جامعة مولود معمري تيزي وزو

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

فرع العلوم الاجتماعية

قسم: علم النفس

صورة الجسد وعلاقتها بالقلق الاجتماعي لدى المعاقين بصرياً

دراسة وصفية

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

إعداد الطالبتين:

كندال ملحة

محمودي سيلينا

تحت إشراف:

أ.مزياني حمزة

السنة الجامعية:2023-2024

شكروتقدير

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿يَرْفَعِ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ خَبِيرٌ﴾ سورة المجادلة 11

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، والصلاة والسلام على رسول الله محمد وعلى آله وصحبه أجمعين ﷺ .

أم بعد

يسرنا أن نتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى الأستاذ الفاضل"مزياني حمزة"الذي أنار دربنا بتوجيهاته ومعلوماته القيمة والتي كان لها الأثر الكبير في إتمامنا هذا البحث.

كما يسعدنا أن نوجه فائق التقدير والإمتنان إلى كل من ساهم من قريب أو بعيد في إكمال هذا العمل المتواضع ولكل من شجعنا ودعمنا طوال فترة إنجازنا له

وفي الأخير

نسأل الله ﷻ أن يجعل هذا العمل مباركا وخالصا لوجهه الكريم.

إهداء

إلى من كلل العرق جبينهم ومن علمونا أن النجاح لا يأتي إلا بالصبر والإصرار إلى النور الذي أنار دربنا والسراج الذي لا ينطفئ نوره بقلوبنا أبدا من بذلوا الغالي والنفيس واستمددنا منهم قوتنا واعتزازنا بذواتنا

والدينا الأعزاء

إلى من جعل الله الجنة تحت أقدامهن وسهلن لنا الشدائد بدعائهن إلى النساء العظيمات اللواتي لطالما تمنين أن تقرن أعينهن لرؤيتنا في يوم كهذا

أمهاتنا العزيزات

إلى أضلاعنا الثابتة وأمان أيامنا إلى من شددوا أزرنا بهم فكانوا لنا ينابيع نرتوي منها إلى خيرة أيامنا وصفوتها إلى قرات أعيننا

إلى إخواننا وأخواتنا الغاليين

لكل من كان عونا وسندا لنا في هذا الطريق للأصدقاء الأوفياء ورفقاء السنين لأصحاب الشدائد والأزمات إلى من أفاوضنا بمشاعرهم ونصائحهم المخلصة إليكم عائلاتنا نهديكم هذا الإنجاز وثمرة نجاحنا التي لطالما تمنيناها ها نحن اليوم أكملنا وأتممنا أول ثمارا ته بفضل الله سبحانه وتعالى الحمد لله على ما وهبنا وأن يجعلنا مباركين وأن يعيننا أينما كنا فمن قالوا نحن لها نالوها فنحن لها وإن أبت رغما عنها أتينا بها فالحمد لله شكرا وحبا وامتنانا على البدء والخط

مالحا وسيلينا

ملخص البحث:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على صورة الجسد وعلاقتها بالقلق الاجتماعي لدى المعاقين بصريا وذلك عن طريق دراسة الوصفية استخدمنا فيها المنهج الوصفي التحليلي، بحيث شملت عينة البحث 60 فردا من الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية والذين تراوحت أعمارهم ما بين 14 و45سنة، من كلا الجنسين، ولجمع البيانات استخدمنا مقياس صورة الجسد الذي أعده ناصر محمد نوفل (2016) ومقياس القلق الاجتماعي الذي أعدته زينب سيد عبد الحميد عثمان (2014) وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين صورة الجسد والقلق الاجتماعي ، كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسد تعزي لمتغير الجنس، وقد أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القلق الاجتماعي تعزي لمتغير الجنس، وبينت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسد حسب نوع الإعاقة، كما توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في القلق الاجتماعي حسب نوع الإعاقة.

Research Summary:

The current study aims to examine the relationship between body image and social anxiety among the visually impaired through a field study employing a descriptive-analytical method. The research sample consisted of 60 visually impaired individuals aged between 14 and 45 years, encompassing both genders. For data collection, the Body Image Scale, developed by Nasser Mohamed Nofal (2016), and the Social Anxiety Scale, developed by Zeinab Said Abdel Hamid Osman (2014), were utilized. The study finds a statistically significant correlation between body image and social anxiety. Additionally, the results indicates no statistically significant differences in body image attributed to gender and no statistically significant differences in social anxiety attributed to gender. The findings also revealed no statistically significant differences in body image according to the type of disability and no statistically significant differences in social anxiety according to the type of disability.

فهرس المحتويات:

	شكر وتقدير	
	إهداء	
	ملخص الدراسة	
	فهرس المحتويات	أ
	فهرس الجداول	**ج**
	مقدمة	**2**
	الجانب النظري	
	الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية	
1	إشكالية البحث	**6**
2	فرضيات البحث	**8**
3	أهداف البحث	**8**
4	أهمية البحث	**9**
5	تحديد المفاهيم والمصطلحات الأساسية	**9**
6	بعض الدراسات السابقة	**10**
	الفصل الثاني: صورة الجسد	
	تمهيد	**15**
1	مفهوم صورة الجسد	**15**
2	أهمية صورة الجسد	**16**
3	النظريات المفسرة لصورة الجسد	**17**
4	مكونات صورة الجسد	**18**
5	أبعاد صورة الجسد	**18**
6	العوامل المؤثرة في تكوين صورة الجسد	**19**
7	ملامح صورة الجسد لدى المكفوفين	**23**
8	أهمية بناء تصور الكفيف لجسده	**24**
9	تحسين صورة الجسد لدى الكفيف	**24**
	خلاصة الفصل	**25**
	الفصل الثالث: القلق الاجتماعي	
1	القلق	**27**

2	تعريف القلق الاجتماعي	**30**
3	مظاهر القلق الاجتماعي	**32**
4	أسباب ظهور القلق الاجتماعي	**33**
5	محاكات التشخيص	**34**
6	النظريات المفسرة للقلق الاجتماعي	**36**
7	الأساليب العلاجية للقلق الاجتماعي	**38**
8	مضاعفات القلق الاجتماعي	**41**
9	خلاصة الفصل	
	الفصل الرابع: الإعاقة البصرية	
	تمهيد	**40**
1	فيزيولوجيا العين	**40**
2	آلية حدوث الرؤية	**42**
3	مفهوم الإعاقة البصرية	**42**
4	أنواع الإعاقة البصرية	**43**
5	أسباب الإعاقة البصرية	**45**
6	خصائص الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية	**46**
7	تشخيص الإعاقة البصرية	**47**
8	أثر الإعاقة البصرية على شخصية المعاق	**48**
9	التكنولوجيا المساعدة للمكفوفين	**49**
	خلاصة الفصل	**50**
	الجانب التطبيقي	
	الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية	
	تمهيد	**51**
1	الدراسة الاستطلاعية	**51**
2	منهج الدراسة	**52**
3	عينة الدراسة	**53**
4	أدوات الدراسة	**55**
5	الأساليب الإحصائية	**67**
	خلاصة الفصل	**67**
	الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج	

	تمهيد	**69**
1	عرض ومناقشة نتائج الفرضيات	**69**
2	مناقشة عامة للنتائج	**76**
	خاتمة	**79**
	قائمة المراجع	**84**
	الملاحق	**93**

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
1	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس (ذكور، إناث)	**56**
2	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع الإعاقة (خلقية، مكتسبة)	**57**
3	يوضح البنود السالبة والموجبة في مقياس صورة الجسد	**58**
4	يوضح درجات الإجابة على بنود مقياس صورة الجسد	**59**
5	يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس صورة الجسد والدرجة الكلية للمقياس	**60**
6	يوضح معامل الارتباط بين درجة كلُ بعد من أبعاد مقياس صورة الجسد والدرجة الكلية للمقياس	**61**
7	يوضح نتائج معامل ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس صورة الجسد	**62**
8	يوضح طريقة التجزئة النصفية لقياس ثبات أبعاد مقياس صورة الجسد	**63**
9	يوضح أبعاد مقياس القلق الاجتماعي	**64**
10	معاملات ارتباط عبارات كل بعد بالبعد الذي تتبعه بعد حذف الدرجة من درجة البعد	**65**
11	معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس القلق الاجتماعي والدرجة الكلية لمقياس(ن=30)	**66**
12	يوضح نتائج معامل الارتباط بين صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدى المكفوفين	**69**
13	يوضح درجات الأفراد العينة على مقياس صورة الجسد	**71**
14	يوضح درجات الأفراد العينة في مقياس القلق الاجتماعي	**73**
15	يوضح درجات الأفراد العينة(حسب نوع الإعاقة) على مقياس صورة الجسد	**74**
16	يوضح درجات الأفراد العينة(حسب نوع الإعاقة) على مقياس القلق الاجتماعي	**75**

مقدمة

المقدمة

مقدمة:

إن حاسة البصر هي الوسيلة الجوهرية التي تربط بين الفرد وكل ما هو محيط به إذ تسمح له باستكشاف العالم الخارجي والحصول على المدركات البصرية كالأشكال والألوان، ففي حال إصابة الإنسان بالكف البصري بشكل جزئي أو كلي قد يصبح مقيدا وغير قادرا على اكتساب المعلومات حول الأشياء والظواهر التي تحدث حوله بصفة واضحة ما يدفعه إلى استعمال بقية حواسه الأخرى إلا أنها في أغلب الأحيان لا تفي بالغرض نظرا للأهمية البالغة التي تحظى بها وظيفة الرؤية خلال عملية التفاعل مع البيئة الخارجية.

فمما لا شك فيه أن عدم قدرة الشخص الكفيف على ملاحظة ملامح جسده قد تجعله يشكل في ذهنه تصورات خاطئة حول نفسه بناءا على التعليقات السليبة والانتقادات التي يصدرها الآخرين اتجاه مظهره الجسدي ما ينتج عنه عدم الرضا عن الذات و الشعور بالدونية والنقص، حيث أن الشكل الخارجي لجسم الإنسان يلعب دورا هاما في مدى قبول الفرد من طرف المجتمع الذي يعيش فيه، فالتشوهات المعرفية التي يعاني منها المعاق بصريا حول صورة جسمه تجعله قي مقارنة دائمة مع الآخرين ما يرفع لديه شدة القلق و التوتر خاصة عند تعرضه للمواقف الاجتماعية المختلفة.

وعلى هذا الأساس فإن هذه الدراسة تطرح موضوع "صورة الجسد وعلاقتها بالقلق الاجتماعي لدى المعاقين بصرياً" في ضوء متغيري الجنس و نوع الإعاقة، حيث قسم البحث إلى (6) فصول يحتوي كل منهم على عدة عناصر.

ففي الفصل الأول تم عرض إشكالية الدراسة وفرضياتها وكذا أهدافها وأهميتها بالإضافة تحديد المصطلحات الأساسية للبحث والدراسات السابقة التي تناولت هذا الموضوع.

المقدمة

أما الفصل الثاني ضم مفهوم صورة الجسد، أهميتها وأهم النظريات المفسرة لها، وكذلك مكوناتها، أبعادها والعوامل المؤثرة في تكوينها، بالإضافة إلى ملامح صورة الجسد لدى الكفيف، أهمية بناء تصوره لجسده وتحسين صورة الجسم لديه.

كما ضم الفصل الثالث مفهوم القلق أعراضه وأهم أسبابه، وكذا تعريف القلق الاجتماعي مظاهره وأسبابه بالإضافة إلى محاكاة التشخيص، النظريات المفسرة له، الأساليب العلاجية للقلق الاجتماعي ومضاعفاته.

وشمل الفصل الرابع على فيزيولوجيا العين وآلية حدوث الرؤية، وكذا مفهوم الإعاقة البصرية، أنواعها وأهم أسبابها، بالإضافة إلى خصائص الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية، تشخيص الإعاقة البصرية، أثرها على شخصية الكفيف والتكنولوجيا المساعدة له

وأشار الفصل الخامس إلى أهم الإجراءات المنهجية للبحث حيث ضم الدراسة الاستطلاعية والمنهج المعتمد فيها وكذا خصائص عينة الدراسة وأهم الأدوات المطبقة عليها بالإضافة إلى الأساليب الإحصائية التي استعملت في تحليل النتائج.

أما الفصل السادس تم من خلاله عرض نتائج الفرضيات، مناقشتها، تحيلها وتفسيرها في ضوء الدراسات السابقة وأخيرا تقديم خلاصة عامة للدراسة وبعض التوصيات.

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام للإشكالية

إشكالية البحث

فرضيات البحث

أهداف البحث

أهمية البحث

تحديد المفاهيم والمصطلحات الأساسية

بعض الدراسات السابقة

1. إشكالية البحث:

تعتبر الإعاقة ظاهرة عالمية يعاني منها الملايين من الأشخاص وهي حالة تصيب الفرد نتيجة وجود خلل أو فقدان وظيفة عضو أو حاسة معينة ما يؤثر على الإنسان ويجعله عاجزا على أداء مهامه اليومية بشكل طبيعي. فقد أشارت إحصائيات منظمة الصحة العالمية أن(1.3) مليار من سكان العالم هم فئة من ذوي الاحتياجات الخاصة وهو ما يقارب نسبة 16% من مجموع السكان، كما صنفت ذات المنظمة الإعاقة إلى أربع أنواع وهي: الإعاقة الجسمية والحركية، الإعاقة الذهنية، اضطرابات التواصل، الإعاقة الحسية (عبد المجيد أحمد، 2006، ص 41).

ومن بين الإعاقات يعتبر الكف البصري من بين أكثر الإعاقات الحسية شيوعا حيث تشير الإحصائيات إلى وجود ما يفوق 35 مليون مكفوف وحوالي 120 مليون ضعيف بصري في العالم كما أثبتت تقارير منظمة الصحة العالمية أن نسبة (80%) من المعاقين بصريا تتمركز في دول العالم الثالث. ويعرف الكف البصري على أنه حالة يفقد فيها الفرد القدرة على الرؤية واستخدام حاسة البصر بشكل كلي أو جزئي ما يؤثر سلبا على أدائه في شتى المجالات (الحديدي، 2014، ص 35-38).

ومما لا شك فيه أن هذا العجز ينعكس بصورة سلبية على الجانب النفسي للمكفوفين حيث يقول الباحث شونتز"shontz" (1971)أنه (لا أحد مسؤول يزعم أن الإعاقة لا تؤثر بشكل مباشر على السلوك). ومن جهة أخرى فمن الطبيعي أن يكون هناك اختلاف في التأثيرات السلوكية المباشرة للأفراد الذين يعانون من الإعاقة نفسها، وذلك يعود إلى الفروق الفردية بينهم، خاصة من حيث نوع ودرجة التكيف مع الإعاقة (المرجع السابق، 2014، ص 67). فالحواس تمكن الإنسان من التفاعل المباشر مع البيئة الخارجية، وعند حدوث خلل في إحداها، فإن ذلك يؤثر على حياة الفرد ماديا ومعنويا. فعلى سبيل المثال، إذا تضررت حاسة البصر، التي تعتبر مصدرا أساسيا لجمع المعلومات والحصول على المثيرات

الخارجية، فإن ذلك سيؤثر بشكل كبير على حياة الفرد لأنها الوسيلة الرئيسية التي تربط الإنسان بما هو أبعد عن حدود جسده مما يسهل العملية التفاعلية بين الفرد والبيئة التي ينشأ فيها (الدراجي، 2018، ص 160).

إذ يكون المكفوف غير قادرا على ملاحظة ذاته وبالتالي لا يستطيع تشكيل رؤية واضحة وصحيحة حول صورة بدنه، فهو يحرر في عقله تصورات ذهنية اعتمادا على ما يجمعه من معلومات عن طريق الحواس الأخرى كالسمع واللمس وكذلك الصفات اللفظية التي يطلقها عليه الأشخاص من حوله ما يؤدي إلى وجود تشوهات معرفية في إدراكه لذاته حيث تكون الكفاءة الإدراكية متدنية بسبب نقص المثيرات المتعلقة بحاسة البصر كالأشكال والألوان. فصورة الجسد هي اعتقادات يشكلها الإنسان في ذهنه حول مظهره الخارجي، حيث تلعب هذه الصورة دورا أساسيا في تكوين مفهوم الذات لدى الفرد فلذلك أي تشوه في هذه التصورات يؤدي إلى سوء أداء الإنسان في جميع نواحي حياته وعرقلة وصوله إلى ما يسعى إليه الحياة (العلاليإزري سوانلدة، 2019).و هذا ما أكدته دراسة " إبراهيم " (2020) التي بينت نتائجها أنه كلما تحسنت صورة الجسم لدى المعاق بصريا ترتفع درجة ثقته في نفسه ما ينمي لديه الرغبة في تحقيق مختلف طموحاته.

كما يعاني المكفوف من مشكلة فهمه وتقبله من طرف الأشخاص المحيطين به وتتكون لديه تصورات خاطئة تجعله يشعر بالدونية والنقص، فوجود الإعاقة لدى الفرد يعرضه للإصابة بالعديد من المشكلات النفسية التي يمكنها أن تؤثر على حياته الاجتماعية ونذكر منها القلق الاجتماعي الذي يتمثل في الخوف الشديد من المواقف التي يكون فيها في احتكاك وتفاعل مع الآخرين كالتحدث أمامهم أو الأكل معهم في أماكن عامة ، حيث لا يستطيع تبادل الكلام مع أشخاص غرباء وبدء محادثات جديدة معهم وذلك خشية من إطلاق الأحكام عليه ومراقبته من قبل الناس(الشديفات، 2003، ص 80-82).حيث أظهرت دراسة

صادق شاهين (د.ت) أن القلق الاجتماعي سببا رئيسيا في تتلاشي الكثير من العلاقات الاجتماعية للفرد الكفيف ما يترتب عنه انخفاض نسبة التوافق الاجتماعي لديه وكذلك عدم القدرة على ممارسة أدواره في المجتمع بشكل طبيعي.

فعلى ضوء ما سبق فإن الكف البصري يسبب اضطرابا وتشوها في صورة الجسم لدى الإنسان والذي بدوره يمكن أن ينتج عنه القلق الاجتماعي وبالتالي تتحدد مشكلة بحثنا في التساؤلات التالية:

- هل توجد علاقة بين صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدى المعاقين بصرياً؟
- هل توجد فروق في صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدى المعاقين بصرياً ترجع لمتغير الجنس؟
- هل توجد فروق في صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدى المعاقين بصرياً ترجع لمتغير نوع الإعاقة (خلقية/مكتسبة)؟

2.فرضيات البحث:

- توجد علاقة ارتباطيه بين صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدى المعاقين بصرياً ؟
- توجد فروق في صورة الجسد لدى المعاقين بصرياً ترجع لمتغير الجنس؟
- توجد فروق في القلق الاجتماعي لدى المعاقين بصرياً ترجع لمتغير الجنس؟
- توجد فروق في صورة الجسد لدى المعاقين بصرياً ترجع لمتغير نوع الإعاقة (خلقية/مكتسبة)؟
- توجد فروق في القلق الاجتماعي لدى المعاقين بصرياً ترجع لمتغير نوع الإعاقة (خلقية/مكتسبة)؟

3.أهداف البحث:

- التعرف على طبيعة العلاقة بين صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدى المعاقين بصرياً.

- الكشف عن الفروق في صورة الجسد لدى الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية حسب متغير الجنس.
- الكشف عن الفروق في القلق الاجتماعي لدى الأفراد ذوي الإعاقة البصرية حسب متغير الجنس.
- الكشف عن الفروق في صورة الجسد لدى الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية حسب متغير نوع الإعاقة.
- الكشف عن الفروق في القلق الاجتماعي لدى الأفراد ذوي الإعاقة البصرية حسب متغير نوع الإعاقة.

4.أهمية البحث:

تتبين أهمية هذه الدراسة في كونها تتناول موضوعا قيما يجمع بين متغيرين بارزين لدى فئة المعاقين بصرياً وذلك لقلة الدراسات التي تطرقت إليه سابقا حيث تسمح لنا دراستنا هذه بفهم العلاقة الموجودة بين صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدى الأفراد ذوي الإعاقة البصرية وكيفية تأثير كل منهما على الآخر، وبالتالي بإمكانها أن تساهم في تطوير برامج نفسية اجتماعية خاصة بالمعاقين بصرياً من أجل مساعدتهم في تصحيح تصوراتهم الخاطئة حول أنفسهم والعلاج من القلق الاجتماعي أو الوقاية من الإصابة به. كما أن هذه الدراسة قد تكون بمثابة رسالة توعية لزيادة الوعي المجتمعي حول طرق التعامل مع الأشخاص المعاقين بصريا وضرورة فهم احتياجاتهم النفسية الاجتماعية للتقليل من معاناتهم.

5.تحديد المفاهيم والمصطلحات الأساسية:

5.1. الإعاقة البصرية:

هي حالة يعجز فيها الفرد عن استعمال حاسة البصر بشكل طبيعي وفعال حيث تكون الوظيفة البصرية محدودة أو منعدمة، ما ينعكس سلبا على حياته وأدائه (اسماعيلي، 2009، ص58).

وإجرائيا نحدده في العجز الذي يحدث نتيجة خلل وظيفي يصيب حاسة البصر حيث لا يستطيع الفرد رؤية المدركات البصرية والذي يكون إما خلقيا أو مكتسبا.

