

[٦]

صورة الجسم لدى الأطفال ضعاف البصر
والمكفوفين

د. نهي ضياء الدين عبد الحميد موسى

مدرس بقسم العلوم النفسية

كلية رياض الأطفال - جامعة القاهرة

صورة الجسم لدى الأطفال ضعاف البصر والمكفوفين

د. نهي ضياء الدين عبد الحميد موسى*

مقدمة:

يضيف الجهاز البصري بحاسة البصر معني خاصًا على حياة الإنسان؛ فالإنسان يدرك جسمه من خلال كل الحواس، ويحتل الجسم مركزًا أساسيًا في عمليات الإدراك، كموضوع مدراك، وكأداة إدراك، والكيفية التي يدرك بها الفرد جسمه تولد عنده بالعادة ردود فعل نفسية مختلفة.

كما أن حاسة البصر هي الرقيب الأساسي على كل الحواس الأخرى؛ فالإنسان أميل إلى تصديق ما تراه عيناه في حالة تعارض المعلومات الحسية، كما أنها تتولى عملية تنسيق وتنظيم الانطباعات التي يتم استقبالها عن طريق باقي الحواس، وهي المصدر الأساسي للمعلومات؛ لأنها القناة الحسية التي توصل الإنسان إلى ما هو أبعد من حدود جسمه؛ فبعض المدركات والصور الذهنية إرتبطت بحاسة البصر مثل: المساحات والارتفاعات والأعماق، وخصائص الشكل واللون والتركيب والحجم، مما يسهم في النمو المعرفي، وتحقيق التفاعل بين الفرد وبيئته التي يعيش فيها بمكوناتها (Downing, P & Peelen, M, 2011, 189).

وصورة الجسم من أبعاد الشخصية الأساسية والتي يكونها الفرد عن جسمه سواء كان هذا الإنسان عادي البصر، أو معاق بصريا؛ فلكل إنسان شخصيته بكل أبعادها مهما كان التفاوت في قوى حواسه وسلامتها، وعليه قد يعد فقدان البصر، أو الخلل البصري، حرمان كبير يؤثر على كل أبعاد

* مدرس بقسم العلوم النفسية، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.

الشخصية ومكوناتها وبالتالي له إنعكاسه على الصورة الذهنية المدركة للجسم؛ فقد تكون هذه الصورة غير موضوعية، ومضطربة ولكن هذا لا يعني أن الإعاقة البصرية تجعل الإنسان يعاني من العجز عن تكوينها، وأنه من الضروري استثناءهم من هذه البحوث، على اعتبار أن مرحلة المرايا ليس لها وجود لديهم، وأن الصوت لا يكون صورة الجسم.

مشكلة البحث:

تسهم خصائص الفرد الجسمية في التكوين الكلي للشخصية؛ بل وتعتبر الخصائص الجسمية للفرد الأساس الذي قامت عليه نظريات عديدة لتفسر كيفية تكوين الأجهزة النفسية، وتمايزها، وكيفية تشكيل أبعاد مفهوم الذات، التي تعتبر صورة الجسم الذهنية للفرد من أبعادها الأساسية لتضمنها الخصائص الفيزيائية والوظيفية، واتجاهات الفرد نحو هذه الخصائص وأفكاره ومشاعره وإدراكاته وخبراته الذاتية، وهذا ما يطلق عليه صورة الجسم Image Body. وتعكس صورة الجسم ومدى الرضا عنها تمتع الفرد بالاتزان النفسي بينما على العكس نجد أن الإحساس بنشوه أعضاء الجسم والنفور من تلك الصورة واضطرابها يُحدث تضخمات نفسية تتضح من خلال حدوث تنفيس لذلك في صورة اضطرابات نفسية (Howes, H; Edwards, S & Benton, D, 2005: 405).

وهناك محددان كبيران لاضطرابات صورة الجسم في الطفولة أولهما: المحدد البيولوجي (الخصائص الجسمية وسلامة الحواس)، وثانيهما: المحدد الاجتماعي والثقافي، ويختلف تأثير هذان المحددان حسب محدد ثالث قائم بذاته، وهو الإدراك الذاتي للفرد وميوله واتجاهاته (Evans,R; Roy,G; Geiger,B; et al, 2008:360).

وعند النظر إلى الأطفال ضعاف البصر والأطفال المكفوفين نجد أن المحدد البيولوجي يفرض عليهم خلل أو غياب حاسة البصر الذي لا يؤثر على طبيعة المعلومات المستقبلية فحسب؛ بل أن الطفل المصاب في احتياج لتطوير أكثر من بديل واحد للبصر، وتطوير الانتفاع بالقنوات الحسية الباقية كلها، مما يفرض انعكاسه على جميع خصائص شخصيته.

أما المحدد الاجتماعي الثقافي فنجد أن نظرة المجتمع متذبذبة، وردود فعل الآخرين تجاه الأطفال ضعاف البصر والأطفال المكفوفين مختلفة عن ردود فعلهم تجاه الأطفال العاديين، مما يلعب دورا بالغا في نموهم الاجتماعي وتفاعلهم المتبادل مع الأشخاص المحيطين بهم (Burmedi, D; Becker, S; Heylyvero, W, et al, 2003, 59)؛ فهذه النظرة المتذبذبة وإدراك الأطفال الذاتي لها تشعرهم بفقدان الأمن والثقة بالنفس، ويكونوا متذبذبين في اتجاهاتهم نحو أنفسهم؛ فهم تارة يتفنون فيها، وتارة أخرى ينظروا لها نظرة دونية ويحتقروا ذواتهم؛ فالآخرون هم المرايا التي تعكس لهؤلاء الأطفال صورتهم عن أنفسهم بما فيها صورة جسدتهم؛ حتى وإن اعتقدوا إنها مرايا غير موثوق فيها (Kaplan,M, 2000: 284)، والطفل عندما يصل إلى سن سنتين يصبح قادراً على الفهم والتنبؤ بسلوكيات المحيطين به في البيت، والمجتمع الأكبر، وأن الإعاقة تحدد حال حياته، وتصبح عائلاً دون تحقيق أهدافه (Lifshitz,H& Weisse,I, 2007:8).

وهذا ما لمستته خبرة الباحثة العملية أثناء بعض الدورات التدريبية عن سيكولوجية الأطفال المعاقين بصريا، والتي تحدثت فيها الأمهات على لسان أطفالهن ضعاف البصر وأطفالهن المكفوفين؛ بل وتحدث بعض الأطفال عن أنفسهم وعبروا عن أن أكثر ما يعانون منه أثناء تفاعلهم

المباشر، وغير المباشر مع الآخرين، هي ردود أفعال الآخرين والتعليقات السلبية، والتي تتم عن الإشفاق على الطفل؛ لأنه ضعيف البصر أو كيف، على مسمع من الطفل وإدراكه وتفكيره المستمر فيها، فالأمهات قد يستطعن ضبط ردود أفعالهن مع أطفالهن؛ ولكن الشيء الذي وصف بأنه لا يوجد له حل هو التعليقات السلبية من الآخرين، وكذلك الضحك في حال أن ضعف البصر، أو الكف البصرى وضعوا الطفل في موقف محرج أو خطأ عفوي.

وكذلك يؤلم الطفل ما يدور في ذهنه وعلى لسانه من أسئلة عن علته ما هي؟ ولماذا هو مختلف؟ فيتسأل: مامعني شكلي؟! ما الفرق بين شكلي وشكل غيري؟! ما معني هم يروا وأنا لا؟! جسمي ماذا ينقصه؟ ماذا يعنى أعمي؟ لماذا لا أتمكن من الجري واللهو بحرية مع أخوتي وأقراني؟! لماذا إخوتي الصغار يستطيعوا معرفة وتحديد أماكن الأشياء البعيدة والذهاب لإحضارها، وأنا لا؟ رغم أنني الكبير، ما معني اللون الأخضر/الأزرق.. إلخ؟ لماذا يُقال لي إن عيني مختلفة؟. ويبدأ الوالدان في إلباسه نظرات سوداء لإخفاء عينية مع استسلامه المتسائل، لماذا؟

وهذا يؤكد ما قيل له عن شكل عيناه ويجعله يرغب في النظارة السوداء ليخفي عيناه كشخص بالغ لا يعجبه جسمه فيلجأ لملابس فضفاضة وقاتمة لإخفاء عيوب جسمه.

ويتسأل الطفل ضعيف البصر عن طريقة تخلصه من نظراته السميكة؟.

بالإضافة لواقع آخر له أثر نفسي أعمق قد تمارسه الأسرة على الطفل ضعيف البصر والطفل المكفوف، مثل أن يتلفظ أحد أفراد الأسرة

كالإخوة أو حتى الأمهات والآباء الراضون لطفل معاق وخاصةً عند الغضب بألفاظ جارحة بسبب إعاقته؛ فهذه الألفاظ أشد وطأة عليه من أي أمر آخر قد يقع خارج محيط الأسرة، ولها تأثيرها السلبي العميق على صورة الجسم (Chiao,J; Harada,T; Komeda,H; et al, 2010: 6).

ومن هنا، جاء إحساس الباحثة بضرورة دراسة صورة الجسم لدى الأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين مقارنةً بالأطفال العاديين ومقارنةً ببعضهما البعض، وكمتغير نفسي هام في بناء الشخصية، ويمكن بلورة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل التالي:

هل صورة الجسم عند الأطفال يتأثر بشدة الإعاقة البصرية؟،
بمعنى هل صورة الجسم لدى الأطفال العاديين أفضل حالاً من صورة الجسم لدى الأطفال ضعاف البصر، وصورة الجسم لدى الأطفال ضعاف البصر أفضل حالاً من صورة الجسم لدى الأطفال المكفوفين؟
وبمعنى آخر، هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الأطفال العاديين ودرجات الأطفال ضعاف البصر، ودرجات الأطفال المكفوفين على إختبار صورة الجسم؟ ولصالح من هذه الدلالة؟

أهمية البحث: ترجع أهمية البحث الحالي إلى:

*** الأهمية النظرية المتمثلة في الآتي:**

١- تغيير الإعتقاد بأن الرضا أو عدم الرضا عن صورة الجسم يرتبط ببداية مرحلة المراهقة بينما، هو يبدأ في الظهور من عمر أربع أو خمس سنوات.

٢- إثراء التراث النظري عن الإعاقة البصرية؛ فبرغم الاهتمام بصورة الجسم، وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية، والإعاقات الأخرى خاصتاً

لدى المراهقين إلا أنه تندر- في حد علم الباحثة- الدراسات التي تخص حاسة البصر وعلاقتها بصورة الجسم لدى الأطفال.

٣- الجدير بالذكر أن البحوث والمراجع السيكولوجية لم تتحسس لدراسة فئة ضعاف البصر كما تحمست لدراسة المكفوفين، رغم أن ضعاف البصر يمثلون نسبة عالية من المعوقين بصريا، ويرجع الإغفال النسبي لدراسة هذه الفئة إلى أن البعض ينظر إليها على أنها أقرب إلى العاديين لاسيما الحالات الضعف البسيطة بينما، ينظر إليهما البعض الآخر على أنها أقرب إلى فئة المكفوفين، وخاصة في الحالات الشديدة؛ فضعاف البصر في الموقف البيئي (Border line) ولهم هويتهم غير المستقرة (Reynolds, C & Janzen, E, 2000- A, 280).

الأهمية التطبيقية المتمثلة في الآتي:

- ١- التعرف على وضع صورة الجسم لدى الأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين مقارنة مع الأطفال العاديين في نفس السن ومقارنتا ببعضهما ببعض.
- ٢- محاولة تفسير وضع صورة الجسم لدى الأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين، والعوامل الكامنة وراء هذا الوضع في ضوء نظريات الشخصية، والدراسات السابقة لمعرفة السياقات التي تنشط أو تحفز صورة الجسم المضطربة، لأهمية ذلك الناحية الكلينيكية.

أهداف البحث:

- ١- مقارنة صورة الجسم لدى الأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين بالأطفال العاديين، وبعضهما ببعض.
- ٢- التعرف على انعكاس شدة الإعاقة البصرية على اضطراب صورة الجسم لدى الأطفال.

مصطلحات البحث الإجرائية:

١- الأطفال المكفوفين **Blindness**:

وتعرفهم الباحثة إجرائيًا بأنهم: الأطفال الذين لديهم كف بصري كلي وتكون حدة إبصارهم المركزية تساوي أو تقل عن (٦٠/٦) متر أو (٢٠٠/٢٠) قدم في أقوى العينين بعد العلاج والتصحيح ومجالهم البصري لا يزيد عن (٦) أمتار أو (٢٠) قدمًا على أن يكون هذا الكف البصري منذ الميلاد أو قبل سن خمس سنوات، ويكون الأطفال خالين من أي إعاقات أخرى.

٢- الأطفال ضعاف البصر **Low vision children**:

وتعرفهم الباحثة إجرائيًا بأنهم: الأطفال الملتحقون بمدارس خاصة بضعاف البصر، وتتراوح حدة البصر لديهم بين (٢٤/٦) إلى (٦٠/٦) بالمتر، وذلك في العين الأقوى بعد العلاج، والتصحيح باستخدام النظارات الطبية، ومجال بصرهم لا يقل (٦) أمتار، وضعف البصر عندهم ثابت، وليس لديهم أي إعاقات أخرى.

٣- صورة الجسم **Body Image**:

هي: "صورة ذهنية يكونها الفرد عن جسمه، وهي تتضمن مجموعة من المكونات الإدراكية والذاتية والسلوكية، كما أنها تتسم بالتطور والاستمرار. (أحمد وبطرس، ٢٠٠٨: ٦)

وتتمثل إجرائيًا في الدرجة التي يحصل عليها الأطفال على إختبار صورة الجسم المُستخدم.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

الإعاقة البصرية Visually Handicaps:

تصنف الإعاقة البصرية على إنها إعاقة جسمية، والبعض يدرجها تحت تصنيف منفصل، وهو الإعاقة الحسية. وتشير الإعاقة البصرية إلى درجات متفاوتة من فقدان حاسة البصر، وتتراوح بين حالات العمى الكلي وهو إما يكون وُلادى منذ الميلاد أو قبل سن الخامسة، أو مكتسب بعد سن الخامسة، وهذه الحالات لا يملكون الإحساس بالضوء، ولا يرون شيئاً على الإطلاق، ويعتمدون كلية على حواسهم الأخرى في حياتهم، وبين حالات الإبصار الجزئي الولادى منذ الميلاد أو قبل سن الخمس سنوات، والمكتسب بعد سن الخامسة، وتفاوت قدراتهم على التمييز البصري للأشياء المرئية، ويمكنهم الاستفادة من بقايا بصرهم مهما كانت درجته في التوجه والحركة والتعليم بعد عمل التعديلات اللازمة في بيئة. (عطية وجمعة، ٢٠٠١: ١٠٧)؛ إلا أنه يمكن تصنيفهم لشكلين رئيسين للإعاقة البصرية هما الكف البصرى والضعف البصرى وفقاً للتالى:

- حدة الإبصار: وهى أن الفرد يرى جيداً ويميز خصائص الأشياء بدقة عند (٢٠) قدمًا مايفترض أن تراه العين العادية عند (٢٠) قدمًا. (سليمان، ٢٠٠٤: ٢٦)
- حقل الإبصار: وهو مجال الرؤية في الاتجاهات المختلفة في نفس الوقفه من موقع الثبات دون أن يحرك الشخص المقلتين، ومجال البصر للإنسان العادي يتراوح بين حوالي (٢٠٠) قدم أي (٦٠) متر إلى (٢٠) قدمًا أي (٦) أمتار أيًا كان حال الإبصار المركزي (البطانية والجراح وغوانمة، ٢٠٠٩: ٢٣٩ - ٢٤٥).

- الإدراك البصري أو الرؤية الوظيفية: ويُقصد بها مدى قدرة الشخص على استخدام إمكاناته البصرية أيا كانت درجة إبصاره (يوسف، ٢٠٠٣، ١٢٨).
- وبناء على ماسبق يمكن تعريف الطفل الكفيف والطفل ضعيف البصر كالآتي:

أولاً: الكفيف (الكف البصري الكلي) Total blindness:

- كفيف البصر قانونياً وطبياً: الكفيف من الناحية القانونية المبنية على أسس طبية هو الشخص الذي تكون حدة إبصاره المركزية تساوي أو تقل عن (٢٠/٢٠) قدمًا في أقوى العينين، وذلك بعد محاولات تحسينها، وإجراء التصحيحات الطبية الممكنة، ومع تقلص في أطراف المجال البصري إلى زاوية لاتزيد على (٢٠) قدمًا (محمد، ٢٠٠٣: ١٢٥).
- كفيف البصر تربويًا: هو الشخص الذي لا يستطيع الإعتماد على حاسة البصر، وعليه الإعتماد على الحواس الأخرى للتعليم والإعتماد على القوات اللمسية، والسمعية (شقيير، ٢٠٠٢: ٢٥٥).

ثانياً: ضعاف البصر Low Vision:

- * ضعاف البصر قانونياً وطبياً: هم الأشخاص الذين تتراوح حدة إبصارهم بين (٧٠/٢٠) قدمًا إلى (٢٠/٢٠) قدمًا أو بين (٢٤/٦) إلى (٦٠/٦) متراً، وذلك في العين الأقوى بعد العلاج والتصحيح باستخدام النظارات الطبية. (القريطي، ٢٠٠٥- أ: ٣٥٢)

- ضعف البصر تربويًا: هم الأشخاص الذين يعانون من إعاقة بصرية شديدة؛ حتى مع التصحيح، واستخدام المعينات البصرية، وغير البصرية؛ ولكن يمكنهم تحسين وظائفهم البصرية (Reynolds, C & Janzen,E, 2000- B: 1122)

ويمكن تقسيم ضعف البصر إلى ذوي ضعف البصر الثابت، وهم من يتمتعوا بحدة بصر ثابتة ومستقرة، وضعاف البصر ذوي البصر غير المستقر، وهم من تتدهور حالتهم؛ حتى تصل إلى العمى الكلي (Wolffe, K, 2000, 141).

