الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة محمد بوضياف المسيلة

جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس
الرقم التسلسلي: ...../2015

المساندة الإجتماعية كما يدركها المراهق المكفوف

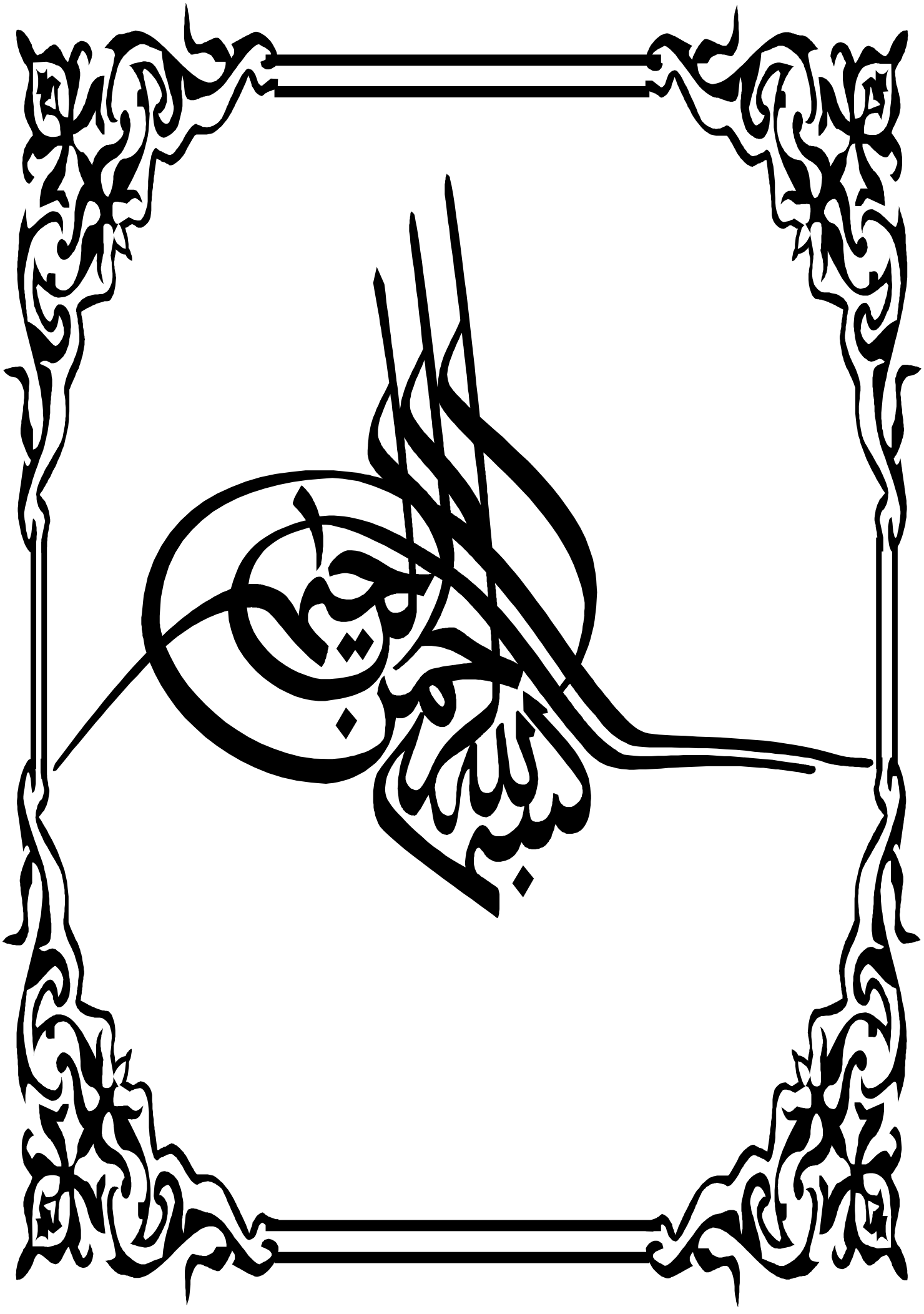
دراسة ميدانية بمدارس المعاقين بصريا بالمسيلة، برج بوعريرج، سطيف

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس
تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:
حورية حجاب

تحت إشراف الأستاذة:
فريدة بولسنان

2015/2014


بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة

مقدمة:

إن إحساس الفرد بقيمته يأتي من خلال معاملة الآخرين له، خاصة من قبل الأسرة التي نشأ وتربى فيها مرورا بالأصدقاء الذين يؤثر فيهم ويتأثر بهم، من خلال شبكة الروابط والعلاقات التي يقيمها عبر مراحل نموه، بما فيها مرحلة المراهقة ؛ التي تعد من المراحل الحرجة والهامة في حياة الفرد، والتي تحتاج إلى قدر كبير من الاهتمام والمساندة الأسرية والاجتماعية خاصة للفئات ذوي الاحتياجات الخاصة ؛ والتي منها فئة" المعاقين بصريا"، للتخفيف من حدة الشعور بالقصور والنقص الناتج عن " كف البصر" لديهم. فكف البصر يولد ضغطا ماديا ونفسيا واجتماعيا على الأسرة بأكملها فيظهر التأثير فيما يشعر به الكفيف، وما يعانيه من اتجاهات الآخرين نحوه.

فكلما زادت المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الكفيف في هذه المرحلة الحرجة من حياته، كلما ازداد لديه الشعور بالأمن النفسي وتقدير الذات الايجابي، كما تنمي لديه معاني ايجابية للحياة وتؤدي إلى التوافق النفسي والاجتماعي.

من هنا تظهر أهمية المساندة الاجتماعية بالنسبة للفرد، بتعدد أنواعها ومصادرها لإشباع حاجات الكفيف البدنية، النفسية، والاجتماعية وتشعره بأهميته، وتزيد من ثقته بنفسه وتقلل من القلق والتوتر الذي يولده " كف البصر".

لذلك سعت "الباحثة " في هذه الدراسة لمعرفة مستوى المساندة الاجتماعية لدى المراهق المكفوف.

وتحقيقا لذلك تم التطرق في الدراسة الحالية إلى جانبين : جانب نظري وجانب ميداني، فيما يتعلق **بالجانب النظري** فانه يتكون من **ثلاثة فصول:**

الفصل الأول: جاء بعنوان الإطار العام للدراسة، حيث تم التطرق فيه إلى إشكالية الدراسة وفرضياتها وأهميتها وأهدافها، والتعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة، وعرض بعض الدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة.

الفصل الثاني: جاء بعنوان ؛ المراهقة وتم تقسيمه إلى جزأين : مفهوم المراهقة وخصائصها من خلال التعرض لمفهوم المراهقة ومراحلها وأنماطها والاتجاهات المفسرة لسيكولوجية المراهقة.

ثم سيكولوجية المراهق الكفيف من خلال التعرض لمفهوم الإعاقة البصرية وأسبابها وذكر خصائص النمو لدى المراهق الكفيف، والحاجات المرتبطة بالمراهق الكفيف.

الفصل الثالث: بعنوان المساندة الاجتماعية وتم تقسيمه إلى جزأين : جزء خاص بمفهوم المساندة الاجتماعية من خلال ذكر مفهومها ومصادرها وأنواعها وأهميتها . الجزء الثاني خاص بالنماذج والنظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية من خلال ذكر النماذج والنظريات المفسرة للمساندة، والمساندة الاجتماعية في الإسلام، والمساندة الاجتماعية والمكفوف.

أما فيما يخص **الجانب الميداني** للدراسة فقد شمل فصلين هما:

الفصل الرابع: بعنوان إجراءات الدراسة الميدانية، فقد تضمن التعريف بمنهج وعينة وأدوات وحدود الدراسة، بالإضافة إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

الفصل الخامس: بعنوان عرض ومناقشة النتائج، فقد تمحور حول عرض نتائج الدراسة ومناقشتها وختم بخلاصة لنتائج الدراسة وأخيرا عرض بعض المقترحات.

ثم ذكر المصادر والمراجع والملاحق المستعملة في الدراسة.

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة

2- فرضيات الدراسة

3- أهمية الدراسة

4- أهداف الدراسة

5- التعريف الاجرائى لمفاهيم الدراسة

6- الدراسات السابقة

1- إشكالية الدراسة :

تعد الروابط الاجتماعية و العلاقات مع الآخرين منذ أمد بعيد من المظاهر الحياتية التي تبعث على تحقيق الرضى، وتساعد الفرد على التعامل مع الأحداث الضاغطة، وتخفف مما يمكن أن يقود إليه الضغط من سوء الصحة . (شيلي تايلور، 2008، 444)

فالمساعدة المقدمة للفرد من قبل الآخرين، يطلق عليها مصطلح المساندة الاجتماعية ؛ هذا المصطلح الذي ظهر في منتصف السبعينات من القرن الماضي وذلك من خلال دراسات ويس "wiss" ودراسات "Killilea & caplan" كليلا وكابلن " " إلا أنها تعتبر قديمة قدم الإنسان" وأوضح هؤلاء العلماء أن أفعال المساندة الاجتماعية تخفف من التأثيرات الضارة للضغط، والتي تتمثل في تأثيرات نفسية أو جسمية .

(محمد محمد محمد عودة، 2010، 48)

وقد تناول علماء الاجتماع هذا المفهوم في إطار تناولهم للعلاقات الاجتماعية، حيث صاغوا مصطلح الشبكة الاجتماعية الذي يعتبر البداية الحقيقية لظهور المساندة الاجتماعية والذي يطلق عليه البعض مسمى الموارد الاجتماعية، بينما يحدده الآخرون على أنه إمدادات اجتماعية، وتعتمد المساندة في تقديرها على إدراك الأفراد لشبكاتهم الاجتماعية باعتبارها الأطر التي تشتمل على الأفراد الذين يثقون فيهم ويستندون على علاقاتهم بهم . (عبير بنت محمد حسن الصبان، 2003، 23)

وتعتبر المساندة الاجتماعية أحد المصادر الهامة للأمن الذي يحتاجه الإنسان من عالمه الذي يعيش فيه عندما يشعر أن هناك ما يهدده، ويشعر أن طاقته قد استنفدت ولم يعد بوسعه أن يقف ضد هذا الخطر المهدد له، وأنه في حاجة ماسة إلى معاونة ومساعدة، وشد أزر وعون من الخارج، وخاصة عندما يريد أن يأتي هذا العون من أقرب الناس إليه.

ومن خلال ما سعى إليه " كابلن" في نظريته عن أنظمة المساندة و دورها في الصحة النفسية للمجتمع، فان المساندة الاجتماعية تتضمن نمطا مستديما من العلاقات المتصلة أو المتقطعة التي تلعب دورا هاما في المحافظة على وحدة النفس والجسم للفرد عبر حياته، حيث أوضح من وجهة نظره أن الشبكة الاجتماعية للفرد تزوده بالإمدادات الاجتماعية النفسية وخاصة في ظل الأحداث الضاغطة، وذلك للمحافظة على صحته العقلية والنفسية . (مروان عبد الله دياب، 2006، 7)

وقد حاولت العديد من الدراسات الربط بين المساندة وبعض المفاهيم الأخرى كدراسة "هور و آخرين" " Huurre &al ": "التي دلت على انخفاض تقدير الذات لدى المراهقين المعاقين بصريا مقارنة " بأقرانهم من المبصرين وان الآباء هم المصدر الرئيسي للمساندة الاجتماعية للمراهقين المعاقين بصريا، وأن هناك ارتباطا ايجابيا بين المساندة الاجتماعية المقدمة من الآباء والأصدقاء وتقدير الذات لديهم.

(فتحي عبد الرحمان الضبع، 2008، 152)

ودراسة "مصطفى أسامة عادل محمود"(2013) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين المساندة الاجتماعية المدركة والتواصل الاجتماعي لدى المعاقين سمعيا.

ودراسة "أسماء السرسي وأماني عبد المقصود"(2001) التي دّلت على وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين المساندة الاجتماعية والدافع للانجاز وتقدير الذات لدى الطلبة المراهقين والطالبات المراهقات .

ودراسة "رمضان زعطوط" (2005) التي دّلت على وجود ارتباط بين الاتجاه نحو السلوك الصحي والدعم الاجتماعي المدرك.

وقد ركزت هذه الدراسات على المراهقين لما لهذه المرحلة من أهمية بالغة الأثر في حياة الفرد في تشكيل شخصية المستقبل .حيث يرى "Paul Israel " :"أن المراهقة هي بدون شك أولى اللحظات الحرجة في الحياة التي تبدي الباعث أو الخطر الذي يحقق الصلابة أو الهشاشة للتنظيم النفسي الأصلي الذي يصبح قاعدة لمستقبل الفرد".

(Abderrahmane Si Moussai & Roger Perron, 2011, 22)

وحسب كارول سيجلمان "Carol Sigelman " وديفيد شافر "dived Shaffer " :"فمرحلة المراهقة هي بحق الوقت الذي يجد فيه الفرد نفسه، والذي يعرف فيه على نحو وثيق الشخص الذي سيكون". هذه الفترة الصعبة في الحياة يعيشها الفرد العادي، كما يمر عليها الشخص من ذوي الاحتياجات الخاصة، هذا الأخير قد يكون من ذوي الاحتياجات

العقلية، الجسمية، الحركية، النفسية أو الحسية .بما فيها "الكف البصري"، فالشخص الكفيف هو"كل شخص رؤيته المركزية عديمة أو أصغر من العادي، ولا يقدر على تحصيل المعرفة التي تقدم للعاديين اعتمادا على حاسة البصر ولو استعان بالنظارة".

(يونسي تونسية، 2012، 1)

فلا يكاد يخلو مجتمع من المجتمعات الإنسانية من وجود أفراد معاقين ويزداد عددهم تزايدا ملحوظا حيث وصل إلى حوالي 500 مليون معاق، أي ما يعادل نسبة 10% من سكان العالم، أما بالنسبة للعالم العربي فان النسبة ترتفع مابين13 و15% من إجمالي عدد السكان و في الجزائر يشير الإحصاء العام للسكان إلى أن عدد المعاقين وصل إلى 1,590,466 معاق في سنة 1998 أي 5,30% من إجمالي عدد السكان . وأثبتت الإحصائيات التي قامت بها إدارة المؤسسات التربوية و التعليم المتخصصة، أن عدد المعاقين في الجزائر في ارتفاع مستمر، ففي العاصمة مثلا وبينما كان عدد المكفوفين كفئة معاقة 1258 في 2010 ارتفع الى1639 في سنة 2012 .

(يونسي تونسية، 2012، 2)

ومع تقدم الحياة وتعقدها، برز واقعا غير مريح بالنسبة لفئة المكفوفين، حيث أصبح الكف البصري مشكلة اجتماعية ونفسية تؤثر في نفسية الكفيف، وبالتالي فإنها تؤدي إلى تكوين تقدير ذات سلبي لديه وتؤثر في شخصيته خاصة بعدم معرفته لقدراته

تجعله يقيم ذاته تقييما خاطئا . فالشعور السيئ عن النفس له تأثير كبير في تدمير الايجابيات التي يملكها الشخص سواء كان مبصرا أو مكفوفا.

(يونسي تونسية، 2012، 3)

يقول الدكتور "عابد" :"أمام عدد من العوامل الاجتماعية الاقتصادية الثقافية والعبء النفسي للإعاقة يضطرب التوازن العائلي ويؤدي إلى انخفاض التقبل و الاهتمام بالطفل المصاب ". (بدرة معتصم ميموني، 2005، 8)

فالمراهق نتاج للتفاعل القائم بين العوامل الوراثية البيولوجية، وبين الأنماط الثقافية الاجتماعية ومراهقة الكفيف ليست عالما متميزا له بناؤه الخاص ومشكلاته الخاصة، وإنما هي قطاع جزئي من مراحل النمو بشكل عام تنسجم مع السمات العامة التي تميز هذه المراحل، وتتفرد ببعض السلوكيات والاحتياجات والمشاكل التي تغذيها بدرجة أساسية كل من إعاقة البصر ونوع الرعاية الاجتماعية المتوفرة . (خالد فارس، 2004، 23)

لهذا فان المراهق الكفيف بحاجة ماسة أكثر من غيره إلى المساندة الاجتماعية والمؤازرة والدعم المعنوي والمادي والعاطفي لتجاوز العقبات والصعوبات خصوصا في مرحلة المراهقة.

ومن هذا المنطلق ارتأينا طرح التساؤلات التالية :

التساؤل الرئيسي:

ما مستوى المساندة الاجتماعية المدركة المقدمة للمراهق المكفوف؟

التساؤلات الجزئية:

- ما مستوى المساندة الاجتماعية المدركة المقدمة من طرف العائلة للمراهق المكفوف؟
- ما مستوى المساندة الاجتماعية المدركة المقدمة من طرف الأصدقاء للمراهق المكفوف؟
- ما مستوى المساندة الاجتماعية المدركة المقدمة من طرف الشخص المميز للمراهق المكفوف؟
- هل توجد فروق دالة إحصائيا في درجة المساندة الاجتماعية لدى المراهقين المكفوفين تعزى لمتغيري (الجنس، المستوى التعليمي)؟

2- فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

- مستوى المساندة الاجتماعية المدركة المقدمة للمراهق المكفوف مرتفع.

الفرضيات الجزئية:

- مستوى المساندة الاجتماعية المدركة المقدمة من طرف العائلة للمراهق المكفوف مرتفع.
- مستوى المساندة الاجتماعية المدركة المقدمة من طرف الأصدقاء للمراهق المكفوف متوسط.

- مستوى المساندة الاجتماعية المدركة المقدمة من طرف الشخص المميز للمراهق المكفوف متوسط.
- توجد فروق دالة إحصائيا في درجة المساندة الاجتماعية لدى المراهقين المكفوفين تعزى لمتغيري (الجنس، المستوى التعليمي).

3- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في النقاط التالية:

3-1- الأهمية النظرية:

- أهمية دراسة المساندة الاجتماعية وتأثيرها على المراهق المكفوف.
- أهمية الفئة التي تناولتها الدراسة، وهي فئة المراهقين.
- الإضافة العلمية والعملية لإثراء البحث العلمي حول المساندة الاجتماعية عند المراهق المكفوف.

3-2- الأهمية التطبيقية:

- تقديم مجموعة من الاقتراحات التي تفيد المختصين والمسئولين عن رعاية وتأهيل المراهق المكفوف.
- قد يستفيد المختصون والمربون سواء كانوا آباء أو معلمين القائمين على رعاية المراهق المكفوف من الدراسة.

- يمكن الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية في إعداد وتصميم البرامج الإرشادية للمراهقين المكفوفين وللآباء لتوعيتهم بالاهتمام أكثر بهذه الفئة.

4- أهداف الدراسة:

تتمثل أهداف الدراسة في الآتي:

- التعرف على مستوى المساندة الاجتماعية المدركة المقدمة من طرف العائلة للمراهق المكفوف.
- التعرف على مستوى المساندة الاجتماعية المدركة المقدمة من طرف الأصدقاء للمراهق المكفوف.
- التعرف على مستوى المساندة الاجتماعية المدركة المقدمة من طرف الشخص المميز للمراهق المكفوف.
- الكشف عن الفروق في درجة المساندة الاجتماعية لدى المراهقين المكفوفين.

5- التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة:

5-1- تعريف المساندة الاجتماعية:

المساندة الاجتماعية هي مجموعة الروابط والتفاعلات الاجتماعية التي يقيمها الفرد مع الآخرين.

وتحدد المساندة الاجتماعية بالدرجة التي يحصل عليها المراهق المكفوف على مقياس المساندة الاجتماعية المستخدم في الدراسة الحالية.

5-2- تعريف المراهق:

المراهق هو الفرد الذي يقع في الفئة العمرية من سن الثانية عشر إلى سن الثانية والعشرون في دراستنا هذه.

5-3- تعريف المكفوف (المعاق بصريا):

الأفراد المكفوفون في الدراسة الحالية هم الأفراد الذين لايملكون الإحساس بالضوء ولايرون شيئا على الإطلاق، ويتعين عليهم الاعتماد كلية على حواسهم الأخرى تماما في حياتهم اليومية وتعلمهم، وتتراوح أعمارهم (من 12 سنة إلى 22سنة)، (أي مرحلة المراهقة)، ومستواهم التعليمي هو المرحلة الابتدائية و المتوسطة.

5-4- تعريف الأسرة :

هي النسق الذي ينتمي إليه المراهق الكفيف ويتبادل معه تفاعلاته الاجتماعية ويلبي حاجاته النفسية، الانفعالية، والاجتماعية.

5-5- تعريف الأصدقاء:

هم مجموعة الرفاق الذين يتواصل معهم المراهق الكفيف من نفس الفئة العمرية.

5-6- شخص مميز في حياة الفرد:

هو أقرب شخص للمراهق الكفيف سواء كان أحد أفراد الأسرة أو احد الأصدقاء أو احد منتسبي المدرسة (معلم، مراقب، أخصائي، ....الخ).

