جودة الحياة لدى المعوقين بصرياً والمعوقين سمعياً: دراسة مقارنة

ولاء أحمد نور الهادي عبد الحميد

المقدمـــة:

إن المعوقين من الفئات التي تحتاج إلى رعاية خاصة، حيث ينظرون إلى الحياة بنظرة مختلفة عن الآخرين، وتتأثر نظرتهم للحياة ولأنفسهم بظروف الإعاقة وما يحصلون عليه من دعم من قِبل الآخرين في الأسرة والمجتمع.

(بخش، ٢٠٠٦: ٧)

لذا نجد من بين المعوقين من كانت إعاقته حافزاً للتوافق مع ذاته والعطاء لمجتمعه، وبينهم كذلك من شُرخت لديه هذه الصورة لتضاؤل قدرته على التوافق مع نفسه وبيئته بسبب الإعاقة، لأنه بحاجة إلى تكوين صورة لبيئة فوجيء بأنها ترفضه وتتعامل معه بحساسية، وحكمت عليه بالضعف نتيجة الإعاقة وعدم قدرته على التفاعل معها كغيره من أبناء مجتمعه من العاديين، فالطفل المعوق قد يكون عاجزاً أحياناً عن فهم بعض الضوابط المجتمعية ولذا فهو لا يستجيب لها فينجم عن ذلك اصطدامه بخبرات سلبية من المحيطين به، مما يولد لديه مشاعر الإحباط والخوف والرغبة في الانسحاب والانطواء أو فرض نفسه على الواقع المحيط بقوة من خلال العدوان والانفعال والغضب.

(وافي،٢٠٠٦: ٤)

ويُعتبر الصم والمكفوفين أكثر المعوقين إحساساً بالعزلة نتيجة لما لهم من خصوصية في طبيعة التواصل بينهم وبين المجتمع، وما يتسم به من قصور ومحدودية القدرات الاتصالية، إضافة إلى ما يعانيه المعوقين من عدم الرضا عن واقعهم الشخصي، أو أساليب التعامل معهم.

(وافي،٢٠٠٦: ٥)

وعلى ذلك فإن عمليات التنشئة الاجتماعية الخاصة بهؤلاء الأفراد يجب أن ترتكز على ثلاثة عناصر أساسية هى: الهوية والعلاقات الاجتماعية والأنشطة الحياتية. وجدير بالذكر أن مثل هذه العناصر الثلاثة تتداخل بدرجة كبيرة مع بعضها البعض، ويلعب مفهوم المعارف العملية دوراً هاماً في هذا المضمار، حيث يُعد بمثابة وسيلة ضرورية لتكوين الخبرات العادية في الحياة التي تؤدي بدورها إلى تلك العناصر الثلاثة، وبذلك توصف المعارف العملية بأنها عبارة عن إمتداد لمهارات الحياة اليومية، كما أنها ترتبط بتلك المعلومات المتعلقة بالجوانب الشخصية والاجتماعية والمهنية، حيث يكتسب الأفراد المعلومات من خلال التعايش مع الآخرين، والمرور بالخبرات المختلفة والمبادرة، والتفاعل مع الآخرين وحل المشكلات، وأخذ الدور.

ويمكن تعليمهم التفاعل مع الآخرين من خلال تنمية مهاراتهم الاجتماعية، ومهارات التواصل اللفظي لدى المكفوفين والتواصل البصري لدى الصم، إضافةً إلى توفير قدر كافٍ من أنشطة التفاعل الاجتماعي اللازمة لتدريبهم عليها كي يتمكنوا من إقامة علاقات ناجحة مع الآخرين فيما بعد تبعدهم عن تلك العزلة التي قد يعيشوا فيها. هذا إلى جانب تعليمهم مشاركة الآخرين في الحديث والمبادأة، وهو ما يمكن أن يكسبهم شعبية بين الآخرين، وإلى جانب ذلك يجب أن يتم تدريبهم على مشاركة الآخرين في الألعاب والأنشطة المختلفة، وتدريبهم على حل ما قد يتعرضون له من صراع، وكيفية تكوين الصداقات مع الأقران.

(محمد، ٢٠٠٤: ١٢٤-١٢٥)

ويُعتبر القدر الأكبر من تلك المشكلات التي يواجهها الأصم والكفيف أو المعوق بشكل عام يرجع إلى اتجاهات العاديين نحوه، وهو الأمر الذي يتطلب تعديل وتغيير تلك الاتجاهات نحوهم حتى نتمكن من مسايرتهم، وتُمكن المعوق من اكتساب الثقة في نفسه وفي قدراته وامكاناته. فهناك من بينهم من هو موهوب، ومن يستطيع أن يحقق ما قد يصعب على غيره من العاديين تحقيقه.

وتغيير مثل هذه الاتجاهات نحو المعوقين بصفة عامة من شأنه أن يساعدهم على اكتساب أو بناء الثقة من جانبهم في الأفراد العاديين، وعندئذ سوف يُقبلون عليهم، ويتفاعلون معهم، ويشاركونهم أنشطتهم الاجتماعية المختلفة، وهو الأمر الذي يمكنهم دون شك من الاندماج معهم، وبالتالى تقل وحدتهم أو عزلتهم، وتزداد مشاركتهم الاجتماعية فيتحسن مستوى نموهم الاجتماعي والانفعالي، حيث يشعرون بفاعلية الذات وهو الأمر الذي يسهم في تحقيقهم لقدر معقول من التوافق.

(محمد، ٢٠٠٤: ١٩٩)

وفي ضوء ذلك فإن أثر الإعاقة على الفرد المعوق وعلى المجتمع يفرض الاهتمام بالبحث عن كيفية تجنبها بالوقاية من حدوثها وبتجنب أسبابها، والحد من آثارها البدنية والنفسية والاجتماعية، وذلك من خلال تحسين جودة الحياة، وتنمية الشعور بالرضا عن الحياة والسعادة، وتبنى أنماط ومظاهر السلوك التكيفى، ومن خلال أيضاً تحسين البرامج الوقائية والعلاجية، ومراعاة المتغيرات الشخصية والاجتماعية والثقافية لكل فئة.

لذا سوف نتناول فئتي المعوقين بصريا والمعوقين سمعياً بالبحث لتوضيح الفروق بينهم في احدى المتغيرات الإيجابية وهى جودة الحياة نتيجة وجود الإعاقة.

مشكلة البحث:

لا يكاد يخلو مجتمع من المجتمعات الإنسانية من وجود أفراد معوقين، وباختلاف

المجتمع وفئة الإعاقة تختلف القيم والمعايير الاجتماعية التي تحكم تصرفات الأفراد، وتحدد نظرتهم إلى مختلف أمور الحياة، وكذلك تتباين المشكلات والصعوبات التي تواجههم. وقد بدأ الاهتمام بالمعوقين في القرن التاسع عشر بأوربا، حيث بدأ إنشاء الهيئات التي من شأنها الاهتمام بهم ومساعدتهم في جوانب الحياة. ومع تقدم الحياة وتعقدها أصبح الواقع غير مريح بالنسبة للمعوقين، حيث أصبحت الإعاقة مشكلة اجتماعية ونفسية تؤثر في نفسية المعاق، وبالتالي على شخصيته وسلوكه واتجاهاته... ويمتد التأثير بالطبع على ذويهم والمحيطين بهم، ومن ثم المجتمع ككل.

ومع التطور المستمر فقد ظهرت حديثاً بعض المفاهيم ومنها: جودة الحياة فالمجتمع بما يمتلكه من طاقات مادية وبشرية واسعة له الدور الأكبر في الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة، وتحسين جودة حياتهم، وهذا يعتبر من أهم المؤشرات الدالة على تقدم المجتمع، مما ينعكس على رضا الفرد وإحساسه بالسعادة والرغبة في الحياة.

ومن المتوقع كذلك تغير مفهوم جودة الحياة بتغير الأفراد والمواقف، فالمريض يتوق إلى الصحة ويرى فيها سعادته وجودة حياته، والفقير يطمح إلى الغنى والمال ويرى فيه سعادته والرضا وجودة حياته، والمعوق بصرياً أو سمعياً ... يتمنى زوال إعاقته ورؤيته وسماعه الأشياء من حوله ويجد في ذلك سعادته وجودة حياته. وهذا يتفق مع مفهوم جودة الحياة والذي يشير إلى الصحة النفسية الجيدة، أو السعادة، أو تقدير الذات، أو الرضا عن الحياة. وأنها تتضمن إنجاز الفرد للأنشطة اليومية، والوظائف النفسية المتمثلة في الأفكار والانفعالات، والنشاط الاجتماعي والبيئي، ورضاه عن حياته بشكل عام.

ووجود إعاقة حسية كفقد البصر والصمم تؤدي إلى افتقار الفرد إلى العلاقات الاجتماعية، نتيجة عدم القدرة على فهم الآخرين، وعدم القدرة على التواصل معهم. لذلك فكثير من هؤلاء الأفراد لا يدركوا معناً لحياتهم، مما يشعرهم بالعجز والنقص، ويدفعهم للعزله والانطواء، فتنخفض جودة حياتهم ورضاهم وسعادتهم، نتيجة سوء تكيفهم، والضغوط التي على عاتقهم نتيجة الفهم الخاطئ من قِبل الآخرين لهم، والذي ربما يجلب لهم المزيد من الإساءة الجسدية أو النفسية أو الاجتماعية.

