



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

كلية العلوم الاجتماعية.

قسم علوم التربية

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر التخصص ارشاد وتوجيه الموسومة بـ

علاقة الإكتئاب بالاعاقة البصرية ودور المرشد في التخفيف منه

- دراسة ميدانية بمدرسة المكفوفين بعين التريك - وهران

تحت اشراف الأستاذ:

- من إعداد الطالبة :

حاوي زوييدة بن عبد الله محمد

السنة الجامعية 2015/2016

الإهداء

اهدي ثمرة جهدي فيما يخص عملي هذا الى كل من ساعدني من قريب
او من بعيد في انجاز عملي.

كما اهديها الى اعز انسان على قلبي هي والدتي اطال الله في عمرها
دون ان انسى ابي و اخوتي كل باسمه امينة. سارة. و بن عودة و الى
كل من يحمل اسم حاوي

وكذلك جميع اصدقائي و زملائي في مشواري الدراسة خاصة امينة.
زهرة. خضرة ووفاء

والى كل طلبة ماستر 2 ارشاد و توجيه.

كلمة و شكر

اتقدم بالشكر الجزيل الى كل من ساعدني في انجاز مذكرتي و

على راسهم الاستاذ بن عبد الله الذي اكن له فائق التقدير و

الاحترام و جميع اساتذة الارشاد و التوجيه

وكذلك الى كل من ساهم في انجاز هذه المذكرة سواء من قريب

او من بعيدو الى كل عمال مركز المكفوفين بوهران على

مساندهم و مساعدتهم لي.

ملخص البحث :

يحتوي هذا البحث على جانبين : جانب نظري و هو يظم ثلاثة فصول و اخر تطبيقي حيث تطرق فيه الطالب الباحث الى :

الفصل الاول : و تم فيه تناول مشكلة البحث و فرضياته ، اهمية الموضوع حيث كانت الاشكالية : الكشف عن احتمال وجود علاقة ما بين الاكثئاب و الاعاقة البصرية ، و بالتالي هل الاعاقة البصرية تؤدي الى الاكثئاب .

الفصل الثاني : تناول موضوع الاكثئاب و ذلك من خلال اعطاء مفهوم الاكثئاب ، اسبابه نظرياته ، اعراضه ، تصنيفاته و الشخصية الاكتئابية ،

الفصل الثالث : جاء فيه مفهوم الاعاقة البصرية مظاهرها ، تصنيفاتها ، اسبابها ، خصائص المعوقين بصريا .

الفصل الرابع : يتضمن الجانب النفسي و الاجتماعي و المعرفي للمعاقين نصريا .

الفصل الخامس : تناول فيه الطالب الباحث الاجراءات المنهجية للجانب التطبيقي و هي مكان اجراء البحث ، الفترة الزمنية .

الفصل السادس : تم فيه عرض نتائج الدراسة الميدانية .

و ختمت المذكرة ببعض التوصيات و الاقتراحات ذات الاهمية النفسية و الاجتماعية و انتهت بقائمة المراجع و الملاحق .

محتويات البحث :

1	الاهداء
ب	كلمة الشكر
ج	ملخص البحث
د	قائمة المحتويات
1	مقدمة

الجانب النظري :

الفصل الاول : مدخل الدراسة .:

3	1- اهمية موضوع البحث
3	2- الاشكالية
3	3- الفرضيات
3	4- اهداف البحث
3	5- دواعي و اسباب اختيار الموضوع
4	6- التعاريف الاجرائية

الفصل الثاني : الاكتتاب

6	تمهيد :
7	- تعريف الاكتتاب
9	- اسباب الاكتتاب
11	- النظريات المفسرة للاكتتاب
25	- اعراض الاكتتاب
27	- تصنيفاته
31	- الشخصية الاكتتابية
33	خلاصة

الفصل الثالث :

35	تمهيد :
35	- تعريف الاعاقة البصرية
35	- اسباب الاعاقة البصرية
47	- خصائص الاعاقة البصرية
56	- المظاهر السلوكية
58	- النظريات المفسرة للاعاقة و تصنيف الاعاقة
61	- احتياجات المعاقين بصريا
62	- التشخيص
63	- الوقاية
64	خلاصة

الفصل الرابع :

66.....	تمهيد
67.....	- الجانب النفسي
67.....	- الجانب الاجتماعي
68.....	- الجانب المعرفي
72.....	خلاصة
الجانب التطبيقي :	
74.....	- الاجراءات المنهجية للدراسة
74.....	- مكان الدراسة
74.....	- عينة الدراسة
74.....	- التوقيت الزمني
74.....	- المستوى التعليمي
	- منهج الدراسة
تقديم الحالات :	
75.....	- الحالة 1
76.....	- الحالة 2
77.....	- الحالة 3
78.....	- الحالة 4
79.....	عرض النتائج :
79.....	- مناقشة النتائج
84.....	- خاتمة
85.....	- التوصيات و الاقتراحات
	اقترح برنامج ارشادي.....
	المراجع
	الملاحق

المقدمة:

يعتبر الاكتئاب من اكثر الاضطرابات النفسية انتشارا بعد القلق و يصيب الافراد من مختلف الاعمار و الاكتئاب حالة شعورية ونوع من المزاج يمر به معظم الناس و لو لفترة قصيرة . و قد زاد الاهتمام لموضوع الاكتئاب نتيجة تزايد عدد الافراد المكتئبين و لعل اهم فئة تعاني من هذه الظاهرة و هي فئة المعاقين و يكون ذلك نتيجة تفاعلات مستمرة بين شخصيته و البيئة التي يعيش فيها و بينما يختل هذا التوازن يصعب على المعاق ان يواجهه بمفرده فيخلف لديه مشاعر متناقضة تولد لديه الشعور بالذونية و عدم الامان وهذا ما يؤدي به الى الاكتئاب.

وفي بحثنا هذا سنتطرق الى اهم ما يمكن قوله عن ظاهرة الاكتئاب و علاقتها بالاعاقة البصرية حيث انه قد بدانا بحثنا هذا بالتطرق الى الاكتئاب مفهومه.اسبابه.اعراضه..... و انتقلنا الى الاعاقة البصرية حيث اننا عرفناها.ذكرنا اسبابها و انتهينا بطرق الوقاية منها و اختتمنا بحثنا بذكر الجوانب النفسية و الاجتماعية و المعرفية للمعاق بصريا و ختاماً لكل هذا نطرح السؤال التالي: هل الاعاقة البصرية تؤدي الى الاكتئاب؟

الفصل الاول مدخل للدراسة

اشكالية البحث:

- الكشف عن العلاقة بين الإعاقة البصرية والاكْتئاب وبالتالي هل الإعاقة البصرية تؤدي إلى الاكْتئاب؟
- الكشف عن احتمال وجود علاقة بين الإعاقة البصرية و الاكْتئاب.

فرضيات البحث:

- توجد علاقة ارتباطيه بين الإعاقة البصرية و الاكْتئاب.

اهمية الدراسة:

تتجلى اهمية الدراسة فيما يلي:

- التعرف على مستوى الاكْتئاب لدى المعاقين بصريا .
- تحليل العلاقة بين الاكْتئاب و الإعاقة البصرية.
- التعرف على المعاقين بصريا و المشاكل النفسية الذين يعانون منها.
- ربط الاكْتئاب بالإعاقة البصرية.

الاهداف:

تتجلى اهداف الدراسة فيما يلي:

- سوف تمكن الدراسة الحالية من التعرف و الكشف عن العلاقة ما بين الاكْتئاب و الاعاقة البصرية.
- محاولة التعرف على الاثار النفسية للمعاقين بصريا.
- لفت الانتباه لفئة المعاقين بصريا.

دواعي و اسباب اختيار الموضوع:

- رغبة الطالب الباحث بالقيام بهذا الموضوع و محاولة معرفة المزيد من عوامله.
- اضافة الجديد على البحوث النفسية.
- الاصغاء لهذه الفئة من المجتمع و ازالة العزلة عنه

التعاريف الاجرائية:

- الاكتئاب: هو حالة وجدانية يميزها القلق و الحزن و خيبة الامل مع الاحساس بالضالة و انعدام الفاعلية و بطئ حركة الجسم مع التعب بدون سبب ظاهر(حمودي احمد،2003.2002 جامعة وهران)
- الاعاقة البصرية:
- هي الحالة التي يفقد بها الفرد القدرة على استخدام حاسة البصر مما يؤثر على ادائه و نموه(خير سليمان شواهين.سحر محمد غريقات،امل عبدشنبور.2010ص177)

الفصل الثاني الاكتئاب

تمهيد:

من بين الاضطرابات النفسية التي نالت الاهتمام الوافر و الاولوية و التشخيص الاكتئاب. فقد خطى هذا الاضطراب باهتمام القائمين بالعمل في مجال الصحة النفسية و البحث النفسي. سواء كانوا سيكولوجيين او اطباء نفسيين . قصد الكشف عن طبيعته و اعراضه و اسبابه و مدى انتشاره في المجتمع.

و يكاد يكون الاكتئاب الاضطراب الانساني الاكثر شيوعا الذي يدفع المرضى الى زيارة الطبيب. و قد يتراوح في شدته بين الانخفاض المؤقت في الروح المعنوية و هي حالة يتعرض لها الجميع في مواجهة ما يصادفونه من عقبات معتادة الى حالة عذاب من الاستسلام و الياس السوداوي الذي قد يؤدي الى الانتحار و قد عرف الانسان الاكتئاب منذ الازل و ربما يكون اقدم اضطراب نفسي و عقلي تم تسجيله في التراث الطبي الانساني. حيث كانت السوداوية او الكابة احد الاشكال الاربعة التي حددها الطبيب اليوناني هيبوقراط في ق 4 م في الورقة التي قدمها الميلانخوليا و هو الاسم القديم للاكتئاب.(بشير معمرية 1999. 2000. ص 86).

تعريف الاكتئاب :

لغويا:

يقال اكتاب فلان اي حزن و اغتتم و انكسر و الكآبة تغير النفس بالانكسار منشدة الهم و الحزن اما الكآبة فهو الحزن الشديد:ويقال رماد مكتئب اللون اذ ضرب الى السواد ،كما يكون وجه الكئيب و يلاحظ هنا ان التعريف اللغوي للكآبة تجاوز الوصف البسيط للحزن التي تناول التغيير النفسي و حتى السلوكي الناجم عن ذلك و بهذا يكون اللغويون العرب قد نجحوا ومنذ القدم في نحت مصطلح لوصف الحالة هو اقرب ما يكون الى القوصيف العلمي الوارد"اعوذ بك من كآبة المنقلب". اي الذي يرجع من سفره بامرته بحزنه و في قدم الشعر العربي قال الجندل بن المتنبى: عز على عمك ان تاوقي

او ان تبיתי ليلة لم تغدقي او ان ترى كاباء لم تبر نشقي.

اما الاوق فهو التقل و الغبوق هو شرب الغشى و الابرنشقاق هو الفرح و السرور و هكذا فان الشاعر قد ربط الجوانب السلوكية من ثقل الهمة و اضطراب الطعام و الشراب بالجوانب النفسية كغياب المتعة والقدرة على الفرح و السرور(وليد سرحان ،جمال الخطيب ،محمد حباشة،2001ص)

- تعريف الرازي:

هو سوء الحال و الانكسار من الحزن .

- تعريف Robert:

هو حالة و جدانية من السقم و الحزن و فتور الهمة و الشعور بفقدان الامل والتشاؤم

- تعريف جابلن chaplin:

هو حالة من اليأس و القنوط وقصور المشاعر وانخفاض الفعالية و التشاؤم بخصوص المستقبل.

- تعريف ولمان wolman:

هو عرض سلوكي شاذ او غيري سوي وشعور بالعجز و فقدان الامل و الحزن وعدم الكفاءة و قد تكون هذه الاعراض علامات لكثير من الإضرابات فضلا عن ان تلك المشاعر قد تحدث لدى الاشخاص الاسوياء.

- تعريف بيك:

هو توقعات سلبية بشأن الذات والعالم و المستقبل تؤدي الى انفعالات اكتئابية.

- تعريف قاموس السلوك الاجتماعي و طرق البحث الاجتماعي.

هو حالة حادة مزمنة من الحزن و اليأس و الكدر و هو نظير غير متشابه للفرح و البهجة و يشار له بأنه علامة لحالة نفسية مرضية.

- تعريف كمال:

هو اتجاه انفعالي باثولوجي في النهاية ينطوي على شعور بعدم الكفاية.

- تعريف البياتي:

هو حالة من الشعور بالحزن و الحصر و التثاؤم و الرغبة في الموت و اضراب في النوم والهضم و فقدان الشهية للطعام و فقدان الاهتمام الجنسي و الميل الى العزلة من المجتمع(منتهى مسطر عبد الصاحب.2011.ص91. 126.

- التعريف السيكولوجي:

الاكتئاب في المفهوم السيكولوجي بعد حالة مزاجية و ليس بالضرورة حالة باثولوجية(مرضية) او عرضا او مجموعة اعراض متشابهة. ان المشكلة الكبيرة هي ان الظواهر التي يحويها مرض الاكتئاب ماهي إلا مزيج من الاضطرابات الفسيولوجية اساسا وبعض من مجموعة عقد لأغراض هذه الاضطرابات الفسيولوجية و النفسية بالإضافة الى أنماط من السلوك المعتاد و غير المدرك و الذين قد يؤديان بالمريض الى حالة من الحزن المتكرر و من المحتمل ان اي بيانات تصنيفية تحاول استيعاب مثل هذا التصنيف الغريب لا تصلح لان تكون دليلا ماديا نحو التشخيص او العلاج.

و يعرف ايضا بأنه شعور الفرد بالحزن العميق و الوحدة القاتلة و العالم كله من حوله يبدو وكأنه كئيب و بيتسم بالرمادية في اللون: ويشعر الفرد انه ليست هناك اشياء ذات قيمة. كذلك يسود لديه الشعور بالفراغ ولا يتوقع شيئا سوى الاشياء التي تتسم بالسوء

و تتسم العمليات و السلوك اللتان يؤديهما الفرد بالبطء الممل و الكلام لديه بطيء و يتسم بالرتابة و يتسم العمليات و السلوك اللتان يؤديهما الفرد بالبطء الممل و الكلام لديه بطيء و يتسم بالرتابة و بتجنب الناس و تتسم تغييرات وجهة و تتسم بالتوازن و فتور الهمة

وعلى الرغم من الوجود بعض الاختلافات بين التعريفات المختلفة للاكتئاب إلا انها اتفقت على انه مريض عصابي خارجي المنشاء يرجع لعوامل نفسية فردية ويتميز بالحزن و الكآبة و الشعور بالذنب فهو مرض متحائل يلقي بآثاره على العقل يمكنه ان يتسلل عليك خلسة، ثم يلقي بشباكه عليه وغالبا ما يظل غير واضح و غير مفهوم لهؤلاء الذين لم يواجهوه من قبل، فقد يكون الإكتئاب شديد لدرجة تجعل المصاب به ليرى اي قيمة للحياة و قد يعاني من شعور بعدم القدرة على التعامل مع مسؤوليات الحياة بنجاح، انه بسبب شعور بقدر هائل من البؤس و الشقاء حتى عندما تكون درجة الاكتئاب بسيطة او معتدلة فانه يمكن ان يؤثر على العلاقات الفرد في حياته العملية و الأسرية(فهي علي.2009.ص86.87).

اسباب الاكتئاب:

يبدل العلماء و الباحثون جهودا مضيئة للتعرف على الاسباب البيولوجية و النفسية والاجتماعية في العوامل البيولوجية و التي تؤثر بدورها على الجينات الوراثية كما انها تؤثر في استجابة الانسان للعوامل النفسية و الاجتماعية.

الاسباب البيولوجية:

بعض المثبرات (مواد كيميائية) بالجهاز العصبي تقوم بنقل الاشارة العصبية من خلية عصبية الى اخرى مثل(السيراتين)

و قد تبث من الدراسات عديدة انه يحدث خلل في هذه المواد عند الاصابة بالاكتئاب النفسي، كما تؤثر على الاستجابات العصبية لهذه المركبات.

هذا وقد وجد ان هناك خلل في افراز بعض الهرمونات في مرض الإكتئاب وقد يعود هذا الاختلال الى اضطراب في الخلايا العصبية التي تحتوي على المثبرات الكيميائية ايضا

اختلال بعض الهرمونات لغدد الجسم كالغدة الدرقية و الغدة فوق الكلوية هذا الاختلال يكون في اغلبه مظاهر الاضطراب في المخ و الجهاز العصبي.

وقد اثبت الباحثون ان هناك خلل في الجهاز المناعي عند مرضى الاكتئاب او لدى من يعانون من الحزن نتيجة خلل في الغدة التي لها علاقة بالمناعة و هناك احتمال اقل من ان خلل الجهاز المناعي يؤدي الى حدوث اعراض نفسية للاكتئاب النفسي.

العوامل الوراثية للاكتئاب:

توضح الدراسات الحديثة ان العوامل الوراثية تلعب دور مؤثرا في الإصابة بالاضطرابات الوجدانية و تشير هذه الدراسات الى وجود عوامل في الجينات الوراثية لها دورهم في الإصابة بالاكتئاب.

لاحظ الاطباء النفسيون من خلال متابعتهم لحالات المرضى بان الاكتئاب و الاضطرابات الوجدانية تنتشر في حالات معينة.

وقد وجدنا حوالي 50 % من حالات الاضطرابات الوجدانية (ثنائي القطب) يكون فيها احد الوالدين مصاب بالمرض نفسه .

فإذا كان الاب و الام مصاب بهذا المرض فان طفلهما يكون عرضة للإصابة بنسبة 25-30%.

اما اذا كان الوالدين مصابين بالمرض نفسه فان نسبة الإصابة ترتفع الى 60%.

ماهو تأثير ظروف الحياة و العوامل النفسية في حدوث الاكتئاب؟

اثبتت الدراسات و المشاهدات الاكلينيكية الطويلة ان هناك احداث ضاغطة تسبق حدوث اول نوبة لاضطراب الوجدان اكثر من النوبات التالية:

وربما كان احتمال في كون الضغوط التي صاحبت النوبة الاولى قد احدثت تغييرات مستديمة من الناحية البيولوجية للمخ وقد تشمل هذه التغيرات المثيرات الكيميائية للجهاز

العصبي و فقدان بعض الخلايا العصبية ولذا يصبح المريض اكثر عرضة لنوبات اقوى من الاكتئاب .

وقد اختلف العلماء في مدى تأثير ضغوط الحياة و ظروفها فالبعض يرى انها تلعب دورا رئيسيا او اوليا في الاصابة بالاكتئاب بينما يرى الاخرون ان لها دور محدد في توقيت حدوث المرض ومن العوامل المهمة المؤدية لحدوث الاكتئاب وفاة احد الوالدين قبل سن الحادية عشر و فقدان الحياة بالنسبة للزوج او الزوجة.

وهناك دراسات نظرية عديدة تتعلق بالعلاقة بين الوظائف الاسرية و بداية المرض و مسار المرض للاضطرابات الوجدانية خاصة الاكتئاب الجسيم.

فالعلاقات المرضية في الاسرة و التي تكشف اثناء علاج المرض تميل لاستمرار حتى بعد شفاء المرض.

وعموما فان الاسرة عاملهما يحدد سرعة الشفاء او عودة الاعراض و مدى تأقلم المريض مع الحياة بعد الشفاء.(طارق كمال عبد المنعم ميلادي.2014.ص 99،98).

النظريات المفسرة للاكتئاب:

حظي الاكتئاب في تفسيره بوجهات نظر متباينة فاختلفت التفسيرات وفقا لاختلاف طبيعة الناظر و جهة المنظور وفيما يلي نستعرض من تلك الروى:

نظرية الوراثة GENETIC THEORY:

ويرى اصحابها ان الوراثة تلعب دورا كبير بالنسبة لذهان الاكتئاب و قد يصل مدى تأثيرها الى حوالي 80% لدى المرضى اما في أعصاب الاكتئاب يكون تأثيرها ضعيف للغاية اذ ان تأثير الاكبر يكون للعوامل البيئية الاخرى.

النظرية الطبية :

ظهرت في انجلترا مدرستان شهيرتان، الاولى مدرسة نيوكاسيل و الثانية مدرسة لندن اما المدرسة الاولى فاتخذ وجهة النظر التي تقر بان بعض حالات الاكتئاب تكون داخلية

وبعضها خارجية وتسمى وجهة النظر باسم القسمة الثنائية DICHOTOMOUS VIEW

..

اما مدرسة لندن فتاحدبوجهة نظر التي تقر بأنه من الصعب تحديد اي سبب واضح لتلك الانواع المختلفة من الاكتئاب حيث ان هذا لأياتي فقط إلا بوجود مقياس متصل يجمع بين الاسباب الداخلية و الخارجية وتسمى وجهة النظر هذه باسم الفرض المتصل CONTINUUM HYPOTHESIS VIEW.و يعد بوليت من رواد مدرسة نيوكاسيل و هو يقر بوجود اختلاف بين الفئات الاكتئابية في الاسباب و الاعراض و هي استجابة المريض للعلاج و الوراثة و يعد "اوبري لويس" من رواد مدرسة لندن الذي يؤمن بوحدة الامراض الوجدانية و عدم اختلافها إلا في شدة الاعراض و يرى ان الاكتئاب مرض واحد ممتد على طول طيف طويل المدى يسخر باعراض مختلفة تتباين في الكم و ليس في الكيف و انه لا يوجد بما يسمى الاكتئاب العصبي المستقل عن الاكتئاب العقلي حيث ان الفراق بينهما تعقيد الاعراض الاكلينيكية وشدتها.