6 – الدراسات السابقة:

بمراجعة الدراسات السابقة العربية والأجنبية، لم تجد الباحثة دراسة عربية أو محلية – في حدود علم الباحثة – تناولت متغير المساندة الاجتماعية عند فئة المعاقين بصريا إلا دراسة أجنبية ربطته بمتغير آخر وهو تقدير الذات .ودراسة عربية تناولته كمتغير وسيطي، وفيما يلي عرض لهذه الدراسات:

6-1- الدراسات الأجنبية:

6-1-1- دراسة سفلج (Savage) (1986):

هدفت الدراسة إلى تفسير العلاقات بين نموذج الشخصية القوية التحمل وثلاثة مصادر للمساندة الاجتماعية (العائلة، الأصدقاء، اتحادات العمل) ومستويات الضغط وفقا لمتغيرات الأعراض الشخصية النفسية .ولتحقيق أهداف هذه الدراسة تم الاعتماد على مقياس مستوى الضغط، ومقياس قوة التحمل النفسي، ومقياس المساندة الاجتماعية (من الأهل والأصدقاء والعمل).وطبقت هذه الأدوات على عينة قوامها(280) من النساء المتخصصات في الأعمال الإدارية والملاك التدريسي في جامعة أريزونا في الولايات المتحدة .وأسفرت الدراسة عن أن المستويات العالية لكل من المساندة الاجتماعية والتحمل النفسي يمكن أن تكون متنبئات دالة لمستوى

الأعراض المرضية بصورة منفردة، وان دلالة هذه المستويات تكون أكثر عند تفاعلها، وان المساندة الاجتماعية المتمثلة بالعائلة والأصدقاء أفضل في التنبؤ من المساندة في العمل

وقد أظهرت النساء المتزوجات مستوى أدنى من الأعراض المرضية بالنسبة لغير المتزوجات . (كامل علوان الزبيدي، 2007، 62)

6-1-2- دراسة هور وآخرين "Huurre & al" (1999) :

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المساندة الاجتماعية وتقدير الذات وفقا لمتغيرات السن والإعاقة البصرية، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة تم الاعتماد على: استبيان تقدير الذات، ومقياس المساندة الاجتماعية .

وطبقت هذه الأدوات على عينة قوامها (66) فردا من المراهقين المعاقين بصريا، و(67) فردا من المبصرين وقد تراوحت أعمارهم مابين (13-16). وأسفرت الدراسة عن انخفاض تقدير الذات لدى المراهقين المعاقين بصريا مقارنة بأقرانهم من المبصرين، وان الآباء هم المصدر الرئيسي للمساندة الاجتماعية للمراهقين المعاقين بصريا، وان هناك ارتباطا ايجابيا بين المساندة الاجتماعية المقدمة من الآباء والأصدقاء وتقدير الذات لديهم .

(فتحي عبد الرحمان الضبع، 2008، 152)

6-1-3- دراسة "EDITH ST-JEAN-TRUDEL " (2009):

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية والقلق وفقا لمتغيرات الجنس والحالة النفسية، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة تم الاعتماد على :مقياس المساندة الاجتماعية، وقائمة سمة القلق وطبقت هذه الأدوات على عينة قوامها (1803) فردا منهم (1179) نساء و(624) رجال، وقد تراوحت أعمارهم من 15 سنة فما فوق .

وأسفرت الدراسة عن وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين أنواع المساندة الاجتماعية (الانفعالية، الفعلية، بالمعلومات) والتفاعلات الاجتماعية الايجابية تنبأ بمستوى مرتفع وأفضل نفسيا لدى النساء ذوي اضطراب القلق (القلق الاجتماعي، اضطراب الهلع، خواف المرتفعات)، وجود علاقة ارتباطيه سالبة بين أنواع المساندة الاجتماعية (الانفعالية، الفعلية، بالمعلومات) والتفاعلات الاجتماعية السلبية والحالة النفسية للأفراد ذوي اضطراب القلق، لاتوجد فروق في المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير الجنس.

6-2- الدراسات العربية:

6-2-1- دراسة أسماء السرسي وأماني عبد المقصود (2001):

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وبعض المتغيرات النفسية وفقا لمتغيرات : القلق، الاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية، وتقدير الذات، والدافع للانجاز.

ولتحقيق أهداف هذه الدراسة تم الاعتماد على : مقياس المساندة الاجتماعية، مقياس القلق الظاهر، اختبار الشعور بالوحدة النفسية مقياس الاكتئاب للصغار، مقياس تقدير الذات، اختبار الدافع للانجاز للأطفال والراشدين، وطبقت هذه الأدوات على عينة قوامها (100) طالب وطالبة بواقع (50) لأفراد كل جنس من طلاب الصف الأول الثانوي العام وتراوحت أعمارهم بين (14-15سنة).

وأسفرت الدراسة عن وجود علاقة ارتباطيه سالبة بين درجات الطلاب والطالبات على مقياس المساندة الاجتماعية ودرجاتهم على كل من مقياس القلق والشعور بالوحدة النفسية و الاكتئاب، وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين درجات الطلاب والطالبات على مقياس المساندة الاجتماعية ودرجاتهم على كل من مقياس الدافع للانجاز وتقدير الذات، وجود فروق دالة إحصائيا بين المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة في البعد الأول من مقياس المساندة الاجتماعية الخاص "بالمساندة من قبل النظراء "والمتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة في البعد الثاني من مقياس المساندة الاجتماعية الخاص "بالمساندة من قبل الأسرة لصالح المساندة من قبل النظراء، عدم وجود فروق بين متوسطات درجات الطلاب والطالبات على مقياس المساندة الاجتماعية ككل بأبعاده الثلاثة.

6-2-2- دراسة هويدة حنفي محمود (2007):

هدفت الدراسة إلى معرفة اثر المساندة الاجتماعية على الوعي بالذات وفقا لمتغيرات : الإعاقة البصرية، الجنس، الفرقة الدراسية. ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على : مقياس المساندة الاجتماعية من إعداد الباحثة، مقياس الوعي بالذات من إعداد محمود عبد الحليم منسي، وطبقت هذه الأدوات على عينة قوامها (304) طالب وطالبة منهم (105) طالب وطالبة من المكفوفين، (199) طالب وطالبة من المبصرين من طلاب جامعة الإسكندرية . وأسفرت الدراسة عن وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين درجات المساندة الاجتماعية والوعي بالذات لدى طلاب الجامعة من المكفوفين

والمبصرين، وجود فروق دالة إحصائيا في المساندة الاجتماعية بين المكفوفين والمبصرين لصالح الطلاب المكفوفين وكذلك في الجنس لصالح الطالبات، وأيضا في الفرقة الدراسية لصالح الفرقة الأولى، وجود فروق دالة إحصائيا في الوعي بالذات لصالح المبصرين، وفي الجنس لصالح الطالبات، وفي الفرقة الدراسية لصالح الفرقة الرابعة.

6-2-3- دراسة أسامة عادل محمود مصطفى (2013):

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية والتواصل الاجتماعي وفقا لمتغيرات : الجنس ودرجة السمع .ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على : مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي والثقافي، مقياس المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين سمعيا، مقياس التواصل الاجتماعي للأطفال المعاقين سمعيا .وطبقت هذه الأدوات على عينة قوامها (160) طفل معاق سمعيا بمدرستي الأمل للصم وضعاف السمع في مدينتي الزقازيق وبنها، تتراوح أعمارهم ما بين (9-12) سنة، بواقع (80) طفل وطفلة أصم و(80) طفل وطفلة ضعيف السمع . وأسفرت الدراسة عن وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين المساندة الاجتماعية المدركة والتواصل الاجتماعي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث من الأطفال المعاقين سمعيا لصالح الذكور في كل من المساندة الاجتماعية و التواصل الاجتماعي، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات ضعاف السمع والصم من الأطفال المعاقين سمعيا لصالح ضعاف السمع في كل من المساندة الاجتماعية (الأسرة والأصدقاء) و التواصل الاجتماعي.

6-3- الدراسات المحلية:

6-3-1- دراسة أحمد بن سعد ولبنى أحمان (2008):

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وأعراض ضغط ما بعد الصدمة وفقا لمتغيرات : الجنس، المهنة، الحالة الاجتماعية والعمر. ولتحقيق أهداف هذه الدراسة تم الاعتماد على مقياس كرب ما بعد الصدمة ل (دافيسون) ومقياس المساندة الاجتماعية لـ(السمادوني)، وطبقت هذه الأدوات على عينة قوامها (60) فردا من ضحايا فيضان غرداية لسنة 2008، وأسفرت الدراسة عن : وجود علاقة ارتباطيه سالبة بين المساندة الاجتماعية واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وان العزاب والإفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 30 و40 سنة أكثر عرضة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة من غيرهم، وان العاملين أكثر استفادة من المساندة الاجتماعية.

6-3-2- دراسة سعيد قارة (2009):

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج وفقا لمتغيرات – أبعاد المساندة – (من طرف العائلة، من طرف الطبيب، من طرف العائلة والطبيب معا) . ولتحقيق أهداف هذه الدراسة تم الاعتماد على : مقياس المساندة الاجتماعية و استبيان تقبل العلاج من إعداد الباحث، وطبقت هذه الأدوات على عينة قوامها (100) مريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي نساء و رجال بمستشفى الزهراوي بالمسيلة والعيادات الخاصة بأمراض القلب والشرايين، وأسفرت الدراسة عن وجود علاقة

دالة إحصائيا بين درجة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي وبين درجة تقبله للعلاج.

6-3-3- دراسة شهرزاد نوار (2013):

هدفت الدراسة إلى معرفة دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي تبعا لمتغيرات :الجنس ومدة المرض . ولتحقيق أهداف هذه الدراسة تم الاعتماد على مقياس المساندة الاجتماعية "لسارا زون"، استبيان السلوك الصحي واستبيان الألم العضوي، وطبقت هذه الأدوات على عينة قوامها (123) مريض مصاب بمرض السكري من الجنسين (83) إناث و(40) ذكور وتتوزع مدة المرض لديهم بـ (أقل من 5 سنوات، من5 إلى 10 سنوات، وأكثر من 10 سنوات)، وتتراوح أعمارهم ما بين (20-55 سنة)، بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف.

وأسفرت الدراسة على أن للمساندة الاجتماعية دور في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى المرضى، وكانت الفروق واضحة في المساندة الاجتماعية بين الجنسين، ولا توجد الفروق حسب مدة المرض، و توجد فروق في السلوك الصحي والألم العضوي تبعا لمتغيري الجنس ومدة المرض.

تعليق على الدراسات السابقة:

من خلال استعراضنا للدراسات السابقة لاحظنا وجود نقاط تشابه ونقاط اختلاف مع دراستنا الحالية، وفيما يلي نستعرض أهم نقاط التشابه ونقاط الاختلاف:

من حيث المنهج المستخدم:

إن دراستنا الحالية قد تشابهت مع الدراسات السابقة من حيث المنهج المستخدم، وهو المنهج الوصفي لملائمته أهداف البحث.

من حيث الأدوات المستخدمة :

فقد تشابهت دراستنا مع جميع الدراسات السابقة في استخدام مقياس المساندة الاجتماعية غير أنها اختلفت في الأبعاد في بعضها كدراسة" سفلج" (1986) ودراسة" جون تري دال "(2009) ودراسة "سعيد قارة " (2009) ودراسة "شهرزاد نوار" (2013) . كما أنها اختلفت مع الدراسات السابقة التي استخدمت مقاييس أخرى بالإضافة إلى مقياس المساندة الاجتماعية، لأن هذه الأخيرة ربطت متغير المساندة الاجتماعية بمتغيرات أخرى.

من حيث العينة :

تتفق دراستنا مع دراسة " هور وآخرين " (1999) في تناول نفس العينة وهي عينة المراهقين المعاقين بصريا، ودراسة "هويدة حنفي محمود " (2007)، بينما اختلفت مع بقية الدراسات السابقة في تناول نفس العينة .

من حيث الأساليب الإحصائية المستخدمة :

لقد تنوعت الأساليب الإحصائية المتبعة في هذه الدراسات طبقا لتنوع الهدف منها، ومن أكثر الأساليب الإحصائية شيوعا في هذه الدراسات : حساب المتوسطات الحسابية،

الانحرافات المعيارية، معاملات الارتباط، تحليل التباين، اختبار "ت"، باستخدام (حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS).

وبالتالي فان هذه الدراسة تنفرد عن الدراسات السابقة في أمرين:

الأول : فحص تأثير المساندة الاجتماعية كعامل ايجابي مخفف لآثار الإعاقة البصرية لدى المراهق المكفوف.

الثاني: مكان الإقامة حيث أجريت الدراسة الحالية على طلبة مدرسة المعاقين بصريا بالمسيلة، مدرسة المعاقين بصريا ببرج بوعريريج، ومدرسة المعاقين بصريا بسطيف، والتي لم تحظ بدراسات سابقة في نفس الموضوع.

وقد استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في صياغة فرضيات وأهداف واستخدام أدوات البحث، وتحليل النتائج وتفسيرها.

الفصل الثاني

المساندة الاجتماعية.

تمهيد

أولا: مفهوم المساندة الاجتماعية وأهميتها

1- مفهوم المساندة الاجتماعية.

2- مصادر المساندة الاجتماعية.

3- أنواع المساندة الاجتماعية.

4- أهمية المساندة الاجتماعية.

ثانيا: النماذج والنظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية.

1- النماذج الرئيسية لتفسير دور المساندة الاجتماعية.

2- النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية.

3- المساندة الاجتماعية في الإسلام.

4- المساندة الاجتماعية والمكفوف.(المعاق بصريا).

خلاصة.

تمهيد:

تعتبر المساندة الاجتماعية من السلوكيات المعبرة عن الدعم المعنوي والمادي الذي يقدم للأفراد من طرف الآخرين سواء داخل الأسرة أو في المجتمع من طرف جماعات الرفاق والأصدقاء، إذ تلعب دورا هاما في المحافظة على وجود الفرد ونموه الشخصي وتحقيق التوافق الايجابي النفسي والاجتماعي، والتغلب على أعباء الحياة اليومية من خلال التفاعل المتبادل في شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد.

أولا: مفهوم المساندة الاجتماعية وأهميتها:

1- مفهوم المساندة الاجتماعية:

تعرف المساندة الاجتماعية "بأنها الحصول على المعلومات من الأشخاص الذين يشعر الفرد نحوهم بالحب والاهتمام، والاحترام، والتقدير، ويشكلون جزءا من دائرة علاقاته الاجتماعية، ويرتبط معهم بمجموعة من الالتزامات المتبادلة، مثل: الوالدين، شريك الحياة، والأقرباء الآخرين، والأصدقاء والذين يرتبط معهم بعلاقات اجتماعية ومجتمعية (كالنوادي ...الخ) . (شيلي تايلور، 2008، 445)

وعرف موس"Moss" (1973): المساندة على أنها "الشعور الذاتي بالانتماء والقبول والحب والشعور بأن الأفراد محتاجون إليه لشخصه وليس من أجل ما يستطيع أن يفعله).

ويعرف لوزارس وفولكمان"Lazarus & Folkman(1989):المساندة الاجتماعية على أنها "مواجهة للمصادر التي تؤثر في المواقف التي تدرك كضغوط".

كما يعرفها كابلان"Caplan" : "بأنها النظام الذي يتضمن مجموعة من الروابط والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين تتسم بأنها طويلة المدى، ويمكن الاعتماد عليها، والثقة بها وقت إحساس الفرد بالحاجة إليها لتمده بالسند العاطفي".

(شيماء أحمد محمد الديداموني، 2009 ، 10)

ويعرفها جونسون وسارا سون"Jhonsons § sarason": بأنها "إحساس الفرد بالقيمة، وتقدير الذات، والاحترام من خلال السند العاطفي الذي يستمده من الآخرين وقت الحاجة إليهم".

ويعرفها"Brownell" (1984): بأنها " تبادل بين شخصين يهدف إلى تحسين نوعية الحياة لأحدهما" . (رمضان زعطوط ، 2005 ، 37)

ويعرفها "محمد الشناوي"و"محمد عبد الرحمان"(1994)على أنها "وجود عدد كافي من الأشخاص في حياة الفرد يمكنه الرجوع إليهم عند الحاجة، وأن يكون لدى هذا الفرد درجة من الرضا عن هذه المساندة المتاحة له".

(أسماء السرسي وأماني عبد المقصود، 2001 ، 6)

تعرف "بأنها وجود أو توفر الأشخاص الذين يمكن للفرد أن يثق فيهم، وهم الذين يتركون لديه انطباعا بأنهم في وسعهم أن يعتنوا به، وأنهم يقدرونه ويحبونه".

(عبير بنت محمد حسين الصبان، 2003 ، 18)

كما يعرفها كل من "شعبان جاب الله"و"عادل محمد"(2001) بأنها "مقدار ما يتلقاه الفرد من دعم وجداني، ومعرفي، وسلوكي، ومادي من خلال الآخرين في بيئته الاجتماعية" . (شيماء أحمد محمد الديداموني،2009 ، 12)

ولقد اتفق في تعريفها كل من كوهين"Cohen"وسيم"syme" وسكتر"schetter" وساراسون"Sarason" : بأنها " تفاعل الفرد في علاقاته مع الآخرين"

(بندر محمد حسن الزيادي العتيبي، 2008 ، 41)

ويرى باريرا "Barrera" أن هناك ثلاثة معاني أو مفاهيم للمساندة الاجتماعية هي:

1- الغمر الاجتماعي: وفقا لهذا المفهوم فإن المساندة الاجتماعية تشير إلى العلاقات أو الروابط الاجتماعية التي يقيمها الأفراد مع الآخرين ذوي الأهمية في بيئتهم الاجتماعية.

2- المساندة الاجتماعية المدركة: ينظر إلى المساندة الاجتماعية وفقا لهذا المعنى باعتبارها تقويما معرفيا للعلاقات الثابتة مع الآخرين.

3-المساندة الفعلية: ويشير هذا المفهوم إلى المساندة الاجتماعية باعتبارها تلك الأفعال التي يؤديها الآخرون بهدف مساعدة شخص معين".

(بندر بن محمد حسن الزيادي العتيبي، 2008 ، 43)

ويفيد السرسي وعبد المقصود إلى أن المساندة الاجتماعية تتمثل في الدعم الانفعالي والمادي والأدائي الذي يتلقاه الفرد من قبل الآخرين المحيطين به، والأسرة

والأصدقاء والجيران وزملاء العمل أو المدرسة ومدى قدرة الفرد على تقبل وإدراك هذا الدعم . (محمد محمد محمد عودة، 2010 ، 50)

من خلال التعاريف السابقة نرى أنها تتفق فيما بينها بالتالي:

1-أن المساندة الاجتماعية شكل من أشكال التفاعل الاجتماعي بين الفرد والآخرين.

2-أن المساندة الاجتماعية تعبر عن شعور الفرد بالانتماء والقبول والحب وتقدير الذات والاحترام من قبل الآخرين.

3-أن المساندة الاجتماعية تعبر عن سلوكيات معينة تشير إلى الاهتمام الجدي والرغبة في تقديم المساعدة.

4-أن المساندة الاجتماعية تشير إلى مستوى الرضا عن هذه المساعدات.

5-أن المساندة الاجتماعية تقدم من قبل أفراد وجماعات وتقدم إلى أفراد أو جماعات.

6-أن المساندة الاجتماعية تقدم في وقت الأزمات والمواقف الضاغطة لتعيد ثقة الفرد بنفسه وتعزيز هذه الثقة.

فالمساندة الاجتماعية تتعلق بإدراك الفرد لمدى تفاعله مع شبكاته الاجتماعية من أفراد وجماعات يقدمون له الدعم المعنوي والمادي والعاطفي عند حاجته إليه ومدى تقبله لهذا الدعم ورضاه عنه.

2- مصادر المساندة الاجتماعية:

تختلف مصادر المساندة الاجتماعية باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد إذ أنه في مرحلة الطفولة تكون المساندة متمثلة في الأسرة (الأم والأب والأشقاء) وفي مرحلة المراهقة تتمثل في جماعات الرفاق والأسرة وأما في مرحلة الرشد تتمثل في الزوج أو الزوجة وعلاقات العمل والأبناء.

وتأتي المساندة الاجتماعية من مصدرين رئيسيين هما:

أ- **الأسرة:** التي تقلل من تأثير عدم القناعة بالعمل وتساعد على التكيف مع طبيعته ويتم عن طريقها تعزيز مصادر الاقتناع الأخرى من خلال الانجازات التي يسهم بها الفرد خارج موقف العمل، و هذه يمكن أن تعوض المشاعر السالبة التي يشعر بها الفرد في عمله وتعزز احترام الذات لديه والقبول والشعور بالقيمة.

ب- العمل: الذي يقلل من تأثير الضغوط النفسية إذ أن التماسك في جماعة العمل وارتفاع درجة التفاعل الايجابي والمودة بين العمال وبين القيادة يؤدي إلى انخفاض تأثير الضغوط عليهم والى التمتع بالصحة النفسية السليمة.

(عبير بنت محمد حسن الصبان، 2003 ، 26)

3-أنواع المساندة الاجتماعية:

يشير هاوس(house.1981) إلى أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تأخذ عدة أنواع هي:

3-1- المساندة الانفعالية "Le Soutien émotif":

وتشمل كافة أنواع الرعاية الانفعالية التي يتلقاها الشخص (أو يتوقع أن يتلقاها) من الآخرين، والتي تشمل على : الرعاية والثقة والقبول والتعاطف والمعاضدة.

3-2-المساندة الأدائية "le soutien instrumental":

والتي تشمل المساندة التي يتلقاها الشخص (أو يتوقع أن يتلقاها) من الآخرين من خلال إلحاقه بعمل (يتناسب وإمكانياته) وكذلك مساندته بالمال.

3-3-المساندة بالمعلومات "le soutien informatif" :

والتي تشمل المساندة التي يتلقاها (أو يتوقع أن يتلقاها) من الآخرين من خلال النصائح والمعلومات الجديدة المفيدة، وتعليم مهارة وحل مشكلة وإعطاء (معلومات) يمكن أن تساعد في عبور موقف أو أزمة ضاغطة.

3-4-مساندة الأصدقاء:

وهي تلك المساندة التي يتلقاها (أو يتوقع أن يتلقاها) من خلال ما يقدمه الأصدقاء بعضهم لبعض حين يمر احدهم بموقف ضاغط أو شدة.