ولقد تباينت وتناقضت الدراسات فيما تتوصل إليه من متغيرات ذات صلة بالمعوقين، وحول وجود سيكولوجية خاصة تميز كل فئة من المعوقين عن الأخرى وعن العاديين، لهذا رغبت الباحثة في إلتحقق من

بعض الإفتراضات تمثلت في تحديد الفروق على متغير جودة الحياة ومجالاتها الأربعة، وهى: المجال الجسمي والمجال النفسي والمجال الاجتماعي والمجال البيئي، بين فئتين بوجه خاص من فئات الإعاقة وهى الإعاقة البصرية والإعاقة السمعية، والتي تمثلها عينة البحث.

وتتحدد تساؤلات البحث فيما يلي:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى الذكور الصم والمكفوفين في جودة الحياة ومجالاتها (المجال الجسمي، المجال النفسي، المجال الاجتماعي، المجال البيئي)؟.

هدف البحث:

يهدف البحث للكشف عن الفروق لدى عينتي من الذكور الصم والمكفوفين كدراسة مقارنة وذلك في ضوء إحدى متغيرات علم النفس الإيجابي وهى جودة الحياة ومجالاتها الأربعة: المجال الجسمي والمجال النفسي والمجال الاجتماعي والمجال البيئي.

أهمية البحث:

١- تُعتبر الدراسات التي أجريت في منطقتنا العربية في مجال التربية الخاصة في ضوء متغيرات علم النفس الإيجابي محدودة، وخاصةً على عينات مماثلة كدراسة مقارنة. لذا قامت دعوة الباحثين للاهتمام بهذا المجال الجديد، وإجراء دراسات متعددة فيه، لسد الفجوة التي تركتها ندرة أبحاث التربية الخاصة وعلم النفس والصحة النفسية في هذا المجال. لذا يهدف البحث الحالي إلى دراسة جودة الحياة – وهى مفهوم حديث نسبيا – لدى ذوى الاحتياجات الخاصة، بوجه الخصوص الصم والمكفوفين، ذلك لأن معظم الدراسات السابقة تناولت الآثار السلبية للإعاقة والاضطرابات لدى المعوقين.

- تحديد المصطلحات:

وفيما يلي سوف نعرض أهم المتغيرات التي يتناولها البحث، هى:

١- جودة الحياة Quality of life:

- عَرَفت **منظمة الصحة العالمية** (WHO) جودة الحياة بأنها "إدراك الأفراد لمركزهم في الحياة في سياق الثقافة و النظم القيمية التي يعيشون فيها، وعلاقة ذلك بأهدافهم وتوقعاتهم ومستوياتهم واهتماماتهم. إنه مفهوم مداه واسع يتأثر بطريقة معقدة بصحة الفرد الجسمية، وحالته النفسية، ومستوى استقلاله، وعلاقاته الاجتماعية، ومعتقداته الشخصية، وعلاقته بالجوانب الملحوظة أو البارزة في بيئتهم التي يعيش فيها".

وتتكون من عدة مجالات هي:

أ- المجال الجسمي: يتكون المجال الجسمي من (٧) مجالات تتناول ما يلي: أنشطة الحياة اليومية، الاعتماد على المواد "العقاقير" والمساعدات الطبية، الطاقة

والتعب، قابلية الحركة، الألم والمشقة، النوم والراحة، القدرة عل العمل.

ب- المجال النفسي: يتكون المجال النفسي من (٦) مجالات تتناول ما يلي: صورة الجسم ومظهره العام، المشاعر الإيجابية، المشاعر السلبية، تقدير الذات، الجوانب الروحية(الدينية) المعتقدات الشخصية، التفكير والتعلم والتذكر والتركيز.

جـ - المجال الاجتماعي: يتكون المجال الاجتماعي أو مجال العلاقات الاجتماعية من (٣) مجالات تتناول ما يلي: العلاقات الشخصية، المساندة الاجتماعية، النشاط الجنسي.

ء- المجال البيئي: يتكون المجال البيئي من (٨) مجالات تتناول ما يلي: الموارد المالية، الحرية والأمن والأمان البيئي، الرعاية الصحية والاجتماعية: جودتهما وإمكانية الحصول عليهما "مدى توفرهما"، البيئة المنزلية "مكان المعيشة"، الفرص المتاحة بغرض اكتساب مهارات ومعلومات جديدة والاشتراك في النشاطات الترفيهية أو إتاحة الفرص للإبداع، البيئة الفيزيقية (التلوث – الضوضاء – المرور– المناخ)، وسائل المواصلات.

والدرجة الكُلية المرتفعة على جودة الحياة تعني جودة حياة عامة أفضل، وصحة جسمية أفضل، وكذلك صحة نفسية أفضل، وحياة اجتماعية وبيئية أفضل.

(علي, ٢٠١٠)

٢- الصمم Deafness:

عُرِف بأنه "الغياب الجزئي أو الكلي أو الفقدان الكامل لحاسة السمع. وقد تعزى هذه الحاله إلى الوراثة ناتجه عن عيب جيني، أو تكون مكتسبة ناتجه عن إصابه أو مرض حدث للفرد في أى مرحلة من مراحل عمره بما فيها المرحلة الجينية أو الرحِميه".

(سليمان، ١٩٩٩: ٧٣)

٣- كف البصر Blindness:

"فقدان العين القدرة على القيام بوظيفتها سواء كان ذلك بشكل كلي أو جزئي".

(أبو الكاس، ٢٠٠٨: ٣٥)

الإطـــار النظـري والمفـاهيـم:

أولاً: جودة الحيـــاة:

يُعد مفهوم جودة الحياة النفسية من المفاهيم الحديثة نسبياً في البحوث النفسية، لذلك فهو ما زال في طور التشكيل، فمن ناحية هو مفهوم من المفاهيم المعقدة نسبياً إذ تسهم فيه مجموعة متنوعة من المكونات، ومن ناحية أخرى هو مفهوم لم يستقر العلماء

على تحديد معنى له يتداولونه فيما بينهم، فهو مفهوم مرن تختلف مضامينه ودلالته بإختلاف الأفراد وإختلاف الثقافات.

(سليم، ٢٠١٠: ٢٠٥)

وهو مفهوم من المفاهيم المُحيرة، وذلك لاستخدامه في كثير من المواقف المختلفة وفروع العلم المتعددة، كما أنه مفهوم يتغير بتغير الزمن وبتغير حالة الفرد النفسية والمرحلة العمرية التي يمر بها، ويتغير أيضاً مع تغير الظروف المحيطه به. ويمكن أن يُعبر مفهوم جودة الحياة في أحيان أخرى عن الرقي في مستوى الخدمات المادية الاجتماعية التي تقدَم لأفراد المجتمع، وكذلك للتعبير عن إدراك الأفراد لقدرة هذه الخدمات على إشباع حاجاتهم المختلفة.

وقد أكدت **زينب شقير** على أن جودة الحياة تتحقق بأن يعيش الفرد في حالة جيدة متمتعاً بصحة بدنية وعقلية وانفعالية على درجة من القبول والرضا، وأن يكون قوي الإرادة صامد أمام الضغوط التي تواجهه، ذا كفاءة ذاتية واجتماعية عالية، راضياً عن حياته الأسرية والمهنية والمجتمعية، محققاً لحاجاته وطموحاته، واثقاً من نفسه ومقدراً لذاته بما يجعله يعيش شعور السعادة، وبما يشجعه ويدفعه لأن يكون متفائلاً لحاضره ومستقبله، ومتمسكاً بقيمه الدينية والخلقية والاجتماعية، منتمياً لوطنه ومُحباً للخير، ومدافعاً عن حقوقه وحقوق الغير ومتطلعاً للمستقبل.

(القطان وآخرون، ٢٠١٠: ٢٨٤ – ٢٨٥)

لذا فإن الشعور بجودة الحياة مفهوم نسبي يختلف من شخص لآخر من الناحيتين النظرية والتطبيقية استناداً إلى المعايير التي يعتمدها الأفراد لتقويم الحياة ومتطلباتها، والتي غالباً ما تتأثر بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد مكونات جودة الحياة مثل: القدرة على التفكير، اتخاذ القرارت، القدرة على التحكم، إدارة الظروف المحيطة، الصحة الجسمية والنفسية، الظروف الاقتصادية والاجتماعية، المعتقدات الدينية، القيم الثقافية والحضارية، التي يحدد من خلالها الأفراد الأشياء المهمة والأشياء الأكثر أهمية، والتي تحقق سعادته في الحياة.

(الثنيان، ٢٠٠٩: ٤)

ومن ثم، فإن ما يحدث للمعوق من تغير في شخصيته وأساليب توافقه، وما يؤثر على علاقته بالوسط البيئي الذي يعيش فيه، وما قد يشعر به من قصور ونقص إنما مرجعه بشكل رئيسي إلى البيئة التي عاش فيها، وإلى الأساليب المتبعة في تربيته ونشأته وإلى الطريقة التي ينظر بها الآخرون إليه. لذا فالبيئة المحيطة اجتماعياً ونفسياً وطبياً من شأنها أن تمثل جودة الحياة ونوعيتها بالنسبة للطفل وللطفل المعوق خاصةً ، والتي تمده

بالأمن النفسي والثقة في مواجهة الضغوط المحيطة به.