النظرية البيوكيميائية: BIOCHEMICAL THEORY

يركز ارباب هذه النظرية على فرض الكاتيكلامين CATEHOLAMINE،ففي عملية الانتقال وتحول النبضيات الحسية العصبية من خلية عصبية الى اخرى فان الناقلات العصبية تكون بمثابة عامل ضروري...وبعض هذه المواد هي :

أ- الكاتيكلامين CATEHOLMINE. ب-

نورادينالين NORADVENALINE.

ج- ادرينالين ADRENALINE. د- سيروتونين SEROTONINE.

هـ- دوبامين DOPAMINE.

حيث يتم تركيز هذه المواد بقوة وكثافة في عمق المخ و لقد اثبتت الدراسات ان هناك ارتباطا بين انخفاض مستوى الكاتيكلامين وبين حالات اكتئاب و اضافت دراسات اخرى تاثير هذه الحقيقة بان عقار ريزربين RESERPINE الذي يقلل نسبة الكاتيكلامين يسبب اعراض اكتئابية و اكد الكثير من العلماء ممن درسوا تاثير تلك المواد مثل:

سكيلدكرايت SCHILDKRAUT. وماس MAAS. و فاست FAWSWTT، و
ديكريمينجيان DIKERMINGIAN حقيقة تثير تلك المواد على الاكتئاب .
و كذلك الحال فقد وجد كليمينشو SHAW، و كامبس CAMPS. و
اكستيلستون ECCLESTON و كوبين و قان براج و كورف KORF. و سكت و كيتي
ان نقص المواد الاتية يرتبط ارتباطا مباشرا بالاكتئاب و هذه المواد هي:
أ- اندروليمين INDOLEAMINE.

ب- سيروتونين. SEROTONINE.

وهذا لم يكتفي كل من براتج PRQNGE، ويلسون WILSON، ولاين بتاثير المواد
السابقة الذكر بمفردها. بل ان اضافوا اليها افتراض التاثير برمسيف امين
PERMISSIVE-AMINE. على الاكتئاب ايضا.

النظرية السيكو دينامية:

كارل ابراهام ABRAHAM:

يعرف ابراهام حالة الاكتئاب التي يشعر بها الراشد بانها عملية ترجيع لخبرة متشابهة (اي
خبرة حزن او اكتئاب سابقة) قد خيرها الشخص عندما كان طفلا ، وهو يرى ان اهم
اسباب الاكتئاب هو فقدان الحب والاستجابة المؤلمة لهذا الحب او الحرمان.

سيجموند فرويد FREUD:

يرى الشخص المكتئب تصبح لديه مشاعر عدوانية اتجاه ذاته بدلا من توجيهها نحو
الموضوع الذي تسبب له في حالة اكتئاب ذاته بدلا من توجيهها نحو الموضوع الذي
تسبب له في حالة اكتئاب او تسبب له في خلق تلك المشاعر العدوانية و تحريك شحنتها
الانفعالية و يقر فرويد ان الحزن يختلف عن الاكتئاب الميلانكولي فان الاول يتسم بضياح
او فقدان الموضوع و ماينتج عنه احساس بان العالم قد اصبح مسكينا و خاويا و لكن ليس
هناك وقوع في عمليات كيفية تقدير الذات او اتهامها

اما في حالة اكتئاب الميلاكولي فان هناك ضياع او فقدان انفعاليا لموضوع مايرجع الى خيبة امل مرتبطة بعدة عوامل ولعل من افضل اسهامات فرويد في هذا المجال مقاله الشهير الذي نشره في 1917 بعنوان الحزن او الحداد و الميلاكوليا .

هذا ويرى فرويد ان رد فعل الاكتئابي ليس مناورة قصدية او تعمدية لا يذاء الشخص المحبوب و اقر بوجود تفاعل بين الاكتئاب والكراهية و الانتحار .

ساندورادو RAFDO .

فيرى ان الاشخاص الذين يتعرضون للاكتئاب تكون لديهم نرجسية شديدة جدا وبالاشباع و الرضا الشخصي وذلك لان هؤلاء الافراد لم يتطور لديهم الشعور بالانى و الشعور بالقيمة الذاتية خلال المراحل الاولى من حياتهم المبكرة .

وعندما يعاني هؤلاء نفر من الناس من الشعور بالضياع او فقدان نراهم يستجيبون بالغضب الذي يتحول داخليا اتجاه الذات، كحقاب من الذات العليا.

جيرو GERO:

فارجع الاكتئاب الى :

- عدم النرجسي
 - عدم تحمل الاحباط.
 - الخبرات الصدمية والخاصة بعلاقات الحب غير الناجحة.
- واهتم جيرو بمفهوم الفمية...وقد به ان اللذة الفمية الاساسية ماهي الا عامل واحد فقط في عملية الاشباع الخبري لحاجات الطفل للدفع واللمس و حث و الرعايا وان الاكتئاب يتعلق بعملية تثبيث في مرحلة اللذة الفمية بالاضافة الى مقلقات الجنسية و التناسلية التي احيانا ما تكون مصبوغة ببعض من العدوان والشعور بالذنب .

ميلاني كلاين KLIEN :

من اشهر اسهامات هيلاني كلاين في هذا المجال دراستها التي تحمل العنوان التالي الذي انتشر في ابري 1946: الحزن و علاقته بحالات الهوس الاكتئابي و تقدر كلاين ان كل طفل في نموه الطبيعي يذهب خلال نمطين من ردود الافعال هما:

الوضع الاول: و يسمى الوضع الفصامي البارانوي وهو يصف اتجاه الطفل نحو الاحباط الذي تتسبب فيه امه.

اما الوضع الثاني:

و يسمى الوضع اللاكتئابي و يحدث عندما ينمو ضمير الطفل و يشعر بالذنب اتجاه غضبه من امه، و تقرر كلاين ان الطفل عندما تقوم امه برضاعته فانه يضع ثدي امه و و لبنها وكل شئ في عقله و يترجمه الى حب و امان ومع ذلك فقد يشعر الطفل بخيالات و نبضات تدميرية اتجاه ثدي امه تتسبب في شعور بالضياح و بهذا جعلت كلاين الكراهية في المقام الاول يليها حالة الضياح.

و لعلها ايضا تتبع منطقا غريبا في ان النمو الطبيعي للاطفال لابد ان يسير وفق الابطاط و الغضب و حالة الضياح. وفق الاحباط و الغضب و حالة الضياح او فقدان ثم الرغبات التدميرية اتجاه ثدي الام.

سبب SPITZ:

يرجع سبب الاكتئاب الى عملية انفصال الطفل عن امه خلال حياته الباكرة و ذلك من خلال ملاحظاته للاطفال الرضع بالمستشفيات المنضلتين عن امهاتهم و مايصحب ذلك عمليات دينامية مثل الانسحاب و غير ذلك. و يطلق سبب SPITZ على هذا النوع من الاكتئاب اسم الاكتئاب الاتكالي.

- موني كيري KYRL.

اقترحت موني كيري نمطين من النمط المتباعدة الخاصة بالان الاعلى و هما: الخوف من العقاب و الخوف من خيبة الامل المتعلقة بموضوع حب واسمت النمط الثاني بالنمط الاكتئابي.

ادوارد بيزنج BIRUNG:

ويرى ان الاكتئاب ماهو الا ظاهرة ذاتية او ظاهرة انوية والعامل المهم هنا هو العلاقة بين الفرد و بيئته الاجتماعية اكثر من اي صراع داخل ذات الفرد.

و يقرر بيرنج ان كل انماط الاكتئاب لها جذور و اصول في تقدير الذات التي يكمن ان تؤدي الى النبضات الحسية العدوانية.

فالاعتئاب في نظر بيرنج يعد تعبيراً ذاتياً انفعالياً عن العجز و الضعف انه ينتج من الهوة CAP بين مدة تمنى ان يكون الفرد محبوباً وله قيمة وقوي وفي حالة طيبة و بين عملية تحقيق ذلك.

ان الاعتئاب غالباً ما يحدث عندما نكون غير قادرين على الحياة و على مسايرة الاهداف الخاصة بذواتها ولعل سبب ذلك يرجع الى انن نضع لانفسنا اهدافاً بعيدة المدى و قد يكون السبب في ذلك ايضاً هو تغيلاً المواقف الاجتماعية.

ويرجع بيرنج الاعتئاب الى خبرة العجز في مرحلة الطفولة المبكرة التي ترجع بدورها الى فشل في اشباع الحاجات الحيوية و انه اذ لم تتشبع الحاجات النرجسية المهمة بالنسبة للطفل و الراشد فان هذا مدعاة لنشأة حالة الاعتئاب.

كذلك الحال بالنسبة لخبرات العجز خلال مرحلة الطفولة المبكرة التي من شأنها ايضاً ان تخلف حالة اعتئاب خاصة اذا حدثت بعض الاحداث المؤلمة(الصدمية) مثل فقدان الامل.

ساندler SANDLER:

صاغ ساندلروجهة نظره في تفسير الاعتئاب في ضوء عدة عناصر هي مفهوم تقدير الذات و الشعور بالامن وعلاقة بين التقدير الذات و الشعور بالضياع... هذا اضافة الى تقديره بان الحزن في حد ذاته عملية مرطبة الغرض منها خفض الالم الناتج عن الشعور بالضياع وسبب هذه المشكلات هو تلك الهوة الكبيرة بين الذات المثالية و الواقعية.

جون بولي BOWLBY:

يرجع بولي عامل الاعتئاب الى الانفصال عن الوالدين و خاصة الام سواء في الانسان او الحيوان وذلك من حلال دراسته عن الاطفال و الرضع و دراسته عن صغار القردة.

النظرية السلوكية BEHAVIOURAL THEORY:

بروتوبوفو PROTOPOV:

يعد بروتوبوف في روسيا ممن سارو على نهج بافلوف حيث يرى ان هناك اعراضا جسمانية واضحة توجد سواء في حالة الاكتئاب او الهوس مما يجعل هاتين الحالتين مظهرين لمرض واحد و هذه الاعراض هي:

اتساع حدقة العين و بسرعة النبض و الامساك و فقدان المريض لوزنه منذ بداية المرض و كثيرا ما يتوقف الحيض عند النساء اثناء نوبات المرض ويعزو بروتورف هذه الاعراض لتاثير الجهاز السمبتاوي ويصاحب المرض ارتفاع في ضغط الدم و يعد ذلك حالة وظيفية للجهاز السيمبتاوي و الفرض الذي يقدمه بروتوبوف قد تكون بؤرة للاستشارة في طبقات ماتحت القشرة

الذي تؤدي الى حث كل الافعال المنعكسة التي تمر خلال طبقات تحت القشرة. ولقد ادت بحدوثه الى اثبات الزيادة حساسية المرضى الهوسي و الاكتئاب بالمنبهات الكهربائية و الحرارية و البرودة.....اذ يستعد المرضى بالحساسات الغير السارة في الجسم و لا يمكنهم التحكم اراديا في مثل هذه المنبهات .

و التحكم الارادي يبحث عن الالم وهو في العادة وظيفة القشرة و فشل الحرصي و التحكم في هذه المنبهات يشير الى ان القشرة فقدت وظيفتها التنظيمية .

ولما كان للهيپوثالاموس وظيفته في تنظيم العمليات الجسمانية و عملية التمثيل الغذائي كزيادة استثارة هذه المنطقة عند هؤلاء المرضى يشير الى زيادة التمثيل الغذائي عندهم مما يؤدي الى فقدان زيادة النشاط و يلاحظ ان المريض يفقد العادة اثناء المرض بين (10-15كغ)من وزنه

و تزداد نسبة افراز السكري في دم المريض و يستخدم المزيد من السكر و تنخفض نسبة حامض اللبنيكلانه يفرز سريعا من الجسم وهذا يفسر سبب عدم الشعور المريض بالاجهاد في حالة الهوس.

ويمكن تكوين الافعال المنعكسة الشرطية بسهولة سواء في حالة الهوس او في حالة الاكتئاب و توجد صعوبة في محاولة الازالة. هذه الافعال او التدريب على التمييز بينهما و تسود عمليات استشارة في حالة الهوس بينما تسود عمليات الكف في حالة الاكتئاب.

يولمان و كراسنر ULLMON&KRASMER:

حيث صاغا وجهة النظر الخاصة بهما فيما يتعلق بحالة الاكتئاب بقولهما ان حالة الاكتئاب تحدث من جراء خبرة فقدان التدعيم و الاثابة الايجابية مقابل حدوث خبرة التدعيم السلبي للعقاب

بمعنى ان المكتئب هو الشخص فقد تدعيم الايجابي بنية الاخرين علاوة على تحصيله للتدعيم الساب او العقاب و هنا تحدث حالة الاكتئاب.

ليبرمان و ريسكين LIPERMEN&ASKIN:

يقرران ان الاكتئاب ليس الا مسالة تدعيم اجتماعي وان الناس تتعرض للاكتئاب نتيجة لثبات الاجتماعية التي يحصلون عليها من الاخرين حيث يشعرون بالنبذ و يعني هذا ان المكتئب في حاجة الى جلب الانتباه الاخرين واهتمامهم و مشاركتهم الوجدانية .

اكسكال و ماكين AKISKAL&Mckimmey:

ويرى كلاهما ان الاحساس بالعجز مع النقص بعض الناقلات العصبية من شأنه ان يسبب تلف للمواد المخمرة (طبقات السفلية)العصبية الفيسيولوجية للتدعيم ، هذا التلف مايلبث ان يظهر و يتضح في حالة الاكتئاب .

فورست و هوكانسول forrest&HOKANSOL:

وفقا لهذا فان المكتئب ينقصه حالة الطبط و التحكم كما انه يستشعر كراهية و نفورا و تهديدات هن الاخرين من جراء سلوك العقاب الذاتي داخله لانه يجد من السهل على نفسه ان يوجه عدوانه الى ذاته بدلا من توجيهه الى الاخرين .

النظرية المعرفية:

ارونات بيك BECK :

يعتقد بيك ان الاكتئاب يحدث نتيجة اعتقادات معرفية سالبة فالشخص المكتئب لديه وجهة نظر سالبة بالنسبة لذاته و للعالم و للمستقبل و هذه المعارف السلبية ينتج عنها الاكتئاب و يقرر بيك ان العامل الاساسي للاكتئاب هو الاحساس بالضياع نتيجة توقعات الكثيرة والهداف الكبيرة التي تتسم باللاواقعية فالشخص المكتئب يجد نفسه ضائعا و دائم اللوم لذاته نظرا لوعيه و ادراكه لنقائصه و التي تطله مفهوما سالبا عن ذاته .

ويرى بيك ان المكتئبين يميلون الى المقارنة انفسهم بالآخرين و هذه المقارنة من شأنها ان تخفض مستوى تقديرهم لذواتهم و تحمل عملية تقويم الذاتي تتسم بالسلبية في الشخص المكتئب يقول لنفسه: انا است جيدا او صالحا مثل سائر الناس و انا لست محبوبا مثل الاخرين.

سلسلة من 20 اختبار من اختبارات تبديل مواضع واحرف وكلمات لتغيير المعاني و الالفاظ بعد تلقي عدة مثيرات في بادئ الامر خاصة (بالقدرة على الهروب) اسفرت النتائج على ان العينة المكتئبة كانت اكثر عجزا و كانت اقل نجاحا في حل الاختبارات عن العينة غير المكتئبة و جاءت النتائج مدعمة لفرض ان العجز المتعلم و المكتسب ماهو الا نموذج للاكتئاب و الذي يؤكد حقيقة الاستغلال بين اسلوب الاستجابة و و التدعيم و هذا يبدو اهميته بالنسبة لعلم اسباب الارجاع الاكتئابية و الاكتئاب التفاعلي.

نظرية التعلم الاجتماعي SOCIAL LEARNING THEORY:

بايكل واخرون :

يرى بايكل و كل من مايرز و دينيلككيليرمان و KLERMAN و kindenthan و repper يربون ان مرد الاكتئاب الى البيئة المحيطة به والاحداث المحيطة بها والتي تخبرها الاشخاص مثل حالات الوفاة و فقدان العزاء وفقدان الاشياء و هكذا فالبيئة تلعب دورا في احداث الاكتئاب

شارملسفريستر ferestrur:

يقترح عالم النفس الامريكي فريستر انه عندما تفقد اشخاصا مقربين فاننا في الواقع نفقد تبعهم التعزيز الاجتماعي.

وان الاشخاص الاخرين يستجوبون لنا عندما نتحدث عن اشياء او عندها يقوم باداء اعمال و هكذا وهذه انواع من الاستجابات تكون ذات دلالة بالنسبة للادميين لما مثل طعام فعندما نفقد عزيزا لدينا فان تمة اضطراب يؤدي بنا الى ان ندور في حلقة ناقصة او دائرة سيئة نفقد معها اهتمام لما يدور حولنا و نفقد معها محبة الاشياء ونصبح اقل اهتماما باداء الافعال التي تقابل استجابة الاجتماعية او التدعيم من الاخرين .

بارت BART:

يقترح بارت ان هناك عدة عوامل اجتماعية مسؤولة عن الاكتئاب لدى الاشخاص منها:

أ- مستوى التعليم ب- الطبقة الاجتماعية ج-المستوى الاقتصادي.

بالاضافة الى التدعيم السالف الناتج من البيئة المحيطة فهذا من شأنه ان يخلق لدى الفرد

الاعراض التالية:

أ-الشعور بالعجز ب -الشعور باليأس

ج- عدم اشباع التوقعات الخاصة

د- فقدان تقدير الذات .

وهذه الاعراض هي ما نسميه بالاكتئاب.

بيتر لوينسون Lewinsohn:

يرى لونسون ان الاكتئاب يتعلق بعملية نقص المهارات فان لم تكن لدينا المهارات التي تجعل البيئة المحيطة تحقق لنا التدعيم الذي تحتاج اليها فاننا بذلك نكون اشبه بالحيوانات في العمل التي لا نستطيع الحصول على طعامها و على ذلك فان لونسون يربط بين الاكتئاب و المعدل المنخفض من السلوك المدعم.

- فريدة فروم ريتمان Reichman:

ترى فريدة ريتمان ان الاكتئاب يرجع الى عوامل اجتماعية وبين شخصيته فشخصية المكتئب عادة ما يحيا في جو عائلي يكافح من اجل الحياة و المعيشة وعادة ماتكون الام من الطراز المسيطر الجامد في حين يكون الاب من الطراز الدافئ العطوف ولكن غير المؤثر في البيت.

وفي كنف الجو العائلي غير المستقر تتصارع الابناء و تشعر بان حالتها غير مستقرة بل و متناقضة ايضا و تندر فرص الابناء في التعبير عن ذواتهم بالشعور بقيمتهم الذاتية ومن المنطقي ان يتارجح الابناء بين حالات المدح و الاكتئاب من جراء الاعاشة في مثل هذا الطقس العائلي الملبد بالمتناقضات النفسية.

البرت باندورا BANDORA:

حيث تدور فحوى وجهة نظر ابرت حول ما يسميه ب : الفاعلية الذاتية فمرد الاكتئاب عنده يكمن في المفهوم السالب عن تلك الفعالية الذاتية التي هي بمثابة الشعور بمدى كفاءة الذات في مقاومة الافكار الأغلالية و الانهزامية و الخاطئة عنها. و تعد نظرية بيك في الاكتئاب ممثلة للاتجاه المعرفي في ايتولوجية الاكتئاب ومن اشهر اسهامات هذا العالم الامريكي اقتراحه فكرة العلاج المعرفي للاكتئاب و اعداده لقائمة لقياس الاكتئاب وتعد من المقاييس ذائعة الصيت في هذا المجال كما اسس معهدا للعلاج المعرفي للاكتئاب.

سكميل و نجل Schamal&Engel:

الذان ارجعا تفسير الاكتئاب الى الصراع الداخلي الشديد بين العجز و الكفاح ضد الاحساس بتوجيه الحيوية اضافة الى فساد ترميز عناصر استمرارية الحياة علاوة على الشعور باليأس و الشعور بالقنوط وقطع الرجاء و يقرر كل منهما ان هذه المشاعر قد تظهر في الحياة اشخاص الباكرة ،اي في طفولتهم و تكون نتيجة خبرة الاحداث الصدمية و الانفصال عن الوالدين و الشعور بعدم الارتياح الفيزيقي منذ الصغر.

مارتن سيلجمان Seligman:

صاغ مارتن سيلجمان وجهة النظر المعرفية الخاصة بالاكتئاب في ضوء مصدر الاكتئاب هو حالة فقدان للظبط من خلال وسائل التدعيم السلبي او الايجابي المكتسب او اطلق على ذلك اسم العجز المتعلم وفيه يشعر الفرد بالضعف و الاستكانة و النظرة الكئيبة المتشائمة للمستقبل و يقرر سيلجمان ان الناس الذين ينكرون على انفسهم فرصة ظبط بيئتهم الخاصة في سنوات حياتهم الباكرة يكونون اكثر ميلا و اكثر تعرضا لحالة العجز المتعلم في حياتهم الراشدة.

وفي جلمعسيلفانيا بالولايات المتحدة الامريكية اجرى كل من وليام ميلر ومارتن سيلجمان دراسة حول الاكتئاب و العجز المكتسب لدى الانسان اكدا فيها تلك المفاهيم.