ويضيف بعض الباحثين إلى ما سبق، المساندة النفسية أو المساندة بالتقدير، أي إدراك الفرد أنه موضع رعاية وتقدير من قبل الآخرين، ذلك لأن المساندة المادية "physical" ويقصد بها المساعدة على أعباء الحياة اليومية.

أمـا الثـاني فهـو المـساندة النفـسية "psychial" وتـشمل التـصديق علـى الآراء الشخصية وتأكيد صحتها ودعم الثقة بالنفس، ويشير (داك) إلى أهمية نوعي المساندة الاجتماعية وحاجة الأشخاص إليها، وإن كانت الحاجة إلى كل منهما تتفاوت من ظرف إلى آخر، ومن علاقة معينة إلى أخرى . (محمد حسن غانم، 2007 ، 179-180)

ويرى"(cutrona et russel 1990" أن المساندة الاجتماعية تتضمن5 أنواع وهي:

- **المساندة الانفعالية** "**le soutien émotif**" : التي تترجم التكامل الاجتماعي للفرد الذي يشعر بالمحبة في القيام بدوره في جو تميزه الثقة والألفة.
- **المساندة الأدائية** "**le soutien instrumental**": هي مساعدة ملموسة مادية مالية.
- **المساندة بالمعلومات** "**le soutien informatif**": تسمح بحل المشاكل أو الصراعات من خلال التحاليل وإعطاء النصائح .
- **المساندة التقويمية** "**le soutien de valorisation**": وهي ترتكز على معرفة القيمة.
- **المساعدة المجتمعية** "**le soutien de socialisation**": تعمل كمرجع للأنشطة المسلية ، بفتح اتصالات اجتماعية جديدة . (caroline cintas et al, 2011,5)

ومنه يمكن القول أن للمساندة الاجتماعية أنواعا متعددة تقدم بحسب ما يحتاجه الفرد ويتلاءم ووضعيته وظروفه الخاصة .

4- أهمية المساندة الاجتماعية

يشير برهام "breham" إلى أن المساندة الاجتماعية تقوم بدور هام في :

- حماية الشخص لذاته وزيادة الإحساس بفعاليته.
- الشفاء من الاضطرابات النفسية والعقلية .
- كما تسهم في التوافق الإيجابي والنمو الشخصي للفرد، بل تجعل الشخص أقل تأثيرا في تلقيه أي ضغوط .
- المحافظة على وجود الفرد في رضا عن علاقاته بالآخرين واستمرار اعتقاده في كفاية وكفاءة وقوة المساندة. (محمد حسن غانم ، 2007 ، 180-181).
- فالمساندة الاجتماعية تؤثر بطريقة مباشرة على سعادة الفرد .
- المساندة الاجتماعية تزيد في قدرة الفرد على المقاومة والتغلب على الاحباطات، وحل المشكلات بطريقة جيدة .
- المساندة الاجتماعية تساعد الفرد على تحمل المسؤولية، وتبرز الصفات القيادية له.
- تخفف مع وقع الصدمات النفسية، وتخفف من أعراض القلق والاكتئاب .
- تزيد من شعور الفرد بالرضا عن ذاته، وعن حياته مما يتسنى له تقدير ذاته لاحقا. (محمد محمد محمد، 2010، 52)

ومن هنا تظهر أهمية المساندة الاجتماعية إذ تلعب دورا هاما في الحفاظ على الصحة النفسية للفرد وتحقق السعادة وتعمل على تخفيف وقع الصدمات النفسية والاضطرابات النفسية المختلفة، وتساهم بشكل فعال في تنمية العلاقات مع الآخرين وتحقيق التوافق النفسي للفرد.

ثانيا: النماذج والنظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية.

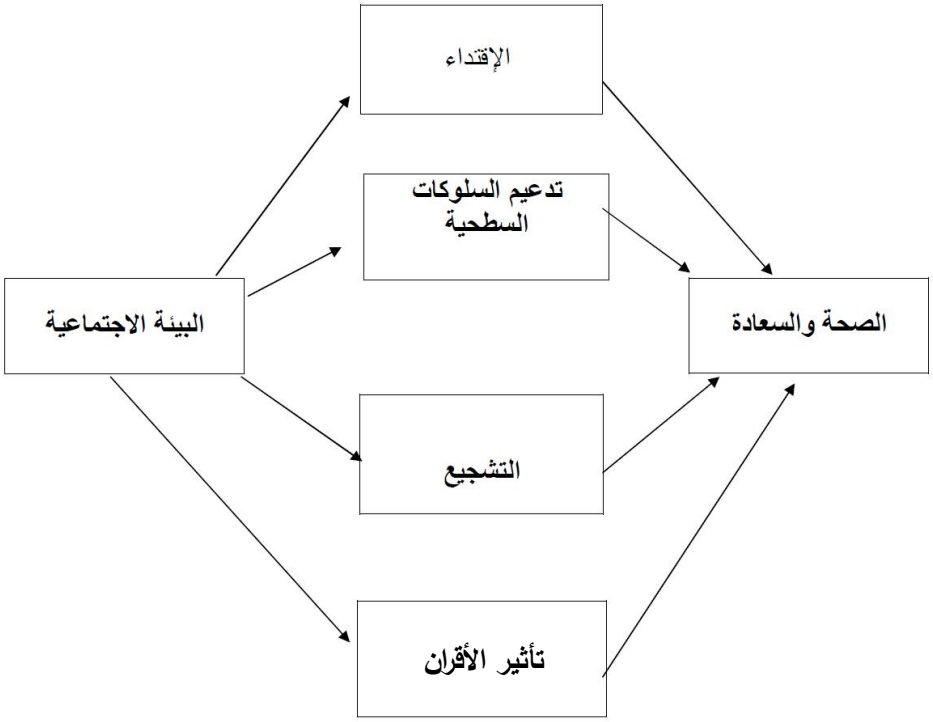
1-النماذج الرئيسية لتفسير دور المساندة الاجتماعية:

حسب "Kaplan" فإن هناك نموذجين يفسران تأثير المساندة الاجتماعية على الصحة النفسية والبدنية للفرد، وهي كالتالي:

1-1- نموذج الآثار الرئيسية للمساندة:

يقوم هذا النموذج على مسلمة مفادها أن المساندة الاجتماعية ذات تأثير إيجابي على الصحة النفسية والبدنية للفرد، وذلك بغض النظر عما إذا كان يتعرض لأحداث ضاغطة أم لا، وقد أشتق هذا النموذج أدلته من خلال التحليلات الإحصائية التي أظهرت وجود تأثير للتفاعل بين الأحداث الضاغطة والمساندة، مما دعا البعض إلى أن يطلق عليه نموذج الآثار الرئيسية.

شكل رقم (1): نموذج الآثار الرئيسية للمساندة

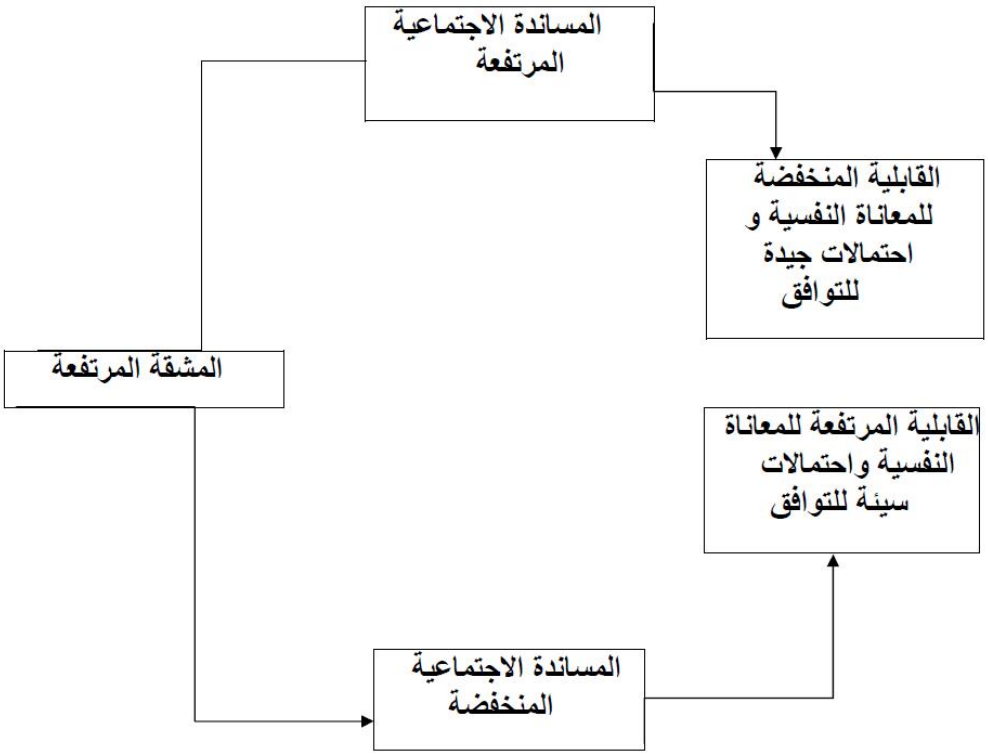


ويشير المخطط السابق (شكل2) إلى أن البيئة الاجتماعية تؤثر على نواتج الصحة من خلال مجموعة متنوعة من العمليات تشمل الإقتداء والتشجيع وتأثير الأقران.

1-2- نموذج الوقاية من تأثير الأحداث الضاغطة:

يفترض هذا النموذج أن الأحداث الضاغطة التي يتعرض لها الأفراد في حياتهم اليومية ذات تأثير سلبي على صحتهم النفسية والبدنية، وأن العلاقات الاجتماعية المساندة تقي الفرد، وتحول دون حدوث هذه التأثيرات السلبية للمشقة عليه، ومن ثم فإن المساندة الاجتماعية وفقا لهذا النموذج، ترتبط بالصحة لدى الأفراد الذين يتعرضون لأحداث ضاغطة.

شكل رقم (2) نموذج الوقاية من المشقة



ويشير الشكل السابق (شكل3) إلى أن المشقة المرتفعة تمارس دورها في أحداث المرض في ظل الدرجة المنخفضة من المساندة الاجتماعية فقط، أما في ظل الدرجة المرتفعة من المساندة الاجتماعية، فإن تأثيرها يتبدد أو يتوقف.

(مروان عبد الله دياب، 2006، 60-62)

2- النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية:

يأتي التفسير المحتمل لميكانيزم المساندة الاجتماعية من نظرية بولبي"Bowbly" لسلوك التعلق، وافتراض "بولبي" أن الأفراد الذين يقيمون علاقات وروابط تعلق صحية مع الآخرين يكونوا أكثر أمنا اعتمادا على أنفسهم من أولئك الذين يفقدون مثل هذه الروابط،

وحينما تعاق قدرة الفرد على إقامة علاقات وروابط صحية مع الآخرين يصبح الفرد عرضة للعديد من المخاطر والأضرار البيئية التي تؤدي لعزله عن الآخرين.

ولقد حدد كل من بيريس"Pierce" وساراسون"Sarason"، خمسة اتجاهات نظرية بارزة لدراسة المساندة الاجتماعية وتفسيرها هي:

2-1- النظرية البنائية"The Structural Theory":

يشير كابلان وآخرون (1993) إلى أن علماء المدرسة البنائية ركزوا على تدعيم بناء شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد لزيادة حجمها، وتعدد مصادرها، وتوسيع مجالاتها لتوظيفها في خدمة الفرد، ولمساندته في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، ووقايته من أي آثار نفسية سلبية يواجهها في البيئة المحيطة.

ويرى دوك وسليفر"Duch & sliver" أن الاتجاه البنائي في دراسته للمساندة الاجتماعية يقوم على افتراض أن الخصائص الكمية لشبكة المساندة تؤثر على التفاعلات المتبادلة بين الأفراد، وعلى عمليات التوافق مع أحداث الحياة الضاغطة، كما تلعب دورا حيويا في تدعيم المواجهة الفعالة للأحداث الضاغطة دون أي آثار سلبية على الصحة النفسية لمتلقي المساندة.

ويشير علي عبد السلام إلى أن هذه النظرية تتسم ببعض العيوب تتمثل في:

- إهمالها لدراسة شبكات التفاعلات الاجتماعية الكبيرة التي تحيط بالمجتمعات الكبيرة.

- لم تصل هذه النظرية في دراستها لأبعاد المساندة الاجتماعية إلى نتائج صادقة.

2-2-النظرية الوظيفية"The Functional Theory":

يشكل كل من دوك وسليفر"Duch & Silver" إلى أن المساندة الاجتماعية هي تلك المعلومات التي تؤدي لاعتقاد الفرد بأنه محبوب من المحيطين به، وأنه محاط بالرعاية من الآخرين وبالانتماء إلى شبكة العلاقات الاجتماعية في البيئة المحيطة، ويحس بالتقدير والاحترام من مصادر المساندة الاجتماعية القريبة منه، ويحس أيضا بواجباته والتزاماته الاجتماعية مع المحيطين به.

ولقد وجه الباحثان بعض الانتقادات إلى النظرية الوظيفية من أهمها:

- فشل الباحثين في تحديد أي أنواع المساندة الاجتماعية يكون مفيدا للأفراد الذين يمرون بأحداث ضاغطة.
- لم يصل علماء هذه النظرية إلى تحديد أنواع ومصادر المساندة، وملائمتها للمواقف الضاغطة وأيضا تقديمها في الأوقات التي يحتاج إليها المتلقي حتى لا تمثل عبئا عليه، أو تسبب له الكثير من المشكلات النفسية.
- لم يدرج علماء هذه النظرية مفهوم "المدلول الشخصي" الذي يقوم على تفسير الفرد لأفعال واستجابات المساندة الاجتماعية لمعرفة قدرة الفرد على التوافق مع أحداث الحياة الضاغطة، وأساليب مواجهة هذه الأحداث لتخفيف الآثار النفسية السلبية لها.

2-3- نظرية التبادل الاجتماعي "Social Exchange Theary":

يرى ايلنور"Eleanor" أن هذه النظرية تتسم باتجاهها النظري الذي ينبئ بامتداد شبكة العلاقات الاجتماعية لضعف مستويات الصحة، وعادة ما يكون تقديم المساعدات المادية، والنفسية، والأدائية متداخلة في العلاقات التبادلية بين الأفراد، ولكن الوصول إلى إيجاد التوازن في تلك العلاقات أمر يتسم بالصعوبة، خاصة عندما تزداد حاجة المتلقي إلى المساعدة.

2-4-نظرية المقارنة الاجتماعية"Social Comparison Theory":

يشير" حسين علي فايد" نقلا عن بيونك وآخرون"Bunnk" أنه وفقا لوجهة نظر هذه النظرية أن الأشخاص قد يفضلون أحيانا الاندماج مع الآخرين الذين يتساوون معهم، أو يفضلونهم، حيث أن هذا النمط من الاندماج يقدم لهم تفاعلات سارة، ومعلومات ضرورية تعمل على تحسين موقفهم في البيئة المحيطة بهم.

(حنان مجدي صالح سليمان، 2009، 9-10)

2-5- النظرية الكلية"The General Theory":

يشير كل من "Duck & Silver" إلى أن هذه النظرية تؤكدها حاجة الفرد إلى المساندة الاجتماعية خاصة في المواقف الصعبة التي يمكن أن يمر بها الفرد، وتركز أيضا على الخصائص الشخصية التي يمكن أن تؤثر في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد، والخاضعة للمواقف الاجتماعية التي يواجهها الفرد في حياته اليومية.

والنظرية الكلية تهتم أيضا بقياس الإدراك الكلي لمصادر المساندة الاجتماعية المتاحة للفرد ودرجة رضاه عن هذه المصادر، وهذا الإدراك الكلي لمصادر المساندة الاجتماعية يشكل الأساس النظري لعدد من مقاييس المساندة الاجتماعية أهمها مقياس إدراك المساندة الاجتماعية من الأسرة والأصدقاء لكل من بروسيدنيو"Proocidano"، وهيلر(1983)Heller"، ويرى ساراسون وآخرون أن الميزة الهامة لهذه المقاييس والخاصة بالمساندة المدركة تركز على الشعور بالقبول، والتقدير من الآخرين، وتقدم أيضا الأفعال المتعددة للمساندة الاجتماعية.(حنان مجدي صالح سليمان 2009 ، 10)

نرى بأن هذه النظريات قد اختلفت في تفسيرها للمساندة الاجتماعية حسب اتجاهات المنظرين، حيث نجد أن "النظرية البنائية" قد ركزت على شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد وبناءها وتأثيرها على التفاعلات المتبادلة بين الأفراد وعلى توافقهم مع أحداث الحياة الضاغطة.

بينما ركزت "النظرية الوظيفية" على اعتماد الفرد فيما يقدم له من رعاية واحترام وتقدير من قبل الآخرين المحيطين به غير أنها لم توضح مصادر وأنواع المساندة المقدمة للفرد.

بينما نظرية "التبادل الاجتماعي" فقد ركزت على العلاقات التبادلية بين الأفراد وتداخل المساعدات المادية، والنفسية، والأدائية وصعوبة إيجاد التوازن في تلك العلاقات.

وترى نظرية "المقارنة الاجتماعية" باندماج الأشخاص مع الآخرين الذين يفضلونهم وتفاعلهم معهم لتحسين مواقفهم في البيئة المحيطة بهم.

أما "النظرية الكلية" فقد اهتمت بحاجة الفرد إلى المساندة الاجتماعية خاصة في المواقف الصعبة التي يواجهها في حياته اليومية كما ركزت على الإدراك الكلي لمصادر المساندة الاجتماعية كالأسرة والأصدقاء، ودرجة رضا الفرد عن هذه المصادر.

وهذه النظريات كلها ركزت على شبكة العلاقات الاجتماعية والتفاعلات المتبادلة بين الأفراد في إدراك المساندة.

3- المساندة الاجتماعية في الإسلام:

الإسلام هو الدين الذي ارتضاه الله للناس كافة، فهو دين الرحمة والتعاون والمودة والتكافل، ويحث على البر والتقوى وعدم التعاون على الإثم والعدوان وهذا يدخل في المساندة الاجتماعية حيث يقول الله تعالى: ﴿وَتَعَاوَنُواْ عَلَى الْبرِّ وَالتَّقْوَى وَلاَ تَعَاوَنُواْ عَلَى الإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ﴾ [المائدة: 2]

وكذلك فإن الإسلام يدعو إلى التراحم، وتبادل المنافع، والدعوة إلى الخير، والأمر بالمعروف، والنهي عن المنكر فيقول بذلك جل من قائل : ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُم مِّن ذَكَرٍ وَأُنثَى وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوباً وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِندَ اللَّهِ أَتْقَاكُمْ﴾[الحجرات:13].

وفي حادثة الهجرة كانت أكبر دروس المساندة الاجتماعية، حيث تجلت المساواة والمؤازرة والمساندة بين المهاجر والأنصاري لصحبة رسول الله (ص) من المهاجرين، والمساواة بين المهاجر والأنصاري وموقف الأنصار من المهاجرين، ولقد شبه الرسول (ص) المسلمين في توادهم وتراحمهم بالجسد الواحد، حيث يقول :"مثل المؤمنين في توادهم و تراحمهم وتعاطفهم كمثل الجسد الواحد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى" (متفق عليه).

وتمثلت الرحمة بين المسلمين في قوله تعالى : ﴿مُّحَمَّدٌ رَّسُولُ اللَّهِ وَالَّذِينَ مَعَهُ أَشِدَّاءُ عَلَى الْكُفَّارِ رُحَمَاءُ بَيْنَهُمْ﴾ [الفتح:29].

ويلزم الإسلام أبناءه بواجبات اجتماعية يفيد بعضها البعض إما في اتصال مباشر أو اتصال غير مباشر.

وتجلت تلك الواجبات بالزكاة حيث أنها ركن من أركان الإسلام وهي محددة مقدارا ومصارف حيث أنها تزيل الحواجز التي يضعها المال وتزيل مشاعر الحقد أو الصراعات الطبقية فيقول تعالى : ﴿فَأَقِيمُوا الصَّلَاةَ وَآتُوا الزَّكَاةَ ﴾[الحج:78]، ويقول:﴿ وَالَّذِينَ فِي أَمْوَالِهِمْ حَقٌّ مَّعْلُومٌ ﴾ [المعارج:24] . (محمد محمد محمد عودة، 2010، 62-63)

4- المساندة الاجتماعية والمكفوف (المعاق بصريا) :

عندما يملك المعوق بصريا القدرة على عقد صلات اجتماعية راضية ومرضية مع من يعاشرونه ويعملون معه، ودون أن يشعر برغبة ملحة في استدرار عطفهم عليه، أو طلب المعونة منهم باستمرار يمكن القول بأنه فرد متكيف اجتماعيا، وبالتالي يكون اقدر على ضبط نفسه في الموقف الذي يثير الانفعال لديه، فلا يثور ولا يتهور لأسباب تافهة، ولا يعبر عن انفعالاته بصورة طفيلية فجة، هذا إلى جانب قدرته على معاملة الناس بصورة واقعية لا تتأثر بما تصوره له أفكاره و أوهامه منهم.

