

# تأثیر آسیب بینایی، جنس و سن بر خودمختاری

نویسندگان: رایمنسون، باربارا ایل الیسر سون، لودن ج  
ترجمه: فرشاد قدیری جعفر بیگلر

## خلاصه

این نظرخواهی از ۵۴ دانش آموز آسیب دیده‌ی بینایی (سن ۸-۲۵ سال) که در اردوگاه ورزشی یک هفته‌ای شرکت کرده بودند انجام شد و فرصت‌های خودمختاری که در خانه، مدرسه، با دوستان، برای مراقبت بهداشتی و تربیت بدنی به آنها داده شد مورد بررسی قرار گرفت. شرکت کنندگان با هر سطح از آسیب بینایی در همه زمینه‌ها نمره‌ی پایینی در خودمختاری گرفتند، که این بدان معنی است که به آنها فرصت‌های کمی برای رفتارهای خودمختارانه داده شده است (خلاصه از نویسنده). جنبش حمایت از حقوق شخص باقانون حقوق شهروندی (۱۹۶۴) شروع شد و باعث به وجود آمدن قوانین دیگری گردید: قانون آموزش همه دانش آموزان معلول (متمم قانون ۱۴۲-۹۴)، (۱۹۷۵) قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت (متمم ۳۳۶-۱۰۱)، (۱۹۹۰) قانون آموزش اشخاص دارای معلولیت (متمم ۱۷-۱۰۵)، (۱۹۷۰، ۱۹۷۷).

نظریه برانگیزنده مهمی که به دنبال این جنبش به وجود آمده نظریه خودمختاری (SDT) است که شامل حمایت از خود، حقوق معلولین و اختیار دادن است (وارد، ۱۹۹۶). نظریه خودمختاری عوامل برانگیزنده که بر عقاید، توانایی‌ها و رفتارهای شخص تأثیر می‌گذارد و باعث تحقق اهداف و قوه ابتکار برای رسیدن به اهداف می‌شوند را شرح می‌دهد (کوال و فوریتز، ۱۹۹۹، وارد، ۱۹۹۶). همچنین شریل (۲۰۰۴) توضیح می‌دهد که خودمختاری کنترل ادراک شده شخص بر

رخدادهای مهم است که منجر به تحقق اهداف سلامت روانی و انگیزش درونی می‌شوند.

رشد انسان شامل پیشرفت از وابستگی به دیگران تا مراقبت از خود و خود رهبری می‌شود (وهمیر، ۱۹۹۶). همه فرصت‌ها برای رفتارهای خودمختاری، رشد و کسب عناصر سازنده‌ای که برای نیل به کیفیت مثبت زندگی مهم هستند را می‌توان از سنی پایین آموزش داد (ابری و زاجاک، ۱۹۹۶؛ دسی، اقراری، پاتریک و لئون، ۱۹۹۴). والدین نقش مهمی در پرورش خودمختاری کودکان دارند و لازم است که فرصت‌های یکسانی را از سنین اولیه برای کودکان معلول و غیر معلول خود فراهم آورند (داس و هاجر، ۱۹۹۶). همچنین داس و هاجر (۱۹۹۶) اظهار داشتند که والدین تمایل دارند که در حمایت از کودکان دارای معلولیت افراط کنند، اما ضروری است که به آنها اجازه بدهند تا مهارت‌هایی را که مرتبط با خودمختاری هستند به کار گیرند. دسی، والراند، پلینیر و رین (۱۹۹۱) اظهار کردند که تشویق به خودمختاری بیشتر، که به معنی احساس انتخاب بیشتر رفتارهایی که شروع آن از خود شخص و مسوولیت شخص است، شیوه‌ای برای نیل به نتایج مثبتی است که برای جامعه و شخص سودمند می‌باشد. مولفه‌های رفتار خودمختار از قبیل انتخاب کردن، تصمیم‌سازی، حل مشکل و تعیین هدف، به رشد شخص به عنوان فردی مستقل اثر می‌گذارد. والدین نقش مهمی در رشد این مهارت‌ها دارند و باید برای شناخت فرآیند رسیدن به اهداف بدون متمرکز شدن روی نتیجه به کودکانشان کمک کنند (داس و هاجر، ۱۹۹۶).

نگرش جامعه نسبت به افراد دارای معلولیت این است که آنها نیاز به مراقبت و حمایت دراز مدت دارند و از روند کلی جامعه جدا شده‌اند و فرصت‌ها و مزایای موجود برای افراد بدون معلولیت را انکار می‌کنند (وارد، ۱۹۹۶). در نتیجه فرصت‌هایی برای تصمیم‌سازی در زندگی‌شان و حتی فرصت‌هایی برای ابتدایی‌ترین انتخاب‌ها که می‌تواند تأثیر مهمی بر کیفیت زندگی‌شان بگذارد فراهم نمی‌شوند (سلکوس، آلپرو جین، ۱۹۹۳). و همیر و شوارتز (۱۹۹۸) نوشتند که آموزش کودکان برای خودمختار شدن و قبول مسوولیت بیشتر زندگی‌شان برای نوجوانان دارای معلولیت جنبه مهمی از انتقال موفق از مدرسه به زندگی بزرگسالی است. آموزش مهارت‌های خودمختاری برای همه دانش آموزان مهم است زیرا بخش مهمی از استقلال و ارزش، توانایی انتخاب کردن است (ابری و زاجاک، ۱۹۹۶؛ گونلف، کریمنس، مرسر و فیتو چیارو، ۱۹۹۴ و همیر ۱۹۹۶). آموزش مهارت‌های انتخاب کردن در محیط‌های

طبیعی و فعالیت‌هایی که به طور طبیعی اتفاق می‌افتد می‌تواند بسیار مفید باشد زیرا به دانش آموزان اجازه می‌دهد که دنیای اطرافشان را بررسی کنند (دامن و هاجر، ۱۹۹۶).

محیط پویای کنترل شده برای آموزش رفتارهای خودمختار کلاس تربیت بدنی یا محیط فعالیت ورزشی به دانش آموزان کمک می‌کند تشخیص بدهند که آنچه انجام می‌دهند یا می‌گویند مهم است و می‌تواند بر دیگران اثر بگ-دارد (سومی، کولیر و برون، ۲۰۰۳). فرصت‌ها برای مشارکت در فعالیت‌ها به همه کودکان کمک می‌کند تا تشخیص بدهند که هر کسی منحصر به فرد است و این فرصت‌ها می‌توانند در کلاس‌های تربیت بدنی یا دیگر کلاس‌های مدرسه، در خانه و در اجتماع فراهم شوند (داس و هاجر، ۱۹۹۶).

