فعالية العلاج بالمعنى في تحسين جودة الحياة لدى المراهقين المصابين بصرياً

إعداد
د/ محفوظ عبد الستار أبو الفضل
مدرسة الصحة النفسية
كلية التربية بالغردقة - جامعة جنوب الوادي
فعالية العلاج بالمعنى في تحسين جودة الحياة لدى المراهقين المعاقين بصورة كبيرة

إعداد
د/ محفوظ عبد المعز أبو القصيل
مدرس الصحة النفسية
كلية التربية بالغردقة - جامعة جنوب الوادي

ملخص الدراسة

هدف الدراسة الحالي إلى التعرف مدى فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالمعنى في تحسين جودة الحياة لدى المراهقين المعاقين بصورة كبيرة، وتشير إلى أن عدد الدراسة من 17 طالباً (13 ذكرًا - 4 أنثى) تم اختيارهم من عينة كلماها 29 طالباً وطالبة من طلاب المرحلة الثانوية المعاقين بصورة مدرسة النور بمحافظة قنا، تم تطبيق الأدوات التالية (مقاس جودة الحياة من إعداد منظمة الصحة العالمية، 2008)، البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالمعنى إعداد الباحث.

ومن نتائج الدراسة ما يلي:

1. وجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطات رتب درجات الطلاب المجموعة التجريبية في الإعداد (الصحة البدنية، الصحة النفسية، العلاقات الاجتماعية، والدرجة الكلية) من مقياس جودة الحياة في القياسين القلبي والبدني لصالح القياس البدني.

2. وجد فروق بين متوسطات رتب درجات الطلاب المجموعة التجريبية في بعد العوامل البيئية من مقياس جودة الحياة في القياسين القلبي والبدني ولكن هذه الفروق لم تصل إلى حد الدلالة.

وهذا يؤكد أن تدريبات العلاج والمعنى، والتي استخدمت في البرنامج قد مكنت الطلاب المعاقين بصورة كبيرة من إيجاد معنى لحياتهم وأهدافهم يمكن تحقيقها، واستطاعوا أن يستغلوا قدرتهم على التحكم والسيطرة على حياتهم، والشعور جودة الحياة بمختلف جوانبها الصحية النفسية والاجتماعية نتيجة التطور الإيجابي ومساهمة أكثر رضا عن تلك الجوانب، مما أدى إلى أن يرى كل واحد من أفراد المجموعة عينة الدراسة معنى شخصياً أكثر إيجابية خاصة به يسعى إلى تحقيقه في الحياة وأحقيته أن يعيش فيها ويشعر بكل الجوانب الجيدة منها.
Effectiveness of a Logotherapy in Quality of Life Enhancement of Visually-Impaired adolescents
Dr. Mahfuz Abdel Sattar Abdul Fadl
Psycho-Hygiene Lecturer, Hurghada Faculty of Education
South Valley University

Abstract:

The main study aimed at identifying The Effectiveness of a Logotherapy in Quality of Life Enhancement of Visually-Impaired adolescents. Sample of the study was (17) students, (13 males - 3 females) of a total sample (29) students from El Nour schools for the Visually Impaired in Qena Governorate. The following tools were utilized: World Health Organization scale for Quality of Life, 2008 and the program designed by the researcher. Some of the results were the following:

1- There are significantly mean differences at (0.01) level between the scores of the experimental group in the following dimensions: physical health, psycho hygiene, social relations and the total score) in the pre-post testing of quality of life scale favoring the post-testing.

2- There are mean differences between the ranks of the experimental group students’ scores in some of the environmental factors in quality of life scale in the pre-post testing which are not significant.

These results verify the techniques and training done by Logotherapy utilized in the program. This helped the visually-impaired sample to find a meaning for their life and objectives to achieve as well. They could feel with their abilities to control and dominate their lives. They also could feel with the quality of life with all its different psych, healthy and social aspects and to think and feel positively and feel satisfied with these aspects. This also led to the self feeling of a more positive aspect of life and also looking forward to achieve it and feeling the right to live in and enjoy its various aspects.
فعالية العلاج بالمعنى في تحسين جودة الحياة لدى المراهقين المعاقين بصرياً
د/ محمود عبد العظيم أبو الفضل
مدرسة الصحة النفسية
كلية التربية بالغردقة - جامعة جنوب الوادي

أولاً: مقدمة الدراسة:
تمثل عدة أى مجتمع بالأفراد غير العاديين الواجهة الحقيقة والمعيار الذي يمكن من خلاله الحكم على تقدم ورقى هذا المجتمع ومدى إمكانه بحق هؤلاء الأفراد في أن يجروا في ظل ورعاية واهتمام يساعدهم على التأهيل لحياة أفضل كل حسب إمكاناته وقواعده.

 فالإعاقة البصرية تؤدي إلى تأثيرات سلبية على مفهوم الفرد عن ذاته وعلى صحته النفسية، وربما أدت المعاق بصرياً إلى سوء التكيف الشخصي والاجتماعي والاضطباب النفسي نتيجة الشعور بالعجز والدونية والإحباط والتعتيم والشعور بالطابفينة والأمن مما يسبب في شعوره بالاختلاف عن الآخرين. (عبد المطلب الفاضلي، 2001:176).

كما أن الإعاقة البصرية تعد من أكثر الإعاقات إلزاماً، فالإصابة بها أمر شديد الوفاة، حيث تفرض على الفرد نوعاً من العائق الناتج عن الغياب أو النقص في حاسة البصر، الذي يؤدي بدوره إلى منعاق المعاق بصرياً من إمكانات متعددة كالمهارات التالية
عن الحماسة الزائدة والاعتماد على نظر وال気軽 في العلاقات الاجتماعية، الأمر الذي يؤثر على خصائص المعاق بصرياً الاجتماعية والاجتماعية. (كمال سالم، 1997:70).

لهذا يتطلب المعاق بصرياً العديد من المواقف التي يشعر بها الفلق، فهو يخشى أن ينذر من حوله بسبب عجزه ويخشى من تصرفاته وهو في شدة دائمة من أن يفقد حق الآخرين الذين يعتبرونه على وجودهم واستمرار حيويه له، ويخشى كذلك أن تقع له حوادث
(Shafrman & Sigfoos, 2000).

ويزداد الأمر صعوبة بالنسبة للمعاقين بصرياً خلال مرحلة المراهقة وذلك من
منطق أن الإعاقة البصرية تشكل في حد ذاتها أزمة نم عبر مرحلة منها: الصدمة، وتوقع
الشفاء، والعراق، والزروز الدفاعية والقبول بالواقع (مني الحديدي، 1998:100) فضلا عن
كونها عاملاً مؤثراً في إحساس المراهقين بالقرار، بما يشمل القرارات المتعلقة بإمكانية ومتطلباتها الاجتماعية.

ويحن ذلك أن المراهقين، بصورة مباشرة، يواجهون العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية التي تفرضها على مرحلة المراهقة بالإضافة إلى الإعاقة البصرية، ويبدأ في إدراك طبيعة العجز الذي يعني منه، ويزداد وعيه بالضرورة التي تفرضها الإعاقة عليه، فبالإعاقة البصرية نقص على القدر الذي يثير كمية كبيرة من الخوف والدوم والسلوكية، ويبدو أن الإعاقة البصرية وما يرتبط به من شعور الفرد بالعجز قد تفق عائلاً أمام إشباع الحاجات الأساسية للفرد مما يشعره بالإحباط وخيبة الأمل في تحقيق أهدافه.

ويجعل حياته بلا هدف ولا معنى في ذلك حاسمه ودافعيه في الحياة.


ومن هذه المشكلات التي يعاني منها المعاقين بصرياً قد يؤثر على إدراكهم للحياة التي يعيشونها، ومؤكد تميزهم بحياة أي تؤثر على جودة الحياة لديهم، وهذا ما أكملت دراسة هوف (Hoff, 2002) لجودة الحياة، وأما ما أكملت لويس (Lewis, 2002) من أن مستوى جودة الحياة الذي يدركه الفرد، إنما يرتبط بالمهر الإجتماعي والتحكم في المواقف السلبية للفرد.

أما بالنسبة للمعاق فإن درجة الإعاقة، وعجز الفرد، وتاريخ بداية الإعاقة، ومدى الدعم الاجتماعي، والنجاح، تعزز عزلة الفرد، كما أن وجود الحاجة من ضروري أن تحدد من وجهة نظر المعاقين أقسام فهم أكثر من إدراك أهمية العجز. (Hampton, 1999)

ويتبين إدراك الفرد المعاق لجودة الحياة يلزم مجموعة من المتغيرات النفسية، والاجتماعية، والبيئية. وفقاً لهذا الصدد، أكملت دراسة ميشيل (2003) على ألمانيا ما يقترح، ويذكر أن معنى الاعاقة يشتمل على تحديد المعاقين، ويؤثر على أن الدعم الاجتماعي، الذي يقدمه المجتمع، يؤثر بصورة جوهيرية على جودة الحياة لديه، وفي هذا الصدد، أكملت سيميث (Smith, 2002) على أنه يمكن تحديد جودة الحياة لدى المعاقين من خلال تقديم بعض البرامج التي تعمل على زيادة مشاركتهم في أنشطة الحياة اليومية، وتكشف مهارات خاصة تقلل من أثر الإعاقة وتزيد من
نظريتهم الإيجابية تجاه المجتمع، بالإضافة إلى أن أعمّا ما يمكن تقديمه لرعاية المعاق بصورة
هو التشجيع على الاستقلالية، وتحمل المسؤولية، وزيادة الثقة بالنفس، وكيفية خدمة الفرد
ذاته، والتكيف مع الاحترامات، وتمييز سلوك الإيجابية، وال التواصل الاجتماعي وما سبق يمثل
الأبعاد الأساسية لجوء الحياة. (زينب شقير، 1999)

وحتى يستطيع أن يصاب المراقد المعاق بصورة第二种، وأن يؤدي دوره في
الحياة بإيجابية، وأن يتكيف مع المجتمع ويتوقف مع نفسه ومع الآخرين ينبغي أن نفهم
شخصيته جيدًا من خلال التعرف على ما ي يقوم به من جوهر العادات في الجوانب المتعددة
للشخصية وأن نقدم له أساليب رعاية مناسبة طبيعية ودراسية تتضمن برامج وخدمات
واستراتيجيات تدخل ملائمة يمكن بمقتضاها أن يصبح عضوًا فعالًا في المجتمع. (عادل عبد
الله محمد، 2004 : 60)

لذا فالبحث المحاولة لبناء برنامج إرشادي قائم على العلاج بالمعنى ومعرفته
في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين بصورة من خلال تعميق شعور الفرد المعاق بمسؤوليته
تجاه نفسه، وما يدور حوله من أحداث، وزيادة قدرته على التحكم والسيطرة على حياته،
وتجرّب ما لديه من طاقات معتدلة وتكرره على كيفية توظيفها بشكل إيجابي في المستقبل، من
أجل تحقيق أهدافه في الحياة.

ثانياً: مشكلة الدراسة:

يعتبر المعاقين من الفئات التي تحتاج إلى رعاية خاصة، فهم يمرون إلى الحياة
نظرة مختلفة عن الآخرين حيث تتأثر نظرتهم للحياة بظروف الإعاقة التي يانون فيها
بالإضافة إلى الخدمات التي تقدم لهم من قبل الداخلة والمجمع، والتي تساعدهم على التكيف
مع ظروف الحياة، وتعتبر جودة الحياة من المؤشرات الهامة لجودة الخدمات المتقدمة لهذه
الفئات ورضا الفرد عنهادليل على إحساسه بالسعادة والرقة في الحياة.
وجود الحياة بالنسبة للمعاقين تقوم على أسس تمكين المعاق من الاندماج أسريًا
ومهنيًا لتحقيق احترام الفرد المعاق وحماية حقوقه.
وفي هذا السياق لاحظ سوندر (Sonder، 1987) أن حالة المعاقين ومهمهم
بصرياً في نتاج تفاعل هؤلاء الأفراد بشكل رئيسي مع البيئة المحيطة بهم، ولهدى من المهم
فهم هؤلاء الأفراد والبيئة التي يعيشون فيها ودوري توفير الفرص والخدمات والتي تؤثر
على جودة الحياة لديهم.

كما أن جودة الحياة تعبير عن مدى إدراك الفرد العادي أو المعاق بصورة أنه يعيش
حياة جيدة من وجهة نظر، خالية من الأفكار اللاعقلانية، والأفكار السلبية والإطباعات
السلوكية، ويستمتع فيها يوجد ويسعى بالرضا والسعادة وتسير كافرها، وإن كان ذلك
بتيح له تحقيق ذلك. وفي هذا السياق يرى دونتان (Donvan، 1998) أن جودة الحياة تضمن
الوظائف الجسمية المشابهة في إنجاز الأنشطة اليومية والوظائف النفسية المشابهة في الأفكار
والفاعلات والنشاط الاجتماعي والبيئي والرضا عن الحياة بشكل عام.

