

الموضوع:

الدمج وعلاقته بتحسين جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث تخصص التربية الخاصة
والتعليم المكيف

إشراف
أ د - ممادي شوقي

إعداد الطالب:
ابراهيم شيباني

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة	الصفة
مصطفى منصور	أستاذ	جامعة الوادي	رئيسا
شوقي ممادي	أستاذ	جامعة الوادي	مشرف ومقرا
عبد الفتاح أبي مولود	أستاذ	جامعة ورقلة	ممتحنا
بوبكر دبابي	أستاذ	جامعة ورقلة	ممتحنا
ابتسام بنين	أستاذ محاضر - أ -	جامعة الوادي	ممتحنا
إسماعيل بن خليفة	أستاذ محاضر - أ -	جامعة الوادي	ممتحنا

السنة الجامعة 2023/2024

كلمة شكر

الحمد لله الذي تتم بفضل الصالحات حمدا يليق بجلال وجهه وعظيم سلطانه ثم الصلاة والسلام على سيدي رسول الله صلاة تليق بمقامه عند ربه.

الحمد والشكر لله وحده الذي يسرنا ويسر لنا كل السبل لإتمام هذا العمل والجهد العلمي الذي نحتسبه طاعة لله وخدمة للإنسانية جمعاء.

من لا يشكر الناس لا يشكر الله سبحانه، فكل الشكر للأستاذ الفاضل

البروفيسور شوقي ممادي الذي شرفنا بالإشراف على هذا العمل وتشرفنا بالعمل

معه، والشكر موصول إلى كل من ساهم في انجاح هذا البحث ولو بكلمة او تحية من أساتذتنا ودكاترتنا الافاضل الذين استفدنا كثيرا من توجيهاتهم وتصويباتهم.

وكل الشكر للأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة وذوي الإعاقة البصرية

الذين نحسب انهم اساس هذا الجهد وهدفه.

وكل من قدم لنا الدعم العلمي والتقني والعلمي والنفسي حتى الوصول إلى هذا

العمل المتواضع.

ابراهيم شيباني

الأهداء

الحمد لله وحده والصلاة والسلام على من لا نبي بعده.

أهدي هذا الجهد المتواضع إلى أرواح هالذالت ترفرف لا تفارق محيّانا

لم يفطنا عنها بعد الزمن ولا غيابة الأجساد منهم

(أبي وأختي) عليهم رحمة الله جميعا.

كما أهدي هذا الجهد إلى كل من تعلمنا على يده طيلة حياتنا من

معلمينا وأساتذتنا،

وكل من كان سندا لنا (أمي إختوتي زوجتي أبنائي).

وإلى كل زملائنا وأصدقائنا الذين تشرفنا بمعرفتهم

طيلة مشوارنا الدراسي.

المخلص:

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية بصفة عامة، وكذا الكشف عن وجود علاقة بين سياسات الدمج المختلفة وتحسين مستوى جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية ولتحقيق هذه الاهداف اتبع الباحث المنهج الوصفي بأسلوبيه لاستكشافي والارتباطي، لأنه الانسب لهته الدراسة، وقد اعتمد الباحث على العديد من الادوات البحثية والاحصائية منها مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WOQOL.BREF) المقنن عن البيئة الجزائرية، والمقابلة العيادية.

تم الدراسة بولاية الوادي وتم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية، كما تم البرنامج الاحصائي spss لحساب النتائج، كما استعمل الباحث عدة أساليب إحصائية منها المتوسط الحسابي والانحراف المعياري واختبار (T) ومعامل الارتباط ثنائي الاصيل ومعامل الارتباط فأبي ومعامل بيرسن وسييرمان. وكانت نتائج الدراسة كالتالي:

- مستوى درجة جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية متباين بين المستويات الثلاثة منخفض/متوسط/ مرتفع

- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين متغير الدمج(دمج/ غير مدمج) ومستوى جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير الدمج (مدمج/ غير مدمج) لصالح المدمجين .

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير ميدان الدمج(تعليمي / مهني/ اجتماعي) .

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير زمن الإعاقة(منذ الولادة/ مكتسبة) .

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير الجنس(ذكور / إناث).

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير درجة الإعاقة (إعاقة كلية / إعاقة جزئية).

الكلمات المفتاحية: ذوي الإعاقة البصرية، الدمج، جودة الحياة، الدمج.

الملخص باللغة الإنجليزية:

This study aims to reveal the level of quality of life among people with visual impairment in general, as well as to reveal the existence of a relationship between different integration policies and improving the level of quality of life among people with visual impairment. To achieve these goals, the researcher followed the descriptive approach in both exploratory and correlational styles, because it is most appropriate for this study. The researcher relied on many research and statistical tools, including: The short scale of quality of life issued by the World Health Organization (WOQOL.BREF) standardized for the Algerian environment, and the clinical interview.

The study was conducted in the state of El-Oued, and the study sample was chosen in a purposive manner. The SPSS statistical program was used to calculate the results. The researcher also used several statistical methods, including the arithmetic mean, standard deviation, T-test, bi-origin correlation coefficient, Phi correlation coefficient, Pearson coefficient, and Sipperman coefficient. The results of the study were as follows:

- The degree of quality of life for people with visual impairment is between the three lowest/medium/highest
- There is a statistically significant correlation between built-in diversity (built-in/non-built-in) and the level of quality of life for people with visual impairment.
- There are statistically significant differences in the level of quality of life between people with visual impairment, due to the variable of integration (social/non-integration) of the two communications.
- There are no statistically significant differences in the level of quality of life between people with disabilities and people with disabilities, due to the variable of the field of integration (education / unified / two meetings, two cooperation meetings).
- There are no statistically significant differences in the level of quality of life among people with visual impairment, due to the variable of the time of disability (since birth/acquired). People with visual impairment since birth.
- There are no statistically significant differences in the level of quality of life among people with visual impairment due to the variable gender (males/females).
- There are no statistically significant differences in the level of quality of life among people with visual impairment due to –the variable degree of disability (total disability/partial disability).

Keywords: People with visual impairment/ Quality of life / Merger.

فهرس المحتويات:

الصفحة	المحتويات
أ	كلمة شكر
ب	إهداء
ج	الملخص
د	فهرس المحتويات
هـ	فهرس الجداول
و	فهرس الأشكال
1	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: مشكلة الدراسة واعتباراتها	
7	1- إشكالية الدراسة:
13	2- الدراسات السابقة:
21	3- أهمية الدراسة:
23	4- أهداف الدراسة:
24	5- فرضيات الدراسة:
25	6- التعريف الإجرائي لمصطلحات متغيرات الدراسة:
26	7- مبررات اختيار الموضوع:
الفصل الثاني: الدمج	
29	تمهيد:
29	1- التطور التاريخي لمفهوم الدمج
31	2- تعريف الدمج :
33	3- أنواع ومجالات الدمج :
52	4- شروط نجاح سياسات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة:
54	5- السياسة الجزائرية في دمج ذوي الاحتياجات الخاصة:
56	6- إجابيات دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة:

57	7- سلبيات دمج الاشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة :
58	8- مشكلات دمج ذوي الإعاقة البصرية في الأوساط التعليمية :
60	9- الدراسة السابقة:
62	خلاصة الفصل:
الفصل الثالث: جودة الحياة	
64	تمهيد:
64	1- التطور التاريخي لمصطلح جودة الحياة (QOL):
65	2- مفهوم جودة الحياة:
67	3- تعريف جودة الحياة لغةً واصطلاحاً:
72	4- بعض النماذج المفسرة لجودة الحياة:
76	5- الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة:
78	6- أبعاد جودة الحياة :
82	7- قياس مستوى جودة الحياة:
84	8- جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة:
94	خلاصة الفصل:
الفصل الرابع: جهاز الرؤية والإعاقة البصرية	
96	تمهيد:
96	1- تشريح العين ووظائفها:
103	2- الإعاقة البصرية:
105	3- تصنف ذوي الإعاقة البصرية:
108	4- أسباب الإعاقة البصرية:
116	5- تشخيص الإعاقة البصرية:
118	6- آثار الإعاقة البصرية على مظاهر النمو المختلفة.
121	7- خصائص ذوي الإعاقة البصرية.
124	8- الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة البصرية:
128	9- المعاش النفسي لذوي الإعاقة البصرية:

133	10- أسرة ذوي الإعاقة البصرية:
136	11- الوقاية من الإعاقة البصرية:
138	خلاصة الفصل:
الجانب الميداني	
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة	
141	تمهيد:
141	1- الدراسة الاستطلاعية:
153	2- الدراسة الأساسية:
164	خلاصة الفصل:
الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
166	1- عرض ومناقشة نتائج الدراسة:
190	2- تفسير ومناقشة عامة لنتائج الدراسة:
195	قائمة المصادر والمراجع:
204	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
77	جودة الحياة من وجهات نظر مختلفة	01
77	مجالات جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية.	02
81	ابعاد جودة الحياة	03
83	مجالات جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية.	04
143	مجالات جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية.	05
143	أبعاد جودة الحياة والبنود المخصصة لها	06
145	حساب الثبات للمقياس عن طريق التجزئة النصفية	07
146	الثبات للمقياس بطريق الفا كرنباخ.	08
146	الصدق بالمقارنة الطرفية	09
147	حساب الاتساق الداخلي للفقرات	10
157	خصائص وتوزيع أفراد عينة الدراسة	11
157	توزيع العينة حسب ميدان الدمج	12
158	توزيع أفراد العينة حسب درجة الإعاقة	13
159	توزيع أفراد العينة حسب الوضعية الاجتماعية:	14
160	توزيع أفراد العينة حسب زمن حدوث الإعاقة:	15

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
36	توزيع البدائل التربوية الخاصة.	01
50	خطوات الدمج المهني.	02
72	نموذج لاوتن	03
75	نموذج رايف لإبعاد جودة الحياة	04
98	التركيب التشريحي والوظيفي للعين	05
98	التركيب التشريحي والوظيفي للعين.	06
103	التركيب التشريحي والوظيفي للعين	07
158	توزيع العينة حسب ميدان الدمج	08
158	توزيع العينة حسب درجة الإعاقة	09
159	توزيع العينة حسب الوضعية الاجتماعية	10

قائمة المختصرات

Dusm5	الدليل الاحصائي التشخيصي الخامس
QOL	جودة الحياة
WHO	منظمة الصحة العالمية
WHOQL BREF	مقياس جودة الحياة المختصر
SPSS	برنامج الحزم الإحصائية

مقدمة:

تحتفل هيئة الأمم المتحدة منذ عام 2013 باليوم العالمي للسعادة في 20 مارس من كل عام واعتبرت السعي إلى تحقيق السعادة هو هدف أساسي ومن حقوق الإنسان الإحساس بالسعادة والسرور وهو أمر يتعلق أكثر برضا الفرد عن مستوى جوده حياته ولن يتحقق هذا الرضا دون التمتع بدرجة من الإحساس بالصحة والرفاهية، ويصدر تقريراً عالمياً للسعادة من إعداد شبكه الأمم المتحدة لحلول التنمية المستدامة ولقد أقرت ذات المنظمة بأنه لا توجد صحة للفرد بمعزل عن الصحة النفسية فالصحة كمال بين الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من المرض أو الخلو من العجز أو العوق، كما وصفتها بأنها حالة العافية التي يحقق فيها الفرد قدراته الخاصة، وحالة من التوافق والتصالح الداخلي التي تمكنه من العمل والإنتاجية والوظيفة الفعالة والتي يمكنه من خلالها المساهمة في بناء مجتمعه، إن هذا الإحساس الإيجابي بالصحة النفسية هو القاعدة والأساس في بناء الفرد والمجتمع ويتوافق هذا المفهوم الجوهرى للصحة النفسية مع مجالات متفاوتة من التفسيرات في مختلف الثقافات(منظمة الصحة العالمية، 2005).

كما تجدر الإشارة إلى أن مفهوم جودة الحياة يعد من المفاهيم الحديثة في علم النفس، حيث ظهر في الدراسات النفسية والاجتماعية والاقتصادية والطبية، ولقد عرف راييف وآخرون(2006) جودة الحياة بأنها الإحساس بحسن الحال والذي يتحدد بالدلائل السلوكية التي تترجم ارتفاع مستوى رضا الفرد عن ذاته وحياته، والاستقلالية في تحديد مسار حياته، والسعي إلى تكوين علاقات اجتماعية ناجحة ومتبادلة مع الآخرين كما يرتبط ذلك بالشعور العام بالسعادة والطمأنينة.

وعرفت منظمه الصحة العالمية جوده الحياة بأنها إدراك الفرد لوضعه المعيشة في سياق أنظمة ثقافية وقيم المجتمع الذي يعيش فيه وعلاقة هذا الإدراك بأهدافه وتوقعاته ومستوى اهتمامه، من التعاريف السابق نستنتج أن جوده الحياة ليست معناها الخلو من الأمراض ولكنها حاله أكثر ايجابيا تبدو في الصلاحية الجسمية والانفعالية والاجتماعية ومنظمه

اليونسكو تعتبر جوده الحياة مفهوما شاملا يضم كاهه جوانب الحياة كما يدركها الفرد، ويستخدم مصطلح جودة الحياة أيضا وبصفة عامة في تقييم الرفاه العام للأفراد والمجتمعات، ويتداول هذا المصطلح في مجموعه واسعة من السياقات بما في ذلك مجالات (التنمية المستدامة والخدمات العامة الرعاية الصحية والعلوم والسياسية وغيرها)

وأیضا تهتم ذات الهيئة بقياس مستوى جوده حياه ورفاهية الشعوب في العالم وتصدر تقريرا سنويا مؤشر التنمية البشرية منذ عام 1990 بواسطة برنامج التطوير للأمم المتحدة بغرض تنمية الدول وتحسين أوضاع المواطنين من خلال رفع جوده الخدمات الأساسية، وزيادة الناتج المحلي وتوزيع الثروة، بالإضافة إلى الدخل القومي الإجمالي للفرد، وأيضا تحسين مستوى تعليم الشباب وجودة حياتهم والاستفادة من الخدمات الصحية والرعاية الطبية. ويؤكد الأشول (2005) أنه نادرا ما يحظى مفهوم ما بالتبني الواسع على مستوى الاستخدام أو الاستخدام العلمي العام في حياتنا اليومية وبهذه السرعة مثلما حدث لمفهوم جودة الحياة ومن هنا أدرك الباحث أهمية موضوع هذه الدراسة بالإضافة إلى تزايد النداءات الإنسانية والأصوات الحقوقية من الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة أنفسهم أو أسرهم ومنظماتهم، أملا منهم في رفع مستوى جودة حياتهم، أيضا يرى الباحث أن قياس جودة حياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر في هذه الآونة له أهمية كبيرة إنسانية وحقوقية وتنموية تستوجب الاحترام، وتستحق بذل الجهد العلمي والمعرفي من أجل الوقوف عليها كما أن الموضوع من منظور عصري لا يزال من جملة الموضوعات الحيوية التي لم تستحوذ بعد على اهتماماتها كافية من الباحثين أو في الدراسات والبحوث سواء العالمية أو العربية أو المحلية وهذه حقيقة ما توصلنا له من خلال الاطلاع على التراث الادبي والإنساني في هذا المجال .

لذا فإن أساس التعامل مع الشخص المعاق يجب أن يتعدى بالعلاقة من مجرد كونها علاقة علاجية فقط إلى مساعدته على إبراز وتفجير قدراته وإمكاناته وإعتاقها قصد توظيفها فيما يناسبه ولا تكتفي بتوفير الأكل والملبس والدواء ومكان النوم لهم فالإعاقة ليست ذلك

العجز والقصور الوظيفي الذي يكبح إبداع الشخص وهي عموماً لن تشكل عقبة في جسم من يعانيتها بقدر ما هي عقبة في نفس من ينكرون على هذه الفئات إمكانية إعادة تعليمها وتدريبها وتأهيلها ودمجها لتأخذ مكانتها ودورها في النسيج الاجتماعي .

نتيجة لذلك يلح الكثير من ذوي الاحتياجات الخاصة وآباءهم والجمعيات والهيئات الدولية والوطنية على ضرورة الاهتمام أكثر بهم كأفراد وبكل الفروق الفردية بين هذه الفئات فظهر التعليم الخاص أو ما يسمى بالتعليم المكيف إلى أن تطور المفهوم ليشمل كل التلاميذ الذين لهم عجز جسدي أو حركي أو ضعف حسي أو تأخر عقلي ليدخل بذلك مفهوم جديد في قاموس التربية وهو ذوي الاحتياجات الخاصة .

وتعد الإعاقة البصرية الأوفر حظاً من بين الإعاقات الأخرى من ناحية الاهتمام بها فهي من أوائل الإعاقات التي كانت لها مؤسسات خاصة .

ولم تنتهي هنا طريقة دمج المعاقين بصرياً في المجتمع بل تعدى ذلك إلى أن تم إصدار قرارات حديثة تقر بدمج المعاقين بصرياً داخل صفوف المدارس والمؤسسات وتماشياً مع الواقع المعاش لهذه الفئة، ومن خلال كل هذا الاهتمام العالمي المتنامي وبدافع الاهتمام العلمي الشخصي اختار الباحث موضوع جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية وتم ربطه بمتغير الدمج بكل مجالاته باعتباره السبيل الأنجع الذي يمكننا من تسطير سياسات فعالة تساهم في الرقي بهذه الشريحة من المجتمع، أما فيما يخص عينة الدراسة فتتمثل في فئة من ذوي الإعاقة البصرية والذين لم يسبق ان حظيو باهتمام الدراسات والبحوث العالمية والعربية والمحلية وتم اختيار وتحديد عنوان الدراسة التالي (الدمج ودوره في تحسين مستوى جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية) كما تم تحديد عدة أهداف للدراسة منها: قياس مستوى جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية، محاولة معرفة العلاقة بين الدمج بشتى مجالاته وجودة الحياة، محاولة الغوص في عالم ذوي الإعاقة البصرية واستبصار مدى تمتعهم بالحياة، محاولة إبراز مواهب ذوي الإعاقة البصرية وتحدياتهم وتجاربهم الناجحة محلياً وإقليمياً وعالمياً، ولذلك فضل الباحث الاعتماد على المنهج الوصفي وهو

الأنسب لموضوع البحث، والذي نحاول من خلاله تبسيط الإشكالية بطرح جملة من التساؤلات أهمها.

- ما مستوى جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية؟.

- ماهي علاقة الدمج بتحسين جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية؟

لنتطرق في فصول الدراسة بالتحليل المعمق لمصطلحات الدراسة /الدمج/جودة الحياة/ الإعاقة البصرية.

ونتطرق في الجانب التطبيقي والميداني بدأ بالدراسة الاستطلاعية قصد الاطلاع على ميدان الدراسة والحدود الجغرافية والاجتماعية واختيار أدوات الدراسة خاصة مقياس جودة الحياة الذي مر بعدة مراحل علمية بغية تقنيته وحساب الخصائص السيكومترية والتأكد من صلاحيته وإمكانية تطبيقه مع عينة الدراسة، لننتقل إلى الدراسة الأساسية ومما ساعد في إجراء الدراسة هذه وجود عدة مؤسسات تربوية وصحية مهتمة بذوي الإعاقة البصرية مثل مدرسة المكفوفين بالرباح ومستشفى وطب العيون كوبا بالوادي، وجمعيات ونوادي مهتمة بنشاط ودمج ذوي الاحتياجات الخاصة مثل نادي بسمة بجامعة الوادي وجمعة أحب وطني بالنخلة وجمعية الكئبان بالعقلة، وتمت الاستعانة بأفراد ذوي إعاقة بصرية وكذا معلمي تربية خاصة ومستشارين تربويين ومختصين نفسانيين، وبعد جمع المعلومات والبيانات وتفريغها ومعالجتها ببرنامج (spss)، تم عرضها في الفصل الرابع في جداول قراءات معلق عليها انطلاقا من التراث العلمي البشري في هذا الميدان وتختتم الدراسة بتقديم إستخلاصات واقتراحات وتوصيات هامة يمكن من خلالها رسم سياسات دمج ذوي الإعاقة البصرية بصفة خاصة وذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة وتقديم اقتراحات وتساؤلات يمكن إن تكون مشاريع بحث مستقبلية.

الجانب النظري

الفصل الأول: مشكلة الدراسة واعتباراتها

- 1- مشكلة الدراسة
 - 2- الدراسات السابقة
 - 3- أهمية الدراسة
 - 4- أهداف الدراسة
 - 5- تساؤلات الدراسة
 - 6- التعريف الإجرائي لمصطلحات متغيرات الدراسة
 - 7- مبررات اختيار الموضوع
- خلاصة الفصل

1- إشكالية الدراسة:

تولي الدول والمنظمات الدولية اهتماما بالغا للتكفل بفئات ذوي الاحتياجات الخاصة وتعليمهم وتعدى هذا الاهتمام من التكفل وتوفير الحاجيات الأساسية من مأكّل وملبس ودواء وأماكن الرعاية الخاصة إلي تمكينهم من ممارسة حياتهم اليومية بشكل عادي ومتكافئ مع الآخرين في بيئة مساعدة ومنفتحة على الجميع، وسنت لهم الشرائع والقوانين التي تحميهم وتضمن لهم ذلك، وفرت لهم البرامج والبحوث والآليات والوسائل التي تسهل عليهم ذلك، وأنشأت المؤسسات التعليمية والتربوية والتأهيلية التي تمكنهم من ذلك، وأحدثت هيئات متخصصة تسهر على تمكينهم من حقوقهم.

كما زائد الاهتمام عالميا وإقليميا ومحليا بدراسة ورصد وقياس مفهوم جوده الحياة لدى جميع المواطنين بصفة عامة والمواطنين ذوي الاحتياجات الخاصة بالخصوص، وفي السنوات الأخيرة هناك تنامي واضح في الاهتمام العلمي والقانوني والاجتماعي بالأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة والأشخاص ذوي الإعاقة على وجه الخصوص.

مما أستدعى السعي نحو ضرورة تنفيذ هذه الدراسة وغيرها من أجل اتخاذ خطوات علمية بحثية تربط بين النظرية والواقع المعاش في إطار (البحث العلمي، والتنمية المستدامة).

وفي ظل ندرة الدراسات والبحوث العلمية المهمة بموضوع جودة حياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة ورغم الاهتمام الاجتماعي الكبير والتداول الواسع الذي يلقاه مصطلح جودة الحياة في العلوم الطبيعية والإنسانية فقد أشارت اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة 2006 في ديباجتها أنه "يساورها القلق لأن الأشخاص ذوي الإعاقة وبالرغم من مختلف المواثيق والعهود الدولية "لا يزالون يواجهون في جميع أنحاء العالم حواجز تعترض مشاركتهم كأعضاء فاعلين في المجتمع على قدم المساواة مع غيرهم وإن هناك انتهاكات لحقوق الإنسان المكفولة لهم" وحسب التقرير العالمي حول الإعاقة لسنة 2011 الصادر عن منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي فالأشخاص ذوي الإعاقة من أي مجتمع يمثلون نسبة 15%

من أفراد المجتمع علاوة على الارتفاع العالمي في معدلات الحالات الصحية المزمنة المترافقة مع شكل من أشكال الإعاقة وعوامل أخرى متنوعة تساهم في حدوث إعاقات متعددة لأشخاص آخرين مثل الأحداث اليومية وأحداث العمل وحوادث الطرق وغيرها، إذاً يجب أن نعترف بأن هناك ظاهرة عالمية أصبحت واقعا واضحا يعاني منها كافة الأشخاص ذوي الإعاقة تتعلق بظروف تحسين مستوى جودة الحياة لديهم، ولا يختلف هذا الوضع في الجزائر فالظاهرة عالمية والمشكلة تمس حياتهم جميعا وإن اختلفت مجتمعاتهم ولعل هذا يدل على أنهم قد يعيشون مشكلات صحية ونفسية واجتماعية ومهنية يمكن أن تعيق ممارستهم لحياتهم اليومية، كما تحد من تحسن مستوى جودة الحياة لديهم توجب الوقوف عليها وتذليلها، كما يجب علينا كباحثين ومهتمين بمجال التكفل بالأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة دراسة وتفسير العلاقات التأثيرية المتبادلة بين مفهوم جودة الحياة لديهم والظروف التي يعيشونها والطرق الحالية للتكفل بهم، فالسعي على تحسين جودة الحياة في الوقت الحالي يعد مظهر من مظاهر رقي المجتمعات ومدى قدرتها على ضمان حقوق الإنسان بشكل عام وخاصة حماية الفئات الهشة منها، وإرساء قيم العدل والمساواة والحرية والحق في التعلم والحق في العمل والحق في السكن والحق في الترفيه وتحقيق والمبادئ الإنسانية لجميع أفراد المجتمع وتعرف جودة الحياة بأنها الإحساس بالسعادة والرضا عن الحياة كنتاج لظروف المعيشة الحياتية للأفراد وعن الإدراك الذاتي للحياة، حيث يرتبط مفهوم جودة الحياة بالإدراك الذاتي للحياة لكون هذا الإدراك يؤثر علي تقييم الفرد للجوانب الموضوعية في حياته التعليمية والعملية ومستوي المعيشة والعلاقات الاجتماعية من ناحية، وأهمية هذه الموضوعات بالنسبة للفرد في وقت معين وظروف معينة من ناحية أخرى (عاطف مسعد 2016) .

وجميع فئات ذوي الاحتياجات الخاصة هم أولى من غيرهم بان تخصص لهم الدراسات والبحوث العلمية والميزانيات وتسمن من اجلهم القوانين التي تضمن لهم الضفر بفرص العيش

الكريم ضمن نسيج اجتماعي داعم ومشجع واستراتيجيات دمج مبنية على أسس علمية تراعي مميزات كل فئة وخصوصية كل فرد منهم.

والأشخاص ذوي الإعاقة البصرية هم من بين فئات ذوي الاحتياجات الخاصة الأشد حاجة لمثل هذه الإجراءات العلمية والقانونية والاجتماعية، وهذا ما استندت عليه هذه الدراسة، فالإعاقة البصرية تحد من إمكانيات الفرد في التكيف مع متطلبات الحياة. والمعاقين بصريا يواجهون صعوبات عديدة في مزاولة حياتهم اليومية وممارسة نشاطاتهم التعليمية أو المهنية الموسى (1992). كما يعاني الكفيف أيضا من التوتر العصبي بدرجة كبيرة وعدم الاستقرار في انفعالاته مما يؤثر كثيرا على علاقاته خاصة مع ذوي الأهمية مثل الأهل والأصدقاء والأقارب.

وتتعدد المصطلحات والتعريفات لهذه الفئة من مصطلح العمى إلى مصطلح الكفيف، إلى مصطلح الإعاقة البصرية وهو أقل موضوعية من حيث القابلية للقياس فهو لفظ يشير إلى الأثر الذي ينجم عن حالة العجز في ضوء متغيرات شخصية واجتماعية وثقافية مختلفة وتبعاً لذلك، فإن حالة العجز قد لا تعني حالة إعاقة بالضرورة (الخطيب وآخرون 2009)

فالمصطلحات العلمية التي تطلق على الأشخاص الذين يعانون من إعاقة بصرية سوى كلية أو جزئية سوى كانت منذ الولادة أو طارئة تتعدد من المكفوفين إلي العجز البصري إلى العمى إلى ذوي الإعاقة البصرية، وهو المصطلح القانوني والأكثر تناولا والأكثر استعمالا في الميدان العلمي والقانوني، وكل هؤلاء على وجه سوى قد يواجهون صعوبات ومعوقات متعددة طوال حياتهم، والتي قد تحد من إجابتيهم على الصعيد النفسي أو الاجتماعي مما يعرضهم للعديد من الأمراض النفسية والإصابات الجسدية، إن لم يتحصلوا على دعم اجتماعي وقانوني ومساندة كافية على جميع الأصعدة تذل أمامهم الصعوبات والمعوقات في جميع المجالات التعليمية والمهنية والاجتماعية.

فالإعاقة البصرية تلقي بظلالها على كل جوانب الحياة سوى الجانب النفسي أو الجسمي والجانب الانفعالي والعاطفي أو الجانب المهني عند المكفوفين في مختلف المراحل العمرية وعند كلا الجنسين، وكثير ما يتولد لديهم شعور بالتضايق من الحياة والملل والروتين وكثيرا ما ينخفض عندهم مستوى التقدير لذواتهم وبالتالي قد ينخفض مستوى جودة الحياة لديهم وعدم القدرة على التكيف وظهور لديهم بعض المشكلات النفسية التي تحد من استمتاعهم بالحياة وعدم الشعور بالرضا ونقص الإحساس بالسعادة، لذا وجب على الدول تركيز الجهود لمساعدتهم بتوفير السند القانوني والمؤسسات الداعمة والبرامج الموضوعة على أسس علمية التي تراعي خصوصية الأفراد، وبالتركيز على الجوانب الايجابية في حياتهم للعمل على انخراطهم في النسيج الاجتماعي بشكل فعال يرفع ويحسن مفهوم جودة الحياة لديهم، وهو من أهم المفاهيم الأساسية بالنسبة للكفيف التي يعيشها في حاضره ويرسم عليها مستقبله ولا تختلف لديه والآخريين من حيث المفهوم بينما تتباين من حيث الأولويات والأدوات الميكانيزمات التي يجب توفرها حتى تساعده في تحسين مستوى جودة حياته(علي ابراهيم 2013).

وتتباين سياسات الدول في التكفل بذوي الإعاقة البصرية من دولة إلى أخرى من التكفل الطبي إلى التكفل المادي إلى سياسات التكفل داخل مؤسسات خاصة في معزل عن باقي المجتمع وهي سياسات جائزة في حقهم، كونها تركز العزلة وتعزز الإتكالية وتحد من الشعور بالحرية وتقيد الاستقلالية لديهم وتعيقهم في تفجير إمكاناتهم واضهار إبداعاتهم ومواهبهم، بينما الدراسات العلمية تثبت أن السياسات الأفضل والأنجع في التكفل بذوي الإعاقة البصرية هي سياسة الدمج المؤسس على طرق وبرامج علمية، ويعرّف دمج ذوي الإعاقة البصرية بأنه كل نشاط سوى تعليمي أو مهني أو ترفيهي أو ثقافي أو ديني أو غيرها من الأنشطة التي يقوم بها ذوي الإعاقة البصرية أو المكفوفين جنبا إلى جنب مع باقي الأفراد في محيطهم الاجتماعي دون تمييز أو إقصاء أو حماية زائدة كثيرا ما تكون عائقة لهم، غير أن الواقع المعاش اليوم والذي يعايشه بشكل دائم كل الشركاء الاجتماعيين ذي الصلة بذوي الإعاقة

البصرية سوى الأهل أو المعلمون أو الأصدقاء وهم أنفسهم يواجهون صعوبات عديدة تعيق نجاحهم واندماجهم بشكل سلس في البيئة التربوية أو الاجتماعية أو المهنية بل ويعقد عملية الدمج بدلا من تسهيلها، وهم بذلك يواجهون نفس المعوقات مع باقي فئات ذوي الاحتياجات الخاصة الأخرى خاصة تلك المتعلقة بالجانب التعليمي كالمناهج أو الوسائل والبرامج والأدوات المستعملة في تعليمهم بصفة عامة.

ويرفع الكثير من المهتمين بالحقل التربوي والتعليمي شعارات بخصوص دمج فئة التلاميذ المعاقين باختلاف إعاقاتهم في الصفوف العادية، لتحقيق مبدأ تكافؤ الفرص من جهة وللمكانات التي يتمتعون بها مقارنة بأقرانهم العاديين تصل إلى حد تواجد موهوبين ومتفوقين من ذوي الإعاقات بصفة عامة، وعند المعاقين بصريا بصفة أخص لما نلاحظه في مجتمعاتنا من نماذج لأفراد معاقين بصريا تمكنوا من صنع نجاحات وتحدو ظروف الإعاقة غير أننا ومن هذا المنطلق وجب علينا كأفراد في المجتمع وكباحثين في هذا الشأن أن نقوم بتقديم يد المساعدة لهته فئة المعاقين بصريا من خلال تكثيف جهود البحث العلمي لتذليل الصعاب التي تواجههم وكذلك إيجاد البيئة التعليمية والعملية والمهنية والاجتماعية بصفة اشمل التي تساعد على تحقيق الاندماج الأمثل.

إن أهمية الإصغاء لهذه الشريحة والبحث في المعوقات التي تقف في وجوههم وتحد من تحقيق ذواتهم واستقلالهم واعتمادهم على أنفسهم بشكل كامل وهو موضوع هذه الدراسة كما تتعدى أيضا إلى ما يمكن أن يرسم في قناعات هذه الفئة ونظرتهم وما تحمله اتجاهاتهم نحو المجتمع.

إن تواجد الشخص معاق بصريا مع أقرانه المبصرين له الأثر الإيجابي البالغ على النمو النفسي والانفعالي والاجتماعي وكذا النمو الأكاديمي له ومن ثم تزداد ثقته بنفسه وثقة الآخرين فيه، وفي مقدمتهم أوليائه مما يزيد في اتجاههم وتوقعاتهم الإيجابية نحوهم، ولا

نكتفي برفع شعار للمعاق الحق في التعليم والحق في العمل والحق في العيش الكريم دون دراسة كل الجوانب التي لها صلة بنجاح دمجهم ضمن نسيج اجتماعي بشكل فعّال .

ونحاول في هذه الدراسة البحث في مستوى وطرق قياس مستوى جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية والبحث في الآليات والطرق والبرامج والقوانين والسياسات التي يتم من خلالها التكفل الأنجع بهم والدمج المثالي لهم، الذي يراعي الخصوصيات الاحتياجات الحقيقية لذوي الإعاقة البصرية، وينطلق من تحديد نقاط القوة الفردية لديهم والجانب الايجابي في حياتهم من أجل وضع برامج الدمج التربوي أو الدمج الاجتماعي والدمج المهني الذي يمكنهم من تحقيق ذاتهم ويساعدهم في التغلب على الاعتمادية على الآخرين في مساندة حياتهم وتدبير شؤونهم، ويرفع من مستوى تقدير الذات لديهم وممارسة حياتهم بشكل أفضل والتمتع بقدراتهم والإحساس بمفهوم الاستقلالية مما ينعكس إيجابا في تحسين مستوى جودة الحياة لديهم.

- تساؤلات الدراسة:

نهدف من خلال إجراء هذه الدراسة إلى الإجابة على التساؤلات التالية:

- ما مستوى جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية؟
- هل توجد علاقة دالة إحصائية بين مفهوم الدمج ومفهوم جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية؟.
- هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير الدمج (دمج/ غير مدمج)؟.
- هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير ميدان الدمج (تعليمي / مهني / اجتماعي)؟.
- هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير زمن الإعاقة (منذ الولادة / مكتسبة)؟.

- هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير درجة الإعاقة (إعاقة كلية / إعاقة جزئية)؟.
- ماهي الطرق العلمية الكفيلة بتحقيق الدمج الإيجابي والفعال لهته الفئة؟.

2- الدراسات السابقة:

نتناول في هذا العرض موجز لبعض من الدراسات السابق-ة المتعلقة بمتغيرات هذه الدراسة ونقدها، والمتمثلة في جودة الحياة الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية حيث يشتمل هذا العنوان على كلا من الدراسات السابقة العربية والأجنبية ونتائجها بالترتيب على أساس زمني ثم التعقيب على كلا منهما لبيان أوجه التشابه والاختلاف فيما بينها وإمكانية الاستفادة من حيث (الأهداف وعينة الدراسة والأدوات والنتائج) وفي الختام يتم التعقيب العام على الدراسات السابقة.

2-1- الدراسات العربية والاجنبية:

ركزت بعض الدراسات العربية على جودة حياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة من كل الفئات حيث تناولت مصطلح جودة الحياة وعلاقته بالكثير من المتغيرات النفسية أو الاجتماعية أو الاقتصادية وغيرها إلا أن هذه الدراسات لم تركز بشكل كاف على جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية وبالتالي لم يجد الباحث إرثاً أدبيا كافيا من الدراسات العربية السابقة التي تدرس العلاقة بين متغير الدمج ومتغير جودة الحياة حيث أن الدراسات التي أجريت في عالمنا العربي لا زالت محدودة جدا وحديثة نسبيا وهذا ما دفع الباحث في

هذه الدراسة الحالية إلى البحث عن الدراسات العربية السابقة التي تناولت موضوع جودة حياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام .

- **دراسة بلردوح 2021**: بعنوان جودة الحياة لدى ذوي الاحتياجات الخاصة في ضل جائحة كورونا كوفيد(19) الجزائر، هدفت الدراسة إلى قياس مستوى جودة الحياة لدى ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر، باستعمال مقياس جودة الحياة لبشرى اسماعيل (2008)، على عينة مكونة من (38) فردا منهم (12) اناث و(26) ذكور، باستعمال الأساليب الإحصائية وبرنامج الاحصائي للعلوم الاجتماعية SPSS. توصلت الدراسة ان الأشخاص ذوي الإعاقة يتمتعون بدرجة متوسطة على مقياس جودة الحياة في ضل جائحة كورونا، كما توصلت الدراسة انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس / السن / ونوع الإعاقة.

- **دراسة فاطيمة حمزة 2019**: عنوانها المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية وعلاقتهم بجودة الحياة لدى العاملات بالقطاع الصحي بالجلفة تهدف الدراسة إلى الكشف عن العلاقة جودة الحياة بكل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية وإمكانية التنبؤ بها من خلال مستوى كل منهما، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة اتبعت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي واستعملت الباحثة مقياس جودة الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية المختصر تم تقنيه على البيئة الجزائرية، ومقياس الصلابة النفسية واستبيان المساندة الاجتماعية المقنن على البيئة الاجتماعية على عينة مكونة من 100 عاملة تم الاختيار بطريقة عشوائية وتمت المعالجة ببرنامج SPSS واستعملت الباحثة الأساليب الإحصائية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري واختبار T معامل الارتباط بيرسن ومعادلة سبيرمان براوين والتحليل التبايني والانحدار). وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: وجود علاقة ارتباطيه بين جودة الحياة وكل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى عين الدراسة، لا توجد فروق في مستوى

جودة الحياة والصلابة النفسية والصلابة الاجتماعية بين أفراد العينة تعزى لمتغير الوظيفة (طبي/ شبه طبي/أسلاك مشتركة) الحالة الاجتماعية(متزوجة غير متزوجة)

أيضا يمكن التنبؤ بمستوى جودة الحياة لدى العاملات في القطاع الصحي من خلال درجة الصلابة ومستويات المساندة الاجتماعية.

- دراسة رمزي حشده سعيد السويركي 2006:

بعنوان الأمن النفسي وعلاقته بالاستقلالية /الاعتمادية وجودة الحياة لدى المعاقين بصريا بمحافظة غزة هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الأمن النفسي والاستقلالية /الاعتمادية وجودة الحياة لدى الطلبة المعاقين بصريا والى التحقق من وجود علاقة ارتباطيه بين الأمن النفسي وكل من الاستقلالية والاعتمادية وجودة الحياة لدى عينة الدراسة وكذا إلى التحقق من وجود علاقة تنبؤيه بين الأمن النفسي /الاستقلالية والاعتمادية وجودة الحياة كما هدفه الدراسة إلى التحقق من وجود فروق جوهرية في مستويات الأمن النفسي والاستقلالية /الاعتمادية وجودة الحياة لدى عينة الدراسة تعزى لمتغير الجنس ودرجة الإعاقة والمرحلة التعليمية وقد اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي مستعملا استبيانات الأمن النفسي والاستقلالية /الاعتمادية ومقياس جودة الحياة، تكونت عينة الدراسة من 75 طالب واستخدم الباحث عدة أساليب إحصائية منها المتوسط الحسابي النسبي ومعامل إفا كرنباخ واختبار (T.Test). وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

- مستوى الامن النفسي لدى عينة الدراسة بلغ وزنه النسبي 91.3% وهو مستوى عالي فيما بلغ مستوى الاستقلالية /الاعتمادية لدى العينة 67.6% وهي درجة متوسطة، وبلغ مستوى جودة الحياة لدى عينة الدراسة نسبيا 75.1% وهي درجة جيدة، وانه توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين الامن النفسي وجودة الحياة وانه لتوجد علاقة ارتباطيه بين الامن النفسي والاستقلالية /الاعتمادية والأمن النفسي، وانه لتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كل من جودة الحياة والاستقلالية /الاعتمادية تعزى لمتغير الجنس كما انه توجد

فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كل من جودة الحياة والاستقلالية /الاعتمادية تعزى لمتغير الجنس، كما توصلت الدراسة لوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد الدراسة في مستوى كل من الامن النفسي وجودة الحياة تعزى لمتغير درجة الإعاقة لصالح ذوي الإعاقة الجزئية.

- دراسة (الهنداوي 2011): بعنوان الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظة غزة؛ وهدفت إلى معرفة علاقة الدعم الاجتماعي بمصادره المختلفة (الأسرة والأقارب والأصدقاء ومؤسسات المجتمع) بمستوى الرضا عن جودة الحياة بأبعادها الممتلئة في: (جودة الحياة الأسرية وجودة الحياة العامة الجودة النفسية جودة العلاقات وجودة شغل الوقت وإدارته جودة الدور الاجتماعي؛ الجودة المهنية؛ جودة الحياة الزوجية) لدى المعاقين حركياً وعينتها كانت 200 شخص ذوي إعاقة حركية موزعين: (119 ذكور و 81 إناث)؛ تجاوزت أعمارهم 18 سنة أما الأدوات كانت مقياس الدعم الاجتماعي ومقياس الرضا عن جودة الحياة وخلصت الدراسة إلى النتائج الآتية.

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصادر الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً أفراد عينة الدراسة.

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصادر الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً أفراد العينة الدراسة.

-دراسة (السرطاوي وآخرون، 2011): بعنوان جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة وغير ذوي الإعاقة في دولة الإمارات العربية المتحدة وهدفت إلى التعرف على مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة وغير المعاقين في دولة الإمارات العربية المتحدة وعينتها كانت 150 شخص ذي إعاقة وعدد أشخاص غير معاقين أما الأدوات كانت مقياس جودة الحياة من جزأين الأول للكشف عن مستوى جودة الحياة والثاني أسئلة لإجراء المقابلة وخلصت الدراسة إلى النتائج الآتية

- وجود دلالة إحصائية بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغير المعاقين في جميع أبعاد جودة الحياة تبعاً لمتغيرات البحث المستقلة: (نوع الإعاقة والمستوى التعليمي مستوى الدخل الحالة الاجتماعية وجهة العمل) وذلك لصالح الأشخاص غير المعاقين في دولة الإمارات العربية المتحدة).

- دراسة (أبو الرب وعبد الأحمد، 2012) بعنوان جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً مقارنة بغير المعاقين في المملكة العربية السعودية وهدفت إلى التعرف على مستوى جودة الحياة عند الأشخاص المعاقين سمعياً وغير المعاقين في المملكة العربية السعودية وعينتها شملت 90 شخص لديهم إعاقة سمعية وعدد مثله لأشخاص غير معاقين أما الأدوات كانت بناء أداء الدراسة المكونة من جزأين الأول منها مقياس للكشف عن مستوى جودة الحياة والثاني أسئلة لإجراء المقابلة وخلصت الدراسة إلى النتائج الآتية.

. وجود دلالة إحصائية بين المعاقين وغير المعاقين في جميع أبعاد جودة الحياة وكذلك وفقاً لجميع متغيرات الدراسة المستقلة (شدة الإعاقة؛ المستوى التعليمي؛ الجنس؛ الحالة الاجتماعية) وذلك لصالح الأشخاص غير المعاقين

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بحسب المستوى التعليمي لصالح الجامعيين وفي الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين ولم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير الجنس ولم تكن هناك فروق في بقية الأبعاد في مقارنة جودة الحياة للمعاقين سمعياً حسب متغيرات الدراسة).

- دراسة محمد حلمي بركات (2014): بعنوان جودة الحياة لدى الأطفال الصم وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموجرافية وهدفت إلى: التعرف على العلاقة بين جودة الحياة لدى الأطفال الصم وبعض المتغيرات الديموجرافية (زمن حدوث الإعاقة؛ النوع؛ أسلوب الرعاية والإقامة والحالة الاجتماعية للوالدين)؛ وعينتها كانت: 60 طفلاً أصم موزعة بين: (37) من

الذكور و(13) من الإناث أما الأدوات كانت استمارة بيانات الطفل الأصم مقياس جودة الحياة للطفل الأصم وخلصت الدراسة إلى النتيجة الآتية:

- وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائية بين جودة الحياة لدى الأطفال الصم والمتغيرات الديموجرافية باستثناء متغير نوع الإقامة).

- **دراسة القحطاني وحياصات(2015):** بعنوان جودة الحياة للشباب ذوي الإعاقة في مدينة تبوك. وعلاقتها ببعض المتغيرات وهدفت إلى: التعرف على نوعية الحياة لدى الشباب ذوي الإعاقة في مدينة تبوك وعلاقتها ببعض المتغيرات (الجنس؛ العمر، فئة الإعاقة) وعينتها كانت: 60 شابًا من ذوي الإعاقة من الجنسين أما الأدوات كانت تم تطوير مقياس جودة الحياة من قبل الباحث اين تمتع بخصائص سيكومترية مناسبة وخلصت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- الشباب ذوي الإعاقة في مدينة تبوك يتمتعون بنوعية حياة عالية وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغيري الجنس والعمر على جودة الحياة لدى الشباب ذوي الإعاقة - وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير فئة الإعاقة على جودة الحياة لدى الشباب ذوي الإعاقة لصالح فئة الإعاقة الحركية وعدم وجود تفاعل بين متغيرات الدراسة الثلاث "الجنس؛ العمر، وفئة الإعاقة".

- **دراسة حبيب تيلوين وعباس بلكوميدي 2009:**

تستكشف هذه الدراسة العلاقات بين التدين والمعنى في الحياة والرفاهية الذاتية، على عينة من 495 طالبا من الجزائر متوسط أعمارهم 21 سنة و 26 سنة، وبالاعتماد على أحكام الخبراء والاختبارات التجريبية للمعتقد الديني والممارسة الدينية وإثراء التجربة الدينية ونسخة قصيرة من مقياس وجود المعنى في الحياة.(PML) ومقياس الرضا بالحياة(SWLS) ومؤشر الرفاهية الشخصية (PWI). تظهر تحليلات الانحدار الهرمي أن المعتقد الديني هو فقط الذي يساهم بشكل كبير في كل من (SWLS) و(PWI). لكن هذا التأثير تم حسابه بالكامل

تقريباً من خلال المعنى في الحياة في الخطوة الثانية تظهر المقارنات على أساس الخصائص الديموغرافية أن الذكور يختلفون بشكل هامشي عن الإناث في الإيثار الديني ولكن الإناث أعلى في (SWLS) علاوة على ذلك، فقد ثبت أن طلاب العلوم يسجلون درجات أعلى بشكل هامشي في المعتقد والممارسة وأيضاً في (PML) و (SWLS) مقارنة بنظرائهم في دراسات الفنون على الرغم من عدم وجود اختلافات في قوة المعتقد الديني في موضوعات من المناطق الريفية والحضرية، فإن الأولى لديها درجات أعلى بشكل عام في نطاقات التدين الفرعية الأخرى، ينعكس هذا الاتجاه قليلاً ويتم تفضيل الموضوعات من العائلات ذات الدخل المرتفع في (PML) و (SWLS) و (PWI) و تتم مناقشة هذه النتائج في ضوء الأبحاث الدولية الحالية.

- دراسة برد جيت يونج وآخرون (2007). هدفت إلى الدراسة إلى معرفة ادراك الأطفال المعاقين لمفهوم جودة الحياة شارك في الدراسة مجموعة من العائلات (35) من أولياء الأمور و(28) طفلاً، استعمل الباحثون مقياس جودة الحياة معتمدين على البعد الاجتماعي (الأصدقاء/البيئة المدرسية/البيت)، كما استعملوا المقابلة، توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- ان هناك عوامل مهمة ذات تأثير مباشر في مفهوم جودة الحياة لدى الأطفال لم يتم ادراجها ضمن المقياس لآكن تم التطرق لها من خلال المقابلة مثل الاخوة وبيئة الطفل المعاق مثل جدران البيت والطريق للمدرسة ومدى تهيئة البيئة، ومدى توفر الأمان لدى الطفل المعاق. (بلردوح 2021).

- دراسة دوراكو وناجليفينتش (2020). هدفت الدراسة إلى البحث في العوامل المؤثرة على مستوى دمج الأطفال ذوي الإعاقات في التعليم قبل واثناء جائحة كورونا والتعرف على تأثير الظروف المرتبطة بها، على مستوى الرفاهية، والأنشطة اليومية، وشملت الدراسة على عينة مكونة من 05 خبراء مختصين في الإعاقة وحقوق المعاقين و07 مساعدين تربويين يعملون في المؤسسات الخاصة بالمعاقين في مقاطعة بريشتينا في دولة كوسوفو،

توصلت الدراسة وجود تأثير سلبي للعزل المنزلي والقصور في الاندماج الاجتماعي والتغيير في الأنشطة اليومية ونقص في الخدمات طيلت سنوات الجائحة، وتأثير كبير على الحالات الوجدانية للأطفال المعاقين مما أدى إلى زيادة في الأعباء والضغوط على الأسرة (بلردوح وبن صغير 2021:80).

2-2- التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال العرض للدراسات العربية والأجنبية السابقة والتي أجريت للكشف عن جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة نجد وفي حد علم الباحث ندرة في الدراسة عربية في موضوع هذه الدراسة الحالية وعينتها على وجه الخصوص وهذا ما أكد حبيب تيلوين وآخرون (2019) أن الدراسات التي تهتم بموضوع جودة الحياة والتي أجريت في عالمنا العربي لازالت محدودة جدا وحديثة نسبيا كما تبين للباحث الآتي:

- التأكيد على أهمية موضوع دراسته الحالية وذات أولوية نحو التنفيذ نظراً لندرة الدراسات العربية التي اهتمت بموضوع قياس جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة.

- استفاد الباحث من بعض الدراسات العربية مثل: دراسة الهنداوي (2011)؛ ودراسة السرطاوي 2006 حيث اشتملت على مبادئ جودة، ودراسة فطيمة حمزه 2019 حيث الاستعانة بمقياس جودة الحياة للباحثة كجزء أول من أداة جمع البيانات لهذه الدراسة الحالية مقنن عن البيئة الجزائرية وأيضاً استمد منها الصعوبات التي تواجه تعريف جودة الحياة ومن دراسة أبو عبد الرب (2011) ووقف الباحث وتم ومن دراسة عبد المعطي (2005) أخذ منها الباحث: مظاهر جودة الحياة.

أما الدراسات التي أجريت في الفترة الزمنية بين (2019م و2022م) مثل دراسة بلردوح فأنها في معظم نتائجها متأثرة بالظروف الصحية السائدة في العالم بسبب وباء كورونا وسياسات الحجر الصحي وتوقف العديد من الخدمات الصحية والتعليمية والترفيهية وهذا ما

يؤثر في مستوى جودة الحياة بالانخفاض عند جميع أفراد المجتمع وعند ذوي الاحتياجات الخاصة بالخصوص .

ومن دراسة سليمان (2009) أوضحت: كيفية الوصول لجودة الحياة أي عوامل تحقق جودة الحياة

- التأكد من حداثة مفهوم جودة الحياة في ميدان الإعاقة؛ وعلى حد علم الباحث تُعد أقدم دراسة قام بها هاشم (2001).

تركزت معظم الدراسات العربية السابقة من حيث المكان بالمملكة العربية السعودية جمهورية مصر العربية؛ دولة الإمارات العربية المتحدة؛ دولة فلسطين) وهذا يدل على تنامي الاهتمام نوعاً ما بهذا الموضوع داخل تلك الدول والعالم العربي ككل، أما زنياً فإن الدراسات التي تهتم بذوي الاحتياجات الخاصة في تنامي مستمر مع مرور السنوات بل إنها انتقلت من دراسات تهتم بالجانب الإحصائي والجانب الطبي ودراسات التأهيل والمؤسسات المهتمة بالتكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، إلى دراسات منفتحة على الطرق الحديثة في التعامل معهم والمناهج العلمية الحديثة على المستوى العالمي في تعليم وتشغيل وتطوير هذه الشريحة من المجتمع.

ويعتبر الدمج بجميع أشكاله التعليمي والمهني والاجتماعي وبمختلف مستوياته كلياً أو جزئياً من بين أهم الطرق التي تساهم في التكفل بالمعاقين بصفة عامة وخاصة المكفوفين أين يتوجب علينا البحث في السياسات الناجعة وعن الوسائل والطرق والأدوات الكفيلة بتحقيق الدمج الناجح، وعن أهميته في مساعدة المعاقين بصرياً على التكيف بشكل جيد مع إمكاناتهم النفسوجسمية والمعرفية والمادية، من أجل تحقيق ذواتهم والرفع من مستوى تقدير الذات عندهم والتقليل من الاعتماد عن الآخر والاستقلال في تسيير شؤون حياتهم اليومية وبالتالي الاستقلال في تحديد مصيرهم ومستقبلهم وبالتالي تحسين مستوى جودة الحياة عندهم.

3- أهمية الدراسة:

تكتسب هذه الدراسة النظرية والتطبيقية أهمية بالغة من المنظور العلمي والمنظور الاجتماعي والمنظور السياسي كونها تسلط الضوء على قضية إنسانية بالغة الحساسية وهي جودة الحياة للمواطن الجزائري بصفة عامة والمواطنين ذوي الاحتياجات الخاصة على وجه الخصوص وعلى الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية بالتحديد وكلا منهم يعتبر محور رئيسيا وغاية للتنمية المستدامة في السياسة الدولية الجزائرية كما انه وفي الوقت الراهن يرفع الكثير من المهتمين بحقوق الإنسان شعارات بخصوص دمج فئة المعاقين باختلاف إعاقاتهم في الحياة العادية لتحقيق مبدأ تكافؤ الفرص من جهة وللإمكانيات التي يتمتعون بها، وهو ما نصادفه في مجتمعاتنا من نماذج لأشخاص في وضعية إعاقة تمكنوا من صنع نجاحات في كل مجالات الحياة ويمكن إجازة الأهمية في النقاط التالية:

- 1- تحقق الدراسة أسبقية في مجال البحث العلمي بقياس جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة بشكل مباشر، حيث لا توجد دراسات مباشرة بالجزائر في حدود علم الباحث تناولت هذا الموضوع لدى الفئة المستهدفة من هذه الدراسة
- 2- تسهم الدراسة ونتائجها وتفسيرها في رصد العلاقات التآثرية بين الدمج بجميع ميادينه ومستوى جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية
- 3- إثراء المكتبة الوطنية والعربية بإطار نظري ومعرفي بمتغيرات الدمج وجودة الحياة لدى ذوي الاحتياجات الخاصة
- 4- تمثل الدراسة فرصة سانحة للأشخاص ذوي الإعاقة البصرية للمشاركة والتعبير عن آرائهم في أبعاد وعبارات جودة الحياة التي يعيشونها والإجابة عن ماهية التحديات التي تقابلهم عند رغبتهم في ممارسة حياتهم اليومية
- 5- لم تركز الدراسة على فئة بعينها من الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية بل حاولنا مسح عينة واسعة منهم والذين قليلا ما تتطرق إليهم الدراسات الجامعية رغم إنهم ومن حقهم

التعبير عن آرائهم بالإضافة إلى ضمان استجابات أكثر موضوعية وصدقا عن عبارات جودة الحياة، وأيضا لأنهم أصحاب القضية وهذا ما توقعه الباحث وهذا ما تحققه هذه الدراسة، حيث إجابات عينة الدراسة وافصحت عن جملة من المعوقات والتحديات التي تقلل من مستوى جودة الحياة لديهم.

