

فاعلية العلاج المعرفي السلوكي فى تنمية جودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين.

إعداد

د. أحمد محمد جاد الرب أبوزيد

دكتوراه فى الصحة النفسية والتربية الخاصة مصر

المخلص

هدف البحث الحالي إلى التعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي فى تنمية جودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين ، وتكونت عينة البحث الأساسية من ١٥ مراهقاً من الذكور بمدارس النور للمكفوفين بمحافظة سوهاج. وتم تقسيم عينة البحث الأساسية إلى مجموعة تجريبية بلغ عددها ثمانية مراهقين ، ومتوسط عمري قدره ١٥,٥٠ وانحراف معياري قدره ٠,٥٣٤ ، ومجموعة ضابطة بلغ عددها سبعة مراهقين ، بمتوسط عمري قدره ١٥,٤٣ وانحراف معياري قدره ٠,٥٣٤ ، وتم استخدام مقياس جودة الحياة لدى المكفوفين إعداد / Schalock & Keith, 1993 ترجمة وتقتين الباحث ، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي فى تنمية جودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين.

فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية جودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين

إعداد

د. أحمد محمد جاد الرب أبوزيد

دكتوراه في الصحة النفسية والتربية الخاصة مصر

مقدمة :

تعالج القضايا المرتبطة بالصحة النفسية في الوقت الراهن تحت مصطلح أعم وأوسع دلالة هو مصطلح جودة الحياة Quality of Life ويرتبط مفهوم جودة الحياة في أديبات المجال بمفهوم جودة الحياة النفسية Psychological Well-being ، فقد أصبح موضوع جودة الحياة أو جودة الصحة النفسية في السنوات الأخيرة بؤرة تركيز الكثير من البحوث والدراسات. وتكمن جودة الحياة داخل الخبرة الذاتية للشخص. وبعد مصطلح جودة الحياة من المصطلحات الحديثة في مجال علم النفس، والذي يمثل بؤرة اهتمام ما يعرف بعلم النفس الإيجابي والذي لم يدخل المسار الأكاديمي لمجال علم النفس إلا في سنة ١٩٩٨ عندما تناوله مارتين سيلجمان في خطابه للدورة الافتتاحية للجمعية الأمريكية لعلم النفس (محمد أبو حلاوة ، ٢٠١٠ ، ٢).

ويشير مفهوم جودة الحياة Quality of Life إلى مجموع تقييمات الأفراد لجوانب حياتهم اليومية في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة، وإدراكهم لمكانتهم ووضعهم في الحياة في محيط المنظومة الثقافية والقيمية التي يعيشون فيها وعلاقة ذلك بأهدافهم وتوقعاتهم ومعاييرهم واهتماماتهم في ضوء تقييمهم للجوانب التالية: الرضا عن الحياة ، الأنشطة المهنية ، أنشطة الحياة اليومية ، السعادة، الأعراض النفسية ، الصحة البدنية ، المساندة ، والعلاقات الاجتماعية ، الحالة المادية (المالية) (حسن عبد المعطي ، ٢٠٠٥ ، ٥٣).

وتعتبر منظمة اليونسكو جودة الحياة مفهوماً شاملاً يشمل كل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد وهو يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية ، والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحقيقه لذاته وعلي ذلك فجودة الحياة لها ظروف موضوعية ومكونات ذاتية ولقد ارتبط هذا المفهوم منذ البداية بسعي المجتمعات الصناعية نحو التنمية والارتقاء بمتطلبات الأفراد عن طريق تحقيق الوفرة الاقتصادية لمواجهة إشباع الأفراد وتطلعاتهم وطموحاتهم (عادل الأشول ، ٢٠٠٥ ، ٢٣).

ونظراً لأهمية جودة الحياة كمتغير يهتم بدراسة جوانب القوى في الإنسان كان مفهوم جودة الحياة هدفاً لكثير من البحوث في مجال علم النفس والصحة النفسية في الفترة الأخيرة وكان نصيب الأفراد نوى الاحتياجات الخاصة قليل مقارنة بالعاديين.

ويرتبط إدراك المعاق لجودة الحياة بمجموعة من المتغيرات الشخصية والاجتماعية فقد أكدت دراسة (2003) Michael علي أهمية ما يقدمه المجتمع من خدمات للمعاقين ويرى أن الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المعاق يؤثر بصورة جوهرية علي جودة الحياة لديه ، كما تتأثر جودة الحياة لدي المعاق بمدى الاستقلالية التي يشعر بها في حياته.

ويري أشرف عبد القادر (٢٠٠٥ ، ٤٤) أن الأفراد المعاقين من الفئات التي تحتاج إلى رعاية خاصة حيث ينظرون إلى الحياة بنظرة تختلف عن العاديين فتتأثر نظرهم بظروف الإعاقة ويحتاجون إلى خدمات تساعدهم علي التوافق مع ظروف الحياة وتعتبر جودة الحياة من المؤشرات الهامة لجودة الخدمات المقدمة لهم ورضاهم وإحساسهم بالسعادة والرغبة في الحياة. ويهتم البحث الحالي بتقديم بعض أنواع الدعم من خلال برنامج قائم على العلاج السلوكي المعرفي لدى عينة من المراهقين المكفوفين لتنمية جودة الحياة لديهم.

مشكلة البحث :

يعانى المعاق بصرياً من العديد من المشكلات التي تعوق تواقفه وتنعكس على جودة حياته سلباً. فتؤثر الإعاقة البصرية على نشاطات الفرد ؛ كمقدرته على التوجه والحركة والتنقل ومدى قيامه بواجبات الحياة اليومية داخل المنزل وخارجه وفي مدى إفادته من البرامج التعليمية .. الخ (عبدالمطلب القريطي، ٢٠٠٥ ، ٣٦٩). ويرى (Roy & Mackay, 2000) أن الإعاقة البصرية أحد العوامل الهامة التي تؤثر على إدراك الذات لدى الأفراد المعاقين بصرياً. ويرى (Kim, 2003) أن الإعاقة البصرية تؤثر على مدى مشاركة الفرد في المواقف الاجتماعية حيث إن الأفراد الذين فقدوا بصرهم بدرجة كبيرة يميلون إلى التصرف بسلبية في المواقف الاجتماعية المختلفة وينسحبون من المجتمع بشكل ملحوظ. ويرى (Hoff, 2000) أن الإعاقة وظروف الإعاقة يمكن أن تؤثر على إدراك جودة الحياة. وتوصلت العديد من الدراسات إلى أن الإعاقة البصرية تؤدي إلى انخفاض جودة الحياة لدى المكفوفين المراهقين وأنهم أقل من العاديين في جودة الحياة (Polack , 2006 ; Wong et al., 2009 ; أميره بخش ٢٠١٠ ; Subramanian & Chadha, 2010 ; Patino-Sutton, 2010).

واستخدم الباحثون العلاج المعرفي السلوكي في تنمية جودة الحياة (Telch, 1995 ; Benedetto, et. al. 2006 ; Evangelos, 2005 ; Frizell, et al., 2004 ; Winne, et al., 2001 ; Dysvik, et al. 2010).

فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية جودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين

ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي من الأساليب الفعالة مع المعاقين بصرياً. فكتفت بعض الدراسات عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي كأسلوب علاجي مع المعاقين بصرياً (سيد محمد ١٩٩٨؛ إيهاب البيلوي ، ١٩٩٩؛ أشرف عبدالحميد ٢٠٠٠).

وتتضح مشكلة البحث الحالي في اختبار مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية جودة الحياة لدى عينة من المراهقين المكفوفين وذلك من خلال الإجابة على السؤال التالي :

- ما فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في تنمية جودة الحياة لدى عينة من المراهقين المكفوفين ؟

أهداف البحث :

يهدف البحث الحالي إلى التعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية جودة الحياة لدى عينة من المراهقين المكفوفين.

أهمية البحث : تأتي أهمية الدراسة الحالية في ضوء الجوانب التالية :-

- ١- يعد البحث الحالي إضافة جديدة في مجال البحوث النفسية والتربوية إذ يهتم بجودة الحياة أحد متغيرات علم النفس الإيجابي.
- ٢- يسهم البحث الحالي في تقديم برنامج قائم على العلاج المعرفي السلوكي لتنمية جودة الحياة لدى المعاقين بصرياً ومن ثم إمكانية الإفادة من هذا البرنامج في المؤسسات المختلفة التي تهتم بالمعاقين بصرياً.
- ٣- يوفر البحث الحالي مقياس جودة الحياة وهذا المقياس يمكن أن يساعد الباحثين والقائمين على رعاية المراهقين المعاقين بصرياً في استثماره لأغراض البحث والتدريب. وهذا المقياس تم ترجمته وتعريبه وتقنينه في البحث الحالي.
- ٤- تهتم الدراسة الحالية بفئة المراهقين المعاقين بصرياً وتحتاج هذه الفئة إلى المزيد من الجهود التي تبذل لرعايتها ولتحقيق التواصل بينها وبين المجتمع وهم على أبواب مرحلة الرشد.
- ٥- يوفر البحث الحالي إطار نظري عن جودة الحياة يفيد الباحثين في مجال الدراسات النفسية.

مصطلحات البحث : يعتمد البحث الحالي على المصطلحات الآتية:

جودة الحياة Quality of Life : تعرف جودة الحياة لدى المعاق الكفيف بأنها مدي إدراك الفرد المعاق بصرياً أنه يعيش حياة جيدة من وجهة نظره خالية من الأفكار اللاعقلانية والانفعالات السلبية والاضطرابات السلوكية. يستمتع فيها بوجوده الإنساني ويشعر بالرضا والسعادة ويستثمر كافة قدراته وإمكاناته بما يتيح له تحقيق ذاته (أميرة بخش ، ٢٠١٠ ، ٩).

المكفوفين Blindness : هم الأفراد المكفوفين كلياً والذين يعجزون عن التعلم بالطرق العادية فى الفصول العادية ، ويعتمدون على الحواس الأخرى فى تعلمهم وقضاء احتياجاتهم ، ويكتسبون المعارف والمهارات فى مدراس خاصة بهم وبطرق وأساليب تناسب ظروف إعاقاتهم. العلاج المعرفى السلوكى: يعرف بأنه" نوع من الإرشاد يستخدم مبادئ الإرشاد السلوكي لتعديل المعارف وعمليات التفكير البيئية والتي تؤثر فى السلوك الخارجى مع استخدام الإجراءات المعرفية بهدف تعديل السلوكيات غير التكيفية لدى بعض الأفراد (Rowand, et al.1999,196).

الإطار النظري والدراسات المرتبطة وفروض البحث

أولاً : الإطار النظري

جودة الحياة

يعد مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الحديثة فى مجال علم النفس والصحة النفسية حيث ظهر المفهوم فى كافة التخصصات العلمية فى علم الاقتصاد والطب بفروعه المختلفة وعلم الاجتماع والسياسة للتعبير عن رقي الإنسان فى مستوى الخدمات الاقتصادية والصحية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع ، كما يدل على إدراك الأفراد لمدى قدرة هذه الخدمات على إشباع حاجتهم المختلفة ، وهذا بدوره أدى إلى تعدد واختلاف التعريفات والنظريات المفسرة لجودة الحياة من علم إلى آخر ، حيث اهتم كل اتجاه بتعريف جودة الحياة وفقاً لاهتمامه وطبيعة تخصصه الأمر الذي جعله مفهوم متعدد الأبعاد.

فيعرف (Fisher, et al., 2005, 25) جودة الحياة بأنها مستوي إشباع الحاجات الموضوعية للأفراد وعلاقة ذلك بمدى شعور الأفراد بالسعادة وطيب الحياة.

وتعرف بأنها : بمثابة الشعور الذاتي بالقدرة علي استغلال الإمكانيات والمواهب والقدرات وكافة المصادر الشخصية لتحقيق زيادة مستوي فعالية الحياة (Douglas, 2004, 33). وتعرف بأنها إحساس الأفراد بالسعادة والرضا في ضوء ظروف الحياة الحالية وأنها تتأثر بأحداث الحياة وتغير حدة الوجدان والشعور (Reine, et al.,2003,297).

ويعرفها Church (2004,15) علي أنها قياس لقدرة الفرد علي الأداء بديناً ، وانفعالياً ، واجتماعياً في سياق بينته عند مستوي يتسق أو يتناغم مع توقعاته الخاصة ، ويعرفها Moorjani & Geryani (2004) علي أنها رضا الفرد أو شعوره بالسعادة في المجالات الحياتية التي تعتبر مهمة بالنسبة له.

ويُعد مفهوم جودة الحياة علي درجة بالغة التعقيد، فهو يضم بين جنباته أبعاد عدة : الحالة الصحية ، القدرة علي أداء الأنشطة اليومية ، العمل ، إمكانية الحصول علي الفرص

الترويحوية ، العلاقات مع الآخرين (Carr, 2004, 38) ، والانهماك الشخصي ، والترف ، والخبرات الحسية الممتعة ، والامتيازات ، والحصول علي الفرص التعليمية الجامعية ، والقدرة علي الاختيار ، والمسئولية الاجتماعية ، والاتصال الفعال ، والأخذ والعطاء (Seed & Lloyed , 1997).

