

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف - المسيلة

كلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس

الرقم التسلسلي: 2017/

المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعوقين بصريا

- دراسة ميدانية بمدينة المسيلة -

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

إشراف الدكتورة:

من إعداد الطالبة:

بوضياف نوال

- نبيلة زنيدي -

- لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	الصفة
اسماعيل يامنة	أستاذ تعليم عالي	رئيسا
بوضياف نوال	أستاذ محاضر أ	مقررا ومشرفا
بورنان سامية	أستاذ محاضر أ	ممتحنا

السنة الجامعية: 2017/2016

شكر وعرافان

مع إتمام هذه الدراسة المتواضعة أقدم خالص شكري وتقديري لجامعة
مجد بوضياف بالمسيلة , وأشكر القائمين على هذه الجامعة رئيسا
وأساتذة

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى الأستاذة الدكتورة المشرفة :بوضياف
نوال بقبولها الإشراف على هذه الرسالة وعلى ما بذلته من وقت وجهد
من خلال التوجيه والإرشاد والتشجيع حتى نهاية المذكرة
وأتقدم بالشكر والعرافان إلى زوجي الحبيب لما قدمه من دعم مادي
ومعنوي

كما أتقدم بالشكر لكل من قدم مشورة مفيدة وكلمة طيبة خلال مشوار
هذه الدراسة

وأرجو أن أكون وفقت في تحقيق الغرض المنشود من الدراسة , فإن
وفقت فمن الله , وإن قصرت فمن نفسي . وأخر دعوانا الحمد لله رب
العالمين .

نبيلة زبيدي



1-ملخص الدراسة باللغة العربية:

المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعاقين بصريا

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأفراد المعاقين بصريا ،ولتحقيق أهداف الدراسة تم اعتماد المنهج الوصفي وبالاستعانة بمقياس المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعاقين بصريا من إعداد (سرور محمد صالحة)(2007) وقد تم تطبيقه على عينة قوامها (30) فرد ، وأسفرت نتائج الدراسة على أن مستوى المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعاقين بصريا ،وكذا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية والانفعالية تعزى لكل من الجنس، نوع الإعاقة، وشدة الإعاقة.

وعلى ضوء النتائج قدمت الطالبة عددا من التوصيات والاقتراحات

الكلمات المفتاحية:

- المشكلات السلوكية، المشكلات الانفعالية

- الأفراد المعوقون بصريا

2-ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية :

The behavioral and emotional problems for visually impaired individuals.

The purpose of this study is to identify the level of emotional and behavioral problems for visually impaired individuals.

In order to achieve the objectives of the study the descriptive was adopted with behavioral problems and emotional barometer for visually impaired individuals:has been applied to as ample of 30 individual from srer Mohamed salha 2007 the results of this study the level of emotional and behavioral problems have visually overage is statistically significant differences in emotional and behavioral problems among the visually impaired sex, the type and severity of disability in light of the conclusions presented requesting a number of recommendations and suggestions

فهرس المحتويات

	الإهداء
	شكر وعرهان
	ملخص الدراسة بالعربية
	ملخص الدراسة بالإنجليزية
	الفهارس
	فهرس المحتويات
	فهرس الأشكال
	فهرس الجداول
	فهرس الملاحق
أ	مقدمة
الدراسة النظرية	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
6	1- الإشكالية
7	2- التساؤلات
8	3- فرضيات الدراسة
8	4- أهداف الدراسة
9	5- أهمية الدراسة
10	6- المفاهيم الإجرائية
10	7- الدراسات السابقة
21	خلاصة جزئية
الفصل الثاني: الإعاقة البصرية	
23	تمهيد
24	1- تعريف الإعاقة البصرية
25	2- أسباب الإعاقة البصرية

29	3- تصنيف الإعاقة البصرية
33	4- نسبة انتشار الإعاقة البصرية
34	5- خصائص المعاقين بصريا
40	6- سمات شخصية المعاق بصريا
41	7- أحلام المعاقين بصريا
41	8- حاجات المعاق بصريا
42	9- ردود الأفعال المتباينة تجاه الإعاقة البصرية
45	خلاصة جزئية
الفصل الثالث: المشكلات السلوكية والإنفعالية	
47	تمهيد
48	1- تعريف المشكلات السلوكية الانفعالية
49	2- محكات تحديد الاضطرابات السلوكية والانفعالية
51	3- تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية
51	4- المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعاقين بصريا
60	5- أسباب المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعاقين بصريا
61	6- العوامل المؤثرة على المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعوقين بصريا
63	خلاصة جزئية
الدراسة الميدانية	
الفصل الرابع: اجراءات الدراسة	
66	تمهيد
67	1- منهج الدراسة
67	2- مجتمع الدراسة
67	1-2 الدراسة الإستطلاعية
68	1-1-2 أهداف الدراسة الإستطلاعية
68	2-1-2 المفاهيم الإجرائية للدراسة الإستطلاعية

68	3-1-2 وصف مجال وعينة الدراسة الإستطلاعية وخصائصه
69	4-1-2 عينة الدراسة الاستطلاعية
69	5-1-2 وصف أدوات الدراسة الإستطلاعية، وكيفية تطبيقها واختبار خصائصها السيكومترية
75	6-1-2 كيفية معالجة البيانات احصائيا و استخلاص نتائجها
75	7-1-2 عرض نتائج الدراسة الإستطلاعية
77	2-2 الدراسة الأساسية
77	1-2-2 متغيرات الدراسة الأساسية
77	2-2-2 منهج الدراسة الأساسية
77	3-2-2 عينة الدراسة الأساسية
78	4-2-2 حدود البحث
79	3- أداة الدراسة وكيفية تطبيقها
80	4- تصحيح أداة القياس
80	5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات
81	خلاصة جزئية:
الفصل الخامس: عرض وتحليل النتائج	
83	تمهيد
84	أولا/ عرض وتحليل نتائج فرضيات البحث
84	1-1 عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة
88	2-1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى
89	3-1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية
91	4-1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
92	ثانيا/ مناقشة النتائج على ضوء فرضيات البحث
92	1-2 مناقشة النتائج على ضوء بالفرضية العامة
93	2-2 مناقشة النتائج المتعلقة الفرضية الجزئية الأولى

95	2-3 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية الثانية
95	2-4 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية الثالثة
97	خلاصة جزئية
98	نتيجة عامة
99	الاقتراحات والتوصيات
101	خاتمة
	قائمة المراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

	جدول (1): يوضح التصنيف الإعاقة البصرية حسب: (W.H.O)
	جدول رقم (2) يوضح خصائص عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الجنس, نوع الإعاقة و شدة الإعاقة
	جدول رقم(03) يوضح قيم معاملات الثبات(ارتباط برسون) وطريقة التطبيق وإعادة التطبيق لمقياس المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعاقين بصريا
	الجدول رقم (04) يوضح مدى الدرجات وعدد العبارات في كل بعد وفي المقياس ككل (مقياس المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعاقين بصريا)
	جدول رقم (05) يوضح مدى الدرجات وعدد العبارات في كل بعد وفي المقياس ككل
	جدول رقم (06) يوضح ثبات مقياس المشكلات السلوكية والانفعالية عن طريق التناسق الداخلي
	جدول رقم (07) يوضح مصفوفة ارتباطات المحاور مع الدرجة الكلية لمقياس المشكلات السلوكية والانفعالية
	جدول رقم (08) يوضح خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس, نوع الإعاقة و شدة الإعاقة
	جدول رقم (09) يوضح أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس, نوع الإعاقة و شدة الإعاقة بالنسبة المئوية
	جدول رقم (10) يوضح كيفية تصحيح مقياس المشكلات السلوكية والإنفعالية للأفراد المعوقين بصريا
	جدول رقم (11) يوضح مستوى المشكلات السلوكية والانفعالية التي يعاني منها المعاقون بصريا
	جدول رقم(12) يوضح درجة المساهمة بالنسبة لعبارات المحور الأول
	جدول رقم (13) يوضح اتجاهات المحور الثاني
	جدول (14) يوضح الفروق بين الجنسين في المشكلات السلوكية والانفعالية

	جدول رقم (15) يوضح الفروق بين أفراد عينة الدراسة في المشكلات السلوكية والانفعالية تبعا لمتغير نوع الإعاقة
	جدول رقم (16) يوضح الفروق بين أفراد عينة الدراسة في المشكلات السلوكية والانفعالية تبعا لمتغير شدة الإعاقة

فهرس الأشكال	
	الشكل رقم (01) يوضح سمات شخصية المعاق بصريا
	الشكل رقم (02) يوضح ردود فعل الكفيف تجاه الإعاقة
	الشكل رقم (03) يوضح ردود فعل الأسرة تجاه الإعاقة
	الشكل رقم (04) يوضح ردود أفعال المجتمع تجاه الإعاقة
	الشكل رقم (05) أعمدة بيانية توضح المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة مقارنة بالمتوسطات النظرية لعبارات المحور الأول
	الشكل رقم (05) أعمدة بيانية توضح المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة مقارنة بالمتوسطات النظرية لعبارات المحور الثاني

فهرس الملاحق	
	ملحق رقم (01) بطاقة فنية لمدرسة الأطفال المعوقين بصريا
	ملحق رقم (02) مقياس المشكلات السلوكية والإنفعالية للأفراد المعاقين بصريا
	ملحق رقم (03) طلب ترخيص من مدير المؤسسة
	ملحق رقم (04) ثبات وصدق أداة الدراسة
	ملحق رقم (05) نتائج الدراسة

مقدمة

يتمتع الأفراد العاديون بجميع الحقوق والواجبات التي تحفظ لهم العيش بكرامة وبالشكل الذي يضمن لهم الأمن والاستقرار، ويعينهم على أن يكونوا سواعد للعطاء والبناء لمجتمعاتهم، وينمي القدرة على استثمار كافة الإمكانيات والوسائل المتاحة لهم في العالم المحيط بهم بشكل إيجابي وفعال.

في المقابل نجد أن الأفراد المعاقين لم يحظوا بنفس القدر من الاهتمام الذي ناله أقرانهم من العاديين، لاعتبار الإعاقة ومنذ القدم عنوانا لشقاء أصحابها، فما إن تكتشف إعاقته حتى يتبدل واقعهم، ويصبح النبذ مألهم و تنشغل أسرهم بالتفكير في طريقة للتخلص منهم لما سيجلبونه لها من عار وعناء.

وفي خضم الواقع الأليم، جاء الإسلام بقيمه السمحة يداوي ألم نفوسهم ويمنيهم برحمة الله بعباده ويثبتهم على الرضا بقضاء الله وقدره، ويبشرهم بالأجر والثواب، ومن بين ذلك عن أنس بن مالك رضي الله عنه قال سمعت النبي ﷺ يقول " إن الله قال إذا ابتليت عبدي بحبيبتيه فصبر عوضته منهما الجنة يريد عيني هـ " تابعه أشعث بن جابر وأبو ظلال بن هلال عن أنس عن النبي صلى الله عليه وسلم .

ولم يكن القرآن بمعزل عن السنة النبوية المطهرة حيث وضحت قصصه الكريمة ما ناله الإنسان المعاق من تكريم له، وحرص على مشاعره ومراعاة لأحاسيسه بأبلغ الصور وأعظم التعبيرات، وما أروع أن يعاتب المولى، التقدير رسول هذه الأمة في إنسان حرم نور عينيه، لإعراضه عنه، فقد ذكر أن الرسول ﷺ كان يوما يخاطب أحد عظماء قريش، وقد طمع في إسلامه، فبينما هو يخاطبه إذ أقبل عليه ابن أم مكتوم، وقد كان ضريرا فجعل يسأل رسول الله عليه الصلاة والسلام عن شيء ويلح عليه وود النبي عليه السلام أن لو كف ساعته تلك ليمكن من مخاطبة ذلك الرجل.

طمعا ورغبة في هدايته، وعبس في وجه بن أم مكتوم وأعرض عنه وأقبل على الآخر فأنزل الله تعالى قوله "عَبَسَ وَتَوَلَّى ﴿١﴾ أَنْ جَاءَهُ الْأَعْمَى ﴿٢﴾ وَمَا يُدْرِيكَ لَعَلَّهُ يَزَّكَّى ﴿٣﴾" سورة عبس الآية: (1-3)، أي يحصل على زكاة وطهارة في نفسه .

ومن هنا نستشف أمر الله تعالى لرسوله الكريم بأن لا يخص بالإنذار أحدا، بل يساوي فيه بين الشريف والضعيف، والفقير والغني، والسادة والعبيد والرجال والنساء، والصغار والكبار ثم الله تعالى يهدي من يشاء إلى صراط مستقيم ، وله الحكمة البالغة والحجة الدامغة.

وقد تزايد الإهتمام بالمعاقين من خلال الدراسات في مجال علم النفس والاجتماع إذ أخذت بعين الاعتبار المعاقين صغارا أو كبارا من حيث التعليم، الرعاية، التربية والتأهيل. (الحديدي، 1998: 11).

ويعد المعاقون بصريا أكثر فئات الإعاقة تأثرا بالمجتمع المحيط بهم نظرا لاتصالهم المبتور به، بالرغم ما حظي به ميدان الإعاقة البصرية من اهتمام مبكر سبق جميع ميادين الإعاقة الأخرى، حيث أنشأت أول مدرسة للمكفوفين في فرنسا في 1785م، إضافة إلى أن أبناء هاته الفئة قد نالوا قدرا كبيرا من الاهتمام والرعاية من لدن الأخصائيين والباحثين التربويين والنفسانيين والاجتماعيين لم ينلها بعد أي ميدان من ميادين الإعاقة (سيسالم، 1997: 9).

ومع التأكيد على أن هناك من بين المعاقين من كانت إعاقته حافزا للتوافق مع ذاته والعطاء لمجتمعه، فإن من بينهم من شرخت هذه الصورة لديه التفاضل و قدرته على التوافق مع نفسه وبيئته بسبب الإعاقة، لأنه بحاجة إلى تكوين صورة لبيئة فوجئ أنها ترفضه وتتعامل معه بحساسية، وحكمت عليه بالضعف نتيجة الإعاقة، وعدم قدرته على التفاعل معها كغيره من أبناء مجتمعه العاديين، والطفل المعاق يكون عاجزا أحيانا عن فهم بعض الضوابط المجتمعية ولذا فهو لا يستجيب لها فينجم عن ذلك اصطدامه

بخبرات سلبية من المحيطين به، مما يولد لديه مشاعر الإحباط والخوف والرغبة في الانسحاب والانطواء أو فرض نفسه على الواقع المحيط بقوة من خلال العدوان والانفعال والغضب وقد يأتي ذلك في وقت تكون الأسرة فيه عاجزة عن تفسير هذا السلوك المضطرب، مما يوقعها تحت طائلة الحرج من المجتمع المحيط ، الأمر الذي ينعكس على طفلها وبالتالي قد يؤثر على توافقه مع الأسرة والمجتمع ويولد لديه شعورا بعدم الرضا عن إعاقته من جهة وعن ما بدا لديه من العوامل والمتغيرات المحيطة به من جهة أخرى.

وبما أن سلوك الفرد مع نفسه وبيئته هو الذي يلعب دورا بارزا في علاقته معها فإن أي اضطراب فيه قد يتسبب في حدوث خلل ينجلي على تلك العلاقة، ولذا فقد ظهر الاهتمام في أوساط الباحثين والمختصين بما سموه ميدان الاضطرابات السلوكية وهو حديث نسبيا إلا أنه في وقتنا الحاضر يحظى بعناية واهتمام بالغ، ذلك مع أنه ليس لأحد أن ينكر أن جذوره غائرة في القدم إلا أن النمط والشكل الحالي، المتبع في دراستها بكل جوانبها يعكس آراء وتوجهات حديثة ومواكبة للعصر (القاسم وآخرون، 2005 :5).

وإذا كانت الاضطرابات السلوكية والانفعالية تلقى بضلالها على توافق المعاقين سواء مع ذواتهم أو بيئتهم وذلك في ضوء ما يلاحظ في الواقع وأكدته معظم الدراسات في هذا المجال.

ولكون المكفوفين من أكثر المعاقين إحساسا بالعزلة نتيجة لما لهم من خصوصية في طبيعة التواصل بينهم وبين المجتمع وما يتسم به من قصور ومحدودية، في ضوء ما تفرضه الإعاقة على أصحابها من محدودية، القدرات الاتصالية، إضافة إلى ما يعانيه المعاقون من عدم الرضا عن واقعهم الشخصي، أو أساليب التعامل على أهم المشكلات السلوكية والانفعالية التي يعاني منها الأفراد المعاقون بصريا ومن أجل تحقيق أهدافها تم

اعتماد الخطة الآتية والمكونة من جانبين : نظري وتطبيقي وقد اشتملت على خمس فصول وهي:

الفصل الأول: تناولت الطالبة الباحثة في هذا الفصل والمعنون بالإطار العام للدراسة ومن خلاله تم تحرير إشكالية الدراسة، وتحديد فرضياتها، ومتغيرات البحث وأهميته وأهدافه، وضبط مفاهيمه الإجرائية وأخيرا عرض الدراسات السابقة ذات الصلة بالدراسة الحالية.

الفصل الثاني: والذي تضمن الإعاقة البصرية ومن خلالها تطرقت الطالبة الباحثة إلى تعريف الإعاقة البصرية، أسبابها، تصنيفها، نسبة انتشارها ، وكذا خصائص المعاقين بصريا، ثم سمات شخصية المعاق بصريا. كما تم التطرق إلى أحلام المعاقين بصريا، حاجاتهم وردود الأفعال المتباينة تجاه إعاقته.

الفصل الثالث: وقد تناولت فيه الطالبة الباحثة تعريف للمشكلات السلوكية والانفعالية، محكات الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، تصنيفها، نسبة انتشارها ثم تطرقت إلى المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعاقين بصريا، ثم أسبابها والعوامل المؤثرة فيها.

الفصل الرابع: احتوى على إجراءات الدراسة، الميدانية وقد تم فيه التطرق إلى منهج الدراسة ، مجتمع الدراسة العينة الاستطلاعية والعينة الأساسية ثم أدوات الدراسة والأساليب الإحصائية المستخدمة.

الفصل الخامس: فقد خصص لعرض وتحليل ومناقشة النتائج المتوصل إليها على ضوء الفرضيات ، خاتمة، المراجع، الملاحق.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1- الإشكالية

2- التساؤلات

3- فرضيات الدراسة

4- أهداف الدراسة

5- أهمية الدراسة

6- المفاهيم الإجرائية

7- الدراسات السابقة

خلاصة جزئية

1- الإشكالية:

بالرغم من أن المواثيق أكدت على مبادئ العدالة وتكافؤ الفرص بين أفراد المجتمع وعلى أن للمعوق كافة الحقوق الأساسية، التي لأقرانه العاديين ممن هم في مثل عمره الزمني مهما كانت وجوه الإعاقة التي لديه، أو طبيعتها أو درجة خطورتها، ومنها الحق في تعليم يناسب احتياجاته الفردية، والحق في احترام كرامته الانسانية وحمايته من كل استغلال أو إجراء أو معاملة فيها تجاوز أو حط من شأنه، ومنها حقه في النمو الطبيعي، والتمتع بحياة لائقة طبيعية عادية، أو أقرب ماتكون إليها، وحقه في اكتساب أكبر قدر من الاستقلالية، وحقه في الانتماء إلى المجتمع والاندماج فيه، والعيش وسط أفراد أسرته.

هذا ما أكدت عليه الاتفاقيات الدولية والمحلية التي ترتبط بحقوق الانسان وحقوق المرأة وحقوق الطفل، وكذلك قرارات المؤتمرات الدولية التي عقدت لمناقشة قضايا التعليم ورعاية المعاقين والتي أكدتها، العديد من التوصيات.

ومن أمثلة هذه المؤتمرات: "مؤتمر التعليم للجميع" والذي عقد في "Jomitane" "Tayland" (1990)، ومؤتمر التربية الخاصة في "Slamanka" بإسبانيا (1994)، ومؤتمر "Dakar" بالسينغال (2000).

كما أن جميع مؤتمرات التعليم التي عقدت في مصر منذ (1992) أكدت على حق التعليم للجميع وحق المعاقين في الحصول على الرعاية المناسبة كي يندمجوا مع مواقف الحياة اليومية ويستطيعوا المشاركة في مجتمعاتهم وفقا لقدراتهم وإمكاناتهم. (فارعة، 2003:

(02

إلا أن المعاقين لايزالون يعانون وخاصة في المجتمعات العربية من تهميش وصعوبات كبيرة في حياتهم اليومية مما ولد لديهم العديد من المشكلات النفسية وعلى رأسها المشكلات السلوكية والانفعالية ونخص بالذكر فئة المعاقين بصريا، كونها إعاقة حساسة جدًا لما لها من خصوصية تميز هذه الفئة عن الإعاقات الأخرى، إذ في دراسة للصباح (1993) والتي هدفت لمعرفة مستوى الانسحاب الاجتماعي للأفراد المعوقين بصريا في

الأردن مقارنة بالإعاقات الأخرى، وجد بأنهم يحتلون المرتبة الأولى في الانسحاب الاجتماعي يتلوهم المعاقون عقليا ثم العاقون سمعيا.

وأكد أبو فخر (2000) كذلك على نفس الفكرة، في دراسة أجراها من أجل معرفة الصعوبات الانفعالية والاجتماعية التي يمكن أن تصاحب المعاقين بصريا في دمشق بسوريا، ووجد أن المعاقين بصريا يعانون صعوبات انفعالية واجتماعية بنسبة 58%. ولا يمكن لنا أن نستهيئ بهاته الفئة أو نعتبرها من الأقليات، فقد أشارت أحدث الإحصائيات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (World Health Organizatio) في (2002) إلى أن بالعالم ما يزيد عن (161) مليون معاق بصريا من بينهم (37) مليون كفيف، كما أنهم لا يتوزعون توزيعا متساويا بالعالم إذ أن حوالي 80% منهم يوجدون في دول العالم الثالث، لذا كان لزاما علينا أن نلقي الضوء على هذه الفئة ونحاول معرفة ما تعانيه خاصة من مشكلات تخص الجانب السلوكي والانفعالي لأن منها ما يهدم الشخصية الإنسانية تهديما كاملا، ومنها ما يفسد صلة الانسان المثمرة بمن حوله، ويعطل قدرته على العمل والانتاج.

وفي كل الأحوال ومهما تكن درجة التعقيد في هذه المشكلات فهي تمثل أذى يصيب الصحة النفسية للفرد، وتعكس سوء لتكيفه من جهة أو أكثر، خاصة تفاعله مع نفسه ومع المحيط حوله، ومن هنا ومن هذا المنطلق كانت فكرة الدراسة الحالية التي تهدف إلى معرفة أبرز المشكلات السلوكية والانفعالية لدى المعاقين بصريا وعلاقتها ببعض المتغيرات (شدة الإعاقة، نوع الإعاقة والجنس)

وعلى وجه التحديد تسعى هذه الدراسة إلى الإجابة على التساؤل التالي:

- ما مستوى المشكلات السلوكية والانفعالية التي يعاني منها المعوقون بصريا بولاية المسيلة؟

2 التساؤلات الفرعية:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية والانفعالية للمعاقين بصريا تعزى لمتغير الجنس (ذكر، أنثى)؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية والانفعالية للمعاقين بصريا تعزى لمتغير نوع الإعاقة (ولادية، مكتسبة)؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية والانفعالية للمعاقين بصريا تعزى لمتغير شدة الإعاقة (كلية، جزئية)؟

3- فرضيات الدراسة:

- الفرضية العامة:

- مستوى المشكلات السلوكية والانفعالية التي يعاني منها المعوقون بصريا مرتفع.

- الفرضيات الجزئية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية والانفعالية للمعاقين بصريا تعزى لمتغير الجنس (ذكر، أنثى)

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية والانفعالية للمعاقين بصريا تعزى لمتغير نوع الإعاقة (ولادية، مكتسبة)

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية والانفعالية للمعاقين بصريا تعزى لمتغير شدة الإعاقة (كلية، جزئية)

4- أهداف الدراسة:

- تتحدد أهداف الدراسة الحالية فيما يلي:

- التعرف على مستوى المشكلات السلوكية والانفعالية التي يعاني منها المعوقون بصريا.

- الكشف عن الفروق بين المعوقين بصريا في المشكلات السلوكية والانفعالية تعزى لمتغير الجنس (ذكر، أنثى)

- الكشف عن الفروق بين المعوقين بصريا في المشكلات السلوكية والانفعالية تعزى لمتغير نوع الإعاقة (ولادية، مكتسبة)

- الكشف عن الفروق بين المعوقين بصريا في المشكلات السلوكية والانفعالية تعزى لمتغير شدة الإعاقة (كلية، جزئية)

5- أهمية الدراسة:

- تتحدد أهمية الدراسة في النقاط التالية:
- الاهتمام بالمعاق بصريا أصبح حقيقة ملموسة، من حيث البحوث التي تناولت تكوينه وتربيته لحياة المستقبل، ومن حيث ما يجب أن يتوفر له من خدمات اجتماعية، وتعليمية ومهنية أملا في أن يعيش حياة ناجحة، ومن هنا كان لهذا البحث أن يأخذ أهميته التي تتناول المشكلات السلوكية والانفعالية للمعاق بصريا وعلاقتها بمتغير الجنس وشدة الإعاقة ودرجتها.
- الإهتمام بفئة هامة من فئات المجتمع وهي المعوقون بصريا، هذه الفئة التي لم تأخذ حقها بالدراسة بين الدراسات التربوية والنفسية في البيئة المحلية.
- كما تكتسب هذه الدراسة أهميتها من حيث سعيها لمعرفة أثر الجنس وشدة الإعاقة ونوعها، على المشكلات السلوكية والانفعالية.
- تبرز أهميتها كذلك كونها تمهد لغيرها من الدراسات التي تسعى لفهم وتفسير وتوجيه السلوك الإنساني وبالتالي لفت النظر إلى الجانب النفسي والسلوكي لدى المعاقين بصريا وإيلائها الاهتمام والمتابعة.
- قلة الدراسات خاصة المحلية- حسب علم الطالبة الباحثة- التي تناولت المشكلات السلوكية والانفعالية للمعاقين بصريا.
- يتوقع لهذا البحث أن يساعد العاملين في المؤسسات الخاصة على فهم طبيعة الأسباب ودرجة الرؤية وشدتها عند حدوث الإعاقة، وتأثير كل منهما على تكيف الشخص حتى يتمكنوا من تقديم الخدمات الإرشادية والنفسية المناسبة لهم.

6- المفاهيم الإجرائية:

- المعاقون بصريا: وهم أولئك الأفراد الذين فقدوا حاسة البصر كلية (كف كلي) أو جزء منها (كف جزئي) سواء ولدوا كذلك أو حدث لهم في فترة من حياتهم، مما لا يصلح معهم طرق التعليم العادية ويحتاجون إلى تقديم خدمات تربوية وتعليمية خاصة.

- المشكلات الإنفعالية والسلوكية: هي المشكلات التي تقيسها الإستبانة الخاصة بالمشكلات السلوكية والانفعالية ولها بعدان: المشكلات السلوكية (الانطواء والعدوان)، وبعد المشكلات الانفعالية (الخوف، القلق، والاكتئاب)

7- الدراسات السابقة:

- من الملاحظ في الوطن العربي عامة والجزائر خاصة، ندرة الدراسات التي تناولت المشكلات السلوكية والانفعالية للمعاقين بصريا، لذا قامت الطالبة الباحثة من خلال مراجعة الأدب التربوي المتصل بالتربية الخاصة وبالرجوع لبعض الدراسات السابقة، العربية والأجنبية، لا توجد دراسة محلية درست نفس الإشكالية- حسب علم الطالبة الباحثة - التي تناولت المشكلات السلوكية و الإنفعالية للمعاقين بصريا، وسنقوم بعرض ماتوصلت إليه هذه الدراسات:

أ/الدراسات العربية:

- دراسة القريوتي (1998): قام بدراسة هدفت إلى التعرف على أثر شدة الإعاقة والجنس في القلق الظاهر عند المعاقين بصريا في المدارس الأردنية، تكونت عينة الدراسة من (98) مفحوص، منهم (51) مفحوصا من الذكور، و(47) مفحوصا من الإناث، استخدم في هذه الدراسة مقياس القلق الظاهر المعرب (لهاردي) (Hardy) أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية على متغير القلق الظاهر تعزى للجنس أو لشدة الإعاقة لدى المعاقين بصريا، كذلك لا توجد فروق دالة إحصائية للتفاعل بين متغيري الجنس وشدة الإعاقة في القلق الظاهر، فيما يتعلق بتوزيع أفراد الدراسة على فئات القلق الظاهر، فالنتائج تشير إلى أن غالبية أفراد الدراسة وبغض النظر عن شدة إعاقتهم وجنسهم لا يعانون من مستوى شديد من

القلق حيث وجد أن (35%) منهم ينتمون إلى فئة القلق البسيط، و (63%) منهم ينتمون إلى فئة القلق المتوسط، و(2%) ينتمون إلى فئة القلق الشديد.

