

بررسی اثربخشی برنامه ارتقای کیفیت زندگی نوجوانان با آسیب بینایی بر سازگاری و سلامت روان آنان

Effectiveness of the Quality of Life Improvement Program for Adolescents with Visual Impairment on their Adjustment and Mental Health

Alireza Sedghi-Taromi

Gholamali Afrouz

Mohsen Shokoochi-Yekta

Bagher Ghobari-Bonab

Mohammadali Besharat

علی‌رضا صدقی طارمی *

غلامعلی افروز **

محسن شکوهی یکتا ***

باقر غباری بناب ****

محمدعلی بشارت *****

چکیده

Abstract

Visual deprivation as one of the primary senses may cause limitations in the personal aspects and interpersonal interactions of the individual. The aim of the current study was to evaluate the effectiveness of the quality of life improvement program based on the group cognitive-behavioral approach on adjustment and mental health of adolescents with visual impairment. The type of study was quasi-experimental with pre and post-test utilizing control group and follow-up. Using available sampling, tenth and eleventh grade students with visual impairment in Mohebi School, in Tehran were randomly assigned to experimental and control groups (twenty students each included boarding and daily attending individuals). All students responded to Bell Adjustment Questionnaire (BAI, Bell, 1961) and Mental Health Inventory (MHI-28, Besharat, 2009), then, the experimental group received ten sessions of the intervention while the control group did not receive training. The results of the multivariate analysis of covariance showed that adjustment and mental health of the experimental group significantly increased after the intervention program. Therefore, it can be concluded that this program could help with the adjustment and mental health of adolescents with visual impairment.

Keywords: Blind Youth, Life Quality, Cognitive-Behavioral Approach, Adjustment, Mentally Healthy.

محروریت از بینایی به عنوان یکی از اصلی‌ترین حس‌ها، در گستره فردی و تعاملات بین فردی محدودیت ایجاد می‌نماید. هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی برنامه ارتقای کیفیت زندگی بر پایه رویکرد شناختی-رفتاری گروهی بر سازگاری و سلامت روان نوجوانان با آسیب بینایی بود. نوع پژوهش شبه تجربی و طرح آن پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری، و جامعه آماری شامل نوجوانان پایه‌های تحصیلی دهم و یازدهم با آسیب بینایی مدرسه محبی بوده که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و بصورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی و گواه، هر کدام بیست نفر که در دوره روزانه و شبانه به تحصیل اشتغال داشتند، توزیع شدند. کلیه آزمودنی‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به پرسشنامه سازگاری بل (۱۹۶۱) و مقیاس سلامت روانی (بشارت، ۱۳۸۸) پاسخ دادند. گروه آزمایشی در برنامه ده جلسه‌ای شرکت کرد. گروه گواه آموزشی دریافت نمی‌کرد. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری داده‌ها نشان داد که سازگاری و سلامت روان در گروه آزمایشی به طور معناداری افزایش یافته است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که این برنامه روشی مناسب برای بهبود سازگاری و سلامت روان نوجوانان با آسیب بینایی می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: نوجوانان نابینا، کیفیت زندگی، رویکرد شناختی-رفتاری گروهی، سازگاری، سلامت روان

email: alirstuv@yahoo.ca

* نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان

استثنایی دانشگاه تهران

** استاد ممتاز دانشگاه تهران

*** دانشیار دانشگاه تهران

**** استاد دانشگاه تهران

Received: 17Aug 2014 Accepted: 9 May 2015

پذیرش: ۹۴/۲/۱۹

دریافت: ۹۳/۵/۲۶

مقدمه

حواس در پیچه درک و شناخت دنیای پیرامون ما هستند و نقش مهمی در زندگی انسان به عهده دارند. در این میان، نقش بینایی به دلیل سهولت، سرعت و قابلیت‌های گوناگونی که در ایجاد رابطه با محیط و کشف دنیای اطراف برای انسان دارد، ویژه و انکارناپذیر است. آسیب بینایی یکی از معلولیت‌های شایع و در عین حال تا حدی قابل پیشگیری در سراسر جهان به حساب می‌آید (استیونز و همکاران، ۲۰۱۳). از لحاظ قانونی فردی مبتلا به آسیب بینایی تلقی می‌شود که در خوش‌بینانه‌ترین حالت (استفاده از عینک) تیزبینی ۲۰/۲۰۰ یا کمتر داشته باشد و یا میدان دیدی چنان باریک داشته باشد که کمینه قطر آن در مقابل زاویه کمتر از بیست درجه قرار داشته باشد (هالاهاان و همکاران، ۲۰۱۵). آمار می‌گوید در سراسر دنیا حدود ۳۲ میلیون و چهارصد هزار نفر با آسیب بینایی مواجهند. این اختلال در بین زن‌ها با نسبت شصت به چهل شایع‌تر است و از سوی دیگر، در طبقات اجتماعی-اقتصادی پایین جامعه شیوع بالاتری دارد (استیونز و همکاران، ۲۰۱۳). سن آسیب بینایی در شمال آفریقا و خاورمیانه که ایران نیز در این منطقه واقع شده است، کاهش پیدا کرده و بنا به آمار منتشر شده تعداد افراد با آسیب بینایی در این منطقه از جهان در سال ۲۰۱۰ به سه میلیون و صد و نوزده هزار نفر رسیده است. آب مروارید، خطاهای انکساری اصلاح نشده، آب سیاه و انحطاط ماکولای چشم از علل اصلی آسیب بینایی در این منطقه گزارش شده است (خیرالله و همکاران، ۲۰۱۴). افراد مبتلا به آسیب در معرض مشکلات متعددی از جمله مشکلات روان‌شناختی قرار دارند (جانک، اسکوارز و کلین-تاسمان، ۲۰۱۶). شوک، بروز بحران، استرس، اضطراب، افسردگی و مشکلات شناختی، از پیامدهای تشخیص ابتلای به آسیب بینایی در فرد مبتلا و همچنین خانواده وی است. طبق شواهد یکی دیگر از حوزه‌هایی که تحت تأثیر آسیب بینایی قرار می‌گیرد، سازگاری افراد است (پاپادوپولوس و همکاران، ۲۰۱۴). می‌توان تطبیق فرد با محیط اجتماعی یا تغییر محیط بر طبق خواسته‌های فرد را سازگاری تعریف کرد (کمپل، ۲۰۰۹). سازگاری در افراد دچار آسیب بینایی به‌طور مستقیم به حمایت‌های اجتماعی، استقلال در انجام فعالیت‌های زندگی روزانه، استقلال در درک، شیوه مناسب تربیت فرزند، استفاده از باقی‌مانده بینایی و مشارکت در فعالیت‌های ورزشی و اجتماعی بستگی دارد. بسیاری از افراد با آسیب بینایی خود را به‌عنوان افرادی منفعل، درمانده، اعتماد به نفس منفی و با ابراز وجود خفیف توصیف می‌کنند (پاپادوپولوس و همکاران، ۲۰۱۴). نظر به ناتوانی‌های جسمی و محرومیت ناشی از اختلالات، افراد با آسیب بینایی اغلب قادر به برقراری روابط اجتماعی و متقابل با دیگران نیستند و به سختی سازگاری عاطفی و اجتماعی پیدا می‌کنند. با توجه به مشکلات زیادی که این افراد نسبت به همسالان عادی خود دارند، ممکن است از عدم اعتماد به نفس کافی و به تبع آن سلامت روان ضعیف برخوردار باشند (تاتل و تاتل، ۲۰۰۴). آسیب بینایی با محصور و دگرگون کردن دامنه تجربیات کودکان و نوجوانان نابینا، قدرت حرکت به اطراف و میزان تسلط بر محیط و ارتباط با آن را کاهش داده و بر رشد