فالمعوق بصريا يواجه العديد من الصعوبات نتيجة القيود الناجمة عن إعاقته، وتكيف المقربين منه إزاء عاهته ونتائجها، ومساندة المعوقين بصريا تقوم على تنمية مهاراتهم الاجتماعية، وعلى اكتساب الثقة بأنفسهم وفي غيرهم من البشر لكي يتمكنوا من التخلص من الشعور بالنقص تجاه ذاتهم ونحو الآخرين. (ماجدة موسى، 2010، 422)

وتتسم المواقف الاجتماعية للمعاق بصريا باضطراب العلاقات سواء التكيف مع أسرته، أو في أدائه لدوره الاجتماعي، مما ينجم عنه سوء التكيف مع البيئة الاجتماعية خصوصا في مرحلة المراهقة، إذ تلعب الاستعدادات الفطرية لدى المراهق الكفيف وتوزيع الأدوار بين الجنسين دورا كبيرا في عملية التكيف الاجتماعي فقد أوضحت سومرز "sommes " في دراستها لشخصية الكفيف سنة (1975)، أن الكفيفة تفوق الكفيف في القدرة على التكيف.

4-1- العلاقة مع الأسرة:

إذا كان التوازن هو المستوى الأمثل للعلاقات الأسرية الايجابية التي تتميز بالتساند والتكامل والاستمرار، فإن إعاقة المراهق الكفيف وافتقاده لأداء دوره تمثل مصدرا للاضطراب، وعبئا على أداء الآخرين، وبالتالي يمثل إعاقة لأسرته.

وقد انتهت بومان"Bauman" في دراستها التي تناولت "تكيف المكفوف في الأسرة" إلى نتيجة مؤداها: أن تقبل الأسرة لابنها الكفيف، وتوفير الظروف والمناخ التربوي السليم الذي يتحاشى كلا من الحماية الزائدة التي تحد من نشاطه وحريته، أو الإهمال واللامبالاة، فإنها تسهم ايجابيا في تكيفه النفسي والاجتماعي، وتعمل على بث الثقة في نفسه، وتتيح له فرص التعليم والتأهيل المهني . (خالد فارس، 2004، 35-36)

4-2- العلاقة مع المجتمع:

تحد الإعاقة البصرية من تطور المراهق الكفيف، وتنعكس بقوة نامية على نشاطه، وتؤثر على قدرته ومسايرة قيم ومعايير المجتمع والانضباط لأموره ونواهيه مما يؤثر سلبا على الحصول على مبادئ السيرة المرتكزة على المحاكاة والاقتداء النظري التي تلعب دورا مهما في نموه خصوصا فيما يتعلق بحديثه وهيئته وسلوكه ....الخ، غير أن الإعاقة ليست المصدر الوحيد لسوء التكيف.فقد أكدت أغلب الدراسات والأبحاث التي أجريت على المراهق الكفيف أن سوء تكيفه واضطراباته الانفعالية ترتبط بعوامل اجتماعية، ممثلة

في اتجاهات الآخرين نحوه وخاصة باتجاهات الآباء والأمهات، أكثر من ارتباطها بشكل مباشر بالإعاقة.

ويرى كتسفورت "cutforth" أن العمى وحده لا يمكن أن يفسر العجز الجسمي والاجتماعي والاقتصادي الذي يوجد لدى الكفيف، بل أن العجز والقصور ناشئان عن صلة الكفيف بالمجتمع ومواقفه منه".

4-3- العلاقة مع الجماعة:

تتميز فترة المراهقة بتبلور الوعي الاجتماعي المتمثل في الزيادة الواضحة المتصلة بالحاجة الملحة للانتماء إلى الجماعة، باعتبارها بديلا عن المجتمع الأسروي الذي لا يلبي مطالب المراهق ولا يعترف برجولته، وباعتبارها مجالا مناسبا لإشباع حاجات النمو الاجتماعي القائم على تبادل الأدوار وتحقيق الذات، غير أن المراهق الكفيف لا يقوى على مجاراة نمط ونظام جماعة المبصرين، فيشعر بعدم المساواة مع زملائه وعدم شعور هؤلاء بكفاءته لهم، مما ينمي لديه الاتجاهات السلبية ويؤدي به إلى الانسحاب من الجماعة والتقوقع على نفسه . (خالد فارس، 2004، 36-38)

خلاصة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى مفهوم المساندة الاجتماعية التي تتعلق بإدراك الفرد لمدى تفاعله مع شبكة العلاقات الاجتماعية من أفراد وجماعات الذين يقدمون له الدعم المعنوي والمادي عند حاجته إليه ومدى رضاه عنه، وتتعدد هذه المساندة إلى مساندة انفعالية، وأدائية، ومساندة بالمعلومات ومساندة الأصدقاء.

وتعكس المساندة الاجتماعية أهمية بالغة كونها تساعد الفرد على تحمل المسؤولية وتخفف من وقع الصدمات النفسية على الفرد وتزيد من شعوره بالرضا عن ذاته وتسهم في توافقه النفسي الايجابي وتحقيق السعادة .

وقد ركزت النظريات في تفسير المساندة الاجتماعية على شبكة العلاقات الاجتماعية والتفاعلات المتبادلة للفرد، كما تتجلى مظاهر المساندة الاجتماعية في الإسلام من خلال المساواة والمؤازرة والتعاون والتكافل.

وبالتالي فالمكفوف هو بأمس الحاجة إلى المساندة الاجتماعية والرعاية الخاصة من قبل الأهل والأصدقاء وزملاء الدراسة.

الفصل الثالث

المراهقة

تمهيد

أولا- مفهوم المراهقة وخصائصها

1- مفهوم المراهقة

2- مراحل المراهقة

3- أنماط المراهقة

4- الاتجاهات المفسرة لسيكولوجية المراهقة

ثانيا - سيكولوجية المراهق الكفيف

1- مفهوم الإعاقة البصرية " كف البصر "

2- أسباب الإعاقة البصرية

3- خصائص النمو لدى المراهق الكفيف

4- حاجات المراهق الكفيف

خلاصة

تمهيد :

تعتبر المراهقة من أهم المراحل وأخطرها في صيرورة نمو الفرد بما تتضمنه من تغيرات جسمية، نفسية، عقلية، انفعالية واجتماعية والتي تعبر عن شخصية المراهق.

وبما تتضمنه من تحولات بالانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة البلوغ والنضج الجسمي والاستقلال الذاتي نسبيا ففي هذه المرحلة تتبلور شخصية المراهق وتأخذ ملامحها الثابتة والمتجددة.

أولا – مفهوم المراهقة وخصائصها:

1- مفهوم المراهقة: المراهقة هي الفترة من بلوغ الحلم إلى سن الرشد.

(مدحت عبد الرزاق الحجازي، 2012، 342)

وحسب "كارين جيراك " المراهقة هي فترة من الحياة بين البلوغ وسن الرشد: فالمراهقة هي سن صعبة." (Carine girac marinier et al، 2013، 20)

وكلمة المراهقة "adolescence " مشتقة من الفعل اللاتيني adolescere ومعناه التدرج نحو النضج الجسمي والجنسي والعقلي والانفعالي والاجتماعي .

أما البلوغ "puberté" فيعرف بأنه نضوج الغدد التناسلية واكتساب معالم جنسية جديدة تنقل الطفل من فترة الطفولة إلى فترة الإنسان الراشد.

(محمد مصطفى زيدان، 2001، 150-151)

وهناك فرق بين المراهقة والبلوغ حيث يعتبر البلوغ بداية فقط لمرحلة المراهقة ويعبر عن الجانب الجنسي أو التناسلي فقط أما المراهقة فتتضمن سلسلة من التغيرات الجسمية كالقذف عند الذكر والطمث عند الأنثى والى جانب ذلك تغيرات نفسية وعقلية تتمثل في النضوج النفسي والتفكر والقدرة على ممارسة التفكير المجرد أو التفكير في الأمور المعنوية. (عبد الرحمان العيسوي، 1993، 23)

يعرف سيلامي "sellamy" المراهقة "بأنها مرحلة من الحياة تقع بين الطفولة التي تكملها وسن الرشد، وتبدأ مابين 12 أو 13 سنة وتنتهي مابين 18 و20سنة ".

(norbert sellamy، 1999، 8)

ويمكنها أن تكون صعبة التوضيح بدقة، ذلك أن سن المراهقة ومدتها تختلفان وفق الأعراف، والجنس، والشروط الجغرافية، وبخاصة الأوساط الاجتماعية الاقتصادية والثقافية .

حيث يرى"ستانلي هال" (1904)" أن المراهقة هي هذا الفاصل الزمني "الذي يقود من الاستعداد السيكولوجي البيولوجي إلى نضج القدرات الاجتماعي".ويعتبر أنها تدوم حتى السنة الرابعة والعشرين أو الخامسة والعشرون من عمر الإنسان.

(نوربير سيلامي، 2001، 2344)

ونظرا لأهمية هذه المرحلة في حياة الفرد فقد اختص بدراستها علم نفس المراهقة "adolescent psychology" أو سيكولوجية المراهقين وهو العلم الذي يعكف على دراسة

السلوك البشري في أثناء مرحلة البلوغ ابتداء من طور الاحتلام وحتى بلوغ المرء سن الرشد.

يتناول رغبات المراهقين ويدرس ظواهر النمو الجسمي والعقلي لديهم كما يستقصي تصرفاتهم الأخلاقية والأسباب الكامنة وراء جنوحهم وانحرافهم في أحوال معينة، ويراعي التكيف بين البيت والمدرسة. (خليل أبو فرحة، 2000، 50)

يعرف "زهران"المراهقة على أنها "مرحلة الانتقال من الطفولة إلى مرحلة النضج، والرشد، فالمراهقة تأهب لمرحلة الرشد، وتمتد من العقد الثاني من حياة الفرد أي حوالي سن 13–19 سنة تقريبا أو قبل ذلك بعام أو عامين أو بعد ذلك بعام أو عامين".

ويعرفها "كفافي" بأنها :"المرحلة التي يعبرها الطفل كي ينتقل من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد وتمتد هذه المرحلة طوال العقد الثاني تقريبا من عمر الفرد فهي تبدأ بحدوث البلوغ الجنسي وتنتهي بالوصول إلى سن الرشد.

(مروان عبد الله دياب ، 2006 ، 13)

وعرفها هيرلوك "hurlock" "بأنها مرحلة تمتد من النضج الجنسي إلى العمر الذي يتحقق فيه الاستقلال عن سلطة الكبار، وعليه فهي عملية بيولوجية في بدايتها واجتماعية في نهايتها"

عرفها لين "lewin" " بأنها مرحلة انتقالية من وضع معروف (الطفولة) إلى وضع مجهول وبيئة مجهولة معرفيا (الراشدين) لا يحسن التعامل معها.

(إبراهيم قشوش ، 1980، 317)

وحسب "جورج ستانلي هول" "george stanley holl" "المراهقة مرحلة الضغط والعاصفة والتي تعكس مرحلة انتقال مضطرب وتطور وأن البيئة لا تأثير لها على التغيرات التي تحدث في المراهقة . (إيمان محمد أبو غربية ، 2007 ، 173)

فالمراهقة هي المرحلة التي تفصل بين الطفولة وسن الرشد. ومن وجهة النظر النفسية، هذه المرحلة تدل على الانتقال من تبعية طفولية إلى استقلالية الرشد.

(Richard Cloutier et sylvie drapeau، 2008، 2)

والمراهقة بالمفهوم العام هي فترة زمنية يمر بها كل إنسان في حياته، ينمو فيها نموا جسميا وفزيولوجيا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا ونفسيا، وفيها تتغير وظائف كل جهاز من أجهزة الجسم بدرجات متفاوتة، غير أن أهم تغير يحدث فيها هو البلوغ الجنسي. وهو علامة انتقال من الطفولة إلى المراهقة. (عبد الرحمان الوافي،2009، 161)

أجمعت التعارف السابقة على أن المراهقة هي مرحلة الانتقال من الطفولة إلى مرحلة الرشد والتي تمتد من سن 12-13 إلى 19-20 سنة وأضاف"ستانلي هال" "stanly hall" حتى سن الرابعة أو الخامسة والعشرين.

وتحدث خلالها تغيرات جسمية وفسيولوجية وعقلية وانفعالية واجتماعية ونفسية تؤثر في شخصية الفرد واضطرابه كما يرى "ستانلي هال" الذي يستبعد تأثير البيئة في مرحلة المراهقة.

وتختلف بداية ونهاية المراهقة باختلاف الأفراد والمجتمعات.

2- مراحل المراهقة:

تقسم مراحل المراهقة عادة إلى ثلاثة مراحل، وهي كما يلي:

- المراهقة الأولى أو المبكرة: تبدأ من سن 12 إلى سن14.
- المراهقة الثانية أو الوسطى: تبدأ من سن 14 إلى سن17.
- المراهقة الثالثة أو المتأخرة: تبدأ من سن17 إلى سن21 -22.

2-1- المراهقة الأولى: وحسب علماء النفس يتضاءل فيها السلوك الطفلي لدى الطفل والمراهق ذلك لخروج الطفل من مرحلة الطفولة والدخول في مرحلة المراهقة التي تبدأ معها المظاهر الجسمية والفزيولوجية والعقلية والانفعالية والاجتماعية والدينية والأخلاقية الخاصة بالمراهق في الظهور والبروز، ومن المؤكد في هذه المرحلة الأولى أن أهم وأبرز مظاهر النمو فيها هي البلوغ الجنسي ونمو الأعضاء التناسلية. (جدول رقم1).

2-2-المراهقة الثانية: وتعرف أيضا بالمراهقة الوسطى، وفيها يشعر المراهق بالنضج الجسمي وبالاستقلال الذاتي نسبيا. كما تتضح له كل المظاهر المميزة والخاصة بمرحلة المراهقة الوسطى، لذلك نراه يهتم اهتماما كبيرا بنموه الجسمي.

2-3-المراهقة الثالثة: وتسمى أيضا بالمراهقة المتأخرة، وقد تعتبر هذه المرحلة في بعض المجتمعات مرحلة الشباب، التي يلتحق فيها بعض المراهقين بالتعليم العالي وبعدها

يتخذون القرار النهائي لحياتهم، والتوجه للحياة المهنية ثم الزواج، والبعض الآخر يلتحق بمراكز التكوين المهني... الخ.

أما بالنسبة للنمو، ففي هذه المرحلة يكتمل نموه بصفة عامة ويزداد صحة وقوة بدنية. (عبد الرحمان الوافي، 2009، 161-168)

وهناك من يقسمها إلى أربعة مراحل هي:

1-مرحلة ما قبل المراهقة:

يطلق عليها مرحلة الاستعداد والمقاومة وتمتد بين العاشرة والثانية عشر (10-12) تقريبا، حيث تظهر لدى الفرد عملية الاستعداد تمهيدا للانتقال إلى المرحلة التالية من النمو، وكذلك تبدو مقاومة نفسية تبذلها الذات ضد تحفز الميول الجنسية، كما يزداد إحساس الفرد بجنسه فيحدث نفور الفتى من الفتاة ويبعد عنها، وكذلك تتجنب الفتاة الفتى.

2- مرحلة المراهقة المبكرة : من (15-16) عاما تمثل المرحلة الثانوية

3- مرحلة المراهقة الوسطى: وتمتد من (17-19) عاما تمثل مرحلة التعليم الجامعي.

4- مرحلة المراهقة المتأخرة : وتمتد من (19-21)سنة وتمثل مرحلة التعليم العالي.

(شيماء أحمد محمد الديداموني 2009، 64-65)

جدول رقم(1): يمثل التغيرات الفزيولوجية المألوفة المتتابعة في المراهقة*

سن الظهور الأولي	تغيرات لدى الأنثى
من 6 سنوات إلى 13 سنة	تطور الثدي
من 6 سنوات إلى 14 سنة	شعر العانة
من 9.5 سنة إلى 14.5 سنة	تطور الغريزة
من 10 سنوات إلى 16.5سنة	بداية فترة الحيض
عامين بعد ظهور شعر العانة	شعر الإبط
تقريبا في نفس الوقت مع ظهور شعر الإبط	زيادة نشاط الغدد الدهنية والعرقية (بإمكانها أن تسبب حب الشباب)

سن الظهور الأولي	تغيرات لدى الذكر
من 9 سنوات الى13.5سنة	نمو صفن الخصيتين (غلاف)
من 12 سنة إلى 16سنة	شعر العانة
من 10.5 سنة إلى 16سنة	تطور الغريزة
من 11 سنة إلى 14.5سنة	نمو الحويصلات الذكرية المنتجة للنطاف
تقريبا في نفس الوقت مع نمو العضو الذكري	تغير الصوت أثناء مرحلة البلوغ
خلال سنة من بداية نمو العضو الذكري	بداية قذف المني
خلال سنتين من ظهور شعر العانة	اللحية وشعر الإبط
تقريبا في نفس الوقت مع ظهور شعر الإبط	زيادة نشاط الغدد الدهنية والعرقية (بإمكانها أن تسبب حب الشباب)

(Diane E.Papalia et al ،2010 ،258).

3-أنماط المراهقة:

يرى الدكتور" صموئيل مغاريوس" أن هناك أربعة أنماط عامة للمراهقة يمكن تلخيصها فيما يلي:

3-1- المراهقة المتكيفة:

وهي المراهقة الهادئة نسبيا والتي تميل إلى الاستقرار العاطفي وتكاد تخلو من التوترات الانفعالية الحادة وغالبا ما تكون علاقة المراهق بالمحيطين به علاقة طيبة، كما يشعر المراهق بتقدير المجتمع له وتوافقه معه ولا يسرف المراهق في هذا الشكل في أحلام اليقظة أو الخيال أو الاتجاهات السلبية. أي أن المراهق هنا أميل إلى الاعتدال.

3-2- المراهقة الانسحابية المنطوية:

وهي صورة مكتئبة تميل إلى الانطواء والعزلة والسلبية والتردد والخجل والشعور بالنقص وعدم التوافق الاجتماعي. ومجالات المراهق الخارجية الاجتماعية ضيقة محدودة، وينصرف جانب كبير من تفكير المراهق إلى نفسه، وحل مشكلات حياته أو إلى التفكير الديني والتأمل في القيم الروحية والأخلاقية، كما يسرف في الاستغراق في الهواجس وأحلام اليقظة، وتصل أحلام اليقظة في بعض الحالات حد الأوهام والخيالات المرضية وإلى مطابقة المراهق بين نفسه وبين أشخاص الروايات التي يقرأها.

(محمد مصطفى زيدان، 2001، 155)

3-3- المراهقة العدوانية المتمردة:

ويكون فيها المراهق ثائرا متمردا على السلطة سواء سلطة الوالدين أو سلطة المدرسة أو المجتمع الخارجي، كما يميل المراهق إلى توكيد ذاته والتشبه بالرجال ومجاراتهم في سلوكهم كالتدخين وإطلاق الشارب واللحية والسلوك العدواني عند هذه المجموعة قد يكون صريحا مباشرا يتمثل في الإيذاء أو قد يكون بصورة غير مباشرة يتخذ صورة العناد. وبعض المراهقين من هذا النوع الثالث قد يتعلق بالأوهام والخيال وأحلام اليقظة ولكن بصورة أقل مما سبقها.

3-4- المراهقة المنحرفة:

وحالات هذا النوع تمثل الصورة المتطرفة للشكلين المنسحب والعدواني، فإذا كانت الصورتين السابقتين غير متوافقة أو غير متكيفة إلا أن مدى الانحراف لا يصل في خطورته إلى الصورة البادية في الشكل الرابع حيث نجد الانحلال الخلقي والانهيار النفسي، وحيث يقوم المراهق بتصرفات تروع المجتمع ويدخلها البعض أحيانا في عداد الجريمة أو المرض النفسي والمرض العقلي. (محمد مصطفى زيدان، 2001، 156)

4- الاتجاهات المفسرة لسيكولوجية المراهقة :

4-1- الاتجاه البيولوجي:

مؤسس هذا الاتجاه ستانلي هول "G.stanley hall" الذي وضع مؤلفين كبيرين عن المراهقة سنة 1904. ويذهب هذا الاتجاه إلى القول بأن التغيرات السلوكية التي تحدث

خلال المراهقة تخضع كلية لسلسلة من العوامل الفسيولوجية التي تحدث نتيجة إفرازات الغدد، ويمكن تلخيص نظرية هول على النحو التالي:

أ- إن هناك فروقا ملحوظة بين سلوك المراهق، وسلوك طفل المرحلة السابقة وسلوك أبناء المرحلة التالية. ومن هنا يمكن النظر إلى مرحلة المراهقة على أنها ميلاد جديد يطرأ على شخصية الفرد. فهناك التغيرات السريعة الملحوظة التي تظهر في ذلك الوقت والتي تحول شخصية الطفل إلى شخصية جديدة مختلفة كل الاختلاف.

ب- هذه التغيرات تعتبر نتيجة النضج، والتغيرات الفسيولوجية التي تطرأ على الغدد ومن حيث هي كذلك، فإن نتائجها النفسية تكون متشابهة وعامة عند جميع المراهقين.

ج- ولما كانت هذه الفترة بمثابة ميلاد جديد للمراهق، فإن التغيرات التي تحدث تكون غير مستقرة ولا يمكن التنبؤ بها بسلوكه، كما تكون الفترة كلها فترة ضغط وتوتر أو فترة عاصفة وشدة نتيجة السرعة في التغيرات، والطبيعة الضاغطة لناحية التوافق هي هذه المرحلة. (محمد مصطفى زيدان، 2001 ، 151-152)

4-2- الاتجاه الاجتماعي:

ظهر هذا الاتجاه بظهور أهميته البيئية والثقافية في تنويع دوافع السلوك المحددة تحديدا بيولوجيا في ميدان الدراسات الانثروبولوجية، ففي الدراسات التي قامت بها "مرجريت ميد" سنة 1925 على قبائل السامو "samoo" أوضحت أن المشكلات التي

تواجه المراهقين تختلف من ثقافة إلى أخرى بشكل يجعل الانتقال إلى مرحلة الشباب والرجولة يتم بصورة أكثر أو أقل تعقيدا، أكثر أو أقل صراعا.