أما متغير الجنس فقد احتوت فئة القلق البسيط على(37%) من الذكور مقابل (22%) من الإناث، وفئة القلق المتوسط على(63%) من الذكور مقابل (64%) من الإناث، أما فئة القلق الشديد فاحتوت على (0%) من الذكور و(4%) من الإناث

- وقد أجرى كل من وريكات والشحروري (1996): دراسة بهدف التعرف على المشكلات السلوكية لدى الطلبة المكفوفين في مدارس التربية الخاصة الأردنية، كما هدفت إلى التعرف على العلاقة بين تلك المشكلات السلوكية ومتغيرات العمر والجنس، تكونت عينة الدراسة من(149) طالب وطالبة، بلغ عدد الذكور (89) وعدد الإناث (60) واستخدم في هذه الدراسة مقياس المشكلات السلوكية، وأشارت النتائج لوجود فروق دالة إحصائية بين الجنسين لصالح الذكور على الأبعاد التالية: السلوك العدواني، سلوك الحركة الزائدة، سلوك التمرد، المخادع والمتخاذل.

- وأظهرت النتائج فروق دالة إحصائية بين الجنسين لصالح الإناث على بعدي: الشعور بالقلق والحساسية الزائدة.

- أما دراسة إبراهيم (2001): فقد هدفت إلى التعرف على مشكلات الطلبة المكفوفين في الجامعات الأردنية، كذلك دراسة الفروق في مشكلات الطلبة المكفوفين تبعاً لمتغيرات المستوى العلمي، التخصص شدة الإعاقة والجنس، تكونت عينة الدراسة من الطلبة المكفوفين بالجامعة الأردنية، والبالغ عددهم (68) طالب كفيف كلياً وجزئياً. وقد استخدم الباحث مقياس مشكلات الطلبة الذي أعده لأغراض هذه الدراسة، وقد أسفرت هذه الدراسة على النتائج التالية:

- إن أفراد عينة الدراسة يواجهون مشكلات في الجامعات الأردنية بدرجة متوسطة.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلات الطلبة تعزى لمتغير شدة الإعاقة حيث يواجه الطلبة المكفوفين هذا النوع من المشكلات أكثر من الطلبة ضعاف البصر، بينما لا

تظهر فروق دالة إحصائية في المشكلات تعزى لمتغيرات الجنس، المستوى العلمي، التخصص.

-وقامت أيضا الحديدي(2005): بدراسة هدفت إلى التعرف على الوضع الراهن والمشكلات النفسية للفتيات والنساء الكفيفات وضعيفات البصر في الدول العربية، كما هدفت إلى تحديد حاجاتهن الأساسية.

تكونت عينة الدراسة من (88) من الفتيات والنساء الكفيفات وضعيفات البصر من خمس دول عربية وهي: الأردن، الإمارات، سوريا، قطر، اليمن.

وقد استخدمت الباحثة (3) استبانات: الأولى مكونة من (32) فقرة والثانية من (20) فقرة والثالثة من (16) فقرة، تغطي الاستبانات الثلاث جوانب مختلفة من الحياة الشخصية والأسرية والاجتماعية للفتاة الكفيفة، أشارت نتائج الدراسة إلى أن الكفيفات يواجهن تحديات وصعوبات أسرية، عدم تفهم الأسرة، القصور في مساعدتها، عدم السماح للمرأة بالزواج، قلة الوعي في المجتمع، الحرمان العاطفي، الشعور بالعزلة.

ب- الدراسات الأجنبية:

- أجرى ساندلر (Sandler,1963): دراسة هدفت إلى التعرف على الأنماط السلبية في نمو الأنا لدى المكفوفين في نيويورك، تكونت عينة الدراسة من خمسة أطفال مصابين بكف بصري ولادي، استخدم الباحث الملاحظة المباشرة، وأظهرت النتائج أن الأنماط السلبية في نمو الأنا تمثلت في وجود محتويات مرضية تظهر في شكل مخاوف، والاستغراق في حركات تكرارية آلية تهدف لاستثارة الذات وصعوبة التفاعل مع الأنشطة الجماعية.

-وقام براون (Brown,1983): بدراسة بهدف التعرف على سيكولوجية المكفوفين مقارنة بسيكولوجية المبصرين، تكونت عينة الدراسة من (218) كفيفا، (96) كفيف من الذكور، (122) كفيفة من الإناث، بالإضافة إلى (359) مبصرا توزعوا بين (178) من الذكور المبصرين و (181) من الإناث المبصرات من طلبة وطالبات المدارس العليا في الو.م.أ، وقد استخدم اختبار العصاب، الإنطواء، والانبساطية.

أظهرت النتائج أن المكفوفين أكثر تعرضاً للاضطرابات والضغط النفسية مقارنة بالمبصرين، كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين المكفوفين ذكور وإناث، حيث كانت الإناث أكثر تعرضاً للقلق والتوتر والانطواء.

- وأجرى بومان (Bowman، 1984): دراسة هدفت إلى التعرف على التوافق الانفعالي والاجتماعي لدى المعاقين بصريا في بريطانيا، تكونت عينة الدراسة من (150) فردا من المعاقين بصريا وعلى نفس العدد من الشباب ضعاف البصر، واستخدم في هذه الدراسة مقياس للعوامل العاطفية وأظهرت نتائج الدراسة أن هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث وبين المعاقين بصريا جزئيا وكليا، حيث حصل ذوا الإعاقة البصرية الجزئية على درجات مرتفعة في القلق والضغط وعدم الشعور بالأمن وسوء التكيف وقلة الثقة بالنفس والتشكيك بالآخرين.

- في حين أجرى روفنر وشمولي (Rovner&Shmuelly، 1996): دراسة هدفت إلى معرفة نسبة انتشار الأعراض الاكتئابية لدى الأفراد المعاقين بصريا من كبار السن، تكونت عينة الدراسة من (21) فرد مكفوف من كبار السن، استخدم في هذه الدراسة مقياس "الاكتئاب الشيخوخي" (GDS)، مقياس التواصل، ولوحة سنلن لقياس حدة البصر، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن 38% من الأفراد كانت لديهم درجة مرتفعة من الاكتئاب على مقياس (GDS)، وبعد سنتين من المتابعة تبين أن (10) من (12) فردا بقوا مكتئبين وأن (3) من (19) المتبقين (15%) غير المكتئبين أصبحوا مكتئبين.

- وفي السياق ذاته قام ليندو ونورد هولم (Lindo&Nordholm، 1999): بدراسة هدفت لوصف استراتيجيات التكيف عند المكفوفين ومدى ارتباطها مع مظاهر الصحة العامة ومع الصعوبات التي يواجهونها في نشاطات الحياة اليومية، تكونت عينة الدراسة من (48) مفحوصا من المكفوفين، واستخدم في هذه الدراسة "استبانة بيرسون" للتكيف ولائحة شطب الحالة المزاجية وأداة نشاطات الحياة اليومية المنقحة، أظهرت النتائج ارتباط إيجابي بين استراتيجيات التكيف والاستقرار النفسي والصعوبات في نشاطات الحياة اليومية، حيث ارتبط

الخجل والعزلة مع تدني العلاقات كما أظهرت النتائج في النهاية حاجة المكفوفين إلى مستويين من التدريب هما المستوى العاطفي، ومستوى التكيف في نشاطات الحياة اليومية.

- وأجرى هور وكومولينين وأرو (Aro،Komulainen،Huur ،1999): دراسة هدفت إلى معرفة الاختلاف في تقدير الذات والدعم الاجتماعي بين المكفوفين والمبصرين، حيث تكونت عينة الدراسة من (115) مراهقا من المكفوفين من كلا الجنسين و(207) مبصرا من كلا الجنسين، وأظهرت النتائج عدم وجود اختلاف في درجة تقدير الذات بين الذكور المبصرين والمكفوفين، كما تبين أن تقدير الذات لدى الكفيفات اقل منه لدى المبصرات، بينما تظهر فروق ذات دلالة إحصائية في الدعم الاجتماعي وتقدير الذات بين المكفوفين تبعا لمتغير شدة الإعاقة، العمر عند فقدان البصر وكذا بين المكفوفين والمبصرين.

- أما دراسة كلينشميدت (Klein Schmidt ،1999): فقد هدفت لمعرفة مدى التكيف الناجح مع فقدان البصر من وجهة نظر كبار السن، تكونت عينة الدراسة من (12) شخص من ضعاف البصر تراوحت أعمارهم ما بين (68-93) سنة، واستخدم في هذه الدراسة مقاييس الاكتئاب والقلق، وتم تطبيقها من خلال المقابلات لمعرفة مدى نجاحهم في التكيف. أشارت النتائج أن كل الأفراد كانوا جميعا متكيفين وكان لديهم نظرة إيجابية نحو الحياة رغم إحساسهم بفقدان البصر.

- وقد أجرت كيف (Kef ،2002): دراسة بهدف التعرف على التكيف النفسي والدعم الاجتماعي للمراهقين المعوقين بصريا في هولندا، والتعرف على الارتباط بين الشبكات الشخصية للمراهقين المعوقين بصريا والمبصرين مع الخصائص النفسية، تكونت عينة الدراسة من (316) مراهقا ومراهقة معوقين بصريا توزعوا بين (166) ذكورا و (150) إناث، أما المبصرون فقد بلغ عددهم (495) واستخدمت الباحثة للدراسة عدة أدوات هي:

النسخة المعدلة من مقياس الفاعلية البصرية، مقياس تقدير الذات، مقياس مركز الضبط، أشارت النتائج إلى أن المراهقين المعاقين بصريا كان لديهم مستوى تقدير ذات أعلى من المبصرين، والمبصرين كانوا سعداء أكثر، بينما لم تظهر فروق في مركز الضبط والوحدة.

أما فيما يتعلق بالدعم الاجتماعي تبين أنه أكبر عند المعاقين بصريا وخاصة من الوالدين والأقران.

- في حين أجرت ربنسون وليبرمان (Lieberman, Robinson, 2004): دراسة حول تأثير الإعاقة البصرية على تقرير المصير لدى الفرد حسب العمر والجنس ومستوى الإعاقة في نيويورك، تكونت عينة الدراسة من (54) طالب معاق بصريا، استخدم في هذه الدراسة مقياس تقرير المصير وأشارت النتائج إلى أن الأفراد المعاقين بصريا بشكل عام يعتمدون على الآخرين في تقرير مصيرهم بنسبة 43%) في حين كان اعتمادهم على أنفسهم هو الأقل، لا توجد فروق بين الذكور والإناث، في حين وجد اختلاف في تقرير المصير بين مستويات الإعاقة (كلية، جزئية)

- التعقيب على الدراسات السابقة:

الخصائص العامة للدراسات السابقة: من خلال استعراض الدراسات السابقة وجدت الطالبة الباحثة، هناك تنوع في أهميتها، أهدافها، ومنهجيتها، وأدواتها، وأساليبها الإحصائية، ونتائجها، وكذا متغيراتها وعيناتها ومدى اختلافها وعلاقتها بالدراسة الحالية، وفيما يلي عرضا لذلك:

أولا: أوجه الاتفاق والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة :

* من حيث الهدف: تباينت الدراسات السابقة ومن حيث طرح موضوعها المشكلات السلوكية والانفعالية فنجد هناك دراسات تناولت المشكلات السلوكية والانفعالية كما في دراسة كل من القريوتي (1988)، وريكات والشحروري (1996)، ودراسة بومان (1984) وأخرى تناولت المشكلات النفسية للمعاقين بصريا كما جاء في دراسة الحديدي (2005)، ودراسة ساندلر (1963) وهناك من ركز على الأعراض الاكتئابية كجزء من المشكلات السلوكية كما كان في دراسة روفينز وشمولي (1996)

ومن خلال استعراض لأهم الدراسات السابقة التي تتعلق بالمشكلات السلوكية والانفعالية التي يعاني منها المعوقون بصريا لانجد دراسة مطابقة تماما لموضوع الدراسة

الحالية من حيث مكان ولازمان التطبيق ولا عينة الدراسة فالدراسة الحالية تدرس المشكلات السلوكية والانفعالية لدى عينة من المكفوفين بولاية المسيلة وهذا ما يؤكد على أهمية الدراسة في البيئة الجزائرية .

كما هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على المشكلات السلوكية والانفعالية وعلاقتها ببعض المتغيرات (الجنس، نوع الإعاقة، شدة الإعاقة) وهي بذلك اشتركت من حيث الأهداف نوعا ما مع دراسة كل من: القريوتي (1998)، وريكات و الشحروري(1996)، دراسة إبراهيم(2001)، وكذا في دراسة روبنسون وليبرمان(2004) ودراسة بومان (1984) واختلفت جزئيا مع دراسات أخرى حيث هدفت هاته الأخيرة إلى الكشف على الفروق بين المعاقين بصريا و المبصرين في الجانب السيكولوجي، تقدير الذات، التكيف النفسي، والدعم الاجتماعي وهذا ما جاء في دراسة كل من براون(1983)، هور وكومولينين وأرو(1999) وكذلك في دراسة كيف(2002)

وأخرى على التعرف على المشكلات النفسية، الأنماط السلبية لدى المعاقين بصريا وذلك كان في دراسة الحديدي(2005)، ودراسة ساندلر (1963)، كما هدفت دراسة كل من ليندوونورد هولم(1999)، ودراسة كلينشميدت(1999) إلى التعرف على استراتيجيات التكيف لدى المعاقين ، أما دراسة روفينز وشمولي(1996) فقد هدفت لمعرفة نسبة انتشار الأعراض الاكتئابية بين المعوقين بصريا.

* من حيث العينة:

اختلفت العينات وتباينت بين الدراسة الحالية و الدراسات السابقة من حيث الحجم إذ استعملت عينة كبيرة في الدراسات التي ركزت على الظروف بين المعاقين بصريا وبين المبصرين.

براون (1983) في دراسته 218 كفيفا (ذكور، إناث) و 359 مبصرا (ذكور، إناث) وكذا في دراسة هور وكومولينين وأرو (1999) حيث استعمل 115 مراهقا مكفوف و 207 مراهقا مبصرا (ذكور وإناث لكلا الفئتين) ودراسة كيف(2002) حيث استخدمت 316 مكفوفا(ذكور، إناث) و 495 مبصرا من الذكور والإناث.

أما دراسة كل من وريكات والشحروزي (1996)، ودراسة بومان (1984) فقد استخدموا عينة تفوق الـ 100 فكانت عينة الدراسة الأولى 149 والدراسة الثانية 150 بالنسبة للمكفوفين، و150 بالنسبة لضعاف البصر.

وقد استخدم كل من القريوتي (1988) وإبراهيم (2001)، الحديدي (2005) ليندو نوردهولم (1999)، ودراسة روبنسون وليبرمان (2004) عينة متوسطة الحجم فكانت على الترتيب 98، 68، 88، 48، 54، هذا ما كان من الدراسة الحالية حيث استعملت الطالبة الباحثة عينة قوامها 30 فرد من المعاقين بصريا بولاية المسيلة في الدراسة الأساسية، أما عن دراسة روفينر وشمولي (1996) ودراسة كلينشميدت (1999) فقد استخدموا عينة صغيرة الحجم كانت 21، 12 على التوالي، أما دراسة ساندلر (1963) فقد اعتمدت أقل عينة من بين الدراسات السابقة وقدرت بـ 05 أطفال.

* **من حيث الجنس:** اعتمدت جميع الدراسات السابقة بالإتفاق مع الدراسة الحالية على الجنسين من الذكور والإناث المعاقين والمعاقات بصريا وكذا الذكور والإناث ضعاف البصر وذكور وإناث من المبصرين حسب هدف الدراسة ما عدا دراسة الحديدي (2005) والتي اعتمدت على فئة النساء والفتيات الكفيفات وضعيفات البصر من 05 دول عربية مختلفة، كما عرض سابقا.

* **من حيث الفئة العمرية:**

اتفقت الدراسة الحالية مع أغلب الفئات السابقة على نفس الفئة العمرية والتي تتراوح بين [17 سنة-25 سنة] ما عدا دراسة كل من : روفينر وشمولي (1996) وكذا دراسة كلينشميدت (1999) وللذان اعتمادا على فئة كبار السن والذين تتراوح اعمارهم بين [68-93 سنة] ودراسة ساندلر (1963) التي انفردت بالدراسة على الأطفال ما قبل سن المدرسة.

* **من حيث الأدوات المستخدمة:**

اتفقت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة في اعتماد مقياس واحد يخدم الدراسة وكان ذلك في دراسة كل من: وريكات والشحروزي (1996) وللذان اعتمد مقياس المشكلات السلوكية، دراسة بومان (1983) الذي اعتمد مقياس العوامل العاطفية، ثم دراسة

كلينشميدت(1999) الذي اعتمد مقياس الاكتئاب والقلق، ودراسة روبنسون وليبرمان (2004) والذي اعتمد مقياس تقرير المصير.

في حين أن هناك من اعتمد أكثر من مقياس أو أداة قياس، في دراسته، ونضرب مثالا بدراسة براون (1983) والذي اعتمد على مقياس العصاب ومقياس الانطواء ولانبساط، وكذا دراسة روفينر وشمولي (1996) والذي اعتمد فيها على مقياس الاكتئاب الشبخوخي، مقياس التواصل، لوحة سنلن. ثم دراسة كيف(2002) والتي اعتمدت على النسخة المعدلة من مقياس الفاعلية البصرية، مقياس تقدير الذات، مقياس مركز الضبط، ودراسة ليندو ونورد هولم (1999) والذي اعتمد على "استبانة بيرسون" لائحة شطب الحالة المزاجية أداة النشاطات اليومية المنقحة.

وقد اعتمد كل من إبراهيم (2001) والحديدي(2005) على مقياس من إعداد الباحث، حيث اعتمد إبراهيم على مقياس المشكلات النفسية للطلبة من إعداده، وكذا استخدمت الحديدي(2005) 03 استبانات من إعدادها حول المشكلات النفسية للفتاة الكفيلة في الوطن العربي.

أما القريوتي(1988) فقد اعتمد مقياس القلق المعرب(الهاردي) واختار ساندلر (1963) أسلوب الملاحظة المباشرة كأداة قياس لدراسته.

أما الدراسة الحالية فقد اعتمدت على مقياس المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعاقين بصريا لـ(سرور محمد صالحة)

* من حيث النتائج:

بالنسبة للدراسات التي تهدف إلى الكشف عن الفروق في المشكلات النفسية والسلوكية حسب متغيرات: العمر، الجنس، شدة الإعاقة، فقد اختلفت وتباينت النتائج في الدراسات السابقة إذ وجد القريوتي (1998): فروقا ذات دلالة إحصائية في القلق الظاهر للمعاقين بصريا يعزى للجنس وشدة الإعاقة.

في حين وجد وريكات والشحروري(1996): فروق في المشكلات السلوكية يعزى لمتغير الجنس، حيث حقق الذكور تفوقا على الأبعاد: السلوك العدواني، الحركة الزائدة،

التمرد والتخاذل. في حين كانت الكفة لصالح الإناث على بعد: الشعور بالقلق والحساسية الزائدة.

بينما وجد كذلك إبراهيم(2001): فروقا ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية تعزى لشدة الإعاقة، حيث كان المكفوفين أكثر عرضة لها من ضعاف البصر. إلا أنه لم يجد فروقا ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية للمكفوفين تعزى لمتغيري: الجنس أو المستوى العلمي.

- أما بومان(1984): فقد سجل وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق الانفعالي والاجتماعي يعزى لمتغير الجنس وكذا شدة الإعاقة، حيث كانت لصالح الإعاقة الجزئية.

- وبالنسبة لروبنسون وليبرمان(2004): فقد سجل فروقا في اعتماد المكفوفين على تقرير مصيرهم تعزى لمتغير شدة الإعاقة كما لم تظهر فروق تعزى لمتغير الجنس.

- أما بالنسبة للدراسات المتعلقة بالمقارنة بين المعوقين بصريا والمبصرين، فنجد كل من دراسة براون(1983) والذي وجد أن المكفوفين أكثر تعرضا للاضطرابات والضغط النفسية من المبصرين، كما سجل وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المكفوفين تعزى للجنس لصالح الإناث.

أما هور وكومولينين وأرو (1999) فقد خالفه في النتائج، إذ لم يسجل فروقا ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات بين المبصرين والمكفوفين في فئة الذكور بينما وجد لدى الفتيات الكيفيات تقدير ذات أقل من المبصرات.

أما في الدعم الاجتماعي لم يسجل فروقا ذات دلالة إحصائية بين المكفوفين والمبصرين.

ولا بين المكفوفين في تقدير الذات يعزى لمتغيري شدة الإعاقة والعمر.

أما كيف(2002) فقد ذهبت إلى أن المعاقين بصريا كان لديهم مستوى أعلى في تقدير الذات من المبصرين، ولكن المبصرين كانوا أسعد من المكفوفين.

إلا أن الدعم الاجتماعي كان أكبر لصالح المعاقين بصريا بالمقارنة مع المبصرين.

- وبالنسبة للدراسات التي كانت على عينة من المعاقين بصريا الكبار في السن، فقد حققوا نتائج مختلفة تماما، إذ وجد روفنير وشمولي(1996) بأن نسبة الاكتئاب لديهم مرتفعة وتصل إلى 38%، بينما وجد كلينشميدت(1999) في دراسته التي أجراها على 12 مسنا معاقا بصريا بأن جميع الأفراد لديهم تكيف ونظرة إيجابية نحو الحياة.

- كما وجدت الحديدي (2005) صعوبات كبيرة تعانيها الفتاة والمرأة المكفوفة وضعيفات البصر في المجتمع العربي ، ووجد ساندلر(1963) وجود أنماط سلبية في نمو الأنا للمكفوف.

إلا أن ليندو ونوردهولم (1999) وجد ارتباط إيجابي بين استراتيجيات التكيف والاستقرار النفسي، وأن المعاقين بصريا يحتاجون إلى مستويين من الاهتمام (المستوى العاطفي، ومستوى التكيف في الحياة اليومية)

ثانيا :أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة

يمكن تلخيص الفوائد التي حصلت عليها الطالبة الباحثة من خلال اطلاعها على الدراسات السابقة في النقاط التالية :

- ساعدت الطالبة الباحثة على اختيار منهج الدراسة وأدواتها.
- ساعدت الطالبة الباحثة في تحديد متغيرات الدراسة.
- ساعدت الطالبة الباحثة في اشتقاق فرضيات الدراسة.
- ساعدت الطالبة الباحثة في بناء عبارات ادة القياس المتعلقة بالمشكلات السلوكية والانفعالية.
- ساعدت الطالبة الباحثة على تنفيذ اجراءات الدراسة واختيار المعالجات الإحصائية المناسبة.
- ساعدت الطالبة الباحثة في عرض ومناقشة النتائج وتفسيرها وتقديم التوصيات والمقترحات ومعرفة المعالجات الإحصائية لمثل هذا النوع من الدراسات.
- الاستفادة من الناحيتين النظرية والمنهجية في الأبحاث التي كانت لها علاقة غير مباشرة بموضوع الدراسة والتي لا يمكن مقارنة نتائجها بنتائج الدراسة الحالية .

خلاصة جزئية :

من خلال تطرقنا لهذا الفصل والذي يبرز فيه الإطار العام للدراسة من حيث تحديده لمشكلة الدراسة المتعلقة بالمشكلات السلوكية والانفعالية لدى المعاقين بصريا فهي دراسة تستوجب البحث والتقصي في هذا الشأن من خلال القصور الذي تعاني منه مدارس المعوقين في الجزائر عموما ومدينة المسيلة خصوصا حسب خبرة الطالبة في الميدان وكذا فقد تم الاعتماد على صياغة تساؤلات البحث بناء على الخلفية النظرية وبناء على ما تم طرحه من أدبيات الدراسة المتعلقة بالدراسات السابقة المشار إليها سابقا وبعد الدراسة النقدية الواعية لها والتعقيب عليها من حيث ابراز أوجه التشابه والاختلاف وتحديد مدى الاستفادة منها في الدراسة الحالية .

الفصل الثاني: الإعاقة البصرية

تمهيد

- 1- تعريف الإعاقة البصرية
- 2- أسباب الإعاقة البصرية
- 3- تصنيف الإعاقة البصرية
- 4- نسبة انتشار الإعاقة البصرية
- 5- خصائص المعاقين بصريا
- 6- سمات شخصية المعاق بصريا
- 7- أحلام المعاقين بصريا
- 8- حاجات المعاق بصريا
- 9- ردود الأفعال المتباينة تجاه الإعاقة البصرية

خلاصة جزئية

تمهيد:

لا أحد فينا يستطيع انكار حقيقة أن حاسة البصر من أكبر نعم الله علينا ,فهي بحق
نعمة لا توازيها كنوز الدنيا ,فالعين والإبصار أساس الإدراك الحسي البصري ,وتكوين
الصور الذهنية البصرية,وهي الأساس في الحركة والتنقل ,والتواصل والأداء,وغير ذلك ,وفقد
هذه الحاسة يشير بشكل عام إلى ذلك العجز الذي يسبب عدم القيام بالدور أو الوظيفة العادية
للفرد أو هي النتيجة المجمعة للعوائق التي يسببها العجز بحيث تتدخل بين الفرد وأقصى
درجة من الاستفادة من الإمكانية البدنية والعقلية والاجتماعية,وهذا ما سنتطرق إليه في هذا
الفصل .

1/تعريفالإعاقة البصرية:

1-1- **التعريف اللغوي:** ورد في لسان العرب: عوق: رجل عوق أي ذو تعويق وعاق عن الشيء يعوقه عوقاً: صرفه وحبسه ومنه التعويق والاعتياق، وذلك إذا أراد أمراً فصرفه صارف.

-والعوق: الأمر الشاغل، عوائق الظهر: الشواغل من أحداثه، والتعويق التثبط (بن منظور، 1988: 279 - 280).

1-2- **التعريف الطبي:** المعاق بصريا هو ذلك الفرد الذي لديه مشكلات في حدة الإبصار أي القدرة على التمييز بين الأشكال المختلفة على أبعاد معينة مثل: قراءة الأحرفوالأرقام والرموز، وهذه المشكلات تتمثل في عدم قدرة العين على أن تعكس الضوء، حيث يتركز على الشبكية، وحدة الإبصار العادية (20 / 20) أو (6 / 6) والمكفوف طبييا هو ذلك الفرد الذي لا تزيد حدة البصر المركزي لديه (200 / 20) في العين الأفضل من الأخرى بعد استعمال نظارة طبية أو هو الشخص الذي لديه مجال بصري محدود جداً في حين لا يزيد بصره المحيطي عن 20 درجة في أحسن العينين (العزة، 2001: 179).

1-3- **التعريف التربوي:** المعاق بصريا، هو ذلك الشخص الذي فقد قدرته البصرية بشكل كلي، أو الذي يستطيع إدراك الضوء فقط، ويكون بحاجة إلى الاعتماد على حواسه الأخرى من أجل عملية تعلمه.

1-4- التعريف الوظيفي (هارلي 1973):

المعاق بصريا، هو ذلك الشخص الذي تبلغ إعاقته البصرية درجة من الحدة تحتم عليه القراءة بطريقة برايل.

1-5- التعريف المهني:

المعاق بصريا، هو ذلك الفرد الذي هو غير قادر على ممارسة عمله بسبب ضعف أو عجز في بصره، الأمر الذي يؤدي إلى عجزه الاقتصادي، حيث لا يستطيع كسب عيشه(العزة، 2001: 179).