تربیت بدنی با تقویت سلامت روان که بر نمو و رشد اجتماعی انسان موثر است، کیفیت سلامت زندگی را بهبود می‌بخشد. رشد اجتماعی و ویژگی اصلی رفتار خودمختار است (اتحادیه‌ی آمریکایی‌ها برای سلامت، تربیت بدنی، باز آفرینی (AAHPERD)، ۱۹۹۹؛ گراهام، هولت - هیل و پارکر، ۱۹۹۸). سلامت روانی و رشد اجتماعی از طریق فرصت‌هایی برای مشارکت در انواعی از فعالیت‌های جسمانی متناسب با سن می‌تواند تقویت شود (هوستن ویلسون و لیبرمن، ۱۹۹۹). بر اساس IDEA لازم است بدون توجه به سطوح توانایی کودکان آموزش مناسب برای همه‌ی آنها فراهم شود. وینک (۱۹۸۵) و لیبرمن و مسهاگ (۲۰۰۱) گزارش کردند که دانش آموزان با آسیب‌های بینایی (افرادی که بینایی کمی دارند یا نابینا هستند) تناسب بدنی کمتری دارند تا دانش آموزان بینا، وینک (۱۹۸۵) اظهار می‌کند که هر چه میزان آسیب بینایی افزایش یابد تناسب فیزیکی کاهش می‌یابد.

یافته‌های گرو نمو و آگوستاد (۲۰۰۱) مبنی بر اینکه -جوانان کاملاً نابینا نسبت به جوان بینا به طور چشمگیری توانایی بدنی کمتری دارند، یافته‌های وینک (۱۹۸۵) را تایید می‌کند. مشارکت دانش آموزان با آسیب بینایی در تربیت بدنی تاثیر

مهمی در مشارکت دانش آموزان در ورزش و مهارت‌های جامعه‌پذیری دارد (لیبرمن، هوستون - ویلسون، کوزوب، ۲۰۰۲؛ پونچلیا، ستروس و پانچلیا، ۲۰۰۲).

علاوه بر این، هنگامی که دانش آموزان دارای آسیب بینایی در محیط‌های آموزشی به طور منظم شرکت داده شوند، احتمال اینکه جوایز فعالیت جسمانی را دریافت کنند افزایش می‌یابد (پانچلیا و دیگران، ۲۰۰۲).

فرصت‌های محدود برای شرکت در ورزش، فعالیت‌های تفریحی دیگر و کلاس‌های تربیت بدنی با عقاید اجتماعی منفی که نسبت به اشخاص دارای معلولیت وجود دارد ارتباط دارد (AAHPERD، ۱۹۹۹، کورهنون، ۲۰۰۰). بسیاری از نوجوانانی که آسیب بینایی دارند از نظر اجتماعی منزوی هستند، دوستان کمی دارند و مهارت‌های اجتماعی محدودی دارند (هور، کومولینین، ارو، ۱۹۹۹؛ کف، ۱۹۹۷، لیبرمن و ستورات، ۲۰۰۳، روزنبلوم، ۱۹۹۸). آسیب بینایی ممکن است باعث شود که یک نوجوان احساس ناتوانی، حقارت، (که نشان دهنده کمبود پذیرش اجتماعی است)، عدم موفقیت تحصیلی، ناتوانی جسمانی و ناسازگاری اجتماعی داشته باشد (هور و دیگران، ۱۹۹۹). کروکسماک و نوردل (۲۰۰۱) خاطر نشان کردند که نوجوانان با بینایی کم در فعالیت‌هایی شرکت می‌کنند که قبلاً در باره‌ی آن تصمیم‌گیری کرده‌اند. اوقات خود را با دوستانشان البته با دوستان بینای خود نمی‌گذرانند و برای رفت و آمد به والدینشان وابسته هستند. آنها نتیجه‌گیری می‌کنند که نوجوانان با بینایی کم برای بهبود توانایی‌هایشان در فعالیت‌های روزانه که برای مستقل شدن از والدینشان مورد نیاز است نسبت به نوجوانان بینا فرصت‌های کمتری دارند.

نظریه خودمختاری (SDT) پیشنهاد می‌کند که باید با مردم بدون توجه به نژاد، سن، طبقه اجتماعی، داشتن نوعی معلولیت و نداشتن فرصت برای کسب مهارت‌های مستقل شدن، با احترام و منزلت رفتار شود (وهمیر، ۱۹۹۶؛ وهمیر، آگران، و هاگز، ۱۹۹۸). هدف تحقیق این است که تاثیرهای آسیب بینایی، جنسیت و سن را بر فرصت‌های خودمختاری که برای دانش آموزان دارای آسیب بینایی فراهم شده است بررسی کند. تحقیق بر این سه سوال متمرکز است:

۱. آیا فرصت‌های خودمختاری در هر جایی تحت تاثیر میزان آسیب بینایی قرار دارد؟
۲. آیا بین فرصت‌های خودمختاری که برای پسران و دختران فراهم می‌شود تفاوت‌هایی وجود دارد؟
۳. آیا به دانش آموزان سنین بالاتر نسبت به دانش آموزان سنین

**نظریه خودمختاری (SDT)**  
**پیشنهاد می‌کند که باید با مردم بدون توجه به نژاد، سن، طبقه اجتماعی، داشتن نوعی معلولیت و نداشتن فرصت برای کسب مهارت‌های مستقل شدن، با احترام و منزلت رفتار شود**

پایین تر فرصت های خودمختاری بیشتری داده شده است؟



## روش

### شرکت کنندگان

۵۴ دانش آموز، ۳۱ پسر و ۲۳ دختر (سن ۲۳-۸ سال) که آسیب بینایی داشتند یا نابینا - ناشنوا بودند و در اردوگاه ورزشی یک هفته ای تابستانی برای کودکان نابینا شرکت داشتند.

حالت های بینایی دانش آموزان به سه دسته نابینای کامل، کم بینا (بینایی حرکتی تونایی دیدن ۱۰-۵ فوت که چشم طبیعی در فاصله ۲۰۰ فوت می تواند ببیند، ۵-۱۰) و نابینای قانونی بر اساس قوانین انجمن آمریکایی ورزشکاران آمریکایی ۲۰۰۲۰۰ نابینا (۲۰۰۴/۱۹۹۸/۱۹۸۲) طبقه بندی می شوند.