5.2. صورة الجسد:

هي تصور ذهني يدركه الإنسان عن بدنه في كل وقت يمر به وهي ناتجة عن مشاعر داخلية ومواقف مختلفة يواجهها الإنسان في حياته من خلال احتكاكه بالبيئة المحيطة من حوله. (براغمه، 2018، ص 15). وإجرائيا هي النتيجة المتحصل عليها من تطبيق مقياس صورة الجسد للمعاقين بصريا الذي أعده ناصر محمد نوفل سنة (2016) وهي كل تصورات ذهنية متعلقة بالمظهر الخارجي والعضوي يشكلها الشخص المكفوف في عقله اتجاه نفسه.

5.3. القلق الاجتماعي:

هو خوف مفرط وغير طبيعي من موقف اجتماعي أو أكثر حين يحس أنه ملاحظ ومراقب من طرف الآخرين. (Catherine,2018,p8)وإجرائيا هي النتيجة المتحصل عليها عند تطبيق مقياس القلق الاجتماعي للمكفوفين الذي أعدته زينب سيد عبد الرحمان عثمان سنة (2014) وأيضا هي مخاوف تصيب الفرد المعاق بصريا خلال تعرضه لمواقف اجتماعية تجمعه بأشخاص آخرين وذلك نتيجة تصورات خاطئة يكونها في ذهنه عن جسده ما يجعله يخشى إطلاق الأحكام عليه من طرف الأفراد المحيطين به.

6. الدراسات السابقة:

سنتناول في هذا العنصر مجموعة من الدراسات السابقة والتي اعتمدنا عليها بشكل أساسي في بناء هذه الدراسة وهي كما يلي:

- ✓ **دراسة زينب سيد عبد الحميد عثمان (2014):** جاءت الدراسة حول "القلق الاجتماعي" وعلاقته بقوة الأنا وتقدير الذات والسلوك التوكيدي والسمات السوية واللاسوية لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريا، وهدفت إلى الكشف عن القلق الاجتماعي وعلاقته بقوة الأنا وتقدير الذات والسلوك التوكيدي والسمات السوية واللاسوية لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريا، استعملت فيها عدة مقاييس وهي: مقياس القلق الاجتماعي، مقياس قوة الأنا، مقياس تقدير الذات، مقياس السلوك التوكيدي ومقياس التحليل الإكلينيكي للشخصية.

تكونت عليه الدراسة من 30 طالبا وطالبة مكفوفين، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطيه سالبة ذات دلالة إحصائية بين القلق الاجتماعي وقوة الأنا، وكذلك وجود علاقة ارتباطيه سالبة دالة إحصائيا بين القلق الاجتماعي وتقدير الذات، كما تبنيت وجود علاقة ارتباطيه سالبة دالة إحصائيا بين القلق الاجتماعي والسلوك ألتوكيدي، كما أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق في متوسطي رتب درجات ذوي الإعاقة (الكلية، الجزئية) على مقاييس الدراسة وتوجد فروق دالة إحصائيا في متوسطات رتب المكفوفين ذوي القلق الاجتماعي المرتفع وذلك في كلا من السمات السوية والسمات المرضية للشخصية.

- ✓ **دراسة ناصر محمد نوفل (2016):**

جاءت الدراسة حول "صورة الجسد والاغتراب النفسي وعلاقتهما بالقلق والاكتئاب لدى المعاقين بصريا وهدفت إلى الكشف عن صورة الجسد والاغتراب النفسي وعلاقتها بالقلق والاكتئاب في ضوء عدة متغيرات وهي : (الجنس، العمر، درجة الإعاقة البصرية، أسباب الإعاقة البصرية) لدى المعاقين بصريا.

واستعمل فيه الباحث المنهج الوصفي التحليلي، أجريت الدراسة على عينة تتكون من 155 شخصا من ذوي الإعاقة البصرية منهم 80 ذكور و75 إناث تتراوح أعمارهم بين 10 و65سنة، حيث قام الباحث بإعداد مقياسي صورة الجسد والاغتراب النفسي كما استعمل مقياس تايلور للقلق ومقياس أرون بيك للاكتئاب الذي قننه لعبادسة.

أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود علاقة ارتباطيه عكسية بين صورة الجسد وكل من الاغتراب النفسي والقلق والاكتئاب وأيضا وجود فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسد متغيري الجنس لصالح الإناث وسبب الإعاقة لصالح المعاقين منذ الولادة. كما أظهرت وجود علاقة ارتباطية طردية بين الاغتراب النفسي وكلا من القلق والاكتئاب، وكذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاغتراب النفسي حسب متغير العمر لدى المعاقين بصريا لصالح الفئة العمرية 22 سنة وأقل. كما بينت ذات الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القلق وحسب متغيري الجنس لصالح الإناث والعمر لصالح الفئة العمرية 22 فأقل.

- ✓ **دراسة نادية إميل بنا ومروة فتحي شعراوي (2020):**

جاءت الدراسة حول العلاقة بين القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية لدى المعاقين بصريا وهدفت إلى التعرف على العلاقة بين القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية لدى المكفوفين، استعملت الباحثتان مقياسي القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية، أجريت الدراسة على 120 شخصا من القطاعين العام والخاص بالقاهرة وذلك في ضوء المتغيرات التالية: (النوع، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، المهنة). وبينت نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية لدى المعاقين بصريا والمبصرين وكذلك أشارت نتائج الدراسة إلى أنه يمكن التنبؤ بالأعراض

الوسواسية من خلال القلق الاجتماعي وأيضا أوضحت وجود فروق في كلا من القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية في ضوء متغيري الإعاقة والمهنة.

- ✓ **دراسة وليد السيد أحمد خليفة وشيماء جمال شحاتة مرسي (2023):**

جاءت الدراسة حول "اضطراب صورة الجسم وعلاقته بالمناعة النفسية والحساسية الانفعالية لدى المعاقين بصريا وهدفت إلى الكشف عن العلاقة بين صورة الجسم والمناعة النفسية والحساسية الانفعالية لدى المعاقين بصريا والكشف عن الفروق بين الجنسين في اضطراب صورة الجسم وذلك من خلال المناعة النفسية والحساسية الانفعالية لديهم.

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي وأجريت على عينة بلغ عددها 150 كفيف وكفيفة يدرسون في مرحلة الثانوية بأسيوط. حيث أعد الباحثان المقاييس المستعملة في الدراسة وهي: مقياس صورة الجسد، مقياس المناعة النفسية ومقياس الحساسية الانفعالية.

وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين اضطراب صورة الجسد والمناعة النفسية وكذلك وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا بين اضطراب صورة الجسم والحساسية الانفعالية لدى المعاقين بصريا.

كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات دراجات اضطراب صورة الجسم لدى المكفوقين حسب متغير الجنس لصالح الإناث وفروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجة المناعة النفسية حسب متغير لصالح الذكور وكذلك وجود فروق دالة إحصائيا في متوسطات درجات الحساسية الانفعالية لدى المعاقين بصريا حسب متغير الجنس لصالح الإناث. ويمكن التنبؤ باضطراب صورة الجسد عن طريق المناعة النفسية والحساسية الانفعالية.

الفصل الثاني:

صورة الجسد

تمهيد

مفهوم صورة الجسد

أهمية صورة الجسد

النظريات المفسرة لصورة الجسد

مكونات صورة الجسد

أبعاد صورة الجسد

العوامل المؤثرة في تكوين صورة الجسد

ملامح صورة الجسد لدى المكفوفين

أهمية بناء تصور الكفيف لجسده

تحسين صورة الجسد لدى الكفيف

خلاصة الفصل

تمهيد:

تساهم الصفات الجسدية في تحديد أفكار ومشاعر الفرد حول نفسه، كما تلعب المعايير الخاصة به دورا مهم في تبني صورة الجسم الإيجابية، فكلما انحرفت الصورة عن هذه المعايير تشكلت لدى الإنسان معتقدات سلبية، ففي هذا الفصل سنتناول بعض العناصر المرتبطة بمفهوم صورة الجسد.

1. مفهوم صورة الجسد:

يعتبر مفهوم صورة الجسد من المفاهيم التي يختلف الباحثون حول تعريفها، والتي تقاس بمقاييس متفاوتة في الكم والمحتوى الأمر الذي صعب من مهمة المشتغلين في العلوم النفسية محاولة الخروج بتصور نظري مقبول لمفهوم صورة الجسم ،حيث يعرف شيلدر صورة الجسد بأنها تعني شكل الجسم كما نتصوره في أذهاننا، والطريقة التي يبدو بها الجسم لأنفسنا والعملية التي ننجزها كوحدة متميزة(ضيف الله،2012،ص64).

ويمكن أن يضيف بعض علماء النفس بعدا أخر لا يبتعد كثيرا عن المفهوم الأول وهو فكرة الشخص عن كيف يراه الآخرون، وهو جزء مهم من مفهوم الإدراك لصورة الجسد ، فلابد أن الناس يرون جسدي كما أراه(حمدان،2018،ص15).

صورة الجسد هي تلك الصورة الذهنية سواء كانت إيجابية أو سلبية التي يكونها الفرد عن جسمه، وتعلن عن نفسها من خلال مجموعة من الميول السلوكية التي تطرأ على الفرد وتظهر على صاحبها وصورته، و الأساس في تعريف صورة الجسم هو تقييم الفرد لحجمه ووزنه أو أي جانب آخر من الجسم يحدد المظهر الجسمي(الدسوقي،2006،ص16).

ويعرفها ألبرتسون أنها ظاهرة متعددة الأبعاد فلا تتضمن فقط الخصائص الجسمية المتعددة، مثل الوزن ومظاهر الوجه والتنسيق ، بل تضم أيضا الخبرات والتجارب الانفعالية والمعرفية لجسم الفرد.

ويرى شروف أن صورة الجسم هي "مكون هام للذات ويؤثر على الطريقة التي يدرك بها الفرد العالم" وصورة الجسم تصف التمثيل والتصوير الداخلي للهيئة الخارجية لدى الفرد، وبنية صورة الجسم متعددة الأبعاد وترتبط بالمشاعر والأفكار التي تؤثر على السلوك ،والأساس في صورة الجسم هو الإدراكات الذاتية لدى الفرد والخبرات والتجارب ، وهي تتضمن كلا من : المكونات الإدراكية (الحجم، الوزن، والطول) والمكونات الذاتية (الاتجاهات نحو حجم الجسم والوزن وأجزاء الجسم الأخرى أو الهيئة الجسمية ككل)(قطب،2017،ص54).

2. أهمية صورة الجسد:

يحتل الجسم مكانة هامة بالنسبة للفرد من الناحية الثقافية والاجتماعية ويلعب دورا هاما في حياته وفي علاقته مع نفسه ومع الآخرين، فهو وسيلة لتحقيق الاتزان الانفعالي والوجداني للفرد عن طريق الاعتناء بالصورة الجسدية ومحاولة إظهارها بطريقة ترضي مقاييس الصورة المثالية للمجتمع وما من شأنه أن يحقق له الرضا عن الذات والثقة بالنفس، فإذا وجد أن جسمه ينمو بشكل لا يحقق له صورة إيجابية من المقاييس المتعارف عليها فإن ذلك سيضعه في وضع لا يحسد عليه مما قد يؤثر على حالته الانفعالية وسلوكه الاجتماعي (ضيف الله،2012،ص69)

إن نمو صورة الجسم الإيجابية تساعد الأفراد في رؤية أنفسهم جذابين وهذا ضروري لنمو الشخصية الناضجة فالأفراد الذين يحبون أنفسهم ويفكرون فيها بشكل إيجابي على الأرجح يكونون أكثر صحة بينما أصحاب صورة الجسم السلبية لديهم تقدير ذات منخفض، كما يمكن أن تسبب لهم الاكتئاب ، فالمظهر

عامل مهم في العلاقات وفي الحياة حيث له أهمية وجدانية ورمزية فالقلق الرئيسي في مجتمع اليوم يرتبط بصورة الجسم.(الأشرم،2008،ص24-25).

3. النظريات المفسرة لصورة الجسد:

أ. **نظرية التحليل النفسي:** وتشير نظرية التحليل النفسي إلى أن اضطراب صورة الجسد لدى الفرد واختلال الشخصية ترجع كلها إلى تطور الحياة الجنسية في السنوات الأولى من عمر الإنسان ، ويرى أدلر أن أسلوب الحياة يتشكل كرد فعل لمشاعر النقص التي يحس بها الفرد سواء كانت مشاعر حقيقية أو وهمية، فالفرد الذي يكون أسلوب حياته قائما على تدني نظرته إلى نفسه تضطرب صورة جسمه مما يؤثر على توازن الشخصية بأكملها، أما شيلدر الذي يعد أول من أدخل مفهوم صورة الجسد في سياق التحليل ،أعلن أن صورة الجسدية هي أكثر من مجرد تمثيل ذهني وآلية عصابة فمصيرها مرتبط بمصير الليبدو.(عبد الفتاح،2018،ص261).

ب. **النظرية السلوكية:** يرى أصحاب هذه النظرية أن الفرد ينمو في بيئة اجتماعية يؤثر فيها ويتأثر، وقد يكتسب منها العديد من أساليب الحياة المختلفة والمعايير الاجتماعية التي تؤثر في سلوكيات الفرد وتلك المعايير والمحددات تعمل على إدراك الفرد لصورة جسمه منذ مرحلة الطفولة بداية من محيط الأسرة والعائلة حيث يتأثر الفرد في هذه المرحلة بتعليقات الآخرين من ذم ومدح أو مقارنة بينه وغيره من أقرانه مما يؤثر على سلوكياته وفي قبول الفرد لذاته وانعكاس ذلك على توافقه الاجتماعي.(الجبوري،2007،ص356).

ج. **النظرية الإنسانية:** يرى كاظم الجبوري أن لكل فرد حقيقة وصورته عن ذاته بناء على إدراكه لذا فإن إدراك حقيقة وصورة الفرد لذاته تعد العامل الحاسم الذي يؤثر سلبا أو إيجابيا في بناء شخصية الفرد وصحته النفسية.(نفس المرجع السابق،ص357).

4. مكونات صورة الجسد:

تتعدد أراء العلماء في مكونات صورة الجسد لذا يمكن تقسيمها إلى ثلاث مكونات:

أ.**مكون إدراكي Perceptual component** ويشير إلى دقة إدراك الفرد لحجم جسمه.

ب.**مكون ذاتيSubjective component** ويشير إلى عدد من الجوانب مثل: الرضا والانشغال أو الاهتمام والقلق بشأن صورة الجسم.

ج.**مكون سلوكيBehavioral component** ويركز على تجنب المواقف التي تسبب للفرد عدم الراحة أو التعب أو المضايقة التي ترتبط بالمظهر الجسمي(الدسوقي،2006،ص16).

ومن خلال ما سبق نلاحظ أن صورة الجسم ترتبط بالآخرين، أي صورة الفرد عن جسمه تتأثر بنظرة الآخرين له.

5. أبعاد صورة الجسد:

يتفق الباحثون في صورة الجسد على نحو متزايد أن صورة الجسم مفهوم متعدد الأبعاد Multi dimensional:

فتقسم صافينار صورة الجسد في مقياس صورة الجسد للأطفال المكفوفين إلى عشرة أبعاد وهي: مستويات الجسد بالنسبة للأسطح الخارجية الأفقية والعمودية، والأشياء وعلاقتها بمستويات الجسد، وأجزاء الجسد (الأيدي والأصابع)، وحركة الجسد، الاتجاهات البسيطة، والاتجاهات نحو الآخرين، وجاذبية حركة الآخرين.(الأشرم،2008،ص38).

وقد تحدث جولي بيرهاوك Julier Parhawk عن أبعاد صورة الجسد المتعددة الأبعاد، فتشمل بعدا معرفيا وبعدا انفعاليا، وتتضمن صورة الجسم المعرفية اعتقادات وبيانات وتعبيرات الذات عن الجسد.

وصورة الجسم الإنفعالية تشمل على خبرات المظهر ،سواء خبرات مريحة أو غير مريحة وإذا ما كان هناك رضا أو عدم رضا عن الجسم(نفس المرجع السابق،2008،ص39).

وتقسم شقير صورة الجسد إلى ستة أبعاد وهي: المظهر الشخصي العام والتناسق بين مكونات الوجه الظاهرية، الجاذبية الجسمية و التآزر بين أشكال الوجه وباقي أعضاء الجسم الخارجية والداخلية، والتناسق بين حجم الجسم وشكله ومستوى التفكير(شقير،1998،ص204).

ووضع كل من كفافي والنيال أربعة أبعاد لصورة الجسد وهي كالتالي:

بعد يتعلق بالوزن، وبعد يتعلق بالجاذبية الجسمية وبعد يتعلق بالتآزر العضلي ،وبعد يتعلق بتناسق أعضاء الجسد(حمزاوي، 2017، ص37).

من خلال ما سبق نستنتج أنه يوجد عدة أبعاد لصورة الجسد فكل باحث لديه تقسيم مختلف عن غيره .

6. العوامل المؤثرة في تكوين صورة الجسد:

تتأثر صورة الجسد بعدة عوامل فهي تتشكل وتتغير باستمرار إذ توجد عوامل متداخلة،خارجية وداخلية تؤثر في عملية نمو و بناء صورة الجسد للفرد ،ومن بين هده العوامل نجد:

أ. عوامل بيولوجية Biological factors:

تتحدد معالم الجسد بشكل كبير بالعوامل البيولوجية والوراثية، وبالتالي قد تلعب الخصائص البيولوجية والوراثية دوراً هاماً في نمو صورة الجسد، كما أن بعض الاضطرابات العصبية أو الخصائص البيولوجية يمكن أن تؤثر على طريقة إدراك الأفراد لأجسادهم مثل الطول وصفات الجلد أو البشرة وحجم الصدر، وتقاطيع الوجه والبشرة.

وفي مرحلة المراهقة تحدث العديد من التغيرات الجسمية السريعة وتجعل النساء مدركات لمظهرهن وغير آمنات و قلقات بشأن أجسادهن، فالبلوغ والصدمات الأخرى علامة من علامات النضج الجسدي في المراهقة حيث تزيد فيها مشاعر الارتباك و الرهبة، وهذه التغيرات البيولوجية تصعب نمو الذات لدى الأنثى ، لتوجه كيف تتعامل مع جسدها في مجتمع جسد الأنثى فيه يخضع لمعايير يحددها المجتمع للجسم المقبول.

لذا المحدد البيولوجي لحجم و شكل الجسد يمكن أن يؤثر على إدراك الفرد لجسده، كما يؤثر على العوامل الأخرى التي يمكن أن تؤدي فعلا إلى صورة الجسد السلبية، فمظهر الشخص محدد بالوراثة والبيئة، فالطريقة التي يبدو بها الجسد تقرر بشكل رئيسي بالجينات الموروثة من الآباء والأجداد(احميدان، 2009،ص 42).

ب. آراء وتعليقات الآخرين (دور الغير أو الأخر في تكوين صورة الجسد):

وهذه العوامل يبدأ تأثيرها من عمر صغير من الزملاء في المدرسة والأصدقاء في الجامعة والعمل ومن شريك الحياة (سعدون،2009،ص23).

يذكر رايس أن للجاذبية الجسدية علاقة هامة بتقدير الذات الإيجابي لدى المراهق ،و بالشعبية التي يستمتع بها بين الرفاق وبمدى تقبلهم له، ويبدو أن لها تأثير في نمو الشخصية وفي العلاقات الاجتماعية والسلوك الاجتماعي، فعند الحديث عن المراهقين الجذابين يتم وصفهم بأنهم أذكياء ومرغوبون وناجحون ودافئون .وكنتيجة للمعاملة المتمايزة التي يعامل بها المراهقون الجذابون جسدياً، يتطور لديهم قدرا كبيرا من مهارات التفاعل الاجتماعي، ويكونون أكثر قدرة على التكيف الاجتماعي، وتزداد لديهم الإيجابية عن الذات، ويتصفون بخصائص الشخصية السوية.(حمزاوي،2017،ص35-36)

كما بينت الدراسات أن إدراك الطلاب لتقييم معلميهم عامل مهم في اِنجازهم الأكاديمي، لذا فمن المعقول ايضاً أن يؤثر المعلمون على كيفية إدراك الأطفال والمراهقين لأجسادهم.

ان مجموعة الأقران تؤثر في تحديد كيف ينظر الفرد إلى جسمه فقد فحص أدلر قوة جماعة الأقران واكتشف أن الأطفال خاصة البنات يتعلمون معايير المظهر في سن مبكر من أقرانهم، هذه المعايير والقيم التي ينمونها أثناء الطفولة قد توجه مواقفهم واتجاهاتهم وسلوكاتهم في المستقبل.

ويذكر كاش أن مشاعر الكفاءة الاجتماعية تعتمد جزئياً على كيف يعتمد الفرد إدراك أقرانه لمظهره(الأرشم،2008،ص33).

ج. أجهزة الإعلام:

إن تأثير أجهزة الإعلام يلعب دورا حيويا لاستمرار المظهر المثالي الصعب المنال وإن أجهزة الإعلام مؤثر رئيسي في إدراك ذات الفرد، لأنها تركز على الجمال المثالي والنحافة.