1-6- التعريف القانوني: تتجم الإعاقة البصرية عن إصابة تتسم بفقدان كلي للبصر أو نقص تكون فيه حدة البصر المصححة للعينين معا أقل من (1 / 20).

1-7- تعريف أيثروفتوزاجون: الإعاقة البصرية حالة من العجز أو الضعف في الجهاز البصري تعيق نمو هذا الفرد كإنسان (الحديدي، 1998: 40).

1-8- كما تعرف بأنها حالة من الضعف في حاسة البصر، حيث يحد من قدرة الفرد على استخدام حاسة بصره (العين) بفعالية وكفاية واقتدار الأمر الذي يؤثر سلبا في نموه وأدائه وتشمل هذه الإعاقات ضعفا أو عجزا في الوظائف البصرية، وهي البصر المركزي والمحيطي، قد يكون ناتج عن تشوه تشريحي أو الإصابة بالأمراض أو جروح في العين، حيث هو بحاجة إلى المساعدة لبرامج وخدمات تربوية في مجال ضد الإعاقة لا يحتاجها الناس صحيحي البصر (العزة، 2001: 179).

2/ أسباب الإعاقة البصرية:

لكل داء مسبب والإعاقة البصرية داء يصيب العين نتيجة خلل في جزء أو أكثر من أجزائها وتتحدد شدة هذا الخلل تبعا لوظيفة الجزء المصاب به ودرجة إصابته، إضافة إلى تاريخ حدوثه وسنقوم بإدراج الأسباب على سبيل المثال لا الحصر بشيء من الإيجاز على النحو التالي:

2-1- أسباب مرحلة ما قبل الولادة: وتكون إما عوامل وراثية وإما عوامل مؤثرة أثناء الحمل:

2-1-1- العوامل الوراثية: يقصد بها كل العوامل الوراثية والبيئية التي تؤثر على نمو الجهاز العصبي المركزي والحواس بشكل عام، وهي في مقدمة العوامل المسببة للإعاقة البصرية، حيث تمثل حوالي (65 %) من الحالات، ومنها على سبيل المثال، العوامل الجينية، سوء تغذية الأم الحامل، التعرض للأشعة السينية، استخدام الأدوية والعقاقير دون استشارة الطبيب، الأمراض المعدية كالحصبة الألمانية والزهري، تؤدي إلى حالات قصر النظر وطوله وصعوبة تركيز النظر، ولا يمكن الوقاية من الإعاقات البصرية التي ترجع إلى

ظروف تحدث فيما قبل الولادة، إلى أن يتم فهم العلاقات السببية بين هذه العوامل وبين الإعاقات البصرية بشكل أفضل (إبراهيم ، 2008 : 52).

تؤكد الأبحاث المقدمة أن أطفال الآباء الذين يحملون جينات وراثية نحوى اضطراب ما في النمو يكونون معرضين للإصابة به بنسبة (50 %) وعندما يحمل الأطفال الاضطراب الموجود لدى أبويهم فكل منهم لديه فرصة الإصابة به بنسبة (25 %) و (50 %) منهم لديهم أثناء حياتهم الاستعداد للإصابة، وتصبح الجينات الغير منتظمة أكثر تطوراً عندما تكون الزوجات من أسرة واحدة (أي يوجد قرابة من الدرجة الأولى بين الزوجين).
فأثر الوراثة يظهر بشكل أكبر في مثل هذه الحالات، والطفرة الجينية تكون لدى الأم، أما الجينات الحاملة للمرض فتكون لدى الأب (بوشيل وآخرون، 2004 : 182 - 183).

يتبين لنا مما سبق الدور الذي يمكن أن تلعبه الوراثة في انتقال الإعاقات من جيل لآخر وخاصة إذا كانت القرابة بين الوالدين من الدرجة الأولى، وإن لم تظهر أمراضاً للإصابة بها منذ الولادة مباشرة، ومن بين هذه الأمراض:
- التهاب الشبكية الصباغي: ويظهر نتيجة لعوامل وراثية بالإضافة إلى نقص فيتامين " أ " ويظهر لدى الذكور أكثر، وفيه تتلف الخلايا العويصة في الشبكية تدريجياً ويعد " العمى الليلي " من أهم أعراضه المبدئية، حيث يصبح مجال الرؤيا محدوداً أكثر فأكثر ويصاحبه ضعف في حدة البصر ويتطور بشكل يبدأ معه الطفل في سن (10 - 12) سنة تقريباً في خبرة بعض المشكلات في الرؤية الليلية والمناطق التي تقل فيها الإضاءة بصورة واضحة ويزداد فقد الإبصار حتى يصبح الفرد فاقداً له من الناحية القانونية خلال مرحلة المراهقة، ولا يتوقف الأمر عند هذا الحد بل يستمر في فقد ما تبقى لديه من إبصار حتى يفقده كلياً، وغالبا ما يرتبط بأمراض تنكسية في الجهاز العصبي المركزي ولا يوجد علاج فعال له. (العدل، 2004 : 103 - 104).

-القرنية المخروطية: التي تعد حالة وراثية، تنتشر فيها القرنية على شكل مخروطي تظهر في العقد الثاني من العمر، تؤدي إلى تشويش كبير في مجال الرؤية، وضعف متزايد في حدة البصر بكلتا العينين، وهذا الاضطراب أكثر شيوعا عند الإناث منه لدى الذكور. (صبحي ، 1988 : 51).

-القصور في الأنسجة: ويعتبر مرض تنكسي وراثي ومن أبرز أشكاله:

*المياه البيضاء: تؤدي إلى تعقيم العين، حيث نجدها عند الطفل، وتختلف أسبابها فقد تكون عديدة منها: حميراء الأم والمنغولية حيث الطفل المنغولي الواحد من مجموع هو طفل مصاب بالمياه البيضاء، كما أن هناك أمراض مزمنة أخرى مثل داء السكري تؤدي إلى مرض عتامة العين:

* مرض الجلوكوما: أو ما يسمى بالمياه الزرقاء، وهي حالة تنتج عن ازدياد في إفراز السائل المائي الموجود في القرنية الأمامية، أو يقل تصريفه نتيجة لانسداد القناة الخاصة بذلك، ما يؤدي إلى ارتفاع الضغط داخل مقلة العين، والضغط على العصب البصري الذي ينتج عنه ضعف البصر.

*حالة قصر النظر: وتبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء البعيدة لا القريبة ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى سقوط صورة الأشياء المرئية أمام الشبكية، وذلك لأن كرة العين أطول من طولها الطبيعي.

*حالة طول النظر: وتبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء القريبة لا البعيدة، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى سقوط صورة الأشياء المرئية خلف الشبكية أو ذلك لأن كرة العين أقصر من طولها الطبيعي.

*حالة صعوبة تركيز النظر: وتبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء بشكل مركز أي صعوبة رؤيتها بشكل واضح، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى الوضع الغير العادي أو الطبيعي لقرنية العين أو العدسة.

***حالة الحول:** وهو عبارة عن اختلال في وضع العينين أو إحداهما مما يعيق وظيفة الإبصار عن الأداء الطبيعي، ويكون الحول إما خلقياً أو وراثياً، وإما ان ينتج عن أسباب تتعلق بظهور الأخطاء الانكسارية في مرحلة الطفولة وكثيراً ما يكون ضعف عضلات العين واحداً من الأسباب الرئيسية للحول.

***الرأفة:** وهي عبارة عن التذبذب السريع والدائم في حركة المقلتين مما لا يتيح للفرد إمكانية التركيز على الموضوع المرئي (إبراهيم ، 2008 : 53 - 54).

***عمى الألوان:** تتمثل في تخزين الألوان بطريقة غير مباشرة شاذة (اسماعيلي، 2009 : 59).

2-1-2- العوامل البيئية: وهي عبارة عن جملة الأسباب التي من الممكن أن تؤثر على الجنين أثناء فترة الحمل، وقد تكون سبب من أسباب ظهور الإعاقة البصرية لديه، ومنها سوء التغذية تعرض الأم الحامل للأشعة السينية، المشكلات الجينية، تناول العقاقير والأدوية، إصابة الأم بأي من الأمراض المعدية أو الحصبة الألمانية، التوكسومبلازما، كما يقصد بها مجموعة العوامل التي تؤثر على نمو حاسة العين ووظيفتها الرئيسية الإبصار، مثل العوامل البيئية كالتقدم في العمر، والحوادث والأمراض، العمل في أماكن تشتت فيها الحرارة والإشعاعات أو الأماكن التي تكثر فيها الأتربة، الضرب على الرأس، إصابة العين بضربة مباشرة التي تؤدي بشكل مباشر أو غير مباشر إلى الإعاقة البصرية (إبراهيم، 2008 : 52).

2-2- أسباب مرحلة أثناء الولادة: وهي جملة من العوامل التي يمكن أن تتسبب في حدوث الإعاقة البصرية نتيجة لتعرض المولود لأي منها أثناء عملية الولادة، ومن أبرز هذه العوامل نقص الأكسجين، الصدمات، الولادة المتعسرة، التلوث البكتيري والفيروسي، والأمراض المهبليّة، إضافة إلى مرض الزهري، فالأم المصابة بمرض السيلان وهو خروج إفرازات صديدية من قناة مجرى البول تعرض عيون الأطفال للعدوى أثناء عملية الولادة وتكون سبباً في الإصابة بفقدان البصر في كثير من الأحيان، كذلك الحال بالنسبة للأطفال

الذين يولدون قبل 9 أشهر من الحمل فعدم اكتمال نمو العينين يمكن أن يكون سبب في الإصابة بكف البصر (سيد، 1995: 50).

2-3- أسباب ما بعد الولادة: وهناك ثمة أسباب عدة تؤدي إلى كف البصر، أو الإعاقة البصرية في مرحلة ما بعد الولادة أي عبر مراحل العمر المختلفة، بحيث تختلف في الغالب هذه الأسباب من مرحلة لأخرى فمنها ما ينتشر عند الأطفال دون سن الخامسة كالكحول والتسمم والاختناق والتهاب السحايا، والحميات المكروبية والفيروسية التي تؤثر على الدماغ والأعصاب، وبالتالي قد تعرض الطفل لخطر الإصابة بضمور العصب البصري أو تلف في مركز الإبصار بالدماغ، بيد أن هناك أمراض تزيد نسبتها لدى كبار السن، وقد تعتبر من أمراض الشيخوخة كاعتلال الشبكية وطول النظر، وعتامة عدسة العين هذا علاوة على أن الإصابات الضارة والحوادث الخطيرة يمكن أن تلعب دورا هاما في الإصابة بهذه الإعاقة وغيرها زيادة على أن هناك أمراض تصيب العين أو أخطاء طبية أو سلوكية قد تتسبب بشكل مباشر أو غير مباشر في إصابة الطفل بالإعاقة البصرية ومن بينها زيادة نسبة الأوكسجين المعطى للطفل المولود قبل ولادته الطبيعية، ضغط العين والجفاف العيني، التهاب العصب البصري، الرمد الحبيبي والصديدي، ضمور المقلة، القصور الحاد في فيتامين " أ " غياب القرنية، التي تؤدي بشكل مباشر أو غير مباشر إلى الإعاقة البصرية. (الروسان، 1996: 119).

مما يقارب (16 %) من الإعاقات البصرية عند الأطفال والشباب ترجع إلى عوامل غير محددة، وتحدث فيما بعد الميلاد. (السيد، 1982: 289)

3/ تصنيف الإعاقة البصرية:

يعتبر التصنيف في مجال الإعاقة البصرية مرحلة أساسية وضرورية لمعرفة مدى ودرجة الإعاقة ومظاهرها، وهذا من أجل التحكم الجيد في تشخيصها وضبطها وسنقدم مجموعة من التصنيفات عبر مجموعة من الأبحاث المقدمة على النحو التالي:

3-1- التصنيف الأول:

-فقد البصر التام، ولادي أو مكتسب قبل سن الخامسة.

-فقد بصر تام، مكتسب بعد سن الخامسة.

-فقد بصر جزئي ولادي.

-فقد بصر جزئي مكتسب.

-ضعف بصر ولادي.

-ضعف بصر مكتسب (السيد، 2009: 134).

3-2- التصنيف الثاني (تصنيف القريطي):

يصنف (القريطي عبد المطلب أمين) في كتابه المعاقين بصريا إلى 3 فئات وهي:

-**العميان (Blind)**: وتشكل فئة العميان كليا ممن يعيشون في ظلمة تامة، ولا يرون شيئا، والأشخاص الذين يرون الضوء فقط ومنهم من يشاهدون الضوء ويمكنهم تحديد مسقطه، ومنهم الأشخاص الذين يرون الأشياء دون تمييز كامل لها، وأولئك الذين يستطيعون عد أصابع اليد عند تقريبها من أعينهم وهؤلاء الأشخاص جميعا يتعلمون من خلال طريقة برايل لأنها وسيلة للقراءة والكتابة.

-**العميان وظيفيا: (Functionally Blind)**: وهم الأشخاص الذين توجد لديهم بقايا بصرية يمكنهم الاستفادة منها في مهارات التوجه والحركة، ولكنها لا تفي بمتطلبات تعليمهم القراءة والكتابة بالخط العادي، فتظل طريقة برايل هي وسيلتهم الرئيسية في تعلم القراءة والكتابة.

-**ضعاف البصر: (Low vision Individuals)** وهم من يتمكنون من القراءة والكتابة بالخط العادي سواء عن طريق استخدام المعينات البصرية مثل: المكبرات والنظارات. (القريطي ، 2005: 353).

-تختلف الإعاقة البصرية من حيث شدتها ومدى تأثيرها على فعالية الإبصار باختلاف الجزء المصاب من العين وبدرجة الإصابة، وبزمن الإصابة أيضا، كذلك تختلف باختلاف

مدى قابلية الإصابة للتحسن عن طريق استخدام المعينات البصرية أو الجراحات، ومن هذا المنطلق هناك من صنفها حسب درجة الإعاقة ومن صنفها حسب وقت حدوث الإعاقة وهناك تصنيف منظمة الصحة العالمية وهم على التوالي كما يلي:

3-3-التصنيف الثالث (حسب درجة الإعاقة):

-**ضعيف البصر:** وهو الشخص الذي يستطيع استخدام الإبصار لأغراض التعلم، إلا أن إعاقته البصرية تتداخل مع القدرات الوظيفية اليومية (الزريقات، 2006 : 100).

-**الكفيف الكلي:** وهو الذي يستخدم اللمس والسمع للتعلم، ولا يوجد لديه استعمال وظيفي للإبصار... هؤلاء الأطفال يجب أن يعلموا من خلال اللمس والقنوات الحسية الأخرى، وهؤلاء يعتبرون مكفوفين وظيفياً، وقد يظهر فقدان البصر في أي عمر، إلا أن تأثيره يتنوع مع العمر (الزريقات ، 2006 : 101).

3-4- التصنيف الرابع (حسب وقت حدوث الإعاقة):

-**إعاقة بصرية فطرية:** وهي إعاقة يولد بها الفرد وقد تكون راجعة إلى عوامل وراثية مثل: إصابة الأم أو الجنين بمرض ما أثناء الحمل.

-**إعاقة بصرية مكتسبة:** هي إعاقة تحدث للفرد بعد ميلاده، فالفرد يولد ولديه حاسة البصر، ولكنه يصاب بفقد البصر في إحدى مراحل حياته، وقد تكون نتيجة عوامل وراثية تظهر بعد الولادة، أو عوامل غير وراثية، وهي تنقسم إلى :

-إعاقة بصرية تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة قبل سن الخامسة.

-إعاقة بصرية تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة بعد سن الخامسة.

-إعاقة بصرية تحدث في مرحلة المراهقة.

-إعاقة بصرية تحدث في مرحلة الشيخوخة.

وقد اتخذ سن الخامسة أساساً ومرجعاً للتقسيم استناداً إلى أن الأطفال يفقدون بصرهم قبل حوالي الخامسة من عمرهم، وبالتالي يصعب عليهم الاحتفاظ بصورة بصرية نافعة للخبرات التي مروا بها، أما الذين يفقدون أبصارهم كلياً أو جزئياً بعد سن الخامسة فليدهم

الفرصة للاحتفاظ بإطار من الصورة البصرية بدرجة أوبأخرى من الدقة (طارق و محمد، 2008: 85 - 86).

3-5- التصنيف الخامس (منظمة الصحة العالمية): وهو حسب جدول منظمة الصحة العالمية (W.H.O) وفقا للجدول الآتي:

جدول رقم (01): يوضح تصنيف الإعاقة البصرية حسب منظمة الصحة العالمية.

جدول (1): يوضح التصنيف الإعاقة البصرية حسب (W.H.O):

رتبة الإعاقة البصرية	حدة الإبصار مع أحسن تصحيح
ضعف إبصار (1)	6/18
ضعف إبصار (2)	6/60
عمى قانوني (1)	3/60
عمى قانوني (2)	1/60
عمى مطلق (1)	يرى الضوء
عمى مطلق (2)	لا يرى الضوء

(التومي ، 1989 : 31).

يضيف التومي تصنيفات أخرى للإعاقة البصرية حسب درجة فقدان البصر، والتاريخ الذي حصل فيه ضعف البصر، إلى ضعاف البصر الذين كانت لديهم صعوبات بصرية خطيرة فإن لهم خبرة بصرية سواء أكانت عادية أو ضعيفة، والمكفوفين منذ الولادة أو ما يسمون في اللغة العربية بالكمه أو الأكمه (التومي ، 1989 : 31).

تعددت وتنوعت تصنيفات الإعاقة البصرية حسب أبحاث وكتابات التربويين والمؤلفين ولكن في كلا الحالات لا تعدو أن تكون إما وراثية أو مكتسبة أي لا تخرج عن هذين المرجعيين الرئيسيين.

4- نسبة انتشار الإعاقة البصرية:

إن ما ذكرناه سابقا عن البحوث التي أجريت على المكفوفين خاصة المحلية منها وما يميزها من قصور ونقص، تجعل نسبة انتشار الإعاقة البصرية غير دقيق، فعدم التنسيق الكافي في هذا المجال لم يكن ليأتي بنتائج كالتالي يأملها كل باحث مهتم بهذا النوع من الدراسات وسنحاول عرض بعض ما تحصلنا عليه من مختلف الكتب: يتمتع حوالي 88.5 % من الأفراد بالقدرة على الإبصار، ولكن بنسبة قد تصل إلى حوالي 3 % تعاني من مشكلات في الإبصار لأسباب مختلفة (الروسان ، 1996: 307).

وفي مؤلف آخر ورد فيه أن نسبة المعاقين بصريا كبيرة إذا ما قورنت بالعدد الإجمالي للمعوقين وتتراوح هذه النسبة بين (4) من كل (1000) إلى (15) من (1000) وهذا يعني أن عدد المعاقين بصريا في الدول العربية قد يصل إلى مليونيين (الحديدي، 1998: 394).

ويجتمع الخبراء على أن (15 - 50) من كل (1000) شخص لديهم إعاقة بصرية شديدة وأن هذه النسبة تزداد مع تقدم العمر، وأن 0.5% إلى 1.5% من أطفال سن المدرسة يعانون من اضطرابات بصرية ذات دلالة (العزة ، 2001: 41).

أما ما ورد حسب منظمة الصحة العالمية "WHO" لهيئة الأمم المتحدة سنة 1973 فإنها تقدر عدد المكفوفين آنذاك بـ: (10) مليون معاق بصريا، في حين أسفرت إحصائياتها في (2002) عن (161) مليون معاق بصريا من بينهم (37) مليون كفيف وان ما نسبته 80 % منهم في العالم الثالث وحده أي أن مجمل العالم (20 %) فقط وعلى سبيل المثال قارة إفريقيا وحدها حوالي (212) مليون نسمة منهم (1.484) كفيف لكل (1000) نسمة (المعاينة ، 2000: 37).

أما فيما يخص الجزائر فقد ذكر الدكتور تركي رابح في كتابه " المعوقون في الجزائر " بأن عددهم ضخم، فالإحصائيات التي قامت بها الأمم المتحدة بعد الثورة الجزائرية وجدت ما يقارب 10 - 15 % من المعوقين بسبب الاستعمار الفرنسي.

والمجموع الذي ورد في هذا العمل هو (540.000) معوق في الجزائر منهم (80.000 مكفوف ومثله أصم وأبكم، و (18.000) متخلف ذهني و (20.000) معوق بدني، هذا حسب وزارة الصحة.

ومن بين (80.000) كفيف (50 %) منهم تقل أعمارهم عن (20 سنة) ويدرس منهم (10.000) فقط منهم (275) طفل في مدارس متخصصة والباقي في مدارس التعليم العادي (تركي ، 1982 : 119).

وتجدر الإشارة أن نسبة انتشار الإعاقة في الجزائر لم تحدد بعد، فحسب ما جاء في البيانات الوزارية الرسمية لوزارتي التكوين والتشغيل فإن عدد المعوقين قد يصل إلى 3 ثلاث ملايين من سن الطفولة إلى غاية (40) سنة، وهذا يؤكد أن عدم وجود إحصائيات دقيقة للمعوقين في الجزائر، لأن جلهم لم يلتحقوا بالمراكز المتخصصة لذلك، وبالتالي فإن (18) ألف معوق فقط له بطاقة التأهيل المسلمة من طرف الدولة هذا ورغم أنه توجد آلاف الجمعيات الخاصة بالمعوقين من بين (56) ألف جمعية تنشط في الجزائر، وكخطوات منشطة لعمليات إدماج المعوقين في المجتمع وضعت الحكومة قانون خاص بالإدماج للمعوقين سنة (2002) في المدارس ومؤسسات العمل ويوجد في الجزائر (134) مركز للمعوقين على مستوى الوطن.

وحسب تقارير هيئة الأمم المتحدة فإن الإعاقة البصرية تنتشر مع تقدم العمر، وفي الدول التي تكون فيها الخدمات الصحية ضعيفة ومستوى دخل الفرد قليل، وبالتالي تنتشر فيها الأمراض جراء سوء التغذية.

5- خصائص المعاقين بصريا:

نظرا للاختلافات في درجة الإعاقة البصرية، وفي أنواعها ومسبباتها وفي الظروف البيئية المحيطة بالمعاقين بصريا مثل الاتجاهات الأسرية والاجتماعية والنفسية التي تقدم للمعاق بصريا، فإنه من الصعب أن نحدد خصائص معينة يمكن أن يندرج تحتها جميع المعاقين بصريا بفئاتهم ودرجاتهم وذلك لأنهم ليسوا مجموعة متجانسة، ولذلك قامت الطالبة

الباحثة بالربط بين الخصائص المميزة للمعاق بصريا وبين مسببات إعاقته فعلى سبيل المثال فإن الإعاقة البصرية الناتجة عن الحوادث لا يصاحبها تخلف عقلي، بينما نجد أن الإعاقة البصرية الناتجة عن الحصبة الألمانية قد يصاحبها في معظم الأحيان تخلف عقلي أو إعاقة سمعية.

ويمكن حصر خصائص الإعاقة البصرية كالاتي:

5-1- خصائص أكاديمية: من أهم الخصائص الأكاديمية للمعاقين بصريا التي أوردتها

وانفقت عليها معظم الدراسات والبحوث في هذا المجال مايلي:

-بطء معدل سرعة القراءة سواء بالنسبة لطريقة برايل أو الكتابة العادية.

-زيادة أخطاء القراءة مقارنة بالمبصرين خاصة فيما يتعلق بعكس الحروف والكلمات.

-زيادة الخطأ خاصة في القراءة الجهرية.

-انخفاض مستوى التحصيل الدراسي. (سيسالم, 1996: 50)

5-2- الخصائص العقلية:

لقد أكدت الدراسات والبحوث أن المعاقين بصريا يلزمهم مقاييس مقننة لقياس نسبة

الذكاء، حيث أجرى بعض الباحثين أمثال (لونغفيلد، 1955) والذي أكد على أن الإعاقة

البصرية يمكن أنه تؤثر على نمو الذكاء، وذلك لارتباط الإعاقة البصرية بجوانب القصور

التالية:

-معدل كم الخبرات.

-القدرة على الحركة والتنقل بحركية وفعالية.

-علاقة المعاق بصريا ببيئته وقدرته على السيطرة عليها والتحكم فيها.

حيث أن هذا المقصود في هذه الجوانب الثلاث السابقة من الضروري أن يؤدي إلى

التأثير على الأداء العقلي وانخفاض مستوى الذكاء. (سيسالم, 1996: 52)

3-5- خصائص مرتبطة باللغة والكلام:

- لقد أورد (كيرك، 1972) الملاحظات الآتية الشائعة حول كلام المعاقين بصريا، وذلك في دراسته المقارنة على مجموعتين من التلاميذ تتراوح أعمارهم بين 12- 18 سنة من المعاقين بصريا منذ الميلاد والأخرى من المبصرين.
- تنوع محدود في الصوت.
 - قصور في طبقة الصوت بصورة اكبر من المبصرين.
 - ميل المعاق بصريا إلى الحديث بصورة أكثر ارتفاعا من المبصرين.
 - المعاق بصريا أقل من المبصرين في استخدام الإيماءات والتعبيرات الوجهية والجسمية المصاحبة للكلام.
 - الإقلال من حركة الشفاه عند النطق بالأصوات.
 - عدم التغيير في طبقة الصوت بحيث يسير الكلام على نبرة ووتيرة واحدة.
 - قصور في الاتصال بالعين مع المتحدث والذي يتمثل بعدم التغيير أو التحويل في اتجاهات الرأس عند متابعة الاستماع لشخص ما.(سيسالم,1996: 53)

4-5- الخصائص الحركية:

- لقد أشار (ريان، 1981) إلى أنه لا يوجد اختلاف في النمو الحركي للطفل المعاق بصريا ولاديا في الأشهر الأولى من حياته بشكل واضح عن النمو الحركي للطفل المبصر، حيث أن معدل نمو القدرة على الجلوس والتدريج من وضع الانبطاح إلى وضع الاستلقاء لا يختلف بين الطفل المعاق بصريا وبين الطفل المبصر، ومع ذلك فإن بعض المهارات الحركية التي تتعلق بالحركة الذاتية للطفل مثل رفع الجسم، والجلوس في وضع معين، والمشي باستقلالية تكون متأخرة لدى الطفل المعاق بصريا، وذلك لارتباطها بقدرته على الثبات ودقة الحركة.

- إضافة إلى ذلك فإن هناك مشكلات أخرى يواجهها المعاق بصريا متعلقة بإتقان المهارات الحركية، وتتمثل هذه المشكلات في:

التوازن، الوقوف والجلوس، الاحتكاك، الاستقبال، تناول، الجري.

ولقد أرجع (ريان) هذا القصور في المهارات الحركية لدى المعاقين بصريا إلى

خمسة عوامل رئيسية هي:

-نقص الخبرات البيئية.

-عدم القدرة على المحاكاة والتقليد.

-قلة الفرص المتاحة لتدريب المهارات الحركية.

-الحماية الزائدة من جانب أولياء الأمور.

-درجة الإبصار.(سيسالم,1996: 55)

5-5- الخصائص الاجتماعية والانفعالية:

إن أهم الخصائص الاجتماعية والانفعالية للمعاقين بصريا والتي أجمعت عليها بعض

البحوث والدراسات في هذا المجال: مفهوم الذات، السلوك العصابي، الخضوع، الانطواء

والانبساط، التوافق الاجتماعي، العدوانية، الغضب، التوافق الانفعالي.

-مفهوم الذات **Self Concept**: أكدت الدراسات على أن هناك إنخفاضا ملحوظا في مفهوم

الذات لدى المعاقين بصريا مقارنة بالمبصرين، كما أن معظم الدراسات أكدت على أن محور

هذا القصور أو الانخفاض هو وجهة التحكم حيث سيطرة وجهة الضبط الخارجي لدى

المعاقين بصريا علة وجهة الضبط الداخلي وهذا معناه عدم ثقة المعاق بصريا في قدرته

الذاتية واعتماده على الآخرين بشكل كبير إضافة إلى نقص في الخبرات الناجحة التي يمر

بها.

حيث أن الخبرات الناجحة تعتبر ضرورية لنمو مفهوم الذات بشكل مناسب) . p 33

(1961. Hunt).