شناختی و عاطفی آنها تأثیر منفی می‌گذارد. با این حساب، فقدان فرصت کافی برای تجربه کامل محیط، رشد فردی و اجتماعی اشخاص با آسیب بینایی را با مشکلات زیادی روبرو می‌کند. به بیان دیگر، در این وضعیت احساس بی‌کفایتی، وابستگی و عزت‌نفس پایین و نهایتاً سازگاری اجتماعی حداقل نمایان می‌شود. با توجه به مشکلات نوجوانان با آسیب بینایی در مواردی مرتبط با کیفیت زندگی، سلامت روان و سازگاری، انجام مداخلات روان‌شناختی در مبتلایان به آسیب بینایی و تجهیز آن‌ها به توانمندی‌ها و راهبردهای مقابله‌ای مناسب جهت سازگاری با این معضل، خود امری انکارناپذیر است. در این راستا، انواع مداخلات مانند مداخلات آموزشی شامل مهارت‌آموزی (مهارت‌های اجتماعی یا زندگی) یا مداخلات درمان روانشناختی شامل درمان‌های فردی در مقابل گروهی، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان شناختی-رفتاری پیشنهاد و بررسی شده که هر یک محدودیت‌هایی دارند. از یک طرف، به شهادت اغلب مطالعات روان‌درمانی هم از نوع فرآورده محور و هم متمرکز بر فرایند، به نظر می‌رسد مفهوم کیفیت زندگی در آن‌ها از اهمیت چندانی برخوردار نیست. در یکی از مهمترین مطالعات فرآورده محور (متمرکز بر نتیجه) مربوط به گرا، دوناتی و برنار^۱ (۱۹۹۴؛ به نقل از لنز و دمال، ۲۰۰۶) تنها استثنا پژوهش‌های درمان‌های شناختی رفتاری (حدود ۷۴ مطالعه) بوده‌اند که بیشتر متمرکز بر مقیاس‌های کیفیت زندگی شامل سنجش عملکرد روانی اجتماعی عینی و بهزیستی ذهنی بوده‌اند که در آن‌ها هم باز با ابزارهای خاص برای کیفیت زندگی انجام پذیرفته است. با این حال، این درمان‌های شناختی-رفتاری علاوه بر اثر روی افسردگی، اضطراب، فعالیت‌های اوقات فراغت و جرات ورزی بخصوص روی روابط میان‌فردی موثر بوده‌اند. علاوه بر این، گروه درمانی با ساختارهای مختلفی انجام می‌شوند که معمولاً با تعامل بین تمام اعضا صورت می‌پذیرند، پس برخلاف ذهنیت اکثر مردم درباره گروه درمانی‌ها مردم در یک گروه با افراد غریبه نمی‌نشینند که در مورد زندگی خصوصیشان بحث کنند، بلکه این کار شبیه مدرسه رفتن است که افراد مهارت‌هایی را برای شناخت و تغییر افکار منفی در محیطی شبیه کلاس درس یاد می‌گیرند (فری، ۲۰۰۶). از طرف دیگر، باراکات و همکاران (۲۰۰۷) بیان داشته‌اند مداخلات شناختی-رفتاری گروهی که اثربخشی شان برای برآورده کردن نیازها و ارتقای درمان‌های چند مولفه‌ای آنها تأیید شده کودکان و نوجوانانی با طیف بیماری‌های مزمن و پزشکی، مادرزادی و اکتسابی را مورد نظر دارد که اگرچه بسیاری از این بیماری‌ها مرگبار نیستند، اما می‌توانند کودکان و خانواده‌هایشان را مورد هجوم قرار داده، توانایی عملکرد آنها را محدود ساخته و کیفیت زندگی و سازگاری روانی-اجتماعی بخصوص این طیف سنی را تهدید نمایند.

با توجه به اینکه تأثیرگذاری رویکرد شناختی-رفتاری گروهی در بهبود سازگاری و سلامت روان نوجوانان نشان داده شده است و اینکه نوجوانان دچار آسیب بینایی مشکلات متعددی در این زمینه دارند و

^۱. Grawe, Donati & Bernauer

از طرف دیگر، تاکنون پژوهشی در ایران به این مسئله مستقیماً نپرداخته است، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی ارتقای کیفیت زندگی بر پایه رویکرد آموزشی شناختی-رفتاری گروهی بر سازگاری و سلامت روان نوجوانان با آسیب بینایی انجام شده است.

