وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعـة الشهيد حمه لخضر – بالوادي -
كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية

علاقة تقدير الذات بالقلق لدى المعاقين بصريا

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علوم التربية

تخصص: تربية خاصة

إعداد الطالبة:
معافه مريم

إشراف الأستاذة :
هند غدايفي

السنـة الجامعية :2018/2017م

شكر وعرفان

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على خاتم الانبياء والمرسلين اما بعد :

لا بد لنا ونحن نخطو خطواتنا الاخيرة في الحياة الجامعية من وقفة نعود إلى اعوام قضيناها في رحاب الجامعة مع اساتذتنا الكرام الذين قدموا لنا الكثير باذرين بذلك جهود كبيرة في بناء جيل الغد لتبعث الامة من جديد .

وقبل ان نمضي أتقدم بأسمي آيات الشكر والامتنان والتقدير والمحبة إلى الذين حملوا أقدس رسالة في الحياة . . .

إلى الذين مهدوا لنا طريق في العلم والمعرفة . . .

إلى جميع اساتذتنا الأفاضل . . .

واخص بالتقدير والشكر للأستاذة: هند غدايفي

لجهوداتها المبذولة والعطاء الوفير

وكذلك أشكر كل من الوالدين الكريمين وإلى كل من ساعدني لأتمام هذا البحث وقدم لي العون ومد لي يد المساعدة ونزودني بالمعلومات اللازمة لأتمام هذا البحث

ملخص الدراسة

تمت الدراسة منذ 15 ديسمبر حتى 30 افريل على عينة مكونة من 48 مصاب باعاقة بصرية من ولاية الوادي، وقد سعت الدراسة الى معرفة العلاقة بين تقدير الذات والقلق لدى المعاقين بصريا

وتم طرح التساؤل الاتي :

- هل توجد علاقة بين تقدير الذات والقلق لدى المعاقين بصريا ؟

وكانت الفرضيات كالاتي :

الفرضية العامة :

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تقدير الذات والقلق لدى المعاقين بصريا .

الفرضيات الجزئية :

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تقدير الذات والقلق لدى المعاقين بصريا من الإناث.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تقدير الذات والقلق لدى المعاقين بصريا من الذكور.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تقدير الذات والقلق لدى المعاقين بصريا من الدارسين بالثانوي.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تقدير الذات والقلق لدى المعاقين بصريا من الجامعيين .

وبعد تطبيق الدراسة الاستطلاعية وبعد التأكد من صدق وثبات الاختبارين المطبقين.

وبعد إجراءات الدراسة الأساسية والتي تم اعتماد المنهج الوصفي فيها، واستخدام الأساليب الإحصائية المذكورة سابقا .

تم التوصل الى اثبات الفرضية والاجابة على إشكالية الدراسة ومن ثم تعميم نتائجها على افراد المجتمع الأصلي.

General Summary:

A study was conducted between 15 December and 30 April on a sample of 48 visually impaired patients from the Wilayat of Wadi. The study sought to identify the relationship between self-esteem and anxiety among the visually impaired The following question was asked:

- Is there a relationship between self-esteem and anxiety among the visually impaired? The hypotheses were as follows:

- General Hypothesis: There is a relationship between self-esteem and anxiety among the visually impaired.

- Partial hypotheses:

- There is a relationship between the variables of study in females.

- There is a relationship between the study variables in males.

- There is a relationship between the variables of study in secondary school students.

- There is a relationship between the variables of study among university students. And after the application of the survey and after verifying the validity and consistency of the tests applied And after the basic study procedures which have been adopted descriptive method, and the use of statistical methods mentioned earlier. It was found to prove the hypothesis and answer the problem of study and then circulate the results to members of the original community.

الفهرس

العنوان	الصفحة
ملخص الدراسة	أ
الفهرس	ج
قائمة الجداول	و
المقدمة	07
الجانب النظري **الفصل الاول : تقديم الدراسة**	
مشكلة الدراسة	10
تساؤل الدراسة	10
فرضيات الدراسة	11
اهداف الدراسة	11
اهمية الدراسة	12
المفاهيم الاجرائية للدراسة	12
الدراسات السابقة	12
الفصل الثاني : مفهوم تقدير الذات	
مفهوم الذات	17
خصائص الذات	19
مكونات الذات	20
العوامل المؤثرة في تقدير الذات	21
مفهوم تقدير الذات	23
الطرق المستعملة للشعور بتقدير الذات	24
طرق قياس تقدير الذات	25
النظريات المفسرة لتقدير الذات	27
كيفية اشباع حاجة تقدير الذات	30
سيكولوجيا المعاق بصريا	32

الفصل الثالث : مفهوم القلق	
تعريف القلق	**37**
انواع القلق	**42**
اسبابه	**45**
اعراض القلق ومظاهره	**49**
تشخيص القلق	**51**
مراحل المرض	**54**
طرق قياس القلق	**56**
النظريات المفسرة للقلق	**58**
خصائص القلق لدى المعاقين بصريا	**66**
الفصل الرابع : الاعاقة البصرية	
تعريف الاعاقة البصرية	**68**
تصنيف الاعاقة البصرية	**68**
أسباب الاعاقة البصرية	**69**
أعراض الاعاقة البصرية	**70**
تشخيص الاعاقة البصرية	**77**
الجانب الميداني **الفصل الخامس : الاجراءات المنهجية**	
المنهج المتبع	**84**
تعريف العينة	**84**
الحدود المكانية والزمانية للدراسة	**84**
وصف ادوات جمع البيانات المطبقة	**85**
تعريف الدراسة الاستطلاعية واجراءاتها	**85**
اجراءات الدراسة الاساسية	**89**
الاساليب الاحصائية	**90**
الفصل السادس : عرض النتائج وتحليلها ومناقشتها	

عرض النتائج وتحليلها	**92**
مناقشة النتائج	**94**
الاستنتاج العام	**97**
التوصيات والاقتراحات	**98**
المراجع	**100**
الملاحق	

فهرس الجداول

الجدول	عنوانه
الجدول 01	يوضح تعداد أفراد العينة
الجدول 02	يوضح العلاقة بين تقدير الذات والقلق الصريح لدى عينة الدراسة .
الجدول 03	يوضح العلاقة بين تقدير الذات والقلق الصريح لدى الاناث .
الجدول 04	يوضح العلاقة بين تقدير الذات والقلق الصريح لدى الذكور .
الجدول 05	يوضح العلاقة بين تقدير الذات والقلق الصريح لدى الدارسين بالثانوية .
الجدول 06	يوضح العلاقة بين تقدير الذات والقلق الصريح لدى الجامعيين .

المقدمة

تعد مشكلة الأمراض المزمنة اهم اهتمامات الصحة في عصرنا الحالي خاصة في مدي انتشارها وما ينتج عنها من آثار نفسية على شخصية الفرد وخاصة إذا كانت ملتزمة مع إعاقة بصرية أو سمعية أو حركية أو غيرها (أي من ذوي الاحتياجات الخاصة) مما يجعله عرضة للإصابة بالتوتر والقلق والضغوط النفسية مما يؤثر على توازنه النفسي والاجتماعي والذي بدوره يؤدي إلى انخفاض في قيمته الذاتية ولعل الاعاقة البصرية أهم هذه الأمراض وأكثرها انتشاراً وشيوعا .

كذلك اهتمت الدراسات النفسية به خصوصا بعدما اثبتت الدراسات أن له علاقة بالاضطرابات النفسية ومنها القلق، ولهذا الانتشار جاءت دراستي لمعرفة تقدير الذات لدى المعاقين بصريا من ذوي الاحتياجات الخاصة وعلاقته بالقلق الصريح وقصد ذلك جاءت دراستي في جانبين نظري وميداني الجانب النظري : الهدف منه وضع الاجانب النظري للدراسة وضم أربعة فصول :

الفصل الأول تم فيه طرح إشكالية الدراسة والتساؤل والفرضيات والاهداف والاهمية والحدود المكانية والزمانية والمفاهيم الإجرائية والدراسات السابقة اما الفصل الثاني فتطرقنا فيه الى مفهوم الذات وخصائصهاومكوناتها والعوامل المؤثرة فيها ومفهوم تقدير الذات والطرق المستعملة للشعور بالذات وطرق قياسها وكيفية اشباعهااما الفصل الثالث فتطرقنا فيه الى القلق وانواعه واسبابه واعراضه وتشخيصه ومراحله والنظريات المفسرة له وخصائص القلق لدى المعاقين بصريا، اما الفصل الرابع فقد تطرقنا إلى تعريف الإعاقة البصرية ثم تصنيفاتها فأسبابها فأعراضها فتشخيصها المبكر الذي هو أفضل الطرق للعناية بالكفيف صغير السن.

الجانب الميداني : الهدف منه بيان الاجراءات المنهجية وعرض النتائج المتواصل ومناقشتها وقدتم في فصلين : الفصل الخامس وتطرقنا فيه الى الإجراءات المنهجية من المنهج الى العينة الى وصف أدوات الدراسة الى الدراسة الاستطلاعية الى إجراءات الدراسة الأساسية والأساليب الإحصائية اما الفصل السادس فتطرقنا فيه الى عرض النتائج ومناقشتها.

الجانب النظري

الفصل الأول

تقديم الدراسة

- مشكلة الدراسة
- تساؤل الدراسة
- فرضيات الدراسة
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- المفاهيم الإجرائية للدراسة
- الدراسات السابقة

I- إشكالية الدراسة :

في الحياة تواجه الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة خاصة عدة موافق ويجب له السعي في الوصول بها إلى نتائج معينة مما قد يسبب له ضيقاً وقلقاً وباستمرار هذه الموافق يستمر القلق وبطريقة ما يمكن ان يرجع ضررها على باقي أعضاء الجسم ونفسية الفرد وتقديره لقيمة ذاته.

فالمصاب من ذوي الاحتياجات الخاصة يتأثر نفسياً بمختلف تداعيات البيئية فتظهر لدية عدة اضطرابات نفسية مصاحبة منها القلق والذي يعتبر من أشيع حالات العصاب فهو يمثل ما قيمته 30-40% من هذه الاضطربات ونجده ظاهراً بصورة أكبر وأوضح لدى الطفولة والمراهقة من سن القعود الشيخوخة .

واذا تزامنت هذه التغيرات مع اصابته بالإعاقة، ومع تدعيات البيئية والمقارنة بينه وين الآخرين له تأثير في المستقبل في تكوين أفكاره ونظرته لنفسه والآخر، فقد توصلت دراسة عدل الحلواني إلى أن " نسبة 84% من المصابين يشعرون بتغير في علاقاتهم الأسرية وهذا لاحساسهم بوضوح التبعية للأسرة، مما ولد عندهم الشعوب بالنقص الذي ينتج عنه انخفاض في قيمة الذات " .

ومن الطبيعي أن يتأثر سلوكهم الى حد كبير بدرجة الاتزان في وظائف الجسم جميعا لان أي اختلاف في أي منها يعتبر تنبيها بالخطر، وبذلك يخلق حالة من التوتر والقلق

من هذا المنطلق قمنا بهذه الدراسة ولمعرفة ذلك حاولنا طرح التساؤل التالية :

II- تساؤل الدراسة :

هل هناك علاقة بين تقدير الذات والقلق الصريح لدى ذوي الاحتياجات الخاصة من المعاقين بصرياً؟

وحتى نجيب على هذا التساؤل قمنا بصياغة الفرضيات التالية :

III- فرضيات الدراسة :

- الفرضية العامة :

توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين تقدير الذات والقلق الصريح لدى أفراد العينة.

- الفرضيات الجزئية :

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تقدير الذات والقلق لدى المعاقين بصريا من الإناث.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تقدير الذات والقلق لدى المعاقين بصريا من الذكور
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تقدير الذات والقلق لدى المعاقين بصريا من الدراسين بالثانوي .
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تقدير الذات والقلق لدى المعاقين بصريا من الدراسة الجامعين .

IV- أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة الي معرفة طبيعية تقدير الذات لدى المصابين بالاعاقة البصرية ومدى اختلافها باختلاف الجنس والمستوى الدارسي .

كما تهدف إلى معرفة العلاقة بين تقدير الذات والقلق الصريح لدى المصابين من ذوي الاحتياجات الخاصة الذكور وإناث،..... من المعاقين بصرياً وعامة يمكن اعتبار الفرضيات أهدافاً لدراسة .

V- أهمية الدراسة:

تعتبر الدراسة ذات أهمية كونها تركز على احد شرائح الإعاقة المزمنة والذين يجب الاهتمام بهم وبنفسيتهم .

فأثناء زيارتهم المستمرة للمصالح المعالجة ومراكز ذوي الاحتياجات الخاصة شاهدنا غياب الأخصائي التربية الخاصة في معظمها ومن ثم غيابهم لدورهم معهم ومن ثم غياب الأساليب المعالجة للقلق والتوتر الذي يصيبهم وبذلك مساعدتهم على تفهم المعاق بصرياً وعدم نبذة، ومن ثم تقبله لذاته وهنا تكمن أهمية الدراسة في معرفة العلاقة بين تقدير الذات والقلق الصريح لدى المعاقين بصرياً وهل هي علاقة ذات دلالة و معرفة مدى تغيرها بتغير كل من الجنس (إناث وذكور) وتغيرها بتغير المستوى الدراسي (ثانوي – جامعي) .

VI- المفاهيم الإجرائية :

-1 – تقدير الذات :

هي الدرجة التي يعطيها الفرد لذاته من خلال الإجابة على عبارات الاستبيان وتكون إيجابية (مرتفعة) أو سلبية (منخفضة) حسب الإجابات التي يعطيها الفرد لذاته .

-2 – القلق:

هو خبرة انفعالية مؤلمة يعاني منها الفرد عند شعوره بالخوف أو التهديد من شيء دون أن يستطيع تحديده بدقة أو وضوح واعتبرته تايلور أحد أنواع القلق ويظهر من خلال اجاباته عن الاستبيان .

VII- الدراسات السابقة :

من أبرزها :

1 **دراسات سابقة حول تقدير الذات :** ومن أبرزها :

أ -**دراسة حامد عبد السلام** (1960): (عبد الفتاح دويدار ، ط1 – ص 73-74.)

حيث درس "مفهوم الذات وعلاقته النفسية للمراهقين " وقد تمت الدراسة على عينة مقدارها (220) مراهقة من الإنجليز، كما قسم عينة لجنة إلى ثلاثة أقسام :

1 -جماعة مفهوم الذات الموجبة

2 -جماعة مفهوم الذات السالبة

3 -مجموعة ضابطة .

وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة بأن الذات ترتبط ارتباطا موجبا ببعض تغيرات الشخصية وأنه يرتبط ارتباطا جوهريا بـ : المتغيرات، الدفاع، مراعاة القبول الاجتماعي، والرغبة الاجتماعية والنضج الاجتماعي، والثبات الانفعالي، الواقعية، وإقامة علاقات طيبة مع الجماعة والراحة النفسية والبهجة، والتوافق الشخصي، والاجتماعي والدراسي والانفعالي والصحي والقدرة الأكاديمية، والمواءمة الاجتماعية .

كما أظهر في هذه الدراسة إلى أن أي اضطراب في مفهوم الذات لدى الفرد يعني سوء توافقه النفسي (عن دراسة كارل روجرز)

ب - **دراسة كاميليا عبدالفتاح (1972م) :** (عبد الفتاح دويدار – ص 74.)

حيث تمت الدراسة على عينة مكونة من 87 طالبا 92طالبة من طلبة الفرقة الثالثة في المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، أختيرت العينة بشكل عشوائي، وكان متوسط العمر 22عاما والدراسة كانت حول "مفهوم الذات لدى الشباب".

وقد تمت الإجابة على سؤال من أنا ؟ حيث تكتب في 20سطرا، وقد تمت الإجابة في اتجاهين هما :

1 -الإجابات الاجتماعية

2 -الإجابات المتعلقة باهتمامات الفرد الذاتية .

وقد دلت نتائجها على أن نسبة الإجابات الذاتية أغلى من النسبة الاجتماعية، كما تغلب هذه الأخيرة لدى الطالبات أكثر من الطلبة ,كما تم وجود حالات إكتئابية حيث اقتصر تعبيرهم على عدم الشعور بالرضى أو الاستماع في الحياة أو الشعور بالضياع .

من هذا يمكن وصف أن مفهوم الذات لدى الشباب هو مفهوم سلبي مفهوم إيجابي .

2-دراسات سابقة حول القلق : ومن أبرزها :

أ -**دراسة محمود السيد أبو النيل (1972)**: (عبد الفتاح دويدار– ط 1 – ص 73–74.)

"عين شمس بالقاهرة "

تم فيها التعرف إلى موضوع "التوافق المهني واضطرابات السكري "حيث تواصل في النهاية إلى أن هناك علاقة بين النواحي السيكولوجية (ومنها القلق) والاضطرابات السيكوسوماتية، وقد استخدم في ذلك إختبار "كورنل للإضطرابات السيكوسوماتية والانفعالية "وقد اجريت هذه الدراسة على عينه مكونة من 50 عاملا مقسمين إلى مجموعتين: 25 يعانون من اضطرابات سيكوسوماتي، و 25عاملا لا يعانون من اضطراب ،وقد استخدم الباحث عدة أدوات للبحث هي :

1 إختبارات خاصة بالاستعدادات و القدرات الخاصة في العمل (الاستدلال الميكانيكي – التجمع –أوكوفو لمهارة الأصابع – بسرعة إدراك الصور والفهم).

2 مقياس الروح المعنوية والانفعالية .

3 قائمة كورنل للإضطرابات السيكوسوماتية .

4 إختبار سوسيومتري .

قد توصلت الدراسة إلى أن هناك علاقة بين النواحي السيكولوجية (القلق) والاضطرابات السيكوسوماتية، وقد انحصرت في أن العوامل والنواحي الخاصة بالتوافق المهني لها علاقة بالاضطرابات السيكوسوماتية، العامل هي (الأعراض العصبية، سرعة الادراك، العلاقات المكانية، علاقة العامل بعمله، إرتباط التوفيق سلبيا مع إضطرابات السيكوسوماتي لدى العامل).

*كما أنه من نتائج الدراسة السابقة أخرى في (1974م) دراسة مكملة للأولى، كان الهدف منها :

1. إظهار العلاقة بين الإضطرابات السيكوسوماتية والصفحة النفسية للذكاء في مجال الصناعة .

2. والتعرف على مظاهر سوء التوافق لذى المرضى السيكوسوماتيين من نفس عينه العمل.

دراسة مالتز ماكسويل MALTZE MAXWELLعام (1976) : (عطوف محمود ياسين ص 146)كما عرض الجراح الشهير "مالتز ماكسويل **MALTZE MAXWELL** - في كتابة الشهير The magic power ogself-image psychology " عشرات الحالات التي عالجها بإتباع العلاج النفسي بدلا من إتباعه للجراحة .

كما أكدت التقارير بأن الدول المتقدمة تواجه أعلى نسب الإصابة بالأمراض السكوسوماتية، وهذه البيئة من المعروف بأنها تتصف بالتنافس والعمل الشاق والقلق المستمر .

ج- دراسة لطيف محمد فطيم (1979م) : (عبد الفتاح دويدار– ص 74)

"جامعة عين شمس بالقاهرة "

وقد ركز إهتماهه "على مدى ارتباط الإضطرابات السيكوسوماتية بدرجة المناعة" وقد أجربت على عينه مكونة من 50مريض وقد طبق اختيار رورشاخ Rorshac (فرديا) وقد تم تصحيحه وفق المعايير (فيشر و لكيفلاند).

*وتوصلت إلى أنه كلما زادت المناعة كان الإضطرابات سطحيا .

الفصل الثاني

مفهوم تقدير الذات

- مفهوم الذات
- خصائص الذات
- مكونات الذات
- العوامل المؤثرة في نمو الذات
- مفهوم تقدير الذات
- الطرق المستعملة لشعور بتقدير الذات
- طرق قياس تقدير الذات
- النظريات المفسرة لتقدير الذات
- كيفية إشباع حاجة تقدير الذات
- سيكولوجية المعاق بصريا

I- مفهوم الذات :

استخدام مصطلح {مفهوم الذات} منذ فترة مبكرة لدى الباحثين أمثال: "ألبورت " "وجيمس"، "وليكي وماسلو"، "وميد"، "وميرفي"، "وريمي","سنج وكميس"، للإشارة إلى خبرة الفرد بذاته وباعتباره تنظيما إدراكيا من المعاني والمدركات يحصلها ويكتسبها الفرد والتي تشمل هذه الخبرة الشخصية بالذات وبهذا يختلف المصطلح تماما عن الكثير من المفاهيم السيكولوجية التي تتدخل أو تتشابه معه في الصياغة اللفظية . (سهير كامل أحمد – ط 2000- ص 166.)

- كما يبدو مفهوم الذات مصطلحا يصعب تعريفه بشكل إجرائي فهو مزيج من عمليات وعوامل ذاتية غير مجددة المعالم ويصعب صياغة حدود لفظية له ,ويفترض أنه يقف خلف هوية الفرد وسلوكه الفريد في المواقف المختلفة . وتؤدي هذه الصعوبة في التعريف إلى رفض بعض الباحثين لمفهوم الذات، "بنستراجينو"، أن الفرد لا يملك أي مفهوم عن ذاته على الإطلاق، ولكن لديه بناءا للذات دائم التغيير وهما يريان أن خبرة مفهوم الذات عبارة عن عملية تفسير أو تأويل مستمر يمارسها الفرد على امتداد حياته ويوافق "إيبشتين "على هذه الوجهة من النظر، موضحا أن ما يشار أليه على أنه "مفهوم الذات" ما هو في الحقيقة إلا نظرية للذات أو أداة إدراكية لتمثيل معارف والنضال مع العالم الخارجي (سهير كامل أحمد– ص 118).

- كما أن مفهوم الذات يلعب دورا محوريا في تشكيل سلوك الفرد وإبراز سماته المزاجية، فكل منا ينجو إلى أن يسلك بالطريقة التي تتفق عن ذاته (سهير كامل أحمد– ص 115).

- فمهوم الذات في حقيقته يمثل خبرة عميقة وليست موضوعا أو سلوكا قابل للملاحظة (سهير كامل أحمد– ص117) .

