The Difference in Visual Disabilities between Two Samples from Egypt and Kuwait according to Some Psychological Indicators

Amthal AL-Huwailah
Hanaa A. M. Shuwaikh

Abstract: The study aimed to determine the fegree of variance with respect to satisfaction with life, self-efficacy, depression, and psychological loneliness among a sample of persons with cisual disabilities according to nationality, gender, the cause of visual disability, and history of injury.

In order to verify the hypotheses of the study, a set of questionnaires including the demographic questionnaire, satisfaction with life scale, self-efficacy scale, beck depression inventory, and psychological loneliness scale has been used. After fulfilling the psychometric requirements of the set, data was collected from a sample of: (1) Egyptian group comprising (N = 59) persons with visual disabilities (29 males, 30 females), whose ages ranged from 35 to 42 years, with a mean of 38.43 (SD = 3.45); (2) Kuwaiti group comprising (N = 25) persons with visual disabilities (15 males, 10 females), whose ages ranged from 32 to 50 yeats, with a mean of 32.04 (SD = 5.33).

The findings of the study were as follows: (1) there were significant between the Egyptians and Kuwaitis with visual disabilities in both satisfaction with life and self-efficacy; (2) there were no differences between males and females with visual disabilities in satisfaction with life, self-efficacy, depression, and psychological loneliness; (3) the satisfaction with life and self-efficacy varied according to the cause of visual disability and history of the injury.

Keywords: Satisfaction with life, Self-efficacy, Depression, Psychological loneliness, Visual Disabilities.

دراسة الفروق بين ذوي الإعاقة البصرية في المجتمعين المصري والكويتي في بعض المؤشرات النفسية

أمثال هادي الحويلة(*)
هناء أحمد محمد شويخ(**)

ملخص: تهدف هذه الدراسة إلى توضيح مدى تباين كل من الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من ذوي الإعاقة البصرية في ضوء تباين الجنسية، والنوع، وسبب الإعاقة البصرية، وتاريخ الإصابة. وقد اشتملت أدوات الدراسة على ما يأتي: قائمة البيانات الأولية، واستخبار الرضا عن الحياة، واستخبار الاعتقاد بالكفاءة الذاتية، وقائمة "بك" للاكتئاب، واختبار الوحدة النفسية. وقد تكونت العينة من: (1) مجموعة من ذوي الإعاقة البصرية المصريين، وعددهم (59): (29 ذكراً، و30 أنثى)، ويراوح المدى العمري للعينة بين 35 و 42 سنة، بمتوسط 38,43 سنة، وانحراف معياري 3,45. (2) مجموعة من ذوي الإعاقة البصرية الكويتيين، وعددهم (25): (15 ذكراً، و10 إناث)، ويراوح المدى العمري للعينة بين 32 و 50 سنة، بمتوسط 32,04 سنة، وانحراف معياري 5,33. وكان أهم نتائجها: (1) توجد فروق بين المصريين والكويتيين من ذوي الإعاقة البصرية في كل من الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية. (2) لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث من ذوي الإعاقة البصرية في: الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية. (3) يتباين كل من الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية بتباين سبب الإعاقة البصرية، وتاريخ الإصابة.

المصطلحات الأساسية: الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية، والإعاقة البصرية.

(*) قسم علم النفس، جامعة الكويت. al-huwailah77@gmail.com
(**) قسم علم النفس، جامعة الفيوم. hanaashiwk2000@hotmail.com

مقدمة:

تهدف هذه الدراسة إلى توضيح مدى تباين كل من الرضا عن الحياة (Life-Satisfaction)، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية (Self-Efficacy)، والاكتئاب (Depression)، والشعور بالوحدة النفسية (Lonelines) لدى عينة من ذوي الإعاقة البصرية (Visual Impairment) في ضوء تباين الجنسية، والنوع، وسبب الإعاقة البصرية، وتاريخ الإصابة.

وقد نال مجال الإعاقة والمعوقين بصرياً اهتماماً بالغاً في السنوات الأخيرة سواء من ناحية الدراسة العلمية، أو التقدم التكنولوجي. ويرجع هذا الاهتمام إلى الاقتناع المتزايد في المجتمعات المختلفة بأن المعوقين كغيرهم من أفراد المجتمع لهم الحق في الحياة، وفي النمو بأقصى ما تمكنهم قدراتهم وطاقاتهم، لذلك تطورت أساليب التعامل معهم لكي تقربهم من أسلوب الحياة العادية قدر الإمكان، وإعداد هؤلاء وتأهيلهم لممارسة حياتهم بطريقة طبيعية، ومواكبة ظروف الحياة والتعامل مع مواقفها، ومحاولة توظيف طاقاتهم في مراحلهم العمرية المختلفة (أحمد، 2011).

وتؤثر الإعاقة في الفرد المعوق، وتجعله مُعطلاً في جانب من جوانب شخصيته وذلك تبعاً لنوع الإعاقة. وتتفاوت الآثار الناجمة عن الإعاقة بحسب نوعها وشدتها وزمنها وموضعها، ويعد التوافق النفسي والاجتماعي للفرد من الجوانب التي تتأثر بالإعاقة؛ حيث يبدو هذا التأثير واضحاً في سلوكه وتصرفاته؛ فالشعور بالنقص الناشئ عن القصور العضوي يصبح عاملاً مؤثراً للفرد (العواد، 2007). فالعلاقة تمثل المشكلات النفسية والاجتماعية والاقتصادية والبدنية التي تواجه الفرد بما تسببه له من عدم القدرة على التواصل الاجتماعي، وضعف الكفاءة الذاتية، فيتخذ اتجاهاً سلبياً نحو الذات والحياة (سليمان، 2007). فالفرد المعوق بصرياً تظهر عليه عدة سمات شخصية غير سوية كالانطواء، والميل إلى الانسحابية، والإصابة بالاضطرابات النفسية، وعدم الانتماء، وعدم الشعور بالحرية، والإحساس بعدم القيمة (إبراهيم، 2010). وتعد الإعاقة البصرية من العوامل التي لها انعكاساتها السلبية على شخصية المعوق وقدرته على التكيف مع المجتمع، ومن ثم فإن نظرته لنفسه وقدراته على أساس معتقداته نحو إعاقته ومدى تأثيرها على حياته، كذلك يواجه المعوقون بصرياً كثيراً من الضغوط والتوترات خلال محاولتهم التكيف

والتعايش مع بيئاتهم، وقد يعاني كثير منهم من الضغوط النفسية والاجتماعية والاقتصادية خلال تعاملهم مع أسرهم وأقاربهم وجيرانهم ومؤسسات المجتمع المختلفة (سلامة، 2011: 12). ويبدو أن مستويات الضغوط النفسية التي يعانيها كل الأفراد المعوقين بصرياً تتباين وفقاً لعدة متغيرات، من أهمها: 1- خصائص الفرد من حيث عمره وجنسه وفئة إعاقته وشدتها وخصائصه السلوكية. 2- خصائص الوالدين والأسرة مثل المستوى الاقتصادي والاجتماعي والتعليمي والصفات الشخصية. 3- العوامل الاجتماعية مثل اتجاهات المجتمع نحو الإعاقة والخدمات المتوافرة (الخطيب، وآخرون، 2000: 546).

وتؤثر الإعاقة البصرية بشكل مباشر في إعاقة النمو الاجتماعي للفرد؛ حيث تحد من مشاركته وتفاعلاته مع الآخرين واندماجه في المجتمع؛ مما يؤثر في توافقه الاجتماعي، وعلى مدى اكتسابه المهارات الاجتماعية الضرورية اللازمة لحياته ولتقديره لذاته. كذلك تؤثر بشكل غير مباشر في تكوين شخصيته؛ فهي تشكل اتجاهاته نحو نفسه ونحو الآخرين، ومفهومه لذاته أيضاً (القريطي، 2001؛ الخطيب، والحديدي، 1997). وأرجع كل من "أرنولد" Arnold و"أتكنس" Atkins (1991) المشكلات السلوكية، وخاصة الاجتماعية، إلى الإعاقة، كما أن الإحباط الذي يعانيه الفرد المعوق نتيجة لعدم فهم الآخرين له يؤدي إلى ظهور مشكلات انفعالية أكثر لديه، من بينها السلوك العدواني. وقد لوحظ أن الفرد الذي يتعرض للقسوة والشعور بالرفض والإهمال، والحرمان، وتغيير القائمين بالرعاية عليه – يكون أكثر عدوانية (منصور، 1998: 47–48).

ومن ثم يتضح مدى المعاناة والضغوط والشعور بالمشقة النفسية المترتبة على الإصابة بالإعاقة البصرية، وانعكاس ذلك على سمات شخصية المعوق، وسوء توافقه مع البيئة والمحيطين به، وهذا يُمثل خطوة أساسية لتدني نوعية الحياة. وقد كشفت الدراسات السابقة عن أن أغلب الأفراد من فاقدي البصر لا يعانون سوء التوافق في مجالات الحياة الاجتماعية كالزواج والأسرة، بينما أغلبهم يحدث لديهم سوء توافق في مجالات التعليم، والتوظيف، والحركة. كما وجدت الدراسات أن 51% من هؤلاء الأفراد يصابون باضطراب نفسي؛ مما توصي من خلال ذلك بضرورة إعادة تأهيل هؤلاء الأفراد، وكذلك تعديل نظام الدراسة والتعليم؛ مما يتطلب دمج المجهودات الطبية، والحكومية، وغير الحكومية (Tunde-Ayinmode, 2011).

كذلك فالعلاقة بين فقدان البصر والاكتئاب علاقة مؤكدة، ومن هنا بدأت أهمية البحث حول فعالية التدخلات النفسية؛ حيث وُجد تأثير لفقدان الرؤية في مجالات أربعة، هي: المزاج، ومفهوم الذات، والترابط الاجتماعي، والشعور بالعجز. ومن خلال إخضاع عينة (ن=25) من فاقدي البصر لجلسات الإرشاد النفسي، جاءت النتائج لتدعم أهمية البرامج الإرشادية لتخفيف حدة الضغوط التي يواجهها هؤلاء الأفراد (Thurston, 2010; Vik, 2008). كما أكد تقرير المعهد القومي للمكفوفين (Royal National Institute of Blind People, 2014) أن هؤلاء الأفراد يحتاجون إلى رعاية وإرشاد نفسي ومساندة لإعادة تأهيلهم مع هذا الحدث، ولكنها لاحظت أن هذه الخدمات لا تقدمها سوى 47% من مستشفيات العيون في بريطانيا، والأكثر من ذلك أنها لا تصل إلا إلى 8% من الأفراد الذين فقدوا أبصارهم. وقد أكدت دراسة "جارنيفسكي" وآخرين (Garnefski, Kraaij, De Graaf & Karels, 2010) شيوع الأعراض الاكتئابية بشكل دال بين كل من الأفراد ذوي ضعف البصر، وآبائهم. وأضافت دراسة "يمبولسكاي" وآخرين (Stacey, 2014; Sharma, Richard, Simpson, LoPresti & Schmeler, 2012; Yampolsky, Wittich & Webb, 2008) تدني جودة حياة الأسر التي فيها أبناء من ذوي الإعاقات البصرية.

ويرجع الاهتمام بهذه الفئة المرضية – على وجه الخصوص – إلى شيوع ظهور مؤشرات دالة على تزايد معدلات انتشار الإعاقات الحسية في أنحاء متفرقة من العالم سواء من المجتمعات المتقدمة أو النامية. فعلى المستوى العالمي، تقدر مؤشرات هيئة الصحة العالمية عدد المعوقين، بمن فيهم الصم وفاقدو البصر على مستوى العالم، بنحو "530" مليون فرد (إيمان كاشف، 2004). وتشير الإحصائيات إلى أن هناك ما يزيد على (35) مليون كفيف ونحو (120) مليون ضعيف بصرياً في العالم، وتشير الإحصاءات إلى أن نسبة انتشار العمى تختلف من دولة إلى أخرى، وأن نحو 80% من المعوقين بصرياً يوجدون في دول العالم الثالث. وتزداد نسبة انتشار الإعاقة البصرية مع تقدم العمر، وتزداد في الدول التي تفتقر إلى الرعاية الصحية المناسبة (الروسان، 1998). أما على المستوى المحلي فتذكر الإحصاءات الواردة من المجلس القومي لشؤون الإعاقة بمصر أن عدد إجمالي المعوقين جسدياً وذهنياً – بوجه عام – خمسة عشر مليون فرد حتى عام 2013 (المجلس القومي لشؤون الإعاقة، 2013).

ومع زيادة أعداد المعوقين بصرياً على المستوى العربي بوجه عام، والمصري بوجه خاص، أصبح يسير البحث في هذا المجال في اتجاهين: الاتجاه الأول يركز على تقييم وقياس المتغيرات النفسية وثيقة الصلة بالإعاقة البصرية، أما الاتجاه الثاني فيعنى بالتدخل من خلال تصميم برامج لهذه الفئة تقوم على أهداف متنوعة، وتعتمد على وسائل مختلفة، ومن الأهداف التي تقوم عليها تلك البرامج؛ خفض المشقة النفسية، وتحسين نوعية الحياة لديهم، وزيادة التوافق والتكيف معه...إلخ، ومن الوسائل الشائعة التي تعتمد عليها تلك البرامج في تحقيق هذه الأهداف؛ تدريب هؤلاء المعوقين بصرياً على استخدام بعض إستراتيجيات المواجهة الفعالة، وتنمية اعتقادهم بكفاءتهم الذاتية ودعمها في تدبر ظروف إعاقتهم، وتزويدهم ببعض الأساليب المساعدة على الاسترخاء، وتعديل الأفكار السلبية إلى غير ذلك من الوسائل التي تستند إلى نماذج وأسس ذات أصول نفسية (Keefe & Blumenthal, 2004; Roets-Marken, Draskovic, Zuidema, Graff, Kempen & Vernooij-Dassen, 2014).

مشكلة الدراسة:

من كل ما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة الراهنة في التساؤلات الآتية:

1 – هل توجد فروق دالة إحصائياً بين المصريين والكويتيين من ذوي الإعاقة البصرية في: الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية؟

2 – هل توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث من ذوي الإعاقة البصرية في: الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية؟

3 – هل يتباين كل من الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية بتباين سبب الإعاقة البصرية، وتاريخ الإصابة؟

مفاهيم الدراسة:

1 – مفهوم الإعاقة البصرية:

مصطلح عام يغطي مدى واسعاً من درجات فقدان البصر يراوح بين الكفيف والفقدان الشديد الذي يفقد الشخص معظم خبراته اليومية المتعلقة بالصورة واللون

والشكل، ويحرمه من تكوين الصورة الذهنية عن معظم الأشياء في البيئة، وكما هو معلوم فإن تكوين الصور الذهنية عن الأشياء وخزنها واستدعائها عند الحاجة تعتبر من أهم مقومات عملية التعلم (سالم، 1997).

