

جامعة قاصدي مرباح _ ورقلة _
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية



مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر أكاديمي

الميدان: علوم اجتماعية

الشعبة: علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

مذكرة بعنوان:

الاكتئاب لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريا

"دراسة استكشافية بمدينة ورقلة والوادي"

اشراف:

أ.د. وردة بلحسيني.

من إعداد الطالبة:

➤ يمينة بالصحراوي

السنة الجامعية: 2020/2019



شكر وعرفان :

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، الحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه أن وفقني لإخراج هذا العمل، وإتمام خطواته، فلا يسعني الآن بعد هذا الإنجاز إلا أن أنسب الفضل لأهله، فأتوجه بالشكر الجزيل وعظيم الامتنان إلى أستاذتي الفاضلة "بلحسيني وردة التي تفضلت بالإشراف على هذه المذكرة، ولم تدخر جهدا في تقويم هذا العمل وتقديم النصح والمشورة وتذليل العقبات، فلها الشكر والامتنان . كما لا يفوتني الاعتراف بالفضل للوالدين الكريمين والطالبتين نجاح بقاص ولندة نعامي فلهم جزيل الشكر والامتنان.

كما اشكر كل من ساهم في اتمام هذا العمل ولو بنصيحة غالية أو كلمة طيبة أو دعاء بظهر الغيب .

شكرا للجميع

أمينة

ملخص الدراسة باللغة العربية:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن مستوى الاكتئاب لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريا، ومعرفة الفروق في الاكتئاب بين الجنسين، وحسب السن ونوع الإعاقة البصرية، ومن خلال ذلك تم طرح التساؤلات التالية :

- ما مستوى الاكتئاب لدى المراهقين المعاقين بصريا من خلال استجاباتهم على مقياس بيك للاكتئاب؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب لدى المراهقين المعاقين بصريا تعزى لمتغير الجنس؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب لدى المراهقين المعاقين بصريا تعزى لمتغير السن؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب لدى المراهقين المعاقين بصريا تعزى لمتغير نوع الإعاقة البصرية؟

وللإجابة على تساؤلات الدراسة تم صياغة الفرضية التالية :

- نتوقع أن يكون مستوى الاكتئاب منخفض لدى أفراد العينة بعد إستجاباتهم على مقياس الاكتئاب.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب لدى المراهقين المعاقين بصريا تعزى لمتغير الجنس.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب لدى المراهقين المعاقين بصريا تعزى لمتغير السن.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب لدى المراهقين المعاقين بصريا تعزى لنوع الإعاقة.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد في جمع البيانات على مقياس الاكتئاب لأرون بيك ترجمة بشير معمريّة، بعد دراسة خصائصه السيكمترية، التي دلت على صلاحيته للتطبيق

في الدراسة الأساسية، التي تمت على عينة من المراهقين المعاقين بصريا من الجنسين، بلغ عددهم (59) خلال السنة الجامعية (2020/2019).

وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات باستعمال نظام (SPSS 21) تم التوصل إلى النتائج

التالية:

- تحقق الفرضية الأولى القائلة بأن مستوى الاكتئاب منخفض لدى أفراد العينة بعد استجابتهم على مقياس الاكتئاب.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب لدى المراهقين المعاقين بصريا تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب لدى المراهقين المعاقين بصريا تعزى لمتغير السن.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب لدى المراهقين المعاقين بصريا تعزى لنوع الإعاقة.

ولقد تمت مناقشة وتفسير هذه النتائج بالعودة إلى الدراسات السابقة وما كتب نظريا

حول الموضوع.

Summary:

The current study aims to detect the level of depression of a sample of visually impaired adolescents and to find out the differences in depression between the sexes, according to age and the type of visual impairment, and through that the following questions were raised:

What is the level of depression in visually impaired adolescents in their response to the Beck Depression Scale?

Are there statistically significant differences in depression among visually impaired adolescents due to gender?

Are there statistically significant differences in depression among visually impaired adolescents due to the age variable?

Are there statistically significant differences in the degree of depression among visually impaired adolescents due to the variable of the type of visual impairment?

To answer the study's questions, the following hypothesis was formulated:

We expect the level of depression to be lower in visually impaired adolescents after they responded to the depression scale.

- There were no statistically significant differences in the degree of depression among visually impaired adolescents due to the gender variable.

- There were no statistically significant differences in the degree of depression among visually impaired adolescents due to the age variable.

There are no statistically significant differences in the degree of depression among visually impaired adolescents due to the type of disability.

In order to achieve the objectives of the study, data collection was relied on the scale of depression by Aaron Beck prepared by Bashir Muamariah, after studying its psychometric properties, which indicated its suitability for application in the basic study, which was conducted on a sample of visually impaired adolescents of both sexes, whose number reached (59) during the university year (2019/2020).

After statistical treatment of the data using the (SPSS 21) system, the following results were obtained:

The first hypothesis that the level of depression is low among the sample subjects is fulfilled after they responded to the depression scale.

- There are statistically significant differences in the degree of depression among visually impaired adolescents due to the gender variable in favor of males.

- There were no statistically significant differences in the degree of depression among visually impaired adolescents due to the age variable.

There are statistically significant differences in the degree of depression in visually impaired adolescents due to the type of disability.

These results have been discussed and interpreted by referring to previous studies and what has been written theoretically on the subject.

المحتويات

فهرست الموضوعات

الموضوع	الصفحة
شكر و عرفان.....	أ.....
ملخص الدراسة باللغة العربية.....	ب.....
ملخص الدراسة باللغة الفرنسية.....	ه.....
فهرست الموضوعات.....	ز.....
فهرست الجداول.....	ك.....
فهرست الأشكال.....	م.....
مقدمة الدراسة.....	1.....

الباب الأول

الدراسة النظرية

الفصل الأول

تقديم الدراسة

1- إشكالية الدراسة.....	4.....
2- تساؤلات الدراسة.....	8.....
3- فرضيات الدراسة.....	8.....
4- أهداف الدراسة.....	9.....
5- أهمية الدراسة.....	9.....
5- التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة.....	9.....
6- حدود الدراسة.....	10.....

الفصل الثاني

الاكتئاب

تمهيد.....	12.....
1. تعريف الاكتئاب.....	12.....
2. معايير تشخيص الاكتئاب حسب (DSM-5).....	13.....

14.....	3. النظريات المفسرة للاكتئاب.....
14.....	1.3. النظرية التحليلية.....
15.....	2.3. النماذج السلوكية.....
16.....	3.3. النموذج المعرفي للاكتئاب عند آرون بيك.....
18.....	1.3.3. الاستعارات اللاعقلانية.....
19.....	4.3. نموذج الضبط الذاتي.....
19.....	5.3. النماذج البيولوجية.....
20.....	4. عوارض الاكتئاب عند المراهقين.....
20.....	5. متى تزداد إمكانية اكتئاب المراهقين؟.....
21.....	خلاصة الفصل.....

الفصل الثالث

المراهقة

23.....	تمهيد.....
23.....	1. لمحة تاريخية حول المراهقة.....
24.....	2. معنى المراهقة.....
25.....	3. مراحل المراهقة.....
26.....	4. حاجات المراهق.....
27.....	5. خصائص المراهقة.....
28.....	6. مشاكل المراهقة.....
28.....	1.6. المشاكل الأسرية.....
29.....	2.6. المشاكل المدرسية.....
29.....	3.6. مشكلات جسمية ونفسية واجتماعية.....
31.....	خلاصة الفصل.....

الفصل الرابع الإعاقة البصرية

33.....	تمهيد
33.....	1- مفهوم الإعاقة البصرية
35.....	2- تشريح العين ووظائفها
45.....	3- آلية الإبصار
46.....	4- الأنواع المختلفة للإعاقة البصرية
47.....	5- أسباب الإعاقات البصرية
52.....	خلاصة الفصل

الباب الثاني الدراسة الميدانية الفصل الخامس الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

54.....	تمهيد
54.....	1- المنهج المستخدم في الدراسة
54.....	2- الدراسة الاستطلاعية
56.....	3- وصف الأداة المستخدمة في الدراسة وخصائصها السيكمترية
58.....	4- الدراسة الأساسية
60.....	5- الأساليب الإحصائية المستخدمة
61.....	خلاصة الفصل

الفصل السادس

عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة

72.....	تمهيد
73.....	1- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى

76.....	2- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية.
78.....	3- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة.
79.....	4- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة.
80.....	خلاصة
81.....	التوصيات والاقتراحات.
83.....	المراجع
89.....	الملاحق.

فهرست الجدول

صفحة	العبارات	رقم
73	- يوضح مستويات الاكتئاب لدى أفراد العينة الكلية.	1
76	- يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق في المتوسطات حسب متغير الجنس.	2
78	- يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق في المتوسطات حسب متغير السن.	3
79	- يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق في المتوسطات حسب متغير نوع الإعاقة.	4

مقدمة الدراسة:

تعتبر حاسة البصر من أعظم النعم التي أنعم بها الله سبحانه وتعالى على عباده، وأكثر الحواس استخداما وأهمها، كونها تمثل نافذة تطل على العلوم والمعارف والاستكشافات فهي حاسة النور التي يتمتع الإنسان من خلالها بألوان الطبيعة، وأشكالها المختلفة كما تتجلى مكانة هذا العضو في رؤيته لكل ما هو مادي ومحسوس، ولأنه عضو ذو تركيبية دقيقة وجميلة يعمل دور المعلم والموجه، والمرشد والمتكفل بأهم الوظائف الضرورية كالحركة والكتابة والقراءة، ومختلف الوظائف الحيوية التي تبعث في النفس الراحة والطمأنينة والسرور والبهجة.

لكن قد يفقد هذا العضو الحساس نوره وجماله ويكف عن البصر بسبب عدة عوامل، فتنتقل الحياة من النور المشرق إلى العتمة الدامسة، ومن النشاط والحيوية إلى العزلة والكآبة وتمتطي مركبة السليبيات والتمركز حول الذات، والتشاؤم والانطواء والانسحاب من المجتمع ويشتد القلق والخوف من خوض غمار التجارب في عالم مظلم ومجهول قد تكون نتائجها الفشل، والسقوط والخيبة أو ربما الموت.

أشارت منى الحديدي 2005 إلى أن الإناث المعاقات بصريا يعانين من الاعتماد على الآخرين والتردد والخوف والإساءة النفسية والجسدية والحرمان العاطفي. وفي هذه الدراسة ركزت الباحثة على فئة المراهقين المعاقين بصريا من كلا الجنسين في دراسة الاكتئاب عند المراهقين المعاقين بصريا إعاقة جزئية أو كلية حيث تعد الإعاقة البصرية عجزا يغير حياة الشخص تغييرا جذريا ويعيد تنظيم عملياته العقلية بشكل مريب وسلبى فيصبح المعاش النفسي أكثر حدة وتوتر ومعاناة نتيجة للشعور بالفشل والذنية ورفض الواقع.

ومن خلال ما سلف حاولت الباحثة تناول موضوع الاكتئاب لدى المراهقين المعاقين بصريا على النحو التالي : قسمت الدراسة إلى جانبين الأول نظري والثاني ميداني حيث تضمن الجانب النظري أربع فصول موزعة كالتالي:

الفصل الأول : يتضمن إشكالية الدراسة، يعقبها تساؤلات الدراسة والفرضيات مع ذكر الأهمية والأهداف، تليها التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة وحدود الدراسة.

الفصل الثاني: تطرقنا فيه إلى مفهوم الاكتئاب، والمعايير التشخيصية للاكتئاب، وتصنيفه حسب الدليل التشخيصي الخامس، تليها النماذج المفسرة للاكتئاب وقد ركزت الباحثة على النموذج المعرفي للاكتئاب عند أرون بيك، عوارض الاكتئاب عند المراهقين.

الفصل الثالث: تناولت فيه الباحثة إلى مفهوم المرافقة، ومراحل المرافقة،...

الفصل الرابع: يتضمن مفهوم الإعاقة البصرية، وأنواع الإعاقة البصرية، تشريح العين والية الرؤية، شرح الأمراض التي تصيب العين ، تشخيص الإعاقة البصرية. وكل فصل تضمن تمهيدا للموضوع وملخصا.

الجانب الميداني ويتضمن فصلين:

الفصل الخامس : ويتضمن الإجراءات الاستطلاعية، والمنهج المعتمد في الدراسة مع ذكر العينة وأداة القياس لجمع البيانات، وكذا الإجراءات التطبيقية التي سارت عليها الدراسة.

الفصل السادس: وفيه عرض وتحليل نتائج الدراسة التي أجريت على أفراد العينة مرفوقة بالتحليل السيكولوجي للمفحوصين، تليها مناقشة وتفسير نتائج الدراسة، وفي الأخير ملخص الدراسة الحالية متبوعة بقائمة المراجعة .

قائمة المراجع والملاحق.

الباب الأول
الدراسة النظرية
الفصل الأول
تقديم الدراسة

- 1- الإشكالية.
- 2- أهمية الدراسة.
- 3- أهداف الدراسة.
- 4- فرضيات الدراسة
- 5- التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة.
- 6- حدود الدراسة.

إشكالية الدراسة:

من أشد حالات العجز التي تسبب معاناة كبيرة للإنسان وتجعل حياته أكثر تعقيدا وعزلة وانطواء وانسحاب، وباطنها قلق وتوتر وخوف وكأبة، وهي حالة كف البصر، والدخول في إعاقة بصرية تتسم برؤية العتمة والعيش في ظلام مستمر، وتناقص في النشاط والحركة وفقدان الأمل في الحياة، مما يعد حاجزا يحول دون تطور المعاق بصريا، وهذا ما يجعله منطويا على ذاته ومنسحبا من المجتمع.

وحسب تقديرات احصائية لمنظمة الصحة العالمية سنة (2010) فإن نسبة انتشار الإعاقة البصرية على الصعيد العالمي حوالي (285) مليون نسمة ممن يعانون من الإعاقة البصرية بشكلها (العمى الجزئي، الكلي) من بينهم (246) مليون نسمة مصابون بالعمى الجزئي، و(39) مليون نسمة يعانون من إعاقة بصرية كلية، كما صرحت المنظمة بأن اقليم الشرق المتوسط يمثل نسبة (12.6 %) من المصابين بإعاقة جزئية أو كلية (SBM, Mariotti, 2011).

وهناك أبعاد على أساسها يكون تصنيف الإعاقة البصرية على حسب عمر الإصابة وسرعة او شدة الإعاقة البصرية وحسب موقع الإصابة على مستوى العين، والجهاز البصري، بالإضافة إلى سبب حدوثها من حيث إسنادها إلى عوامل وراثية او بيئية كالأمرض والحوادث التي تصيب العين وقد اثبتت الدراسات أن المعاقين بصريا اعاقه جزئية او كلية في العالم وبالأخص العالم النامي يعانون الحرمان، وعدم التوافق النفسي والإحباط.

وقد أشار lowenfeld 1955 في دراسة حول فئة المراهقين، أن المراهق المعاق بصريا في مواجهة مع المواقف السلبية مما يجعله يظهر قلق متزايد حول مستقبله، كونه في حاجة دائمة لمساعدة الاخر اثناء القراءة والكتابة وبعض المهام المدرسية وفي الحركة والتنقل ويمس القلق ابعاد مستقبلية اخرى عند المراهق تخص كيفية بناء اسرة وعائلة مستقبلية وحتى كيفية ايجاد شريك مناسب وتساؤلات اخرى تتعلق بكيفية تامين العمل وطرق العيش وهذا الامر يجعل المراهق في قلق مستمر وحيرة اذا تعلق الامر بالمراهقات المعاقات بصريا لان

المعاق بصريا يفرض عليه عالم محدود وضيق ،والخروج منه والاندماج في عالم المبصرين يحتاج الى استقلالية واكثر حيوية، فهو مخير بين اختيار العيش في عالم العزلة والانطواء أو اختيار الاندماج مع المبصرين، الذي يجعله في مواجهة مع اثار عجزه، والمقارنة مع الآخر والتي سرعان ما تدفعه مرة اخرى الى عالمه المنعزل وهذا الشعور السلبي والمعاش المرفوض يؤديان الى حدوث اضطرابات نفسية سواء كانت على مستوى السلوك أو الانفعالات.

ومنه تناولت العديد من الدراسات موضوع الإعاقة البصرية نظرا لأهميته التي لم تكن بمنأى عن أهمية الدراسات التي أجريت حول المراحل النمائية للإنسان خاصة المراهقة حيث اختلفت هذه الدراسات، وتفاوتت من حيث أهدافها وافترضايتها، وقد أشارت أبحاث أن هناك تفاعل بين فقدان البصر، والمعاش النفسي، والبنية العضوية، ولمجرد شعور الفرد بالاختلاف عن العاديين، يخلق لديه نوع من التوتر، والقلق، والاحباط، فلا يمكن الفصل بين القصور الجسمي، والشعور النفسي، الامر الذي ادى بالعلماء والباحثين الى اجلاء دراسات علمية، ونفسية، حول الجوانب النفسية، والعضوية، والاجتماعية، للمعاق بصريا، في مختلف مراحل النمائية.

حيث جاءت في إطار موضوع مفهوم الذات لدى المراهقين المعاقين بصريا دراسة الباحث (Meighan)، حيث شملت (203) مراهقا من فئة المعاقين بصريا من (3) مدارس داخلية للمعاقين بصريا تم تطبيق اختبار مفهوم الذات (self concept) على أفراد العينة وقد كانت نتائج الدراسة بعد المقارنة مع المبصرين على وجود ضعف في شخصية هؤلاء المراهقين، اضافة إلى انتشار القلق والاكتئاب، وقد توصل الباحث أن هناك انخفاض في مفهوم الذات لدى المعاقين بصريا مقارنة بالمبصرين، وهذا ما يدل على عدم ثقة المعاق بصريا في قدراته الذاتية، والاعتماد على الاخرين، ونقص الخبرات الناجحة التي يمر بها في حياته، حيث تعد هذه الخبرات ضرورية لنمو مفهوم الذات بشكل مناسب .

وفي نفس السياق جاءت دراسة الباحث فتحي عبد الرحيم (1980) تحت عنوان اثر فقدان البصر على تكوين مفهوم الذات، وهي دراسة مقارنة أجريت في الكويت بين المعاقين بصريا والمبصرين، حيث تضمنت العينة (53) مكفوف كليا و(57) مكفوف جزئيا و(59) من ضعاف البصر، ومجموعة ضابطة تشكلت من (87) مبصرا، وقد اعتمد فتحي عبد الرحيم في دراسته على اختبار مفهوم الذات الواقعية للكبار ، والذي اعد من طرف عماد الدين إسماعيل.

وقد توصلت الدراسة إلى أن المكفوفين كليا وجزئيا هم الأقل تقبلا للذات مقارنة بالمبصرين، أما ضعاف البصر فهم أقل انخفاضا في تقبل الذات، وقد أثبتت الدراسة أن المعاقين بصريا في جميع درجات الإعاقة أقل تقبلا للذات من المبصرين.

كما أجرى رشاد موسى (1995) دراسة عن الأعصبة النفسية لدى المعاقين بصريا وفق افتراضات مفادها:

- 1 وجود أثر دال احصائيا لمتغير الاعاقة في الأعصبة النفسية
- 2 وجود أثر دال احصائيا لمتغير الجنس في الأعصبة النفسية.
- 3 وجود أثر دال احصائيا لتفاعل متغيري الاعاقة والجنس في الاعصبة النفسية ، ولاختبار فرضياته قام بتعريب استبانة مستشفى ميدل سيكس وتقنيه الذي طبقه على عينات مبصرة ومعاقة من الجنسين وتكونت عينة البحث من (4) مجموعات حيث شملت الأولى (30) مفيفا، والمتوسط الحسابي لأعمارهم(16.57) سنة والثانية شملت (30) كفيفة، والمتوسط الحسابي لأعمارهن (17.2) سنة، أما الثالثة فقد شملت (30) مبصرا، والمتوسط الحسابي لأعمارهم (16.41) سنة والرابعة من (30) مبصرة، والمتوسط الحسابي لأعمارهن (16.89) سنة حيث أثبتت نتائج الدراسة ان المعاقين بصريا أكثر قلقا وشعورا بالرهاب، والوسواس القهري، والأعراض السيكوسوماتية، والهستيريا والإكتئاب من المبصرين.

أما الإناث فقد أسفرت ذات الدراسة أن الإناث المعاقات بصريا أكثر قلقا وشعورا بالرهاب، والوسواس القهري، والأعراض السيكوسوماتية، والهيستيريا والاكتئاب من الذكور المعاقين بصريا.

