسم السالبة	(74_37)
صورة الجسم الموجبة	(111_75)

يوضح الجدول السابق مستويات صورة الجسم، حيث أنها تنقسم إلى صورة جسم السالبة وصورة جسم الموجبة، بحيث السالبة تتراوح مجالها بين (37_ 74)، في حين الموجبة يتراوح مجالها كذلك بين (75_111).(الملحق رقم 06)

2.1.7- صدق مقياس صورة الجسم

ويقصد بصدق الإختبار قدرته على قياس ما يدعى قياسه، من جوانب سلوك الأفراد أو هو درجة قياس الإختبار لما وضع لقياسه.(مسني، 2002، 113)

هو أن يقيس الإختبار أو الأداة ما وضعت لقياسه.(ملحم، 2002: 266)

وتم قياس صدق المقياس بالإعتماد على الطرق التالية:

- ✓ **صدق المحكمين:**

تعتبر هذه الطريقة الأكثر شيوعا، ومفادها أن يعرض المقياس على مجموعة من المحكمين ممن لهم خبرة سابقة في الميدان الذي وضع له المقياس، وتؤخذ آرائهم في المقياس، ويعدل وضع المقياس مقياسه حسب ما رآه المختصون، فإذا تم له ذلك، أعتبر الباحث أقوالهم دليلا على صدق المقياس الذي إستخدمه. (الطيب، 1999، 212)

وتم عرض المقياس في صورته الأولية في دراسة الباحث رضا ابراهيم محمد الأشرم سنة(2008) على عدد من المتخصصين في مجال الصحة النفسية، وعلم النفس، والتربية الخاصة، وبلغ عددهم (12) محكما، حيث أن المقياس في صورته الأولية كان يتكون من (60) مفردة وبعد عرضها على الأساتذة المحكمين تم إعادة صياغة بعض العبارات وحذف بعض العبارات التي لم تصل نسبة الإتفاق فيها 83% من إجمالي عدد المحكمين ونتيجة لذلك أصبح عدد عبارات المقياس (45) عبارة، بدلا من (60) عبارة.

ملاحظة: بالإضافة الى صدق المحكمين أستعمل الباحث رضا إبراهيم محمد الأشرم في دراسته "الصدق العاملي" ، بحيث توصل الباحث إلى إستبعاد (08)عبارات وأصبح المقياس في صورته النهائية مكون من (37) عبارة بدلا من (45)عبارة.(الأشرم، 2008، 111)

أما في الدراسة الحالية تم عرض المقياس في صورته الأولية على (08) محكمين متخصصين، من ذوي تخصصات متعددة منها تخصص علوم التربية، علم النفس الأسري وعلم الإجتماع، علم النفس العيادي، تخاطب تربية خاصة، حيث من منهم جامعة حمه لخضر بالوادي ومنهم من هم من خارجها،(الملحق رقم03) وتضمنت إستمارات التحكيم

المقدمة لهؤلاء المحكمين، التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة، وتم ترك لهم خانة فارغة بعد كل بند لتصحيح البند في حالة الخطأ، وتم طلب التحكيم في الجوانب التالية:

- سلامة اللغة
- صياغة البند
- مدى تناسب اللغة مع أفراد العينة.

وبعد ذلك تم تصنيف جميع ملاحظاتهم وإقتراحاتهم حسب درجة الإتفاق أو الإختلاف عليها من طرف المحكمين، بحيث تعتبر نسبة(80%) هي النسبة المعتمدة لقبول البند أو رفضه، ثم تم صياغة المقياس في شكله النهائي(ملحق رقم06)، بحيث تؤخذ بعين الإعتبار الملاحظات التي تم الإتفاق عليها من طرف المحكمين.

الجدول رقم (06): يوضح بنود مقياس صورة الجسم التي تم تعديلها وفق آراء المحكمين

رقم البند	الصورة الأولية	بعد التعديل
02	أشعر بأن وزني غير طبيعي	أشعر بأن وزني زائد عن الحد الطبيعي
09	أنا متقبل لعيوب جسمي	أنا متقبل لوضعيتي
17	أكره مظهر جسمي	أنتقزز من مظهر جسمي

ملاحظة: ويجدر الإشارة إلى أن السادة المحكمين لم يرفضوا أي بند من بنود المقياس.

✓ **الصدق التمييزي**

يسمى كذلك بصدق المقارنة الطرفية، ويتم بإستخراج نسبة من أفراد العينة من كل طرف من طرفي التوزيع لمجموعتين متناقضتين، حيث تمثل إحداهما درجات الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة في الإختبار، وتمثل الأخرى درجات الأفراد ذوي الدرجات المنخفضة.

حيث يقوم الباحث بإختبار (27%) من كلا طرفي عينة التقنين (مجموعة عليا ومجموعة دنيا) وذلك بعد ترتيب درجات العينة ترتيبا تصاعديا أو تنازليا، ثم يطبق إختبار "ت" لقياس الفروق بين المجموعتين في الخاصية المراد قياسها.(معمرية، 2002، 114)

وفي الدراسة الحالية تم حساب الصدق التمييزي لمقياس صورة الجسم على العينة المكونة من(36) فردا، حيث تم ترتيب الأفراد تنازليا، حسب درجاتهم على المقياس المذكور ثم تم إختيار(27%) من أعلى الترتيب(10 فردا)، و(27%)من أدنى الترتيب(10 فردا) ثم تم حساب دلالة الفرق بين متوسطي المجموعتين المذكورتين بإستخدام إختبار "ت"، فدلت النتائج المحصل عليها على الآتي(ملحق رقم04):

جدول رقم (07): يوضح نتائج حساب الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية لمقياس صورة الجسم

/	ن	م ح	ع	ف	م	قرار	ت	م	قرار
ق	10	106.8	1.87	21.36	0.000	دالة	8.51	0.000	دالة
ض	10	86.2	7.42						

حيث أن:

- **ق:**تمثل نتائج الأفراد الأقوياء ذوي الدرجات المرتفعة في المقياس.
- **ض:** تمثل نتائج الأفراد الضعفاء ذوي الدرجات المنخفضة في المقياس.
- **ن:** تمثل حجم العينة.
- **م ح:** تمثل المتوسط الحسابي.
- **ع:** تمثل الإنحراف المعياري.
- **ف:** القيمة الفائية.
- **م:** تمثل مستوى الدلالة "ف".
- **ت:** قيمة إختبار "ت" لدلالة الفروق
- **م:**تمثل مستوى دلالة "ت".

تظهر نتائج الجدول السابق أن قيمة " ف" المساوية لـ (21.36)، وبما أن مستوى الدلالة "ف" يساوي(0.000) وهو أصغر تماما من(0.05) فإنه دال إحصائيا، وهذا يعني أنه توجد فروق بين العينتين، أي أن العينتين غير متجانستين، ويظهر أيضا من خلال الجدول أن قيمة "ت" المحسوبة تساوي(8.51)، وبما أن مستوى الدلالة يساوي (0.000) وهو أصغر تماما من(0.05) فإنه دال إحصائيا.

ومنه يمكن القول أن هذا المقياس يميّز بين أفراد عينة الدراسة، في السمة المقاسة(صورة الجسم)، وبالتالي فهو صادق، وصالح للتطبيق على عينة الدراسة الأساسية.

3.1.7- ثبات مقياس صورة الجسم

يقصد بالثبات أن الإختبار يعطي نفس النتائج كلما أعيد تطبيقه على نفس المجموعة من الأفراد، بمعنى أن نتأكد عن طريق ثبات الإختبار أننا نقيس نفس الشيء كلما أعدنا عملية القياس.(العيسوى، ب ت، 70)

وقد تم قياس الثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية:

✓ **معادلة ألفا كرونباخ:**

يعتبر معامل ألفا كرونباخ من أهم مقاييس الإتساق الداخلي للإختبار ويعمل هذا المعامل على ربط ثبات الإختبار بثبات بنوده، فإزدياد نسبة ثبات البنود بالنسبة للتباين الكلي يؤدي إلى إنخفاض معامل الثبات.(معمرية، 2007: 148)

بلغت قيمة ثبات مقياس صورة الجسم بطريقة ألفا كرونباخ (0.84) وهي مرتفعة الى حد كبير مما يدل على الإتساق الداخلي لبنود المقياس. (الأشرم، 2008، 116)

أما في الدراسة الحالية فتم حساب ثبات مقياس صورة الجسم بطريقة ألفا كرونباخ فدلت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:(الملحق رقم04)

جدول (08): يوضح ثبات مقياس صورة الجسم بطريقة ألفا كرونباخ	
عدد البنود	**ألفا كرونباخ**
37	0.821

ومن خلال النتائج المعروضة في الجدول السابق يظهر أن معامل الثبات ألفا كرونباخ يساوي (0.821) هو دال إحصائيا، ومنه فإن مقياس صورة الجسم ثابت.

✓ **الثبات بالتجزئة النصفية**

وهي الطريقة التي يجري إستخدامها لمعرفة مدى ثباث الإختبار، وذلك بتقسيم الإختبار الواحد إلى جزئين بنود فردية وبنود زوجية ويتم حساب معامل الإرتباط بينهم.
(يونس، 2009، 505)

تم حساب ثبات مقياس صورة الجسم بطريقة التجزئة النصفية، وقد إعتمد الباحث في حساب معامل الثبات على معادلة سبيرمان براون بإستخدام البرنامج الإحصائي (spss)

وتوصل الى أن معاملات الثبات الخاصة بمقياس صورة الجسم والدرجة الكلية للمقياس مرتفعة الى حد كبير تتراوح (0.51_0.81). (الأشرم، 2008، 116)

أما في الدراسة الحالية تم حساب ثبات مقياس صورة الجسم بطريقة التجزئة النصفية كما هو موضح في الجدول التالي: (ملحق رقم04)

جدول (09): يوضح ثبات مقياس صورة الجسم بطريقة التجزئة النصفية				
إرتباط الجزئين	سبيرمان براون	جيتمان	ألفا كرونباخ	
			الجزء الأول	الجزء الثاني
0.706	0.827	0.826	0.658	0.726

من خلال الجدول يتضح أن معامل الإرتباط " سيبرمان- براون" بين الدرجات الفردية والدرجات الزوجية تقدر بـ:(0.827)، وأن نتيجة جيتمان(0.826)، وهذا ما يعني أن المقياس ثابت وصالح للإستعمال في الدراسة.

2.7- مقياس الأمن النفسي

7. 1.2- وصف مقياس الأمن النفسي

تم تصميم وبناء هذا المقياس سنة (2010) من طرف فتحي وادة وآخرون، موجه لفئة المكفوفين، وتمت صياغة بنود هذا المقياس بناءا على تحليل أبعاد الشعور بالأمن النفسي، وهي(شعور المكفوف بأنه محبوب متقبل من طرف الآخرين وله مكانة بينهم، البيئة ودودة غير محبطة، الإستثمار، الإستكشاف في البيئة، الخوف والخطر والقلق والتهديد).

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

- البعد الأول: الحب والتقبل والمكانة بين الآخرين الذي يضم (12) بندا.
- البعد الثاني: البيئة ودوة صديقة غير محبطة والذي يضم (12) بندا.
- البعد الثالث: الخوف والخطر والقلق والتهديد والذي يضم (12) بندا.

ويتم تطبيق المقياس بطريقة فردية على شكل مقابلة، وذلك بمساعدة المربي لإيضاح بعض بنود المقياس، وتم الإعتماد في النتقيط على أساس أسلوبي السؤال والإيجابة بـ (نعم- لا)، بحيث تعطى الدرجة(1) لإجابة الإيجابية، والدرجة (0) لإجابة السلبية، كما حددت مستويات تقدير الشعور بالأمن النفسي بين متدني (0-12) ومتوسط (13-24) ومرتفع(25-36).(الملحق رقم 02)

أما في الدراسة الحالية يتكون مقياس الأمن النفسي من (35) عبارة، وهو موجه لفئة المكفوفين، تتراوح أعمارهم بين (12-19سنة)، ويتم تطبيقه بطريقة فردية على شكل مقابلة وذلك بمساعدة المربي لإيضاح بعض بنود المقياس، بحيث يطلب من أفراد العينة الإجابة على جميع بنود المقياس، وذلك يوضع علامة (×) أمام أحد البدائل المتاحة (نعم، لا)، وبعد إنهاء أفراد العينة الإجابة على جميع بنود المقياس، يتم إستلام الإجابات من طرف الباحثتان، ثم إعطاء درجة لكل إجابة، حسب البدائل المختار من طرف المكفوف وليس هناك زمن محدد لإجابة، بحيث يتم الإعتماد في التنقيط حسب بنود المقياس السالبة والموجبة، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (10): يوضح البنود السالبة والموجبة في مقياس الأمن النفسي		
/	البنود السالبة	البنود الموجبة
أرقام البنود	1-2-4-5-6-7-8-9-10- 11-12-14-15-16-17-18- 19-20-21-23-24-26-27- 29-30-31-32-33-34-35	3-13-22-25- 28
عدد البنود	30	05
العدد الكلي	35 بندا	

يوضح الجدول السابق بنود مقياس الأمن النفسي، حيث يحتوي على(30) بند سالب ومثال على ذلك البنود رقم: 1، 2، 5، 29، وعلى(05) بنود موجبة، ومثال على ذلك البنود رقم: 3، 13، 28، بحيث يتم إعطاء البنود الموجبة للبديل الأول "نعم" (02) درجتان، والتي تدل على درجة مرتفعة، أما الإستجابة على البديل الثاني "لا" (01) درجة واحدة، وهو الدال على درجة منخفضة، والعكس في البنود السالبة، وهو ما يوضحه الجدول التالي:

جدول (11): يوضح درجات بدائل مقياس الأمن النفسي		
البديل	نعم	لا
البند الموجبة	02	01
البند السالبة	01	02

وبعد إعطاء درجات الإجابة لمقياس الأمن النفسي على جميع إستبيانات أفراد العينة يتم تحديد مستويان الأمن النفسي، الى الأمن النفسي ذوي المستوى المنخفض، والأمن النفسي ذوي المستوى المرتفع ، وهذا ما سيوضحه الجدول التالي:

جدول (12): يوضح مجالات مستويات الأمن النفسي	
مستويات الأمن النفسي	**المجال**
المستوى المنخفض	(52_35)
المستوى المرتفع	(70_53)

يوضح الجدول السابق مستويات الأمن النفسي، حيث أنها تنقسم إلى الأمن النفسي ذوي المستوى المنخفض والذي يترواح مجاله بين (35_ 52)، والأمن النفسي ذوي المستوى المرتفع والذي يتراوح مجاله كذلك بين (53_70).(الملحق رقم 07)

2.2.7- صدق مقياس الأمن النفسي

- ✓ **صدق المحكمين:**

لقد أعتمد الباحث على صدق مقياس الأمن النفسي على صدق المحكمين حيث تم عرض البنود الستة والثلاثون (36) على مجموعة من الأساتذة تخصص علم النفس، عددهم (17) أستاذ من المركز الجامعي بالوادي وآخرون من خارجه، وتوصل الباحث الى أن نسبة صدق الأداة يقدر بحوالي 0.80.(وادة وآخرون، 2010، 106)

ملاحضة: بالإضافة الى صدق المحكمين في حساب صدق مقياس الأمن النفسي قام الباحث بحساب الصدق الذاتي وهو صدق الدرجات التجريبية للإختبار بالنسبة للدرجات الحقيقية التي خلصت من شوائب أخطاء القياس، وعليه يقدر الصدق الذاتي لمقياس الشعور بالأمن النفسي بـ 0.93، وهو معامل يؤكد صدق الإختبار. (وادة وآخرون، 2010، 107)

أما في الدراسة الحالية تم عرض المقياس بصورته الأولية (ملحق رقم02) على نفس محكمي مقياس صورة الجسم (أنظر الملحق03).

وبعد ذلك تم تصنيف جميع ملاحظاتهم وإقتراحاتهم حسب درجة الإتفاق أو الإختلاف عليها من طرف المحكمين، بحيث تعتبر نسبة(80%)هي النسبة المعتمدة لقبول البند أو

رفضه، ثم تم صياغة المقياس في شكله النهائي(ملحق رقم07)، بحيث تؤخذ بعين الإعتبار الملاحظات التي تم الإتفاق عليها من طرف المحكمين.

جدول (13): يوضح بنود مقياس الأمن النفسي التي تم تعديلها وفق آراء المحكمين		
أرقام البنود	**البنود قبل التعديل**	**البنود بعد التعديل**
05	أهاب من المشاركة في اللعب	أهاب مشاركة أصدقائي
22	أفضل ممارسة الألعاب الفكرية	أفضل ممارسة الشطرنج
31	أتعب كثيرا في النشاطات الحركية	أتعب كثيرا في لعب الرياضة
34	لا أرغب في الألعاب التي ترهقني فكريا وبدنيا	لا أرغب في الألعاب التي ترهقني وفكريا

ملاحظة: ويجدر الإشارة إلى أن السادة المحكمين لن يرفظو أي بند من بنود المقياس.

