

**فعالية برنامج إرشادي لتنمية جودة الحياة لدى عينة
من المراهقين المكفوفين مرتفعي القلق**

نهلة محمد مصطفى

باحثة دكتوراة

أ.د / محمد رزق البحيري

أ.د/ فايزة يوسف عبد المجيد

أستاذ علم النفس بجامعة عين شمس

أستاذ علم النفس بجامعة عين شمس

المخلص : أهداف الدراسة : هدفت الدراسة للكشف عن فاعلية برنامج إرشادي في تنمية جودة الحياة لدى هيئة من المكفوفين مرتفعي القلق. **الإجراءات:** تكونت العينة من (٢٠) مكفوفاً ؛ في عمر (١٦-١٨) عاماً ، تك تقسيمهم إلى (١٠) مجموعة تجريبية و(١٠) مجموعة ضابطة ؛ وتمت الاستعانة بأدوات منها : مقياس المستوي الاقتصادي الاجتماعي الثقافي إعداد:محمد البحيري (٢٠٠٢) ، مقياس الذكاء العام إعداد:فاروق موسى (٢٠١٠) ، مقياس جودة الحياة إعداد:نهلة مصطفى(٢٠١٦) ، مقياس القلق الاجتماعي إعداد:نهلة مصطفى (٢٠١٦). **النتائج:** أسفرت الدراسة عن فاعلية البرنامج الإرشادي في تنمية جودة الحياة لدى عينة من المكفوفين مرتفعي القلق .

The effectiveness of a counseling program in improving the quality of life in a sample of blind with high anxiety

Abstract

Objectives: this research was to try enrich psychological studies in the field of special needs, by studying positive sides quality of life .**Procedures:**Research included (20) blind , aged (16-18) years old, divided into control group (10)and experimental (10) .this controlled some psychological and demographic variables, which did not affect the results of the study .the participants were administered with the intelligence scale for adultsblinds(Farouk Mousa,2010), the social ,economic and cultural level scale (El- Beheri.,2002) ,the social anxiety and quality of life scales(Nahla,2016)and theprocedures of quality of lifeimproving program(Nahla,2016). **Results:** indicate The effectiveness of a counseling program in devolping the quality of life in blind with high anxiety

مقدمة:

من الله سبحانه وتعالى على الإنسان بأفضل النعم - بعد نعمة العقل - ألا وهي نعمة الإحساس ، فالحواس هي التي يظل بها الإنسان على العالم الخارجي ، فعن طريقها يشكل الفرد خبراته ومعلوماته ومعارفه عن الحياة الخارجية ، ويجمع الإنطباعات التي تكتسب من خلال الحواس المختلفة ؛ لذلك فإن أى إعاقة تحدث لهذه الحواس تؤثر على شخصية الفرد وعلى سلوكه واستجاباته للمواقف المختلفة ، ويمثل ذوي الإحتياجات الخاصة ظاهرة ذات أبعاد اجتماعية ونفسية وتربوية واقتصادية ، وبعد أن كانوا كماً مهملأ لا قيمة لهم ، ومحل سخرية واستهزاء صاروا اليوم محلاً لاهتمام ورعاية الآخرين ، وكثير منهم صار يلقي نظرات الإحترام والإعجاب والتقدير أينما يذهبون(على إبراهيم،٢٠١٣).

كما يعاني الكفيف أيضاً من التوتر العصبي بدرجة كبيرة وعدم إستقرار إنفعالاته ومن ثم ينعكس ذلك كله على علاقاته وخاصة مع ذوي الأهمية في حياته مثل الأهل والأصدقاء والأقارب (Dryden,1996:66).

ف نجد أن الإعاقة البصرية تلقي بآثارها السلبية على جوانب الحياة المختلفة لدى المكفوفين بمختلف مراحلهم العمرية ، وبعد الشعور بنوعية الحياة واحداً من إحدى الموضوعات المهمة جدا في حياة الكفيف ، ونظراً لأهميته تعد نقطة البداية لتجنب المشكلات التي يمكن أن يعانها ويعايشها ويشكو منها المكفوفين ، فكثيراً ما ينتج عن إحساس الفرد بانخفاض مستوى

جودة الحياة لديه وعدم الرضا عن حياته وظهور مشكلات نفسية عديدة تؤثر سلباً على علاقاته الاجتماعية والتي يعيش فيها ويتفاعل معها ويتأثر بها ويؤثر فيها (علي إبراهيم، ٢٠١٣) ويركز الاتجاه الاجتماعي في تناوله لجودة الحياة على الأسرة والمجتمع ، وعلاقات الافراد والمتغيرات الاجتماعية الاخرى ، وأنها تمثل الحيز الاجتماعي المادي الذي يحيط بالفرد ومستوى معيشته ومدى تواصله بالآخرين وعلاقاته الحميمة وقدرته على تحقيق أهدافه في الحياة ، ويكتسب مفهومه عن ذاته ، ومعنى حياته من إدراكه لجودة الحياة التي يعيشها (Park,2002:151).

ويُنظر إلى مفهوم جودة الحياة وفقاً للمنظور النفسي على أنه " البناء الكلي الشامل الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة ، بحيث يمكن قياس هذا الاشباع بمؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية ، وكلما انتقل الانسان إلى مرحلة جديدة من النمو فرضت عليه متطلبات وحاجات جديدة لهذه المرحلة تلح على الاشباع ؛ مما جعل الفرد يشعر بضرورة مواجهة متطلبات المرحلة الجديدة فيظهر الرضا في حالة الاشباع وعدم الرضا في حالة عدم الاشباع نتيجة لتوافر مستوى مناسب من جودة الحياة (Fallow,1999) .

كما يعد القلق من المشكلات التي يعيشها الانسان وتؤثر في صحته النفسية ، والقلق بأنواعه ومظاهره هو حجر الزاوية في كل الأمراض النفسية والعقلية، لأن وجوده يعنى إنذاراً بالخطر يهدد أمن الفرد وسلامته وتقديره لذاته واحساسه بالرضا والسعادة ، وأحد أنواع القلق هو القلق الاجتماعي ونجد أن جميع الناس قد مروا بالقلق الاجتماعي في مواقف اجتماعية معينة بشكل عابر ولكن البعض قد يعانى منه بشكل مزمن، وقد يخاف الفرد من مقابلة الناس أو إلقاء خطاب أو إرتياد الأماكن العامة، وللقلق الاجتماعي أعراض ومصاحبات فسيولوجية ونفسية ومعرفية ووجدانية واجتماعية تعوق الفرد عن الحياة بشكل طبيعي سواء على المستويات الشخصية أو المهنية أو الاجتماعية ؛ حيث يظهر الأفراد قلقاً وتجنباً زائداً من الإحتكاك بالناس والشعور بالمعاناه الشديدة في العلاقات الاجتماعية وعدم إقامة علاقات اجتماعية مع الأشخاص المؤلفين ، والقلق والإنسحاب يعتبران من أهم أعراض القلق الاجتماعي ، وهذا بالنسبة للشخص العادي ويزداد القلق الاجتماعي بالنسبة للكفيف فنجد أكثر فئات ذوي الاحتياجات الخاصة شعوراً بالقلق عند التفاعل مع الآخرين لعدم ثقته بهم نتيجة لطبيعة العجز الذي يعيشه؛ حيث لا يستطيع الحركة بحرية و السيطرة على البيئة أو إدراك ما حوله نتيجة نقص الخبرات الاجتماعية والشخصية . لذا يحتاج الكفيف إلى الرعاية النفسية والشعور بجودة الحياة التي تولد لديه الشعور بالأمن وتجعله يندمج مع المجتمع والإشتراك في مختلف الأنشطة وتوفر المواقف الإيجابية التي تجذبه الخروج من عالمه الضيق متحدياً العجز ، محاولاً الاندماج مع المجتمع والخروج من دائرة القلق الاجتماعي والإضطرابات النفسية (إيمان عطوة ،٢٠٠٦).

ولأهمية جودة الحياة بالنسبة للمكوفين وتأثيرها الإيجابي في حياتهم ، وللآثار السلبية للقلق الاجتماعي على حياتهم باعتباره إعاقة نفسية قد تزيد من إعاقاتهم البصرية أجريت هذه الدراسة للكشف عن فاعلية برنامج ارشادي لتنمية جودة الحياة لدى عينة من المكوفين مرتفعي القلق .

مشكلة الدراسة :

تتشكل شخصية ذوي الإعاقة تبعاً للعديد من المعايير ومنها اختلاف الإعاقات عن بعضها البعض في طبيعتها ونوعيتها وشدتها وعمر المعاق وتربيته ودوره وطبيعة مجتمعه ، فإذا نظرنا إلى الكفيف فسنجد أنه يحيا حياة نفسية غير سوية تؤثر في بناء شخصيته، فتظهر لديه بعض السمات مثل القلق والإنطواء ، ويعيش في صراع بين التمتع بمباهج الحياة والإستقلالية .

