



جامعة الشهيد حمه لخضر بالوادي

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة: علوم تربية



التفاعل الاجتماعي وعلاقته بمستوى الصحة النفسية لدى المعاقين بصريا

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر علوم التربية

تخصص: تربية خاصة

إشراف الأستاذة:

د.مقاوسي كريمة

إعداد الطالبتين:

- كلثوم زغوان

- فريال قرون

لجنة المناقشة

المؤسسة الأصلية	الصفة	الرتبة	الاستاذ
جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي	رئيسا	أستاذة محاضرة (أ)	أ. غدايفي هند
جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي	مشرفا ومقررا	أستاذة محاضرة (أ)	د. مقاوسي كريمة
جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي	مناقشا	أستاذ محاضر (أ)	أ. قدارة شوقي

السنة الجامعية: 2020/2019

شكر وتقدير

الحمد لله حمدا كثيرا يوازي نعمه وصلى الله على سيدنا محمد وعلى آله
وصحبه وسلم، وبعد...

نتقدم من هذا المقام بأسمى آيات الشكر وعظيم الامتنان لأستاذتنا
الدكتورة: **مقاوسي كريمة**، التي تفضت بالإشراف على هذه الدراسة
فلم تبخل علينا ولو لحظة بجهدا ووقتها، فلا تتسع لا الكلمات ولا
المعاني للتعبير عن شكرنا وتقديرنا لحرصها الدائم وجديتها الصادقة على
تزويدنا بالنصائح والتوجيهات السديدة، والتي كان لها أثر بالغ في تذليل
الصعوبات التي واجهتنا في إعداد هذه المذكرة.

كما نقدم شكرنا وتقديرنا إلى كل الأساتذة الكرام الذين رافقونا خلال
مسيرتنا الدراسية فبفضل الله عز وجل وبفضلهم جميعا وصلنا إلى هذه
المرتبة العلمية.

وفي الختام نسأل الكريم أن يجازي الجميع خير الجزاء والله الموفق.

ملخص الدراسة بالعربية

يتناول موضوع الدراسة الحالية علاقة التفاعل الاجتماعي بمستوى الصحة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصريا.

1- الإشكاليات:

- هل توجد علاقة بين التفاعل الاجتماعي والرضا عن الذات لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث؟
- هل توجد علاقة بين التفاعل الاجتماعي والشعور بالارتياح مع الآخرين لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث؟
- هل توجد علاقة بين التفاعل الاجتماعي والقدرة على مواجهة مطالب الحياة لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث؟
- هل توجد علاقة بين التفاعل الاجتماعي والسلامة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث؟

2- الفرضيات:

- بالنظر إلى الدراسات السابقة والإطار النظري والدراسة الحالية وأهدافها أمكننا صياغة فرضيات الدراسة على النحو الآتي:
- توجد علاقة بين التفاعل الاجتماعي والرضا عن الذات لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث.
 - توجد علاقة بين التفاعل الاجتماعي والشعور بالارتياح مع الآخرين لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث.
 - توجد علاقة بين التفاعل الاجتماعي والقدرة على مواجهة مطالب الحياة لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث.
 - توجد علاقة بين التفاعل الاجتماعي والسلامة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث.

3- أهداف البحث:

- الموضوع هو عبارة عن بحث ميداني قامت به الطالبتان لتحقيق أهداف نذكر منها:
- دراسة العلاقة بين التفاعل الاجتماعي ومستوى الصحة النفسية لدى أفراد العينة.
- دراسة العلاقة بين التفاعل الاجتماعي ومستوى الصحة النفسية لدى أفراد العينة في ظل متغير الجنس.

4- منهج البحث:

- اعتمدت الطالبتان على استخدام المنهج الوصفي الارتباطي، كما استخدمتا الاستبيان كأداة لجمع البيانات المتمثل في: استبيان الصحة النفسية، واستبيان التفاعل الاجتماعي.

5- عينة الدراسة:

- تم إجراء الدراسة على 30 مراهقا ومراهقة متمدرسين بمدرسة صغار المكفوفين بولاية الوادي، وقد تم اختيار العينة بطريقة قصدية.

6- النتائج:

- نتوقع أنه توجد علاقة بين التفاعل الاجتماعي والرضا عن الذات، والشعور بالارتياح مع الآخرين، والقدرة على مواجهة مطالب الحياة، والسلامة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث.

Study summary

Abstract :

The present study deals with the relationship of social interaction at the level of mental health of visually impaired adolescents.

Problems:

- Is there a relationship between social interaction and self-satisfaction in visually impaired adolescents, males and females?
- Is there a relationship between social interaction and feeling comfortable with others in visually impaired male and female adolescents?
- Is there a relationship between social interaction and the ability to face the demands of life of visually impaired adolescents, males and females?
- Is there a relationship between social interaction and psychological well-being of visually impaired adolescents, males and females?

Hypothesis:

According to the previous studies, the theoretical framework, the current study and its objectives, we could formulate the study hypotheses as follows:

- There is a relationship between social interaction and self-satisfaction in visually impaired adolescents, males and females.
- There is a relationship between social interaction and feeling comfortable with others in visually impaired male and female adolescents.
- There is a relationship between social interaction and the ability to face the demands of life in visually impaired adolescents, males and females.
- There is a relationship between social interaction and psychological well-being of visually impaired adolescents, males and females.

Objectives:

The topic is a frame study conducted by the two students to achieve some goals as follow:

- Study the relationship between social interaction and the level of mental health of the sample members.
- Study the relationship between social interaction and the level of mental health of the sample members in light of the gender variable.

Research Methodology:

The two students relied on the use of the relational descriptive approach. Also, they also used the questionnaire as a tool for collecting data represented in the questionnaire for social interaction.

The study samples:

The study is conducted on 30 males and females adolescents attending the Young Blind School in the Wilaya of El Oued, and the samples are chosen in an intentional way.

Results:

Finally, we come to the result that there is a relationship between social interaction and self-satisfaction, feeling comfortable with others, the ability to face the demands of life, and psychological well-being of visually impaired adolescents, males and females.

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
أ	شكر وتقدير
ب	ملخص الدراسة بالعربية
د	ملخص الدراسة باللغة الأجنبية
1	فهرس المحتويات
5	فهرس الجداول
6	فهرس الأشكال
7	فهرس الملاحق
8	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: تقديم موضوع الدراسة	
12	1- إشكالية الدراسة
14	2- فرضيات الدراسة
15	3- أهمية الدراسة
15	4- أهداف الدراسة
15	5- التعريفات الإجرائية
16	6- الدراسات السابقة
18	7- التعقيب على الدراسات السابقة
الفصل الثاني: التفاعل الاجتماعي	
21	تمهيد
21	1- تعريف التفاعل الاجتماعي
22	2- خصائص التفاعل الاجتماعي
23	3- مستويات التفاعل الاجتماعي

24	4- العوامل المؤثرة في التفاعل الاجتماعي
25	5- أهداف التفاعل الاجتماعي
25	6- أهمية التفاعل الاجتماعي
26	7- نظريات التفاعل الاجتماعي
28	8- التفاعل الاجتماعي وعلاقته بالصحة النفسية
30	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: الصحة النفسية	
32	تمهيد
32	1- مفهوم الصحة النفسية
34	2- أهمية الصحة النفسية
35	3- خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية
36	4- مستويات الصحة النفسية
37	5- معايير الصحة النفسية
38	6- مناهج الصحة النفسية
39	7- نسبية الصحة النفسية
40	8- مؤشرات الصحة النفسية
40	9- مظاهر الصحة النفسية
41	10- النظريات المفسرة للصحة النفسية
44	11- التكيف وعلاقته بالصحة النفسية
45	12- الصحة النفسية وانعكاساتها على سيكولوجية المعاق بصريا
47	خلاصة الفصل
الفصل الرابع: الإعاقة البصرية	
49	تمهيد
49	1- تعريف الإعاقة البصرية
51	2- تصنيفات الإعاقة البصرية

51	3- أسباب الإعاقة البصرية
52	4- خصائص النمو لدى المراهقين المكفوفين
56	5- مظاهر الإعاقة البصرية
60	6- تشخيص الإعاقة البصرية
60	7- أساليب التواصل الفعال مع المكفوفين
61	8- الحاجات النفسية عند المراهق المكفوف
62	9- مشكلات المراهق المكفوف
63	خلاصة الفصل
الجانب الميداني	
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية الميدانية	
66	تمهيد
67	1- منهج الدراسة
67	2- الدراسة الاستطلاعية
69	3- الدراسة الأساسية
70	4- أدوات جمع البيانات المستخدمة في الدراسة
72	5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
74	خلاصة الفصل
الفصل السادس: مناقشة الفرضيات	
76	تمهيد
76	1- مناقشة الفرضية الأولى
76	2- مناقشة الفرضية الثانية
77	3- مناقشة الفرضية الثالثة
77	4- مناقشة الفرضية الرابعة
78	خلاصة الفصل
79	خاتمة واقتراحات

81	قائمة المراجع
88	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
70	جدول (1) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس	1
70	جدول (2) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير السن	2

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
56	اعتلال الشبكية بالسكري	1
57	انفصال الشبكية	2
57	عتامة عدسة العين	3
59	الحول	4
59	طول النظر	5

فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
88	استبيان الصحة النفسية	1
91	استبيان التفاعل الاجتماعي	2

مقدمة

تفرض الإعاقة البصرية على الطفل الكفيف نوعا من البيئة الخاصة التي تجد صعوبة في معالجتها والتي تقلل من قدرته على أداء أدواره الاجتماعية على الوجه الأكمل ويصاحب هذه الإعاقة بعض السمات الاجتماعية أهمها نقص المهارات الاجتماعية مثل التفاعل مع الآخرين والتفاعل الاجتماعي، لذا وجب على المختصين وضع برامج وأنشطة لتنمية مهارات المعاقين بصريا، كي يتمكنوا من تحقيق نجاحات على المستوى الاجتماعي. (Yuongers& Jill،2006:47).

ومن المهارات الاجتماعية التي يعاني منها الكفيف نظرا لإعاقة مهاراته التفاعل مع الآخرين ونفسي هنا قدرة الفرد على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين أو متابعة الأحداث الاجتماعية والتفاعل معها أو التفاعل مع الأقران في الأنشطة الحياتية. (عواد، وشريت، 2002، 70)

فالمهارات الاجتماعية من العناصر المهمة التي تحدد طبيعة التفاعلات اليومية للفرد مع المحيطين به في السياقات المختلفة، والتي تعد من ركائز التوافق النفسي على المستوى الشخصي والمجتمعي حيث إن ارتفاع مستوى المهارات الاجتماعية لدى الفرد، يؤدي إلى تمكين الفرد من إقامة علاقات وثيقة مع المحيطين به، والحفاظ عليها، من منطلق إن إقامة علاقات ودية من بين المؤشرات الهامة للكفاية في العلاقات الشخصية، فإن الفرد يعيش في ظل شبكة من العلاقات تتضمن الوالدين، والأقران، والأقارب، والمعلمين، ومن ثم فإن نمو المهارات الاجتماعية يُسهم في إقامة علاقات شخصية ناجحة ومستمرة معهم، وتساعد مهارة التفاعل الطفل على الاستفادة من الآخرين وتعلم سلوكيات اجتماعية ايجابية تُسهم في تحديد طبيعة تصورات الطفل عن نفسه. (Azria،Vaugh،Kazura،Krzysik،2000، 326)

وتأتي هذه الدراسة للبحث في علاقة التفاعل الاجتماعي بمستوى الصحة النفسية للمراهقين المعاقين بصريا، حيث نحاول من خلالها التعرف على طبيعة العلاقات التفاعلية ومدى تأثيرها على الصحة النفسية.

وقد قسمنا هذه الدراسة إلى (6) فصول حيث تطرقنا في:

الفصل الأول " الفصل التمهيدي " إلى تحديد إشكالية البحث وصياغة الفرضيات، ثم تحديد المفاهيم الأساسية، ثم أهمية وأهداف الدراسة وأخيرا الدراسات السابقة، عرضها والتعليق عليها.

الفصل الثاني: فقد خصص للتفاعل الاجتماعي، تعريفه، خصائصه، ومستوياته، والعوامل المؤثرة فيه، ثم أهميته وأهدافه، والنظريات المفسرة للتفاعل الاجتماعي، وفي الأخير التفاعل الاجتماعي وعلاقته بالصحة النفسية انتهاء بخلاصة الفصل.

الفصل الثالث: يشمل دراسة مفصلة للصحة النفسية، مفهومها، وأهميتها، وخصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية، ومستوياتها، ومعاييرها، ومناهجها ثم نسبيتها، مؤشراتنا ومظاهرها، والنظريات المفسرة لها، ويليها التكيف وعلاقته بالصحة النفسية وأخيرا الصحة النفسية وانعكاساتها على سيكولوجية المعاق بصريا انتهاء بخلاصة الفصل.

الفصل الرابع: خصص هذا الفصل للإعاقة البصرية، تناولنا فيه تعريف الإعاقة البصرية وتصنيفاتها، وأسبابها، وخصائص النمو لدى المراهقين المكفوفين، بالإضافة إلى مظاهرها وتشخيصها وأساليب التواصل الفعال مع المكفوفين، والحاجات النفسية عند المراهق الكفيف وفي الأخير مشكلات المراهق المكفوف انتهاء بخلاصة الفصل.

الفصل الخامس: فقد خصص لأهم الإجراءات المنهجية الميدانية، وتم فيه عرض منهج الدراسة، والدراسة الاستطلاعية، أهدافها وحدودها، ثم التطرق إلى الدراسة الأساسية وحدودها، ثم عينة الدراسة، والأدوات المستخدمة في جمع البيانات، وأخيرا الأساليب الإحصائية المستخدمة.

الفصل السادس: فقد خصص لمناقشة الفرضيات، وأخيرا اقتراحات البحث، وتليها الخاتمة، ثم قائمة المراجع والملاحق.

الجانب النظري

الفصل الأول:

موضوع الدراسة

1- مشكلة البحث

2- أهمية الدراسة

3- أهداف الدراسة

4- التعريفات الإجرائية

5- الدراسات السابقة

6- التعقيب على الدراسات السابقة

1- مشكلة البحث:

يُشكّل الأفراد في المجتمع منظومة اجتماعية تتشابك بينهم العلاقات الاجتماعية التي تُعزز تواجدهم مع بعضهم البعض، وتنطلق العلاقة الاجتماعية من علاقة ثنائية بين فردين وتمتد حتى تشمل غالبية أفراد المجتمع، وكلما ازداد عدد أفراد المجتمع تشابكت وتعددت العلاقات الاجتماعية، ويتجلى التفاعل الاجتماعي القائم على التأثير والتأثر في سلوك الأفراد فيسعى الفرد جاهداً لأن يكون سلوكه موافقاً لقيم ومعتقدات المجتمع ونتيجة نشوء وتفاعلات اجتماعية تنشأ العمليات بين الأفراد مما ينعكس إيجاباً على تماسك الجماعات، وتُعتبر عملية التفاعل الاجتماعي أساس الحياة الاجتماعية وعملياتها لأنّ حدوث التفاعل صفة أولية من صفات التجمع البشري، إذاً فهو نواة أساسية في حياة الأفراد الاجتماعية حيث تظهر أهميته حينما ندرك بأنّه وراء كل بناء وتنظيم اجتماعي، ويُعد أساس العلاقة التي تنشأ بين الأفراد وهو بشكل عام نوع من المؤثرات والاستجابات في العلوم الاجتماعية فقد يحدث التفاعل بطريقة مباشرة أو غير مباشرة ويأخذ أنماطاً مختلفة تتمثل في التعاون، التنافس، التكيف، وغير ذلك وتتحول هذه الأنماط إلى علاقات اجتماعية والتي هي عبارة عن سلوك ظاهر لأنّه يحوي التعبير اللفظي والحركات والإيماءات، وهو سلوك باطن لأنّه يتضمن العمليات العقلية الأساسية كالإرادة، التذكر، التفكير، والتخيل وجميع العمليات النفسية الأخرى، بمعنى أنّها العملية التي ترتبط بهما أعضاء الجماعة بعضهم مع بعض عقلياً ودافعياً وفي الحاجات والرغبات والوسائل والمعارف وما شابه ذلك، ولتحقيق التفاعل الاجتماعي لا بد أن يتمتع الفرد بحياة هادئة ومطمئنة فيحاول أن يدافع عن نفسه وأهله وممن تربطهم به صلة القرابة أو الصداقة أو الإنسانية، ولاشك أن من أهم العوامل لتحقيق ذلك التمتع بالصحة النفسية بجميع أبعادها المتمثلة في الرضا عن الذات والشعور بالارتياح مع الآخرين والقدرة على مواجهة مطالب الحياة والسلامة النفسية حتى يستطيع الإنسان أن يحقق أهدافه في الحياة، بمعنى أن يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية وسلوكه عادياً ويكون حسن الخلق بحيث يعيش بسلامة وسلام خاصة إذا تعلق الأمر بمرحلة المراهقة أين يتعرّض المراهق للكثير من التغيّرات والمشكلات الداخلية النفسية والخارجية البيئية، والتي قد تُؤثر عليه مستقبلاً بشكل إيجابي أو سلبي فمن الممكن أن يخرج المراهق

من مرحلة المراهقة بشكل سليم وهادئ وبأقل الأضرار النفسية والاجتماعية، من خلال التعامل السوي والحكيم من قِبَل الأهل والمربين، وقد يخرج أيضاً من مرحلة المراهقة بشخصية عدوانية وغير واثقة بنفسها مع بعض الاضطرابات السلوكية إذا ما تم التعامل معه بشكل قاس وعنيف من غير احتواء فعند التعامل مع الفرد في مرحلة المراهقة يجب الأخذ بعين الاعتبار جميع حاجاته وخصائصه النمائية ومدى تأثيرها على تفاعله وتوافقه مع ذاته ومع مجتمعه من خلال الحصول على درجة من الاستقلال الاجتماعي وإنشاء العلاقات الاجتماعية الذاتية والجديدة، واكتساب المعايير والقيم الاجتماعية، بالإضافة إلى تطبُّع الفرد اجتماعياً نحو فئة معينة أو اتجاه معين، ومن بين المشكلات التي يُمكن أن تُؤثر على المراهق الإعاقات الجسمية المختلفة أي لا يقوم كل عضو في الجسم بوظيفته بطريقة سليمة منها الإعاقة البصرية، حيث يشعر الفرد المعاق بصرياً بوجود قيد يحدُّ من حرية التصرف لديه، فهو لا يستطيع فعل ما يريد ويرغب فيه، فهناك فعاليات كثيرة تمنعه الإعاقة من المشاركة فيها، والكثير من الخبرات البصرية تُحجب عنه، فهو لا يستطيع التمتع بحرية الحركة البسيطة لأنَّ هذه الحركة تتطلب البصر، ولا يستطيع أن يسيطر على البيئة، ولا يستطيع أن يكتسب أنماط السلوك المختلفة التي يكتسبها المبصر عن طريق التقليد البصري مثل ارتداء الملابس أو تناول الطعام، ويُحرم من المعلومات والمشاعر التي تصل إلينا عادة من خلال النظرة، الابتسامة، التجهم، اللامبالاة، ولا يستطيع أن يسلك في المواقف الاجتماعية السلوك المطلوب كما يفعل المبصر الذي يرى كل ما يحيط به، وبما أنَّ الفرد لا يستطيع رؤية الآباء أو الأقران فهو غير قادر على تقليد السلوك الاجتماعي أو فهم النماذج غير الشفهية، بالتالي قدرة الكفيف على التفاعل الاجتماعي وتكوين اتجاهات ايجابية نحو المجتمع ونحو ذاته مرهونة بمواقف الآخرين واتجاهات أفراد المجتمع الذي يعيش فيه، فمشكلة التفاعل الاجتماعي عند الكفيف تنشأ نتيجة معاملة المجتمع له بطريقة مختلفة فمواقف الرفض تؤدي إلى الانعزالية، ومواقف عدم التقبل تؤدي إلى أنماط سلوكية فيها من مظاهر سوء التكيف كالقلق وعدم الاطمئنان، والتشتت والإحباط، هذا كله يترك أثراً عميقاً في نفس الفرد المعاق بصرياً، وفي تكوين فكرته عن ذاته وقدراته وإمكانياته وفي تطور شخصيته، بالمقابل يحقق الكفيف تفاعلاً اجتماعياً حين يجد تقبلاً ممن حوله فيستطيع الحصول على عمل ووظيفة تساعده على العيش معتمداً على نفسه وليس عالية على مجتمعه، لذلك عمَدَ العديد من الباحثين لدراسة التفاعل الاجتماعي وذلك لأهمية هذا

الموضوع مثل دراسة الزوبعي(1999)، دراسة الخيري (1999)، لكن معظم هذه الدراسات ركزت على الأشخاص العاديين لكن شريحة المعاقين بصريا من كلاً الجنسين لم تُلقَ اهتماماً كبيراً في هذه الدراسات إذ لم تُركز على العلاقة بين التفاعل الاجتماعي والصحة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصريا من كلا الجنسين.