-السلوك العصابي: إن من أبرز مظاهر السلوك العصابي الذي قد يعانيه بعض الأفراد:

القلق والعجز عن العمل على مستوى القدرة الفعلية، وقد أشارت الدراسات إلأنالأأمراض

العصابية تنتشر بين المعاقين بصريا بدرجة أكبر من انتشارها بين المبصرين كما أنها تنتشر

بين الإناث المعاقين بصريا بدرجة أكبر من الذكور، حيث أن القلق من ابرز الخصائص العصابية لدى المعاقين بصريا، حيث يبدأ الشعور بالقلق لدى المعاقين بصريا منذ العام الثاني أو الثالث من العمر ويزداد هذا القلق بازدياد الاعتماد على الآخرين، كما انه يزداد خاصة في مرحلة المراهقة (سيسالم، 1996: 73).

-**الخضوع والتبعية:** نظرا لطبيعة إعاقة المعاقين بصريا المتمثلة بالفقدان أو القصور البصري فقد صاحب ذلك العديد من المشاكل التي يواجهها المعاق بصريا في حياته اليومية، والتي منها ما هو متعلق بالحركة والتنقل، أو ما هو متعلق بفهم وتفسير المفاهيم البصرية، أو في تدبير شؤون المنزل والدراسة، لذا فقد تبع ذلك ضرورة اعتماد المعاق بصريا على المبصرين في مساعدته في حل أو تضيق هذه المشاكل التي يواجهها في حياته اليومية. (سيسالم، 1996، : 73).

-**الانطواء والانبساط:** لقد أكدت الدراسات السابقة والبحوث على عدة نقاط في موضوع الانطواء والانبساط حسب ما أوردها (سيسالم) وهي كالآتي:
- أن الإناث من المعاقين بصريا أكثر ميلا إلى الانطواء من الذكور.
- أن ضعف البصر أكثر ميلا إلى الانطواء من المكفوفين كليا.
- أن ذوي الإعاقة الطارئة أو المكتسبة أكثر ميلا للانطواء من ذوي الإعاقة البصرية الولادية.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الكفيف كليا والمبصر على مقياس الانطواء والانبساط. (سيسالم، 1996: 76)

ويمكن القول كتعليق على النقاط الربعة إن فقدان البصر بالنسبة للأنثى يحد من إمكانية قيامها بدورها الطبيعي في الحياة والمتمثل في العناية بشؤون المنزل وتربية الأبناء، كما أن الشخص الذي يفقد بصره خلال حياته يميل إلى المعاناة من الانطواء ومن بعض الصعوبات في التوافق والتكيف والتفاعل مع الآخرين بشكل أكثر من الشخص الذي ولد معاقا بصريا.

-**العدوانية:** هناك 3 أنماط من السلوك العدواني، الجسمي الذي يتمثل في الاعتداء بالضرب على الآخرين، واللفظي المتمثل في السب والتوبيخ وإلحاق الإهانة بالآخرين، أما النوع الثالث فهو العدوان الموجه نحو الذات.

وقد أشارت الدراسات إلى ندرة أداء المعاقين بصريا للسلوك العدواني الجسمي، بينما يظهر السلوك العدواني اللفظي لدى المعاقين بصريا أكثر من المبصرين.

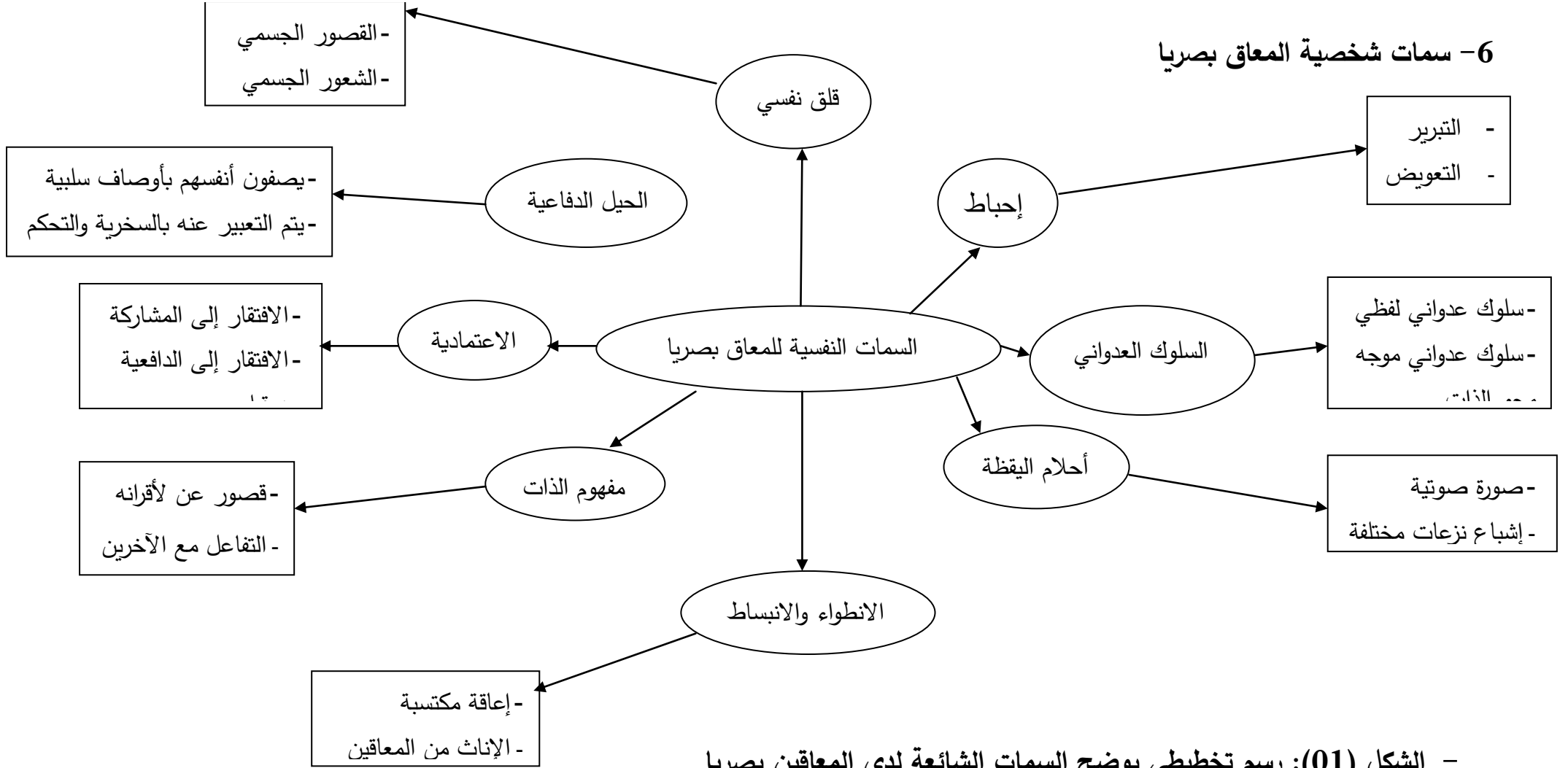
أما عن السلوك العدواني الموجه نحو الذات فهو الأبرز لدى المكفوفين وهو ناتج عن الشعور بالإحباط أو الفشل الذي يرجعونه عوامل داخلية وليست خارجية مما يدفعهم إلى توجيه اللوم لذاتهم وإيذاء أنفسهم في بعض الأحيان.

-**الغضب:** وينتج مشاعر الغضب لدى المعاقين بصريا من الصراع الذي يحدث داخله بين رغبته في الاستقلالية واضطراره إلى الاعتماد على الآخرين (سيسالم، 1996: 81).

- **التوافق الاجتماعي:** يتأثر التوافق الاجتماعي لدى الكفيف بعاملين رئيسيين الأول الاتجاهات الاجتماعية نحو المعاقين بصريا والثانية هو درجة تكيف المعاق بصريا مع إعاقته.

-**التوافق الانفعالي:** إن علاقة المعاق بصريا بأسرته من ناحية، وتفاعله مع المبصرين في المجتمع من ناحية أخرى يساعد في تنمية الجوانب المختلفة لشخصيته، وفي الحد من الاعتماد على الآخرين مما يساعد على تنمية قدراته الذاتية مما يؤدي إلى زيادة في توافقه الانفعالي (سيسالم، 1996: 82).

6- سمات شخصية المعاق بصريا



- الشكل (01): رسم تخطيطي يوضح السمات الشائعة لدى المعاقين بصريا

7- أحلام المعاقين بصريا:

حاول بعض العلماء دراسة الحلم عند المعاق بصريا وتوصلوا إلى نتائج غير متقاربة كثيرا نذكر منها دراسة قامت بها الباحثة (موهل) والدراسة التي قام بها الدكتور (فرج عبد القادر طه) وغيرها من الدراسات الأخرى واهم ما جاء فيها:

-إن الكفيف يحلم كما يحلم المبصر، وليس هناك فرقا بين أحلام الأعمى والبصير من حيث مدة الأحلام وعددها وإمكانية تذكرها (كمال، 1989: 395).

-يعتمد الكفيف في أحلامه على نفس الحواس التي يعتمد عليها في يقظته.

-في حلم الكفيف تكون السيادة لحاسة السمع بحيث يمكن أن نقرر أنها تحتل نفس مكانة الإبصار في أحلام المبصرين.

-تتلاشى الصور البصرية لدى فاقد البصر في طفولته المبكرة مع مرور الزمن ولا يبقى منها شيء تقريبا بعد 40 سنة كما أن الحركة السريعة للعينين والمصاحبة للأحلام تختفي باختفاء الصور المرئية (كمال، 1989: 396).

-تتسم أحلام المعاقين بصريا بقلة الحركة والتنقل، وتدور حول أشياء ومواقف سمعية أكثر من أي شيء آخر، أما بالنسبة للأحلام التي يكثر فيها الطعام، والتذوق والشم فهي لدى الكفيف أكثر بكثير مما هو عليه عند المبصر.

8- حاجات المعاق بصريا:

هناك عدة حاجات ضرورية للمعاق بصريا نذكر منها:

-الحاجة إلى الحوار والتحدث مع الآخرين.

-الحاجة إلى استخدام بقية حواسه بصورة استثمارية ناجحة.

-الحاجة إلى التعلم بجدية وعمق من خلال حاسة اللمس.

-يحتاج إلى الاندماج في حيز الآخرين.

-يحتاج إلى أن يحس بأنه مستقل حر.

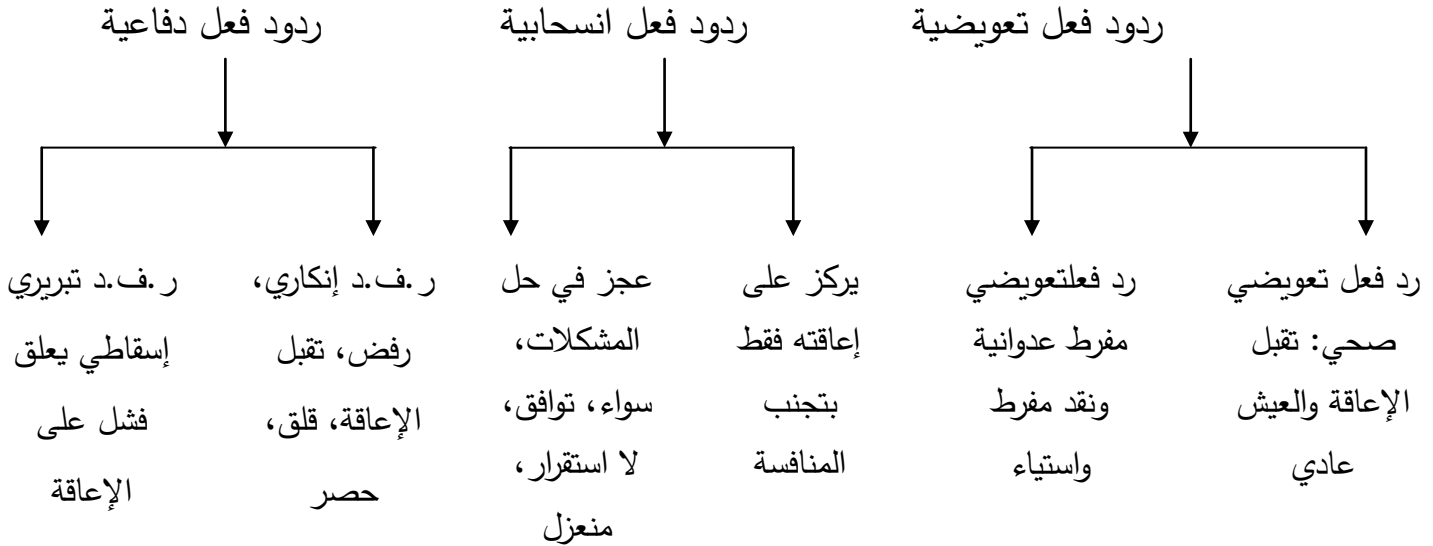
-الحاجة إلى إثبات الذات وان يكون مقدرًا من الآخرين.

- الحاجة إلى توسيع وتطوير مجاله الإدراكي (أبو زيد، 2001: 49).

9/ ردود الأفعال المتباينة تجاه الإعاقة البصرية:

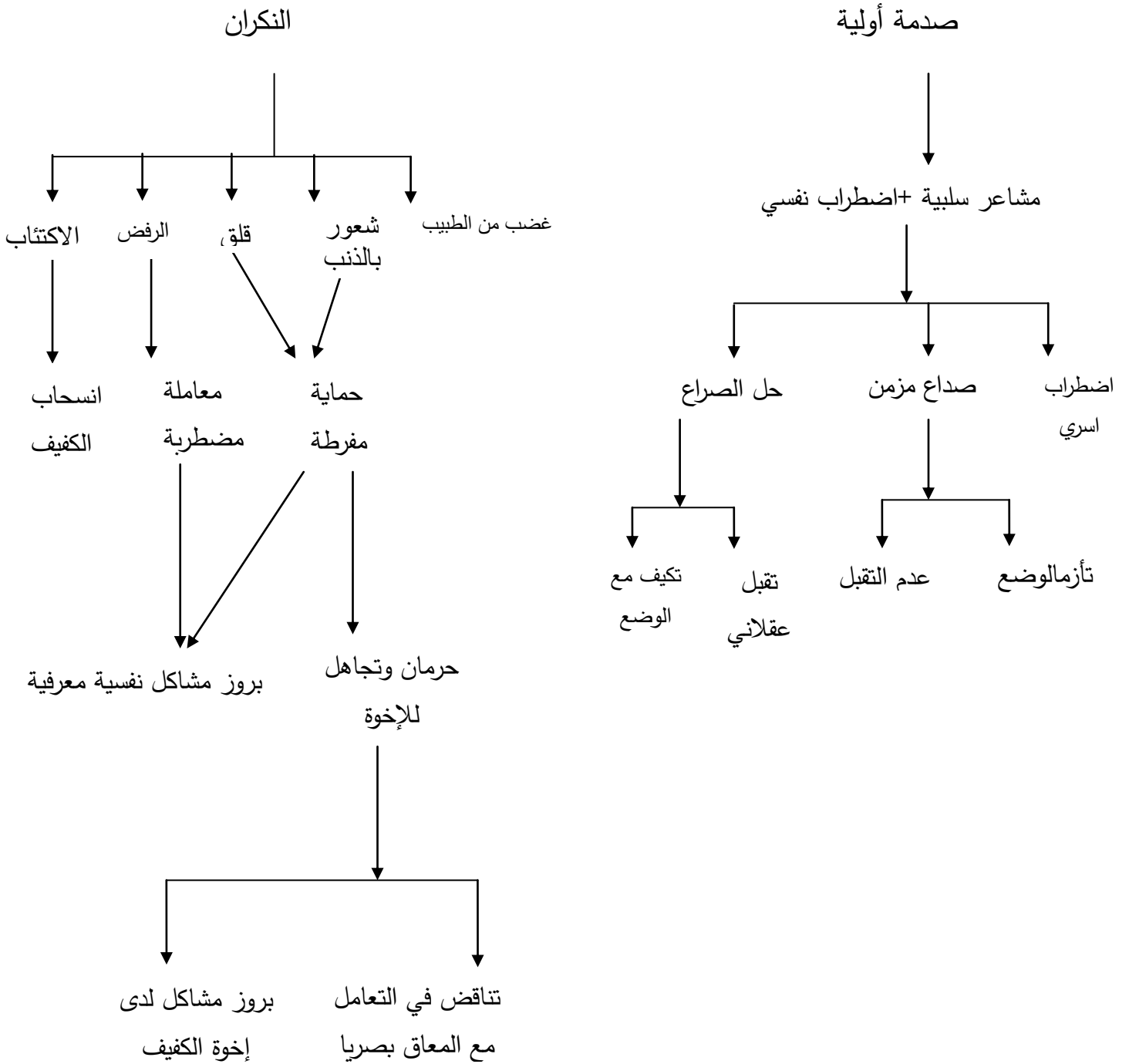
9-1- ردود فعل الكفيف تجاه الإعاقة:

سنلخصها في الشكل التالي:



شكل رقم (02) يمثل ردود فعل الكفيف تجاه الإعاقة.

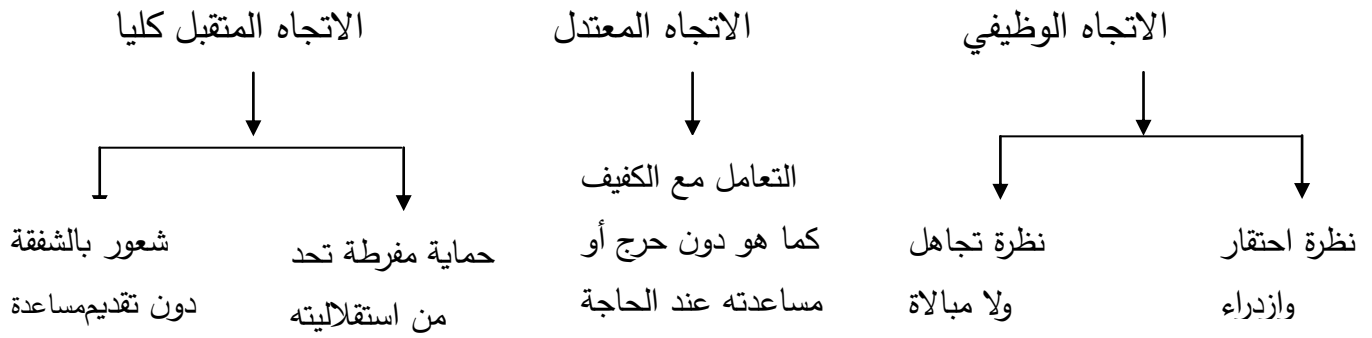
9-2- ردود فعل الأسرة تجاه الإعاقة البصرية:



الشكل (03): يوضح ردود أفعال الأسرة نحو الإعاقة البصرية

9-3- ردود فعل المجتمع نحو الإعاقة البصرية:

سنوردها في الشكل التالي :



الشكل (04): رسم تخطيطي يوضح ردود فعل المجتمع نحو الإعاقة البصرية

خلاصة جزئية:

من خلال ما تقدم في هذا الفصل اتضح مدى أهمية حاسة البصر، وما يترتب عليها من آثار سلبية، إذا فقدت هذه الحاسة، وهذا ما يعاني منه المعاقون بصريا، لكن الأمر لا يتوقف عند هذا الحد وخاصة في هذا الوقت أين بدأت بوادر ظهور الرعاية النفسية والاجتماعية إذا ما قورنت بوقت مضى.

ومن جهة أخرى التحدث عن سمات خاصة تميز شخصية الكفيف فيه من الجدل الكثير، حيث أن هناك من يرفض وضع المعاقين في إطار خاص أو جدولتهم ضمن مقاييس معينة على اعتبار أنهم أناس عاديين، لكن الأمر ليس بهذا القصد، فنحن بالتحدث عن سمات المعاقين بصريا لا نقصد وضعهم في جدول خاص بعيداً عن الأشخاص الآخرين، ولكن بحكم أنهم معاقين بصريا، ولما كان لهذه الإعاقة من آثار عميقة على جميع المستويات، كان لابد أن تظهر هذه الآثار في شكل سلوكيات وصفات تميز المعاقين بصريا، خاصة إذا لم تتوفر لهم الرعاية النفسية والاجتماعية.

وفيما يخص نسبة انتشار الإعاقة فقد تم الإشارة إليها لأنها تزداد رغم تطور العلم، وهذا لا يتعلق بشيء بقدر ما يتعلق بالرقابة التي يغفلها الكثير.

الفصل الثالث: المشكلات السلوكية

والانفعالية

تمهيد

- 1- تعريف المشكلات السلوكية والانفعالية
- 2- محكات تحديد الاضطرابات السلوكية والانفعالية
- 3- تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية
- 4- المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعاقين بصريا
- 5- أسباب المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعاقين بصريا
- 6- العوامل المؤثرة على المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد

المعوقين بصريا

خلاصة جزئية

تمهيد:

لعل من أكثر التحديات التي نواجهها عند التعامل مع الأمراض النفسية أو العقلية أو مجموعة الأمراض التي تقع تحت مظلة علم النفس المرضي (أو ما يسميه البعض علم نفس الشواذ) هو كيفية تعريف وتحديد السلوك الشاذ أو السلوك المرضي أو الاضطراب السلوكي، وبرغم من تعدد المحكات التي تستخدم في هذا الصدد إلا انه لا يمكن الاعتماد على أي منها بمفرده لانجاز هذه المهمة.

ويرى بعض علماء النفس الحديث أن البدء في تعريف السلوك الشاذ ربّما يكون بداية خاطئة، فالعلم لا ينجح دائما في إعطاء تعريفات معقولة عن الظواهر الطبيعية حتى يصل إلى درجة معقولة من الفهم المتقدم لأسبابها، ولكننا نحتاج في البداية إلى أن نتفق على أوصاف محددة لما نعتبره سليما أو صحيحا أو سويا في الحياة لكي نستطيع تحديد السلوك المضطرب أو الشاذ ولهذا سنحاول في هذا الفصل تحديد مفهوم الإضطراب السلوكي والإنفعالي على وجه الخصوص والأسباب التي أدت إلى ظهوره أو تفاقمه لدى الأشخاص المعوقين بصريا .

1/تعريف المشكلات السلوكية الانفعالية:

المتامل لهذا المصطلح يظهر بأنه مركب وعييه يمكننا التطرق إليه بشئ من التجزئة وعليه نعرف السلوك و هو كل ما يصدر عن الشخص من تغيرات في مستوى نشاطه في لحظة معينة، ويتسع ليشمل كل أنواع النشاط التي تصدر عن الفرد والتي قد تتمثل في نوع من النشاط الحركي العضلي أو الفيزيولوجي أو الرمزي (جمعة، 2000: 28).

-تعريف الاضطراب السلوكي: هو النمط الثابت والمتكرر من السلوك العدواني أو غير العدواني الذي تنتهك فيه حقوق الآخرين أو قيم المجتمع الأساسية أو القانونية".

-تعريف DSM4 للاضطرابات السلوكية والانفعالية:

هو نمط متكرر أو مستمر من السلوك تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين، والمعايير الاجتماعية الأساسية المناسبة لعمر الطفل (وهو المحك التشخيصي الأول لهذا الاضطراب) (جمعة، 2000: 30).

-تعريف (روس Ross):

الاضطراب السلوكي الانفعالي هو اضطراب سيكولوجي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكا منحرفا بصورة واضحة عن السلوك السائد في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد، بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار.

-تعريف (جروبار Grobar): يعرف الاضطرابات السلوكية والانفعالية بأنها مجموعة من أشكال السلوك المنحرف والمتطرف بشكل ملحوظ، وتتكرر باستمرار وتخالف توقعات الملاحظ، وتتمثل في الاندفاع والعدوان والاكتئاب والانسحاب".

كما أنها تعرف بأنها اضطرابات تلحق بالسلوك الإرادي في كافة أشكاله سواء كان عدوانيا أو لم يكن ينتهك القيم والمعايير أو لا ينتهكها، يخالف توقعات المجتمع في شكلها العام، يتكرر باستمرار ويمكن ملاحظته وقياسه، يحدث عادة في مرحلتي الطفولة والمراهقة ولا يعتبر مظهرا لاضطراب آخر كالعصاب أو الذهان أو الأمراض العضوية.

بمعنى آخر:

أن يكون الاضطراب في احد الجوانب السلوكية أو الانفعالية هو المشكلة الأساسية والمهيمن على الصورة الإكلينيكية، وليس مجرد عرض من مجموعة أعراض تشير إلى وجود مرض أو اضطراب عام لدى الفرد.

وهناك تعريف تبناه مجلس الأطفال غير العاديين بالولايات المتحدة الأمريكية وهو في الأساس تعريف لشخص يدعى (باور Pauer) ويقول: إن الطفل الذي لديه اضطراب سلوكي أو انفعالي هو ذلك الطفل الذي يظهر مظهرا واحدا أو أكثر بدرجة واضحة لفترة زمنية طويلة من المظاهر التالية:

- عدم قدرة الطفل على التعليم والتي ليس لها أسباب عقلية أو حسية أو جسمية واضحة.
- عدم قدرة الطفل على تكوين علاقات مع الآخرين والمحافظة عليها.
- أن يظهر الطفل أنماط من السلوك والشعور والانفعال غير المرغوب فيها تحت ظروف عادية.
- أن يكون لدى الطفل شعور عام بعدم السعادة.
- الميل إلى إظهار بعض الأعراض الجسمية والمخاوف المتعلقة بالمشاكل الشخصية والمدرسية (الشمري، 2013/03/15) .

2/محكات تحديد الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

هناك محكات لا بد من مراعاتها للحكم على الاضطراب السلوكي أو الانفعالي:

- 1-2- شدة وتكرار السلوك: من المحددات المهمة التي ينبغي أخذها بعين الاعتبار عند الحكم على سلوك ما بأنه مضطرب درجة شدة وتكرار هذا السلوك، فسلوك الفرد يعتبر منحرفا عن المعايير المقبولة إذا بلغ حد التطرف أو الإفراط، كما أن التمادي في الانطواء أو الانعزال أيضا يعتبر سلوكا متطرفا، ويستدعي إطلاق لقب اضطراب سلوكي أو انفعالي، وأكدت معظم تعريفات الاضطرابات السلوكية، والانفعالية بضرورة أن يستمر السلوك المضطرب أو الشكل الذي يعاني منه الفرد فترة زمنية طويلة أي لا يكون سلوكا موقفيا

أوعابرا، ومن الملاحظ أن الأفراد العاديين والأفراد المضطربين سلوكيا قد يقومون بأشكال سلوكية متطابقة ولكن ما يميز بينهم أن الفرد المضطرب سلوكيا يستغرق فترة زمنية أطول (سيسالم، 1992 : 36).

2-2- انحراف السلوك عن المعايير المقبولة اجتماعيا وثقافيا:

تتميز المجتمعات بالتباين والاختلاف في عاداتها وتقاليدها وقيمها ومعاييرها الثقافية السائدة، وبالتالي لكل مجتمع أنماط سلوك سائدة فيه غير أن هذا لا يعني الاكتفاء بمجرد شيوع نوع معين من السلوك بين الناس ليعد مقبولا أو شاذا، إنما ننظر إلى مدى تقبله من طرف أكبر عدد من أفراد المجتمع، وبهذا المعنى نجد أن السلوك الذي يظهر نسبة تكرر عالية قد يعتبر شاذا إذا لم يتفق غالبية أفراد المجتمع على ذلك ومعنى ذلك أن الشخص السوي هو المتوافق مع المجتمع أي من استطاع أن يجاري قيم المجتمع ومعايير وقوانينه وأهدافه (سيسالم، 1992 : 37).

2-3- علاقة الاضطراب بعدد من المتغيرات الديمغرافية:

لا يعد السلوك مضطربا إلا إذا تم النظر إليه في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية لنرى مدى ملائمة لها، ومن هذه المتغيرات: العمر، النوع، الموقف، مستوى التعليم، فمثلا: التقلبات المزاجية في عمر 3 أو 4 سنوات تعتبر سلوكا طبيعيا لكنها بعد ذلك العمر تعتبر سلوكا مضطربا، كما أن قيام الذكور بأدوار هي من خصائص الإناث والعكس يعتبر اضطرابا خاصة بعد حدوث، واستقرار التنميط الجنسي وتمايز الأدوار، وكثيرا ما يتم تقييم السلوك في الموقف الذي يحدث فيه بحيث يقبل في مواقف ويرفض في أخرى، وخاصة في تفاعل متغير الموقف مع المتغيرات الديمغرافية السابقة (سيسالم، 1992 : 40).