ويمكن تعريف الإعاقة البصرية بأنها "حالة يفقد الفرد فيها المقدرة على استخدام حاسة البصر بفاعلية بما يؤثر سلباً في أدائه ونموه"، كما يعرفها البعض بأنها "العجز أو الضعف في الجهاز البصري بما يعوق أو يغير الوظائف البصرية الخمس، وهي: البصر المركزي، والبصر المحيطي، والتكيف البصري، والبصر الثنائي، ورؤية الألوان". ويرى "بارجا" Barraga أن الأطفال المعوقين بصرياً هم الأطفال الذين يحتاجون إلى تربية خاصة بسبب مشكلاتهم البصرية؛ الأمر الذي يستدعي إحداث تعديلات خاصة على أساليب التدريس والمناهج ليستطيعوا النجاح تربوياً (خضر والبيلاوي، 2008).

وأشار "بولدوين" Bodwin إلى أن فاقد البصر هو الشخص الذي يعاني من عجز أو نقص في القدرة على الاستجابة للمثيرات البصرية بشكل كلي، ويعزى إلى إصابة شبكية العين أو العصب البصري أو القشرة الدماغية أو مركز الإبصار في المخ (درويش، 2013). وأورد (القريطي، 2001) أن فاقد البصر أو الكفيف هو "الشخص الذي يعجز عن استخدام بصره في الحصول على المعرفة بصورة أكثر تحديداً، ومن ثم فهو لا يستطيع القراءة والكتابة إلا باستخدام طريقة بسبب قصوره البصري الحاد.

ومن ناحية عملية يصنف الأطفال المعوقون بصرياً إلى فئتين: **الفئة الأولى:** فئة المكفوفين، وهي أولئك الذين يستخدمون أصابعهم للقراءة، ويطلق عليها اسم قارئ بيرايل (Braille Readers)، **الفئة الثانية:** فئة المبصرين جزئياً (partially seeing)، وهي أولئك الذين يستخدمون عيونهم للقراءة، ويطلق عليها أيضاً اسم قارئ الكلمات المكبرة (large type readers). أما التعريف الطبي للإعاقة البصرية فهو يعتمد على حدة البصر؛ أي القدرة على التمييز بين الأشكال المختلفة على أبعاد معينة (مثل قراءة أحرف أو أرقام أو رموز أخرى). وعلى وجه التحديد فإن حدة البصر هي قوة الإبصار العادية: 20/20 أو 6/6، وذلك يعني أن الفرد يستطيع قراءة الأحرف على لوحة سنلن على بعد 20 قدماً أو 6 أمتار. فإذا كانت حدة البصر لدى الفرد 200/20 أو دون ذلك فهو مكفوف طبياً. ويميز التربويون

عادة بين المكفوفين والمبصرين جزئياً (ضعاف البصر)؛ حيث يُعرف الكفيف تربوياً بأنه: الشخص الذي فقد قدرته البصرية بالكامل أو الذي يستطيع إدراك الضوء فقط (يفرق بين الليل والنهار)، ولذا فإن عليه الاعتماد على الحواس الأخرى للتعلم، ويتعلم الكفيف القراءة والكتابة عادة عن طريق بيرايل. أما الشخص ضعيف البصر (المبصر جزئياً): فهو شخص لديه حدة بصر أحسن من 20/200، ولكن أقل من 20/70 في العين الأقوى بعد إجراء التصحيح اللازم، ويستخدم البصر بشكل محدود في الظروف الاعتيادية (الحديدي، 1998). وأورد (عسران، 2012) أن فاقد البصر أو الكفيف هو الشخص الذي توافرت فيه شروط معينة، وهي فقد البصر التام، وتقل قوة الإبصار عن 6/60 متراً في العينين أو العين الأقوى بعد العلاج والتصحيح بمعينات بصرية، والقصور في مجال الرؤية؛ بحيث تقل زاوية الرؤية عن 20 درجة، وعدم القدرة على ممارسة عمل ما أو نشاط معين بسبب القصور البصري الحاد، وعدم القدرة على كسب قوته بسبب إعاقته، وعدم القدرة على متابعة البرامج التعليمية العادية المقدمة له إلا عن طريق مطبوعات بيرايل.

أسباب الإعاقة البصرية:

1 – **أسباب ما قبل الولادة:** وهي عوامل وراثية أو إصابة الأم الحامل ببعض الأمراض المعدية مثل الحصبة الألمانية والسفلس.

2 – **أسباب في أثناء عملية الولادة:** وهي نقص الأكسجين والولادة المتعسرة.

3 – **أسباب ما بعد الولادة:** وهي زيادة نسبة الأكسجين المعطى للطفل، والإصابات الناتجة عن الحوادث أو الأمراض التالية: (أ) المياه البيضاء Cataract: تعتيم عدسة العين التدريجي يؤدي إلى صعوبة رؤية الأشياء تدريجياً؛ الأمر الذي يؤدي إلى إعاقة بصرية كلية. (ب) المياه السوداء Glaucoma: تتجمع السوائل داخل العين؛ مما يؤدي إلى تزايد الضغط على كرة العين. (ج) السكري Diabetes: نتيجة الإصابة بمرض السكري ومنه يحدث نقص واضح في كمية السكر اللازمة لخلايا الشبكية، ويؤدي إلى كف البصر تدريجياً. (د) أمراض الشبكية Retain Disorders: أو انفصال الشبكية أو صعوبة تكوين أجزاء رئيسة في الشبكية. (هـ) أمراض العدسة Lens Disorders: تحدث نتيجة زيادة أو نقص كمية الأكسجين اللازمة لخلايا الدماغ. (و) التهابات العين والحول Strabismus: صعوبة التحكم في عضلات العين (أبو الحسن، 2002؛ سالم، 1997؛ رضوان والدقوشي، 2013).

التعرف المبكر للإعاقة البصرية وتشخيصها: الحالات الحادة والشديدة من الإعاقة قد لا تستلزم جهداً كبيراً في تشخيصها، بيد أن الحالات البسيطة والمتوسطة، كحالات ضعف الإبصار، والمتعلقة بمجال الإبصار أو بقصر النظر مثلاً – تحتاج إلى إجراءات وترتيبات خاصة للكشف عنها سواء من خلال الفحوص الطبية للأطفال عموماً قبل سن الدراسة، أو عن طريق الفحوص الطبية الدورية المنتظمة خلال سنوات الدراسة بالمراحل التعليمية المختلفة، ولاسيما بالنسبة للأطفال الذين يواجهون مشكلات تعليمية ويعانون من تأخر دراسي (رسلان، 2009). وينبغي على الوالدين والمعلمين ملاحظة الخصائص الآتية:

أولاً – خصائص سلوكية تتمثل في قيام الطفل بكل من: (1) تقريب أو إبعاد المادة المكتوبة من العينين. (2) فرك العينين، ودعكهما بصورة مستمرة. (3) إغلاق أو حجب إحدى العينين وفتح الأخرى بشكل متكرر. (4) مواجهة صعوبات في القراءة أو في القيام بأي عمل يحتاج إلى استخدام العينين عن قرب. (5) وضع المواد المطبوعة قريباً جداً من العينين لدى محاولة قراءتها. (6) فتح العينين وإغماضهما بسرعة وبشكل لا إرادي وبصورة مستمرة. (7) صعوبة رؤية الأشياء البعيدة بوضوح. (8) تقطيب الحاجبين ثم النظر إلى الأشياء بعينين شبه مغمضتين. (9) كثرة التعرض للسقوط والاصطدام بالأشياء الموجودة في المجال الحركي والبصري للطفل. (10) البطء والخوف والحذر الشديد عند ممارسة بعض النشاطات الحركية الضرورية اليومية، كالمشي أو الجري، أو النزول من الدرج وصعوده (الروسان، 1998).

ثانياً – خصائص مظهرية خاصة بالشكل الخارجي للعين، وتتمثل في: (1) وجود حول في العين. (2) احمرار الجفنين وانتفاخهما. (3) الالتهابات المتكررة للعين. (4) إفراز الدموع بكميات غير عادية.

ثالثاً – شكوى الطفل بصورة مستمرة مما يأتي: (1) حرقان شديد ومستمر في العينين يؤدي إلى فركهما. (2) صداع ودوار يعقب مباشرة أداء أي عمل يحتاج إلى الرؤية عن قرب. (3) عدم المقدرة على رؤية الأشياء بوضوح ولو عن مسافة قريبة؛ بحيث تبدو الأشياء كما لو كانت ملبدة بالغيوم أو الضباب. (4) عدم القدرة على التمييز البصري بين الأشياء. (5) رؤية صور الأشياء مزدوجة.

رابعاً – الخصائص النفسية والسلوكية واللغوية للمعوقين بصرياً: الظاهرة اللفظية، وهي مبالغة الكفيف في التعبير عن الموضوع، وذلك للتقبل الاجتماعي لدى الآخرين وإشعار السامع بالمعرفة التامة للموضوع، ولديهم مشكلات الحس البصري مثل المساحة أو الألوان. وقد حصر بعض الآثار النفسية السلبية الناجمة عن فقدان البصر، وهي تتجلى في مشاعر القلق، والعدوان، والتوتر، والإحساس بعد الأمن، وتشويه مفهوم الذات، وكذلك الشعور بالدونية والاضطراب الانفعالي، والاستياء من الواقع ورفض الظروف المعيشة، وعدم الرضا عن الحياة، ومن ثم العجز عن التوافق النفسي والاجتماعي (إبراهيم، 2010؛ درويش، 2013؛ سلامة، 2011).

2 – الرضا عن الحياة:

إن مفهوم الرضا سواء عن الحياة بوجه عام أو عن مجال محدد من المجالات الحياتية – يمثل مؤشراً لجودة حياة الفرد؛ فانخفاض رضا الفرد ينعكس سلبياً على جودة حياته (McCall, Korb, Petersons & Noore, 2004).

ويُعرف مفهوم الرضا عن الحياة بأنه "تقدير أو حكم عام لجودة حياة الشخص بحسب المعايير التي انتقاها لنفسه، ويعتمد هذا التقدير أو الحكم على مقارنة الفرد لظروفه بالمستوى المثالي الذي يفترضه لحياته"، وهذا يعني أن الحكم على مدى رضا الفرد عن شؤونه الحالية يعتمد على مقارنته بمستوى مثالي يضعه الفرد نصب عينيه، وهذا المستوى المثالي ليس إجبارياً بل هو علامة متميزة للصحة النفسية؛ حيث إنه يرتبط بالحكم الشخصي للفرد (الدسوقي، 1998: 5). كما يشير بعض الباحثين إلى أنه "حالة داخلية لدى الفرد تظهر في سلوكه واستجاباته، وتعكس درجة تقبله لذاته ولأسلوب الحياة التي يحياها في المجال الحيوي المحيط به، ويفصح هذا التقبل عن نفسه في توافق الفرد مع ذاته والآخرين وجوانب الحياة المختلفة، ونظرته المتفائلة نحو المستقبل، وقدرته على التكيف مع المشكلات التي تواجهه والتي تؤثر في سعادته" (رضوان وهريدي، 2001). وعلى هذا فإن رضا الفرد عن حياته إنما يعني تقبله لإنجازاته الماضية ونتائج سلوكه، وتقبله لذاته كجزء من البيئة، وتقبله للآخرين أيضاً. أما "روجاس" (Rojas, 2005) فيعرفه بأنه "مكون أساسي من مكونات جودة الحياة، وجامع لمدى رضا الفرد عن جوانب حياته المختلفة، المتمثلة في الصحة، والعمل، والزواج، والأسرة... إلخ".

ونستخلص من استعراض التعريفات السابقة أن هناك عدداً من الملامح أو الجوانب الأساسية لمفهوم الرضا عن الحياة بوجه عام، وهي:

1 – تقبل الذات والرضا عن الإنجازات المحققة خلال حياة الفرد.

2 – تقبل الآخرين.

3 – التفاؤل بالمستقبل.

4 – الشعور بالرضا يمس مجالات الحياة المختلفة مثل: العمل، والأسرة، والأصدقاء، والصحة، وغيرها.

ومن ثم تتبنى الدراسة الراهنة تعريفاً لمفهوم الرضا عن الحياة هو "مدى تقبل الفرد لحياته الحالية، وبكل ما يرتبط بها من إعاقة بصرية، ويعتمد هذا التقييم على مقارنة الفرد لظروف حياته الخاصة بالإعاقة البصرية بالأصحاء المحيطين به".

3 – معتقدات الكفاءة الذاتية:

يرى "باندورا" Bandura أن الكفاءة الذاتية ليست سمة من سمات الشخصية، بل هي "مجموعة من الاعتقادات تدور حول قدرة الفرد على تنظيم وتنفيذ مجموعة من الأفعال والقيام بأداء السلوكيات والأدوار المطلوبة لتحقيق الأهداف المرجوة منه بنجاح، في وقت محدد مثل التوقف عن التدخين أو الوصول للوزن المثالي" (Bandura, 1994, p.71; Netz & Raviv, 2004; Skevington, 1995, p.143; Turk & Okifuji, 2002). ويعرفه بعض الباحثين بأنه "مدى ثقة الفرد بقدرته على التصرف بطريقة ما للوصول للهدف المرغوب فيه" (Murphy, Schlenger & Maibach, 2001). وتوصلت مجموعة أخرى إلى تعريفه بأنه "اقتناع الفرد بمدى فعاليته وكفاءته في مواجهة المواقف، خاصة المواقف التي تحتوي على المشقة والشدة غير المتوقعة" (Skevington, 1995, p.143). فإدراك الأفراد لمدى فاعليتهم يؤثر في مدى كفاءة مواجهتهم ومعالجتهم للأحداث، وفي تبنيهم مجموعة عريضة من الاستجابات التوافقية كاستجابات مواجهة الفشل (جيهان حمزة، 2002، 45)، أما "بيكرز" وآخرون (1996) فيشيرون إلى مفهوم الكفاءة الذاتية بأنه "التوقعات الذاتية المكونة حول قدرة الفرد على إنجاز مهام خاصة" (Bekkers, Knippenberg, Borne & Berge-Henegouwen, 1996). وتعرفه "فائقة بدر" (2006) بأنه "إدراك الفرد أن لديه القدرة على إصدار سلوك معين لإحداث نتيجة مرغوب فيها". وقد ميز "باندورا" بين بعدين للكفاءة الذاتية:

1 – الكفاءة الذاتية المتوقعة (Self Efficacy Expectation): وهي شعور الفرد

بقدرته أو عجزه عن القيام بسلوك ما أو إنجاز فعل ما، ويتضمن هذا الشعور درجة من الثقة والشعور بالقدرة على التحكم.

2 – ناتج الكفاءة الذاتية (Self Efficacy Outcome): وهو اعتقاد الفرد بأن السلوك الذي يقوم به سوف يوصله إلى النتائج التي يتمناها (Schwarzer & Renner, 2000).

النظريات المفسرة للمفهوم:

ترجع بدايات ظهور مفهوم الكفاءة الذاتية إلى ثنايا النظرية الاجتماعية المعرفية، التي ترى أن السلوك الإنساني لا يتشكل فقط من خلال العوامل البيئية الخارجية والربط بين المنبه والاستجابة، بل يتكون من خلال عوامل داخلية خاصة بالفرد؛ ففي عام 1970 نبه "باندورا" على دور مفهوم الكفاءة الذاتية كعامل داخلي يشكل السلوك البشري، وطرح مقالة نظرية بعنوان: Self Efficacy: Toward A Unifying Theory of Behavioral Change، شرح فيها مصادر تكوين هذا الاعتقاد بالكفاءة الذاتية، وكيفية تأثيره في تكوين سلوك الفرد (Pajares, 2002).