العوامل المؤثرة في شخصية الأطفال المعاقين بصريًا:

من الصعب تحديد خصائص معينة يمكن أن يندرج تحتها جميع المعوقين بصريا بفئاتهم، ودرجاتهم المختلفة، وذلك لعدة عوامل مؤثرة في شخصياتهم وهي:

- توقيت حدوث الإعاقة: السن الحرجة لحدوث الإعاقة البصرية من الميلاد؛ حتى الخامسة من العمر لتأثيرها البالغ على الخبرات البصرية المخزنة في الذاكرة (الحديدي، ٢٠٠٩، ٦٦).
- شدة الإعاقة البصرية: لتأثيرها على مدى قيام الفرد بمتطلبات الحياة اليومية، واعتماده على نفسه والتوجه والحركة، والتعليم، والمشاركة الاجتماعية (القريطي، ٢٠٠٥- أ، ٣٦٩).
- حالة العينين ومظهرهما: لتأثيرهما على مستوى قبوله من الآخرين (العزة، ٢٠٠١، ٢٠٧).
- البيئة المحيطة: لدورها في توفير الخدمات والمعينات اللازمة (عبيد، ٢٠٠٠، ١١٦).

- الموقف النفسي والاجتماعي لمعاق بصريا مع أسرته ومجتمعه (الحماد، ٢٠٠٩، ١٨١).
 - قوة الحواس المتبقية: لتعويض بعض النقص الناتج عن الخلل البصري (إبراهيم، ٢٠٠٢، ٥٨).
 - درجة الذكاء، والقدرة على الانتباه والتركيز.
- وعليه فخصائص شخصية المكفوفين وضعاف البصر كآلاتي:

الخصائص الشخصية للمكفوفين وضعاف البصر:

أولاً: الخصائص العقلية:

يرى (السبيعي، ٢٠٠٠: ١٠٤) أن الكفيف بإمكانه أن يصل إلى تعلم أقصى ما يستطيع إمرؤً كالمبصر. إلا أن "شמיד وزملائه" (Schmid,M;Nardone,A; De Nunzio, A; et al, 2007, 2097) وجدوا أن الغياب طويل المدى للمعلومات البصرية لا يمكن أن يعوض بالوظائف الحسية الأخرى.

أما ضعاف البصر، فمتوسط درجاتهم أقل من متوسط درجات الأطفال المبصرين في اختبارات الذكاء، وإن كان الفرق بينهما غير دال (Woolfolk, A, 2001, 81)، إلا أن لعامل الخبرة لدى الفرد ضعيف البصر دوراً مهماً في العمليات الإدراكية والتوجه المكاني، وذلك أفضل من الكفيف. (Dulin,D,2007, 351)

أما عن التصور، والتخيل كعمليتين مرتبطتين بالتفكير التجريدي، ونظراً لأن ضعيف البصر يستطيع تطوير الاستفادة بما تبقى لديه من إبصار، يقل الفارق بينه وبين المبصر في هذه القدرة العقلية (Cohen,A, 2002, 1591).

والكفيف يستطيع تطوير الاستفادة بما لديه من باقي الحواس في تنمية هذه القدرة العقلية، (McCulloch, D, 2007: 39- 76)؛ (Estrada, H & Harper,D, 2007: 263- 271)

فهو يكتسب المفاهيم غالبًا عن طريق السمع واللمس، وهناك نوعين من الإدراك باللمس هما: اللمس التركيبي مع الأشياء الصغيرة التي يمكن احتوائها بيد واحدة أو اثنين، أما اللمس بالتحليل فيشير إلى الإمساك بعدة أجزاء من الشيء لكبيره، ومن ثم يقوم الكفيف بتكوين ذهني لصور الأجزاء وربطها مع بعضها البعض (البطانية والجراح وغوانمه، ٢٠٠٩، ٢٥٩).

ووجد أن هناك تحولات بالقشرة المخية السمعية واللمسية للمكفوفين يؤدي إلى إعادة تنظيم وظيفي لهما تعويضا عن مركز الذاكرة البصرية لديهم (Ma, Y & Han, S, 2004).

ثانياً: خصائص اللغة والتواصل:

ويعجز الطفل الكفيف عن الإحساس بأشكال اللغة غير اللفظية ولغة الجسد Body Language المرتبطة بمعاني الكلام، ومن ثم القصور في استخدامها، ويتأخر اكتساب العديد من الكلمات، ويطء معدل نمو اللغة. (شقيير، ٢٠٠٥- أ، ١٨) أما "روزيل وزملائه" (Rosel,J; Caballer,A; Jara,P & Oliver,J, 2005:15) يؤكدوا على التأثير الإيجابي للكف البصري على اكتساب المهارة اللغوية والقدرة على استخدام الألفاظ والعبارات التي تعزز التفاعل الاجتماعي، وذلك في حال توافرها مع البيئة المحيطة. كما أن الكلمات لا تعني شيئاً عند المكفوفين إلا إذا ارتبطت بمدلول حسي نتيجة خبرة مباشرة وممارسة، يباشرها الطفل في حياته اليومية (مخولف، ٢٠٠٧، ٦٤).

ولوحظ استبدال الحروف وتكرار الأطفال المكفوفين لبعض الكلمات لحاجتهم لفهم ما يقول (محمد والهندي، ٢٠٠٦، ٤١).

أما الأطفال ضعاف البصر فهم يعانون من قصور - وليس عجز - في الإحساس بالتعبيرات الحركية الوجهية ومهارات الاتصال غير اللفظي، وقصور عن متابعة الإشارات والإيماءات المرتبطة بمعني الكلام، وفي الاتصال بالعين مع المتحدث، إلا أن ضعف البصر لا يعتبر من العوامل المعيقة بشكل كبير لتعلم اللغة (جميل، ٢٠٠٣، ٩٥).

ثالثاً: خصائص النمو الحركي: للمعلومات البصرية أهمية خاصة في المهام الحركية المختلفة، والمتمثلة في: التوجه أي تمكين الفرد عن تحديد نقطة ارتكازه وعلاقته بجميع الأشياء المهمة ذات الصلة بحركته في مجال بصره، والحركة أي استعداد الشخص ومقدرته على التنقل في هذا المجال (القريطي، ٢٠٠٥ - أ، ٣٧٨)؛ فالحركة تستلزم تفكير وربط وعلاقات بين الأشياء والأماكن المختلفة التي يتحرك بينها الفرد، كما أن مشكلة الطفل الكفيف تكمن في عدم رؤيته للنماذج الحركية، وحاجته للقائمين على رعايته لتصحيح الحركات. (البيلاوي، ٢٠٠١، ١٦)

وقد أشار (النجار، ٢٠٠٢، ٤٨) إلى أن الأطفال المكفوفين يستطيعون المشي في مرحلة متأخرة تصل إلى خمس سنوات، حيث أن التحرك في المكان قد يعرضه لصدمات وكدمات، مما يجعله يتحاشي الحركة؛ فيتأخر نموه الحركي.

أما ضعاف البصر فمشكلتهم هي قلة الخبرة والمعرفة بمكونات البيئة، والعلاقات المكانية والفراغية، وذلك لقلّة الفرص المتاحة لتدريب المهارات الحركية، ومحدودية النشاط الاستكشافي، والمتابعة البصرية للأشياء مما يحد من الاستثارة البصرية والحركة الذاتية، والحماية الزائدة من

والوالدين؛ ولذلك المشي باستقلالية لديهم يتأخر إلى الشهر التاسع عشر. (سليمان، ٢٠٠١، ٥٣)، (Brambring, M, 2001, 427).

وهنا تظهر أهمية التدريبات التي تبدأ من الأسرة لتشجيع الطفل على الحركة المستقلة ليصبح مكتشفاً ومستطلعاً لعالمه، بإستثارته بالأصوات المتنوعة والروائح التي تدفعه للبحث عنها وإستكشافها، وتشجيعه على إستخدام الأدوات، والتعرف على أماكنها.

أما في مجال المهارات الحركية الدقيقة لعضلات الأصابع فقدرات الأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين تقرب الطفل العادي، ولكن لا يتمكنوا إلا من أداء حركة واحدة في نفس الوقت، وينجز ما ينجزه الطفل المبصر جيداً إذا قدمت له المساعدات المناسبة، ومع محاولة تخليصهم من أوضاع جسمية غير مضبوطة يتخذها لمحاولة إيجاد أفضل زاوية للرؤية، وقد تؤثر على شكل جسمه على المدى البعيد (أبو النصر، ٢٠٠١، ٧١-٧٢)؛ فهم أكثر عرضه للإصابة بالتشوهات القوامية عن أقرانهم الأسوياء مثل سقوط الرأس وإستدارة الكتفين، وهذا ما أكدته دراسة (المغازي، ٢٠٠٢) التي أعدت برنامج حركي للطفل الكفيف لتنمية التوجه المكاني، وأظهرت النتائج فاعلية البرنامج التأهيلي الحركي في تحسن أوضاع الجسم والتوجه المكاني.

كما وجد أنه بالإمكان تطوير الاستفاداة من المهارات الحركية الدقيقة لدى الأطفال ضعاف البصر باستخدام الألعاب الفنية التشكيلية، في تحسين توافقهم النفسي (موسى، ٢٠٠٦، ٢٢٦).

رابعاً: الخصائص الانفعالية والاجتماعية: الإعاقة البصرية تفرض على الطفل مجموعة من الصعوبات والضغوط لا بد أن يتغلب عليها لضمان الوصول إلى التوافق النفسي؛ حتى لو كانت الظروف المتاحة،

والبيئة المحيطة مثالية، مما يعرضه إلى الكثير من الاضطرابات الانفعالية (محمد، ٢٠٠٣، ١٤٣).

في حين يرى "جندال وديفيا" (Jindal,S & Divya,A 2005, 4) أنه ليس هناك خصائص انفعالية اجتماعية تميز المعاقين بصرياً عن عابدين البصر، ولكن التفاعل الاجتماعي يتأثر بالتغذية المرتدة من جانب المحيط الاجتماعي؛ فالبيئة الاجتماعية واتجاهات الآخرين نحو المعاقين بصرياً قد ينتج عنها حالات عدم الثقة بالنفس، وتجعل الطفل الكفيف والطفل ضعيف البصر يعاني من الخوف والتردد؛ مما يجعلهم يسرفون في استخدام الحيل الدفاعية، ويعانون من مشكلات مع الآخرين أكثر مما يعانون من إعاقته ذاتها. (الشريف، ٢٠٠٧، ٢٠٧-٢٠٨).

وهذا ما أشار إليه "روجرز" "Rogers"؛ فالفرد يستجيب للمجال كما يدركه، والواقع عنده هو ما يظنه الحقيقة، وبصرف النظر عن احتمال أنه حقيقي أو غير حقيقي.

ويغلب أن تسيطر عليهم مشاعر الدونية والقلق والصراع والشعور بالاغتراب وانعدام الأمن والإحساس بالفشل والإحباط والنزعة الاتكالية، وأقل توافقاً وتقبلاً للآخرين والشعور بالانتماء للمجتمع. (Rees,G; Saw,C; Lamoureux,E & Keeffe,J, 2007: 39- 46)

وبذلك تؤثر الإعاقة البصرية الكاملة أو الجزئية في السلوك والمهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية، والشعور بالاكتماء الذاتي (إبراهيم، ٢٠٠٣، ٥٠١).

وقد أشار (الجبالي، ٢٠٠٥، ١٢٦) أن الإعاقة البصرية تجعل الطفل الكفيف أكثر هدوءاً، وأقل مبادأة إذا ما قورنت بالمبصرين في نفس السن، وكان ذلك واضحاً بين المكفوفين بطبيعة الحال عن ضعاف البصر،

إلا أن (أحمد، ٢٠٠٦، ٣٣٦) يرى أنه في حقيقة الأمر المكفوفين يبدون ميلاً صريحاً لكبت العدوان تجاه من يعتمدون عليهم، أما علاقتهم بالأطفال الآخرين يظهر فيها العدوان الشديد نحو بعضهم ونحو الأطفال الآخرين. أما ضعف البصر فالقلق النفسي (Psychological anxiety) هو مشكلتهم النفسية الأولى، ويزداد عند ضعف البصر الإحساس بسوء التوافق النفسي، وتتأثر الخصائص الاجتماعية للطفل بالإعاقة البصرية، ولكن بشكل غير مباشر (جميل، ٢٠٠٣، ٩٨)؛ كنتيجة لإحساسه بالعجز، ونشوه صورة جسمه.

والأطفال ضعاف البصر أكثر ميلاً للانطواء من المكفوفين إلا أنهم قد يصابون بنوبات الغضب (الببلاوي، ٢٠٠١، ٢٥)؛ كتعويض لمشاعر النقص نتيجة لإعاقة طبيعية الفرد الداخلية وإحباطها كما وصفها "أدلر". وبسبب خبرات الفشل المتكررة يلجأ بعض الآباء إلى حماية أطفالهم بشكل مبالغ فيه؛ مما يحد من فرص تطور الاستقلالية (Tuttle,D & Tuttle,N, 2004, 73)؛ فيصبحون عرضه للخضوع والتبعية للآخرين، أو الإنسحاب والأنطواء وتصبح شخصياتهم عُصابية؛ فالقصور العضوي والمعنوي والاجتماعي عند "أدلر" يدفع الفرد إلى بذل المزيد من الجهد لتعويض القصور، ولو أخفق السلوك في التعويض، يتكون عقدة النقص، وتخلق عند الشخص العصاب. (يوسف، ٢٠٠٣، ١٤) (Alzyoudi,M,2010: 133)

صورة الجسم Bady Image:

الخصائص والسمات الجسمية التي تتعلق بالشكل العام للفرد وصحته الجسمية تعد مكوناً أساسياً من المكونات التي تركز إليها شخصية

الإنسان إلى الحد الذي جعل البعض يفسر أنواع الشخصيات ظاهرياً في ضوء بنيانهم الجسمي (القريطي، ٢٠٠٥-ب: ٢٢١).

مفهوم صورة الجسم Body Image Concept:

صور الجسم هي: " صورة ذهنية للجسم يكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهره الخارجي، أو في مكوناته الداخلية، وأعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءتها، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر أو اتجاهات وميول سلوكية عن تلك الصورة الذهنية، والتي تتبع من مصادر شعورية ولاشعورية تمثل مكوناً أساسياً في مفهومنا عن ذاتنا" (خضر، ٢٠٠٠، ٢٩)، (شقيير، ٢٠٠٥-ب، ٣٠٤)، (الدسوقي، ٢٠٠٧، ٤٢٠)، (خليفة، ٢٠٠٩، ٢٤٠)، (Pallan,M; Hiam,L; Duda,J; et al, 2011,11).

وأضافت تعريفات "كوساك" (Cusack,K,2000,23) و"كيلون" (Killion,L,2003,20) و"بلاكيسلو" (Blakeslee,S,2006,126) أنها: " التصور الذاتي واتجاه الذات ذو أبعاد إدراكية، ومعرفية، وانفعالية وتحفيزية نحو جسم الفرد، خاصة حجمه، وشكله، وجماله".

وترى الباحثة أن تغير هيئة الفرد، وتقدير الآخرين، والخبرات الانفعالية، وكيفية تكيفه مع هذه التقديرات هي المصادر الشعورية، أما المصادر اللاشعورية مستمدة من الإحساسات الداخلية المكبوتة، وأن صورة الجسم كمكون من مكونات الشخصية ظهر في التعريفات السابقة بصورة تذكرنا بما أسمته "هاري سوليفان" Sullivan, H " بالشخصيات Personilication، وهو مسمي مشتق من مفهوم الشخصية، وإن كانت تشخصيات "سوليفان" تتكون لدى الفرد عن ذاته وعن الآخرين، فهي صورة

يكونها الشخص لنفسه أو لشخص آخر، مركبة من المشاعر والاتجاهات والمفاهيم الذهنية تنمو من الخبرات مع إشباع الحاجات ومع الحصر، وهذه الصور التي نحملها معنا في رؤوسنا نادراً ما تكون أوصافاً دقيقة؛ فهي تتكون في المقام الأول للتعامل مع الناس في مواقف وعلاقات متبادلة معزولة نسبياً، ولكنها ما أن تتكون حتى تستمر عادة وتؤثر في اتجاهاتنا نحو أنفسنا ونحو الآخرين، وتتبع تشخيصات "الذات" نفس المبادئ التي يتبعها تشخيص الآخرين؛ بل وتتشأ الاتجاهات نحو الذات من أن الطفل يقوم بتقييم أفكاره ومشاعره في مقابل أفكار ومشاعر واستجابات الآخرين، وهي عملية وصفها "سوليفان" بأنها التقييمات المنعكسة.

صورة الجسم والنظريات المفسرة لها:

في محاولة من الباحثة لاستخلاص هوية صورة الجسم بُناءً على بعض النظريات المفسرة للشخصية، وجدت أن هناك وحدة قائمة ومتبادلة بين ماهو سيكولوجي، وماهو فسيولوجي في جسم الإنسان؛ فقد عرف جوردن ألبورت Allport,G الشخصية بأنها "التنظيم الدينامي داخل الفرد للأجهزة النفسية الفيزيائية التي تحدد للفرد طابعة المفيد في السلوك والتفكير وتكيفه الفريد مع بيئته" (عبد الرحمن، ٢٠٠٠، ٤٢).

ويشير هذا التعريف إلى أن الأجهزة البيولوجية، هي فسيولوجية كذلك؛ فالوقائع العيانية والمادية لا يمكن أن تكون نفسية خالصة أو فيزيائية خالصة؛ فهي تعبر عن وجودها في صور فيزيائية، وتتطوي في الوقت نفسه على دلالة نفسية. وهذا مايفسر التغيرات الفسيولوجية التي تصاحب الانفعالات، وما يسمى بالأمراض السيكوسوماتية (النفجسمية) إذ أن خلجات النفس التي لا تجد لها مصرفاً ملائماً موقفاً، مصيرها إلى الانحباس في تشكل تغيرات عضوية قد تكن على درجة كبيرة من الخطورة؛

بل والأمراض السوماتوسيكولوجية (الجسم نفسية) فالأمراض الجسمية تؤثر بشكل سلبي على الجوانب السيكلوجية للفرد؛ مما جعل "سكنر" Skinner, B.F." يصف بناء الشخصية بأنه "يتكون من الجسم وهو كالصندوق المغلق بما فيها من الذات، ومعرفة الذات والعقل واستخدامه للمعرفة، والإدارة الحرة، وإرادة القوة، والتعزيز الذي يتلقاه الفرد" (عبد الباقي، ٢٠٠٦، ٧٦).