و في دراسة أجراها (Wagner)1991 على عينة من المراهقين المعاقين بصريا أسفرت نتائجها على أن المراهق المعاق بصريا يتعرض بنسبة أعلى لسوء التوافق الاجتماعي والشخصي عن الآخرين، أما الراشدين فلديهم مشكلات تتعلق بالاستقلال، وفي سنة (2016) نشرت دراسة أجراها خبراء في بريطانيا بجامعة لندن كانت نتائجها: أن ضعف البصر يمكن أن يؤدي الى الاكتئاب، والشعور بالوحدة وسوء الحالة الصحية بشكل عام.

وقد قام المشرفون على هذه الدراسة بقيادة Djahnurahi في نفس العام بتحليل معطيات حول (112) ألف من النساء والرجال متوسط أعمارهم يصل إلى (57) سنة، وأقل من (1%) منهم يعانون من إعاقة بصرية جزئية لأسباب متعددة، قد أكدت الدراسة أن ضعف البصر المعتدل يزيد من فرص تدهور عام في الصحة بنسبة (12%)، وتطور حالة من الاكتئاب، أو من الاضطرابات النفسية الأخرى بنسبة (14%) وقد أشار ذات الباحثين أن الأشخاص الذين يعانون من ضعف البصر تنتشر في صفوفهم البطالة بشكل كبير، أو يتقلدون من وظائف ذات دخل منخفض، ويعانون من الوحدة وقد لاحظ البروفيسور Djahnurahi أن الأشخاص الذين يعانون من حد أدنى من ضعف البصر لا يؤثر على التحكم في قيادة السيارة، ويمكن أن يتعرضوا لآثار على مستوى نوعية الحياة للشخص، وتكون ذات طابع سلبي ومديد.

لذلك تعد الإعاقة البصرية من ضمن الاشكاليات الجسيمة المهمة ، بالنسبة للمجتمع الانساني ككل، لما تخلفه من مشاعر سلبية، واضطرابات نفسية، لان شريحة المعاقين بصريا كبيرة وهذه الاعاقة تعيق دفع عجلة التنمية الاجتماعية والتعليمية الاقتصادية، مما يسفر عنه اعتلال في مكونات فئات المجتمع ويؤدي الى تدهور مسار حضارته وتقدمه الأمر الذي يتطلب من الباحثين دراسة هذه الفئة واعطاءها القسط الكافي من الابحاث

العلمية من خلال تقنين ادوات البحث وتكييفها واعتماد انسب المناهج لدراساتها وفي هذا الصدد ارتأت الباحثة دراسة الاكثتاب لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريا ومن هنا انبثقت مشكلة الدراسة وطرحت التساؤلات التالية:

تساؤلات الدراسة:

- ما مستوى الاكثتاب لدى المراهقين المعاقين بصريا.
- هل توجد فروق في الاكثتاب لدى المراهقين المعاقين بصريا تعزى لمتغير الجنس.
- هل توجد فروق الاكثتاب لدى المراهقين المعاقين بصريا تعزى لمتغير السن.
- هل توجد فروق في الاكثتاب لدى المراهقين المعاقين بصريا تعزى لمتغير نوع الإعاقة.

فرضيات الدراسة:

- نتوقع أن يكون مستوى الاكثتاب لدى المراهقين المعاقين بصريا منخفضا.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكثتاب لدى المراهقين المعاقين بصريا تعزى لمتغير الجنس.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكثتاب لدى المراهقين المعاقين بصريا تعزى لمتغير السن.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكثتاب لدى المراهقين المعاقين بصريا تعزى لمتغير نوع الإعاقة.

أهداف الدراسة:

- التعرف على مستوى الاكثتاب لدى المراهقين المعاقين بصريا.
- التعرف عن الفروق في الاكثتاب لدى المراهقين المعاقين بصريا حسب الجنس.
- التعرف على الفروق في الاكثتاب لدى المراهقين المعاقين بصريا حسب السن.
- التعرف على الفروق في الاكثتاب لدى المراهقين المعاقين بصريا حسب نوع الإعاقة.

أهمية الدراسة:

يمكن أن تسهم هذه الدراسة من الناحية النظرية في تسليط الضوء على طبيعة الاكتئاب الذي رغم ما لقيه من تمحيص في الدراسات العربية، إلا أنها تعد قليلة في حدود علم الباحثة وعليه فإن هذه الدراسة يمكن أن تسهم في تحديد الكثير من الحقائق المتعلقة بالاكتئاب. كما تبرز أهمية هذه الدراسة من خلال العينة المستهدفة، المتمثلة في المعاقين بصريا، ودراساتهم في مرحلة نمائية تعد من أكثر المراحل حساسية، وهي مرحلة المراهقة، الأمر الذي يستدعي رعاية وعناية من قبل الباحثين والأخصائيين للتكفل بمشكلاتهم وتناولها في إطار البحث العلمي.

ب - الأهمية التطبيقية:

تتضح الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة في المشكلات المتعلقة بالمعاقين بشكل عام والمعاقين بصريا بشكل خاص، كونهم شريحة اجتماعية تشهد شحا في الدراسات العلمية المتعلقة بالمعاقين بصريا في الجزائر، ونقصا فادحا في الاختبارات النفسية التي من شأنها أن تكشف على أهم جوانب شخصية المعاق بصريا ومشكلاته النفسية.

التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

-التعريف الإجرائي للاكتئاب :

هو الشعور بالكآبة وإدانة الذات وفقدان الأمل وعدم الرضا والشعور بالدونية واحتقار الذات كنتيجة منطقية لمجموعة التصورات، أو الإدراكات السلبية للذات أو للموقف الخارجي أو للمستقبل أو للعناصر الثلاثة مجتمعة. ويعرف إجرائيا في الدراسة الحالية بالدرجة الكلية التي يتحصل عليها المراهقون المعاقون بصريا على مقياس بيك للاكتئاب، المعد من قبل بشير معمرية.

تعريف المراهقين المعاقين بصريا:

هم الذكور والإناث في مرحلة المراهقة، والذين يعانون من إعاقة بصرية كلية أو جزئية، والذين تتراوح أعمارهم بين (16-20) سنة والساكنين بولاية ورقلة والوادي.

الإعاقة البصرية الكلية:

وهم فئة المعاقين الذين لا يرون شيئاً إطلاقاً ويتعين عليهم الاعتماد على الآخرين والمرافق .

الإعاقة البصرية الجزئية:

وهم فئة المعاقين الذين يتمتعون برؤية الضوء لكن هذا لا يمكنهم من الاعتماد على الذات بشكل كلي نظرا لضعف حاسة البصر لديهم إذ يستعينون بالآخرين أثناء الكتابة والقراءة والحركة والتنقل.

حدود الدراسة:

الحدود الزمنية: تمت الدراسة بتاريخ (2020/01/26) إلى 2020/03/12.

الحدود البشرية: فئة المراهقين المعاقين بصريا لفاقد البصر كلياً أو جزئياً من (16) إلى (20) سنة، والعينة تشمل (59) مراهقا معاقا بصريا من بينهم (25) إناث و (34) ذكور.

الحدود المكانية : تمت الدراسة بمدينة ورقلة في كل من المدرسة المتخصصة بالمعاقين بصريا والمعاقين سمعياً، والمعهد الثقافي الإسلامي، وجامعة قاصدي مرباح، والإقامة الجامعية للبنات سالم بن يونس، وفي ولاية الوادي بمدرسة صغار المكفوفين بالرياح والعيادات الطبية وجراحة العيون .

الفصل الثاني

الاكتئاب

1. تعريف الاكتئاب.
2. معايير تشخيص الاكتئاب حسب (DSM-5)
3. نظريات الاكتئاب.
 - 1.3. نظرية التحليل النفسي.
 - 2.3. النماذج السلوكية.
 - 3.3. النموذج المعرفي للاكتئاب عند آرون بيك.
 - 1.3.3. الاستعارات اللاعقلانية.
 - 4.3. نموذج الضبط الذاتي.
 - 5.3. النماذج البيولوجية.
4. عوارض الاكتئاب عند المراهقين.

تمهيد:

إن نسبة 20% من الأشخاص يصابون بالاكتئاب بدرجات متفاوتة في إحدى المراحل النمائية التي يمرون بها ويعود ذلك لعوامل داخلية كالإمراض المستعصية وإما خارجية وتكون في شكل استجابة لحوادث مؤثرة كالصدمات النفسية أو التعرض لقصور وظيفي في احد الأعضاء الحسية مثلا أو إعاقة أو عجز لذلك يعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات انتشارا في عصرنا الحديث وأشدّها خطورة كونه يعيق التكيف من الناحية النفسية والجسدية والاجتماعية سيما إذا تزامن مع متطلبات مرحلة نمائية حرجة تشهد تغيرات سيكولوجية وبيولوجية الأمر الذي يجعل الشخص في مواجهة مباشرة مع الاكتئاب .

3. تعريف الاكتئاب :

حسب بيك فإن الاكتئاب هو توقعات سلبية بشأن الذات والعالم والمستقبل، تؤدي إلى انفعالات اكتئابية(عبد الله، 2000، 195)

أما الاكتئاب حسب ولمان فهو عرض سلوكي شاذ أو غير سوي وشعور بالعجز وفقدان الأمل والحزن وعدم الكفاءة، وقد تكون هذه الأعراض علامات لكثير من الاضطرابات، فضلا عن تلك المشاعر قد تحدث لدى الأشخاص الأسوياء(عبد الصاحب، 2010، 97).

في حين عرفه عكاشة على أنه مرض يتضمن الأفكار السوداوية والتردد الشديد وفقدان الشهية للطعام والشعور بالإثم والتقليل من قيمة الذات وعدم القدرة على اتخاذ القرار والمبالغة في الأمور التافهة والأرق الشديد والشعور بأوهام مرضية والمعاناة من بعض الأفكار السوداوية الانتحارية(الخالدي، 2005، 79).

أما الاكتئاب حسب زهران فهو حالة من الحزن الشديد والمستمر تنتج من الظروف المحزنة الأليمة وتعبّر عن شيء مفقود وإن كان المريض يعي المصدر الحقيقي لحزنه (زهران، 1995، 449).

وقد عرف روبرت الاكتئاب على أنه حالة وجدانية من السقم والحزن وفتور الهمة والشعور بفقدان الأمل والتشاؤم (عبد الكريم، خطاب، 2010، 46).

في حين الاكتئاب حسب انجرام هو اضطراب مزاجي أو وجداني ويتم ذلك الاضطراب بانحرافات تفوق التقلبات المزاجية الأخرى (فايد، 2001، 55).

4. معايير تشخيص الاكتئاب حسب (DSM-5):

1/ تواجد خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية لنفس الأسبوعين، والتي تمثل تغيرا عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما (1) مزاج منخفض أو (2) فقد الاهتمام أو المتعة .

ملاحظة: لا تضمن الأعراض التي تعزى بصورة جلية لحالة طبية أخرى

(1) مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريبا، ويعبر عنه إما ذاتيا (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو باليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعا).

ملاحظة: يمكن أن يكون عند الأطفال أو المراهقين مزاج مستثار.

(2) انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريبا، ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين.

(3) فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب وزن (مثل التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريبا.

ملاحظة: ضع في الحسبان، الإخفاق في كسب الوزن المتوقع ، عند الأطفال

(4) أرق أو فرط نوم كل يوم تقريبا.

(5) هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريبا (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتأمل أو بطء).

(6) تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريبا.

(7) أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهميا) كل يوم تقريبا، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضا.

(8) انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريبا (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

(9) أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

ب/ تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

س/ لا تعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى. المعايير أ-س تشكل نوبة اكتئابية جسمية

ملاحظة: الاستجابة لخسارة كبيرة (فقد عزيز، الانهيار المالي، الخسائر الناجمة عن الكوارث الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة) قد تتضمن مشاعر الحزن الشديد، واجترار الخسارة وأرق، وفقدان الشهية، وفقدان الوزن حيث تتواجد هذه الأعراض في المعيار أ، والتي قد تشبه نوبة اكتئاب.

وعلى الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد تكون مفهومة أو تعتبر مناسبة للخسارة، فإن وجود نوبة اكتئاب بالإضافة إلى الاستجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار. هذا القرار يتطلب حتماً الخبرة السريرية للمحاكمة المبنية على تاريخ الفرد والمعايير الثقافية للتعبير عن الكرب في سياق الخسارة.

3. النظريات المفسرة للاكتئاب :

1.4. النظرية التحليلية:

أما لماذا يتميز بعض الأشخاص والذين يستهدفون للاكتئاب فيما بعد بالتشدد في بناء الأنا الأعلى، فهذا أيضاً ما حاولت النظرية التحليلية أن تقدم له التفسير، في ضوء مفهومين استحدثتهما النظرية التحليلية منذ أيام فرويد وهما اللاشعور والخبرات الطفولية المبكرة فقد تبنت النظرية الفرويدية وجهة نظر مؤاها أن الأمراض النفسية التي تطرأ على الشخص فيما بعد بما فيها القلق والاكتئاب، هي في واقع الأمر نتاج للصراعات المبكرة، ولهذا طور فرويد مفهوماً جديداً سماه اللاشعور لكي يبين أن أمراضنا النفسية بعد تجاوز مراحل الطفولة ما هي إلا تكرار لاشعوري رمزي، لكل ما يحدث خلال السنوات الست الأولى من العمر

ولهذا يرى المحلل النفسي أن التفسيرات التي يضعها المريض لما يصيبه من قلق أو اكتئاب أو أي اضطراب نفسي، ما هي إلا جزء بسيط من الأسباب الحقيقية، أما الجزء الأكبر المسؤول عن هذه الاضطرابات فهو مدفون في اللاشعور، ومن ثم يكون الهدف الرئيسي من العلاج بالتحليل النفسي هو إزاحة الستار عن هذه الدوافع اللاشعورية المكبوتة.

بعبارة أخرى، فإن إحدى الأفكار الرئيسية والمحورية التي يتفق عليها علماء التحليل النفسي بالرغم من الاختلافات بينهم، هي أن السلوك الظاهري بما فيه الأعراض المرضية محكوم بشكل حتمي باللاشعور ومدفوع بما يسمى بالدوافع الداخلية الدفينة، ولأن هذه الدوافع لا شعورية، وأصبحت لاشعورية لأنها كبتت منذ الصغر، فإنه لا يمكن الاطلاع عليها إلا من خلال أحلام الفرد وتخيلاته والأخطاء التي قد يرتكبها عن غير عمد (الهفوات اللامقصودة) كذلك يمكن الكشف عنها من خلال المقاييس والاختبارات الإسقاطية (عبد الستار، 1978، 85).

4.3. النماذج السلوكية:

ينظر للاكتئاب هنا بأنه ردة فعل على التعزيز السلبي في مجالات مهمة من الحياة، أما نتيجة هذه النسبة المنخفضة من التعزيز الإيجابي فهي أن يقلل اشتراك الشخص المعني بالنشاطات التي تجلب له تعزيزا إيجابيا، مما يقود إلى عدم الارتياح (الانزعاج) والاكئاب ويمكن لتناقص التعزيز الإيجابي المرتبط برد الفعل أن يكون وظيفة لعوامل ثلاثة :

- لا يمتلك الشخص المهارات المناسبة للحصول على المعززات أو لمواجهة المواقف
 - يمكن أن يكون النقص في التعزيز الإيجابي كامنا في المحيط أو يمكن أن يوجد في المحيط فرط في الخبرات
 - ومن الممكن أن تكون مهارات الشخص في الاستمتاع بالخبرات الإيجابية قد تناقصت أو ازدادت حساسيته تجاه الأحداث السلبية
- كما افترض ليفينسون بأنه يبدو أن الأشخاص المكتئبين يمتلكون نوع من المهارات الاجتماعية يجعل الحصول على التعزيز الإيجابي من محيطهم الاجتماعي صعبا.

3.4. النموذج المعرفي للاكتئاب عند آرون بيك:

يرى بيك أن ما يصاحب الاكتئاب من أعراض سلوكية وتغيرات وجدانية أو دافعية عن ما تترتب على نمط من التفكير السلبي والتشويه المعرفي المميز للمكتئبين، والذي يقوم على الثلاثي المعرفي Cognitive triad النظرة السلبية للفرد نحو ذاته وعالم هو مستقبله فالمكون الأول من الثلاثي المعرفي يعني التصور السلبي عن الذات حيث يرى الاكتئاب بنفسه وصفه ناقصا لكفاءة ويعاني من القصور والنبذ وينسب خبراته غير السارة إلى نقائص مفترضة فيزيقية أو عقلية كما انه ينزع إلى رفض نفسه بسببها وفضلا عن ذلك فهو يعتبر انه تنقصه الخصائص التي يراها أساسية لتحقيق السعادة(حسين 2007، 67).

ويرى بيك أن هذا المكون يوجد لدى غالبية المرضى الاكتئابيين، أما المكون الثاني فهو يشير إلى التفسير السلبي لخبرة الحياة فالمريض الاكتئابي يميل على أن يرى عالمه الشخصي يتطلب منه أمورا غير معقولة ويقيم عراقيل يصعب تجاوزها في طريق تحقيق أهدافه في الحياة، أو أنه محروم من الشعور باللذة أو الإشباع ، وأما عن المكون الثالث من هذا العرض الثلاثي المعرفي فهو يتضمن النظر إلى المستقبل بصورة سلبية وهذا العرض يوجد في كل أنواع الاكتئاب تقريبا فالمريض يتوقع أن تستمر متاعبه الحالية لما لا نهاية ولا يرى أمامه إلا المصاعب والحرمان والإحباط وهو يتوقع الفشل في كل ما يقدم عليه من أعمال(مليكه، 1990).

وهذا يعني أن الرؤية السلبية التي يدركها الاكتئابي تجاه ذاته وتجاه العالم ومستقبله هي العامل الرئيسي في ظهور الاكتئاب لديه واستمراره، وعلى هذا فالالاكتئابي شخص يتسم نمط تفكيره بالتحريف المعرفي فهو يحرف الوقائع والأحداث بما يتفق مع اعتقاداته السلبية عن ذاته مما يجعله ينظر إلى ذاته على أنه يتسم بعدم القيمة وعدم الكفاءة ويسيطر عليه شعور بالنقص، كما ينظر إلى العالم على انه عالم ظالم ومظلم وأن العالم يضع العقبات أمامه في

طريق تحقيق أهدافه وأن هذه الصعوبات و المتاعب سوف تستمر معه مستقبلا ولذلك فهو متشائم بشأن المستقبل (مليكه، 1990، 68).

ولقد توصل بيك على صياغة نموذج المعرفي للاكتئاب وذلك من خلال ما قام به من تحليل لمحتوى أحلام عينة من المرضى المكتئبين ومن خلال المقابلات العلاجية معهم وأستطاع أن يصل إلى الدليل الذي أصبح فيما بعد يمثل لب وجوهر النظرية المعرفية في الاكتئاب.

وتوصل كذلك إلى وجود أخطاء معينة في محتوى وشكل التفكير لدى المرضى المكتئبين، وأن هذه الأخطاء المعرفية تشير إلى وجود تحيزات معرفية سلبية وذلك على عكس ما ذهبت إليه نظرية التحليل النفسي في أن مرضى الاكتئاب يظهرون في أحلامهم عدد من الموضوعات السادية- المازوشية، وبدلا من ذلك وجد بيك أن الاكتئاب غالبا ما يرتبط بأفكار تلقائية سلبية عن الذات وعن العالم وعن المستقبل لديهم ويتبدى ذلك في التقدير السلبي للذات مع وجود نظرات تشاؤمية وإدراك لمواقف الحياة على أنها محبطة وتتجلى هذه الأفكار السلبية عند مرضى الاكتئاب في تعبيراتهم اللفظية من قبيل أنا شخص جبان، أنا غير جدير بالاستحقاق والاحترام، أنا شخص خائن، أنا شخص غبي فضلا عن نظراتهم للعالم من حولهم على أنه حافل بالبؤس الشقاء والإحباط ومن ثم عندما يتطلعون إلى المستقبل تكون لديهم نظرة تشاؤمية من قبيل أنا فاشل بالاستمرار، ولا أمل في مستقبلي فهو يرى المشكلات مستمرة ودائمة , لذلك فهو يشعر باليأس ويفتقد القدرة على التغيير.

ويمكن فهم أعراض الاكتئاب من خلال هذه المكونات الثلاثة التي تشكل ما يعرف بالثلاثي المعرفي والتي تتضمن النظرة السلبية على المستقبل (حسين-2007، 69).