(أحمد، ٢٠١١: ص ص ٦٣- ٦٩)

تعريف جودة الحياة:

- تُعَرِيف **ناهد فتحي أحمد** جودة الحياة على أنها "تعني مدى إدراك الطفل، وتقييمه لحياته التي يعيشها، ودرجة رضاه عنها في ضوء المؤشرات الذاتية والمؤشرات الموضوعية، والتي تتضمن المتغيرات النفسية والاجتماعية والصحية".

(أحمد، ٢٠١١: ٦١)

مكونات جودة الحياة والعوامل المؤثرة على جودة الحياة:

أولاً: المكونات الموضوعية:

١- **الصحة البدنية:** وهى "حالة من الرفاهية الجسمية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو العجز بمعنى إلى أي حد يشعر الناس بأنهم في صحة جيدة".

٢- **مستوى أو تكلفة المعيشة:** ويشير مستوى المعيشة إلى الدخل والأشياء التي يمتلكها الفرد، وما يتوقع الفرد امتلاكه في المستقبل، ويؤثر هذا المكون على مكونات جودة الحياة الأخرى فقد يؤدى إنخفاض مستوى المعيشة والدخل إلى وظائف أقل والعجز عن سداد الالتزامات مما يؤدى إلى إنخفاض الشعور بجودة الحياة.

٣- **العلاقات الاجتماعية:** تحقق العلاقات الاجتماعية بأشكالها المختلفة للفرد زيادة تقدير الذات، الدعم الاجتماعي، الإشباع لحاجات الحب، الأمن، الصحبة، والمشاركة في الأنشطة، وإستمرار هذه العلاقات يزيد من الشعور بالرضا عن الحياة وجودة الحياة، كما تسهم في التخفيف من العناء النفسي بأشكاله المختلفة.

٤- **العلاقات الأسرية:** يشيع وجود الأبناء الحيوية والمرح والاستمتاع، ويعطي شعوراً بالنضج والحب وتحقيق الذات مما يؤدى إلى الشعور بالرضا عن الحياة وجودة الحياة، أما الأخوة فإنهم يقدمون العون عند الحاجة والاستمتاع بصحبة بعضهم البعض. وتتيح العلاقات الحميمة البوح بمكنونات ومكبوتات النفس فيشعر الفرد باندماجه مع الآخرين الذين هُم مصدر ثقة ونصح وتخفيف المعاناة، ويكون أكثر إيجابية في مواجهة مشاكل الحياة.

٥- **العمل:** ويشير إلى المهنة أو طريقة قضاء الفرد معظم وقته سواء كان في وظيفة أو في دراسة (إذا كان طالباً) أو في المنزل (إذا كانت سيدة منزل أو تدير أعمالاً منزلية). ويُعد الرضا عن العمل من أهم جوانب جودة الحياة كما ينعكس هنا في الرضا عن علاقات العمل، وكذلك فإن التقدير والتشجيع والمشاركة في اتخاذ

القرارات يزيد من الشعور بالرضا عن العمل وجودة الحياة في بيئة العمل.

٦- **التعليم:** ويشير التعليم إلى تحصيل المعرفة والمهارات أو مدى الفهم في مجال الاهتمامات الخاصة، ويكون مجال التعليم عقلياً أو تطبيقيا، وقد تكون الخبرات التعليمية داخل أو خارج الأماكن الدراسية. ويُعد التعليم مصدراً من مصادر الحصول على العمل مما يضمن للفرد دخلاً مناسباً ومستوى معيشة مناسباً يحقق فيه الفرد ذاته ويكون قادراً على الوفاء بمسئولياته مثل: تكوين أسرة وإنجاب وتربية أبناء.

٧- **الحقوق:** وتشير الحقوق إلى حصول الفرد على حقوقه المجتمعية وممارسته لها، مثلاً : الشعور بالأمن السياسي والأمني والاقتصادي بالإضافة إلى حق الفرد في المواطنة، وحق الفرد في الخدمات التعليمية والصحية، فممارسة الفرد لهذه الحقوق وأدائه لما عليه من واجبات في المنزل والعمل والدراسة يجلب له الشعور بالرضا والسعادة الذاتية، وبالتالي يتحسن لديه مستوى جودة الحياة.

٨- **وقت الفراغ:** فما يفعله الفرد في وقت فراغه يشير إلى ما يريده الفرد وما يجعله يشعر بجودة الحياة. ويؤدي نشاط وقت الفراغ إلى إشباع مجموعة من الحاجات، هى: الحاجة إلى الإستقلال، الحاجة إلى الاسترخاء، النشاط الأسري، الهروب من الروتين، التفاعل، الدافعية، تنمية المهارات، الصحة، التقدير، التحدى والمنافسة، والقيادة.

ثانياً: المكونات الذاتية (الإدراك الذاتي – خصائص الشخصية):

إن الجوانب الموضوعية من جودة الحياة لا تقدم إلا القليل للفرد، مما يجعلنا نبحث عن محددات أخرى لمؤشرات جودة الحياة، ألا وهى جودة الحياة الذاتية أو المحددات الذاتية لجودة الحياة، أي كما يدركها الفرد نفسه من خلال إحساسه بالرضا والسعادة أو الإحباط والتشاؤم واليأس، ومن خلال الإحساس بالانفعالات الإيجابية وتحقيق الذات، فحينما يجد الفرد نفسه متفرجاً على الحياة، لا يستمتع بمادياتها فإنه قد يعاني من إحباط، فما بالنا بالفرد المعوق حسياً الذى يشعر بعجز واضح عن أقرانه العاديين، والذى يؤدي إلى إنخفاض جودة الحياة الذاتية لديه نتيجة إدراكه السلبي لذاته، ومن هنا كان الاهتمام بهذه المتغيرات النفسية كمحددات لجودة حياة الإنسان، فكل ما ندركه وننتبه إليه ننفعل به ويؤثر فى سلوكنا.

(إبراهيم، ٢٠١٠: ٤٤٤ – ٤٤٨)

ومما سبق، يمكن تفسير سوء التواصل والمشكلات النفسية والاجتماعية، وإنخفاض التوافق النفسي والاجتماعي لدى المعوقين حسياً ، والإدراك السالب لذواتهم من

جانب المحيطين بهم، إما بالرجوع إلى الإعاقة فى حد ذاتها أو إلى البيئة الاجتماعية المحيطة بالمعوق، أو بالرجوع إلى شدة حساسية المعوق لإعاقته، فالإعاقة الحسية التى يعاني منها الفرد تعوقه عن التواصل بفاعلية مع العاديين، مما يؤدي إلى شعوره بالعجز أو بأنه أقل من الآخرين. رغم ما قد تكون لديه من قدرات واستعدادات أخرى يمكن أن تساعده على الاندماج داخل المجتمع بشكل إيجابي، وكذلك فإن البيئة الاجتماعية المحيطة بالمعوق بجانب الإعاقة يمكن أن تكون السبب الأكبر وراء إنخفاض جودة حياتهم بأبعادها المختلفة.

(عبد الرحمن، ٢٠٠٦: ٣٣٩)

جـــودة الحيـــاة والإعاقة:

يُشير **جود** Goode إلى بعض الحقائق الخاصة بجودة الحياة منها:

١- تتكون جودة الحياة للأشخاص المعوقين من نفس العوامل والعلاقات ذات الأهمية في تكوين جودة الحياة لغير المعوقين.

٢- يشعر الفرد بجودة الحياة عندما تشبع حاجاته الأساسية، وتكون لديه الفرصة لتحقيق أهدافه في مجالات حياته الرئيسية.

٣- ترتبط جودة الحياة لدى الفرد بجودة حياة الأشخاص الآخرين الذين يعيشون في البيئة نفسها.

٤- تعكس جودة الحياة لدى الفرد تراثه الثقافي، وتراث الآخرين المحيطين به.

٥- جودة الحياة بناء نفسي يمكن قياسه من خلال المؤشرات الذاتية، والمؤشرات الاجتماعية.

٦- تعزيز جودة الحياة يتضمن الأنشطة، برامج التأهيل والعلاج، والدعم الاجتماعي.

(هاشم، ٢٠٠١: ١٣٢ – ١٣٣)

كما يشير **رمضان القذافي** إلى أن الأطفال المعوقين لهم نفس الاحتياجات الأساسية التي تتواجد لدى أقرانهم العاديين، غير أن الطفل المعوق قد يختلف عن الطفل العادي فيما يتعلق بطريقة الكلام أو الحركة أو في قدرته على السمع أو الإبصار، غير أنه في أحيان كثيرة قد يقابل المجتمع الطفل المعوق بالرفض والخجل من صحبته والبعد عن الارتباط به، وتتأثر شخصية الطفل المعوق في الحالتين بجودة المعاملة. وإن ما يحدث للمعوق من تغير في شخصيته وأساليب توافقه، وما يؤثر على علاقاته بالوسط البيئي الذي يعيش فيه . وما قد يشعر به من قصور ونقص إنما مرجعه بشكل رئيسي إلى البيئة التي عاش فيها، وإلى الأساليب المتبعة في تربيته وتنشئته، وإلى الطريقة التي ينظر بها الآخرون إليه.

لذا تُعد جودة الحياة لدى هؤلاء الأطفال ذات أهمية كبرى في تكوين شخصيتهم ومواجهة مطالب الحياة، حيث يُعد هذا المفهوم

من المفاهيم المهمة من الناحية النفسية نظراً للدور الذي يقوم به في تكوين الشخصية الإنسانية، ومدى تأثيره على جوانب الفرد المختلفة من قدرات عقلية وجسمية، ومهارات اجتماعية، ومدى نظرة الفرد للحياة التي يعيشها، ومدى رضا الفرد عن حياته.