وعند الربط بين صورة الجسم وتكوين الهوية الشخصية نجد نظرية التحليل النفسي "فرويد" Freud,S " ترى أن "الأنا" "ego" في الأساس أنا جسمي "Body ego"؛ فالأنا الجسماني يسبق تكوين الأنا النفسي، والأنا إنما هو جزء من "الهو" "Id" عدل بواسطة التأثير المباشر للعالم الخارجي، والذي يعمل من خلال الشعور الإدراكي؛ فصورة الجسم مرتبطة بتصوير "فرويد" عن توزيع طاقة الليبدو في الجسم وبصفة خاصة أثناء مراحل نمو الطفل والتي تتوافر كلها في البداية لدى الهو، وتتركز في أجزاء معينة من الجسم، ففي المرحلة الفمية تتركز في الفم، وفي المرحلة الشرجية تتركز في السيطرة على العضلات والأغشية المخاطية الداخلية، وهكذا.

وأكد "فرويد" على الدور المهم للمعطيات اللمسية الخارجية- الفم واليد كأعضاء قابضة واليد والجلد كمصدر لتلقي الخبرات الحسية اللمسية- ، والحسية الداخلية في إدراك الطفل لذاته المنفصلة عن العالم الخارجي الذي يؤدي إلى تكوين تصور عقلي لبذنه (نواة صورة الجسم) (أوتوفينخل، ٢٠٠٩، ٩).

وعليه صورة الجسم هي نواة الأنا أي نواة الحياة النفسية، ومركز الشخصية وجهازها التنفيذي.

وتكتسب الأنا تدريجياً قدرًا يتزايد من طاقة "الهو"، وفي النهاية تحنكر الطاقة النفسية وتكرس جزءًا من طاقتها لتنمية العمليات النفسية، ويتوقف عليها وعلى تعثراتها بُعد السوية واللاسوية.

وأضاف "يونج" "Yung" أن اللاشعور التي نشأت منه الأنا الشعورية يتألف من النزعات الطفلية والرغبات والمدركات قبل الشعورية التي كبتت وقمعت وهي خبرات حسية مرتبطة باللذة والألم وبالخبرات الجسدية، وبهذا نري أن لصورة الجسم دور فيما يتألف منه اللاشعور الشخصي؛ بل أن صورة الجسم لها دور في اللاشعور الجمعي؛ كنتيجة للأفكار اللاشعورية حول الجمال والقبح، وعليه اضطراب صورة الجسم يظهر المنطقة المحددة في الجسم التي لها معنى لاشعوري لدى الفرد وتمثل العقدة التي تنتمي إلى اللاشعور الشخصي والجمعي، وأنه لكي يتكون لدى الأطفال بصفة عامة والأطفال ضعاف البصر والمكفوفين بصفة خاصة "أنا" سوية كنواة لشخصية سوية لا بد أن تكون هناك خبرات لاذة خلال الحياة الباكرة ومنذ الأسابيع والأشهر الأولى للطفل يمكن البدء من خلالها لتحقيق ذلك.

وأكد "إريكسون" "Erikson" أن نمو الأنا في تبادل معتمد على الجسم، والنمو السيكلوجي والاجتماعي يحل محل النمو البيولوجي، ويتسم الشخص الذي أحرز الهوية الشخصية بأن لديه صورة واضحة، وتقبلا لذاته وثقافته الاجتماعية. (Friestad, C & Rise, J, 2004, 249)

في حين أن "روجرز" "Rogers"، ويرى أن مفهوم الذات يلعب دورًا محوريًا في تشكيل السلوك وإبراز سمات الشخصية؛ فالفرد يسلك بالطريقة التي تتفق مع مفهومه عن ذاته (الضامن، ٨٤، ٢٠٠٨)، والذات في الأصل والمنشأ جسمية- ذات جسمية- فأول إحساس ذاتي يشعر به

الطفل هو إحساسه بجسده، ولذا هناك أهمية لتصوير الطفل لجسده والدور الذي تلعبه صورة الجسم في تكوين الشعور بالذات لديه؛ فالذات تستوي باستواء صورة الجسم وتضطرب حال اضطرابها (قاسم، ٢٠٠٩، ٢٢٢)؛ ولذلك صورة الجسم تتدرج تحت لواء مفهوم الذات وتشكل بُعدًا من أبعاده الأساسية، بل هي أول مكونات وأهم عناصره.

ويجب هنا توضيح الفرق بين مفهوم "الأنا" كما افترضه "فرويد"، ومفهوم "صورة الذات" كما افترضه "روجرز"، فالأنا عند "فرويد" هي: مجموعة الوظائف النفسية الشعورية، أما الذات عند "روجرز" فهي: الإدراكات والقيم الشعورية بالنسبة للأنا، أي صورة الذات- الجسم- عند "روجرز" هي: إدراك الفرد الشعوري للأنا (ضمير المتكلم) عند "فرويد".

مضامين صورة الجسم:

يرى (الدسوقي، ٢٠٠٦، ١٦) و(أحمد وبطرس، ٢٠٠٨، ٣٠) و(Archie, W; Gilbert, F, 2013, 11) أن صورة الجسم لها ثلاثة مضامين أساسية هي:

- **المضمون الإدراكي Perceptual component**: وهو إدراك حجم الجسم ووزنه وشكله، أي حقيقة الجسم التي ترى وتقاس بموضوعية، وهو مفهوم غير ساكن يتغير بالنمو.
- **المضمون الذاتي Subjective component**: وهو الرضا عن الجسم والاهتمام به، والمحتوى الفكري والاتجاهات والمشاعر والإحساس الداخلي المصاحب لعملية التقييم.
- **المضمون السلوكي Behavioral Component**: وهو المواقف التي تؤدي إلى الراحة، أو عدم الراحة والمرتبطة ببعض جوانب المظهر الجسمي.

والنماذج الإدراكية اتجاه صورة أجسام يتم بناءها من الصغر إلى الكبير بالمرور بتجارب كثيرة، والتفاعل الإيجابي بين الطفل وذاته والآخرين يرسخ من خلاله نماذج ذاتية لصورة الجسم، وهذه النماذج تؤثر على إدراكه لأجسامه وللآخرين ومشاعره وسلوكياته، وتؤثر على الأنماط السلوكية (التجنبيه/ الإقدامية) (شكير، ٢٠٠٩، ٢).

مكونات صورة الجسم:

تشمل صورة الجسم على مكونين مهمين وهما:

- **المكون الأول (المثال الجسمي) Body Ideal:** وهو النمط الجسمي الذي يعتبر جذاباً ومناسباً من حيث العمر، ومع وجهة نظر ثقافة الفرد. (النوبي، ٢٠٠٥: ٢)

- **المكون الثاني (مفهوم الجسم) Body concept:** ويشمل الأفكار والمعتقدات التي تتعلق بالجسم، فضلا عن الصورة الإدراكية التي يكونها الفرد عن جسمه (Crandol,D,2010:45). وهنا ترى الباحثة أنه بحسب "سوليفان" "Sullivan, H" الصور الإدراكية المشبعة بالحصر هي التي تحرف التصورات الذهنية للفرد عن جسمه.

وتتطابق أو تقترب مفهوم الجسم المثالي من صورة الفرد الفعلية لجسمه يسهم في تقدير الفرد لذاته، وتباعد مفهوم الجسم المثالي السائد في المجتمع عن صورة الفرد لجسمه يعد مشكلة كبيرة، إذ تختل صورة الفرد عن ذاته، وينخفض تقديره لها. (الدسوقي، ٢٠٠٤: ٥)

وصورة الجسم ومدى الرضا عنها لا تتحدد فقط في مدى تتاسق أبعاد الجسم وجاذبيته، ولكنه تتحدد في مدى تمتع الفرد بصحة وسلامة الأعضاء، وقدرتها على التفاعل بكفاءة مع البيئة (Killion,K, 2003, 22).

صورة الجسم فى الطفولة المبكرة:

تبرز صورة الذات لدى الطفل بحسب "البورت" فى ما بين سن الرابعة إلى السادسة، ويصبح له ذات واقعية وذات مثالية؛ فالهوية الشخصية غير مستقرة فى إدراك الطفل لها حتى يبلغ الرابعة وأحياناً الخامسة (حجازي، ٢٠٠٩، ٤١). ومع الوصول إلى مرحلة الطفولة المبكرة يدرك الأطفال الذات على إنها أبعاد فيزيقية مثل الحجم، والشكل، واللون، ويميزون سماتهم الجسمية عن الآخرين (Lopez,J; Pichardo,M; Amez,C; et al. 2001, 10).

وهذا ما أظهرته نتائج دراسة "نيالا وريجيكيا" (Neala,A & Rejeca,U, 2000) والتي هدفت إلى دراسة صورة الجسم المدركة والمثالية من وجهة نظر أطفال ما قبل المدرسة؛ بل وأظهرته نتائج دراسة "تانাকা وساكيما" (Tanaka,C& Sakuma,H, 2004, 691) التي طبقت على (١٢٢) طفل تتراوح أعمارهم (٤ - ٦) سنوات.

والأطفال فى هذا السن على دراية بالتغيرات التي تحدث لأجسامهم، ويشعرون بإختلاف أجسامهم من الآخرين، ويعبرون عن فخرهم واهتمامهم بأطوالهم وعضلاتهم القوية وأوزانهم، وقواهم البدنية، ويقلقون عند التعرض للإصابات الجسدية، وينمو لديهم الإحساس بهويتهم الجنسية (الأشول، ٢٠٠٠، ٣٠٢)، (منصور والشرييني وصادق، ٢٠٠٣، ٢٠٩).

ويدرك الأطفال كيف يبدون عند الآخر، وهذا الآخر يحب اللعب معهم أم يعانون العزلة لأوصافهم الجسمية. (Lopez,J; Pichardo,M & Chacon,A, 2005, 307)

والأطفال الذين يدركون قواهم الجسمية أكثر إقدامًا ونجاحًا فى تكوين صداقاتٍ وأكثر ودًا وتعاونًا نحو الرفاق، وثقة بالنفس والانبساط، وفى

حين أن الأطفال الذين يدركون ضعف بنيتهم الجسمية، وانخفاض جاذبيتهم الجسمية، أكثر عرضة لبعض المشكلات السلوكية مثل الخجل والوحدة النفسية (Crandol,D, 2010, 54)، (مجدي، ٢٠١١، ١٤٣).

ومع بداية مرحلة الطفولة الوسطى يبدأ الأطفال في مواجهة العديد من المواقف الاجتماعية المعقدة التي تكون مترتبة على مظهرهم الجسمي، ولأنهم ينتقلوا إلى البيئة المدرسية كبيئة اجتماعية تنافسية بدرجة كبيرة.

العوامل المؤثرة في صورة الجسم:

تعمل صورة الجسم على مستوى السمة والحالة؛ فبالرغم من أن هناك نزعات استعدادية لرؤية جسم الفرد في مستودع إدراكي معين - نظرة داخلية-، إلا أن الأحداث الموقفية، أو السياقية تنشط صورة الجسم السلبية والإيجابية- نظرة خارجية؛ فالحدود الفاصلة بين الشخص ومجاله لها خاصية النفاذية عند "كيرت ليفين" "Levin"، وعليه العوامل المؤثرة في صورة الجسم هي:

١- **العوامل البيولوجية:** تحدد العوامل البيولوجية والوراثية معالم الجسم بشكل كبير، وتلعب دورا في نمو صورة الجسم؛ فالأصحاء يحبون ذواتهم الجسمية ويفكرون بأنفسهم على نحو إيجابي. (Stacy,A,2000:2)، (هندي، ٢٠٠٧)

٢- **العوامل الأسرية:** علاقة الطفل بوالديه هامة، لأنها تحدد ما إذا كان الطفل ينمي قلنا أساسيا أم لا (Wieman,C,2001:27)، وخاصة الأمهات فهن اللاتي يتحملن المسؤولية والعبء الأكبر في تعويض أطفالهن الصغار ضعاف البصر والمكفوفين بالخبرات قبل الخروج للمجتمع الأكبر، وهن اللاتي يقومن بدورهن في وتنظم الخبرات والإدراكات الكلية، وشحن

الحواس غير البصرية، حيث وجدت دراسة "هندي وزملائه" (Hendy,H; Gustitus,C & Schwalm,J, 2001) أن رسائل الأم وتعليقاتها لها تأثير على صورة الجسم لدى أطفال ما قبل المدرسة.

والوالدان يشاركان بصورة فعالة في تقدير الطفل لذاته بجميع جوانبها، من خلال نقل رسائل اجتماعية وثقافية والتعليقات اللفظية، عن صورة الجسم (Lewis,J, 2007: 72)؛ فالوالدان اللذان يبديان عطفًا حقيقيًا ودفعًا نحو الطفل يشبعان حاجته للأمن فينمو النمو السوي، وإما اللذان يبديان عدم المبالاة والعداء والكراهية نحو الطفل يحبطان حاجة الطفل للأمن فينمو عُصابي (أبوشهية، ٢٠٠٣، ١٢٠).

وبالتالي إما أن ينشأ راضيًا عن نفسه واثق فيها، أو نافرًا ساخطًا عليها لو شعر بأنه غير مرغوب به أو ينقصه شيء، وتسود حياته النفسية التوترات والصراعات. (يوسف، ٢٠٠٣، ٤٠)

وهذا ما أظهرته دراسة "إديتيدوزملائه" (Edited, J; Thompson, K & Smolak, L, 2001, 51) فالأطفال يكونون بعض العناصر المحددة لصورة الجسم من خلال آبائهم، ولأسيما في مرحلة الطفولة المبكرة، وتقديم المعلومات المناسبة لمستوى فهم وإدراك الطفل لجسمه، ويزيدون من الوعي الجسمي لأطفالهم واتجاهات هؤلاء الأطفال الإيجابية نحو ذواتهم الجسمية.

٣- **العوامل الثقافية:** كل ثقافة حريصة على أن ينشأ الأفراد فيها حسب المعايير والقيم والأنماط السلوكية المفضلة لها، وتسهم الثقافة في تكوين تصورات الفرد المثالية حول جسمه.

والروضة تلعب دورًا من خلال ما تقدمه من أنشطة وبرامج مختلفة وألعاب؛ كالعرائس وشخصيات القصص في نقل وجهة نظر المجتمع؛ بل ويُظهر الطفل أثناء ممارستها ما كونه من صورة لذاته الجسمية، حيث توصلت دراسة "كراندول" (Crandol, D, 2010) التي هدفت دراسة صورة الجسم وعلاقته بالنشاط الحركي الحر لدى الأطفال، وأن صورة الجسم السلبية عند الطفل تجعله يسلك بعض السلوكيات غير المرغوب فيها أثناء النشاط الحركي مثل الجلوس أو المشاركة الزمنية المحددة، وعلى الرغم من ذلك وجد أنه لاجتماعية بين صورة الجسم ورغبة الطفل في اللعب الحركي الحر؛ فرغبة الطفل في اللعب الحركي مرتفعة أيا كانت صورة الجسم لديه إلا أن صور الجسم السلبية هي التي تمنعه من الممارسة الفعلية لنشاط الحركي رغم رغبته فيه، ويجدر بنا هنا الإشارة إلى ما ذكره (حقي، ٢٠٠٠، ١١١-١١٢) من أن الطفل يولد مُفلس المعلومات الخاصة ببيئته الخارجية، وخصب الاستعداد لاستقبال وتخزين المعلومات الخاصة بكل خبرته، ويأتي على رأس هذه الخبرات خبرة الإعاقة التي تدخل به أولى مراحل التنقيف.

٤- **جماعة الأقران:** يزودن الأقران بعضهم بالمعلومات، والتي تؤثر مباشرةً في تقدير الذات وصورة الجسم (Evans,R; Roy,J; Geiger,B; et al, 2008, 310)، وقد يفوق تأثير الأقران تأثير الوالدين، لما يمارس بينهم من مقارنات اجتماعية (Crandol,D, 2010: 9).

وكلما كان الطفل يمتلك صفات جسمية مرغوبة كان مقبولاً من رفاقه، وعلى العكس فالطفل الذي يعاني من قصور جسمي - خاصةً الظاهر - يقل تقدير زملائه له، ويشعر بالنقص والدونية وتدني مستوى تقديره لذاته (Edited,J,Thompson,K & Smolak,L, 2001, 49).

٥- وسائل الإعلام: تمدنا وسائل الإعلام بالمحك المرجعي للمقارنة بين صورة الجسم المدركة للشخص بصورة الجسم المثالية، واستمرار هذه الصورة المثالية؛ مما يؤثر على مدى رضا الفرد عن صورة الجسم لديه (Wickman, L, 2000, 1)، فالشخصيات الكرتونية التي تتسم في الغالب بالقوة وبنية العضلات الواضحة، وتجعل الطفل غير راضي عن جسمه (Williams,B, 2004, 11).

كما أجرى ليويز (Lewis, J, 2007) دراسة تهدف على التحقق من تأثير التليفزيون على إدراك الأطفال الذكور لصورة الجسم، ووصل إلى أن الأطفال على وعي بما تنقله الرسائل الإعلامية من أفكار، ويميلون للشخصيات ذات البنية العضلية القوية الظاهرة.

ومن كل ما سبق يتضح أن صورة الجسم تمتلك خاصية التيقظ والانتباه لكل ما يحدث حول الطفل وتشتق بصورة لا يستهان بها من رضا المحيطين به أو سخطهم عليه.

فرض البحث:

توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات الأطفال العاديين، ودرجات الأطفال ضعاف البصر، ودرجات الأطفال المكفوفين على إختبار صورة الجسم لصالح الأطفال العاديين.