- فهي تعتبر الحجر الأساسي في بناء الشخصية والتوافق النفسية، كما تعتبر سمة من سمات الشخصية وهي تمثل الجانب الأساسي في حياة الفرد، كما أنها تلعب دورا هاما في

تكوين شخصيته ,وقد تعددت تعريفات الذات هذا ما يؤدي إلى وجود صعوبة في تحديد موحد لها، فقد تعرض لها كل من "كافي كولي Cooley" عام 1902 في النفس الاجتماعي، كما أنه قدرة مفهوم "مرآة "وقصده بأن الفرد يرى نفسه كما يراه الآخرون

- كما أن أول ما ظهرت فكرة الذات على يد "وليام جمس" في كتابه (مبادئ علم النفس) عام 1890 وأنه بالمعنى الواسع :"هي مجموعة ممتلكات الفرد ليست فقط جسده وقدراته النفسية، بل أيضا ملابسه ,منزله، زوجته ,أولاده، أجداده ,أصدقاؤه ,سمعته، علمه، أراضيه فرسانه ,حظه ,وحسابه في البنك " .(وينفر هوبر –ط– ص70.)

- كما عرفها "حامد عبد السلام زهران ":

"أنها الشعور والوعي بكينونة الفرد تنمو الذات وتنفصل تدريجيا عن المجال الإدراكي وتتكون بنية الذات كنتيجة للتفاعل مع البيئة وتتمثل الذات المدركة والذات الاجتماعية والذات المثالية " (حامد عبد السلام زهران– ط5– 1990–ص 291).

- ويمكن القول أن :الذات "Self" قد ترادف "psyche" كما في قولنا الشيء ذاته إلى نفسه، والشيء في ذاته أي في حقيقته يصرف النظر عما قد نتخيله أو نتوهمه من صورة لهذا الشيء أو ما قد يعثر به من تغيرات في الأعراض والأحوال بالنسبة الأشياء هي الحقيقة وراء كل الظواهر، وبالنسبة للشخصية هي كل الشخصية، وهي تدرك وتفكر وتنفعل وتدخل الخبرات، وهي من ثم قوام الشخصية، ولكنها ليست الآنا –(ego) ,الآنا هو هذا الجزء من الشخصية الذي يتعامل مع الواقع ,ونحن لذلك عندما ننسب لا ننسب للأنا ولكننا ننسب للذات، مثل قولنا : إنكار الذات، وتأكيد الذات، وتقبل الذات، وتحقير الذات ..... وتقرير الذات .....إلخ (عبد المنعم الحنفي –ط1– 1995– ص509).

- أما "جورج ميد –mead–g"فيعرفها": "أنها النظام الديناميكي للمفاهيم والقيم والأهداف والمثل التي تحدده الطريقة التي يسلك بها الفرد "(إبراهيم أحمد زيد ط.1987– ص 76).

- وفي الدراسات الحديثة قسمت الذات إلى شكلين هما :

1 – **الذات الموضوع** : كالاتجاهات والميول والمشاعر والقيم و....إلخ .

2 – **الذات العملية** : كالفعل أو الحركة كمجموعة من النشاطات والعمليات العقلية، كالتفكير و الإنتباه والتذكير و الإدراك والفهم ...إلخ .

– كما شاع إستخدام تعبير "الأنا – ego" لوصف الذات كعملية، وإستخدام "الذات self " لوصف نظام تطور الشخص لنفسه (يوسف مصطفى قاضي وآخرون – ط1– 1981م– ص 227).

II– خصائص الذات:

لقد حدده "سترونغ (r.strong) خمس خصائص للذات هي : (مصطفى فهمي – ط. 1977م– ص 176–177).

1 – أن الذات أساس عضوي (بيولوجي).

2 – وهي تنمو منذ الولادة من خلال العلاقات الجنسية .

3 – وتسعى الذات إلى التقليل من حدة الشعور الداخلي بالقلق .

4 – للذات صفة الاستمرارية، والاحتفاظ بخاصيتها الفريدة من وقت لآخر .

5 – كما أنها تعمل على أن تضع نفسها في الصورة أحسن، وج من الاطمئنان والكمال كلما كان ذلك ممكنا .

III – مكونات الذات :

إستطاع علماء النفس التمييز بين ثلاث مكونات للذات وهي :

الذات المدركة : وهي الفكرة التي يأخذها الفرد عن قدراته وإمكاناته فقد تكون لديه صورة عن ذاته كشخص له كيان الفرد صورة بأنه عاجز أو فاشل أو أنه قليل الأهمية، ضعيف القدرات، وبأن فرص النجاح أمامه ضئيلة وهي خصائص الفرد التي تكون سمات جسمه (عبد المنعم الحنفي – ط1– 1995– ص510.)

وتتركز في مساعدة الفرد للتعريف على أجزاء جسمه ووظيفة كل عضو، وعلى تنمية مهاراته الحركية المتصلة بالعضلات الكبيرة والدقيقة، وعلى تقبل الصورة التي ولد بها . (مواهب إبراهيم عياد –ط1 ص72)

1 – الذات الاجتماعية : وهو البعد الثاني في مفهوم الذات، فيتعلق بفكرة الفرد عن نفسه في علاقاته بغيره من الناس، فهي الصورة المتحصلة له عند الأغيار (عبد المنعم الحنفي– ص 510.)، وهي تتصل بنمو علاقات الفرد الإجتماعية، سواء مع عائلته أو أصدقائه .....، وكيف يرون هذا الشخص ويحدث ذلك بتحقيق التعاون وهذا ما يساعده على التوقيع والتكيف مع نفسه والآخرين، فقد يرى في نفسه شخصا مرغوبا فيه، أو أنه منبوذ من الآخرين (مواهب إبراهيم عياد– ص 72.)، وقدير في أن قيمة إتجاهاته ومنزلته وعنصره أو دينة من الأسباب التي تجعل الأشخاص الآخرين ينظرون إليه بتوجس وحذر، أو بعدم ثقة، أو بعين إحترام، إذن مما يؤثر أبلغ تأثير في نظر الفرد إلى نفسه، الطريقة التي ينظر بها الناس إليه، لن صورة كل فرد عن ذاته تتكون خلال نظرة الآخرين إليه.

2 – الذات المثالية: وهو البعد الثالث، فهي مفهوم وهو نظرة الفرد إلى ذاته كما يجب أن تكون، وهذه النظرة تختلف عن الصورة التي يرى فيها نفسه بالفعل، محبوبا أو منبوذا كفوءا وغير كفء، نجد أن كل فرد يتخيل نفسه في أعماق ذاته، فتكون له مثله العليا و إتجاهاته وقيمة توقعاته وأهدافه، ومستويات طموحه التي يرغب في تحقيقها .وكلما صغر الاختلاف بين الطريقة الفعلية التي ينتظر بها إلى نفسه، والنظرة المثالية التي يتمناها.

إزداد النضج، وأصبح من المتحمل هذه الصورة أن تتحقق، وحينئذ يمكن القول أنه متقبل لذاته كإنسان، ولديه الثقة بنسبه وبقدرته ، (حسين ياسين اباظة – ط. 1990– ص465.) والذات النفسية أو الروحية عند "ويليام جيمس " هي الجانب منها الذي له تطلعات ونزعات وميول، فهي تتكون من الملكات النفسية ونزعاته وميوله .

IV العوامل المؤثرة في نمو الذات

من أهم العوامل المؤثرة في نمو الذات هي التي ذكرها "عبد الفتاح دويدار "وهي : (عبد الفتاح دويدار– ط1.1996–ص 258–260).

1 – صورة الجسم :

والمتمثلة في التطور الفزيولوجي، كالحجم وسرعة الحركة ....، ويختلف هذا حسب نوع الجنس، وحسب الصورة المرغوب فيها ,إذا تبين أنه عند الرجل يعود رضى الذات إلى البناء الجسماني الكبير، وإلى قوة العضلات، بينما يختلف الأمر عند المرأة فكلما كان الجسم أصغر إلى حد ما المعتاد، فإن ذلك يؤدي إلى الرخي والراحة .

2 – القدرة العقلية :

فالقدرة العقلية للشخص تؤثر في نمو الذات فهي ليست نفسها لدى الشخص السوي والختل

3 – المعايير الاجتماعية :

حيث نجد أنه كلما تقدم الفرد في السن فإن تركيزه ينتقل من القدرة العقلية إلى القدرات الطائفية الأخرى كالقدرة اللغوية أو الفنية ...إلخ، ورضى الفرد عن ذاته في هذه المرحلة يعتمد عن كيفية قياسه للمظاهر التي يكتشفها .

4 – الدور الاجتماعي :

يتضح أن الدور الاجتماعي الذي يلعبه الفرد في مجتمعه يؤثر في تقديره لذاته داخل هذا المجتمع (مثلا : دور المدير ليس له نفس التقدير لدور الحارس) ومن ذلك فإن دور الفرد وأداته في مجتمعه هو الذي يقدر له ذاته فيها .

5 - **التفاعل الاجتماعي** : حيث نلاحظ أن :

التفاعل الاجتماعي الناجح يؤثر في تقدير الفرد لذاته فكلما كلن الفرد متفاعلا أكثر مع غيره كلما كان تقديره لذاته أحسن (حامد عبد السلام زهرن – ط2– ص 293).

6 - **الخصائص وميزات الأسرة :**

حيث نرى أن نظرة الفرد لذاته الذي يعتبر في عائلي هادئ ومتزن ... يختلف عن الشخص الذي يعيش في جو أسري ملئ بالخصام والفوضى والتناقضات فنجد أن الأول يكون تقديره لذاته أحسن من الثاني، لأن نظرته تتسم بالسلب والحرمان والنقص والإحساس بالدونية .

7 - **مستوى الذكاء :**

فالشخص الذكي يكون أكثر وعي بنفسه لذلك فتقديره لذاته يكون أحسن من الشخص قليل الذكاء ,لقلة وعيه لنفسه هذه النظرة التي يساهم فيها المجتمع بصفة إجابية أو سلبية حسب معاملة المحيطين به نجاحا .

8 - **مقارنة الفرد لنفسه بالجماعة :**

حيث أن "هذه النظرة التي يساهم فيها المجتمع بصفة إيجابية أو سلبية حسب معاملة المحيطين به نجاحا " (حامد عبد السلام زهرن–ص 293)، ذلك أن مقارنة الفرد لنفسه بجماعة أقل منه يؤدي إلى تأكيد ذاته ومنه إلى زيادة التقدير لذاته، أما قارن نفسه بجماعة أكبر منه يؤدي ذلك إلى تقدير أقل لذاته .

*كما يمكن تقسيم العوامل المؤثرة في الذات عموما إلى قسمين :

أ –**عوامل داخلية** : وهي عوامل ذاتيه تتبع من الفرد كصورة الجسم والصحة العقلية ومستوى الذكاء .

ب –**عوامل خارجية** : وهي العوامل المؤثرة في الفرد من المحيط الخارجي كالتنشئة الاجتماعية والتربية ...

وعموما فهي أهم العوامل في نمو الذات، التي ذكرها عبد الفتاح دويدا .

V- مفهوم تقدير الذات (self-appraisal) :

لقد ظهر مفهوم تقدير في أواخر الخمسينات، وأخذ مكانته بجانب المفاهيم الأخرى في نظرية الذات، فظهرت في كتابات (أروزنبرج – Rosenberg)، وكارل روجرز (Rogerse) ليزيد في الستينيات والسبعينيات، حيث تم الربط بينه وبين السمات النفسية الأخرى، خاصة المهتمين بالشخصية .

وكغيره من المفاهيم : إختلف الباحثين في الحديد تعريف موحد له حيث :

❖ عرفه "روزنبرج – RoSenberg–(1837)" بأنه اتجاهات الفرد الشاملة، سالبة كانت أو موجبة نحو نفسه (عبد الرحمان سيد سليمان– ط .1988– ص 192).

❖ أما "كوهن "– cohen– (1959) : فيعرفها "الدرجة التي تتطابق عندها الذات المثالية والذات الواقعية " (عبد الرحمان سيد سليمان– ص 192).

❖ أما كوبرسميث – c–smith–(1967) : أنه التقويم الذي يصخره الفرد ويحافظ عليه عادة ذاته، وهو يعبر عن الإتجاه بالقبول أو غير القبول، ويوضح إلى مدى يعتقد الفرد أن لديه من الإمكانيات والقدرات وأنه ناجح وذات قيمة في الحياة (محمد السيد عبد الرحمن – ط.1998– ص 397).

❖ أما" لورانس "فيعرفه – Lorrence – : "بأنه تقييم الفرد لمجموعة خصائصه العقلية والجسمية ".(عبد الرحمان صالح الأزرق– ص188– 119).

❖ أما "فيصل عباس "(1982م)"عن "إنجلش وإنجلش "(engLish et engLish) :"إن تقدير الذات هو تقويم صريح وواضح لما هو حسن ولما هو سيء الفرد" (فيصل عباس–ط. 1982– ص 181).

❖ مفهوم تقدير الذات هنا هو التمييز بين ما هو سلبي أو إيجابي في الفرد

- أما كل من "شيفلسون" – sh – (1982م)، "ومارس " (1983م) (mars) فيعرفان تقدير الذات "أنه يمثل عامل أساسي للنجاح في مختلف حياة الفرد " (عبد الرحمان صالح الأزرق– ص 119).

❖ من خلال التعاريف السابقة، نجد أن أغلبها دلال على أن تقرير الذات مفهوم يشير لتقيم الفرد لقدراته، سواء كان هذا التقييم إيجابي أو سلبي لذاته .

❖ كما يعرفها "مصطفى كامل "بأنه: نظرة الفرد وإتجاهه نحو ذاته ومدح تقرير هذه الذات والقيمة التي يعطيها الفرد لنفسه، من الجوانب المختلفة كالدور والمركز الأسري والمهني والجنسي وبقية الأدوار التي يمارسها في مجال العلاقة بالواقع توظيفا أو تعديلا أو إنحرافا في الفرد بذاته". (فرج عبد القادر – ط 1– ص 141).

وعموما ومن التعارف السابقة يمكن القول بأن تقرير الذات مفهوم يشير إلى تقييم الفرد لقدراته، وقد يكون هذا التقييم إيجابيا أو سلبيا لذاته .

VI – الطرق المستعملة للشعور بتقدير الذات :

ويمكن تلخيصها حسب رأي "سعد جلال "سنة 1985إلى : (سعد جلال – ط.. – ص 481).

1 – الحصول عليه بالسيطرة على الأفراد :

بالقوة الجسمية والتي تعتبر طريقة بدائية ولكن في الحاضر عند ترفع المجتمع عنها حل محلها التقاضي والغرور، وإدعاء الكبرياء لذلك يمكن أن يحل محل القوة الجسمية عقاب الغير بإستغلال المركز .

2 – السيطرة على الأشخاص :

وأكثر مثال على ذلك هو سيطرة المراهق على مبادئ وتحكمه فيها، لإظهار تفوقه أمام الآخرين ومن ثم شعوره بالتقدير لذاته .

3 – الانطواء على شخصية قوية أو جماعة قوية :

حيث يقول "سعد جلال "(1985م) عن "كومب وسنيج " – comb et snyg– :"أنه من الخطأ إعتبار الحاجة إلى الانتماء مستقلة عن حاجة إلى تأكيد الذات ". (سعد جلال –ص 481).

4 - **إدخال نوع من التغيير في حالة الجسم :**

مثيل اللهو المختلفة تستثير في الفرد طاقة يشعر معها بقوة، ولكن ربما أصح هذا مما من يعد هدفا مقصودا لذاته عن كثير من الناس، فتراهم يقضون معظم أوقاتهم في اللهو، وتدخل المغامرة ضمن هذا النوع، فيتوقع هذا الكسب أو الخسارة مما يساعده على استثارة تجعله ينسى همه مشاكله وشعوره بالناقص لقياس تقدير ذاته وعدم الكفاية، الذي يؤدي له إلى الشعور بالقوة والفاعلية بعدها طريقة ناجحة من وجهة نظره .

VII – طرق قياس تقدير الذات :

ويمكن تلخيص طريق قياس الذات فما يلي :

1 - طريق التقدير الذاتي :

تستعمل هذه الطريقة في "وصف الذات أو الذات المثالية أو لوصف علاقة ما" (عبد الفتاح دويدار– ط. 1999– ص 331)، حيث يقدم للعميل بطاقات بها عبارات مكتوبة "أعمل بقوة"، "أنا سهل الإنفعال "...إلخ، وعلى العميل سحب البطاقة ووصفها وفقها لما ينطبق عليه .

وفي حالة وصف الذات المثالية ما علينا سوى توجيه العميل لوصف مفادها وصف الشخص الذي يريد أن يكون عليه.

2 - طريق المقابلة :

"أفضل مدخل لفهم السلوك هو الإطار المرجعي الداخلي للفرد نفسه".(عبد الفتاح دويدار– ص 331)

فقد لا تكشف التقرير الذاتية عن كل شيء هام في سلوك الفرد، لذلك عمل روجرز وأمثاله على توفير الظروف المؤدية إلى الخمور وتيسير الكشف عن المشاعر والذات الخاصة، فهو محتاج إلى جو دفئ ومتقبل للتغبير عن ذاته بصراحة، ويتضح ذلك في العلاج المتمركز حول العميل .

3 - طريق التمايز السينمائي :

من الطريق التي صممها "أو سجود"- osgood- لدراسة المعاني كما يقدرها المفحوص بدلالات الألفاظ هذه الطريقة تحدد تقدير لمعنى الأشخاص أو الأحداث أو المفاهيم، وفي هذه الطريقة يقدم المفحوص كلمة "مثير" ويتطلب منه تقدير كل مثير وفقا لمقياس متدرج "من سبع "نقاط بين طرفين متناقضين مثال (سارحزين)، (قوي، ضعيف) وقد يكون تقديره على أساس مطابقة معنى المفهوم المتميز عليه، وتعتبر طريقة موضوعية ومرنة تسمح ببحث معاني الكلمات والمفاهيم من كل الأنواع .

- ولقد كشفت بحوث التحليل العاملي للبيانات المتجمعة من استخدام هذه الطريقة 3 عوامل سينمائية رئيسية .

أ -عامل التقييم- evaluation factor – مثال (حسن – ردئ)

ب - عامل القوة – fotensy factorمثال : (قوي – ضعيف)

ج- عامل النشاط –active factorمثال : (إيجابي – سلبي)

ولتحديد قيمة التقدير المباشر الذي يقدمه الشخص نفسه، علينا مقارنته بالتنبآت المستوحاة من تقدير الذاتي . (عبد الفتاح دويدار- ص 331)

VIII – نظريات المفسرة لتقدير الذات :

اختلفت النظريات في تناول مفهوم الذات فمنهم من ركز على الجانب الاجتماعي ومنهم من ركز على جانب الأثر في الإدراك وعموما يمكن تلخيص نظريات الذات في:

1 - النظرية الاجتماعية :

تذهب إلى دراسة الذات، كتفاعل مستمر بين الأشخاص داخل المجتمع و إندماجه في النشاطات الاجتماعية، ومن أبرز العلماء الطلعيين في علم النفس الذين كتبوا عن الذات "ويليام جيمس " "جورج ميد "، "ألبورت " .....

أ نظرية ويليان جيمس" Wjames":

يعتبر من العلماء الذين كتبوا عن الذات، ويعتبر أن الذات تعبر عن نفسها بالانفعالات السلبية أو الإيجابية نحو تقدير الذات ,وقد حدد أسلوبين مختلفين في تحديد الذات :

*يعتبر الذات لها وظيفة تنفيذية (الذات العارفة).

*الذات كموضوع (الأنا).

فالأولى لا توجد قيمة لها بفهم السلوك ويجب التخلي عنها لموضوع الفلسفة، أما الثانية فهي تتضمن أي شيء يرى الفرد أنه ينتمي إليه وتتضمن :

*الذات المادي (الجسم، الأسرة، الممتلكات)

*الذات الإجتماعية(وجهة نظر الآخرين نحو الفرد ...)

*الذات الروحية (إنفعالات الفرد ورغباته، الطموحات الفكرية ، الدينية الأخلاقية ..)

ب – نظرية جورج ميد " G.Mead" :

أما ميد عام 1934م فقال : "فتنبثق من التفاعل الاجتماعي و كنتيجة لاهتمام الفرد بالطريقة التي يستجيب بها الآخرين نحوه، إذ يجب عن الفرد أن يدرك الحياة بالمعنى الذي يدركه المجتمع.

ليستطيع أن يستجيب بطريقة مناسبة " (سعد جلال – ط 1985 – ص 318،319)، فقد زاد ميد في شرح مفهوم الذات فأرجعها كنتيجة لاهتمام الشخص بالطريقة التي يقابلها أو يستجيب له الآخرين بها (كنتيجه للتفاعل الاجتماعي).

ج – نظرية كورمان –" Kormn" :

أعطى كورمان مفهوم للذات : "بأنه مدى إدراك الفرد لذاته على أنها واسعة المعرفة ومشبعة لحاجاته كما أن الأفراد الذين يكون إدراك الذات لديهم قويا يشعرون بالسعادة والمعرفة ويدركون النجاح قبل و قوعه " (نور الدين بوعلي – ط.1993 – ص 98) ، كما أنه يشير إلى ثلاثة أشكال لتقديم الذات وهي:

*مزمن ذات نمط ثابت في سمة الشخصية ومتغير نسبيا عبر الموافق .

*متأثر بنواحي إجتماعية (نظرة الأخرين لنا).

*شعور الفرد بالكفاءة في ممارسة مهام خاصة .

د- نظرية ألبورة " Allport" :

أكدت هذه النظرية على مفهوم "مجال الجوهر "بدل "الذات "، وهو يحتوي مظاهر يعتبرها الفرد أساسا لإحساسه بالتماسك، وقد حدد عدة خصائص لهذا المجال وهي : (سعد جلال – ص 321، 322).

*الإحساس بالاستمرارية خلال مدة زمنية معنية .

*الوعي بالذات الجسمانية .

*تأ كيد الأنا والحاجة لتقدير الذات .

*تكامل الحاجات الداخلية مع الخارجية .

*إمتداد وتحديد الأنا المتجاوز لحدود الجسم .

*أداة كاداة تنفيذية ومدركة (عارفة).

*إدراك الفرد لنفسه وتقويمه لذاته .

*دافعية الفرد لزيادة التوتر، بدل من سعيه وراء التحديات .

2 - النظرية الظواهرية :

وهذه النظرية تركز عن أثر الذات في الإدراك الذي يأخذه الفرد من الأحداث المؤثرة والطريقة التي يستخدم فيها الفرد هذا الإدراك لتنظيم سلوكه، وأهم رواد هذه النظرية "كارل روجرز"، حيث أنه قال : "الخبر الذاتية تهتم بماذا تريد ؟وكيف نفكر ونشعر ؟". (رمضان محمد القذافي – ط 1993 – ص 197- 198)

*وترى هذه النظرية أن :

أ -ترى أن لدى الإنسان نزعة نحو تحقيق الذات تعمل على توجيهه سلوكه وتؤدي النشاطات التي تهدف الذات، إلى مساعدة الإنسان على تحقيق الذات وغايته وشعوره بالرضى وتحقيق الذات .