وتختلف أبعاد جودة الحياة باختلاف توجهات الباحثين فقد أشار Power(2003) إلي أن مؤشرات جودة الحياة مؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية. وأشار كل من Katschnig & Krautgartner (2002) أن جودة الحياة تشمل ثلاث مكونات وهي : الهناء الشخصي ، الرعاية الذاتية والأدوار الاجتماعية ، إمكانية الوصول إلي التسهيلات البيئية في كل من الجوانب الاجتماعية (كالدعم الاجتماعي) والجوانب المادية (مستوي المعيشة)، ويرى Ventegodt, et al., (2003) أن جودة الحياة تتضمن بعدين :

البعد الذاتي Subjective Quality of Life : ويتضمن أبعاد فرعية تتمثل في : الرفاهية الشخصية والإحساس بحسن الحال، الرضا عن الحياة، السعادة، الحياة ذات المعنى.

البعد الموضوعي Objective Quality of Life : ويتضمن أبعاد فرعية تتمثل في: عوامل موضوعية مثل : المعايير الثقافية ، إشباع الاحتياجات، تحقيق الإمكانات ، السلامة البدنية ، ويذكر شالوك أنه يمكن تحديد ثلاث مؤشرات لجودة الحياة هي : الذاتية (التقييم الشخصي من خلال الرضا والسعادة) ، الموضوعية (التقييم الوظيفي ، التعليم ، المهنة ، المسكن ، الأنشطة اليومية) ، الظروف الخارجية (المنبئات الاجتماعية مثل مستوي العمل والمعيشية) وذلك من خلال مجالاتها الآتية :

- السعادة الانفعالية : الرضا ومفهوم الذات وانخفاض الضغوط
- العلاقات بين الشخصية : التفاعلات والعلاقات والمساندة
- السعادة المادية : الحالة المالية والعمل والمسكن
- النمو لشخصي : التعليم والكفاءة الشخصية والأداء
- السعادة البدنية : الصحة وأنشطة الحياة اليومية ووقت الفراغ
- تقرير المصير : الاستقلالية والأهداف والقيم والاختيارات
- الانتماج الاجتماعي : التكامل والترابط والمشاركة والمساندة الاجتماعية والأدوار الاجتماعية
- الحقوق البشرية والقانونية (Schalock , 2002, 2).

ويتعرف (Tavakol, 2008) على جودة الحياة من خلال المحددات الاجتماعية والانفعالية emotional and social . ويتعرف (Schalock et al. (2008) على جودة الحياة من خلال بعد

الاستقلالية Independence ، والمشاركة الاجتماعية Social Participation ، وطيب الحياة Well-Being .

تأثير الإعاقة البصرية علي جودة الحياة

تؤثر الإعاقة البصرية تأثيراً سلبياً علي حياة المعاق الشخصية والنفسية والاجتماعية والمهنية فيشعر بالعجز والشك في الذات وغموض الهوية وفقدانه معني الحياة وعجزه عن التخطيط لحياته وتحديد أهدافه وإنجازها واتخاذ قرارات تتعلق بمستقبله. فالمعاق بصريا يعاني من صعوبات في تقرير مصيره Self - Determination من حيث قدرته علي تحديد اختياراته واتخاذ قراراته وحل المشكلات التي تواجهه وتحدد أهدافه (Robinson & Lieberman, 2004, 352).

وأشار (Legge 1990) إلى أن المعاقين بصريا يواجهون صعوبات في العديد من أنشطة الحياة اليومية والتي قد تؤثر علي جودة الحياة لديهم مثل : القراءة ، والقيادة ، والمشي ، ومشاهدة التلفزيون ، وممارسة الرياضة الخاصة والهويات أو يعانون من صعوبات في الأنشطة المرتبطة بالاجتماعية.

ويحتاج المعاقون بصريا إلى حاجات اجتماعية ونفسية لا تختلف عن الفرد العادي وإشباع هذه الحاجات يرتبط بجودة الحياة التي يعيشها المعاق. فقد أشار (Goode, 1994) إلي أن المعاقين يحتاجون إلي العيش باستقلالية ومعاملتهم كراشدين والحصول علي مهنة ذات قيمة كما أن لديهم الرغبة في بناء علاقات اجتماعية مع الآخرين وإشباع تلك الحاجات لديهم يحدد إدراكهم لجودة الحياة.

العلاج المعرفي السلوكي

يشير مفهوم العلاج المعرفي السلوكي إلي المدخل الذي يدمج كل من فنيات العلاج السلوكي وفنيات العلاج المعرفي معا لتقديم خدمات للأفراد الذين يعانون من مشكلات نفسية أو تعليمية أو اجتماعية أو لتنمية بعض جوانب الشخصية التي يعاني فيها الأفراد من قصور ما ويركز هذا المدخل على الجانب السلوكي والمعرفي للمشكلة.

ويعرف الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه كل المدخل التي من شأنها أن تخفف الكرب النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والإرشادات الذاتية المغلوطة ولا يعنى التأكيد علي التفكير أن نغفل أهمية الاستجابات الانفعالية التي هي المصدر المباشر للكرب بصفة عامة وإنما ينبغي ببساطة أن نقارب انفعالات الشخص من خلال معرفته أو عن طريق تفكيره وتصحيح

الاعتقادات الباطلة يمكننا أن نغير الاستجابات الانفعالية الزائدة وغير المناسبة (أرون بيك ، ٢٠٠٠ ، ١٧٢) .

ويعرف بأنه مجموعة المبادئ والإجراءات التي تشترك في افتراض أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك ، وأن هذه العمليات تتغير من خلال الفنيات المعرفية السلوكية (عادل محمد ، ٢٠٠٠ ، ٢٣) .

وظهر هذا الاتجاه نتيجة لعدة عوامل هي : كرد فعل للانتقادات الموجهة للمدرسة السلوكية بأنها ركزت على تغيير السلوك فقط دون الاهتمام بالنواحي المعرفية للعميل ، تزايد الاهتمام بدراسة العمليات المعرفية وعلاقتها بالوظائف النفسية ، جهود بعض العلماء والمفكرين مثل "بياجية" الذي ربط بين النمو العقلي والنمو الخلقى والثورة العلمية والتكنولوجيا (محمد الشنناوى ، محمد عبد الرحمن ، ١٩٩٨ ، ٢١١-٢١٢) .

وكذلك عدم اهتمام الإرشاد السلوكي بالدوافع الداخلية للفرد وأفكاره ومدركاته ومشاعره وخبراته السابقة (فيصل الرزاد ، ٢٠٠٥ ، ٤) ، ويقوم الإرشاد المعرفي السلوكي على دعاوى فلسفية ليست جديدة بل موعلة منذ القدم وتعود بالتحديد إلى زمن "الرواقيين Stoics" فقد اعتبر الفلاسفة الرواقيين أن فكرة الإنسان عن الأحداث وليس الأحداث ذاتها هي المسؤولة عن اعتلال مزاجه وإلى هذا المنطق يستند ، فالمشكلات النفسية ترجع بالدرجة الأساسية إلى أن الفرد يقوم بتحريف الواقع والحقائق بناءً على مقدمات مغلوطة وافتراضات خاطئة (أرون بيك ، ٢٠٠٠ ، ٨-٧) .

ويستند الإرشاد المعرفي السلوكي على مجموعة من المبادئ تمثل أساس الاتجاه المعرفي السلوكي وتتمثل تلك المبادئ فيما يلي :

- أن المسترشد والمرشد يعملان معاً في تقييم المشكلات والتوصل إلي الحلول.
- أن المعرفة لها دوراً أساسياً في معظم التعلم الإنساني.
- أن المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة علي نحو سببي .
- أن الاتجاهات والتوقعات والعزو والأنشطة المعرفية الأخرى لها دوراً أساسياً في إنتاج وفهم كل من السلوك وتأثيرات الإرشاد والتنبؤ بهما .
- أن العمليات المعرفية تتدمج معاً في نماذج سلوكية (عادل محمد ، ٢٠٠٠ ، ٢٣) .

ويهدف الإرشاد السلوكي المعرفي إلي التعرف علي الأفكار المتكررة وغير التكيفية والاتجاهات المختلة وظيفياً ومساعدة المسترشد علي تصحيح التصورات والإدراكات الخاطئة واستئصال الأفكار غير الملائمة وتعزيز التفكير الواقعي وزيادة الدافعية لأداء الواجبات المنزلية

والتدريبات المصححة لتنمية مهارات وأفكار موجبة وإعادة بناء تفكيرهم عن طريق إدراكهم للعمليات الفكرية وزيادة الوعي بالذات لما له نور مهم في تصحيح أخطاء التفكير وتكوين رؤية أكثر موضوعية نحو الموقف (إبراهيم بدر ، ١٩٩٧ ، ٣١١). وتتمثل أهداف الإرشاد المعرفي السلوكي فيما يلي :

- تعليم المسترشد المهارات التي تجعله مستقلاً عن المرشد وتؤدي إلى تحسين تقدير الذات المنخفض لديه.
- مساعدة المسترشد على التحسن في حل مشكلاته عن طريق إعطاء بعض المهام التي يقوم بانجازها بعد الانتهاء من كل جلسة.
- تدريب المسترشد على طرق حل مشكلات.
- تصميم واجبات منزلية تساعد المريض على الوعي بمشكلاته النفسية وفهماها (صلاح عبود ، سحر عبود ، ٢٠٠٣ ، ٣٥٣).

وتتقسم فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي إلى فنيات معرفية ، فنيات سلوكية ، فنيات إمبريقية ؛ وتشمل الفنيات المعرفية : فنية تفسير كيف التفكير يولد المشاعر ، فنية تمييز التفكير المدرك عن الواقع ، التعرف على الأفكار السلبية وتصحيحها ، فهم المعنى الخاص للأفكار ، تقدير درجة الانفعال ودرجة الاعتقاد في التفكير ، تصنيف الأفكار السلبية ، تغيير القواعد ، الوصول إلى دقة الاستنتاجات ، التقليل من التفكير المأسوي ، ملئ الفراغات ، تحديد مزايا وعيوب التفكير ، المذكرات اليومية ، فنية المنحدر الرأسي ، البروفة المعرفية فنية الأعمدة الثلاثة ؛ وتشمل الفنيات السلوكية : جداول الأنشطة ، المهام المتدرجة ، الواجبات المنزلية ، التدريب التوكيدي ، لعب الدور ، للتدريب على الاسترخاء ، التدريب على مهارات حل المشكلة ، ضبط المثبر ؛ وتشمل للفنيات الإمبريقية : الاستكشاف الموجه ، إقامة التجارب السلوكية (طه عبد العظيم ، ٢٠٠٧ ، ٢٥٣ - ٢٨٥).

ثانياً : الدراسات المرتبطة وفروض البحث

دراسات تناولت جودة الحياة لدى المعاقين بصرياً

هدفت دراسة Broman (2002) et al. ، إلى التعرف على العلاقة بين الإعاقة البصرية وجودة الحياة في نيوجالس ، تكونت من ٤٧٧ في عمر ٤٠ سنة ، واستخدم مقياس جودة الحياة ، وأشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض مستوى جودة الحياة لدى المعاقين بصرياً.

وهدف دراسة Chia (2004) إلى تقييم تأثير الإعاقة البصرية على جودة الحياة لدى كبار السن وأثره على الظروف الصحية ، وتكونت عينة الدراسة من ٣٥٠٩ من المعاقين بصرياً متوسط

عمرهم ٦٦,٧ وكان بينهم ٥٧% إناث ، وأشارت نتائج الدراسة إلى تأثير الإعاقة البصرية على الحالة النفسية والجسدية وانخفاض جودة الحياة.

وقام (Verdugo, et al. (2005) بدراسة هدفت إلى التحقق من الكفاءة السيكومترية لمقياس جودة الحياة على عينة ٣٦٤ من المكفوفين الأسبان الراشدين ، وكشف التحليل العاملي عن ثلاثة أبعاد للمقياس هي : التفاعل Competence وعدد عباراته ٨ عبارات ، الرضا Satisfaction وعدد عباراته ١٠ عبارات ، التحديد الذاتي Self-determination وعدد عبارته ٦ عبارات.

وتناولت دراسة (Polack(2006) العلاقة بين الإعاقة البصرية وجودة الحياة استخدم مقياس الوظائف البصرية ومقياس جودة الحياة ، وتكونت العينة من ١٩٦ فرداً من ذوى الإعاقة البصرية ، ١٢٨ فرداً من العادين ، وأشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض جودة الحياة لدى المعاقين بصرياً عن العاديين.

وقام (Varma, et al. (2006) بدراسة هدفت إلى التعرف على تأثير الإعاقة البصرية على جودة الحياة لدى كبار السن عمرهم ٤٠ سنة ، تكونت عينة الدراسة من ٥٣٧٧ ، واستخدمت الدراسة مقياس جودة الحياة واستبيان الوظيفة البصرية ، وأشارت نتائج الدراسة إلي أن الإعاقة البصرية عملت على انخفاض جودة الحياة.

وهدف دراسة (Sacks & Kern (2008) إلى مقارنة متغيرات جودة الحياة لدى الطلاب المضطربين سلوكياً وانفعالياً والعاديين الذين ليس لديهم اضطراب ، تقارن هذه الدراسة بين الطلاب المضطربين انفعالياً وسلوكياً وطلاب ليس بهم اضطراب في أربع متغيرات لجودة الحياة وهي جودة الحياة العامة ، الذات ، العلاقات ، البيئة ، وأشارت نتائج الدراسة الي أن الطلاب المضطربين سلوكياً وانفعالياً غير راضيين عن ميادين جودة الحياة بالمقارنة بالعاديين (أي أن جودة الحياة منخفضة لديهم في المجالات الأربعة بالمقارنة بالعاديين) وارتفاع البيئة والذات والعلاقات وجودة الحياة العامة لدى العادين عن المضطربين سلوكياً وانفعالياً.