الإجراءات المنهجية للبحث:

- المنهج: في ضوء أهداف الدراسة، ولإختبار فرضها استخدمت الباحثة المنهج الوصفي المقارن.
- العينة: تكونت من عينة عمدية مكونة (٣٥) طفل مقسمين إلى:

- (١٥) طفل من الأطفال العاديين بروضة مدرسة أبو الهول بالجيزة، وبمتوسط عمر (٦٣.٣) شهر، وانحراف معياري (١٠.٣)، ومتوسط ذكاء (١٠٠)، وانحراف معياري (١٢.١١).

- (٩) أطفال ضعاف البصر بمدرسة طه حسين لضعاف البصر بمدينة نصر، ومدرسة المحافظة على البصر بشبرا مصر، ومستشفى مغربي بالسيدة نفيسة، وبمتوسط عمر (٥٩.٥) شهر، وانحراف معياري (٨.٢)، ومتوسط ذكاء (٩٧.٨٨)، وانحراف معياري (١١.٣٠).

- (١١) طفل من الأطفال المكفوفين بروضة المركز النموذجي للمكفوفين بالزيتون، وروضه النور والأمل للبنات بمصر الجديدة، وروضه النور للمكفوفين بالجيزة، ومستشفى مغربي بالسيدة بمتوسط عمر (٦٦.٧) شهر، وانحراف معياري (٩.١)، ومتوسط ذكاء (٩٧.٠٩)، وانحراف معياري (١٠.٠٩).

على أن يتوافر فيهم الشروط الآتية:

١- أن يكون الأطفال عاديين البصر، والأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين لا يعانون من أي إعاقة أخرى، ظاهرة أو مستترة.

٢- أن تشتمل المجموعات الثلاثة على الأطفال الذكور والإناث بهدف تمثيل المجتمع الأصلي المتوازن - علما بأن متغير النوع ليس من متغيرات البحث الحالي، وأن يكونوا جميعا مقيمين مع الوالدين البيولوجيين أو إحداهما.

- ٣- أن يكون الأطفال ضعاف البصر لا يعانون من عمي الألوان بأنواعه، وحالة العينين مستقرة وضعف البصر عندهم ولادى ثابت لا يتدهور، كما أنها ليست حالة طارئة.*^(*)
- ٤- بالنسبة للأطفال المكفوفين؛ فلا بد أن يكون الكف البصري عندهم تام وولادى.

وقد تم حساب تجانس العينة وتكافؤها من حيث العمر الزمني. تجانس العينة من حيث العمر الزمني:

قامت الباحثة بإيجاد دلالة الفروق بين متوسطات رتب كل من الأطفال العاديين، والأطفال ضعاف البصر والأطفال المكفوفين من حيث العمر الزمني كما يتضح فى جدول (١).

جدول (١)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب الأطفال العاديين، والأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين من حيث العمر الزمني
(ن = ٣٥)

المجموعات	٢١٤	مستوى الدلالة
الأطفال العاديين	٢.٨١٨	غير دال
الأطفال ضعاف البصر	١.٤٦٧	غير دال
الأطفال المكفوفين	٠.٧٧٨	غير دال

يتضح من جدول (١) عدم وجود فروق دالة احصائياً بين أطفال كل مجموعة من المجموعات الثلاث من حيث العمر الزمني مما يدل على تجانس أفراد كل منهم.

^(*) حصلت الباحثة على التشخيص من السجلات الطبية المرفقة بملفاتهم المدرسية، والتواصل مع الأخصائين المسئولين على الحالات.

التكافؤ بين عينات البحث من حيث العمر الزمني:

قامت الباحثة بإيجاد دلالة الفروق بين رتب كلاً من الأطفال العاديين، والأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين من حيث العمر الزمني كما يتضح في جدول (٢).

جدول (٢)

دلالة الفروق بين رتب كلاً من الأطفال العاديين، والأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين من حيث العمر الزمني
(ن = ٣٥)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٢٥٥.٣٦	٢	١٢٧.٦٨		
داخل المجموعات	٣٠٣٦.٨	٣٢	٩٤.٩	١.٣٤٥	غير دالة
المجموع	٣٢٩٢.١٧	٣٤			

ف الجدولية = ٥.٣٩ عند مستوى ٠.٠١

ف الجدولية = ٣.٣٢ عند مستوى ٠.٠٥

يتضح من جدول (٢) عدم وجود فروق دالة احصائياً بين رتب كلاً من الأطفال العاديين والأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين من حيث العمر الزمني مما يدل على التكافؤ بين عينات البحث من حيث العمر الزمني.

كما تم حساب تجانس العينة وتكافؤها من حيث الذكاء.

تجانس العينة من حيث الذكاء:

قامت الباحثة بإيجاد دلالة الفروق بين متوسطات رتب كلاً من الأطفال العاديين، والأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين من حيث الذكاء كما يتضح في جدول (٣).

جدول (٣)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب كلاً من الأطفال العاديين، والأطفال
ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين من حيث الذكاء

(ن=٣٥)

المجموعات	كا	مستوى الدلالة
الأطفال العاديين	٠.٠٢	غير دال
الأطفال ضعاف البصر	٠.٠٠١	غير دال
الأطفال المكفوفين	٠.٨١٨	غير دال

يتضح من جدول (٣) عدم وجود فروق دالة احصائياً بين أطفال
كل مجموعة من المجموعات الثلاث من حيث الذكاء مما يدل على تجانس
أفراد كل منهم.

التكافؤ بين العينات من حيث الذكاء:

قامت الباحثة بإيجاد دلالة الفروق بين رتب كلاً من الأطفال
العاديين، والأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين من حيث الذكاء
كما يتضح في جدول (٤).

جدول (٤)

دلالة الفروق بين رتب كلاً من الأطفال العاديين والأطفال ضعاف

البصر، والأطفال المكفوفين من حيث الذكاء (ن = ٣٥)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٥٨.٨٨	٢	٢٩.٤٤	٠.٨١٨	غير دالة
داخل المجموعات	١١٥١.٧	٣٢	٣٥.٩٩		
المجموع	١٢١٠.٦	٣٤			

ف الجدولية=٥.٣٩ عند مستوى ٠.٠١

ف الجدولية=٣.٣٢ عند مستوى ٠.٠٥

يتضح من جدول (٤) عدم وجود فروق دالة احصائياً بين رتب
كلاً من الأطفال العاديين، والأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين

من حيث الذكاء، وذلك مما يدل على التكافؤ بين عينات البحث من حيث الذكاء.

الأدوات:

(١) مقياس ستانفورد- بينية للذكاء (الصورة الرابعة)(المختصرة):

Stanford- Binet Intelligence Scale: fourth edition:

صدرت الصورة الرابعة من المقياس عام (١٩٨٦) والتي أعدها "روبرت، ل. ثورنديك واليزابيث ب. هاجن، وجيروم سائلر". وقننها على البيئة العربية "لويس كامل مليكه" (١٩٩٨) وتستخدم بشكل مكثف في الأبحاث العلمية وميدانياً وأن الكثير من الباحثين قاموا بإعادة حساب الكفاءة السيكومترية للصورة الرابعة مثل (خليل، ٢٠٠١)، (عبد المعطي، ٢٠٠٢)، (على، ٢٠٠٢).

أسباب الإعتماد على البطارية المختصرة:

- استخدام المقياس جاء هنا بهدف الفرز السريع لجميع أفراد العينة.
- صغر أعمار أفراد العينة، والإعاقة البصرية لديهم (ضعف البصر والكف البصرى) جعل من تطبيق البطارية كاملة أمراً شاقاً ومرهقاً عليهم.
- تأكيد العاملين مع الإعاقة البصرية على أن هذا المقياس والصورة المختصرة منه أنسب المقاييس استخداماً مع هؤلاء الأطفال؛ بل هو المقياس المستخدم من قبل وزارة التربية والتعليم، لتحديد ذكاء هؤلاء الأطفال، ومنعا لوجود حالات متعددة للإعاقة.
- الثبات العالي الذي تتمتع به البطارية المختصرة؛ فمعاملات ثبات الدرجة المركبة في المدى العمري من (٢ - ٣٢) عام للبطارية المختصرة تتراوح بين (٠.٩٥) إلى (٠.٩٩).

- تشير البيانات إلى معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية على البطارية، والدرجة الكلية على البطارية المختصرة تتراوح بين (٠.٩٤) إلى (٠.٩٩).

الكفاءة السيكومترية للمقياس:

صدق الصورة المصرية للمقياس: تتعدد الشواهد على صدق المقياس؛ فقد وجدت دراسة (خليل، ٢٠٠١، ٢٤٨) أنه يتمتع بالصدق التكويني، كما يتضح صدق المقياس أيضا من خلال تمايز العمر والتغيرات الارتقائية له، المتمثل في تزايد متوسط الدرجات الخام للإختبارات المختلفة بإزدياد العمر لدى أفراد العينة، أما دراسة (عبد المعطي، ٢٠٠٢)، ودراسة (على، ٢٠٠٢) أظهرت نتائجها صدق نمط مصفوفة الارتباطات الداخلية للفئات العمرية من (٢ إلى ٣٠) عامًا.

ثبات الصورة المصرية للمقياس: تشير النتائج إلى أن المقياس يتمتع بثبات مرتفع نسبياً؛ فقد أثبتت دراسة (خليل، ٢٠٠١)، واتفقت معها دراسة (عبد المعطي، ٢٠٠٢)، ودراسة (على، ٢٠٠٢)، على أن المقياس يتسم بمعاملات ثبات مرتفعة تتراوح من (٠,٨٢) إلى (٠,٩٩).

(٢) اختبار صورة الجسم (B.I.T) Body Image Test:

لإختبار إختبار صورة الجسم الذي يمكن تطبيقه على عينة البحث الحالي من حيث السن (مرحلة الطفولة المبكرة)، ونوعي الإعاقة البصرية قامت الباحثة بالإطلاع على إختبارات صورة الجسم المتوافرة في المجال (العربي والأجنبية) بهدف إعداد اختبار مناسب، إلا أنه وجدت الباحثة أن إختبار صورة الجسم إعداد (أحمد وبطرس، ٢٠٠٨) يتناسب مع سن العينة الحالية، وأبعاده تشمل مضامين صورة الجسم الثلاث (الإدراكية- الذاتية-

السلوكية)، كما أنه سهل التطبيق، ولا يمثل مشقة على الأطفال، وتعليمات تصحيحه بسيطة. والدرجة المرتفعة على الإختبار تشير إلى الرضا عن صورة الجسم، والدرجة المنخفضة تشير إلى اضطرابات صورة الجسم. كما قام معدا هذا الإختبار بحساب الكفاءة السيكومترية له؛ حيث تم حساب الصدق (Validity) بطريقة المقارنة الطرفية، ووجد أنه يميز تمييزاً واضحاً بين المستويات الضعيفة والقوية، كما استخدم طريقة التحليل العاملي وكانت معاملات الارتباط بين أبعاد الإختبار دالة عند مستوى (٠.٠١).

أما ثبات الإختبار (Reliability) فقد تم حسابه بطريقة إعادة التطبيق، وبطريقة التجزئة النصفية وكانت جميع قيم معاملات الثبات مرتفعة، وبطريقة التناسق الداخلي، ووجد أن الإختبار يتميز بدرجة مرتفعة من الاتساق الداخلي، ومن ثم يتصف بالثبات.

إلا أنه لا تشتمل عينة تقنيته على عينة من الأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين، مما دعى الباحثة إلى إعادة صياغة بعض عبارات الإختبار، بحيث تصلح لأفراد عينة البحث الحالي، ولهذا الهدف قامت الباحثة بالدراسة الاستطلاعية على عدة مراحل.

الدراسة الاستطلاعية:

أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- الوقوف بشكل دقيق على العبارات التي تمثل مشكلة لأي فئة من الفئات الأطفال الثلاث (عاديين البصر - ضعاف بصر - مكفوفين) في فهم العبارات، وإصدار الاستجابات.

- تحديد الفترة الزمنية التي يستغرقها التطبيق من الفئات الثلاثة كمؤشر لصعوبة التطبيق في حالة زيادته بشكل كبير عند فئة من الفئات، ولتحديد الزمن المناسب للتطبيق.

وتمت الدراسة الإستطلاعية على ثلاث مراحل هي:

المرحلة الأولى:

قامت الباحثة بتطبيق الاختبار كما هو وبدون أي تعديل للعبارات على (١٠) أطفال عاديين، و(١٠) أطفال ضعاف البصر، و(١٠) أطفال مكفوفين. وأسفرت النتائج عن:

- جميع بنود الإختبار واضحة ومفهومة للأطفال عاديين البصر.
- ضرورة تعديل عبارات الإختبار، بحيث لا تبتعد عن المضمون الإدراكي والذاتي والسلوكي المستهدف مع الإبتعاد عن حاسة الإبصار كقناة للمعرفة، وذلك على سبيل المثال بإضافة كلمة (أوصاف) قبل كلمة (شكلي)، أو حذفها في حالة أن مضمون العبارة يسمح بذلك، وإبدال (ألوان الشعر والبشرة) بمدركات حسية تحمل نفس المضمون، والعبارات التي فيها (أشوف أو المرايا) إبدال القناة الحسية التي يستقبل الأطفال من خلالها المعلومات.
- لم يتم في هذه المرحلة تحديد الزمن اللازم للتطبيق؛ بسبب إستجابات الأطفال المبتورة.

المرحلة الثانية:

تم إجراء المرحلة الثانية على الأطفال العاديين، والأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين، بعد تعديل العبارات وكانت النتيجة:

- جميع البنود واضحة ومفهومة للأطفال العاديين، ولم تختلف استجاباتهم عن المرحلة الأولى.
- تجاوب ضعاف البصر مع العبارات المعدلة، ولم يتعثروا كما حدث في المرحلة الأولى.
- إستوقف الأطفال المكفوفين التعبيرات التي تحتوي على مدلولات بصرية مثل (بيان، أفرق شكلي)، وتم تعديلها أثناء الجلسة مع الحفاظ على المعنى، وقد تجاوب الأطفال، ولم يتعثروا بالإجابة. وإستغرقوا وقت من (٤٥ إلى ٥٠ دقيقة) لتطبيق الإختبار كامل.

المرحلة الثالثة:

- أجريت على الأطفال العاديين، والأطفال ضعاف البصر؛ فقط للتأكد من أن التعديلات التي تم إجرائها مع الأطفال المكفوفين لم تؤثر على استجاباتهم، والنتيجة كالآتي:
- إستجاب الأطفال بوضوح وبدون تعسر.
 - إستغرق وقت تطبيق الإختبار مع الأطفال العاديين من (٣٥ إلى ٤٧ دقيقة)، ومع الأطفال ضعاف البصر، كالأطفال المكفوفين من (٤٥ إلى ٥٠ دقيقة)، أي أن أقل وقت استغرق (٣٥) دقيقة، وأكبره (٥٠ دقيقة).
 - وبالتالي تم حساب الوقت اللازم للتطبيق كالآتي:

$$٤٢.٥ = ٢ \div (٥٠ + ٣٥)$$
 - أي من (٤٣ دقيقة: ٤٥ دقيقة) تقريبا.
- وعليه استقرت العبارات بعد تعديلها كما يوضحها الجدول (٥)،
 (٦)، (٧).

الجدول (٥)

عبارات إختبار صورة الجسم قبل وبعد التعديل لتقنينها
على الأطفال العادين وضعاف البصر والمكفوفين

رقم العبارة	المضمون الإدراكي(قبل)	موضع التعديل	المضمون الإدراكي (بعد)
١	أنفى كبير	لايوجد	أنفى كبير
٤	لأنا تخين ولا أنا رفيع	لايوجد	لأنا تخين ولا أنا رفيع
٧	ياريت أقدر أغير بعض أجزاء جسمى	لايوجد	ياريت أقدر أغير بعض أجزاء جسمى
١٠	أنا بطنى كبير	لايوجد	أنا بطنى كبير
١٣	لأنا طويل ولا أنا قصير	لايوجد	لأنا طويل ولا أنا قصير
١٦	فمى شكله واسع	حذف كلمة شكله	فمى واسع
١٩	أذنى كبيرة	لايوجد	أذنى كبيرة
٢٢	جسمى يساعدى بأن أكون كسبان فى أى لعبة	إبدال أى لعبة إلى اللعب	جسمى يساعدى بأن أكون كسبان فى اللعب
٢٥	ألبس هدوم علشان جسمى يبقى كويس	إبدال يبان إلى يبقى	ألبس هدوم علشان جسمى يبقى كويس
٢٨	أنا ماحبش أخرج كثير مع بابا وماما لأنى تخين	لايوجد	أنا ماحبش أخرج كثير مع بابا وماما لأنى تخين
٣١	أسأل دايما أصحابى أنا اتهاردة تخين ولا رفيع	لايوجد	أسأل دايما أصحابى أنا اتهاردة تخين ولا رفيع
٣٤	لما ألبس هدومى أجربها كذا مرة	لايوجد	لما ألبس هدومى أجربها كذا مرة
٣٧	أنا ماحبش أمشى على شاطئ البحر بالمايوه	لايوجد	أنا ماحبش أمشى على شاطئ البحر بالمايوه
٤٠	أنا ماحبش أخرج كثير مع بابا وماما لأنى طويل	لايوجد	أنا ماحبش أخرج كثير مع بابا وماما لأنى طويل
٤٣	أنا مبسوط لأنى لا طويل ولا قصير	لايوجد	أنا مبسوط لأنى لا طويل ولا قصير