ويمكن توضيح مكونات الثلاثي المعرفي و الأعراض الاكتئابية المصاحبة لها في الجدول التالي :

النظرة السلبية للذات	حزن، قلق، الاستثارة السلبية، نقص الثقة التردد و الحيرة، نقص الدافعية.
النظرة السلبية عن العالم	فقدان الاهتمام، رغبات تجنب، السلوك والرغبات الانتحارية.
النظرة السلبية عن المستقبل	فقدان الطاقة، فقدان الشهية، اضطرابات النوم.

1.3.3. الاستعارات اللاعقلانية :

يرجع التصور القائل بأن المعرفيات اللاعقلانية والتشوه المعرفي يرتبط سببيا مع المرض الاكتئابي أو مع استمرارته إلى بيك وقد استنتج في إطار نظريته الاستعارية العناصر الثلاثة المهمة التالية :

أ- الثالوث الاستعاري:

ويتألف هذا الثالوث من المواقف السلبية حول الشخص نفسه والعالم بحد ذاته والمستقبل ويمكن لمثل هذه المواقف السلبية أن تكون مسؤولة عن الكثير من أنماط الأعراض الاكتئابية، كما تؤثر بصورة قاصرة على المجال الانفعالي والدافعي والسلوكي والفيزيولوجي.

ب- التصويرات السلبية:

وتطرح التصويرات السلبية نمط ثابت من الأفكار يحتوي على الخبرات المعممة لشخص ما وتؤثر مثل هذه التصويرات السلبية بشكل حاسم على المواقف التي يقدم عليها الشخص والكيفية التي يفسر بها المعلومات الاجتماعية التي يتم فيها تنظيم وتقويم المواقف . ووفق بيك تحتي التصورات السلبية التي تسهم في الاكتئاب أيضا إدراكات حول المحتوى تستند إلى خسارة شخصية أو تضرر شخصي لقيمة الذات .

ج- الأخطاء الاستعارية:

تقوم الأخطاء الاستعارية على تمثيل المعلومات وتتصف هذه الأخطاء الاستعارية بالاستنتاجات العشوائية والتجريدات الانتقائية وفرط التعميمات والمبالغة المفرطة أو التهوين المفرط والتشخيص والتفكير المطلق والمنقسم ، ويقود مثل هذا التمثل غير الملائم للمعلومات إلى أخطاء في التفكير المنطقي ، ومن خلال هذا تصبح استعارات الأشخاص الاكتئابيين

سلبية أحادية الجانب ، ومتطرفة ومقلوبة ومطلقة، وأخيرا يساعد مثل هذا النوع من الإدراك وتمثل المعلومات المشوهين الشخص المكتئب في الاحتفاظ على برؤاه السلبية حول نفسه ومحيطه ومستقبله(رضوان ،2009، 293).

4.3. نموذج الضبط الذاتي:

ينظر هذا النموذج للاكتئاب أنه نتيجة للقصور في ضبط الذات ،وذلك فيما يتعلق باختبار الذات، وتقييم التعزيز الذاتي ،ففي اختبار الذات يبدو المكتئبون أقرب للاهتمام بصورة هادفة بالأحداث السلبية أكثر من الأحداث الإيجابية، ويمكن لهذه الأنماط المعرفية أن تكون مسؤولة عن التشاؤم والرؤى السوداوية عند المكتئبين وفي تقييم الذات عند الأشخاص الاكتئابيون فإنهم يميلون إلى أن يضعوا لأنفسهم معيارا داخليا غير واقعي وكمالي ومن خلال ذلك تقل إمكانية تحقيق الأهداف ،مما يؤدي بدوره إلى أن يقوم الشخص نفسه بشكل سلبي وبأسلوب عام ومعمم والقصور الأخير له علاقة بالتعزيز الذاتي، ذلك أن الأشخاص الاكتئابيون لا يتمكنون من مدح أنفسهم كفاية ،للمحافظة على سلوكهم التكيفي عدا عن ذلك يميل الاكتئابيون إلى المبالغة المفرطة للذات ،مما يكبح إمكانية إبداء السلوك الفعال.

5.3. النماذج البيولوجية :

ترتبط بيولوجية الاكتئاب في معظمها بالنظام اللاإرادي من الجهاز العصبي يمكن القول بأن الاكتئاب يحدث نتيجة إرسال إشارات مستمرة بوجود كرب ما بين القشرة الدماغية وباقي أجزاء الدماغ مثل اللوزة وتشير بعض الأدلة الضعيفة إلى ارتباط الاكتئاب بتغيرات في كيمياء الدماغ ولا سيما في مستويات الناقلات العصبية والهرمونات يعتقد الكثيرون أن الاكتئاب يحدث بسبب عطل في ناقلات عصبية محددة مثل: السيراتونين أو نوراديينالين ويمنع هذا العطل إتمام الناقلات عملها في نقل الشحنة الكهربائية المطلوبة للخلية العصبية المجاورة (لويس ولبرت،2014، 188).

فرضية الكاتيكولامين:

يرتبط الاكتئاب حسب نظرية الكاتيكولامين بنقص في الكاتيكولامين وبشكل خاص النورادرينالين، وقد نشأت هذه الفرضية من ملاحظة أن مضادات الاكتئاب على نحو كابات الحمض الأميني الأحادي والروابط الثلاثية الحلقة تميل إلى رفع كمية النورادرينالين في المشابك العصبية الدماغية، ويتبع توكيد آخر لهذه الفرضية من ملاحظة أن الرززين وهو دواء مضاد لارتفاع الضغط يفرغ حويصلات التخزين المشبكية للنورادرينالين ويثير لدى المرضى الذين يحصلون على علاج بسبب ضغط الدم ردود فعل اكتئابية .

فرضية الأندولامين :

ترى هذه إن النقص في السيروتونين يمكن أن يقود للاكتئاب ،وينبع توكيد هذه الفرضية من ملاحظة أن كابات الحمض الأميني الأحادي ترفع من كمية السيروتونين والنورادرينالين في الدماغ، ومن خلال إعطاء التريبثوفان في علاج المكتئبين ارتفع نشاط كابات الحمض الأميني الأحادي الذي يعتبر طليعي الحمض الأميني لبناء السيروتونين ،كما ينبع تأكيد آخر لدور السيروتونيني منشأ الاكتئاب من دراسات بعد الوفاة على مرضى اكتئاب وضحايا الانتحار الذين ظهر لديهم وجود مستوى منخفض من السيروتونين أو من استقلابه(سامر جميل رضوان ،2009، 289).

4. عوارض الاكتئاب عند المراهقين :

قد تكون من الصعب ملاحظة الاكتئاب عند المراهقين خصوصا أن مزاجهم متقلب في أكثر الأوقات، يتأرجح المراهق في هذه المرحلة بين السعادة وحب الاختلاط مع الآخرين والثقة بالنفس من جهة والحزن والانعزال من جهة أخرى، ما من وسيلة تسهل عملية التمييز بين هذه التقلبات المزاجية الطبيعية والاكتئاب المرضي، إلا أن العوارض المرتبطة بهذا الاضطراب النفسي يساعد الأهالي على التأكد من اكتئاب أبنائهم أو نفيه.

متى تزداد إمكانية اكتئاب المراهقين؟

قد يعاني أي شخص من الاكتئاب ولكن احتمال إصابة المراهقين به أكبر من إمكانية معاناة الآخرين منه، يشمل ذلك المراهقين الذين سبق وعانوا من : المشكلات النفسية والسلوكية، النقص في الانتباه والحركة المفرطة ، الاعتداء الجسدي أو النفسي أو الجنسي الصعوبة في التفاعل مع الآخرين بسبب عدم القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية وخصوصا مع الزملاء في المدرسة، قد تكون سنوات المراهقة مليئة بالصعوبات، لأن هذه المرحلة تحمل في طياتها الكثير من الضغوطات التي تتمحور حول التأقلم مع الزملاء وضرورة التمتع بالميزات والاهتمام نفسها.

إن كان أحد الأقرباء يعاني من الاكتئاب، فإن ذلك يشير إلى احتمال أكبر لإصابة المراهق بهذا الاضطراب، كما أن اكتئاب أحد الوالدين في وقت من الأوقات في أثناء المراهقة قد يعني أن هناك إمكانية لإصابة الطفل به.

على الوالدين والأساتذة ملاحظة عوارض الاكتئاب لدى المراهق، خصوصا أنهم أكثر من يستطيعون ملاحظة أي تغيير في المزاج أو السلوك، نادرا ما يتذمر المراهقون من اكتئابهم، قد يعبرون عن ملهم أو تضايقهم ولكنهم لا يدركون أنهم مكتئبون، مما يحول دون طلب المساعدة من المختصين، يعتمد المراهقون على من حولهم ليلاحظوا سلوكهم المتقلب وليطلبوا العون بعد ذلك (كارول فيتز باتريك ، شاري ، 37).

خلاصة:

إن زيادة نسبة انتشار الاكتئاب في النصف الثاني من القرن 20 تعود لعوامل مختلفة ولعل أبرزها فقدان الأحبة والصدمات النفسية أو المشاكل الأسرية والضغوط النفسية خاصة عندما يتعلق الأمر بإعاقة جسدية أو فقدان عضو كحاسة البصر، أو تلك الأمراض المستعصية كلها تعد مثيرات تؤدي إلى ظهور أعراض اكتئابية تختلف في الشدة والدرجة الأمر الذي دفع بالعلماء إلى تصنيف الاكتئاب تصنيفات متعددة حسب الشدة والدرجة والتكرار وتفسيره من الناحية النفسية والحيوية، عليه يبقى الاكتئاب مقصد العديد من العلماء ومحطة الدراسات العلمية التي تهدف لتفسير أسباب حدوث هذا الاضطراب.

الفصل الثالث

المراهقة

تمهيد

1. لمحة تاريخية حول المراهقة.

2. معنى المراهقة.

3. مراحل المراهقة.

4. حاجات المراهقة.

5. خصائص المراهقة.

6. مشاكل المراهقة.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

من المعروف أن سن المراهقة هو سن ظهور العناد والتمرد وإثارة المشاكل ونظرا لاختلاف ردود فعل المراهقين اتجاه ضغوط هذه الفترة، هناك من يستطيع تجاوز فترة المراهقة، وهناك من يشعر بالاكنتاب وعدم القدرة على التكيف والخبرات الجديدة فتظهر لدى المراهق سلوكيات معينة كنوبات غضب أو موجة من المشاعر السلبية كمحاولة للتنفيس وتتمثل هذه المشاعر في النظرة الدونية للذات وللآخر وللمستقبل، لان الحياة عديمة الفائدة ولا توفر فرصا لتحقيق الأهداف، ويشعر المراهق بالحزن والرغبة في الانسحاب والتمركز حول الذات وسيطرة القلق والخوف على مصير الآن والغد، وتبرز سلوكيات واضحة منبئة للدخول في الاكنتاب كظهور اضطرابات على مستوى النوم والشهية وإعلان العدائية نحو الوالدين وعدم تقبل الواقع المعاش، وعليه ارتأت الباحثة في هذا الفصل ان تشرح ابرز ما تناولته الدراسات واهتم به الباحثون حول مرحلة المراهقة والمشكلات النفسية التي تعصف بالشخص المراهق من خلال إبراز مفاهيمها التي كانت على النحو الآتي :

1. لمحة تاريخية حول المراهقة:

إن أول مؤلف علمي حول هذا الموضوع يعود إلى "براير" عام 1881 وهو بعنوان روح الطفل يليه كتاب "برنهام" " دراسة المراهقة" في هذه الأثناء كان العلماء يعتبرون المراهقة الفصل الأخير من الطفولة لكنهم سرعان ما ذهبوا يقدرون لها فصلا خاصا لا رسميا مع ستانلي هول في كتابه المراهقة عام 1905 الذي تأثر بأفكاره دارون ولا مارك حول التطور ثم تبعه تلاميذه أمثال "لانكستر" و"بارتريدج" و"سويفت" حتى أصبح للمراهقة اهتمام عالمي بها أصبحت علما قائما بذاته

وفيما يركز ستانلي هول على مقولة تكرر نمو الفرد لمراحل نمو النوع راح فرويد يركز في بحث له عن المراهقة عام(1906) على أن الكثير من المظاهر السلوكية تتقرر بصورة غريزية، وأن النضج الجنسي يؤدي إلى مشكلات نفسية، فالمراهقة بنظر "فرويد" مرحلة جیشان إنفعالي وتناقضات سلوكية ، فيها يحدث نكوص إلى الطفولة يظهر العصاب بشكل

لا لبس فيه، درست "مرغريت ميد" العادات والجنس في "أوقيانيا" وقد بينت أن المراهقة كأزمة مختصة بالعالم المتحضر بشكل خاص. بدوره درس جيزل النضوج عام (1956)، وركز على أنها عمليات فطرية شاملة لنمو الفرد وتكوينه، تتعدل وتتكيف عن طريق العدة الوراثية.

2. معنى المراهقة:

المراهقة لغويا كما ورد في لغة العرب جاءت من الفعل (راهق) الذي يعني الاقتراب من الشيء أو الدنو من الحلم وبذلك يؤكد علماء فقه اللغة هذا المعنى في قولهم رهق بمعنى غشى أولحق أو دنا من، ويشير لذلك الثعالبي " فإذا كان يبلغ الحلم أو بلغه فهو يافع ومراهق " (الثعالبي، 1885، 82).

فالمراهق بهذا المعنى هو الفرد الذي يدنو من الحلم واكتمال الرشد، والمراهقة من راهق الغلام فهو مراهق أي قارب الاحتلام، ورهقت الشيء رهقا أي قربت منه، والمراهق الغلام الذي قد قارب سن الحلم وبلغ مبلغ الرجال، وفي حديث موسى والخضر: فلو أنه أدرك أبويه لأرهقهما طغيانا وكفرا أي أغشاهما وأعجلهما، وفي القرآن الكريم: ﴿ وأما الغلام فكان أبواه مؤمنين فخشينا أن يرهقهما طغيانا وكفرا ﴾ (الكهف، الآية 80).

وقد ورد لفظ رهق في كتاب الله عز وجل بأكثر من موضع منها: ﴿ وأنه كان رجال من الإنس يعوذون برجال من الجن فزادوهم رهقا ﴾ (الجن، الآية 6)، وكذلك قوله تعالى: ﴿ للذين أحسنوا الحسنى وزيادة ولا يرهق وجوههم قتر ولا ذلة أولئك أصحاب الجنة هم فيها خالدون ﴾ (يونس، الآية 26) (المصري، 1992، 23).

ويفسر قوله تعالى: (ولا يرهق وجوههم قتر) أي غبار وبرهق يغشى ومنه قولهم فلان مراهق أي قد غشاه الاحتلام.

أما لفظة المراهقة: وهي مصدر الفعل الثلاثي المزيد بالألف (راهق) فلم ترد في القرآن الكريم.

أما في الأثر فقد ورد مجيء الفعل (راهق. مراهقة) كما أسلفناه سابقا، ومن الاشتقاق اللغوي تكمن الدلالة على الاقتراب من الحلم والنضج فهذا المعنى تعني المراهقة الفترة التي تبدأ بالبلوغ وتنتهي باكتمال الرشد وهذا ما أكده زهران (زهران، 1982، 289).

حيث أن بداية المراهقة تتحدد بالبلوغ الجنسي حيث يعتبر " أنه من السهل تحديد بداية المراهقة ولكن من الصعب تحديد نهايتها، ويرجع ذلك إلى بداية المراهقة تتحدد بالبلوغ الجنسي بينما تتحدد نهايتها بالوصول إلى النضج في مظاهر النمو المختلفة".

المراهقة اصطلاحاً:

للمراهقة تعريفات وتقسيمات متعددة تختلف حسب مناحي الباحثين واهتماماتهم العلمية، فقد وجد الباحث زهران (1982) ومحفوظ (1984) وفهمي (ب،ت) وقناوي (1992) أن مصطلح المراهقة هو مرحلة الانتقال من الطفولة إلى الرشد، ويستخدم علماء النفس هذا المصطلح للإشارة إلى النمو النفسي، والتغيرات الجسمية والعقلية التي تحدث أثناء فترة الانتقال من الطفولة إلى الرشد (الرجاني 1983، 208).

يرى ابن القيم (2001) أن من تجاوز العشر إلى سن البلوغ يسمى مراهقاً ومناهز للاحتلام، فإذا بلغ خمس عشرة سنة عرض له حال آخر يحصل معه الاحتلام (عبد المنان، 2001، 251).

3. مراحل المراهقة:

يتفق أغلب الباحثين على أن مراحل المراهقة تنقسم إلى ثلاثة أقسام يمكن تعريفها كما يلي:

المراهقة المبكرة:

تبدأ من سن 12 إلى 14 سنة من العمر، وفيها حسب علماء النفس الطفل والمراهق، يتضاءل السلوك الطفلي ذلك لخروج الطفل من مرحلة الطفولة والدخول في مرحلة المراهقة، التي تبدأ معها المظاهر الجسمية والفيسيولوجية والعقلية والانفعالية والاجتماعية والدينية والأخلاقية، الخاصة بالمراهق في الظهور والبروز، ومن المؤكد في هذه المرحلة أن أهم وأبرز مظاهر النمو فيها البلوغ الجنسي ونمو الأعضاء التناسلية (عبد الرحمان الوافي، 2011، 162).

المراهقة الوسطى:

تبدأ من سن 16 إلى 18 سنة، ويلاحظ فيها استمرار النمو في جميع مظاهره، وتسمى أحيانا هذه المرحلة بمرحلة التأزم لأن المراهق يعاني فيها صعوبة فهم محيطه وتكيفه مع حاجاته النفسية والبيولوجية، ويجد أن كل ما يرغب في فعله، يمنع باسم العادات والتقاليد دون أن يجد توضيحا لذلك، وهي تقابل الطور الثانوي من التعليم وتسمى بسن الغرابة والارتباك، لأنه في هذا السن يصدر عن المراهق أشكال مختلفة من السلوك تكشف عن مدى ما يعانيه من ارتباك وحساسية زائدة (زهران، 1995، 297).

المراهقة المتأخرة:

تبدأ من سن 18 إلى 21 سنة، وتعرف هذه المرحلة غالبا بسن اللياقة، لأن المراهق في هذه الفترة يحس أنه محل أنظار الجميع، ويبدأ المراهق في هذه المرحلة بالاتصال بالعالم الجديد عالم الكبار وتقليد سلوكهم.

حيث يتجه الفرد محاولا أن يكيف نفسه مع المجتمع الذي يعيش فيه، ويوائم بين تلك المشاعر الجديدة وظروف البيئة ليحدد موقفه من هؤلاء الناضجين محاولا التعود على ضبط النفس والابتعاد عن العزلة والانطواء تحت لواء الجماعة (معوض، 1994، 331).

4. حاجات المراهق:

غالبا تتضمن مرحلة المراهقة عدة حاجات يعبر عنها المراهق، يمكن توضيح أهمها فيما يلي:

الحاجة إلى التقبل الاجتماعي:

شعور المراهق بتقبل الوالدين له وتقبله في المدرسة والمجتمع من أهم عوامل نجاحه أما شعوره بالنبذ والكراهية من قبل المؤسسات الاجتماعية فيعد من أسباب فشله (الزغبى، 2001، 381).

الحاجة إلى الاستقلال:

يحتاج المراهق في هذه المرحلة إلى الاستقلال العاطفي والمادي والاعتماد على النفس في اتخاذ القرارات التي تتعلق به، نتيجة اتساع عالم المراهق وخبراته وتجاربه وأصدقائه وتنوع أنشطته، هذا ما يجعلهم يضعون القيود على سلوكه وتصرفاته، وذلك بدافع الخوف والقلق على حياته ومستقبله، وهذا ما يشعر المراهق بأنه موضع ثقة الوالدين، مما يدفعه إلى الثورة في هذه التصرفات ويؤدي إلى نشأة الخلاف بينه وبين والديه.

الحاجة إلى الانتماء:

بمعنى وجود من ينتمي إليه ويعتز به ويفتخر بانتسابه إليه، إذ عن طريق هذه الحاجة يمكن له أن يتعلم الولاء للوطن والمجتمع والجماعة، ويعبر عنها المراهق باستخدام الضمير "نحن" مشير للأصدقاء والجماعة التي ينتمي إليها.

الحاجة إلى المكانة:

تعتبر المكانة من أهم حاجات المراهق، فهو يريد أن تكون له مكانته في جماعته، وأن يتم الاعتراف به كشخص ذو قيمة وهو يتطلع بأن تكون له مكانته بين الراشدين وأن يتعالى عن وضعيته السابقة (سلامة، 1986، 467).