وقام (Loretta (2008) بدراسة هدفت الي التعرف علي العلاقة بين الكفاءة الذاتية العامة وجودة الحياة لدي المعاقين بصريا ، وتكونت عينة الدراسة من ٥٧ من المعاقين بصرياً بعمر ١٩-٩١ ، واستخدمت الدراسة مقياس الكفاءة الذاتية العامة واستبيان الوظيفة البصرية ومقياس جودة الحياة وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدي المعاقين بصرياً.

وهدف دراسة (Wong et al. (2009) إلى التعرف على تأثير الإعاقة البصرية على جودة الحياة لدي المراهقين من ١١-١٨ سنة استخدمت مقياس جودة الحياة تكونت العينة من

١٢٤٩ مراهقاً ، وأشارت نتائج الدراسة الي انخفاض جودة الحياة إلى المراهقين المعاقين بصرياً ،
وقام Wong, et al. (2009) بدراسة هدفت إلى التعرف علي تأثير الإعاقة البصرية علي
جودة الحياة لدى المراهقين في المدى العمري من ١١ - ١٨ ، وتكونت العينة من ١٢٤٩
مراهقاً ، ٩٤٨ آباء ، أشارت نتائج الدراسة إلى أن الإعاقة البصرية تؤدي إلى انخفاض جودة الحياة
لدى المراهقين .

وهدف دراسة أميرة بخش (٢٠١٠) إلى الكشف عن الفروق في جودة الحياة بين المعاقين
بصريا والعاديين بالمملكة العربية السعودية ، كما هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين جودة
الحياة ومفهوم الذات لدى هؤلاء العاديين والمعاقين بصريا .واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي كما
تكونت عينة الدراسة من ٥٠ معاقا بصريا ومثلهم من العاديين ، ممن تتراوح أعمارهم بين ١٥ - ١٨
سنة بالمملكة العربية السعودية . وتم تطبيق مقياس مفهوم الذات - ومقياس جودة الحياة ، وأسفرت نتائج
الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين العاديين والمعاقين بصريا
لصالح العاديين ، ووجود علاقة دالة وموجبة بين مفهوم الذات وجودة الحياة لدى عينة العاديين
والمعاقين بصريا .

وقام Subramanian & Chadha (2010) بدراسة هدفت إلى التعرف علي تأثير الإعاقة
البصرية علي جودة الحياة لدي الأطفال من سن ١٣ - ١٦ سنة ، تكونت عينة الدراسة من ٤٨
طفل (٣٦ ذكر - ١٢ أنثى) ، واستخدمت مقياس جودة الحياة ، وأشارت نتائج الدراسة إلى
انخفاض جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين بصرياً .

وهدف دراسة Patino-Sutton, (2010) إلى التعرف علي تأثير الإعاقة البصرية علي جودة
الحياة ، وتكونت العينة من ١٢٠ مراهقاً ، واستخدمت الدراسة مقياس جودة الحياة ، وأشارت نتائج
الدراسة إلى انخفاض جودة الحياة لدي المعاقين بصرياً .

دراسات تناولت العلاج المعرفي السلوكي مع كل من جودة الحياة والمعاقين بصرياً

قام هشام عبدالله (١٩٩٢) بدراسة هدفت التعرف على مدى فعالية العلاج المعرفي
(تعديل التشويه المعرفي - إعادة تنظيم البنية المعرفية) في خفض مستوى القلق لدى الأطفال ذوي
الإعاقة البصرية ، وتكونت العينة من ٢٠ طفلاً تم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية ومجموعة
ضابطة ، واستخدم الباحث مقياس القلق وبرنامج العلاج المعرفي ، وخلص الباحث إلى فعالية
العلاج المعرفي .

وهدف دراسة Telch (1995) إلى التعرف على فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في

تنمية جودة الحياة لدى المرضى باضطراب الهلع ، تكونت عينة الدراسة من ١٥٦ مريض بالهلع الخوف من الأماكن العامة ، وتكونت من مجموعتين أحدهما تجريبية والأخرى ضابطة ، وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج في تنمية جودة الحياة لدى المضطربين بالخوف من الأماكن العامة.

وقام سيد محمد (١٩٩٨) بالتعرف على فاعلية الإرشاد المعرفي (التدريب المعرفي - التدريب على الاسترخاء - جدولة الأنشطة) في خفض الشعور باليأس لدى عينة من المكفوفين الذكور عددهم ٩ أفراد ، واستخدم الباحث مقياس الشعور باليأس والبرنامج الإرشادي المعرفي ، وخلص الباحث إلى فاعلية الإرشاد المعرفي في خفض الشعور باليأس.

وقام إيهاب البيلالوي (١٩٩٩) بدراسة هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى القلق لدى عينة من ذوى الإعاقة البصرية ، وتكونت من ١٨ طالباً من المراهقين تم تقسيمهم إلى ثلاثة مجموعات ؛ مجموعتان تجريبيتان ومجموعة ضابطة ، واستخدم الباحث مقياس القلق للمكفوفين وبرنامج العلاج المعرفي السلوكي وبرنامج قائم على التحصين التدريجي ، وخلص الباحث إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى القلق لدى عينة الدراسة.

وأجرى أشرف عبد الحميد (٢٠٠٠) دراسة هدفت إلى تنمية وتعديل وجهة الضبط لدى ذوى الإعاقة البصرية باستخدام برنامج إرشادي مبني على فنيات المحاضرة والتدعيم ولعب الدور والنمذجة والواجبات المنزلية ، ومعرفة أثر تعديل وتنمية وجهة الضبط في الصحة النفسية لذوى الإعاقة البصرية ، وتكونت عينة الدراسة التجريبية من ٢٠ تلميذاً من الجنسين مقسمين إلى مجموعتين : مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة بمتوسط عمري ١٣,٦ سنة ، واستخدمت الدراسة مقياس وجهة الضبط للتلاميذ ذوى الإعاقة البصرية المعد في الدراسة ومقياس الصحة النفسية للتلاميذ ذوى الإعاقة البصرية المعد أيضاً في الدراسة ، وقد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في تعديل وتنمية وجهة الضبط لدى التلاميذ ذوى الإعاقة البصرية ، وأظهرت أن تعديل الضبط من الضبط الخارجى إلى الضبط الداخلى وتنمية الضبط الداخلى يتبعه تحسن في الصحة النفسية لأفراد العينة .

وهدف دراسة Winne, et al. (2001) إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية جودة الحياة ، وتكونت العينة ٢٥ فرداً بمتوسط عمري قدره ٣٥ سنة من الأفراد الذين يعانون من القلق الاجتماعى ، واستخدم الدراسة مقياس جودة الحياة والذي اعتمد على أبعاد الصحة الجسمية والقدرة على التحكم في الانفعالات وإدارة العلاقات الاجتماعية والانجاز الأكاديمي

والمهني ، وتكون البرنامج من ١٢ جلسة ، وخلص الباحث إلى فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في تنمية جودة الحياة.

وقام Frizell, et al. (2004) بدراسة هدفت إلى التعرف على مدى فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في تنمية جودة الحياة ، وتكونت العينة من المرضى الذين تماثلوا للشفاء بعد إجراء العمليات الجراحية ، واستخدمت الدراسة مقياس جودة الحياة ومقياس القلق ، واعتمد البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي على فنيات الحوار والمناقشة والتدريب على الاسترخاء العضلي والاسترخاء بالتنفس والمحاضرات واستمر البرنامج لمدة أربعة شهور بواقع جلسة أسبوعيا ، وتوصلت الدراسة إلى فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في تنمية جودة الحياة.

وهدف دراسة Evangelos (2005) إلى التعرف على فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في تحسين جودة الحياة ، وتكونت من ١٩ طالباً (١٥ طالباً - ٥ طالبات) من طلاب الجامعة ، واستخدم الباحث مقياس جودة الحياة والبرنامج الإرشاد المعرفي السلوكي والذي تكون من ١٢ جلسة ، وخلصت الدراسة إلى فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في تحسين جودة الحياة.

وقام Benedetto, et al., (2006) هدفت الدراسة الي التعرف علي فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين جودة الحياة لدى المراهقين المكتئبين ، واستخدمت الدراسة مقياس جودة الحياة للمراهقين ومقياس الرضا عن الحياة والبرنامج العلاجي ، وتكونت العينة من المراهقين المكتئبين ، وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الذي استمر ١٢ أسبوع في تحسين جودة الحياة لدى المراهقين المكتئبين.

وهدف دراسة Dysvik, et al. (2010) إلى التعرف علي فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين جودة الحياة وتخفيف حدة الألم استخدمت الدراسة مقياس الصحة العامة ومقياس جودة الحياة واستبيان مراحل الألم وقائمة الألم المختصرة والبرنامج العلاجي ، وتكونت عينة للدراسة من ١١٣ فرداً من الراشدين في عمر ١٨-٦٧ ، واستمر البرنامج ٨ أسابيع ، وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج العلاجي في تحسين جودة الحياة وتخفيف حدة الألم لدى عينة للدراسة. التعطيق على الدراسات المرتبطة

هدفت بعض الدراسات إلى التعرف على جودة الحياة لدى المعاقين بصرياً Broman, et al. (2002) ; Wong, et al. (2009) ; Wong ; Varma, et al. (2006) ; Polack ; Chia ; et al. (2004) ; Subramanian & Chadha (2010) ; Patino-Sutton, (2010) .

وقام Verdugo, et al. (2005) بدراسة هدفت إلى التحقق من الكفاءة السيكمترية لمقياس جودة الحياة ، وهدفت دراسة أميرة بخش (٢٠١٠) إلى الكشف عن الفروق في جودة الحياة بين المعاقين بصريا والعاديين بالمملكة العربية السعودية. وقام Loretta (2008) بدراسة هدفت الي التعرف علي العلاقة بين الكفاءة الذاتية العامة وجودة الحياة لدي المعاقين بصريا. وهدفت دراسة Sacks & Kern (2008) إلى مقارنة متغيرات جودة الحياة لدي الطلاب المضطربين سلوكيا وانفعاليا والعاديين.

وهدفت بعض الدراسات التعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاضطرابات النفسية (القلق ، اضطراب الهلع ، الشعور باليأس ، تنمية وتعديل وجهة الضبط) لدى المعاقين بصريا (هشام عبدالله ، ١٩٩٢ ؛ Telch,1995 ؛ سيد محمد ، ١٩٩٨ ؛ إيهاب الببلاوي ، ١٩٩٩ ؛ أشرف عبد الحميد ، ٢٠٠٠).

وهدفت بعض الدراسات التعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية جودة الحياة لدى المعاقين بصريا (Winne, et al. 2001 ؛ Frizeil, et al. 2004 ؛ Evangelos, 2005 ؛ Dysvik, et al. 2010 ؛ Benedetto, et al., 2006). وتهدف الدراسة الحالية الى التحقق من فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في تنمية جودة الحياة لدى المعاقين بصريا.

وكانت كل العينات من المعاقين بصريا ماعدا دراسة Sacks & Kern (2008) على الطلاب المضطربين سلوكيا وانفعاليا والعاديين. وتراوح المدى العمري من الأطفال إلى البالغين. وتقتصر عينة البحث الحالي على عينة من المراهقين المكفوفين.

وتوصلت بعض الدراسات إلى أن المعاقين بصريا يعانون من قصور في جودة الحياة (Broman, et al.2002 ؛ Chia ؛ Polack ؛ 2006 ؛ Wong ؛ Varma, et al. 2006 ؛ Patino-Sutton, 2010 ؛ Subramanian & Chadha ؛ Wong, et al.2009 ؛ al.2009).

وكشف التحليل العاملي في دراسة Verdugo, et al. (2005) لمقياس جودة الحياة عن ثلاثة أبعاد للمقياس هي : التفاعل Competence وعدد عباراته ٨ عبارات ، الرضا Satisfaction وعدد عباراته ١٠ عبارات ، التحديد الذاتي Self-determination. وعدد عبارته ٦ عبارات. وتعتمد الدراسة الحالية على هذا المقياس في تقييم جودة الحياة لدى المعاقين بصريا بعد ترجمته وتقنيته على عينة الدراسة.

وأُسفرت نتائج دراسة أميرة بخش (٢٠١٠) عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في

مستوى جودة الحياة بين العاديين والمعاقين بصريا لصالح العاديين ، ووجود علاقة دالة وموجبة بين مفهوم الذات وجودة الحياة لدى عينة العاديين والمعاقين بصريا. وتوصلت دراسة (Loretta, 2008) إلى وجود علاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى المعاقين بصريا.

وتوصلت دراسة (Sacks & Kern, 2008) التي أن الطلاب المضطربين سلوكيا وانفعاليا غير راضيين عن ميادين جودة الحياة بالمقارنة بالعاديين (أى أن جودة الحياة منخفضة لديهم في المجالات الأربعة بالمقارنة بالعاديين) وارتفاع البيئة والذات والعلاقات وجودة الحياة العامة لدى العاديين عن المضطربين سلوكيا وانفعاليا.