ومن هنا حاولنا في بحثنا هذا أن نُسلط الضوء على هذه الشريحة (المعاقين بصريا ذكور وإناث) وذلك بدراسة هذين المتغيرين (التفاعل الاجتماعي والصحة النفسية)، ولتوضيح مشكلة البحث نصيغها في التساؤلات التالية:

- هل توجد علاقة بين التفاعل الاجتماعي والرضا عن الذات لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث؟

- هل توجد علاقة بين التفاعل الاجتماعي والشعور بالارتياح مع الآخرين لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث؟

- هل توجد علاقة بين التفاعل الاجتماعي والقدرة على مواجهة مطالب الحياة لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث؟

- هل توجد علاقة بين التفاعل الاجتماعي والسلامة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث؟

2- الفرضيات:

- توجد علاقة بين التفاعل الاجتماعي والرضا عن الذات لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث.

- توجد علاقة بين التفاعل الاجتماعي والشعور بالارتياح مع الآخرين لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث.

- توجد علاقة بين التفاعل الاجتماعي والقدرة على مواجهة مطالب الحياة لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث.

- توجد علاقة بين التفاعل الاجتماعي والسلامة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث.

3- أهمية الدراسة: تتمثل أهمية الدراسة الحالية في النقاط الآتية:

- إعطاء معلومات عن شريحة المعاقين بصريا ثُمَّكن من فهم الآخرين لهذه الشريحة ومنها تأتي الأهمية في دراسة التفاعل الاجتماعي وعلاقته بمستوى الصحة النفسية لدى المعاقين بصريا.
- تقديم بيانات كمية ومعلومات كيفية حول طبيعة العلاقة بين التفاعل الاجتماعي والصحة النفسية للمعاقين بصريا.
- الكشف عن مدى التفاعل الاجتماعي ومستوى الصحة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصريا.

4- أهداف الدراسة: نهدف من خلال دراستنا إلى:

- الكشف عن العلاقة بين التفاعل الاجتماعي والصحة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصريا.
- التعرف على درجة تفاعل المكفوفين في حياتهم اليومية.
- معرفة وجود علاقة بين التفاعل الاجتماعي والرضا عن الذات لدى المراهقين المعاقين بصريا.
- معرفة وجود علاقة بين التفاعل الاجتماعي والشعور بالارتياح مع الآخرين لدى المراهقين المعاقين بصريا.
- معرفة وجود علاقة بين التفاعل الاجتماعي والقدرة على مواجهة مطالب الحياة لدى المراهقين المعاقين بصريا.
- معرفة وجود علاقة بين التفاعل الاجتماعي والسلامة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصريا.

5- التعريفات الإجرائية:

- * **التفاعل الاجتماعي:** والذي يُمثل تفاعل الفرد في البيئة وما ينتج عنها من قيم وعادات واتجاهات، وهي الدرجة التي يحصل عليها الفرد على استبيان التفاعل الاجتماعي، ويُعتبر الفرد متفاعلا اجتماعيا إذا كانت درجته أعلى على استبيان التفاعل الاجتماعي بالنسبة للعينة

التي أجابت على الاستبيان ويُعتبر ذو تفاعل اجتماعي منخفض إذا كانت درجته على الاستبيان أقل من الأشخاص الذين أجابوا على الاستبيان.

* **الصحة النفسية:** هي القدرة على التوافق مع الذات ومع المجتمع، وهذا يؤدي إلى التمتع بحياة خالية من التأزم والاضطرابات، وهذا يعني أن يرضى الفرد عن نفسه وأن يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين وأن يتوافق مع المجتمع إذا كانت درجته أعلى على استبيان الصحة النفسية بالنسبة للعينة التي أجابت على الاستبيان ويعتبر ذو صحة نفسية منخفضة إذا كانت درجته على الاستبيان أقل من الأشخاص الذين أجابوا على الاستبيان.

6- الدراسات السابقة:

أولاً: دراسات عن التفاعل الاجتماعي:

- **دراسة الزوبعي 1999:** وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين الصحة النفسية والتفاعل الاجتماعي لدى طلبة جامعة بغداد وتألفت عينة الدراسة (220) طالبا وطالبة موزعين على أربع كليات في جامعة بغداد طُبِّقَ عليها على مقياس التفاعل الاجتماعي للباحثة التيمي 1993 وأظهرت النتائج بأن طلبة الجامعة يتمتعون بدرجة من التفاعل الاجتماعي وكذلك توصل إلى وجود علاقة إيجابية دالة معنوية بين الصحة النفسية والتفاعل الاجتماعي.

- **دراسة الخيري 1999:** من بين أهداف هذه الدراسة التعرف على العلاقة بين عوامل التيقظ للذات والتفاعل الاجتماعي وكذلك معرفة الفروق بين الذكور والإناث والتفاعل الاجتماعي، وتكونت عينة الدراسة من (100) طالبا وطالبة بواقع (53) من الذكور و(47) من الإناث من طلبة جامعة بغداد واستخدمت الباحثة مقياس التفاعل الاجتماعي الذي أعدته التيمي (1993)، وتوصلت نتائج دراستها إلى أن معاملات الارتباط بين العوامل الثلاثة (التيقظ للجوانب الخاصة من الذات، التيقظ للجوانب العامة من الذات، القلق الاجتماعي) والتفاعل الاجتماعي هي معاملات ضعيفة والأكثر قوة بينها هي معامل الارتباط بين القلق الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي إلا أنه كان ارتباطاً سلبياً ولم تُشِرْ النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في مستوى التفاعل الاجتماعي.

- دراسة الأتروشي 2004: استهدفت التعرف على مستوى التفاعل الاجتماعي لدى طلبة جامعة بغداد، والتعرف على علاقة التفاعل بين الشخصية النرجسية والتفاعل الاجتماعي وفق متغير الجنس ذكورا وإناثا، وقد تكونت عينة الدراسة من 400 طالب وطالبة من طلبة المرحلة الثالثة من كلية التربية (ابن تميمي 1992) وأظهرت النتائج وجود درجة عالية لمستوى التفاعل الاجتماعي لدى الطلبة وكذلك هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة معنوية بين الشخصية النرجسية والتفاعل الاجتماعي لدى الطلبة الجامعيين ولم تُظهر النتائج فروق دالة في العلاقة الارتباطية بين الشخصية النرجسية والتفاعل الاجتماعي وفق الجنس.

ثانيا: دراسات الصحة النفسية:

- دراسة عائدة حسين 2004: بعنوان الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية، هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية ومعرفة دور المساندة الأسرية في حماية الطفل لتحقيق الصحة النفسية الجيدة طُبِّقَت الدراسة على عينة مكونة من 4 طفلا وطفلة تتراوح أعمارهم ما بين 10-12 سنة تم اختيارهم عشوائيا واستخدمت الأدوات التالية:

- اختبار الصدمة.

- اختبار الضغوط ما بعد الصدمة.

- اختبار المساندة الأسرية.

- اختبار العصابة.

- اختبار روتر لقياس الصحة النفسية.

وقد توصلت إلى أنَّه توجد فروق دالة بين الأطفال الذين تلقوا مساندة أسرية كبيرة والذين تلقوا مساندة أسرية أقل بالنسبة للصحة النفسية، وعند البنات كانت أكثر من عند الذكور ولا يوجد فروق بين الذين تعرضوا إلى خبرات صادمة كثيرة والذين تعرضوا إلى خبرات صادمة قليلة بالنسبة لمستوى الصحة النفسية.

- دراسة محمد العرعير 2010: بعنوان الصحة النفسية لدى أمهات متلازمة داون في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الصحة النفسية لأمهات أطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة وعلاقته بجنس المعاق ودرجة الإعاقة وترتيب المعاق في الأسرة، طُبِّقَت استبانته الصحة النفسية من إعداد الباحث واستبانته

التوافق الزوجي واستبانته التدين على عينة مكونة 461 أمًا من أمهات أطفال ذوي متلازمة داون وتوصلت الدراسة إلى أنّ مستوى الصحة النفسية مرتفع لدى أمهات أطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة.

7- التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال عرضنا لبعض الدراسات يمكننا التعقيب عليها على النحو الآتي:

أولاً: من حيث إجراء الدراسة:

تختلف الدراسات من حيث مكان إجرائها فمعظمها أُجريت في بلدان عربية كدراسة الزوبعي (1999) ودراسة الخيري (1999) وكذلك دراسة الأتروشي (2004) في بغداد، أما دراسة العرعير (2010) فكانت بغزة، باستثناء دراسة عائدة حسين (2004) لم يتم ذكر البلد.

- أمّا من حيث البيئة التي طُبِّقت فيها دراستنا الحالية فتمثلت في مدينة الوادي حيث لا توجد دراسة محلية - على حد علمنا- تناولت فيها موضوع التفاعل الاجتماعي وعلاقته بمستوى الصحة النفسية لدى المعاقين بصرياً.

ثانياً: من حيث العينة:

هناك تباين من حيث عدد أفراد العينة التي أُجريت عليها الدراسات السابقة، فقد كانت أصغر عينة تعود لدراسة عائدة حسين 2004 والتي كان عددها (04) طفل وطفلة، أما الدراسات التي استخدمت عينات كبيرة فنجد دراسة الزوبعي 1999 والتي كان عددها (220) طالب وطالبة، ودراسة الخيري 1999 والتي كان عددها (100) طالب وطالبة (53) من الذكور و(47) من الإناث، ودراسة الأتروشي 2004 فكان عددها (400) طالب وطالبة، وأخيراً دراسة العرعير 2010 وكانت العينة (461) أمًا من أمهات أطفال متلازمة داون.

- كما أنّ معظم عينات الدراسات السابقة التي تم ذكرها استخدمت أغلبها عينات من طلاب الجامعة مثل دراسة: الزوبعي 1999، والخيري 1999، ودراسة الأتروشي 2004، باستثناء دراسة عائدة حسين 2004 فكانت العينة من الأطفال، وكذلك دراسة العرعير 2010 وعينتها أمهات أطفال متلازمة داون.

ثالثاً: من حيث موضوع المتغيرات:

- الدراسات التي تناولت التفاعل الاجتماعي والصحة النفسية هي دراسة الزوبعي 1999، أمّا الدراسات الأخرى فكانت المتغيرات مختلفة فدراسة الخيري 1999 كانت التعرف على العلاقة بين عوامل التيقظ للذات والتفاعل الاجتماعي، أمّا الأتروشي 2004 فكانت التعرف على علاقة التفاعل بين الشخصية النرجسية والتفاعل الاجتماعي.

أمّا الدراسات التي تناولت الصحة النفسية فهي دراسة عائدة حسين 2004 بعنوان الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالتفاعل الاجتماعي، ودراسة العرعي ر 2010 بعنوان الصحة النفسية لدى أمهات متلازمة داون.

رابعاً: من حيث نتائج الدراسات:

الدراسة التي أسفرت نتائجها عن وجود علاقة تربط بين متغيرين الدراسة الحالية هي دراسة الزوبعي 1999 والتي أظهرت نتائجها على وجود علاقة بين التفاعل الاجتماعي وعلاقته بمستوى الصحة النفسية، أمّا الدراسات الأخرى فتناولت متغير واحد فقط سواءً التفاعل الاجتماعي أو الصحة النفسية.

الفصل الثاني:

التفاعل الاجتماعي

- تمهيد

1- تعريف التفاعل الاجتماعي

2- خصائص التفاعل الاجتماعي

3- مستويات التفاعل الاجتماعي

4- العوامل المؤثرة في التفاعل الاجتماعي

5- أهداف التفاعل الاجتماعي

6- أهمية التفاعل الاجتماعي

7- نظريات التفاعل الاجتماعي

8- التفاعل الاجتماعي وعلاقته بالصحة النفسية

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر عملية التفاعل الاجتماعي أساس الحياة الاجتماعية ولأن حدوث التفاعل بصفة أولية من صفات التجمع البشري فالتفاعل الاجتماعي إذن عبارة عن نواة أساسية في حياة الأفراد الاجتماعية حيث تظهر أهميتها، حيث ندرك بأنها وراء كل بناء وتنظيم اجتماعي، وفي هذا الفصل سيتم التطرق إلى مفهوم التفاعل الاجتماعي، وخصائصه، ومستوياته، والعوامل المؤثرة فيه بالإضافة إلى أهدافه، وأهميته، والنظريات المفسرة له وأخيرا علاقة التفاعل الاجتماعي بالصحة النفسية.

1-تعريف التفاعل الاجتماعي:

- هو ذلك الإطار العام للعلاقات والمشاعر والأحاسيس والسلوك الإنساني والذي ينتج من اتصال واحد أو أكثر من أعضاء الجماعة الإنسانية بعضهم ببعض وما ينتج عن هذا الاتصال من ظواهر وعمليات اجتماعية وما ينتجها من تغيرات في شتى مظاهر الحياة. (غريب، 2009، 48).

ويشير هذا المفهوم أنّ التفاعل يُعدُّ كونه علاقة متبادلة بين فردين أو أكثر وهو عملية اتصال تؤدي إلى التأثير في أفعال الغير ووجهات نظرهم.

- يُعرّفه حلمي: التقاء سلوك شخص مع شخص آخر، يكون سلوك كل منهما استجابة لسلوك الآخر ومنبها لهذا السلوك في الوقت المناسب. (حلمي، 1978، 230).

ويتضح أيضا من خلال هذا التعريف أنّ التفاعل الاجتماعي بأنه سلوك مرتبط بين فرد وآخر وبين مجموعة من الأفراد في مواقف اجتماعية مختلفة.

يُستخدم مصطلح التفاعل في نطاق واسع وليس له معنى محدد، وغالبا ما يُستعمل للتأكد على نقطة أنه عندما يتفاعل الأفراد فيما بينهم فإنهم يفعلون ذلك في ضوء الحاجات الاجتماعية. (steve bruce, and steve yearly:2006.p156).

ويشير هذا المصطلح إلى كل من المواقف الرسمية والغير الرسمية التي تقابل الناس فيها بعضهم البعض.

ويقصد أيضا بالتفاعل الاجتماعي التأثيرات المتبادلة التي تحدث بين الأفراد والجماعات بحيث يؤثر ويتأثر بالآخر، إذ يبدأ كل شخص بفعل اجتماعي يعقبه رد فعل يصدر عن شخص آخر ويحدث ذلك في محاولة من الأفراد لحل مشاكلهم وفي كفاحهم من أجل الوصول إلى الأهداف. (رشوان، 2004، 88).

كما عرّفه حامد زهران(2003): التفاعل الاجتماعي بأنه ما يحدث عندما يتصل فردان أو أكثر ويحدث نتيجة لذلك تعديل للسلوك.

وبالتالي التفاعل الاجتماعي هو العملية التي يؤثر بها الناس على بعضهم البعض خلال تبادل للأفكار المشتركة، والمشاعر وردود الفعل.(عبادة، 2014، 24)

- وبناءً على ما سبق من تعريفات نرى أن التفاعل الاجتماعي عملية اتصال التي تتم بين الأفراد والجماعات وما ينتج عن ذلك من تأثيرات متبادلة ولما كان الفرد يتواصل مع نفسه كما يتواصل مع غيره، فإن التفاعل يمكنه أن يكون داخليا كما يمكنه أن يكون خارجيا.

2- خصائص التفاعل الاجتماعي:

للتفاعل الاجتماعي عدة خصائص يتميز بها من أهمها:

- التفاعل الاجتماعي يتجه نحو هدف معين من خلال اشتراك الأفراد والجماعات مع بعضهم لإشباع حاجاتهم المادية والروحية المختلفة وتحقيق الأدوار والمسؤوليات للحفاظ على المجتمع وتنظيمه واستقراره واستمراره.

- التفاعل لا يتم إلا بواسطة الاتصال في ضوء عدد من المتغيرات مثل: أهداف الجماعة وقدرات أفرادها ورتبهم الاجتماعية والعوامل الثقافية، فسلوك الجماعة يتأثر بطبيعة الاتصال الاجتماعي بين أفرادها وهذا يتم من أجل توفير استمرارية الحركة الاجتماعية. ولضمان الاستمرارية في الاتصال لمدة أطول لابد من التواصل الذي يكون له تأثير اجتماعي وثقافي وتربوي أكبر.

- يتوقف التفاعل على شخصية الأفراد ومراكزهم الاجتماعية في ضوء المعايير التي تحدد ذلك، فهو وحدة شخصيات متفاعلة.

- يتميز التفاعل الاجتماعي بين الأفراد بما يسمى بالأداء فهو العنصر الأول من عناصر التفاعل فأداء الفرد في المواقف المختلفة يسبب الأداء عند الآخر (رد فعل) ومن ثم يحدث التفاعل، كما يتميز بالتوقع، فالفرد عند قيامه بأداء ما تصبح له عدة توقعات من الآخرين، مما يؤدي إلى زيادة التفاعل الاجتماعي، فالطفل عندما يبكي يتوقع استجابة ما من أسرته (خاصة من أمه).

- يؤدي تفاعل أفراد الجماعة إلى تمايز بنية الجماعة نظامياً، مما يقود إلى ظهور القيادات والذي يؤدي إلى إعادة تنظيم مجال الجماعة بناء على ظهور القيادات الجديدة. (رأفت، 1983، 104).

3- مستويات التفاعل الاجتماعي:

للتفاعل الاجتماعي مستويات مختلفة تبدأ بمستوى التفاعل بين الأفراد ومستوى التفاعل بين الجماعات وفي الأخير التفاعل بين الأفراد والثقافة وسنوضح فيما يأتي مدلول كل مستوى على إنفراد.

3-1 التفاعل بين الأفراد:

إن نوع التفاعل القائم بين الأفراد هو أكثر أنواع التفاعل الاجتماعي شيوعاً، فالتفاعل الاجتماعي القائم بين الأب والابن، والزوج والزوجة، الرئيس والمرؤوس... الخ. وبيئة التفاعل هذه الحالة بين الأفراد الذين يأخذون سلوك الآخرين في الحسبان زمن ثم يؤثر عليهم وعلى الآخرين، وفي عملية التطبيع الاجتماعي مثلاً نجد أن التفاعل الاجتماعي يأخذ هذا التسلسل: الطفل - الأب - الطفل وإخوته وأقرانه - الشباب والمدرسة - الشاب والعاملين معه - الشاب ورؤسائه... الخ وفي كل تلك الصلات الاجتماعية نجد أن الشخص جزء من البيئة للآخرين الذين يستجيب بنفس الطريقة كي يستجيبون له.

3-2 التفاعل بين الفرد والجماعة:

إن التفاعل القائم بين القائد وأتباعه أو المدرس وتلاميذه أو المدير ومجلس الإدارة، فالمدرّس في مثل هذه الحالة يُؤثر في تلاميذه كمجموعة وفي نفس الوقت يتأثر بمدى اهتمامهم وروحهم المعنوية والثقة المتبادلة بينهم، ومن ناحية أخرى نجد أنّ الشخص المتفاعل مع مجموعة معينة من الأشخاص في مرات متكررة ينجم عنه وجود نوع من التوقعات السلوكية من جانب الجماعة أي سلوك معين متعارف عليه. (جعيني، 2009، 276، 277).

3-3 التفاعل بين الأفراد والثقافة:

المقصود بالثقافة في هذه الحالة العادات والتقاليد وطرائق التفكير والأفعال والصلات البيئية السائدة بين أفراد المجتمع ويتبع التفاعل بين الفرد والثقافة منطقياً اتصال الفرد

بالجماعة إذ أن الثقافة مماثلة إلى حد كبير للتوقعات السلوكية الشائعة لدى الجماعة، وكل فرد ينفعل للتوقعات الثقافية بطريق يراه مناسباً كل فرد يفسر المظاهر الثقافية حسب ما يراه مناسباً للظروف التي يتعرض لها، فالثقافة جزء هام من البيئة التي يتفاعل معها الفرد، فالغايات والتطلعات والمثل والقيم التي تدخل في شخصية الفرد ما هي إلا مكونات رئيسية للثقافة. (قشطه، 1981، 19)

4- العوامل المؤثرة في التفاعل الاجتماعي: تشمل العوامل المؤثرة في عملية التفاعل الاجتماعي ما يلي:

4-1) القواعد الاجتماعية: وهي القواعد المشتركة والمتفق عليها اجتماعياً، وهي تعد ضوابط اجتماعية للسلوك ومعايير التقييم الاجتماعي.

***الزمن:** يبدأ باللحظة والثانية والدقيقة والساعة واليوم والأسبوع والشهر والعام والقرن، فالتفاعل الاجتماعي ينتج ضمن فترة زمنية معينة، وأحداث الزمن تتدخل في تحديد صور التفاعل الاجتماعي فرد الفعل إزاء منبهات مؤلمة أو سارة يتطلب زمناً قصيراً مثلاً.

***الحيز المجالي:** أي الفضاء الجغرافي الذي يحتضن ظاهرة التفاعل الاجتماعي، ويؤثر المجال على عملية التفاعل الاجتماعي من حيث الأبعاد الجغرافية للمكان.

وقد قام بافيلاس بدراسة حول تأثير الحيز المكاني على عملية التفاعل الاجتماعي للأفراد، وكانت عينة الدراسة جماعة مكونة من خمسة أفراد. وبينت نتيجة الدراسة أن تأثير الحيز المكاني على التفاعل الاجتماعي يتحدد في وجود خمسة أنماط من التفاعل الاجتماعي. (بن ساحة، 2012، 69)

4-2) المواقف الاجتماعية: يمكن تحديد العناصر المحددة المواقف الاجتماعية التي تتم عبرها عملية التفاعل الاجتماعي كما يلي:

- وجود رموز مادية ومعنوية.