ب -تهتم بالخبرات الحاضرة مصدر السلوك .

ج- إهتمام بالحالة الذهنية للإنسان، لأن فهم أفكاره ومدركاته ضروري لفهم سلوكه . ويعتبر "كارل رزجرز" من العلماء الأمريكيين المعاصرين التأثيرين بنظرة المجال في علم النفس وهو يؤكد على نظرة الشخص لنفسه، والطريق التي يعمل من خلالها على تقييم خبراته، ولقد إشتقت نظرية روجرز في الذات من عملية كمعالج وتقويم نظريته على 22 مسلمة والتي نذكر أهمها وهي كالتالي : (سعد جلال- ص 744- 747)

1/ يستجيب الكائن الحي لمجاله كما يدركه هو من خبرته الذاتية .

2/ يوجد لدي الكائن الحي نزعة أساسية واحدة وهي تحقق ذاته والحفاظ عليها و تأكيدها

3/ تتكون بنبات الذات نتيجة التفاعل مع البيئة ونتيجة لتقييم التفاعل مع الآخرين على وجه الخصوص وهو عبارة عن بنيات منظمة مربه .

4/ السلوك أساس محاولة موجهة نحو هدف لإشباع حاجات الكائن الحي طبقا لخبراته .

5/ يتميز بالتدريج جزء من المجال الإدراكي لتكوين الذات .

6/ وجود عدم تكيف حين ينكر الوعي بخبراته حسية أو إحشائية لها دلالتها، وبالتالي لست رموز وتنظيم في الشكل الكلي لبنيات الذات .

7/ يتم التكييف النفسي حين يكون مفهوم الذات الذي يسمح لكل الخبرات الحسية و الإحشائية بأن يتم إشباعها على مستوى رمزي في شكل علاقة مصغرة مع مفهوم الذات .

8/ إذ يمكن الفرد من إدراك وتقبل كل إحساساته وخبراته الاجتماعية، وتكامله مع نظامه فهو بالضرورة يكون أكثر فيهما للآخرين وأكثر تقبلا لهم كأفراد منصلين .

9/ نظرا للقوم والرغبات والمتطلبات التي يفرز منها التقدير الاجتماعي، وتقدير الذات ينمو إتجاه بجداره الذات يساعد الفرد على فهم حياته اليومية .

10/ يجد "روجرز " أن هناك رغبة قوية لتقدير الذات توازي الرغبة للتقدير الإجتماعي، ولما كانت هذه الحاجة تنمو بالخبرة فمن الممكن أن تتجاهل الشخصية ضغوط المجتمع التي أعطيته للتقدير الإجتماعي .

*وهكذا يمكن القول أن محور هذه النظرية هو "الذات" في حد ذاته . (سعد جلال- ص 744- 747)

* وعموما نجد ان النظرية الإجتماعية رأت أن مكون من الشخصية، يكتسبها الشخص خلال تفاعله مع المجتمع، وأهملت الجانب الذي ركز عليه "كارل روجرز" في حين ركزت النظرية الظواهرية على مرحلة الطفولة وإعتبارها أساسا لبناء شخصيته مستقبلا من خلال إحساسه باللذة والألم، والكره والمحبة، لكن ما يأخذ عليها أنها أفرطت في إعطاء الخبرة الشعورية أهمية بالغة في تفسيرها وإهمالها للجانب الوراثي والاجتماعي

IX- كيفية إشباع حاجة تقدير الذات :

إن الحاجة إلى تقدير الذات تكتسب أهمية كبيرة لأنها تؤدي إلى خلق مشاعر إيجابية نحو الذات، وبالتالي فهو يؤدي إلى الثقة بالنفس مما يسمح بتكوين مفهوم إيجابي وهذا بدوره يساعد على النجاح والتفوق، أما إذا فشل في إشباع حاجات التقدير يؤدى به إلى الإحساس بالعجز وفقدان الذات، وقد يختلف لديه إحساسا بالاغتراب .

ويقدم "سعد جلال" -1985- عن "سينج كومب" – Snygg andcomds-:

"أن هناك حاجة واحدة هي الحاجة إلى تأكيد الذات وصيانتها، وهذه الحاجة تفسير لنا لماذا ينتحر بعض الأفراد مثلا ". (سعد جلال- ص 477)

وفي رأيهما أن غير ذلك من الحاجات مرتبط ومشتق من الحاجة الأساسية الوحيدة وهي الحاجة إلى تقدير الذات والحاجة إلى تحقيقها وإشباعها، مما أدى إلى عدم إتفاق العلماء في حصر عدد الحاجات، وأرجعوا تنوع الأهداف وتحقيقها إلى تنوع الحاجات ، وفي الحقيقة أن هذه الأهداف ما هي إلا مظاهر لإشباع حاجة واحدة هي الحاجة إلى تقدير الذات .

وقد قسم "سعد جلال " كيفية إشباع حاجة تقدير الذات إلى أربع طرق وهي : (سعد جلال- ص 477- 480)

1 - إشباع حاجة تقدير الذات جسميا :

البقاء على الذات والحياة أمر جوهري بالنسبة لغالبية الناس، فغالبية الأفراد يحافظون على أجسامهم ويحاولون الوصول إلى الصحة والعافية ,كما يحاول غالبية الأفراد الوصول إلى التكامل في أجسامهم وهذا للوصول إلى إعطاء المظهر السليم لصورة الجسم، وهذا للوصول إلى تقدير لذاته، لأن الوصول بالجسم للعافية والصحة يوصل الشخص إلى الرضى عن نفسه وجسمه ومنه الرضى عن ذاته .

2 - إشباع حاجة تقدير الذات نفسيا :

إشباع الحاجة الجسمية للمحافظة على الذات الجسمية ليست غاية في حد ذاتها، فهي تعتبر وسيلة للوصول بها إلى إشباع الحاجة الأساسية وهي إشباع الحاجة النفسية والتي تعتبر مشكلة من المشاكل لغالبية الأفراد، فالحاجة إلى الإنتماء وإلى القوة والسيطرة والأمن والحب والتقدير والمركز .... كلها حاجات تشبع للوصول إلى حاجة تأكيد وتقدير الذات .

3 - إشباع حاجة تقدير الذات عن طريق الأهداف التي تسعى إليها الذات :

لكل فرد أهداف يسعى إلى تحقيقها، وهي تختلف من فرد لآخر فكل فرد يعتقد أهدف خاصة به، وكل طفل يقتدي بوالديه ويعتقد أهدافهما، دينهما ويأخذ غالبية عادتهما وتقاليدهما، ويتوقع إستمرار هذه الأهداف في حياة الفرد أو زواله إلى ما تؤديها أو ما تسعى إليها في إشباع حاجاتها ومن ثم تحقيق التقدير لذاته

4 - إشباع حاجة تقدير الذات عن طريق الطرق التي تواصل إلى الأهداف :

الطفل في مراحل نمو يتميز بين الأهداف التي يسعى إليها وبين التي تشع حاجاته، كذلك فهو يميز بين الطرق المساعدة على تحقيق أهدافه، و يختلف الأفراد فيها بينهم في السبل التي يتبعونها لتحقيق أهدافهم، ويختلف الأفراد في الطرق التي ينتهجونها للوصول إلى تحقيق أهدافهم، فمنهم من يستعمل الحيلة ومن يكون عنيف ...

ومن المعروف أن الفرد يميل إلى تكرار الطرق التي تؤدي إلى تحقيق النجاح، ولا يستخدم الطرق التي تفشل في تحقيق أهدافه، فتصبح ذات جاذبية إيجابية، هذه الطريق توصل الفرد إلى إهداف تشره بالرضى و الإرتياح وتقبل ذاته .

XI – سيكولوجية المعاق بصريا :

تتغير نظرة الفرد لذات عند إصابته بالمرض خاصة إذا كان من الأمراض المزمنة، مما يؤثر في حياته العامة والخاصة وتظهر أثارها بشكل أوضح في الجانب النفسي، هذه الحالة كما يراها "عدنان سبيعي " يمكن ملاحظتها في عدة جوانب أهمها : (عدنان السبيعي – ط1– 1982 – ص 110).

نظرته إلى نفسه :ويمكن أن تظهر في :

أ **نظرته إلى نفسه** : فالمصاب ينظر إلى نفسه نظرة قلقة فصورته لنفسه تتسم ب:

- عدم الإطمئنان لحالته الجسدية، فهو غير مرتاح لقيمة ما ينجزه :
- عدم الإطمئنان للغير، المجتمع الذي يعيشه تعمه الخلافات فقد يلقى عداءا من طرف وتعاطفا من طرف آخر ولا مبالات، إذن لهذه الحماية المفرطة أو العداء المتكرر فإنه يحس بعدم الأمان مما يسبب له القلق .
- عدم الإطمئنان إلى نفسه، فنظرته متذبذبة فهو يرضى عنها اليوم ويكرهها غدا (فهو في صرع دائم بين القيم المادية والمعنوية).

ب – نظرة المريض إلى نفسه كما يدركها الأخرون :

المريض الذي يحقر نفسه وينقص من شأنها أمام الأخرين قد يقبل النظرة السلبية التي تتسم بالتصغير والإحتقار من طرف الأخرين، أما الذي يقبل مرضه فإنه يتعايش مع الآخرين بصفة عادية دون إحساسه بالنقص الذي يعاني منه الأول .

ج– نظرة المرء لنفسه كما يجب أن يراها :

يختلف المعاقين في أفكارهم لكن معظمهم يريد لو أنه كان سليما غير مصاب، وتختلف نظرته بإختلاف جنسهم وسنهم .

1 - **سلوك المريض و إستجاباته إتجاه المرض و إتجاه الأخرين :**

إن الاعاقة وخاصة المزمنة منه يؤثر في سلوك المريض إتجاه نفسه والأخرين، كذلك إستجابته إتجاه المريض تختلف بين الإمتثال والتقبيل والرفض .

"فإعطاء صفة المرض لحالة شخص ما، يؤثر في حالته النفسية وعلى تصرفاته الإجتماعية وطريقة حياته " (الوحشي أحمد بيري – ط 1 – ص 23).

كذلك فقد تطرق "ألبورت " إلى تأثير الإصابة بالمرض على نفسية المريض وعلاقاته الإجتماعية بالآخرين، ويختلف من معاق لآخر .

ويمكن أن تظهر سلوكات المعاق في : (محمد سيد فهمي – ط 1998 – ص 126).

الشعور بالنقص المفرط مما يعوق تكييفه النفسي و الإجتماعي .

- شعوره بالعجز مما يولد شعور بالضعف .
- عدم إحساسه بالأمن وعدم إستقراره مما يولد لديه قلقا .
- إتسامه بمظاهر السلوك الدفاعي، ومن أبرزها الإنكار للمرض وعدم تقبله إسقاط أفكاره و أحاسيسه عن غيره .
- إتسامه بمظاهر السلوك العدائي والخوف من نظرة الأسرة والمجتمع وفقده لمكانته ويمكن أن تظهر في :

أ **القلق :**

فهو أكثر الأعراض تكرارا عند المصابين وفي معظم الأحيان يكون قلقهم طبيعي عن المرض، حيث يعتقد أن حالته خطيرة وإحساسه بقرب موته، وقد يتحول هذا القلق إلى قلق مرضي إذا طغى على سلوكه .

ب - العدوانية :

في بعض الأحيان يتصرف المعاق بعدوانية خاصة بعد نوبات المرض مع كل المحيطين به والتي يمكن ارجاعها إلى مرضه، أو يأسه من الحياة، أو رد فعل طبيعي لمريض لا يستطيع الفرار منه .

ج- الإنطواء:

في بعض الأوقات نجد المعاق أكثر هدوءا وصمتا لا يهم بحاجاته، لا يحدث مع الأخرين ويمكن إرجاع ذلك إلى خجله من مرضه، أو شعوره بأنه عبء عن الخرين

د- العزلة :

والتي تظهر في فتورة العلاقات الإجتماعية، وهذا ما أكدته الدراسات من أن نسبة 75 % من المعاقين يميلون إلى العزلة .

هـ - الإحباط :

فالنظام و الإلتزام والعلاج الصارم يولد الإحباط، ويظهر هذا شعور في بداية الإصابة بالإعاقة لكنه يبدأ بالنقص بعد ذلك .

و- الحساسية :

غالبا ما نجد هؤلاء المعاقين أكثر حساسية مما يسبب لهم حدوث نزاعات مع أفراد الأسرة والمجتمع ,"وهذا أحد الأسباب التي تدفع بالمريض إلى العزلة وتزرع فيه الشعور المؤلم بالوحدة ". (مجدي أحمد محمد عبد الله- ط 1996- ص 107)

وقد أوضح علماء الاجتماع أنه لكي نطلق عن الشخص من النظرة الإجتماعية ننظر إليه من خلال: (مجدي أحمد محمد عبد الله- ص 107)

- يبحث عن مساعدة .
- يتوقع منه تقبله الإعاقته.
- إستثناءه من بعض الأنشطة الإجتماعية، ومطلوب إنسحابه من بعضها الآخر .
- لا يمكن الإعتماد عليه لضعف إيرادته .

كل هذه الآثار وغيرها تخلف أثار تعيق الفرد عن التكييف النفسي و الإجتماعي

الفصل الثالث

مفهوم القلق

- تعريف القلق
- أنواع القلق (القلق الصريح)
- أسباب القلق
- أعراض القلق ومظاهره
- التشخيص القلق
- مراحل مرض القلق
- طرق قياس القلق
- النظريات المفسرة للقلق
- خصائص القلق لدى المعاقين بصرياً

I – تعريف القلق :

ظهرت عدة مفاهيم متشعبة ومتباينة للقلق كل حسب إتجاهه وإطاره الفكري، فليس لنا إلا ذكر ملخص للآراء النظرية في تعريف القلق وهي :

1 - التعريف الطبي :

*قفد رأى "كريبلين "(1859- 1926م) بأنه : "القلق نوع من إضظرابات الأعصاب ." (ارون بيك- ط 1 – ص 158).

* أما "بيتز"" Dittz" (1969) فقد عرفه بأنه : "ناجم عن زيادة حمض اللتيك أو نقص الكالسيوم في الدم ".(ارون بيك- ص 158).

* أما يوجين "ريد موندو ""Redmond-Eu" فقال : "الهلع والخوف ينشآن عن إفراط نشاط خلال كيروليوس العصبي في المخ ". (دافيد شيهان- ص 107)

* كل الاتجاهات السابقة أوضحت معالم المفهوم الطبي للقلق فهي تعطي دليل على أن الأعصاب الحركية (عمليات التفريغ) تلعب دورا في ظاهرة القلق .

* كما أرجعت المدرسة الفزيولوجية أسباب كل إضطراب إلى خلل الفزيولوجي ثابت والقلق أحد هذه الأضطرابات .

* فقد أكد "داكوستا "" Dacosta"(1871م) : زعيم التفكير الطبي والنفسي أن "القلق" : "عاطفة عصبية " (G. Besançon et cool -1993- p37). فهو بهذا يرى أن القلق وحدة من الأعراض الحشوية، مجسدا بذلك الجانب الطبي الصرف .

*كما يذهب البعض إلى أن القلق :"إنفعال فيزيولوجي عايش كل فرد في الحالات الضاغطة أو المهددة والذي يتميز أو يعرف بشدة تكراره وكذا استمرارية، وهو الأكثر تكرارا في معاينات الطب العام لكثرة مظاهر وأعرضه الجسمية".(*perlemuter (L) - Vauoillire (G) – p10*)

2 - تعريف القلق من منظور المدرسة التحليلية :

*تسمى المدرسة التحليلية أو نظرية الشخصية أو مدرسة الأعماق، والتي تعتبر من أبرز وأرسخ النظريات، مؤسسها سيجموند فريد "S–Frued" وقد أرجع أن للقلق سببين هما :

أ- الأخطاء الموجودة في الحياة الواقعية

ب–توقع العقاب نتيجة التعبير عن رغبات ممنوعة جنسيات أو عدوانيا أو أي دوافع ممنوعة أو ارتكاب سلوك غير أخلاقي .

ففي الحالة "أ" ينشأ القلق نتيجة لموافق حالية تؤدي إلى آلام جسمية (حسين ياسين طه – ط 1999 – ص 194). ومن خلال منطلقاتها توصل إلى تفسير معظم الاضطرابات ومنها القلق الذي ركز وزاد في الاهتمام به .

وأساسه أن القلق النفسي نتيجة التعارض أو الصراع بين متطلبات الهو و الأنا الأعلى وعجز الأنا عن التفريق بينهما، وسبب هذا العجز راجع إلى خبرات الطفولة وخاصة عقدة الخصى (عقدة الخوف من فقدان العضو التناسلي)، والشعور بالذنب الذي يحيط بالرغبات الجنسية .

فقال فرويد بأنه :"حالة " الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له الكثير من الكدر والضيق والألم، والشخص القلق يتوقع دائما الشر ويبدو متشائما (سيجمود فرويد – ط 5 – 1985 – ص 13).

*كما تبينت لدى المحللين الجدد بتعريفاتهم عن القلق :

*"فأدلر "– adler – (أمال عبد السميع أباظة – ص 77): "اعتبره ينشأ نتيجة شعور الفرد بالنقص في نظرة نفسه، فيزيد الشعور بعدم الأمان، ومن ثم ينشا لديه القلق، وقد اعتبر العصاب محاولة من جانب الفرد دورها وأثرها على أسلوب الحياة وأسلوب التربية في الأسرة واللذان يؤديان إلى الإيجابيــة والتأكسدية".

*أما "يونغ " – young – يحدده على أنه : رد فعل يقوم به الفرد حينما يفرز عقله قوة وخيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي وهو خوف من سيطرة الجمعي التي لازالت باقية من حياة الإنسان البدائية .

*أما "فيلين "– felin– فيعتبره :"انفعال يتميز بالشعور بانقباض وهواجس لا سبب ولا مبرر لوجودهما وهو يترجم حالة الطوارئ لجسدنا اتجاه بعض التهديدات سواء كانت واقعية أو وهمية ". (Felin (A) – 1987–p24)

*أما "بيرون" – pierron– اعتبره :"تضايق نفسي جسدي متلازم ومتزامن يتسم بشمولية الخوف وتباينها من الفزع إلى الجزع، ويكون مصاحبا بتغيرات جسدية من نوع التقلصات الحنجرية والصدرية (فقد اعتبر القلق محصلة تلازمية مؤلمة سميتها شمولية الخوف وتعبيرات جسدية صرفة) " (. pierron –1979 –p24).

* أما "كالفن" هال : "القلق تجربة إنفعالية مؤلمة تتولد عن الإثارات في الأعضاء الباطنية للبدن وينجم عن هذه الإثارات تنبيه خارجي أو باطني ويهيمن عليها الجهاز العصبي مثل ذلك عندما تواجه شخص حالة خطيرة ".(كالفن هال – ط 2 – 1970 – ص 72)

* أما "ماسرمان "– Massarman– : "إنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد وراء التكييف، ومعنى ذلك بأن القلق ماهو إلا مظهر للعمليات الإنفعالية المتداخلة التي تحدث خلال الإحباط والصراع". (حسين ياسين طه – ط 1990 – ص 434)

*ويتسع المفهوم لدى ماي – May–: فيقول بأنه "إدراك لتهديد موجه نحو قيمة مايعتبرها الفرد أساسية في وجوده كشخص".(نعيم الرفاعي – ط 2 – 1969 – ص 434)

*أما كارين هورني – Karen Horney–: "فالقلق عندها ينشأ نتيجة الصراع بين الطفل ورغبته في إحترام والديه، وبين إعتماده عليهما، ورغبته في التمرد نتيجة لما يصيبه منهم من مقاومات وإحباطات، وعجز الطفل عن حل هذا الصراع، وكبته له، ثم تصبح هذه العادة إستجابة يقابل بها كل خطر يواجهه، فيكون منصاعا مسالما في المواقف التي لا ينبغي فيها

أن يكون كذلك لأن العداء في نظره يترتب عنه حرمان من العطف والحنان ومن هنا يشعر بالقلق من فقدان العطف والحنان، فتعرفه بأنه " استجابة إنفعالية لخطر يكون موجها إلى المكونات الأساسية للشخصية " (نعيم الرفاعي – ص 262). كما اعتبر القلق "أساس" وهو سبب العصاب .

3 – تعريف القلق من منظور المدرسة السلوكية :

القلق عندهم "سلوك متعلم من البيئة التي يعيش في الفرد تحت شروط التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي" (علاء الدين الكفافي – ط 1 – 1999 – ص 272)، كما عرف على أنه:

"اشتراطات سابقة خاصة بالمرض فهو يستجيب بالقلق المثيرات حميدة سبق لها أن إرتبطت لديه المثيرات مؤذية ".(ارو نبيك – ص 158)

كما أن المدرسة السلوكية الجديدة رأت أن القلق إستجابة مكتسبة عن :

أ -تعرض الفرد لظروف معنية كعدم الإشباع، مما يترتب عنها إضطرابات انفعالية مختلفة .

ب – إسراف الأبوين في حماية الطفل، فتكون النتيجة شعور الأطفال بالخطر عندما يتعرضون لمواقف بعيدا عن الأسرة .

ج– الضعف العام في الجهاز العصبي – والخطأ في التركيب العضوي .

4 – تعريف القلق من المنظور المعرفي :

فقد عرف "كارول" (Karool)1964م على أنه "عبارة عن ألم داخلي، أو ألم أصبح داخليا يسبب الشعور بالتوتر، ولما كان الإنسان يناضل باستمرار من أجل الاحتفاظ بالتوازن، فإن القلق يمثل قوة دافعة قد تكون مدمرة أو بناءة يتوقف ذلك على درجة شعور الفرد الداخلي بتوقع الشر وعلى مدى أو حجم التهديد" (عبد الرحمان العيساوي – ط 1990 – ص 162).

- بعد التعرض للمفاهيم السابقة يمكن تعريف القلق بأنه إنفعال إنساني أساسي، ويعرف بأنه إنفعال غير سار وشعور مكدر بتهديد أوهم مقييم، وعدم راحة واستقرار، مع إحساس بالتوتر

والشد وخوف دائم لا مبررله من الناحية الموضوعية، وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة لمواقف لا تعني خطرا حقيقيا والتي قد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية، لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالبا كما لو كانت ضروريات ملحة، أو مواقف تصعب مواجهتها " (أحمد عبد الخالق – ط 3– 2000– ص 437).