وتوصلت بعض الدراسات إلى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى خفض الاضطرابات النفسية (القلق ، اضطراب الهلع ، الشعور باليأس ، تنمية وتعديل وجهة الضبط) لدى المعاقين بصريا (هشام عبدالله ، ١٩٩٢ ؛ Telch, 1995 ؛ سيد محمد ، ١٩٩٨ ؛ إيهاب البيلوى ، ١٩٩٩ ؛ أشرف عبد الحميد ، ٢٠٠٠).

وتوصلت بعض الدراسات إلى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى تنمية جودة الحياة لدى المعاقين بصريا (Evangelos, 2005 ؛ Frizell, et al. 2004 ؛ Winne, et al. 2001 ؛ Dysvik, et al. 2010 ؛ Benedetto, et al., 2006).

ثالثاً : فروض البحث

أمكن للباحث صياغة فروض البحث الحالى في ضوء الأهداف والإطار النظري والدراسات المرتبطة:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ورتب درجات أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفى السلوكى علي مقياس جودة الحياة المستخدمة فى البحث الحالى لصالح أطفال المجموعة التجريبية.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج المعرفى السلوكى علي مقياس جودة الحياة المستخدم فى البحث الحالى لصالح القياس البعدي .

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية فى التطبيق البعدي وتطبيق المتابعة (بعد شهر من تطبيق البرنامج) علي مقياس جودة الحياة المستخدم فى

البحث الحالي لصالح تطبيق المتابعة.

إجراءات البحث

المنهج :

اعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي حيث إنها تختبر مدى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي (متغير مستقل) في تنمية جودة الحياة موضوع البحث الحالي (متغير تابع) لدى المراهقين المعاقين بصرياً ، واعتمد الباحث على التصميم التجريبي المكون من مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة.

العينة

تتكون عينة البحث من عينة البحث الاستطلاعية والتي اعتمد عليها الباحث في تقنين أدوات البحث ، وتكونت من ٣٠ مراهق ومراقبة بمدارس النور للمكفوفين بمحافظة سوهاج وقنا بمتوسط عمرى قدره ١٦,٦٢ وانحراف معيارى قدره ١,٢١٢. وتكونت عينة البحث الأساسية من ١٥ مراهقاً من الذكور بمدارس النور للمكفوفين بمحافظة سوهاج. وتم تقسيم عينة البحث الأساسية إلى مجموعة تجريبية قدرها ثمانية مراهقين ، ومتوسط عمرى قدره ١٥,٥٠ وانحراف معيارى قدره ٠,٥٣٤ ، ومجموعة ضابطة قدرها سبعة مراهقين ، بمتوسط عمرى قدره ١٥,٤٣ وانحراف معيارى قدره ٠,٥٣٤.

وتم التحقق من تجانس المجموعتين في العمر وجودة الحياة ، والجدول التالى يوضح الفروق بين المجموعتين في العمر وجودة الحياة.

جدول (١)

نوع المجموعة	المتغير	العدد	متوسط للرتب	مجموع الرتب	U	Z	الدلالة
تجريبية	العمر	٨	٨,٢٥	٦٦,٠٠	٢٦,٠٠	٧,٨٩	غير دالة
		٧	٧,٧١	٥٤,٠٠			
تجريبية	جودة الحياة	٨	٧,٦٣	٦١,٠٠	٢٥,٠٠	٠,٧٠٩	غير دالة
		٧	٨,٤٣	٥٩,٠٠			

الأدوات : تم استخدام الأدوات الآتية :

مقياس جودة الحياة لدى المكفوفين إعداد / Schalock & Keith, 1993 ترجمة

وتقنين الباحث

تم إعداد المقياس الحالي من قبل Schalock & Keith, 1993 لقياس جودة الحياة لدى المراهقين المتخلفين عقليا وتكون المقياس من أربعة أبعاد هي : الرضا عن الحياة الشخصية Personal Life ، الكفاءة والإنتاجية Competence & productivity ، التمكين والاستقلال Social Empowerment & Independent ، الاهتمامات الاجتماعية والتكامل الاجتماعي Social Belonging & Community Activity Integration ، ويتكون المقياس من ٤٠ عبارة موزعة على أعداد المقياس بالتساوي لكل بعد عشرة عبارات بالترتيب ، وللتحقق من ثبات وصدق المقياس استخدم الباحث التحليل العاملي Exploratory Factor Analysis ، والاستجابة على هذه المقياس تختلف من عبارة إلى عبارة حيث توجد أمام كل عبارة ثلاثة استجابات تختلف من عبارة إلى عبارة ويختار المفحوص الاستجابة التي تتفق مع سلوكه من الاستجابات الموضوعية أمام كل عبارة، ويتم التصحيح بناء على مفتاح تصحيح واحد (١ - ٢ - ٣) حيث أن الاستجابات مرتبة تبدأ من أقل مستوى ويأخذ الدرجة (١) وأعلى مستوى يأخذ الدرجة (٣) .

وقام Verdugo et al., (2005) بترجمة المقياس إلى اللغة الإسبانية وتقنينه على عينة من المراهقين المكفوفين قوامها ٢٦٤ (١٩٢ ذكور - ١٧٢ إناث) وباستخدام التحليل العاملي Confirmatory Factor Analysis ، Exploratory Factor Analysis توصل الباحث إلى ثلاثة عوامل للمقياس. ويرى Lee (2001) أن محتوى عبارات المقياس الحالي تصلح مع المعاقين بصرياً. وأكد كل من Schalock & Verdugo (2002) بعد مراجعة شاملة للأدبيات أهمية المقياس الحالي مع فئات الإعاقة الأخرى ، وأشار إلى ندرة المقاييس المستخدمة في قياس جودة المعاقين بصرياً.

إعداد المقياس للبحث الحالي

قام الباحث الحالي بترجمة المقياس إلى اللغة العربية وتم عرض للنسخة الأصلية الانجليزية والنسخة العربية المترجمة من قبل الباحث على بعض المختصين في اللغة الانجليزية ثم قام الباحث بإجراء التعديلات التي أشار إليها المختصون ، وتم عرض النسخة العربية على بعض المختصين في الصحة النفسية وعلم النفس والتربية الخاصة وقام الباحث بإجراء التعديلات التي أقرها المختصون ، ثم قام الباحث بتعديل بعض عبارات المقياس لتتناسب المراهقين المكفوفين ثم عرض

المقياس على المختصين وأجرى التعديلات التي أقرها المختصون ، حيث تم حذف العبارات أرقام ٢١ ، ٢٤ ، ٢٧ لعدم مناسبتها للبيئة العربية وعدم مناسبتها للعينة ، وتم فصل العبارة رقم ١٢ إلى عبارتين لأن هذه العبارة تحتوي على فكرتين مختلفتين ولا يمكن الاستجابة عليها باستجابة واحدة في نفس الوقت ، وبذلك يصبح عدد المقياس النهائي ٢٨ عبارة ، وأخيراً يتكون البعد الأول من ١٠ عبارات ، ويتكون البعد الثاني ١١ عبارة ، ويتكون البعد الثالث من ٧ عبارات ، ويتكون البعد الرابع من ١٠ عبارات.

تقنين المقياس في الدراسة الحالية

قام الباحث بتقنين المقياس على عينة البحث الاستطلاعية وتعذر على الباحث استخدام التحليل العاملى لحاجة التحليل العاملى لعينة كبيرة تعذر الحصول عليها. لذلك استخدم الباحث الأساليب الآتية للتحقق من صدق وثبات المقياس.

الصدق :

١. الاتساق الداخلى : تم التحقق من صدق المقياس عن طريق الاتساق الداخلى والجدول التالى يوضح معاملات الاتساق ودلالاتها الإحصائية.

جدول (٢)

معاملات الارتباط لمقياس جودة الحياة ودلالاتها الإحصائية

البعد الأول		البعد الثاني		البعد الثالث		البعد الرابع	
الارتباط	العبارة	الارتباط	العبارة	الارتباط	العبارة	الارتباط	العبارة
٠.٠٧٣٩	١١	٠.٠٥٢١	٢٢	٠.٠٥١٨	٢٩	٠.٠٥١٨	٢٩
٠.٠٧٢٩	١٢	٠.٠٧١٩	٢٣	٠.٠٥١٦	٣٠	٠.٠٥١٦	٣٠
٠.٠٧٨١	١٣	٠.٠٦٩٠	٢٤	٠.٠٦٩٥	٣١	٠.٠٦٩٥	٣١
٠.٠٥٢٧	١٤	٠.٠٥٢٢	٢٥	٠.٠٦٩١	٣٢	٠.٠٦٩١	٣٢
٠.٠٥٢٩	١٥	٠.٠٥٢٣	٢٦	٠.٠٥٤٣	٣٣	٠.٠٥٤٣	٣٣
٠.٠٥٣٠	١٦	٠.٠٥٦٧	٢٧	٠.٠٧٩٢	٣٤	٠.٠٧٩٢	٣٤
٠.٠٧٨٢	١٧	٠.٠٦٨٥	٢٨	٠.٠٦٦٦	٣٥	٠.٠٦٦٦	٣٥
٠.٠٧٣٢	١٨	٠.٠٦١٤		٠.٠٧٩٥	٣٦	٠.٠٧٩٥	٣٦
٠.٠٧٦٢	١٩	٠.٠٦٧٧		٠.٠٧٨٥	٣٧	٠.٠٧٨٥	٣٧
٠.٠٧٥٦	٢٠	٠.٠٦٧٩		٠.٠٥٥٢	٣٨	٠.٠٥٥٢	٣٨
	٢١	٠.٠٦٨١					

٠.٠٥ دالة عند ٠.٠١ ، ٠.٠٥ دالة عند ٠.٠٥

يتضح من الجدول السابق أن القيم دالة عند مستوى ٠.٠١ وعند مستوى ٠.٠٥، وتم حساب معاملات ارتباط درجات أبعاد مقياس جودة الحياة بالدرجة الكلية للمقياس كما هو موضح بالجدول التالي :

جدول (٣)

معاملات ارتباط درجة الأبعاد بالدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة

البعد	معامل الارتباط	الدلالة
البعد الأول	٠,٦٩٢	٠,٠١
البعد الثاني	٠,٧٧٥	٠,٠١
البعد الثالث	٠,٨٣٣	٠,٠١
البعد الرابع	٠,٦٧٨	٠,٠١

ويتضح من الجدول السابق أن معاملات اتساق درجات الأبعاد بالدرجة الكلية لمقياس

فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية جودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين

جودة الحياة عند مستوى ٠,٠١ ، وتم التحقق من صدق المقياس عن طريق الصدق التكويني وذلك بحساب معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس كما هو موضح في المصفوفة التالية :-

جدول (٤)

مصفوفة معاملات الارتباط البينية لأبعاد مقياس جودة الحياة

الأبعاد	البعد الأول	البعد الثاني	البعد الثالث	البعد الرابع
البعد الأول	-	٠,٧٧٢	٠,٦٧٩	٠,٦٧٢
البعد الثاني		-	٠,٥٤٤	٠,٦٨٢
البعد الثالث			-	٠,٦٧٨
البعد الرابع				-

نلاحظ من الجدول السابق أن معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠١ وعند مستوى ٠,٠٥ ، يشير هذا إلي أن المقياس يقيس جانب واحد وهو جودة الحياة.

الثبات : وتم التحقق من ثبات المقياس عن طريق التجزئة النصفية وعن طريق معامل ثبات ألفا كرونباخ (α) والجدول التالي يوضح قيم معاملات الثبات ودلالاتها الإحصائية

جدول (٥)

قيم معاملات الثبات باستخدام التجزئة النصفية

ومعامل ثبات ألفا كرونباخ (α) لمقياس جودة الحياة

البعد	التجزئة النصفية	معامل ألفا كرونباخ
البعد الأول	٠,٧٧١	٠,٦٤٥
البعد الثاني	٠,٨٤٥	٠,٧٠٧
البعد الثالث	٠,٧٨١	٠,٧٢٠
البعد الرابع	٠,٧٨٥	٠,٧٢٣
الدرجة الكلية	٠,٨٠١	٠,٧٢٩

يتضح من الجدول أن قيم معاملات الثبات باستخدام التجزئة النصفية وعن طريق معامل ثبات ألفا كرونباخ (α) مرتفعة .

البرنامج المعرفي السلوكي إعداد / الباحث

الهدف العام : يهدف للباحث من خلال البرنامج الحالي إلى تنمية جودة الحياة لدى المراهقين

المكفوفين.

الأهداف الإجرائية :

١. تعريف الطلاب بمعنى جودة الحياة.
٢. تنمية القيم الدينية والخلقية
٣. توعية الطلاب بالعناية الصحية والجسمية
٤. تنمية مهارة إدارة وقت الفراغ.
٥. تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي الجيد.
٦. تحفيز الطلاب لتنمية الرضا عن الدراسة.
٧. تنمية الشعور بالهدف فى الحياة.
٨. تنمية التوجه نحو المستقبل.