وتنحصر المصادر التي تشكل هذا الاعتقاد بالكفاءة في أربعة مصادر رئيسة، هي:

المصدر الأول – الخبرات السابقة (Mastery Experiences): وهو المصدر الأكثر فعالية في تشكيل الاعتقاد بالكفاءة الذاتية؛ وذلك لأنه مستمد من الخبرة السابقة للفرد، فالنجاحات السابقة تدعم الشعور بالكفاءة الذاتية؛ وعلى العكس في حالة الإخفاق المتكرر يتولد شعور منخفض للكفاءة الذاتية، وبعد تكوين هذا الاعتقاد المرتفع بالكفاءة الذاتية، يصعب تغييره حتى في ظل تعرض الفرد لأي حدث فشل عارض؛ وذلك لأن الأفراد ذوي الاعتقاد المرتفع بالكفاءة الذاتية ينظرون دائماً إلى العوامل الموقفية، أو الجهد غير الكافي، أو عدم دقة التخطيط، على أن الأسباب هي التي وراء هذا الفشل العارض، وليس نتيجة قصور في قدراتهم الذاتية.

المصدر الثاني – الخبرة من خلال ملاحظة الآخرين (Somatic and Emotional States): فملاحظة الآخرين مصدر رئيس لتكوين الاعتقاد بالكفاءة الذاتية؛ فرؤية أفراد ناجحين في مواقف مشابهة لما يمر به الفرد ذاته تدعم من اعتقاده بكفاءته الذاتية، وقدرته على السيطرة والتحكم في الأنشطة، ومن ثم يزداد جهده المبذول لمحاكاة

ما يفعله الآخرون، في حين أن رؤية آخرين يفشلون في إنجاز مهمة مشابهة لما يقوم به الشخص، قد يضعف من اعتقاده بكفاءته الذاتية.

المصدر الثالث – الإقناع اللفظي (Vicarious Experiences): فالاعتقادات الخاصة بالكفاءة الذاتية تتأثر بالرسائل اللفظية الآتية من المحيطين بالفرد؛ فالتشجيع اللفظي يعمل على زيادة الشعور بالكفاءة الذاتية، وعلى النقيض من ذلك فإن النقد يوهن الشعور بالكفاءة الذاتية. وكلما كان التشجيع اللفظي متسقاً مع قدرات الفرد الفعلية، أسهم ذلك في تقوية الاعتقاد بالكفاءة الذاتية، في حين أنه إذا قُدم هذا التشجيع اللفظي بشكل غير واقعي ولا يتلاءم مع قدرة الفرد الفعلية، فإنه يؤدي إلى الفشل في إنجاز المهمة، والشعور بعدم مصداقية هذا التشجيع.

المصدر الرابع: يعتمد هذا المصدر في تشكيل الاعتقاد على الحالات الجسمية والوجدانية (Verbal Persuasion) التي يكون عليها الفرد؛ فعلى سبيل المثال، الشعور بالتعب والتوتر والألم يمثل مؤشراً للضعف الجسمي، الذي ينعكس على ضعف الشعور بالكفاءة الذاتية، وتسهم الحالة الوجدانية أيضاً بالقدر نفسه لمساهمة الحالات الجسمية في تشكيل الاعتقاد بالكفاءة الذاتية، فالشعور بالمزاج الإيجابي يحسن من كفاءة الفرد المدركة (Bandura, 1994, pp.73-77; Evers, Brouwers & Tomic, 2002).

ويدور الاعتقاد بالكفاءة الذاتية حول ثلاثة أبعاد، هي:

(1) بُعد الأهمية (Magnitude): يتم من خلال هذا البعد ترتيب المهام طبقاً لمستوى أهميتها بالنسبة إلى الفرد؛ فالتوقعات بالنجاح تكون لمهام متدرجة في مستوى أهميتها من الدرجة الأقل إلى الدرجة الأكثر. **(2) بُعد العمومية** (Generality): فالسياقات المتشابهة تميل إلى تعميم الاعتقاد بالكفاءة الذاتية من موقف خاص إلى مواقف أخرى، من ناحية أخرى تتنوع التوقعات بالنجاح في درجة عموميتها، فبعض هذه التوقعات بالنجاح تختص بمواقف محددة، والبعض الآخر يلائم مدى واسعاً من المواقف. (3) **بُعد القوة** (Strength): وهو يشير إلى مدى ثقة الفرد بقدرته على إنجاز هذه المهمة، وهذه القدرة هي أساس القوة الداخلية للفرد (Mudde, Kok & Strecher, 1995).

ولم يكتف "باندورا" بتحديد مصادر تشكيل الاعتقاد بالكفاءة الذاتية، بل امتد ليصف دور هذه الاعتقادات في توجيه سلوك الفرد للقيام بالأنشطة والمهام المختلفة، ويتشكل هذا الدور من خلال أربع عمليات أساسية يمتد التأثير إليها، هي:

(أ) العمليات المعرفية (Cognitive Processes): يسهم الاعتقاد بالكفاءة الذاتية في تشكيل العمليات المعرفية؛ فحينما يواجه الفرد مهامَّ صعبة، ويكون مصاحباً لذلك انخفاضٌ في كفاءته الذاتية، يحدث تشويه معرفيٌّ، وخطأ في التفكير التحليلي، وفشل في الأداء، أما في حالة مصاحبة هذه المهام الصعبة شعور بالكفاءة الذاتية المرتفعة، فإن الفرد يصل إلى التفكير التحليلي الصائب، ومن ثم ينجز المهمة بشكل جيد.

(ب) العمليات الدافعية (Motivational Processes): يؤثر الاعتقاد بالكفاءة الذاتية لدى الفرد في تشكيل دافعيته، ويُفَسّر هذا الإسهام من منظور ثلاث نظريات نفسية، هي:

1 – **نظرية العزو** (Attributions Theory): ترى أن الأفراد ذوي الكفاءة المرتفعة يعزون أسباب فشلهم إلى عوامل خارجية لا تتصل بقدرتهم الداخلية، على حين أن الأفراد ذوي الكفاءة المنخفضة يرجعون الفشل لأسباب داخلية تتركز حول قدرتهم الشخصية، ومن ثم فهذا التفسير أو العزو السببي يؤثر بشكل مباشر في تشكيل دافعية الفرد، فكلما كان السبب وراء الفشل يرجع إلى عامل خارجي يمكن تخطيه، ارتفعت الدافعية، في حين أنه إذا رجع الفشل لعوامل داخلية من الصعب تخطيها، انخفضت الدافعية.

2 – **نظرية التوقع – القيمة** (Expectancy-Value Theory): يتوقع الفرد أن السلوك الناتج سيترتب عليه نتائج محددة، قيمة هذه النتائج تؤثر بشكل مباشر في الدافعية؛ أي أن قيمة الناتج المرتفعة تعمل على زيادة الدافعية للقيام بهذا السلوك والوصول إلى هذا الناتج، أما في حالة قيمة الناتج المنخفضة، فهي تضعف أو تقلل من دافعية الفرد لتحقيق هذا الناتج منخفض القيمة.

3 – **نظرية الهدف** (Goal Theory): توضح هذه النظرية أن الأهداف التي يضعها الفرد أمام عينيه هي ناتج إحساسه بالرضا عن ذاته، واعتقاده بكفاءته الذاتية. فالأفراد ذوو الاعتقاد بالكفاءة المرتفعة يضعون عدداً من الأهداف ويسعون إلى تحقيقها، وفي أثناء هذا السعي ترتفع دافعيتهم وراء تحقيق هذه الأهداف، على العكس من ذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة، الذين يقفون في مكانهم دون السعي وراء أهدافهم، فهؤلاء تبقى الدافعية لديهم في حالة سكون دائم.

خلاصة القول في النقطة الأخيرة إن اعتقاد الفرد حول كفاءته الذاتية يسهم

في رفع دافعيته من خلال تحديد أهدافه، وكم الجهد المبذول، وطول الفترة الزمنية اللازمة لاستمرار الإصرار والمواجهة على تحقيق هذا الناتج المتوقع.

(ج) العمليات الوجدانية (Effective Processes): لا يتوقف تأثير معتقدات الكفاءة الذاتية على العمليات المعرفية والدافعية فقط، بل يمتد تأثيرها أيضاً إلى العمليات الوجدانية، فوجود اعتقاد بالكفاءة الذاتية والقدرة على المواجهة يؤثر بشكل مباشر في الشعور بالمشقة والاكتئاب التي يَخْبُرُها الأفراد في أثناء مواجهتهم للمواقف المهددة والصعبة، وعلى النقيض من ذلك، ففي حالة انخفاض الشعور بالكفاءة الذاتية يتزايد احتمال معاناة الفرد من استثارة للقلق والشعور بالمشقة والاكتئاب.

(د) العمليات الانتقائية (Selection Processes): تؤثر معتقدات كفاءة الفرد في أسلوب حياته، وفي أنماط الأنشطة والبيئات التي يختارها ليعيش بها وفي سياقها، بالإضافة إلى أنها تحدد مهنته التي ينتقيها في ظل إدراكه لكفاءته الذاتية؛ أي أن الاعتقاد بالكفاءة الذاتية يسهم بشكل فعال في اختيار الفرد إما للسلوك التجنبي أو للسلوك الذي يتسم بالمجابهة (Bandura, 1994, pp.75-77; Pajares, 2002).

وبعد هذا العرض التحليلي لمفهوم الاعتقاد بالكفاءة الذاتية والأطر النظرية المفسرة له، ستعتمد الدراسة الراهنة على تعريف الاعتقاد بالكفاءة الذاتية بأنه "**اعتقاد ذاتي لدى الفرد عن مدى قدرته على القيام بأداء السلوكيات والأدوار المطلوبة منه بنجاح في وقت معين، على الرغم من إصابته بالإعاقة البصرية، ومن الممكن أن تتكشف هذه السلوكيات والأدوار المطلوبة في مجالات وسياقات حياتية مختلفة، منها: مجال العمل، ومجال الأسرة، ومواجهة الإعاقة البصرية، ومجال العناية الشخصية**".

4 – الاكتئاب:

يرجع مصطلح الاكتئاب في اللغة العربية إلى مادة كَئِبَ، وكآبة: بمعنى تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن، واكتأب وجه الأرض؛ أي تغير وضرب إلى السواد، والكآبة هي الحزن الشديد (المعجم الوجيز، 1997: 524). ويُستخدم تعبير الاكتئاب بطرق مختلفة، كأن يستخدم لوصف الحالة المزاجية (Mood State)، أو لتعريف زُملة مرضية (Clinical Syndrome)، باعتباره تعبيراً تصنيفياً في الطب النفسي.

فيشير **المزاج الاكتئابي** (Depression Mood) – كما يستخدم لوصف الحالة المزاجية – إلى "مزاج عسير (Dysphoric Mood) يتسم بخبرة عدم السعادة أو الكدر، والحزن، ويتضمن كذلك مشاعر نفاد الخُلق (الزهق) والذنب، والشعور بفقدان القيمة والعون، وفتور الهمة واللامبالاة" (الغباشي، 2000؛ لنيدزاي وبول، 2000: 105)، وتتميز غالبية حالات المزاج الاكتئابي بكونها معتدلة، وتنتهي في فترة زمنية قصيرة قد لا تزيد على أسبوعين (Kaplan & Sadock, 1988, p.291)، وتُرهن بالموقف أو بالحدث الذي أثارها كالفشل في علاقة، أو خيبة أمل، أو فقدان شيء مهم مثل العمل، أو وفاة غالٍ (إبراهيم، 1998: 17).

أما تعريف الاكتئاب **كزملة مرضية**، فيشير إلى "زملة إكلينيكية تتضمن بشكل عام المزاج الاكتئابي، ومجموعة من الأعراض الاكتئابية كالحزن، وانخفاض المزاج، وقلة النشاط، واضطراب القدرة على الاستمتاع بالأشياء والاهتمام بها والتركيز عليها، وشيوع الشعور بالتعب الشديد حتى بعد أقل مجهود، وكثيراً ما توجد بعض الأفكار حول الإحساس بالذنب، وفقدان القيمة، هذا بالإضافة إلى عدم القدرة على الإنجاز، وصعوبة التركيز والتفكير، كما يتميز بوجود بعض الأعراض الجسمية، من مثل توهم المرض، واضطراب الشهية، ونقصان الوزن، وفقدان الرغبة الجنسية، وغيرها من الأعراض التي يتفق حولها الباحثون" (Rybasb, Roodin & Santrock, 1991, p.469).

ومع تعدد الأعراض العاكسة لمفهوم الاكتئاب – من منظور كونه زملة مرضية – صنف الباحثون هذه الأعراض المتزاملة في مجموعة من الفئات؛ بحيث تحتوي كل فئة على مجموعة من الأعراض، وهي:

1 – **فئة الأعراض الوجدانية:** وتبدو في مشاعر الحزن، واليأس، وفقدان الاهتمام بالنشاطات الترفيهية والباعثة لمشاعر الرضا والسعادة، والتقليل من أهمية الذات.

2 – **فئة الأعراض المتصلة بالدافعية:** وتنعكس في السلبية، والتردد، وانخفاض مستوى النشاط العام.

3 – **فئة الأعراض المعرفية:** وتتمثل في النظرة السلبية نحو الذات والمستقبل، وتتأثر الوظائف المعرفية بالاكتئاب، ويبدو ذلك في هيئة مميزة من البطء وضعف الانتباه، والسرحان، وعدم القدرة على التركيز، واختفاء سرعة البديهة، وأحيانا بطء الذاكرة.

4 – **فئة الأعراض الاجتماعية:** وتظهر من خلال الانسحاب، والعزلة الاجتماعية.

5 – **فئة الأعراض الجسمية:** وتشمل الصداع، وألم الظهر، وفقدان الشهية، واضطراب النوم، والجنس (رضوان وهريدي، 2001؛ فايد، 2005).

واستخلص "بك" Beck (1996) عاملين أساسيين يعكسان معظم الأعراض الاكتئابية، وهما: **العامل الجسمي الوجداني** (Somatic-Affective Factor)، ويشتمل على الأعراض الآتية: الحزن، وفقدان الشعور بالسعادة، والتردد، وانخفاض النشاط، وفقدان الاهتمام بالأشياء، ونقصان الطاقة، واضطراب النوم، والاستثارة، وفقدان الشهية، والاهتمام بالجنس. **والعامل المعرفي** (Cognitive Factor)، ويختص بأعراض التشاؤم، والفشل، ومشاعر الذنب وعدم القيمة، ولوم الذات، والبكاء، والأفكار الانتحارية (Arnau, Meagher, Norris & Bramson, 2001).

وتختلف التصنيفات الإكلينيكية للاكتئاب، فيتم تصنيفه من حيثُ النمط إلى فئتين: اكتئاب ثنائي القطب (Bipolar)، واكتئاب أحادي القطب (Unipolar)؛ حيث يتسم النمط الأول (ثنائي القطب) بوجود نوبات من الهوس والاكتئاب معاً، في حين يتسم النمط الثاني (أحادي القطب) بظهور أعراض الاكتئاب فقط غير مصحوبة بأية صورة من صور الهوس، كما يتم تصنيفه وفقاً لشدة النوبة الاكتئابية، فالنوبة الاكتئابية إما أن تكون في صورة خفيفة الشدة دون أعراض بدنية أو معها، وإما في صورة متوسطة الشدة دون أعراض بدنية أو معها، أو شديدة دون أعراض ذهانية أو معها (عكاشة، 1998: 331–338).