وفي هذا يشير دودز (35-34 1993) إلى أن العديد من المراهقين بصرياً تتأثر لديهم الروح الإلهام، والإحساس بنفاد الكفاءة، كما يرون أنفسهم شخصاً عملياً في الحياة، وأنه من الأفضل التخلص من الحياة والانتحار، كما يعتقدون تلقائياً في قدراتهم على تغيير الأشياء للأفضل، وكل هذا يتجلى عن إحساس المراهقين بصرى بنفاد المعنى في الحياة وعدم تمكنهم من ذلك أكثر من الآخرين.

ولذا تظهر الحاجة إلى استخدام الإرشاد القائم على المعنى لمساعدة هؤلاء المراهقين المعاقين بصرياً لإكتشاف قيمة أنفسهم وللحياة التي يعيشونها، فهدف الإرشاد القائم على المعنى هو مساعدة المضطربين على أن يجدوا هدفاً وعوذاً لوجودهم ومساعدتهم على تحقيق أعلى شغف وفاعلية يمكنه من تحسين جودة الحياة لديهم، حيث قرر بيتر وأخرون (2008) أن جودة الحياة المرتبطة هي التي تلقي في معايير المعاقين دهاً صبحاً من خلالهم مشاركون بصورة فعالة في المجتمع، وتمي من لديهم المهارات اللازمة للاعتماد على النفس وتواجد لهم فرص الاختيار المناسبة، وضبط حياتهم، كما يتحل لهم المعاملة باحترام في بيئتهم.

من هنا تتشكل مشكلة الدراسة والتي يمكن تحديدها في الإجابة على التساؤل التالي: ما علاقة برنامج إرشادي قائم على العلاج بالمعنى في تحسين جودة الحياة لدى المراهقين المعاقين بصرًا؟

ثالثًا: أهمية الدراسة:

1. حاولة للكشف عن موضوع لا يسابح حجم الأبحاث والدراسات العربية فيه بخطورته وأهميته.

2. أهمية المرحلة العمرية التي تناولها الدراسة حيث أنها مرحلة دقيقة ومرحلة من مراحل النمو البشرى وهي مرحلة المراهقة وخاصة عند المعاقين.

3. التأكيد على ضرورة توجيه المزيد من الاهتمام العلمي والمعرفي للبرامج التي تؤدي إلى تحسين جودة الحياة لدى المعاقين.
رابعاً: أهداف الدراسة:

1. التعرف على فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالمعنى في تحسين جودة الحياة لدى عينة من المراهقين المعاقين بصرياً.
2. التعرف على مدى استمرار فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالمعنى في تحسين جودة الحياة لدى عينة من المراهقين المعاقين بصرياً بعد الانتهاء منه تطبيقاته.

خامساً: الإطار النظري:

1. تعرف جودة الحياة من الصعب تحديد البدايات الأولى لمفهوم جودة الحياة حيث أن هذه المفاهيم التي تداخلها العديد من فروع العلم حيث أشار هارمان (1996) بأن مفهوم جودة الحياة انتشر استخدامه كأحد المؤشرات الدالة على الاهتمام برفاهية الأفراد العاديين والمعاقين في كافة المجالات باعتباره وسيلة لتحسين ظروف الحياة وتحقيق الراحة. وهو مفهوم متعدد الأبعاد يختلف من فرد لأخر وفقاً لإدراك هذا الفرد للجوائب المختلفة للحياة كما يتأثر بطبية CORE3.

كل مجتمع والثقافات السائدة فيه، وفي هذا السياق، عرفت منظمة الصحة العالمية (WHO) Health Organization المتاحة لعده بالأمر والجميل والعانة في المجتمع الذي يعيش فيه. حتى إن كان هناك ما يعوق ذلك، وتعتبر منظمة اليونسكو جودة الحياة مفهوماً شاملاً يضم كل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد وهو يشمل الإشعاع المادي والإشعاع العقلي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحققه ذاته (الفارغ، الله، الغدود، 1999، 27-28).

كما أكدت بعض التعريفات لجودة الحياة على علاقة الفرد ذاته وعلاقته الاجتماعية للمبادلة مع الآخرين حيث عرفت إدموندز وستوارت (2002، 23) جودة الحياة على أنها حالة من الازن الاجتماعي تتمزج إيقاع حياة الفرد في نطاق علاقاته مع ذلك ومع الآخر. وتنتج نتيجة سبعة بعض المشاعر على أساليب حياته مثل النقص والمرح والقلق والاسترخاء وحب الآخرين والانعكاس. كما تعرف جودة الحياة على أنها الشعور الشخصي (Gwenda, et al., 2010)

لكفاعة وإعداد التعامل مع تحديات الحياة اليومية. وفي هذا السياق، يري راف وأخرون (2006، 85) أن جودة الحياة تمثل المؤشرات السلوكية التي تدل على رضا الفرد عن حياته وحياته يومياً وسهولة الدخول لتحقيق أهداف ذاتية لها معنى ذات قيمة للشخصية عند تعيينهم لجوية الحياة.

هناك وجة نظر أخرى تتأثر من المدخل البيئي أساس عند تعريفهم لجوية الحياة التي يعيشها الأفراد العاديين أو المعاقين حيث عرف جودة الحياة (Goode, 1990).
على أنها شيء ما يخترقه الشخص المعاق في بيئته الخاصة وهي عالية الاستجابة للعلاقات الاجتماعية له في تلك البيئات، وتتطلب فيه بعض السلوكيات لاحترام الاحترام والاحترام الشامل في ظل الظروف التي يحيدها الفرد كما عرفت أنها تشمل عام بالراحة المادية للرضا عن الحياة والسرور والسعادة أو النجاح.

(Stark & Goldsby 1990)

وجود الحياة تتأثر بالحياة الطبيعية التي يعيش فيها الفرد ويمكن ملاحظة تأثيرها في السياسات والبرامج التي تهدف إلى تعزيز أوجه الحياة والرفاهية النفسية والنفع والتفاقم والتمارين الإيجابية داخل المجتمع، وبالتالي فإن جودة الحياة يعنى توفر الرفاهية المادية بحيث تلبى حاجات الفرد ومعملة بالصحة البدنية والنفسية على حد سواء يأت هذه إرتباط وتوقع بين الجانب النمائي الذي توفر البيئة للانسان بكافة مشامراته والبؤس النفسية بما يتضمنه من إنشاء لحاجات الفرد ومراعى تتمتع بالصحة النفسية. (ذريه محمود الخليلي، 2000).

ومما سبق يمكن القول بأن جودة الحياة تعتبر عن مدى إدراك الفرد المادي أو المعاق أنه يحكي حياة جديدة من وجهة نظر، خاصة إلى حد ما من الاضطرابات النفسية والاجتماعية، وبدلاً من أن تكون أشكالاً من إمكانات، وذلك من أجل الشعور بالسماحة والرضا عن الحياة بالقدر الذي يت-sync ذاته وخدمة مجتمعه الذي يعيش فيه وهذا ما أكدته كيو وأخرين (Kwap, et al., 2008) من أن جودة الحياة هي برويول للسعادة وتتمثل سبعة أبعاد في الصحة البدنية، والنفسية، والاجتماعية، والاقتصادية، والدينية، والرفاهية، والصحتين البشريتين، والعلاقات الاجتماعية، والثقافة في هذه الدراسة في الدرجة التي يحصل عليها الفرد المعاق على المقياس المستخدم في الدراسة.

2. العوامل المؤثرة على جودة الحياة لدى المعاقين.

يتأثر إدراك الفرد لجودة الحياة بمجموعة من العوامل الشخصية والاجتماعية والثقافية، فهي بذلك وجهة نظر أساسية، بين الباب الأولي: أن الرضا عن الحياة يتأثر بالعوامل الشخصية مثل التقدير الذاتي والاعتراف، أما وجهة النظر الثانية، فإنها ترى أن الرضا عن الحياة يتأثر بالعوامل المؤججة أو التوتر مثل الرضا عن مستوى المعيشة والعمل والرياضة والمجتمع (سامي محمد موسى، 2001).

أولاً: العوامل الشخصية:

تعتبر العوامل الشخصية سواء كانت بيولوجية أو نفسية دوراً مؤثراً في مدى تمتاع الفرد سواء كان صحيحاً أو مفعماً بجودة الحياة حيث أن ما يحقق الاحترام بها هو استجابة الفرد بصحته العامة وبمكانته العامة في الحياة والسبحيان بالرفاهية عليها، وفي هذا الصدد بيرد مارين (1994) أن جودة الحياة تتأثر بالصحة الاجتماعية للفرد، ثم يدرك أن أن جودة الحياة بصورة مختلفة عن الأساليب، وفي هذا الصدد يذكر توركان (1993) أن الذين يعانون من أعراض عرضية يتلقون علاجاً طبياً قد يخلو من تأثير جانبي ذات لعاب سلوكية، وقد يتصرفون بشكل غير إيجابي مما يثبطه ضرورة إضاعتهم لأ İlkav et al (2001) استخدام سيكولوجية من أجل الوصول إلى حالة من الضبط السلوكي باعتباره أحد أبعاد
جودة الحياة. وذكر (العالم باب الله الغندور، 1999) أن هناك دليل واضح على أن المرء يرتبط ارتباطاً وثيقاً بحقيقة إدراك إلى أي حد يتمتع بجودة الحياة حقيقية، فجودة الحياة ترتبط بالمرض سواء كان المرض نفسياً أو جسدياً، وأن المرض يؤثر على الطريقة التي يدرك منها خلالها المرجع المجالات المختلفة بجودة الحياة.

كما أن درجة الإعاقة والمستوى التعليمي للشخص ودرجة الإعاقة وتاريخ نشأته تؤثر في جودة الحياة (Hoff, 2002). عندها تؤثر جودة الحياة في الطلاب والمراهقين المصابين بالاضطرابات النفسية، وتشير إلى أن الإعاقة تؤثر بصورة سلبية على إدراك الفرد لجودة الحياة، وهذا ما أكدته دراسة (Hoff, 2002) أن الإعاقة وما ينتج عنها من مشاكل يمكن أن تؤثر على إدراك الفرد لجودة الحياة.

ويعبق مفهوم الفرد عن ذاته ذو تأثير كبير على جودة الحياة التي يعيشها فاعلية الآداب والثقافة النفسية تدريب الذات المرتفع واحترام الذات والذوق والمستوى المرتفع من تحقيق الذات والشعور بالمصداقية كلها عوامل شخصية تعمل على تحقيق نظرة الفرد للحياة (Drukker & Van, 2003).

وحسب نموذج التعامل مع الذات يمكن أن تتحقق للفرد الإحساس بجودة الحياة عندما يمارس سيطرة أفضل على سلوكه وعندما يعرف ذاته من حيث تقبلها وحمايتها وتنظيمها، وكذلك عندما يمارس ذاته ذات الصعوبة. فالشخص عندما يسيطر على سلوكه يكون أن يختار تلك السلوكيات التي تحقق له أقصى إشباع ممكن وفق معاييره معه (إيرماي محمد، 2000). وعندما كانت الإعاقة مثل الإعاقة البدنية ذات تأثير مباشر على الفرد فهي تؤدي إلى تأثيرات سلبية على مفهوم الفرد عن ذاته وعلى صحته النفسية والبدنية وربما أدت بالتأكيد إلى سوء التكيف الشخصي والاجتماعي والاضطراب النفسي نتيجة الشعور بالعجز والذوق والمتطلبات والانقسامات في العالم، حيث يميل الأفراد الذين يعانون من بعض أمراض التوحد والفصام والاكتئاب والتعريض للخطر، بالإضافة إلى أن بعض النصائح والنصائح الأكيدة التي يرون أنفسهم أنها تصلح الفرد غير الداعية إلى التعامل مع الحياة أو التعلم، مثلاً: تقليل التفكير والتفاقم من هذا.

كانت المعلومات الخاصة بكيفية إدراك الفرد لذاته هامة إذا حاولنا تحسنا نظرة لحياته.

كما أن خلق الفرد من الإعاقة أو المرض الحمضي ليس دليلاً على تعني الفرد بالحياة أو ما يمكن هناك إحساس داخلي بالرضا مع بعض السلوك إيجابي من الفرد يظهره اللحظة القائمة لديه. وفي هذا الصدد يشير (أحمد عكاشة، 2007) إلى أن تعني الفرد بالصحة النفسية ليست مجرد الخلايا من الأمراض والاضطرابات النفسية ولكنها تتضمن العلامة على تحسين جودة الحياة النفسية التي تمكن الشخص من تحقيق توازن إيجابي بين قدراته وتطلعاته، وكيفية باتجاه التكيف مع متطلبات الحياة والمواجهة الفعلية لضيق الحياة اليومية.
ل. العوامل البيئية والاجتماعية والدراسية:

تنثر جودة الحياة للأفراد بطبيعة البيئات التي يعيشون فيها ومدى الإمكانات التي توفرها لهم هذه البيئات، وهذا ما أكده عليه بروفيتريز (1999) من أهمية البيئة على جودة الحياة لدى المعاقين من خلال التمزوج البيئي الذي قدماه للأطفال والذين أوضح فيه أهمية التفاعل المستمر بين الفرد والأحداث البيئية التي يعيش فيها، ومن أهم هذه الأشياء التي يشير التمزوج البيئي لها هي البيئة المدرسية والبيئة المجتمعية والتي يمكن أن تلعب دوراً في نمو الأطفال وسلامتهم النفسية والكروية ومن ثم جودة الحياة لهم، كما أن الحصول على فهم أفضل لكيفية تأثر هذه البيئة البيئية على الأطفال خاصة ذوي الإعاقة. وفي هذا الصدد، يؤكد تقاسم وازكيم (1999) أن العوامل البيئية والمهارات الثقافية كمحددات جودة الحياة، حيث يشير إلى أن المسار الأساسي من كلمة جودة يغمر في العلاقة القوية بين الفرد والبيئة، هذه العلاقة التي تتضمنها أساس الفرد ومشاركته.