5. خصائص المراهقة:

تتميز هذه المرحلة بمجموعة من السمات تبرز فيما يلي:

الخاصية الأولى:

- التناقض بالسلوك حيث نلاحظ أنانية مفرطة يقابلها إيذاء الذات من أجل قضية ما.
- ميل إلى العزلة يقابله انفتاح وعلاقات كثيرة مع الآخرين.
- رغبة شهوانية قوية يقابلها ميل إلى الزهد وقهر الجسد.
- حماس واندفاع يقابله حياء وتردد.
- حب الابتكار يقابله تقليد وتماهي بالآخرين.

الخاصية الثانية:

- روح المعارضة والمبالغة في إثبات الذات بأسلوب متطرف يصدم الكبار كالجنوح،
الشراهة، المجون.

الخاصية الثالثة:

- عدم الاستقرار العاطفي وسرعة الاثارة، والتغلب والانكماش على الذات، والميل إلى
السلبية (الديدي، 1995، 9).

هذه الخصائص هي نتيجة الصراع القائم في هذه المرحلة داخل الذات وخارجها.

6. مشاكل المراهقة:

يعيش المراهق بصورته الجديدة في مجتمع غالبا ما يكون ناقدا، ويمنع المراهق من
التعبير عن حقيقته الجديدة، لذلك تبرز لدى المراهق بعض المشاكل منها:

1.6. المشاكل الأسرية:

ثورة المراهق على السلطة الأسرية:

إن ثورة المراهق وتمرده غالبا متعصب على أقرب الناس إلى القلب وأحبهم إليه فهي
تكون مواجهة مع الأب، الأم والإخوة، والأقارب لأنهم مصدر العطف والرعاية وهذا الحنان أو
الحماية يعتبر القيد الذي يذكره بأيام الطفولة بما فيها الخضوع والاستسلام وتبعية فبعد أن
كان يتقبل الأوامر في الطاعة أصبح الآن يزن الأمور ويحللها ويناقشها، ويثور متمردا على
كل ما يمس كيانه ونزعتة الاستقلالية وكل ما يشعره بطفولته واتكاليته ومن مظاهرها إما
الهروب الحقيقي أو الهروب الخيالي (معض، 2004، 381).

الصراع بين المراهقين والآباء:

يسعى الكثير من الآباء اليوم نحو تحقيق الأمور المادية فالحيرة والشك في الأحكام
الصواب والخطأ وعدم الاستقرار على المعايير التي يجب التمسك بها قد تكون سبب في
الفقدان والسلطة المعنوية للآباء في عالمنا المعاصر، فالخبرات التي عاشها جيل الآباء
تختلف في محصلتها كما ونوعا عن خبرات جيل الأطفال والمراهقين في العصر الذي تعيشه
وفي هذا الصدد ترى الباحثة أنا فرويد يرى أنه من الأمور العادية أن يكون سلوك المراهقين

متعارضا وغير مستقرا فالمراهق يحب والديه، ويكرههم ويوجه إليهم ثورته أحيانا أخرى كما أنه لا يستطيع أن يعبر عن امتناعه وتقديره لأبويه أمام الآخرين في حين يحمل إليهم حبا وتقديرا مع ذلك فهو يرفض نفوذ الوالدين ووصايتهم ويرفض ذاته الطفولية التي ترتبط بالوالدين ارتباطا وثيقا وذلك سيما وراء استقلال وتحقيق الذات ككائن مستقر ومميز (معوض، 2000، 409).

حساسية المراهق إزاء النذب والحرمان:

إن شدة النقد والضبط والتحكم من طرف الأولياء والمدرسة لفترات طويلة يحمل المراهق شديد الحساسية للنقد والتأنيب فيشعر المراهق بالمرارة عندما يقلل الآخرون قيمته، أو عندما لا يهتمون به أو حتى عندما لا يمنحونه الثقة، فعندما مثلا يتعرض هذا المراهق للفشل في دراسته بعد أن بذل جهدا كبيرا لتحقيق النجاح نجده يفسر أسباب هذا الفشل بأنه نوع من النذب وسوء الظن به من والديه وأقربائه ومعلميه كما يفسر أسلوب المعاملة الموجه له تفسيريا سلبيا يزيد في تثبيت ذلك الإحساس نتيجة المراهق صامتا لا يبدي رأيه ويحجم في الإسهام في المناقشة وقد يفسر هذا الصمت وتلك السلبية في الغضب الذي لا يزال عالقا بنفسه (ميلاد، 2004، 23).

2.6. المشاكل المدرسية:

ثورة المراهق لا تقتصر على الأسرة والوالدين بل تمتد إلى المدرسة سلطة أخرى وما هي إلا امتدادا لسلطة الأسرة لكنها تختلف عنها في أنها حافلة بأنواع المنافسة في العلم، والخبرات والميولات وفيها التفاعل والاندماج والتحصيل والمثابرة. فالمراهق يحاول أن يتخطاها حقا ويتمرد عليها بحكم طبيعة هذه المرحلة من العمر، بل أنه يرى سلطة المدرسة أشد من الأسرة وقد يأخذ هذا التمرد مظهرا سلبيا للتعبير عن ثورته فاصطناع الغرور والوقار المتكلف أو الاستهانة بالدرس أو قد تصل إلى العدوان وهذا التمرد يزيده قريبا من رفاقه في المدرسة لأن الرفاق إنما هم امتداد بذاتهم فهم يحسون بإحساسه ويشعرون بنفس شعوره ويبادل هذه الأحاسيس والرغبات يشعر المراهق بأنه ما يقوم به من

مقاومة لسلطة المدرسة وتمرده عليها ليس في إحساس بالذنب أو أي شذوذ، لأنه يفعل ذلك وهو ليس وحيدا بل في ظل شلته ورفاقه (شيفر وملمان، 2008، 321).

3.6. مشكلات جسمية ونفسية واجتماعية:

أ- مشكلات تتعلق بالصحة والنمو الجسمي:

تتمثل في:

1/ عدم تناسق الجسم، وظهور حب الشباب أو تأخر النمو مقارنة بالأقران

2/ الشعور بالتعب، والإرهاق وحالات الإغماء المتكرر والغثيان.

والشيء الذي يزيد من تفاقم المشكلة عدم الوعي الأسري، ووصف المراهق بما يكره وخاصة إذا وجد نفس الشيء من أقرانه (أسعد، 1998، 363).

ب- مشكلات نفسية:

حيث يتعرض المراهق للاضطراب النفسي بسبب الدوافع النفسية المتضاربة التي لا يتم التناسق والتكامل بينها مما يسبب له مشاعر "التناقض الوجداني أو ثنائية المشاعر التي تتلخص في التذبذب وعدم استقرار مشاعره، كأن يشعر بالانجذاب والنفور والحب والكره والرضا والسخط إزاء الموضوعات والمواقف.

ويتأتى الضغط النفسي من تصاعد التوتر الناتج عن عدم قدرة المراهق على اتخاذ القرارات المناسبة إذ يبقى متأرجحا بين نزعة طفولية تتسم بالتصل من المسؤولية وبين نزعة راشدة تحاول إجباره على القيام بما هو مناط به.

ومن بين الأمراض النفسية التي تؤثر على حياة بعض المراهقين هي الاكتئاب وهي حالة مرضية تصيب الكبار، كما تصيب الصغار ولا تختلف أعراض هذا المرض النفسي عند المراهقين عنه عند البالغين (إيمان دس)، (68).

ومن أعراض هذا المرض هي:

- الحزن الشديد والنوم الدائم.

- النظرات التائهة (دون النظر إلى شيء معين).

- عدم الإحساس والشعور بمتع الحياة وملذاتها.
- قلة التركيز والإحباط والفشل في الحياة.
- عدم القدرة عن التعبير عن الرأي.
- عدم التمكن من اتخاذ القرارات.
- روح التشاؤم والقلق والخوف.
- ضعف الذاكرة وفقدان الشهية.

ج- مشكلات اجتماعية:

وتتمثل في:

- عجز المراهق عن إقامة علاقات خارج الأسرة, وقد أشارت الدراسات إلى نقص القدرة والارتباك في المواقف الاجتماعية.
- الخوف من ارتكاب الأخطاء.
- الخوف من مقابلة الناس "نقص القدرة على الاتصال بالآخرين ونقص القدرة على إقامة صداقات جديدة.
- الوحدة ونقص الشعبية ورفض الجماعة له, وغيرها من المشكلات الاجتماعية الأخرى (الأحمد، 2001، 231).

خلاصة:

شهد موضوع المراهقة في الآونة الأخيرة تناولات خصبة ودراسات نفسية وعلمية حيث كان مقصد العلماء والأخصائيين العياديين والباحثين في علم النفس لمال تتضمنه هذه المرحلة النمائية من عمر الإنسان من أحداث ومستجدات وتغيرات في الجوانب الشخصية وتطورات على مستوى الأفكار والتصورات ولأن فترة المراهقة هي فترة انتقالية تجعل المراهق عرضة للاضطرابات النفسية والتقلبات المزاجية ، الأمر الذي أسال حبر الدراسات للبحث في مفهومها وتكوين المراهق والحاجيات النفسية التي تتطلبها هذه المرحلة والمشكلات النفسية وإيجاد الحلول أو اقتراحها خاصة عندما يتعلق الأمر بالمراهقة والإعاقة أين تزداد المعاناة ويزيد معها الشعور بالعجز وفقدان الأمل .

الفصل الرابع

الإعاقة البصرية

تمهيد.

- 1- مفهوم الإعاقة البصرية.
 - 2- تشريح العين ووظائفها.
 - 3- آلية الإبصار.
 - 4- الأنواع المختلفة للإعاقة البصرية.
 - 5- أسباب الإعاقات البصرية.
- خلاصة الفصل.

تمهيد:

تعد حاسة البصر من أهم حواس الإنسان وقناة رئيسية لاستقبال الإشارة من العالم الخارجي ومن يتعرض لمشكلات بصرية تصبح الفرصة المتاحة بالبيئة والتعليم والتفاعل اقل بكثير من أقرانه المبصرين ورغم إمكانية تعويض فقدان حاسة البصر من خلال تنمية الحواس وتطويرها خاصة حاستي السمع واللمس إلا أن حاسة السمع لا تتيح لنا استقبال الإشارة الحسية من الأشياء إلا حين يصدر عنها صوت وحاسة اللمس التي تمد المعاق بصريا بخبرات حول طبيعة الأسطح وتقدير أحجامها، إلا أن الحرمان من حاسة البصر يفقد المعاق بصريا كل ما يتعلق بالصور والألوان ويحرمه من تكوين الصورة الذهنية الناتجة عن المثيرات البيئية الأمر الذي يجعله اقل تفاعل وإيجابية وأكثر انفعال وسلبية ، مما يمهد الاضطرابات النفسية ومزاجية وظهور أعراض اكتئابية ، لذلك نال العضو البصري نصيبه من الدراسات العلمية في إطار مفهومه وتركيبته الدقيقة وكل ما يهدد سلامته ، نظرا لأهميته من جهة وما يحققه من راحة نفسية وبهجة من جهة أخرى .

1- مفهوم الإعاقة البصرية:

تتعدد مفاهيم الإعاقة البصرية لتشمل تعريفات لغوية، واجتماعية، وطبية وقانونية، وتربوية وذلك وفقا لرؤية كل علم ومجال اهتمامه.

من الناحية اللغوية:

يركز المفهوم اللغوي للإعاقة البصرية على اطلاق بعض الألفاظ على من قد فقد بصره ومنها: الأعمى، والأكمه، والضرير، والعاجز، والأعمش، وأن تلك الألفاظ ورد بعضها في القرآن الكريم ومنها قوله تعالى: (ليس على الأعمى حرج ولا على الأعرج حرج ولا على المريض حرج ولا على أنفسكم أن تأكلوا من بيوتكم أو بيوت آبائكم) سورة النور: الآية 61. ومنها ما ورد في معاجم اللغة العربية، ومنها ما جرى على ألسنة عامة الناس، وعلى الرغم مما بين هذه الألفاظ من ترادف وتباين إلا أنها تشير إلى مدلول واحد يعني فقد البصر وذهابه.

من الناحية الاجتماعية:

يرتبط التعريف الاجتماعي للإعاقة البصرية بمدى قدرة الفرد على التفاعل الاجتماعي مع الوسط المحيط به ,وممارسة حياته اليومية بشكل عادي واعتماده على نفسه في تلبية احتياجاته.

من الناحية الطبية:

تعرف الإعاقة البصرية بأنها ضعف في أي من الوظائف البصرية الخمسة, وهي البصر المركزي, البصر المحيطي, التكيف البصري, البصر الثنائي ورؤية الألوان: وذلك نتيجة تشوه تشريحي أو إصابة بمرض أو جروح في العين(الحديدي, 1998, 41).

من الناحية القانونية:

يعتمد التعريف القانوني للإعاقة البصرية على محكين هما:

حدة الإبصار:

يقصد بها مقياس لقدرة العين على أن تعكس الضوء بحيث يصبح مركزا على الشبكية, وحدة الابصار هي (20/20)أو (6/6)وذلك يعني أن لفرد يستطيع قراءة الأحرف على لوحة "سنلن" على بعد(20قدم)أو(6)أمتار ,فإن كانت حدة البصر لدى الفرد (200/20)أو دون ذلك فهو مكفوفاً قانونياً.

مجال الرؤية:

يقصد به المجال الذي يمكن للإنسان الابصار في حدوده ويقلس بالدرجات فبعض الأفراد يكون مجال الرؤية لديهم ضيقاً جداً, بحيث يسمى بصرهم بالبصر النفقي, ويكون من الصعب على هؤلاء الانتقال من مكان إلى آخر, وهذا ينطبق على من لديه مجال بصري يقل عن(20) درجة، حيث إن مجال البصر للإنسان العادي حوالي (80) درجة فإذا أصبح أقل من(20) درجة فالشخص يعد مكفوفاً قانونياً(عبد الرحمن سليمان, 2001, 66).

وعلى هذا الأساس يصنف المعاقون بصريا إلى فئتين هما:

العميان:

هم الأفراد الذين تكون حدة إبصارهم (200/20) قدما، أي (60/6) مترا في أقوى العينين بعد التصحيح بالنظارات الطبية أو العدسات اللاصقة.

ضعاف البصر:

هم الأفراد الذين تتراوح حدة إبصارهم ما بين (70/20) قدما، أي (20/6) متر و (200/20) قدما أي (60/6) مترا من أقوى العين بعد التصحيح بالنظارات الطبية أو العدسات اللاصقة (عبد المطلب القريطي، 2005، 368).

من الناحية التربوية:

تركز التعريفات التربوية للإعاقة البصرية على ما يعرف بالإبصار الوظيفي حيث أنه لا يمكن تعريف الإعاقة البصرية من المنظور التربوي في ضوء معايير حدة الإبصار، وعيوب مجال الرؤية فقط، بل يجب أن نتجاوز ذلك إلى التعريفات الوظيفية التي يتم في ضوءها النظر إلى الطفل الكفيف على أنه هو الذي يحتاج تعليما ووسائل لا تتطلب البصر، وإذا كان لديه ذكاء كاف فإنه سوف يحتاج إلى أن يتعلم بطريقة برايل (عادل عبد الله، 2004، 63).

2- تشريح العين ووظائفها:

تعد العين هي الجهاز المسئول عن عملية الإبصار، فالعين جهاز معقد . لأنه يتكون من عدة أجزاء متداخلة ومتراصة، وهي نافذة العقل البشري على العالم التي من الإنسان من تمييز الأشياء من حوله، وتمييز الأشكال، والألوان. يعتبر المركز البصري أكبر جزء في الدماغ، وحصول أي خلل في العين قد يسبب خللا في الدماغ و يؤدي إلى خلل أجزاء أخرى من الجسم العين تشبه اله التصوير الإلكترونية ولكنها حية وشديدة الدقة والتعقيد.

(Evelyn Addo ، 2016، 11)

1-2- مكونات العين :

تتكون العين من أربعة أجزاء رئيسية (الملوحي ،2016، 63):

1 / الأجزاء الواقية:

تشمل هذه الأجزاء على الأعضاء التي تحمي العين من مؤثرات البيئة الخارجية كالصدمات وأشعة الشمس ، وهذه الأعضاء هي: الحاجب، الجفون، الملتحمة، الصلبة، الجهاز الدمعي، الأهداب، الحاجبان)

2 / الأجزاء الانكسارية :

(البؤبؤ القزحية، الجسم الهدبي ،المشيمة، القرنية، السائل المائي، السائل الزجاجي،

العدسة)

3 / الجزء العضلي:

(عضلات العين)

4 / الأجزاء الإدراكية:

(الشبكية، الأعصاب الدماغية ، مراكز الإبصار بالمخ)

1-3- أقسام كرة العين:

-الغلاف الخارجي:

- القرنية Cornéen

- الصلبة sclera

- الغلاف الأوسط :

- القزحية iris

-الجسم الهدبي

- المشيمة choroid

-الغلاف الداخلي:

-الشبكية retinien

1- 4 - محتويات كرة العين:

- الجسم الزجاجي (الهلامي)

- العدسة البلورية

- الخلط المائي

-العصب البصري (الثاني)

- العصب المحرك للعين الثالث

- العصب البكري الرابع

- العصب المبعد (السادس)

1-5- تعريف الشبكية:

الشبكية هي طبقة شفافة وقرص دائري يمتد من الحافة المنشارية إلى حافة القرص البصري وتعتبر الشبكية هي الطبقة الداخلية من اغلفة العين واستطالة من الدماغ، تمثل الشبكية الطبقة العصبية الحسية للعين، تبلغ سماكتها 0,1 ملم عند الحافة المنشارية والشبكية هي منطقة حساسة لضوء والجزء الخلفي منها يتكون من ملايين الخلايا، تنقسم الى ثلاثة مجموعات أساسية وهي :

الخلايا مستقبلية للضوء، والخلايا العصبية، والخلايا الدبقية.

إحدهما توجد به مستقبلات ضوئية، وتحتوي على:

الخلايا العصوية :

من 90 إلى 120 مليون هي خلايا مستطيلة الشكل ومتعامدة على سطح الشبكية، تحتوي على صبغة الرودوبسين ، مسؤولة عن الرؤية المحيطية حساسة لضوء الأسود والأبيض . الخلايا المخروطية ذات شكل مدبب ومتشابه من 6 إلى 4 مليون خلية و مسؤولة عن تفاصيل الرؤية المركزية و رؤية الألوان أقل حساسية للضوء.

2. / لا تحتوي على مستقبلات ضوئية وتحتوي على:

البقعة الصفراء.

البقعة العمياء.

ويعمل كل نوع منهما تحت ظروف إضاءة مختلفة (Kolb,1991,18). وظيفتها تحويل المعلومات الضوئية إلى سيلات كهربائية ،ليتم نقلها الى المخ عبر العصب البصري ، ومن ثم يتم مطابقتها و دمجها مع الصورة القادمة من العين الأخرى ، وترجمتها للحصول على الصورة النهائية للجسم المنظور اليه .

ويوجد في القطب الخلفي على بعد 4 ملم من القرص البصري في الجهة الوحشية منطقة شديدة الحساسية للضوء تسمى اللطخة الصفراء ، ويوجد في المركز اللطخة الصفراء منطقة تسمى النقرة المركزية وهي انخساف في الطبقات الداخلية لشبكية و يعتبر مركز النقرة المركزية أقل اجزاء الشبكية سمكا ، وتتميز منطقة القرص البصري بعدم الاحساس بالضوء ولذلك تسمى بالبقعة العمياء وهي مكان خروج الياف العصب البصري ويخترق منطقة القرص البصري الياف العصب البصري و الشريان والوريد الشبكي المركزي وتعتبر هذه المنطقة اضعف مناطق الشبكية وذلك لأنها عبارة عن طبقة من غشاء رقيق مثقب يسمى الصفيحة المثقبة (الملوحى ،2016، 113).