ودافع الإنطواء لطلب الأمن والرعاية ، فهو يرغب أن يكون شخصية مستقلة ويدرك أنه سيظل إلى درجة غير محدودة لا يستطيع الإعتماد على نفسه (أسماء خضير ، ٢٠١١).

كما يؤثر موقف نوي الإعاقة البصرية بشكل كبير في توافقهم ، 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 واحباط وشعور بالفشل وعدم النجاح وتقدير ذات منخفض . فضلاً عن معاناته من مشكلات تتعلق بخبرته بعالم الأشياء ، وإدراك الشكل والعلاقات المكانية ، وصعوبة في الحركة والتنقل ، والإعتماد على الآخرين (سعيد عبد العزيز ، ٢٠٠٥ : ٣٦٣-٣٦٤).

ونجد أن كثير من المكفوفين لا يدركون معنى لحياتهم؛ مما يشعرهم بالعجز والنقص، وبالتالي يكون لديهم مشاعر الخجل والإنطواء والعزلة الإجتماعية من أجل الهروب من الواقع ، وبالتالي تنخفض جودة الحياة لديهم وعلاقاتهم الإجتماعية (على ابراهيم ، ٢٠١٣) . ويعتبر المكفوفين من الفئات التي تحتاج إلى رعاية خاصة ، و مساندة اجتماعية في الأسرة والمدرسة والمجتمع ، وخدمات تساعدهم على التوافق مع ظروف الحياة في ظل الإعاقة ، وتعتبر نوعية الحياة من المؤشرات المهمة لجودة الخدمات المقدمة لتلك الفئات (عادل الأشول ، ٢٠٠٥ : ١٠)؛ وتبلغ نسبة انتشار المكفوفين جزئياً وكلياً (٤,٩%) ونسبتهم (٢٩%) من إجمالي الاعاقات (محمد البحيرى ، ٢٠١٠).

وتعد معرفة سمات شخصية الكفيف من الاعتبارات المهمة عند تقديم المساعدة التربوية والتسهيلات التي تساعده على النمو المعرفي والنفسي والاجتماعي(عبد الرحمن إبراهيم ، ٢٠٠٣: ٣٩)، وتؤثر إصابة الفرد بالإعاقة البصرية بشكل كبير على إترانه الانفعالي، وتوافقه النفسي مما يزيد من شعوره بالقلق وعدم الأمن والنقص والدونية والهروب من البيئة التي يُخيل إليه أنها تنبذه أو لا تحبه بالقدر الذي يرضى به (جمال الخطيب ، ١٩٩٨: ١٧٨)، إضافة إلى الاحساس بالفشل والاحباط وانخفاض احترام الذات واختلال صورة الجسم وهم أقل توافقاً شخصياً واجتماعياً وشعوراً بالانتماء وأنهم أكثر انطواءً واستخداماً للحيل الدفاعية في سلوكهم كالكبت والتبرير والتعويض والانسحاب (مجدي عزيز، ٢٠٠٣: ١٠٥).

و تفرض الاعاقة البصرية على الفرد نوعاً معيناً من القصور الناتج عن غياب أو نقص حاسة الابصار ،مما يؤدي إلى معاناة المعاق بصرياً من مشكلات متعددة مثل مشكلات حركية ، الحماية الزائدة ، والاعتماد على الآخرين ، والقصور في العلاقات الاجتماعية ، مما يؤثر عليه اجتماعياً وانفعالياً(فواز خالد، ٢٠٠٦: ١٦) .

ولا يدرك الكفيف معنى لحياته مما يشعره بالعجز النفسي والنقص والشعور بالدونية ، وبالتالي يكون لديه مشاعر النقص والخجل والانطواء والعزلة الاجتماعية من أجل الهروب من الواقع ، وبالتالي تنخفض لديه جودة الحياة سواء كانت الموضوعية أو الذاتية من الصحة العامة والصحة الجسمية وعلاقاته الاجتماعية والبيئة التي يعيش فيها ويتأثر بها والتي غالباً لا يشعر بتأثيره فيها (Aite,2001:5).

ونجد أنه للقلق الاجتماعي آثار سلبية على الفرد سواء في الناحية النفسية أو الاجتماعية ، فالاعراض النفسية منها الخوف الشديد الذي يمتلك الفرد ويسبب له الكدر والضيق ، ويتسبب في حدوث صراع ناتج عن فقد التوازن وفشل في التكيف ، ويسبب القلق الاجتماعي اضطراب النوم والنظرة السوداوية للحياة بشكل عام (أحمد الزغبى ، ١٩٩٧: ١٠٦)، أما عن الاعراض الاجتماعية للقلق الاجتماعي فنجدها تظهر في شكل خوف الأفراد الشديد من الاوضاع المهينة اجتماعياً والوضع المحرج للفرد أمام الآخرين لاعتقاد الفرد أن الآخرين أفضل منه وأنه ليس كفاء ويشعر الفرد أن الانتباه مركز عليه مع أن البعض يدرك أن هذه الاعتقادات غير منطقية

ولكنهم يخشون المواجهة والقلق الشديد يسبق عادةً الموقف ولكن يستمر القلق معهم بشدة طوال الوقت ويبقى لديهم مشاعر سيئة (Vertue,2003:1).

هذا بالنسبة للشخص العادى ؛ أما الكفيف فنجد أن هذه الأعراض لديه ولكن بصورة أكبر من الفرد العادى، فالكفيف لديه قلق شديد من التحدث والكتابة والأكل أمام مجموعة من الناس وذلك نتيجة لنقص المهارات الاجتماعية ، ولجوانب معرفية سلبية تسبب مزيد من نقص المهارات ومزيد من الأفكار السلبية غير المنطقية التي تؤدي إلى نتائج سلوكية ومعرفية سيئة فتؤدي على سبيل المثال إلى الإحجام المستمر عن التواصل بالآخرين والخوف من التقييم السلبي ، وعدم مواجهة المواقف والنتيجة النهائية تكون تجنب المواقف الاجتماعية برمتها (أحمد متولي ، ١٩٩٣).

ولإتفاق الدراسات السابقة على إنخفاض جودة الحياة لدى المكفوفين (أميرة طه، ٢٠٠٦؛ سعد عيد، ٢٠١٠؛ علي إبراهيم، ٢٠١٣) وإرتفاع القلق الاجتماعي لديهم (أسماء خضير، ٢٠١١؛ إيمان عطوى، ٢٠٠٦؛ Cowan,1997) و وجود إرتباط سالب دال بين جودة الحياة والقلق الاجتماعي (Van,2001؛ Globe,1999) ولندرة الدراسات التي تناولت تنمية جودة الحياة لدى المكفوفين مرتفعي القلق - في حدود ما اطلعت عليه الباحثة - أجريت هذه الدراسة ، وتثير المشكلة الأسئلة التالية :

- ١- هل يساعد البرنامج الإرشادي في تنمية جودة الحياة لدى عينة الدراسة من المكفوفين ؟
- ٢- هل تستمر فاعلية البرنامج الإرشادي - إن وجدت - في تنمية جودة الحياة لدى عينة الدراسة بعد شهر من انتهاء تطبيقه (فترة المتابعة) ؟
- ٣- هل تنعكس فاعلية تنمية جودة الحياة على درجات القلق الاجتماعي لدى عينة الدراسة من الكفوفين ؟
- ٤- هل تستمر فاعلية برنامج تنمية جودة الحياة - إن وجدت - في خفض القلق الاجتماعي لدى عينة الدراسة بعد شهر من انتهاء تطبيقه (فترة المتابعة) ؟

أهمية الدراسة :

تتجلى أهمية الدراسة في :

- إن مجال جودة الحياة من المجالات التي لم تلق الاهتمام الكافي من جانب الباحثين في مجال العلاج الإرشاد النفسي لذوي الإعاقة البصرية .
- تساعد الدراسة في الاقتراب من الواقع النفسي للكفيف ومحاولة التقريب بينه وبين المجتمع.
- إن هذه الدراسة يمكن أن تقدم صورة واضحة وفهماً أعمق لسيكولوجية المكفوفين ولا سيما عينة هذه الدراسة مما قد يساعد مخططي التعليم على الارتقاء بهذه الفئة للوصول لأقصى درجات النضج .
- الكشف عن بعض السمات النفسية للكفيف حيث يمكن العمل على التخفيف من حدة تلك الآثار النفسية المترتبة على الإعاقة البصرية .

مفاهيم الدراسة :

الكفيف:

يُعرف الكفيف بأنه شخص لديه حدة بصر تبلغ (٢٠٠/٢٠) أو أقل في العين الأقوى بعد إتخاذ الإجراءات اللازمة أو لديه حقل إبصار محدود لايزيد عن (٢٠) درجة (فواز خالد، ٢٠٠٦ : ١٣).