روش

پژوهش حاضر در قالب یک طرح شبه آزمایشی^۱ (یا شبه تجربی) انجام شد. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه نوجوانان دانش آموز پایه‌های تحصیلی دهم و یازدهم با آسیب بینایی در مدرسه شهید محبی شهر تهران بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، یک کلاس از دانش‌آموزان پایه دهم و یک کلاس پایه یازدهم در مدرسه شهید محبی بصورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی و گواه قرار گرفتند. به این ترتیب، مجموعاً بیست نفر در گروه آزمایشی و بیست نفر در گروه گواه قرار گرفتند و گروه نمونه شامل نوجوانان تهرانی و شبانه‌روزی‌ها بود. با توجه به اینکه در زمینه هم‌تا کردن با محدودیت از جانب مدرسه روبرو بودیم، بنابراین از گروه‌های دست نخورده^۲ بهره گرفتیم. شرایط ورود آزمودنی‌ها به پژوهش شامل اطلاع از تشخیص آسیب بینایی با استفاده از پرونده پزشکی، موافقت برای مشارکت در پژوهش و اخذ رضایت‌نامه کتبی، برخورداری از بهره هوشی متوسط و بالاتر، دانش‌آموزان با آسیب بینایی پایه‌های دهم و یازدهم و شرایط خروج وجود اختلال و ویژگی‌های روان‌پریشی، بیماری‌های نورولوژیکی، غیبت دو جلسه متوالی و یا سه جلسه متناوب و داشتن مشکلات رفتاری شدید بود. در این پژوهش علاوه بر استفاده از پرسشنامه سازگاری و سلامت روان از پرسشنامه جمعیت شناختی و نیازسنجی که محقق ساخت بود نیز استفاده شد.

پرسشنامه سازگاری بل^۳ (BAI)

این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ برای سنجش میزان سازگاری توسط بل ساخته شد. این مقیاس یکصد و شصت ماده در پنج شاخه سازگاری هیجانی (عاطفی)، اجتماعی، تحصیلی، جسمانی (بهداشتی) و خانواده (در خانه) دارد. در این مقیاس، نمره بالاتر نشان‌دهنده سازگاری کمتر و نمره پایین‌تر مبین سازگاری بیشتر است. بدین ترتیب نمرات سطح بالای افراد در سازگاری در خانه نشانگر عدم سازگاری مطلوب با محیط خانه است و نمرات پایین از سازگاری در خانه حکایت دارد. نمرات بالا در سازگاری بهداشتی از سازگاری نامطلوب بهداشتی سخن می‌گوید و نمرات پایین معرف سازگاری رضایت‌بخش در این حوزه است. نمره‌ی بالای سازگاری اجتماعی نشانگر دوری و کناره‌گیری از تماس‌های اجتماعی و

^۱. Quasi-Experimental

^۲. Intact Groups

^۳. Bell Adjustment Inventory

تسلیم در برابر آن معرفی می‌شود و افرادی که نمره‌ی کم احراز کرده‌اند، در تماس‌های اجتماعی حالت پرخاشگری دارند. افراد با نمره‌ی بالا در سازگاری عاطفی بی‌ثباتی را نشان می‌دهند و افراد با نمره‌ی کم از ثبات عاطفی برخوردارند. در سازگاری تحصیلی نیز افراد با نمرات کم از تحصیل خود رضایت دارند و آنهایی که نمرات بالا بدست می‌آورند از تحصیل خود ناراضی هستند. شیوه اجرای آن خودسنجی است و آزمودنی هر سؤال را با بله و خیر پاسخ می‌دهد. برای هر پاسخ درست نمره ۱ و برای هر پاسخ غلط نمره صفر منظور می‌شود. اعتبار کلی این مقیاس توسط بل ۰/۹۴ گزارش شده و همچنین اعتبار هر یک از خرده مقیاس‌های آن به ترتیب، سازگاری هیجانی ۰/۹۱، سازگاری خانوادگی ۰/۹۱، سازگاری اجتماعی ۰/۸۸، سازگاری تحصیلی ۰/۸۵ و سازگاری جسمانی ۰/۸۱ به‌دست‌آمده است (نقش‌بندی، ۱۳۷۸). اعتبار این ابزار در ایران توسط نقش‌بندی با استفاده از روش اسپیرمن براون ۰/۹۳ گزارش شده است. همچنین شریفی درآمدی (۱۳۹۰) اعتبار این مقیاس برای دانش‌آموزان دچار اختلالات بینایی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست‌آورده است. علاوه بر این، روایی هم‌زمان این سیاهه از راه محاسبه با پرسشنامه سازگاری ایس- وایتزمن ۰/۷۶ گزارش شده است (شریفی درآمدی، ۱۳۹۰).

مقیاس سلامت روانی^۱ (MHI-28)

مقیاس سلامت روانی - ۲۸ (بشارت، ۱۳۸۸) فرم کوتاه مقیاس ۳۴ سوالی سلامت روانی (بشارت، ۱۳۸۵، ویت و ویر^۲، ۱۹۸۳، به نقل از بشارت، ۱۳۸۵) یک آزمون ۲۸ سوالی است و دو وضعیت بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب ۱۴ و ۷۰ خواهد بود. ویژگی‌های روان‌سنجی فرم ۲۸ سوالی این مقیاس، در نمونه‌ای متشکل از هفتصد و شصت آزمودنی در دو گروه بیمار (n= ۲۷۷؛ ۱۷۳ زن، ۱۰۴ مرد) و بهنجار (n= ۴۸۳؛ ۲۶۷ زن، ۲۱۶ مرد) مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی برای نمره آزمودنی‌های بهنجار به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۱ و برای نمره آزمودنی‌های بیمار به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۰ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس هستند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بهنجار (n= ۹۲) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب $I=0/90$ و $I=0/89$ و در سطح $P<0/001$ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بیمار (n=۷۶) نیز در دو نوبت با فاصله یک تا دو هفته برای ارزیابی