مناحي التفسير:

نظراً لتعدد النظريات المفسرة لتطور الاكتئاب ونشأته عند الفرد، فإنه يمكن استعراضها في ضوء منحيين، هما: المنحى المرتكز على الأسباب البيولوجية والوراثية، والمنحى المهتم بالأسباب النفسية والاجتماعية والمعرفية المسببة للاكتئاب.

أولاً – المنحى الحيوي:

ويشتمل هذا المنحى على النظريات الآتية:

1 – **النظريات الوراثية:** وتستند هذه النظريات إلى ما كشفت عنه البحوث من وجود تماثل في شيوع الاكتئاب في أسر دون أخرى؛ أي أن العوامل الوراثية لها إسهام كبير في حدوث الاكتئاب، وأثبتت ذلك الدراسات الأسرية حينما وجدت أنه عندما يكون أحد الوالدين مصاباً باضطراب المزاج، فإن نسبة 30% من الأبناء

يكونون معرضين لخطر الإصابة به مستقبلاً، ولو كان كل من الأبوين مصاباً فإن النسبة تصل إلى 70% (مصطفى، 200:ص31).

2 – **النظريات الكيميائية الحيوية**: تتجه البحوث في هذه النظريات نحو المقارنة بين الأصحاء والمكتئبين، لمعرفة إمكانية وجود فروق بينهما فيما يتعلق ببعض الاختلالات في العناصر الكيميائية بالجسم. وقد اكتسبت هذه النظريات أهمية خاصة بعدما اتضح من خلال سلسلة من الدراسات أن بعض الأعراض الاكتئابية قد ترجع إلى اختلال في توازن الصوديوم، والبوتاسيوم، وأن هذه العناصر تعود لمستوياتها الطبيعية لدى المكتئبين بعد شفائهم من المرض (المرجع السابق: 31–32).

ثانياً – المنحى النفسي والنفسي الاجتماعي والمعرفي:

ويحتوي هذا المنحى على النظريات المفسرة للاكتئاب في ضوء أسباب نفسية فقط، أو أسباب نفسية اجتماعية، أو أسباب معرفية، وهي:

1 – **التحليل النفسي**: يعد هذا التوجه من أوائل التوجهات النفسية المهتمة بتفسير الاكتئاب، وحصر أسبابه، ويبنى على افتراض مؤداه أن الأمراض النفسية التي يصاب بها الفرد في حياته بمراحلها المختلفة بما فيها الاكتئاب، هي في واقع الأمر نتاج للصراعات والخبرات الصدمية في السنوات المبكرة من العمر (عبد اللطيف، 1997).

2 – **أخطاء التعلم الاجتماعي**: وتعتمد هذه النظرية على دور عمليات التعلم في نشأة الأعراض الاكتئابية، وقد أجرى "سيلجمان" Seligman سلسلة من التجارب ليبرهن على أن الاكتئاب استجابة متعلمة، وذلك عندما نتعامل مع مواقف مهددة لطمأنينة الفرد (إبراهيم، 1998، 137).

3 – **الضغوط النفسية وأحداث الحياة**: يرى أصحاب هذا التوجه أن أحداث الحياة الضاغطة تؤدي دوراً مهماً في بداية تفجر النوبة الاكتئابية، إلا أن دورها ثانوي من حيث مسؤوليتها في استمرار الاكتئاب (مصطفى، 2004، 38)، وهذا ما دعمته نتائج الدراسات السابقة؛ حيث جاءت لتؤكد دور أحداث الحياة خاصة الشاق منها – كالإصابة بالإعاقات الحسية – كعامل مساهم في استهداف المرضى للإصابة بالاكتئاب (Vanltallie, 2005).

4 – **نظرية التفاعل الاجتماعي**: وتركز هذه النظرية على البيئة الاجتماعية، بما

تعكسه من أنماط للتفاعل بين الأفراد المكتئبين وبيئاتهم المختلفة، وكيف أن هذه التفاعلات تعمل على بقاء المرض أو زواله (عبد اللطيف، 1997)، فانخفاض المساندة الاجتماعية واضطراب العلاقات الأسرية من المنبئات الرئيسة لتعرض الفرد للنوبات الاكتئابية (Samuelsson, Ahlmen & Sullivan, 1993).

5 – **النظرية المعرفية**: وتفترض هذه النظرية أن انفعالات الأفراد وسلوكياتهم، تتأثر بإدراكهم للمواقف المختلفة، ومن ثم تفسر الاكتئاب باعتباره اضطراباً معرفياً، وهناك ثلاثة جوانب رئيسة للنظرية المعرفية تمثل حجر الزاوية في تفسير الاكتئاب:

(أ) أن مرضى الاكتئاب لديهم خلل في تنظيم الأفكار، أو خطأ في التفكير يؤدي إلى الفهم الخاطئ للمواقف والأحداث، ومن ثم تتكون لديهم أفكار ومعتقدات خاطئة يصعب التوفيق بينها.

(ب) أن هؤلاء المرضى يقومون بأفعال سلبية ناتجة من ذلك الخلل في التفكير، والخطأ في فهم المواقف.

(ج) أن معتقدات المريض وأفكاره يسيطر عليها الثالوث المعرفي السلبي (Negative Cognitive Triad)، ومن مظاهره تكوين أفكار سلبية حول الذات والعالم والمستقبل، وهو ما تعكسه نظرته الداخلية، فيرى نفسه بلا قيمة، ويرى العالم مظلماً، ويرى المستقبل خالياً من الآمال (Alloy, Jacobson & Acocella, 1996, pp.252-259).

وبعد استعراض التعريفات المطروحة لمفهوم الاكتئاب، والأطر النظرية المفسرة له، ستتبنى الدراسة الراهنة تعريف "بك" للاكتئاب بأنه "**حالة وجدانية تتضمن تغيراً محدداً في المزاج، كالشعور بالحزن، والوحدة النفسية، وانخفاض تقدير الذات والثقة بالنفس، بالإضافة إلى أن بعض التغيرات الجسمية تبدو في صعوبة النوم، وفقدان الشهية، وانخفاض الطاقة**" (الغباشي، 2000).

وتدور المبررات التي تقف وراء تبني هذا التعريف بالتحديد حول النقاط الآتية:

أولاً: اعتمدت الباحثة على قائمة "بك" لقياس مفهوم الاكتئاب في الدراسة الراهنة، ومن ثم فمن البدهي الأخذ بالتعريف الذي اشتقت منه أداة القياس، ألا وهو تعريف "بك".

ثانياً: أن تعريف "بك" يتضمن تقريباً جميع الأعراض الواردة في التعريفات الأخرى للاكتئاب، ويمكن الاستغناء به عن باقي التعريفات الأخرى الواردة له.

ثالثاً: احتواء تعريف "بك" على بعض الأعراض الفسيولوجية والجسمية للاكتئاب تُمكن من استخدامها لتعكس مدى التحسن فيها بعد تعرض عينة الدراسة الراهنة (الإعاقة البصرية) للبرنامج المقترح في الدراسة الراهنة.

5 – الشعور بالوحدة النفسية:

لم يحظ مفهوم الوحدة النفسية باهتمام ملحوظ من قبل الباحثين على الرغم من أنه يمثل خبرة معيشة في الحياة اليومية للأصحاء، ويشيع وجوده بدرجة واضحة بين المعوقين بصرياً، والعلاقة بين الوحدة النفسية والحالة الجسمية علاقة مركبة؛ فالإصابة بإعاقة حسية قد تولد الشعور بالوحدة النفسية، ومن ناحية أخرى قد يترتب على الإحساس بالوحدة النفسية تغيير في أسلوب الحياة؛ مما ينتج عنه الإصابة بإعاقة حسية (Alpass & Neville, 2003).

ولا ينحصر اهتمام الباحثين في دراسة خصال الأفراد الذين يشعرون بالوحدة النفسية، أو في البحث عن الأسباب التي تقف خلف هذا الشعور، بل امتد اهتمامهم أيضاً ليشمل كيفية التوافق والتعايش مع الشعور بالوحدة النفسية، آخذين في حسابهم الإستراتيجيات الممكنة للتقليل من الشعور بالوحدة النفسية، مثل الإستراتيجيات التي تتضمن زيادة التواصل الاجتماعي، وفرص المشاركة الاجتماعية مع الآخرين (مبروك، 2001، ص 37).

ويشتق مصطلح الوحدة النفسية من صفة "وحيد" (Lone)، وهي صفة يقصد بها كون الشخص منفرداً، ودون رفيق، ولا ينتمي إلى جماعة (قشقوش، 2001: 4). أي يشعر الفرد بأنه متروك (Left Out)، ومنسي (Forgotten)، ومُهْمَل (Ignored) من قبل المحيطين به، وليس هناك احتياج إليه (Unneeded) (Corsini, 1994, p.350, v.2). ويتعامل الباحثون مع مفهوم الوحدة النفسية من منظورين، **المنظور الأول**: أن الفرد يتحدد كونه وحيداً في ضوء مدى عزلته اجتماعياً عن الآخرين؛ أي من خلال مدى انخراطه في علاقات اجتماعية مع الآخرين، وتفاعله وتواصله بهم (قشقوش، 2001: 4). وهذا ما أكده "ستوكس" Stokes و"ليفين" Levin من أن الشعور بالوحدة النفسية يرتبط بكم وكيف العلاقات مع الآخرين، ويُمثل معيار عدد الأصدقاء والمعارف وقوة العلاقة معهم محكاً أساسياً لظهور أو لاختفاء الشعور بالوحدة النفسية (غانم، 2002). أما **المنظور الثاني**: فيعتبر الشخص وحيداً عندما يعي أو يشعر ذاتياً بوحدته، على

الرغم من إحاطته بالكثير من الأشخاص، فيبدو الشخص مكتئباً ومهموماً من جراء إحساسه بالوحدة النفسية، ويترتب على هذا الإحساس أن ينأى الفرد بنفسه أو يبتعد عن المجتمع (قشقوش، 2001، 4). ومن ثم لا تحدث الوحدة النفسية لكون الإنسان منفرداً، بل تحدث نتيجة إحساسه الذاتي بعجزه عن أن يصبح طرفاً في علاقة محددة مطلوبة أو مجموعة من العلاقات (Brown, 1996).

وفي ظل تنوع زوايا النظر للمفهوم نشأت تعريفات متعددة، نجد منها تعريف (عطا، 1993) للوحدة النفسية بأنها "تلك الخبرة التي يشعر فيها الفرد بالعزلة عن الآخرين، ويصاحبها معاناة الفرد كثيراً من ضروب الوحشة والاغتراب والاكتئاب من جراء الإحساس بكونه وحيداً"، ويتسق مع هذا التعريف، تعريف آخر للوحدة النفسية بأنها "شعور الفرد بافتقاد الصديق أو الرفيق؛ مما يجعلها مسؤولة عن أشكال عديدة من معاناة الفرد، أهمها الشعور الذاتي بعدم السعادة والتشاؤم والضجر والضيق والإحساس القهري بالعجز نتيجة الانعزال الاجتماعي والانفعال" (قشقوش، 2001: 4–5). في حين ينظر (حسين، 1994) إلى الوحدة النفسية على أنها "حالة انفعالية يشعر بها الفرد عندما يرى أن مستويات خبراته في التفاعل مع الآخرين وأشكالها لا تحقق له الإشباع الذي يتمناه أو ينشده، ولذا فهي ترتبط بتصدع العلاقات مع الآخرين، سواء كان ذلك بصورة دائمة أو مؤقتة"، ويرى "ببلو" Peplau و"بيرلمان" Perlman أن الوحدة النفسية هي "غياب العلاقات الاجتماعية المشبعة للحاجات النفسية والاجتماعية للفرد، واقتران ذلك ببعض الأعراض النفسية" (محمد، 2003). ويشير بعض الباحثين إلى الوحدة النفسية بأنها "خبرة مؤلمة يعيشها الفرد نتيجة لفقدان الحب والاهتمام من الآخرين، أو لإحساسه بأنه ليس على قرب نفسي من الآخرين، وتظهر هذه الخبرة عند تقييمه لعلاقاته بهم، خاصة في وقت الحاجة إليهم" (الدهان، 2001).

ويعرف أيضاً "ليدرمان" Leiderman (1980) الوحدة النفسية بأنها "حالة وجدانية يكون فيها الفرد واعياً بأنه منفصل عن الآخرين مع معايشته لهم" (حسين، 1994). ويرى "إرنست" Ernst وآخرون (1998) أن الوحدة النفسية هي "خبرة مؤلمة يكتسبها الفرد في أثناء تعامله مع المحيطين به؛ مما تنعكس بشكل سلبي على أبعاد جودة حياته: الجسمية، والوجدانية، والروحانية" (Rokach, 2001). كما ميز "ويس" Weiss (1973) بين نمطين رئيسين للوحدة النفسية، هما:

1 – **الوحدة النفسية الوجدانية:** تحدث نتيجة الانعزال الوجداني، وانخفاض مشاعر الود والحب والدفء مع الآخرين، وهذا النمط من الوحدة يحدث لدى الأشخاص الذين يمرون ببعض الخبرات، من مثل الحرمان من شريك الحياة نتيجة للوفاة أو للطلاق.

2– **الوحدة النفسية الاجتماعية:** ناتجة من العزلة الاجتماعية، ونقص في شبكة العلاقات الاجتماعية المدعمة للفرد، ويشيع هذا النمط في حالة الانتقال للإقامة في منطقة جديدة (الربيعة، 1997؛ مبروك، 2002: 38).

وتتدرج شدة الشعور بالوحدة النفسية بحسب عامل الأزمان في ثلاثة مستويات، هي:

(أ) **الوحدة النفسية العابرة** (Transient Loneliness): تتضمن فترات من الوحدة على الرغم من أن حياة الفرد الاجتماعية تتسم بالتوافق.

(ب) **الوحدة النفسية التحولية** (Transitional Loneliness): وفيها يتمتع الفرد بعلاقات اجتماعية طيبة في الماضي القريب، ولكنه يشعر بالوحدة النفسية حديثاً؛ نتيجة لبعض الظروف المستجدة كالطلاق أو وفاة شخص مقرب إليه.

(ج) **الوحدة النفسية المزمنة** (Chronic Loneliness): تستمر لفترات طويلة قد تصل إلى سنوات، ولا يشعر الفرد بأي نوع من أنواع الرضا فيما يتعلق بعلاقاته الاجتماعية (الدهان، 2001).

يتضح من العرض السابق أن هناك تنوعاً في التعريفات المطروحة لمفهوم الوحدة النفسية، وفي وصف أنماطه، ويفسر هذا التنوع تباين العوامل المساهمة في حدوثه؛ فمنها ما يختص بالعوامل الديمغرافية كالتقدم في العمر، وانخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي، وتدني مستوى التعليم، ومنها ما يرجع إلى أحداث الحياة الشاقة، كالإصابة بالإعاقات الجسمية (Bigatti & Cronan, 2002; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkala, 2005).

