الترقيم الدولي الموحد للطباعة 2735-5209 الترقيم الدولي الموحد الإلكتروني 2805-2455

الفروق بين الطلبة المكفوفين والكفيفات في السلوك الصحي

د. سماح مصطفى عبده إبراهيم العقيلي

مدرس بقسم الإعاقة البصرية

كلية علوم ذوي الاحتياجات الخاصة– جامعة بني سويف

المستخلص:

هدفت الدراسة الحالية إلى تعرف إذا كان هناك فروق بين التلاميذ المكفوفين والكفيفات وفقًا للنوع في السلوك الصحي، وقد أجريت الدراسة على عينة عشوائية اشتملت على (50) من الطلبة المكفوفين بالمرحلة الإعدادية والثانوية الصف (الأول، الثاني، الثالث) (30ذكور، 20إناث) المقيدين للعام الدراسي 2023-2024، وتراوحت أعماهم بين (13: 18سنة)، وذلك من مدرسة النور للمكفوفين بمحافظة الفيوم.وتم تطبيق استبيان السلوك الصحي إعداد الباحثة على عينة الدراسة. وقد توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين المكفوفين والكفيفات في بعد الصحة العامة، وعدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين المكفوفين والكفيفات في بعد العناية بالجسم، واتضح وجود فروق دالة إحصائيًا بين المكفوفين والكفيفات في البعد النفسي الاجتماعي لصالح الكفيفات، وتبين وجود فروق دالة إحصائيًا بين المكفوفين والكفيفات في الدرجة الكلية للسلوك الصحي لصالح الكفيفات.

الكلمات المفتاحية: السلوك الصحي، الصحة العامة، العناية بالجسم، المكفوفين.

Differences between male and female blind students in Health Behavior

Abstract

The aim of the current study was to find out if there are differences between blind male and blind female students according to the type in healthy behavior.the study was conducted on a random sample that included (50) blind students in the preparatory and secondary stages (first, second, third grade) (30 males, 20 females) enrolled for the academic year 2023-2024, and their blindness ranged between (13: 18 years), from Al-Noor school for the blind in Fayoum governorate. The health behavior questionnaire prepared by the researcher was applied to the study sample. The study has reached the following conclusions:There are no statistically significant differences between blind males and blind females in the public health dimension. There are no statistically significant differences between blind males and blind females after body care.- It turned out that there are statistically significant differences between blind males and blind females in the psychosocial dimension in favor of blind women.- It was found that there are statistically significant differences between blind males and blind females in the overall degree of Health Behavior in favor of blind women.

Key words: Healthy behavior - general health - body care-blind people.

مقدمة:

عند وصف السلوكيات الصحية، من الشائع التمييز بين تعزيز الصحة والسلوكيات المعوقة. السلوكيات التي تضعف الصحة لها آثار ضارة على الصحة أو غير ذلك يعرض الأفراد للإصابة بالأمراض. وتشمل هذه السلوكيات التدخين، وارتفاع استهلاك الدهون الغذائية. وفي المقابل، المشاركة في تعزيز الصحة تنقل

السلوكيات فوائد صحية أو تحمي الأفراد من الأمراض. وتشمل هذه السلوكيات ممارسة الرياضة واستهلاك الفاكهة والخضروات. (Norman,p,2002)

وقد أصبح السلوك الصحي في السنوات الأخيرة ، من بين الموضوعات الإنسانية ذات الأهمية وذلك لارتباطها بصحة الإنسان ومدى تأثيرها على صحة الأشخاص والمجتمعات، ومن ثم أصبح هناك اهتمام بتطوير السلوك الصحي لينسجم مع السلوك الإنساني الأقرب إلى حالة السواء، ويهدف السلوك الصحي إلى الحفاظ على صحة الأفراد ، فهو كل سلوك يحمي الفرد من خطر الإصابة بالأمراض أو تدهور الصحة بصفة عامة. (الرشيد، جميل، 135، 2021)

وتعود صحة الإنسان إلى العديد من العوامل المؤثرة فيها فبالإضافة إلى العوامل البيولوجية والبيئية فهناك عوامل أخرى تؤثر في حالته الصحية منها الأسلوب الذي يعيشه الإنسان، والعادات السلوكية الصحية التي يمارسها يوميًا وتجدر الإشارة إلى أن العديد من المشكلات الصحية التي يتعرض لها الفرد تعود إلى السلوك غير السليم صحيًا الذي يمارسه في حياته اليومية، وقد أشارت البحوث العلمية والطبية إلى تحديد العوامل المؤثرة في صحة الإنسان وقد اشتملت على :الوراثة والبيئة والنظام الصحي أو الطبي ونمط الحياة، وهذا العامل اكتسب أهمية كبيرة في الدراسات الوبائية في مجال الصحة العامة، وأعد الممارسات الصحية كالنشاط البدني، وساعات النوم، والممارسات الغذائية من العوامل المؤثرة في الصحة والمرض في المجتمعات الحديثة. (الصمادي،محمد،2011،83)

ونظرًا لأن الإنسان يكتسب السلوكيات الصحية وغير الصحية من خلال مؤسسات التنشئة الاجتماعية التي تعد فيها الأسرة والمدرسة من أهمها، وتعد نظريات التعليم المختلفة من أفضل النظريات المفسرة لاكتساب مثل هذه السلوكيات، فتعد المدرسة السلوكية من أهم وأقدم هذه النظريات .ففي إطار المدرسة السلوكية تنظر نظرية الاشتراط الكلاسيكي لبافلوف إلى أن بعض السلوكيات الصحية مثل السلوكيات الدفاعية والسلوكيات غير الصحية كالمخاوف المرضية يكتسبها الفرد من خلال عمليات الاشتراط المختلفة التي تنتمي إلى قوانين الاكتساب والتعميم والتميز وغيرها، نتيجة مرور الشخص بخبرات تفاعله مع البيئة المحيطة.به أما أصحاب نظريات التعلم الإجرائي ومنهم سكنر فينظرون إلى السلوكيات الصحية وغير الصحية كعادات سلوكية تكونت نتيجة تكرار بعض الأنماط السلوكية التي تتشكل بفعل المعززات التي تتبع ممارستها .في حين ينظر أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي ومنهم باندورا إلى أن الشخص يكتسب غالبية سلوكياته من خلال المحاكاة والتقليد للوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه توقعًا للحصول على التعزيز. (الصامدي،2017،5)

يمكن الاشارة إلى أن الطلبة المكفوفين لديهم سلوكيات صحية يمارسوها قد تختلف أو تتشابه بين الذكور المكفوفين والإناث الكفيفات فيتم ممارسة سلوكيات صحية كالتغذية الصحية وممارسة الرياضة والعناية بالذات....أو قد يكون هناك بعض السلوكيات غير الصحية كتناول الوجبات السريعة المشبعة بالدهون وعدم تناول كميات كافية من المياه وعدم ممارسة الرياضة وغيرها من السلوكيات التي تؤثر على صحة الفرد وحياته بالإيجاب أو السلب، ومن هنا تأتي أهمية الدراسة الحالية في محاولة معرفة إذا كان هناك فروق بين الطلبة المكفوفين والكفيفات في السلوك الصحي.