(أحمد، ٢٠١١: ٦٤ – ٦٥)

وتتأثر شخصية المعوقين حسياً تأثراً كبيراً بإعاقتهم، وبما تصيب حاجاتهم الجسمية والنفسية من إهمال وحرمان، وبالأسلوب الذى تواجه به هذه الحاجات من قبل الغير، ومن ثم فإن شعور المعوق حسياً بأنه مختلف كثيراً أو قليلاً عن غيره من شأنه أن يؤثر بشكل ما على توافقه النفسى، لذا تميل المشكلات الرئيسية التي يعانيها هؤلاء الأطفال المعاقون حسياً (المكفوفون – الصم) إلى أن تكون مشكلات نفسية واجتماعية بقدر ما هي جسمية وحسية.

كما أن إحساس الطفل المعوق حسياً بالعجز كما يرى **هورني** والذى قد يتسرب إليه من خلال البيئة التى يعيشها، وإدراكه لذلك من شأنه أن يولد لديه القلق والشعور بعدم الأمن النفسي. ويترتب على ذلك تعرض الطفل المعوق لكثير من الضغوط، ومواقف الإحباط فالإعاقة تفرض قيوداً على الطفل، وتعرضه إلى ضغوط داخلية وخارجية، وإذا كانت تلك المواقف الضاغطة ذات طبيعة حادة مما يتطلب منه الوفاء بمتطلبات تفوق طاقته وقدرته على التوافق يتطلب ذلك منه استخدام أساليب مواجهة لهذه الضغوط كمحاولة لإعادة التوافق مع البيئة المحيطة به.

(أحمد، ٢٠١١: ٥٨ – ٥٩)

ويرى **أشرف عبد القادر** أن المعوقين من الفئات التي تحتاج إلى رعاية خاصة، حيث ينظرون إلى الحياة بنظرة مختلفة عن الآخرين. وتتأثر نظرتهم للحياة بظروف الإعاقة وما يحصلون عليه من دعم من قبل الآخرين في الأسرة أو المجتمع، وتحتاج هذه الفئات المهمة إلى خدمات تساعدهم على التوافق مع ظروف الحياة فبظل الإعاقة، وتعتبر جودة الحياة من المؤشرات الهامة لجودة الخدمات المقدمة لهذه الفئات، ورضا الفرد عنها وإحساسه بالسعادة، والرغبة في الحياة.

(عبد الرحمن، ٢٠٠٦: ٣٤٣)

ثانياً: الإعاقة البصرية:

تمثل حاسة البصر أهمية خاصة في حياة الانسان، حيث تساعده على التفاعل الواقعي مع بيئته سواء كانت طبيعية أو اجتماعية، إذ أن حوالي (2\3) معلومات الفرد عن العالم المحيط به تأتي عن طريق حاسة البصر، أي أن البصر يضفي على حياة الإنسان معنى خاصاً، وذلك رغم أن الجزء الخاص بالإبصار يحتل أقل من (١٠ %) من مساحة المخ.

وتعتمد عملية تعليم الفرد إلى حد كبير على حاسة البصر، فتعلم الألوان، وملاحظة تعابير أوجه الآخرين، والتعلم بالملاحظة، والتعلم العرضي، وقراءة الكتب، وإدراك المسافة... كلها أمور تعتمد أساساً على حاسة البصر. لذلك عندما تتعرض هذه الحاسة للإعاقة فإن ذلك يؤثر بدرجة كبيرة على حياة الفرد، نظراً لأن بيئته تصبح محصوره بما يمكنه لمسه أو سماعه أو شمه، كما أن إدراكه للمثيرات البيئية يصبح معتمداً بصورة أساسية على حواس أخرى غير البصر بنجاح، حيث أن لكل نوع من المثيرات الوسيط (الحاسة) المناسب لتحويله إلى تغيرات (كهربائية أو كيميائية) يمكن أن يتعامل معها الجهاز العصبي للإنسان.

(الشخص، ١٩٩٤: ١٨٥)

تعريف الإعاقة البصرية:

- تُعَرِف **رائد محمد ابو الكاس** الإعاقة البصرية بأنها "فقدان العين القدرة على القيام بوظيفتها سواء كان ذلك بشكل كلي أو جزئي".

(أبو الكاس، ٢٠٠٨: ٣٥)

وتنتهي التعريفات التربوية إلى وجود ثلاث فئات من المعوقين بصرياً :

(أ) العميان Blind: وتشمل هذه الفئة العميان كلياً ممن يعيشون فى ظلمه تامة ولا يرون شيئاً ، والأشخاص الذين يرون الضوء فقط، والذين يرون الضوء ويمكنهم تحديد مسقطه، والأشخاص الذين الأشياء دون تمييز كامل لها، وأولئك الذين يستطيعون عد أصابع اليد عند تقريبها من أعينهم. وهؤلاء الأشخاص جميعاً يعتمدون فى تعليمهم على طريقة" برايل" كوسيلة للقراءة والكتابة.

(ب) العميان وظيفياً Functionally blind: وهُم الأشخاص الذين توجد لديهم بقايا بصرية يمكنهم الاستفادة منها فى مهارات التوجه والحركة، ولكنها لا تفي بمتطلبات تعليمهم القراءة والكتابة.

(ج) ضعاف البصر Low vision individuals: وهُم من يتمكنون بصرياً من القراءة والكتابة بالخط العادي سواء عن طريق إستخدام المعينات البصرية، كالمكبرات والنظارات أو بدونها.

(سليمان، ١٩٩٩: ٦٢- ٦٣)

أسباب الإعاقة البصرية:

هناك مجموعة من الأسباب التي تسبب الإصابة بالإعاقة البصرية، قد تعود هذه الأسباب إلى ما قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها،ومن هذه الأسباب ما يلي:

١- عوامل وراثية: وقد تكون هذه العوامل من جهة الأب، أو من جهة الأم، أو من الأب والأم معا.

٢- حدوث ثقب في شبكية العين: الذي يؤدي إلى انفصال الشبكية، والذي يسمح للسائل

بالتجمع، الأمر الذي يؤدي إلى انفصال الشبكية عن الأجزاء التي تتصل بها.

٣- **اعتلال الشبكية الناتج من السكري:** وهو عبارة عن حدوث نزيف في شبكية العين بسبب عدم ضبط داء السكري ومعالجته بشكل مناسب، وينجم عن هذه الحالة ضعف بصري شديد.

٤- **تنكس نقطة المركز :** وهو ناتج عن حالة من الاضطرابات تحدث في الشبكية ناتجة عن تلف في الأوعية الدموية في النقطة المركزية، بحيث يصعب على الشخص رؤية الأجسام البعيدة والقريبة

٥- **الماء الأسود (الجلوكوما):** وهو أحد أمراض العيون، يحدث فيه ارتفاع في الضغط الداخلي للعين وانخفاض في حدة البصر، وقد ينتهي بالعمى .

٦- **الماء الأبيض (الكتاراكت):** يقصد بذلك تعتيم عدسة العين التدريجي، حيث يؤدي إلى صعوبة رؤية الأشياء تدريجيا الأمر، الذي يؤدي إلى الإعاقة البصرية الكلية فيما بعد، وتعتبر العوامل الوراثية والحصبة الألمانية أو التقدم في العمر من العوامل التي تؤدي إلى إصابة العين بالمياه.

٧- **نقص فيتامين(أ):** فنقص هذا الفيتامين وعدم حصول الإنسان على كميات كافية منه، يؤدي إلى ضعف البصر، وقد يؤدي إلى عمى الأطفال.

وهناك مجموعة من الأمراض تؤدي إلى الإصابة بالإعاقة البصرية منها الرمد الحُبيبي والرمد الصديدي، بالإضافة إلى طول النظر وغيرها من الأمراض، وقد تؤدي الإصابات التي تتعرض لها العين إلى فقدان البصر، وهذه مثل الإصابات بالأدوات الحادة كالسكاكين والمقصات والمسامير وغيرها من الأدوات الحادة.

(أبو الكاس، ٢٠٠٨: ٣٦ – ٣٧)

سمات شخصية المعوق بصرياً:

المكفوفين يمثلون طائفة تنطبق على أعضائها صفات مشتركة، بحيث يمكن إطلاق تعميمات عليهم تضمهم جميعاً في إطار دون تفرقة. فجميعهم فاقدون للبصر مما يترتب على هذا الحرمان من بعض السمات التي تميز بعض المعوقين بصرياً باتجاهات معينة، تتمثل فيما يلي:

١- فقد الصورة البصرية ومحدودية الإدراك الحسي بحدود الحواس السليمة الباقية، وشعور الكفيف بهذا النقص بمقارنة نفسه بالمبصرين الذين يكونون التصورات الاجتماعية والفنية والأخلاقية والسياسية والدينية.

٢- طموح الكفيف نحو تعويض النقص بالبروز في مجال يخيل إليه أنه سيحقق أمله، ولكنه قد لا ينجح فيصاب بالإحباط ويهم المجتمع بمحاربته فينطوي على نفسه أو يعادي المجتمع.

٣- قصور حركة الكفيف مما يحد من حريته ويجلعه محتاجاً إلى مساعدة المبصرين والخضوع لإرادتهم بحكم ظروفهم، وتقييد رغبة الكفيف في الانطلاق نحو آفاق يحس أنه جدير بها دون بعض المبصرين.