النظريات المفسرة لمفهوم الوحدة النفسية:

تفسر النظرية المعرفية مفهوم الوحدة النفسية من منظور داخلي يعتمد على كيفية إدراك الفرد وتقييمه لحياته الاجتماعية، وترى أن هذا الإحساس ينشأ من عدم الرضا الذاتي عن العلاقات الاجتماعية (Minzi & Sacchi, 2004). كذلك طرح

"روكاش" Rokach نموذجاً يفسر به حدوث الإحساس بالوحدة النفسية من خلال خمسة متغيرات تُعد مساهمة بشكل فعال في تطور هذا الإحساس، وهي:

(1) عدم الملاءمة الشخصية (Personal Inadequacy): ويختص هذا المتغير بخصائص الشخصية التي ترتبط بالخبرات السلبية السابقة، كانخفاض تقدير الذات، وعدم الثقة بالنفس، والخوف من فقدان الصداقة.

(2) الاختلالات الارتقائية (Developmental Deficits): ويتركز هذا العامل حول مدى إسهام البيئة الأسرية في حدوث الوحدة النفسية؛ فنمو الفرد في بيئة أسرية تتسم بالرفض الوالدي، والفجوة الوجدانية، وجو عام من الضيق وعدم السعادة يحفز على نمو راشد يشعر بالوحدة النفسية.

(3) العلاقات الاجتماعية غير الحميمة (Unfulfilling Intimate Relationships): فالاستخدام السيئ لمعنى الصداقة الحميمة يسهم بشكل واضح في نشأة وتطور الشعور بالوحدة النفسية.

(4) التنقل والانفصال (Relocation / Separation): تتأثر العلاقات الاجتماعية بالسفر والتنقل؛ مما ينعكس ذلك على انفصال الفرد عمن يحبونه، ويجعله مهيأً للشعور بالوحدة النفسية.

(5) الهامشية الاجتماعية (Social Marginality): تنتج الهامشية الاجتماعية من الرفض الحقيقي أو المدرك لوجود الفرد في جماعة ما، وهي من الأسباب المساهمة في شعور الفرد بالوحدة النفسية (Rokach, 2003).

وبعد استعراض أهم التعريفات المطروحة لمفهوم الوحدة النفسية، والأطر النظرية المفسرة له، نستخلص مما سبق عدداً من الملامح المميزة للمفهوم، وهي:

1 – يُعد مفهوم الوحدة النفسية حديثاً نسبياً في تناول الدراسات النفسية له؛ فقد بدأ الاهتمام بدراسة هذا المفهوم في أواخر السبعينيات، على الرغم من أن أصوله ترجع إلى الفلاسفة الذين درسوا هذا المفهوم تحت مسميات مختلفة، من مثل: الغربة (esolation)، أو العزلة (Isolation)، أو الانفصال (Separation)، أو الاغتراب (Alienation) (حسين، 1994).

2 – يخلط بعضُ الباحثين بين الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب، باعتبار أنهما يشتركان في عاملين هما الحالة الانفعالية ونقص شبكة العلاقات الاجتماعية، غير أن حالة الشعور بالوحدة النفسية تتميز عن حالة الشعور بالاكتئاب في أن

المظهر الأساسي لها هو الوحشة (Longing)، في حين أنه في الاكتئاب يكون الغضب، والشخص الذي يشعر بالوحدة النفسية قد يصل إلى الناس، ولكنه لا يستطيع أن يتواصل معهم (غانم، 2002).

3 – أن الشعور بالوحدة النفسية يرجع إلى افتقاد الروابط الوجدانية بالآخرين سواء أكانت في صورة كمية (لا يوجد عددٌ كافٍ من الأشخاص)، أم في صورة كيفية (نقص المحبة والألفة مع الآخرين).

4 – اختلاف المنطلقات النظرية لمفهوم الوحدة النفسية، فنجد **المنظور النفسي** يفسر الشعور بالوحدة النفسية من خلال إحساس الفرد بأنه غير مرغوب فيه وغير محبوب، ومرفوض من قبل المحيطين به، أما **المنظور الاجتماعي** فيرى أن الابتعاد عن الجماعة يجعل الشخص لا يحصل على ما يريده أو يحتاج إليه في الحياة، من ثم يشعر الشخص بعدم الرضا وعدم الإشباع الجسمي؛ مما يولد الشعور بالوحدة النفسية، وأخيراً **المنظور المعرفي**، الذي يرى أن الفرد قادر على إرسال رسائل للمحيطين به بأنه متقبل أو رافض الوجود معهم، وفي الوقت نفسه يستقبل رسائل منهم تعبر عن تأييدهم أو معارضتهم لوجوده معهم (Corsini, 1994, p.351).

5 – تتعدد الأسباب التي تقف خلف الشعور بالوحدة النفسية، مثل عدم رضا الفرد عن بيئته، أو نتيجة لبعض سمات الشخصية الخاصة بالفرد، أو حدوث خلل في شبكة العلاقات الاجتماعية ناتج من أحداث الحياة الشاقة، من مثل الإصابة بالإعاقات الحسية، وهذا ما توصل إليه "جاررلادا" وآخرون (Garralda, Jameson, Reynolds & Postlethwajte, 1998) من أن مجرد الإصابة بالإعاقة البصرية يكفي وحده كمتغير لزيادة ميل هؤلاء نحو الإحساس بالوحدة النفسية.

وبعد هذا العرض التحليلي لمفهوم الوحدة النفسية والأطر النظرية المهتمة به، ستعتمد الدراسة الراهنة على تعريف الوحدة النفسية بأنها "**خبرة نفسية مؤلمة يعيشها المعوق بصرياً، نتيجة لشعوره بفقدان الحب والاهتمام من الآخرين، أو لإحساسه بأنه ليس على قرب نفسي من الآخرين، على الرغم من إمكانية وجود أشخاص آخرين يمكن قضاء بعض الوقت بصحبتهم سواء في المنزل أو في العمل، وتنعكس هذه الخبرة غير السارة سلبياً على أبعاد جودة حياته**".

الدراسات السابقة:

على الرغم من الاهتمام البحثي العالمي المتزايد بمفهومي الإعاقة البصرية ونوعية الحياة، وعلاقة كل منهما بالفنيات المعرفية السلوكية، لم يصادفنا من خلال المسح الشامل الذي أجريناه بواسطة الحاسب الآلي للدوريات النفسية والطبية المتخصصة، دراسات عربية تدخل في إطار هذا الاهتمام ولاسيما في سياق ذوي الإعاقات البصرية موضوع اهتمامنا في الدراسة الراهنة. وفي هذا الجزء من الدراسة سنقوم باستعراض الدراسات السابقة في المجال على نحو يساعد على تحقيق هدفين، أولهما: تبين موقع الدراسة الراهنة من خريطة البحوث في المجال ونقطة انطلاقها، والهدف الثاني: بلورة فروض الدراسة على ضوء نتائج البحوث السابقة. ويحكم استعراضنا للدراسات السابقة وجد من فحص قواعد الدراسات النفسية – EMBASE (1980–2014)، MEDLIVE (1946–2014)، PSYCINFO (2002–2014)، Web of Science (1975–2014) – شيوع الاضطرابات النفسية بين ذوي الإعاقات البصرية؛ كاضطراب ما بعد الصدمة بنسبة 59%، والاكتئاب بنسبة 46,4%، والقلق بنسبة 35%، والمشقة النفسية بنسبة 36%، وسوء استخدام الكحول بنسبة 26% (Stevelink, Malcolm, Mason, Jenkins, Sundin, & Fear, 2014; Reid, 2002; Morgade, Campana & Tavares, 2014; Miller, 2005). كما تشير بعض الدراسات إلى شيوع بعض الاختلالات النفسية المتمثلة في خفض تقدير الذات، ومركز الضبط، والاكتئاب، والقلق، والكآبة، والشعور بالوهن، والهوس بين الراشدين (ن=55) من ذوي الإعاقات البصرية (Crews, Chou, Zhang, Zack & Saaddine, 2014; Konstantinos, Theodosis, Marialena & Elena, 2014). وأضاف "كارفيلل" (Carvill, 2001) شيوع الاضطرابات السيكاترية بين الأفراد المكفوفين، بل تزيد أيضاً مع انخفاض درجة الذكاء، والقدرة على التواصل، وشدة الإعاقة. وأكد "براون" (Brown, 2011) أن الإعاقة البصرية تسهم بشكل ملحوظ في انخفاض نوعية الحياة؛ حيث تؤدي الاختلالات البصرية إلى زيادة أعراض الاكتئاب، وانخفاض الرضا عن الحياة؛ مما ينعكس ذلك على تدني نوعية الحياة، وهذه النتيجة تشيع بين الإناث والذكور من ذوي الإعاقة البصرية. وكشفت دراسة "كريوس" وآخرون (Crews, Chou, Zhang, Zack & Saaddine, 2014) عن أن الأفراد ذوي الإعاقات البصرية أكثر تعرضاً لاضطرابات صحية ونفسية بمعدل 14 مرة مقارنة بالأصحاء، وكذلك وجد لديهم قصور في النشاط الحركي، وعدم الرضا عن الحياة، والشعور بالعجز بعد ضبط متغيرات العمر، والنوع، والحالة الزوجية، والتعليم،

والدخل. وباختيار عينة عشوائية من المكفوفين (ن=156)، وجد أن 95% منهم يعانون الاكتئاب، وأضافت الدراسة أن الصحة النفسية ونقص الاكتئاب من أهم محددات جودة الحياة (Crewe et al., 2011). وأضاف "تران" وآخرون (Tran et al., 2011) وجود علاقة ارتباطية دالة بين اختلال الوظيفة البصرية وانخفاض نوعية الحياة لدى عينة (ن=2076) من المصابين بفقدان البصر. أما دراسة "تومبوج" (Tombaugh, 2007) – التي أجريت على عينة (ن=92) من ذوي فاقدي البصر، ويراوح أعمارهم بين 10 و 18 عاماً – فقد كشفت عن انتشار انخفاض مستوى المساندة الاجتماعية، وسوء التوافق، وعدم تقبل الحياة والرضا عن الواقع بين مكفوفي البصر، التي تزيد مع ارتفاع شدة الإعاقة.

ومن مجمل هذه الدراسات نتوصل إلى وجود اختلالات نفسية ملحوظة بين ذوي الإعاقات البصرية، من مثل الاكتئاب، والشعور بالوحدة، والقلق، وانخفاض الاعتقاد بالكفاءة الذاتية... وغيرها من المتغيرات التي تمثل تدني جودة الحياة.

التعقيب على الدراسات السابقة:

(1) كشفت الدراسات السابقة أن هناك عوامل متعددة تؤثر في الحالة النفسية لفئة ذوي الإعاقات البصرية، بعضها خاص بمتغيرات أسرية، وبعضها الآخر خاص بالإعاقة نفسها؛ مما تحث الدراسات المستقبلية على محاولة حصر مثل هذه العوامل.

(2) تدعم معظم الدراسات التي سبق عرضها وجود تأثير للإعاقة البصرية في حدوث الاختلالات النفسية لدى ذوي الإعاقات البصرية.

(3) قلة الدراسات سواء العربية أو المصرية التي اهتمت بالكشف عن المتغيرات النفسية لدى ذوي الإعاقات البصرية.

(4) أكدت الدراسات وجود مجموعة من الاختلالات النفسية لدى ذوي الإعاقة البصرية، ومن هنا تم طرح هذه المتغيرات النفسية لدراستها في هذا البحث الراهن ومدى تباينها في ظل اختلاف البيئة، وما تطرحه من مدعمات لهؤلاء الأفراد من ذوي الإعاقة البصرية.

(5) أوصت دراسات متعددة بضرورة التدخل المبكر لذوي الإعاقات البصرية لتعليمهم ولتدريبهم على التوافق مع مصادر الضغوط الناتجة من إصابتهم بالإعاقة البصرية.

من خلال ما سبق عرضه من دراسات يمكن **صياغة الفروض** التي تسعى الدراسة إلى التحقق منها، وهي على النحو الآتي:

1 – توجد فروق دالة إحصائياً بين المصريين والكويتيين من ذوي الإعاقة البصرية في: الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية.

2 – توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث من ذوي الإعاقة البصرية في: الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية.

3 – يتباين كل من الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية بتباين سبب الإعاقة البصرية، وتاريخ الإصابة.

المنهج وإجراءات الدراسة:

أولاً – المنهج:

تعتمد الدراسة الراهنة على المنهج الوصفي الفارقي؛ وذلك للكشف عن مدى تباين كل من الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية لدي عينة من ذوي الإعاقة البصرية في ضوء تباين الجنسية، والنوع، وسبب الإعاقة البصرية، وتاريخ الإصابة.

ثانياً – عينة الدراسة: تكوينها ووصفها:

[أ] العينة:

تكونت عينة الدراسة من مجموعتين:

(1) مجموعة ذوي الإعاقة البصرية **المصريين**: تتكون من (59) مكفوفاً، ويراوح المدى العمري للعينة بين 35 و 42 سنة.

(2) مجموعة ذوي الإعاقة البصرية **الكويتيين**: تشتمل على (25) مكفوفاً، ويراوح المدى العمري للعينة بين 32 و 50 سنة.

وتصل درجة قوة الإبصار للعينة الكلية 60/6 متراً، كما يراوح المستوى التعليمي للعينة فيما بين متوسط، وفوق متوسط، وجامعي. ويوضح جدول (1) الخصائص الديمغرافية لمجموعتي الدراسة، ومدى التكافؤ بينهما؛ حيث حسبت قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين في البيانات الديمغرافية المتصلة، وحساب قيمة "كا^2" لدلالة الفروق بين المجموعتين للبيانات المنفصلة.

جدول (1)
التكافؤ بين مجموعتي الدراسة في البيانات الديمغرافية

المتغيرات الديمغرافية المتصلة		مجموعة ذوي الإعاقة البصرية المصريين		مجموعة ذوي الإعاقة البصرية الكويتيين		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
		م	ع	م	ع		
العمر		38,43	3,45	32,04	5,33	1,42	غير دال
المتغيرات الديمغرافية المنفصلة		مجموعة ذوي الإعاقة البصرية المصريين		مجموعة ذوي الإعاقة البصرية الكويتيين		قيمة "كا^2"	مستوى الدلالة
المستوى التعليمي	متوسط	9		3		1,11	غير دال
	فوق متوسط	32		15			
	جامعي	18		7			
الحالة الاجتماعية	متزوج	12		9		1,39	غير دال
	غير متزوج	47		16			

ويتضح من الجدول السابق أن هناك مستوى جيداً من التكافؤ بين مجموعتي الدراسة في المتغيرات الديمغرافية والطبية، التي يحتمل تدخلها في تشكيل الأداء على الاختبارات النفسية.

ثالثاً – أدوات الدراسة:

تتكون أدوات الدراسة مما يأتي:

[1] مقياس الرضا عن الحياة (إعداد: هناء شويخ (2007): يتكون من 30 بنداً، ويحدد المشارك درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يراوح بين (درجة) و(أربع) درجات.

[2] مقياس الاعتقاد بالكفاءة الذاتية (إعداد: هناء شويخ (2007): يتكون هذا المقياس من 32 بنداً، موزعة على أربعة مجالات فرعية: مجال الدراسة، ومجال الأسرة، ومجال الإعاقة والعلاج، ومجال الشخصية.

