



جامعة المنصورة
كلية التربية



فعالية برنامج إرشادي لتنمية جودة الحياة لدى المكفوفين

إعداد

الباحثة/ كمال فرحان الضمور

محاضر بجامعة الإمام عبد الرحمن بن فيصل

المملكة العربية السعودية

إشراف

أ.د./ إسعاد عبد العظيم البنا-رحمها الله

أستاذ الصحة النفسية المتفرغ

كلية التربية-جامعة المنصورة

أ.د. / محمود مندوه محمد سالم

أستاذ الصحة النفسية والتربية الخاصة

ووكيل كلية التربية لخدمة المجتمع وتنمية البيئة

كلية التربية-جامعة المنصورة

مجلة كلية التربية – جامعة المنصورة

العدد ١١١ – يوليو ٢٠٢٠

فعالية برنامج إرشادي لتنمية جودة الحياة لدى المكفوفين كمال فرحان الضمور

المستخلص

تهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من فعالية البرنامج الإرشادي لتنمية جودة الحياة لدى المكفوفين، تكونت عينة الدراسة من اختيار عينة الدراسة الحالية وعددها (٢٠) طالب من مكفوفين من الذكور من مدرسة عبدالله ابن ام مكتوم للمكفوفين، والذين حصلوا على درجة منخفضة على مقياس جودة الحياة، وتم تقسيم العينة عشوائياً إلى مجموعتين. مجموعة الضابطة: وتكونت من (١٠) طلاب من المكفوفين، ومجموعة تجريبية: وتكونت من (١٠) طلاب من المكفوفين. تم تطبيق مقياس جودة الحياة للمكفوفين، البرنامج الإرشادي، يتكون البرنامج من (٢٢) جلسة، وبعد التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة تم تطبيق الدراسة على أفراد عينة الدراسة، وأسفرت نتائج الدراسة عما يلي: وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس جودة الحياة لصالح أعضاء المجموعة التجريبية، وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في مقياس القبلي والبعدى على مقياس جودة الحياة. عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين بين التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة.

الكلمات المفتاحية: برنامج إرشادي - جودة الحياة - المكفوفين.

Abstract

It is the current study to verify the effectiveness of a counseling program to develop the quality of life for the blind. The study sample consisted of selecting the current study sample of (20) students from the blind male from Abdullah ibn Umm Maktoum School for the Blind, who received a low score on the quality of life scale, the sample was randomly divided into two groups. Control group: It consisted of (10) blind students, and an experimental group: It consisted of (10) blind students. The quality of life measure for the blind was implemented. The program is indicative. The program consists of (22) sessions, After confirming the psychometric properties of the study tools, the study was applied to the members of the study sample, and the results of the study resulted in the following: There are differences between the members of the experimental and control groups in developing quality of life between the members of the experimental group and the

control group after application of the program for the benefit of the members of the experimental group, and the results showed retention Members of the experimental group by impact after measuring follow-up with a time difference (30) days after the end of the program on the quality of life scale.

Key words: *Extension Program, Quality of life, Blind.*

مقدمة

تؤثر الإعاقة البصرية على السلوك للفرد، وتؤثر في عمليات النمو والتفاعل بصورة فعالية، واكتساب المهارات اللازمة لتحقيق الاستقلالية والشعور بالكفاءة الذاتية، وذلك نظراً لعجز المكفوفين عن الحركة، وعدم استطاعتهم ملاحظة سلوك الآخرين ونشاطاتهم اليومية، وروية تعبيرات الوجهية وتقليد السلوكيات ومحاكاتها والتعلم منهم.

ف نجد أن الإعاقة البصرية تلتقي بأثارها السلبية على جوانب الحياة المختلفة لدى المكفوفين بمختلف مراحلهم العمرية، ويعد الشعور بجودة الحياة واحدة من احدى الموضوعات المهمة جداً في حياه الكفيف، ونظراً لأهمية تعد نقطة البداية لتجنب المشكلات التي يمكن أن يعانها ويعايشها ويشكو منها المكفوفين (علي إبراهيم، ٢٠١٣: ١٤٤).

وتعتبر جودة الحياة من المتغيرات المؤثرة في حياة المكفوف والتي تشكل له معنى وقيمة الحياة حاضراً ومستقبلاً والأنسان العادي يسعى الى تحقيق الرضا والسعادة في حياته والوصول الى اقصى درجات الراحة النفسية، أما المكفوف الذي يشعر بالنقص والقصور يسعى جاهداً الى تحقيق جودة الحياة بالقدر الممكن والذي تمكنه منه قدراته وإمكاناته، بالرغم من التأثيرات السلبية التي تخلفها الإعاقة عليه.

لقد أصبح مجال الإرشاد النفسي من التخصصات الهامة، بسبب ما تعج به الحياة المعاصرة من تعقيدات ومشكلات تعصف بالفرد، فكانت البرامج الإرشادية لتحول دون وقوع الفرد فريسة للاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية، بالإضافة لما لها من أهمية في تعزيز ثقة الفرد بنفسه وبالمحيطين، ومساعدته على حل المشكلات في كافة المجالات، ليصل الفرد في النهاية للتوافق النفسي والاجتماعي، والتمتع بالصحة النفسية (طه عبد العظيم حسين، ٢٠٠٤: ٣٥).

مما سبق يتضح أن البرنامج الإرشادي يهدف الى تحقيق جودة الحياة ومساعدة الفرد نحو إنجاز إمكانيات الإيجابية للوصول الى اقصى توظيف أنساني لها، لمساعد المكفوفين على تحسين مستوى جودة الحياة لديهم، وهذا ما يسعى اليه البحث الحالي من تفعيل برنامج إرشادي لتنمية جودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين.

مشكلة الدراسة

يتأثر موقف ذوي الإعاقة البصرية بشكل كبير في توافقه، فإذا كان المعاق بصرياً متقبلاً للإعاقة كانت نظرتة للحياة متفائلة وإيجابية، وجعله ذلك يشعر بمعنى لحياته بشكل أفضل فينجز ويقبل على الحياة، أما إذا كان رافضاً لإعاقته فيعاني من صراعات نفسية وإحباط وشعور بالفشل وعدم النجاح وتقدير ذات منخفض، فضلاً عن معاناته من مشكلات تتعلق بخبرته بعالم الأشياء، وأدراك الشكل والعلاقات المكانية، وصعوبة في الحركة والتنقل، والاعتماد على الآخرين (سعيد عبد العزيز، ٢٠٠٥: ٣٦٤).

وتؤثر إصابة الفرد بالإعاقة البصرية بشكل كبير على اتزانه الانفعالي، وتوافقه النفسي مما يزيد من شعوره بالقلق وعدم الأمن النفسي والنقص والدونية والهروب من البيئة التي يخيل اليه أنها تنبذته أو لا تحبه بالقدر الذي يرضى به (جمال الخطيب، ١٩٩٨: ١٧٨).

وتتفق الدراسات السابقة على انخفاض جودة الحياة لدى المكفوفين: (سعاد حلمي، ٢٠١١؛ Ling, S. and Johnson, C. (2009)؛ أميرة طه ٢٠٠٦؛ علي أبراهيم، ٢٠١٣، سعد عيد، ٢٠١٠، نهلة محمد مصطفى، ٢٠١٧) في ضوء ما سبق يتضح عدم وجود دراسات - في حدود علم الباحث - تناولت العلاقة بين البرنامج الإرشادي وجودة الحياة لدى المكفوفين، كما لم يوجد سوى عدد قليل جداً من الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة لدى فئة المكفوفين، ومن هنا تم صياغة مشكلة الدراسة في التساؤل الآتي:

ما فعالية برنامج إرشادي لتنمية جودة الحياة لدى المكفوفين؟

وتفرع من هذا التساؤل الرئيس التساؤلات الآتية

١. هل توجد فروق داله إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة

في القياس البعدي على مقياس جودة الحياة؟

٢. هل توجد فروق داله إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي

والقياس البعدي على مقياس جودة الحياة؟

٣. هل توجد فروق داله إحصائياً القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس جودة

الحياة، بعد شهر من تطبيق البرنامج؟

٤. هل يوجد تأثير دال إحصائياً للبرنامج الإرشادي في تنمية جودة الحياة لدى المكفوفين المجموعة

التجريبية؟

أهداف الدراسة

يتمثل هدف الدراسة الحالية في التحقق من فعالية البرنامج الإرشادي في تنمية جودة الحياة لدى المكفوفين بما يلي:

١. لقاء الضوء على مفهوم جودة الحياة لدى المكفوفين.
 ٢. وضع معايير للبرنامج الإرشادي وأهدافه والغنيات المستخدمة في تنمية جودة الحياة لدى المكفوفين.
 ٣. الكشف عن فعالية برنامج إرشادي في تنمية جودة الحياة لدى أعضاء المجموعة التجريبية من المكفوفين، مقارنة مع أعضاء المجموعة الضابطة من المكفوفين.
 ٤. استقصاء الاستمرارية لأثر البرنامج الإرشادي بعد انتهاء فترة التطبيق وبين التطبيق التتبعي بعد شهر لدى أعضاء المجموعة التجريبية في تحسين جودة الحياة لدى المكفوفين.
- أهمية الدراسة:

١. الاهتمام بالمكفوفين والنظر إليهم على أنهم ثروة بشرية من ثروات هذا الوطن، مما يؤدي إلى تحسين جودة الحياة لديهم.
 ٢. الاحتياجات الخاصة وفي مجالات متعددة باعتبارها من أهم المتغيرات الإيجابية في الشخصية.
 ٣. كما يمكن أن تفيد نتائج هذه الدراسة في إمكانية تطبيق البرنامج الإرشادي في تنمية جوانب آخر مثل التفاؤل والسعادة النفسية وتقدير الذات ومهارات الاجتماعية.
- المفاهيم الإجرائية الدراسة

البرنامج الإرشادي: عرف الباحث البرنامج الإرشادي المصمم للمكفوفين بصرياً بأنها عبارة عن مجموعة من الخبرات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة المخططة والمنظمة على أسس علمية سليمة، تقديمها بطريقة بناءة، ومحددة الهدف ومحتوى والزمن، لمساعدة المكفوفين للتعرف إلى مشكلاتهم وحاجاتهم، وتنمية إمكانياتهم إزاء ما يواجههم من صعوبات أو مشكلات نفسية أو انفعالية أو اجتماعية أو نمائية، وتعليمهم بعض أساليب الإرشادية لتنمية جوده الحياة لدى المكفوفين.