٤- ضيق الكفيف بسبب شعور مجتمع المبصرين نحو عجزه واعتباره أنه بحاجه إلى المساعدة في أتفه الأمور، مع أنه يميل إلى أن يعتمد على نفسه ويقتنع بقدراته.

٥- رغبة الكفيف في أن يعلن للمبصرين أنه يتفهم طريقتهم في الكلام والتعبير والفهم، وأنه يستطيع أن يجاريهم في نشاطاتهم وتصوراتهم.

٦- يرى الكفيف أن من حقه أن يناقش ويجادل، بل وأن يفرض رأيه على المبصرين لأن عاهته لا تقلل من قدراته العقلية أو منطقه.

٧- قد يميل الكفيف وخاصة إذا كان عدوانياً إلى السخرية والتقليل من شأن الآخرين، ومهاجمة خصومه بعنف من أجل إثبات ذاته وتفوقه على الآخرين.

٨- نظراً لأن الكفيف لا يرى تأثير كلامه فيمن يحدثهم، فإنه يلجأ إلى تكرار كلماته وتوضيح عباراته والضغط على بعض الحروف لتأكيد المعنى.

٩- يركز الكفيف انتباهه إلى صوت المتحدث فيكشف بصمة الصوت، ويفرح عندما يرى المبصر أنه عرف شخصيته من صوته، ولذلك تتكون لدى الكفيف ذاكرة سمعية علاوةً على الذاكرة اللمسية من مصافحته للآخرين وإحساسه بحرارة أيديهم وطريقة وضعها في يده.

١٠- إذا اجتمع الكفيف بالمكفوفين فإنه يكون لين الجانب عطوفاً ميالاً إلى أن يقدم لهم خبرته ونصائحه ويساعدهم على حل مشكلاتهم.

١١- إذا اجتمع الكفيف بالمبصرين يحاول أن ينسجم وألا يشعر بالاختلاف عنهم، إلا إذا شعر بمعارضتهم له فإنه يعتبر ذلك ماساً بكرامته وكبريائه، وقد يثور عليهم.

١٢- يميل الكفيف إلى أن يتناول طعامه وحده ويفضل الأغذية الجامدة على السائلة، ويكره أن يُدعَى إلى حفلة فيها مائدة للطعام.

(سليمان، ٢٠٠٧: ١٢٥- ١٢٦)

الإعاقة السمعية:

إن حاسة السمع هى الأخرى لا تقل أهمية، فعندما تسمح للفرد بسماع الأصوات والكلمات التى ينطق بها الآخرون من حوله، فيشرع فى تقليدها مما يساعده على تعلم اللغة السائده فى جماعته فيتمكن على أثر ذلك من التعامل والتفاعل والتواصل معهم، إذ ينقل

أفكاره إليهم ويستمع إلى أفكارهم وآراءهم، وهو الأمر الذى يسهم بدور فعال فى تطور سلوكه الاجتماعي، كما يساعده من جانب آخر فى فهم البيئة المحيطه بما فيها ومن فيها، ويتعرف بالتالي إلى ما تتضمنه من جوانب إيجابية، وينتفع بها ويطور فيها، ويتعرف كذلك على ما تتضمنه من مخاطر فيتجنبها ويتحاشى ما قد يدفع به إليها، وفهمه لكل ذلك يمكنه من السيطره على انفعالاته والتعبير المناسب عنها، وهو الأمر الذى يؤثر بشكل واضح على شخصيته ككل.

(محمد، ٢٠٠٤: ١٤٩)

وبالتالي فإن وجود إعاقه سمعية يجعل الاتصالات الشخصية والاجتماعية أكثر صعوبه، وهذا من شأنه أن يجعل سلوك فئة المعوقين سمعياً جامداً بدرجة خطيرة.

(فهمي، ١٩٧٩: ٢٢١)

تعريف الإعاقة السمعية:

- يُعَرِف **رائد محمد أبو الكاس** الإعاقة السمعية بأنها "تباين في مستويات السمع تتراوح بين الضعف البسيط والضعف الشديد تصيب الإنسان، وهي إعاقة تحرم الإنسان من القدرة على سماع الكلام المنطوق بشكل واضح ومفهوم".

(أبو الكاس، ٢٠٠٨: ٣٤)

تُعَرِف المدرسة الأمريكية المعوقين سمعياً على النحو التالى:

١- **الشخص الأصم Deaf:** هو الشخص المعوق سمعياً والذى تفقد حاسة السمع لديه وظيفتها لأغراض الحياة العادية، ويقسم التعريف الإعاقة السمعية إلى:

(أ) صمم ما قبل اللغة Prelingual deafness:

وهو الصمم الحاصل أثناء الولادة أو فى السنوات الثلاثة الأولى من العمر أى قبل مرحلة اكتساب اللغة والكلام عند الطفل، نتيجة لذلك يصعب على الطفل اكتساب اللغة بالشكل الطبيعي.

(ب) صمم ما بعد اللغة Postlinguan deafness: وهو الصمم الحاصل بعد اكتساب الطفل عمليات اللغة والكلام، أى بعد بلوغه سن الخامسة، وهنا يكون الطفل قد اكتسب القدرة على الكلام، وتكونت لديه مجموعة من المفاهيم وزادت ثروته اللغوَّية ومفرداتها، وإذا حدثت لديه الإعاقة السمعية بعد اكتسابه اللغة يمكنه أن يحافظ على المفردات والمفاهيم نظراً لكونها مطبوعة فى الدماغ، ويستطيع زيادتها وتقويتها إذا توافرت له ظروف الرعاية التربوية اللازمة.

٢- **الشخص ثقيل السمع Hard of hearing:**

وهو الشخص المعوق سمعياً لدرجة تجعل من الصعب (ولكنها لا تعوق) فَهم الكلام من خلال جهاز السمع سواء مع أو بدون استعمال المعينات السمعية.

(سليمان، ١٩٩٩: ٨٤)

أسباب الإعاقة السمعية:

ترجع الإعاقة السمعية إلى مجموعة من الأسباب بعضها وراثي، والبعض الآخر يرتبط بعوامل ومؤثرات ليست ذات أصل جيني، وبوجه عام تصنف العوامل التي تؤدي إلى الإعاقة السمعية إلى ثلاث أنواع رئيسية طبقا للزمن الذي تحدث فيه وهي :

١- **عوامل تحدث قبل الولادة:** وتضمن العوامل التي تلعب دورا هاما فيما قبل الولادة: تسمم الحمل، والولادة المبكرة (قبل الموعد الطبيعي) ، والنزيف الذي يحدث قبل الولادة، والأمراض التي تصيب الأم أثناء الحمل كالحصبة الألمانية، والالتهابات التي تصيب الغدة النكفية، والزهري، وتناول الأم لبعض العقاقير الطبية أثناء الحمل مما يؤثر على الجهاز السمعي عند الجنين.

٢- **عوامل تحدث أثناء الولادة:** وهي العوامل التي تصاحب عملية الولادة وتشمل: الولادة التي تطول مدتها، والولادة المتعسرة، وعدم وصول الأكسجين إلى مخ الجنين، والتهاب أغشية المخ التي قد تحدث للوليد، وإصابة الوليد بالالتهاب السحائي.

٣- **عوامل تؤثر فيما بعد الولادة:** هناك أسباب لا ترجع إلى أصول جينية منها استخدام العقاقير، والفيروسات، وأمراض تصيب الأذن الداخلية (مثل: الحصبة، الأنفلونزا)، وأمراض تصيب الأذن الوسطى.

(أبو الكاس، ٢٠٠٨: ٣٤- ٣٥)

سمات شخصية المعوق سمعياً :

١- الميل إلى الانسحاب من المجتمع، فهو غير ناضج اجتماعياً بدرجة كبيرة.

٢- الميل إلى العدوان أو بعض مظاهر السلوك الجانح كالسرقة وإيذاء الآخرين.

٣- الميل إلى الإشباع المباشر لحاجاتهم، بمعنى أنه يجب إشباع مطالبهم بسرعة.

٤- التكيف الاجتماعي غير ناضج لدى الأطفال الصم.

٥- العجز الواضح في القدرة على تحمل المسئولية.

٦- التأخر في القدرات العقلية مقارنةً بالعاديين بمتوسط يصل حوالي إلى سنتين في العمر العقلي.

٧- تظهر لديه الكثير من المخاوف نظراً لصعوبة توافقهم الاجتماعي وبناء جسور الاتصال في العمر العقلي.

٨- صعوبة التعبير اللغوي، والبطء في تعلم القواعد اللغوية، وكذلك تعلم القراءة وتدني القدرة على الكلام.

٩- التأخر في المستوى التحصيلي مقارنةً بالعاديين بمقدار (٦) سنوات بيد أن (٥%) منهم يستطيعون مواصلة الدراسة إلى ما بعد مستوى الصف الخامس، ويرتبط ذلك بعدة عوامل، لعل من أهمها: درجة الإعاقة السمعية، الدافعية، طريقة التدريس، نسبة الذكاء.

١٠- الميل إلى المهن التي لا تحتاج نوعاً من التواصل الاجتماعي كالتجارة والخياطة والأعمال الحرة الحرفية المشابهة لها.