^۱. Mental Health Inventory

^۲. Veit & Ware

پایایی بازآزمای محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب $r=0/83$ و $r=0/88$ و در سطح $P<0/001$ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. روایی همزمان مقیاس سلامت روانی-۲۸ از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی^۱ (گلدبرگ^۲، ۱۹۷۲، ۱۹۸۸؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۵) در مورد همه آزمودنی‌های دو گروه محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی آزمودنی‌ها در پرسشنامه سلامت عمومی با زیر مقیاس بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار ($r=-0/87, P<0/001$) و با زیر مقیاس درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار ($r=0/89, P<0/001$) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس سلامت روانی را تایید می‌کنند. روایی تفکیکی مقیاس سلامت روانی از طریق مقایسه نمره‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز دو زیرمقیاس بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی را مورد تایید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۸).

برای ارتقای کیفیت زندگی نوجوانان، بسته آموزشی با استفاده از پیشینه‌های قبلی، الگوی‌های نظری، و بر طبق نیازسنجی تهیه گردید. در زیر عناوین محتوای جلسات آورده شده است:

جلسه اول: معارفه و توضیح اهداف آموزشی

جلسه دوم: سلامت جسمانی

جلسه سوم: مقابله با هیجان‌های منفی (مدیریت افسردگی، اضطراب، خشم و استرس)

جلسه چهارم: احترام به خویشتن

جلسه پنجم: افزایش هیجان‌های مثبت

جلسه ششم: اهداف و ارزش‌ها و زندگی معنوی

جلسه هفتم: بهبود روابط بین فردی و سازگاری

جلسه هشتم: یاری کردن و کمک گرفتن (حمایت شدن)

جلسه نهم: فعالیت‌های رشدی (یادگیری و خلاقیت و حل مساله، تصمیم‌گیری و هدف‌گذاری)

جلسه دهم: تفریح، سرگرمی، اوقات فراغت و آرام‌سازی

برای اجرای این پژوهش، پس از برگزاری جلسه توجیهی با مدیر مقطع دبیرستان، ۴۰ نفر نوجوان انتخاب شدند و با ذکر ضرورت و اهداف پژوهش برای آنها، رضایت کتبی برای مشارکت در پژوهش، انجام پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پذیرش ملاک‌های پژوهش گرفته شد. دانش‌آموزان به پرسشنامه‌های سازگاری

^۱. General Health Questionnaire

^۲. Goldberg

بررسی اثربخشی برنامه ارتقای کیفیت زندگی نوجوانان با آسیب بینایی بر ...

و سلامت روان پاسخ دادند و به طور تصادفی و به تعداد مساوی به دو گروه آزمایشی و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایشی طی ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای ۲ جلسه) در برنامه شناختی-رفتاری گروهی شرکت کردند. برگزاری جلسات توسط پژوهشگر و با همکاری یکی از دانشجویان انجام شد، ولی گروه گواه هیچ آموزشی را دریافت نکرد. پس از اتمام جلسه دهم، پرسشنامه‌ها مجدداً توسط دانش‌آموزان هر دو گروه تکمیل شدند. علاوه بر این، پس از گذشت چند ماه دوباره هر دو گروه به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند.

یافته‌ها

در تحلیل داده‌ها از دو روش توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در روش توصیفی پژوهشگر به ویژگی‌های نمونه از قبیل میانگین اشاره کرده است. در بخش استنباطی بنا به مقتضای سوالات پژوهش از آزمون‌های مناسب استفاده شد و نتیجه آن در جداول آمده است.

الف) داده‌های توصیفی

جدول ۱- مشخصات توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	ابعاد	فراوانی	درصد فراوانی	درصد تراکمی
آسیب بینایی	نابینایی	۲۳	۵۷/۵	۵۷/۵
	کم‌بینایی	۱۸	۴۲/۵	۱۰۰
سکونت	تهران	۱۵	۳۷/۵	۳۷/۵
	شهرستان	۲۵	۶۲/۵	۱۰۰
مرتبه تحصیلی	دوم دبیرستان	۱۹	۴۷/۵	۴۷/۵
	سوم دبیرستان	۲۰	۵۲/۵	۱۰۰
سن آسیب	بدو تولد	۱۸	۴۵	۴۵
	کودکی	۱۹	۴۷/۵	۹۲/۵
ابتلای فرد دیگر	نوجوانی	۲	۷/۵	۷/۵
	خیر	۲۶	۶۵	۶۵
	بله	۱۴	۳۵	۱۰۰

بر اساس نتایج جدول ۱ ملاحظه می‌گردد که ۵۷/۵ درصد از نمونه مورد بررسی، نابینا و ۴۲/۵ درصد کم‌بینا می‌باشند. از لحاظ وضعیت سکونت ۳۷/۵ درصد ساکن تهران بوده و ۶۲/۵ درصد شهرستانی هستند. از حجم نمونه ۴۷/۵ درصد دوم دبیرستان، ۵۲/۵ درصد سوم دبیرستان می‌باشند. افراد با شروع آسیب در بدو

تولد ۴۵ درصد و افراد با شروع در کودکی ۴۷/۵ درصد و افراد با شروع در نوجوانی ۷/۵ از حجم نمونه را شامل می‌شوند. از نمونه حاضر ۶۵ درصد بدون عضو دیگر خانواده با آسیب بینایی و ۳۵ درصد دارای عضو دیگری با آسیب بینایی در خانواده هستند.