ومثل هذه الدراسة تجعل من الضروري القيام ببحوث ودراسات مقارنة بين ثقافات مختلفة وأزمنة مختلفة وأن نفكر في مشكلات المراهق على ضوء بيئته الاجتماعية والثقافية لأن هذه التغيرات الاجتماعية والثقافية تنعكس بالضرورة على مشكلات المراهق الذي يمر بمرحلة عدم استقرار، كما ذكرت "ميد"عن المراهقة في قبائل السامو (إن المراهقة هناك تعتبر فترة سرور وبهجة وخلو من الشدة والتوتر). ففي هذه الشعوب تعتبر الفترة الواقعة بين النضج والدخول في مستويات الرجال قصيرة ومتقاربة فليس على المراهق أن ينتظر سنوات طويلة كي يصبح أهلا لتحمل مسؤوليات الكبار وحقوقهم وواجباتهم.

وقد لاحظ الدكتور مصطفى فهمي في دراسة لقبائل الشلوك والذبكا أن هذه الجماعات البدائية لا تعرف ما هو معروف عادة باسم (أزمة المراهقة) وإن كل ما نجده عندها لا يزيد على فترة بلوغ قصيرة، يكتمل فيها نضج الفرد جنسيا واقتصاديا نضجا يسمح له بتحمل مسؤوليات المجتمع، كما أن سلوك الكبار في هذه القبائل لا يقوم على أثقال كاهل المراهق بقيود وتقاليد اجتماعية ومادية تجعل من طور المراهقة طور أزمات نفسية كما هو مشاهد في مجتمعاتنا الحديثة مثلا.

4-3- الاتجاه البيولوجي الاجتماعي:

بين هذا الاتجاه الأثر القوي الذي تحدثه العوامل الاجتماعية والثقافية، كما بين أن العوامل البيولوجية لا يمكنها أن تفسر المحتوى الخاص لسلوك المراهق. وهذا الاتجاه عبر عنه "سولنبرجر" "sollenberger" في مقالة نشرها سنة 1939 بعنوان: مفاهيم عن المراهقة حيث قال "أما هؤلاء الذين يهتمون بتوافق المراهق مع الدور الاجتماعي الذي يفرضه عليه المجتمع مع إغفال علاقة ذلك بحاجة الفرد الفسيولوجية فإننا نقترح لهم تسمية جديدة لموضوع بحثهم هي علم النفس الاجتماعي للمراهق". فالمجتمع لا يعطي المراهق فرصا كافية للقيام بالدور الذي يتفق ومستويات نضجه الجسمي والعقلي ونزعته إلى التحرر والاستقلال.

ومن هنا ينشأ الإحباط والصراع الذي تتسم به المراهقة إلا أن هذه المشكلات وهذا الصراع ليس وليد الثقافة وحدها بل هو نتيجة التفاعل المتبادل بين العوامل البيولوجية والعوامل الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد وهكذا نستطيع أن ننظر إلى المراهقة لا على أنها تمثل فترة مستقلة منفصلة عن مراحل النمو وإنما باعتبارها مرحلة انتقال ونمو مستمر من الطفولة إلى الرجولة، فالمراهقون يحاولون التوافق ومواجهة المواقف التي لها أكبر الأثر في مستقبل حياتهم ومن نقص الخبرات وعدم مسايرتها مستوى النضج تنشأ مشكلاتهم في هذه المرحلة. (محمد مصطفى زيدان، 2001 ، 152-154)

4-4- الاتجاه النفسي:

يؤكد فرويد "freud ": "على دور الأسرة والتوتر الجنسي في زيادة الدافعية لدى المراهقين". ويرى أن المراهقة هي رد فعل نفسي لفترة البلوغ، ومن وجهة نظره فإن المراهق يتولد لديه شعور جنسي اتجاه الجنس المختلف من الوالدين، فالأولاد يشعرون بأنهم منجذبون إلى الأم ومنافسين للأب، وإن زيادة التوتر تؤدي إلى الشعور بالمسرة وعدم المسرة معتمدا على الطرق التي يستخدمها المراهق في تكيفه، وهذا التكيف يشكل الأساس لنمو الشخصية في مرحلة المراهقة، وعلى المراهق أن يتخذ طريقا وسطا بين التساهل مع دوافعه أو رفضها وكبتها، ويعتبر "فرويد" أن أهم عمل للمراهقين هو الانفصال عن الوالدين وتكوين حياة خاصة بهم.

وترى آنا فرويد"anna freud" أن المراهقة والاضطرابات التي تواكبها هي شيء طبيعي يحصل عندما يريد المراهق أن يبتعد عن بيئة الأسرة، وتعتبر أن توتر الأسرة شيء مفضل لأنه يساعد المراهق على تحقيق واحدا من أهدافه وهو الانفصال.

كما أن أصحاب هذا الاتجاه يربطون بين خبرات الطفولة وتوتر الأسرة وسلوك المراهق. (منذر عبد الحميد الضامن، 2005 ، 194-195)

من خلال عرض الاتجاهات المفسرة لسيكولوجية المراهقة، نجد بأنها قد اختلفت في تفسيرها تبعا لأراء منظريها، فالاتجاه البيولوجي يرجع سلوكات المراهقين إلى سلسلة العوامل الفسيولوجية التي تحدث نتيجة إفرازات الغدد، ونتيجة النضج الذي يحصل في

هذه الفترة والتي يعتبرونها فترة ضغط وتوتر وعاصفة وشدة تؤثر على التوافق لدى المراهقين.

ما يأخذ على هذا الاتجاه هو عزله لفترة المراهقة عن بقية المراحل العمرية، فقد أوضحت الدراسات العلمية أن المراهقة ليست فترة مستقلة منعزلة عن بقية المراحل، بل هي جزء من كل في عملية النمو تتأثر بما سبقها وتؤثر فيما بعدها كدراسة "hollingworth" التي أوضحت أن التوترات الانفعالية تستمر فترة طويلة حتى بعد اكتمال النضج الجنسي عند الفرد.

وبالتالي فمظاهر المراهقة ودرجة الضغط ليس من الضروري أن تتصف بالعمومية فبعضها يعود إلى الفروق الثقافية وبعضها يعود إلى مستوى طموحات المراهقين.

أما الاتجاه الاجتماعي فيعزو مشكلات المراهق إلى اختلاف البيئة الاجتماعية والتقاليد المفروضة عليه ، ما يأخذ على هذا الاتجاه هو تركيزه على الجانب الاجتماعي للمراهق وإهماله الجوانب الأخرى النفسية والبيولوجية ، أما الاتجاه البيولوجي الاجتماعي فقد ركز على العوامل الاجتماعية الثقافية في تفسير سلوك المراهق وفقا للدور الذي يفرضه عليه المجتمع وما ينتج عنه من صراع نتيجة التفاعل بين العوامل البيولوجية والاجتماعية التي يعيش فيها ومحاولته تحقيق التوافق.

أما الاتجاه النفسي فقط ربط خبرات الطفولة والتوتر الذي تعيشه الأسرة والسلوكات التي يقوم بها المراهق ومحاولته الانفصال وتحقيق الاستقلالية في حياته.

من هنا ينشأ الصراع بين هذه الدوافع لدى المراهق بالإضافة إلى التوتر الجنسي فيعمل على رفضها أو كبتها من أجل تكيفه.

تؤكد الدراسات الحديثة أن معظم المراهقين يتعاملون مع والديهم ومعلميهم وأصدقائهم بطريقة جيدة ويتحاشون الصراعات معهم قدر الإمكان.

نرى بأن هذا الاتجاه قد ركز على الصراعات النفسية في مرحلة المراهقة وأهمل دور العوامل الأخرى.

ثانيا: سيكولوجية المراهق الكفيف:

1- مفهوم الإعاقة البصرية "كف البصر" وتصنيفها:

الإعاقة البصرية هي إعاقة حسية تشمل كلا من الضعف البصري (حدة إبصار تتراوح ما بين 70/20-200/20 قدم أو 21/6 -6 /60متر) والعمى (حدة إبصار تقل عن 200/20 قدم أو 60/6 متر أو مجال إبصار يقل عن 20درجة) وفي كلتا الحالتين يتأثر الأداء التربوي سلبيا بشكل ملحوظ، مما يستدعي تقديم خدمات التربية الخاصة والخدمات الداعمة. (جمال محمد الخطيب ، 2001 ، 3)

وقد تعددت تعريفات الإعاقة البصرية منها:

-**التعريف القانوني:** يشير إلى أن الشخص الكفيف هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة إبصاره عن 200/20 قدم في العين الأقوى بعد التصحيح.

-**التعريف التربوي:** يشير إلى أن الشخص الكفيف هو الذي فقد بصره بالكامل ولا يستطيع تعلم القراءة والكتابة إلا بطريقة برايل. (صالح حسن الداهري ، 2008 ، 25)

فالطفل الكفيف يعجز عن استخدام بصره في عملية التعليم مما يستدعي تعديل الخدمات التربوية اللازمة لنموه بأسلوب يتفق وذلك العجز .

(عبد الرحمان سيد سليمان، 1999، 49).

- تعريف منظمة الصحة العالمية للإعاقة البصرية:

-**الإعاقة البصرية الشديدة:** حالة يؤدي الشخص فيها الوظائف البصرية على مستوى محدود.

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

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

- **العمى:** فقدان القدرات البصرية. (نادية بعيبع وآخرون، 2006 ، 183)

- **التعريف الاجتماعي** :المكفوف هو الشخص الذي على أساس قدرته البصرية الضعيفة يحتاج إلى المساعدة الأدبية والاجتماعية. (صفية مبارك موسى حميد ، 2011 ، 3)

الكفيف هو الشخص الذي لا يستطيع أن يجد طريقة دون قيادة في بيئة غير معروفة لديه أو كانت قدرته على الإبصار عديمة القيمة اقتصاديا، أو من كانت قدرة بصره من الضعف بحيث يعجز عن مراجعة عمله العادي.

(محمد سيد فهمي، 2005 ، 78)

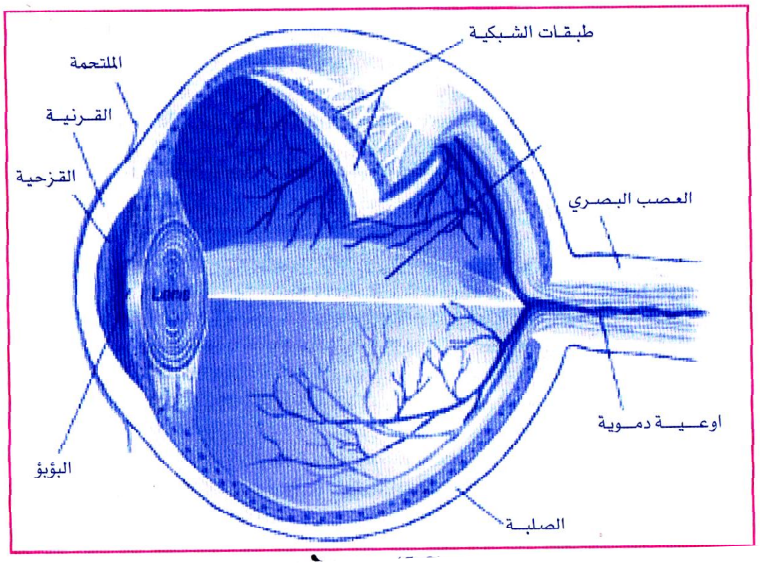
ويذكر دودز" dodds.A. "أن الفرد يعد معوقا بصريا من الناحية الاجتماعية عندما تمنعه هذه الإعاقة من أن يتفاعل بصورة ناجحة مع العالم المحيط به، وتحد من قيامه بالوظائف السلوكية المختلفة . (إيهاب الببلاوي ، 2001 ، 10)

وتعرف "الإعاقة البصرية "على أنها حالة يفقد فيها الفرد المقدرة على استخدام حاسة البصر بفاعلية مما يؤثر سلبا على أدائه ونموه. (يامنة اسماعيلي ، 2009 ، 58)

ويعرف اشروفت وزامبون (1980) "ashroft et zambone" "الإعاقة البصرية بأنها حالة من العجز أو الضعف في الجهاز البصري تعيق نمو هذا الفرد كإنسان".

(سعيد حسني العزة ، 2001 ، 179).

الشكل رقم (03): يوضح مكونات الجهاز البصري



(ابراهيم عبد الله فرج الزريقات ، 2006 ، 78)

ويعرف "ديموت" (demott.1982) الإعاقة البصرية "بأنها ضعف في أي من الوظائف البصرية الخمسة وهي:البصر المركزي، البصر المحيطي، التكيف البصري، البصر الثنائي، ورؤية الألوان وذلك نتيجة تشوه تشريحي أو إصابة بمرض أو جروح في العين".

ومن أكثر التعاريف المستخدمة حاليا تعريف باراجا (Barraga، 1976) والذي ينص على: "أن الأطفال المعوقين بصريا هم الأطفال الذين يحتاجون إلى تربية خاصة بسبب مشكلاتهم البصرية الأمر الذي يستدعي إحداث تعديلات خاصة على أساليب التدريس والمناهج ليستطيعوا النجاح تربويا". (منى صبحي ، 2002 ، 41)

ومن ناحية عملية يصنف الأطفال المعوقون بصريا إلى فئتين:

أ-**الفئة الأولى:** هي فئة المكفوفين وهم أولائك الذين يستخدمون أصابعهم للقراءة ويطلق عليهم اسم قارئي برايل.

ب-**الفئة الثانية:** هي فئة المبصرين جزئيا وهم أولائك الذين يستخدمون عيونهم للقراءة ويطلق عليها أيضا اسم قارئي الكلمات المكبرة. (منى صبحي الحديدي ، 2002 ، 42)

وبالتالي يكون هناك:

1. الأفراد ذوي الكف الولادي: هؤلاء الذين ولدوا عميانا أو أصيبوا بالعمى قبل سن الخامسة.
2. الأفراد ذوي الكف الكلي الحادث: هؤلاء الذين أصيبوا بالعمى بعد سن الخامسة.
3. 3الافراد ذوي الكف الجزئي الولادي :هؤلاء الذين أصيبوا بالعجز قبل سن الخامسة.
4. الأفراد ذوي الكف الجزئي الحادث :هؤلاء الذين أصيبوا بالكف بعد سن الخامسة.

(علية سماح ، 2013 ، 207)

من خلال عرض تعاريف الإعاقة البصرية نجد بأنها تناولت الإعاقة البصرية من جوانب عدة، فمنها من ركز على الجانب التربوي كتعريف باراجا ومنها من ركز على الأسباب كتعريف ديموت، ومنها من ركز على الأنواع كتعريف منظمة الصحة العالمية، وقد ركز كل من اشروفت وزامبون على العجز في النمو الذي تسببه الإعاقة.

2- أسباب الإعاقة البصرية:

في العموم فإن الإعاقات البصرية تنتج عن واحدة من ثلاث أسباب رئيسية:

أ- **الإعاقات البنيوية:** أو تلف واحدة أو أكثر من أجزاء العين.

ب-**أخطاء الانكسار:** أو عدم قدرة العين على التركيز بحدة الخيالات أو الصور على خلف الشبكية.

ج-**القصور البصري القشري:** والتي تنتج عن تلف جزء من الدماغ الذي يفسر المعلومات البصرية. (إبراهيم عبد الله فرج الزريقات ، 2006 ، 110)

وفيما يلي عرض لأهم تلك الأسباب:

2-1- الجلوكوما:"glaucoma" :

أو ما يعرف أيضا باسم المياه السوداء هي زيادة حادة في ضغط العين مما يحد من كمية الدم التي تصل إلى الشبكية ويؤدي إلى تلف الخلايا وبالتالي العمى إذا لم تكتشف الحالة وتعالج مبكرا. (عبد الرحمان إبراهيم حسين ، 2003 ، 19)

2-2-الماء الأبيض:"Cataract":

ويسمى أيضا بإعتام عدسة العين وهي عبارة عن مرض يصيب العدسة البلورية للعين فيؤدي إلى إعتامها، بما يعمل على منع دخول الأشعة الضوئية إلى الشبكية بالتدريج. ومن علامات الإصابة بالكتاراكت – ظهور غشاوة على العين، ازدواجية رؤية الأضواء –تغير في لون حدقة العين . (كمال سالم سيسالم ، 1995، 46)

2-3-التراكوما:"Trachoma":

التراخوما هو التهاب مزمن ومعد في الملتحمة من أهم أسبابه الفقر وقلة النظافة وعدم توفر العناية الصحية، ومن أعراضه الرئيسية انتفاخ الجفون، واحمرار الملتحمة، والدماغ، والتحسس للضوء . (منى صبحي الحديدي، 2002 ، 54)

ويمكن الوقاية باستخدام مياه نظيفة، المبادرة بعلاج العين من أي مرض يصيبها، عدم استخدام أدوات المرضى . (طارق كمال ، 2007 ، 100)

2-4- التهاب العصب البصري:

ينتج التهاب العصب البصري عن الأورام أو الإصابات التي تصيب العظام المحيطة بالعصب البصري، أو الإصابات التي تصيب المخ فتؤدي إلى ضمور في العصب البصري مما يؤدي إلى فقدان الاتصال بين العين والمخ وبالتالي يؤدي إلى العمى الكلي إذا لم يعالج . (كمال سالم سيسالم، 1995، 46-47)

2-5 -الحول:

وهو اضطراب في عضلات العين ناتج عن صعوبة الفرد في التحكم في كريات عينيه وقد يكون ذلك نحو الداخل أو نحو الخارج الأمر الذي يؤثر على مجال الرؤية لدى الفرد . (سعيد حسني العزة ، 2001 ، 182)

2-6-عمى الألوان:

حالة وراثية لا يستطيع الفرد فيها تمييز الألوان بسبب خلل في المخاريط، وتتأثر حدة البصر عادة فتضعف إلى درجة كبيرة وقد يحدث حساسية للضوء ورأرأة في مجال الرؤية . (منى صبحي الحديدي ، 2002 ، 50)

2-7- رأرأة العين:

حالة من الحركات اللاإرادية سريعة في العين وتسبب الغثيان، وقد تعتبر هذه الحالة مؤشرا على وجود خلل في الدماغ أو إلى مشكلة في الأذن الداخلية.

(سعيد حسني العزة ، 2001 ، 183)

2-8 - عوامل وراثية:

ترجع بعض الإعاقات البصرية إلى عوامل وراثية سواء من جهة الأم أو من جهة الأب أو من الاثنين معا وتتراوح في درجتها من العمى الكلي الذي ينتج عن العوامل الوراثية يوجد أيضا الضمور الشبكي، والأخطاء الإنكسارية المتمثلة في قصر النظر، وطول النظر، وعدم وضوح الرؤية . (كمال سالم سيسالم ، 1995، 50)

3- خصائص النمو لدى المراهق الكفيف:

تتأثر الشخصية الإنسانية بشكل كبير بعوامل البيئة وعملية التنشئة الاجتماعية، وتتحدد معالم السلوك نتيجة الاتجاهات المكتسبة، وكلما استطعنا أن نحدد اتجاهات المراهق الكفيف والخصائص المؤثرة فيه بشكل واضح، استطعنا أن نفهم الكفيف أكثر لمساعدته على تجاوز المشكلات التي تطرحها هذه المرحلة.

ويمكن حصر أهم الخصائص النمائية التي تطرحها مرحلة المراهقة لدى الكفيف في الجوانب التالية:

3-1- النمو الجنسي:

تعرف ظاهرة التغير الجنسي التي تطرأ على المراهق باسم البلوغ، وتتميز مرحلة المراهقة بانتعاش الحوافز الجنسية ونضجها واكتمالها.

ويتأثر النضج الجنسي بعوامل الصحة العامة، والوراثة والتغذية والجنس.

ويعد النضج الجنسي مصدر القلق والتوتر والمشقة بالنسبة للمراهق، وهكذا لا تقتصر آثار البلوغ على الجوانب الجنسية والجسمية فقط، بل تنسحب على الاستعدادات والسلوكات والأدوار المختلفة لكل من المراهق والمراهقة.

وإذا كان المراهق الكفيف كغيره من المراهقين يعرف نموا طبيعيا على المستوى الجنسي، فإن الضغوط المتولدة عن هذا النضج لدى الكفيف تعرف حدة وتصعيدا أكثر مما لدى المبصر إذ تقف عدم الرؤية حاجزا دون استجابة إلى حاجات هذا النضج الذي

يحتاج بدرجة أساسية إلى طرف آخر مرئي ومميز يتجه نحوه الميل الجنسي خصوصا في أواسط المراهقة وأواخرها، وذلك باعتبار الرؤية من أهم العمليات التي يتم عن طريقها تحديد وتوجيه الميل الجنسي.

ويندرج دور النظر عند "فرويد" فيما يعرف بالغرائز الجنسية الجزئية، فاستثارته هي إثارة لمجموعة من القوى الجنسية، كما يشكل النظر نفسه مركز اللذة. مما يجعل العلاقة بطرفيها الإيجابي والسلبي التي هي بين الرجال والنساء، والتي تتضمنها عملية النظر والعرض (حب النظر) أمر طبيعي بالنسبة للجنس البشري، ويعتبر الاستعراض هو الوجه الآخر لهذه الظاهرة.

وهكذا فالنظر قوة ومتعة وسلطة قد يستعيض بها المراهق عن سلوك جنسي فعلي، وقد يتم عن طريقها خفض التوتر والقلق وامتصاص ضغوط الطاقة الحيوية الدافعة. (خالد فارس ، 2004 ، 24-25)

3-2- النمو الجسمي:

تصاحب التغيرات الجسمية التي تعرفها هذه المرحلة موقفين متناقضين:

- شعور المراهق بالخجل والقلق وارتباك في السلوك نتيجة هذا التغير المفاجئ.
- وفي نفس الوقت اهتمام مبالغ فيه بالجسم والعضلات والمظهر الخارجي الذي يشكل مصدرا لاجتذاب الآخرين وإعجابهم.