- كما يمكن تعريفه بأنه "انفعال شديد لمواقف أو أشياء، أو أشخاصا لا تستدعي بالضرورة هذا الانفعال، وهو ينبعث في الحالات الشديدة على التمزق والخوف، ويحول حياة الشخص إلى حياة عاجزة، ويشمل قدرته على التفاعل الاجتماعي والتكيف البناء" (http //www.sehha .com .26/09 /2017 –p3).

- كما يمكن القول بأنه إحساس الفرد بالرعب المستمر والخوف اتجاه قيم معينة بحيث يكون الفرد حاملها بداخله، أو نتيجة لتحاكه مع أحداث خارجية لا تبرر وجود هذا الإحساس.

- فالقلق قد يعني مجموعة أحاسيس مشاعر بفاعلية يدخل فيها الخوف والألم والتوقعات السيئة، فعصاب القلق المقولة التي فيها المخاوف المحددة ومشاعر الخشية الغمضة بمثابة الشكوى الشائعة إلى أكبر حد، كما عرفه الباحثين بأنه من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع، ومحاولات الفرد للتكييف .

*وأخيرا يمكن القول بأن القلق :"خبرة انفعالية مؤلمة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء دون أن يستطيع تحديده بدقة أو بوضوح " (http //www.sehha .com .26/09 /2017 –p3).

II – أنواع القلق :

تعددت أنواع القلق حسب أصل القلق والأعراض، والفطرة والاكتساب ويمكن ذكرها في :

1 – القلق لدى تايلور :

يعتبر أحد انواع القلق، القلق الصريح والذي سنبرزه كونه أحد متغيرات الدراسة حيث قامت جانيت تايلور عام 1953م بتصنيف القلق (المزمن) وأطلقت عليه القلق الصريح وقد صنفته على أساس وصف "كاميرون" عام 1947م لاستجابات القلق المزمن، فقامت باعداد مقياس القلق الصريح على أساس أنها تقيس القلق وفقا لتعريف كاميرون . (بشير– ط 1– 2000– ص 306)

2 – تصنيف القلق حسب أصل القلق إلى :

أ **القلق الخارجي المنشأ (المتثار – Exojenous)**: وهي مشتقة من كلمة اغريقية تعين الشيء الذي ينشأ من الخارج، أي ينتج من شيء يهدد أمنه وسلامته، فهو رد فعل على الضغط النفسي أو الخطر. (دافيدق شاهين– ط 1989– ص 18)

ب – **القلق الداخلي المنشأ (Endogenous)**: كلمة تعني الإغلاق، وإن حالات القلق من هذا النوع هي مرض، فالمصابون به قد ولدوا بإستعداد وراثي له، ويبدأ هذا النوع بنوبات قلق فجائية دون سابق إنذار، أي أن المصدر هنا داخل جسم الفرد. (دافيدق شاهين– ص 19)

3 – تصنيف القلق حسب الأعراض : ويقصد صنف إلى :

أ **القلق الحاد :** تكون النوبات من الأعرض الحادة الفجائية، وهي تسيطر على المريض، لعدة دقائق، وهي أكثر إيلاما من أي حالة جسدية حادة .

ب – **القلق المزمن :** فهو يحتوي على أعراض أقل حدة، وهي أكثر إمتداد أي تكون بشكل مزمن. (سعد جلال– ط يناير 1986– ص 153)

4 - تصنيف القلق حسب الفطر والاكتساب : وهي :

أ **القلق الفطري :** أي أن الانسان يرث ميلا للخوف من بعض الموضوعات .

ب - القلق المكتسب : حيث يكتسب هذا الادراك في الحياة، حيث تتظافر الوراثة والخبرة معا على توليد القلق، فالوراثة قد تجعل في الشخص القابلية، بينما قد تحول الخبرة هذه إلى واقعية. (كالفن هال- ط2- 1970- ص 75)

5 - تصنيف سيجموند فرويد : أما "فرويد" - Fruied-(1856- 1939م) : فقد حددها كما يلي: (كالفن هال- ص 75- 78).

أ **القلق الواقعي (Objective Anexiety):**

وقد يسمى بالقلق الموضوعي (An- Realistic) وهذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف حيث أن هناك تشابه بين هذا النوع وما أسمته "كارين هورني" "الخوف"، فالمصاب به يدرك جيدا مصدر قلقه وموضوعه، كأن يكون لدي الفرد خبرة إنفعالية مؤلمة من الطفولة عن شيء ما يصبح يسبب له قلقا في المستقبل .

ب - القلق الذاتي (Moral Anexiety) :

يحدث نتيجة الصراع الذي يحدث داخل، وليس صراعا بين الشخص والعام الخارجي أي أنه ناتج من ضمير الشخص وقلقه منه، وذلك عند قيامه بسلوكيات تخالف عادات وتقاليد أو أعراف المجتمع، وعادة ما يظهر القلق الذاتي أو "الخلقي " كامنا داخل تركيبة الشخص، وعادة ما يظهر هذا النوع من القلق أعقاب حالات الإحباط المرتبطة "بالأنا الأعلى " لدى الفرد والتي تنسجم مع القيم الاجتماعية، وعادة ما يصاحب هذا القلق الإحساس بالذنب والخجل (خاصة في حالة إتيان التفكير الجنسي أو العدواني).

- وأما القلق الأخلاقي فهو نتيجة كون " بالأنا الأعلى " للجماعة شأنها شأن " الأنا العليا " الفردية تصدر مطالب مثالية قاسية، وإن لعدم طاعتها عقوبة أيضا هي عقوبة "قلق الشعور الأخلاقي " وهذه المطالب لا تهتم كثيرا بالطبيعة الإنسانية ونزعاتها وميولها، ولذلك فهي تسبب للفرد صراعات مستمرة، تؤدي إلى ظهور القلق الأخلاقي ومختلف أشكال العصابات النفسية. (عدنان عبد الرحيم- ط1- 1981- ص 78)

ج- القلق العصابي (Meurotie Anexiety):

يحدث هذا النوع من القلق دون أن يستطيع الفرد معرفة سبب قلقه، فقد يكون على شكل قلق عام عند الفرد سواءا في دروسه أو علاقاته مع غيره .

وقد يكون قلقة من "موضوع خاص "، وقد تكون مثيرات هذا القلق ليس لها علاقة بالموضوع الذي يقلق عليه مثل : القلق من منظر البحر، أو القلق الناتج من توقع حدوث شيء خطير بسبب خبرة مؤلمة كانت قد حدثت من قبل، كالقلق من تكرار حدوث نوبة إغماء وقد لا تكون لمثل هذه الظواهر مقدمات لحدوثها، ويظهر هذا النوع من القلق في ثلاث صور هي :

***نمط الخوف المنطلق** :وهذا النوع يطبع الشخص العصبي، فهو مهيأ للإرتباط بملابسة من ملابسات البيئة فنقول بأنه يخالف من "الهو" الخاص به .

***نمط الخوف العميق** : المنبع الأساسي له "الهو" وهو الذي ليس له تفسير عقلي، ويسمى بالخوف المرضي .

***الفزع أو الهلع** : هو حالة الإنهيار والتوتر الحاد، وهو قلق شديد تحدث نوبات هلع شديد وفزع ويحدث فيه أن يقوم الفرد بالهروب و الإنسحاب، وهي تعتبر من الاضطرابات الشائعة وقد زاد الاهتمام بها حديثا كما أنها تستمر حوالي (5-10دقائق)، يشعر فيها المصاب بالانزعاج والتوتر والخوف وتزداد ضربات قلبه ويحدث صعوبة في التنفس وضيق في الصدر وألم به، كما يحدث شعور بالإغماء والدوخة إضافة إلى أعراض أخرى .

6 - القلق العام والثانوية :

أ القلق العام : وهو الذي لا يرتبط بأي موضوع محدد بل نجدة غامض وعام .

ب - القلق الثانوي : ويظهر كعرض من أعراض الاضطرابات النفسية، فهو عرض مشترك في جميع الأمراض. (حامد عبد السلام زهران- ص 318)

*و يمكن التفرقه بين القلق السوي، والقلق المرضي تبعا لما يلي :

- نوعية المواقف المسببة .

- شدة الاعراض : هل هي حادة – Acute–؟

- دوام الاعراض : هل هي مزمنة –Chronic– ؟ (أحمد محمد عبد الخالق– ص 438).

III – أسبابـه:

هناك عدة أسباب للقلق نوجزها في :

1 – العضوية والوراثية :

أثبتت الدراسات الحديثة على وجود علاقة تلازمية بين الصمام الميترالي، ونوبات القلق الشديد والذي يتم توارثه عن طريق الجيينات السائدة .

واذا تحدثنا عن نوبات القلق لابد من التاكييد على – نظرية العوامل العضوية النفسية الاجتماعية – في فهم الاضطرابات النفسية حيث يختلف تاثير ووزن كل عامل على حدة من حالة لا خرى .

*فمن النحية الوراثية تبين أن 25% من أقارب الدرجة الأولى للمريض لديهم نفس الاضطرابات كذلك فنسبة إصابة التوأم الحقيقي تصل إلى 5أضعاف وجوده عند التوأم غير الحقيقي .

*كما تشير النظرية إلى حساسية خاصة في جذع الدماغ لغاز CO_2 --، وهي حساسية مزمنة إلى فرط التنفس وسرعته، وسطحية، وقد تبين بالتجربة أنه إذا كان هواء الغرقة مشبعا بنسبة 5% من –CO_2 – فإن ذلك يؤدي إلى حدوث نوبة قلق عند الأفراد المهيئين لهذا الإضطراب .

وتتفاوت الفرضيات العضوية في تأكيدها على أهمية منطقة معينة من الدماغ من حيث زيادة نشاطها أو وجود نقص أحد الخمائر الدماغية، وغير في علاقتها بنشوء القلق (ربما تكون منطقة اللطخة الزرقاء) هي المسؤولة عن إفراز دفعة من مادة الأدرينالبين المولدة للقلق المفرزة من طرف الغدة الكظرية.(http/ www. Sehha .com –p4)

2 - الاجتماعية وضغوط الحياة :

تلعب العوامل الاجتماعية العامة دورها في إزدياد الشعور بالخطر، وعدم الأمان وظهور القلق من خلال الحرب والكوارث والاضطرابات الاجتماعية، وأحوال الحياة وتناقضها وتغيراتها وضغوطها المباشرة، والتي تسببها الأشياء التي تحدث في البيئة (الإصابة بالأمراض خاصة المزمنة منها، الخلاف بين الزوجين ...)، أو الضغوط المرتبطة بتصارع قوتين متضادتين.(دافيدق شاهين- ط 1989- ص 124- 125)

وقد أثبتت الدراسات أنه كلما زادة أفلام الجريمة والعنف ... وزادت الحرارة والرطوبة والزحام ...كلما كانت ميول الإنسان العدوانية أكبر.(عكاشة عبد المنان- ص 9)

3 - مشكلات التنشئة والتربية :

فالطرق الخاطئة في التربية وتنشئة الأطفال إضافة إلى التنافس الشديد والتربية القياسية والحرمانات أو الإفراط في الحنان، تزيد من حساسية الجهاز العصبي والنفسي وأيضا الحساسية لإشارات الخطر، وهذا ما يبرز ويزيد في حدوث نوبات القلق. (حامد عبد السلام زهران- ط2- 1995- ص 400)

مثال ذلك، قلق الخصاء (وهو الذي يحسه الشخص في أعماقه على شكل خطر وتهديد من رموز السلطة الأبوية)، وهو ينتج عن أسباب تربوية تؤدي بالإنسان إلى الشعور بالتهديد والقلق عندما يحاول اثبات ذاته ,اثناء حلة لمشكلة يعترضها أو موقف صعب يعرضه لقلق الفشل والشعور بالضعف والقصور .

4 - النفسية :

إذا تحدثنا عن الأسباب النفسية نجد أن هناك عدة أمور أساسية مثل ما يسمي "بقلق الانفصال" والذي يمكن أن يبدأ في شكل خوف من الذهاب إلى المدرسة في سن الطفولة، وفيما بعد يظهر بشكل نوبات قلق شديدة عندما يغادر الإنسان منزله أو يسافر إلى مكان بعيد عن أهله وعلاقات المهمة، وغير ذلك من الأمور الحياتية التي تثير حساسية قلق الانفصال مما يؤدي إلى ظهور نوبات، ويرتبط بذلك التعقيدات النفسية والحرمانات والآلام

التي يتعرض لها الإنسان في مستقبله، والانفصال في نموه النفسي مما يترك في النفس جروحا وحساسية خاصة لكل ما يذكر بالانفصال حيث تنمو لديه الصفات الاعتمادية على الآخرين وأعراض القلق المتكررة .

إذن فإن الشعور بالتهديد سواء داخليا أو خارجيا، كذلك التوتر النفسي ومتاعب الحياة والصدمات النفسية المفاجأة، وخبرات الطفولة المبكرة، الشعور بالدوانية ...الخ .

وفي بعض الأوقات يؤدي الفشل في الكتب بسبب تهديد خارجي أو ضغط داخلي الذي أساسه الصراع بين الدوافع والمحرمات الاجتماعي، إلى ظهور القلق. (حامد عبد السلام زهران– ص 398)

5 – نظريات التعليم السلوكي (التعليم الاشتراكي الخاطئ) :

فالطرق الخاطئة لتجنب الحمل والحيطة الطويلة مثل : الجماع الناقص، كذلك عدم التطابق بين الذات المثالية والواقعية ، وعدم تحقيق الذات وعموما تتخلص في أن الإنسان تعلم أن ازديات دقات القلب مثلا مرتبطة بحدوث قلق شديد مهما سبب هذا الازدياد يؤدي إلى ارتباط القلق والخوف بالظرف المؤلم وبالتالي توقع الخطر. (حامد عبد السلام زهران– ص 400)

6 – أما فرويد :

حدد فرويد أسباب القلق في ثلاث عوامل أساسية (سيجوند فريويد– ص 133). (البيولوجي، نشوء جنسي سيكولوجي) .

أ العامل البيولوجي :

صغار الانسان يقضون أطول مرحلة في حالة عجز والاعتماد على الغير، فبعد ولادته يتأثر تأثرا واضحا بالعالم الخارجي، نتيجة لتحاكه وتفاعله مع حالات الخطر في البيئة الخارجية .

ب – عامل نشوء الجنس :

يعتبر "فرويد" الجنس أساس السلوكات البشرية، فقد قام بإرجاع ارتباط أي سلوك إلى السنوات الخمسة الأولى لحياة الفرد، وحيث أن الحياة الجنسية تنمو نموا متصلا، ثم تتوقف في مرحلة الطفولة المبكرة حيث يحدث كمون، ثم ترجع أثناء البلوغ للنمو، وهذا الذي يعتبر فرويد الأساس المرضي لأي اضطراب إلى الخلل في تكوين ونمو الحياة الجنسية عبر مراحل النمو المختلفة .

ج– العامل السيكولوجي :

وهو يتعلق بنقص في الجهاز العقلي للفرد، فمن المعروف أن الجهاز العقلي يقوم بالتنظيم بين مطالب الهو الغريزية الداخلية و الأنا الواقعي، حيث أن الأنا يقوم بالتوافق بين مطالب الهو والعالم الخارجي فيقي الشخص من الدوافع الموجودة في الهو وذلك أثناء التعامل في الواقع، و لكن في حالة نقص في الجهاز العقلي يؤدي إلى إضطراب عمل الأنا والحد من التنظيم لوظائف، ذلك يظهر من خلال أعرض لسلوكات مضطربة بدلا تعطيل للدوافع الداخلية أو الغريزية للهو.

وفي الغالب ما ترجع حالات القلق إلى الحرمان من العطف، ومن عدم الشعور بالأمن في مرحلة الطفولة المبكرة، أو من تجربة الخوف الشد في مطلع حياة الفرد، كالخوف من فقدان الوالدين أو الخوف من والاختناق، وقد يرجع القلق إلى الوالدين على الطفل وقد يعود إلى إرتكاب المرض لجريمة ما وخوفه من اكتشاف أمره .

وفي الغالب ما يخفي المريض أسباب مخاوفه ويحيلها إلى مخاوف معقولة، فقد تعبر الأم عن قلقها الزائد على أطفالها بحجة أنها تخاف عليهم من الإصابة بالأمراض والحوادث أو غير ذلك من التعاليل، وقد يحدث القلق اثر أزمات أو كوارث مفاجئة، كفقدان الثروة أو الفشل في العمل أو الإصابة بمرض مزمن أو مفاجئ، وقد ينشأ أيضا من الخلافات الطويلة بين الأزواج كالحياة المملوءة بالقلاقل. (عبد الرحمان العيساوي– ص 165)

IV- أعراض القلق ومظاهره:

للقلق عدة مظاهر تبدوا واضحة عند الإصابة بهاها ما تكون خفيفة، ولكنها تزداد كلما زادت حدة القلق حتي تصل إلى حد نوبات القلق الحاد أو الهلع .

ففي حالات القلق غالبا ما تظهر اضطراباته الفكرية في شكل تبني اتجاهات وأفكار لا منطقية كما يظهر أن القلقين غالبا ما يتبنون أفكار مطلقة، متطرفة وغير واقعية، ويميلون إلى نقد الذات الشديد ويصنعون متطلبات صارمة على ما يجب أن يفعلوه وما لا يفعلوه ويمكن أن نحصر أعراض القلق في :

1 - الأعراض النفسية :

وتشمل القلق العام عن صحته وعمله ومستقبله، كذلك ففي الحالات الشديد يشعر المرض أنه سيفقد عقله أو السيطرة على نفسه وتصرفاته، ويشعر المريض بأنه نهايته قد اقتربت ويخاف خوفا شديدا من الموت وهذا ما يحدث في "نوبات الهلع" المزعجة والمؤلمة والمخيفة، فيضطرب خلالها الشخص، وتظهر عليه علامات التوتر والانزعاج، والشعور بعدم الراحة والحساسية الزائدة وسهولة الاستثارة والهياج وعدم الاستقرار النفسي والارتباك والتردد في إتخاذ القرارات والاكتئاب العابر والهم والانشغال بأخطاء الماضي كذلك الخوف من الموت، وضعف التركيز والشرود الذهني وضعف القدرة على العمل، والإنجاز وسوء التكيف الاجتماعي والمهني، وقد يصل المجال إلى السلوك العشوائي المضطرب. (حامد عبد السلام زهران- ص 400)

2 - الأعراض الوظيفية :

وتتمثل إضطرابات النوم مثل الأرق الليلي والكوابيس التي قد تصل إلى حد الفزع أو الافراط في النوم، وإضطرابات في التغذية سواء فقدان الشهية (القهم النفسي) أو الفرط في الشهية (الشره النفسي) وعموما تظهر اضطرابات مختلفة في وظائف الأجهزة الجسمية.

(Mazet-Hauzel -P249)

3 - الأعراض الجسمية :

ففي حالات القلق (خاصة في الشديدة منها) تظهر تغيرات جسمية للشخص، كسرعة دقات القلب أو تشنج العضلات أو تقلصات البطن أو الإسهال أو الشعور بالدوار والعرق والسرعة في الدورة الدموية والضغط العام، ونقص الطاقة والنشاط، وتوتر العضلات خاصة أو جاع الظهر والفاصل ، كذلك النشاط الحركي الزائد والتعب، وتصبب العرق وارتعاش الأصابع، وشحوب الوجه واصفراره وآلام الصدر، ونوبات التنهد، والدوران والغثيان والإسهال وجفاف الخلق وانقباض الأمعاء، انقباض المثانة، والتنميل في اليدين والقدمين ... ومن أهم الأعراض الواضحة لإضطراب القلق هي الأمراض النفسجسمية (السيكوسوماتية) فالقلق يسبب ضررا في الجهاز العصبي والهضمي، فهو يسبب القرحة وضغط الدم السكري واضطرابات الجهاز الرئوي، كما يعتبر عدوا كبيرا للشعر، كالثعلبة والصدفية ونتف الشعر كذا فيظهر في إضطرابات الحساسية، .... وظهور نقص في مناعة الجسم.

(http/ www. Sehha .com – 26/09/2017-p7)

4 - الأعراض العصبية :

من يبن الأعراض :

*استثارة الغدة الكظرية على إفراز هرمون الأدرينالين وإفراز مادة الأبيفرين والنور ابيفرين في النهايات العصبية.(ايزنك ماكس- ص 33)

*إستثارة النهايات العصبية في الجهاز العصبي المركزي .

*وجود شذوذ في التماثل في سريان الدم بين الجانب الأيمن والجانب الأيسر في منطقة صغيرة في المخ كذا فرط تصنيع الكاتيكولامنات في الجهاز العصبي المركزي. (دافييد شيهان- ط 1989- ص 103- 104).

5 – الأعراض الجنسية :

وتظهر في اضطرابات الوظيفة الجنسية، كالقذف السريع عند الرجال أو البرد الجنسي وإضطرابات العادة الشهرية لدى النساء ,كذلك العنة النفسية من الأعراض الجنسية الناتجة عن القلق، فقد دلت أبحاث كثيرة أن ما يزيد عن (90%) من حالات ضعف الانتصاب سببها نفسي إما كعرض بأحد الأمراض النفسية المعررفة كالقلق النفسي أو الاكتئاب، والذي يكون من مظاهره فقدان الرغبة الجنسية، وهذه الحالات تتحسن المرض الأساسي. (عبد الرحمان العيساوي– ص 166)

V– تشخيص القلق :

في تعرف حالات القلق من الناحية الطبية والنفسية فقد أوضحت الدراسات أن هناك ما يسمى بالقلق العام، ويطلب تشخيص هذا الاضطرابات وجود عدة أعراض، ولمدة ستة أشهر على الأقل منها ما يتعلق بالجهاز العضلي (مثل الشعور بالرجفة والتوتر العضلي والآلام) ومنها يتعلق بالجهاز العصبي الذاتي (كتسارع دقات القلب، والتبول المتكرر...) ,ومنها ما يتعلق بالاحتراس والترقب الذهني (مثل ضعف التركيز والعصبية)، ويشخص القلق إضافة إلى الترقب والخوف و انشعال الذهن بوجود أعرض مما يلي :

1 – الترقب والخوف وإنشعال الذهن.

2 – العصبية و النرفزة .

3 – الإحسان بزيادة التوتر والغليان (على الأعصاب طوال الوقت).

4 – الجفل بشدة وبشكل متكرر(رد الفعل العصبي على الأصوات وغيرها) .

5 – ضعف التركيز والشعور بأن العقل مخدر من شدة القلق، وضعف الذاكرة .