گروه بندی ورزشی: گروه ۱B (نابینای کامل) ۲۰ شرکت کننده دارد (۹ دختر و ۱۱ پسر) با میانگین سنی ۱۴/۴۵ سال، گروه ۲B (بینایی حرکتی) شامل ۱۲ شرکت کننده (۴ دختر و ۸ پسر) با میانگین سنی ۱۲/۲۵ سال و گروه ۳B (نابینای قانونی) شامل ۲۲ شرکت کننده (۱۰ دختر و ۱۲ پسر) با میانگین سنی ۱۴/۲۳ سال، دانش آموزان همچنین بر اساس دو گروه سنی (۸-۱۵ سال و ۱۶-۲۳ سال) و بر اساس جنس طبقه بندی شدند.

### جمع آوری اطلاعات

اطلاعات بر اساس پرسشنامه ای که در اردوگاه به دانش آموزان داده شد جمع آوری شدند. رضایت نامه ای از والدین یا حامیان قانونی هر دانش آموز گرفته شد. رضایت نامه به همراه پاکت اطلاعات دانش آموزان به اردوگاه فرستاده شد و به محقق باز گردانده شد. پرسشنامه به وسیله مشاور اردوگاه، پژوهشگران یا رابط زبان اشاره برای همه دانش آموزان خوانده شد و در طی دو روز اول اردوگاه کامل شدند.

اطلاعات با استفاده از مقیاس خودمختاری جمع آوری شده بودند: نسخه دانش آموزان که به وسیله ابری، مکگراو و سیمپث (۱۹۹۵) در دانشگاه مینه سوتا روی گروهی از دانش آموزان با اختلال های بینایی یا نابینا - ناشنوا تایید شده بودند.

مقیاس اصلی شامل پنج نوع سوال در ارتباط با برنامه روزانه دانش آموزان بود: در خانه، با دوستان، مراقبت های بهداشتی، در مدرسه و در محل کار. برای مطالعه اخیر، سوال های قسمت محل کار با سوال های مربوط به تربیت بدنی جایگزین شدند. این سوال ها برای تایید اعتبار به پنج متخصص در زمینه آموزش استثنایی و تربیت بدنی ارائه شدند. پاسخ های متخصصان برای



استفاده در این تحقیق ضمیمه پرسش ها شدند. هر یک از پنج سوال در بخش جداگانه ای در پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. مقوله با دوستان شامل ۱۰ آیتم در باره ی چه کسانی دوست شرکت کنندگان بودند، شرکت کنندگان با دوستانشان چه کار می کنند، چه موقع و چگونه اغلب اوقاتشان را با دوستانشان می گذرانند و کجا رفتند. نمونه سوال در این مقوله این جمله بود: "چه کسی تصمیم می گیرد که چه موقع دوست خود را ببیند؟" مقوله در خانه شامل سوال هایی در باره فعالیت های زندگی روزانه مثل اصلاح موی سر، غذا، وقت خواب، چیدمان اتاق خواب، کارهای خانه، لباس پوشیدن، زمان انجام دادن تکلیف ها نمونه سوال در این مقوله بود: "چه کسی تصمیم می گیرد که چه چیزی را از تلویزیون تماشا کنی؟". مقوله مراقبت های بهداشتی شامل این موارد بود: ملاقات دکتر، خوردن دارو (آسپرین یا تیلنول) ترفتن به مدرسه به دلیل بیماری. یک سوال این مقوله بود "چه کسی تصمیم می گیرد که شما نیاز دارید دکترتان را ببینید؟" بخش در مدرسه اشاره به چنین مواردی داشت (چه موقع کمک در کلاس لازم بود) شرکت کنندگان با

چه کسی ناهار می خوردند؟ چه درس هایی را انتخاب می کنند؟  
: به عنوان مثال سوالی از این مقوله بود: "چه کسی تصمیم  
می گیرد چیزی را برای ناهار در مدرسه بخورید؟" بخش تربیت  
بدنی که نویسنده درست کرده است شامل سوال هایی در این  
موارد بود: چه کسی نقشی که شرکت کننده های در فعالیت های  
کلاس بازی می کنند را تعیین می کرد، اصلاحات یک فعالیت را  
چه کسی انجام می داد. (چه تعداد، هر چند وقت یک بار).

دانش آموزان برای پاسخ دادن به سوالات می توانستند سه  
گزینه را انتخاب کنند، "من تعیین می کنم" (فقط دانش آموز)،  
ما با هم تصمیم می گیریم" (دانش آموز یا والد یا سرپرست  
دانش آموز و معلم)، و "شخص دیگری تعیین می کند"  
(دانش آموز هیچ مشارکتی ندارد). یک جدول نمره گذاری  
شامل یک ستون برای جمع کل پاسخ ها برای هر پاسخ در هر  
مقوله در نظر گرفته شده. برای تعیین نمره هر پاسخ، آن را در  
ضریبی ضرب می کنند که ارزش خودمختاری آن پاسخ را نشان  
می دهد. پاسخ "من تعیین می کنم" در ۲ ضرب می شود، پاسخ "ما  
با هم تعیین می کنیم" در ۳ ضرب می شود و پاسخ "شخص دیگری  
تعیین می کند" در صفر ضرب می شود. نمره هر ستون برابر جمع  
نمرات مربوط به آن است. نمره بالا نشان می دهد که  
فرصت های بیشتری برای رفتارهای خودمختارانه فراهم شده  
است که باعث می شود دانش آموز خودمختارتر شود. به عنوان  
مثال در مقوله مراقبت بهداشتی هشت سوال وجود داشت. اگر  
شرکت کننده ای همه تصمیمات را خودش بگیرد نمره او ۱۶  
(۲×۸ برای "من تعیین می کنم") خواهد بود و نشان دهنده کنترل  
کامل بر انتخاب ها در مراقبت های بهداشتی است.

اگر در مقوله مراقبت های بهداشتی، جزیی از تصمیم ها را  
خود گرفته باشد و بسیاری از انتخاب ها را دیگران برای او  
بگیرند، نمره او کمتر از ۸ خواهد بود، که بیانگر کنترل محدود

**نگرش جامعه نسبت به افراد  
دارای معلولیت این است که  
آنها نیاز به مراقبت و حمایت  
دراز مدت دارند و از روند کلی  
جامعه جدا شده اند و  
فرصت ها و مزایای موجود  
برای افراد بدون معلولیت را  
انکار می کنند**

است. در نتیجه هر چه شرکت کننده در یک مقوله کنترل  
بیشتری داشته باشد میانگین شان به (۲) ("من تعیین می کنم")  
نزدیک تر خواهد بود و هر چه میانگین شرکت کنندگان در هر  
آیتم به (۰) ("شخص دیگری تعیین می کند") نزدیک تر باشد  
کنترل کمتری در آن مقوله دارند.