- ✓ **الصدق التمييزي:**

وفي الدراسة الحالية تم حساب الصدق التمييزي لمقياس الأمن النفسي على العينة الإستطلاعية المكونة من (36) فردا، حيث تم ترتيب الأفراد تنازليا، حسب درجاتهم على المقياس المذكور، ثم تم اختيار(27%)من أعلى الترتيب(10 فردا)، و(27%)من أدنى الترتيب(10 فردا)، ثم تم حساب دلالة الفرق بين متوسطي المجموعتين المذكورتين بإستخدام إختبار "ت"، فدلت النتائج المحصل عليها على الآتي(ملحق رقم 05):

جدول (14): يوضح نتائج حساب الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية لمقياس الأمن النفسي									
/	ن	م ح	ع	ف	م	قرار	ت	م	قرار
ق	10	65	1.25	9.6	0.006	دالة	11.106	0.000	دالة
ض	10	53.2	3.12						

يظهر من خلال الجدول أن قيمة "ف"المساوية لـ:(9.6) وبما أن مستوى دلالة " ف" يساوي(0.006) وهو أصغر تماما من(0.05) فإنه دال إحصائيا، وهذا يعنى أنها توجد فروق بين العينتين أي أن العينتين غير متجانستين، كما يظهر أن نتائج "ت" المحسوبة تساوي(11.106)، وبما أن مستوى الدلالة يساوي (0.000) وهو أصغر تماما من مستوى الدلالة (0.05) فإنه دال إحصائيا.

ومنه يمكن القول أن هذا المقياس يميّز بين أفراد عينة الدراسة، في السمة المقاسة (الأمن النفسي)، وبالتالي فهو صادق، وصالح للتطبيق على عينة الدراسة الأساسية.

3.2.7- ثبات مقياس الأمن النفسي

وتم حساب ثبات مقياس الأمن النفسي بالطرق التالية:

- ✓ **معادلة ألفا كرونباخ:**

وفي الدراسة الحالية تم حساب ثبات مقياس الأمن النفسي بطريقة ألفا كرونباخ، فدلت النتائج على ما يلي:

جدول (15): يوضح نتائج ثبات مقياس الأمن النفسي بطريقة ألفا كرونباخ	
عدد البنود	ألفا كرونباخ
35	0.774

ومن خلال النتائج المعروضة في الجدول السابق يظهر أن معامل الثبات ألفا كرونباخ يساوي (0.774) هو دال إحصائيا، ومنه فإن مقياس الأمن النفسي ثابت.

✓ **الثبات بالتجزئة النصفية**

بلغ الثبات على طريقة التجزئة النصفية لمقياس الأمن النفسي بـ0.87، وهذا ما يدل على أن المقياس يتوفر على نسبة عالية من الثبات.

وفي الدراسة الحالية تم حساب ثبات مقياس الأمن النفسي بطريقة التجزئة النصفية، فكانت النتائج على النحو الآتي (الملحق رقم05):

جدول (16): يوضح نتائج ثبات مقياس الأمن النفسي بطريقة التجزئة النصفية

إرتباط الجزئين	سبيرمان براون	جيتمان	ألفا كرونباخ	
			الجزء الأول	الجزء الثاني
0.612	0.76	0.759	0.637	0.635

من خلال الجدول يتضح أن معامل الإرتباط " سيبرمان–براون" بين الدرجات الفردية والدرجات الزوجية تقدر بـ: (0.76)، وأن نتيجة جيتمان (0.759)، وهذا ما يعني أن المقياس ثابت وصالح للإستعمال في الدراسة.

ملاحظة: وتم كذلك إستخدام طريقة التناسق الداخلي بين وحدات المقياس بإستعمال معادلة "كودر ريتشارد" في حساب ثبات مقياس الأمن النفسي وتحصل الباحث "وادة فتحي وآخرون" على قيمة ثبات تقدر بـ (0.78) وهذا ما يدل على أن المقياس يتوفر على نسبة عالية من الثبات. (وادة وآخرون، 2010، 108)

8- الأساليب الإحصائية:

تم إستخدام عددا من الأساليب الإحصائية، وفق ما تقتضيه فرضيات الدراسة، مع الإستعانة بالحزم الإحصائية للعلوم الإجتماعية (SPSS-14)، كما تم الإستعانة ببرنامج (Excel)، بحيث أستخدم في الدراسة:

- ❖ النسبة المئوية
- ❖ المتوسط الحسابي
- ❖ الإنحرافي المعياري
- ❖ إختبار "ت"
- ❖ معامل إرتباط بيرسون
- ❖ معامل إرتباط سبيرمان براون
- ❖ جيتمان
- ❖ ألفا كرونباخ

خلاصة الفصل

من خلال الدراسة الإستطلاعية لميدان البحث، تم التعرف على الإمكانيات المتوفرة بالمدراس الخاصة المذكورة سابقا، والتي من خلالها تم التعرف على إمكانية تطبيق إجراءات الدراسة الأساسية، مع التأكد من وجود العينة المطلوبة بالخصائص المناسبة، وإستعدادها للمشاركة في الدراسة، وقد تم تعديل في الصياغة اللغوية لبعض البنود في مقياس صورة الجسم، وكذلك بعض البنود في مقياس الأمن النفسي، إنطلاقا من آراء أغلب المحكمين والتحقق من الخصائص السيكومترية لأداتي الدراسة، والتأكد من صدقها وثباتها، وبالتالي صلاحيتها للتطبيق في الدراسة الأساسية، وأخيرا تم التطرق الى الأساليب الإحصائية المستخدمة في هذه الدراسة.

الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

تمهيد

1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى

2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية

3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

4- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة

5- عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة

خلاصة الفصل

تمهيد

يعالج الفصل الحالي عرض ومناقشة النتائج المتحصلة عليها بعد جمع البيانات من أفراد عينة الدراسة، حيث يتم في البداية عرض النتائج لكل فرضية من الفرضيات الدراسة الحالية، والمتعلقة بنتائج أفراد العينة على كل من المتغيرات الجنس(الذكور، الإناث)، زمن حدوث الإعاقة(ذوي الإعاقة فطرية، ذوي الإعاقة مكتسبة)، ويليها بعدها عرض ومناقشة الفرضية العامة، حيث يتم مناقشة هاته الفرضيات في ضوء الموروث النظري والدراسات السابقة، وذلك من خلال ما كشفت عنه التحليلات الإحصائية التي إستخدمت لإختبار صحة الفروض والتحقق منها.

1- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الأولى

تنص الفرضية الجزئية الأولى في الدراسة الحالية على أنه "لا توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين الذكور".

ولمعرفة تحقق هذه الفرضية أو عدم تحققها، يتم أولا عرض النتائج الفرضية الجزئية الأولى في الدراسة، والمتمثلة في درجات أفراد العينة في مقياس صورة الجسم والأمن النفسي، ومن ثم يتم عرض نتائج إختبار الدلالة الإحصائية للنتائج الكلية لأفراد العينة في الفرضية الجزئية الأولى.

نذكر في البداية أن أقل درجة يحصل عليها أي فرد من أفراد العينة على مقياس صورة الجسم هي الدرجة (37)، وأن أعلى درجة ممكنة هي (111)، ومنه فإن صورة الجسم السالبة تتروح بين (37_74)، وصورة الجسم الموجبة بين(75_111). أما بالنسبة لمقياس الأمن النفسي فإن أقل درجة يحصل عليها أي فرد من أفراد العينة هي الدرجة(35)، وأن أعلى درجة ممكنة هي (70)، ومنه فإن المستوى المنخفض للأمن النفسي يكون بين (35_52)، أما المستوى المرتفع يكون بين(53_70).

ويتم فيما يلي عرض نتائج أفراد العينة (الذكور) على مقياس صورة الجسم والأمن النفسي:

جدول (17): يوضح درجات الأفراد العينة(الذكور)على مقياس صورة الجسم ومقياس الأمن النفسي

الرقم	صورة الجسم	الأمن النفسي		الرقم	صورة الجسم	الأمن النفسي
01	94	51		13	103	57
02	98	65		14	103	61
03	105	58		15	108	65
04	107	62		16	98	66
05	104	62		17	104	60
06	105	66		18	102	66
07	89	48		19	106	64
08	92	58		20	99	55
09	98	59		21	107	63
10	104	57		**المجموع**	**2108**	**1257**
11	103	61				
12	79	53		**المتوسط الحسابي**	**100.90**	**62.09**

ومن خلال هذا الجدول يمكن القول أن إستجابة أفراد العينة لبنود مقياس صورة الجسم ومقياس الأمن النفسي كانت كالتالي: حيث في مقياس صورة الجسم تتراوح درجات أفراد العينة من (79-108)، وأنه لم يحصل أي فرد من أفراد العينة على صورة جسم سالبة، في حين حصل جميع الأفراد على صورة جسم موجبة مثال على ذلك الأفراد 1_5_9_12_20.

وأن درجات أفراد العينة على مقياس الأمن النفسي تتراوح بين (48-66)، حيث حصل كل من الأفراد: 1_7 على درجة منخفضة في الأمن النفسي، بينما حصل جميع أفراد العينة ما عدا المذكورين سابقا على درجات مرتفعة، ومثال على ذلك الأفراد:2 _3_10_19_21.

أما توزيع أفراد العينة (الذكور) حسب مقياسي صورة الجسم، الى أفراد ذوي صورة جسم موجبة، وأفراد ذوي صورة جسم سالبة، فنذكره في الجدول الآتي:

جدول (18): يوضح تصنيف أفراد العينة (الذكور) حسب صورة الجسم الموجبة والسالبة			
صورة الجسم	**أفراد العينة**	**العدد**	**النسبة المئوية**
السالبة	لا يوجد	0	/
الموجبة	كل الأفراد الذكور	21	%100
المجموع	21	21	%100

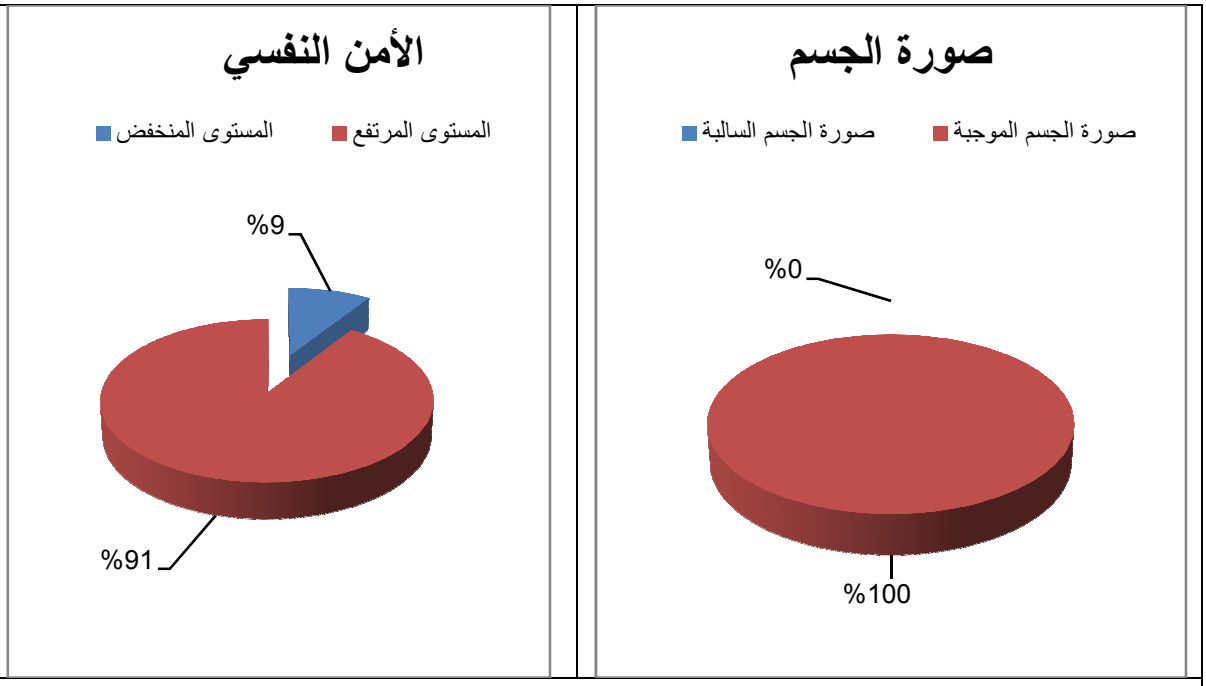
ويتبين من خلال هذا الجدول أنه لم يحصل أي فرد من أفراد العينة على صورة جسم سالبة، بينما أخذ جميع أفراد العينة صورة جسم موجبة، بنسبة 100% من الذكور، بمعنى أن الذكور يتميزون بصورة جسم موجبة.

وفيما يلي جدول يوضح تصنيف أفراد العينة (الذكور) حسب مستويات مقياس الأمن النفسي بحيث يتم تصنيف درجاتهم الى مستويين (منخفض، مرتفع):

جدول (19): توضيح تصنيف أفراد العينة (الذكور) حسب مستويات الأمن النفسي			
الأمن النفسي	**أفراد العينة**	**العدد**	**النسبة المئوية**
المستوى المنخفض	7_1	2	%9.52
المستوى المرتفع	كل أفراد العينة ماعدا المذكور سابقا	19	%91.23
المجموع	21	21	%100

ويتبين من خلال هذا الجدول أنه أخذ فردين فقط من أفراد العينة على مستوى منخفض للأمن النفسي بنسبة 9.52%، بينما أخذ جميع أفراد العينة ما عدا المذكورين سابقا على مستوى مرتفع لأمن النفسي، وكانت نسبتهم 91.23%، وبمعنى أن نسبة الذكور ذوي مستوى مرتفع لأمن النفسي أكثر من نسبة من لهم مستوى منخفض في نفس الفئة.

والشكل التالي يوضح مستويات صورة الجسم والأمن النفسي لأفراد العينة (الذكور):



شكل رقم(17): يوضح مستويات صورة الجسم والأمن النفسي لأفراد العينة (الذكور)

وفيما يلي عرض لنتائج حساب معامل الإرتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة(الذكور) في مقياس صورة الجسم وبين درجاتهم في مقياس الأمن النفسي.(الملحق رقم 08)

جدول (20): نتائج معامل الارتباط بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى الذكور

الذكور	العينة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	معامل بيرسون	مستوى الدلالة	القرار
صورة الجسم	21	100.90	6.57	0.33	0.14	غير دالة
الأمن النفسي		62.09	10.84			

يتضح من خلال الجدول الإحصائي السابق أن مستوى دلالة (ر) يساوي 0.33 وبما أن مستوى الدلالة يساوي 0.14 وهو أكبر تماما من 0.05، ومنه لا توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين صورة الجسم والأمن النفسي.

ومنه تحققت الفرضية الأولى في الدراسة الحالية والتي تنص على أنه:

"لا توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين الذكور".

أظهرت النتائج عدم وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين الذكور: ويمكن تفسير ذلك على أن صورة الجسم تنمو وتتطور عبر مراحل النمو المختلفة، وهي مكون أساسي وجوهري للشخصية، وتمثل مكون أساسي في مفهومنا عن الذات، وعلى هذا فإن الفرد حينما يكون لديه إدراك صحيح عن جسمه ولديه رضا عنه وصورة جسمه موجبة فإنه يثق بذاته، مما يؤدي به الى تحقيق النجاحات والإنجازات في حياته، أما بالنسبة للأمن النفسي الذي هو يعد من أهم الحاجات في تكوين أساس الشخصية، والتي يبدأ الفرد بتكوينها منذ النشأة الأولى، وهو من أهم شروط الصحة النفسية فقد توصلت النتائج في الدراسة الحالية بأنه لا يتأثر بصورة الجسم سواء كانت موجبة أو سالبة .

