



مظاهر جودة الحياة لدى عينة من المراهقين المكفوفين

إعداد

أ.م.د. / صلاح الدين عراقى محمد

أستاذ الصحة النفسية المساعد

بكلية التربية - جامعة بنها

أ / دينا محمد نجيب عبد الباسط هيكل

باحثة دكتوراة

أ.د. / أشرف أحمد عبد القادر

أستاذ الصحة النفسية

وعميد كلية التربية - جامعة بنها

أ.م.د. / أمال إبراهيم الفقى

أستاذ الصحة النفسية المساعد

بكلية التربية - جامعة بنها

بحث مشتق من الرسالة الخاصة بالباحثة

مظاهر جودة الحياة لدى عينة من المراهقين المكفوفين

إعداد

أ.م.د. / صلاح الدين عراقي محمد

أستاذ الصحة النفسية المساعد بكلية التربية - جامعة بنها

دينا محمد نجيب عبد الباسط هيكل

باحثة دكتوراة

أ.د. / أشرف أحمد عبد القادر

أستاذ الصحة النفسية وعميد كلية التربية - جامعة بنها

أ.م.د. / آمال إبراهيم الفقى

أستاذ الصحة النفسية المساعد بكلية التربية - جامعة بنها

مستخلص الدراسة

هدفت الدراسة إلى التعرف على مظاهر جودة الحياة لدى عينة من المراهقين المكفوفين، وتكونت عينة الدراسة من (١٠) من المراهقين المكفوفين (٥ من الذكور، ٥ من الإناث) تراوحت أعمارهم بين (٩ - ١٤) سنة، وتم تطبيق مقياس جودة الحياة للمراهقين المكفوفين من إعداد الباحثة، وتم تطبيق المقياس على أفراد الدراسة بطريقة فردية.

مقدمة:

إن الإعاقة البصرية تحد من القدرة على اكتساب وتعلم المهارات الإجتماعية المختلفة، فالعين تعد أحد أدوات إكتساب وتعلم تلك المهارات، وإذا كان المراهق العادى يحتاج إلى التدريب على المهارات الاجتماعية فإن حاجة المراهق الكفيف أكبر نظرًا لظروف إعاقته، ومما لا شك فيه أن المراهق الكفيف لا يعيش بمفرده فهو فى حاجة إلى معرفة أهمية الآخرين بالنسبة له وأهميته بالنسبة لهم مما يؤدي إلى تحسين إدراكه للحياة وبالتالي جودة حياته.

فإن مجرد الشعور بالإختلاف عن العاديين يسبب للفرد حالة من القلق النفسى. ففقدان أحد الأعضاء البدنية يؤدي بالضرورة إلى تغير الحالة النفسية للفرد، فهناك إرتباط وثيق بين القصور الجسمى والحالة النفسية للفرد، فالجسد كالبنيان المرصوص إذا إشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى، وأثر فقدان البصر فى النواحي الانفعالية والاجتماعية متعدد ومتنوع ولكنه يختلف من فرد إلى آخر، فأثر الحالة عند شخص معين يختلف تمامًا عن أثرها هى نفسها عند شخص آخر، فالاستجابات نحو المشكلات الشخصية والاجتماعية تختلف تمامًا من فرد إلى آخر وتؤثر فى النهاية على مقدار تكيفه.

وهكذا تفرض الإعاقة البصرية كغيرها من الإعاقات ، تأثيرها على مختلف الجوانب النمائية للفرد ، إلا أن التأثير الذى تفرضه على الأفراد ليس واحدًا ، فالأفراد المكفوفين كغيرهم من الأشخاص العاديين توجد بينهم فروقًا كبيرة ، وهذه الفروق قد تعود إلى درجة الإعاقة ونوعها والعمر عند الإصابة ، بالإضافة إلى نوعية الخدمات التى يتلقاها من قبل المجتمع (محمد خضير وإيهاب الببلاوى، ٢٠٠٤ : ٥).

فالمراهقين المكفوفين لديهم اضطراب فى التوافق النفسى، كما لديهم رضا أقل عن ذواتهم وتقدير الذات لديهم أقل ، ولديهم نقص فى القدرة على المبادرة ، حيث أن العلاقة مع الذات تعتبر من أكثر الأبعاد أهمية للوظيفة المجتمعية للشخص ، وكذلك فى تأثيرها على العلاقات مع الأشخاص الآخرين والبيئة الاجتماعية المحيطة بهم ، كما أن هؤلاء المراهقين المكفوفين لديهم عدد من المشكلات التى توجد بين الأشخاص حيث أنهم يواجهون صعوبة فى أنفسهم فى إقامة تواصل ودود وتعاون مع الآخرين وبالتالي فإن لديهم شعور بعدم الرضا عن حياتهم. (Rita, R, 2009: 75)

وهناك اتفاق كبير على أن مفهوم جودة الحياة هو مفهوم متعدد الأبعاد وليس أحادي البعد. وهو مفهوم له كل من المكونات الذاتية Subjective والموضوعية Objective، وتكمن قيمة جودة الحياة الموضوعية في أعراض المقارنة وفي تحسين جودة الخدمات، وتتضاءل قيمتها مقارنة بجودة الحياة الذاتية، حيث ان جوهر جودة الحياة يكمن فيما يخبره الفرد ويشعر به وليس ما يملكه أو يحوزه.

وعلى اختلاف التعريفات؛ إلا أنها ركزت على استمتاع الفرد بإمكانياته المهمة في الحياة وإحساس الفرد بالرضا في ظل ظروفه الحالية، أي أن كل فرد في حدود إمكانياته وظروفه يستطيع أن يستمتع بإحساس من الرضا وجودة الحياة ولا يستثنى من ذلك المكفوفون أنفسهم. فجودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة تساهم في "تمكين الشخص ذي الإعاقة سواء كان طفلاً أو راشداً أو كهلاً من حقه في الاندماج أسرياً ومهنيًا لتحقيق احترام الفرد المعاق وحماية حقوقه الإنسانية ودعوته للالتزام بواجباته كمواطن شأنه في ذلك شأن أي مواطن عادي يعيش في مجتمع متحضر يكفل له الحرية الإجتماعية ، ويتيح الفرص المتكافئة للجميع ، ويحترم القيم الإنسانية والاجتماعية لأفراده" (أشرف عبد القادر ، ٢٠٠٥ : ٩٧).

ومثل هذه المشكلات التي يعاني منها المكفوفين قد تؤثر على إدراكهم للحياة التي يعيشونها ومدى تمتعهم بها أي تؤثر على جودة الحياة لديهم ، وهذا ما أكده "لويس وإيسلين" (Lewis & Iselin, 2002: 335) من أن مستوى جودة الحياة الذي يدركه الفرد إنما يرتبط بالنمو الانفعالي والتحكم في المشاعر السلبية للفرد.

على أية حال فإن الشخص الكفيف يجب أن يكون قادرًا على التفاعل بإيجابية مع بيئة الاجتماعية ، ويجب أن يكون قادرًا على إختيار أفضل البدائل وتحقيق التوافق بينه وبين بيئة الاجتماعية ولكي يحقق أفضل إستجابة بين الاحتياجات والبيئة يجب على الشخص الكفيف أن يكتسب أو يعمل على تقوية شعوره بالكفاءة الاجتماعية في مستويات التفاعلات الاجتماعية المتعددة . (Rita, R, 2009: 76)

وجودة الحياة من المفاهيم الحديثة نسبيًا والتي أحدثت تغييرًا إيجابيًا ملحوظًا في طرق التعامل مع المكفوفين وتتناول القضايا الهامة التي تخص هذه الفئة ، وقد أصبحت جودة الحياة والإحساس بالسعادة والاستمتاع بجوانب الحياة المختلفة حقًا من حقوق الإنسان بما فيهم

المكفوفين ، ومن ثم أصبح تحسين جودة الحياة هو هدف البرامج المقدمة للمكفوفين ، إلا أن تحقيق هذا الهدف له وسائل ومداخل عديدة ، وقد أثبتت الدراسات والبحوث على أهمية تنمية المهارات الاجتماعية للمكفوفين وخاصة في مرحلة المراهقة، نظراً لما يعانيه المراهق من اضطرابات في التوافق النفسي والاجتماعي لديه، وبالتالي فإن تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الكفيف تعد من أهم المداخل لتحسين جودة الحياة لديه.