### اعتبار

همان طور که قبلا ذکر شد، اعتبار ابزار اولیه به وسیله ابری  
و همکاران (۱۹۹۵) تایید شد که همبستگی ۹۷ درصد - ۸۳ درصد  
بین همه سنین و گروه های معلول یافتند (بی ابری، ارتباط  
شخصی، ۱۴ ژوئن، ۲۰۰۲).

اعتبار سوال ها با خواندن هر سوال برای گروه های مربیان،  
والدین، معلولان بزرگسال و جوانان دارای معلولیت ارزیابی  
شد. افراد سپس روی یک مقیاس از ۱ تا ۱۰ آیتم هایی که بیشترین  
تناسب را با تعریف خودمختاری که در دانشگاه مینه سوتا به کار  
می رفت علامت زدند. ابزار اولیه سپس روی گروه هایی از  
دانش آموزان سنین ۲۱-۸ سال با ناتوانی های جسمی،  
ناتوانی های یادگیری، کم توان ذهنی خفیف، در خودماندگی  
(اوتیسم)، نقص بینایی، ناشنوایی یا آسیب دیدگی شنوایی، نابینا  
- ناشنوا، افراد بدون معلولیت، به همراه والدین و مربیانشان اجرا  
شد. شرکت کنندگان با توجه به سطح معلولیت براساس شدت  
و فراوانی کمک هایی که نیاز داشتند گروه بندی شدند.

سه گروه از میزان معلولیت وجود داشت: بدون معلولیت،  
معلولیت خفیف، معلولیت متوسط تا شدید - و سه گروه سنی  
۸-۱۲، ۱۳-۱۷ و ۱۸ سال به بالا.

همان طور که ذکر شد، مقیاس را با جایگزین کردن سوال های  
مربوط به تربیت بدنی به جای مقوله در محل کار، اصلاح کردیم.  
پنج متخصص رشته تربیت بدنی و آموزش استثنایی اعتبار ۱۲ سوال  
بخش تربیت بدنی را تایید کردند. از متخصصان خواسته شد تا به  
هر سوال از (+۱) اگر با هدف مطالعه همخوانی دارد، (۰) اگر مطمئن  
نیستید، تا (-۱) اگر سوال با اهداف همخوانی ندارد نمره دهند.

### روایی

مطالعه روایی ابزار اولیه شامل بررسی روایی آزمون - پس  
آزمون که به فاصله دو هفته ای از یکدیگر اجرا شد و همچنین  
روایی درونی با گروه هایی از دانش آموزان با نوعی از معلولیت  
، معلمان و والدین آنها مورد بررسی قرار گرفت. روایی آزمون -  
پس آزمون از ۸۱ درصد تا ۹۷ درصد برای همه گروه ها معنی دار  
بود، که بیانگر این موضوع بود که تاثیر میزان کنترل ثابت بود.



نمره‌ی فرصت‌ها برای هر ۵۴ شرکت‌کننده که همه به سوال‌ها در همه حیطه‌ها پاسخ داده‌اند ۳۶۱۶ بود. میانگین نمره فرصت کامل ۶۶/۹۶ بود. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که میانگین نمره‌ی فرصت کامل گروه B<sub>۱</sub> کمتر از میانگین بقیه گروه‌های مورد مطالعه است. تعداد پاسخ‌های گزارش شده برای هر مقوله جمع بسته شد و نمره کل پاسخ‌های هر گروه نشان داده شده است. به عنوان مثال کل گروه گزینه "من تعیین می‌کنم" را ۱۱۹۲ (۳۲/۹۶ درصد) دفعه انتخاب کرده‌اند. از ۱۱۹۲ پاسخ، ۴۱۳ (۳۵/۶ درصد) برای هر گروه B<sub>۱</sub> (n=۲۰) گزارش شده بود، ۲۶۶ (۳۵/۶ درصد) برای گروه B<sub>۲</sub> (n=۱۲) گزارش شده بود.

بررسی مجموع پاسخ‌ها در سه گروه (B<sub>۱</sub>، B<sub>۲</sub> و B<sub>۳</sub>) و دو جنس برای انتخاب سه نوع پاسخ "من تعیین می‌کنم"، "ما تعیین می‌کنیم" و "شخص دیگری تعیین می‌کند" نشان می‌دهد که برای گزینه "من تعیین می‌کنم" گروه B<sub>۱</sub>، از بین سه گروه کمترین درصد پاسخ‌ها (۲۷/۹ درصد) را داشت.

پسرهای گروه B<sub>۲</sub> ۲۵ درصد دفعات گزینه "من تعیین می‌کنم" را انتخاب کردند در حالی که دختران گروه B<sub>۱</sub>، ۳۴/۲ درصد و دختران ۴۰/۴ درصد این گزینه را انتخاب کردند. گروه B<sub>۲</sub> جمعاً ۳۴/۳ درصد این پاسخ را انتخاب کرده بودند؛ دختران گروه ۲۲/۴ درصد و پسران ۳۵ درصد.

گزینه "ما تعیین می‌کنیم" پایین‌ترین درصد انتخاب شده را در بین سه گزینه داشت: B<sub>۱</sub> (۲۵/۹ درصد)، B<sub>۲</sub> (۲۲/۶ درصد) و B<sub>۳</sub>

روایی آزمون - پس آزمون برای این گروه‌ها از همه بیشتر بود؛ دانش آموزان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری، دانش آموزان آسیب‌دیده‌ی بینایی و دانش آموزان بدون معلولیت. روایی آزمون - پس آزمون برای این گروه‌ها قابل قبول بود؛ کم توان ذهنی خفیف، در خودماندگی (اوتیسم)، نایینا-ناشنوا و ناشنوا یا آسیب‌دیده‌ی شنوایی (بی‌ابری، ارتباط شخصی، ۱۴ ژوئن ۲۰۰۲).

#### تحلیل اطلاعات

تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) ۲x۲x۲ (جنسیت x سن x میزان آسیب بینایی) روی دو گروه سنی و دو گروه با جنس مخالف، و سه نوع آسیب بینایی که در گروه شرکت‌کننده‌های شرح داده شد اجرا شد. تحلیل واریانس و آزمون t (شفه) برای بررسی تاثیر هر متغیر مستقل بر نمره‌های خود مختاری متغیرهای وابسته زیر اجرا شدند: در خانه، در مدرسه، با دوستان، مراقبت‌های بهداشتی و تربیت بدنی.