وكذلك تعتبر فترة المراهقة فترة هامة في تطور صورة الجسم، حيث يحدث نمو وتطور للخصائص الجنسية، وكذلك نمو العلاقات الإجتماعية مما يجعل المراهقين يهتمون بمظهرهم، وقد يتكون لدى المراهق صورة جسم موجبة أو سالبة، وبما أن شخصية الذكور بصفة عامة تكون أصلب من الإناث، فإن الذكور المكفوفين يسعون وخاصة في سن المراهقة الى إثبات الذات ونضج الشخصية وإبراز أنفسهم أمام الأقران والمجتمع ككل وإثبات أنفسهم وجدارتهم أمامهم، من خلال تفوقهم مثلا الدراسي وإنجازاتهم الفكرية وخاصة الجسمية عندما يبرزون مواقف تخص القوة البدنية، مما يزيد في تكوين صورة جسم موجبة، وكذلك طبيعة المجتمع التي تفرض نفسها في تنحي القيود أمام الذكور بوجه عام، والى المسؤولية والقيمة الذاتية التي يعطيها المجتمع الى الذكور مما يفتح المجال أمام المكفوفين الذكور لينفتح أمام الحياة ليثبت نفسه في كل مكان حسب قدرته وإمكاناته وإهتماماته، مما يجعل

قيمة صورة الجسم لدى الذكور شيء ثانوي وليس رئيسي وهذا يضعف في أن كونها المؤثر الأول والقوي على أمن النفسي للذكور. وما تثبته الدراسة الحالية في كونها عدد الذكور فيها أكثر من الإناث في كلتا المدرستين الخاصيتين. وهذا ما أكدته دراسة (فوجل 2005) التي أشارت على أن المجتمع يحكم على الذكور وفقا لإنجازهم وعلى البنات وفقا لمظهرهن.
(ورد فيالأشرم، 2008، 148)

ولقد أكدت كذلك (شقير، 2005) في دراستها الى أن إحساس المكفوف بالنقص في الثقة بذاته، والى الإحساس بالفشل والإحباط وذلك بسبب إعاقته البصرية والتي تشكل سبب في تدني أدائه مقارنة بالعاديين . (محمود شقير، 2006، 89)

ويذكر كذلك (عبد الرحمان سليمان) أن الاعاقة البصرية تتيح المجال لظهور سمات شخصية وجسمية غير سوية، ويشمل ذلك شكل العين بعد الكف البصر، وطريقة مشية المكفوف، أو مد يديه أو رأسه للأمام أو تحذب ظهره. (سليمان، 2001، 73)

ويعد الأمن النفسي المصدر الأول لإحساس الطفل بالثقة في ذاته وفي من حوله والوالدين هما المصدر الأساسي لأحساس الطفل بالأمن النفسي، وإن قصوره عن الرؤية يجعله أدنى في مستوى الخبرات التي يحصل عليها في البيئة التي يعيش فيها من مستوى المبصر، لذا فهذا القصور يجعله لا يدرك الأشياء المحيطة به إلا الإحساسات التي تأتيه عن طريق الحواس التي يمتلكها، فيكون إحساسه بالأمن النفسي منخفض، وهذا ما جاء به (روبرت) في الإتجاه الإنساني على أنه وضع الحاجة للأمن كحاجة أولى لأنسان وتظهر أهميتها في أثرها في باقي الحاجات معتبرها أنها تشمل شعور الفرد بالطمأنينة والإستقرار والحماية والتحرر من الخوف والقلق، ودليل ذلك حصول جميع أفراد العينة على صورة جسم موجبة، في حين تتراوح مستويات أفراد العينة للأمن النفسي بين منخفض ومرتفع.
(الحارث وسيسالم، 2006، 160)

وكذلك دراسة (وفاء علي سليمان عقل، 2009) التي توصلت لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مستوى الأمن النفسي لدى طلاب المرحلة الإعدادية والثانوية المعاقين بصريًا، وترى الباحثة أن هذه النتيجة قد ترجع إلى تشابه الظروف التي

يمر بها كل من الذكور والإناث من حيث المناخ المدرسي (مناهج وأساليب تربوية وتعليمية ومدرسين وطرق تدريسية). (على سليمان عقل، 2009)

وتؤكد(هورني) في النظرية التحليلية على السياق الإجتماعي للنمو فالخبرات التي يتعرض لها الفرد هي التي تحدد نمط الشخصية كما أنها قد تخلق أنماط مختلفة من الصراع وهذا قد يظهر شعور الفرد بالقلق وعدم الطمأنينة التي ترجع الى نمط شخصية الفرد كالشخصية المنعزلة والضعيفة والتي تتكون نتيجة تعارض العلاقات المبكرة للنمو الداخلي عند الطفل وتخلق حاجات متناقصة نحو الناس، وكذلك (سكينر) فيعتقد أن التعزيزات التي يواجهها الفرد في البيئة بشكل عشوائي والتي لا يمكن التنبأ بها تؤدي الى العصاب.
(ورد في الزراد،2005، 22)

أما (فروم) فيذهب في تفسيره للأمن النفسي الى الجانب الإجتماعي ويركز على شعور الطفل بالأمن والإنتماء، ويرى أن هذا يتحقق من خلال التوحد مع الوالدين والإعتماد عليهم أما حالة الإنفصال فإنها تمثل تهديد لكيانه وهدما لشعوره بالأمن وباعثا على الخطر والشعور بالعجز والقلق. .(ورد في الصنيع،1993، 38- 39)

ودراسة(السهيلي2004) التي أكدت على وجود علاقة سالبة بين الأمن النفسي والتحصيل الدراسي، وهذا ما تعارضه كذلك دراسة (الخضري،2003) التي توصلت الى وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الأمن النفسي وقوة الأنا.
(ورد في على سليمان عقل، 2009، 108)

2- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الثانية

تنص الفرضية الجزئية الثانية في الدراسة الحالية على أنه "لا توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين الإناث".

ولمعرفة تحقق هذه الفرضية أو عدم تحققها، يتم أولا عرض النتائج الفرضية الجزئية الثانية في الدراسة، والمتمثلة في درجات أفراد العينة في مقياس صورة الجسم والأمن النفسي ومن ثم يتم عرض نتائج إختبار الدلالة الإحصائية للنتائج الكلية لأفراد العينة في الفرضية الجزئية الثانية.

ويتم فيما يلي عرض نتائج أفراد العينة (الإناث) على مقياس صورة الجسم والأمن النفسي:

جدول (21): يوضح درجات الأفراد العينة(الإناث)على مقياس صورة الجسم ومقياس الأمن النفسي					
الرقم	صورة الجسم	الأمن النفسي		الرقم	صورة الجسم	الأمن النفسي
01	90	56		10	107	67
02	99	64		11	82	57
03	76	60		12	95	62
04	110	62		13	97	58
05	98	54		14	102	64
06	100	51		15	93	59
07	74	50		**المجموع**	**1416**	**883**
08	91	57		**المتوسط الحسابي**	**93.40**	**58.86**
09	102	62				

ومن خلال هذا الجدول يمكن القول أن إستجابة أفراد العينة لبنود مقياس صورة الجسم ومقياس الأمن النفسي كانت كالتالي: حيث أن في مقياس صورة الجسم تتراوح درجاتهم ما بين (74- 110)، وحصل فرد رقم 7 من أفراد العينة على صورة جسم سالبة في حين حصل جميع أفرد العينة ما عدا المذكور سابقا على صورة جسم موجبة مثال على ذلك الأفراد :3_5_11_12_19 .

أما في مقياس الأمن النفسي فكانت درجات أفراد العينة ما بين (50-67)، فقد حصل كل من الأفراد: 6_7 على درجة منخفضة، بينما حصل جميع أفراد العينة على درجات مرتفعة في مقياس الأمن النفسي ماعدا المذكورين مسبقا، ومثال على ذلك الأفراد:1_2 _5_6_ 10 _14_15.

أما توزيع أفراد العينة (الإناث) حسب مقياس صورة الجسم، الى أفراد ذوي صورة جسم موجبة، وأفراد ذوي صورة جسم سالبة، فنذكره في الجدول الآتي:

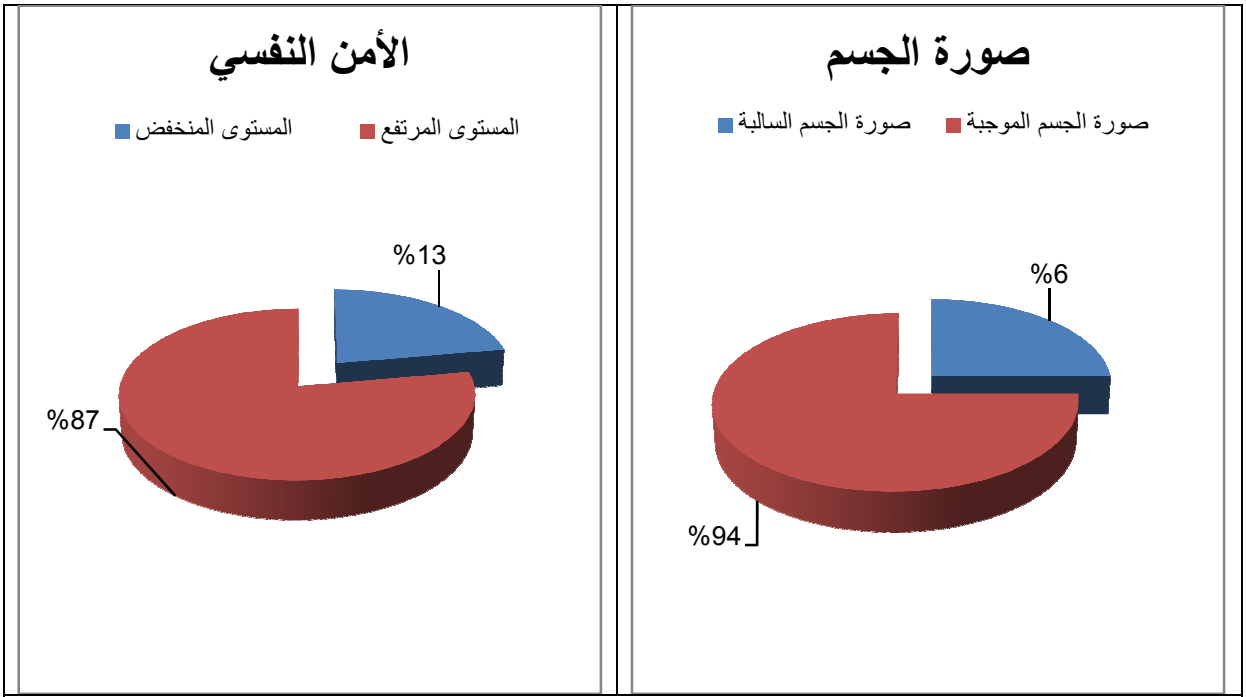
جدول (22):يبين تصنيف أفراد العينة (الأناث) حسب صورة الجسم السالبة والموجبة			
صورة الجسم	**أفراد العينة**	**العدد**	**النسبة المئوية**
السالبة	_7_	1	%6.66
الموجبة	كل أفراد العينة ماعدا المذكور سابقا	14	%93.33
المجموع	15	15	%100

ويتبين من خلال هذا الجدول أنه حصل فرد واحد فقط من الإناث على صورة جسم سالبة بنسبة 6.66%، بينما أخذ جميع الأفراد من الإناث ما عدا المذكورين سابقا صورة جسم موجبة، بنسبة 93.33%، بمعنى أن نسبة الإناث ذوي صورة جسم موجبة أكثر من نسبة من لهم صورة جسم سالبة في فئة الإناث.

وفيما يلي جدول يوضح تصنيف أفراد العينة (الإناث) حسب مستويات مقياس الأمن النفسي، بحيث يتم تصنيف درجاتهم الى مستويين (منخفض، مرتفع):

جدول (23): يوضح تصنيف أفراد العينة (الإناث) حسب مستويات الأمن النفسي			
الأمن النفسي	**أفراد العينة**	**العدد**	**النسبة المئوية**
المستوى المنخفض	7_6	2	%13.33
المستوى المرتفع	كل أفراد العينة ماعدا المذكور سابقا	13	%86.66
المجموع	15	15	%100

ويتبين من خلال هذا الجدول أنه حصل فردين فقط من الإناث على مستوى منخفض للأمن النفسي بنسبة13.33%، بينما أخذ جميع الأفراد من الإناث ما عدا المذكورين سابقا على مستوى مرتفع لأمن النفسي بنسبة 86.66%، وبمعنى أن نسبة الإناث ذوي المستوى المرتفع للأمن النفسي أكثر من نسبة من لهم مستوى منخفض في فئة الإناث. وهو ما سيوضحه الشكل الموالي:



شكل رقم(18): يوضح مستويات صورة الجسم والأمن النفسي لأفراد العينة (الإناث)

وفيما يلي عرض لنتائج حساب معامل الإرتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة(الإناث) في مقياس صورة الجسم وبين درجاتهم في مقياس الأمن النفسي.(الملحق رقم08)

جدول (24): نتائج معامل الارتباط بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى الإناث

الإناث	العينة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	معامل بيرسون	مستوى الدلالة	القرار
صورة الجسم	15	93.40	10.30	0.55	0.03	دالة
الأمن النفسي		58.86	4.85			

يتضح من خلال الجدول الإحصائي السابق أن مستوى دلالة (ر) يساوي 0.55 وبما أن مستوى الدلالة يساوي 0.03 وهو أصغر تماما من 0.05، ومنه توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين صورة الجسم والأمن النفسي.

ومنه لم تتحقق الفرضية الثانية في الدراسة الحالية والتي تنص على أنه:

"لا توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين الإناث"

وأظهرت النتائج على وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين الإناث، ويمكن تفسير ذلك بأن الإعاقة البصرية وما تفرضه من قيود على حياة الإنسان سواء كانت قيودا تتعلق بتنوع المعلومات التي يحصل عليها، أم قيودا تتعلق بالحركة والإستكشاف، أم قيودا تتعلق بالسيطرة على البيئة، تجعله يسعى للخروج من مجتمعه الضيق والإندماج مع المبصرين المحيطين به حتي يشعر بالإنتماء إليهم، ويقدر على التفاعل معهم، مما يحقق له إشباع حاجاته الشخصية والإجتماعية والعقلية وغيرها وبما أن هذه العينة تتكون من مجموعة من الإناث المراهقات، فإنه بطبع سوف يضع لها المجتمع حدود أو قيود بأحر كأي أنثي عادية، فما بالك بأنثى مكفوفة سوف تؤدي بها هذا الإيطار الذي وضعها لها المجتمع الى محدودية الخبرات والمعلومات المكتسبة، بسبب الحماية الزائدة لكون أنثى من جهة ومن جهة أخرى لكونها مكفوفة، مما يحد من تنمية ذاتها وإثبات نفسها في مجالات أخرى، فتجعل من صورة جسمها شيء رئيسي ذو قيمة عالية فيؤثر في أمنها النفسي بصفة مباشرة، بغض النظر عن المجالات التي تجعلها الإعاقة مستحيلة أو بعيدة المدى، وأن أهم ما يحتاجه المكفوف لشعوره بالأمن والكفاية وهو إتاحة الفرصة للإستقلالية والإبتعاد أيضا عن الحماية بشكل زائد، وإعطائه فرص التنافس والشعور بالنجاح .

وبالإضافة الى مشكلات القيود المجتمعية والإعاقة البصرية مشكلات المراهقة التي تعتبر أكثر تأثر بالإناث من الذكور لطبيعة الشخصية الهشة والحساسة والإضطرابات الهرمونية للأنثى، لأنهن لم يكتملن شخصيتهن بعد _ بالتذكير أن سن العينة أقل من 19 سنة_ ولم يتخطو بعد مرحلة المراهقة بكل ما فيها من تغيرات جسمية وإنفعالية وغيرها، مما تؤثر على إدراك الأنثى المكفوفة لجسمها، ويترتب عن ذلك من رضا أو عدم رضا وقبول أو عدم قبول ذلك الجسم، مما تؤدي بها الى تأثيرات نفسية تجعل من حالتها مزاجية وتجعلهن أكثر عرضة وقابلية للشعور بالحزن والإكتئاب أكثر من الذكور، ويكون هذا الإضطراب سوء التوافق وعدم الإتزان الإنفعالي والمعاناة والميل للعزلة وتجنب الآخرين والوقوع في الآلام

والشعور بالإكتئاب، وهذا كله من شأنه أن يهدد أمن المكفوفة النفسي مما يجعله غير مستقر وثابت.

وهذا ما جاء في النظرية المعرفية على أن السلوك الإنساني لأجل أن يفهم لابد من دراسة إدراك الفرد لذاته و لبيئته، والفروق الفردية ترجع لتباين عمليات الإدراكية بين الأفراد أي كيف يدرك كل منهم ذاته وبيئة، أي أن الفرد له إدراك خاص يمكنه من أن يسيطر عليه، ويأكدون على أهمية التقييمات المعرفية في الشعور وعدم الشعور بالأمن مقللين من دور المحددات الولادية. (الحارث وسيسالم، 2006، 154)

ويرى (Eklnnd, Bianco, 2000, 193) أن البلوغ و السمات الأخرى من النضوج الجسمي في المراهقة تزيد مشاعر الارتباك و الرهبة، و هذه التغيرات البيولوجية تجعل الأمر صعبا على نمو الأنثى بالذات لتواجه تعامل مع جسمها في مجتمع جسم الأنثى فيه مستغل.(ورد في الأشرم، 2008، 147)

ودراسة (Broughton Cleveland ، 1999) التي أظهرت أن الإناث المراهقات أقل رضا عن صورة أجسامهن من المراهقين الذكور، ودراسة (دافيسون،2005) التي أشارت الى أن مخاوف صورة الجسم أكثر شيوعا للنساء من الرجال، وهذا ما عارضته دراسة (أندرسون1997) في أن خصائص الجسم (مثل نعومة الجلد .....إلخ) أكثر تأثيرا في صورة الجسم عن الحجم والشكل لدى النساء الكفيفات مقارنة بالنساء العاديات، كما أنه لا توجد فروق بين النساء الكفيفات والعاديات في الإدراك الحسي لصورة الجسم، وكذلك دراسة (لبنى برجس الوجيدي، 2012)التي أظهرت نتائجها على وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث بالنسبة للحكم الخلقي لدى أفراد العينة المراهقين، والفروق لصالح الإناث.

(ورد في الأشرم، 2008؛ نزيهة وآخرون، 2013، 37-38)

وكذلك ما أكدته دراسة (على سليمان عقل، 2009) على وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الأمن النفسي ومفهوم الذات لدى المعاقين بصريا في حين تنفي وجود فروق في مستوى الأمن النفسي تعزي متغير الجنس. (على سليمان عقل، 2009)

3- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الثالثة

تنص الفرضية الجزئية الثالثة في الدراسة الحالية على أنه "لا توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين ذوي الإعاقة الفطرية".

ولمعرفة تحقق هذه الفرضية أو عدم تحققها، يتم أولا عرض النتائج الفرضية الجزئية الثالثة في الدراسة، والمتمثلة في درجات أفراد العينة في مقياس صورة الجسم والأمن النفسي ومن ثم يتم عرض نتائج إختبار الدلالة الإحصائية للنتائج الكلية لأفراد العينة في الفرضية الجزئية الثالثة.