المكفوفين البصر: يعرف الباحث المكفوف البصر إجرائياً: هؤلاء الأفراد الذين تتراوح أعمارهم من بين (١٤-١٨) سنة، والذين تتوفر فيهم الشروط التالية: فقد البصر التام، أو حدة الأبصار اقل من (٦/٦٠مترًا) (٢٠/٢٠٠) أو يقل المجال البصري عن زاوية مقدارها (٢٠) درجة في العينين أو العين القوي بعد العلاج والتصحيح بمعينات البصرية، عدم القدرة على ممارسة عمل ما أو نشاط معين أو عدم القدرة على متابعة البرنامج التعليمية العادية المقدمة لمن هم في مثل مرحلتهم العمرية في مدارس المبصرين، أو في مدارس المكفوفين ما لم تقدم لهم مطبوعة بطريقة برايل في القراءة

والكتابة، وتتضمن هذه الفئة المكفوفين كلي والذي ولد أو أصيب بكف البصر قبل سن خمس سنوات.

جودة الحياة: يعرفها الباحث بأنها شعور المكفوف بالرضا والسعادة وقدرته على إشباع حاجاته من خلال إثراء البيئة ورفي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والأسرية والتعليمية والانفعالية مع حسن إدارة الوقت والاستفادة منه. وتعرف إجرائياً بأنها تقارير الأفراد اللفظية عن مدى شعورهم بجودة الحياة الاجتماعية، والحياة الأسرية والحياة الصحية، والحياة الدراسية والحياة النفسية وإدارة الوقت. محددات الدراسة

- **محددات البشرية:** تكونت عينة الدراسة من اختيار عينة الدراسة الحالية وعددها (٢٠) طالب من مكفوفين من الذكور حيث تراوحت أعمارهم من (١٤-١٨) سنة والذين حصلوا على درجة منخفضة على مقياس جودة الحياة، وتم تقسيم العينة عشوائياً الى مجموعتين. **مجموعة الضابطة:** وتكونت من (١٠) طلاب من المكفوفين لم يتقلوا البرنامج، **ومجموعة تجريبية:** وتكونت من (١٠) طلاب من المكفوفين تلقوا البرنامج.

- **محددات المكانية:** مدرسة عبدالله ابن ام مكتوم - الأكاديمية الملكية للمكفوفين، حيث تم تنفيذ جلسات البرنامج بإحدى القاعات الدراسية المجهزة في الأدوات اللازمة لنجاح البرنامج.

- **محددات الزمانية:** تم تطبيق البرنامج الإرشادي على مدار الفصل الدراسي الأول من العام (٢٠١٩-٢٠٢٠) وقد استغرق تطبيق البرنامج شهر وأسبوع بمعدل أربع جلسات أسبوعياً وتتراوح مدته الجلسة ٤٥ دقيقة، واستخدم الباحث مقياس جودة الحياة (أعداد: الباحث) كما أعداء الباحث البرنامج الإرشادي.

الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً: جودة الحياة

تتألف في السنوات الأخيرة الاهتمام بموضوع جودة الحياة، بين قطاع المجتمع العلمي والقطاع الصحي، الأمر الذي أدى الى تطور ملحوظ في الخصائص متعددة الأبعاد والفردية والذاتية، ومتعددة النظم لهذا المفهوم وكذلك طرق ارتباطه بالعديد من القطاعات الصحية، وتختلف وجهات النظر حول موضوع جودة الحياة وفقاً لذات الشخص، أي لما يدركه الشخص وفقاً للمتغيرات

البيئية التي تحيط به، وكذلك الإمكانيات المادية والمعنوية، ولذلك يمكن أن نعتبره مفهوماً نسبياً يختلف من أنسان الى آخر .

ويذكر احمد عكاشة (٢٠٠٧:١٣٤) أن منظمة الصحة العالمية وضعت تعريفاً للصحة النفسية تؤكد فيه على أن الصحة النفسية ليست مجرد الخلو من الأمراض أو الاضطرابات النفسية، ولكنها تتضمن بالأساس العمل على تحسين جودة الحياة التي تمكن الشخص من تحقيق توازن إيجابي بين قدراته وتطلعاته وتدفعه باتجاه التكيف مع متطلبات الحياة والمواجهة الانفعالية لضغوط الحياة اليومية.

وقد أشارت دراسة كلا من (K. K; & , S.M; Matthew D; Karen Malley,Louis) و Alanoglesby (2008) ودراسة (Klein ,K, ; Klein, B; Cruickshanks, K(2005) أن الإعاقة البصرية ترتبط بقصور جودة الحياة المرتبطة بالصحة وخاصة في أبعاد القيادة والاعتمادية وقيود الدور والصحة النفسية، وأن الأشخاص ذوي مشكلات الإبصار المرتبطة بالعمر أقل على جميع أبعاد جودة الحياة، فالأشخاص المكفوفون لديهم قصور واضح في أنشطة الحياة اليومية والأنشطة الوسيطة التي تؤدي الى انخفاض الشعور لديهم بجودة الحياة وعدم الرضا وعدم السعادة عن الحياة، وتؤكد تلك الدراسات على أن مساعدة هؤلاء وتعليمهم وتحسين قدراتهم في ممارسة حياتهم بشكل طبيعي ينعكس بدروه الفعال على تحسين جودة الحياة النفسية ومهارات الحياة اليومية لديهم ويجعلهم مقبلين على حاضرهم ومستقبلهم بشكل إيجابي وفعال.

ويرى الباحث أن جودة حياة الكفيف هي ما يدركه الكفيف على انه شخصية فريدة، وبالتالي فإن مفهوم جودة الحياة يرتبط بالتوافق بين الكفيف وبينته كما يدركها الكفيف وفقاً لأولوياته وقيمه التي يحددها، وهذا يعتمد على الوعي بالذات والتطرق الى الهوية الشخصية والإحساس بقيود الشخص والتميز بين الذات والآخرين.

أبعاد جودة الحياة: وتقرر منظمة الصحة العالمية (WHO) أن جودة الحياة تشير الى الكمال الذي يمكن أن يحققه الإنسان أو المؤسسات في الأبعاد الآتية:

١- البعد الجسمي: والجودة فيه توضح كيفية التعامل مع الألم وعدم الراحة والنوم والتخلص من التعب والطاقة الحركية العامة.

٢- البعد النفسي: ويتضمن المشاعر والسلوكيات الإيجابية، تركيز الانتباه، الرغبة في التعلم والتفكير والذاكرة، وتقدير الذات ومظهر الإنسان وصورة الجسم ومواجهة المشاعر السلبية.

٣- البعد الاجتماعي: ويتضمن العلاقات الشخصية والاجتماعية والدعم والمساندة الاجتماعية.

٤- البعد الاستقلالية: ويعني أنه كلما ارتفعت مقدرة الفرد على الاستقلالية، كلما توقعنا جودة عالية للحياة، ويتضمن ذلك البعد حيز الحركة الذي يتمتع به الفرد في حياته.

٥- البعد الديني والروحي: ويعني مدى الالتزام الأخلاقي ومعرفة الدين الصحيح وتحقيق السعادة الروحية من خلال العبادات.

٦- البعد البيئي: ويتضمن ممارسة الحرية بالمعنى الإيجابي، والشعور بالأمن والأمان الجسمي. (حسن مصطفى عبد المعطي، ٢٠٠٥: ١١٩)

وقد استفاد الباحث من هذه النماذج والمقاييس في إعداد مقياس خاص بجودة الحياة للمراهقين المكفوفين، جودة الحياة الاجتماعية، جودة الحياة الأسرة، جودة الحياة الصحية، جودة الدراسية (التعليم)، جودة الحياة النفسية، جودة إدارة الوقت.

مظاهر جودة الحياة:

يرى حسن مصطفى عبد المعطي (٢٠٠٥: ٥٦) أن فكرة جودة الحياة يمكن أن تظهر في خمس حلقات ترتبط فيها الجوانب الموضوعية والذاتية، أما جودة الحياة الوجودية، وفيما يلي مظاهر جودة الحياة: العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال: العوامل المادية والموضوعية، حسن الحال، إشباع الحاجات، الرضا عن الحياة، القوى والمتضمنات الحياتية، معنى الحياة، الصحة والبناء البيولوجي، السعادة

كما قام سعد عيد (٢٠١٠) بدراسة بعنوان مدى تأثير استخدام الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في تحسين جودة الحياة لذوي الاحتياجات الخاصة بصرياً، وتوصلت النتائج إلى فاعلية الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في تحسين جودة الحياة لذوي الاحتياجات الخاصة بصرياً. وقد قام (Ling, S. and Johnson, C. (2009) بدراسة بعنوان العلاقة بين الصحة النفسية والدعم الاجتماعي لدى مكفوفي البصر، هدفت إلى الكشف عن الدعم المقدم لذوي الإعاقة البصرية وعلاقته بجودة الحياة لديهم، وكشفت نتائج الدراسة أن أوضاع ذوي الإعاقة البصرية النفسية غير جيدة، وانخفاض جودة الحياة لديهم.