مشكلة الدراسة

تعد السلوكيات الصحية من السلوكيات ذات التأثير الفعال على صحة وسلامة الطلبة وبشكل خاص الطلبة المكفوفين وعلى الرغم من دورها المهم في جميع نواحي الحياة إلا أنه بالنظر إلى التراث السابق تبين ندرة الدراسات التي تهتم بالفروق بين الجنسين من الطلبة المكفوفين في هذا النطاق، وقد يكون هناك بعض التحديات والصعوبات لدى الطلبة المكفوفين في تبني سلوكيات صحية سليمة نظرًا لاعتمادهم على الأخرين في الحصول على المعلومات المرتبطة بذلك ومن هنا تأتي هذه الدراسة في محاولة لمعالجة هذه الفجوة المعرفية وذلك بالكشف عن مدى وجود فروق دالة إحصائيًا بين الطلبة المكفوفين من الجنسين في أبعاد السلوك الصحي، التي يمكن الاستفادة منها في تطوير برامج وقائية وارشادية تلبي احتياجات كل من الذكور والإناث من الطلبة المكفوفين. وبناء على ما سبق تحاول هذه الدراسة الإجابة عن التساؤلات البحثية التالية:

1–هل توجد فروق بين **الطلبة** المكفوفين والكفيفات في بعد الصحة العامة؟

2– هل توجد فروق بين **الطلبة المكفوفين** والكفيفات في بعد العناية بالجسم؟

3– هل توجد فروق بين **الطلبة** المكفوفين والكفيفات في البعد النفسي الاجتماعي؟

4– هل توجد فروق بين **الطلبة** المكفوفين والكفيفات في الدرجة الكلية للسلوك الصحي؟

أهداف الدراسة:

- وصف السلوك الصحي لدى **الطلبة** المكفوفين والكفيفات من تناول الوجبات الصحية والعناية بالجسم وممارسة الأنشطة الرياضية.
- محاولة الكشف عن الفروق الدالة إحصائيا بين المكفوفين والكفيفات في أبعاد السلوك الصحي (الصحة العامة، العناية بالجسم، البعد النفسي الاجتماعي).

أهمية الدراسة:

تعد الدراسة الحالية ذات أهمية علمية وعملية، وتتمثل أهميتها فيما يلي:

- إضافة إطار نظري للتراث السابق في السلوك الصحي للمكفوفين.
- يمكن الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية في تصميم برامج وقائية وإرشادية لدعم السلوك الصحي للطلبة المكفوفين من الجنسين بما يتناسب مع احتياجاتهم.
- يمكن للمؤسسات التوعية إقامة ندوات للتلاميذ المكفوفين للتوعية بأهمية السلوك الصحي لهم وتأثيره على كل مجالات حياتهم.
- يمكن للباحثين المهتمين بدراسة السلوك الصحي للمكفوفين الاستفادة من نتائج هذه الدراسة في عمل المزيد من الدراسات في هذا المجال من جوانب مختلفة.
- يمكن للمؤسسة المدرسية عمل ندوات توعية لأولياء أمور الطلبة المكفوفين بأهمية السلوك الصحي وبعض السلوكيات الصحية كالأغذية الصحية وممارسة الرياضة والعناية بصحة أبنائهم.

حدود الدراسة:

الحدود المكانية: مدرسة النور للمكفوفين بالفيوم.

الحدود البشرية: تستهدف الدراسة الحالية طلبة الصفوف (الأول، الثاني، الثالث) الإعدادي والثانوي بمدرسة النور للمكفوفين بالفيوم وقد تم انتقاء هذه الفئة العمرية نظرًا لأهمية هذه المرحلة في تشكيل السلوكيات الصحية.

الحدود الزمنية: العام الدراسي **2024/2023** ترم ثاني.

مفاهيم الدراسة:

الكفيف: التعريف الطبي: هو الشخص الذي تساوي حدة إبصاره أو تقل عن 200/20 قدما أي 60/6 مترا في أفضل العينين بعد محاولات إجراء المعالجات الطبية الممكنة لها. (سمير محمد، 29، 2014)

التعريف التربوي: إن الشخص الكفيف هو من فقد بصره بالكامل ويعتمد على طريقة برايل في القراءة والكتابة. (تيسير مفلح، عمر فواز، 83،2010)

مفهوم السلوك الصحي: أشار كل من " عبدا لله، حسن، وحربش " إلى أنه مجموعة من السلوكيات التي يقوم بها الفرد حتى يتمكن من المحافظة على مستواه الصحي من الناحية الجسمية والعقلية والانفعالية والحركية بحيث تقوم بوظائفها على أكمل وجه. (عبدا لله وأخرون، 2018، 741)

وقد عرفه "كاسل وكول" أنه كل نشاط يقوم به الفرد الذي يظن أنه معافى بهدف الوقاية من المرض أو اكتشافه قبل ظهور أعراضه. في (خديجة،ملال؛ صافية،ملال،379،2021)

وقد تم تعريف السلوكيات الصحية بطرق مختلفة. على سبيل المثال، كونر ونورمان يعرفها على أنها أي نشاط يتم القيام به لغرض منع أو كشف المرض أو لتحسين الصحة والرفاهية. (Norman,p,2002)

وتعرف الباحثة السلوك الصحي في الدراسة الحالية أنه مجموعة من السلوكيات التي يمارسها الكفيف في حياته اليومية كتناول الوجبات الصحية وممارسة الرياضة بالإضافة إلى بعض الجوانب النفسية والاجتماعية كتقبل الذات والشعور بتقبل الأخرين له مما ينعكس على سلامته الصحية والنفسية والاجتماعية، ويتكون السلوك الصحي من الابعاد التالية:

- بعد العناية بالجسم: تعرفه الباحثة أنه حرص الكفيف على تناول وجبات صحية مفيدة لجسمه كالخضروات والفواكه وتجنب الوجبات والسوائل غير الصحية كالحلويات والوجبات المشبعة بالدهون والمشروبات الغازية...
- بعد الصحة العامة: تعرفه الباحثة أنه مجموعة من الممارسات الصحية التي يقوم بها الكفيف لسلامته وتجنب الاصابة بالأمراض كإجراء الكشف الطبي الدوري والحرص على ممارسة الرياضة وتجنب استخدام الأدوات الشخصية للأخرين....
- البعد النفسي الاجتماعي: تعرفه الباحثة أنه قدرة الكفيف على تقبل ذاته والشعور بتقبل الأخرين له والاستمتاع بالحياة واتخاذ القرارات وتقديم المساعدة للأخرين.

الإطار النظري للدراسة

هناك بعض النماذج والنظريات المفسرة للسلوك الصحي منها ما يلي:

نموذج المعتقدات الصحية

يحاول نموذج المعتقدات الصحية وضع تصور لنوعين من المعتقدات الصحية

– جعل السلوك استجابة للمرض أكثر أو أقل جاذبية

– تصورات التهديد بالمرض وتقييم فعالية السلوكيات

مواجهة هذا التهديد، تعتمد تصورات التهديد على القابلية المتصورة للتهديد بالمرض ومدى خطورة عواقب المرض. هذه المتغيرات معا تحدد احتمال قيام الفرد بإتباع إجراء متعلق بالصحة، على الرغم من أنه يتم تعديل التأثير حسب المتغيرات الديموغرافية والضغط الاجتماعي والشخصية. على وجه الخصوص يتم تحديد الإجراء المتخذ من خلال تقييم البدائل الممكنة. ويعتمد التقييم على المعتقدات المتعلقة بفوائد أو فعالية

السلوك الصحي، التكاليف أو العوائق المتصورة التي تحول دون أداء السلوك. وبالتالي، فمن المرجح أن يميل الأفراد إلى إتباع سلوك صحي معين إذا كانوا يعتقدون أنهم عرضة لسلوك صحي معين حالة أو مرض يعدونه خطيرًا، ويؤمنون بفوائد هذا السلوك المتخذة لمواجهة الحالة أو المرض تفوق التكاليف. ومن المفترض أن يحدث ذلك من خلال الإشارات إلى الفعل. وتشمل الإشارات إلى الفعل أية مجموعة متنوعة من المحفزات التي تدفع الفرد إلى اتخاذ إجراء وتنقسم عادة إلى عوامل داخلية (مثل الأعراض الجسدية) أو خارجية (مثل الحملات الإعلامية أو النصائح من الأخرين). بالإضافة إلى تأثيرات أخرى على أداء السلوكيات الصحية، مثل الديموغرافية والعوامل أو الخصائص النفسية (مثل الشخصية، وضغط الأقران، والسيطرة المدركة على السلوك) من المفترض أن تمارس تأثيرها من خلال التغييرات في مكونات معتقدات السلوك الصحي.