ولقد استخدم كل من اوفرمير و سيلجمان وماير مصطلح العجز المكتسب او المتعلم لوصف حالة التداخل لعملية الهروب التحاشي في اجراءات تعلم الكلام عند الصدمة الكهربائية في المعمل.

وتهدف في هذه الدراسة الى بحث ظاهرة العجز المكتسب عند الانسان لدى ثلاث عينات (مكتئبين، وغير مكتئبين وهاديين) من طلاب الجامعة وبتطبيق.

- النظرية النفسية الاجتماعية :

ارنيست بيكر Beker:

يرى بيكر الاكتئاب بوصفه نتيجة لتهددات تقدير الذات ويمكن لتقدير الذات ان يتولد بواسطة مشاعر الضبط خلال الافعال و المواقف الذاتية و عندما ينخفض مستوى تقدير الذات لشخص ما فانه يصبح سلبيًا و يجد صعوبة في كل مايسلك وعلى ذلك فان الاحساس بالقيمة الذاتية يعد عناصرهما قويا بل ودافعا ضد الاكتئاب

والعنصر الثاني في تجنب الاكتئاب يتكون من المدى العريض من الافعال الممكنة التي تتفاعل مع المواقف الصعبة مثل فقدان موضوع ما او فقدان نشاط معتاد وعلى ذلك تجمع نظرية بيكر بين المفاهيم على المستوى الاجتماعي ان يكون لدى الفرد مدى ضيق من الافعال المتصلبة ويعني هذا على المستوى الاجتماعي ان يكون لدى الفرد مدى ضيق من الافعال اتجاه المواقف الاجتماعية .

اما على المستوى النفسي فان ذلك يعني ان يركز الفرد باصرار على حلول معينة ثابتة بالنسبة للافعال الممكنة وان يكون لديه وجهة للاستجابة مع القضايا الممكنة او الاستفسارات المحيطة بيه .

ويفترض بيكر ان الافراد يجاهدون من اجل اكتساب تقدير الذات ومن اجل تجنب القلق وان هذين الدافعين الاساسين للطبيعة البشرية على قدر من التناقض لان الشخص الذي يكون ميالا لان يستجيب للشدائد بالاكتئاب يكون معينًا و مهتمًا بشكل عام بتجنب القلق وان هذا من شأنه ان يقلل من تقديره لذاته.

وعلى هذا ينظر بيكر للاكتئاب من خلال ثلاث انواع من فقدان:

1- فقدان الذات.

2- فقدان العادات و المعايير و قواعد السلوك.

3- وفقدان ادراك مباحج الحياة.

هذا ويبدو وفقدان احترام الذات في العدوان المباشر دخو الذات بينما يبدو فقدان المعايير وقواعد السلوك في مجموعة العادات و التقاليد المرعبة في الحياة وان فقدانها ماهو إلا عامل رئيسي ومهم وبسبب مباشر لمرض الاكتئاب.

في الوقت الذي يرى ان فقدان الموضوع يصبح ثانويا.

ويعني بيكر بفقدان اراك المباحج الحياة اي احوال الفرد و ظروفه التي من خلالها تتكون تطلعاته واماله و ادراكه فقد يدرك الفرد يوما ما بان حياته غير جديرة بان تكون حياة بمعنى ان يرى الفرد الحقنة في طريقه هي ان الحياة لا معنى لها مطلقا وانها اصبحت لا تساوي في نظره .

النظرة الاساسية:

شاختر schachter:

يقترح شاختر ان الاكتئاب يمكن ان يرجع سببه الى وظيفة انخفاض مستوى الاثارة لدى الفرد بالاضافة الى الاحداث و الظروف غير السعيدة وغير السارة المحيطة به.

- وجهات النظر اخرى:

وجهة النظر كوفيل:

يقرر والتر كوفيل مع زملائه تيموتي و كوستيلو و روك انه بالرغم من الاستجابة الاكتئابية بالعصابية لا يساعد في الظهور الا ضغط بيئي فانها لا ترى الا عند الشخصيات المستعدة لها عصبيا .

من عالم المعاد و يوجد دائما قدر كبير من الكراهية المكبوثة فعندما يستجيب المريض لحالة وفاة نراهم يستخدم الاستجابة الاكتئابية ليحمي نفسه من الوعي بمشاعره الثنائية من الحب و الكراهية اتجاه الشخص المتوفي وفي الشخصيات غير الناضجة يرتبط شكل الاستجابة الاكتئابية بشعور زائد بالاعتماد اتجاه المتوفي.

دورثي روي Rowe:

ترى دورتي ان بعض الناس يجدون انفسهم في حالة اكتئاب و ذلك عقب الاصابة بالانفلوزا وان بعض النساء يجدن انفسهم مكتئبات او يصبحن اكثر اكتئابا في الاسبوع الذي يسبق الدورة الشهرية.

ولكن هذا ليس مدعاة للقول بان الانفلوزا او التوتر السابق للورة الشهرية لخلق حالة الاكتئاب لأنه ليس كل فرد يصبح مكتئبا من اجل ذلك ، تتساءل روي عن ماهية الفرق بين ان يكون المرء مكتئبا وان يكون غير سعيد.... فنقرر انه بالطبع يوجد فرق في الحاليين وتضيف انه اذا ماتساوى لديك الشعور بالسفاهة او الشعور بالاكتئاب فانه لن تستطيع ان تغادر معتقل الاكتئاب الذي سوف تعتقدون انك مجنون وداخل سجن الاكتئاب انت شخص اناني جدا تشعر بخوف هائل مثل خوف المرء من الموت اذ ما اخبرت الاخرين عن مخاوفك وماتشعر به فانهم سوف يعتقدون انك مجنون.

وترجع روي الاكتئاب الى انه عقاب للذات للفشل في تحقيق الاماني و المكانة و تقرر ان الاكتئاب ليس خطأ وراثي او مرض غامض وانه شيء ما نحن نخلقه و نبتدعه لا نفسيا و لذلك فنحن فقط الذين لديهم المقدره على التخلص من ابداعنا هذا.

ليختنبرج lichtenberg:

يقترح ان كل شخص يرى ان نجاحه او فشله يكمن وراء ثلاثة خطوط هي :

الاول: فيما يتعلق بالموقف الخاص.

الثاني: فيما يتعلق بالحاجات او الاهداف ككل.

الثالث: فيما يتعلق باشكال السلوك المختلفة التي قد تزيد احتمالية النجاح او تقللها .

ويفترض ليختنبرج ان هناك ثلاث انماط للاكتئاب تتوقف على مكونات درجة الامل و الياس وان التصنيف الثلاثي لهذه الابعاد يصبح كالتالي:

الشكل 1:

ويشتمل الانماط الطفيفة وهي مشتقة من فقدان متوسط للامل وانخفاض لاحق لاحتمالية انجاح في موقف خاص بينما التوقعات و الامل المتعلقة بالحياة في جملتها تبقى عالية تماما.

الشكل الثاني:

و تشتمل على احساس الشخص بالياس للغاية من مواقف خاصة بينما يحتفظ ببعض الامل في النجاح ككل ومهما كان من امر فان الضرر الذي يقع على مفهوم الذات اشد من الاكتئاب الموجود في الشكل الاول ولذا فشكل الاكتئاب الثاني يتضمن قليلا من الامل في النجاح بتغيير السلوك الفرد.

الشكل الثالث :

ولا يوجد به ادنى امل في النجاح حتى في المواقف الخاصة لو تغيير السلوك وهكذا يمكننا ان ندرك ان ليختنبرج يفسر الاكتئاب بانه مسؤولية الفرد هنا بالنسبة للياس انما تغري الى تصور و عجز شخصي واذا صار الامل وظيفية ادراك الفرد لاحتمال النجاح فان الاحتمال المدرك هذا سوف يجدو بنا نحو تشخيص حالة الفرد بانها مكتئبة (مدحت عبد الحميد 2001.ص61-8).

اعراض الاكتئاب:

وافق الباحثون بصفة عامة على مجموعة من الاعراض المرتبطة بالاكتئاب فالأكتئاب يعبر عن مجموعة من الاعراض المركبة التي يطلق عليها العلماء مفهوم الزملة الاكتئابية في اربعة فئات اساسية:

1- اعراض المزاج: MoodSymptoms

وتعتبر تلك الاعراض بمثابة الشكل المحدد و الاساسي للاضطرابات الوجدانية مثل وجود مزاج حزين معظم اليوم تقريبا كل يوم لمدة اسبوع تقريبا .

2-الاعراض الدفعيةMotivationalSymtoms:ذ

وتمثل الاشكال السلوكية التي تشير الى توجه نحو الهدف فالناس المكبوتين غالبا مايعنون قصورا في هذا المجال و قد يخبر البعض صعوبة شديدة في القيام بادنى عمل.

3- الاعراض البدنية Somaticsymtoms:

و تشير الى تغيرات الجسيمة لتي قد تصاحب الاكتئاب و تشمل تغيرات في انماط النوم و الشهية و الاهتمام الجنسي.

4- الاعراض المعرفية :

وتشير الى قدرات الافراد على التركيز دائما واتخاذ القدرات و كيفية تقويمهم لانفسهم؟ ويلاحظ من عرض الفئات الاربعة السابقة لاغراض الاكتئاب انها اغلقت جانب العلاقات الاجتماعية في حياة الفرد المكتئب و هذا ماتم معالجته بواسطة يترونجمان الذي نظر للاكتئاب على انه متضمنا جسم مجموعات من الخصائص هي:

*مزاج حزين و فتور الشعور.

*مفهوم سلبي عن الذات تتضمن تأنيب الذات و لومها.

*رغبة في تجنب الاشخاص الاخرين.

*فقدان الشهية العصبي و الرغبة الجنسية.

*تغيير في مستوى النشاط عادة في اتجاه الكسل و احيانا في شكل استشارة (السيد فهمي على .2010.ص206.205).

تصنيفاته:

(1)التصنيف حسب السبب:

أ- الاكتئاب الداخلي و التفاعلي:وهو تصنيف تقديم اما ان يكون ناتجا عن ظروف و احداث الحياة و يعد تفاعليا او انه لا يرتبط باي مشاكل خارجية لا ان هذا التقسيم قد اصبح غير دقيق ولا يتفق مع نتائج البحث العلمي فالاستعداد الداخلي للاكتئاب يتفاوت من شخص الى اخر وتلعب العوامل الخارجية دور لكل حالة اكتئاب و بدرجات متفاوتة، بحيث انه يمكن لانظر للاكتئاب على انه يقع على خط مستقيم احد طرفيه متفاوتة ،وغالبا مايكون المكتئب على نقطة تمتد على هذا الخط وليس على طرفيه.

ب- الاكتئاب الاولي او الثانوي:

وهذا التقسيم للتفريق بين الإكتئاب الذي يظهر ابتداءً في الحياة النفسية ويعتبر أولياً، والإكتئاب الذي يحدث على خلفية مرض نفسي آخر كالفصام العقلي أو الإدمان على الكحول والمخدرات وبعض الأمراض العضوية يعتبر ثانوياً.

الاكتئاب العضوي و غير العضوي:

مع انه كافة اشكال الاكتئاب تظهر بالنهاية نتيجة للتغيرات الكيميائية في مراكز التحكم بالمزاج ،الا ان الاكتئاب العضوي يقصد به الاكتئاب الناتج عن بشكل مباشر عن مرض عضوي، مثل اصابات و اورام الدماغ و الجلطات الدماغية ،نقص افراز الغدة الدرقية وسرطان البنكرياس و الرئة و غيرها من الامراض و الاكتئاب الناتج عن العقاقير الطبية مثل :الاميفاتين الكوكايين والقات و الكحول.

التصنيف حسب الأعراض:

وفيه قسم الاكتئاب إلى اكتئاب عصابي و اكتئاب ذهاني، واعتبر أن وجود مظاهر ذهانية تفصل الإكتئاب إلى هذين النوعين. وفي هذا التقسيم إجحاف لأشكال الإكتئاب العديدة غير الذهانية التي أعتبرت عصابية، مع أنها متفاوتة في درجات قد تصل في الشدة إلى الإكتئابالذهاني أو أكثر.مع ذلك فان الاكتئاب الذهاني لازال قائما مع انه قليل الحدوث

نسبياً و تمييز بالهلاوس و الامام المختلفة .اما الاكتئاب العصابي فقد عده البعض رديفا لتكرر المزاج مع ان هذا التشبيه تجانبه الدقة.

3.التصنيف حسب مسيرة المرض في عمر الإنسان:

أ. الإكتئاب أحادي القطب وثنائي القطب (Unipolar and Bipolar Affective disorder):

يشكل الإكتئاب جزءاً من اضطرابات المزاج التي تشمل الزهو (الهوس) والحالات المزاجية المختلطة، ولذلك اعتبر الإكتئاب أحادي القطب إذا تكرر كحالات إكتئاب دون أن يتخللها حالات من الهوس، وثنائي القطب إذا كان الإكتئاب يتناوب في حدوثه مع حالات من الزهو والحالات المزاجية المختلطة.

ب. الإضطراب المزاجي الموسمي:

هناك فئة من المرضى يتكرر عندهم إضطراب المزاج في نفس الوقت من السنة، وقد يكون هذا الوقت هو الخريف أو الشتاء ثم يتحسن المريض في الربيع والصيف وفي حالات أخرى فإن الإكتئاب أو الزهو يتكرر مع تغير الفصول، وخصوصاً في بداية فصل الربيع وهذا الشكل من إضطراب المزاج قد يرتبط بأشعة الشمس وتأثيرها على إفراز الميلاتونين في الدماغ.

ج. الإكتئاب التراجعي:

وهو نوع من الإكتئاب يصيب الكهول ويتميز بالتهيج والأعراض المراقية وكان هناك إعتقاد بأن هذا النوع من الإكتئاب له أسبابه الخاصة وتطوره المتفرد إلا أن هذا لم يثبت ذلك.

د. إكتئاب الشيخوخة

وقد كان هناك إعتقاد بأنه متميز عن باقي أشكال الإكتئاب بأسبابه وتطوره، إلا أن هذا لم يثبت أيضاً ولكن الثابت أنه أقل تجاوباً مع العلاج وقد يكون سريع الانتكاس ويتطلب علاجاً أطول وقد يكون مدى الحياة.

هـ-Melanholia:

تمثل هذه التسمية القديمة الجديدة شكلاً من أشكال الاكتئاب الشديد و يميزه فقدان المتعة في الحياة و عدم التغيير المزاج طيلة ساعات اليوم مع زيادة ملحوظة في سوء المزاج صباحاً و تحسن طفيف مساءً، إضافة الى تواجد الاغراض البيولوجية مثل: قلة الحركة و الصحو الباكر من النوم وضعف التسمية وفقدان الشهية وفقدان الوزن الملحوظ.

4-التصنيف الدولي العاشر:

صدر هذا التصنيف عن منظمة الصحة العالمية وقد قسم الاكتئاب الى عدة أنواع.

أ- انتكاسة اكتئاب (شديدة او بسيطة):

وهي الحالات الاكتئاب الشائعة متفاوتة الحدة، وقد يكون هناك عوامل مهمة مرسية للحالة او احداث بسيطة عادة ما لا يؤثر على اداء الانسان لوظائفه اليومية شكل واضح و لكن الانتكاسة الشديدة وقد يؤدي الى توقف الطالب عن دراسته او ربة البيت عن اداؤها واجبتها اليومية وقد يستقيل الموظف وتراجع اعمال التاجر و الحداد و النجار و رجل الاعمال بشكل ملحوظ وتتأثر صحته و سلوكه بشكل كبير.

ب- اضطراب مزاجي مزدوج القطب (مرحلة اكتئاب):

ان مرحلة الاكتئاب التي تحدث ضمن مرض الهوس الاكتئابي لا تختلف في اعراضها عن الاكتئاب عموماً و لكنها قد تكون مسبقة او متبوعة او انها تتبادل الدور مع الزهر كل سنة او ستة اشهر.

ج- اكتئاب متكرر (بسيط، متوسط الشدة، شديد):

ان حدوث الاكتئاب في حياة الانسان نقد لا يتكرر ولا تعود الاعراض الثانية، وفي احوال اخرى فان هناك تكرار للاكتئاب اما على فترات متباعدة قد تصل الخمس سنوات او اكثر، وقد تكون شديدا في كل مرة، وقد تتفاوت الانتكاسات من مرة الى اخرى وقد يتكرر بلا سبب واضح او لأسباب بسيطة أو أحداث معينة مثل الفشل في الدراسة او الزواج و التغيير مثل بداية المرحلة الجامعية وبداية العمل و الاقبال على الزواج ويمكن ان يكون التكرار بعد الولادة عند بعض النساء.

د- اضطرابات مزاجية طويلة الامد (اضطراب مزاجي دوري، تكدر المزاج):

وهذه من المشاكل التي قد يصعب تمييزها من قبل المريض نفسه او من حوله ، وقد تعد جزءا من شخصيته ، ففي اضطراب المزاج الدوري يتأرجح المريض بين الاكتئاب البسيط او تكدر المزاج بما لا يصل للزهو ولكن فيه ابتهاج و نشاط و حركة زائدة نوعا ما و كثيرا ما يصف الناس هذا الشخص انه مزاجي مع ان الاضطراب يتعدى الشخصية المزاجية، اما تكدر او عسر المزاج فهو درجة بسيطة من الاكتئاب ولكنه طويل الامد.

هـ- تشمل الاشكال الاخرى للاكتئاب سواء غير النموذجية او المصالحة لأمراض اخرى كالفسام.

و الاكتئاب غير النموذجي يختلف عن الاكتئاب بانه يكون مصحوبا بزيادة النوم و الاكل و الوزن و يترافق مع الكسل او القلق احيانا و غالبا ما يلاحظ في الفساد اما الاكتئاب المصاحب للفسام العقلي فهو من اشكال الاكتئاب الهامة، والتي قد تتزامن مع اعراض الفصام او تسبقها او تتبعها.

5- التصنيف الامريكي:

صدر عن الجمعية الامريكية للطب النفسي وقد تقسم الاكتئاب الى عدة انواع :

أ- انتكاسة اكتئاب كبرى.

ب- اضطراب مزاجي مزدوج القطب.

ج-اضطرابات اكتئاب اخرى :كالاكتئاب المتكرر وتكرر المزاج (وليد سرحان جمال الخطيب. مي حباشة.2001.ص36.42).

الشخصية الاكتئابية:

ان الكون الرئيسي في الاضطراب الاكتئابيهو الحالة الانفعالية المؤلمة مما يجعل شخصية المكتئب ان تتصف بالأعراض التالية:

اولا:يشعر المريض بالاسى و الحزن وتنتابه نوبات البكاء و التوتر وفقدان الموضوع المحبب الى الذات كما يشعر بالقلق وتوقع العقاب و التز وعدم امكانيته على الجسم و ضعف اتخاذ القرار و اتهامات بوجهها نحو الذات فهو غالبا ما ينتابه الاحساس بالذنب وانه قد تسبب في اصابة اسرته بالعدوى و جلب العارلها او تسبب في ايائها و كثيرا ما يستغرق في التفكير بالموت فيشعر بالياس و العجز وه فضلا عن لومه لذاته فانه يستخف بذاته.

ثانيا: ان الشخصية الاكتئابية تتسم بالكف الشديد و الانسحابية و الرغبة في الاختفاء و الابتعاد عن الاخرين و كثرة الاخفاقات و الشكوى البدنية و انطفاء الميل الى العمل فضلا عن شعور المكتئب بالاعاقة وحدة الطبع وغالبا تكون اهتماماته قليلة ويميل الى الابتعاد عن منبهات البيئة التي قد تستشير اهتمامته.

ثالثا:ان المريض بالاكتئاب يشكو من الاحساس بالضيق الانفعالي و فقدان الشهية و نقص الوزن ويكون قلقا على صحته و يتسم بالخوف وعدم الاستقرار ويزداد الخوف و الاضطراب فيلوي بيده و ينوح الى الامام تم الى الخلف بحركة دورية ويقضم اظافره و قد يمزق ثيابه و يردد كلمات تدل على فقدان الامل و يصبح مظهره متسما بالبؤس وان بعض المكتئبين تظهر عليهم الحيرة ويعانون من الشعور بفقدان الذات بحيث يرفض المريض الطعام بسبب الرغبة احيانا في الموت او بسبب انكار او اتهام الذات بانه لا يستحق الطعام.

رابعاً: يشيع في الشخصية الاكتئابية اضطراب واضح ذلك هو الرغبة بالانتحار حيث يشبع مثل هذا الاضطراب في اية شخصية مرضية اخرى ، كما هو الحال في الشخصية الاكتئابية وقد تكرر لدى المكتئب محاولات انتحار غير ناجحة ذلك لان من بين ابرز سمات الشخصية الاكتئابية الاجتهاد الانفعالي و العدوانية الموجهة نحو الداخل

خامساً: ان المريض بالاكتئاب و في الحالات الشديدة يصبح في حالة جفاف خطيرة و يعتري اليدين نوبات امسك وزورقه و يسرع النبض و يكون التنفس غير العميق و ينتلبه امسك و يقل البول فضلا عن الاضطراب الشديد في نومه و تكرار نوبات الارق.