ويرى الباحث أن مظاهر جودة حياة المراهق الكفيف بتوفير الخدمات الاجتماعية والصحية والتعليمية والاهتمام بالبناء البيولوجي للمكفوف، وإشباع الحاجات الفسيولوجية والنفسية المدركة، للوصول إلى الإحساس بالرضا عن الحياة، وترتبط بشعور الكفيف بأهميته للأخرين حتى يصل إلى الشعور بالبهجة والسعادة والاستماع بالحياة.

معوقات جودة الحياة:

هناك العديد من الأسباب التي تعوق الإنسان عن الشعور بجودة الحياة ومن هذه المعوقات: ضغوط وإحداث الحياة، وفقدان الشعور بمعنى الحياة، قلة الوازع الديني، وعدم توفر سبل الرعاية الصحية الكاملة للأفراد، والتأخر التكنولوجي، وقلة الخدمات المقدمة للأفراد، وافتقاد الكثير من الأفراد للذكاء الوجداني في التصرف في مواقف الحياة المختلفة.

ترى صفاء احمد محمد عجاجه (٢٠٠٧: ٨٠ - ٨١)، أن أبرز المعوقات التي تحول دون تحقيق جودة الحياة هي: الضغوط الحياتية أو الضغوط النفسية، الأمراض النفسية أو العقلية. وفي دراسة أميرة طه (٢٠٠٦) هدفت إلى الكشف عن جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المعاقين بصرياً والعاديين، وأسفرت النتائج عن جودة فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين العاديين والمعاقين بصرياً في اتجاه العاديين.

ويرى الباحث أنه يوجد العديد من المعوقات التي تمنع الفرد من الاستمتاع بجودة الحياة، ومن هذه المعوقات ما يلي: الضغوط النفسية والأسرية، والضغوط الاقتصادية، والبعد عن الدين، والإعاقات والمرض، وعدم وجود أهداف يسعى الفرد لتحقيقها، ونقص المساندة الاجتماعية، وافتقاد الفرد للذكاء الوجداني وصلابة الشخصية والثقة بالنفس، التفكك الأسري والصراعات الزوجية.

ثانياً: المكفوفين

مفهوم الكفيف البصر:

حيث إن كف البصر هو: عدم القدرة على الرؤية أو عدم القدرة التامة على استقبال المثيرات البصرية (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاي، ١٩٨٨: ٤٣٧).

ومن الجدير بالذكر أن الإعاقة البصرية تميز بين فئتين من المكفوفين استناداً الى محكين أساسيين هما:

أ- حدة الإبصار: ويقصد بها قدرة الفرد على رؤية الأشياء وتمييز تفاصيلها وخصائصها المختلفة.

ب- مجال الرؤية: وهو ذلك الذي يمكن للفرد الإبصار في حدوده دون تغيير في اتجاه رؤيته أو

تحديثه. (Heward&Orlansky,1992:42-44)

وكما أن الكفيف: هو ذلك الشخص الذي يعجز عن استخدام بصره في الحصول على المعرفة كما أنه يعجز نتيجة لذلك عن تلقي العلم في المدارس العادية والمناهج الموضوعة للطفل العادي، هذا وقد يكون الطفل مكفوفاً كلياً، وقد يملك درجة بسيطة من الإحساس البصري الذي يؤهله للقراءة البسيطة بالأحرف الكبيرة أو المجسمة (محمد عبد المؤمن، ١٩٨٣: ١٣٤).

ومن هنا يستخلص الباحث مفهوم كف البصر بأنه: ذلك الشخص الذي يعجز عن استخدام بصره في القيام بأي عمل يحتاج للرؤية، وبالتالي عجزه عن ممارسة المهارات والأنشطة الحياتية فيعتمد على باقي حواسه.

الخصائص الشخصية للمكفوفين:

• **الخصائص الحركية:** يعتمد الكفيف في الانتقال من مكان الى آخر على مهارتين أساسيتين هما: الحركة الجسمية، وإعمال الفكر، فيقصد به قدرة انتقال من مكان الى آخر مع تلاقي أي عوائق قد تكون موجودة، أما إعمال الفكر فيقصد به قدرة الشخص على التعرف على الأشياء المحيطة به تمييز العلاقات بينها. وكلا المهارتين لازمتان للحركة والتنقل للتكيف مع العالم. ولذا فقد اتفقت معظم الدراسات مثل دراسة أبو النجا عز الدين وعمرو بدران (٢٠٠٣)، ودراسة سيد صبحي (٢٠٠٧)، ودراسة صبحي سليمان (٢٠٠٧) على أن التعويض الحسي لا وجود له بين المكفوفين والمبصرين، وأن المسألة تتوقف كلها على مدى تدريب الحواس على عمل معين وبصورة يترتب عليها تعويض النقص البادئ أو الحادث أو الحاسة التي فقدت وظيفتها.

الخصائص العقلية: أشارت "جرين وآخرون" الى أن العديد من المكفوفين يكون أدائهم في اختبارات الذكاء جيد نسبياً، كما أشار البعض الآخر الى عكس ذلك تمام حيث أكدت بعض الدراسات الى أن ذكاء المكفوفين يعتبر أقل من ذكاء أقرانهم المبصرين، حيث إن معظم الاختبارات والمقاييس التي تستخدم لقياس الذكاء على فقرات تحتاج الى حاسة البصر، ولهذا فإنه لقياس ذكاء المعاقين بصرياً من الضروري الاعتماد على مقاييس مصممة ومقننة على هذه الفئة بحيث يراعي فيها الاعتماد على الأداء الحسي المتمثل في اللمس والحركة والسمع.

(Green, K; & McGwin, G., & Owsley, C: 2013)

• **الخصائص الأكاديمية:** لا تقتصر الخصائص الأكاديمية على درجة وطبيعة استعداد المكفوف للنجاح في الموضوعات الدراسية فقط، بل تتعداها الى كل ما هو مرتبط بالعمل المدرسي مثل درجة المشاركة في الأنشطة الصفية والأنشطة اللاصفية وطبيعة التفاعل مع المدرسين والزلاء داخل حجرة الصف والمدرسة (Wei, Blackoraby, & Schiller, 2011:89).

وقد أكدت دراسة (Wong, K. Y; Chan, K. W; & Lai, P. Y. (2009) الى أن المراهقين البصريين أفضل بشكل دال في جودة الحياة، بينما المراهقون ذوو الإعاقة البصرية يعانون من انخفاض في معدلات المشكلات الإكلينيكية التي ترتبط بجودة الحياة، وأن الإعاقة البصرية سلباً على الأداء الأكاديمي في المدرسة للمراهقين المكفوفين.

• **الخصائص اللغوية:** يواجه الكفيف مشكلات لغوية تنطلق بتكوين المفاهيم، أو ما يسمى (تكوين صور ذهنية بصرية) وذلك لأن تكوين المفاهيم يعتمد على حاسة البصري، مثل مفاهيم المساحة أو الألوان أو الأطوال، فهم يتصفون بالمبالغة اللفظية في وصف الخبرة مما يسير إلى رغبة الكفيف في إشعار الآخرين بمعرفته بتلك الخبرة وبصفة عامة، فإن الإعاقة البصرية لا تؤثر تأثيراً مباشراً على اكتساب اللغة التي تعتمد على حاسة السمع، وبالتالي فإن النمو اللغوي لدى الكفيف يعتمد بشكل أساسي على خبراته وثقافته وسعة اطلاعه وكثرة تجاربه (Rowe, F.2013,150-154).

الخصائص الاجتماعية: أشارت منى الحديدي (٢٠٠٣) إلى أن تطور العلاقات بين الأفراد بعضهم البعض داخل المجتمع الواحد يكون نتيجة للتفاعل بينهم، وهذا التفاعل الذي يقوم أساساً على تبادل المنافع والخدمات المادية منها والمعنوية، ويقدر درجة هذا التفاعل بإيجابيات وسلبياته يتحدد نوع وطبيعة العلاقة بين الأفراد بعضهم البعض، أو بين الفرد والجماعة، ومن هذا التفاعل يخرج الفرد بخبرات غير سارة، وقد تغلب الخبرات السارة في بعض الأحيان على الخبرات غير السارة وأحياناً يحدث العكس، ونتيجة لذلك تتكون لدى الفرد فكرته عن ذاته وعن الآخرين.

ولقد أشارت دراسة Morgado, F. R., Campana, A. B., & Tavares, M. F. (2014) إلى تقبل الاجتماعي للطلبة المكفوفين كلياً بشكل أكبر من الطلبة العاديين مقارنة مع الطلبة المكفوفين جزئياً، للطلبة وقد ينجح الكفيف في إقامة علاقات اجتماعية، خاصة في مجال تكوين الأسرة، وفي ميدان العمل ولكن ذلك يعتمد إلى حد كبير على مدى أداء الكفيف وكفاءته في مجال العمل وفي الحياة الاجتماعية بشكل عام، ولعل أسوأ المواقف تجاه الكفيف هي مواقف أفراد أسرته.