وأيضا المكفوفين هم الأفراد الذين تقل حدة إبصارهم عن (٢٠٠/٢٠) بالعينين معا أو بالعين الأقوى بعد العلاج أو التصحيح بالنظارة الطبية، وأصيب بذلك منذ الولادة أو قبل سن الخامسة وألا يكون مع كف البصر أي عجز بدني (ياسر محمد ، ٢٠٠٨).

كذلك يُقصد بالمكفوفين هم أولئك الأفراد الذين لا يستطيعون أن يتعاملوا بالطرق والوسائل والأساليب البصرية التي تستخدم مع العاديين في نفس العمر الزمني ولهذا فهم يحتاجون إلى طرق ووسائل وأدوات تعليمية خاصة (هدى سلامة، ٢٠٠٩).

التعريف الاجرائي للمكفوفين هم أولئك الذين ولدوا بدون إبصار أو فقدوا إبصارهم بعد الولادة وقبل بلوغهم عمر خمس سنوات ، وتكون حدة إبصار أقوى عيني الكفيف تصل إلى (٢٠/٢٠) أو أقل بإستخدام العدسات الطبية ، وتتراوح أعمارهم ما بين (١٦-١٨) عاما.

جودة الحياة :

هي المناخ المزاجي والانفعالي المناسبين للعمل والانجاز ، مع تبنى فلسفة التطوير والتحسين لمواجهة الأزمات واتخاذ القرارات المرتكزة على الحقائق والوقاية من الاخطاء قبل الوقوع فيها (مجدى عبدالكريم، ٢٠٠٦).

وتعرف بأنها مايراه الفرد من سبل تمكنه من أن يحيا حياته بالشكل الذي يريده ، وكيف يقيم حياته وفق ما يراه من أساليب تحقق له الأفضل والأمثل في الحياه التي يعيشها (السيد فهمي ، ٢٠١٠).

وأخيرا هي إدراك الفرد لوضعه الحياتي ، في سياق الثقافة ونسق القيم التي يعيش فيها ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه ، توقعاته، واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية ، وحالته النفسية ومستوى استقلاليتها، وعلاقاته الاجتماعية ، واعتقاداته الشخصية ، وعلاقته بالبيئة بصفة عامة (علي إبراهيم، ٢٠١٣).

التعريف الإجرائي: تتمثل في التكامل بين الوظائف النفسية للفرد وفاعليته الاجتماعية ،

وتتضح قدراته على استغلال قدراته بامكاناته وطاقاته إلى أقصى حد ممكن ؛ مما يجعله يشعر بالسعادة والرضا عن الحياة والرضا عن الذات والصحة النفسية ، وتقاس بالاستجابات اللفظية لعينة الدراسة على مقياس جودة الحياة (إعداد: نهلة مصطفى).

٣-القلق الاجتماعي :

هو الخوف الزائد من الإحراج أو الإهانة أو التقييم السلبي من قبل الآخرين في مواقف اجتماعية والميل إلى تجنب المواقف التي تنطوي على شعور القلق (Kashdon & Herbert, 2001).

وأیضا هو الخوف الزائد من المواقف الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين؛ الأمر الذي يسبب بشكل تلقائي مشاعر الخجل والاحساس بالنقص والخوف من التقييم والتقدير الشئ الذي يشعر الفرد بالدونية .

(Richard, 2003)

كما أنه حالة من التوتر الاجتماعي تشير الى وجود مظهر خارجي أو داخلي يهدد الذات ويظهر القلق عندما يواجه الناس صراعاً عقلياً أو عند احتمال مواجهة مواقف خطيرة والعديد من المسببات للقلق تنشأ عن الاشتراط، وهو حالة إنفعالية مركبة من الخوف المستمر بدون مثير ظاهر، ويدل القلق على استجابة قوية حقيقية أو على ميل للاستجابات بالخوف لأي موقف حاضر أو متوقع يدركه المرء على أن يتضمن تهديداً محتملاً لاعتبار الذات (محمد العبيدي، ٢٠٠٤: ٤٩).

التعريف الإجرائي: هو حالة وجدانية غير سارة تبدو في أعراض وجدانية ومعرفية وشعور الفرد بتهديد داخلي أو خارجي مما يؤثر على صحته النفسية وهو الاستجابات اللفظية لعينة الدراسة على مقياس القلق الاجتماعي .

الدراسات السابقة :

سيتم تناول الدراسات السابقة من خلال عدة محاور هي : دراسات تناولت جودة الحياة لدى المكفوفين :

قام أشرف عبد الحميد بدراسة عام (٢٠٠٠) استهدفت تحسين الصحة النفسية لدى المكفوفين ، ولتحقيق ذلك طبق مقياس المستوى الاقتصادى الاجتماعى الثقافى للأسرة المصرية ، واختبار وكسلر للذكاء للراشدين ، ومقياس الصحة النفسية للمعاقين بصرياً، بالإضافة إلى إجراءات البرنامج الإرشادى ، تكونت العينة من (٨٣) من الطلاب المكفوفين بمتوسط عمرى قدره (١١،٦) عاماً، وأشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج في تحسين الصحة النفسية وجودة الحياة لدى المكفوفين .

وقامت أميرة طه بدراسة عام (٢٠٠٦) هدفت إلى الكشف عن جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المعاقين بصرياً والعاديين بالمملكة العربية السعودية ، وتكونت عينة الدراسة من (٥٠) كفيلاً و(٥٠) من العاديين تراوحت أعمارهم بين (١٥-١٨) عاماً ، وتم استخدام مقياس مفهوم الذات ومقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية ، وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين العاديين والمعاقين بصرياً في اتجاه العاديين .

وقد قام لينج (Ling,2009) بدراسة بعنوان العلاقة بين الصحة النفسية والدعم الاجتماعى لدى مكفوفى البصر ، هدفت الدراسة إلى الكشف عن الدعم المقدم لذوى الإعاقة البصرية وعلاقته بجودة الحياة لديهم ، وتكونت العينة من (١٠٢) من ذوى الإعاقة البصرية تراوحت أعمارهم بين (١٧-٣٠) عاماً ، وبتطبيق مقياس الدعم الاجتماعى والصحة النفسية كشفت نتائج الدراسة أن أوضاع ذوى الإعاقة البصرية النفسية غير جيدة، وانخفاض جودة الحياة لديهم .

كما قام سعد عيد بدراسة عام (٢٠١٠) بعنوان مدى تأثير استخدام الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في تحسين جودة الحياة للمعاقين بصرياً، تكونت عينة الدراسة من (٣٠) طالباً وطالبة بمدرسة النور للمكفوفين تراوحت أعمارهم بين (١٥:٢٠) عاماً ، واشتملت أدوات الدراسة الملاحظة ومقياس نوعية الحياة للمعاقين بصرياً ، وتوصلت النتائج إلى فاعلية الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في تحسين جودة الحياة للمعاقين بصرياً .

وأيضاً دراسة سعاد حلمى عام (٢٠١١) التي هدفت إلى اختبار فاعلية برنامج التدخل المهنى للممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في تحسين نوعية الحياة للمكفوفين ، وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) من طلاب معهد النور للمكفوفين تراوحت أعمارهم بين (١٦-١٨) عاماً ، وتم تطبيق مقياس نوعية الحياة ومقياس الذكاء للمكفوفين ، وأثبتت النتائج فاعلية التدخل المهنى للممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في تحسين جودة الحياة .

وقام واهكيوفيست (Wahlqvist,2013) بدراسة بعنوان الصحة النفسية والجسدية لدى الأفراد ذوى الإعاقة البصرية ، هدفت إلى الكشف عن مدى تمتع ذوى الإعاقة بالصحة البدنية والنفسية وجودة الحياة ، وقام الباحث بتطبيق مقياس عن الصحة النفسية ونوعية الحياة والعلاقات الاجتماعية والظروف المعيشية على عينة تكونت من (٩٦) من مكفوفى البصر السويديين تراوحت أعمارهم بين (١٧-٥٠) عاماً ، وخلصت نتائج الدراسة إلى أن الفئات الأكثر فقراً يتمتعون بصحة جسدية ونفسية وجودة حياة منخفضة وتظهر بوضوح لدى الذكور من العينة مقارنة بهؤلاء ذوى الظروف المعيشية الأفضل الذين يتمتعون بمستوى معيشة أعلى وفي دراسة لعلى إبراهيم عام (٢٠١٣) هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين كل من نوعية الحياة و المساعدة الاجتماعية والذكاء الوجداني والصلابة النفسية لدى عيني الدراسة من الصم والمكفوفين من الجنسين ، وتكونت عينة الدراسة من (١٠٠) من الذكور الصم و(١٠٠) من الإناث الصم و(١٠٠) من الذكور المكفوفين و(١٠٠) من الإناث المكفوفات تراوحت أعمارهم

جميعاً من (٢٠:١٤) عاماً، وكانت أدوات الدراسة مقياس جودة الحياة ومقياس المساندة الاجتماعية ومقياس الذكاء الوجداني ومقياس الصلابة النفسية، وأسفرت النتائج ارتباط موجب دال بين جودة الحياة والمساندة الاجتماعية لدى المكفوفين والصم عينتى الدراسة، واتضح ارتفاع جودة الحياة لدى الصم عن المكفوفين .