- علاقة الرموز بالمعاني الاجتماعية.

- ارتباط الرموز الماضية بالحاضرة والمستقبلية ومعرفة زمن ارتباطها.

- أبعاد تصورات الفرد حول الرموز الموجودة وقت تواجده.

- دوافع الفرد في اتخاذ قراراته.

كل هذه العناصر لها دور في الموقف الاجتماعي. (مصباح، 1981، 148، 150).

(5) أهداف التفاعل الاجتماعي:

يحقق التفاعل الاجتماعي بين الأفراد مجموعة من الأهداف أهمها:

- أ- ييسر التفاعل الاجتماعي تحقيق أهداف الجماعة ويحدد طرائق إشباع الحاجات.
- ب- يتعلم الفرد والجماعة بواسطته أنماط السلوك المتنوعة والاتجاهات التي تنظم العلاقات بين أفراد وجماعات المجتمع في إطار القيم السائدة والثقافة والتقاليد الاجتماعية المتعارف عليها.
- ج- يساعد على تقييم الذات والآخرين بصورة مستمرة.
- د- يساعد التفاعل على تحقيق الذات.
- هـ- يساعد التفاعل الاجتماعي على التنشئة الاجتماعية للأفراد، وغرس الخصائص المشتركة بينهم. (هنودة، 2013، 125).

(6) أهمية التفاعل الاجتماعي:

تتبع أهمية التفاعل الاجتماعي من كونه أساسا لعملية التنشئة الاجتماعية، حيث يتعلم الفرد والجماعة أنماط السلوك المتنوعة، والاتجاهات التي تنظم العلاقات بين الأفراد وجماعات المجتمع الواحد في إطار القيم السائدة، والثقافة والتقاليد الاجتماعية المتعارف عليها.

فوجود الفرد ضمن إطار اجتماعي يجعل سلوكه منظما وفقا لأطر المجتمع وقيمه السائدة، مما يؤدي إلى تفاعل اجتماعي يجعل سلوكه منظما وفقا لأطر المجتمع وقيمه السائدة، مما يؤدي إلى تنوع ورقي سلوكه، بإنشائه للعلاقات الاجتماعية مع الآخرين، ويعزز التفاعل الاجتماعي إذا أقيمت العلاقات الاجتماعية على أساس المحبة والاحترام والتعاون. (جابر، 2004، 134).

7) نظريات التفاعل الاجتماعي:

للتفاعل الاجتماعي نظريات مختلفة ومتعددة لعل من أهمها ما يلي:

7-1) النظرية التفاعلية:

تأسست النظرية التفاعلية في نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين، وقد شارك في تأسيسها كل من جورج زيمل وجاركس كوكولي في حين شارك في تطوير النظرية وإنمائها مورس كيتربيرك من خلال نظريته التفاعلية التي تنظر إلى موضوع ماهية العلاقات الاجتماعية وأنواعها وأسبابها وأثارها وكيفية تحويلها من علاقات سلبية أو هامشية إلى علاقات إيجابية وفاعلة. (الحسن، 2005، 66).

لقد ظهرت قوة النظريات التفاعلية بعد هبوط النظرية البنيوية الوظيفية ويرجع ظهور النظرية التفاعلية إلى عدة أسباب مهمة هي ما يلي:

1- زيادة الاهتمام بدراسة التفاعلات التي تحدث بين الجماعات الصغيرة لاسيما الجماعات الموجودة في القوات المسلحة والمؤسسات الصناعية والإنتاجية وجماعات الرفقة واللعبة.

2- تعاظم أهمية فهم العلاقة التفاعلية بين الفرد والجماعة التي ينتمي إليها مهما يكن عرضها وحجمها.

3- الرغبة في معرفة أشكال العلاقات التفاعلية التي تقع في المجتمع والتي تأخذ صيغة ثنائيات متناقضة ومختلفة.

4- دراسة الجماعات الصغيرة حرصا على وحدة كيانها وتماسكها ذلك أن تماسك الجماعة يفضي إلى اقتدارها وقوتها وبالتالي نجاحها في بلوغ أهدافها وطموحاتها. (اسماعيل، 1980، 102)

حسب النظرية التفاعلية نرى أنها ركزت على العلاقة التفاعلية الموجودة بين الفرد والمجتمع، تلك العلاقة التي تتخذ مضمونا وشكلا، وتنتج عنها تأثيرات متبادلة بين الأفراد سواء أكانت إيجابية أم سلبية.

7-2) النظرية التفاعلية الرمزية:

يرجع علماء الاجتماع جذور النظرية التفاعلية الرمزية إلى أفكار عالم الاجتماع الألماني ماكس فيبر الذي أكد على أن فهم العالم الاجتماعي يكون من خلال فهم اتجاهات الأفراد

الذين تتفاعل معهم وأن فهم الظواهر الاجتماعية يكون من خلال تحليل الفعل الاجتماعي في المجتمع ثم تولى تطويرها الكثير من علماء النفس الاجتماعي من أمثال جورج هيربرت ميد.

ويشير مصطلح الرمز إلى: الشيء الذي يشير إلى شيء آخر ويعبر عنه بالمعنى كالعلاقات والإشارات والقوانين المشتركة واللغة المكتوبة.

أما التفاعل الرمزي فيشير إلى: ذلك التفاعل الذي يأخذ مكانه بين الناس من خلال الرموز ومعظم هذا التفاعل يحدث على أساس الاتصال القائم وجهها لوجه لكنه يمكن حدوثه بأشكال أخرى كالاتصال الرمزي الذي يحدث بينك وبين المؤلف عندما تقرأ جملة له، ويحدث أيضا عندما تطيع أو تخالف الإشارة الضوئية وإشارة عدم التجاوز.

وهناك من يرى أن الرمزية تعني وجود شيء ما يحل مكان شيء آخر، فمثلا تمثال معين يرمز إلى شخصية معينة أو إلى حدث أو فكرة، فوجود هذا التمثال والرمز يتطلب أربعة عناصر هي:

- دال: أي شيء يحل محل الدال عليه.
- مدلول: وهو المعنى الذي يضمن الدال عليه.
- الدلالة: وهي العلاقة بين الدال والمدلول، هذه العلاقة يدركها الأشخاص الذين يتوجه إليهم الرمز.

الاصطلاح: وهو الذي يحدد العلاقة بين الدال والدلالة، ويجب أن يكون الاصطلاح معروفا ومكتسبا من جهة الأفراد الذين يشتركون في التفاعل مثل اصطلاح الشجرة.(عبد الهادي، 2009، 205، 203).

حسب النظرية التفاعلية الرمزية نرى أنها أكدت على أهمية اللغة في التفاعل الاجتماعي ودور المعاني والدلالات في تفسير السلوك.

3-7) نظرية الدور: ظهرت في مطلع القرن العشرين، ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن:

- الاعتقاد بأن سلوك الفرد وعلاقاته الاجتماعية هي نتيجة للدور أو الأدوار الاجتماعية التي يشغلها في المجتمع.
- الدور الاجتماعي ينطوي على حقوق وواجبات اجتماعية.
- الدور يعد الوحدة البنائية للمؤسسة، والمؤسسة هي الوحدة البنائية للتركيب الاجتماعي (الدور هو حلقة الوصل بين الفرد والمجتمع).

ترتكز نظرية الدور على المبادئ التالية:

- يتحلل البناء الاجتماعي إلى عدد من المؤسسات، وتتحلل المؤسسات إلى عدد من الأدوار الاجتماعية.

- ينطوي الدور الاجتماعي على واجبات وحقوق.

- يشغل الفرد الواحد في المجتمع عدة أدوار اجتماعية وظيفية في أن واحد، وهي التي تحدد مكانته الاجتماعية.

- دور الفرد يحدد سلوكه اليومي والتفصيلي وعلاقته مع الآخرين الرسمية وغير الرسمية.

- الدور يساعد على التنبؤ بسلوك الفرد.

- الدور يحتاج إلى التدريب خلال التنشئة الاجتماعية.

- تكون الأدوار الاجتماعية متكاملة في المؤسسة عندما تؤدي مهامها بصورة جيدة، وتكون متصارعة لا تؤدي مهامها بشكل جيد.

- عند تفاعل الأدوار تتم عملية التقييم. (الحسن، 2005، 233، 234)

حسب نظرية الدور نرى أنها بينت أنه من خلال الدور يكون الاتصال بين الفرد والمجتمع رسمي وغير رسمي وأن الدور هو حلقة الوصل بين الشخصية والبناء الاجتماعي. من خلال ما سبق يتضح لنا أن النظريات اختلفت في تفسيرها للتفاعل الاجتماعي كل حسب وجهة نظره وحسب مبدئه واعتقاده لكن الشيء المشترك بينهم في مفهومهم للتفاعل عل أنه: العملية التي يؤثر بها الناس بعضهم البعض خلال تبادل للأفكار المشتركة، والمشاعر وردود الفعل.

(8) التفاعل الاجتماعي وعلاقته بالصحة النفسية: إن الاتجاه الايجابي للصحة النفسية في

مجال التفاعل بين الفرد والمحيط يظهر في علاقته هما:

أولاً: علاقة الفرد مع نفسه، وتكون كما يلي:

1- فهم الفرد لنفسه ولدوافعه ورغباته وتقديره لذاته وقبوله ما هو عليه.

2- نمو الفرد وتطوره إلى المستقبل.

3- وحدة الشخصية وتماسكها ينطوي على التغير المناسب من جهة والثبات الكافي من

جهة أخرى.

ثانياً: علاقة الفرد مع محيطه، وتكون كما يلي:

- 1- تحكّم الشخص بذاته في مواجهة الشروط المحيطة به، ويعني قدرته على اتخاذ القرار بنفسه، والتي تتصل بمحيطه ضمن شروط وظروف محيطه.
 - 2- إدراك الفرد للعالم كما هو، ومواجهته بما يقضيه.
 - 3- سيطرة الفرد على شروط محيطه والتحكم بها.
- يتضح لنا من مظاهر الصحة النفسية أنها تنبثق من علاقة الفرد مع نفسه من ناحية ومن علاقته مع محيطه من جهة أخرى، بمعنى أن الصحة النفسية تظهر في قدرة الفرد على التكيف مع الذات مع المحيط المادي والاجتماعي. (رحماني، 2015، 18).

خلاصة الفصل:

تم التطرق في هذا الفصل لظاهرة التفاعل الاجتماعي، مفهومه، خصائصه، والعوامل المؤثرة في هذه العملية مع ذكر مستوياته، وأهدافه، وأهميته، والنظريات المفسرة للتفاعل الاجتماعي التي أطرت الموضوع، وأخيراً علاقة التفاعل الاجتماعي بالصحة النفسية، وما يمكن استخلاصه أن التفاعل في العلوم الاجتماعية يشير إلى سلسلة من المؤثرات والاستجابات ينتج عنها تغيير بين الفرد وباقي عناصر بيئته الاجتماعية، ويؤثر بصفة عامة على صحة الفرد النفسية وعلى المراهق المكفوف بصفة خاصة باعتبار مرحلة المراهقة أكثر حساسية لما يطرأ عليها من تغيرات، فكلما كانت العلاقة التفاعلية إيجابية وقوية كلما زادت صحته النفسية والعكس صحيح وهذا ما سنتطرق إليه في الفصل الموالي.

الفصل الثالث:

الصحة النفسية

- تمهيد

1- مفهوم الصحة النفسية

2- أهمية الصحة النفسية

3- خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية

4- مستويات الصحة النفسية

5- معايير الصحة النفسية

6- مناهج الصحة النفسية

7- نسبة الصحة النفسية

8- مؤشرات الصحة النفسية

9- مظاهر الصحة النفسية

10- النظريات المفسرة للصحة النفسية

11- التكيف وعلاقته بالصحة النفسية

12- الصحة النفسية وانعكاساتها على سيكولوجية المعاق بصريا

خلاصة الفصل

تمهيد:

إنَّ الصحة النفسية بمعناها الواسع هي توجيه الأفراد إلى فهم حياتهم والتغلب على مشكلاتهم حتى يتمكنوا من تحقيق رسالتهم كأفراد متوافقين مع المجتمع والتغلب على التحديات اليومية ومواجهة التفاعلات الاجتماعية، فمصطلح الصحة النفسية أثار اختلافًا كبيرًا من قبل الباحثين فكل باحث يُعرِّفه من وجهة نظره الخاصة، وفي هذا الفصل سيتم التطرق إلى مفهوم الصحة النفسية وأهميتها وخصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية ومستوياتها ومعاييرها بالإضافة إلى مناهجها ونسبيتها ومؤشراتها ومظاهرها والنظريات المفسرة لها إضافة إلى التكيف وعلاقته بالصحة النفسية والانعكاسات السيكلوجية للمعاق بصريا.

(1 مفهوم الصحة النفسية: يعتبر مصطلح الصحة النفسية من المصطلحات الأكثر اهتمامًا من قبل الباحثين والعلماء في مجال علم النفس، فلقد ظهرت عدة مفاهيم وتعريفات في ميدان الصحة النفسية نذكر منها:

– تُعرَّف بأنها: " التوافق التام والتكامل بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ عادة على الإنسان مع الإحساس الإيجابي بالسعادة ".(خوج، 2010، 36).

يُشير هذا المفهوم إلى أنَّ الفرد يكون قادرا على مواجهة المشكلات التي تطرأ عليه بطريقة تكفل له الشعور بالرضا والسعادة مع قدرته على التوافق بينه وبين بيئته.

– وتُعرَّف أيضا بأنها: " قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه وهذا يؤدي إلى التمتع بحياة خالية من التآزم والاضطرابات... مليئة بالتحمس وهذا يعني أن يرضى الفرد عن نفسه وأن يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين وأن يتوافق مع المجتمع ولا يسلك سلوكا اجتماعيا شاذًا.(خوج، 2010، 37).

كما يعني هذا المفهوم بأنَّ الفرد لديه القدرة على التوافق مع نفسه وبيئته، وهذا يسمح له بتجاوز الاضطرابات والمشاكل النفسية، وهذا من خلال شعور الفرد بالرضا عن نفسه وتوافقه مع مجتمعه.

- كما عُرِّفت: " هي حالة عقلية انفعالية مركبة، دائمة نسبيًا من الشعور بأن كل شيء على ما يرام والشعور بالسعادة مع الذات والآخرين، والشعور بالرضا والطمأنينة والأمن وسلامة العقل والإقبال على الحياة، مع الشعور بالنشاط والقوة والعافية ". (عبد القادر، 7، 2012).
ويُقصد هنا بأن الصحة النفسية حالة نسبية وليست دائمة من الإحساس بالسعادة والرضا والأمن وسلامة العقل والإقبال على الحياة.

- وهناك تعريف برنارد هارولد للصحة النفسية: " أنها نواقص الأفراد مع أنفسهم ومع العالم بشكل عام بالحد الأقصى من الفعالية، والرضا والبهجة، والسلوك الاجتماعي المقبول، والقدرة على مواجهة الحياة وتقبلها. (الداهري، 2010، 26).

أي أنّ الفرد يشعر بالنقص مع نفسه ومع الآخرين المحيطين به مما يجعله غير فعال مع عدم شعوره بالرضا والسعادة وعدم قدرته على مواجهة متطلبات الحياة.

- بينما يُعرّفها حامد زهران: " هي حالة دائمة نسبيًا يكون فيها الفرد متوافقًا نفسيًا (شخصيًا وانفعاليًا واجتماعيًا أي مع نفسه وبيته)، ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادرًا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، وسلوكه عاديًا وحسن الخلق بحيث يعيش في سلامة وسلام ". (زهران، 1997، 28).

من خلال هذا التعريف يتضح لنا بأن يكون الفرد متوافقًا نفسيًا أي أن يكون خاليًا من أي اضطرابات نفسية، ويكون سلوكه سوي وله القدرة على حل مشاكله ومواجهة الحياة مع شعوره بالرضا والسعادة.

- أيضًا: هي كل ما يتمتع به الفرد من سلامة نفسية وجسدية تؤدي به إلى الإحساس بالسعادة والكفاية في الحياة، من خلال ما لديه من خصائص صحية جسدية ونفسية وما توفره له البيئة المادية والاجتماعية من فرص متاحة وإمكانات لتحقيق كل مقومات الصحة النفسية وإبعاد مسببات الضرر في صحته النفسية، وحياة الإنسان قائمة على السعي الدائم والحديث لتعزيز الصحة النفسية كغاية إنسانية نبيلة. (رضوان، 2009، 50).

إذا قلنا بأن الفرد سليم نفسيًا أي سليم النفس من أي اضطرابات وصحيح جسميًا بمعنى خلوه من أي إصابات جسدية تؤثر عليه نفسيًا، كما تلعب البيئة المادية دورًا هامًا في إتاحة الفرص لتحقيق ذاته والابتعاد عن كل ما يسبب له مشاكل نفسية.

وبناء على ما سبق من تعريفات فإننا نرى أن الفرد الصحيح نفسيًا هو ذلك الفرد الذي يتمتع بما يلي: الخلو النسبي من المرض النفسي أو العقلي أو النفس جسمي، وتوافق الفرد

مع ذاته ومع الآخرين في بيئته، والشعور بالمسؤولية اتجاه نفسه واتجاه الآخرين، وتمثل قيم المجتمع الذي تربي فيه، والشعور بالرضا والسعادة، والثقة بالنفس وتحقيق الذات، والمرونة، والايجابية، والتفاعل البنّاء في التعامل مع الآخرين، والتطلع والطموح لمستقبل أفضل.

(2) أهمية الصحة النفسية:

1-2) أهمية الصحة النفسية بالنسبة للفرد:

1- فهم الذات: فالفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية هو الفرد المتوافق مع ذاته، فهو يعرف ذاته ويعرف حاجاتها وأهدافها.

2- التوافق: ويعني ذلك التوافق الشخصي بالرضا عن النفس وفهم نفسه والآخرين من حوله.

3- الصحة النفسية تجعل حياة الفرد خالية من التوتر والاضطراب والصراعات المستمرة مما تجعله يشعر بالسعادة مع نفسه. (رحماني، 2015، 20).

4- الصحة النفسية تجعل الفرد قويا اتجاه الشدائد والأزمات وتجعل شخصيته متكاملة تؤدي وظائفها بشكل متكامل ومتناسق.

5- الصحة النفسية تجعل الأفراد قادرين على التحكم بعواطفهم وانفعالاتهم مما يجعلهم يتصرفون بالسلوكات السوية ويتعدون عن السلوكات الخاطئة.

6- إنّ الهدف النهائي للصحة النفسية هو إيجاد أكبر عدد من الأفراد الأسوياء. (رحماني، 2015، 21).

2-2) أهمية الصحة النفسية بالنسبة للمجتمع: وتتجلى هذه الأهمية فيما يلي:

1- الصحة النفسية تؤدي إلى زيادة الإنتاج وكفايته: حيث أثبتت العديد من الدراسات بأن العاملين الذين يتمتعون بصحة نفسية جيدة عادة ما ترتفع إنتاجيتهم، كما أنّ منتجاتهم تتميز بالجودة والإتقان مع قلة الفاقد مما تؤدي إلى زيادة الدخل القومي.

2- الصحة النفسية تؤدي إلى تماسك المجتمع: فالأفراد المتمتعين بالصحة النفسية يتسمون بالتعاون وتكوين علاقات مع الآخرين والانسجام معهم، مما يجعلهم يداً واحدة أمام المشكلات التي تهدد مجتمعهم ويبذلون أقصى جهدهم بروح الفريق لتحقيق الازدهار والتطور.

3- الصحة النفسية تؤدي إلى اختفاء الظواهر المرضية فوجود الصحة النفسية تكاد تختفي معها الظواهر السلوكية المرضية كإدمان المخدرات والخمر والسرقه والقتل..الخ.
(الشاذلي، 1999، 31).

(3) خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية: تتميز الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية بعدة خصائص وهي:

- **التوافق:** التوافق الشخصي ويتضمن الرضا عن النقد والتوافق الاجتماعي ويشمل التوافق الزوجي والأسري والتوافق المدرسي والتوافق المهني.

- **الشعور بالسعادة مع النفس:** وهو ذلك الشعور بالسعادة والراحة النفسية للفرد من ماضٍ نظيف وحاضر سعيد ومستقبل مشرق واستغلال والاستفادة من ممرات الحياة اليومية وإشباع الدوافع والحاجات النفسية والأساسية، والشعور بالأمن والطمأنينة والثقة ووجود اتجاه متسامح نحو الذات، واحترام النفس وتقبلها والثقة فيها ونمو مفهوم موجب للذات وتقديرها حق قدرها.

- **الشعور بالسعادة مع الآخرين:** ودلائل ذلك حب الآخرين والثقة فيهم واحترامهم وتقليدهم والاعتقاد في ثقتهم المتبادلة، ووجود اتجاه متسامح نحو الآخرين (التكافل الاجتماعي) والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية سليمة ودائمة (الصدقات الاجتماعية) والانتماء للجماعة والقيم بالدور الاجتماعي المناسب والتفاعل الاجتماعي السليم والقدرة على التضحية وخدمة الآخرين، والاستغلال الاجتماعي والسعادة الأسرية والتعاون وتحمل المسؤولية الاجتماعية.