• **الخصائص الانفعالية:** ويمكن تلخيص بعض الخصائص الانفعالية للمكفوفين في الآتي: انخفاض مفهوم الذات وسوء التوافق الشخصي والاجتماعي، الشعور بالإحباط والتوتر والعجز والدونية، فقدان الشعور بالأمان والطمأنينة، اختلال صورة الجسم وعدم الثقة بالنفس، انتشار الاضطرابات النفسية كثيراً بينهم، يعد القلق أكثرها شيوعاً، كثرة استخدام الحيل الدفاعية المختلفة (عادل عبد الله، ٢٠٠٤: ١١٤).

وقد أكدت نتائج دراسة (Truan & Trent, 1997) وجود ثلاثة عوامل رئيسية تؤدي إلى سوء التوافق لدى المكفوفين، وهي: الإعاقة نفسها، والاتجاهات الاجتماعية نحو المكفوفين، وتفاعل العاملين السابقين معها.

ثالثاً: البرنامج الإرشادي

تعريف البرنامج الإرشادي:

عرفه (حامد عبد السلام زهران، ٢٠٠٥: ٤٩٩) على أنه "برنامج مخطط منظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة، فردياً وجماعياً لجميع من تضمنهم المؤسسة بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو".

أما (طه عبدالعظيم حسين، ٢٠٠٤: ٢٨٣) فقد عرفه على أنه: مجموعة من الخطوات المحددة والمنظمة تستند في أسسها على نظريات الإرشاد النفسي وفتياته ومبادئه، وتتضمن مجموعة من المعلومات والخبرات والمهارات والأنشطة المختلفة والتي تقدم للأفراد خلال فترة زمنية محددة بهدف مساعدتهم في تعديل سلوكيات واكتساب مهارات جديدة تؤدي بهم إلى تحقيق التوافق النفسي وتساعدهم في التغلب على مشكلاتهم الحياتية".

هدفت دراسة فادية رزق عبد الجليل (٢٠١٥) إلى التحقق من فعالية التدريب على البرمجة اللغوية العصبية في تنمية الذكاء في تنمية الذكاء الوجداني لدى عينة من المراهقات المعاقات بصرياً، والكشف عن أثر تنمية الذكاء الوجداني الناتج من التدريب على البرمجة اللغوية العصبية في تحسين الشعور بجودة الحياة لدى المراهقات المعاقات بصرياً. وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج التدريبي للبرمجة اللغوية العصبية لتنمية الذكاء الوجداني وتحسين الشعور بجودة الحياة لدى عينة من الفتيات المراهقات ذوات الاحتياجات الخاصة بصرياً.

يعرف الباحث البرنامج الإرشادي انه مجموعة من الخطوات المنظمة والقائمة على أسس علمية، وتهدف إلى تقديم الخدمات لمساعدة الفرد، أو الجماعات لفهم مشاكلهم والتوصل إلى حلول بشأنها تنمية مهاراتهم وقدراتهم، لتحقيق النمو السوي في شتي مجالات حياتهم، ويتم في صورة جلسات منظمة في إطار من علاقة متبادلة بين المرشد والمسترشد.

مصادر بناء محتوى البرنامج الإرشادي:

يتم استقاء محتوى البرنامج من مصادر عدة منها علي سبيل المثال الإطار النظري الذي استهلها الباحث منه مادته العلمية حول الموضوع هدف البرنامج، والدراسات السابقة العربية والأجنبية ذات الصلة بموضوعه وبرنامج، والمقاييس والأدوات المستخدمة في دراسته وفي غيرها من الدراسات التي لها علاقة بدراسته، والدراسة الاستطلاعية الميدانية التي تتم من خلال الاستبيان المفتوح والتقارير الذاتية لأفراد العينة الاستطلاعية، وأيضاً تحليل محتوى البرامج الإرشادية التي تم تطبيقها من قبل والاستفادة منها في عمل جلسات البرنامج الإرشادي، مع الأخذ بعين الاعتبار أن

محتوي البرامج الإرشادية يختلف باختلاف المشكلة والأهداف والعمر الزمني لأفراد العينة (طه
عبدالعظيم حسين، ٢٠٠٤: ٢٨٦).

إجراءات تطبيق البرنامج الإرشادي:

وهي المرحلة التي تتضمن تنفيذ وتطبيق خطة العمل المنصوص عليها في البرنامج
الإرشادي قبل التنفيذ وقد حددها صديق في كتابه دليل المرشد النفسي، على النحو التالي:

محددات البرنامج الإرشادي

يحرص المرشد علي مراعاة مجموعة من الشروط عند وضع خطة العمل الخاصة بالبرنامج
الإرشادي حتى يضمن تحقيق أفضل نتائج عند التطبيق وهذه الشروط هي: مراعاة الأسس العلمية
لبرنامج الإرشاد النفسي، التنظيم، التكامل، الدقة والتحديد: يتحرى المرشد الدقة في صياغة البرنامج
بحيث لا تحمل عباراته أو مصطلحاته معان غامضة أو ملتبسة، وذلك فيما يتعلق: بأهداف البرنامج
الإرشادي، بالأساليب والفنيات المستخدمة لتحقيق هذه الأهداف، بالأساليب التي يتم استخدامها
لتقويم النتائج النهائية للبرنامج (محمد صديق، ٢٠٠٥: ٥٧ - ٥٨).

تقييم البرنامج الإرشادي:

يهدف التقييم إلى التحقق من مدي نجاح خطوات البرنامج، وأنها سارت كما هو متوقع لها،
ويعتبر التقييم إجراءً فنيًا يعتمد على قياس التغيرات التي تحدث نتيجة الإجراء العملي المحددة، وبناءً
على ذلك فهو يتم وفق أربع خطوات هي:

- قياس التغيرات التي يمكن أن تحدث.
- قياس التغيرات التي حدثت فعليًا.
- تقدير مدي فاعلية هذه التغيرات أو الرغبة في حدوثها، أو كليهما معًا.
- اقتراح إجراءات عملية جديدة لتصويب الوضع (صالح الخطيب، ٢٠٠٣: ١٧١).

خطوات تقييم البرامج الإرشادية:

من أهم خطوات تقييم البرامج الإرشادية ما يلي:

١. تحديد أسئلة التقييم والإجابة عنها من خلال وضع استمارة خاصة معدة من قبل لغرض
التقييم مراعية أهداف التقييم.
٢. تحديد معايير التقييم وتقدير وضع البرنامج اعتماداً عليها.
٣. تحديد طرق التقييم ووسائله واستخدامها لتحديد مدي فاعلية البرنامج وتحقيق لأهدافه.

-
٤. تحليل نتائج عملية التقييم وتفسيرها واستقصاء العلاقات بين جوانبه المختلفة لمعرفة الإيجابيات لتدعيمها والسلبيات لتصحيحها.
٥. اقتراح خطوات تقييم وإصلاح للبرنامج في ضوء النتائج لتحديد ما ينبغي دعمه أو تطويره أو تعديله من عناصر البرنامج (محمد سغان، ٢٠١٣: ٢١٩).

المعايير المستخدمة في تقييم البرامج الإرشادية:

١. الدراسات والأبحاث الموجهة لموضوع البرنامج.
 ٢. الاختبارات النفسية في المجال التربوي والمهني.
 ٣. دراسة التغييرات التي تحدث للمستفيدين من البرنامج بعد تطبيقه، مع تثبيت المتغيرات الدخيلة.
 ٤. متابعة النجاح الفعلي للمستفيدين من البرنامج.
 ٥. رأي العاملين والمسترشدين حول فاعلية البرنامج وكفاءته (محمد صديق، ٢٠٠٥: ٦١-٦٢).
- فروض الدراسة
١. توجد فروق داله احصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس جودة الحياة.
 ٢. توجد فرق داله احصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس جودة الحياة.
 ٣. توجد فروق داله احصائياً بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس جودة الحياة، بعد شهر من تطبيق البرنامج.
 ٤. يوجد تأثير دال احصائياً لبرنامج إرشادي في تنمية جودة الحياة لدى المكفوفين المجموعة التجريبية.

إجراءات الدراسة

أولاً: منهج الدراسة:

تعتمد الدراسة على المنهج التجريبي التي تهدف الى الكشف عن إثر متغير المستقل (البرنامج الإرشادي)، على المتغير تابع (جودة الحياة)، لدى المكفوفين، ولذي فقد تم تقسيم عينة الدراسة الى مجموعتين: المجموعة التجريبية: وهي التي تتلقى البرنامج الإرشادي، المجموعة الضابطة: وهي التي لا تتلقى برنامج وذلك لمعرفة الفروق بين المجموعتين.

ثانياً: مجتمع الدراسة:

تكون مجتمعُ الدراسة من طلاب المرحلة الثانوية من مدرسة عبدالله ابن ام مكتوم - الأكاديمية الملكية للمكفوفين.

ثالثاً: عينات الدراسة:

فُسمت عينة الدراسة إلى عينة التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، والعينة الأساسية.

١. العينة السيكومترية:

تكونت عينة التحقق من الخصائص السيكومترية من (٢٠) مكفوفاً من مدرسة عبد الله ابن ام مكتوم - الأكاديمية الملكية للمكفوفين، وذلك بغرض حساب الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة بالطرق الإحصائية المختلفة.