(سليمان، ٢٠٠٧: ١٧٩)

دراسات سابقة تناولت جودة الحياة لدى الصم والمكفوفين:

١- دراسة (Hampton, N. Z.,1999)

بعنوان "جودة الحياة لدى المعوقين وعلاقتها ببعض المتغيرات ". وهدفت الد راسة إلى معرفة علاقة كلٍ من متغيرات (العمر، درجة الإعاقة، تاريخ بداية الإعاقة، المستوى التعليمي، الدعم الاجتماعي، العمل) بجودة الحياة لدى المعوقين. عينة الدراسة: تكونت العينة من (١٤٤) فرد من المعوقين من الجنسين، تتراوح أعمارهم ما بين (١٦- ٣٥) سنة. أدوات الدراسة: مقياس جودة الحياة. نتائج الدراسة: كشفت عن أن جودة الحياة يجب أن تحدد من وجهة نظر المرضى أو المعوقين، فُهم أكثر من يدركون أهمية العجز أو الفقد، حيث إن الرضا عن الحياة هو العامل الأساسي في إدراك الفرد لجودة الحياة. وتوصل إلى أن كلٍ من: درجة الإعاقة، عجز الفرد، تاريخ بداية الإعاقة، والدعم الاجتماعي، ترتبط بصورة دالة بنوعية الحياة لدى المعوقين من الجنسين. وأن الأفراد الذين يرون أنفسهم في صحة جيدة يميلون إلى الارتفاع على مقاييس جودة الحياة بينما ينخفض من يدركون أنفسهم بصورة سلبية، وتقل علاقتهم بالآخرين أو بالمحيط البيئي.

٢- دراسة (Nyman, S. R, Gosney, M. A and Victor, C. R.,2009)

بعنوان "الأثر النفسي والاجتماعي للإعاقة البصرية لدى البالغين في سن العمل". هدفت الدراسة إلى التحقق من انخفاض مستويات الصحة النفسية والاجتماعية لدى المعوقين بصرياً من البالغين، وعما إذا كانت هذه المستويات المنخفضه يمكن التدخل لتحسينها من خلال تحسين السعادة وجودة الحياة والآداء الاجتماعي لديهم. عينة الدراسة: تكونت من (٥٢) فرد معوق بصرياً في سن العمل وهم ممن تتراوح أعمارهم من (١٦) سنة فيما أكثر. أدوات الدراسة: تم مراجعة الدراسات المنشورة من عام (٢٠٠١) حتى (٢٠٠٨)، وتم استخدام مقياس الاكتئاب والصحة النفسية، مقياس القلق، مقياس جودة الحياة، مقياس الآداء والدعم الاجتماعي. نتائج الدراسة: وجدت النتائج أن البالغين الذين يعانون من إعاقة بصرية هم الأكثر عُرضه لتقديم مستويات أدنى في الصحة العقلية وفي الآداء الاجتماعي وجودة الحياة. وأن أعراض الاكتئاب والقلق والشعور بالوحدة تتفاوت فيما بينهم. وأنهم بحاجه إلى تدخلات نفسية واجتماعية وبرامج دعم فعاله لتحسين سعادتهم وتقديم المشورة وتنمية قدرتهم على العمل.

٣- دراسة (Rasmeet. K Chadha and Ahalya Subramanian., 2011)

بعنوان "تأثير الإعاقة البصرية على جودة حياة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (٣-١٦) سنة". تهدف الدراسة إلى تقييم آثار وجود إعاقة بصرية على جودة حياة الأطفال. عينة الدراسة: تكونت من (٢٤) فرد مقسمة إلى (١٨) ذكور و(٦) إناث ممن تتراوح أعمارهم بين (٣- ١٦) سنة من ذوي الإعاقة البصرية، و(٢٤) فرد مقسمة إلى (١٨) ذكور و(٦) إناث أسوياء لديهم بعض الاضطرابات البصرية. أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس جودة الحياة، ومقاييس طبية للتحقق من درجة البصر وشدة الإعاقة. نتائج الدراسة: أظهرت العينة من ذوي الإعاقة البصرية مستويات منخفضه من جودة الحياة حيث جاءت الفروق دالة عند مستوى (٠,٠٠١)، كما كشفت عن وجود ارتباط دال عند مستوى (٠,٠٥) بين الإعاقة البصرية وجودة الحياة.

٤- دراسة (ناهد فتحي أحمد، ٢٠١١)

بعنوان "نوعية الحياة المنبئة بالأمن النفسي وأساليب مواجهة الضغوط لدى الأطفال المعاقين حسياً". تهدف الدراسة الراهنة إلى الكشف عن دور نوعية الحياة في التنبؤ بكلٍ من الأمن النفسي (المُدرَك من الوالدين)، وأساليب مواجهة الضغوط لدى الأطفال المعوقين حسياً (بصرياً - سمعياً)، وأيضاً دراسة العلاقة بين المتغيرات الثلاثة، والوقوف على الفروق بين مجموعات الدراسة الثلاث في هذه المتغيرات، فضلاً عن دراسة الفروق بين الجنسين. عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (١٥٠) طفلاً وطفلة، قسمت إلى ثلاث مجموعات: (٥٠) من المعوقين بصرياً، (٥٠) من المعوقين سمعياً، (٥٠) من الأسوياء من الجنسين، في المرحلة العمرية من (٩ - ١٢) عاماً. أدوات الدراسة: مقياس نوعية الحياة، مقياس أساليب مواجهة الضغوط، ومقياس الأمن النفسي. نتائج الدراسة: أشارت إلى إمكانية التنبؤ من خلال نوعية الحياة لدى هؤلاء الأطفال المعاقين حسياً بالأمن النفسي (المُدرَك من الوالدين)، وأساليب مواجهة الضغوط لديهم. وأيضاً إلى وجود علاقة ارتباطية بين متغيرات الدراسة الثلاثة. كما وجدت فروق بين الأطفال في المجموعات الثلاث في متغيرات الدراسة. ولم يظهر تأثير لمتغير الجنس.

فروض البحث:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى الذكور الصم والمكفوفين في جودة الحياة ومجالاتها.

الطريقة والإجراءات:

أولاً: عينة البحث:

تتضمن العينة (١٠٠) من المراهقين الصم والمكفوفين من الذكور، موزعين إلى مجموعتين كالآتي:

(أ) المجموعة الأولى تبلغ (٥٠) مفحوصاً من الذكور الصم.

(ب) المجموعة الثانية تبلغ (٥٠) مفحوصاً من الذكور المكفوفين.

وقد أُخذت هذه العينة من محافظة الدقهلية، والذين تم اختيارهم بطريقة عشوائية، وقد كان متوسط عُمر عينة الصم (١٨,٣٣) بانحراف معياري قدره (١,٢٩٥). أما عينة المكفوفين فقد كان متوسط أعمارهم (٢٠,١٣) بانحراف معياري قدره (٠,٩٧٣).

ثانياً: أدوات البحث:

- مقياس جودة الحياة:

تعريب / السيد فهمي علي (٢٠١٠)

١- وصف المقياس:

المقياس من تأليف منظمة الصحة العالمية (WHO QOL - 1995)، وقام بتعريبه وترجمته إلى اللغة العربية أحمد عبد الخالق، وقام السيد فهمي علي بإعادة ترجمته وحساب الخواص السيكومترية للمقياس في صورته المختصرة. وقد تكون مقياس نوعية الحياة في بدايته من (٢٣٦) بند طبقت هذه الصيغة في (١٥) مركزاً على مستوى العالم على (٣٠٠) شخص من كل مركز على الأقل ممن لديهم مشكلات صحية، واختير أفضل (١٠٠) بند، وبذلك بدأت الصيغة الأولية من (١٠٠) سؤال (WHO QOL - 100) مُقسمة إلى (٦) أبعاد، هى: الصحة الجسمية، الصحة النفسية، العلاقات الاجتماعية، مستوى الاستقلال، البُعد البيئي، الجوانب الروحية أو الدينية.

وهذا لا يتماشي مع أسس التطبيق نظراً لطول الصيغة الأولية، والتي تحتوي على (١٠٠) سؤال، لذا فقد اشتقت صيغة أخرى مختصرة (WHO QOL- BREF) تتكون من (٢٦) سؤال في صورته النهائية، تشمل على (٤) أبعاد، هى: الصحة الجسمية، الصحة النفسية، العلاقات الاجتماعية، البُعد البيئي. بالإضافة إلى سؤالين مستقلين، وهما السؤال رقم (١) ويقيس جودة الحياة بوجه عام، والسؤال رقم (٢) ويقيس الصحة العامة.

أما المجالات الأربعة الأساسية المكونة للمقياس وعددها (٢٤) بنداً، فهي كالتالي:

أولاً: المجال الجسمي: أو الصحة الجسمية، ويتكون من (٧) بنود أرقامها هي (٣- ٤- ١٠- ١٥- ١٦- ١٧- ١٨)، وهي متضمنة لعدد (٧) مجالات تندرج تحتها.

ثانيًا: المجال النفسي: أو الصحة النفسية، ويتكون من (٦) بنود أرقامها هي (٥- ٦- ٧- ١١- ١٩- ٢٦)، وهي متضمنة لعدد (٣) مجالات تندرج تحتها.

ثالثًا: المجال الاجتماعي: أو العلاقات الاجتماعية، ويتكون من (٣) بنود أرقامها هي (٢٠- ٢١- ٢٢)، وهي متضمنة لعدد (٧) مجالات تندرج تحتها.