[3] قائمة "بك" للاكتئاب (ترجمة: سهير الغباشي وصفية مجدي (1998): تحتوي القائمة على 21 بنداً، يتم تصحيح كل بند منها على مقياس شدة يتكون من أربعة مستويات تتدرج من صفر إلى ثلاث درجات، ويطلب من المشارك أن يضع دائرة حول رقم العبارة الذي يصف حالته الراهنة على كل بند من البنود.

[4] مقياس الوحدة النفسية (إعداد: هناء شويخ (2007): يتكون من 38 بنداً، ويحدد المشارك درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يراوح بين (درجة واحدة) و(أربع) درجات.

وقد استمدت الباحثة بنود بطارية الاختبارات النفسية من خلال حصر عدد لا بأس به من المقاييس الأجنبية والعربية السابق استخدامها في الأبحاث والدراسات العلمية وثيقة الصلة بالموضوع، فكان من **المقاييس الأجنبية** التي شملها الحصر، مقياس الرضا عن الحياة لـ "نيجارتين" وآخرين Neugarten (2000)، ومقياس الرضا عن الحياة لـ "مارينو" Mariano (2003)، ومقياس الكفاءة الذاتية لـ "شير" Sheer وآخرين (1982)، ومقياس الكفاءة الذاتية العامة لـ "المنصور" Al-Manssour وآخرين (1993)، ومقياس الوحدة لـ"جيرفيلد" Gierveld و"تيلبيرج" Tilburg (1999)، ومن **المقاييس العربية** التي ضمها الحصر الراهن، مقياس الرضا عن الحياة لـ "مجدي الدسوقي" (1998)، ومقياس الصحة النفسية للشباب لـ"عبد المطلب القريطي" و"عبد العزيز الشخص" (1992)، ومقياس الإحساس بالوحدة النفسية لـ "إبراهيم قشقوش" (2001).

[ب] استمارة بيانات الحالة:

تحتوي على بعض البيانات الديمغرافية للمعوق بصرياً، كالنوع، والسن، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، بالإضافة إلى بعض البيانات المرتبطة بالإعاقة البصرية، من مثل تاريخ بدء الإعاقة وعلاجها، وتحديد أسباب ظهورها، وتوقيت تلقي العلاج.

تقدير الكفاءة القياسية للأدوات:

وصف عينة تقدير الكفاءة القياسية للأدوات:

تكونت عينة التقنين من خمسة وعشرين من ذوي الإعاقة البصرية، (13 من الذكور، و12 من الإناث)، وراوحت أعمارهم ما بين 19 و 21 سنة، وبمتوسط عمري مقداره (21,15)، وانحراف معياري قدره (2,16).

إجراءات تقدير الكفاءة القياسية للأدوات:

● **صدق الأدوات:**

1 – تقدير **صدق المضمون** عن طريق فحص بنود المقياس والتقدير الكيفي لمدى تمثيلها للمجال محل الاهتمام، ثم حساب ارتباط تقديرات المحكمين وأحكامهم على هذا التمثيل.

2 – تقدير **صدق التكوين** من خلال:

أ – حساب نتائج الصدق التقاربي والتباعدي Convergent and Discriminative Validity.

ب – حساب الاتساق الداخلي، من خلال حساب ارتباط كل بند بالدرجة على المقياس الكلي.

وفيما يلي نعرض لنتائج هذه الإجراءات:

إذا بدأنا **بصدق المضمون**، نجد أن هذا الطراز من الصدق يواجهه سؤال أساسي مؤداه: إلى أي حد تمثل بنود المقياس المجال النفسي الذي يهدف الباحث إلى قياسه؟، وإلى أي حد يعد هذا التمثيل شاملاً لمكونات المجال السلوكي المختلفة على نحو مناسب؟. كما يؤكد خبراء القياس النفسي أنه لا يكفي مجرد فحص بنود الاستخبار لتعرف إذا ما كانت تؤدي المطلوب أم لا، ولا يكفي فقط توافر تعريف جيد للمجال الذي يقيسه الاستخبار، بل يتعين تحليل المجال الكلي إلى عدد من المجالات أو الفئات الفرعية، التي تمثل كل الجوانب الأساسية في المجال، وفحص إذا ما كان هناك عدد مناسب من البنود لقياسها أم لا (صفوت فرج، 2012، 256). وهذا هو ما قمنا به في المرحلة الأولى من تكوين الأدوات، التي ترتب عليها صياغة البنود في كل اختبار على حدة.

3 – إن تقدير مدى التطابق بين فقرات القياس والمجال الذي يقيسه الاختبار لا يلزم فيه أن يعتمد تقدير هذا النمط من الصدق على مؤشر إحصائي أو على تقديرات كمية محددة، بل يمكن أن يؤسس على أحكام منطقية فقط تستمد من المتخصصين في المجال النفسي (Kline, 1993, p.22)، وقد تحقق من مدى تمثيل البنود للمجال السلوكي محل الاهتمام في إحدى الدراسات السابقة من خلال الاستعانة بعدد من المحكمين (هناء شويخ، سهير الغباشي، محمد عبد الغني، 2007). وبناء على اطلاع هؤلاء المتخصصين على اختبارات الدراسة، أدخلت بعض التعديلات، منها:

1 – إدخال بعض التعديلات في صياغة البنود بصورة تجعلها أكثر وضوحاً ودقة وسهولة في الفهم والاستيعاب.

2 – حذف عدد من البنود المتشابهة، لمنع تكرار الأفكار بصور مختلفة.

3 – إقرار المتخصصين بكفاءة الاختبارات النفسية المصممة، وبوجود اتساق واضح بين مضمون كل اختبار، والوظيفة الرئيسة التي أعد لقياسها.

وقد اتفقت تقديرات المحكمين لتصنيف البنود على الأبعاد المختلفة بنسب (83% و100%). ومن الملاحظ أن أغلب البنود اتفق عليها بنسبة 100%، وهذا دليل على مدى تمثيل هذه البنود في كل مقياس للهدف الأساسي المطلوب قياسه.

وإذا انتقلنا إلى **صدق التكوين**، نجد أننا بمناقشتنا السابقة لصدق مضمون الاختبارات نكون قد قطعنا خطوة للأمام في اتجاه التحقق من صدق تكوين المقياس، فكما يرى بعض خبراء القياس أن دراسة صدق محتوى المقياس توفر شواهد وأدلة حول التكوين الفرضي الذي يقيسه المقياس؛ ذلك لأن عملية تحديد المحتوى أو المجال النفسي – الذي يعد المقياس عينة ممثلة له – تساعد في تحديد طبيعة التكوين الفرضي الذي تقيسه مفرداته، وهو ما أكدته "أنستازي" Anastasi بقولها إنه لا توجد أية معلومة تتعلق بصدق الأداة إلا ولها إسهام في تقدير صدق التكوين (Anastasi, 1990, p.153).

وقد استخدمت عدة طرائق أخرى لتقدير صدق تكوين اختبارات الدراسة، منها:

(أ) حساب نتائج الصدق التقاربي والتباعدي.

(ب) حساب الاتساق الداخلي.

الطريقة الأولى: حساب الصدق التقاربي والتباعدي للاختبارات الأساسية المستخدمة في الدراسة، وذلك من خلال حساب معامل الارتباط بين الاختبارات بعضها ببعض، ويوضح جدول (2) تلك المعاملات.

جدول (2)
معاملات الصدق التقاربي والتباعدي للاختبارات النفسية (ن=25)

المقاييس	1	2	3	4
1 – الرضا عن الحياة	1			
2 – الاعتقاد بالكفاءة الذاتية	0,38*	1		
3 – الاكتئاب	0,76–***	0,39–*	1	
4 – الوحدة النفسية	0,41–*	0,41–*	0,57***	1

– تشير العلامة (*) إلى أن قيمة (معامل الارتباط) دالة فيما وراء 0,05.
– والعلامة (***) إلى أن قيمة (معامل الارتباط) دالة فيما وراء 0,001.

يتضح لنا من جدول (2) عدة دلائل على الصدق التقاربي والتباعدي

للاختبارات – تتفق مع ما هو متوقع من علاقات بينها بناءً على الدراسات النظرية السابقة – وهي على النحو الآتي:

1 – ارتبط مقياس الرضا عن الحياة ارتباطاً إيجابياً مع مقياس الاعتقاد بالكفاءة الذاتية، بينما ارتبط ارتباطاً سلبياً مع كل من قائمة "بك" للاكتئاب، ومقياس الوحدة النفسية.

2 – ارتبطت قائمة "بك" للاكتئاب ارتباطاً إيجابياً مع مقياس الوحدة النفسية، في حين ارتبطت ارتباطاً سلبياً مع كل من مقياس الاعتقاد بالكفاءة الذاتية، ومقياس الرضا عن الحياة.

3 – أما مقياس الوحدة النفسية فارتبط ارتباطاً سلبياً مع كل من مقياس الاعتقاد بالكفاءة الذاتية، ومقياس الرضا عن الحياة.

4 – وأخيراً ارتبط مقياس الاعتقاد بالكفاءة الذاتية ارتباطاً إيجابياً مع مقياس الرضا عن الحياة.

وتأتي مؤشرات الصدق التقاربي والتباعدي للاختبارات متفقة مع ما هو متوقع من علاقات بينها بناءً على الدراسات النظرية السابقة.

الطريقة الثانية: اعتمدت على **تقدير الاتساق الداخلي** من خلال حساب الارتباط بين كل بند على حدة والدرجة الكلية على المقياس الكلي، وقد حذفت كل البنود التي يقل ارتباطها بالدرجة الكلية عن (0,25)، وهو معامل الارتباط الذي اتخذناه حداً أدنى لقبول أي بند من البنود، وقد راوحت معاملات الارتباط بين 0,25 و0,77. ومن ثم انخفض عدد البنود في مقياس الرضا عن الحياة من 30 بنداً إلى 21 بنداً، وفي مقياس الاعتقاد بالكفاءة الذاتية أصبح عدد البنود بعد الحذف 24 بنداً بعد أن كان 32 بنداً، وانخفض العدد في قائمة "بك" للاكتئاب من 21 بنداً إلى 19 بنداً، أما مقياس الوحدة النفسية فأصبح عدد بنوده 28 بنداً بدلاً من 38 بنداً.

● **ثبات الأدوات:**

حسب الثبات لجميع اختبارات الدراسة الراهنة المصممة، من خلال الطرق الآتية:

1 – ألفا كرونباخ. 2 – القسمة النصفية مع تصحيح الطول.

جدول (3)
معاملات الثبات بالطريقتين لجميع اختبارات الدراسة (ن= 25)

م	قائمة الاختبارات	معامل ألفا	معامل القسمة النصفية
1 –	الرضا عن الحياة	0,84	0,83
2 –	الاعتقاد بالكفاءة الذاتية	0,89	0,78
3 –	الاكتئاب	0,85	0,83
4 –	الوحدة النفسية	0,86	0,88

يشير جدول (3) إلى أن الاختبارات تتمتع بمعاملات ثبات مرتفعة؛ إذ إن معامل الثبات المقبول – طبقاً لمحك ثبات "جيلفورد" Guilford – لا يجوز أن يقل مطلقاً عن 0,5، وإلا يستبعد الاختبار (من خلال: هناء شويخ، سهير الغباشي، محمد عبد الغني، 2007).

عرض النتائج:

نتائج الفرض الأول: توجد فروق دالة إحصائياً بين المصريين والكويتيين من ذوي الإعاقة البصرية في: الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية.

للتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثتان بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من مجموعة ذوي الإعاقة البصرية المصريين ومجموعة ذوي الإعاقة البصرية الكويتيين كل منهما على حدة، وكذلك دلالة قيمة "ت" للفروق بين المتوسطات. ويتضمن جدول (4) التالي دلالة الفروق في المتوسطات.

جدول (4)
نتائج دلالة الفروق بين المصريين والكويتيين من ذوي الإعاقة البصرية في: الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية

	متغيرات الدراسة	مجموعة ذوي الإعاقة البصرية المصريين (ن=59)		مجموعة ذوي الإعاقة البصرية الكويتيين (ن=25)		قيمة "ت"	الدلالة
		م	ع	م	ع		
(1)	الرضا عن الحياة	63,85	6,21	68,56	12,21	1,96 –	0,05

تابع/ جدول (4)

نتائج دلالة الفروق بين المصريين والكويتيين من ذوي الإعاقة البصرية في: الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية

	متغيرات الدراسة	مجموعة ذوي الإعاقة البصرية المصريين (ن=59)		مجموعة ذوي الإعاقة البصرية الكويتيين (ن=25)		قيمة "ت"	الدلالة
		م	ع	م	ع		
(2)	الاعتقاد بالكفاءة الذاتية	69,21	5,29	81,56	9,87	6,19 –	0,001
(3)	الاكتئاب	13,29	8,75	8,28	11,53	1,96	0,05
(4)	الشعور بالوحدة النفسية	43,47	11,47	37,68	15,39	1,65	0,10

تشير نتائج جدول (4) إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين المصريين والكويتيين من ذوي الإعاقة البصرية في: الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، في حين اختفت الفروق بين المجموعتين في الشعور بالوحدة النفسية؛ حيث جاءت مجموعة ذوي الإعاقة البصرية المصريين منخفضة في الرضاء عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، ومرتفعة في الاكتئاب مقارنة بمجموعة ذوي الإعاقة البصرية الكويتيين.

نتائج الفرض الثاني: "توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث من ذوي الإعاقة البصرية في: الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية".

للتحقق من صحة هذا الفرض حسبت المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية لدى الذكور والإناث من ذوي الإعاقة البصرية، وكذلك دلالة قيمة "ت" الفروق بين المتوسطات. ويتضمن جدول (5) دلالة الفروق في المتوسطات.

جدول (5)
نتائج دلالة الفروق بين الذكور والإناث من ذوي الإعاقة البصرية في: الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية

	متغيرات الدراسة	مجموعة الذكور (ن=46)		مجموعة الإناث (ن=28)		قيمة "ت"	الدلالة
		م	ع	م	ع		
(1)	الرضا عن الحياة	65,31	10,27	66,69	8,14	0,55–	0,59
(2)	الاعتقاد بالكفاءة الذاتية	75,55	10,95	72,69	7,22	1,11	0,27
(3)	الاكتئاب	9,81	10,30	13,30	9,99	1,29–	0,20
(4)	الشعور بالوحدة النفسية	41,14	15,74	40,83	9,13	0,09	0,93

توضح نتائج المقارنة بين الذكور والإناث من ذوي الإعاقة البصرية في الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية عدم وجود فروق دالة بينهما.

نتائج الفرض الثالث: "يتباين كل من الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية بتباين سبب الإعاقة البصرية، وتاريخ الإصابة".

تم استخدام اختبار "ف" لتحليل التباين في اتجاه واحد لبيان تأثير كل من سبب الإعاقة البصرية (وراثي، غير وراثي، غير معروف)، وتاريخ الإصابة (منذ الولادة، أقل من عشر سنوات، أكثر من عشر سنوات) في الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية. وبناء على تلك النتائج سوف تعقد مقارنات ثنائية في إطار المتغيرات الدالة لمعرفة اتجاه الفروق، وذلك باستخدام معادلة "شيفيه" بالنسبة لمتغيرات الدراسة.