مشكلة الدراسة :

ويعتبر الأشخاص المكفوفين من الفئات التي تحتاج إلى رعاية خاصة ، فهم ينظرون إلى الحياة نظرة تختلف عن الآخرين حيث تتأثر نظرتهم للحياة بظروف الإعاقة التي يعاني منها بالإضافة إلى الخدمات التي تقدم لهم من قبل الأسرة والمجتمع والتي تساهم على التكيف مع ظروف الحياة، وتعتبر جودة الحياة من المؤشرات المهمة لهذه الفئة ورضا الفرد عنها دليل على إحساسه بالسعادة والرغبة في الحياة.

وبالتالي يمكن تحديد مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات التالية :

١- ما هي مظاهر جودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين ؟

هدف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على مفهوم ومظاهر وجوانب جودة الحياة لدى هؤلاء المراهقين المكفوفين.

أهمية الورقة الحالية:

تأتي أهمية الدراسة الحالية من خلال الاهتمام بهؤلاء المراهقين المكفوفين حتى يتسنى لهم تحقيق ذواتهم بالاندماج داخل المجتمع بغض النظر عن تلك الإعاقة، وهو هدف تسعى الدولة من خلال اهتمامها بالإعاقة والمعوقين في السنوات الأخيرة بضرورة إعطاء ذوى الاحتياجات الخاصة حقهم في الرعاية، والعناية، والاهتمام بطريقة تساعدهم على التخلص من المشكلات النفسية، الانفعالية، والاجتماعية التي تعوق تواصلهم بالآخرين، بصورة تكشف عن الكثير من الطاقات، والإمكانيات الكافية، والطاقات المبدعة التي تحتاج إلى مخرج ماهر ومحترف يستطيع التنقيب عنها في محاولة لإعادة الاكتشاف والرغبة في التوظيف الأمثل لهذه الطاقات، والإمكانات التي ما زال يعترئها بعض الغموض، ولا سيما لدى هؤلاء المراهقين ذوى الإعاقة البصرية، مما ينعكس أثره على احساسهم بجودة الحياة (أهمية الحياة والرضا عنها)

وبالتالى نتمكن من تأهيلهم للاندماج فى المجتمع وتحقيق ذاتهم، مما قد يعود على المجتمع بالخير والمنفعة.

كما أنها تتناول جودة الحياة، وهو مفهوم حديث نسبياً وأحد المخرجات الهامة لعلم النفس الإيجابى Positive Psychology وذلك من حيث فهم مكوناته وطبيعته لدى المراهقين المكفوفين. وكذلك أهمية المرحلة العمرية التى تناولتها الدراسة حيث أنها مرحلة دقيقة ودرجة من مراحل النمو البشرى وهى مرحلة المراهقة وخاصة عند المكفوفين ، كما أن لهذه الفئة خصوصية حيث يمثلون نسبة لا يستهان بها من أبناء المجتمع.

مصطلحات الدراسة :

١- جودة الحياة :

هو " مفهوم يعكس إلى أى مدى يرى الطفل المعاق مجالات حياته جيدة ليعيش احساساً بالرضا والتوافق النفسى والاجتماعى والفاعلية النشطة فى مواقف ومجالات الحياة المختلفة فى ضوء أهدافه وتوقعاته واهتماماته وطوحاته" (صلاح الدين عراقى، ٢٠٠٦: ٢٢٢).

ويعرف إجرائياً : "الدرجة التى يحصل عليها الفرد (المراهق الكفيف) فى مقياس جودة الحياة المستخدم فى هذه الدراسة .

٢- المراهق الكفيف :

"هم الأشخاص الذين لديهم فقدان بصرى يزيد عن ٦٠/٦ فى العين الأفضل بعد التصحيح مما يجعلهم غير قادرين على توظيف حاسة البصر للقيام بالمهارات والأنشطة الحياتية فيعتمدون على الحواس الأخرى". (Finger& Scholl,2013:20)

والمراهق الكفيف فى هذه الدراسة هو الذى ولد مصحوباً بكف البصر أو فقد البصر من سنوات عمره الأولى بحيث أنه لم يمر بخبرة الإبصار من قبل ويتراوح عمره بين (١٤-١٩) عامًا.

الاطار النظرى:

أولاً: الإعاقة البصرية:

لاشك أن حاسة البصر تلعب دوراً مهماً فى حياة الإنسان، وأن الجهاز البصري ينفرد دون غيره من الحواس الأخرى كاللمس والشم والسمع، حيث أنها الحاسة التى تمكن الفرد من

الإدراك البصرى الكلي للموقف من ناحية الحجم ، والموضع ، واللون، والمسافة، والعمق، والفراغ، والحركة. ويعتمد المكفوفون في معرفتهم خصائص الأشياء على الإدراك اللمسي. وحصيلتهم من معرفة تلك الأشياء قد تشمل بعض خصائصها إلا ما يتعلق منها بجاسة البصر، فهم يعرفونها بطعمها، ورائحتها، وأصواتها، ولمسها. وسوف تتناول الباحثة في هذا المحور عدة نقاط منها مفهوم الإعاقة البصرية، تصنيف الإعاقة البصرية، دور باقى الحواس فى حياة الكفيف، خصائص المكفوفين، الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة البصرية لدى المراهقين المكفوفين.

1- مفهوم الإعاقة البصرية :

تتعدد مفاهيم الإعاقة البصرية. ويرجع ذلك إلى ما يؤكد كمال سيسالم (١٩٩٧) إلى أن المكفوفين يشكلون فيما بينهم فئة غير متجانسة من الأفراد وإن اشتركوا معاً فى المعاناة من المشكلات البصرية بدرجة أو بأخرى. إذ أن مثل هذه المشاكل قد تختلف كثيراً من فرد إلى آخر وفقاً لما يكمن خلفها من أسباب , ودرجة شدة هذه الإعاقة والتوقيت الذى حدثت فيه ومما لا شك فيه لها تأثيرها على شخصياتهم وفى هذا الصدد فإننا نجد من بينهم من يعانى من فقدان الكلى للبصر ومنهم من يعانى من فقدان الجزئى حيث لا تزال لديه بقايا بصرية وإن كانت فى كثير من الأحيان لا تفيده كثيراً بل أنها قد تكون سبباً جديداً للعديد من المشكلات.

حيث أن كف البصر هو: " عدم القدرة على الرؤية أو عدم القدرة التامة على استقبال المثيرات البصرية" (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاى , ١٩٨٨ : ٤٣٧).

كما أن الإعاقة البصرية تعتمد إلى حد كبير على قياسات حدة الإبصار والتي يقصد بها : " قدرة الفرد على تمييز تلك التفاصيل التى تتضمنها مثل هذه الأشكال بوضوح وذلك على مسافة محددة. وغالباً ما تقاس حدة الإبصار بقراءة حروف أو أعداد أو رموز معينة تتضمنها لوحة Chart تم وضعها على مسافة عشرين قدماً أى ستة أمتار". ومن الجدير بالذكر أن الإعاقة البصرية تميز بين فئتين من المكفوفين أستناداً إلى محكين أساسين هما:

أ) حدة الإبصار: Acuity of vision ويقصد بها قدرة الفرد على رؤية الأشياء وتمييز تفاصيلها وخصائصها المختلفة.

ب) مجال الرؤية : Field of vision وهو ذلك المجال الذى يمكن للفرد الأبصار فى حدوده دون تغيير فى إتجاه رؤيته أو تحديقه (Heward &Orlansky, 1992: 42-44).

