

فعالية العلاج بالمعنى في تحسين جودة الحياة لدى
المراهقين المعاقين بصرياً

إعداد

د/محفوظ عبد الستار أبو الفضل

مدرس الصحة النفسية

كلية التربية بالگردقة - جامعة جنوب الوادي

فعالية العلاج بالمعنى في تحسين جودة الحياة لدى المراهقين المعاقين بصرياً

إعداد

د/محفوظ عبد الستار أبو الفضل

مدرس الصحة النفسية

كلية التربية بالفردفة - جامعة جنوب الوادي

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف مدى فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالمعنى في تحسين جودة الحياة لدى المراهقين المعاقين بصرياً، وتكونت عينة الدراسة من 17 طالباً (13 ذكوراً - 4 إناثاً) تم اختيارها من عينة قوامها 29 طالباً وطالبة من طلاب المرحلة الثانوية المعاقين بصرياً من مدرسة النور بمحافظة قنا، تم تطبيق الأدوات التالية (مقياس جودة الحياة من إعداد منظمة الصحة العالمية (The World Health Organization, 2008)، البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالمعنى إعداد الباحث).

ومن نتائج الدراسة ما يلي :

1. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في الأبعاد (الصحة البدنية، والصحة النفسية، العلاقات الاجتماعية، والدرجة الكلية) من مقياس جودة الحياة في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.
2. وجود فروق بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في بعد العوامل البيئية من مقياس جودة الحياة في القياسين القبلي والبعدي ولكن هذه الفروق لم تصل إلى حد الدلالة.

وهذا يؤكد أن فنيات وتدريبات العلاج بالمعنى والتي استخدمت في البرنامج قد مكنت الطلاب المعاقين بصرياً- عينة الدراسة- من إيجاد معنى لحياتهم وأهدافاً يمكن تحقيقها، واستطاعوا أن يستشعروا قدرتهم على التحكم والسيطرة على حياتهم، والشعور بجودة الحياة بمختلف جوانبها الصحية والنفسية والاجتماعية نتيجة للنظر بإيجابية وبمشاعر أكثر رضا عن تلك الجوانب، مما أدى إلى أن يري كل واحد من أفراد المجموعة عينة الدراسة معنى شخصياً أكثر إيجابية خاص به يسعى إلى تحقيقه كي يستشعر بقيمته في الحياة وأحقية أن يحيى فيها ويتمتع بكل الجوانب الجيدة منها.

Effectiveness of a Logotherapy in Quality of Life Enhancement of Visually-Impaired adolescents

Dr. Mahfuz Abdel Sattar Abul fadh
Psycho-Hygiene Lecturer, Hurgada 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 male-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 trainings 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/محفوظ عبد الستار أبو الفضل
مدرس الصحة النفسية
كلية التربية بالغردقة - جامعة جنوب الوادي

أولاً: مقدمة الدراسة:

تمثل عناية أى مجتمع بالأفراد غير العاديين الواجهة الحقيقية والمعيار الذي يمكن من خلاله الحكم على تقدم ورقى هذا المجتمع ومدى إيمانه بحق هؤلاء الأفراد في أن يحيوا في ظل ورعاية واهتمام يساعدهم على التأهيل لحياة أفضل كل حسب إمكانياته وقدراته. ونو الإعاقة البصرية واحداً من هؤلاء الذين جاؤوا لهذه الحياة، وهو ينقصه عدد من هذه القدرات، ومحملاً بتجارب قاسية ومؤلمة بسبب ما ألم به من إعاقة؛ فأصبح أكثر قلقاً من المبصرين. (رمضان عبد اللطيف، 1990؛ أحمد الشافعي، 1993؛ أحمد العمري، 1994؛ رشاد على عبد العزيز، 1994؛ إيهاب الببلاوى، 1999).

فالإعاقة البصرية تؤدي إلى تأثيرات سلبية على مفهوم الفرد عن ذاته وعلى صحته النفسية، وربما أدت بالمعاق بصرياً إلى سوء التكيف الشخصي والاجتماعي والاضطراب النفسي نتيجة الشعور بالعجز والدونية والإحباط والتوتر وفقدان الشعور بالطمأنينة والأمن مما يسهم في شعورهم بالاختلاف عن الآخرين. (عبد المطلب القرطبي، 2001: 176)

كما أن الإعاقة البصرية تعد من أكثر الإعاقات إبلاماً، فالإصابة بها أمر شديد الوطأة، حيث تفرض على الفرد نوعاً من القصور الناتج عن الغياب أو النقص في حاسة البصر، الذي يؤدي بدوره إلى معاناة المعاق بصرياً من مشكلات متعددة، كالمشكلات الناتجة عن الحماية الزائدة والاعتماد على الغير والقصور في العلاقات الاجتماعية، الأمر الذي يؤثر على خصائص المعاق بصرياً الاجتماعية والانفعالية. (كمال سالم سيسالم، 1997: 70)

لهذا ينتاب المعاق بصرياً العديد من المواقف التي يشعر فيها بالقلق، فهو يخشى أن يندب ممن حوله بسبب عجزه ويخشى من تصرفاته وهو في خشية دائمة من أن يفقد حب الآخرين الذين يعتمد أمنه على وجودهم واستمرار حبه لهم، ويخشى كذلك أن تقع له حوادث لا يمكنه أن يتقدها لأنه كيف. (Sharma & Sigfoos, 2000)

ويزداد الأمر صعوبة بالنسبة للمعاقين بصرياً خلال مرحلة المراهقة وذلك من منطلق أن الإعاقة البصرية تشكل في حد ذاتها أزمة تمر عبر مراحل منها: الصدمة، وتوقع الشفاء، والعزاء، والرود الدفاعية والقبول بالواقع (منى الحديدي، 1998، 100) فضلاً عن

كونها عاملاً مؤثراً في إحساس المراهق المعاق بصريا بأزمة المراهقة نفسها والتي تفرضها مطالبها الإنمائية ومتطلباتها الاجتماعية.

ويعنى ذلك أن المراهق المعاق بصرياً يواجه العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية التي تفرضها عليه مرحلة المراهقة بالإضافة إلى المشكلات الناجمة عن الإعاقة البصرية، ويبدأ في إدراك طبيعة العجز الذي يعانى منه، ويزداد وعيه بالقيود التي تفرضها الإعاقة عليه؛ فالإعاقة البصرية تفرض على الفرد قيوداً كثيرة سواء كانت حركية أو سلوكية. ويبدو أن الإعاقة البصرية وما يترتب عليها من شعور الفرد بالعجز قد تقف عائقاً أمام إشباع الحاجات الأساسية للفرد مما يشعره بالإحباط وخيبة الأمل في تحقيق أهدافه، ويجعل حياته بلا هدف ولا معنى فيفقد حماسه ودافعيته في الحياة.

وهذا ما أكدته نتائج دراسات عديدة ومنها دراسات كل من معتر محمد عبد الله، 2004 ؛ سامية داود، 1998؛ رمضان عبد اللطيف، 1990) فقد أشارت نتائجها إلى أن المراهقين المعاقين بصرياً يعانون من الإحساس بالاغتراب بأبعاده المختلفة : العجز، والعزلة الاجتماعية، ومركزية الذات، واللامعنى، وعدم القيمة في الحياة.

ومثل هذه المشكلات التي يعانى منها المعاقين بصرياً قد تؤثر على إدراكهم للحياة التي يعيشونها ومدى تمتعهم بها أي تؤثر على جودة الحياة لديهم، وهذا ما أكدته دراسة هوف (Hoff,2002) من أن الإعاقة وما ينتج عنها من مشكلات يمكن أن تؤثر على إدراك الفرد لجودة الحياة وهذا ما أكدته لويس (Lewis, 2002) من أن مستوى جودة الحياة الذي يدركه الفرد إنما يرتبط بالنمو الانفعالي والتحكم في المشاعر السلبية للفرد.

يعد مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الحديثة نسبياً في التراث البحثي، وهو كمفهوم يستخدم للتعبير عن رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع (حسن مصطفى، 2005) وجودة الحياة تتضمن الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال، وإشباع الحاجات، والرضا عن الحياة، وإدراك الفرد لقوى ومتضمنات حياته وشعوره بمعنى الحياة، إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية، وإحساسه بمعنى السعادة وصولاً إلى العيش في حياة متناغمة متوافقة مع جوهر الإنسان والقيم السائدة في المجتمع. (Annemaree,2008)

أما بالنسبة للمعاق فإن درجة الإعاقة، وعجز الفرد، وتاريخ بداية الإعاقة، ومدى الدعم الأسري والمجتمعي ترتبط بجودة الحياة لديه، كما أن جودة الحياة من الضروري أن تحدد من وجهة نظر المعاقين أنفسهم فهم أكثر من يدركوا أهمية العجز. (Hampton,1999)

ويرتبط إدراك الفرد المعاق لجودة الحياة بمجموعة من المتغيرات الشخصية والاجتماعية والنفسية وفي هذا الصدد أكدت دراسة ميشيل (Michael, 2003) على أهمية ما يقدم من خدمات للمعاقين، ويؤكد على أن الدعم الاجتماعي الذي يقدمه المجتمع للمعاق يؤثر بصورة جوهرية على جودة الحياة لديه، وفي هذا الصدد أكد سميث (Smith,2002) على أنه يمكن تحسين جودة الحياة لدى المعاقين من خلال تقديم بعض البرامج التي تعمل على زيادة مشاركتهم في أنشطة الحياة اليومية، وتكسيبهم مهارات خاصة تقلل من أثر الإعاقة وتزيد من

نظرتهم الإيجابية تجاه المجتمع، بالإضافة إلى أن أهم ما يمكن تقديمه لرعاية المعاق بصرياً هو التشجيع على الاستقلالية، وتحمل المسؤولية، وزيادة الثقة بالنفس، وكيفية خدمة الفرد لذاته، والتكيف مع الاحباطات، وتنمية سلوك الإيجابية، والتواصل الاجتماعي وما سبق يمثل الأبعاد الأساسية لجودة الحياة. (زينب شقير، 1999)

وحتى يستطيع أن يساير المراهق المعاق بصرياً الآخرين، وأن يؤدي دوره في الحياة بإيجابية، وأن يتكيف مع المجتمع ويتوافق مع نفسه ومع الآخرين ينبغي أن نفهم شخصيته جيداً من خلال التعرف على ما ينسجم به من خصائص في الجوانب المتعددة للشخصية وأن تقدم له أساليب رعاية مناسبة طبياً وتربوياً تتضمن برامج وخدمات واستراتيجيات تدخل ملائمة يمكن بمقتضاها أن يصبح عضواً فعالاً في المجتمع. (عادل عبد الله محمد، 2004 : 60)

لهذا فالبحت محاولة لبناء برنامج إرشادي قائم على العلاج بالمعنى ومعرفة فعاليته في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين بصرياً من خلال تعميق شعور الفرد المعاق بمسئوليته تجاه نفسه، وما يدور حوله من أحداث، وزيادة قدرته على التحكم والسيطرة على حياته، وتفجير ما لديه من طاقات معطلة وتدريبه على كيفية توظيفها بشكل إيجابي في المستقبل، من أجل تحقيق أهدافه في الحياة.

ثانياً : مشكلة الدراسة :

يعتبر المعاقون من الفئات التي تحتاج إلى رعاية خاصة، فهم ينظرون إلى الحياة نظرة تختلف عن الآخرين حيث تتأثر نظرتهم للحياة بظروف الإعاقة التي يعانون منها بالإضافة إلى الخدمات التي تقدم لهم من قبل الأسرة والمجتمع والتي تساعدهم على التكيف مع ظروف الحياة، وتعتبر جودة الحياة من المؤشرات الهامة لجودة الخدمات المقدمة لهذه الفئات ورضا الفرد عنها دليل على إحساسه بالسعادة والرغبة في الحياة.

وجودة الحياة بالنسبة للمعاقين تقوم على أساس تمكين المعاق من الاندماج أسرياً ومهنياً لتحقيق احترام الفرد المعاق وحماية حقوقه.

وفي هذا الصدد لاحظ سوندر (Sonder, 1987) أن حالة المعاقين ومنهم المعاقين بصرياً هي نتاج لتفاعل هؤلاء الأفراد بشكل رئيس مع البيئة المحيطة بهم، ولهذا من المهم فهم هؤلاء الأشخاص والبيئة التي يعيشوا فيها ومدى توفر الفرص والخدمات والتي تؤثر على جودة الحياة لديهم.

كما أن جودة الحياة تعبر عن مدى إدراك الفرد العادي أو المعاق بصرياً أنه يعيش حياة جيدة من وجهة نظره، خالية من الأفكار اللاعقلانية والانفعالات السلبية والاضطرابات السلوكية، ويستمتع فيها بوجوده ويشعر بالرضا والسعادة وتستثمر كافة قدراته وإمكاناته بما يتيح له تحقيق ذاته. وفي هذا الصدد يرى دونفان (Donvan, 1998, 11) أن جودة الحياة تتضمن الوظائف الجسمية المتمثلة في إنجاز الأنشطة اليومية والوظائف النفسية المتمثلة في الأفكار والانفعالات والنشاط الاجتماعي والبيئي والرضا عن الحياة بشكل عام.

بيد أن العديد من الدراسات في مجال الإعاقة البصرية مثل دراسة كل من (عبد سعيد العزة (2000)؛ وسبير كامل (1998)؛ وخليل المعاينة وآخرون (2000)؛ وأشرف عبد القادر (2005) والتي تناولت الخصائص الانفعالية والاجتماعية لدى هذه الفئة، أكدت على أن معظم المراهقين ذوي الإعاقة البصرية يغلب عليهم سوء التوافق الانفعالي والاجتماعي الذي يتبدى في تكوين مفهومًا سلبياً عن ذاتهم مما يؤدي إلى ضعف الثقة بالنفس وانخفاض تقدير الذات، وعدم الإحساس بالأمن، بالإضافة إلى مشاعر العجز التي ترفع مستوى الإذعان والاعتماد على الآخرين، كما يظهر معاناتهم للحيرة والارتباك والتشويه فيما يتعلق بالأهداف والمعاني الخاصة بالمستقبل كما يترتب على هذه الإعاقة بعض المشكلات في عمليات النمو الاجتماعي، واكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكتمال الذاتي، وكلها متطلبات تقلل من إحساس الفرد بجودة الحياة التي يعيشها.

وفي هذا يشير دودز (Dodds, 1993: 34-35) إلى أن العديد من المعاقين بصرياً تنشأ لديهم الروح الانهزامية، والإحساس بفقدان الكفاءة، كما يرون أنفسهم أشخاصاً عديمي القيمة، وأنه من الأفضل التخلص من الحياة والانتحار، كما يفقدون الثقة في قدراتهم على تغيير الأضيء للأفضل، وكل هذا ينتج عن إحساس المعاقين بصرياً بفقدان المعنى في الحياة، وعدم تمتعهم بها أكثر من الآخرين.

ولهذا تظهر الحاجة إلى استخدام الإرشاد القائم على المعنى لمساعدة هؤلاء المراهقين المعاقين بصرياً لاكتشاف قيمة لأنفسهم وللحياة التي يعيشونها، فهدف الإرشاد القائم على المعنى هو مساعدة المضطربين على أن يجدوا هدفاً ومقصداً لوجودهم ومساعدتهم على تحقيق أعلى نشاط وفعالية تمكنهم من تحسين جودة الحياة لديهم. حيث قرر بيتر وآخرون (Gerber, et al., 2008) أن جودة الحياة المرتفعة هي التي يتلقى فيها المعاقين دعماً يصبحوا من خلاله مشاركين بصورة فعالة في المجتمع، وتلمى لديهم المهارات واللازمة للاعتماد على النفس وتتاح لهم فرص الاختيار المناسبة، وضبط حياتهم، كما تتاح لهم المعاملة باحترام في بيئة آمنة.