6- المقياس المستخدم أداة الدراسة الرئيس يعد محكا علميا مقننا ويؤدي إلى عدالة واضحة عند قياس جودة الحياة حيث أنه يتمتع بكفاءة سيكومترية وخضع للتطوير والتحكيم بشكل كافي، وتم استخدامه في العديد من الدراسات ناهيك عن أنه يتسع ليشمل جوانب الحياة الشاملة للفرد وهي الجانب الصحي للفرد العضوي العقلي المزاجي وخصائص الشخصية لديه والجانب الخارجي ألعائقي مع محيطهم الاجتماعي

7- ستعود الدراسة بالنفع والفائدة على الأشخاص ذوي الإعاقة بالأخص وإطلاع المسؤولين على درجة ومستوى جودة الحياة التي يعيشونها، والتحديات التي تحد من تحسينها

8- تدعم الدراسة ونتائجها وتوصياتها الجانب التوعوي بجودة الحياة والارتقاء بها وبأبعادها لصالح المواطن الجزائري بالإضافة إلى توعية الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية بحقوقهم التي تحسن مستوى حياتهم.

9- تعبر الدراسة عن مدى اهتمام البحث العلمي والاهتمام المجتمعي المتنامي بحقوق الفئات الهشة والأكثر حاجة لمزيد من الاهتمام العلمي والذي يعتبر معيار للرفي الحضاري بالإنسان ورفع مستوى الرفاهية ومواكبته للمستجدات العصرية إيماننا بالعدالة الاجتماعية وبمبادئ حقوق الإنسان والاتفاقيات الدولية.

10- تمثل الدراسة وصلة علمية في الدراسات والبحوث الإنسانية، التي تهتم بجودة الحياة وكذلك البرامج والسياسات التي تهتم بالتكفل بالأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة والعمل على الحد من المعوقات التي تقابلهم.

11- تهتم الدراسة بشريحة واسعة من ذوي الإعاقة البصرية الذين لم تشملهم برامج الدمج المختلفة والمتواجدون في عزلة عن المؤسسات المهمة رغم حاجتهم لذلك.

4- أهداف الدراسة:

نهدف من خلال إجراء هذه الدراسة إلى قياس مستوى جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية والبحث عن العلاقة الارتباطية بينها وبين الدمج بمختلف مجالاته.

- الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية .

- التحقق من وجود فروق في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية

تعزى لمتغير الدمج(مدمج/ غير مدمج).

- التحقق من وجود علاقة دالة إحصائية بين متغير الدمج ومستوى جودة الحياة لدى ذوي

الإعاقة البصرية.

- التحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص

ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير ميدان الدمج (تعليمي / مهني / اجتماعي).

- التحقق من وجود فروق في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية

تعزى لمتغير الجنس.

5- فرضيات الدراسة:

نهدف من خلال إجراء هذه الدراسة إلى التحقق من الفروض العلمية التالية:

- مستوى جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية.

- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين متغير الدمج (مدمج/ غير مدمج) ومستوى جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير الدمج (مدمج/ غير مدمج) لصالح المدمجين.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير ميدان الدمج (تعليمي / مهني / اجتماعي) لصالح المدمجين مهنياً.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير زمن الإعاقة (منذ الولادة / مكتسبة) لصالح ذوي الإعاقة البصرية منذ الولادة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير الجنس (ذكور / إناث).
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير درجة الإعاقة (إعاقة كلية / إعاقة جزئية).
- التعرف على العالم الداخلي للمعاقين بصريا وكيفية تصوراتهم للحياة ومعالمها.
- ماهي الطرق العلمية الكفيلة بتحقيق الدمج الإيجابي والفعال لهته الفئة.

6- التعريف الإجرائي لمصطلحات متغيرات الدراسة:

تحت هذا العنوان يتم تعريف متغيرات الدراسة اجرائيا

6-1- التعريف الإجرائي لجودة الحياة:

من خلال الاطلاع والدراسة العلمية تبين لنا انه لا يوجد تعريف علمي موحد لمفهوم علم النفس وقد أشار تيتما نس وآخرون إلى انه من الصعوبة صياغة تعريف محدد لجودة الحياة

وذلك لحدثة المفهوم على المستوى العلمي وكذلك إلى تباين وجهات النظر في تناول الموضوع كما إن مفهوم الجودة يتم تناوله في عدة ميادين (فاطيمة حمزه، 2019. 27).
ومنه فان الباحث اعتمد تعريف منظمة الصحة العالمية لمفهوم جودة الحياة وهو إدراك الأشخاص إلى مكانهم ووضعهم في الحياة وتشمل العديد من المكونات منها الثقافة التربوية والفكرية والمادية والقيم والنظام الاجتماعي ولها علاقة بأهدافهم وتطلعاتهم واهتماماتهم في ضوء تقييمهم لجوانب حياتهم التي تشمل الرضا عن الحياة والأنشطة المهنية وأنشطة الحياة اليومية والأنشطة الترفيهية والهوايات والميولات وإجرائياً هو الدرجة التي يتحصل عليها كل من أفراد العينة على مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WOQOL..BREF). من خلال المؤشرات النفسية والاجتماعية. بمؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية (WOH.1998).

6-2- التعريف الإجرائي لمفهوم الدمج:

نعني به انخراط ومشاركة ذوي الاحتياجات الخاصة في الأنشطة المجتمعية التعليمية والمهنية والاجتماعية المختلفة المتاحة في بيئتهم جنباً إلى جنب مع باقي أفراد المجتمع. مع وجود الحماية القانونية ومراعاة الخصوصية الفردية وتوفير الشروط اللازمة لذلك.

6-3- ذوي الإعاقة البصرية:

الإعاقة البصرية هي حالة يفقد الفرد فيها المقدرة على استخدام حاسة البصر بفعالية مما يؤثر سلباً في أدائه العام، ويعرف "إشروفت وزامبون" الإعاقة البصرية على أنها حالة عجز أو ضعف في الجهاز البصري تعيق أو تغير أنماط النمو عند الإنسان، وذلك نتيجة تشوه تشريحي أو إصابة بمرض أو جروح في العين.

تعرف الإعاقة البصرية بأنها حالة من الضعف في حاسة البصر بحيث يحد من قدرة الفرد على استخدام حاسة بصره (العين) بفعالية واقتدار الأمر الذي يؤثر سلباً في نموه وأدائه وتشمل هذه الإعاقة ضعفاً أو عجزاً في الوظائف البصرية. (حسني 2001).

7- مبررات اختيار الموضوع:

إن اختيار هذا الموضوع للدراسة والبحث جاء نتيجة اهتمام وكبير من الباحث بفئات ذوي الاحتياجات الخاصة ومخالطة واسعة لهم واهتمام بموضوع جودة الحياة، كما سجل الباحث نقص في برامج الدمج بمختلف ميادينه المخصصة لذوي الاحتياجات الخاصة على المستوى الوطني والدولي، وبعد الاطلاع على التراث العلمي في هذا الميدان وبعد استشارات للأساتذة والمختصين في هذه المجالات العلمية وكذا التكفل الميداني بفئات ذوي الاحتياجات الخاصة عامة ومن أهم المبررات نذكر.

- ميدان التخصص فتخصص دراسات ودمج ذوي الاحتياجات الخاصة هي أحد الاهتمامات الكبرى بالنسبة للسياسات الوطنية والدولية والتنمية المستدامة.
 - حداثة موضوع جودة الحياة لدى الفئات الهشة وذوي الاحتياجات الخاصة موضوع جديد في حدود علم الباحث عالميا ووطنيا.
 - توفر مؤسسات عمومية وجمعيات وفضاءات تتكفل بذوي الاحتياجات الخاصة ويمكنها احتواء وتقديم المساعدة في إنجاح هذه الدراسة.
 - قابلية الموضوع للدراسة في ظل الاهتمام العالمي والوطني المتزايد بهذا الموضوع في ظل التنمية الاجتماعية المستدامة.
- ويعتبر الدمج بجميع أشكاله التعليمي، والمهني، والاجتماعي ومختلف مستوياته كلي أو جزئي من بين أهم الطرق التي تساهم في التكفل بالمعاقين بصفة عامة وخاصة المكفوفين. (الموسى 1992).

أين يتوجب علينا البحث في السياسات الناجعة وعن الوسائل والطرق والأدوات الكفيلة بتحقيق الدمج الناجح، وعن أهميته في مساعدة المعاقين بصريا على التكيف بشكل جيد مع إمكاناتهم النفسوجسميه والمعرفية والمادية، من أجل تحقيق ذواتهم والرفع من مستوى تقدير

الذات عندهم والتقليل من الاعتماد على الآخر والاستقلال في تسير شؤون حياتهم اليومية وبالتالي الاستقلال في تحديد مصيرهم ومستقبلهم وبالتالي تحسين مستوى جودة الحياة عندهم.

الفصل الثاني: الدمج

تمهيد

- 1- التطور التاريخي لمفهوم الدمج
- 2- تعريف الدمج
- 3- انواع ومجالات الدمج
- 4- شروط نجاح سياسات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة
- 5- السياسة الجزائرية في دمج ذوي الاحتياجات الخاصة
- 6- ايجابيات دمج فئات ذوي الاحتياجات الخاصة
- 7- سلبيات دمج الاشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة
- 8- مشكلات دمج ذوي الإعاقة البصرية في الأوساط التعليمية
- 9- الدراسات السابقة

الخلاصة

تمهيد:

تقوم فلسفة دمج وتأهيل الأشخاص ذو الاحتياجات الخاصة في النسيج الاجتماعي على أساس أن الاهتمام الأساسي يركز على الإنسان لأنه الشخص المستهدف في العملية، فالإنسان اجتماعي بطبعة كما قال ابن خلدون ولا يستطيع العيش في معزل عن بقية الأفراد ولا يمكنه ان يمارس انشطته اليومية من تعلم أو عمل أو أي نشاط اخر سوى مهني أو ثقافي أو ترفيهي دون مخالطة الآخرين فهو يعيش ضمن نسيج إنساني وبشري يتأثر به ويؤثر فيه كوحدة بشرية في هذا المجتمع وتعتبر عملية دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة والفئات الهشة مسئولية اجتماعية عامة تتطلب البحث والتخطيط والعمل والدعم الاجتماعي.

كما ان فلسفة الدمج تؤكد على ضرورة الانتقال بالشخص المعاق من فكرة الاعتماد على الآخرين إلى الاكتفاء والاعتماد على الذات وذلك عن طريق الاستقلال الذاتي والكفاية الشخصية والاجتماعية والمهنية واعتماده بشكل أساسي على امكاناته الشخصية واستفادته من الدعم الاجتماعي والقانوني الذي يساعده في تحقيق ذلك.

كما تقوم أيضاً على أساس تقبل ذوي الاحتياجات الخاصة واحترام حقوقهم المشروعة في المجالات السياسية والاجتماعية والإنسانية والمدنية وذلك بغض النظر عن طبيعة ودرجة إعاقتهم.

1- التطور التاريخي لمفهوم الدمج

كرم الله سبحانه وتعال الانسان وخلقه في احسن صورة، قال تعالى " لقد خلقنا الانسان في احسن تقويم "القران الكريم صورة التين. واحسن معاملته في كل الظروف دون تمييز على أي أساس كان.

ذلك أن الإسلام صحح وعالج كثيراً من النظرات الاجتماعية نحو الأشخاص المعاقين، ودفع عنهم كل ما يحط من مكانتهم بل جعلهم على قدم المساوات في الحقوق والواجبات مع

باقي الشخصاخاص. قال تعالى "عبس وتولى أن جاءه الأعمى وما يدريك لعله يزكى أو يذكر فتنفعه الذكرى" قران كريم سورة عبس.

ثم أن الإسلام رفع منهم الكثيرين في الشأن. فنجد أن الرسول صلى الله عليه وسلم قد استخلف عبدالله ابن أم مكتوم على المدينة وهو أعمى.

فالإسلام أول دين سماوي ينظم للحكومات طريقة التكفل بالفئات الهشة في المجتمع عن طريق سن تشريعات تكفل لهم تلك الحقوق، فضمن الإسلام حقهم في التعلم طالما يستطيع الفهم قال تعالى "فإنها لا تعمى الأبصار ولكن تعمى القلوب التي في الصدور" قران كريم صورة الحج .

أما في غير التاريخ الإسلامي فقد ظلت الحكومات بعيدة عن النظر الإيجابية إلى الاشخاص المعاقين حتى القرن الثالث عشر، ففي القرن الثالث عشر في سنة 1254 أنشئ ملجأ ومستشفى كانزفان ويقال إن الذي أنشأه هو (لويس التاسع) وقد أودع فيه ثلاثمائة من المكفوفين ولايزال هذا الملجأ قائماً في باريس، ويعتبر أحد معاهد المكفوفين الهامة في العالم. وظلوا أعضاء في جمعية المتسولين المكفوفين التي ازدهرت في باريس خلال القرن الثالث عشر وكانوا يقدمون الصدقات التي يجمعونها إلى الملجأ.

أما في مصر القديمة فأن (ديديموس) استطاع أن يصل إلى حروف يقرأ بها ليعلم الآخرين علوم الدين، ولقد كانت جامعة الأزهر منذ ألف سنة وهي صرح العلوم في العالم العربي والإسلامي تسمح بدخول المكفوفين وتعلمهم جنباً إلى جنب مع غيرهم. وكانوا يتعلمون علوم الحياة وعلوم الدين.

وفي التاريخ الحديث لتعليم ودمج المكفوفين في فرنسا بدأ (فالتين هوى) الذي أقتنع بأن الأطفال المكفوفين يمكن تعليمهم تعليماً منظماً، فجمع بعض التلاميذ المكفوفين وعلمهم، ثم عرض نتائجه على الأكاديمية الفرنسية التي شجعت جهوده وأنشئت مدرسة المكفوفين في عام 1784م وسرعان ما انتقلت الفكرة إلى النمسا على يد (جوهان كلين) فأنشأ مدرسة

للمكفوفين عام 1804م ثم إلى الولايات المتحدة الأمريكية على يد (صمويل جريدلي هاو) عام 1832م ثم ما لبثت الفكرة أن انتشرت إلى بريطانيا وألمانيا ولاتزال هذه المعاهد الرائدة قائمة إلى الآن وإن كانت وسائل التعليم والمناهج فيها قد تطورت إلى حد كبير. لقد استطاع (هوى) أن يخترع طريقة لإبراز الحروف من أي نوع كانت على الورق للمكفوفين. أما في بريطانيا فإن (إدوارد رشتن) وهو أديب فقد بصره قد وجه عنايته إلى مشاكل المكفوفين فأسس سنة 1791م مدرسة في ليفربول سميت بمدرسة صنع السلال ثم تلاها في عام 1793م مدارس أخرى في بريستول وأدنبرة، وكان أساس هذه المدارس تعليم المكفوفين حرفاً ثم أنشئت مدرسة ستجلتزر عام 1806م متتبعه آثار (هوى) في باريس (ماجده السيد، 2007).

2- تعريف الدمج:

يحظى موضوع دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة بأهمية بالغة على كافة المستويات الشخصي والمؤسسي والاجتماعي وفي جميع الميادين التعليمية والمهنية والاجتماعية، وبحكم ما يتضمنه من مفاهيم تربوية، ونفسية، واجتماعية، وفنية مختلفة، فقد ظهرت له تعريفات كثيرة، ومن زوايا مختلفة (السهيلي، 2018)

• تعريف الجمعية الأمريكية:

ظهر الدمج بمفهومه الحديث بظهور القانون الأمريكي رقم (94-142) سنة 1975م الذي نص على ضرورة توفير أفضل أساليب الرعاية التربوية والمهنية للمعوقين مع أقرانهم العاديين، وعلى الرغم من قدمه إلا أنه أكثر القوانين تعريفاً للدمج وأكثر شمولية وشيوعاً، فهم يرون أن المقصود بالدمج "هو دمج الأطفال غير العاديين المؤهلين مع أقرانهم دمجاً زمنياً، تعليمياً، واجتماعياً، حسب خطة وبرنامج وطريقة تعليمية مستمرة تُقر حسب حاجة كل طفل على حدة، ويشترط فيها وضوح المسؤولية لدى الجهاز الإداري والتعليمي (الموسى، 2011).

• تعريف كيرك وجالجر "1979م":

يعرف كل كيرك وجالجر من الدمج بأنه إجراء لتقديم خدمات خاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في أقل البيئات تقييدا وهذا يعني بأن الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة يجب:

- أن يوضع مع أقرانه العاديين.
- أن يتلقى خدمات خاصة في فصول عادية.
- أن يتفاعل بشكل متواصل مع أقران عاديين في أقل البيئات تقييدا .
- **تعريف ودلر " 1995م " :**

يعرف ودلر الدمج على أنه عامل هام يمكّن الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة من أن يصبحوا مواطنين مقبولين في مجتمعاتهم .

- **تعريف محمد عبد الغفور:**

في دراسة أجراها (1999) للتعرف على المتغيرات التي تسهم في تدعيم الاتجاه نحو سياسة إدماج التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة في الفصول العادية، وذلك من وجهة نظر المعلمين والإداريين في التعليم العام أوضحت أن الدمج يهيئ فرصا للتفاعل الإيجابي مع العاديين داخل المدرسة وكانت أهم الاحتياجات التعليمية للدمج تتمثل في تحديد الإعاقات القابلة للدمج.

. توفير الخدمات الطبية المناسبة له، والمنهج ومرونته، والمدرس وإعداد للتعامل مع الطفل المعاق، والوسائل التعليمية الخاصة بالمعاق ويمكن أيضا أن نعرف الدمج هو التكامل الاجتماعي والتعليمي للأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال العاديين في الفصول العادية ولجزء من اليوم الدراسي على الأقل، وارتبط هذا التعريف بشرطين لابد من توافرها لكي يتحقق الدمج وهما وجود الطفل في الصف العادي لجزء من الموسم الدراسي والاختلاط الاجتماعي المتكامل (السهيلي. 2018)

3- أنواع ومجالات الدمج :

وهناك عدة تصنيفات لسياسات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في الوسط الاجتماعي، وتختلف حسب مبدأ الدمج واهدافه أو مكان الدمج أو زمنه أو طبيعة الأنشطة التي يمارسها المستفيد من هذه السياسة ضمن البيئة العامة ونذكر منها .

3-1- الدمج التعليمي :

تعتبر المدارس العادية هي البيئة الطبيعية التي يمكن للأطفال المعوقين وغير المعوقين أن ينموا فيها معا على حد سواء، وعليه فإن القيام بإجراء بعض التعديلات في بيئة طبيعية لتفي بالاحتياجات الخاصة بالأطفال المعوقين أسهل وأجدي من القيام بتعديل بيئة اصطناعية لتفي باحتياجاتهم الأساسية.

يرى الروسان (2000) بأن المقصود بالدمج التعليمي أو الأكاديمي أو التربوي هو التحاق الطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة مع الطلبة الآخرين في المدارس العادية، حيث يستفيد هؤلاء الطلبة من برامج تعليمية وأنشطة تربوية مشتركة مع الآخرين ويشترط في مثل هذا النوع من الدمج توفر الظروف والعوامل والبرامج التربوية التي تساعد على إنجاح سياسة الدمج هذه وهاك عدة صيغ أو طرق منها.

3-1-1- أنواع الدمج التعليمي :

تعتبر المدارس العادية هي البيئة الطبيعية التي يمكن للأطفال المعاقين وغيرهم أن ينموا فيها معا على حد سواء بشكل طبيعي.

3-1-1-1- الدمج المكاني:

ويكون في الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية حيث تعتبر الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية أو غرفة المصادر شكلا من أشكال الدمج الأكاديمي حيث يلتحق الطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة مع الطلبة الآخرين في نفس البناء المدرسي، ولكن في صفوف خاصة بهم أو وحدات صفية خاصة بهم في نفس المحيط المدرسي ويتلقى الطلبة

من ذوي الاحتياجات الخاصة في الصفوف الخاصة ولبعض الوقت برامج تعليمية من قبل مدرس التربية الخاصة في غرفة المصادر، كما يتلقون برامج تعليمية مشتركة مع الطلبة الآخرين في الصفوف العادية ويتم ترتيب البرامج التعليمية وفق جدول زمني معد لهذه الغاية، بحيث يتم الانتقال بسهولة من الصف العادي إلى الصف الخاص وبالعكس، ويهدف هذا النوع من الدمج إلى زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي بين الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال الآخرين في نفس المدرسة. (السهيلي، 2018).

ومن الممكن أن يكون الدمج المكاني غير فعال في إجراء التواصل الفعال بين الأطفال خاصة إذا لم تجرى تحضيرات مسبقة وبإشراف مناسب لإحداث تفاعل إيجابي وفعال ما بين الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال الآخرين (عبد اللطيف ، 2000) .

3-1-1-2- الدمج الأكاديمي:

يقصد بالدمج التعليمي أو الأكاديمي هو التحاق الطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة مع الطلبة الآخرين في الصفوف العادية حيث يتلقى هؤلاء الطلبة برامج تعليمية مشتركة ويشترط في مثل هذا النوع من الدمج توفر الظروف والعوامل التي تساعد على إنجاح هذا سياسة الدمج ومنها

- تقبل الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في الصف العادي، وتوفير مدرس التربية الخاصة الذي يعمل جنباً إلى جنب مع المدرس العادي في الصف العادي وذلك بهدف توفير الطرق التي تعمل على إيصال المادة العلمية إلى ذوي الاحتياجات الخاصة.

- توفير الإجراءات التي تعمل على إنجاح هذا الاتجاه المتمثلة في التغلب على الصعوبات التي تواجه ذوي الاحتياجات الخاصة في الصفوف العادية، والمتمثلة في الاتجاهات الاجتماعية، وإجراء الامتحانات وتصحيحها. (الروسان 2000)

3-1-1-3- الدمج التربوي المكيف:

المقصود بالدمج الأكاديمي هو التحاق الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة مع الطلبة العاديين في الصفوف العادية أو الصفوف المكيفة، حيث يتلقى هؤلاء الطلبة برامج تعليمية مشتركة ويشترط في مثل هذا النوع من الدمج توفر الظروف والعوامل التي تساعد على إنجاحه منها شروط تتعلق بالبيئة التربوية وأخرى تتعلق بالفئة نفسها وشروط أخرى تتعلق بالجانب الاجتماعي سوى في البيت أو المدرسة، وكلها تعمل مجتمعة لضمان تعليم ناجح مختلط خالي من المعوقات لكل الطلبة (فاروق، وآخرون 2015).

3-1-1-4- الدمج التربوي الشامل:

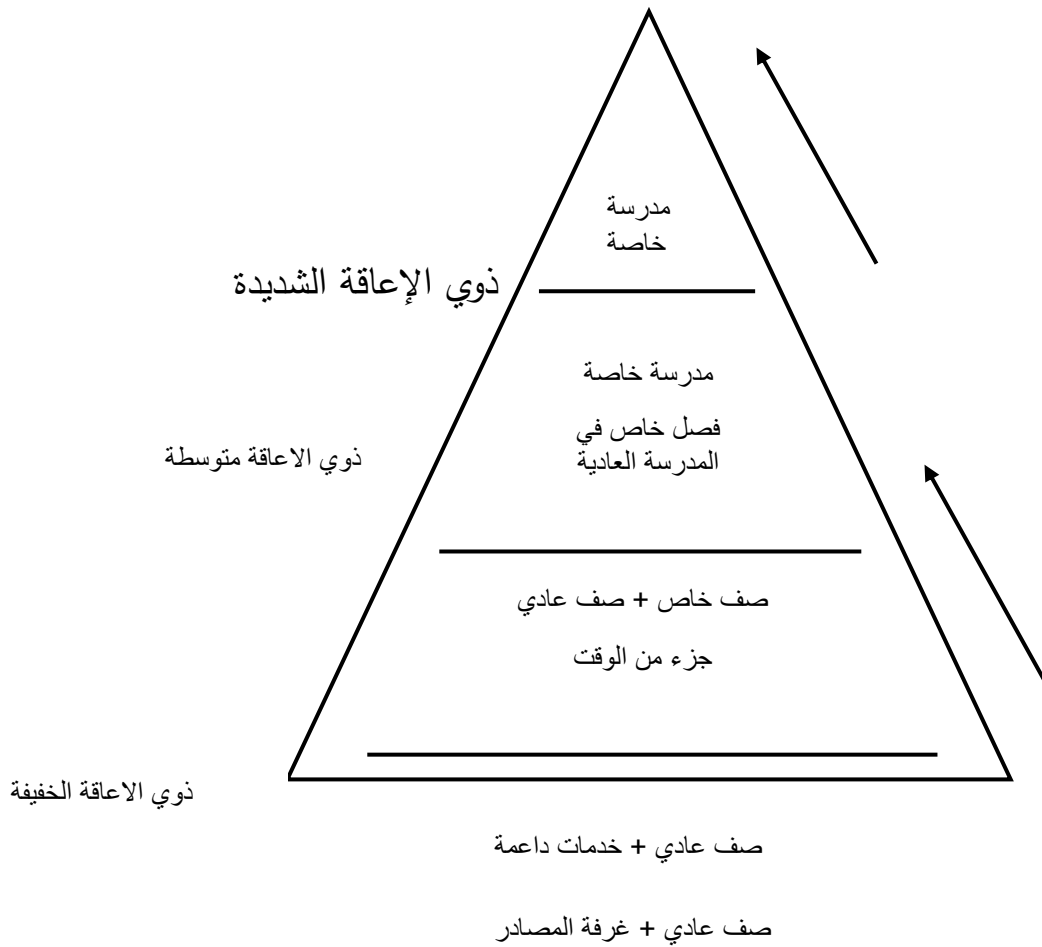
ويعرف الدمج الشامل بأنه دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة المؤهلين مع أقرانهم دمجا زمنياً، جزئياً، تعليمياً، واجتماعياً حسب خطة مدروسة وبرامج ممنهجة وطريقة تعليمية مستمرة تراعي حاجيات المعاق، وخصوصية لكل طفل على حده، ويشترط فيها وضوح المسؤولية لدى الجهاز الإداري والتعليمي والفني في التعليم العام والتربية الخاصة. (منى والخطيب 2005م).

3-1-1-5- الدمج التربوي التكاملي:

وهو الدمج التعليمي والاجتماعي الكامل مع الأسوياء بمعنى ليس لجزء من الوقت فقط أو في بيئة تكرر عزلتهم.

وقد عرف كيرك وجاليجر "1979م" الدمج التكاملي بأنه إجراء لتقديم خدمات خاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في أقل البيئات تقييداً وأقل عزلة وهذا يعني بأن الطفل ذي الاحتياجات الخاصة يجب أن يتمتع بعدة خدمات منها:

- أن يوضع مع أقرانه العاديين
- أن يتلقى خدمات خاصة في فصول عادية
- أن يتفاعل بشكل متواصل مع أقران عاديين في أقل البيئات تقييداً



الشكل رقم (1): يوضح توزيع البدائل التربوية الخاصة.

3-1-2- أليات وخدمات الدمج التعليمي :

هناك العديد من الخدمات التربوية الي يستفيد منها طلاب المدارس ذوي الإعاقات المختلفة وحتى ذوي صعوبات التعلم على النحو التالي.

3-1-2-1- الفصول الخاصة:

حيث يلتحق الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة بفصل خاص ملحق بالمدرسة العادية في بادئ الأمر مع إتاحة الفرصة أمامه للتعامل مع أقرانه الآخرين بالمدرسة أطول فترة ممكنة من اليوم المدرسي.

3-1-2-2- حجره المصادر:

أو غرفة المصادر وهي حجره دراسية مكيفة داخل المدرسه العاديه، ذات اتساع يحقق سهوله التدريب والحركه تتوسط مواقع فصول المدرسه التي يحتاج طلابها لرعايه في هذه الغرفه، ويسهل حركه ذهابهم منها دون صعوبات، مزوده بأثاث ومواد تربويه ووسائل تعليميه تمكن من تحقيق خدمات للطلاب بكفايه مطلوبه وتفي باحتياجات الطلاب المحولين إليها أو المترددين عليها وخاصة في التغلب على الصعوبات التعليميه التي يعانون منها. (السهيلي، 2018).

- يمكن تقسيم هذه الغرفه إلى أركان في إطار المواقف والخبرات التعليميه " ركن لتعليم القراءه، ركن للعمليات الحسابيه، ركن للألعاب التربويه " وكل ركن مزود بالوسائل والمواد الخاصه به، وبما يتيح للمعلم استخدامها وتوظيفها في يسر وكفاءه (عبد الغني الخالد، 2000).

- يقوم على تقديم الخدمات بغرفه المصادر مدرس متخصص.
- يتردد على هذه الغرفه الطالب الذي يعاني من صعوبات تعليميه معينه حسب جدول معين خلال اليوم الدراسي للحصول على مساعده خاصه " بعض الوقت " في ماده معينه أو في حل مشكله تواجهه، أو التخلص من مشكله سلوكيه أو نفسيه معينه.

3-1-2-3- الخدمات الخاصه

حيث يلحق الطفل بالفصل العادي مع تلقيه مساعده خاصه من وقت لآخر بصوره فرديه منتظمه في مجالات معينه مثل القراءه أو الكتابه أو الحساب وغالباً ما يقدم هذه المساعده للطفل معلم التربيه الخاصه متنقل يزور المدرسه مرتين أو ثلاث مرات بالأسبوع.

3-1-2-4- المساعده داخل الفصل

حيث يلتحق الطفل بالفصل الدراسي العادي مع تقديم الخدمات اللازمة له داخل الفصل وحتى يتمكن الطفل النجاح في هذا الموقف يجب توفير استخدام الوسائل التعليمية أو الأجهزة التعويضية أو الدروس الخصوصية وقد يقوم بهذه معلم متنقل أو معلم الفصل العادي بمساعدة المعلم المتنقل أو المعلم الاستشاري .

3-1-2-5- المعلم الاستشاري

حيث يلحق الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة بالفصل الدراسي العادي ويقوم المدرس العادي بتعليمه مع أقرانه العاديين ويتم تزويد المعلم بالمساعدات اللازمة عن طريق معلم استشاري مؤهل في هذا الصدد وهنا يتحمل معلم الفصل العادي مسؤولية إعداد البرامج الخاصة بالطفل وتطبيقها أثناء ممارسته لعملية التدريس العادية في الفصل. (عبد الغني الخالد، 2000)

3-1-3- شروط الدمج التعليمي المثالي:

يعتبر الدمج التربوي من العمليات التربوية المعقدة التي تحتاج إلى تخطيط سليم للتأكد من نجاحها بحيث يجب يكون مخططاً له بصورة دقيقة، فالأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة والذين سيستفيدون من هذا البرنامج يجب أن يحصلوا على مستوى من التعليم لا يقل عن البرنامج المطبق في المدارس الخاصة، أيضاً وجود الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية لا يجب أن يؤثر بأي حال على برنامج المدرسة العادية ومستوى تقدم وطموح الطلبة الآخرين وأن لا يشكل عبئاً إضافياً على المعلم في الصفوف العادية. لقد أشارت العديد من الدراسات إلى جوانب مهمة لإنجاح عملية الدمج يجب مراعاتها يمكن تلخيصها في الجوانب التالية:

- توفير معلم التربية الخاصة: واحد على الأقل في كل مدرسة يطبق فيها برامج الدمج حيث أن الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة يحتاج إلى درجة كبيرة من القبول والدعم والقليل من المنافسة لذلك فهم بحاجة إلى مدرسين مؤهلين ومتخصصين في التربية الخاصة،

وكذا القبول من طرف الأهل والإدارة المدرسية والهيئة التدريسية والطلبة وجميع الشركاء الاجتماعيين المحيطين بالطالب المدمج وتغيير قناعتهم ورؤيتهم حول مفاهيم الإعاقة، وهذا لن يتم إلا بعد توضيح خصوصية ذوي الاحتياجات الخاصة وأهمية عملية الدمج الجميع.

- الاختيار الأمثل للأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة الذين سيستفيدون من أحد برامج الدمج كل حسب إمكانياتهم من الناحية الأكاديمية والاجتماعية والانفعالية .

- المشاركة والتعاون من قبل جميع المحيطين بالطالب من ذوي الاحتياجات الخاصة والقائمين على عملية التكفل والدمج أو ما يعرف بفريق العمل، مع ضرورة التنسيق الجيد والاتصال الدائم بين الجميع للمساعدة في وضع وتنفيذ وإنجاح هذه الخطط والبرامج التربوية.

- وضع المنهج التربوي المناسب: نعني بالمنهج في ميدان التربية الخاصة بذلك الشوط الذي يقطعه كل من المدرس والوالدين والإدارة التربوية والتلميذ نفسه في وضع وتنفيذ تلك المخططات والاستراتيجيات والأنشطة والوسائل المكيفة التي توضع بدقة لتحقيق الأهداف التربوية، فالمنهج هو الطريق الذي تسلكه المؤسسة التربوية المسؤولة عن تربية ذوي الاحتياجات الخاصة لإكسابهم المهارات والقيم اللازمة لتكيفهم بنجاح مع المجتمع والحياة اليومية، وذلك عن طريق تقديم خبرات وأنشطة تفاعلية بين المعلم والمتعلمين فيما بينهم ويحدث من خلال هذا التفاعل تعديل السلوك وتعلم المعارف واكتساب الخبرات وتحقيق الأهداف العامة (بلجون، 2009).

فالمنهج التربوي الخاص بالفئات الخاصة يقصد به كل الخبرات التربوية والعلمية والثقافية والرياضية والفنية والمخطط لها مسبقا والمصممة بدقة ويتم تطبيقها داخل المدرسة وحتى خارجها والتي تهدف إلى تحقيق أعلى قدر ممكن من الاستقلالية للأفراد في حياتهم

3-1-4- الشروط الواجب مراعاتها في التخطيط لبرامج الدمج المثالي:

يعتبر الدمج من العمليات المعقدة التي تحتاج إلى تخطيط سليم للتأكد من نجاح البرنامج بحيث يكون مخططاً له بصورة دقيقة حيث أن الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة والذين

سيستفيدون من هذا البرنامج يجب أن يحصلوا على مستوى من التعليم لا يقل عن البرنامج المطبق في المدارس الخاصة، أيضاً وجود الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية لا يجب أن يؤثر بأي حال على برنامج المدرسة العادية ومستوى تقدم وطموح الطلبة وأن لا يشكل عبئاً إضافياً على المعلم في المدرسة العادية.

لقد أشارت العديد من الدراسات إلى جوانب مهمة لإنجاح عملية الدمج يجب مراعاتها يمكن تلخيصها في الجوانب التالية:

- توفير معلم التربية الخاصة واحد على الأقل في كل مدرسة يطبق فيها برامج الدمج حيث أن الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة يحتاج إلى درجة كبيرة من القبول والدعم والقليل من المنافسة لذلك فهم بحاجة إلى مدرسين مؤهلين قبل الإدارة المدرسية والهيئة التدريسية والطلبة في المدارس لبرامج الدمج وقناعتهم به وهذا لن يتم إلا بعد توضيح أهمية الدمج لكل من الإدارة المدرسية والمعلمين وأولياء أمور الطلبة .
- الاختيار السليم للأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة الذين سيستفيدون من هذا البرنامج من الناحية الأكاديمية والاجتماعية والانفعالية .
- المشاركة والتعاون من قبل الأهالي وأولياء أمور الطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة في البرنامج المدرسي من الأمور الهامة جداً لإنجاح برامج الدمج.
- تحديد الأهداف المرجوة من البرنامج بحيث يجب أن تكون واقعية وعلى أسس علمية قد تكون عائقاً وأضرارها أكبر على الأطراف المشاركة .
- تحديد نوعية الدمج هل هو الدمج الأكاديمي أو الاجتماعي الذي يقتصر فقط على أنشطة المدرسة خارج غرفة الصف.
- حاجة برامج الدمج إلى نظام تسجيل مستمر لقياس تقدم الطالب في مختلف الجوانب النمائية

- إعداد الكوادر اللازمة وتدريبها تدريباً جيداً بما يتناسب مع إنجاز برنامج الدمج، وينبغي أن يكون تدريب معلمي الفصول العادية على التعامل التربوي مع ذوي الاحتياجات الخاصة من الركائز الأساسية لبرامج الدمج الخاصة والاعتماد على النفس والكفاءة الشخصية في المأكل والملبس وقضاء الحاجة والتعلم والتواصل مع الآخرين، يشترك في تطبيقه وتنفيذه جميع الشركاء في العملية التربوية مع ضمان التنسيق الكامل والتواصل والتفوييم والتقييم طوال العملية. (عبد الغني الخالد، 2000).

3-1-5- الركائز الأساسية لبرامج الدمج التعليمي الناجح:

اهتم العديد من الباحثين في الشأن التربوي لتبيين أهم النقاط الممكن لبرامج الدمج الارتكاز عليها قصد تحقيق الأهداف المنشودة، ومن بينهم الأستاذ الدكتور جمال الخطيب في مختلف كتاباته عن الدمج ويمكن تلخيصها في الآتي :

• **نوع الإعاقة:** حيث أن دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية مرتبط بنوع الإعاقة وحدتها فهو أيسر لذوي الاحتياجات الخاصة حسيّاً وحركياً منه بالنسبة إلى ذوي الاحتياجات الخاصة ذهنياً كما أن دمج المصابين بإعاقة واحدة أسهل من دمج الإعاقات المضاعفة.

• **التربية المبكرة:** أن الدمج المدرسي للأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة لا بد وأن يسبقه تربية مبكرة من الأسرة لمساعدتهم على أداء بعض الوظائف الأساسية للحياة مثل الكلام والحركة والتنقل والاعتماد على الذات ومعرفة خصائص الأشياء بصفة طبيعية. (السيد 2007).

• **عدد التلاميذ من ذوي الاحتياجات الخاصة في الفصل العادي:** يفضل ألا يتجاوز عن تلميذين حتى لا يحول وجودهم به دون السير العادي له لأن الاعتناء بذوي الاحتياجات الخاصة يتطلب تفريد التدخل.

• **حجم الفصل:** يتطلب الاعتناء بذوي الاحتياجات الخاصة داخل الفصل العادي مجهودات خاصة من قبل المعلم وإذا كان عدد التلاميذ مرتفعاً فإنه يتعذر الاضطلاع بهذا الدور بصفة مرضية ويقدر ما يكون حجم الفصل أصغر تكون مهمة المعلم أيسر .

• **حصص للدعم خارج الفصول العادية:** قلما يتم دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في الفصول العادية بطريقة مرضية إذا لم يستفيدوا بحصص للدعم والتدراك خارج هذه الفصول لأن الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة يتسم بالبطء والتعثر ويأخذ هذا الدعم اتجاهين متكاملين:

- اتجاه يعتني بتحسين القدرات الأساسية مثل النطق وتنمية المهارات الحسية واليدوية.
- واتجاه يعتني بتحسين المستوى التحصيلي المدرسي من حساب وقراءة .

• **دور أولياء الأمور:** ويتلخص هذا الدور في المستوى الثقافي والاقتصادي للأسرة ومدى وعي أفرادها بمشكلات الإعاقة ومتطلبات الإدماج الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة، ومدى توفير وسائل التعلم المختلفة لهم، والتعاون مع المعلمين في تيسير تقدم أبنائهم .

- البدء بالمعلمين الراغبين في تنفيذ برامج الدمج وتشكيل صفوف الدمج.
- العمل بروح الفريق ومشاركة الجميع في التخطيط والتنفيذ.
- توفير المعلومات والتهيئة وتنفيذ البرامج التدريبية للمعلمين.
- توفير مصادر الدعم وتدبير الأمور الإجرائية والمساندة المادية والبشرية للمدرسة.
- الدمج يتم تدريجياً وإتباع منحى واقعي في التغيير.
- إعطاء المعلمين حرية اتخاذ القرارات المهنية في تعديل المنهج وإضافة البرامج المناسبة.

- التأهيل النفسي والتربوي للطفل ذوي الاحتياجات الخاصة.
- التوعية بسمات وخصائص الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ومشكلاتهم.

• تحديد الفترة الزمنية للدمج فيما إذا كانت تشمل طول فترة اليوم الدراسي أو في فترات زمنية محددة. (السهيلي.2018) .

• السير بالدمج خطوة بخطوة إذ لا يجب الاندماج في عملية الدمج سواء من حيث اختيار الفئات التي سيتم دمجها أو حتى اختيار نوع الدمج الذي سيتم وضع الطفل به، بل يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار إمكانيات المدرسة واستعدادها وحاجات الأطفال وفرص نجاحهم.

• 2-3 الدمج الاجتماعي:

إن دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع يتطلب إعدادا جيدا للبيئة الاجتماعية ولل فرد نفسه للتكيف مع متطلبات الحياة العامة والاستجابة للمعايير والقيم الاجتماعية والعادات والتقاليد المتعارف عليها في المجتمع وبناء علاقات اجتماعية ناجحة مع الأفراد والجماعات إضافة إلى إعداده للاستقلال المعيشي والاجتماعي والأسري.

3-2-1 تعريف الدمج لاجتماعي:

يقصد به دمج الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأفراد الآخرين في النسيج الاجتماعي والأنشطة المجتمعية المختلفة في مجال السكن والزواج والعمل والتعلم والترفيه والأنشطة الرياضية والثقافية والسياسية والدينية وغيرها من الأنشطة التي يمارسها الشخص المعاق جنب لجنب مع باقي أفراد المجتمع.

ويعرفه السهيلي (2018) بأنه إعطاء الفرصة للمعاقين للانخراط في الأوساط الاجتماعية وجميع الأنشطة والفعاليات، مع الحرص على تسهيل مهمتهم في أن يكونوا أعضاء فاعلين في المجتمع ونضمن لهم الحق في العمل والاستقلالية وحرية التنقل والتمتع بكل الحقوق المدنية وبكل ما هو متاح لباقي شرائح المجتمع على مبدأ المساواة .

وفي دراسة دباب وحفيظي(2021) يعرف بأن يعيش الأشخاص ذوي الإعاقات المختلفة عيشة آمنة في كل مكان يتواجدون فيه، وأن يشعروا بوجودهم وقيمتهم الاجتماعية بعيدا عن العزلة والاعترا ب أو الرفض أو التمييز أو التهميش ، وأن ندعمهم لتحقيق الاندماج

الشخصي والاجتماعي الفعال، وأن يستفادوا من جميع الحقوق مثل الحق في الرعاية الصحية والحق التعليم والحق في السكن والحق في العمل والحق في تكوين أسرة، وكذلك الخدمات الصحية والرياضية والترفيهية، مع مساعدتهم في الحصول على العمل مناسب لوضعيتهم وإعاقتهم ويتمشى وميولاتهم ورغباتهم في المؤسسات المهنية المختلفة كل حسب إمكانياته.

هذا ويعتبر الدمج الاجتماعي للفئات الهشة وذوي الإعاقة هو الجامع لباقي أنواع الدمج التربوي والمهني، فالمعاق عندما يمارس تعليمه فهو يمارسه في بيئة اجتماعية، وكذلك عندما يستفاد من الدمج المهني فإن ذلك يكون في وسط عمالي اجتماعي أيضا وليس بمعزل عن بيئته الاجتماعية. (تيلوين وآخرون 2022)

3-2-2- أهداف الدمج الاجتماعي:

- يهدف هذا النوع من الدمج إلى توفير الفرص المناسبة للتفاعل الاجتماعي والحياة الاجتماعية الطبيعية بين الأفراد مهما كانت وضعياتهم أو حالتهم الصحية وبنيتهم الجسمية.
- تطوير مهارات السلوك الاجتماعي التكيفي عند ذوي الاحتياجات الخاصة.
- العمل على تعديل اتجاهات الأسرة نحو طفلها المعوق وتوفير المساعدات ووسائل الدعم المناسبة لها لتكون قادرة على تأمين ظروف التنشئة الاجتماعية المناسبة له.
- توفير الظروف الوظيفية لتمكين المعوق من ممارسة حياته والاندماج في الحياة العامة وتكوين أسرة وتلبية احتياجاته واحتياجات أفراد أسرته.
- العمل على توفير الظروف البيئية المناسبة لدمج المعوق في المجتمع المحلي وذلك من خلال العمل على تعديل اتجاهات الأفراد وردود فعلها تجاه الإعاقة.
- العمل على توفير الخدمات الاجتماعية اللازمة لتلبية الاحتياجات الخاصة للأفراد المعوقين والحث على سن التشريعات والقوانين اللازمة لتأمين حقوقهم.

- توفير الظروف المناسبة لتسهيل مشاركة المعوقين في الأنشطة والبرامج التي يوفرها المجتمع لأفراده سواء كانت هذه البرامج والأنشطة تعليمية أم اجتماعية أم ثقافية أم ترويحية.
- دعم وتشجيع العمل الاجتماعي التطوعي وتأسيس جمعيات ونوادي للأشخاص المعوقين أو جمعيات أهالي المعوقين الاجتماعية والمهنية.

3-2-3- أساليب الدمج الاجتماعي:

يذكر أبو النصر (2000) أن أساليب الرعاية والتأهيل والدمج الاجتماعي للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة تختلف حسب نوع ودرجة الإعاقة وحسب الظروف الاجتماعية والاقتصادية للفرد المعوق وأسرته إلى الأساليب التالية:

✓ أسلوب الرعاية المنزلية: ويركز على الوقوف على الظروف الأسرية التي يعيش في ظلها الفرد المعوق ومساعدة أسرة المعوق في الحصول على الخدمات المتوفرة في المجتمع وإحداث التغييرات المطلوبة سواء في اتجاهات أفراد الأسرة أو في تكييف البيئة السكنية للأسرة لتفي باحتياجات الفرد المعوق.

✓ أسلوب الرعاية النهارية: أي تأمين مؤسسات الرعاية النهارية لخدمة الأفراد المعاقين وذلك تحاشياً لعزلهم عن بيئاتهم الطبيعية واختزال مدة التأهيل.

✓ أسلوب الرعاية الإيوائية: وهذا الأسلوب يستخدم فقط مع الحالات التي تتطلب هذا النوع من الرعاية كحالات الإعاقات الشديدة والمتعددة والحالات التي تعجز الأسرة عن تأمين مستلزمات الرعاية اللازمة للفرد المعوق.

✓ أسلوب الرعاية اللاحقة: ويستخدم بعد إتمام عملية التأهيل وإدماج المعوق في أسرته أو في المجتمع أو تشغيله للتأكد من عدم تعرضه للمشاكل ومواجهة أية صعوبات يمكن أن تواجهه. (أبو النصر 2000).

3-2-4- شروط نجاح سياسات الدمج الاجتماعي:

- البحث العلمي والتعرف على أفضل الطرق للتحقيق أهداف وذلك من خلال اجراء الدراسات العلمية والاستفادة من تجارب الدول والمؤسسات والاشخاص والاطلاع على التجارب الناجحة في هذا المجال .

- توفير فرص استمرار واستقرار الشخص المعاق في التعليم أو في العمل وتذليل كافة المعوقات الإدارية أو المادية أو الاجتماعية التي تؤثر سلباً على استمراره في دراسته أو في عمله.

- مساعدة الشخص المعاق على الاستفادة من خدمات المؤسسات المختلفة القائمة في المجتمع المحلي الذي يعيش فيه سواء كانت صحية أو التربوية أو اجتماعية أو ترفيهية.

- التأكد من متابعة الشخص المعوق للخطط الدمج وخاصة الاشخاص المعاقين الذين يحتاجون لخدمات علاجية بشكل دائم.

- تعاون الأسرة في إعطاء المعلومات وإبراز التقارير الطبية المتعلقة بالحالة وإعطاء المعلومات المطلوبة حول الظروف الاجتماعية والاقتصادية والبيئية التي يعيش بها الشخص ومدى إمكانية إجراء دراسات ميدانية تسهم في الحد من التعرف على مثل هذه الجوانب. (عيسات. 2004)

- إشراك أخصائيين آخرين في عملية التقييم مثل أخصائي العلاج الوظيفي وأخصائي علاج النطق وأخصائي العلاج الطبيعي وطبيب الأطفال وطبيب الأنف والأذن والحنجرة وأخصائي السمعيات وفاحص النظر ومعلمة التربية الخاصة والأخصائية الاجتماعية وكل من يمكن ان تستفيد منه عملية الدمج. (منار للتربية الخاصة 2010)

3-3- الدمج المهني:

يمثل العمل نشاطاً أساسياً في حياة الإنسان يساعده على توجيه طاقاته وجهة مفيدة نحو عمران الأرض، وكذلك يشعره بتحقيق ذاته وبأهميته في حياة الآخرين، كما أنه يمثل عنصراً

أساسياً من الإنتاج وخلق المنفعة في صورة سلع وخدمات، وكذلك في شغل وقت الفراغ وتحقيق الصحة النفسية بشكل عام.

3-3-1- تعريف الدمج المهني:

هو دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في الوسط العمالي والمهني لتمكينهم من ممارسة مهنة تتوافق مع إمكانياتهم وميولاتهم ورغباتهم، ويشير جيمس بيتر إلى إن أهم عامل يجب مراعاته في الدمج المهني هو معرفة التأثيرات النفسية للإعاقة وتحليلها بشكل دقيق للاستفادة من ذلك في تهيئة أجواء البيئة العملية، فقد أفاد مكتب العمل الدولي بأن الحرف التي تناسب مع ذوي الإعاقة بصفة عامة وذوي الإعاقة البصرية على وجه الخصوص في تزايد ملحوظ بفضل توفر وسائل مساعدة مثل معينات القراءة والكتابة ودواعم الحركة داخل البيئة العملية، وعلى العموم فإن هناك تزايد كبير في جميع دول العالم حالياً لفلسفة تشغيل ذوي الاحتياجات الخاصة مع اقرانهم في سوق عمل مفتوح وداعم. (الشمري، 1424هـ)

ونتيجة للتطور العلمي الكبير فقد أصبح من السهل حصول الأشخاص ذوي الإعاقات على مهنة تناسب وضعياتهم وإمكانياتهم، وبذلك أصبح لا بد من إتاحة تكوين وتعليم مهني لهته الشريحة يتمشى والتطور الحاصل في سوق العمل للاستفادة بشكل فعال من تكوينه تكويناً متخصصاً وتدريبه على الاعتماد على باقي حواسه وعلى إمكانياته المعرفية والعقلية والجسمية والنفسية والاستفادة من فترات تدريب مهني كافية لذلك، ويصبح الشخص مستعداً للدمج في ميدان العمل مع باقي أفراد المجتمع، فالعمل الناجح أفضل وسيلة لدمج المعاق اجتماعياً دمجاً ناجحاً يكون فيه معتمداً على نفسه مادياً ومعنوياً، كما يعتبر أفضل وسيلة للرعاية التربوية وللتكيف النفسي والاجتماعي، كما يرفع من الإحساس والثقة بالذات لديه والشعور بالرضا لدى المعاق ومحيطه الاجتماعي، فالعمل يحرق المعاق بصفة من الصراعات النفسية والإحساس بالتبعية للأخر، ويعزز للإحساس بالإنتاجية. (الشمري،

1424هـ)

3-3-2- شروط نجاح الدمج المهني:

ويعود الدمج المهني بالفائدة على الجميع، الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة أسرته ومجتمعة، الدولة ككل، وحتى يكون هذا الدمج ناجحاً وفعالاً يجب مراعات العديد من الشروط منها.

- تهيئة بيئة العمل: ولأن الشخص المعوق يعاني من قصور بدني أو عقلي فإنه قد يحتاج إلى بيئة تناسب ما لديه من طاقات، سواء في الحركة أو استقبال المنبهات أو في تحقيق السلامة الشخصية أو في الوفاء بمتطلبات الراحة وباقي أنشطة الحياة، وهي أمور قد لا تتوفر في كثير من مواقع العمل، لذا يجب الأخذ بعين الاعتبار الحاجيات والخصوصيات التي تسهل الأداء المهني لهم.

- التدريب المهني: وهي الخطوة الرئيسية في عملية التأهيل والدمج المهنية التي تخصص للتدريب الفعلي للشخص المعوق على المهنة التي تم اختيارها بعد إجراء التقييم والتوجيه المهني. وتتم عملية التدريب المهني في ثلاث مراحل هي:

- التهيئة المهنية: وهي مرحلة يتم فيها تعريف المعوق على المهنة التي سوف يتدرب عليها وتعريفه بقوانينها ومستلزماتها والأدوات المستخدمة فيها والمهارات اللازمة لأداء المهنة وتزويده بالاتجاهات الإيجابية نحو العمل والإنتاج.

- التطبيق العملي: وهي المرحلة التي يتم فيها تدريب الشخص المعوق عملياً على المهنة التي تم اختيارها بحيث تضمن هذه العملية وصول المعوق في نهايتها إلى الأداء المهني الجيد الذي يؤهله للمحافظة على المهنة والاستمرار والترقي فيها. (الشمري، 1424هـ)

- التدريب في سوق العمل: وهي المرحلة الأخيرة التي يتم فيها وضع المعوق في الشركات والمؤسسات ذات العلاقة تحت إشراف مباشر من عمال مؤهلين للتأكد من أداء المعوق المهني، مع ضرورة المتابعة من قبل مركز أو مؤسسة التأهيل.

- خدمات للإرشاد المهني: تتطلب هذه الظروف التي تفرضها الإعاقة على النمو والاختيار والتوافق المهني للفرد ومدى توفر فرص العمل له أن يكون هناك برنامج إرشادي يقوم به مرشد متخصص في الإرشاد المهني للمعوقين ليساعدهم على للتأقلم المهني المناسب القائم على تحديد وتقدير للقدرات والطاقات وعلى تجويد العلاقات مع البيئة العملية وزملاء العمل، ومن هذه الخدمات

- التقييم المهني: وهي عملية تهدف إلى دراسة قدرات وإمكانيات الشخص المعوق المهنية والتعرف على ميوله واستعداداته المهنية بهدف مساعدته على الاختيار المهني في حدود ما هو متوفر من برامج مهنية في مراكز التدريب المهني، ويقوم بهذه الخطوة أخصائي التقييم المهني أو مرشد التأهيل وتستخدم فيها عدد من المقاييس والاختبارات النفسية والمهنية التي تساعد على التنبؤ بالمجالات المهنية التي تتناسب استعدادات وميول وقدرات الشخص المعوق. (الشمري، 1424هـ)

- التوجيه المهني: وهي خطوة تهدف إلى مساعدة الأشخاص المعوقين على الاختيار المهني للمهنة التي تتناسب مع ميولهم واستعداداتهم وقدراتهم من جهة ومع فرص استخدامهم في سوق العمل من جهة أخرى.