نظرية السلوك المخطط:

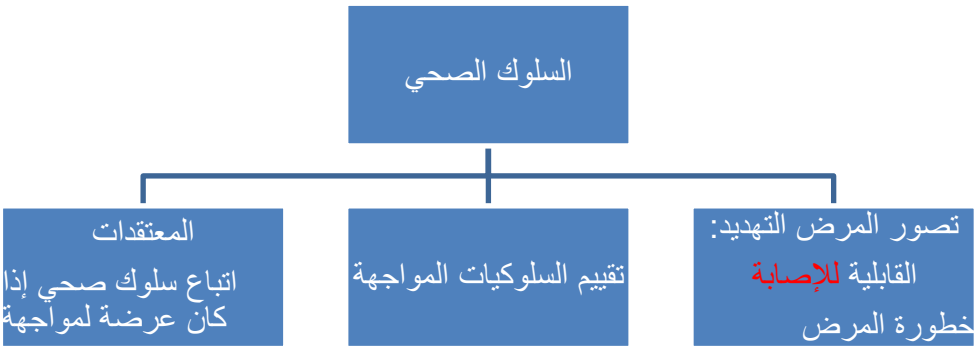
تم تطوير نظرية السلوك المخطط من قبل علماء النفس الاجتماعي وتستخدم على نطاق واسع كأداة للمساعدة في فهمنا لمجموعة متنوعة من السلوكيات بما في ذلك السلوكيات الصحية، توضح نظرية السلوك المخطط كيفية تأثير التأثيرات على قرار الفرد بإتباع سلوك معين ، إن محددات السلوك هي نوايا الانخراط في ذلك السلوك والسيطرة السلوكية المدركة على هذا السلوك. والنوايا تمثل دوافع الشخص، ويُفهم البناء على أنه خطة أو قرار واعي للفرد لبذل الجهد فيه من أجل الانخراط في سلوك معين اما التحكم السلوكي المتصور هو توقع الشخص أن أداء السلوك يقع ضمن سيطرته. النوايا تحددها ثلاثة متغيرات. الأول هو المواقف، وهي التقييم الشامل للفرد لسلوكه. والثاني هو المعايير الذاتية، والتي تتكون من معتقدات الشخص حول ما إذا كان ذا أهمية أم لا يعتقد الآخرون أنه يجب عليه الانخراط في هذا السلوك. والثالث يقيس مدى إدراك الفرد أن السلوك يقع تحت سيطرته الشخصية. بينما الاتجاه هو وظيفة المعتقدات السلوكية البارزة للشخص التي تمثل احتمالًا محتملًا لعواقب السلوك (على سبيل المثال، ممارسة التمارين الرياضية سوف تقلل من خطر الإصابة بأمراض القلب) اما المعيار الذاتي هو وظيفة المعتقدات المعيارية، التي تمثل تصورات محددة لتفضيلات الأخرين البارزة حول ما إذا كان ينبغي أو لا ينبغي للمرء أن يشارك في سلوك ما (على سبيل المثال، عائلتي تعتقد أنني يجب أن أمارس الرياضة). تعتمد على المعتقدات المتعلقة بالوصول إلى الموارد والفرص اللازمة لأداء السلوك بنجاح (على سبيل المثال، لدي سهولة الوصول إلى مكان يمكنني ممارسة التمارين فيه)، لذلك، وفقًا لنظرية السلوك المخطط ، من المرجح أن ينخرط الأفراد في سلوك صحي إذا كانوا يعتقدون أن ذلك السلوك سيؤدي إلى نتائج معينة يقدرونها، إذا صدقوا ذلك الناس الذين يقدرون وجهات

نظرهم يعتقدون أنه يجب عليهم تنفيذ السلوك، وإذا شعروا أن لديهم الموارد والفرص اللازمة لأداء السلوك. (Norman,p,2002)

نموذج الاعتقاد الصحي

هو الأقدم والأكثر استخدامًا على نطاق واسع. يفترض هذا النموذج أن السلوك الصحي يتم تحديده من خلال معرفتين: تصورات المرض التهديد وتقييم السلوكيات لمواجهته وتعتمد تصورات التهديد على معتقدين: قابلية الفرد المتصورة للإصابة بالمرض ("ما مدى احتمالية الإصابة بالمرض"). هل سأمرض؟") ومدى خطورة المرض عواقب المرض على الفرد ("ما مدى خطورة المرض؟"). بصورة مماثلة، يتضمن تقييم الاستجابات المحتملة النظر في الفوائد المحتملة لـ والحواجز/تكاليف العمل. هؤلاء الأربعة مجتمعين ويعتقد أن المعتقدات تحدد الاحتمالية قيام الفرد بسلوك صحي. يتم تحديد الإجراء المحدد الذي تم اتخاذه بواسطة تقييم البدائل المتاحة مع التركيز على فوائد أو فعالية السلوك الصحي والتكاليف أو العوائق المتصورة لأداء السلوك. ومن ثم فإن الأفراد هم الأكثر احتمالاً لإتباع إجراء صحي معين إذا كانوا يعتقدون أنفسهم عرضة لحالة معينة يعدونها أيضًا خطيرة ونعتقد أن الفوائد تفوق تكاليف الإجراءات المتخذة لمواجهة التهديد الصحي عادةً ما يتم تضمين معرفتين إضافيتين في النموذج عبارة عن إشارات إلى العمل والدوافع الصحية ومن المفترض أن تتضمن الإشارات إلى العمل: أ) مجموعة متنوعة من المحفزات التي تدفع الفرد إلى اتخاذ إجراء قد يكون داخليًا (على سبيل المثال، جسديًا).أعراض) أو خارجية (على سبيل المثال، حملة إعلامية، نصيحة من الأخرين) للفرد .

ب) إدراك الفرد: من المتوقع وجود إشارات للعمل للحث على تبني السلوك الصحي إذا هو / هي يحمل بالفعل معتقدات رئيسة أخرى مفضلة للفعل. الدافع الصحي يشير إلى استقرارا الاختلافات بين الأفراد في القيمة التي يملكونها، نعلق على صحتهم وميلهم إلى أن تكون دوافعهم للاعتناء بصحتهم.