و هذا يتفاوض مع ما أكده غيره من العلاقة القوية بين بيئة المعايير والنمو والمخرجات حيث أمور ليبر (2002) إلى أن جودة الحياة تتضمن من خلال التقبل والاندماج الكامل للمعاقين في البيئة التي تحيط بهم، المعاقين الذين يعيشون في البيئات الأقل تفاعلاً الذين يشاركون في أدوار يقتربها المجتمع يخبرون جودة حياة أفضل من هؤلاء الذين يعيشون في بيئة مقيدة.

وحناك تأثيرات للبيئة على مخرجات ونواتج المعايير، حيث تؤثر حالة الإعاقة على جودة حياة الطفل عن طريق الحد من قدرته على المشاركة باستقلالية في البيئة، وفي أنشطة الحياة اليومية وتحذير خطر الطفل ذو الإعاقة عقلية بكيف الفرد مع البيئة.

يمكن تخفيف ذلك عندما تكون مهارات وقدرات الشخص ذو الإعاقة متوازنة مع متطلبات البيئة لدعم المشاركة الفاعلة في الأنشطة. وهذا الانزال هو الهدف الأساسي (Verbugge & Jette, 1994) للتدخلات التي يتم تطويرها للأطفال ذوي الإعاقة.

كما أن العوامل البيئية تعد من أهم العوامل المسيطرة على فرص الأطفال خاصة الأطفال المعاقين. وتبعد البيئة من أهم مصادر الدعم عندما تكون الأشياء في البيئة ملائمة لاحتياجات واهتمامات هؤلاء الأطفال. أي أن الخبرات في البيئة تحدد على التكيف بين ما (Verbugge & Jette, 1994)

تعترضه البيئة واحتياجات واهتمامات الفرد. ويرجحًا أن تكون البيئة (الأسرة - المدرسة والمجتمع) مدعمة ومشجعة ومثيرة لتحسين نواتج المعايير.

لعدما جودة الحياة للأسرة من العوامل الهامة في فهم جودة حياة الطفل وقد أكد الباحثون على أن جودة حياة الفرد تكون مرتبطة بين حب والتفاؤل إلى أن الجهد الذي (Bailey & Me William, 1993)

تخاطب جودة الحياة للأسرة يجب أن تشمل جودة حياة من حب وحبول ذلك من المهم أن نفهم العلاقة بين جودة الحياة الاجتماعية ووجودية حياة الطفل حيث أشار العديد من الباحثين إلى أهمية العديد من الخصائص الديموغرافية للأسرة وتحديداً كان
لتعليم الولدان ومستوى الدخل الاقتصادي تأثيرًا كبيراً على تقارير سلامة وجودة الحياة كما تعدد النماذج الاجتماعية بالنسبة للاختلفية الاجتماعية والاجتماعية بسبب حوافز تجاه البناء 
(Feinhu & Yamaki, 2000; Kaye, et al., 1995; Seelhan & Sweeney, 1995)

وقدم جيرلانيك (1998) بعدن متخصصين للأسرة بربطه وجودة الحياة للطفل وهما:

- خصائص الأسرة وتشمل الملامح الجسدية والاجتماعية.
- أنماط التفاعلات التي تؤثر في الأسرة (p.24).

وتعد العديد من الدراسات على فكرة السعادة الاجتماعية وأهميتها ولدوداً بالحياة عن الحياة ووجودها عند المعالجين، وخاصة الأباء وما يقدمون من الدعم الاجتماعي والتوجيه ولذا، والذي ينصحه من أسرتهم ويتبعهم أثناء عملية التنشئة الاجتماعية ورحلات التنمو المختلفة، إذا لعب دورًا هاماً في كيفية إراك هؤلاء الأطفال للمناخ الاجتماعي داخل أسرهم، وفي كيفية تفسيرهم وعلاقتهم لجوانب الحياة المختلفة، وفي كيفية تقبلهم معها.

هذا السياق، فإن الفهم الأولي لتأثير المعايير الاجتماعية والتعاون وعتقدات الغالبية في تنغمس الأسرة في تصورهم النمو الاجتماعي والعلماني والاقتصادي بالطفل والوالد، والتفاعلات الإيجابية بين أعضاء الأسرة وشبكة العلاقات الاجتماعية، ولهذا تلعب دورًا حاسمًا في تصورهم النمو الاجتماعي والعلماني والاقتصادي للطفل.

كما يمكننا على إراكهم الإيجابي لجوانب الحياة المختلفة (2003)

وبالتالي فإن الفهم الأولي لتأثير المعايير الاجتماعية على الأطفال ذوي الإعاقة سوف يحسن من القدرة على توفير بيئة تزيد من جودة الحياة لديهم.

بالإضافة إلى أهمية البيئة الأسرية، فإنها صورها في النماذج كأ toutes المعايير، على دور البيئة المدرسية في تحصر جودة الحياة لدى المعالجين بوجه عام والعوائق بصرياً بوجه خاص، حيث أن التفاعل بين المعالج بصرياً وأسرته من ناحية، وتفاعلهم مع المعلمين في المجتمع المدرس من ناحية أخرى، يعمل على تبني التوجهات المختلفة لشخصيته، وفي الحد من الاعتماد على الآخرين، مما يساعد على تبني قدراته الذاتية، ويؤدي إلى زيادة

(2003)

في توازنات الأدبيات والتعابير والرضا عن الحياة واتجاه التربوي الحديث يميل إلى دمج المعوقين بصرياً في الصفوف الخاصة.

الملحق الأدبي المدرسي يساعد الأطفال المعوقين بصرياً بالتدخلات في الحياة العادية مع الأطفال بسماره من خلال عملياتهم المكملين بصفة خاصة، كما أن هذه الEMENTY مع المعوقين بصرياً في المزاج الاجتماعي الذي يشعر بها وهذا يسبب المتطلبات المحورية وركاية الأحكام الفنية التي تفرضها مجتمع المعوقين من حوله واتجاهات التمييز والرفض والجواز النفسي ضد المعوقين والتي تجعله ينظر بسلبية إلى الحياة.
ولا نستطيع أن نصف المتصدر بصريا بأنه مكوف فقط لأن المكوف يمكن أن يكون مكاففاً سمعياً أو حركياً وبالتالي عند وصف الأعراض لذهcke التعبير يقال المكوف بصرياً تميزا عن أنواع الكف الأخرى. ويرى محمد إقبال (2006: 31) أن الكيف من المنظور الطبي هو تلك الحالة التي فقد فيها الرد القدرة على الرؤية بالعينين ويجوز عن أداء وظيفته إذا أصابه خلل طفيف كالإصابة في الحوادث أو خال ولذي يولد مع الشخص، ومن المنظور الطبيو Blindness التربوي يبرق (حسن العصرية، 2006) بين حالات كف البصر يعتمد على القراءة بطرق تدرس محاولة خطرة أن يكون أولئك الذين يصابون بتصحر بصري قد يعمدون على القراءة بطريقة برايل أما ضعاف البصر فيكون يمكنهم قراءة الكلمات المطبوعة على الرغم مما تطلب القراءة من زيادة حجم الحروف أو استخدام عدسات أو ألوان مفصورة أو فضية عند الكتابة.(ص 36)

ويعرف (عادل عبد الله 2004) الشخص المعوق بصرياً من المنظور التربوي بأنه ذلك الشخص الذي يتعارض ضعف بصري مع قيامه بالتعلم والتحصيل بشكل جيد أو تحقيقه لإنجاز أكاديمي بشكل مثالي ما لم يتم إدخال تعديلات مناسبة في الطرق والأساليب التي يتم من خلالها تقديم خبرات التعلم له، وإدخال تعديلات مماثلة في المناهج الدراسية المقررة، وتعديلات أخرى في طبيعة المواد المستخدمة إلى جانب تضمن بيئة التعلم لتعديلات تساعده على تحقيق ذلك بشكل جيد.(ص 63)

وعرفت منظمة الصحة العالمية الإعاقات البصرية تبعاً لتصنيفها إلى:

- الإعاقة البصرية الشديدة: حالة يؤدي فيها الشخص فيها الوظائف البصرية على مستوى محدود.
- الإعاقة البصرية الشديدة جداً: حالة يعده فيها الإنسان صعوبة بالغة في تنفيذ الوظائف البصرية الأساسية.

وذكرت زينب شاكر (1999: 235-262) أنه يوجد خمس مجموعات مختلفة من القدرة على الإصرار داخل فئة المعوقين بصرياً والتي يتم تصنيفهم طبقاً لمستوى نقص القدرة على الإصرار (رئة العلامات): وهي:

- المكوفون كباراً: وهو الذين يستطيعون إدراك الضوء، وتلبس، وتحمل حدة الإصرار عند 200 بيد أنه لا يمكنهم رؤية أي مثر بصرى يوضعي حتى يتحرك على بعد ثلاثة أقدام من أعينهم.
- المكوفون يستطيعون إدراك الحركة وتحمل حدة الإصرار إلى 5/20، ويمكنهم عد أصايبهم من مسافة ثلاثة أقدام من أعينهم.
- المكوفون يستطيعون القراءة: وتصل حدة الإصرار إلى 10/200 ويمكنهم قراءة النصائح الكبيرة للصحفي، ولديهم بعض بقايا الإصرار تمكّنهم من التنقل من مكان لأخر بمنتهى.
114

لا بد أن عملية التحسين هذه قد يتقبلها بعض المشكلات للمعاقين بصرياً، من حيث أن
المدرسة أو الفصول الداخلية المنطقية للمدارس العامة لا توفر فيها الإمكانات المطلوبة
لذو القدة من المعاقين كما هو الحال في معاهم الخاصة بهم، والتي تتبع نظام الدرسة
الداخلية أو الإقامة الكاملة والبرامج الشاملة، كما أن تنظيم المدرسة العامة بوسائاتها
وأنشطةها ومكانتها ومعاملتها وغير ذلك قد لا يتاسب مع حالة وإمكانيات الطفل المعاق
بصري الذي يحتاج إلى مدرسة من نوع خاص وتنظيم خاص توفر له حرية الحركة
والنشاط (هدي محمد خلف، 2007).

كما أن الأطفال ذوي الإعاقة بيرون معوقات تفاعلية وتكييفية ومادية خلال المشاركة
الاجتماعية بالإضافة إلى العديد من المشكلات الاجتماعية ومنها ما يشار إلى اضطرابات
نفسية وعاطفية واجتماعية ثانوية (Mulderij، 1997).

ويمكن تحقيق هذه الصورة عن طريق العمل على المشاركة الإيجابية النشطة للطلاب
المعاقين في الأنشطة المدرسية بشرط أن يكون ذلك من خلال طرق وأساليب تتميز بالحي
والرغبة في المساحة والإتقان وليس من منطق الحماية الزائدة القبلية للمعاق الذي تشعر
باعتماده على الآخرين، وأن تكون هذه الأنشطة من النوع الذي يطالب مشاركة جميع الأفراد
في الأداء. عندما يلزم المعاقون قدرتهم على الدراسة فإن المعلمين ينظرون إليها بقدر أكبر
من الاحترام، فدومهم إلى المشاركة في أنشطة أخرى، وهذه الممارسة يمكن أن يكتسب
الأطفال المعاقين اللغة النص الأعضاء إيجابيين في المدرسة ويشعرون بالقدرة على دعوة
زملائهم لمشاركتهم بعض الأنشطة التي يفضلونها مما يحسن من جودة الحياة لديهم.