3-3-3- مجالات وأنواع الدمج المهني:

التشغيل هو الخطوة النهائية ومحصلة الخطوات السابقة والتي تأخذ أشكالاً متعددة منها:

✓ التشغيل في سوق العمل المفتوح: والتي تمثل مجموعة فرص الاستخدام التي يوفرها قانون العرض والطلب في ظل قانون العمل والاستخدام في سوق العمل. ويسمى التشغيل في سوق العمل المفتوح بالتشغيل الانتقائي ويعتبر من أهم أنواع التشغيل (الشمري، 1424هـ)

✓ التشغيل المحمي: أو التشغيل في البيئة المحمية، ونظراً لأن التشغيل الانتقائي يواجه أحياناً صعوبات في تكيف بيئة العمل لتتناسب حاجات الأشخاص المعوقين تم إيجاد فرص

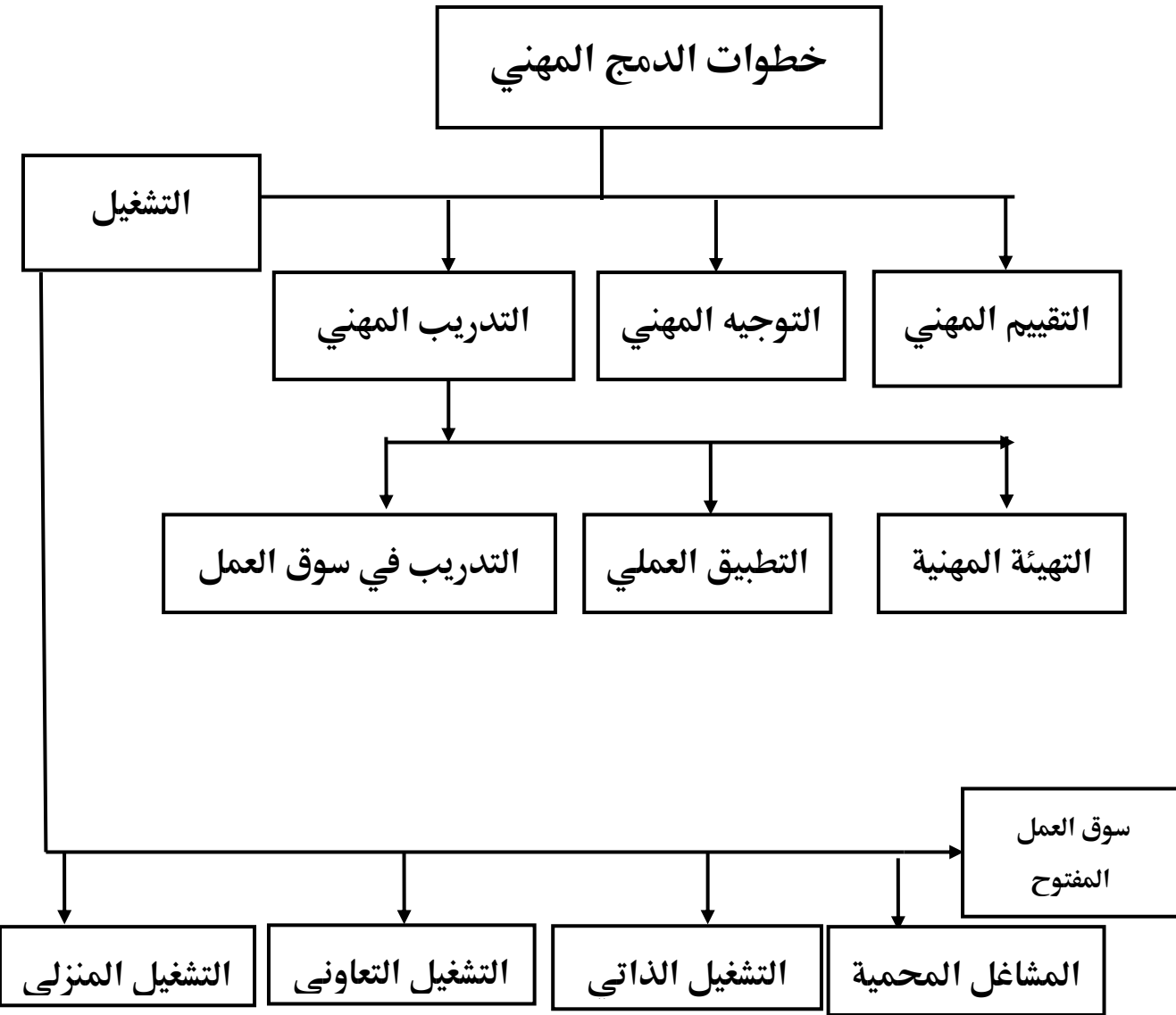
للتشغيل في المؤسسات المحمية التي هي عبارة عن مشاغل بعيدة ومحمية من منافسة السوق، وتكون بيئة العمل فيها متناسبة مع احتياجات العمال المعوقين.

✓ التشغيل الذاتي Self Employment: وفي هذا النوع يقوم الشخص من ذوي الاحتياجات الخاصة بالعمل لحسابه الخاص بعد توفير رأس المال المناسب له.

✓ التشغيل المنزلي: وهذا النوع مخصص للأشخاص المعوقين الذين تحول ظروف إعاقتهم من الالتحاق بالأنواع الأخرى، حيث يمارس المعوقين في هذا النوع أنشطة صناعية أو حرفية أو خدماتية داخل المنزل وتتم عملية تسويق منتجاتهم من قبل أشخاص أو هيئات صناعية أو تجارية لها علاقة.

✓ التشغيل التعاوني: ويعني تشغيل المعوقين في مشاريع أو مؤسسات أو جمعيات تعاونية أو في جمعيات تعاونية خاصة يشرف على إدارتها وتسويق منتجاتها المعوقون أنفسهم ويتقاسمون الأرباح فيما بينهم. (الشمري، 1424هـ).

والشكل التالي يمثل رسم تخطيطي للخطوات العملية لعملية الدمج المهني لذوي الاحتياجات الخاصة:



الشكل رقم (02): يوضح خطوات الدمج المهني.

3-3-4- مشكلات الدمج والتوافق المهني:

وهي مجموعة من المشكلات المتصلة بالتعامل مع الآلات وبيئة العمل وزملاء العمل والمشرفين عليه ومع أهداف الإنتاج والتنظيم الإداري والتشريعي لمواقع العمل وغيرها من الجوانب.

- صعوبات العمل التنافسي: قد لا يستطيع بعض الأفراد المعوقين التنافس مع غير المعوقين مما يجعل إنتاجهم منخفضاً وقد يؤدي بذلك إلى الإعراض عن توظيفهم أو عرض أجور متدنية مقابل عملهم.

- صعوبة الوصول إلى العمل: بعض الحالات تتطلب ظروف الإعاقة لديها البقاء في المنزل معظم حياتها، وهؤلاء يصبح من الصعب توظيفهم في سوق العمل، وإنما يحتاجون إلى ترتيبات خاصة.

- عدم ملامسة الواقع المهني: بعض الحالات يحدث لديها العجز في مرحلة مبكرة من العمر مما يقلل فرصة تعاملها مع عالم المهن وملاسته، ومن أمثلة ذلك الأطفال الذين يصابون بكف البصر أو بعجز في الحركة. (الشمري، 1424هـ)

- محدودية النمو المهني: يمر الإنسان بمراحل للنمو المهني تتوكل مع مراحل نمو الجوانب الأخرى لديه (بدنية- عقلية- أخلاقية إلخ). والفرد الذي يحدث لديه عجز بدني أو عقلي تصبح لديه قيود مفروضة على هذا النمو.

- محدودية الاختيار المهني: وجود العجز لدى الفرد قد يفرض عليه تقييد مجالات الاختيار بما يناسب ما حدث من قيود على طاقاته البدنية والذهنية وعندما نأتي إلى الواقع العملي الذي لديه عجز بدني أو عقلي قد يحتاج إلى أساليب خاصة للتدريب يراعي فيها طبيعة قدراته وحواسه ونشاطه الذهني وظروفه النفسية.

- محدودية فرص العمل المتاحة: وفرص العمل تزداد كلما ازدادت إمكانية الفرد على القيام بأعمال متنوعة تحت ظروف متباينة. وبطبيعة الحال فإن وجود قيود على حركة الفرد

أو على إدراكاته الحسية أو على نشاطه الذهني يقيد من فرص العمل التي تتاح أمامه فإذا أضفنا إلى ذلك النظرة الاقتصادية لأصحاب الأعمال والتي تقضي برفع المنفعة أو العائد لأقصى ما يمكن وخفض التكاليف لأدنى ما يمكن والنظرة الاجتماعية المتمثلة في مجموعة من الاتجاهات السالبة في المجتمع نحو المعوقين لتبين لنا مدى ما يواجهه الشخص المعاقون من محدودية في فرص العمل. (الشمري، 1424هـ).

4- شروط نجاح سياسات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة:

- التشريعات والقوانين والأنظمة سواء كانت هذه التشريعات خاصة بالأشخاص المعاقين بشكل مباشر كقوانين تأهيل المعوقين أو قوانين التربية الخاصة أو كانت ضمن التشريعات المعمول بها في المجتمع على شكل مواد أو فقرات مخصصة لتأهيل المعوقين مثل وجود نصوص في قانون التعليم أو قانون العمل أو الرعاية الصحية... الخ.

- توفر الكوادر والاطارات المهنية المتخصصة والمؤهلة للعمل في مجال تأهيل المعوقين سواء على مستوى الإعداد الأكاديمي في الجامعات والكليات والمعاهد، حيث تجدر الإشارة هنا إلى أن هذا الموضوع أصبح من ضمن اهتمامات الجامعات العربية وجامعة حمه لخضر الوادي الجزائر، هذا إضافة إلى أن بعض الجامعات العربية تفكر في استحداث برامج جديدة في التربية الخاصة، سواء على مستوى البرامج التدريبية في مجال عقد الدورات التدريبية للعاملين في المجال لتطوير وتحسين مستوى أدائهم المهني وكذلك في مجال عقد الندوات العلمية وورش العمل والمؤتمرات العلمية والمهنية المتخصصة.

- دور الأسرة والمجتمع ومدى توفر الاتجاهات الإيجابية نحو المعاقين من جهة ونحو أهمية وفعالية برامج الدمج من جهة ثانية ونحو توفير الظروف الطبيعية والاجتماعية والاقتصادية التي تساعد على اندماج المعوق في المجتمع واستقلاله المعيشي.

حيث شهدت السنوات الأخيرة اثناء فترة وباء كورونا وما بعد كورونا تطورا ملحوظا تشهده مجتمعاتنا العربية على هذا الصعيد يتمثل في تزايد أعداد الجمعيات الأهلية التطوعية سواء

لأهالي المعوقين أو للمعوقين أنفسهم أو لأفراد المجتمع الآخرين من المهتمين في هذا المجال وكذلك في التوسع الإيجابي والملفت للنظر الذي تشهده حركة الدمج والتطبيع الأكاديمي والاجتماعي. (تيلوين وآخرون، 2022)

- مدى توفر البرامج التربوية والمهنية اللازمة والتي تغطي كافة مجالات التأهيل. ولا بد من الإشارة هنا أن البرامج التأهيلية سواء التربوية منها أو المهنية أصبحت تقدم في أقل البيئات تقييداً وابتعدت عن البرامج المنعزلة، ويأتي هذا التحول استجابة للتطورات المتسارعة التي تحدث في هذا المجال وخصوصاً الاتجاه نحو الدمج الشامل (Inclusion) الذي أصبح حقيقة واقعة في جميع المجتمعات.

- مدى توفر الأجهزة والوسائل المساعدة: إن التطور التكنولوجي والتقني الذي تشهده المجتمعات الحديثة قد أثر بشكل واضح ليس على حياة الأفراد العاديين فحسب بل وعلى الأفراد المعوقين أيضاً على اختلاف إعاقاتهم وفتاتهم. وتتنوع الأجهزة والوسائل المساعدة الفردية منها والجماعية لتشمل:

- الأجهزة التعويضية كالأطراف الاصطناعية والأجهزة السمعية والبصرية.

- الوسائل المساعدة على الحركة والتنقل سواء ما يتعلق منها بالمعوقين جسماً أو المعوقين بصرياً أو ذوي الإعاقات الحركية الأخرى.

- الوسائل التعليمية الخاصة.

- الوسائل والأجهزة الخاصة بالحياة اليومية التي تسهم إسهاماً فعالاً في الاستقلال المعيشي للمعوقين.

- البيئة الخالية من الحواجز.

- مدى توفر مراكز للدمج المجتمعي: لقد أصبحت الحاجة إلى هذا النوع من المراكز أكثر إلحاحاً في الوقت الراهن وذلك للأسباب التالية:

• التوفير من الكلفة الاقتصادية العالية التي تتطلبها عملية إنشاء المراكز الخاصة لتأهيل المعوقين.

• توسيع رقعة الخدمات لتشمل المناطق الريفية والنائية التي لاتصل إليها المراكز الخاصة التي عادة ما تتركز في العواصم والمدن الرئيسية.

- التوسع في تقديم خدمات وبرامج التأهيل لتشمل أعداداً أكبر من المعوقين ولتوفر لهم البرامج اللازمة التي تفي باحتياجاتهم التأهيلية الخاصة، حيث تشير العديد من الدراسات المحلية في المجتمعات المختلفة إلى أن نسبة الأفراد المعوقين الذين تشملهم خدمات التربية الخاصة في المراكز والمؤسسات لا تتعدى بأي حال من الأحوال نسبة 5% من مجموع الأفراد المعوقين في هذه المجتمعات.

- التغير والتطور الذي يحصل في اتجاهات أسر المعوقين واتجاهات أفراد المجتمع نحو ضرورة تلبية الحاجات التأهيلية للمعوقين، وزيادة أعداد الهيئات والجمعيات الحكومية والأهلية التي تطالب بتوسيع رقعة الخدمات جغرافياً ونوعياً وتطالب أيضاً بضرورة تأمين حقوق المعوقين.

- الاتجاهات المعاصرة التي تشهدها حركة تأهيل المعوقين والتربية الخاصة والتي تؤكد على مبادئ تكافؤ الفرص والتحرر من المؤسسات والدمج المجتمعي الشامل، وتحرير البيئة من العوائق الطبيعية.

5- السياسة الجزائرية في دمج ذوي الاحتياجات الخاصة:

عمد المشرع الجزائري إلى سن مجموعة من القوانين لحماية الاشخاص ذوي الإعاقات المختلفة والقصر، كما تم انشاء العديد من المؤسسات الحكومية التي تعمل بالتكفل بهم، منها المؤسسات التعليمية والمؤسسات المهنية والتشغيل وكذلك تم انشاء الجمعيات العمومية والخاصة الناشطة في مجال التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، التي تعمل في جميع مناطق الوطن،

وتعمل تحت وصاية وزارة التضامن وشؤون المرأة، ومن جملة القوانين نذكر النصوص التالية المتخصصة في التكفل ودمج هذه الفئات.

- القانون 09/02 الصادر في 14 ماي 2002 الذي يتعلق بحماية الأشخاص المعاقين وترقيتهم. / المرسوم التنفيذي 45/03 الذي يحدد كفاءات تطبيق احكام المادة 07 من القانون 09/02.

- المرسوم التنفيذي 333/03 يتعلق باللجنة الطبية الولائية المتخصصة للتربية الخاصة والتوجيه المهني.

- المرسوم التنفيذي 455/06 الصادر في 11 ديسمبر 2006 يحدد كيفية تسهيل وصول الاشخاص المعاقين إلى المحيط المادي والاجتماعي والاقتصادي والثقافي. الجريدة الرسمية رقم 80.

- المرسوم التنفيذي 02/08 الصادر بتاريخ 08 جانفي 2008 يحدد شروط إنشاء مؤسسات مساعدة عن طريق العمل وتنظيمها وسيرها cat

- المرسوم التنفيذي رقم 05/12 يتضمن القانون الاساسي النموذجي لمؤسسات التربية والتعليم المتخصصة للأطفال.

- المرسوم التنفيذي رقم 214//14 الصادر بتاريخ 30 جويلية 2014 يضبط الكفاءات المتعلقة بتخصيص مناصب العمل وتحديد الاشتراك المالي ومنح الاعانات قصد تهيئة وتجهيز مناصب العمل للأشخاص المعاقين.

- المرسوم التنفيذي رقم 221/18 الصادر في 09 سبتمبر 2018 الذي يحدد شروط انشاء مؤسسات خاصة للتربية والتعليم المتخصصة للأطفال المعاقين ذهنيا.

- المرسوم التنفيذي رقم 145/19 الصادر في 08 ماي 2019 الذي يتضمن تعديل الاحكام المطبقة على المجلس الوطني للأشخاص المعوقين.

- المرسوم التنفيذي رقم 187/17 الذي يحدد كفايات الوقاية من الإعاقة الصادر بتاريخ 04 جوان 2017 . الجريدة الرسمية .

هذا وهناك العديد من القوانين والمراسيم التنفيذية التي تنظم الأنشطة المختلفة في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة من انشاء المؤسسات التعليمية والمهنية وانشاء الجمعيات والمدارس الخاصة، والقوانين الضامنة للدمج المهني لذوي الاحتياجات الخاصة ضمن المؤسسات العمومية أو دفع اشتراكات اجبارية للصندوق الوطني لتكوين وتشغيل هذه الفئة.

6- إيجابيات دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة:

تهدف البحوث الحديثة في التربية التربة الخاصة بصفة وعامة وسياسات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة لإكساب جميع هذه الفئات بعض الخدمات والمعارف العلمية المناسبة لطبيعة قدراتهم، ومن ثم إتاحة الفرصة أمامهم لاستغلال ما لديهم من قدرات في التعلم وكسب المعارف والمهارات العملية التي تمكنهم من تحقيق الاستقلالية على المستوى الشخصي والاندماج على الصعيد الاجتماعي (الخالد 2000ص13) .

- يعمل الدمج على الحيلولة دون ظهور الاتجاهات السلبية التي تصاحب عزلهم في مدارس خاصة، كما يعمل الدمج على الحد من المركزية في تقديم الخدمات التعليمية، فهو يتيح الفرصة للمؤسسات التعليمية المحلية المختلفة أن تستفيد من تجربة تربية الأطفال المعوقين.

- يشكل الدمج وسيلة تعليمية مرنة يمكن من خلالها زيادة وتطوير وتنويع الخدمات التربوية المقدمة للتلاميذ المعوقين .

- تدريس الأطفال المعوقين في الفصول العادية يتيح لهم فرصة التفاعل الاجتماعي مع أقرانهم العاديين .

- بيئة الدمج الاجتماعية والمهنية تعمل على زيادة التقبل الاجتماعي للأشخاص المعوقين من قبل محيطهم الاجتماعي .
- يعمل الدمج على زيادة فرص التواصل بين الأطفال المعوقين وغير المعوقين.
- إن من شأن احتكاك الأطفال المعوقين بأقرانهم غير المعوقين في سن مبكرة .
- يسهم في تحسين اتجاهات الإيجابية للأشخاص نحو أقرانهم من ذوي الاحتياجات الخاصة .
- إن من شأن الدمج أن يعمل على إيجاد بيئة واقعية يتعرض فيها الأشخاص المعوقين إلى خبرات متنوعة ومؤشرات مختلفة من شأنها أن تمكنهم من تكوين مفاهيم صحيحة واقعية-ة عن العالم الذي يعيشون فيه .
- إن من شأن الدمج أن يعمل على إيجاد بيئة تعليمية تشجع على التنافس الأكاديمي بين جميع التلاميذ. (الخالد 2000)
- إن من شأن الدمج أن يعمل على تعميق فهمنا للفروق الفردية بين الأطفال .
- يمكن للدمج التربوي أن يظهر للمتخصصين وغير المتخصصين على حد سواء أن أوجه التشابه بين التلاميذ المعوقين وغير المعوقين أكبر من أوجه الاختلاف.
- مساعدتهم على الثقة بالنفس وتحقيق ذواتهم والرفع من تقدير الذات لديهم.
- التركيز على المهارات التي تساعد في الحياة اليومية مع الاحترام الكامل لميولاتهم ورغباتهم سوى التعليمية أو المهنية أو في ممارسة هوايتهم الرياضية والفنية وغيرها.
- إكسابهم بعض القيم الاجتماعية والأخلاقية والدينية والثقافية والإنسانية من خلال الاحتكاك بالآخرين ومن خلال التفاعل الاجتماعي.

7- سلبيات دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة :

- إن نجاح عملية الدمج التربوي تعتمد على وجود نظام مساند وقوانين داعمة بحيث يستطيع كل المهتمين بذوي الاحتياجات الخاصة الوفاء بالاحتياجات الأساسية لهم وذلك بوجود بيئة داعمة لذلك.

- إن الاتجاهات السلبية التي قد توجد لدى العالم المحيط بالكفيف قد تجعل من عملية الدمج تجربة سلبية للجميع.

- البنية التحتية العامة مثل المباني والمؤسسات والطرق والممرات وحتى الحقائق العامة غير مهيأة لمساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة لممارسة حياتهم بشكل سلس.
أما من حيث الاتجاهات نحو الدمج التربوي فقد أثبتت دراسات عديدة أنها تتركز في ثلاثة اتجاهات :

- **الاتجاه الأول:** أصحاب هذا الاتجاه يعارضون فكرة الدمج ويعتبرون توفير بيئة محمية خاصة بذوي الاحتياجات الخاصة خاصة بهم أكثر فعالية وأمناً حتى لو أدى ذلك لعزلهم عن المجتمع .

- **الاتجاه الثاني:** أصحاب هذا الاتجاه يؤيدون فكرة الدمج لما لذلك من أثر في تعديل اتجاهات المجتمع والتخلص من عزلتهم والذي يسبب بالتالي إحاق وصمة العجز والقصور والإعاقة وغيرها من الصفات السلبية التي يكون لها أثر على الشخص وطموحه ودافعيته أو على الأسرة والمجتمع بشكل عام .

- **الاتجاه الثالث:** أصحاب هذا الاتجاه يرون أنه من المناسب المحايدة والاعتدال، حيث أن هناك فئات ليس من السهل دمجهم بل يفضل تقديم الخدمات الخاصة بهم من خلال معاهد خاصة مثل ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة، ويؤيدون دمج ذوي الإعاقات البسيطة والمتوسطة في الحياة العادية، ومن خلال هذه الاتجاهات فإن الرؤية تشير إلى أن الاتجاه

الثالث هو الاتجاه المناسب حيث أن برنامج الدمج يجب إن يراعي نوع الإعاقة وشدها حيث تدمج الإعاقات البسيطة والمتوسطة، وتقدم الخدمات في معاهد خاصة.

8- مشكلات دمج ذوي الإعاقة البصرية في الأوساط التعليمية :

هناك الكثير من المشكلات التي غالبا ما تصاحب عملية الدمج من المهم إدراكها وفهم الأسباب التي تقف خلفها، بغية تجاوزها وتذليلها بالطريقة التي تكون في صالح المدمجين (سيسالم 2001) وأكثر هذه المشكلات انتشارا هي :

- عدم مقدرتهم على التنقل بسلاسة والوصول إلى المدرسة أو مكان العمل بمفردهم.
- رفض بعض المدارس العادية قبولهم خشية عدم القدرة على التعامل معهم بشك سليم
- عدم كفاية البرامج والتأهيلية المقدمة للأهل والمعلمين والمشرفين وجميع الشركاء في عمليات الدمج .
- عدم جاهزية النظام التعليمي العادي في المدرسة أو الجامعة لاستقبال هكذا حالات.
- عدم جاهزية البيئة التعليمية من حيث التخطيط والتصميم والتجهيزات المختلفة للاحتضان أشخاص في وضعية إعاقة مهما كانت .
- المعاملة الغير مرضية من طرف بعض المشرفين على العملية التربوية ككل
- الاتجاهات السلبية لبعض الأساتذة حول عملية الدمج من الأساس
- المعاملة السيئة من طرف بعض الزملاء خاصة في السنوات المدرسية الأولى .
- مشكلات تتعلق بالمكفوفين أنفسهم من حيث الاستعداد لخوض غمار تجربة الدمج
- غياب الكلى للتحضير المسبق لعملية الدمج من حيث تحضير البيئة وتوجيه الأهل والمكفوفين وتكوين الاساتذة وتحضير الوسائل البيداغوجية اللازمة والوسائل المساعدة.
- بعض الفجوات في القانون الأساسي للتكفل ودمج ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة.
- تحديد الأهداف المرجوة من برامج بحيث يجب أن تكون واقعية موضوعة على أسس علمية تراعي خصوصية وحالة كل طالب، ونوعية الخدمات التي يجب أن يستفيد منها،

وكذا تحديد نوعية الدمج اللازم الذي يتماشى وقدراته وإمكانياته المعرفية والنفسوجسمية وطبيعة الإعاقة. كما أن نجاح البرامج مرهون بوجود أدوات تشخيص وأدوات قياس وأدوات تقييم وتقويم علمية ومتخصصة توضع وتطبق من طرف متخصصين في التربية الخاصة حتى نضمن النجاح وأفضل النتائج مهما كانت العقبات.

9- الدراسة السابقة:

اهتمت العديد من الدراسات العربية والأجنبية بذوي الاحتياجات الخاصة عموماً وبذوي الإعاقة البصرية بالخصوص، في جميع الميادين التعليم الأساسي أو الثانوي أو الجامعي أو في المجال المهني ومن عدة زوايا، لكن هناك شح في الدراسات التي تناولت موضوع الدمج ميدانياً ونذكر من بين الدراسات:

- دراسة (روحي مروح عبدات 2008) تحت إشراف إدارة رعاية وتأهيل المعاقين بالإمارات العربية تحت عنوان المشكلات التي تواجه الدمج التعليمي لذوي الإعاقة البصرية واعتمدت الدراسة على ذوي الإعاقة البصرية المدمجين كعينة للدراسة وللتعريف بالمشكلات التي يواجهونها أثناء مساهمهم التعليمي في المدارس العامة ، تبعا لمتغيرات العمر والجنس والصف الدراسي .

- دراسة (شافية 2021) من جامعة أم البواقي الجزائر بعنوان الأسس النظرية والتشريعية للدمج الأكاديمي للمعاق بصريا بالجزائر وتهدف هذه الدراسة إلى التعرف على مفهوم الدمج وأشكاله ومتطلباته وتوضيح سلبياته وإيجابياته وكذلك سرد القوانين التي تدعم دمج هذه الفئة في المجال التربوي ورصد المشكلات التربوية للدمج ذوي الإعاقة البصرية.

- دراسة (ربيع عبد الرؤوف 2019) بالجزائر عنوان دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في ضوء بعض التوجهات الحديثة وهدفت الدراسة إلى توضيح الحق في التعلم لجميع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وضرورة تكافؤ الفرص وأهمية توفير بيئة تعليمية ملائمة للفئات الهشة ومساعدتها على تحقيق ذاتها والمشاركة في جميع الأنشطة التربوية والاجتماعية والترفيهية .

- نقد الدراسات السابقة:

إن جميع الدراسات السابقة التي تم تناولها اهتمت بعملية الدمج سوى لذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة أو ذوي الإعاقة البصرية على وجه الخصوص واستعملت في معظمها

المنهج العلمي الوصفي للوصول إلى نتائج علمية في هذا المجال وإن كانت اغلب الدراسات التي تتناول القضايا التي تهتم بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة نظرية، إما تدرس القوانين الداعمة لعملية الدمج مثل دراسة (شافية 2021) أو تدرس إتجاهات المعلمين والأساتذة وحتى الأهل حول عملية الدمج مثل دراسة (ربيع عبد الرؤوف 2019)

أما النتائج التي توصلت إليها معظم هذه الدراسات فإن هناك شعور جمعي متزايد حول أهمية هذه الشريحة في المجتمع ودورها في تطوير التنمية المستدامة وأهمية عملية الدمج بجميع أشكالها وكذا وجود السند القانوني والإطار التشريعي الذي يكفل لهم الحق في تكافؤ الفرص وفي الحق بالعيش حياة كريمة بكل استغلالية مع مراعاة ظروف الإعاقة نبهت في مجملها إلى أن الدراسات التي تهتم بذوي الاحتياجات الخاصة مازالت قليلة ولا تغطي جميع جوانب البحث العلمي في هذا المجال.

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى مفهوم دمج ذوي الاحتياجات الخاصة من جميع الجوانب التعريف والمجالات والأساليب العلمية الداعمة لسياسات الدمج وكذلك أنواع الدمج ضمن كل مجال كما تطرقنا إلى السياسة الجزائرية في حماية والتكفل بالفئات الهشة. كما تطرقنا إلى إيجابيات دمج ذوي الإعاقة البصرية ضمن النسيج الاجتماعي في ميدان التعليم والعمل والانشطة المختلفة، كما تم التطرق إلى سلبيات الدمج، ومعوقات دمج ذوي الإعاقة البصرية في المدرسة العادية وتم التعرّيج على بعض الدراسات العربية والاجنبية التي اهتمت بموضوع دمج ذوي الاحتياجات الخاصة.

الفصل الثالث: جودة الحياة

تمهيد

- 1- التطور التاريخي لمصطلح جودة الحياة
- 2- مفهوم جودة الحياة
- 3- تعريف جودة الحياة
- 4- بعض النماذج المفسرة لجودة الحياة
- 5- أبعاد جودة الحياة
- 6- قياس مستوى جودة الحياة
- 7- جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الاحتياجات

خلاصة الفصل

تمهيد:

مفهوم جودة الحياة قد تتمثل لدى بعض الناس امتلاك الثروة التي تحقق لهم السعادة، في حين يرى البعض الآخر أن الحياة الجيدة هي التي يتوفر فيها فرص العمل والدراسة ويراها آخرون بالحياة التي يتمكن فيها الفرد من الحصول على رغباته دون عناء وجهد ويصفها البعض الآخر بالحياة الخالية من الغش والخداع وقد يحددها آخرون بالحياة المفعمة بالصحة الجسمية والنفسية الخالية من الأمراض والاضطرابات ومهما يكن المراد بهته المفاهيم فإن المهم هو مدى إدراك الفرد لذاته ولجودة حياته ومستوى قدرته على اشباع حاجاته الأساسية والثانوية.

1- التطور التاريخي لمصطلح جودة الحياة (QOL):

أقتصر استخدام مصطلح (جودة الحياة) في البداية على الأبحاث العملية المبنية على حياة المرضى واستمر توظيف هذا المصطلح في هذا المجال لفترة طويلة من الزمان ومن ناحية تاريخية أول استخدام لمصطلح جودة الحياة ظهر في الفلسفة الإغريقية وافترض أرسطو أن السعادة مشتقة من فعالية ونشاط الروح وبالتالي تحقيق حياة سعيدة.

وفي التاريخ المعاصرة اقترح أعضاء من منظمة الصحة العالمية (WHO) عام 1974 مفهوما ضمنا لجودة الحياة وتوجه هذا المفهوم إلى الرعاية الصحية عندما تم تعريف الصحة بأنها حالة شعورية جيدة تشمل الجوانب الفسيولوجية والعقلية والاجتماعية وليس بالضرورة غياب المرض تماما وبقي هذا المصطلح حتى عام 1978 حيث وسعت (WHO) المصطلح وأوضحت إن للأفراد الحق في الرعاية النفسية وجودة حياة كافية وذلك طبعا بالإضافة إلى الرعاية الفسيولوجية (king & Hinds ,1996)

ففي العام 1975 بدأ استخدام مصطلح جودة الحياة (QOL) وأصبح جزء من المصطلحات الطبية المستخدمة وبدأ استخدامه بصورة منهجية ومنتظمة في أوائل الثمانينيات عندما تم استخدام هذا المصطلح مع مرضى الأورام لما واجه الأطباء مشكلة بأن العلاج لمرضى

السرطان ذو تكلفة دفع عالية، وكان الغرض من العلاج هو زيادة المدى المتوقع لعمر هؤلاء المرضى فقدمت جودة الحياة مساهمة فعالة في الأبحاث المتعلقة بالعناية بالمرضى وأن تبتكر هذه الأبحاث أي مستويات ملاحظة حتى إلى ما بعد الموت .

وتستخدم لتعكس مدى الاحترام المتزايد لأهمية كيفية شعور المريض ورضاه عن الخدمات الصحية المقدمة بجانب النظرة التقليدية التي تتركز على نتائج المرض (Berlim & Fleck 2003)

2- مفهوم جودة الحياة:

يعتبر مفهوم جودة الحياة اسم جديد لفكرة قديمة فهو المعنى الذاتي أو الاسم الذاتي الذي يعبر به الناس عن ما يعرف بحسن حال أو الوجود الأفضل وعادة ما يعبر عن مفهوم جودة الحياة بمجموعة من الاحتياجات التي إذا أشبعت سويًا تجعل الفرد سعيداً أو راضياً (أبو حلوة، 2010، 10)

إن جودة الحياة العامة تم تعريفها بطرق وتطبيقات عديدة في سياقات متنوعة نتيجة للخلفية العلمية التي استند إليها الباحثون في تعريفاتهم، فمصطلح جودة الحياة يتضمن الجوانب الشخصية والموضوعية ولقد ركز الباحثون على المؤشرات الموضوعية في تعريفهم لجودة الحياة وتتضمن المؤشرات الظاهرة وحجم شبكة المساندة الاجتماعية (Bishop, 2001 & price).

فجودة الحياة في تحليلها النهائي هي وعي الفرد بتحقيق التوازن بين الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية لتحقيق الرضا عن الحياة والاستمتاع بها والوجود الايجابي، فجودة الحياة تعبر عن التوافق النفسي كما يعبر عنه بالسعادة والرضا عن الحياة كنتاج لظروف المعيشة الحياتية للأفراد وعن الإدراك الذاتي للحياة حيث ترتبط جودة الحياة بالإدراك الذاتي للحياة لكون هذا الإدراك يؤثر علي تقييم الفرد للجوانب الموضوعية للحياة التعلم والعمل ومستوى

المعيشة والعلاقات الاجتماعية من ناحية وأهمية هذه الموضوعات بالنسبة للفرد في وقت معين وظروف معينة من ناحية أخرى (عاطف، 2016)

أن مفهوم جودة الحياة من المفاهيم ذات الأولوية التي تلاقي اهتماماً متزايداً سواء على المستوى النظري أو التطبيقي وتشغل بال المجتمعات والعلماء على حد سواء فضلاً عن كونه من المفاهيم التي يصعب تحديدها نظراً لتعدد أبعاده وتداخلها. (مشري، 2014).

وظهر مصطلح جودة الحياة كأحد الموضوعات في مجال علم النفس الإيجابي بغرض مساعدة الأفراد على إصدار السلوكيات المنتجة والإسهام في النمو الشخصي والمجتمعي. (سهير، 2014).

إن جودة الحياة تنصرف إلى الجوانب والخصائص والعمليات المتشابهة التي توجد لدى جميع الأشخاص وبصفة عامة تنصرف إلى الأشياء المهمة لكل أفراد الجنس البشري.

وتختلف وجهات النظر حول مفهوم جودة الحياة وفقاً لذات الشخص أي لما يدركه الشخص وفقاً للمتغيرات البيئية التي تحيط به وكذلك الإمكانيات المادية والمعنوية ولذلك يمكن أن نعتبره مفهوماً نسبياً يختلف من إنسان إلى آخر ومن شخص معاق إلى آخر. (الهنداوي، 2011).

يعد تعريف جودة الحياة من المهام الصعبة لما تحمله من جوانب متعددة ومتفاعلة مع بعضها البعض حيث أكد روجرسن (1999) إلى أن جودة الحياة ترتبط ببيئة الفرد فالعوامل البيئية تعتبر من المحددات الأساسية لإدراك الفرد بجودة الحياة وهذا يبدو في تركيز العديد من الدراسات على جودة الحياة في بيئات محددة كما أن الاهتمام بجودة الحياة لن يتوقف بل سيزداد بصورة ملحوظة

وتحتل جودة الحياة دوراً محورياً في مجالات الخدمات المتعددة التي تقدم لأبناء المجتمع كما أن العنصر الأساسي في كلمة جودة (Quality) يتضح في العلاقة الإنفعالية القوية بين الفرد وبيئته وهذه العلاقة التي يتوسطها مشاعر وأحاسيس الفرد ومدركاته كما يؤكد على أهمية دور البيئة والعوامل الثقافية كمحددات الحياة.

3- تعريف جودة الحياة لغةً واصطلاحاً:

يجد العلماء والباحثين في المجال النفسي والطبي صعوبة بالغة في صياغة تعرف متفق عليه لمصطلح جودة الحياة ويرجع الاختلاف في تحديد مفهوم جودة الحياة إلى الاختلاف في البيئات الثقافية والحضارية للفلاسفة والعلماء وانعكاس ذلك على الحياة العلمية والعملية وعلى نتائج ودراسات الأبحاث النفسية في هذا المجال كما يرجع إلى المجالات التي يستخدم بها مفهوم جودة الحياة سواء كان في المجالات التربوية والنفسية أو في المجالات الطبية والعلمية وغيرها من المجالات الاجتماعية الأخرى.

- يرى ليو (Lio، 2001) أنه توجد صعوبة في التوصل إلى اتفاق حول التعريفات الإجرائية لجودة الحياة بين الباحثين عموماً.

ومن خلال نتائج الدراسات السابقة في مجال جودة الحياة يفضي إلى التأكيد على أن جودة الحياة بالمعنى العام تنظم وفقاً لميكانيزمات داخلية وبالتالي يتعين على الباحثين التركيز على المكونات الذاتية لجودة الحياة بما يتضمنه من التقرير الذاتي عن الاتجاه نحو الحياة بصفة عامة وتصورات وإدراكات الفرد لعالم الخبرة الذي يتفاعل معه ونوعية ومستوى الطموحات.

- كما تؤكد ساندرز وآخرون (1998) أن جودة الحياة أصبحت هدفاً للعديد من الأبحاث في المجال الإكلينيكي، إلا أن هذا المصطلح يستخدم بشكل غامض ومبهم وأن بعض التعريفات لا تتبع تعريفاً محدداً وواضحاً وربما يعود ذلك إلى الطبيعة الواسعة للمفهوم والتي تتضمن الوظائف الجسمية والوظائف النفسية الانفعالات، الإدراكات والوظائف الاجتماعية

(العلاقات مع الآخرين، المشاركة في الأنشطة الاجتماعية) وإدراك الحالة الصحية والألم والرضا عن الحياة بصفة عامة.

3-1- تعريف الجودة لغة :

الجودة: أصلها من الفعل جاد، جود أي صار جيدا وهو ضد الرديء وجود الشيء أي حسنه وجعله جيدا .

والجودة في اللغة العربية من الفعل جود والجمع جياذ، وجاد الشيء جودة: أي صار جيدا ويقال فلان أجاد أي أتى بالجيد من القول أو الفعل أو الصنيع الجيد. (ابن منظور، 1993)

3-2- تعريف جودة الحياة اصطلاحا:

تعريف جودة الحياة اصطلاحا بأنه مفهوم نسبي متعدد الأبعاد يختلف من شخص لآخر فهي في الأساس انعكاسا للتقدير الذاتي للفرد وتقييمه لمختلف جوانب حياته، كلا على حسب الجانب المهم الذي يرى أنه يحقق له الجودة حياته.

- عرف (Blatt 1987) مفهوم جودة الحياة بأنه ذلك المفهوم الجزئي والذي يعكس الطبيعة الفردية للإنسان.

- ويعرفها (1988 Lehmann) بأنها الإحساس بالرفاهية والرضا التي يشعر بها الفرد في ظل ظروفه الحالية.

ويشير كل من تايلر وبيجدون (1990) في تعريفهما إلى جودة الحياة بأنها عبارة عن دراسة إحصائية لقياس مدى الشعور بالراحة التي تتوافر عند الإنسان من خلال خبرته الحياتية في هذا العالم.

أما غولدسبرى وستارك (1990) فيعرفا جودة الحياة بأنها انعكاس للذات الإنسانية مع تحقيق الشعور بالرضا والسعادة والإشباع والنجاح.

ويرى (1998 Gianias) أن جودة الحياة هي المتوسط الوزني لمجموعة وسائل المتعة والرفاهية م-ثل (الأجر، السكن، ..) وأن المشكلة الأساسية في قياس هذا المفهوم وتحديده تكمن في طرق تحديد أوزان وسائل المتعة والرفاهية المتعددة.

- ويرى الأشول (2005)، أن جودة الحياة تتمثل في درجة رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، ومدى إدراك هؤلاء الأفراد لقدرة الخدمات على إشباع حاجاتهم المختلفة ويذكر أيضاً بأنه لا يمكن للفرد أن يدرك جودة الخدمات التي تقدم له بمعزل عن الأفراد الذين يتفاعل معهم مثل أصدقاء، وزملاء، وأشقاء، وأقارب، وغيرهم، أي أن جودة الحياة ترتبط بالبيئة المادية والبيئية النفسية والاجتماعية التي يعيش فيها الفرد.

- كما يشير الغنبوصي (2006) إلى وجود العديد من المفاهيم المتعددة التي تقابل هذا المفهوم مثل النوعية والتميز والإتقان والأحسن، ويضيف أيضاً أن مستجدات الحياة وظهور مفهوم الجودة ومبادئها كان من خلال أفكار طورها من عرفوا برواد الجودة (Gurus Quality) أمثال (ادوارد ديمانج) وجوزيف، غوران (Joseph Juran)، وفيليب كسبي (Philip Crosby) فهؤلاء طوروا مفاهيم أصبحت أكثر انتشاراً.

ويضيف كاظم والبهادلي (2006) أن المتابع للدراسات النفسية الحديثة قد يلاحظ اهتماماً ملحوظاً بمفهوم الجودة بشكل عام وجودة الحياة لدى الفرد بشكل خاص.

فالأفراد يختلفون في تجاربهم وسماتهم وكيفية تنميتها بالإضافة إلى اختلاف بيئتهم ومحيطهم وكيفية تأثيرها إيجابياً أو سلبياً في تعريف جودة الحياة لديهم.

- أما كاظم (2006). يعرف جودة الحياة بأنها شعور الفرد برضا وسعادة والقدرة على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورفي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه.

ويعرفها لطفى الشرييني بأنها تعبير عن حالة إيجابية من الصحة البدنية والنفسية والاستمتاع بالحياة وتستخدم المقاييس لتحديد مواصفات الحالة النفسية بالمقارنة بالمقاييس الكمية التي تحدد درجة وشدة الحالة.

3-3- تعريف منظمه الصحة العالمية جوده الحياة:

تعرف منظمه الصحة العالمية جوده الحياة بأنها " إدراك الفرد لوضعه المعيشة في سياق أنظمتها الثقافة والقيم في المجتمع الذي يعيش فيه، وعلاقة هذا الإدراك بأهدافه وتوقعاته، ومستوى اهتمامه ومن التعريف السابق نستنتج أن جوده الحياة ليست مجرد الخلو من الأمراض ولكنها حاله أكثر ايجابيا تبدو في الصلاحية الجسمية والانفعالية والاجتماعية ومنظمه اليونسكو تعتبر جوده الحياة مفهوما شاملا يضم كاهه جوانب الحياة كما يدركها الفرد، ويستخدم مصطلح جودة الحياة أيضا وبصفة عامة في تقييم الرفاه العام للأفراد والمجتمعات.

ويتداول هذا المصطلح في مجموعه واسعة من السياقات بما في ذلك مجالات التنمية المستدامة والرعاية الصحية العلوم السياسية والجغرافيا وعلم الاجتماع والتربية والإدارة وغيرها، ولقد تم تبني مصطلح جودة الحياة بدلا عن مفهوم الحياة في مختلف التخصصات العلمية الدقيقة خاصة في علم النفس وعلوم التربية وعلم نفس الصحة وعلم النفس الإيجابي وجميع التخصصات في العلوم الاجتماعية (معمرية 2015، 76)

وتحتفل هيئة الأمم المتحدة منذ عام 2013 باليوم العالمي للسعادة في 20 مارس من كل عام واعتبرت السعي إلى تحقيق السعادة هو هدف أساسي من حقوق الإنسان والسعادة والسرور أمرا يتعلق كذلك أكثر برضا الفرد عن الحياة

ولن يتحقق هذا الرضا دون تمتع الفرد بدرجة من جودة الحياة، ويصدر تقريرا عالميا للسعادة من إعداد شبكة الأمم المتحدة لحلول التنمية المستدامة.

وأيضاً تهتم ذات الهيئة الأممية السابقة بقياس مستوى جوده حياه ورفاهية الشعوب في العالم وتصدر تقريراً سنوياً ومؤشر التنمية البشرية منذ عام 1990 بواسطة برنامج التطوير للأمم المتحدة بغرض تنمية الدول، وتحسين أوضاع المواطنين من خلال رفع جودة الخدمات الأساسية وزيادة الناتج المحلي وتوزيع الثروة، بالإضافة إلى الدخل القومي الإجمالي للفرد، وأيضاً تحسين مستوى تعليم الشباب وجودته، والاستفادة من الخدمات الصحية.

وفي مؤشر جوده الحياة لعام 2015 الصادر عن معهد انترنشنل حيث شمل المؤشر 195 دولة اختار منهم 64 دولة غابة دول شمال إفريقيا عن هذا التصميم في مجالات الاقتصاد والأمن والتعليم.

إذا من خلال مجمل التعريفات السابقة نستخلص:

- مفهوم جودة الحياة مفهوم على درجة عالية من التعقيدات، لأنه كما يتضح مفهوم واسع ومتداخل يشمل الجوانب الموضوعية والذاتية أي أنه مفهوم متعدد الأبعاد.
- أن الشعور بجودة الحياة يعتبر أمر نسبي يختلف من فرد لآخر ومن بيئة لأخرى ومن وقت لآخر كذلك من بلد لآخر، أي يختلف باختلاف الثقافات .
- يرتبط مفهوم جودة الحياة بعدة مفاهيم أخرى كثيرة ومتنوعة منها الرضا، الصحة، الرفاهية، والسعادة.
- أن جودة الحياة مرتبطة بمجموعة من الاحتياجات الرئيسية للإنسان وبمدى قدرته على تحقيق أهدافه في الحياة.
- أن معاني جودة الحياة تختلف باختلاف وجهات النظر الإنسانية، بمعنى أنها تختلف من شخص إلى آخر، ومن عائلة إلى أخرى، ومن برنامج تأهيلي إلى آخر ومن شخص مهني إلى آخر.

- أن هذه المبادئ مشتركة بين الشخص المعاق وغير المعاق
- أن مفهوم جودة الحياة يعكس التراث الثقافي للإنسان والأشخاص المحيطين به.
- ويشير (goode 1994) إلى أنه من خلال استعراضه لمفهوم جودة الحياة من وجهات نظر متعددة، فإنه يشير إلى أنه يجب أن يحدد أولاً مفهوم الحياة الجيدة (life Good) وكيف يحدد الناس حياتهم الخاصة.
- وتوصل جودي إلى بعض الحقائق الخاصة بجودة الحياة منها:
- تتكون جودة الحياة للأشخاص المعاقين من نفس العوامل والعلاقات ذات الأهمية في تكوين جودة الحياة لغير المعاقين.
- يشعر الفرد بجودة الحياة عندما تشبع حاجاته الأساسية، وتكون لديه الفرصة لتحقيق أهدافه في مجالات حياته الرئيسية.

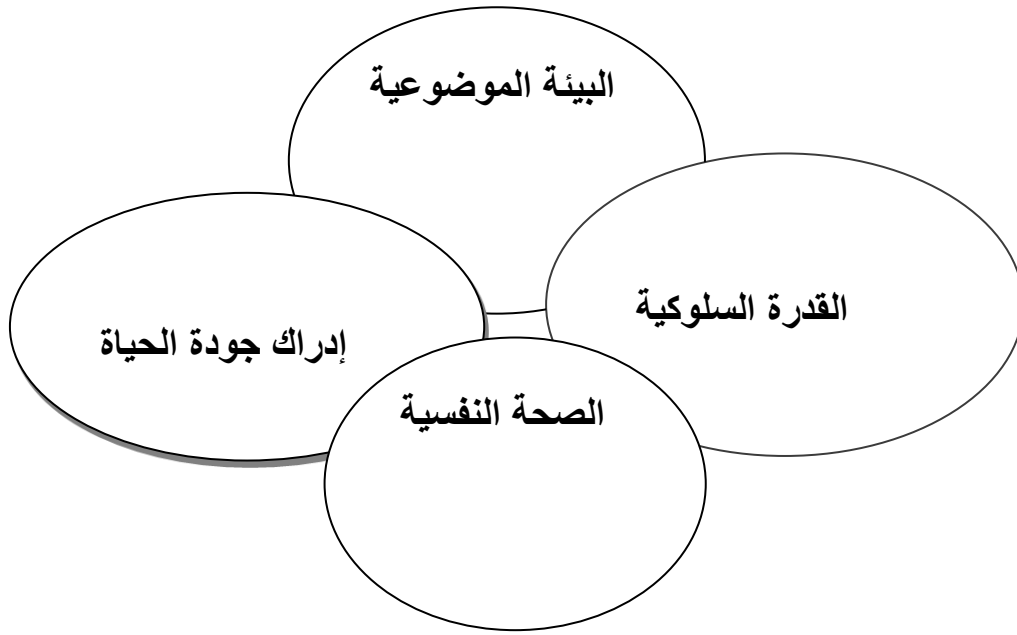
4- بعض النماذج المفسرة لجودة الحياة:

منذ بداية استخدام مصطلح جودة الحياة في العلوم النفسية والاجتماعية والتربوية، قام العديد من الباحثين بوضع نماذج مفسره لمفهوم جودة الحياة نتناول منها :

4-1- نموذج لاوتن (1996):

عرض لاوتن مفهوم طبعة البصمة البيئية ليوضح فكرته عن جودة الحياة ويرى أن حياة الفرد تتأثر بعاملين:

- الظروف المكانية: تؤثر البيئة المحيطة بالفرد على طريقة إدراكه لجودة حياته وطبيعة في الظروف المكان لها تأثيران أحدهما غير مباشر ويحمل مؤشرات ايجابية كرضا الفرد عن البيئة التي يعيش فيها.
- الظروف الزمانية: يكون إدراك الفرد لطبيعة حياته ايجابيا مع التقدم في العمر وأكثر سيطرة على البيئة، مما ينعكس ايجابيا على شعوره.



الشكل رقم (03): يوضح نموذج لاوتن

4-2- نموذج ونظرية رايف (Ryff):

تري رايف أن مفهوم جودة الحياة النفسية هو شعور الفرد وإحساسه بالسعادة والتي حددتها في 06 أبعاد، يضم كل بعد مجموعة من الصفات، تمثل هذه الصفات نقاط التقاء لتحديد معنى السعادة النفسية والذي يتمثل في وظيفة الفرد الايجابية وفي تحسين مراحل حياته (مبارك 2012).

ووضعة رايف إطارا نظريا متكامل لجودة الحياة النفسية، استنادا على دراسة وتطوير العديد من المفاهيم والنظريات، ومن النظريات التي اعتمدت عليها مفهوم تحقيق الذات لماسلو، والوظائف الشخصية الكاملة لروجرز، ومفهوم النضج لألبورت. والمرحل النفسية لأريكسون، والعمليات الإجرائية للشخصية لنيوجارتن ومفهوم الصحة النفسية. قامت رايف ببناء نموذج أصلي لجودة الحياة النفسية انطلاقا من مفهوم أن الصحة ليس مجرد الخلو من

المرض، وإنما الشعور بشيء من الإيجابي. (أعمال الملتقى الوطني الأول: جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر - الأبعاد والتحديات 04 - 05 فيفري 2020).

- الأبعاد الأساسية لجودة الحياة النفسية: يحتوي هذا النموذج على ستة أبعاد وهي:

✓ تقبل الذات: يشير إلى القدرة على أقصى مدى تسمح به القدرات والإمكانات والنضج الشخصي، والاتجاه الإيجابي نحو الذات .

✓ العلاقات الإيجابية مع الآخرين: تشير إلى القدرة على إقامة علاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين قائمة على الثقة والتودد والقدرة على التوحد مع الآخرين والقدرة على الأخذ والعطاء.

✓ الاستقلالية: تشير إلى القدرة على تقرير مصير الذات والاعتماد على الذات، والقدرة على ضبط وتنظيم السلوك الشخصي.

✓ التمكن البيئي والسيطرة على البيئة: تشير إلى القدرة على اختيار وتخيل البيئات المناسبة والمرونة الشخصية أثناء التواجد في السياقات البيئية.

✓ الأهداف في الحياة: تشير إلى أن يكون للفرد هدف في الحياة، ورؤية توجه تصرفاته وأفعاله نحو تحقيق هذا الهدف مع المثابرة والإصرار.

✓ النمو الشخصي: ويشير إلى قدرة الفرد على تنمية قدراته وإمكاناته الشخصية وإثراء حياته وتصنف "كارول رايف" المرتفعين والمنخفضين في جودة الحياة النفسية .

كما تصنيف كارول رايف الأشخاص إلى مرتفعين أو منخفضين في مستوى جودة الحياة فأعلى المستويات هي تقبل الذات وإمتالك مواقف إيجابية اتجاه الذات وقبول الجوانب المتعددة من الشخصية بما في ذلك الصفات الجيدة والسيئة والشعور بالإيجابية حول الحياة الماضية والعلاقات الإيجابية مع الآخرين التمتع بالدفء والرضا، وعلاقات الثقة مع الآخرين والشعور بالقلق على مصالح الآخرين والقدرة على التعاطف والمودة والألفة وتبادل العلاقات الإنسانية، وكذا النمو الشخصي والشعور بالتطوير المستمر الانفتاح على التجارب الجديدة

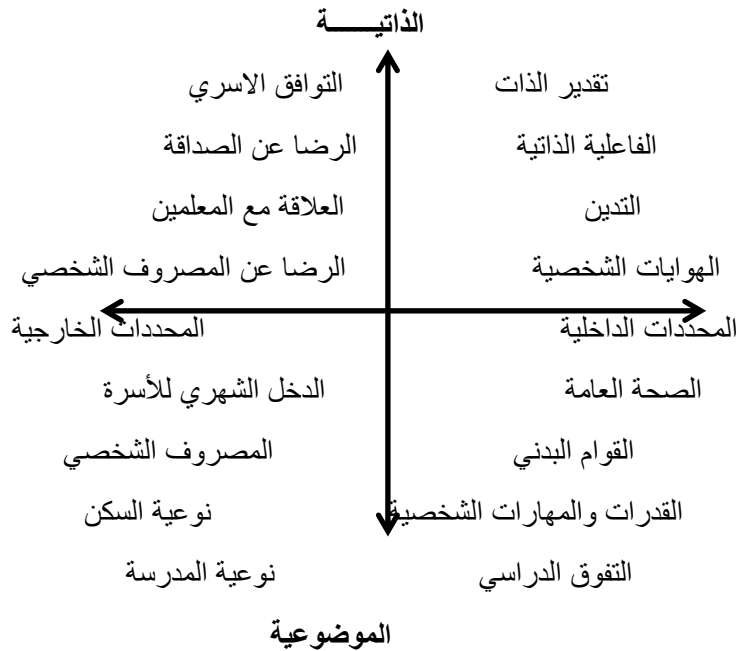
الإحساس بتحقيق المكانة الاجتماعية. وجود أهداف في الحياة، والشعور بمعنى الحياة في الماضي والحاضر. يحمل الفرد معتقدات إيجابية للحياة وله أهداف وغايات يعيش لأجلها، أما أدنى المستويات فهي الشعور بعدم الرضا عن النفس والشعور بخيبة الأمل بالنسبة لأحداث الحياة الماضية والرغبة في أن يكون الفرد مختلفا عما كان عليه. وجود عدد قليل من المقربين، وعدم وجود علاقات وثيقة مع الآخرين، وجود صعوبة في تكوين علاقات جيدة، والشعور بالقلق إزاء الآخرين الشعور بالعزلة والإحباط في العلاقات الشخصية وعدم الاستعداد لتقديم تنازلات للحفاظ على العلاقات مع الآخرين وجود شعور بالركود في الشخصية والشعور بالملل وعدم الاهتمام بالحياة وعدم القدرة على تطوير مواقف وسلوكيات جديدة. يفتقر إلى الشعور بمعنى الحياة؛ ولديه عدد قليل من الأهداف ، لا يوجد لديه التوقعات أو المعتقدات الايجابية التي تعطي معنى للحياة (أعمال الملتقى الوطني الأول: جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر - الأبعاد والتحديات 04-05 فيفري 2020).