رقم العبارة	المضمون الإدراكي(قبل)	موضع التعديل	المضمون الإدراكي (بعد)
٤٦	أحب ألعب تمارين رياضية كثير	لايوجد	أحب ألعب تمارين رياضية كثير
٤٩	أنا ماحبش أخرج كثير مع بابا وماما لأنى قصير	لايوجد	أنا ماحبش أخرج كثير مع بابا وماما لأنى قصير
٥٢	جسمى لايساعدنى على لعب الكرة	إبدال الكرة إلى الرياضة إلىى بحبها	جسمى لايساعدنى على لعبة الرياضة إلىى بحبها
٥٥	أنا ماحبش أخرج كثير مع بابا وماما لأنى رفيع	لايوجد	أنا ماحبش أخرج كثير مع بابا وماما لأنى رفيع
٥٨	أتضايق من أى حد أرفع منى	لايوجد	أتضايق من أى حد أرفع منى
٦١	أشيل هدومى فى الدولار لحد ماأخس	لايوجد	أشيل هدومى فى الدولار لحد ماأخس
٦٤	ما أحبش أطلع هدومى أمام زملائى	لايوجد	ما أحبش أطلع هدومى أمام زملائى
٦٧	أتضايق من أى حد أتخن منى	لايوجد	أتضايق من أى حد أتخن منى
٧٠	أحب ألبس هدوم تبقى مضبوطة قوى	لايوجد	أحب ألبس هدوم تبقى مضبوطة قوى
٧٣	ما أعرفش أجرى بسبب جسمى التخين	لايوجد	ما أعرفش أجرى بسبب جسمى التخين
٧٦	أحب أعطى جسمى	لايوجد	أحب أعطى جسمى
٧٩	أتضايق من هدومى إلىى ماأعرفش ألبسها	لايوجد	أتضايق من هدومى إلىى ماأعرفش ألبسها
٨٢	أحب الحذاء(الجزمة) العالية علشان أبقى طويل	لايوجد	أحب الحذاء(الجزمة) العالية علشان أبقى طويل
٨٥	أسأل أصحابى عن نوع الأكل إلىى مايبئخنش	لايوجد	أسأل أصحابى عن نوع الأكل إلىى مايبئخنش
٨٨	شكل أسناتى حلو	حذف كلمة شكل وتعديل الصياغة	أسناتى حلوة

الجدول (٦)

عبارات إختبار صورة الجسم قبل وبعد التعديل لتقنينها
على الأطفال العادين وضعاف البصر والمكفوفين

رقم العبارة	المضمون الذاتي(قبل)	موضع التعديل	المضمون الذاتي (بعد)
٢	ساعات ماأحبش شكلى	إضافة كلمة (أوصاف) قبل شكلى	ساعات ماأحبش أوصاف شكلى
٥	أحب أن أبقي نظيف وشكلى كويس	إبدال (شكلى كويس) إلى (مرتب كويس)	أحب أن أبقي نظيف ومرتب كويس
٨	كان نفسى شكلى يبقى شكل حد تانى	إضافة كلمة(أوصاف) قبل كل كلمة (شكل) فى العبارة	كان نفسى أوصاف شكلى يبقى بأوصاف شكل حد تانى
١١	ساعات أفكر لو كنت أقدر أغير شكل أنفى	حذف كلمة (شكل)	ساعات أفكر لو كنت أقدر أغير أنفى
١٤	كان نفسى شعرى يكون ناعم	لايوجد	كان نفسى شعرى يكون ناعم
١٧	أنا راضى بشكلى كدة	إضافة كلمة(أوصاف) قبل كلمة (شكلى)	أنا راضى بأوصاف شكلى كدة
٢٠	كان نفسى شعرى يكون أسود	إبدال كلمة (أسود) إلى(جميل)	كان نفسى شعرى يكون جميل
٢٣	كان نفسى ما بيقاش شكلى كدة	إضافة كلمة(أوصاف) قبل كلمة (شكلى)	كان نفسى ما بيقاش أوصاف شكلى كدة
٢٦	كان نفسى شعرى يكون خشن	لايوجد	كان نفسى شعرى يكون خشن
٢٩	أنا مبسوط من كل جزء فى جسمى	لايوجد	أنا مبسوط من كل جزء فى جسمى
٣٢	بأعتنى جدا بجسمى	لايوجد	بأعتنى جدا بجسمى
٣٥	بأخذ بالى من جسمى فى أى وقت	لايوجد	بأخذ بالى من جسمى فى أى وقت
٣٨	كان نفسى شعرى يكون أصفر	تغيير العبارة كلها ومع الإحتفاظ بالشعر كموضع للإستفسار	شعرى مش جميل زى شعر حد تانى
٤١	ساعات أفكر لو كنت أقدر أغير شكل عيني	إضافة كلمة (أوصاف) قبل كلمة (شكل)	ساعات أفكر لو كنت أقدر أغير أوصاف شكل عيني.

رقم العبارة	المضمون الذاتي(قبل)	موضع التعديل	المضمون الذاتي (بعد)
٤٤	بعنتى جدا بمظهري	لايوجد	بعنتى جدا بمظهري
٤٧	أنا مبسوط بطولى كدة	لايوجد	أنا مبسوط بطولى كدة
٥٠	ما أحبش أشوف نفسى فى المرايا	تغيير العبارة بكامل مع الإحتفاظ بنفس المعنى	ما أحبش أشوف نفسى فى المرايا
٥٣	كنت أتمنى أكون أبيض شوية	تغيير العبارة بكامل مع الإحتفاظ بالبشرة كموضوع للإستفسار	كنت أتمنى تكون بشرتى أجمل فى أوصافها
٥٦	أنا بتكسف من شكل جسمى	إضافة كلمة (أوصاف) قبل كلمة (شكل)	أنا بتكسف من أوصاف شكل جسمى
٥٩	أفرق بين شكلى وشكل الآخرين	إبدال (أفرق) إلى(أحدد الفرق) وإضافة (أوصاف) قبل كل كلمة(شكل) فى العبارة	أحدد الفرق بين أوصاف شكلى وأوصاف شكل الآخرين
٦٢	أنا مبسوط من لون شكلى	إبدال (لون شكلى) إلى (أوصاف بشرتى)	أنا مبسوط من أوصاف بشرتى
٦٥	كنت أتمنى أكون أسمر شوية	تغيير العبارة بكامل مع الإحتفاظ بالبشرة كموضوع للإستفسار	كنت أتمنى أوصاف بشرتى تكون زى حد تانى
٦٨	أنا مبسوط بوزنى كدة	لايوجد	أنا مبسوط بوزنى كدة
٧١	أنا شكلى متلخبط	إضافة كلمة(أوصاف) قبل كلمة(شكلى) وتعديل الصياغة	أنا أوصاف شكلى متلخبطة
٧٤	أتضابق لما أشوف صورتى	تغيير العبارة بالكامل مع الإحتفاظ بالمعنى الضمنى المقصود	أتضابق لما حد يوصف لى شكلى
٧٧	ياريت أغير شكل وشى	إبدال(شكل وشى) إلى (أوصاف ملامح وشى)	ياريت أغير أوصاف ملامح وشى
٨٠	أنا كدة لطيف وكويس	لايوجد	أنا كدة لطيف وكويس
٨٣	أحب أبين أجزاء جسمى	لايوجد	أحب أبين أجزاء جسمى
٨٦	ما أحبش أشوف نفسى فى المرايا وأنا عريان	إبدال (أشوف نفسى فى المرايا) إلى (أتأمل جسمى)	ما أحبش أتأمل جسمى وأنا عريان
٨٩	مش حاسس إنى كويس	لايوجد	مش حاسس إنى كويس

الجدول (٧)

عبارات إختبار صورة الجسم قبل وبعد التعديل لتقنيها على الأطفال
العادين وضعاف البصر والمكفوفين

رقم العبارة	المضمون السلوكي(قبل)	موضع التعديل	المضمون السلوكي(بعد)
٣	صحتى كويسة قوى	لايوجد	صحتى كويسة قوى
٦	أنا حلو	لايوجد	أنا حلو
٩	ماحبش أتصور بالكاميرا	لايوجد	ماحبش أتصور بالكاميرا
١٢	أهلى وعيلتى دائما تقول لى أنا شكلى حلو	لايوجد	أهلى وعيلتى دائما تقول لى أنا شكلى حلو
١٥	أصحابى شايقين إن شكلى جميل	إبدال (شايقين)إلى (بيقولوا)	أصحابى بيقولوا شكلى جميل
١٨	أنا طفل صحته حلوة	لايوجد	أنا طفل صحته حلوة
٢١	ساعات لما أكون مش مبسوط بكرة شكلى	إضافة (أوصاف) قيل كلمة (شكلى) وصياغتها	ساعات لما أكون مش مبسوط بكرة أوصاف شكلى
٢٤	أهلى وعيلتى دائما تقول لى.....	لايوجد	أهلى وعيلتى دائما تقول لى أنا شكلى وحش
٢٧	أنا طفل مريض	لايوجد	أنا طفل مريض
٣٠	أكون مبسوط لما حد يعجبه شكلى	لايوجد	أكون مبسوط لما حد يعجبه شكلى
٣٣	أصحابى شايقين إن شكلى وحش	إبدال (شايقين)إلى (بيقولوا)	أصحابى بيقولوا إن شكلى وحش
٣٦	شكلى وحش- الناس بنقول كدة	لايوجد	شكلى وحش- الناس بنقول كدة
٣٩	شكلى فى المرايا بيضحكنى	إضافة (أوصاف) قيل (شكلى) وحذف (المرايا)	أوصاف شكلى بتضحكنى
٤٢	ما حدش من عيلتى بحب شكلى	لايوجد	ما حدش من عيلتى بحب شكلى
٤٥	زملاتى أحسن منى فى الشكل	إضافة (أوصاف شكلهم) قيل (أحسن) و(شكلى)	زملاتى أوصاف شكلهم أحسن من أوصاف شكلى

رقم العبارة	المضمون السلوكي (قبل)	موضع التعديل	المضمون السلوكي (بعد)
٤٨	أنا شكلي بتحبه البنات أصحابي	لا يوجد	أنا شكلي بتحبه البنات أصحابي
٥١	أحب أن شكلي يعجب البنات	إضافة (أوصاف) قبل (شكلي)	أحب أن أوصاف شكلي تعجب البنات
٥٤	أنا حاسس بحاجات كثيرة من إللي بقولها على شكلي	لا يوجد	أنا حاسس بحاجات كثيرة من إللي بقولها على شكلي
٥٧	ما ز علش لما حد يقولى شكلك وحش	لا يوجد	ما ز علش لما حد يقولى شكلك وحش
٦٠	أحب أن شكلي يعجب الصبيان	لا يوجد	أحب أن شكلي يعجب الصبيان
٦٣	أنا شكلي بتحبه الصبيان أصحابي	لا يوجد	أنا شكلي بتحبه الصبيان أصحابي
٦٦	أنا كويس معظم الوقت	لا يوجد	أنا كويس معظم الوقت
٦٩	أنا مش لعيب فى الرياضة.....	لا يوجد	أنا مش لعيب فى الرياضة ولا ألعاب التسلية
٧٢	ما أحبش أقابل ناس ما يعرفوش شكلي	لا يوجد	ما أحبش أقابل ناس ما يعرفوش شكلي
٧٥	ما أحبش أروح الجنينة	لا يوجد	ما أحبش أروح الجنينة
٧٨	ما أحبش الهدوم الشفافة	إبدال كلمة (الشفافة) بجملت (إللي بتخلى الناس يعلقوا عليا)	ما أحبش الهدوم الللى بتخلى الناس يعلقوا عليا
٨١	زملائى ما بيحبوش يلعبوا معايا	لا يوجد	زملائى ما بيحبوش يلعبوا معايا
٨٤	ما أحبش شراء هدوم جديدة	لا يوجد	ما أحبش شراء هدوم جديدة
٨٧	ما أحبش أروح حمام السباحة	لا يوجد	ما أحبش أروح حمام السباحة
٩٠	ما فيش حد بيصاحبنى	لا يوجد	ما فيش حد بيصاحبنى

الخصائص السيكومترية لإختبار صورة الجسم:

قامت الباحثة بإيجاد معاملات الصدق والثبات لإختبار صورة

الجسم بعد تعديل العبارات، وذلك على عينة قوامها (١٧٠) طفلاً، (١٠٠)

طفل عادى البصر بمتوسط عمر (٦٠.٢٥) شهر، وإنحراف معيارى (٧,١١)، و (٢٨) طفل ضعيف البصرى بمتوسط عمر (٦٣.١٢) شهر، وإنحراف معيارى (٨.٩١)، و (٣٣) طفل كفيف بمتوسط عمر (٦٦.٣) شهر، وإنحراف معيارى (٩.٣٣).

أولاً: معاملات الصدق Validity:

اعتمدت الباحثة على إيجاد معاملات الصدق لأبعاد الإختبار على صدق المحكمين، والصدق العاملى.

صدق المحكمين:

قامت الباحثة بعرض الإختبار على عدد من الخبراء المتخصصين فى مجال الطفولة وعلم النفس، وتراوحت معاملات الاتفاق للمحكمين بمعادلة "لوش" Lawshe بين (٠.٩٤-١.٠٠) مما يشير الى صدق الإختبار.

الصدق العاملى:

قامت الباحثة بتحليل المكونات الأساسية لإختبار صورة الجسم للطفل بطريقة "هوتلنج" (Hoteling) على عينة قوامها (١٧٠) طفلاً، وأسفرت نتائج التحليل العاملى عن ثلاث عوامل يتراوح الجذر الكامن لها بين (٣.٢٩ - ٥.٩٦)، وهى دالة إحصائياً حيث قيمة كلاً منها أكبر من الواحد الصحيح على محك "كايزر" (kaiser) ثم قامت الباحثة بتدوير المحاور بطريقة "فاريمكس" (Varimax).

وتوضح جداول (٨- ٩ - ١٠) التشبعات الخاصة بهذه العوامل

بعد التدوير.

جدول (٨)

التشبعات الخاصة بالبعد الاول (المضمون الإدراكي)

رقم البند	البند	التشبعات
١	أنفى كبير	٠.٥٩
٤	لأنا تخين ولا أنا رفيع	٠.٥٥
٧	ياريت أقدر أغير بعض أجزاء جسمى	٠.٥٦
١٠	أنا بطنى كبير	٠.٤٩
١٣	لأنا طويل ولا أنا قصير	٠.٤٨
١٦	فمى واسع	٠.٤٧
١٩	أذنى كبيرة	٠.٤٨
٢٢	جسمى يساعدى بأن أكون كسبان فى اللعب	٠.٤٥
٢٥	ألبس هدوم علشان جسمى يبقى كويس	٠.٤٦
٢٨	أنا ماحبش أخرج كثير مع بابا وماما لأنى تخين	٠.٤٥
٣١	أسأل دايما أصحابى أنا انهاردة تخين ولا رفيع	٠.٤٤
٣٤	لما ألبس هدومى أجريها كذا مرة	٠.٤٥
٣٧	أنا ماحبش أمشى على شاطئ البحر بالمايوه	٠.٤٤
٤٠	أنا ماحبش أخرج كثير مع بابا وماما لأنى طويل	٠.٤٣
٤٣	أنا مبسوط لأنى لا طويل ولا قصير	٠.٤٢
٤٦	أحب ألعب تمارين رياضية كثير	٠.٤١
٤٩	أنا ماحبش أخرج كثير مع بابا وماما لأنى قصير	٠.٤٢
٥٢	جسمى لايساعدى على لعب الرياضة إالى بحبها	٠.٤١
٥٥	أنا ماحبش أخرج كثير مع بابا وماما لأنى رفيع	٠.٤٢
٥٨	أتضايق من أى حد أرفع منى	٠.٤١
٦١	أشيل هدومى فى الدولاب لحد ماأخس	٠.٤١
٦٤	ما أاحبش أطلع هدومى أمام زملائى	٠.٤١
٦٧	أتضايق من أى حد أتخن منى	٠.٤١
٧٠	أحب ألبس هدوم تبقى مضبوطة قوى	٠.٤٢
٧٣	ما أعرفش أجرى بسبب جسمى التخين	٠.٤٠
٧٦	أحب أعطى جسمى	٠.٤٠
٧٩	أتضايق من هدومى إالى ماأعرفش ألبسها	٠.٤١
٨٢	أحب الحذاء(الجزمة) العالية علشان أبقى طويل	٠.٤١
٨٥	أسأل أصحابى عن نوع الأكل إالى مايبئتخنش	٠.٤٠
٨٨	أسنانى حلوة	٠.٤٠
٥٩٦	الجزر الكامن	

يتضح من جدول (٨) أن جميع التشبعات دالة إحصائياً، حيث

بلغت قيمة كلا منها أكبر من (٠.٣٠) على محك جيلفورد.

جدول (٩)

التشبعات الخاصة بالبعد الثاني (المضمون الذاتي)

رقم البند	البند	التشبعات
٢	ساعات ماأحبش أوصاف شكلي	٠.٥١
٥	أحب أن أبقي نظيف ومرتب وكويس	٠.٥٠
٨	كان نفسي أوصاف شكلي يبقى بأوصاف شكل حد تاني	٠.٥١
١١	ساعات أفكر لو كنت أقدر أغير أنفي	٠.٥٠
١٤	كان نفسي شعري يكون ناعم	٠.٤٩
١٧	أنا راضي بأوصاف شكلي كدة	٠.٤٨
٢٠	كان نفسي شعري يكون جميل	٠.٤٧
٢٣	كان نفسي ما تبقاش أوصاف شكلي كدة	٠.٤٦
٢٦	كان نفسي شعري يكون خشن	٠.٤٧
٢٩	أنا مبسوط من كل جزء في جسمي	٠.٤٦
٣٢	بأعتنى جدا بجسمي	٠.٤٧
٣٥	بأخذ بالي من جسمي في أي وقت	٠.٤٦
٣٨	شعري مش جميل زي شعر حد تاني	٠.٤٥
٤١	ساعات أفكر لو كنت أقدر أغير أوصاف شكل عيني.	٠.٤١
٤٤	بعتنى جدا بمظهري	٠.٤١
٤٧	أنا مبسوط بطولي كدة	٠.٤٠
٥٠	ماأحبش أدقق في معرفة تفاصيل شكل ملامحي	٠.٤٠
٥٣	كنت أتمنى تكون بشرتي أجمل في أوصافها	٠.٣٩
٥٦	أنا بتكسف من أوصاف شكل جسمي	٠.٣٨
٥٩	أحدد الفرق بين أوصاف شكلي وأوصاف شكل الآخرين	٠.٣٧
٦٢	أنا مبسوط من أوصاف بشرتي	٠.٣٩
٦٥	كنت أتمنى أوصاف بشرتي تكون زي حد تاني	٠.٣٦
٦٨	أنا مبسوط بوزني كدة	٠.٣٨
٧١	أنا أوصاف شكلي متلخبطة	٠.٣٨
٧٤	أتضايق لما حد يوصف لي شكلي	٠.٣٧
٧٧	ياريت أغير أوصاف ملامح وشي	٠.٣٦
٨٠	أنا كدة لطيف وكويس	٠.٣٥
٨٣	أحب أبين أجزاء جسمي	٠.٣٤
٨٦	ماأحبش أتأمل جسمي وأنا عريان	٠.٣٣
٨٩	مش حاسس إنني كويس	٠.٣٢
	الجزر الكامن	٥.٣٦

يتضح من جدول (٩) أن جميع التشبعات دالة إحصائياً، حيث

بلغت قيمة كلا منها أكبر من (٠.٣٠) على محك جيلفورد.