وتشير وفاء القاضي لدور أجهزة الإعلام في تقييم الفرد لصورة جسده، حيث تنجم نماذج الجاذبية عن المجلات والأفلام ،والممثلات والممثلين كما نتعلم القيم والمعايير الثقافية لما هو جيد وجميل من خلال وسائل الإعلام المتمثلة في الإعلانات والأفلام والمجلات والكتب والصحف وبرامج التليفزيون، فالتأكيد على المظهر يعرض على نحو واسع في كافة الأجهزة البصرية للاتصال(القاضي،2009،ص44).

وهناك العديد من الدراسات التي قامت بدراسة العلاقة بين أجهزة الإعلام وعدم الرضا عن الجسد كعامل مؤثر في صورة الجسد، وكشفت هذه البحوث أن هناك علاقة بين ما تشاهده المراهقات في التلفاز، ما يقارنه في مجالات الأزياء والموضة وعدم رضائهن عن أجسادهن ويصبحن أكثر خوفاً من

السمنة، وأكثر انشغالا ورغبة في النحافة، وقد يعاني بسبب ذلك من اضطرابات صورة الجسد(ضيف الله،2012،ص79).

كما تؤثر أجهزة الإعلام في معتقدات صورة الجسد لدى الذكور بطريقة مختلفة عن تأثيرها في معتقدات صورة الجسد لدى الإناث، فهي تؤيد صورة المرأة ذات الجسد النحيف والأطراف الرقيقة وتشير إلى أنها من مقاييس الجمال المثالية، بينما تؤيد صورة الرجل الذي يتصف بجسم رياضي كبير الحجم وتشجيعه على تنمية العضلات وتشير إليه على أنه جسم صحي سليم(عبده،2019).

من الواضح أن أجهزة الإعلام تلعب دوراً هاماً في كيفية إدراك الأفراد (الأطفال والبالغين والراشدين) لأجسامهم وكان لها تأثير سلبي على جسم المراهقين، حيث يتلقى الأفراد في سن صغير جدا رسائل من أجهزة الإعلام محتواها أن الجسم المثالي هو الوسيلة الوحيدة لتكون مقبولاً اجتماعياً من أجل تحقيق السعادة والنجاح في الحياة(الأشرم، 2008،ص35).

د. الإيذاء الجنسي:

قد يتسبب الإيذاء الجنسي في تدمير صورة الجسم لدى المراهق أو الأطفال، فضحايا الإيذاء الجنسي غالباً ما يعيشون خبرة مؤلمة جداً مع أجسامهم لأنها تذكرهم بتجربة سيئة بالإضافة إلى أن الضحية قد تشعر بمسؤوليتها تجاه الإيذاء ومن ثم تعتقد أن جسمها كموضوع يستحق العقاب وبالتالي قد يعرضن أنفسهن للجوع بشكل مبالغ فيه، أو بإيذاء أجسامهن من أجل الخروج من تلك الضغوط(قطب إبراهيم،2017،ص63).

هـ. الثقافة:

إن خبرات المراهقين حول صورة الجسم تعكس ثقافة المجتمع في الغالب، وتعد صورة الجسد مفهوم ديناميكي يشمل التفسيرات الشخصية التي تتأثر بالظروف الاجتماعية والثقافية المحيطة، وتتباين صورة الجسم المثالي من ثقافة إلى أخرى(نفس المرجع السابق،ص63).

فكلما كانت تصورات الفرد لجسمه متطابقة مع المعايير التي تحددها الثقافة حول الجاذبية الجسمية شعر الفرد بالرضا عن ذاته الجسدية.

فهناك بعض الثقافات التي تشيد بطول القامة وكبر حجم أجزاء الجسد لدى الرجال والإناث اذ أنها علامة من علامات القوة والهيبة كما تعتبرها ثقافات أخرى دلالة على مظاهر لا يشجعها المجتمع، بينما يشير في ثقافة ثالثة إلى الصحة الجسمية(الكفافي،النيال،1995،ص28-29).

7. ملامح صورة الجسد لدى المكفوفين:

إن أحد المحددات الهامة للشخصية هو العلاقة المتبادلة بين الشخص وبيئته، فأية ظروف تبعد الشخص عن بيئته مثل الفروق الملحوظة في تكوينه أو مظهره يكون لها أثر ظاهري على تطور الشخصية وفي انحرافها بدرجة كبيرة عن المألوف، ومن أمثلة هذه الفروق ظرف العجز الجسماني أو التناقض المزمن في حيوية الشخص، كلها عوامل تعمل على عزل الفرد عن غيره من أفراد بيئته فالعاهات الجسمانية التي تعطل عمل أعضاء الحركة تلقي أعباء إضافية على كفاءة الفرد فضلا عن شعوره باليأس والحسرة(ضيف الله،2012،ص86). فمثلاً الكف البصري حيث يشعر المكفوف بالعجز، وكثيرا ما ينتابه الإحساس بالخجل، لأن عاهته شوهت صورته الجسمية(حامد،2005،ص30).

وحسب ابتسام زائدي أنه من الآثار الضارة لعدم الرضا عن صورة الجسد وتشوهها ظهور أعراض القلق والاكتئاب، والخجل لدى الأشخاص ذوي التشوه في صورة الجسد(زائدي،2006،ص13).

ويؤكد صبحي سليمان أن الاضطرابات الشخصية ترجع أساساً إلى التغيير الذي طرأ على الجسم، فاضطراب الصورة الجسمية يؤدي إلى القلق عند المعاق ويؤدي إلى ظهور الاستجابات العصابية، فتشويه صورة الجسم يدل على تشويه للذات، والحزن على فقد جزء من الجسم في حالة البتر التي تشبه فقد الفرد المعاق لعضو من أعضائه(صبحي،2007،ص92).

إذا يشير مفهوم صورة الجسد لدى المكفوفين إلى أنها الصورة العقلية التي يكونها الفرد عن جسده أي معرفة أجزاء جسده وكيف يرتبط كل جزء بالأجزاء الأخرى، وكيف يؤدي كل جزء بمفرده أو بالتنسيق مع الأجزاء الأخرى وظيفته (سعادة،2006،ص82).

8. أهمية بناء تصور الكفيف لجسده:

المقصود بتصور الفرد هيكل جسمه هو تصوره لأعضاء جسمه في حالة توازنه وحركته واتصاله بأجزائه وأطرافه المختلفة، مع تصوره للبيئة التي يعيش فيها بالإضافة إلى بناء تكوينه لمفهوم الزمن، وينمو شيئاً فشيئاً تصور الفرد لهيكل جسده بفضل نضج المراكز العصبية والعضلية لجسده، وبفضل الخبرات التدريبية، فتكوين صورة ذهنية لهيكل جسده هو نقطة انطلاق للاكتشاف وإدراك بيئته الطبيعية والاجتماعية(صافينار ،2002،ص44).

بالتالي فإن معرفة صورة الجسد لدى المعاقين بصرياً تعتمد بدرجة كبيرة على النمو المعرفي أكثر من المعلومات الإدراكية، ودلك من خلال استخدام الحواس المتبقية الأخرى، ويلاحظ أن الدراسات التي ربطت بين صورة الجسد و التوجه والحركة لدى المعاقين بصرياً كانت على عينات صغيرة السن كلها في مرحلة الطفولة، ربما لأنها المرحلة التي يتعلم فيها الطفل المشي والحركة والجري ويتعلم مكان وأسماء أعضاء جسده(الأشرم،2008،ص46).

9. تحسين صورة الجسد لدى الكفيف:

توصلت دراسة سيجل مورفي(1988) إلى أهمية الدور الذي تلعبه البرامج التدريبية النفس حركية في تحديد وضع الجسد لدى المكفوفين في نمو وتحسين المهارات الحركية وعملية التأهيل الحركي والتوجيه، وأكد مجدي كوك(1999) على فعالية برامج التمرينات في علاج بعض التشوهات المنتشرة بين التلاميذ المكفوفين خاصة سقوط الرأس واستدارة الكتفين.

ويذكر سبنسر وآخرون أن الخرائط اللمسية تقوم بدور مهم في مساعدة الطفل الكفيف على استكشاف ورسم صورة واضحة للبيئة من حوله وأن الإرشاد الحركي هو الاتجاه المستقبلي لنمو الكفيف حركياً وإعطائه الفرصة الأكبر للتفاعل مع البيئة، وأن المثيرات التكنولوجية مثل الكومبيوتر مهمة في تنمية التوجه والتدريب الحركي وصورة الجسم النامية.

ويرى جليسر وبراون (1986) أن ممارسة الجودو علاج فعال يساعد في خفض اضطرابات الحركة وتقدير الذات وصورة الجسم والهوية الاجتماعية لدى الطلاب المعاقين بصرياً الذين تتراوح أعمارهم ما بين 8-18سنة.

ويمكن أيضا استخدام فنية التدريب على السلوك التوكيدي والتعلم من خبرات الآخرين، وفنية إشباع المطالب أو التخلي عن المطالب، التي تعتبر من أهم الأساليب العلاجية لبعض الاضطرابات المرتبطة بالإعاقة البصرية(الأرشم،2008،ص47).

خلاصة الفصل:

وبعد عرض هذا الفصل نستنتج أن مفهوم صورة الجسد هو إدراك أو تصور ذهني للفرد عن جسده بمختلف أبعاده النفسية والفيزيقية، كما أنها تساهم في ظهور العديد من الاضطرابات النفسية في حالة تشوه هذه التصورات، ومن أبرزها القلق الاجتماعي الذي سنتطرق إليه في الفصل القادم.

الفصل الثالث

القلق الاجتماعي

القلق

تعريف القلق الاجتماعي

مظاهر القلق الاجتماعي

أسباب ظهور القلق الاجتماعي

محاكات التشخيص

النظريات المفسرة للقلق الاجتماعي

الأساليب العلاجية للقلق الاجتماعي

مضاعفات القلق الاجتماعي

خلاصة الفصل

تمهيد:

أصبح القلق بشتى أنواعه ظاهرة نفسية شائعة في عصرنا الحالي، حيث نجد القلق الاجتماعي الذي يعتبر أحد أبرز المشكلات النفسية التي يعاني منها الكثير من الأفراد من كلا الجنسين في مختلف أعمارهم، حيث ينتج عنه تدني في مستوى الأداء والتفاعل الاجتماعي للفرد، إذ تظهر عليه بشدة سلوكيات غير تكيفيه خلال تعامله مع مختلف المواقف الاجتماعية وبالتالي القلق الاجتماعي هو المتغير الذي سوف نسلط عليه الضوء في هذا الفصل.

1. القلق:

1.1. تعريف القلق:

يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية القلق على أنه حالة مرضية تتصف بالشعور بالرعب وبوجود عدد من الأعراض يشترط توفر ثلاث منها على الأقل هي: وجود صعوبة في التركيز، سرعة الانفعال، وتوتر العضلات وإجهادها، واضطرابات النوم، كما تصاحبها أعراض عضوية تشير إلى النشاط الزائد للجهاز العصبي اللاإرادي(نوفل،2016،ص79) .

بينما يعرفه "وليم الخولى" بأنه خبرة وجدانية مكدرة وأنه يمكن وصفها بأنها حالة من التوتر وعدم الاستقرار والاضطراب والخوف وتوقع الخطر.

ويعرفه "أحمد رفعت" بأنه استجابة لخطر غامض وغير معروف سواء أكان هذا الخطر داخلي في نفس الفرد أم خارجي في بيئته الاجتماعية الحضارية فإنه يهدد شعوره بالأمن والاستقرار.

أما التصنيف الأمريكي الإحصائي الرابع فقد تناول مفهوم القلق من خلال تصنيفه لعدد من الاضطرابات وهي:

- اضطراب الهلع المصحوب برهاب الأماكن المتسعة.
- اضطراب الهلع الغير مصحوب برهاب الأماكن المتسعة.
- رهاب الأماكن المتسعة الغير مصحوب بنوبات الهلع.
- الرهاب البسيط.
- الرهاب الاجتماعي.
- اضطراب الوسواس القهري.
- الانعصاب ما بعد حادثة.
- اضطراب القلق العام.
- اضطراب القلق غير المنصف(البيلاوي،2001،ص23-34).

1.2. أعراضه:

أ. الأعراض الجسمية:

- اضطراب نشاط القناة الهضمية.
- زيادة سرعة ضربات القلب وضخ الدم بعنف.
- اتساع حدقة العين.
- زيادة نشاط الغدة الأدرينالية.
- زياد احتمال تجلط الدم.

ب. الأعراض السكوباثولوجية:

تظهر الاضطرابات السكوباثولوجية في الشعور بالخوف الشديد وتوقع الأذى والمصائب، وعدم القدرة على التركيز والانتباه والإحساس الدائم بالهزيمة والعجز، وعدم الثقة والطمأنينة والرغبة في الهروب من الواقع.(نفس المرجع السابق،ص36-37)

1.3. أسبابه:

تعددت أسباب القلق ومنها ما يلي:

أ.الوراثة والتنشئة:

أوضحت دراسة العائلات أن 15% من آباء وإخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض، ووجد نسبة القلق بين التوائم المتشابهة من نفس البويضة تصل إلى 50% وأن حوالي 05% منها يعانون من بعض سمات القلق أما في حالات التوائم غير متشابهة من بويضتين مختلفتين تصل نسبة القلق الى40 %(نجيبة والآخرون،2021،بدون صفحة).

كما أشارت الدراسات أن التنشئة والظروف الاجتماعية تلعب دوراً هاما في ظهور المرض أو عدم ظهوره مثلاً التنشئة التي تحمل بين طياتها الحذر الدائم والحرص الشديد والحماية الزائدة من قبل الوالدين يمكن أن تؤدي إلى زيادة الإصابة بالقلق(سرحان والأخر ون،2013،ص30).

ب.العامل البيولوجي:

من المعروف أن المهدئات مثل ديازيام و لورازيام وبرومازيم وغيرها تخفض وتحسن من أعراض اضطراب القلق العام، وقد وجد أن هناك جهازاً من المستقبلات العصبية يدعى جابا(Gaba) يتصف بأنه يعمل على تهدئة وإحباط الجهاز العصبي، الدراسات تقول أن القلق النفسي العام ينجم إما من نقص

في جابا أو نقص في المواد الشبيهة Benaodiazepine حيث أن الجهاز يصبح في حالة استشارة ومن ثم تظهر أعراض القلق .

كما هناك مجموعة من الاضطرابات الهرمونية مثل الغدة الدرقية والغدة الكظرية واضطراب الدورة الشهرية والاضطرابات التي تكون مصاحبة لاضطراب القلق العام كتناول المخدرات والكحول...واضطرابات الغدة الدرقية وصرع الفص الصدغي والربو والتدخين والإفراط في تناول الشاي والقهوة كلها من العوامل البيولوجية التي تساعد على ظهور أعراض القلق وتزيد شدتها(نفس المرجع السابق،ص32).

ج.السن:

يرى أحمد عكاشة إن لعامل السن أثره كبير في نشأة القلق وخاصة عندما يكون الإنسان في موقف لا يؤهله عقله أو جسمه للتكيف الطبيعي مع الحياة كما في مرحلة الطفولة والشيخوخة فيزيد مرض القلق مع عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة وكذلك ضموره في الشيخوخة.

د.العوامل الشخصية:

يرى سعد رياض إن العوامل الشخصية تلعب دوراً هاماً حيث لاحظ الباحثون إن الأفراد الذين لا يظهرون الكثير من التقدير وذوي مهارات التكيف الضعيفة يظهرون أعراض القلق أكثر من غيرهم. بالإضافة إلى ذلك قد تؤثر التجارب الحياتية في حساسية الفرد للتعرض للقلق(نجيبة والآخرون،2021).

2. القلق الاجتماعي:

2.1. تعريف القلق الاجتماعي: القلق الاجتماعي هو حالة من التوتر والارتباك يشعر به الفرد عندما يتواجد مع الآخرين أو يكون موضع اهتمام الآخرين ومن أهم خصائصه الخوف من

التقييم السلبي من الآخرين. والخوف من الرفض وبالتالي الانسحاب من المواقف الاجتماعية(عثمان، 2014،ص141).

ويعرف في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس الاضطرابات النفسية بأنه: حالة من الخوف أو القلق أو التجنب التي تعتري الفرد، بشأن واحد أو أكثر من مواقف الأداء أو التفاعل الاجتماعي، والتي تنطوي على إمكانية التدقيق من قِبل الآخرين، ويظن الفرد بأنه سيقيم بشكل سلبي من قبل الآخرين كأن يتعرض للإحراج أو الإساءة من قبلهم.

بينما يعرف في قاموس علم النفس التابع للجمعية الأمريكية لعلم النفس بأنه: أحد اضطرابات القلق الذي يتسم بالقلق الشديد والمستمر في المواقف الاجتماعية ومواقف الأداء، الأمر الذي يسبب للفرد مضايقة كبيرة، أو يمنعه من المشاركة في الأنشطة الاجتماعية، وغالباً ما يتجنب الأفراد الوضع المخيف كلياً.(عبد الوهاب،2018،ص187)

يرى (عكاشة ،2003،ص16) أن القلق الاجتماعي هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة الآخرين مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية وعادة ما يصاحب المخاوف الاجتماعية العامة تقييم ذاتي منخفض وخوف من النقد.

وبناء عليه فإنه حالة مرتبطة بالمواقف الاجتماعية تتضمن خوف الشخص من الظهور بمظهر مخزي(علي الصفاني،ص6).

كما يعرفه (بي شتاين وجون آر ووكر،2002،ص7) :أن القلق الاجتماعي يعني ما تحس به من قلق أو عدم ارتياح عندما تكون محاطاً بالآخرين، عادة ما يكون القلق الاجتماعي مصحوباً بالقلق من أن تكون موضع تفحص وتدقيق من الآخرين.

يعرفه وحيد مصطفى كامل بأنه الاستجابة مصحوبة بالتوتر والاضطراب عند مواجهة الآخرين كالأقران، والوالدين والمدرسين والجيران (وحيد،2004،ص65).

2.2. مظاهر القلق الاجتماعي:

للقلق الاجتماعي عدة مظاهر تختلف من شخص لأخر حسب أساليب التنشئة والاستعدادات الفردية والمكونات البيولوجية ويمكن تحديدها:

أ. **المظهر الفيزيولوجي:** ويتجلى في أعراض جسمية (جسدية) تشمل: زيادة معدل ضربات القلب، جفاف الحلق واحمرار الوجه، ورعشة اليدين، صعوبة التنفس والتعرف، واختلاف نبرة الصوت وشحوب الجلد.

ب. **المظهر المعرفي:** ويتمثل في الأفكار السلبية والإنتقادية التي يكونها الفرد حول نفسه، والقلق الدائم من ارتكاب الأخطاء والتفكير المستمر بالخوف الذي يشعر به المريض بالمواقف الاجتماعية.

ج. **المظهر السلوكي:** يقصد بها السلوكيات التي تظهر نتيجة التعرض للمواقف الاجتماعية المسببة للقلق بوجود الآخرين، وقد تكون لفظية مثل قلة الحديث أو غير لفظية كالانسحاب الاجتماعي والخجل والارتباك وغيرها.

وتترابط هذه المستويات مع بعضها بشكل وظيفي، فإن توقع التقييم السلبي للسلوك يؤدي إلى تنشيط الوعي الذاتي، وينشغل المريض باستمرار في التقييمات والأحكام السلبية المدركة، وهذا بدوره يؤدي إلى ارتفاع حدة أعراض القلق(نجيب،فايز ،2018،ص499).

2.3. أسباب ظهور القلق الاجتماعي :أصبح الانتشار الواسع للقلق الاجتماعي يشكل ظاهرة ملموسة في كل المجتمعات، حيث أن القلق يصيب الناس في مختلف الأعمار والمستويات وهناك عدة عوامل وأسباب تسهم في ظهوره واستمراره ومنها:

أ. **أسباب وراثية(الاستعداد الوراثي):** وهو أن الفرد يرث الجينات المسؤولة عن الاضطراب الكيميائي الذي يحدث القلق ويكون مسؤولاً عن طبيعة الأعراض وعن العوامل الكيميائية المسؤولة عن القلق، والتي ربما تتمثل في زيادة استثارة نهايات الأعصاب الموجودة في المشتبكات العصبية في النظام الأدرينالييني، والتي تسرف في إنتاج أمينات الكاتيكول مع زيادة نشاط المستقبلات، مع وجود نقص في الموصلات الكيمائية المانعة ونتيجة هذا النقص تستثار أجزاء المخ بشكل زائد وينتج عن هذه الزيادة أعراض المرض(طه حسين،2009،ص69) .

ب. أسباب بيئية:

من العوامل الرئيسية التي تلعب دوراً هاماً في ظهور القلق الاجتماعي العوامل والخبرات السرية حيث أن الأفراد يتعلمون الكثير بشأن العلاقات الاجتماعية مع الآخرين عن طريق أسرهم، وهذا التعلم يحدث بطرق عدة فمعظم المخاوف مكتسبة والفرد لا يولد خائف بل إنه يتعلم الخوف من البيئة المحيطة به.