تحصل الشبكية على التروية الدموية من خلال الشريان الشبكي المركزي المتفرع من الشريان العيني، ومنها يتفرع الشريان الشبكي المركزي الى عدة فروع، و هو طبقات و أجزاء الشبكية المختلفة، تعتبر الطبقة الخارجية والنقرة المركزية لا وعائية أي لا توجد بها أوعية دموية لكن تستمد تغذيتها من خلال الإرتشاح من الشعيرات الدموية الموجودة في المشيمة ، وتصب تفرعات شرايين الشبكية في تفرعات الوريد الشبكي المركزي والذي بدوره يصب في الوريد العيني ومن ثم إلى الجيب الكهفي (LAMIREL ، LAVIGNE ،2013)

1-6 القرنية:

هي أحد أجزاء العين لونها شفاف سمكها 1/2% مم وقطرها 12 مم تقريبا. دائرية الشكل ومحدبة وتغطي الجزء الأمامي من العين. ووظيفتها الأساسية تجميع الضوء وتركيزه

على شبكية العين بمساعدة عدسة العين، وأي مشكلة أو اضطراب يصيب القرنية يؤدي إلى ضعف شديد في الإبصار.

تقع في مقدمة العين، بعد القرنية، لا تحتوي على أي أوعية دموية، تحصل على حاجتها من الأكسجين بشكل مباشر من الغذاء والهواء، عن طريق عملية الترشيح من الخلط المائي، وهو عبارة عن محلول مسؤول عن ضغط العين، يملأ الغرفة الأمامية وهي الفراغ بين القرنية والقرنية، والغرفة الخلفية وهي الفراغ بين عدسة العين والقرنية (Jean-Francois ، 2012 ، 2)

1-7 الصلبة:

غنية بألياف الكولاجين تشكل الصلبة خمس أسداس الجدار الخارجي الكرة العين، وتشمل القسم الخلفي منه، وسميت الصلبة لصلابتها الشديدة وهي التي تعطي العين شكلها وقوامها وتحمي محتوياتها من التأثيرات الخارجية، كما تتركز عليها العضلات المحركة للعين، وهي أربع مستقيمت ومنحرفتان. والصلبة مؤلفة من نسيج ليفي أبيض صدفى لماع في الكبار، وتكون ضاربة للزرقة في الصغار لرققتها فتسمح برؤية المشيمية من خلالها. تكون الصلبة ثخينة في الخلف بحدود 1,25 مم وترق في الأمام لتصل إلى 0,05 مم عند خط الاستواء، و 3,0 مم عند ارتكاز العضلات و 0,65 مم عند الحوف ، تتمدى الصلبة في الأمام مع القرنية ، أما في الخلف ففيها ثقب يمر فيه العصب البصري و الأوعية والأعصاب الهدبية القصيرة و الطويلة، وهناك أربعة ثقب خلف خط الاستواء لخروج الأوردة الدوارة ، وفي الأمام قرب الحوف تخترق الصلبة الشرايين الهدبية الأمامية. الصلبة غير موعاة وهي مغطاة بطبقة رقيقة من نسيج مرن تحتوي أوعية دموية تغذي الصلبة وتسمى ما فوق الصلبة. (Le Grand Y;1965.18) الحوف ، هو منطقة الوصل بين الملتحمة والصلبة من جهة، والقرنية من جهة أخرى؛ إذ تتمدى ظهارة القرنية مع ظهارة الملتحمة، ويتداخل نسيج القرنية الشفاف والمنتظم مع ألياف الصلبة الأقل انتظاما، وضمن هذا الوصل قناة شليم التي تفرغ الخلط المائي من الغرفة الأمامية إلى الأوردة ما فوق الصلبة والدوران العام.

1-8 القرنية:

هي الجزء الملون من العين أمام عدسة العين، والوظيفة الرئيسية لقزحية العين هي التحكم بمستوى الضوء الداخل إلى العين، تزيد من العمق البؤري وذلك لتركيز وقوع الجسم على الشبكية وخاصة عند النظر من قريب ، أيضا قطع الزيغ اللوني والكروي الذي يشنت الرؤية ويرهق العين.

وتتكون القزحية من عضلات لا إرادية (دائرية وشعاعية) تنقبض وتتمدد متأثرة بكمية الضوء الساقط على العين وبذلك تتحكم بؤبؤ العين وبكمية ذلك الضوء المسموح بدخولها إلى شبكية العين ، و البؤبؤ أو الحدقة ثقب منتظم الاستدارة متغير الحجم يتوسط القزحية.

و في الضوء الساطع تحفز الالياف العضلية الدائرية في القزحية على الانقباض فيضيق البؤبؤ، أما في الضوء الخافت فان الالياف العضلية الشعاعية تحفز على الانقباض فيتوسع البؤبؤ.

1-9 المشيمة:

غطاء ملتصق بالصلبة، غني بالأوعية الدموية التي تغذي العين، أسود اللون من الوجه الباطني و به ثقب يمر منه العصب البصري ، أما من الأمام فتتسلخ من وراء القرنية لتؤلف القزحية

1-10 العدسة (الجسم البلوري):

تعتبر العدسة من الأوساط الشفافة للعين، وهي جسم شفاف ومرن، محدب الوجهين ويقع بين التجويف الأمامي والخلفي للعين، تتكون العدسة من عدة طبقات من الخلايا المدعوة ألياف العدسة المغلفة بعلبة شفافة و مرنة، بين الألياف و توجد بها خلايا طلائية تستطيع الانقسام منتجة خلايا تكون الياف العدسة، حيث تستطيع أن تتحذب وتتقعر حسب بعد الصورة فضلا لمرونتها.

ثبتت العدسة بواسطة الرباط المعلق الذي يدعى الجسم الهدبي وهو حلقة لنسيج عضلي بين القزحية والمشيمة ومن سطحه تخرج أهداب تحتوي على الياف عضلية ملساء وهي

المسؤولة عن تحب العدسة عند التقدم بالسن تصبح ألياف العدسة الداخلية أدق وأقوى فتتكون نواة العدسة والخلايا حولها تكون قشرة العدسة. كلما كبر العمر تكبر النواة وتضغر القشرة مما يسبب قدرة انخفاض مرونة العدسة وبالتالي تقل قدرتها على التحذب ومعها تقل قدرة العين على الرؤية من قرب (Cibic,2002)

11-1 الجسم الزجاجي :

هو جسم هلامي شفاف شبه كروي يملأ تجويف الجزء الخلفي من كرة العين وتحيط به الشبكية من الخلف، وتقع أمامه العدسة البلورية يتكون الجسم الزجاجي من 99 بالمئة من الماء مكون من السكاكر الرغوية والحامض الهلامي والخلايا الهلامية المتخصصة بحماية الجسم من الجراثيم بالإضافة إلى الكولاجين ، من وظائفه يعطي للعين تماسكها و شكلها تثبيت الشبكية في مكانها ويعتبر دعامة خلفية للعدسة البلورية وسط انكساري شفاف يسمح بمرور الضوء يلعب دورا مهما في عمليات الأيض للشبكية والجسم الهدبي والعدسة (Balazs, 1984)

12-1 الجسم الهدبي:

عبارة عن نتوء حلقي مستدير يحيط و يمسك بالعدسة من خلال الأريطة الهدبية يفصل بما يسمى بالفراغ فوق الهدبي الأطراف الخارجية للجسم الهدبي عن الصلبة ومن وظائفه إفراز السائل المائي من خلال الترشيح الدقيق من خلال منطقة الزوائد الهدبية له دور في عملية التكيف او المطابقة ويحصل الجسم الهدبي على التروية الدموية من خلال الشرايين الهدبية الكبرى (الملوحي، 2016، 108)

13-1 الملتحمة:

غشاء مخاطي شفاف تحتوي على اوعية دموية تغطي السطح الخلفي للجفن ،ثم تتعطف عند القبوة لتغطي القسم الامامي من الصلبة الى المنطقة المحيطة بالقرنية، وتحصل الملتحمة على التروية الدموية من خلال شريان الملتحمة الأمامي المتفرع من الشريان الهدبي قبل اختراق الصلبة، ويصب الدم بعد ذلك في الوريد الجفني العيني، اما الامدادات العصبية فتتم من خلال العصب الدمعي والعصب فوق وتحت البكري والعصب فوق وتحت

الحجاجي والعصب الهدبي للمنطقة المحيطة بالقرنية ، للملتحمة دور مهم في تبطين السطح الخلفي للجفن والسطح الأمامي لصلبة وتحتوي على خلايا كأسية تفرز افرازات مخاطية تعمل على سهولة وانسيابية حركة الجفن العين و وظيفة تغذية الطبقة الاساسية بما تحويه من كريات لمفاوية في نسيجها الضام (الملوحى ،2016، 95)

1-14 الجهاز الدمعي:

هو الجهاز المسؤول عن انتاج الدمع ويتكون الجهاز الدمعي من قسمين الجزء المفرز للدموع ويقوم بإنتاج وافراز الدموع من خلال الغدتين الرئيسة والثانوية، والجزء المصرف الدمع يعمل على تصريف الدموع وتصريفه من العين الى القناة التي تربط العين بالأنف، وتمر عبر عظم الأنف، وتتكون بداية من قناتين صغيرتين طول الواحدة منها 8 مم، ثم يأتي الكيس الدمعي ويبلغ طوله 10 مم، ثم أنبوبة الأنف الدمعية، وطولها 12 مم، وقطر القناة الدمعية يتراوح ما بين 1 مم و حتى 2 مم ووظيفة القناة الدمعية هي تصريف وتميرير الدمع المتكون من الغدة الدمعية في العين الى الأنف . ومعروف أن وظيفة الدمع حماية العين من الجفاف، وعليه فأن وظيفة الغدة الدمعية هي افراز الدمع الذي تأخذ العين الكمية المناسبة منه ، و الزائد من الدمع ينحدر بقوة الجاذبية الأرضية عبر القناة الدمعية الى الأنف ، وفي القناة الدمعية سبعة صمامات تسمح للدمع بالنزول إلى الأنف، ولا تسمح للدمع بالرجوع ، ومن وظائف الدموع زيادة الكفاءة البصرية من خلال صقل سطح القرنية بالطبقة المخاطية وتخليصها من مخلفات الاستقلاب ، تعقيم العين من خلال خميرة الليسوزيم القاتلة للبكتريا وتساعد على ترطيب العين ومنع جفافها وتسهيل عملية تبادل الغازات بين القرنية والهواء الخارجي من خلال الطبقة المائية (Paulsen, 2006،56).

1-15 -عضلات العين:

العضلات المسؤولة عن حركات العين (C.BAMMERT,2005,9):

- العضلة المستقيمة الجانبية تلف العين للخارج النظر الجانبي.
- العضلة المستقيمة الداخلية تلف العين الى الداخل والنظر إلى الأنف.

- العضلة المستقيمة العلوية تلف العين الى الاعلى و للداخل.
- العضلة المستقيمة السفلية تلف العين الى الاسفل وللداخل.
- العضلة المائلة العلوية تلف العين للأسفل وللخارج.
- العضلة العائلة السفلية تلف العين للأعلى وللخارج

إن أي إصابة أو خلل يحدث لعضلات العين، يؤدي إلى اضطراب حركة العين و شكلها ومن بين الخلل الذي يحدث، ارتخاء شللي ويحدث نتيجة لتأثر العصب الدماغي الثالث وهو العصب المحرك للعين والذي يمد العضلة الرافعة الجفنية. وهناك مرض عام يصيب عضلات الجسم بالضعف ومن بينها العضلة الرافعة للجفن، ويسمى هذا المرض مرض الضعف العضلي العام ومن أهم علامات هذا المرض ارتخاء جفن العين، وهناك أيضا ارتخاء العضلات يؤدي الى حول العين (BERROD,2008,7)

1-15 الجفون:

هو غطاء جلدي للعين وظيفته تغطيته و حماية العين من المؤثرات البيئية مثل الرمال المتطايرة والرياح والأشياء البارزة يتكون من جفن علوي وجفن سفلي وهو مهم لأنه منع وتنظيف العين من خلال نشر الدموع في العين والتي تحتوي على مواد قاتلة للميكروبات وحماية العين من التعب إذ انه يغلق بين الحين والآخر كما أنه يكون مغلقا أثناء النوم

1-16 الرموش :

هي عبارة عن عضيات حسية موجودة في الخلايا حقيقية النواة، ولها نوعان: الأهداب المتحركة، والأهداب الأولية أو غير المتحركة، مع وجود اختلافات من حيث الوظيفة والحجم حيث إن الهدب الموجود على العين (الرموش) يتبع للأهداب غير المتحركة أي الأولية ؛ حيث يصل الجزء الخارجي من العصي مع الخلية من خلال هدب أولي متخصص، ويوجد هدب أولي واحد في كل خلية. إن الأهداب لها وظيفة متكاملة مع الجفون وكذلك الدموع ؛ حيث إن الأهداب تعمل على تصفية الهواء الداخل على العين من الأتربة والأوساخ التي قد تعرضها للمشاكل والأمراض مثل الالتهابات، وإذا تسربت بعض الأتربة من هدب العين تقوم

الدموع بتنقية العين وكذلك الجفون التي تحمي العين من الشوائب الأكبر حجما التي لا تستطيع الأهداب مقاومتها. وتتميز الأهداب بأنها تتوقف عند طول معين، وإذا تعرضت للسقوط تستطيع النمو مرة أخرى.

17-1 ضغط العين :

السائل المائي عبارة عن بلازما الدم الخالية من البروتين مع نسبة عالية من حمض اللبن وكلوريد الصوديوم ويساعد على الحفاظ على شكل كرة العين تحت ضغط ثابت يتراوح بين 10 إلى 21 مم زئبقي ويزداد صباحا ويقل مساء ، ويؤدي الخلل في افراز او تصريف السائل الى تغير في ضغط العين وهذا السائل موجود في الخزانة الأمامية بين القرنية والقرنية والخزانة الخلفية بين القرنية والعدسة ويتم ضبط هذا السائل بشكل ثابت (الملوحي، 2016، 109)

18-1 العصب البصري:

هو العصب الدماغى الثانى ، والذي ينشأ من تجمع محاور الخلايا العقدية الشبكية (الألياف العصبية) ويبدأ عند الصفيحة الغربالية للشبكية وينتهي عند التصالب البصري ويبلغ طوله 5 سم تقريبا ، يخترق كرة العين من قسمها الخلفى ثم يتجه العصب البصري نحو الخلف ويدخل جوف القحف عبر القسم الخلفى لمحجر العين من خلال فتحة العصب البصري ثم يلتقي بنظيره من العين الأخرى ويتقاطع معه جزئيا في منطقة التصالب البصري حيث يكون الجانب الانسى من العصب البصري لكل عين عند وصوله منطقة التصالب يتقاطع ليشكل الجانب الأنسى للعين الأخرى أما الجانب الوحشى فيستمر كما هو ويستقر هذا التقاطع على الحاجز النخامى المغطى للغدة النخامية وبعد منطقة التصالب البصري يستمر كل فرع على استقامته ويسمى بالمسار البصري الى أن يبلغ المنطقة البصرية من الدماغ في المنطقة 17 وهي منطقة الرؤية الحسية البصرية وفي المنطقة 18 و 19 وهي منطقتا الرؤية النفسية البصرية حيث يعطى التفسير للتببيه البصري وينقسم الى : الجزء

داخل العين و جزء داخل الحجاج و جزء داخل الثقب البصري و جزء داخل الجمجمة
وتختلف تروية الدموية للعصب البصري باختلاف أجزائه، وهناك العصب المحرك للعين
الثالث و العصب البكري الرابع ، والعصب المبعد السادس (Trobe JD,2001,15)

3-آلية الإبصار:

ترد المزيد من المعلومات عن العالم الخارجي إلى أجسامنا بواسطة العينين أكثر مما
يأتينا عن طريق كل الحواس الأخرى مجتمعة، من خلال الصور والكلمات المكتوبة على
الورق والمشاهد الحقيقية وأيضا المعروضة على الشاشات.

يقع الضوء الصادر من الجسم المرئي على العين، يكيف البؤبؤ نفسه لتنظيم دخول
الأشعة الضوئية للعين التي تسقط على الشبكية، فتعمل على إثارة المستقبلات أي الخلايا
العصوية و المخروطية، فتحول الضوء إلى جهد في العصب البصري، الذي يتكون من
ثلاث عصبونات، تصل المستقبلات بقشرة الدماغ، مرة بالأجزاء السبعة التالية:

1 - الشبكية:

تتصل المستقبلات بالخلايا الثنائية التي هي عبارة عن العصبون الأول، وتتشابك حول
الخلايا العقدية التي تشكل العصبون الثاني، ومحاور الخلايا العقدية تشكل العصب
البصري، وتتكون الصورة مقلوبة.

2- العصب البصري:

ويتكون من مليون محور من محاور الخلايا العقدية، وهو غير محاط بغمد، فلا يتجدد
إذا أصيب بعطب، ويمتد حتى التصالب البصري.

3- التصالب البصري:

الألياف البصرية الصدىية من العصب البصري تمر في نفس الجهة. أما الألياف من
جهة الإنسية فتقطع إلى الجهة المعاكسة، مكونة تقاطعة، أو تصالبة مع الألياف الإنسية من
الجهة الأخرى.

4- الحزمة البصرية :

تمتد إلى الجسم الركبي الجانبي، وتشمل الألياف الصغية غير المتقاطعة والألياف الإنسانية المتقاطعة والقادمة من الجهة المعاكسة.

5- الجسم الركبي الجانبي:

وهو جزء من النواة المهاد الخلفي.

6- الإشعاعات البصرية:

تصدر عن الجسم الركبي الجانبي وتمر من الجزء الخلفي للمحفظة الداخلية وتنتهي في منطقة الرؤيا الحقيقة رقم 17 التي ترى الأشياء دون فهم معانيها، وترى الألوان وتجمع الصورتين في صورة واحدة، وتحدد مكان الجسم المرئي، وتعديل وضعية الصورة المقلوقة.

7- القشرة البصرية :

وتقع في الفص القذالي، وتتألف من مناطق هي رقم 17 السابقة الذكر و 18، 19 وهما مركزا الرؤيا العليا، فتعطيان الرؤية معانيها، فتفهم معاني الكلمات المكتوبة، وتربط الألوان بالأشياء. عندما يسقط الضوء على خلية عصبية يتغير شكل الرتينال ويفقد إتصاله بجزيء الأوبسين، ونتيجة لذلك يفتح الأوبسين ويخرج طاقة، هذا التفاعل يشبه الزمبرك (الرقاص) (الأوبسين) الذي يمسك الرتينال، هذا التغيير في الرودوبسين يؤدي إلى رد في الخلية العصرية ويترك الرتينال الرودوبسين، ولإعادة الربط يلزم طاقة . ATP إنتاج الرتينال في الخلايا العصبية يحتاج إلى فيتامين أ، ونقص فيتامين أ يؤدي إلى العشى الليلي. تتشابك الخلايا العصبية والمخروطية مع الخلايا الثنائية للشبكية، وهذا الترتيب يتيح تركيز الصورة المعينة. الخلايا الثنائية والأفقية تتشابك مع خلايا العقد التي تتحني محاورها في الجهة الخلفية للعين لتشكل العصب البصري تلتقط العين الضوء على هيئة أشعة ، مختلفة الألوان والسطوع، وتنتج أنماطاً من إشارات عصبية بالغة الصغر ترسل إلى الدماغ (Malet F، 2009)

4- الأنواع المختلفة للإعاقة البصرية:

يقسم العديد من الاختصاصيين الأشخاص المعاقين بصريا إلى مجموعتين هما:

ضعف البصر low Vision :

والشخص ضعيف البصر يستطيع استخدام الابصار لأغراض التعلم إلا أن إعاقته البصرية تتداخل مع القدرات الوظيفية اليومية.

الكف البصري Blidness :

ويعني أن الشخص يستخدم السمع واللمس للتعلم ولا يوجد لديه استعمال وظيفي للإبصار.

وهناك تصنيفات أخرى للإعاقة البصرية وفقا للعمر عند الإصابة هما:

المكفوف خلقيا Congenitally Blind :

ويظهر عند الولادة أو خلال الطفولة المبكرة.

المكتسب Adventiously Blind :

ويظهر هذا بعد سن عامين وهذا التصنيف يعتبر في غاية الأهمية لأن الأفراد الذين يفقدون بصرهم بعد عامين يتذكروا بعض الصور الخاصة بالأشياء أو الأجسام أو كيف تبدو. وهناك تصنيفا اخر للمكفوفين وهو:

المكفوفين قانونيا Legaiy Blind :

فعلى الرغم من التوجيهات باتجاه التعريفات الوظيفية للإعاقة البصرية ورغم أن حقيقة العديد من الأفراد الذين يحققون معايير تصنيف المكفوف قانونيا يستعملون الطباعة للقراءة ويكتسبون المعلومات ,فإن هذا التصنيف لازال قائما, والمعيار هو حدة الإبصار مركزية مقدارها 20/200 أو أقل في العين الأفضل وبعد إجراء أفضل تصحيح ممكن أو أن قطر المجال البصري لا يلائم الزاوية أكثر من 20 درجة في أفضل نقطة اتساع ممكنة (Smith,2004)

5- أسباب الإعاقات البصرية:

لأن أجزاء كثيرة من العين والدماغ يجب أن تعمل مع بعضها حتى نتمكن من الرؤية السليمة فإنه توجد العديد من الطرق التي تسبب الإعاقة البصرية وتوجد أسباب كثيرة كآمنة وراء تلف جزء أو أكثر من الجهاز البصري، وفي العموم فإن الإعاقة البصرية تنتج من واحدة من ثلاث أسباب رئيسية:

الإعاقات البنيوية Structural Impairments :

تلف واحدة أو أكثر من أجزاء العين.