- **تحقيق الذات واستغلال القدرات:** فهم النفس والتقييم الواقعي الموضوعية للقدرات والإمكانات والطاقات، وتقبل نواحي التصور وتقبل الحقائق المتعلقة بالقدرات موضوعياً، وتقبل مبدأ الفروق الفردية واحترام الفروق بين الأفراد وتقدير الذات حق قدرها واستغلال القدرات والطاقات والإمكانات إلى أقصى حد ممكن، ووضع أهداف ومستويات طموح وفلسفة حياة يمكن تحقيقها وإمكان التفكير والتقرير الذاتي وتنوع النشاط وشموله وبذل الجهد في العمل والشعور فيه والرضا عنه والكفاية والإنتاج.

- **القدرة على مواجهة مطالب الحياة:** ودلائل ذلك النظرة السليمة الموضوعية للحياة ومطالبها ومشكلاتها اليومية والعيش في الحاضر والواقع والبصيرة والمرونة والإيجابية في مواجهة إحباطات الحياة اليومية وبذل الجهود الإيجابية من أجل التغلب على مشكلات الحياة وحلها والقدرة على مواجهة معظم المواقف التي يقابلها وتقدير وتحمل المسؤوليات

الاجتماعية وتحمل مسؤولية السلوك الشخصي والسيطرة على الظروف البيئية كل ما أمكن والتوافق معها والترحيب والأفكار الجديدة. (زهران، 2005، 13).

- **التكافل النفسي:** وتتمثل في الأداء الوظيفي الكامل والمتكامل المتناسق للشخصية ككل جسميا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا والتمتع بالصحة ومظاهر النمو العادي.

- **السلوك العادي:** السلوك السوي العادي المعتدل المألوف الغالب على حياة غالبية الناس العادية والعمل على تحسين مستوى التوافق النفسي والقدرة على التحكم في الذات وضبط النفس.

- **حسن الخلق:** وهو الأدب والالتزام وطلب الحلال واجتناب الحرام وبذل المعروف وكف الأذى عن الناس في السراء والضراء ولين القول وحب الخير للناس والكرم وحسن الجوار وقول الحق وبر الوالدين والحياء والصلاح والصدق والبر والوفاء والصبر والشكر والرخاء والحلم والعفة والثقة.

- **العيش في سلامة وسلام:** وهي التمتع بالصحة النفسية والصحة الجسمية والصحة الاجتماعية والأمن النفسي والسلم الداخلي والخارجي والإقبال على الحياة بوجه عام والتمتع بها والتخطيط للمستقبل بثقة وأمل. (عبد الله، 2001، 19، 20).

4) مستويات الصحة النفسية:

بما أنّ الصحة النفسية حالة غير ثابتة تتغير من فرد إلى آخر ومن وقت إلى آخر لدى نفس الفرد ومن مجتمع إلى آخر، فإنّ ذلك يعني أنّ الصحة النفسية تتوزع على درجات ومستويات مختلفة وفيما يلي خمسة مستويات تُميز الصحة النفسية وهي كالتالي:

1-4) **المستوى الواقعي (العادي):** هم أصحاب الأنا القوية والسلوك السوي والتكيف الجيد إنهم الأفراد الذين يفهمون ذواتهم ويحققونها، وتبلغ نسبة هؤلاء 25% تقريبا.

2-4) **المستوى فوق المتوسط:** وهم أقل من المستوى السابق، سلوكهم طبيعي وجيد ونسبتهم 13.5%. (مرسي، 1997، 124)

3-4) **المستوى العادي (الطبيعي والمتوسط):** وهم في المتوسط بين الصحة المرتفعة والمنخفضة، لديهم جوانب القدرة وجوانب الضعف، يظهر أحدها أحيانا ويترك مكانه للآخر أحيانا أخرى، وتبلغ نسبتهم في المجتمع حوالي 68%.

4-4) المستوى أقل من المتوسط: هذا المستوى أدنى من السابقين من حيث مستوى صحتهم النفسية وأكثر ميلا للاضطراب وسوء التكيف، فاشلون في قسم ذواتهم وتحقيقها يقع في هذا المستوى الأشكال الإنحرافية النفسية والاضطرابات السلوكية غير الحادة ونسبة هؤلاء 5.13%.

4-5) المستوى المنخفض: ودرجتهم في الصحة النفسية قليلة جدا وعندهم أعلى درجة من الاضطراب والشذوذ النفسي، فهم يمثلون خطر على أنفسهم وعلى الآخرين ويتطلبون العزل في المؤسسات الخاصة، وتصل نسبتهم 25%.(عبد الله، 2001، 28).

5) معايير الصحة النفسية:

- **المعيار الشخصي (الذاتي):** يُعتبر من المعايير الحديثة لتحديد طبيعة السلوك "سوي، غير سوي"، ويقوم بهذا المعيار على التقرير الذاتي للفرد، فإذا كان الشخص راضيا على حياته إلى حد ما ولا توجد لديه خبرات تعكر صفو حياته، فإننا نعرفه أوتوماتيكيا بأنه شخص سوي طبقا لهذا المعيار.

ومن ناحية أخرى فإن الأفراد الذين يعانون إحباطا أو خوفا فإن مشاعرهم أو أفكارهم أو أفعالهم تعتبر شاذة أو تحتاج إلى معاملة خاصة لأن هناك اضطرابات في شخصيتهم.

- **المعيار الإحصائي:** لو قمنا بتطبيق اختبار نفسي يقيس سمة معينة أو مجموعة سمات للشخصية على عينة ممثلة لأفراد أي مجتمع تمثيلا جيدا، فإن هذه السمة أو السمات سوف تخضع في توزيعها للمنحنى الإعتدالي.(شحاتة، 2006، 18).

ولتكن سمة الذكاء هي الخاضعة للتوزيع بحيث نجد أن الأفراد الأسوياء أو العاديين يمثلون الأغلبية ويتمركزون في منتصف المنحنى حول المتوسط، بينما الأفراد العاديين أو الشواذ سوف يقعون على طرفي المنحنى وهما يمثلان القلة، فالأذكىاء ينحرفون عن المتوسط بمقدار انحراف معيارين موجبين بالزيادة أو النقصان، بينما ضعاف العقول يقعون على الطرف الآخر للمنحنى بمقدار معيارين سالبين بالزيادة أو النقصان.

- **المعيار الطبّي:** يتمثل في أن الشخص السوي الذي يخلو من أعراض مَرَضِيَّة مثل المخاوف المَرَضِيَّة والأفكار المتسلطة والذهان والانحرافات الجنسية، أمّا الشخص غير السوي فهو الذي تظهر عليه إحدى هذه الأمراض أو بعضها.(زهران، 2005، 18).

- **المعيار الاجتماعي:** يتبنى هذا المعيار أصحاب وجهة النظر القائلة أن لكل مجتمع ثقافة معينة، وتحكمه معايير سلوكية اجتماعية تحكم تفاعلات الأفراد كما أن لكل ثقافة مجتمع

محرمتها وعلى الفرد أن يلتزم بهذه المعايير لكي يحقق سلوكه السوي، فإذا خرج عنها أُعتبر شخصاً شاذاً غير سوي. (الداهري، 2005، 55).

- **المعيار النفسي:** يتمثل في أنّ الشخص السوي هو الشخص المتوافق مع نفسه ومجتمعه، بينما الشخص غير السوي هو الذي يكون عكسياً من ذلك.

(6) **مناهج الصحة النفسية:** يوجد ثلاثة مناهج أساسية في الصحة النفسية:

- **المنهج الإنمائي:** وهو منهج إنشائي يتضمن زيادة السعادة والكفاية والتوافق لدى الأسوياء والعاديين خلال رحلة نموهم حتى يتحقق الوصول بهم إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية، ويتحقق ذلك عن طريق دراسة الإمكانيات والقدرات وتوجيهها التوجيه السليم (نفسياً وتربوياً ومهنياً) ومن خلال رعاية مظاهر النمو جسمياً وعقلياً واجتماعياً وانفعالياً بما يضمن إتاحة الفرص أمام المواطنين للنمو السوي وتحقيق للنصح والتوافق والصحة النفسية. (زهران، 2005، 19).

- **المنهج الوقائي:** ويتضمن الوقاية من الوقوع في المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية، ويهتم بالأسوياء والأصحاء قبل اتسامه بالمرض ليقبهم من أسباب الأمراض النفسية بتعريفهم بها وإزالتها أولاً بأول ويراعي نموهم السوي ويهيئ الظروف التي تحقق الصحة النفسية وللمنهج الوقائي مستويات ثلاثة تبدأ بمحاولة منع حدوث المرض ثم محاولة تشخيصه في مرحلته الأولى بقدر الإمكان ثم محاولة تقليل أثر إعاقته وإزمان المرض وترتكز الخطوط العريضة للمنهج الوقائي الإجراءات الوقائية النفسية الخاصة بالنمو النفسي السوي ونمو المهارات الأساسية والتوافق المهني والمساندة أثناء الفترات الحرجة والتثنية الاجتماعية السليمة، والإجراءات الوقائية الاجتماعية الخاصة بالدراسات والبحوث العلمية والتقييم والمتابعة، والتخطيط العلمي للإجراءات الوقائية. (زهران، 1997، 13)

- **المنهج العلاجي:** ويتضمن علاج المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية حتى العودة إلى حالة التوافق والصحة النفسية ويهتم هذا المنهج بأسباب المرض النفسي وأعراضه وتشخيصه وطرق علاجه وتوفير المعالجين والعيادات والمستشفيات النفسية. (القوسي، 1952، 4).

(7) نسبية الصحة النفسية:

الصحة النفسية مسألة نسبية يتمتع بها الفرد بدرجة من الدرجات بمعنى أنه ليس هناك حد فاصل بين الصحة والمرض، وهذا ما يؤكد تعريف صموئيل مقاريوس الذي يُعرّف الصحة النفسية بأنها: "مدى أو درجة نجاح الفرد في التوافق الداخلي بين دوافعه ونوازعه المختلفة، وفي التوافق الخارجي في علاقاته ببيئته المحيطة بما فيها من موضوعات وأشخاص".

وعلى هذا نؤكد أنه ليس هناك حد نهائي للصحة النفسية فلا يوجد إنسان يخلو من الصراع أو من القلق، ولم يُخبر الإحباط والفشل وما يترتب عليه من مشاعر وانفعالات، كما أنّ المضطربين أنفسهم يختلفون في درجة الاضطراب، ابتداءً من المشكلات السلوكية مروراً بالاضطرابات النفسية العصابية وانتهاءً بالاضطرابات الذهانية (العقلية) التي يفقد فيها المريض قدرته على التعامل مع الواقع والحياة وفق عالم خاص به ومتخيل.

كما أنّ التوافق الاجتماعي أمر نسبي ومختلف من مجتمع إلى آخر ومن عصر لآخر أي اختلاف المكان والزمان.

فالفرد الذي يُعتبر غير متوافق في التعامل مع أحد المجتمعات قد يصبح متوافقاً تماماً في مجتمع آخر، وعلى سبيل المثال قد تكون المرأة التي تخشى التعامل مع الجنس الآخر تقابل بالقبول والترحيب من بعض المجتمعات، ولكنها ليست كذلك في أغلب المجتمعات الغربية.

هذا عن النسبية المكانية للصحة النفسية، أمّا عن النسبية الزمنية فيمكن أن نُمثّل لها بقيام المرأة بأعمال معينة في الوقت الحاضر، كانت تُعتبر في زمن ماضي (استرجالاً) وخروجاً عن المألوف وكانت السيدات اللواتي يُقدّمن عليها غير متوافقات في مجتمعاتهن، آنذاك وهُنَّ لَسَنَ كذلك اليوم في بعض المجتمعات على الأقل. (بخوش، حميداني، 2015، 48)

وبناءً على ما سبق يمكننا أن نتبين بوضوح هو أننا لا نستطيع أن نُصدِر حكماً على الصحة النفسية دون أن ندرك شيئاً هاماً وهو أن للصحة النفسية جوانب إيجابية تقابلها جوانب سلبية يتسم الشخص بسوء التوافق، وينبغي أن ندرك أن الأفراد يمكن ترتيبهم على متصل أحد طرفيه حالة التوافق (الصحة النفسية) والطرف الآخر سوء التوافق، وهذا يعني أن الصحة النفسية وسوء التوافق إنّما يتداخل كل منهما بعضهما في بعض فليس هناك حد فاصل للصحة النفسية يفصلها عن سوء التوافق.

كما يعني هذا أيضا أنه من الصعب أن نجد الشخص المتمتع بالصحة النفسية الكاملة أو الشخص الموسوم بسوء التوافق الكامل، ذلك أن الفرق بين الصحة النفسية وسوء التوافق إنما هو فرق في الدرجة، فالتوافق التام بين الوظائف النفسية ليس له وجود ولكن درجة اختلال هذا التوافق هي التي تبرز حالة المرض عن حالة الصحة. (كامل أحمد، ب س، 20، 19، 18، 17).

(8) مؤشرات الصحة النفسية: للصحة النفسية عدد من المؤشرات والتي تتلخص فيما يلي:

- الشعور بالراحة النفسية والسعادة.
- الخلو النفسي من الاضطراب السلوكي كالقلق والاكتئاب ومشاعر الضيق.
- الكفاءة في القيام بالأدوار الاجتماعية المختلفة.
- تقبل الذات والآخرين.
- القدرة على تكوين علاقات ملائمة مع الآخرين.
- اتخاذ أهداف واقعية سعيًا لتحقيق الذات.
- الاستغلال المعرفي والوجداني. (فوزي، 2001، 80).
- في حين يحددها سنايدرأيدون في ثماني نقاط وهي:
- الكفاية العقلية.
- التحكم بالأفكار والتكامل بها.
- التكامل بين العواطف والتحكم بالصراع والإحباط.
- المواقف السليمة.
- وعي الذات المناسب.
- العلاقة المناسبة مع الواقع. (الداهري، 2010، 200، 199).

(9) مظاهر الصحة النفسية: صنف كفاي (2012) مظاهر الصحة النفسية في أربع

مجموعات على النحو التالي:

- الرضا عن الذات (التكيف النفسي) وهو قدرة الفرد على التكيف مع الواقع، ومواجهة الأزمات، وتحمل الفشل، والنظرة الواقعية للذات من حيث القدرات، والإمكانات، وتقريب الفجوة بين الطموحات والقدرات، وتجنب المبالغة أو التقليل من أهمية القدرات، كذلك تقبل

النقد والتقييم، والثقة بالنفس، واحترام وتقدير الذات، وهذا يعني تجنب الشعور بالنقص أو الغرور.

- الشعور بالارتياح مع الآخرين (التكيف الاجتماعي): ويتضمن هذا الجانب من جوانب الصحة النفسية والتفاعل الاجتماعي، وهذا يعني تجنب العزلة، والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة تتسم بالتعاون، والتسامح، والإيثار، والقدرة على التعايش مع قيم ومعايير الجماعة وتقبلها.

- القدرة على مواجهة مطالب الحياة (حل المشكلات): وتعني القدرة على حل المشكلات، والمبادرة في إيجاد الحلول المناسبة عند ظهور مشكلة، أو ظرف طارئ، والقدرة على تحمل المسؤوليات والواجبات، والالتزام بها والعمل بشكل فاعل ومستمر للتأثير، والتغيير في البيئة التي يعيشون فيها.

- السلامة النفسية (الخلو من الأمراض): ويركز هذا الجانب على خلو الفرد من أعراض المرض النفسي أو العقلي، كاضطراب القلق والاكتئاب، والوساوس القهرية، والمخاوف المرضية، وغيرها من الاضطرابات النفسية التي تؤثر سلبا على فاعليته، وتمنعه من القيام بدوره في الحياة وتحقيق رسالة فيها. (الشواشرة، وجيت، 2016، 276)

10) النظريات المفسرة للصحة النفسية: بما أنّ الاتجاهات النظرية كثيرة ومتعددة، سنحاول عرض بعض تلك الاتجاهات النظرية بطريقة مختصرة وهي كالتالي:

1-10) مدرسة التحليل النفسي:

الإنسان السليم في نظر " فرويد " هو الإنسان الذي يملك "الأنا" لديه قدرة كاملة على التنظيم والإنجاز، ويمتلك مدخلا لجميع أجزاء " الهو " ويستطيع التأثير عليه حيث في حالة الصحة لا يمكن فصلهما عن بعضهما، ويشكل "الأنا" الأجزاء الواعية والعقلانية من الشخص، في حين تتجمع الغرائز اللاشعورية في "الهو"، حيث تتمرد وتنشق في حالة العصاب (الاضطراب النفسي) وتكون في حالة الصحة النفسية مندمجة بصورة مناسبة كما يضم هذا النموذج "الأنا" والذي يمكن تشبيهه بالضمير من حيث الجوهر، وهنا يفترض "فرويد" أنّه في حالة الصحة النفسية تكون القيم الأخلاقية العليا للفرد إنسانية ومبهجة، في حين في حالة العصاب مثارة ومتهيجة من خلال تصورات جامدة مرهقة، ولا يُقاس مقدار

الصحة النفسية من خلال غياب الصراعات أو عدم وجودها، وإنما تتجلى الصحة النفسية من خلال القدرة الفردية على حل الصراعات ومواجهتها. (رضوان، 2007، 49).

يُعتبر "فرويد" الأنا والتي تمثل مبدأ الواقع والجهاز الإداري للشخصية فهو يملك سلطة الإشراف على الحركة والسلوك والفعل الإرادي وفقا لتحقيق رغبات "الهو" سليما من الناحية النفسية إذا كان الفرد قادرا على التنظيم والانجاز، وأنَّ الصحة النفسية لا تعني غياب الصراعات بل القدرة على المواجهة وحلها أي أن هذه النظرية ركزت على مدى قدرة الفرد في خفض التوتر والألم وإشباع الحاجات.

10-2) المدرسة المعرفية:

تتضمن الصحة النفسية من وجهة نظر أصحاب هذه المدرسة القدرة على تفسير الخبرات بطريقة منطقية تُمكن الفرد من المحافظة على الأمل واستخدام مهارات معرفية مناسبة لمواجهة الأزمات وحل المشكلات، وعليه فالشخص المتمتع بالصحة النفسية قادر على استخدام استراتيجيات معرفية مناسبة للتخلص من الضغوط ويحيا على فسحة من الأمل ولا يسمح لليأس بالتسلل إلى نفسه، فالإنسان يقع ضريح المعاناة والاضطراب نتيجة لخلل في نظام المعتقدات، أمَّا الشخص المعافى فهو ذلك الذي يتمتع بنظام معتقدات واقعية في النظرة إلى الذات والآخرين والدنيا، وينتج عن هكذا نظام واقعي عقلاني سيادة التفكير الإيجابي في المواقف الحياتية كما في الوقف في الذات. (حجازي، 2001، 43، 44).

ترى المدرسة المعرفية بأنَّ الفرد المتمتع بالصحة النفسية تكون لديه القدرة على تفسير الخبرات بطريقة منطقية معتمداً في ذلك على مهارات معرفية، وأن يكون تفكيره ايجابي ومتقائل بعيدا عن اليأس والإحباط.

10-3) المدرسة الإنسانية:

تبدو الصحة النفسية عند المفكرين الإنسانيين في مدى تحقيق الفرد لإنسانيته تحقيقا كاملا ويختلف الأفراد فيما يصلون إليه من مستويات من حيث الإنسانية الكاملة، وهكذا يخالفون في مستوياتهم صحتهم النفسية، ومن رواد هذه المدرسة نجد (أبراهم وماسلو وكارل روجرز) فيما يلي وجهة نظر كل منهما في هذا المجال:

يرى ماسلو أنَّ للإنسان حاجات متنوعة، وأنَّ هذه الحاجات تتنوع بصورة هرمية منها ذات المستوى الأدنى والأخرى ذات المستوى الأعلى، يضم المستوى الأول الحاجات

الفسولوجية والحاجة إلى الأمن والسلامة، فأشباع الحاجات الجسمية تُشعر الفرد بالأمان، وعندها سيحاول إشباع المستوى الأعلى من الحاجات التي يطلق عليها الحاجات الاجتماعية منها الحاجة إلى الصداقة والعطف والحنان والتحصيل وتحقيق الذات الذي يُعدُّ الغاية العظمى في هرم ماسلو وتتحقق الصحة النفسية عندما يتمكن الفرد من إشباع هذه الحاجات بطريقة سوية ويحقق إنسانيته الكاملة، كما قدم ماسلو قائمة طويلة من خصائص الإنسان الذي يحقق أقصى حالات الذات وهي:

- الإدراك الفعال للواقع والتعامل الإيجابي معه، ومجابهة صعوباته بدلا من الانسحاب في الأوهام والأحلام.

- درجة عالية من تقبل الذات والآخرين.

- القدرة على إقامة علاقات حميمة.

- القدرة على المرح والدعابة والاستمتاع بمناهج الحياة.

- الأصالة والابتكار في العمل والمواقف. (حجازي، 2001، 40).