كما تسهم الخبرات الأسرية غير التوافقية والممثلة في أساليب المعاملة الوالدية غير السوية في ظهور القلق الاجتماعي كالعنف، النقد أو الحماية الزائدة أو التحكم وفرض الضوابط والقيود الزائدة عن الحد المطلوب والتي تحول دون تعريض أحد أفراد الأسرة إلى المواقف الاجتماعية تسهم بشكل كبير في ظهور القلق الاجتماعي وجعلهم على عزلة اجتماعية، كما تحرمهم من الثقة بالنفس في مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة وتنمى لديهم الاعتمادية وعدم الاستقلالية(بن حارب،2010).

أ. **العوامل المعرفية:** إن الأفراد ذوي القلق الاجتماعي لديهم نزعة نحو تقييم أنفسهم بطريقة سلبية، كما أنهم يميلون إلى المبالغة في تقدير إدراك الناس الآخرين للقلق الشخصي لديهم.

ب. **العوامل الثقافية:** أشار علماء الأنثروبولوجيا الإنسانية إلى أن الحضارة والثقافة والبيئة الاجتماعية ذات أثر كبير في تكوين شخصية الفرد، كما تشكل القيم أطراً مرجعية تحدد طبيعة استجابة الأفراد تجاه مجتمعهم لكي يحققوا التوافق الاجتماعي والتمسك بالسلوكيات السوية، وما تراه بعض المجتمعات سلوكاً يمثل ظاهرة مرضية تستحق العلاج تراه مجتمعات أخرى سلوكاً سوياً.

ج. **العوامل المرتبطة بعلاقات الأقران:** إن العلاقة بين القلق الاجتماعي وعلاقة الأقران علاقة تبادلية حيث أن الطفل الذي يعاني من القلق الاجتماعي يكون أكثر معايشة للعلاقات السلبية من الأقران، حيث تتسم هذه العلاقة بالعدوانية والمنافسة المرضية...(نجيب،فايز،2018،ص500).

2.4. محاكات التشخيص:

تتحدد المعايير التشخيصية لاضطراب القلق الاجتماعي طبقاً للنسخة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي الاضطرابات النفسيةDSM5:

- خوف ملحوظ أو قلق حول واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية التي يحتمل أن يتعرض الفرد فيها للتدقيق من قبل الآخرين، الأمثلة تتضمن التفاعلات الاجتماعية (كإجراء محادثة مثلاً، مقابلة أناس غير مألوفين) أو أن يكون مراقباً(مثلاً: الأكل أو الشرب) أو الأداء أمام الآخرين (كإلقاء كلمة مثلاً).

☜ **ملاحظة:** يجب أن يحدث القلق عند الأطفال في مواقع تجمع الطفل مع أقرانه وليس فقط في علاقاته مع البالغين.

- يخاف الفرد أنه أو أنها (سوف يتصرف بطريقة محرجة أو سوف تظهر أعراض القلق(والتي سيتم تقييمها سلباً) أي سوف تكون مهينة أو محرجة وسوف تؤدي إلى الرفض أو الإساءة من قبل الآخرين).
- يثير التعرض للموقف الاجتماعي القلق أو الخوف بشكل دائم تقريباً.

☜ **ملاحظة:** قد يعبر عن القلق لدى الأطفال بالبكاء أو نوبات الغضب أو التجمد أو الانكماش والانسحاب أو فشل التكلم في المواقف الاجتماعية.

- يجري تجنب المواقف الاجتماعية وبخلاف ذلك قد يتحملها الشخص مع قلق أو خوف شديد.
- الخوف أو القلق لا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثله الشيء أو الموقف الرهابي وللسياق الثقافي والاجتماعي.
- يكون الخوف، القلق ، التجنب، مستمراً ويدوم بشكل نموذجي لستة أشهر أو أكثر.
- يسبب الخوف، القلق، التجنب، احباطاً سريرياً مهماً أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- الخوف، القلق، التجنب لا تعزى للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلاً إساءة استخدم عقار، دواء) أو حالة طبية أخرى.
- الخوف، القلق، التجنب لا تفسر بشكل أفضل بأعراض مرض عقلي أخر، كاضطراب الهلع، اضطراب تشوه شكل الجسم أو اضطراب طيف التوحد.
- إذا تواجدت حالة طبية أخرى (داء باركنسون ، والسمنة والتشوه من الحروق أو الإصابة) فمن الواضح أن الخوف والقلق والتجنب لا علاقة له بالمرض أو يكون مفرطاً.

2.5. النظريات المفسرة للقلق الاجتماعي:

أ. **نظرية التحليل النفسي:** يرى "فرويد" مؤسس النظرية التحليل النفسي أن القلق عبارة عن إشارة انذار للأنا حتى تتخذ أساليب وقائية ضد ما يهدده وغالباً ما يكون مصدرها رغبات مكبوتة وخبرات عدوانية، أو نزاعات جنسية مما سبق للانا كبته في اللاشعور، وبالتالي يلجأ الفرد إلى التعبير عنها على شكل سلوكيات لا سوية أو عصابية أو تنهك دفاعات الأنا بحيث يظل الفرد مهيأً للقلق المزمن المرهق وهو في صورة عصاب.

أما مدرسة الفرويديين الجدد ومن روادها (هورني وأدلر وسوليفان) الذين قاموا بالربط بين القلق والقصور العضوي، فالشعور بالنقص يؤدي إلى الإحساس بعدم الأمن والقلق، ولم يقتصر على القصور العضوي فقط بل وسع مدلول القصور ليشمل أيضاً القصور المعنوي والاجتماعي فأي تهديد لهذه العلاقة يثير القلق.

ب. **نظرية السلوكية:** تنظر المدرسة السلوكية إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش وسطها الفرد تحت شروط التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي(البيلاوي،2001،ص39-40-41). فيفسرون القلق في ضوء الاشتراط الكلاسيكي وهو ارتباط منبه جديد بالمنبه الأصلي ويصبح هذا المثير الجديد قادر على الاستيعاب والاستجابة الخاصة بالمنبه الأصلي، ويرى دولار وميلر أن القلق هو نتاج خبرة الفرد وهو سلوك متعلم، وأن أعراض القلق هي نتاج لصراعات مخفية غير مدركة عند الفرد، وأن أساليب التنشئة الأبوية الخاطئة في تعليم الأبناء التناقضات من خلال توجيهاتهم لهم ما يتسبب لهم بالقلق(سيد،2014،ص142).

ج. **نظرية المعرفية:** ركزت هذه النظرية على أن القلق يرجع نتيجة التفكير للفرد فيضخم من نقاط ضعفه ويضعف من عناصر قوته ويعطي اهتماماً كبيراً لانطباعات الأخرين وهذا يؤدي به إلى الذاتية وفقد

الموضوعية وتشوه الحقيقة ونتيجة لهذه التشوهات تضعف قدرة الفرد على تضمين استجابات سلوكية تكيفية(عبد الفتاح،2019،ص582) .

لاحظ بيك أن اضطراب التفكير يقع في لب العصاب، ويتداخل مع التفكير الواقعي الملحوظ حتى بالنسبة لمريض القلق وأن هناك ثلاث ظواهر تنتاب مريض القلق:عدم القدرة على مناقشة الأفكار المخيفة، فقد يشك المريض أن أفكاره المثيرة للقلق غير منطقية ولكن قدرته على تقييم وإعادة التقدير بموضوعية تكون ضعيفة، وبالرغم من أنه قد يكون قادراً على مناقشة مدى منطقية أفكاره المثيرة للقلق إلا أنه يعتقد في جدواها وصلاحيتها.

تكرار الأفكار بشأن الخطر، فمريض القلق لديه ادراكات متواصلة لفظية أو صورية بشأن حدوث أحداث مؤذية.

تعميم المثير، فقد يزيد مدى المثيرات المحدثة للقلق، حيث يدرك أي صوت أو حركة أو تغيير أنه خطر (الببلاوي،2001،ص45-46).

د. **نظرية الفيزيولوجية:**لقد أوضحت الدراسات أن هناك ثلاث مواقع أساسية في المخ هي المسؤولة عن تنظيم القلق عند الانسان وهي المنطقة قبل الجبهية الأمامية والغدة اللوزية، ومنطقة ما تحت المهاد في المنطقة تحت القشرة المخية، فعند تعرض الانسان لانفعال ما يبدأ المخ في التعامل مع هذا الانفعال بواسطة القشرة قبل الجبهية الأمامية والتي تقوم بالتقييم المعرفي لهذا الضغط ثم ينتقل العمل إلى الغدة اللوزية التي تعمل على توليد استجابة الخوف بعد ذلك يحدث تنبيه الغدة ما تحت المهاد والتي تعمل على تنظيم الانفعالات والوظائف الأساسية للأحشاء، فهي المسؤولة عن الاستجابات الانفعالية والسلوكية المتكاملة(نفس المرجع السابق،ص49).كما يشير أحمد عكاشة إلى التفسير الفيزيولوجي للقلق، فيعتبر أنه ينشأ من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعية السيمبثاوي

والبارسيمبثاوي فيرتفع ضغط الدم، وتزيد ضربات القلب وتجحظ العينين ويتحرك السكر من الكبد وتزيد نسبته في الدم وزيادة العرق وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية، وهناك المركز الأعلى لتنظيم الجهاز الإرادي هو الهيبوتلاموس وهو مركز التعبير عن الانفعالات وعلى اتصال بقشرة المخ لتلقى التعليمات منها للتكيف مع المنبهات الخارجية ومن ثم توجد دائرة عصبية مستمرة بين قشرة المخ والهيبوتلاموس والتي من خلالها يستطيع الفرد أن يعبر عن انفعالاته(نفس المرجع السابق،ص50).

هـ. **نظرية الإنسانية:**يرى أصحاب هذا الاتجاه أن القلق هو الخوف من المستقبل، وما يحمله من أحداث قد تهدد وجود الانسان الكائن الوحيد الذي يدرك حتمية نهايته، وأنه معرض للموت في أي لحظة، ومن هنا فان توقع فجائية حدوث الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الانسان(عبد الغفار،1976،ص126).

كما تؤكد هذه النظرية على خصوصية الانسان بين الكائنات الحية، وركزت دراستها على الموضوعات التي ترتبط بهذه الخصوصية مثل: الإدارة الحرة، والمسؤولية والابتكار والقيم، وترى أن التحدي الرئيسي أمام الانسان هو أن يحقق وجوده وذاته كإنسان، وعليه أن يسعى إلى تحقيق هذا الوجود، لأن هذا هو الهدف النهائي الذي يجب أن يوجه الإنسان إليه في حياته، ولذلك فإن كل ما يعوق محاولات الفرد لتحقيق هذا الهدف يمكن أن يثير قلقه، وعلى ذلك فإن عوامل القلق ومثيراته ترتبط بالحاضر والمستقبل ومن أهم العوامل المرتبطة بالقلق عند أصحاب هذه النظرية بحث الانسان عن مغزى لحياته أو هدف لوجوده.(الكفافي،1990،ص350) .

2.6. الأساليب العلاجية للقلق الاجتماعي:

رغم صعوبة علاج القلق إلا أنه من أكثر الأمراض النفسية استجابة للعلاج، حيث يمكن علاجه بإزالة الأسباب التي أدت إليه:

أ. **العلاج الدوائي:** من بين الأدوية المستخدمة للعلاج:

المثبطات والتي تعمل على:

- التقليل من الأعراض العامة للقلق كالرعشة وزيادة ضربات القلب وجفاف الحلق.
- التقليل من استثارة الجهاز العصبي.

مضادات الاكتئاب منها: دواء التوفران يلين، الأدوية المثبطة للأنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية والتي تعمل على خفض الحساسية الزائدة اتجاه النقد كما ترفع مستوى ثقة العميل في نفسه.

دواء البروبرافول وهو من الأدوية المضادة للأدرينالين وذلك للتغلب على أعراض القلق(طه حسين،2009،ص273).

ب. **العلاج النفسي التحليلي:** ويهدف هذا العلاج إلى التعرف على العامل الدينامي الذي أدى إلى ظهور الفوبيا ومن الممكن أن تخف المخاوف الحديثة الظهور بالعلاج التحليلي القصير، ولكن من الضروري وضع برنامج علاجي شامل لكي نعالج المخاوف التي عاشت مع الفرد مدة طويلة، ولكي يتحقق للمريض الاستبصار بالديناميات التي يمكن أن تحدث المخاوف لديه.

كما يساعد هذا العلاج على تقوية الأنا للمريض باعتبارها الجزء المسيطر على محفزات الهو والمنسق بين متطلبات ألهو وضوابط الأنا الأعلى، كما يهدف إلى اظهار الذكريات والأحداث المؤلمة والمكبوتة، بمعنى تحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور ونقلها إلى حيز الشعور، ويتم ذلك عن طريق التداعي الحر وتفسير الأحلام، حيث يصل المريض إلى الاستبصار بالمشكل ومحاولة حلها(طه حسين،2003،ص84).

ج. **العلاج السلوكي المعرفي:**إنه نوع من أنواع العلاجات النفسية التي لديها أوسع نطاق علمي لعلاج الفوضى الناتجة عن القلق، وتدعى (CBT) أو العلاج السلوكي المعرفي. إن CBT تركز على فهم وتفسير أنماط التفكير المعرفية والسلوكية التي تنطوي عليها مشاكل القلق عندما تغير طريقة تفكيرك أو سلوكك، كما تسعى إلى تنفيد التغيرات المطلوبة في عدد محدود من الجلسات، تلك ميزة من مميزات معالجة السلوك المعرفي، حيث إن الفوائد غالباً ما تظهر أثرها خلال أسابيع أو شهور، وليس سنين.

إن الممارسة عملية العلاج السلوكي المعرفي واكتساب المهارات يتم أثناء جلسات المعالجة النفسية، ولكن تتم تلك الممارسة بشكل مستمر خارج نطاق الجلسات، فكلما تمارس تلك المهارات تتحسن حالتك للأفضل وذلك لأن هذا العلاج يعلمنا مهارات التعامل مع القلق(موري بي، ووكر،2002،ص67).

ومن أهم هذه المهارات:

أ. **أداء الأدوار:** يعتمد هذا الأسلوب على وجود نموذج أو قدوة ملائمة، بمرور الوقت يتحول الدور الذي يلعبه الفرد إلى واقع يعيشه في الحياة حتى يستطيع تعلم مهارات اجتماعية تساعده في أداء دوره على مسرح الحياة.

ب. **التخيل الانفعالي:** ينطبق هذا الأسلوب على مبدأ أنه إذا استطاع الفرد التحكم بمخيلته فإنه يستطيع التحكم بالاضطراب.

ج. **فنية التعريض:** وهي مكون رئيسي في العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق الاجتماعي وهي تتضمن تعريض الفرد للموقف أو المواقف التي تسبب له القلق.

د. **التدريب على الاسترخاء:** وذلك من خلال عقد عدة جلسات تساعد على استرخاء الجسم.

هـ. **المعالجة النفسية الجماعية (IPT)**:إنه نوع من أنواع العلاج بالتخاطب التي تركز على العلاقات، لقد أضحت المعالجة النفسية الجماعية أكثر شيوعاً لعلاج الاكتئاب والمشكلات المتعلقة به. إن النظرية التي نبعت منها المعالجة النفسية الجماعية هي أن جذور الاكتئاب تكمن في الصعوبات التي تواجهها العلاقات. ويمكن للناس أن يحسنوا كفاءة تلك العلاقات، فأثبتت العلاج السلوكي المعرفي كفاءتها في علاج السلوك والتخفيف من الاكتئاب المرضي لأن الأشخاص الذين يعانون من الخجل والقلق الاجتماعي غالباً ما يكون لديهم مشكلات شخصية(نفس المرجع السابق،ص67-68).

و. **العلاج النسقي(الأسري)**: ويتلخص في علاج مخاوف الوالدين وتهيئة جو منزلي تسوده المحبة والتعاطف والهدوء والثبات والاتزان، وتوجه للوالدين والأقارب للتعارف فيما يتعلق بضبط الانفعالات والتقليل من الخوف والتوتر والمشاجرات، حتى لا يشيع جو عدم الاطمئنان في الأسرة، وكذلك عدم سرد حكايات مخيفة للأطفال(طه حسين،85،2004).

2.7. مضاعفات القلق الاجتماعي:

طبقا للدراسات القومية الحالية، فإن حوالي خمسة بالمائة من الأطفال والمراهقين في الولايات المتحدة الأمريكية يعانون من القلق الاجتماعي، فإن معظمهم يعاني من بعض المشاكل في مدارسهم ومنازلهم وفي علاقتهم، فربما يتطور معهم الأمر بمرور الوقت إلى المعاناة من عدة مشاكل أخرى منها:

أ. **الوحدة:** حيث يميل الأشخاص الذين يعانون من القلق الاجتماعي إلى العزلة لأنهم ليس بمقدورهم إقامة شبكة طبيعية من الأصدقاء.

ب. **التقدير الضئيل للذات:** الأشخاص الذين يعانون من القلق الاجتماعي لا يشعرون بالثقة فب أنفسهم وغالباً ما يلومون أنفسهم على الأشياء التي ليس بوسعهم فعلها وعندما يستمر هذا الشعور فإنه يؤدي إلى تدني تقدير الذات.

ج. **الاكتئاب:** توضح الدراسات أن المراهقين الذين يعانون من القلق الاجتماعي لديهم استعداد للتعرض لخطر الإصابة بالاكتئاب فيما بعد أو في المرحلة الأولى للمراهقة، ويعتبر الاكتئاب الذي يصيب الأطفال والمراهقين أحد اهتمامات الصحة العامة(موري بي_ووكر،2002،ص61-62).

خلاصة الفصل:

ومما سبق نستنتج أن الفرد الذي يعاني من اضطراب القلق الاجتماعي يمتاز بعدة أعراض أهمها تجنب العلاقات الاجتماعية التي تفرض عليه الاحتكاك الدائم مع الأخرين فيفضل العزلة لتفادي التقييمات السلبية التي يمكن أن تطلق عليه من طرف الأشخاص المحيطين به، ويمكن أن يكون ذلك راجع إلى عدة أسباب كإصابته بالإعاقة معينة مثل الإعاقة البصرية التي ينتج عنها صعوبات في أداء مختلف مهام اليومية.

الفصل الرابع:

الإعاقة البصرية

تمهيد

فيزيولوجيا العين

آلية حدوث الرؤية

مفهوم الإعاقة البصرية

أنواع الإعاقة البصرية

أسباب الإعاقة البصرية

خصائص الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية

تشخيص الإعاقة البصرية

أثر الإعاقة البصرية على شخصية المعاق

التكنولوجيا المساعدة للمكفوفين

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعد حاسة البصر الأداة الرئيسية التي يستعملها خلال عملية تفاعله مع البيئة الخارجية ففي حال وجود الإعاقة البصرية بمختلف أنواعها سيصبح الفرد عاجزًا بشكل جزئي أو كلي عن رؤية الأشياء المحيطة به، ما يجعله يعتمد على الحواس الأخرى في تنفيذ مهامه اليومية، كما أنّ هذه الإعاقة يمكنها أن تخلق لديه العديد من المشكلات النفسية.

ففي هذا الفصل سنتطرق إلى متغير الإعاقة البصرية وبعض العناوين المتعلقة به.

1. فيزيولوجيا العين:

يتألف الجهاز البصري لدى الإنسان من العينين وعصبين بصريين يمتدان من الشبكية، ويلتقيان في نقطة تسمى التصالب وهي نقطة عبور يسلكها كل عصب متجها نحو القشرة الدماغية المعاكسة للعين التي انطلق منها، وتتواجد عين الفرد داخل تجويف عظمي للجمجمة، وذات شكل كروي ومسطح نوعا ما ويبلغ قطرها 20 و25 ملمتر. ففيما يلي سنعرض تركيب بنية العين:

أ. **القرنية:** عبارة عن غشاء رقيق وشفاف يقع في مقدمة العين، ويرتبط بالصلبة (بياض العين)، وتعتبر القرنية جزءً هاما من عين الإنسان حيث تقوم بتجميع المثيرات الضوئية الناتجة عن المنبهات الخارجية وعرضها على العدسة وتبعثها بدورها إلى الشبكية التي تتركز فيها المستقبلات الضوئية حيث تمتص هذه الأشعة وتحول إلى طاقة عصبية.

ب. **الغرفة الأمامية:** هو تجويف صغير يتواجد مباشرة وراء القرنية وفيه سائل شبيه بالنخاع الشوكي وهو الذي يمد بالغذاء والأكسجين لخلايا القرنية ويتركب من تحايل بلازما الدم بعد مروره بعدة مراحل من التشريح.

ج. **القزحية:** هي الجزء الملون من عين الإنسان، فكل الألوان المختلفة التي نلاحظها في عيون الأشخاص ما هي إلا ألوان القزحية التي تتحدد وراثيا خلال الإخصاب الذي يحدث في رحم الأم، ويتمثل في دور هذه الصبغة اللونية في حماية العين من الموجات الضوئية الشديدة وذلك من خلال امتصاصها للإشعاعات الفائضة حيث تترك للعين بالقدر الذي تحتاجه للرؤية الواضحة.

د. **الحدقة:** هي فتحة صغيرة تقع في منتصف القزحية وهي بمثابة معبر تسلكه الموجات الضوئية التي تقوم القرنية بجمعها لتصل إلى العدسة.