ويتم فيما يلي عرض نتائج الأفراد (ذوي الإعاقة الفطرية) على مقياس صورة الجسم والأمن النفسي:

جدول (25): يوضح درجات الأفراد العينة(ذوي الإعاقة الفطرية)على مقياس صورة الجسم ومقياس الأمن النفسي					
الرقم	صورة الجسم	الأمن النفسي		الرقم	صورة الجسم	الأمن النفسي
01	94	51		15	98	66
02	79	53		16	92	58
03	105	58		17	102	66
04	107	62		18	106	64
05	104	62		19	110	62
06	89	48		20	99	55
07	103	61		21	107	63
08	99	64		22	82	57
09	98	54		23	95	62
10	100	51		24	97	58
11	74	50		25	102	64
12	91	57		**المجموع**	**2439**	**1464**
13	103	57		**المتوسط الحسابي**	**97.44**	**58.56**
14	103	61				

ومن خلال هذا الجدول يمكن القول أن إستجابة أفراد العينة لبنود مقياس صورة الجسم ومقياس الأمن النفسي كانت كالآتي: حيث أن درجاتهم على مقياس صورة الجسم كانت ما بين (74–107)، فقد حصل فرد واحد من أفراد العينة على صورة جسم سالبة وهو رقم 11، في حين حصل جميع أفراد العينة على صورة جسم موجبة ما عدا المذكور سابقا.

أما في مقياس الأمن النفسي فقد كانت درجاتهم ما بين (48–66)، فقد حصل كل من الأفراد:1_6_10_11 على درجات منخفضة للأمن النفسي، بينما حصل كل أفراد العينة على درجات مرتفعة في مقياس الأمن النفسي ماعدا المذكورين سابقا، ومثال على ذلك الأفراد: 3_ 5_9_17_19 _24_25.

أما توزيع أفراد العينة ذوي الإعاقة الفطرية حسب مقياس صورة الجسم، الى أفراد ذوي صورة جسم موجبة، وأفراد ذوي صورة جسم سالبة، فنذكره في الجدول الآتي:

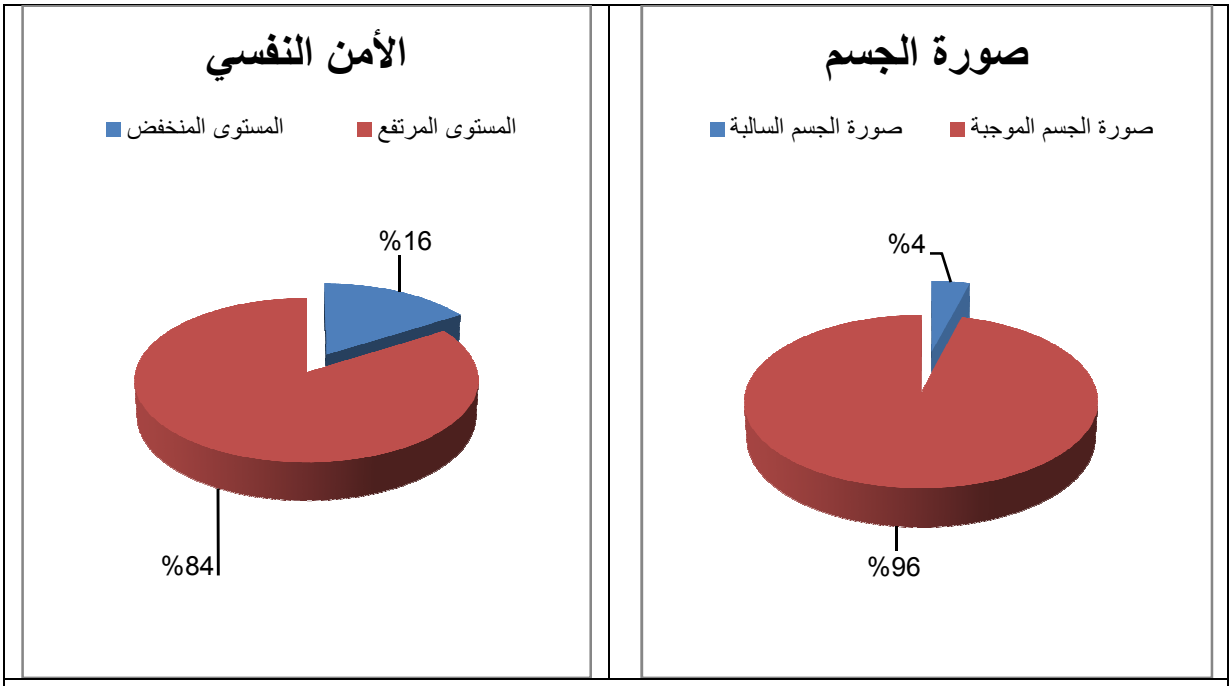
جدول (26): يوضح تصنيف أفراد العينة (ذوي الإعاقة الفطرية) حسب صورة الجسم السالبة والموجبة			
صورة الجسم	أفراد العينة	العدد	النسبة المئوية
السالبة	_11_	1	%4
الموجبة	كل أفراد العينة ماعدا المذكور سابقا	24	%96
المجموع	25	25	100%

ويتبين من خلال هذا الجدول أنه حصل فردا واحدا فقط من ذوي إعاقة فطرية على صورة جسم سالبة بنسبة 4%،، بينما أخذ جميع الأفراد ذوي إعاقة فطرية ما عدا المذكور سابقا صورة الجسم موجبة، بنسبة 96%، وبمعنى أن نسبة أفراد ذوي الإعاقة الفطرية ذات صورة الجسم الموجبة أكثر من نسبة من لهم صورة الجسم سالبة في نفس فئة.

وفيما يلي جدول يوضح تصنيف أفراد العينة ذوي الإعاقة الفطرية حسب مستويات مقياس الأمن النفسي، بحيث يتم تصنيف درجاتهم الى مستويين (منخفض، مرتفع):

جدول (27): يوضح تصنيف أفراد العينة (ذوي الإعاقة الفطرية) حسب مستويات الأمن النفسي			
الأمن النفسي	أفراد العينة	العدد	النسبة المئوية
المستوى المنخفض	11_10_6_1	4	%16
المستوى المرتفع	_16_15_14_13_12_9_8_7_5_4_3_2 25_24_23_22_21_20_19_18_17	21	%84
المجموع	25	25	%100

ويتبين من خلال هذا الجدول أنه حصل أربعة أفراد من ذوي الإعاقة الفطرية على مستوى منخفض للأمن النفسي، وكانت نسبتهم 16%، بينما أخذ (21) فردا من ذوي الإعاقة الفطرية مستوى مرتفع للأمن النفسي بنسبة 84%، وبمعنى أن نسبة أفراد ذوي الإعاقة الفطرية ذات المستوى المرتفع للأمن النفسي أكثر من نسبة من لهم مستوى منخفض في نفس الفئة. وهو ما سيوضحه الشكل الموالي:



شكل رقم(19): يوضح مستويات صورة الجسم والأمن النفسي لأفراد العينة ذوي الإعاقة الفطرية

وفيما يلي عرض لنتائج حساب معامل الإرتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة(ذوي الإعاقة الفطرية) في مقياس صورة الجسم وبين درجاتهم في مقياس الأمن النفسي. (الملحق رقم08)

جدول (28): نتائج معامل الارتباط بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين ذوي الإعاقة الفطرية

ذوي الإعاقة الفطرية	العينة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	معامل بيرسون	مستوى الدلالة	القرار
صورة الجسم	25	97.44	8.96	0.51	0.00	دالة
الأمن النفسي		58.56	5.20			

يتضح من خلال الجدول الإحصائي السابق أن مستوى دلالة (ر) يساوي 0.51 وبما أن مستوى الدلالة يساوي 0.00 وهو أصغر تماما من 0.05، ومنه توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين صورة الجسم والأمن النفسي.

ومنه لم تتحقق الفرضية الثالثة في الدراسة الحالية والتي تنص على أنه:

"لا توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين ذوى الإعاقة الفطرية".

وأظهرت النتائج على وجود علاقة بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين ذوي الإعاقـة الفطريـة، حيث معظم أفراد العينة كانوا يمتازون بصورة جسم موجبة وأمن النفسي مرتفع، ويمكن تفسير ذلك بأن المعاقين فطريا ربما يكونون أكثر توافق وتكيفا مع الإعاقة البصرية، وأكثر رضا عن صورة أجسامهم، نظرا لأن المعاقين فطريا يسخرون حواسهم المتبقية منذ الصغر ويدربونها بشكل متواصل كبدائل لحاسة الإبصار ويتكيفون مع إعاقتهم كأمر واقع، وهذا الرضا والتكيف والتوافق يزيد من إستقرار الأمن النفسي لدى المكفوف الفطري، لأن الحاجة للأمن النفسي للمكفوف من أهم حاجات الأساسية، ومن جهة أخرى إدراك المكفوف بأن كل المحيطين به مثله و يشبهونه نظرا لكون الإعاقة فطرية ، مما يجعل أمنه النفسي مستقرا ومرتفعا. وكذلك النتشئة الإجتماعية والإتجاهات الوالدية التي تلعب دورا كبيرا في إدراك المكفوف لصورة جسمه، فتعليقات المبصرين المحيطين به عن شكله وجسده تشكل إنطباعاته وتصوراته عن صورة جسمه، حيث تعمد صورة الجسم على تقبل البيئة الإجتماعية لصورة الفرد الجسمية سواء من الوالدين أو الأقران أو المعلمين أو وسائل الإعلام، أي أن شعور المكفوف بالتقبل من طرف المحيطين به يزيد من شعوره بالأمن النفسي والطمأنينة النفسية. وأيضا ما أكد عليه (ستايس) أن الضغوط الأسرية ليست وحدها التي تروج لإضطراب صورة الجسم، أيضا ضغط الأقران يؤثر على صورة جسم الشخص فالضغط المدرك من الأقران للوصول إلى النحافة ينبئ بعدم الرضا عن الجسم .
(stice, 2002, 105)

وإستنتج (جروجان، 1999) من عدة دراسات أن صورة الجسم تتأثر بالعديد من العوامل (الأسرة والأصدقاء والمعلم والأقران والمجتمع). (jnliesparhank,2003,8)

فالمكفوفين لا يستطيعون النظر الى أنفسهم في المرايا ليتأكدوا من أن مظهرهم حسن فهم يعتمدون على المحيطين بهم كمرايا لهم، ولذلك تسهم الأسرة والأقران والمعلمين والمجتمع ككل إسهاما خاصا في تشكيل صورة الجسم لمكفوف وإدراكه لها، فالمعلومات

والمعارف والأفكار التي تقدم للمكفوف من المحيطين به تمثل جوهر نمو صورة الجسم وإرتفاع الأمن النفسي لديه و التي تؤثر إتباعا على مجموع المهارات المرتبطة بالحياة اليومية.

وهذا ما أكده (أدلر) على أن الإنسان يحركه الشعور الإجتماعي المتمثل بمشاعر التماهي مع البشر والمشاعر الأخوية إضافة الى ذلك فإنه يعتبر كل شخص صياغة فريدة من الدوافع والسمات والإهتمامات، فالشخص حسب أدلر هو الذي تكون غايته الشعورية مطابقة للواقع على عكس العصابي الذي يسطر أهداف وأهمية فيعيش في جو يفتقر الى الأمن والإطمئنان على أساس أن وضوح الغاية جوهر الفكر الذي يوقض الشعور الإجتماعي.(ورد في وهبي وأبو شهدة،1997، 41)

وكذلك دراسة (حازم محمد شحادة، 2011) على أن النتائج أظهرت أن أكثر من ثلثي العاملين في مؤسسات رعاية المكفوفين ليسوا من الأشخاص الذين لديهم إعاقة بصرية بنسبة (74,7%) في حين الذين لديهم إعاقة بصرية بنسبة(26%) وذلك نتيجة ضعف التقبل الإجتماعي لهاته الفئة، ودراسة (يونسي تونسية، 2012)على أنه توجد علاقة ارتباطيه بين تقدير الذات العائلي والتحصيل الدراسي لدى عينة المراهقين المبصرين، وتوجد علاقة ارتباطيه بين تقدير الذات الكلي (الرفاقي، العائلي، المدرسي) والتحصيل الدراسي لدى عينة المراهقين المكفوفين.(ورد في نزيهة وآخرون، 2013، 33-35؛ تونسية، 2012)

وفي حين عارض (فرويد) ما سبق في النظرية التحليلية على أن الشعور بالأمن هو نتيجة للحرمان والكبت في الطفولة وبسبب تثبيت الفرد على أدوار معينة أثناء عملية النضج. (ورد في الصنيع، 1993، 27)

وبما أن الإعاقة البصرية تفرض قيودا على التنقل والحركة ومحدودية في الخبرات وإحتمالية التعرض للمخاطر دون تدريب، وتفرض عليه إعتمادية من مستوى يفوق ذلك لدى الطفل المبصر، وقد تعرضه للحماية أسرية زائدة ومن شأن ذلك كله أن يهدد مشاعر الكفاية والأمن لدى المكفوف، وبما أن المكفوف فطريا كما ذكرنا سابقا أكثر توافق وتدريب لحواسه الأخرى قد يتجاوز هذه القيود لحد ما _ حسب كل حالة بطبع _ وذلك نظرا لسن الإعاقة المبكر يتم تدريبهم بشكل أكثر على التعرف والتنقل والإستكشاف والإنتقال الى البيئات

المجهولة، وهذا كله يؤدي الى تكوين صورة جسم إيجابية لدى المكفوف الفطري، وإذا كون المكفوف صورة إيجابية عن ذاته فبطبع تؤدي به الى الراحة النفسية والإستقرار النفسي.

وقد إستنبط (وليم بلاتر) نظريته في الأمن النفسي من خلال ملاحظة في نمو الأطفال فالطفل حسبه يولد بمشتهيات فطرية كالجوع والعطش والراحة تتطلب الإشباع وعند تعرضها لقوائق فإن الطفل بطريقة إتكالية عندما يستعين بالآخرين محققا الآمان الإتكالي معتقدا أن الأشخاص يعتمد عليهم موجودون دائما، فلذا يجب أن يصل الفرد الى الأمان المستقبل ليصل الى النمو الناضج والذي يتطلب مهارات جديدة تمكنه من الإستقلال عن الآخرين. (ورد في الحارث وسيسالم، 2006، 156)

ووفقا ما جاء به (بافلوف) في النظرية السلوكية فإن عدم الشعور بالأمن النفسي هو حصيلة أنواع خاطئة من الروابط بين المنبهات والإستجابات أو أنواع خاطئة من التعزيزات وطبقا لمبدأ الإقتران الشرطي فإن الفرد يتعلم الخبرات السارة والمؤلمة.
(المنظمة الكشفية العربية، 2004، 49)

وما ذكره عبد المطلب القريطي (2005، 368) من أن الأشخاص الذين يصابون بعمى مبكر ربما يكونون أكثر توافقا على المستويين الشخصي والإجتماعي، وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (سيد صبحي 1996) التي أشارت الى تحسن إدراك المكفوفين ولاديا لصورة أجسامهم ونمو مهارة التوجه والحركة في سن الحضانة، كما أشارت دراسة (مجدي وكوك،1999) الى أن التلاميذ المكفوفين ولاديا أكثر إصابة بالتشوهات القوامية.
(القريطي،2005، 368؛ سيد صبحي 1996؛ وكوك، 1999)

4- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الرابعة

تنص الفرضية الجزئية الرابعة في الدراسة الحالية على أنه "لا توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين ذوي الإعاقة المكتسبة".

ولمعرفة تحقق هذه الفرضية أو عدم تحققها، يتم أولا عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة في الدراسة، والمتمثلة في درجات أفراد العينة في مقياس صورة الجسم والأمن

النفسي، ومن ثم يتم عرض نتائج إختبار الدلالة الإحصائية للنتائج الكلية لأفراد العينة في الفرضية الجزئية الرابعة.

ويتم فيما يلي عرض نتائج أفراد ذوي الإعاقة المكتسبة على مقياس صورة الجسم والأمن النفسي:

جدول (29): يوضح درجات الأفراد العينة(ذوي الإعاقة المكتسبة)على مقياس صورة الجسم ومقياس الأمن النفسي

الرقم	صورة الجسم	الأمن النفسي		الرقم	صورة الجسم	الأمن النفسي
01	98	65		08	98	59
02	76	60		09	105	66
03	90	56		10	93	59
04	104	60		11	108	65
05	107	67		**المجموع**	**1085**	**676**
06	102	62		**المتوسط الحسابي**	**98.54**	**65.72**
07	104	57				

ويظهر من خلال هذا الجدول إستجابة أفراد العينة على بنود مقياسي صورة الجسم والأمن النفسي كالتالي: حيث أن درجاتهم على مقياس صورة الجسم تتراوح بين (76-108)، فلم يحصل أي فرد من أفراد العينة على صورة جسم سالبة، في حين حصل جميع أفراد العينة على صورة جسم موجبة، ومثال على ذلك الأفراد 1_3_5_9_11.

أما على مقياس الأمن النفسي فكانت درجاتهم بين (56-67)، وكذلك لم يحصل أي فرد على مستوى منخفض، في حين حصلوا كلهم على مستوى مرتفع للأمن النفسي ومثال على ذلك الأفراد 1_2_4_5_7_10.