من هنا تتضح مشكلة الدراسة والتي يمكن تحديدها في الإجابة على التساؤل التالي:

ما فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالمعنى في تحسين جودة الحياة لدى

المراهقين المعاقين بصرياً؟

ثالثاً: أهمية الدراسة :

ترجع أهمية الدراسة إلي:

1. محاولة للكشف عن موضوع لا يناسب حجم الأبحاث والدراسات العربية فيه مع خطورته وأهميته.
2. أهمية المرحلة العمرية التي تناولتها الدراسة حيث أنها مرحلة دقيقة ودرجة من مراحل النمو البشري وهي مرحلة المراهقة وخاصة عند المعاقين.
3. التأكيد على ضرورة توجيه المزيد من الاهتمام العلمي والعملية بالبرامج التي تؤدي إلى تحسين جودة الحياة لدى المعاقين.

4. تكتسب الدراسة أهميتها من خصوصية الفئة التي تناولتها وهي فئة المعاقين بصرياً، حيث يمثلون نسبة لا يستهان بها من أبناء المجتمع.

رابعاً : أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة إلى:

1. التعرف على فعالية برنامج إرشادي قائم علي 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 من تطبيقه بشهرين.

خامساً: الإطار النظري:

1. تعريف جودة الحياة

من الصعب تحديد البدايات الأولى لمفهوم جودة الحياة حيث أنه من المفاهيم التي تناولتها العديد من فروع العلم حيث أشار هارمان (Harman,1996) بأن مفهوم جودة الحياة انتشر استخدامه كأحد المؤشرات الدالة على الاهتمام برعاية الأفراد العاديين والمعاقين في كافة المجالات باعتباره وسيلة لتحسين ظروف الحياة وتحقيق الرفاهية. وهو مفهوم متعدد الأبعاد يختلف من فرد لآخر وفقاً لإدراك هذا الفرد للجوانب المختلفة للحياة كما يتأثر بطبيعة كل مجتمع والثقافات السائدة فيه، وفي هذا الصدد عرفت منظمة الصحة العالمية The World Health Organization (WHO) جودة الحياة على أنها قدرة الفرد على الاستمتاع بالإمكانيات المتاحة لديه وشعوره بالأمن والرضا والسعادة 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 الإشباع المادي والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحقيقه لذاته. (العارف بالله الغندور، 1999، 27- 28)

كما أكدت بعض التعريفات لجودة الحياة على علاقة الفرد بذاته وعلاقاته الاجتماعية المتبادلة مع الآخرين حيث عرفت ادمونز وستيوارت (Edmunds&Stewart,2002,23) جودة الحياة على أنها حالة من الاتزان الانفعالي تنظم إيقاع حياة الفرد في نطاق علاقاته مع ذاته ومع الآخرين نتيجة سيطرة بعض المشاعر على أسلوب حياته مثل الثقة والمرح والإقبال والاسترخاء وحب الآخرين والعناية بهم. كما تعرف جودة الحياة على أنها الشعور الشخصي للكفاءة وإيجاد التعامل مع تحديات الحياة اليومية (Gwenda,et al.,2010)

وفي هذا الصدد يري رايف وآخرون (Ryff et al.,2006,85:86) أن جودة الحياة تمثل المؤشرات السلوكية التي تدل على رضا الفرد عن ذاته وحياته بوجه عام وسعيه الدائم لتحقيق أهداف ذاتية لها معنى وذات قيمة بالنسبة له وإقامته لعلاقات اجتماعية إيجابية مع الآخرين تتصف بالاتزان والاستمرارية مع الشعور بحالة من السعادة والأمان النفسي.

وهناك وجهة نظر أخرى اتخذت من المدخل البيئي أساس عند تعريفهم لجودة الحياة التي يعيشها الأفراد العاديين أو المعاقين حيث عرف جود (Goode,1990) جودة الحياة للمعاق

على أنها شيء ما يخبره الشخص المعاق في بيئات خاصة وهي عالية الاستجابة للعلاقات الاجتماعية له في تلك البيئات. ويرى ليمان (Lehman, 1998, 51) أن جودة الحياة تتمثل في الشعور بالرضا والإحساس بالرفاهية والاستمتاع في ظل الظروف التي يحياها الفرد كما عرفت على أنها شعور عام بالراحة المرادفة للرضا عن الحياة والسرور والسعادة أو النجاح (Stark & Goldsbury 1990)

وجودة الحياة تتأثر بالحياة الطبيعية التي يعيش فيها الفرد ويمكن ملاحظة تأثيرها في السياسات والبرامج التي تهدف إلى تحسين أوجه الحياة والرضا النفسي والنجاح ومشاركة الإيجابية داخل المجتمع. وبالتالي فإن جودة الحياة يعنى توافر مقومات الحياة المادية بحيث تلبى حاجات الفرد مع تمتعه بالصحة البدنية والنفسية على حد سواء أي أن هناك ارتباط وثيق بين الجانب المادي الذي توفره البيئة للإنسان بكافة مشتملاته والجانب النفسي بما يتضمنه من إشباع لحاجات الفرد ومدى تمتعه بالصحة النفسية. (إبراهيم محمد الخليفي، 2000).

ومما سبق يمكن القول بأن جودة الحياة تعبر عن مدى إدراك الفرد العادي أو المعاق أنه يحيى حياة جيدة من وجهة نظره، خالية إلى حد ما من الاضطرابات النفسية والسلوكية والانفعالات السلبية، مع الاستمتاع بما توفره البيئة من إمكانيات وذلك من أجل الشعور بالسعادة والرضا عن الحياة بالقدر الذي يتيح له تحقيق ذاته وخدمة مجتمعه الذي يعيش فيه. وهذا ما أكدته كي بو وآخرون (Ku,po,et al.,2008) من أن جودة الحياة هي بروفيل للسعادة يشمل سبعة أبعاد هي: الصحة الجسمية، والنفسية، والاستقلال، والدخل المادي، والرضا عن الحياة، والناحية البيئية، والعلاقات الاجتماعية. وإجراءياً تعرف جودة الحياة في هذه الدراسة بالدرجة 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 والمتغيرات الشخصية والاجتماعية والثقافية، فهناك وجهتا نظر أساسيتان، ترى الأولى: أن الرضا عن الحياة يتأثر بالعوامل الشخصية مثل تقدير الذات والاعتراب، أما وجهة النظر الثانية: فإنها ترى أن الرضا عن الحياة يتأثر بالعوامل الموقفية أو البيئية مثل الرضا عن مستوى المعيشة والعمل والأسرة والمجتمع (سامي محمد موسى، 2001).

أولاً: العوامل الشخصية :

تلعب العوامل الشخصية سواء كانت بيولوجية أو نفسية دوراً مؤثراً في مدى تمتع الفرد سواء كان صحيحاً أو معاقاً بجودة الحياة حيث أن ما يحقق الإحساس بها هو استمتاع الفرد بصحته العامة وبإمكانياته الهامة في الحياة وإحساسه بالرضا عنها، وفي هذا الصدد يرى مارين (Martin, 1994) أن جودة الحياة تتأثر بالحالة الصحية للفرد، فالمرضى يدركون جودة الحياة بصورة تختلف عن الأسوياء. وفي هذا الصدد يشير توركان (Turkan, 1993) إلى أن الذين يعانون من أمراض عضوية ويتلقون علاجاً طبياً قد يعانون من آثار جانبية ذات أبعاد سلوكية معقدة كما يتصرفون بشكل غير إيجابي مما يدعو إلى ضرورة إخضاعهم لاختبارات سيكولوجية من أجل الوصول إلى حالة من الضبط السلوكي باعتباره أحد أبعاد

جودة الحياة. وذكر (العارف بالله الغندور، 1999) أن هناك دلائل واضحة على أن المرض يرتبط ارتباطاً وثيقاً بكيفية إدراك إلى أي حد يتمتع بجودة حياة حقيقية، فجودة الحياة ترتبط بالمرض سواء كان المرض نفسياً أو جسدياً، وأن المرض يؤثر على الطريقة التي يدرك من خلالها المريض المجالات المختلفة المتعلقة بجودة الحياة.

كما أن درجة الإعاقة والمستوى التعليمي للشخص ودرجة الإعاقة وتاريخ بدايتها وعمر الفرد ووضعه الصحي يرتبط بصورة دالة بجودة الحياة لدى المعوقين، وهذا ما أكدته هوف (Hoff,2002) من أن الإعاقة والظروف المحيطة بها يمكن أن تؤثر على إدراك الفرد لجودة الحياة. وقد أجري تشوين (Chubon,1995) دراسة على بعض الراشدين المعاقين حركياً والمتخلفين عقلياً وتوصل إلى أن الإعاقة تؤثر بصورة سلبية على إدراك الفرد لجودة الحياة. وهذا ما أكدته دراسة هوف (Hoff,2002) من أن الإعاقة وما ينتج عنها من مشكلات يمكن أن تؤثر على إدراك الفرد لجودة الحياة.

ويعتبر مفهوم الفرد عن ذاته ذو تأثير كبير على جودة الحياة التي يعيشها ففاعلية الذات والصلابة النفسية وتقدير الذات المرتفع واحترام الذات والتفاؤل والمستوى المرتفع من تحقيق الذات والشعور بالسعادة كلها عوامل شخصية تعمل على تحسين نظرة الفرد للحياة التي يعيشها. (Drukker,& Van,2003)

وحسب نموذج التعامل مع الذات يمكن أن نتحقق للفرد الإحساس بجودة الحياة عندما يمارس سيطرة أفضل على سلوكه وعندما يحب ذاته من حيث تقبلها وحمايتها وتمييزها وكذلك عندما يمارس ذاته كذات إنسانية. فالشخص عندما يسيطر على سلوكه يمكنه أن يختار تلك السلوكيات التي تحقق له أقصى إشباع ممكن وفق مفاهيم واقعية (إبراهيم محمد الخليفة، 2000). ولما كانت إعاقة مثل الإعاقة البصرية ذات تأثير مباشر على الفرد فهي تؤدي إلى تأثيرات سلبية على مفهوم الفرد عن ذاته وعلى صحته النفسية والبدنية وربما أدت بالكفيف إلى سوء التكيف الشخصي والاجتماعي والاضطراب النفسي نتيجة الشعور بالعجز والدونية والإحباط والتوتر وفقدان الشعور بالطمأنينة والأمن مما يسهم في شعورهم بالعجز والقصور والاختلاف عن الآخرين. (عبد المطلب القريطي، 2001: 176) وكلها من العوامل التي تؤثر على جودة الحياة لدى المعاق. حيث يميل الأفراد الذين يرون أنفسهم أنهم غير مرغوب فيهم إلى السلوك وفق هذه الصورة التي يرون أنفسهم عليها كما يميل أصحاب المفهوم غير الواقعي عن أنفسهم إلى التعامل مع الحياة والناس بأساليب غير واقعية من هنا كانت المعلومات الخاصة بكيفية إدراك الفرد لذاته هامة إذا حاولنا تحسين نظرتة للحياة.

كما أن خلو الفرد من الإعاقة أو المرض الجسدي ليس دليلاً على تمتع الفرد بالحياة ما لم يكن هناك إحساس داخلي بالرضا يعكسه سلوك إيجابي من الفرد يظهر القدرات الكامنة لديه وفي هذا الصدد يشير (أحمد عكاشة، 2007) إلى أن تمتع الفرد بالصحة النفسية ليست مجرد الخلو من الأمراض والاضطرابات النفسية ولكنها تتضمن العمل على تحسين جودة الحياة النفسية التي تمكن الشخص من تحقيق توازن إيجابي بين قدراته وتطلعاته، وتدفعه باتجاه التكيف مع متطلبات الحياة والمواجهة الفعالة لضغوط الحياة اليومية.

أ. العوامل البيئية والأسرية والمدرسية:

تتأثر جودة الحياة للأفراد بطبيعة البيئات التي يعيشون فيها ومدى الإمكانيات التي توفرها لهم هذه البيئات، وهذا ما أكد عليه برونفنبرنر (Bronfenbrenner, 1999) من أهمية البيئة على جودة الحياة لدى المعاقين من خلال النموذج البيئي الذي قدمه لنمو الأطفال والذي أوضح فيه أهمية التفاعل المستمر بين الفرد والأحداث التي تحدث في البيئات المختلفة التي يعيش فيها، ومن أهم هذه الأشياء التي يشير النموذج البيئي لها هي البيت والمدرسة والبيئة المجتمعية والتي يمكن أن تلعب دوراً في نمو الأطفال وسلامتهم النفسية والكلية ومن ثم جودة الحياة لهم، كما إن الحصول على فهم أفضل لكيفية تأثير هذه البيئة على الأطفال خاصة ذوي الإعاقة. وفي هذا الصدد يؤكد تشابمان ولاركهام (Chapman, & Larkham, 1999) على دور العوامل البيئية والعوامل الثقافية كمحددات لجودة الحياة، حيث يشير إلى أن العنصر الأساسي من كلمة جودة يكمن في العلاقة القوية بين الفرد وبيئته، هذه العلاقة التي تتوسطها أحاسيس الفرد ومدركاته.

وهذا يتماشى مع ما أكده غيره من العلاقة القوية بين بيئة المعاق والنمو والمخرجات حيث أشار ليتشر (Lecher et al., 2002) إلى أن جودة الحياة تتحسن من خلال التقبل والاندماج الكامل للمعاقين في البيئة التي تحيط بهم، فالمعاقين الذين يعيشون في البيئات الأقل تعقيداً الذين يشاركون في أدوار يقدرها المجتمع يخبرون جودة حياة أفضل من هؤلاء الذين يعيشون في بيئات مقيدة.

وهناك تأثيرات للبيئة على مخرجات ونواتج المعاق، حيث تؤثر حالة الإعاقة على جودة حياة الطفل عن طريق الحد من قدرته على المشاركة باستقلالية في البيئة، وفي أنشطة الحياة اليومية وتتصل خبرة الطفل ذو الإعاقة غالباً بتكيف الفرد مع البيئة. يمكن تخفيف ذلك عندما تكون مهارات وقدرات الشخص ذو الإعاقة متوازنة مع متطلبات البيئة لتدعم المشاركة الفعالة في الأنشطة، وهذا الاتزان هو الهدف الأساسي للتدخلات التي يتم تطويرها للأطفال ذوي الإعاقة (Verbugge & Jette, 1994). كما أن العوامل البيئية تعد من أهم العوامل المسؤولة عن فهم خبرات الأفراد خاصة الأطفال المعاقين. وتعد البيئة من أهم مصادر الدعم عندما تكون الأشياء في البيئة ملائمة لاحتياجات واهتمامات هؤلاء الأطفال. أي أن الخبرات في البيئة تعتمد على التكيف بين ما تعرضه البيئة واحتياجات واهتمامات الفرد. (Verbugge & Jette, 1994) ويقترحوا أن تكون البيئة (الأسرة - المدرسة والمجتمع) مدعومة ومشجعة ومثيرة لتحسين نواتج المعاق.