٢. عينة الدراسة الأساسية:

تكونت عينة الدراسة من اختيار عينة الدراسة الحالية وعددها (٢٠) طالب من مكفوفين من الذكور من مدرسة عبدالله ابن ام مكتوم - الأكاديمية الملكية للمكفوفين، حيث تراوحت أعمارهم من (١٤-١٨) سنة والذين حصلوا على درجة منخفضة على مقياس جودة الحياة، وتم تقسيم العينة عشوائياً الى مجموعتين. مجموعة الضابطة: وتكونت من (١٠) طلاب من المكفوفين لم يتلقوا البرنامج، ومجموعة تجريبية: وتكون من (١٠) طلاب من المكفوفين يتلقوا البرنامج.

٣. التكافؤ بين المجموعات:

لقد تم التكافؤ بين أفراد المجموعتين (التجريبية- الضابطة) من حيث التكافؤ العمر الزمني ومتغيرات الدراسة.

رابعاً: أدوات الدراسة:

تمثلت أدوات الدراسة في:

١. مقياس جودة الحياة للمكفوفين (أعداد: الباحث).

٢. البرنامج الإرشادي (أعداد: الباحث).

١. مقياس جودة الحياة للمكفوفين (أعداد: الباحث)

ظهر الحاجة لدى الباحث لأعداد مقياس جودة الحياة لدى المكفوفين وجود بعض المقاييس التي تناولت جودة الحياة، نظراً لان المقاييس لا تقيس جودة الحياة للكفيف، بالإضافة لعدم حداثة تلك المقاييس فلا تتناسب مع التطور القائم في قطاع التعليم بمجال المكفوفين والذي ينعكس عليهم،

أما مقياس الذي صممه الباحث وضع المكفوفين، ويتلاءم مع الظروف الحالية، وبعد اطلع الباحث على بعض الأطر النظرية والدراسات والبحوث المتعلقة بالموضوع.

١. **خطوات بناء المقياس:** سوف يتناول الباحث خطوات بناء المقياس التي تتمثل في مبررات أعداد المقياس والصورة الأولية للمقياس والتحقق من التحقق الخصائص السيكو مترية للمقياس المتمثلة في الصدق والثبات، وأخيراً أعداد الصورة النهائية للمقياس، وسوف تكون هذه الخطوات فيما يلي:

٢. أعداد الصورة الأولية للمقياس (تحديد الأبعاد وصياغة مفردات):

وفي ذلك اتبع الباحث الخطوات التالية: قام الباحث بإعداد مقياس جودة الحياة في ضوء ما توفر لديه من إطار نظري، وما اطلع عليه من المقاييس من خلال استعراض البحوث، والدراسات السابقة المتمثلة في: مقياس جودة الحياة للمكفوفين (أعداد: وردة قطب الغنام، ٢٠١٦)، مقياس جودة الحياة للمكفوفين (أعداد: رانيا أحمد عبد الغني البستاني، ٢٠١٧)، جودة الحياة للمكفوفين (أعداد: دينا محمد نجيب عبد الباسط هيكل، ٢٠١٥)، مقياس جودة الحياة للمكفوفين (أعداد: نهلة محمد مصطفى السيد، ٢٠١٧). وقد استفاد الباحث من محتوى هذه المقاييس في تحديد أبعاد المقياس وصياغة مفردات بما يتناسب مع خصائص أفراد الدراسة.

في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، الاطلاع على تلك المقاييس السابقة، ونتائج الدراسة الاستطلاعية: انتهى الباحث الى صياغة الصورة المبدئية لمقياس جودة الحياة للمكفوفين بأبعاده الستة كالتالي: البعد الأول: جودة الحياة الاجتماعية: (١١) عبارة، البعد الثاني: جودة الحياة الأسرية: (١٢) عبارة، البعد الثالث: جودة الحياة الصحية: (١٠) عبارة، البعد الرابع: جودة الدراسة (التعليم): (١١) عبارة، البعد الخامس: جودة الحياة النفسية: (١٢) عبارة، البعد السادس: جودة إدارة الوقت: (١٢) عبارة.

٣. الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة:

وقد تم تطبيق مقياس جودة الحياة على أفراد العينة الاستطلاعية المكونة من (٢٠) مكفوفاً من المكفوفين، وتم حساب صدق وثبات هذا المقياس على نحو التالي:

١. **الصدق الظاهري:** للتحقق من صدق مقاييس الدراسة ومدى ملاءمتها لتحقيق أهداف الدراسة الحالية، تم عرض هذه الأدوات بصورتها الأولية (ملحق: ١)، على مجموعة المحكمين من أساتذة الجامعات السعودية والجامعات الأردنية من ذوي الخبرة والاختصاص بمجال الإرشاد والتربية الخاصة، والقياس والتقييم، بلغ عددهم (١٠)، حيث قدم لهم المقياس مسبقاً تعليمات

توضيح لهم ماهية واستخدام المقياس، وطبيعة العينة، قام الباحث بتفريغ ملاحظات ومقترحات السادة المحكمين حول المفردات المختلفة مع قبول المفردات التي تمثل نسبة الاتفاق (٨٠%) فما فوق لإبقاء مفردات واقل من ذلك لحذفها أو تعديلها، وقد تم الأخذ بمقترحات المحكمين وإجراء التعديلات المطلوبة، وقد تضمنت المقاييس في صورتها النهائية (٥٤) لمقياس جودة الحياة.

٢. **الصدق التلازمي:** تم التحقق من صدق المحك التلازمي لمقياس جودة الحياة بحساب معامل الارتباط بين درجات طلاب العينة التقنينية (ن=٢٠)، مقياس جودة الحياة لضعاف السمع أعداد: نانسي كمال صالح عيد (٢٠١٨) وقد بلغ معامل الارتباط المحسوب بهذه الطريقة (٠,٨١٦)، وتراوح للأبعاد (٠,٥٣٦-٠,٨٣٢)، وجميعها ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.01$)

جدول (١)

معاملات الارتباط بين درجات أبعاد المقياس المستخدم ومقياس المحك

الأبعاد	الحياة الاجتماعية	الحياة الأسرية	الحياة الصحية	جودة الدراسة	الحياة النفسية	إدارة الوقت	الدرجة الكلية
الحياة الاجتماعية	**٠,٦٥٤						
الحياة الأسرية		**٠,٨٣٢					
الحياة الصحية			**٠,٥٩٩				
جودة الدراسة				**٠,٦٣٢			
الحياة النفسية					**٠,٥٣٦		
إدارة الوقت						**٠,٧٠٦	
الدرجة الكلية							**٠,٨١٦

٣. **ثبات مقياس جودة الحياة:** في الدراسة الحالية تم التحقق من ثبات المقياس بتطبيقه على عينة استطلاعية بلغت (٢٠) كفيماً، من داخل مجتمع الدراسة ومن خارج عينتها، ثم إعادة تطبيق المقياس مرةً أخرى على العينة الاستطلاعية وبفارق زمني بلغ (١٥) يوماً، وذلك بهدف حساب ثبات الاستقرار، وقد بلغ معامل الاستقرار للمقياس الكلي (٠,٨٢) وتراوح بين (٠,٧٩-٠,٨٤) للأبعاد.

٤. **طريقة تصحيح المقياس:** قام الباحث بتحديد نظام الاستجابة على بنود المقياس، ويجاب عن العبارات المقياس وفقاً لتدرج ثلاثي، وتم وضع مفتاح لتصحيح المقياس على أساس اختيار أحد البدائل من ثلاثة بدائل للإجابة على كل عبارة وهي (غالباً، أحياناً، نادراً)، وحيث أن المقياس به عبارات موجبة وأخرى سالبة فقد تم احتساب الدرجات علياً كما يلي (٣، ٢، ١) للعبارات الموجبة، بينما تحسب الدرجة (١، ٢، ٣) للعبارات السالبة. والدرجة المرتفعة على المقياس تشير إلى درجة مرتفعة من جودة الحياة بينما الدرجة المنخفضة تدل على انخفاض الشعور بجودة الحياة لدى المكفوف، وبذلك تتراوح درجات الأفراد على المقياس ما بين (١٦٢-٥٤) وكان عدد العبارات الموجبة (٤٢)، وعدد العبارات السلبية (١٢) عبارة، وهي المفردات التالية: (١-٥-٦-٨-١١-١٥-١٧-٢٩-٤٣-٤٥-٥١).

٢. البرنامج الإرشادي (أعداد: الباحث)

يعد البرنامج الإرشادي الحالي في تنمية جودة الحياة لدى المكفوفين ومن البرامج الهامة التي تهدف إلى تنمية جودة الحياة لدى المكفوفين، وبذلك اعتمد على فنيات الإرشادية النفسي، ذلك الاتجاه الجديد في علم النفس والصحة النفسية والإرشاد النفسي الذي يهتم بالتركيز على الجوانب القوة كوسيلة يمكن من خلالها علاج جوانب الضعف والتصدي لها، ولا سيما لدى فئة المكفوفين في تلك المرحلة العمرية الخطيرة التي يعاني فيها كثيراً من العديد من المشاعر والمشكلات النفسية العديدة. وقد مر أعداد البرنامج بعدة مراحل، بدايةً بمصادر أعداد البرنامج مروراً بخطوات البناء (التخطيط- التنفيذ- التقييم) وصولاً إلى الصورة النهائية.