بينما يرى روجرز وهو واضع نظرية الذات في علم النفس، أنّ كل فرد قادر على إدراك ذاته وتكوين مفهوم أو فكرة عنها، وينمو مفهوم الذات نتيجة التفاعل الاجتماعي جنبا إلى جنب مع الدافع الداخلي لتحقيق الذات، ولكي يحقق الإنسان ذاته لابد أن يكون مفهومه عنها موجبا وحقيقيا فالإنسان المتمتع بالصحة النفسية هو الشخص القادر على تكوين مفهوم إيجابي عن نفسه، والذي يتفق سلوكه مع المعايير الاجتماعية ومع مفهومه عن ذاته. (حجازي، 2001، 41).

يرى أصحاب هذه النظرية أنّ الصحة النفسية للفرد لا تتم إلا بعد إشباع حاجته الإنسانية، ومدى إدراك الفرد لقدراته وإمكانياته ومدى قدرته على استثمار هذه القدرات بما يُمكنه من تحقيق ذاته وشعوره بالإنسانية.

4-10 النظرية السلوكية:

يرى أصحاب المدرسة السلوكية أنّ الصحة النفسية السليمة تتمثل في اكتساب الفرد لعادات مناسبة أو ملائمة، تساعد على مواجهة المواقف الصعبة، وحسم الصراع، واتخاذ القرار المناسب الذي يُمكنه من حسن التعامل مع الآخرين، بما يحقق له حياة مطمئنة في المجتمع الذي يعيش فيه وينتمي إليه، وهم ينظرون إلى الإنسان باعتباره تنظيم معين من العادات المكتسبة أو المتعلّمة، ولهذا فهم يؤكدون على أهمية العوامل البيئية التي يتعرض

لهل الفرد خلال مراحل نموه، ويعتبرون هذه العوامل عوامل أساسية في عملية تشكيل سلوكه.

ويرى السلوكيون أنّ ما يصيب الإنسان من اضطراب انفعالي أو توتر، وعدم قدرته على اتخاذ القرار، أو حسم ما ينشأ في حياته من صراع، إنما هو نتيجة لعدم قدرة الفرد على استيعاب المواقف الجديدة التي يواجهها، ويُرجعون ذلك إلى حدوث خطأ أو قصور في عملية التعلم. (نبيه، 1980، 21).

حسب المدرسة السلوكية أنّ الصحة النفسية هي قدرة الفرد على استيعاب المواقف الجديدة في حياته وقدرته على مواجهتها من خلال ما يتعلمه من بيئته.

يتضح لنا مما سبق أنّ النظريات اختلفت في مفهومها للصحة النفسية كل من وجهة نظره ولكن الشيء المشترك بينهم في هذا المفهوم هو: أنّ الصحة النفسية هي القدرة على مواجهة الصراعات والتفكير الايجابي والتفأول، وأنّ الانسان هو المسؤول عن أفعاله والتحكم بمصيره وكذلك القدرة على اكتساب العادات التي تتناسب مع البيئة التي يعيش فيها الفرد.

11 التكيف وعلاقته بالصحة النفسية:

هناك عدة عوامل لها أكبر الأثر في إحداث التكيف الشخصي والاجتماعي لدى الأفراد، من أهمها:

1- إشباع الحاجات الأولية والحاجات الشخصية: فإذا لم تشبع حاجات الفرد، عضوية كانت أم نفسية، فإنها تخلق لديه توترا يدفعه إلى محاولة إشباع هذه الحاجة، وكلما طالمت مدة حرمان الفرد، زاد التوتر شدةً، فإنّ المعاق بصريا يتكون لديه إحساس بعدم الأمن وعدم القدرة على التحرك بحرية وعدم إدراك التفاعلات المحيطة به وينتهي الموقف عادة إذا ما استطاع المرء إشباع هذه الحاجة، فإنه قد يُصاب ببعض الصراعات والتوترات النفسية التي تزداد إذا كانت البيئة الاجتماعية غير ملائمة، فإنّه يحاول أن يجد أيّة وسيلة يشبع بها حاجته، وقد تكون هذه الوسيلة غير سوية، لا يُقرّها المجتمع، ومن هنا ينحرف الفرد أو يجنح، فتختل بذلك عملية التوافق. (فهمي، 1995، 35)

2- أن تتوفر لدى الفرد العادات والمهارات التي تيسر له إشباع حاجاته المُلحّة، ولاشك أنّ هذه المهارات والعادات تتكون في المراحل المبكرة من حياة الفرد، أما حالة الإصابة منذ الميلاد أو في مرحلة الطفولة بالإعاقة البصرية تؤدي به لعدم اكتساب تلك المهارات أو

نقصها إلى كثير من القلق والتوتر لعدم إدراكه لها وهذا ما يجعله غير قادر على التكيف في مجال الحياة الاجتماعية. (بترس، 2008، 5).

3- أن يعرف الإنسان نفسه: إذ أنّ معرفة الإنسان لنفسه تُعدُّ شرطاً أساسياً من شروط التكيف الجيد، بينما المعاقين بصريا لا يستطيعون معرفة أنفسهم جيدا لغياب حاسة البصر ومعرفة كل ما يدور حولهم فهذه كلها عوامل تؤثر في طبيعة التكيف لديهم ومعرفة أنفسهم.

4- أن يتقبل الإنسان نفسه: إنّ فكرة الإنسان عن نفسه من أهم العوامل التي تؤثر في سلوكه، فإذا كانت هذه الفكرة حسنة مشوبة بالرضا، فإنّ ذلك يدفعه إلى العمل والتوافق مع أفراد المجتمع، كما أنّ ذلك يدفعه إلى النجاح حسب قدراته دون أن يحاول العمل في مجالات لا تسمح له قدراته بالنجاح فيها، نجد أنّ المعاقين بصريا ليست لديهم ثقة في قدراتهم واعتمادهم على الآخرين وانخفاض في مفهوم الذات لديهم. (فهمي، 1995، 36، 37).

5- المرونة: ونقصد بها هنا أن يستجيب الفرد للمؤثرات الجديدة استجابة ملائمة فالشخص الجامد غير المرن لا يتقبل أيّ تغيير يطرأ على حياته، ومن ثمّ فإنّ توافقه يختل وعلاقته بالآخرين تضطرب إذا ما انتقل إلى بيئة جديدة، يُغيّر أسلوب الحياة فيها، فإنّ فاقد البصر لا يتسمّ بأسلوب المرونة لأنّه لا يمكنه أن يستجيب لكل المؤثرات التي يتعرض لها كما يحبذ أي تغيير في حياته أو بيئته فهذا يسبب له تشتت وقلق.

6- التوافق والموافقة (المسالمة): هناك من يعتبر التوافق نمطا من المسالمة، على أساس أنّ المسالمة من طبيعتها تجنب الصراع وتلافيه. إنّ المسالمة- في رأي هؤلاء - هي نوع من التوافق يكون على شكل التسليم للبيئة وخاصة البيئة الثقافية والاجتماعية، وتتطلب المسالمة خضوع الفرد للظروف والأحوال التي يعيش فيها، كما تتطلب منه أن يُعدّل من اتجاهاته ومشاعره، ويعتبر الفرد الذي يفشل في المسالمة للأنظمة فاشلا في الإسهام بدوره في الأعمال التي تتطلبها الجماعة، ولكن الفرد المعاق بصريا لا يمكنه التوافق التام للبيئة الاجتماعية أو الثقافية بسبب إعاقته وعدم القدرة على المسالمة للظروف المحيطة به. (فهمي، 1995، 38، 39، 40).

(12) الصحة النفسية وانعكاساتها على سيكولوجية المعاق بصريا:

تتأثر الشخصية بنشاط الأعضاء وتناسقها ودقتها وقيامها بوظائفها على الوجه المطلوب، والإعاقة الفسيولوجية، وفي مقدمتها كف البصر، تمثل عجزا يحدّ من إمكانيات الشخصية ويغوق نشاطها ويؤثر بشكل سلبي على السير الطبيعي لحياة الفرد وعلى نشاطه

الجسمي والعملي وبالأخص على استقراره وتوازنه النفسي، ويمكن استئناف السّمات العامة لشخصية الكفيف انطلاقاً من طبيعة العلامة القائمة بين كل من الشخصية والإعاقة، وتبعاً للأثار والانعكاسات والمشاكل المتولدة عن هذه الإعاقة بحكم أنّها علاقة تأثير وتأثر، فقد أثبتت الدراسات أنّ لكف البصر آثاراً واضحة على سلوك الكفيف وتصرفاته، فالإعاقة تحدّ من نشاطه وحركته وحيويته وتقلص من مجال علاقاته وتفاعله مع الآخرين، بل تجعله يشعر بالإتكالية والعجز والنقص، فينتابه القلق والخوف وعدم الأمن ويتنامى لديه شعور بالذنب والنقمة على المجتمع، الأمر الذي يدفعه إلى إعلان التحدي بغية تجاوز هذا الواقع الفاشل فيجعل من إعاقته حافزاً قوياً لمواجهة العقبات التي تصد، وأسلوب إعلانها للتخفيف من شعوره بالدونية، والإقرار بذاته وتحقيقها وقد توصلت ماك اندرو سنة 1950 في دراستها المقارنة إلى أنّ المكفوفين يعيشون في عالم محدود كنتيجة لأثر العجز الخلفي الذي يعانون منه، مما يؤدي إلى عزلهم عزلاً جزئياً عن موضوعية البيئة، يستتبع هذا ازدياد الجمود في شخصياتهم. (فرغلي، 2004، 10).

تختلف مواقف المكفوفين إزاء الإعاقة وتقبلها، وفي مقدمتها الإحباط الناتج عنها وكذا في تنوع الآليات الدفاعية التي يلجئون إليها، وتختلف استجابات الكفيف حسب طبيعة الإعاقة ومنشئها والظروف المصاحبة لها، كما أنّ الاستجابة تختلف حسب تاريخ الإعاقة وخطورتها، وسّماتها فالإعاقة التي تلحق الفرد منذ الميلاد أو في سن الطفولة المبكرة تكون آثارها أخف وطأة من تلك التي تحدث في سن متأخرة، حيث أنّ معالم الشخصية قد تحددت ومفهوم الذات قد تبلور، والأدوات والعلاقات الاجتماعية قد اتضحت.

ومهما يكن فإنّ إعاقة فقدان البصر ليست جديداً للشخصية بقدر ما هي عامل مفجر لمعالم الشخصية الكامنة وإيقاظ لتجلياتها تمظهراتها حتى تطفح بشكل قوي وحاد، وحتى تبرز بوضوح أكثر، فإذا كان الشخص المصاب قلماً فإنّ الإصابة ستضاعف من شدة قلقه النفسي، وإذا كان به ميل للتبعية فإنّ هذه التبعية ستتركز فيه.

لهذا يجعل مخاوف الكفيف هاجسه الأول هو الحصول على الأمن والطمأنينة ونتيجة لهذا الشعور الذي ينتاب الكفيف ويتملكه، فإن المخاوف تشغل حيزاً مهمّاً من تفكير واهتمامات الكفيف ويشكل عبئاً ثقيلاً يلاحقه طول حياته. (فرغلي، 2004، 12، 13)

خلاصة الفصل:

لقد تم في هذا الفصل عرض أهم النقاط حول الصحة النفسية من تعريفات، وأهميتها ونسبيتها ومعاييرها ومؤشراتها ومظاهرها والنظريات المفسرة لها بالإضافة إلى التكيف وعلاقته بالصحة النفسية، كما تطرقنا في نهاية الفصل إلى الآثار السيكولوجية للمعاق بصريا، وما يمكن استخلاصه من خلال ما تعرضنا إليه فإن الصحة النفسية لا تتحقق إلا بإشراك عدة عناصر مهمة من بينها التكيف والتفاعل داخل المجتمع الذي يعد دورا مهما في تحقيقها، كما أن الصحة النفسية تختلف من فرد إلى آخر ومن فئة إلى أخرى وخاصة ذوي الاحتياجات الخاصة من بينهم المعاقين بصريا فهم يتأثرون نفسيا بسبب وضعيتهم وهذا ما يجعلهم يعانون من اضطرابات نفسية مختلفة، وهذا ما سنتطرق إليه في الفصل الموالي.

الفصل الرابع:

الإعاقة البصرية

-تمهيد

1- تعريف الإعاقة البصرية

2- تصنيفات الإعاقة البصرية

3- أسباب الإعاقة البصرية

4- خصائص النمو لدى المراهقين المكفوفين

5- مظاهر الإعاقة البصرية

6- تشخيص الإعاقة البصرية

7- أساليب التواصل الفعال مع المكفوفين

8- الحاجات النفسية عند المراهق الكفيف

9- مشكلات المراهق المكفوف

خلاصة الفصل

تمهيد:

إنَّ حاسة البصر تُعدُّ من النعم التي أنعم الله بها الإنسان، لِمَا لها من دور مهم في عملية التفاعل التي تتم بين الفرد وبيئته، فأَيُّ إصابة بها تؤدي إلى حدوث تغيرات في نظام الفرد وتؤثر على عاداته الحياتية وتخلق له مشكلات تؤثر سلبا عليه، ولهذا سنتطرق في هذا الفصل إلى تعريف الإعاقة البصرية وتصنيفاتها مع ذكر أسبابها وخصائص المعوقين بصريا والتعرض لأهم مظاهرها ثم طرق تشخيصها وأساليب التواصل الفعال مع المكفوفين، وفي الأخير تم عرض الحاجات النفسية عند المراهق المكفوف ومشكلاته.

(1) تعريف الإعاقة البصرية: ظهرت العديد من التعريفات للإعاقة البصرية:

أولاً: التعريف الطبي:

1- وينص هذا التعريف على أنَّ الشخص الكفيف هو ذلك الشخص الذي لديه حدة إبصار لا تزيد عن 200/20 قدما، أو 60/6 مترا في أفضل العينين حتى بعد التصحيح، أو أنَّه ذلك الشخص الذي لديه مجال بصري ضيق لا يزيد عن 20 درجة. (Hallahan et Kauffman، 2003، 340).

2- ضعيف البصر: هو شخص لديه حدة إبصار أكثر من 200/20 قدم وأقل من 200/70 قدم في أحسن العينين بعد التصحيح باستخدام النظارة الطبية. barraga. 1970 علما بأنَّ: - 200/20 قدم تعادل حسب مقياس سنيلين المستخدم في عيادات العيون 60/6 متر، 200/70 قدم تعادل 24/6 متر. (الشريف، 2011، 319).

- المجال البصري للشخص العادي هو 180 درجة بالنظر والعيان ثابتتان بمعنى أنَّ الشخص يستطيع الرؤية في مجال بصره قدره 180 وعيناه لا تتحركان أمَّا الكفيف فهو الذي يتحدد مجال بصره في حدود 20 درجة فقط. (الشريف، 2011، 319).

رُكِّز هذا التعريف على درجة الإبصار بالنسبة للشخص العادي وهو 180 درجة أمَّا الكفيف فتقل حدة إبصاره عن 200/20 ومجاله البصري لا يزيد عن 20 درجة.

ثانياً : تعريف منظمة الصحة العالمية:

وهو التعريف الذي أعطى مدى أوسع لحالات الإعاقة البصرية وينص على ما يلي:

1- الإعاقة البصرية الشديدة: حالة يؤدي فيها الشخص الوظائف البصرية على مستوى

محدود.

2- الإعاقة البصرية الشديدة جدا: حالة يجد فيها الإنسان صعوبة بالغة في تأدية الوظائف البصرية الأساسية.

3- شبه العمى: حالة اضطراب لا يعتمد فيها الفرد على حاسة البصر.

4- العمى: هو فقدان كامل للقدرة البصرية. (الحديدي، 2009، 37).

أكدت أنّ حوالي 18 مليون شخص في بلدان العالم الثالث يعانون من الإعاقة البصرية، ومن بين هؤلاء حوالي 40 مليون كفيف، ويعيش معظم هؤلاء المعاقين في البلدان النامية من العالم، بل إنّ 60% من هؤلاء يعيشون في الدول الإفريقية، كما أنّ ما يقارب من 0.4% من الأطفال في سن التمدرس يعانون من اضطرابات بصرية ويحتاجون إلى برامج تعليمية خاصة، وعلى الرغم من الرعاية التربوية التي تقدم لهم إلا أنّ 70% منهم بدون خدمات. (يوسف، 2000، 176).

يُشير هذا التعريف إلى أنّ الفرد أو الشخص الذي لا يمكنه إدراك الموجودات المحيطة به باستخدام عينه المجردة، فقد يولد الإنسان كفيف ويصبح كفيف في أحد المراحل العمرية.

ثالثا: التعريف التربوي:

1- الكفيف: هو ذلك الشخص الذي فقط القدرة على الرؤية بالعين المجردة أو باستخدام النظارة الطبية ولا يستطيع اكتساب المعرفة عن طريق العين بل بالاعتماد على حواس أخرى، ويمكنه تعلم القراءة والكتابة بطريقة برايل.

2- المعاق جزئيا: هو ذلك الشخص الذي يعاني من فقدان بصري محدود إلا قدرته البصرية المتبقية تمكنه من تطوير مهاراته باستخدام العدسات الطبية. (الشريف، 2011، 320، 321).

ويُعرّف المكفوف تربويا: بأنه الشخص الذي فقد قدرته البصرية بالكامل أو الذي لا يستطيع إدراك الضوء (يفرق بين الليل والنهار) ولذا فإنّ عليه الاعتماد على الحواس الأخرى للتعلم، ويتعلم المكفوف القراءة والكتابة عادة عن طريق آلة البرايل التي هي معدة للمكفوفين. فالمكفوف لديه عادة شيء من القدرة البصرية أو ما يسمى بالبصر الوظيفي. (الروسان، 2015، 9).

فالتعريف التربوي يركز على طريقة تعلم القراءة والكتابة بطريقة برايل للمكفوفين.

(2) تصنيفات الإعاقة البصرية:

قد يولد الأفراد المعوقين مصابين بالإعاقة البصرية بشكل كلي أو جزئي في مراحل حياتهم، وأنَّ الأطفال الذين يفقدون أبصارهم قبل سن الخامسة لا يحتفظون بصورة بصرية مفيدة والأطفال الذين يفقدون أبصارهم كلية أثناء السنوات المبكرة كلياً أو جزئياً بعد سن الخامسة قد يحتفظون بإطار بصري جيد ويستطيعون تكوين فكرة بصرية عن هذا الشيء، خاصة بالاعتماد على خبراتهم البصرية السابقة على الرغم من أنَّ ملاحظتهم البصرية يمكن أن تصنف إلى مايلي:

- فقد بصر تام ولادي أو مكتسب قبل سن الخامسة.
- فقد بصر تام، مكتسب بعد سن الخامسة.
- فقد بصر جزئي مكتسب.
- ضعف بصر ولادي.
- ضعف بصر مكتسب.

ويمكن تصنيف المعاقين بصريا في مجموعتين كما يلي:

- أ- المكفوفون الذين ينطبق عليهم التعريف الطبي 200/20 في حدة إبصار في أحسن العينين باستعمال النظارة الطبية.
- ب- المبصرون جزئياً: المعاقون بصريا إعاقة جزئية وهي تلك المجموعة التي تستطيع أن تقرأ الكلمات المكتوبة بحروف مكبرة أو باستخدام النظارة الطبية، أو بأي وسيلة تكبير وتتراوح حدة الإبصار لدى أفراد هذه المجموعتين ما بين 70/20 إلى 200/20 قدم في أحسن العينين أو حتى باستعمال النظارة الطبية. (العزة، 2000، 96، 97).

(3) أسباب الإعاقة البصرية:

- الأسباب الوراثية: وهي العوامل التي تؤثر على الجنين قبل الولادة فيكون دور العوامل في كونها سبب الإعاقة قبل الولادة مع أنَّ هذه العوامل الوراثية قد تتأخر في الظهور إلى مرحلة المراهقة أو سن الرشد ومن أهم العوامل الوراثية الجينية فقد يرث الطفل بعض الصفات الوراثية من والديه وأجداده عن طريق الجينات الوراثية والشيء الموروث هو نوع من الخلل أو الاضطراب التي تنتقل إلى الجنين المعوق وتعوق عملية النمو.

وهناك عامل الريزي سي Rh هو اختلاف دم الجنين عن دم الأم بشكل يؤدي إلى أن يقوم دم الأم بتكوين أجسام مضادة لدم الطفل تسبب له مضاعفات فقد يؤدي جهازه العصبي وتؤدي إلى الإعاقة بكل أشكالها وقد يولد ميتا. (رسلان، 2009، 285).

ومن بين هذه الحالات: إتهاب الشبكية الوراثية الذي يؤدي إلى ضيق مجال الرؤية وصعوبة تمييز الأشياء في الأماكن ضعيفة، حالات عتمة عدسة العين، المياه البيضاء وحالات الجلوكوما الخلقية (المياه الزرقاء). (رسلان، 2009، 285).

- الأسباب البيئية:

1- الإصابات التي تتعرض لها العين كالصدمات الشديدة للرأس التي تؤدي إلى انفصال الشبكية أو تلف في العصب البصري أو إصابة العين بأجسام حادة أو تعرض الأطفال غير مكتملي النمو إلى كميات عالية من الأوكسجين في الحاضنات مما يؤدي إلى تلف الشبكية.
2- الإهمال في معالجة بعض الصعوبات البصرية البسيطة مما يؤدي إلى آثار جانبية وتطور هذه الصعوبات إلى درجة أشد كما هو الحال في حالات طول البصر وقصر البصر والحول والماء الزرقاء والبيضاء. (القمش، والمعايطة، 2007، 117، 118).