أما توزيع أفراد العينة ذوي الإعاقة المكتسبة حسب مقياس صورة الجسم، الى أفراد ذوي صورة جسم موجبة، وأفراد ذوي صورة جسم سالبة، فنذكره في الجدول الآتي:

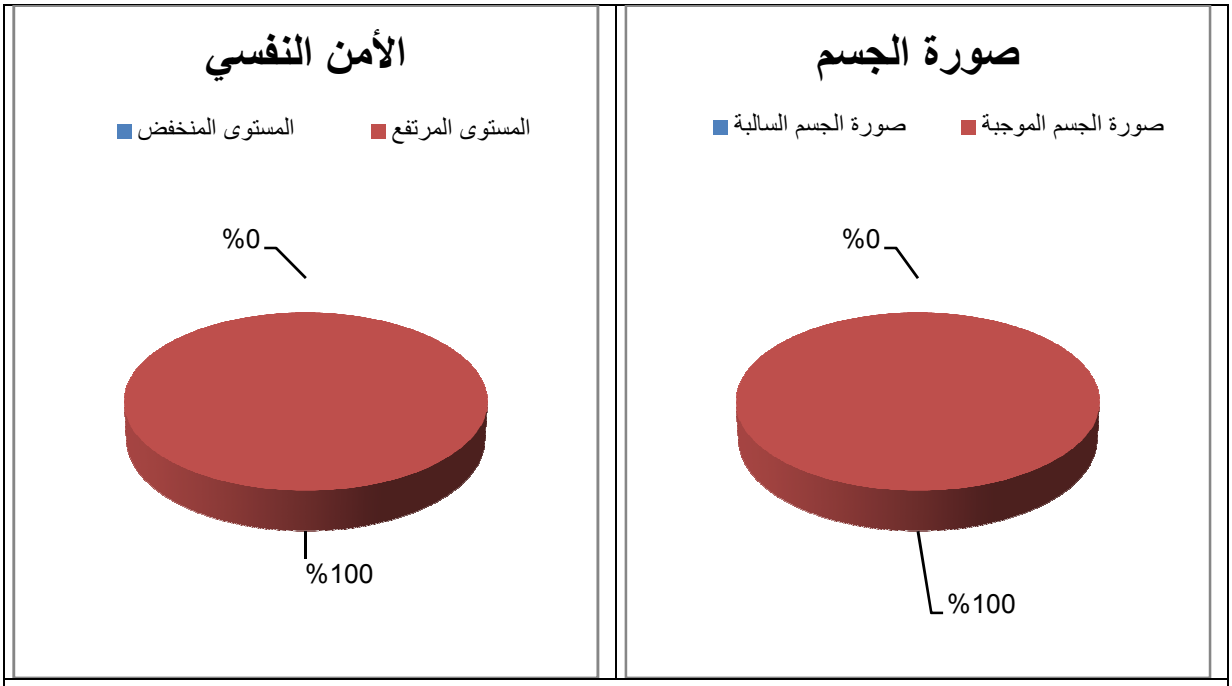
جدول (30):يوضح تصنيف أفراد العينة (ذوي الإعاقة المكتسبة) حسب صورة الجسم الموجبة والسالبة			
صورة الجسم	**أفراد العينة**	**العدد**	**النسبة المئوية**
السالبة	لا يوجد	0	/
الموجبة	كل أفراد العينة	11	100
المجموع	11	11	100

ويتبين من خلال هذا الجدول أنه لم يحصل أي فرد من عينة الأفراد ذوي الإعاقة المكتسبة على صورة جسم سالبة، بينما أخذ جميع أفراد العينة على صورة جسم موجبة بنسبة 100%، بمعنى أن أفراد ذوي الإعاقة المكتسبة يتميزون بصورة جسم موجبة.

وفيما يلي جدول يوضح تصنيف أفراد العينة ذوي الإعاقة المكتسبة حسب مستويات مقياس الأمن النفسي، بحيث يتم تصنيف درجاتهم الى مستويين (منخفض، مرتفع):

جدول (31):يوضح تصنيف أفراد العينة (ذوي الإعاقة المكتسبة) حسب مستويات الأمن النفسي			
الأمن النفسي	**أفراد العينة**	**العدد**	**النسبة المئوية**
المستوى المنخفض	لا يوجد	0	/
المستوى المرتفع	كل أفراد العينة	11	100
المجموع	11	11	100

ويتبين من خلال هذا الجدول أنه لم يحصل أي فرد من عينة الأفراد ذوي الإعاقة المكتسبة على مستوى منخفض للأمن النفسي، بينما أخذ جميع أفراد العينة على مستوى مرتفع لأمن النفسي، بنسبة 100%، بمعنى أن أفراد ذوي الإعاقة المكتسبة يتميزون بمستوى أمن نفسي مرتفع. والشكل التالي يوضح ذلك:



شكل رقم(20): يوضح مستويات صورة الجسم والأمن النفسي لعينة ذوي الإعاقة المكتسبة

وفيما يلي عرض لنتائج حساب معامل الإرتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة(ذوي الإعاقة المكتسبة) في مقياس صورة الجسم وبين درجاتهم في مقياس الأمن النفسي. (الملحق رقم08)

جدول (32): نتائج معامل الارتباط بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين ذوي الإعاقة المكتسبة

ذوي الإعاقة المكتسبة	العينة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	معامل بيرسون	مستوى الدلالة	القرار
صورة الجسم	11	98.54	9.51	0.34	0.29	دالة
الأمن النفسي		65.72	13.16			

يتضح من خلال الجدول الإحصائي السابق أن مستوى دلالة (ر) يساوي 0.34 وبما أن مستوى الدلالة يساوي 0.29 وهو أكبر تماما من 0.05، ومنه لا توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين صورة الجسم والأمن النفسي.

ومنه تحققت الفرضية الرابعة في الدراسة الحالية والتي تنص على أنه:

"لا توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين ذوي الإعاقة المكتسبة ".

أظهرت النتائج عدم وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين ذوي الإعاقة المكتسبة، وذلك يرجع الى عملية التنشئة الإجتماعية بالمكفوف وخاصة الإتجاهات الوالدية والبيئة الإجتماعية، المساهمة في تكوين الشخصية لديه، حيث يتكون لديه مفهوم إيجابي أو سلبي عن جسمه، والمتمثلة في مساعدته على التكييف والتوافق مع بيئته منذ إصابته بكف البصر، وكذلك الإتجاهات الإيجابية وحسن المعاملة الوالدية سبب مباشر للإرتفاع قيمة الذات، فإدراك المكفوف لحسن معاملة والديه ورعايتهما له وإهتمامهما به وإشباع حاجاته النفسية وحضورهما النفسي يجعله يشعر بأنه محبوب ومرغوب فيه بالتي بدورها تساعد المكفوف على تجاوز وتقبل إعاقته، وتقييم الوالدين لجسم طفلهما يترك إنطباعا طويل المدى على تقدير ذات ذلك الفرد، فقد أجرى (بيرس وواردل) دراسة كشفت أن الأباء كانوا أكثر رغبة في وصف الأولاد بالنحافة والبنات بالبدانة وهذه الرسائل من الأباء أو المشرفين الأخرين تنتقل إلى الأطفال والمراهقين.
(pierce, 1993,11-25)

كما أكد (وينيكوت) أن الإحساس بقيمة الجسم كانت له أصوله في الطفولة من خلال ثلاث وظائف دائمة المعاملة و الصورة المرآوية التي تحملها الأم، و إعطاء الحماية للطفل الرضيع والإحساس بالأمن. (Hans staffan,1999,11)

ومنه فآراء المبصرين المحيطين بالمكفوف المكتسب للإعاقة نحو صورة جسمه تحدد فكرته وتصوره ورضاه أو عدم رضاه عن صورة جسمه، ويتساوى في ذلك أصحاب الكف الفطري، فالفرق بينهما فرق في عمر الإصابة بفقد البصر ويتساوون في كم المعلومات عن أنفسهم، وفكرتهم عن صورة أجسامهم، وهذه النتيجة تؤكد أن صورة الجسم لدى المكفوفين ليست مرتبطة بالإعاقة البصرية في حد ذاتها، وإنما مرتبطة بعمر المكفوف، بحيث أنه لا يتساوى مفهوم صورة الجسم لفاقد البصر في السنوات الأولى من حياته كفاقد البصر في سنوات متقدمة من العمر، حيث أنه في السنوات الأول يكون تقبله للإعاقة وتكوين صورة

جسمية لديه أسرع من مكتسبها في سنوات متقدمة من العمر. ويمكن أن تكون هذه النتيجة لعدم مصداقية أفراد العينة في الإيجابة على بنود المقاييس الدراسة وذلك لقوة آليات الدفاع لديهم التي تجبرهم على إظهار محاسنهم وتقبلهم للإعاقة.

أما (فروم) في النظرية التحليلية فيذهب في تفسيره للأمن النفسي الى الجانب الإجتماعي ويركز على شعور الطفل بالأمن والإنتماء، ويرى أن هذا يتحقق من خلال التوحد مع الوالدين والإعتماد عليهم أما حالة الإنفصال فإنها تمثل تهديد لكيانه وهدما لشعوره بالأمن وباعثا على الخطر والشعور بالعجز والقلق.(ورد في الصنيع،1993، 27)

وهذا كما ذكره (كابلان 2000) أن المكفوفين يتعلمون عن طريق الوصف اللغوي الكثير عن صورة أجسامهم ما يتعلمه أقرانهم العاديون عن طريق الملاحظة.إضافة الى ذلك إن المكفوف المكتسب للإعاقة بما يملكه من خبرات بصرية تساعده وتمكنه على تجاوز فترة تقبل الإعاقة وتجعله يتساوى مع المكفوف فطري الإعاقة مما يساعده على تنمية الثقة بالنفس والشعور بالأمن وإستغلال الحواس الأخرى قدر الإمكان لتنمية قدراته وإثبات ذاته والتي ترجع بدورها لبناء صورة جسم أيجابية للمكفوف. وكما أكدته دراسة(رضا إبراهيم محمد الأشرم،2008) على أنه لا توجد فروق بين متغير سن الإعاقة (ولادي/مكتسب) في صورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين، وهذا ما أكدته أيضا دراسة(لارسون وفراندين،2006) على الوصول الوظيفي بشكل ملحوظ لذوي المكفوف المكتسب للإعاقة الى نتائج جيدة على تمارين وعي الجسم والتدريب المبني على الرقص وعلى توازن وسرعة المشيء، وما توافقه دراسة (1996,etal,JONE,ROPERT) التي أظهرت نتائجها عن وجود علاقة بين عدم التمتع بالعلاقة الحميمة مع الوالدين والنقص في مستوى الشعور بالأمن، ووجود علاقة مباشرة مع زيادة أعراض مرض الإكتئاب، وإنعدام الأمن قد يؤدي الى ظهور أعراض مرض الإكتئاب في سن البلوغ من خلال إنخفاض مستوى تقدير الذات لدى البالغين.
(ورد في الأشرم، 2008، 85-89؛ ورد في على سليمان عقل، 2009، 110)

5- عرض ومناقشة الفرضية العامة

تنص الفرضية العامة في الدراسة الحالية على أنه "لا توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى عينة من المكفوفين".

ولمعرفة تحقق هذه الفرضية أو عدم تحققها، يتم أولا عرض النتائج للفرضية العامة في الدراسة، والمتمثلة في درجات أفراد العينة في مقياس صورة الجسم والأمن النفسي، ومن ثم يتم عرض نتائج إختبار الدلالة الإحصائية للنتائج الكلية لأفراد العينة في الفرضية العامة.

أما توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مقياس صورة الجسم، الى أفراد ذوي صورة جسم موجبة، وأفراد ذوي صورة جسم سالبة، ومقياس الأمن النفسي، فنذكره في الجدول الآتي:

جدول (33): يوضح تصنيف أفراد العينة الدراسة حسب صورة الجسم السالبة والموجبة

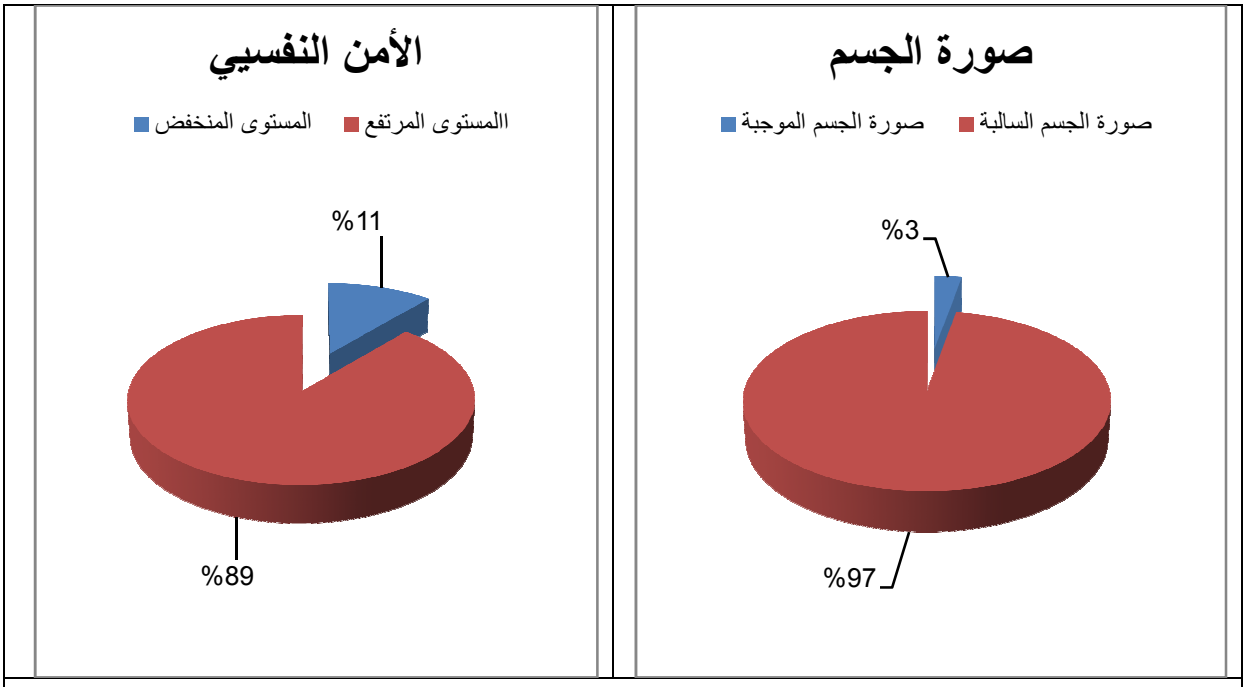
صورة الجسم	أفراد العينة	العدد	النسبة المئوية
السالبة	_28_	1	%2.77
الموجبة	كل أفراد العينة ماعدا المذكور سابقا	35	%97.22
المجموع	36	36	100

ويتبين من خلال هذا الجدول أنه حصل فرد واحد من أفراد العينة على صورة جسم سالبة، بينما أخذ جميع أفراد العينة على صورة جسم موجبة ما عدا المذكور سابقا، بنسبة 97.22%، بمعنى أن أفراد العينة أغلبهم يتميزون بصورة جسم موجبة.

وفيما يلي جدول يوضح تصنيف أفراد العينة الدراسة حسب مستويات مقياس الأمن النفسي، بحيث يتم تصنيف درجاتهم الى مستويين (منخفض، مرتفع):

جدول (34): يوضح تصنيف أفراد العينة الدراسة حسب مستويات الأمن النفسي			
الأمن النفسي	أفراد العينة	العدد	النسبة المئوية
المستوى المنخفض	28_27_7_1	4	%11.11
المستوى المرتفع	_16_15_14_13_12_11_10_9_8_6_5_4_3_2 _30_29_26_25_24_23_22_21_20_19_18_17 36_35_34_33_32_31	32	%88.88
المجموع	36	36	100

ويتبين من خلال هذا الجدول أنه حصل أربعة أفراد من عينة الدراسة على مستوى منخفض للأمن النفسي بنسبة 11.11%، بينما أخذ (32) فردا من العينة ما عدا المذكورين سابقا على مستوى مرتفع للأمن النفسي، بنسبة 88.88%، بمعنى أن أفراد عينة الدراسة أغلبهم يتميزون بالمستوى المرتفع للأمن النفسي. والشكل التالي يوضح ذلك:



شكل رقم (21): يوضح مستويات أفراد عينة الدراسة لصورة الجسم والأمن النفسي

وفيما يلي عرض لنتائج حساب معامل الإرتباط بيرسون بين درجات أفراد عينة الدراسة في مقياس صورة الجسم وبين درجاتهم في مقياس الأمن النفسي. (الملحق رقم08)

جدول (35): نتائج معامل الارتباط بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى أفراد العينة						
/	العينة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	معامل بيرسون	مستوى الدلالة	القرار
صورة الجسم	36	97.77	9.01	0.38	0.02	دالة
الأمن النفسي		60.75	8.90			

يتضح من خلال الجدول الإحصائي السابق أن مستوى دلالة (ر) يساوي 0.38 وبما أن مستوى الدلالة يساوي 0.02 وهو أصغر تماما من 0.05، ومنه توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين صورة الجسم والأمن النفسي.

ومنه لم تحقق الفرضية العامة في الدراسة الحالية والتي تنص على أنه:

"لا توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى عينة من المكفوفين ".