أسس بناء البرنامج : تم إعداد البرنامج فى ضوء مجموعة من الأسس هى:

١. تعرف جودة الحياة بأنها مستوى إشباع الحاجات الموضوعية للأفراد وذلك من خلال تقييم مستوى إشباع الحاجات المختلفة كالحاجات الأساسية اللازمة للحياة والحاجة إلى الأمن والحاجة إلى الحب ومستوى تقييم المؤشرات الذاتية مثل الرضا عن الحياة والسعادة والشعور بمعنى الحياة (Fisher, et al.,2005,25).
٢. يرى Cotton (2005) أن الالتزام بالقيم الدينية والأخلاقية ترتبط بالتوافق الجيد وجودة الحياة وخصوصا فى مرحلة المراهقة.
٣. أكدت البحوث والدراسات السابقة ارتباط جودة الحياة بالحالة الصحية والجسمية (Tari, 2004 ; Jennifer, 2004 ; Shumer, et al.2003).
٤. ويعتبر عامل كفاءة إدارة الوقت من الكفاءات النفسية المحددة للسوية واللاسوية. (آمال أباطة ، ٢٠٠٨ ، ٥).
٥. يعتبر نجاح الفرد فى علاقاته الاجتماعية من أهم العوامل التى تساعد على الشعور بجودة الحياة (فؤاد البهى السيد ، سعد عبدالرحمن ، ٢٠٠٦ ، ١٠).
٦. أكدت الدراسات والبحوث السابقة أن رضا الطلاب عن دراستهم ينعكس على شعور الطلاب بجودة الحياة (Evangelos ; Gadona, 2005 ; Martin, 2001) (2005).
٧. يعد الشعور بالهدف فى الحياة من العوامل الهامة فى تحقيق التوافق النفسى والشعور بالسعادة والقدرة على الانجاز والابتكار (William, 2006).

٨. يعتبر التوجه الإيجابي نحو المستقبل من العوامل الهامة التي تزيد من إحساس الشباب والمراهقين بالسعادة والرضا (إبراهيم بدر، ٢٠٠٢، ٢٢).
٩. اعتمد الباحث على بعض فنيات العلاج السلوكي المعرفي لتحقيق أهداف البرنامج، وهذه الفنيات هي: الحوار والمناقشة - النمذجة - التغذية الراجعة - التقويم الذاتي - تغيير القواعد - الواجب المنزلي (طه عبد العظيم، ٢٠٠٧، ٢٥٣ - ٢٨٥).
١٠. يقدم البرنامج للحالي لعينة من المراهقين المكفوفين.
- مصادر بناء البرنامج: تم تصميم البرنامج في ضوء مجموعة من الاعتبارات هي:
- الإطلاع على بعض الكتابات والبحوث المختصة في جودة الحياة ورعاية المعاقين بصرياً والإرشاد المعرفي السلوكي (هشام عبدالله ١٩٩٢؛ Telch, 1995؛ سيد محمد ١٩٩٨؛ إيهاب البيلاوي ١٩٩٩؛ Winne, et al., 2001؛ Frizell, et al., 2004؛ Evangelos, 2005؛ Dysvik, et al. 2010؛ Benedetto, et al., 2006؛ Evangelos, 2005).
 - تم الاستفادة من الخبراء في المجال حيث عرض الباحث جلسات البرنامج على مجموعة من أساتذة الصحة النفسية والتربية الخاصة.
 - وصف البرنامج: يتكون البرنامج من أربعة عشرة جلسة، يتراوح المدى الزمني للجلسة الواحدة ما بين ٥٠ - ٦٠ دقيقة بواقع جستان في الأسبوع. ويمكن وصف جلسات البرنامج على النحو التالي:

وصف جلسات البرنامج

عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات
١. التعارف بين الباحث والطلاب والتعريف بالبرنامج.	التعارف الباحث والطلاب - التعريف بالبرنامج، وهدفه وأنشطته - تعريف الطلاب بالتعليمات الواجب مراعاتها عند تنفيذ البرنامج.	الحوار والمناقشة
٢. للتعريف بجودة الحياة	تعريف للطلاب بمعنى جودة الحياة.	المحاضرة - الحوار والمناقشة - الواجب المنزلي.
٣. مقومات جودة الحياة: تنمية القيم الدينية والخلقية.	تنمية القيم الدينية والخلقية.	الحوار والمناقشة - النمذجة - التغذية الراجعة - التقويم الذاتي - تغيير القواعد - الواجب المنزلي.

عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	القيادات
٤. مقومات جودة الحياة : تنمية القيم الدينية والخلقية.	تنمية القيم الدينية والخلقية.	الحوار والمناقشة - النمذجة - التغذية الراجعة - التقييم الذاتي - تغيير القواعد - الواجب المنزلي.
٥. مقومات جودة الحياة : التدريب على العناية بالصحة والجسمية	علاقة جودة الحياة بالعناية الصحية والجسمية - المقصود بالعناية الصحية والجسمية - تعريف الطلاب بالمعادن التي تؤثر سلباً على الصحة	الحوار والمناقشة - التغذية الراجعة - التقييم الذاتي - تغيير القواعد - الواجب المنزلي.
٦. مقومات جودة الحياة : التدريب على العناية بالصحة والجسمية.	تعريف الطلاب بالأدوات الصحية الخاصة اللازمة للإنسان - تعريف الطلاب بالمعادن الصحية اليومية اللازمة لصحة الإنسان وحيويته.	الحوار والمناقشة - النمذجة - التغذية الراجعة - التقييم الذاتي - تغيير القواعد - الواجب المنزلي.
٧. مقومات جودة الحياة : التدريب على إدارة وقت الفراغ.	تعريف الطلاب بمفهوم الكفاءة فى إدارة الوقت - تعريف الطلاب بمبادئ الكفاءة فى إدارة الوقت - تدريب الطلاب على إدارة الوقت.	المحاضرة - الحوار والمناقشة - التغذية الراجعة - التقييم الذاتي - تغيير القواعد - الواجب المنزلي.
٨. مقومات جودة الحياة : تحسين التفاعل الاجتماعي.	تعريف الطلاب بمفهوم التفاعل الاجتماعي الجيد - تعريف الطلاب بأنماط التفاعل الاجتماعي الجيد.	الحوار والمناقشة - التغذية الراجعة - التقييم الذاتي - تغيير القواعد - الواجب المنزلي.
٩. مقومات جودة الحياة : تحسين التفاعل الاجتماعي	تعريف الطلاب بأهمية التفاعل الاجتماعي - تعريف الطلاب بالآثار السلبية المترتبة على القصور فى التفاعل الاجتماعي.	الحوار والمناقشة - التغذية الراجعة - التقييم الذاتي - تغيير القواعد - الواجب المنزلي.
١٠. مقومات جودة الحياة : تنمية الرضا عن الدراسة	تعريف الطلاب بمعنى الرضا عن الدراسة - تعريف الطلاب بالعلاقة بين الرضا عن الدراسة وجودة الحياة.	الحوار والمناقشة - التغذية الراجعة - التقييم الذاتي - تغيير القواعد - الواجب المنزلي.

عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الغويات
١١. مقومات جودة الحياة : تنمية الرضا عن الدراسة.	التعريف بجوانب الرضا عن الدراسة- يكشف الطلاب عن الجوانب التي يرتضونها في دراستهم - يكشف الطلاب عن المعوقات التي تعوق رضاهم عن دراستهم - تدريب الطلاب للتغلب على المعوقات التي تعوق رضاهم عن دراستهم.	الحوار والمناقشة - التغذية الراجعة - التقويم الذاتي - تغيير القواعد - الواجب المنزلي.
١٢. مقومات جودة الحياة : تنمية الشعور بالهدف في الحياة..	يتعرف الطلاب على نماذج من المكفوفين حققوا أهداف في الحياة - يعرف الطلاب معنى الهدف في الحياة - يتخذ كل طالب لنفسه هدفا يسعى لتحقيقه.	الحوار والمناقشة - للتمنجة - التغذية الراجعة - التقويم الذاتي - تغيير القواعد - الواجب المنزلي.
١٣. مقومات جودة الحياة : تنمية التوجه نحو المستقبل.	يتعرف الطلاب على مفهوم التوجهات المستقبلية - يتعرف الطلاب على العلاقة بين جودة الحياة والتوجه نحو المستقبل - تشجيع الطلاب على تبني توجهات مستقبلية نحو الأسرة والأبناء ، العمل ، المجتمع.	الحوار والمناقشة - للتمنجة - التغذية الراجعة - التقويم الذاتي - تغيير القواعد - الواجب المنزلي.
١٤. ختام البرنامج.	تقويم البرنامج.	الحوار والمناقشة - التغذية الراجعة

تطبيق البرنامج : تم تطبيق البرنامج لمدة سبعة أسابيع بواقع جلتين في الأسبوع في الإجازة الصيفية للعام الدراسي ٢٠١٠ / ٢٠١١.

إجراءات التطبيق : تم إتباع الخطوات الآتية :

- قام الباحث بالتحديد المبني لعينة البحث وهي من عينة المكفوفين المراهقين بمدارس النور بمحافظة سوهاج.
- قام الباحث بتطبيق مقياس جودة الحياة وتم اختيار الطلاب الذين حصلوا على درجة أعلى من المتوسط وبلغ عددهم ١٥ طالب.
- قام الباحث بتقسيم العينة إلى مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة.
- قام الباحث بتحقيق المجانسة في العمر وفي جودة الحياة وبلغ عدد المجموعة التجريبية ٨ طلاب ،

ويبلغ عدد المجموعة الضابطة ٧ طلاب.

- قام الباحث بتطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية لمدة سبعة أسابيع.
- قام الباحث بتطبيق مقياس جودة الحياة ثم التحليل الإحصائي في ضوء فروض البحث.
- قام البحث بتطبيق مقياس جودة الحياة بعد شهر من تطبيق البرنامج ثم التحليل الإحصائي في ضوء فروض البحث.

- تفسير النتائج في ضوء أهداف البحث وفروضه ثم استخلاص توصيات البحث.

الأساليب الإحصائية : تم استخدام الأساليب الإحصائية الآتية :

- معاملات الارتباط .

- اختبار " مان - وتي " .

- اختبار " ويلكوكسون " .

نتائج البحث وتفسيرها

نتائج الفرض الأول : نص الفرض الأول " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ورتب درجات أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي علي مقياس جودة الحياة المستخدمة في البحث الحالي لصالح أفراد المجموعة التجريبية". وللتحقق من صحة هذا الفرض إحصائياً استخدم الباحثان اختبار " مان - وتي " ، وتتضح نتائج هذا الفرض في الجدول التالي :

جدول (٦)

دلالة الفروق بين رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية

وبين رتب درجات المجموعة الضابطة علي مقياس جودة الحياة

نوع المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	الدلالة
تجريبية	٨	١١,٥٠	٩٢,٠٠	٠,٠٠٠	٣,٢٦٧	٠,٠٠١
ضابطة	٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠			

ويتضح من الجدول (٦) أن قيمة U المحسوبة أقل من قيمة U الجدولية وهذا يعنى أن هناك فروقاً دالة إحصائية عند ٠,٠١ لصالح أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس جودة الحياة بعد تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي وهذا يدل علي فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تنمية جودة الحياة لدي طلاب المجموعة التجريبية عينة البحث بعد تطبيق برنامج العلاج

السلوكي المعرفي وهذا يعني صحة الفرض الأول .
نتائج الفرض الثاني : نص الفرض الثاني " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي علي مقياس جودة الحياة المستخدمة في البحث الحالي لصالح القياس البعدي " . وللتحقق من صحة هذا الفرض إحصائياً تم استخدام اختبار " ويلكوسون " للأزواج المتماثلة ، والجدول التالي يوضح دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي علي مقياس جودة الحياة:-

جدول (٧)

دلالة الفروق بين رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية
في القياس القبلي والبعدي علي مقياس جودة الحياة

الأبعاد	الرتب	العدد	متوسط للرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
الدرجة الكلية	الرتب السالبة الرتب الموجبة الرتب المتساوية	٨ صفر	٤,٥١	٣٦,٠٠	٢,٥٥	٠,٠١١

ويتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية عند مستوي ٠,٠١ بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي علي مقياس جودة الحياة لصالح القياس البعدي مما يدل علي فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تنمية جودة الحياة لدي عينة البحث. وتؤكد هذه النتيجة صحة الفرض الثاني .

تفسير نتائج الفرض الأول والثاني

تتفق نتائج هذا البحث مع نتائج بعض البحوث والدراسات التي توصلت إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي كأسلوب علاجي فعال في خفض الاضطرابات النفسية والسلوكية ، وتنمية التوافق لدى المعاقين بصرياً (هشام عبدالله ، ١٩٩٢؛ سيد محمد ، ١٩٩٨ ؛ إيهاب عبدالعزيز البيلاوي ، ١٩٩٩ ؛ أشرف عبد الحميد ، ٢٠٠٠).

وتتفق نتائج هذا البحث مع بعض البحوث والدراسات التي توصلت إلى فاعلية العلاج

المعرفي السلوكي في تنمية جودة الحياة ، وتحقيق التوافق (Winne, et al., 2001 ; Telch, 1995) ;
(Dysvik, et al. (2010 ; Benedetto, et al., ; Evangelos, 2005 ; Frizell, et al., 2004
2006

وترجع فاعلية البرنامج إلى أن الباحث استخدم فنيات العلاج المعرفي السلوكي ، وكان لهذه الفنيات دور كبير في تغيير الأفكار السلبية المرتبطة بجودة الحياة ، وأدت هذه الفنيات إلى تعديل السلوك السلبي إلى السلوك الإيجابي.