جدول (١٠)

التشبعات الخاصة بالبعد الثالث (المضمون السلوكي)

رقم البند	البند	التشبعات
٣	صحتي كويسة قوى	٠.٣٩
٦	أنا حلو	٠.٣٨
٩	ماحبش أتصور بالكاميرا	٠.٣٧
١٢	أهلى وعيلتى دائما تقول لى أنا شكلى حلو	٠.٣٦
١٥	أصحابى بيقولوا شكلى جميل	٠.٣٥
١٨	أنا طفل صحته حلوة	٠.٣٦
٢١	ساعات بكرة أوصاف شكلى لما أكون مش مبسوط	٠.٣٥
٢٤	أهلى وعيلتى دائما تقول لى أنا شكلى وحش	٠.٣٤
٢٧	أنا طفل مريض	٠.٣٣
٣٠	أكون مبسوط لما حد يعجبه شكلى	٠.٣٢
٣٣	أصحابى بيقولوا إن شكلى وحش	٠.٣٣
٣٦	شكلى وحش- الناس بتقول كدة	٠.٣١
٣٩	أوصاف شكلى بتضحكنى	٠.٣٥
٤٢	ما حدش من عيلتى بحب شكلى	٠.٣٤
٤٥	زملائى أوصاف شكلهم أحسن من أوصاف شكلى	٠.٣٣
٤٨	أنا شكلى بتحبه البنات أصحابى	٠.٣٢
٥١	أحب أن أوصاف شكلى تعجب البنات	٠.٣١
٥٤	أنا حاسس بحاجات كثيرة من إللى بقولها على شكلى	٠.٣٥
٥٧	ما زعلش لما حد يقولى شكلك وحش	٠.٣٤
٦٠	أحب أن شكلى يعجب الصبيان	٠.٣٣
٦٣	أنا شكلى بتحبه الصبيان أصحابى	٠.٣٢
٦٦	أنا كويس معظم الوقت	٠.٣١
٦٩	أنا مش لعيب فى الرياضة ولا ألعاب التسلية	٠.٣١
٧٢	ماحبش أقابل ناس ما يعرفوش شكلى	٠.٣٠
٧٥	ماحبش أروح الجنينة	٠.٣٠
٧٨	ماحبش الهدوم إللى بتخلى الناس يعلقوا عليها	٠.٣١
٨١	زملائى مايبحبوش يلعبوا معايا	٠.٣٠
٨٤	ما أحبش شراء هدوم جديدة	٠.٣٠
٨٧	ماحبش أروح حمام السباحة	٠.٣٠
٩٠	مافيش حد بيصاحبنى	٠.٣٠
٣.٢٩	الجزر الكامن	

يتضح من جدول (١٠) أن جميع التشبعات دالة إحصائياً، حيث

بلغت قيمة كلا منها أكبر من (٠.٣٠) على محك جيلفورد.

ثانياً: معاملات الثبات **Reliability**:

اعتمدت الباحثة على إيجاد معاملات الثبات لإختبار صورة الجسم؛ بإيجاد معامل ألفا بطريقة "كرونباخ" وذلك على عينة قوامها (١٧٠) طفلاً كما يلي:

معامل الثبات (الفا) بطريقة كرونباخ:

قامت الباحثة بإيجاد معاملات الثبات، لأبعاد الإختبار والإختبار ككل كما يوضح جدول (١١).

جدول (١١)

معاملات الثبات (ألفا) لأبعاد إختبار صورة الجسم بطريقة "كرونباخ"
($n=170$)

الابعاد	معامل الثبات (الفا)
المضمون الإدراكي	٠.٨٩
المضمون الذاتي	٠.٨٨
المضمون السلوكي	٠.٨٦
الدرجة الكلية	٠.٨٨

يتضح من جدول (١١) أن قيم معاملات الثبات مرتفعة، مما يدل على ثبات الإختبار.

معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

قامت الباحثة بإيجاد معاملات الثبات لأبعاد الإختبار والإختبار ككل بطريقة التجزئة النصفية كما يتضح في جدول (١٢).

جدول (١٢)

معاملات الثبات لابعاد إختبار صورة الجسم بطريقة التجزئة النصفية

الابعاد	معامل الثبات
المضمون الإدراكي	٠.٩٢
المضمون الذاتي	٠.٩٣
المضمون السلوكي	٠.٩١
الدرجة الكلية	٠.٩٢

يتضح من جدول (١٢) أن قيم معاملات الثبات مرتفعة، مما يدل على ثبات الإختبار .

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

- تحليل التباين أحادي الاتجاه One- Way Analysis of Variance.
- إختبار توكي Tukey's Honestly Sigin Ficant Difference.

نتائج البحث:

فرض البحث:

توجد فروق دالة إحصائية بين درجات الأطفال العاديين، ودرجات الأطفال ضعاف البصر، ودرجات الأطفال المكفوفين على إختبار صورة الجسم لصالح الأطفال العاديين.

للتحقق من صحة ذلك الفرض استخدمت الباحث تحليل التباين أحادي الاتجاه كما هو موضح في جدول (١٣).

جدول (١٣)

الفروق بين درجات الأطفال العاديين، والأطفال ضعاف البصر والأطفال المكفوفين على إختبار صورة الجسم باستخدام تحليل التباين أحادي الاتجاه (ن=٣٥)

مستوى الدلالة	ف	داخل المجموعات			بين المجموعات			الأبعاد
		متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	
دالة عند مستوى ٠.٠١	٨٠.٣٩	٩.٠٣٠	٣٢	٢٨٨.٩٤	٧٢٥.٨٩	٢	١٤٥١	المضمون الإدراكي
دالة عند مستوى ٠.٠١	٨١.٤٤	٧.٧٨	٣٢	٢٤٩.٠٣	٦٣٣.٨٥	٢	١٢٦٧.٧	المضمون الذاتي
دالة عند مستوى ٠.٠١	٧٧.٥٨	٩.٣٣	٣٢	٢٩٨.٥٧	٧٢٣.٩١	٢	١٤٤٧	المضمون السلوكي
دالة عند مستوى ٠.٠١	١٢٧.٠٢	٤٩.١١	٣٢	١٥٧١.٥٩	٦٢٣٨.٤	٢	١٢٤٧٨.٨	الدرجة الكلية

يتضح من جدول (١٣) وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى ٠.٠١ بين درجات الأطفال العاديين، والأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين، من حيث المضمون الإدراكي، والمضمون الذاتي، والمضمون السلوكي، والدرجة الكلية على إختبار صورة الجسم.

وبناء على ذلك، ولمعرفة إتجاه الدلالة، قامت الباحثة باستخدام إختبار "توكي" لإيجاد الفروق بين متوسطات (الأطفال العاديين، والأطفال ضعاف البصر)، و (الأطفال العاديين، والأطفال المكفوفين)، و (الأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين) بالنسبة لكلاً من المضمون الإدراكي، والمضمون الذاتي، والمضمون السلوكي، والدرجة الكلية على إختبار صورة الجسم كما يوضح الجدول (١٤)، (١٦)، (١٧).

ويوضح جدول (١٤) الفروق بين متوسطات درجات الأطفال العاديين، والأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين، من حيث المضمون الإدراكي؛ كأحد أبعاد إختبار صورة الجسم.

جدول (١٤)

الفروق بين متوسط درجات الأطفال العاديين
ومتوسط درجات الأطفال ضعاف البصر ومتوسط درجات
الأطفال المكفوفين من حيث المضمون الإدراكي
كأحد أبعاد إختبار صورة الجسم
باستخدام إختبار "توكي"

العينات ق	١م	٢م	٣م
١م (العاديين) = ٥١.٨	-	**١٥.٨	**٨.٤٣
٢م (ضعاف البصر) = ٣٦.٩		-	**٧.٣٦
٣م (المكفوفين) = ٤٣.٣			-

** دالة عند مستوى ٠.٠٠١ * دالة عند مستوى ٠.٠٠٥

يتضح من جدول (١٤):

أ- وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى ٠.٠١ بين متوسط درجات الأطفال العاديين، ومتوسط درجات الأطفال ضعاف البصر، من حيث المضمون الإدراكي لصالح الأطفال العاديين.

ب- وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى ٠.٠١ بين متوسط درجات الأطفال العاديين، ومتوسط درجات الأطفال المكفوفين، من حيث المضمون الإدراكي لصالح الأطفال العاديين.

ج- وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى ٠.٠١ بين متوسط درجات الأطفال ضعاف البصر، ومتوسط درجات الأطفال المكفوفين، من حيث المضمون الإدراكي لصالح الأطفال المكفوفين.

ويوضح جدول (١٥) الفروق بين متوسطات درجات الأطفال العاديين، والأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين، من حيث المضمون الذاتي؛ كأحد أبعاد إختبار صورة الجسم.

جدول (١٥)

الفروق بين متوسط درجات الأطفال العاديين

ومتوسط درجات الأطفال ضعاف البصر، ومتوسط درجات الأطفال

المكفوفين، من حيث المضمون الذاتي؛ كأحد أبعاد

إختبار صورة الجسم باستخدام إختبار "توكي"

العينات ق	١م	٢م	٣م
١م (العاديين) = ٥١.٢٦	-	**١٤.٥٤	**٨.٧٦
٢م (ضعاف البصر) = ٣٦.٨٨	-	-	**٦.٥١
٣م (المكفوفين) = ٤٢.٦٣	-	-	-

* دالة عند مستوى ٠.٠٥..

** دالة عند مستوى ٠.٠١..

يتضح من جدول (١٥):

أ- وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى ٠.٠١ بين متوسط درجات الأطفال العاديين، ومتوسط درجات الأطفال ضعاف البصر، من حيث المضمون الذاتي لصالح الأطفال العاديين.

ب- وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى ٠.٠١ بين متوسط درجات الأطفال العاديين، ومتوسط درجات الأطفال المكفوفين، من حيث المضمون الذاتي لصالح الأطفال العاديين.

ج- وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى ٠.٠١ بين متوسط درجات الأطفال ضعاف البصر، ومتوسط درجات الأطفال المكفوفين، من حيث المضمون الذاتي لصالح الأطفال المكفوفين.

ويوضح جدول (١٦) الفروق بين متوسطات درجات الأطفال العاديين، والأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين، من حيث المضمون السلوكي؛ كأحد أبعاد إختبار صورة الجسم.

جدول (١٦)

الفروق بين متوسط درجات الأطفال العاديين، ومتوسط درجات الأطفال ضعاف البصر، ومتوسط درجات الأطفال المكفوفين، من حيث المضمون السلوكي؛ كأحد أبعاد إختبار صورة الجسم

باستخدام اختبار "توكي"

العينات ق	١م	٢م	٣م
١م (العاديين) = ٥١.٢٦	-	**١٥.٦	**٩.٠٨
٢م (ضعاف البصر) = ٣٥.٦٦		-	**٦.٥١
٣م (المكفوفين) = ٤٢.١٨			

* دالة عند مستوى ٠.٠٥.

** دالة عند مستوى ٠.٠١.

يتضح من جدول (١٦):

أ- وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى ٠.٠١ بين متوسط درجات الأطفال العاديين، ومتوسط درجات الأطفال ضعاف البصر، من حيث المضمون السلوكي لصالح الأطفال العاديين.

ب- وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى ٠.٠١ بين متوسط درجات الأطفال العاديين، ومتوسط درجات الأطفال المكفوفين، من حيث المضمون السلوكي لصالح الأطفال العاديين.

ج- وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى ٠.٠١ بين متوسطات درجات الأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين، من حيث المضمون السلوكي لصالح الأطفال المكفوفين.

ويوضح جدول (١٧) الفروق بين متوسطات درجات الأطفال العاديين، والأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين، من حيث الدرجة الكلية لإختبار صورة الجسم.

جدول (١٧)

الفروق بين متوسط درجات الأطفال العاديين، ومتوسط درجات الأطفال ضعاف البصر، ومتوسط درجات الأطفال المكفوفين، من حيث الدرجة الكلية لإختبار صورة الجسم باستخدام اختبار "توكي"

العينات ق	١م	٢م	٣م
١م (العاديين) = ١٥٤.٤٦	-	**٤٥.٩١	**٢٦.٢٨
٢م (ضعاف البصر) = ١٠٨.٥٥		-	**١٩.٦٢
٣م (المكفوفين) = ١٢٨.١٨			-

* دالة عند مستوى ٠.٠٥

** دالة عند مستوى ٠.٠١

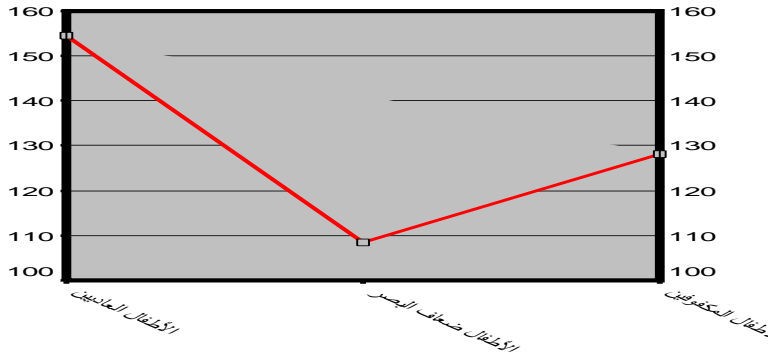
يتضح من جدول (١٧):

أ- وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى ٠.٠١ بين متوسط درجات الأطفال العاديين، ومتوسط درجات الأطفال ضعاف البصر، من حيث الدرجة الكلية لإختبار صورة الجسم لصالح الأطفال العاديين.

ب- وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى ٠.٠١ بين متوسط درجات الأطفال العاديين، ومتوسط درجات الأطفال ضعاف البصر، من حيث الدرجة الكلية لإختبار صورة الجسم لصالح الأطفال العاديين.

ج- وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى ٠.٠١ بين متوسطات درجات الأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين، من حيث الدرجة الكلية لإختبار صورة الجسم لصالح الأطفال المكفوفين.

ويوضح شكل (١) الفروق بين متوسط درجات الاطفال العاديين، ومتوسط درجات الأطفال ضعاف البصر، ومتوسط درجات الأطفال المكفوفين، من حيث الدرجة الكلية لإختبار صورة الجسم.



شكل (١)

الفروق بين متوسطات درجات الاطفال العاديين، والأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين، من حيث الدرجة الكلية لإختبار صورة الجسم

مناقشة النتائج:

أظهرت النتيجة أن الأطفال عاديي البصر يتمتعوا برضا عن صورة الجسم من حيث مضامين صورة الجسم (الإدراكية- الذاتية- السلوكية)، وفي الدرجة الكلية، عما يتمتع به الأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين، فهذه الفروق كبيرة وترقي لمستوى الدلالة عند مستوى (٠.٠١) وهي النتيجة متفقة مع فرض الدراسة.

وهنا لابد توضيح أن الأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين على معرفة بأجزاء الجسم المختلفة، والعلاقات القائمة بينها؛ كالعنق مع الأكتاف واليد مع الأصابع، والساق مع القدم، وأن كل جزء بمفرده أو مع الأجزاء الأخرى يؤدي وظيفة لها أهمية مثلهم في ذلك مثل الأطفال عاديي البصر (Morgado, F; Monteiro, J; Ferreira, M & Tarares, M, 2008; 2؛ وهذه العملية تنسم بالذاتية وتتم عند الجميع بحسب روجرز عن طريق الخبرة (Rosenblum, L, 2000, 441).

إلا أن الأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين عندهم خلل في المضمون الذاتي لهذه الأجزاء نتج عنه خلل في المضمون الإدراكي، وانعكس على المضمون السلوكي؛ فأدى إلى تدني عام في صورة الجسم لديهم مقارنة بصورة الجسم لدى الطفل العادي بصرياً، بالإضافة إلى ماتعانيه أجسامهم من تشوهات تدخل ضمن المضمون الإدراكي مثل: (إستدارة الكتفين، وسقوط الرأس، والعنق المائلة، وإستدارة الظهر، والألتواء الجانبي... إلخ)؛ كنتيجة لمحاولات إتخاذ أفضل زاوية للرؤية عند ضعاف البصر أو نتيجة للكف البصري عند المكفوفين، مع تركيزهم في إعاقتهم البصرية؛ كمضمون ذاتي تسبب فيما لديهم من قصور عضوي وتشوه صورة أجسامهم وما ينتابهم من إحساس بالنقص- بحسب نظرية أدر-

والإحساس بالخلل من سماتهم الجسمية غير السوية؛ فتظهر لديهم سمات شخصية واجتماعية غير سوية كالمضمون السلوكي، وهذا الشعور بالنقص العضوي حقيقي في حالة الأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين، ويأتي نتيجة خبرات الضعف في الطفولة المبكرة التي لا تتفق مع الذات فيدركها الأطفال على أنها سلبية وتؤدي إلى إحباط مركز الذات، والحيلولة دون تحول هذه الخبرات إلى صورة رمزية وانتظامها في جشطلت بناء الذات كما وضحه "روجرز"، ويسبب هذا التوتر والاضطراب في صورة الجسم لديهم بدلا من أن يتقبلوا ذواتهم بما فيها ذواتهم الجسمية بكل ما فيها من عيوب ومزايا، ليس فقط من حيث وجودها الآن، ولكن من حيث وجودها في الماضي والمستقبل.