أخطاء الإنكسار Refractive Errors :

عدم قدرة العين على التركيز بحدّة الخيالات أو الصور خلف الشبكية.

القصور البصري القشري Cortical Visual Impairments :

والتي تنتج عن تلف جزء من الدماغ الذي يفسر المعلومات البصرية.

وفيما يلي أكثر الأنواع شيوعاً:

الماء الأزرق:

يعرف بأنه ضبابية العدسة البلورية للعين والذي يظهر على شكل ابصار معتم أو غير واضح، وقد يسبب الماء الأزرق حمقة أو هالة في الأضواء الساطعة أو التغيير في الألوان وقد يصيب كلا العينين، والشخص الذي يعاني من هذه الحالة فقد يظهر مجالات بصرية غير شفافة مخلوطة بمجالات واضحة وذلك ضمن نفس العين .

وتظهر ضبابية العدسة بشكل اعتيادي بطيء وقد يأخذ سنوات ليتطور ويدفع بصاحبه لإجراء جراحة خاصة له ومعظم حالاته تظهر مع العمر وقد ينتج عن البيئة أو الوراثة أو التغذية .

الجلوكوما:

حالة مرضية للعين تنتج عن زيادة الضغط داخل مقلة العين وغالبا تكون سبب في كف البصر فمع زيادة الضغط فإن العدسة تدفع الرطوبة الزجاجية لتتلف نيرونات الشبكية، ويبدأ

إتلاف الشبكية بشكل محيطي وإذا لم يعالج فإنه ينتقل إلى المركز, ومن الملاحظ أن الجلاكوما تعالج إذا اكتشفت وعولجت مبكر (Bhatnagar & Andy1994,Neer,1995).

العمش:

مصطلح مشتق من الكلمة الإغريقية Dullness والذي يعني أصمية الإبصار أو ما يعرف بالعين الكسولة Lazy eye والعمش يعود إلى إعاقة بصرية ناتجة عن قمع الخيال أو الصورة عن عين واحدة, ومن المهم أن نأخذ بعين الاعتبار بأن العمش ليس العين الجواله ولكنها تنتج عن العين التي تدور أو تتجول.

الحول:

مصطلح يشير إلى تقاطع تصالب الأعين أو فقدان اصطفاها, وقد استخدمت عدة مصطلحات في اللغة الإنجليزية لوصف هذه الحالة مثل Cross-eyed, Cock-eyed, Wall-eyed والعين في هذه الحالة قد تتقارب نحو الداخل أو تتباعد نحو الخارج أو قد تكون للأعلى أو الأدنى كما هو الحال في الحول الرأسي. والحالة التي تتحرك بها الأعين للداخل باتجاه بعضها البعض تسمى بالانحراف الداخلي وعندما تدار عين واحدة للداخل فإن هذا يسمى حول متقارب داخلي, والحالة التي تدار ربهما العين للخارج تسمى الانحراف الخارجي, وعندما تدار عين واحدة للخارج يسمى حول للخارج, والعين التي تدار للأعلى هي مثال حالة الحول الفوقاني للخارج, والعين التي تدار للأسفل مثال على حالة الحول السفلي (Sardegnna and Paul,1991)

اعتلال الشبكية الناتج عن الخداج :

هو حالة تؤدي إلى فقدان البصر أو كف البصر لدى الأطفال الرضع المولدون بحالة الخداج وكما هو واضح من الاسم فإن السبب يكون إتلاف الشبكية, في العادة الأوعية الدموية للشبكية يكتمل نموها مع بلوغ الطفل سن 9 شهور.

الرأفة:

مصطلح استخدم لوصف حركة العين غير الإرادية, فقد تتحرك العين رأسيا أو أفقيا أو في دوائر أو قد تكون حركة العين جامعة لكل هذه الأنواع الثلاث, وتؤدي الرأفة إلى

مشكلات في التركيز والبصر غير الواضح . قد تكون الرؤية موروثية أو خلقية أو مكتسبة كنتيجة لاضطراب آخر.

البهق:

حالة صحية موروثية لفقدان الصبغة pigment في كل الجسم أو جزء منه حيث تؤثر على جلد وشعر وأعين الفرد المصاب .يوجد نوعان البهق الجلدي المقلي والبهق المقلي.

ضمور العصب البصري:

هو فقدان أنسجة العصب في القرص البصري وهو المكان الذي يربط العصب البصري بالعين والقرص البصري غير مرئي ويناظر البقعة العمياء في العين ويؤدي ضمور العصب البصري إلى فقدان المجال البصري (sardegna and paul.1991).

أخطاء الإنكسار:

تعود الى مشكلات انكسار الضوء من القرنية والعدسة إلى الشبكية وهي قابلة للتصحيح من خلال النظارات الطبية والعدسات اللاصقة, وتؤدي إلى إضرار غير واضح واجهاد بصري وصداع(bhatnagar and andy.1995).

قصر النظر:

يؤدي قصر النظر إلى رؤية الخيال عن بعد بشكل غير واضح وهذا ينتج بسبب أن مقلة العين طويلة جدا من المقدمة إلى الخلف وبالتالي يؤدي بالأشعة الضوئية أن تكون مركزة في مقدمة الشبكية بدلا من أن يكون عليها (souder.2004).

طول النظر:

يؤدي طول النظر إلى إجهاد العين ورؤية غير واضحة في المسافات القريبة وهذه الحالة تنتج بسبب أن مقلة العين قصيرة جدا من المقدمة إلى الخلف والأشعة لا تركز على الشبكية بالوقت المطلوب (souder.2004).

-طرق التشخيص:

أما بالنسبة لاستخدام الأدوات والمقاييس في تشخيص الإعاقة البصرية فيعتبر استخدام طريقة لوحة سنلن Snellenchart من الطرق التقليدية التي تستخدم في قياس وتشخيص الإعاقة البصرية وهذه اللوحة تتكون من ثمانية صفوف من الحروف ويطلب من المفحوص أن يحدد اتجاه فتحة الحروف المشار إليها من قبل الفاحص هل اتجاه الفتحة إلى أعلى أم أسفل أو يسارا أم يمينا ويقف الفرد عاد على مسافة 6 أمتار وإذا استطاع الفرد أن يجتاز بنجاح اتجاه صف الحرف الثامن من مسافة 6 أمتار فإننا نستطيع القول أن نتيجة الفرد في الإبصار هي 6/6

ولقد وجهت انتقادات عديدة لهذه الطريقة، ومنها صعوبة تقدير مدى الإعاقة البصرية وصعوبة استخدامها مع الأشخاص الغير المتعلمين، بسبب صعوبة فهم التعليمات لذلك فقد ظهرت هناك بعض المقاييس المتطورة التي تستخدم لقياس النظر و الإعاقة البصرية ومنها:
مقياس فروستج للإدراك البصري:

Forsting Developmental Test of Visual Perception

يعتبر هذا المقياس من المقاييس الرئيسية لذوي صعوبات التعلم وذوي الإعاقات البصرية الجزئية، ويصلح للأفراد من (3 - 8) سنوات، ويمكن استخدامه بطريقة فردية/جماعية ويقيس هذا الاختبار جوانب محددة متصلة بالإدراك البصري ويتألف من (57) فقرة موزعة على الاختبارات الفرعية التالية :

1/ اختبار تآزر العين مع الحركة : EyeHand coortion subtest :

يقيس هذا الاختبار قدرة الشخص على رسم خط مستقيم أو منحنى أو رسم زوايا ذات أبعاد مختلفة دون توجيه من الفاحص ويتكون من (16) فقرة.

2/ اختبار الشكل والأرضية Figure - Ground subtest :

يقيس هذا الاختبار قدرة الطالب البصرية على إدراك الأشكال على أرضيات متزايدة في التعقيد، ويتألف من (8) فقرات.

3/ اختبار ثبات الشكل : Constancy of shap subtest :

يقيس هذا الاختبار قدرة الطالب في التعرف على أشكال هندسية معينة، تظهر بأحجام مختلفة وبفروق دقيقة، وفق سياق أو نسب معينة وفي مواقع مختلفة، ويستخدم للتمييز بين الأشكال الهندسية المتشابهة (دوائر مربعات، مستطيلات، أشكال بيضاوية، متوازيات أضلاع) ويتألف من (19) فقرة. (الروسان، 2000، 87).

- اختبار الوضع في الفراغ: Position IN space subtest

يقيس هذا الاختبار قدرة الطالب على تمييز الانعكاسات والتعاقب في الأشكال التي تظهر بتسلسل وتستخدم رسوم تخطيطية تمثل موضوعات عامة ويتألف من (8) فقرات.

- اختبار العلاقات المكانية: special Relations subtest

يقيس قدرة الطالب على تحليل النماذج والأشكال البسيطة التي تشتمل على خطوط مختلفة الأطوال والزوايا، إذ يطلب من المفحوص نسخها أو تقليدها باستخدام التنقيط ويتألف من ثمانية فقرات (عبد الهادي، 2000، 87)

خلاصة :

إن حاسة البصر نافذة مفتوحة على العالم الخارج تستدخل من خلالها كل المثيرات البيئية لممارسة الحياة بكل أطرها فالعين من حيث تركيبها عضو حساس ودقيق ومن الناحية البنيوية ومن الناحية التشريحية العصبية لكن قد تعصف بها أمراض مؤدية إلى حدوث قصور أو عجز هذه الحاسة حدث ما يسمى العمى الكلي او العمى الجزئي لذلك تناول العلماء طرق تشخيص الإعاقة البصرية معتمدين في ذلك على مجال الرؤية.

الجانب الميداني

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد.

1-المنهج المستخدم في الدراسة.

2-الدراسة الاستطلاعية.

3-وصف الأداة المستخدمة في الدراسة وخصائصها السيكومترية.

4-الدراسة الأساسية.

5- الأساليب الإحصائية المستخدمة.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يتبنى الباحث خطوات منهجية دقيقة ومنظمة يركز فيها على كل الجوانب التي توصلنا للإجابة عن تساؤلات دراستنا واكتشاف الحقائق التي تحيط بموضوع الدراسة، وتعمل على إثبات فرضياتها، وذلك لا يتأتى إلا بالعمل الحثيث بشكل تطبيقي وميداني بمحاولة قياس وتحليل ظاهرة موضوع الدراسة وفق المنهج الملائم، التي على أساسها صيغة كل من إشكالية الدراسة، وفرضياتها، ومفاهيمها .

1-منهج الدراسة:

إن طبيعة البحث ومتغيرات الدراسة هي التي تحدد المنهج المتبع وبما أن موضوع الدراسة هو الاكتتاب لدى المراهق المعاق بصريا، فإن المنهج الملائم هو المنهج الوصفي الاستكشافي حيث يعتبر هذا المنهج الوسيلة التي تقوم بالتحقق من وجود الظاهرة من عدمها.

- كما يعرف سكينس المنهج الوصفي: هو المنهج الذي يهتم بجمع وتلخيص الحقائق الحاضرة المرتبطة بمجموعة من الظروف أو من الظواهر التي يمكن أن يرغب الشخص في دراستها (ابراهيم، 2000، 125)

- أما المنهج الوصفي الاستكشافي: فهو ذلك النوع من البحوث الذي يتم بواسطته استجواب جميع أفراد مجتمع البحث أو عينة كبيرة منهم ،وذلك بهدف وصف الظاهرة المدروسة من حيث طبيعتها ودرجة وجودها فقط دون أن يتجاوز ذلك دراسة العلاقة أو استنتاج الأسباب (عبير نجد، 2007، ON LINE)

إذن فالهدف من المنهج الوصفي الاستكشافي دراسة الظاهرة أو موضوع الدراسة كما هو عليه في الواقع قصد التعرف على حقيقة وجودها.

2-الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية استكشافية وهي من أهم المراحل في البحث العلمي نظرا لارتباطها المباشر بالميدان مما يضيف الموضوعية على الدراسة، وهي اللبنة الأولى للدراسة

الميدانية وبناءا على التجربة الاستطلاعية التي تستهدف التعرف على المشكلة فقط وتكون الحاجة إلى هذا النوع من الدراسة عندما تكون المشكلة جديدة، أو تكون المعلومات عنها ضئيلة وعادة ما تكون هذه الدراسة تمهيدا لدراسات أخرى تسعى لإيجاد حل لمشكلة (جلبي، 1999، 150).

1.2. الهدف من الدراسة الاستطلاعية:

كان الهدف من الدراسة الاستطلاعية في البحث الحالي هو استكشاف ميدان الدراسة والتعرف على كيفية التعامل مع المعاقين بصريا، ومدى إمكانية تطبيق مقياس الاكتئاب عليهم.

قامت الباحثة قبل الشروع الفعلي للدراسة الأساسية التي دامت أكثر من شهرين، نظرا لصعوبة إيجاد العينة من حيث تحديد السن، ومن حيث تصنيف الإعاقة كلية أو جزئية رغم محاولة الباحثة في استكشاف الحالات المعنية بالدراسة في كل من المستشفى الجزائري الكوبي بورقلة والمستشفى الجزائري الكوبي بالوادي وبعض العيادات الاستشفائية الخاصة بجراحة العيون.

لكن وحسب تصريح الأطباء، تفتقر هذه العيادات لأقسام خاصة بتكفل بجراحة العيون وتحدد نوع الإعاقة بشكل كاف كما أن فئة المراهقين أقل ترددا لهذه العيادات الأمر الذي صعب من مهمة الباحثة في دراسة المراهقين المعاقين بصريا، ارتأت الباحثة الاستعانة ببعض الجمعيات الخيرية كجمعية الصابر ينال لذوي الاحتياجات الخاصة وجمعية العصا البيضاء بورقلة ومن خلال ذلك استطاعت الباحثة الولوج إلى مؤسسات متخصصة بتكفل المعاقين بصريا، مثل المعاقين سمعيا والمعاقين بصريا بمساعدة مدير المؤسسة السيد إبراهيم طيب إضافة رئيس جمعية العصا البيضاء السيد أسامة باش إضافة إلى جامعة قاصدي مرباح وتحديدا إقامة سالم بن يونس بورقلة والمركز الثقافي الإسلامي بمساعدة السيد نصيب زروق معاق بصريا وموظف بالمركز، أما بولاية الوادي قصدت الباحثة مدرسة صغار المكفوفين بالرياح وهناك تم العثور على حالات من فئة المراهقين المعاقين بصريا وحالة

واحدة بعيادة لبعض أفراد العينة تواتي لطب العيون، وقد وزعت الاستبيانات مكتوبة بطريقة Brail للذين يتقنون كتابة بها.

كما قدمت بعض الاستبيانات للمفحوصين بلغة شفوية نظرا لعدم تمكنهم من قراءة هذه الكتابة التي تدرس في مراكز متخصصة وخلال هذه المرحلة استطاعت الباحثة في الأخير أن تستجمع (62) حالة وتعذر على الباحثة تطبيق (3) استبيانات ويعود السبب إلى الرفض المتكرر من الحالات، واستحالة التطبيق رغم تدخل بعض الأخصائيين، الأمر الذي جعل الباحثة تكتفي بـ: (59) مراهقا معاقا بصريا أغلبهم من جنس الذكور، ويعانون من العمى الكلي وتشير الباحثة إلى أنه رغم تفشي جائحة كورونا بالجزائر وتحديدا بالوادي ثم ورقلة إلا أن ذلك لم يمنع الباحثة من تطبيق الاختبار على أفراد العينة، والتواصل معهم بشكل شخصي والاستعانة بالأخصائيين والمربين وحتى الأطباء المختصين في جراحة العيون قصد تحقيق الموضوعية في البحث العلمي لإعطاء أكبر قدر من المصداقية للوصول لهذه الدراسة.

3- وصف الأداة المستخدمة في الدراسة وخصائصها السيكمترية:

تعددت طرائق قياس الاكتئاب وتقديره، من ملاحظة، ومقابلة، ومقياس موضوعية وفنيات اسقاطية ومقاييس فسيولوجية، وما إلى غير ذلك من رأى التعويل على أدوات قياس الاكتئاب اللفظية والاسقاطية التي تتدرج تحت مضلة قياس الاكتئاب النفسي للمرضى السيكيوباتومتري (أبو يزيد، 2001، 143)

القياس النفسي للاكتئاب يتضمن بمفهومه اختبارات ومقاييس موضوعية وقبل استخدامها أو تطبيقها تخضع هاته المقاييس لخطوات متعددة، وتتميز بدرجة عالية من الشدة والاكتئاب حين نقيس بشكل فعلي وجود الاكتئاب وشدته ونعطي معلومات من الحالة حول أعراض الاكتئاب ومن هاته المقاييس ما يكون فيها التطبيق ذاتيا إذ يطلب من المفحوص الإجابة عن أسئلة المقياس ومنها ما يستدعي تدخل الطبيب أو الأخصائي أو الباحث النفسي من خلال توجيه الأسئلة للمفحوص وتسجيل إجاباته، وفي بعض الحالات

التي تعاني من شدة الاكتئاب قد يرفض المفحوص توجيهات الطبيب أو الأخصائي النفسي أو الباحث النفسي ويرفض تماما الإجابة عن بنود المقياس مما يستدعي تأجيل تطبيق الاختبار . ومن هذه المقاييس نجد ما صمم للكشف عن وجود الاكتئاب ومنها ما وضع لقياس شدة ودرجة الاكتئاب ، كما أن هذه المقاييس قد تقدم للمفحوص في شكل مختصر ومفيد أو تكون ذات قوائم طويلة تحتوي أكبر عدد من البنود . وقد اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على مقياس بشير معمره للاكتئاب .

وقد قام الدكتور والباحث بشير معمره بتقنين مقياس ارون بيك للاكتئاب على البيئة الجزائرية وقد تمتع المقياس بدرجة من الصدق والثبات وعليه : ارتأت الباحثة على تناوله كأداة قياس معترف بها لدراسة الاكتئاب لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريا في بيئة جزائرية.

-تعليمية إجراء الاختبار:

تنص التعليمات على أنه عند الإجابة على القائمة ، يطلب من المفحوص أن يضع دائرة حول رقم العبارة التي يختارها من العبارات الأربعة ، سواء كانت 0 أو 1 أو 2 أو 3 بحيث تكون العبارة التي يختارها تصف بطريقة أفضل حالته (مشاعره) خلال الأسبوعين الماضيين بما في ذلك اليوم الذي يجيب فيه عن العبارة ، وإذا تبين للمفحوص أن أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق عليه بصورة متساوية ، يجب أن يضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة ، ويقوم الباحث بجمع الأرقام الواحد والعشرون التي وضع عليها المفحوص دوائر ، فيحصل على الدرجة الخام لكل مفحوص وبهذا تتراوح درجة كل مفحوص نظريا بين الصفر (لا يوجد اكتئاب) و63 (أقصى درجات الاكتئاب) .

طريقة تصحيحه:

أما بالنسبة لطريقة تصحيح القائمة ، فقد سبقت الإشارة إلى أن القائمة تتكون من 21 مجموعة أعراض، ويتكون كل عرض من أربع عبارات (ما عدا المجموعتين اللتين تقيسان تغيرات في نمط النوم وتغيرات في الشهية فإنهما تتكونان من سبع عبارات لكل مجموعة)

تقيس العرض بطريقة متدرجة من لا وجود للعرض إلى وجوده بدرجة مرتفعة وبالتالي توجد أربع درجات في مقابل ذلك متدرجة من صفر (لاوجود للعرض) إلى ثلاث درجات (العرض موجود بدرجة مرتفعة) هكذا :

0-

1-

2-

3-

الخصائص السيكومترية:

الصدق:

يعرف الصدق في مجال البحوث العلمية بأنه صدق اختبار صحة تلك البحوث وفقا للمعايير الخاصة بها وموافقة اكبر قدر ممكن من تلك المعايير لذلك يعد الصدق نسبيا لكل بحث علمي.