2-4- علاقة الاضطراب بالفروق الفردية:

يمثل مفهوم الفروق الفردية (اختلاف طفل عن طفل آخر في بعض الصفات والخصائص) أحد المحكات التي ينبغي أخذها بعين الاعتبار عند النظر إلى الاضطرابات

السلوكية والانفعالية، فيكون الطفل مضطرب سلوكيا، إذا أبدى سلوكا إيجابيا (أقل) أو سلبيا (أعلى) بدرجة جوهريّة عن أقرانه (سيسالم، 1992: 41).

3/ تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

3-1- تصنيف الطب النفسي:

وهو أقدم أنواع التصنيفات للاضطرابات السلوكية والانفعالية والطب النفسي وله قائمة تشخيصية وإحصائية للاضطرابات العقلية وهي صادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، وتجدد تقريبا كل 3 أو 4 سنوات متضمنة بعض التعديلات وآخر قائمة ظهرت عام (1994) ضمن الاضطرابات السلوكية الانفعالية تحت مسمى (الاضطرابات النمائية) مع التخلف العقلي (الشمري، 2013/03/15)

3-2- التصنيف السلوكي: يصنف الاضطرابات السلوكية والانفعالية إلى أربع فئات:

3-2-1- اضطراب تصرف: مثل السلوك العدوانى والسرقه والكذب.

3-2-2- اضطرابات القلق الإنسحابية: مثل القلق الزائد، الاكتئاب، الحزن، الانطواء.

3-2-3- اضطرابات عدم النضج مثل: عدم القدرة على التركيز لفترة زمنية كافية، عدم القدرة على التحمل أو الصبر، إهمال، خمول.

3-2-4- العدوان الاجتماعي: مثل مرافقة أصدقاء السوء والسرقه الجماعية.

ومن الملاحظ أن التصنيف السلوكي يعطينا مجموعتين من السلوك للاضطرابات السلوكية الانفعالية:

أولا: سلوك موجه للخارج يتمثل في اضطرابات التصرف والعدوان الاجتماعي.

ثانيا: سلوك موجه للذات يتمثل في اضطرابات القلق الانسحابية، واضطرابات عدم النضج. (الشمري، 2013/03/15)

4/ المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعاقين بصريا:

تتطوي المشكلة السلوكية أيا كان نوعها على صعوبات تزعج صاحبها وتكشف عن اضطرابات لديه، وتعد مشكلة لكنها تختلف عما هو سائد ولا تتفق مع المجتمع، ولا تتسجم

مع مبادئ الأخلاق والتربية والسلوك (هاشم، 196:1979)، وقد عرف (كيرك Kirk) المشكلات السلوكية بأنها انحراف عن السلوك الملائم للعمر والذي يتدخل في نمو الفرد وتطوره وحياة الآخرين (Kirk et Crallogher, et al, 2003, p 95) وذكر سميث ونايسورث أن المشكلات السلوكية تسبب الفوضى للآخرين لأنها أنماط سلوكية لا يقبلها المجتمع، وغالبا ما تخرق المعايير حيث تنتهك حرمة البيت والأسرة والمدرسة، وتتصف بسلوك عدواني فيه انعدام للطاعة وإيقاع للفوضى بالتحدي وعدم التعاون (Smith and Neisworth, 1975, p 175).

لا يختلف الأفراد المعاقون بصريا بشكل ملحوظ عن نظائريهم المبصرين في القدرة أو الشخصية، حيث أشارت شول (Sholl, 1986) إلى أن المعاقين بصريا يتمتعون بكافة الخصائص التي يمكن أن تتمتع بها أي مجموعة من الناس، فليس لديهم صفات أو سمات تخصهم لوحدهم كمعاقين بصريا، وهم لا يظهرون ردود فعل تقليدية لكونهم معاقين بصريا، لكن الإعاقة البصرية قد تؤثر على بعض مظاهر النمو الاجتماعي والانفعالي كما قد تؤدي إلى ظهور سمات سلوكية معينة، حيث أشار (كليمك Kliemeck) إلى وجود سمات سلوكية تنتج عن الإصابة بالإعاقة هي: الشعور الزائد بالعجز والاستسلام للإعاقة وتقبلها الشعور الزائد بالنقص ورفض الذات ومن ثم كراهيتها.

مما يولد الشعور بالدونية، عدم الشعور بالأمان يؤدي إلى الشعور بالقلق والخوف من المجهول والتوتر والأزمات الحركية، عدم الاتزان الانفعالي، كذلك سيادة مظاهر السلوك الدفاعي (الإنكار والتعويض والإسقاط والتبرير والكبت والانسحاب) (الفريوتي، 1988: 223).

وأكد (شونتز Shontz) أن الإعاقة تؤثر بشكل مباشر على السلوك (الحديدي، 2002، ص 113)، وبين (Sulvia and Ysseldyke, 2004, p 93).

أن المشكلات السلوكية تتضمن فشلا في الانسجام مع الرفاق، انسحاب مفرد، نشاطات جانحة، بالإضافة إلى السلوك المعرقل وغير الملتزم ووضح (Brown, 1983, p

(75) من خلال دراسته لسيكولوجية المكفوفين إنهم أكثر تعرضاً للاضطرابات والضغط النفسية، حيث أن فقدان البصر أدى لسوء التكيف والتعرض للقلق والتوتر والانطواء، ووجد (Evans et al, 2005, p 90) إن فقدان البصر يؤدي لظهور الخوف من إمكانية التعرض لخطر ما أثناء التنقل يؤدي للموت، ويشير (Younger et Sardegne, 1991, 75) إلى أن الأفراد المعاقين بصريا يعانون العديد من المشاعر السلبية أبرزها: الإحباط والفشل والكران والغضب الشديد والاكئاب، بينما بينت وريكات والشحروي أن أبرز المشكلات السلوكية الحادة التي ظهرت عند الطلبة المعاقين بصريا كافة، الحساسية الزائدة، السلوك الاعتمادي، سلوك الشرود والتشتت والشعور بالقلق والسلوك النزق، السلوك المتخاذل والانسحاب من المشاركة الاجتماعية (وريكات والشحروي، 1996: 165).

في حين أشاد أبو فخر أن الاضطرابات التي يعبر عنها بصورة في العلاقات مع الأصدقاء، ويعانون من الوحدة فهم معزولون من قبل أقرانهم المبصرين، ولديهم مناسبات وفرص أقل لتطوير مهاراتهم الشخصية، ويعتمدون على آبائهم في حين وجد (السيد) أن معظم، المشكلات الكفيف هي مشكلات مرتبطة بالإعاقة نفسها ويشعر الفرد المعاق بصريا بوجود حاجز قد يحد من حرية التصرف لديه، فهو لا يستطيع فعل ما يريد ويرغب فيه، فهناك فعاليات كثيرة تمنعه الإعاقة من المشاركة فيها.

والكثير من الخبرات البصرية تحجب عنه، فهو لا يستطيع التمتع بحرية الحركة البسيطة لأن هذه الحركة البسيطة تتطلب البصر، ولا يستطيع أن يسيطر على البيئة، ولا يستطيع أن يكتسب أنماط السلوك المختلفة التي يكتسبها المبصر عن طريق التقليد البصري مثل: ارتداء الملابس أو تناول الطعام، ويحرم من المعلومات والمشاعر التي تصل إليها عادة من خلال النظرة، الابتسامة، اللامبالاة، ولا يستطيع أن يسلك في المواقف الاجتماعية السلوك المطلوب كما يفعل المبصر الذي يرى كل ما يحيط به، وبما أن الفرد لا يستطيع رؤية الآباء أو الأقران فهو غير قادر على تقليد السلوك الاجتماعي أو فهم النماذج غير الشفهية (Nichcy, 2004, p 311).

وبالتالي قدرة التكيف على التكيف الاجتماعي، وتكوين اتجاهات ايجابية نحو المجتمع، ونحو ذاته مرهونة بمواقف الآخرين، واتجاهات أفراد المجتمع الذي يعيش فيه، فمشكلة التكيف الاجتماعي عند الكفيف تنشأ نتيجة معاملة المجتمع له بطريقة مختلفة فمواقف الرفض تؤدي إلى الانعزالية، ومواقف عدم التقبل تؤدي إلى أنماط سلوكية فيها من مظاهر سوء التكيف كالقلق وعدم الاطمئنان والتشتت والإحباط، هذا كله يترك أثرا عميقا في نفس الفرد المعاق بصريا، وفي تكوين فكرته عن ذاته وقدراته وإمكانياته وفي تطور شخصيته، بالمقابل يحقق الكفيف تكيف اجتماعي حين تكون انحرافات سلوكية لدى الأفراد المعاقين بصريا، من سرقة وكذب وعدوان، هي أقل من اضطرابات الخوف والخجل والقلق التي يعبر عنها بصورة لا شعورية (أبو فخر، 2000: 235).

بينما أشار الفرخ لوجود مستويات مرتفعة من التوافق الانفعالي الايجابي لدى الأفراد المعاقين بصريا، ووجد أنه كلما زادت درجات القلق والاكتئاب لديهم تناقصت درجات ضبط الذات والثبات الانفعالي والشعور بالسعادة (الفرخ، 2006: 216).

كما أشار (أشريفة، 2002) إلى أن ابرز السمات الانفعالية والاجتماعية للمكفوفين هي: اللامبالاة، وعدم الاهتمام بالأنشطة الجماعية، وشعور أقل بالانتماء للبيت والمدرسة، ورغبة أقل في النجاح والاهتمام بالدراسة، ومواظبة الحضور إلى المدرسة، وحب اللعب، ووجد (Lindo et Nordholm, 1999) أن الخجل والعزلة ارتبط مع تدني العلاقات في مجال الاستقرار النفسي العام، وتبين أن اللذين يعتمدون الاستراتيجيات السلبية مثل العزلة والخجل واجهوا مشاكل أكثر في استخدام المواصلات وإرسال الرسائل، وبينت (MeekAndro) أن المكفوفين لديهم جمود في الشخصية، لكونهم يعيشون في عالم محدود كنتيجة لأثر العجز الخلقي الذي يعانون منه مما يؤدي إلى عزلهم جزئيا عن موضوعية البيئة ويتبع ذلك الجمود في شخصياتهم (أبو فخر، 1997: 22).

في حين أشار (Kroksmork et Nordell, 2001) أن المراهقين المعاقين بصريا لديهم نشاطات أقل، ويعتمدون على آبائهم خاصة في التنقل، كما أنهم لا يمضون الكثير من

الوقت بانتظام مع أصدقائهم، كما أكد (Hwwre et Aro) أن الإعاقة البصرية تؤثر على نشاطات الفرد، وبشكل خاص على الأفراد المكفوفين كلياً، حيث يتجلى لديهم صعوبات ومشكلات أكثر يجد تقبلاً ممن حوله فيستطيع الحصول على عمل ووظيفة تساعده على العيش معتمداً على نفسه وليس على مجتمعه (شقير، 2005: 215).

إن الدعم الاجتماعي والنفسي له تأثيراً إيجابياً على الصحة النفسية للأفراد المعاقين بصرياً، فالعلاقات مع الأشخاص المهمين سواء الآباء، الأصدقاء، الأجداد، تؤثر على المراهقين وعلى التطور الاجتماعي والعاطفي لديهم، وهذه العلاقات لها دور مهم في تحمل حالات العجز، وبدونها سيشعر الفرد بوصمة عار اجتماعية، تدفع به إلى الحد من قدراته وعلاقاته، حيث أكدت (KefK، 2002: 235) أن المراهقة مرحلة تتضمن العديد من التغيرات خصوصاً في الجانب النفسي والاجتماعي، والدعم الاجتماعي المقدم خصوصاً من قبل الأصدقاء له أهمية كبيرة على حياة المراهقين وبشكل خاص على تطورهم النفسي والاجتماعي وأشار (Huey هوي) أن الدعم العاطفي الذي يتلقاه المراهقون ضعاف البصر من قبل آبائهم يؤثر إيجابياً على شخصيتهم، أما الذين لديهم مشاكل في الدعم العاطفي فهو يؤثر سلباً على نموهم النفسي والاجتماعي، وبينت (سومرز، Sommers) أن سوء التكيف والاضطرابات الانفعالية عند الكفيف مردها إلى عوامل اجتماعية أكثر من عامل فقد البصر، فالاتجاهات الوالدية لها أثر كبير على نمو شخصية الكفيف المراهق وعلى سلوكياته التي من أبرزها، السلوك التعويضي، السلوك الإنكاري، السلوك الدفاعي، السلوك الانسحابي.

كما إن إتباع الوالدين لأساليب تنشئة غير سوية، أو ردود أفعالها المتناقضة تساهم في حرمان الفرد الكفيف من الكثير من المهارات الأساسية التي تعمل على سرعة توافقه وتوازنه النفسي، لذا ينبغي على الوالدين أن يدرك الدور الهام والرئيسي في عملية تنشئة الفرد الكفيف، حيث أن خصائصه الانفعالية تتشكل منذ البداية فإذا كان الفرد متقبلاً لإعاقته كانت نظرتة للحياة متفائلة وإيجابية فتقل مشكلاته وصراعاته، أما إذا تربى على رفضه لإعاقته والتكر لها ستمو نظرتة للحياة متشائمة وسلبية، وسيعاني من الصراعات النفسية والإحباط

والشعور بالفشل وعدم النجاح وتتولد عنها مشكلات أخرى كعدم تطوير أساليب فعالة للتعامل مع البيئة (خضير والبيلاوي، 2004: 211).

وباعتبار الطالبة الباحثة عاملة بمدرسة الأطفال المعوقين بصريا لمدة خمس سنوات كأخصائية نفسانية عيادية ارتأت إلى اختيار أهم المشكلات السلوكية والانفعالية الملاحظة والمسجلة على المعاقين بصريا من خلال العمل معهم وهي:

-المشكلات السلوكية: الانطواء الاجتماعي، العدائية.

- المشكلات الانفعالية: الخوف والقلق، الاكتئاب.

-بالنسبة للمشكلات السلوكية:

-الانطواء الاجتماعي: قد يجد الكفيف نفسه أمام مواقف تغلب عليها سمات الشفقة والرأفة وتوفير الحاجات له في بيئته وبين أفراد أسرته، وقد يجد نقيض هذه المواقف خارج بيئته مما يدفعه إلى الانزواء، فيغلق على نفسه باب حجرته، ويظل ساعات طويلة رافضا التحدث إلى أي فرد، ولا شك أن المواقف المتناقضة المترامية في المنزل من جهة والقاسية خارجة من جهة أخرى تجعل الكفيف أميل إلى الانطواء لينقادى ما أمكن أية إهانة تمس شخصيته، وقد يؤدي هذا الانطواء إلى مزيد من المطالب التي يطلبها من أفراد أسرته بحكم انه عاجز، هذا ويظهر سلوك الانطواء لدى الشباب كما يظهر كذلك لدى كبار السن، حيث تنتشر لديهم مخاوف من الرقيب الذي يحاسب على كل هفوة، ويزداد الخوف والشك من الغريب والصديق...مما يدفع الفرد المعاق بصريا إلى وزن كلماته قبل النطق بها، وتفضيل الوحدة فيلجأ إلى الانزواء، والانطواء والعزلة تجنباً لاستهزاء الآخرين والاستهجان بسلوكياته وحرصاً منه على السلامة العامة وعدم تعرضه للأخطار، ويلاحظ أن ضعاف البصر أكثر ميلا إلى الانطواء من المكفوفين كليا، وكذلك الكفيفات أكثر انطوائية من المكفوفين، وهناك العديد من العوامل التي تقود إلى حدوث الانطواء لدى الفرد المعاق بصريا فشدة معاملة الوالدين لابنهما الكفيف ورغبتها في وقايتها، والسيطرة والتشديد عليه في كل مناسبة، والإفراط في توجيهه وإرشاده والتخويف منه السقوط أو الإصابة بالكسور، كل تلك الأساليب تؤدي به إلى الانزواء

والانطواء والبعد والاختباء والتقليل من فعاليته، فيشعر أنه أضعف من الآخرين، وقل قيمة منهم، وبسبب فقدانه لنعمة البصر قد يعتقد أن الآخرين لا يرغبون به لأنه يعوق عليهم نشاطهم، حركتهم وتقلهم، ولأن منظره يثير الانتباه، ويعتقد أنه حمل ثقل على الآخرين يتمنون الخلاص منه، وأنهم إذا قبلوه فإنهم يقبلون به لفترة محدودة ولا بد من أن يتهربوا منه بخلق بعض الحجج لتركه في أول فرصة (خضير والبيلاوي، 2004: 212).

أما بالنسبة للعدوان (العدائية) والذي يعتبر سلوك هجومي متشكل من الإكراه والإيذاء (الرفاعي، 2001: 185) فقد يلاحظ عند المعوق بصريا بكثرة على شكل غضب وصراخ للتعبير عن حاجاته إلى حماية آمنة أو سعادته أو فرديته، أو محاولة لتذليل العقبات التي تواجهه أو تقف في سبيل رغباته، إن شعور الكفيف بالإحباط والفشل يدفعه إلى توجيه اللوم لذاته أو إيذاء أو إيلاام نفسه في بعض الأحيان، وهذا ما يطلق عليه بالسلوك العدواني الموجه نحو الذات، وهناك السلوك العدواني الجسمي والذي يتمثل في الاعتداء بالضرب وهذا ما يظهر بدرجة قليلة لدى الأفراد المعوقين بصريا، أما السلوك العدواني اللفظي والذي يتمثل في السب والتوبيخ والشتم وإلحاق الإهانات بالآخرين يظهر أكثر من غيره لدى الأفراد المعوقين بصريا، وهناك العديد من الأسباب التي تقف وراء السلوك العدواني، فقد ينشأ نتيجة تعرض الفرد لإحباطات الحياة اليومية، فيتصرف بعدوانية عندما يمنعه عائق ما من الوصول إلى حاجته أو رغباته أو يمنعه من الوصول إلى أهدافه، وتساهم أساليب تربية الوالدين والجو الأسري العام السائد في المنزل في إيجاد العدوان لدى الفرد، كذلك الحرمان من عطف الوالدين وحبهم، وفي النهاية قد يكون العدوان وسيلة لجذب الانتباه عند الآخرين أو وسيلة للوصول إلى ما يبتغيه ويريده (الزغبى، 2005: 275)، وأشارت العديد من الدراسات إلى ندرة أداء الأطفال المكفوفين لسلوك العدوان الجسمي، أما العدوان اللفظي فينتشر بين المكفوفين وخاصة الذكور منهم (خضير والبيلاوي، 2004: 130) في حين أشارت دراسات أخرى إلى أن المكفوفين أقل عدوانية من المبصرين.

وان لديهم نزعة نحو السلبية أكثر، يعزو البعض ذلك إلى كون الفرص المتاحة للمكفوف عن العدوان محدودة بسبب الافتقار إلى البصر الأمر الذي يؤدي غالبا إلى أن يعبر عن غضب عام وغير موجه (الحديدي، 2002: 171).

- أهم المشكلات الانفعالية:

-القلق: يعيش المعاق بصريا خاصة في فترة المراهقة، البعض من المواقف السلبية تجاهه، وعدد لا بأس به من الصعوبات الفعلية يسببها فقدان البصر، وبالتالي من الطبيعي أن يظهر مشاعر متزايدة من القلق حول مستقبله حيث يحتاج لمساعدة خاصة في تعلم القراءة، والكتابة وفي البعض من المهام المدرسية، وفي التنقل وفي جوانب أخرى بشكل خاص الاقتصادية والمادية، وعائلته المستقبلية حيث يشعر بالقلق حول إمكانية الاجتماع بالشريك المناسب، وهذا الأمر أكثر وضوحا عند المراهقات فاقات البصر (Lowenfeld, 1959, p 131) إن التقدم نحو الاستقلالية الشخصية عن حدود المنزل والأهل والمدرسة يمكن أن يؤدي إلى ظهور القلق بخصوص نمط الحياة المستقبلية والعلاقات، كما أثبتت الأبحاث وملاحظات المعلمين أن الأفراد المعاقين بصريا يعانون من القلق حول القبول من قبل الأقران، النجاح في العمل المستقبلي، كما يعانون من ضغوط تتعلق بطلب المساعدة في تدبير أمور الحياة اليومية هناك إحباطات تؤثر على الصورة الذاتية للمعاق بصريا أحد الأشياء التي ذكرت هي عدم القدرة على قيادة دراجة هوائية، وجود عوائق مستقبلية (Chapman and Stone, 1988, p 73).

كما يعاني الكفيف قلق الانفصال، أي إمكانية انقطاع العلاقة بينه وبين الأفراد اللذين يعتمد عليهم في تدبير شؤون حياته، وفي إمداده بالمعلومات البصرية كوالدين والأخوة والأصدقاء كذلك قلق فقدان الكلي للبصر، إذ يخشى من فقد البقايا البصرية لديه (سيسالم، 1997: 301).

أما الخوف (Fear) فهو ناتج عن الشعور بانعدام المن (القائي، 1996:150) ويشير (يونج) إلى معاناة الفرد الذي لديه إعاقة بصرية جزئية من قلق عالي وتمركز حول

الذات وانطواء وخوف أكثر من الفرد الذي لديه إعاقة بصرية كلية وأشار إلى أن فقدان البصر يسبب إحساسا بالدونية عند الفرد والشعور بالخجل والرغبة في تجنب الخبرات الاجتماعية (الملا، وأمين، 1982: 210) بينما يبين سيسالم أن القلق يعود بشكل عام إلى نقص ثقة الكفيف فيما يتعلق بكفاءته الاجتماعية ومظهره الشخصي، وعدم قدرته على التكيف مع كف البصر، ويزداد هذا القلق لدى الكفيف بدخول مرحلة المراهقة (سيسالم، 1997: 290).

-الاكتئاب: يستخدم مفهوم الاكتئاب (Depression) للإشارة إلى الحالات التي يبدو فيها الشخص حزينا جدا بانسا فاقدا للأمل والثقة بنفسه والآخرين، قلقا مبالغا في ردود فعله الانفعالية، ويعرف الاكتئاب بأنه حالة من انكسار النفس والكآبة أو الغم والهم والنكد والشعور بالذنب والقلق (سعد، 1993: 180).

وتعد حالات الاكتئاب غير شائعة بين المكفوفين، ففي دراسة (سكوت وفريمان) حول 92 من الأطفال والمراهقين المكفوفين قانونيا في كولومبيا، لم يظهر بينهم وجود حالات اكتئاب، وتبين أن النمو الانفعالي للمكفوفين يتأثر بالعلاقة الايجابية بين الأم والرضيع، ووجد (كرنيوف وزملائه Kerniouf et al) أن السمات الشخصية للفرد قبل حدوث كف البصر هي متغير دال على حدوث الاكتئاب، فالأفراد الهادئين والخجولين والمنغلقين أكثر عرضة للاكتئاب، بينما تقل احتمالات حدوثه بين الأفراد الحازمين المستقلين، المنفتحين، كما يؤثر مناخ البيئة الأسرية والنمط التربوي السائد فيها إلى حد بعيد، على ردود الفعل الانفعالية للفرد، وقد أوضحت الدراسات العلاقة الترابطية بين معاملة الأسر، القاسية، المتسلطة أو المهملة، وأشكال الحرمان المعنوية والمادية وبين الاكتئاب (Bryan et al, 1980, p 75).

في حين أن روفنير وشمولي وجدا ارتباط عالي بين الاكتئاب وفقدان البصر حيث أن 38 % من الأفراد المعاقين بصريا من كبار السن لديهم درجة مرتفعة من الاكتئاب (Rovner and Shmwely, 1996, p 39)

5/ أسباب المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعاقين بصريا:

تكمن وراء المشكلات السلوكية والانفعالية العديد من الأسباب أهمها: الافتقار للمهارات الاجتماعية اللازمة والكفايات الاجتماعية المناسبة، التخوف من التفاعل الاجتماعي مع الآخرين بسبب خبرات الفشل السابقة، لجوء بعض أولياء الأمور إلى حماية أولادهم المعاقين بشكل مبالغ فيه عموما مما يحد من الفرص المتاحة لهم للتطور، لذا لابد من العمل على إيقاف تلك السلوكيات الاجتماعية والانفعالية غير التكيفية (الخطيب والحديدي، 2004: 175).

ويتم ذلك من خلال مساعدة الكفيف على إعادة تشكيل تقدير واقعي لذاته بقدر الإمكان، بتذكيره بميزاته وقدراته وإمكانياته وكذلك طرح الفرص المناسبة والمتوفرة لتحقيق توافق شخصي ونفسي واجتماعي، ومناقشة الصعوبات والمشكلات والعراقيل التي تقف في طريقه وكيفية مواجهتها التي تتم بالفهم الحقيقي لحالته، والتقييم الواقعي لحجم المشكلة من خلال التهوين والتقليل منها، وفي الوقت ذاته عدم تعظيم المشكلة أو تصعيبها أو استحالة مواجهتها وإيجاد حلول لها (خضير والبلاوي، 2004: 130).

كما ويؤكد كل من (Rosenblum، 2000) و (George et Duqutte، 2006) أن أبرز العوامل التي تلعب دورا أساسيا في التطور النفسي والاجتماعي والصحي للفرد المعاق بصريا هي: معرفة المبصرين للوضع البصري الذي يعانيه الفرد، وتقدير الفرد للتعلم وحافزه ونجاحاته الماضية (الأكاديمية، الرياضية) وصرف الوقت مع طلبة آخرين يعانون حالات عجز مماثلة، بالإضافة إلى النشاطات الترفيهية، الصداقة الناجحة، والاهم هو دعم وتشجيع الوالدين، كل هذه العوامل تخلق بيئة مساعدة لتطوير المهارات والاستراتيجيات الملائمة، كما وتؤكد الحديدي أن معظم الناس المكفوفين متكيفون نفسيا ويقدرّون المساعدة التي تقدم إليهم في المواقف التي يحتاجون فيها المساعدة، إلا أنهم لا يريدون العون الذي لا يحتاجون إليه، فهم يرفضون الشفقة ويرتاحون للمواقف التي تبرز

مواطن الشبه بينهم وبين المبصرين وليس مواطن اختلافهم عنهم (الحديدي، 2002: 125).

6/ العوامل المؤثرة على المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعوقين بصريا:

تلعب العديد من العوامل دورا هاما في ظهور المشكلات السلوكية والانفعالية من أبرزها: العمر، الجنس، مستوى الرؤية، سبب الإعاقة، العمر عند الإصابة، الخبرات السابقة، درجة الوعي بالإعاقة، الوضع الاقتصادي، المستوى العلمي، التخصص، الوضع الاجتماعي، مكان الإقامة، وجود أكثر من فرد كفيف في الأسرة، ردود فعل الوالدين واتجاهاتهم، اتجاهات العاملين في المؤسسات الخاصة، الاتجاهات الاجتماعية العامة (Huver et Aro, 1999) هذه العوامل وغيرها على قدر كبير من الأهمية، لكن الدراسة الحالية اقتصرت على متغيرات: الجنس، درجة أو شدة الإعاقة، نوع الإعاقة وسوف يتم توضيح أثرها:

-الجنس: يعد متغير الجنس عامل مهما، لا يمكن تجاهله، إذ بينت العديد من الدراسات والأدبيات وجود فروق بين الذكور والإناث، فقد أظهر (هاردي Hardy) وجود فروق في القلق لصالح الذكور (القريوتي، 1988) وأشار (براون Brown، 1983) إلى أن الإناث أكثر تعرضا للقلق والتوتر والانطواء من الذكور في حين وجد (الفرح) بدراسته عام (2006) أن تقدير الذات والسعادة كانت أكثر لدى الذكور، بينما أظهرت الإناث قلقا أعلى، بينما بينت دراسة (وريكات والشحوروي، 1996) وجود فروق بين الجنسين، حيث غلب السلوك العدواني لدى الذكور وسلوك الحركة الزائدة والسلوك المتمرد، والسلوك المخادع، والسلوك المتخاذل، والسلوك النزق في حين ظهر لدى الإناث شعور بالقلق وحساسية زائدة كما بين (، Huver et Aro، 1999) لجوء الإناث الكفيفات إلى العزلة، وأشارت (الحديدي) إلى معاناة الكفيفات من صعوبات أسرية واجتماعية مختلفة من أبرزها الخوف والتردد، الاعتماد على الآخرين، الحرمان العاطفي، الإساءة النفسية والجسدية (الحديدي، 2005)، وقد تقف العديد من العوامل وراء الاختلاف بين الذكور والإناث ومن أبرزها (

التحيز الثقافي، التوقعات المختلفة، العوامل البيئية كالظروف المنزلية وأساليب الرعاية الوالدية، الإقامة الداخلية) (، 2003kasdin :226).