تعد جودة الحياة الأسرية من العوامل الهامة في فهم جودة حياة الطفل وقد أكد الباحثون على أن جودة حياة الفرد تكون مرتبطة بمن حوله ويشيرون إلى أن الجهود التي تخاطب جودة الحياة للفرد يجب أن تشمل جودة حياة من حوله. (Bailey, & Me William, 1993) ولذلك من المهم أن نفهم العلاقة بين جودة الحياة الأسرية وجودة حياة الطفل حيث أشار العديد من الباحثين إلى أهمية العديد من الخصائص الديموغرافية للأسرة وتحديدًا كان

لتعليم الوالدين ومستوى الدخل الأسري تأثيراً كبيراً على تقارير سلامة وجودة الحياة كما تعد السمات الاجتماعية للأسرة خاصة التألف الأسري والتماسك بمثابة عوامل هامة لفهم العلاقة بين بيئة المنزل وجودة حياة الأطفال ذوي الإعاقة؛ (Fujiura & Yamaki, 2000; Kaye, et al., 1996; Seelman & Sweeney, 1995) وقدم جيرانيك (Guralnick, 1998) بعددين منفصلين للأسرة يرتبطا بجودة الحياة للطفل وهما :

- خصائص الأسرة وتشمل الملامح الديموغرافية والاجتماعية.
- أنماط التفاعلات التي تتم داخل الأسرة. (p24)

وأكدت العديد من الدراسات على فكرة المساندة الأسرية وأهميتها والرضا العام عن الحياة وجودتها عند المعاقين. وخاصة الآباء وما يقدمون من الدعم الاجتماعي والتوجيه والمساعدة والتي تيسر الدمج الاجتماعي للمعاق. بالإضافة إلى أن الاتصال المستمر بالأسرة الطبيعية للمعاق تسهم في جودة الحياة الشاملة له. (Krauss & Jacobs, 1990; Park, et al, 2003) وذلك لأن ما يتوقعه الأطفال للمعاقين عامة وذوي الإعاقة البصرية خاصة وما ينتظرونه من أسرهم وبينتهم أثناء عملية التنشئة الاجتماعية ومرحل النمو المختلفة، إنما يلعب دوراً هاماً في كيفية إدراك هؤلاء الأطفال للمناخ الانفعالي داخل أسرهم، وفي كيفية تفسيرهم وإدراكهم لجوانب الحياة المختلفة، وفي كيفية توافقهم معها.

هذا السياق الأسري يوفر متطلبات النمو الملائمة، والتعاون وأنماط التعلق الوالدي الآمن بين الطفل والديه، والتفاعلات الإيجابية بين أعضاء الأسرة وشبكة العلاقات الاجتماعية، والتي جميعاً تلعب دوراً حاسماً في تيسير النمو الاجتماعي والمعرفي والانفعالي والعقلي للأطفال مما ينعكس على إدراكهم الإيجابي لجوانب الحياة المختلفة (Posten, et al., 2003) وبالتالي فإن الفهم الأفضل لكيفية تأثير العوامل الأسرية على الأطفال ذوي الإعاقة سوف يحسن من القدرة على توفير بيانات تزيد من جودة الحياة لديهم.

بالإضافة إلى أهمية البيئة الأسرية التي يعيش فيها المعاق أكدت العديد من الدراسات على دور البيئة المدرسية في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين بوجه عام والمعاقين بصرياً بوجه خاص، حيث أن التفاعل بين المعاق بصرياً وأسرته من ناحية، وتفاعله مع المبصرين في المجتمع المدرسي من ناحية أخرى، يعمل على تنمية الجوانب المختلفة لشخصيته، وفي الحد من الاعتمادية على الآخرين، مما يساعد على تنمية قدراته الذاتية، ويؤدي إلى الزيادة في توافقه الانفعالي وزيادة الإحساس بالإيجابية والرضا عن الحياة. (Battistich, et al., 1996)

والإتجاه التربوي الحديث يميل إلى دمج المعوقين بصرياً في الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية مما يساعد الأطفال المعاقين بصرياً بالاندماج في الحياة العادية مع العاديين باستمرار ومع زملائهم العاديين بصفة خاصة، كما أنها تجنب الطفل المعاق بصرياً العزلة الاجتماعية التي يشعر بها وهذا يجنب الطالب المعوق كذلك النظرة التشاؤمية لقدراته والأحكام القبلية التي يفرضها مجتمع العاديين من حوله واتجاهات التمييز والرفض والحوارج النفسية ضد المعوقين والتي تجعله ينظر بسلبية إلى الحياة.

ولا نستطيع أن نصف المتضرر بصريا بأنه مكفوف فقط لأن المكفوف يمكن أن يكون مكفوفاً سمعياً أو حركياً وبالتالي عند وصف الأعمى لدقة التعبير يقال المكفوف بصريا تمييزاً عن أنواع الكف الأخرى. ويرى (محمد إقبال، 2006: 31) أن الكفيف من المنظور الطبي هو تلك الحالة التي فقد فيها الفرد القدرة على الرؤية بالعين ويعجز عن أداء وظيفته إذا أصابه خلل طارئ كالإصابة في الحوادث أو خلل ولادى يولد مع الشخص. ومن المنظور التربوي يفرق (حسن النواصرة، 2006) بين حالات كف البصر Blindness وضعفه من خلال التطبيقات الخاصة بأساليب وطرق التدريس المختلفة حيث يعرف المكفوفون بأنهم أولئك الذين يصابون بقصور بصري حاد يجعلهم يعتمدون على القراءة بطريقة برايل أما ضعاف البصر فهم الذين يمكنهم قراءة الكلمات المطبوعة على الرغم مما تتطلبه القراءة من زيادة حجم الحروف أو استخدام عدسات أو ألوان فسفورية أو فضية عند الكتابة. (ص163)

ويعرف (عادل عبد الله، 2004) الشخص المعوق بصرياً من المنظور التربوي بأنه ذلك الشخص الذي يتعارض ضعف بصره مع قيامه بالتعلم والتحصيل بشكل جيد أو تحقيقه لانجاز أكاديمي بشكل مثالي ما لم يتم إدخال تعديلات مناسبة في الطرق والأساليب التي يتم 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. (ص63).

وعرفت منظمة الصحة العالمية الإعاقة البصرية تبعاً لتصنيفها إلى:

- الإعاقة البصرية الشديدة: حالة يؤدي الشخص فيها الوظائف البصرية على مستوى محدود.
 - الإعاقة البصرية الشديدة جداً: حالة يجد فيها الإنسان صعوبة بالغة في تأدية الوظائف البصرية الأساسية.
 - العمى: فقدان القدرات البصرية. (خليل المعاينة وآخرون، 2000: 33).
- وتذكر زينب شقير (1999: 235-236) أنه يوجد خمس مجموعات مختلفة من القدرة على الإبصار داخل فئة المعوقين بصرياً والتي يتم تصنيفهم طبقاً لمقياس سنلن لمقياس حدة الإبصار (لوحة العلامات) وهي:
- المكفوفون كلياً: وهم الذين يستطيعون إدراك الضوء وتقل حدة إبصارهم عن 20/20 بيد أنه لا يمكنهم رؤية أى مثير بصري يوضع أو حتى يتحرك على بعد ثلاثة أقدام من أعينهم.
 - مكفوفون يستطيعون إدراك الحركة: وتصل حدة إبصارهم إلى 20/5 ويمكنهم عد أصابعهم من مسافة ثلاثة أقدام من أعينهم.
 - مكفوفون يستطيعون القراءة: وتصل حدة إبصارهم إلى 20/10 ويمكنهم قراءة العناوين الكبيرة للصحف، ولديهم بعض بقايا الإبصار تمكنهم من التنقل من مكان لآخر بمفردهم.

بيد أن عملية الدمج هذه قد يشوبها بعض المشكلات للمعاقين بصرياً، من حيث أن المدرسة أو الفصول الخارجية الملحقة بالمدارس العادية لا تتوفر فيها الإمكانيات المطلوبة لهذه الفئة من المعوقين كما هو الحال في معاهدهم الخاصة بهم، والتي تتبع نظام الدراسة الداخلية أو الإقامة الكاملة والبرنامج الشامل، كما إن تنظيم المدرسة العادية بوسائلها وأنشطتها ومكتبتها ومعاملها وغير ذلك قد لا يتناسب مع حالة وإمكانيات الطفل المعاق بصرياً الذي يحتاج إلى مدرسة من نوع خاص وتنظيم خاص توفر له حرية الحركة والنشاط. (هدى محمد خلف، 2007)

كما أن الأطفال ذوى الإعاقة يمرون بعوائق تفاعلية وتنظيمية ومادية خلال المشاركة الاجتماعية بالإضافة إلى العديد من المشكلات الاجتماعية ومنها المشاركة المحددة في اللعب والنشاط الاجتماعي بالإضافة إلى نقص المشاركة البيئية يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات نفسية وافتعالية واجتماعية ثانوية. (Mulderij, 1997)

ويمكن تحسين هذه الصورة عن طريق العمل على المشاركة الإيجابية النشطة للطفل المعاق في الأنشطة المدرسية بشرط أن يكون ذلك من خلال طرق وأساليب تتميز بالحب والرغبة في المساعدة والتقبل وليس من منطلق الحماية الزائدة للطفل المعاق التي تشجع اعتماده على الآخرين، وأن تكون هذه الأنشطة من النوع الذي يتطلب مشاركة جميع الأفراد في الأداء، وعندما يظهر المعاقون قدرتهم على الأداء فإن المبصرين ينظرون إليهم بقدر أكبر من الاحترام؛ فيدعونهم إلى المشاركة في أنشطة أخرى. بهذه الطريقة يمكن أن يكتسب الأطفال المعاقون الثقة بالنفس كأعضاء 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 الإبصار منها: الأعمى، الضرير، فاقد البصر، الكفيف، ثم ظهر مصطلح الإعاقة البصرية Visual Impaired ليعبر عن وجود أوجه القصور لدى الفرد من جانب معين ووجود مواطن قوة لديه في جوانب أخرى ومن ثم وجوب توفير الظروف الملائمة التي تساعد على استثمار طاقاته هؤلاء الأفراد والذي يشعرهم بأهميتهم كبشر لهم حق الحياة. (زينب شقير، 1999: 231)، ويعرف علاء الدين كفاي وجهاد علاء الدين (2005: 94) وعرف (عبد المطلب القرطبي، 2001) الإعاقة البصرية بأنها: مصطلح عام يشير إلى درجة متفاوتة من فقدان البصري تتراوح بين حالات العمى الكلي ممن لا يملكون الإحساس بالضوء ولا يرون شيئاً على الإطلاق، ويتعين عليهم الاعتماد كلياً على حواسهم الأخرى تماماً في حياتهم اليومية وتعلمهم، وحالات الإعاقة أو الإبصار الجزئي التي تتفاوت قدرات أصحابها على التمييز البصري للأشياء المرئية، ويمكنهم الاستفادة من بقايا بصرهم مهما كانت درجاتها في التوجه والحركة وعمليات التعلم المدرسي سواء باستخدام المعينات البصرية أو بدونها. (ص366)

أما (منى الحديدي، 1998) فقد أشارت إلى أن الإعاقة البصرية هي حالة يفقد الفرد فيها المقدرة على استخدام حاسة البصر بفعالية مما يؤثر سلباً على أدائه ونموه. (ص41)

- مكفوفون يستطيعون القراءة: وتصل حدة إبصارهم إلى اقل من 200/20 ويمكنهم قراءة الحروف الكبيرة بخط واضح (بنط 14) كما يمكنهم قراءة عناوين الصحف.
- مكفوفون يستطيعون القراءة: وتصل حدة إبصارهم إلى 200/20 ويمكنهم قراءة الخط الواضح (بنط 10) إلا أن حدة إبصارهم لا تكفى لممارسة مهام الحياة اليومية بصورة عادية.

3. تأثير الإعاقة البصرية على جودة الحياة:

للإعاقة البصرية آثار سلبية على الجوانب المختلفة لشخصية المراهق وبخاصة الجوانب النفسية والاجتماعية، إذ يعيش المعاق بصرياً في جو يسوده القلق والاضطراب الانفعالي بسبب وجوده في عالم مظلم معزول بصرياً عن العالم الخارجي له، مما يعمق مشاعر النقص والعجز لديه، مما يجعله يعاني من بعض المشكلات النفسية مثل العزلة التي تظهر في السلبية، وقلة المبادرات الذاتية للاستكشاف والتفاعل الاجتماعي والتواصل، عدم الثبات الانفعالي، والميل إلى الانطواء، والعزلة، والتمركز حول الذات، ونتيجة لكل ذلك تتأثر قدرات المعاق على التواصل، وإمكانية الوصول للمعلومات والتوجه والحركة. (سامية داود، 1998؛ ورمضان عبد اللطيف، 1990)

كما أن وجود الإعاقة لدى الفرد يؤثر بطرق مختلفة حيث تتغير أشكال الحياة لدى المعاق، ويمكن أن تزيد من احتمالية تهميشهم في المجتمع مما يجعلهم يظهرون نوعاً من المقاومة للإعاقة أو عدم التقبل بطرق متعددة، كما أن الإعاقة تنمى لديهم مشاعر الخوف والشعور بالذنب والحزن، وكذلك الشعور بالإحباط بسبب المحددات والموانع التي تفرضها عليهم الإعاقة، كما أن الخوف من العزل عن المجتمع يقودهم إلى الشعور بالمعاناة والتمييز في المعاملة، مما يؤثر على نظرهم الإيجابية للحياة. (Chipuer, et al., 2002)

كما ذكر (محمد عبد التواب، 1998) أن المكفوفين يعانون من الإحساس بفقدان المعنى في الحياة أكثر من الآخرين نتيجة شعورهم بالعجز والنقص وعدم القيمة والكفاءة الناتج عن فقدانهم للبصر، كما أنهم أكثر معاناة للحيرة والارتباك والتشويه فيما يتعلق بالأهداف والمعاني الخاصة بالحياة.

ويؤكد جابريل (Gabriel, 2008) أن الكفيف يعاني من مشكلات نفسية كثيرة قد تكون هذه المشكلات شخصية، وهي تنشأ عن الإعاقة وشعوره تجاهها وتسبب له حالة من الضيق والتوتر والقلق، بالإضافة إلى بعض المشكلات الاجتماعية والتي تنشأ عن علاقته بغيره من أفراد أسرته أو المجتمع المحيط، أو مشكلات تعليمية تتعلق بعدم قدرته على التعلم والتحصيل وتدنى المستوى التعليمي، ومثل هذه المشكلات تعمل على عدم إشباع الحاجات الأساسية بشكل تام بالنسبة للمعاقين بصرياً.

كما أن إشباع مثل هذه الحاجات بالنسبة للمعاق بصرياً يرتبط بمفهوم جودة الحياة التي يعيشها، والذي يعد مؤشراً على جودة الخدمات التي تقدم له بالإضافة إلى أن المعاقين بصرياً يحتاجون إلى العيش باستقلالية ومعاملتهم كراشدين ويحصلون على مهنة مناسبة، كما

لديهم الرغبة في بناء علاقات اجتماعية مع الوسط المحيط إن إشباع مثل هذه الحاجات لديهم يحدد إدراكهم لجودة الحياة. (Goode,1994)

ومما سبق يتضح أن هذه الفئات المهمة تحتاج إلى خدمات تساعد على التوافق مع ظروف الحياة في ظل الإعاقة، وتعتبر جودة الحياة من المؤشرات الهامة لجودة الخدمات المقدمة لهذه الفئات، ورضا الفرد عنها وإحساسه بالسعادة، والرغبة في الحياة، ولاشك أن أثر الإعاقة على الفرد المعاق وعلى المجتمع تفرض الاهتمام بالبحث عن كيفية تجنبها بالوقاية من حدوثها، وتجنب أسبابها، والحد من أثارها البدنية والنفسية والاجتماعية حال حدوثها، وذلك بتحسين جودة الحياة، من خلال جودة البرامج الوقائية والعلاجية، وهذا ما أكدت عليه دراسة سميث (Smith,2002) ودراسة (أشرف عبد القادر،2005) من أنه يمكن تحسين جودة الحياة لدى المعاقين من خلال تقديم بعض البرامج التي تعمل على زيادة مشاركتهم في أنشطة الحياة اليومية وتكسيهم مهارات خاصة للحد من الإعاقة، والتغلب على العقبات وتذليل الصعاب الناتجة عنها بالإضافة إلى خفض إيجاد معنى للحياة التي يعيشونها.