وإذا كانت عملية النضج المبكر والقوة الجسمية لها انعكاسات إيجابية على تطور نمو المراهق النفسي وعلى شخصيته فإن عدم تمتع المراهق الكفيف ببنية جسمانية قوية كما هو الشأن بالنسبة للمراهق المبصر، حسب ما أكدته النتائج التي أفضى إليها بحث بريلاندا "Brelanda" (أجرى بحثه سنة 1950 على مجموعتين من المراهقين المكفوفين والمبصرين متناظرين من حيث العدد، طبق عليهم مقياس بل "Bell" للتكيف)، يؤثر سلبا على شخصية الكفيف المستقبلية ويجعله ميالا إلى العزلة والانزواء.

ويتبلور مفهوم الذات لدى المراهق تبعا للنمو الجسمي وتبعا للصورة الذهنية التي يكونها عن حالته الجسمية، فالعيوب الجسمية والحسية الواضحة تجعل المراهق أكثر حساسية لها، وقد تجعله يشعر بالنقص والانطواء والعزلة عن بقية أفراد الجماعة.

ويجد المراهق الكفيف صعوبة كبيرة في استغلال هذا الإضطراد السريع الذي لحق نموه الجسمي، وتوظيفه بالشكل المناسب، الأمر الذي يعمق شعوره بالخجل والارتباك من جهة، ويحرمه من جهة ثانية من نشوة التمتع التي تغمر المراهق الذي اكتسب شيئا جديدا تحققت معه رجولته وقوته واستقلاله، بل الأكثر من ذلك فإن الكفيف يحرم نشوة الإحساس البصري بصورة البدن . (خالد فارس ، 2004، 25-26)

3-3-النمو الحركي:

إذا كانت ميزة المراهقة الأساسية الحيوية والحركة الناجمة عن النمو السريع والدؤوب لكل من عملية الأيض ولنشاط مجموعة من الغدد، فإن الحالة البدنية للمراهق

الكفيف وعدم استقلاليته في الحركة وغياب مغريات ومحفزات للحركة تبعا لنقص حواسه، يقوي لديه الميل إلى تكوين عادة الجلوس، وإلى تقمص مجموعة من الصفات المنسجمة مع إعاقته.

وتتعاظم أهمية الحركة بالنسبة للكفيف خلال مرحلة المراهقة، خصوصا إذا لم يتدرب على التنقل المناسب، وإذا لم يعتمد على تنمية مقدرته التنقلية منذ الطفولة إذ سيواجه صعوبات تحد سرعة اتجاهه وتنقله وتحد من اكتسابه لاستقلاله الذاتي، فتصبح حياته كلها معطلة وتدفع به إلى طلب المساعدة في أي مكان أومن أي شخص كان.

وهكذا فإن عدم استطاعة المراهق الكفيف الحركة في حرية يطبع حياته بدرجات متفاوتة من الاتجاهات الطفلية، والنزعة الإتكالية . (خالد فارس ، 2004 ، 27)

3-4- النمو الوجداني الانفعالي:

إن المراهقة مرحلة عنيفة في الناحية الانفعالية، تختلج نفس المراهق ثورات تمتاز بالعنف والاندفاع، تساوره من وقت لآخر أحاسيس بالضيق والتبرم والزهد، ولقد اختلف العلماء في تقسيم بواعث هذه الاضطرابات الانفعالية التي تسود حياة المراهق، فهناك من يردها إلى ما يطرأ من تغيرات على إفرازات الغدد وهناك من يردها إلى العوامل البيئية التي تحيط بالمراهق . (مصطفى غالب ، 1982، 29)

فتوزع المراهق بين الطفولة والرشد، وبحثه عن هوية وشخصية واضحة المعالم يذكي انفعالاته ويغذيها بشكل مستمر، وتزداد معاناة المراهق الكفيف بشكل خاص عن

باقي المراهقين تبعا للآثار السلبية التي يخلفها كف البصر على الاستثارة والتفاعل الوجداني، الذي يعتمد بالدرجة الأولى على رؤية الحركة والاستمتاع بالمشاهدة. وفقدان الكفيف لهاتين الوظيفتين يعطل جانبا هاما من جوانب الشخصية المتكاملة التي تحس الجمال وتسعى إليه.

وتتخذ الصعوبات العاطفية لدى المراهق الكفيف شكل خيبة أمل دائمة، خصوصا لدى أولئك الذين فقدوا بصرهم بعد السن الحرجة، وذلك لأنهم يعيشون في حالة شعور دائم بالظلام، ولأنهم لا يستطيعون أن يرو ما يفعلون.

ويتحدد المجال الوجداني للمراهق الكفيف خلال هذه المرحلة بدرجة أساسية انطلاقا من طبيعة العلاقة القائمة بينه وبين الأسرة، ويختلف باختلاف اتجاهاتها، وهكذا فقد تساهم الأسرة في تنمية شخصية الكفيف وبلورتها بشكل إيجابي، أو قد تعمل على تعميق مشاعر الإعاقة والدونية لديه، مما يساهم بشكل مباشر في تنمية مشاعر العدوانية لديه.

وتزداد حساسية المراهق الكفيف، واضطرابه الانفعالي تبعا لعدم قدرته على التلاؤم مع البيئة التي يعيش فيها، وتبعا لما يلاقيه من إحباط لعدم قدرته على مجاراة مطالب الحياة الاجتماعية بشكل عام، الأمر الذي يجعل المراهق الكفيف أكثر تعرضا للاضطرابات النفسية مقارنة مع المبصر كما أوضحت ذلك نتائج بحث بروان "Broun" سنة 1983 . (خالد فارس ، 2004 ، 28-29)

3-5- النمو المعرفي:

يخضع منطق العقل عند المراهق إلى معايير وأسس جديدة تختلف عن الأسس والمعايير التي تعتمدها مرحلة الطفولة وتحتكم إليها، ويتأثر النمو العقلي ويؤثر بدوره في خبرات المراهق وقدراته وفعالياته المختلفة .

3-5-1- الثقة بالنفس وحب الاستطلاع:

تتميز فترة المراهقة بزيادة حب الاستطلاع فيما يتصل بظواهر البيئة التي يعيش فيها المراهق، وظواهر الحياة بوجه عام.

ويتقوى ميله إلى التجريب، غير أن الكفيف المراهق يواجه صعوبات كثيرة في استثمار قدراته، فهو غير مدرك تماما للبيئة المحيطة به، وإمكانيات هذه البيئة، ومن ثم فتكيفه مع هذه البيئة محصور في إطار ضيق يتحدد بناء على معرفته بها.

(خالد فارس ، 2004 ، 29)

فإذا كان البصر أهم حاسة للاتصال بالعالم الخارجي، وأهم مصدر يمد الفكر بالصور ويشد الانتباه ، ويغذينا بنشوة الحس والحركة، ويحمينا من الرتابة فإن فقدان الخلفية البصرية يبعث الشعور بالخواء والعزلة، أو ما يمكن تسميته (بالصمت البصري).

وقد انتهت الدراسة التي قام بها باركر "Barker"سنة 1973 إلى أن عدم قدرة المراهق الكفيف على إدراك واكتشاف مكونات البيئة يؤثر سلبا على حصيلته من

المعلومات العامة، وعلى نمو تفكيره، فالبيئة تحفز المراهق لألوان مختلفة من الاستدلال وحل المشاكل حتى يكيف نفسه معها.

كما أن لكف البصر انعكاسات واضحة على التفكير الإبتكاري الذي يشكل أحد سمات هذه المرحلة، إذ يتضح أن المراهقين المبتكرين يتميزون بحب الاستطلاع والبحث عن المثيرات الجديدة.

3-5-2- القدرة على التركيز والتذكر:

إذا كانت القدرة على التركيز والتذكر من أهم السمات التي تميز فترة المراهقة، فإن قدرة المراهق الكفيف تفوق نظيره المبصر في هذا الجانب، لعدم تأثر الكفيف بالمثيرات الغنية التي تزخر بها البيئة والتي تمارس سلطتها على المبصر، مما يسهم في تشتت الانتباه . (خالد فارس، 2004، 30)

3-5-3-القدرة على التخيل والاستدلال:

يتميز المراهق بخيال خصب وروح رومانسية تنبثق فيها المشاعر الجميلة، كما تتسم المراهقة بالقدرة الفائقة على الفكر التجريدي، مما يسهم في توظيف المعاني والألفاظ اللغوية بشكل موفق في حياة المراهق، غير أن كف البصر يؤثر في نمو العمليات العقلية العليا لدى المراهق الكفيف: كالتصور والتخيل، والتي تعتمد أساسا على البصر، وخاصة عند الذين أصيبوا بفقد البصر منذ الطفولة المبكرة أو ولدوا مكفوفين.

علاوة على ذلك فإن كف البصر لا يمنح المراهق الكفيف مجالا أوسع للاستفادة من هذه المرحلة، وكذا توظيف الخبرات الحسية السابقة بشكل مناسب، بحكم أن الكفيف يعيش مراحل متداخلة بين المجرد والمحسوس منذ المرحلة التي فقد بصره فيها، بل إن المشكلات الانفعالية التي تثقل كاهل الكفيف يمكن أن تعزله عن كل فكر، حابسة إياه في نطاق التفكير الانطوائي الذي يسد الطريق أمام التفكير المجدد.

3-5-4- أحلام اليقظة وأوهام المراهق الكفيف:

نظرا لما تتميز به فترة المراهقة من أزمات نفسية حادة، كثيرا مايفضل المراهق الهروب من عالم الواقع إلى أحلام اليقظة . (خالد فارس ، 2004 ، 31)

بيد أن أحلام اليقظة لدى المراهق الكفيف ظاهرة عامة وقاعدة ليس استثناء، فلقد تنامت منذ الطفولة وصارت أسلوبا هروبيا ودفاعيا يحقق فيه الكفيف دوافعه، ويشبع فيه رغباته، وواقعا يعوض الواقع الذي لا يقوى عن مجاراته.

وقد قسم كتسفورت "Cutfarth" أوهام المكفوفين إلى ثلاث أقسام:

***-أوهام تحررية:**

ترمي إلى تحرير الكفيف من مصدر مضايقاته المتمثلة في اتجاهات المجتمع نحوه.

***-أوهام بطولية:**

تتوجه إلى تدمير ما يحيط به، وقد تتوجه إلى تدمير الذات.

***-أوهام إنسحابية:**

تقتضي الانسحاب من الحياة الاجتماعية بطرق سلمية، وتوضح المحاولات الوهمية الثلاثة رغبة المكفوف في الهروب من الحياة، علاوة على المشاكل والصعوبات التي تعترض المراهق الكفيف، إضافة مشكلة جديدة أفرزها التطور التكنولوجي الحديث والمتمثلة في غنى وتنوع وتشابك مكونات الحمولة الإعلامية التي يتلقاها الفرد، والتي تشكل صلب المعرفة الحاضرة، حمولة طغت عليها التقنية الحديثة التي ترتكز على اللغة المرئية أكثر من تركيزها على اللغة المكتوبة أو المنطوقة الأمر الذي يقوي من حظوظ وامتيازات المراهق المبصر عن مثيله الكفيف، ويقوي كذلك من مجالات التفاوت ومدى الفروق بين الطرفين . (خالد فارس، 2004 ، 32-33)

3-6-النمو النفسي:

لا تقتصر آثار المراهقة على الجوانب الجنسية والجسمية فقط، بل تنسحب كذلك آثارها على الاستعدادات والسلوكات والأدوار المختلفة لكل من المراهق والمراهقة.

ويمكن إبراز الخصائص العامة النفسية للمراهق الكفيف وفق تصنيف كليمك " klemeke" كالتالي :

3-6-1- الشعور الزائد بالنقص :

إذا كانت المراهقة مرحلة إثبات الذات والإفراط في تقدير القدرات البدنية والإعجاب

بها خصوصا عند الذكور، فان الشعور الزائد بالنقص لدى المراهق الكفيف يحد من هذا الطموح الذي يميز النمو الجسمي خلال هذه المرحلة، ويؤدي به إلى رفض الذات وكراهيتها، ويولد لديه مشاعر الدونية التي تعوق تكيفه الاجتماعي السليم.

(خالد فارس، 2004 ، 33)

3-6-2- الشعور الزائد بالعجز:

تعرف المراهقة بمرحلة التحرر والفطام السيكولوجي والاجتماعي للفرد، والثورة على المفاهيم السابقة، والميل إلى توسيع دائرة العلاقات الاجتماعية لتشمل الجنس الآخر كذلك، بيد أن الكفيف وتبعا لشعور العجز والاستسلام الذي يسيطر على سلوكه وتبعا لمواقفه الانسحابية الاعتمادية شبه الدائمة لا يقوى على مجاراة متطلبات هذه المرحلة.

3-6-3- عدم الشعور بالأمن:

علاوة على ما تتميز به المراهقة من عدم الشعور بالأمن والقلق والتوتر، فان إعاقة كف البصر تقوي من هذا الشعور ليبلغ قمته ممثلا في بعض الأزمات الحركية، أو التقلبات الانفعالية التي قد تسقط الكفيف في بعض الاضطرابات السيكوسوماتية.

3-6-4- عدم الاتزان الانفعالي :

يعتبر عدم الاتزان الانفعالي من أهم مميزات فترة المراهقة، غير أن الأمر مع المراهق الكفيف يكون أكثر حدة وعمقا، وقد يتطور هذا الشعور ويتنامى ليولد بعض المخاوف الوهمية المبالغ فيها والتي قد تؤدي إلى احد نماذج العصاب أو الذهان.

3-6-5- سيادة مظاهر السلوك الدفاعي:

إن محاولات الكفيف الدائمة لحماية ذاته المهددة من طرف الآخرين إما من السخرية أو الإهمال الكافي، تنمي لديه مظاهر السلوك الدفاعي: الإنكار، والتعويض، الإسقاط، والتبرير، والأفعال العكسية . (خالد فارس، 2004 ، 34-35)

ويمكن تلخيص خصائص النمو لدى المراهق الكفيف فيما يلي:

- زيادة الضغوط المتولدة عن النضج الجنسي لدى المراهق الكفيف أثناء مرحلة المراهقة، وبالتالي زيادة القلق والتوتر.
- شعور المراهق الكفيف بالخجل والارتباك نتيجة لغياب صورة الجسم وتقدير منخفض لمفهوم الذات مما يجعله ميالا إلى العزلة والانطواء.
- عدم استقلالية المراهق الكفيف في الحركة وغياب التدريب على التنقل، مما يجعله اتكاليا ويحد من اكتساب استقلاله الذاتي وبالتالي طلب المساعدة من أي كان وفي أي مكان.
- تزداد حساسية المراهق الكفيف، واضطرابه الانفعالي في هذه الفترة تبعا لعدم قدرته على التلاؤم مع البيئة التي يعيش فيها، وتبعا لما يلاقيه من إحباط لعدم قدرته على التكيف مع مطالب الحياة الاجتماعية، وبالتالي تعرضه للاضطرابات النفسية.

- إن لكف البصر لدى المراهق الكفيف انعكاسات واضحة على إدراكه لمكونات البيئة التي يعيش فيها وعلى حصيلته من المعلومات وعلى نمو تفكيره والقدرة على التخيل والتصور مما يؤثر سلبا على ثقته بنفسه ويحد من حب الاستطلاع لديه، وبالتالي يبني عالما له خاصا به من الأوهام وأحلام اليقظة.
- تتميز مراهقة الكفيف بخصائص نفسية عامة وهي: الشعور الزائد بالنقص، الشعور الزائد بالعجز، عدم الشعور بالأمن عدم الاتزان الانفعالي، سيادة مظاهر السلوك الدفاعي.

4-حاجات المراهق الكفيف:

لاشك أن حاجات المراهق الجسدية والاجتماعية والشخصية، لا تختلف في طبيعتها عن حاجات الآخرين من ذوي الأعمار المختلفة، غير أن هذه الحاجات تختلف في شدتها ومعناها في مرحلة المراهقة عنها في مراحل حياته التالية، والحاجة "عبارة عن حالة من النقص والافتقار تقترن بنوع من التوتر والضيق، لا يلبث أن يزول متى قضيت الحاجة".

والحاجات الملحة في حياة المراهق بصفة عامة هي :

- الحاجة إلى الأمن والطمأنينة .
- الحاجة إلى مكانة الذات .
- الحاجة إلى احترام الذات

- الحاجة إلى الاستقلالية

أما الاحتياجات الخاصة بالمراهق الكفيف فيمكن تقسيمها إلى مايلي:

4-1-احتياجات صحية وتوجيهية:

- **احتياجات بدنية:** مثل استعادة اللياقة البدنية من خلال الرعاية البدنية، وهي تشمل كل الخدمات والأنشطة التي تحسن الحالة الصحية للكفيف، وتتضمن العلاج وأجهزة تعويضية .
- **احتياجات إرشادية:** مثل الاهتمام بالعوامل النفسية والمساعدة على التكيف، وتنمية الشخصية.
- **احتياجات تعليمية:** مثل إفساح فرص التعليم المتكافئ لمن هم في سن التعليم مع الاهتمام بتعليم الكبار، فهم يحتاجون إلى طرق تعليمية وتربوية منظمة وفعالة لمقابلة تلك الاحتياجات . (يونسي تونسية، 2012، 137)

4-2- احتياجات اجتماعية: تتمثل في :

- **احتياجات علائقية** : مثل توثيق صلات المعوق بمجتمعه وتعديل نظرة المجتمع إليه وتمكينه من الحياة الأسرية الصحيحة . (إقبال إبراهيم مخلوف، 1991، 90)
- **احتياجات تدعيميه** :مثل الخدمات المساعدة:التربوية والمادية واستثمارات الانتقال والاتصال والإعفاءات الضريبية، ودعم وتوثيق الصلات مابين الكفيف وبين المجتمع.

- **احتياجات ثقافية** : مثل توفير الأدوات والوسائل الثقافية والمجالات المعرفية .

4-3- احتياجات مهنية : مثل تهيئة سبل التوجيه المهني المبكر والاستمرار في عمليات التوجيه لأغراض تأهيلية .

4-4-احتياجات تشريعية: مثل إصدار تشريعات وقوانين سواء في مجال التعليم أو التشغيل وغيرها . (يونسي تونسية ، 2012 ، 140)

خلاصة:

بعد التطرق لمفهوم المراهقة وما تكتنفه من تغيرات جسمية، ونفسية وعقلية واجتماعية يمر بها المراهق ما بين 11-12 إلى سن 20-22 سنة، وتؤثر بشكل ملحوظ على سلوكاته وتصرفاته فتجعله إما مراهقا متكيفا أو انسحابيا منطويا أو عدوانيا متمردا أو منحرفا.

تناولنا الاتجاهات المفسرة لسيكولوجية المراهق والتي ترجعها إما لأسباب بيولوجية بحتة أو أسباب اجتماعية أو كلاهما معا أو لأسباب نفسية.

وما يزيد من تعقيد هذه المرحلة بالإضافة إلى هذه التغيرات الإعاقة البصرية التي تكون عائقا نفسيا واجتماعيا يحد من قدرات المراهق الكفيف على التلاؤم مع البيئة التي يعيش فيها مما يجعله بحاجة متجددة إلى احتياجات خاصة تضمن له التفاعل الشخصي والاجتماعي مع المحيطين به.

الجانب الميداني

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

1- منهج الدراسة

2- عينة الدراسة

3- أدوات الدراسة

4- حدود الدراسة

5- الأساليب الإحصائية

خلاصة

تمهيد:

إن الهدف من الدراسة الميدانية هو جمع البيانات حول الظاهرة موضوع الدراسة، وكذا العينة المراد تمثيلها بخصائصها، وفي هذا الفصل سنتعرض إلى إجراءات الدراسة الميدانية من خلال عرض منهج، وعينة، وأدوات وحدود الدراسة، والأساليب الإحصائية المستخدمة.

1- منهج الدراسة :

المنهج ضروري للبحث العلمي، فهو يساعد الباحث في ضبط أبعاد وفروض البحث. وقد اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على "المنهج الوصفي التحليلي"، والذي يعتبر المنهج المناسب للدراسة . نظرا لكون الدراسة الحالية تحاول الكشف عن الفروق في درجات المساندة الاجتماعية والتعرف على مستوياتها (منخفضة، متوسطة، مرتفعة).

2- عينة الدراسة:

تبعا لطبيعة الموضوع المطروح والمجتمع الأصلي للدراسة، تم الاعتماد على طريقة الحصر الشامل في اختيار عينة الدراسة المتمثلة في (50 تلميذ وتلميذة) من مدارس" الأطفال المعاقين بصريا (بالمسيلة، برج بوعريريج، سطيف). أي بنسبة 100% من المجتمع الأصلي للدراسة ، وقد تراوحت أعمارهم ما بين (12- 22 سنة) . وتعود هذه القلة لخصوصية الفئة التي يتم التعامل معها، وهي فئة المعاقين بصريا فعددهم محدود وقليل مقارنة بنظرائهم المبصرين.

و تم تطبيق أداة الدراسة على جميع هؤلاء التلاميذ المتمدرسين بالطورين الابتدائي والمتوسط، ولأن العينة تمثل المجتمع الأصلي، وتحقق جميع شروط الدراسة (فئة المعاقين بصريا فئة المراهقين، الجنس، ...).حيث تمت قراءة عبارات المقياس والبدائل المقترحة على التلاميذ وهم يجيبون بإحدى هذه البدائل كل تلميذ على حدا.

والجداول التالية توضح خصائص عينة الدراسة حسب متغير الجنس والمستوى التعليمي.