جدول (6)
نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه للكشف عن تباين الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية بتباين كل من سبب الإعاقة البصرية، وتاريخ الإصابة

متغيرات الدراسة			مجموع المربعات	درجات حرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة
(أ) سبب الإعاقة البصرية	1	الرضا عن الحياة	519,11	2	259,56	3,13	0,05
	2	الاعتقاد بالكفاءة الذاتية	213,43	2	106,72	1,14	0,33
	3	الاكتئاب	933,64	2	466,82	5,08	0,009
	4	الشعور بالوحدة النفسية	833,62	2	416,81	2,41	0,09
(ب) تاريخ الإصابة	1	الرضا عن الحياة	253,75	2	126,87	1,44	0,25
	2	الاعتقاد بالكفاءة الذاتية	902,83	2	451,41	5,54	0,006
	3	الاكتئاب	288,79	2	144,39	1,39	0,26
	4	الشعور بالوحدة النفسية	527,86	2	263,93	1,48	0,24

تشير نتائج جدول (6) إلى ظهور تباينات عالية الدلالة تصل إلى مستوى 0,001 بين المجموعات الفرعية الثلاث لدرجة كل من سبب الإعاقة البصرية (وراثي، غير وراثي، غير معروف)، وتاريخ الإصابة (منذ الولادة، أقل من عشر سنوات، أكثر من عشر سنوات) على الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية. كما يتجدد ظهور هذا التباين الدال بين المجموعات بوضوح في نطاق الدرجة الكلية للرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب. وهذه النتيجة تتطلب عقد مقارنات ثنائية بين كل مجموعتين باستخدام معادلة شيفيه.

جدول (7)
متوسط الفروق واتجاهاتها بين المجموعات الثلاث لدرجة كل من سبب الإعاقة البصرية، وتاريخ الإصابة على متغيرات الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب باستخدام "شيفيه"

المتغير		مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	متوسط الفروق (2/1)	متوسط الفروق (3/1)	متوسط الفروق (3/2)
(أ) سبب الإعاقة البصرية	الرضا عن الحياة	(1) وراثي	39	5,03 (0,07)	9,34 (0,05)	4,13 (0,40)
		(2) غير وراثي	16			
		(3) غير معروف	29			
	الاكتئاب	(1) وراثي	39	2,70– (0,35)	15,89– (0,02)	13,19– (0,003)
		(2) غير وراثي	16			
		(3) غير معروف	29			
(ب) تاريخ الإصابة	الاعتقاد بالكفاءة الذاتية	(1) منذ الميلاد	18	0,59 (0,88)	7,69– (0,005)	8,28– (0,02)
		(2) أقل من 10	33			
		(3) أكثر من 10	33			

ويبدو من جدول (7) أن مصدر التباينات ينشأ عن فروق بين المجموعات الثلاث لدرجة سبب الإعاقة البصرية (وراثي، غير وراثي، غير معروف) بعضها ببعض لاسيما بين المجموعتين (1 و 3) والمجموعتين (2 و 3)، وذلك على المتغيرين: الرضا عن الحياة، والاكتئاب، علماً بأن أدنى درجات الرضا عن الحياة وأعلى درجات الاكتئاب كانت لدى أفراد المجموعة (1)، وهي مجموعة وراثة الأسباب في حدوث الإعاقة البصرية، وأن أعلى درجات الرضا عن الحياة وأقل درجات الاكتئاب كانت بين غير معروفي سبب الإعاقة البصرية.

أما بالنسبة إلى متغير تاريخ الإصابة، فيتضح أن معظم التباين بين المجموعات ناجم عن الفروق بين المجموعتين [1–3] و[2–3]، بينما اختفت الفروق الدالة تماماً بين المجموعتين (1) و(2)، وهذه النتائج في مجملها توحي بأن الاعتقاد بالكفاءة الذاتية يقل مع زيادة فترة الإصابة بالإعاقة البصرية.

عموماً تسلمنا نتائج الجدولين (6) و(7) إلى استنتاجين مهمين؛ أولهما أن ثمة

علاقة جوهرية تبدو بين سبب الإصابة بالإعاقة البصرية من ناحية، والاكتئاب والرضا عن الحياة والاكتئاب من ناحية أخرى، والاستنتاج الثاني أن هذه العلاقة تنحو في اتجاه زيادة الاعتقاد بالكفاءة الذاتية مع زيادة قلة عدد سنوات الإعاقة البصرية، والعكس صحيح.

مناقشة النتائج:

تسير مناقشة نتائج الدراسة على هدى التسلسل الذي انتظمت به فروض الدراسة، وذلك بما يخدم الرد على الأسئلة المطروحة من ناحية، وبيان مدى اتفاق النتائج أو اختلافها مع الدراسات السابقة من ناحية أخرى.

(1) الفروق بين المصريين والكويتيين من ذوي الإعاقة البصرية في: الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية:

أظهرت النتائج وجود فروق بين المصريين والكويتيين من ذوي الإعاقة البصرية في: الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، في حين اختفت الفروق بين المجموعتين في الشعور بالوحدة النفسية؛ حيث جاءت مجموعة ذوي الإعاقة البصرية المصريين منخفضة في الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، ومرتفعة في الاكتئاب مقارنة بمجموعة ذوي الإعاقة البصرية الكويتيين.

وهذه النتائج لا يوجد ما يدعمها من الدراسات السابقة؛ حيث لم تجد الباحثتان أي دراسات عن الفروق بين المكفوفين عبر الثقافات المختلفة، وهذا يوحي بأن الإعاقة البصرية قد تتشابه في أسباب حدوثها، ولكن نواتجها النفسية المترتبة على الإصابة بالإعاقة البصرية تتباين باختلاف الثقافة، وهذا يرجع إلى تعدد الثقافات والبيئات، فيما تقدمه للمكفوفين من مساعدات مادية ووسائل حياتيه تقلل من هذه المترتبات النفسية.

واستخلاص ذلك يتفق مع ما أكده (الخطيب، وآخرون، 2000، 546) من أن مستويات الضغوط النفسية التي يعانيها كل الأفراد المعوقين بصرياً تتباين وفقاً لعدة متغيرات، من أهمها: 1- خصائص الفرد من حيث عمره وجنسه وفئة إعاقته وشدتها وخصائصه السلوكية. 2- خصائص الوالدين والأسرة، من مثل المستوى الاقتصادي والاجتماعي والتعليمي والصفات الشخصية. 3- العوامل الاجتماعية، من مثل اتجاهات المجتمع نحو الإعاقة والخدمات المتوافرة.

(2) الفروق بين الذكور والإناث من ذوي الإعاقة البصرية في: الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية:

توضح نتائج المقارنة بين الذكور والإناث من ذوي الإعاقة البصرية في الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية – عدم وجود فروق دالة بينهما.

وهذا يتفق مع استخلاص الدراسات السابقة التي أشارت إلى أن الإعاقة البصرية تسهم بشكل ملحوظ في انخفاض نوعية الحياة؛ حيث تؤدي الاختلالات البصرية إلى زيادة أعراض الاكتئاب، وانخفاض الرضا عن الحياة؛ مما ينعكس ذلك على تدني نوعية الحياة، وهذه النتيجة تشيع بين الإناث والذكور من ذوي الإعاقة البصرية (Brown, 2011).

(3) تباين كل من الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية بتباين سبب الإعاقة البصرية، وتاريخ الإصابة:

جاءت نتائج هذا المحور لتشير إلى وجود تباينات عالية الدلالة تصل إلى مستوى 0,001 بين المجموعات الفرعية الثلاث لدرجة كل من سبب الإعاقة البصرية (وراثي، غير وراثي، غير معروف)، وتاريخ الإصابة (منذ الولادة، أقل من عشر سنوات، أكثر من عشر سنوات) على الرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية. كما يتجدد ظهور هذا التباين الدال بين المجموعات بوضوح في نطاق الدرجة الكلية للرضا عن الحياة، والاعتقاد بالكفاءة الذاتية، والاكتئاب. كما وجد أن أدنى درجات الرضا عن الحياة وأعلى درجات الاكتئاب كانت لدى أفراد المجموعة (1)، وهي مجموعة وراثة الأسباب في حدوث الإعاقة البصرية، وأن أعلى درجات الرضا عن الحياة وأقل درجات الاكتئاب كانت بين غير معروفي سبب الإعاقة البصرية. وكذلك يقلّ الاعتقاد بالكفاءة الذاتية مع زيادة فترة الإصابة بالإعاقة البصرية. وهذه النتيجة متفقة مع دراسة "كارفيلل" (Carvill, 2001) التي وجدت شيوع الاضطرابات السيكاترية بين الأفراد المكفوفين، بل تزيد أيضاً مع انخفاض درجة الذكاء، والقدرة على التواصل، وشدة الإعاقة. كذلك كشفت دراسة "تومبوج" (Tombaugh, 2007) – التي أجريت على عينة (ن=92) من ذوي فاقدي البصر، وتراوح أعمارهم بين 10 و 18 عاماً – عن انتشار انخفاض مستوى المساندة الاجتماعية، وسوء التوافق، وعدم تقبل الحياة والرضا عن الواقع بين مكفوفي البصر، التي تزيد مع ارتفاع شدة الإعاقة.

وبهذه الاستنتاجات التي عرضنا لها تكون الدراسة الراهنة قد حققت بعض الأهداف التي أجريت من أجلها، وتكون – أيضاً – قد وضعت بعض اللبنات لمزيد من الدراسات المستقبلية التي تسعى إلى استكمال باقي الأهداف المأمولة، التي تركز على الإعاقة البصرية التي تحتاج إلى دراسات نفسية متعددة خاصة في الثقافات العربية، تأخذ في اعتبارها تشكيل المعايير والمعتقدات والمفاهيم النفسية المرتبطة بهذه الإعاقة.

توصيات الدراسة:

1 – التدخل المبكر مع الأفراد المصابين بالإعاقة البصرية لتعليمهم ولتدريبهم على الطرق والفنيات المعرفية والسلوكية للتوافق مع مصادر الضغوط الناتجة عن هذه إصابة الإعاقة البصرية؛ مما ينعكس ذلك على جودة حياتهم.

2 – دعوة الباحثين لحصر الاختلالات النفسية لدى ذوي الإعاقة البصرية في ظل اختلاف البيئات الاجتماعية؛ وذلك لبيان تأثيرها في تقديم مدعمات لهؤلاء الأفراد؛ للتخفيف من حدة هذه الاختلالات.

3 – تأكيد الدراسات وجود مجموعة من الاختلالات النفسية لدى ذوي الإعاقة البصرية، ومن هنا تم طرح هذه المتغيرات النفسية لدراستها في هذا البحث، ومدى تباينها في ظل اختلاف البيئة، وما تطرحه من مدعمات للأفراد من ذوي الإعاقة البصرية.

4 – ضرورة وضع برامج تؤدي إلى تعديل الأفكار والمفاهيم الخاطئة لدى أفراد المجتمع عن الإعاقة البصرية، وعن إمكانات المعوق بصرياً وقدراته.

5 – العمل على رفع الروح المعنوية للمعوقين بصرياً، وإشعارهم بالحب والحنان وتشجيعهم على الاعتماد على أنفسهم فيما يستطيعون القيام به من أعمال، وإتاحة الفرصة أمامهم للتنفيس عن مشاعرهم بحرية وبصراحة.

6 – ضرورة تقديم البرامج النفسية الإرشادية للآباء والأمهات بهدف توجيههم وتدريبهم على أفضل الأساليب والفنيات التي تساعدهم في تربية أبنائهم والتعامل معهم بطريقة سوية، وتشجيعهم على غرس سمات الشخصية الإيجابية منذ الصغر، حتى ينموا وهم متمتعون بقيم التحدي والتحكم.

7 – تأكيد أهمية دور الأسرة في إشباع الحاجات النفسية والاجتماعية

للكفيف، وذلك من خلال مشاعر الحب وتقبله كما هو، وعدم المبالغة في حمايته؛ مما يؤدي إلى زيادة ثقته في نفسه وفي قدراته.

8 – إنشاء مراكز إرشادية وعلاجية لأسر المعوقين بصرياً لتبصيرهم بخصائص الأفراد المعوقين بصرياً، وأساليب رعاية نموهم النفسي والاجتماعي وحل المشكلات التي تواجههم وتعوق دمجهم السوي في المجتمع وتفاعلهم الإيجابي.

9 – توفير الخدمات النفسية لمساعدة المعوق بصرياً على تطوير مفهوم إيجابي لديه وتعريفه بجوانب القوة في شخصيته، ومن ثم تحسين نظرته إلى نفسه، وتكيفه مع إعاقته البصرية بشكل واقعي وإيجابي.

10 – تفعيل دور الاختصاصي النفسي في تنظيم الدورات التدريبية وورش العمل، التي يكون هدفها تدعيم دورهم في توعية الآباء والأمهات لحل المشكلات النفسية والاجتماعية لأبنائهم المعوقين حسياً.

11 – تدريب المعوقين بصرياً على مجموعة الفنيات المعرفية السلوكية التي ثبتت فعاليتها وكفاءتها في تحسين جودة الحياة لدى الأفراد من ذوي ضعاف البصر أو فاقديه، مثل زيادة النشاطات السارة وممارستها يومياً بشكل فعال، وتعديل الأفكار الآلية السلبية إلى أفكار إيجابية، والاستعانة بإستراتيجيات مواجهة الضغوط في الدراسة والأسرة.

المراجع:

إبراهيم، سليمان. (2010). **سيكولوجية ذوي الإعاقة الحسية: الأصم والكفيف بين الطاقة المعطلة والقوي المنتجة**. القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

إبراهيم، عبد الستار. (1998). **الاكتئاب اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليب علاجه**. الكويت: عالم المعرفة.

إبراهيم، عماد محمد. (2003). الرفض الوالدي ورفض الإقران والشعور بالوحدة النفسية في المراهقة. **دراسات نفسية**، 13(1): 59–105.

أبو الحسن، سميرة. (2002). **سيكولوجية الإعاقة ومبادئ التربية الخاصة**. القاهرة: الأنجلو المصرية.

أحمد، ناهد. (2011). نوعية الحياة المنبئة بالأمن النفسي وأساليب مواجهة الضغوط لدى الأطفال المعوقين. **دراسات عربية في علم النفس**، 10(1): 55–118.

بدر، فائقة. (2006). كفاءة الذات المدركة وعلاقتها بالقدرة الكتابية والتحصيل الدراسي لدى ذوات صعوبات التعلم من طالبات المرحلة المتوسطة. **دراسات نفسية**، 16(3): 395–434.

الحديدي، منى. (1998). **مقدمة في الإعاقة البصرية**. عمان: دار الفكر.

حسين، محمد نبيل. (1994). الوحدة النفسية وعلاقتها ببعض سمات الشخصية: دراسة ميدانية على الجنسين من طلبة الجامعة. **دراسات نفسية**، 4 (2): 189–218.