وللتأكد من الخصائص السيكومترية للأداة قام بشير معمرية (2010) تطبيقها على عينة تقنين من (998) فردا، من هم (473) ذكورا و(525) اناثا، تراوحت أعمار عينة الذكور بين (18) و(49) سنة، بمتوسط حسابي قدره (26.55) وانحراف معياري قدره (3.66)، وتراوحت اعمار اناث بين(18) و(45) سنة، بمتوسط حسابي قدره (26.80) وانحراف معياري قدره (5.06) ، وتم سحب العينتين "الذكور والاناث " من كليات جامعة الاج لخضر باتنة ، وشملت الطلبة والموظفين والاساتذة، ومن مراكز التكوين المهني والتكوين الشبه طبي بمدينة باتنة.

يتبين من قيم "ت" المتصل عليها 20.48 *** والدالة إحصائيا عند مستوى (0.01) أن القائمة تتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في الاكتئاب، مما يجعلها تتصف بمستوى عال من الصدق لدى الذكور والإناث.

الثبات:

يرتبط معامل ثبات الاختبار بصدقه، ويؤشر انخفاض معامل الثبات الى وجود خلل في الاختبار، ولكن ارتفاعه لا يعني بالضرورة دقة وصدق الاختبار.

قام بشير معمرية (2010) بحساب معاملات الثبات بصريقة الفا لكرونباخ ، كانت النتيجة (0.839) والدالة احصائيا عند مستوى (0.01).

يتبن من معاملات الصدق والثبات التي تم الحصول عليها، أن قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب تتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية، مما يجعلها صالحة للاستعمال بكل اطمئنان، سواء في مجال البحث النفسي أو مجال التشخيص العيادي.

4- الدراسة الأساسية:

1.4. عينة الدراسة الأساسية:

هي مجتمع الدراسة الذي نجمع منه البيانات الميدانية، وهي تعتبر جزء من الكل بمعنى أنه نأخذ مجموعة من الأفراد في المجتمع على أن تكون ممثلة للمجتمع لتجرى عليها الدراسة فالعينة هي جزء معين أو نسبة معينة من أفراد المجتمع الأصلي ثم تعمم نتائج الدراسة على المجتمع كله (مراد ، هادي ، 2002، 197).

وتختار العينة حسب طبيعة البحث في العلوم الإنسانية حيث إذا لم نستطيع دراسة المجموع الكلي للأفراد نقوم باختيار جزء منهم فقط من المتأكد أن الجزء المختار يمثل المجموعة مع العلم أن هذا الجزء من الأفراد هو الذي سيشكل العينة (Angers,2009,41)

كانت العينة قصديه وهم فئة المراهقين المعاقين بصريا ممن يعانون من العمى الكلي أو العمى الجزئي، فعينة الدراسة تضم (48) مراهقا معاق بصريا من ورقلة من بينهم (19) من جنس الإناث و(11) حالة بالوادي من بينهم (6) من جنس الإناث وقد أجريت الدراسة في عدة أماكن من الولايتين سالفتي الذكر وقد تم استعارة الأسماء مع تحديد السن من (16)

إلى (20) سنة والجنس ونوع الإعاقة كلية أو جزئية لضمان سهولة تصنيفها وسرية المعلومات.

2.4. خصائص عينة الدراسة الأساسية:

متغير السن:

اخترنا عامل السن في الدراسة وهم فئة المراهقين الذين تراوحت أعمارهم بين 16 إلى 20 سنة كونهم يتمتعون بخصائص تؤهلهم للاستجابة وفهم بنود مقياس بشير معمرية للاكتئاب لأنه يناسب فئة المراهقين المعاقين بصريا من حيث إعادة كتابة بطريقة أو قراءته شفويا لإجابة على المقياس .

متغير الجنس:

المعنيون بالدراسة هم عينة من المراهقين المعاقين بصريا وقد شملت الدراسة ذكور وإناث المعاقين بصريا، حيث تشكلت العينة من 34 ذكر و 25 أنثى ممن توفرت لديهم الشروط لاختبار العينة .

متغير نوع الإعاقة:

عنيت هذه الدراسة بالبحث في موضوع المراهقين المعاقين بصريا ممن توفرت لديهم الشروط الأساسية كالإعاقة البصرية، حيث شملت الذين يعانون من العمى الكلي (أولئك الذين لا يرون شيئا ويستعينون بمرافق في إدارة شؤونهم) والذين يعانون من العمى الجزئي (الذين يتمتعون برؤية نسبة معينة من الضوء لكنهم لا يتمتعون بالاستقلالية الكافية للقيام بمهامهم).

3.4. إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية:

أعدت الباحثة (62) نسخة من استمارة مقياس بشير معمرية للاكتئاب للمراهقين المعاقين بصريا الذين توفرت فيهم شروط الاختبار ومعرفة الذين لهم Brail القدرة على قراءة الكتابة . من اجل إعداد نسخ خاصة مكتوبة بطريقة برايل ونشير هنا إلى أن الباحثة تحيط علما وخبرة بهذه الطريقة ، ويمكنها قراءة إجابة المفحوصين بسهولة .

قامت الباحثة بتوفير كرسي وطاولة لكل مفحوص والحرص على تحقيق الوضعية المناسبة للجلوس وملائمة لتطبيق الاختبار في أحسن الظروف كان ذلك بمساعدة أخصائيين في علم النفس العيادي ومربين متخصصين في مركز المعاقين سمعيا والذي يضم أيضا فئة المعاقين بصريا والمركز الثقافي الإسلامي بورقلة . قامت الباحثة بعرض نسخ من الاستبيان مكتوبة بطريقة برايل وأخرى طبعت بالخط العادي وقد تم توزيعها حسب اختيار المفحوص مع الأخذ بعين الاعتبار امكانيه من القراءة والكتابة ، أما النسخ العادية التي طبعت بالخط العادي فقد تم قراءتها شفويا وتدوين إجابة المفحوص كتابيا .

أجري الاختبار بشكل فردي كل مفحوص على حدى نظرا لطبيعة أفراد العينة التي تتطلب أخصائي بدور القارئ والکاتب يقوم بدور قارئ السؤال ومدون الإجابة ، وتباعد المسافات بين المفحوصين لتجنب التعلم وتقليد الإجابة.

أما في ولاية الوادي قامت الباحثة بنفس الطريقة في مدرسة صغار المكفوفين بالرباح بالإضافة إلى الحالة التي تناولتها الباحثة بعيادة تواتي لجراحة العيون بالوادي.

بعد إجراء الاختبار على المفحوصين قامت الباحثة بجمع كل النسخ المكتوبة بطريقة برايل والمكتوبة بالخط العادي والتي بلغ عددها (62) نسخة منها (14) نسخة مكتوبة بطريقة برايل، و(48) نسخة عادية، لكن تم إقصاء (3) نسخ لعدم استيفائها للشروط، ليصبح عدد النسخ المتحصل عليها في صورتها النهائية (59) نسخة منها (14) نسخة مكتوبة بطريقة برايل كما طبق الاختبار في ولايتي ورقلة والوادي على (34) ذكر و(25) أنثى من بينهم (26) مراهق معاق بصريا إعاقة جزئية.

5- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

- النسبة المئوية.
- المتوسطات الحسابي.
- الانحراف المعياري.
- اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطات.
- والمعالجة الإحصائية باستعمال spss النسخة 21.

خلاصة:

تضمن هذا الفصل كل المفاهيم التي تتعلق بالجانب المنهجي الإجرائي للدراسة مع إبراز المفاهيم المتعلقة بأدوات الدراسة والمنهج الوصفي استكشافي المعتمد فيها مع ذكر العينة والشروط المتبعة لاختبارها بعد عرض الباحثة لاستطلاعاتها الأولية قبل خوض مجال البحث وكيفية إجراء الدراسة ومن الناحية التطبيقية بشكل منهجي وموضوعي

الفصل السادس

عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد.

- 1- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى.
- 2- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية.
- 3- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة.
- 4- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة.

تمهيد:

بعدما تم عرض الإجراءات المنهجية للدراسة في الفصل السابق، سيتم حالياً التطرق إلى عرض النتائج المتوصل إليها من اختبار فرضيات الدراسة باستخدام الأساليب الإحصائية المعتمدة، وذلك في جداول تم تحليل البيانات الواردة فيها، ويتم العرض حسب ترتيب الفرضيات و قراءة النتائج المتحصل عليها قراءة ملائمة تمكنا من التفسير العلمي للنتائج.

1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

والتي نصها: نتوقع أن يكون مستوى الاكتئاب منخفضاً لدى المراهقين المعاقين بصرياً من خلال استجاباتهم على مقياس الاكتئاب.

للتحقق من هذه الفرضية قامت الباحثة بتحديد مدى مقياس الاكتئاب والذي تراوحت درجاته (أقل ما تحصل عليه المفحوص - أعلى درجة تحصل عليها المفحوص) أي (4 - 38) فكانت قيمة المدى هي (34)، تم تقسيمه إلى ثلاث مستويات متساوية مدى كل مستوى يساوي (11.33) درجة، وعليه تكون درجات المستوى الأول بين (4-15) درجة، أما المستوى الثاني فقد حدد بين (16-27) درجة، بينما انحصرت درجات المستوى الثالث بين (28-38) درجة.

وقامت الباحثة بتوزيع أفراد العينة تبعاً لدرجاتهم في الاكتئاب (الدرجة الكلية) على المستويات الثلاثة، كما هو موضح في الجدول الموالي:

الجدول رقم (01)

يوضح مستويات الاكتئاب لدى أفراد العينة الكلية

النسبة %	المتوسط الحسابي	العدد	مستويات الاكتئاب
38.98 %	11.90	23	منخفض (4-15)
28.81 %	21.23	17	متوسط (16-27)
32.20 %	34.40	19	مرتفع (28-38)
100 %	////	59	المجموع (4-38)

يتضح من خلال الجدول السابق أنه:

- بلغ عدد أفراد العينة الذين تقع درجاتهم ضمن المستوى المنخفض للاكتئاب (23) فردا، وهم يشكلون نسبة (38.98%).
- بلغ عدد أفراد العينة الذين تقع درجاتهم ضمن المستوى المتوسط للاكتئاب (17) فردا، وهم يشكلون نسبة (28.81%).
- بلغ عدد أفراد العينة الذين تقع درجاتهم ضمن المستوى المرتفع للاكتئاب (19) فردا، وهم يشكلون نسبة (32,20%).

وعليه فإن نسبة المراهقين المعاقين بصريا منخفضي الدرجات على مقياس الاكتئاب كانت الأكبر مقارنة بالمستويين المتوسط والمرتفع، وعليه يمكن القول أن الفرضية الأولى تحققت.

تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

والتي نصها: نتوقع أن يكون مستوى الاكتئاب منخفضا لدى المراهقين المعاقين بصريا من خلال استجاباتهم على مقياس الاكتئاب.

حيث تبين من خلال المعالجة الاحصائية للفرضيات وبعد استخراج المتوسط الحسابي ، والانحراف المعياري لمقياس الاكتئاب ، ان المراهق المعاق بصريا لديه نسبة من الاكتئاب ، وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي توصلت تقريبا الى نفس النتائج ، والتي تتفق مع دراسة الباحث Meighen والتي تناول فيها موضوع مفهوم الذات لدى المراهقين المعاقين بصريا حيث شملت العينة 203 مراهقا معاقا بصريا، وقد أوضحت نتائج الدراسة بعد تطبيق اختبار Tenesse of self لمفهوم الذات ، من خلال المقارنة مع المبصرين اي انه يوجد ضعف في شخصية هؤلاء المراهقين واتجاهات سلبية نحو متطلبات الحياة وانتشار القلق والاكتئاب . وانخفاض في مفهوم الذات لدى المعاقين بصريا ، مقارنة بالمبصرين وهذا ناجم عن عدم الثقة في القدرات الشخصية والاعتماد على الاخرين وتعرض

مع دراسة الباحثة سعاد قنيدي 2019 التي توصلت الى ان المراهق المعاق بصريا المتمدرس لديه مستوى متوسط من درجة التوافق النفسي، أي ان التوافق النفسي هو رضا الفرد عن نفسه من اجل توفير الانسجام وتحقيق الاهداف وتقبله لذاته وللآخرين .

كما يرى فرويد في نظرية التحليل النفسي، التي تركز على احداث التوافق النفسي والتي تعني قدرة الفرد على خفض شدة التوتر، وتوفير الحاجات واشباعها وهذه النتائج تتفق بدورها مع دراسة رزيقة جنان والتي اثبتت دراستها لـ: 4 حالات والتي تناولت موضوع الفاعلية الذاتية لأن هؤلاء المراهقين يتسمون بالفاعلية الذاتية المرتفعة ناجمة عن الدعم الاسري والاجتماعي وفي نفس السياق نجد نظرية مارغيريت ميت والتي تنظر الى ان فترة المراهقة لا تمثل ازمة بقدر ماهي فترة تتسم بالهدوء النسبي مقابل العاطفة الشديدة وذلك لان الامر يتوقف على الابعاد الاجتماعية والثقافية للفرد (مرسي، 2002، 34)

ويرى ستانلي هول ان التوافق النفسي لدى المراهق المكفوف يتسم بالشدة والتوتر واعتبرها مرحلة تتميز بالضغوط والعواصف وتولد فيها الشخصية من جديد كونها مرحلة حرجة انتقالية ، وان المراهق انسان تائه غير متزن وسريع الانفعال ولا يمكن التنبؤ بما سيفعله نظرا لتقلباته الانفعالية وعدم استقراره النفسي، وهذا ما يخلق لديه ازمة حتمية ناجمة عن التغيرات الفسيولوجية والبيولوجية، وهذا مايؤدي الى سوء توافقه النفسي وما ينجر عنه من توتر واحباط وقلق ومشكلات وصعوبات اخرى ، وهذا ما يزيد من احتمالية الوقوع في

الاكتئاب

(مرسي، 2002، 34) .

2. الفرضية الثانية:

والتي نصها: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب لدى المراهقين المعاقين بصريا تعزى لمتغير الجنس.

الجدول رقم ()

يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق حسب متغير الجنس إناث ذكور

الدلالة الإحصائية	درجة الحرية	قيمة (ت) المجدولة	قيمة (ت) المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط	ن	المؤشرات الإحصائية
							المتغيرات
0.01	57	2.66	3.12	11,47	25,57	34	المراهقين المعاقين بصريا ذكور
				5,29	17,96	25	المراهقين المعاقين بصريا إناث

يتضح من الجدول السابق أن:

- متوسط درجات المراهقين ذوي الإعاقة البصرية ذكور على مقياس الاكتئاب قدر ب: (25,57) بانحراف معياري قدره (11,47).

- أما متوسط درجات المراهقين ذوي الإعاقة البصرية إناث على مقياس الاكتئاب فقد قدر ب: (17,96) وبانحراف معياري قدره (5.29).

- وكانت قيمة "ت" المحسوبة تساوي (3.12) ، وهي أكبر من قيمة "ت" المجدولة (2.66) بدرجة حرية (57) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0,01).

وبناء على هذه النتائج فإنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين المراهقين ذوي الإعاقة البصرية ذكور والمراهقين ذوي الإعاقة البصرية إناث ولصالح الذكور وعليه نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرضية القائلة بوجود فروق.

تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية :

والتي نصها: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب لدى المراهقين المعاقين

بصريا تعزى لمتغير الجنس.

حيث تبين من خلال المعالجة الاحصائية وبعد استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمقياس الاكتئاب اي ان نسبة الاكتئاب تكون مرتفعة لدى جنس الذكور ، واطهرت الدراسة الحالية ان اغلب المراهقين المعاقين بصريا لديهم بعض العاهات ، والتشوهات الجسمية ونقص الحواس التي تحول بين الفرد واهدافه مما يجعلهم اقل مشاركة مع الاصدقاء خاصة في المجالات الرياضية ، والترفيهية وهذا ما يجعله ينمي لديه الشعور بالنقص والخوف من الاندماج وقد يؤدي الى العزلة والندم والتمركز حول الذات وفي هذا السياق نجد رشاد علي عبد العزيز موسى 1995 تناول موضوع الاعصبة النفسية لدى المعاقين بصريا وقد قام بتعريب استبانة مستشفى ميدل سيكس وطبقها على عينات مبصرة ومعاقة بصريا وقد بينت النتائج ان المعاقين بصريا اكثر قلق وشعورا بالرهاب والوسواس القهري والاعراض السيكوسوماتية والهيستيريا والاكتئاب من المبصرين ، والاناث المعاقات بصريا اكثر قلقا وشعورا بالرهاب والوسواس القهري والاعراض السيكوسوماتية والهيستيريا والاكتئاب من الذكور المعاقين بصريا وقد تحقق الباحث على هذه النتائج بعد تقسيم عينة البحث الى 4 مجموعات ، تكونت الاولى من 30 معاق بصريا والمتوسط الحسابي لاعمارهم 16.57 سنة والثانية من 30 كفيفة والمتوسط الحسابي لاعمارهن 17.02 سنة والثالثة من 30 مبصر والمتوسط الحسابي لاعمارهم 16.41 سنة والرابعة من 30 مبصرة والمتوسط الحسابي لاعمارهن 16.89 سنة وقد تعود نقاط الاختلاف لهذه الدراسة مع الدراسة الحالية الى الاستغلال المحكم لعينة الدراسة وتساوي افرادها عدديا.(رشاد عبد العزيز موسى ، 1995).

3. الفرضية الثالثة:

والتي نصها : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب لدى المراهقين المعاقين بصريا تعزى لمتغير السن

الجدول رقم ()

يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق في درجة الاكتئاب لدى المراهقين المعاقين بصريا حسب

متغير السن

الدلالة الإحصائية	درجة الحرية	قيمة (ت) المجدولة	قيمة (ت) المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط	ن	المؤشرات الإحصائية المتغيرات
غير دال	57	2.00	1.33	11,88	24,15	21	المراهقين المعاقين بصريا بين 16 - 18
				8,69	20,69	38	المراهقين المعاقين بصريا بين 19 - 20

يتضح من خلال الجدول رقم () أن قيمة " ت " المحسوبة (0.14) أكبر من قيمة " ت " المجدولة (2.00) وعليه فإن " ت " غير دالة إحصائياً، عند درجة حرية (57)، ومنه لا توجد فروق بين المراهقين ذوي الإعاقة البصرية في الاكتئاب حسب متغير السن.

تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة :

والتي نصها : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب لدى المراهقين المعاقين بصريا تعزى لمتغير السن.

حيث تبين بعد المعالجة الإحصائية استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمقياس الاكتئاب أي ان الفرضية محققة وان المراهق المعاق بصريا يعاني من الاكتئاب وقد يعود ذلك الى ضعف النشاط الحيوي الناجم عن الاعاقة ، وعدم وجود تفاعل اسري ومدى قدرة الاسرة على تحقيق الامكانيات الضرورية ومدى وعيهم بالمراهق بشكل عام والمراهق المعاق

بصريا بشكل خاص ويتعلق الامر كذلك بمدى تقبل المراهق المعاق بصريا بشكل عام والعالم الخارجي ومدى تكيفه مع هذه الاعاقة وخلوه من المشكلات العضوية وشعوره النفسي تجاهها قدراته وامكانياته وخبراته وتمتعه بحواس سليمة ودرجة عالية من الاتزان في هذه المرحلة العمرية التي تتسم بالحساسية حيث بينت دراسة wagner من المراهق المعاق بصريا يتعرض بنسبة اعلى لسوء التوافق الاجتماعي والشخصي من الاخرين اما الراشدين فتظهر لديهم مشكلات ذات علاقة بالاستقلالية الذاتية .