جدول رقم (2): يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس		المجموع
ذكور	**إناث**	
26	24	50
%52	%48	%100

يبين الجدول رقم (2) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس منهم 26 ذكور و24 إناث من مجموع العينة الكلية المقدر عددها ب 50 فردا، وقدرت نسبتهم المئوية 100% منها 52% ذكور و48% إناث.

جدول رقم (3): يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي		المجموع
ابتدائي	**متوسط**	
20	30	50
%40	%60	%100

يبين الجدول رقم (3) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي، حيث بلغ عدد التلاميذ المتمدرسين في الطور المتوسط ب 30 تلميذ وتلميذة وبنسبة مئوية قدرت ب 60% وهي نسبة متقاربة بالنسبة للتلاميذ المتمدرسين بالطور الابتدائي والمقدر عددهم ب20 تلميذ وتلميذة وبنسبة مئوية قدرت ب 40%.

3- أدوات الدراسة :

تم جمع المادة الميدانية على أداة تمثلت في مقياس "المساندة الاجتماعية".

3-1- التعريف بمقياس "المساندة الاجتماعية":

مقياس المساندة الاجتماعية لزيمات "Zimet " وزملائه الذي أنشأه سنة 1988، وهو متعدد الأبعاد على أساس أنه يقيس أنواع المساندة، ومصادر المساندة (العائلة، الأصدقاء، الأشخاص المميزين في حياة الفرد) .

قام " رمضان زعطوط " بترجمة المقياس من لغته الأصلية الانجليزية إلى العربية وكذا من نسخة فرنسية، بمساعدة متخصصين في اللغتين، كما قام بالترجمة العكسية من العربية إلى الفرنسية للتأكد من تطابق المعاني .(رمضان زعطوط، 2005، 66) .

وقام بتطبيقه على المرضى المصابين بالأمراض المزمنة في ولاية ورقلة في بحث بعنوان "علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين بورقلة".

يتكون المقياس من 12 بندا، أمام كل عبارة خمسة بدائل وهي : معارض تماما، معارض لا أدري، موافق، موافق تماما، توزع هذه البنود على ثلاثة أبعاد وهي:

1- المساندة الاجتماعية من قبل العائلة وتضم البنود (3، 4، 8، 11).

2- المساندة الاجتماعية من قبل الأصدقاء وتضم البنود (6، 7، 9، 12).

3- المساندة الاجتماعية من قبل الأشخاص المميزين في حياة الفرد وتضم البنود (1، 2، 5، 10).

- طريقة تصحيحه:

يجاب على البنود بطريقة ليكرت من معارض تماما إلى موافق تماما ومن درجة إلى خمس درجات، على أساس 5 بدائل، حيث بلغت أدنى درجة 12 وأقصاها 60، فالذين تحصلوا على متوسط اكبر من 36 ذوو مساندة اجتماعية مرتفعة، والذين تحصلوا على متوسط درجات اقل أو يساوي 36 ذوو مساندة اجتماعية منخفضة.

(رمضان زعطوط، 2005، 67)

3-2- الخصائص السيكومترية لمقياس " المساندة الاجتماعية":

"3-2-1- الصدق :

للتأكد من صدق المقياس قام معد المقياس " رمضان زعطوط " بحسابه عن طريق :

- **المقارنة الطرفية:** حيث وصلت قيمة " ت" المحسوبة إلى (12.9)، وهي دالة عند مستوى (0.01)، مما يدل على الصدق التمييزي للمقياس .

3-2-2- الثبات: وللتأكد من ثبات مقياس " المساندة الاجتماعية "قام معد المقياس" رمضان زعطوط" بحسابه عن طريق:

-**إعادة تطبيق المقياس:** حيث وصل معامل الارتباط بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني إلى (0.60)، وهو دال عند مستوى (0.01) . (رمضان زعطوط، 2005، 66)

4 – حدود الدراسة :

تنقسم حدود الدراسة إلى قسمين، وهي الإطار المكاني أي المنطقة التي تمت فيها الدراسة والإطار الزماني أي الفترة التي تم خلالها البحث الميداني، وهي موضحة كالتالي:

-**الإطار المكاني:** جرت هذه الدراسة ب3 مدارس للمعاقين بصريا بـ (المسيلة، سطيف برج بوعريريج).

- **الإطار الزماني:** وهي الفترة التي نزلت فيها الباحثة إلى الميدان، حيث تم إجراء الدراسة خلال الفترة الممتدة بين (1 و20 مارس) من السنة الدراسية 2014-2015 .

5 – الأساليب الإحصائية :

للتحقق من فروض الدراسة، استخدمت الباحثة عددا من الأساليب الإحصائية وهي:

التكرارات والنسب المئوية لتحديد النسب المئوية لأفراد العينة وفق المعادلة التالية:

النسبة المئوية % = $\frac{ك \times 100}{ن}$

حيث ك: أفراد العينة ن: مجموع أفراد العينة

– المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وفق القوانين التالية :

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{N}$$

$$S = \sqrt{\frac{N\sum X^2 - (\sum x)^2}{N(N-1)}}$$

– اختبار " ت" لمعرفة الفروق في درجات المساندة الاجتماعية وفق القانون التالي :

$$T = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{\frac{N_1 S_1^{\,2} + N_2 S_2^{\,2}}{N_1 + N_2 - 2}\left(\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}\right)}}$$

وتمت معالجة البيانات بالطريقة اليدوية.

خلاصة:

بعد عرض الإجراءات الميدانية التي قمنا بها، من خلال التعريف بميدان الدراسة والمنهج المستخدم، والأدوات التي تم استخدامها والأساليب المناسبة لمعالجة البيانات، نستطيع من خلالها الوصول إلى النتائج وتحليلها لإبراز ما أسفرت عنه الدراسة.

الفصل الخامس

عرض ومناقشة النتائج

تمهيد

1- عرض نتائج الدراسة

2- مناقشة نتائج الدراسة

3- خلاصة نتائج الدراسة

4- المقترحات

تمهيد :

سنتطرق في هذا الفصل إلى عرض نتائج الفرضيات و البيانات المتوصل إليها، على ضوء هذه الفرضيات بعد تطبيق مقياس المساندة الاجتماعية، ثم مناقشة النتائج فخلاصة عامة لهذه النتائج وإعطاء جملة من التوصيات والاقتراحات.

1- عرض نتائج الدراسة :

1-1- عرض نتائج الفرضية العامة : والتي تنص على أن

" **مستوى المساندة الاجتماعية المدركة من طرف المراهق المكفوف مرتفع** " . وقد أفضت النتائج إلى:

جدول رقم (4) : يمثل عرض مستوى المساندة الاجتماعية لدى المراهقين المكفوفين

الدرجة الكلية لسلم المساندة الاجتماعية	التكرار	النسبة المئوية %	مستوى المساندة الاجتماعية
من 12 إلى 24	/	/	منخفض
من 25 إلى 48	20	%40	متوسط
من 49 إلى 60	30	%60	مرتفع
المجموع	50	%100	

من خلال نتائج الجدول رقم (4) نلاحظ أن أغلبية أفراد العينة (60 %) مستوى المساندة الاجتماعية لديهم مرتفع أي (من 49 إلى 60)، تليها نسبة (40 %) وهي تمثل الأفراد الذين مستواهم في المساندة الاجتماعية متوسط أي (من 25 إلى 48)، بينما لا توجد نسبة في المستوى المنخفض للمساندة الاجتماعية .

1-2- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى : والتي تنص على أن ؛

" **مستوى المساندة الاجتماعية المدركة المقدمة من طرف العائلة للمراهق المكفوف مرتفع** "، وقد أفضت النتائج إلى :

جدول رقم (5) : يمثل عرض مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة من طرف العائلة

المجالات	التكرار	النسبة المئوية %	مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة من طرف العائلة
من 4 إلى 8	/	/	منخفض
من 9 إلى 15	9	%18	متوسط
من 16 إلى 20	41	%82	مرتفع
المجموع	50	%100	

من خلال نتائج الجدول رقم (5)، نلاحظ أن أغلبية أفراد عينة الدراسة (82%) مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة من طرف العائلة لديهم مرتفع، أما نسبة (18%) من أفراد العينة مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة من طرف العائلة لديهم متوسط، بينما لا توجد نسبة بالنسبة للمستوى المنخفض للمساندة الاجتماعية .

1-3- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية : والتي تنص على أن ؛

" **مستوى المساندة الاجتماعية المدركة المقدمة من طرف الأصدقاء للمراهق المكفوف متوسط** " وقد أفضت النتائج إلى :

جدول رقم (6) : يمثل عرض مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة من طرف الأصدقاء

المجالات	التكرار	النسبة المئوية %	مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة من طرف الأصدقاء
من 4 إلى 8	/	/	منخفض
من 9 إلى 15	26	%52	متوسط
من 16 إلى 20	24	%48	مرتفع
المجموع	50	%100	

من خلال الجدول رقم (6)، نلاحظ أن نسبة (52%) من أفراد عينة الدراسة مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة من طرف الأصدقاء لديهم متوسط، تليها مباشرة نسبة (48%) تمثل الأفراد الذين مستواهم في المساندة الاجتماعية المقدمة من طرف الأصدقاء لديهم مرتفع، ولا توجد نسبة بالنسبة للمستوى المنخفض للمساندة الاجتماعية .

1-4- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة : تنص على أن ؛

" **مستوى المساندة الاجتماعية المدركة المقدمة من طرف الشخص المميز للمراهق المكفوف متوسط**" وقد أفضت النتائج إلى :

جدول رقم (7) : يمثل عرض مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة من طرف الشخص المميز

المجالات	التكرار	النسبة المئوية %	مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة من طرف الشخص مميز
من 4 إلى 8	/	/	منخفض
من 9 إلى 15	7	%14	متوسط
من 16 إلى 20	43	%86	مرتفع
المجموع	50	%100	

من خلال نتائج الجدول رقم (7)، نلاحظ أن أغلبية أفراد عينة الدراسة (86%) مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة من طرف الشخص المميز لديهم مرتفع مقارنة بالنسبة المتبقية والتي تمثل (14%) مستواهم متوسط، ولا توجد نسبة بالنسبة للمستوى المنخفض .

1-5- عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة : التي تنص على أنه ؛

" **توجد فروق دالة إحصائيا في درجة المساندة الاجتماعية لدى المراهقين المكفوفين تعزى لمتغير الجنس**". وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين غير متجانستين لتحديد دلالة الفروق في المساندة الاجتماعية حسب الجنس (ذكر، أنثى) . وقد أفضت النتائج إلى :

جدول رقم (8) : يوضح دلالة الفروق بين متوسطي أفراد العينة في مستوى المساندة الاجتماعية تبعا لمتغير الجنس

المساندة الاجتماعية	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	ذكور	26	49.34	4.97	0.09	48	غير دالة
	إناث	24	49.20	6.12			

يوضح الجدول أعلاه رقم (8) أن المتوسط الحسابي للذكور بلغ 49.34 وبانحراف معياري قدر ب 4.97، والمتوسط الحسابي للإناث بلغ 49.20 وبانحراف معياري قدر بـ 6.12، ومنه بلغت قيمة "ت" المحسوبة (0.09) وهي قيمة غير دالة ، تدل على عدم وجود فروق بين متوسطي أفراد العينة في مستوى المساندة الاجتماعية بين الذكور والإناث، وبالتالي عدم تحقق الفرضية.

1-6- عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة : والتي تنص على انه ؛

" **توجد فروق دالة إحصائيا في درجة المساندة الاجتماعية لدى المراهقين المكفوفين تعزى لمتغير المستوى التعليمي** " .

وللتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين غير متجانستين، لتحديد دلالة الفروق في المساندة الاجتماعية حسب متغير المستوى التعليمي (ابتدائي، متوسط)، وقد أفضت النتائج إلى :

جدول رقم (9) : يوضح دلالة الفروق بين متوسطي أفراد العينة في مستوى المساندة الاجتماعية تبعا لمتغير المستوى التعليمي

المساندة الاجتماعية	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	ابتدائي	20	49.70	5.96	0.33	48	غير دالة
	متوسط	30	49	7.96			

يوضح الجدول أعلاه رقم (9) أن المتوسط الحسابي للفئتين (ابتدائي – متوسط) متقارب قدر بـ (49) وبانحراف معياري للفئة الأولى (5.96) وبانحراف معياري للفئة الثانية (7.96)، ومنه بلغت قيمة " ت" المحسوبة (0.33) وهي قيمة غير دالة ، مما يشير إلى عدم وجود فروق بين متوسطي أفراد العينة في المساندة الاجتماعية حسب المستوى التعليمي، وبالتالي عدم تحقق الفرضية.

2 – مناقشة نتائج الدراسة :

2-1- مناقشة نتائج الفرضية العامة :

" **مستوى المساندة الاجتماعية المدركة من طرف المراهق المكفوف مرتفع** "

من خلال نتائج الفرضية التي توصلنا إليها في الجدول رقم (4)، والتي تؤكد أن مستوى المساندة الاجتماعية ككل كان مرتفعا لدى عينة الدراسة الحالية . وهذا مايدل على أهمية ودور المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد ، خاصة المراهق المكفوف من شبكة علاقاته الاجتماعية المتمثلة في الأسرة والأصدقاء والأقارب المحيطين به .وأهمية هذا الدعم المقدم له بجميع أشكاله، سواء تعلق الأمر بالدعم المعنوي أو العاطفي، أو الدعم المعلوماتي، وحتى الدعم المادي في تلبية حاجات المراهق المكفوف الجسدية، الاجتماعية، والشخصية وحمايته من الوقوع في الصراعات والاحباطات المختلفة، خصوصا في هذه المرحلة الحساسة من حياة الفرد .

هذا ما أكدته " **النظرية الكلية** " التي ترى بان الفرد بحاجة إلى المساندة الاجتماعية، خاصة في المواقف الصعبة التي يمر بها والمقدمة من المحيطين به في شبكة علاقاته الاجتماعية .(حنان مجدي صالح سليمان ، 2009 ، 10)

كما أكدت دراسة "**جون تريدال** " بان هناك علاقة ارتباطيه موجبة بين أنواع المساندة الاجتماعية والتفاعلات الاجتماعية الايجابية .

ودراسة " **احمد بن سعد ولبنى أحمان** " **(2008)** التي توصلت إلى أن العاملين أكثر استفادة من المساندة الاجتماعية ، ذلك لتوسع شبكة علاقاتهم الاجتماعية.

ودراسة رمضان زعطوط (2005) التي دلت على الدور الايجابي للدعم الاجتماعي المدرك نحو التوجه للسلوك الصحي .

فمعظم نتائج الدراسات والبحوث السابقة في هذا المجال تركز على الدعم الوجداني أو العاطفي لأهميته ولأنه يمثل أهم دعم في حياة الفرد ،كأحد أشكال المساندة الاجتماعية . وهذا ما يتفق مع ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية حيث تتمتع عينة الدراسة بقدر من الدعم العاطفي أكثر منه دعما معلوماتيا.

على هذا الأساس فإن للمساندة الاجتماعية أهمية كبيرة في حياة الأفراد بشكل عام ولدى المراهق المكفوف بشكل خاص، باختلاف مصادرها (الأسرة، الأصدقاء، الشخص المميز) وتعدد أشكالها مابين العاطفي والمعلوماتي والمادي، لدور كل منهما في مساعدة المراهق المكفوف على تقبل حالته والتكيف معها بشكل مقبول ومناسب قدر المستطاع.

2-2- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى : والتي تنص على أن: " **مستوى المساندة الاجتماعية المدركة المقدمة من طرف العائلة للمراهق المكفوف مرتفع** "

من خلال نتائج الفرضية الجزئية الأولى، وكما هو موضح في الجدول رقم (5) أنها تثبت أن مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة من طرف العائلة للمراهق المكفوف مرتفع.

مما يدل على أن المراهق المكفوف يلقى الرعاية والعناية والاهتمام من قبل أفراد عائلته، انطلاقا من طبيعة العلاقة القائمة بينه وبين عائلته، إذ تساهم في تنمية شخصية الكفيف وبلورتها بشكل ايجابي خلال مرحلة المراهقة بدرجة أساسية، فالمساندة العائلية تمنع إحساس الفرد بالعزلة الاجتماعية والوحدة وتدعم الهوية الاجتماعية لدى الفرد، وتؤدي إلى التوافق النفسي والاجتماعي.

وهذا ما انتهت إليه دراسة "**بومان Bauman** " التي ترى بأن " تقبل الأسرة لابنها الكفيف وتوفير الظروف والمناخ التربوي السليم الذي يتحاشى كلا من الحماية الزائدة التي تحد من نشاطه وحريته، أو الإهمال واللامبالاة، فإنها تسهم ايجابيا في تكيفه النفسي والاجتماعي، وتعمل على بث الثقة في نفسه، وتتيح له فرص التعليم والتأهيل المهني".

(خالد فارس ، 2004 ، 35)

وهذا راجع إلى طبيعة المجتمع الجزائري الذي تسوده أواصر المحبة والأخوة والمؤازرة والتماسك بين أفراد العائلة الواحدة أو داخل المجتمع، وهذا ما يدعونا إليه ديننا

الحنيف خاصة مع هذه الفئة وهي فئة المعاقين بصريا، وهي أحوج ما تكون إلى المساندة الاجتماعية لتعيد لهؤلاء الأفراد ثقتهم بأنفسهم ونمو شخصياتهم بشكل سليم.

وهذا ماأكدته دراسة "**سفلج**" **(1986)** التي توصلت إلى أن المساندة الاجتماعية المتمثلة بالعائلة أفضل في التنبؤ لمستوى الأعراض المرضية من المساندة في العمل.

ودراسة "**هور وآخرين**" **(1999)** التي توصلت إلى أن الآباء هم المصدر الرئيسي للمساندة الاجتماعية للمراهقين المعاقين بصريا، وأن هناك ارتباطا ايجابيا بين المساندة الاجتماعية المقدمة من طرف الآباء وتقدير الذات لديهم.

ودراسة "**سعيد قارة**" **(2009)** التي أسفرت عن وجود علاقة ارتباطيه بين المساندة الاجتماعية من طرف العائلة التي يتلقاها المريض وبين درجة تقبله للعلاج.

2-3- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية : والتي تنص على أن:

"**مستوى المساندة الاجتماعية المدركة المقدمة من طرف الأصدقاء للمراهق المكفوف متوسط**".

من خلال نتائج الفرضية الجزئية الثانية، وكما هو موضح في الجدول رقم (6)، أنها تثبت أن مستوى المساندة الاجتماعية لدى المراهق المكفوف المقدمة له من طرف الأصدقاء متوسط عند غالبية أفراد عينة الدراسة.

مما يدل على أن المرحلة التي يمر بها المكفوف وهي مرحلة المراهقة، يلجأ فيها المراهق إلى عقد صلات صداقة من خلال تبلور الوعي الاجتماعي المتمثل في الحاجة الملحة

إلى الانتماء للجماعة لإشباع حاجات النمو الاجتماعي القائم على تبادل الأدوار وتحقيق الذات، هذا ما يزيد من توافقه الاجتماعي .

كما أن عينة الدراسة هي من فئة المتمدرسين، أي أن المراهق المكفوف يجد ضالته في صداقته للمراهق المكفوف مثله من خلال شعوره بالمساواة مع زملائه وكفاءته لهم، مما ينمي لديه الاتجاهات الايجابية والاندماج داخل الجماعة، خاصة لدى الذكور .

هذا ما يؤكده " **كابلان** " في " نموذج الآثار الرئيسة للمساندة " حيث يرى بأن المساندة الاجتماعية ذات تأثير ايجابي على الصحة النفسية والبدنية للفرد من خلال عمليات الاقتداء والتدعيم والتشجيع وتأثير الأقران. (مروان عبد الله دياب،2006 ، 60)

كما أكدت ذلك نظرية " **المقارنة الاجتماعية** " التي ترى بان الأشخاص قد يفضلون الاندماج مع الآخرين الذين يتساوون معهم، أو يفضلونهم لتلقي تفاعلات سارة، ومعلومات ضرورية تعمل على تحسين موقفهم من البيئة المحيطة بهم.(حنان سليمان،2009 ،10)

وبالرجوع للدراسات السابقة نجد نتائج الدراسة الحالية قد اتفقت مع دراسة كل من " **سفلج**" **(1986)** التي توصلت إلى أن المساندة الاجتماعية من قبل الأصدقاء أفضل في التنبؤ من المساندة في العمل، ودراسة " **هور وآخرين** " **(1999)** التي أسفرت عن وجود ارتباط ايجابي بين المساندة الاجتماعية المقدمة من الأصدقاء وتقدير الذات لديهم.

ودراسة" **أسماء السرسي وأماني عبد المقصود**" **(2001)** التي توصلت إلى وجود فروق للمتوسطات الحسابية لعينة الدراسة في بعدي المساندة الاجتماعية "المساندة من قبل النظراء"، "المساندة من قبل الأسرة " لصالح " المساندة من قبل النظراء".

2-4- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة : والتي تنص على أن :

" **مستوى المساندة الاجتماعية المدركة المقدمة من طرف الشخص المميز للمراهق المكفوف متوسط** "

من خلال نتائج الفرضية الجزئية الثالثة، كما هو موضح في الجدول رقم (7)، أنها تنفي أن مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة من طرف الشخص المميز للمراهق المكفوف متوسط.

فغالبية أفراد عينة الدراسة مستواهم في المساندة الاجتماعية المقدمة من طرف الشخص المميز لديهم مرتفع، وهذا راجع لإدراك عينة الدراسة أن الشخص المميز لديهم قد يكون أحد أفراد العائلة أو أحد الأصدقاء أو أحد أفراد الأسرة المدرسية.