نظرية دوافع الحماية:

تم تحديدها من خلال البحث في التعامل مع التوتر، المحدد الأساسي لأداء السلوك الصحي هو دافع الحماية أو نية القيام بسلوك صحي. يتم تحديد دوافع الحماية من خلال عمليتين للتقييم: تقييم التهديد وتقييم المواجهة. يعتمد تقييم التهديد على النظر في تصورات القابلية للمرض وشدة التهديد الصحي. يتضمن تقييم المواجهة عملية تقييم السلوك البدائل التي قد تقلل من التهديد. ومن المفترض أن تكون عملية المواجهة هذه قائمة على أساس عنصرين: توقع الفرد أن تنفيذ السلوك يمكن أن يزيل التهديد (فعالية العمل والنتيجة) والإيمان به أي قدرة الفرد على تنفيذ مسارات العمل الموصى بها بنجاح (الكفاءة الذاتية). وينتج عن هاتين العمليتين التقييميتين معًا الاستجابات التكيفية وغير التكيفية. الاستجابات التكيفية هي تلك التي ينخرط فيها الفرد في سلوكيات من المحتمل أن تقلل من المخاطر (على سبيل المثال، تبني سلوك صحي). الاستجابات غير القادرة على التكيف هي تلك التي لا تفعل ذلك أي لا تقوم بمعالجة التهديد بشكل مباشر (على سبيل المثال، رفض تهديد صحي). يتم الاحتفاظ بالاستجابات التكيفية إذا كان الفرد يرى أنه يواجه تهديدًا صحيًا الذي يكون هو/هي عرضة لها التي يُنظر إليها على أنها شديدة وحيث يرى الفرد أن مثل هذه الاستجابات فعالة في الحد منها.(Conner, M,2010,21)

ترى الباحثة انه بالنظر إلى نموذج الاعتقاد الصحي ونظرية دوافع الحماية يتضح تشابهم في أن السلوك الصحي يمارس من قبل الفرد إذا كان هناك تهديد من إصابته بالمرض ومدى خطورته وتقييم السلوكيات من أجل المواجهة واختيار البدائل للتقليل من خطر التهديد بينما تكمن أوجه الاختلاف بين نموذج الاعتقاد الصحي ونظرية دوافع الحماية في انه في نموذج الاعتقاد الصحي يتبع الفرد سلوك صحي من خلال محفزات داخلية (جسميًا)، أو محفزات خارجية مثل الحماية الإعلامية ونصيحة من الأخرين، بينما في نظرية دوافع الحماية عند تقييم المواجهة تتيح اما استجابات تكيفية تقلل من المخاطر أو استجابات غير تكيفية رفض التهديد الصحي.

النظام الغذائي:

إن تأثير النظام الغذائي على معدلات الإصابة بالمرض والوفيات أمر راسخ، في العالم الثالث، المشاكل المتعلقة بالنظام الغذائي والصحة هي مشاكل نقص التغذية؛ الأول في العالم، ترتبط المشاكل في الغالب بالإفراط في استهلاك الغذاء. في الغرب الاستهلاك المفرط للدهون في البلدان الصناعية وعدم كفاية الألياف والفواكه والخضروات يرتبط الاستهلاك بالمشاكل الصحية. بالإضافة إلى الاستهلاك الزائد للسعرات الحرارية جنبا إلى جنب مع عدم كفاية ممارسة الرياضة جعل السمنة مشكلة صحية كبيرة. لقد كان النظام الغذائي

المرتبط بأمراض القلب والأوعية الدموية ، والسكتات الدماغية وارتفاع ضغط الدم، والسرطان،السكري، والسمنة، وهشاشة العظام، وأمراض الأسنان. من المتفق عليه عمومًا أن ارتفاع مستوى الكوليسترول في الدم هو عامل خطر رئيس للإصابة بالمرض لتطوير الأمراض القلبية الوعائية. إن تخفيض نسبة الكوليسترول في الدم عن طريق تغيير النظام الغذائي أصبح الآن مقبولاً على نطاق واسع كطريقة مهمة لمعالجة أمراض القلب التاجية. وتشمل التوصيات الغذائية تقليل الدهون في النظام الغذائي وزيادة تناول الألياف القابلة للذوبان. ومع ذلك، قد يكون تأثيرها على مستويات الكولسترول محدودًا.

ممارسة الرياضة

تشمل الفوائد الصحية المحتملة لممارسة التمارين الرياضية بانتظام انخفاضًا في معدل المرض والوفيات ، بالإضافة إلى مجموعة من الفوائد النفسية مثل تحسين تقدير الذات، وحالات المزاج الإيجابية، وتقليل ضغوط الحياة والقلق. (Norman, P ,2002)

الدراسات السابقة:

هدفت دراسة Atalay, T. (2006) إلى تقييم فعالية برنامج التثقيف الصحي المتكرر عن طريق الفم المعرفة الصحية والنظافة لدى الطلاب المعاقين بصريا. أجريت الدراسة في إحدى المدرستين الداخليتين للمعاقين بصرياً في إسطنبول، تركيا. وقد بلغ عدد المشاركين 65 ، منهم 28 طالبًا من ذوي الإعاقة البصرية كليًا و37 جزئيًا تتراوح أعمارهم بين 7 و17 سنة. تم تطوير استبيان شفهي مكون من 24 بندًا لتسجيل صحتهم العامة وضعفهم وملفهم الاجتماعي والاقتصادي والمستوى التعليمي لآبائهم، ومعرفة صحة الفم، ومصادر المعلومات حول صحة الفم، والوعي بمخاطر تناول السكر/تسوس الأسنان، وتكرار فحوصات الأسنان وعادات نظافة الفم، بالإضافة إلى أي صعوبات يواجهونها نتيجة لذلك. تم إعطاؤهم تدريبًا فرديًا على العناية بالفم ثلاث مرات بفواصل زمنية مدتها شهرين ضمن إطار برنامج التسعة أشهر لقياس حالة نظافة الفم، تم تسجيل درجات مؤشر البلاك ومؤشر اللثة لجميع الأسنان عند أربعة مواقع طوال الجلسات. بعد الانتهاء من البرنامج، تم تقييم المعرفة المتعلقة بصحة الفم لدى الطلاب باستخدام نفس الاستبيان لتحديد مدى فعالية البرنامج. النتائج: تم العثور على تحسينات ذات دلالة إحصائية على مستوى المعرفة بصحة الفم وحالة نظافة الفم على حد سواء لدى الطلاب المعاقين بصريًا كليًا وجزئيًا في نهاية الدراسة مقارنة بالبداية. تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين معارف الطلبة المعاقين بصرياً كلياً والمعاقين بصريًا جزئيًا.

بينما هدفت دراسة Verplanken, B. (2010)إلى شرح العوامل المحتملة لسلوك نظافة الأسنان والفم كمؤشر لحالة تسوس الأسنان لدى الأطفال ذوي الإعاقة البصرية. وقد تم التحقيق في مدى انتشار تسوس

الأسنان لدى الأطفال ضعاف البصر من خلال دراسة عبر سينية أجريت في مدرسة ابتدائية لذوي الاحتياجات الخاصة ضعاف البصر في جاكرتا، إندونيسيا. شملت الدراسة 25 طفلًا من ذوي الإعاقة البصرية تتراوح أعمارهم بين 6 و12 عامًا، وتم فحص حالة تسوس الأسنان باستخدام الأسنان المسوسة والمفقودة. تم جمع البيانات من خلال مقابلات شاملة شملت الإجابة على 13 سؤالًا من أسئلة ملحق منظمة الصحة العالمية. النتائج: أظهرت النتائج أن معدل انتشار تسوس الأسنان لدى الأطفال ضعاف البصر كان 64% .

من ناحية أخرى هدفت دراسة (البطوش، 2020) إلى إعداد برنامج صحى رياضي بهدف إكساب الطلاب المعاقين بصريًا السلوكيات الصحية التي تطلبها طبيعة إعاقتهم وما هو تأثير فعالية البرنامج الصحي الرياضي في تنمية السلوكيات الصحية لهم، وتكونت عينة الدراسة من مشتركي نادى ذوى الاحتياجات الخاصة من ذوي الإعاقة البصرية بمنطقة حائل في العام الدراسي (1440هـ–1441هـ)، وعددهم (16) لاعبًا، وتم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين أحدهما تجريبية وعددهم (8) لاعبين، والمجموعة الأخرى ضابطة وعددهم (8) ممن تتراوح أعمارهم من (14–19) سنة وقد جمعت البيانات باستخدام اختبار مواقف لقياس السلوكيات الصحية عند الطلاب المعاقين بصريًا وقد أظهرت نتائج البحث تدنيًا في مستوي السلوكيات الصحية، وقد ظهر ذلك التدني في نتائج التطبيق القبلي لأدوات البحث، وكذلك ما أظهرته نتائج التطبيق البعدي على لاعبي المجموعة الضابطة، وأن البرنامج الرياضي الصحي ساعد في اكساب اللاعبين المعاقين بصريًا المعلومات الصحية التي تتعلق بالإسعافات الأولية اللازمة في حالات الإصابات التي يمكن أن يتعرض لها اللاعب الكفيف أو أحد أفراد أسرته وأهمية الرياضة لصحة الإنسان وأهم السلوكيات التي تتعلق بالغذاء الصحي وأهميته للإنسان.