رابعًا: المجال البيئي: ويتكون من (٨) بنود أرقامها هي (٨- ٩- ١٠- ١٢- ١٣- ١٤- ٢٣- ٢٤- ٢٥)، وهي متضمنة لعدد (٧) مجالات تندرج تحتها.

٢- تطبيق المقياس:-

صُمم مقياس جودة الحياة ليُطبَق بصورة جمعية، ويقوم المفحوص بوضع دائرة حول أحد الاختيارات الخمسة، والتي تُعبر عن المفحوص بشكل أفضل والمبينة بالمقياس، وفق كل سؤال مع مراعاة عدم ترك سؤال دون إجابة.

٣- تصحيح المقياس:-

تتراوح الدرجة بين (١- ٥)، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين (٢٦) درجة كحد أدنى إلى (١٣٠) درجة كحد أقصى، مع الإشارة إلى أن هناك ثلاث أسئلة تصحح بطريقة عكسية، وهى رقم (٣، ٤، ٢٦) فهى أسئلة تصحح في عكس اتجاه الأسئلة الأخرى، بمعنى أن هذه الأسئلة تصحح كالآتي (لا = ٥، قليلاً = ٤، بدرجة متوسطة = ٣، كثيراً = ٢، كثيراً جداً = ١)، وتشير الدرجة المرتفعة إلى جودة حياة أفضل. مع ملاحظة أن المدى الزمني للإجابة يكون على ضوء الأسبوعين الأخيرين.

٤- الخصائص السيكومترية للمقياس:-

أولاً: صدق المقياس:-

قام (علي، ٢٠١٠) بحساب الخواص السيكومترية للمقياس العربي لجودة الحياة المختصر (بعد استبعاد البندين الأول والثاني لأن مجالات جودة الحياة لا تتضمنهما، كما أن كل بند يقيس مجالاً بمفرده، فالسؤال الأول يقيس جودة الحياة العامة، والسؤال الثاني يقيس الصحة العامة)، وذلك على عينة قوامها (١٠٠) سيدة من غير عينة الدراسة والتي اشتملت على عينات من مريضات سرطان الثدي (ن=٢٥)، والرحم (ن= ٢٥) والقولون (٢٥)، والرئة (٢٥)، وعينة أخرى من السويات قوامها (٥٠) سيدة، وقد تراوح المدى العمري لهن بين (٢٤- ٥٤) عامًا، بمتوسط عمري قدره (٢٧,٣)، وانحراف معياري قدره (٩,٥). وقد تم حساب الصدق بطريقتين هما:

١- طريقة الاتساق الداخلي:

تم حساب ثبات المقياس بطريقة الاتساق الداخلي لبنود المقياس، وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجة كل بند، والدرجة الكلية للمجال الذي ينتمي إليه، وكذلك حساب معامل الارتباط بين درجة كل مجال من

المجالات الفرعية والدرجة الكلية للمقياس، وذلك لدى عينات مريضات السرطان والسويات.

(ر = ٢٠٠) عند مستوى دلالة (٠,٠٥)

(ر= ٠,٢٦٠) عند مستوى دلالة (٠,٠١) بالنسبة لعينة السرطان.

(ر = ٢٨٨) عند مستوى دلالة (٠,٠٥)

(ر= ٠,٢٧٢) عند مستوى دلالة (٠,٠١) بالنسبة لعينة السويات.

وقد تراوحت معاملات الارتباط بين كل مجال من مجالات المقياس والدرجة الكلية للمقياس لدى عينة مريضات السرطان بين (٠,٦١، ٠,٧٩)، في حين تراوحت بين (٠,٦٥، ٠,٨٢) لدى عينة السويات، مما يشير إلى ارتفاع معامل الاتساق الداخلي للمقياس.

٢- الصدق العاملي:

وقد تحقق (علي، ٢٠١٠) من صدق البناء العاملي لمقياس جودة الحياة "الصورة المختصرة" لدى جُملة عينة التقنين من مريضات السرطان والسويات (ن= ١٥٠)، وذلك باستخدام التحليل العاملي باختبار نموذج العامل الكامن العام الذي حاز على مطابقة تامة، حيث بلغت قيمة (كا ٢) = صفر = وكان مستوى دلالتها (٠,٠٠١)، وقد نتج عن التحليل العاملي للمقياس استخلاص أربعة عوامل كامنة تنتظم حولها الأبعاد الفرعية التي يتكون منها المقياس، هذه العوامل قد استقطبت (٦٩,٢١%) من التباين الارتباطي للمصفوفة الارتباطية، وقد اعتُمدت الدلالة الإحصائية للتشبع على كل عامل وفقًا لمحك (جليفورد)، وهو (٠,٣) بحيث يُعد التشبع الذي يبلغ هذه القيمة دالاً إحصائيًا.

ثانياً: ثبات المقياس:

لقد قام (علي، ٢٠١٠) بحساب الثبات على عينة قوامها (١٠٠) سيدة، اشتملت على عينات من مريضات سرطان الثدي (ن=٢٥)، والرحم (ن= ٢٥) والقولون (ن=٢٥)، والرئة (ن=٢٥)، وعينة أخرى من السويات قوامها (٥٠) سيدة، وقد تراوح المدى العمري لهن بين (٢٤- ٥٤) عامًا، بمتوسط عمري قدره (٢٧,٣)، وانحراف معياري قدره (٩,٥)، بطريقتين هما:

١- معامل ثبات ألفا كرونباخ:

لقد تراوحت معاملات الثبات بين (٠,٦٥) و(٠,٩١) وذلك لدى عينة السرطان، بينما تراوح معامل الثبات لدى عينة السويات بين (٠,٦١) و (٠,٨٦). والنتائج السابقة تشير إلى ثبات مرتفع بالنسبة للصيغة العربية لمقياس جودة الحياة "الصورة المختصرة".

٢- بطريقة إعادة التطبيق:

حسب (علي، ٢٠١٠) معامل الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق بعد مدة زمنية قوامها أسبوعين لدى عينتي دراسته، وكانت معاملات ثبات إعادة التطبيق تتراوح بين

(٠,٧١، و ٠,٨٣)، وذلك لدى عينة مريضات السرطان، في حين تتراوح بين (٠,٧٢، و ٠,٨٣)، لدى عينة السويات، وهي معاملات مرتفعة ودالة إحصائيًا.

والنتائج السابقة لحساب الخواص السيكومترية لمقياس جودة الحياة "الصورة المختصرة" لدى عينتي التقنين، تؤكد أن المقياس يتمتع بخواص سيكومترية جيدة، تُمَكِن من الاعتماد على المقياس في التعرف إلى جودة الحياة ومجالاتها.

- **وقد قامت الباحثة بحساب الصدق والثبات للمقياس على عينة الدراسة، كما يلي:**

١- صدق المفردات أو الاتفاق الداخلي: (لدى الصم والمكفوفين والعينة الكلية) واتضح وجود ارتباط مرتفع بين معظم بنود المقياس، وهو ما يؤكد صدق المقياس، وكانت معاملات الصدق لدى عينة الصم والعينة الكلية – على التوالي – أكبر من معاملات عينة المكفوفين وذلك عند مستوى (٠,٠١) و(٠,٠٥).

٢- معامل ألفا كرونباخ: (لدى الصم والمكفوفين والعينة الكلية) تم حساب ثبات المقياس عن طريق معامل "ألفا كرونباخ" للاتساق الداخلي للمكونات، وكانت قيمته (٠,٩٣٤) لدى الصم و(٠,٨٣٥) لدى المكفوفين و(٠,٩٥٤) لدى العينة الكلية. ويتضح من ذلك أن معاملات ثبات "ألفا" للمقياس كاملاً لدى عينات التقنين الثلاث الصم (ن=٥٠)، المكفوفين (ن=٥٠)، العينة الكلية (ن=١٠٠)، أكبر من (٠,٥). وأن جميع مفردات المقياس تمتعت بالثبات وأن ثبات مفردات المقياس يسهم في ثبات المقياس ككل. وهذا يدل على درجة مناسبة للثبات باستخدام معامل "ألفا كرونباخ" للثبات.

نتائج البحث ومناقشتها:

(١) عرض النتائج المتعلقة بفرض البحث:

الجدول رقم (١): عرض نتائج المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية وقيمة (ت) لدى عينتي الذكور على مقياس جودة الحياة

العينة / المتغيرات	الذكور الصم ن = ٥٠		الذكور المكفوفين ن = ٥٠		قيمة (ت) المحسوبة	الدلالة
	م	ع	م	ع		
جودة الحياة	93.42	7.060	74.60	4.620	15.773	0.01
المجال الجسمي	30.74	2.489	25.40	1.796	12.302	0.01
المجال النفسي	25.16	1.993	19.96	1.414	15.046	0.01

المجال الاجتماعي	9.62	0.805	7.76	0.625	12.904	0.01
المجال البيئي	27.90	2.697	21.48	1.832	13.922	0.01

- بالنسبة للدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة:

بما أن قيمة (ت) المحسوبة (15.773) أكبر من قيمة (ت) الجدولية (1.99) عند مستوى (0.01) فقد ثبت صحة الفرض حيث توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور الصم والمكفوفين فى الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة. وجاءت الفروق لصالح مجموعة الذكور الصم حيث متوسط الدرجات لهم يساوي (93.42).