سادساً:

تتصف شخصية الفرد الاكتئابي في البطيء في الكلام و التفكير و الصعوبة في التركيز و التدهور المعرفي و الاعتقادات غير المنطقية و الاختلال الوظيفي و الحط من قيمة النجاح و تضخيم الفشل ، كما يتصف المريض هنا بضعف الانا و تقدير الذات المنخفض بل ومقت الذات وعدم الرضا :

سابعاً:

ان الفرد الاكتئابي يشعر بالعدوانية نحو الاخرين ويميل الى الكذب و تشويه سمعته من يعمل معهم او نعيش معهم وهو غالبا ما يمارس السلوب النفاق الاجتماعي لاختفاق حياة النكد على الغير كعملية تعويضه لما يعانیه من متاعب انفعالية و من بين سمات المكتئب التذبذبية بين النرجسية و تحقير الذات و السلوك المضاد للمجتمع و القلق الاجتماعي و العصابية و القابلية للنبد.

ثامناً: تتصدق شخصية المكتئب بسرعة الاحساس بالاجهاد و الانشغالية بصحة البدن و فقدان القدرة الجنسية و التقلب المزاجي او التناقض الوجداني بين مشاعر الحب و الكراهية (اديب محمد لخالدي. 2009. ص 374. 372).

خلاصة:

جاء في بداية هذا الفصل مفهوم و تعاريف الاكتئاب ،العوامل المسببة للاكتئاب وهي متعددة ،عوامل بيولوجية اما مرتبطة بالعوامل الوراثية الجينية او المرتبطة بالكيمياء العصبية و العوامل النفسية و الاجتماعية و هناك ايضا اهم النظريات المفسرة للاكتئاب و المتمثلة في النظرية البيولوجية المركزة على الجانب العضوي و النظرية التحليلية التي اساسها علاقة الحب و الكره عند الفرد و نجد ايضا النظرية السلوكية (تدعى بنظرية التأقلم) والتي تعتبر الاكتئاب سلوكا ناتجا عن التعلم الخاطئ اخيرا النظرية المعرفية التي جمعت العامل السلوكي بالجانب المعرفي ، فالإكتئاب ماهو الانتاج تفكير خاطئ مترجم للسلوك شاذ حسب النظرية و بمعرفة الإكتئاب حددنا اهم الاعراضالرئيسية منها و الثانوية والتي من خلالها يتم تشخيصه و معرفة اهم الانواع التي تغيرت تبعا للتصنيفات الاكثر شيوعا و تصنيفات اخرى اختلفت لاختلاف تحديد الاسباب المؤدية له.(كرماس جمال.2015.2014.ص34)

الفصل الثالث الإعاقة البصرية

تمهيد

تعتبر الحواس في جسم الانسان وسائل جمع المعلومات من العالم الخارجي المحيط بالإنسان الى داخل الانسان (العقل و القلب) .

ان اي خلل او تعطل كلي او جزئي لاية حاسة من حراس الانسان سيكون له الاثر الكبير على حياة الانسان سواء اكان ذلك ماديا او معنويا و ان حاسة الابصار هي الحاسة التي يرى بها الانسان العالم من حوله و بدونها يكون العالم من حوله معتما و لايشعر به الا عن طريق المعلومات التي تدخل اليه عن طريق الحواس الاخرى .فحاسة البصر حاسة عظيمة حيث اشار ذلك القران العظيم و الاطباء و الناس العقلاء .ففي هذا الفصل سنحاول ان نقدم بعض المعرفة التي قد تساهم في التقى من حدة الاعاقة البصرية و التي تجعل حياة المعاق بصريا تسير بشكل اسهل و اقرب الى ما تكون عليه نمط الحيا التي يعيها العاديون. (زياد كامل اللالا.2012.ص23).

تعريف الاعاقة البصرية:

تلعب حاسة البصر دورا عظيما في حياة الانسان وهي تنفرد دون غيرها عن الحواس ينقل جوانب العالم الاجتماعي و معالم الواقع البيئي للإنسان الى العقل و ذلك بما يشتملان عليه من وقائع و احداث و معلومات وصور ومثيرات حسية و بصرية هذا بالاضافة الى مساعدة الانسان على تشكيل المدركات و المفاهيم البصرية التي تسهم بدورها في ارساء اساس قوي للنمو العقلي المعرفي لدى الفرد و تحقيق التفاعل بينه وبين بيئته التي تعيش فيها بمكوناتها المادية و الطبيعية،ونظرا لان المعاق بصريا يكون قد حرم من هذه النعمة التي تساعد على التعرف على ماحوله من معلومات عن بيئته فانه يظهر الى الاعتماد بشكل اساسي على باقي الحواس الاخرى و بالاخص حاسة السمع و اللمس وذلك لما لها من اهمية كبرى في عمليات التعلم و التعليم و القدرة على اكتساب المعلومات و التواصل مع المجتمع ،وبصفة عامة يعرف مصطلح المعاق بصريا *visually handicappe* بمصطلح يشير الى درجات متفاوتة من فقدان البصري تتراوح من حالات العمى الكلي *totallyblind* و هم الذين لا يرون شيئا على الاطلاق ومن ثم يضطرون الى الاعتماد على حواسهم الاخرى

في حياتهم اليومية و العملية و التعليمية، وحالات الابصار الجزئي **partiallysighted** او ما يسمونهم بفئة ضعاف البصر وهم من لديه بقايا من بصرتهم تمكنهم الى حد ما من استخداماتها نسبيا في التوجيه و الحركة و مهمات التعلم المدرسي و في هذا الصدد نجد ان هناك عدة تعريفات للإعاقة البصرية من وجهات نظر مختلفة.

التعريف القانوني:

يهدف هذا النوع من التعريفات الى تحديد مدى اهلية الافراد الذين يشملهم التعريف للحصول على التسهيلات و الحقوق و الضمانات المدنية التي يكلفها لهم القانون كمواطنين مثل الخدمات الصحية و الطبية و التعليمية و الاجتماعية و التأهيلية و الدعم المادي و غيرها و هناك:

ا-التعريف القانوني للكفيف كليا

ب- التعريف القانوني لضعيف البصر

ا-التعريف القانوني للكفيف كليا: هو شخص لديه حدة بصر تبلغ 200/20 او اقل مجال ابصار محدود لا يزيد عن 20 درجة.

اما التعريف القانوني لضعاف البصر هو الشخص لديه حدة ابصار احسن من 200/20 و لكن اقل من 80/20 في العين الاقوى بعد اجراء التصحيح اللازم ، مما سبق بحد ان التعريف القانوني يعرف كف بصر على اساس حدة البصر دون الاهتمام بتوضيح درجة الكفاءة او الفعالية التي يستخدمها الفرد في اداء وظائفه التعليمية.

التعريف الطبي للإعاقة البصرية:

يقال الشخص انه كف البصر طبيا عندما يعجز الجهاز المسؤول عن حاسة البصر عن اداء وظيفته اذا اصاب خلل، وهو ام خلل طارئ كالاصابة بالحوادث او ولادي يولد مع الشخص ،حيث يعرف الكفيف طبيا بانه هو الشخص الذي لا تزيده حدة البصر المركزي لديه عن 200/20 في العين الافضل من الاخرى حتى بعد استعمال النظارة الطبية او هو الشخص

الذي لديه مجال بصري محدود جدا بحيث لا يزيد بصره المحيط عن 20 درجة في احسن العينين.

التعريف الاجتماعي للإعاقة البصرية:

يذهب علماء الاجتماع الى ان الكفيف هو الشخص الذي لا يستطيع ان يجد طريقه في بيئته غير معروفة لديه او من كانت قدرته على الابصار من الضعف بحيث تعجزه عن مزاوله عملية العادي.

التعريف التربوي للإعاقة البصرية:

يعرف المكفوفون تربويا بانهم الذين يعانون من صعوبات في الابصار الا انهم باستخدام المعينات البصرية كالنظارات الطبية او وسائل التكبير و العدسات يتمكنون من القراءة و الكتابة العادية وبناء على ذلك نجد ان:

أ- التعريف التربوي الكفيف كلياً: هو تشخص يعتمد في القراءة و الكتابة على مايتوفر لديه من القنوات اللمسة او السمعية(كاستخدام طريقة برايل او شرائط الكاسيت)في الحصول على المعلومات.

ب- التعريف التربوي لضعاف البصر: هم الذين يتمكنون من القراءة و الكتابة باستخدام المعينات البصرية كالعدسات المكبرة او النظارات او غير ذلك ومن خلال ما سبق نجد ان هذا التعريف يعتمد على الاغراض التعليمية كاساس للتمييز بين النوعين من المعاقين بصريا.

التعريف اللغوي للإعاقة البصرية:

توجد في اللغة العربية الفاظا تعرف الشخص الذي فقد بصره مثل :الالفاظ التي وردت في معجم لسان العرب وهي :

الاعمى:وهي مأخوذة من العماء اي الضلالة و العمى و يقال في فقد بصرا و ذهابه وفي فقد البصيرة مجازا

الاكمه :مأخوذة من الكمه وهو العمى قبل الميلاد اي الذي يولد تالف العين .

الاعمه:ماخوذ من العمه و العمه هو التحيز و التردد و يقال العمه في افتقاد البصر .
الضرير:الضرارة هي العمى و الرجل الضرير هو الرجل الاعمى
العاجز :ماخوذة من العجز اي التاخير عن نقل الشئوهي شائعة الاستخدام بين العامة
من الناس ويطلقونها على الكفيف لعجزه عن فعل الاشياء التي يفعلونها
- الكفيف او المكفوف ماخوذة من الكف و معناها المنع و الكفيف هو من كف بصره
اي عمى و جمعها مكافيف.

مفهوم المكفوفين وضعاف البصر من وجهة نظر المكتئبين:
هم اولئك الذين ليست لهم القدرة على استخدام الكتب والدوريات و غيرها من
مصادر المعلومات المطبوعة التقليدية ومن تم فهم يعتمدون على اوعية المعلومات
المطبوعة التقليدية ومن تم فهم يعتمدون على المعلومات التي يعتمده في الاستفادة
منها على حاسة المس او السمع مثل مواد براي-المواد المطبوعة بحروف كبيرة
على وسائل الاعلام المختلف في اكتساب المعلومات و الثقافة و يضيف الباحثة الى
هذا التعريف:برامج الحاسب الالي المحصصة لمساعدة المعاقين بصريا.

نلاحظ من خلال التعريفات السابقة ان: 1- الاعاقة البصرية يمكن ان تحدد في اطار
مفهومين هما: ا- حدة الابصار VISAYALY ACUITY:

ويقصد بها قدرة الفرد على رؤية الاشياء و تمييز خصائصها و تفاصيلها.
- مجال الرؤية: fidel of vision: وهو المحيط الذي يمكن للانسان الابصار في
حدوده دون ان يغير في اتجاه رؤيته او دون ان يغير في اتجاه رؤيته او دون
الحاجة الى التحديق وقد وجد التعريف القانوني و الطبي للمعاقين بصريا حيث انهما
جعلتا من حدة الابصار اساسا للتعريف الكفيف و ضعيف البصر. اساس التعريف
الكفيف و ضعيف البصر.

2- الطريقة التي تعتمد عليها الشخص في التعلم (القراءة و الكتابة) وقد اتخذ كل من
التعريف التربوي و المكتبي هذا المفهوم كاساس لتعريف الكفيف وضعيف البصر
حيث انهما يميزان بين كل منهما على اساس درجة الاعاقة و تأثيرها على

استعدادتهم للتعلم و ما نستلزمه من اتباع طرق و استخدام مواد تعليمية معينة. (دعاء احمد خلف 2002.ص64-68).

اسباب الاغائة البصرية:هناك اسباب عديدة للاعاقاة البصرية وفيما يلي عرض موجوز لاهم تلك الاسباب:الجلوكوما (GLAUCOMA)او مايعرف ايضا باسم المياه السوداء هي زيادة حادة في ضغط العين مما يحدث من كمية الدم التي تصل الى الشبكية و يؤدي الى تلف الخلايا العصبية و بالتالي العمى اذ لم تكشف الحالة مبكرا و تمت معالجتها جراحيا في العادة اما لدى الكبار فهي غالبا ماتعالج بالعقاقير و تتدهور الحالة البصرية في هذه الحالة بالتدريج ولا تتاثره حدة البصر في البداية حيث ان البصر المحيطي هو الذي تتاثر و ذلك لان التلف يحدث في الجزء الجانبي من الشبكة و ينتقل تدريجيا الى مركز الشبكية ممؤديا الى العمى ومع تطور الحالة يتالم المريض ويصبح الدف من العلاج خفض الضغط و ايقاف اية ةدهورات مزمنة ان تسبب هذه الحالة غير معروف جيدا او المرض قد يحدث فجلة وقد يتطور تدريجيا وبعد سن الخامسة و الثلاثون تزيد نسبة الاصابة بهذه الحالة لذا ينصحالافراد بفصح العين بشكل دوري هذا و تصنيف المياه السوداء الى نوعين هما:

أ- المياه السوداء الولادية(congenitalglaucoma):

و تكون موجودة منذ لحظة الولادة بقليل و تحتاج الحالة هذه الى صراحة مباشرة لمنح التلف وفي هذه الحالات الشديدة تكون القرنية مدفوعة الى الامام و في البداية يتجنب الطفل الضوء و تسيل دموعه بكثرة و هذه الاعراض تنتج عن زيادة الضغط الداخلي في العين و تلف القرنية اذ يحدث توسع فيها.

ب – المياه السوداء لدى الراشدين(Adultglaucoma)

يعاني الافراد المصابون بهذه الحالة من صداع في الجزء الامامي من الراس خاصة في الصباح و يمكن معالجة هذا النوع من المياه السوداء في كثير من الاحيان بقطرة العيون التي تعمل على خفض الضغط وقد يكون كلا النوعين

الجلاكوما الولادية الراشدين ،اوليا اي ليس ناتجا عن مرض ما في العيون او قد يكون ثانويا ناتجا عن مرض في العين).

الماء الابيض:

هو اعتمام في العدسة وفقدان للشفافية يؤدي الى عدم القدرة على الرؤية اذ لم تعالج الحالة وهذا المرض يحدث عادة ادى الكبار ولكنه قد يحدث مبكرا ايضا بسبب العوامل مثل الوراثة و الحصبة الالمانية وإصابات العين وتسمى الحالة لدى الاطفال بالماء الابيض الولادي (congenitalcutrat) حيث قد تكون القدرة على رؤية الاشياء البعيدة ورؤية الالوان محدودة و يشكو الفرد من حساسية كبيرة للضوء هذا المرض سواء تدريجيا و يحدث صعوبة في الرؤية و تعتمد الاعراض على المساحة في العدسة الذي حدث فيها تعتيم وعندما تزال العدسة يصبح البصر ضعيفا جدا ولا يحدث تركيز للضوء فقد تصبح حدة البصر 200/20 ال 400/20 في العين التي اجرى لها عملية جراحية ولهذا فبعد ازالة العدسة المعتمة توضع عدسة انفصال الشبكية.

ينتج انفصال الشبكية ن جدار مقلة العين عن تقب في الشبكة مما يسمح للسائل بالتجمع الامر الذي ينتهي بانفصال الشبكية عن الاجراء التي تتصل بها و يسعى العلاج الى اغلاق الثقوب و اعادة توصيل الشبكية بالجدار وينكن معالجة اكثر من 90% من هذه الحالات بنجاح ومن اهم اعراض انفصال الشبكية ضعف مجال الرؤية و الالم الشديدة و الضوء الومضي الخاطف هذا و تعود حالة انفصال الشبكية لعدة اسباب منها الاصابات اصابات الراس وقصر النظر التنكسي و السكري.

اعتلال الشبكية الناتج عن السكري diabeticretimophy:

وهو مرض يؤثر على الاوعية الدموية في الشبكية وقد يؤدي النزيف في تلك الاوعية الى العمى اذا اكتشفت حالة السكري و عولجت فمن الممكن تاخير حدوث الاعتلال او منعه ولا يوجد علاج مناسب لا اعتلال الشبكية وان كان العلاج حاليا يركز على تخثير الدم عن طريق استخدام اشعة الليزر.

-تنكس الحفيرة Maculardegentie:

اضطرب في الشبكة تحدث فيه تلف في الاوعية الدموية في منطقة الحفيرة (النقطة المركزية) ويواجه الشخص صعوبة في رؤية الاشياء البعيدة و الاشياء القريبة وهذا المرض يصيب الكبار في السن ويصيب الاناث اكثر من الذكور زكما هو معروف فان النقطة المركزية لهذا فالاطراب يؤدي الى فقدان البصري ولا يكفي البصر المحيطي المتبقلتادية الاعمال القريبة من العين كالكتابة و القراءة و الاعمال اليدوية.

ورم الخلايا الشبكية (retinoblastoma):

ورم خبيث في الشبكة اذ لم يعالج ينتشر الى العصب البصري فالدماع في بعض الحالات يكون علاج الورم ازالة العين كاملة اما اذا كان الورم محدودا فالعلاج يكون بالاشعة.

- ضمور العصب البصري:

يحدث ضمور في العصب المركزي لأسباب جديدة كالأضرار التنكسية و الحوادث و الالتهابات والأورام ونقص الاكسجين وقد يحدث الضمور في اي عمر ولكنه اكثر شيوعا لدى الشباب و في بعض الاحيان قد يكون المرض وراثيا وتعتمد قدرات الفرد البصرية على شدة التلف فقد بصر وقد يبقى لديه بصر جزئي.

التليف الخلف عدسي(Retrolentfibroplasia):

مرض ظهر في عقد الاربيعات ينتج عن اعطاء الاطفال الخدج كميات كبيرة من الاكسجين مما ينتج عنه تلف في الانسجة خلف العدسة و تتأثر الاوعية الدموية ايضا وتتلف الشبكة و احيانا تبقى بعض الخلايا في الشبكة سليمة ولهذا يصبح الفرد مايسمى برؤية النقاط (spotvision) وبشكل عام قد ينتهي هذا المرض بالعمى التام.

الحول:

تتحكم عضلات العين الخارجية بحركة العيون بالاتجاهات المختلفة ومن المهم ان تتحرك العينان معا لدمج الخيالات البصرية لإعطاء انطباع دماغي واحد لها وهذا مايسمى بالبصر الثنائي (binocular vision)، فاذا كان هناك خلل في احدى العضلات فلن تتحرك العينان معا بشكل منظم واذا ترك هذا الوضع دون تدخل علاجي فقد استخدم الطفل عينا واحدة واما العين الاخرى فيصيبها كسل واذا استمر الوضع هكذا تضعف العين بشكل دائم ويعتبر الحول الى الداخل (ESOTOPIA) اكثر انواع الحول شيوعا بين الاطفال وفي العادة يكون هذا الحول في عين واحدة وفي بعض الحالات تكون في كلتا العينين منحرفتين نحو الانف وفي حالات قليلة يكون الحول الى الخارج EXPTROPIA ويحتاج معظم الاطفال المصابين بالحول الى جراحة حيث ان حالات قليلة فقط يمكن معالجتها بالنظارات.

توسع الحدقة الولادي :

هو تشوه ولادي ينتقل على هيئة جين سائد ،تكون فيه الحدقة واسعة جدا نتيجة عدم التطور القزحية في كلتا العينين ويحدث لدى الفرد حساسية مفرطة للضوء وحده ابصار محدودة وربما ايضا رارة ومياه سوداء وضعف في مجال الابصار ويستخدم الافراد المصابون احيانا النظارات و المعينات البصرية لتقليل كمية الضوء التي تدخل العين.

- البهق (ABINISM) :

هو اضطراب تكون فيه الصبغة قليلة جدا ومصدومة و لهذا فان الضوء الذي يأتي الى الشبكة لا يتم امتصاصه وينتج البهق عن خلل في البناء و هو خلقي يكون فيه جلد الشخص اشقرا وشعره ابيضا وعينه زرق وتين و تكون القزحية شاحبة ولا تمنع الضوء الزائد من الدخول إلي العين لذلك تحدث حساسية مفرطة للضوء التي تدخل للعين ولكن ذلك لا يجعل البصر عاديا وقد يرافق حالات البهق مشكلات اخرى مثل عيوب الانكسار و الاستجمام تزم و الرارة وخاصة عندما يتعب

الشخص او عندما يركز على الاشياء وبوحه عام تتراوح حدة البصر لدى هؤلاء الاشخاص بين 70/20 الى 200/20.

التهاب الشبكية الصباغي (retirons) : حالة وراثية تصيب الذكور أكثر من الإناث تتلف فيه العصي في الشبكية تدريجية . و يحدث عمي ليلي في البداية و يصبح مجال الرؤية محدود 7 أكثر فأكثر و يحدث ضعف في حدة البصر .إلي أن يصبح البصر فتيه). . و غالبا ما يكون المرض مرتبطة بأمراض تنكسيه في الجهاز العصبي المركزي . و لا يوجد علاج فعال لهذه الحالة.

عمي الألوان (color blindness): حالة وراثية لا يستطيع الفرد فيها تمييز الألوان بسبب خلل في المخاريط و تتأثر حدة البصر عادة فتضعف إلي درجة كبيرة و قد يحدث حساسية للضوء أما مجال الرؤية فهو في العادة يكون عادية .

القصور في الأنسجة (coloboma) : مرض تنكسي وراثي يظهر فيه بروز أو شق في الحدقة و تشوهات في أجزاء مختلفة من العين مثل عدم نمو بعض الأجزاء المركزية أو المحيطية في الشبكية و يحدث في هذه الحالة ضعف في حدة البصر رآرة و حول و حساسية للضوء و مياه بيضاء .

القرنية المخروطية (keratoconus) : حالة وراثية تنتشر فيها القرنية بشكل مخروطي و تظهر الحالة في العقد الثاني من العمر و تؤدي إلي تشوش كبير في مجال الرؤية و ضعف متزايد في حدة البصر في كلتا العينين و هذا الإضطراب أكثر شيوعا لدي الإناث من الذكور.