٣- تصنيف الإعاقة البصرية:**(أ) تصنيف الإعاقة البصرية من حيث الدرجة:**

يتم تقسيم الإعاقة البصرية في ضوء درجة الإعاقة إلى مجموعتين هما:

- **الإعاقة البصرية الكلية:**

وهم الذين يمكنهم التعلم باستخدام الطرق الخاصة بهم فقط كطريقة برايل.

- **الإعاقة البصرية الجزئية:**

وهم الذين يستطيعون قراءة بعض الحروف المكتوبة بخط كبير واضح. كما أنه يمكن

تقسيم كل فئة بدورها إلى فئتين حسب السن الذي حدث فيه الإصابة بالعمى كما يلي: (زينب شقير ١٩٩٩: ٢٣٤).

(ب) تصنيف الإعاقة البصرية وفقاً لوقت حدوث الإعاقة:

(أ) فقد بصر تام ولادي أو مكتسب قبل سن الخامسة.

(ب) فقد بصر تام مكتسب بعد سن الخامسة (عبد المطلب القريطي, ٢٠٠٥: ٣٦٩).

٣- دور باقي الحواس في تطور شخصية الكفيف :

إن الحواس هي النوافذ التي نطل منها على العالم الخارجي. وبيان ذلك أن التعلم عند

الغالبية العظمى من الناس غير ممكن بدون الحواس. فعلى الرغم من أن العلم قد توصل إلى آلاف الحواس الصناعية. (عبد الوهاب كامل، ١٩٩٤: ٧١).

(أ) حاسة اللمس:

تعتبر حاسة اللمس بالنسبة للكفيف الوسيط الذي يمكنه من تذوق الشعور بجمال العالم

الخارجي، كما أنها مصدر من مصادر إكتساب الخبرات ووسيلة من وسائل اتصاله بالعالم

الخارجي ففي الأيدي تجتمع أدوات البحث والمعرفة والعمل، ومن ثم فهي تؤثر تأثيراً جوهرياً في

حياته الثقافية والاجتماعية والاقتصادية حيث يتعرف بواسطتها على ملامس الأشياء مميزاً بين

الخشونة والنعومة والصلابة والليونة والجفاف والرطوبة والزوايا والمنحنيات والحدة والاهتزازات،

إضافة إلى الربط بين أحجام الأشياء وأشكالها وأبعادها المكانية

(Porgund and etal, 1992:33).

(ب) حاسة السمع :

إن تنمية حاسة السمع منذ وقت مبكر تعتبر من الأهمية بمكان لدى المكفوفين، حيث أنها الوسيلة الأولى لتعليم الطفل الكفيف التحدث، ويمكن للطفل أن يصل إلى البيئة من خلال الإيحاءات السمعية طالما أنه فقد فرص الإثارة البصرية لهذا الإتصال (Dodds,1998: 45). وإن الاستماع تتجلى أهميته في أنه جزء لا يتجزأ من حياة البشر، علاوة على أن الاستماع وسيلة من وسائل الإتصال الفعال بين الآخرين، بالإضافة إلى أنه يؤكد عناصر المحبة والإخاء بين الآخرين في المواقف المختلفة فيشعر بما يشعرون. وتبرز أهمية الاستماع أيضاً في كونه وسيلة فعالة ومؤثرة في تعليم الإنسان بصفة عامة إذ يعتبر الاستماع أداة الأطول في اكتساب ما يسمى بالإحساس اللغوي الذي يجعله يحس بالنغم الموسيقي للغة والجرس الإيقاعي لها والتذوق لجمال تعبيرها وسلامة أدائها. فالاستماع دور مهم في عملية الاستيعاب والتحصيل (Daniel & Kate,2005:2).

(ج) حاسة الشم :

إن إدراك الكفيف لبعض الملاحظات عن طريق حاسة الشم من مسافة مناسبة يساعده على معرفة تفاصيل البيئة من حوله ويسهل له عملية التوجه والحركة والكشف، حيث أن تخصيص أماكن معينة بروائح معينة كرائحة شاطئ البحر مثلاً، أو الرائحة المنبعثة نتيجة طهي المأكولات أو محطة تزويد السيارات بالوقود، أو رائحة الحدائق بما لها من رائحة معينة بأشجارها وزهورها ونباتاتها، إذ أن لكل منها رائحة الخاصة والمثيرة والتي يمكن للطفل الكفيف من إدراكها عندما يسير في طريقة فيعدل من خطة السير أو يوجه نفسه بشكل صحيح. (Porgund and etal, 1992:30).

٤- الخصائص النفسية للمكفوفين:

(أ) الخصائص الحركية :

اتفقت دراسة "جريفن شيرلي" (Griffin-Shirley, 2014) مع دراسة "ماجوفيه وآخرون" (Maguvhe, Dzapasi, & Sabeya, 2012) أنه لا يوجد اختلاف في النمو الحركي للطفل المعاق بصرياً ولادياً في الأشهر الأولى من حياته بشكل واضح عن النمو الحركي للطفل المبصر، حيث أن معدل نمو القدرة على الجلوس والتدحرج من وضع الانبطاح إلى وضع الاستلقاء لا يختلف بين الطفل المعاق بصرياً وبين الطفل المبصر، ومع ذلك فإن

بعض المهارات الحركية التي تتعلق بالحركة الذاتية للطفل مثل رفع الجسم، والجلوس في وضع معين والمشي باستقلالية تكون متأخرة لدى الطفل المعاق بصرياً وذلك لارتباطها بقدرته على الثبات ودقة الحركة، وعندما يتمكن المعاق بصرياً من الثبات والدقة في الحركة فإنه يكون أببطء في السرعة من الطفل المبصر فهو لا يتمكن من المشي باستقلالية إلا في حوالي الشهر التاسع عشر من عمره، في حين أن الطفل المبصر يتمكن من المشي باستقلالية في حوالي الشهر الثاني عشر من عمره إضافة إلى ذلك هناك مشكلات أخرى يواجهها المعاق بصرياً متعلقة بإتقان المهارات الحركية وتتمثل هذه المشكلات في التوازن، الوقوف والجلوس، الاحتكاك، الاستقبال أو تناول، الجري.

ب) الخصائص العقلية :

أشارت "جرين وآخرون" إلى أن العديد من المعاقين بصرياً يكون أدائهم في اختبارات الذكاء جيد نسبياً، كما أشار البعض الآخر إلى عكس ذلك تماماً حيث أكدت بعض الدراسات إلى أن ذكاء المعاقين بصرياً يعتبر أقل من ذكاء أقرانهم المبصرين، وقد يكون السبب في تناقض هذه الدراسات راجعاً إلى صعوبة قياس ذكاء المعاقين بصرياً، حيث إن معظم الاختبارات والمقاييس التي تستخدم لقياس الذكاء تشتمل على فقرات تحتاج إلى 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, and etal, 2013: 252)

ج) الخصائص الأكاديمية :

لا تقتصر الخصائص الأكاديمية على درجة وطبيعة استعداد المعوق بصرياً للنجاح في الموضوعات الدراسية فقط، بل تتعداها إلى كل ما هو مرتبط بالعمل المدرسي مثل درجة المشاركة في الأنشطة الصفية والأنشطة اللاصفية وطبيعة التفاعل مع المدرسين والزملاء داخل حجرة الصف والمدرسة. (Wei, Blackorby, & Schiller, 2011, 89)

د) الخصائص اللغوية :

من الصعب أن نجد شخصاً كفيلاً ومتمتع بحاسة سمع جيدة ولديه قصور في نمو التواصل اللفظي بشكل فعال، فغياب البصر لا يعتبر حاجزاً كبيراً أمام نمو اللغة والكلام، ولكن رغم ذلك فإن البحوث والدراسات في هذا المجال قد أوردت بعض الفروق بين كل من المعاقين