فقد اعتمد الباحث على فنية "التقييم الذاتي" ، حيث عرض الباحث على الطلاب بعض مقومات جودة الحياة ، ومن خلالها طلب من الطلاب أن ينظروا إلى أنفسهم وقيموا ذواتهم (التقييم الذاتي) ، ووضعوا تقدير لأفكارهم وسلوكهم ، أي تحديد المستوى الذي يقفوا عنده. ويرى سعيد دبيس والسيد السمانوني (١٩٩٨ ، ٩٥) أنه من خلال فنية التقييم الذاتي self-evaluation يتعلم الأفراد كيفية تقييم سلوكياتهم بطرق فعالة وصحيحة. وهذا ما اعتمد عليه الباحث عند استخدام فنية التقييم الذاتي أثناء عرض مقومات جودة الحياة ، أي تقييم ذواتهم بناء على مقومات جودة الحياة.

واعتمد الباحث على فنية "تغيير القواعد" ، حيث ينظم الناس حياتهم بناء على قواعد ونظم معينة ، وبناء عليها يتصرف الشخص ، وينظر إلى الأشياء ، ويتفاعل مع المواقف والأحداث ، ونظراً لظروف إعاقة عينة البحث ارتبطت حياتهم بالعديد من الأفكار السلبية التي جعلتهم ينظرون إلى المواقف والأحداث من خلال الأفكار والمعادلات المشوهة والمخزنة في بنيتهم المعرفية وبناءاً على ذلك كان تصرفهم وتفاعلهم.

ويري بيك (٢٠٠٠ ، ١٩٦ - ١٩٨) أن القواعد تدور حول محورين رئيسيين هما :
الخطر في مقابل الأمان ، والألم مقابل اللذة . أما المرضي فتبرز مصاعبهم في تقديراتهم للخطر والأمان ، أو في مفهومهم عن الألم والإشباع . وتشمل القواعد المتصلة بالأمان والخطر كلاً من الضرر الجسدي والضرر السيكولوجي . أما الضرر النفسي - الاجتماعي فيشمل مختلف مشاعر الأشياء والخزي والحرج والحزن التي تلحق بالشخص حين تتاله إهانة أو نقد أو رفض ولكي يخفض الناس الخطر إلى أدنى حد فإنهم يستخدمون قواعد لتقدير احتمالات الخطر ودرجته ، وإمكانات النجاح في التعامل معه .

وتفرض ظروف الإعاقة البصرية على المعاقين بصرياً العديد من المشكلات ، وبعض هذه المشكلات والاضطرابات ناتجة عن أفكارهم الخاطئة حول أنفسهم وذواتهم ، فلديهم مجموعة من القواعد والنظم الفكرية السالبة لذلك فهم ينظرون إلى المواقف والأحداث وإلى ذواتهم من خلال هذه القواعد .

فهم يعانون من انخفاض في تقدير الذات ومفهوم الذات السالب ، والاعتماد على الآخرين في تدبير شئونهم ، وحل مشكلاتهم التي يواجهونها في حياتهم اليومية ، فالمعاق بصرياً أكثر تبعية واعتماداً على الآخرين ، وأقل شعوراً بالمسؤولية. ويعانى من قصور فى التوافق الاجتماعى والانفعالي ، ويعانى من عدم الثقة فى قدراته الذاتية. إضافة إلى نقص فى الخبرات الناجحة التي يمر بها (كمال سيسالم ، ١٩٩٧ ، ٧١ - ٨١).

واستخدام فنية التقييم الذاتي وفنية تغيير القواعد ما كان لها أن تتحقق إلا من خلال فنية الحوار والمناقشة ، حيث أن عينة البحث من الطلاب المعاقين بصرياً ولديهم القدرة على الحوار والمناقشة ، حيث عرض الباحث من خلال جلسات البرنامج مقومات جودة الحياة ، وباستخدام الحوار والمناقشة طلب الباحث من الطلاب النظر إلى أنفسهم وإلى قواعدهم السابقة ، وإذا ما كان بالإمكان تغييرها.

ومما أدى إلى تغير سلوك الطلاب إلى الإيجابية اعتماد الباحث على فنية "النمذجة" ، حيث اعتمد الباحث على تقديم نماذج سلوكية لفئات معاقة بصرياً ناجحة ومتوافقة ، أي أن النماذج السلوكية كانت قريبة ومتشابهة مع عينة البحث ، وهذا يجعلنا نقول انه كلما كانت النماذج السلوكية اقرب إلى خصائص وصفات العينة كانت أقرب إلى النجاح ، وهذا ألهم حماس عينة البحث إلى تغير قواعدهم وأفكارهم الخاطئة ، وجعلهم يتبنوا أفكار عقلانية متوافقة ، أي تعلم الطلاب من خلال هذه النماذج السلوك الإيجابي بعد تغير قواعدهم السلوكية الخاطئة.

ويتم في النمذجة تعلم استجابات جديدة عن طريق ملاحظة النموذج أو تقليده ، لذا يهدف إلى تعديل سلوك الأفراد ، وذلك من خلال مراقبة نماذج مرغوب فيها ، إذ يعزز سلوك الأفراد بعد تقليدهم للنماذج السلوكية (فاروق الروسان ، ٢٠٠٠ ، ١٣٤).

واستخدام فنية "التغذية للراجعة" كان لها دور بارز ، حيث أن مناقشة الطلاب فى أفكارهم وسلوكياتهم يترتب عليها صدور استجابات مختلفة ومتباينة ، وما كانت أن هذه الاستجابات أن تمر دون تقييم ، فكان استخدام التغذية الراجعة من قبل الباحث بمثابة تعزيز للاستجابات الصحيحة ، وإعادة مناقشة الاستجابات الخاطئة.

ولصقل التغيير الإيجابي ونقله من حيز العمل الإرشادي إلى الحياة الواقعية استخدم الباحث فنية " الواجب المنزلي" ، وتعتبر هذه الفنية هامة عند الوصول إلى هذه المرحلة من البرنامج ، حيث أن التغيير الذى حدث فى فكر الطلاب وفى سلوكهم ما كان له جدوى ما لم ينتقل إلى الحياة الواقعية والتفاعلات اليومية. أي أنه من خلال هذه الفنية قام الطلاب بتعميم خبراتهم فى جلسات البرنامج فى مواقف الحياة.

وتعتبر فنية "الواجب المنزلي" من الفنيات الهامة في العلاج المعرفي السلوكي ، فلكي يتمكن العميل من تقييم التغييرات الايجابية التي قد يكون أنجزها في الجلسات ، ولكي تساعده علي أن ينقل تغييراته الجديدة إلي المواقف الحية ، ولكي يقوي أيضا أفكاره ومعتقداته الجديدة ، كما يتم توجيهه وتشجيع الفرد علي تنفيذ هذه الواجبات المنزلية ، وتعد هذه الواجبات بطريقة خاصة بحيث تكون مرتبطة بالأهداف وقد تكون هذه الواجبات معرفية أو سلوكية كأن يطلب من العميل أن يدخل في سلسلة من المواقف ثم يوجهه إلي ممارسة بعض المهارات المعرفية كالإصغاء الايجابي ، واستخدام عبارات ذات محتويات انفعالية متنوعة مع الآخرين (عبد الستار إبراهيم وآخرون ، ١٩٩٣، ١٣٣).

وإستخدام الباحث لفنيات الإرشاد السلوكي المعرفي كان له دور كبير فى تنمية جودة الحياة ، حيث كَوّن المعاقرون بصرياً أفكاراً خاطئة عن هذه المعوقات ، وذلك نظراً لظروف إعاقتهم وإحباطهم المستمر ، وان الباحث من خلال الفنيات المعرفية عمل على تعديل الأفكار الخاطئة لدى هؤلاء الطلاب مما أدى بهم إلى أن يسلكوا سلوكاً صحيحاً ، وهذا هدف البحث.

ويؤكد ذلك إليس حيث يرى أن هناك تداخلاً وتشابكاً بين الانفعال والتفكير، وأن الفرد يفكر ويشعر ويتصرف في ذات الوقت ، ونادراً ما يحدث أحد هذه المكونات دون (عادل محمد ، ٢٠٠٠ ، ٧٢). ويركز العلاج المعرفي عمليات التفكير الداخلية ، ويركز العلاج السلوكي على السلوكيات الخارجية (Thigpen, et al., 2007,11). ويهدف الإرشاد المعرفي السلوكي إلي التعرف علي الأفكار المتكررة وغير التكيفية والاتجاهات المختلة وظيفياً ومساعدة المسترشد علي تصحيح التصورات والإدراكات الخاطئة واستئصال الأفكار غير الملائمة وتعزيز التفكير الواقعي وزيادة الدافعية لأداء الواجبات المنزلية والتدريبات المصححة لتنمية مهارات وأفكار موجبة وإعادة بناء تفكيرهم عن طريق إدراكهم للعمليات الفكرية وزيادة الوعي بالذات لما له دور مهم في تصحيح أخطاء التفكير وتكوين رؤية أكثر موضوعية نحو الموقف (إبراهيم بدر ، ١٩٩٧ ، ٣١١).

وترجع فاعلية البرنامج أيضاً إلى أن استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي تم تطبيقها من خلال محتوى البرنامج ، والذي اعتمد على مقومات جودة الحياة ، استمدها الباحث من نتائج البحوث والدراسات المرتبطة ، حيث اعتمد الباحث فى بناء محتوى البرنامج على مجموعة من المقومات خلصت اليها البحوث والأطر النظرية إلى أن هذه المقومات هي مقومات جودة الحياة ، وهي الأسس التي يعتمد عليها المستوى العال من جودة الحياة ، وهذه المقومات هي :

مستوى الإشباع الموضوعي للأفراد

تعرف جودة الحياة بأنها مستوى إشباع الحاجات الموضوعية للأفراد وعلاقة ذلك بمدى

شعور الأفراد بالسعادة والوجود الأفضل وذلك من خلال تقييم مستوى إشباع الحاجات المختلفة كالحاجات الأساسية اللازمة للحياة والحاجة إلى الأمن والحاجة إلى الحب ومستوى تقييم المؤشرات الذاتية مثل الرضا عن الحياة والسعادة والشعور بمعنى الحياة (Fisher, et al.,2005,25). وارتبط مفهوم جودة الحياة منذ البداية بسعي المجتمعات الصناعية نحو التنمية والارتقاء بمتطلبات الأفراد عن طريق تحقيق الوفرة الاقتصادية لمواجهة اشباعات الأفراد وتطلعاتهم وطموحاتهم (عادل الأشول ، ٢٠٠٥).

الالتزام بالقيم الدينية والخلقية

يرى Cotton (2005) أن الالتزام بالقيم الدينية والأخلاقية ترتبط بالتوافق الجيد وجودة الحياة وخصوصاً في مرحلة المراهقة. وأكدت دراسة (Richard 1991) أن الإخلاص الديني لدى طلاب الجامعة يرتبط ارتباطاً إيجابياً بالصحة النفسية حيث كانت هذه الدراسة على عينة من طلاب الجامعة قوامها ٢٦٨ طالب. وتوصلت موزة المالكي (٢٠٠٤) أن الإرشاد الديني كان فعالاً في خفض المشكلات لدى طلاب الجامعة.

العناية الصحية والجسمية

أكدت البحوث والدراسات السابقة ارتباط جودة الحياة بالحالة الصحية والجسمية (Tari, 2004 ; Jennifer, 2004 ; Shumer, et al.2003).

إدارة وقت الفراغ

يشمل مفهوم الكفاءة في إدارة الوقت التنظيم والتخطيط والترتيب والمتابعة ويشمل الانجاز والاستفادة النسبية للكاملة بالزمن المحدد لكل مهمة ويمكن انجاز أكثر من مهمة في آن واحد . والمقصود هنا بالكفاءة القدرة على تغيير ما تم تعلمه من أنماط ومهارات في إدارة الوقت. ويعتبر عامل كفاءة إدارة الوقت الكفاءات النفسية المحددة للسوية واللاسوية (أمال أباطة ، ٢٠٠٨ ، ٥). وعمل الباحث من خلال البرنامج الحالي على إكساب الطلاب مهارات إدارة الوقت من خلال مبادئ إدارة الوقت التي قدمها (Randy 1989) (للمكتوفين المراهقين) وهي:

- تحديد أفضل وقت للمذاكرة ، بمعنى استغلال الأوقات الأكثر تركيزاً في المذاكرة ، والأوقات الأقل تركيزاً للأعمال الروتينية اليومية.
- يبدأ الطالب بالموضوعات الصعبة حيث يكون تشغيل المعلومات سريعاً كنوع من حماية الوقت.
- الاعتماد على التعليم الموزع والعملية والدراسة في أوقات قصيرة مع الموضوعات

- ذات الصلة مع الفواصل القصيرة.
- التأكيد على المكونات البيئية التي تهيئ وتساعد على التركيز مع اختصار مكونات البيئة.
- التأكيد على تخصيص وقت محدد للنوم والأكل على اعتبار النوم والأكل من الأنشطة اليومية الضرورية.
- تجميع الأنشطة ذات الصلة واستغلال الفترات الزمنية بينها.
- تلبية الحاجة إلى الحياة الاجتماعية المتوازنة عند إدارة الوقت.
- المحافظة على مكان إقامة هادئ بقدر الإمكان.