وقد أشارت دراسة Nurmala, I (2021) إلى أنه تم استخدام ابتكارات مختلفة لوسائل التثقيف الصحي عن طريق الفم لتحقيق التأثير على سلوك وحالة صحة الفم لدى الأطفال ضعاف البصر. هذا كان الهدف من هذه الورقة البحثية بشكل منهجي عن الابتكار الذي يحقق تأثير التغيير الأفضل، تم تطبيق إستراتيجية البحث المنهجي في قاعدة بيانات Scopus وPubMed وProQuest وScienceDirect وEBSCO وSAGE ومكتبة كوكرين في هذا البحث، ثم اتبعت المبادئ التوجيهية لعناصر إعداد التقارير المفضلة للمراجعات المنهجية والتحليلات الوصفية. دراسات من السنوات العشر الماضية التي تبحث في ابتكار وسائل التثقيف حول صحة الفم لدى الأطفال المعاقين بصريا وأثرها على تضمين التغيير. النتائج: من 653 دراسة تم تحديدها، تم تضمين 10 في تجميع البيانات صوتي، تم العثور على طريقة برايل، أو الأداء الصوتي

اللمسي، أو اللفظي، أو اللمسي، ليتم استخدامها كابتكار إعلامي بديل لتعليم صحة الفم للأطفال ضعاف البصر. مزيج من اثنين أو أكثر من الوسائط يجلب أفضل التأثيرات لسلوك صحة الفم وحالة صحة الفم فيما بينها.

وهدفت دراسة (عبدالقوي، 2022) إلى تعرف مدى فعالية برنامج مقترح في إكساب الطلبة المعاقين بصريا المفاهيم والسلوكيات الصحية، ولتحقيق أهداف البحث تم إعداد اختبار في المفاهيم الصحية وآخر في السلوكيات الصحية للتلاميذ المعاقين بصريًا، وكذلك تم إعداد برنامج رياضي صحى تضمن جانبيين الأول رياضي تم بناؤه في ضوء منهج التربية الرياضية بمدارس النور للمكفوفين، والجانب الثاني تضمن المفاهيم والسلوكيات الصحية التي يحتاجها الطلبة المعاقين بصريا، تم تطبيق أدوات الدراسة والبرنامج المقترح على عينة قوامها ١٢ تلميذًا (مجموعة تجريبية) ، (مجموعة ضابطة)، وتوصلت الدراسة إلى أن البرنامج الرياضي الصحي المقترح له أثرا فعالا في إكساب الطلبة المعاقين بصريًا المفاهيم الصحية التي تتعلق بالغذاء الصحي والإسعافات الأولية وأهمية الرياضة لصحة الإنسان، وأظهرت النتائج كذلك أن البرنامج فعال في إكساب الطلبة المعاقين بصريًا السلوكيات الصحية التي تطلبها عمليات تكيفهم مع متطلبات الحياة.

بينما هدفت دراسة Uchegbu, U (2023) إلى تقييم فعالية طرق الإدخال الحسي المختلفة في التثقيف الصحي للأسنان لدى الأطفال المكفوفين. تم تقييم حالة نظافة الفم من خلال مؤشر البلاك المرئي وتم تقييم المعرفة المتعلقة بنظافة الفم من خلال الاستبيان قبل وبعد التثقيف الصحي عن طريق الفم. وشملت الدراسة 200 طفل كفيف تتراوح أعمارهم بين 8 إلى 14 سنة من كلا الجنسين من مدرستين للمكفوفين متشابهتين في مستوى التدريس. تم اختيارهم بصورة عشوائية إجمالي مجتمع الدراسة (ن = 200) وتم تقسيمهم إلى خمس مجموعات، تتألف من 40 طفلا في كل مجموعة. الأربع الأولى كانت المجموعات التجريبية التي تلقت التثقيف الصحي في مجال صحة الأسنان من خلال وسائل مختلفة، في حين كانت المجموعة الخامسة بمثابة الضابطة. تم تقييم المعرفة المتعلقة بصحة الفم ودرجات البلاك في جميع مجموعات الدراسة قبل وبعد التثقيف في مجال صحة الأسنان. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه بعد التدخل، كان متوسط درجات المعرفة ودرجات البلاك ذات دلالة إحصائية في جميع مجموعات الدراسة بالمقارنة مع درجات خط الأساس. وقد أثبتت الدراسة الحالية أن الأطفال المكفوفين يمكنهم الحفاظ على مستوى مقبول من نظافة الفم عند تدريسهم بطرق مخصصة خاصة مثل المنهج متعدد الحواس مع الاستخدام الإبداعي للحواس الأخرى التي وجد أنها فعالة من الطريقة غير الحسية.

تعليق عام على الدراسات السابقة

- لم تتوصل الباحثة لدراسات عربية أو أجنبية في المقارنة بين الطلبة المكفوفين والكفيفات في السلوك الصحي وذلك في حدود علم الباحثة ولذلك تم عرض الدراسات الأقرب لموضوع الدراسة التي كانت نادرة أيضًا.
- تتفق نتائج دراسة (البطوش، 2020) مع دراسة (عبدالقوي، 2022) في إكساب الطلبة المعاقين بصريًا المفاهيم الصحية التي تتعلق بالغذاء الصحي والإسعافات الأولية وأهمية الرياضة لصحة الإنسان.
- تتفق نتائج دراسة Nurmala, I. (2021) مع دراسة Uchegbu, U (2023) في أن الأطفال المعاقين بصريًا يمكنهم الحفاظ على مستوى مقبول من نظافة الفم عند تدريسهم بطرق مخصصة خاصة مثل المنهج متعدد الحواس مع الاستخدام الإبداعي للحواس الأخرى.
- أشارت نتائج Verplanken, B. (2010) إلى أن معدل انتشار تسوس الأسنان لدى الأطفال ضعاف البصر كان 64%.

فروض الدراسة:

1- لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين الطلبة المكفوفين والكفيفات في بعد الصحة العامة.

2-لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين الطلبة المكفوفين والكفيفات في بعد العناية بالجسم.

3- لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين الطلبة المكفوفين والكفيفات في البعد النفسي الاجتماعي.

4- لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين الطلبة المكفوفين والكفيفات في الدرجة الكلية للسلوك الصحي.

المنهج والإجراءات:

منهج الدراسة:

تم استخدام المنهج الوصفي المقارن وذلك للمقارنة بين مجموعات الدراسة في المتغير موضع الدراسة.

عينة الدراسة:

تم اختيار عينة عشوائية اشتملت على (50) من الطلبة المكفوفين بالمرحلة الاعدادية والثانوية الصف (الأول، الثاني، الثالث) (30ذكور، 20إناث) المقيدين للعام الدراسي 2023-2024، وتراوحت أعماهم بين (13: 18سنة)، وذلك من مدرسة النور للمكفوفين بمحافظة الفيوم.