ولهذا تظهر الحاجة إلى استخدام الإرشاد القائم على المعنى لمساعدة هؤلاء المراهقين المعاقين بصرياً لاكتشاف قيمة لأنفسهم وللحياة التي يعيشونها، فهدف الإرشاد القائم على المعنى هو مساعدة المضطربين على أن يجدوا هدفاً ومقصداً لوجودهم ومساعدتهم على تحقيق أعلى نشاط وفاعلية تمكنهم من تحسين جودة الحياة لديهم.

4. العلاج بالمعنى عند فرانكل : Therapy Through Meaning

العلاج بالمعنى طريقة من طرق العلاج النفسي ترى أن مشكلات الشباب في الحياة وسوء توافقهم النفسي ترجع إلى عدم وجود معنى لديهم، لذلك فإن العلاج يجب أن يركز على معنى الوجود الإنساني فمن خلال تحقيق الإنسان لإنسانيته يتحرر من قيود الحتمية وينطلق إلى تحقيق ذاته وتحقيق وجوده الأصيل. (Frankl , 1966 : 61 - 62)

ويرتبط وجود المعنى من الحياة بعدد من المناحي الهامة في حياة الإنسان، فيشير فرانكل إلى أن المعنى يقوم بوظائف هامة في حياة الفرد منها:

- يقدم المعنى للفرد الهدف من الحياة.
- يقدم المعنى للفرد الإطار القيمي والأخلاقي الذي يحكم حياة الفرد.
- يمنح المعنى من الحياة الشعور بالتحكم والسيطرة على كل ما يمر بالفرد من خبرات.

- يزود المعنى الفرد بقيمة الذات وكفاءتها. (Das,1998,206)

ويقوم العلاج القائم على المعنى على المفاهيم التالية :

• حرية الإرادة: Freedom Of Will

وتعني الحرية التي يمتلكها الإنسان في معايشة معنى الحياة من خلال الأفعال والخبرات والاتجاهات التي يتخذها نحو معطيات الحياة المختلفة ويكون قادراً على الاستجابة لها ومسئولاً عن عمل الاختبارات التي يراها مناسبة. (Amanda & Stefan,2008)

وهذه الحرية ليست عشوائية، بل تشمل عنصر المسؤولية، ومن هنا يمكن الانطلاق للركيزة الثانية ومفهوم من المفاهيم الأساسية التي تميز الإنسان من وجهة نظر فرانكل وهي المسؤولية.

• المسؤولية: Responsibility

وفيها يؤكد فرانكل على أهمية تأكيد شعور الفرد بمسئوليته عن كل ما يحدث له وما يحصل عليه في حياته سواء كان سعيداً أو مؤلماً، ويرى أن قوة نظريات العلاج بالمعنى تبرز هنا مدى قدرتها على تأكيد ذلك عند الفرد. (Benvengy, 1998, 63)

أي أن الإنسان مسئول عن اختياراته ومسئول عن تشكيل قدره ومصيره، وهو ما يعنى تحجيم الدور الذي تلعبه المؤثرات الخارجية في فرض صورة معينة لها صفة الثبات والقدرة في حياة الإنسان، بل الإنسان حر ومسئول وقادر على أن يفكر ويتخذ قرارات ويرسم أهدافاً، وبذلك يشكل واقعه بنفسه. (إيمان فوزي شاهين، 1995، 275)

• إرادة المعنى : The Will To Meaning

حيث يرى فرانكل أن إرادة المعنى هي الدافع الأساسي والمبدئي لأي سلوك يسلكه الإنسان، فالإنسان لديه قوة دافعة تجعله يسير في اتجاه معين يتبع طريقة معينة يحقق من خلالها مجموعة من المعاني المعبرة عن مبادئ معينة.

• معنى الحياة : The Meaning Of Life

وتعد الأساس الثالث للعلاج بالمعنى وتعنى أن الحياة تحتفظ بمعنى لكل فرد حتى آخر لحظة في حياته، وهذا يعنى أن الحياة لا تتوقف 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 انساني من خلال الاتجاه الذي يتبناه الفرد تجاه محنته، فلا يوجد معنى واحد في الحياة ولكن توجد معانٍ متعددة والأهم ما في هذه المعاني المتنوعة المعنى الخارجي لوجود الإنسان، فليس المهم أن يعرف الإنسان معنى الحياة ولكن المهم أن يدرك المعنى. (Amanda & Stefan, 2008)

والإنسان الذي يمتلك المعنى والقيمة لحياته هو فرد قادر على مواجهة كل ما يقابله من مشكلات انفعالية واجتماعية ومهنية وتعليمية ولديه من الصلابة ما يساعده على التصدي لأي معاناة أو ألم يتعرض له حتى آخر لحظة في حياته (Breitbart, et al., 2004, 367).

5. فنيات العلاج بالمعنى :

تتمثل أهم فنيات العلاج بالمعنى في: المقصد المتناقض ظاهرياً، تشتيت الانتباه : المسرحيات النفسية القائمة على العلاج بالمعنى، الحوار السقراطي، فنية القصة الرمزية، فنية إعادة البناء الموقفي، فنية التحليل بالمعنى.

سادساً : الدراسات السابقة :

1. دراسات تناولت جودة الحياة والعوامل المرتبطة بها:

تعددت الدراسات التي تناولت جودة الحياة وكيفية تحسينها لدى الأفراد بصفة عامة والمعاقين بصفة خاصة حيث هدفت بعض الدراسات إلى التعرف على العوامل النفسية والديمغرافية التي تؤثر على جودة الحياة ومنها دراسة داموش وآخرين (1997, Damush, et al.) والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة وجودة الحياة لدى طلاب الجامعة، وطبقت الدراسة على عينة قدرها 350 طالباً، وتوصلت الدراسة إلى أن أحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها الطلاب تؤثر سلباً عليهم، وتؤدي إلى انخفاض جودة الحياة لديهم، وأكدت الدراسة على دور الأسرة في مواجهة هذه الضغوط. وأوصت الدراسة على ضرورة تدريب الطلاب، وإكسابهم مهارات مختلفة لمواجهة تلك الضغوط، وذلك لتحسين نظرتهن للحياة وزيادة الرضا عن أحداثها المختلفة.

كما هدفت دراسة بيفرلي ولاري (1998, Beverly, Larry) إلى التعرف على العلاقة بين التفاؤل واستخدام أساليب واستراتيجيات مرنة في حل المشكلات وجودة الحياة عند طلاب الجامعة، وتكونت عينة الدراسة من 204 طالباً من طلاب الجامعة بمتوسط عمري 19.5 سنة مقسمين إلى ثلاث مجموعات حسب درجة التفاؤل (مرتفعو التفاؤل، متوسطو التفاؤل، منخفضو التفاؤل). أكدت الدراسة على أن ذوي التفاؤل المرتفع يشعرون بمستويات عليا من جودة الحياة ويشاركون بصورة نشطة في إثراء حياتهم بالعديد من الصور الإيجابية، كما أنهم يواجهون المشكلات بشكل واقعي وبأساليب متنوعة مما يحسن من جودة الحياة لديهم، كما أن مجموعة التفاؤل المتوسط والمنخفض سجلوا درجات منخفضة لجودة الحياة. وفي دراسة ارمزون (2001, Ernzen) التي هدفت إلى التعرف على العوامل التي تؤثر في معنى الحياة لدى عينة من 50 مراهقاً (25 من الذكور، 25 من الإناث)، أظهرت نتائج الدراسة إلى تحديد الأهداف ومعنى المستقبل وتقبل الموت من العوامل المؤثرة في تحديد معنى الحياة.

كما هدفت دراسة (سامي محمد موسى، 2001) إلى التعرف على جودة الحياة لدى المعاقين جسمياً والمسنين وطلاب الجامعة وأثر التكيف والتماسك الأسري عليها، وتضمنت عينة الدراسة مجموعة من المعاقين جسمياً 62 فرداً تراوحت أعمارهم من 25 - 40 سنة، ومجموعة من المسنين (62 فرداً) تراوحت أعمارهم من 60 - 68 سنة، ومجموعة من الطلاب (67 طالباً)، تراوحت أعمارهم من 20 - 21 سنة. وتم تطبيق مقياس لجودة الحياة من إعداد الباحث، وتوصلت الدراسة إلى أن التماسك الأسري والتعطف والدعم الاجتماعي داخل الأسرة أكثر أهمية بالنسبة للتنبؤ بجودة الحياة بالنسبة للمعاقين والمسنين وطلاب الجامعة، كما أكدت الدراسة على ضرورة توجيه البرامج الإرشادية التي تساعد على تحسين جودة الحياة للمعاقين والمسنين فهم من أكثر الفئات حاجة إلى الدعم والمساعدة لتحسين إدراك جودة الحياة لديهم.

وفي هذا الصدد فحصت دراسة تشانج (1998, Change) إدراك الدعم الاجتماعي والتنمية الوظيفية للمكفوفين في مرحلة المراهقة وأيضاً معرفة مدى تأثير المكفوفين بالمساندة الاجتماعية من جانب أفراد الأسرة وزملاء العمل وزملاء الدراسة والأقارب والأقران على تطور المهنة المستقبلية وأجريت على عينة من المكفوفين عددهم (12) طالباً وطالبة من

طلاب الجامعة بواقع 8 طالبات، 4 طلاب، وتوصلت إلى أن هناك علاقة دالة بين المساعدة الاجتماعية من الأسرة والأقران والمدرسة وزملاء العمل وزملاء الدراسة ودرجة إحساسهم بقيمتهم الذاتية واحترامهم لذاتهم مما يسهم في تنميتهم مهنياً ودلت أيضاً أن المساعدة الاجتماعية كان لها أكبر الأثر في مواجهة الضغوط الحياتية لدى المكفوفين وتحسين نظرهم للحياة.

وفي هذا الصدد قام ماتسونাকা (Matsunaka,2003) بدراسة هدفت إلى الكشف عن أثر العلاقات التبادلية وشبكة المساعدة الاجتماعية على الصحة النفسية في مواجهة الضغوط اليومية لدى الأفراد المعاقين بصريا وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (44) كفيفاً و (64) مبصراً، وتوصلت النتائج إلى أن المكفوفين الذين لديهم علاقات كانوا يواجهون ضغوطاً يومية أقل من هؤلاء المكفوفين الذين لا يملكون علاقات تبادلية. أوضحت النتائج أيضاً أن الأفراد المبصرين الذين كانوا يمتلكون شبكة علاقات كبيرة كانوا يتمتعون بمستوى أعلى من الصحة النفسية والنظرة الإيجابية للحياة عن هؤلاء الذين يفتقرون إلى شبكة العلاقات الاجتماعية، كما أن مستوى الصحة النفسية لديهم كان أعلى من مستوى الصحة النفسية لدى المكفوفين من خلال العلاقات التبادلية.

ويشير بايلي وميلر (Baily, & Miller, 1998) في دراسة على طلاب الجامعة بلغت عينتها (157 من الإناث، 86 من الذكور) إلى أهمية أساليب الحياة النشطة والمتنوعة في تحسين جودة الحياة لدى الشباب، كما أشارت الدراسة إلى أهمية العلاقات الأسرية والأدوار الأسرية التي يسودها الود والتعاون في إدراك الطلاب لجودة الحياة.

وهدف دراسة سوزانا وآخرين (Susanna, et al.,2005) إلى تقييم الصحة الذاتية (الداخلية)، وفحص العلاقة بين جودة الحياة الموضوعية والذاتية لدى الأطفال ذوي الإعاقات البدنية المختلفة والعقلية من خلال تقديم الدعم الأسري لدى أولياء الأمور. كما تم إجراء مقارنة بين جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين تراوحت أعمارهم بين 13 - 20 عاماً، وبين هؤلاء الذين ليس لديهم إعاقات. وأكدت الدراسة على أن المجموعتين لم يختلفا بشكل دال في درجة جودة الحياة الذاتية، إلا أن مجموعة الإعاقات البدنية المختلفة والعقلية حصلت على درجة أقل في جودة الحياة الموضوعية.

أما دراسة ديميت وآخرين (Demet, et al.,2008) فهدف إلى تحديد جودة الحياة عند طلاب الجامعة التركية وعلاقتها بالقلق عند الطلاب تكونت عينة الدراسة من 276 طالباً من طلاب الجامعة وتم تطبيق مقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة وأكدت الدراسة على أن هناك علاقة سلبية بين جودة الحياة والمستويات العليا من القلق والاضطراب النفسي وأن الشخصية القلقة توصف بالاكتئاب والسلبية وعدم الرضا عن الحياة وأوصت الدراسة بأهمية توفير الخدمات والحاجات الأساسية في مجالات الصحة والتعليم لتحقيق تحسن في جودة الحياة لدى المجتمع.

2. دراسات تناولت تحسين جودة الحياة:

تعددت الدراسات التي تناولت إرشاد فئات مختلفة من الأصحاء ومن ذوي الاحتياجات الخاصة وذلك بهدف تحسين جودة الحياة لديهم. ففي دراسة (سيد عبد العظيم محمد، 1998) والتي هدفت إلى التعرف على مدى فعالية الإرشاد المعرفي في خفض الشعور باليأس لدى عينة من المكفوفين بلغ قوامها (9 أفراد ذكور) واستخدمت الدراسة برنامج الإرشاد المعرفي الذي تكون من عشر جلسات إرشادية مدة كل جلسة ساعة ونصف بواقع جلستين أسبوعياً وطبق بطريقة (جماعية وفردية) على أفراد المجموعة الإرشادية، أظهرت نتائج الدراسة فعالية البرنامج الإرشادي في خفض الشعور باليأس لدى أفراد المجموعة التجريبية وتحسن نظرهم للحياة، وقد استمرت هذه الفعالية بعد شهر من التطبيق البعدي الأول. كما هدفت دراسة فان وولدي (Venn & Wolde, 1998) إلى تقديم مشروع لتنمية حياة المراهقين المكفوفين - الصمم المستقبلية كمحاولة - لخفض نظرة المراهقين السلبية لمستقبلهم، وتكونت عينة الدراسة من 11 تلميذاً من مدرسة فلوريد للمكفوفين والصم، وهذا المشروع اشتمل على محاولة لإكساب هؤلاء المراهقين المكفوفين - الصمم مهارات أساسية مثل تعلم التحكم في البيئة، والتأكيد على الاستقلالية، حيث تم توظيف منهج منخفض لإكساب مهارات الحياة الاستقلالية، من بين نتائج الدراسة نجاح المشروع المقدم في تنمية نظرة المراهقين الإيجابية لمستقبلهم وتنمية مهارات الحياة الاستقلالية.

وفي دراسة (إبراهيم محمد الخليفى، 2000) والتي هدفت الدراسة إلى معرفة أثر الإرشاد النفسي في تحقيق جودة الحياة لدى الأفراد من منظور التعامل مع الذات وتكونت عينة الدراسة من 50 فرداً (25 ذكوراً - 25 إناثاً) بمتوسط عمري 43.8 وانحراف معياري 5.6 ممن تلقوا دورات إرشادية في التعامل مع الذات وتوصلت الدراسة إلى أن الدورات الإرشادية الخاصة بالتعامل مع الذات حققت أثراً إيجابية في ضبط السلوك كأحد متطلبات جودة الحياة، كما أثرت هذه الدورات بصورة إيجابية في ضبط السلوك والتفكير والانفعالات لدى عينة الدراسة.