الإعاقة البصرية:

وقد استخدمت مصطلحات كثيرة للإشارة إلى الفرد الذي فقد القدرة على الإيصال
منها : الأعمى، الضيّ ن، فقد البصر، الكائف، ثم ظهر مصطلح الإعاقة البصرية
(Visual Impaired) من ثم وجود أخرى تصور لدى الفرد من جانب معين وجود موانع قوة لديه
في جوانب أخرى ومن ثم وجود تفوق الفرص لتفويف تلك الساعات على استغلال طاقات
هذه الأفراد الذين يشعرون بأهمتهم كثر لهم حق الحياة (رينر شيرر، 1999: 213).
ويعبر علاج الدين كفاحي وجهة علاج الدين (2005: 94) عن "المطلبة منزليّاً
(2001) الإعاقة البصرية بأنها: مصطلح عام يشير إلى درجة متغيرة من النقص البصري
تراتوج في حالات العين الكلي ممن لا يملكون الإحساس بالضوء ولا يرون شيئاً على
الإطلاق، ويتوافق مع الاعتقاد على حواسهم الأخرى تماماً، في حياتهم اليومية وتعليمهم،
وحالات الإعاقة أو الإعاقة العميزة التي تفتت قدرات أصحابها على التميز البصري
للاشياء المرئية، ويمكنهم الإعاقة من قبلا بصمهم مما كنوا درجاتهم على التوجه والحركة
وبعدها تعلم المهارات ساء باستخدام المعايير البصرية. (ص364)
اما (مني الحديدي، 1998) فقد أشار إلى أن الإعاقة البصرية هي حالة فقد القدر
فيها المقدرة على استخدام حاسة البصر بفعالية مما يؤثر سلباً على أداءه والنمو. (ص140)
3. تأثير الإعاقة البصرية على جودة الحياة:

للإعاقة البصرية آثار سلبية على الجوانب المختلفة لشخصية المراهق وخصوصاً الجوهرية الاجتماعية والاقتصادية، إذ يعيش المعلق بصرياً في جو يسوده القلق والاضطراب الاجتماعي بسباب وجوده في عالم مظلم مغلول بصرياً عن العالم الخارجي له، مما يعقم مشاعر النفس والعجز لديه، مما يجعله يتأثر من بعض المشكلات النفسية مثل الإعاقة التي تظهر في السلبية، وقلة المبادرات الذاتية للإستكمال والتفاعل الاجتماعي وال التواصل، عدم الثبات الاجتماعي والملائمات والعزلة، والتمركز حول الذات، ونتيجة لكل ذلك تأثر قدرات المعلق بكونها، ونكبالية الوصول للمعلومات والتوجه والحركة. (ساسة داود 1998 ؛ وبرمليس عبد الطيف 2000).

كما أن وجود الإعاقة لدى الفرد يؤثر بطرق مختلفة حيث تتغير أشكال الحياة لدى المعلق، ويمكن أن تزيد من احتمالية تقييمهم في المجتمع بما يجعلهم يظهرون نوعاً من المقاومة للإعاقة أو عدم التقبل بطرق متعددة، كما أن الإعاقة تتميّز لديهم مشاعر الخوف والشعور بالنضج والحزن، وكذلك الشعور بالإحباط بسبب المحدودات والمتناحر التي تفرضها عليهم الإعاقة، كما أن الخوف من العزل عن المجتمع يؤدي في الشعور بالمعاناة والتمييز.

Chipuer et al., 2002).

كما ذكر (محمد عبد النور 1998) أن المكثوفين يعانون من الإحساس بالفقدان المعنوي في الحياة أكثر من الآخرين نتيجة شعورهم بالعجز والنصب وعدم القدرة على التعبير عن مشاعرهم للبصر، كما أنهم أكثر معاناة للحبة والارتباك والتشوه فيما يتعلق بالأمور المتعلق بالحياة.

وتركز جبريل (2008) أن الكيفية التي تساهم فيها الإعاقة في مشكلات شخصية، وهي تنشأ عن الإعاقة، وشعوره متهماً، وتسبب له حالة من الضيق والكرر والقلق، بالإضافة إلى بعض المشكلات الاجتماعية والتي تنشأ عن علاقة غير من أفراد أسرته أو المجتمع المحيط، أو مشكلات تعليمية تتعلق بعدم قدرته على التعلم والتحصيل وذلك المستوى التعليمي، وتساهم هذه المشكلات تعمل على عدم إشباع الحالة الأساسية بشكل نمط بالنسبة للمعاقين بصرياً.

كما أن إشباع هذه الحاجات بالنسبة للمعاق بصرياً يرتبط بمفهوم جودة الحياة التي يعيشها، والذي يعد مؤشرًا على جودة الخدمات التي تقدم له بالإضافة إلى أن المعاقين بصرياً يحتاجون إلى العيش بالاستقلالية معاملتهم كراشدين ويحصلون على مهنة مناسبة، كما
لديهم الرغبة في بناء علاقات اجتماعية مع الوسط المحيط إن إنشاء مثل هذه الحاجات لديهم (Goode,1949).

ومما يتبين أن هذه النظريات المهمة تحتاج إلى خدمات تساعدهم على التوافق مع أطر الحياة في ظل الإعاقة، وتعتبر جودة الحياة من المؤشرات الهامة لجودة الخدمات المقدمة لهذه النواة، ورضي الفرد عنها وإحساسه بالسعادة، والرغبة في الحياة، ولا شك أن أثر الإعاقة على الفرد العرّاق وعلى المجتمع تترافق الاهتمام بالبحث عن كيفية تجنبها بالوقاية من حدوثها، وتجنب أسبابها، والحد من آثارها البدنية والنفسية الاجتماعية حال حدوثها، وذلك بتقسيم جودة الحياة، من خلال جودة البرامج الوقائية والعلاجية، وهذا ما أكدته دراسة سميث (2002) ودراسة أشرف عبد القادر (2005) من أنه يمكن تحسين جودة الحياة لدى المفاصل من خلال تقديم بعض البرامج التي تعمل على زيادة مشاركتهم في أنشطة الحياة اليومية وتحسين مهارات خاصة للحد من الإعاقة، والطلب على العناية والتذليل.

الصعاب الناجمة عنها بالإضافة إلى خفض إيجاد مساعدة للحياة التي يعيشونها.

وقد تظهر الحاجة إلى استخدام الإرشاد القائم على المعني لمساعدة هؤلاء المراهقين المعاقين بصرياً لاكتشاف قيمة لأنفسهم والحياة التي يعيشونها، فهدف الإرشاد القائم على المعني هو مساعدة المضطربين على أن يجدوا هدفاً ومقصداً لوجودهم ومساعدتهم على تحقيق أهدافهم وفاعلية مكملة من تحسين جودة الحياة لديهم.

Therapy Through Meaning

4. العلاج بالمعني عند فرانكل:

العلاج بالمعني طريقة من طرق العلاج النفسي ترى أن مشكاة الشباب في الحياة وسيلة تواصفهم النفسية ترجع إلى عدم وجود معني لديهم، لذلك فإن العلاج يجب أن يركز على معني الوجود الإنساني في حالة إنشاء رمزية تثير من قيود الحموضة ويتطلق إلى تحقيق ذاته وتحقيق وقوعه الأصيل. (Frankl, 1966: 62 - 61 )، ويربط وجود معني من الحياة بعد من النواحي الهمة في حياة الإنسان، فشير

فرانكل إلى أن المعني يقوم بوظيفة هامة في حياة الفرد منها:

- يقدم المعني للفرد الهدف من الحياة.
- يقدم المعني للفرد الإطار التقييمية والأخلاقي الذي يحكم حياة الفرد.
- يمنح المعني من الحياة الشعور بالتحكم والسيطرة على كل ما يمر بالفرد من خبرات.
- يزود المعني للفرد بقيم ذات وظائفها (Das,1998).

ويقوم العلاج القائم على المعني على المفاهيم التالية:

Freedom Of Will

حرية الإرادة:

وعن الحياة التي يمتلكها الإنسان في معايشة معيّن الحياة من خلال الأفعال والخبرات والاتجاهات التي يتخذها نحو مبتكارات الحياة المختلفة وتكون قادرًا على الاستجابة لها ومسؤولا عن عمل الاختبارات التي يبرها مناسبة (Amanda & Stefan, 2008).
وكذلك الإرادة ليست بشجرة، بل تتطلب عنصر المسؤولية، ومن هنا يمكن الامتداد للتركيز الثنائية ومفهوم من المفاهيم الأساسية التي تميز الإنسان من وجهة نظر فرانكل وهي المسؤولية.

Responsibility:  
وفيما يؤكد فرانكل على أهمية تأكيد شعور الفرد بمسؤوليته عن كل ما يحدث له وما يحصل عليه في حياته سواء كان سعيداً أو مؤلمًا، ويرى أن قوة نظريات العلاج بالمعنى (Benvenga, 1998, 63) تبرز هنا مدى قدرته على تأكيد ذلك عند الفرد.

أي أن الإنسان مسئول عن احترامات ومسؤول عن تشكيل قدره ومصيره، وهو ما يعني تحديم الدور الذي تلعبه المؤثرات الخارجية في فرض صورة معينة له على صفة القدرات والقدرة في حياة الإنسان، بل الإنسان حر وموضوع وقدر على أن يتذكر وينتهض قراراته.

ويرسم أهدافه، وذلك بشكل واقع مع نفسه (إيمان فوري شايين، 1995، 275).

The Will To Meaning:  
حيث يري فرانكل أن إرادة المعنى هي الدافع الأساسي والمبدئي لأي سلوك يمكنا الإنسان، فالإنسان لديه قوة دافعة تجعله يسير في اتجاه معين يتبناه طريقة معينة يحقق من خلالها مجموعة من المعاني المعرفة عن مبادئ معينة.

The Meaning Of Life:  
معنى الحياة.   
وإحد الأسس الثالث للعلاج بالمعنى وتعمق أن الحياة تحقق معنى لكل فرد حتى آخر لحظة في حياته، وهذا يعني أن الحياة لا تنتهي أبداً على أن يكون لها معنى.

فالإنسان يمكن أن يكتشف المعنى في حياته من خلال أداء عمل أو معايشة خبرة، حتى المعاناة التي لا يمكن تجنبها يمكن تحويلها إلى إنجاز إنساني من خلال الاتجاه الذي يتبناه الفرد تجاه معناه، فلا يوجد معنى واحد في الحياة ولكن يوجد معان متعددة والأهم ما في هذه المعاني المتنوعة المعنى الخارجي لوجود الإنسان، فليس المعنى أن يعرف الإنسان (Amanda & Stefan, 2008).

معنى الحياة ولكن المعنى أن يدرك المعنى، والإنسان الذي يمتلك المعنى والقيمة للحياة هو فرد قادر على مواجهة كل ما يقالبه من مشاكل الفهمية الاجتماعية وعميقة ومهما وتعليمية ولهية من السلبية ما يساعد على التصدي لأي معاناة أو ألم يتعرض له حتى آخر لحظة في حياته (367).

4. فئات العلاج بالمعنى:  
تتمثل أمثلة العلاج بالمعنى في: المقصود المتناقض ظاهريًا، نشأت الانتباه، المسرحيات النفسية القائمة على العلاج المعنى، الحوار السفري، التصوير المقصود، الرمزية، فنية إرادة البناء المفتوح، فنية التحليل المعنى.

5. دراسات تناولت جودة الحياة والعوامل المرتبطة بها:  

- مثال 1:
تحددت الدراسات التي تناولت جودة الحياة وكيفية تحسينها لدى الأفراد بصورة عامة والمعاقين بصورة خاصة حيث هدفت بعض الدراسات إلى التعرف على العوامل النفسية والسياسية التي تؤثر على جودة الحياة ومنها دراسة داموش وأخرين (1997). واقترح تدفق إلى التعرف على العلاقة بين أحداث الحياة الأضاعات وكيفية تأثيرها على طول النظرية والبحث، ووصلت الدراسة إلى أن أحداث الحياة التي تؤثر لها بالطبع تؤثر سابقا عليهم، وتؤدي إلى انتظام جودة الحياة لديهم. وؤكدت الدراسة على دور الإسماع في مواجهة هذه الضغوط. وأوصت الدراسة على ضرورة تدريب الطلاب وإعدادهم مهارات مختلفة لمواجهة تلك الضغوط، وذلك لتحسين نظرتهم للحياة وزيادة الرضا عن أحداثها المختلفة.

كما دفعت دراسة بيرفلي وألاري (1998) إلى التعرف على العلاقة بين التفاعل واستخدام أساليب واستراتيجيات براءة في حل المشكلات ووجود الحياة عند طلاب الجامعة، وتشكلت عينة الدراسة من 204 طالما من طلاب الجامعة بمساكن عمري 19.5 سنة متساوية إلى ثلاث مجموعات حسب درجة التفاعل (متوسط التفاعل، متوسط التفاعل، منخفض التفاعل). أدى التفاعل إلى أن الذي التفاعل المرتفع يُظهر مستوى أعلى من جودة الحياة ويشارك بصورة زائدة في أداء حياتهم بالدينار. أما أنهم يواجهون المشكلات بشكل واقعي ويسألون متنوعة ما يحسن من جودة الحياة لديهم، كما أن مجموعة التفاعل المتوسط والمنخفض سببوا درجات منخفضة لجودة الحياة، وفي دراسة إرمزون (2001) التي تهدف إلى التعرف على العوامل التي تؤثر في معيّن الحياة لدى عينة من 50 مراهقاً (25 من الذكور، 25 من الإناث)، أظهرت نتائج الدراسة إلى تحديد الأهداف ومعنى المستقبل ولقاء الموت من العوامل المؤثرة في تحديد معيّن الحياة.