رأرة العين nystaginy : حالة يحدث فيها حركات لا إرادية سريعة في العيون و هذا ينجم عنه غثيان و دوخة . و قد تكون حالة الرأرة مؤشرا علي وجود خلل في الدماغ أو مشكلة في الأذن الداخلية .

العين الكسولة (amblypia) : حالة تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة و هي غير مفهومة جيدا. يحدث الكسل في عين واحدة عادة و لكنه يشمل كلتا العينين و يجب معالجة الكسل قبل بلوغ الطفل الثامنة او التاسعة من العمر . و تتمثل العلاج بإثارة العين المصابة بصورة بصرية عادية و ذلك يشمل إغلاق العين الطبيعية ليستخدم الطفل العين الضعيفة .

إن أي عامل يعيق مرور الضوء بالشكل الطبيعي عبر العين قد يؤدي إلى هذه الحالة لأن يؤثر سلباً على النمو البصري الطبيعي مما يقود إلى كسل العين قصر النظر:

يحدث قصر النظر عندما تكون مقلة العين طويلة وفي هذا الحالة تتكون الصورة أمام الشبكية و ليس عليها وتتأثر القدرة على الأشياء البعيدة ام رؤية الأشياء القريبة فقد تكون عادية و غالبلما يظهر هذا الخطاء في المرحلة العمرية 8-21 سنة. ومن الأشكال قصر النظر ما يعرف باسم النرالنتكسي وهو حصر بصر شديد يظهر مبكراً جداً و يزداد خسر البصر هذا مع تقدم العمر الى درجة قد يضعف فيها البصر بشدة و احد اول المؤشرات على هذه الحالة اضطراب الرؤية المركزية ويمكن تحسين حدة البصر بالنظارات التقليدية ولكن قد لا تتحسن البصر تماما ويبدو ان هذه الحالة وراثية اما كيف تنتقل وراثيا فذلك امر غير معروف.

طول النظر (HYPEROPIA):

يحدث طول النظر عندما تكون مقلة العين قصيرة فنتكون الصبغة خلف الشبكية و ليس عليها، وتتأثر القدرة على رؤية الأشياء عد النظر هي حالة وراثية عندما تكون القرنية مسطحة بشكل كبير أو إن المسافة من القرنية إلى الشبكية قصيرة جداً. عندما يحدث هذا فإن أشعة الضوء القادمة من جسم ما تخترق الشبكية قبل أن تتم عملية التركيز الدقيق، أو إن الصورة نظرياً تتركز على نقطة خيالة خلف الشبكية، والنتيجة هي رؤية مشوشة أو غير واضحة عند محاولة التركيز على شيء قريب جداً. لكن الرؤية عن بعد في هذه الحالة تبقى حادة وواضحة

الأطفال الذين يعانون بعد النظر يمكنهم أحياناً التحسن بدون استخدام عدسات تقويمية، وذلك بسبب قوة ورشاقة عدساتهم الطبيعية. مع درجة عالية من بعد النظر، مع ذلك ممكن أن تظهر علامات غير متعلقة بالرؤية كالصداع وقلة الرغبة بالقراءة كلما يتقدم عمر العين تفقد قابليتها على الاستيعاب والتركيز تدريجياً، أكثر ذوي بعد النظر يحتاجون إلى عدسات تقويمية، في الحالات البسطة لطول النظر يمكن لعينيك أن تتكيف من دون عدسات تقويمية عند بلوغ الثانية والاربعين من عمره.

حدج البصر:

وهي ايضا من الحالات اخطاء الانكسار التي تؤثر على حدة البصر المركزية وفيها تكون القرنية او العدسة غير المنتمة ولذلك فان بعض الضوء يتركز امام الشبكية و بعضه الاخر خلفها و لهذا لا تكون الصورة واضحة فيعاني الفرد من صداع و تعب عند القراءة. اذا حدثت عيوب الانكسار سريعا فقد يكون السبب انحراف العدسة او السكري او المياه البيضاء يتغير ببطئ عبر السنوات ولذلك فان أي تغيير سريع يتطلب الرعاية الطبية المباشرة .

- اضطراب القرنية :

قد تتعرض القرنية لاصابات مختلفة فقد تحدث التهابات القرنية السطحية تظهر

مجموعة من الاعراض

من اهمها الدماغ والاحساس بوجود اجسام غريبة في العين و احتقان الملتحمة و التحسس من الضوء وتعالج هذه الالتهابات تبعا لسببها ولكن غالبا ما تستخدم القطرات و المراهم لمعالجتها ام التهابات القرنية العميقة فهي تظهر بشكل مفاجئ ويحدث فيها اختلاف في سمك القرنية وتتمثل الخطور الاساسية لاطرابات القرنية في حدوث كثافة بيضاء تحجب الرؤية و تؤدي في بعض الحالات الى فقدان البصر و اذا حدثت هذه المضاعفات فالعلاج يكون جراحيا بزراعة القرنية.

التراخوما (TRACHOMA):

تراخوما من أكثر أمراض العيون إنتشارا وهو عبارة عن إلتهاب مزمن للغشاء المخاطي لجفن العين ينتج عنه حرقان في العين، وفي الحالات المتأخرة إنقلاب الجفن وإحتكاك الرموش مع قرنية العين مما يؤدي لإصابتها لاحقا بعتامات في الرؤية.وهو مرض ينتقل من شخص إلى آخر عن طريق بعض الحشرات أو عن طريق استعمال ملابس أو مناشف شخص مصاب به.تؤدي التراخوما إلى كف البصر ولكن نادرا ما يدرك الشخص المصاب بالتراخوما إنه قد يفقد البصر في المستقبل القريب أو البعيد.وافضل اسلوب لدرك مخاطرها هو تنفيذ برامج الوقاية الشخصية عدم لمس العينين باليدين غير النظيفتين و استخدام مناشف او مناديل خاصة اما الوقاية الجماعية و التي تنفذ في المدارس واماكن العمل

وغيرها فهي تتضمن اجراء الفحوصات الدورية للعيون وتنفيذ حملات التوعية حول طرق انتقال المرض ومن اعراضه الرئيسية للتراخوما انتفاخ الجفون و احمرار الملتحمة و الدماغ و التحسس من الضوء وغالبا مثل قطرات السلفا او التترسيكاليين لمدة شهر او شهرين حسب الحالة.

الرمد:

هو التهاب الملتحمة في عين واحدة أو كلتاها بإحمرار وحكة، وقد ترافق ذلك رؤية ضبابية وحساسية تجاه الضوء. ويشعر المصاب بـ"زغللة" في العين أو يعاني من تصريف يتجمع خلال الليل. وتشكل هذه الاعراض علامة إصابة بكتيرية أو فيروسية تعرف بالرمد. وتدعى هذه الحالة طبياً "التهاب الملتحمة" وهي عبارة عن التهاب غشاء الملتحمة الذي يبطن الجفون وجزءاً من مقلة العين، وبسبب الالتهاب، يؤدي الرمد إلى تهيج العين إلا أنه لا يؤدي البصر، ولكن من الأهمية بمكان تشخيص الحالة وعلاجها باكراً لكونها سريعة العدوى. وفي بعض الأحيان من شأن الرمد أن يولد مضاعفات لدى المصاب. ومن اعراضه -احمرار في عين واحدة أو كلتا العينين.

-حكة في عين واحدة أو كلتا العينين -تشوش في الرؤية وحساسية للضوء -الشعور بوجود رمل أو برغل في عين واحدة او كلتا العينين، (الشعور بجسم غريب ولا تستطيع إزالته

التهاب الملتحمة الفيروسي والبكتيري شائعان لدى الاطفال كما يصيبان البالغين أيضاً. وتعتبر هاتان الاصابتان شديديتي العدوى. و الالتهاب الفيروسي (الرمد الحبيبي) عادة تصريفاً مائياً، بينما يسبب الإلتهاب البكتيري (الرمد الصديدي) غالباً مادة صفراء مخضرة سميقة بكمية كبيرة.

أما التهاب الملتحمة التحسسي (الرمد الربيعي)، فهو يصيب كلتا العينين، ويمثل استجابة لمادة مُحسّسة، كاللقاح وغبار الطلع، وليس ناتجاً عن عدوى. ويعاني المصاب، إضافة إلى الحكة الحادة وذرف الدمع والتهاب العين، من بعض الحكاك والازيز والتصريف المائي من الانف. وهو مرض كثير الانتشار في دول الشرق الاوسط .

الجحوظ (EXOPHTHOLMOS)

الجحوظ هو بروز العين الى الامام وق يكون احادي الجانب على الاورام في التكيس او فرط افراز الغدة الدرقية اما الجحو ثنائي الجانب فقد ينتج عن او فرط افراز الغدة الدرقية اما الجحوظ ثنائي الجانب فقد ينتج عن صغر حجم الحجاج لوفرط الغدة الدرقية وتقرر طبيعة العلاج في ضوء الناتج التي تتمخض عنها عملية الفحص و ال تشخيص و التي تشمل الصور الشعاعية و التصوير المحوري و التصوير بالامواج فوق الصوتية مي الصبحي الحديدي 1988.ص45-55.

خصائص المعاقون بصريا:

الشخصية هي البنية الكلية الفريدة للسمات التي تميز الشخص عن غيره من الأفراد وهي أيضا ذلك التنظيم السيكولوجي للفرد الذي يتعدل من خلال خبرات الفرد في الحياة ويتضمن تفاعل الفرد الوراثية والعوامل البيئية معا.

فتعد معرفة الخصائص التي توضح شخصية المعوق بصريا من الاعتبارات المهمة التي تؤخذ عند تقديم المساعدة التربوية مثل: الوسائل والمعينات والأنشطة التعليمية وطرق التدريس وغيرها من التسهيلات التي تساعده على النمو المعرفي والنفسي والاجتماعي.

ويمكن تصنيف هذه الخصائص على النحو التالي:

- الخصائص النفسية والاجتماعية:

تلعب البيئة التي يعيش فيها الطفل الكفيف دورها في نمو شعوره بعجزه وهو دور يتراوح بين المواقف التي تغلب عليها سمات الرفض وعدم القبول. وتقع بين هذين الطرفين المواقف المعتدلة التي تغلب عليها سمات المساعدة الموضوعية التي تهتم بتنظيم شخصية الكفيف لتنمو في اتجاهات استقلالية سليمة وتترتب على ذلك المواقف الاجتماعية المختلفة إزاء الكفيف ردود أفعال تصدر عنه وتوصف بأنها ملائمة وغير ملائمة والكفيف بحكم عجزه عن الرؤية الذي يقعه عن ممارسة كثيرا من ألوان النشاط التي يمارسها المبصر، تفتقد شخصيته إلى عنصر الثقة ويسود نفسيته الخوف وهذا الخوف يدفعه إلى عدم الخوض في مغامرات استطلاعية قد تفرضه لألوان من الأذى ولذلك فهو يكبت دافعا إنسانيا أصيلا هو حب المعرفة واستجلاء آثار ما حوله، وإذا استجاب الكفيف لهذا الدافع فإنه يتعرض

لتجربة قاسية تجعله يكبت هذا الدافع وتصبح حياة الكفيف داخلها صراعات متعددة بين ان يعيش في عالم المبصرين، وعالمه الخاص المحدود، فهو يرغب في الخروج من عالمه الضيق والاندماج في عالم المبصرين، لكنه يصطدم بآثار عجزه التي تدفعه مرة أخرى إلى عالمه المحدود.

ولعله ما يزيد من حدة هذه الصراعات تلك المواقف التي يجدها في المجتمع من حوله فهو أمام اتجاهات اجتماعية تحاول عزله من مجتمع المبصرين، وكل هذا يؤدي إلى أن يحيا حياة نفسية غير سليمة ويصبح عرضة للاصابات النفسية التي تؤدي إلى سوء التكيف مع البيئة التي يعيش فيها.

ويجد الكفيف تناقضا كبيرا بين المعاملة التي يتلقاها في البيت وهي تتسم غالبا بالاستجابة لكل مطالبه وتوفير احتياجاته فيزداد اقتناعا بعجزه والمعاملة التي يتلقاها من الأطفال أو زملائه المبصرين، وهي تتسم بالقسوة وبين هذين التقيضين يعيش الكفيف في عزلة وانطوائية.

إلى عدم مقدرة الكفيف على التكيف مع البيئة نتيجة لرفض المساعدة التي تقدم إليه، لأنه يرفض عجزه تماما، مما يؤدي إلى نمو الشخصية التفسيرية وهناك كفيف يتقبل عجزه لكنه يرفض المساعدة مما يساعد على نمو الشخصية الانسحابية والرغبة في العزلة عن المجتمع.

إن الكفيف لعيش أنواعا مختلفة من الصراعات نتيجة المواقف السابقة فهو في صراع بين الدافع إلى الاستقلال والدافع إلى الرعاية، حيث يرغب في أن تكون له شخصية مستقلة لكنه يدرك أنه مهما نال من استقلال فإنه يظل إلى درجة محدودة ويدرك أنه مرتبط بمن حوله لخدمته في الأمور التي لا يستطيع إنجازها لوحده.

كما يعاني الكفيف صراعا بين الدافع إلى الاستقلال والدافع إلى الأمن، فهو يحاول أن يتحرك باستقلالية لكن في الوقت نفسه يخشى أن يتعرض أمنه للخطر.

إن الكفيف ينتابه نتيجة هذه الصراعات أنواعا متعددة من القلق:

- القلق من أن يقع تحت سيطرة ظالمة أو قاسية.
- القلق من فقدان الحب.
- القلق من التعرض للحوادث.
- القلق من الاستهجان
- القلق من الوحدة.
- القلق من اعتداء الناس.

اشارت دراسة سومرز إلى أنماط سلوكية خاصة بالكفيف مثل لجوئه إلى الحيل الدفاعية لمواجهة الصراعات والمخاوف التي يعاني منها، كما قامت سومرز بدراسة العلاقة بين سلوك المكفوفين وشعور الآباء نحوهم، وبينت خمسة أنواع من سلوك الآباء نحو الطفل الكفيف هي:

- القبول
- انكار وجود أي أثر للعمى على الطفل
- التدليل والحماية البالغة
- الأعراض المقنع.
- الأعراض أو النبذ الظاهر

وقد تجلت هذه العلاقة في الظواهر الخمسة الآتية:

- السلوك التعويضي العادي أو الزائد عن الحد
- السلوك الانكاري أي انكار وجود عاهة
- الانكار الدفاعي (التبرير والاسقاط)
- الميل نحو الإنطواء
- السلوك الدال على عدم التكيف

*الخصائص العقلية والمعرفية:

أ. الذكاء:

لم توضح اختبارات شفوية خاصة لقياس ذكاء المكفوفين ولقد طبقت الاختبارات الخاصة بالمبصرين على المكفوفين بعد تعديلها وأشهرها اختبار "ستانفورد بينيه" الذي قام بتعديله سامويلهايس عام 1942 حيث استبدل 12 سؤالاً لا تصلح للمكفوفين بأخرى مناسبة ومن الاختبارات المستخدمة أيضاً وكسلر ويسمى أيضاً اختبار الاستعداد للتعلم من سن 6-20 سنة وقد اتفق عدد من الباحثين على أن الذكاء العام للمكفوفين أقل من الذكاء العام للمبصرين ولكن بفرق بسيط يمكن إهماله، كما بينت دراسات جان بياجيه أن المكفوفين يتعرضون إلى تأخر في النمو العقلي (يتراوح بين سنتين وثلاثة سنوات) وأن نسبة المتفوقين من المبصرين أعلى منها لدى المكفوفين وأن نسبة المتخلفين في الذكاء عند المكفوفين أعلى منها عند المبصرين.

وتشير دراسات "أوسيون ستلمان" إلى أن الطفل الكفيف أقل تذكر للأشياء من المبصر وأنه غير قادر على الربط بين الأشياء وترابط الأفكار والموضوعات وتشير دراسة سكينانز كيفارت أن الطريقة التي يكتسب بها الطفل الكفيف معلوماته الخاصة تتم بصورة مشوهة ومنقوصة في فهم الأشياء البسيطة والأفكار الواضحة، كما أن تقبلهم للعالم المحيط بهم غير كامل وحركاتهم محدودة .

ب. القدرة على التخيل والتصوير البصري:

القدرة على التخيل والتصوير البصري هي استعداد ما سبق أن شوّهه فعلاً والنشاط التخيلي يرتكز على عمليتين هما :

- استرجاع الصورة الحسية في الذهن (التخيل الاستحضاري)
- ربط هذه الصورة ببعضها البعض بحيث نستحدث مركبات ذهنية جديدة (التمثيل الإنشائي).

وانقسم الباحثون في تناولهم لمفهوم التخيل عند الكفيف إلى فريقين: حيث ذهب فريق إلى أن الكفيف رغم عجزه عن الرؤية قادر ببصيرته على أن يرى الأشياء ويصفها بدقة شأنه في ذلك شأن المبصر، ويستند هؤلاء إلى ما يأتي به المكفوفون من بعض الصور البصرية الحافلة بالحركة الفائقة الدقة والوصف ويوجد تاريخ الأدب والفن والعلم وأمثلة على أروع ما قدمته العقول البشرية مثل "هوميروس" مؤلف ملحمة الإلياذة و"نيكولاس ساندوس" عالم الرياضيات في جامعة كامبردج وفي تاريخ الأدب العربي نجد أسماء لامعة كان أصحابها مكفوفين مثل الشعراء أبو العلاء المعري وفي الأدب الحديث الدكتور "طه حسين".

وقد ذهب الفريق الآخر إلى أن هذه الصورة البصرية ليست أكثر من تركيب لفظي لعب فيه الاقتران دور كبير، حيث حفظه الكفيف تم استدعائه لتركيب صورة بصرية لا تقابل في ذهنه شيئاً يمت للواقع المرئي بصلة هذا الاقتران قد لا يكون دائماً لفظياً بل قد يكون اقتراناً بين احساسين أحدهما بصري والاحساس الآخر المصاحب المقترن به، أي أنه لا يدرك الإحساس البصري إلا عن طريق إحساس آخر فقد يصف الكفيف السماء بأنها صافية لكنه لا يدرك هذا الإحساس البصري إلا عن طريق الإحساس الآخر الذي يصاحبه وهو الإحساس بهدوء الجو الذي لا تتخلله رياح أو مطر.

وقد قام "سمير الدروبي" في دراسته بتحليل أحلام المكفوفين والمبصرين وأشارت النتائج إلى أن العناصر البصرية التي تتراءى في أحلام المكفوفين لم تكن أكثر من التعرف عليها بواسطة ما يملكونه من حواس أخرى غير حاسة الرؤية وأن لفظ الرؤية ومعناها لا يحصل في أذهانهم المبصرين وإن معظم عناصر الأحلام هي عناصر سمعية، كما أن معظم موضوعات هذه الأحلام هي الخوف والفرح والسقوط والموت يسيطر عليها الغموض.

وتأكد دراسة "لونيفلد" أن فقدان البصر يحد من التلقي والتخيل في ثلاثة جوانب: تنوع الخبرات والتفاعل مع الظروف المحيطة والقدرة على فهم المفاهيم المجردة.

والكفيف لا يمكنه أن يمارس النشاط التخيلي بعناصر بصرية، ذلك لأن شعوره وذاكرته يخلو أن من هذه الصور وينطبق ذلك على الأكمه أما أولئك الذين فقدوا البصر بالتدرج فهم لا يملكون قدراً من القدرة على التصور البصري يتفاوت تبعاً لسن الإصابة بالإعاقة

وبالتجارب والخبرات التي اكتسبوها وهم مبصرون ومع ذلك فإن القدرة على التصور البصري لدى هؤلاء تزول تدريجيا بمرور الزمن شأنهم أن البصرين الذين يفقدون خبراتهم المبكرة بمرور الزمن.

- الإدراك (الخبرة بعالم الأشياء)

إن إدراك الشيء هو وجوده بمعنى الأشياء تدرك وتوجد طالما كانت حواسنا قادرة على الإحساس بها وبهذا تصبح الأشياء كاملة الإدراك لمن كانت حواسه كلها سليمة ولكننا ندرك الأشياء بالحواس التي لا نملك سواها وهنا لا يسعنا أن نزعم بأننا ندركها تماما : ذلك لأن الأشياء قد لا تملك من الصفات ما تعجز حواسنا عن الإحساس به وبذلك يكون ادراكنا لأشياء نسبية ولكنه تام بالنسبة لسليم الحواس فيكون ادراكه ناقصا، وبذلك يمكننا أن نقرر بأن ادراك الكيف للأشياء إدراكا ناقصا لأنه لا يملك القدرة على الرؤية وينعدم بالتالي وجود البعد البصري فيها وتصبح الأشياء لديه معروفة بأبعادها الأربعة فقط على الأكثر ويصبح خبرته عن الأشياء دون مستوى البصر.

وتعتبر حاستي السمع واللمس قناتا الحصول على المعرفة بالنسبة للفرد الكيف ومن الضروري أن يتعرف على الوظائف الأساسية لهاتين الحاستين للوقوف على أهميتها وتنميتها بطريقة وظيفية.

تمكن حاسة السمع الكيف من الحصول على معلومات من خلال الاتصال اللفظي وتحافظ على بقاء الفرد على اتصال بالمظاهر الاجتماعية والمادية في البيئة إلا أنه بالنسبة للاتصال بالبيئة المادية فإن كفاءة السمع تتقلص وتنخفض إلى حد كبير، فالأشخاص يحدون وقد لا يتحدثون وبذلك فإن الشخص الكيف قد لا يكون مدركا لوجود الآخرين ومن ناحية أخرى فإن كثيرا من الأشياء لا تصدر أصواتا في حين أن أشياء أخرى قد تتوقف عن إصدار الأصوات في بعض الأحيان أو قد تصدر الصوت تحت ظروف معينة، وكل هذه العوامل تتسم في جعل السمع أقل ملائمة من الابصار في الخبرة بعالم الأشياء.