هـ. **عدسة العين:** هي ذلك الجزء الشفاف المتواجد وراء حدقة العين ويتمثل دوره الرئيسي في استقبال الموجات الضوئية و إرسالها إلى شبكية العين يستطيع الإنسان رؤية الأشياء بشكل واضح، حيث تستعين العدسة خلال قيامها بهذا العمل بالعضلات الهدبية المرتبطة بها التي تمكنها من تعديل شكلها حسب بعد الأشياء.

و. **الغرفة الخلفية:** يوجد مقرها بين العدسة و الشبكية وفي داخلها يتمركز السائل الزجاجي الذي يسمح لمقلة العين بالمحافظة على شكلها، كما تستمد منه مكونات العين الغذاء والأكسجين.

ز. **الشبكية:** هو مكون سميك بالغ الأهمية في العين وتنقسم إلى ثلاث طبقات:

- **الطبقة الأولى:** وتتكون من نوعان من المستقبلات الضوئية وهي: الخلايا الخصوية والخلايا المخروطية ويعود الاختلاف بينهما إلى الصبغيات العصبية المحيطة بكل منهما. ويختلف دور كل من هذين النمطين في تنظيم عملية الرؤية حيث تتكفل الخلايا المخروطية بالرؤية في حال وجود إضاءة قوية وعلى عكس ذلك فإن الخلايا العضوية يكون عملها في حال كانت الإضاءة ضعيفة.
- **الطبقة الثانية:** تتشكل من الخلايا العصبية ثنائية القطب التي تحتوي على زائدتان عصبيتان حيث أن الزائدة الأولى ترتبط بالمستقبلات الضوئية التي تتكون منها الطبقة الأولى وتستمد منها

المعلومات التي قامت بتجميعها عن طريق المثيرات الضوئية الخارجية، أما الزائدة الثانية فترتبط الخلايا العقدية التي تقع في الطبقة الثالثة للنسيج الشبكي حيث تبعث لها المعلومات التي تحصلت عليها من خلال المستقبلات الضوئية. كما تتفرع الخلايا العصبية ثنائية القطب إلى نمطين هما خلايا عصبية ثنائية القطب صغيرة الحجم ترتبط بالخلايا المخروطية المسؤولة عن الرؤية في الإضاءة المرتفعة أما بالنسبة للنمط الثاني فهي خلايا كبيرة الحجم وترتبط بالخلايا العضوية التي تهتم بالرؤية في حالة الإضاءة الضعيفة.

- **الطبقة الثالثة:** تتكون من الخلايا العقدية التي تنقسم بدورها إلى نوعين وهما: الخلايا العقدية الصغيرة الحجم التي ترتبط بالخلايا الثنائية القطب ذات الحجم الصغير، والخلايا العقدية المتصلة بالخلايا الثنائية القطب كبيرة الحجم المتواجدة في الطبقة الثانية. كما تتصل الخلايا العقدية أيضا بالألياف البصرية مشكلة العصب البصري الذي تنتقل من خلاله المعلومات من الخلايا العصبية إلى القشرة الدماغية لتتم معالجتها(سيد،بدر، 2001، ص 20 –31).

2. آلية حدوث الرؤية:

تسقط الأشعة المنعكسة عن الشيء المرئي لتمر من خلال القرنية وصولا إلى العدسة لتعرضها بدورها على الشبكية مشكلة صورة مقلوبة ثم تنتقل الرسالة العصبية عن طريق الأجزاء الداخلية و الخارجية للشبكيتين و العصبين البصريين لتتصلب وتتجه كل منها إلى الجانب المعاكس لها من القشرة المخية أين يتم تحليلها وتفسيرها(الخطيب،خير الله، 2000، ص90 و 91).

3. مفهوم الإعاقة البصرية:

تستعمل في اللغة العربية الكثير من الكلمات التي ينعت بها الإنسان الذي يبصر ومن بين هذه الألفاظ:

- **الأعمى:** وأصلها العماء وتعني الظلالة والعمى هو فقدان البصر.

- **الأكمه:** وأصلها الكمه ويوصف بها الفرد الذي لديه إعاقة بصرية فطرية أي ولد بها.
- **الكفيف:** مأخوذة من الكف ويقصد بها المنع و الكفيف هو فاقد البصر.
- **الضرير:** أصلها من الضرارة وتعني العمى والضرير هو الإنسان الكفيف.
- **الأعشى:** هو الشخص الذي ليست لديه القدرة على الإبصار في الليل رغم أنه في النهار بشكل عادي ويقال عن الأنثى أنها عشواء (عبد الله ، 2004، ص 61-62).

أما بالنسبة لمنظمة الصحة العالمية فترى أن الإنسان الكفيف هو الشخص الذي تتجاوز حدة بصره 3/60، ما يعني أن الفرد ليست لديه القدرة على رؤية ما يراه الأشخاص العاديين على بعد 60 متر إلا إذا اقترب له على بعد 3 أمتار (العدل، 2020، ص 184).

ويعرف شروفت وزامبون الكف البصري على أنه وضعية عجز تصيب حاسة البصر ما يعيق عملية تطور الفرد، حيث تترتب عن حدوث خلل في الجهاز البصري أو أمراض تمس العين (أحمد، 2018، ص 8).

كما يشير ديموت Demot 1982 إلى أن الإعاقة البصرية هي حدوث خلل في أحد الوظائف الخمسة لحاسة الإبصار وهي : البصر المركزي، البصر المحيطي، البصر التكيفي، البصر الثنائي، رؤية الألوان وهذا بسبب حدوث عاهة تشريحية أو مرض (الحديدي، 2014، ص 35).

فمن المعارف السابقة نستخلص أن الإعاقة البصرية هي حالة عجز يعاني منها الفرد نتيجة حدوث خلل في وظيفة الإبصار لديه وذلك بسبب تشوه تشريحي أو إصابة بأمراض وجروح معينة في الجهاز البصري ما يعيق عملية الرؤية.

4. أنواع الإعاقة البصرية:

لقد تعددت تصنيفات الأخصائيين والعلماء للإعاقة البصرية وسنذكر منها:

أ. تصنيف منظمة الصحة العالمية حسب شدة الإعاقة:

- الإعاقة البصرية المطلقة (الكلية): وهو عدم قدرة الفرد على إدراك الضوء.
- الإعاقة البصرية الشديدة جدا (شبه كاملة): حدة البصر أقل من 50/ 1 مع إدراك الضوء، أو مجال الرؤية أقل من 5 درجات.
- الإعاقة البصرية الشديدة: حدة البصر أقل من 1/20 وأكبر من 1/50 أو مجال الرؤية أقل من 10 درجات وأكثر من 5 درجات.
- الإعاقة البصرية المتوسطة: حدة البصر أقل من 1/10 وأكبر من أن تساوي 1/20.
- الإعاقة البصرية الضعيفة: حدة البصر أقل من 3/10 وأكبر من أو تساوي 1/10 مع مجال بصري لا يقل عن 20درجة (Mascle, 2020, p29)

ب. التصنيف حسب درجة حدوث الإعاقة:

- الإعاقة البصرية الفطرية: وهي إعاقة يخلق بها الشخص نتيجة لعوامل جينية أو بيئية كالعدوى التي تنتقل إلى الأم الحامل والتي تؤثر على الجنين.
- الإعاقة البصرية المكتسبة: وهي إعاقة يصاب بها الفرد خلال مرحلة من مراحل نموه المختلفة حيث يحدث لديه خلل جزئي أو كلي في وظيفة الإبصار وهذا راجع إلى عوامل وراثية أو الحوادث التي يتعرض لها الإنسان (بلخيري ،2017، ص114).

ج. التصنيف حسب درجة الإعاقة والقدرة على استعمال البصر:

- ضعف البصر: حيث أن الإنسان ضعيف البصر له قدرة محدودة عل استعمال حاسة البصر وتأثر إعاقته على أداءه في حياته اليومية.

- الكف البصري: ويكون الشخص الكفيف غير قادرا عل استعمال بصره بشكل كلي ما يجعله يلجأ إلى تعويضها بالحواس الأخرى كاللمس والسمع (عبد الله فرج الزريقات،2006، ص100).

5. أسباب الإعاقة البصرية:

تتنوع العوامل التي تؤدي إلى حدوث الإعاقة البصرية لدى الفرد ففيما يلي بعض منها:

أ. **أسباب ما قبل الولادة:**تعتبر أكثر العوامل المؤدية إلى الإصابة بالكف البصري، وتشمل العوامل الوراثية والبيئية التي تنعكس على نمو الطفل خلال المرحلة الجنينية خاصة في الأشهر الأولى من الحمل ومن أهمها:

- العوامل الجينية.
- التغذية غير السليمة للأم الحامل.
- استعمال المرأة الحامل للأدوية والعقاقير التي يمكن أن تؤثر سلبا على صحة الجنين.
- إصابة الأم الحامل ببعض أمراض العيون المعدية والتي بإمكانها أن تنتقل إلى الطفل مثل الجلوكوما، عتامة القرنية... إلخ
- إصابة الأم الحامل ببعض الأمراض الأخرى خلال فترة الحمل كالحصبة الألمانية، الزهري... إلخ.

ب. أسباب ما بعد الولادة:

وتتمثل في مختلف العوامل البيئية التي يتعرض لها الفرد في حياته والتي بإمكانها أن تؤثر على حاسة البصر لديه ومنها:

- تقدم السن.
- وجود خلل في النظام الغذائي.
- تعرض الفرد للحوادث.

- الإصابة ببعض الأمراض التي يمكن أن تسبب الإعاقة البصرية. (جبراني، 2018، ص189-191).

6. خصائص الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية:

تمكنت العديد من الدراسات التي أجريت على المعاقين بصريا من الوصول إلى الخصائص المميزة رغم كل الصعوبات التي يتعرض لها هذا النوع من البحوث.

فمن أهم هذه الخصائص نجد ما يلي:

أ. **الخصائص النفس حركية:** يلجأ الإنسان المعاق بصريا في الحركية إلى استعمال جميع حواسه، باستثناء البصر كوسيلة لتحديد وتحسس المكان، مما يجعله يستنفذ طاقة نفسية كبيرة.

كما أن المشاكل الحركية للمكفوفين تزداد مع تعقيد بيئتهم وتوسعها، وذلك بسبب قدرتهم المحدودة على إدراك الأشياء البعيدة ما يجعل الشخص الكفيفة دائما قلقا ومجهدا نفسيا نتيجة التعقيدات التي يتعرض لها خلال تفاعله مع البيئة المحيطة به ما يترتب عنه ظهور سلوكيات نمطية غير وظيفية لديه.

ب. **الخصائص اللغوية:** لا يختلف تطور اللغة لدى المكفوفين كثيرا عن الأطفال المبصرين، حيث يتأخر اكتساب الكلمات لديهم بسبب الصعوبة التي يواجهونها في استكشاف البيئة واحتياجهم للبحث اللمسي. يمكن أن يكون ترديد المقاطع اللغوية وفهم المفاهيم التصويرية بحد ذاته تحديا لهم، ما يجعلهم يعتمدون بشكل كبير على حاستي اللمس والسمع في فهم العالم من حولهم ولذلك يعانون من فهم الإيماءات والإشارات وكل ما يتعلق بالتواصل غير اللفظي المستعمل من طرف المبصرين، لذا فإن اكتساب ذوي الإعاقة البصرية، اللغة تلعب دورا حيويا في نموهم، حيث تكون وسيلة لتوسيع مجال سلوكهم وتحقيق علاقات شخصية.

ج. **الخصائص الاجتماعية:**إن إنشاء وتطوير العلاقات الاجتماعية بين الأفراد يعتمد أساسا على حاسة البصر التي تعد عنصرا هاما في حدوث التفاعل، ومما لا شك فيه فإن وجود الإعاقة البصرية سيؤثر سلبا على هذه العملية. كما يواجه الكفيف تعقيدا تعقيدات في تعلم مهارات اجتماعية جديدة حيث أن كل هذه الأمور تجعله يعتمد على الآخرين في جميع تحركاته ما يسبب له الإحساس بعدم الأمان والقدرة على التحكم في بيئته.

د. **الخصائص الانفعالية:**تخلق الإعاقة البصرية لدى الفرد تصورات سلبية حول ذاته والعديد من المشكلات النفسية الأخرى كسوء التكيف الاجتماعي وذلك نتيجة لإحساس الكفيف بالدونية، العجز والتوتر، كما تساهم الاتجاهات الاجتماعية السلبية كالحماية الزائدة، الشفقة والتجاهل في زيادة شعور بالعجز والاختلاف حيث بينت الدراسات أن الأفراد ذوي الإعاقة البصرية يعانون من عدة اضطرابات نفسية وهي: القلق، الاكتئاب، الوسواس القهري والرهاب (الببلاوي، 2001، ص16-21).

7. تشخيص الإعاقة البصرية:

يتم تشخيص الإعاقة البصرية من خلال التطرق إلى ناحتين أساسيتين وهما:

أ. **الناحية الطبية:**حيث يقوم الأطباء والمختصين في طب العيون بتشخيص الإعاقة البصرية من خلال فحص النظر وذلك بقياس حدته ومجال رؤية الفرد بهدف فهم وتحديد الصعوبات التي يعاني منها المريض. وتعتبر لوحة سنلن (senllen chart) الأداة الأكثر استعمالا من قبل المختصين من أجل قياس حدة النظر وهي عبارة عن لوحة تتضمن أسطر من الحروف التي يصغر حجمها كلما تم الاتجاه من الأعلى إلى الأسفل، حيث يطلب من الشخص الجلوس على بعد 6أمتار من اللوحة

والتعرف على الحروف وذلك بغرض تحديد الأشكال و الأحجام التي يستطيع رؤيتها . أما لقياس مجال النظر فيلجأ المختص إلى استعمال مثير جانبي ويطلب من المفحوص تحديده والتعرف عليه.

ب. **التقييم النفسي:**يعتبر التقييم النفسي للفرد المكفوف الركيزة الأساسية في معرفة نقاط الضعف ونقاط القوة لديه من أجل الكشف على أهم احتياجاته ووضع البرامج والبدائل التي تلامه حسب حالته، كما يلعب التشخيص والتدخل العلاجي المبكر دورا هاما في التعامل مع المكفوفين خاصة من الجانب التربوي (نوري القمش، 2012، ص 135).

8. أثر الإعاقة البصرية على شخصية المعاق:

أ. **على الجانب النفسي:**قد يؤثر العمى على تطور بعض الوظائف العقلية لدى الفرد الكفيف كالخيال والإدراك خاصة عند الأشخاص الذين أصبحوا مكفوفين منذ الصغر، كما يؤثر فقدان حاسة البصر على التفاعل العاطفي للفرد حيث يكون مقيدا وغير قادر على تلقي المدركات البصرية كالأشكال، الحركات ... ما يجعله يبني في ذهنه تصورات مشوهة أو خاطئة حول الموقف. كما أن عدم قدرة الإنسان المعاق بصريا على الحركة بشكل مستقل تزرع فيه نوعا من النزعة الاتكالية ما يجعله مقيدا بالآخرين ويبحث دائما عن من يساعده في ذلك وذلك نتيجة لنقص إدراكه للمحيط الذي يعيش فيه.وكذلك إن إحساس الفرد أنه ليس طبيعيا كباقي الناس يجعلها قلقا نفسيا حيث أثبتت بعض الدراسات أن الاضطرابات العصبية منتشرة بكثرة بين الأشخاص المعاقين بصرياًلأن محاولة الكفيف مواجهة البيئة التي يعيش فيها والاندماج فيها رغم عجزه تخلق لديه العديد من المشكلات النفسية والسلوكية.كما أن وجود اختلاف في المعاملة التي يتلقاها المكفوف بين أفراد أسرته من عطف وحنان والمحيط الخارجي من قسوة واستنكار ما يجعله يميل إلى الانعزال والانطواء وذلك بسبب الصراعات التي تتخلله في داخله بين الرغبة في الأمن والخوف من الخطر، وأيضا في أغلب الأحيان يستعمل

المكفوف آلية الكبت لكي يتكون مقبولا من طرف الآخرين، كما قد يلجأ إلى أحلام اليقظة ليعوض بها ما لم يتمكن الوصول إليه وتحقيقه على أرض الواقع بسبب الكف البصري.

ب. **على الجانب الاجتماعي واللغوي:** يؤثر كف البصر على السلوك الاجتماعي للفرد، مما يجعله يواجه صعوبات في التفاعلات الاجتماعية وغير قادر على اكتساب المهارات الضرورية للشعور بالاكتفاء الذاتي والحرية بسبب محدودية حركته وقدراته البصرية. كما يواجه المكفوفين صعوبات في اكتساب المهارات اللغوية، وخاصة غير اللفظية مثل الإيماءات والحركات، وذلك على عكس اللغة اللفظية التي يمكنهم تعلمها من خلال السمع والتقليد وعدم قدرة الإنسان على رؤية التعبير المصاحب للكلمة يمنعه من فهم معناها. ويختلف تأثير الإعاقة تبعا لدرجة الإعاقة، وعمر ظهورها، ومدى توفر خدمات التأهيل الاجتماعية والتعليمية (حاج موسى،2016، ص126-128).

9. التكنولوجيا المساعدة للمكفوفين:

إن التطور التكنولوجي الذي واكب العصر الحديث ساهم في تخفيف الضغط على الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية حيث ظهرت العديد من التقنيات والبرامج التي تساعد المكفوفين في حياتهم اليومية ومنها:

أ. أجهزة وبرامج الإدخال:

- برامج التمييز الإملاء الصوتي: تسمح للمستخدمين الكفيفين باستخدام أصواتهم لإدخال البيانات أو التحكم في الحاسوب.
- ماسحات برايل الضوئية: تحول كتابات برايل إلى نص عادي، وتساعد في تحويل النصوص البرايل إلى نصوص يمكن قراءتها.

ب. أجهزة وبرامج الإخراج:

- قارئات الشاشة: تقرأ محتويات الشاشة بصوت واضح، مما يتيح للمستخدمين الكفيفين التفاعل مع الحاسوب بسهولة ومن أشهرها برنامج Jaws الذي وضعته شركة freedom scientific.
- شاشات برايل الإلكترونية: تسمح للمستخدمين الكفيفين بقراءة محتويات الشاشة بشكل برايل، مما يسهل فهم المعلومات.
- طابعات برايل: تقوم بطباعة نصوص برايل على الورق، مما يتيح للمستخدمين الكفيفين الوصول إلى المعلومات المطبوعة والملموسة. (إبريعم،بوعيشة، 2018، ص 80-81).

خلاصة الفصل:

فمما سبق نستخلص أن الكف البصري هو وضعية يعجز فيها الفرد عن استعمال حاسة بصره نتيجة خلل وظيفي ما يؤثر على مختلف جوانب حياته لا سيما الجانب النفسي، حيث يبني الشخص المعاق بصريا في ذهنه تصورات مشوهة حول ذاته نتيجة شعوره بالدونية والنقص ما يترتب عنه بعض الاضطرابات النفسية كالقلق الاجتماعي الذي سيؤثر بدوره على الأداء التفاعلي والاجتماعي للفرد.

ففي الفصل الموالي فسنقوم بعرض أهم الإجراءات المنهجية التي ستسمح لنا بتحقيق الأهداف المسطرة في دراستنا هذه.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس:

الإجراءات المنهجية

تمهيد

الدراسة الاستطلاعية

منهج الدراسة

عينة الدراسة

أدوات الدراسة

الأساليب الإحصائية

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد الجانب المنهجي الركيزة الرئيسية في انجاز البحوث العلمية، حيث سنتطرق في هذا الفصل إلى أهم الإجراءات المنهجية التي اعتمدنا عليها خلال اجراء هذه الدراسة فيتضمن هذا المحور على الدراسة الاستطلاعية، المنهج المتبع في الدراسة، موصفات عينة البحث وطريقة اختيارها وأدوات الدراسة وكيفية تطبيقها، والأساليب الإحصائية التي تم من خلالها التحقق من الفرضيات.

1. الدراسة الاستطلاعية:

تم تصمم الدراسة الاستطلاعية لتحقق من أهداف محددة، وبالتالي لم نسعى إلى نتائج أولية لفرضيات بحثنا، بل كان اهتمامنا الأساسي الوصول إلى مجموعة من النتائج التي تخص أدوات البحث، وعليه حددنا الهدف من هذه الدراسة الاستطلاعية في نقاط محددة ولدي عينة محددة وهي كما يلي:

- الاحتكاك بالميدان حيث يتم التعرف بشكل أفضل على كيفية إجراء المقابلة وتقديم المقاييس، ومعرفة الصعوبات التي يمكن أن نواجهها .
- التأكد من مدى فعالية الوسائل المستعملة في مجال دراستنا، والمتمثلة في استبيان صورة الجسد من اعداد الباحث "ناصر محمد نوفل" واستبيان القلق الاجتماعي الذي أعدته الباحثة "زينب سيد عبد الحميد عثمان ".
- رصد أكبر عدد ممكن من المعلومات حول موضوع دراستنا.