6 – صعوبة الدخول في النوم الشعور بالأرق، بالأحلام المزعجة، والنوم المتقطع .

7 – الإحساس بالتوتر وآلام العضلات، والشعور بالصداع ,والشدة على الأسنان، والتأرجج وتردد الصوت .

8 – سرعة التعب والارهاق .

9 – التململ أو التحرك وعدم الاستقرار أثناء الجلوس أو الوقوف أو سرعة النشاط في الحركة .

10 – الرخفة والاحساس بالارتعاش .

11 – جفاف الحلق (الفم) .

12 – زيادة التعرق (الشعور ببردة اليدين وتعرقهما).

13 – هبات في الجسم باردة أو ساخنة .

14 – خفقان القلب أو ازدياد النبضات .

15 – صعوب التنفس والكتمة في التنفس والشعور بضيق التنفس .

16 – الدوخة والشعور بعدم التوازن والشعور بالأغماء .

17 – صعوبة البلع .

18 – الغثيان والإسهال وإنزعات البطن وأعراض هضمية أخرى .

19 – تكرار التبول. (http/ www. Sehha .com – 26/09/2017-p7)

أما حالات القلق الشديد (الفرغ أو الهلع) يمكن تشخيصها على أساس وجود أربعة أعراض على الأقل مما يلي :

1 – الشعور بعدم الاتزان والدوخة والشعور بالإغماء .

2 – زيادة التعرق .

3 – خفقان القلب وإزدياد نبضاته .

4 – صعوبة التنفس والشعور بضيق التنفس والكتمة في النفس .

5 – الرجفة والاحساس بالإرتعاش.

6 – هبات في الجسم ساخنة وباردة .

7 – الغثيان – الإسهال – إنزعاج البطن – أعراض هضمية أخرى .

8 – ألم في الصدر و إنزعاج في الصدر .

9 – الشعور بأنني سأموت ,الخوف من فقدان والسيطرة على النفس .

10 -الخوف من فقدان عقلي – والخوف المفاجئ و أحساس بقرب النهاية .

11 -الشعور بالتنميل – والحذر في الجسم والأطراف .

12 -الشعور بالإختناق وعدم القدرة على إلتقاط النفس .

13 -الإحساس بتغير الشخصية و إختلالها، وكأنني لست أنا – الاحساس بتغير البيئة المحيطة واختلالها. (http/ www. Sehha .com – 26/09/2017-p8)

*وفي بداية الأمر وأثناء التشخيص من المهم الحصول على فحص طبي شامل، وهدفه استبعاد وجود أي أمراض جسمية يمكن أن تكون المسبب لظهور هذه الأعراض ,كالأمراض المعدية (البروسيلا والاضطرابات العصبية التي نجدها في اضطراب القلق). (دافيد شيهان- ص 125)

*فيها بعد يجب استبعاد الحالات السيكاترية التي تظهر بصورة مشابهة في الاضطرابات الذهانية (الهلاوس –الهذاءات – الشعور بالإضطهاد) كالفصام والهوس الإكتئابي .

*البحث عن مدى إستمرارية وتكرار النوبات، ففي حالات القلق يتطلب التشخيص تكرار النوبات لمدى 6 أشهر على الأقل، أو أنه تقع كإستجابة لضغط محدد أي جاء تبعا لظرف معين وبصفة فجائي .

*كذلك فأثنا التشخيص فمن الواجب الوصول إلى مستوى الدقة في التشخيص وذلك بتمييزه عن المخاوف المرضية الموجودة.(دافيد شيهان- ص 126)

- VI - مراحل مرض القلق

لقد حدد الباحثون سبع مراحل للمرض وهي :

1 - مرحلة نوبات القلق :

القلق يبدأ بنوبات قصيرة وخفيفة من الأعراض، وتحدث بشكل مفاجئ دون سابق انذار وقد تحدث هذه الأعراض كثيرا من غير أن يصحبها القلق النفسي، ويشعر المصابون وكأن واحد من أعضاء الجسم فقد سيطرته على ذاته بصفة مؤقتة (كصعوبة التنفس وخفقان القلوالتبول المتكرر)، كذلك فإن حالات القلق العام تصل إلى نسبة 5% من الناس على الأقل، وهو يصيب الذكور والإناث على حد سواء ونسب متشابهة، ويبدأ عادة في سن العشرين أو قبل ذلك بقليل وهي مزمنة كغيرها من نوبات القلق، وهي أشد إزمانا من نوبات الهلع. (دافيد شيهان- ص 29)

2 - مراحل الهلع :

يكون القلق فيها شديدا إلى درجة فقد السيطرة عن النفس حيث تكون في الشكل نوبات قلق حاد أو هلع (Panic Disorder) وتستمر حوالي (5إلى 10 دقائق) ويشعر فيها المريض بأن نهايته قد اقتربت ويخاف خوفا شديدا من أنه سيموت، وفي حالات أخرى يشعر فيها بأنه سيفقد عقله أو السيطرة على نفسه وتصرفاته .

وهكذا فإن نوع الهلع مزعجة ومؤلمة ومخيفة يضطرب خلالها الشخص، وتظهر عليه علامات التوتر و الإنزعاج، وهذه النوبات يمكن لها أن تتكرر في اليوم الواحد، وأن تطول لمدة ساعة أو أكثر في البعض الأحيان وتظهر النوبة الأولى أثناء عمل اعتيادي، وأنها تظهر بعد موقف يدعو إلى الخوف أو الرعب مثل حادث أو فقدان أحد الأشخاص الأعزاء أو بعد الابتعاد عن الأسرة بسبب عمل أو غيره، أو في حالة الإصابة بنوبة مرضية .

والحقيقة أن حوالى (1-2%) من الناس لديهم اضطراب ولكن نوبات هلع، التي تتكرر حوالى أربع مرات في الشهر على الأقل، ونسبة أكبر لديهم نفس الاضطراب ولكن بتكرار أقل ومثلها مثل نوبات القلق التي تظهر عند الرجال و النساء على سواء وتظهر في

العشرين من العمر أو قبل بقليل، وهي تمر بحالات من الاشتداد والسبات كما أن بعض الحالات تشفى تلقائيا .

في تأكيد تشخيص إضطراب الهلع لابد من الانتباه إلى بعض الأمراض العضوية التي يمكن أن تتظاهر بأعراض نقص السكر في الدم، وفرط نشاط الغدة الدرقية أو قصورها إضافة إلى فقر الدم، وورم الغدة الكظرية، فكل هذه الأمراض يتم التأكد منها من خلال التحليل الدموية الإعتيادية، كذلك بعض الاضطرابات القلبية يمكن أن تختلط بنوبة الهلع، كقصور التروية القلبية، وتدلي الصمام التاجي واضطرابات نظم القلب وهي تحتاج إلى تخطيط القلب وتصويره بالصدى إضافة إلى الفحص الطبي السريري لتفريق التشخيص، كذلك الربو الصدري وصرع الفص الصدغي، ويؤكد ذلك فحص الصدري واختيار الوظائف التنفسية وتخطيط الدماغ.(http/ www. Sehha .com – 26/09/2017-p8)

3 – **توهم المرض :**

هذه المرحلة يمر بها معضم المصابين بمرض القلق، وكل مريض يمر بها يفعل ذلك بطريقة فريدة، فهذا السلوك يعكس واقعا بائسا للمصابين بالقلق ويدعوهم إلى التماس العون، وإلى حماية أنفسهم من الرعب والذي لا يمكن تحديده أو فهمه. (دافيد شيهان– ص 64)

4 – **المخاوف المرضية المحدودة .**

5 – **المخاوف المرضية الاجتماعية.**

6 – **مرحلة التجنب الشامل بسبب المخاوف المرضية .**

7 – **مرحلة الإكتئاب " Depression"**

يأتي بعد القلق من حيث شيوعه كاضطراب نفسي، ويشاهد في سن 20–30سنة، وهو حالة من الحزن الشديد المستمر ينتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعتبر عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه .

في الأخير يمكن القول بأن مراحل المرض لا تتسع دائما لنظام دقيق ومتسلسل، أي لا يتم تطور المرض بهذا التسلسل دائما، فقد يحدث حالة توهم والاكتئاب، وقد يحدثان بصفة

خاصة في وقت مبكر أو متأخر فالمرض ينتجه من الأقل إلى الأكثر شدة وفي أغلب الحالات نجد أول ما يقع هو النوبات التي تؤدي إلى الاعتزال المتزايد بسبب المرضية، وزيادة الإكتئاب وهبوط الروح المعنوية. (دافيد شيهان– ص 65)

VII– طرق قياس القلق :

هناك ثلاث أنواع من المقاييس لقياس القلق وهي :

1 – المقاييس اللفظية :

وتتضمن الاستخبارات والاختبارات الإسقاطية ومنها: إختيار تفهم الموضوع (TAT) وإختبار بقع الحبر لرورشاخ، إختبار تكملة القصص وتكملة الجمل وإختبار الأصوات الخافتة ومن أشهر المقاييس مقياس "تايلور"– Taylor–عام 1953 .

كذلك (MAS)–" Manifest Anexiety Seale" فهو استخبار يتضمن عددا من العبارات التي يجيب عليها المفحوص باستجابة إما صحيحة أو مزيفة أو غير صادقة، تدور حول وصف ذاته وهذه العبارات من إختبار الشخصية الشهرية والمعروف بإسم "إختبار الشخصية المتعددة الأوجه "(M.M.P.I) وتكشف عن مدى شعور المريض بالقلق ومن ذلك التوتر الفيزيقي والشعور بتوقع حدوث الخطر أو الشر أو الأذى وغير ذلك من مظاهر القلق العامة الشائعة ...الخ

بالطبع هناك مقاييس أخرى غير مقاييس الصواب والخطأ تستخدم لقياس القلق من ذلك إختبار "ريمنار"(Remmer) وزملائه 1962م في تكملة الجمل حيث يقوم المفحوص باستكمال عدد من الجمل التي تكشف عن معاناته من القلق .

أما فما يتعلق بالإختبارات الاسقاطية التي أستخدمت لقياس القلق، ومن بينها إختبار بقع الحبر لرورشاخ فلقد اعتبر كثيرا ممن يستخدمون هذا المقياس أن الاستجابات تدل على الظلال في بقع الحبر تعكس قلق المفحوص ،كأن يرى في بقع الحبر أشكالا من السحاب أو الغيوم أو أعمدة الدخان ،وهي الاستجابات التي تتطلب قدرا من الخيال .

*كذلك مقياس تايلور القلق الصريح (مقياس الشخصية لدكتور محمد عبد الخالق) والذي استخدمت عام 1953.

2- المقياس البيولوجية :

وتتضمن العقاقير والرسوم التي تسجل حالة النبض والشرياني أو الأجهزة التي تسجل رسوم الانفعالات النفسية .

وفيما يتعلق بالمقاييس البيولوجية للقلق، فلقد أجريت تجارب تعرض فيها المفحوص لمثيرات مهددة أو مثيرات ضاغطة ثم يتم قياس التغيرات الجسمية التي تنجم عن تلك التهديدات والضغوط، وهناك إتجاه أخر مؤداه البحث عن الاستجابات الجسمية التي تنجم تترابط مع التغيرات اللفظية عن القلق أو مع سلوك التجنب الظاهري ،وفي الغالب يستخدم معظم الباحثين خليطا من هذه المقاييس.

إن الاستجابات الجسمية الخطر أو القلق من الممكن قياسها عن طريق قياس كمية هذه المواد التي تم افرازها في الدم أو عن طريق ما يتم من عمليات تجدد في الخلايا، أو عن طريق المواد التي يتم اخراجها مع البول وغيره من سوائل الجسم، كما يمكن ملاحظة هذه الآثار بطريقة مباشرة على سطح الجسم.

على كل حال فإن الجوانب البيولوجية للقلق معقدة عن الجوانب اللفظية ذلك لأن الأجهزة البيولوجية المتضمنة كثيرة ومعقدة.

3. المقاييس السلوكية:

وهي المقاييس التي تدرس الاستجابات أو السلوكات أو التصرفات وهي التي تقيس الاستجابات اللفظية. (عبد الرحمان العيساوي- ص 175- 179)

- VIII النظريات المفسرة للقلق :

وضعت عدة محاولات لتفسير حدوث الاضطرابات ومنها القلق والتي يمكن تلخيصها في:

*النظرية التكونية الوراثية .

*النظرية البيئية .

1- النظرية التكونية الوراثية :

ويقصد بها التكوينات الجينية والجسدية والفسيولوجية التي دخلت للفرد وراثيا عبر الجينات ودور البيئة محدودة فيها، ويطلق عليها (الاستعداد الوراثي).

وقد يلجأ العلماء إلى دراسة إنتقال الصفات الوراثية (الجينات) الخاصة بالأمراض النفسية باستخدام التوائم المتشابهة أكثر تشابها في الإصابة بأحد الأعصبة ونظرا لنشأة كل منها في نفس الظروف البيئية ،وهنا تبدو مشكلة فصل ما هو بيئي عما هو وراثي نظرا لوجود عامل أسلوب التربية الشائع لدى الأسرة وأيضا التعلم بالمحاكاة والتقليد لكل من أفراد بالأسرة .

ورغم ذلك فنجد عائلات (أسر) لديها نفس الاضطراب النفسي كالقلق، واستعداد أفرادها للإصابة بنوع معين من الاضطرابات العصابية. (أمال عبد السميع أباظة- ط 1- 1999- ص 75- 76)

*فمن وجهة نظرها أن الفرد عندما يواجه موقف مهدد أو مشاعر الضغوط أو الألم الناتج عن التعب والإرهاق أو عندما يواجه درجات حرارة مرتفعة أو منخفضة جدا ،وعندما يصاب بجروح جسمية فإن تغيرات فيزيقية معينة تحدث له، ومن بين الأجهزة البيولوجية التي تتدخل في هذه التغيرات يتمثل في إفراز محور الغدد الأدرينالنية، فالغدد النخامية تفرز هرمونات متعددة من وظائفها الرئيسية حدوث ردود فعل مختلفة في بعض الأعضاء .

أو الأجهزة الجسمية، ومن بين هذه الإفرازات هرمون (Adronocortico Tropic) ،الذي يتم إفرازه نتيجة لتهديد أو لضغوط المثيرات، ويشير هذا الهرمون بدوره لها، أو قشرة الغدد الأدرينالنية، وهي الغدد المجاورة للكلى ،وفي نفس الوقت فإن نفس التهديد أو الخطر ينشط

الجزء السيمبثاوي للجهاز العصبي المستقل (أو الذاتي)، وهو الذي يثير بدوره نخاع "Medulla" الغدد الأدرينالنية .

*وفي كلا الحالتين يتم إفراز الهرمونات إلى الأوعية الدموية التي تؤدي إلى حدوث تأثيرات مختلفة في كل أنحاء الجسم.(عبد الرحمان العيساوي– ص 179)

2. النظرية البيئية المفسرة للقلق:

تؤثر العوامل البيئية بكافة متغيراتها على نشأة الفرد وتطويره خلال حياته، وقد جاءت عدة نظريات تبيح هذه النظرية.... القلق لكل حسب اتجاهه الفكري ومن أبرز النظريات المفسرة للقلق.

أ. تفسير القلق من وجهة نظر المدرسة التحليلية:

أ .1. التحليليين الأولين:

*لدى "يونغ" Young : يقول بأن "سلوك الطفل ليست المواعظ وإنما حالة الطفل العاطفية توجد بسبب الخلاف المستور بين الآباء، والقلق الذي يشعره الوالد في سره والرغبات المكبوتة الخفية" (علاء الدين الكفافي– ط 1– 1999– ص 242)، ويطبع عقل الطفل بشكل شبه تام من شخصية الوالدين، ولكنه يتجرد عندهم في سن المراهقة حيث يتدخل في إطار تنظيمي اجتماعي متكيف مع تكيف الوالدين، لذا يمكن القول بأن يونغ قد ركز على التفاعل الاجتماعي والأسري ومدى تأثيره على شخصية الأبناء.

*لدى "أدلر"–Adler : لم يعثر عند أدلر عن صياغة واضحة للقلق لكن ومن خلال كتاباته يمكن القول أن معنى القلق يترجم إلى "الشعور بالنقص"، حيث جعله أساسا لكل الأمراض العصابية لكنه اعتبر أن العامل الجنسي ثانويا، فالفرد يعمل على تعويض النقص الذي يكون أساسي في تشكيل سلوكه. إذن فهو قد أعطى تفسيرا اجتماعي تربوي لعقدة أوديب" كما أنه اهتم بعملية التنشئة الاجتماعية كونها تأخذ دورا كبيرا في سلوكية أدلر الذي اهتم بإنشاء العيادات النفسية للأطفال، ومن ثم ضرورة خلق الجو المناسب لنشأة الطفل.....، الذي سيشعر بضعفه وعجزه ونقصه مقارنة بالراشدين.

هذا الشعور يدفعه لا يجاد محاولات التغلب على الشعور بالنقص عن طريق القلق، عن طريق العمل الاجتماعي، ويستطيع الانسان العيش بدون أن يشعر بالقلق، إذا تحقق هذا الانتماء إلى الإنسانية.(سيجموند فرويد– ص 36)

أ.2. القلق عند فرويد:

اهتم فرويد كثيرا بالأمراض العصابية (النفسية)، ولعل القلق أهم محور اهتم به فرويد، وقد جسده فرويد في نظريتين أساسيتين:

*القلق الأول نتيجة لصدمة الميلاد والتي تشمل عدة مشاعر بدنية مؤلمة تحدث عند خروج الطفل من البيئة الرحمية الهانئة إلى البيئة الخارجية مليئة بالمشاكل، وهذه الحالة من الخطر تشير فيه القلق الأول، وانطلاقا من مبدأ إجبار التكرار فإن القلق ما هو إلا تكرار لانفعالات سابقة مشابهة لموقف القلق الأول، ولهذا أعتبر القلق الأول هو النموذج الأساسي للقلق (ففرويد هو الأول المبين لصدمة الميلاد والتي ركز على عواقبها الفزيولوجية المؤلمة للعملية الميلاد).

* اعتبر أن القلق هو نتيجة لعدم الإشباع الطبيعي للرغبات الناتجة عن استثارة جنسية غير مشبعة تختفي لتحل محلها مشاعر القلق.

وقد تم تعديل فروض نظريته النهائية في كتابه " القلق" عام 1926م، حيث اعتبر أن كل من الخبرات التي تنتج عن صدمة الميلاد(العوامل الأساسية للقلق)،والموقف الخطيرة التي تهدد الفرد في مراحل نموه (ففي كل مرحلة نمائية مواقف خطرة كعقدة أوديب تهدد الفرد).

*إن ففي وجه نظر فرويد فإن الشخص السوي هو ال ذي يمتلك ذاتها وسطى "Ego" قوية وقادرة على التعامل بكفاءة ،وهو الذي يعيش بدون صراعات مع مطالب الذات الدنيا " lol" والذات العليا أو الضمير "Super–ego"، والحقيقة أو الواقع أو الحقيقة الواقعية ....،وعلى ذلك فإن الذات الدنيا القاسية ،وكذلك الذات العليا المسيطرة سوف تستغلان ضعف الذات الوسطى ويغمانها على اتخاذ قرارات بالأفعال التي تلقى تحدي الآخرين الذين يمثلون عالم الواقع .

إن ضغوط الذات، والذات العليا تمثل تهديدا خطيرا للذات الوسطى وتكاملها وتثير ما أسماه فرويد "قلق الذات الوسطى " (Egeo–Anxiety)،وفقا لهذا الاستخدام فإن القلق يعني خوف الذات الوسطى بأن التهديد الداخلي سوف يتحقق .

ولكي تحافظ الذات الوسطى القلقة على نفسها وتستمر محتفظة بقوتها وسوائها أو صحتها، فإنه يتعين عليها أن تدافع عنة نفسها هذا التهديد .

هذا القلق يمكن أن نسميه أيض قلقا عصابيا، وذلك في مواجهة الخوف الطبيعي أو العادي الذي يستشعره الفرد عندما يهدده بالأذى موقف خارجي وحقيقي، ولكي تحتفظ الذات الوسطى القلقة على نفسها وتستمر محتفظة بقوتها وسوائها أو صحتها ،فإنه يتعين عليها أن تدافع عن نفسها ضد هذا التهديد،(عبد الرحمان العيساوي– ص 170– 171) واعتبر القلق بمثابة إشارة انذاره في لب الصراع في نشأة الأعصبة بتباينا تها المختلفة.(أمال عبد السميع أباظة– ط1– 1999– ص 77)

ويؤكد علم النفس التحليلي على أهمية الصراعات في حياة الفرد تلك الصراعات التي تدور بين قوى الذات الوسطى أن تخوض غمار معركة كبرى تخضع جميع حركاتها لمراقبة الذات العليان التي تدين ببعض المعايير الخاصة بالسلوك والتي تفرضها، بصرف النظر عن أي صعوبات تصدر عن الذات الدنيا أو عن العالم الخارجي، وإذا لم تطبق هذه المعايير فإنها تنزل العقاب بالذات الوسطى عن طريق مشاعر التوتر التي تظهر بدورها كالشعور بالنقص والدونية والشعور بالذنب.

تكافح الذات الوسطى من أجل التكييف لخفض حدة القوى والمؤثرات التي تعمل في داخلها لتحقيق نوع من الوئام والانسجام بين هذه القوى، وعندما تضطر الذات الوسطى الاعتراف بضعفها، فإنها تنفجر نحو القلق، قلق الواقع والقلق الطبيعي أو السوي ثم القلق العصابي أو القلق المرضي(عبد الرحمان العيساوي– ص 170– 171).

كما تحدث فرويد عن الموت وأساسية في ظهور القلق فقال:" ...أن الانسان لا يؤمن بشكل تلقائي بموته شخصيا، وحدث أحيانا أن فكرة الموت تعرض عليه بشكل بديهي حيث أن القلق الموت هو قلق جماعي ويمثل ملتقى لجميع أنواع القلق ". (frued-1963- P 65.)

أ – 3- القلق لدى التحليليين الجدد : ومنهم :

***تقول عند كارين هورني -Horny.K:**

تقول هورني بأن " العامل الذاتي يتشكل من شعور الفرد بخطر ذاتي، والذي يرادفه الشعور بالعجز أمام هذا الخطر" فقد ذكرت هورني في نظريتها ما يسمى "بالقلق الأساسي". وقد سمي لذلك إجابتين :

- لأن القلق هو أساس العصاب .

- لأنه محصلة للاضطراب العلائقي بين الطفل ووالديه في المرحلة النمائية الأولى .