-درجة الإعاقة البصرية: إن تأثير درجة الإعاقة البصرية على نوعية أو شدة المشكلات التي يعاني منها الفرد المعاق بصريا، عامل لا يستهان به ، فيتضح من الدراسات السابقة أن الأفراد المكفوفين جزئيا لديهم مشكلات انفعالية أكثر من المكفوفين كليا حيث تؤكد دراسة (Bouman، 1984) أن ضعف البصر امتازوا بتكيف اقل وشعور اكبر بالقلق والضغط والتوتر والارتياح، وعدم الشعور بالأمن، وقلة الثقة بالنفس، وقدرة أقل على تلبية متطلبات العائلة والمدرسة أكثر من الطلاب المكفوفين، وتشير (Emory et Cowen) إلى أن الأفراد المكفوفين جزئيا أقل توافقا من الأفراد المكفوفين كليا حيث أظهروا نسبة عالية من القلق.

أما في دراسة إبراهيم عام (2001) تبين أن الطلبة المكفوفين يعانون مشكلات تتعلق بالقراءة، وإجراء الامتحانات أكثر من الطلبة ضعاف البصر، فهم بحاجة إلى الاعتماد على الآخرين لتجاوزها، في حين بين كل من (روبنسون وليبرمان، 2004) أن الإعاقة البصرية لها تأثير هام على فرص تقرير المصير، وخاصة لدى الأفراد المكفوفين كليا، حيث ظهر اعتمادهم الكلي في جانب الرعاية الصحية والمدرسة على الأهل والمعلمين أكثر من اعتمادهم على أنفسهم.

كما يعد نوع الإعاقة كذلك مهما جدا وعاملا أساسيا في ظهور المشكلات السلوكية والانفعالية إذ يعد الكفيف ولاديا أكثر تقبلا للإعاقة عن المعاق بصريا ذو الإعاقة المكتسبة بسبب حادث معين فقد وجد (ساندلر ، Sandler) أن الأفراد المكفوفين كليا بسبب إصابة مكتسبة لديهم مجموعة من السمات السلبية منها: الخوف من أن يتركوا لوحدهم الاستغراق في حركات تكرارية، صعوبة التفاعل مع الأنشطة الجماعية، التمرکز حول الذات، محدودية وفقد الاهتمام بالعالم الخارجي.

خلاصة جزئية:

بعدما تعرضنا له في هذا الفصل يتضح جليا صعوبة في ضبط مفهوم المشكلات السلوكية والانفعالية واختلاف مدلولاتها من مجتمع لآخر، ويجب أن تخضع لمحكات معينة للحكم عليها.

هذا بالنسبة للعاديين أما إذا أضفنا لها طابع الإعاقة فالأمور ستكون أصعب من أن نستطيع ضبط المشكلات السلوكية، والانفعالية لدى المعاقين بصفة عامة والمعاقين بصريا بصفة خاصة، والوقوف على مدلولاتها وأسبابها والعوامل المؤثرة فيها.

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية لدراسة الميدانية

تمهيد

- 1- منهج الدراسة
 - 2- مجتمع الدراسة
 - 3- أداة الدراسة وكيفية تطبيقها
 - 4- تصحيح أداة القياس
 - 5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات
- خلاصة جزئية:

تمهيد:

تتوقف سلامة نتائج الدراسة، ودقتها على عدد من المبادئ العلمية، التي يجب أن تأخذ بعين الإعتبار في جميع مراحل وإجراءات التطبيق، وعليه يأتي هذا الفصل الميداني استكمالاً للدراسة النظرية، التي حاولت الطالبة الباحثة من خلالها التعرف للمشكلات السلوكية والإنفعالية التي يعاني منها المعوقون بصريا وذلك من خلال التعرف على علاقة هذه المشكلات مع بعض متغيرات الدراسة (الجنس، نوع الإعاقة، شدة الإعاقة) كما استدعت الدراسة الميدانية بناءً على الأهداف التي تم تسطيرها، القيام بدراسة استطلاعية قبل إجراء الدراسة الأساسية .

1- منهج الدراسة :

من خلال موضوع دراستي الحالية ،والتي تبحث عن مستوى المشكلات السلوكية والإنفعالية لدى المعاقين بصريا وكذا البحث عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بينهم تعزى لمتغيرات الجنس ،نوع الإعاقة،وشدتها . الشئ الذي استلزم وصف الظاهرة ،والبيانات المتحصل عليها وصفا دقيقا ،ووعليه فإن منهج هذه الدراسة هو المنهج الوصفي وهو كمايعرفه (عمار بوحوش) على أنه عبارة عن مسح شامل للظواهر الموجودة في جماعة معينة وفي مكان معين، ووقت محدد، بحيث يحاول الباحث كشف ووصف أوضاع القائمة والاستعانة بها يصل إليه في التخطيط للمستقبل (بوحوش، 1995:130)

- وأهم ما يميز البحث الوصفي عنايته برصد الحقائق المتعلقة بالظاهرة موضوع البحث رسدا واقعا دقيقا، ويقود أهمية هذا المنهج إلى أن لوصف يمثل ركنا أساسيا في البحث العلمي، وذلك بجمع المعلومات والبيانات وتحليلها وتفسيرها بغية الإجابة على الأسئلة التي يطرحها الباحث وإيجاد الحلول للمشكلة التي تعترضه (بوحفص، 2011 : 235)

- ويعرف بأنه طريقة من طرق التحليل والتفسير بشكل علمي للوصول إلى أغراض محددة لوظيفة اجتماعية معينة، أو هو طريقة وصف الظاهرة المدروسة وتصويرها كليا عن طريق جمع معلومات مقننة عن المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة(شروخ، 2003 : 150)

2/ مجتمع الدراسة:

جميع الأفراد المعوقين بصريا بولاية المسيلة.

1-2 الدراسة الإستطلاعية:

إن الدراسة الإستطلاعية هي دراسة أولية منهجية في كل بحث ، تسبق الدراسة الأساسية لمعرفة واقع ميدان البحث وتفاصيله وعوائقه ،وتهيأة المناخ الوجداني لتطبيق وإعداد ما لزم من المواد والوسائل الإمبريقية واتباع خطة معينة من أجل تطبيق الدراسة الأساسية في أفضل صورة ،وبما أن الطالبة الباحثة عاملة بمدرسة الأطفال المعوقين بصريا فقد كانت هناك تسهيلات كبيرة للدراسة.

2-1-1 أهداف الدراسة الإستطلاعية :

تهدف في الأساس إلى تحقيق الدراسة الميدانية ،و إلى استكشاف اجراءات التطبيق من المجتمع الأصلي ،وخصائص العينة والتأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة ،إذ تم إختيار كل من الإنطواء،والعدوان ضمن المشكلات السلوكية ،والخوف والقلق و الإكتئاب ضمن المشكلات الإنفعالية بناء على ما رصدناه في الدراسة الإستطلاعية إضافة إلى خبرة الطالبة الباحثة في الميدان .

2-1-2 المفاهيم الإجرائية للدراسة الإستطلاعية :

تحدد مفاهيم الدراسة الإستطلاعية في المصطلحات التالية :

-**المعاق بصريا:** هو الفرد الذي يعاني من إعاقة بصرية ولادية أو مكتسبة ،كلية أو جزئية مدرسة **الأطفال المعوقين بصريا:** هي مؤسسة تربوية تعليمية متخصصة بمستوى التعليم الإبتدائي والمتوسط وفق قوانين وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة .
جمعية ترقية المكفوفين: هي جمعية تعنى بالدفاع عن حقوق المعاقين بصريا .
المشكلات السلوكية والإنفعالية: هي الدرجة التي يتحصل عليها المبحوثين من خلال اجاباتهم على فقرات المقياس الخاص بها .

2-1-3 وصف مجال وعينة الدراسة وخصائصها :

2-1-3-1 المجال البشري :

ويتمثل في الأفراد المعاقين بصريا الذين يتواجدون بمدرسة الأطفال المعوقين بصريا وجمعية ترقية المكفوفين والذين تتراوح أعمارهم 17-25 سنة

2-1-3-2 المجال المكاني :

والمتمثل في مدرسة الأطفال المعوقين بصريا بحي 05جويلية مقابل مدرسة الشرطة ،وجمعية ترقية المكفوفين

2-1-3-3 المجال الزمني :

امتدت الدراسة من (15فيفري2017-15مارس2017)

2-1-4 عينة الدراسة الإستطلاعية :

أجريت الدراسة الإستطلاعية على عينة الأفراد المعوقين بصريا من الذكور والإناث الذين تتراوح أعمارهم بين (17 - 25) سنة وتراوحت طبيعة إعاقتهم بين (جزئية، كلية)، (ولادية، مكتسبة) والمتواجدين بكل من مدرسة أطفال المعوقين بصريا بولاية المسيلة، وكذا جمعية ترقية المكفوفين بنفس الولاية.

والجدول التالي يوضح خصائص العينة الإستطلاعية حسب متغير الجنس، نوع الإعاقة، شدة الإعاقة

جدول رقم (02) يوضح خصائص عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الجنس، نوع الإعاقة و شدة الإعاقة

شدة الإعاقة		نوع الإعاقة		الجنس		أفرد عينة الدراسة الإستطلاعية
جزئية	كلية	مكتسبة	ولادية	أنثى	ذكر	
12	8	11	09	09	11	20

2-1-5 وصف أدوات الدراسة الإستطلاعية، وكيفية تطبيقها واختبار خصائصها السيكومترية:

لتحقيق أهداف الدراسة الإستطلاعية استعانت الطالبة الباحثة بالأداة التالية: مقياس المشكلات السلوكية والإنفعالية للأفراد المعوقين بصريا بغرض جمع البيانات التي تخدم الدراسة الحالية، وفيما يلي عرض للأداة :

2-1-5-1 مقياس المشكلات السلوكية والإنفعالية للأفراد المعاقين بصريا:

من إعداد (سرور محمد صالح) وقد قامت الباحثة بإعداد المقياس وفقا للخطوات التالية.

*- مسح للأدب السابق المتعلق بالمشكلات السلوكية والإنفعالية بشكل عام والمشكلات السلوكية والإنفعالية للأفراد المعاقين بصريا بشكل خاص (Scott، Warren، 1977، 1982، القريوتي 1988، الحديدي 2002، أبو فخر 2004، خضير 2004، اختبار ميليسوتا)

تمت مراجعة هذه الأدبيات لاشتقاق الفقرات الخاصة بالمشكلات السلوكية والانفعالية.

*- حصر وتحديد المشكلات السلوكية والانفعالية بما يتناسب مع هدف الدراسة من جهة، ومع عينة الدراسة من جهة أخرى.

*- صياغة العبارات لتشكّل مقياس المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعاقين بصريا، والذي تكزن في صورته الأولية من 128 فقرة يقابلها سلم تقديري مكون من 03 درجات هي (دائما- أحيانا- أبدا) وتتوزع هذه الفقرات على بعدين هما:

أ/ **المشكلات السلوكية:** وهي المشكلات التي يعبر عنها بصورة واضحة (سلوك) وتتضمن 04 جوانب (أبعاد).

- الإنطواء الإجتماعي ويتضمن 52 عبارة

- الإعتمادية وتتضمن 17 عبارة

- التشكيك ويتضمن 14 عبارة

- العدائية (العدوان) وتتضمن 14 عبارة

ب- **المشكلات الإنفعالية:** وهي المشكلات التي يعبر عنها بصورة لأشعورية داخلية مضمرة وتتضمن:

- الخوف والقلق وتتضمن 31 عبارة

* عرضت الصورة الأولية من مقياس المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعاقين بصريا على عشرة محكمين من ذوي اختصاص ميدان التربية الخاصة، والقياس والإرشاد وعلم النفس في كل من الجامعة الأردنية وجامعة دمشق، وذلك بهدف تحكيمها من حيث وضوح أو عدم وضوح عباراته، ومن حيث ملائمتها لما هو مطلوب قياسه، فأشار الجميع إلى ضرورة اختصار بعد الإنطواء الاجتماعي، واستبعاد بعض العبارات غير المناسبة مثل (أتعلم كثيرا)، (النقد والتوبيخ يجرح شعوري بشكل قاس) (لم أقتنع برأي الآخرين بسهولة)

- وإعادة صياغة بعض الفقرات مثل (أقضي وقتا طويلا في التأكد من نوايا الآخرين)، فأصبحت، (أشكك في دوافع الآخرين نحوي)، وعبارة (عندما أكون مع جماعة من الأفراد

أجد صعوبة في فهم موضوع مناسب للحديث عنه) أصبح، (أجد صعوبة في إيجاد وضوح مناسب للتحدث عندما أكون في جماعة)

- دمج بعض الفقرات المتشابهة مثل (أعبر عن مشاعري بسهولة، أجد صعوبة في إظهار عواطفى ومشاعري) فأصبحت، (لدى صعوبة في التعبير عن عواطفى)، (أشعر بأننى تعيس ووحيد في هذا العالم، أشعر بالوحدة حتى بوجود الآخرين)

- كما أقترح إضافة كل من الاكتئاب وتوكيد الذات لبعء المشكلات الانفعالية.

* إجراء التعديلات الموصى بها من المحكمين، حيث أصبحت الاستبانة بصورتها النهائية بعد التعديل مكونة من (71) عبارة تتكون هذه العبارات على بعدين كما يلي:

أ/ بعد المشكلات السلوكية: ويشمل 04 جوانب (أبعاد) هي:

- الإنطواء الاجتماعي ويتضمن 16 عبارة

- الاعتمادية وتتكون 09 عبارات

- التشكيك ويتضمن 08 عبارات

- العدائية وتتضمن 07 عبارات

ب/ بعد المشكلات الانفعالية: يشمل 03 جوانب (أبعاد) هي:

- الخوف والقلق ويتضمن 15 عبارة

- توكيد الذات ويتضمن 09 عبارات

- الاكتئاب ويتضمن 07 فقرات

كما أجري تعديل على السلم التقديري فغدا مكونا من درجتينهما: تنطبق - لا تنطبق

* عرضت الصورة النهائية لمقياس السلوكيات الانفعالية للأفراد المعاقين بصريا على أربعة من المحكمين ذوي الاختصاص مرة أخرى للتأكد من ملائمة العبارات لما يقيسه، ومن صياغته اللغوية، وقد تم أخذ العبارات التي أجمع عليها ثلاثة من المحكمين، وقد أجمع المحكمون على ملائمة الفقرات لغرض الدراسة وكذلك وضوح صياغتها اللغوية.

2-1-5-1-1 صدق المقياس:

دلالات صياغة المقياس تم التحقق منها خلال إجراءات إعداد المقياس التي حققت صدق المحكمين على ملائمة المقياس في صورته النهائية وإمكانية تطبيقها، ويتضح من معاملات اتقائهم على كل عبارة من عبارات المقياس والتي تراوحت ما بين 85-90%، وهي معاملات اتفاق عالية، وهذا يدل على تمتع المقياس بخصائص سيكومترية جيدة.

2-1-5-1-2 ثبات المقياس:

تم استخراج دلالات ثبات المقياس بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق، فقد طبق مقياس المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المكفوفين على عينة مؤلفة من (20) فردا من المكفوفين من غير أفراد عينة الدراسة، ثم أعيد تطبيقه بعد أسبوعين على العينة نفسها، حيث بلغ معامل الثبات الكلي (95%) في حين تراوحت قيم معاملات الثبات على الأبعاد الرئيسية ما بين (0.88) و (1.00) لكل بعد من أبعاد المقياس، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (03) يوضح قيم معاملات الثبات (ارتباط برسون) وطريقة التطبيق وإعادة التطبيق لمقياس المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعاقين بصريا

البعء	معامل الارتباط
الانطواء الاجتماعي	*0.88
الاعتمادية	*0.97
التشكيك	*0.91
العدائية	*0.94
الخوف/ القلق	*1.00
توكيد الذات	*1.00
الاكتئاب	*1.00
المقياس ككل	*0.35

عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$

كما تم استخراج دلالات ثبات المقياس بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة (ألفا كرونباخ) حيث بلغ معامل الثبات الكلي (0.91%) في حين تراوحت قيم معاملات الثبات على البعد السلوكي (0.87%) وعلى البعد الانفعالي (0.81%)

2-1-5-1-3- تصحيح المقياس واستخراج الدرجات:

تم إعطاء درجة لكل فقرة وذلك من خلال ترجمة سلم الإجابة من سلم لفظي إلى سلم رقمي حيث أعطيت فئة الإجابة (تنطبق) درجة، وفئة (لا تنطبق) صفر، ثم استخرجت درجة لكل مفحوص تمثل الأبعاد السبعة للمقياس وذلك بجمع الدرجات المنخفضة للمفحوص على الأبعاد التي يقيسها المقياس ككل لتكون أعلى درجة للمقياس هي (71) وأقل درجة للمقياس هي (0)، وأخذ التحليل بعين الاعتبار عدم تساوي عدد الفقرات، في الأبعاد، وبين الجدول التالي عدد العبارات ومدى الدرجات الممكنة لكل بعد وللمقياس ككل.

الجدول رقم (04) يوضح مدى الدرجات وعدد العبارات في كل بعد وفي المقياس ككل

(مقياس المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعاقين بصريا)

البعد	عدد العبارات	عدد الدرجات
الانطواء الاجتماعي	16 (1-6)	0-16
الاعتمادية	9 (17-25)	0-9
التشكيك	8 (26-33)	0-8
العدائية	7 (34-40)	0-7
الخوف/القلق	15 (41-55)	0-15
توكيد الذات	8 (56-63)	0-8
الاكتئاب	8 (64-71)	0-8
المقياس ككل	71 (1-71)	0-71

2-1-5-2 إعادة تكييف المقياس

نتيجة لضيق الوقت المقرر لإعداد المذكرة قمنا بالتركيز وباختيار مشكلتين من بعد المشكلات السلوكية (الانطواء الاجتماعي، العدائية) وكذا مشكلتين من بعد المشكلات الانفعالية (الخوف/القلق، الاكتئاب)، وقد كان سبب اختيار هاته المشكلات بالذات هو احتكاكنا وتواصلنا مع المكفوفين، و دعمهم نفسياً لمدة (5) سنوات بمدرسة الأطفال المعاقين بصريا بالمسيلة وقد كانت هاته المشكلات من أكثر المشكلات البارزة والمسجلة عن المكفوفين طيلة فترة عملي معهم إضافة إلى ما استفادته الطالبة الباحثة من الدراسة الإستطلاعية وبالتالي فقد تم أخذ العبارات الدالة عن هاته المشكلات فقط من المقياس وأصبح في صورته الأولية يحتوي على (46 عبارة) وهذا ما سيوضحه الجدول التالي

جدول رقم (05) يوضح مدى الدرجات وعدد العبارات في كل بعد وفي المقياس ككل

البعد	عدد العبارات	عدد الدرجات
بعد المشكلات السلوكية	الانطواء الاجتماعي	16 (16-1) 0-16
	العدائية	7 (23-17) 0-7
بعد المشكلات الانفعالية	الخوف/القلق	15 (38-24) 0-15
	الاكتئاب	8 (46-39) 0-8
المقياس ككل	46 (46-1) 0-46	

2-1-5-3 طريقة جمع البيانات:

مما تم التعرض إليه سابقا اختيرت عينة الدراسة الإستطلاعية بطريقة عشوائية بسيطة، بحيث توجهت الطالبة الباحثة بصفتها عاملة بمدرسة الأطفال المعاقين بصريا بالمسيلة كأخصائية نفسانية عيادية درجة أولى منذ جوان (2012) إلى مكتب مدير المؤسسة للترخيص لي بتطبيق دراستي على عينة من المكفوفين بالمدرسة بعد شرح عنوان الدراسة

،أداة القياس ،وحجم العينة تمت الموافقة من طرف السيد المدير،كما تم الإتصال برئيسة جمعية ترقية المكفوفين لأجل نفس الغرض وتمت موافقتها هي الأخرى.

تمت التوجه إلى أقسام المكفوفين لتطبيق مقياس المشكلات السلوكية والإنفعالية وقد تقبلوا ذلك بصدر رحب لمعرفتهم السابقة بي وقد تم تطبيق المقياس لمدة ثلاث أيام على عينة قوامها (15) فرد من المعاقين بصريا بالمدرسة ثم التوجه إلى مقر الجمعية لتطبيق المقياس على (05) أفراد مكفوفين فكانت بذلك العينة الإستطلاعية (20) فرد من المعاقين بصريا .

وبعد تفريغ البيانات من المقاييس المحصل عليها من أفراد العينة الإستطلاعية تم استخدام برنامج الحزمة الإحصائية الإجتماعية (Spss)

2-1-6 كيفية معالجة البيانات احصائيا و استخلاص نتائجها :

تمت معالجة بيانات الدراسة الإستطلاعية إحصائيا عن طريق معامل ارتباط بيرسون لحساب الصدق ومعامل ألفا كرونباخ لحساب الثبات

2-1-7 عرض نتائج الدراسة الإستطلاعية:

تتمثل نتائج الدراسة الإستطلاعية الخاصة بالميدان فيما يلي :

- عدم فهم التلاميذ لبعض العبارات الخاصة بالمقياس مما اضطرني لشرحها مرارا وتكرارا .

- المقياس طويل حسب أفراد العينة بالرغم من احتوائه على 46 عبارة فقط.

- اعتماد أفراد العينة على عرض المقياس على كل فرد على حدى بطريقة شفوية كونهم معاقين بصريا.

أولا/ ثبات وصدق أداة الدراسة:

أ/ الثبات: (ألفا كرونباخ)

تم حساب ثبات هذا المقياس بطريقة التناسق الداخلي باستخدام ألفا كرونباخ والقائمة على أساس تقدير معدل ارتباطات العبارات فيما بينها، حيث قدر معامل ألفا كرونباخ (0.90)، وهذا ما تجدى كذلك من خلال المحاور حيث بلغ في المحور الأول (0.83) وفي

المحور الثاني (0.82) ومنه يمكن القول بأن هذا المقياس ثابت، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (06) يوضح ثبات مقياس المشكلات السلوكية والانفعالية عن طريق التناسق الداخلي		
معايير المقياس	معامل ألفا كرونباخ	عدد العبارات
المحور الأول	,8320	23
المحور الثاني	,8230	23
المقياس ككل	,9050	46

ب/ الصدق: (صدق الاتساق الداخلي):

تم حساب صدق هذا المقياس عن طريق حساب أو تقدير الارتباط بين الدرجات الكلية لمحاور المقياس مع درجته الكلية بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$)، وتمثلت في ارتباط الدرجة الكلية للمحور الأول (المشكلات السلوكية) مع الدرجة الكلية للمقياس وقد بلغ 0.94، أما ارتباط الدرجة الكلية للمحور الثاني (المشكلات الإنفعالية) مع الدرجة الكلية للمقياس ككل فقد بلغ 0,94، وبالتالي يمكن القول بأن هذا المقياس صادق (أنظر إلى الملحق رقم ...)، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (07) يوضح مصفوفة ارتباطات المحاور مع الدرجة الكلية لمقياس المشكلات السلوكية والانفعالية	
المحاور والدرجة الكلية	الدرجة الكلية
المحور الأول المشكلات السلوكية	0,964**
المحور الثاني المشكلات الانفعالية	0,944**
الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا (0.01)**	

2-2 الدراسة الأساسية:

على ضوء الدراسة الإستطلاعية ونتائجها، تم تصميم الدراسة الأساسية والتي تهدف إلى اختبار صحة الفروض في الخطوات التالية :

2-2-1 متغيرات الدراسة الأساسية:

اشتملت الدراسة الحالية على المتغيرات التالية :

أولاً: المتغيرات المستقلة وتضم:

-الجنس وله مستويين (ذكر، أنثى)

-نوع الإعاقة وله مستويين (ولادية، مكتسبة)

-شدة الإعاقة وله مستويين (كلية، جزئية)

ثانياً: المتغيرات التابعة وتضم:

-المشكلات السلوكية والإنفعالية

2-2-2 منهج الدراسة الأساسية:

من خلال موضوع دراسة الطالبة الحالية والتي تسعى للكشف عن الفروق في المشكلات السلوكية و الإنفعالية للأفراد المعاقين بصريا تعزى لمتغيرات الجنس، نوع الإعاقة، شدة الإعاقة، الشئ الذي استلزم استعمال المنهج الوصفي حيث تمكنا من خلاله من وصف ومعرفة مستوى المشكلات السلوكية والإنفعالية للمعوقين بصريا إضافة إلى دلالة الفروق المرتبطة بالمتغيرات المحددة سلفا .

2-2-3 عينة الدراسة الأساسية:

تكونت عينة الدراسة الأساسية في صورتها النهائية من (30) فرد معاق بصريا تم اختيارهم بطريقة عشوائية يتواجدون بمدرسة الأطفال المعوقين بصريا بالمسيلة (20) فرد وكذا جمعية ترقية المكفوفين بنفس الولاية (10) أفراد، والجدول أدناه يبين خصائص العينة الأساسية

جدول رقم (08) يوضح خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس، نوع الإعاقة و شدة الإعاقة

شدة الإعاقة		نوع الإعاقة		الجنس		أفرد عينة الدراسة الأساسية
جزئية	كلية	مكتسبة	ولادية	أنثى	ذكر	
17	13	10	20	15	15	30

العينة متناسقة من حيث العدد إلا أن انتشار الإعاقة الولادية كان يفوق المكتسبة أمل متغير شدة الإعاقة فكانت الإعاقة الجزئية تفوق الإعاقة الكلية.

جدول رقم (09) يوضح أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس، نوع الإعاقة و شدة الإعاقة بالنسبة المئوية

شدة الإعاقة		نوع الإعاقة		الجنس		أفرد عينة الدراسة الأساسية
جزئية	كلية	مكتسبة	ولادية	أنثى	ذكر	
17	13	10	20	15	15	30
%56	%43	%33	%66	%50	%50	النسبة المئوية
100%		100%		100%		المجموع

نلاحظ أن نسبة الإعاقة الولادية هي المنتشرة أكثر بين المعوقين بصريا مقارنة بالإعاقة المكتسبة، وأن الإعاقة الكلية أقل انتشارا من الإعاقة الجزئية في أوساط المكفوفين بولاية المسيلة.

2-2-4 حدود البحث:

لكل دراسة ميدانية ميدان تجرى فيه، يكون مكان مناسباً يضم مجتمع العينة الأساسية، ويكون أرضية تطبق فيها أدوات البحث، بالإضافة إلى الزمن الكافي لتطبيق تلك الأدوات، وهذا ما دفعني إلى لاختيار حدود مكانية وزمنية، أرى أنها مناسبة وتعبّر عن مجالات لدراستي الحالية، ويمكن عرضها كالآتي:

-المجال المكاني :

تمثل المجال المكاني في مدرسة الأطفال المعوقين بصريا بالمسيلة والتي تقع بحي 05جويلية تحديدا بحي (570)مسكن أنشأت بمرسوم 148/10 المؤرخ في 2010/05/27 ، افتتحت في سبتمبر 2011

، يدرس بها المعاقون بصريا في الطورين الابتدائي والمتوسط .

-المجال الزماني:

تمت الدراسة الأساسية وتطبيق المقياس في شهر أبريل 2017

-المجال البشري:وهو المجتمع الأصلي لأفراد عينة الدراسة والمتمثل في جميع الأفراد المعوقين بصريا بولاية المسيلة والذين تتراوح أعمارهم بين 17-25 سنة .