نتایج: نمره‌های زیر مقیاس مجموع نمره فرصت‌ها (TOS) حاصل جمع پاسخ‌ها در هر یک از سه پاسخ مقوله‌ها ("من تعیین می‌کنم")، ("ما با هم تعیین می‌کنیم" و "شخص دیگری تعیین می‌کند") برای پنج حیطه مورد مطالعه قرار گرفته را نشان می‌دهد. متغیر در خانه ۲۲ فرصت برای پاسخگویی فراهم کرد، متغیر با دوستان ۱۰ فرصت؛ متغیر مراقبت‌های بهداشتی ۸ فرصت؛ متغیر در مدرسه ۱۶ فرصت؛ و متغیر تربیت بدنی ۱۲ فرصت؛ جمعاً ۶۸ فرصت برای پاسخگویی فراهم کرد. مجموع

(۲۴ درصد)، پسرهای گروه B، ۲۷۷ درصد دفعات این گزینه را انتخاب کرده بودند، در حالی که دختران این گروه ۲۳/۵ درصد دفعات این گزینه را انتخاب کردند. پسران گروه B، ۲۲/۹ درصد و دختران گروه B، ۲۵/۴ درصد دفعات این گزینه را انتخاب کردند. پسران گروه B، ۲۷/۱ درصد و دختران گروه B، ۲۷/۵ درصد دفعات این گزینه را انتخاب کردند.

گزینه ی "شخص دیگری انتخاب می کند" بالاترین درصد انتخاب شدن در بین سه گزینه بود. گروه B، بالاترین انتخاب را در این سه گروه داشت (۴۳/۳ درصد)، بعد از آن گروه B، (۴۷/۴ درصد) و گروه B، (۴۷/۱ درصد). انتخاب های دختران و پسران سه گروه بدین شکل بود که: گروه B، (پسران ۴۵/۲ درصد، دختران ۴۰/۸ درصد)، گروه B، (پسران ۴۳/۷ درصد، دختران ۳۷/۵ درصد) و گروه B، (پسران ۴۲/۹ درصد، دختران ۳۹/۱ درصد).

### جدول نمره گذاری

آمار توصیفی مقایسه بین هر متغیر وابسته (در خانه، با دوستان، مراقبت های بهداشتی، در مدرسه، تربیت بدنی) و جنسیت به عنوان متغیر ثابت جمعیت به طور خلاصه نشان می دهد که حیطه ی در خانه ۲۲ فرصت را برای پاسخ دادن دانش آموزان فراهم کرده، نمره ی میانگین برای پاسخ های پسران و دختران به ترتیب ۲۷/۲۶ و ۲۳/۵۲ بود. با دوستان ۱۰ فرصت را برای پاسخ دادن فراهم کرد، نمره ی میانگین برای پاسخ های پسران و دختران به ترتیب ۹/۶۱، ۹/۸۳ بود. مراقبت های بهداشتی ۸ فرصت را برای پاسخ دادن فراهم کرد، نمره ی میانگین برای پاسخ های پسران و دختران به ترتیب ۳/۰ و ۴/۶۵ بود. در مدرسه ۱۶ فرصت را برای پاسخ دادن فراهم کرد، نمره ی میانگین پاسخ های پسران و دختران به ترتیب ۱۶/۱۶ و ۱۷/۸۳ بود. تربیت بدنی ۱۲ فرصت را برای پاسخ دادن فراهم کرد، نمره میانگین برای پسران و دختران به ترتیب ۷/۷۱ و ۷/۷۴ بود. این میانگین های پایین هستند که به نظر می رسد بیانگر این موضوع هستند که بسیاری از شرکت کنندگان گزینه ی "شخص دیگری تعیین می کند" یا "ما با هم تعیین می کنیم" را انتخاب کرده اند.

با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA)  $3 \times 2 \times 2$  تاثیرات جنسیت، سن، میزان بینایی (کاملاً نابینا، کم بینا، نابینای قانونی) در پنج متغیر وابسته مقایسه شد. چشم انداز کلی اطلاعات به وسیله ی آماره ویلکس لامبادا که برابر ۵۹ درصد است توصیف شد (۱۷ درصد،  $p = ۲۳۵۴ = F(10, 78)$ ) که نشان می دهد تفاوت های معنی داری برای فرصت های خودمختاری در میزان های مختلف

آسیب بینایی وجود دارد که بیانگر این موضوع بود که تفاوت های معنی داری در فرصت های خودمختاری در بین میزان آسیب بینایی وجود دارد. چشم انداز کلی نشان داد که هیچ تفاوت معنی داری برای جنسیت ( $p = ۰/۵۵$ ) یا برای سن ( $p = ۰/۵۹$ ) وجود ندارد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) نشان داد که تفاوت آماری بین درجات بینایی وجود دارد و پیشنهاد کرد که تحلیل واریانس آزمون ها وقتی که متغیرهای وابسته هم خطی چند گانه داشته باشند مناسب است. تحلیل واریانس (ANOVA) برای مقایسه های یک متغیره با استفاده از میانگین های حاشیه ای بر آورده شده به کار گرفته شد و نتایج به دست آمده نشان می دهد که میزان آسیب بینایی تاثیر قابل ملاحظه ای بر فرصت های خودمختاری دارد  $P = ۰/۰۰۳$ ،  $F(2, 43) = ۲/۶۶۳$  این نتیجه بر اساس مقایسه جفتی، مستقل و خطی میانگین های بر آورده شده حاشیه ای متغیر وابسته در مدرسه به دست آمده است. در نتیجه هر چه میزان بینایی کمتر باشد فرصت برای خودمختاری در این حیطه کاهش می یابد.

مقدار ویلکس لامبادا  $۰/۶۲۲$ ،  $p = ۰/۰۳۵$ ،  $F(7, 78) = ۲/۰۸۸$  هنگامی نتیجه می دهد که آزمون های F در بین میانگین های بر آورده شده حاشیه ای بر اساس مقایسه جفتی، مستقل و خطی باشد.