مما يشير إلى أن أفراد عينة الدراسة يتلقون مساندة اجتماعية بمختلف مصادرها وتنوع أشكالها (المساندة العاطفية، المساندة المادية ،المساندة بالمعلومات) . من خلال إدراك الفرد أنه موضع رعاية وتقدير من قبل الآخرين، وتلبية لحاجاته الجسدية والنفسية والاجتماعية والشخصية.

ذلك لأن المراهق الكفيف في مرحلة المراهقة يعاني من صعوبات الإعاقة، وتزداد حساسيته، واضطرابه الانفعالي تبعا لعدم قدرته على التلاؤم مع البيئة المحيطة به، هذا ما يدعوه إلى توسيع شبكة علاقاته الاجتماعية المحيطة به لخدمته ولمواجهة أي آثار نفسية سلبية يواجهها.

هذا ما أكده " **كابلان وآخرون** " في النظرية البنائية، حيث يركزون على تدعيم بناء شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد لزيادة حجمها، وتعدد مصادرها لخدمة الفرد ولمساندته في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة ووقايته من أي آثار نفسية سلبية يواجهها في البيئة المحيطة. (حنان سليمان ،2009 ، 9)

كما ترى نظرية " **التبادل الاجتماعي** " أن تقديم المساعدات المادية والنفسية والأدائية ينبئ بامتداد شبكة العلاقات الاجتماعية التبادلية بين الأفراد، بازدياد حاجة المتلقي للمساعدة. (حنان سليمان ، 2009 ، 10)

2-5- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة : التي تنص على أنه :

" **توجد فروق دالة إحصائيا في درجة المساندة الاجتماعية لدى المراهقين المكفوفين تعزى لمتغير الجنس**".

من خلال نتائج الفرضية الجزئية الرابعة، وكما هو موضح في الجدول رقم (8)، والتي تنفي وجود فروق في درجات المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير الجنس (ذكر، أنثى) . وهذا ما يؤكده تقارب المتوسطات الحسابية الكبير .

وقد اتفقت هذه النتيجة مع ماتوصلت إليه دراسة "**جون تري دال** " **(2009)** بعدم وجود فروق دالة إحصائيا في المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير الجنس . ودراسة " **أسماء السرسي وأماني عبد المقصود**" **(2001)**.

واختلفت هذه النتيجة مع ماتوصلت إليه دراسة "**هويدة حنفي محمود** " **(2007)**، بوجود فروق دالة إحصائيا في المساندة الاجتماعية بين الطلاب والطالبات لصالح الطالبات، ودراسة " **أسامة عادل محمود مصطفى** " **(2013)** بوجود فروق في المساندة الاجتماعية لصالح الذكور المعاقين سمعيا . ودراسة " **شهرزاد نوار** " **(2013)** .

فالمساندة الاجتماعية التي يتلقاها المراهق الكفيف من طرف عائلته وأصدقائه والأشخاص المميزين بالنسبة له تتلقاها المراهقة الكفيفة على حد سواء، بما أن كليهما يعاني من نفس الإعاقة، ومن نفس الآثار النفسية السلبية لهذه الإعاقة من خلال اتجاهات الآخرين نحوهم.

حيث يرى " **كتسفورت**" " أن العمى وحده لا يمكن أن يفسر العجز الجسمي والاجتماعي والاقتصادي الذي يوجد لدى الكفيف، بل إن العجز والقصور ناشئان عن صلة الكفيف بالمجتمع ومواقفه منه". (خالد فارس ، 2004 ، 38)

فتقديم المساعدة والمساندة الاجتماعية للمراهقين المكفوفين، يزيد من اعتقادهم بأنهم محبوبين من طرف المحيطين بهم وبإحساسهم بأنهم يقدرونهم ويحترمونهم، وأنهم محاطون بالرعاية وبالانتماء إلى شبكة العلاقات الاجتماعية . هذا ما أكدته " **النظرية**

الوظيفيـة " التـي تـرى بـان المـساندة الاجتماعيـة تـؤدي لاعتقـاد الفـرد بأنـه محبـوب مـن المحيطين به ويحس بالتقدير والاحترام، وانه محاط بالرعاية من الآخرين.

هـذا بالإضـافة إلـى تلبيـة حاجـات المراهـق والمراهقـة، كالحاجـة إلـى الأمـن والطمأنينـة والحاجة إلى مكانة الذات، والمساعدة على التكيف النفسي والاجتماعي والمهني، وتنمية الشخصية.

2-6- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة : والتي تنص على أنه:

" **توجد فروق دالـة إحصائيا فـي درجـة المساندة الاجتماعيـة لـدى المراهقين المكفوفين تعزى لمتغير المستوى التعليمي**".

من خلال نتائج الفرضية الجزئية الخامسة، وكما هو موضح في الجدول رقم (9)، والتـي تنفـي وجـود فـروق دالـة إحـصائيا فـي درجـات المـساندة الاجتماعيـة تعـزى لمتغيـر المستوى التعليمي لدى المراهقين المكفوفين.

ممـا يـدل علـى أن المـساندة الاجتماعيـة التـي يتلقاهـا المـراهقين المكفـوفين مـن قبـل الأسرة أو الأصـدقاء أو الأشـخاص المميزين بالنـسبة لهـم، يتلقونهـا نظـرا لتبعـات الإعاقـة البـصرية التـي يعـانون منهـا، كالاعتمـاد علـى الآخـرين فـي أداء متطلبـات الحيـاة اليوميـة، والتعامل مع الآخرين و السيطرة على البيئة . ونظرا لمرحلة المراهقة التـي يمرون بها وما يكتنفها من تغيرات جسمية، نفسية، اجتماعية، وحاجات ملحة ؛ كالحاجة إلى تكوين شبكة من العلاقات الاجتماعية مع المحيطين بهم وبالتالي الاحتفاظ بالمكانـة الاجتماعيـة وزيـادة

الشعور بالانتماء والأمن، والحب والتقدير من خلال الروابط القوية، سواء كانت علاقات و روابط أسرية أو علاقات مع البيئة الخارجية.

وخاصة أن عينة الدراسة هي من فئة المتمدرسين وهذا ما يزيد من حظوظهم في تكوين شبكة العلاقات الاجتماعية، ويقوي الدعم المقدم لهم سواء الدعم المادي أو العاطفي أو المعلوماتي بغض النظر عن مستواهم التعليمي .

3 – خلاصة نتائج الدراسة :

انطلاقا مما توصلنا إليه بعد تطبيق مقياس " **المساندة الاجتماعية** " لدراسة مستوى المساندة الاجتماعية، والفروق في درجات المساندة الاجتماعية تبعا لمتغيري الجنس والمستوى التعليمي لدى المراهقين المكفوفين بمدارس المعاقين بصريا بالمسيلة، وبرج بوعريريج، وسطيف .

تم التوصل إلى أن " مستوى المساندة الاجتماعية المدركة من طرف المراهق المكفوف مرتفع " بالنسبة للفرضية العامة، وتحقق الفرضية الجزئية الأولى بان " مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة من طرف العائلة للمراهق المكفوف مرتفع " وتحقق الفرضية الجزئية الثانية بأن " مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة من طرف الأصدقاء للمراهق المكفوف متوسط، وعدم تحقق الفرضية الجزئية الثالثة بان " مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة من طرف الشخص المميز للمراهق المكفوف متوسط وعدم تحقق الفرضية

الجزئية الرابعة والخامسة بعدم وجود فروق دالة في درجات المساندة الاجتماعية تعزى لمتغيري الجنس والمستوى التعليمي .

4 – المقترحات :

يمكن إدراج مجموعة من الاقتراحات المتمثلة فيما يلي :

- التأكيد على أهمية دور المساندة الاجتماعية للمراهق الكفيف في التخفيف من آثار الإعاقة.
- زيادة فاعلية المساندة الاجتماعية للمراهق الكفيف من قبل الأسرة والأصدقاء والأشخاص المميزين بالنسبة له .
- الاهتمام بالخدمات النفسية والاجتماعية للمراهق الكفيف لدمجه داخل المجتمع .
- تزويد الكفيف بأنماط سلوكية تتناسب وإعاقته تساعده على تكوين علاقات اجتماعية ناجحة .
- تنمية قدرات ومهارات المراهقين المكفوفين ودمجهم في المجالات التي تناسبهم.
- تعديل البيئة التعليمية بما يتناسب وحاجات المراهقين المكفوفين.
- نشر الوعي والإرشاد الديني بالمجتمع حول الحاجات والخصائص الخاصة بالمراهقين المكفوفين.
- ربط متغير المساندة الاجتماعية بمتغيرات أخرى لدى عينة الدراسة.

الخاتمة

خاتمة

لقد تمحورت هذه الدراسة حول موضوع "المساندة الاجتماعية كما يدركها المراهق المكفوف " وبعد تطبيق مقياس المساندة الاجتماعية بمدارس المعاقين بصريا بالمسيلة، برج بوعريريج، سطيف.

ومن خلال عرض تساؤلات الدراسة وفرضياتها وكذا عرض النتائج المتوصل إليها ومناقشتها وفقا للدراسات السابقة والإطار النظري، توصلت الباحثة إلى وجود مستوى مرتفع للمساندة الاجتماعية لدى المراهقين المكفوفين خاصة من طرف العائلة.

مما يؤكد على وجود تأثير متبادل بين تقديم المساندة الاجتماعية من طرف العائلة والأصدقاء، وبين تقبل هذه المساندة ومدى إدراكها والرضا عنها من طرف المراهقين المكفوفين.

كما توصلت الباحثة إلى وجود مستوى متوسط للمساندة الاجتماعية لدى المراهقين المكفوفين المقدمة لهم من طرف الأصدقاء. مما يؤكد تعلق المراهقين بأسرهم بدرجة أساسية، وهو ما يعكسه المستوى المرتفع للمساندة الاجتماعية الذي ظهر لدى عينة الدراسة، مما يشير إلى حاجتهم إلى المساعدة والدعم العاطفي والمادي والمعلوماتي للتخفيف من آثار الإعاقة النفسية والاجتماعية.

باعتبار الأسرة هي أولى وأهم مصادر المساندة بالنسبة للمراهق المكفوف. فهي وحدة المجتمع الأولى وهي حلقة الوصل بين الفرد والمجتمع.

ثم تأتي بعد ذلك مساندة الأصدقاء، باعتبار أن أهم خصائص مرحلة المراهقة هي الارتباط القوي بالنظراء ؛ بحيث يعتبر المراهق أن النظراء هم عائلته الثانية، خاصة الذكور منهم ويحاول دائما محاكاة هؤلاء النظراء، ومحاولة إرضائهم حتى ولو كان ذلك على حساب عائلته وعلاقته بالأسرة. وبالتالي عدم وجود فروق في المساندة باختلاف المتغيرات الوسيطية (الجنس، المستوى التعليمي).

وبما أن عينة الدراسة من المتمدرسين، فالمستوى التعليمي للكفيف يساعده في فهم ماهية المساندة الاجتماعية المقدمة من مصادرها المختلفة، ومن ثم إمكانية تجاوز أي مشكلة قد تواجهه. ويمكن تفسير هذه العلاقة بان الكفيف المتابع لتحصيله العلمي يدرك أن الآخرين يتقبلونه ويتفاعلون معه كأي فرد طبيعي، الأمر الذي يعزز من ثقته بذاته وقدراته وطموحاته.

قائمة

المراجع

فائمة المراجع

المراجع باللغة العربية

- القرآن الكريم

- السنة النبوية

-الكتب

1- إبراهيم قشوش، (1980): **سيكولوجية المراهقة**، مكتبة الانجلو المصرية، مصر .

2- إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، (2006) : **الإعاقة البصرية المفاهيم الأساسية و الاعتبارات التربوية**، ط1، دار المسيرة، عمان، الأردن .

3- إقبال إبراهيم مخلوف، (1991) : **الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية .

4- إيمان محمد أبو غربية، (2007) : **التطور من الطفولة حتى المراهقة**، ط1، دار جرير، عمان-الأردن .

5- إيهاب الببلاوي، (2001) : **قلق الكفيف تشخيصه وعلاجه**، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

6- بدرة معتصم ميموني، (2005) : **الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق**، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر .

7- جمال محمد الخطيب، (2001) : **الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل**، ط1، مركز التميز الأردني في التربية الخاصة، الأردن .

8- خالد فارس، (2004) : **الاحتياجات الخاصة / الكفيف**، ط1، المنظمة الكشفية العربية السعودية .

9- سعد جلال، (بدون سنة) : **الطفولة والمراهقة** ، ط2، دار الفكر العربي، مصر.

10- سعيد حسني العزة، (2001) : **التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية**، ط1، الدار العلمية الدولية .الأردن.

11- شيلي تايلور، (2008) : **علم النفس الصحي** ،(ترجمة وسام درويش بريك و فوزي شاكر داود)، ط1، دار الحامد، الأردن .

12- صالح حسن احمد الداهري، (2008) : **سيكولوجية رعاية الكفيف والأصم**، ط1، دار صفاء، عمان.

13- طارق كمال، (2007) : **الإعاقة الحسية المشكلة والتحدي**، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية.

14- عبد الرحمان العيسوي، (1993) : **مشكلات الطفولة والمراهقة أسسها الفيزيولوجية والنفسية**، ط1، دار العلوم العربية، بيروت، لبنان.

15- عبد الرحمان الوافي، (2009) : **مدخل إلى علم النفس**، ط4، دار هومة، الجزائر .

16- فتحي عبد الرحمان الضبع، (2008) : **المعاقون بصريا**، ط1، مكتبة العلم والإيمان الإسكندرية.

17- عبد الرحمان سيد سليمان، (1999) :**سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (المفهوم و الفئات)** ،ط1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

18- كمال سالم سيسالم، (1995) : **الإعاقات البسيطة المعاقون بصريا** ،دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر .

19- كامل علوان الزبيدي، (2007) : **دراسات في الصحة النفسية**، ط1، دار الوراق، الأردن.

20- محمد مصطفى زيدان، (2001) : **النمو النفسي للطفل والمراهق وأسس الصحة النفسية**، ط1، منشورات الجامعة الليبية، القاهرة .

21- محمد سيد فهمي، (2005) : **واقع رعاية المعوقين في الوطن العربي**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية .

22- محمد حسن غانم، (2007) : **دراسات في الشخصية والصحة النفسية** ، الجزء الأول دار غريب، القاهرة.

23- منذر عبد الحميد الضامن، (2005) : **علم نفس النمو الطفولة والمراهقة**، ط1، مكتبة الفلاح، العين، الإمارات العربية المتحدة.

24- مصطفى غالب، (1982) : **سيكولوجية الطفولة والمراهقة**، ط4، مكتبة الهلال، بيروت.

25- منى صبحي الحديدي، (2002) : **مقدمة في الإعاقة البصرية**، ط2، دار الفكر، الأردن.

المجلات :

26- احمد بن سعد ولبنى أحمان، (2008) : **دور المساندة الاجتماعية في التخفيف من اضطراب الضغوط التالية للصدمة** ،مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية (العدد 12 جويلية 2010)، جامعة سطيف، الجزائر .

27- شهرزاد نوار، (2013) : **دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري**، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية (العدد 13 ديسمبر 2013)، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر .

28- ماجدة موسى، (2010) : **مفهوم الذات الاجتماعي وعلاقته بالتكيف النفسي والاجتماعي لدى الكفيف**، مجلة جامعة دمشق، المجلد 26 – ملحق 2010 .

29- نادية بعيبع وآخرون، (2006) : **إدراك حرف البرايل لدى ذوي الإعاقة البصرية**، مجلة تنمية الموارد البشرية، العدد الثالث، مخبر تنمية الموارد البشرية، سطيف، الجزائر .

30- هويدة حنفي محمود، (2007) : **المساندة الاجتماعية كما يدركها المكفوفون و المبصرون من طلاب جامعة الإسكندرية وتأثيرها على الوعي بالذات لديهم** ،المجلة المصرية للدراسات النفسية (العدد55)، الإسكندرية .

31- يامنة اسماعيلي، (2009) : **الإعاقة البصرية بالمنظور السيكولوجي**، مجلة منتدى الأستاذ، المدرسة العليا للأساتذة، قسنطينة، الجزائر .

الرسائل الجامعية :

32- أسماء السرسي وأماني عبد المقصود، (2001) : **المساندة الاجتماعية كما يدركها المراهقين وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية**، عين شمس، مصر.

33- أسامة عادل محمود مصطفى، (2013) : **المساندة الاجتماعية كم يدركها الأطفال المعاقون سمعيا وعلاقتها بتواصلهم الاجتماعي**، رسالة ماجستير، مصر .

34- بندر بن محمد حسن الزيادي العتيبي ،(2008) : **اتخاذ القرار وعلاقته بكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينة من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف**، رسالة ماجستير منشورة، المملكة العربية السعودية .

35- حنان مجدي صالح سليمان، (2009) :**المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مريض السكر المراهق**، رسالة ماجستير منشورة، مصر.

36- سعيد قارة، (2009) : **المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج عند المرضى**

المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، رسالة ماجستير، باتنة .

37- شيماء أحمد محمد الديداموني، (2009) : **المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالموهبة الابتكارية للمراهقين**، رسالة ماجستير منشورة، الزقازيق .

38- صفية مبارك موسى حميد، (2011) : **فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الذكاء الوجداني لدى المعوقين بصريا المقيمين داخل المدرسة من طلاب المرحلة الثانوية**، رسالة دكتوراه منشورة، القاهرة .

39- علية سماح، (2013) : **تكييف المناهج التربوية حسب حاجات المعاقين بصريا**، رسالة دكتوراه منشورة، جامعة بسكرة، الجزائر .

40- عبير بنت محمد حسن الصبان، (2003) : **المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة**، رسالة دكتوراه منشورة، مكة المكرمة .

41- مروان عبد الله دياب، (2006) : **دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين**، رسالة ماجستير منشورة، غزة.

42- مصطفى أسامة عادل محمود، (2013) : **المساندة الاجتماعية كم يدركها الأطفال المعاقون سمعيا وعلاقتها بتواصلهم الاجتماعي**، رسالة ماجستير، بني سويف .

43- محمد محمد محمد عودة، (2010) : **الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة** رسالة ماجستير منشورة، غزة.

44- يونسي تونسية، (2012) : **تقدير الذات وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى المراهقين المبصرين و المراهقين المكفوفين**، رسالة ماجستير منشورة، تيزي وزو، الجزائر.

القواميس والمعاجم :

45- خليل أبو فرحة، (2000) : **الموسوعة النفسية**، ط1، دار أسامة، الأردن .

46- فؤاد أبو حطب ومحمد سيف الدين فهمي، (1984) : **معجم علم النفس والتربية**، **ج1**، الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية، مصر .

47- مدحت عبد الرزاق الحجازي، (2012) : **معجم مصطلحات علم النفس**، ط1، دار الكتب العلمية، بيروت.

48- نوربير سيلامي، (2001) : **المعجم الموسوعي في علم النفس** ،ج5 ،ترجمة وجيه أسعد، وزارة الثقافة، دمشق .

المراجع باللغة الفرنسية :

49- Abderrahmane si moussi et Roger perron,(2011) : **problématiques De l'adolescence** , laboratoire d'anthropologie psychanalytique et de Psychopathologie , Alger .

50- Carine girac-Marinier et al , (2013) :**Dictionnaire Larousse** , paris .

51- Caroline cintas et pierre-antoine sprimont , (2011) : **Soutien social et Violence au travail :** Quels effets sur le burnout ?, laboratoire nimec-iae de Rouen .

52- Diane e. papalia et al , (2010) : **Psychologie du développement Humain ,** 7édition , cheneliére mc graw-Hill ,Montréal(Québec) canada.

53- Edith st-jean-trudel , (2009) : **Le soutien social et l'Anxiété** , Thèse au Doctorat en psychologie , université du Québec a montréal.

54- Richard cloutier et sylvie drapeau , (2008) : **Psychologie de l'adolesc Ence** , 3édition , chenelière éducation ,montréal (québec) ,canada .

55-Norbert sellamy, (1999) : **Dictionnaire de psychologie** ,Larousse, paris.

الملاحق

مقياس المساندة الاجتماعية

السن :

الجنس :

المستوى التعليمي :

أمامك مجموعة من العبارات اقرأ كل عبارة بعناية , ثم اختار إحدى الإجابات وضع علامة (/) في الخانة التي تعبر عن شعورك ,وأرجو عدم ترك عبارة بدون إجابة.هذه الإجابة بغرض البحث العلمي فقط ,وسوف يحتفظ بآرائك التي تدلي بها في سرية تامة . وشكرا على تعاونكم معنا .

العبارة	معارض تماما	معارض	لاأدري	موافق	موافق تماما
1-هناك شخص مميز بجانبي وقت الحاجة					
2- هناك شخص مميز يشاركني في السراء و الضراء					
3- عائلتي تحاول فعلا مساعدتي					
4-احصل على الدعم والحنان من عائلتي					
5-لدي شخص مميز يعتبر مصدر عون حقيقي لي					
6-يمكنني الاعتماد على أصدقائي عندما تسوء الأمور					
7-أصدقائي يحاولون بالفعل مساعدتي					
8-أستطيع التحدث عن مشاكلي مع أفراد عائلتي					
9-لدي أصدقاء يشاركونني في السراء والضراء					
10-لدي شخص مميز في حياتي يحرص على مشاعري					
11-ترغب عائلتي في مساعدتي في اتخاذ قراراتي					
12-يمكنني التحدث مع أصدقائي عن مشاكلي					

شكرا على ملئكم للاستبيان

بحمد الله