بصرياً والمبصرين في طبيعة اللغة والكلام، وإن هذه الفروق راجعة إلى أن المعاقين بصرياً يعتمدون بشكل كبير على حاسة السمع والقنوات اللمسية في استقبال وتعلم اللغة والكلام وهذا قد يؤدي إلى بعض القصور أو الاضطرابات في اللغة والكلام لديهم لأن تعلم اللغة والكلام مرتبط أيضاً إضافة إلى السمع بتتبع وملاحظة التلميحات الصادرة عن المتحدث، كذلك حركة الشفاه والتعبيرات الوجهية المصاحبة للكلام، والتي يمكن للمبصر ملاحظتها وتقليدها، وبالتالي هذا يسهل عليه تعلم اللغة والكلام، في حين يصعب على المعاق بصرياً ذلك، مما يؤدي إلى بطء في نمو اللغة والكلام لديه أو قصور واضطراب فيهما . (Rowe, F. 2013, 150)

هـ) الخصائص الاجتماعية :

أشارت دراسة "الحديدي والخطيب" (Hadidi, & Al Khateeb (2014) أن تتطور 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 بإيجابياته وسلبياته تتحدد نوع وطبيعة العلاقة بين الأفراد بعضهم البعض، أو بين الفرد والجماعة، ومن هذا التفاعل يخرج الفرد بخبرات سارة وخبرات 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.

كما تتشكل سماته الاجتماعية، إذن فالذي يحدد خصائص الفرد الاجتماعية هي طبيعة علاقاته مع الآخرين والتي تتحدد بدورها بدرجة وطبيعة تفاعله مع هؤلاء الآخرين (Alimovic, 2013: 153).

و) الخصائص الانفعالية :

أشارت دراسة "كوكير وآخرون" (Kooiker, and etal (2014) أن من أهم الخصائص الانفعالية للمكفوفين والتي أجمعت عليها بعض البحوث والدراسات في هذا المجال هي مفهوم الذات، السلوك العصابي، الخضوع، الانطواء، والانبساط، التوافق الاجتماعي، العدوانية، التعصب، التوافق الانفعالي.

ويعانى الشخص الكفيف من الاضطراب الانفعالي ، ويتميزون بخصائص البناء النفسى الضعيف ، فقد أشارت نتائج دراسة "كارلسن" (Karlsson,1998: 483) إلى أن المكفوفين

أكثر قابلية لإظهار مؤشرات الإحباط مثل المشاعر المحبطة والقلق والأرق ، كما أشارت نتائج دراسة "بيتي" (Beaty,1991: 131) إلى انخفاض صورة الذات لدى المكفوفين عن المبصرين. ومن خلال استعراض نتائج بعض الدراسات والتي أجريت في مجال الخصائص النفسية للمكفوفين، يمكن استخلاص ما يلي :

١- يعاني المكفوفين من مشكلات مختلفة في السلوك، وهم أقل من زملائهم المبصرين في الكفاءة الأكاديمية والعمل التعاوني.

٢- وجود علاقة ارتباطية سالبة بين بعض الاتجاهات الوالدية وأساليب المعاملة اللاسوية للأبناء وبعض أبعاد التوافق الشخصي والاجتماعي، والنضج الاجتماعي لدى الابن الكفيف.

٣- وجود علاقة ارتباطية بين كل من اليأس والاكتئاب ومفهوم الذات والمهارات الاجتماعية لدى المكفوفين، وأنه يمكن التنبؤ بمستوى الاكتئاب لديهم من خلال التعرف على الكفاءة الاجتماعية والأكاديمية.

٤- يعاني المكفوفين ضعف الانتباه، والقلق، وسوء التوافق الاجتماعي، وقصور الكفاءة الاجتماعية مقارنة بذويهم من المبصرين (أحمد عواد، وأشرف شريت، ٢٠٠٧ : ٣٢-٣٣).

ثانياً: جودة الحياة:

يعتبر مفهوم جودة الحياة مفهوم نسبي، إذ تختلف مضامينه ودلالاته باختلاف الأفراد والثقافات، فالبعض يرى جودة الحياة في الصحة، والبعض يراها في المال، ومنا من يراها في السعادة، ومع ذلك يظل هذا المفهوم بمثابة مظلة عامة يندرج تحتها الكثير من المعاني كالرضا عن الحياة، الهناء الشخصي، الأمن النفسي، القناعة، تحقيق الذات، السعادة الشخصية، الإحساس بالرفاهية . (Paudel,N; etal,2013: 3)

أ) مفهوم جودة الحياة :

هناك إتفاق متزايد بين الباحثين بأن مفهوم جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد Multi dimensional concept ، وهذا الإتفاق يستبعد اختصار هذا المفهوم في شيء واحد قد يمتلكه الفرد بشكل كامل، او يمتلك بعضه، او لا يمتلك منه شيئاً على الإطلاق، فقد أسفر البحث في هذا المجال عن تحديد ثمانية أبعاد أساسية لمفهوم جودة الحياة وهي : الرفاهية

الوجدانية ، العلاقات الشخصية، الرفاهية المادية، النمو الشخصي، الصحة الجسدية، حرية الإرادة، الدمج المجتمعي، والحقوق (Schalock,2004).

وعلى الرغم من أن هذه الأبعاد الأساسية تختلف من حيث العدد والترتيب بين الباحثين، إلا أنها بنيت جميعاً بناءً على بحوث (Cummins,1997)، (Renwick&Brown,1997)،(Parmenter&Donelly,1997)،(Felce,1997)

وبالنظر إلى هذه الأبعاد الأساسية فقد إتفق على أن كل فرد يقدر هذه الأبعاد بطريقة مختلفة، وأن القيمة المعطاة لكل بعد تختلف من خلال مراحل الحياة المتعددة.

كما تتشكل جودة الحياة من خلال أربعة أبعاد أساسية هي:

١- حاجات الفرد: الحب والتقبل والصدقة والجنس والصحة والأمن.

٢- التوقعات: بأن هذه الحاجات خاصة بالمجتمع الذي يعيش فيه الفرد.

٣- المصادر المتاحة: لإشباع هذه الحاجات بصورة مقبولة اجتماعياً.

٤- النسيج البيئي: المرتبط بإشباع هذه الحاجات (Goode,1994).

وفى ضوء ما تقدم تم التوصل إلى بعض الحقائق الخاصة بجودة الحياة لذوى

الاحتياجات الخاصة منها:

١- يشعر الفرد ذو الحاجات التربوية الخاصة بجودة الحياة عندما تشبع حاجاته الأساسية، وتكون لديه الفرصة لتحقيق أهدافه فى مجالات حياته الأساسية.

٢- تتكون جودة الحياة لذوى الحاجات التربوية الخاصة من نفس العوامل والعلاقات ذات الأهمية فى تكوين جودة الحياة للأفراد العاديين.

٣- تتكون جودة الحياة لذوى الحاجات التربوية الخاصة بجودة حياة الأفراد الآخرين الذين يعيشون فى البيئة نفسها.

٤- تعكس جودة الحياة لدى الفرد ذى الحاجات التربوية الخاصة تراثه الثقافى وتراث الآخرين المحيطين به.

٥- جودة الحياة بناءً على نفسه يمكن قياسه من خلال المؤشرات الذاتية والمؤشرات الموضوعية الاجتماعية.

(ب) نماذج جودة الحياة :

قدم "فينهوفن" (Veenhoven,2006: 6-8) نموذجًا مكونًا من أربعة مفاهيم هي:

١- فرص الحياة Life chance وتنقسم إلى بعدين:

(أ) الجودة فى البيئة الخارجية Outer Quality livability وهى تشير إلى الظروف البيئية الجيدة وغالبًا مصطلح جودة الحياة والهناء يستخدمان بهذا المعنى المحدد.