4-3- نموذج ابو سريع وآخرون(2006):

يعتمد هذا النموذج على تصنيف المتغيرات المؤثرة في تكوين جودة الحياة موزعة على بعدين متعامدين، يشمل البعد الاول الافقي قطبي توزيع محددات جودة الحياة حسب كمونها في الشخص أو خارجه ويسمى بعد المحددات الشخصية الداخلية مقابل محددات خارجية.

اما البعد الثاني العمودي يمثل توزيع تلك المحددات وفق أسس قياسها وتقديرها مدى تحقيقها، والتي تتوزع بين أسس ذاتية كما يدركها الفرد ويقدرها هو ويشعر بها، وأسس موضوعية تشمل الاختبارات والمقاييس ومقارنة الشخص بغيره أو بمتوسط جماعته المعيارية،

أو اعتماد معايير كمية وكيفية أخرى مثل الملاحظة ومقاييس التقدير، ويسمى بعد الذاتية مقابل بعد الموضوعية. (كاظم والبهادلي 2006).



الشكل رقم (4): يوضح نموذج رايف لإبعاد جودة الحياة

5- الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة:

هناك ثلاثة اتجاهات علمية تتناول جودة الحياة هي:

5-1- الاتجاه الطبي:

يركز الاتجاه الطبي على تحسين مستوى جودة الحياة للأشخاص الذين يعانون من أمراض مختلفة وذلك عن طريق البرامج العلاجية والارشادية داخل المؤسسات الصحية وخارجها، وقد زاد إهتمام اطباء الجانب النفسي للمرضى وبرفع مستوى جودة الحياة عندهم، من خلال الدعم النفسي والسيكولوجي حيث يتم الاصغاء وشرح المرض وطريقة العلاج حتى يتمكن المرضى من إدراك ما يدور داخل أجسادهم خاصة ذوي الامراض المزمنة.

5-2- الاتجاه النفسي:

يرى أصحاب الاتجاه النفسي في دراسة جودة الحياة، أنها تعبير عن الادراكات الذاتية للفرد عن الحياة، ويعتمد هذا المنحى على عدة مفاهيم منها الإدراك الذاتي، الرضا، الصحة النفسية الهناء، التوافق، مفهوم الطموح. (حمزه، 2019).

كما يركز الاتجاه النفسي على مجمل أحاسيس الفرد بالتحسن المستمر والتوافق النفسي والبيئي للأشخاص، وتهيئة مناخ مزاجي وانفعالي منتج للعمل والانجاز والتعلم والقدرة على حل المشكلات، ومسايرة الحياة اليومية، والعمل المستمر على تطوير الذات وفق الامكانيات النفسية والبيئية المتاحة . (حمزه، 2019).

5-3- الاتجاه الاجتماعي:

يشير هذا التوجه إلى العديد من الجوانب ومن منظور يركز على النسق الاسري والاجتماعي، وعلاقة الفرد بمحيطه، وكذا المتطلبات الحضارية والسكن والعمل والخل وشروط الرفاهية، كما يعمل على تحسين ظروف العمل والتعلم والتخفيف من ضغوط الوظيفة وتأثير البيئة الاجتماعية للأفراد.

فالعلاقات التي يبنها الشخص مع الاخرين وخاصة أفراد الاسرة الواحدة أو شركاء العمل أو زملاء الدراسة، يكون له التأثير البالغ بالسلب أو الاجاب على الاحساس بحسن الحال وتحسن مستوى جودة الحياة لدى الاشخاص بصفة عامة والأشخاص ذوي الإعاقة على وجه الخصوص.

الجدول رقم (1): يوضح جودة الحياة من وجهات نظر مختلفة

وجهة النظر	موضوع التركيز	التعريف
الطب	الأشخاص والمرضى	جودة الحياة تمثل التأثير الوظيفي للمرض كما ينظر إليها المريض (schipper and othere 1990)
أمور تتعلق الصحة	أشخاص مع أمراض أو إعاقات	جودة الحياة تفهم كمعنى يمثل استجابة الأفراد الجسدية والعقلية والاجتماعية للمرض على ا لوظائف الحياة اليومية وتمتد لتشمل مدى الرضا عن الذات في ظروف الحياة المحيطة التي يكن انجازها Bowling1997
التشخيص الاجتماعي	الأشخاص في المجتمع	التكيف والرضا عن الحياة لأفراد المجتمع
التركيز على تطوير الصحة	لكل الشخص	الدرجة التي فيها يستمتع الإنسان بكل الإمكانيات المتاحة Rootmannad1991

كما ان منظمة الصحة العالمية شملت 24 مجالا من مجالات الحياة ليختصر فيما بعد إلى مقياس جودة الحياة المختصر (WHOQOLBREF) المكون من 26 بندا تقيس جودة الحياة في ستة نواحي كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (2): يوضح مجالات جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية.

المجال	مكوناته الرئيسية
الصحة الجسدية	الطاقة والتعب، الراحة (الانزعاج) الألم النوم والراحة
الصحة النفسية	سورة الجسم والمظهر، المشاعر الايجابية تقدير الذات ردود الأفعال(التعلم، الذاكرة، التركيز)
مستوى الاستقلالية	الحركة، النشاط اليومي الاستقلالية في العلاج والمساعدة الطبية،

القدرة على العمل .	
العلاقات الشخصية، الدعم الاجتماعي، النشاط الجنسي	العلاقات الاجتماعية
الموارد والتمويل، الحرية والأمن، الرعاية الصحية، المعونة الاجتماعية، السكن ، القدرة على التعلم، الهويات، التلوث، الصخب والمناخ	البيئة
الروحانيات، التدوين، المعتقدات الشخصية	الصحة الروحية

6- أبعاد جودة الحياة :

هناك العديد من الأبعاد التي يعتمد عليها مفهوم جودة الحياة وهي:

6-1- العوامل المادية الموضوعية (Objective Factors):

فجودة الحياة ترتبط بالعوامل الخارجية التي تشمل على الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع لأفراده إلى جانب دخل الفرد، وحالته الاجتماعية والصحية والتعليم وهذه العوامل عوامل سطحية في التعبير عن جودة الحياة إذ ترتبط بثقافة المجتمع ما، وتعكس مدى قدره الأفراد على التوافق مع الثقافة التي يعيشونها ومع المعايير الثقافية والحضارية التي يوفرها المجتمع (حسن مصطفى، 2005)

6-2- التوجه الايجابي إزاء الحياة (Positive Life Orientation):

الإنسان الايجابي هو الذي يسعى أن تكون حياته وحياه من حوله مليئة بالسعادة والرفاهية والنجاح المتواصل في شتي مجالات الحياة وهو الشخص الذي يدرّب نفسه على التخلي عن الأفكار السلبية التي تحد من قدراته ويركز على الايجابيات بدلاً من السلبيات وهو الشخص الذي يتسم بالتوقع الايجابي للأمور والتفاؤل والأمل (حسن مصطفى، 2005)

6-3- حسن الحال (Well Being):

الوجود الأفضل يعني شعور الفرد وإدراكه للسعادة والرفاهية وطيب العيش وإشباع حاجاته الأساسية العامة كالحرية والديمقراطية والانتماء والأمن والأمان والإخلاص والصادقة والاحترام والتقدير والتعليم والنشاط .. الخ والحاجات الخاصة كالسكن والملبس والمأكل والزواج والصحة النفسية والتدين لتحقيق حياة إنسانية جيدة (حسن مصطفى، 2005).

4-6- إشباع وتحقيق الحاجات:

عندما يتمكن الفرد من إشباع حاجاته مثل الحاجات الفسيولوجية والحاجة للأمن والحاجة للانتماء والحاجة للتقدير والمكانة الاجتماعية والحاجة للمعرفة والفهم والحاجة لتحقيق الذات ترتفع جوده الحياة لديه (حسن مصطفى، 2005).

5-6- الرضا عن الحياة (satisfaction with life):

يرى Meeberg,1993 أن جودة الحياة مرادفه للرضا عن الحياة ويعرفها بأنها الإحساس بالرضا عن الحياة ككل والتي يتم تحديدها عن طريق نشاط الفرد العقلي الذي يقوم بتقييم حياته (ويتم تقييمه من خلال مواقف الفرد في الحياة) على أن ظروف حياه الفرد ليست مهددة وكافية لحاجات الأساسية للفرد.

6-6- معنى الحياة (Meaning in Life):

مفهوم معنى الحياة مفهوما علميا يستخدمه المختصين، ويرتبط معنى الحياة بجودة الحياة فكلما شعر الفرد بقيمته وأهميته للمجتمع وللآخرين وشعر بإنجازاته وبمواهبه وأن غيابه يسبب نقصا أو فقدان للآخرين له أدى ذلك إلى إحساسه بجودة الحياة (حسن مصطفى، 2005)

7-6- الصحة (Health):

وتشمل الصحة البدنية والعقلية والانفعالية ويمكن عرضهم كالتالي :

6-7-1- الصحة البدنية (Body Health):

مقدار ما يتمتع به الفرد من صحة جسدية جيدة خالية من الأمراض الجسمية والعضوية مع تقبله لمظهره الخارجي والرضا عنه، وخلوه من المشاكل العضوية المختلفة وشعوره بالارتياح تجاه قدراته وإمكاناته وتمتعته بحواس سليمة وميله للنشاط والحيوية معظم الوقت

وقدرته على الحركة والالتزان مع الاستمرارية في النشاط والعمل دون إجهاد أو ضعف لهتمته ونشاطه (زينب شقير، 2009).

6-7-2- الصحة العقلية (Mentality Health):

مقدار ما يتمتع به الفرد من قدرة على حل المشكلات وسلامة التركيز فيما يفكر فيه أو يدركه وقدرته على اتخاذ القرار بنفسه، علاوة على ما يمتلكه الفرد من مجموعة من الأفكار العقلانية الصحيحة التي تتميز بالموضوعية والمنبئة عن توقعات وتصميمات صحيحة.

6-7-3- الصحة الانفعالية (Emotionally Health):

المزاجية / النفسية مجموعة من العواطف والمشاعر والانفعالات الايجابية للفرد تجاه نفسه وكذلك تجاه الأشخاص الآخرين وتجاه والموضوعات والمواقف التي يعيشها الفرد والتي تشعره بالسعادة والرضا عن الحياة وتدفعه للتفوق والتغلب على الصراعات والضغوط الداخلية والخارجية (زينب شقير، 2009)

ويعتبر البعض أن جودة الحياة مرادفة للصحة فجودة الحياة تشير إلى الأبعاد الفيزيقية والسيكولوجية والاجتماعية للصحة كمنطقة متميزة تتأثر بخبرات الفرد والمعتقدات والتوقعات والادراكات والتي يشار إليها إجمالياً بادراكات الصحة.

ويمكن قياس كل هذه الأبعاد في بعدين: البعد الأول التقييم الموضوعي للحالة الصحية أو الوظيفية، والبعد الثاني الادراكات الذاتية للصحة.

6-8- السعادة (Happiness):

ويعد تعريف السعادة من المفاهيم النسبية المحيرة وليس كمفهوم يمكن قياسه وتقريره، لذلك ظل الحديث عنه بشكل فلسفي إلى أن ظهرت له بعض التعريفات في علم النفس الجابي، ويرى حسن مصطفى (2005) أن السعادة شعور بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس

وتحقيق الذات، أي إنها شعور بالبهجة والاستمتاع واللذة، وهي حلاوة نادرة في الحياة، وميل عاطفي، أو نشوة يشعر بها الفرد عند إدراكه لقيمة ومتضمنات حياته مع استمتاعه بالصحة الجسمية.

الجدول رقم (3): يمثل ابعاد جودة الحياة

المجال	الابعاد الفرعية	أمثلة-ة
الكيونة أو الوجود	الوجود البدني	(أ) القدرة البدنية على التحرك وممارسة الانشطة الحركية. (ب) وأساليب التغذية المتاحة.
	الوجود النفسي	(أ) التحرر من القلق والضغط (ب) الحالة المزاجية العامة للفرد
	الوجود الروحي	(أ) وجود أمل في المستقبل الاستبشار (ب) أفكار الفرد الذاتية عن الصواب والخطأ
الانتماء في المجالات	الانتماء المكاني البدني	(أ) مكان العيش المنزل أو الغرفة (ب) نطاق الجيرة التي تحتوي الفرد
	الانتماء الاجتماعي	(أ) القرب من الاسرة التي يعيش فيها الفرد (ب) وجود أشخاص مقربين أو أصدقاء (شبكة العلاقات الاجتماعية)
	الانتماء المجتمعي	(أ) توافر فرص الحصول على الخدمات المهنية المتخصصة (طبية مهنية ...) (ب) الأمان المالي للشخص
الصيرورة العامة	الصيرورة العملية	(أ) القيام بأنشطة حول المنزل (ب) العمل في وظيفة أو الذهاب للمدرسة
	الصيرورة الترفيهية	(أ) الأنشطة الترفيهية مثل التنزه والرياضة (ب) الأنشطة الترفيهية داخل المنزل (أجهزة التواصل والترفيه)

	(أ) تحسين الكفاءة النفسية والبدنية (ب) القدرة على التوافق مع تغيرات وتحديات الحياة	الصيرورة الارتقائية	
--	---	---------------------	--

(حمزه، 2019: 43)

7- قياس مستوى جودة الحياة:

قام الكثير من الباحثين بمحاولات لقياس جودة الحياة لآكنها بعض الجوانب فقط مثل الوظائف الفزيولوجية أو العلاقات الاجتماعية أو غيرها من جوانب الحياة، أول مقياس جودة الحياة ظهر سنة 1970 وهو مقياس فيتاغرام (THE VITGRAM) وفي سنة 1976 ظهر مقياس من قبل برستمان وبأوم حيث تراوحت المؤشرات من مشاعر الرفاه إلى الألم (PRUTKIN 2002). وقسم وكلانند وآخرون أنواع مقاييس جودة الحياة إلى ثلاثة أنواع هي:

7-1- القياس العالمي:

وصمم أسلوبه العام من أجل قياس جودة الحياة بصورة متكاملة وشاملة وهذا قد يكون سؤال واحد يتم طرحه على الشخص لحساب مقدار جودة الحياة عنده بصورة عامة مثل مقياس فلانجان الذي يسأل الناس عن رضاهم عن 15 مجال من مجالات الحياة.

7-2- القياس العام:

له أمور مشتركة مع القياس العالمي وصمم من أجل مهام وظيفية وفي الرعاية الصحية تم تحديده ليكون بصورة شاملة مثل احتمالية تأثير مرض أو أعراض هذا المرض على حياة المرضى ويطبق المقياس العام على علي مجموعة كبيرة من السكان والميزة الكبرى لهذا المقياس في تغطيته الشاملة وكذلك الحقيقة أنه يسمح بعمل مقارنات على مجموعات مختلفة من المرضى، أما عيوب هذا المقياس أنه لا يعطي عناوين ذات صلة بمرض معين.

7-3- والقياس الخاص بالمرضى:

يركز على مشكلة معينة لمجموعة من المرضى كالألم والتعب وظائف جسدية وهذه الإجراءات والقياسات مفيدة وفي ملاحظة مشاكل خاصة يمكن أن تحل بواسطة التدخل العلاجي (مأمون 2015، ص 90)

• ولقد نتج عن هذا التصنيف في الأدوات التي تقيس جودة الحياة أصلا من وجود مفهومين لها وهما مفهوم جودة الحياة وجودة الحياة العامة والخاصة أو المتعلقة بالصحة غير أن الملاحظ على هذه المقاييس سواء كانت عامة أو نوعية هو أنها لا تعكس دائما تطابقا بين تسميتها وبين الأبعاد التي تقيسها ويعرفها الباحث إجرائيا في هذه الدراسة بأنها تلك العبارات التي يتكون منها مقياس جودة الحياة وتبلغ 17 عبارة وهي: الصحة البدنية، الصحة العقلية، الصحة الانفعالية /المزاجية/ النفسية، الصلابة النفسية، الثقة بالنفس السلوك التوكيدي الرضا عن الحياة، السعادة، التفاؤل، الاستقلال النفسي، الكفاية الذاتية، الانتماء للعمل/ المهنة والمهارة الاجتماعية، المساندة الاجتماعية، المكانة الاجتماعية، القيم الدينية والخلقية والاجتماعية.

7-4- مقياس جودة الحياة المئوي (WHOQOL100):

الصادر عن منظمة الصحة العالمية:

في سنة 1991 بدأ قسم الصحة العقلية بمنظمة الصحة العقلية في إعداد مشروع بحثي في 15 دولة لبناء مقياس عالمي لقياس جودة الحياة يغطي الجوانب المختلفة لجودة الحياة التي تناولتها أو لم تناولها أدوات البحث التقليدية لتقدير جودة الحياة المتعلقة بالصحة، وكان الهدف الأساسي للمشروع هو تصميم مقياس يمكن استعماله بشكل واسع حيث تم إعداده من خلال 15 مركزا ميدانيا تابعا لمنظمة الصحة العالمية وترجم لـ 12 لغة حيث طبقت الصيغة الاستطلاعية الأصلية 235 بندا واستعملت هذه الصيغة في 15 مركزا ميدانيا بلغات مختلفة عبر العالم، لتنتهي إلى 100 بندا شملت 24 مجالا من مجالات الحياة ليختصر

فيما بعد إلى مقياس جودة الحياة المختصر (WHOQOL BREF) المكون من 26 بنداً تقيس جودة الحياة في ستة نواحي كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (4): يوضح مجالات جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية.

المجال	مكوناته الرئيسية
الصحة الجسدية	الطاقة والتعب، الراحة (الانزعاج) الألم النوم والراحة
الصحة النفسية	صورة الجسم والمظهر، المشاعر الايجابية تقدير الذات ردود الأفعال (التعلم، الذاكرة، التركيز)
مستوى الاستقلالية	الحركة، النشاط اليومي الاستقلالية في العلاج والمساعدة الطبية، القدرة على العمل.
العلاقات الاجتماعية	العلاقات الشخصية، الدعم الاجتماعي، النشاط الجنسي
البيئة	الموارد والتمويل، الحرية والأمن، الرعاية الصحية، المعونة الاجتماعية، السكن القدرة على التعلم، الهوايات، التلوث، الصخب والمناخ
الصحة الروحية	الروحانيات، التدبير، المعتقدات الشخصية

وتكونت الصيغة المختصرة من بندا واحدا ممثل عن كل مجال من المجالات 24، إضافة لبندين عن الحياة ككل، وأصبح المقياس (WHOQOL BREF) مكونا من 26 بندا موزعة على 4 أبعاد بندين عامين الأول حول جودة الحياة العامة والبند الثاني حول الصحة العامة.

8- جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة:

ظهر مصطلح جودة الحياة كأحد الموضوعات في مجال علم النفس الإيجابي بغرض مساعدة الأفراد بشكل عام على إصدار السلوكيات المنتجة والإسهام في النمو الشخصي والمجتمعي (سهير، 2014).

إن جودة الحياة تتصرف إلى الجوانب والخصائص والعمليات المتشابهة التي توجد لدى جميع الأشخاص، وبصفة عامة تتصرف إلى الأشياء المهمة لكل أفراد الجنس البشري (Brown، 2003).

ويتأثر المعاش النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة وذوي الإعاقة البصرية على وجه الخصوص بظروف الإعاقة إلى تفرضا التي تؤثر في الحياة نفسية خاصة تؤثر في بناء شخصية الكيف، ومستوى جودة الحياة لديه فيجب مراعاة جميع العوامل المؤثرة في تقدير كفاءة الأشخاص، وقد يلجأ ذوي الإعاقة البصرية إلى الحيل الدفاعية النفسية كالتبرير والكبت، التعويض، الانطواء، وقد يلزمهم شعور بأنهم أقل كفاءة من الآخرين، فهم أقل حركية وأقل سيطرة على البيئة المحيطة لهذا قد يتأثر البناء الشخصي سلبيا وقد يتعرضون في بعض الحالات للاضطرابات النفسية كالاكتئاب واليأس والحزن والأسى جراء العقبات التي تفرضا البيئة الغير مكيفة. (شيباني وممادي 2023)

كما يواجه الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية صعوبات كبيرة في تصور الأشياء والمعالم والاجسام والالوان من حولهم فيجدون صعوبة كبيرة في التعبير عن تصورهم للأشياء، فلا توجد طريقة واحدة يستعملها الجميع في رسم الصور الذهنية للأشياء كما عند باقي الأشخاص الذين يعتمدون على الصور الحقيقية للأشياء لتشكيل الصور الذهنية، فجميع الأشخاص المبصرين مثلا لديهم نفس الصورة الذهنية للجمل أو للأسد أو للكرة أو للشجرة اعتمادا على صورها الحقيقية التي يشاهدونها في الحقيقة أو من خلال الصور، بينما الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية خاصة الذين ولدو بها أو الذين أصيبوا بها قبل سن الخامسة فانهم يتميزون بصنع عالم خاص بهم أو تشفير للصور خاص بكل شخص مستمد من خلال الصورة التي نقلت له من طرف الآخرين أو من خلال الاعتماد على بعض حواسه الأخرى مثل اللمس أو الشم أو الحدس أو التخاطر أو من خلال المجسمات المصغرة للأشياء والتي تساعد كثيرا في اعطاء فكرة تقريبية لهم، ورغم ذلك فان كل واحد منهم يشكل صورة خاصة به قد تكون مغايرة عن الآخرين وعن الطبيعة ذاتها، كما يجدون صعوبات في تشكيل وتخزين هذه الصور الذهنية على مستوى الذاكرة البصرية وصعوبات أكثر في

الاستدعاء والتعبير عن هذه المخزونات من الذاكرة خلال المحادثات أو خلال وصف الأشياء. وهناك بعض الأشياء يكتفي الشخص الكفيف بالصورة السمعية أو اللمسية فقط دون الحاجة للصورة البصرية مثل الحروف والأرقام يتم تخزين صورة ذهنية صوتية فقط دون أدنى فكرة عن الصورة المكتوبة له، أما بالنسبة لملاح الأشخاص فكثيراً ما يعتمد الكفيف على صوت الآخر لتشكيل صورة ذهنية له أو على ملمس الوجه في حالة الأقارب، بل إنه كثيراً ما يتصور الكفيف الأشخاص في قالب واحد دون اختلاف، وهذا ما يؤثر كثيراً في استمتاعهم بالحياة والوقوف عقبة في تحسين جودة الحياة لديهم إذا لم يستفيدوا من برامج تأهيلية ومشاريع دمج ضمن النسيج الاجتماعي تمكنهم من تبادل الخبرات فيما بينهم والاستفادة من خلال الاحتكاك الدائم بالآخرين. (شيباني وممادي 2023).

وتساعد البيئة المنظمة والأماكن المرتبة بشكل جيد مما يساعدهم في رسم حدود ومعالم هذه البيئة ويسهل عليهم التنقل، وفي حالة التنقل إلى أماكن جديدة فكثيراً ما يعتمدون على التوقع وسرعة الانتباه لحركة الأشياء والأشخاص من حولهم، كما يمكن أن يدرك الكفيف الاتجاهات من خلال حركة جسمه في الفضاء وحركة الهواء بصفة عامة.

وتعمل المراكز العالمية المختصة حالياً على التكفل والتدريب لذو الإعاقة البصرية من حيث الحفاظ على البقيا البصرية أو التدريب والمساعدة على تصور الأشياء بشكل صحيح مقارب للحقيقة من خلال برامج طبية وعلمية، أو التجارب السابقة للأشخاص ومن خلال تطوير باقي الحواس في نقل الصور مثل استعمال الأصبع في القراءة في طريقة برايل ويسمى هذا الاختصاص اختصاص الكترو فيزيولوجي .

كما يتولد الشعور بالنقص أو الدونية عندما يحاول الكفيف أن يندفع في المجتمع فيجد نفسه غير قادر على القيام ببعض الأعمال ويواجهه هذا الشعور بالنقص حتى لو سمع عبارات الإعجاب من البعض لما يظهره من قدرات فهو يرى في هذا عدم ثقة ويدرك أن ما يقوم به لا يصلح معه، والنتيجة أن يكون رد فعل الكفيف مماثلاً لهذا الضغط الدائم من

ناحية البيئة فهو يقاوم الشعور بالنقص، وهذا الشعور بالنقص كثيراً ما يحطم النشاط الشخصي والقدرات الإبداعية المختلفة.

وترا (كارول 2005) أن التبعية التي يفرضها كف البصر أمر سيء نفسياً فعندما يجد الكفيف نفسه تابعا للأخر ولا يمكنه الاعتماد على نفسه بشكل مطلق فمن الممكن أن يلجأ إلى الدفاع ضد مشاعره بأنه يعنى في تبعيته بأكثر مما يحتاج إليه حقاً.

إن الإحساس بالانتماء الاجتماعي من خلال بعض المصطلحات التي تستعمل في التواصل مع الشخص المعاق كقول هذا الشخص أعمى أو معاق أو كفيف من طرف الآخرين تجعل بعض ذوي الإعاقة البصرية الذين لم يتقبلوا وضعيتهم ولم يتجاوزوا إعاقاتهم يشعرون بحزين وكأن الإعاقة التي لديه هي سلوك يعاقب عليه وليس مجرد إعاقة. (الخطيب والحديدي 2009)

فحالة القصور البصري تفرض على الشخص أعباء اجتماعية وانفعالية وتعليمية زائدة وتصبح الإعاقة عامل جذب واهتمام الآخرين وانتباههم والتركيز عليهم وتصبح هذه الخاصية معيقة لهم، هذا السلوك المختلف من جانب الآخرين كثيراً ما يتضمن توقعات منخفضة تجاههم، يترتب على هذا السلوك المستمر، والقصور المتزايد والإعاقة المضاعفة تزيد الاحتمالات بأنه يطور الكفيف أشكالاً متنوعة من السلوك الانفعالي أو الانسحاب من المواقف الاجتماعية أو الميول العدوانية أو الرهاب الاجتماعي. (الخطيب والحديدي 2009)

كل هذه الأشكال من السلوكيات ليست سمة غالبية لدى جميع المكفوفين إنما حسب البيئة التي نشأ فيها الفرد الكفيف، بل إن الغالبية من الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية الذين سبق لهم الاستفادة من برامج الدمج المختلفة يتميزون بفعالية كبيره في التواصل مع الآخرين وفي الاستمتاع بحياتهم اليومية في جو من الاطمئنان النفسي بل أكثر من ذلك فمنهم من يستمتع بكونه أعمى وكثيرا ما كانت العاقبة دافعا للتفوق خاصة في مجالات الفن والادب والمهارات

التي تعتمد على الحفظ والذاكرة وكثيرا ما خلد التاريخ عظماء صنعوا بإعاقتهن نماذج ناجحة مثل طه حسين ومنهم الدكاترة والقراء وحفظة القرآن الكريم وفنانين.

8-1- دراسات تناولت جودة الحياة لدى ذوي الاحتياجات الخاصة:

نتناول عرض موجزا لبعض من الدراسات السابقة المتعلقة بدراسة جودة الحياة لدى ذوي الاحتياجات الخاصة والفئات الهشة وخاصة الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية، على مستوى العالم والعالم العربي، ثم التعقيب على كلا منهما لبيان أوجه التشابه والاختلاف فيما بينها وإمكانية الاستفادة من حيث (الأهداف وعينة الدراسة والأدوات والنتائج).

ركزت بعض الدراسات العربية على جودة حياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة من كل الفئات حيث تناولت مصطلح جودة الحياة وعلاقته بالكثير من المتغيرات النفسية أو الاجتماعية أو الاقتصادية وغيرها إلا أن هذه الدراسات لم تركز بشكل كاف على جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية وبالتالي لم يجد الباحث إرثا أدبيا كافيا من الدراسات العربية والأجنبية السابقة التي تدرس العلاقة بين مفهوم الدمج ومفهوم جودة الحياة حيث أن الدراسات التي أجريت في عالمنا العربي لا زالت محدودة جدا وحديثة نسبيا، وهذا من أهم أهداف هذه الدراسة.

8-1-1- دراسة رمزي حشده سعيد السويركي 2006:

بعنوان (الأمن النفسي وعلاقته بالاستقلالية /الاعتمادية وجودة الحياة لدى المعاقين بصريا) بمحافظة غزة، هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الأمن النفسي والاستقلالية /الاعتمادية وجودة الحياة لدى الطلبة المعاقين بصريا وإلى التحقق من وجود علاقة ارتباطية بين الأمن النفسي وكل من الاستقلالية والاعتمادية وجودة الحياة لدى عينة الدراسة وكذا إلى التحقق من وجود علاقة تنبؤية بين الأمن النفسي /الاستقلالية والاعتمادية وجودة، تكونت عينة الدراسة من 75 طالب.

وبلغ مستوى جودة الحياة لدى عينة الدراسة نسبيا 75.1% وهي درجة جيدة.

8-1-2- دراسة (الهنداوي 2011):

بعنوان الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً بمحافظة غزة، وهدفت إلى معرفة علاقة الدعم الاجتماعي بمصادره المختلفة (الأسرة والأقارب والأصدقاء ومؤسسات المجتمع) بمستوى الرضا عن جودة الحياة بأبعادها الممتلئة في: (جودة الحياة الأسرية وجودة الحياة العامة الجودة النفسية جودة العلاقات وجودة شغل الوقت وإدارته جودة الدور الاجتماعي الجودة المهنية، جودة الحياة الزوجية) لدى المعاقين حركياً وعينتها كانت 200 شخص ذوي إعاقة حركية وخلصت الدراسة إلى النتائج الآتية.

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصادر الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً أفراد عينة الدراسة.

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصادر الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً أفراد العينة الدراسة.

8-1-3- دراسة (السر طاوي وآخرون ، 2011):

بعنوان جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة وغير ذوي الإعاقة في دولة الإمارات العربية المتحدة وهدفت إلى التعرف على مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة وغير المعاقين في دولة الإمارات العربية المتحدة وعينتها كانت 150 شخص ذوي إعاقة وعدد أشخاص غير معاقين أما الأدوات كانت مقياس جودة الحياة من جزأين الأول للكشف عن مستوى جودة الحياة والثاني أسئلة لإجراء المقابلة وخلصت الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة وغير المعاقين في جميع أبعادها تبعاً لمتغيرات البحث المستقلة: (نوع الإعاقة والمستوى التعليمي مستوى الدخل الحالة الاجتماعية وجهة العمل) وذلك لصالح الأشخاص غير المعاقين في دولة الإمارات العربية المتحدة).

8-1-4- دراسة (أبو الرب وعبد الأحمد، 2012):

بعنوان جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً مقارنة بغير المعاقين في المملكة العربية السعودية وهدفت إلى التعرف على مستوى جودة الحياة عند الأشخاص المعاقين سمعياً وغير المعاقين في المملكة العربية السعودية وعينتها شملت 90 شخص لديهم إعاقة سمعية وعدد مثله لأشخاص غير معاقين وخلصت الدراسة إلى النتائج الآتية.

. وجود دلالة إحصائية بين المعاقين وغير المعاقين في جميع أبعاد جودة الحياة وكذلك وفقاً لجميع متغيرات الدراسة المستقلة (شدة الإعاقة/ المستوى التعليمي/ الجنس/ الحالة الاجتماعية) وذلك لصالح الأشخاص غير المعاقين

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بحسب المستوى التعليمي لصالح الجامعيين وفي الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين ولم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير الجنس ولم تكن هناك فروق في بقية الأبعاد في مقارنة جودة الحياة للمعاقين سمعياً حسب متغيرات الدراسة).

8-1-5- دراسة (محمد حلمي بركات 2014) بعنوان:

جودة الحياة لدى الأطفال الصم وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموجرافية وهدفت إلى: التعرف على العلاقة بين جودة الحياة لدى الأطفال الصم وبعض المتغيرات الديموجرافية (زمن حدوث الإعاقة/ النوع/ أسلوب الرعاية والإقامة والحالة الاجتماعية للوالدين)، عينتها كانت: 60 طفلاً أصمّ موزعة بين: (37 ذكور) و(13 إناث) أما الأدوات كانت استمارة بيانات الطفل الأصم مقياس جودة الحياة للطفل الأصم وخلصت الدراسة إلى النتيجة الآتية:

- وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين جودة الحياة لدى الأطفال الصم والمتغيرات الديموجرافية باستثناء متغير نوع الإقامة).

8-1-6- دراسة (القحطاني وحياصات؛2015):

بعنوان جودة الحياة للشباب ذوي الإعاقة في مدينة تبوك. وعلاقتها ببعض المتغيرات وهدفت إلى: التعرف على نوعية الحياة لدى الشباب ذوي الإعاقة في مدية تبوك وعلاقتها ببعض المتغيرات (الجنس/ العمر/ فئة الإعاقة) وعينتها كانت: 60 شابًا من ذوي الإعاقة من الجنسين وخلصت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير فئة الإعاقة على جودة الحياة لدى الشباب ذوي الإعاقة لصالح فئة الإعاقة الحركية وعدم وجود تفاعل بين متغيرات الدراسة الثلاث (الجنس، العمر، وفئة الإعاقة).

8-1-7- دراسة محمود فوزي محمد حمد الله2021:

(بعنوان ممارسة أوجه نشاط الترويح الرياضي على جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية) يهدف البحث إلى المقارنة بين ذوي الإعاقة البصرية من الممارسين وغير الممارسين لأوجه نشاط الترويح الرياضي في جودة الحياة، ولقد استخدم الباحث المنهج الوصفي، تم اختيار العينة بالطريقة العمدية من ذوي الإعاقة البصرية بمحافظة القاهرة، وقد بلغ العدد الكلي للعينة(48) فرد من ذوي الإعاقة البصرية بمختلف درجاتها. ومن أهم النتائج التي توصل إليها البحث، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات مجموعتي البحث من الممارسين وغير الممارسين لأوجه نشاط الترويح الرياضي على مفردات أبعاد مقياس جودة الحياة، وفي المقياس ككل، وذلك لصالح الممارسين لأوجه نشاط الترويح الرياضي.

8-1-8- دراسة بخش (2006):

عنوان الدراسة: جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المعاقين بصريا والعاديين بالمملكة العربية السعودية . أهداف الدراسة: الكشف عن الفروق في جودة الحياة بين المعاقين بصريا والعاديين بالمملكة العربية السعودية والتعرف على العلاقة بين جودة الحياة ومفهوم الذات لدى هؤلاء، عينة الدراسة: 50 معاقا بصريا ومثلهم من العاديين، تتراوح أعمارهم بين 15- 18 سنة، أسفرت نتائج الدراسة: عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة

الحياة بين العاديين والمعاقين بصريا لصالح العاديين، ووجود علاقة دالة موجبة بين مفهوم الذات وجودة الحياة لدى عينة العاديين والمعاقين بصريا.

8-2- التعقيب على الدراسات السابقة.

من خلال العرض السابق للدراسات السابقة، والتي أجريت للكشف عن جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة نجد في حد علم الباحث ندرة في موضوع هذه الدراسة الحالية وعينتها على وجه الخصوص وهذا ما أكد حبيب تيلوين وآخرون (2019) أن الدراسات التي تهتم بموضوع جودة الحياة والتي أجريت في عالمنا العربي لازالت محدودة جدا وحديثة نسبيا كما تبين للباحث الآتي:

- التأكيد على أهمية موضوع دراسته الحالية وذات أولوية نحو التنفيذ نظراً لندرة الدراسات العربية التي اهتمت بموضوع قياس جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة.

التأكيد من حداثة مفهوم جودة الحياة في ميدان الدراسات النفسية لذوي الإعاقة وعلى حد علم الباحث تُعد أقدم دراسة قام بها هاشم (2001).

تركزت معظم الدراسات العربية السابقة من حيث المكان بالمملكة العربية السعودية جمهورية مصر العربية/ دولة الإمارات العربية المتحدة/ دولة فلسطين)، وهذا يدل على تنامي الاهتمام نوعاً ما بهذا الموضوع داخل تلك الدول.

كما يتعين على الباحثين التركيز على المكونات الذاتية لجودة الحياة بما يتضمنه من التقرير الذاتي عن الاتجاه نحو الحياة بصفة عامة، وتصورات وإدراكات الفرد لعالم الخبرة الذي يتفاعل معه ونوعية ومستوى طموحاته.

كما تشير الدراسات العربية إلى نقص واضح في عدد البرامج الموجهة لرفع مستوى جودة الحياة أو تجويد الحياة، ولا نعني الجانب المادي بل الجانب النفسي أو بما يسمى جودة الحياة النفسية بوضع برامج إرشادية علاجية تركز على الخبرات التي من شأنها تحسين جودة الحياة النفسية لدي الأشخاص بصفة عامة والأشخاص ذوي الإعاقات المختلفة

بالأخص، والتي من شأنها أن تخلق صورة ايجابية للفرد عن نفسه وعلاقاته مع الآخرين وتمكنه من اتخاذ القرارات المناسبة في مناحي الحياة، وفي ظل ندرة الدراسات والبحوث العلمية الموجهة نحو قياس جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة رغم الاهتمام الكبير، والتداول الواسع الذي تلقاه مصطلح جودة الحياة في العلوم الطبية والإنسانية.

ومن هنا ندرك أهمية موضوع هذه الدراسة، بالإضافة إلى تزايد النداءات الإنسانية والأصوات الحقوقية من الأشخاص ذوي الإعاقة أنفسهم ومن أسرهم ومنظماتهم وحتى المؤسسات الحكومية المهمة بمجال حقوق الانسان والتنمية المستدامة، أملا منهم في وضع برامج علمية تساهم بشكل فعال في رفع وتحسين مستوى جودة حياتهم لديهم .

و يرى الباحث أن قياس جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة بالعالم في هذه الآونة له أهمية كبيرة إنسانية، وحقوقية، وتنموية تستوجب الاحترام وتستحق بذل الجهد من أجل الوقوف عليها كما أنه منظور عصري لا يزال من جملة الموضوعات الحيوية التي لم تستحوذ بعد على اهتماماتها كافية من الباحثين والدراسات سواء العربية منها أو الأجنبية، وهذه حقيقة ما توصل له الباحث بعد الاطلاع على ما سبق من التاريخ الانساني في هذا المجال العلمي.

ويرى الباحث أن تعريف جودة الحياة للأشخاص المعاقين بصريا مرتبط وبشدة بشعور الشخص المعاق بصريا بالسعادة نتيجة تغلبه على المشاكلات النفسية والاجتماعية والتي نتجت بفعل ظروف الإعاقة البصرية وصولا إلى تحقيق مستوى عالي من الصحة النفسية والتوافق النفسي والاجتماعي.

وجودة الحياة للأشخاص ذوي الإعاقات المختلفة في الجزائر أصبح مطلباً ولم يعد رفاهية أو ترفاً يريدون العيش فيه، بل أمست ومنذ سنوات حقا من حقوق الانسان على مستوى العالم، لذا يجب أن يحظو بالفرص الكافية لذلك داخل مجتمعاتهم المحلية على قدم المساواة مع الآخرين من غير ذوي الإعاقة، ولعل الغايات السامية لكل من الأديان السماوية

والمواثيق والاتفاقيات الدولية، وحتى الدستور الجزائري ينص على القوانين التي تضمن غاية موحدة وهي الاهتمام بالأشخاص ذوي الإعاقة في كل مجالات الحياة والعمل على خلق فرص وبرامج تعمل على تحسين ورفع مستوى جودة الحياة لديهم دون تمييزي وذلك مهما اختلفت حاجاتهم.

فالأشخاص ذوي الإعاقة جزء لا يتجزأ من النسيج الإنساني لأي مجتمع، لان الإعاقة مصطلح شامل يضم تحت مظلته الأنواع المختلفة للاعتلالات طويلة الأجل، أو الخلل العضوي ومحدودي النشاط أو الفئات الهشة داخل المجتمع وهؤلاء الأشخاص لهم مجموعه متنوعة من الحقوق (صحية تعليمية اقتصادية اجتماعية.... وغيرها)، وصولا للتكامل والدمج الاجتماعي لهم وتحقيقا لمستوى مرتفع من جوده الحياه وكل هذه الحقوق السابقة يمكن بل يجب تلبيتها من خلال إدراجها في السياق العام للبرامج والخدمات التي تقدمها الدولة والحكومة لكافة مواطنيها .

إن هناك اهتماما عالميا وإقليميا متزايد لرصد وقياس جودة الحياه لدى الأشخاص ذوي الإعاقة في السنوات الأخيرة، يجب علينا كباحثين مهتمين بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة مواكبته من خلال البحث والتطوير لوسائل القياس الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة وكذلك بوضع خطط وبرامج تترجم إلى تسهيلات ملموسة في حياتهم اليومية سوى في ميادين التعليم والصحة والعمل والرياضة وكل ميادين الحياة.

خلاصة الفصل:

نخلص في هذا الفصل إلى أن مفهوم جودة الحياة يعد مفهوما نسبياً يختلف من شخص لآخر سوي من الناحية النظرية أو التطبيقية وذلك استنادا إلى المعايير التي يعتمدها الفرد لتقييم حياته ومتطلباتها، والتي غالبا ما تتأثر بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة، مثل القدرة على التفكير، واتخاذ القرارات، والقدرة على التحطم وإدارة دارة الظروف

المحيطة، والصحة الجسمية والنفسية والظروف الاقتصادية والاجتماعية، والمعتقدات الدينية، والقيم الثقافية والحضارية، التي يحدد من خلالها الفرد الأشياء المهمة والأكثر أهمية، والتي تحقق سعادته في الحياة، كما أن مفهوم جودة الحياة لا يقتصر على نفي المرض أو الخلو من الأمراض فقط ولكنه يمتد إلى الجوانب الإيجابية فقد اعتبرت بعض الدراسات جودة الحياة ناتجا للصحة النفسية وأكدت على تحسين جودة الحياة كهدف واضح لبرامج الصحة النفسية.

الفصل الرابع: جهاز الرؤية والإعاقة البصرية

1. تشريح العين ووظائفها
2. الإعاقة البصرية
3. تصنيفات الإعاقة البصرية
4. أسباب الإعاقة البصرية
5. تشخيص وقياس الإعاقة البصرية
6. آثار الإعاقة البصرية على جانب النمو
7. خصائص ذوي الإعاقة البصرية
8. الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة البصرية
9. المعاش النفسي لذوي الإعاقة البصرية
10. أسرة ذوي الإعاقة البصرية
11. الوقاية من الإعاقة البصرية

الخلاصة

تمهيد:

من أعظم نعم الله علينا نعمة البصر، ومن أعظم المسؤوليات التي تقع على عاتقنا مسؤولية الإبصار، قال الله تعالى {إن السمع والبصر والفؤاد كل ذلك كان عنه مسؤول} قرآن كريم، صورة الإسراء، الآية 36، وفقد البصر يوجد مشكلات تتبع من الإصابة الحسية في حد ذاتها وفي مجال الوظائف المعرفية والحركية وحتى النفسية، فمن الصعب على الأشخاص المبصرين أن يتصوروا عالم المكفوفين تماماً كما هو مستحيل أو صعب على ذوي الإعاقه البصرية أن يفهموا حقيقة المدركات البصرية، خاصة الأشخاص الذين ولدو بإعاقه بصرية فهم يعتمدون على خيالهم في تصور الأشياء غير الملموسة.

1- تشريح العين ووظائفها:

تعتبر العين من الأعضاء الحسية بالغة التعقيد، تنمو العين في شكل نتوء لجزء من التجويف الثالث في المخ، تأخذ العين شكل الكرة وتعمل بطريقة أشبه ما تكون بآلة التصوير الفوتوغرافي، يتم تركيز الصورة

بواسطة العدسات وتكون كمية الضوء التي تسقط على العين قابلة للتكيف إلا أن أوجه الشبه بين العين وآلة التصوير تتوقف عند هذا الحد.

يتكون الجهاز البصري من العينين اللتين توجدان في حجرة عظمية Bony orbits واللتين تتصلان بالفص الدماغى الخلفى عبر مجموعة من الألياف العصبية تسمى العصب البصري Optic Nerve، فالضوء الذى يدخل العين يستثير أعضاء الاستقبال المتخصصة الموجودة في الشبكية فتصدر سيالات عصبية عن هذه الأعضاء وتنتقل عبر العصب البصري إلى الدماغ (القشرة البصرية) وأنماط السيالات العصبية هي التي تجعل الدماغ لدينا تعي الأشياء والأشكال والحجوم والألوان. (عقل، 2014)

وهناك 06 عضلات ترتبط بسطح كل عين، وانقباض هذه العضلات واسترخاؤها يعمل على تناسق حركة العينين معاً، كذلك فهي تعمل على أن تكون الصور على كلتا الشبكييتين

متوافقة، وإذا لم يحدث هذا التوافق فإن الشخص لا يرى صورة واحدة وهذه الحالة تعرف باسم الرؤية المزدوجة (الحول) أو يكون الانقباض في إحدى العينين أكثر من الأخرى، أي لا بد أن يكون الانقباض للعضلات في كلتا العينين متساوي والعيان كرتين مملوءتين بسائل هلامي، ويساعد هذا السائل إضافة إلى السائل المائي الموجودة في مقدمة العينين على احتفاظهما بالشكل الكروي. (جفال، 2010)

• **البؤبؤ:** البقعة السوداء في وسط العين، وهو عبارة عن فتحة دائرية تسمح للضوء بالدخول إلى العين.

• **القزحية:** حلقة دائرية ملونة وتحيط بالبؤبؤ.

• **القرنية:** سطح محدب شفاف يوجد أمام البؤبؤ والقزحية ويوجد خلف البؤبؤ عدسة لينة قابلة للتكيف مع شدة الإضاءة.

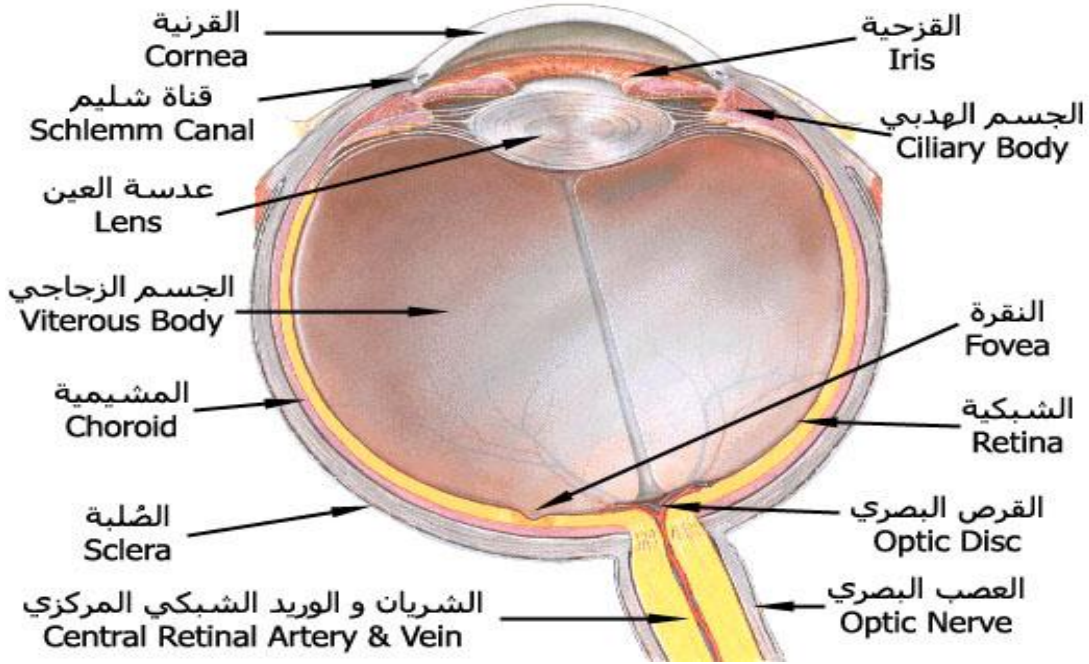
• **الصلبة:** وهي الجزء الأبيض من العين ووظيفته حماية جميع أجزاء العين باستثناء القرنية.

• **الشبكية:** وتقع في الجزء الخلفي من العين، وتنتشر في الشبكية الأعصاب البصرية، وتشكل هذه الأعصاب حلقة الوصل بين العين والمراكز الحسية في الدماغ. وتتكون الشبكية من نوعين من الخلايا هما الخلايا المخروطية والخلايا القصبية، حيث تعمل الخلايا القصبية على الرؤية باللونين الأبيض والأسود وما بينهما من ألوان رمادية، بينما تعمل الخلايا المخروطية على رؤية الألوان والتفاصيل الدقيقة للأجسام، وتتركب العين من أربعة أجزاء رئيسية، والوظائف تترابط معاً لتحقيق الوظيفة الأساسية للعين وهي الإبصار، ولهذا فإن أي خلل أو قصور يحدث في أي جزء من العين يؤدي إلى حدوث قصور في عمل العين ينتج عنه شكل من أشكال الإعاقاة البصرية. (عقل، 2014)

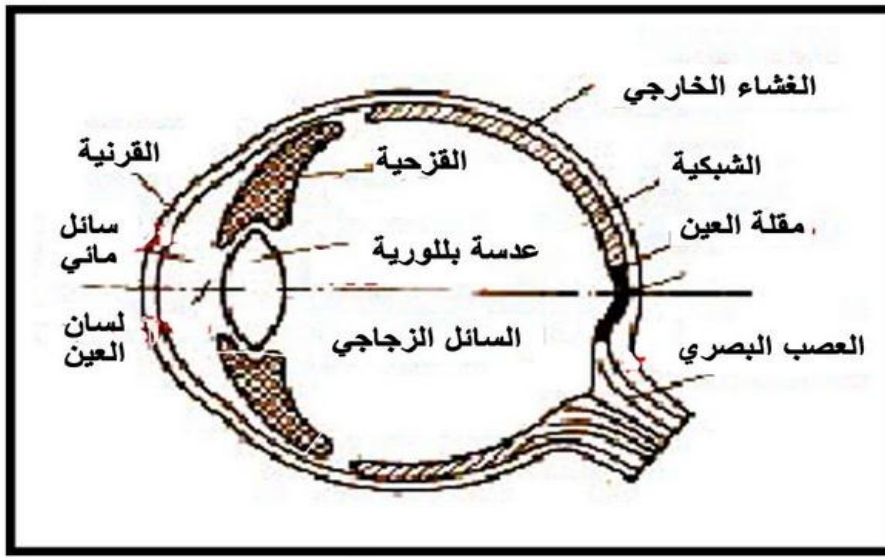
والعضلات البصرية تخضع لتأثير الأعصاب القحفية التي تنبثق من جذع الدماغ.

وينقسم جهاز الرؤية لدى الإنسان إلى أربعة أجهزة:

- الجهاز الوقائي-الجهاز الانكساري-الجهاز العضلي-الجهاز الاستقبالي.



الشكل رقم (5): يوضح التركيب التشريحي والوظيفي للعين



العين البشرية

الشكل رقم (6): التركيب التشريحي والوظيفي للعين.

1-1-1- الجهاز الوقائي Protective

يشمل الجزء الوقائي على الأعضاء الوقائية الخارجية من العين، والتي تعمل على حمايتها من الصدمات والغبار، والشظايا، وأشعة الشمس أو الأضواء المبهرة، والأجزاء الخارجية من العين هي التجويف العظمي الذي تقع فيه العين، وحاجب العين وأهداب الجفن، والجفن والدموع التي تحجب الأذى عن مقلة العين ذاتها، والدموع تعمل كعملية غسيل للعين، تعتبر التراكوما (هو نوع من الالتهاب الحبيبي المزمن)، من العيوب البصرية الشائعة في هذا الجزء من تركيب الجهاز البصري. (جفال، 2010)

1-2-1- الجهاز الإنكساري (Refractive):

يشمل الجهاز الانكساري على الأعضاء التي تعمل على تجميع الضوء النافذ إلى داخل العين وتركيزه على الشبكية، وهذه الأعضاء هي:

1-2-1-1- القرنية Cornea:

تعتبر النافذة الأمامية للعين وعن طريقها تنفذ الأشعة الضوئية إلى العين، وهي غشاء شفاف يغطي مقدمة العين، فتبدو وظيفه القرنية أيضاً في حماية العين من العدوى بسبب طبقة الدموع الخفيفة التي تغطي القرنية والتي تعطي حماية كبيرة للعين ضد البكتيريا والتلوث والأتربة.

1-2-2-1- الصلبة Sclera:

وهي طبقة بيضاء اللون تميل إلى الزرقة وتكون 6/5 من الطبقة الخارجية، سمكها حوالي 1 ملم وهي معتمة وسطحها الخارجي أملس وهي شديدة الحساسية لوفرة النهايات العصبية الحسية فيها، وتعمل الصلبة على حماية الأجزاء الداخلية للعين.

1-2-3- عدسة العين (Lens):

تقع خلف القرنية ويفصلهما عن بعض السائل المائي، وهي تتعلق بأربطة متصلة بعضلات صغيرة للغاية على جوانب العين تساعد على شدّها أو إرخاؤها، وتتغير العدسة بصورة آلية زيادة ونقصاً تبعاً للحاجة إلى تركيز الضوء على الشبكية، إذن تبدو وظيفة العدسة في تجميع الأشعة الضوئية وتركيزها على الشبكية، وتعرف هذه الخاصية بتكيف الإبصار.

1-2-4- القرنية (Iris):

هي عبارة عن قرص ملون تعمل على التحكم في كمية الضوء الداخل إلى العين وذلك عن طريق حجب العدسة حجباً جزئياً والتحكم في اتساع الفتحة التي ينفذ منها الضوء إلى العدسة، وتوجد القرنية بين القرنية أماماً والعدسة البلورية خلفاً، ويوجد فراغ أمام القرنية يسمى الحجرة الأمامية وفراغ خلفها يسمى الحجرة الخلفية، وهو مملوء بسائل لزج يدعى السائل الزجاجي أو الرطوبة المائية، ويعكس لون القرنية كميات الصبغات الملونة، فإذا كانت قليلة تكون القرنية زرقاء اللون وإذا زادت قليلاً تكون خضراء، وإذا زادت تصبح بنية اللون، ثم قريبة من السوداء، إذن هي الجزء المسؤول عن إعطاء العين اللون المميز وتعمل على توسيع أو تضيق البؤبؤ . (جفال، 2010)

1-2-5- لسان العين، البؤبؤ أو حدقة العين (Pupil):

عبارة عن فتحة صغيرة مستديرة سوداء تظهر في مركز القرنية، ويتغير اتساعها نتيجة قوة الضوء أو ضعفه، فتتسع في الظلام وتضيق في الضوء وتحدد الحدقة كمية الضوء الداخل إلى العين.