وأظهرت النتائج على وجود علاقة بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى عينة من المكفوفين، ومنه أظهرت الفرضية العامة في هذه الدراسة على وجود علاقة بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوف بصفة عامة، حيث تم دراستها من عدة جوانب، فمن ناحية المكفوفين الإناث وذوي الإعاقة الفطرية توصلت الى وجود علاقة بين المتغيرين السابقين في حين تنفي وجود علاقة من ناحية الذكور وذوي الإعاقة المكتسبة. ويرجع تفسيره على أن صورة الجسم التي يدركها الفرد عن جسمه تتعلق بتصور ومعرفته عن شكل وحجم ووزن ومظهر وأجزاء وحركة جسمه، فهي تمس الذات الجسمية التي هي جزء من الذات ككل وكذلك فإن إدراك الفرد الإيجابي لصورة جسمه ينعكس على تفاعله الإجتماعي مع الآخرين ويشعره بالكفاءة والقدرة والفعالية الإجتماعية، كما يجعله قادرا على مواجهة الآخرين والتأثر فيهم، فلا يخشى من سخرية الآخرين أو تعليقاتهم. وهذا ما تتفق عليه دراسة (محمد أنور،2001) حيث أنه أشار الى أن صورة الجسم تتحدد بشكل أجزاء الجسم ومدى تناسقها والشكل العام للجسم.(ورد في الأشرم، 2008، 137)

وترى (جيمس) أن الجسم تتكون من مكون انفعالي يشير إلى الشعور السار وغير السار، ومكون معرفي يشير إلى الرضا عن الحياة. (james breakeg, 1997. 107)

وكذلك عندما تتطابق صورة الجسم المدركة مع صورة الجسم التي يراها الآخرين تجعل المكفوف يشعر بالراحة النفسية والأمن النفسي والسعادة والثقة، بالنفس والإنتماء الى المجتمع وأنه مقبول إجتماعيا، بينما الإدراك المشوه يؤثر سلبا على الأمن النفسي للمكفوف لأن الفرد الذي يكون تصور إيجابي عن جسمه وعن حالته الصحية ومظهره الخارجي، وهذا التصور والفكرة الإيجابية لا يمكن أن تتكون بصورة فعالة إلا إذا كان الفرد راضيا عن صورة جسمه الرضا التام، وأن الشعور الفرد بالسعادة والثقة بالنفس والإنتماء للمجتمع لا يتكون لديه إلا إذا كان يشعر بأمن نفسي مرتفع.

كما أشار (كابلان، 2000) على أن الأفراد المعاقين بصريا قلقون بشأن مظهرهم الجسمي لأنهم يعرفون أن الآخرين ينظرون إليهم، وهذا ما أكده حسين (حسين فايد،1999) فالإدراك المشوه لصورة الجسم يرفع معدلات القلق الإجتماعي والعزلة والإنسحاب الإجتماعي لدى المكفوف.(كابلان، 2000، 282؛ ورد في الأشرم، 2008، 135)

ومن هنا فإن رضا المكفوف عن صورة جسمه وشعوره بالأمن النفسي يصاحبه نجاح في جميع المجالات سوى كان على الصعيد الدراسي أو الإجتماعي، وهذا ما تؤكده دراسة (كاش،1997، 136) التي أشارت الى أن مشاعر الكفاية الإجتماعية تعتمد جزئيا على ما يعتقده الفرد بخصوص إدراك أقرانه لمظهره، وكذلك دراسة (السهيلي، 2004) التي أشارت الى وجود علاقة بين الأمن النفسي والتحصيل الدراسي.
(ورد في الأشرم، 2008، 136؛ ورد في على سليمان عقل، 2009، 109)

خلاصة الفصل

ومن كل ما سبق في هذا الفصل يظهر أن النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة التي تجيب على التساؤل الرئيسي على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين صورة الجسم والأمن النفسي، والنتائج التي تجيب على التساؤلات الفرعية توصلت الى عدم وجود علاقة لدى (الذكور، ذوي الإعاقة مكتسبة) بين صورة الجسم الأمن النفسي، في حين وجود علاقة لدى(الإناث، ذوي الإعاقة الفطرية) بين صورة الجسم والأمن النفسي.

خلاصة عامة وإقتراحات

تعالج الدراسة الحالية موضوع صورة الجسم وعلاقتها بالأمن النفسي لفئة المكفوفين وتمت دراسة الموضوع بالإعتماد على المنهج الوصفي الإرتباطي، وعلى عينة قوامها (36) مكفوف ومكفوفة، حيث تم جمعهم من مدرستين خاصتين، مدرسة صغار المعوقين بصريا بالرباح" ولاية الوادي"، ومدرسة صغار المعوقين بصريا طه حسين" ببسكرة"، وتضمنت الدراسة متغيرات تم إستخلاصها من خصائص العينة ذات التأثير، كالجنس (الذكور، الإناث)، وزمن حدوث الإعاقة (ذوي الإعاقة فطرية، ذوي الإعاقة مكتسبة).

وتم تطبيق مقياسين على العينة، الأول مقياس صورة الجسم " لباحث رضا إبراهيم محمد الأشرم ، 2008"، والثاني مقياس الأمن النفسي" لباحث فتحي وادة وآخرون، 2010" وتم حساب خصائص السيكومترية للمقياسين، وتبين أن كل مقياس ثابت وصادق وبالتالي فهما صالحان للتطبيق على عينة الدراسة.

وقد توصلت الدراسة الى النتائج التالية:

1- توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين.
2- لا توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين (الذكور – ذوي الإعاقة المكتسبة).
3- توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى المكفوفين (الإناث – ذوي الإعاقة الفطرية).

ومنه يمكن تقديم المقترحات التالية:

1- ضرورة تطبيق موضوع الدراسة الحالية على عينات كبيرة من المكفوفين لزيادة تأكيد النتائج المتحصلة عليها في الدراسة الحالية.
2- ضرورة إجراء المزيد من البحوث والدراسات حول تأثير صورة الجسم على متغيرات الشخصية وجوانب النمو المختلفة لدى المكفوفين.

3- تشجيع المكفوفين على المشاركة الإيجابية في الأنشطة التربوية والإجتماعية والثقافية والرياضية فهي تعلم الأفراد الجرأة والتعاون وتزيد من مفهومه الإيجابي لصورة جسمه وكذلك إستقرار أمنه النفسي.

4- ضرورة تدريب وتوجيه وإرشاد الوالدين بكيفية رعاية أبنائهم المكفوفين وتنمية مهاراتهم الحياتية، وخاصة فيما يتعلق بمهارة الحركة والتنقل حتى يعتمدوا على أنفسهم.

5- إجراء بحوث ودراسات متطورة في مجال تنمية صورة الجسم والأمن النفسي على أصحاب الإعاقات المختلفة، الجسدية، السمعية، الذهنية، البصرية، فقد إتضح في البحث الحالي قلة البحوث العربية في هذا المجال.

6- يجب تدريب المكفوفين منذ الصغر على المفاهيم الجسدية خاصة فيما يتعلق بأجزاء الجسم المختلفة، كما يجب تدريبهم على التوجه والحركة منذ سن مبكرة.

7- يجب تدريب المكفوفين منذ الصغر على تنظيم إنفعالاتهم والتحكم فيها، وإدراك مشاعرهم، والإنتباه لمواطن القوة وتثبيتها ومواطن الضعف وتنميتها.

8- ضرورة التوسع في إعداد وبناء المقاييس النفسية المناسبة للمكفوفين للكشف عن جوانب المختلفة من شخصياتهم، فنحن في أمس الحاجة إليها.

9- ضرورة توعية الآباء على أهمية مساندتهم لأبنائهم خاصة في مرحلة المراهقة، حتى يساعدوهم على المواجهة ما يقابلهم من مشكلات في هذه المرحلة العمرية.

10- توعية أفراد المجتمع بأساليب التعامل ومهارات التواصل المناسبة مع المكفوفين لأن هذا يساعدهم على التفاعل والإندماج في المجتمع.

11- ضرورة تصميم برامج إرشادية تدريبية لتحسين نمو صورة الجسم لدى هذه الفئة من فئات ذوي الإحتياجات الخاصة.

12- توفير الخدمات النفسية والإرشاد النفسي لمساعدة المكفوفين على تطوير مفهوم صورة الجسم لديه، وإستقرار أمنه النفسي، وتعريفه بجوانب القوة في شخصيته، وبالتالي تحسين نظرته الى نفسه ومساعدته على التكييف مع إعاقته البصرية بشكل واقعي وإيجابي.

وفي ما يلي جملة من المواضيع المقترحة للدارسة والبحث:

- دراسة العلاقة بين صورة الجسم والإكتئاب للمكفوفين المراهقين.
- دراسة العلاقة بين صورة الجسم والمهارات الإجتماعية لدى المكفوفين المراهقين.
- دراسة العلاقة بين صورة الجسم والرهاب الإجتماعي لدى المكفوفين المراهقين.
- دراسة العلاقة بين صورة الجسم والإستقلال الحركي والتوافق النفسي والإجتماعي لدى المكفوفين المراهقين.
- دراسة العلاقة بين صورة الجسم والرضا عن الحياة لدى المكفوفين المراهقين.
- دراسة العلاقة بين المساندة الإجتماعية والأمن النفسي لدى المكفوفين المراهقين.
- دراسة العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والأمن النفسي لدى المكفوفين المراهقين.
- دراسة العلاقة بين صورة الجسم والإنطواء والخجل لدى المكفوفين المراهقين.
- إعداد برنامج تدريبي لتنمية صورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين.
- إعداد برنامج إرشادي لتنمية الأمن النفسي لدى المراهقين المكفوفين.
- دراسة العلاقة بين صورة الجسم والتحصيل الدراسي لدى المراهقين المكفوفين.

قائـــــــمة المراجـــــــع

قائـمة المراجـع

1- قائمة المراجع العربية:

1- إبن منظور، أبو الفضل جمال الدين محمد بن مكرم(1996). *لسان العرب*. المجلد3. بيروت:دار صادر.

2- أبو عليا، أكرم وآخرون (2009). *موائمات في التعليم والتقويم للطلبة ذو الاحتياجات الخاصة. فلسطين*. وزارة التربية والتعليم. دائرة القياس والتقويم. دائرة التربية الخاصة. دائرة التعليم العام.

3- الأنصاري، إبن منظور 1 (1988). *قاموس لسان العرب*. ج1 .القاهرة: دار المعارف.

4- إيهاب عبد العزيز، البيلاوي(2001). *قلق الكفيف : تشخيصه وعلاجه*. القاهرة: دار الكتاب الحديث.

5- باشماخ، زهور بنت عبد الله(2001). *الأمن النفسي والشعور بالوحدة النفسية لدي عينة من المرضى المرفوضين أسريا والمقبولين أسريا*. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة أم القرى: مكة المكرمة.

6- بدران، عمر وآخرون (2003). *ذوي الاحتياجات الخاصة الإعاقات – الذهنية والحركية والبصرية والسمعية –*. مصر: مكتبة الإيمان.

7- البطاينة، أسامة محمد وآخرون (2007). *علم نفس الطفل غير العادي*. عمان: دار المسيرة.

8- بطرس، حافظ بطرس (2007). *إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم*. عمان: دار المسيرة.

9- بطرس، حافظ بطرس (2010). *تكييف المناهج ذوي الاحتياجات الخاصة*. عمان: دار المسيرة.

10- الجميلي نصيف، حكمت عبد اللطيف(2001). *الإلتزام الديني وعلاقته بالأمن النفسي لدى طلبة جامعة صنعاء*. رسالة ماجستير غير منشورة.كلية الآداب جامعة صنعاء: اليمن

11- الحارث، عبد الحميد حسن و غسان سالم حسين (2006). *علم النفس الأمني*. ط1. لبنان: الدار العربية للعلوم.

12- حامد زهران، عبد السلام (1989). *الأمن النفسي دعامة أساسية للأمن القومي العربي (دراسات تربوية)*. المجلد الرابع. القاهرة: عالم الكتب.

13- حامد زهران، عبد السلام(2003). *دراسات في الصحة النفسية والإرشاد*. ط1. القاهرة: عالم الكتب.

14- حامد، أماني احمد فتحي (2005). *فعالية التحسين التدريجي في خفض درجة بعض المخاوف المرضية لذوي الإعاقة البصرية*. رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة الزقازيق:مصر.

15- الحديدي، منى صبحي (1996). *رعاية وتأهيل المكفوفين- سلسلة الدراسات الاجتماعية-*. القاهرة : جامعة الدول العربية.

16- الحديدي، منى صبحي (1998). *مقدمة في الإعاقة البصرية*. عمان: دار الفكر.

17- الحديدي، منى صبحي(2000). *مقدمة في الإعاقة البصرية*. ط2. عمان: دار الفكر.

18- حسني العزة، سعيد (2002). المدخل إلى التربية الخاصة – للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة –. عمان: دار العلمية الدولية ودار الثقافة.

19- حسونة، أمل محمد (2004). *علم النفس النمو*. القاهرة: الدار العلمية للنشر والتوزيع.

20- حلمي، محمد إبراهيم وليلى السيد، فرحات (1998). *التربية الرياضية والترويح للمعاقين*. القاهرة: دار الفكر العربي.

21- حميدان القاضي، وفاء محمد (2009). *قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة*. رسالة مكملة لشهادة الماجستير. علم النفس بكلية علم التربية. الجامعة الإسلامية: غزة.

22- خير الزراد، فيصل محمد(2005). *العلاج النفسي السلوكي*. بيروت: دار العلم للملايين.

23- الدسوقي، مجدي محمد (2006). *اضطراب صورة الجسم – الاسباب .التشخيص .الوقابة . والعلاج* – سلسلة الاضطرابات النفسية 2 .القاهرة: مكتبة الانجلو الامركية .

24- الدغيمي، أحمد محمد(1994). *الإرشاد النفسي*.عمان الأردن: دار الزهران.

25- راضي، محمد سامي (2012). *منهج البحث العلمي في المجال الإداري*. الطبعة 1. الإسكندرية. دار التعليم الجامعي.

26- الربيع، فيصل الخليل(1996). *أثر الأمن النفسي وبعض الخصائص الديموغرفية للمعلم في أدائه*. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة اليرموك.

27- رسلان، شاهين (2009). *سيكولوجية الإعاقات العقلية والحسية*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

28- رضوى، محمد فرغلي (2005). *في ديناميات الموقف أوديبي وصورة الجسم لدى الفتيات القاصرات*. رسالة ماجستير. كلية الآداب. جامعة الزقاقيق: مصر.

29- رونالدو، سيمون(ترجمة) عبد المنعم(1989). *العلم والطلاب بالمدارس*. القاهرة: مكتبة النهضة العربية.

30- الزريقات إبراهيم، عبد الله فرج (2006). *الإعاقة البصرية – المفاهيم الأساسية والاعتبارات التربوية –. عمان*: دار المسيرة.

31- سامح، أحمد سعادة (2006). *مفهوم الذات والتوافق الدراسي والمهارات الاجتماعية لدى الطلاب المعاقين بصريا*– دراسة مقارنة– رسالة ماجستير .كلية التربية .جامعة الازهر.

32- سرحان، نظمية(2006). *مناهج الخدمة الاجتماعية لرعاية المعاقين*. القاهرة: دار الفكر العربي.

33- السرطاوي، زيدان وسيسالم كمال (1987). *المعاقون أكاديميًا وسلوكيًا – خصائصهم وأساليب تربيتهم* – الرياض: دار عالم الكتب.

34- سيد سليمان، عبد الرحمان (2001). *سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة*."المفهوم والفئات". ج1. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

35- السيد، حسن نبيل وآخرون(2013). *علم نفس الطفل – ذوي الاحتياجات الخاصة –*. عمان: دار صفاء.

36- سيد، صبحي (1996). *تنمية المفاهيم لدى الطفل الكفيف. الدليل الإرشادي والتربوي للعاملين مع الكفيف*. المركز النموذجي للمكفوفين.

37- سيسالم، كمال سالم (1997). *المعاقون بصريا خصائصهم ومناهجهم*. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

38- شرف، إسماعيل(1982). *تأهيل المعوقين*. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

39- شقوري، نزيهة وأخرون(2013). *التوافق النفسي الإجتماعي لدى المعاقين بصريا*. رسالة مكملة لنيل شهادة ليسانس. جامعة الشهيد حمه لخضر بالوادي: الجزائر.

40- صبحي، السيد(1995). *التأهيل النفسي لطفل الحضانة الكفيف*. القاهرة: المركز النموذجي.

41- الصديق، العزيز ناصر (1982). *مفهوم الذات والتكييف لدى الكفيف*. ليبيا. المنشأة العامة لنشر والتوزيع والإعلان.

42- الصنيع، صالح إبراهيم(1995). *دراسات في التأصيل الإسلامي لعلم النفس*. الرياض: دار عالم الكتب.

43- الصنيع، صالح بن إبراهيم(1993).إستراتيجيات الأمن النفسي في الأزمات. *مجلة الأمن*. العدد6.

44- الطيب، أحمد محمد(1999). *التقويم والقياس التربوي*. الإسكندرية مصر: المكتبة الجامعي الحديث.

45- عادل، عبد الله محمد (2000). *العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات*. القاهرة: دار الرشاد.

46- عادل، عبد الله(2004). *الإعاقات الحسية*. القاهرة: دار الرشاد.

47- عادل، كمال خضر(2010). *إسقاط صورة الجسم في إختبارات الرسم الإسقاطي*. مجلة علم النفس. العدد62. السنة 12. الهيئة العامة للكتاب: القاهرة.

48- عبد المجيد ابراهيم، مروان (2000). *أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية*. عمان الأردن: مؤسسة الوراق.

49- عبيد السيد، ماجدة$_1$ (2000). *المبصرون بآذانهم*. عمان: داء صفاء.

50- عبيد السيد، ماجدة$_2$ (2000). *مقدمة في تأهيل المعاقين*. عمان: دار صفاء .