3/أداة الدراسة وكيفية تطبيقها:

تم استخدام في هذه الدراسة مقياس المشكلات السلوكية والإنفعالية للأفراد المعوقين بصريا وبعدها توجهت الطالبة الباحثة بصفتها عاملة بمدرسة الأطفال المعاقين بصريا بالمسيلة كأخصائية نفسانية عيادية درجة أولى منذ جوان (2012) إلى مكتب مدير المؤسسة للترخيص لي بتطبيق دراستي على عينة من المكفوفين بالمدرسة بعد شرح عنوان الدراسة ،أداة القياس ،وحجم العينة تمت الموافقة من طرف السيد المدير،كما تم الإتصال برئيسة جمعية ترقية المكفوفين لأجل نفس الغرض وتمت موافقتها هي الأخرى.

بعدهاتم التوجه إلى أقسام المكفوفين لتطبيق مقياس المشكلات السلوكية والإنفعالية وقد تقبلوا ذلك بصدور ربح لمعرفتهم السابقة بي وقد تم تطبيق المقياس لمدة ثلاث أيام على عينة قوامها (20)فرد من المعاقين بصريا ذلك لما لهذه الفئة من خصوصية إذ تم تطبيق المقياس لكل فرد على حدى وذلك لقراءة عبارات المقياس وشرحهم وتسجيل اجابات المفحوصين بالمدرسة ثم التوجه إلى مقر الجمعية لتطبيق المقياس على (10)أفراد مكفوفين بنفس الطريقة .

وبعد ذلك تم تحليل الإستمارات إحصائيا باستخدامبرنامج (spss)

4/تصحيح أداة القياس:

يتكون المقياس كما سبق الإشارة إليه من (46) عبارة منها (23) عبارة للبعد الأول المشكلات السلوكية(الإنطواء ،العدوان) ،و(23)عبارة للبعد الثاني المشكلات الإنفعالية (الخوف والقلق،الإكتئاب)

وكل عبارات المقياس ايجابية ويتم تصحيحها على هذا النحو :

جدول رقم (10) يوضح كيفية تصحيح مقياس المشكلات السلوكية والإنفعالية للأفراد المعوقين بصريا

البدائل	تنطبق	لا تنطبق
التصحيح	1	0

وبعد تفرغ البيانات في الحاسب الألي ،تم الإعتماد على الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية(spss)

5/الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات :

قامت الطالبة الباحثة باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية(spss)و تمثلت فيما يلي:

- معامل الارتباط بيرسون.
- المتوسط الحسابي.
- الانحراف المعياري.
- اختبار T test لدلالة الفروق .
- معامل ألفا كرونباخ لحساب الثبات.
- النسبة المئوية لحساب خصائص عينة الدراسة.

خلاصة جزئية:

أوضح هذا الفصل من خلال استعراض اجراءات الدراسة الإستطلاعية، والدراسة الأساسية الفروق بين المعاقين بصريا في المشكلات السلوكية و الإنفعالية وسنحاول في الفصل الآتي عرض نتائج الدراسة، من خلال تطبيق أداة الدراسة المتمثلة في مقياس المشكلات السلوكية و الإنفعالية للأفراد المعوقين بصريا، وترجمة البيانات المتحصل عليها، ومحاولة تفسيرها في ضوء فرضيات الدراسة، وبناءا على الدراسات السابقة، وموقع الدراسة الحالية من ذلك.

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية لدراسة الميدانية

تمهيد

أولاً/ عرض وتحليل نتائج فرضيات البحث

ثانياً/ مناقشة النتائج على ضوء فرضيات البحث

خلاصة جزئية

نتيجة عامة

الاقتراحات والتوصيات

تمهيد:

يتطرق هذا الفصل الهام من البحث إلى عرض النتائج المتحصل عليها, من خلال تطبيق مقياس المشكلات السلوكية و الإنفعالية للأفراد المعاقين بصريا لمعرفة مستوى هاته المشكلات لدى المكفوفين وكذا الفروق بينهم في المشكلات تعزى لكل من متغير الجنس, نوع الإعاقة, وشدها ونخلص في الأخير إلى تفسير النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة, وستعالج نتائج هذا الفصل وتناقش على ضوء فرضيات البحث.

أولاً / عرض وتحليل نتائج فرضيات البحث:

1-1 / عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة:

نصت الفرضية العامة لهذه الدراسة على: " مستوى المشكلات السلوكية والانفعالية

التي يعاني منها المعوقون بصريا مرتفع "، وبعد المعالجة الاحصائية تم التوصل إلى

النتيجة التالية:

الجدول رقم (11) يوضح مستوى المشكلات السلوكية والانفعالية التي يعاني منها المعوقون بصريا							
المتوسط الفرضي للمقياس 23			الفرق بين متوسط الأفراد والمتوسط الفرضي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي للأفراد	حجم العينة	الدرجة الكلية
القرار	مستوى الدلالة	درجة الحرية					
غير دال	0.261	29	-1.14	-2.03333	9.718	20.96	30

من خلال النتائج المبين بالجدول أعلاه رقم (11) نلاحظ وبناء على المتوسط

الحسابي لأفراد عينة الدراسة على مقياس المشكلات السلوكية والانفعالية والذي بلغ (20.96)

أنه أدنى بقليل من المتوسط الفرضي الذي يفرضه هذا المقياس والمقدر بـ (23) بناء عليه

فإن أفراد عينة الدراسة يعانون بدرجة متوسطة من المشكلات السلوكية والانفعالية، وهذا ما

أكدته قيمة "ت" بالنسبة للعينة الواحدة التي بلغت قيمتها (-1.14) وهي قيمة سالبة "أي أن

الفروق لصالح المتوسط الفرضي" وغير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)، ومنه

تم رفض الفرضية العامة القائلة " مستوى المشكلات السلوكية والانفعالية التي يعاني منها

المعوقون بصريا مرتفع"، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%.

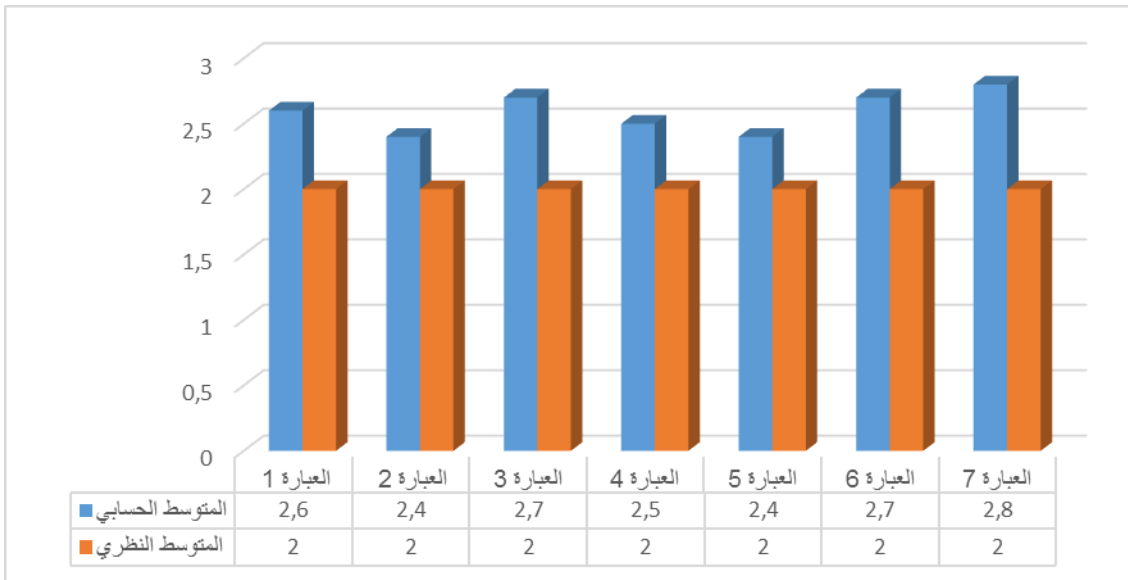
- وصف نتائج الدراسة:

تم وصف نتائج إستجابات الافراد على عبارات الاستبيان ككل وهذا باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومقارنتها بالمتوسط النظري ثم الحكم على درجة المساهمة لكل عبارة إذا كانت عالية أم متوسطة أم منخفضة عن طريق إختبار "ت" للعينة الواحدة، فإذا كان المتوسط الحسابي لأفراد عينة الدراسة أعلى من المتوسط النظري للعبارة الواحدة والمقدر بـ 2 وكانت قيمة "ت" موجبة ودالة دل ذلك على أن درجة المساهمة بالنسبة للعبارة عالية وإذا كان العكس أي أن المتوسط الحسابي أقل من النظري وقيمة "ت" سالبة ودالة كذلك فإن ذلك يدل على أن درجة المساهمة بالنسبة للعبارة منخفض أما إذا كانت الفروق بين المتوسط الحسابي والنظري طفيفة وكانت قيمة "ت" غير دالة فذلك يدل على أن درجة المساهمة متوسطة فكانت النتائج كالآتي:

1- نتائج المحور الاول

الجدول رقم (12) يوضح درجة المساهمة بالنسبة لعبارات المحور الأول								
عبارات المحور الأول	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط النظري	الفرق بين المتوسطات	t	مستوى الدلالة	القرار	درجة المساهمة
العبارة 1	2,60	0,516	2	0,600	3,674	0,005	دال	عالية
العبارة 2	2,40	0,843	2	0,400	1,500	0,168	غير دال	متوسطة
العبارة 3	2,70	0,674	2	0,700	3,280	0,010	دال	عالية
العبارة 4	2,50	0,707	2	0,500	2,236	0,052	غير دال	متوسطة
العبارة 5	2,40	0,699	2	0,400	1,809	0,104	غير دال	متوسطة
العبارة 6	2,70	0,674	2	0,700	3,280	0,010	دال	عالية
العبارة 7	2,80	0,632	2	0,800	4,000	0,003	دال	عالية

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية من جهة وكذا الفرق بين المتوسطات النظرية والحسابية وقيم إختبار الدلالة الاحصائية "ت" للعينة الواحدة أمكننا تحديد درجة مساهمة كل عبارة من عبارات المحور الأول، وعلى هذا فإن مجموع العبارات التي كانت فيها درجة المساهمة كبيرة قدر بـ 4 عبارات وهي ذات الأرقام (1، 3، 6، 7)، في حين نجد أن العبارات التي كانت درجة المساهمة فيها متوسطة فقد كانت في أرقام العبارات (2، 4، 5)، وعموماً يمكن الحكم على المحور ككل بأن هناك درجة مساهمة متوسطة إلى عالية نحو التخفيف من حدة القلق لدى المعاقين بصرياً، كما هو موضح في الشكل التالي:



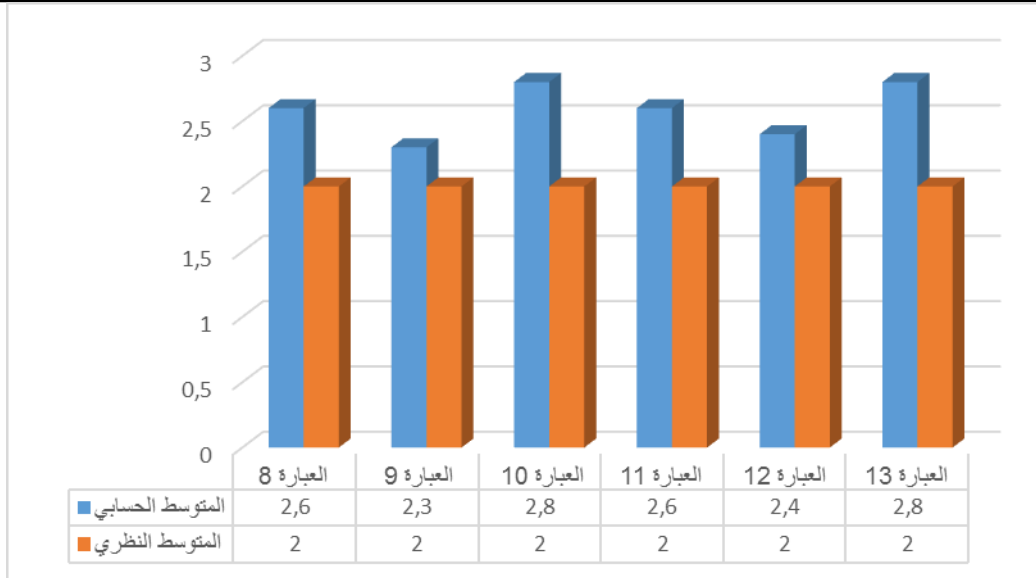
الشكل رقم (5) أعمدة بيانية توضح المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة مقارنة

بالمتوسطات النظرية لعبارات المحور الأول

2- نتائج المحور الثاني

الجدول رقم (13) يوضح إتجاه عبارات المحور الثاني								
عبارات المحور الثاني	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط النظري	الفرق بين المتوسطات	t	مستوى الدلالة	القرار	درجة المساهمة
العبرة 8	2,60	0,699	2	0,600	2,714	0,024	دال	عالية
العبرة 9	2,30	0,823	2	0,300	1,152	0,279	غير دال	متوسطة
العبرة 10	2,80	0,632	2	0,800	4,000	0,003	دال	عالية
العبرة 11	2,60	0,699	2	0,600	2,714	0,024	دال	عالية
العبرة 12	2,40	0,699	2	0,400	1,809	0,104	غير دال	متوسطة
العبرة 13	2,80	0,632	2	0,800	4,000	0,003	دال	عالية

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية من جهة وكذا الفرق بين المتوسطات النظرية والحسابية وقيم إختبار الدلالة الاحصائية "ت" للعينة الواحدة أمكننا تحديد درجة مساهمة كل عبارة من عبارات المحور الثاني، وعلى هذا فإن مجموع العبارات التي كانت فيها درجة المساهمة كبيرة قدر بـ 4 عبارات وهي ذات الأرقام (8، 10، 11، 13)، في حين نجد أن العبارات التي كانت درجة المساهمة فيها متوسطة فقد كانت في أرقام العبارات (9، 12)، وعموماً يمكن الحكم على المحور ككل بأن هناك درجة مساهمة متوسطة إلى عالية نحو التخفيف من حدة الاحباط لدى المعاقين بصرياً، كما هو موضح في الشكل التالي:



الشكل رقم (6) أعمدة بيانية توضح المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة مقارنة

بالمتوسطات النظرية لعبارات المحور الثاني

1-2/ عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

نصت الفرضية الجزئية الأولى على: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في

المشكلات السلوكية والانفعالية للمعاقين بصريا تعزى لمتغير الجنس(ذكر، أنثى)", وبعد

المعالجة الإحصائية حصلنا على النتيجة التالية:

الجدول رقم (14) يوضح الفروق بين الجنسين في المشكلات السلوكية والانفعالية										
المقياس ككل	الجنس	إختبار ليفين للكشف عن التجانس (F)	مستوى الدلالة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (T)	مستوى الدلالة	القرار
الدرجة الكلية	إناث	0,256	0,617	15	20,13	10,24	28	0,463	0,647	غير دال عند
	ذكور									
						9,443		-		0.05

من خلال الجدول رقم (14) أعلاه نلاحظ أن قيمة إختبار التجانس ليفين (F) بلغت

(0.25)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.05)، وهذا يستوجب

إستخدام إختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لعينتين مستقلتين متجانستين.

وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية بالنسبة للجنسين في المشكلات السلوكية والانفعالية والتي بلغت عند الذكور (20.13) وعند الإناث (21.80) يمكن القول بأنه لا توجد فروق بين الجنسين، وما يؤكد ذلك أن قيمة اختبار الفروق (t test) والتي بلغت (-0.46) هي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$)، وبالتالي يمكن قبول الفرضية الصفرية القائلة بـ "لا توجد فروق بين الجنسين"، ومنه تم رفض فرضية البحث الأولى القائلة بـ "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية والانفعالية للمعاقين بصريا تعزى لمتغير الجنس (ذكر، أنثى)"، ونسبة التأكد من هذه النتيجة المتوصل إليها هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%.

1-3/ عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

نصت الفرضية الجزئية الثانية على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية والانفعالية للمعاقين بصريا تعزى لمتغير نوع الإعاقة (ولادية مكتسبة)"، وبعد المعالجة الإحصائية حصلنا على النتيجة التالية:

الجدول رقم (15) يوضح الفروق بين أفراد عينة الدراسة في المشكلات السلوكية والانفعالية تبعا لمتغير نوع الإعاقة

المقياس ككل	نوع الإعاقة	إختبار ليفين للكشف عن التجانس (F)	مستوى الدلالة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (T)	مستوى الدلالة	القرار
الدرجة الكلية	مكتسبة	1,904	0,179	9	23,00	11,35	28	0,744	0,463	غير دال عند
	ولادية									
				21	20,09	9,093				0.05

من خلال الجدول رقم (15) أعلاه نلاحظ أن قيمة إختبار التجانس ليفين (F) بلغت (1.90)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$)، وهذا يستوجب استخدام إختبار الدلالة الاحصائية (T) بالنسبة لعينتين مستقلتين متجانستين.

وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية بالنسبة للجنسين في المقياس المشكلات السلوكية والانفعالية والتي بلغت عند الذين لهم إعاقة مكتسبة (23.00) وعند الذين لهم إعاقة ولادية (20.09) يمكن القول بأنه لا توجد فروق تقريبا، وما يؤكد ذلك أن قيمة اختبار الفروق (T test) والتي بلغت (0.74) هي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$)، وبالتالي يمكن قبول الفرضية الصفرية التي تنفي وجود الفرق، ومنه تم رفض فرضية البحث الثانية القائلة بـ "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية والانفعالية للمعاقين بصريا تعزى لمتغير نوع الإعاقة (ولادية مكتسبة)"، ونسبة التأكد من هذه النتيجة المتوصل إليها هو 95% مع إحتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%.

1-4/ عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

نصت الفرضية الجزئية الثالثة على: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية والانفعالية للمعاقين بصريا تعزى لمتغير شدة الإعاقة (كلية، جزئية)"، وبعد المعالجة الإحصائية حصلنا على النتيجة التالية:

الجدول رقم (16) يوضح الفروق بين أفراد عينة الدراسة في المشكلات السلوكية والانفعالية تبعا لمتغير شدة الإعاقة

المقياس ككل	شدة الإعاقة	إختبار ليفين للكشف عن التجانس (F)	مستوى الدلالة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (T)	مستوى الدلالة	القرار
مقياس المشكلات السلوكية والانفعالية	كلية	1,808	0,190	17	19,05	10,46	28	1,241	0,225	غير دال عند
	جزئية			13	23,46	8,382				

من خلال الجدول رقم (16) أعلاه نلاحظ أن قيمة إختبار التجانس ليفين (F) بلغت (1.80)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$)، وهذا يستوجب استخدام إختبار الدلالة الاحصائية (T) بالنسبة لعينتين مستقلتين متجانستين.

وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية بالنسبة للجنسين في المشكلات السلوكية والانفعالية والتي بلغت عند ذوي الإعاقة الكلية (19.05) وعند ذوي الإعاقة الجزئية (23.46) يمكن القول بأنه لا توجد فروق بينهما تقريبا، وما يؤكد ذلك أن قيمة اختبار الفروق (T test) والتي بلغت (-1.24) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$)، وبالتالي يمكن قبول الفرضية الصفرية القائلة بـ "لا توجد فروق بين الجنسين"، ومنه تم رفض فرضية

البحث الثالثة القائلة بـ " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية

والانفعالية للمعاقين بصريا تعزى لمتغير شدة الإعاقة (كلية، جزئية)"، ونسبة التأكد من هذه

النتيجة المتوصل إليها هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%.

ثانياً : مناقشة النتائج في ضوء فرضيات البحث:

من خلال ما تم عرضه من نتائج وما تضمنته الجداول من بيانات وكما عرض في
عنصر الدراسات السابقة وكذا في الفصول النظرية للدراسة سوف تتم مناقشة النتائج في
ضوء فرضياتها كما يلي:

2-1/ مناقشة النتائج على ضوء الفرضية العامة:

والتي تنص على أن مستوى المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعاقين بصريا
مرتفع وقد قامت الطالبة الباحثة باستخدام معامل الارتباط برسون كما يوضحه الجدول رقم
(11) بالنسبة للفرضية العامة والتي تفسر بأن مستوى المشكلات السلوكية والانفعالية لدى
الأفراد المعاقين بصريا متوسط وهذا يرجع حسب خبرة الطالبة المتواضعة في العمل مع هذه
الفئة إلى عدة عوامل:

- اهتمام كبير وجهود معتبرة للتكفل بهذه الفئة من قبل وزارة التضامن الوطني وكذا
مديريات النشاط الاجتماعي على مستوى الوطن.
- توفير مراكز للتكفل بهذه الفئة وتدريبها وكذا توفير الوسائل البيداغوجية المكيفة
لتعليم هذه الفئة ودمجها مع العاديين وتمكينها من الحصول على أعلى الشهادات.

كذلك انتشار الوعي وخاصة من طرف الأولياء الذين يقدمون دعم نفسي كبير
لأبنائهم المعاقين بصريا مما يجعلهم قادرين على تجاوز المشكلات السلوكية والانفعالية التي

تواجههم من خلال زيادة الثقة بأنفسهم وقدراتهم، الرغبة والقدرة الفعلية على تحقيق أهدافهم ورصد نجاحات معتبرة في حياتهم العلمية والعملية إذ نشهد مؤخراً عملية توظيف واسعة للأساتذة المكفوفين إذ تحتوي مدرسة الأطفال المعوقين بصريا على 10 أساتذة كلهم من ذوي الإعاقة البصرية ومتحصلون على شهادات الليسانس في عدة مجالات إضافة إلى تحقيقهم إنجازات في مجالات مختلفة أخرى إضافة كالنشاطات والموسيقى... وغيرها وعليه نقول أن المعاقون بصريا يتجاوزون تدريجيا المشكلات السلوكية والانفعالية التي كانت تلعب إلى حد بعيد ابتعادهم ولانعزالهم عن المجتمع أو الشعور بعدوانية شديدة تجاههم وهذا ما أيدته دراسة كل من **ليندو ونوردهولم 1999**، والذين وجدوا ارتباط إيجابي بين استراتيجيات التكيف والاستقرار النفسي لدى المعاقين بصريا وفي دراسة **هور كومولينين أرو 1999** حيث لم يجدوا اختلاف في تقدير الذات بين المكفوفين والمبصرين في فئة الذكور، كما أن دراسة **كلينشميدت 1999** في دراسة له على 12 فردا معاق بصريا وجد أن جميع الأفراد لديهم تكيف ونظرة إيجابية نحو الحياة.

بل أن **كيف 2002** ذهب إلى أن المعاقين بصريا بلديهم مستوى أعلى في تقدير الذات من المبصرين حسب نتائج دراسته.

أما دراسة **الحديدي 2005** فقد اختلفت مع الدراسة الحالية في النتائج إذ أنها وجدت أن المعاقين بصريا يعانون من صعوبات ومشكلات كبيرة و في الوطن العربي على حسب عينة من الإناث.

كما في دراسة **براون 1983** كذلك إذ تبين أن المكفوفين هم أكثر الأشخاص عرضة إلى الاضطرابات والضغوط النفسية من المبصرين.

2-2 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية الأولى:

والتي تنص على أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأفراد المعاقين بصريا تعزى لمتغير الجنس.

وبعد تطبيق الأساليب الإحصائية اختبار **t. test** لدلالة الفروق بين المتوسطات عن طريق نظام **spss** كانت مستوى الدلالة الإحصائية = 0.64.

وبالتالي نرفض الفرض الثاني ويمكن تفسير ذلك بأن عامل الجنس لا يؤثر على مستوى المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعاقين بصريا بالرغم من الاختلاف المورفولوجي بين الجنسين إلا أن المعاقين بصريا بصفة عامة ذكورا كانوا أم إناثا يتقاربون في الشعور بنفس المعاناة والمشكلات وكذا في الأهداف والطموحات فلا نستطيع الجزم بأن المعاق بصريا من الذكور يحقق مستوى أعلى أو أقل في المشكلات السلوكية والانفعالية من الكيفيات ذلك أن هناك بعض المشكلات التي يعاني منها الذكور ليس بالضرورة أن تكون لدى الإناث والعكس صحيح هناك مشكلات سلوكية وانفعالية تظهر لدى الإناث دون ظهورها على الذكور وهذا راجع لعدة عوامل أخرى كالتنشئة الاجتماعية، الرعاية الأسرية، مستوى الدخل المادي، مدى تقبل الفرد لإعاقته، وهذا ما أثبتته دراسة القيروني 1988 والذي لم يجد فروق في متغير القلق لدى المعاقين بصريا يعزى لمتغير الجنس كذلك دراسة روبنسون وليبرمان 2004 والتي لم تسجل كذلك فروق بين الجنسين من المكفوفين في تقرير مصيرهم .

وكذا دراسة إبراهيم 2001، الذي لم يسجل فروق تعزى لمتغير الجنس لدى الأفراد المعاقين بصريا في المشكلات النفسية.

ولكن اختلفت الدراسة، الحالية مع دراسة كل من وريكات والشحروني 1996 إذ وجدوا فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس في المشكلات السلوكية والانفعالية لصالح الذكور ولصالح الإناث في بعض الأبعاد (السلوك العدواني، الحركة الزائدة، التمرد)، ولصالح الإناث في أبعاد أخرى (القلق، الحساسية الزائدة).

وكذلك دراسة بومان 1984 الذي وجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق الانفعالي يعزى لمتغير الجنس وفي دراسة لبروان 1983 وجد فروق في الضغوط النفسية لدى المعاقين بصريا لصالح الإناث.

2-3 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية الثانية:

والتي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية والانفعالية لأفراد المعاقين بصريا تعزى لمتغير نوع الإعاقة (ولادية، مكتسبة).

وبعد تطبيق الأساليب الإحصائية اختبار **t. test** لدلالة الفروق بين المتوسطات عن طريق نظام **spss** كانت مستوى الدلالة الإحصائية = 0.46

وبالتالي نرفض الفرض الثالث ذلك بأن الإعاقة البصرية سواء كانت منذ الولادة أو تسبب بها بعض العوامل فيما بعد في حياة الإنسان ستبقى النتيجة واحدة وتبقى المعاناة واحدة بفقد أهم حاسة للإنسان التي بسببها ينطفئ نور الدنيا على صاحبه والتي تغيب عنه ملامح العالم إذا كان كفيفا منذ الولادة وستغيب عنه كذلك إذا أصيب بفقد البصر فيما بعد خاصة إذا كان في سن صغيرة أو في بداية حياته فمع مرور الوقت سيفقد كل صورة رآها عن الدنيا وسجلها دماغه ليعيش في ظلام دامس يطغى على حياته وعلاقاته وعالمه مما يولد لديه مشكلات سلوكية وانفعالية تعيقه على الاندماج في المجتمع وبالرغم من أن الطالبة لم تجد من الدراسات السابقة ما تدعم به موقفها إلا أنني من خلال الواقع لاحظت وعاشت

فئة ذوي الإعاقة الولادية واندماج وتكيف من فئة ذوي الإعاقة المكتسبة لبعض الحالات بينما سجلنا نتائج عكسية لبعض الحالات الأخرى.

2-4 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية الثالثة:

والتي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعاقين بصريا تعزى لمتغير شدة أو درجة الإعاقة كلية ، جزئية.

وبعد تطبيق الأساليب الإحصائية اختبار **t. test** لدلالة الفروق بين المتوسطات عن طريق نظام **spss** كان مستوى الدلالة الإحصائية = 0.22.

وبالتالي نرفض الفرض الرابع أي أن سواء كانت الإعاقة البصرية كلية انعدام الرؤية تماما أو جزئية الاحتفاظ ببعض البقايا البصرية الضئيلة فإنها ليست السبب الرئيسي في خلق فروق في المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأفراد المعاقين بصريا وخير دليل على ذلك الواقع العملي إذ أن هناك العديد من الأفراد المكفوفين الذين يعانون عمى كلي يحقون قدر كبير من التوافق والاندماج والتفاعل الاجتماعي وحتى النتائج الدراسية الممتازة بينما هناك مما لا زال لديهم بصيص من النور يعانون من مشكلات سلوكية كبيرة مع الآخرين وحتى مع أنفسهم والعكس صحيح لذلك لا يمكن أن نرجع المشكلات السلوكية والانفعالية بأي شكل من الأشكال إلى درجة الإعاقة إذا كانت كلية أو جزئية فإن شخصية المعاق بصريا أكثر تعقيدا مما تعقد وسلوكياته تتدخل الكثير من العوامل من ورائها كما أسلفنا الذكر من تنشئة أسرية ، دعم مادي ومعنوي...إلخ.