وأخيراً قام أثناسيوس (Athanasios,2015) بدراسة هدفت إلى التعرف على مدى رضا المكفوفين بصرياً عن الدعم الاجتماعى المقدم لهم من خلال الجهات الاجتماعية مقابل الانشطة التى يقومون بها وعلاقته بالتنبؤ بالسعادة وجودة الحياة لديهم، طبقت الدراسة على (٩٦) من المكفوفين تراوحت أعمارهم بين (١٦-٢٥) عاماً، وتم تطبيق مقياس الرضا الاجتماعى والسعادة وجودة الحياة والدعم الاجتماعى، وأظهرت النتائج أن الافراد الذين يحصلون على دعم اجتماعى إيجابى يشعرون بسعادة أكثر من هؤلاء الذين يحصلون على دعم سلبى .

دراسات تناولت جودة الحياة والقلق الاجتماعى :

قام جلوب (Globe, 1999) بدراسة هدفت إلى عمل برنامج تأهيلي لمرضى القلق الاجتماعى وتحسين جودة الحياة لديهم، تكونت العينة من (٧٧) مريضاً بالقلق الاجتماعى قبل وبعد المشاركة فى البرنامج الذى استمر (١٢) اسبوعاً وأظهرت نتائج الدراسة تغيرات فى الدرجات على مقياس جودة الحياة خلال (١٢) اسبوع وظهور ارتباط بين تقارير جودة الحياة ودرجات سمات القلق الاجتماعى وقد وجدوا أن المرضى الذين أظهروا معدلاً عالياً من القلق الاجتماعى أظهروا جودة حياة منخفضة، وأظهر المرضى الذين تركوا البرنامج درجات مرتفعة فى سمة القلق الاجتماعى، وذلك عكس الذين أكملوا البرنامج فكانت درجاتهم مرتفعة فى جودة الحياة ومنخفضة فى القلق الاجتماعى .

وفى دراسة لكاتلين (Catilin,2009) هدفت إلى التعرف على أثر المساندة الاجتماعية على التنبؤ بجودة الحياة وخفض القلق الاجتماعى، تكونت العينة من (٤٠) طالباً تراوحت أعمارهم بين (١٧-٢١) عاماً، تم تطبيق مقياس المساندة الاجتماعية والقلق الاجتماعى، وأسفرت النتائج عن تأثير المساندة فى خفض القلق الاجتماعى .

وأيضاً قامت لميس رأفت بدراسة عام (٢٠١١) هدفت الدراسة إلى تحقيق جودة حياة أفضل لدى ضعاف السمع والتعرف على الفروق بين الذكور والإناث ضعاف السمع فى متغيرات الدراسة، وتكونت العينة من (٥٠) من المكفوفين تراوحت أعمارهم بين (١٥-١٨) عاماً، وتم تطبيق مقياس القلق الاجتماعى ومقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية، وأسفرت النتائج عن وجود إسهام نسبي للقلق الاجتماعى وصورة الجسم وأساليب مواجهة الضغوط النفسية فى التنبؤ بجودة الحياة.

فروض الدراسة :

- ١-توجد فروق داله إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس بعد تطبيق إجراءات البرنامج على مقياس جودة الحياة .
- ٢-توجد فروق داله إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية فى القياسين قبل وبعد تطبيق إجراءات البرنامج على مقياس جودة الحياة .
- ٣- لا توجد فروق داله إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة فى القياسين قبل وبعد تطبيق إجراءات البرنامج على مقياس جودة الحياة .
- ٤- لا توجد فروق داله إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية فى القياسين البعدي والتتبعي لإجراءات البرنامج على مقياس جودة الحياة .

منهج وإجراءات الدراسة :

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج التجريبي للتأكد من فاعلية البرنامج الإرشادي في تنمية جودة الحياة لدى عينة من المراهقين المكفوفين مرتفعي القلق ، وذلك باستخدام التصميم التجريبي (المجموعة التجريبية والضابطة) و(القياس القبلي والبعدى والتتبعي).

أدوات الدراسة :**١-مقياس جودة الحياة للمراهقين المكفوفين**

أعدته نهلة مصطفى بهدف تقدير درجة جودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين ، وهويتكون من (٣٨) بنداً، وحسبت الثبات عن طريق التجزئة النصفية (٠,٩٠١) ومعامل الفا كرونباخ (٠,٩٣٣) مما يشير إلى تمتع المقياس بثبات مقبول ، كماحسبت الصدق عن طريق صدق التمييز بين المجموعات المتباينة التمييز بين المجموعات المتباينة (٧,٣٢٤) و الصدق المرتبط بالمحك(٠,٨٩٧) عند مستوى دلالة

(٠,٠١) مما يشير إلى صدق المقياس .

٢-مقياس المستوى الاقتصادى الاجتماعى الثقافى

أعد المقياس محمد البحيري (٢٠٠٢) ، وهو يتكون من (٦٠) بنداً لتقدير المستوى الاقتصادى الاجتماعى الثقافى ، واستخدم في هذه الدراسة لحساب التجانس بين عينة الدراسة المجموعتين التجريبية والضابطة ، وقد حسب معامل الثبات وكانت قيمته (٠,٨١) لإعادة التطبيق ، و (٠,٨٧) للتجزئة النصفية ، أما الصدق فقد حسب الصدق العاملي من الدرجتين الأولى والثانية ، حيث تمخضت عنه أربعة عوامل هي : المستوى الاقتصادى ، والمستوى الاقتصادى ومدلولاته الثقافية والاجتماعية وممتلكات الأسرة وثقافتها و المستوى الثقافى الاقتصادى للأسرة .

٣-إختبار الذكاء للمكفوفين:

أعد هذا الاختبار فاروق عبد الفتاح موسى (٢٠١٠) لتقديره القدرة العقلية العامة للمكفوفين في المراحل الابتدائية والاعدادية والثانوية ، ويتكون الاختبار من (٦٠) مفردة لقياس الجانب اللغوي والحسابي، أما بالنسبة للكفاءة السيكومترية للمقياس فقد حسبته فاروق موسى كالآتي : حسب ثبات الاختبار بثلاث طرق وهى (ألفا كرونباخ) (٠,٨٠٥) و(التجزئة النصفية) (٠,٧٨١) و(جتمان) (٠,٧٧٩) معاملات ثبات المقياس مرتفعة وتدل على ثبات مقبول للمقياس.

٤- مقياس القلق الاجتماعى للمكفوفين :

أعدته نهلة مصطفى بهدف تقدير القلق الاجتماعى لدى المراهقين المكفوفين ، تكون من (٣٠) بند وكانت أبعاد المقياس(صعوبات التواصل والخوف الاجتماعى ونقص الثقة بالنفس) ، وتم حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية فردي و زوجي (٠,٩٠٥) ، معامل ألفا كرونباخ(٠,٨٨٥) . مما يدل على تمتع المقياس بثبات مقبول، تم حساب الصدق عن طريق صدق التمييز بين المجموعات المتباينة(١٣,٧٧٢) و الصدق المرتبط بالمحك (٠,٩٤١) عند مستوى دلالة (٠,٠١) ؛ مما يشير إلى تمتع المقياس بصدق مقبول .

برنامج لتنمية جودة الحياة للمراهقين المكفوفين مرتفعي القلق :

أعد في إطار تلك الدراسة لتنمية جودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين مرتفعي القلق .

الأهداف العامة للبرنامج :

يهدف البرنامج بصفة عامة إلى تنمية جودة الحياة لدى أفراد العينة التجريبية ، بما يمكنهم من التغلب على ما يعانون منه من أوجه القصور المختلفة في الجوانب الاجتماعية وخفض القلق

الاجتماعي لديهم ، وتدعيم قدراتهم على النمو الاجتماعي السوى ، والقدرة على التفاعل الاجتماعي والتواصل الفعال مع الآخرين ، والتحكم في الانفعالات السلبية وإدارة الغضب والقدرة على الضبط الذاتى والتحقق من مدى استمرارية ما يمكن أن يتحقق من فوائد إيجابية خلال الفترة التتبعية للبرنامج التى تبلغ شهر من التطبيق البعدى .

الأهداف الإجرائية للبرنامج :

أن يكتسب المشاركون في البرنامج المهارات التى تساعدهم على التفاعل الاجتماعي السوى ويشعروا بالصحة النفسية والسعادة والرضا عن الذات والحياة .
أن يدرك المشاركون معانى السعادة والرضا عن الحياة والرضا عن الذات ، وأن يستطيعوا تحويل هذه المفاهيم إلى ممارسات فعلية وأدوات سلوكية تساعدهم على التغلب على المواقف الصعبة التى تواجههم .