4) خصائص النمو لدى المراهقين المكفوفين:

أولاً: الخصائص الجسمية والحركية:

حيث يواجه ذوو الإعاقة البصرية قصورا في مهارات التناسق الحركي والتآزر العضلي نتيجة لمحدودية فرص النشاط الحركي المتاح من ناحية ونتيجة للحرمان من فرص التقليد للكثير من المهارات الحركية كالقفز والجري والتمارين الحركية من ناحية أخرى، هذا بالإضافة إلى إجهام معظم ذوي الإعاقة البصرية عن المشاركة في الألعاب التي تتطلب سرعة في الأداء واستخداما للعضلات، ومن أهم خصائص النمو الجسمي للكفيف مايلي:

- قد يكون النمو الجسمي للطفل الكفيف أقل من النمو الجسمي عند الطفل المبصر الذي هو في مثل سنه فقد يكون هزيل ضعيف معتل الصحة.
- عدم تناسق التركيب الجسمي للطفل الكفيف خصوصا من الناحية العضلية نظرا لما يفرضه كف البصر من قيود على حركته وانتقاله.
- قد يكون الطفل الكفيف مصابا ببعض العيوب الجسمية والتشوهات الخلقية كانهاء في العمود الفقري أو ميل كتف عن كتف.

- لياقته البدنية محدودة نظرا لغياب البصر يجعل الطفل يفقد قدراته على الحركة الخفيفة السريعة والقفز بمهارة كما يفعل سائر الأطفال المبصرين.
- ليس لديه القدرة على التوافق العضلي العصبي لضعف اللياقة وضعف الجسم نتيجة عدم الحركة وسوء التغذية. (عطية، 2009، 171).

ثانيا: الخصائص المعرفية:

يشير كيرك وجلوفر إلى أن الاعتقاد الذي كان سائدا في الأربعينات والخمسينات هو أن الإعاقة البصرية لا تؤثر على ذكاء الإنسان باستثناء كونها تحد من إمكانية استخدام بعض المفاهيم البصرية، وبنوه كيرك وجلوفر إلى أن تفسير الذكاء وتطوره كان مستندا إلى افتراض مفاده أن العوامل الوراثية وليس البيئية هي التي تحدد القدرات العقلية العامة وأن العوامل البيئية بالتالي لا تترك أثرا ملحوظا إلا إذا كانت تتضمن حرمانا هائلا وأن الإعاقة البصرية لا تُشكّل أحد أشكال ذلك الحرمان البيئي.

على أن هذا الاعتقاد لم يُعد سائدا حاليا حيث أننا ندرك الآن أن الذكاء إنما هو نتاج جزئي للخبرات التراكمية في حياة الإنسان وبخاصة خبرات الطفولة المبكرة، وبناءً على ذلك فإن الإعاقة البصرية هي إعاقة رئيسية وحالة قد تُعيق النمو المعرفي لأنها تحد من إمكانية تكامل وفهم الخبرات التي يمر بها الإنسان المبصر بصورة طبيعية عبر حاسة البصر. (الخطيب، والحديدي، 2009، 177).

ويؤكد يسلاييك والجوزين على ذلك إذ يلاحظ أن الذكاء إنما هو قضية تطوير للمفاهيم وأن مفاهيم عديدة من تلك التي يتعلمها الإنسان تكتسب كاملا عبر الوسائل البصرية، ولذلك فليس أمرا مدهشا أن يواجه الإنسان المعوق بصريا صعوبات في تعلم المفاهيم كذلك فإن المعلومات البصرية تُثير السلوك وتوجهه وتزود الفرد بمعلومات عامة تمكنه من تنظيم عالمه الخارجي، وبسبب الافتقار إلى المعلومات البصرية فإن الإنسان المعوق بصريا يعتمد على حاسة السمع واللمس وغيرهما لتكوين المفاهيم وهذه الحواس قد لا تزود الإنسان إلا بمعلومات جزئية، ولا يعني ذلك بأي حال من الأحوال أن الإنسان المعوق بصريا متأخر عقليا ولكن المقصود هو أن أداء أفراد كثيرين ممن يعانون من الإعاقة البصرية يكون ضعيفا على اختبارات الذكاء المقننة المعروفة، وليس من شك في أن السبب في ذلك هو طبيعة اختبارات الذكاء نفسها حيث أن هذه الاختبارات تتضمن فقرات تتطلب الإجابة عنها

بشكل صحيح معلومات بصرية يفتقر لها الإنسان المعوق بصريا. (الخطيب، والحديدي، 2009، 178).

ثالثا: الخصائص اللغوية:

من المعروف أنّ حاسة السمع هي القناة الرئيسية لتعلم اللغة لذلك فإنّ تأثير الإعاقة البصرية على النمو اللغوي محدود، حيث أنّ ضعف حاسة البصر أو حتى فقدانها لا يُعتبر من العوامل التي تُحد من تعلم الطفل للغة أو فهم الكلام، إلا أنّ هناك بعض الخصائص اللغوية المرتبطة بالإعاقة البصرية، فعلى سبيل المثال تحد الإعاقة البصرية من قدرة الفرد على تعلم الإيماءات والتعبيرات، كما أنّ نسبة شيوع المشكلات في اللفظ بين المعوقين بصريا أعلى منها عند المبصرين نتيجة لحرمانهم لملاحظة شفاه المتحدث لتعلم النطق السليم. (القمش، والمعايطة، 2007، 123، 124).

وإن كانت هناك فروق في اكتساب اللغة ترجع هذه الفروق إلى أنّ المعاقين بصريا يعتمدون بشكل كبير على حاسة السمع والتقنوات اللسانية في تعلم اللغة والكلام وهذا يؤدي إلى بعض القصور والاضطرابات في اللغة لديهم، حيث يصعب عليهم تتبع التلميحات الصادرة عن المتحدث وحركة الشفاه والتعبيرات الوجهية المصاحبة للكلام بالإضافة إلى أنّ المعاق بصريا يعتمد في كتابته وقراءته اللغة المطبوعة على الحروف البارزة مستخدما حاسة اللمس، بينما يعتمد المبصر في ذلك على عينيه مستعينا بالحروف الهجائية العادية وعلاوة على ذلك فإنّ المعاق بصريا يعجز عن متابعة الإيماءات والإشارات وغيرها من أشكال اللغة غير اللفظية مما يحرمه من اكتساب معاني الألفاظ نتيجة عدم استطاعته الربط بين كل من أصوات بعض الكلمات والمدرجات الحسية الدالة عليها أو الوقائع والأحداث البصرية الممثلة لها، خاصة ما يقع منها في متناول بقية حواسه كالأشياء كبيرة الحجم مثلا، والتي لا يكتمل إدراكه لها إلا عن طريق حاسة البصر. (الضبع، 2009، 84).

رابعا: الخصائص الاجتماعية والانفعالية:

يتأثر التوافق الاجتماعي للمعوق بصريا بفرض التفاعل الاجتماعي المتاحة من جهة ودرجة تقبل أو تكيف الفرد مع إعاقته من جهة أخرى، وتعتبر الاتجاهات الاجتماعية حيال المعوقين بصريا وطبيعة التدريب الذي تلقاه المعوق بصريا من العوامل الأساسية في إغناء فرص التفاعل الاجتماعي المتاحة، وفيما يتعلق بالاتجاهات الاجتماعية السائدة حيال

المعوقين بصرياً في المجتمعات الغربية فهي متناقضة في نتائجها، ويصعب على المبصرين التعرف على المعوقين بصرياً عن كثب حتى يتوصلوا إلى درجة أكثر موضوعية عن قدراتهم وإمكاناتهم، أما فيما يتعلق بطبيعة التدريب الذي يتلقاه المعوق بصرياً الذين يتلقون خدمات تربوية في المدارس العادية أكثر توافقاً ممن يوضعوا في مدارس التربية الخاصة أو المدارس الداخلية. (الخطيب، والحديدي، 2009، 113).

إنَّ التفاعل الاجتماعي في الحياة اليومية لا يقوم فقط على الاتصال اللفظي، وحتى الاتصال اللفظي نفسه يتضمن الكثير من المضامين الرمزية التي يعبر عنها بتغيرات الوجه والعيون والإشارات، والتي تضيف على التواصل اللفظي معنى وقيمة أكبر، والمعوقون بصرياً بحكم طبيعة إعاقتهم يواجهون قصوراً في مختلف أنماط ذلك التعبير الرمزي غير اللفظي.

أما من الناحية النفسية، فإنَّ النمو النفسي للطفل المعوق بصرياً لا يختلف عن النمو النفسي لدى المبصر، والاضطرابات النفسية التي يتعرض لها الأفراد المعوقين بصرياً لا يختلف عن تلك التي يتعرض لها المبصرين، إلا أنهم أكثر عرضة للقلق لما يواجهونه من مشكلات حياتية مختلفة بسبب فقدان حاسة البصر خصوصاً في مرحلة المراهقة نظراً لعدم وضوح مستقبله المهني والاجتماعي وما يواجهه من صعوبات في تحقيق درجة عالية من الاستقلالية، وهنا يلعب الأهل دوراً هاماً في البناء النفسي السلبي لأبنائهم المعوقين بصرياً لذلك عليهم تجنب الحماية الزائدة للطفل المعاق بصرياً وتدريبه على القيام بالمهام المختلفة أسوة بأخوته المبصرين، وبعبكس ذلك سوف يساهم الأهل في ظهور مشاكل لدى الطفل المعوق بصرياً من الناحيتين النفسية والاجتماعية. (الخطيب، والحديدي، 2009، 114).

خامساً: الخصائص الأكاديمية:

من المعروف أنَّ الإعاقة البصرية تؤثر على الجوانب التربوية التعليمية للأفراد المصابين بها، ولكن بشكل عام لا يختلف المعوقون بصرياً عن أقرانهم العاديين فيما يتعلق بالقدرة على التعلم والنجاح المدرسي مقاساً بالاستفادة من المناهج وأساليب التدريس والوسائل التعليمية المستخدمة لكي تتلاءم مع الحاجات التربوية الفردية لهم.

إنَّ ضعف البصر أو كفه يحد من قدرة الطالب على التعلم بنفس الطريقة التي يتعلم بها الطالب المبصر، إنَّ درجة الإعاقة البصرية لها دور أساسي في تخطيط أي برنامج تعليمي، فالطالب الكفيف الذي سوف يعتمد على حاستي اللمس والسمع يختلف في حاجاته وأساليب

تدريسه عن الطالب الذي يعاني من ضعف في البصر ويستخدم الإبصار في عملية التعلم، وإنما يحتاج إلى وسائل معينة، كذلك السن التي حدثت فيه الإعاقة يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار أيضاً. (القمش، والمعايطة، 2007، 124، 125).

(5) مظاهر الإعاقة البصرية: تظهر الإعاقة البصرية في عدة ألوان أو مظاهر يمكن تقسيمها حسب التصنيف التالي بهدف التعرف على الحالات المشابهة:

أولاً: اضطراب شبكية العين: وله عدة أشكال:

1- التهاب شبكية العين: الناتج عن عوامل مركزية في الجهاز العصبي تؤدي إلى تلف في ثنايا الشبكية مما يضعف من قدرة الفرد على الرؤية خاصة في الليل وهو ما يسمى (العشى الليلي) وهذا النوع من الإعاقة يستمر مع الفرد نظراً لعدم وجود علاجات فعالة لمثل هذه الحالة.

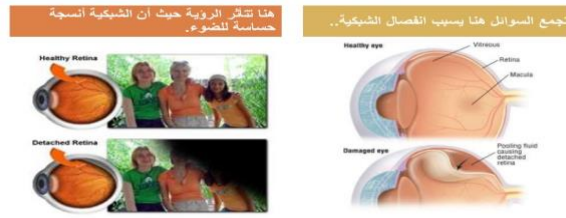
2- مرض الشبكية: وهي حالة يحدث فيها تلف في الأوعية الدموية للشبكية يتبعه نزيف دموي ناتج عن بعض الأمراض المزمنة كالسكري، وتعالج هذه الحالة بالليزر.



الشكل (1): اعتلال الشبكية بالسكري

3- انفصال الشبكية: ويعني أن تتفصل الشبكية عن جدار مقلة العين بسبب حدوث ثقب فيها يسمح هذا الثقب بمرور السائل الزجاجي إلى خلف الشبكية فيحدث ضغط على الشبكية من الخلف يبعدها عن الأجزاء المرتبطة بها ويصاحب هذه الحالة ضعف بصري وآلام شديدة (الثقب الذي يحدث في الشبكية ينتج عن إصابة الرأس أو لقصر النظر وإهمال علاجه، أو نتيجة لمضاعفات مرض السكري).

انفصال الشبكية: Retinal Detachment



الشكل (2): انفصال الشبكية

ثانيا: التجمعات المائية داخل العين: وهي نوعان:

1- الماء الأبيض: (Cataract) وهو تجمع مائي حول عدسة العين يسبب العتامة التدريجية (مثل بخار الماء الذي يتراكم على الزجاج) إذا لم يعالج بسرعة، وفي هذه الحالة يعاني المعاق من صعوبات في رؤية الأشياء البعيدة وصعوبة التعرف على الألوان، ونادرا ما تحدث هذه الحالة في الصغر ولكنها تكثر عند كبار السن، وتعالج بسحب الماء من العين وتحتاج بعض الحالات لتغيير عدسة العين. (الشريف، 2011، 322).

عتامة عدسة العين: Cataract



الشكل (3): عتامة عدسة العين

2- الماء الأزرق: (Glaucoma) وهو تجمع مائي داخل العين يعمل على زيادة الضغط على العين من الداخل مما يمنع تدفق الدم إلى شبكية العين وبالتالي تحد من وصول الصور إلى المخ وإذا لم تُسحب المياه الزرقاء من العين قد يتعرض المصاب لفقد البصر، ويعالج هذا النوع بالجراحة عند الأطفال أما كبار السن فيمكنهم تناول العقاقير الطبية حيث أنّ عين كبير السن لا تتحمل العملية الجراحية، وتكمن خطورة هذا النوع أنّه يحدث تدريجيا بدءا من الجزء الجانبي للشبكية دون تأثير ملحوظ على حدة البصر لكنه ما إن يصل إلى مركز الشبكية يسبب العمى (الكف).

ثالثا: حالات خلقية: أي يولد بها الطفل ومنها:

1- اتساع حدقة العين: (Anirida) وهو خلل وظيفي - وُلادي - في قزحية العين ببقائها مفتوحة باستمرار فيتسرب ضوء زائد عن الحاجة إلى العين ينتج عنه حساسية للضوء فيضعف البصر خاصة في النهار، ويمكن علاج هذه الحالة باستخدام نظارات ذات عدسات مظلمة تقلل من كمية الضوء الداخل إلى العين.

2- القرنية المخروطية: (Keratoconus) وهي حالة من عدم انتظام سطح القرنية يولد بها الطفل فتسبب عدم وضوح الرؤية ورغم سقوط الصورة على الشبكية إلا أنها تكون مشوشة.

3- البهق: (Albinism) وهي حالة وُلادية تحدث نتيجة نقص أو انعدام المادة الصبغية الموجودة في الشبكية، يصاحب هذه الحالة مظاهر مختلفة مثل اصفرار لون البشرة وابتساض الشعر وزرقة العينين وشحوب في القزحية فلا تتمكن بدورها من تنظيم حركة دخول الضوء للعين بالانقباض والانبساط فيصاب الشخص بحساسية المفرطة للضوء. (الشريف، 2011، 324).

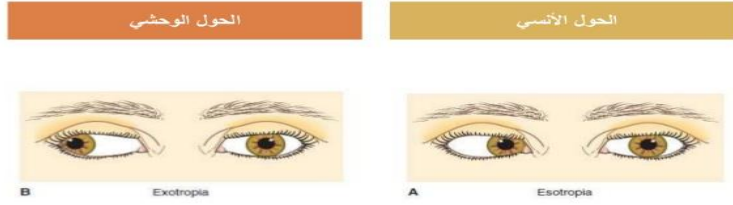
رابعا: العيوب الوظيفية: وهي نوعان:

1- الخلل النسيجي: (Coloboma) وهي عبارة عن شق أو نتوء في حدقة العين ناتج عن خلل وراثي وهو يسبب إعاقات بصرية مختلفة كالضعف البصري وارتعاش الجفنين والماء الأبيض والحساسية المفرطة للضوء.

2- الحَوَل: (Strabismus) وهو اختلال في حركتي العين:

ومن المعروف أنَّ كرتي العين تتجهان معا وبشكل مستقيم في كل الاتجاهات حتى تعطي انطبعا بصريا موحدا في المخ لكن يحدث أحيانا خلل في وظيفة العضلات المحركة لكرتي العين، فقد يحدث بها ارتخاء فتتجه كرتي العين للداخل، وقد يحدث بها تقلص فتتباعد كرتي العين للخارج، وهذا النوع الأول هو الأكثر انتشارا عند الأطفال، وفي حالات قليلة يحدث الحول في عين واحدة، إنَّ الحول يسبب ازدواج في رؤية الأشياء، فالطفل المصاب بالحول يرى الشيء وكأنه شيئين، ويعالج الحول بالجراحة والإجراءات الطبية نظرا لعدم فعالية النظارات الطبية في معالجة هذه الحالات. (القمش، والمعاطة، 2007، 113).

العول: Strabismu



الشكل (4): الحول

خامسا: أخطار انكسار الضوء:

إن المسافة بين العدسة والعين والشبكية محددة تحديدا دقيقا (24 ملليمتر) بحيث تسقط الصورة الضوئية كلها على الشبكية، لكن في بعض الأحيان يحدث تغير في طول كرة العين بالزيادة أو النقصان فتحدث إحدى الحالتين التاليتين:

1- طول النظر: (Hyperopia) ويعني عدم قدرة الفرد على رؤية الأشياء القريبة في حين يرى الأشياء البعيدة بسهولة، ويحدث طول النظر عندما يقل طول كرة العين عن وضعها الطبيعي فتقترب العدسة من الشبكية مما يؤدي إلى سقوط الضوء خلف الشبكية. ويمكن تصحيح الوضع باستخدام العدسة المحدبة، علما بأن الكثير من كبار السن يعانون من طول النظر ويحتاجون إلى نظارات خاصة للقراءة.

طول النظر: Hyperopia



الشكل (5): طول النظر

2- قصر النظر: (Myopia) ويحدث نتيجة لطول كرة العين عن حجمها الطبيعي فتتباعد العدسة عن موضعها فتسقط الصور أمام الشبكية فيصعب على الفرد رؤية الأشياء البعيدة في حين يرى الأشياء القريبة بوضوح ويعالج قصر النظر باستخدام العدسات المقعرة. (القمش، والمعايطة، 2007، 114).

3- ضمور العصب البصري: (Optic Nerve Atrophy) ويحدث في هذه الحالة ضمور في العصب البصري المسئول عن نقل المرئيات إلى الدماغ مما يسبب الإعاقة البصرية

الجزئية وقد تتطور الحالة فيحدث العمى، ترجع أسباب هذه الحالة إلى عدة عوامل منها الالتهاب السحائي والأورام وحالات النزيف الناجمة عن اصطدام الدماغ.

4- صعوبة تركيز البصر: (Astigmatism) ويحدث نتيجة لعدم انتظام سطح القرنية أو القرحية أو العدسة مما يؤدي إلى خلل في انتشار الضوء فيقع بعضه على الشبكية والبعض الآخر أمامها والجزء المتبقي منه يقع خلف الشبكية فتظهر الصورة مشوشة، ويمكن علاج هذه الحالة باستخدام العدسات الاسطوانية. (الشريف، 2011، 323، 324).

6) تشخيص الإعاقة البصرية:

هناك العديد من وسائل قياس وتشخيص الإعاقة البصرية التي يستخدمها الأطباء المتخصصون مثل اختبار باراجا واختبار فيروستنج الذي يقيس عدة جوانب من الإعاقة منها تآزر العين، الشكل والأرضية، الوضع في الفراغ، العلاقات المكانية. إلا أن الاختبار الأكثر شيوعاً في تحديد شدة البصر هو مقياس سنيلين المستخدم في عيادات العيون، وهو عبارة عن لوحة مكونة من ثمانية صفوف بها دوائر ذات فتحات أو أحرف اللغة الإنجليزية، ويوضع الشخص المفحوص على بعد ستة أمتار من اللوحة فإذا استطاع أن يحدد الفتحات الموجودة في الصف الأسفل فإن حدة إبصار تكون 6/6 مما يعنى أنه يتميز ببصر حاد، وإذا اقتصرت قدرته على رؤية فتحات الصف العلوي فمعنى ذلك حدة بصره 24/6.

ويختص هذا المقياس بتحديد درجات ضعف البصر وليس له علاقة بالكف. (البلاوي، 2001، 143).