(ب) الجودة المنبثقة من الداخل Life-ability وهى تشير إلى البيئة الداخلية للفرد من إمكانيات وقدرات تعده لمجابهة المشكلات الحياتية بطريقة أفضل، وجودة الحياة والهناء يستخدمان للإشارة إلى معنى محدد من قبل الإحصائيين والأطباء النفسيين.

١- نتائج الحياة Life results وتنقسم إلى قسمين:

(أ) الفائدة أو المنفعة Utility of life وهى تشير إلى جودة الحياة من خلال المحصلة، ويمكن الحكم عليها فى ضوء قيم الفرد والبيئة أى إستغلال البيئة الخارجية وهى تمثل رؤية الحياة على أنها جيدة أكثر من كونها كذلك.

(ب) تقويم أو تقدير الحياة (الجودة المنبثقة من الداخل) ويشير إلى جودة الحياة كما يراها الفرد حيث التقدير الذاتى لها مثل الهناء الشخصى، الرضا عن الحياة، السعادة.

كما وضعت "فنتجودت وآخرون" (Ventegodt,etal,2003: 1034-1037) نظرية

تفسر جودة الحياة فى ضوء عدة أبعاد هى:

(ج) جودة الحياة الذاتية: وتتضمن الهناء، الرضا عن الحياة، السعادة، معنى الحياة.

(د) جودة الحياة الموضوعية: وتتضمن التنظيم البيولوجى، إدراك الإمكانيات الحياتية، إنجاز الحاجات، المعايير الثقافية.

(هـ) الوجهة البيولوجية : تشير إلى وجودنا البشرى وتبنى جودة الحياة فى إطار التناغم بين البيئة التى نحياها وما نشعر به فى داخلنا.

(ج) مظاهر نقص جودة الحياة لدى المكفوفين:

يرتبط إدراك الفرد المعاق لجودة الحياة بمجموعة من المتغيرات الشخصية والاجتماعية والثقافية، ولقد أجريت العديد من الدراسات على الأشخاص المعاقين من فئات عمرية مختلفة للتوصل إلى محددات جودة الحياة لديهم , فقد أكدت دراسة ميشيل (Michael,2003: 246) على أهمية ما يقدمه المجتمع من خدمات للمعاقين، ويرى أن الدعم الاجتماعى الذى يلقاه

الشخص ذوى الإعاقة يؤثر بصورة جوهرية على جودة الحياة لديه، كما تتأثر جودة الحياة لدى الشخص المعاق بمدى الاستقلالية التي يشعر بها في حياته.

وقد توصل هوف (Hoff,2002: 716) إلى أن الإعاقة والظروف المحيطة بها يمكن أن تؤثر على إدراك جودة الحياة ، وهذا ما أكده جود (Good,1994:64) حين أشار إلى أن الأشخاص ذوى الإعاقة يشتركون في الرغبة الشديدة للانخراط في مجتمعهم والعيش باستقلالية والرغبة في أن يتم النظر إليهم ومعاملتهم كراشدين ،والحصول على مهنة، كما أن لديهم الرغبة في بناء علاقات مع الآخرين وتكوين أسرة، وكل ذلك يحدد إدراكهم بصورة أو بأخرى لجودة الحياة.

وأن الحالة النفسية للأشخاص المعاقين ومنهم المكفوفين هي نتاج لتفاعل هؤلاء الأفراد بشكل رئيسي مع البيئة المحيطة بهم ، لهذا من المهم فهم هؤلاء الأشخاص والبيئة التي يعيشوا فيها ومدى توفر الفرص والخدمات والتي تؤثر على جودة الحياة لديهم (Sondar,1987: 24) كما أن قياس جودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين من الأهمية بمكان لأن المراهقة تعتبر أحد المراحل الأساسية للتدخل وتعديل العادات الحياتية للمراهق ، وبصرف النظر عن نوع الإعاقة فإن فئة المعاقين تستحق الإنتباه وتخصيص السياسات وكذلك الهويات لرفع وتحسين مستوى جودة الحياة ، الأمر الذي يكون له العديد من القيود على مستقبلهم ، وهذه هي نقطة البداية للنقاش والتفكير في جودة حياة المراهقين ذوى الإعاقات بهدف التدخل والشراكة والتعاون للوصول إلى مراهقة صحية. ولهذه الغاية ، فإن الهدف من هذه الدراسة هو تحليل تصورات المراهقين المكفوفين عن جودة الحياة وتأثير الخصائص الاجتماعية الديموجرافية لأبعاد جودة الحياة لدى مجتمع الدراسة (Vanthauze, etal,2013: 140).

ونظرًا لأن المكفوفين تعتبر من الفئات التي تحتاج إلى رعاية خاصة ، وهم ينظرون إلى الحياة بنظرة مختلفة عن الآخرين، وتتأثر نظرتهم للحياة بظروف الإعاقة وما يحصلون عليه من دعم من قبل الآخرين في الأسرة أو المجتمع، فإنهم يحتاجون إلى خدمات تساعدهم على التوافق مع ظروف الحياة في ظل الإعاقة، وتعتبر جودة الحياة من المؤشرات الهامة لجودة الخدمات المقدمة لهذه الفئات، ورضا الفرد عنها وإحساسه بالسعادة والرغبة في الحياة (أميرة بخش ، ٢٠٠٨ : ٩).

وعلى الرغم من زيادة الأبحاث التي تناولت التركيز على مفهوم جودة الحياة إلا أنه لا يوجد إلا القليل من الدراسات عن خصائص جودة الحياة في مجال صحة الأطفال والمراهقين

المكفوفين، ففي الحقيقة لا يوجد اهتمام كافي بالمعاقين بشكل عام، فمن الجدير بالأهمية لهم تقييم غير المعاقين. (Vanthauze, etal,2013:139)

وأن تحسين جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة يعتمد بالأساس على نشر مفهوم جودة الحياة ، وأن تحسين جودة الحياة هدف واقعي يمكن تحقيقه لكافة الأفراد المعاقين، وهذا ما قد يؤدي إلى التغلب على العقبات وتذليل الصعوبات ، كما أن خفض بعض التناقضات بين الفرد وبيئته يعمل على تحسين جودة حياته (Schalock,2004:45).

ولهذا تظهر الحاجة إلى مساعدة هؤلاء المراهقين المكفوفين لاكتشاف قيمة أنفسهم والحياة التي يعيشونها، وأن يجدوا هدفاً ومقصداً لوجودهم ومساعدتهم على تحقيق أعلى نشاط وفعالية تمكنهم من تحسين جودة الحياة لديهم ، حيث قرر "جيربر وآخرون" (Gerber,etal 1655: 2008), أن جودة الحياة المرتفعة هي التي يتلقى فيها الأشخاص ذوي الإعاقة دعماً كي يصبحوا من خلاله مشاركين بصورة فعالة في المجتمع ، وتنمي لديهم المهارات اللازمة للاعتماد على النفس وتتاح لهم فرص الاختيار المناسبة ، وضبط حياتهم، كما تتاح لهم المعاملة باحترام في بيئة آمنة.

ولقد استندت الباحثة عند التعرف على مظاهر جودة الحياة على دراسات قام بها كلاً من "هارى" (2000) Hurre,T و"هورى وآخرون" (2000) (Huurre,etal, 2000) و"لونجيان وآخرون" (2009) (Langelaan, etal,2009) و"ميجرود" (2012) (Migerode,2012) على ضرورة إعطاء المكفوفين حقهم في الرعاية، والعناية، والاهتمام بطريقة تساعدهم على التخلص من المشكلات النفسية، الانفعالية، والاجتماعية التي تعوق تواصلهم بالآخرين، بصورة تكشف عن الكثير من الطاقات، والإمكانات الكافية، والطاقات المبدعة التي تحتاج إلى مخرج ماهر ومحترف يستطيع التنقيب عنها في محاولة لإعادة الاكتشاف والرغبة في التوظيف الأمثل لهذه الطاقات، والإمكانات التي ما زال يعتريها بعض الغموض، ولا سيما لدى هؤلاء المراهقين ذوي الإعاقة البصرية، مما ينعكس أثره على احساسهم بجودة الحياة (أهمية الحياة والرضا عنها) وبالتالي نتمكن من تأهيلهم للاندماج في المجتمع وتحقيق ذاتهم، مما قد يعود على المجتمع بالخير والمنفعة.