مصادر بناء البرنامج :

استقراء الأدبيات النظرية الخاصة بجودة الحياة عامة (أشرف عبدالحميد، ٢٠٠٠، هناء الجوهري ، ١٩٩٤) ولدى المكفوفين خاصة (سعد عيد ، ٢٠١٠، سعاد حلمي ، ٢٠١١) .
الدراسات السابقة التى اهتمت بدراسة متغير جودة الحياة بصفة عامة ولدى المكفوفين بصفة خاصة ومنها تشخيصية (أسماء خضير ، ٢٠١١) وتحسين وتنمية (عصام الشامي ، ٢٠١٠، عماد ناصف ، ٢٠٠٩).

البرامج التى اهتمت بتنمية جودة الحياة بصفة عامة (سلوى خضير ، ٢٠٠٨، عصام الشامي ٢٠١٠) ولدى المكفوفين بصفة خاصة (إيمان عطوى، ٢٠٠٦، محمد البحيري ، ٢٠١٠)

الأسس التى يقوم عليها البرنامج :

يستند البرنامج على مجموعة من الركائز والأسس العامة والفلسفية والنفسية التى من شأنها تدعيم البرنامج ، وتمثل الأسس التى يقوم عليها البرنامج فيما يلي :

الأسس العامة للبرنامج :

تتمثل في مراعاة حق المشاركين من المراهقين المكفوفين في التقبل دون قيد أو شرط ، وقابلية السلوك للتعديل ، والمهارات للنمو والتحسين .

الأسس النظرية والفلسفية للبرنامج :

يستند هذا البرنامج من الناحية النظرية إلى المنهج الإنتقائي الوظيفي الذي لا يستند إلى نظرية واحدة محددة ، وإنما يوظف أساليب ومداخل إرشادية متعددة لتحقيق الأهداف المنشودة سواء في الجلسة الواحدة أو خلال جلسات البرنامج كله بصفه عامة ، وفقاً لطبيعة الموقف والمهارات المستهدفة ؛ حيث تتيح الانتقائية قدراً أعلى من المرونة والثراء للعملية الإرشادية والأساليب المستخدمة فيها ، وتشمل الاستراتيجيات مثل النمذجة ولعب الدور والقصة الرمزية والتعزيز الموجب والسالب ، بالإضافة إلى استخدام أساليب الإرشاد النفسي المباشر المتمركزة حول المسترشد مثل المحاضرة وتقديم التوجيهات والتعليمات المباشرة والمناقشة والحوار ، وكذلك النظريات المعرفية السلوكية مثل أساليب التعليم الفعال المباشر والإستبصار والعصف الذهنى وتعديل الأفكار والواجبات المنزلية والتغذية الراجعة وتصحيح التفسيرات والاستدلالات الخاطئة ، وإقامة العلاقات التعاونية بين الباحثة والمجموعة التجريبية التى تركز على حل المشكلات أكثر من تصحيح الأخطاء ، كما راعت الباحثة أيضاً الأسس الفلسفية العامة التى تتضمن مراعاة أخلاقيات العمل والممارسات الإرشادية مع المراهقين المكفوفين وسرية البيانات والعلاقة المهنية التى تقوم على الوضوح والموضوعية والألفة والتسامح .

محتوى البرنامج :

تكون البرنامج من (١٨) جلسة جماعية ، تراوحت مدة الجلسة ما بين (٥٠-٦٠) دقيقة ، تم تقديمها خلال (٦) اسابيع بواقع (٣) جلسات أسبوعية.

مراحل تطبيق البرنامج : تم تطبيق البرنامج على ثلاث مراحل أساسية وفقاً للآتى :

١- المرحلة المبدئية التمهيدية : شملت مرحلة البدء التي تضمنت الجلسة الأولى ، والتي سعت الباحثة من خلالها إلى التعرف العميق بأفراد العينة المشاركين بالبرنامج ، وبناء جسور متينة من الثقة المتبادلة معهم ، وتوضيح أسس وأسلوب التعامل أثناء الجلسة ومفهوم وطبيعة البرنامج ، وأهم أهداف البرنامج وفوائده بالنسبة لهم ، وعدد الجلسات التي سيحضرونها ومدة كل جلسة .

٢-مرحلة الإرشاد المتخصص : شملت (١٦) جلسة ابتداءً من الجلسة الثانية وحتى الجلسة (١٧) ، وتم من خلالها تقديم المحتوى الأساسي والأنشطة الرئيسية في البرنامج بواقع أربعة جلسات متخصصة لتنمية كل بعد جودة الحياة المتهدفة ، وتقديم التغذية الراجعة التوكيدية لأفراد المجموعة التجريبية ، وتعزيز التغيرات الإيجابية وتعميق الخبرات المكتسبة والممارسات الفعلية لهذه الخبرات بصورة كلية وشاملة .

٣-المرحلة النهائية : تضمنت الجلسة الأخيرة للبرنامج ، وشملت تهنئة المشاركين على حضورهم البرنامج وانتهائه ودعوتهم إلى استكشاف التغير الذي أحرزوه من خلال الاشتراك في الأنشطة المختلفة ، ومحاولة التعرف على التغيرات التي حدثت لهم ، ومدى إيجابيتها ، وحاولت الحفاظ على المهارات التي اكتسبوها والتوسع في ممارستها في جميع مواقف الحياة ، وشملت الجلسة الأخيرة إجراء القياس البعدى ، وحددت معهم الباحثة موعد إجراء القياس التتبعي بعد شهر ، وشكرتهم على حسن تعاونهم معها خلال البرنامج ، وتمنت لهم حياة سعيدة خالية من أى قلق أو خوف ، ومستقبلاً أفضل يتسم بنوعية حياة أفضل وأكثر إيجابية .

تطبيق ادوات الدراسة : طبقت أدوات الدراسة على عدة مراحل على النحو التالى :

المرحلة الاولى : ضبط بعض المتغيرات وتثبيتها ، وتعرف مدى التجانس بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) ؛ حيث طبق مقياس الذكاء العام للمراهقين المكفوفين بطريقة فردية وشفهياً ؛ وذلك لتحديد مستوى ذكاء العينة واستبعاد الأقل من المتوسط ، كما طبق مقياس المستوى المستوى الثقافي الاقتصادي الاجتماعي على المراهقين المكفوفين بطريقة فردية وشفهياً أيضاً ، كما طبق مقياس القلق الاجتماعي وجودة الحياة على المراهقين المكفوفين بطريقة فردية وشفهياً - التطبيق القلبي .

المرحلة الثانية : طبقت إجراءات البرنامج بشكل جماعي ، وكانت جميع التعليمات شفهيته ، والواجبات بمعاونة المشرف الليلي.

المرحلة الثالثة : بعد انتهاء تطبيق إجراءات البرنامج طبق مرة أخرى مقياس جودة الحياة والقلق الاجتماعي بالطريقة السابقة نفسها ، وبعد هذا التطبيق بشهر طبق المقياس مرة أخرى للقياس التتبعي .

عينه الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من (٢٠) طالب وطالبة من المراهقين المكفوفين تراوحت أعمارهم بين (١٦ - ١٨) عاماً ، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية وعددها (١٠ طلاب) والأخرى ضابطة وعددها (١٠ طلاب) ، تم إختيارهم بطريقة قصدية من مدرسة النور للمكفوفين التابعة لإدارة شرق كفرالشيخ التعليمية ، وقد تم توزيعهم بطريقة عشوائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة .

وقد أختير أفراد العينة بعد تطبيق مقياس جودة الحياة على جميع الأفراد وبعد حساب قيمة الربيع الأول أخير الذين كانت درجاتهم أقل من قيمة الربيع الأول . كذلك أختير العينة بعد تطبيق مقياس القلق الاجتماعي وحساب قيمة الربيع الثالث ، وأختير الذين كانت درجاتهم أعلى من قيمة الربيع الثالث .