7) أساليب التواصل الفعال مع المكفوفين:

يؤدي الكف البصري إلى لجوء الطفل الكفيف إلى استخدام حواسه الأخرى كالسمع واللمس والتذوق في اكتساب المعرفة وفي التواصل مع الآخرين، وبالتالي فإن هذه الحواس بحاجة إلى تنمية وتدريب حتى تؤدي دورها بكفاءة واقتدار، وهنا نستعرض بعض أساليب التعليم الفعالة المبتكرة لمساعدة الكفيف على اكتساب العلم والمعرفة ومن هذه الأساليب مايلي:

1- طريقة برايل: التي ابتكرها الكفيف الفرنسي لويس برايل لتعليم الكفيف القراءة والكتابة من خلال آلة برايل الكتابية والتي تم تطويرها عدة مرات.

- 2- طريقة تيلر: التي تستخدم في العمليات الحسابية والجبرية باستعمال رموز خاصة.
- 3- العداد الحسابي: وهو عداد يدوي مستطيل الشكل، ومقسم جزئياً إلى جزئين (سفلي وعلوي) موزع على منهما عدد من الخرزات ويستخدم في بعض العمليات الحسابية البسيطة.
- 4- آلة كرزويل للقراءة: وهي عبارة عن آلة تستخدم للقراءة، وتشبه هذه الآلة آلة التصوير حيث يوضع الكتاب المطلوب قراءته على سطحها، فتقوم كاميرا بتصوير المحتوى المكتوب على الصفحات وتقلها إلى كمبيوتر يقوم بقراءتها بصوت مسموع، إلا أن هذا الجهاز يعتبر من التقنيات المعقدة التي ترهق الكفيف.
- 5- جهاز الفرسا برايل: وهو عبارة عن جهاز يستخدم للقراءات البسيطة بعد تخزين البيانات والمعلومات بطريقة برايل على شريط أو أقراص بعد تبويبها وتنظيمها، ويستطيع الجهاز حذف أو استبدال أو إضافة الكلمات.
- 6- كمبيوتر برايل: وهو عبارة عن كمبيوتر عادي إلا أنه مجهز ببرنامج يمكن الكفيف من القراءة بطريقة برايل.
- 7- الأوبتاكون: وهو جهاز إلكتروني صغير يستخدم في مساعدة الكفيف على قراءة المطبوعات العادية عن طريق كاميرا صغيرة تعمل بالليزر.
- 8- جهاز برايل الناطق: وهو عبارة عن كمبيوتر شخصي مزود بلوحة مفاتيح مكونة من سبعة مفاتيح مشابهة للموجودة في آلة برايل للكتابة، ويستخدم الجهاز كمنظم للملفات ومتكلم ومترجم وآلة حاسبة بالإضافة إلى جزء ناطق للوقت والتاريخ اليومي. (الشريف، 2011، 333، 334).

8) الحاجات النفسية عند المراهق المكفوف:

تحدث في المراهقة عدة تغيرات تصاحبها تغيرات في حاجات الفرد الأولية تبدأ حاجات المراهقين قريبة من حاجات الراشدين، إذ يمكن تلخيص حاجات المراهقين الأساسية فيما يلي:

- الحاجة للأمن: وتتضمن الحاجة إلى الأمن النفسي والصحة الجسمية، الحاجة للشعور بالأمن الداخلي، الحاجة إلى تجنب الخطر والألم، والحاجة إلى الاسترخاء والراحة، والحياة الأسرية الآمنة المستقرة السعيدة والحاجة إلى المساعدة في حل المشكلات الشخصية.
- الحاجة إلى الحب والقبول: تتضمن الحاجة إلى الحب والمحبة، والحاجة إلى القبول والتقبل الاجتماعي والأصدقاء والحاجة إلى الانتماء إلى الجماعات وإسعاد الآخرين.

- الحاجة إلى مكانة الذات: وتتضمن الحاجة إلى الانتماء إلى جماعة الرفاق، والحاجة إلى تقبل الآخرين والمساواة مع رفاق السن والزملاء في المظهر والملابس والحاجة إلى المعاملة العادلة.

- الحاجة إلى الإشباع الجنسي: الحاجة إلى اهتمام الجنس الآخر والحاجة إلى التخلص من التوتر والحاجة إلى التوافق الجنسي ويتضمن الحاجة إلى التربية الجنسية.

- الحاجة إلى النمو العقلي والابتكار: وتتضمن الحاجة إلى التفكير وتوسع قاعدة الفكر والسلوك، والحاجة إلى الخبرات الجديدة وإشباع الذات، والحاجة إلى النجاح والتقدم والتعبير عن النفس، والحاجة إلى نمو القدرات والتوجيه والإرشاد العلاجي والمهني والأسري والزواج والحاجة إلى تأكيد الذات. (زهران، 2005، 445).

(9) مشكلات المراهق المكفوف: سيتم التطرق إلى المشكلات التي يعاني منها المراهق المكفوف:

- المشكلات النفسية: كالخجل والانطواء والقلق والمخاوف والاعتداء على الآخرين وأحلام اليقظة ومحاولات الانتحار.

- المشكلات الصحية: هي الحالات التي يكون فيها سبب المشكلة ضعف الصحة العامة أو المرض.

- المشكلات الاقتصادية: المقصود بها الحالات التي يكون فيها قلة الدخل عاملاً أساسياً.

- المشكلات المدرسية: كعدم المواظبة والتأخر المستمر والإهمال المتكرر في المسؤوليات التي تنتج عن علاقة الطالب مع أستاذه والاعتداء على المرافق العامة للمدرسة.

- المشكلات الاجتماعية: المقصود بها الحالات الناشئة عن العوامل التي تؤثر في علاقات الأسرة كالطلاق أو وفاة أحد الوالدين أو كلاهما والتدليل والقسوة في المعاملة. (جنان، 2015، 78).

خلاصة الفصل:

من خلال ما سبق يتضح لنا أنّ المكفوفين لديهم ضغوطا تشكل حاجزا يحد من توافق الفرد مع المحيط وتعيقه عن التقدم والاستمرار في الحياة، فالفرد الكفيف يحتاج إلى رعاية خاصة تساعد على التكيف مع البيئة والتفاعل مع المجتمع، والعمل على تنمية حواسه وقدراته بما يسمح له بالاستفادة منها إلى أقصى درجة ممكنة.

الجانِب المِيداني

الفصل الخامس:

الإجراءات المنهجية الميدانية

- تمهيد

1- منهج الدراسة

2- الدراسة الاستطلاعية

1-2 أهداف الدراسة الاستطلاعية

2-2 حدود الدراسة الاستطلاعية

3- الدراسة الأساسية

1-3 حدود الدراسة الأساسية

2-3 عينة الدراسة الأساسية

4- أدوات جمع البيانات المستخدمة في الدراسة

5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر الدراسة الميدانية من أهم الوسائل التي تُمكن الباحث من جمع المعلومات والبيانات من الواقع، كما هي على طبيعتها، كما أنّ الجانب الميداني يُطلعنا على أهم النتائج المتحصل عليها وبالتالي يمكننا التحقق من فرضيات البحث، وهو يقضي موازنة الأبعاد النظرية المشكّلة للجانب النظري والتطبيقي للدراسة.

وفي هذا الفصل سنحاول البحث والكشف على العلاقة الارتباطية بين التفاعل الاجتماعي ومستوى الصحة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصريا.

كما سيتم التطرق لأهم الأسس المنهجية والعلمية المتمثلة في: منهج الدراسة، والدراسة الاستطلاعية، أهدافها وحدودها، ثم الدراسة الأساسية المتضمنة: حدودها وعينة الدراسة ويليها أدوات جمع البيانات والأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

1- منهج الدراسة:

يُعرّف المنهج بأنه مجموعة القواعد العلمية التي تطمح إلى كشف أساسيات الإشكالية لأجل تشخيصها واقتراح علاج لها، ويتم اختيار منهج الدراسة عادة وفق طبيعة الموضوع المراد دراسته والهدف منه. (رزقي، 2011، 100).

والغرض الأساسي من هذا هو وصف واقعا معيننا والكشف عن علاقة التفاعل الاجتماعي بالصحة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصريا، فالمنهج الأكثر ملائمة واستجابة لتطلعات الدراسة هو المنهج الوصفي الارتباطي لأننا سوف ندرس العلاقة بين متغيرين للوصول إلى نتائج حقيقية.

ومن هنا تم اختيار هذا المنهج باعتباره يصف الجوانب المتعلقة بإشكالية البحث مع استخدام الأساليب الإحصائية التي تتلاءم مع طبيعة المنهج وأهمها:

- المتوسط الحسابي
- الانحراف المعياري
- اختبار T
- حساب معامل الارتباط بيرسون (R)

2- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة مهمة في البحث العلمي نظرا لارتباطها بالميدان، من خلالها نتأكد من وجود عينة الدراسة، فالدراسة الاستطلاعية هي دراسة استكشافية تسمح للباحث بالحصول على معلومات أولية حول موضوع بحثه، كما تسمح لنا بالتأكد من صلاحية الوسائل المنهجية المستعملة قصد ضبط متغيرات البحث.

وفي هذه الدراسة أول خطوة قمنا بها وهي توزيع استبيان الصحة النفسية واستبيان التفاعل الاجتماعي على عينة بلغ عددها 20 مراهقا كفيما متمدرسا بمدرسة صغار المكفوفين بالرباح لولاية الوادي.

1-2 أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- الكشف عن علاقة التفاعل الاجتماعي بمستوى الصحة النفسية للمراهقين المعاقين بصريا
- جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول موضوع البحث.

- معرفة ماهية الأدوات والتقنيات المناسبة لإجراء دراستنا.
- مساعدتنا على ضبط فرضيات البحث وما هي التعديلات الواجب إدخالها على هذه الفروض إذا كانت تحتاج إلى تعديلات.

2-2 حدود الدراسة الاستطلاعية:

في كل دراسة يجب تحديد المجال الزمني والمكاني والعنصر البشري كاعتبارات منهجية ضرورية:

- المجال المكاني:

إنّ هذا المجال يحدد النطاق المكاني والجغرافي لأجزاء الدراسة أو المجتمع الذي يجري فيه البحث وقد يتمثل في قرية صغيرة أو كبيرة أو حي من الأحياء السكنية أو في مدينة أو في عدة مدن ويتوقف ذلك على الوقت والجهد والإمكانيات المتوفرة لدى الباحث. (شفيق، 1998، 32).

وقد تم تحديد هذه الدراسة الميدانية من الناحية الجغرافية على مدرسة واحدة وذلك نظرا لكونها المدرسة الوحيدة التي تتكفل بالمكفوفين ببلدية الرباح لولاية الوادي.

- المجال الزمني:

يعتبر المجال الزمني الفترة التي يقضيها الباحث في إجراء الدراسة الميدانية انطلاقا من إعداد الإطار المنهجي وجمع البيانات وتحليلها وصولا إلى النتائج فكانت فترة دراستنا الميدانية كما يلي:

• المرحلة الأولى: تمثلت في اختيار المرحلة الاستطلاعية وبناء الإشكالية ووضع الفرضيات وتحديد أهمية وأهداف الدراسة وجمع المادة العلمية من التراث النظري وكذا تحديد الإطار المنهجي للدراسة من: 01\12\2019 إلى غاية 26\02\2020.

• المرحلة الثانية: في هذه المرحلة كان من المفروض جمع استبيان الصحة النفسية واستبيان التفاعل الاجتماعي على المراهقين المكفوفين المتواجدين بالمدرسة، لكن كان الإعلان عن العطلة يوم 12\03\2020 وغلق المدارس والمؤسسات إلى يومنا هذا.

- المجال البشري:

وهو المجتمع الأصلي للدراسة والذي تم تحديده بأسلوب معين يخدم ويتناسب ويعمل على تحقيق أهداف الدراسة، وبحكم أن بحثنا هو دراسة المراهقين المكفوفين المتمدرسين في ولاية الوادي والبالغ عددهم 20 مراهق بين إناث وذكور.

3- الدراسة الأساسية:

1-3 حدود الدراسة الأساسية:

مكان الدراسة:

مكان الدراسة الأساسي هو نفس مكان الدراسة الاستطلاعية وهي مدرسة صغار المكفوفين المتواجدة ببلدية الرياح لولاية الوادي.

- مدة الدراسة:

كان من المفروض القيام بالدراسة الأساسية في شهر مارس ولكن نظرا للظروف الراهنة لانتشار وباء كوفيد 19 لم نستطع إكمال الدراسة ليومنا هذا.

2-3 عينة الدراسة الأساسية:

تتمثل العينة في اختيار عدد من الأشخاص أو الأحداث نستطيع بفضل ملاحظتنا لهم استخلاص عدة استنتاجات، والعينة عبارة عن مجموعة من الأفراد أو الظواهر التي تشكل مجتمع الدراسة الأصلي، ولقد تم اختيار العينة في بحثنا هذا بطريقة قصدية حسب الاختيار القصدى بالمدرسة لتعليم المكفوفين بولاية الوادي، حيث يقدر عدد أفراد العينة 30 مراهقا كفيما.

لقد تم اختيار مجموعة الدراسة أو العينة حسب طبيعة البحث، وقد تم اختيارها بطريقة قصدية وتُعرف العينة القصدية هي تلك العينة التي تم انتقاء أفرادها بشكل مقصود من قِبَل الباحث نظرا لتوافر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم ولكون تلك الخصائص هي من الأمور الهامة بالنسبة للدراسة، كما يتم اللجوء لهذا النوع من العمليات من العينات في حالة توافر البيانات اللازمة للدراسة لدى فئة محدودة من مجتمع الدراسة الأصلي. (عبيدات، 1999، 96).

3-3 خصائص العينة:

- المرحلة العمرية: تتراوح أعمارهم ما بين 13-21 سنة وتتجلى في بداية مرحلة المراهقة وبداية مرحلة الرشد.

- الجنس: 20 إناث 10 ذكور.

*جدول (01) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس:

الجنس	التكرار
ذكور	10
إناث	20
المجموع	30

*جدول (02) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن:

السن	التكرار
18 - 13	15
21 - 19	15
المجموع	30

4- أدوات جمع البيانات المستخدمة في الدراسة:

إن الاختيار السليم لأدوات جمع البيانات من أهم العوامل التي تؤدي بالباحث للوصول إلى نتائج أفضل وأدق، وهذا الاختيار يتوقف على عدة عوامل كنوع المشكلة وكذا طبيعة التساؤلات، وقد اعتمدنا في هذه الدراسة على استبيانين هما:

1-4 استبيان الصحة النفسية:

ويُعرّف الاستبيان بأنه: " أداة لجمع المعلومات المتعلقة بموضوع البحث عن طريق استمارة معينة تحتوي على عدد من الأسئلة مرتبة بأسلوب منطقي مناسب يجري توزيعها على أفراد عينة البحث للإجابة على بنودها. (عليان، وغنيم، 2000، 82).

وهو استبيان أعده "أبو العيش" ويتكون من (46) فقرة وهو رباعي الأبعاد: (دائما، غالبا، أحيانا، نادرا) وتُعطى الدرجات (1-4) بالنسبة للبنود الايجابية (22) على التوالي:

دائما _____ 4

غالبا _____ 3

أحيانا _____ 2

نادرا _____ 1

وتُعطى الدرجات (1-4) بالنسبة للبنود السلبية (24) على التوالي:

دائماً _____ 1

غالباً _____ 2

أحياناً _____ 3

نادراً _____ 4

2-4 استبيان التفاعل الاجتماعي:

وهو استبيان أعدته نادرة جميل حمد ويتكون من (56) فقرة وهو خماسي الأبعاد (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً) وتُعطى الدرجات (1-5) بالنسبة للبنود الايجابية (30) على التوالي:

دائماً _____ 5

غالباً _____ 4

أحياناً _____ 3

نادراً _____ 2

أبداً _____ 1

وتُعطى الدرجات (1-5) بالنسبة للبنود السلبية (26) على التوالي:

دائماً _____ 1

غالباً _____ 2

أحياناً _____ 3

نادراً _____ 4

أبداً _____ 5

5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة: لمعالجة البيانات التي أسفر عنها البحث الميداني، استخدمنا الأساليب الإحصائية التالية:

1-5 المتوسط الحسابي: تم حساب المتوسط الحسابي بالمعادلة التالية:

$$م = \frac{مج}{س} \quad \text{حيث: } م: \text{المتوسط الحساب}$$

مج: المجموع

س: الدرجة

ن: عدد أفراد العينة

2-5 الانحراف المعياري:

يعتبر الانحراف المعياري من أهم مقاييس التشتت، ويعرف على أنه الجذر التربيعي لمتوسط مربعات القيم عن متوسطها الحسابي، والانحراف المعياري يفيدنا في معرفة توزيع أفراد العينة. (مقدم، 2003 ، 71).

ويحسب بالمعادلة التالية:

$$ع = \sqrt{\frac{مج س - (م^2 ن)}{ن}}$$

حيث: ع = الانحراف المعياري

مج = المجموع

س = الدرجة

ن = عدد أفراد العينة

م = المتوسط الحسابي

3-5 اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات العينات: تم حساب اختبار "ت" بالمعادلة

التالية:

$$ت = \frac{\frac{م_1 - م_2}{\sqrt{\frac{ع_1^2}{ن_1} + \frac{ع_2^2}{ن_2}}}}{\sqrt{1 - \frac{1}{ن}}}$$

$م_1$ = المتوسط الحسابي للعينة الأولى

$م_2$ = المتوسط الحسابي للعينة الثانية

$ع_1$ = الانحراف المعياري للعينة الأولى

$ع_2$ = الانحراف المعياري للعينة الثانية

ن = عدد أفراد العينة

4-5 معامل الارتباط بيرسون:

ن موج س ص - موج س ص

= ر

$$\frac{\sum (n \times \text{موج س ص} - \text{موج س ص})^2}{\sqrt{[\sum (\text{موج س ص})^2 - 2 \times \text{موج س ص} - \text{موج س ص}]}}$$

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى الإجراءات المنهجية للدراسة من خلال التطرق إلى المنهج المناسب، كما تم إجراء دراسة استطلاعية بهدف التأكد من صلاحية أداة الدراسة للتطبيق على عينة الدراسة الأساسية، كما تمت الإشارة إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة لمعالجة الفرضيات، والتي سوف يتم مناقشتها في الفصل اللاحق.

الفصل السادس:

مناقشة الفرضيات

- تمهيد

1- مناقشة الفرضية الأولى

2- مناقشة الفرضية الثانية

3- مناقشة الفرضية الثالثة

4- مناقشة الفرضية الرابعة

خلاصة الفصل

تمهيد:

في ضوء ما تم عرضه في إطار نظري ودراسات سابقة وانطلاقاً من الهدف الرئيسي للدراسة هو: الكشف عن العلاقة بين التفاعل الاجتماعي ومستوى الصحة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصريا المتمدرسين بمدرسة صغار المكفوفين بولاية الوادي، حيث توصلت الدراسة إلى النتائج المتوقعة التالية:

1- مناقشة الفرضية الأولى:

فيما يتعلق بالفرضية الأولى والتي نصت على أنه توجد علاقة بين التفاعل الاجتماعي والرضا عن الذات لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث. حيث نتوقع قبول هذه الفرضية بمعنى وجود علاقة بين التفاعل الاجتماعي والرضا عن الذات، ففقدان أي درجة من الرضا عن الذات يولد الشعور بالنقص ويضعف مفهوم الذات ويقلل من تواصله الاجتماعي.

وتفسير هذه الفرضية يعود إلى الحرمان من حاسة البصر قد يعرض المكفوفين للشعور بالخوف والقلق وفقدان توازنهم النفسي والاجتماعي وحتى الجسمي وهكذا فإن فقدان المراهق المعاق بصريا للرضا عن الذات قد يكون له انعكاسات سلبية عن حاجاته الأخرى الضرورية مثل الحاجة للحرية وتأكيد الذات ويعود ذلك لعدم تعرض المعاقين بصريا لبرامج متخصصة للتدريب على المهارات التي تُنمي مفهوم الذات لديهم.

2- مناقشة الفرضية الثانية:

فيما يتعلق بالفرضية الثانية والتي نصّها على أنها توجد علاقة بين التفاعل الاجتماعي والشعور بالارتياح مع الآخرين لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث. حيث نتوقع قبول هذه الفرضية بمعنى وجود علاقة بين التفاعل الاجتماعي والشعور بالارتياح مع الآخرين لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث.

ويمكن تفسير ذلك بأن الفرد الكفيف ليس كف البصر الذي يُعيق تكيفه بل مواقف الأشخاص المبصرين نحوه التي لها أثر بالغ في تكيفه النفسي والاجتماعي وفي مفهوم الذات لديه وفي طبيعة ظروفه الحياتية وذلك قد يُعرض المعاقين بصريا للشعور بالرهبة وعدم الارتياح في ممارسة نشاطات الحياة اليومية كما أنهم يتعرضون للإساءة أو الإهمال بسبب الإعاقة لديهم وهذا قد يُكون لهم انعكاسات سلبية ومشكلات في التكيف مع الآخرين.