أداة الدراسة:

استبيان السلوك الصحي للمكفوفين:

وتكون الاستبيان في صورته الأولية من (30) بندًا، موزعة على ثلاثة أبعاد (بعد الصحة العامة البنود (1–11)، بعد العناية بالجسم البنود (12–21)، والبعد النفسي الاجتماعي البنود (22–30)، وبعد التحقق من صدقه وثباته تم حذف البنود أرقام (7،4) في بعد الصحة العامة، والبنود (19،15،12) في بعد العناية بالجسم، والبنود أرقام (30،28،27،26) في البعد النفسي الاجتماعي لعدم دلالتها إحصائيًا، وبالتالي تكون الاستبيان في صورته النهائية من (21 بند) ويجاب عليه بأحد البدائل (نعم –أحيانا– لا) أعطيت الأوزان (1،2،3) حيث تعطى (3 درجات) عند الإجابة (نعم) ، وتعطى (2 درجة) عند الإجابة (أحيانا) ، وتعطى (1 درجة) عند الإجابة ب (لا).

صدق الاستبيان

الاتساق الداخلي: تم حساب معامل الارتباط بين كل فقرة والبعد الذي تنتمي إليه

جدول رقم (1) يوضح ارتباط كل بند بالد بالدرجة الكلية لاستبيان السلوك الصحي (ن=20)

رقم البند	الارتباط بالدرجة الكلية لبعد الصحة العامة	رقم البند	الارتباط بالدرجة الكلية لبعد العناية بالجسم	رقم البند	معامل الارتباط بالدرجة الكلية لبعد النفسي الاجتماعي
1	.538*	**12**	.424	**22**	.589**
2	.489*	**13**	.548*	**23**	.531*
3	.604**	**14**	.748**	**24**	.508*
4	.332	**15**	.191	**25**	.635**
5	.532*	16	.612**	**26**	.171
6	.645**	**17**	.790**	**27**	.413
7	.425	**18**	.491*	**28**	.340
8	.648**	**19**	.179	**29**	.546*
9	.630**	**20**	.743**	**30**	.306
10	.579**	21	.526*		
11	.617**				

** دالة عند 01. * دالة عند 05.

يتضح من الجدول ان جميع معاملات الارتباط بين البند والبعد الذي ينتمي إليه دال إحصائيًا ماعدا البنود أرقام (7،4) في بعد الصحة العامة، والبنود (19،15،12) في بعد العناية بالجسم، والبنود أرقام (30،28،27،26) في البعد النفسي الاجتماعي، غير دالة إحصائيًا لذلك يتم حذفها والإبقاء على الفقرات ذات الارتباط الدال إحصائيا.

جدول رقم (2) يوضح معامل ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية لاستبيان السلوك الصحي (ن=20)

البعد	معامل الارتباط بالدرجة الكلية
الصحة العامة	.960**
العناية بالجسم	.954**
النفسي الاجتماعي	.880**

****دالة عند 01.**

يتضح من الجدول ان جميع معاملات الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للاستبيان دالة عند مستوى دلالة 01.

ثبات الاستبيان

تم حساب معامل ثبات استبيان السلوك الصحي بطريقة الفا كرونباخ باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS وفيما يلي جدول يوضح ذلك

جدول رقم (3) يوضح معامل الثبات بطريقة الفا كرونباخ لاستبيان السلوك الصحي (ن=20)

م	استبيان السلوك الصحي للمكفوفين	عدد الفقرات	معامل ارتباط الفا
	الدرجة الكلية للاستبيان	21	.913

يتضح من الجدول أن معامل ثبات استبيان السلوك الصحي مرتفع.

الإجراءات:

تم تعريف المبحوثين من الطلبة المكفوفين والكفيفات بمدرسة النور للمكفوفين بالفيوم الذين وافقوا على التطبيق معهم، بهدف البحث، والتأكيد على سرية البيانات، والتطبيق من خلال قراءة الباحثة تعليمات تطبيق استبيان السلوك الصحي، والبنود الخاصة به للمبحوث الكفيف/الكفيفة، والذي بدوره يجيب عليها، وتقوم

الباحثة بتدوين إجابته في المكان المحدد، وبعد جمع البيانات تم استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة للوصول إلى إجابة عن تساؤلات الدراسة ووصف النتائج وتفسيرها.

الأسلوب الإحصائي:

للتحقق من فروض الدراسة تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) لدلالة الفروق بين المجموعتين في المتغير موضع الدراسة باستخدام البرنامج الإحصائي spss

النتائج ومناقشتها:

بالنسبة للفرض الأول الذي ينص على لا توجد فروق دالة إحصائيًا **بين** الطلبة **المكفوفين والكفيفات في بعد الصحة العامة** وللتحقق من ذلك تم استخدام المتوسطات والانحرافات المعيارية واختبار (ت) والجدول التالي يوضح ذلك

جدول رقم(4) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار (ت)

بعد الصحة العامة	المتوسط الحسابي		الانحراف المعياري		قيمة (ت)	مستوى الدلالة	درجات الحرية
	مكفوفين (ن=30)	كفيفات (ن=20)	مكفوفين	كفيفات			
	18.7000	18.9500	2.64119	2.03845	-.358	.722	48

يتضح من الجدول السابق ان قيمة (ت) غير دالة إحصائيًا في بعد الصحة العامة مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين المكفوفين والكفيفات في بعد الصحة العامة.

لقد تبين من نتائج الدراسة تحقق الفرض حيث اتضح عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين المكفوفين والكفيفات في بعد الصحة العامة، مما يشير إلى أن الطلبة المكفوفين والكفيفات متقاربين في بعد الصحة العامة وترى الباحثة ان ذلك قد يرجع إلى انتماءهم لنفس البيئة المدرسية الداخلية، التي قد تؤثر في ممارستهم الصحية التي من شأنها المحافظة على صحة الفرد حيث يتم تقديم لهم ثلاث وجبات يومية تحتوي على أكلات صحية تشتمل على البروتينات واللحوم والخضروات والفواكه مما قد يقلل اعتمادهم على تناول الوجبات الخارجية التي تكون في الغالب غير صحية، وأيضا شرب كميات كافية من المياه التي تساعد على ترطيب الجسم

وتجنب الجفاف، بالإضافة إلى وجود مواعيد محددة للنوم ومن ثم تجنب السهر ليلا لفترات طويلة وبالتالي تجنب التأثير السلبي على تركيز وانتباه ونشاط الطلبة المكفوفين والكفيفات ومن ثم المحافظة على الجهاز المناعي لهم وبالتالي مقاومة الأمراض، ومن ثم فإن العادات الصحية داخل المدرسة يكون لها دور في نشأة الطلبة على إتباع سلوكيات صحية مفيدة للمحافظة على صحتهم العامة. وفي حدود علم الباحثة لم تتوصل لأية دراسة عربية أو أجنبية لمقارنة نتائج دراستها بها.

بالنسبة للفرض الثاني الذي ينص على لا توجد فروق دالة إحصائيًا **بين** الطلبة **المكفوفين والكفيفات في العناية بالجسم** وللتحقق من ذلك تم استخدام المتوسطات والانحرافات المعيارية واختبار (ت) والجدول التالي يوضح ذلك

جدول رقم(5) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار (ت)

بعد العناية بالجسم	المتوسط الحسابي		الانحراف المعياري		قيمة (ت)	مستوى الدلالة	درجات الحرية
	مكفوفين (ن=30)	كفيفات (ن=20)	مكفوفين	كفيفات			
	12.6667	13.8000	1.62594	2.03845	1.837-	.76	30.362

يتضح من الجدول السابق ان قيمة (ت) غير دالة إحصائيًا في بعد العناية بالجسم مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين المكفوفين والكفيفات في بعد العناية بالجسم.