١. التخطيط العام للبرنامج

اعتمد الباحث ببناء البرنامج الإرشادي في تحسين جودة الحياة لدى المكفوفين على طرق وفنيات علاجية متعددة الوسائل، حيث لا على نظرية محددة بذاتها، واستفاد الباحث من الدراسات السابقة في بناء البرنامج الإرشادي في توظيف واستخدام الفنيات والاستراتيجيات المستخدمة في بناء وأعداد برنامجه الإرشادي، ومنها دراسة (رانيا احمد عبد الغني البستاني، ٢٠١٧)، (وردة قطب

الغنام، ٢٠١٦)، (دنيا محمد نجيب عبد الباسط هيكل، ٢٠١٥)، (نهلة محمد مصطفى السيد، ٢٠١٧).

٢. أهداف البرنامج

أولاً: الهدف العام للبرنامج: يهدف البرنامج الى تنمية الجوانب الإيجابية في شخصيات المكفوفين للعينة التجريبية وتدعيم الممارسات الإيجابية الفعالة لهم، مما قد يساهم في تحسين لاستجاباتهم المختلفة وتحسين جودة الحياة لديهم.

ثانياً: الأهداف الإجرائية (السلوكية) للبرنامج: تنبثق تلك الأهداف من الهدف العام وتحقيق مباشرة من خلال جلسات البرنامج وهي كالتالي:

١. التعرف بين الباحث وأفراد المجموعة التجريبية كخطوه أولى لبناء العلاقة الإرشادية الناجحة.
٢. تعريف المشاركين على البرنامج الإرشادي.
٣. تعريف المشاركين على طبيعة مرحلة المراهقة والتغيرات المصاحبة لها.
٤. مساعد المشاركين على تقبل نظرة المجتمع وتوقعاته.
٥. مساعد المشاركين على تكوين التوقعات الإيجابية.
٦. تعرف المشاركين على التفكير الإيجابي.
٧. تنمية النظرة الإيجابية المشاركين وتدريبهم عليها.
٨. تدريب المشاركين على مهارة حل المشكلات.
٩. مساعدة المشاركين على تقديرهم لذواتهم بصورة إيجابية
١٠. مساعدة المشاركين على التحكم في انفعالاتهم
١١. تدريب المشاركين على تنمية الثقة بالنفس.
١٢. تدريب المشاركين على معنى الهدف من الحياة وطرق اكتسابها.
١٣. أن يدرك المشاركين أهمية التفاوض في حياتهم.
١٤. تدريب المشاركين على الحديث الذاتي الإيجابي.
١٥. تدريب المشاركين على مفهوم الكفاءة الذاتية.
١٦. مساعدة المشاركين على تقبلهم للإعاقة.
١٧. مساعدة المشاركين على تنمية مهارات الاجتماعية.
١٨. تنمية بعض المهارات الاجتماعية مثل (التسامح والتعاون والصدقة).
١٩. مساعدة المشاركين على زيادة جودة الحياة الصحية لديهم.

٢٠. مساعدة المشاركين على زيادة جودة الحياة الدراسية لديهم.

٢١. تعريف المشاركين على أساليب إدارة الوقت.

٣. ملخص جلسات البرنامج الإرشادي:

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	رقم الجلسة	عنوان الجلسة	رقم الجلسة	عنوان الجلسة
1	تمهيديه لقاء تعارفي	9	التقدير الإيجابي للذات	17	المهارات الاجتماعية
2	التعريف بالبرنامج الإرشادي	10	التحكم في الانفعالات	18	متابع المهارات الاجتماعية
3	مرحلة المراهقة وطبيعتها	11	تنمية الثقة بالنفس	19	جودة الحياة الصحية
4	نظرة وتوقعات المجتمع	12	الهدف من الحياة	20	جودة الحياة الدراسية
5	التوقعات الإيجابية	13	التفاوض	21	إدارة الوقت
6	التفكير الإيجابي	14	الحديث الذاتي الإيجابي	22	تقييم البرنامج
7	النظرة الإيجابية	15	الكفاءة الذاتية	23	المتابعة والتطبيق بعد المتابعة
8	حل المشكلات	16	تقبل الإعاقة		

١- إجراءات البحث:

جاءت إجراءات البحث على النحو التالي:

١. إعداد أدوات البحث والتأكد من دلالات صدقهما وثباتهما بالطريقة العلمية المناسبة.
٢. تحديد العينة الاستطلاعية من مجتمع الدراسة وخارج عينتها لأغراض التأكد من دلالة الصدق والثبات.
٣. تحديد عينة البحث وذلك باختيار (٢٠) مكفوف وتقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة
٤. تطبيق البرنامج الإرشادي المستخدم في هذه البحث على أفراد المجموعة التجريبية.

نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها

نتائج الفرض الأول: للتحقق من الفرض الأول والذي ينص على أنه: "توجد فروق داله احصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس جودة الحياة لصالح المجموعة التجريبية".

قام الباحث باستخدام اختبار مان ويتي (Mann Whitney Test) للمجموعات المستقلة للكشف عن مدى دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس جودة الحياة للأبعاد والدرجة الكلية، ويوضح الجدول (٢) نتائج الفرض الأول

جدول (٢)

يوضح نتائج اختبار مان ويتني لحساب الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة

على مقياس جودة الحياة بعد تطبيق البرنامج

م	البعد	المجموعة	ن	متوسط الرتب	المتوسط الحسابي	مجموع الرتب	مان ويتني U	معامل W	قيمة Z	مستوى الدلالة
١	الحياة الاجتماعية	ضابطة	10	5.70	15.50	57.00	2.000	57.000	-3.673	0.000
		تجريبية	10	15.30	20.40	153.00				
٢	الحياة الأسرية	ضابطة	10	6.00	14.70	60.00	5.000	60.000	-3.422	0.001
		تجريبية	10	15.00	20.70	150.00				
٣	الحياة الصحية	ضابطة	10	5.60	17.20	56.00	1.000	56.000	-3.742	0.000
		تجريبية	10	15.40	21.60	154.00				
٤	جودة الدراسة	ضابطة	10	5.55	14.80	55.50	0.500	55.500	-3.798	0.000
		تجريبية	10	15.45	21.90	154.50				
٥	جودة الحياة النفسية	ضابطة	10	6.15	16.10	61.50	6.500	61.500	-3.312	0.001
		تجريبية	10	14.85	19.80	148.50				
٦	جودة إدارة الوقت	ضابطة	10	5.95	16.30	59.50	4.5000	59.500	-3.464	0.001
		تجريبية	10	15.05	20.20	150.50				
٧	الدرجة الكلية لجودة الحياة	ضابطة	10	5.50	94.60	55.00	0.000	55.000	-3.782	0.000
		تجريبية	10	15.50	124.60	155.00				

يتضح من الجدول (٢) ما يلي:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على جودة الحياة في القياس البعدي، وبمقارنة متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على جودة الحياة في القياس البعدي، وجد أن متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي (١٥,٥٠)، ومتوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي (٥,٥٠)، وبالتالي يصبح الفرق لصالح المتوسط الأكبر وهو متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية، وهو ما يعني ارتفاع مستوى جودة الحياة لدى أعضائها بعد تطبيق البرنامج الإرشادي عن نظرائهم أفراد المجموعة الضابطة.

وفي ضوء ذلك أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس جودة الحياة لصالح المجموعة التجريبية، وتشير هذه النتيجة إلى فاعلية البرامج الإرشادي لتنمية جودة الحياة لدى المكفوفين، ويمكن أن يعزى ذلك إلى البرنامج الحالي أسهم في تنمية جودة الحياة لدى المكفوفين، من خلال التوجهات الإيجابية في التفكير والسلوك، والتوافق مع الذات ومع البيئة المحيطة بهم، فالبرنامج الإرشادي تم إعداده وفق مجموعة من الأسس ساهمت في تحقق فاعليته، كما تعزى فاعلية البرنامج الإرشادي إلى أن

البرنامج أخذ بعين الاعتبار مراعاة الفروق الفردية بين المكفوفين أنفسهم، والاستفادة قدر الإمكان من الموارد المتاحة في البيئة المحيطة، ومراعاة قضايا الأمن والسلامة في تنفيذ مراحل البرنامج بأنشطة متنوعة، كما راعى البرنامج أثناء التنفيذ مبدأ التدرج في تعليم المهارات من السهل إلى الصعب ومن البسيط إلى المركب، ومن المحسوس إلى المجرد، كما أنّ الاهتمام بالتشجيع والدعم المادي والمعنوي كان له دور المهم في نجاح البرنامج.

ويتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتيجة دراسة (صلاح الدين عراقي، ٢٠٠٦)، ودراسة (2008، Heal)، كما تتفق مع دراسة (سعاد حلمي، ٢٠١١).

نتائج الفرض الثاني: للتحقق من الفرض الثاني والذي ينص على أنه: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة لصالح القياس البعدي".

قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل بعد من أبعاد مقياس جودة الحياة في التطبيقين القبلي والبعدي، والجدول (٣) يوضح ذلك:

الجدول (٣)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل بعد من أبعاد جودة الحياة في التطبيقين القبلي والبعدي (ن=١٠)

الرقم	البعد	التطبيق القبلي		التطبيق البعدي	
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي
١	الحياة الاجتماعية	2.37	15.50	1.65	20.40
٢	الحياة الأسرية	1.49	15.00	2.41	20.70
٣	الحياة الصحية	2.54	17.00	2.01	21.60
٤	جودة الدراسة	2.27	14.50	2.42	21.91
٥	الحياة النفسية	2.07	16.60	1.81	19.81
٦	إدارة الوقت	2.23	15.40	1.32	20.20
	جودة الحياة الكلي	9.63	94.00	8.57	124.60

يتضح من الجدول السابق أن هناك فروق بين التطبيق القبلي والبعدي وكانت لصالح التطبيق البعدي (الفرق الأكبر) وذلك عائد لفاعلية البرنامج الذي تم تطبيقه وأثره على أفراد المجموعة التجريبية. وللتحقق من دلالة هذه الفروق ولإختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس جودة الحياة، ويوضح جدول (٤) هذه النتائج.