فُحصت دراسة (سامي محمد موسى، 2001) إلى التعرف على جودة الحياة لدى المعاقين حسباً والمسنين وطلاب الجامعة وأثر التكيف والتماسك الأساسي عليها، وتضمنت عينة الدراسة مجموعة من المعاقين جمعياً 62 فردًا تراوحت أعمارهم من 25 – 40 سنة، وجموعة من المسنين (62 فردًا) تراوحت أعمارهم من 60- 88 سنة، ووحدة من الطلاب (67 طالباً). تراوحت أعمارهم من 20 – 21 سنة. وتم تطبيق مقياس لجودة الحياة من إعادة الباحث، وتم التوصل إلى أن التأثير الأساسي في تأثيره بالنسبة للأشخاص المعاقين والمسنين وطلاب الجامعة، كما أكدت الدراسة على ضرورة توجيه البرنامج الإرشادي الذي يساعد على تحسين جودة الحياة للمعاقين والمسنين من أكثر الفئات حاجة إلى المساعدة لتحقيق إدراك جودة الحياة لديهم.

وفي هذا الصدد فحصت دراسة شانج (1998) التأثيرات الاجتماعية والتنمية الوظيفية للمكفوفين في مرحلة المراهقة وأيضاً، معرفة مدى تأثير المكفوفين بمساعدات المجتمعية من جانب أفراد الأسرة وعمليات العمل والمدرسة للتنمية والآفاق على تطور المهنة المستقبلية وأجريت على عينة من المكفوفين عدد (12) طالما وطلابية من...
 الطلاب الجامعية يفوق 8 طالبات، 4 طلاب، وتوصفت إلى أن هناك علاقة دائمة بين المساعدة الاجتماعية من الأسرة والأفراد والدرسة وعمل الطلاب وعملاء الدراسة ودرجة إحساسهم بقيمهم الذاتية واحترامهم لذاتهم بما يفهم في تعميمهم مهنيا ودائم أيضا أن المساعدة الاجتماعية كان لها أكبر الأثر في مواجهة الضغوط النفسية لدى المكتمفين وتحسين نظرتهم للحياة.

وفي هذا الصدد قام ماتسوناكا (2003) بدراسة هدفت إلى الكشف عن أثر العلاقات التبادلية وشبكة المساعدة الاجتماعية على الصحة النفسية في مواجهة الضغوط اليومية لدى الأفراد المكتمفين بصورة قد أجريت الدلالة على عينة قوامها (44) كابناء، و (64) مبصرا، وتوصلت النتائج إلى أن المكتمفين الذين لديهم علاقات كانوا يواجهون ضغوطاً اليومية أقل من هؤلاء المكتمفين الذين لا يملكون علاقات تبادلية. أوضحت النتائج أيضا أن الأفراد المبصرين الذين كانوا يمتلكون شبكة علاقات كبيرة كانوا يتمتعون مستوى أعلى من الصحة النفسية والنظرة الإيجابية للحياة عن هؤلاء الذين يفترون إلى شبكة العلاقات الاجتماعية. كما أن مستوى الصحة النفسية لديهم كان أعلى من مستوى الصحة النفسية لدى المكتمفين من خلال العلاقات التبادلية.

ويشير بالي وميلر (1998) في دراسة على طلاب الجامعة بلغت عينتها (157) من الإناث، 86 من الذكور) إلى أهمية أساليب الحياة النشطة والمنوعة في تحسين جودة الحياة لدى الشباب، كما أشارت الدراسة إلى أهمية العلاقات الأسرية والأدوار الأسرية التي يعدوها الولد والتماون في إبراز الطلاب لجودة الحياة.

وهذلت دراسة سوزانا وآخرين (2005) إلى تقييم الصحة الذاتية (الداخلية)، وفحص العلاقة بين جودة الحياة الموضوعية والذاتية لدى الأطفال ذوي الإعاقات البليجية المختلفة والعقلية من خلال تقديم الدعم الاجتماعي لدى أولياء الأمور. كما تم إجراء مقارنة بين جودة الحياة لدى الأطفال المكتمفين تراوحها أعمارهم بين 13 - 20 عاما، وبين هؤلاء الذين ليس لديهم إعاقات. ووجدت الدراسة على أن المجموعة تتغير بشكل دال في درجة جودة الحياة الذاتية، إلا أن مجموعة الإعاقات البليجة المختلفة والعقلية حصلت على درجة أقل في جودة الحياة الموضوعية.

أما دراسة ديميت وآخرين (2008)، فهدفت إلى تحديد جودة الحياة عند طلاب الجامعة التركية، وعلاقتها بالقلق عند الطلاب تكمن في طلاب الجامعة، وتم تطبيق مقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة ودحت الدراسة على أن هناك علاقة ضعيفة بين جودة الحياة والمعناوين من القلق والاضطراب النفسي، وأن الشخصية المبقية تعكس بالكتاب والسئية وعدم الراحة عن الحياة وأوصت الدراسة بأهمية توفير الخدمات والاحتياجات الأساسية في مجالات الصحة والتعليم لتحقيق تحسن في جودة الحياة لدى المجتمع.

2. دراسات تناولت تحسين جودة الحياة:
تعدت الدراسات التي تناولت إرشاد قاتل مختلفة من الأصوات ومن ذو الاحتيالات الخاصة وذلك بهدف تحصين جودة الحياة لديهم. ففي دراسة (سيد عبد العظيم محمد، 1998)، والتي هدفت إلى التعرف على مدى فعالية الإرشاد العلاقي في خفض الشعور بإيال لدى عينة من المكفوفين بلغ قوامها (9 أفراد ذكور) واستخدمت الدراسة برنامج الإرشاد العلاقي الذي تكون من عشر جلسات إرشادية مدة كل جلسة ساعة ونصف، بواقع جلسات أسبوعية وطبق بطريقة (جماعية وفردية) على أفراد المجموعة الإرشادية، أظهرت نتائج الدراسة فعالية البرنامج الإرشادي في خفض الشعور بإيال لدى أفراد المجموعة التجريبية وتحسين نظرتهم للحياة، وقد استمرت هذه الفاعلية بعد شهر من التطبيق البعدي الأول. كما هدفت دراسة (فان وولداي، 1998) إلى تقديم مشروع تجريبية حول نظرية الإرشاد العلاقي المعقدة كمحاولة لاختيار نظرة المراهقين السليمة - كコミュニت باستخدام نصائح المراقبين السليمة، وكتبت عن دراسة من 11 تمثيلاً من مدرسة فلوريدا للمكفوفين،جميعها. وهذا المشروع أشتم على محاولة إكمال هذه المراقبين المكونين - مص مهارات أساسية مثل تعلم التحكم في البيئة، والتراكيز على الاستقلالية، حيث تم توظيف منصات إضافية لتكوين مهارات الحياة الاستقلالية، من بين نتائج الدراسة نجاح المشروع المقدم في تنمية نظرية المراهقين الإيجابية لمستقبلهم وتنمية مهارات الحياة الاستقلالية.

وفي دراسة (إبراهيم محمد، 2000) والتي هدفت الدراسة إلى معرفة الأثر الإرشادي النسبي في تحقيق جودة الحياة لدى الأفراد من مصنوع التعامل مع الذات وكنت عينة الدراسة من 50 فرداً (25 ذكوراً - 25 إفتاء) بباختصار عمرية 43.8 وانحراف معياري 5.6 من نفوق دورة إرشادية في التعامل مع الذات ووصلت الدراسة إلى أن الدورات الإرشادية الخاصة بالتعامل مع الذات حققت أثرًا إيجابيًا في ضبط السلوك كأحد متطلبات جودة الحياة كما أثرت هذه الدورات بصورة إيجابية في ضبط السلوك والتفكير والانفعالات لدى عينة الدراسة.

كما تناول كامرون (2000) في دراسته فرص المناهج التقليدية لإعادة تأهيل المكفوفين ثم التدريب على المهارات المتعلقة بال التواصل مع الأشخاص وتكوين الأمور المنزلية والحركة وتبني تقديم بعض المساعدات التفسيرية مع الأشخاص، حيث أن قفزة السلام يعتبر من أكثر المخاطر فيما يتعلق بفقدان الاستقلالية وعدم الحصول على المعلومات عن طريق الإصبار وما يبقي من تقدير الحركة غالباً ما ينتج عنه القمع والاستمرار من أعراض نفسية شديدة، وتم اختبار فعالية التدخلات لتقييم الرعاية بواسطة البرامج التقييم، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (13 طالباً) مختراً من مراكز إعادة تأهيل المكفوفين، وقد تلقى المجموعة التجريبية (10) مكالمات تلفازية مساعدة عبر فترة زمنية تمتد (20) أسبوعاً، وذلت النتائج على أن درجات مقاييس تقييم الأعراض المحسدة وتقييم مهارات الكيفية بالنسبة للمزرع الامتصاصي إدراك البيئة التفاعلي كانت أقل بشكل كبير من بالنسبة للمجموعة الضابطة.

ومع السيطرة العامة كانت ذا دالة أعلى في أفراد المجموعة التجريبية.
فُهِّدت إلى اختيار فعالية برنامج للعلاج بالمعنى –
فنه المتضمن المتانسة – على تغيير اتجاهات الأفراد وتزويدهم بالمعلومات الخاصة بالحياة
وتثير ذلك في تحسين معنى الحياة لدى المغارمين حركياً من خلال مقياس تفوق الحياة
بالعلاج، تكون البرنامج من 20 جلسة تقوم على أسس العلاج بالمعنى عند فرانكل، أشارت
دراسة إلى فعالية البرنامج المستخدم في تحسين معنى الحياة لدى عينة الدراسة. بينما
قد هربرتر ورينارد (2005) دعت دراسة وصفية دهتفت إلى معرفة تأثير
خدمات محددة لإعادة التأهيل البصري على مستويات الصحة النفسية والقدرات الوظيفية بين
الرضاعين ذوي الإعاقات البصرية وتتم هذه الخدمات في عيادات القصور البصري
والتدريب على المهارات والإرشاد واستخدام المغنيات البصرية واستخدام الأدوات التكنولوجية
وجربت على عينة قوامها (95) كفتاً وقد كشفت النتائج عن أن تقديم الخدمات الإلكترونية،
وتقدم برامج إرشادية واستخدام المغنيات البصرية قد أسهم في تحسين مستوى الاكتساب
اللاحق عن التعرض للضغوط الحياتية ولدت النتائج أيضاً أن الحاجة ماسة إلى خدمات إعادة
التأهيل لكل من الوظائف النفسية والجسمية لدى الأشخاص المكفوفين حتى تحسن نظرتهم
للحياة.

كما هدفت دراسة (عبد العزيز إبراهيم أحمد، 2009) إلى وضع برنامج علاجي
يساعد في خفض حالة الإعاقة الوعي للغة وتتحسين جودة الحياة النفسية لدى عينة من تلاميذ
المدرسة الإبتدائية، وكتوت عينة الدراسة من (30 طفلاً) من أطفال المدرسة الإبتدائية قدموا
إلى مجموعتين، إحداهما تجريبية والأخرى ضبابية وتوصفت الدراسة إلى ترقيات ذات دالة
إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال، وتضمنت البرنامج ركيزة لصالح
المجموعة التجريبية، مما يدل على تحسين جودة الحياة لديهم نتيجة تطبيق البرنامج، وأدت
الدراسة على أن تحسين درجة الأطفال على التفاعل الاجتماعي والتكيف المدرسي يزيد من
إحساسهم بجودة الحياة.

هدفت بعض الدراسات إلى تحسين جودة الحياة لدى المغارمين من خلال تدقيق البرنامج
الإرشادية الآلية، ومنها وفق دراسة لاندز وآخرين (2001) 13 مشروعاً تحسين جودة الحياة لدى أفراد ذو قصور عقلية في الهند ورومانيا وكندا
وجنوب أفريقيا، يهدف تزويد الآباء بالمعرفة التي يحتاجونها لتحسين جودة التخطيط للحياة
المستقبلية للطفل ذو القصور العقلية. وهذه المعلومات تدعمها تحسين جودة الحياة، وتثير النظر عن عمر
والدين للمصمم نحو تحسين الصحة والحياة. وأفصحت النتائج أن الشارع المدروس (13) للادارة تباع في أمور معرفة
والدين للمصمم نحو تحسين الصحة والحياة. وأفصحت النتائج أن الشارع المدروس (13) للادارة تباع في أمور معرفة
والدين للمصمم نحو تحسين الصحة والحياة. وأفصحت النتائج أن الشارع المدروس (13) للادارة تباع في أمور معرفة
والدين للمصمم نحو تحسين الصحة والحياة. وأفصحت النتائج أن الشارع المدروس (13) للادارة تباع في أمور معرفة
والدين للمصمم نحو تحسين الصحة والحياة. وأفصحت النتائج أن الشارع المدروس (13) للادارة تباع في أمور معرفة
والدين للمصمم نحو تحسين الصحة والحياة. وأفصحت النتائج أن الشارع المدروس (13) للادارة تباع في أمور معرفة
والدين للمصمم نحو تحسين الصحة والحياة. وأفصحت النتائج أن الشارع المدروس (13) للادارة تباع في أمور معرفة
والدين للمصمم نحو تحسين الصحة والحياة. وأفصحت النتائج أن الشارع المدروس (13) للادارة تباع في أمور معرفة
والدين للمصمم نحو تحسين الصحة والحياة. وأفصحت النتائج أن الشارع المدروس (13) للادارة تباع في أمور معرفة
والدين للمصمم نحو تحسين الصحة والحياة. وأفصحت النتائج أن الشارع المدروس (13) للادارة تباع في أمور معرفة
والدين للمصمم نحو تحسين الصحة والحياة. وأفصحت النتائج أن الشارع المدروس (13) للادارة تباع في أمور معرفة
والدين للمصمم نحو تحسين الصحة والحياة. وأفصحت النتائج أن الشارع المدروس (13) للادارة تباع في أمور معرفة
والدين للمصمм
بمتوسط عمرهم 12 سنة وأوضحت الدراسة فعالية البرنامج في تحقيق جودة الحياة لدى الأبناء عينة الدراسة من حيث الأهمية، وتحسين مستوى جودة الحياة من حيث الرضا عن الحياة. وذكرت الدراسة أن المشاركة والتأثير الإيجابي المتبادل بين الآباء وأبنائهم من ذوي الاحتياجات الخاصة هو دور كبير في تحقيق جودة الحياة لديهم، وأوصت الدراسة بال userDetails للخدمات التربوية والصحية والاجتماعية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