التفاعل الاجتماعي الجيد

تعمل المهارات الاجتماعية التي يتمتع بها الإنسان على تزويد الفرد بالقدرة على مواجهة الآخرين، وتحريكهم على إقامة العلاقات الحميمة والناجحة، وعلى إقناع الآخرين والتأثير فيهم وجعلهم راضين عن تصرفاته، أي تعمل على تحقيق التعامل الفعال مع الآخرين (دانييل جولمان، ٢٠٠٠، ١٦٥ - ١٦٦).

ويؤدي امتلاك الفرد للمهارات الاجتماعية بوجه عام إلى تحقيق للتوافق على كل المستويات، التوافق الذي يؤدي إلى الحياة الطيبة من خلال التفاعل والتواصل الإيجابي مع كل قنوات المجتمع سواء الخاصة في مجال العلاقات الأسرية والعمل وسواء العامة في مجال مؤسسات المجتمع المختلفة وتعمل المهارات الاجتماعية على توافق الفرد مع ذاته من خلال إحساسه بقيمة نفسه وإدراكه لمفهوم ذاته ورضاه عن تفاعلاته ومقاومته للضغوط الخارجية ومواجهة تحديات الحاضر والتوافق مع مستجدات المستقبل، فالمهارات الاجتماعية هي الأداء والطريق إلى تحقيق مستوي عالٍ من طيب الحياة النفسية.

الرضا عن الدراسة

أكدت الدراسات والبحوث السابقة أن رضا الطلاب عن دراستهم ينعكس على شعور الطلاب بجودة الحياة من خلال المتغيرات المرتبطة بجودة الحياة مثل: العلاقات الاجتماعية الناجحة، الثقة بالنفس، تحقيق الذات، القدرة على حل المشكلات، التوجه نحو المستقبل، أسلوب الحياة، تحمل المسؤولية، الثبات الانفعالي والاجتماعي (Evangelos, ; Gadona, 2005 ; Martin, 2001). (2005)

الشعور بالهدف في الحياة

يعد الشعور بالهدف في الحياة من العوامل الهامة في تحقيق التوافق النفسي والشعور بالسعادة والقدرة على الانجاز والابتكار ويرتبط بالعديد من المتغيرات مثل : الدافعية ومواجهة المواقف الصعبة، الانفتاح في الاتجاهات الاجتماعية ، الثقة بالنفس ، تقبل الذات ، الرضا عن الحياة ، التوقعات الايجابية المستقبلية ، الاتزان الانفعالي ، الشعور بالسعادة ، الإحساس بالمسؤولية ، التحكم الذاتي (William, 2006).

التوجه نحو المستقبل

أكدت البحوث والدراسات المرتبطة والأطر النظرية أهمية التوجه الايجابي نحو المستقبل والإحساس بالتفاؤل والأمل من العوامل الهامة التي تزيد من إحساس الشباب والمراهقين بالرضا عن الحياة والتوافق الذي يترتب عليه الشعور بجودة الحياة (Wengler & Rosen, 1995) ؛ رجب شعبان ، ٢٠٠١ ؛ إبراهيم بدر ، ٢٠٠٢ ، ٢٢).

نتائج الفرض الثالث : نص الفرض الأول " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي وتطبيق المتابعة (بعد شهر من تطبيق البرنامج) على مقياس جودة الحياة المستخدمة في البحث الحالي لصالح تطبيق المتابعة". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " ويلكوكسون للأزواج المتماثلة " ، والجدول التالي يوضح دلالة الفروق بين القياس البعدي وقياس المتابعة (بعد توقف البرنامج بشهر) للمجموعة التجريبية علي كل من مقياس جودة الحياة :

جدول (٨)

الفروق بين القياس البعدي وقياس المتابعة للمجموعة التجريبية

على مقياس جودة الحياة

الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
الرتب السالبة	٥	٤,٠٠	٢٠,٠٠	١,١٣٤	٠,٢٥٧
الرتب الموجبة	٢	٤,٠٠	٨,٠٠		غير دالة
المتساوية	١				

تكشف المعالجة الإحصائية في الجدول (٨) عن عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين القياس البعدي وقياس المتابعة (بعد توقف البرنامج بشهر) على مقياس جودة الحياة مما يدل على استمرار فاعلية البرنامج بعد توقف البرنامج لدى عينة الدراسة.

تفسير نتائج الفرض الثالث

تشير نتائج الفرض الثالث إلى استمرار فاعلية البرنامج بعد شهر من تطبيق البرنامج وتؤكد هذه النتيجة استمرار فاعلية البرنامج حتى بعد توقف تطبيق البرنامج. ويرجع استمرار فاعلية البرنامج إلى أن الباحث اعتمد على فنيات معرفية وسلوكية ، وعملت الفنيات المعرفية على تعديل الأفكار والقواعد الفكرية للباطنة التي ينظر الطالب المعاق بصرياً من خلالها إلى الأحداث والمواقف وبناء عليه يتصرف ، وأن هذا التغيير أدى تبني الطالب لأفكاراً صحيحة ومعتقدات ، وبدأ ينظر من خلال الأفكار الجديدة إلى المواقف والأحداث والتفاعلات ، ومن هنا تغير سلوك الطالب. وترجع فاعلية البرنامج أيضاً إلى أن الطلاب أتقنوا فنية الواجب المنزلي ، ومنها استطاع الطلاب تعميم ما تعلموه في جلسات البرنامج إلى مواقف الحياة الفعلية ، وأدى هذا استمرار نظرة الطلاب إلى الأمور نظرة صائبة. فتساعد فنية الواجب المنزلي الفرد على تعميم التغييرات ، والتعديلات الإيجابية التي أنجزها الفرد في جلسات البرنامج الإرشادي إلى المواقف الواقعية (حنان المجولي ، ٢٠٠٩ ، ١٠٧).

ويرجع الباحث هذا الاستمرار أيضاً إلى العديد من العوامل والأسباب ، وهي :

- ويرجع الباحث هذه النتيجة إلى أن الباحث اعتمد في بناء البرنامج على المقومات الأساسية لجودة الحياة.
- اقتناع الطلاب المكفوفين بذواتهم وتقييمهم لها وتحركهم في ضوء قدراتهم وإمكاناتهم جعلتهم يتحررون من التوتر والقلق والخوف الذي يعوق توافقهم.
- تضمنت جلسات البرنامج ضرورة اتخاذ بعض الأهداف التي يسعى الإنسان لتحقيقها خلال فترات حياته المختلفة جعلت الطلاب يفكرون في اتخاذ بعضاً من هذه الأهداف ويفكرون في تحقيقها بدلاً من التفكير في قصورهم وعجزهم والذي قد يسلمهم إلى الفشل والخيبة.
- وتضمن البرنامج جلسات عن التطلع الإيجابي للمستقبل وهذا جعل الطلاب المكفوفين يستبدلون النظرة التشاؤمية للحياة بنظرة إيجابية متفائلة.

التوصيات

- التركيز على دراسة القوى الايجابية لدى المعاق بصرياً مما لها دور في الكشف عن الخصائص الايجابية لدى المعاق بصرياً.
- الاهتمام بتنمية الجوانب الايجابية لدى الشخص المعاق.
- توجيه المعلمين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وتدريبهم لمساعدة الطلاب على اتخاذ أهداف واقعية لحياتهم وتنمية تطلّهم الايجابي نحو المستقبل.
- توجيه الأسرة لإدراك القوى والجوانب الايجابية للمعاق بصرياً ، وانه بإمكانهم التقدم والإبداع والابتكار إذ ما أحسن تربيتهم وتعليمهم وصقلهم بالمهارات اللازمة لذلك.
- توجيه الأسرة لتجنب أساليب التنشئة القاسية والتي يتخذها البعض عند التعامل مع المعاقين.
- توجيه جميع قنوات المجتمع ذات العلاقة بالمعاق بالبعد عن النظرة السلبية للمعاق بصرياً واستبدالها بنظرة ايجابية ، وخصوصا النظرة إلى المعاق بصرياً باعتباره عضواً في منظومة التنمية والإنتاج ، وباعتباره شخص قادر على الإبداع والابتكار والأمثلة على ذلك عبر التاريخ كثيرة.
- أفرز علم النفس الايجابي العديد من المتغيرات الايجابية والتي تعتبر بمثابة قوى الإنسان وطاقته فما المناع من دراستها والكشف عنها لدى الأفراد ذوي الاحتياجات.

مراجع البحث :

- إبراهيم علي إبراهيم بدر (١٩٩٧). الاتجاهات الحديثة في العلاج السلوكي. مجلة البحث في التربية وعلم النفس (تصدر عن كلية التربية جامعة المنيا) ، ١٠ ، ٣ ، ٢٩٧-٣٣٤.
- إبراهيم علي إبراهيم بدر (٢٠٠٢). مستوى التوجه نحو المستقبل وعلاقته ببعض الاضطرابات لدى الشباب الجامعي. المجلة المصرية للدراسات النفسية (تصدر عن الجمعية المصرية للدراسات النفسية) ، ١٣ ، ٢٨ ، ١٦ - ٣٤.
- آرون بيك (٢٠٠٠). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. ترجمة: عادل مصطفى. القاهرة: دار الأفق العربية للنشر والتوزيع.
- أشرف أحمد عبد القادر (٢٠٠٥). تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الإعاقة. ورقة عمل مقدمة إلي مؤتمر تطوير الأداء في مجال الوقاية من الإعاقة. مكتب التربية العربي لدول الخليج ، الرياض في الفترة من ١٤-١٦ فبراير.
- أشرف محمد عبد الحميد (٢٠٠٠). فعالية برنامج إرشادي لتعديل وتنمية وجهة الضبط وأثره في الصحة النفسية لدى نوى الإعاقة البصرية ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق.
- أمال عبد السميع أباطة (٢٠٠٨). السلوك التوكيدي وعلاقته بكفاءة إدارة الوقت لدى المراهقين المكفوفين" دراسة سيكومترية إكلينيكية". المجلة المصرية للدراسات النفسية (تصدر عن الجمعية المصرية للدراسات النفسية بالقاهرة) ، ٦٣ ، ١٩ ، ١-٢٣.
- أميرة طه بخش (٢٠١٠). جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المعاقين بصريا والعاثين من المملكة العربية السعودية. uqu.edu.sa/files2/tiny_mce/plugins/filemanager/files/.../2-4.pdf
- إيهاب عبدالعزيز الببلاوي (١٩٩٩). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى القلق لدى نوى الإعاقة البصرية. رسالة دكتوراه، كلية التربية ، جامعة الزقازيق.
- حسن مصطفى عبد المعطى (٢٠٠٥). الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر ، المؤتمر العلمي الثالث لكلية التربية ، جامعة الزقازيق "الإثراء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة". الزقازيق ١٥ - ١٦ مارس ، ١٣-٢٣.

حنان شوقي عبد المعز محمد المجولي (٢٠٠٩). فعالية التدخل المبكر باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الاتجاهات السوسيوبياتية لدى أطفال الروضة المساء معاملتهم. المجلة المصرية للدراسات النفسية (تصدر عن الجمعية المصرية للدراسات النفسية)، ٦٤ (١٩) ، ٧٥ - ١٣٠ .

دانييل جولمان (٢٠٠٠). الذكاء العاطفي. ترجمة : ليلى الجبالي ، مراجعة : محمد يونس ، سلسلة عالم المعرفة (تصدر عن المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب)، الكويت.

رجب على شعبان محمد (٢٠٠١). الانجاز الأكاديمي وعلاقته بالتفاؤل والتشاؤم والدافعية وأساليب المواجهة لدى طالبات الجامعة " دراسة تنبؤية". المجلة المصرية للدراسات النفسية (تصدر عن الجمعية المصرية للدراسات النفسية بالقاهرة) ، ١١ ، ٣٢ ، ١٦٥ - ٢٠٢ .

سعيد بن عبدالله دبيس ، والسيد إبراهيم السامدوني (١٩٩٨). فعالية التدريب على الضبط الذاتي في علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم. مجلة علم النفس (تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب بالقاهرة) ، ٤٦ ، ١٢ ، ٨٨ - ١٢٠ .

سيد عبدالعظيم محمد (١٩٩٨). أثر الإرشاد المعرفي في خفض الشعور باليأس لدى عينة من المكفوفين. مجلة الإرشاد النفسي ، ٨ ، ٢٩٥ - ٣٢٣ .

صلاح الدين عبد الغني عبود وسحر عبد الغني عبود (٢٠٠٣). فاعلية برنامج إرشادي سلوكي في خفض حدة العنف لدي المراهقين. المؤتمر السنوي العاشر "الإرشاد النفسي وتحديات التنمية". مركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس في الفترة من ١٣-١٥ ديسمبر .

طه عبد العظيم حسين (٢٠٠٧). العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات. الإسكندرية : دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر .

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠). العلاج المعرفي السلوكي. القاهرة : غريب للطباعة والنشر .

عادل عز الدين الأشول (٢٠٠٥). نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي. المؤتمر العلمي الثالث. الإنماء النفسي والتربوي العربي في ضوء جودة الحياة . كلية للتربية جامعة الزقازيق في الفترة ١٥-١٦ مارس ، ٣-١٣ .