1-2-6- الجسم الهدبي:

يمتد الجسم الهدبي من القرنية أماماً وحتى مقدمة المشيمة خلفاً، وهناك زاوية هيدبية تغطي الجسم الهدبي وتتكون من صفيين من الخلايا التي تحتوي على مكونات عديدة وتحوي

داخلها أوعية دموية، ويعمل الجسم الهدبي على إفراز السائل المائي والمساعدة في تصريفه وفي التكيف البصري.

1-2-7- الرطوبة المائية والسائل الهلامي أو السائل الزجاجي **Vitreous Fluid**:

هي عبارة عن أوساط انكسارية يمتلئ بهما فراغ العين، وهما يعملان على تجميع الضوء النافذ إلى داخل العين وتركيزه على الشبكية، ويحفظ السائل المائي جدران العين ويبقيها مشدودة بضغط داخلي ثابت يتراوح بين 16-22 ملم، ويفرز السائل المائي في الحجرة الخلفية ثم يتجه إلى الحجرة الأمامية من خلال الحدقة ويتم تصريفه من خلال الحجرة الأمامية ويمر خارج العين عبر فراغات تسمى فونتانا ومنها إلى قناة شلم التي تنقله إلى الأوردة المائية ومنها إلى الأوردة فوق الصلبة ثم يصب السائل في الأوردة الهدبية الأمامية ثم إلى التيار الوريدي العام للعين. (يغذي ويحفظ رطوبة العين). (عقل، 2014)

1-2-8- الجسم الزجاجي:

هو جسم شبه كروي هلامي شفاف يملأ تجويف الجزء الخلفي من العين والواقع بين العدسة والشبكية ويعطي العين شكلها الكروي، ويساعد الجسم الزجاجي في انكسار الضوء وتمريضه إلى الشبكية، ويشكل دعامة خلفية للعدسة ويعمل على تثبيت الشبكية في مكانها ويعطي العين شكلها ويحافظ على تماسكها، ومن أكثر الاضطرابات البصرية ذات الطبيعة الانكسارية شيوعاً في فترة الطفولة طول النظر وقصر النظر، والماء الأزرق، واللابؤرية، والجلوكوما.

1-2-9- المشيمة **Choroid**:

وهي طبقة مشبعة بالصبغات الملونة التي تجعل باطن العين معتماً، وتتكون المشيمة من ألياف مرنة ومن طبقة دموية ترتبط ببعضها البعض عن طريق نسيج ضام.

1-3- الجهاز العضلي (Muscular):

يشتمل هذا الجزء على ست عضلات متصلة بمقلة العين، تستخدم هذه العضلات في تحريك العين إلى أعلى وإلى أسفل وإلى اليمين وإلى اليسار، وتعمل هذه العضلات معاً بانسجام وتوافق تامين.

إن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات ذو طبيعة عصبية في العين تكون لديهم حالات الحول، أو حالات تقعر العين (الرأفة وهي حركات سريعة ولا إرادية للعين)، وحالات العمش وهي عتامة في الإبصار تنتج عن عدم توازن في عمل العضلات. (جفال، 2010)

1-4-4- الجاهز الاستقبالي Receptive.

يضم الجزء الاستقبالي في الجهاز البصري كل من شبكية العين والعصب البصري:

1-4-1- شبكية العين Retina:

هي الطبقة الداخلية للعين، وهي المنطقة التي تتجمع فيها الأشعة الضوئية الساقطة على العين، وهي عبارة عن غشاء رقيق تبطن كرة العين من الداخل وهي تشبه في عملها الفيلم الحساس في آلة التصوير، وعن طريقها تتم رؤية الأشياء.

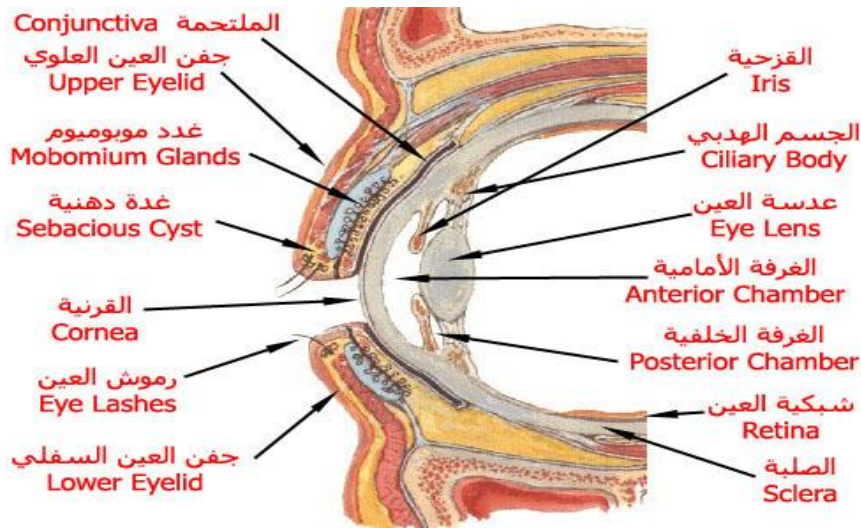
والطبقة الداخلية تحتوي على عشرة طبقات مكونة من الخلايا العصبية والألياف العصبية وخلايا المستقبلات الضوئية ونسيج داعم، وخلايا المستقبلات الضوئية نوعان العصي Rods والمخاريط Cones يوجد في الشبكية حوالي 130 مليون من العصي و7 ملايين من المخاريط ويعني ذلك أن مقابل كل مخروط يوجد ما بين 18-20 من العصي.

تعمل الشبكية على تحويل الأشعة الضوئية إلى نبضات عصبية يتم نقلها عبر العصب البصري إلى مراكز الدماغ العليا ويتم ذلك في المستقبلات الضوئية فالعصي حساسة للضوء ذي الشدة البسيطة (الرؤية الليلية) بينما المخاريط تستجيب للضوء ذي الشدة العالية (الرؤية النهارية) ورؤية الألوان تحدث اعتماداً على التكامل الوظيفي للمخاريط، وتتركز معظم المخاريط في منطقة من الشبكية تدعى الحفيرة Macula ويوجد في داخلها ما يسمى بالنقطة

المركزية ومسؤوليتها الرؤية المركزية، فوجود تلف في هذه المنطقة يؤدي إلى نقص شديد في الرؤية المركزية. (عقل، 2014)

1-4-2- العصب البصري ومركز الإبصار في المخ (Optic Nerve):

تتصل العين بمركز الإبصار في المخ عن طريق العصب البصري حيث يقوم العصب البصري بنقل الإحساس بالضوء من الشبكية إلى مركز الإبصار في المخ حيث يترجم هناك إلى صور مرئية، وحالات التهاب الشبكية والتليف خلف العدسة من أمثلة الإعاقاة البصرية التي تصيب الجزء الاستقبالي في الجهاز البصري.



الشكل رقم (6): يوضح التركيب التشريحي والوظيفي للعين

2- الإعاقاة البصرية:

2-1- تعاريف الإعاقاة البصرية:

ظهرت تعريفات متعددة للإعاقاة البصرية بعضها ركز على الجوانب القانونية والبعض الآخر ركز على الجوانب التربوية، وهناك تعريف الإعاقاة البصرية من الناحية القانونية .
سمى القران الكريم الاشخاص ذوي الإعاقاة البصرية بلفظ (الاعمى) صراحة قال تعالى:
[عبس تولى أن جاءه الاعمى وما يدريك لعله يزكى أو يذكر فتفتحه الذكرى] الآية (1) سورة عبسه، وهي الآيات التي نزلت في عبد الله ابن أم مكتوم، كما نجد ذلك في السنة النبوية

سيرته وقد كان مؤذن رسول الله صل الله عليه وسلم وقد استخلفه على المدينة عدة مرات عندما يخرج صل الله عليه وسلم للجهاد مثلما حدث في غزوة الالبواء وغزوة السوقة وغزوة أحد وغيرها. (صحيح البخاري).

- تعرّف الإعاقاة البصرية بأنها حالة من الضعف في حاسة البصر بحيث يحد من قدرة الفرد على استخدام حاسة بصره العين بفعالية واقتدار، الأمر الذي يؤثر سلباً في نموه وأدائه، وتشمل هذه الإعاقاة ضعفاً أو عجزاً في الوظائف البشرية.

2-1-1- يعتمد التعريف القانوني (الطبي):

وهي تعتمد على حدة البصر والقدرة على التمييز بين الأشكال (كقراءة الأحرف أو الأرقام أو الرموز). . بعبارة أخرى: حدة البصر هي قدرة العين على أن تعكس الضوء بحيث يصبح مركزاً على الشبكية، وحدة الإبصار العادية حتى 20/20. وتبعاً لمستوى حدة البصر، يعتبر الإنسان مكفوفاً (قانونياً) إذا كانت حدة الإبصار لديه أضعف من 200/20، كذلك يتضمن التعريف القانوني للإعاقاة البصرية تحديد مجال الإبصار Field of vision ومجال الإبصار هو المساحة الكلية التي يستطيع الإنسان العادي رؤيتها في لحظة ما دون أن يحرك مقلتيه. ومجال الإبصار يقاس بالدرجة وهو يبلغ حوالي (180) درجة عند الإنسان الذي يتمتع بقدرات بصرية طبيعية، فإذا كان مجال البصر يساوي (20) درجة أو أقل فالإنسان مكفوف قانون. (عقل، 2014)

2-1-2- التعريف التربوي للإعاقاة البصرية:

أما من الناحية التربوية فالإنسان المكفوف هو الذي فقد بصره بالكامل أو الذي يستطيع إدراك الضوء فقط ولذلك فإن علي الاعتماد على الحواس الأخرى للتعلم. وهذا الشخص

يتعلم القراءة والكتابة عن طريق برايل، وما ينبغي التنويه إليه هنا هو أن المكفوفين قانونياً غالباً ما يكون لديهم شيء من القدرة على الإبصار أو ما يسمى بالبصر المتبقي. أما ضعف البصر فهم من الناحية القانونية الأشخاص الذين تتراوح حدة إبصارهم ما بين 20 / 80 إلى 20 / 200 في العين الأقوى بعد التصحيح، ومن الناحية التربوية، فالضعف البصري هو عدم القدرة على تأدية الوظائف المختلفة بدون اللجوء إلى أجهزة بصرية مساعدة تعمل على تكبير المادة المكتوبة. (عقل، 2014)

وهناك بعض التعاريف الأخرى منها :

2-1-3- تعريف منظمة الصحة العالمية للإعاقاة البصرية:

- الإعاقاة البصرية الشديدة: هي حالة يؤدي الشخص فيها الوظائف البصرية على مستوى محدود.

- الإعاقاة البصرية الشديدة جداً: حالة يجد فيها الإنسان صعوبة بالغة في تأدية الوظائف البصرية الأساسية.

- شبه العمى: حالة اضطراب بصري لا يعتمد فيها على البصر.

(Dusm5)- العمى: فقدان القدرات البصرية.

- المكفوف: هو شخص يتعلم من خلال القنوات الحسية أو السمعية.

- ضعيف البصر: هو شخص لديه ضعف بصري شديد بعد التصحيح ولكن يمكن تحسين الوظائف البصرية لديه.(Dusm5).

- محدود البصر: هو شخص يستخدم البصر بشكل محدود في الظروف الاعتيادية

3- تصنف ذوي الإعاقة البصرية:

ومن ناحية عملية يصنف ذوي الإعاقة البصرية إلى فئتين:

3-1- الفئة الأولى: هي فئة المكفوفين أو الإعاقة الكلية وهم أولئك الذين يستخدمون

أصابعهم للقراءة ويطلق عليها اسم قارئ برايل. (DUSM 5)

3-2- الفئة الثانية: هي فئة المبصرين جزئياً وهم أولئك الذين يستخدمون عيونهم

للقراءة باستعمال معين ويطلق عليها أيضاً اسم قارئ الكلمات المكبرة.

فالمكفوف هو الشخص الذي لا تزيد حدة البصر المركزي لديه عن 20/ 200 في العين

الأفضل حتى بعد التصحيح (بعد استعمال النظارة)، أو هو الشخص الذي لديه مجال بصري

محدود جداً بحيث لا يزيد بصره المحيطي عن 20 درجة في أحسن العينين، والمقصود

بمجال الرؤية أو حقل الإبصار، هو المساحة الكلية التي يستطيع الشخص أن يراها في

وقت معين دون تحريك المقلتين. (DUSM5)

ويقاس حقل الإبصار بالدرجات، فبعض الأفراد يكون حقل الإبصار لديهم ضيق جداً

بحيث يسمى بصرهم بالبصر النفقي Tunnel Vision ويكون من الصعب على هؤلاء الانتقال

من مكان لآخر وهذا ما ينطبق على من لديه مجال بصري يقل عن 20 درجة، إن مجال

البصر للإنسان العادي حوالي 180 درجة فإذا أصبح أقل من 20 درجة فالشخص يعتبر

مكفوفاً طبياً وقانونياً. (DUSM5).

3-3- المكفوفين:

ويميز في الميدان التعليمي عادة بين المكفوفين والمبصرين جزئياً (ضعاف البصر) حيث

يعرف المكفوف تربوياً: بأنه الشخص الذي فقد قدرته البصرية بالكامل أو الذي يستطيع

إدراك الضوء فقط (يفرق بين الليل والنهار) ولذا فإن عليه الاعتماد على الحواس الأخرى

للتعلم، ويتعلم المكفوف القراءة والكتابة عادة عن طريق برايل فالمكفوف لديه عادة شيء من

القدرة البصرية أو ما يسمى بالبصر الوظيفي.

أما التعريف الوظيفي الذي اقترحه هارلي 1973م، فهو أن الكفيف للأغراض التعليمية هو ذلك الشخص الذي تبلغ إعاقته البصرية درجة من الحدة تحتم عليه القراءة بطريقة برايل، أما الطفل ضعيف البصر فهو الذي يستطيع بوجه عام قراءة الحروف الكبيرة تحت أفضل الظروف الممكنة.(الحديدي2015).

3-4- ضعف البصر Low Vision:

فهم الأشخاص الذين يعانون من صعوبات كبيرة في الرؤية البعيدة والذين لا يستطيعون رؤية الأشياء عندما تكون على بعد أمتار قليلة منهم هؤلاء الأشخاص يعتمدون كثيراً على الحواس الأخرى للحصول على المعلومات حيث أنهم قد يرون الأشياء القريبة منهم فقط، فضعيف البصر أو المبصر جزئياً هو الذي تبلغ حدة إبصاره فيما بين 20/200 و 20/70 في العين الأفضل وذلك بعد استخدام العدسات أو النظارات الطبية ومن الناحية التربوية ضعيف البصر هو الشخص الذي لا يستطيع تأدية الوظائف المختلفة دون اللجوء إلى أجهزة بصرية مساعدة تعمل على تكبير المادة التعليمية.

3-5- محدود البصر Visually Limited:

فهم الأشخاص الذين يواجهون صعوبة في الرؤية في الظروف الاعتيادية فهؤلاء قد يواجهون صعوبات في رؤية المواد التعليمية دون إضافة خاصة، لذا قد يحتاجون إلى استخدام عدسات خاصة أو معدات ووسائل بصرية خاصة.(Dusm5).

3-6- بعض التصنيفات الأخرى للإعاقة البصرية.

الأفراد المعوقين بصرياً قد يولدون مصابين بهذه الإعاقات أو قد يصابون بالإعاقات البصرية بشكل كلي أو جزئي في أي وقت لاحق من حياتهم، والحالة القصوى للإعاقة البصرية هي تلك الحالة التي يفقد فيها الشخص الإبصار الكلي منذ الميلاد، وطبقاً لبعض الملاحظات التي سجلها " لتون تون وآخرون " فإن الأشخاص الذين يفقدون بصرهم قبل حوالي سن الخامسة لا يحتفظون بصورة بصرية مفيدة. (عقل، 2014)

والأطفال الذين يفقدون بصرهم كلياً أثناء السنوات المبكرة الأولى من حياتهم لا بد من النظر إليهم على أنهم يقعون ضمن الحالات الشديدة من الإعاقاة البصرية، أما الأطفال الذين يفقدون أبصارهم كلياً أو جزئياً بعد سن الخامسة قد يحتفظون بإطار بصري إيجابي وفعال بدرجة أو بأخرى، مثل هؤلاء الأشخاص الذين يستطيعون ملاحظة شيء ما عن طريق اللمس ويكونون فكرة بصرية عن هذا الشيء تقوم على خبراتهم البصرية السابقة، وتكون الملاحظات البصرية لدى هؤلاء الأشخاص محدودة وتتوقف على درجة الإبصار المتبقية.

في ضوء الاعتبارات السابقة يمكن أن نميز الدرجات المختلفة التالية من الإعاقاة البصرية فيما يتعلق بتأثير الإعاقاة على الأنشطة الحسية وخبرات التذكر:

- فقد بصر كلي ولادي، أو كلي مكتسب قبل سن الخامسة.
 - فقد بصر كلي مكتسب بعد سن الخامسة.
 - فقد بصر جزئي ولادي، فقدوا بصرهم قبل سن الخامسة.
 - فقد بصر جزئي مكتسب، فقدوا بصرهم بعد سن الخامسة وقد اعتمد الباحثون سن الخامسة على وجه الخصوص لأن الطفل في هذا السن يستطيع أن يكون فكرة عن الأشكال أو الصور التي يراها ويحتفظ بها في الدماغ وتكون لديه القدرة على تذكر أشكالها.
- (الخطيب الحديدي 2009).

4- أسباب الإعاقاة البصرية:

تقسم أسباب الإعاقاة البصرية إلى ثلاث مجموعات رئيسية هي:
أسباب ما قبل الولادة/ أسباب أثناء الولادة / أسباب ما بعد الولادة.

4-1- أسباب ما قبل الولادة:

يقصد بأسباب ما قبل الولادة:

- العوامل الوراثية والبيئية التي تؤثر على نمو الجهاز العصبي المركزي والحواس بشكل عام، منها على سبيل المثال العوامل الجينية.- سوء التغذية للأم الحامل.- تعرض الأم الحامل للأشعة السينية.- العقاقير والأدوية.
- الأمراض المعدية والحصبة الألمانية والزهري، وتعتبر هذه العوامل من العوامل المشتركة في إحداث أشكال مختلفة من الإعاقة ومنها الإعاقة البصرية.

4-2- أسباب تحدث أثناء الولادة:

يقصد بالأسباب التي تحدث أثناء الولادة:

- نقص الأكسجين.- الولادة القيصرية.- الولادة المنزلية.

4-3- أسباب ما بعد الولادة:

يقصد بأسباب ما بعد الولادة:

- زيادة نسبة الأكسجين المعطى لطفل الخداج (الأطفال المولودين قبل الميعاد).
- إصابة الطفل ببعض الأمراض التي تؤثر على العين.
- الإصابة الناجمة عن الحوادث. (عقل، 2014)

4-4- الأسباب المرضية للإعاقة البصرية:

تأتي العوامل المؤثرة في مرحلة ما قبل الميلاد التي تشمل المشكلات الوراثية والمشكلات الولادية في مقدمة العوامل المسببة للإعاقة البصرية بين الأطفال، ومن الصعب الوقاية من الإعاقات البصرية التي ترجع إلى ظروف تحدث فيما قبل الميلاد إلى أن يتم فهم العلاقات السببية بين هذه العوامل وبين الإعاقات البصرية بشكل أفضل، وفيما يلي عرض لبعض مظاهر الإعاقة البصرية وأسبابها:

4-4-1- التهاب العصب البصري أو ضمور العصب البصري:

ينتج عن بعض الأورام أو نقص الأكسجين أو الإصابات التي تصيب العظام المحيطة بالعصب البصري، فتصيب المخ، فتؤدي إلى ضمور العصب البصري، مما يؤدي إلى

فقدان الاتصال بين العين والمخ، فتبدو العين سليمة معافاة ولكنها لا تستطيع أن تنقل ما تراه إلى مراكز الإدراك البصري في المخ لإصابته أو تعطل العصب المسؤول عن عملية نقل المثيرات البصرية للمخ، وبالتالي فإن إصابة العصب البصري يمكن أن يؤدي إلى الإعاقاة البصرية الكلية، إذا لم يعالج مبكراً، وقد يحدث الضمور في أي عمر ولكنه أكثر شيوعاً لدى الشباب، وفي بعض الأحيان يكون المرض وراثياً، وتعتمد قدرات الفرد البصرية على شدة التلف؛ فقد لا يبقى لديه بصر وقد يبقى لديه بصر جزئي، حيث يصاب الجزء الاستقبالي من العين .

4-4-2- الماء الأبيض (الكاتراكت):

يقصد بذلك تعقيم عدسة العين التدريجي، حيث يؤدي ذلك إلى صعوبة رؤية الأشياء تدريجياً، الأمر الذي يؤدي إلى الإعاقاة البصرية الكلية فيما بعد، وتعتبر العوامل الوراثية أو الحصبة الألمانية أو التقدم في العمر، أو الحرارة الشديدة من العوامل التي تؤدي إلى إصابة العين بالمياه البيضاء، وتسمى الحالة لدى الأطفال بالماء الأبيض الولادي، حيث تكون القدرة على رؤية الأشياء البعيدة ورؤية الألوان محدودة، ويشكو الفرد من حساسية كبيرة للضوء أو من عدم القدرة على الرؤية جيداً في ظروف الإضاءة القوية أو في الليل، ويزداد هذا المرض سوءاً تدريجياً، ويحدث صعوبة في الرؤية وازدواجية في رؤية الأضواء حيث يصاب الجزء الانكساري من العين. (عقل، 2014)

وتعتمد الأعراض على مساحة التعقيم التي تحدث في العدسة، حيث يحدث تغير في لون حدقة العين وتصبح قريبة من اللون الرمادي أو الأبيض، وعندما تزال العدسة يصبح البصر ضعيفاً جداً، ولا يحدث تركيز للضوء فقد تصبح حدة الإبصار من 20/200 إلى 20/400 في العين التي أجري لها عملية جراحية، ولهذا فبعد إزالة العدسة المعتمدة توضع عدسة طبية خاصة، ونسبة النجاح في هذه العملية تقدر بحوالي 90-95% وتعمل العمليات الجراحية على إزالة المياه البيضاء من العين ومن ثم تركيب العدسات المناسبة. (عقل 2014)

4-4-3- الجلوكوما (الماء الأزرق أو الماء الأسود):

يعرف مرض الجلوكوما في كثير من الأحيان باسم الماء الأزرق أو الماء الأسود، وينتج عن زيادة حادة في ضغط العين مما يحد من كمية الدم التي تصل إلى الشبكية، ومن أهم علامات هذا المرض الصداع في جانب من الرأس، والضعف المستمر في قوة الإبصار والشعور بألم في العين، واتساع حدقة العين، وإذا لم يعالج هذا المرض في وقت مبكر فإنه يؤدي إلى ضمور العصب البصري ومن ثم فقد الإبصار، وتعمل العمليات الجراحية واستخدام أشعة الليزر على إزالة المياه من العين، ويعد هذا المرض سبباً من أسباب الإعاقاة البصرية لدى كبار السن من المعاقين بصرياً ونادراً ما يكون سبب للإعاقاة البصرية لدى صغار السن من المعاقين بصرياً.

وتعالج الجلوكوما الطفولية جراحياً في العادة، أما لدى الكبار فهي غالباً ما تعالج بالعقاقير، وتدهور الحالة البصرية في هذه الحالة بالتدرج ولا تتأثر حدة البصر في البداية حيث أن البصر المحيطي هو الذي يتأثر وذلك لأن التلف يحدث في الجزء الجانبي من الشبكية وينتقل تدريجياً إلى مركز الشبكية مؤدياً إلى العمى، ومع تطور الحالة يتألم المريض ويصبح الهدف من العلاج خفض الضغط وإيقاف أية تدهورات مزمنة، إن سبب الحالة غير معروف جيداً والمرض قد يحدث فجأة وقد يتطور تدريجياً، وبعد سن الخامسة والثلاثين تزيد نسبة الإصابة بهذه الحالة لذا ينصح الأفراد بفحص العين بشكل دوري. (عقل 2014).

هذا وتصنف المياه السوداء إلى نوعين رئيسيين هما:

4-4-3-1- المياه السوداء الولادية (Congenital Glaucoma):

وتكون موجودة منذ لحظة الولادة أو بعد الولادة بقليل، وتحتاج الحالة إلى جراحة مباشرة لمنع التلف، وفي الحالات الشديدة تكون القرنية مدفوعة إلى الأمام، وفي البداية يتجنب

الطفل الضوء وتسيل دموعه بكثرة وهذه الأعراض تنتج عن زيادة الضغط الداخلي في العين وتلف القرنية إذ يحدث توسع فيها.

4-4-3-2- المياه السوداء لدى الراشدين (Adult Glaucoma):

يعاني الأفراد المصابون بهذه الحالة من صداع في الجزء الأمامي من الرأس خاصة في الصباح، ويمكن معالجة هذا النوع من المياه السوداء في كثير من الأحيان بقطرة العيون التي تعمل على خفض الضغط وقد يكون كلا النوعين (الجلوكوما الولادية وجلوكوما الراشدين) أولياً (أي ليس ناتجاً عن مرض ما في العيون) أو قد يكون ثانوياً (ناتجاً عن مرض ما في العين). (الخطيب والحديدي 2013)

4-4-4- التليف خلف العدسة:

يصيب الجزء الاستقبالي وينتج التليف خلف العدسة عن زيادة معدل الأكسجين في الحضانات التي يوضع فيها المواليد الذين وضعتهم أمهاتهم قبل الموعد الطبيعي للولادة مما يؤدي إلى تكثيف غير عادي في الأوعية الدموية وقرحة في أغشية عين الوليد، يتسبب في حدوث تلف الشبكية، وأحياناً تبقى الخلايا في الشبكية ولهذا يصبح لدى الفرد ما يسمى برؤية النقاط Spot Vision مما يؤدي إلى الإعاقاة البصرية الكلية أو الجزئية.

4-4-5- التهابات القرنية الجافة أو الرمد أو الجفاف العيني:

يؤدي الرمد أو الجفاف العيني إلى تعرض الطفل للإصابة بالإعاقاة البصرية التي تتراوح بين الكف الكلي للبصر، وضعف البصر وذلك حسب درجة الإصابة وزمن التدخل العلاجي وينتج الرمد أو التهاب القرنية الجافة نتيجة لنقص فيتامين (أ) في غذاء الطفل أو جفاف الملتحمة أو إصابة القرنية بارتشاحات في الجزء السفلي أو الجزء العميق من أنسجتها وسقوطه مما يؤدي إلى عتامة فيها .

4-4-6- انفصال الشبكية:

ينتج انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين نتيجة حدوث ثقب في الشبكية مما يسمح للسائل بالتجمع، الأمر الذي ينتهي بانفصال الشبكية عن الأجزاء التي تتصل بها، ويسعى العلاج إلى إغلاق الثقوب وإعادة توصيل الشبكية بالجدار ويمكن معالجة أكثر من 90% من هذه الحالات بنجاح، ومن أهم أعراض انفصال الشبكية ضعف مجال الرؤية والآلام الشديدة والضوء الوميضي الخاطف، هذا وتعود حالة انفصال الشبكية لعدة أسباب منها إصابات الرأس وقصر النظر التنكسي والسكري.(عقل 2014)

4-4-7- تنكس الحفيرة (تنكس النقطة المركزية):

يقصد بتنكس الحفيرة بأنه اضطراب في الشبكية يحدث فيه تلف في الأوعية الدموية في منطقة الحفيرة (النقطة المركزية)، ويواجه الشخص صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة والأشياء القريبة، وهذا المرض يصيب الكبار في السن ويصيب الإناث أكثر من الذكور، وكما هو معروف، فإن النقطة المركزية مسؤولة عن البصر المركزي ولهذا فالاضطراب يؤدي إلى فقدان البصر المركزي ولا يكفي البصر المحيطي المتبقي لتأدية الأعمال القريبة من العين كالكتابة والقراءة والأعمال اليدوية.

4-4-8- التهاب الشبكية الصباغي:

حالة وراثية تصيب الذكور أكثر من الإناث تتلف فيه العصي في الشبكية تدريجياً، ويحدث عمى ليلي في البداية، ويصبح مجال الرؤية محدوداً أكثر فأكثر ويحدث ضعف في حدة البصر إلى أن يصبح البصر نفقياً، وغالباً ما يكون هذا المرض مرتبطاً بأمراض تنكسية في الجهاز العصبي المركزي، ولا يوجد علاج فعال لهذه الحالة.

4-4-9- الحول:

يصيب الجزء العضلي، فإذا كان هناك خلل في إحدى العضلات فلن تتحرك العينان معاً بشكل منظم وإذا ترك هذا الوضع دون تدخل علاجي فقد يستخدم الطفل عيناً واحدة وأما العين الأخرى فيصيبها كسل، وإذا استمر الوضع هكذا تضعف العين بشكل دائم، ويعتبر الحول إلى الداخل من أكثر أنواع الحول شيوعاً بين الأطفال، حيث تظهر النسبة الكبيرة من حالات الحول في السنوات الأولى للطفولة، فبعض الحالات تظهر منذ الولادة، ولكن القسم الأكبر يظهر في الفترة بين السنة الأولى والسنة الثالثة، وفي العادة يكون الحول في عين واحدة وفي بعض الحالات تكون كلتا العينين منحرفتين نحو الأنف، وفي حالات قليلة يكون الحول إلى الخارج، أما علاج الحول يهدف إلى غايتين اثنتين:

- الغاية الأولى: هي الحصول على أفضل نظر ممكن ومتجانس في كلتا العينين، وهي الناحية الوظيفية لحاسة البصر. (الحديدي 2015)

- الغاية الثانية: هي الحصول على أفضل توازن ممكن في حركة العينين، وفي كافة الاتجاهات لأنه مهما كان شكل الحول فإنه يؤثر تأثيراً مباشراً على الرؤية السليمة.

4-4-10- القرنية المخروطية:

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

4-4-11- التراخوما أو الرمذ الحبيبي:

يصيب الجزء الوقائي وهو التهاب مزمن ومعد في الملتحمة، ويعتبر الرمذ الحبيبي من أشد أمراض العيون انتشاراً في المناطق الدافئة ويعتبر أحد الأسباب الرئيسية للإعاقاة البصرية في هذه المناطق، كذلك فإنه يعتبر أشد أنواع الأمراض العينية المعدية انتشاراً مخلفاً مئات الملايين من المعاقين، وأصاب هذا المرض الإنسانية منذ ثلاثة آلاف سنة.

أما أعراض التراخوما فيشكو المريض أساساً من إدماع العينين بشدة ومن احمرار الملتحمة وانتفاخ الجفون والشعور الذي يوصف بوجود حبات رمل في العين، وفي بعض الأحيان قد يلاحظ المريض ضعف في نظره، والتحسس للضوء وتصيب التراخوما جميع الأعمار بغير استثناء ولا يوجد سن معين يعتبر ذو مناعة ضد هذا المرض. (عقل، 2014). والتراخوما أنواع عديدة، وأفضل أسلوب لدرء مخاطرها هو تنفيذ برنامج الوقاية الفردية والجماعية، وتشمل الوقاية الشخصية عدم لمس العينين باليدين غير النظيفتين واستخدام مناشف أو مناديل خاصة، أما الوقاية الجماعية والتي تنفذ في المدارس وأماكن العمل وغيرها فهي تتضمن إجراء الفحوصات الدورية للعيون وتنفيذ حملات التوعية وتوزيع النشرات التثقيفية حول طرق انتقال العدوى بهذا المرض، وغالباً ما يقتصر العلاج على القطرات الموضعية مثل قطرات التتراسيكلين لمدة شهر أو شهرين حسب الحالة. (الداهري، 2005)

4-4-12- الجحوظ:

الجحوظ هو: بروز العين إلى الأمام، وقد يكون البروز في عين واحدة أو ثنائي الجانب وينتج الجحوظ أحادي الجانب عن الأورام في الحجاج أو التكيس أو فرط إفراز الغدة الدرقية، أما الجحوظ ثنائي الجانب فقد ينتج عن صغر حجم الحجاج أو فرط إفراز الغدة الدرقية، وتتقرر طبيعة العلاج في ضوء النتائج التي تتمخض عنها عملية الفحص والتشخيص والتي تشمل صور الأشعة والتصوير المحوري والتصوير بالأشعة فوق الصوتية.

4-4-13- أخطاء الانكسار:

ويقصد بها: (قصر النظر - طول النظر - حرج البصر الاستجماتزم).

4-4-13-1- قصر النظر (ميوبيا):

يحدث قصر النظر عندما تكون مقلة العين طويلة، وفي هذه الحالة تكون الصورة أمام الشبكية وليس عليها، وتنشأ الميوبيا عن كبر حجم العين وتعرف باسم الميوبيا المحورية نظراً لأنها تنشأ عن طول محور العين الأمامي الخلفي، وقد تنشأ الميوبيا كذلك عن زيادة في

القوة الضوئية للعدسة أو القرنية بحيث تنكسر الأشعة الضوئية الداخلة إلى العين بدرجة أكبر من الطبيعي لذلك تعرف باسم الميوبيا الانكسارية، إذن تتأثر القدرة على رؤية الأشياء البعيدة، أما رؤية الأشياء القريبة فقد تكون عادية وغالباً ما يظهر هذا الخـطأ في المرحلة العمرية (8-12 سنة)، ومن أشكال قصر النظر ما يعرف بقصر النظر التنكسي وهو حسر بصر شديد يظهر مبكر جداً، ويزداد حسر البصر هذا مع تقدم العمر إلى درجة قد يضعف فيها البصر بشدة، وأحد أول المؤشرات على هذه الحالة اضطراب في الرؤية المركزية، ويمكن تحسين حدة البصر بالنظارات، ولكن قد لا يتحسن البصر تماماً. وتعالج الميوبيا باستعمال العدسات المقعرة (السالبة) في صورة نظارات. (الحديدي 2015)

4-4-13-2- طول النظر (هيروبييا):

يحدث طول النظر عندما تكون مقلة العين قصيرة فتكون الصورة خلف الشبكية وليست عليها، وتتأثر القدرة على رؤية الأشياء القريبة، أما رؤية الأشياء البعيدة فقد تكون عادية، وفي كل من قصر وطول النظر قد تكون الحالة شديدة فتؤدي إلى ضعف بصري شديد، وفي العادة تستخدم النظارات والعدسات اللاصقة لكي تصبح قدرة الإنسان البصرية ضمن الحدود العادية، وعند الكبار قد يحدث فقدان تدريجي لقوة العدسة، فبسبب عامل العمر تضعف قدرة العين على التكيف ويحدث صعوبة في التركيز على الأشياء القريبة وفي القراءة. (الحديدي، 2015).

4-4-13-3- الاستجماتزم:

الاستجماتزم هو انخفاض في حدة الإبصار نتيجة خلل في القوة الانكسارية الضوئية للعين في المدارات المختلفة، إذن فهي تؤثر على حدة الرؤية المركزية (صعوبة رؤية الأشياء بشكل مركز)، وفيها تكون القرنية أو العدسة غير منتظمة ولذلك فإن بعض الضوء يتركز أمام الشبكية وبعضه الآخر خلفها، ولهذا لا تكون الصورة واضحة فيعاني الفرد من صداع وتعب عند القراءة، وإذا حدثت عيوب الانكسار سريعاً فقد يكون السبب انحراف العدسة أو

السكري أو المياه البيضاء أو القرنية المخروطية، فكما هو معروف، فإن انكسار الضوء الخاطئ يتغير ببطء عبر عدة سنوات، ولذلك فإن أي تغير سريع يتطلب الرعاية الطبية المباشرة.

وبعلاج الاستجماتزم بعدسات اسطوانية مقعرة أو محدبة تبعاً لنوع الاستجماتزم (ميوبي أو هيروبي)، وتوضع العدسة الاسطوانية في النظارات بحيث يكون محورها في الاتجاه المناسب الذي يصلح للاستجماتزم بحيث تساعد مثل هذه العدسة على تركيز الأشعة الساقطة من العدسة وتجميعها على الشبكية. (الخطيب والحديدي 2009).

4-4-14- عمى الألوان:

حالة وراثية لا يستطيع الفرد فيها تمييز الألوان بسبب خلل في المخاريط وتتأثر حدة البصر فتضعف إلى درجة كبيرة وقد يحدث حساسية للضوء ورأفة، أما مجال الرؤية فهو في العادة يكون عادياً، إن أغلب أنواع عمى الألوان تنتقل عن طريق الوراثة وتكون متصلة بكروموزومات الجنس، وأشد أنواع عمى الألوان شيوعاً هي عدم الحساسية للون الأحمر، ومن المهم أن يعرف الشخص إذا ما كان مصاب بعمى الألوان قبل أن يختار مهنته. هناك لوحات معينة يمكن عن طريقها تشخيص ومعرفة نوع عمى الألوان المصاب بها الشخص ويجب أن يجري هذا الكشف بصورة روتينية على الأطفال بين سن الثامنة والثانية عشر. (الحديدي 2015).

5- تشخيص الإعاقاة البصرية:

إن الكشف المبكر عن الضعف البصري في مرحلة الطفولة المبكرة هو مسؤولية الأسرة ومعلمات رياض الأطفال إلى جانب الأطباء، فليس هناك ما هو أهم من الاطمئنان أولاً على سلامة حاسة الإبصار لدى الأطفال ومن ثم كشف أي ضعف فيها في أسرع وقت ممكن ومع أنه من غير المتوقع أن يقوم أولياء الأمور والمعلمات بتشخيص حالات الضعف

البصري؛ إلا أنهم قادرين على لعب دور بالغ الأهمية في تحديد الأطفال الذين تبعث استجاباتهم وتصرفاتهم على الشعور بعدم الطمأنينة فيما يخص قدرتهم على الإبصار.

5-1-1- أدوات فحص البصر:

هناك العديد من الوسائل نذكر منها:

5-1-1-5- لوحة سنلن:

من أكثر المقاييس انتشاراً في قياس حدة الإبصار، حيث يتم عن طريقها قياس حدة إبصار كل عين بمفردها ثم قياس حدة إبصار العينين معاً. وتتكون اللوحة من صفوف من الحروف الهجائية أو مجموعة من الأوضاع المختلفة للحرف E ذات الأحجام المختلفة، وتوضع اللوحة على الحائط بحيث لا يسقط عليها الظل، ويجلس المفحوص على بعد ستة أمتار (20 قدم) منها ثم يقرأ بادنأ بالحروف الكبيرة التي في أعلى اللوحة ثم ينتقل إلى الحروف الأصغر التي تليها إلى أن يتوقف عن القراءة بسبب عدم تمكنه من الرؤية، إن كل حجم من هذه الرموز أو الحروف يتوافق مع المسافة التي يمكن للشخص ذو الإبصار العادي أن يتعرف منها على الرموز أو الحروف. (عقل، 2014).

5-1-2- جهاز كيستون للمسح البصري:

يعتبر جهاز كيستون أول جهاز لقياس تآزر العينين في ظروف مشابهة لظروف عملية القراءة، هذا بالإضافة إلى أنه يستخدم في اكتشاف قصر البصر أو الاستجماتزم بالإضافة أيضاً إلى قياس التوازن الجانبي والقدرة البصرية للعين. (الداهري 2005).

5-1-3- مقياس باراجا للكفاءة البصرية (مدى العمل):

قامت باراجا بعمل هذا المقياس عام 1964م وذلك لتحديد درجة الكفاءة البصرية لدى ضعاف البصر بهدف تقدير إمكانية الاستفادة من بقايا البصر واستغلالها بشكل جيد.

أما الطريقة الحديثة فتتمثل في قياس وتشخيص القدرة البصرية لدى الأخصائي البصري حيث يحدد نوع ومدى المشكلة البصرية، وذلك باستخدام الأجهزة الفنية الحديثة في قياس وتشخيص القدرة البصرية، وقد ظهرت بعض المقاييس تقيس القدرة على الإدراك البصري وخاصة لذوي الإعاقاة البصرية الجزئية، أو الذين يعانون من مشكلات في الإدراك البصري كالأطفال ذوي صعوبات التعلم، منها مقياس فروستج للإدراك البصري، ومقياس بندر البصري الإدراكي الكلي. (الزعيبي 2003)

6- أثار الإعاقاة البصرية على مظاهر النمو المختلفة.

ويقصد به تطور النمو الكلي لجسم الطفل من جميع النواحي النمائية من حيث النمو الحركي، النمو اللغوي، ونمو الحواس السمعية، البصرية، واللمسية، فأثر الإعاقاة البصرية في مظاهر النمو لدى الشخص الكفيف عديده منها الوظائف المعرفية والنمائية:

6-1- النمو المعرفي:

يتحتم على الأطفال المكفوفين ولادياً أو الذين يفقدون أبصارهم مبكراً في الحياة الاعتماد على الحواس الأخرى المتبقية في اكتساب المعرفة بالعالم الذي يحيط بهم، وعند محاولة تحديد الأهمية الخاصة للحواس المتبقية لنمو الطفل الكفيف فمن الضروري أن تفهم الوظائف الأساسية لحاستي السمع واللمس كقنوات ووسائل للحصول على المعرفة، والحاسة الأولى عند الكفيف للتعرف على العالم من حوله حاسة اللمس لا بد ان يتحسس الاشياء لكي يتعلمها فالوصف والشرح فقط للطفل الكفيف من غير اللمس لا تكفي. ويأتي بعدها السمع، ثم الشم والتذوق ولا بد أن يتعرض الكفيف للخبرة لكي يتعلم. (Hallan,d & 1992)

(Kauffman)

6-2- إدراك الشكل والعلاقات المكانية:

تعرضت العملية التي يهتم بها الإدراك المكاني من خلال حاسة اللمس للعديد من الدراسات ويتفق كل من هيلر وستينبرج على أن حاسة اللمس هي الحاسة الوحيدة لاكتساب المدركات المكانية بالنسبة للأشخاص المصابين بفقد البصر الولادي أي غير مبصرين منذ الولادة.

6-3- الخبرة بالألوان:

إن إدراك الألوان وظيفة من وظائف شبكية العين ولا يوجد عضو حسي آخر يمكن أن يقوم بهذه الوظيفة عندما تكون شبكية العين مصابة بالتلف، أي عندما لا تكون الشبكية قابلة للاستثارة الضوئية، ولا يصل المثير المستقبل بواسطة الشبكية إلى المخ، أو حينما تكون المراكز البصرية في المخ مصابة بالتلف يترتب على ذلك فقد الإبصار ومن ثم يكون إدراك الألوان معدوماً، ويفتقد الشخص هذه المعرفة بشكل كبير.

6-4- تكوين المفاهيم:

إن الطفل الذي يفقد بصره في وقت مبكر قبل سن 05 سنوات يكون مجال تكوين وبناء المفاهيم لديه محدوداً وقاصراً إلى حداً كبير، ففي حالة فقد البصر أو السمع يضطر الطفل إلى الاعتماد على الحواس الأخرى المتبقية لديه في الحصول على المعلومات والمعارف المتعلقة بالأشياء في البيئة التي يعيش فيها، كذلك فإن القصور الحركي عند الطفل الكفيف يؤدي إلى ضعف فرص استكشاف البيئة الخارجية. (عقل 2014).

6-5- الوعي المكاني:

يقصد بالوعي المكاني صياغة وتكوين المفاهيم المتعلقة بالوضع الجسمي ووضع الأشياء وترتيبها في مكان معين، وكذلك المتعلقة بمواقع الأشياء واتجاهها وأبعادها ومسافاتها، ويعتبر مجال الوعي المكاني أحد المجالات التي يتضح فيها الصعوبات التي تواجه المكفوفين في تنمية المفاهيم وتطويرها، لأنها تعتمد على حاسة البصر وسوف يتأثر مجال الوعي المكاني لدى الشخص نتيجة لفقدان البصر.

6-6- صورة الجسم:

لكي يقوم الفرد بإنجاز سلوك حركي فعال يجب أن تكون في حوزته المفاهيم الدقيقة لصورة الجسم والتوجه المكاني، فالطفل الكفيف يجب أولاً أن يتعلم عن نفسه قبل أن يكون قادراً على الانتماء للآخرين بدقة والاتصال ببيئته المحيطة به.

ومن الممكن تعريف صورة الجسم بأنها معرفة الفرد بأجزاء جسمه ووظيفة كل جزء منها وعلاقة هذه الأجزاء بالبيئة للفرد. (Hallan,d & Kauffman 1992)

6-7- اكتساب الكلام واللغة:

هناك علاقة طردية بين فقدان البصر وتأثر اللغة عند الطفل الكفيف، إن الطفل الفاقد للبصر تماماً منذ الميلاد لا يستفيد من تعلم الكلام في عملية التقليد التي تلعب دوراً أساسياً في نمو الكلام لدى الطفل العادي، ويترتب على ذلك أن تقدم الطفل الكفيف في تعلم الكلام يسير بمعدل أبطأ من معدل نمو الكلام عند الأطفال العاديين، كما يمتد أيضاً ليشمل اكتساب معاني بعض الألفاظ وتكوين المفاهيم، ويشير "كتسفورت" إلى أن ظاهرة اللفظية يعاني منها الكفيف إذ يتعلم إطلاق مسميات على الأشياء دون أن تطور لديه خبرات حقيقية بهذه الأشياء كما يفقد الشخص التعرف على الإيماءات أثناء التحدث واكتسابه للغة، ويفتقد أيضاً تعلم اللغة والكلام عن طريق التقليد. (Hallan,d & Kauffman 1992)

6-8- الوظيفة الحركية.

إن الحركة والانتقال بالنسبة للأشخاص الذين يفقدون الإبصار بشكل كلي أو الذين لديهم إدراك للضوء فقط من الواجبات التي تكون فيها صعوبة في الأداء، ولكن عامل إدراك العوائق أو الإحساس بها يعتبر عاملاً مهماً في القدرة على الحركة والانتقال، ولوحظ من خلال الدراسات أن المكفوفين يملكون قدرة لا توجد لدى المبصرين تتمثل في تجنب العوائق دون الاصطدام بها، كما يفقد الكفيف رؤية حركة الأشخاص من حوله وذلك يجعل طريقة حركته تكون بصوره منخفضة خوفاً من شي يعوقه أثناء مشيه فيقوم بالتحسس للمكان من حوله للتأكد سلامة المكان وبالتالي يمشي باطمئنان. (الحديدي 2015).

6-9- النمو الانفعالي والاجتماعي:

يتأثر تأثير سلبي نتيجة لفقدان البصر لآكن المعوق بصرياً باستطاعته أن يتعلم كيف ينمي ويطور شخصية متكافئة من الناحية النفسية والاجتماعية، وهذا يعتمد اعتماداً أساسياً على التنشئة الأسرية والمحيط العائلي الذي يعيش فيه، وعن طريق تفاعله مع البيئة التي ينشأ فيها وعن طريق اتصاله بالأشخاص الذين يتعامل معهم، فالوالدان يلعبان دوراً أساسياً وهاماً في تكوين شخصية طفلهم حتى يستطيع أن يكون شخصية متكاملة من جميع الجوانب النفسية والاجتماعية؛ فيعمل الوالدين على مساعدة طفلهم في تكوين الذات لديه وبناء شخصيته المستقلة، والعيش في جو نفسي صحي وآمن مليء بالمحبة بعيداً عن التوتر والقلق النفسي. (نهلة وآخرون، 2009)

7- خصائص ذوي الإعاقة البصرية.

نظراً للاختلافات في درجة الإعاقة البصرية، وفي أنواعها ومسبباتها، وفي الظروف التربوية والتأهيلية، والاجتماعية والنفسية التي تقدم للمعاق بصرياً، فإن من الصعب أن نحدد خصائص معينة يمكن أن يندرج تحتها جميع المعاقين بصرياً بفئاتهم ودرجاتهم المختلفة، وذلك لأنهم ليسوا مجموعة متجانسة.

ولقد حدد لوفيلد 1955م أربعة من الاعتبارات التي يجب أن تراعى عن تحديد خصائص المعاقين بصرياً، وهذه الاعتبارات هي:

الاعتبارات التي يجب أن تراعى عن تحديد خصائص المعاقين بصرياً:

الربط بين الخصائص والمسببات (السبب وراء الإعاقة)

- تكيف وتقنين الاختبار على عينات من المعاقين بصرياً (يجب ان تكون الاختبارات

مناسبة للمعاقين بصرياً. اي نبتعد عن النواحي البصرية فيها)

- الربط بين الخصائص وأساليب التعامل مع المعاقين بصرياً (عدم نبذ الشخص الكفيف

والتعامل معه معاملة سيئة والتقليل من شأنه)

- شمولية البحوث والدراسات في مجال الإعاقة البصرية (أثناء عمل دراسات لا بد أن تكون متكاملة لجميع الجوانب). (عقل 2014).

7-1- خصائص أكاديمية:

لا تقتصر الخصائص الأكاديمية على درجة وطبيعة استعداد المعوق بصرياً للنجاح في الموضوعات الدراسية فقط، بل تتعداها إلى كل ما هو مرتبط بالعمل المدرسي مثل درجة المشاركة في الأنشطة الصفية واللاصفية وطبيعة التفاعل مع المدرسين والزملاء وهناك عوامل كثيرة تؤثر مجتمعة أو منفردة على طبيعة الخصائص الأكاديمية للمعوق بصرياً مثل درجة الذكاء، وزمن الإصابة بالإعاقة، ودرجة الإعاقة، وطبيعة الاتجاهات الاجتماعية (سالبة أو موجبة) وطبيعة الخدمات الاجتماعية والتعليمية والتأهيلية والنفسية والصحية التي تقدم للمعاقين بصرياً في المجتمع. (الخطيب والحديدي 2009)

إن هذه العوامل بدورها مجتمعة أو منفردة تؤثر على كل من طبيعة مفهوم المعوق بصرياً عن ذاته، وكذلك على درجة تقبله لإعاقته وهما يؤثران بدورهما على طبيعة الخصائص الأكاديمية للمعوق بصرياً وعلى درجة نجاحه، ومن أهم الخصائص الأكاديمية للمعوق بصرياً:

- بطء معدل سرعة القراءة سواء بالنسبة للبرايل أو الكتابة العادية-أخطاء في القراءة الجهرية

- انخفاض مستوى التحصيل الأكاديمي.

كما ان هناك خصائص أكاديمية خاصة بالمبصرين جزئياً منها-الاقتراب من العمل البصري سواء كان كتاب أو سبورة، وقصور في تحديد معالم الأشياء البعيدة، وقصور في تحديد معالم الأشياء الدقيقة الصغيرة، والإكثار من التساؤلات والاستفسار للتأكد مما يسمع أو يرى.

7-2- الخصائص العقلية:

أشارت بعض الدراسات المقارنة بين الطلاب المبصرين والطلاب المعاقين بصرياً، إلى أن العديد من المعاقين بصرياً يكون أدائهم في اختبارات الذكاء حسناً نسبياً، كما أشار البعض الآخر إلى عكس ذلك تماماً حيث أكدت بعض الدراسات إلى أن ذكاء المعاقين بصرياً يعتبر أقل من ذكاء أقرانهم المبصرين، هناك احتمال انه اعتمد على فقرات خاصة لحاسة البصر فالدرجة تنخفض، عندما نريد تطبيق مثل هذه الاختبارات لابد من تقنين هذه الاختبارات لتكون مناسبة لهذه الفئة حتى لا يحدث ظلم لهم، وقد يكون السبب في تناقض هذه الدراسات راجعاً إلى صعوبة قياس ذكاء المعاقين بصرياً، حيث إن معظم الاختبارات والمقاييس التي تستخدم لقياس الذكاء تشتمل على فقرات تحتاج إلى حاسة البصر، ولهذا فإنه لقياس ذكاء المعاقين بصرياً من الضروري الاعتماد على مقاييس مصممة ومقننة على هذه الفئة بحيث يراعي فيها الاعتماد على الأداء الحسي المتمثل في اللمس والحركة والسمع.(شيباني وممادي 2023).

كما أن ذوي الإعاقة البصرية يتميزون بقدرات في الحفظ والذاكرة كبير مقارنة بالآخرين فكثيراً ما نجدهم مميزين في المواد التعليمية التي تعتمد على السرد والحفظ مثل الآداب واللغات والمواد الاجتماعية والفنون وعلوم القرآن حيث يبدع الكثير منهم في قراءة وتلاوة القرآن الكريم وعلوم الحديث، وأكثر من ذلك فبعض الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية فرضو أنفسهم في ميادين عمل قد يبدو لنا أنه من الصعب شغلها متحدين وضعية الإعاقة.

7-3- خصائص مرتبطة باللغة والكلام:

من النادر أن نجد طفلاً معاقاً بصرياً ومتمتع بحاسة سمع جيدة ولم ينمو لديه التواصل اللفظي بشكل فعال، فغياب البصر لا يعتبر حاجزاً كبيراً أمام نمو اللغة والكلام، ولكن رغم ذلك فإن البحوث والدراسات في هذا المجال قد أوردت بعض الفروق بين كل من المعاقين بصرياً والمبصرين في طبيعة اللغة والكلام، وإن هذه الفروق راجعة إلى أن المعاقين بصرياً يعتمدون بشكل كبير على حاسة السمع والقنوات اللمسية في استقبال وتعلم اللغة والكلام

وهذا قد يؤدي إلى بعض القصور أو الاضطرابات في اللغة والكلام لديهم لأن تعلم اللغة والكلام مرتبط أيضاً إضافة إلى السمع بتتبع وملاحظة التلميحات الصادرة عن المتحدث، كذلك حركة الشفاه والتعبيرات الوجهية المصاحبة للكلام، والتي يمكن للمبصر ملاحظتها وتقليدها، وبالتالي هذا يسهل عليه تعلم اللغة والكلام، في حين يصعب على المعاق بصرياً ذلك، مما يؤدي إلى بطء في نمو اللغة والكلام لديه أو قصور واضطراب فيهما. (الخطيب والحديدي 2009).

4-7- الخصائص الحركية:

أشار ريان (1981م) إلى أنه لا يوجد اختلاف في النمو الحركي للطفل المعاق بصرياً ولولادياً في الأشهر الأولى من حياته بشكل واضح عن النمو الحركي للطفل المبصر، حيث، ومع ذلك فإن بعض المهارات الحركية التي تتعلق بالحركة الذاتية للطفل مثل رفع الجسم، والجلوس في وضع معين والمشي باستقلالية تكون متأخرة لدى الطفل المعاق بصرياً وذلك لارتباطها بقدرته على الثبات ودقة الحركة. (الخطيب والحديدي، 2009)

5-7- الخصائص الاجتماعية والانفعالية:

تتطور العلاقات بين الأفراد داخل المجتمع الواحد وتتمو نتيجة للتفاعل بينهم، وهذا التفاعل الذي يقوم أساساً على تبادل المنافع والخدمات المادية منها والمعنوية ويقدر درجة هذا التفاعل بإيجابياته وسلبياته تتحدد نوع وطبيعة العلاقة بين الأفراد، أو بين الفرد والجماعة، ومن هذا التفاعل يخرج الفرد بخبرات سارة وخبرات غير سارة، ونتيجة لذلك تتكون لدى الفرد فكرته عن ذاته وعن الآخرين، كما تتشكل سماته الاجتماعية والانفعالية، إذن فالذي يحدد خصائص الفرد الاجتماعية والانفعالية هي طبيعة علاقاته مع الآخرين والتي تتحدد بدورها بدرجة وطبيعة تفاعله مع هؤلاء الآخرين، وأهم الخصائص الاجتماعية والانفعالية للمعاقين بصرياً التي غد تظهر عليهم هي مفهوم الذات، السلوك العصابي، الخضوع، الانطواء، والانبساط، التوافق الاجتماعي، العدوانية، التعصب، التوافق الانفعالي.