- بالنسبة للمجال الجسمي:

بما أن قيمة (ت) المحسوبة (12.302) أكبر من قيمة (ت) الجدولية (1.99) عند مستوى (0.01) فقد ثبت صحة الفرض حيث توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور الصم والمكفوفين فى الدرجة الكلية على المجال الجسمي. وجاءت الفروق لصالح مجموعة الذكور الصم حيث متوسط الدرجات لهم يساوي (30.74).

- بالنسبة للمجال النفسي:

بما أن قيمة (ت) المحسوبة (15.046) أكبر من قيمة (ت) الجدولية (1.99) عند مستوى (0.01) فقد ثبت صحة الفرض حيث توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور الصم والمكفوفين فى الدرجة الكلية على المجال النفسي. وجاءت الفروق لصالح مجموعة الذكور الصم حيث متوسط الدرجات لهم يساوي (25.16).

- بالنسبة للمجال الاجتماعي:

بما أن قيمة (ت) المحسوبة (12.904) أكبر من قيمة (ت) الجدولية (1.99) عند مستوى (0.01) فقد ثبت صحة الفرض حيث توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور الصم والمكفوفين فى الدرجة الكلية على المجال الاجتماعي. وجاءت الفروق لصالح مجموعة الذكور الصم حيث متوسط الدرجات لهم يساوي (9.62).

- بالنسبة للمجال البيئي:

بما أن قيمة (ت) المحسوبة (13.922) أكبر من قيمة (ت) الجدولية (1.99) عند مستوى (0.01) فقد ثبت صحة الفرض حيث توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور الصم والمكفوفين فى الدرجة الكلية على المجال البيئي. وجاءت الفروق لصالح مجموعة الذكور الصم حيث متوسط الدرجات لهم يساوي (27.90).

(٢) تفسير النتائج المتعلقة بفرض البحث:

نَص الفرض على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى الذكور الصم والمكفوفين في جودة الحياة ومجالاتها".

وبالنظر في جدول قيمة (ت) الجدول رقم (١) نجد أن هذا الفرض قد تحقق كليةً ، حيث تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01)

بين الذكور الصم والذكور المكفوفين في متغير جودة الحياة ومجالاتها الأربعة (المجال الجسمي، المجال النفسي، المجال الاجتماعي، المجال البيئي) – على الترتيب – لصالح عينة الذكور الصم.

تتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة (ناهد فتحي أحمد،٢٠١١؛ Nyman, S. R, Gosney, M. A and Victor, C. R, 2009; Rasmeet .K Chadha and Ahalya Subramanian, 2011)

وتُفسَر هذه النتيجة في ضوء الدراسات السابقة التي شملها البحث والتي أكدت على وجود علاقة ارتباطية قوية بين جودة الحياة والإعاقة (السمعية– البصرية)، وكذلك في ضوء ما جاء بالإطار النظري، ففي دراسة **براون وبارت** Brown and Bart توصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية بين ارتفاع مستويات اضطراب الرؤية (ضعف البصر– فقدان البصر) وزيادة أعراض الاكتئاب وانخفاض كلٍ من الرضا عن الحياة ونوعية الحياة وفعالية الذات.

(Zabihollah Allahi, Reza Mirabdi and Mehrdad Mazaheri, 2012: 2)

وأشار **جود** Goode إلى أن الإعاقة والظروف المحيطة بها يمكن أن تؤثر على إدراك المعوقين لجودة الحياة وهو ما توصل إليه أيضاً **روجرسون** Rogerson من أن جودة الحياة ترتبط ببيئة الفرد، فالعوامل البيئية تُعد من المحددات الأساسية لإدراك الفرد لجودة الحياة. لذا تمثل جودة الحياة لدى هؤلاء الأطفال والأطفال المعوقين حسياً بشكل خاص عاملاً مهماً وحاسماً في إحساسهم بالأمن النفسي وتنمية أسس المواجهة الإيجابية لديهم.

(أحمد، ٢٠١١: ٦٩)

ويرى **هامبتون** Hampton أن جودة الحياة يجب أن تحدد من وجهة نظر المعوقين، فهُم أكثر من يدركون أهمية العجز أو الفقد. وأن الأفراد الذين يرون أنفسهم في صحة جيدة يميلون إلى الارتفاع على مقاييس جودة الحياة بينما ينخفض من يدركون أنفسهم بصورة سلبية، وتقل علاقتهم بالآخرين أو بالمحيط البيئي.

(Hampton, N. Z.,1999)

وحيث لم يتوفر – على حد علم الباحثة – دراسة سابقة تناولت تلك المتغيرات على عينة مماثلة لعينة الدراسة الحالية. مما يجعل نتائج هذه الدراسة نتائج جديدة في مجال علم النفس عموماً وعلم نفس الفئات الخاصة بصفة خاصة.

المراجع العربية المستخدمة:

(١) أبو الكاس، رائد محمد (٢٠٠٨). رعاية المعوقين في الفكر التربوي الإسلامي في ضوء المشكلات التي يواجهها، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية الإسلامية: الجامعة الإسلامية.

(٢) أحمد، ناهد فتحي (٢٠١١). جودة الحياة المنبئه بالأمن النفسي وأساليب مواجهة الضغوط لدى الأطفال المعوقين حسياً ، مجلة دراسات عربية في علم النفس، المجلد (١٠)، العدد (١)، ص ص ٥٥ – ١١٨.

(٣) إبراهيم، سليمان عبد الواحد يوسف (٢٠١٠). المدخل إلى علم النفس المعاصر، القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

(٤) الثنيان، أحمد بن عبد الله عبد العزيز (٢٠٠٩). جودة الحياة وقلق المستقبل لدى طلاب المرحلة الجامعية، رسالة دكتوراة (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة أم القرى.

(٥) الشخص، عبد العزيز السيد (١٩٩٤). إتجاهات حديثة في رعاية المعوقين بصرياً ، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، العدد (٢)، السنة الثانية.

(٦) القطان، سامية عباس، جاب الله، منال عبدالخالق، مظلوم، مصطفى علي رمضان والدماصي، هاجر إسماعيل (٢٠١٠). جودة الحياة لدى عينة من المسنين في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية، مجلة كلية التربية، جامعة بنها، المجلد (٢١)، العدد (٨٢).

(٧) بخش، أميرة طه (٢٠٠٦). جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المعوقين بصرياً والعاديين بالمملكة العربية السعودية، كلية التربية: جامعة أم القرى.

(٨) سليم، عبد العزيز إبراهيم (٢٠١٠). التنبؤ بجودة الحياة النفسية في ضوء توجهات أهداف الإنجاز وبعض إستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى عينة من طلاب كلية التربية، مجلة الدراسات التربوية والإنسانية، مجلة كلية التربية، جامعة الإسكندرية، المجلد (٢)، العدد الأول.

(٩) سليمان، صبحي (٢٠٠٧). تربية الطفل المعاق، الجيزة: دار الفاروق للاستثمارات الثقافية.

(١٠) سليمان، عبد الرحمن سيد (١٩٩٩). سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (المفهوم والفئات)، الجزء الأول، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

(١١) صبحي، سيد (٢٠٠٧). رعاية وتأهيل الكفيف (بحوث ودراسات في رعاية وتأهيل الكفيف)، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

(١٢) عبد الرحمن، سعيد عبد الرحمن محمد (٢٠٠٦). فاعلية استخدام السيكودراما في تعديل بعض جوانب السلوك غير التكيفي لدى ضعاف السمع، رسالة ماجستير، كلية التربية ببنها، جامعة الزقازيق، نشرت بواسطة الاتحاد النوعي للفئات الخاصة بجمهورية مصر العربية.

(١٣) علي، السيد فهمي (٢٠١٠). مقياس جودة الحياة، الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة.

(١٤) فهمي، مصطفي (١٩٧٩).التوافق الشخصي والاجتماعي، القاهرة: مكتبة الخانجي.

(١٥) محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٤). الإعاقات الحسية، القاهرة: دار الرشاد.

(١٦) هاشم، سامي محمد موسى (٢٠٠١). جودة الحياة لدى المعوقين جسمياً والمسنين وطلاب الجامعة، مجلة الإرشاد النفسي، المجلد (٩)، العدد (١٣)، جامعة عين شمس، ١٢٤ – ١٨٠.

(١٧) وافي، ليلى أحمد مصطفى (٢٠٠٦). الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بمستوى التوافق النفسي لدى الأطفال الصم والمكفوفين، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، الجامعة الإسلامية.

المراجع الأجنبية المستخدمة:

(18) Hampton, N. Z .(1999). quality of life of people with Substance disorders in Thailand: an exploratory study. journal of rehabilitation; vol.65, 3, pp. 42- 55.

(19) Nyman, S. R, Gosney, M. A and Victor, C. R. (2009). Psychosocial Impact of Vision Loss in Working Age Adults. British Journal of Ophthalmology. Published Online First: 22 October, doi: 10. 1136/ bjo. 2009. 164-814.

(20) Rasmeet .K Chadha and Ahalya Subramanian. (2011). The effect of visual impairment on quality of life of children aged 3–16 years. Br J Ophthalmol; 95: 5, 642- 645.

(21)Zabihollah Allahi, Reza Mirabdi and Mehrdad Mazaheri.(2012). A Comparative Study of the Deaf and Blind Exceptional Children on Satisfaction with Life. International Journal of Scientific & Engineering Research Volume 3, Issue 3, March - 2012.