كما تناول كامبيرون (Cameron, 2000) في دراسته فحص المناهج التقليدية لإعادة تأهيل الكفيف ثم التدريب على المهارات المتعلقة بالتواصل مع الآخرين وتدريب الأمور المنزلية والحركة وتقبل تقديم بعض المساندات النفسية مع الآخرين، وحيث أن فقدان البصر يعتبر من أكثر المخاوف فيما يتعلق بفقدان الاستقلالية وعدم الحصول على المعلومات عن طريق الإبصار وما يتبعه من تقييد الحركة غالباً ما ينتج عنه المعاناة المستمرة من أعراض نفسية شديدة، وتم اختيار فعالية التدخلات لتقديم الرعاية بواسطة البرامج التليفونية، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (13 طالباً) متخرجاً من مراكز إعادة تأهيل المكفوفين، وقد تلقت المجموعة التجريبية (10) مكالمات تلفونية مساندة عبر فترة زمنية تمتد (20) أسبوعاً، ودلت النتائج على أن درجات مقاييس تقييم الأعراض بالمحادثة وتقييم مهارات الكفيف بالنسبة للمزاج الاكتئابى وإدراك البيئة التفاعلية كانت أقل بشكل ذي دلالة بالنسبة للمجموعة الضابطة وقيم السيطرة العامة كانت ذي دلالة أعلى في أفراد المجموعة التجريبية.

أما دراسة كامبل (Kimbl,2001) فهدفت إلى اختبار فعالية برنامج للعلاج بالمعنى - فنية المقصد المتناقض - على تغيير اتجاهات الأفراد وتزويدهم بالمعاني الخاصة بالحياة وتأثير ذلك في تحسين معنى الحياة لدى من المعاقين حركياً من خلال مقياس كفاءة الحياة بأبعاده، تكون البرنامج من 20 جلسة تقوم على أسس العلاج بالمعنى عند فرانكل، أشارت الدراسة إلى فعالية البرنامج المستخدم في تحسين معنى الحياة لدى عينة الدراسة. بينما قدم هورويتز ورينهاردت (Horowitz & Reinhardt,2005) دراسة وصفية هدفت إلى معرفة تأثير خدمات محددة لإعادة التأهيل البصري على مستويات الصحة النفسية والقدرات الوظيفية بين الراشدين ذوي الإعاقات البصرية وتمثل هذه الخدمات في عيادات القصور البصري والتدريب على المهارات والإرشاد واستخدام المعينات البصرية واستخدام الأدوات الكيفية وأجريت على عينة قوامها (95) كفيلاً وقد كشفت النتائج عن أن تقديم الخدمات الإكلينيكية، وتقديم برامج إرشادية واستخدام المعينات البصرية قد أسهم في تخفيض مستويات الاكتئاب الناتجة عن التعرض للضغوط الحياتية ودلت النتائج أيضاً أن الحاجة ماسة إلى خدمات إعادة التأهيل لكل من الوظائف النفسية والجسمية لدى الأشخاص المكفوفين حتى تتحسن نظرهم للحياة.

كما هدفت دراسة (عبد العزيز إبراهيم أحمد، 2009) إلى وضع برنامج علاجي يساعد على خفض حدة الإعاقة النوعية للغة وتحسين جودة الحياة النفسية لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية، وتكونت عينة الدراسة من (30 طفلاً) من أطفال المدرسة الابتدائية قسموا إلى مجموعتين، إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة وتوصلت الدراسة إلى فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال، المجموعة التجريبية الضابطة لصالح المجموعة التجريبية، مما يدل على تحسن جودة الحياة لديهم نتيجة لتطبيق البرنامج، وأكدت الدراسة على أن تحسين قدرة الأطفال على التفاعل الاجتماعي والتكيف المدرسي يزيد من إحساسهم بجودة الحياة.

هدفت بعض الدراسات إلى تحسين جودة الحياة لدى المعاقين من خلال تقديم البرامج الإرشادية لأبائهم ومنها وفي دراسة لاندز وآخرين (Anders,et al.,2001) قام الباحثون بتحليل 13 مشروعاً لتحسين جودة الحياة لدى أفراد ذوي صعوبات عقلية في الهند ورومانيا وكينيا وجنوب إفريقيا، بهدف تزويد الآباء بالمعرفة التي يحتاجونها لتحسين جودة التخطيط للحياة المستقبلية للطفل ذوي الصعوبات. وهذه المعلومات تدعمه لكل الأسر بغض النظر عن عمر وعجز الطفل، وأوضحت النتائج أن المشاريع التدميرية (13) للآباء تشابهت في أهمية معرفة الوالدين لفرص نمو الطفل، وحاجات الأطفال وأهمية إشباعها وأهمية توفير الرعاية التعليمية والصحية والمجتمعية مما يساعد هؤلاء الأطفال على الشعور بقيمة الذات والرضا عن الحياة. وفي هذا الصدد جاءت دراسة (صلاح الدين عراقي محمد، 2006) والتي هدفت إلى التعرف على مدى فعالية برنامج إرشادي للوالدين في تحسين جودة الحياة لدى أبنائهم من ذوي الاحتياجات الخاصة (إعاقة سمعية، وبصرية، وعقلية قابلة للتعليم) تكونت عينة الدراسة من أحد عشر أباً بمتوسط عمري (48 سنة) لأحد عشر طفلاً من ذوي الاحتياجات الخاصة

بمتوسط عمري 12 سنة وأوضحت الدراسة فعالية البرنامج في تحسين جودة الحياة لدى الأبناء عينة الدراسة من حيث الأهمية، وتحسين مستوى جودة الحياة من حيث الرضا عن الحياة وأكدت الدراسة على أن المشاركة والتأثير الإيجابي المتبادل بين الآباء وأبنائهم من ذوى الاحتياجات الخاصة له دور كبير في تحسين جودة الحياة لديهم، وأوصت الدراسة بأهمية توفير الخدمات التربوية والصحية والاجتماعية للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة بالإضافة إلى تكتيف البرامج الإرشادية التي تعمل على تحسين جودة الحياة لهؤلاء الأطفال.

كما قام ريكو وآخرون (Reiko,et al.,2006) بدراسة عن تحسين جودة الحياة بالنسبة للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، وهدفت الدراسة إلى فحص منظور الأطفال وأولياء أمورهم 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 ذوى الاحتياجات الخاصة (ن=5) إعاقات عقلية وبدنية، وأكد الآباء أن التنشئة الاجتماعية تعد أحد المجالات الهامة التي يواجه فيها أطفالهم بعض الصعوبات، وهناك مشكلات أدائية تتعلق بالعناية والرعاية الشخصية، ومن خلال المناقشات أكد أولياء الأمور توفير نظام دعم وإرشاد من أجلهم يعمل على مساعدتهم في تحسين جودة حياة الأطفال وإن عمليات التدخل الطبي والعلاج الطبيعي تميل إلى التركيز على الإعاقة، وأن المدخل الأكثر فاعلية هو المرتبط بحاجات الأطفال المتعلقة بالتنشئة الاجتماعية.

فروض الدراسة :

في ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري يمكن اشتقاق فروض الدراسة الآتية :

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس جودة الحياة في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس معنى الحياة في القياسين البعدي والتتبعي.

سابعاً : إجراءات الدراسة:

1. عينة الدراسة:

تكونت العينة من 29 طالباً وطالبة (18 طالباً - 11 طالبة) من طلاب المرحلة الثانوية المكفوفين من مدرسة النور بمحافظة قنا بمتوسط عمري 16.7 وانحراف معياري 1.5 وتتراوح درجة كف البصر ما بين كلي أو بقايا إبصار وقد روعي في اختيار أفراد العينة أن تكون متجانسة من حيث السن والذكاء، ثم تطبيق مقياس جودة الحياة عليهم بصورة فردية.

2. خطوات انتقاء عينة البرنامج:

- أ. تم تطبيق مقياس جودة الحياة المترجم على عينة قوامها 29 طالباً (18 طالباً - 11 طالبة) من طلاب المرحلة الثانوية المكفوفين من مدرسة النور بقنا .

ب. تم إخضاع استمارات الطلاب للتحليل الإحصائي باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS للحصول على الوصف الإحصائي للعينة، ويوضح جدول (1) الوصف الإحصائي للعينة الكلية على مقياس جودة الحياة.

جدول (1)

الوصف الإحصائي للعينة الكلية للطلاب على مقياس جودة الحياة (ن = 29)

العينة	أعلى درجة	أقل درجة	المتوسط	الانحراف المعياري
29	115	27	62.70	26.80

ج. تم تحديد درجة التقطع لمقياس جودة الحياة (م + 1.5 ع) فكانت مساوية لـ 89.5 درجة تقريباً، وبناءً على درجة التقطع اختيرت عينة الدراسة التي تمثل المنخفضين على مقياس جودة الحياة، وهم الحاصلين على درجة أقل من 89.5 درجة، وشملت العينة 17 طالباً (13 ذكوراً - 4 إناثاً) تراوحت درجاتهم ما بين 27 إلى 89 درجة على مقياس جودة الحياة، وهم يمثلون العينة النهائية للدراسة حيث تم تطبيق البرنامج المعد في الدراسة عليهم.

3. أدوات الدراسة:

تم استخدام الأدوات التالية في الدراسة :-

أ. مقياس جودة الحياة: تقنين وتعريب الباحث

والمقياس من إعداد منظمة الصحة العالمية The World Health Organization (WHOQOL)-2008 الصورة المختصرة ويتكون المقياس من 26 سؤالاً موزعة على أربعة أبعاد توضح مدى تمتع الفرد بالصحة البدنية والنفسية بالإضافة إلى جودة العلاقات الاجتماعية والحياة البيئية التي تتوفر له، ويختار الطالب عند الإجابة بديل من البدائل الخمسة وأقل درجة للمقياس (26 درجة) وأعلى درجة للمقياس (130 درجة)، والدرجات العالية على المقياس تدل على تمتع الفرد بمستوى عالٍ من جودة الحياة. و جدول (2) يبين أبعاد المقياس وأرقام أسئلة كل بعد.

جدول (2)

أبعاد مقياس جودة الحياة

م	البعد	أرقام العبارات
1	الصحة البدنية	18-17-16-15-10-4-3-2
2	الصحة النفسية	26-19-11-7-6-5-1
3	العلاقات الاجتماعية	22-21-20
4	العوامل البيئية	25-24-23-14-13-12-9-8

وقام الباحث بإعداد الصورة العربية للمقياس بتعريبه وتقنيته، 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 ملائمة بنود المقياس للبيئة المصرية والعربية، وتم كتابة المقياس بلغة برايل حتى تناسب الطلاب المعاقين بصرياً، ثم تم تطبيق المقياس على عينة قوامها (25 طالباً) من طلاب المرحلة الثانوية المعاقين 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 قوامها (25 طالباً من طلاب المرحلة الثانوية المعاقين بصرياً، وكانت معاملات الثبات جميعها دالة عند مستوى (0.01)، كما هو موضح بالجدول (3).

جدول (3)

معاملات الثبات لمقياس جودة الحياة ن = 25

م	البعد	معاملات الثبات
1	الصحة البدنية	0.72
2	الصحة النفسية	0.69
3	العلاقات الاجتماعية	0.71
4	العوامل البيئية	0.76
5	الدرجة الكلية	0.82

• طريقة كرونباخ (معامل ألفا): Alpha Coefficient

تم استخدام معادلة ألفا كرونباخ لحساب ثبات المقياس عينة قوامها (25 طالباً من طلاب المرحلة الثانوية المعاقين بصرياً، وكانت معاملات الثبات جميعها دالة عند مستوى (0.01)، كما في جدول (4).

جدول (4)

معاملات ثبات ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة ن = 25

م	البعد	معاملات الثبات
1	الصحة البدنية	0.69
2	الصحة النفسية	0.74
3	العلاقات الاجتماعية	0.78
4	العوامل البيئية	0.84
5	الدرجة الكلية	0.79

(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 سامي محمد موسى (2001) وذلك على عينة قوامها 25 طالباً من المرحلة الثانوية المعاقين بصرياً 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 بصرياً، في إعداد البرنامج الإرشادي القائم على مبادئ ونظرية العلاج بالمعنى لفرانكل وفنائه المختلفة.

(2) الهدف العام للبرنامج :

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

(3) الأهداف الإجرائية للبرنامج :

- يتفرع من الهدف السابق للبرنامج الأهداف الإجرائية التالية :
- أن يتعرف أفراد العينة المستهدفة على المعنى الكامن لوجودهم.
 - تنمية إرادة المعنى مما يحقق زيادة الدافعية للنظر والعمل بإيجابية لتحسين الجوانب المختلفة للحياة.
 - الإحساس بقيمة الحياة، والتمسك بالجوانب الإيجابية فيها، والوصول إلى حالة من الرضا النفسي عنها.
 - إكساب الأفراد الاتجاهات الإيجابية نحو الإعاقة، مما يساعدهم على تقبل أنفسهم وتقبل الآخرين.
 - أن يكسب أفراد العينة المستهدفة الصفات التي تساعدهم على تكوين علاقات اجتماعية جيدة بالآخرين.
 - تعليم أفراد المجموعة الإرشادية كيفية زيادة معارفهم المتعلقة بالمستقبل حتى يتسنى لهم مواجهة قلق المستقبل.
 - تدريب أفراد المجموعة الإرشادية على التحديد والفحص الموضوعي لأفكارهم وتخيلاتهم ذات العلاقة بالبيئة المحيطة كأحد العوامل المؤثرة في جودة الحياة.

(4) الأسلوب الإرشادي المستخدم في البرنامج:

أعتمد الباحث على الإرشاد الجماعي Group Counseling حيث يركز هذا الأسلوب على التفاعل الاجتماعي بين أعضاء المجموعة الإرشادية من خلال إحساس الواحد بالمشكلة والعمل الجماعي وذلك لتشابه أفراد المجموعة التجريبية من حيث السن والمستوى التعليمي والاجتماعي والاقتصادي ونوع الإعاقة بالإضافة إلى إمكانية التفاعل الاجتماعي بين أفراد المجموعة التجريبية واستغلال هذا التفاعل في تحقيق أهداف البرنامج، وهذا لم يمنع الباحث من استخدام الإرشاد الفردي Individual Counseling إذا ما استدعى الأمر وجود مشكلة لدى أحد أفراد العينة دون أفراد المجموعة الأخرى.

(5) محتوى البرنامج الإرشادي :

من أجل وضع المحتوى المناسب للبرنامج الإرشادي تم الإطلاع على الدراسات والبحوث السابقة التي تناولت إرشاد المعاقين بصرياً ومنها دراسة (إسماعيل محمد بدر، 1995) ودراسة (سيد عبد العظيم محمد، 1998) ودراسة (منال عبد الخالق، 1998) ودراسة (سامي أحمد محمد، 2003) ودراسة فين وويلدر (Vem & Walder, 1998)، ودراسة هدى محمد خلف، (2007). ويوضح جدول (5) الصورة النهائية للبرنامج الإرشادي المقدم لعينة البرنامج من المرافقين المعاقين بصرياً.