وكثيراً ما ينجح المعاق بصرياً في إقامة علاقات اجتماعية، خاصة في مجال تكوين الأسرة، وفي ميدان العمل ولكن ذلك يعتمد إلى حد كبير على مدى أداء المعاق بصرياً وكفاءته في مجال العمل وفي الحياة الاجتماعية بشكل. (الحديدي 2015)

7-6- الإعاقات المصاحبة:

لقد أشارت العديد من الدراسات التي أجريت حول موضوع ارتباط الإعاقة البصرية بالإعاقات الأخرى أن هناك بعض الإعاقات المصاحبة للإعاقة البصرية، وأن أكثر الإعاقات انتشاراً بين المعاقين بصرياً، هي الإعاقات الأربعة الآتية:
الاضطرابات الانفعالية / الإعاقات الجسمية / التخلف العقلي / الصمم / الإعاقة السمعية.

8- الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة البصرية:

قد تؤثر الإعاقة البصرية في شخصية الكفيف سواء من النواحي النفسية أو الاجتماعية. سوف نعرض فيما يلي لأهم العوامل التي يمكن أن تؤثر في شخصية الكفيف:
إن تطور شخصية الكفيف وتكيفه لعاهته يتأثر بالعوامل التالية:

8-1- درجة النظر:

إن مصطلح الإعاقة البصرية يشمل مدى واسع من الإعاقة البصرية الكلية إلى ضعف البصر، وفيما بين الفئتين أشخاص لا يسمح نظرهم إلا بتمييز يسير للأنوار أو الأضواء المتحركة، وأي عيب في النظر يؤثر على شخصية الكفيف وكلما كانت الإعاقة البصرية شديدة اثر ذلك سلباً على النواحي النفسية والاجتماعية للشخص، وكلما كانت الإعاقة البصرية بسيطة كان التأثير أقل. (الحديدي 2015)

8-2- أسباب الإعاقة البصرية:

تبدو أهمية هذا العامل حينما يتبين أن بعض عيوب النظر تنتج من أمراض جسمانية لا تصيب العين وحدها ولكنها تحتاج إلى علاج عام وقد تؤدي إلى مشاكل أخرى، وينبغي الحصول على تقرير طبي شامل حتى يمكن رسم مستقبل المريض على أساس وطيء. ومن الناحية السيكولوجية نجد أن هناك فرقاً كبيراً بين تصرفات شخص أصيب بالإعاقة نتيجة مرض السكري، وبين تصرفات شخص آخر فقد بصره اثر حادث. (عقل 2014).

3-8- السن عند حدوث الإعاقة:

فالسن الذي تحدث فيه الإعاقة هو الذي يقرر مدى إمكان اللجوء إلى التصور البصري لأن الأشخاص الذين يصابون بالإعاقة في سن الخامسة وقبلها لا يستطيعون الاحتفاظ بالقدرة على تصور تجاربهم وخبراتهم السابقة، أما الذين يصابون بعد هذا السن يمكنهم ذلك.

4-8- كيفية حدوث الإعاقة البصرية:

تحدث الإعاقة إما بشكل مفاجئ أو تدريجياً وببطء، والإعاقة المفاجئة تحدث كصدمة لا يفقد فيها الشخص أعلى حواسه فحسب، بل يشعر أيضاً نحو الإعاقة حينئذ بنفس الشعور والاتجاه الموجود لدى الجمهور العادي تجاه المصابين بالإعاقة، وتتجسم لديه الأفكار أنه أصبح عاجزاً، وأنه أصيب بمأساة، وأنه أصبح في خطر من الناحية الاقتصادية، وغير قادر على أداء مهمته رجلاً كان أم امرأة، كما أنه يشعر بخوف من الظلام، كل هذه الأوهام تنتابه نتيجة لإصابته بالإعاقة البصرية وربما ينتج عنها الانطواء والتبدل الانفعالي، الشديد كما قد تنتابه أفكار تتجه نحو الانتحار، أما في حالة الإعاقة التدريجية فيغلب الشعور بعدم الاستقرار وعدم الأمان ومن ثم لا يفتتح الشخص برأي واحد بل يتعلق بأي إشارة تؤدي إلى الأمل، ويلجأ إلى الكثير من الأطباء، وغالباً لا يستطيع الأخصائي أن يجزم وأحياناً يحجم عن ذكر رأيه في فرص شفاء بصر المريض فيتسبب بذلك في تأجيل الشعور بالخوف وعدم الاستقرار لفترة من الوقت. (الحديدي 2015).

5-8- حالة العين ومظهرها:

يجب أخذ هذين العاملين في الاعتبار بسبب أهميتهما من النواحي العاطفية والاجتماعية والاقتصادية، فإحساس الشخص بتغير حالة العين أو بخطر حدوث هذا التغير يسبب له حالة من القلق والاضطراب وعدم الراحة والتوتر؛ على أن تشوه الوجه بسبب ظهور العين ربما يستدعي إجراء جراحة، وربما كان من المستحسن استئصال العين، وغالباً ما يقابل هذا الإجراء باعتراض قوي من المريض لأنه يقضي على كل أمل عنده في استعادة نظره، على أن هذا التصرف غير منطقي وربما يكون راجعاً لأسباب عميقة أخرى خفية. على أية حال فإن استئصال العين غالباً ما يحزر الشخص من شعوره العاطفي الذي نشأ من اعتقاده أن وجهه مشوه كما يزيل عنه آلام المرض الذي كان مرتبطاً بمقلة عينه.

8-6- الحركة:

تعتبر الحركة من العوامل المؤثرة في شخصية الكفيف إذا ما أراد توسيع دائرة محيطه الذي يعيش فيه، ولذا فإن حركته تتسم بالكثير من الحذر واليقظة وهذا يستلزم حاجته إلى الرعاية والمساعدة خارج البيت الذي يألفه مما يجعله أكثر تقبلاً للمساعدة من الآخرين حتى ولو كان قادراً على الاستغناء عنها.

8-7- البيئة المحيطة:

تؤدي البيئة دوراً كبيراً في بناء شخصية الكفيف وهو دور يتراوح بين المواقف التي يغلب عليها سمات المساعدة والمعونة والمشوبتين بالاتفاق وبين المواقف التي يغلب عليها سمات الإهمال وعدم القبول وتقع بين هذين الطرفين المواقف المعتدلة التي يغلب عليها سمات المساعدة الموضوعية الذكية التي تستهدف تنظيم شخصية الكفيف لتنمو في اتجاهات استقلالية سليمة ويترتب على تلك المواقف الاجتماعية المتباينة إزاء الكفيف ردود أفعال تصدر عنه وتوصف بأنها ملائمة وغير ملائمة وتحكم على أساس هذه الردود بأن شخصية الكفيف سوية أو غير سوية.

8-8- الحالة النفسية:

عجز الكفيف يفرض عليه عالماً محدوداً وحين يرغب في الخروج من عالمه الضيق والاندماج في عالم المبصرين وحتى يستطيع ذلك فهو يحتاج إلى الاستقلال والتحرر، ولكنه حينما ينالهما يصطدم بآثار عجزه التي تدفعه مرة أخرى إلى عالمه المحدود وحينئذ يتعرض لاضطرابات نفسية حادة نتيجة لشعوره بعجزه عن الحركة بحرية وعلى السيطرة على بيئته كما يسيطر عليها المبصر ويتولد في نفسه صراع الإقدام والإحجام، الإقدام على العالم أو الإحجام عنه، وقد يلجأ إلى أنواع من الحيل اللاشعورية التي قد تساعده في الهروب من هذه الحالة النفسية القلقة فإما أن يسلك سلوكاً تعويضياً متحدياً عجزه محاولاً الاندماج في عالم المبصرين أو يبقى حبيس عالمه الخاص. (الخطيب والحديدي 2009).

8-9- المشكلات الاجتماعية:

التكيف الاجتماعي عملية اجتماعية تتضمن نشاط الأفراد أو الجماعات وسلوكهم الذي يؤدي إلى الملائمة والانسجام فيما ما بين الفرد وبيئته أو بين مجموعة من الأفراد وبيئتهم، أو بين الجماعات المختلفة، ومن الضروري تكيف الأفراد في المجتمع الواحد مع احترام عادات وآراء واتجاهات الآخرين.

قد يعاني بعض من ذوي الإعاقاة البصرية أكثر من غيرهم للعديد من المشكلات الاجتماعية مثل سوء التكيف الاجتماعي والشعور بالانطواء أو العزلة، واتجاهات المجتمع السلبية نحو الإعاقاة البصرية والشعور بالنقص ومفهوم الذات السلبى ومشكلات في التنقل والحركة، وعدم القدرة على الاعتماد على الذات، ومشكلات سلوكية مثل العدوانية، الانطواء العزلة، الخجل الشديد، الخوف وعدم الثقة. ليس كل المعاقين بصرياً لديهم كل هذه المشكلات هناك فئة منهم خاصة الذي لديهم رؤية طفيفة يمكنهم التغلب على كل هذه العواقب بوجود مجتمع يدعمهم ويعطيهم الثقة والأمان ويضمن لهم الدمج السليم.

كما أن ذوي الإعاقة البصرية وبصفة عامة يعانون من مشكلات تعليمية متعددة خاصة في القراءة والكتابة وصعوبات في أداء المهارة التعليمية الجديدة، والقلق الدائم حول المستقبل الاجتماعي أو الحالة الاجتماعية والعمل والوظيفة.

9- المعاش النفسي لذوي الإعاقة البصرية:

ظروف الإعاقة إلى تفرض حياة نفسية خاصة تؤثر في بناء شخصية الكفيف، فيجب مراعاة جميع العوامل المؤثرة في تقدير كفاءة الأشخاص، وقد يلجأ ذوي الإعاقة البصرية إلى الحيل الدفاعية النفسية كالتبرير والكبت، التعويض، الانطواء، وقد يلزمهم شعوره بأنهم أقل كفاءة من الآخرين، ف

هم أثقل حركة وأبطأ وأدنى سيطرة على البيئة، لهذا تعاني شخصيته وتتعرض في بعض الأحوال من الاكتئاب واليأس والحزن والأسى.

9-1- تصور الشخص الكفيف للبيئة والأشياء:

يواجه الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية صعوبات كبيرة في تصور الأشياء والمعالم والاجسام والالوان من حوله كما يجد صعوبة كبيرة في التعبير عن تصوره للأشياء، ومن أجل الاطلاع على العالم الداخلي للكفيف قمنا بمجموعة من المقابلات مع عدة اطراف مهتمة بهذا الموضوع (طبيب مختص في طب وجراحة العيون بالوادي/ الطيبية أورييس دي لوس انجليس مختصة في جراحة الشبكية، مستشفى طب العيون الكوبي الجزائري/ كفيف معلم مدرسة متخصصه/ طلبة جامعين)، وعدة مقابلات اخرى تبين انه لا توجد طريقة واحدة يستعملها الجميع في رسم الصور الذهنية للأشياء كما عند باقي الأشخاص الذين يعتمدون على الصور الحقيقية

لأشياء لتشكيل الصور الذهنية، فجميع الأشخاص المبصرين مثلا لديهم نفس الصورة الذهنية للجمل أو للأسد أو للكرة أو للشجرة اعتمادا على صورها الحقيقية التي يشاهدونها في الحقيقة أو من خلال الصور، بينما الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية خاصة الذين ولدو بها

أو الذين أصيبوا بها قبل سن الخامسة فانهم يتميزون بصنع عالم خاص بهم أو تشفير للصور خاص بكل شخص مستمد من خلال الصورة التي نقلت له من طرف الآخرين أو من خلال الاعتماد على بعض حواسه الأخرى مثل اللمس أو الشم أو الحدس أو التخاطر أو من خلال المجسمات المصغرة للأشياء والتي تساعد كثيرا في اعطاء فكرة تقريبية لهم، ورغم ذلك فان كل واحد منهم يشكل صورة خاصة به قد تكون مغايرة عن الآخرين وعن الطبيعة ذاتها، كما يجدون صعوبات في تشكيل وتخزين هذه الصور الذهنية على مستوى الذاكرة البصرية وصعوبات أكثر في الاستدعاء والتعبير عن هذه المخزونات من الذاكرة خلال المحادثات أو خلال وصف الأشياء. وهناك بعض الأشياء يكتفي الشخص الكفيف بالصورة السمعية أو اللمسية فقط دون الحاجة للصورة البصرية مثل الحروف والأرقام يتم تخزين صورة ذهنية صوتية فقط دون ادنى فكرة عن الصورة المكتوبة له، اما بالنسبة لملاحق الأشخاص فكثيرا ما يعتمد الكفيف على صوت الآخر لتشكيل صورة ذهنية له أو على ملمس الوجه في حالة الأقارب، بل انه كثيرا ما يتصور الكفيف الأشخاص في قالب واحد دون اختلاف.

أما فيما يخص التنقل فان ذوي الإعاقاة البصرية يفضلون البيئة المنظمة والأماكن المرتبة بشكل جيد مما يساعدهم في رسم حدود ومعالم هذه البيئة ويسهل عليهم التنقل، وفي حالة التنقل إلى أماكن جديدة فكثيرا ما يعتمدون على التوقع وسرعة الانتباه لحركة الأشياء والأشخاص من حولهم، كما يمكن ان يدرك الكفيف الاتجاهات من خلال حركة جسمه في الفضاء وحركة الهواء بصفة عامة.

وتعمل المراكز العالمية المختصة حاليا على التكفل والتدريب بذو الإعاقاة البصرية من حيث الحفاظ على البقيا البصرية أو التدريب والمساعدة على تصور الأشياء بشكل صحيح مقارب للحقيقة من خلال برامج طبية وعلمية، أو التجارب السابقة للأشخاص ومن خلال

تطوير باقي الحواس ي نقل الصور مثل استعمال الاصبع في القراءة في طريقة برايل
ويسمى هذا الاختصاص اختصاص الكترو فيزيولوجي ،

9-2- المشكلات النفسية:

- العزلة أو الانطواء بسبب مشاكل تواجهه في التنقل من مكان لمكان ويكون دائماً في
خوف من الأماكن الجديدة، وقد يظهر الكفيف بعض السلوكيات الجسمية مثل هزهة الرأس
وضع الأصابع في العين باستمرار، وانحناء الرأس للأمام باستمرار، حركة أمام الوجه باليدين
باستمرار، وإطلاق الأصوات بشكل متكرر. (الحديدي 2015)

- اتجاهات ومواقف الآخرين عن حياة المكفوفين خاصة أفراد الأسرة والجيران والمدرسة،
هل نحن نتقبل الشخص الكفيف؟، ونعامله كإنسان عادي ولا نشعره بإعاقته، ونساعده في
الشعور بذاته، أم العكس تماماً، فبعض الناس تتعامل معهم بنبذ وسوء معاملة وهذا يشعدهم
بالدونية ويؤثر في اندماجهم في النسيج الاجتماعي، خصوصاً لما يأتي هذا الأسلوب من
الأسرة نفسها.

فيجب أن نؤدي لهم حقهم ودورهم في الأسرة أو النشاط الذي نمارسه يجب مشاركتهم في
اللعب والعمل والنشاط، لكن الدور الذي يقدم لهم يجب أن يكون متناسب مع إعاقتهم.

- ضعف قدرة الكفيف على الإدراك: هناك أشياء تعتمد أساساً على الإبصار ولا يمكن
تعريفها بصورة كافية عن طريق الحواس الأربع المتبقية والتي يعتمد عليها الكفيف في إدراك
العالم وقد يكون ذلك ميسوراً بشكل تقريبي أو إجمالي أو باستخدام التنبيه ولذلك توجد
صعوبة في إدراك الأحجام البالغة الكبر أو الصغر، فالحواس الأربع المتبقية للكفيف تعطي
إدراك جزئي لمعرفة الأشياء، فالسمع يعطي القدرة على ضبط الاتجاه، وبعد المسافة عن
الشيء كما أن اللمس لا يسبب الإدراك إلا إذا حدث اتصال مباشر ما بين الكفيف والشيء
الذي يلمسه.

- الشعور الدائم بكف البصر: أن الحرمان من الضوء أصعب من الحرمان من الصوت وأكثر ضغطاً، فضلاً عن صعوبات في التفكير والتذكر، والشعور بالضغط الذي يرجع إلى الشعور المتواصل بالعزلة أكثر من الإعاقة ذاتها. (الخطيب والحديدي 2009)
- الخوف من المراقبة: إن شعور الكفيف أنه مراقب من الآخر وأنهم يرصدون كل حركته يجعله دائم التوتر وأكثر عرضة للجهد النفسي وعدم الإحساس بالأمن وهذا يجعله أحياناً يسلك سلوك غير مقبول اجتماعياً لتفادي الوقوع في خطأ.
- الشعور بالنقص أو الدونية: يتولد هذا عندما يحاول الكفيف أن يندفع في المجتمع فيجد نفسه غير قادر على القيام ببعض الأعمال ويواجهه هذا الشعور بالنقص حتى لو سمع عبارات الإعجاب من البعض لما يظهره من قدرات فهو يرى في هذا عدم ثقة ويدرك أن ما يقوم به لا يصلح معه، والنتيجة أن يكون رد فعل الكفيف مماثلاً لهذا الضغط الدائم من ناحية البيئة فهو يقاوم الشعور بالنقص، وهذا الشعور بالنقص كثيراً ما يحطم النشاط الشخصي والقدرات الإبداعية المختلفة.
- المعاناة المستمرة للرتاء من المجتمع: كل شخص له صورة عن ذاته تقارب الحقيقة في بعض جوانبها وتعرض لتشويه في جوانب أخرى، ففكرة الكفيف عن نفسه وصورته التي يرسمها في ذهنه وكلما كانت الصورة متصلة وعميقة كلما أصبح من الصعب التخلص منها، وتصبح عقبة أمام تقبله لصورته الحقيقية، وكثيراً ما يفكر الكفيف في الأشياء بشكل مغاير لحقيقتها، ويعارض ويقاوم الصورة الحقيقية للأشياء، مما يسبب له صراع نفسي بين نظرته للحياة والحياة نفسها.
- الاعتماد على الآخر: تقول (كارول 2005) أن التبعية التي يفرضها كف البصر أمر سيء نفسياً فعندما يجد الكفيف نفسه تابعا للآخر ولا يمكنه الاعتماد على نفسه بشكل مطلق فمن الممكن أن يلجأ إلى الدفاع ضد مشاعره بأنه يمعن في تبعيته بأكثر مما يحتاج إليه حقاً. إن فقدان استقلال الشخصية إنما هو من أكثر فقدان أثرا بين الإعاقات الاخرى.

- الاحساس بالانتماء الاجتماعي: بعض المصطلحات التي تستعمل في التواصل مع الشخص المعاق كقول هذا الشخص أعمى أو معاق أو كفيف من طرف الآخرين تجعل بعض ذوي الإعاقة البصرية يشعرون بحزين وكأن الإعاقة التي لديهم هي سلوك يعاقب عليه وليس مجرد إعاقة. (الخطيب والحديدي 2009)

3-9- بعض المظاهر واللتزمات الجسمية:

تكون لدى بعض الأفراد درجة من الانحراف في الوضع الجسمي والأداء الوظيفي نتيجة فقدان البصر ويمشي بشيء من الميلان على جهة معينة نتيجة لفقده بعض التوازن.

- فقدان البصر الذي قد لا يمثل مشكلة حادة في بعض المواقف، فقد يصبح نوعاً من العجز في بعض الظروف البيئية الأخرى ففقدان البصر في بعض المواقف ليس مشكلة، ولكن في مواقف أخرى يعد مشكلة كبيرة مثل المشي في مكان مألوف بالنسبة للمعاق بصرياً ليس مشكله، لكن في أماكن جديدة يختلف الأمر.

- حالة القصور البصري تفرض على الشخص أعباء اجتماعية وانهجالية وتعليمية زائدة وتصبح الإعاقة عامل جذب واهتمام الآخرين وانتباههم والتركيز عليهم وتصبح هذه الخاصية معيقة لهم، هذا السلوك المختلف من جانب الآخرين كثيراً ما يتضمن توقعات منخفضة تجاههم، يترتب على هذا السلوك المستمر، والقصور المتزايد والإعاقة المضاعفة تزيد الاحتمالات بأنه يطور الكفيف أشكالاً متنوعة من السلوك الانفعالي أو الانسحاب من المواقف الاجتماعية أو الميول العدوانية أو الرهاب الاجتماعي. (الخطيب والحديدي 2009)

كل هذه الأشكال من السلوكيات ليست سمة غالبية لدى جميع المكفوفين إنما حسب البيئة التي نشأ فيها الفرد الكفيف، هل تشعره بإعاقته بشكل مستمر أم تدعمه كشخص عادي.

10- أسرة ذوي الإعاقة البصرية:

ولادة طفل معوق لأسرة غالباً ما ينتج عنه مشكلات اقتصادية واجتماعية ونفسية وسلوكية وتربوية، ويكون لهذه الولادة الأثر الكبير في تحديد اتجاهات وردود فعل الوالدين اتجاه طفلهم، ويبدو أن اتجاه الأم نحو طفلها يبدأ في مرحلة الحمل حيث ينتاب الأم في كثير من الأحيان المخاوف والشكوك المتنوعة بشأن ولادة طفلها الجديد، وقد يساورها الشك في أنها سوف تكون الولادة طبيعية أم ستواجه بعض الصدمات مما يؤثر على الطفل، وتعتمد شدة المخاوف والشكوك على مقدار المعرفة والوعي الذي تتمتع به الأم الحامل ومقدار تجنبها المسببات التي قد تُعرض الجنين للإعاقات كـمعرفة بأضرار العقاقير والتدخين والأشعة أثناء فترة الحمل، وإذا ما أنجبت طفلاً معاقاً، تكون صدمة بالنسبة للأم والأسرة ككل.

10-1- ردود فعل الآباء والأمهات تجاه الإعاقة البصرية:

عند ميلاد طفل معاق بصرياً تمر الأسرة بمراحل عديدة للتكيف مع الوضع الأسري الجديد وهي:

- **الصدمة:** وهي أول رد فعل تظهر لدى الأهل جراء ميلاد طفل معاق للأسرة إذ يبدأ الأهل، (الآباء والأمهات) في طرح عدد من التساؤلات التي تعبر عن الصدمة مثل أنا لا أصدق ذلك.

أنا أعرف بأن طفلي يعاني من مشكلة ولكن ليس بهذه الجدية. ماذا أفعل؟.

تخلف وراءها مشاعر وإحساسات سلبية نحو التكيف.

لذا فإنه من الضروري أن تستعد الأسرة تربوياً وثقافياً لتقبل الإعاقة، ويتسع نطاق هذا الإعداد ليشمل الإخوة والأقارب وذلك عن طريق الإرشاد والتوجيه.

10-1-1- الإنكار:

بعض الآباء ينكرون وجود إعاقة لدى طفلهم وقد يعزرون تلك الإعاقة إلى أخطاء في عمليات التشخيص، ويقوم الأهل بالبحث عن مصادر أخرى للتشخيص وعرض الطفل على أخصائيين آخرين، ويركز اهتمامهم على أشكال السلوك التي قد تدل على أنه لا يختلف عن إخوته الآخرين إلا في بعض المظاهر التي يمكن أن تزول فيما بعد، وقد تبقى مشاعر النكران لفترة مؤقتة وقد تستمر لسنوات مما يؤدي إلى ضياع فرص التخطيط وتشويش في العلاقة الأسرية وخاصة فيما يتعلق بالطفل وفرصه في التقدم وحرمانه من التدخل المبكر لحل المشكلة بالتالي يؤدي إلى تأخير في العلاج . (البيلاوي 2001)

10-1-2- الغضب والشعور بالذنب:

تبدو مظاهر الشعور بالغضب والشعور بالذنب كردود فعل مختلفة ولكن هناك ارتباطاً بينهما فقد يوجه الغضب إلى الخارج نحو البيئة والأطباء وعوامل أخرى، ويمكن أن يوجه الغضب نحو الذات مما يؤدي إلى الشعور بالذنب والتصل من تحمل المسؤولية، وتصعب المعاملة مع الأهل الذين ينتابهم الشعور بالذنب والشعور بالإحباط والفقر في التعبير عن مشاعرهم.(الخطيب الحديدي 2009).

10-1-3- الأمانى غير الواقعية:

يبدأ الوالدان بالتشبث بأمنيات والآمال غير الواقعية، وقد يحلمان بأشياء لا تتوافق مع طبيعة إعاقة ابنهم ويستعمل الأهل كل الطرق العلمية وغير العلمية لمساعدة طفلهم.

10-1-4- الشعور بالاكنتاب:

ينطوي لدى بعض الأهالي شعور الاستسلام حول حقيقة أن طفلهم معوق وقد يكون اتجاه الأهل سلبياً بحيث ينزلون عن الآخرين ويشعرون بالأسف الشديد ويذهب بعض

الأهالي بعيداً وذلك بإخفاء ابنهم عن الآخرين وكثيراً ما تؤدي خيبة الأمل وفشل محاولة العلاج إلى اليأس والاكتئاب، فيشعران بالتعب ويعدم القدرة على التحمل وبفقدان الأمل والثقة بالأطباء، ويمتنعا عن البحث عن مساعدة الطفل بل وقد يتمنيان أن يموت الطفل باعتبار ذلك أفضل له من أن يعيش معوقاً طوال عمره.

10-1-5- الرفض:

يرفض بعض الأهالي أن يكون طفلهم معوقاً بصرياً وهناك نمطان للرفض:
الرفض العلني: يتمثل في إهمال الطفل تماماً من خلال الأسرة ولا تقدم له خدمات نهائياً بسبب الاستياء من الطفل (البيلاوي 2001)

الرفض الضمني يتمثل في القلق الزائد والعناية المفرطة بالطفل والحماية الزائدة، ويعتبر الأهل أن إعاقة طفلهم مصيبة عظيمة، ووصمة عار للأسرة، وفي الوقت نفسه يقومون بخدمته بطريقة مبالغ فيها، إن هؤلاء الآباء لا يدركون أن الحماية المفرطة والاعتمادية المبالغ فيها كثيراً ما تكونان ضرراً بالنسبة للطفل من الإعاقة ذاتها.

10-1-6- التفهم والتقبل:

تتغير نظرة الأهل واتجاههم نحو طفلهم الذي يعاني من الإعاقة البصرية حيث يصل الأهل إلى الواقعية في التفكير والتعامل مع الطفل بدون عوامل الخجل أو الشعور بالذنب وكذلك يلغي الأهل مسألة اللوم والإسقاط وتبرير وجود الإعاقة في العائلة ويهتم الأهل في هذه المرحلة ببرامج الطفل ويشعروا بمسؤولية نحو الطفل وطرق علاجه ورعايته ويكون حديث الأهل، وعندما يصل الأهل إلى تقبل وفهم وضع طفلهم فهم بذلك يشعرون بشكل أفضل نحو طفلهم ونحو أنفسهم. (الخطيب والحديدي 2009)

10-2- الإرشاد الأسري:

هو عملية مساعدة أفراد الأسرة، الوالدين، الأخوة، وحتى الأقارب فرادى أو جماعي في فهم الحياة الأسرية لتحقيق الاستقرار الأسري للمشكلات الأسرية.

ويهدف الإرشاد الأسري إلى تحقيق سعادة واستقرار واستمرار الأسرة وبالتالي مساعدة الكفيف بشكل فعال، وذلك بنشر تعليم أصول الحياة الأسرية السليمة وأصول عملية التنشئة الاجتماعية للأطفال ووسائل تربيتهم ورعاية نموهم والمساعدة في حل وعلاج المشكلات والاضطرابات الأسرية، وفي هذا تقوية وتحقيق للأسرة ضد احتمالات الاضطراب وتحقيق التوافق الأسري من خلال إعطاء الأسرة معلومات عن طفلها الكفيف والتوجيهات ومدعم ببعض سبل الرعاية والتدريب الخاصة ومساعدتهم على التخفيف من ضغوطهم النفسية وكيف مواجهتها، يساعدهم في ذلك أخصائيون مثل أخصائي العلاج النطقي وأخصائي القياس السمعي، وأخصائي فحص البصر، وأخصائيون تعديل السلوك، ومعلم التربية الخاصة، حتى ينجح هذا العمل الإرشادي (Towle 1978)

10-3- دور الإرشاد الأسري في مساعدة أسر ذوي الإعاقة البصرية:

مساعدة الأسرة في فهم معنى الإعاقة والمساعدة في فهم درجة الإعاقة التي يعاني منها الفرد المعوق في الأسرة وانعكاسات ذلك على مستقبله، والمساهمة في فهم إمكانيات الفرد المعوق وحاجته والصعوبات التي يعاني منها.

11- الوقاية من الإعاقة البصرية:

لحد من حجم الآثار التي تتركها الإعاقة البصرية على الشخص والأسرة والمجتمع والدولة لابد من تضافر الجهود للتخفيف من نسبة حدوث الإعاقة البصرية، خاصة في الدول النامية والفقيرة، ففي معظم المؤتمرات والاجتماعات تدعو منظمة الصحة العالمية أو اللجان المتفرعة منها إلى قضية الوقاية من الإعاقة البصرية التي تستحوذ على كثير من الاهتمام فالأسرة والمؤسسات الحكومية والأطباء والمختصون وكل الشركاء الاجتماعيين مدعوون إلى بذل أقصى الجهود الرامية للتخفيف من نسبة الانتشار الكبيرة

11-1- دور الأسرة في الوقاية:

بدأ دور الأسرة قبل الزواج، لأن بعض الأمراض التي تصيب العينين تنتقل بالوراثة، مثال مرضى الضمور الشبكي التلوني الذي تبدأ علاماته من سن الطفولة وتزداد الحالة سوءاً حتى يفقد الشخص بصره في أوائل سن الشباب، فلأسرة الدور الأول والأساسي في عملية الوقاية من الإعاقاة البصرية، أما واجبات الوالدين أثناء الحمل تتمثل في عدم تناول الأدوية أثناء الحمل إلا باستشارة الطبيب، وعدم التعرض لأي نوع من الأشعة والحفاظ على الغذاء الصحي للأم أثناء فترة الحمل والابتعاد عن التدخين والمشروبات الكحولية، كذلك تطعيم الأم الحامل ضد الأمراض، والولادة في المستشفيات وعلى أيدي الأطباء المختصين.

وبعد الولادة والمحافظة على سلامة العين من الأمراض والحوادث.

11-2- دور المؤسسات الحكومية:

تقوم وزارة الصحة ووزارة التضامن الوطني بجهود جبارة في مجال الوقاية وتوعية المواطنين كما تقوم الدولة بإعداد دراسات حول الأمراض السارية وآثارها وطرق الوقاية منها وإعداد النشرات الوقائية التي توزع في كافة أنحاء الجزائر، توعية المواطنين صحياً، وإعداد وتقديم البرامج الصحية والوقائية من خلال وسائل الإعلام وتوفير جميع اللقاحات بشكل مجاني، في مجال الوقاية في المدارس والمناطق الريفية، وقد تختلف هذه الإجراءات من بلد لآخر.

كما تحرص المؤسسات الحكومية على التوعية الصحية في المدارس للطلبة والمدرسين والآباء والأمهات من خلال وضع قرارات وتعليمات صحية، في مجال الوقاية والتشديد على متابعة في حالة وجود مرض أو أية إعاقاة لدى الطلبة لإتمام الكشف ومتابعة العلاج.

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل لمجمل تعاريف الإعاقة البصرية ومن عدة جوانب، وكذلك لتكوين جهاز الابصار عند الانسان وكذلك الامراض التي تأثر على الاداء البصري وانواع الإعاقة البصرية وتعريف وتصنيف الإعاقة البصرية وكذلك طرق للتشخيص، ثم تطرقنا إلى خصوصيات الشخص المعاق بصريا النفسية والصحية والتعليمية وطريقة تفكير المعاق بصريا حول الاشياء البصرية والصور من حوله كما تناولنا طرق الوقاية ودور الاسرة والمؤسسات الحكومية في ذلك مع تدعيم الفصل برسومات توضيحي للجهاز الابصار وتصنيفاته المختلفة.

الجانب الميداني

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية:

1-1- المرحلة الأولى: الدراسات السابقة ومقاييس الدراسة

2-1- المرحلة الثانية: المعالجة العلمية لأدوات الدراسة

2- الدراسة الأساسية

1-2- منهج الدراسة

2-2- حدود الدراسة

2-3- عينة الدراسة وخصائصها

2-4- أدوات الدراسة

2-5- إجراءات الدراسة

2-6- الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة

تمهيد:

في هذا الفصل يتم التطرق إلى الإجراءات المنهجية لهته الدراسة والتي تنقسم إلى قسمين الإجراءات المنهجية للدراسة الاستطلاعية والإجراءات المنهجية للدراسة الأساسية بكل العناصر والخطوات العلمية المتبعة.

1- الدراسة الاستطلاعية:

الدراسة الاستطلاعية من الخطوات المنهجية الأساسية في كل البحوث العلمية فهي تساعد الباحث في الجانب النظري وخاصة في الجانب الميداني فهي تمكنه من الوقوف على ميدان الدراسة ومجتمع الدراسة وأدوات الدراسة والصعوبات التي يمكن إن تواجهه مستقبلا وتمت عبر مرحلتين.

1-1 المرحلة الأولى: الدراسات السابقة ومقاييس الدراسة

وسعى فيها الباحث إلى الاطلاع على التراث الإنساني في هذا المجال وتجميع أكبر عدد من الدراسات التي اهتمت بالدراسات العالمية والعربية التي تناولت مواضيع الدمج لذوي الاحتياجات الخاصة بمجالاته المختلفة ومواضيع جودة الحياة خاصة لدى ذوي الاحتياجات الخاصة أو الفئات الهشة، وبالدراسات التي اهتمت بذوي الإعاقة البصرية سوى من الجانب الطبي التشريحي، أو الجانب النفسي وكذلك السعي للحصول على الأدوات والمقاييس المناسبة لإجرائها والتي تمكن من قياس الفروق لدى الأشخاص والعلاقة متغيرات الدراسة.

2-1 المرحلة الثانية: المعالجة العلمية لأدوات الدراسة

القيام بالزيارات الميدانية للمؤسسات المهمة بالتكفل سوى بتعليم وتشغيل ذوي الإعاقة البصرية وكذلك زيارة المؤسسات الاستشفائية المختصة بطب العيون وكذلك قمنا بزيارة المؤسسات الحكومية المتخصصة في هذا الشأن منها مديرية التربية لولاية الوادي ومديرية النشاط الاجتماعي ولاية الوادي ووزارة التضامن الوطني، مدرسة المكفوفين بالبراح، وكذا زيارة العديد من الجمعيات والنوادي المهمة بأنشطة ذوي الاحتياجات الخاصة منها: نادي

بسمتي جامعة الوادي وجمعية الكثران العقله الوادي ، جمعيه احب وطني النخله الوادي.....
وذلك للوقوف على ميدان الدراسة والالتقاء بالعديد من أفراد العينة والاشخاص العاملين في
ميدان تعليم وتشغيل ذوي الاحتياجات الخاصة، والوقوف على طرق التكفل بهم.

- كما قام الباحث بتطبيق المقياس على أفراد من عينة الدراسة من اجل التأكد من
صلاحية طريقة استعماله عن طريق التسميع ومدى مصداقية نتائجه
- كما قام الباحث بأجراء العديد من المقابلات البحثية مع جميع الشركاء والمهتمين
وذلك من اجل وضع برتوكول نهائي لمحاور واسأله المقابلة حتى نتمكن من تغطية جميع
الانشغالات النفسية والجسمية والتعليمية التي من شأنها إثراء وتدعيم الدراسة والبحث العلمي
عامة بطريقة علمية.

1-2-1 المقياس المستعمل في الدراسة:

هو مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن هيئة الصحة العالمية (WHOQOLBREF)
النسخة العربية (د.فاطمة حمزه) وقامت بتقنيه على البيئة الجزائرية ثم قمنا بحساب
الخصائص السيكومترية له وفي ما يلي نستعرض هذه الخطوات.

1-2-2 وصف المقياس:

هذا المقياس هو مقياس جودة الحياة المؤي (WHOQOL100) الصادر عن منظمة
الصحة العالمية سنة 1991 عندما بدأ قسم الصحة العقلية بمنظمة الصحة العقلية في إعداد
مشروع بحثي في 150 دولة لبناء مقياس عالمي لقياس جودة الحياة يغطي الجوانب المختلفة
لجودة الحياة التي تناولتها أو لم تناولها أدوات البحث التقليدية لتقدير جودة الحياة المتعلقة
بالصحة، وكان الهدف الأساسي للمشروع هو تصميم مقياس يمكن استعماله بشكل واسع
حيث تم إعداده من خلال 15 مركزا ميدانيا تابعا لمنظمة الصحة العالمية وترجم لـ 12 لغة
حيث طبقت الصيغة الاستطلاعية الأصلية 235 بندا واستعملت هذه الصيغة في 15مركزا
ميدانيا بلغات مختلفة عبر العالم، لتنتهي إلى 100 بندا شملت 24 مجالا من مجالات

الحياة ليختصر فيما بعد إلى مقياس جودة الحياة المختصر (WHOQOLBREF) المكون من 26 بندا تقيس جودة الحياة في ست نواحي كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (5): يوضح مجالات جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية.

المجال	مكوناته الرئيسية
الصحة الجسدية	الطاقة والتعب، الراحة(الانزعاج) الألم النوم والراحة
الصحة النفسية	صورة الجسم والمظهر، المشاعر الايجابية تقدير الذات ردود الأفعال(التعلم، الذاكرة، التركيز)
مستوى الاستقلالية	الحركة، النشاط اليومي الاستقلالية في العلاج والمساعدة الطبية، القدرة على العمل.
العلاقات الاجتماعية	العلاقات الشخصية، الدعم الاجتماعي، النشاط الجنسي
البيئة	الموارد والتمويل، الحرية والأمن، الرعاية الصحية القدرة على التعلم، الهوايات، التلوث، الصخب والمناخ
الصحة الروحية	الروحانيات، التدين، المعتقدات الشخصية

وتكونت الصيغة المختصرة من بندا واحدا ممثل عن كل مجال من المجالات 24، إضافة لبندين عن الحياة ككل، وأصبح المقياس (WHOQOL BREF) مكونا من 26 بندا موزعة على 4 أبعاد بندين عامين الأول حول جودة الحياة العامة والبند الثاني حول الصحة العامة أما باقي الأبعاد موزعة كالتالي:

الجدول رقم (6): يمثل أبعاد جودة الحياة والبنود المخصصة لها

البعد	المجالات	البنود
الصحة الجسدية		1-2-3-4-10-15-16-17-18
الصحة النفسية		5-6-7-11-19-26
العلاقات الاجتماعية		20-21-22
البيئة		8-9-12-13-14-23-24-25

1-2-3 طريقة الحساب للمقياس:

صيغة البنود على شكل أسئلة يجيب عن كل منها على أساس مقياس خماسي ترتيبى يتراوح بين 1 و5 . ومن 5 إلى 1 في البنود الايجابية وهي البنود التالية (1-2-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25).

وتعكس أي 1-5 في البنود السلبية وهي البنود التالية (3-4-26) وتشير الدرجة العليا إلى ارتفاع مستوى جودة الحياة والمستويات الدنيا إلى انخفاض مستوى جودة الحياة لدى المبحوثين.

حرص الباحث على الحصول على الصيغة المعربة والمقننة على البيئة الجزائرية والذي استعملته الباحثة الدكتورة (فاطمية حمزه) في دراستها لجودة الحياة لدى الممرضات وعلاقتها بالصلابة النفسية والمساند الاجتماعية في مدينة الجلفة سنة (2019)، دراسة دكتوراه وذلك بعد طلب منها شخصيا النسخة الأصلية والحصول عليها عن طريق البريد الالكتروني وبعد موافقتها على استعمال المقياس في هذه الدراسة ومن ثم قمنا باستعماله في الدراسة الاستطلاعية على عينة قدرها 12 شخص من ذوي الإعاقة البصرية تتراوح أعمارهم بين 18 سنة و30 سنة .

1-2-4 مرحلة التطبيق على عينة الدراسة الاستطلاعية:

تمت الاستعانة بمختصين نفسانيين لتسهيل وشرح أهمية المساهمة في الدراسة وما يمكن أن تقدمه مثل هذه الدراسات لذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة وللدراسات العلمية في ميادين علوم التربية وعلم النفس، وكذا شرح التعليمات وقراءة البنود وكذلك شرح إجراءات الإجابة على المقياس، كما تم الاستعانة بأهل أو أصدقاء بعض أفراد العينة بعد شرح طريقة العمل للحفاظ على خصوصيتهم ولأجل إعطاء الحرية الكاملة للمفحوصين في ضل وجود

اشخاص مؤلفين لديهم للحصول على اكبر درجات المصادقية اللازمة، كما ان طريقة التسميع أو التعلم عن طريق التسميع هي أحد الطرق المعتمدة بشكل كبير في تعليم والتعامل مع ذوي الإعاقة البصرية كما أن ذات الطريقة تستعمل في الامتحانات الموسمية وحتى الرسمية.

ومن ثم جمع الاستمارات والقيام بإعادة حساب والتأكد من الخصائص السيكمترية له.

1-2-5 حساب الثبات للمقياس:

قمنا بإعادة حساب قيمة الثبات للمقياس عن طريق التجزئة النصفية والتأكد من الثبات بطريقة جوتمان باستخدام معادلة سبيرمان براون والاعتماد على برنامج (spss) الاصدار 25، والجدول التالي يوضح النتائج.

الجدول رقم (7): يمثل نتائج حساب الثبات للمقياس عن طريق التجزئة النصفية

الاحصائيات الموثقة			
	الجزء 1	القيمة	0.766
		عدد الفقرات	13a
	الجزء 2	القيمة	0.865
		عدد الفقرات	13b
إجمال العناصر			26
العلاقة بين النماذج			0.811
معامل سبيرمان	الطول المتساوي		0.896
			0.896
معامل جوتمان			0.892
البنود A. 1أ, 3أ, 5أ, 7أ, 9أ, 2ب, 4ب, 6ب, 2ج, 1د, 3د, 5د, 7د			
البنود B. 2أ, 4أ, 6أ, 8أ, 1ب, 3ب, 5ب, 1ج, 3ج, 2د, 4د, 6د, 8د .			

من خلال الجدول المحصل عليه نلاحظ ان :

قيمة معامل الثبات للمقياس بطريقة التجزئة النصفية وصلت إلى (0.892) وهي قيمة عالية وبالتالي نقول عن المقياس انه يمتاز بقيمة ثبات عالية.

1-2-6 حساب الثبات للمقاس بطريقة الفا كرونباخ:

الجدول رقم (8): يمثل نتائج الثبات للمقياس بطريقة الفا كرونباخ.

الإحصائيات الموثقة		
عدد البنود	الفا كرونباخ على أساس العناصر الموحدة	معامل الفا كرونباخ
26	0.878	0.758

إحصائيات البند الملخص							
عدد البنود	التباين	الحد الأدنى/الحد الأقصى	يتراوح	الحد الأقصى	الحد الأدنى	القيمة	
10	106.626	9.500	32.867	36.733	3.867	7.347	البنود

نلاحظ انه من خلال الجدول أن معامل الثبات ألفا كرونباخ بلغ قيمة (0.758) وهي قيمة تقترب من الواحد وهي قيمة عالية وبالتالي المقياس ثابت.

1-2-7 حساب الصدق التمييزي:

باستعمال طريقة المقارنة الطرفية لمقياس جودة الحياة حيث تم ترتيب الدرجات من الأدنى إلى الأعلى وتم اخذ 33% من أعلى التوزيع ومن 33% درجات أدنى التوزيع، وبعد ذلك تم حساب قيمة (T) لمعرفة قيمة الفروق بين المجموعتين والجدول التالي يوضح النتائج.

الجدول رقم (9): نتائج الصدق بالمقارنة الطرفية

المتغير المقاس	المجموعات المقارنة	N	X	S2	T	DF	Sig
مقياس جودة الحياة	الاجابات العليا	18	95.3	5.961	25.26	18	0.01
	الاجابات الدنيا	18	65.95	7.323			
							دال احصائيا

نلاحظ من خلال الجدول ان قيمة (T) المحصل عليها بلغة 25.26 عند درجة الحرية 18 بمستوى الدلالة الاحصائية 0.01 اي انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المقياس بين المجموعتين العليا والدنيا لصالح المجموعة العليا ومنه نقول ان للمقياس القدرة التمييزية حيث بلغ متوسط المجموعة العليا 95.3، ومتوسط المجموعة الدنيا 65.95 وهي قيم عالية

1-2-8 حساب صدق الاتساق الداخلي لفقرات مقياس جودة الحياة:

بالاعتماد على برنامج (spss) وكانت النتائج كما في الجدول التالي:

الجدول رقم (10): نتائج حساب الاتساق الداخلي للفقرات

الارتباطات						
		مقياس جودة الحياة	بعد الصحة الجسدية	بعد الصحة النفسية	بعد العلاقات الاجتماعية	بعد البيئية
مقياس جودة الحياة	ارتباط بيرسن	1	.887**	.854**	.723**	.773**
	Sig. (2-tailed)		0.01	0.01	0.01	0.01
	N	18	18	18	18	18
بعد الصحة الجسدية	ارتباط بيرسن	.887**	1	.672**	.662**	.492**
	Sig. (2-tailed)	0.01		0.01	0.01	0.01
	N	18	18	18	18	18
بعد الصحة النفسية	ارتباط بيرسن	.854**	.672**	1	.560**	.565**
	Sig. (2-tailed)	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
	N	18	18	18	18	18
بعد العلاقات الاجتماعية	ارتباط بيرسن	.723**	.662**	.560**	1	0.358
	Sig. (2-tailed)	0.01	0.01	0.01		0.01
	N	18	18	18	18	18
بعد البيئية	ارتباط بيرسن	.773**	.492**	.565**	0.358	1
	Sig. (2-tailed)	0.01	0.01	0.01	0.01	
	N	18	18	18	18	18
الارتباط معنوي عند مستوى 0.01 (2-tailed). **						

من خلال الجدول السابق يتضح ان هناك ارتباط بين الابعاد والدرجة الكلية للمقياس حيث ان بعد الصحة الجسمية صادق عند مستوى الدلالة (0.01) وكانت قيمة الارتباط بيرسن (0.87)، بينما بعد الصحة النفسية صادق عند مستوى الدلالة (0.01)، قيمة معامل الارتباط بيرسن (0.85)، كما ان بعد العلاقات الاجتماعية صادق عند مستوى الدلالة (0.01) إذ بلغة قيمة معامل الارتباط بيرسن (0.72)، أما بعد البيئة فكان صادق عند مستوى الدلالة (0.01) إذ بلغة قيمة معامل الارتباط بيرسن (0.733) وعليه يمكن القول ان المقياس يتمتع بمعاملات صدق عالية.

1-2-9 تحديد مستويات جودة الحياة من خلال مقياس (WHOQOL BREF) :

لتحديد مستوى جودة الحياة من خلال مقياس جودة الحياة المختصر (WHOQL BREF) النسخة المعربة والمقننة على البيئة الجزائرية وتبعاً لطريقة لكارث الثلاثية حيث نقوم بحساب المتوسط الحسابي للمقياس لتحديد المستويات الثلاثة حسب العمليات الحسابية التالية: (أكبر بديل-أقل بديل)

مقسوم على عدد المستويات المطلوبة أي (5-1) قسمة 3 = 1.33

✓ **المستويات حسب المتوسط الحسابي:**

الجدول التالي (-) المستويات حسب المتوسط الحسابي.

المستوى	المتوسط الحسابي
منخفض	2.33-1
متوسط	3.67-2.33
مرتفع	5 -3.68

✓ **المستويات حسب الدرجات:** نقوم بعملية الجداء التالية، ضرب عدد البنود في قيم

المتوسط للمستويات الثلاث وتكون المستويات محده كالتالي:

الجدول (-) المستويات حسب الدرجات

الدرجات	المستوى
61-26	منخفض
95-62	متوسط
130-96	مرتفع

(حمزه 2019 : 123)

1-2-10 مناقشة تقنين الأداة :

من خلال دراسة فاطميه حمزه (2019) بعنوان (المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى العاملات بالقطاع الصحي بالجلفة)، كشفت الصيغة العربية للمقياس عن معاملات صدق وثبات مرتفعة حيث كانت معاملات الصدق التمييزي وصدق الاتساق الداخلي ومعامل الثبات ألفا كرومباخ (0.885) للمقياس ومعامل ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية (0.817) مرتفعة أي أن هذا المقياس يتميز بمعاملات عالية للصدق والثبات، ومحل ثقة في استعماله لجمع المعلومات ويمكن استعماله بشكل واسع في البحث العلمي، حيث أن هذه النتائج توافقت مع ما توصلت إليه مراكز المنظمة العالمية للصحة (WHOQOL Group,1998) التي استغرقت عدة سنوات من أجل التأكد من دقة خصائصه السيكمترية حيث وصلت قيمة معامل الصدق والثبات (0.91) وأجريت عليها تعديلات كثيرة من خلال الملاحظات التي ترسلها هذه المراكز إلى المنظمة، كما أنها توافقت مع ما توصلت إليه الدراسات العربية والأجنبية فيما يخص حساب الخصائص السيكمترية للمقياس (WHOQOL Bref).

حيث توافقت هذه الدراسة مع دراسة (S.M.Skevington et al,2004) وتحليل خصائصها السيكمترية باستخدام بيانات مستعرضة تم الحصول عليها من مسح للبالغين أجريت في 23 بلدا (ن = 11، 830). وقد تم أخذ عينات من المرضى والأصحاء بشكل جيد من

عامة السكان، وكذلك من المستشفيات، وإعادة التأهيل والرعاية الصحية الأولية وقد تم الانتهاء إلى أن (WHOQOL-Bref) يمتلك خصائص سيكومترية جيدة من حيث الموثوقية وهو تقييم سليم ومنتظم ثقافياً، كما هو مبين في مجالاتها الأربعة المادية والنفسية والاجتماعية والبيئية.

كما توافقت مع دراسة (Kay et al,2009) حيث هدفت إلى الكشف عن معاملات الارتباط المتبادلة بين مجالات مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية، وكل من مقياس مشاعر اليأس المستمرة ومقياس السلوك الانتحاري، وذلك لدى ثلاث مجموعات من طلاب الجامعات من الجنسين من الصين وتيلاندا وكوريا، وتم تطبيق الأدوات السابقة على عينة قوامها (1217 طالب وطالبة) وكشفت الدراسة عن وجود علاقة ارتباطيه موجبة ودالة بين المجالات الأربع لمقياس جودة الحياة، كما كشفت النتائج عن ارتباطات متبادلة سالبة ودالة بين مقياس جودة الحياة ومجالاتها وبين مقياس اليأس المستمر ومقياس السلوك الانتحاري.

أما بالنسبة للدراسات العربية فقد توافقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (أحمد محمد عبد الخالق، 2008) بعنوان " الصيغة العربية لمقياس نوعية الحياة" هدفت الدراسة إلى تقنين مقياس نوعية الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHOQOL Bref) على عينة من المجتمع الكويتي، وتم استخدام ثلاث عينات، الأولى قوامها (240) من طلاب الجامعة والمدارس الثانوية لحساب ثبات إعادة التطبيق بعد مضي فترة أسبوع من التطبيق الأول، أما العينة الثانية فقوامها (235) من طلاب الجامعة لحساب معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ، وتقدير الصدق المحكي، فحين بلغ قوام العينة الثالثة (400) طالب وطالبة من المدارس الثانوية الحكومية لحساب معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس، وقد كشف المقياس عن تمتعه بخصائص سيكومترية جيدة، إذ اتسمت الأبعاد الفرعية للمقياس بثبات مرتفع بطريقة إعادة التطبيق، حيث تراوح معامل الارتباط بيرسون بين

(0.77) و(0.88)، أما الاتساق الداخلي باستخدام ألفا كرونباخ فقد وصل إلى (0.85) بينما في مجال الصدق المحكي، تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية على المقياس موضع الدراسة وكل من مقياس السعادة والرضا عن الحياة، وأظهرت النتائج أن قيم معامل الارتباط دالة إحصائياً.

وكذا دراسة (بشرى إسماعيل أحمد ، 2013) تم تقنين الصورة المختصرة لمقياس جودة الحياة على عينة من الراشدين (50) فرد من الذكور والإناث وتم حساب الثبات بإعادة الاختبار وكان معامل الارتباط (0.89) وكذا بحساب ألفا كرومباخ حيث بلغت (0.93) وكذا بطريق الاتساق الداخلي حيث وصل معامل الارتباط إلى (0.81) ووجود ارتباط موجب دال إحصائياً بين درجة المقياس ودرجة الأبعاد عند مستوى (0.01) وكذا تم حساب الصدق البناء العاملي باستخدام التحليل العاملي الكامن العام الذي حاز على مطابقة تامة.

- دراسة (زعطوط رمضان 2014) . أما بالنسبة للخصائص السيكمترية للمقياس على عينة استطلاعية من (61) مريضاً . تم حساب الصدق بواسطة طريقة الاتساق الداخلي للاختبار وذلك بحساب الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس حيث وصل إلى (0.67) أما الثبات فقد استعمل التجزئة النصفية حيث وصل معامل الارتباط بعد التصحيح إلى (0.97) وبطريقة ألفا كرونباخ حيث وصل قيمة المعامل إلى (0.74). (حمزه 2019)

ومنه يمكن القول أن مقياس جودة الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHOQOL- Bref) يتميز بشروط سيكمترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية مما يجعله صالحاً للاستعمال بكل ثقة في مجال البحث العلمي لو في مجال البحوث النفسية والتشخيص العيادي على وجه الخصوص. (فاطيمة حمزه 2019).

11-2-1 التعليق عن نتائج الدراسات السابقة:

من خلال الاطلاع على التراث الانساني في مجل البحث في جودة الحياة فان سجلنا ان اغلب الدراسات اهتمت بالأشخاص بصفة عامة، لآكن هناك بعض الدراسات العربية التي

تناولت موضوع جودة حياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة من كل الفئات حيث تناولت مصطلح جودة الحياة وعلاقته بالكثير من المتغيرات النفسية أو الاجتماعية أو الاقتصادية وغيرها إلا أن هذه الدراسات لم تركز بشكل كاف على جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية وبالتالي لم يجد الباحث إرثاً أدبياً كافياً من الدراسات العربية السابقة التي تدرس العلاقة بين متغير الدمج ومتغير جودة الحياة، حيث أن الدراسات التي أجريت في عالمنا العربي لا زالت محدودة جداً وحديثة نسبياً وهذا ما دفع الباحث في هذه الدراسة الحالية إلى البحث عن الدراسات العربية السابقة التي تناولت موضوع جودة حياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام ومن هذه الدراسات .