جدول (٤)
الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي على مقياس جودة الحياة

المتغير	اتجاه الفروق	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	مستوى الدلالة
الحياة الاجتماعية	سالِب	0	0.00	0.00	2.677-	0.007
	موجب	9	5.00	45.00		
	متساوي	1				
الحياة الأسرية	سالِب	0	0.00	0.00	2.823-	0.005
	موجب	10	5.50	55.00		
	متساوي	0				
الحياة الصحية	سالِب	0	0.00	0.00	2.680-	0.007
	موجب	9	5.00	45.00		
	متساوي	1				
جودة الدراسة	سالِب	1	0.00	0.00	2.810-	0.005
	موجب	10	5.50	55.00		
	متساوي	0				

0.020	2.320-	3.00	3.00	1	سالب	الحياة النفسية
		42.00	5.25	8	موجب	
				1	متساوي	
0.007	2.710-	1.00	1.00	1	سالب	إدارة الوقت
		54.00	6.00	9	موجب	
				0	متساوي	
0.005	2.805-	0.00	0.00	0	سالب	جودة الحياة
		55.00	5.50	10	موجب	
				0	متساوي	

يتضح من الجدول ما يلي: توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعيد على المستوى الكلي لمقياس جودة الحياة عند مستوى دلالة (0,01)، وبمقارنة متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على المستوى الكلي لمقياس جودة الحياة، وجد أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي (124,60)، والمتوسط الحسابي لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي (94,00)، وبالتالي يصبح هذا الفرق لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية، مما يشير إلى ارتفاع درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي على المستوى الكلي لمقياس جودة الحياة، بعد تطبيق البرنامج.

وفي ضوء ذلك أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة لصالح القياس البعدي، ويمكن أن يعزى ذلك بالإضافة إلى ما ذكر سابقاً في مناقشة السؤال الأول إلى أن البرنامج الإرشادي لتنمية جودة الحياة لدى المكفوفين ركز على مبدأ الفردية، بمعنى أن لكل شخص فرديته وخصوصيته، وبالتالي تتنوع الأساليب العلاجية المستخدمة في العملية العلاجية.

وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتيجة دراسة (صلاح الدين عراقي، 2006) التي أظهرت وجود فروق دالة إحصائياً بين درجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على مقياس جودة الحياة للأطفال (الدرجة الكلية) بعد تقديم البرنامج الإرشادي لأبائهم ودرجاتهم على نفس المقياس بعد تعليم البرنامج الإرشادي لأبائهم ودرجاتهم لصالح التقييم البعدي. كما تتفق مع دراسة (احمد محمد أبو زيد، 2012) التي أظهرت فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تنمية جودة الحياة (الرضا عن الحياة الشخصية، الكفاءة والإنتاجية، التمكين والاستقلال، والاهتمامات الاجتماعية والتكامل الاجتماعي) لدى عينة من المكفوفين.

نتائج الفرض الثالث: للتحقق من الفرض الثالث والذي ينص على أنه: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة لصالح القياس التتبعي".

قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل بعد من أبعاد مقياس جودة الحياة في التطبيقين البعدي والتتبعي، والجدول (٥) يوضح ذلك:

الجدول (٥)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل بعد من أبعاد جودة الحياة في التطبيقين البعدي والتتبعي (ن=١٠)

الرقم	البعد	التطبيق البعدي		التطبيق التتبعي	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	الحياة الاجتماعية	20.40	1.65	20.00	1.63
٢	الحياة الأسرية	20.70	2.41	20.30	2.00
٣	الحياة الصحية	21.60	2.01	21.10	1.85
٤	جودة الدراسة	21.90	2.42	23.00	2.76
٥	الحياة النفسية	19.80	1.81	19.70	1.89
٦	إدارة الوقت	20.20	1.32	19.80	1.03
	جودة الحياة الكلي	124.60	8.57	123.90	5.67

يتضح من الجدول السابق أن هناك لا توجد فروق واضحة بين التطبيق البعدي والتتبعي وهذا عائد لفائدة البرنامج المطبق ومدى تأثيره في أفراد عينة الدراسة. ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس جودة الحياة، ويوضح جدول (٦) هذه النتائج.

جدول (٦)

الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس جودة الحياة (ن=١٠)

المتغير	اتجاه الفروق	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	مستوى الدلالة
الحياة الاجتماعية	سالِب	6	5.00	30.00	0.921-	0.357
	موجب	5	5.00	15.00		
	متساوي	1				
الحياة الأسرية	سالِب	5	5.10	25.50	1.100-	0.271
	موجب	3	3.50	10.50		

				2	متساوي	
0.166	1.387-	40.00	5.71	7	سالب	الحياة الصحية
		15.00	5.00	3	موجب	
				0	متساوي	
0.480	0.707-	5.00	2.50	2	سالب	جودة الدراسة
		10.00	3.33	3	موجب	
				5	متساوي	
0.803	0.250-	24.50	4.90	5	سالب	الحياة النفسية
		20.50	5.12	4	موجب	
				1	متساوي	
0.157	1.414-	27.00	4.50	6	سالب	إدارة الوقت
		9.00	4.50	2	موجب	
				2	متساوي	
0.373	0.890-	30.00	6.00	5	سالب	جودة الحياة
		15.00	3.75	4	موجب	
				1	متساوي	

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة وأبعاده

وفي ضوء ذلك أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة، ويمكن أن يعزى ذلك إلى أنّ من مميزات البرنامج الإرشادي طول مدة تطبيقه واستناده إلى معايير أساسية بني عليها، واعتماده على أساليب محفزة للمعلمين، إضافة إلى أساليب التقويم المتعددة وبالأخص النهائية والتتبعية لضمان بقاء أثر البرنامج الإرشادي لدى أفراد المجموعة التجريبية؛ كلّ هذا ساهم بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي والتتبعي، وهذا يعني فاعلية وقوة البرنامج الإرشادي، إذا لم تظهر فروق بين التطبيقين مما يعني انتقال أثر البرنامج إلى المجموعة التجريبية واستمرار هذا الأثر ولم يتأثر البرنامج بمرور فترة زمنية، مما يشير أيضاً إلى صلاحية البرنامج الإرشادي وأن تأثيره ليس وقتياً.

نتائج الفرض الرابع: للتحقق من الفرض الرابع والذي ينص على أنه: "يوجد تأثير دال إحصائياً للبرنامج إرشادي في تنمية جودة الحياة لدى المكفوفين في المجموعة التجريبية؟"

للتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون لإشارات الرتب، للحصول على قيمة (Z) الناتجة عن الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي (مجموعتين مرتبطتين) لمقياس جودة الحياة، ومن ثم حساب حجم التأثير، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول الآتي:

جدول (٧)

قيم (Z) لاختبار ويلكوكسون وحجم التأثير (Z) البرنامج الإرشادي على مقياس جودة الحياة

البعد	العدد (n)	قيمة (Z)	حجم التأثير (n2)	مقدار التأثير
الحياة الاجتماعية	10	2.677	0.599	كبير
الحياة الأسرية		2.823	0.631	كبير
الحياة الصحية		2.680	0.599	كبير
جودة الدراسة		2.810	0.628	كبير
الحياة النفسية		2.320	0.519	كبير
إدارة الوقت		2.710	0.606	كبير
جودة الحياة (الكلي)		2.805	0.627	كبير

يتضح من خلال الجدول السابق أن حجم تأثير البرنامج الإرشادي في تحسين جودة الحياة لدى المكفوفين يتراوح بين (٠,٥١٩-٠,٦٣١)، والباقي يرجع الى عوامل ومتغيرات أخرى، وهذا يشير الى فعالية البرنامج الإرشادي وقوة تأثيره، وبلغ حجم تأثير البرنامج الإرشادي لتحسين جودة الحياة على الدرجة الكلية (٠,٦٢٧)، مما يشير الى أن (٦٢,٧%) من تباين الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة لدى المكفوفين يرجع الى أثر البرنامج الإرشادي.

وفي ضوء ذلك أظهرت النتائج أن حجم تأثير البرنامج الإرشادي لتنمية جودة الحياة لدى المكفوفين يتراوح بين (٠,٥١٩-٠,٦٣١)، وهذا يشير إلى فعالية البرنامج الإرشادي وقوة تأثيره، وبلغ حجم تأثير البرنامج الإرشادي لتحسين جودة الحياة على الدرجة الكلية (٠,٦٢٧)، وهذه النسبة ترجع إلى أثر البرنامج الإرشادي، ويمكن أن يعزى ذلك بالإضافة إلى الأسباب التي تم ذكرها في نتائج الفرضية الأولى والثانية إلى أن الأساليب التي تم تنفيذها خلال البرنامج الإرشادي ساهمت في إثارة الدافعية لدى عينة الدراسة، ورغبتهم في الحياة، وحسنت من جودتها.