والسمع يعطي فكرة عن بعد المسافة عن الشيء واتجاهه، ولكنه لا يعطي أية معلومات عن طبيعة الشيء، ولكن لا تستطيع أن تذكر أن المصادر الصوتية من المصادر الأساسية التي يستمد منها الطفل الكفيف خبراته عن عالم الأشياء منذ الميلاد.

كذلك تساعد حالة اللمس الكفيف على ادراك الأحجام والأشكال، إلا أنها لا تستطيع إدراك المسافات البعيدة أو ادراك الأحجام الكبيرة والألوان والتمييز بواسطة اللمس لا يكون له أثر فعال إلا إذا كان هناك اتصال مباشر بين الكفيف والشيء نفسه وهذا يحد من قيمة هذه الحاسة فهناك أشياء لا يمكن لمسها كالشمس والسحاب وهناك أشياء دقيقة جدا يصعب لمسها مثل الحشرات الصغيرة وهناك أشياء ضخمة لا تخضع للملاحظة عن طريق اللمس كالمباني والجبال والشجر ونجد أيضا الأشياء المتحركة كالسيارات والأشياء الحية الخطرة والأشياء في ظروف معينة كالاحتراق والغليان وكل هذه الأشياء تتفوق حاسة البصر في إدراكها عن حاسة اللمس ولا يمكن إهمال قيمة حاسة اللمس في معرفة الخبرات المهمة كخاصية السطح ومثل الخشونة أو النعومة والاستواء أو التدرج

- تعويض الحواس:

إن الاعتقاد بفقدان إحدى الحواس يتم التعويض عنه عن طريق تحسن تلقائي شكل أو بآخر في حق الحواس الأخرى، يعتبر من المعتقدات الشائعة بشأن إدراك المكفوفين ويمكن ملاحظة ثلاث تفسيرات توضع في الاعتبار فيما يتعلق بتعويض الحواس

الترغبة في أن تعمل الطبيعة طبقا للعدالة وذلك لتخفيف العبء عن المعوقين بصريا

استخدام المكفوفين لحواسهم بصورة أفضل من المبصرين يعتبر دليلا واقعا على منح الطبيعة لهم تعويضا عن حاسة البصر المفقودة

النظر إلى الأعمال والإنجازات التي يستطيع المكفوفين القيام بها على أنها مثيرة للدهشة وأنها متفوقة لدى مثيلاتها لدى المبصرين

أي أن هذا الاعتقاد يؤكد عن فقد البصر يؤدي إلى زيادة حدة الحواس الأخرى وقد كان هذا الاعتقاد بمثابة تساؤل حاولت كثير من الدراسات الإجابة عنه حيث أكدت معظم هذه

الدراسات أن التعويض ليس هبة بقدر ما هو نوع من الإثابة للجهد المتواصل والتدريب المستمر وعلى ذلك فإن أي فعالية أو كفاءة عن المكفوفين في تفسير المعلومات الحسية المستقبلية يجب أن تفسر في ضوء الانتباه والممارسة والتكيف والاستخدام المتزايد للحواس المتبقية

وأجريت دراسات عديدة تناولت قدرات المكفوفين بالمقارنة بقدرات المبصرين على تمييز اتجاه الصوت وتحديد مسافته وشدته وحدة حاسة الشم والتذوق واللمس وأظهرت نتائج جميع هذه الدراسات أن المكفوفين لم يكونوا على درجة أفضل من المبصرين في حدة احساسهم في المجالات السابقة ومن أشهر هذه الدراسات "تيشوب" ودراسة "وليام" كما أكدت دراسة "جوتسمان" التي أجراها على أطفال مكفوفين ومبصرين من سن (2-8) وتهدف الدراسة إلى معرفة قدرات المكفوفين في التعرف على الأشياء عن طريق اللمس مثل (مفتاح كمثري، قفص أشكال هندسية) وقد توصل إلى أنه لا يوجد اختلاف بين المجموعتين في التلقي الحسي.

- الخبرة بالألوان:

القدرة على تمييز الألوان خاصية من خاصية البصرية تحدث نتيجة لتأثر شبكية العين بالضوء المنعكس من الشيء والذي يكون أحد ألوان الطيف السبعة أو انعكاس كل الألوان (اللون الأبيض) أو عدم انعكاس أي لون (اللون الأسود) ولا يوجد عضو حسي آخر يمكن أن يقوم بهذه الوظيفة وعلى ذلك فالكفيف لا يمكنه تمييز اللون لأن الشبكية العين غير قابلة للاستثارة الضوئية أو لأن المراكز البصرية في المخ مصابة بالتلف ومن ثم يكون إدراك الألوان معدوماً.

أما الأشخاص الذين يولدون مكفوفين أو يفقدون أبصارهم في فترة مبكرة من حياتهم لا تكون لديهم أية ذاكرة بصرية ولا تتكون لديهم أية أفكار حقيقية عن الألوان تقوم على ارتباطات لفظية وحسية وعاطفية أو حتماً لهم حواسهم الأخرى، على سبيل المثال يسمع الكفيف الشخص المبصر يتحدث عن زرقة السماء لذلك فإن جميع الاحساسات المختلفة والانفعالات المرتبطة بالجو المعتدل اللطيف تبني فكرة بديلة عن اللون الأزرق وهذه

الأفكار البديلة والارتباطات الشائعة عن الألوان هي مجرد جزء من الثروة اللفظية الاجتماعية، دون أن يكون لها أي مقابل حسي في ذهن الكفيف.

الخصائص الكلامية واللغوية:

يكتسب المعوق بصريا اللغة ويتعلم الكلام بالطريقة نفسها التي يتعلم بها المبصر إل حد كبير، فكلاهما يعتمد على حاسة السمع والتقليد الصوتي لما يسمعه إلا أن المعوق بصريا يعجز عن الإحساس بالتعبيرات الحركية والتوجيهية المرتبطة بمعاني الكلام والمصاحبة له، ومن ثم القصور في استخدامها، كما يختلف عن المبصر أيضا في أنه يعتمد في طريقة كتابته وقراءته على اللغة المطبوعة بواسطة الحروف البارزة مستخدما حاسة اللمس كما أن الطفل بصريا في تعلم الكلام يسير بمعدل أبطأ من معدل نمو الكلام عند الأطفال العاديين ولا يتفق تأثير الإعاقة البصرية عند حد التأثير على معدل الكلام بل يمتد أيضا ليشمل اكتساب معاني الألفاظ وتكوين المفاهيم وهو ما يعبر عنه بالظاهرة اللفظية إذ يتعلم اطلاق مسميات على الأشياء دون أن تكون لديه خبرات حقيقية عنها وقد أطلق "كتس فورت" على هذه الظاهرة اسم (عدم الواقعية اللفظية) قامت دراسات أخرى بناء على تلك الظاهرة- مثل دراسة "نولان" ودراسة "هاربي" واتفقت النتائج دراستهما على أن هناك نوعا من اللفظية ذات مدلول بصري ولفظية ذات مفهوم أشمل ويطلق عليها اللفظية واتضح من نتائج هارلي أن هناك علاقة بين اللفظية وثلاثة متغيرات هي العمر الزمني الذكاء والخبرة الشخصية وقد وجد أن هذه الظاهرة تناقص زيادة هذه العوامل الثلاثة السابقة.

كما اتضح من نتائج دراسة "دوكي" حول هذه الظاهرة إلى أنه لم يثبت أن اللفظية تؤدي إلى عدم الدقة والانضباط في التفكير، كما أنه لم يثبت كذلك أنها تؤثر في الأداء الأكاديمي أو التكيف الشخصي للتلاميذ المكفوفين ونوه دوكي أن الأطفال المبصرين قد يعانون من مشكلة اللفظية وأن الأطفال المكفوفين لا يختلفون عنهم في هذا السبيل.

وأكد على هذه النتائج أيضا دراسة "ديموت" حيث لم يجد فروقا بين المبصرين والمكفوفين في إدراك المفاهيم من خلال اللغة وأن كلاهما يستعمل كلمات عديدة دون أن يمر بخبرة

مباشرة بمدلولاتها وأوصى ديموت بأن نشجع المكفوفين على استخدام اللغة مع زيادة تدريب حواسهم الباقية أثناء اكتساب المفاهيم.

كما أشار ناصر علي الموسى إلى ما يمكن أن يقوم به المعلمون إزاء مشكلة اللفظية على النحو التالي:

- احضار أشكال حقيقية أو مجسمة إلى غرفة الدراسة.
- القيام مع التلاميذ برحلات ميدانية داخل المدرسة وخارجها.
- العمل على تحويل المفاهيم اللغوية إلى أفعال حركية كلما أمكن ذلك .
- مراعاة على أن لا تكون المفاهيم الحسية لدى الأطفال المكفوفين على حساب المفاهيم الحسية.
- يجب الاستفادة من أساليب علم النفس اللغوي وسياق الكلام والتركيبات النحوية في اللغة في العمل على تنمية المفاهيم غير الحسية لدى الأطفال المعوقين بصريا.

كما يعاني الأطفال المكفوفين من اضطرابات النطق والكلام، فقد أشارت دراسة مسحية أجرتها « stinchfield » إلى أنهم يعانون من بعض عيوب النطق التي تراوحت بين عيوب خفيفة إلى عيوب حادة، لكن هذه العيوب يمكن معالجتها بنسبة أكبر من علاج مثلها عند الأطفال الصم، كما أشارت دراسة مسحية أخرى لهم أن أبدال الحروف واللججة تعتبر من أكثر العيوب النطق انتشارا وحاول بعض العلماء إعطاء أسباب سيكولوجية لهذه العيوب عند المكفوفين من بينها: الميول الطفلية والتمركز حول الذات والاشباع العاطفي ومشاعر النطق والتعويض المفرط، إلا أن الدراسات التجريبية التي أجريت لم تبرهن عن وجود ارتباط بين عيوب النطق وبين أي نمط استجابي سيكولوجي محدد (عبد الرحمن إبراهيم حسن، 2003، ص41-56).

المظاهر السلوكية التي تدل على احتمال وجود إعاقة بصرية:

- احمرار العين المتكرر والمستمر
- كثرة الادماع ووجود افرازات غير طبيعية في العين
- وجود عيوب واضحة في شكل العين
- حركة زائدة في العين وصعوبة التركيز
- وضع غير طبيعية في الراس عند القراءة والكتابة
- تقريب المادة المقروءة أو إبعادها بشكل واضح
- فرك العينين عند محاولة تمييز الأشياء
- سرعة الشعور بالتعب والاجهاد أثناء القراءة والكتابة
- تكرار الشكوى من الصداع
- صعوبات حركية. (خير سلمان شواهين، سحر محمد عريقات، أمل عبد شنبور، 2010، ص18).

تصنيف الإعاقة البصرية:

يصنف المعاقون بصريا ضمن مجموعتين رئيسيتين:

الأولى: مجموعة المعاقون بصريا كلياً: وهي تلك المجموعة التي ينطبق عليها التعريف القانوني والتربوي للإعاقة البصرية.

الثانية: مجموعة المعاقون بصريا جزئياً : وهي تلك المجموعة التي تستطيع أن تقرأ الكلمات المكتوبة بحروف مبكرة أو باستخدام النظارة الطبية أو أية وسيلة تكبير وتتراوح حدة الابصار هذه المجموعة ما بين 20/70 إلى 200/20 قدم في احسن العينين أو حتى في استعمال النظارة الطبية وهناك تصنيف يستند إلى تأثير الإعاقة البصرية على الأنشطة الحسية وخبرات التذكر وحسب ذلك التصنيف يمكن أن تميز الدرجات المختلفة التالية من الإعاقة البصرية:

- 1- فقد بصر تام ولادي أو مكتسب يحدث بعد سن الخامسة
- 2- فقد بصر تام مكتسب بعد سن الخامسة
- 3- فقد بصري جزئي ولادي
- 4- فقد بصر جزئي مكتسب
- 5- ضعف بصر ولادي
- 6- ضعف بصر مكتسب (مصطفى نوري القمش، 2011، ص116).

النظريات المفسرة للإعاقة البصرية:

الطفل الكفيف في السنوات المبكرة من العمر لا يبرح بيئته المنزلية إلا في صحبة الآخرين وعندما يصل الى سن الرشد يتعين عليه، أن يتوافق مع العالم الواسع الذي يعيش فيه وحينئذ يكتسب عامل الحركة والانتقال أهمية بالغة وإذا لم يكن الطفل قد تلقى تشجيعاً وتدريباً على تنمية وتطوير مهارات الحركة فإن نجاحه في تحقيق التوافق الكلي يصبح مهدداً . وقد أشار "شارلوفليد" إلى أن الحركة تتضمن مكونين أساسيين هما التوجه العقلي والانتقال البدني التوجه العقلي ويعرف بأنه القدرة الفرد على أن يدرك ما يحيط به

والعلاقات المكانية والزمنية المتضمنة، والانتقال البدني ويعرف بأنه حركة الكائن الحي من موضوع إلى آخر بواسطة الميكانيزمات العضوية .

أما "هيل" فيرى أنه يتكون مسمى التوجه والحركة من مصطلحين متلازمين الأول: "التوجه أو التهيأ ويعرف بأنه عملية استخدام الحواس لتمكين الشخص من تحديد نقطة ارتكازه وعلاقاته بجميع الأشياء الأخرى المهمة في بيئته والمصطلح الثاني هو الحركة وتعرف بأنها القدرة واستعداد الفرد على التنقل في البيئة ويصنف (لون، وجيروسكات) التوجه بأنه يمثل الجانب العقلي في عملية التنقل بينما تمثل الحركة الجهد البدني المتمثل في الأداء السلوكي للفرد وهناك عدة عوامل مؤثرة في حركة الكفيف من أهمها الإحساس بالعوائق حيث تتسبب الإعاقة البصرية في فقدان القدرة على إدراك العوائق وبالتالي تجنبها وهي بذلك تجد من قدرة الكفيف على التنقل بحرية في البيئة وبالرغم ذلك لوحظ أن المكفوفين يملكون قدرة لا توجد لدى المبصرين تتمثل في تجنب العوائق دون الاصطدام المباشر بها، وقد حضي هذا العامل باهتمام علمي واسع وأجريت العديد من الدراسات كان هدفها التعرف على تفسير يشرح إحساس الكفيف بالعائق وما هو العامل المسؤول عن ذلك؟ هل هو إثارة أعضاء السمع بموجبات الصوت المرتدة من العائق؟ أم اختلاف درجات الحرارة والضغط الذي تؤثر على الجلد؟ وكانت النتائج متعارضة ولكن معظمها أجمعت على أن السمع هو الميكانيزم الصوتي المسؤول عن إحساس المكفوفين بالعوائق ومنها دراسة (تروشال، فيلي، دولانسكي) كما أشارت نتائج الباحثين الآخرين إلى أن التغيرات في ارتفاع الصوت ليست شرطا ضروريا ولا كافيا في الإحساس بالعوائق بل أن التغيرات في الطبقة الصوتية هي الطرف الضروري والكافي للإحساس بوجود العوائق إلا أن هذا الإحساس قد لا يستخدم بطريقة فعالة ومؤثرة في كثير المواقف مثل: الأماكن المزدحمة، أو الأماكن التي يعلو فيها الضجيج أو تحت الظروف الحرة السيئة ولكن يقوم الكفيف بالحركة الصحيحة فإنه يستخدم جميع حواسه، فحاسة السمع لديه تكون إيجابية دائما في ملاحظة كل أنواع الأصوات بما في ذلك صدى الصوت، كما أنه يفسر الروائح المختلفة في علاقتها بمصادرها ويلاحظ التغيرات في درجة الحرارة والتيارات الهوائية، ودلالاتها في توجيه

الحركة وتتابع القدمين على سطح الأرض، كما أنه يلاحظ المسافات ليس من خلال عدد الخطوات ولكن في ضوء اعتبارات الزمن والحركة والصوت.

ويعتبر فهم العلاقات المكانية مفتاح الحركة الجيدة، لذا كان من المهم أن يتعلم الأطفال المعوقين بصريا هذه العلاقات في وقت مبكر من حياتهم، وكلما ازداد عدد المواقف البيئية التي يتعرض لها الأطفال ، وازداد تنوعها، كلما سهل عليهم تفسير التركيبات البيئية التي يواجهونها مثل: الجدران الأبواب والسلالم والأرصعة وتعتبر البيئة المنزلية مركز اهتمام في مجال التدريب على الحركة في وقت مبكر من حياة الطفل المعوق بصريا، ثم يبدأ المعلمون عادة التدريب الرسمي على الحركة مع الأطفال المعوقين بصريا بمجرد أن يلتحق هؤلاء الأطفال بالفصول المدرسية ويتعلم التلاميذ الأساليب العامة للحركة التي يمكن أن تستخدم في إطار البيئة المدرسية والمناطق المجاورة لها.

وترتبط مهارات التوجه والحركة ببعضها البعض وكلما أكد المدرب على تنمية هذه المهارات كلما تفاعل الفرد المعوق بصريا مع البيئة المحيطة به ولقد حدد ناصر على موسى أهداف التدريب كما يلي:

- أن يتمكن الشخص من توجيه نفسه في الاتجاه الصحيح ويظل محافظ على ذلك أثناء سيره في الأماكن المألوفة وغير المألوفة.
 - أن يتمكن من التنقل بأمان، معتمدا على نفسه قدر الإمكان وأن تتسم الحركة بالمرونة والحرية.
 - أن يتمكن من تنمية الأساليب الفعالة في تحديد الأشياء المفقودة.
 - أن يتمكن من تنمية الأساليب الصحيحة في استخدام المعينات الميكانيكية والبصرية مع الحرص على عدم اكتساب السلوكيات غير العادية أو غير المريحة في حركته كما يمكن تنمية هذه المهارات عن طريق ما يلي:
- مساعدة المعوقين بصريا في التعرف على مكونات بيئاتهم واستكشافها وإدراك العلاقات فيما بينها.

- تهيئة بيئة منزلية ومدرسية ومؤسسية آمنة وخالية من المخاطر ومراعاة شروط السلامة في المباني وأن تكون حواف السلالم منحنية وليس حادة وتجنب المنحدرات الشديدة والحواجز وأن تكون الأبواب إما مغلقة تماما أو مفتوحة تماما.
- تجنب التغيرات المفاجأة في تنظيم محتوى البيئة التي يعيش فيها الطفل المعوق بصريا كالأثاث، والمحافظة على وجود الأشياء التي يستخدمها بصورة متكررة في أماكنها المألوفة بالنسبة له كلما أمكن ذلك.
- مساعدة المعوقين بصريا على تكوين خريطة معرفية عن طبيعة الأماكن والعلاقات المكانية في البيئات التي يتحركون فيها، ليستعينوا بها في تحديد مواضعهم من العناصر والمكونات المادية أثناء تنقلاتهم.
- تدريب الطفل على الاستجابة بجميع حواسه الأخرى في توجيه نفسه للوجهة الصحيحة.
- تشجيع المعوقين بصريا وتدريبهم على استخدام معينات التنقل التي تناسب ظروفهم الخاصة، كالعصي البيضاء، وعصي الليزر التي تساعدهم في استكشاف البيئة وتلافي العوائق. (مرفت عبد المنعم سلامة، 2003، ص55-56).

احتياجات المعاقين بصريا :

أشار عدد من الباحثين إلى الاحتياجات المختلفة للفرد المعوق بصريا سواء في حياته الاجتماعية أو من خلال تعلمه وتربيته وفيما يلي أهم هذه الاحتياجات :

- 1- الاحتياجات النفسية والاجتماعية:
 - يحتاج المعوق بصريا أن يشعر بقيمته الذاتية وأنه قادر على نجاح وأنه موضع تقدير ومقبول من الناس وأنه له دور في المجتمع كأبي فرد عادي.
 - يحتاج الحرية في الخروج للمجتمع واختيار الأصدقاء وتلبية احتياجاته بالطريقة التي يريدها في الوقت الذي يريده.
 - الحاجة إلى الانتماء وتكوين علاقات مع الآخرين والشعور بأن الآخرين يقدرونه وأنه مرغوب اجتماعيا.

- يحتاج الثقة في نفسه وأنه مستقل ويستطيع الاعتماد نفسه في القيام بالاعمال المتعلقة به ويحتاج أيضا الشعور بأنه قادر على مساعدة الآخرين.
- يحتاج إلى فهم نفسه والشعور بالرضا عنها وعن الآخرين .
- اشباع ميول وتنمية الاستعدادات وفق ظروف الإعاقة.

2- الاحتياجات التعليمية :

- اتقان المهارات اللمسية (لغبرائيل) واتقان استخدام التقنيات الحديثة التي تعتمد على اللمس واتقان معالجة الأشياء وتمييزها لمسيا.
- اتقان المهارات السمعية كتمييز الأصوات المتنوعة وإدراك دلالاتها .
- يحتاج إلى تنمية حواسه الأخرى مثل الشم والذوق.
- يحتاج إلى الخبرات المباشرة دائما بجانب اللغة اللفظية ، خاصة الخبرات التي يمكن أن يحصل عليها من حواسه الأخرى كالسمع واللمس.
- يحتاج إلى التدريب على مهارات الحركة والتنقل وكيفية التوجه من مكان إلى آخر ويحتاج إلى التدريب على وسائل الحركة الآلية. (عبد الرحمن إبراهيم حسن، 2003، ص59-60).