وقد أرجعت هورني إلى ثلاثة عوامل :

- انعدام الدفء العاطفي الأسري: والذي يمكن وصف (الفطرة العدوانية) كأهم مصدر للقلق .

- البيئة:حيث تقول هورني: " إنه مهما تكن مظاهر القلق وأشكاله بأنها تنبع من مصدر واحد وهو شعور الفرد بأنه عاجز وضعيف ويعيش في وسط عالم متناقض مليء بالتناقضات".(علاء الدين كفاني- ط1- 1999- ص 245)

الأساليب التلقينية: فالجو العدائي، أو تسلط الأبوين أو الإفراط فيها فيها، أو استمرار الغيرة بين الإخوة، فمعظم الأساليب التي يكتسبها الطفل قد تؤدي إلى ظهور القلق، وفي الأخير يمكن القول أن هورني اهتمت بالخبرات والمراحل النمائية زيادة عن المصدر الغريزي، الذي ذكرته التحليلية القديمة، كذلك فقد اتفقت مع "أدلر " في تفسيرها لعقدة أو ديب تفسيرا تربويا واجتماعيا كما اعتبرت القلق الأساس وهو سبب العصاب. (أمال عبد السميع أباظة- ص 78).

***القلق عند أتورانك Oho –Rank:**

يري " رانك " بأن من أهم الخبرات الانفعالية التي يتعرض لها الفرد هي "صدمة الميلاد " والتي تعتبر أول وأهم خبرة إنفعالية ينتج عنها قلق شديد يسمى " بالقلق الاولى "، ويصبح أي موضوع إنفعال فيما بعد ينتج عنه قلق وذلك بالرجوع إلى القلق الأولى (صدمة الميلاد)، وهذا الأخير له صورتين تظهران في كل مراحل حياته وهي :

خوف الحياة : عند التقدم والاستقلال الفردي، تحدث هذه الصورة من القلق وذلك لأن تحقيق مثل هذه الاستقلالية يهدد بالإنفصال عن علاقاته السابقة.

خوف الموت : وهو صورة المعاكسة للصورة السابقة، وهو القلق من التأخر وفقدان الفردية ويرى "رانك" أن الفرد دائم الشعور والتردد بين هاتين من القلق.(سيجموند فرويد– ص 34–35)

فالفرد العصابي في نظره ضعيف الإرادة غير ناضج انفاليا واتكالي ولم ينضج بعد لتحقيق الضبط وتأكيد ذاته.(أمال عبد السميع أباظة– ص 78)

ب– تفسير القلق من وجهة نظر السلوكية :

ترى المدرسة السلوكية أن أي سلوك هو استجابة لمثير (S → T) ،وعلى غرار ذلك فإنها تعتبر أن القلق استجابة مكتسبة ومتعلمة من البيئة الخارجية

كما أن منحنى الاشراط الكلاسيكي يؤكد بصفة أساسية على "الكيفية والسبب" في السلوك المرضي، فيرى ولبه " Welp" أن عملية التعلم تمكن في نشأة الخوف بنفس الطريقة التي تكمن بها عملية التعلم الشرطي عند الحيوانات، وكما أن كلاب بافلوف يسيل لعابها بطريقة غير معقولة عند سماعها صوت الجرس، كذلك يصبح بعض أفراد البشر على مستوى غير معقول من القلق عند التعرض لبعض الثمثيرات المعينة.

ففي نظر "ولبه" الخوف هو بمنتهى البساطة نتيجة لسلسلة من الارتباطات التعسة بين استجابات القلق (التنفس السريع، التوتر العضلي، العرق البارد)، وبين بعض مثيرات القلق التي لا ضرر منها (مثيرات الخوف).

وهكذا نجد أن الذي يعاني من خواف الحشرات يخير القلق بصفة تلقائية كلما واجخ حشرة، وما دامت استجابته مرتبطة ارتباطا تلقائيا بمثيرات الخواف، نجد أن القلق يستثار كلما فكر في الحشرات أو رآها.

وفي النموذج السلوكي لا يبذل إلا مجهودا قليلا في تفسير السلوك الباتولوجي في اطار من صراعات الطفولة المبكرة، أي أن التفسير يصاغ في اطار من الاشتراط بلاد من اطار التثبيت أو الدوافع اللاشعورية.

والسلوكي يركز على العرض لأن هذا المنحنى ينظر إلى العرض على أنه المرض، ويلخص لنا هنا "هانز آيزنك" Hans Eysench" أحد قادة السلوكيين وجهة النظر هذه قائلا: بأن نظرية التعلم....تعد الأعراض العصابية مجرد عادات متعلمة، أي أنه لا وجود لعصاب يكون وراء العرض، وكل ما هناك هو العرض فقط، فإن أنت تخلصت من العصاب.

كما أنه يمكن على الأقل أن نرد القلق في الخواف إل شيء في البيئة، وهذا في حالات الخواف حيث كان المريض يخشى الأماكن المفتوحة أم الثعابين....أو أنواع أخرى، ولكن الأمر لا يكون كذلك بالنسبة لاستجابة القلق، وإنما نجد هنا أن المريض يخبر القلق الشديد حقا، ولكن المصدر يظل مع ذلك غير معروف، ومهما بذل المريض من جهد في محاولة الكشف عن سبب ضيقه تراه لا يوفق.

كذلك فإن عدم القدرة على تبيين السبب في القلق هو يميز استجابة القلق، ولذلك فالنتيجة أن الفرد ينتهي به الحال إلى الحيرة والاضطراب، وإلى أن يخبر القلق المزمن الذي يعجز عن أن يرده إلى أن سبب من الأسباب.

وعلى الجملة يمكن القول أن استجابات القلق والخواف تختلف من حيث مدى قدرة الفرد على الربط بين حالة الضيق وعدد من المثيرات المحددة، لكن القلق يظل مع ذلك الأمارة الرئيسية على أن الفرد في حالة من الهم، في كل من مجموعتي الأعراض. (شيادون كاشدان- ط 1972- ص61)

وأخيرا يمكن القول بأن القلق لدى السلوكيين هي علامة على الخطر المهدد بالفرد، فتعمل الآليات الدفاعية على حماية الشخصية، وتوفير الأمن لها، وذلك بأبعاد هذه المثيرات.

ج . تفسير القلق لدى المدرسة المعرفية:

يعتبر زعماء المعرفيون ما يحدث للناس ليسمن جراء الأشياء، بل هو من جراء فكرتهم عنها فمن وجهة النظر المعرفية تفرق بين الخوف والقلق، فالخوف هو توقع لأذى واستباقه، أما القلق فهو استجابة انفعالية بغيضة.

فقد قام "ليفتثال" عام 1969م تفسيرا لتعاقب الأحداث من الاحساس بالخطر إلى وقوع الفعل حيث يتم التعرض لخطر خارجي فيؤدي إلى شغل فكر الفرد ومن ثم تقديره بشكل آلي فيقوم بتكييف سلوكه وذلك للتغلب على الخطر أو تجبنه.

فقد أكد بأن الشعور بالقلق يأتي بعد تقدير الخطر، ويكون مصاحبا للسلوك التكييفي، كما أكدت النظرية المعرفية بأن عصاب القلق يتعلق بمفهوم الخطر، وبتقدير المريض لدى قدرته على مغالبته، وتنبأ الفرد بالنتائج.

فالقواعد الخاصة بالقلق تكون مشروطة: "أي إذا وقع حدث معين فهناك احتمال أن يكون له نتائج سيئة".(ارون بك– ص 110)

وعموما نلخص وجهة نظر المعرفيين في القلق ب "أنه نظام إنذار زائد النشاط، ويكون المرء القلق مؤكد على احتمال الخطر منضبط عليه بحيث لا يكف عن تحذير نفسه من أخطار ممكنة إن تيار الإشارة المتدفق خلال نظام الاتصال الداخلي لديه يحمل رسالة واحدة، ويكاد أي مثير مهما كان ضعيفا أن يكفي التشغيل نظام التحذير هذا. .."(ارو نبيك– ص 168).

IX – خصائص القلق لدى المعاقين بصرياُ :

تعتبر الاعاقة من ابرز الامراض التي تسبب العضوية (الاعاقة البصرية).كما سبق الذكر فأن المعاق تتأثر نفسية بعدة عوامل أهمها القلق الذي ينتج عن استمرارية المرض أو الاصابة وازمانه .وذلك سيجعلنا تدرك الجذور النفسية في هذا المرض هو التصفح الدقيق

لعملية التوازن البيوكيميائية داخل البيئة الجسمية يعتقد سلبي هاز أن المريض يمر 03 مراحل بمواجهة الضغوط ومنها القلق (حسين ياسين اباضة – اميمة بي علي خان – ط – 1999– ص197 – 198)

1)رد فعل للأخطار : يقوم الجهاز العصبي السميثاوي والعدد الادريليلية بتعبئة أجهزة الدفاع في الجسم واذا استمر القلق بتنقل إلى المرحلة الثانية :

2)المقاومة : بإستمرار القلق يكون الجسم في حالة اعياء ضعف وإذا استمر الضغط والقلق ليتهل إلى المرحلة الثانية .

3)الاعياء : وإذا استمر القلق يؤدي بالمصاب إلى الاعياء وإلى مشاكل نفسية آخرى أو يزيد في شدة المرض الجسمي (وربما الوصول إلى الموت) .

الفصل الرابع

الإعاقة البصرية

-تعريف الإعاقة البصرية

-تصنيف الإعاقة البصرية

-أسباب الإعاقة البصرية

-أعراض الاعاقة البصرية

-تشخيص الإعاقة البصرية

I-تعريف الإعاقة البصرية: (موسوعة ويكيبيديا)

تعريف قانونى إن الشخص الكفيف قانونياً . من وجهة نظر الأطباء . هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة إبصار عن 6 / 60 متر (20/200قدم) في أحسن العينين،أو حتى مع استعمال النظارة الطبية،ويعني ما يراه الشخص العادي على بعد 60م يجب أ ن يقرّب للكفيف على بعد 6 م حتى يراه .والخطأ الشائع بين الناس هو إن الكفيف نظاماً هو الذي لا يرى على الإطلاق والصحيح هو إن نسبة ضئيلة من المكفوفين نظاماً لا يرون شيئاً وليس لديهم قدرة على الإبصار حيث آن لدى معظمهم درجات من الإبصار وقدرة على الإبصار.

تعريف تربوي الشخص الكفيف هو ذلك الشخص الذي يشكو من إعاقة بصرية شديدة ولا يستطيع أن يقرأ أو يكتب إلا طريقة بريل. أما المكفوف جزئياً وهو ذلك الشخص الذي يستطيع قراءة الكتابة العادية وذلك بالاستعانة بالعدسات المكبرة والكتب ذات الأحرف الكبيرة

II-تصنيفات الإعاقة البصرية: (موسوعة ويكيبيديا)

لا شك بأن هناك العديد من التصنيفات للمعاقين بصريا، ويصنف المعاقون بصريا إلى فئتين رئيسيتين هما:

(1-المكفوفون: وهم من يعانون من عمى شبه كلي، وهم أشد أنواع الإعاقات البصرية من ناحية درجة الإعاقة

كذلك يرى بأن الشخص الكفيف هو الفرد الذي تكون حدة إبصاره أقل من 20\200. ويتفق بالتالي مع فهمي في هذا الأمر اتفاقا كليا.

(2-المبصرون جزئيا: في بادئ الأمر يجب الحديث على أن قدرة البصر العادية هي 20 من 20 للفرد العادي السليم، أما بالنسبة للمبصرون جزيئا فإنه إذا كان على سبيل المثال حدة البصر لديه 20\60، فإن ذلك يعني أن هذا الشخص لا يرى إلا عن بعد 20 قدما ما يراه الآخرون على بعض 60 قدما، وفي هذا الإطار هناك العديد من الناس غير المنضمون إلى ميدان التربية الخاصة على كثرتهم

(3-القصور البصري: و يعرف الشخص القاصر بصريا على أنه الشخص الذي لديه عين غير وظيفية، وتحدد الإصابات البصرية من خلال أخصائي أو أطباء. وهي تجمع بين كف البصر الكلي وبين ضعف البصر، وبلغة أخرى فإن القصور البصري يصف الأشخاص الذين يعانون من فقدان البصر في عين واحدة أو كلتا العينين ولكنهم ليسوا بمكفوفين حسب التعريف القانوني .

III-أسباب الإعاقة البصرية: (منى صبحي الحديدي- ط1- 2004- ص 180)

تعددت الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بالإعاقة البصرية.

فهناك أسباب منها:

• أسباب ما قبل الولادة: وتشمل العوامل الوراثية والبيئية وإصابة الأم الحامل ببعض الأمراض.

• أسباب أثناء الولادة نفسها: العوامل الوراثية: فكثيرًا ما تظهر تأثيراتها منذ الولادة وغذا حدث ذلك فهي تسمى بالعوامل الولادية (**Congenital**)، وتشمل نقص الأكسجين والولادة المبكرة.

• أسباب ما بعد الولادة: وتعرف العوامل غير الوراثية المسببة للإعاقة البصرية بالعوامل المكتسبة (**Adventitious**)، وتشمل زيادة نسبة الأوكسجين في حاضنات الأطفال الخدج والأمراض التي تصيب العين والإصابات الناجمة عن الحوادث.

IV-اعراض الاعاقة البصرية : وتتمثل في: (جمال محمد الخطيب- منى صبحي الحديدي- ط1- 2009- ص 170-176)

1- انفصال الشبكية (**Retinal Detachment**):

ينجم انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين عن ثقب في الشبكية مما يسمح للسائل بالتجمع الأمر الذي ينتهي بانفصال الشبكية عن الأجزاء التي تتصل بها، ومن أهم أعراض انفصال الشبكية لعدة أسباب منها إصابات الرأس وقصر النظر الانتكاسي والسكري.

2- اعتلال الشبكية الناتج عن السكري (**Diabetic Retinopathy**):

هو مرض يؤثر على الأوعية الدموية في الشبكية وقد يؤدي النزيف في تلك الأوعية إلى العمى، وإذا اكتشفت حالة السكري وعولجت فمن الممكن تأخير حدوث الاعتلال أو منعه، ولا يوجد علاج مناسب لاعتلال الشبكية وإن كان العلاج حاليًا يركز على تخثير الدم عن طريق استخدام أشعة الليزر.

3- انتكاس النقطة المركزية **(Macular Degeneration)**:

اضطراب في الشبكية يحدث فيه تلف في الأوعية الدموية في النقطة المركزية يواجه الشخص فيه صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة والأشياء القريبة، وهذا المرض يصيب الكبار في السن ويصيب الإناث أكثر من الذكور، ويؤدي هذا الاضطراب إلى فقدان البصر المركزي والبصر المحيطي المتبقي لا يكفي لتأدية الأعمال القريبة من العين كالكتابة والقراءة والأعمال اليدوي.

4- الماء الأسود **(Glaucoma)**:

الماء الأسود أو الجلوكوما هو زيادة حادة في ضغط العين مما يحد من كمية الدم التي تصل إلى الشبكية ويؤدي إلى تلف الخلايا العصبية وبالتالي العمى إذا لم تكتشف الحالة وتعالج مبكرًا، وتعالج الجلوكوما لدى الأطفال جراحيًا في العادة، أما لدى الكبار فهي غالبًا ما تعالج بالعقاقير، وتتدهور الحا لة البصرية في هذه الحالة بالتدريج ولا تتأثر حدة البصر في البداية حيث أن البصر المحيطي هو الذي يتأثر؛ لأن التلف يحدث في الجزء الجانبي من الشبكية وينتقل تدريجيًا إلى مركز الشبكية مؤديًا إلى العمى، ومع تطور الحالة يتألم المريض ويصبح الهدف من العلاج خفض الضغط وإيقافه أية تدهورات مزمنة، إن سبب هذه الحالة غير معروف جيدًا والمرض قد يحدث فجأة وقد يتطور تدريجيًا، وبعد سن الخامسة والثلاثين تزيد نسبة الإصابة بهذه الحالة لذا ينصح الأفراد بفحص العين بشكل دوري. هذا وتصنف المياه السوداء إلى نوعين رئيسين همها:

أ- **المياه السوداء الولادية** (Congenital Glaucoma):

وتكون موجودة منذ لحظة الولادة أو بعد الولادة بقليل، وتحتاج هذه الحالة إلى جراحة مباشرة لمنع التلف، وفي الحالات الشديدة تكون القرنية مدفوعة إلى الإمام، وفي البداية يتجنب الطفل الضوء وتسيل دموعه بكثرة وهذه الأعراض تنتج عن زيادة الضغط الداخلي في العين وتلف القرنية إذ يحدث توسع فيها.

ب- **المياه السوداء لدى الراشدين** (Adult Glaucoma):

يعاني الأفراد المصابون بهذه الحالة في صداع في الجزء الأمامي من الرأس خاصة في الصباح، ويمكن معالجة هذا النوع من المياه السوداء في كثير من الأحيان بقطرة العيون التي تعمل على خفض الضغط، وقد يكون كلا النوعين (الجلوكوما الولادية، وجلوكوما الراشدين) أوليًا – أي: ليس ناتجًا عن مرض ما في العيون – أو قد يكون ثانويًّا (ناتجًا عن مرض ما في العين).

5- الماء الأبيض (**Cataract**):

هو إعتام في عدسة العين وفقدان للشفافية يؤدي إلى عدم القدرة على الرؤية إذا لم تعالج الحالة، وهذا المرض يحدث عادة لدى الكبار؛ ولكنه قد يحدث مبكرًا أيضًا بسبب عوامل مثل الوراثة والحصبة الألمانية وإصابات العين، وتسمى الحالة لدى الأطفال بالماء الأبيض الولادي (**Congenital Cataract**) حيث تكون القدرة على رؤية الأشياء البعيدة ورؤية الألوان محدودة، ويشكو الفرد من حساسية كبيرة للضوء أو من عدم القدرة على الرؤية جيدًا في ظروف الإضاءة القوية أو في الليل. ويزداد هذا المرض سوءًا تدريجيًّا ويحدث صعوبة في الرؤية، وتعتمد الأعراض على المساحة في العدسة التي حدث فيها تعتيم، وعندما تزال العدسة يصبح البصر ضعيفًا جدًّا ولا يحدث تركيز للضوء فقد تصبح حدة الإبصار 20 /200 إلى 20 /400 في العين إلي أجري لها عملية جراحية، ولهذا فبعد إزالة العدسة المعتمة توضع عدسة طبية خاصة، ونسبة نجاح هذه العملية تقدر بحوالي 90- 95%.

6- ضمور العصب البصري (**Optic Nerve Atrophy**):

يحدث الضمور في العصب المركزي لأسباب عديدة كالأمراض التنكسية والحوادث والالتهابات والأورام ونقص الأوكسجين، وقد يحدث الضمور في أي عمر ولكنه أكثر شيوعًا لدى الشباب، وفي بعض الأحيان قد يكون هذا المرض وراثيًّا، وتعتمد قدرات الفرد البصرية على شدة التلف فقد لا يبقى لديه بصر وقد يبقى لديه بصر جزئي.

7- التليف خلف العدسي (**Retrolental Fibroplasia**):

مرض ينتج عن إعطاء الأطفال الخدج كميات كبيرة من الأكسجين مما ينتج عنه تلف في الأنسجة خلف العدسة، وتتأثر الأوعية الدموية وتتلفف الشبكية، وأحيانًا تبقى بعض الخلايا في الشبكية سليمة ولهذا يصبح لدى الفرد ما يسمى برؤية النقاط (**Spot Vision**) وبشكل عام، قد ينتهي هذا المرض بالعمى التام.

8- الحول (**Strabismus**):

تتحكم عضلات العين الخارجية بحركة العيون بالاتجاهات المختلفة، ومن المهم أن تتحرك العينان معًا لدمج الخيالات البصرية لإعطاء انطباع دماغي واحد لها وهذا ما يسمى بالبصر الثنائي (**Binocular Vision**)، فإذا كان هناك خلل في إحدى العضلات فلن تتحرك العينان معًا بشكل منظم وإذا ترك هذا الوضع دون تدخل علاجي فقد يستخدم الطفل عينًا واحدة وأما العين الأخرى فيصيبها كسل، وإذا استمر الوضع هكذا تضعف العين بشكل دائم، ويعتبر الحول إلى الداخل (**Esotropia**) وهو ما يعرف بالحول الأنسي أكثر أنواع الحول شيوعًا بين الأطفال، وفي العادة يكون هذا الحول في عين واحدة، وفي بعض الحالات تكون كلتا العينين منحرفتين نحو الأنف، وفي حالات قليلة يكون الحول إلى الخارج (**Exotropia**) أو ما يعرف بالحول الوحشي ويحتاج معظم الأطفال المصابين بالحول إلى جراحة حيث أن حالات قليلة فقط يمكن معالجتها بالنظارات.

9- توسع الحدقة الولادي (**Aniridia**):

هو تشوه ولادة ينتقل على هيئة جين سائد، تكون فيه الحدقة واسعة جدًّا نتيجة عدم تطور القزحية في كلتا العينين، ويحدث لدى الفرد حساسية مفرطة للضوء وحدّة إبصار محدود وربما أيضًا رأرأة ومياه سوداء وضعف في مجال الإبصار، ويستخدم الأفراد المصابون أحيانًا النظارات والمعينات البصرية لتقليل كمية الضوء التي تدخل إلى العين.

10- البهق (**Albinism**):

هو اضطراب تكون في الصبغة؛ قليلة جدًّا أو معدومة، ولهذا فإن الضوء يأتي إلى الشبكية لا يتم امتصاصه، وينتج البهق عن خلل في البناء وهو خلقي يكون فيه جلد الشخص أشقر وشعره أبيض وعيناه زرقاوين، وتكون القزحية شاحبة ولا تمنع الضوء الزائد من الدخول إلى العين لذلك تحدث حساسية مفرطة للضوء، وتستخدم النظارات الشمسية لتخفيف ذلك وقد تستخدم العدسات التصحيحة أحيانًا بهدف الحد من كمية الضوء التي تدخل العين ولكن ذلك لا يجعل البصر عاديًا، وقد يرافق حالة البهق مشكلات أخرى مثل عيوب الانكسار والرأرأة وخاصة عندما يتعب الشخص أو عندما يركز على الأشياء، ويوجه عام، تتراوح حدة البصر لدى هؤلاء الأشخاص بين 20 /70 إلى 20 /200.