إجراءات الدراسة:

١- عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة الحالية من (١٠) من المراهقين المكفوفين بلغ عددهم تراوحت أعمارهم الزمنية بين (١٤-١٩) عامًا بمتوسط عمري قدره ١٦ عامًا وثلاثة شهور (٣،١٦) وإنحراف معياري قدره (٠,٣٦) ، متجانسين من حيث الذكاء والعمر الزمني ودرجة الإعاقة، وتم الحصول عليهم من مدارس النور .

٢- أداة الدراسة :

استخدمت الباحثة في دراستها الحالية الأداة التالية :

أ) مقياس جودة الحياة للمراهقين المكفوفين. إعداد/ الباحثة

وفيما يلي وصف المقياس التي قامت الباحثة باستخدامه:

أ) مقياس جودة الحياة للمراهقين المكفوفين : إعداد/ الباحثة

قامت الباحثة ببناء وإعداد مقياس جودة الحياة من خلال الإطلاع على بعض الأطر النظرية والدراسات والبحوث المتعلقة بالموضوع واستندت الباحثة على التعريف الإجرائي لجودة الحياة وهو: " هو مفهوم يعكس إلى أي مدى يرى الكفيف مجالات حياته جيدة ليعيش احساسًا بالرضا والتوافق النفسي والاجتماعي والفاعلية النشطة في مواقف ومجالات الحياة المختلفة في ضوء أهدافه وتوقعاته واهتماماته وطوحاته " (إعداد/ الباحثة).

وما يلي عرض خطوات بناء المقياس التي تتمثل في مبررات إعداد المقياس والصورة الأولية للمقياس والتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس المتمثلة في الصدق والثبات، وأخيرًا إعداد الصورة النهائية للمقياس، وسوف تتناول الباحثة هذه الخطوات فيما يلي :

١- إعداد الصورة الأولية للمقياس (تحديد الأبعاد وصياغة العبارات).

وفي ذلك اتبعت الباحثة الخطوات التالية:

▪ مراجعة الإطار النظري وكذلك الدراسات السابقة الخاصة بجودة الحياة لدى المكفوفين، وذلك للإفادة منها في بناء المقياس وتحديد وصياغة أبعاده وتحديد التعريفات الإجرائية للأبعاد.

▪ الإطلاع على أهم المقاييس والاختبارات الخاصة بجودة الحياة، والتي تضمنت أبعادًا أو

عبارات تسهم بشكل أو بآخر في بناء المقياس، ومن هذه المقاييس ما يلي :

- (أ) إستبيان جودة الحياة (Schalock&Keith,1993) Quality of life Questionnaire
- (ب) مقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة Organization of world Health for Quality of life,2004.
- (ج) مقياس جودة الحياة للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة. (إعداد: صلاح الدين عراقى، ٢٠٠٦).

وقد استفادت الباحثة من محتوى هذه المقاييس في تحديد أبعاد المقياس وصياغة عباراته بما يتناسب مع خصائص أفراد البحث.

قامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية على شكل سؤال مفتوح، للإفادة منها في تحديد أهم جوانب جودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين، وقد أجريت الدراسة الاستطلاعية على عدد من المعلمين والأخصائيين النفسيين بمدارس النور للمكفوفين ببها. وقد تضمنت الدراسة الاستطلاعية السؤال المفتوح التالي:

من خلال تعاملكم مع المراهقين المكفوفين ، ما رأيكم ما هي أهم العوامل المسهمة في إحساس المراهق الكفيف بالسعادة والرضا عن حياته؟

قامت الباحثة بتحديد نظام الاستجابة على بنود المقياس، وكذلك مفتاح التصحيح وهو يقيس مدى رضا المراهق الكفيف وشعوره بالاستمتاع، على متصل يتدرج من: غير مرضى جداً (١)، غير مرضى (٢)، غير مرضى أحياناً (٣)، مرضى (٤)، مرضى جداً (٥).

قامت الباحثة بعد ذلك بصياغة تعليمات تطبيق المقياس بحيث يعتمد تطبيق المقياس على المقابلة الشخصية الفردية مع المشارك، بحيث تقوم الباحثة بقراءة الموقف والاستجابات الثلاثة ثم يطلب من المفحوص أن يختار الاستجابة التي يراها صحيحة من رأيه، فتقوم الباحثة بوضع علامة (✓) أمام الاستجابة التي اختارها الفرد المشارك.

قامت الباحثة بعرض المقياس في صورته المبدئية على السادة المشرفين وعدد من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس، وقامت بإجراء التعديلات التي اقترحتها السادة المحكمين والخاصة بإعادة صياغة بعض الأبعاد والمواقف.

قامت الباحثة بحساب صدق وثبات المقياس بعدة طرق لكل من الصدق والثبات كالتالي:

(أ) حساب صدق مقياس جودة الحياة للمراهقين المكفوفين:

تم حساب صدق مقياس جودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين من خلال صدق المحكمين، الإتساق الداخلى، الاتساق الداخلى للأبعاد الفرعية.

١ - صدق المحكمين :

قامت الباحثة بعرض المقياس على مجموعة من السادة المحكمين من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس وعددهم "١٢" محكمًا، كما قامت الباحثة بعرض المقياس على بعض السادة المعلمين والأخصائيين النفسيين العاملين في مجال الإعاقة البصرية وذلك للحكم على المقياس من حيث تحديد مدى انتماء كل مفردة من المفردات إلى المقياس ككل وإلى البعد الخاص بها طبقًا للتعريف الإجرائي للبعد وتحديد مدى وضوح صياغة كل موقف من مواقف المقياس، وإقتراح التعديلات اللازمة، أو إضافة عبارات جديدة تسهم في جودة المقياس، وقد قامت الباحثة باستبعاد المواقف التي لم تصل نسبة اتفاق المحكمين عليها إلى ٨٠% ، وبالتالي تكون الباحثة قد استبعدت أربعة عبارات من الصورة المبدئية للمقياس ليصبح عدد عبارات المقياس في صورته الأولية ٥٧ (سبعة وخمسون) عبارة، وبذلك تحقق للباحثة من صدق المحكمين للمقياس.

٢ - الإتساق الداخلي:

تم حساب الإتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة للمراهقين المكفوفين عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للبعد الفرعي الذي تنتمي إليه العبارة في حالة حذف درجة العبارة من الدرجة الكلية للبعد الفرعي الذي تنتمي إليه العبارة باعتبار أن بقية عبارات البعد الفرعي محكًا للعبارة وذلك للعبارات التي تم الإبقاء عليها. وقد اتضح أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من العبارات والدرجة الكلية للبعد الفرعي الذي تنتمي إليه العبارة (في حالة حذف درجة العبارة من الدرجة الكلية للبعد الفرعي الذي تنتمي إليه) دالة إحصائيًا عند مستوى (٠,٠١) أو مستوى (٠,٠٥) مما يدل على صدق جميع عبارات مقياس جودة الحياة للمراهقين المكفوفين.

٣ - الإتساق الداخلي للأبعاد الفرعية لمقياس جودة الحياة للمراهقين المكفوفين:

تم التحقق من صدق الأبعاد الفرعية لمقياس جودة الحياة للمراهقين المكفوفين عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بُعد فرعي والدرجة الكلية للمقياس، فكانت النتائج

أن جميع معاملات الارتباط مرتفعة ودالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) مما يدل على صدق جميع الأبعاد الفرعية لمقياس جودة الحياة للمراهقين المكفوفين.