وقد تم حساب التجانس بين المجموعتين التجريبية والضابطة على متغيرات (العمر - المستوى الثقافى الاقتصادى الاجتماعى-الذكاء) وكانت النتيجة كما هي مبينة في الجدول (١) التالي:

جدول (١)

متوسطات الرتب ومجموعهما وقيم (U و Z) ودلالاتهم بين مراهقي المجموعتين التجريبية والضابطة في متغيرات التجانس

مستوى الدلالة	قيمة "Z"	قيمة "U"	ضابطة (ن=١٠)		تجريبية (ن=١٠)		المجموعة المتغير
			مجموع رتب	متوسط رتب	مجموع رتب	متوسط رتب	
غير دالة	٠,٢٨٤	٤٦,٥٠	١٠٨,٥	١٠,٨٥	١٠١,٥	١٠,١٥	العمر
غير دالة	٠,٣٤٧	٤٥,٥٠	١٠٠,٥	١٠,٠٥	١٠٩,٥	١٠,٩٥	الاقتصادى
غير دالة	٠,٧٦٤	٤٠,٠٠	١١٥,٠	١١,٥٠	٩٥,٠٠	٩,٥٠	الذكاء

تشير نتائج جدول (١) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المراهقين في المجموعتين التجريبية والضابطة في متغيرات التجانس ؛ مما يشير إلى تكافؤ المجموعتين في (العمر و المستوى الاقتصادى الثقافى الاجتماعى و الذكاء). للتأكد من التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة من المراهقين المكفوفين في القياس القبلى لجودة الحياة تم حساب اختبار مان ويتي اللابارامترى لدلالة الفروق بين المجموعات المستقلة ويوضح ذلك جدول (٢)

جدول (٢)

متوسطى الرتب ومجموعهم وقيم (U و Z) ودلالاتهم بين مراهقي المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلى على مقياس نوعية الحياة

مستوى الدلالة	قيمة "Z"	قيمة "U"	ضابطة (ن=١٠)		تجريبية (ن=١٠)		المجموعة المتغير
			مجموع رتب	متوسط رتب	مجموع رتب	متوسط رتب	
غير دالة	٠,٥٠	٤٣,٥٠	١١١,٥	١١,١٥	٩٨,٥	٩,٨٥	الرضاعن الحياة
غير دالة	٠,٠٧٧	٤٩,٠٠	١٠٤,٠٠	١٠,٤٠	١٠٦,٠٠	١٠,٦٠	الرضاعن الذات
غير دالة	٠,٣٨٢	٤٥,٠٠	١١٠,٠٠	١١,٠٠	١٠٠,٠٠	١٠,٠٠	الصحة النفسية
غير دالة	١,٦٦٧	٢٨,٥٠	١٢٦,٥	١٢,٦٥	٨٣,٥	٨,٣٥	السعادة
غير داله	٠,٠٩٦	٤٣,٥٠	١١١,٥	١١,١٥	٩٨,٥	٩,٨٥	الدرجة الكلية

تشير نتائج جدول (٢) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المراهقين في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس نوعية الحياة (الرضا عن الحياة و الرضا عن الذات والصحة النفسية و السعادة والدرجة الكلية) في القياس قبل تطبيق البرنامج؛ مما يشير إلى تكافؤ المجموعتين في القياس القبلي لنوعية الحياة ومكوناته المختلفة. للتأكد من التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة من المراهقين المكفوفين في القياس القبلي للقلق تم حساب اختبار مان ويتني اللابارامترى لدلالة الفروق بين المجموعات المستقلة ويوضح ذلك جدول (٣).

جدول (٣)

متوسطى الرتب ومجموعها وقيم (U و Z) ودلالاتهم بين مراهقي المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي على مقياس القلق الاجتماعي

المجموعة المتغير	تجريبية (ن=١٠)		ضابطة (ن=١٠)		قيمة "U"	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
	متوسط رتب	مجموع رتب	متوسط رتب	مجموع رتب			
صعوبات التواصل	٩٤،٥	٩٤٠	١١،٥٥	١١٥٠	٣٩،٥٠	٠،٨٠٦	غير دالة
الخوف الاجتماعي	٩٦،٥	٩٦٠	١١،٣٥	١١٣٠	٤١،٥٠	٠،٦٥٢	غير دالة
نقص الثقة بالنفس	٩٤،٥	٩٤٠	١١،٦٠	١١٦٠	٣٩،٠	٠،٨٦٣	غير دالة
الكلية	٨٨،٥	٨٨٥	١٢،١٥	١٢١٥	٣٣،٥٠	١،٢٦٠	غير دالة

تشير نتائج جدول (٣) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المراهقين في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق الاجتماعي (صعوبات التواصل والخوف الاجتماعي ونقص الثقة بالنفس) في القياس قبل تطبيق البرنامج؛ مما يشير إلى تكافؤ المجموعتين في القياس القبلي للقلق الاجتماعي.

تطبيق أدوات الدراسة :

أجريت هذه الدراسة فى الفترة من مارس حتى مايو من عام ٢٠١٦م فى العام الدراسى ٢٠١٥/٢٠١٦م ، على طلاب مدرسة النور للمكفوفين بمحافظة كفر الشيخ.

الأساليب الإحصائية المستخدمة :

استعانتم هذه الدراسة بالإحصاء التالى:

معامل ارتباط بيرسون ، معامل ألفا كرونباخ ، اختبار (ت) البارامترى لدلالة الفروض بين المجموعات المستقلة ، اختبار ويلكسون اللابارامترى لدلالة الفرق بين المجموعات المرتبطة ، اختبار مان ويتنى اللابارامترى لدلالة الفروق بين المجموعات المستقلة .

نتائج الدراسة : مناقشتها وتفسيرها:

نتائج الفرض الأول

ينص على " توجد فروق داله إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس بعد تطبيق إجراءات البرنامج على مقياس نوعية الحياة .

وللتأكد من صدق هذا الفرض حسب اختبار (مان وبيتني) اللابارامتري لدلالة الفروق بين العينات المستقلة، ويوضح ذلك جدول (٤).

جدول (٤)

متوسطات الرتب ومجموعها وقيم (U و Z) ودلالاتها بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس بعد البرنامج على مقياس نوعية الحياة للمراهقين المكفوفين

مستوى الدلالة	قيمة "Z"	قيمة "U"	ضابطة (ن=١٠)		تجريبية (ن=١٠)		المجموعة المتغير
			مجموع رتب	متوسط رتب	مجموع رتب	متوسط رتب	
٠,٠٠١	٣,٨٠٠	صفر	٥٥	٥,٥	١٥٥	١٥,٥٠	الرضاعن الحياة
٠,٠٠١	٣,٧٩١	صفر	٥٥	٥,٥	١٥٥	١٥,٥٠	الرضاعن الذات
٠,٠٠١	٣,٥٣٤	٣,٥٠٠	٥٨,٥	٥,٨٥	١٥١,٥	١٥,١٥	الصحة النفسية
٠,٠٠١	٣,٦١٨	٢,٥٠٠	٥٧,٥	٥,٧٥	١٥٢,٥	١٥,٢٥	السعادة
٠,٠٠١	٣,٧٨٧	صفر	٥٥,٠	٥,٥٠	١٥٥,٠	١٥,٥٠	الدرجة الكلية

تشير نتائج جدول (٤) إلى وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس جودة الحياة (الرضا عن الحياة، والرضا عن الذات، والصحة النفسية، والسعادة، والدرجة الكلية) في القياس بعد تطبيق البرنامج؛ وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية. وترجع هذه النتائج الايجابية إلى أن البرنامج التدريبي يعتمد على أكثر من فنية كالعامل في أزواج ولعب الأدوار، كما اشتمل على العديد من الوسائل المعينة التي ساهمت في إنجاح البرنامج، كما ساعد العمل في مجموعات على التعاون والايجابية حيث يسمعون بعضهم البعض ويتشاركون في تنفيذ الأنشطة، كما يتنافسون في مجموعات أخرى، كما أن إشتمال أنشطة البرنامج على مجموعة من الألعاب (كرة الجرس، شد الحبل، الكراسي الموسيقية) ساهمت في تنمية مهارات الانتباه السمعي وزيادة التركيز لديهم، وكان له الأثر الإيجابي في جذب إنتباههم وتحقيق أقصى إستفادة مما يقدم لهم من أنشطة مختلفة ومتنوعة.

ولعل من أبرز الأمور التي أسهمت في تنمية مهارات جودة الحياة مراعاة برنامج الدراسة لتسلسل إكتساب المجموعة التجريبية لتلك المهارات، وكذلك توفر الأدوات اللازمة وتعددتها وتنوعها لتتناسب مع الهدف المحدد، وكذلك إعطاء أنشطة تطبيقية متنوعة مما سهل عملية التقييم والمتابعة، مع توافر عنصرى المتعة والتحفيز على التركيز والمشاركة في الأنشطة.

ونجد أن الكيف يحتاج إلى برامج وخدمات خاصة حتى يتسنى له التوافق مع الحياة وإشباع حاجاته النفسية، كشعوره أنه محبوب من الآخرين، ولديه القدرة على الإنجاز. وتخطي العزلة التي قد تحدث له نتيجة الإعاقة ومساعدته في أداء دوره في المجتمع.

وهذا يتفق مع دراسة (أشرف عبد الحميد، ٢٠٠٠) حيث أثبتت نتائج برنامج لتحسين الصحة النفسية كأحد عوامل جودة الحياة فاعلية البرنامج في تحسين الصحة النفسية لدى المكفوفين ؛ ودراسة (محمد سفان ، ١٩٩١) ودراسة (Moore and Patterson, 1991) أكدت على إنخفاض الصحة النفسية لدى المكفوفين وأنهم بحاجة إلى تحسين الصحة النفسية .