3- مناقشة الفرضية الثالثة:

فيما يتعلق بالفرضية الثالثة والتي نصّت على وجود علاقة بين التفاعل الاجتماعي والقدرة على مواجهة مطالب الحياة لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث. حيث نتوقع قبول هذه الفرضية بوجود علاقة بين التفاعل الاجتماعي والقدرة على مواجهة مطالب الحياة لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث. ويمكن تفسير ذلك بأن المكفوف ليست لديه القدرة على مواجهة مطالب الحياة التي تتضمن الحاجة للأمن والتقبل الاجتماعي، والحاجة إلى الخبرات الجديدة وإشباع الذات، والحاجة إلى النجاح والتقدم والتعبير عن النفس، والحاجة إلى نمو القدرات والتوجيه والإرشاد العلاجي والمهني والأسري والزواج والحاجة إلى تأكيد الذات، ففقدان هذه الحاجات الضرورية قد يؤدي إلى صور شتى من الخجل، والعجز عن إبداء الرأي، والشعور بالانقص فإن ذلك قد يُثير فيهم الخوف من مواجهة مواقف الحياة الواقعية.

4- مناقشة الفرضية الرابعة:

فيما يتعلق بالفرضية الرابعة والتي نصّها وجود علاقة بين التفاعل الاجتماعي والسلامة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث. نتوقع قبول هذه الفرضية التي تنص على وجود علاقة بين التفاعل الاجتماعي والسلامة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث. ويمكن تفسير ذلك أن فقدان أي درجة من السلامة النفسية قد يهدد مجالات الحياة المختلفة، فأعراض المرض النفسي أو العقلي كاضطرابات القلق والاكتئاب والوساوس القهرية وغيرها من الاضطرابات النفسية قد تؤثر سلبا على فاعليته فتولد لديه الشعور بالانقص، ويهز الثقة بالنفس ويضعف مفهوم الذات.

خلاصة الفصل:

من خلال ما سبق من مناقشة الفرضيات والنتائج المتوقعة نستنتج أنه توجد علاقة بين التفاعل الاجتماعي والرضا عن الذات، والشعور بالارتياح مع الآخرين، والقدرة على مواجهة مطالب الحياة، والسلامة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصريا ذكور وإناث.

خاتمة

مما سبق يمكن عرض الجوانب التي اشتملت عليها الدراسة، حيث تناولت موضوع التفاعل الاجتماعي وعلاقته بمستوى الصحة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصريا، وتم تناول أربع محاور والتي تمثل الجوانب التي تقوم عليها الدراسة، والتي تمثلت في: الرضا عن الذات، والشعور بالارتياح مع الآخرين، والقدرة على مواجهة مطالب الحياة، والسلامة النفسية، التي لها أثر بالغ في عملية التفاعل الاجتماعي للمعاقين المراهقين بصريا حسب رؤيتنا.

وفي ضوء النتائج المتوقعة في هذه الدراسة، نُقدم فيما يلي مجموعة من الاقتراحات التي قد تُسهم في الحد من المشاكل التي تواجه المراهقين ذوي الإعاقة البصرية، وتساعدهم على الوصول إلى درجات مقبولة من التفاعل الاجتماعي والصحة النفسية والتي تُمكنهم من التأقلم مع الإعاقة البصرية والتعايش معها:

- الاهتمام بفئة المراهقين بصفة عامة والمراهق المكفوف بصفة خاصة باعتبار مرحلة المراهقة مرحلة حساسة لما يطرأ عليها من تغيرات.
- ضرورة وجود أخصائيين نفسانيين أو اجتماعيين في مختلف مدارس المكفوفين ومراكز التربية الخاصة وذلك لتوجيه المراهقين المكفوفين ومساعدتهم على حل مشكلاتهم النفسية والاجتماعية.
- التوسع في استخدام الإرشاد النفسي لذوي الإعاقة البصرية ومساعدتهم على زيادة الثقة بأنفسهم، مع تخطيط وتنفيذ البرامج الخاصة للصحة النفسية وتوفير خدمات الوقاية والرعاية.
- العمل على زيادة أعداد المدارس الخاصة بالمكفوفين وتعميمها لتشمل كامل الدوائر عوض مركز الولاية فقط.
- ضرورة إجراء المزيد من البحوث والدراسات حول الأوضاع النفسية والاجتماعية والصحية للمكفوفين وخاصة تلك التي تركز على المتغيرات الايجابية لديهم بدل من التركيز على الاضطرابات النفسية أو أوجه القصور والنقص.
- العمل على تأهيل المعلمين والمعلمات في كيفية التعامل مع فئة المراهقين المكفوفين.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

باللغة العربية:

- أحمد كامل سهير (ب، س): الصحة النفسية والتوافق، مركز الإسكندرية للكتاب: القاهرة.
- الببلاوي إيهاب (2001): قلق الكفيف تشخيصه وعلاجه، سلسلة التربية الخاصة، مكتبة زهراء الشرق.
- بطرس حافظ بطرس (2008): التكيف والصحة النفسية للطفل، ط1، دار المسيرة: الأردن.
- بن جابر جودة (2004): علم النفس الاجتماعي، ط1، دار الثقافة والنشر، عمان: الأردن.
- جعيني نعيم حبيب (2009): علم اجتماع التربية المعاصر بين النظرية والتطبيق، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان: الأردن.
- حجازي مصطفى (2001): الصحة النفسية، منظور ديناميكي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة، ط1، المركز العربي الثقافي، الدار البيضاء: المغرب.
- الحديدي منى (2009): مقدمة في الإعاقة البصرية، ط3، دار الفكر: الأردن.
- الحسن إحسان محمد (2005): النظريات المتقدمة دراسة تحليلية في النظريات الاجتماعية المتقدمة، ط1، دار وائل للنشر، عمان: الأردن.
- حلمي منيرة (1978): التفاعل الاجتماعي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة: مصر.
- الخطيب جمال محمد، الحديدي منى صبحي (2009): المدخل إلى التربية الخاصة، ط1، دار الفكر: الأردن.
- خوج حنان أسعد (2010): المبادئ العلمية للصحة النفسية (منظور تربوي خاص)، ط1، مكتبة الرشد للنشر.

- الداھري صالح حسن أحمد (2010): مبادئ الصحة النفسية، ط2، دائر وائل للنشر: الأردن.
- الداھري صلاح الدين (2005): مبادئ الصحة النفسية، ط1، دار وائل للنشر: عمان.
- رسلان شاهين (2009): سيكولوجية الإعاقة العقلية والحسية، مكتبة الأنجلو المصرية: مصر.
- رضوان سامر جميل (2007): الصحة النفسية، ط2، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة: عمان.
- رضوان سامر جميل (2009): الصحة النفسية، ط1، دار المسيرة: الأردن.
- الروسان فاروق (2015): مقدمة في التربية الخاصة، سيكولوجية الأطفال غير العاديين: الأردن.
- زهران حامد عبد السلام (1997): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، عالم الكتب: القاهرة.
- زهران حامد عبد السلام (2005): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط4: القاهرة.
- زهران حامد عبد السلام (2005): علم النفس والطفولة والمراهقة، ط5، جامعة عين شمس: مصر.
- الشاذلي محمد عبد الحميد (1999): الصحة النفسية سيكولوجية الشخصية، المكتب العلمي: الإسكندرية.
- شحاتة محمد (2006): أصول الصحة النفسية، ط1، دار الكندي للنشر والتوزيع.
- الشريف عبد الفتاح عبد المجيد (2011): التربية الخاصة وبرامجها العلاجية، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية: القاهرة.
- شفيق محمد (1998): البحث العلمي والخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث: الإسكندرية.

- الضبع عبد الرحمان فتحي (2008): المعاقون بصريا رؤية جديدة للحياة ودراسة البعد المعنوي للشخصية المعنوية، ط2، العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
- عبد الباري إسماعيل (1980): أسس علم الاجتماع، دار المعارف، ط2: القاهرة.
- عبد الجواد أحمد رأفت (1983): مبادئ علم الاجتماع، مكتبة نهضة الشرق، جامعة القاهرة: مصر.
- عبد الله محمد قاسم (2001): مدخل إلى الصحة النفسية، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر: عمان.
- عبيدات محمد (1999): منهجية البحث العلمي، القواعد والمراحل والتطبيقات، ط2، دار الوائل: الأردن.
- العزة سعيد حسني (2002): المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة المفهوم- التشخيص- أساليب التدريس، ط1، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع: عمان.
- عليان يحي مصطفى، غنيم عثمان محمد (2000): مناهج وأساليب البحث العلمي النظرية والتطبيق، دار الصفاء: الأردن.
- غريب عبد السميع (2009): علم الاجتماع، مفهومات، موضوعات، دراسات، مؤسسة شباب الجامعة: مصر.
- فرغلي فوزي محمود (2004): الكيف والاحتياجات الخاصة، إدارة الطرق التربوية: القاهرة.
- فهمي مصطفى (1995): الصحة النفسية " دراسات في سيكولوجية التكيف "، ط3، الناشر مكتبة الخانجي: القاهرة.
- فوزي إيمان (2001): في الصحة النفسية، ط1، مكتبة زهراء الشرق: القاهرة.
- قايد جمال عطية (2009): سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ومتعددة المتطلبات والتربية لرعايتهم، دار الجامعة الجديدة: الإسكندرية.

- قشطة عبد الحليم (1981): **الجماعات والقيادة**، دار الكتب للطباعة والنشر: جامعة الموصل.
- القوسي عبد العزيز (1952): **أسس الصحة النفسية**، ط4، مكتبة النهضة المصرية: القاهرة.
- مرسي كمال إبراهيم (1997): **مدخل إلى علم الصحة النفسية**، ط1، دار العلم: الكويت.
- مصباح عامر (2005): **علم الاجتماع الرواد والنظريات**، شركة دار الأمة للطباعة والنشر والتوزيع: الجزائر.
- مقدم عبد الحفيظ (2003): **الإحصاء والقياس النفسي التربوي**، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية: الجزائر.
- نبيه إبراهيم اسماعيل (1980): **دراسة لبعض العوامل النفسية المرتبطة بالصحة النفسية لدى طلاب الجامعة**.
- نوري القمش مصطفى، المعاينة خليل عبد الرحمان (2007): **سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة: مقدمة في التربية الخاصة**، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع: عمان.
- المجلات:**
- الشواشرة عمر، جيت طارق (2016): **مستوى الصحة النفسية لدى عينة من القاصرات السوريات المتزوجات**، *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، مجلد 13، عدد 2017، 3، 275-290.
- عواد أحمد أحمد، شريت أشرف (2002): **تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين بصريا**، بحث منشور، *مجلة التربية المعاصرة*، العدد 61، مجلة علمية محكمة تصدر عن رابطة التربية الحديثة.
- يوسف جيهان (2000): **تحديد حجم كف البصر**، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، *النشرة الدورية*، العدد 61، السنة 2017: مصر.

المذكرات:

- بخوش نورس، حميداني خرفية(2015): جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طالبات جامعة زيان عاشور (دراسة ميدانية في ظل بعض التغيرات)، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس تخصص علم النفس التربوي، الجلفة: الجزائر.
- بن ساحة مصطفى (2012): القيم الدينية والتفاعل الاجتماعي، دراسة ميدانية لطلبة الشريعة الإسلامية بالمركز الجامعي غرداية، مذكرة شهادة الماجستير في تخصص: علم الاجتماع التربوي الديني، جامعة غرداية: الجزائر.
- جنان رزيقة (2015): الفاعلية الذاتية لدى المراهقين المكفوفين، دراسة عيادية لخمس حالات من 14 إلى 17، مذكرة ماستر، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر.
- رحمانى رفيق (2015): الصحة النفسية لدى الشخصية الوسواسية القهرية دراسة عيادية لحالتين، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، جامعة الدكتور مولاي الطاهر، سعيدة.
- رزقي رشيد (2011): الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي تخصص: علم نفس الصحة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية، باتنة.
- عبادة لطيفة (2014): التفاعل الاجتماعي وعلاقته بالتحصيل الدراسي عند التلاميذ دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ رابعة متوسط بمتوسطة الشيخ المقراني، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم الاجتماع التربوي، جامعة الوادي: الجزائر.
- عبد القادر نسيبة الطيب محمود (2012): الصحة النفسية لدى أمهات المعاقين عقليا بمعهد الفرسان الإرادة وعلاقته ببعض المتغيرات، بحث تكميلي لنيل درجة البكالوريوس مرتبة الشرف في علم النفس، كلية الآداب، جامعة الخرطوم.
- هنودة علي (2013): التفاعل الاجتماعي وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى بعض تلاميذ التعليم الثانوي الأقسام النهائية بثانوية الشهيد بادي مكي بزربية الوادي - بسكرة -

نموذجاً، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس تخصص: علم النفس الاجتماعي، بسكرة: الجزائر.

المراجع الأجنبية:

- Kauffman, J. M. & Hallahan D.P (2003): Exceptional children: introduction To special Education, prentice – Hall, Inc. Engle wood cliffs; New Jersey, Hall.
- stevebruce and steve yearly: the sage Dictionary of sociology. Sage publications.uk.2006.p156.
- Vaugh, B. G, Azria, U. R, Krzysik, L. and Kazura, K. L. (2000) Friendship and social competence in a sample of preschool Children Attending Head start. Developmental Psychology, vol. 36. No(3). pp326- 338.
- Youngers. V. & Jill. W. (2006): A Guide to Independence For the visually Impaired and their Families. Medical Pub. Prentice Hall.

الملاحق

جامعة الشهيد حمه لخضر بالوادي

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم العلوم الاجتماعية

استبيان الصحة النفسية

أبو العيش

البيانات العامة:

من فضلك أملأ الفراغات وضع الخيار المناسب في المكان المناسب بوضع علامة (X) حول الخيار المناسب.

أنثى

ذكر

الجنس:

العمر:

المستوى الدراسي:

التعليمة:

في إطار إنجاز مذكرة لنيل شهادة الماستر في تخصص تربية خاصة، نرجو من حضرتكم مساعدتنا في هذا البحث العلمي وذلك بإعطاء إجابتك على هذا الاستبيان، حيث نطلب منك وضع علامة (x) أمام الخيار المناسب لك والذي يتطابق مع رأيك. أجب عن كل العبارات وتأكد بأن إجابتك ستوظف لأغراض علمية، وتبقى موضع سرية، وشكرا لك مسبقا.

الرقم	العبارات	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا
1	أشعر بالأمن				
2	أشعر بالارتياح				
3	أشعر بالرضا				
4	أتقبل الواقع مهما كان				
5	أسعى لتعديل الواقع الحالي				
6	أستمتع بالأعمال التي أقوم بها				
7	أنا واثق بنفسي				
8	أتقبل حدودي و قدراتي				
9	استسلم للفشل				
10	أمارس الضبط الذاتي				
11	أنا واقعي عند تخطيطي لمستقبلي				
12	أتحلى بالصبر في مواجهة مشكلاتي				
13	أتحلى بالهدوء في مواجهة مشكلاتي				
14	أعتزل الناس و أعيش وحدي مع مشكلاتي و إحباطاتي				
15	أشعر بالوحدة حتى أثناء و جودي مع الآخرين				
16	أجد صعوبة في التحدث مع الناس				
17	أتعامل مع الآخرين بطريقة غير ملائمة				
18	أشعر بالسعادة مع الآخرين				
19	أحتفظ بصداقاتي الناجحة				
20	تربطني مع الآخرين علاقة دافئة				
21	أوفي بالالتزامات الاجتماعية				
22	أثق في قدراتي على بلوغ أهدافي وحل مشكلاتي				
23	أسعى لتجاوز الأزمات و تحقيق التفوق في حياتي				

				يمكنني مواجهة مطالب الحياة والتغلب على مشكلاتها	24
				أتحمل المسؤوليات الملقاة على عاتقي	25
				أستفيد من تجارب الآخرين في حل مشكلاتي	26
				أتمتع بالقدرة على العمل و الإنجاز	27
				أعاني من القلق المبالغ فيه دون مبرر	28
				أنفعل بسرعة	29
				أشعر بالاضطراب الداخلي	30
				يبتابني قلق غير عادي على أشياء ليست ذات أهمية	31
				أشعر بالخوف في الأماكن المفتوحة	32
				أشعر بالخوف عندما أخرج من المنزل بمفردي	33
				أشعر بالخوف عند رؤية بعض الحيوانات التي هي في الأصل غير مخيفة	34
				أخاف من الخروج في الظلام	35
				مزاجي متقلب دون مبرر	36
				أشعر بالكآبة	37
				أنا متشائمة	38
				أشعر بأني بحاجة ماسة للبكاء	39
				تسيطر علي أفكار وسواسيه	40
				تطاردني الأفكار المزعجة	41
				أسمع أصوات لا يسمعها أحد غيري	42
				أرى أشياء لا يراها أحد غيري	43
				أعاني من التشتت في الانتباه	44
				أعاني من الأرق	45
				تتابني مشاعر الذنب و تأنيب الضمير	46

جامعة الشهيد حمه لخضر بالوادي

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم العلوم الاجتماعية

استبيان التفاعل الاجتماعي

نادرة جميل حمد

البيانات العامة:

من فضلك أملأ الفراغات وضع الخيار المناسب في المكان المناسب بوضع علامة (X) حول الخيار المناسب.

الجنس: ذكر أنثى

العمر:

المستوى الدراسي:

التعليمة:

في إطار إنجاز مذكرة لنيل شهادة الماستر في تخصص تربية خاصة، نرجو من حضرتكم مساعدتنا في هذا البحث العلمي و ذلك بإعطاء إجابتك على هذا الاستبيان، حيث نطلب منك وضع علامة (X) أمام الخيار المناسب لك والذي يتطابق مع رأيك. أجب عن كل العبارات وتأكد بأن إجابتك ستوظف لأغراض علمية، وتبقى موضع سرية، وشكرا لك مسبقا.

ت	الفقرات	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
1	أجد صعوبة في المناقشة أو التعبير عن أفكارى أمام الآخرين					
2	اشعر بالسرور لمخالطة الناس وتبادل الحديث معهم					
3	استمتع بتبادل المزاح والدعابة مع الآخرين					
4	أفصح للآخرين عن رغباتى الشخصية وأمنياتى الخاصة					
5	أفضل الانفراد بنفسى عندما أمر بأزمة					
6	أتضايق عندما يراقبنى آخرون أثناء قيامى بعملى					
7	أتضايق من كونى بلا أصدقاء					
8	أكون علاقات ايجابية مع الآخرين بسهولة					
9	أفضل كتم مشاعرى نحو الآخرين					
10	امتدح الآخرين عند قيامهم بعمل مميز					
11	لا اهتم بالاستماع للآخرين عندما يحدثونى عن مشكلاتهم الخاصة					
12	أقبل نقد الآخرين لى برحابة صدر					
13	استضيف أصدقائى ومعارفى فى بيتى أو فى أماكن الاستضافة					
14	أبادر الآخرين بالتحية أو الحديث					
15	أقدم تنازلات للآخرين للحفاظ على علاقتى بهم					
16	أتضايق من وجودى فى الحفلات أو النشاطات الترفيهية					

					أبادر بإعادة علاقتي المقطوعة بالآخرين	17
					أحدث الآخرين عن خلافاتي مع أفراد أسرتي	18
					أتجنب الحديث في الأمور الشخصية خوفاً من سخرية الآخرين	19
					أطيل النظر إلى محدثي أثناء تبادل الحديث.	20
					أشعر بالحاجة إلى الاندماج بالناس عندما أمر بأزمة.	21
					أتضايق من تفوق الآخرين عليّ	22
					أصغح عن الآخرين عندما يسيئون إلي	23
					أبتادل الزيارات مع جيرانني ومعارفي	24
					أحدث الآخرين عن ذكرياتي المؤلمة	25
					أحظر المناسبات الاجتماعية من أجل تقديم التهنئة أو المواساة للآخرين	26
					أتكيف بسهولة مع المواقف الاجتماعية الجديدة	27
					أبوح بمشاعري نحو الآخرين مهما كان نوعها	28
					أجد صعوبة في الاختلاط بالآخرين وتكوين علاقات معهم	29
					أطلع الآخرين على المخاوف التي تتناوبني والأفكار التي تقلقني	30
					أتردد في مقابلة الأعراب والشخصيات المهمة أو التحدث إليهم	31
					لا أستطيع نسيان إساءة الآخرين لي	32
					أتردد في الإجابة عن استفسارات الآخرين أو إرشادهم إلى هدفهم	33

					أصغي باهتمام للآخرين عندما يحدثونني عن مشكلاتهم الخاصة	34
					انتسب إلى الأندية أو المنظمات الاجتماعية	35
					أتبادل الحديث مع الآخرين أثناء السفر	36
					أتضايق من قضاء وقت الفراغ بمفردي	37
					أحرص على جلوسي منفردا في الأماكن العامة أو أماكن الانتظار	38
					أفضل العمل مع الآخرين على العمل بمفردي	39
					أرفض الكشف عن الأمراض أو المشكلات الصحية التي أعاني منها	40
					أتضايق من نقد الآخرين لي	41
					أطلب رأي الآخرين ومشورتهم عندما تواجهني مشكلة	42
					أكشف عن معتقداتي وأرائي الدينية	43
					أحدث الآخرين عن المشكلات أو الصعوبات الاقتصادية التي تواجهني	44
					لا أعيد علاقتي المقطوعة بالآخرين ما لم يبادروا هم بإعادتها	45
					أخجل من الاندماج بالآخرين إذا كانت معرفتي بهم حديثة	46
					أتمسك برأيي إذا كان مخالف لرأي الأغلبية	47
					أبادر بتقديم التبرعات والهدايا	48
					أمتنع عن ذكر المواقف المحرجة التي تصادفني في حياتي اليومية	49