لقد تبين من نتائج الدراسة تحقق الفرض حيث اتضح عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين المكفوفين والكفيفات في بعد العناية بالجسم ، مما يشير إلى أن الطلبة المكفوفين والكفيفات متقاربين في بعد العناية بالجسم، وترى الباحثة أن ذلك قد يرجع إلى حرص المدرسة على إجراء التدريبات اللازمة للتلاميذ على العناية بالجسم من غسل اليدين قبل الأكل وبعده وتنظيف الأسنان بالإضافة إلى التثقيف لهم بضرورة الاهتمام بصحة الفم والأسنان، فقد أشارت نتائج دراسة Atalay, T. (2006) إلى أنه تم العثور على تحسينات ذات دلالة إحصائية على مستوى المعرفة بصحة الفم وحالة نظافة الفم على حد سواء لدى الطلاب المعاقين بصريًا كليًا وجزئيًا في نهاية الدراسة مقارنة بالبداية. تبين انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين معارف الطلبة المعاقين بصريًا كليًا والمعاقين بصريًا جزئيًا. كما بينت دراسة Uchegbu, U (2023) أن الأطفال المكفوفين يمكنهم الحفاظ على مستوى مقبول من نظافة الفم عند تدريسهم بطرق مخصصة

خاصة مثل المنهج متعدد الحواس مع الاستخدام الإبداعي للحواس الأخرى التي وجد أنها فعالة من الطريقة غير الحسية. ومن ناحية أخرى تحرص المدرسة على الكشف الدوري على الطلبة المكفوفين والكفيفات وإجراء الفحوصات الطبية والإشاعات والتحاليل اللازمة لهم بإرسالهم إلى المستشفيات، ومن جانب آخر يتوفر داخل المدرسة مكان لممارسة الرياضة وتدريبهم على الألعاب الرياضية الخاصة بالمكفوفين مثل كرة الجرس وغيرها من الألعاب الرياضية، فقد أشارت نتائج دراسة (البطوش،2020) إلى أن البرنامج الرياضي الصحي المقترح في الدراسة ساعد في اكساب اللاعبين المعاقين بصريا المعلومات الصحية التي تتعلق بالإسعافات الأولية اللازمة في حالات الإصابات التي يمكن أن يتعرض لها اللاعب الكفيف أو أحد أفراد أسرته وأهمية الرياضة لصحة الإنسان وأهم السلوكيات التي تتعلق بالغذاء الصحي وأهميته للإنسان. ويتفق ذلك مع نتائج دراسة(عبد القوي،2022) التي أشارت إلى أن البرنامج الرياضي الصحي المقترح في الدراسة له أثرا فعالا في إكساب الطلبة المعاقين بصريًا المفاهيم الصحية التي تتعلق بالغذاء الصحي والإسعافات الأولية وأهمية الرياضة لصحة الإنسان، وأظهرت النتائج كذلك ان البرنامج فعال في إكساب الطلبة المعاقين بصريًا السلوكيات الصحية التي تطلبها عمليات تكيفهم مع متطلبات الحياة.

بالإضافة إلى الندوات التوعية التي تقوم بها المدرسة لحث الطلبة على العناية بالجسم والمحافظة على ممارسة الرياضة بشكل يومي حتى يكون لهم جسم سليم قوي، والتي تساعدهم أيضًا على تقليل الضغوطات وتحسين الحالة النفسية وتجنب الإصابة بالأمراض.

بالنسبة للفرض الثالث الذي ينص على لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين الطلبة **المكفوفين والكفيفات في البعد النفسي الاجتماعي** وللتحقق من ذلك تم استخدام المتوسطات والانحرافات المعيارية واختبار (ت) والجدول التالي يوضح ذلك

جدول رقم(6) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار (ت)

البعد	المتوسط الحسابي		الانحراف المعياري		قيمة (ت)	مستوى الدلالة	درجات الحرية
النفسي الاجتماعي	مكفوفين (ن=30)	كفيفات (ن=20)	مكفوفين	كفيفات			
	10.2667	11.6000	1.50707	1.27321	3.255-	.002	48

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (ت) دالة **إحصائيًا** في البعد النفسي الاجتماعي عند مستوى دلالة أقل من 05. مما يشير إلى وجود فروق دالة **إحصائيًا** بين المكفوفين والكفيفات في البعد النفسي الاجتماعي لصالح الكفيفات.

لقد تبين من نتائج الدراسة عدم تحقق الفرض الذي ينص على لا توجد فروق دالة **إحصائيًا** بين الطلبة المكفوفين والكفيفات في البعد النفسي الاجتماعي، حيث اتضح وجود فروق دالة **إحصائيًا** بين المكفوفين والكفيفات في البعد النفسي الاجتماعي لصالح الكفيفات، وترى الباحثة وفقًا لهذه النتائج ان الكفيفات أكثر وعيًا وتقبلًا لمشاعرهن وأكثر قدرة على السيطرة عليها وأكثر شعورا بالرضا عن أنفسهن وعن حياتهن ويشعرن بتقبل أسرهم لهن، ولديهن قدرة على اتخاذ القرارات وتحمل نتائجها ويمكنهن فهم مشاعر الأخرين وتقديم المساعدة لمن يحتاج وقد يرجع ذلك إلى سيطرة جانب العاطفة لديهن، كما قد يرجع إلى تنشئتهم الأسرية حيث يتم التعامل مع الإناث بجانب به نوع من التعاطف أكثر من الذكور، وينعكس ذلك على شعورهن بتقبل الذات ومن ثم يكن أكثر صحة نفسية، وفي حدود علم الباحثة لم تتوصل لدراسة عربية أو أجنبية لمقارنة نتائج دراستها بها.

بالنسبة للفرض الرابع الذي ينص على لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين الطلبة **المكفوفين والكفيفات في** الدرجة الكلية للسلوك الصحي وللتحقق من ذلك تم استخدام المتوسطات والانحرافات المعيارية واختبار (ت) والجدول التالي يوضح ذلك

جدول رقم (7) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار (ت)

الدرجة الكلية للسلوك الصحي	المتوسط الحسابي		الانحراف المعياري		قيمة (ت)	مستوى الدلالة	درجات الحرية
	مكفوفين (ن=30)	كفيفات (ن=20)	مكفوفين	كفيفات			
	41.6333	44.3500	4.00416	3.52846	2.462-	.017	48

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (ت) دالة **إحصائيًا** في الدرجة الكلية للسلوك الصحي عند مستوى دلالة أقل من 05. مما يشير إلى وجود فروق دالة **إحصائيًا** بين المكفوفين والكفيفات في الدرجة الكلية للسلوك الصحي لصالح الكفيفات.

تبين من نتائج الدراسة عدم تحقق الفرض الذي ينص على لا توجد فروق دالة **إحصائيًا** بين الطلبة المكفوفين والكفيفات في الدرجة الكلية للسلوك الصحي، حيث اتضح وجود فروق دالة **إحصائيًا** بين المكفوفين والكفيفات في الدرجة الكلية للسلوك الصحي لصالح الكفيفات، ترى الباحثة ان ذلك قد يرجع إلى أن الإناث

الكفيفات يكن أكثر حرصًا على ممارسة بعض السلوكيات الصحية التي تساعدهن على المحافظة على صحتهن ليبدين بمظهر عام جيد وتجنب الإصابة بالأمراض فيحرصن على تناول وجبات الإفطار وتناول الكثير من الماء الذي يساعد على ترطيب ونضارة البشرة والعناية بنظافة أسنانهن حتى تبدوا أكثر جمالًا وصحة والتقليل من المشروبات الغازية والوجبات المشبعة بالدهون وعدم الإكثار من تناول الطعام للمحافظة على وزنهن ويبدين بمظهر جيد من الناحية الشكلية حيث تهتم الإناث بشكل أكثر بمظهرهن الخارجي وحرصهن ان يكن بأفضل مظهر وذلك بممارسة الرياضة والتي تحافظ على الجسم بمظهر صحي وتقي من الأمراض المزمنة، كما إنهن عندما يتقبلن أنفسهن يشعرن بالرضا عن أنفسهن وعن حياتهن ويزداد سيطرتهن على مشاعرهن والشعور بتقبل أسرتهن لهن، ويتخذن القرارات المناسبة دون قلق وينعكس كل ذلك أيضا على صحتهن النفسية بحيث تبدوا بشكل جيد والشعور بالرضا.