جدول (5)

أبعاد الصورة النهائية لبرنامج الطلاب المعاقين بصرياً

م	موضوع البرنامج	عدد الجلسات	زمن الجلسة
1	التعريف بهدف البرنامج والفكرة الأساسية التي يقوم عليها.	2	90 دقيقة
2	1. تقديم بعض المفاهيم (جودة الحياة، العلاج بالمعنى). 2. الجوانب المختلفة لجودة الحياة. 3. العوامل المؤثرة على جودة حياة الفرد. 4. العلاج بالمعنى (الأسس والأهداف).	2	90 دقيقة
3	تقييم الذات وذلك من خلال: 1. التعرف على الأفكار السلبية المرتبطة بالإعاقة وكيفية مواجهتها. 2. استحضار الأهداف والطموحات الماضية الناجحة. 3. التعرف على نقاط القوة الضعف في شخصية الفرد. 4. تقبل الإعاقة وتنمية والشعور بالرضا.	3	90 دقيقة
4	التحكم الذاتي وزيادة الثقة في النفس وذلك من خلال: 1. استحضار القدوة الحسنة التي يحتذي بها. 2. الثقة في النفس، طاقتك للتغيير.	3	90 دقيقة

		3. تنمية التواصل وتكوين علاقات إيجابية مع الآخرين.	
5	1	القيام برحلة نيلية ومراجعة ما تم تعلمه.	ست ساعات
6	4	الشعور بقيمة وجود الحياة من خلال تحقيق المعنى: 1. اكتشاف الطالب للأمال والطموحات المستقبلية. 2. تدريب الطالب على الابتعاد عن السلبية والاندماج في المجتمع والعمل على إيجاد معنى وهدف في الحياة. 3. تدريب الطلاب على تحدى الإعاقة وتكوين اتجاهات إيجابية نحوها. 4. إدراك الطلاب لأهدافهم في الحياة وكيفية العمل على تحقيق هذه الأهداف.	90 دقيقة
7	1	مارس ما تعلمته مستقبلا. وتقييم البرنامج	90
	14	المجموع	جلسة

وبالتالي تضمن البرنامج الإرشادي على أربع عشرة جلسة استغرق تطبيقها سبعة أسابيع.

(6) فنيات البرنامج الإرشادي :

اشتمل البرنامج الإرشادي على استخدام فنيات أهمها الحوار السقراطي، المناقشة والحوار (التحليل بالمعنى)، فنية تعديل الاتجاهات، النمذجة المتخيلة، فنية تشيبت التفكير، تدريبات التحليل بالمعنى.

(7) تقويم البرنامج الإرشادي: تم تقويم البرنامج من خلال:

- التقويم المبدئي : ويتمثل في عرض البرنامج على مجموعة من السادة المحكمين لإبداء آرائهم، وتعديل البرنامج وفق ما تجمع عليه هذه الآراء.
- التقويم الثنائي: ويتمثل في التقويم المصاحب بعملية التطبيق من خلال التقويم الذي كان يعقب كل جلسة وكذلك من خلال الواجبات المنزلية.
- التقويم النهائي: ويتمثل في تقويم البرنامج المستخدم في الدراسة بعد الانتهاء من تطبيقه.
- التقويم التبعي : ويتمثل في تقويم البرنامج المستخدم في الدراسة بعد شهر من الانتهاء من تطبيقه للتعرف على مدى استمرار فعاليته في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين بصريا.

ثامناً: نتائج الدراسة:

1. نتائج الفرض الأول

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

- أ. تم حساب متوسطات درجات الطلاب على مقياس جودة الحياة للقياس القبلي والقياس البعدي والقياس التتبعي وكانت النتائج كما في جدول (6)
- ب. تم حساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس جودة الحياة بأبعاده باستخدام اختبار ولكوكسن للعينات المرتبطة وكانت النتائج كما في جدول (7).

جدول (6)

الوصف الاحصائي للمجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة في القياس (القبلي والبعدي والتتبعي)

أبعاد المقياس	القياس القبلي		القياس البعدي		القياس التتبعي	
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري
الصحة البدنية	11.47	5.22	29.06	8.47	29.1	8.77
الصحة النفسية	11.70	5.65	25.47	8.09	25.48	8.02
العلاقات الاجتماعية	5.47	2.18	10.24	3.11	10.17	3.1
العوامل البيئية	11.94	4.99	15.35	7.35	15.7	7.61
الدرجة الكلية	40.59	14.45	80.29	19.42	80.41	19.51

جدول (7)

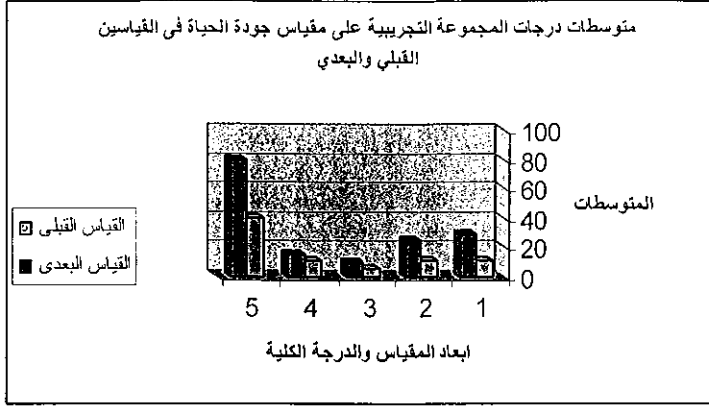
الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية وقيمة Z على مقياس جودة الحياة بأبعاده في القياسين القبلي والبعدي

أبعاد المقياس والدرجة الكلية	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الصحة البدنية	الرتب السالبة	2	1.50	3	-3.48	0.01
	الرتب الموجبة	15	10	150		
	التساوي	-	-	-		
	المجموع	17	-	-		
الصحة النفسية	الرتب السالبة	2	1.5	3	-3.36	0.01
	الرتب الموجبة	14	9.5	133		

أبعاد المقياس والدرجة الكلية	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
	التساوي	1	-	-		
	المجموع	17	-	-		
العلاقات الاجتماعية	الرتب السالبة	2	4.5	9	-3.21	0.01
	الرتب الموجبة	15	9.5	144		
	التساوي	-	-	-		
	المجموع	17	-	-		
العوامل البيئية	الرتب السالبة	3	3.83	11.5	-1.91	غير دالة
	الرتب الموجبة	8	6.81	54.5		
	التساوي	6	-	-		
	المجموع	17	-	-		
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	2	1.5	3	-3.48	0.01
	الرتب الموجبة	15	10	250		
	التساوي	-	-	-		
	المجموع	17	-	-		

ويتضح من جدول (7) :

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في الأبعاد (الصحة البدنية، والصحة النفسية، العلاقات الاجتماعية، والدرجة الكلية) من مقياس جودة الحياة في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.
 - وجود فروق إحصائية بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في بعد العوامل البيئية من مقياس جودة الحياة في القياسين القبلي والبعدي ولكن هذه الفروق لم تصل إلى حد الدلالة.
- ويمكن توضيح هذه النتائج كما في الشكل (1).



شكل (1)

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه مجموعة من الدراسات السابقة ومنها دراسة كامبل (Kimbl,2001) ودراسة هورويتز ورينهارت (Horowitz & Reinhardt,2005) ودراسة (عبد العزيز إبراهيم، 2009) دراسة أندرز وآخرين (Anders,et al.,2001) والتي أكدت على إمكانية تحسين جودة الحياة عن طريق بعض البرامج الإرشادية، وهذا ما استندت عليه الدراسة الحالية حيث هدفت الدراسة إلى تحسين جودة الحياة لدى المراهقين المعاقين بصرياً، وذلك من خلال بعض تدريبات وفنيات العلاج بالمعنى، والذي طبق في الدراسة الحالية. ويمكن تفسير ذلك من خلال أن مساعدة أفراد العينة على إدراك المعاني والأهداف الخاصة بحياتهم يمكن أن تؤثر على جودة الحياة لديهم.

فالطلاب المعاقون بصرياً وخاصة في مرحلة المراهقة يكونون أكثر افتقاراً للمعنى في حياتهم، وأكثر افتقاراً لوجود أهداف محددة لمستقبلهم، وقد لا يملكون سوى القدر القليل من الطموحات والأمال، حيث أن الإعاقة البصرية عادة ما تفقد الفرد الثقة بالنفس والقدرة على تقدير ما لديه من إمكانيات وقدرات يمكن الاستفادة منها في تحقيق العديد من أهدافه التي تساعده على تكوين علاقات إيجابية مع المجتمع وتجعله أكثر قدرة على إدراك المعنى الإيجابي للحياة مما يحسن من جودتها لديه، وإذا كانت جودة الحياة للمعاقين تتأثر بدورها بكثير من الصعوبات والمعوقات التي يواجهونها والتي ربما تؤثر بصورة دالة على إحساسهم الشخصي بنوعية وطبيعة حياتهم من حيث الرضا أو عدم الرضا عنها، فإن نطاق هذه التحديات والصعوبات تتسع مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية لدرجة قد يجد معها المعاق نفسه محاصراً بكثير من الصعوبات والمشكلات والتي تفجر بداخله العديد من الأسئلة مثل كيف يتواصل مع الآخرين، وما الصورة التي يراه بها الآخرون؟ وكيف يستطيع السيطرة على البيئة من حوله؟ وكيف ستؤثر إعاقته على حالته النفسية وعلى مجمل حياته فيما بعد؟ وما الصورة التي سيكون عليها في المستقبل؟ وما مدى تقبل الآخرين له إن ظل على حالته تلك؟ ولهذه الأسئلة علاقة وطيدة بمعنى الحياة وجودتها لديه.

وهذا ما أكدته (محمد عبد التواب معوض، 1998) أن المشكلات والاضطرابات التي يعاني منها المعاقون بصرياً تميل إلى الارتباط بمعنى الإعاقة ومعنى الحياة، الأمر الذي يؤثر على إمكانيات المعاق، وهنا تكمن أهمية العلاج بالمعنى الذي يضع في اعتباره هذه المشكلات ويخضعها إلى تقنيات الفهم والتعلل من الفرد لتجسيد مفهوم إرادة المعنى، أو التوجه نحوه ليُشعر الفرد بمسئوليته تجاه حل هذه المشكلات بصورة تحقق له أهدافه المنشودة، وهذا ما حاول البرنامج تحقيقه لدى عينة الدراسة وذلك من خلال استحضار كل ما لدى أفراد العينة من آمال وطموحات وأهداف انشغلوا عنها نتيجة لتركيزهم على عجزهم وإعاقتهم حيث جاءت جلسات البرنامج لتفجر لديهم طموحاتهم وآمالهم في المستقبل من خلال استرجاع كل ما توصلوا إليه وحققوه بالفعل من نجاحات سابقة في حياتهم، مما يزيد من ثقتهم بأنفسهم.

كما ركزت جلسات البرنامج على ضرورة إحداث تغيير إيجابي في اتجاه الفرد نحو ذاته والظروف المحيطة بها مما يساعده على أن يتقبل ويتعايش مع ما لا يستطيع حله من مشكلات وخاصة في المواقف القدرية التي لا يستطيع تغييرها مثل إعاقته البصرية التي يعاني منها والتي تعتبر أحد العوامل الأساسية لإحساسه بعدم جودة الحياة التي يعيشها.

حيث أشارت دراسة جود (Goode,1990) إلى أن وضوح الهدف والمعنى في الحياة لدى المعاقين بصرياً بعد أحد أهم المتغيرات الوسيطة التي ترتبط بجودة الحياة لديهم. بالإضافة إلى ما أكدته (Breitbart et al.,2004,267) أن إدراك المعنى والهدف من الحياة إنما هي عملية ذات قيمة في حياة الفرد، فالإنسان الذي يمتلك المعنى والقيمة لحياته هو فرد قادر على مواجهة كل ما يقابله من مشكلات شخصية أو اجتماعية أو مهنية أو أكاديمية، ولديه من القدرة ما يمكنه من مواجهة أي معاناة أو ألم أو عجز يتعرض له في حياته.

ولما كانت العلاقات الاجتماعية والأسرية مصدراً هاماً ومؤثراً على جودة الحياة لدى المعاقين بصرياً حيث أشارت العديد من الدراسات ومنها دراسة (سامي محمد موسى، 2001: Damush,et al.,1997; Susanna,et al.,2005) على أن خصائص البيئة الاجتماعية والأسرية لها تأثير على تكيف الفرد مع فقد البصر، وله علاقة قوية بما يشعر به الفرد من رضا عن حياته. وذكر (Fujiura & Yamaki, 2000) أن الاتجاهات السلبية تؤثر سلباً على شخصية المعاق بصرياً لأن نبذه وإهماله وعدم تقبله أو حمايته الزائدة من قبل الوالدين أو أفراد أسرته يجعله أكثر شعوراً بالعجز في مواجهة الكثير من المواقف الحياتية والتي تؤثر على جودة الحياة لديه، وتسبب له المعاناة والانسحاب وسوء التوافق.

ولما كانت نظرة المعاق للظروف الخارجية واتجاهه نحوها يؤثران على جودة الحياة لديه، فالفرد قد لا يضطرب بسبب الأحداث التي تمر به، ولكن يضطرب بسبب وجهة نظره فيها، وهذا ما أكدته دراسة داموش وآخرين (Damush,et al.,1997) من أن التفكير السليم هو الذي يقوم عليه الانفعال الموجب والسلوك السوي، فعند تناول مشكلة ما والتصدي لحلها أو فهمها، تحدث بعض الأخطاء في الفهم والتفسير مما يشوه صورة الواقع، وبالتالي تأتي

السلوكيات على نحو غير مرضى. وبالطبع فإنه توجد فروق بين العاديين والمعاقين بصرياً في مثل هذه المتغيرات المسؤولة عن إدراك الفرد لجودة 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 والاندماج في المجتمع والعمل على إيجاد معنى وهدف في الحياة، بالإضافة إلى ما يستطيع أن يمنحه الفرد لعالمه وما يستطيع أن ينفذ به من حوله، وذلك من خلال فنيتي تعديل الاتجاهات ومنهج القصص الرمزية، حتى يستطيع المعاق تعديل نظريته للبيئة التي يعيش فيها مما كان له الأثر الإيجابي على عينة الدراسة كما اتضح من النتائج على بعد العلاقات الاجتماعية من مقياس جودة الحياة.

كما ساهم البرنامج من خلال ما تضمنه من مناقشات فردية وجماعية إلى إحساس المعاق بالكفاءة والثقة في نفسه والمشاركة في الأنشطة اليومية والدخول في محادثات مع الآخرين والقدرة على بدء المحادثات وإنهائها، والاتزان الانفعالي، مما يرفع من تقديره لذاته ويساعده على النجاح في التواصل مع الآخرين، بالإضافة إلى تحسين قدرته على التوافق النفسي والاجتماعي والاندماج الاجتماعي، والميل إلى تفضيل إقامة علاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين مما يساهم في تحسين جودة الحياة لديه.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة تشانج (Change,1998) التي بينت أن الفرد الذي يتمتع بجودة الحياة يمتلك شخصية متزنة تصدر عنها استجابات متلائمة لطبيعة المواقف، وتمتلك القدرة على مواجهة كل ما هو جديد، حيث تتصف بالمرونة، ولديها القدرة على التحكم في انفعالاتها عند التعامل مع الآخرين. وهذا ما أكدت عليه دراسة ماتسونাকা (Matsunaka,2003) التي بينت وجود علاقة ارتباطية موجبة وذات دلالة إحصائية بين الاتزان الانفعالي والتوافق الشخصي والاجتماعي، كما أن التوافق مع الآخرين ذا علاقة بجودة الحياة، مما يدل على أهمية العلاقات البيئية والاجتماعية الإيجابية بين المعاق وأعضاء مجتمعه ونظرة المعاق لها.

كما توصل كيم (Kim,2003) في دراسته من أن العلاج بالمعنى يمكن أن يحسن من الحياة الانفعالية للفرد على اعتبار أن جودة الحياة الانفعالية تمثل البعد الخاص بالكفاءة في التعامل مع الانفعالات والمشاعر بما يؤدي إلى تلقى الشخص تدعيمات اجتماعية إيجابية من الآخرين أثناء التفاعل معهم مما يفضي إلى تقبله لذاته ورضاه عن حياته، وأخيراً المرونة النفسية كمفهوم أساسي في مجال علم النفس الإيجابي يجسد القدرة على تجاوز الشخص للعترات والمحن وسرعة تعافيه من تداعياتها السلبية مما يزيد من قابلية تحسين جودة حياته بشكل عام.