بالإضافة إلى ذلك، تحدثت الدراسة الإرشادية التي تعمل على تحسين جودة الحياة للاطفال، حيث قام ريكو وآخرون (2006) في دراسة من خلال تحسين جودة الحياة بالنسبة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وحدثت الدراسة في فحص منحى أطفال وأولياء أمرهم حول القضايا الهامة في حياتهم، وما إذا كانت خدمات البرنامج تحسن جودة حياة الأطفال من وجهة نظر الأطفال وأولياء الأمور، وتكونت مجموعة أولياء الأمور (ن=10) ومجموعة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (ن=5) - إعدادات عامة وبدنية، وقد أكد الآباء أن التشتة الاجتماعية تعد أحد المجالات الهامة التي يواجه فيها أطفالهم بعض الصعوبات، وتكمل مشاكلات ذاتية تتعلق بالعناية والرعاية الشخصية، ومن خلال المناقشات أكدت أولياء الأمور توفير نظام دعم وإرشاد من أجلهم يعمل على مساعدتهم في تحقيق جودة حياة الأطفال وإن عمليات الثبات الطبي والعلاج الطبيعي تميل إلى التركيز على الإعاقة، وأن المدخل الأكثر فاعلية هو المرتبطة بحالات الأطفال المتعلقة بالتشتة الاجتماعية.

فروض الدراسة:

فروض الدراسة النسبية والطريق التجريبي يمكن أن يكون فروض الدراسة النسبية: 1. توجد فروض ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبي على مقياس جودة الحياة في القياسات القليلة والبعيدة لصالح القبضة البعدية.

2. لا توجد فروض ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبي على مقياس جودة الحياة في القياسات البعدية والتقييمي.

سابعًا: إجراءات الدراسة:

1. عينة الدراسة:

وتكون عينة من 29 طالبًا وطالبة (18 طالبًا - 11 طالبة) من طلاب المرحلة الثانوية المكثفين من مدرسة النور بمحافظة قنا بمتوسط عمر 16.7 وانحراف معياري 1.5 وتتراوح درجة كف البصر ما بين كلي أو تأتي إصفر وقد روعي في اختيار أفراد العينة أن تكون متواجدة من حيث السن والذكاء، ثم تطبق مقياس جودة الحياة عليهم بصورة فردية.

2. خطوات انتهاء عينة البرنامج:

آ. تم تطبيق مقياس جودة الحياة المترقى على عينة قوامها 29 طالبًا (18 طالبًا - 11 طالبة) من طلاب المرحلة الثانوية المكثفين من مدرسة النور بقنا.
ب. تم إعداد أسمارات الطلبة للتحليل الإحصائي باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS للحصول على الوصف الإحصائي للعينة، ويوفر جدول (1) الوصف الإحصائي للعينة الكليّة على مقياس جودة الحياة.

| الوصف الإحصائي للعينة الكليّة للطلاب على مقياس جودة الحياة (رن = 29) |
|-----------------------|----------|--------|-------|
|                        | الدرجة   | أعلى درجة | البنية |
|                        | المعياري  |          |       |
|                        | 26.80     | 62.70    | 29    |

ج. تم تحديد درجة القطيع لمقياس جودة الحياة (م + 1.5 ع) فكانت مساوية لـ 89.5 درجة تقريبًا، وبناءً على درجة القطيع اختبرت عينة الدراسة لتي تمثل المنخفضين على مقياس جودة الحياة، وهم الحاصلين على درجة أقل من 89.5 درجة، وشملت العينة 17 طالبًا (13 ذكورًا - 4 إناثًا) تراوحت درجاتهم مابين 27 إلى 89 درجة على مقياس جودة الحياة، وهم يمثلون العينة النهائية للدراسة حيث تم تطبيق البرنامج المعد في الدراسة عليهم.

3. أدوات الدراسة:

أ. مقياس جودة الحياة: تقنين وتكييف البحث

The World Health Organization والمقياس من إعداد منظمة الصحة العالمية الصورى المختصرة ويتكون المقياس من 26 سؤال موزعة على أربعة أبعاد توضح مدى تتمتع الفرد بالصحة البدنية والنفسية بالإضافة إلى جودة العلاقات الاجتماعية والحياة البيئية التي توفر له، ويختر الطالب عند الإجابة بدلاً من الدائرة الخمسة عند المقياس تدل على مستوى عال من جودة الحياة، وجدول (2) بين أبعاد المقياس وأرقام أسلة كل بعد.

جدول (2)

<table>
<thead>
<tr>
<th>أبعاد مقياس جودة الحياة</th>
<th>المعياري</th>
<th>م</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>الصحة البدنية</td>
<td>18-17-16-15-10-4-3-2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة النفسية</td>
<td>11-7-6-5-1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>العلاقات الاجتماعية</td>
<td>22-21-20</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>الموارد البيئية</td>
<td>25-24-23-14-13-12-9-8</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>
وقام الباحث بإعداد الصورة العربية للمقياس بترجمته وتفهيمه، حيث تم ترجمة المقياس إلى البيئة العربية، ثم تم عرض المقياس على ثلاثة من أعضاء هيئة التدريس في اللغة الإنجليزية، وعضو هيئة تدريس في اللغة العربية، للتأكد من مدى كفاءة ترجمة المقياس للغة العربية، بالإضافة إلى ثلاثة أعضاء هيئة تدريس في الصحة النفسية، لمعرفة مدى ملاءمة بنود المقياس للبيئة المصرية والعربية. وتم كتابة المقياس بلغة برابرة حتى تناسب الطلاب المعاملين بصراء، ثم تم تطبيق المقياس على عينة قومها (25 طالباً) من طلاب المرحلة الثانوية المعاملين بصرياً، للتأكد من ثبات وصدق المقياس كالتالي:

1- ثبات المقياس في الدراسة الحالية:

• إعادة الاختبار

تم حساب ثبات المقياس عن طريق إعادة التطبيق بعد فترة زمنية قدرها أسبوعين من التطبيق الأول على عينة قومها (25) طالباً من طلاب المرحلة الثانوية المعاملين بصرياً، وكانت معاملات الثبات جميعها دالة عند مستوى (0.01). كما هو موضح بالجدول (3).

جدول (3)

<table>
<thead>
<tr>
<th>معاملات الثبات المقدرة</th>
<th>الدرجة النفسية</th>
<th>الصحة الدينية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>1</td>
<td>0.72</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2</td>
<td>0.69</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3</td>
<td>0.71</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4</td>
<td>0.76</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5</td>
<td>0.82</td>
</tr>
</tbody>
</table>

• طريقة كرونباخ (معامل ألفا): تم استخدام معادلة ألفا كرونباخ لحساب ثبات المقياس عينة قومها (25) طالباً من طلاب المرحلة الثانوية المعاملين بصرياً. وكانت معاملات الثبات جميعها دالة عند مستوى (0.01). كما في جدول (4).

جدول (4)

<table>
<thead>
<tr>
<th>معاملات ثبات ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة ن = 25</th>
<th>الدرجة النفسية</th>
<th>الصحة الدينية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>1</td>
<td>0.69</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2</td>
<td>0.74</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3</td>
<td>0.78</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4</td>
<td>0.84</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5</td>
<td>0.79</td>
</tr>
</tbody>
</table>
(2) صدق المقياس في الدراسة الحالية:

تم استخدام الصدق التلازمي لحساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة المستخدم في الدراسة، والدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة إعداد مامي محمد موسي (2001) وذلك على عينة تتألف من 25 طالباً من المرحلة الثانوية في مصر وكان معامل الارتباط 0.87 وهو دال عند مستوى 0.01.

ب. البرنامج الإرشادي:

(1) الأساس النظري والفلسفي للبرنامج الإرشادي:

يعتمد تصميم البرنامج الإرشادي على الاستفادة من النظريات العلمية ونتائج البحوث والدراسات على المعاقين بصريًا، في إعداد البرنامج الإرشادي القائم على مبادئ ونظريات العلاج بالمختبر لراحة كل فئاته المختلفة.

(2) الهدف العام للبرنامج:

يهدف البرنامج الإرشادي المستخدم إلى تحسين جودة الحياة لدى عينة الدراسة من المعاقين بصريًا من خلال استخدام الإرشاد بالمختبر، وذلك من خلال اكتشاف المعنى المفقود في حياتهم، وتحقيق المعنى الإيجابي للحياة.

(3) الأهداف الإجرائية للبرنامج:

يتم تعزيز من الهدف السابق للبرنامج الأهداف الإجرائية التالية:

- أن ي kut <a href="http://www.culturalinspiration.net" target="_blank">أفراد العينة المستهدفة على المعنى الكامن أو وجودهم</a>
- تنمية إرادة المعنى مما يحقق زيادة الدافعة للنظر والعمل بالإيجابية لتحسين الجوانب المختلفة للحياة.
- الإحساس بقيمة الحياة، والتمسك بالجوانب الإيجابية فيها، والوصول إلى حالة من الرضا النفسي عنها.
- إكساب الإفراد الاتجاهات الإيجابية نحو الإعاقة، مما يساعدهم على تقبل أنفسهم وتفهم الآخرين.
- أن يكسب أفراد العينة المستهدفة الصفات التي تساعدهم على تكوين علاقات اجتماعية جيدة بالأخرين.
- تعليم أفراد المجموعة الإرشادية كيفية زيادة معارفهم المتعلقة بالمستقبل حتى يتسنى لهم مواجهة فق طول المشهد.
- تدريب أفراد المجموعة الإرشادية على التحديد والخصوص الموضوعي لأفكارهم وتخيلاتهم ذات العلاقة بالمحيطة كأحد العوامل المؤثرة في جودة الحياة.
(4) الأسلوب الإرشادي المستخدم في البرنامج:

أعتمد الباحث على الإرشاد الجماعي على التفاعل الاجتماعي بين أعضاء المجموعة الإرشادية من خلال إحساس الواحد بالمشكلة والعمل الجماعي وذلك لتشابه أفراد المجموعة التدريبية من حيث السن والمستوى التعليمي الاجتماعي والاقتصادي ونوع الإعاقة بالإضافة إلى إمكانية التفاعل الاجتماعي بين أفراد المجموعة التدريبية واستغلال هذا التفاعل في تحقيق أهداف البرنامج، وهذا لم يمنع الباحث من استخدام الإرشاد الفردي Individual Counseling.

(5) محتوى البرنامج الإرشادي:


جدول (5)

<table>
<thead>
<tr>
<th>موضوع البرنامج</th>
<th>عدد الجلسات</th>
<th>زمن الجلسة</th>
<th>الملاحظات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>التعرف بهدف البرنامج وال فكرة الأساسية التي يقوم عليها.</td>
<td>2</td>
<td>90 دقيقة</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>1. تقديم بعض المفاهيم ( جودة الحياة، العلاج بالمحنى).</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. الجوانب المختلفة لجودة الحياة.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. المواقف المؤثرة على جودة حياة الفرد.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. الملاحظات المعملية (الأعمال والأهداف).</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>تقييم الذات وكذلك من خلال:</td>
<td>3</td>
<td>90 دقيقة</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>1. التعرف على الأفكار السلبية المرتبطة بالإعاقة وكيفية مقاومتها.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. استحضار الأهداف وخطط الاستعداد الناجحة.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. التعرف على نقاط القوة والضعف في شخصية الفرد.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. تقبل الإعاقة وعملية التعديل.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>التحكم الذاتي وزيادة الثقة في النفس وذلك من خلال:</td>
<td>4</td>
<td>90 دقيقة</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>1. استحضار النشاط المتعلق بتحدي بها.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. الثقة في النفس، طاقتك للتغيير.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
3. تنمية التواصل وتكوين علاقات إيجابية مع الآخرين.

<table>
<thead>
<tr>
<th>ست ساعات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>90 دقيقة</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- الشعور بقيمة وجودة الحياة من خلال تحقيقمعنى:  
  1. اكتشاف الظروف والأعمال والموضوعات المستقبلية.  
  2. بذل العاطف على الإيجاب عن السلبية والاندماج في المجتمع  
  3. العمل على تحقيق المنافسة ومهامات الإيجابية  
  4. إدراك الطلاب لآدابهم في الحياة وكيفية العمل على تحقيق  
  هذه الأهداف.