نتائج الفرض الثاني

ينص على " توجد فروق داله إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين قبل وبعد تطبيق إجراءات البرنامج على مقياس نوعية الحياة . وللتأكد من صدق هذا الفرض حسبت الباحثة اختبار (ويلكوكسون) اللابارامترى لدلالة الفروق بين العينات المرتبطة، ويوضح ذلك جدول (٥) .

جدول (٥)

متوسطات الرتب ومجموعها وقيم (W و Z) ودلالاتها بين القياسين قبل وبعد تطبيق البرنامج للمجموعة التجريبية (ن=١٠) على مقياس نوعية الحياة للمراهقين المكفوفين

مستوى الدلالة	قيمة "Z"	قيمة "W"	قياس بعدي		قياس قبلي		القياس المتغير
			مجموع رتب	متوسط رتب	مجموع رتب	متوسط رتب	
٠,٠١	٢,٨١٢	صفر	٥٥	٥,٥	صفر	صفر	الرضاعن الحياة
٠,٠١	٢,٨٠٥	صفر	٥٥	٥,٥	صفر	صفر	الرضا عن الذات
٠,٠١	٢,٦٧٣	صفر	٥٥	٥,٥	صفر	صفر	الصحة النفسية
٠,٠١	٢,٨٢٠	صفر	٥٥	٥,٥	صفر	صفر	السعادة
٠,٠١	٢,٨٠٥	صفر	٥٥	٥,٥	صفر	صفر	الدرجة الكلية

تشير نتائج جدول (٥) إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة (الرضا عن الحياة، والرضا عن الذات، والصحة النفسية، والسعادة، والدرجة الكلية) في القياسين قبل وبعد تطبيق البرنامج وذلك في اتجاه القياس البعدي.

أشارت نتائج الفرض الثاني إلى حدوث تحسن ملحوظ في جودة الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تعرضهم لأنشطة البرنامج ، نظراً لأن التدريب على الأنشطة الخاصة بالرضا عن الحياة والذات والصحة النفسية والسعادة يعد أهم العوامل المهمة في تنمية جودة الحياة بصورة شاملة ومتكاملة ، خاصة من خلال البرامج والتدريبات التي تستخدم الأساليب الحديثة التي تراعي خصائص المراهقين المكفوفين وحاجاتهم النفسية والمعرفية والاجتماعية والتربوية ، ويعزى نجاح البرنامج في تنمية جودة الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية إلى إعداد البرنامج المستخدم في الدراسة بصورة شاملة لجوانب

جودة الحياة المستهدفة ، وتآزر وتناسق الجوانب المعرفية والوجدانية والسلوكية وبصورة متوازنة ، كما أن تناسب محتوى البرنامج وملاءمته للخصائص النمائية للمراهقين ، واستخدام استراتيجيات وفنيات للتعليم تتسق مع مستوى النمو المعرفي لديهم ، ومع المواقف والمشكلات التي يواجهونها في المدرسة والبيئة المحيطة ؛ وهو الأمر الذي مثل عنصر جاذبية في أنشطة البرنامج ودفعهم إلى المشاركة بفاعلية والحرص على متابعة جلسات البرنامج بصورة منتظمة ودافعية مرتفعة واندماج وتشوق واضح لأداء المهام المطلوبة منهم بصورة تعاونية ، في جو تسوده مشاعر الأمن والألفة والحرية في التعبير عن المشاعر والتفاعل الإيجابي واتباع التعليمات والعمل الجماعي والمشاركة الوجدانية والاحترام المتبادل ، ودعم ثقتهم بأنفسهم ، وساعدهم على إبراز خصائصهم وميولهم ورغباتهم الشخصية من خلال الإصغاء والإستماع الجيد لهم وتشجيعهم على التعبير عن أنفسهم ، هذا بالإضافة إلى استناد البرنامج إلى إطار نظري واضح ، يحدد أساليب وفنيات تنمية جودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين ، وما تضمنه البرنامج من مفاهيم وأفكار جديدة ومتنوعة وفرص للتفاعل ونماذج وتدرجات يمكن للمراهقين المكفوفين الإستفادة منها واستخدامها في حياتهم الواقعية ، وانعكس كل ذلك على أداء المجموعة التجريبية وأدى إلى تنمية جودة الحياة لديهم .

ويتفق هذا مع دراسة كلاً من (Sabina,2002) و(سعاد حلمي، ٢٠١١) حيث أكدت النتائج على وجود ارتباط موجب ذات دلالة إحصائية بين التدخل عن طريق البرامج الإرشادية وتنمية جودة حياة المكفوفين .

وتذكر إيمان لطفى إبراهيم(٢٠١٠) أن المكفوفين فئة من الناس فقدوا حاسة البصر لكن الله منحهم البصيرة ، فهم يبصرون بقلوبهم ويقرأون بمشاعرهم ويتكلمون بعقولهم ، وهم بحاجة ماسة إلى يد حانية تمتد إليهم فتزرع في قلوبهم الأمل وتجدد حياتهم بالعطاء وتزدهر لحظاتهم بالحنان. لذا ينبغي الاهتمام بالجوانب الإيجابية للمكفوفين والتعرف على جوانب القوة لديهم لاستثمارها لمواجهة الصعوبات التي تسببها لهم الإعاقة ، ومن ثم القدرة على الوصول إلى السعادة دون إحساس بالنقص أو العجز .

نتائج الفرض الثالث

ينص على " لا توجد فروق داله إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين قبل وبعد تطبيق إجراءات البرنامج على مقياس نوعية الحياة . وللتأكد من صدق هذا الفرض حسبت الباحثة اختبار(ويلكوكسون) اللابارامترى لدلالة الفروق بين العينات المرتبطة، ويوضح ذلك جدول(٦).

جدول (٦)

متوسطات الرتب ومجموعها وقيم (W و Z) ودالاتها بين القياسين قبل وبعد تطبيق البرنامج للمجموعة الضابطة(ن=١٠) على مقياس نوعية الحياة للمراهقين المكفوفين

مستوى الدلالة	قيمة "Z"	قيمة "W"	قياس بعدي		قياس قبلي		القياس المتغير
			مجموع رتب	متوسط رتب	مجموع رتب	متوسط رتب	
غير دالة	١,٤١٤	صفر	٣	١,٥٠	صفر	صفر	الرضا عن الحياة
غير دالة	واحد	صفر	واحد	واحد	صفر	صفر	الرضا عن الذات
غير دالة	١,٣٤٢	٣	١٢	٣	٣	٣	الصحة النفسية
غير دالة	٠,٣٣٣	٩	١٢	٣	٩	٤,٥	السعادة
غير دالة	١,٢٧٤	٩	٢٧	٥,٤٠	٩	٣	الدرجة الكلية

تشير نتائج جدول (٦) إلى عدم وجود فروق داله احصائيا بين متوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة علي مقياس نوعية الحياة (الرضا عن الحياة، والرضا عن الذات، والصحة النفسية، والسعادة، والدرجة الكلية) في القياسين قبل وبعد تطبيق البرنامج. وتشير نتائج الفرض الثالث إلى عدم قدرة أفراد المجموعة الضابطة على تحقيق أى تحسن في جودة الحياة أسوة بأقرانهم من أفراد المجموعة التجريبية ، وذلك لأن مهارات جودة الحياة يمكن

إكتسابها وتحسينها ويحتاج ذلك إلى قدر من التدريب والممارسة والأنشطة ، وقد يُعزى عدم تحسن المجموعة الضابطة إلى نقص الفرص المتاحة لتحسين جودة الحياة وممارسة فعليه لأنشطة تمكنهم من التحسن والتقدم أو نقص الرصيد المعرفي لدى المجموعة الضابطة نظراً لعدم تعرضهم لأنشطة البرنامج .

حيث يرتبط نقص الخبرة بخصائص الفرد وقدراته ومهاراته الذاتية في التفاعل مع الآخرين وتفهمهم ، مع تفهم دوره الاجتماعي والسلويات المتوقعة منه في المواقف الاجتماعية المختلفة التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمستوى مهاراته الحياتية وما أتيح له من فرص تنميتها وتدعيمها .

نتائج الفرض الرابع

ينص على " لا توجد فروق داله إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لإجراءات البرنامج على مقياس جودة الحياة . وللتأكد من صدق هذا الفرض حسبت الباحثة اختبار (ويلكوكسون) اللابارمترى لدلالة الفروق بين العينات المرتبطة، ويوضح ذلك جدول (٧) .