11- التهاب الشبكية الصباغي (**Retinitis Pigmentosa**):

وهو حالة التهاب وراثية تصيب الذكور أكثر من الإناث تتلف فيه العصى في الشبكية تدريجيًا، ويحدث عمى ليلى (العشى) في البداية ويصبح مجال الرؤية محدودًا أكثر فأكثر ويحدث ضعف في حدة البصر إلى أن يصبح البصر نفقيًا، وغالبًا ما يكون هذا المرض مرتبطًا بأمراض تنكسية في الجهاز العصبي المركزي، ولا يوجد علاج فعال لهذه الحالة.

12- القصور في الأنسجة (**Coloboma**):

مرض تنكسي وراثي يظهر فيه بروز أو شق في الحدقة وتشوهات في أجزاء مختلفة من العين مثل عدم نمو بعض الأجزاء المركزية أو المحيطية في الشبكية، ويحدث في هذه الحالة ضعف في حدة البصر ورأرأة وحول وحساسية للضوء ومياه بيضاء.

13- القرنية المخروطية (**Keratoconus**):

حالة وراثية تنتشر فيها القرنية على شكل مخروطي، وتظهر الحالة في العقد الثاني من العمر وتؤدي إلى تشوش كبير في مجال الرؤية وضعف متزايد في حدة البصر في كلتا العينين، وهذا الاضطراب أكثر شيوعًا لدى الإناث منه لدى الذكور.

14- رأرأة العين (**Bystagmus**):

حالة يحدث فيها حركات لا إرادية سريعة في العيون، وهذا ينجم عنه غثيان ودوار، وقد تكون حالة الرأرأة مؤشرًا على وجود خلل في الدماغ أو مشكلة في الأذن الداخلية.

15- العين الكسولة (**Amblyopia**):

حالة تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة، وهي غير مفهومة جيدّا طبيًا، ويحدث الكسل في عين واحدة عادة ولكنه قد يشمل كلتا العينين، ويجب معالجة الكسل قبل بلوغ الطفل الثامنة أو التاسعة من العمر، ويتمثل العلاج بإثارة العين المصابة بصور بصرية عادية وذلك يشمل إغلاق (تغطية) العين الطبيعية ليستخدم الطفل العين الضعيفة، وأي عامل يعيق مرور الضوء بالشكل الطبيعي عبر العين قد يؤدي إلى هذه الحالة لأن ذلك قد يؤثر سلبًا على النمو البصري الطبيعي مما يقود إلى كسل العين.

16- أخطاء الانكسار (**Errors of Refraction**):

أ- قصر النظر (**Myopia**):

يحدث قصر النظر عندما تكون مقلة العين طويلة، وفي هذه الحالة تتكون الصورة أمام الشبكية وليس عليها، وتتأثر القدرة على رؤية الأشياء البعيدة، أما رؤية الأشياء القريبة فقد تكون عادية وغالبًا ما يظهر هذا الخطأ في المرحلة العمرية (8- 12سنة)، ومن أشكال قصر النظر ما يعرف مبكرًا جدًّا، ويزداد حسر البصر هذا مع تقدم العمر إلى درجة قد يضعف فيها البصر بشدة، وأحد أول المؤشرات على هذه الحالة اضطراب في الرؤية المركزية (**Blurred Central Vision**)، ويمكن تحسين حدة البصر بالنظارات التقليدية

ولكن قد لا يتحسن البصر تمامًا، ويبدو أن هذه الحالة وراثية، أما كيف تنتقل وراثيًّا فذلك أمر غير معروف.

ب- طول النظر (**Hyperopia**):

يحدث طول النظر عندما تكون مقلة العين قصيرة فتتكون الصورة خلف الشبكية وليس عليها، وتتأثر القدرة على رؤية الأشياء القريبة، أما رؤية الأشياء البعيدة فقد تكون عادية، وفي كل من قصر النظر وطول النظر قد تكون الحالة شديدة فتؤدي إلى ضعف بصري شديد، وفي العادة تستخدم النظارات والعدسات اللاصقة لكي تصبح قدرة الإنسان البصرية ضمن الحدود العادية، وعند الكبار، قد يحدث فقدان تدريجي لقوة العدسة (**Presbyopia**)، فسبب عامل العمر تضعف قدرة العين على التكيف ويحدث صعوبة في التركيز على الأشياء القريبة وفي القراءة، وقد يحتاج الإنسان العادي إلى نظارات للقراءة بعد أن يبلغ الثانية والأربعين من عمره.

ج- حرج البصر (**Astigmatism**):

تعتبر هذه الحالة أيضًا من حالات أخطاء الإنكسار التي تؤثر على حدة الرؤية المركزية وفيها تكون القرنية أو العدسة غير منتظمة ولذلك فإن بعض الضوء يتركز أمام الشبكية وبعضه عليها وبعضه الآخر خلفها، ولهذا لا تكون الصورة واضحة فيعاني الفرد من صداع وتعب عند القراءة.

17- التهاب القرنية (**Keratitis**):

هو التهاب ينتج عن البكتيريا، أو الفيروسات، أو الفطريات، أو نقص فيتامين (أ)، وفي هذا الالتهاب، الذي قد يظهر في حالات الإصابة بمرض الزهري والتراخوما، يتكون على القرنية سحابة، ويشكي الشخص المصاب من ألم شديد في العين، ومن حساسية للضوء ودماغ، وغالبًا ما تتأثر كلتا العينين، ولكن الالتهاب يبدأ عادة بإحداهما، ويستطيع اختصاصي طب العيون تشخيص حالات التهاب القرنية، وتحديد أسبابه، وبالتالي معالجته

بالعقاقير الطبية المناسبة، أما إذا لم يعالج الالتهاب فقد تحدث مضاعفات، ومنها الجلوكوما، وفقدان البصر.

18- البصر البعيد (**Distance Vision**):

يشير هذا المصطلح إلى قدرة العين على رؤية الأشياء من مسافات بعيدة، فعلى سبيل المثال، عندما يتم تقييم حدة الإبصار باستخدام لوحة سنلن، أو اللوحات المشابهة يطالب الشخص برؤية أشياء يبعد عنها مسافة (6) أمتار، و توفر مقاييس حدة الإبصار التقليدية معلومات عن قدرة الإنسان على رؤية الأشياء من مسافات بعيدة فقط

19- الحساسية للضوء (**Photosensitivity**):

الحساسية للضوء أو ما يعرف برهاب الضوء (**Photophobia**) حالة شائعة لدى الأشخاص الذين يعانون من ضعف بصري ناتج عن نقص الصبغيات (المهق)، وبعض أمراض العين الأخرى (كالتهاب الملتحمة، أو الجلوكوما الحادة، أو تقرحات القرنية)، ومن ناحية طبية، فالحساسية للضوء تعامل بوصفها مؤشرًا مرضيًّا وليس كمعيار تشخيصي، ويمكن التخفيف من هذه الحساسية عادة بارتداء نظارة سوداء

20- الخلع العدسي (**Dislocated Lens**):

اضطراب تصبح فيه عدسة العين مزاحة عن موقعها التشريحي الطبيعي مما يقود إلى ضعف بصري واحمرار في العين، ومن الأسباب الرئيسية، لذلك إصابة العين بجسم غير حاد (كقبضة اليد مثلاً)، وكذلك العوامل الوراثية كما في متلازمة مارفان مثلاً، وقد يكون الخلع جزئيًّا أو كليًّا، وفي الخلع الجزئي، يمكن رؤية العدسة، وقد سدّت جزءًا من الحدقة.(محمد عامر الدهمشي- ط 1- 2007- ص 202-203)

V-**التشخيص المبكر أفضل الطرق للعناية بالكفيف صغير السن:** (www.eiadeyeclinic.com)

تعد الطريقة المعروفة باسم "محطة التشخيص المبكر"، أحدث طريقة وأفضلها للعناية بالكفيف صغير السن، ففي هذه المحطة، يتم إجراء فحوصات للطفل الكفيف وتجري عناية أهله بصحته الجسدية، وصحته النفسية.

وتبقى محطة التشخيص إلى مرحلة التعليم الإجباري، لأن الطفل بعد ذلك يستطيع أن يعيش مع المجتمع الأول.

ويجب أن نوفر للطفل مجتمعاً طبيعياً، حتى لا يختلف عن باقي أفراد المجتمع. فإنه لمن السهل جدا على الإنسان أن يكتشف بأن هذا الشخص كفيف، ولكن المشكلة الحقيقية تكمن في معرفة الأشخاص ضعيفي البصر إذ إن الأسباب المؤدية لهذا الضعف هي عوامل متعددة وفي بعض الأحيان قد لا تكون ظاهرة.

وبناء عليه فإن الكشف المبكر عن الضعف البصري في مرحلة الطفولة المبكرة هو مسؤولية الأسرة ومراكز الأمومة والطفولة ومعلمات رياض الأطفال إلى جانب الأطباء المقيمين فليس هناك ما هو أهم من الاطمئنان أولا على سلامة حاسة الإبصار لدى الأطفال. ومن ثم كشف أي ضعف فيها في أسرع وقت ممكن ومع أنه من غير المتوقع أن يقوم أولياء الأمور والمعلمات بتشخيص حالات الضعف البصري إلا أنهم قادرون على لعب دور بالغ الأهمية في تحديد الأطفال الذين تبعث استجاباتهم وتصرفاتهم على الشعور بعدم الطمأنينة فيما يخص قدراتهم على الإبصار.

يعرف التدخل المبكر بأنه: جملة من الخدمات التعليمية والتدريبية للأطفال ذوي الإعاقة تقدم في مرحلة الطفولة المبكرة تتمثل الأهداف فيها أساسا بـ:

أ – **الكشف المبكر** عن الإعاقة أو الوقاية منها قدر المستطاع.

ب – **مساعدة الأطفال المعوقين أو المعرضين لخطر الإعاقة** على بلوغ أقصى ما تسمح به الظروف من أداء وتقدم.

ج –**مساعدة أسر هؤلاء الأطفال** على التعايش مع الإعاقة وذلك بتزويدها بالمعلومات المناسبة والإرشاد والتدريب والحث على المشاركة النشطة في تنشئة الأطفال ورعايتهم .

والإعاقة البصرية من الإعاقات النادرة التي تصيب الأطفال وتؤثر بشكل كبير على حياتهم خصوصا في مراحل النمو المبكرة كما تؤثر بشكل كبير على العلاقة المتبادلة بين الطفل وعائلته وتؤثر أيضا على النواحي الاجتماعية والعاطفية المتعلقة بالطفل.

ومن البرامج الهادفة برنامج التدخل المبكر؛ حيث يهدف في الأصل إلى تحسين الظروف المحيطة بالطفل المعاق بصريا وتضمنت عمليات التدخل بعض البرامج الموجهة إلى العائلات على يد الخبراء والمختصين وطرح وتطبيق بعض البرامج والخدمات .

ويتضمن البرنامج تزويد الأسر ببعض المعلومات المتوفرة حول طرق التدخل الفعالة وخصوصا فيما يتعلق ببعض البرامج المقترحة لهذه الفئة من الأطفال، وجدير بالذكر أن هناك نسبة قليلة من البحوث العلمية المنشورة والتي أشارت لوجود آثار سلبية ناتجة عن بعض مظاهر التدخل. تشير الدراسات المتعلقة ببرامج التدخل إلى أن التدخل المبكر يصبح أكثر فاعلية في حالة استخدام طاقم مؤهل ومدرب وكفؤ كما تبين أيضا إلى أن نسبة انتشار الإعاقة البصرية تبلغ ما نسبته 1,8 % من أطفال المجتمع .

ومن النتائج التي توصلت لها بعض الدراسات ما يلي:

1 – لتركيز على العلاقة والتفاعل بين الطفل والعائلة ودعم هذه العلاقة وتطويرها خلال عمليات التدخل المبكر.

2 – شراك الأهل واعتبارهم شريكا فعالا في مراحل عمليات التدخل.

3 – تقييم الأطفال من خلال طواقم خبراء مؤهلين ولديهم الخبرة الكافية في العمل مع الأطفال المعاقين وخصوصا المعاقين بصريا.

4 –استخدام فرق عمل مدربة وذات خبرة كافية في موضوع الإعاقة البصرية وذلك للعمل مع أسر المعاقين.

5 – إجراء الدراسات حول فوائد استخدام النماذج المختلفة لبرامج التدخل المبكر مع المعاقين بصريا وتحديد الاحتياجات الخاصة بهم .

إن الكشف المبكر عن ضعف البصر في مرحلة الطفولة مسؤولية كل من؛ الأسرة، معلمات رياض الأطفال، الأطباء، فهناك مجموعة من الأمراض تشير إلى احتمال معاناة الطفل من مشكلة بصرية فقد قامت الجمعية العالمية لطرق الوقاية من الإعاقة البصرية

بوضع قائمة للأعراض التي تظهر عند بعض الأطفال ويجب أن ينتبه لها الأهل في البيت والمعلم في المدرسة.

ويمكن للأسر ولمعلمات رياض الأطفال ملاحظة بعض الأعراض التي قد تشير إلى وجود مشكلة ما في قدرة الطفل على الإبصار ومن هذه الأعراض ما يلي:

- ✓ آلام العين.
- ✓ الخيالات الطائرة.
- ✓ الرؤية المزدوجة.
- ✓ إصابة العين بحكة، أو حرقة، أو الشعور بوخزات.
- ✓ عدم وضوح الرؤية.
- ✓ آلام العين في الضوء.
- ✓ حكة في العين والشعور بالألم.
- ✓ حرقة في العين.
- ✓ الشعور بجرح في العين.
- ✓ الصداع بعد إنجاز عمل يتطلب جهد عن قرب أو الغثيان.
- ✓ الدوخة عند القراءة أو الكتابة الشعور بوجود شيء خشن أو رمل في العين.
- ✓ ازدواجية في الرؤية أو غشاوة الرؤية .

1.ومن سلوك الطفل ايضا:

- ✓ تسقط منه بعض الكلمات أو السطور عند القراءة أو يقرأ ببطء.
- ✓ تقطيب الجبين مع تكرار رمش العين عند محاولة تركيز النظر كما في القراءة.
- ✓ تقريب الكتب والأشياء الأخرى من عينه أكثر من اللازم.
- ✓ دعك العين باستمرار (كأنه يحاول إزاحة الضباب بعيدا عن عينه).
- ✓ يغطي إحدى عينيه أو يميل برأسه عند النظر إلى الأشياء.

✓ يشعر بالتعب ويميل إلى النعاس وغالبا ما يظهر ميلا إلى العصبية بعد قيامه بالقراءة مدة طويلة، أو بالأعمال التي تتطلب النظر عن قرب.

✓ تتعثر قدمه بالأشياء الصغيرة.

✓ لا يتفوق في الألعاب التي تتطلب النظر سواء عن قرب أو من مسافات بعيدة.

✓ قد تكون لديه حساسية للضوء، كما أن تمييزه للألوان قد يكون ضعيفا.

✓ يواجه صعوبات في دراسته نتيجة لقصور حاسة البصر عنده. وجدير بالذكر أن الهدف الأساسي من الوقاية والكشف والتدخل المبكر هو الوقاية من وجود شيء ما، ثم الاكتشاف إن وجد، ثم التدخل المناسب للحيلولة دون تدهور الحالات التي لا يتم اكتشافها مما يؤدي إلى نتائج سلبية تزيد كلما تأخر التدخل .

2.**من الأعراض الظاهرية:**

✓ انتفاخ الجفون والتهاب الجفون.

✓ احمرار العينين.

✓ الإحساس بوغز في العين باستمرار

✓ سيلان الدمع وانتفاخ الجفون.

✓ حكة العينين بشكل متكرر.

✓ تكرار ظهور شعيرات الجفن ووجود قشرة.

✓ الحول سواء الدائم أو المتكرر.

✓ بكاء الطفل الدائم .

3.ومن الأعراض أيضا ما قد يلاحظه المدرس في الصف مثل:

✓ تفضيل الواجبات والأنشطة التي لا تتطلب التعامل مع العين مثل الاستماع.

✓ عدم الاهتمام بالأنشطة البصرية مثل النظر إلى اللوح أو القراءة.

✓ كثرة التعرض للسقوط أو الاصطدام.

✓ الحذر الشديد عند نزول الدرج.

✓ الخلط بين الأشياء والحروف والأرقام المتشابهة.

إذن بعد أن تتم ملاحظة واحدة أو أكثر من الدلائل على الطفل فإنه يحوّل إلى ألفحص الدوري الذي نقوم بإجراء الفحص الدقيق على عين الطفل وذلك لتحديد درجة ونوع الإعاقة البصرية وأسبابها واحتمالات تطورها، فقد تشخص حالة الطفل على أنها من النوع القابل للعلاج أو التصحيح وذلك من خلال تدريب عضلات العين، أو من خلال الجراحة أو من خلال العدسات أو النظارات الطبية التي تساعد على الرؤية بشكل طبيعي وفي هذه الحالة فإن هذا الطفل لا يحتاج إلى برامج تربوية خاصة أما إذا كانت حالة الطفل من النوع المتطور أو غير القابل للعلاج أو التصحيح فإن الطفل يكون بحاجة إلى الانخراط في برامج التربية الخاصة.

الجانب الميداني

الفصل الخامس

الاجراءات المنهجية

المنهج المتبع

تعريف العينة

الحدود المكانية والزمانية

وصف أدوات جمع البيانات المطبقة

الدراسة الاستطلاعية

- إجراءات الدراسة الأساسية
- الأساليب الاحصائية

I- المنهج المتبع :

طبيعة المشكلة هي التي تحدد نوع المنهج المتبع ونظرا الأن الدراسة تبحث في وصف العلاقة بين تقدير الذات والقلق لدى ذوى الاحتياجات الخاصة (المعاقين بصريا) قمنا باتباع "المنهج الوصفي " باعتباره الملائم ل لدراسة ويعرف المنهج الوصفي "بأنه يعني بدراسة الحقائق الراهنة المتعلقة بطبيعة الظاهرة أو موقف ما يتبع أو مجموعة من الناس أو مجموعة من الاحداث أو مجموعة من الأوضاع أو باعتباره معنيا بوصف سمات المجتمعات المحلية وتحديد مختلف خصائص من حيث السن والديانة والحالة الصحية والعقلية ونسبة التعليم كما قال سيالتز -SilHiz - وزملائها".(صلاح مصطفى فوال- ص 121- 151)

II- تعريف العينة :

هي ضرورية الاجراء الدراسة الميدانية لكونها تمثل المجتمع الأصلي وقد اعتمدت الطريقة القصدية في دراستي

وقد أجريت الدراسة على عينة من المعاقين البصرياً ويبلغ عدد أفرادها 48 من ذوي الاحتياجات الخاصة .

العينة	الاناث	الذكور	الدارسين بالثانوية	الدارسين بالجامعة
48	21	27	24	24

الجدول رقم 01 يوضح تعداد أفراد العينة

III- الحدود الزمانية والمكانية للدراسة:

-1 - الحدود الزمانية :

تمت الدراسة خلال السنة الجامعية 2018/2017 من شهر 15ديسمبر إلى 30أفريل .

-2- الحدود المكانية :

تمت إجراءات الدراسة على المعاقين بصرياً من ذوي الاحتياجات الخاصة وقد تمت الدراسة بمدينة الوادي .

• بعض ثانويات الولاية

• المتابعة الطبيعية لمدينة الوادي .

• خلايا الارشاد والمتابعة لمؤسسات الوادي .

• مدرسة المعاقين بصرياً بالرباح لمدينة الوادي .

• عيادة خاصة .

• مستشفي كوبا .

IV- وصف أدوات جمع البيانات المطبقة

اعتمدنا في جمعنا للبيانات على الأدوات الأتية :

1 -اختبار تقدير الذات :

صمم هذا الاختيار من طرق (عبد الرحمن صالح الأزرق) و يتكون من 39 عبارة تحوي الاجابة على بديلين "تنطبق "، "لا تنطبق" (عبد الرحمن ص الازرق – ط1- 2000 ص128 – 135) منها 19 عبارة سالبة و 20 عبارة موجبة .

2- اختبار القلق الصريح :

أُعد هذا الاختبار من طرف "جانيت تايلور سبينس " (1953) عن قائمة الشخصية المتعددة الأوجه حيث اختارت 65 يتدا اتفق عليه 80% من علماء النفس –ع- أي 5/4 حيث أكدوا أنها تنفيس القلق، وتم اختيار 50 يندا منها وهو يعتبر من المقاييس اللفظية وأشهرها – (حيث تم تطبيقه على طلاب الجامعة) (بشير معمريه – ط1- 2002 – ص 71) ويحتوي هذا الاختبار 50 عبارة تحتوي الاجابة على بديلين "نعم "أو "لا" .

V- تعريف الدراسة الاستطلاعية :

تعتبر الدراسة الاستطلاعية "أساساً جوهريا لبناء البحث كله"(بشير معمريه – ص 71)

وقد أجريت الدراسة الاستطلاعية في 15 فيفري وأكدت ان الاختبارين المطبقين في الدراسة الاستطلاعية لهما صدق وثبات عاليين، ومنهما فانها تؤكد ان الاختبارين قابلين للقياس ولما وضع له .

وللتأكد من صحة صدق وثبات الأدوات المستخدمة للاختبارين :

1 –اختيار تقدير الذات :

*صدق الاختيار :

تم حساب الصدق عن طريق صدق المحتوي من طرق الباحث وذلك لا يجاد معاملات الارتباط بين درجات كل عبارة ودرجة العنم الذي تنتهي إليه العبارة والنتائج كالأتي :

- حسب معاملات الارتباط بين عناصر المقاييس الخمسة (ت- ق الجسمية والمظهر العام، تقدير الذات العقلية والاكاديمية، ت-ق الاجتماعية، ت -ق – الشخصية و الثمه بالنفس)

- كل عنصر على حدا و بين الدراجة الكلية المقياس، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (0.52, 0.84)وهي دالة عند مستوي (0.01) ويتضح من ذلك أن هناك تناسق داخلي بين ينود المقياس وتجانس بين عناصره مها يبعث الاطمئنان على صدق مفرداته. (عبد الرحان صالح الأزرق – ص 128- 135)

*الصدق الذاتي :

ذ"هو صدق الدرجات التجربية للاختيار بالنسبة للدرجات الحقيقة التي خلصت من شوائب أخطاء القياس، ويقاس الصدق الذاتي حيساب الجذر التربيعي لمعامل تبات الاختيار " (عباس محمود عوض- ط 1990- ص 233)

وقمنا بالتأكيد من صدق الاختيار عن طريق صدق المقارنة الطرفية على العينة الدراسة الاستطلاعية بتطبيق معامل ارتباط بيرسون "ر" وذلك باستخدام معامل الارتباط بين العبارات

الفردية والعبارات الزوجية لعينة الدراسة واعتمدنا نسبة (33.33%) من القيم العليا ومثلها من القيم السفلى والنتائج المتحصل عليها مدونة في الجدول الآتي:

	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	م	ر بيرسون المحسوبة	ر المجدول	درجة الحرية	دالة أو غير دالة احصائي
القيم ع 33.33%	55.3	1.94	63	0.65	0.36	29	دالة احصائيل
القيم س 33.33%	41	2.13					

من الجدول يتضح ان ر المحسوبة اكبر من ر المجدولة عند درجة الحرية ومنه فالدالة دالة احصائيا ومنه فصدق الاختبار عالي .