مقایسه ی جفتی تفاوت معنی داری را در حیطه مراقبت های بهداشتی بین گروه B، ( $SD = ۴/۰۸۴$  و  $N = ۲۰$ ) و گروه B، ( $SD = ۵/۴۵۸$ ،  $n = ۱۲$ ) مقدار احتمال  $p = ۰/۰۴۸$  نشان می دهد. همین طور در حیطه در مدرسه بین گروه B، ( $SD = ۶/۹۳۹$ ،  $n = ۲۰$ ) و گروه B، ( $SD = ۵/۴۱۸$ ،  $n = ۱۲$ ) مقدار احتمال  $p = ۰/۰۰۳$  تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین تفاوت معنی داری بین گروه B، ( $SD = ۴$ ،  $N = ۲۰$ ) و گروه B، ( $SD = ۳/۹۹۹$ ،  $N = ۲۲$ ) مقدار  $p = ۰/۰۰۵$  در حیطه در مدرسه وجود دارد.

برداشت کلی از وجود یا عدم تفاوت های معنی دار در پنج حیطه مورد مطالعه بر اساس سن، جنسیت و آسیب بینایی نشان می دهد که هیچ اختلاف معنی داری برای جنسیت و سن در پنج متغیر وابسته وجود نداشت. با وجود این تفاوت های معنی داری بین درجات آسیب بینایی برای متغیرهای وابسته، مراقبت های بهداشتی و در مدرسه وجود داشت.

### بحث

این تحقیق سه هدف داشت: برای مشخص کردن دامنه ای که در آن ۱- فرصت های خودمختاری تحت تاثیر میزان آسیب بینایی قرار می گیرند، ۲- برای پسران بیش از دختران فرصت های خودمختاری فراهم شده است و ۳- برای دانش آموزان مسن تر بیش از دانش آموزان کم سن تر فرصت





عکس: زهره بیستاد

کنندگان داده است. نمره میانگین این قسمت پایین بود، این یافته چنین تعبیر شد که شرکت کنندگان میانگین نمره ی داشتند که با پاسخ "ما تعیین می کنیم" همخوانی دارد. در نتیجه اگر چه نمره ها پایین بود، آنها نشان می دادند که به شرکت کنندگان فرصت هایی داده شده بود تا تصمیم بگیرند یا در تصمیم سازی شرکت کنند. به عنوان مثال؛ یک شرکت کننده گفت، با این که در خانه به او فرصت انتخاب کردن داده می شد، مادرش به او کمک می کند که لباس هایش را مرتب کند. شرکت کننده دیگری گفت که مادرش تعیین می کند که او موهایش را چگونه مرتب کند و یا چه لباسی برای او تهیه شود و اوقات فراغتشان را بگذرانند و چه کارهایی در خانه انجام دهد. شرکت کنندگان لباسشان را صبح ها برای رفتن به مدرسه انتخاب می کردند.

**والدین نقش مهمی در پرورش  
خودمختاری کودکان دارند و لازم است  
که فرصت های یکسانی را از سنین اولیه  
برای کودکان معلول و غیر معلول خود  
فراهم آورند**

فراهم شده است. هر یک از هدف ها در بخش های بعدی مورد بحث و بررسی قرار گرفته است.

### تأثیرهای آسیب بینایی

میزان قدرت بینایی شرکت کنندگان فرصت های خودمختاری آنها را با توجه به حیطه ی در مدرسه و مراقبت های بهداشتی به طور معنی داری تحت تاثیر قرار داد؛ با وجود این در حیطه ی در خانه، با دوستان و تربیت بدنی تفاوت های معنی داری مشاهده نشد. دیدگاه عمومی نسبت به افراد دارای معلولیت این است که (در این نمونه منظور از افراد معلول، افراد دارای آسیب بینایی است) آنها به مراقبت و حمایت دراز مدت نیاز دارند (وارد، ۱۹۹۶؛ همیر، ۱۹۹۶). با وجود این که با تصویب قوانین یکسان برای افراد دارای معلولیت گام های بلندی (برای افزایش خودمختاری) برداشته شده است، نمره ی میانگین این موضوع را خاطر نشان می کند که شرکت کنندگان بیش از اندازه حمایت می شوند و در نتیجه فرصت کمی برای خودمختاری در این زمینه ها به آنها داده می شود.

متغیر وابسته در خانه، ۲۲ فرصت برای انتخاب شرکت

تحلیل واریانس آزمون‌ها نشان داد که در میزان قدرت بینایی شرکت کنندگان در زمینه‌ی یادداشت‌ها هیچ تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. همان‌طور که قبلاً اشاره شد ۱۰ سوال در این مقوله وجود دارد. نمره‌های میانگین سه گروه پایین بودند (۱۰/۱۰ برای B<sub>۱</sub>، ۸/۸۲ برای B<sub>۲</sub> و برای ۹/۷۲ برای B<sub>۳</sub>)، که بیانگر این موضوع است که بیشترین پاسخ‌ها در این حیطه گزینه‌ی "ما تعیین می‌کنیم" بود و بعد از آن به ترتیب گزینه‌ی "شخص دیگری تعیین می‌کند" و "من تعیین می‌کنم".

دانش‌آموزی در گروه کاملاً ناپیما (B<sub>۱</sub>) گفت که حتی گوش دادن به سوال‌هایی که برای او خوانده می‌شود تکان‌دهنده و تلخ است. او از پاسخ دادن به سوال‌ها امتناع کرد و وقتی مشاور از او خواست تا به سوال‌ها پاسخ دهد، آشفته شد. این پسر گفت که او هیچ دوستی ندارد و اغلب اوقات همسالانش او را مسخره می‌کردند و سر به سر او گذاشتند. این یافته‌ها، یافته‌های هوور و دیگران (۱۹۹۹) مبنی بر این که دانش‌آموزان دارای اختلال بینایی از نظر اجتماعی منزوی هستند و دوستان کمی دارند را تایید می‌کند.