ب) ثبات مقياس جودة الحياة للمراهقين المكفوفين:

تم حساب ثبات عبارات مقياس جودة الحياة للمراهقين المكفوفين بطريقتين هما:

١- ألفا ل كرونباخ Alpha-Cronbach أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من العبارات والدرجة الكلية للبعد الفرعي الذي تنتمي إليه العبارة (في حالة وجود درجة العبارة في الدرجة الكلية للبعد الفرعي الذي تنتمي إليه) دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) أو مستوى (٠,٠٥) مما يدل على الاتساق الداخلي وثبات جميع عبارات مقياس جودة الحياة للمراهقين المكفوفين.

٢- التجزئة النصفية ل سبيرمان- براون Spearman-Brown ، فُوجد أن معاملات ثبات الأبعاد الفرعية والثبات الكلي للمقياس بالطريقتين مرتفعة، مما يدل على الثبات الكلي للمقياس وثبات أبعاده الفرعية.

من الإجراءات السابقة تأكد للباحثة ثبات وصدق مقياس جودة الحياة وصلاحيته لقياس جودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين.

وبذلك تتكون الصورة النهائية من المقياس من (٥٣) عبارة موزعة على الأبعاد الخمسة كما يلي: جودة الحياة الاجتماعية (١٣ عبارة)، جودة الحياة الأسرية (١٢ عبارة)، جودة الحياة الصحية (٧ عبارات)، جودة الحياة الوجدانية (١٣ عبارة)، جودة الحياة التعليمية (٨ عبارات).

نتائج الدراسة وتفسيرها:

الفرض الأول:

للتحقق من صحة الفرض الأول ونصه: "يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والبعدي لمجموعة الدراسة، على مقياس جودة الحياة بأبعاده الفرعية (جودة الحياة الاجتماعية - جودة الحياة الأسرية - جودة الحياة الصحية - جودة الحياة الوجدانية - جودة الحياة التعليمية)، لصالح متوسط رتب درجات القياس البعدي".

جدول (١)

نتائج اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Signed Ranks Test عند دراسة الفروق بين متوسط رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة، وكذلك نتائج معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة لدراسة حجم تأثير البرنامج لدى عينة من المراهقين المكفوفين (ن = ١٠)

| جودة الحياة | الإشارات (البعدي-القبلي) | العدد | متوسط الرتب | مجموع الرتب | قيمة (Z) | مستوى الدلالة | حجم التأثير (r _{prb}) |
|----------------------------------|--------------------------|-------|-------------|-------------|----------|---------------|---------------------------------|
| جودة الحياة الاجتماعية | السالبة | ٠ | ٠,٠ | ٠,٠ | ٢,٨٠٥ | ٠,٠١ | ١ |
| | الموجبة | ١٠ | ٥,٥ | ٥٥,٠ | | | |
| جودة الحياة الأسرية | السالبة | ٠ | ٠,٠ | ٠,٠ | ٢,٨٠٧ | ٠,٠١ | ١ |
| | الموجبة | ١٠ | ٥,٥ | ٥٥,٠ | | | |
| جودة الحياة الصحية | السالبة | ٠ | ٠,٠ | ٠,٠ | ٢,٨٠٩ | ٠,٠١ | ١ |
| | الموجبة | ١٠ | ٥,٥ | ٥٥,٠ | | | |
| جودة الحياة الوجدانية | السالبة | ٠ | ٠,٠ | ٠,٠ | ٢,٨٠٧ | ٠,٠١ | ١ |
| | الموجبة | ١٠ | ٥,٥ | ٥٥,٠ | | | |
| جودة الحياة التعليمية | السالبة | ٠ | ٠,٠ | ٠,٠ | ٢,٨٠٧ | ٠,٠١ | ١ |
| | الموجبة | ١٠ | ٥,٥ | ٥٥,٠ | | | |
| الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة | السالبة | ٠ | ٠,٠ | ٠,٠ | ٢,٨٠٣ | ٠,٠١ | ١ |
| | الموجبة | ١٠ | ٥,٥ | ٥٥,٠ | | | |

الإشارة السالبة عندما يكون: البعدي > القبلي.

الإشارة الموجبة عندما يكون: البعدي < القبلي. والإشارات الباقية هي التي يكون فيها: البعدي = القبلي.

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- وجود فرق دال إحصائياً (عند مستوي ٠,٠١) بين متوسط رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لمجموعة الدراسة على جميع أبعاد مقياس جودة الحياة (جودة الحياة الاجتماعية - جودة الحياة الأسرية - جودة الحياة الصحية - جودة الحياة الوجدانية - جودة الحياة التعليمية) وفي الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة، وذلك لصالح متوسط رتب درجات القياس البعدي في جميع الحالات. أي أن متوسط رتب درجات القياس البعدي لجميع أبعاد مقياس جودة الحياة (جودة الحياة الاجتماعية - جودة الحياة الأسرية - جودة الحياة الصحية - جودة الحياة الوجدانية - جودة الحياة التعليمية) وللدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة أعلى بدلالة إحصائية من نظائرها في التطبيق القبلي لدى عينة الدراسة من المراهقين المكفوفين.

جدول (٢)

نسب الكسب المعدلة والمصححة بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي
في جودة الحياة لدى عينة الدراسة من المراهقين المكفوفين (ن = ١٠)

| م | جودة الحياة | متوسط القياس القبلي | متوسط القياس البعدي | درجة الكسب | نسبة الكسب المعدلة لـ بلاك MG_{Blake} | نسبة الكسب المصححة لـ عزت CEG_{ratio} |
|---|----------------------------|---------------------|---------------------|------------|---|---|
| ١ | جودة الحياة الاجتماعية | ٢٠,٥ | ٥٧,٥ | ٣٧,٠ | ١,٤ | ٢,٠ |
| ٢ | جودة الحياة الأسرية | ١٥,٧ | ٤٧,٦ | ٣١,٩ | ١,٣ | ١,٩ |
| ٣ | جودة الحياة الصحية | ١١,٧ | ٢٧,٨ | ١٦,١ | ١,١ | ١,٧ |
| ٤ | جودة الحياة الوجدانية | ٢٢,١ | ٦٢,٥ | ٤٠,٤ | ١,٤ | ٢,١ |
| ٥ | جودة الحياة التعليمية | ١٣,١ | ٢٩,٦ | ١٦,٥ | ١,٠ | ١,٦ |
| | الدرجة الكلية لجودة الحياة | ٨٣,١ | ٢٢٥ | ١٤١,٩ | ١,٣ | ١,٩ |

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- أن جميع قيم نسب الكسب المعدلة لـ بلاك MG_{Blake} أكبر من القيمة (١,٢) وهي القيمة التي اقترحها بلاك لفعالية البرنامج، مما يشير إلى أن (البرنامج الإرشادي) فعال في تنمية جميع أبعاد جودة الحياة والدرجة الكلية لجودة الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية من المراهقين المكفوفين، وذلك باستثناء بُعدين هما (جودة الحياة الصحية، جودة الحياة التعليمية)، حيث كانت قيمة نسب الكسب المعدلة لـ بلاك = ١,١ ، ١ على الترتيب وهي قيم أكبر من أو تساوي القيمة (١).

وتؤكد نتائج الدراسة أن إدراك المكفوفين لجودة الحياة يعتمد على جزء كبير فيه على وجود أو توافر أشخاص يمكن للكفيف أن يثق فيهم، ويعتقد أنهم في وسعهم أن يعتنوا به ويحبوه ويقفوا بجانبه عند الحاجة، و تقبل ورضا الفرد عن حالته الصحية، بالإضافة إلى الرعاية الصحية التي يتلقاها من المحيطين به، والحصول على دعم نفسي ومعنوي من الوالدين والمحيطين به وشعورهم بثقة الآخرين فيهم وفي قدراتهم وشعورهم بالاستقلالية والاعتماد على النفس، وكذلك توفير بيئة مناسبة بالمراهق الكفيف من حيث الوسائل والأساليب التعليمية

الملائمة لطبيعة وظروف الإعاقة الخاصة به والحصول على تعليم مناسب يلبي طموحاتهم في النجاح وتحقيق مستقبل مناسب لهم.