جدول ۲- مشخصات توصیفی مرتبط با والدین

متغیر	ابعاد	فراوانی	درصد فراوانی	درصد تراکمی
رابطه والدینی	والد اصلی	۳۹	۹۷/۵	۹۷/۵
	ناپدری / نامادری	۱	۲/۵	۱۰۰
شغل پدر	کارمند	۶	۱۵	۱۵
	معلم	۶	۱۵	۳۰
	آزاد	۱۵	۳۷/۵	۶۷/۵
	مدیر	۳	۷/۵	۷۵
	وکیل	۴	۱۰	۸۵
	کارگر	۲	۵	۹۰
	راننده	۲	۵	۹۵
	مهندس	۲	۵	۱۰۰
شغل مادر	کارمند	۳	۷/۵	۷/۵
	معلم	۲	۵	۱۲/۵
	آزاد	۲	۵	۱۷/۵
	مدیر	۳	۷/۵	۲۵
	خانه دار	۲۸	۷۰	۹۵
	سوم	۲	۵	۱۰۰
	دیبکارگرستان			
درآمد	کمتر از ۱ میلیون	۸	۲۰	۲۰
	بین ۲ تا ۲ میلیون	۲۰	۵۰	۷۰
	بیشتر از ۲ میلیون	۱۲	۳۰	۱۰۰
تحصیلات پدر	کمتر از دیپلم	۱۱	۲۷/۵	۲۷/۵
	دیپلم	۱۲	۳۰	۵۷/۵
	فوق دیپلم	۳	۷/۵	۶۵
	لیسانس	۹	۲۲/۵	۸۷/۵
	فوق لیسانس	۵	۱۲/۵	۱۰۰
تحصیلات مادر	کمتر از دیپلم	۲۰	۵۰	۵۰
	دیپلم	۹	۲۲/۵	۷۲/۵
	فوق دیپلم	۴	۱۰	۸۲/۵
	لیسانس	۴	۱۰	۹۲/۵
	فوق لیسانس	۳	۷/۵	۱۰۰

بررسی اثربخشی برنامه ارتقای کیفیت زندگی نوجوانان با آسیب بینایی بر ...

در جدول ۲ مشخصات توصیفی برای رابطه والدینی، شغل پدر، شغل مادر، درآمد خانواده، تحصیلات پدر و تحصیلات مادر نشان داده شده است. در ادامه مقایسه میانگین‌های متغیرهای پژوهش در دو پرسشنامه در سه مرحله اندازه‌گیری و در دو گروه آزمایشی و گواه نشان داده شده است.

جدول ۳- مشخصات توصیفی متغیرها در گروه آزمایشی و گواه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M
آزمایشی	گواه	۱۲/۴۳	۵۳/۴۵	۱۴/۷۲	۴۹/۲۵	۹/۶۸	۳۴/۹۰
		۱۰/۰۵	۴۴/۱۵	۸/۱۶	۴۴/۷۲	۸/۰۲	۴۲/۱۵
آزمایشی	گواه	۹/۱۳	۴۸/۱۰	۸/۸۹	۴۶/۱۵	۸/۹۴	۳۰/۹۰
		۷/۱۸	۴۱/۷۰	۷/۶۸	۴۰/۸۰	۷/۹۷	۴۱/۰۵
آزمایشی	گواه	۴/۷۰	۵/۳۰	۲/۷۶	۵/۶۵	۳/۱۰	۱۸/۸۵
		۶/۱۱	۱۵/۹۰	۴/۲۹	۱۶/۳۰	۴/۱۴	۲۳/۶۰
آزمایشی	گواه	۵/۹۳	۴/۵۵	۳/۷۱	۵/۶۰	۳/۶۱	۱۸/۸۵
		۴/۹۱	۱۷/۷۰	۵/۷۶	۱۸/۴۵	۵/۷۸	۱۶/۴۰
آزمایشی	گواه	۹/۵۶	۶/۱۰	۳/۸۹	۷/۶۰	۳/۴۰	۱۸/۴۰
		۳/۳۹	۱۳/۸۵	۲/۴۵	۱۳/۹۵	۲/۹۷	۱۴/۲۰
آزمایشی	گواه	۷/۲۴	۴/۹۲	۲/۵۰	۳/۲۰	۲/۰۶	۱۳/۸۵
		۶/۸۷	۱۶/۴۵	۷/۳۱	۱۵/۵۰	۴/۲۶	۱۶/۱۵
آزمایشی	گواه	۱/۲۲	۱/۷۵	۱/۰۶	۲/۴۵	۱/۸۲	۲/۸۰
		۳/۲۲	۱۳/۲۵	۲/۵۰	۱۲/۲۵	۴/۱۱	۱۳/۵۱

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین‌های متغیرها در پس‌آزمون تغییراتی نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایشی داشته است بدین ترتیب که نمرات متغیرهای سلامت روان افزایش، ولی نمرات شاخص-های سازگاری کاهش را نشان داده‌اند. با توجه به اینکه این تفاوت‌ها توأم با خطا هستند، لازم بود برای اطمینان از معناداری از آزمون‌های مربوطه در بخش استنباطی استفاده شود.

ب) داده‌های استنباطی

برای پاسخ به این سوال پژوهش که «آیا برنامه ارتقای کیفیت زندگی بر پایه رویکرد شناختی-رفتاری گروهی سازگاری نوجوانان با آسیب بینایی را بهبود می‌بخشد؟»، در ابتدا به منظور آزمون نرمال بودن کیفیت رابطه مادر-کودک و همگنی واریانس‌ها که مفروضه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تلقی می‌شود، از آزمون بررسی هنجار بودن توزیع کالموگراف اسمینرف و آزمون همگنی واریانس‌ها استفاده شده است که نتایج آن برای متغیر سازگاری و مولفه‌های مربوط به آن نشان می‌دهد که در تمامی متغیرها توزیع نرمال برقرار بوده و کجی‌های نشان داده شده از نظر آماری معنادار نبوده است.

جدول ۴- نتایج آزمون لوین به منظور همگنی خطای واریانس‌ها سازگاری

متغیر	F	df1	df2	Sig
سازگاری در خانه	۰/۹۴	۱	۳۸	۰/۳۴
سازگاری بهداشتی	۰/۳۶	۱	۳۸	۰/۵۵
سازگاری اجتماعی	۱/۷۸	۱	۳۸	۰/۲۷
سازگاری عاطفی	۲/۷۲	۱	۳۸	۰/۱۵
سازگاری تحصیلی	۳/۵۱	۱	۳۸	۰/۰۷

با توجه به نتایج جدول ۴، همسانی خطای واریانس‌ها برقرار می‌باشد. بنابراین، در این بخش به منظور مقایسه نمرات دو گروه در پس آزمون و در نظر داشتن تفاوت آنها در پیش آزمون از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شده است.