*تبات الاختبار :

تم حساب معامل تبات الاختبار عن طريق الصدق الذاتي حيث أن

$$ر = \sqrt{م\ ث}$$

*من النتائج السابقة يمكنا التأكد من صدق وثبات الاختبار

ومنه يمكن لنا الوثوق من هذا الاختبار كونه آداه القياس

ر	م ث
0.65	0.42

2 – اختبار القلق الصريح

*صدق الاختبار :

تم حساب صدق الاختبار بتطبيق التجزئة النصفية من طرق الباحث فبلغ معامل اتساقه الداخل (0.92) وهو عالي عند مستوى الدلالة (0.01)، كما تم حسابه عن طريق اعادة

تطبيقه بعد 3 أسابيع فكان (0.89) وبعد 5 أشهر (0.82) وبعد فترة تراوحت من(9-17) شهر بـ (0.81) مما يشتري إلى اتساقه عبر الزمن وقد اعتبر اتساقه الداخلي دليل على صدقه وأنه يقيس ما وضع لقياسه ،(بشير معمريه- ص 71) كما تم التأكيد من صدق ثباته كما يلي:

*الصدق الذاتي :

تم اعتماد صدق المقارنة الطرفية على عينة الدراسة الاستطلاعية واعتمدنا نسبة (33.33%)من القيم العليا ومثلها من القيم السفلى .

والجدول الآتي يمثل النتائج المتحصل عليها :

	المتوسط الحسابي م	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي م	ر المحسوبة	ر المجدولة	درجة الحرية	دالة أو غير دالة إحصائيل
القيم ع 33.33%	0.96	76.66	76.66	0.59	0.36	29	دالة إحصائياً
القيم س33.33 %	39.8	5.14					

من الجدول يتضح ان ر المحسوبة اكبر من ر المجدولة عند درجة الحرية ومنه فالدالة دالة احصائيا ومنه فصدق الاختبار عالي .

تبات الاختبار :

تم حساب معامل الثبات عن طريق الصدق الذاتي حيث أن الصلة بينهما تمكن في المعادلة المذكورة سابقا.

وقد تم حساب م ث والنتائج مدونة في الجدول الاتي :

معامل ارتباط بيرسون (ر)	معامل الثبات (م ث)
0.59	0.35

*من النتائج السابقة تؤكدنا من صدق وثبات الاختبار، كونه اختبار وضع كأداة لقياس أحد متغيرات الدراسته

VI- إجراءات الدراسة الأساسية :

بعد اتمام الدراسة الاستطلاعية وبعد التأكيد من صدق ونثبت الاختبارين المطبقين، وحددنا الدارسة الأساسية من خلال المتبع والحدود الزهانية والمكانية حيث قمنا بالدراسة خلال السنة الجامعية 2017/ 2018 وقمنا بشرح اهداف الدراسة وبإعطاء التعليمات والشروحات والتأكيد على أن الاجابات ستبقى في سرية تامة قمنا بتوزيع 80 استمارة ومن أهم التعليمات

- أن تكون الاجابة عن كل الأسئلة وابراز ذلك في الجانب الاحصائي

- طمأنة المفحوص أن اجاباته ستحضى بالسرية التامة بعد توزيع 80 استمارة للاختيارين على أفراد العينة قمت بفرز الاستمارات على أساس الشروط المستوفة وقد تم احصاء (48 إستمارة) لكل إختبار .

VII- الأساليب الاحصائية :

معامل ارتباط بيرسون :

تم استعماله لا يجاد صدق وثبات الاختبار في الدراسة الاستطلاعية والكشف عن العلامة الارتباطية بين المتغيرات في الدراسة الأساسية

$$\frac{\text{ن} \times \text{مج (س*ص)} - \text{مج (س)} \times \text{مج (ص)}}{\{\text{ن مج (س}^2\text{)} - (\text{مج س})^2\} * \{\text{ن مج (ص2)} - (\text{مج ص})^2\}}$$

ذر : معامل ارتباط بيرسون

ن :عدد أفراد العينة

س :كل درجة من درجات المتغير الأول

ص :كل درجة من درجات المتغير الثاني

مج : المجموع.(عبد الحفيظ مقدم- ص 78)

قمنا في هذا الفصل بالتأكد من صدق وثبات الاختيارين المطبقين في الدراسة وسنحاول في الفصل الحوالي عرض النتائج المتواصل لها.

الفصل السادس

عرض النتائج وتحليلها ومناقشتها

-عرض النتائج وتحليلها

-مناقشة النتائج

I-عرض النتائج وتحليلها :

بعد إتمام الدراسة الأساسية وبعد تحيد الإشكالية وفرضيات الدراسة كانت النتائج المتحصل عليها مبنية في الجداول الآتية :

1-الفرضية العامة :

نصت الفرضية العامة على :

وجود علاقة بين تقدير الذات والقلق الصريح لدى عينة الدراسة والنتائج المتوصل إليها مدونة في الجدول02 الآتي :

أ. العينة ن	ر . المحسوبة	ر. المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	دالة أو غير دالة احصائيا
48	-0.40	0.36	47	0.01	دالة احصائياً

التحليل : من الجدول يتضح أن الدالة دالة احصائيا عند مستوى الدالة (0.01)، وأن ر المحسوبة أكبر من ر المجدولة عند درجة الحرية لعينة الدراسة (وهي سالبة).

مما يعني وجود علاقة عكسية بين متغيرات الدراسة (للفرضية العامة)ومنه فالفرضية محققة.

2-الفرضيات الجزئية:

الفرضية ج : 01 تقن على أنه وجود علاقة بين متغيري الدراسة لدى اناث العينية وللتأكد فمنا بتطبيق معادلة معامل بيرسون "ر" والنتائج المتحصل عليها مدونة في الجدول الآتي :

الجدول 03 : يوضح العلاقة بين تقدير الذات والقلق الصريح لدى إناث العينة .

(ن) إناث	ر. المحسوبة	ر. المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	دالة أو غير دالة
21	- 0.04	0.54	20	0.01	غير دالة إحصائياً

التحليل : من خلال الجدول السابق تبين أن الفرضية غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01) فقد وجدت ر المحسوبة (0.04) مقارنة ب ر المجدولة (0.54)مما يعني وجود علاقة ضعيفة سالبة بين متغيرات الدراسة الإناث .

الفرضية ج :02

نصت على : وجود علاقة بين تقدير الذات والقلق الصريح لدى ذكور العينة .

تم التأكد منها باستخدام معادلة معامل بيرسون والنتائج ملخصة في الجدول الآتي :

الجدول 04: يوضح العلاقة بين تقدير الذات والقلق الصريح لدى ذكور العينة .

ن (ذ)	ر المحسوبة	ر المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	دالة أو غير دالة إحصائيا
27	-0.38	0.37	26	0.05	دالة إحصائيا

التحليل : من الجدول يتضح أن ر المحسوبة سالبة وأكبر في القيمة من ر المجدولة عند مستوي الدلالة (0.05)

فهي دالة إحصائيا ومنه يمكن إثبات الفرضية مما يبرز وجود علاقة سالبة بين متغيرات الدراسة وهي علاقة عكسية ومنه فالفرضية محققة .

الفرضية ج :03

نصت على : وجود علاقة بين تقدير الذات والقلق الصريح لدى عينة الدراسة من الدراسين بالثانوي وللتحقق من صحتها قمت بتطبيق معادلة معامل ارتباط بيرسون "ر" وبلاغ عددهم (24) والنتائج مدونة في الجدول الآتي :

الجدول 05: يوضح العلاقة بين تقدير الذات والقلق الصريح لدى العينة .

ن	ر المحسوبة	ر المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	دالة أو غير دالة
24	-0.39	0.39	23	0.05	دالة احصائيا

التحليل : من خلال الجدول تبين أن "ر" المحسوبة سالبة تقريباً ومتساوية لـ"ر" المجدولة عند مستوى الدلالة (0.05)وهي نتيجة تدل على أن الفرضية دالة إحصائيا مما يعني وجود علاقة سالبة (عكسية) بين متغيرات الدراسة لعينة الدراسة ومنه فالفرضية محققة.

الفرضية ج :04

نصت الفرضية على : وجود علاقة بين تقدير الذات ومستوى القلق الصريح لدى العينة من الجامعين وللتحقق من الفرضية طبقت معادلة معامل ارتباط بيرسون والنتائج مدونة الجدول الآتي :

الجدول 06: يوضح علاقة تقدير الذات بالقلق الصريح لدى العينة (من الجامعين)

ن	ر المحسوبة	ر المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	دالة أو غير دالة
24	-0.56	0.50	23	0.01	دالة احصائيا

التحليل :

من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق تبين أن ر المحسوبة سالبة وهي أكبر من ر المجدولة عند مستوى الدلالة 0.01 وهي نتيجة دالة إحصائياً وهذا يعني وجود علاقة عكسية بين متغيرات الدراسة ومنه فالفرضية محققة .

II- مناقشة النتائج :

1-الفرضية العامة :

بينت النتائج على وجود علاقة بين تقدير الذات والقلق لدى المصابين بإعاقة بصرية ذوي الاحتياجات الخاصة ويمكن تفسيرها بها توصلت إليه دراسة حسن عبد المعطي في أن ادراك أحداث تختلف بين المرضي وغيرها المرضي (المصابين وغيرهم) كما أكدته دراسة هليهام روشولتز بأن 81% من المرضى يعيشون انخفاض في قيمتهم الذاتية، من الدراسات نجد ان هؤلاء المصابين من ذوي الاحتياجات الخاصة تقديرهم لذاتهم منخفض ويرجع ذلك لأسلوب الحياة الذي يعيشون، كما يمكن اعتبار أن العوامل النفسية يترك اثراً على شخصيته وهذا ما يؤثر على نظرته لنفسه في ظل فكرة مقارنته بالآخرين فتلازم الإعاقة يؤثر على نفسيته فيجعله أكثر ضغطا وقلقا مما يؤثر على صورته ذاته وتقديرة لها .

2-الفرضيات الجزئية :

الفرضية ج :01

يمكن ارجاع نتيجة الفرضية إلى أن الاناث اصبحوا أكثر وعياُ وتقبلا للإصابة الإعاقة باستطاعتهم التكييف معه ويمكن اعادته إلى تصورات البيئية الاجتماعية وطبيعية التربية ونمطها التي أصبحت أكثر وعياُ وتقبلا وتقديراً لهن لأنهن أصبحن أكثر مساوات وأصبحت لهن حقوق أكثر وهذه النتيجة متوافقة مع دراسة حامد عبد السلام زهران بحيث ارجع انخفاض تقدير الذات إلى أنه معضلة تؤثر في العوامل الاجتماعية المتقربة (ع داخلية). (عبد الفتاح دويدار- ص 73-74)

الفرضية ج :02

يمكن ارجاع نتيجة الفرضية إلى أن الذكور فهي علاقة عكسية (سالبة) وهي محققة ويمكن تفسيرها على أن الذكور أكثر تحملاً للمسؤولية في ظل ظروف الحياة التي يعيشونها، وفي ظل هذه الضغوط يظهر لديهم القلق ومع تزامنه مع الإعاقة (كما دلت نتائج الفرضية) وعلى ضوء دراسة " حسن عبد المعطي "في أن الأحداث المرتيطة بالعمل والدخل والأسرة كانت من أهم الأحداث المؤثرة في السيكوسوماتين. (عادل الحلواني وآخرون- ص 57)

الفرضية الجزئية 03:

دلت نتائجها على وجود علاقة محققة عكسية بين تقدير الذات والقلق الصريح لدى الدارسين بالثانوي (المراهقين)من عينة الدراسة، ويمكن تفسيرها في أن التغيرات الجسدية والنفسية والانفعالية التي يمربها المعاقين بصرياً في هذه المرحلة يظهر تأثيرها على صورة الفرد لذاته خاصة عند المصابين بها-الإعاقة المزمنة-، كما أكدته دراسة "ستانلي هول " في أن " المراهقة أزمة شديدة العنق " لها تأثيرات على الجانب النفسي والجسمي .

الفرضية الجزئية 04 :

دلت نتائجها على وجود علاقة محققة عكسية بين تقدير الذات والقلق الصريح لدى الجامعيين من عينة الدراسة، يمكن تفسيرها في أن ضغوط الدراسة والعمل تؤثر على المعاق بصرياً بحيث أكدت دراسة حسن عبد المعطي في أن الأحداث المرتبطة بالعمل كانت أهم الاحداث المؤثرة في السيكوسومايتين كما أكدت على وجود فروق في ادراك أحداث الحياة بينهم وبين الأسوياء وهذا ما أكدته دراسة عادل الحلواني. (عادل الحلواني وآخرون– ص 57)

الاستنتاج العام

سعت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين تقدير الذات والقلق الصريح لدى المعاقين بصرياً وإذا ما كانت نتغير بتغير الجنس والمستوى الدراسي حيث نصت الإشكالية على :

- هل توجد علاقة بين تقدير الذات والقلق الصريح لدى المعاقين بصرياُ وكانت الفرضيات الجزئية كالآتي :

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تقدير الذات والقلق لدى المعاقين بصريا من الإناث.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تقدير الذات والقلق لدى المعاقين بصريا من الذكور
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تقدير الذات والقلق لدى المعاقين بصريا من الدراسين بالثانوي .
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تقدير الذات والقلق لدى المعاقين بصريا من الدراسة الجامعين .

وقد تم إعتماد المنهج الوصفي كما تم إختبار العينة من المعاقين بصرياُ من مدينة الوادي، وقد اعتمدت في جمع البيانات على استبيان تقدير الذات واستبيان القلق الصريح، وعولجت البيانات بإستخدام معادلة معامل بيرسون "ر".

من نتائج الدراسة وجدت أن العلاقة بين تقدير الذات والقلق الصريح علاقة عكسية لدى المعاقين بصرياً ومنه يمكن تعميم هذه النتائج على أفراد المجتمع الأصلي لعينة الدراسة

توصيات واقتراحات

- يمكن اقتراح ما يلي بعد تعرضنا لهذه الدراسة :

1 -اعتماد الفحص المبكر خاصة العائلات التي أصبه افرادها بالإعاقة البصرية .

2 -في حالة الإصابة توعية الأسرة للقيام بواجبها اتجاه المعاق لبث روح الثقة وتقبل الذات والمتساندة النفسية .

3 -الاهتمام بالمعاق وبصحته ومساندته نفسياً واجتماعياً .

4 -العمل على إيجاد اخصائيين بالمصالح المتكفلة بالمعاق .

5 -كما ترجو أن تكون دراستنا بداية لدراسات آخرى على مختلف أنواع الإعاقة سواءاً سمعية، حركية ....إلخ

المراجع

المراجع بالعربية :

1.إبراهيم أحمد زيد – سيكولوجية الذات والتوافق– دار المعرفة الجامعية – الاسكندرية – مصر– ط.1987

2.احمد عبد الخالق – أسس علم النفس – دار المعرفة الجامعية – ط3 .2000.

3.ارون بيك – ترجمة :عدنان مصطفى –العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية – در النهضة العربية – بيروت –ط1

4.أمال عبد السميع أباظة – الصحة النفسية – مكتبة الأنجلو المصرية – القاهرة – ط 1 .1999.

5.ايزنك ماكس – ترجمة : محمد عثمان نجاتي – التعايش مع الخوف فهم القلق ومكافحتة – دار الشروق – القاهرة – (د. ط).

6.بشير – القياس وتصميم الاختبارات النفسية (للطلاب والباحثين)جامعة العقيد الحاج الاخضر – باتنة – ط1 .2002

7.بشير معمريه – القياس النفسي وتصميم الاختبارات النفسية – جامعة باتنة – ط 1– 2002 –(ب– ت).

8.جمال محمد الخطيب– مني صبحي الحديدي –"المدخل إلى التربية الخاصة" مطبعة دار الفكر– الطبعة الأولى 2009– 1430هـ– ب.ت

9.حامد عبد السلام زهران – الصحة النفسية والعلاج النفسي – عالم الناشر للكتاب – كلية عين شمس القاهرة– ط2 1995– (ب. ت).

10. حسين ياسين اباظة – أميمة يحي علي خان – علم النفس العام – جامعة بغداد – ط.1990

11. دافيد .ق شيهان – ترجمة : عزت شعلان – مرض القلق – عالم المعرفة الكويت– ط 1989 –(ب. ت).

12. دافييد شيهان– مرض القلق – عالم المعرفة – الكويت – ط 1989م – (ب. ت).

13. رمضان محمد القذافي – الشخصية – دار الكتب العربية– بنغازي – ط 1993 – (ب. ت).

14. سعد جلال – المرجع في علم النفس – دار الفكر العربي – القاهرة – مصر – ط. 1985– (ب. ت).

15. سهير كامل أحمد – التوجيه والإرشاد النفسي – مركز الأسكندرية للكتاب – الأزاريطية – ط 2000–

16. سيجمود فرويد – ترجمة :محمد عثمان نجاتي – الكف .العرض– ديوان المطبوعات الجامعية – ط5–1985.

17. شيلدون كاشدان، ترجمة: محمد عثمان نجاتي، علم النفس الشواذ، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ط.1972.

18. صلاح مصطفى فوال – مناهج البحث في العلوم الاجتماعية – مكتب غريب –د ط– (ب. ت).

19. عباس محمود عوض – ع النفس الاحصائي– الدار الجامعية – لبنان – د ط – 1990–

20. عبد الحفيظ مقدم – الاحضاء والقياس النفسي والتربوي– ديوان المطبوعات الجامعية –(ب– ت)

21. عبد الرحمان العيساوي – الاعصبة النفسية والذهانات العقلية – دار النهضة العربية – بيروت – ط. 1990

22. عبد الرحمان سيد سليمان – وفيوليت – دراسات في سيكولوجيا النمو– مكتبة زهراء الشرق – القاهرة – مصر– ط .1988

23. عبد الرحمان صالح الأزرق – علم النفس التربوي للمعلمين – مكتبة طرابلس العلمية العالمية – بيروت – لبنان –ط1. 2000

24. عبد الفتاح دويدار – سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والاتجاهات – دار النهضة العربية للطباعة والنشر – بيروت – ط1 .
25. عبد المنعم الحنفي– الموسوعة النفسية – مكتبة مديولي –ط1– 1995– (ب. ت).
26. عدنان السبيعي – سيكولوجية المرضي والمعاقين – الشركة المتحددة للطباعة والنشر – سوريا – ط1 1982– (ب. ت).
27. عدنان عبد الرحيم – فرويد والطبيعة الإنسانية – دار الحقائق – ط1 1981
28. عكاشة عبد المنان – دع القلق وعش سعيدا – دار الحضارة – بئر توتة – الجزائر – (ب. ت)
29. علاء الدين الكفافي – الارشاد والعلاج النفسي والاسري – دار الفكر العربي – القاهرة –ط1 .1999–
30. فرج عبد القادر – معجم علم النفسي – دار النهضة العربية للطباعة والنشر – بيروت – لبنان – ط 1–(ب .ت).
31. فيصل عباس – الشخصية في ضوء التحليل النفسي – دار ميصرة – القاهرة – مصر –ط. 1982
32. كالفن هال – ترجمة : محمد فتحي الشنيطي – أصول علم النفس الفرويدي – دار النهضة العربية – بيروت – ط2 1970م .
33. مجدي أحمد محمد عبد الله – علم النفس المرضي (دراسة الشخصية بين السواء والاضطراب) – دار المعرفة الجامعية – الإسكندرية – ط. 1996.
34. محمد السيد عبد الرحمن – دراسات في الصحة النفسية (التوافق الزواجي، فعالية الذات، الإضطرابات النفسية والسلوكية)–دار قباء مصر –ج1– ط.1998–
35. محمد سيد فهمي – السلوك الإجتماعي للمعاقين – المكتب الجامعي الحديث – مصر – ط 1998– (ب. ت).

36. محمد عامر الدهمشي –"دليل الطلبة والعاملين في التربية الخاصة" –مطبعة دار الفكر – عمان، الطبعة الأولى– 2007– 1428هـ– ب.ت

37. محي الدين مختار –بعض تقنيات البحث و كتابة التقارير –مجلة العلوم الانسانية – الجزائر –د ط – 1995.

38. مصطفى فهمي – الإنسان وصحته النفسية – مكتبة أنجلو المصرية – القاهرة – ط. 1977م–

39. منى صبحي الحديدي –"مقدمة في الإعاقة البصرية" – دار الفكر – عمان: الأردن – الطبعة الأولى– 2004م.

40. مواهب إبراهيم عياد – إرشاد الطفل وتوجيهه في سنواته الأولى – مكتبة النهضة العربية – مصر –ط1 (ب. ت).

41. نعيم الرفاعي – الصحة النفسية – مطبعة طوبين – القاهرة –ط2 .1969

42. نور الدين بو علي إجهاد العمل ودور تقدير الذات في التقليل من آثار الضوضاء في الانتباه – رسالة ماجيستير – علم النفس الصناعي – قسنطينة –ط 1993

43. الوحشي أحمد بيري – مقدمة في علم الإجتماع الطبي – دار البحث – ليبيا – ط1

44. وينفر هوبر – ترجمة مصطفى عشوي – مدخل سيكولوجية الشخصية –ديوان المطبوعات الجامعية – الجزائر

45. يوسف مصطفى قاضي وآخرون – الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي – دار المريخ الرياض – ط1– 1981م

المراجع الأجنبية :

1– Felin (A)" La maladie Deprssive –ED –paris – 1987.

2– Freud: essayer de P sychologie –1963–Payot.

3– G. Besançon et cool¨. Manual de psychopathologie – Dunod – paris –1993.

4- Mazet-Hauzel-Psychiatrie de l enfant et l adolescent-2 eme- Paris.

5- Perlemuter (L)- Vauoillire (G)–Nouveaux chaier de ' l inferemie – Masson – paris.

6- Pierron –Vocabulaire de psychologie – BED –PUF- parie - 1979.

مواقع الانترنات :

1-http/ www. Sehha .com

2- www.eiadeyeclinic.com

3- www.google.com- موسوعة ويكيبيا -

الملاحق