عبد المطلب أمين البكري (٢٠٠٥) . سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم . ط٤

. القاهرة : دار الفكر العربي

عبدالستار إبراهيم ، وعبدالعزیز عبد الله الدخيل ، ورضوي إبراهيم (١٩٩٣). العلاج السلوكي للطفل ، أساليبه ونماذج من حالاته. سلسلة عالم المعرفة (تصدر عن المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب بالكويت) ، الكويت ، العدد ١٨٠.

فاروق الروسان (٢٠٠٠). تعديل وبناء السلوك الإنساني. عمان : دار الفكر العربي.
فؤاد البيهى السيد ، سعد عبدالرحمن (٢٠٠٦). علم النفس الاجتماعى رؤية معاصرة. ط ٣ . القاهرة : دار الفكر العربي.

فيصل محمد خير الزراد (٢٠٠٥). العلاج النفسى السلوكى. بيروت - لبنان : دار العلم للملايين.

كمال سالم سيسالم (١٩٩٧). المعاقون بصرياً : خصائصهم ومناهجهم. القاهرة : الدار المصرية اللبنانية .

محمد السعيد أبو حلاوة (٢٠١٠). جودة الحياة: المفهوم والأبعاد. ورقة عمل ضمن إطار فعاليات المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية ، جامعة كفر الشيخ.

محمد محروس الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨). العلاج المعرفي الحديث أسسه وتطبيقاته. القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر.

موزة المالكي (٢٠٠٤). مهارات تطبيق الإرشاد الدينى. مجلة كلية التربية بقطر ، ١٤٧ ، ٣٢ ، ١٥٦ - ١٧٩ .

هشام إبراهيم عبد الله (١٩٩٢). فعالية العلاج المعرفى فى خفض مستوى القلق لدى الأطفال ذوي الإعاقة البصرية. المؤتمر السنوى للجمعية العلمية الإكلينيكية. جامعة الزقازيق ، كلية الطب ، ٢٣ ابريل.

Benedetto, V. & Paul, R. & Susan, S. & Wells, K. et. al. (2006). Functioning and Quality of Life in the Treatment for Adolescents with Depression Study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry , 45 , 12, 1419-1426.

Broman, A; Munoz, B.; Rodriguez, J.; Sanchez, R.; Quigley, H.; Klein, R.; Snyder, R. & West, S. (2002). The Impact of Visual Impairment and Eye Disease on Vision-Related Quality of Life in a Mexican-American Population: Proyecto VER. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. November 2002 vol.

43 no. 11 3393-3398.

- Carr, A. (2004). Positive psychology: the science of happiness and human strengths. New York, Brunner-Routledge.
- Chadha, R. & Subramanian, A. (2010). The effect of visual impairment on quality of life of children aged 3-16 years. Br J Ophthalmol doi:10.1136/bjo.182386.
- Chia, E.; Wang, J.; Elena Rochtchina, E.; Smith, W.; Cumming, R. & Mitchell, P. (2004). Impact of Bilateral Visual Impairment on Health-Related Quality of Life: the Blue Mountains Eye Study. Global Burden of Disease study. doi: 10.1167/iops.03-0661 Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. January , vol. 45 no. 1 71-76.
- Church , M. C. (2004). The conceptual and operational definition of quality of life : a systematic review of the literature. unpublished master's degree , The Office Of Graduate Studies Of Texas A& m University.
- Cotton, S.(2005). The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. Journal of adolescent health, 36, 6, 529- 539.
- Douglas, A(2004) .Quality of Life and Mental Health Program . Journal of Quality of life Research, 14 , 3 , 1057-1063.
- Dysvik, E.; Kvale, J.; Stokkeland, R. & Natvig, G. (2010). The effectiveness of a multidisciplinary pain management programme managing chronic pain on pain perceptions, health-related «quality of life» and stages of change A non-randomized controlled study. International Journal of Nursing studies, 47 , 7 , 826-835.
- Evangelos, C. (2005). Promoting university students quality of life. Paper presented at the (F. E. D. O. R. A.) Psycho conference 8- 11 june Groningen the Netherlands , 109 – 118. available on line eric database. Com.
- Fisher, B & Costanza, R & Beer, C (2005) . Quality of Life. An Approach Integrating Opportunities Human Needs and Subjective Well-being . Journal of Ecological Economic , 9 , 4 , 23-39.

- Frizell, D.; Hargre, C. & Plewin, R. (2004). Cognitive behavioral rehabilitation program for patients with an implanted cardiover defibrillato. Apliot study . British journal of health psychology, 9 , 381 – 400.
- Gadona, G. (2005). Reliability and validity of the college adaptation questionnaire in a sample of greek univiristy students. Paper presented at (F.E.D.O.R.A.) psycho conference 8-11 june groningen the Netherlands, 129-134.
- Goode, D., (1994) Quality Of Life For Persons With Disabilities; International Perspectives And Issues; in: Michel, D.,(1997): Book Review; Journal Of Intellectual & Developmental Disability, Vol. 22 (1), PP. 63-75.
- Hoff, E: (2002) Quality Of Life For Persons With Disabilities, Journal Of the American Medical Association, Vol. 280 (6), PP. 716-725
- Jennifer, D.(2004). Relation among exercise, coping disordered eating and psychological health among college student. Journal of eating behaviors, 5, 4, 337- 351.
- Katsching, H & Krautgartner, M (2002). Quality of Life :A new dimension in mental health care . In N. Satorius, W . Gaebel , J . J Lopez-Ibor, &M. Maj(Eds), Psychiatry in Society (pp 171-191). West Sussex, U. K : John Wiley.
- Kim, Y. (2003). The Effectiveness of Assertiveness Training on Enhancing the Social Skills of Adolescents with Visual Impairment, Journal of Visual Impairment & Blindness , 97 (5) , 285 – 297.
- Lee, A.G. (2001). Community screening for visual impairment in older people. Journal of the American Geriatrics Society, 49, 673-675.
- Legge, G.E. (1990). How visual impairment affects quality of life. In M.F. Drummond (Ed.), Measuring the quality of life of people with visual impairment. Proceedings of a workshop (pp. 17-22). U.S.: Department of Health and Human Services.

Loretta, T. (2008). The relationship between general self-efficacy

- and vision-targeted health-related quality of life in adults diagnosed with vision impairment. Talbert-Kipasa, Loretta Ph.D., Walden University, 95 , AAT 3329768
- Martin, M. (2001). Academic , self- efficacy and first year college students -performance and adjustment. Journal of educational psychology, 93, 1, 55- 64.
- Michael, R., (2003) The Quality Of Life instrument; Clinical Research, Vol. 12(2), PP.246- 257
- Moorjani ,J. D. & Geryani, M. (2004). A study of life satisfaction and general well- being of college student. -psycho lingua,34,66-70.
- Patino-Sutton, C. (2010). The impact of visual field impairment on health related quality of life: A population-based study. PhD, University of Southern California, 108p;AAT3418146.
- Polack, S.; Hannah Kuper, H.; Wanjiku Mathenge, W.; Astrid Fletcher, A. & Foster, A. (2006).Cataract visual impairment and quality of life in a Kenyan population. Br J Ophthalmol 2007;91:927-932 doi:10.1136/bjo.2006.110973.
- Power, M (2003).Quality of life .In S.J.Lopez & CR. Snyder (Eds), Positive Psychological assessment. (pp: 427-441). Washington DC:American Psychological Association .
- Randy , B.(1998). Trine management of taxonomy of the gifted blind, building, birtuer of words courseat, Carnegie melfon, spring.
- Reine,G; Lancon,C;Tucci,S; Sapin,C. and Auquier,P.(2003): Depression and Subjectiv quality of life in chronic phase schizophrenic patients. Act Psychiatrica Scandinavica.vol.108,PP.297-303.
- Richard, S. (1991). Religious devoutness in college students, relation with emotion adjustment and psychology separation from parents. Journal of counseling psachology,39, 2 , 189- 196.

- Robinson, B& Lieberman ,L (2004). Effects of Visual Impairment , Gender , and Age on self – Determination . Journal of Visual Impairment &Blindness , 98 , 6 , 351-366.
- Rowand, R.; Kennedy, A. & Robert, K. (1999). Cognitive Behavioral Modification of Hyperactivity Impulsivity. Journal of Educational Psychology, 91, 2, 195-203.
- Roy, W. & Mackay , F . (2002). Self -Perception and Locus of Control in Visually Impaired College Students with Different Types of Vision Loss , Journal of Visual Impairment & Blindness , 96 (4) , 254 –266.
- Sacks, G. & Kern, L. (2008). A comparison of Quality of life Variables for Students with Emotional and Behavioral Disorders and students without Disabilities .Journal of Behavioral Education , 17, 1 , 111-127.
- Schalock, R. L. & Keith, K.D. (1993 a). Quality of Life Questionnaire. Worthington, Ohio: IDS Publishers.
- Schalock, R. L.; Bonham, G. S. & Verdugo, M. A. (2008) The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. Evaluation and Program Planning 31 (2008) 181–190.
- Schalock, R.L. & Verdugo, M.A. (2002). Handbook on quality of life for human services practitioners. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, v(2002). Handbook of Quality of Life for human Service Practitioners .
- Seed, P. & Lloyd , G. (1997). Quality of life . London , Jerssica . Kingsley publishers.
- Shumer, W.; Williams, G.&Anderson, M. (2003). association of bullying with adolescent health related quality of life. Journal of pediatric & health, 39, 3, 436- 441.
- Tari, D.(2004). Toword youth self report of health and quality of life in population monitoring. Journal of ambulatory pediatrics, 4, 4, 387- 394.
- Tavakol,K; Dehi, M.; Naji, H. & Nasiri, M. (2008). Parental anxiety
- المجلة المصرية للدراسات النفسية - العدد ٧٤ - المجلد الثاني والعشرون - فبراير ٢٠١٢ = (٦٥)

- and quality of life in children with blindness in Ababasire institution. Research Article of Isfahan University of Medical Sciences, Autumn, 13, (4), 141-144.
- Telch, M. (1995). Impact of Cognitive-Behavioral Treatment on Quality of Panic Disorder Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 2 , 823-830
- Thigpen, M. L.; Beauclair, T. J.; Keiser, G. M.;Guevara, M.; Mestad, R. (2007). cognitive-behavioral treatment. A Review and Discussionfor Professionalsfor Corrections Professionals. NIC Accession, n 021657, U.S. Department of Justice, National Institute of Corrections: NW Washington, DC 20534.
- Varma, R. ; Wu MS, J. ; Chong, K.; Azen, S. & Hays ,R. (2006). Impact of Severity and Bilaterality of Visual Impairment on Health-Related Quality of Life, *Ophthalmology*, 113, 10, 1864-1853.
- Ventegodt, S., Anderson, N.J. & Merrick, J. (2003). Quality of life philosophy I. Quality of life, happiness, and meaning in life. *The Scientific World JOURNAL* (3), 1164-1175.
- Verdugo , M. A.; Prieto, G.; Caballo, C.; Pelaez, A. (2005). Factorial structure of the quality of life questionnaire in a spanish of visually disabled adults. *European journal of psychological assessment*, 21(1), 44- 55.
- Verdugo, M. ; Prieto, G.; Caballo, C.& Ana Peláez, A. (2005). Factorial Structure of the Quality of Life Questionnaire in a Spanish Sample of Visually Disabled Adults, *European Journal of Psychological Assessment*, 21 (1), January, 44-55.
- Wenglert, L. & Rosen, A. (1995). Optimism, self – esteem, mood and subjective heath. *Journal of personality and individual differences* , 18 , 5, 653- 661.
- William, R.(2006). Exploring frankels purpose in life with college students. *Journal of college & character*, vii, 1, 3-16.
- Winne, E.; Brass, P.& Moen, H. (2001). Quality of life following
- == (٦٦) == المجلة المصرية للدراسات النفسية - العدد ٧٤ - المجلد الثاني والعشرون - فبراير ٢٠١٢ ==

cognitive behavioral treatment for social anxiety disorder, Journal of depression and anxiety, 13 (1), 192 – 198.

Wong, H ; Machin , D.; Tan, S.; Wong,T & Saw, S. (2009). Visual Impairment and Its Impact on Health-related Quality of Life in Adolescents, American Journal of Ophthalmology, 147, 3 , 5050-511.

Wongabc, H.; Machinbde, D.; Tanbfg, S.; Wongchi, T. & Sawci, S. (2009). Visual Impairment and Its Impact on Health-related Quality of Life in Adolescents. American journal of ophthalmology, 147, 3, 505-511.e1 (March 2009).

Effectiveness of CBT in the development of quality of life in the blind adolescent.

Prepared by

Ahmed Mohamed Gadelrab Abu Zaid.

Ph.D in mental hygiene and special education.

Egypt.

Abstract

The current research aims to identify the effectiveness of CBT in the development of life quality of blind adolescents. Basic research sample consisted of 15 male teenagers in Alnoor Schools for blinds in Sohag Governorate. The sample was divided into an experimental group of eight teenagers, and their average age is 15.50 years and a standard deviation of 0.534, and a control group of seven teenagers, average age is 15.43 and a standard deviation of 0.534. The study used measure of quality of life of blind preparation / Schalock & Keith, 1993, translated and standardized by the researcher. The results revealed that effectiveness of CBT in the development of quality of life for blind adolescents.