وقد يكون الاهتمام بممارسة السلوكيات الصحية نتيجة للخوف من الإصابة بالأمراض فوفقا لنموذج الاعتقاد الصحي والذي يفترض أن السلوك الصحي يتم تحديده من خلال معرفتين: تصورات المرض التهديد وتقييم السلوكيات لمواجهته وتعتمد تصورات التهديد على معتقدين: قابلية الفرد المتصورة للإصابة بالمرض ("ما مدى احتمالية الإصابة بالمرض"). هل سأمرض؟") ومدى خطورة المرض عواقب المرض على الفرد ("ما مدى خطورة المرض؟"). يتم تحديد الإجراء المحدد الذي تم اتخاذه بواسطة تقييم البدائل المتاحة مع التركيز على فوائد أو فعالية السلوك الصحي والتكاليف أو العوائق المتصورة لأداء السلوك. ومن ثم فإن الأفراد هم الأكثر احتمالًا لإتباع إجراء صحي معين إذا كانوا يعتقدون أنفسهم عرضة لحالة معينة يعدونها أيضًا خطيرة.(Conner, M,2010). وفي حدود علم الباحثة لم تتوصل لدراسة عربية أو أجنبية لمقارنة نتائج دراستها بها.

توصيات الدراسة

بناء على نتائج الدراسة الحالية يمكن تقديم بعض التوصيات التالية:

1- تطوير برامج ارشادية

- يمكن للمؤسسات التعليمة الخاصة بذوي الإعاقة البصرية بتصميم برامج إرشادية تستهدف الطلبة المكفوفين حول أهمية السلوك الصحي بما يلبي احتياجات كلا من الجنسين.
- يمكن الاستفادة من الوسائل التكنولوجية المساعدة السمعية واللمسية في تقديم المعلومات الارشادية المرتبطة بالسلوك الصحي للمكفوفين.

2- إدخال السلوك الصحي ضمن المنهج التعليمي

- اضافة السلوك الصحي ضمن المنهج الدراسي في مدارس المكفوفين.
- عمل دورات تدريبية لمعلمي ذوي الإعاقة البصرية في إكساب الطلبة المكفوفين للسلوك الصحي داخل الفصول الدراسية.
- ضرورة اهتمام المؤسسات التعليمية بالتركيز في التنشئة على ضرورة ممارسة المعاقين بصريًا للسلوكيات الصحية وتجنب الممارسات غير الصحية التي تؤثر على حياتهم.

3- تقديم الإرشادات لأسر الطلبة المكفوفين

- تقديم ندوات لأسر الطلبة المكفوفين حول كيفية اتباع السلوكيات الصحية ونقلها إلى أبنائهم المكفوفين.
- التواصل المستمر بين المدرسة وأسرة الطلبة المكفوفين ومتابعة سلوكياتهم الصحية.

4- **تقديم الدعم من المؤسسات الرياضية**

- أن يكون هناك تشجيع واهتمام من المؤسسات الرياضية بالأشخاص المكفوفين.
- تقديم الألعاب الرياضية المناسبة للمكفوفين وتدريبهم عليها.

5- **تشجيع البحوث والدراسات المستقبلية**

- يمكن للباحثين القيام بإجراء دراسات حول السلوك الصحي لدى المكفوفين بمختلف مراحلهم العمرية ومن جوانب مختلفة.

6- **اهتمام المؤسسات الإعلامية**

- أن يكون هناك اهتمام من المؤسسات الإعلامية بتقديم برامج عن السلوكيات الصحية للمكفوفين.

المراجع

البطوش، مصلح عبدالله (٢٠٢٠).فاعلية برنامج صحي رياضي في تنمية السلوكيات الصحية للاعبين المكفوفين بصريًا بمنطقة حائل. مجلة كلية التربية جامعة كفر الشيخ 20(4)، ١٦٧-٢٠٣

تيسير مفلح، عمر فواز.(2010).مقدمة في التربية الخاصة (الطبعة الرابعة).عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

خديجة ملال؛ صافية ملال.(2021).السلوك الصحي لدى الطلبة الجامعيين، المجلة المغاربية للدراسات التاريخية والجامعية، 13(2).

الرشيد، جميل فيروز.(2021). قياس مستوى السلوك الصحي لطلاب كلية علوم الرياضة والنشاط البدني بجامعة الملك سعود. مجلة علوم الرياضة والتربية البدنية،6(1)، 133–145.

سمير محمد عقل.(2014).طريقة برايل في تعليم القراءة والكتابة للمكفوفين: دليل التعليم والتدريب تعليم اللغة العربية والإنجليزية (الطبعة الثانية).عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

الصامدي، أحمد عبدالمجيد.(2017). مستوى السلوك الصحي لدى طلاب جامعة أم القرى : دراسة وصفية. المجلة التربوية، جامعة الكويت، 31(122)، 125–145.

الصمادي، محمد عبدالغفور.(2011).مقياس السلوك الصحي لطلبة الجامعات الأردنية. المجلة العربية للطب النفسي–الأردن، 22(1)،83–88.

عبد القوي، محمد محمود .(2022). برنامج مقترح لتنمية السلوكيات الصحية لدى التلاميذ المعاقين بصريا. ٣٦ (3)، ١–٢٧.

عبدالله، محمد رمضان؛ حسن، إبراهيم الصالحين؛ وحربش، محمد الباروني. (2018،ابريل). دراسة السلوك الصحي لدى طلبة جامعة سبها من ناحية التغذية الصحية، النشاط البدني، التدخين، والتوتر. المؤتمر العلمي الدولي الأول لكلية التربية البدنية تحت شعار النشاط الرياضي والبدني طريق للتنمية والسلام، كلية التربية البدنية، جامعة المرقب، ليبيا.

Atalay, T.&.,Yalcinkaya,S.E. (2006). Improvement of oral health knowledge in a group of visually impaired students. Oral **Health and Preventive Dentistry**, 4(4), 243.

Conner, M. (2010). Cognitive determinants of health behavior. **Handbook of behavioral medicine: methods and applications**, 19-30.

Norman,& P. Conner, M (2002). Health behaviors**. Health psychology**, 8, 1-37.-

Nurmala, I.&.,Maulanti,T. (2021). A systematic review of oral health educational media innovation for visually impaired children: Which one brings the best impact of change?. **Special Care in Dentistry**, 41(4), 442-452.

Oluchi,S.E.,Manaf,R.A.,Ismail.S.,Shahar.H.K.,Udeani,T.K.,&Uchegbu,U.N.(2023). Two Arm Single-blind Parallel Randomized Controlled Trial Effects of Health Education Intervention on Foot Self-care Behavior Among Diabetic Patients: Study Protocol. **Malaysian Journal of Medicine Health Sciences**, 19(5).&

Verplanken, B.&.,Orbell,S (2010). The automatic component of habit in health behavior: habit as cue-contingent automaticity**. Health psychology**, 29(4), 374.