- دراسة (الهنداوي 2011) بعنوان الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً بمحافظة غزة وهدفت إلى معرفة علاقة الدعم الاجتماعي بمصادره المختلفة (الأسرة والأقارب والأصدقاء ومؤسسات المجتمع) بمستوى الرضا عن جودة الحياة بأبعادها الممتلئة في: (جودة الحياة الأسرية وجودة الحياة العامة الجودة النفسية جودة العلاقات وجودة شغل الوقت وإدارته وجودة الدور الاجتماعي؛ الجودة المهنية؛ جودة الحياة الزوجية) لدى المعاقين حركياً وعينتها كانت 200 شخص ذوي إعاقة حركية موزعين: (119 ذكور و81 إناث)؛ تجاوزت أعمارهم 18 سنة أما الأدوات كانت مقياس الدعم الاجتماعي ومقياس الرضا عن جودة الحياة.

- دراسة (السرطاوي وآخرون ، 2011) بعنوان جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة وغير ذوي الإعاقة في دولة الإمارات العربية المتحدة وهدفت إلى التعرف على مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة وغير المعاقين في دولة الإمارات العربية المتحدة وعينتها كانت 150 شخص ذوي إعاقة وعدد أشخاص غير معاقين أما الأدوات كانت مقياس جودة الحياة من جزئين الأول للكشف عن مستوى جودة الحياة والثاني أسئلة لإجراء المقابلة.

أما الدراسات التي تناولت الدمج فقد ركزت في معظمها على دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في ميدان التعليم والتدريب في المدارس العادية جنبا لجنب مع باقي الطلاب بصيغ مختلفة، بينما هناك شح كبير في الدراسات خاصة العربية التي تناولت دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في الميادين المهنية أو الاجتماعية، كما تبين لنا النقص الكبير في الدراسات عربية التي تناولت مفهوم الدمج وعلاقته بمفهوم جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة خاصة ذوي الإعاقة البصرية، حيث هنالك دراسة دولة في الامارات العربية ل أروحي مروح عبدات. (2008) المشكلت التي تواجه الدمج التعليمي لذوي الإعاقة البصرية في دولة الإمارات العربية المتحدة. ودراسة في بالعربية السعودية د عبد العزيز الغولة. (2019). مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الإعاقة بجامعة الملك عبد العزيز والجامعة الاردنية في ضوء بعض المتغيرات. العربية السعودية.

2- الدراسة الأساسية:

2-1 منهج الدراسة:

تمهيد: يعبر منهج الدراسة هو الوسيلة التي يعتمدها الباحث إلى النتيجة المرجوة بالطرق العلمية، وهو وسيلة اخضاع المعطيات الميدانية للدراسة العلمية، ويشترط في المنهج ان يكون صالح متطابقا مع الدراسة المراد اجرائها
يعرف المنهج أنه " الطريقة التي يتبعها الباحث لدراسة المشكلة موضوع البحث " (أبو علام 2005).

وبما أن الدراسة تتعلق بمفهوم جودة الحياة، ومفهوم الدمج، فقد اعتمدنا المنهج الوصفي، وهو الأنسب لدراسة هذه الظواهر النفسية والتربوية، والمنهج الوصفي هو المنهج الذي يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في الواقع ويهتم بوصفها وصفا دقيقا من خلال التعبير النوعي الذي يصف الظاهرة ويوضح خصائصها أو التعبير الكمي الذي يعطي وصفا رقميا يوضح مقدار وحجم الظاهرة (محمد خليل 2009).

حيث يعتبر هذا المنهج مظلة واسعة ومرنة قد تتضمن عددا من المناهج والأساليب الفرعية مثل المسوح الاجتماعية ودراسات الحالات التطورية والميدانية وغيرها، فالمنهج الوصفي يشمل كافة المناهج الأخرى باستثناء المنهج التاريخي والمنهج التجريبي لان عملية الوصف وتحليل للظواهر تكاد تكون مسألة مشتركة وموجودة في كافة أنواع البحوث العلمية، ويعتمد المنهج الوصفي على تفسير الوضع القائم وما هو كائن وتحديد الظروف والعلاقات الموجودة بين المتغيرات، وتندرج ضمن البحوث الوصفية البحوث الوصفية المقارنة التي يعرفها رجاء محمود أبو علام على أنها " هي ذلك النوع من البحوث الذي يحاول فيه الباحث تحديد أسباب الفروق القائمة في حالة أو سلوك مجموعة من الأفراد والبحوث الوصفية الارتباطية التي تقيس العلاقة بين الظواهر الإنسانية المختلفة.

فيفي هذه الدراسة سوف نتبنى ونعتمد المنهج الوصفي القائم على الاستكشاف والارتباط والمقارنة، حيث اعتمدنا اسلوب الاستكشاف لقياس مستوى جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية، وأما اسلوب الارتباط لقياس العلاقة بين متغير الدمج ومتغير جودة الحياة، وأما الاسلوب المقارن الذي يقوم على أساس تحديد خصائص الظاهرة ووصف طبيعتها ونوعية العلاقة بين متغيراتها وأسبابها واتجاهها وما إلى ذلك من جوانب تدور حول سير أغوار مشكلة أو ظاهرة معينة والتعرف على حقيقتها في أرض الواقع، كما يتعدى الأسلوب المقارن في المنهج الوصفي من كونه مجرد جمع بيانات وصفية حول الظاهرة إلى المقارنة والتحليل والربط وتفسير لهته البيانات وتصنيفها وقياسها واستخلاص النتائج منها وتستند البحوث العلمية الوصفية إلى عدد من الأسس العلمية مثل التجريد والتعميم ، (الأغا 2002).

ومهما اختلفت أساليب المنهج الوصفي إلا أنها جميعا تقوم على أساس الوصف المنظم للحقائق والخصائص المتعلقة بظاهرة أو مشكلة محددة بشكل علمي دقيق (أبو حطب وصادق، 1991).

2-2 حدود الدراسة: وتشتمل على الحدود البشرية المكانية والزمنية.

2-2-1 الحدود البشرية والمكانية:

تم إجراء الدراسة ميدانيا في ولاية الوادي حيث الظروف مساعدة وإمكانية التطبيق متاحة بوجود مؤسسات وجمعيات تهتم وتتكفل بذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة، ومؤسسات متخصصة في التكفل بذوي الإعاقة البصرية مثل بعض المؤسسات التربوية ومدرسة المكفوفين بالرياح، وبعض ثانويات الولاية ومستشفى طب العيون الصداقة الكوبية الجزائرية جامعة الوادي نادي بسمة لذوي الاحتياجات الخاصة، جمعية أحب وطني بالنخلة، وجمعة الكتبان بالعقلة، كما قمنا بزيارة ميدانية إلى مؤسسات ذات علاقة بمهمة البحث العلمي منها مؤسسات يعمل فيها بعض أفراد العينة وبعض الادارة، كما قمنا بزيارة العديد من منازل أفراد العينة لتوزيع وجمع الاستبيان وكذلك لاجراء المقابلات العيادية، كما قام الباحث بعدة زيارات عمل وبحث إلى مديرية التضامن لولاية الوادي والي وزارة التضامن الوطني في الجزائر العاصمة التي سعينا للحصول منها على القوانين والاحصائيات الوطنية المتعلقة بالموضوع. كما تمت الاستعانة بمختصين نفسانيين ومختصين تربويين ومعلمي تربية خاصة ومربين وأهل وأصدقاء لبعض الأشخاص من ذوي الإعاقة البصرية المتطوعين. حيث تم توزيع 97 نسخة ورقية من استبيان جودة الحياة على اعضاء عينة الدراسة، كما تم إجراء 13 مقابلات عيادية وبحثية منها مع أفراد من العينة 09 مقابلات اخرى مع اطباء مختصين في طب العيون ومقابلات عيادية تم اجرائها مع معمي تربية خاصة ومهتمين بدمج ذوي الاحتياجات الخاصة.

2-2-2 الحدود الزمنية:

أجريت الدراسة الميدانية في الفترة الزمنية الممتدة بين شهر جوان سنة 2020 م وشهر ماي سنة 2023م، أي الفترة بين شهر ذو القعدة سنة 1441هـ - وشهر شوال سنة 1444هـ. وقد شهد العالم خلال أغلب هذه الفترة الزمنية ما عرف بوباء كورونا أو كوفيد 19، اين شل معظم مظاهر الحياة التعليمية والاقتصادية والصحية والاجتماعية في العالم ككل وفي

الجزائر، حيث الاطار الجغرافي للدراسة، حيث واجهتنا العديد من الصعوبات جراء غلق المؤسسات التعليمية والمكتبات العمومية والخاصة والمؤسسات الجامعية والمستشفيات والمؤسسات الاقتصادية، بل في الفترة 2021/2020 فرض حجر صحي عام اطبق على جميع مظاهر الحياة ممي صعب علينا اجراء البحث بشكل اعتيادي، واضطرنا في كثير من الاحيان إلى تأجيل بعض الخطوات الميدانية إلى غاية تحسن الوضع الصحي.

2-3 عينة الدراسة ومميزاتها:

2-3-1 مجتمع الدراسة:

يمثل مجتمع الدراسة جميع العناصر التي تنتشر في الظاهرة المدروسة والتي يتم تعميم النتائج عليها، ويشترك جميع أفرادها في خصائص معينة قابلة للقياس (الخطيب 2006) ويشمل مجتمع هذه الدراسة جميع الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية بجميع تصنيفاتهم الطبية والتربوية والتعليمية والقانونية .

2-3-2 عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية حيث تم الاختيار الأشخاص الذين تتوفر فيهم الشروط العلمية لإجراء هذه الدراسة من ذوي الإعاقة البصرية لتشمل العينة كل من الأشخاص المكفوفين والأشخاص ذوي الإعاقة الكلية والأشخاص ضعيفي البصر، وكذا الأشخاص ذوي الإعاقة المكتسبة أو الأشخاص الذين ولدو معاقين بصريا من كلا الجنسين، جنس الذكور وجنس الإناث، وكذلك الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية المدمجين والذين يمارسون أي نشاط داخل مؤسسات تعليمية أو عملياتية أو اجتماعية وكذا الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية الذين لم يستفيدوا من أي نشاط من أنشطة الدمج، والذين تتراوح أعمارهم بين 16 سنة و45 سنة، حيث تم طباعة 102 نسخة من الاستبيان وقمنا بتوزيع 98 نسخة

منه تم استرجاع منها 60 نسخة اعتمدنا في دراستنا منها 48 نسخة لتوفرها على الشروط العلمية والاحصائية، وتم استبعاد باقي النسخ إما لعدم اتمام الاجوبة على كافة البنود أو لعدم صلاحية اوراق النسخة أو لعدم تمكننا من استرجاعها من اصحابها لظروفهم الخاصة أو امتناعهم عن المشاركة في هذا العمل. وفي مايلي جدول يوضح خصائص عينة الدراسة. كما قمنا بإجراء 13 مقابلة عيادية، معتمدين على المقابلة نصف مفتوحة، مع أفراد من عينة الدراسة من ذوي الإعاقة البصرية ومرافقيهم ومع 4 مقابلات مع أطباء مختصين في طب العيون ومعلمي تربة خاصة ومسؤولين حكوميين وأرباب عمل ومهتمين بتأهيل ودمج ذوي الاحتياجات الخاصة.

الجدول رقم (11): يوضح خصائص وتوزيع أفراد عينة الدراسة

تصنيفات جميع أفراد العينة														
العدد	نوع الدمج		درجة الإعاقة		الجنس		الوضعية الاجتماعية		المستوى التعليمي			زمن حدوث الإعاقة		
	غير مدمج	مدمج	جزئية	كلية	اناث	ذكور	غير متزوج	متزوج	دون ذلك	ثانوي	اساسي	جامعي	مكتسبة	ولد بها
	16	32	20	28	22	26	35	13	12	3	15	18	23	25
النسبة	% 25	% 75	%41.66	%58.33	%45.8	% 54.2	% 72.9	% 27.1	% 25	% 6.25	% 31.5	% 37.5	% 47.9	% 52.1

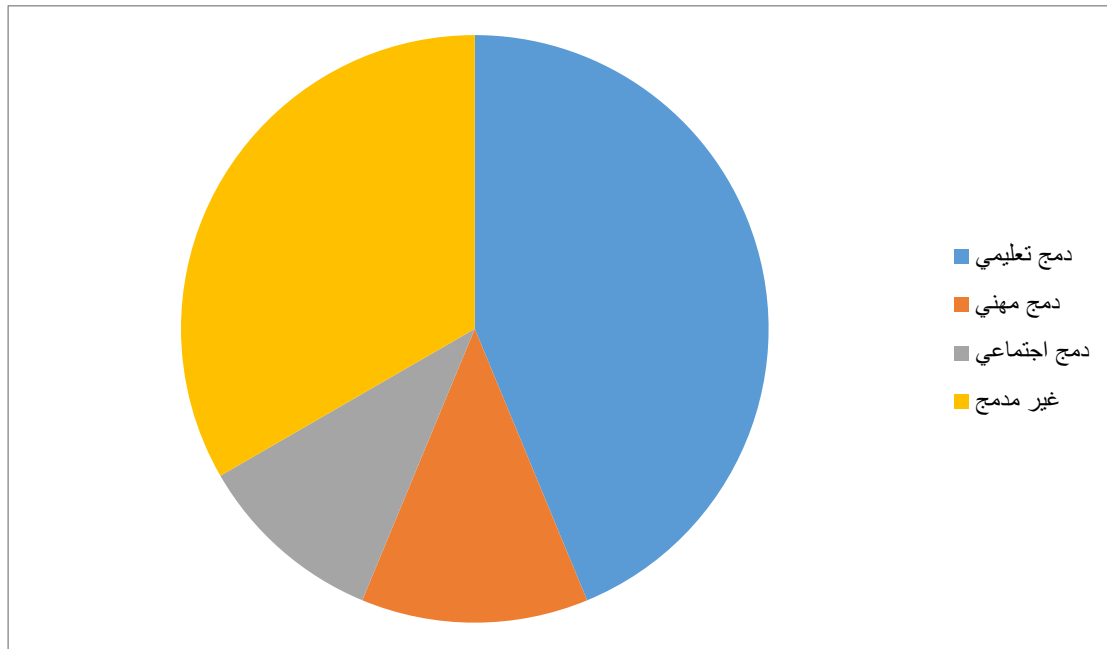
وفي مايلي يتم توضيح لعينة الدراسة حسب خصائصها بشكل مفصل.

2-3-2-1- توزيع العينة حسب ميدان الدمج:

الجدول رقم (12): يمثل توزيع العينة حسب ميدان الدمج

ميادين الدمج

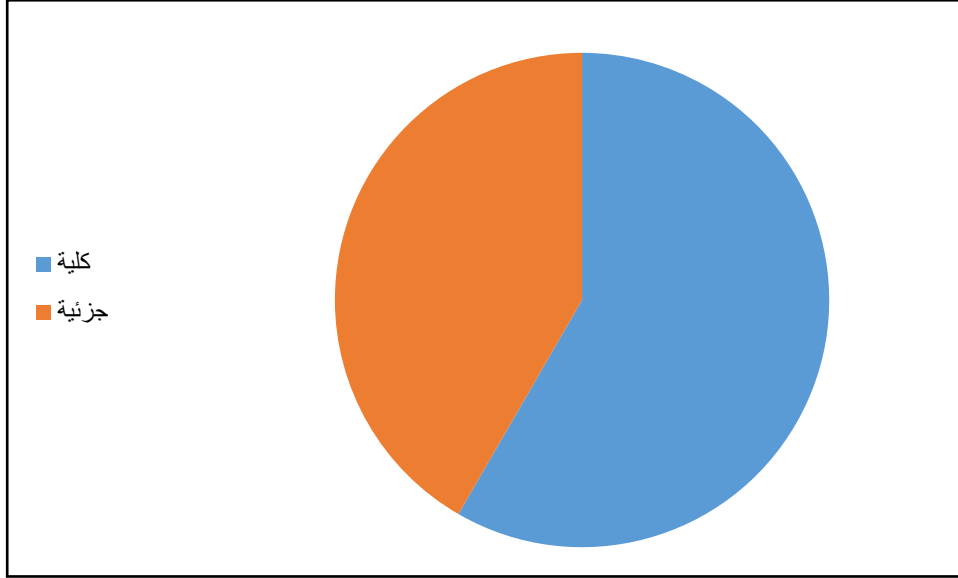
النسبة التراكمية	النسبة المئوية	العدد من أفراد العينة	ميدان الدمج
43.75	43.75	21	تعليمي
12.54	12.5	6	مهني
10.411	10.41	5	اجتماعي
33.333	33.33	16	لا شيء من ذلك
100	100.	48	المجموع



الشكل رقم (07): يمثل توزيع العينة حسب ميدان الدمج

الجدول رقم (13): يوضح توزيع أفراد العينة حسب درجة الإعاقة

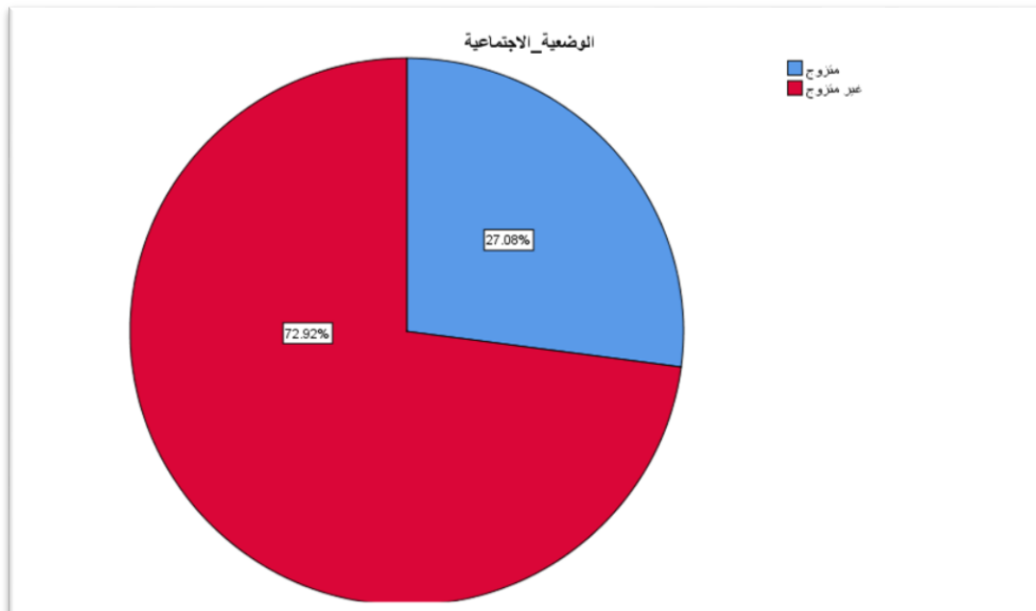
نسبة التكرارات	النسبة المئوية	أفراد العينة	نوع الإعاقة
58.33	58.33	28	كلية
41.66	41.66	20	جزئية
100.0	100.0	48	المجموع



الشكل رقم (08): يمثل توزيع العينة حسب درجة الإعاقة

الجدول رقم (14): يوضح توزيع أفراد العينة حسب الوضعية الاجتماعية:

الوضعية الاجتماعية			
نسبة التكرار	النسبة المئوية	العدد	
27.1	27.1	13	متزوج
72.9	72.9	35	غير متزوج
100.0	100.0	48	المجموع



الشكل رقم (09): دائرة نسبية توضح توزيع العينة حسب الوضعية الاجتماعية
الجدول رقم (15): يوضح توزيع أفراد العينة حسب زمن حدوث الإعاقة:

زمن حدوث الإعاقة			
	العدد	النسبة المئوية	النسبة التراكمية
منذ الولادة	25	52.1	52.1
مكتسبة	23	47.9	47.1
المجموع	48	100.0	

2-4 أدوات الدراسة:

وهي الوسائل المعتمدة لجمع المعلومات ضمن المنهج العلمي المتبع في الدراسة.

2-4-1 مقياس جودة الحياة المختصر (WHOQOLBREF):

حرص الباحث على الحصول على الصيغة المعربة والمقننة على البيئة الجزائرية والذي استعملته الباحثة فاطيمة حمزه (2019) في دراستها لجودة الحياة لدى الممرضات وعلاقتها بالصلابة النفسية والمساند الاجتماعية في مدينة الجلفة سنة 2019 وذلك بعد طلب منها النسخة الأصلية والحصول عليها عن طريق البريد الإلكتروني وبعد موافقتها على استعمال المقياس في هذه الدراسة ومن ثم قمنا باستعماله في الدراسة الاستطلاعية قصد التحقق من خصائصه السيكومترية كما تم توضيحه في إجراءات الدراسة الاستطلاعية ومدى صلاحيته مع عينة الدراسة وقدرته على الإجابة على تساؤلات الدراسة.

حيث تبين لنا مدى صدق المقياس وقوة الثبات التي يتميز بها وهو ما يتوافق مع بعض الدراسات العربية التي أجريت مع ذوي الإعاقة البصرية واستعملت النسخة المعربة لـ (WHOQOLBREF) دراسة السر طاوي وآخرون (2011) بعنوان جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة وغير ذوي الإعاقة في دولة الإمارات العربية المتحدة وهدفت إلى التعرف على مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة وغير المعاقين في دولة

الإمارات العربية المتحدة ودراسة محمد حلمي بمصر (2018) بعنوان جودة الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموجرافية لدى ذوي الاحتياجات الخاصة

2-4-2 المقابلة العيادية:

وقد اعتمدنا أيضا في بحثنا هذا على المقابلة العيادية وهي عبارة عن موقف بين اثنين الباحث والمبحوث أو أحد أفراد العينة وهي

أداة مناسبة للظاهرة المدروسة ولمجتمع الدراسة ولعينة الدراسة وتعتبر المقابلة العيادية من أهم الأدوات لجمع المعلومات من مصادرها البشرية كما تعد من بين الوسائل الأكثر شيوعا وفعالية في الدراسات الاجتماعية والنفسية كما تصلح لجمع معلومات حالية أو سابقة أو رؤية مستقبلية والتي تعتبر من الوسائل الرئيسية في تقدير السلوك، الطيب آخرون (2005) حيث اعتمدنا على المقابلة النصف مفتوحة التي يتم فيها طرح الأسئلة وبطلب من المفحوصين الإجابة بكل حرية مع إمكانية التوسع في الأسئلة والإجابة حسب طبيعة الإجابة وخصوصية الحالة .

تم إعداد بروتوكول المقابلة بالاعتماد على التراث الأدبي في هذا المجال وعلى الدراسات السابقة وبالتعاون مع أساتذة مختصين في تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة وأستاذ تعليم عادي في المستوى الجامعي ومع طلبة ذوي الإعاقة البصرية جامعيين سابقين. وأطباء عامون وأطباء وجراحين عالميين مختصين في طب العيون.

وتم تقسيم المقابلة إلى ستة محاور تغطي جميع جوانب الحياة العلمية والعملية وميادين الدمج للأشخاص ذوي الإعاقة البصري وحاولنا تغطية جميع المشكلات التي قد تواجههم في مسار حياتهم اليومية .

المحور الأول: معلومات عامة حول الشخص

المحور الثاني: أسئلة تدور حول البيئة العامة

المحور الثالث: أسئلة تتعلق بدعم الأهل والزملاء.

المحور الرابع: مشكلات ومعوقات تتعلق بممارسة الحياة اليومية بصفة عامة.

المحور الخامس: مشكلات تتعلق بالمنهج التربوية وتم تقسيم هذا المحور الى 07 أسئلة تتعلق بالمادة العلمية وطريقة التدريس وأدواتها وكذا بقدرة المكفوفين على إستيعاب المادة العلمية بشكل كافي، بالإضافة إلى سؤال مفتوح (ما هي الاقتراحات التي تراها مناسبة وتساعد في عملية دمج الأشخاص المكفوفين في الوسط التعليمي والوسط المهني والوسط الاجتماعي).

المحور السادس: تطرقنا في هذا المحور إلى احساس وشعور ذوي الإعاقة البصرية وطريقة رؤيتهم إلى الاشياء وكيفية تشفير صور الاشياء وطريقة ادراك صور الأشخاص المحيطين بهم والألوان وطريقة التعويض القائم على استغلال باقي الحواس في غياب حاسة البصر جزئيا أو كليا.

2-5 إجراءات الدراسة الأساسية:

وفي مرحلة تطبيق الدراسة ميدانيا واجهتنا العديد من الصعوبات نظرا لخصوصية الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية وخصوصية بعض المؤسسات التي أجرينا فيها الدراسة أين تمت الاستعانة بمختصين نفسانيين لتسهيل العمل مع ذوي الإعاقة البصرية حيث قمنا بشرح أهمية المساهمة في الدراسة وما يمكن أن تقدمه مثل هذه الدراسات العلمية لذوي الاحتياجات الخاصة وللمجتمع بصفة عامة وكذا شرح التعليمات وقراءة البنود وكذلك شرح إجراءات الإجابة على المقياس، كما تم الاستعانة بالمرافقين الاجتماعيين من أفراد الاسر وأهل أو أصدقاء بعض أفراد العينة بعد تدريبهم وشرح طريقة العمل بالمقياس، وذلك للحفاظ على خصوصيتهم ولأجل إعطاء الحرية الكاملة للمفحوصين في ضل وجود أشخاص مؤلفين لديهم للحصول على اكبر درجات المصدقية اللازمة .

2-6 الأساليب الإحصائية:

- تمت معالجة النتائج بواسطة برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار 25 حيث استعملنا عدة أساليب إحصائية نذكر منها:
- ✓ المتوسط الحسابي والانحراف المعياري و (مربع كاي) لمعرفة مستوى جودة الحياة لدى عينة الدراسة.
 - ✓ حساب صدق مقياس جودة الحياة باستعمال طريقة حساب صدق الاتساق الداخلي لفقرات عن طريق المقارنة الطرفية .
 - ✓ قياس الثبات للمقياس بالاعتماد على أسلوب الفا كرنباخ.
 - ✓ معامل الارتباط لبيرسون: وذلك لقياس ثبات المقياس عن طريق التجزئة النصفية.
 - ✓ معادلة سبيرمان براون: بهدف طول معامل الثبات الذي تم حسابه عن طريق التجزئة النصفية.
 - ✓ النسب المؤوية لتحديد خصائص العينة وكيفية توزيعها .
 - ✓ معامل الارتباط ثنائي الاصيل لقياس العلاقة الارتباطية بين الدمج ومستوي جودة الحياة متغير الدمج ومتغير مستوى جودة الحياة.
 - ✓ وكذلك استعملنا (T teste) لمعرفة وقياس الفروق بين أفراد العينة وفقا للحالة الاجتماعية متزوج(ة)/غير متزوج(ة) ووفقا للجنس ذكور/ إناث، ومتغير الدمج مدمج /غير مدمج، ووفقا لزمان الإعاقة منذ الولادة /مكتسبة. في مستوى جودة الحياة.
 - ✓ تحليل التباين الأحادي لحساب (ANOVA) الفروق وتحليل التباين الثنائي لحساب مستوى جودة الحياة وفقا لميدان الدمج (تعليمي /مهني /اجتماعي).

خلاصة الفصل:

تناولنا في هذا الفصل الجانب الميداني للدراسة ابتداء من الاطلاع على الدراسات العالمية والمراجع المتوفرة تم تطرقنا إلى الدراسة الاستطلاعية للوقوف على ميدان الدراسة وكذا ادوات الدراسة كما تطرقنا إلى مجتمع الدراسة وعينة الدراسة والخطوات العملية للدراسة وصولاً إلى الأساليب الاحصائية المستعملة في هذه الدراسة.

الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

- 1- عرض ومناقشة النتائج
- 2- الاستنتاج العام
- 3- الاستنتاج العام من الدراسة
- 4- توصيات الدراسة
- 5- مقترحات الدراسة

1- عرض ومناقشة نتائج الدراسة:

تناولنا في هذا الفصل عرض، مناقشة وتفسير النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة، من خلال التأكد من صحة الفرضيات التي طرحناها للإجابة عن تساؤلات الدراسة.

- **اسلوب الاحصاء الكمي:** تم الاعتماد على التحليل الكمي للبيانات المحصلة من خلال ادوات الدراسة بالاعتماد على البرنامج الاحصائي للعلوم الاجتماعية (spss) الاصدار 25 وهو أحد التطبيقات الاحصائية التي تعمل تحت مضلة ويندا وز، وهو عبارة عن مجموعة من القوائم والخوارزميات التي يمكن من خلالها ادخال معلومات محصلة من استبيانات أو مقابلات أو شبكات الملاحظة الحصول على تحليلات رقمية دقيقة، بالاعتماد على الأساليب الاحصائية المختلفة ويتميز برنامج الحزم الاحصائية (spss25) كونه يستعمل في شتى ميادين العلوم والبحث العلمي، كما يتصف بقدرته الكبيرة في معالجة المعلومات الرقمية بدقة كبيرة وبالتالي يمكن الاعتماد عليه وتعميم نتائجه.

- **اسلوب التحليل الكيفي:** اعتمد الباحث في هذه الدراسة في التحليل الكيفي للمعلومات المحصلة من خلال استعمال مقياس جودة الحياة والمقابلة العيادية، والتحليل النفسي بالاعتماد على النتائج العلمية للتحليل الكمي بالإضافة إلى المقارنات مع نتائج الدراسات السابقة التي تناولت جودة الحياة لدى الاشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، وكذلك بالاعتماد على الجانب النظري للدراسة.

1-1 عرض ومناقشة الفرضية الاولى.

نص الفرضية الاولى: ما مستوى جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية؟
لمعرفة مستوى جودة الحياة لدى الاشخاص ذوي الإعاقة البصرية بشكل عام وللإجابة على الفرضية الاولى والتحقق من مستوى جودة الحياة لدى عينة الدراسة، تم حساب مربع كا² وهو من بين الأساليب الاحصائية الاكثر استعمالا في العلوم الاجتماعية وهو من المقاييس اللابارا مترية أو مقاييس التوزيعات الحرة. ويستعمل كا² لحساب دلالة الفروق التكرارات أو

البيانات العددية التي يمكن تحويلها إلى تكرارات مثل النسب والاحتمالات، ويتم حسابه من خلال المعادلة التالية:

الطريقة العامة لحساب مربع كاي

$$\chi^2 = \sum \left[\frac{(t_o - t_m)^2}{t_m} \right]$$

حيث:

تو: هو التكرار الواقعي الذي يحدث بالفعل والموجود بالجدول .

تم: هو التكرار المتوقع حدوثه ويختلف حسابه باختلاف نوع الجدول المطلوب حساب χ^2 منه.

والجدول التالي يبين النتائج:

الجدول رقم (16): مستوى جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية

مستوى جودة الحياة	التكرار	النسبة	درجة الحري	χ^2 المجدول	χ^2 المحسوبة	مستوى الدلالة
مرتفع	23	47.91%	48	9.21	9.50	0.01
متوسط	9	18.75%				
منخفض	16	33.33%				

من خلال الجدول رقم (16) نلاحظ أنه توجد فرق في مستوي جودة الحياة لدى الاشخاص ذوي الإعاقة البصرية، هذا من جهة ومن جهة اخرى ان للمقياس القدرة على الكشف عن الفروق الفردية في احساس الأفراد من ذوي الإعاقة البصرية بمستوى جودة الحياة.

فنلاحظ أن 23 فرد من أفراد عينة الدراسة أي ما يقدر نسبته بـ (47.91%) لديهم درجات مرتفعة من مستوى جودة الحياة بشكل عام في حين ان اجاباتهم على بنود المقياس تراوحت بين المستوى قريب من المتوسط والمستوى المرتفع والمستوى المتوسط، وليست نسبة ثابتة لكل بنود المقياس، كما نلاحظ أنه يوجد 16 فردا من أفراد العينة ما يقدر نسبته بـ

(33.33%) مستوى جودة الحياة لديهم منخفضة بصفة عامة في حين ان اجاباتهم على بنود المقياس تراوحت بين المستوى المنخفض والمستوى قريب من المتوسط وهي اغلب الاجابات.

بينما ما نسبته (18.75%) من أفراد عينة الدراسة لديهم درجا في المجال المتوسط من مستوى جودة الحياة .

وللتأكد من دلالة هذه الفروق تم حساب كا² والذي بلغ (9.50). وهو أكبر من 2_كا الجدولة والمقدر بـ (9.21) عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا يدل على أن الفروق الملاحظة هي فروق فعلية وبالتالي تشير إلى أن مستوى جودة الحياة لدى عينة الدراسة من الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية بشكل عام يتراوح بين المرتفع والمتوسط والمنخفض اي يعد امرا نسبيا، وليست قيمة متدنية لمستوى ضعيف لكل أفراد العينة، متأثرة بظروف الإعاقة وظروف الحياة اليومية للأشخاص.

فعدم سلاسة بعض الاشخاص من ذوي الإعاقة البصرية على مزاوله حياتهم بسبب الحواجز البيئية والنفسية قد يدفعهم لرفع التحدي وعدم الاستسلام عكس ما يعتقد كثير من الاشخاص المبصرين أن ذوي الإعاقة البصرية يعيشون في ظلام دامس يمنعهم من التمتع بمظاهر الحياة وملذاتها ومواكبة تطوراتها بشكل طبيعي، وهو حكم خاطئ تماما وقاس جدا، قال تعالى [إنها لا تعمي الابصار إنما تعمي القلوب التي في الصدور] قرآن سورة الحج الآية 46. وهذا ما توقعه الباحث أن ذوي الإعاقة البصرية كباقي البشر يتمتعون بالأشكال والالوان والورود والجمال والطبيعة والحب والرياضة والفن بجميع اشكاله المرئي والسمعي وغيرها من مظاهر الحياة اليومية، كما كتب العديد من العلماء والفلاسفة وحتى من خلال كتابات بعض الادباء من ذوي الإعاقة البصرية امثال طه حسين وغيره، وهو ما يتوافق جزئيا مع دراسة بلردوح وبن صغير (2021).في دراسة بعنوان جودة الحياة لدى الاشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في ظل جائحة كورونا (كوفيد19). بالجزائر حيث توصلت

الباحثان ان مستوى جودة الحياة لدى ذوي الاحتياجات الخاصة كانت متوسطة وتراوحت المتوسطات الحسابية لاستجابات الأفراد بين القيم المتوسطة والضعيفة، حيث كانت نتائج هذه الدراسة متأثرة بالمناخ الصحي العالمي جراء فيروس كورونا، كما توافقت نتائج الدراسة مع نتائج دراسة سمر عبد العزيز الغوالة (2019) التي توصلت اليها الباحثة إلى ان مستوى جودة الحياة للطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة في الجامعة السعودية متوسط. عموماً وتثبتت نتائج هذه الدراسات مجتمعة ان ذوي الاحتياجات الخاصة عموماً يتأثر مستويات جودة الحياة لديهم بالمحيط الاجتماعي الذي ينتمون اليه من جهة وبالقناعات الشخصية للفرد على المستوى المعيشي الفردي، وليست نسبة ثابتة عند كل الاشخاص ذوي الإعاقة البصرية مرتفعة أو منخفضة في كل الظروف.

ويرى الاشوال(2005). أن جودة الحياة تتمثل في درجة ورقي الخدمات الصحية والتعليمية والمادية والاجتماعية التي يستفيد منها أفراد المجتمع، ومدى ادراك الاشخاص لقدرة هذه الخدمات على اشباع حاجياتهم المختلفة، فجودة الحياة تربط بالبيئة المادية والاجتماعية التي تحيط بنا وكذا بالمعاش النفسي الذي نحياه، وهذا ما سجله الباحث من خلال قراءته للإجابات جميع أفراد عينة الدراسة على الفقرة الاولى من مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية(WOQOL..BREF). حيث جاءت في الاجابات (جيدة وجيدة وكذلك سيئة وسيئة جداً، وليست سيئة وليست جيدة) أي جميع الاختيارات.

وهذا يتوافق مع دراسة الباحث محمد حلمي خلف حمدان (2018). بعنوان جودة الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموجرافية لدى ذوي الاحتياجات الخاصة بمدينة قنا بمصر، حيث توصلت الدراسة إلى ان نسبة جودة الحياة لدى الاشخاص ذوي الإعاقات المختلفة تتأثر بالظروف الديموجرافية المحيطة بالفرد مثل (الجنس/ محل الإقامة/ نوع الإعاقة/ الحالة الاجتماعية / السن / الوضع الصحي / مستوى الرعاية الصحية / مستوى الدخل الفردي / المهنة) فهي متغيرة بتغير الظروف الاجتماعية المختلفة.

وهذا ما توصل اليه الباحث من خلال إجابة الأشخاص في برتوكول المقابلات

على السؤال (8) كيف تمارس وتستمتع بحياتك اليومية؟.

حيث اظهر بعض أفراد العينة تفاوت كبير في ممارسة حياتهم اليومية واكدوا انهم يتمتعون بقدر عالي من الراححة والسعادة والتقبل في حياتهم الخاصة وانهم يشعرون بأهمية محيطهم الاجتماعي والمهني ومدى قيمة الدعم الذي يتلقونه في حياتهم اليومية، بينما ان بعض الباحثين الاخرين أجابوا بشكل معاكس تماما وعبروا عن مدى الصعوبات التي يواجهونها في حياتهم اليومية.

وهذا ما يكسب هذه الدراسة النظرية والتطبيقية أهمية بالغة من المنظور العلمي والمنظور الاجتماعي والمنظور السياسي كونها تسلط الضوء على قضية إنسانية بالغة الحساسية وهي جودة الحياة للمواطن الجزائري بصفة عامة والمواطنين من ذوي الاحتياجات الخاصة على وجه الخصوص ولدى الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية بالتحديد، وكلا منهم يعتبر هدفا رئيسيا وغاية للتنمية المستدامة في سياسة الدولة الجزائرية، كما انه وفي الوقت الراهن يرفع الكثير من المهتمين بحقوق الإنسان شعارات بخصوص دمج فئة المعاقين باختلاف إعاقاتهم في الحياة العادية لتحقيق مبدأ تكافؤ الفرص من جهة وللإمكانيات التي يتمتعون بها، وهو ما نصادفه في مجتمعاتنا من نماذج لأشخاص في وضعية إعاقة تمكنوا من صنع نجاحات في كل مجالات الحياة.

2-1 عرض ومناقشة الفرضية الثانية:

نص الفرضية: توجد علاقة ارتباطيه دالة احصائيا بين الدمج ومستوى جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية.

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط ثنائي الاصيل

$$RBP = \frac{\varepsilon_1 - \varepsilon_2}{\sqrt{\frac{\varepsilon^2}{n} + \frac{\varepsilon^2}{n_1 + n_2} \times \frac{\varepsilon^2}{n}}}$$

معادلة معامل الارتباط ثنائي الاصيل:

حيث: 1ع: الانحراف المعياري للمجموعة الاولى.

2ع: الانحراف المعياري للمجموعة الثانية.

ع: الانحراف المعياري لكل أفراد العينة.

1ن: عدد أفراد المجموعة الاولى.

2ن: عدد أفراد المجموعة الثانية .

ن: العدد الإجمالي لا أفراد العينة.

يستعمل معامل الارتباط ثنائي الاصيل لحساب العلاقة بين متغيرين الاول في المستوى الاسمي مدمج/ غير مدمج والمتغير الثاني رتبي وهو متغير جودة الحياة وهو درجات أفراد العينة على مقياس من مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WOQOL. BREF).

وكانت نتائج التطبيق كالتالي:

الجدول (17) نتائج الاختبار RBP

المتغير	الدمج	N	S	درجة الحرية	الاختبار RBP	مستوى الدلالة
جودة الحياة	مدمج	32	12.49	48	0.76	0.05
	غير مدمج	16	15.78			

من خلال الجدول رقم (17) نلاحظ أن نتيجة RBP هي 0.76 أكبر من الجدولة 0.64 عند درجة حرية 47 ومستوى الدلالة (0.05) حيث بلغ الانحراف المعياري بلغ (12.49)، أما الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية الذين لم يستفيدوا من أي نوع من الدمج فقد بلغ الانحراف المعياري (15.78)، ونتيجة RBP هي 0.76 أكبر من القيمة الجدولة

0.64 عند درجة حرية 48 ومستوى الدلالة (0.05)، وهي قيمة دالة إحصائياً ومنه يمكننا القول انه توجد علاقة دالة إحصائياً بين متغير الدمج، (دمج/ غير مدمج). ومستوى جودة الحياة على مقياس توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية على مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WOQOL. BREF). وهي علاقة قوية تقترب درجتها من (1)

ومنه نقبل الفرضية الثانية التي تقول بأن هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين متغير الدمج (دمج/ غير مدمج) ومستوى جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية. وهذا ما يتضح أكثر من خلال استقراء إجابات أفراد العينة الذين استفادوا من الدمج في أي من الميادين التعليمية / المهنية / الاجتماعية، وهم يمثلون ما نسبته (66.66%) من عينة الدراسة على الفقرات (1-3-5-6-10-13-14-17). من مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WOQOL. BREF)

وهي الفقرات التي تنص بشكل واضح على مسايرة الأفراد لحياتهم التعليمية أو المهنية أو لمدى ممارستهم لأنشطة ترفيهية، حيث تراوحت اجاباتهم على هذه الفقرات بين (راضي / راض جداً). أما اجابات أفراد العينة من ذوي الإعاقة البصرية الذين لم يستفيدوا من أي سياسات الدمج المختلفة كانت اجاباتهم على البنود نفسها تتراوح بين (سيئة جداً/ سيئة / ليست سيئة وليست جيدة)، بينما نجد استجاباتهم على الفقرات (3-9-12-10-14-15-22) من مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WOQOL. BREF) تتراوح بين (ضعيفة / ضعيفة جداً / متوسطة).

أما بالنسبة للمقابلات فان استجابات أفراد العينة الذين اجريت معهم المقابلات على أسئلة المحور الأول أجمعت في أغلب الحالات عل أنها تواجه صعوبات تتعلق بالبيئة التي يعيشون فيها، متمثلة في طريقة التصميم العمران والمباني مثلا والأروقة والسلام والطرق الملتوية أو المقطوعة وكذا وجود الأعمدة بشكل غير متناسق أو وجود أبواب مرتفعة عن

مستوى الطرق مما يعيق تنقل ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل سهل سوى بمفردهم أو بواسطة مرافقين.

كما أكد بعض أفراد العينة أن التنقل من وإلى المؤسسات العمومية أو التربوية أو الجامعة أو المؤسسات المختلفة يتخلله مشاكل عديدة خاصة في استغلال وسائل النقل من حيث نوعيتها ومطابقتها لخصوصياتهم أو ضبط التوقيت، وهذه الصعوبات يواجهها جميع أفراد العينة تقريبا بشكل يومي، وهذا ما يفسر اجابة ما نسبته (97%) من أفراد عينة الدراسة على الفقرات (7-9-15-19-23-25). بشكل متشابه كون جميع الاشخاص من ذوي الإعاقة البصرية يواجهون صعوبات تتعلق بالبيئة العمرانية من مباني طرقات ارصفة سلام وشوارع وسائل مواصلات في معظمها غير معدة بطريقة مدروسة ومكيف حتى تساعدهم في مساندة حياتهم باستقلالية وحرية وبشكل سلس، ويجعلهم كثيرا ما يحتاجون لدعم الاخرين وهذا ما ينقص عنهم شعورهم بالاستقلالية الذاتية وزيادة الاعتماد على الاخر وهو ما يقوّض تحسين مستوى جودة الحياة لديهم، كما تتطابق هذه النتائج مع نتائج دراسة السويركي (2013) بعنوان الامن النفسي وعلاقته بالاستقلالية أو الاعتمادية وجودة الحياة لدى المعاقين بصريا بمحافظات غزة، فلسطين إلى وجود علاقة ارتباطيه بين الاستقلالية ومستوى جودة الحياة، كما توصلت الدراسة ذاتها إلى انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى عينة الدراسة تعزى لمدى استقلالية أو ارتباطيه بذوي الإعاقة البصرية بالأخرين.

وكما اشارة كل من د، عزيزو أ، كزير (2020). في دراسة تحت عنوان (ذوي الاحتياجات الخاصة والدمج الاجتماعي) بالجزائر، في ورقة بحثة، إلى ان الفعل الاجتماعي الذي يعتمد على محددات تشكيل ثقافة دمج ذوي الاحتياجات الخاصة يتحقق من خلال تفعيل مؤسسات المجتمع خاصة المعنية بالتنشئة الاجتماعية وان اكبر معيار لنجاح سياسات للدمج هو الاحترام الكامل لهته الفئة، كما ان الدمج الاجتماعي لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة يجب ان

يلم ويوفر كل المتطلبات التي تحقق للفرد ممارسة حياته اليومية بشكل مستقل مع تجنب ذلك الهدر للقدرات البشرية المتنوعة القادرة على المساهمة في تنمية المسار التنموي الاجتماعي. أما دراسة الباحث محمد حلمي خلف حمدان (2018) بعنوان جودة الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموجرافية لدى ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام فقد توصلت إلى نفس النتائج الداعمة لمدى فعالية برامج الدعم في تحسين مستوى جودة الحياة .

كما ان نتيجة هذه الفرضية تتوافق مع دراسة أ روجي مروح عبدات. (2008) تحت عنوان المشكلات التي تواجه الدمج التعليمي لذوي الإعاقة البصرية في دولة الإمارات العربية المتحدة، ودراسة د. سمر عبد العزيز الغولة (2019). في العربية السعودية تحت عنوان مقارنة مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الإعاقة بجامعة الملك عبد العزيز والجامعة الاردنية في ضوء بعض المتغيرات. حيث توصلت دراسة الغولة (2019) إلى ان مستوى جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية بشكل عام ولدى جميع وحدات عينة الدراسة يعد متوسط بينما يميل نسبيا إلى طلبة الجامعة الاردنية مقارنة بطلبة جامعة الملك عبد العزيز بالعربية السعودية، وان مستوي جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية يرتبط ارتباط وثيقا بمدى قدرة الأفراد على الاستفادة من برامج التعليم والتشغيل والترفيه وغيرها من الانشطة التي تهدف تحسين جودة الحياة لديهم.

وقد توصلت دراسة محمد حمد الله (2020) تحت عنوان (تأثير ممارسة أوجه نشاط الترويح الرياضي على جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية). والتي تهدف البحث إلى المقارنة بين ذوي الإعاقة البصرية من الممارسين للنشاط الرياضي وغير الممارسين لأوجه نشاط الترويح الرياضي في جودة الحياة، إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات مجموعتي البحث من الممارسين وغير الممارسين لأوجه نشاط الترويح الرياضي على مفردات أبعاد مقياس جودة الحياة، وفي المقياس ككل، وذلك لصالح الممارسين لأوجه نشاط الترويح الرياضي، حيث يعد النشاط الرياضي المهيكل من أهم وجوه وآليات الدمج

الرياضي والاجتماعي بالإضافة إلى الأنشطة الترفيهية مثل المسرح وممارسة الفنون المختلفة والسياحة والانخراط في النوادي والجمعيات الشبانية والثقافية، وكذلك الأنشطة السياسية والدينية وكلها تعتبر مجالات واسعة وغنية لتحقيق الدمج الاجتماعي لجميع فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، وهذا الطرح يتفق إلى حد كبير مع إجابات الأشخاص ممن أجرينا معهم مقابلات بحثية أنهم يجدون متعة كبيه وإحساس بالفرح والسرور وارتقاع في تقدير الذات لديهم بعد ممارسة هذه الأنشطة جنب لجنب مع الآخرين دون قيود أو حواجز تقلل من استثمار إمكانياتهم المعرفية والمهنية وممارسة ميولاتهم وهواياتهم بشكل سلس.

كما اننا نصادف وبشكل ملفت بعض الأشخاص وبعض الفئات من ذوي الاحتياجات الخاصة يعانون من صعوبات في التكيف مع ظروف الحياة اليومية جراء الإقصاء أو التهميش الإداري والاجتماعي وجراء حرمانهم من فرص التعليم أو العمل أو ممارسة الأنشطة اليومية بشكل سلس مما يزيد من عزلتهم الاجتماعية وهو مؤشر سلبي على تدني مستوى جودة الحياة لديهم، فظروف الإعاقة قد تفرض حياة نفسية خاصة وتؤثر في بناء شخصية الكفيف، فيجب مراعاة جميع العوامل المؤثرة في تقدير كفاءة الأشخاص، وقد يلجأ البعض من ذوي الإعاقة البصرية إلى الحيل الدفاعية النفسية كالتبرير والكبت، التعويض، الانطواء، وقد يلزمهم شعوره بأنهم أقل كفاءة من الآخرين في حال لم يجد المساعدة القانونية والانسانية اللازمة لتخطي كل ذلك عن طرق سياسات الدمج المختلفة في جميع المجالات التعليمية والمهنية والاجتماعية.

3-1 عرض ومناقشة الفرضية الثالثة:

نص الفرضية الثالثة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير الدمج (مدمج / غير مدمج) لصالح المدمجين؟ وللتحقق من هذه الفرضية تم استعمال وحساب الاسلوب الاحصائي والاختبار (T-Test) لعينتين مستقلتين.

تعريف الاختبار ت (T-Test): هو أحد الأساليب الاحصائية الأكثر استعمالاً خاصة في البحوث الاجتماعية والنفسية والتربوية، يعود اكتشافه للعالم ستيفودنت وهو من الاختبارات البارامترية ويستعمل اختبار (ت) في قياس دلالة الفروض بين المتوسطات المرتبطة والمستقلة كما يستخدم مع العينات المتساوية وحتى مع العينات الغير متساوية. وينقسم الاختبار (ت) إلى ثلاثة أنواع وهي: اختبار (ت) للعينات الواحدة واختبار (ت) للعينتين المستقلتين واختبار (ت) للعينتين مرتبطتين. وسوف نعتد هنا على اختبار (ت) أو (T-Test) ليعينتين مستقلتين. ونقصد بالعينتين المستقلتان: عندما تكون لدينا في الدراسة عينتان مختلفتان من حيث الحجم ومختلفتان من حيث الخصائص المتعلقة بالمتغير المراد قياسه، ففي هذه الدراسة العينتان مختلفتان في الحجم أي التعداد ومختلفتان في الخصائص المتعلقة بالدمج وهو المتغير المستقل، ومختلفتان في متغير مستوى جودة الحياة وهو المراد قياسه، فالمجموعتان هنا مستقلتان، وبعد حساب التجانس للمجموعتين باستعمال اختبار (LEVENES TEST) فالمجموعتان متجانستان كونهما يعودان لأصل واحد الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية من أفراد العينة، كما ان التوزيع لبيانات وحدت العينة اعتدالي وهي شروط استعمال اختبار (T-Test) ليعينتين مستقلتين. (حريزي 2020).

يتم حساب اختبار "ت" ليعينتين مستقلتين متجانستين باستخدام القانون التالي:

$$\text{حساب اختبار (T-Test): } T = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

حيث:

- س 1 المتوسط الحسابي للعينات الأولى.
- س 2 المتوسط الحسابي للعينات الثانية
- ع 1 الانحراف المعياري للعينات الأولى.
- ع 2 الانحراف المعياري للعينات الثانية.

- ن 1 حجم عينة الأولى.

- ن 2 حجم عينة الثانية .

جدول رقم (18): قيمة T ودلالاتها الإحصائية للفروق بين المدمجين والغير مدمجين

في جودة الحياة

المتغير	الدمج	N	\bar{x}	S	درجة الحرية	T-Test	مستوى الدلالة
جودة الحياة	مدمج	32	10.18	12.49	48	3.53	0.01
	غير مدمج	16	8.73	15.78			

من خلال الجدول رقم (18) نلاحظ: أن المتوسط الحسابي للأشخاص ذوي الإعاقة البصرية المدمجين بلغ (10.18) وانحرافه المعياري بلغ (12.49)، أما الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية الذين لم يستفيدوا من أي نوع من الدمج فقد بلغ المتوسط الحسابي لديهم (8.736) والانحراف المعياري (15.78)، وبالمقارنة بين المتوسطين وبحساب الاختبار "ت" لعينتين مستقلتين بلغ (3.53). وهو دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، ومنه نقول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير الدمج

(مدمج / غير مدمج). لصالح ذوي الإعاقة البصرية المدمجين وبالتالي.

نقبل الفرضية الثالثة التي تقول: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير الدمج (مدمج/غير مدمج) لصالح الأعضاء المدمجين باختلاف ميادين الدمج.

وهو ما يدعم وبشكل مطلق الفرضية الثانية عن وجود علاقة ارتباطية بين التحسين في مستوى جودة الحياة ومتغير الدمج في هذه الدراسة .

كما يتضح أكثر ومن خلال استقراء إجابات أفراد العينة الذين اجريت معهم مقابلات والذين استفادوا من سياسات الدمج في أي من الميادين التعليمية / المهنية / الاجتماعية، على الفقرات (1-3-5-6-10-13-1420-17). من مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WOQOL. BREF)

وهي الفقرات التي تنص بشكل واضح على مسايرة الأفراد لحياتهم التعليمية أو المهنية أو لمدى ممارستهم لأنشطة ترفيهية، حيث تراوحت اجاباتهم على هذه الفقرات بين (راضي / راض جدا). أما اجابات الاشخاص من ذوي الإعاقة البصرية الذين لم يستفيدوا من سياسات الدمج المختلفة كانت اجاباتهم على البنود نفسها تتراوح بين (سيئة جدا/ سيئة / ليست سيئة وليست جيدة)، بينما نجد استجاباتهم على الفقرات (3-9-12-10-14-15) من مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WOQOL. BREF) تتراوح بين (ضعيفة / ضعيفة جدا / متوسطة).

أما بالنسبة للمقابلات فان استجابات أفراد العينة الذين اجريت معهم المقابلات على أسئلة المحور الأول أجمعت في أغلب الحالات عل أنها تواجه صعوبات تتعلق بالبيئة التي يعيشون فيها، متمثلة في التنقل التعلم والنقل ووسائل الاتصال.

فقد أكد بعض أفراد العينة أن التنقل من والى المؤسسات العمومية أو التربوية أو الجامعة أو المؤسسات المختلفة يتخلله مشاكل عديدة خاصة في استغلال وسائل النقل من حيث نوعيتها ومطابقتها لخصوصياتهم أو ضبط التوقيت، وهذه الصعوبات يواجهها جميع أفراد العينة تقريبا بشكل يومي، وهذا ما يفسر اجابة ما نسبته (97%) من أفراد عينة الدراسة على الفقرات (7-9-15-19-23-25). بشكل متشابه كون جميع الاشخاص من ذوي الإعاقة البصرية يواجهون هذه صعوبات وهو ما يتنافى مع مبادئ جودة الحياة التي تسعى لها الدولة والهيئات.