جدول (٧)

متوسطات الرتب ومجموعها وقيم (W و Z) ودلالاتها بين القياسين البعدي والتتبعي لتطبيق البرنامج للمجموعة التجريبية (ن=١٠) على مقياس جودة الحياة للمراهقين المكفوفين

مستوى الدلالة	قيمة "Z"	قيمة "W"	قياس تتبعي		قياس بعدي		القياس المتغير
			مجموع رتب	متوسط رتب	مجموع رتب	متوسط رتب	
غير دالة	١,٤١٤	صفر	صفر	صفر	٣,٠	١,٥٠	الرضاعن الحياة
غير دالة	٠,٣٧٨	٤,٠	٦,٠	٢,٠	٤,٠	٤,٠	الرضاعن الذات
غير دالة	١,١٣٤	٢,٠	٨,٠	٢,٦٧	٢,٠	٢,٠	الصحة النفسية
غير دالة	٠,٨١٦	١,٥٠	٤,٥٠	٢,٢٥	١,٥٠	١,٥٠	السعادة
غير دالة	٠,٥٥٢	٣,٥٠	٣,٥٠	١,٧٥	٦,٥٠	٣,٢٥	الدرجة الكلية

تشير نتائج جدول (٧) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة (الرضا عن الحياة، والرضا عن الذات، والصحة النفسية، والسعادة، والدرجة الكلية) في القياسين البعدي والتتبعي لتطبيق البرنامج.

وتشير نتائج هذا الفرض إلى استمرار التأثير الإيجابي للبرنامج على تحسين نوعية الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية خلال الفترة التتبعية التي بلغت شهراً ، ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن أفراد المجموعة التجريبية من خلال برنامج الدراسة أستطاعوا توظيف المهارات الخاصة

بنوعية الحياة فى المواقف الحياتية الواقعية والاستمرار فى استخدامها فى حياتهم اليومية داخل المدرسة وخارجها حتى بعد انتهاء البرنامج ، مما أدى إلى الحفاظ على ما حققوا من تقدم وقدرات مهارية بدون أى تدهور .

وهذا ما أكدته دراسة (أشرف عبد الحميد ، ٢٠٠٠) من استمرار لفاعلية برنامج تحسين الصحة النفسية لدى المكفوفين خلال الفترة التتبعية ، وأن البرنامج يشتمل على العديد من المهارات الحركية التي من شأنها أن تخرج الطاقة المكتوبة لدى المكفوفين وخبرات أيضاً معرفية تجعله ينظر للحياة بإيجابية وتفاؤل ، هذا كله جعل أفراد المجموعة التجريبية يقبلون على الحياة وينظروا لها نظرة مختلفة للأفضل.

قائمة المراجع:

أولاً : المراجع العربية :

- ١- أحمد عبد الخالق.(٢٠٠٨). مقياس نوعية الحياة . كلية التربية ، جامعة طنطا .
- ٢- أحمد متولي .(١٩٩٣).مدى فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج المعرفي السلوكي فى تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة .رسالة دكتوراه(غير منشورة)، كلية التربية، جامعة طنطا .
- ٣- أشرف عبد الحميد .(٢٠٠٠).فعالية برنامج إرشادي لتعديل وتنمية وجهة الضبط وأثره فى الصحة النفسية لدى ذوى الإعاقة البصرية .رسالة دكتوراه (غير منشورة)،معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعة القاهرة .
- ٤- أسماء خضير.(٢٠١١).النموذج السببي للعلاقة بين القلق الاجتماعي وبعض المتغيرات النفسية لدى المراهقين المعاقين بصرياً .رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية جامعة الزقازيق .
- ٥- السيد فهمي .(٢٠١٠).السلوك التكيفي لدى عينات من المكفوفين والصم المتخلفين عقلياً، المؤتمر الدولي الأول للعلوم الاجتماعية وتنمية المجتمع، الكويت ، مجلة كلية العلوم الاجتماعية، الفترة من ١٦-١٩ يناير .
- ٦-أميرة طه.(٢٠٠٦).جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المعوقين بصرياًبالمملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة أم القرى .
- ٧- إيمان عطوى .(٢٠٠٦).فاعلية كل من العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والعلاج بالواقع فى تخفيف حدة الاستجابة المعرفية والكلينكية المرتبطة بالقلق الاجتماعي لدى عينة من مكفوفي البصر . رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة كفرالشيخ .
- ٨- إيهاب الببلاوي .(١٩٩٩).فعالية العلاج المعرفي السلوكي فى خفض مستوى القلق لدى ذوى الاعاقة البصرية، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة الزقازيق .
- ٩- جمال الخطيب . (١٩٩٨). مقدمة فى الاعاقة السمعية . الاردن :دار الفكر العربي للطباعة والنشر .
- ١٠-سعاد حلمي .(٢٠١١).التدخل المهني من منظور الممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية لتحسين نوعية حياة المكفوفين، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة عين شمس .
- ١١- سعد عيد .(٢٠١٠). الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية وتحسين نوعية الحياة للمعاقين بصريا :دراسة تجريبية مطبقة على مدرسة النور للمكفوفين بمحافظة الفيوم .رسالة دكتوراه(غير منشورة)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم .
- ١٢- سعيد عبد العزيز .(٢٠٠٥). إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة .عمان :دار الثقافة للنشر والتوزيع

- ١٣- سلوى خضير (٢٠٠٨). برنامج إرشادى لتحسين نوعية الحياة لدى عينة من المراهقين المقبلين على جراحات الصدر والقلب ، رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .
- ١٤- على إبراهيم (٢٠١٣). نوعية الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى عينتين من الصم والمكفوفين ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، كلية الآداب ، جامعة المنصورة .
- ١٥- فواز خالد (٢٠٠٦). *التربية العملية للمكفوفين ورعايتهم وتعليمهم*. عمان: دار أسامة.
- ١٦- لميس رأفت (٢٠١١). العلاقة بين الرضا عن الحياة والقلق الاجتماعي وصورة الجسم وأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى عينة من ضعاف السمع . رسالة ماجستير (غير منشورة) ، كلية الآداب، جامعة الزقازيق .
- ١٧- مجدى عبد الكريم (٢٠٠٦). فعالية استخدام تقنيات المعلومات في تحقيق أبعاد جودة الحياة لدى عينات من الطلاب العمانيين *مجلة كلية التربية بمسقط*، جامعة السلطان قابوس، ٨(١٠)، ٢٤٠-٢١٢ .
- ١٨- محمد البحيري (٢٠١٠). فعالية برنامج إرشادى لتحسين دافعية الانجاز وأثره في الصحة النفسية لدى عينة من الأطفال المكفوفين *مجلة العلوم الاجتماعية*، ٨ (١)، ٤٦-٩٠ .
- ١٩- محمد سعفان (١٩٩١). العلاقة بين الإبداع الفني وبعض متغيرات الشخصية لدى المكفوفين . رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق .
- ٢٠- هناء الجوهري (١٩٩٤). المتغيرات الاجتماعية _ الثقافية المؤثرة على تشكيل نوعية الحياة في المجتمع المصري . رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، كلية الآداب، جامعة القاهرة .
- ٢١- ياسر محمد (٢٠٠٨). استخدام المراهقين الصم والمكفوفين لوسائل الاعلام وعلاقته بمستوى معرفتهم بالقضايا السياسية . رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

المراجع الأجنبية :

- 22-Aite, F.(2001).Social Anxiety and aggression in behaviorally disordered children, *Journal of early- child Development and care*, 6(121), 1-20.
- 23- Athanasios, K.(2015). Social support, social networks, and happiness of individuals with visual impairments. *Rehabilitation Counseling Bulletin*,58(4), 240-249.
- 24-Cowan, D & Brunera, S.(1997).Group therapy for social anxiety Disorders using Rational Emotive Behavior therapy .Bank stown, mental health service . compass center.*New south wales*, Australia.
- 25- Dryden, K.(1996). A study of young adults with visual impairment . *Journal impairment & blindness*, (95), 261-280.
- 26-Fallow, R.(1999).Differentiating symptoms of social anxiety and depression in adults with social anxiety disorder .*Journal of Behave the EXP psychiatry*.6(36).99-109.
- 27-Kashdon, T.B & Herbrt, J.(2001).Social anxiety Disorder In Childhood and Adolescence :Current status and future *Direction* .*Journal of Clinical Child and Family Psychology –Review*,1(4),37-55.
- 28-Park, C.(2002).The health related quality of life in mothers of surviving deaf-blind adult with congenital rubella syndrome .source dissertation abstracts international section B. *The sciences and Engineering*, 2(70), 200-216.

- 29-Richard, C.(2003).Hearing loss and anxiety. ***American Journal of economics and sociology***, 3 (36), 5-30.
- 30-Vertue , F . (2003) . Form adaptive emotion to dysfunction : An attachment perspective on social anxiety disorder , ***Journal of psychology*** ,7(2),91-107.
- 31- Wahlqvist,M.(2013). Physical and psychological health in persons with deafblindness that is due to Usher Syndrome Type II, ***Journal of Visual Impairment & Blindness***. 107(3), 207-220.