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>90</td>
</tr>
<tr>
<td>14 جلسة</td>
</tr>
</tbody>
</table>

وغيرللثاني تضم البرنامج الإرشادي على أربع عشرة جلسة استغرق تطبيقها سبع أسابيع.

6. فئات البرنامج الإرشادي:

- التميم البرنامج الإرشادي على استخدام فئات أهمها الحوار السريري، المناقشة، والинтерفью (التحليل السريري) فئات تعلمت الإنجازات، النماذج المتخصصة، فئات تشيت التفكير، تدريباً التحليل السريري.

7. تقويم البرنامج الإرشادي: تم تقييم البرنامج من خلال:

- التقييم التجريبي: يتضمن في تقييم البرنامج على مجموعة من السادة المحتملين لإعداد أطروه، ويتم في النوع المناسب لتطبيق من خلال التقييم الثاني، ويتم في التقييم المصاحب بعملية التطبيق من خلال التقييم الذي كان يعتمد كل جلسة وتلك من خلال الواجبات المنزلية.
- التقييم النهائي: ويتم في تقييم البرنامج المستخدم في الدراسة بعد الانتهاء من تطبيقه.
- التقييم التربوي: ويتم في تقييم البرنامج المستخدم في الدراسة بعد شهر من الانتهاء من تطبيقه للتفوق على مدى استمرار فاعليته في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين بصرياً.
ثانياً: نتائج الدراسة:

1. نتائج الفرض الأول:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبي على مقياس جودة الحياة في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، والتحقق من صحة الفرض السابق:

أ. تم حساب متوسطات درجات الطلاب على مقياس جودة الحياة للقياس القبلي والقياس البعدي والقياس التجريبي وكانت النتائج كما في جدول (6)

ب. تم حساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبي في القياسين القبلي والبعدي على مقياس جودة الحياة بأبعاده باستخدام اختبار وليكسن للعينات المرتبطة وكانت النتائج كما في جدول (7)


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>القياس القبلي</th>
<th>القياس البعدي</th>
<th>أبعاد القياس</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>المتوسط</td>
<td>المتوسط</td>
<td>المتوسط</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>الإحصاري</td>
<td>الإحصاري</td>
<td>الإحصاري</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة البدنية</td>
<td>8.77</td>
<td>29.1</td>
<td>8.47</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة النفسية</td>
<td>8.02</td>
<td>25.48</td>
<td>8.09</td>
</tr>
<tr>
<td>العلاقات الاجتماعية</td>
<td>3.1</td>
<td>10.17</td>
<td>3.11</td>
</tr>
<tr>
<td>العوامل البيئية</td>
<td>7.61</td>
<td>15.7</td>
<td>7.55</td>
</tr>
<tr>
<td>الفرصة الثانية</td>
<td>19.51</td>
<td>80.41</td>
<td>19.42</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول (6)

الفرص بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبي وقيمة Z على مقياس جودة الحياة بأبعاده في القياسين القبلي والبعدي

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>القياس القبلي</th>
<th>القياس البعدي</th>
<th>أبعاد القياس</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>المتوسط</td>
<td>المتوسط</td>
<td>المتوسط</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>الإحصاري</td>
<td>الإحصاري</td>
<td>الإحصاري</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة البدنية</td>
<td>0.01</td>
<td>3.48</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>الصحة النفسية</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>العلاقات الاجتماعية</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>العوامل البيئية</td>
<td>0.01</td>
<td>3.36</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>الفرصة الثانية</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول (7)
وبيرسح من جدول (7) :

3. يوجد فروق ذات دالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في الأبادة (الصحة البدنية، والصحة النفسية، العلاقات الاجتماعية، والدرجة الكلية) من مقياس جودة الحياة في التقاليد التقليدية والبعدي لصالح القياس البعدي.

4. يوجد فروق إحصائية بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في بعد العوامل البيئية من مقياس جودة الحياة في التقاليد التقليدية والبعدي ولكن هذه الفروق لم تصل إلى حد الدالة.

ويمكن توضح هذه النتائج كما في الشكل (1).

ويمكن تفسير ذلك من خلال أن مساعدة أفراد المريض على إدراك المعانى والأهداف الخاصة بهم يمكن أن يؤثر على جودة الحياة لديهم.

فالطلاب المعاقون بصرياً وحزم في مرحلة المراهقة يكون أكثر افتقداً للمعنى في حياتهم، وآمنًا افتقداً لوجود أهداف محددة لمستقبلهم، وقد لا يمتلك سوى القدرة القليل من الطموحات والأمل، حيث أن الإعاقة البصرية عادة ما تفقد القدرة الفعلية بنفس القدر على تقدير ما لديه من إمكانات وقدرات يمكن الاستفادة منها في تحقيق العديد من أهدافه التي تسبح إلى تكوين علاقات إيجابية مع المجتمع وجعله أكثر قدرة على إدراك المعنى الإيجابي للحياة مما يحسن من جودتها لديه، وإذا كانت حيوي للعاقب المعاقن تتأثر بدورها بفكرة من الصعوبات والمعوقات التي يواجهونها والتي ربما يؤثر بصورة داية على إحساسهم الشخصي بنوعية وطبيعة حياتهم من حيث الرضا أو عدم الرضا عنها، فإن نطاق هذه التحديات والصعوبات تستعمل مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية إدارة قد بد من المعانى نفس محاسباً أكثر من الصعوبات والمشكلات والتي تنظر بداخل العديد من الأسئلة مثل كيف يتواصل مع الآخرين، وما الصورة التي يراه بها الآخرون، وكيف يستطيع السيطرة على البيئة من حوله؟ وهكذا سؤل إعداده على حالته النفسية وعلى مجال حياته فيما بعد؟ وما الصورة التي سيكون عليها في المستقبل؟ وما مدى تقبل الآخرين له إن ظل على حالته؟

ذلك؟ ولهذه الأسئلة علاقة وطيدة بتقييم المعنى الحياة ووجودها لديه.
132

وقد ما أكدته محمد عبد الفتاح محمد، 1998) أن المشاكل والاضطرابات التي يعاني منها المعلمان بصورةٍ كبيرة في الاتباع بمعنى الإعاقة ومنع الحياة، الأمر الذي يؤثر على إمكانات المعالج، وهذا تقدم أهمية العلاج بالمعنى الذي يضع في اعتبارها هذه المشكلات ويعمّضها إلى تفتت الفهم والتعلق من الفرد لتجسيد مفهوم إرادة المعالج، أو التوجه نحوه ليشعر الفرد بمستقلته تجاه حل هذه المشكلات بصورةً تنطوي على أهداف المنبوذة، وهذا ما يحمل البرنامج تحقيقًا لدى عينة الدراسة وذلك من خلال استكشاف كل ما لدى أفراد العينة من مهارات و年のات وإخفاقات، تقع فيها إيجاءنهم على عجزهم وإخفاقهم حيث جاءت جلسات البرنامج لتعمل فيها معاماتهم وآمالهم في المستقبل من خلال استرجاع كل ما توصلوا إليه وحققوا بالفعل من النجاحات سابقة في حياتهم، مما يزيد من قدرتهم على تقبلهم.

كما ركزت جلسات البرنامج على ضرورة إحداث تغيير إيجابي في اتجاه الفرد نحو ذاته والظروف الحياتية بها مما يساعد على أن يقبل ويتعامل معها لكي يستطيع تغييرها مثل إعداده الفوري الذي يعاني منها ويتبع أحد العوامل الأساسية لإحساسه بعدم جودة الحياة التي يعيشها.

حيث أشارت دراسة جود (1990) أن اضطراب الجهود والمعاناة في الحياة لدى المعلمين بصورةً، وبعدهز أهم المخاطرات الوشيطة التي ترتبط بجودة الحياة لديهم، بالإضافة إلى ما أكده (Breitbart et al., 2004: 267) أن إدراك المعاناة والخوف من الحياة إما في عملية ذات قيمة في حياة الفرد، فالإنسان الذي يملك المعنى والقيمة لحياته هو فرد قادر على مواجهة كل ما يقابله من مشاكل شخصية أو اجتماعية أو مهنية أو أكاديمية، وليـّة من القدر، ما يمكنه من مواجهة أي مصاعل أو أم أو عجز يتعرض له في حياته.

ولما كانت العلاقات الاجتماعية والأسرية مصدراً هاماً ومؤثراً على جودة الحياة لدى المعلمين بصورةً حيث أن المعلمين العديد من الدراسات ومنها دراسة (سامي محمد موسى، SUSANNA, ET AL., 2005; DAMUSH, ET AL., 1997: 1997) على أن خصائص البيئة الاجتماعية والأسرية لها تأثير على كيف الفرد مع فقد الصرخ، وله علاقة قوية بما يشعر به الفرد من أن الاعتقادات السلبية تؤثر سلبًا على شخصية المعالج بصورةً لأن بنية ودمجه وعدم قبوله أو حمايته والزائدة من قبل الوالدين أو أفراد أسرته يجعله أكثر شمولاً بالعجز في مواجهة الكثير من المشاكل الحياتية والتي تؤثر على جودة الحياة لديه، وتساهم له المعاناة والانصياب وسوء التوفيق.

ولما كانت نظرة المعالج لظروف الحياة وإتجاهها نحوها يؤثر على جودة الحياة لديه، فالفرد قد لا يضطر بسبب الأحداث التي تمر به، ولكن يضطر بسبب وحجة نظره فيها، وهذا ما أكده دراسة داموش وأخرين (1997) الذي يقوم عليه الانفعال الموجب والسلوك السووي، فقد تتواصل مسألة ما قد يولدها أو فهمها، تحدث بعض الأخطاء في القيم والفكرة مما يشرح صورة الواقع، وبالتالي تأتي
السلوكيات على نحو غير مرضي. وبالطبع فإنه توجد فروق بين العاديين والمعاقين بصرياً في مثل هذه الميقاتين المنفعة عن إثراء الفرد لجوء الحياة.

من هنا ركزت بعض جلسات البرنامج المقدم لعينة الدراسة من المعاقين بصرياً على تنمية التواصل وتكوين علاقات إيجابية مع الآخرين وتدريب المعاق بصرياً على الابتعاد عن السلبية والاندفاع في المجتمع والعمل على إيجاد معنى وهدف في الحياة، بالإضافة إلى ما يستطيع أن يمنحه الفرد لعيله وما يستطيع أن ينتجه من حوله، وذلك من خلال تبني تعديل الاتجاهات ومنهج لغرض الصحة النفسية، حتى يستطيع المعاق تعديل نظرته للبيئة التي يعيش فيها مما كان له الأثر الإيجابي على عينة الدراسة كما أظهر من النتائج على بعد العلاقات الاجتماعية من خلال جودة الحياة.

كما ساهم البرنامج من خلال ما تضمنه من مناهجات فردية وجماعية إلى إحساس المعاق بالكفاءة والثقة في نفسه والمشاركة في الأنشطة اليومية والدخول في محادثات مع الآخرين والقدرة على بدء المحادثات وإنهالها، والالتزام الاجتماعي، مما يرفع من تقديره ذاته ويساعد على النجاح في التواصل مع الآخرين، بالإضافة إلى تحسين قدرته على التوافق النفسي الاجتماعي والاندماج الاجتماعي، والعمل على تفشي إمكانية علاقات جيدة تضمن جودة الحياة.


كما توصل كيم (2003) من دراسته أن العلاج بالمعنا يمكن أن يحسن من الحياة الاجتماعية للفرد على اعتبار أن جودة الحياة الاجتماعية تمثل الهدف الخاص بالكفاءة في التواصل مع الأشخاص والمشاعر بما يؤدي إلى نقل الشخص تدابير اجتماعية إيجابية من الآخرين أثناء النقل معهم مما ينضوي إلى تقبله ذاته ورضاه عن حياته، وأخيراً المرونة النفسية كمصدر أساسي في مجال علم النفس الإيجابي يجعل الفرد على تجاوز الشخص للعرق والسرور وسرعة تحقيق من تفاعله السلبي مما يزيد من قابلية تحسين جودة حياته بشكل عام.

ويعتبر مفهوم الفرد عن ذاته ذات تأثير كبير على جودة الحياة التي يعيشها فاعلية الذات والعصبية النفسية وتسقى الذات المرتفع واحترام الذات والمواقف والمستوى المرتفع من تحقيق الذات والثقة في النفس والشعور بالسعادة كلها عوامل شخصية تعمل على تحسين نظرية الفرد للحياة التي يعيشها (Drukker, & Van Os, 2003).
وحسب نموذج التفاعل مع الذات يمكن أن يحقق الفرد الإحساس بجوهرة الحياة عندما يمارس سببطرة أفضل على سلوكه، وعندما يحب ذاته من حيث تقيتها وحمايتها وتثبيتها وكذلك عندما يمارس ذاته كذات إنسانية، فالشخص عندما يسيطر على سلوكه يمكن أن يختار تلك السلوكيات التي تحقق له أفضل إشباع ممكن وفق معاييره ورغباته (إبراهيم محمد الخيقي، 2000).