تشخيص الإعاقة البصرية :

يتضمن تشخيص الإعاقة البصرية جانبين أساسيين هما :

1- الجانب الطبي:

حيث يتم عادة تشخيص الإعاقة البصرية من قبل الأطباء والمختصين في فحص النظر عن طريق قياس حدة النظر ومجال الرؤية وذلك من أجل تحديد درجة الصعوبة.

ولقياس حدة الرؤية يتم عادة استخدام لوحة وهي لوحة تحتوي على عدة أسطر من الحروف والأشكال، تتناقص في حجمها من الأعلى إلى الأسفل تبعا لنسبة مسافة الفحص وهي عادة 6 متر ويتم طلب من الفرد المراد قياس بصره أن يتعرف على الحرف أو الشكل وأي حجم له قراءته وعادة يتم استخدام الحروف ولكن الأفراد الذين لا يستطيعون القراءة يتم استخدام حرف E أو C لمعرفة اتجاه الفتحات. أما لقياس مجال الرؤية فيتطلب من

الفرد الجلوس مقابل الفاحص تمام وطلب منه أن يغطي عينا وينظر بالعين الأخرى فيوجه الفاحص، ويعرض على الفرد مثير جانبي يطلب من الفرد التعرف عليه.

2- التقييم النفسي:

حيث يحتاج الفرد المعاق بصريا إلى تقييم نفسي وذلك من أجل تحديد نقاط القوة ونقاط الضعف لديه لتحديد احتياجاته التربوية الخاصة، ومن أجل تحديد البرنامج التربوي والبدل التربوي المناسب له، هذا وتجدر الإشارة إلى أن الكشف والتدخل العلاجي المبكر يعتبر ذات أهمية خاصة من الناحية التربوية في العمل مع ذوي الإعاقة البصرية الحادة فإن الكشف عن الإعاقة البصرية الأقل حدة يتطلب اهتماما من أولياء الأمور والمعلمين (مصطفى نوري القمش، 2011، الأردن).

الوقاية من الإعاقة البصرية :

- ابتعاد الحوامل عن الحصبة الألمانية والأمراض الجرثومية
 - حماية عيون المواليد الجدد بوضع المرهم المناسب للطفل .
 - التلقيح ضد الأمراض السارية
 - تغذية الحوامل بشكل جيد نوعية وكمية
 - تغذية الأطفال جيدا (الأوراق الخضراء، الجزر..)
 - حماية المنازل من الحشرات الضارة
 - تحويل الأطفال للمركز الصحي عند الحوادث (احمرار العين).
 - إعطاء الأطفال المصابين بالحصبة فيتامين A
- حماية الأطفال من الإصابات بأشياء حادة (خير سليمان شواهين، سحر محمد سويقات ، أمل عبد شنبور، 2010، ص181

خلاصة:

خلاصة القول أن الإعاقة البصرية تؤثر على الفرد ، يأتي ذلك كنتيجة لما تمثله هذه الحاسة من أهمية للإنسان وما يترتب على إصابتها بعطل من مشاكل متعددة لكن لا يعني ذلك أن الفرد المعاق بصريا شخص عاجز لا فائدة منه ، فالفرد المعاق بصريا مثله مثل باقي فئات التربية الخاصة يستطيع الرفع من مستواه وتطوير قدراته الخاصة. حيث أنه من خلال التدريب الجيد والبرامج التربوية المناسبة يستطيع الفرد المعاق التكيف مع إعاقته وتحقيق النجاح في ميادين مختلفة على غرار طه حسين وغيره، ولكن لا يكون ذلك إلا من خلال برامج تعد بطرق مناسبة وفق أطر علمية، هذا ما يعيدنا إلى ضرورة تطوير مناهج الأخصائيين وتنمية اتجاهاتهم الإيجابية من أجل الوصول إلى مستوى من الكفاءة المهنية يسمح لهم بتحقيق ذلك. (بن بسطاعلي محمد علي، 2014، ص180).

الفصل الرابع الابعاد

تمهيد:

مما لا شك فيه ان يحمل كف البصر بين طياته ما يجعل الحياة اعسر من ان يتحملها بعض المكفوفين . ولعله صحيح بعض ما يقال ان فقدان البصر يجلب الحياة اكثر صعوبة و لكن الحقيقة ان فقد البصر في حد ذاته كحالة جسمية لا تفسر الصعوبات الجسمية والاجتماعية و النفسية و الاقتصادية التي يواجهها المعوقين بصريا ان العامل الاكثر اهمية يكمن في الفرد نفسه و علاقته بالمجتمع و اتجاهات المجتمع نفسه و تلعب البيئة دورا رئيسيا في تجسيد اثار و قيود الاعاقة على الجوانب النفسية والاجتماعية من شخصية الكفيف (دالي حسين 2006 .2007. ص 13)

الأبعاد :

أ. الجانب النفسي :

إن الصراعات النفسية التي يعيشها المعاق بصريا متعلقة بقبوله لذاته أو عدمه ، رضاه وعدم رضاه وصراعات الأقدام والأحجام كلها جميعا تلعب دورا في ثبات انفعالاته أو عدمها فهو يعيش أحيانا بالقوة وأحيانا أخرى بالضعف في السيطرة على البيئة التي يعيش فيها فهو يقدم على عالم المبصرين وقد يحجم عنه وقد يلجأ الكفيف الحيل اللاشعورية وآليات الدفاع من تبرير وكذب وغيرها وقد تكون لديه مشاعر متناقضة نحو الأشياء والناس فهو يتجه إلى عالم المبصرين ليخرج من عزلة وقد يتجه إلى عالم العمي لينسحب وينعزل وفي كلتا الحالتين يجد مشاكل قد يقبلها أو يرفضها.(سعيد حسن العزة ، 2000 ، ص94).

ب. الجانب الاجتماعي :

1- الأسرة :

تعتبر قضية الإعاقة من القضايا الهامة التي تفرض نفسها على الأسرة وتقتحم أمنها واستقرارها الأمر الذي يتطلب تكاثف أفرادها لمواجهةها وتقديم العون لمن أصيب بها حتى لا تترك بصمات سلبية على واقع الأسرة الاجتماعي والنفسي على المدى الطويل ومهما كانت الآليات التي اتبعتها الأسرة في التعايش مع الإعاقة أو مواجهتها فلا بد أن يترك وجود شخص معاق بين أفرادها أثارا وإذا كانت بسيطة بحيث تختلف من أسرة اعتمادا على عدة عوامل من أهمها شدة ونوع الإعاقة وبنفس المعاق وبنية العائلة ومستوياتها الثقافية والاجتماعية والاقتصادية.

وفيما يلي نلخص أهم الآثار التي يتركها وجود طفل معاق على الأسرة علما أن هذه الآثار ليست بالضرورة موجودة جميعها أو بعض منها لدى جميع أسر الأطفال المعاقين بصري وهي على النحو التالي:

- الآثار الاقتصادية:

إن وجود الطفل معاق بصريا في الأسرة يستنزف موارد الأسرة المالية لما تنفقه على علاجه وتقديم البرامج الصحية والتربوية اه إضافة إلى تكاليف الأجهزة والأدوات المساعدة التي يحتاجها الطفل وقد تستمر هذه المصروفات طيلة حياته وربما تفوق ما تنفق الأسرة على إخوته غير المعاقين ناهيك أن بعض الأمهات يتركن أعمالهن بعد ولادة الطفل المعاق من أجل تقديم العناية والرعاية اللازمة له .

- الآثار النفسية:

تتعرض أسرة الطفل المعاق لضغوط نفسية تبدأ من اعلامها بأن لدى انها إعاقة بصرية حيث تحدث الصدمة ومشاعر الرفض والإنكار وقد يمتد الأمر إلى الشعور بالذنب والاكئاب ولوم الذات واسقاط مشاعر على الآخرين من أطباء مختصين وأقارب وقد شمل الأمر مدى قدرة الفرد على القيام بالسلوك المقبول اجتماعيا والاستجابات السريعة وسرعة الاستشارة والغضب.(روحي مروح عبدات، 2011، ص214).

2- المجتمع:

ان اتجاهات ومواقف الآخرين نحو المعاق بصريا غير متجانسة حيث أن البعض ينظر إليهم بعين الشفقة والاحترام ووجوب تقديم المساعدة لهم وتقبلهم وضرورة دمجهم مع الآخرين وأن لديهم قدرات أخرى موجودة غير حاسة البصر وسيتشهدون على الكثير من الناس العمي الذين قدموا أشياء كثيرة في مجال الحضارة الإنسانية والأدب والثقافة كطه حسين وهيلر كيلر وفلورنس وغيرهم على عكس من ذلك فقد ينظر قسم آخر من الناس نحوهم بعدم الرضا والتقبل أو بأنهم عاجزون وأنهم عبء على الأسرة والمجتمع.(سعيد حسن العزة ، 2000، ص74-75).

III. الجانب المعرفي :

إن الطفل المعاق بصريا يفتقد شيئا بالغ الأهمية لأنه لا يستطيع استخدام البصر وإنما يلجأ إلى الحواس الأخرى (السمع، اللمس) لاكتساب المعرفة وكنتيجة ذلك لا يكتسب الطفل

المعرفة الكافية وقد حدد "لونفيلد 1981" ثلاثة محددات أساسية للنمو المعرفي للمعوقين بصريا وهي:

- محددات ترتبط بتنوع الخبرات ومداهها.
- محددات ترتبط بمجال الحركة والتنقل
- محددات ترتبط بإمكانية ضبط البيئة والسيطرة عليها .

إن أثر الإعاقة البصرية على النمو المعرفي قد لا يكون ملحوظا في الأشهر الأولى من عصر الطفل ولكن عندما يبلغ الطفل الكفيف عمر (4-5) شهور فهو قد لا يندفع إلى الأشياء التي توضع بين يديه أو يوجه يديه نحوها وهذا يأخر انتباهه إلى العالم من حوله ومع أن حاستي السمع واللمس قد تعطيا نماذج منظمة لكنهما لا تؤديان نفس الوظيفة المتكاملة الكلية التي تؤديها حاسة البصر لذا يجد الطفل صعوبة في التمييز نفسه عن الآخرين وفي مرحلة متقدمة يجد الطفل صعوبة في عملي التمثل والمواءمة (في مرحلة ما قبل العمليات) وذلك بسبب محدودية الخبرات البيئية ومن الأشياء البيئية التي يصعب على الكفيف الوصول إليها، الأشياء الصغيرة جدا والأشياء الكبيرة جدا والأشياء البعيدة والحيوانات الخطرة ومفهوم اللون والعلاقات المكانية ، كما يجد الطفل المكفوف صعوبة في مفهوم الوقت والمسافة.

هذا وقد أشار وارن (1984) إلى أنه رغم أن هناك تأخر ملحوظ من الناحية المعرفية لدى المكفوفين مقارنة بالمبصرين إلا أن مثل هذه الاستنتاجات غير مقبولة لأن الأهم هو مقارنة فئة الأفراد المكفوفين ببعضهم البعض.

إن صعوبة في تطور بعض المفاهيم لدى الطفل المكفوف تعيق انتقاله من مرحلة العمليات الملموسة (الطفولة الوسطى) وقد يظهر على الطفل بطيء في النمو اللغوي فقد يأخذ وقتا أطول من الطفل العادي لربط الكلمة بمعناها، وعادة ما تتطور المفاهيم لدى الطفل الكفيف عن طريق توفير النماذج ووصف وتفسير الآخرين.

إن ذكاء الأشخاص من ذوي الإعاقة البصرية يختلف من شخص إلى آخر وهذا التباين في الذكاء لا يختلف عن التباين الموجود بين المبصرين وتقييم القدرات العقلية للمكفوفين محفوف بالصعوبات. ومن هذه الصعوبات أن الاختبار قنن والبيانات جمعت من خلال التطبيق على عينات مبصرة فاختبارات الذكاء التقليدية (اختبار وكسلر للذكاء مثلا) غير مناسبة للاستخدام كما هي . وهناك الفروق الواضحة في النمو المعرفي للأطفال المكفوفين والمبصرين إلا أنه ليس هناك ما يشير إلى فروق كبيرة بين المجموعتين ولازال هناك حاجة إلى مزيد من البحوث حول هذا الموضوع وبوجه عام فالدراسات تشير إلى ان المكفوف لديه معلومات أقل من غيره عن البيئة وأنه أقل قدرة على التخيل ويعاني من تأخر كبير في تعلم المفاهيم وبالنسبة للتحصيل الأكاديمي يعتمد على هذا الأمر بالطبع إلى درجة كبيرة على مقدرة الطالب على القراءة ولذلك فالتحصيل الأكاديمي عند الكفيف قد يعيقه فقدان البصر أن المعوقين بصريا يواجهون في معرفة العلاقات بين الأشياء وفي تمييز الأجزاء التي تؤلف الكل وهذا قد يؤدي إلى الإحباط وعدم الطموح.

ولعل أهم العوامل التي تؤثر على النمو العقلي هو درجة الضعف البصري الذي يعاني منه الشخص، فالقدرة البسيطة على الرؤية تؤدي إلى تغيرات ذات أهمية كبيرة فيما يتعلق بالمعلومات المتوفرة للطفل لهذا فإن وجه النظر السائدة حاليا هي ضرورة تشجيع هؤلاء الافراد على استخدام الرؤية المتبقية لديهم وعامل آخر لا بد من ذكره هنا، هو ردود فعل الأهل وآثارها على النمو العقلي لدى المعوق بصريا. فحماية الأهل الزائدة لا يفهم قد تؤدي إلى اعتماده على الآخرين وتقلل من احتمالات قيامه بوظائفه باستقلالية وتضعف احتمالات تعلمه من خلال محاولة التعرف على بيئته يلعب الراشدون دورا هاما في إتاحة فرص النمو المعرفي المناسب للطفل الكفيف وضعيف البصر ومن أهم ما يجب تذكره في هذا الصدد هو:

- التركيز على المثيرات البيئية الإيجابية التي توفر فرص النمو الجيد .
- تزويد الطفل بالخبرات التي تساعد في الوصول إلى تطور معرفي عادي مع التركيز على الحواس الأخرى للوصول إلى الأشياء في البيئة .

- تشجيع الطفل على استغلال ما لديه من رؤية متبقية.
- الحديث مع الطفل وإعطائه التفسير الكافي للاحداث المختلفة التي يتعرض لها .
- تزويد الطفل بفرص المشاركة في النشاطات المختلفة واللعب .
- تزويد الطفل بفرص الالتحاق بحضانات ورياض الأطفال مع العاديين. (صبحي الحديدي 1998، ص71-74).

خلاصة:

وختا ما لما تطرقنا اليه نقول ان الاعاقة البصرية تؤثر على سلوك الفرد وعلى المحيطين به من قريب او من بعيد وهي كذلك تؤثر في الاسرة والمؤسسات المجتمعية والمجتمع . كما تؤثر الاعاقة على الفرد وتجعل من المعاق كفرد في حالة معنوية سيئة نتيجة لاحساسه باعاقته وهذا ما يدفعه الى الاكتئاب الذي يؤدي في بعض الاحيان الى الانتحار وتصوره بان المجتمع او الاسرة مسؤولة عنه كما تظهر لديه مخاوف عديدة نتيجة لاعتماده على الغير.

الفصل الخامس الإجراءات المنهجية

الاجراءات المنهجية :

- مكان الدراسة : مدرسة صفار المكفوفين – عين الترك . وهران .
- عينة الدراسة : تلاميذ مكفوفين 16-18-19 سنة .
- التوقيت الزمني : دامت مدة الدراسة 15 يوم من 02 ماي الى 17 ماي .
- المستوى التعليمي : السنة الاولى ، الثانية و الرابعة .
- منهج الدراسة : منهج العيادي .

الحالة الاولى :

تقديم الحالة :

1- المعلومات الشخصية :

ج.ش انثى تبلغ من العمر 16 سنة تقطن في ضواحي مدينة وهران ، تعيش مع اخيها بالاضافة الى الوالدين ،

الوضع المعيشي و الاقتصادي للعائلة متوسط ، علاقتها مع الوالدين غير جيدة ، حيث ان العائلة تبنتها و عمرها 7 أشهر و لم يخبروها عن وضعها الاجتماعي الا بعد مرور 14 سنة

هذه الحالة لا تعاني من الاعاقة البصرية بنسة 100 / 100 .

المشاكل الصحية و النفسية :

تعاني هذه الحالة من مشاكل في التواصل مع اقرانها ، و في اغلب الاوقات نراها تجلس لوحدها منعزلة لا تكلم احد و عندما تكلمت اليها قالتت لي بانها تشعر بالخجل و لا تتقبل اعاققتها ، و تحس بان الناس يسخرون منها و يعاملونها يدونية ،

و حتى في تحصيلها الدراسي فهو دون المستوى ، كما انها لا تشارك في الاحتفالات و الانشطة الرياضية كغيرها من المعاقين بصريا فهي ترغب ان تكون لوحدها منعزلة عن الناس تعاني في دوامة من الاكتئاب و الحزن و البكاء .

فيما يخص الدراسة :

من حيث النتائج المتحصلة عليها فهي نتائج ضعيفة و دون المستوى و هي لا تبدل اي مجهود من اجل تحسين وضعها الدراسي التحقت بالمدرسة و عمرها 7 سنوات .

الحالة الثانية :

تقديم الحالة :

أ.خ ذكر يبلغ من العمر 18 سنة يحتل المرتبة الثالثة من بين 4 اخوة ، يعيش ظروف اجتماعية و اقتصادية مزرية ، علاقته مع والديه جيدة اما مع اخوته فهي تتسم بالبرودة ، ففي غالب الاحيان تنشب مشاجرات مع اخوته و تصل لحد الضرب و السب و الشتم .

المشكلات النفسية و الصحية :

هذه الحالة تعاني من الاعاقة البصرية الكلية اي بدرجة 100 / 100 و قد ولد و هو يعاني من هذه الاعاقة .

اعاقته تجعله عاجز عن مواجهة اخوته .

و في غالب الوقت نشاهده يجلس في زاوية منعزلة يتحدث الى نفسه و كأنه مع شخص اخر .

قال لي : لو كنت ابصر لواجهت اخوتي و ضربتهم كما يضربوني .

فيما يخص الدراسة :

على الرغم من الحالة النفسية السيئة للطفل غير انه يبقى من التلاميذ النجباء ،

اختلاطه مع زملائه قليل و هو يفضل العزلة و الانطواء

التحق بالمدرسة في سن متأخرة . 9 سنوات .

الحالة الثالثة :

تقديم الحالة :

المعلومات الشخصية :

و.ع انثى تبلغ من العمر 18 سنة تعاني من الاعاقة الكلية 100/100 تحتل المرتبة الاولى بين ثلاث اخوة .

الوضع الاجتماعي و الاقتصادي للعائلة متوسط ، علاقتها مع والديها غير جيدة

المشكلات النفسية و الصحية :

هذه المعاقاة ذات 18 سنة تعاني من مشاكل نفسية عديدة منها الاحباط و الاكتئاب و العزلة و الرغبة في الانتقام حيث انها و في اشهرها الاولى من الميلاد اصيبت بحمى ادت الى فقدانها لبصرها و هذا ما أدى بها الى الحقد على امها بالخصوص و على حسب قولها فان امها لم تسرع بها الى المستشفى لعلاجها و هذا ما ادى الى اصابتها بالعمى و فقدانها الكلي لبصرها .

تعاني هذه الحالة من العزلة و الانطواء و لا تستطيع الاعتماد على نفسها في ابسط شيء . تقول انها تشعر ان والديها لا يحبونها و انها عبء على الاسرة ، و ليس لديها اي حافز او رغبة في العيش .

علاقتها مع زملائها تتسم بالعصبية و المشاجرة ،

فيما يخص الدراسة :

نتائجها ضعيفة و لا تبدل اي مجهود لتحسين مستواها .

تفضل ان لا تشارك في الاحتفالات و المناسبات الوطنية .

التحقت بالمدرسة في سن 6 سنوات غير انها كررت السنة عدة مرات .

الحالة الرابعة :

تقديم الحالة :

المعلومات الشخصية :

ك، أ، انثى تبلغ من العمر 19 سنة لديها اخت وحيدة ، تعيش في ظروف اجتماعية جيدة ، علاقتها الاسرية جيدة لا تعاني من مشاكل في التواصل مع اقرانها المتفوقين .

المشكلات النفسية و الصحية :

هذه الحالة لا تعاني من مشاكل التواصل مع الاخرين و مشكلتها الوحيدة هي اعاققتها فهي تسبب لها معاناة كبيرة تحد من فعاليتها الاجتماعية فهي في غالب الاحيان تجلس لوحدها تقرا الكتب او تراجع دروسها بمنعزل عن اقرانها هي تقول ان اعاقتي قد تسببت في الحد من طموحاتي فهي كانت ترغب في ان تصبح طبيبة و لكن جاءت الرياح بما لا تشتهي السفن و جعلت مني انسانة عاجزة اثرت على مستقبلي المهني و الدراسي و حدثت من استقلاليتي فانا لا استطيع ان انجز واجباتي بشكل عادي كغيري من الاطفال فانا اشعر انه لا قيمة لي و انا عالة على هذا المجتمع فانا افضل ان انعزل عن هذا المجتمع فانا افضل ان انعزل عن هذا العالم ابقى لوحدي لاتحنب سخرية الناس و شفقتهم علي .