وننتج فرضيتنا أيدتها دراسة القريوتي 1988 الذي سجل عدم وجود فروق على متغير القلق لدى المعاقين بصريا يعزى لمتغير شدة الإعاقة.

وكذلك دراسة هور كومولينين وأورو 1999 والتي لم تجد فروق دالة إحصائية في تقدير الذات لدى المعاقين بصريا يعزى لمتغير شدة الإعاقة.

أما ما جاء على خلاف نتائج دراستنا فهي دراسة كل من بومان 1984، الذي وجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق الانفعالي والاجتماعي لدى المعاقين بصريا، لصالح الإعاقة الجزئية، وكذلك دراسة روبنسون وليبرمان 2004، والذي وجد فروق ذات دلالة إحصائية في اعتماد المكفوفين على تقرير مصيرهم لصالح الإعاقة الجزئية.

خلاصة جزئية:

تم التطرق في هذا الفصل المهم من الدراسة إلى عرض نتائج البحث حسب تساؤلات الدراسة وفرضياتها ثم تحليلها باستخدام التحليل الإحصائي المناسب لمستوى البيانات وإبرازها باستعمال الجداول والتعليق عليها مرتبة، حسب تساؤلات وفرضيات الدراسة ثم تحليلها وربطها بما جاء في الجانب النظري والدراسات السابقة في حدود المعلومات والإمكانات المتوفرة.

النتيجة العامة:

سعت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى المشكلات السلوكية والإنفعالية للأفراد المعوقين بصريا بولاية المسيلة والذين تتراوح أعمارهم بين 17-25 سنة, يتواجدون بكل من مدرسة الأطفال المعوقين بصريا بالمسيلة, وجمعية ترقية المكفوفين بنفس الولاية, وكذا الكشف عن الفروق فيما بينهم تعزى لمتغيرات: الجنس, نوع الإعاقة, وشدة الإعاقة, ولتحقيق أو نفي فرضياتها قمت بدراسة استطلاعية وأخرى أساسية تم فيها اختبارها عن طريق مقياس المشكلات السلوكية والإنفعالية للأفراد المعوقين بصريا وبعد معالجة بياناتها إحصائيا, باعتماد أساليب إحصائية مناسبة, جاءت نتائجها التي تم عرضها وتفسيرها استنادا على التراث النظري والدراسات السابقة كالآتي:

عدم تحقق فرضيات الدراسة أي:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية والانفعالية للمعاقين بصريا تعزى لمتغير الجنس (ذكر، أنثى)
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية والانفعالية للمعاقين بصريا تعزى لمتغير نوع الإعاقة (ولادية، مكتسبة)
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية والانفعالية للمعاقين بصريا تعزى لمتغير شدة الإعاقة (كلية، جزئية)

وفي الأخير النتائج التي أسفرت عليها الدراسة الحالية هي نتائج صافية, وواقعية وقد اتفقت مع نتائج دراسات سابقة واختلفت مع نتائج دراسات أخرى, وهذا يعود بالطبع إلى اختلاف خصائص العينات, وأدوات القياس, وكذا اختلاف الزمان والمكان والأطر الثقافية و الإجتماعية التي تميزها عن سواها من الدراسات

التوصيات والإقتراحات:

- ولكل هذه النتائج دلالاتها على واقع المكفوفين ولذا فلا يمكن إغفال أي من جوانبها ويوضح ذلك ضرورة إعطاء مزيد من الاهتمام لهم فيما يتعلق بجانب حياتهم المختلفة وحرصا من الطالبة لإيصال تلك النتائج بفعالية أكثر فإنها توصي بما يلي:
- أن يقوم المختصون بوضع خطط علاجية للاضطرابات السلوكية والانفعالية بأبعادها المختلفة لدى الأفراد المعاقين بصريا.
- أن يركز الباحثون على وضع برامج إرشادية لتحسين مستوى التوافق النفسي لدى المعاقين بصريا المضطربين سلوكيا.
- أن يقوم المرشدون التربويون في مؤسسات التربية الخاصة بوضع برامج تقويمية لسلوك الأفراد المكفوفين وذلك لعدم الانحدار بذلك السلوك لدرجة الاضطراب.
- الارتقاء بالمستوى الأكاديمي والتربوي للمكفوفين بما يتناسب مع طبيعة إعاقاتهم.
- وفي ضوء الجهد العلمي الذي بذل في هذه الدراسة تبين للباحثة مدى الحاجة لاهتمام الباحثين لإجراء جملة من الدراسات البحثية المتخصصة من أبرزها :
- التوافق النفسي للأطفال المكفوفين المدمجين في المرافق التعليمية العامة.
- أثر الاضطرابات السلوكية على التوافق النفسي لدى الأطفال المعاقين سمعيا.
- برنامج إرشادي لخفض حدة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم.
- برنامج إرشادي لخفض حدة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المكفوفين.
- دراسة إكلينيكية للسماوات الاكتئابية لدى الأطفال المكفوفين

خاتمة

خاتمة :

لقد تناول البحث الحالي موضوعا ذو أهمية بالغة في الدراسات النفسية و الاجتماعية وهو المشكلات السلوكية و الإنفعالية للأفراد المعاقين بصريا , وهاته المشكلات ترتبط ارتباطا وثيقا بعدة عوامل ومتغيرات منها ما هو عام (الجنس) ومنها ما يتميز به المعاقون بصريا (نوع الإعاقة, شدة الإعاقة) لهذا اعتمدناهم كمتغيرات للدراسة الحالية فكانت فرضيات الدراسة كالتالي:

-توجد فروق ذات دلالة احصائية في المشكلات السلوكية والإنفعالية لدى الأفراد المعاقين بصريا تعزى لمتغير الجنس.

-توجد فروق ذات دلالة احصائية في المشكلات السلوكية والإنفعالية لدى الأفراد المعاقين بصريا تعزى نوع الإعاقة (ولادية, مكتسبة).

-توجد فروق ذات دلالة احصائية في المشكلات السلوكية والإنفعالية لدى الأفراد المعاقين بصريا تعزى لمتغير شدة الإعاقة (كلية, جزئية).

وقد أثبتت النتائج أن المعاقين بصريا يعانون من مشكلات سلوكية وانفعالية بدرجة متوسطة وهذا ما يشعرنا بالارتياح والتفاؤل نتيجة الاهتمام مؤخرا بهاته الفئة مما أدى إلى انخفاض في مستوى المشكلات لديهم لذا يجب على الأسرة والمدرسة والمجتمع أن يقدموا العون لهم من أجل مساعدتهم على الاندماج بالعالم الواقعي لتجنب إرتفاع مستوى المشكلات السلوكية والانفعالية لديهم كما أظهرت عدم وجود فروق تعزى للمتغيرات السابقة ذلك أن الإعاقة البصرية وتبعاتها لا يمكن أن ترتبط بمتغير أو متغيرين .

وكما نلاحظ من خلال التراث النظري ,قد تم تناول موضوع الإعاقة البصرية بمفاهيمها وتصنيفاتها وأسبابها وتأثيرها على صاحبها ,كما تم تناول المشكلات السلوكية و الإنفعالية بأنواعها ,والأكثرها إنتشارا لدى المعاقين بصريا ومن هنا تبرز الأهمية البالغة للدراسة الحالية

والتي نرجوا أن تكون تمهيدا لبحوث جديدة مستقبلا حول هذه الفئة ومتغيرات جديدة، أملا في تحسين ظروف هذه الفئة والوصول إلى نتائج يستفيد منها الأولياء، والعاملون بقطاعات التربية الخاصة خاصة.

قائمة

المراجع

قائمة المراجع والمصادر باللغة العربية:

القرآن الكريم

الأحاديث النبوية.

المراجع باللغة العربية:

1. ابراهيم اميري فاطمة, (2008): "الإعاقة البصرية", مجلة علمية متخصصة في عالم

الإعاقة, العدد الثاني, ديسمبر, ادارة رعاية وتأهيل المعاقين, دبي.

2. اسماعيلي يامنة, (2009): "الإعاقة البصرية بالمنظور السيكولوجي", مجلة منتدى

الأستاذ, العدد الخامس والسادس, ماي, المدرسة العليا للأساتذة قسنطينة, الجزائر.

3. بوشيل, باتريشا, ليزلي, ترجمة: كريمان بدران, (2004): "المشكلات النفسية للمعاقين"

, ط1, مصر: عالم الكتب.

4. تركي رابح, (1982): "المعوقون في الجزائر", الجزائر: الشركة الوطنية للنشر

والتوزيع.

5. التومي الشيباني عمر, (1989): "الرعاية الثقافية للمعاقين", الدار العربية للكتابة.

6. جمال القاسم وأخرون, (2002): "الإضطرابات السلوكية", ط1, عمان: دار الصفاء

للنشر والتوزيع.

7. جمعة سيد يوسف, (2000): "الإضطرابات السلوكية وعلاجها", القاهرة: دار الغريب.

8. الحديدي منى, (2002): "قيم المكفوفين في مرحلة المراهقة وعلاقتها بالعمر

والجنس", مجلة البحوث التربوية, السنة 12, العدد 24, جامعة قطر.

9. الحديدي منى،(2005): "المدخل إلى التربية الخاصة"، عمان: دار حنين للنشر.
10. الحديدي منى، (1998) : "الإعاقة البصرية الأبعاد السيكولوجية و التربوية"، عمان:دائرة المطبوعات والنشر .
11. الحديدي منى، (1998) : "مقدمة في الإعاقة البصرية"، ط1، عمان:دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .
12. خضير محمد، والبيلاوي كمال، (2004):"المعاقون بصريا"، ط1،الرياض :الأكاديمية العربية للتربية الخاصة .
13. الخطيب جمال، والحديدي منى،(2004): "برنامج تدريبي للأطفال المعاقين"، ط1،الأردن:دار الفكر للطباعة والنشر.
14. الرفاعي نعيم،(2001) : "الصحة النفسية وسيكولوجية التكيف"، ط4،دمشق :مطبعة محمد هاشم .
15. ريان عبد الرحيم، (2002):"مفاهيم أساسية في الصحة النفسية"، ط1،القاهرة:دار الغريب
16. الزريقات ابراهيم، (2006): "الإعاقة البصرية المفاهيم الأساسية والإعتبارات التربوية"، ط1، عمان:دار المسيرة.
17. السيد عبید ماجدة، (2009): "تعليم الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة"، عمان: دار الصفاء للنشر و التوزيع .

18. سيد فهمي ابراهيم, (1995): "دراسات في الصحة النفسية", ج1, القاهرة: قباء للطباعة والنشر.

19. صلاح الدين شروخ, (2003): "منهجية البحث العلمي للجامعيين", الجزائر: دار العلوم للنشر و التوزيع .

20. طارق عامر, وربيع محمد, (2008): "الإعاقة البصرية", القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

21. عبد الرحمان سعد, (1993): "الصحة النفسية", مصر: مكتبة الفلاح.

22. عبد الكريم بوحفص, (2008): "أساسيات التوافق النفسي والإضطرابات السلوكية و الإنفعالية", ط1, عمان: دار الصفاء للنشر .

23. العدل محمد عادل, (2004): "العلاج المعرفي السلوكي", ط1, مصر: دار الرشاد.

24. العزة سعيد حسني, (2001): "الإعاقة البصرية", عمان: الدار العلمية الدولية.

25. عمار بوحوش, (1995): "مناهج البحث العلمي", ط4, الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

26. فاروق الروسان, (1996): "قضايا ومشكلات في التربية الخاصة", عمان: دار الفكر.

27. فتحي السيد عبد الرحيم, (1982): "سيكولوجية الأطفال غير العاديين", ج2, الكويت: دار القلم.

28. القائي علي, (1996) : "الأطفال ومشاعر الخوف والقلق" ط1, البحرين: مكتبة فخرأوي.
29. القريطي عبد المطلب, (2005) : "سيكولوجية ذوي الإحتياجات الخاصة " ط1, القاهرة : دار الفكر العربي.
30. القريوتي ابراهيم, (1988): "أثر الإعاقة والجنس ونوع المدرسة في القلق الظاهر عند المعاقين بصريا في المدارس الأردنية", رسالة ماجستير في التربية الخاصة, كلية التربية, الجامعة الأردنية.
31. كازدين ألان, ترجمة : عادل عد الله, (2003): "الإضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين", ط2, القاهرة: دار الرشاد.
32. كمال سيسالم, (1992): "المعاقون بصريا خصائصهم ومناهجهم", القاهرة :الدار المصرية اللبنانية .
33. كمال سيسالم, (1997): "الإعاقة البصرية", ط1, القاهرة :الدار المصرية اللبنانية .
34. كمال علي, (1989): "باب النوم وباب الأحلام", عمان :الدار العربية.
35. محاضرة للأستاذ :طارش الشمري, (15/03/2013): "المشكلات السلوكية والإنفعالية", متوفرة على الرابط : www.jcmcr.com_magazin_ordem تم الإقتباس في 2017/01/06
36. المعايطه خليل, (2000) : "الإعاقة البصرية", ط1, عمان : دار الفكر .

37. الملا سلوى، وأمين أمينة (1982): "علم النفس العام"، ج1، ط3، دمشق
:منشورات جامعة دمشق.

38. ابن منظور (1998): "قاموس لسان العرب"، القاهرة: دار المعارف .

39. نجدة سميرة أبو زيد (2001): "برامج وطرق تربية الطفل المعوق قبل
المدرسة"، ط1، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

40. نعيم فارعة (2003): "الصحة النفسية"، دمشق: دار الفكر العربي .

41. وريكات و الشحروري (1996): "المشكلات السلوكية للطلبة المكفوفين في
مراكز التربية الخاصة"، ط1،

المراجع الأجنبية:

42. Bryan , Doris P, Herjanic, Barbara , Missouri ,Louis
(1980). Depression and Suicide Among Adolescents and Young
Adults With Selective Handicapping Conditions. **In Exceptional
Education Quarterly, Vol1.N2: 57-65 .**

43. Chapman , Elizabeth .K , Stone , Juliet .M (1988). **Special
Needs In Ordinary Schools** .British Library Catalog Uing..

44. Evans , Jennifer . Fletcher , Astrid . Smeeth , Liam (2005).
Prevalence Causes and Impact of Sight Loss in Older People In
Britain . **Published By Thomas Pock lington Trust , Landon,
November 19.**

45. Hunt ,T. , Komulainen , E.& Aro, H. (1961). Social
Support and Self- Esteem Among Adolescents With Visual

Impairments. **Journal of Visual Impairment & Blindness, Vol 93-22-37.**

46. Huurre, T. M., Aro, H. M. (2000). The Psychosocial Well-Being of Finnish Adolescents with Visual Impairments versus Those with Chronic Conditions and Those with No Disabilities. **Journal of Visual Impairment & Blindness, v 94, n 10, p 625 – 37.**
47. Kef , Sabina (2002) . Psychosocial Adjustment and The Meaning of Social Support For Visually Impaired Adolescents . **Journal of Visual Impairment & Blindness , v 96 , n1 , 22-37.**
48. Kirk, Samuel . ,& Gallagher, Jams ., & Anastasiow, Nicholas, J. (2003). **Educating Exceptional Children**, Tenth Edition , Houghton Mifflin Company, Boston, New York.
49. Kroksmark, Ulla ., & Nordell, Kersti. (2001). Adolescence: The age of opportunities and obstacles for students with low vision in Sweden. **Journal of Visual Impairment & Blindness, v 95,n 4 p 213–225.**
50. Lindo, G .,& Nordholm, L (1999). Adaption Strategies Well Being and A activities of Daily Living Among People With Low Vision, **Journal of Visual Impairment and Blindness, 93. 434 . 446.**
51. Lowenfeld , Berthold (1959).The Blind Adolescent / Ina Seeing World. **Exceptional Children , 25: 310-315.**
52. Nichcy, p. (2004).Visual Impairment . Publication of the National, **Dissemination Center for the Children With Disabilities .**

53. Rovner , Zisselman., & Shmuelly , Dulitzki (1996).
Depression and Disability in elderly Persons with impaired
vision . **Journal American Geriatrics Society. v 44. p 181 –
184 .**
54. Salvia, John., & Ysseldyke, Jams, E. (2004). **Assessment
In Special And Inclusive Education**, Ninth Edition, Houghton
Mifflin Company, Boston, New York.
55. Scholl , Geraldine t. (1986).**Foundations of Education
for Blind and Visually Handicapped Children and Youth :
Theory and Practice.** American Foundation for the Blind , INC
, New York .
56. Smith , R.M .,& Neisworth , J.T. (1975).**The Exceptional
Child** , new York : Mc Graw Hill Book Co .,INC.
57. Younger ,V & Sardegne, J. (1991) . Production , 710
Almond wood way , Sanjose. CA .**95120,193. v.S . California.**

الملاحق

الملحق رقم (01)

بطاقة فنية عن مدرسة الأطفال المعوقين بصريا

تقديم المؤسسة: أنشأت مدرسة الأطفال المعوقين بصريا بالمسيلة بموجب المرسوم التنفيذي

رقم 10- 148 المؤرخ في 13 جمادى الثاني 1431 الموافق ل 27 ماي 2010

الهيئة الوصية: وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضيل المرأة

العنوان: تقع المدرسة بحي 570 مسكن مقابل وحدة التحضير ةالتكوين للشرطة ,بداية

الأشغال سنة 2011 بطاقة استعاب نظرية تقدر ب100 طفل منهم 38 داخلي وعدد فعلي

من الأطفال يصل إلى 59 طفل

المساحة: 6939 م²

المساحة المبنية: 1636.80 م²

المساحة غير المبنية: 5302.20 م²

الملكية: ملك الدولة

قرار التخصيص: رقم 145 بتاريخ 2010/04/19

تاريخ الإفتتاح: 2011

كما تحتوي المدرسة على فئتين من الإعاقة البصرية والسمعية و تتمتع المدرسة بالنظام

الداخلي والنصف الداخلي

هياكل المدرسة: تتمتع بمصلحتين متكاملتين:

أولاً: الجناح الإداري ويحتوي كل من: المدير ,المقتصد أعوان الإدارة ,المستخدمين,رئيس مصلحة الإدارة و الوسائل.

ثانياً :الجناح البيداغوجي: ويحتوي: المربين المتخصصين , المربين المتخصصين ,الرئيسيين , المعلمين المتخصصين , المعلمين المتخصصين الرئيسيين, أساتذة المتخصصين ,الأخصائي النفسي العيادي ,الأخصائي النفسي التربوي ,الطبيب ,رئيس مصلحة التربية والبيداغوجيا

توزيع التلاميذ حسب المستويات :

التلاميذ المعوقين بصريا:

قسم سنة أولى ابتدائي:02

قسم سنة ثالثة ابتدائي:02

قسم سنة رابعة ابتدائي:02

قسم سنة خامسة ابتدائي:01

قسم سنة أولى متوسط:04

قسم سنة ثانية متوسط:03

قسم سنة ثالثة متوسط:03

قسم الوحدة العلاجية:02

التلاميذ المعوقين سمعياً:

قسم سنة أولى متوسط:03

قسم سنة ثانية متوسط:05

قسم سنة ثالثة متوسط:14

قسم سنة رابعة متوسط:08

قسم سنة أولى ثانوي:07

ملحق رقم (2)

مقياس المشكلات السلوكية والإنفعالية للأفراد المعاقين بصريا

فيما يلي عدد من العبارات والمطلوب منك أن تحدد درجة موافقة أو عدم موافقة عليها, فإذا كانت العبارة تنطبق عليك فمرجو منك أن تضع علامة (+) في ورقة الإجابة وأمام العبارة وتحت الخانة (تنطبق), أما إذا كانت لا تنطبق عليك فمرجو منك أن تضع علامة (-) أمام العبارة وتحت الخانة (لا تنطبق)

كذلك نرجوا أن تعلم أنه ليست هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة في هذا المقياس

نرجوا أن تجيب على كل العبارات دون ترك أي منها

الجنس : ذكر أنثى

نوع الإعاقة : ولادية مكتسبة درجة الإعاقة : كلية جزئية

الرقم	البنود	تنطبق	لا تنطبق
01	أتحاشى التواجد مع حشد من الناس قدر الإمكان		
02	أتجنب الذهاب إلى الأماكن العامة مثل الحدائق والأسواق		
03	لا أشارك الآخرين في مناقشة المواضيع التي يطرحونها		
04	أستغرق بأحلام اليقظة كثيرا		
05	أجد صعوبة في تكوين صداقات مع الآخرين		
06	يصفني الآخرون بأوصاف مهينة وجارحة		
07	يختفي صوتي أو يتغير عند الحديث مع الآخرين		
08	يعاملني الآخرون بإزدراء		
09	أتجنب المبادرة في إقامة علاقة مع الأفراد الآخرين		
10	لا أهتم بمن حولي		
11	ليتني لم أكن خجولا لهذه الدرجة		
12	أضايق من مشاعر الشفقة تجاهي		
13	لدي صعوبة في التعبير عن انفعالاتي ومشاعري		
14	أشعر بالخجل والإحراج الآن أكثر مما مضى		

		أشعر بالوحدة حتى بوجود الآخرين	15
		لا أشعر بالراحة خلال وجودي مع الغرباء	16
		أنخرط بسهولة في مشاجرات وعراك مع الآخرين	17
		أحطم الموجودة من حولي عندما أغضب	18
		أجأ للضرب عندما أتشاجر مع الآخرين	19
		أشتم الآخرين عندما أختلف أو أتشاجر معهم	20
		أغضب بسرعة وأنفعل لأبسط الأسباب	21
		أصرف بقسوة مع زملائي	22
		يتدمر الآخرين من سلوكياتي	23
		أخشى من الفشل في التكيف مع الظروف الجديدة	24
		أقلق من التغيرات المفاجئة	25
		أخشى فشل علاقتي الاجتماعية بالآخرين	26
		أخشى قلة توفر فرص العمل مناسبة	27
		أخشى عدم قدرتي على إعالة نفسي في المستقبل	28
		أبكي بسرعة وبسهولة من غير سبب معروف	29
		تنتابني مشاعر عدم الأمان في الأماكن الجديدة	30
		أخشى أن لا أتزوج مستقبلا بسبب حالة البصر لدي	31
		أخشى من احتمالية إنجاب أطفال لديهم مشاكل بصرية	32
		أشعر بالحجل والخرج عند الاصطدام بالأشياء أمام الآخرين	33
		يراودني إحساس بإمكانية تعرضي لحادث ما أثناء تنقلي من مكان لآخر	34
		أخشى احتمال تدهور وضعي الصحي مستقبلا	35
		أخاف من مغادرة المحيط الذي اعتدت عليه	36
		أخشى من فكرة حدوث مكروه ما للأشخاص الذين يعتنون بي	37
		أخشى من حدوث مكروه ما لحواصي	38
		أعاني من قلة النوم	39
		أشعر بفتور الهمة والتعب	40
		أعاني من فقدان الشهية للطعام	41
		أنسحب من المشاركة في النشاطات الإجتماعية	42
		أشعر بالكآبة والتعاسة	43

		أتمنى الموت لأنني غير قادر على الاستمتاع بحياتي	44
		أشعر بأنني أقل قيمة من الآخرين	45
		أفضل البقاء وحيداً	46

ملحق الثبات والصدق رقم (4)

أ/ الثبات

Fiabilité

Statistiques de fiabilité		
المحاور	Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
المحور 1	0,832	23
المحور 2	0,823	23
الكلي	0,905	46

ب/ الصدق

Corrélations

Corrélations					
		TOTAL			TOTAL
M1	Corrélation de Pearson	0,964**	M2	Corrélation de Pearson	0,944**
	Sig. (bilatérale)	0,000		Sig. (bilatérale)	0,000
	N	20		N	20
** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).					

ملحق نتائج الدراسة رقم (5)

أ/ وصف نتائج محاور المقياس

1- نتائج المحور الأول

Test-t

Statistiques sur échantillon unique				
	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Q1	10	2,6000	0,51640	0,16330
Q2	10	2,4000	0,84327	0,26667
Q3	10	2,7000	0,67495	0,21344
Q4	10	2,5000	0,70711	0,22361
Q5	10	2,4000	0,69921	0,22111
Q6	10	2,7000	0,67495	0,21344
Q7	10	2,8000	0,63246	0,20000
Test sur échantillon unique				
	Valeur du test = 2			
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne
Q1	3,674	9	0,005	0,60000
Q2	1,500	9	0,168	0,40000
Q3	3,280	9	0,010	0,70000
Q4	2,236	9	0,052	0,50000
Q5	1,809	9	0,104	0,40000
Q6	3,280	9	0,010	0,70000
Q7	4,000	9	0,003	0,80000

■ العبارات الدالة عند مستوى الدلالة ألفا (0.01)

■ العبارات غير دالة عند مستوى الدلالة ألفا (0.05)

2-نتائج المحور الثاني

Test-t

Statistiques sur échantillon unique				
	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Q8	10	2,6000	0,69921	0,22111
Q9	10	2,3000	0,82327	0,26034
Q10	10	2,8000	0,63246	0,20000
Q11	10	2,6000	0,69921	0,22111
Q12	10	2,4000	0,69921	0,22111
Q13	10	2,8000	0,63246	0,20000
Test sur échantillon unique				
Valeur du test = 2				
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne
Q8	2,714	9	0,024	0,60000
Q9	1,152	9	0,279	0,30000
Q10	4,000	9	0,003	0,80000
Q11	2,714	9	0,024	0,60000
Q12	1,809	9	0,104	0,40000
Q13	4,000	9	0,003	0,80000

■ العبارات الدالة عند مستوى الدلالة ألفا (0.01)

■ العبارات غير دالة عند مستوى الدلالة ألفا (0.05)

■ العبارات دالة عند مستوى الدلالة ألفا (0.05)

3-نتائج المحور الثالث

Test-t

Statistiques sur échantillon unique				
	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Q14	10	2,6000	0,51640	0,16330
Q15	10	2,5000	0,52705	0,16667
Q16	10	2,4000	0,69921	0,22111
Q17	10	2,5000	0,70711	0,22361
Q18	10	2,3000	0,67495	0,21344
Q19	10	2,7000	0,67495	0,21344
Test sur échantillon unique				
Valeur du test = 2				
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne
Q14	3,674	9	0,005	0,60000
Q15	3,000	9	0,015	0,50000
Q16	1,809	9	0,104	0,40000
Q17	2,236	9	0,052	0,50000
Q18	1,406	9	0,193	0,30000
Q19	3,280	9	0,010	0,70000

■ العبارات الدالة عند مستوى الدلالة ألفا (0.01)

■ العبارات غير دالة عند مستوى الدلالة ألفا (0.05)

■ العبارات دالة عند مستوى الدلالة ألفا (0.05)

ب/ عرض نتائج الفرضيات

1-الفرضية العامة

Test-t

Statistiques sur échantillon unique				
	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
TOT	10	48,6000	9,45398	2,98961
Test sur échantillon unique				
	Valeur du test = 38			
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne
TOT	3,546	9	0,006	10,60000

2-الفرضية الفرعية الأولى

Test-t

Statistiques sur échantillon unique				
	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
M1	10	18,1000	3,44642	1,08985
Test sur échantillon unique				
	Valeur du test = 14			
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne
M1	3,762	9	0,004	4,10000

3-الفرضية الفرعية الثانية

Test-t

Statistiques sur échantillon unique				
	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
M2	10	15,5000	3,53553	1,11803
Test sur échantillon unique				
	Valeur du test = 12			
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne
M2	3,130	9	0,012	3,50000

4-الفرضية الفرعية الثالثة

Test-t

Statistiques sur échantillon unique				
	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
M3	10	15,0000	2,66667	0,84327
Test sur échantillon unique				
	Valeur du test = 12			
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne
M3	3,558	9	0,006	3,00000