51- عبيدات، وعدس وكايد (د. ت). *البحث العلمي مفهومه وأدواته وأساليبه*. عمان الإردن: دار مجد لاوي.

52- عساف، صالح بن حمد (1995). *دليل البحث في العلوم السلوكية*. السعودية: مكتبة العبيكان .

53- العقيلي، عادل(2004). *الإغتراب وعلاقته بالأمن النفسي*. رسالة ماجستير منشورة. أكاديمية نايف للعلوم الأمنية: الرياض.

54- علاء الدين، كافي ومايسة، احمد النيال (1995). *صورة الجسم وبعض المتغيرات الشخصية لدى عينات الممراهقات* _ دراسة ارتباطية عبر ثقافية . الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

55- علي سليمان عقل، وفاء (2009).*الأمن النفسي وعلاقته بمفهوم الذات لدى المعاقين بصريا*- .رسالة ماجستير(بحث تحصيلي) في قسم علم النفس بكلية التربية. غزة: الجامعة الإسلامية.

56- العيسوي، عبد الرحمن محمد(1987). *إختبار الصحة النفسية(الأمان وعدم الأمان)*. القاهرة:دار النهظة العربية.

57- العيسوي، عبد الرحمن محمد(1999). *القياس والتجريب في علم النفس والتربية*. الإسكندرية مصر: دار المعرفة الجامعية.

58- غربي1، عبد الناصر (2009). *علاقة تقدير الذات بالدافعية للإنجاز لعينة من التلاميذ الصم – البكم، وناقصي السمع المدمجين في الأقسام العادية* – دراسة وصفية مقارنة– رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المدرسي. المركز الجامعي بالوادي: الجزائر

59- غربي2، عبد الناصر (2014). *فاعلية برنامج إرشادي في ضوء نظرية ألبرت إليس العقلانية الإنفعالية السلوكية في خفض قلق الإمتحان لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي*. رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس المدرسي. جامعة قاصدي مرباح ورقلة: الجزائر.

60- فايد، حسين علي (2004). الرهاب الإجتماعي وعلاقته بكل من صور الجسم ومفهوم الذات لدى طالبات الجامعة. *مجلة الارشاد النفسي*. مركز الارشاد النفسي. ع(18)

61- فايد، خليل وعطية جمال (2006). *صورة الجسم وعلاقتها ببعض انماط التفاعلات والاجتماعية لدى التلاميذ في مرحلة الطفولة المتاخرة* . مجلة كلية التربية .جامعة المنصورة .ع (60).

62- فوقية محمد، راضي (2005). دراسة مراحل النمو الفني ومفهوم الذات لدى المتعاقدين بصريا باستخدام رسم الشخص. *مجلة كلية التربية*. جامعة المنصورة. مجلة (2). ع (58).

63- القريطي، عبد المضلي أمين (2005). *سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم*. ط4. القاهرة: دار الفكر العربي.

64- مجدي، عزيز إبراهيم (2003). *مناهج تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة – في ضوء متطلباتهم الإنسانية والاجتماعية والمعرفية* –. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

65- مجدي، محمود وكوك (1999). برنامج تمرينات علاجية لتشوه سقوط الرأس واستدارة الكتفين للمكفوفين. *مجلة كلية التربية*. جامعة طنطا. ع(27).

66- مجيد، سوسن(2008). *إتجاهات معاصرة في رعاية وتنمية مهارات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة*. عمان: دار صفاء.

67- محمد الشيراوي، أنور (2001) .*علاقة صور الجسم ببعض التغيرات الشخصية المراهقين. مجلة كلية التربية* .جامعة الزقازيق ع (38).

68- محمد صبحي، عبد السلام(2009). *مهارات التعامل ذوي الإحتياجات الخاصة*. الجزائر: دار المواهب.

69- محمود شقير، زينب (1998). *الحواجز النفسية وصور الجسم والتخطيط للمستقبل لدى عينة من ذوي الاضطرابات السوماتوسيكولوجية :* دراسة اكلينيكية متعمقة لذوي التشوهات ومرضى روماتيزم القلب. المجلة المصرية للدراسات النفسية . مجلد (8). ع (23).

70- محمود شقير، زينب (2005). أسرتي ومدرستي أنا إبنكم المعاق(سلسلة سيكولوجية للفئات الخاصة والمعوقين).ط3. القاهرة:مكتبة النهظة.

71- محمود شقير، زينب(2006). *أسرتي ومدرستي أنا ابنكم العاق –سلسلة سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين*–. ط3. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

72- محمود، حسن(1996). *مقدمة في الرعاية الاجتماعية*. مصر: مكتبة القاهرة الحديثة.

73- محود مصلح، خولة(2013). كيف يقرأ الكفيف مالا يرى/(Braille). تاريخ الإسترجاع: 23 جانفي 2017 من(http://www.lakii.com) .

74- مراد، محمد(2004). *طريقة البرايل*. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

75- معمرية، بشير (2007). *القياس النفسي وتصميم* أدواته. الطبعة 2. منشورات الجريدة.

76- المغازي، صافيناز على عبد السلام (2002). *فاعلية برنامج تأهيلي لتنمية مفهوم صورة الجسم والتوجيه المكاني لدى الطفل الاعمى في الرياض الاطفال*. رسالة ماجستير كلية التربية .جامعة عين شمس: مصر .

77- المغازي، صفيناز على عبد السلام (2002). *فاعلية برنامج تأهيلي لتنمية مفهموم صورة الجسم والتوجيه المعاني لدى الطفل الأعمى في رياض الأطفال*. رسالة مكملة لنيل شهادة ماجستير. جامعة عين الشمس.

78- مفلح، كوافحة تيسير وأخرون(2003). *مقدمة في التربية الخاصة*. ط2. عمان: دار المسيرة.

79- ملحم، سامي محمد (2002). *القياس والتقويم في التربية وعلم النفس*. الطبعة 1. عمان: دار المسيرة.

80- منسي، محمود عبد الحليم(2002). *قياس مفهوم الذات لدى طلاب الجامعة*. السعودية: مركز النشر العلمي.

81- المنظمة الكشفية العربية(2004). *الكفيف (الإحتياجات الخاصة)*.إدارة الطرق التربوية.

82- منى، الأزهاري (2002). بروفيل إدراك الذات البدنية لطالبات المرحلة الثانوية بمملكة البحرين. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*. كلية التربية جامعة البحرين. مجلد 3 .

83- النجار، خالد1(2011). *المكفوفون – رؤية تربوية –*. القاهرة: دار الغد الجديد.

84- النجار، خالد2 (2011). *المعلم الناجح – لذوي الاحتياجات الخاصة –*. القاهرة: دار الغد الجديد.

85- النجار، نبيل جمعة النجار و ماجد راضي الزغبي، فايز جمعة (2009). *أساليب البحث العلمي منظور تطبيقي*. عمان: دار الحامد.

86- نعمة، إنطوان(1973). *المنجد في اللغة*. الطبعة (21). بيروت: دار المشرق .

87- وهبي، كمال و أبوشهدة كمال(1997). *مقدمة في التحليل النفسي*. بيروت: دار الفكر العربي.

88- يسر، محمد عبد الغني (1997). تقويم الحالة القوامية لتلاميذ مدارس التربية الخاصة من سن 13-16. *مجلة كلية التربية الرياضية*. جامعة طنطا.

89- اليسير، سمر (د. ت). *دليل مصور للأهل والعاملين مع الأطفال- كف البصر وصعوبات التعلم –*. الفرات: ورشة المواد العربية.

2- قائمة المراجع الأجنبية :

90-Beth ,hitchcoock (2002). *body image distortions in pre-Adolescents and preventative programs : aliterature review*. master's thesis. the graduate school. university of wisconsin-stout .

91-Broughton ,M,L….; et eleveland ,M,Z.(1999). *Body image and societies impact. in P,S. carool. (ED)*. using literature to help troubled teenqgers cope with societal issues. westport G,N: greenwood press.

92-Brown, T.a. cach. T.f. et mikulka. P.j.(1990). Attitudinal body-image assessment : faelor analysis of the body- self relations questionnaire. journal of *personality assessment*. 55. 134-155.

93-Bullington, j , et karlsson g (1997). body experience of persons who are congenitally blind. aphenonenological- psychologicql study. journal *of visual impairment et blindness* (mar –apr). 91. (2). 151-162.

94-Cahill, Helen, & carol, Linehan(1996). and Partially Students access to mathematics. and computer. Technology. Journal. *of visuail impairment & Blindness. vol* 90. Jssue 2. Part.

95-Cash,T,F (1997) .*the body image work book : an 8_step program for learning to like your looks.* Oakland,CA: nez harbinger publications .

96-Chin, donna, hisa (1984). *the effects of dance movement instrution on spentity awarenss in elementary visnally impraired students*. and- self concept in seeondary visnally impaired stnets (mobility. blindness. body image). dis. abs. int. 45.(10-a). 3111.

97-Cummings ,w,j,k(1988).the neurobiology of the body Schema. British journal and *educational psychology*.153.(2).17-28.

98-Cusec, l (2000). *perceptions of boody image implications: for the workplace*. enrpboyee assistance quarterly . 15. 23-38.

99-David, H(1991). *visual impairments in Kauffman*. J,& Hallhan,D, hand book of education kingwood. Cliff. Newjerrcy: available at http // proquest .umi .com .

100-Eklund ,r et bianco T,(2000). social physique amsciety and physical activity among adolescent**.** *reclaiming children and youth***.** 9. (3). 139

101-Elizabeth ,woodrow key (2006). *the effects of body*. image on career decision Making self -efficacy and As sertivenss in female athletes and non- atheletes. Master's thesis. the graduate commege. marshall university .

102-Ellis Ordway ,N (1999*). are you really "too fat" ? the role of culture and weight stereotypes*. in R .Lembery ,(Ed) eating disorder and reference book. phoenix AZ : oryx press.

103-Foshay, a (1996). the physical self and literature. journal of *curriculum and superrivision*.11.341-350.

105-French, R, & Jansma, P(1982). *Speciale Physical Education Columbus.* Ohia . Charles. E. Merrill.

106-Ganelli, l m(1993). Are there body image differences between older men and women? Western journal of *nursing research*. 15. 327-339.

107-Ganine, phelipes (2004). *absolutely every. centre for healthpromotion. women's and childre's hospital*. as part of the out of school hours care programs (NoSh) pilot workshop.

108-Garnres, w breay (1997). *Bodyimner: the inner mirror***.** American audemy of orthotists et prosthetists proviriveling better thorongh knowledge.9.

109-Gleser; jorge m et bliwn, paul (1986). mocdified judo for visually handicapped people. Journal- of- *visual- impairment- and- blindress*. 80. (5). 749-750.

110-Gulie, M.sparhawk (2003). *body Image and the media: the mediea's influence on bady image*. Master's thesis. the graduate college university of wisconsin .

111-Hans staffan , elgelid (1999). *feldenkrais and body image***.** master's thesis. graduate school. university of central arkansa. Conway : Arkansas.

112-Heinberg ,r,j, et thompson ,j,k (1995). body image televised images of thinness and attractiveness : a controlled laboratory. investigation**.** journal of *social and clinical psychology* .14.(4). 325-328.

113-Hoyt w, et kogen, l (2001). statisfacation with bodyamage and peer relationshipe for males and fermales in a college enviromment. Sescroles: ajournal. of *research*.199.(6). 403-415.

114-Jill, Sardegana & Otis Paul, M. D(1991). *The Encyclopedia of Blindness and vision Impairment*. New York. Factson file.

115-Karen Y, tsukada,M,A, (2003). *How you look depends on where you are :inividual and situational factors in body image*. doctoral dissertation. Graduate school. state university .

116-Laurel j, wikman (2000). *Acorrelational study of the impact of media influence on the body image of adolescent females*. master's thesis. the graduat school university of Wisconsin stout .

117-Llevine M, et smolak r (2004). *body image development is adolescence. in T , cash et T, pruzinsky (Eds) body image : a handbook of theary rexaech and clinical practice* .New Yourk : guilford press.

118-Melita, Ginmmarra, stepheng. G ibson, et Nellie Georgiou Karistiamis, john h.Bradshaw (2007). *Central mechanisms inphqnton linb perception*: *The past present and future***.** Brain R esearch Reviews. 54. 219-232.

119-Muste, jean felons, rae r (1985). *movring and doing.: how to help visnally impaired children knon their world. comprehensive eye center*. childrens hospital 700 chnldrens dr coumbus. oh 43205. eric databse. ed .285-342.

120-Paxton ,s,j.schutz ,h.k wertheim ,E.H, et muir S.L.(1999). friendship clique and peer influenes on body image concerns. ditary restraint. extreme weight_loss behaviors and binge eating in adolescent girls**.** *journal of a buormal Psychology* .108.(2).255-266.

121-Pierce,j,w, et wardle ,j (1993). self-esteem. parental appraisal and body size in children**.** journal of *child psychology and psychiatry*.34.(7). 1125-1136.

122-Pinhas L ,Toner B, Ali ,A, garfin kel,P.et stuekless ,p.(1999). the effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction . interational journal of *eating disorders* .25.(2). 223-226.

123-Ranachandram,vs. Et Hirstein, w.(1998).The perception of plantoir lin bs. The D.O.Hebb lecture. *Oxford journals Braim.* 121.(9). 1603-1630

124-Spencer c, morosely k, ungar s, pike et blades m (1992). *developrnrnt the blind clulds cogmition of the envrroument*: the role of direct and map given experience. Geoforum. 23. 191-197.

125-Stacy A. Kelly (2000*). amount of influence selected groups have on the pereceived.* bidy image of fifth graders .master's thesis. the graduate college. university of wisconsin_stout, Menomonie.

126-Stice,E.(2002).*sociocultural influences on body image and eating disturbance*. in C. fairbum et K. Brownell. (eds) Eating disorders and obesity (2nd ed) New York .NY: Guilford press

127-Terry, Cichelli & Claire, Ashby, Davis(1986). *Teaching Exceptional Children and youth in Regular classroom*. New York. Syracuse University. press.

128-Thompson,j,k, Heinbery ,L,j, Altabe ,M, et .tantleff_dunn ,S,(1999). *Exacting beanty :theory. assessment and treatement of body image disturbance.* Washington ,DC :American psychological association .

الملاحـــــــــــــــق

ملحق رقم(01) مقياس صورة الجسم في صورته الأولية

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة حمه لخضر

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم العلوم الاجتماعية

اسم ولقب المحكم:..... الدرجة العلمية:.....

التخصص:..... مكان العمل:.....

في إطار انجاز مذكرة لنيل شهادة ماستر تخصص التأهيل في التربية الخاصة بعنوان :

" **صورة الجسم وعلاقتها بالأمن النفسي لدى عينة من المكفوفين**"

إعداد الطالبتين **إشراف الاستاذ:**

جهاد غربي **د .غربي عبدالناصر**

نزيهة شقوري

نرجو من سيادتكم تحكيم الأداة من خلال:

- سلامة اللغة.
- صياغة البند.
- مدى تناسب اللغة مع أفراد العينة.

التساؤل الرئيسي:

هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى عينة من المكفوفين؟

التعريفات الإجرائية:

صورة الجسم: هي صورة ذهنية وعقلية يكونها المكفوف عن جسمه سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء

وإثبات كفاءتها، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر أو إتجاهات موجبة أو سالبة عن تلك الصورة الذهنية للجسم.

الأمن النفسي : هو شعور المكفوف بالسعادة والطمأنينة والراحة النفسية داخليا وخارجيا وذلك من خلال رضاءه عن نفسه وتقبلها والقناعة بما كتبه الله له وقدرته على اشباع حاجاته الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية بنفسه.

بيانات التلميذ:

الإسم:..... الجنس:.....

السن:..... المدرسة:.....

زمن حدوث الإعاقة:.....

يتكون المقياس الحالي من 37 عبارة تهدف إلى قياس جوانب مختلفة تصف شعورك وطريقة تفكيرك نحو جسمك ومظهره، والمطلوب منك بعد سماع أو قراءة العبارة أن تبدي رأيك بإختيار إجابة واحدة من هذه الإجابات (موافق، محايد، غير موافق)، وسيقوم الباحث بوضع (×) أسفل الإجابة التي تختارها أمام كل عبارة.

تعليمات إجراء المقياس

- أنصت جيدا إلى العبارات الأتية، ثم قم بإختيار الإجابة التي تنطبق عليك بعد سماعك أو قرائتك للعبارات.
- في حالة عدم فهمك لأي عبارة من عبارات المقياس يمكنك الإستفسار عنها لتوضيحها أو طلب تكرارها لسماعها مرة أخرى.
- رجاءا أجب كل عبارة بأمانة، ولا تترك عبارة بدون جواب.
- ليس هناك إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، ولكن أجب بما يتفق مع رأيك وشعورك في هذه اللحظة.
- جميع إجاباتك ستبقى سرية، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

م	العبارة	موافق	محايد	غير موافق
1	أشعر بأن طولي لا يتناسب مع وزني.			
2	أشعر أن وزني غير الطبيعي.			
3	أنا قادر على إعطاء التغييرات الوجهية الملائمة للموقف.			
4	أخجل من مظهري أمام لآخرين.			
5	خوفي من إحتمال ضعف حواسي يسبب لي قلقا كبيرا.			
6	تمنعني إعاقتي من الإختلاط بالناس.			
7	أشعر بعدم تناسق عضلات وحركات جسمي.			
8	شكلي أنيق وجذاب.			
9	أنا متقبل لعيوب جسمي.			
10	لا يختلف شكلي على الآخرين.			
11	أحرج من عدم التحكم في عضلات وجهي.			
12	حاسة اللمس عندي ضعيفة.			
13	أشعر وكأن روحي بلا جسد.			
14	هناك الكثير من معالم جسمي أود لو تتغير.			
15	يعاملني الناس على أساس شخصيتي وليس مظهري.			