ويتفق هذا مع نتائج دراسة (راضى، ٢٠٠٥: ٢٩) عن نمو مفهوم الذات لدى المعاقين بصريا (جزئيا)، ونزوعهم لحذف العينين والجسم في معظم الرسومات، كدلالة على نقص فائدة العين للشخص المعاق بصريا، وحذف الجسم كدليل على اضطراب هوية الذات، كما أنهم يعانون صعوبة بالغة في اكتشاف أجسامهم ومعرضون لخطر تأخر نمو المعرفة بالذات.

فعندما يتم رؤية الجسم عن طريق حاسة البصر فإن الجسم يُدرك كأى شيء آخر يصل إلى ذهن الطفل، بينما الأمر يختلف في حاسة اللمس، التي يبدء بواسطتها في التفرقة بين الذات واللذات وإقامة الحدود بين الجسم (كمضمون إدراكي)، وبين العالم الخارجي؛ فهناك إحساسان مختلفان يكونان خبرة ما في نفس الوقت، أولهما: اليد حينما تقترب بإيجابية من أحد أجزاء الجسم لتتعرف عليه، وثانيهما: استشعار باللمس يكون خبرة سلبية بالتفكير في هذه الأجزاء من الجسم (الأشرم، ٢٠٠٨، ٤٦).

أما دراسة كابلان (Kaplan, M, 2000) عن كيف يتخيل الأطفال المكفوفين أجسامهم؟ وأسفرت النتائج على أن الأطفال المكفوفين يتخيلوا أجسامهم كما وصف لهم من الآخرين؛ فالأطفال المكفوفين يتعلمون بالإضافة لحاسة اللمس، عن طريق الوصف اللغوي ما يتعلمه نظراؤهم العاديون عن طريق الملاحظة، مما جعل صورة الجسم لدى الأطفال المكفوفين تتأثر بوصف الآخرين وينقص المعرفة بعلم التشريح البشري والعمليات الفسيولوجية، وهنا إحصار المبصرين وما ينقلوه للمكفوفين من مدركات ومعلومات تمثل لهم فعل تفسيري لما تلمسوه بأيديهم بدلاً من مجرد نشاط حسي.

كما أن الأطفال العاديين كأشخاص أسوياء، الذات الواقعية Reality Self، والذات المثالية Idealized Self لديهم يتصلان اتصالاً وثيقاً، لا تبعد إحداهما عن الأخرى وهذا ما أوضحته "كارين هورني" Horney K، أما بالنسبة للشخص العصابي فالعلاقة بين الذات الواقعية والذات المثالية مشكلة، فالذات الواقعية منحطة، أما الذات المثالية مهزياً للذات الواقعية أكثر من كونها امتداداً واقعياً لها وهي رغبة أكثر من كونها حقيقة. (عيد، ٢٠٠٥، ١٢)، والأطفال ضعاف البصر والأطفال المكفوفين شخصيات أميل للعصابية كما سبق وأوضحنا.

وأنت النتيجة لتظهر أن الأطفال المكفوفين يتمتعوا برضا عن صورة الجسم من حيث مضامين صورة الجسم (الإدراكية- الذاتية- السلوكية)، وفي الدرجة الكلية، عما يتمتع به الأطفال ضعاف البصر. هذه الفروق كبيرة وترقي لمستوى الدلالة عند مستوى (٠.٠١).

وهذا يعني أن الطفل الكفيف يتمتع برضا عن صورة الجسم بكل مضامينها أكثر بشكل دال إحصائياً عما يتمتع به الطفل ضعيف البصر،

وكان من المتوقع أن درجة الرضا عن صورة الجسم ترتبط بدرجة وشدة الإعاقة البصرية وهذا ما أكدت النتيجة عدم صحته.

وفي محاولة من الباحثة لتفسير هذه النتيجة والعوامل الكامنة وراءها من خلال الدراسات السابقة والتراث النظري، فقد وجدت إنه يمكن تفسيرها بناء على نتيجة دراسة "جارايجودبول وزميله" (Garaigordobil, M & Bernaras, E, 2009) التي أوضحت أن ضعف البصر أكثر عرضة للمرض النفسي والعُصاب وانخفاض في تقدير الذات من الأطفال المكفوفين.

فكما ذكرنا أن ضعف البصر أكثر مشكلهم هو القلق النفسي، فهو يعاني من القلق الواقعي نتيجة لإحساسهم بعدم الكفاءة، ومن القلق العُصابي غير الواقعي عندما يكون هناك قلقا من فقدان الكلي للبصر في حالة ضعف البصر الثابت، وكأنه شبح يهدد حياتهم، كما يظهر عندهم القلق الخلقى لشعورهم بالقلق من عدم تحقيق آمال آبائهم ويشتد لديهم الإحساس بالنقص لما تعانيه الأنا من إرهاق، ويصبح الفرد لديه عقدة قصور أو مركب نقص (Inferiority Complex)، ويخفض من تقديره لذاته (Self esteem)، مما يكون له أكبر الأثر على مفهوم الذات (Self Concept) بأبعاده.

ويمكن تفسير ذلك أيضا من منطلق أن المصابين بإعاقة ظاهرة للآخرين أقل تقبلاً ورضاءً عن صورة أجسامهم من أولئك المصابين بإعاقة غير ظاهرة (يونس، ٢٠٠٤، ٣١٠).

والمكفوفين نتيجة الكف البصري الولادي، لايعوا ظاهريا ما الفرق بينهم وبين الآخرين من حيث الشكل ويكتفوا بإرتداء النظارات ظناً منهم بأنها كفيّلة بإخفاء هذه الإعاقة عن الآخر؛ بل حتى لايعوا ردود فعل

الآخرين التي يتطلب إدراكها حاسة البصر مثل الإوضاع الجسمية التي تدل على الشفقة أو النفور. (Ricciardi M, E; Bonino, D; Sani, L; et al., 2009, 24- 29).

وهنا لفت نظر الباحثة أنه أثناء تطبيق إختبار صورة الجسم فى العبارة (٤١) "أفكر لو كنت أقدر أغير من أوصاف شكل عيني" أنه قد استجاب لها الأطفال المكفوفين ولم يظهر أي منهم امتناع عن الإجابة وهذا رغم أن العين لا تقوم بوظيفتها الطبيعية فمنهم من أجاب "نعم" ومنهم من أجاب "لا"، مثلهم مثل الأطفال عاديين البصر، وأرجعت الباحثة هذا إلى أن الطفل الكفيف يتعامل مع العين كأحد ملامحه التي يتلمسها بيده، وقد يشعر فيها بالألم مثل أي طفل طبيعي البصر؛ بسبب الإلتهاب، أو زيادة الإفراز، أو لا يشعر فيها بالألم لأنها لم تصاب بالإلتهاب أو أى عدوى.

في حين أن ضعف البصر بما لديهم من نظر ضعيف يعوا الفرق الظاهر بينهم وبين عاديين الإبصار؛ بل وبينهم وبين المكفوفين مع تزايد القلق عندهم أن ينتهى الأمر بهم بأن يصيروا مثلهم شكلا ومضمونا، وعلى وعي تام بالعين ووظيفتها وتعاملهم معها كعضو له وظيفة وليس كملح فقط من ملامح وجوههم، وهذا ظهر للباحثة فى تعليقاتهم أثناء الدراسة الإستطلاعية حيث علق البعض "بأنهم لايلفت نظرهم عند النظر فى المرايا إلا نظاراتهم السميقة وعيونهم الصغيرة خلف هذه النظارات" والبعض قالها بشكل مباشر "أنه يريد عينا من غير نظارات، ويريد عيين جديدتين وكبيرتين" وأن "سقوط النظارة يمنعهم من اللعب"، بل أن أحد الأطفال قال إن أمه قالت له "إن لم ترتدى النظارة لن يصبح لك عينا نهائى وتصبح كفيف".

وبزيد الأمر سوءاً أنهم يتعرضوا لنظرات الاستغراب بل والتعليق من الآخرين على حركة العينين البنولية عند أغلبهم، مما يجعلهم أكثر انشغالاً بإتخاذ التدابير والإجراءات لإخفاء الشيء الذي تسبب لهم في الألم النفسي، ويجعلهم أكثر عرضة لاضطراب صورة الجسم الذي عرفه "فيالا" (Veala,D, 2001, 125) بأنه انشغال زائد عن الحد بشأن المظهر الجسمي، يؤدي بصاحبه إلى السلوكيات الانهزامية للذات، ويعد شكلاً من أشكال الاضطرابات النفسية.

كما أن الأطفال المكفوفين لديهم عجز تام في الإحساس بالتعبيرات الحركية والوجهية المصاحبة للكلام ومن ثم يوجد لديهم قصور في استخدامها وعجز على استقبالها من الآخرين فهو لا يرى لغة الجسد الصادرة من الآخرين ولا يعيرها اهتمام، وقد يتحدث مع الآخر وهو متجه لاتجاه مخالف للمتحدث معه دون أن يشعر بشئ يضيره حتى لو ظهر على المتحدث معه علامات الضيق، أو الضجر، في حين أن ضعف البصر لديهم قصور في الإحساس بالتعبيرات الحركية والوجهية المصاحبة للكلام، ومن ثم القصور في استخدامها، وفي متابعة الإشارات، والإيماءات، وغيرها من أشكال اللغة غير اللفظية التي يستخدمها المبصرون في محادثاتهم، والقدرة على التواصل بالعين، مما يجعلهم يضطروا إلى إتخاذ أوضاع جسمية غير مضبوطة أثناء الحديث مثل مبالغة ضعف البصر في الاقتراب الزائد من الآخرين رغبة في رؤيتهم، ورؤية تعبيرات وجهم، ويتسبب هذا في شعور الآخرين بعدم الارتياح إذا ما داوم على الاقتراب منهم والنظر إليهم، وقد تشتمل ردود أفعالهم على ما يخرجه أو يخيب أماله، ويُرِيكه. كما أن تنوع الصوت لديهم محدود وتستمر طبقة الصوت على وتيرة واحدة مع علوه بما لا يتوافق مع طبيعة الحديث، والتحدث ببطء

مقارنة بالمبصرين جيداً، وحركة الشفاة عند النطق قليلة، مما قد يتسبب في امتعاض وضيق المتحدث إليه وعدم الارتياح بين الطرفين (سليمان، ٢٠٠١، ٥٦).

كما أن الطفل ضعيف البصر يكون موضع للسخرية، إذا تحسس طريقه، أو سقط أو إرتطم بعائق، أو إذا كانت نظاراته سميكة، ولديه حول بعيناه، أكثر من الطفل الكفيف الذى يكون بدوره أكثر عرضة للشفاة؛ فتكون النتيجة أن يميل الطفل الضعيف بصريا إلى الشعور بأنه مختلف؛ فتتطوي سمات شخصيته على الخجل، والانسحاب، والأنطواء، أو سرعة الغضب، والعدوان، ويؤدي هذا كله إلى تفسيرات سيئة لمقاصد الآخرين وللذات يستنتج من خلالها أنه غير كفاء، أو أنه موضع إمتهان من قبل الآخرين.

وتشعر "الأنا" بأنها لم تعد تحتل الصراع والقلق، ما يترتب عليهما من استصغار وتحقير للذات؛ فتصور الطفل لقبح منظره قد يؤدي إلى أعراض نفسية كإلينيكية واضطرابات سلوكية، والعزلة الاجتماعية، بدلاً من يعيش في هدوء وسلام مع جسمه حتى يصل إلى معدلات مرتفعة من الرضا عن صورة جسمه (شقيير، ٢٠٠٢، ٥٤ - ٥٥).

بالإضافة إلى أن الأطفال ضعاف البصر يعتبرون فئات هامشية، لا يندرجوا ولا ينتموا بوضوح لتصنيف محدد، فهم أكثر عرضه لعدم إشباع حاجاتهم، ومعاناة من المشكلات الانفعالية والاجتماعية أكثر من ذوي الإعاقات الحادة الصريحة (سيليجمان ودارلينغ، ٢٠٠١، ٦٨) و (Griffin,N & Nes,S, 2005, 276).

وهذا ما أشار إليه "دالي نعومي" (Dale,N, 2005, 74- 98) عندما أكد أن ضعف البصر الحاد ممكن أن يؤدي بالطفل إلى الذاتية في

حال إهماله وعدم التدخل بإشباع حاجات الأطفال. وكما أوضح روجرز أنه فكرة الطفل عن ذاته- بما فيها الذات الجسمية- تؤثر إلى حد بعيد في إدراكه للمواقف الخارجية، وسلوكه واستجاباته، وتتكون من خلال التفاعل المستمر بين الكائن وبين البيئة التي يعيش فيها.

خلاصة القول أن الفروق بين ذوي البصر العادي والمكفوفين وضعاف البصر لا تعود للإعاقة في حد ذاتها، وإنما للأثر التي تتركه المشاكل الانفعالية، وديناميكية النمو الاجتماعي، والعلاقات الاجتماعية البينشخصية (Burmedi,D; Becker,S; Heylyvero,W; et al, 2003, 47- 71).

فخبرات الإحباط التي يعيشها الأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين هي التي تؤدي إلى إعاقة وظائف الأنا النامي على القيام بأدواره، ويجعله غير قادر على الوصول إلى الانفصال والتفرد كما هو الحال لدى الأطفال المبصرين.

وهذا يتفق مع نتائج دراسة (الأشرم، ٢٠٠٨) الكلينيكية في أن ظروف التنشئة الأسرية وخبرات الطفولة والاتجاهات الاجتماعية تؤثر على نمو صورة الجسم؛ فكما تعتمد صورة الجسم على الخصائص الموضوعية للجسم وسلامة الحواس تعتمد على معايير اجتماعية مثل نظرة الآخرين إليه، والتقييم الدائم بين الحسن والردىء.

فالفرد يتأثر بنظرة الآخرين للعجز أو الإعاقة أكثر من تأثره بهذا العجز، أو تلك الإعاقة أي أن صورة الجسم لدى الفرد أكبر وأشمل من الصورة المرئية، وليست هي الصورة الواقعية للجسم فهي ليست تصوير فوتوغرافيا؛ بل أن صورة الجسم هي صورة مدركة على أنها تهديد له، مما يسبب عنده القلق والتوتر والشعور بأن الآخرين يمقتونه؛ لأنه قبيحًا أو

معيباً ويلجأ إلى تخفيضها بوسائل دفاعية كتنشوية أو تحريف الحقائق التي لا تتسق مع فكرته عن جسمه أو يتجاهلها كلية. وذهب "ريسيباردي وزملائه" (Ricciardi,E; Bonino,D; Sari,L; et al, 2009, 21) إلى أن الأمور قد تُوصل الطفل إلى ما أسماه "سوليفان" H.S Sullivan, "التحول الشرير"، وإذا ما قوي هذا الشعور يجعل من المستحيل على الطفل أن يستجيب بصورة إيجابية لمحاولات الآخرين الودية، ويجعله يعزل نفسه عن الآخرين؛ فتؤثر صورة الجسم واضطرابها في هذه الحالات على الأنماط السلوكية الإيجابية للطفل المعاق بصريا فيحل محلها الأنماط السلوكية التجنبية الاحجامية التي تتطوي على حالة الشعور باليأس من صور الجسم.

التوصيات:

- التخطيط والإعداد لبرامج تدخل مبكر وقائية للأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين، قبل الوقوع كضحايا لاضطراب صورة الجسم على أن تشمل هذه البرامج جلسات للأمهات والآباء والأقران والمعلمين لتكوين اتجاهات إيجابية ومدعمة ومشجعة للطفل بكافة الصور؛ لينشأ الطفل سوى، وليرسم لنفسه صورة إيجابية عن ذاته، منعا لأن تصبح صورة الجسم السلبية جزء لا يتجزأ من بناء شخصية هؤلاء الأطفال.
- الأخذ بتأكيد "أدلر" على أن الطبيعة الإنسانية مرنة، وقابلة للتشكيل والمجتمع أيضاً مرناً وقابل للتشكيل، وإعداد برامج إرشادية للأطفال ضعاف البصر والمكفوفين، والتي تعتمد فلسفتها على أن الإنسان كائن اجتماعي قادر على خلق شخصيته من خلال نشاطه الذاتي، وبالتعامل

- مع ذواتهم الجسمية على أساس ما يمتلكون، وليس ما لا يمتلكون؛ لإنتاج شخصية أكثر مرونة وثقة بالذات.
- تطبيقاً لنظرية المجال في الإرشاد النفسي لابد من الاهتمام بمفهوم تقبل الآخر أو المعاق بصريا ودمجه في المجتمع المتنور الواعي لكل محاولاته للتغلب على إعاقته، والابتعاد عن كثرة التعليقات السلبية ليكون السياق الاجتماعي سوى.
 - إعطاء ضعاف البصر كفاءة مهمشة الاهتمام الكافي لإشباع حاجاتهم.

الأبحاث المقترحة:

- برنامج إرشادي لإشباع الحاجات النفسية للأطفال ضعاف البصر.
- برنامج إرشادي أسري ولتحسين صورة الجسم لدى الأطفال (ضعاف البصر - المكفوفين).
- برنامج إرشادي للأطفال الأسوياء لتعديل اتجاهاتهم وسلوكياتهم مع الأطفال المعاقين بصرياً.
- برنامج إرشادي للقائمين على رعاية الأطفال المعاقين بصريا لكيفية إشباع حاجات الأطفال المعرفية والإجابة على استفساراتهم عن ذواتهم وإعاقاتهم.

المراجع:

- أسامة محمد البطانية، عبد الناصر زياب الجراح، مأمون محمود غوانمه (٢٠٠٩). علم نفس غير العادي. ط (٢). عمان: دار المسيرة.
- ألفت محمد حقي (٢٠٠٩). سيكولوجية الطفل "علم نفس الطفولة". الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- انتصار يونس (٢٠٠٤). السلوك الإنساني. الإسكندرية: المكتبة الجامعية.
- أنسي محمد أحمد قاسم (٢٠٠٩). مفهوم الذات لدى طفل الروضة البدين. مجلة الطفولة كلية رياض الأطفال. جامعة القاهرة. ص ص ٢٢١ - ٢٧٤.
- أوتوفينخل (٢٠٠٩). نظرية التحليل النفسي في العصاب، ترجمة: صلاح مخيمر وعبد مبخائيل. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- إيهاب عبد العزيز الببلاوي (٢٠٠١). قلق الكفيف تشخيصه وعلاجه. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- إيهاب محمد خليل (٢٠٠١). المكونات العاملة لمقياس ستانفورد- بنية للذكاء (الصورة الرابعة- دراسة إرتقائية من سن ٢ إلى ٢٣ عام). ماجستير، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- جاسم محمد الحماد (٢٠٠٩). المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المكفوفين وضعاف البصر بدولتي مصر والكويت دراسة عبر ثقافية". ماجستير، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.
- حسني الجبالي (٢٠٠٥). الكفيف والأصم بين الاضطهاد والعظمة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- خالد عبد الرازق النجار (٢٠٠٢). سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.