تفاوت‌های معنی‌داری بین گروه B<sub>۱</sub> و B<sub>۲</sub> در رابطه با تصمیم‌گیری در باره اینکه چه موقع به دکتر مراجعه کنند، چه موقع دارو بخورند، و به طور کلی مراقبت‌های بهداشتی وجود دارد. ویلیامز، فریدم و دسی (۱۹۹۸) دریافتند که اگر مراقبت بهداشتی بیمار محور باشد وضعیت فیزیولوژیکی بیمار بهتر خواهد شد. نتایج مطالعه‌ی ما نشان می‌دهد که به شرکت کنندگان کاملاً ناپیما (B<sub>۱</sub>) و شرکت کنندگان گروه کم‌پیما (B<sub>۲</sub>) در رابطه با مراقبت‌های بهداشتی فرصت یکسانی داده نمی‌شود. نمره‌ی میانگین پایین برای همه‌ی گروه‌ها نشان می‌دهد که در حیطه‌ی مراقبت‌های بهداشتی بسیاری از شرکت کنندگان جزو فرایند تصمیم‌گیری نیستند. ویلیامز و دیگران (۱۹۹۸) خاطر نشان کردند که سرانجام تصمیم‌های درمانی را بیمار می‌گیرد، البته در تعبیر این یافته‌ها باید محتاط بود زیرا که مطالعه‌ی ما روی گروه سنی (۲۳-۸ سال) اجرا شده و در حالی که میانگین سنی شرکت کنندگان مطالعه‌ی ویلیامز و دیگران ۵۴/۵ سال است.

مجله استثنایی  
شماره ۴۶ صفحه ۱۶

### خودمختاری شیوه‌ای موثر برای آموزش حل مشکل، جامعه‌پذیری، مهارت‌های همکاری با دیگران، مهارت‌های گروهی استفاده از برنامه تربیت بدنی است

در بخش در مدرسه میزان بینایی شرکت کنندگان عامل مهمی در تعیین فرصت‌های خودمختاری بود. تفاوت‌های معنی‌داری در بین سه گروه از نظر فرصت‌های خودمختاری وجود داشت، اما هیچ تفاوت معنی‌داری بین گروه B<sub>۱</sub> (کم‌پیما) و گروه قانونی (B<sub>۲</sub>) وجود نداشت. همه‌ی نمره‌ها بسیار پایین هستند، اما گروه B<sub>۱</sub> پایین‌ترین است، که بیانگر این موضوع است که به آنها به اندازه‌ی دیگر گروه‌ها فرصت شرکت در تصمیم‌سازی در رابطه با مسایل آموزشی داده نشده است. گاتلف و همکاران (۱۹۹۴) اظهار کردند که آموزش مهارت‌های خودمختاری به همه‌ی دانش‌آموزان ضروری است، اما از یافته‌های ما چنین بر می‌آید که مهارت‌های خودمختاری به دانش‌آموزان کاملاً ناپیما کمتر آموزش داده می‌شود.

بیشتر دانش‌آموزان اظهار داشتند که آنها در جلسات برنامه‌ریزی آموزشی که در آن تصمیمات آموزشی گرفته می‌شود شرکت نمی‌کنند. والراند، فوریتیر و گوای (۱۹۹۷) پی بردند که اگر به دانش‌آموزان اجازه داده شود تا در تصمیم‌سازی در باره‌ی مسایل آموزشی و تربیتی مدرسه شرکت داشته باشند، انگیزش خودمختاری آنها افزایش می‌یابد که نتایج مثبتی باز می‌آورد.

خودمختاری شیوه‌ای موثر برای آموزش حل مشکل، جامعه‌پذیری، مهارت‌های همکاری با دیگران، مهارت‌های گروهی استفاده از برنامه تربیت بدنی است (AAHPERD، ۱۹۹۹). بعضی از شرکت کنندگان در این مطالعه اظهار داشتند که به آنها فرصت شرکت منظم در کلاس‌های تربیت بدنی داده نمی‌شود. این یافته‌ها، نظر وینیکس (۱۹۸۵) را تایید می‌کند که اظهار داشت: دانش‌آموزانی که اختلال بینایی دارند بیش از حد مورد حمایت قرار می‌گیرند و همچنین مردم فکر می‌کنند که آنها توانایی حضور در کلاس‌های تربیت بدنی را ندارند. این محرومیت مثل مانعی برای شرکت کنندگان فعال یا فرصت شرکت در ورزش بعد از مدرسه، فعالیت‌های باز آفرینی و جامعه‌پذیری برای افراد دارای آسیب بینایی عمل می‌کند.

کورهونن (۲۰۰۰) خاطر نشان کرد. شرکت کردن در فعالیت‌های جسمی بستگی به میزان بینایی فرد دارد و در عین حال تفاوت کمی بین گروه‌های بینایی کم و گروه‌ها بینا از نظر ساعات پرداختن به فعالیت جسمانی وجود دارد. یافته‌های گروه‌ها و اگوستید (۲۰۰۱) شبیه این یافته است، اما این پژوهشگران دریافتند که تفاوت معنی‌داری در رقابت جسمانی بین شرکت کنندگان کاملاً ناپیما و آنهایی که بینا بودند وجود دارد. یافته‌های





فرصت کمتری می دهند.

ما حاکی از آن بود که هیچ تفاوت معنی داری بین میزان بینایی و فرصت خود مختاری در فعالیت های تربیت بدنی وجود ندارد.

### نتیجه گیری

به شرکت کنندگان در این مطالعه از میان انبوهی از فعالیت های روزانه فرصت زیادی برای مشارکت در رفتارهای خود مختاری داده نشده است. مجموع نمره ی فرصت ها نشان داد که بسیاری از آنها گزینه ی "شخص دیگری تعیین می کند" والدین، مربیان، حامیان و مدیر مدرسه را انتخاب کرده بودند. خود مختاری بیشتر که به معنی احساس انتخاب بیشتر، رفتار خود جوش و مسوولیت شخصی است و برای دانش آموزان دارای آسیب بینایی به آسانی و بی درنگ فراهم نمی شود.

مهارت هایی که برای ارتقای کیفیت مثبت زندگی ضروری و مهم هستند باید به همه ی افراد بدون توجه به محدودیت های فیزیکی یا شناختی شان آموزش داده شود. همان طور که قبلا بیان شد، فراهم کردن فرصت برای جزیی ترین انتخاب ها تاثیر شگرفی بر کیفیت زندگی افراد دارای معلولیت می گذارد. در نتیجه آموزش این مهارت ها به همه ی افراد و از سنین اولیه بسیار مهم

### تفاوت ها در جنسیت و سن

نتایج مانووا (MANOVA) نشان می دهد که به طور کلی هیچ تفاوت معنی داری بین جنسیت ها وجود ندارد. مجموع نمرات برای خود مختاری پایین بود که فرصت کمی را برای وقوع تفاوت های معنی دار فراهم می کند. نتایج مانووا هم نشان می داد که هیچ تفاوت معنی داری بین گروه های سنی وجود ندارد؛ در نتیجه تحلیل واریانس صورت نگرفت. این نتایج نشان دادند که به گروه مسن تر (سن ۲۳-۱۶) فرصت بیشتری برای رفتارهای خود مختاری داده نشده است. به طور کلی، جوانان بینای ۲۳-۱۶ سال که هیچ نوع معلولیتی ندارند نسبت به کودکان بینای ۱۵-۸ سال مسوولیت بیشتری برای فعالیت هایشان بر عهده می گیرند و فرصت های بیشتری برای تمرین رفتارها و مهارت های خود مختاری دارند. همان طور که در مقدمه بیان شد، والدین تمایل دارند که از فرزندان دارای معلولیت بیش از حد حمایت کنند و معمولاً به آنها نسبت به خواهر یا برادران بدون معلولیت