جدول ۵- نتایج آزمون موچلی برای برابری واریانس و کوواریانس در سازگاری

Epsilon							اثر
Lower-bound	Huynh-Feldt	Greenhouse-Geisser	Sig	df	X ²	W موچلی	
۰/۵۰	۰/۵۳	۰/۵۰	۰/۴۵	۲	۱/۳۷	۰/۹۵	سازگاری در خانه
۰/۵۰	۰/۵۱	۰/۵۱	۰/۳۷	۲	۱/۴۶	۰/۸۷	سازگاری بهداشتی
۰/۵۰	۰/۵۴	۰/۵۰	۰/۲۵	۲	۱/۷۰	۰/۸۱	سازگاری اجتماعی
۰/۵۰	۰/۵۱	۰/۵۰	۰/۴۷	۲	۱/۱۴	۰/۹۲	سازگاری عاطفی
۰/۵۰	۰/۵۰	۰/۵۱	۰/۵۳	۲	۱/۰۹	۰/۹۹	سازگاری تحصیلی

نتایج جدول ۵، آزمون موچلی را نشان می‌دهد که بین واریانس و کوواریانس گروه آزمایشی و گروه گواه در هیچ یک از مولفه‌های سازگاری تفاوت معنادار و بالاتر از حد شانس و تفاوت ندارند. به عبارت دیگر، اینکه برابری واریانس و خطای کوواریانس برقرار است و با پذیرش و تایید این فرضیه کروییت برقرار است. در جدول زیر نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای بررسی تاثیر برنامه ارتقای کیفیت زندگی آورده شده است.

بررسی اثربخشی برنامه ارتقای کیفیت زندگی نوجوانان با آسیب بینایی بر ...

جدول ۶- نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر چند متغیری برای مولفه‌های سازگاری

منبع	متغیر	SS	df	MS	F	Sig	η^2
زمان	سازگاری در خانه	۲۹۰۷/۹۲	۲	۱۴۵۳/۹۵	۴۸/۶۱	۰/۰۱	۰/۷۶
	سازگاری بهداشتی	۳۹/۲۷	۲	۱۴/۶۳	۲/۴۷	۰/۰۹	۰/۰۶
	سازگاری اجتماعی	۹۴۸/۹۵	۲	۴۷۴/۴۷	۳۲/۹۱	۰/۰۱	۰/۶۶
	سازگاری عاطفی	۸۴۰/۱۲	۲	۴۲۰/۰۶	۳۷/۹۱	۰/۰۱	۰/۶۹
	سازگاری تحصیلی	۹/۸۰	۲	۴/۹۰	۱/۷۶	۰/۱۷	۰/۰۵
	گروه	سازگاری در خانه	۲۲۵۳/۳۳	۱	۲۲۵۳/۳۳	۱۹/۷۰	۰/۰۱
سازگاری بهداشتی		۳۹۱۰/۲۱	۱	۳۹۱۰/۲۱	۶۲/۶۰	۰/۰۱	۰/۶۲
سازگاری اجتماعی		۳۲۶/۷۰	۱	۳۲۶/۷۰	۷/۹۰	۰/۰۱	۰/۳۷
سازگاری عاطفی		۳۷۳۶/۰۷	۱	۳۷۳۶/۰۷	۴۰/۲۲	۰/۰۱	۰/۵۱
سازگاری تحصیلی		۳۳۰۷/۵۰	۱	۳۳۰۷/۵۰	۲۲۰/۱۱	۰/۰۱	۰/۸۵
زمان* گروه		سازگاری در خانه	۲۳۰/۱۲	۲	۱۱۵/۰۶	۳/۸۵	۰/۰۲
	سازگاری بهداشتی	۱۵۰/۸۷	۲	۷۵/۴۳	۱۲/۷۸	۰/۰۱	۰/۴۵
	سازگاری اجتماعی	۸۵۳/۵۵	۲	۴۲۶/۷۷	۲۹/۶۱	۰/۰۱	۰/۶۳
	سازگاری عاطفی	۸۰۳/۷۵	۲	۴۰۱/۸۷	۳۶/۲۷	۰/۰۱	۰/۶۸
	سازگاری تحصیلی	۲۴/۸۰	۲	۱۲/۴۰	۴/۴۵	۰/۰۱	۰/۳۰

ملاحظه جدول ۶ نشان می‌دهد در منبع اثر مربوط به زمان در تمامی مولفه‌های سازگاری بجز سازگاری بهداشتی و سازگاری تحصیلی معنادار بوده است. بدین معنی که در مولفه‌های سازگاری بین سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد. علاوه بر این، در تعامل زمان و گروه نیز آزمون معنادار بوده است، بدین صورت که در تعامل دو منبع اثر گروه و زمان در تمامی متغیرهای بین دو گروه و در سه مرحله تفاوت بوده است که نتایج میانگین نشان از بهبود مولفه‌های سازگاری دارد. علاوه بر این، مربع سهمی ای‌تا که توان اثربخشی را نشان می‌دهد، برای تمامی متغیرهای پژوهش در دو منبع اثر نشان داده شده است. بنابراین، فرضیه صفر مبنی بر عدم تفاوت دو گروه آزمایشی رد و فرضیه خلاف که نشان از ارتقای سازگاری در تمامی مولفه‌های آن در گروه آزمایشی دارد تایید می‌شود.

به منظور پاسخگویی به سوال دوم پژوهش مبنی بر اینکه آیا برنامه ارتقای کیفیت زندگی سلامت روانی نوجوانان با آسیب بینایی را بهبود می‌بخشد، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر چندمتغیری

استفاده شد. مفروضات مربوط به نرمال بودن متغیرهای پژوهش، همگنی واریانس و همسانی ماتریس کوواریانس در ادامه گزارش شده است.