ويعتبر مفهوم الفرد عن ذاته ذا تأثير كبير على جودة الحياة التي يعيشها ففاعلية الذات والصلاية النفسية وتقدير الذات المرتفع واحترام الذات والتفائل والمستوى المرتفع من تحقيق الذات والثقة في النفس والشعور بالسعادة كلها عوامل شخصية تعمل على تحسين نظرة الفرد للحياة التي يعيشها. (Drukker,& Van Os,2003)

وحسب نموذج التعامل مع الذات يمكن أن يتحقق للفرد الإحساس بجودة الحياة عندما يمارس سيطرة أفضل على سلوكه، وعندما يحب ذاته من حيث تقبلها وحمایتها وتميمتها وكذلك عندما يمارس ذاته كذات إنسانية، فالشخص عندما يسيطر على سلوكه يمكنه أن يختار تلك السلوكيات التي تحقق له أقصى إشباع ممكن وفق مفاهيم واقعية (إبراهيم محمد الخليفة، 2000).

وكلها عوامل لا تتوفر للمراقبين المعاقين بصرياً نتيجة لما يعانونه من الإحساس بالعجز، والعزلة الاجتماعية، ومركزية الذات، واللامعنى، وعدم الثقة في النفس، وانخفاض تقدير الذات، وعدم الشعور بالسعادة، وقلة الرضا عن الحياة.

من هنا كان اختيار العلاج بالمعنى والذي يهدف إلى تحرير إمكانيات الفرد المعطلة، لتحقيق ذات أفضل، حيث ركزت بعض جلسات البرنامج على نقاط القوة والضعف في شخصية الفرد المعاق بصرياً، واستخدمت الدراسة فنية تشتيت التفكير وذلك لمساعدة عينة الدراسة على التركيز على مواطن القوة في شخصياتهم وعدم التفكير في مواطن الضعف والعجز الذي تفرضه الإعاقة عليهم حتى يستشعر كل منهم قوته ويثق في قدراته مما يمكن الفرد المعاق بصرياً على إدراكه لجودة الحياة مما يساعده على إدارة العقبات التي تقابله في حياته، كما أن هذه الطريقة تساهم في تقييم الضغوط والعقبات بطريقة إيجابية وتعديل المعنى الذي يعطيه الفرد المعاق للمواقف والأحداث الخاصة به.

كما أن تركيز المعاقين على مواطن القوة في شخصياتهم يجعلهم قادرين على أن يكتشفوا ليس فقط العالم كما يبدو لهم، ولكن ما التغيير الذي يمكن أن يكون وكيف يمكن أن ينجز هذا التغيير في فترة زمنية محددة؟ مما يساعده في النهاية على الإحساس بفاعلية الذات. (Clare & Jackie, 2008).

كما أن عرض نماذج لقهر الإعاقة ولتنمية الثقة بالنفس كانت من أهم العوامل التي زادت من الثقة بالنفس، حيث أن المفهوم الإيجابي للمعاق وتقديره لذاته يلعب دوراً هاماً في إحساسه بجودة الحياة.

بالإضافة إلى الشعور بالرضا عن الذات يشعر المعاقين بصرياً عن الرضا عن حياتهم وبالتقبل وعدم الرفض، والاستحسان الاجتماعي، وعدم كونهم عبئاً على أسرهم أو مجتمعاتهم فهم يشعرون بمدى أهميتهم مما يجعلهم أكثر قدرة على مقاومة أي صراعات ومشكلات تواجههم وكلها من العوامل التي تحسن من جودة الحياة لدى هؤلاء الأفراد (Lopez, & Cordoba 2006).

وبالنظر إلى جدول (7) يلاحظ وجود فروق إحصائية بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في بعد العوامل البيئية من مقياس جودة الحياة في القياسين القبلي والبعدي ولكن هذه الفروق لم تصل إلى حد الدلالة، ويمكن تفسير ذلك بأنه من الضروري عند وصف العوامل التي تؤثر على جودة الحياة لدى المعاقين أن نميز بين الظروف الشخصية والظروف الخارجية بالنسبة للمعاق، ويقصد بالظروف الشخصية الخصائص البدنية والنفسية والاجتماعية للمعاق والتي كان للبرنامج المقدم لعينة الدراسة أثر دال في تحسين تلك

الجوانب من حياتهم، والمتعلقة بالعوامل والظروف النفسية والاجتماعية، أما الظروف الخارجية فيقصد بها تلك العوامل المرتبطة بتأثيرات البيئة التي يعيش فيها المعاق ونتيجة لارتباطها بمدى الخدمات التي تقدم للمعاقين من قبل البيئة والمجتمع المحيط به سواء كانت هذه الخدمات عامة أو خاصة وسواء كانت متعلقة بمستوى الخدمة المقدمة للمعاقين في البيت أو المدرسة أو المجتمع ككل، ونتيجة للنقص الشديد في تلك الخدمات وعدم توفر الاحتياجات التي يتطلبها هؤلاء المعاقين كان التغير الذي حدث لعينة الدراسة نتيجة لتعرضهم للبرنامج طفيف لم يصل إلى حد الدلالة، لأنه لم يرافقه تحسن في مستوى الخدمات المقدمة للمعاقين بصرياً عينة الدراسة.

ويتفق ذلك مع ما أكده انيمارى (Annemaree,2008) من أن تحسين جودة الحياة الشخصية للإنسان يتطلب التركيز كذلك على كل أبعاد الحياة واستخدام وتوظيف كافة الإمكانيات وتوفيرها للفرد بصورة يسهل الوصول إليها.

كما أن جودة الحياة عند المعاقين تتأثر بشكل كبير بالعقبات والموانع الاجتماعية والبيئية التي تحول دون تفاعلهم مع المجتمع كالتحيز ضد الإعاقة والمعاقين والميل إلى الوصم والتهميش وبيروقراطية الإجراءات، وتعذر وجود وسائل المواصلات المناسبة، كما أن مؤسسات التربية الخاصة تقوم علي فكر العزل وبالتالي تفشل في تزويدهم بالمناهج التربوية العادية، مما يترتب عليه الاستبعاد من فعاليات الحياة الاجتماعية، وأن السبب الأساسي في هذه المشكلات إنما يعزى إلي فشل المجتمع في التسامح والتقبل للاختلافات والفروق بين المعاقين والمشاركة العادية في فعاليات وأنشطة وخبرات الحياة الاجتماعية اليومية الخاصة بهم. (محمد السعيد أبو حلاوة، 2008). وبالتالي فإن كل العوامل السابقة وغيرها خارج حدود البرنامج المعد في الدراسة وتفوق إمكانياته، وهذا ما أثر على إدراك المعاقين بصرياً لجودة الحياة البيئية وهذا ما ظهر جلياً على درجات الطلاب في بعد العوامل البيئية على مقياس جودة الحياة.

ومما سبق يمكن القول أن فنيات وتدريبات العلاج بالمعنى والتي استخدمت في البرنامج قد مكنت الطلاب المعاقين بصرياً عينة الدراسة من إيجاد معنى لحياتهم وأهدافاً يمكن تحقيقها، واستطاعوا أن يستشعروا قدرتهم على التحكم والسيطرة على حياتهم، والشعور بجودة الحياة بمختلف جوانبها الصحية والنفسية والاجتماعية نتيجة للنظر بإيجابية وبمشاعر أكثر رضا عن تلك الجوانب، مما أدى إلى أن يري كل واحد من أفراد المجموعة عينة الدراسة معنى شخصياً أكثر إيجابية خاص به يسعى إلى تحقيقه كي يستشعر بقيمته في الحياة وأحقية أن يحيى فيها ويتمتع بكل الجوانب الجيدة منها.

2. نتائج الفرض الثاني:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة في القياسين البعدي والتبعية.
وللتحقق من صحة الفرض السابق قام الباحث بما يلي:

تم حساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي بعد مرور ستة أسابيع على مقياس جودة الحياة بأبعاده باستخدام اختبار ولوكوسن للعينات المرتبطة وكانت النتائج كما في جدول (8) .

جدول (8)

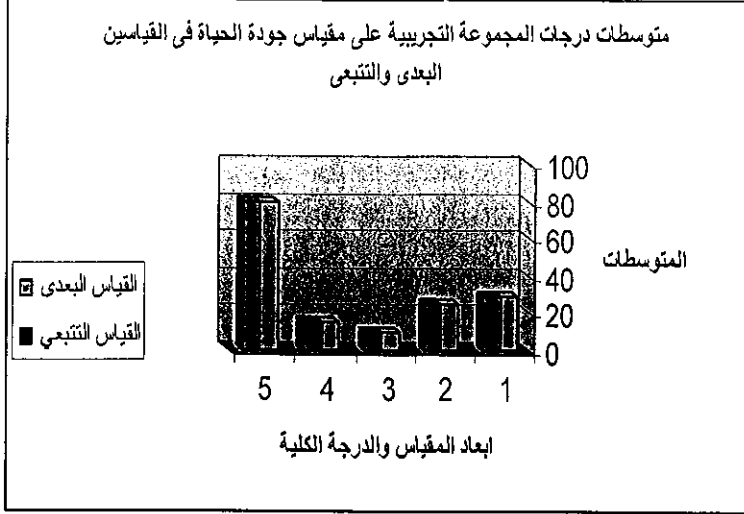
الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية وقيمة Z

على مقياس جودة الحياة بأبعاده في القياسين القبلي والبعدي

أبعاد المقياس والدرجة الكلية والصحة البدنية	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الصحة البدنية	الرتب السالبة	2	2.50	5	0	غير دالة
	الرتب الموجبة	2	2.50	5		
	التساوي	13	-	-		
	المجموع	17	-	-		
الصحة النفسية	الرتب السالبة	2	2.50	5	0	غير دالة
	الرتب الموجبة	2	2.50	5		
	التساوي	13	-	-		
	المجموع	17	-	-		
العلاقات الاجتماعية	الرتب السالبة	2	2	4	0.57-	غير دالة
	الرتب الموجبة	1	2	2		
	التساوي	14	-	-		
	المجموع	17	-	-		
العوامل البيئية	الرتب السالبة	1	2	2	1.13-	غير دالة
	الرتب الموجبة	3	2.67	8		
	التساوي	13	-	-		
	المجموع	17	-	-		
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	4	5.75	23	0.48-	غير دالة
	الرتب الموجبة	6	5.33	32		
	التساوي	7	-	-		
	المجموع	17	-	-		

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 والتتبعي، ويمكن توضيح ذلك كما في الشكل (2):

شكل (2)



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

- تبصير المعاقين بصرياً بذاتهم واكسابهم مجموعة من المعارف الإيجابية عن الذات والوسط المحيط بهم.
- تدريب المعاقين بصرياً على الجوانب الإيجابية في الحياة وكيفية استغلالها الاستغلال الأمثل، مع استحضار خبرات النجاح التي نأخذ منها دافعاً للمستقبل. بالإضافة إلى المعاني والأهداف ذات القيمة في حياته والتي تكفل له الاستمرارية في مواجهة المواقف المستقبلية والتي تقلل من إحساسه بجودة الحياة التي يعيشها.
- تدريب المعاقين بصرياً 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.

كما يمكن تفسير ذلك من خلال فعالية البرنامج في تحقيق المعنى الإيجابي للحياة لدى المعاقين بصرياً، ساعدهم على التكيف مع الإعاقة، حيث أعاد هؤلاء الأفراد إلى النظر لحياتهم من جديد وأصبحوا واثقين من قدراتهم وإمكاناتهم بصورة تجعلهم قادرين على التغلب على كثير من جوانب العجز والقصور لديهم مستقبلاً، كما أصبحوا واعين بأهدافهم في الحياة وماذا يريدون منها، وأدركوا المعنى الأسمى لوجودهم مما زاد من دافعيتهم للحياة والإحساس المستمر بجدوتها. ويتفق هذا مع ما أكده فالير (Faller,2000,27) من أن الوصول إلى معنى للحياة: هو القوة الدافعة المبدئية للوجود الإنساني، وامتلاك معنى للحياة يجعل الفرد يشعر بحريته ومسئوليته لاختيار مستقبله الخاص به والذي يسعى إلى تحقيقه، ويكون هو المسيطر على كل جوانب حياته والمخطط لها ولجميع أحداثها المستقبلية.

3. توصيات الدراسة

- في ضوء أهداف الدراسة ونتائجها 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 الأسرية والمدرسية مع توفير كافة الإمكانيات والاحتياجات الأساسية اللازمة حتى تأتي هذه البحوث والدراسات بثمارها المرجوة.
 - ب. ضرورة توفير المساندة الاجتماعية والنفسية للمعاقين داخل نطاق المجتمع بوجه عام من حيث التعامل معهم على أنهم عناصر فاعلة في المجتمع، لهم حقوق وعليهم واجبات، وتشجيعهم على المشاركة في المناسبات المختلفة وترك الحرية لهم لتخطيط حياتهم مما يشعرهم بذاتهم 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 الندوات والبرامج الإرشادية التي تساعدهم على تحسين جودة الحياة لدى المعاقين، وتعمل على تدريبهم على تقبل الطفل المعاق وتفهم طبيعة التعامل مع الإعاقة داخل المنزل والمدرسة وتوجههم نحو أساليب معاملة سوية يستمد منها المعاق الحب والرضا عن الحياة.
 - هـ. مساعدة المعاقين بصرياً على العيش في بيئة مليئة بالمعنى والقيم الإيجابية مما يعزز من ثقتهم بأنفسهم، ويمدهم بالطاقة للتغلب على المعوقات الحياتية ويجعلهم أكثر إيجابية ورضا عن الحياة.
- بناءً على ما سبق يمكن القول أنه إذا كان هدف الآباء والمعلمين الأساسي هو تحسين جودة الحياة النفسية لأبنائهم وتلاميذهم فإنه يجب عليهم مساندتهم وتقديم الدعم المادي والمعنوي مع التواصل معهم والإحساس بهم ومشاركتهم آمالهم وطموحاتهم وتطلعاتهم ورؤية الحياة من منظورهم الشخصي أو الذاتي بالإضافة إلى تهم مسار نموهم وما يؤثر في تكوينهم النفسي والعقلي والاجتماعي.

المراجع

- إبراهيم محمد الخليفى(2000). الإرشاد النفسي كمدخل لتحقيق جودة الحياة من منظور التعامل مع الذات. دراسة تقييمية لأثر الدورات الإرشادية في التحكم السلوكي. مجلة كلية التربية ببها، 10(44)، 159-193
- أحمد عبد الرحيم العمري (1994). دراسة تقييمية للبرامج المعدة للتعامل مع الطفل الكفيف. رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- أحمد عكاشة (2007). جودة الحياة والنسيج الاجتماعي. ورقة مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر السنوي الخامس للمركز المصري للعلوم الطبية بالاشتراك مع جامعة الأزهر بعنوان نحو أعصاب سليمة، 3-4/ 5 .
- اسماعيل محمد بدر (1995). مدى فاعلية فنية المقصد المتناقض في تخفيف قلق الموت لدى عينة من الجنسين. المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي، المجلد الأول، لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.
- أشرف عبد القادر (2005). تحسين جودة حياة المعاق، مؤتمر تطوير الأداء في مجال الوقاية من الإعاقة، مكتب التربية العربي بدول الخليج، 1053.
- العارف بالله محمد الغندور(1999). أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة: دراسة نظرية. المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، جودة الحياة توجه قومي للقرن الحادي والعشرين، في الفترة من 10-12 / 11 .
- إيمان فوزي شاهين(1995). دراسة نقدية للأسس النظرية للعلاج الوجودي. مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة عين شمس، 4(273-290).
- إيهاب عبد الباقي الببلاوى (1999). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- حسن محمد النواصرة (2006). ذوو الاحتياجات الخاصة، مسدخ في التأهيل البدني. الإسكندرية، دار الوفاء.
- حسن مصطفى (2005). الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر . المؤتمر العلمي الثالث، الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، في الفترة من 15 - 16 / 3 .
- خليل المعايطة، ومصطفى القمش، ومحمد البوالير(2000). الإعاقة البصرية. عمان: دار الفكر.
- رشاد على عبد العزيز (1994). بحوث في سيكولوجية المعاق. القاهرة: دار النهضة .
- رمضان عبد اللطيف (1990). الاغتراب وعلاقته بالقلق والاتجاهات الوالدية كما يدرکها الأبناء والمراهقين المكفوفين. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.