ومن أجل تحقيق الأهداف السابقة قمنا بإجراء دراسة استطلاعية على عينة متكونة من 20حالة من ذوي الإعاقة البصرية منهم 10إناث و10دكور تتراوح أعمارهم ما بين (18_35)سنة حيث أن 8أفراد من هذه العينة لديهم إعاقة بصرية خلقية أما باقي الأشخاص يعانون من إعاقة بصرية مكتسبة، وتم

التوصل إليهم عن طريق الاتحاد الولائي للمكفوفين لولاية تيزي وزو ومركز ذوي الاحتياجات الخاصة التابع لجامعة "مولود معمري".

أما بخصوص سيرورة تطبيق الأدوات، كنا نقوم أولا بإعلام المفحوص بأننا بصدد القيام بدراسة علمية حول موضوع "صورة الجسد وعلاقتها بالقلق الاجتماعي لدى المعاقين بصرياً" ثم نطلب منه الموافقة على أن يجيبنا على أدوات القياس التي تم إعدادها لهذا الغرض، وبالتالي فهو حر في المشاركة فيها أم لا.

وبعد الانتهاء من الدراسة الاستطلاعية توصلنا إلى مجموعة النتائج وهي كما يلي:

- التأكد من وضوح التعليمات ووضوح مفردات أدوات الدراسة.
- أغلب الحالات لديهم القدرة الاستعمال قارئات الشاشة الموجودة في الأجهزة الالكترونية و بالتالي قررنا تحويل الاستبيانات الورقية الى استبيانات رقمية إلكترونية مما يمكنهم من تصفح الاستبيان والاجابة على البنود بكل حرية وموضوعية وهذا دون ضرورة التنقل.

ومن خلال هذه النتائج شرعنا في القيام بالدراسة الأساسية التي سنوضحها عن طريق عرض: أدوات الدراسة، العينة، كيفية إجراء الدراسة، الأدوات الإحصائية المستعملة في التحليل.

2. منهج البحث:

يعرف المنهج على أنه الأداة التي تساعد الباحث في اكتشاف حقيقة الظواهر والمواقف والتحقق من مدى مصداقيتها وتعميمها في مواقف أخرى(الواصل،1999،ص14،15).

وتتعدد أنواع المناهج المستخدم في البحوث حسب المواضيع المدروسة فيها، فبما أن موضوع دراستنا يهدف إلى التعرف على العلاقة بين صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدى المعاقين بصرياً فيستلزم علينا

استعمال المنهج الوصفي التحليلي الذي يتمثل في الأساليب المتناسقة التي يعتمد عليها الباحث في وصف الظاهرة المدروسة وذلك من خلال ضم المعلومات اللازمة وتصنيفها ومعالجتها وتحليلها من أجل الوصول إلى دلالتها الإحصائية والحصول على نتائج دقيقة حول موضوع البحث(المشهداني،2019،ص126).

3. عينة البحث:

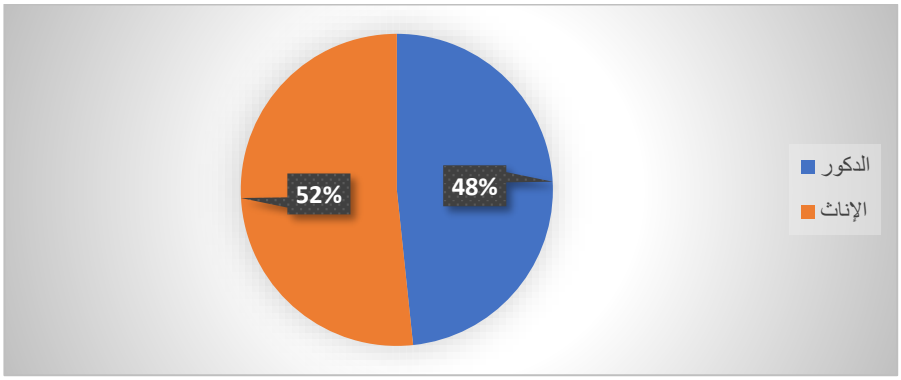
يعتبر اختيار العينة خطوة أساسية خلال انجاز الباحث لدراسته ،وتعرف العينة على أنها مجموعة من الأفراد يتم اختيارهم من مجتمع البحث الأصلي بطريقة معينة(سعد عمر،2009،ص111).

وتم في دراستنا اختيار العينة بطريقة قصدية وشملت فئة المعاقين بصرياً، والذين بلغ عددهم 60 فرداً مكفوف.وفيما يلي يتم عرض توزيع أفراد العينة حسب متغيرات الدراسة الأساسية:

الجدول (1): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس (ذكور، إناث)

المتغيرات	الذكور	الإناث	المجموع
أفراد العينة	29	31	60

والشكل التالي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس:



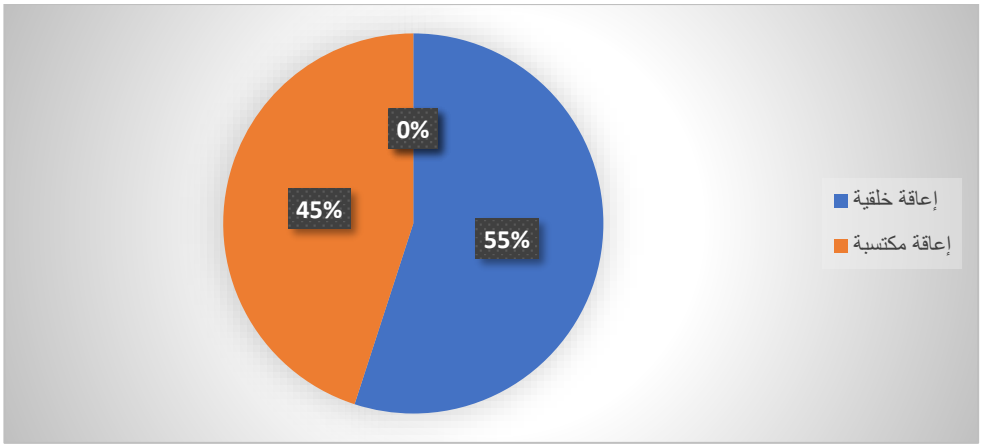
شكل رقم 01: يمثل توزيع العينة حسب الجنس

كما يتوزع أفراد العينة حسب نوع الإعاقة (إعاقة خلقية ،إعاقة مكتسبة)، أي وجود أفراد اكتسبوا الإعاقة البصرية قبل الولادة، و أفراد اكتسبوا الإعاقة البصرية بعد الولادة، والجدول التالي يوضح دلك:

الجدول(2): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع الإعاقة (خلقية، مكتسبة)

المتغيرات	إعاقة خلقية	إعاقة مكتسبة	المجموع
أفراد العينة	33	27	60

والشكل التالي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع الإعاقة:



شكل رقم 02: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع الاعاقة

4. أدوات الدراسة:

تعرف الأداة على أنها وسيلة لجمع المعلومات حول ظاهرة ما وتصنيفها وتبويبها، وتختلف أدوات ضم البيانات من موضوع إلى آخر (عبد المؤمن،2008،ص202).ويتم اختيار الأداة بناءاً على الأهداف المراد تحقيقها، وقد اعتمدنا في بحثنا على أداتين وهما:

1.2. مقياس صورة الجسد:

أ.وصف مقياس صورة الجسد:

صمم من طرف الباحث "ناصر محمد نوفل" سنة 2016 يهدف إلى التعرف إلى صورة الجسد لدى المكفوفين ويتكون من 29 بند ويتم الإجابة عليها باختيار واحدة من ثلاثة إجابات وهي: (أرفض، لست متأكد، أوافق) وتتراوح دراجات كل فقرة ما بين درجة(1) وثلاثة(3) درجات، فإذا كانت الإجابة موجبة فينقط كالتالي: (أوافق=(3)، أرفض=(1)، لست متأكد=(2))، أما العبارات السلبية فتنقط: (أوافق=(1)، أرفض=(3)، لست متأكد=(2))، ولمعرفة تقبل ورضا الفرد عن صورة جسده تجمع درجات بنود المقياس لتعطي الدرجة الكلية لصورة الجسد، فأقصى درجة تدل على صورة إيجابية للجسد، وأدنى درجة تدل على صورة سلبية للجسد.

ويتكون المقياس من ثلاثة أبعاد وهي: بعد المكون الإدراكي، بعد المكون الوجداني، بعد المكون السلوكي(نوفل، 2016،ص230).

جدول (3): يوضح البنود السالبة والموجبة في مقياس صورة الجسد

المتغيرات	البنود الموجبة	البنود السالبة
أرقام البنود	-17-16-15-13-12-11-10-9-8-7-5-4-2-1 29-28-27-26-24-23-22-21-20-19-18	25-14-6-3
عدد البنود	25	4
العدد الكلي	29 بنداً	

يوضح الجدول السابق بنود مقياس صورة الجسد، حيث يحتوي على (4) بنود سالبة هي(3،6،14،25)،و(25)بندموجبوهي(،24،26،27،28،29

21،4،5،7،8،9،10،11،12،13،15،16،17،18،19،20،21،22،23)

ب.تصحيح المقياس:

جدول(4): يوضح درجات الإجابة على بنود مقياس صورة الجسد

البنود	أوافق	لست متأكد	أرفض
البند الموجبة	03	02	01
البند السالبة	01	02	03

ت.صدق مقياس صورة الجسد:

ويقصد بصدق الأداة(المقياس): التأكد من قدرة الاختبار على قياس ما أعدت لقياسه(ملحم،2002،ص266).

وتم التأكد من صدق المقياس بطريقتين هما:

- **صدق المِحكمين الصدق الظاهرN":**

عرضَت أداة الدراسة على (11) محكماً من الأكاديميين والمتخصصين في كلية وتم إجراء التعديل علىبعض فقرات المقياس تبعاً لآرائهم، وذلك بحذف (7) فقرات من مقياس صورة الجسد.

- **صدق الاتساق الداخلي" Internal validity ":**

يقصد بصدق الاتساق الداخلي: "مدى اتساق فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، وقد تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس، وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس، والدرجة الكلية للمقياس كما هو موضح في الجدول رقم (5).

جدول (5) يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس صورة الجسد والدرجة الكلية للمقياس

م	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمابية (Sig .)	م	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية(Sig.)	م	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية(Sig.)
بعُد المكون الاداري			-4	0.617	*0.001	-29	0.610	*0.000
-1	0.567	*0.001	-5	0.649	*0.000	بعُد المكون السلوكي		
-3	0.522	*0.003	-13	0.367	*0.042	-8	0.579	*0.000
-6	0.424	*0.018	-16	0.645	*0.000	-9	0.463	*0.009
-7	0.531	*0.002	-17	0.749	*0.000	-10	0.537	*0.002
-11	0.593	*0.000	-19	0.742	*0.000	-12	0.544	*0.002
-21	0.768	*0.000	-20	0.681	*0.000	-14	0.451	*0.012
-22	0.776	*0.000	-24	0.796	*0.000	-15	0.363	*0.045
-23	0.700	*0.000	-26	0.796	*0.000	-18	0.555	*0.001
بعد المكون الوجداني			-27	0.781	*0.000	-25	0.433	*0.020
-2	0.489	*0.004	-28	0.479	*0.006			

- الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 05.0$).

يوضح جدول (5) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس، والذي يُبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية ($\alpha \geq 05.0$) وبذلك تُعتبر الأبعاد ملائمة لما وضعت لقياسه.

- **الصدق البنائي (Structure Validity):**

يعتبر الصدق البنائي أحد مقاييس صدق الأداة الذي يقيس مدى تحقق الأهداف التي تريد الأداة الوُصول إليها، ويبين مدى ارتباط كل بعد من أبعاد المقياس بالدرجة الكلية لفقرات المقياس، وللتحقق من الصدق البنائي تم حساب معاملاتُ الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس كما هو موضح في الجدول(6).

جدول(6) يوضح معامل الارتباط بين درجة كلُ بعد من أبعاد مقياس صورة الجسد والدرجة الكلية للمقياس

م	البعد	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية(sig)
-1	بعُد المكون الإدراكي	0.929	*0.000
-2	بعُد المكون الوجداني	0.967	*0.000
-3	بعُد المكون السلوكي	0.879	*0.000

• الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 05.0$).

يتضح من الجدول (6)أن جميع معاملات الارتباط في جميع مجالات المقياس دالة احصائيا، وبدرجة قوية عند مستوى معنوية ($\alpha \geq 05.0$) وبذلك تُعتبر جميع مجالات المقياس تقيس ما وضعت لقياسه.

ثبات الاستبانة (Reliability):يشير الثبات إلى: "مدى اتساق نتائج المقياس، فإذا حصلنا على درجات متشابهة عند تطبيق نفس الاختبار على نفس المجموعة مرتين مختلفتين، فإننا نستدل على ثباتها"(علاء،2010،ص466).

وقدَّ تم التحق من ثبات أداة الدارسة من خلال طرقتين وذلك كما يلي:

أ. **معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha Coefficient):**

تقوم هذه الطريقة على أساس احتساب معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، والتعرف على معدلات الثبات، والجدول رقم (7) يبين نتائج الثبات وفقاً لطريقة معاملات ألفا كرونباخ لمقياس الدارسة:

جدول (7)يوضح نتائج معامل ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس صورة الجسد

م	البعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
1-	**بعُد المكون الإدراكي**	8	0.748
2-	**بعُد المكون الوجداني**	13	0.863
3-	**بعُد المكون السلوكي**	8	0.621
الدرجة الكلية لمقياس صورة الجسد		29	0.914

يتبين من النتائج الموضحة في جدول رقم (7) أن قيم معامل ألفا كرونباخ للدرجة الكلية للمقياس مرتفعة، بينما تراوحت معاملات ألفا للأبعاد بين المرتفعة والمتوسطة. وبذلك يكون المقياس وأبعاده صالحاً كأداة للدارسة.

- **طريقة التجزئة النصفية (Split Half Method):**

حيثّ تم تجزئة فقرات الاختبار إلى جزأين (الأسئلة ذات الأرقام الفردية، والأسئلة ذات الأرقام الزوجية)، ثم بعد ذلكّ تم حساب معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية، ودرجات الأسئلة الزوجية وبعد ذلك تَّم تصحيح معامل الارتباط بمعادلة سبيرمان براون = معامل الارتباط المعدل وفقاً للمعادلة التالية: R=2R/1+R، حيث R معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجةَ، وتم الحصول على النتائج الموضحة في جدول رقم (8).

جدول (8) يوضح طريقة التجزئة النصفية لقياس ثبات أبعاد مقياس صورة الجسد

م	البعد	معامل الارتباط	معامل الارتباط المعدل
1-	**بعُد المكون الادراكي**	0.501	0.667
2-	**بعُد المكون الوجداني**	0.550	0.709
3-	**بعُد المكون السلوكي**	0.559	0.749
الدرجة الكلية لمقياس صورة الجسد		**0.793**	**0.884**

يتبين من خلال الجدول رقم (8) أن قيمة معامل الارتباط المعدل (سبيرمان براون) (Spearman Brown) مرتفع ودال إحصائياً, بذلك تكون المقاييس في صورتها النهائية كما هو موضح في الملحق(1) القابلة للتوزيع(نوفل،2016،ص230_233).

2.3.مقياس القلق الاجتماعي:

أ. **وصف مقياس القلق الاجتماعي:**صمم من طرف الباحثة "زينب سيد عبد الحميد عثمان "سنة 2014 يهدف إلى التعرف على القلق الاجتماعي لدى المكفوفين حيث يتكون من 56 بند وتم صياغتها من خلال وضع مجموعة من العبارات يتم الإجابة عليها ب(دائماً، أحيانا، نادراً، أبداً)، كما يتكون من أربع(4) أبعاد هي:

البعد الفيزيولوجي(14بند)، البعد النفسي(14بند)، البعد السلوكي(14بند)، البعد المعرفي(14بند)(الحميد عثمان،2014،ص150،151).

جدول(9) يوضح أبعاد مقياس القلق الاجتماعي

المسلسل	الأبعاد الأساسية	عدد العبارات
1	الفيزيولوجي	14
2	النفسي	14
3	السلوكي	14
4	المعرفي	14

ب. صدق المقياس:

- **صدق المحكمين:**

قد تم عرض المقياس في صورته المبدئية على مجموعة من السادة المحكمين المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية، لإبداء آرائهم فيما إذا كانت هذه البنود تقيس ما وضعت لقياسه، ومدى انتماء كل عبارة من العبارات المقترحة للقياس وإلى أي مدى كانت صلاحية كل عبارة لقياس القلق الاجتماعي، وبناء على توجيه السادة المحكمين تم حذف بعض العبارات وعددها(4) عبارات كما أعيدت صياغة بعض العبارات، وتم الإبقاء على العبارات التي أجمع المحكمون عليها بنسبة 80% وأصبح عدد فقرات المقياس 56 عبارة بعد ما كانت 60 عبارة.

- **صدق المفردات:**

تم حساب صدق المقياس بطريقة صدق المفردات عن خلال حساب معامل الارتباط بين العبارة والبعد الذي تنتمي إليه العبارة والدرجة الكلية للمقياس والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول(10) معاملات ارتباط عبارات كل بعد بالبعد الدي تتبعه بعد حدف الدرجة من درجة البعد

م	معامل ارتباط عبارات البعد الأول بالبعد	معامل الإرتباط بالدرجة الكلية	معامل ارتباط عبارات البعد الثاني بالبعد	معامل الإرتباط بالدرجة الكلية	معامل ارتباط عبارات البعد الثالث بالبعد	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	معامل ارتباط عبارات البعد الرابع بالبعد	معامل الارتباط بالدرجة الكلية
1	**0,587	**0,525	**0,753	**0,627	**0,587	**0,539	**0,477	**0,436
2	**0,570	*0,449	**0,674	**0,495	**0,596	*0,426	**0,677	**0,707
3	**0,596	**0,585	*0,455	*0,428	**0,622	**0,512	**0,646	**0,644
4	**0,700	**0,569	**0,709	**0,655	**0,503	**0,522	**0,662	**0,647
5	**0,590	**0,494	*0,372	*0,410	*0,434	0,349	**0,669	**750,-
6	**0,622	**0,485	**0,600	**0,529	**0,576	**0,624	**0,474	**0,486
7	**0,620	**0,602	**0,577	**0,543	**0,487	*0,432	**0,571	**0,572
8	*0,383	*0,407	**0,597	**0,601	**0,683	**0,524	**0,544	**0,540
9	*0,442	*0,377	**0,666	**0,719	**0,717	**0,568	*0,454	*0,436
10	*0,393	*0,400	**0,572	**0,513	**0,502	**0,559	**0,516	**0,467
11	**0,658	**0,576	**0,577	**0,585	**0,635	**0,549	**0,516	**0,467
12	**0,675	**0,602	**0,516	**0,467	**0,759	**0,528	*0,426	*0,448
13	**0,590	*0,410	**0,472	0,314	**0,591-	**0,514	**0,655	**0,714
14	*0,383	*0,390	**0,661	**0,643	**0,587	**0,538	**0,606	**0,658

** تشير إلى مستوى دلالة 0,01 * تشير إلى مستوى دلالة 0,05

كما تم حساب الصدق عن طريق صدق التكوين ودلك بحساب الارتباطات الداخلية بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول(11):معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس القلق الاجتماعي وبعضها البعض والدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	الأول	الثاني	الثالث	الرابع	الدرجة الكلية
الأول	–	0,781**	0,799**	0,660**	0,870**
الثاني		–	0,847**	0,655**	0,904**
الثالث			–	0,723**	0,962**
الرابع				–	0,843**
الدرجة الكلية					–

يلاحظ من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى 0,01 مما يدعو إلى الثقة في صدق الاختبار.

ت. ثبات المقياس:

تم حساب ثبات مقياس القلق الاجتماعي بطريقة إعادة التطبيق بفاصل زمني 15 يوم وكانت معامل الثبات 0,83\ 0,82\ 0,78\ 0,88 لإبعاد المقياس على الترتيب، ومعامل الثبات للمقياس ككل0,83 وهي معاملات ثبات عالية.

ث. تصحيح المقياس:

اعتمدت طريقة التصحيح على وضع درجة لكل استجابة: فكانت العبارات الإيجابية التي تمثل سمة القلق الاجتماعي على النحو التالي: دائماً=(4)، وأحياناً=(2)، نادراً=(3)،أبداً=(1)، وتشير الدرجة المرتفعة

على المقياس إلى ارتفاع نسبة القلق الاجتماعي، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاض نسبة القلق الاجتماعي، وقد تم تحديد درجة القطع ب(م+5,ع)(الحميد عثمان،2014,ص151و152).

2. الأساليب الإحصائية:

إن الأساليب الإحصائية هي الركائز الأساسية المعتمد عليها في البحوث العلمية، فطبيعة الفرضيات المطروحة في دراستنا أدت بنا إلى استخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية(spss)، حيث استعملنا:

- الوسط الحسابي.
- الانحراف المعياري.
- معامل ارتباط بيرسون.
- اختبار ت.
- استعمل برنامج Excel في عملية تفريغ البيانات.

خلاصة الفصل:

من خلال الدراسة الاستطلاعية لميدان البحث تم الكشف على إمكانية تطبيق إجراءات الدراسة الأساسية مع التحقق من توفر العينة المطلوبة بالخصائص الملائمة وقبولها للمشاركة في البحث.