بصفة عامة أن المراهقين المكفوفين ربما يكونوا غير مدركين لأهدافهم وتوقعاتهم وطموحاتهم الشخصية في الحياة بسبب الحقيقة التي مفادها تركيز آبائهم ومقدمو الرعاية لهم نقاط الضعف أو صور الخلل البدني والنفسي والسلوكي التي قد تكون لديهم ومحاولة العمل على التخلص من هذه الصور، بالإضافة إلى حل المشكلات الظاهرة والمرئية لهؤلاء الأشخاص؛ وأن تقترن الجهود المشار إليها بتلمس الآباء ومقدمو الرعاية لجوانب القوة ونقاط التميز، بل المواهب التي قد تكون موجودة لدى هؤلاء الأشخاص والسعى للنشط الإيجابي لحثهم ومساندتهم في تحقيقها، ومن هنا تتحسن بالفعل جودة حياتهم الشخصية ونظرتهم الإيجابية نحو الحياة.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- ١- أحمد عواد وأشرف شريت (٢٠٠٨). دليل الأسرة والمعلمة فى تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال ذوى الإعاقة البصرية. الإسكندرية : مؤسسة حورس الدولية.
- ٢- أشرف عبد القادر (٢٠٠٥). تحسين جودة الحياة كمنبىء للحد من الإعاقة ، بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية بالاشتراك مع مكتب التربية العربية بدول الخليج من الفترة من (١٢-١٤) فبراير.
- ٣- أميرة البخش (٢٠٠٦). جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المعاقين بصرياً والعاديين بالمملكة العربية السعودية. ع ٣٥، م ١، جامعة طنطا - مصر: مجلة كلية التربية ، ٢ - ٢٢.
- ٤- جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاى (١٩٨٨). معجم علم النفس والطب النفسى. ج٣ ، القاهرة: دار النهضة العربية.
- ٥- زينب شقير (١٩٩٩). سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين. القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.
- ٦- عبد المطلب القريطى (٢٠٠٥): سيكولوجية ذوى الاحتجاجات الخاصة وتربيتهم، ط٤ ، القاهرة : دار الفكر العربى.
- ٧- عبد الوهاب كامل (١٩٩٤). علم النفس الفسيولوجي. ط١، القاهرة : مكتبة النهضة العربية.
- ٨- كمال سيسالم (١٩٩٧). المعاقون بصرياً : خصائصهم ومناهجهم. ط١ ، القاهرة : الدار المصرية اللبنانية.
- ٩- محمد خضير ، إيهاب الببلاوى (٢٠٠٤). المعاقون بصرياً. الرياض : الأكاديمية العربية للتربية الخاصة.

ثانياً: المراجع الأجنبية :

- 1- Alimovic, S. (2013). Emotional and behavioural problems in children with visual impairment, intellectual and multiple disabilities. Journal of Intellectual Disability Research, 57(2, Sp. Iss. SI), 153-160.

- 2- **Beaty, L, A. (1991).** The effects of visual impairment on adolescent self-concept. *Journal of visual impairment and blindness*, 85,(3),127-131.
- 3- **Finger, R. & Scholl, H. (2013).** Blindness and visual impairment: High- I come countries. In H. school, R: Mass of, S. West (Eds), *Ophthalmology and the aging society*. 19- 33 Springer – verlag.
- 4- **Gerber M.; Baud M.; Giroud G. &Galli C.,(2008).** Quality of life of adults with pervasive developmental disorders and intellectual disabilities, *J Autism Dev Disorder* (38) 1654-1665.
- 5- **Goode,D. (1994).** Quality of life for persons with disabilities, *International perspectives and Issues*. In: Mitchell, D. (1997): *Book Review. Journal of intellectual & Developmental disability* 22, (1), 63-75.
- 6- **Green, K. A., McGwin, G., & Owsley, C. (2013).** Associations 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
- 7- **Griffn-Shirley, N.; Trusty, S.; & Rickard, R. (2000).** Orientation and mobility. In A. J. Koenig & M. C. Holbrook (Eds.), *Foundations of education*, vol, 2: *Instructional strategies for teaching children and youth with visual impairments* (2nd ed, 529-568). New York: AFB Press.
- 8- **Hadidi, M. S., & Al Khateeb, J. M. (2014).** A Comparison of Social Support among Adolescents With and Without Visual Impairments in Jordan: A Case Study from the Arab Region. *Journal Of Visual Impairment & Blindness*, 108(5), 414-427.
- 9- **Heward,W. & Orlansky,M.D.(1992).** *Exceptional children: An introduction to special education* (4th ed).
- 10- **Hoff,E.(2002).** Quality of life for persons with disabilities, *Journal of the American medical association*, 280, (6), 716-725.
- 11- **Karlsson, J. (1998).** Self reports of psychological distress in connection with various degrees of vision impairment. *Journal of visual impairment and blindness*, 92, 483- 490.
- 10- **Kooiker, M. G., Pel, J. M., & van der Steen, J. (2014).** Viewing behavior and related clinical characteristics in a population of children with visual impairments in the Netherlands. *Research In Developmental Disabilities*, 35(6), 1393-1401.

- 11- **Langelaan, M; Michiel, D; Nispen, ;, Bill, W; & Ger, V. (2009).** Change in quality of life after Rehabilitation: Prognostic factors for visual impairment adults. *International, Journal of Rehabilitation Research*, 32, (1), 12-19.
- 12- **Lewis, S., & Iselin, S. (2002).** A comparison of the independent living skills of primary students with visual impairments and their sighted peers: A pilot study. *Journal of visual impairment and blindness*, 96, (5), 335-344.
- 13- **Maguvhe, M. O., Dzapasi, A., & Sabeya, P. (2012).** Orientation and mobility services for persons with visual impairments: South African orientation and mobility practitioners' eye view. *Journal Of Visual Impairment & Blindness*, (11), 750.
- 14- **Nowak, M. & Smigielski, J. (2015).** The prevalence and causes of visual impairment and blindness among older adults in the city of Lodz, Poland, *Medicine*, 94, (5), 1-6.
- 15- **Paudel, N; Joshi, N.D; Shah, D.N & Subba, S. (2013).** Impact of visual impairment on vision- specific quality of life among adults living in nursing home. *Current Eye Research*, 39, (3), 232-238.
- 16- **Rita, R. (2009).** The Research Into the social skills of teenagers with visual Impairments: The Interpersonal Aspect, *Special Education*, 1 (20), 1 (20), 74-84.
- 17- **Rowe, F. (2013).** Symptoms of stroke-related visual impairment. *Strabismus*, 21(2), 150-154.
- 18- **Schalock, R. L. (2004).** The concept of quality of life : What we know and do not know. *Journal of Intellectual disability Research*, 48, (3).
- 19- **Sonder, M. (1987).** Relative definition of handicap: Implications for Research. *Upsala j. of Medical Sciences Supplement*, (44), 24-29.
- 20- **Verdugo, M; Prieto, G; Caballo, C. & Anapelaez, A. (2005).** Factorial structure of the quality of life questionnaire in a Spanish of visually disabled adults. *European journal of psychological assessment*, 21, (1), 44-55.
- 21- **Wei, X., Blackorby, J., & Schiller, E. (2011).** Growth in Reading Achievement of Students with Disabilities, Ages 7 to 17. *Exceptional Children*, 78(1), 89-106.

Abstract

The study aimed to examine the forms of quality of life for a sample of blind teenagers. study sample included 10 blind teenagers (5 males,5 females), aged between (9-14) years, the researcher used quality of life scale for blind teenagers (By the researcher), and which was applied individually.