وكلما عوامل لا تتوفر للمراقبين المعاقين بصورة نشيطة مما يعذر من الإحساس بالعجز، والعزلة الاجتماعية، ومركزة الذات، واللامعنى، وعدد الثقة في النفس، وانخفاض تقدير الذات، وعدم الشعور بالسعادة، وقلة الرضا عن الحياة.

من هنا كان اختيار العلاج بالمعنى الذي يهدف إلى تحسين إمكانات الفرد المعطولة، لتحقيق ذات أفضل، حيث ركز بعض جلسات البرنامج على تطوير القوة والضعف في شخصيّة الفرد المعاق بصورة، واستخدام الدراسات الفنية تحسين التفكير وذات لمساعدة عينة الدراصل على التركيز على مواطن القوة في شخصياتهم ودعم التفكير في مواطن الضعف والجز الذي يعرض الإعاقة عليهم حتى يستشعر كل منهم قوته ويفتقر في قدراته مما يمكن الفرد المعاق بصورة على إدراكه لجوهرة الحياة مما يساعد على إدراك العقليات التي تقابلها في حياتهم، كما أن هذه الطرقية تساهم في تقييم الضغوط والعناصر بطريقة إيجابية وتعديل المعنى الذي يعطيه الفرد المعاق للمواقف والأحداث الخاصة به.

كما أن تركيز المعاقون على مواطن القوة في شخصياتهم تجعلهم قادرين على أن يكتشفوا ليس فقط العالم كما يبدو لهم، ولكن ما التغيير الذي يمكن أن يكون و كيف يمكن أن ينجذ هذا التغيير في فترة زمنية محددة؟ مما يساعد في النهاية على الإحساس بفاعلية الذات (Clare & Jackie, 2008).

كما أن عرض نماذج لファー الإعاقة والتنمية للفنن كانت من أهم العوامل التي زادت من القدرة بالنفس، حيث أن المفهوم الإيجابي للمعاق وتقدير ذاته يلعب دوراً هاماً في إحساسه بجوهرة الحياة.

بالإضافة إلى الشعور بالراحة عن الذات يشعر المعاقين بصورة عن الراحة عن حياتهم والعقلية ودعم الرفاه، والاستحصال الاجتماعي، وعدم كونهم عرفاً على أسرهم أو ممتلكاتهم فيهم يشعرون بياتهم بما يجعلهم أكثر قدرة على مقاومة أي صراعات ومشكلات تواجههم، وكلما من العوامل التي تحسن من جوهرة الحياة لدى هؤلاء (Lopez & Cordoba, 2000).

وبالنظر إلى جدول (7) يلاحظ وجود فروق إحصائية بين متوسطات رتب درجات الطلاب المجموعة التجريبية في بعد العوامل البيئية من مقياس جوهرة الحياة في القياسين النبلي والبدري، ولكن هذه الفروق لم تصل إلى حد الدالة، ويمكن تفسير ذلك بأنه لم يكن الظروفية عند وضع العوامل التي تؤثر على جوهرة الحياة لدى المعاقين أن نميز بين الظروف الشخصية والظروف الخارجية بالنسبة للمعاق، ويفصل بين الظروف الشخصية والظروف الاجتماعية بالنسبة للمعاق، والتي كان للبرنامج المقدم لعينة الممارسة أكثر دال في تحسن تلك.
الجوانب من حياتهم، بالمتعلقة بالعوامل والظروف النفسية والاجتماعية، أما الظروف الخارجية فينصست بها تلك العوامل المرتبطة بتأثيرات البيئة التي يعيش فيها المعلمين، ونتيجة لاستجابةهم لبعض الخدمات التي تقدم للمعلمين من قبل البيئة والمجتمع المحلي به سواء كانت هذه الخدمات عامة أو خاصة وسواء كانت متعلقة بمستوى الخدمة المقدمة للمعلمين في البيت أو المدرسة أو المجتمع ككل، ونتيجة لذلك، في تلك الخدمات وعدم توفير الأحيانات التي يطلبها هؤلاء المعلمين كان التغيير الذي حدث لعينة الدراسة نتيجة لعرضهم للبرنامج سهل الوصول إليها، لأنه لم يواجهه تحسن في مستوى الخدمات المقدمة للمعلمين بصورة عامة.


كما أن جودة الحياة عند المعلمين تتاثر بأشكال كبيرة من القبضة والموانع الاجتماعية والبيئية التي تتحول دون تفاعله مع المجتمع كالحزم ضد الإعاقة واليدين والميل إلى الوصم والتنقيط والنزيفات الإجراءات، وتعذر وجود وسائل التدابير المناسبة، كما أن مؤسسات التربية الخاصة تقوم على فك العزلة وبالتالي تقبل في تزويدهم بالaboutsات التربوية المفيدة، مما يمثل زواجا الاستعداد من فعاليات الحياة الاجتماعية، وأن السبب الأساسي في هذه المشكلات فإنه يعزى إلى فشل المجتمع في التضامن والتفاهم حول الاقتراحات وتقدير الفروق بين المعلمين والمشاركة والانتماء في مجالات ويشددها طبيعة الحياة الاجتماعية للnięcieة الخاصة بهم (محمد السعيد أبو حاتمة، 2008) وبالتالي فإن كل العوامل السابقة وغيرها خارج حدود البرنامج المعد في الدراسة وتوقع إمكانياته، وهذا ما أثر على إثراء المعلمين بصورة لجودة الحياة البيئية وهذا ما يظهر جلياً على درجات الطلاب في بعد الحياة البيئية على مقياس جودة الحياة.

ومن سبب يمكن القول أن فنون وتدريبات العلاج بالمجنى والتي استخدمت في البرنامج قد مكنت الطلاب المعلمين بصرياً عينة الدراسة من إيجاد خفيف لحياتهم وأهدافهم يمكن تعديلها، واستغلالها أن يستعدوا قدراً عالياً على التحكم والسيطرة على حياتهم، وشعور بجودة الحياة بمختلف جوانبها الصحية والنفسية والاجتماعية نتيجة للإبداعية ومثير للإعجابية ومشاهور أكثر ربما عن تلك الجوانب، مما أدى إلى أن يرى كل واحد من أفراد المجموعة عينة الدراسة مدفوعاً شخصياً أكثر إيجابية خاصة به يسعى إلى تغييره كي يستمر بقية في الحياة وأحقية أن يحيي فيها ويتمتع بكل الجوانب الجديدة منها.

2. نتائج الفرض الثاني:
لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة في الفئتينين البعد والشبيبي، والتحقيق من صحة الفرض السابق قام الباحث بما يلي:
تم حساب دالة الفروق بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين البدائي والنتيجة بعد مرور سنة أساس على مقياس جودة الحياة بأبعاده باستخدام اختبار ويلكوكسن للعينات المرتبطة وكانت النتائج كما في جدول (8).

الفرق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية وقيمة Z على مقياس جودة الحياة بأبعاده في القياسين القديم والجديد

<table>
<thead>
<tr>
<th>المستوى الدلالة</th>
<th>قيمة Z</th>
<th>مجموع الرتب</th>
<th>معدل الرتب</th>
<th>الربت السالبة</th>
<th>الربت الموجبة</th>
<th>النساوي</th>
<th>المجموع</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>غير داللة</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>2.50</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>13</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>الفصل التنسيبية</th>
<th>الرتب السالبة</th>
<th>الرتب الموجبة</th>
<th>النساوي</th>
<th>المجموع</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>غير داللة</td>
<td>5</td>
<td>2.50</td>
<td>2</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>العلاقات الاجتماعية</th>
<th>الرتب السالبة</th>
<th>الرتب الموجبة</th>
<th>النساوي</th>
<th>المجموع</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>غير داللة</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>العوامل البيئية</th>
<th>الرتب السالبة</th>
<th>الرتب الموجبة</th>
<th>النساوي</th>
<th>المجموع</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>غير داللة</td>
<td>2</td>
<td>2.67</td>
<td>3</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>الدرجة الكلية</th>
<th>الرتب السالبة</th>
<th>الرتب الموجبة</th>
<th>النساوي</th>
<th>المجموع</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>غير داللة</td>
<td>23</td>
<td>5.75</td>
<td>4</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>32</td>
<td>5.33</td>
<td>6</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
ويتضح من نتائج الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة بأبعاده في القياسين البعدي والتنبئي، ويمكن توضيح ذلك كما في الشكل (2): شكل (2)

وتشار النتائج السابقة إلى استمرارية أداء المجموعة التجريبية عينة الدراسة كما هو على مقياس جودة الحياة المستخدم في الدراسة، مما يؤكد استمرارية البرنامج القائم على فينيات وتدريبات العلاج بالمعنى في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين بصرياً، ويعزى ذلك إلى التأثير القوي للبرنامج واستخدامه لمجموعة من الفئات والتدريبات التي ساعدت المعاقين بصريًا على تغيير نظرتهم للحياة التي يعيشونها وذلك من خلال:

• تنصير المعاقين بصريًا بذاتهم وكسبهم مجموة من المعارف الإيجابية عن الذات والطبيعة المحيطة بهم.
• تدريب المعاقين بصريًا على الجوانب الإيجابية في الحياة وكيفية استغلالها الاستغلال الأشمل، مع استخدام خبرات النجاح التي تأخذ منها دافعًا للمستقبل، بالإضافة إلى المعاني والأهداف ذات الصلة في حياته والتي تشكل له الاستمرارية في مواجهة المواقف المستقبلية التي تقلل من إحساسه بجودة الحياة التي يعيشها.
• تدريب المعاقين بصريًا من خلال جلسات البرنامج على كيفية ممارسة ما تعلمه من المهارات في حياته العملية، مع جعل الفرد معالجاً لنفسه فيما بعد، وذلك من خلال ممارسة ما تعلمه مستقبلاً.
3. توصيات الدارسة

في ضوء أهداف الدراسة وتوقعاتها يمكن صياغة بعض التوصيات التي ينبغي الاهتمام بها:

أ. ضرورة إجراء المزيد من البحوث والدراسات في مجال تحسين جودة الحياة لدى الأفراد بوجه عام ولدى المعاقين بوجه خاص، بالإضافة إلى تحسين جودة الحياة الإسرائية ومارسية مع توفير كافة الإمكانيات والاحتياجات الأساسية اللازمة حتى تأتي هذه البحوث والدراسات بثمارها المرجوة.

ب. ضرورة توفير المساحة الاجتماعية والنفسية للمعاقين داخل نطاق المجتمع بوجه عام من حيث التعامل معهم على أنهم عناصر فعالة في المجتمع، لهم حقوق وواجبات، وتشجيعهم على المشاركة في المناسبات المختلفة وتركيرة الحريات لهم لتنميط حياتهم مما يشعرهم بماذاتهم ويساعدهم على تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي المرجو منهم.

ج. ضرورة الإسراع في تنفيذ برامج الدمج للمعاقين في مؤسسات التعليم المختلفة، مع توفير كافة الشروط اللازمة لهذا الدمج مسبقاً.

د. نشر الوعي بين الآباء والأمهات والمعلمين من خلال الدوافع والبرامج الإرشادية التي تستهدف على تحسين جودة الحياة لدى المعاقين، وتعمل على تدريهم على تقليل الطفل المعاق وتفهم طبيعة التعامل مع الإعاقة داخل المنزل والمدرسة وتوهجه نحو أساليب معالجة مرتبطة من خلال المعاق النهوض والرضا عن الحياة.

ه. مساعدة المعاقين بصرياً على العيش في بيئة ملائمة بالمعنى والقيم الإيجابية مما يعزز من تقبلهم بأنفسهم، ويبدع بالطاقة للتغلب على المعوقات الجسدية و يجعلهم أكثر إيجابية و رضا عن الحياة.

بناءً على ما سبق يمكن القول أنه إذا كان هدف الآباء والمعلمين الأساسي هو تحسين جودة الحياة النفسية لأبنائهم وعليهم فإنه يجب عليهم مساعدتهم و تقديم الدعم المادي والمعنوي مع التواصل مع الإعاقة ومساعدة أطفالهم وتطويرهم وريوت الحياة من منظورهم الشخصي أو الذاتي بالإضافة إلى نفهم مسار نموهم وما يؤثر في تكوينهم النفسي والعقلي والاجتماعي.
المراجع


عبد المزيز إبراهيم محمد (2009). فعالية برنامج إعدادي في خفض حدة الإعاقة النفسية للذين تعمسن جودة الحياة النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الابتدائية. رسالة دكتوراه غير مقدّرة، كلية التربية، جامعة الإسكندرية.

عبد المطلب أمين القرشي (2001). سيولوجيّة ذوي الاحتياجات الخاصة. وزارة التعليم، ط$request (3).


Chubon, R., (1995): An Exploratory Study Comparing the Quality of Life of South Carolinians with Mental Retardation and Spinal Cord Injury; Rehabilitation Counselling Bulletin; 39(2) 107-118.


Unit, Institute of Health Sciences University of Oxford, Old Road Headington. Oxon.