16	مظهري يؤدي الى نفور الناس مني.			
17	أكره مظهر جسمي.			
18	أشعر بالنقص والضالة بسبب مظهري.			
19	أشعر بعدم تناسق مشيتي.			
20	يرى الآخرون أن جاذبية الشخص تعتمد على شكل جسمه.			
21	حاسة السمع عندي سليمة.			
22	يرى الآخرون أن شكلي غير جذاب.			
23	عندما أضع يدي على وجهي أشعر بعدم تناسق بين ملامح وجهي.			
24	أنا واثق من قدراتي الجسمية.			
25	أشعر بالإنحناء قوام جسمي.			
26	لا أحب الذهاب الى الآماكن العامة حتى لا يراني أحد.			
27	أشعر أن إعاقتي تشوه جسمي.			
28	لا يعجبني المظهر الذي أبدو عليه.			
29	أعتقد أن جسمي غير متناسق.			

30	أنا راضي عن ملامح وجهي.			
31	بعض أفراد أسرتي ينتقدون ملامحي الجسمية.			
32	أحب العمل بمفردي بسبب شكلي المختلف عن الناس.			
33	أكره وضع نظارة سوداء عند الخروج.			
34	لاأحب حضور المناسبات الإجتماعية بسبب شكلي المختلف عن الناس.			
35	أشعر بالسمنة في مناطق عديدة من جسمي.			
36	أعتقدأن شكلي جذاب للجنس الآخر.			
37	أحزن بسبب ملاحظات الآخرين عن مظهري.			

ملحق رقم (02) مقياس الأمن النفسي في صورته الأولية

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة حمه لخضر

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم العلوم الاجتماعية

اسم ولقب المحكم:..... الدرجة العلمية:.....

التخصص:..... مكان العمل:.....

في إطار إنجاز مذكرة لنيل شهادة ماستر تخصص التأهيل في التربية الخاصة بعنوان :

" **صورة الجسم وعلاقتها بالأمن النفسي لدى عينة من المكفوفين**"

إعداد الطالبتين **اشراف الاستاذ:**

جهاد غربي **د .غربي عبد الناصر**

نزيهة شقوري

نرجو من سيادتكم تحكيم الأداة من خلال:

- سلامة اللغة.
- صياغة البند.
- مدى تناسب اللغة مع أفراد العينة.

التساؤل الرئيسي:

هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين صورة الجسم والأمن النفسي لدى عينة من المكفوفين؟

التعريفات الإجرائية:

صورة الجسم: هي صورة ذهنية وعقلية يكونها المكفوف عن جسمه سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء

وإثبات كفاءتها، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر أو إتجاهات موجبة أو سالبة عن تلك الصورة الذهنية للجسم.

الأمن النفسي :هو شعور المكفوف بالسعادة والطمأنينة والراحة النفسية داخليا وخارجيا وذلك من خلال رضاءه عن نفسه وتقبلها والقناعة بما كتبه الله له وقدرته على اشباع حاجاته الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية بنفسه.

بيانات التلميذ:

الإسم:..... الجنس:.....

السن:..... المدرسة:.....

زمن حدوث الإعاقة:.....

يتكون المقياس الحالي من 35 عبارة تهدف إلى قياس جوانب مختلفة تصف شعورك وطريقة تفكيرك، والمطلوب منك بعد سماع أو قراءة العبارة أن تبدي رأيك بإختيار إجابة واحدة من هذه الإجابات (نعم – لا)، وسيقوم الباحث بوضع (×) أسفل الإجابة التي تختارها أمام كل عبارة.

تعليمات إجراء المقياس

- أنصت جيدا إلى العبارات الأتية، ثم قم بإختيار الإجابة التي تنطبق عليك بعد سماعك أو قرائتك للعبارات.
- في حالة عدم فهمك لأي عبارة من عبارات المقياس يمكنك الإستفسار عنها لتوضيحها أو طلب تكرارها لسماعها مرة أخرى.
- رجاءا أجب كل عبارة بأمانة، ولا تترك عبارة بدون جواب.
- ليس هناك إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، ولكن أجب بما يتفق مع رأيك وشعورك في هذه اللحظة.
- جميع إجاباتك ستبقى سرية، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

م	العبارة	نعم	لا
1	أتردد في الحديث مع الأخرين.		
2	أخشى من المواقف الجديدة.		
3	لا أحب الجلوس بمفردي.		
4	. لا أشعر أن الأخرين يتقبلونني كصديق بسهولة		
5	أهاب من المشاركة في اللعب.		
6	أحتاج دائما إلى المساعدة.		
7	أحتاج إلى من يرافقني في الأماكن غير المألوفة.		
8	أشعر بالخوف عند الذهاب إلى مكان جديد.		
9	أخشى أن أفقد أصدقائي.		
10	لا أحب الألعاب الجماعية.		
11	. أشعر بالتوتر عندما أحس بوجود شخص ورائي		
12	أشعر أنني مختلف عن بقية الأطفال.		
13	أحب مشاركة زملائي الأنشطة والألعاب.		
14	أتجنب المشي وحدي خوفا من الإصطدام.		
15	أشعر بأني أقل من زملائي.		

16	يصعب علي معرفة الأشياء الدقيقة من خلال اللمس.		
17	أشعر بالقلق بالتواجد مع أشخاص غرباء.		
18	تضايقني سخرية زملائي مني.		
19	أصدقائي أسرع مني في الحركة.		
20	أشعر بالراحة عندما أتناول الأكل لوحدي.		
21	أظن أنه لا فائدة من الأصدقاء.		
22	أفضل ممارسة الألعاب الفكرية.		
23	أشعر بالراحة عندما أتناول الأكل مع الأخرين.		
24	لا يشاركني أقراني من المبصرين في اللعب معهم.		
25	أحب ممارسة الرياضة.		
26	لا أحبذ اللعب مع المبصرين من أقراني.		
27	أشعر بأني غير مرغوب في أسرتي.		
28	لا أحب طلب المساعدة من الأخرين.		
29	مشاركة المبصرين من أقراني في اللعب تخيفني.		
30	أشعر أن المحيطين بي غالبا ما يسخرون مني.		

		أتعب كثيرا في النشاطات الحركية.	31
		طلب المساعدة من أسرتي يشعرني بالضيق.	32
		يمل الأخرين من كثرة طلباتي.	33
		لا أرغب في الألعاب التي ترهقني فكريا وبدنيا.	34
		أشعر بالضيق عندما يسألني الأخرين عن كف البصر.	35

ملحق رقم (03)
قائمة المحكمين

الرقم	الإسم واللقب	الدرجة العلمية	التخصص	الوظيفة
01	النوي بالطاهر	دكتورا	علوم التربية	أستاذ جامعي بالوادي
02	عمار عون	دكتورا	علم النفس الأسري	مدرسة المعوقين بالرباح
03	بوداود سالم	ماجستير	علم الإجتماع	أستاذ بجامعة سكيكدة
04	عاتكة غرغوط	دكتورا	القياس النفسي	أستاذة جامعية بالوادي
05	نبيلة بريك	مختص ميداني	أخصائي نفساني تربوي درجة ثانية	مدرسة المعوقين بالرباح
06	محمد محمد عطية عبد الله	ماجستير	تربية خاصة	أخصائي تأهيل حركي
07	كمال بوخضرة	أستاذية	علم إجتماع	أستاذ جامعة باتنة
08	عامر وليد	ليسانس	علم النفس العيادي	مختص نفسي ببرج بوعريريج

ملحق رقم (04): نتائج صدق وثبات مقياس صورة الجسم

1- نتائج ألفا كرونباخ

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	36	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	36	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.821	37

2- نتائج التجزئة النصفية

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	36	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	36	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	.658
		N of Items	19[a]
	Part 2	Value	.726
		N of Items	18[b]
	Total N of Items		37
Correlation Between Forms			.706
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		.827
	Unequal Length		.828
Guttman Split-Half Coefficient			.826

a. The items are: VAR00001, VAR00003, VAR00005, VAR00007, VAR00009, VAR00011, VAR00013, VAR00015, VAR00017, VAR00019, VAR00021, VAR00023, VAR00025, VAR00027, VAR00029, VAR00031, VAR00033, VAR00035, VAR00037.

b. The items are: VAR00037, VAR00002, VAR00004, VAR00006, VAR00008, VAR00010, VAR00012, VAR00014, VAR00016, VAR00018, VAR00020, VAR00022, VAR00024, VAR00026, VAR00028, VAR00030, VAR00032, VAR00034, VAR00036.

3- نتائج الصدق التمييزي

Group Statistics

	VAR00039	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00038	1.00	10	106.8000	1.87380	.59255
	2.00	10	86.2000	7.42069	2.34663

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
VAR0003	Equal variances assumed	21.365	.000	8.511	18	.000	20.60000	2.42028	15.51517	25.68483
	Equal variances not assumed			8.511	10.143	.000	20.60000	2.42028	15.21756	25.98244

ملحق(05) نتائج صدق وثبات مقياس الأمن النفسي

1- نتائج ألفا كرونباخ

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	36	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	36	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.774	35

1-نتائج التجزئة النصفية

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	36	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	36	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	.637
		N of Items	18[a]
	Part 2	Value	.635
		N of Items	17[b]
	Total N of Items		35
Correlation Between Forms			.612
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		.760
	Unequal Length		.760
Guttman Split-Half Coefficient			.759

a. The items are: VAR00001, VAR00003, VAR00005, VAR00007, VAR00009, VAR00011, VAR00013, VAR00015, VAR00017, VAR00019, VAR00021, VAR00023, VAR00025, VAR00027, VAR00029, VAR00031, VAR00033, VAR00035.

b. The items are: VAR00035, VAR00002, VAR00004, VAR00006, VAR00008, VAR00010, VAR00012, VAR00014, VAR00016, VAR00018, VAR00020, VAR00022, VAR00024, VAR00026, VAR00028, VAR00030, VAR00032, VAR00034.

3-نتائج الصدق التمييزي

Group Statistics

	VAR00037	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00036	1.00	10	65.0000	1.24722	.39441
	2.00	10	53.2000	3.11983	.98658

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
VAR0003	Equal variance assumed	9.600	.006	11.106	18	.000	11.80000	1.06249	9.56779	14.03221
	Equal variance not assumed			11.106	11.805	.000	11.80000	1.06249	9.48078	14.11922

ملحق رقم(06): مقياس صورة الجسم في صورته النهائية

م	العبارة	موافق	محايد	غير موافق
1	أشعر بأن طولي لا يتناسب مع وزني.			
2	أشعر أن وزني زائد عن الحد الطبيعي.			
3	أنا قادر على إعطاء التغييرات الوجهية الملائمة للموقف.			
4	أخجل من مظهري أمام لآخرين.			
5	خوفي من إحتمال ضعف حواسي يسبب لي قلقا كبيرا.			
6	تمنعني إعاقتي من الإختلاط بالناس.			
7	أشعر بعدم تناسق عضلات وحركات جسمي.			
8	شكلي أنيق وجذاب.			
9	أنا متقبل لوضعيتي.			
10	لا يختلف شكلي على الآخرين.			
11	أحرج من عدم التحكم في عضلات وجهي.			
12	حاسة اللمس عندي ضعيفة.			
13	أشعر وكأن روحي بلا جسد.			
14	هناك الكثير من معالم جسمي أود لو تتغير.			
15	يعاملني الناس على أساس شخصيتي وليس مظهري.			
16	مظهري يؤدي الى نفور الناس مني.			
17	أتقزز من مظهر جسمي.			
18	أشعر بالنقص والضالة بسبب مظهري.			
19	أشعر بعدم تناسق مشيتي.			
20	يرى الآخرون أن جاذبية الشخص تعتمد على شكل جسمه.			
21	حاسة السمع عندي سليمة.			
22	يرى الآخرون أن شكلي غير جذاب.			
23	عندما أضع يدي على وجهي أشعر بعدم تناسق بين ملامح وجهي.			
24	أنا واثق من قدراتي الجسمية.			
25	أشعر بالإنحناء قوام جسمي.			
26	لا أحب الذهاب الى الآماكن العامة حتى لا يراني أحد.			

27	أشعر أن إعاقتي تشوه جسمي.			
28	لا يعجبني المظهر الذي أبدو عليه.			
29	أعتقد أن جسمي غير متناسق.			
30	أنا راضي عن ملامح وجهي.			
31	بعض أفراد أسرتي ينتقدون ملامحي الجسمية.			
32	أحب العمل بمفردي بسبب شكلي المختلف عن الناس.			
33	أكره وضع نظارة سوداء عند الخروج.			
34	لاأحب حضور المناسبات الإجتماعية بسبب شكلي المختلف عن الناس.			
35	أشعر بالسمنة في مناطق عديدة من جسمي.			
36	أعتقدأن شكلي جذاب للجنس الآخر.			
37	أحزن بسبب ملاحظات الآخرين عن مظهري.			

ملحق رقم (07) مقياس الأمن النفسي في صورته النهائية

م	العبارة	نعم	لا
1	أتردد في الحديث مع الآخرين.		
2	أخشى من المواقف الجديدة.		
3	لا أحب الجلوس بمفردي.		
4	. لا أشعر أن الأخرين يتقبلونني كصديق بسهولة		
5	أهاب مشاركة أصدقائي.		
6	أحتاج دائما إلى المساعدة.		
7	أحتاج إلى من يرافقني في الأماكن غير المألوفة.		
8	أشعر بالخوف عند الذهاب إلى مكان جديد.		
9	أخشى أن أفقد أصدقائي.		
10	لا أحب الألعاب الجماعية.		
11	. أشعر بالتوتر عندما أحس بوجود شخص ورائي		
12	أشعر أنني مختلف عن بقية الأطفال.		
13	أحب مشاركة زملائي الأنشطة والألعاب.		
14	أتجنب المشي وحدي خوفا من الإصطدام.		
15	أشعر بأني أقل من زملائي.		
16	يصعب علي معرفة الأشياء الدقيقة من خلال اللمس.		
17	أشعر بالقلق بالتواجد مع أشخاص غرباء.		
18	تضايقني سخرية زملائي مني.		
19	أصدقائي أسرع مني في الحركة.		
20	أشعر بالراحة عندما أتناول الأكل لوحدي.		
21	أظن أنه لا فائدة من الأصدقاء.		
22	أفضل ممارسة الشطرنج.		
23	أشعر بالراحة عندما أتناول الأكل مع الأخرين.		
24	لا يشاركني أقراني من المبصرين في اللعب معهم.		
25	أحب ممارسة الرياضة.		
26	لا أحبذ اللعب مع المبصرين من أقراني.		
27	أشعر بأني غير مرغوب في أسرتي.		

28	لا أحب طلب المساعدة من الأخرين.		
29	مشاركة المبصرين من أقراني في اللعب تخيفني.		
30	أشعر أن المحيطين بي غالبا ما يسخرون مني.		
31	أتعب كثيرا في الرياضة.		
32	طلب المساعدة من أسرتي يشعرني بالضيق.		
33	يمل الأخرين من كثرة طلباتي.		
34	لا أرغب في الألعاب التي ترهقني فكريا.		
35	أشعر بالضيق عندما يسألني الأخرين عن كف البصر.		

ملحق رقم (08) نتائج الدراسة الأساسية

1-نتائج الفرضية الأولى

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
VAR00001	100.9048	6.57195	21
VAR00002	62.0952	10.84852	21

Correlations

		VAR00001	VAR00002
VAR00001	Pearson Correlation	1	.333
	Sig. (2-tailed)		.141
	N	21	21
VAR00002	Pearson Correlation	.333	1
	Sig. (2-tailed)	.141	
	N	21	21

2 – نتائج الفرضية الثانية

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
VAR00005	93.4000	10.30118	15
VAR00006	58.8667	4.85308	15

Correlations

		VAR00005	VAR00006
VAR00005	Pearson Correlation	1	.553*
	Sig. (2-tailed)		.033
	N	15	15
VAR00006	Pearson Correlation	.553*	1
	Sig. (2-tailed)	.033	
	N	15	15

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

3- نتائج الفرضية الثالثة

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
VAR00011	97.4400	8.96326	25
VAR00012	58.5600	5.20481	25

Correlations

		VAR00011	VAR00012
VAR00011	Pearson Correlation	1	.517**
	Sig. (2-tailed)		.008
	N	25	25
VAR00012	Pearson Correlation	.517**	1
	Sig. (2-tailed)	.008	
	N	25	25

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

4-نتائج الفرضية الرابعة

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
VAR00013	98.5455	9.51172	11
VAR00014	65.7273	13.16124	11

Correlations

		VAR00013	VAR00014
VAR00013	Pearson Correlation	1	.346
	Sig. (2-tailed)		.297
	N	11	11
VAR00014	Pearson Correlation	.346	1
	Sig. (2-tailed)	.297	
	N	11	11

5- نتائج الفرضية العامة

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
VAR00001	97.7778	9.01146	36
VAR00002	60.7500	8.90385	36

Correlations

		VAR00001	VAR00002
VAR00001	Pearson Correlation	1	.382*
	Sig. (2-tailed)		.021
	N	36	36
VAR00002	Pearson Correlation	.382*	1
	Sig. (2-tailed)	.021	
	N	36	36

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).