ويحد من سياسات تحسين مستوى جودة الحياة لديهم، وهذا ما توصلت إليه دراسة السويريكي (2013) بعنوان الامن النفسي وعلاقته بالاستقلالية أو الاعتمادية وجودة الحياة لدى المعاقين بصريا بمحافظة غزة، إلى وجود علاقة ارتباطيه بين الاستقلالية ومستوى جودة الحياة، كما توصلت الدراسة إلى انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى عينة الدراسة تعزى لمدى استغلالية أو ارتباطيه بذوي الإعاقة البصرية بالأخرين. كما ان نتائج هذه الفرضية تتوافق مع دراسة أ. روجي مروح عبدات. (2008) تحت عنوان المشكلات التي تواجه الدمج التعليمي لذوي الإعاقة البصرية في دولة الإمارات العربية المتحدة، ودراسة د. سمر عبد العزيز الغولة (2019). في العربية السعودية تحت عنوان مقارنة مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الإعاقة بجامعة الملك عبد العزيز والجامعة الاردنية في ضوء بعض المتغيرات، التي توصلت إلى انه ومن اجل تحسين مستوى جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية يجب على الدول الاخذ بعين الاعتبار خصوصية الإعاقة والحاجات التي تسهل لهم ممارسة حياتهم اليومية بشكل سلس دون الاعتماد على المرافق. وقد توصلت دراسة محمد حمد الله (2020) تحت عنوان (تأثير ممارسة أوجه نشاط الترويح الرياضي على جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية). والتي تهدف البحث إلى المقارنة بين ذوي الإعاقة البصرية من الممارسين للنشاط الرياضي وغير الممارسين لأوجه نشاط الترويح الرياضي في جودة الحياة، ومن أهم النتائج التي توصل إليها الباحث هي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات مجموعتي البحث من الممارسين وغير الممارسين لأوجه نشاط الترويح الرياضي على مفردات أبعاد مقياس جودة الحياة. حيث يعد النشاط الرياضي من أهم وجوه واليات الدمج الاجتماعي بالإضافة إلى الأنشطة الترفيهية مثل المسرح وممارسة الفنون المختلفة والسياحة والانخراط في النوادي والجمعيات الشبانية والثقافية، وكذلك الأنشطة السياسية والدينية وكلها تعتبر مجالات واسعة وغنية لتحقيق الدمج الاجتماعي فعال لجميع فئات ذوي الاحتياجات الخاصة.

وهذا ما تسعى اليه منظمه الصحة العالمية والمنظمات العالمية والاقليمية المهمة في السعي لتحسين جوده الحياة لجميع الأفراد وخاصة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة والعمل على سن قوانين تنص على مساعدتهم في الحصول على فرص الدمج والانخراط في الأنشطة التعليمية المهنية والترفيهية وفرض إنشاء الجمعيات ذات الطابع الاجتماعي والحقوقى التي من شأنها مساعدتهم على تحسين الإدراك لوضعهم المعيشي في سياق الأنظمة ثقافة والقيم في المجتمعية المختلفة التي يعيشون فيها وعلاقة هذا الإدراك بأهدافهم وتوقعاتهم، ومستوى اهتمامهم..

ويتداول هذا المصطلح في مجموعه واسعة من السياقات بما في ذلك مجالات التنمية المستدامة والرعاية الصحية العلوم السياسية وغيرها.

وفي تحليل المقابلات العيادية فقد توصل الباحث إلى ان الاشخاص الذين تحصلوا على مستويات عالية من جودة الحياة يمتلكون مواقف إيجابية اتجاه الذات وقبول الجوانب المتعددة من الشخصية بما في ذلك الصفات الجيدة والسيئة والشعور بالإيجابية حول الحياة الماضية والعلاقات الايجابية مع الآخرين التمتع بالدفاء والرضا، وعلاقات الثقة مع الآخرين والشعور بالقلق على مصالح الآخرين والقدرة على التعاطف والمودة والألفة وتبادل العلاقات الإنسانية وكذا النمو الشخصي والشعور بالتطوير المستمر الانفتاح على التجارب الجديدة الإحساس بتحقيق المكانة الاجتماعية ووجود أهداف في الحياة، والشعور بمعنى الحياة في الماضي والحاضر. يحمل الفرد معتقدات إيجابية للحياة وله أهداف وغايات يعيش لأجلها.

عكس الاشخاص الذين تحصلوا على مستويات منخفضة من مستوى جودة الحياة الذين أظهروا الشعور بعدم الرضا عن النفس وعدم تقبل الإعاقة والقدرة على تجاوزها والرغبة في أن يكون الفرد مختلفا عما كان عليه .وجود، وعدم وجود علاقات وثيقة مع الآخرين، وجود صعوبة في تكوين علاقات جيدة، والشعور بالقلق إزاء الآخرين الشعور بالعزلة والإحباط في العلاقات الشخصية وعدم الاستعداد لتقديم تنازلات للحفاظ على العلاقات مع الآخرين وجود

شعور بالركود في الشخصية والشعور بالملل وعدم الاهتمام بالحياة وعدم القدرة على تطوير مواقف وسلوكيات جديدة. يفتقرون إلى الشعور بمعنى الحياة، ولديهم عدد قليل من الأهداف، لا يوجد لديهم التوقعات أو المعتقدات الايجابية التي تعطي معنى للحياة (أعمال الملتقى الوطني الأول: جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر - الأبعاد والتحديات 04-05 فيفري 2020).

ومن نتائج الدراسة اتضح ايضا ان ذوي الإعاقة البصرية المتزوجين بلغ المتوسط الحسابي 89.31 وانحرافه المعياري بلغ 19.74، أما الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية غير المتزوجين فقد بلغ متوسطهم الحسابي 97.37 وانحرافه المعياري 13.63، وبالمقارنة بين المتوسطين نجد الاختبار "ت" لعينتين مستقلتين بلغ 1.60 وهو دال إحصائيا، وهو ما يظهر وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوج/غير متزوج)، لصالح المتزوجين، وهو ما يبين أهمية الشريك الاجتماعي والمرافق الامن الذي قد يستفيد منه ذوي الإعاقة البصرية.

وبصفة عامة الاشخاص ذوي الإعاقة البصرية يواجهون صعوبات كبيرة في تصور الأشياء والمعالم والاجسام والالوان من حوله كما يجد صعوبة كبيرة في التعبير عن تصورهم للأشياء، ولتشكيل الصور الذهنية، فجميع الاشخاص المبصرين مثلا لديهم نفس الصورة الذهنية للجمل أو للأسد أو للكرة أو للشجرة اعتمادا على صورها الحقيقية التي يشاهدونها في الحقيقة أو من خلال الصور، بينما الاشخاص ذوي الإعاقة البصرية خاصة الذين ولدو بها أو الذين أصيبوا بها قبل سن الخامسة فانهم يتقردون بصنع عالم خاص بهم أو تشفير للصور خاص بكل شخص مستمد من خلال الصورة الصوتية التي نقلت له من طرف الاخرين أو من خلال الاعتماد على بعض حواسه الاخرى مثل اللمس أو الشم أو الحدس أو التخاطر أو من خلال المجسمات المصغرة للأشياء والتي تساعد كثيرا في اعطاء فكرة تقريبية لهم، ورغم ذلك فان كل واحد منهم يشكل صورة خاصة به قد تكون مغايرة عن

الآخرين وعن الطبيعة ذاتها، كما يجدون صعوبات في تشكيل وتخزين هذه الصور الذهنية على مستوى الذاكرة البصرية وصعوبات أكثر في الاستدعاء والتعبير عن هذه المخزونات من الذاكرة خلال المحادثات أو خلال وصف الأشياء، وهناك بعض الأشياء يكتفي الشخص الكفيف بالصورة السمعية أو اللمسية فقط دون الحاجة للصورة البصرية مثل الحروف والأرقام يتم تخزين صورة ذهنية صوتية فقط دون أدنى فكرة عن الصورة المكتوبة له، فمثلا حرف الجيم أو الدال أو الرقم تسعة أو أي رقم فهم ينطقونه دون أدنى فكرة عن رسمه غالبا الأشخاص الذين يتقنون القراءة والكتابة بطريقة البرايل فهم يشكلون لها صور مغايرة تماما عن التي في أذهاننا كما هي في كتابة البرايل.

1-4 عرض ومناقشة الفرضية الرابعة:

نص الفرضية الرابعة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير ميدان الدمج (تعليمي، مهني، اجتماعي) لصالح المدمجين مهنيا، وللتحقق من هذه الفرضية تم حساب تحليل التباين الأحادي (ANOVA). ويعتبر الأسلوب الإحصائي (ANOVA) من أهم أنواع التحليل التباين والأساليب الإحصائية عند إجراء المقارنات بين المجموعات أو عدة خصائص داخل المجموعة الواحدة التي تستعمل في الدراسات النفسية والاجتماعية والتربوية والجدول التالي يبين النتائج:

التعريف الاجرائي لمتغير ميدان الدمج:

- الدمج التعليمي: نقصد به الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية الذين تلقوا تعليما في المرحلة الثانوية أو المرحلة الجامعية.
- الدمج المهني: هم الأشخاص الذين يمارسون مهنة أثناء فترة الدراسة.
- الدمج الاجتماعي: هم الأشخاص الذين يمارسون نشاط جمعي سوى ثقافي أو رياضي أو سياسي أو غيرها، أثناء فترة الدراسة، جنب لجنب مع الآخرين.

جدول رقم (19): نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) تبعا لمتغير ميدان الدمج

مستوى الدلالة	القيمة "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	
0.1	0.78	138.48	32	276.96	بين المجموعات
		157.52	32	3623.07	داخل المجموعات
		/	/	3900.03	المجموع

من خلال الجدول رقم (19) نلاحظ: أن القيمة "ف" بلغت 0.78، ومنه نقول أنه حسب النتائج الحسابية توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.1 ودرجة الحرية 32 في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تعزى لميدان الدمج لدى عينة الدراسة لصالح الأشخاص المدمجين مهنياً.

وهذا ما توقعه الباحث من أهمية الدمج المهني إن ذلت الصعوبات التي يواجهها ذوي الإعاقة البصرية داخل البيئة العملية والتي قد لا تكون مكيفة بشكل سلس.

أما اجابات الاشخاص الذين يستفيدون من مناصب عمل دائمة على بنود الاختبار (1- 5-9-12-19) تراوحت بين جيدة جدا وتاما وراضي جدا التي قد تكون مدعومة بالإحساس بالإنجاز عكس باقي أفراد العينة الذين تراوحت إجاباتهم على نفس البنود بإجابات تراوحت بين قليلا وغير راضي ونادرا، كما تتفق هذه النتائج مع نتائج تحليل المقابلة التي اجريناها مع بعض أفراد العينة الذين تمكنوا من الضفر بمصب شغل دائم ضمن بيئة مهنية مكيفة، وهو ما يمثل بالنسبة لهم استقلال مادي ومعنوي وهو ما يساهم بشكل كبير في الشعور بالإنجاز،

ويعتبر دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في شتى المجالات التعليمية والمهنية والاجتماعية والانشطة المختلفة والترفيه أولوية للدولة الجزائرية كما ينص على ذلك المشرع الجزائري، ضمن القوانين التالية .

- المرسوم التنفيذي 455/06 الصادر في 11 ديسمبر 2006 يحدد كيفية تسهيل وصول الاشخاص المعاقين إلى المحيط المادي والاجتماعي والاقتصادي والثقافي. الجريدة الرسمية رقم 80.

- المرسوم التنفيذي رقم 05/12 يتضمن القانون الاساسي النموذجي لمؤسسات التربية والتعليم المتخصصة للأطفال.

- المرسوم التنفيذي رقم 214//14 الصادر بتاريخ 30 جويلية 2014 يضبط الكيفيات المتعلقة بتخصيص مناصب العمل وتحديد الاشتراك المالي ومنح الاعانات قصد تهيئة وتجهيز مناصب العمل للأشخاص المعاقين.

وهي كلها قوانين داعمة على ضمان مناصب شغل قارة لذوي الاحتياجات الخاص.

أما بالنسبة للدراسات السابقة فنادر ما تطرقت إلى هذه النقطة وهو عامل مهم ويزيد من أهمية هذه الدراسة في الترجمة العلمية لمساعي الدولة لتوفير مناصب شغل دائمة لذوي الاحتياجات الخاصة تراعى ظروف الإعاقة، وتحفيز الاشخاص من اجل الكفاح ورفع التحدي للحصول على منصب عمل تتوافق مع امكانياتهم وتلبي رغباتهم بعيدا عن سياسة الدمج المطلق دون دراسة مسبقة.

5-1 عرض ومناقشة الفرضية الخامسة:

نص الفرضية الخامسة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير زمن الإعاقة (منذ الولادة / مكتسبة).

وللتحقق من هذه الفرضية تم حساب الاختبار (T-Test) لعينتين مستقلتين وهما عينة ذوي الإعاقة البصرية الذين ولدو بها، وعينة الاشخاص ذوي الإعاقة البصرية الذين تعرضوا لها ما بعد سن الخامسة والجدول التالي يبين النتائج:

جدول رقم (20): قيمة T ودلالاتها الإحصائية للفروق بين زمن الإعاقة في جودة الحياة

المتغير	زمن الإعاقة	N	\bar{x}	S	درجة الحرية	T-Test	مستوى الدلالة
جودة الحياة	منذ الولادة	25	9.408	11.62	48	-0.51	غير دال
	مكتسبة	23	9.639	19.43			إحصائيا

من خلال الجدول رقم (20) نلاحظ: أن المتوسط الحسابي للأشخاص ذوي الإعاقة البصرية منذ الولادة بلغ (9.408) وانحرافه المعياري بلغ (11.62)، أما الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية المكتسبة فقد بلغ متوسطهم الحسابي (9.639) وانحرافه المعياري (19.43) وبالمقارنة بين المتوسطين نجد الاختبار T-Test لعينتين مستقلتين بلغ (-0.51) وهو غير دال إحصائياً، ومنه نقول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير زمن الإعاقة (منذ الولادة / مكتسبة)، وبالتالي الفرضية مرفوضة.

ومن خلال القراءة التحليلية للمقابلات، نلتصم الشعور الدائم بكف البصر لدى الجميع كمن القراءة التحليلية لبعض الاجابات أن الحرمان من الضوء أصعب من الحرمان من الصوت وأكثر ضغطاً، فضلاً عن صعوبات في التفكير والتذكر، وهوما ذكره(الخطيب والحديدي 2009) بان الشعور بالضغط الذي يرجع إلى الشعور المتواصل بالعزلة أكثر من الإعاقة ذاتها أن كثيراً من ذوي الإعاقة البصرية قد تعزيرهم بعض الاضطرابات النفسية جراء ظروف الإعاقة مثل شعور الكيف أنه مراقب من الآخرين وأنهم يرصدون كل حركته يجعله دائم الحذر وأكثر عرضة للجهد النفسي ونقص الإحساس بالأمن وهذا يجعله أحياناً يسلك سلوك غير مقبول اجتماعياً لتفادي الوقوع في الخطأ.

كما ان البعض ينتابهم الشعور بالنقص أو الدونية الذي يتولد هذا عندما يحاول الكيف أن يندفع في المجتمع فيجد جدار الصد الاجتماعي حتى لو سمع عبارات الإعجاب من

البعض لما يظهره من قدرات فهو يرى في هذا عدم ثقة ويدرك أن ما يقوم به قد لا يصلح معه، ففكرة الكفيف عن نفسه وصورته التي يرسمها في ذهنه وكلما كانت الصورة متصلة وعميقة كلما أصبح من الصعب التخلص منها، وتصبح عقبة أمام تقبله لصورته الحقيقية، وكثيراً ما يفكر الكفيف في الأشياء بشكل مغاير لحقيقتها، ويعارض ويقاوم الصورة الحقيقية للأشياء، مما يسبب له صراع نفسي بين نظرتة للحياة والحياة نفسها.

فيجب أن يحصلوا على حقوقهم المكفولة شرعاً وقانوناً سوى داخل الأسرة أو خارجها في النشاط الذي نمارسه يجب مشاركتهم في اللعب والعمل والنشاط والترفيه وغيرها من الأنشطة.

1-6 عرض ومناقشة الفرضية السادسة:

نص الفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير الجنس (ذكور/إناث)، وللتحقق من هذه الفرضية تم حساب الاختبار (T-Test) لعينتين مستقلتين والجدول التالي يبين النتائج:

جدول رقم (20): قيمة T ودلالاتها الإحصائية للفروق بين الجنس في جودة الحياة

المتغير	الجنس	N	\bar{x}	S	درجة الحرية	T-Test	مستوى الدلالة
جودة الحياة	ذكر	26	9.412	16.68	48	-0.51	0.1 غير دال إحصائياً
	أنثى	22	9.645	14.79			

من خلال الجدول رقم (20) نلاحظ: أن المتوسط الحسابي للأشخاص ذوي الإعاقة البصرية الذكور بلغ (9.412) وانحرافه المعياري بلغ (16.68) أما الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية الإناث فقد بلغ المتوسط الحسابي لديهن (9.645) وانحرافه المعياري (14.79)، وبالمقارنة بين المتوسطين نجد الاختبار "ت" لعينتين مستقلتين بلغ (-0.51) وهو غير دال إحصائياً، ومنه نقول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير الجنس (ذكور/إناث) وبالتالي الفرضية مقبولة.

إن حالة القصور البصري تفرض على الأشخاص سوى كانوا ذكور أو اناث أعباء اجتماعية وانفعالية وتعليمية زائدة وقد تصبح الإعاقة عامل جذب واهتمام الآخرين وانتباههم والتركيز عليهم وتصبح هذه الخاصية معيقة لهم، هذا السلوك المختلف من جانب الآخرين كثيراً ما يتضمن توقعات منخفضة تجاههم، يترتب على هذا السلوك المستمر، والقصور المتزايد والإعاقة المضاعفة تزيد الاحتمالات بأنه يطور الكيف أشكالاً متنوعة من السلوك الانفعالي أو الانسحاب من المواقف الاجتماعية أو الميول العدوانية أو الرهاب الاجتماعي. (الخطيب الحديدي 2009).

كل هذه الأشكال من السلوكيات ليست سمة غالبية لدى جميع المكفوفين إنما حسب البيئة التي نشأ فيها الفرد الكفيف، هل تشعره بإعاقة بشكل مستمر أم تدعمه كشخص عادي، سوى كان هذا الشخص ذكر أو أنثى.

والنتيجة أن يكون رد فعل الكفيف مماثلاً لهذا الضغط الدائم من ناحية البيئة الاجتماعية وحتى الأسرة في بعض الحالات، فهم يقاومون الشعور بالنقص، وهذا الشعور كثيراً ما يحطم النشاط الشخصي والقدرات.

إن كل شخص له صورة عن ذاته تقارب الحقيقة في بعض جوانبها وتتعرض لتشويه في جوانب أخرى، تقول (كارول 2005) أن التبعية التي يفرضها كف البصر أمر سيء نفسياً على الجميع فعندما يجد الكفيف نفسه تابعاً للآخر ولا يمكنه الاعتماد على نفسه بشكل مطلق فمن الممكن أن يلجأ إلى الدفاع ضد مشاعره بأنه يمعن في تبعيته بأكثر مما يحتاج إليه حقاً لدى بعض الأشخاص، إن فقدان استقلال الشخصية إنما هو من أكثر فقدان ذاته، فكثيراً ما يعتمد الكفيف على صوت الآخر لتشكيل صورة ذهنية حتى على نفسه وعلى ما يحيط به أو على ملمس الوجه في حالة الأقارب، بل انه كثيراً ما يتصور الكفيف الأشخاص في قالب واحد دون اختلاف.

أما فيما يخص التنقل فان ذوي الإعاقة البصرية ومن خلال المقابلات العيادية التي اجريناها فان الذكور اكثر حرية وذلك راجع للعادات التي يفرضها المجتمع، لآكن اآلبهم يفضلون البيئة المنظمة والاماكن المرتبة بشكل جيد مما يساعدهم في رسم حدود ومعالم هذه البيئة ويسهل عليهم التنقل، وفي حالة التنقل إلى اماكن جديدة فكثيرا ما يعتمدون على التوقع وسرعة الانتباه لحركة الاشياء والاشخاص من حولهم، كما يمكن ان يدرك الكفيف الاتجاهات من خلال حركة جسمه في الفضاء وحركة الهواء بصفة عامة، وتعمل المراكز العالمية المختصة حاليا على التكفل والتدريب بذو الإعاقة البصرية من حيث الحفاظ على البقيا البصرية أو التدريب والمساعدة على تصور الاشياء بشكل صحيح مقارب للحقيقة من خلال برامج طبية وعلمية، أو التجارب السابقة للأشخاص ومن خلال تطوير باقي الحواس ي نقل الصور مثل استعمال الاصابع في القراءة في طريقة برايل ويسمى هذا الاختصاص اختصاص الكترو فيزيولوجي.

1-7- عرض وتفسير ومناقشة الفرضية الثامنة:

نص الفرضية: ماهي الصعوبات التي تواجه للمعاقين بصريا أثناء ممارسة حياتهم اليومية وكيفية تصوراتهم الحياة ومعالمها.

وللإجابة عن هذه الفرضية نقوم بالتحليل الكمي والمعرفي لمحتوى المقابلات التي تم إجراؤها مع بعض أفراد العينة والمهتمين بالشؤون الاجتماعية والطبية لذوي الإعاقة البصرية. التحليل الكمي والمعرفي لمحتوى للمقابلات: ويقصد به قراءة نتائج والمقابلات وتفسيرها وتحليلها على ضوء المعطيات النظرية التي تم تناولها في الجانب النظري.

- نتائج تحليل المقابلات

المحور الأول: تتفق 70% من الحالات التي اجرينا معها المقابلات على أنها تزاوآ حياتها اليومية داخل البيت وخارجه تواجه صعوبات متنوعة في بيئة العمل أو في بيئة

الدراسة خاصة في طريقة التصميم العمران والمباني مثل الأروقة والسلام والطرق الملتوية عموماً أو المقطوعة وكذا وجود الأعمدة بشكل غير متناسق أو وجود أبواب مرتفعة عن مستوى الطرق مما يعيق تنقل ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل سهل سوى بمفردهم أو بواسطة مرافقين، أو الاشغال المفاجئة والغير معلن عنها في الطرق والارصفة كثيراً ما كانت عائقاً امام تنقلهم .

كما ذكروا جميعهم أن التنقل من وإلى المؤسسات التربوية أو الجامعة والعملية الحكومية والخاصة يتخلله مشاكل عديدة سوى في الطريق إليها أو حتى بداخلها حيث تفتقر العديد منها إلى وسائل وطرق تسهيل الوصول التي من شأنها زيادة ورفع اعتماد ذوي الإعاقة البصرية على انفسهم وهو من اهم العوامل التي تساهم في رفع وتحسين مستوى جودة الحياة لديهم. أما بالنسبة إلى وسائل النقل بصفة عامة فإنه ومن خلا المقابلات يتضح مدى الصعوبات التي يواجهها الاشخاص من حيث نوعية هذه الوسائل ومطابقتها لخصوصياتهم أو ضبط التوقيت، عدا النقل الجامعي الذي يوفر عليهم الكثير من الجهد، وهذا ما يفسر ان استجابات ما نسبته 77% من العينة على فقرات المقياس (15 19 26) بسيئة جداً وغير راضي تماماً.

المحور الثاني: حسب جميع الحالات تقريباً فإنهم يقرون بأنهم يتلقون دعم ومساندة من طرف الأهل والأصدقاء حسب الإمكانيات المادية والعلمية للأهل والأصدقاء ولاكن بدرجات متفاوتة، جدير بالذكر أنه من خلال الملاحظة فإن ذوي الإعاقة البصرية يشكلون فرق دعم بينهم وأنهم أكثر تماسك فيما بينهم ربما أكثر من مساعدة المبصرين لهم، فهم يفضلون التنقل في مجموعة على التنقل الفردي، كما يستمتعون كثيراً داخل النوادي سوى الرياضية أو العلمية أو الثقافية اين يمكنهم ممارسة هوايتهم المفضلة جنباً لجنب ومع الاخرين دون حوزر. وعموماً فقد سرح أغلبهم انهم يتلقون التسهيلات من طرف الأهل في البيت والأصدقاء في المؤسسات التربوية والجامعة، وهو ما يتطابق مع استجابات اغلب أفراد العينة على الفقرات (2321) بين (راضي جداً (راضي).

وان كان بعض أفراد العينة المستفيدين من الدمج كثيرا ما يفضلون الاعتماد على انفسهم في تسيير شؤونهم اليومية ومحاولة التغلب على المعوقات بمفردهم وهو ما يفسر اجاباتهم على الفقرات (10-19-18) والتي تتحدث عن القدرة عن الاستغالية والممارسة الذاتية للأدوار والانشطة اليومية بكثير وراضي جدا وراضي

المحور الثالث: يتحدث المحور الثالث على ظروف ذوي الإعاقة البصرية داخل المؤسسات التعليمية والجامعية اين تحدث الطلبة منهم عن ان هناك مشكلات متباينة حسب اتجاهات الاساتذة حول عملية دمج ذوي الإعاقة البصرية في الفضاء العام ويختلف الأساتذة في التعامل معهم حسب الاتجاهات بين السلبي والايجابي كما يؤكدون وجود تخوف من طرف بعض الأساتذة إلى عدم وجود معرفة مسبقة في كيفية التعامل معهم وهو ما يحتم معرفة وتكوين خاص بالتعامل مع هذه الحالات كما ذكروا وجود معاناة كبيرة في الحصول على الدروس المكتوبة بالبرايل، أو الدروس المنطوقة، أما بالنسبة لوجود المرافق معهم خاصة في الامتحانات أحيانا يكون مقلقا بعض الشيء لذا يجب إيجاد مرافق بيداغوجي متخصص، يراعي الخصوصية النفسية ويجيد الاستراتيجيات الكفيلة بتقديم المساعدة دون حرمانهم من الحق في التعلم الحر.

وبالنسبة لهم المناهج الحالية لا تراعي في أغلبها خصوصيات ذوي الاحتياجات الخاصة بمختلف إعاقاتهم ويذكرون أنهم يواجهون صعوبات جمة في الاستيعاب رغم الاستعانة بالزملاء وبالوسائل الشخصية الحديثة فالوسائل التعليمية غير كافية لإيصال جزئيات المنهج لجميع الطلبة لشكل عادل.

فكثيرا ما تعتمد المناهج الحالية على جزئيات بصرية بحتة مثل الصور والكتابات العادية وهو ما يشكل لديهم عائقا كبير، فحتى داخل الأقسام كثيرا ما يعتمد المدرسون على التواصل البصري مع الطلبة أثناء الشرح وهو ما يشكل لديهم عقبة كبيرة في التواصل أو إستيعاب

المادة العلمية إذا ومن خلال ما تم التطرق إليه في الجانب النظري والجانب الميداني وتفسير ومناقشة نتائج مقياس جودة الحياة لعينة الدراسة، ومن خلال المقابلات التي أجريناها ومن خلال المقارنة والتحليل خلصت الدراسة إلى النتائج التالية :

أن المحاور التي تم التطرق إليها في مجمل المقابلات تلخص بشكل شبه كلى مجمل لمعيقات الدمج حسب أفراد العينة انفسهم.

جميع أفراد العينة تواجههم المشكلات ومعيقات الدمج بشكل متكرر وبدرجات متفاوتة أن القوانين التي تكفل عملية الدمج لذوي الاحتياجات الخاص بصفة عامة وذوي الإعاقة البصرية تدعم عملية الدمج بشكل كامل عدا بعض أوجه القصور التي توجب بعض المراجعات القانونية، والتطبيق الصارم لهذه القوانين .

إن خدمات تسهيل الوصول الحالية لا تراعي بشكل كافي الحاجيات الاساسية لذوي الإعاقة البصرية مما يجعلهم غير قادرين على ممارسة حياتهم بشكل عادل مع الاخرين. أن البيئة الإجتماعية بصفة عامة والتربوية و العملية على لخصوص بها عدة عراقيل تحول دون تحقيق دمج ناجح التحضير النفسي للمعاقين وإرشادهم حول متطلبات الدمج وصعوباته ومعيقاته.

توفير المتابعة والإشراف المستمر من طرف المتخصصين ومن قبل الجهات الوصية.

الاستفادة من تجارب بعض الدول الرائدة في هذا المجال.

التكثيف من البحوث العلمية والنفسية والتربوية في مجال التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة.

2- تفسير ومناقشة عامة لنتائج الدراسة:

قام الباحث بتفسير ومناقشة فرضيات ونتائج الدراسة بالاعتماد على الخلفية النظرية والمراجع المتوفرة والدراسات السابقة التي اهتمت بمواضيع جودة الحياة لدى ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة وذوي الإعاقة البصرية، ومن خلال النزول للميدان والاحتكاك بمجتمع

الدراسة، وزيارة المؤسسات التعليمية والمهنية والنوادي والجمعيات المهمة والتي ساعدتنا كثيرا في إثراء موضوع الدراسة وإعطائه الصبغة الميدانية كون العديد من الاجابات والملاحظات مستمدة من واقع ذوي الإعاقة البصرية اليومي والحاجيات الاساسية لهذه الفئة، وذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة، وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

مستوى جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية ممن شملتهم الدراسة يتراوح بين (54.70%) و(41.20%) و(4.20%) اي ان المستوى يتراوح بين المستوى الجيد والمستوى الضعيف والمستوى المتوسط تتراوح بين المستويات الثلاثة.

توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين متغير الدمج ومستوى جودة الحياة

انه توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير الدمج(مدمج/ غير مدمج)، لصالح المدمجين بشكل عام.

وأنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير الجنس.

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير درجة الإعاقة(كلية / جزئية).

توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية تعزى لمتغير ميدان الدمج (تعليمي/مهني/اجتماعي) لصالح ذوي الإعاقة البصرية المدمجين مهنيا.

إذا من خلال النتائج يتضح لنا مدى اهمية سياسة دمج ذوي الإعاقة البصرية وذوي

الاحتياجات الخاصة بشكل عام في مناحي الحياة المختلفة التعليمية والمهنية والاجتماعية

وضرورة إيجاد الاليات والسبل التي تسهل وتدعم نجاح عمليات الدمج في المؤسسات العلمية

والمهنية والاجتماعية، كما يتضح ذلك من مستوى جودة الحياة المرتفع لدى ذوي الإعاقة

البصرية الذين يمارسون وظائفهم أو تعلمهم واي نشاط اجتماعي أو ثقافي أو رياضي بشكل

عادي في النسيج الاجتماعي معتمدين في ذلك على امكاناتهم الجسمية والمعرفية والصلابة

النفسية والارادة الفولاذية التي يمتازون بها ويواجهون بها الظروف البيئية التي يعيشونها كثيرا ما تبهر الجميع.

3- التوصيات والاقتراحات:

3-1- التوصيات:

بعد اتمام قراءة وتفسير نتائج هذه الدراسة والتي تبين لنا من خلالها مدى اهمية الدمج في تحسين جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة البصرية والدور الهام للمشاركة المكفوفين في الحياة العامة واثر ذلك على حياتهم الشخصية وعلى الصحة النفسية لهم، كما تبين لنا الالهية الاجتماعية والاقتصادية للاستفادة من الطاقات الكبيرة التي يتميزون بها في خدمة المجتمع وتنمية الاقتصاد والاستفادة من التجارب الرائدة في هذا المجال للدول والأفراد في اطار التنمية المستدامة، على اثر هذه النتائج يوصي الباحث بالتوصيات التالية:

- تفعيل وتحسين وتجديد القوانين الداعمة لسياسات الدمج المختلفة.
- الاستفادة من تجارب الدول والاشخاص في مجال دمج ذوي الاحتياجات الخاصة وذوي الإعاقة البصرية.
- وجوب تكوين و تأهيل الكادر أو الإطار البشري الذي يشرف على عملية الدمج أو الذي يشارك فيها بل يجب أن يشمل التكوين الأهل وحتى ذوي الاحتياجات الخاصة أنفسهم.
- استخدام التقنيات الحديثة وبرامج الذكاء الصناعي في دمج و تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة.
- التأهيل والتكوين الشامل لجميع الشركاء في عمليات الدمج من الأهل والمعلمين والمشرفين الزملاء.
- انشاء المؤسسات التعليمية والعملية المفتوحة وتأسيس الجمعيات والنوادي التي تضمن وتعمل على دمج ذوي الاحتياجات الخاصة.

- التكتيف من البرامج العلمية والحملات الاعلامية الموجهة للفئات ذوي الاعاقات المختلفة، وكذلك تكتيف العمل مع شرائح المجتمع المهمة بالعمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة من اهالي ومجتمع مدني.
 - التكفل النفسي والاجتماعي والمادي بذوي الاحتياجات الخاصة بعيدا عن التهميش والاقصاء والعزلة وبعيدا عن الحماية الزائدة.
 - توفير الحوافز والامتيازات للمعلمين والطلبة والعمال وأرباب العمل والمؤسسات لرفع وزيادة فاعلية خطط الدمج.
 - ضرورة مشاركة ذوي الاحتياجات الخاصة في وضع خطط التأهيل والتكفل وترقية هذه الشريحة من المجتمع.
 - زيادة جهود البحث العلمي في مجال جودة الحياة ومجال دمج ذوي الاحتياجات الخاصة.
- 3-2- المقترحات:**

من خلال هذه الدراسة نقدم الاقتراحات التالية:

- زيادة ودعم جهود البحث العلمي في مجالات تنمية وتطوير ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ضرورة العمل على اشراك جميع الفاعلين والمهتمين بدعم ودمج ذوي الاحتياجات الخاصة من الاهل والمحيط الاجتماعي والمؤسسات الحكومية والمنظمات والهيئات الدولية والجمعيات وهم انفسهم.
- القيام بالمزيد من الاجراءات وطرق تسهيل ممارسة ذوي الإعاقة البصرية وذوي الاحتياجات الخاصة لحياتهم اليومية بشكل سلس.
- حمل المؤسسات الحكومية والخاصة على تطبيق قوانين تعليم وتشغيل فئات ذوي الاحتياجات الخاصة لتمكينهم من حقوقهم المشروعة.
- وضع وتأسيس برامج تكفل ودمج فئات ذوي الاحتياجات الخاصة على اسس علمية مضمونة النتائج .

- الابتعاد عن المتاجرة السياسية والعلمية والحمائية الزائدة بقضية التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة ومعاملة وفق ما تقتضيه المصلحة وتضمنه القوانين .
- ضرورة الاستفادة من التطور العلمي والتكنولوجي وتقنيات الذكاء الاصطناعي في تعليم وتشغيل والتكفل بذوي الاحتياجات الخاصة بشكل واسع.
- ضرورة تكثيف الجهود الصحية من طرف مؤسسات الدولة والمجتمع المدني في الوقاية والتكفل الطبي وتوفير العلاجات الممكنة لذو الإعاقة البصرية وكل الإعاقات.
- ضرورة توفير الدراسات العلمية والمراجع بالأليات التي تمكن ذوي الإعاقة البصرية من الاستفادة من مثل هذه الدراسات.
- 10 إنشاء مؤسسات مفتوحة متخصصة في تعليم وتدريب وتطوير مهارات وميولات ذوي الإعاقة البصرية.

قائمة المصادر والمراجع:

❖ القرآن الكريم. برواية ورش عن الامام نافع.

1. صحيح البخاري. (محمد بن اسماعيل بن ابراهيم بن المغيرة الجعفي المعروف بالبخاري) 216هـ.
2. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية الاعداد الصادرة في 2006.
3. العدد الصادر في 2008. العدد الصادر في 2014.
4. العدد الصادر في 2017 و 2018. العدد الصادر 2019.
5. محمد بن مكرم بن علي أبو الفضل جمال الدين، ابن منظور. (1998). لسان العرب. دار صادر بيروت.
6. أبو حلاوة، محمد السعيد. (2014). علم النفس الايجابي. شبكة العلوم الاجتماعية العربية.
7. امير ابراهيم، القرشي. (2012). التدريس لذوي الاحتياجات الخاصة بين التصميم والتنفيذ. عالم الكتب القاهرة مصر
8. أحمد إسماعيل، بشرى. (2013). مقياس جودة الحياة الصورة المختصة، منظمة الصحة العالمية. المكتبة الانجلومصرية، جمهورية مصر
9. أدلر، الفرد. (2005). معنى الحياة، عادل نجيب، بشرى. القاهرة مصر.
10. ابو سريع، أسامة. (1993). الصداقة من منظور علم النفس. الكويت. المجلس الوطني للثقافة.
11. أحمد، رجب. (2004). مدخل إلى آعاقه البصرية. بغداد.
12. السرور، إيهاب الببلاوي. (2001). قلق الكفيف تشخيصه وعلاجه. القاهرة: مكتبة زهران الشرق.
13. العمري، عيسات. (2004). الرعاية الاجتماعية للمعوقين حركيا الجزائر.
14. أحمد، الزعبي. (2003م). التربية الخاصة للموهوبين والمعوقين دار زهران عمان الأردن الطبعة الأولى.

15. بطرس حافظ، بطرس. (2009). سيكولوجيا الدمج في الطفولة المبكرة.
16. بشير، معمريّة. (2015). جودة الحياة لدى المتقاعدين والمسنين وفق المقياس المئوي لمنظمة الصحة العالمية. المجلة العربية للعلوم النفسية. (46).
17. بطرس، حافظ بطرس. (2009). سيكولوجيا الدمج في الطفولة المبكرة ط 1 دار المسيرة عمان الاردن.
18. نريمان، عبادة. (2016). اساسيات الدمج التربوي، ط 1، دار امجد للنشر والتوزيع الاردن.
19. روعي، مروح عبدات. (2008). المشكلات التي تواجه الدمج التعليمي لذوي الإعاقة البصرية في دولة الإمارات العربية المتحدة.
20. بطرس حافظ بطرس. (2009). سيكولوجيا الدمج في الطفولة المبكرة الطبعة 2 دار المعرفة الجامعية. الدراسات والبحوث
21. رجاء محمود، أبو علام. (2006). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية ط 5 دار النشر للجامعات جمهورية مصر.
22. رائد محمد، أبو الكاس. (2008). رعاية المعاقين في الفكر التربوي الإسلامي في ضوء المشكلات التي يواجهونها" رسالة ماجستير.
23. زينب أحمد، عبد الغني الخالد. (2000). مقدمة في المناهج وطرق التدريس للتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة المجلد الطبعة الثانية
24. ماجده السيد، عبيد. (2007). مقدمة في تأهيل المعاقين . عمان الاردن : دار صفاء للنشر والتوزيع.
25. محمد، الطيب و حسين، الدريني و شبل، بدران وحسين البيلاوي و كمال نجيب. (2005). مناهج البحث في العلوم التربوية والنفسية. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

26. زينب، أحمد عبد الغني الخالد . (2000). مقدمة في المناهج وطرق التدريس للتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة (المجلد الطبعة الثانية).
27. عبد الحليم، المنسي و علي مهدي كاظم. (بلا تاريخ). جودة الحياة وعلاقتها بالضغط النفسية وإستراتيجيات المقاومة لدى طلبة جامعة السلطان قابوس. وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة.
28. عزوز، شافية. (2021). الأسس النظرية و التشريعية للدمج الاكاديمي للمعاقين بصريا في الجزائر . الجزائر، أم البواقي، الجزائر.
29. فارق، الروسان فاروق وصالح، عبد الله هارون و رويده صالح العطوي. (2015). مناهج وأساليب تدريس مهارات الحياة لذوي الاحتياجات الخاص. دار الفكر عمان.
30. مود، اسطفان وهاشم، ابراهيم وفرح، رانا العنسي. (2023). دليل صياغة الاطروحات والرسائل الجامعية. الطبعة الثانية شبكة المعلومات العربية التربوية شمعة بيروت لبنان.
31. كوثر، جميل وسالم، بلجون. (2009). مناهج وطرق تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة .
32. محمد، أبو حلاوه. (2018). أخلاقيات الدمج للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة.
33. محمد عبدالحليم، منسى و كاظم، على مهدي. (2006). جودة الحياة وعلاقتها بالضغط النفسية واستراتيجيات مقاومتها لدى طلبة جامعة السلطان.
34. الشيباني، عمر التوم. (1989م). الرعاية الثقافية للمعاقين، الدار العربية للكتاب، طرابلس، ليبيا.
35. مفيد احمد، ابو موسى وسمير، عبد السلام الصوص. (2012). التعليم المدمج المتماز بين التعليم التقليدي والتعليم الالكتروني ط 1 اصدار الشبكة العربية للتعليم المفتوح والتعليم عن بعد الاكاديميون للنشر والتوزيع . عمان الأردن.
36. ان لويس و برام نورتش ترجمة بها شاهين. (2008). تعليم مميز الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ط 1مجموعة النيل العربية مصر

37. عبد المطلب، امين القريطي .(2013). ارشاد ذوي الاحتياجات الخاصة واسرهم عالم المكتبة القاهرة مصر.
38. كمال، عبد الحميد زيتون .(2003).التدريس العادل لذوي الاحتياجات الخاصة ط 1 دار علا للكتب والنشر القاهرة.
39. سلسلة دراسات دور التعليم العالي في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة السمعية(2010) مركز الدراسات الاستراتيجية جامعة الملك عبد العزيز الاصدار 26.
40. فاروق، فارح الروسان وصالح، عبد الله هارون و رويده، محمد العطوي. (2015). مناهج وأساليب تدريس مهارات الحياة لذوي الاحتياجات الخاصة دار الفكر عمان الاردن
41. محمد عبد المعطي، حسن البائع، (2014) تكنولوجيا تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة والوسائل المساعدة. دار الجامعة الجديدة الاسكندرية مصدر
42. محمد فؤاد، ابو عودة ونيفين، ايمن حلس و محمد عبد الفتاح، عسقول.(2019). فاعلية بيئة تعليمية قائمة على مداخل التعلم لتنمية مهارات التواصل الرياضي لدى الطلبة المعاقين بصريا بغزة . مجلة الجامعة الاسلامية للدراسات التربوية والنفسية
43. عبير، جفال.(2010).الإعاقة البصرية الخصائص والحاجات التربوية للطلاب ذوي الإعاقة البصرية واليات العمل على تليتها.معهد النور قطر.
44. سمير اليسير.(بدون تاريخ). دليل مصور للاهل والعاملين مع الاطفال كف البصر وصعوبات الرؤية عن كتاب ديفد ورنر رعاية الاطفال المعاقين الفرات للنشر والتوزيع.
45. سمير محمد، عقل(2014) طريقة برايل في تعليم القرعة والكتابة للمكفوفين الطبعة الثانية دار المسيرة للنشر والتوزيع الاردن
46. عبد العزيز، عوض السهيلي. (2018). أخلاقيات الدمج للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة. طنطا بوك هاوس مصر. دار المعرفة الجامعية مصر.

47. منى، الحديدي وجمال، الخطيب. (2009م). المدخل إلى التربية الخاصة، الطبعة الأولى. مكتبة الفلاح.
48. كمال، سي سالم (2001). الدمج في فصول ومدارس التعليم العالي، دار الكتاب الجامعي العين.
49. تيسير، مفلح كوافحه وأمر، فواز عبد العزيز. (2010م). مقدمة في التربية الخاصة، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الثالثة .
50. سعيد، حسني. (2001). التربية الخاصة، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، عمان - الأردن .
51. زينب، محمود شقير. (2009م). سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
52. سعيد، حسني العزة. (2002م). المدخل إلى التربية الخاصة، الدار العلمية الدولية، الطبعة الأولى الأردن .
53. صالح، الداھري. (2005م). سيكولوجية رعاية الموهوبين المتميزين وذوي الاحتياجات الخاصة. دار وائل-الأردن الطبعة الأولى.
54. عادل، عبد الله، (2005م) . سيكولوجية الموهبة، دار الرشاد، القاهرة، الطبعة الأولى.
55. فاروق الروسان، (2000م) سيكولوجية الأطفال غير العاديين، دار الفكر، عمان - الأردن.
56. محمد، السيد علي (2008): التربية العلمية وتدریس العلوم، دار ومكتبة الإسراء، طنطا، مصر.
57. سلامة، عبدالعظیم حسین وطه عبد العظیم، حسین (2006) الذكاء الوجداني للقيادة التربوية، الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
58. حلمي، أحمد الوكيل (2005). الاتجاهات الحديثة في تخطيط وتطوير مناهج المرحلة الأولى، القاهرة: دار الفكر العربي
59. سهير عبد الحفيظ عمر (2014). مقال عن جودة الحياة، مجلة المنال بحوث ودراسات.

60. وليد محمد على (2015) استخدام الاستراتيجيات البصرية في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى الاطفال التوحديين مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
61. عبد اللطيف امين القريطي، (ب ت) الإعاقة البصرية وتصنيفاتها.
- ثانيا- دراسات عربية:
62. حبيب، تيلوين وعباس، بلكموت.(2009). العلاقات بين التدين والمعنى في الحياة والرفاهية الذاتية. الجزائر
63. سلاف، مشري. (2014). جودة الحياة من منظور علم النفس الإيجابي (دراسة تحليلية). *مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، ع (8)*.
64. سليمي، حفيظي زهية دباب. (2021). النشاط الرياضي المكيف لتحقيق الدمج الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر. *مجلة السبق (01)*، صفحة 14.
65. حجاج مصطفى، بهاء محمد.(2015). تصور مقترح لتطوير مراكز الرعاية لذوي الإعاقة البصرية بالجامعات المصرية في ضل خبر الولايات المتحدة الامريكية. *مجلة البحث العلمي في التربية، العدد10 سنة 2015*.
66. فاطيمة، حمزة.(2019). المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى العاملات بالقطاع الصحي بالجلفة. دراسة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، منشوره. جامعة الاغواط الجزائر.
67. بخش، اميره طه.(2006). جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المعاقين بصريا العاديين بالعربية السعودية. *مجلة التربية، 1(35)*. ص.223.
68. الزروق فاطمة، الزهراء.(2015). علم نفس الصحة. ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر.
69. الخالدي، اديب محمد.(2009). الصحة النفسية، عمان: دار وائل. الاردن.
70. سميره، عمامرة ومؤمن، عبد الكريم(2015). المساندة الإجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى كبار السن. دراسة ميدانية ورقلة الجزائر . المرشد1(4).193217.

71. كاظم علي، مهدي ومنسي محمود، عبد الحليم.(2010). تطوير وتقنين مقياس جودة الحياة لدى الطلبة في جامعة سلطنة عمان. مجلة العلوم الاكاديمية العربية للعلوم والتكنولوجيا.1(1). 64 60.
72. سمر عبد العزيز، الغولة. (2019). مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الإعاقة بجامعتي الملك عبد العزيز والجامعة الاردنية في ضوء بعض المتغيرات. العربية السعودية.
73. روجي، مروح عبدات. (2008). المشكلات التي تواجه الدمج التعليمي لذوي الإعاقة البصرية في دولة الإمارات العربية المتحدة.
74. عزوز، شافية. (2021). الأسس النظرية و التشريعية للدمج الاكاديمي للمعاقين بصريا في الجزائر . الجزائر، أم البواقي، الجزائر.
75. سليمي، حفيظي وزهية دباب. (2021). النشاط الرياضي المكيف لتحقيق الدمج الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر.
76. شيباني، ابراهيم وممادي، شوقي. (2023). مناهج تعليم ودمج ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر. مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع، 7(3) جامعة الوادي الجزائر، ص(240-253).
77. بريك، نبيلة ومشري، سولاف. (2019). مشروع الحياة لدى المراهقين المعاقين بصريا. مجلة العلوم النفسية والتربوية.5(3)، الجزائر: جامعة الوادي الجزائر 6075.
78. عبد الحميد سعيد حسن (2006). جودة الحياة وعلاقتها بالضغوط النفسية واستراتيجيات ومقاومتها لدى طلبة جامعة السلطان قابوس، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة.
79. محمد عبد الظاهر الطيب و سيد أحمد البهاص (2009) الصحة النفسية وعلم النفس الإيجابي، الطبعة الأولى، القاهرة : دار الفكر العربي.

80. محمد عبد الحليم منسى، وعلي مهدي كاظم (2006). جودة الحياة وعلاقتها بالضغط النفسية واستراتيجيات مقاومتها لدى طلبة جامعة السلطان قابوس، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة.
81. بريك نبيلة و مشرى سولاف (2019). مشروع الحياة لدى المراهقين المعاقين بصريا. مجلة العلوم النفسية والتربوية. 5(3)، الجزائر: جامعة الوادي الجزائر 6075.
82. بوجمعة حريزي (2020). الإحصاء التطبيقي محاضرات واعمال موجهة . جامعة البويرة الجزائر.
83. الملتقى الوطني الأول حول جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر الابعاد والتحديات 5/4 ديسمبر 2019.
84. سامية، عزيزو أمال، كزيز (2020). ذوي الاحتياجات الخاصة والدمج الاجتماعي بالجزائر. المجلة العلمية للتربية الخاصة، المجلد 02 العدد 02 (2020) ص 235/220.
85. محمد شحده السويركي (2013). الامن النفسي وعلاقته بالاستقلالية او الاعتمادية وجودة الحياة لدى المعاقين بصريا بمحافظات غزه فلسطين.
86. كوكب الزمان بلردوح وكريمة بن صغير (2021). جودة الحياة لدى الاشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في ظل جائحة كورونا (كوفيد19). مجلة الروائز، مجلد 05 العدد 01 الجزائر جامعة 8 ماي قالمة، ص (97/81).
87. السر طاوي واخرون. (2011). جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة وغير المعاقين، الإمارات العربية.
88. محمد، أحمد حلمي(2018). جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة وتأثير بعض المتغيرات الديموجرافية .جمهورية مصر العربية.
89. الدليل التشخيصي والإحصائي، الإصدار الخامس .(DSM-5)

ثالثا - المراجع باللغة الاجنبية:

90. Habibe Tilioine.and DeniseBenatuil .and Maggie K.W.Lau Editors
. (2023)Handbook of Childrens Risk.Vulnerabilitey and Quality of Life.
91. Publishing Co.(2023) **Quality of Life** is an independent, mission-driven firm.
92. Excpetional Children Introduction To special education. (sthed) . Prentic - gall.
Englewood Cliffs, Newjersey.
93. Sally M. Rogow. Helping the visually impaired child with developmental
problems : effective
94. practice in home, school, and community New York : Teachers College Press.
95. Sally S. Mangold, , (2000) editor. A Teachers' guide to the special educational
needs of blind and visually handicapped children New York : American
Foundation for the Blin.
96. Hallan,d & Kauffman, t. (1992) Excpetional Children Introduction To special
education. (sthed) . Prentic gall. Englewood Cliffs, Newjersey
97. Tge Bender Visual Motor Ges. Talt test by Bender Loretta.
98. The Beery - Buktenica De- Velop - mental Test of Visual Motor
Integration (VMI) by Beery, Keith & Buktenica Norman1-Abde Rahman
Fundamentals of psychosociometrics Medern.Cairo.Bookshop.2002 .p.326
99. Sally M. Rogow. Helping the visually impaired child with developmental
problems : effective practice in home, school, and community New York :
Teachers College Press, 2005. P .125
100. Sally S. Mangold, editor. A Teachers' guide to the special educational needs
of blind and visually handicapped children New York : American.
101. Hallan,d& Kauffman, t. (2002) Excpetional Children Introduction To special
education. (sthed). Prentic – gall. Englewood Cliffs, Newjersey p86.
102. Tge Bender Visual Motor Gees(2005). Talt test by Bender.
103. The Beery (2009) Buktenica De- Velop – mental Test of Visual Motor
Integration (VMI) by Beery, Keith & Buktenica Norman.
104. Moto free Visual Perception (200)7Test (MVPT) by colarussonRondd.
&Hammil. Donald.
105. Cartwright cartwright, c. & Ward, M. (2005) Education special learners,
Belmont California: Wadsworth publishing Company.
106. Hallahan. D. & Kauffman(2002).Exepetional learning Introduction to special
education.
107. www.kuiraq.com/staff/nemasadi/instruction20models.doc
108. <https://www.linkedin.com/posts/habib-tiliouine>. <http://e-biblio.univ-mosta.dz/handle/123456789/1753/browse?order=ASC&rpp=20&sort>.

109. <https://www.goodreads.com/book/show/40672https://www.goodreads.com/book/show/20696006-being-mortal036-digital-minimalism>.
https://www.goodreads.com/book/show/36072.The_7_Habits_of_Highly_Effective_People.
110. https://www.goodreads.com/book/show/36072.The_7_Habits_of_Highly_Effective_People.
111. <https://www.teachingvisuallyimpaired.com/non-fiction-books.html>.
112. <https://www.goodreads.com/shelf/show/visual-impairment>.
113. <https://www.booktrust.org.uk/booklists/v/visual-impairment-bookmark>
114. <https://www.inclusivecitymaker.com/blindness-low-vision-forms-visual>.

الملاحق

الملحق رقم 01: مقياس جودة الحياة (BREF-WHOQOL)

معلومات عامة :

- نوع الدمج الذي استفدت منه: تعليمي مهني اجتماعي
- درجة الإعاقة البصرية: كلية جزئية السن:
- الوضعية الاجتماعية: متزوج غير متزوج المستوى التعليمي:
- هل تعاني من أي أمراض عضوية أو اضطرابات نفسية.....

مقياس جودة الحياة (BREF-WHOQOL)

التعليمة: في مايلي مجموعة من العبارات تهدف إلى معرفة نظرتك واتجاهك نحو جودة الحياة التي تعيشها وصحتك غير ذلك من مجالات الحياة، لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة، الرجاء قراءة كل عبارة جيدا واختيار البديل الذي يناسبك أكثر بوضع علامة (X) مع الإجابة على جميع الأسئلة .

جيدة جدا	جيدة	ليست سيئة وليست جيدة	سيئة	سيئة جدا	
					1 ما هو تقييمك لجودة حياتك؟
راض جدا	راض	رضا متوسط	غير راض	غير راض تماما	
					2 ما مدى رضاك عن صحتك؟

كثيرا جدا	كثيرا	متوسط	قليلا	لا اطلاقا	
					3 إلى أي درجة تمنعك حالتك الصحية من أداء ما أنت بحاجة إلى القيام به؟
					4 إلى أي درجة أنت بحاجة لعلاج طبي لتأدية نشاطاتك اليومية؟
					5 إلى أي درجة تستمتع بحياتك؟
					6 إلى أي درجة تشعر أن لحياتك معنى

ضعيفة جدا	ضعيفة	متوسطة	جيدة	جيدة جدا	
					7 ما درجة قدرتك على التركيز ؟
					8 ما درجة شعورك بالأمان في حياتك اليومية ؟
					9 إلى أي درجة تعد بيئتك المادية بيئة صحية؟

لا اطلاقا	قليلا	بقدر متوسط	كثيرا	تماما	
					10 هل لديك الطاقة الكافية لأداء مهامك اليومية ؟
					11 هل لديك القدرة على تقبل مظهرك الجسماني ؟
					12 هل لديك المال الكاف لقضاء احتياجاتك ؟
					13 هل تتوفر لديك المعلومات التي تحتاجها في حياتك اليومية؟
					14 إلى أي مدى لديك الفرصة للقيام بالأنشطة الترفيهية ؟

سيئة جدا	سيئة	متوسطة	جيدة	جيدة جدا	
					15 ما مدى قدرتك على التنقل ؟

أبدا	نادرا	غالبا	في كثيرا من الأحيان	دائما	
					16 في الأيام القليلة السابقة هل انتابتك مشاعر سلبية كالمزاج السيء أو القلق أو اليأس أو الاكتئاب.

راض جدا	راض	رضا متوسط	غير راض	غير راض تمام	
					17 ما مدى رضاك عن نومك ؟
					18 ما مدر رضاك عن قدراتك على أداء أنشطتك اليومية ؟
					19 ما مدى رضاك عن قدرتك على العمل ؟
					20 ما مدى رضاك عن ذاتك ؟
					21 ما مدى رضاك عن علاقاتك الشخصية؟
					22 ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية
					23 ما مدى رضاك عن الدعم المقدم من اصدقائك؟
					24 ما مدى رضاك عن ظروف معيشتك (المكان)؟
					25 ما مدى رضاك عن الخدمات الصحية المقدمة لك ؟
					26 ما مدى رضاك عن المواصلات المتاحة لك (وسائل النقل)؟