حمزة، جيهان. (2002). **دور الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية وتقدير الذات في إدراك المشقة والتعايش معها لدى الراشدين من الجنسين في سياق العمل**. رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

خضر، محمد؛ البيلاوي، إيهاب. (2004). **المعوقون بصرياً**. الرياض: الأكاديمية العربية التربية الخاصة.

الخطيب، جمال؛ الحديدي، منى. (1997). **المدخل إلى التربية الخاصة**. عمان: مكتبة الفلاح.

الخطيب، جمال؛ الحديدي، منى؛ الناطور، ميادة؛ البذل، أمل؛ حمدي، نزيه؛ داوود، نسيمة؛ عليان، خليل. (2000). **مشروع الدليل العلمي العربي الخليجي الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل**، مجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية (المكتب التنفيذي)، المنامة.

درويش، أحمد. (2013). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالشعور بالأمن والتوافق الشخصي والرضا عن الحياة لدى المراهقين ضعاف السمع وفاقدي البصر. **حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية**، 9 (12): 1–88.

الدسوقي، مجدي. (1998). **مقياس الرضا عن الحياة: دليل التعليمات**. القاهرة: النهضة المصرية.

الدهان، منى. (2001). الوحدة النفسية لدى كل من الطفل العادي والمتخلف عقلياً والأصم. **دراسات نفسية**، 11(1): 97–126.

الربيعة، فهد بن عبد الله. (1997). الوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة. **مجلة علم النفس**، 11(43): 3–49.

رسلان، شاهين. (2009). **سيكولوجية الإعاقات العقلية والحسية**. القاهرة: الأنجلو المصرية.

رضوان، شعبان جاب الله؛ الدقوشي، حليمة. (2013). بعض مؤشرات الصحة النفسية لدى المعوقين بصرياً في ضوء متغيري الإقامة (الداخلية/الخارجية) والجنس. **حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية**، 9(1): 1–109.

رضوان، شعبان جاب الله؛ هريدي، عادل محمد. (2001). العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة. **مجلة علم النفس**، 15(58): 73–109.

الروسان، فاروق. (1998). **قضايا ومشكلات في التربية الخاصة**. عمان: دار الفكر.

سالم، كمال. (1997). **المعوقون بصرياً: خصائصهم ومناهجهم**. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

سلامة، مرفت. (2011). **الإعاقة البصرية: مفهوم الذات وبعض الاضطرابات النفسية لدى الكفيف**. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

سليمان، عبد الرحمن. (2007). **المعوقون بصرياً**. الرياض: دار الرياض.

شويخ، هناء؛ الغباشي، سهير؛ عبد الغني، محمد. (2007). أثر برنامج تدريبي قائم على استخدام

بعض إستراتيجيات المواجهة الفعالة في تحسين بعض المتغيرات النفسية والفسيولوجية لنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للعلاج بالاستصفاء الدموي المتكرر. **المؤتمر الإقليمي لعلم النفس (رانم)**، رابطة الأخصائيين النفسين، 18–20 نوفمبر 2007.

شويخ، هناء. (2007). **فاعلية برنامج تدريبي لتحسين بعض المتغيرات النفسية والفسيولوجية لنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن الخاضعين للعلاج بالاستصفاء الدموي المتكرر**. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة جنوب الوادي.

عبد اللطيف، حسن إبراهيم. (1997). الاكتئاب النفسي: دراسة الفروق بين حضارية وبين الجنس. **دراسات نفسية**، 7 (1): 39–65.

عسران، كريم. (2012). **الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى المراهقين مكفوفي البصر والحاجات الإرشادية لرعايتهم**. رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة المنصورة.

عطا، محمود. (1993). تقدير الذات وعلاقته بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى طلاب الجامعة. **دراسات نفسية**، 3 (3): 269–287.

العواد، فواز. (2007). **النسق القيمي وعلاقته بالتوافق النفسي لدى الطلبة المكفوفين والطلبة العاديين (دراسة مقارنة)**. رسالة ماجستير (غير منشورة)، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.

غانم، محمد حسن. (2002). المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات إيواء وأسر طبيعية. **دراسات عربية في علم النفس**، 1(3): 35–89.

الغباشي، سهير. (2000). القلق والاكتئاب والشعور بالعجز عن المواجهة لدى مرضى الشريان التاجي بالقلب. **دراسات نفسية**، 10(2): 127–181.

الغباشي، سهير؛ مجدي، صفية. (1998). **قائمة "بك" للاكتئاب**. جامعة القاهرة: مركز الدراسات والبحوث النفسية.

فرج، صفوت. (2012). **القياس النفسي في علم النفس**. القاهرة: الأنجلو المصرية.

القريطي، عبد المطلب. (2001). **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم**. القاهرة: دار الفكر العربي.

القريطي، عبد المطلب؛ الشخص، عبد العزيز. (1992). **مقياس الصحة النفسية للشباب: دليل المقياس**. القاهرة: الأنجلو المصرية.

قشقوش، إبراهيم. (2001). **مقياس الإحساس بالوحدة النفسية: كراسة التعليمات**. القاهرة: الأنجلو المصرية.

كاشف، إيمان. (2004). المشكلات السلوكية وتقدير الذات لدى المعوق سمعياً في نظامي العزل والدمج. **دراسات نفسية**، 14 (1): 69–121.

مبروك، عزة. (2001). **استخدام المساندة النفسية الاجتماعية لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي والصحي لدى المسنين "دراسة تجريبية". رسالة دكتوراه (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة القاهرة.**

المجلس القومي لشؤون الإعاقة. (2013). **بيان إحصائي بعدد المعوقين جسدياً وذهنياً بجمهورية مصر العربية**. القاهرة: وزارة التضامن الاجتماعي.

المعجم الوجيز (1997). **مجمع اللغة العربية**. جمهورية مصر العربية: الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية.

Alloy, L., Jacobson, N. & Acocella, J. (1996). *Abnormal psychology: Current perspective*. London: McGraw-Hill Collage.

Al-Manssour, I., Schwartz, R. & Jerusalem, M. (1993). ***Arabian Adaptation of the General Self-Efficacy***. Available in http://userpage.fu-berlinde/~health/ Arabic. Html, pp.1-2.

Alpass, F. & Neville, S. (2003). Loneliness, Health and depression in older males. *Aging & Mental Health*, 7(3), 212-217.

Anastasi, A. (1990). ***Psychological Testing***. New York: Macmillan.

Arnau, R., Meagher, M., Norris, M. & Bramson, R. (2001). Psychometric Evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *health psychology*, 20(2), 112-119.

Bandura, A. (1994). Self-Efficacy. In V.S. Ramachaudran, (Ed.), ***Encyclopaedia of Human Behaviour*** (pp.71-81), New York: Academic Press.

Bekkers, M., Knippenberg, V., Borne, H., & Berge-Henegouwen, G. (1996). Prospective evaluation of psychological adaptation to stoma surgery: The role of self-efficacy. ***Psychosomatic Medicine***, 57(2), 183-191.

Bigatti, S., & Cronan, T. (2002). An Examination of the Physical Health, Health Care Use, and Psychological Well-Being of Spouses of People with Fibromyalgia Syndrome. *Health Psychology*, 21(2), 157-166.

Brown, C. (1996). A Comparison of Living Situation and Loneliness for People with Mental Illness. ***Rehabilitation Journal***, 20(2), 15-21.

Brown, R. (2011). Visual impairment and quality of life among older adults: an examination of explanations for the relationship. *The Journal of Gerontology*, 66(3), 364-373.

Carvill, S. (2001). Sensory impairments, intellectual disability and psychiatry. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 467-483.

Corsini, R. (1994). ***Encyclopedia of Psychology***.Vol.1-2, New York: John Wiley and Sons.

Crewe, J., Morlet, N., Morgan, W., Spilsburg, K., Mukhtar, A., Clark, A., Ng, J., Crowley, M., &Semmens, J. (2011). Quality of life of the most severely vision-impaired. *Clinical & Experimental Ophthalmology*, 39(4), 336-343.

Crews, J., Chou, C., Zhang, X., Zack, M., & Saaddine, J. (2014). Health-related quality of life among people aged years with self-reported visual impairment: Findings from the 2006-2010 Behavioral Risk Factors Surveillance System. *Ophthalmic Epidemiology*, 21(5), 287-296.

Evers, W., Brouwers, A., & Tomic, W. (2002). Burnout and Self-efficacy: A Study on Teachers Beliefs When Implementing an Innovative Educational System in The Netherlands. *British Journal of Educational Psychology*, 72,227-243.

Garnefski, N., Kraaij, V., De Graaf, M., & Karels, L. (2010). Psychological intervention targets for people with visual impairments: The importance of cognitive coping and goal adjustment. *Disability & Rehabilitation*, 32(2), 142-148.

Garralda, M., Jameson, R., Reynolds, J., & Postlethwajte, R. (1998). Psychiatric Adjustment in Children with Chronic Renal Failure. *Journal of Child Psychology, Psychiatry & Allied Discipline*, 29(1), 79-91.

Gierveld, J., & Tilburg, T. (1999). *Manual of Loneliness Scale*. Vrije Unversiteit Amsterdam: Department of Social Research Methodology.

Graves, K. (2003). Social Cognitive Theory and Cancer Patient's QOL: A Meta-Analysis of Psychosocial Intervention Components. *Health Psychology*, 22(2), 210-219.

Junco, B. (2003). Identity and Chronic Illness: Kidney Disease and Quality of Life. *Dissertation Abstracts International, 64(2-A), 554*.

Kaplan, H., & Sadock, B. (1988). *Synopsis of psychiatry: Behavioral science and clinical psychiatry*. London: Williams & Wilkins.

Keefe, F., & Blumenthal, J. (2004). Health Psychology: What Will the Future Bring?. *Health Psychology*, 23(2), 156-157.

Kline, P., (1993). *The Handbook of psychological testing*. New York: Library of Congress Cataloging In Publication Data.

Konstantinos, P., Theodosis, P., Marialena, B., & Elena, C. (2014). Self-esteem, locus of control and various aspects of psychopathology of adults with visual impairment. *International Journal of Disability, Development & Education*, 61(4), 403-415.

Mariano, T. (2003). *Life satisfaction quiz*. Available in <http://www.u-unlimited.ca/> quiz.html, pp1-4.

McCall, N., Korb, J., Peterson, A., & Moore, S. (2004). Decreased Home Health Use: Does It Decrease Satisfaction?. *Medical Care Research & Review*, 61(1), 64-88.

Miller, B. (2005). Cattell - Horn - Carroll (CHC) theory based assessment with deaf and hard of hearing children in the school setting. *American Annals of the Deaf*, 152(5), 459-466.

Minzi, M., & Sacchi, C. (2004). Adolescent loneliness assessment. *Adolescent*, 39(158), 40-52.

Morgade, F., Campana, A., & Tavares, M. (2014). Development and validation of the self-acceptance scale for persons with early blindness: The SAS-EB. *PLOSONE*, 9 (9), 1-9.

Mudde, A., Kok, G., & Strecher, V. (1995). Self-Efficacy as a Predicator for the Cessation of Smoking: Methodological Issues and Implications for Smoking Cessation programs. *Psychology & Health*, 10, 353-367.

Murphy, D., Schlenger, W., & Maibach, E. (2001). Conceptualizing the multidimensional

nature of Self-efficacy: Assessment of situational context and level of behavioral challenge to maintain safer sex. *Health Psychology*, 20(4), 281-290.

Netz, Y., & Raviv, S. (2004). Age differences in motivational orientation toward physical Activity: An application of social-cognitive theory. *Journal of Psychology*, 138(1), 14-30.

Neugarten, B., Havighurst, R., & Tobin, S. (2000). *Life satisfaction Index*. From: http:// www.Sunrisecounselling.com/test.html, pp1-2.

Pajares, F. (2002). *Overview of social cognitive theory and of self - efficacy*. From <http:// www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html>.

Reid, J. (2002). Testing Nonverbal Intelligence of working-age visually impaired Adults: Evaluation of the Adapted Kohs Block Design Test. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 19(1), 585-595.

Roets-Marken, L., Draskovic, I., Zuidema, S., Graff, M., Kempen, G., & Vernooij-Dassen, M. (2014). Effectiveness of rehabilitation interventions in improving emotional and functional status in hearing or visual impaired older adults: a systematic review with meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 15, 9-17.

Rojas, M. (2005). *Monetary valuation of some illness in Costa Rice A aubjective well being approach*. From http:// wider.unu.edu /conference/.../papers-pdf.

Rokach, A. (2001). Strategies of Coping with Loneliness throughout the Lifespan. *Current Psychology*, 20(1), 17-35.

Rokach, A. (2003). Causes of Loneliness of those Afflicted with Life - Threatening Illness. *Social Behavior and Personality*, 34(7), 603-674.

Royal National Institute of Blind People (2014). Blindness counseling "hanging by a thread". *Optician*, 247(6448), 22-23.

Rybasb, J., Roodin, P., & Santrock, J. (1991). *Adult development and aging*. New York: W. M. C. Brown Publishers.

Samuelsson, A., Ahlmen, M., & Sullivan, M. (1993). The Rheumatic Patient's Early Needs and Exceptions. *Patient Education and Counseling*, 20 (2-3), 77-91.

Schwarzer, R., & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: action self- efficacy and coping self- efficacy. *Health Psychology*, 19(5), 487-495.

Sharma, V., Richard, R., Simpson, E., LoPresti, E., & Schmeler, M. (2012). Clinical evaluation of semiautonomous smart wheelchair architecture Drive-Safe System with visually impaired individuals. *JRRD*, 49(1), 35-50.

Sheer, M., Maddux, J., Mercadante, B., Preentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. (1982). The Self - Efficacy Scale: Construction and Validation. *Psychological Reports*, 51,663-671.

Skevington, S. (1995). *Psychology of pain*. New York: John Wiley & Sons.

Stacey, B. (2014). A vesting blindness related depression. *Philadelphia Inquire,* Jul13, 15-16.

Thurston, M. (2010). An inquiry into the emotional impact of sight loss and the counseling experiences and needs of blind and partially sighted people. *Counseling & Psychotherapy Research*, 10(1), 3-12.

Tombaugh, D. (2007). Laboratory techniques for the blind American. *Journal of Health*, 32(2), 129-132.

Tran, H., Mahdi, A., Sivasubramaniam, S., Gudlavalleti, M., Gilbert, C., Shah, S., Ezelum, C., Abubakar, T., & Bankole, O. (2011). Quality of life and visual function in Nigeria: findings from the National survey of blindness and visual impairment. *The British Journal of Ophthalmology*, 95(12), 1646-1651.

Tunde-Ayinmode, M. (2011). Psychological and social adjustment to blindness: understanding from two groups of blind people in Ilorin, Nigeria. *Annals of African Medicine*, 10(2), 155-164.

Turk, D., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 70(3), 678-690.

Vanltallie, T. (2005). Subsyndromal depression in the elderly: Under diagnosed and undertreated. *Metabolism*, 54(5), 39-44.

Vik, A. (2008). Individual and environmental conditions for the literacy development of pupils with severe visual impairments. *Journal of Assistive Technologies*, 2(4), 4-15.

Yampolsky, M., Wittich, W., & Webb, G. (2008). The role of spirituality in coping with visual impairment. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 102(1), 12-23.

قدم في: يناير 2016
أجيز في: مايو 2016