الفصل السادس:

عرض ومناقشة النتائج

تمهيد

عرض ومناقشة نتائج الفرضيات

مناقشة عامة للنتائج

خاتمة

قائمة المراجع

الملاحق

تمهيد:

تناول هذا الفصل عرض ومناقشة النتائج المتوصل إليها بعد ضم المعلومات من أفراد عينة الدراسة، حيث يتم أولاً تقديم نتائج كل فرضية من فرضيات الدراسة، وبعد ذلك يأتي عرض مناقشة لها وتفسيرها وفق نتائج الدراسات السابقة، ويليها تحليل عام لجميع النتائج المتحصل عليها.

1. عرض ومناقشة نتائج الفرضيات:

1.1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

1.1.1.عرض نتائج الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى على "**وجود علاقة ارتباطية بين صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدى المعاقين بصرياً**" ولتحقق من صحة الفرضية طبقنا معامل ارتباط بيرسون والنتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم(12): يوضح نتائج معامل الارتباط بين صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدى المعاقين بصرياً

متغيرات	تكرار	معامل بيرسون	الدلالة الإحصائية
صورة الجسد \ القلق الاجتماعي	60	0,554	**دال عند 0,01**

من خلال الجدول رقم (12) أعلاه يتضح أن معامل الارتباط بيرسون هو 0,554 وهذا يعني وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا عند 0,01 وبالتالي نتوصل إلى قبول الفرضية القائلة "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدى المعاقين بصرياً.

2.1.1.مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تتوافق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (ابتسام عوض الزائدي،1426هـ)التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين صورة الجسم وبعض المتغيرات الانفعالية (القلق، الاكتئاب، الخجل)، وتجد هذه النتائج ما يدعمها من دراسات أخرى حيث تتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة (فايد، 2006) التي أسفرت أنه توجد علاقة موجبة بين صورة الجسد والتفاعل الاجتماعي، ودراسة (رضا الأشرم،2008)التي أكدت أن المعاقين حركياً ليست لديهم القدرة على التفاعل مع الأخرين كما لديهم نقص واضح في المهارات الاجتماعية، وهذا ما أكده أيضاً (فايد،1999) فالإدراك المشوه لصورة الجسد يزيد من مستوى القلق الاجتماعي والعزلة والانسحاب الاجتماعي لدى المكفوف.

فيمكن أن نقول أن القلق الاجتماعي لدى المعاقين بصرياً يتولد نتيجة تبني الفرد لصورة سلبية أو مشوه حول جسمه من ثم تكون لديه الاستعدادات لعدم التوافق عكس الأفراد الذين يكونون صورة إيجابية حول أجسادهم حيث تكون لديهم الاستعدادات السلوكية للتوافق والتكيف، فإدراك الشخص الإيجابي لصورة جسمه ينعكس على تفاعله الاجتماعي، فكلما زاد رضا الفرد عن صورة جسده قل شعوره بالقلق والخوف الزائد بشأن الآراء والتقييمات السلبية لمظهر جسده، وهذا ما أوضحته بعض الدراسات التي ترى أن الشخص الذي يعاني من القلق الاجتماعي يتميز بنوع من المراقبة لذاته مما يكون لديه حساسية زائدة و الشعور بالنقص عن الأخرين.

فلا نغفل أيضاً أن المجتمع واتجاهاته نحو الكفيف تؤثر سلباً أو ايجابياً على شخصيته، فحينما يشعر بالتقبل الاجتماعي من الأخرين ترتفع لديه نسبة الرضا عن صورة جسمه فيندمج في الجماعة ويحس بالانتماء وأنه مقبول اجتماعياً.

2.1.عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

1.2.1.عرض نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على "**أن هناك فروق في صورة الجسد ترجع إلى متغير الجنس**" ولتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار "ت" لمعرفة دلالة الفروق بين الذكور والاناث في درجة صورة الجسد وذلك بحسب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للعينة بالاعتماد على الرزمة الإحصائية الاحتمالية(spss) كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم(13): يوضح درجات الأفراد العينة على مقياس صورة الجسد

	الجنس	عدد العينة	متوسط الحسابي	قيمة ت	درجة الدلالة	مستوى الدلالة
صورة الجسد	الذكور	30	1,38	0,77.	0,80	غير دال
	الاناث	30	1,44			

من خلال الجدول رقم(13) أعلاه يتضح أن قيمة "ت" الجدولية بلغت 0,77-عند مستوى الدلالة 0,01 وهي قيمة ذات دلالة احصائية مما يدل على عدم وجود فروق دات دلالة احصائياً بين الذكور والاناث ومنه الفرضية الثانية لم تتحقق وبالتالي تم رفضها.

2.2.1.مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

وهذه النتيجة تتفق مع نتيجة دراسة (سيجل ومورفي،1988) التي أوضحت عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في تصورهم لأجسادهم.

فيمكن تفسير عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في صورة الجسد لدىالمعاقين بصرياً تعزي لمتغير الجنس على أنها قضية تخص كلا الجنسين بغض النظر عن اختلاف التصور لدى كلا منهما، كما يمكن ارجاع هذه النتائج إلى أن الانسان المعاق بصرياً يتكل بشكل مستمر على بقية حواسه في عملية التفاعل مع البيئة الخارجية مما يطور لديه ردود أفعال متماثلة لدى الدكور و الإناث.

وبما أن صورة الجسد مكون رئيسي في مفهوم الذات فإن الإدراك الإيجابي لمظهر الجسد وتقبله يدل على ثقة الفرد في نفسه مما يرفع من طموحاته وتكيفه مع المواقف التي يواجهها في حياته اليومية.

كما لا نهمل دور التنشئة الاجتماعية والدعم الاجتماعي الذي يقوم بتقديم استراتيجيات وخدمات وطرق التعامل والتكيف مع الإعاقة البصرية للذكور والاناث مما يؤدي إلى تخفيف الثغرات الموجودة بين الجنسين، وهذا ما أكدته نتائج دراسة (الأشرم،2008)التي تقول أن نظرة المجتمع للمكفوف لا تختلف بين الذكور والاناث.

واختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (ابتسام الزايدي،2006)التي أظهرت وجود فروق بين المراهقين والمراهقات في صورة الجسد لصالح المراهقين، وقد تعود هذه الاختلافات في النتائج إلى اختلاف العينات و البيئة التي أجريت عليها الدراسة.

3.1. عرض ومناقشة الفرضية الثالثة:

1.3.1.عرض نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على "**أن هناك فروق في القلق الاجتماعي ترجع إلى متغير الجنس**" وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار "ت" لمعرفة دلالة الفروق بين الذكور والاناث في

درجة القلق الاجتماعي وذلك بحسب المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للعينة بالاعتماد على الرزمة الإحصائية الاحتمالية(spss) كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم(14): يوضح درجات الأفراد العينة في مقياس القلق الاجتماعي

القلق الاجتماعي	الجنس	عدد العينة	متوسط الحسابي	قيمة ت	درجة الدلالة	مستوى الدلالة
	الذكور	30	1,94	.1,44	0,16	غير دال
	الاناث	30	2,09			

من خلال الجدول رقم(14) أعلاه يتضح أن قيمة "ت" الجدولية التي بلغت 1,44-عند مستوى الدلالة 0,01 وهي قيمة ذات دلالة احصائية مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة احصائياً بين الذكور والاناث ومنه الفرضية الثالثة لم تتحقق وبالتالي تم رفضها.

2.3.1.مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (سجل ومورفي،1988) التي توصلت إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث المعاقين بصرياً في تقدير الذات والتوفق الاجتماعي.

ويمكن أن نفسر عدم وجود فروق في القلق الاجتماعي لدىالمعاقين بصرياًحسب متغير الجنس على أن العجز المشترك حيث يلاقي كلا الجنسين العديد من العقبات في حياته الاجتماعية المتماثلة والمرتبطة بالكف البصري، مما ينتج عنه تساوي شدة القلق الاجتماعي بينهما.

كما لا نتناسى المجتمع والوعي الاجتماعي الذي يلعب دوراً هاماً في تخفيف درجة الاختلافات بين الجنسين حيث يتلقىالمعاقين بصرياًمعاملة خاصة ودعم اجتماعي متزايد مما يؤدي إلى تعادل نسبة القلق الاجتماعي لدى الذكور والاناث.

بينما اختلفت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (النيال،1988) التي بينت أن الاناث أكثر تعرضاً للقلق الاجتماعي من الذكور ويمكن ارجاع ذلك إلى اختلاف البيئة الدراسة وطبيعة العينة.

4.1.عرض ومناقشة الفرضية الرابعة:

1.4.1.عرض نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على "**أن هناك فروق في صورة الجسد حسب نوع الاعاقة**" وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار "ت" لمعرفة دلالة الفروق بين الإعاقة المكتسبة والإعاقة الخلقية ودلك بحسب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للعينة بالاعتماد على الرزمة الإحصائية الاحتمالية(spss) كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم(15): يوضح درجات الأفراد العينة(حسب نوع الإعاقة) على مقياس صورة الجسد

	نوع الاعاقة	عدد العينة	متوسط الحسابي	قيمة ت	درجة الدلالة	مستوى الدلالة
صورة الجسد	خلقية	33	1,37	.1,37	0,023	غير دال
	مكتسبة	27	1,47			

من خلال الجدول رقم(15) أعلاه يتضح أن قيمة "ت" الجدولية التي بلغت 1,37- عند مستوى الدلالة 0,01 وهي قيمة ذات دلالة احصائية مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الإعاقة المكتسبة والاعاقة الخلقية منه الفرضية الرابعة لم تتحقق و بالتالي تم رفضها.

2.4.1.مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (الاشرم،2008) التي أسفرت إلى عدم وجود فروق بين متغير السن (ولادي، مكتسب) في صورة الجسم لدى المراهقين المعاقين بصرياً.

ويمكن تفسير عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في صورة الجسد لدى تعزي لمتغير نوع الإعاقة (خلقية، مكتسبة)، على أن صورة الجسد لدى المكفوفين مرتبطة بالإعاقة البصرية المعاقين بصريا بحد ذاتها وليس بنوع الإعاقة سوءا كانت إعاقة خلقية أم إعاقة مكتسبة، فالفرق بينهما هو زمن الإصابة بالإعاقة.

كما يمكن إرجاع النتائج المتحصل عليها في هذه الفرضية إلى قدرة الفرد الكفيف ذو الإعاقة المكتسبة تجاوز وتقبل إعاقته والاستغلال المستمر لحواسه منذ تعرضه للعجز ما يجعله مماثلا الكفيف ذو الكف البصري الخلقي الذي يعتمد على حواسه الأخرى منذ الطفولة من أجل التكيف والتوافق.

كما قد يكون للأفراد ذوي الإعاقة البصرية سواء كانت خلقية أو مكتسبة خبرات متشابهة في التوافق الاجتماعي والنفسي مع العجز مما يؤدي إلى عدم ظهور فورقات بينهم، كما يساهم العلاج والدعم المتساوي الذي يقدم للأشخاص المعاقين بصرياً بالرغم من نوع إعاقتهم (خلقية، مكتسبة) في تقليل الاختلافات في ادراكهم لصورة أجسامهم.

واختلفت بعض نتائج الدراسات مع نتائج دراستنا حيث يمكن أن يعود ذلك إلى عدم إجابة الأفراد على بنود المقياس بصدق وذلك لإخفاء عدم تقبلهم لإعاقتهم.

5.1.عرض ومناقشة الفرضية الخامسة:

1.5.1.عرض نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على "**أن هناك فروق في القلق الاجتماعي حسب نوع الاعاقة**" وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار "ت" لمعرفة دلالة الفروق بين الإعاقة المكتسبة والإعاقة الخلقية وذلك بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للعينة بالاعتماد على الرزمة الإحصائية الاحتمالية(spss) كما هو موضح في الجدول التالي:

لجدول رقم (16): يوضح درجات الأفراد العينة (حسب نوع الإعاقة) على مقياس القلق الاجتماعي

القلق الاجتماعي	نوع الاعاقة	عدد العينة	متوسط الحسابي	قيمة ت	درجة الدلالة	مستوى الدلالة
	خلقية	33	2,04	0,52	0,67	غير دال
	مكتسبة	27	1,99			

من خلال الجدول رقم(16) أعلاه يتضح أن قيمة "ت" الجدولية التي بلغت 0,52 عند مستوى الدلالة 0,01 وهي قيمة ذات دلالة احصائية مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الإعاقة المكتسبة والاعاقة الخلقية منه الفرضية الخامسة لم تتحقق وبالتالي تم رفضها.

2.5.1.مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

أظهرت النتائج عدم وجود فروق في القلق الاجتماعي لدى المعاقين بصرياً تعزي لمتغير نوع الإعاقة (مكتسبة، خلقية) فيمكن تفسير ذلك على أن التنشئة الاجتماعية والوعي المتزايد و الدعم المجتمع لذوي الإعاقة البصرية عامة يساهم في عدم ظهور اختلافات في درجة القلق الاجتماعي لدى المكفوفين ذوي الإعاقة خلقية أو مكتسبة، ويمكن ارجاع ذلك أيضاً إلى مهارات و قدرات الأفراد ذوي الكف البصري(خلقي، أو مكتسب) في التأقلم و التفاعل مع المحيط الذي يعيش فيه و مواجهة مختلف المواقف الاجتماعية والشعور بالانتماء إلى الجماعة رغم العجز ، ومنه نستنتج عدم بروز فروق في نتائج هذه الفرضية نتيجة للمعاش النفسي و الانفعالي الاجتماعي الموحد الذي تعيشه هذه الفئة.

واختلفت نتائج دراسة الحالية مع نتائج دراسة (القريطي،1999) حيث ذكر فيها أن الأفراد الذين يعانون بعمى مبكر ربما يكونون أكثر توافقا على المستوى الشخصي والاجتماعي.

2.مناقشة عامة للنتائج:

تبعاً لما أظهرته نتائج الدراسة الحالية وما تم عرضه من إطارالنظري ودراسات سابقة واعتماداً على ما تحصلنا عليه من نتائج في الإطار التطبيقي للبحث، وانطلاقاً من الهدف الأساسي للدراسة وهو

التعرف على "صورة الجسد وعلاقتها بالقلق الاجتماعي لدى المكفوفين"، أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- وجود علاقة تأثير وتأثر بين صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدىالمعاقين بصرياً، أي كلما كان إدراك الفرد إيجابي لصورة جسمه قل شعوره بالقلق والخوف الزائد بشأن آراء الأخرين في مظهر جسده، فالقلق الاجتماعي يتولد نتيجة تبني الشخص صورة مشوه.
- أما فيما يخص الفرضية الثانية التي تنص على "وجود فروق في صورة الجسد تعزي لمتغير الجنس"، بينت نتائج هذه الفرضية من خلال تطبيق مقياس صورة الجسد "أنه لا توجد فروق في صورة الجسد عند كلا الجنسين"، منه الفرضية لم تتحقق ويمكن تفسير ذلك على أن عامل الجنس ليس مهم، فالمجتمع الحالي لم يعد يميز الذكر عن الانثى فكلا الجنسين متماثلين لا يختلفان عن بعضهما البعض.
- أما فيما يخص الفرضية الثالثة التي تنص على "وجود فروق في القلق الاجتماعي تعزي لمتغير الجنس" فقد أظهرت النتائج من خلال تطبيق مقياس القلق الاجتماع "عدم وجود فروق في القلق الاجتماعي لدى الذكور والاناث" منه الفرضية لم تتحقق ويمكن ارجاع ذلك إلى العجز المشترك (الإعاقة البصرية) حيث كلا الجنسين يواجهون نفس التحديات اليومية مما ينتج عنه توافق شدة القلق الاجتماعي فيما بينهما.
- وفيما يخص الفرضية الرابعة التي تنص على "وجود فروق في صورة الجسد تعزي لمتغير نوع الإعاقة (خلقية، مكتسبة)"، أسفرت نتائج هذه الفرضية على "عدم وجود فروق في صورة الجسد حسب نوع الإعاقة"، وذلك يعود إلى ارتباط صورة الجسد لدى المعاقين بصرياً بالإعاقة البصرية نفسها وليس زمن الإصابة بالإعاقة أو نوعها، والدعم والعلاج يقدم للمعاقين بصرياً بغض النظر عن نوع الإعاقة (مكتسبة، خلقية) وكل هذا يساهم في عدم ظهور فروق بينهم.
- أما بالنسبة للفرضية الخامسة التي تنص على "وجود فروق في القلق الاجتماعي تعزي لمتغير نوع الإعاقة"، وتوصلت النتائج الى عدم وجود فروق في القلق الاجتماعي حسب نوع الإعاقة(مكتسبة، خلقية)، ويمكن تفسير عدم تحقق الفرضية على أن التنشئة الاجتماعية والوعي والاهتمام والدعم الاجتماعي المتزايد لهذه الفئة (المعاقين بصرياً) يساهم في عدم بروز فروقات في مستوى القلق الاجتماعي لدى الكفيف(خلقي، مكتسب).

خاتمة

خاتمة:

تتسم هذه الدراسة بكونها تدرس عاملين أساسين يؤثران بصفة مباشرة في شخصية الفرد الكفيف ألا وهما صورة الجسد والقلق الاجتماعي، فالمظهر الجسدي يلعب دوراً رئيسياً في الحياة الاجتماعية للشخص بالإضافة إلى أهميتها في تكون شخصيته.

وبعد اتباع المنهج الوصفي التحليلي وتطبيق المقاييس العلمية والاستعانة برزمة التحليل الاحصائي للعلوم الاجتماعية (spss) قد توصلنا للنتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدىالمعاقين بصرياً فمن خلال هذه الدراسة نستنتج أن الأفراد الذين يكون لديهم تصورات مشوهة حول أجسادهم يعانون من اضطرابات نفسية قد تؤدي بهم إلى الاشمئزاز من أجسادهم والمقارنة مع الأشخاص الأخرين مما يزيد شدة القلق لديهم وهذا ما دفعنا إلى طرح هذين المتغيران لتسليط الضوء على العلاقة الموجودة بينهما.
- عدم وجود فروق في صورة الجسد تعزي لمتغير الجنس.
- عدم وجود فروق في القلق الاجتماعي تعزي لمتغير الجنس.
- عدم وجود فروق في صورة الجسد تعزي لمتغير نوع الإعاقة.
- عدم وجود فروق في القلق الاجتماعي تعزي لمتغير نوع الإعاقة.

في ضوء هذه النتائج أردنا أن نطرح بعض **التوصيات** التي بإمكانها أن تساهم في نشر الوعي والاهتمام أكثر بذوي الاحتياجات الخاصة عامةً وبالمعاقين بصرياً خاصةً وهي:

- ضرورة اجراء دراسات مكثفة حول موضوع الدراسة الحالية من أجل زيادة التحقق من النتائج المتحصل عليها.

الخاتمة

- ضرورة انجاز بحوث ودراسات حول تأثير صورة الجسد على الجانب النفسي لدى المعاقين بصرياً.
- تشجيع عملية دمج المعاقين بصريا مختلف أطوار التعليم (ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي).
- تدريب المعاقين بصريا على ضبط انفعالاتهم وتنمية نقاط القوة لديهم.
- ضرورة إعداد مقاييس نفسية ملائمة للمعاقين بصريا لتعرف على مختلف جوانب شخصيتهم.
- إدماج المعاقين بصريا وتوظيفهم في المهن المناسبة لهم من أجل تحقيق الاستقلالية الذاتية.
- إعداد برامج إرشادية لخفض مستوى القلق الاجتماعي لدى المعاقين بصرياً.
- ضمان خدمة الاستشارات النفسية على مستوى المراكز لمساعدة الفرد المعاق بصرياً في تحسين نظرته إلى نفسه وجسده ومساعدته على التكيف الإيجابي مع إعاقته.