- زينب شقير (1999). سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين. القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.
- سامي محمد موسى (2001). جودة الحياة لدى المعوقين جسمياً والمسنين وطلاب الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، 13(125-180)
- سامية لطفي داود (1998). العلاقة بين الاغتراب ومفهوم الذات لدى المكفوفين. رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- سعيد العزة (2000). الإعاقة البصرية. عمان: الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.
- سهير أحمد كامل(1998). الحرمان من البيئة الطبيعية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من المسنات بدور الرعاية الخاصة. مجلة دراسات نفسية، 25(66-77).
- سيد عبد العظيم محمد(1998). أثر الإرشاد النفسي في خفض الشعور باليأس لدى عينة من المكفوفين. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، 8(295-324)
- صلاح الدين عراقى محمد(2006). فعالية برنامج إرشادي للآباء لتحسين جودة الحياة لدى أبنائهم ذوى الاحتياجات الخاصة. مجلة كلية التربية ببنها، 16(66)-219-258.
- عادل عبد الله محمد (2004). الإعاقات الحسية. القاهرة: دار الرشد.
- عبد الرحمن حسين (2000). تربية المكفوفين وتعليمهم. القاهرة: عالم الكتب.
- عبد العزيز إبراهيم أحمد (2009). فعالية برنامج علاجي في خفض حدة الإعاقة النوعية للغة وأثره في تحسين جودة الحياة النفسية لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية بدمهور، جامعة الإسكندرية.
- عبد المطلب أمين القريطى(2001). سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم (ط3). القاهرة: دار الفكر العربي.
- علاء الدين كفاى، وجهاد علاء الدين (2005). موسوعة علم النفس التأهيلي، المجلد الثاني، الإعاقات. القاهرة: دار الفكر العربي.
- كمال سالم سيسالم (1997). المعاقون بصريا: خصائصهم ومناهجهم. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
- محمد إقبال محمود(2006). الأطفال غير العاديين. عمان: مكتبة المجتمع العربي.
- محمد السعيد أبو حلاوة (2008). جودة الحياة المفهوم والأبعاد. ورقة عمل مقدمة ضمن إطار فعاليات المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية، جامعة كفر الشيخ.
- محمد عبد التواب معوض (1998). أثر العلاج بالمعنى في خفض خواء المعنى لدى عينة من العميان. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، 8(325-343).
- معتز محمد عبد الله (2004). برنامج إرشادي لتنمية بعض مهارات الحياة لدى المراهق الكفيف. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- منى صبحي الحديدي (1998). مقدمة في الإعاقة البصرية. عمان: دار الفكر.

هدى احمد خلف (2007). الضغوط النفسية لدى المكفوفين من طلاب المرحلة الثانوية وعلاقتها ببعض المتغيرات وفعالية برنامج إرشادي لتخفيفها. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية بقنا، جامعة جنوب الوادي.

Amanda M. & Stefan E. (2008): *On the Measurement of Meaning: Logo therapy's Empirical Contributions to Humanistic Psychology, The Humanistic Psychologist*, (36)31-44.

Anders G., Johan S., & Lannart N., (2001): *Across-National Analysis of 13 Projects That Have Improved the Quality of Life of People With In Intellectual Disabilities in India, Romania, Kenya and South Africa, American of Pediatrics*, (17)279-283.

Annemaree C., (2008): *On Improving the Quality of Life and Learning Outcomes of Students with Disabilities, International, J. of Disability, Development and Education*, 55(3)201-203

Bailey D., & Me William, P., (1993): *The Search for Quality of Indicators. In: Children and Families. Baltimore: Brookes.*

Baily R., & Miller C., (1998): *Life Satisfaction and Life Demands in College Students, Social Behavior Personality*, 26(1)51-56.

Battistich V., Schaps E., Watson, M. & Solomon, D., (1996). *Prevention Effects of the Child Development Project: Early Findings from an Ongoing Multisite Demonstration Trail. J. of Adolescent Research*, 11(1) 12.35.

Benavarte I., Morales C., Rubio A., & Rev J., (2004): *Quality of Life of Adolescents Suffering From Epilepsy Living in the Community, J. of Pediatrics and Child Health*, (40) 110-113.

Benvengy N., (1998): *Frankly New man and the Meaning of Suffering, J., of Religion and Health*, 37(1) 63-65.

Beverly L., & Larry M. (1998): *The Effects of Optimism on Coping and Perceived Quality of Life of College Students, J. of Social Behavior and Personality*. 13(2)185-200.

Breitbart W., Gibson C., Poppito S., & Berg A., (2004): *Psychotherapeutic Interventions at the End of life: A Focus on Meaning and Spirituality, Can Journal of Psychiatry*, 49 (6) 366-372.

Bronfenbrenner U., (1999): *Environments in Developmental Perspective: Theoretical and Operational Models. In S.L Friedman & T.D Wachs, Eds. Measuring Environment across the Life Span. Washington, DC: American psychological Association.*

- Cameron A., (2002): *Stress Assesment Questionnaire, SAQ*, Avalable at. : www.testagency.com.
- Change C.,(1998):*Adolescent With Visual Impairment or Blindness: Perceptions of Social Support and Career Development*, Diss. Abst. Inter., 59(9-A)3400-3412.
- Chapman R., & Larkham, J., (1999): *Suffering: The Contributions of Persistent Pain*, **The Lancet**, 353(6) 2233-2237.
- Chipuer H., Bramston P., & Pretty G., (2002): *Determinants of Subjective Quality of Fife Among Rural Adolescents: A Developmental Perspective*. **Social Indicators Research**, 61(1) 79-95.
- Chubon, R., (1995): *An Exploratory Study Comparing the Quality of Life of South Carolinians with Mental Retardation and Spinal Cord Injury*; **Rehabilitation Counseling Bulletin**; 39(2) 107-118.
- Clare P.,& Jackie S.,(2008): *Comparison of The Effect of Two Types of Acupuncture on Quality of Life in Secondary Progressive Multiple Sclerosis: a Preliminary Single-blind Randomized Controlled Trial.*, **Clinical Rehabilitation**, (22) 195–205
- Damush M., Hays, R.,& Dimatteo R., (1997): *Stressful Life Events and Health-Related Quality of Life in College students*; **J. of College Students Development**:38 (2) 181-190.
- Das K., (1998): *Frankel and the Realm of Meaning*, **J. of Humanistic Education & Development**, 36(4), 199- 212.
- Demet U., Mustafa C., Ferhan S., & Ahmet z.,(2008):*Quality Of Life In Turkish University Students And Its Relationship To Levels Of State-trait Anxiety, Social Behavior and Personality*, 36 (3) 417-424.
- Dodds, A. (1993): **Handicapping Conditions in Children**, London, Bill Gilham.
- Donvan J., (1998): *Reporting On Quality Of Life In Randomized Controlled Trials; Bibliographic Study*, **British Medical Journal**,(317) 1191-1195
- Drukke, M., & Van O., (2003): *Mediators of Neighborhood Socioeconomic Deprivation and Quality of Life*. **Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology**, 38(12) 698-706.
- Edmunds L., &Steward, S., (2002): *Assessing Emotional and Social Competence in Primary School and Early Settings: A Review of Approaches, Issues and Instruments*, **Health Services Research**

- Unit, Institute of Health Sciences University of Oxford, Old Road Headington. Oxon.
- Faller, G. (2000): *Psychology Versus Religion*, Iona College, 21-34, Retrieved April 12, 2005, from "http://www.psychwww.com/psyrelig/USA.html"
- Frankel, V., (1966): *The Doctor and the Soul : From Psychotherapy to Logotherapy*, (2nd ed.) , New York, Random House, Inc.
- Fujiura, G. T., & Yamaki, K. (2000). Trends in Demography of Childhood Poverty and Disability, *Exceptional Children*, (66) 187-199.
- Gabriell S.,(2008): *A Comparison of Quality of Life Variables for Students with Emotional and Behavioral Disorders and Students Without Disabilities.*, *J. of Behav Educ*, (17)111-127.
- Gerber M., Baud M., Giroud G., &Galli C.,(2008): *Quality of Life of Adults with Pervasive Developmental Disorders and Intellectual Disabilities*, *J Autism Dev Disord* (38)1654-1665.
- Goode, D., (1990): *Thinking About and Discussing Quality of Life*. In R. L. Schlock & M. J. Begab (Eds.), *Quality of Life Perspectives and Issues*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Goode, D., (1994): *Quality Of Life For Persons With Disabilities; International Perspectives And Issues*; in: Michel, D.,(1997): *Book Review; J. of Intellectual & Developmental Disability*, 22 (1) 63-75
- Guralnick, M.,(1998): *Effectiveness of Early Intervention for Vulnerable Children: A Developmental Perspective*, *American Journal on Mental Retardation*, (102) 319-345.
- Gwenda A., Michael A., Henrica C., Bregje D.,& Luc D.,(2010): *Evaluation of Quality of Life Measures for Use in Palliative Care: a Systematic Review*, *Palliative Medicine*, 24(1) 17-37
- Hampton, Z., (1999): *Measuring Quality of life : A New and practical Survey Instrument*, *Social Work*. 42(3) 244-254.
- Harman, W.,(1996): *Reassessing the Economic Assumption*, *Futuris*, 30(4) 13-18.
- Hoff E., (2002) *Quality Of Life For Persons With Disabilities*, *J. of the American Medical Association*, 280 (6) 716-725

- Horowitz A., & Reinhardt, J., (2005): *The Effect of Rehabilitation on Depression Among Visually Disabled Older Adults*. *Aging & Mental Health*, 9(6) 563-570.
- Kaye S., Plante P., Carlson, D., & Wenger, L., (1996): *Trends in Disability Rated in the United States, 1970-1994*. *Disability Statistics Abstract, Number 17*. Washington, DC: National Institute on Disability and Rehabilitation Research. (ERIC Document Reproduction Service No. ED 410-696).
- Kim Y.,(2003): *The Effectiveness of Assertiveness Training on Enhancing the Social Skills of Adolescents With Visual Impairment*, *J. of Visual Impairment & Blindness*, 97 (5) 285-297.
- Kimble, M. (2001): *Logo therapy as A means of Overcome The Crises of Meaning Associated with Dependency and Loss of Autonomy in Relation to Aging , A Graduate Research Paper Submitted in Partial Requirement for The Course "Aging and The Search for Meaning,1-17*. In: www.meaning.ca/index.html. (2-9-2010)
- Krauss W., & Jacobs F., (1990): *Family assessment: Purposes and Techniques*. In S. J Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention*. New York: Cambridge University Press.
- Ku, Po, W., Fox K., & Mckenna, j.,(2008):*Assessing Subjective Well-being in Chinese Older Adults: The Chinese Aging Well-Profile, Social Indicators Research*, 87(3)445-460.
- Lechner S., Antoni M., Ludston D., Tobin J., & Weiss S., (2003): *Cognitive Behavioral Intervention Improve Quality of life in Women with AIDS*, *J. of Psychosomatic Research*, (54) 253-261.
- Lehman, A., (1998): *A Quality of Life Interview for the Chronically Mentally 3*, *Evaluation and Program Planning*, (11)51-62.
- Lewis D., (2002): *Responding To A Violent Incident: Physical Restraint Or Anger Management As Therapeutic Interventions*, *J. of Psychiatric And Mental Health Nursing*,9 (1)57- 36.
- Lopez-Justicia, M. & Cordoba, I. (2006): *"The Self-concept of Spanish Young Adults with Retinitis Pigmentosa*, *J. of Visual Impairment & Blindness*, 100(6) 366-371.
- Martin L., (1994): *Validity and Reliability of Quality of Life Instrument*, *Clinical Nursing Research*, 3(2) 146-157.

- Matsunaka K., (2003): *An Investigation of Personal Factor on Daily Stress of People With Visual Impairment*, *The Japanese Journal of Psychology*, 73(4)340-345.
- Michael R., (2003): *The Quality Of Life Instrument*, *Clinical Research*, 12(2)246- 257.
- Mulderij, J., (1997): *Peer Relationship and Friendships in Physically Disabled Children*. *Care, Health, and Development*, 23(5) 379-389.
- Mulderij, K., (1996): *Research Into the Life World of the Physically Disabled Children*, *Care, Health, and Development*, 22 (5) 311 – 322.
- Park J., Turnbull A., & Turnbull H., (2003): *Impacts of Poverty on Quality of Life in Families of Children with Disabilities*. *Exceptional Children*, 86(2) 151 – 170.
- Posten D., Turnbull A., Park J., Mannan H., Marquis J., & Wang M., (2003): *Family Quality of Life: A Qualitative Inquiry*, *Met al Retardation*, 41(5)313 – 328.
- Reiko, H., Caren J., & Frost., D., (2006): *Improving Quality of Life for Children With Disabilities in Rehabilitation :How Social Workers Can Bridge the Rehabilitation Gap?* *J. of Society for Social Work and Research*, (15)8-45.
- Ryff C., Love G., Urry H., Mulle, D., Rosemkranz, M., Friedman E., Davidson R., & Singer B., (2006): *Psychological Well-Being and 111 – Being : Do They Have Distinct or Mirrored Biological Correlates?* *Psychotherapy & Psychosomatics*, (75) 85-95.
- Seelman K., & Sweeney S., (1995): *The Changing Universe of Disability*, *American Rehabilitation*, (21) 2 – 13.
- Sharma S., & Sigfoos J., (2000): *Social Skills Assessment of Indian Children With Visual Impairments*. *J. of Visual Impairment And Blindness*, (78)211-235.
- Smith R., (2002): *A Quality of Life Interview For The Chronically Mentally Ill Evaluation And Program Planning*, (25)101-111.
- Sonder M., (1987): *Relative Definition of Handicap: Implications for Research*. *Upsala j. of Medical Sciences Supplement*, (44) 24 – 29.
- Stark A., & Goldsbury, T. (1990). *Quality of Life from Childhood*. In R. L.M. J. Begab (Eds.), *Quality of Life Perspectives and Issues (71-83)*. DC: American Association on Mental Retardation.

- Susanna m., Sing K., & Roobert A.,(2005): *Self-Perceived Quality of Life of Children and Adolescent With Physical Disabilities in Hong Kong*, *J. of Quality of Life Research*,14(2)415-423.
- Turkkan, S. (1993): *Antihyper Intensive pharmacho therapy Side effects: Behavioral Measurement and Quality of LifeIssues in Clinical Trials. Experi-mental and Clinical Psychopharmacology*, 1(1-4)162-172.
- Venn J. & Wolder F.,(1998): *Deal - Blind Independent Living Project : A Status Report, Educational Of The Visually Handicapped*, 20(1) 23 - 28.
- Verbugge A., & Jette F., (1994): *The Disablement Process, Social Science & Medicine*, 38(1) 1-14.