همانطور که جداول مشخصات توصیفی مربوط به گروه‌های آزمایشی و گواه نشان می‌دهد، هم در بعد مراحل (بین مراحل، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری)، و هم در بعد گروه، در هر مرحله اندازه-گیری بین گروه‌ها تفاوت‌های وجود دارد، که معناداری این تفاوت‌ها بر ما مشخص نیست. حال به منظور پاسخگویی به فرضیات پژوهش مبنی بر تفاوت میانگین، با توجه به وجود یک منبع بیگانه پراش با مقیاس حداقل فاصله‌ای که امکان گواه تجربی مستقیم آنها وجود ندارد (پیش‌آزمون) و همچنین با توجه به وجود چندین متغیر وابسته، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر چندمتغیری استفاده شده است که نتایج در ادامه گزارش شده است. نتایج آزمون بررسی هنجار بودن توزیع نشان می‌دهد که متغیر سلامت روانی در دو مولفه بهزیستی روانی و درماندگی روانی از توزیع نرمال تبعیت می‌کند. به عبارت دیگر، اینکه متغیرهای مورد نظر کجی معناداری ندارند.

جدول ۷- آزمون لوین برای همگنی واریانس‌ها

متغیر	F	df1	df2	Sig
بهزیستی	۰/۹۶	۱	۳۸	۰/۳۳
درماندگی	۰/۸۳	۱	۳۸	۰/۳۷

همانطور که نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد، همسانی خطای واریانس‌ها برقرار می‌باشد. بنابراین، در این بخش به منظور مقایسه نمرات دو گروه در پس‌آزمون و در نظر داشتن تفاوت آنها در پیش‌آزمون از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. علاوه بر این، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر چند متغیری برای خرده‌آزمون‌های سلامت روانی از طریق آزمون هتلینگ برای گروه ($\eta^2 = 0/08$)، برای منبع تفاوت زمان ($F=1/77, P>0/05$)، برای منبع تفاوت زمان ($F=0/86, \eta^2 = 0/01, P<0/01$)، تعامل منبع تفاوت زمان و گروه ($F=11/58, P<0/01, \eta^2 = 0/77$)، نشان می‌دهد که در حداقل یکی از متغیرهای وابسته پژوهش تفاوت معنادار وجود دارد. به همین ترتیب برای مشخص شدن معناداری هر یک از خرده‌آزمون‌ها، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تک متغیری اجرا شد.

بررسی اثربخشی برنامه ارتقای کیفیت زندگی نوجوانان با آسیب بینایی بر ...

جدول ۸- نتایج آزمون موچلی برای برابری واریانس و کوواریانس در سلامت روانی

Epsilon			Sig	df	X ²	W موچلی	اثر
Lower-bound	Huynh-Feldt	Greenhouse-Geisser					
۰/۵۰	۰/۵۲	۰/۵۳	۰/۴۴	۲	۱/۵۷	۰/۹۶	بهزیستی روانشناختی
۰/۵۰	۰/۵۱	۰/۵۳	۰/۵۳	۲	۱/۷۷	۰/۹۵	درماندگی

نتایج آزمون موچلی جدول ۸ نشان می‌دهد که بین واریانس و کوواریانس گروه آزمایشی و گروه گواه در هیچ یک از مولفه‌های سلامت روانی تفاوت معنادار و بالاتر از حد شانس وجود ندارند. به عبارت دیگر، اینکه برابری واریانس و خطای کوواریانس برقرار است و با پذیرش و تایید این فرضیه کروییت برقرار است. در جدول ۹ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای بررسی تاثیر برنامه ارتقای کیفیت زندگی آورده شده است.

جدول ۹- نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر چند متغیری

برای مولفه‌های سلامت روان							متغیر	منبع
η^2	Sig	F	MS	Df	SS			
۰/۷۳	۰/۰۱	۴۴/۰۳	۱۱۸۲/۸۶	۲	۲۳۶۵/۷۲	بهزیستی	زمان	
۰/۵۷	۰/۰۱	۲۲/۷۹	۹۱۹/۵۷	۲	۱۸۳۹/۱۵	درماندگی		
۰/۴۷	۰/۰۱	۱۷/۱۵	۲۱۷۵/۳۲	۱	۲۱۷۵/۳۲	بهزیستی	گروه	
۰/۳۹	۰/۰۱	۱۵/۶۷	۱۸۳۲/۵۷	۱	۱۸۳۲/۵۷	درماندگی		
۰/۶۲	۰/۰۱	۲۷/۶۵	۷۴۲/۸۶	۲	۱۴۸۵/۷۲	بهزیستی	زمان*گروه	
۰/۵۳	۰/۰۱	۲۱/۲۸	۸۵۸/۷۶	۲	۱۷۱۷/۵۲	درماندگی		

ملاحظه نتایج در جدول ۹ نشان می‌دهد، در منبع اثر مربوط به زمان در مولفه‌های سلامت روانی معنادار بوده است. بدین معنی که در دو متغیر بهزیستی و درماندگی روانشناختی بین مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد. علاوه بر این، در تعامل زمان و گروه نیز آزمون معنادار بوده است، بدین صورت که در تعامل دو منبع اثر گروه و زمان در دو متغیر، بین دو گروه و در سه مرحله تفاوت بوده است که نتایج میانگین نشان از افزایش بهزیستی روانشناختی و کاهش درماندگی روانشناختی دارد. بنابراین، فرضیه صفر مبنی بر عدم تفاوت دو گروه آزمایشی رد و فرضیه خلاف که نشان از ارتقای سلامت روانی در گروه آزمایشی دارد تایید می‌شود. بنابراین، فرضیه اول که افزایش سلامت روانی را نشان می‌دهد، تایید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