وفي الأخير أتمنى أن تكون هذه النتائج عبارة عن بداية أو باب مفتوح للعديد من البحوث على فئة المعاقين بصرياً من أجل فهم أكثر لحالتهم النفسية وتحسينها.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

1. المراجع العربية:

- السيدعلي، سيد أحمد وفائقة محمد بدر (2001).الإدراك الحسي البصري والسمعي، ط1، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- القريطي، عبد المطلي(1998).في الصحة النفسية، ط1، القاهرة، دار الفكر العربي.
- القريطي، عبد المطلي(2005).سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط4، القاهرة، دار الفكر العربي.
- أحمد، غانم علي الشديقات(2022)."فعالية برنامج تدريبي قائم على نظرية العقل في خفض القلق الاجتماعي لدى الأطفال المكفوفين في الأردن"،مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة،(ع2).
- أحمد، شفيق الخطيب، ويوسف سليمان خير الله(2000).موسوعة جسم الانسان الشاملة، ط1، لبنان، مكتبة لبنان ناشرون.
- ابتسام، عوض الزائدي(2006)."صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات الانفعالية(القلق، الاكتئاب، الخجل) لدى عينة من المراهقين والمراهقات للمرحلتين الدراسيتين المتوسطة الثانوية داخل مدينة الطائف"، رسالة ماجيستر، كلية التربية مكة المكرمة، جامعة أم القرى.
- إبراهيم، محمود محمد قطب(2017)."الصلابة النفسية وعلاقتها بالرضا عن صورة الجسم لدى عينة من المراهقين المعاقين حركياً"، رسالة ماجيستر، كلية التربية، قسم الصحة النفسية، جامعة حلوان.
- إبراهيم، عبد الله فرج الزريقات(2006).الإعاقة البصرية المفاهيم الأساسية والاعتبارات التربوية، ط1، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- إخلاص، محمد عبد الرحمان حاج موسى(2016)."أثر الإعاقة السمعية والبصرية على شخصية المعاق"،مجلة العلوم النفسية والتربوية، جامعة ود مدني الأهلية سودان،ص118-137

- إيهاب، عبد العزيز الببلاوي(2001). قلق الكفيف تشخيصه وعلاجه، القاهرة، دار الكتاب الحديث.
- برهان، حمدان أسمر دراغمة(2018)."تقدير صورة الجسد وعلاقتها بالمخاوف الاجتماعية وتقدير الذات لدى عينة من طلبة الجامعة فلسطين"، رسالة ماجستير الارشاد النفسي والتربوي، فلسطين، جامعة القدس.
- حامد، أماني أحمد فتحي(2005)."فاعلية تحصين التدريجي في خفض درجة بعض المخاوف المرضية لذوي إعاقة البصرية"، رسالة ماجيستر، كلية التربية.
- حبيبة، ضيف الله(2012)."صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لدى المشلولين والمبتورين المصابين بالإعاقة الحركية المكتسبة"، رسالة ماجيستر، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، الجزائر.
- حسين، فايد(2001). الاضطرابات السلوكية، القاهرة، مؤسسة الطبية للنشر والتوزيع.
- حسين، فايد(2004)."الرهاب الاجتماعي وعلاقته بكل من صورة الجسم ومفهوم الذات لدى طالبات الجامعة"، مجلة الارشاد النفسي، مصر.
- حسين، فايد(1999)."صورة الجسد والقلق الاجتماعي وفقدان الشهية العصبي لدى الإناث المراهقات"،المجلة المصرية للدراسات النفسية، المج(9)،ع(23).
- حسين، طه(2004). الإرشاد النفسي النظرية والتطبيق والتكنولوجية، دار الفكر للنشر.
- حسين، طه(2009).استراتيجيات إدارة الخجل والخوف، ط1، عمان، دار الفكر.
- حملاوي، العلالي، ومكيوسة، إزري سوانلدة(2019)."دور النشاط الرياضي المكيف في تحسين صورة الجسم عند ذوي الإعاقة البصرية بعمر(13–20)سنة، دراسة ميدانية بمدرسة صغار المكفوفين ولاية باتنة، مجلةعلوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، ع(2).

- جمال، فايد(2006)."صورة الجسم وعلاقتها ببعض أنماط التفاعلات الاجتماعية لدى التلاميذ في مرحلة الطفولة المتأخرة"،مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة.
- داود، عزيز عبد المجيد أحمد(2006). الإعاقة (من التأهيل إلى الدمج)، ط1، عمان، مؤسسة مصطفى قانصو للطباعة.
- رانيا، جمال عبد الوهاب حميدة(2018)."البناء العاملي لمقياس القلق الاجتماعي لدى طلاب المعلمين"، رسالة ماجيستر،مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربية والنفسية، ع(10).
- رباب، عبد الفتاح أبو الليل محمد(2019)."القلق الاجتماعي وعلاقته بتقدير الذات والثبات الانفعالي لدى عينة من مرضى القلق"، كلية الطائف،مجلة كلية التربية ببنها، ع(120).
- رضا، إبراهيم الأشرم(2008)."صورة الجسم وعلاقتها بقدير الذات لذوي الإعاقة البصرية"، رسالة ماجيستر، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- زهية، حمزاوي(2017)."صورة الجسد وعلاقتها بتقدير الذات عند المراهق"، دراسة ميدانية لتلاميذ الثانوية، مذكرة لنيل شهادة الدكتورة، العلوم، الجزائر.
- زينب، سيد عبد الحميد عثمان(2014)."القلق الاجتماعي وعلاقته بقوة الأنا وتقدير الذات والسلوك التوكيد والسمات السوية واللاسوية لدى عينة من المراهقين المعاقين بصرياً"،مجلة كلية الأدب، جامعة سوهاج، ع(37).
- زينب، محمود شقير(1998)."الحواجز النفسية وصورة الجسم والتخطيط للمستقبل لدى عينة من ذوي الاضطرابات السوماتوسيكولوجي"، دراسة اكلينيكية متعمقة لذوي التشوهات ومرضى روماتيزم القلب"، مجلةالمصرية للدراسات النفسية، مج(8)، ع(23).
- سالي، محمد عبد الفتاح(2018)."صورة الجسم لدى المراهقين والمراهقات،مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربية والنفسية، ع(10).

- سامح، أحمد سعادة(2006)."مفهوم الذات والتوافق الدراسي والمهارات الاجتماعية لدى طلاب المعاقين بصرياً"، دراسة مقارنة، رسالة ماجيستر، كلية التربية، جامعة الأزهر.
- سامي، ملحم(2012)."أثر اضطرابات الأكل والقلق الاجتماعي والوسواس القهري وتقدير الذات في الرضا عن صورة الجسم لدى عينة من المراهقين في الأردن"،مجلة كلية التربية ببنها،(90)،ص(1-32)
- سامية، إبراهيم ،أمال بوعيشة(2018)."تقنيات تكنولوجيا التعليم الحديثة لذوي الإعاقة البصرية"،مجلة العربية لعلوم الإعاقة والموهبة، الجزائر، ع(6).
- سليمان، صبحي(2007).تربية الطفل المعاق، ط1، القاهرة، دار الفاروق للاستثمارات الثقافية.
- سعود، بن حارب بن محمد الريامي(2010)."فاعلية برنامج ارشاد جماعي في خفض القلق الاجتماعي لدى المعاقين جسمياً في سلطنة عمان"، رسالة ماجيستر في التربية تخصص ارشاد وتوجيه، كلية العلوم والأدب، جامعة نزوى.
- صافينار، المعازي علي عبد السلام(200)."فعالية برنامج تأهيلي لتنمية مفهوم صورة الجسم والتوجيه المكاني لدى الطفل الأعمى في الرياض الأطفال"، رسالة ماجيستر، كلية التربية، مصر، جامعة عين شمس.
- عادل، عبد الله محمد(2004). الإعاقة الحسية_ سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة، دار الرشاد.
- عادل، محمد العدل(2020). الإعاقات والاضطرابات النفسية وأساليب التربية الخاصة، القاهرة، دار الكتاب الحديث.
- عايدة، جبراني(2018)."فئة الإعاقة البصرية (مفهومها، أسبابها، طرق التواصل معها)"،مجلةالابراهيمي للعلوم الاجتماعية والإنسانية، الجزائر، ع(3).

- عبد الغفار، عبد السلام(1976).مقدمة في الصحة النفسية، القاهرة، دار النهضة.
- عروسي، الدراجي، وعتوتي، نور الدين(2018)."النشاط الرياضي المكيف ودورة في تحسين صورة الجسم لدى المعاقين بصرياً"،مجلةالابداع الرياضي، الجزائر، جامعة بن باديس.
- علاء الدين، أحمد الكفافي والنيال، مايسة، أحمد النيال(1995). صورة الجسم وبعض المتغيرات الشخصية لدى عينات من المراهقات، القاهرة، دار المعرفة.
- علاء الدين، أحمد الكفافي(1990). الصحة النفسية، القاهرة، مكتبة الهجر للطباعة والنشر.
- علي، حسين ،الجهني(2003)."أثر برنامج ارشاد جماعي معرفي سلوكي في خفض رهاب التحدث"، رسالة ماجيستر، كلية دراسة العليا، عمان، جامعة الأردنية.
- كاضم، الجبوري، وحافظ، ارتقاء يحي(2007)."صورة الجسم وعلاقتها بالقبول الاجتماعي لدى طلبة الجامعة"، مجلةالقادسية للعلوم الإنسانية(10).
- كلثوم، أحمد محمد(2018)."مفهوم الذات والتكيف الاجتماعي للطلبات المعوقات بصرياً"
- لمياء، كمال الدين علي(دون سنة)."القلق الاجتماعي وعلاقته بمستوى التحصيل الدراسي والجنس لدى عينة الصف السادس لابتدائي"، رسالة ماجيستر، كلية التربية، قسم الصحة النفسية، جامعة طنطا.
- محمد، بلخيري(2017)."تقدير الذات وعلاقته بالتوافق الدراسي عند المعاقين بصرياً"، رسالة ماجيستر، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علوم التربية، جامعة أبو قاسم سعد الله.
- مجدي، محمود كوك(1999)."برنامج تمرينات علاجية لتشوه سقوط الرأس واستدارة الكتفين للمكفوفين"، مجلةكلية التربية جامعة طنطا، ع(27).
- مجدي محمد، الدسوقي(2006). اضطرابات صورة الجسم_ الأسباب والتشخيص والوقاية والعلاج_ سلسلة الاضطرابات النفسية، القاهرة، مكتبة الأنجلو مصرية.

- مصطفى، نوري، وخليل، عبد الرحمان المعاطية (2012). سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ط5، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- مفيد، نجيب حواشين، وتامر فايز، أبو لبده(2018)."السمنة وعلاقتها باضطراب القلق الاجتماعي في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية لدى طلبة المدارس الثانوية الحكومية"، عمان، جامعة عمان الأهلية.
- منى، صبحي الحديدي(2014): مقدمة في الإعاقة البصرية، ط6، عمان، دار الفكر ناشرون والموزعون.
- منى ، إبراهيم(2020)." صورة الجسم وعلاقتها بقلق الامتحان لدى التلاميذ المعاقين بصريا".كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، قسم العلومالاجتماعية ، جامعة الشهيد حمه لخضر.
- مروى، حسن عبد الشافي(2020)."العلاقة بين القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية لدى المعاقين بصرياً"، كلية البنات، قسم علم النفس، جامعة عين شمس.
- موري بي، شتاين، جون آر. ووكر(2002). قهر الخجل والقلق الاجتماعي_ التغلب على الخجل،ط1، حقوق الترجمة العربية والنشر والتوزيع لمكتبة جرير.
- ناصر، محمد نوفل(2016)."صورة الجسد والاغتراب النفسي وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى المعاقين بصرياً"، رسالة ماجيستر في الصحة النفسية والمجتمعية، كلية التربية، قسم علم النفس، غزة، الجامعة الإسلامية.
- هيام، سعدون عباد(2009):"صورة الجسد وعلاقاتها بالسلوك العدواني لدى الطالبات كلية التربية الرياضية"، جامعة ديالي، مركز أبحاث الطفولة والأمومة.
- هيام، صابر ثادق شاهين(دون سنة)."اليقظة العقلية كمتغير معدل للعلاقة بين القلق الإجتماعي وجودة الحياة المدركة لدى المراهقين المكفوفين". كلية البنات، جامعة عين شمس.

- وحيد، مصطفى كامل(2004)."علاقة تقدير الذات بالقلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع"، دراسات نفسية، القاهرة، تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين، مج(4)، ع(1).
- وفاء، محمد القاضي(2009)."قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب غزة"، رسالة ماجيستر، كلية التربية، غزة، الجامعة الإسلامية.
- وليد، السيد أحمد خليفة، وجمال شحاتة مرسي(2023)."اضطراب صورة الجسم وعلاقته بالمناعة النفسية والحساسية الانفعالية لدى المعاقين بصرياً"،مجلةالدراسات والبحوث التربوية،المج (3)، ع(81).
- وليد،سرحان، وعدنان التكريتي، محمد حباشة(2019).القلق، عمان، دار مجدلاوي للنشر.
- ياسمين، جميل حافظ أبو فاخرة(2021)."القلق وعلاقته بالطموح"، دراسات تربوية والاجتماعية، مجلةدورية محكمة تصدر عن كلية التربية، جامعة حلوان.
- يامنة، اسماعيلي(2009)."الإعاقة البصرية بالمنصورة السيكولوجي"، كلية الأدب والعلوم الاجتماعية قسم علم النفس، الجزائر، جامعة مسيلة، مجلة منتدى الأساتذة، ع(5_6).

2. المراجع الأجنبية:

- Beaty, L(1991). Psychosocial ad justement and acadimic achievement of visually hendicapped university students, dis_Abs,Int52,(06A),2068.
- Carolane, M(2020).Influence de la technique d'illustration sur la reconnaissance des image par des personnes voyantes et non-voyantes, Université fédérale, Toulouse Midi-Pyrénées, France .
- Catherine, J(2018).Intolérance a l'incertitude et anxiété sociale auprès de patients anxieux réfères en clinique spécialisée, thèse de doctorat présentée a la faculté des lettres et sciences humaines, université de Sherbrooke .
- Siegle Irwin & Murphy Thomas (1988). Postural Determinate in The Blind, Social and Rehabilitation Service. Washington DC of Demonstration grants.

الملاحق

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

البيانات الشخصية:

العمر:

الجنس:

- ذكر
- أنثى

الولاية:

الحالة الاجتماعية:

- أعزب/عزباء
- متزوج (ة)
- مطلق (ة)
- أرمل (ة)

المستوى الدراسي:

- إبتدائي
- متوسط
- ثانوي
- جامعي

المهنة:

- طالب (ة)
- عامل (ة)
- غير عامل (ة)

المستوى الاقتصادي:

- ضعيف

- متوسط
- جيد

نوع الإعاقة:

- خلقية
- مكتسبة

درجة الإعاقة:

- إعاقة جزئية
- إعاقة كلية

- **إستبيان صورة الجسد**

التعليمة:أمامك مجموعة من العبارات، ويهمنا معرفة رأيك الشخصي بكل صراحة ووضوح، الرجاء قراءة كل عبارة جيدا ثم وضع علامة (×) أمام الإجابة التي تناسب حالتك، مع عدم ترك أي عبارة دون إجابة. علما بأنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة في هذه العبارات، وإنما الإجابة الصحيحة هي التي تعبر عما تشعر(ين) به حقا، وعليك أن تجيب (ي) بسرعة كلما أمكنك ذلك.

الرقم	العبارة	أوافق	لست متأكدا	أرفض
1	أعتقد أن جسمي غير جميل.			
2	أشعر بعدم الرضا عن جسمي.			
3	أتقبل جسمي كما هو عليه.			
4	تزعجني التشوهات الموجودة في عيوني.			
5	أشعر أن الناس لا يروني جذابا بسبب إعاقتي البصرية.			
6	أرى أنني مقبول عند الناس رغم إعاقتي البصرية.			
7	أنشغل بعيوب في مظهري مع الآخرين لا يعتقدون وجودها.			
8	أتفقد عيوبي الجسمية بالرغم من أن الآخرين يروني بلا عيوب.			
9	أطلب من الآخرين إبداء رأيهم بمظهري.			
10	أضع النظارات حتى أخفي عيوب عيوني.			
11	أحتاج إلى وقت طويل حتى أرتب نفسي كل صباح.			
12	أقارن مظهري بالآخرين.			
13	أكره أن يدقق الآخرون بمظهري.			
14	أهتم بالظهور بشكل جميل أمام الآخرين.			
15	أحاول باستمرار تحسين مظهري.			
16	أكره مظهر جسمي.			
17	أشعر أن شكلي مختلف عن الآخرين.			
18	أتجنب الحركة الكثيرة لعدم وجود تناسق بين أجزاء جسمي.			
19	أشعر ببعد الناس عني لأن شكل عيوني غريبة.			
20	أشعر أن الإعاقة البصرية السبب في عدم تناسق جسمي.			

21	أميل لتغيير بعض ملامح وجهي.				
22	أفتقر الثقة بشكلي.				
23	أخشى أن يلاحظ الآخرون العيوب التي في عيوني.				
24	أشعر أن إعاقتي البصرية تشوه شكل جسمي.				
25	أرفض التسليم بأن الإعاقة البصرية تنقص من جمالي.				
26	أشعر بالإحراج من مظهري عند خروجي مع زملائي.				
27	أشعر بعدم التناسق في مشيتي.				
28	أشعر بإنحناء قوام جسمي.				
29	أشعر أن شكلي غير طبيعي.				

• استبيان القلق الاجتماعي

التعليمة:

فيما يلي مجموعة من العبارات أو المواقف، المطلوب منك أن تقول(ي) رأيك في كل عبارة كما يلي:

1. إذا كانت العبارة تنطبق عليك تماما تضع علامة (×) في الخانة دائما.
2. إذا كانت العبارة تنطبق عليك بين فترات متباعدة تضع علامة (×) في خانة أحيانا.
3. إذا كانت العبارة تنطبق عليك بصورة نادرة تكاد لا تذكر تضع علامة (×) في خانة نادرا.
4. إذا كانت العبارة لا تنطبق عليك أبدا تضع علامة (×) في خانة أبدا.

لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، والإجابة الصحيحة هي رأيك الخاص، وإنما المهم أن تكون الإجابة معبرة عن تصرفك ورأيك بصدق وإجابتك في سرية تامة.

الرقم	العبارات	دائما	أحيانا	نادرا	أبدا
1	أشعر بضربات قلبي عندما أقدم نفسي لزملائي.				
2	أشعر بالخوف والتوتر عندما أكون مع أشخاص مبصرين.				
3	أتجنب حضور الحفلات والمناسبات.				
4	أرفض إلقاء كلمة أمام زملائي.				

5	أستطيع تناول الطعام في حضور المبصرين.					
6	أدرك أن الآخرين يتحدثون عني بصورة سلبية.					
7	كثيرا ما تشرد أفكاري أثناء محادثتي للآخرين.					
8	أهتم كثيرا برأي الآخرين عني.					
9	العرق يملأ جسمي عندما يسألني المعلم عن الواجبات المدرسية.					
10	لا يقلقني كوني كفيف.					
11	أفضل الإشتراك في أنشطة المدرسة.					
12	أشعر بالرهبة عند التحدث مع المعلم.					
13	أتضايق من عمل شيء جديد أمام الآخرين.					
14	حين أقابل أشخاص جدد أخشى عدم تقبلهم لي.					
15	أستطيع التعبير عن نفسي أمام زملائي المكفوفين.					
16	تختلط أفكاري عندما أتحدث مع أصدقائي.					
17	عندما أشعر بالقلق يزداد إفراز العرق أمام الآخرين.					
18	أشعر بالضيق عندما يتحدث أي شخص المعاقين.					
19	أظل في الخلف عندما أكون مع الآخرين حتى لا أشاركهم الحديث.					
20	أتجنب صداقات مع الآخرين.					
21	لا أستطيع الإجابة عن أسئلة الإمتحان إذا كان هناك من يتابعني.					
22	النقد يخفيني جدا.					
23	أتمنى لو كنت أكثر ثقة في نفسي.					
24	أني أفكر بأشياء ليس له علاقة بالموقف الذي أكون فيه.					
25	أشعر كثيرا بارتعاش في يدي.					
26	تنتابني أحلام يقظة مخيفة.					
27	كثرة الناس حولي تربكني.					
28	أكون مضطربا عندما أتحدث مع الجنس الآخر.					
29	لا أذهب مع زملائي إذا اقترحوا شراء بعض السندوتشات لتناولها بالمطعم					
30	أشعر أن المبصرين يهزئون بي.					
31	أتلعثم عندما أتحدث مع المبصرين.					
32	أفكر في أشياء غير مهمة في حضور الآخرين.					
33	أتصبب عرقا عندما يطلب مني المعلم الإجابة على الأسئلة الشفوية.					
34	أشعر بالحرج من أي تصرفات أمام الآخرين تشير إلى إعاقتي.					
35	أرى أن المناسبات الاجتماعي مزعجة ومقلقة.					
36	أفضل مساعدة الآخرين في مستقبل حياتي.					
37	أميل إلى أداء الأعمال الجديدة حتى في حضور الغرباء.					

38	أفعل أي شيء كي أتجنب النقد.				
39	أشعر بعدم الثقة بالنفس.				
40	يقول لي زملائي أنني غير منتبه إليهم عندما يحدثونني.				
41	أشعر وكأني مقيد عندما أفكر التحدث أمام زملائي.				
42	أنا هادئ وليس من السهل إزعاجي.				
43	أشعر بالإرتباك عندما أتواجد مع المبصرين.				
44	أتضايق من تحكم ظروف الإعاقة في علاقاتي مع الآخرين.				
45	أشعر بالتوتر عندما أصلي صلاة جهرية أمام الآخرين.				
46	أعتقد أن إعاقتي لها تأثير سلبي على دراستي.				
47	أثق فيمن يقودني من الناس.				
48	أشعر بالإجهاد لأنه يحب على تركيز انتباهي باستمرار.				
49	أصبح عصبيا عندما أواجه بمواقف مثيرة وغير متوقعة.				
50	يخيفني الحديث مع الغرباء.				
51	أتجنب الإشتراك في الإذاعة المدرسية.				
52	أرتبك عند مناقشة الأشخاص المبصرين.				
53	لا أستطيع مذاكرة دروسي بصوت عال في حضور الآخرين.				
54	أعتقد أن الآخرين لا يحبون العمل معي.				
55	من أشد مخاوفي أن أكون محرجا وأبدو غبيا أمام الآخرين.				
56	أشعر أن ذهني خال من الأفكار.				