كما أن البرنامج الإرشادي اهتم ببيكولوجية الكفيف؛ للحد من أثر الإعاقة البصرية على سعادة وجودة الحياة المكفوفين، كما أنه ساهم على إكسابهم عدداً من المهارات الاجتماعية والتي تحسن من جودة الحياة بالنسبة لهم وتصبح ذات معنى.

توصيات الدراسة:

- زيادة الدراسات التي تتناول اكتشاف مصادر جودة الحياة لدى المكفوفين.
 - تفعيل استراتيجيات الإرشادية لنشر جودة الحياة بين أفراد المجتمع ككل.
 - توعية المؤسسات التربوية الخاصة بالمكفوفين بضرورة خلق مناخ مناسب يدعم الخبرات الإيجابية لنمو الشعور بجودة الحياة.
 - التوعية الإعلامية بضرورة الاهتمام بتحسين جودة الحياة لدى المكفوفين.
 - تفعيل دور المؤسسات الحكومية في توفير الاحتياجات المادية والنفسية والاجتماعية للمكفوفين.
 - توعية أهالي المكفوفين من خلال تقديم الإرشاد الأسري الذي يمكنهم من كيفية التعامل مع ابناهم المكفوفين وتكيفهم مع المعاق بصرياً داخل البيت.
- بحوث مقترحة:

- فاعلية برنامج إرشادي في تنمية الرفاهة النفسية لدى المكفوفين.
- فاعلية برنامج إرشادي تكاملي لتنمية الكفاءة الذاتية والاجتماعية لدى المكفوفين.
- فاعلية برنامج إرشادي لتنمية حب الحياة لدى المكفوفين.
- فاعلية برنامج إرشادي معرفي السلوكي في تنمية السلوك الإيجابي وأثره على تنمية جودة الحياة لدى المكفوفين.

قائمة المراجع

١. أبو النجا عز الدين وعمرو بدران (٢٠٠٣): ذوو الاحتياجات خاصة، الإعاقات: الذهنية والحركية والبصرية والسمعية، القاهرة، مكتبة الإيمان.
٢. أحمد عكاشة (٢٠٠٧): جودة الحياة والنسيج الاجتماعي. ورقة مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر السنوي الخامس للمركز المصري للعلوم الطبية بالاشتراك مع جامعة الأزهر وعنوانه: "تحو أعصاب سليمة" المنعقد في الفترة من ٣ الى ٤ مايو ٢٠٠٧.
٣. أحمد محمد أبو زيد (٢٠١٢): فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية جودة الحياة لدي المراهقين، المجلة المصرية للدراسات النفسية، مجلد (٢٢)، العدد (٧٤): ٦٧-٢٦.
٤. أميرة طه (٢٠٠٦): جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المعاقين بصرياً بالملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى.
٥. جابر عبد الحميد وعلاء الدين الكفافي (١٩٨٨): معجم علم النفس والطب النفسي. مجلد (٣)، القاهرة، دار النهضة العربية.

-
٦. جمال الخطيب (١٩٩٨): مقدمه في الإعاقة السمعية، الأردن، دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
٧. حامد زهران (٢٠٠٥): التوجيه والإرشاد النفسي، ط (٣)، القاهرة، عالم الكتب.
٨. حسن مصطفى عبد المعطي (٢٠٠٥)، الإرشاد النفسي وجودة الحياة المجتمع المعاصر، المؤتمر العلمي الثالث الأبناء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، ١٥-١٦ مارس ٢٠٠٥.
٩. دينا محمد نجيب عبد الباسط هيكل (٢٠١٥): فاعلية برنامج إرشادي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لتحسين جودة الحياة لدى عينة من المراهقين المكفوفين، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة بنها.
١٠. رانيا أحمد عبد الغني البستاني (٢٠١٧): فاعلية برنامج عقلائي انفعالي سلوكي وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية لتحسين جودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة كفر الشيخ.
١١. سعاد حلمي (٢٠١١): التدخل المهني من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية لتحسين نوعية حياة المكفوفين، رسالة دكتوراه، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة عين شمس.
١٢. سعد عيد (٢٠١٠): الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية وتحسين جودة الحياة للمعاقين بصرياً: دراسة تجريبية مطبقة على مدرسة للمكفوفين بمحافظة الفيوم، رسالة دكتوراه، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم.
١٣. سعيد عبد العزيز (٢٠٠٥): إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
١٤. سيد صبحي (٢٠٠٧): رعاية وتأهيل بحوث ودراسات، القاهرة، الدار المصرية اللبنانية.
١٥. صالح الخطيب (٢٠٠٣): الإرشاد النفسي في المدرسة أسسه-نظرياته - تطبيقاته، الطبعة (١)، الإمارات العربية المتحدة، دار الكتاب الجامعي.
١٦. صبحي سليمان (٢٠٠٧): تربية الطفل المعاق، الجزيرة، دار الفاروق للاستشارات الثقافية.
١٧. صفاء أحمد محمد عجاجة (٢٠٠٧): النموذج السببي للعلاقة بين الذكاء الوجداني وأساليب مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى طلاب الجامعة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
-

١٨. صلاح الدين عراقي (٢٠٠٦). فعالية برنامج إرشادي للآباء لتحسين جودة الحياة لدى أبنائهم ذوي الاحتياجات الخاصة. مجلد (١٦)، عدد (٦)، بنها: مجلة كلية التربية، ٢١٩-٢٥٨.
١٩. طه عبد العظيم حسين (٢٠٠٤): الإرشاد النفسي النظرية التطبيق التكنولوجيا، الأردن، دار الفكر.
٢٠. عادل عبد الله (٢٠٠٤) الإعاقات الحسية، دار الرشد.
٢١. علي إبراهيم (٢٠١٣): نوعية الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى عينتين من الصم والمكفوفين، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة المنصورة.
٢٢. فادية رزق عبد الجليل (٢٠١٥): تنمية الذكاء الوجداني كمدخل لتحسين الشعور بجودة الحياة باستخدام البرمجة اللغوية العصبية لدى المراهقين بصرياً، رسالة دكتوراه، كلية البنات للآداب والعلوم التربية-جامعة عين شمس.
٢٣. محمد سعفان (٢٠٠٣): دراسات في علم النفس والصحة النفسية، القاهرة، دار الكتاب الحديث.
٢٤. محمد صديق (٢٠٠٥): دليل المرشد النفسي، مطبعة كلية العلوم ببني سويف، مصر.
٢٥. محمد عبد المؤمن (١٩٨٣): سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم. دار الفكر الجامعي.
٢٦. منى الحديد (٢٠٠٣): قيم المكفوفين في مرحلة المراهقة وعلاقتها بالعمر والجنس. العدد (٢٤)، مجلة مركز البحوث التربوية، قطر، ١٦١-١٨٢.
٢٧. نهلة محمد مصطفى السيد (٢٠٠٧): فعالية برنامج لتحسين نوعية الحياة لخفض القلق الاجتماعي لدى عينة من المراهقين المكفوفين، رسالة دكتوراه، كلية التربية، عين شمس.
٢٨. وردة قطب الغنام (٢٠٠٦): فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي لتنمية مهارات الاستقلال الذاتي وتحسين جودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة كفر الشيخ.

29. Green, K; & McGwin, G., & Owsley, C. (2013): Association Between Visual, Hearing, and Dual Sensory Impairments and History of Motor Vehicle Collision Involvement of Older Drivers. **Journal of The American Geriatrics Society**, 61(2), 252-257. Doi:10.1111/jgs.12091.
30. Heal, D (2008): Effectiveness of the program guide for parents in improving the quality of life for the children with disabilities North American. **Journal of Phycology**, Vol (10) N (1) PP 92-94.

-
-
31. Heward, W. & Orlansky, M.D. (1992): *Exceptional children An introduction to special education* (4th ed).
 32. Klein, K; Klein, B; Cruickshanks, K. (2005): Visual functioning and quality of life outcomes among cataract operated and UN operated blind population in Nepal. **Ophthalmic**, 123, 807-814.
 33. Ling, S. and Johnson, C. (2009): **Population dynamics of an ecologically important range-extender: kelp beds versus sea urchin barrens**. *Marine Ecology Progress Series*. 374, 113–125
 34. Louis, S.M; Matthew D; Karen Malley, K. K; & Alanoglesby (2008): The Longitudinal link between visual acuity and health-related quality of life in patients with diabetic retinopathy. **Health and quality of life outcomes**, 6:95.
 35. Morgado, F. R., Campana, A. B., & Tavares, M. F. (2014): Development and Validation of the Self-Acceptance Scale for Persons with Early Blindness: **The SAS-EB. Plus**, ONE, 9| (9), 1-9.
 36. Rowe, F. (2013): **Symptoms of stroke-related visual impairment. Strabismus**, 21(2), 150-154.
 37. Truan, M.B; & Trent, S.P. (1997): Impact adolescents to progressive vision loss on Braille reading skills: case studies. **Journal of visual impairment & Blindness**. 91, (2), 301-309.
 38. Wei, X; Blackorby, J; & Schiller, E. (2011): **Growth in reading Achievement of Students with Disabilities**, Ages 7 to 17.
 39. Wong, K. Y; Chan, K. W; & Lai, P. Y. (2009): Revisiting the Relationships of Epistemological Beliefs and Conceptions about Teaching and Learning of Pre-Service Teachers in Hong Kong. **Asia-Pacific Education Researcher** (De La Salle University Manila), 18(1).