فيما يخص الدراسة :

مستواها الدراسي متدبب و غير مستقر

التحقت بالمدرسة في سن متأخرة

علاقتها مع زملائها في القسم غير جيد فهي تفضل الانعزال و الانطواء و هي نشعر في غالب الاحيان بالخجل .

مناقشة النتائج :

بعد التطرق للواقع النفسي و الاجتماعي والعائلي للمعاق (المكفوف) و من خلال المعطيات و عن طريق دراسة لاربعة حالات تبين انها تشترك فيما يلي :

طفولتهم على العموم لم تكن سعيدة فقد عاشوا ظروف اجتماعية صعبة اضافة الى عدم شعورهم بالامان و الحب .

شعورهم بالحزن و عدم الرغبة في العيش و ان ما يخل بهم هو نتيجة لعقاب لديهم افكار انتحارية .

قلة التواصل مع الاخرين و هذا راجع الى الاعاقة شعورهم بالفشل و الاحباط .

لا يجدون المتعة في اي شيء ,

عليهم ان يبذلوا جهدا اضافيا عكس الفرد العادي .

ليس لديهم نظرة تفاؤلية نحو المستقبل .

مناقشة الفرضيات :

ان كل هذه العوامل ادت الى ظهور حالات الاكتئاب و الاعاقة النفسية ، فلقد تحققت نظرا لجملة النتائج المعطاة التي تؤكد ان الاعاقة البصرية تعد عامل معم من عوامل الاكتئاب .

اقتراح برنامج ارشادي

التعريف الاجرائى للبرنامج:

وهو مجموعة من الاجراءات و الخطوات المنظمة و المخططة بناء على اسس علمية مستندة على مبادئ الارشاد و فنياته و نظرياته تتضمن مجموعة من المهارات و الانشطة التي تقدم لافراد المجموعة التجريبية خلال فترة محددة بهدف مساعدتهم للتخفيف من الاكتئاب

اهمية البرنامج

- تسليط الضوء على ظاهرة الاكتئاب لدى المكفوفين.

الهدف العام للبرنامج

- يهدف هذا البرنامج الى التخفيف من حدة الاكتئاب لدى المكفوفين.

الاهداف الخاصة للبرنامج:

وهي مجموعة اهداف يتحقق من خلالها الهدف العام للبرنامج:

- اعطاء الطفل المكتئب الفرصة للتعبير عن نفسه بما يدعم ثقته بنفسه
- تقوية الثقة بالنفس لدى الطفل الكفيف المكتئب.
- تنمية روح الابداع لدى هذه الفئة.
- تدريب الطفل المكفوف على ضبط انفعالاته و التحكم فيها و التكيف النفسي و الاجتماعي.
- تعزيز و تدعيم السلوكيات المرغوب فيها.
- تنمية و اكتساب عينة الدراسة السلوكيات الايجابية و زيادة القدرة على تحمل الاحباط و مواجهة الصعوبات.

الاسس التي يقوم عليها البرنامج:

*الاسس العامة:

- استعداد الفرد للتوجيه و الارشاد
- حق الفرد في التوجيه والارشاد.
- حقه في تقرير مصيره.
- مبدا تقبل العميل
- مبدا تقبل العميل
- مبدا استمرار عملية الارشاد.
- *الاسس الفلسفية مراعاة طبيعة الانسان و اخلاقيات الارشاد النفسي
- مراعاة العمر الزمني للاطفال.
- مراعاة مطالب النمو التي يمر بها الاطفال.

الفنيات التي يقوم عليها البرنامج:

- تنمية القدرات الابداعية لدى المكفوف و كذلك عن طريق تنظيم حفلات يستطيع فيها الكفيف ان يعبر عن نفسه عن طريق الغناء مثلا او الرقص.
- ممارسة الرياضة مثل رياضة كرة الجرس المخصصة للمكفوفين.

الفترة الزمنية لتطبيق البرنامج:

البرنامج مكون من سبع جلسات و حدد الباحث المدة الزمنية لكل جلسة خمسة واربعون دقيقة:

اليوم	الجلسة	موضوع الجلسة	وصف الجلسة
الاول	الجلسة الاولى	لقاء التعارف اهداف البرنامج الارشادي	يتمثل في التعارف بين الباحث و افراد الجماعة و التعرف على التعليمات الالاداب التي يجب ان يتقيد بها اثناء الجلسة و التعرف على البرنامج الارشادي الذي سوف يتم استخدامه التعرف على الاهداف التي يمكن تحقيقها
الثاني	الجلسة الثانية	مفهوم الاكتئاب	التعرف على مفهوم الاكتئاب واسبابه
الثالث	الجلسة الثالثة	مظاهر واشكال الاكتئاب	التعرف على مظاهر واشكال الاكتئاب
الرابع	الجلسة الرابعة	الاثار السلبية و سبل التخفيف من حدته	التعرف على الاثار السلبية للاكتئاب و طرق التخفيف منه
الخامس	الجلسة الخامسة	التفريغ الانفعالي	ان يذكر الاطفال مواقف تعرضوا لها من قبل الاخرين جعلت منهم اطفال مكتئبين
السادس	الجلسة السادسة	الغناء و الرقص	يتم فيها تنفيذ مسابقات غنائية تتسم بطابع التنافس
السابع	الجلسة السابعة	تقييم و انتهاء	مناقشة افراد المجموعة حول التغييرات التي طرات عليهم و رايهم في البرنامج و الحكم على مدى تحقيق الاهداف.

خاتمة:

بالرغم من ان الاكتئاب هو الظاهرة النفسية الاكثر انتشارا بين الافراد و يعاني منه عدد كبير من الناس الا انه يكون بشكل قليل عند المعاقين بصريا نظرا لعدة اعتبارات حيث ان معظم المعاقين بصريا لديهم اسلوب التعويض و ذلك بتعويض حاسة البصر التي فقدوها بحاسة اخرى و على الرغم من ذلك علينا باجراء دراسات اخرى تزيد و تثري الدراسات السابقة للاكتئاب عند المكفوفين .

التوصيات :

في ضوء النتائج المتوصل اليها نوصي باجراء دراسات اخرى تشمل على عينة اكبر للمكفوفين للبحث في مدى الاعاقة البصرية على الجانب النفسي للمكفوف و علاقة الاكتئاب بالاعاقة البصرية .

اما من الناحية العلمية توصي الدراسة بتصميم برامج سلوكية معرفية تهدف الى الكشف عن الجوانب النفسية و اثارها على شخصية الكفيف و ذلك من خلال تقديم ندوات و ابحاث تثري الخزينة العلمية

المراجع

1. ادیب محمد الخالدي ، المرجع في الصحة النفسية ، دار وائل للنشر ، 2009 الاردن .
2. السيد فهمي علي ، علم النفس المرضي ، دار الجامعة الجديدة للنشر و التوزيع 2010 مصر .
3. دعاء احمد حلف قراءات الكبار المعوقون بصريا و مدى وفاء المكتبات لها ، دار المعرفة الجامعية للنشر و التوزيع 2012 .
4. وليد سرحان جمال الخطيب ، محمد حباشنة الاكثتاب ، دار مجدلاوي للنشر و التوزيع ، عمان ، الاردن 2001 .
5. زياد كامل الللا.صائب كامل الللا .. أساسيات التربية الخاصة . دار المسيرة للنشر و التوزيع 2012 . الاردن .
6. خير سليمان شواهين ، سحر محمد غريقات ، امر عبد شنبور ، استراتيجيات التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة ، دار المسيرة للنشر و التوزيع 2010 الاردن .
7. عبد الرحمان ابراهيم حسن . تربية المكفوفين و تعليمهم ، عالم الكتب للنشر و التوزيع 2003 ، القاهرة .
8. طارق كمال . عبد المنعم الميلادي ، الامراض و الصحة النفسية ، مؤسسة شباب الجامعة للنشر و التوزيع ، مصر 2014
9. سعيد حسن العزة ، الاعاقة البصرية ، 2000 العلمية للنشر و التوزيع .
10. روجي مرح عبدات ، الاثار النفسية و الاجتماعية للاعاقاة على اخوة الاشخاص المعاقين ، دار الميسرة للنشر و التوزيع 2011 . الامارات .
11. فهمي علي ، علم النفس الصحة ، دار الجامعة الجديدة للنشر . 2009 ، مصر .
12. مدحت عبد الحميد ابوزيد ، الاكثتاب ، دراسة في السيكيوبتومتري دار المعرفة الجامعية للنشر و التوزيع ، مصر .
13. مصطفى نوري القمش ، الاعاقات المتعددة . دار المسيرة للنشر و التوزيع 2011 الاردن .
14. مرفت عبد المنعم سلامة ، الاعاقة البصرية ، دار المعرفة الجامعية 2011 مصر .

15. منتهى مشطر عبد الصاحب ، الشعور بالذنب و علاقته بالاكتئاب ، دار صفاء للنشر و التوزيع ، الاردن 2011 .
16. من صبحي الحديدي ، الاعاقة البصرية ، دار الفكر للطباعة و النشر 1998 ، الاردن
17. قائمة المذكرات :
18. بن سطا علي محمد امين ، اتجاهات طلبة قسم علم النفس و علوم التربية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة ، مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه ، جامعة وهران 2014 .
19. بشير معمريه ، اثر انماط السيادة النصفية للمخ و الاكتئاب في سلوك حل المشكلات مذكرة تخرج لنيل شهادة الدكتوراه 1999 . 2000 جامعة وهران .
20. دالي حسين ، دراسة اثر الاعاقة البصرية على التحصيل الدراسي و التوافق في علم النفس العيادي 2006 ، 2007 جامعة وهران .
21. حمودي احمد ، وامل الضغط المهني و علاقته بالاكتئاب و القلق و عمليات التحمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة ، رسالة لنيل شهادة الماجستير 2002 جامعة وهران .
22. كرما بن جمال ، طالق الوالدين و ظهور الاكتئاب لدى الابناء المراهقين ، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستير ، جامعة وهران 2014 2015 .
23. التعاريف الاجرائية :
24. الاكتئاب : هو حالة وجدانية يميزها القلق و الحزن و خيبة الامل مع الاحساس بالضالة و انعدام الفاعلية و بطئ حركة الجسم مع التعب بدون سبب ظاهر . حمودي احمد 2002-2003 ص 5 .
25. الاعاقة البصرية :

الملاحق

يشمل هذا الاستبيان على 21 مجموعة من العبارات ، بعد ان تقرا كل مجموعة منها بامعان ، ضع (x) في المربع الذي يسب العبارة التي تصف تماما الحالة التي كنت تشعر بها خلال الاسبوع الماضي بما في ذلك اليوم الحالي ، و اذا رايت ان عدة عبارات في مجموعة واحدة تنطبق عليك بنفس الدرجة ضع (x) في المربع الذي يقابلها ، تأكد من قراءة كل العبارات في المجموعة قبل ان يقع اختيارك على واحدة .

العبارات :

() لا اشعر بالحزن .

() اشعر بالحزن .

() انا حزين طوال الوقت و لا استطيع الخروج من هذه الحالة .

() انا حزين جدا و غير سعيد لدرجة اني لا استطيع تحمل هذه الحالة .

() لا اشعر بان عزيمتي ضعيفة اتجاه المستقبل .

() اشعر بان عزيمتي ضعيفة تجاه المستقبل .

() اشعر انه لا يوجد شيء اتطلع اليه في المستقبل .

() اشعر ان المستقبل ميؤوس منه ، و انه لا سبيل الى ان تتحسن الامور .

() لا اشعر بالفشل .

() اشعر انني واجهت الفشل اكثر مما يواجهه الشخص العادي .

() عندما استرجع حياتي الماضية فكل ما ارراه هو الكثير من الفشل .

() اشعر انني شخص فاشل تماما .

() لا ازال استمتع بالاشياء كما كنت من قبل .

() لا استمتع بالاشياء كما اعتدت ان استمتع بها من قبل .

() لم اجد متعة حقه في اي شيء بعد .

() اشعر بعدم الرضا و الملل من كل شيء .

() اشعر بالذنب بوجه خاص .

() اشعر بالذنب لفترات طويلة من الوقت .

() ينتابني الشعور بالذنب تماما معظم الوقت .

() اشعر بالذنب طول الوقت .

() لا اشعر ان عقابا يحل بي الان .

() اشعر و كان عقابا قد يحل بي .

() اتوقع ان يحل بي عقاب ,

() اشعر ان عقابا يحل بي الان .

() لا اشعر بان املي قد خاب في نفسي .

() اشعر بان املي قد خاب في نفسي .

() اشعر بالاشمزاز من نفسي .

() اكره نفسي .

لا اشعر بانني اسوا من اي شخص اخر .

انتقد نفسي على نقاط ضعفي او اخطائي .

الوم نفسي طوال الوقت على اخطائي .

الوم نفسي على كل شيء سيء يحدث .

لا تراودني اي افكار للتخلص من حياتي

تنتابني افكار للتخلص من حياتي و لكني لن انفذها

ارغب ان اقتل نفسي ,

لو اتاحت لي الفرصة للانتحار فسوف افعل ذلك ,

لا ابكي اكثر من المعتاد

ابكي الان اكثر مما تعودت .

ابكي الان طوال الوقت ,

تعودت ان اكون قادرا على البكاء ، اما الان فلا استطيع البكاء ,

لست مستثارا الان اكثر مما كنت دائما .

اصبح منزعجا او مستثارا بسهولة اكثر مما كنت معتادا .

اشعر بانني مستثار الان طوال الوقت ,

لا تثيرني بالمرّة الاشياء التي تعودت ان تثيرني .

لم افقد الاهتمام بالآخرين .

اشعر انني اقل اهتماما بالآخرين بالمقارنة بما كنت عليه فيما مضى .

فقدت معظم اهتمامي بالآخرين

فقدت كل اهتمامي بالآخرين .

اتخذ القرارات بنفس الكفاءة التي كنت اصدرها بها .

اقوم بتأجيل القرارات اكثر مما تعودت ,

اجد في اتخاذ القرارات صعوبة اكبر مما كنت اجد من قبل .

لم اعد استطيع اتخاذ القرارات .

لا اشعر انني ابدو كما كنت .

انا قلق لاني ابدو اكبر سنا او اقل جاذبية .

اشعر ان هناك تغيرات دائمة في مظهري تجعلني ابدو غير جذاب .

اعتقد انني ابدو قبيحا .

استطيع ان اعمل بنفس الكفاءة التي كنت اعمل بها من قبل .

اشعر ان البدء في عمل اي شيء اصبح يتطلب مني الان جهدا اضافيا ,

اضطر الى ان اضغط على نفسي بشدة كي اعمل اي شيء .

لا استطيع القيام باي عمل على وجه الاطلاق .

استطيع النوم بشكل جيد كما تعودت .

لا انام جيدا كما كنت معتادا .

استيقظ مبكرا ساعة او ساعتين عن المعتاد ، ثم اجد صعوبة في العودة الى النوم .

استيقظ مبكرا عدة ساعات عما تعودت ، ثم لا استطيع العودة الى النوم .

لا اشعر بالتعب اكثر. من المعتاد .

اشعر بالتعب بسرعة اكثر مما تعودت.

اصبح التعب يدركني بسبب القيام باي عمل تقريبا ,

اشعر بالارهاق حتى انني لا استطيع القيام باي عمل .

شهيتي للطعام ليست اسوا من المعتاد

لم تعد شهيتي طيبة كما كانت من قبل .

شهيتي الان اسوا مما كانت بكثير .

لم يعد لدي شهية على الاطلاق .

لم افقد كثيرا من وزني مؤخرا .

نقص وزني اكثر من 2 كيلو غرام .

نقص وزني اكثر من 5 كيلو غرام .

نقص وزني اكثر من 7 كيلو غرام .

أحاول عن عمد ان انقص وزني و ذلك بالتقليل من كمية الاكل : نعم () لا () .

لست منشغل البال على صحتي اكثر من المعتاد .

تشغل بالي مشاكل صحية مثل بعض الالام او اضطراب المعدة او مساك .

اشعر بانشغال البال كثيرا بسبب مشاكل صعبة ن و من الصعب علي التفكير في اي شيء اخر .

اشعر بان بالي مشغول جدا بخصوص مشكلاتي الصحية لدرجة انني لا استطيع التفكير في اي شيء اخر .

- لم لاحظ اي تغيير في اهتمامي بالجنس في الفترة الاخيرة .
 - اصبح اهتمامي بالجنس اقل مما تعودت .
 - انني اقل اهتماما الان بشكل اكبر .
 - فقدت الاهتمام بالجنس تمام .
-

البطاقة الفنية للمدرسة

المؤسسة	
التسمية	مدرسة الاطفال المعوقين بصريا عين الترك
الوزارة الوصية	وزارة التضامن الوطني و الاسرة وقضايا المرأة
تاريخ الافتتاح	افتتحت سنة 1963
طاقة الاستيعاب	100 تلميذ
عدد المتدريسين	72 تلميذ منهم 41 ذكور و 31 اناث
الفئة المتكفل بها	التلاميذ ذوي الكف التام و ضعاف البصر
النظام المتبع	داخلي 43 تلميذ منهم 24 ذ و 12 ان نصف داخلي 29 تلميذ منهم 12 ذ و 17 ان .
الوحدات البيداغوجية	عددها 11 منهم 05 في الطور الابتدائي و 04 في الطور المتوسط

مخطط توزيع العمال

11	الطاقم الاداري
22	عمال الصيانة
01 مرسم + 01 في اطار برنامج ادماج	الطاقم التقني البيداغوجي
01	الاخصائيين
01	رئيس المصلحة البيداغوجية
03	المراقب العام
03 + 02 متربصين	استاذ ثانوي
03	استاذ التعليم المتخصص
01	ات.اساسي
01	معلم التعليم المتخصص رئيسي
04	استاذ منتدب
01	المربون الرئيسيون
01 مرسم	المربون المساعدون
01 مرسمة	طبيب عام
منتدبة من طرف وزارة التضامن الوطني	ممرضة
05 مرسمون	مساعدة اجتماعية
06 عقود ما قبل التشغيل	المربون
07 جهاز النشلط الاجتماعي	
19 مربون في اطار تشغيل الشباب	
06 عاملين مهنيين من المستوى الاول	

التكفل النفسي الطبي و التربوي

تستعمل كل النشاطات الوقائية و العلاجية اعادة التربية ضمن متابعة نفسية	العيادي
يعمل على تطبيق الطرق التربوية المناسبة للعمل في المؤسسة	التربوي
تنظم الدراسات الاجتماعية عن التلاميذ بالاتصال باليهيات الرسمية	التكفل الاجتماعي
يسهر على المتابعة الطبية للتلاميذ ضمان تعليم متخصص للاطفال المكفوفين لوحة الكتابة. و قلم خاص برايل كتاب مدرسي مكيف بطريقة برايل	التكفل الطبي التكفل التعليمي الوسائل

البطاقة اليومية داخل المدرسة

06 سا و 30 د
من 06 سا الى 07
07 سا و 30 د
08 سا و 30 د
من 10: 20 الى 10: 35
10: 35
12: 30
13: 00
13: 30
15: 20 الى 15: 30
16: 30
16: 30
17 : 30
17: 30
19 سا
من 19: 30 الى 21 سا
من 21: 00 الى 21: 30
22: 00

الايقاظ
النظافة الصباحية
فطور الصباح
الدخول الى الاقسام
الاستراحة
العودة الى الاقسام
الغذاء
الاستراحة
استئناف الدراسة
الاستراحة
انتهاء الدراسة
اللمجة
استراحة
المذاكرة
العشاء
انشطة ترفيهية
النظافة المسائية
اطفاء الاتوار

توزيع التلاميذ في النظامين حسب الجنس

عدد التلاميذ	ذكر	انثى	المجموع
في النظام الداخلي	24	19	43
في النظام النصف الداخلي	12	17	29
المجموع	36	36	72

توزيع التلاميذ في الطورين الابتدائي والمتوسط

الطور المتوسط

- السنة الاولى متوسط 08 تلاميذ
- السنة الثانية متوسط 07 تلاميذ
- السنة الثالثة متوسط 09 تلاميذ
- السنة الرابعة متوسط 03 تلاميذ

الطور الابتدائي

- القسم الخاص 05 تلاميذ
- السنة الاولى ابتدائي 10 تلاميذ
- السنة الثانية ابتدائي 14 تلاميذ
- السنة الثالثة ابتدائي 07 تلاميذ
- السنة الرابعة ابتدائي 06 تلاميذ
- السنة الخامسة ابتدائي 03 تلاميذ

النتائج المتحصل عليها في امتحانات التعليم المتوسط

النسبة النجاح	عدد الناجحين	عدد التلاميذ	النتائج الدراسية
%100	12	12	2008 -2007
%100	05	05	2009 -2008
%100	07	07	2010 -2009
%100	08	08	2011 -2010
%100	08	08	2012 -2011
%100	03	03	2013 -2012
%100	11	11	2014 -2013
%100	05	05	2015 -2014

النتائج المتحصل عليها في امتحانات التعليم الابتدائي
2007-2015

• الطور الابتدائي:

نسبة النجاح	عدد الناجحين	عدد التلاميذ	النتائج الدراسية
%100	06	06	2008 -2007
%100	06	06	2009 -2008
%100	07	07	2010 -2009
%100	07	07	2011 -2010
%100	05	05	2012 -2011
%100	06	06	2013 -2012
%100	08	08	2014 -2013
%100	02	02	2015 -2014