است. تحقیق قبلی نشان داد که اگر چه مربیان، محققان، مدیران و والدین فکر می کنند که آموزش مهارت های خودمختار شدن ضروری است، چنین آموزشی بخشی از اهداف برنامه ی آموزشی روزانه نیست (وهمیر و شوارتز، ۱۹۹۸). این یافته به وسیله ی مطالعه ی ماتایید شد که حاکی از آن بود که برای شرکت کنندگان، فرصت های زیادی برای رفتار خودمختار فراهم نشده بود.

در پایان، لازم است که دانش آموزان بیش از آنچه که در این مطالعه متوجه شدیم در تصمیم سازی شرکت کنند. لازم است دانش آموزان دارای آسیب بینایی در تصمیم سازی هایی که در فعالیت های روزانه ی آنها موثر است شرکت داشته باشند. لازم است در صورت امکان عقاید اجتماعی تغییر کند و دانش و فرصت رفتار خودمختاری فراهم شود. در بیش از ۴۰ درصد موارد برای دانش آموزان شرکت کننده در مطالعه ی ما تصمیم سازی شده بود.

### پیشنهاد های کاربردی

نتایج متعددی از این تحقیق گرفته شد. اولاً: برای دانش آموزان یا دانشجویان دارای آسیب بینایی فرصت خودمختاری به اندازه ی کافی فراهم نشده است. قانون، حقوق مساوی برای افراد دارای معلولیت در نظر گرفته است، با وجود این معمولاً این قوانین اجرا نمی شود. ضروری است که برنامه های آموزش خودمختاری به کودکان دارای آسیب بینایی شامل این موارد باشد: برنامه ریزی برای آینده ی فرد، اهداف آموزشی و استفاده از حمایت گروه های جامعه (گروه های بحث، مداخله). همچنین می توان از برنامه های باز آفرینی از قبیل پیاده روی خانوادگی، دوچرخه سواری یا دوچرخه دو نفره، صنایع دستی، قایق سواری و به اردو رفتن برای ایجاد فرصت خودمختاری استفاده کرد.

ثانیاً: چنین به نظر می رسد که برای رفتار خودمختار در محیط های اجتماعی برای کودکان دارای آسیب بینایی فرصت های محدودی وجود دارد (AAHPERD، ۱۹۹۹؛ بلیند و ام سی کلانج، ۱۹۹۷؛ پونچیلیا و دیگران، ۱۹۹۹؛ کف، ۱۹۹۷؛ کورونن، ۲۰۰۰؛ لیبرمن و دیگران، ۲۰۰۲؛ پونچیلیا و دیگران، ۲۰۰۲). از طریق فعالیت هایی از قبیل فعالیت های دو و میدانی (با اعضای خانواده و دوستان)، برنامه ی استفاده کردن از یک کتاب به صورت اشتراکی، آموزش دادن به همسالان (ویسکوچیل، ۲۰۰۲) و فعالیت های اجتماعی (به عنوان مثال مجالس رقص و میهمانی شام) می توان فرصت های رفتار خودمختار را افزایش دهد. لازم است که والدین به کودکان دارای آسیب بینایی و کودکان بدون

معلولیت برای داشتن حق انتخاب فرصت یکسانی بدهند. مثلاً انتخاب لباس، غذا و اینکه در تعطیلات خانوادگی کجا بروند و لازم است که والدین به تصمیمات فرزندان احترام بگذارند.

ثالثاً: تلقی شرکت کنندگان این بود که آنها اختیار و کنترل کمی دارند همان طور که خودمختاری کمی دارند. احتمالاً این فعالیت های توانمند فرصت رفتارهای خودمختار را افزایش دهد: فعالیت های ورزشی رقابتی (به عنوان مثال گلبال، کشتی، جودو و شنا)، برنامه های دویدن با یک دوست به کمک راهنماهای بینا، فعالیت های اجتماعی (مثل رقص، سینما، بازی با اعضای خانواده در هنگام شب، فعالیت های آموزشی (مثل انتخاب کلاس) و فعالیت های روزانه در خانه، والدین، معلمان، همسالان، همکاران و اعضای جامعه می توانند در برنامه های آشنایی با معلولیت شرکت کنند. این برنامه ها شامل تقلید کردن، فعالیت هایی برای والدین معلول و غیر معلول و برنامه های "یک روز به جای افراد معلول بودن" (با استفاده از عصا و ویلچر) می شود. این برنامه ها برای افزایش آگاهی افراد از محدودیت هایی که معمولاً افراد دارای معلولیت با آن روبرو هستند اجرا می شود (لیبرمن و هوستون-ویلسون، ۲۰۰۲).

به عقیده ی ما زمینه ها و موضوع های تحقیق زیر نقش مهمی در فهم و تحقق مهارت هایی که منجر به رفتار خودمختار می شود دارد:

۱. انواع هدف ها و برنامه های آموزشی که برای تقویت کردن خودمختاری دانش آموزان دارای آسیب بینایی و همچنین افزایش فرصت های مشارکت داشتن در رفتار خودمختاری، لازم است.

۲. فرصت های خودمختاری، با توجه به امکانات متفاوت مدارس، از مدرسه ای به مدرسه ای دیگر تفاوت دارد.

۳. بین افراد بینا و افراد دارای آسیب بینایی از نظر فراهم بودن فرصت های خودمختاری تفاوت معنی داری دارد.

بسیاری از موانع و محدودیت ها و عقاید اجتماعی که در ۲۰ سال گذشته در باره ی فرصت های خودمختاری افراد دارای معلولیت وجود داشته امروزه نیز وجود دارد. جامعه ی امروزی گام های بلندی برای بهبود زندگی افراد دارای معلولیت برداشته است، اما فقط از طریق اجماع همگانی محققان، مربیان، مدیران، والدین و خود افراد خواهیم توانست، احترام و ارزش و رفتاری که با افراد دارای معلولیت می شود را ارتقاء بدهیم.