4. عرض نتائج الفرضية الرابعة:

والتي نصها : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب لدى المراهقين المعاقين بصريا تعزى لمتغير نوع الاعاقة

الجدول رقم ()

يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق في درجة الاكتئاب لدى المراهقين المعاقين بصريا حسب

متغير نوع الإعاقة

المؤشرات المتغيرات الإحصائية	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت) المحسوبة	قيمة (ت) الجدولة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
المراهقين المعاقين إعاقة بصرية كلية	33	22,39	10,76	0.14	2.00	57	غير دال
المراهقين المعاقين إعاقة بصرية جزئية	26	22,00	9,05				

يتضح من خلال الجدول رقم () أن قيمة " ت " المحسوبة (0.14) أكبر من قيمة " ت " الجدولة (2.00) وعليه فإن " ت " غير دالة إحصائياً، عند درجة حرية (57)، ومنه لا توجد فروق بين المراهق

تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة :

والتي نصها : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب لدى المراهقين المعاقين بصريا تعزى لمتغير نوع الاعاقة

حيث بينت المعالجة الاحصائية وبعد استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري انه لا يوجد اكتئاب يتعلق بنوع الاعاقة البصرية(كلية ، وجزئية) حيث اظهرت نتائج الدراسة التي قام بها الباحث فتحي عبد الرحيم ، والتي تناول فيها موضوع اثر فقدان البصر على تكوين مفهوم الذات ، حيث طبق اختبار مفهوم الذات للكبار اعداد عماد الدين اسماعيل على 53معاق بصريا كليا و57معاق جزئيا ، و59من ضعاف البصر ومجموعة ضابطة عددهم 87 من المبصرين ويشار الى انها دراسة مقارنة بين المعاقين بصريا وفئة المبصرين، وقد اثبتت نتائج هذه الدراسة ان المعاقين كليا وجزئيا هم اكثر الناس تقبلا للذات من المبصرين في حين بينت النتائج ان ضعاف البصر اقل المجموعات المستخدمة في البحث تقبلا للذات وان المعاقين بصريا بجميع درجات الاعاقة اقل تقبلا للاخرين من المبصرين ، كما ان المعاقين بصريا اكثر تباعدا من مجموعة المبصرين عن الشخص العادي، وقد تعود الفروقات في النتائج الى طبيعة المنهج المعتمد في الدراسة، والاداة المستخدمة، ومدى فاعليتها، اضافة الى حجم العينة الذي يصنع الفارق .

خلاصة:

تبعاً لنتائج الدراسة، وفي ضوء ما تم عرضه من اطار نظري، ودراسات سابقة، واعتماداً على البيانات الاحصائية، المتحصل عليها من الجانب الميداني، وانطلاقاً من الهدف الأساسي للدراسة وهو التحقق من نسبة الاكتئاب لدى المراهقين المعاقين بصرياً، في مدينتي ورقلة والوادي في البيئة الجزائرية ، حيث توصلت الدراسة إلى نتائج تتمثل في:

. وجود نسبة الاكتئاب مرتفعة في صفوف المراهقين المعاقين بصرياً ، ووجود فروق جنسية حيث ترتفع نسبة الاكتئاب لصالح فئة الذكور، مع عدم وجود فروق في متغيري السن، ونوع الاعاقة، فمثل هذه النتائج، تؤكد ان المعاق بصرياً مثله مثل اي شخص اخر ولكن يجب مراعاة بعض الخصوصيات، والقواعد الاساسية، في طريقة تعامله معه، اذ يتم التعامل معه كما نتعامل مع اي شخص وبشكل طبيعي، وعدم اظهار الشفقة، واللفظ الزائد، والافراط في الحماية ، وكل السلوكات التي تنمي لديه الاتكالية، والاعتماد على الآخر بشكل كلي، فهذا يجعله فرد عاجز، اذ انه لا يختلف بشكل ملحوظ، على المراهق المبصر في القدرة، او الشخصية، فالمراهق المعاق بصرياً يتمتع هو الآخر بكافة الخصائص المتوفرة لدى المراهق المبصر، فلا يوجد سمات تميزهم كمعاقين، فادعم النفسي، والاسري، والاجتماعي ،له تاثير ايجابي، على الواقع النفسي للمراهق المعاق بصرياً، خاصة في فترة المراهقة، ورغم القدرات التي فقدها إلا انه قد يملك امكانات تميزه عن الشخص العادي، خاصة في فترة نمائية حساسة، تشهد تغيرات في النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية، والنمائية، اذ يحاول المراهق المعاق بصرياً في هذه المرحلة تحقيق من التوافق اوالاتزان بينه وبين نفسه، وبينه وبين بيئته، التي تشتمل على كل ما يحيط بالفرد من امكانيات ، ومؤثرات للوصول الى حالة من الاستقرار النفسي، والبدني، والتكيف الاجتماعي إلا أن الفشل في تحقيق كل ذلك قد يوقعه في الاكتئاب اذ ان تجاوز العقبات، والمشكلات، التي تحول بينه وبين اشباع حاجاته، والوصول الى اهدافه تتعلق بقدرة الفرد على مواجهة هذه المشكلات وحلها او تقبلها من خلال التكيف معها، فالمشكلات الحياتية تعد أمراً حتمياً الوقوع، وما يصنع الفارق هو الفشل

في حل هذه المشكلات او عجز الفرد على أن يتعلم تقبلها والعيش معها، مما يتوجب علينا
كاخصائين نفسانيين تصحيح الافكار السلبية وتكثيف العلاج النفسي لصالح هذه الفئة ،
وذلك بالتعاون مع جميع افراد المجتمع

التوصيات والاقتراحات:

- من خلال ما تم تناوله في هذه الدراسة يمكن وضع مجموعة من الاقتراحات، والتي تعود بالفائدة على فئة المراهقين بصريا ، وتكون كالآتي:
- ⊙ الاهتمام بالمراهق بشكل عام والمراهق بصريا بشكل خاص لما تحتويه هذه المرحلة من تغيرات في مختلف الجوانب من خلال حملات التوعية في هذه المرحلة وتنظيم ندوات وملتقيات حول كيفية التخفيف من الضغوطات النفسية ومواجهتها بفعالية.
 - ⊙ إجراء ابحاث علمية، وتكثيف الدراسات في هذا المجال تتناول مجموعة متغيرات تتم دراستها بشكل دقيق وذلك من خلال الشعور بالمشكلة ،وتقنين ادوات البحث وتكييفها على هذه الفئة بالتحديد لقياس الخاصية بشكل دقيق.
 - ⊙ إجراء دراسات تجريبية، ودراسات مقارنة بين فئة المراهقين بصريا والمبصرين تهدف لفهم المراهق المعاق بصريا وكيفية تحقيق الاستراتيجيات التي تناسب المرحلة والاعاقة.
 - ⊙ تكثيف جهود الاخصائيين النفسانيين والاجتماعيين في المؤسسات التي تحضى باستقبال هذه الفئة وذلك لغرض التوجيه ومساعدة أفراد هذه الفئة في حل المشكلات المتعلقة بهم.
 - ⊙ زيادة المدارس المتخصصة التي تعمل على تأهيل المعاقين بصريا، وتعميمها على الدوائر والبلديات، بدل ان تكون حكرا على مركز الولاية فقط.
 - ⊙ الحرص على التكوين الجيد لهذه الفئة من جهة وتكوين المدرسين من جهة أخرى بالافراد الذين لم يحالفهم الحظ في الدراسة، والاهتمام بالجوانب الأخرى ثقافية أو اجتماعية.
 - ⊙ تناول الدراسات العلمية والابحاث للمتغيرات الايجابية والاضاع النفسية والاجتماعية والصحية للمعاقين بصريا والتركيز على جوانب النقص لديه.

المراجع

قائمة المراجع :

- أمل الأحمد(2001): بحوث ودراسات في علم النفس، مؤسسة الرسالة، دمشق.
- أحمد عبد العزيز سلامة(1986): أسس سيكولوجيا الطفولة والمراهقة، مكتبة الفلاح، الكويت.
- أحمد عبد الكريم، محمد أحمد خطاب (2010): الارشاد النفسي والاضطرابات الانفعالية للأطفال والمراهقين، دار الثقافة ، عمان .
- أحمد محمد الزعبي(2001):علم النفس النمو والطفولة والمراهقة، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان.
- أديب محمد الخالدي (2005): مرجع في علم النفس الاكلينيكي للمرضى - الفحص والعلاج، دار وائل للنشر والتوزيع مصر.
- أنور، الحمادي (2013): الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات العقلية
- الثعالبي النيسابوري(د.س): فقه اللغة وسر العربية-الباب الرابع عشر-الفصل الثاني - دار الكتب العلمية.
- الجرجاني علي بن محمد (1983): التعريفات، دار الكتب العربية، لبنان.
- الجوزية ابن القيم (2001): تحفة المودود بأحكام المولود، دار الكتب العصرية لبنان.
- حامد عبد السلام زهران (1995): الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتاب مصر.
- حامد عبد السلام زهران (1995): علم النفس النمو، عالم الكتب للنشر، القاهرة.
- حسين علي فايد (2001): دراسات في الصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، مصر.

- حسين، الملوحى (2016) الموسوعة البصرية لعين الإنسان، الرياض : مكتبة الملك فهد الوطنية.
- خليل ميخائيل معوض (1994): سيكولوجية نمو الطفولة والمراهقة، دار الفكر العربي، مصر.
- الديدي عبد الغني(1995): التحليل النفسي للمراهقة- ظواهر المراهقة وخفاياها- دار الفكر اللبناني، بيروت.
- الروسان، فاروق (2000) سيكولوجية الأطفال غير العاديين دار الفكر، عمان.
- بشير، معمريّة
- زهران حامد (1982): علم النفس النمو الطفولة والمراهقة، عالم الكتب، القاهرة.
- سامر جميل رضوان (2009): علم نفس الأطفال الإكلينيكي نماذج من الاضطرابات النفسية في سن الطفولة والمراهقة، دار الكتاب الجامعي، غزة فلسطين.
- سعد جلال (1985): الطفولة والمراهقة، دار الفكر العربي، الجزائر.
- شيفر ومهان(2008): مشكلات الأطفال المراهقين وأساليب المساعدة فيها، ترجمة نزية حمدي داود، دار المسيرة، الأردن.
- صلاح، مراد فوزية (2000): طرائق البحث العلمي (تعميماتها وإجراءاتها)، دار الكتاب الحديث، الكويت .
- طه، عبد العظيم حسين (2007): العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقاته ، دار الوفاء الدنيا للطباعة والنشر، مصر.
- عادل عبد الله محمد (2004): الاعاقة الحسية، دار الرشد، القاهرة.
- عبد الرحمان السيد (2001): سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (المفهوم والفئات) مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- عبد الرحمان الوافية (2008): الإنسان من الطفولة إلى الزواج، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر.

- عبد الرحمان سيد سليمان (2001): سيكولوجية ذوو الحاجات الخاصة:ذوو الحاجات الخاصة (المفهوم والفئات)، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- عبد الرزاق جلبي (1999): تصميم البحث الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
- عبد الستار ابراهيم (1998): الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه، عالم المعرفة، الكويت.
- عبد المطلب أمين القريطي (2005): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، دار الفكر العربي، القاهرة
- عبد المنعم عبد القادر ميلاد(2008): تنمية القدرات الإبداعية عند الطفل، مؤسسة الشباب الجامعية.
- عبير، نجد (2007) ON LINE
- فهمي مصطفى،(ب.س): سيكولوجيا الطفولة والمراهقة، مكتبة دار مصر للطباعة، القاهرة.
- قناوي هدى (1992): سيكولوجيا المراهقة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- كارول فيتز، باتريك ج شاري(د.س): التغلب على اكتئاب المراهقين (دليل الأبوين)
- لويس ولبرت (2014): الحزن الخبيث، مكتبة قريش أبو ظبي .
- مجدي أحمد محمد عبد الله، (2000): علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية - مصر
- محفوظ محمد جمال(1984): تربية المراهق في المدرسة الإسلامية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر.
- مدحت أبو زيد (2001): الاكتئاب دراسة في السيكوباتومتري، قناة السويس، دار المعرفة الجامعية.

- مروان عبد المجيد ابراهيم،(2000):أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، مؤسسة الوراق، الأردن.
- معوض خليل ميخائيل(1994): سكولوجيا النمو"الطفولة والمراهقة"، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية.
- منتهى مطشر عبد الصاحب (2010): الشعور بالذنب وعلاقته بالاكتئاب، دار الصفاء الاردن.
- منى صبحى الحديدي(1998): مقدمة في الإعاقة البصرية، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
- ميخائيل ابراهيم أسعد (1998): مشكلات الطفولة والمراهقة، دار الجيل بيروت.
- ميخائيل خليل معوض(2000): سيكولوجية الطفولة والمراهقة، دار الفكر مصر.
- نبيل عبد الهادي(2000): بطء التعلم وصعوباتها، دار وائل للنشر، عمان الاردن.
- هبة ضياء إيمان(د.س.): في بيتنا مراهق، دار الطلائع للنشر والتوزيع.
- Balazs EA, Denlinger JL. The vitreous. In: Davson H, editor.(1984) *The eye*. London: Academic Press; p. 533-89
- Angers, Maurice;(2009). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*, 5e ed. ISBN : 978-2-7617-2840
- Bhatnagar,S.and Andy,O.(1995).Neuroscience for study of communicative disorders.Philadelphia.Lippincott Williams & Wilkins.
- C.BAMMERT-PETILLOT .(2005), *Muscles oculomoteur et IRM, thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine* , qualification enophtalmologie
- Christian LAVIGNE & Cédric LAMIREL,(2013) . *Ophthalmologie* . Collège National des Enseignants de Médecine.
- Cibic GW, ed.(2002) *Fundamentals and Principles of Ophthalmology*. Basic and Clinical . San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; Chapter IV: 96-110
- Evelyn Addo, Oluyemisi A. Bamiro and Rodney Siwale.)2016(, *Anatomy of the Eye and Common Diseases Affecting the Eye* - R.T. Addo (ed.), Ocular Drug Delivery- DOI 10.1007/978
- Jean-François Le Gargasson,(2012); *Œil et Physiologie de la Vision – II*. Le Grand Y (1965) *Optique physiologique. La dioptrique de l'oeil et sacorrection. Tome . Paris: Ed Revue d'Optique*.

- Kolb H (1991) *The neural organization of the human retina*. Year Book Inc, St. Louis, pp 25–52.
- Lowenfeld, B. , “**Psychological Problems and Children with Impaired Vision.**” In Cruickshank, W. , ed., *Psychology of Exceptional Children and Youth*. Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall, 1955, pp. 214–83.
- Malet F (2009). *Contactologie. Topographie cornéenne*. Masson. Paris. Rapport de la Société Française d'Ophtalmologie. (pp. 161-185).
- Meighan, T. (1971). **An investigation of the self-concept of blind and visually handicapped adolescents**. New York: American Foundation for the Blind.
- Paulsen F, Berry M (2006) *Mucins and TFF peptides of the tear film and lacrimal apparatus*. *Progr Histochem Cytochem* 41–56
- Sardegna,J.and Paul,T.(1991).encyclopedia of blindness and vision Impairment. New York:Facts on File.
- Smith,D.(2004).introduction to special education :Teaching In an age of opportunity.Boston: Allyn and Bacon.
- Souder,P.(2004). A different way of seeing: Youth visual impairments and blindness.Pennsylvania: Mason Publishers.
- Trobe JD.(2001) *The Neurology of Vision*; New York, NY: OxfordUniversity Press; Chapter13:238-240
- Wagner, Mary. "Youth with disabilities: How are they doing? The first comprehensive report from the National Longitudinal Transition Study of Special Education Students." (1991).

الملاحق

الملحق رقم (1)

يمثل مراكز اجراء الدراسة

رقم	اسم المركز	المدينة
1	إقامة سالم بن يونس للاناث	حي النصر ورقلة
2	مركز المعاقين سمعيا	ورقلة
3	عيادة تواتي طليبة لجراحة العيون	حي 400 مسكن الوادي
4	مدرسة صغار المكفوفين	حي الشعانبة الرباح- الوادي
5	المركز الثقافي الاسلامي	طريق غرداية- ورقلة

الملحق رقم (2)
يمثل مقياس بيك

مقياس بيك للاكتئاب

أماجدة الشهري - أنوف الشريف

مقياس (B.D.I)

الاسم: تاريخ الميلاد: يوم / شهر / سنة
المستوى التعليمي: تاريخ اليوم:
الحالة الاجتماعية: متزوج أعزب مطلق
المهنة: مستشفى/عيادة:
الدرجة:
التصنيف:

تعليمات

في هذه الكراسة إحدى وعشرون مجموعة من العبارات، الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حده، وستجد أن كل أربع منها تتناول موضوعا معيناً اختر عبارة واحدة ترى أنها تصف حالتك ومشاعرك خلال هذا الأسبوع، ثم ضع دائرة حول رقم العبارة التي تختارها (٠ أو ١ أو ٢ أو ٣).

تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قراءة جيدة قبل أن تختار واحدة منها، وتأكد إنك أحببت على كل مجموعة.

أولاً/

- ٠- لا أشعر بالحزن.
- ١- أشعر بالحزن.
- ٢- أشعر بالحزن طوال الوقت، ولا أستطيع أن أتخلص منه.
- ٣- أنني حزين بدرجة لا أستطيع تحملها.

ثانياً/

- ٠- لست متشائماً بالنسبة للمستقبل.
- ١- أشعر بتشاؤم بالنسبة للمستقبل.
- ٢- أشعر بأنه ليس هناك شيء يشدني للمستقبل.
- ٣- أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن.

ثالثاً/

- ٠- لا أشعر بأنني فاشل.
- ١- أشعر أنني فشلت أكثر من المعتاد.
- ٢- عندما انظر إلى ما مضى من سنوات عمري فأنا لا أرى سوى الفشل الذريع.
- ٣- أشعر بأنني شخص فاشل تماماً.

رابعاً/

- ٠- استمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل.
- ١- لا استمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه.
- ٢- لم أعد احصل على استمتاع حقيقي في أي شيء في الحياة.
- ٣- لا استمتع إطلاقاً بأي شيء في الحياة.

خامساً/

- ٠- لا أشعر بالذنب.
- ١- أشعر بأنني قد أكون مذنباً.
- ٢- أشعر بشعور عميق بالذنب في أغلب الأوقات.
- ٣- أشعر بالذنب بصفة عامة.

سادساً/

- ٠- لا أشعر بأنني أتلقى عقاباً.
- ١- أشعر بأنني قد أتعرض للعقاب.
- ٢- أتوقع أن أعاقب.
- ٣- أشعر بأنني أتلقى عقاباً.

سابعاً/

- ٠- لا أشعر بعدم الرضا عن نفسي.
- ١- أنا غير راضي عن نفسي.
- ٢- أنا ممتعض من نفسي.
- ٣- أكره نفسي.

ثامناً/

- ٠- لا أشعر بأنني أسوأ من الآخرين.
- ١- أنقد نفسي بسبب ضعفي وأخطائي.
- ٢- ألوم نفسي معظم الوقت على أخطائي.
- ٣- ألوم نفسي على كل شيء سيء يحدث.

تاسعاً/

- ٠- أشعر بضيق من الحياة.
- ١- ليس لي رغبة في الحياة.
- ٢- أصبحت أكره الحياة.
- ٣- أتمنى الموت إذا وجدت فرصة لذلك.

عاشراً/

- ٠- لا أبكي أكثر من المعتاد.
- ١- أبكي الآن أكثر من ذي قبل.
- ٢- أبكي طوال الوقت.
- ٣- لقد كنت قادراً على البكاء فيما مضى ولكنني الآن لا أستطيع البكاء حتى لو كانت لي رغبة في ذلك.

الحادي عشر/

- ٠- لست متوتراً أكثر من ذي قبل.
- ١- أتضايق أو أتوتر بسرعة أكثر من ذي قبل.
- ٢- أشعر بالتوتر كل الوقت.
- ٣- لا أتوتر أبداً من الأشياء التي كانت توترني فيما مضى.

الثاني عشر/

- ٠- لم أفقد الاهتمام بالناس الآخرين.
- ١- إنني أقل اهتماماً بالآخرين مما اعتدت أن أكون.
- ٢- لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.
- ٣- لقد فقدت كل اهتمامي بالناس الآخرين.

الثالث عشر/

- ٠- اتخذ قرارات على نفس المستوى الذي اعتدت عليه.
- ١- لقد توقفت عن اتخاذ القرارات بصورة أكبر مما مضى.
- ٢- أجد صعوبة أكبر في اتخاذ القرارات عما كنت أقوم به.
- ٣- لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات على الإطلاق.

الرابع عشر/

- ٠- لا أشعر أنني أبدو في حالة أسوأ عما اعتدت أن أكون.
- ١- يقلقني أن أبدو أكبر سناً وأقل حيوية.
- ٢- أشعر بأن هناك تغيرات مستديمة في مظهري تجعلني أبدو أقل حيوية.
- ٣- أعتقد أنني أبدو قبيحاً.

الخامس عشر/

- ٠- أستطيع أن أقوم بعملتي كما تعودت.
- ١- أحتاج لجهد كبير لكي أبداً في عمل شيء ما.
- ٢- إن علي أن اضغط على نفسي بشدة لعمل أي شيء.
- ٣- لا أستطيع أن أقوم بعمل أي شيء على الإطلاق.