- رضا إبراهيم محمد الأشرم (٢٠٠٨). صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لذوي الإعاقة البصرية (دراسة سيكومترية إكلينيكية). ماجستير. كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- زينات يوسف عيسى على (٢٠٠٢). الصفحة المعرفية للطفل المبتكر في مقياس ستانفورد- بنية الصورة الرابعة "دراسة مقارنة". ماجستير، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- زينب محمود شقير (٢٠٠٢). خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة (الدمج الشامل- التدخل المبكر- التأهيل المتكامل). سلسلة سيكولوجية الخاصة والمعوقين. المجلد (٣). القاهرة: النهضة المصرية.
- زينب محمود شقير (٢٠٠٥ - أ). الشموع المضئنة نحو الكفيف وضعيف البصر. المجلد (٣). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- زينب محمود شقير (٢٠٠٥ - ب). الشخصية السوية والمضطربة. ط(٣). القاهرة: دار النهضة المصرية.
- زينب محمود شقير (٢٠٠٩). مقياس صورة الجسم. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- سعيد حسني العزة (٢٠٠١). التربية الخاصة لدى الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- السعيد عبد الخالق عبد المعطي (٢٠٠٢). قدرة مقياس ستانفورد- بينة للذكاء "الصورة الرابعة" على التمييز بين بعض الفئات الإكلينيكية. دكتوراه، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- سلوي محمد عبد الباقي (٢٠٠٦). الإرشاد والتوجيه النفسي للأطفال. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- سمية طه جميل (٢٠٠٣). دراسة لمشكلات الأطفال المعاقين سمعياً وبصرياً وبعض المتغيرات المرتبطة بها. مجلة الإرشاد

- النفسي، العدد (١٦). مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس. ص ص ٩٣ - ١٢٩.
- سناء نصر حجازي (٢٠٠٩). علم النفس الإكلينيكي للأطفال. عمان: دار الميسرة.
- سهير كامل أحمد (٢٠٠٦). سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. ط(٣). الإسكندرية: مركز الاسكندرية للكتاب.
- سهير كامل أحمد، بطرس حافظ بطرس (٢٠٠٨). اختبار صورة الجسم لدى طفل ماقبل المدرسة (كراسة الأسئلة). القاهرة: دار الكتب المصرية.
- سهير كامل أحمد، بطرس حافظ بطرس (٢٠٠٨). اختبار صورة الجسم لدى طفل ماقبل المدرسة (دليل التعليمات). القاهرة: دار الكتب المصرية.
- السيد عبد الحميد عطية، سلمي محمد جمعه (٢٠٠١). الخدمة الاجتماعية وذوي الاحتياجات الخاصة. الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- صابر خليفة (٢٠٠٩). مبادئ علم النفس. عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- صافيناز عبد السلام المغازي (٢٠٠٢). فاعلية برنامج تأهيلي لتنمية مفهوم صورة الجسم والتوجه المكاني لدي الطفل الأعمى في رياض الأطفال. ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- عادل عز الدين الأشول (٢٠٠٠). علم النفس الاجتماعي، مع الإشارة إلى مساهمات علماء الإسلام. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- عادل كمال خضر (٢٠٠٠). إسقاط صورة الجسم في اختبارات الرسم الإسقاطي. مجلة علم النفس، العدد (٥٦). القاهرة: الهيئة العامة للكتاب. ص ص ٢٨ - ٥٧.
- عبد الحكم مخلوف (٢٠٠٧). تربية المعوقين بصرياً. القاهرة: الأنجلو المصرية.

- عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠١). سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (الخصائص والسمات). المجلد (٣). القاهرة: زهراء الشرق.
- عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٤). معجم الإعاقة البصرية. القاهرة: زهراء الشرق.
- عبد الصبور منصور محمد (٢٠٠٣). مقدمة في التربية الخاصة (سيكولوجية غير العادى وتربيتهم). القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- عبد الفتاح عبد المجيد الشريف (٢٠٠٧). التربية الخاصة في البيت والمدرسة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد المجيد سيد منصور، زكريا أحمد الشربيني، يسرية صادق (٢٠٠٣). سيكولوجية الطفولة المبكرة- طفل الحضانة والروضة. القاهرة: دار قباء.
- عبد المطلب أمين القريطي (٢٠٠٥-ب). في الصحة النفسية. القاهرة: دار الفكر العربي.
- عبدالمطلب أمين القريطي (٢٠٠٥-أ). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. ط٤. القاهرة: دار الفكر العربي.
- عدنان السبيعي (٢٠٠٠). معاقون وليسوا عاجزين. دمشق: دار الفكر.
- عواطف إبراهيم محمد، منال عبد الفتاح الهندي (٢٠٠٦). الأطفال ذوو الإعاقات البصرية"المنهج والطريقة". القاهرة: دار الفكر العربي.
- فاطمة الزهراء محمد مجدى (٢٠١١). صورة الجسم لدى الطفل البدين والطفل النحيف وعلاقتها بالتفاعل الاجتماعي. ماجستير، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.
- فوقية محمد راضي (٢٠٠٥). دراسة مراحل النمو الفني ومفهوم الذات لدي المعاقين بصرياً باستخدام رسم الشخص. مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة. مجلد (٢)، العدد (٥٨). ص ص ١ - ٣٧.

- لويس كامل مليكة (١٩٩٨- أ). الصورة الرابعة من مقياس ستانفورد- بينية.
القاهرة: مكتبة النهضة العربية.
- ماجدة السيد عبید (٢٠٠٠). المبصرون بأذانهم "المعاقون بصرياً". عمان: دار
صفاء للنشر والتوزيع.
- مجدى عزيز إبراهيم (٢٠٠٣). مناهج تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة في ضوء
متطلباتهم الإنسانية والاجتماعية والمعرفية. القاهرة:
مكتبة الأنجلو المصرية.
- مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٤). مقياس اضطراب صورة الجسم. القاهرة: مكتبة
الأنجلو المصرية.
- مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٦). اضطراب صورة الجسم "الأسباب- التشخيص-
الوقاية- العلاج". سلسلة الاضطرابات النفسية.
العدد (٢). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- مجدى محمد الدسوقي (٢٠٠٧). دراسات في الصحة النفسية. القاهرة: مكتبة
الأنجلو المصرية.
- محمد إبراهيم عيد (٢٠٠٥). مقدمة في الإرشاد النفسي. القاهرة: الأنجلو
المصرية.
- محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠). نظريات الشخصية. القاهرة: دار قباء.
- محمد النوبي (٢٠٠٥). اختبار صورة الجسم لدى طفل ما قبل المدرسة.
القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- محمد عباس يوسف (٢٠٠٣). دراسات في الإعاقة وذوي الاحتياجات الخاصة.
القاهرة: دار غريب.
- مدحت محمد أبو النصر (٢٠٠١). قيود الإعاقة على المعوق وأسرته مجلة
الحياة الطبيعية حق للمعوق. العدد (٦٦). القاهرة:
اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين
بجمهورية مصر العربية. ص ص ٧٠ - ٧٢.

- مران عبد المجيد إبراهيم (٢٠٠٢). التمارين البدنية والعلاجية لتشوهات المكفوفين القوامية. الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- منذر عبد الحميد الضامن (٢٠٠٨). الإرشاد النفسي في الطفولة والمراهقة. عمان: مكتبة الأجيال.
- مني صبحي الحديدي (٢٠٠٩). مقدمة في الإعاقة البصرية. ط (٣). عمان: دار الفكر.
- ن.م. سيليجمان، ر. ودارلينغ (٢٠٠١). إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة. ترجمة: إيمان فؤاد كاشف. القاهرة: دار قباء.
- نهي ضياء الدين موسى (٢٠٠٦). فاعلية برنامج للعب التشكيلي في تحسين التوافق النفسي للأطفال ضعاف البصر وإنعكاسه على ضغط الوالدية للأمهات. دكتوراه، كلية التربية، جامعة بني سويف.
- هناء يحي أبو شهبه (٢٠٠٣). الصحة النفسية للطفل. القاهرة: دار الفكر العربي.
- وليد فتحي هندي (٢٠٠٧). صورة الجسم لدى الأطفال المعاقين جسيماً "دراسة سيكومترية/ إكلينيكية". ماجستير. كلية رياض الأطفال. جامعة القاهرة.
- Alzyoudi, M. (2010). Body Image among Adolescents with low vision in canada. International Journal of special Education. Vol (22). No (1). PP. 132- 137.
- Archie, W.N. & Gilbert, F.M. (2013). Body image and Locus of Control in Visually Impaired Children with different types of vision loss. Journal of visual Impairment and Blindness. Vol (96), No (4). PP. 1- 19.
- Blakeslee, S. (2006). Out- of- Body Experience? Your Brain is to Blame. New York: Times. PP.126- 134.

- **Brambring, M. (2001). Integration of children with visual impairment in regular preschools. Child Care Health and Development. Vol (27). No (5). PP. 425- 438.**
- **Burmedi, D; Becker, S; Heylyvero, W; Wahl,H& Bach,H.(2003). Emotional and social consequences of age related low vision Anarrative review. Journal of visual impairment research, Vol (4), No (2). PP. 47- 71.**
- **Chiao,J.Y; Harada,T; Komeda,H; Manoy,L; Saito,D;et al.(2010). Dynamic cultural influences on neural representation of the self. Journal of Cogn Neurosci.Vol(22).PP. 1- 11.**
- **Cohen, A.S. (2002). Visual attention in children with cortical visual impairment. Loma Linda University. Vol (63- 03B) of Dissertation Abstracts International. PP. 1586- 1656.**
- **Crandol, D. (2010). The Relation Between Body Image and Free Time Physical Activity in Children 5- 8 Years. MSC. Faculty of the Department of Recreation and Leisure Studies, East Carolina University.**
- **Cusack, K. (2000). Per captions of body image: Implications for the workplace. Employee Assistance Quarterly. Vol (15). PP23-38.**
- **Dale, N. (2005). Early signs of developmental set fack and autism in infants with severe visual impairment. Autism and Blindnes: Research and reflection, Philadelphia. PP. 74- 98.**
- **Downing,P,E&Peeplen,M.V.(2011). Discussion paper,the role of occipitotemporal body- selective regions in person perception.**

- Cognitive Neuroscience, Vol (2), No(3-4). PP.186- 226.
- Dulin, D. (2007). Effects of the use of raised line drawing on blind people's cognition, European Journal of Special needs Education. Vol (22). No(3). PP. 341- 353.
 - Edited, J; Thompson, K. & Smolak, L. (2001). Body image Eating Disorders, and Obesity in Youth Assessment, Prevention, and Treatment. American Psychological Association Washington. PP. 41- 66.
 - Estrada, H & Harper, D. (2007). Research on psychological and personal aspects of albinism. A critical review Rehabilitation Psychology. Vol (52), No (3). PP. 263- 271.
 - Evans, R; Roy, J; Geiger, B; Werner, K. & Burnett, D. (2009). Ecological strategies to promote Healthy Body image among children. Journal of School Health, Vol (78), No (7). PP. 359- 367.
 - Friestad, C & Rise, J. (2004). A longitudinal Study of the Relationship Between Body Image, Self- Esteem and Dieting Among Year old in Norway. European Eating Disorders Review. Vol (12). PP 247- 255.
 - Garaigordobil, M & Bernaras, E. (2009). Self- Concept, Self- Esteem, Personality Traits and Psychopathological Symptoms in Adolescents with and without visual impairment. The Spanish Journal of Psychology. Vol (12), No (1). PP. 149- 160.
 - Griffin, N.S. & Nes, S.L.D. (2005). Self Esteem and Empathy in sighted and visually Impaired pre adolescents. Journal of visual Impaired of Visual Impairment and Blindness. Vol (99). No (5). PP. 276- 285.

- Hendy, H; Gustitus, C. & Schwalm, J. (2001). Social Cognitive Predictors of Body Image in Preschool. Sex Roles. Vol (44), No (9-10). PP 557- 569.
- Howes, H ; Edwards, S & Benton, D.(2005).Female body-image following acquired brain injury. Journal of Brain Injury, Vol (19), No (6). PP. 403- 415.
- Jindal;S& Divya,A.(2005).Use of feedback from sighted peers in promoting social Interaction skills.Journal of visual Impairment and Blindness.Vol (99),No(7).PP.1- 16.
- Kaplan, M.N. (2000). Alice without a looking glass, Blind people and Body Image. Journal of Anthropology and Medicing. Vol (7), No(3). PP. 277- 299.
- Killion, L. (2003). The relation between Maternal perceptions of Body Image and actual Body Mass index of preschool Children.ph. D. Faculty of the collage of education Health and human performance department, University.
- Lewis, J. (2007). Impact of television on the perception of Body image by Male Children. MSC. Department of Graduate Education, Mount Saintvincent University.
- Lifshitz, H & Weisse, I. (2007). Self- concept, Adjustment to Blindness, and Quaty off Friendship Among Adolescents with visual Impairments. Journal Visual Impairment and Blindness. Vol (101), NO (2). PP. 1- 20.
- Lopez,J.M;Pichardo,M.C.&Chacon,A.(2005). Self- concept in Low- Vision Children and their Peers Without Visual Problems. Self and Identity. Vol (4). PP. 305- 309.
- Lopez, J.M; Pichardo, M.C; Amez, C.J. & Fernander, E. (2001). The self- concepts of Spanish

- children and adolescents with low vision and their sighted peers. *Journal of Visual Impairment & Blindness*. Vol (3), NO (1). PP. 7- 16.
- Ma, Y & Han, S. (2011). Neural Representation of Body Image in Sighted and Congenitally Blind Children. *BRA In Journal of Neurology*. Vol (134). PP. 235- 246.
 - McCulloch, D. (2007). Visual evoked potentials in infants. *Studies in developmental psychology*. PP. 39- 76.
 - Morgado, F.R; Monteiro, J.J; Ferreira, M.C & Tavares, M.C. (2008). Body Image for the Visually impaired. A review study. *Universe sidade Estadual de Campinas*. PP 1- 4.
 - Neala, A; Rejeca, U. (2000). Perception of Current and ideal body size in preschool age children, perceptual & Motor Skills. Vol (90). PP. 885- 889.
 - Pallan, M; Hiam, L; Duda, J. & Adap, P (2011). Body Image, Body Dissatisfaction and Weight Status in Soath- Asian Children: Across- Sectional Study. *BMC Pubc Health*. PP11- 21.
 - Rees, G; Saw, C.L; Lamoureux, E.L & Keeffe, J.E. (2007). Self- management program for adults with low vision: Needs and challenges. *Patient Education and counseng*. Vol (69) No (1- 31). PP. 39- 46.
 - Reynolds, C.R. & Janzen, E.F. (2000- A). *Encyclopedia of special Education*. Second edition, Vol (1). New York: John Wiley & Sons.
 - Reynolds, C.R. & Janzen, E.F.(2000- B). *Encyclopedia of Special Education*. Second Edition. Vol (2). New Yourk: John Wiley & Sons.

- Ricciardi, E; Bonino, D; Sani, L; Vecchi, T; Guazzel, M; Haxby, V; et al. (2009). Do we really need vision? How blind people "see" the actions of others. *Journal of Neurosci*, Vol(97). PP.24- 29.
- Rosel, J; Caballer, A; Jara, P & Over, J.C. (2005). Verbasm in the Narrative Language of Children Who are blind and sighted. *Journal of Visual Impariement and Blindness*. Vol (99), No (7). PP. 1- 22.
- Rosenblum, L. (2000). Perceptions of the impact of visual impairment on the Levies of adolescents. *Journal of Visual Impairment and Blindness*. Vol (94). PP. 434- 445.
- Schmid, M; Nardone, A; De Nunzio, A.M. & Schieppati, M. (2007). Equilibrium during static and dynamic tasks in blind subject: No evidence of cross- Model Plasticity, *Brain. A Journal of Neurology*. Vol(130), No (8). PP 2097- 2107.
- Stacy, A.K. (2000). Amount of Influence Selected Groups Have on the Perceived Body Image of fifth Graders. Master's thesis. The Graduate College, University of Wisconsin- Stout. Menomonie.
- Tanaka, C. & Sakuma, H. (2004). Human Figure Drawing Size Hand Body Image in Preschool Children from a Self- Physique Perspective. *Perceptual & Motor Skills*. Vol (99). No (2), pp.85- 101.
- Tuttle, D.W & Tuttle, N.R. (2004). Self- esteem and adjusting with blindness. (3rd edition). Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Veala, D. (2001). Cognitive- behavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Advances in*

- Psychiatric Treatment. Vol (7). PP 125- 132.
- Wickman, L.J. (2000). Acorrelational Study of the impact of Media Influence on the Body Image of Adolescent Females, MSC, The Graduate School, University of Wisconsin- Stout.
 - Wieman, C.J. (2001). The effects of inclusionary- programs on the self- concept of learnig disabled students. MSC. The Graduate School. Unverisity of Wisconsinstout.
 - Williams, B. (2004). Body Image in Children a Heading Preschool in a Rural Midwestern town versus their parent's Body image. MSC. Department of animal science, food and nutrition, Southern Lnois University Carbondole.
 - Wolffe, K. (2000).Growth and development in middle childhood and adolescence.In A.J.Koenig and M.C. Holdbrook (Eds), foundations of Education. Vol (1). PP 135- 156.
 - Woolfolk, A. (2001). Educational Psychology. 8thedition. Needham Heights. MA: Allyn and Bacon.