اولین یافته پژوهش مبنی بر این بود که برنامه ارتقای کیفیت زندگی بر پایه رویکرد شناختی-رفتاری گروهی سازگاری نوجوانان با آسیب بینایی را بهبود داده است. سازگاری که بصورت شاخصی از تلفیق نیاز و رضایت تعریف می‌شود، شامل سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری تحصیلی است. سازگاری در خانه اشاره به رابطه سالم با اعضای خانواده و زندگی خانوادگی متعادل دارد. سازگاری بهداشتی بمعنای سلامت جسمانی و روانی است. سازگاری اجتماعی حاکی از رفتار اجتماعی برون‌گرایی-درون‌گرایی و تسلیم است. سازگاری عاطفی بمعنای کنار آمدن با عصبیت، افسردگی و دیگر عوامل هیجانی می‌باشد و سازگاری تحصیلی هم وجود توازن در زندگی تحصیلی را نشان می‌دهد. (باسکارا راوو و هارشیتا، ۲۰۱۰). سازگاری به نوجوانان با آسیب بینایی فرصت می‌دهد تا همانند کسانی که بدون هرگونه ناتوانی در جامعه زندگی می‌کنند، زندگی کنند. ناسازگاری نتیجه‌ی انطباق منفی است و به بدکاری در زندگی افراد اشاره دارد. این یافته با پژوهش‌های ساکس و ولف (۲۰۰۶) و کف (۲۰۰۲) همخوان است. سازگاری نوجوانان با آسیب بینایی به علل متعدد مانند نگرش‌های منفی جامعه به افراد با آسیب بینایی، تصویر ذهنی جامعه درباره درمانده و وابسته بودن این افراد (آتری، ۲۰۱۳)، دریافت نکردن بازخورد چشمی درباره رفتارهایشان، ناتوانی در موضع‌یابی و تعیین محل افراد (هالاهاان و کافمن، ۲۰۰۳)، ناتوانی در پیدا کردن راهکارهای مناسب برای غلبه بر نداشتن اعتماد به نفس و مشکلات در روابط بین فردی (مستعملی، ۱۳۸۱) با مشکل مواجه می‌شود. میان ناسازگاری‌های اجتماعی و هیجانی نوجوانان با آسیب بینایی و روابط ضعیف با گروه همسالان و الگوی عمومی منفی ادراک از خود رابطه مستقیمی وجود دارد (شارما و جف، ۲۰۰۰). هالینگ، ارهار و ارهار (۲۰۰۷) بر این نظرند که اگرچه الگویی از انزوای اجتماعی و گوشه‌گیری مرتبط با آسیب بینایی تأکیده شده است، می‌توان این الگو را به شکل پیوستاری در نظر گرفت که در یک سوی آن فرد نابینا به تنهایی و کناره‌گیری تمایل دارد و از سوی دیگر، ظرفیت کامل برقراری ارتباط با خود و دیگران را در ابعاد گوناگون دارد و می‌تواند نقش‌آفرینی رفتارهای مناسب شخصی و اجتماعی را بیاموزد. در سنین پایین‌تر، از آنجا که افراد از پختگی و بلوغ عاطفی کامل برخوردار نیستند، انتظار می‌رود که میزان سازگاری با بیماری و آسیب ضعیف‌تر باشد، بنابراین در سنین پایین‌تر افراد نابینا در مقایسه با افراد عادی، ناسازگاری بیشتری از خود نشان می‌دهند، ولی با افزایش تدریجی سن و رسیدن به پختگی و بلوغ عاطفی، به دلیل افزایش سازگاری با ناتوانی و آسیب بینایی، تفاوت قبلی موجود در میزان سازگاری به تدریج کم رنگ‌تر می‌شود (آلبرت، ۲۰۰۵). علل احتمالی برای بهبود سازگاری ممکن است این باشد که اکتساب و به‌کارگیری مهارت‌های اجتماعی مبنایی برای سازگاری می‌شود. نوجوانان با آسیب بینایی که برنامه آموزشی ارتقای کیفیت زندگی بر پایه رویکرد شناختی-رفتاری گروهی را دریافت کردند،

بررسی اثربخشی برنامه ارتقای کیفیت زندگی نوجوانان با آسیب بینایی بر ...

قادرند ارتباط را به شیوه مثبتی تعریف کنند. دیگران آنها را بیشتر می‌پذیرند و تایید و ارزش‌گذاری می‌کنند و مورد تایید و ارزش‌گذاری دیگران قرار می‌گیرند. در نتیجه این نگرش مثبت باعث بهبود سازگاری و افزایش آن می‌شود.

یافته دیگر این پژوهش بر این مطلب تاکید داشت که برنامه کیفیت زندگی بر پایه رویکرد شناختی- رفتاری سلامت روان نوجوانان با آسیب بینایی را ارتقاء داده است. که این یافته با پژوهش‌های کتر (۲۰۰۵)، گیلبرت (۲۰۰۴) و فلدمن (۲۰۰۱) همخوان است. نوجوانان با آسیب بینایی آسیب‌پذیری زیادی نسبت به افزایش مشکلات روان‌شناختی و ویژگی‌های روان‌رنجورخویی مانند اضطراب، افسردگی، وسواس فکری- عملی، خصومت، افکار پارانویایی، لرزش، تعریق، غش، بی‌خوابی و مانند آنها را از خود نشان می‌دهند (برلینگام، ۱۹۷۲). فشار روانی ناشی از مشکلات مربوط به بینایی در این افراد، مانند مشکل شرکت کردن در فعالیت‌های روزمره، وابستگی زیاد به دیگران، کنترل بیشتر خانواده، کاهش روابط اجتماعی با همسالان و افکار منفی نسبت به جذابیت ظاهری و غیره می‌تواند منجر به سلامت روان پایین در این افراد شود. به نظر می‌رسد، شرکت در برنامه کیفیت زندگی بر پایه رویکرد شناختی رفتاری و به کارگیری تکنیک‌های شناختی- رفتاری از جمله آرام‌سازی، برونریزی احساسات و تاثیرات ناشی از شرکت در گروه باعث افزایش سلامت روان نوجوانان با آسیب بینایی شده است. همچنین تسلط بر نشانه‌های رفتاری و تمرکز بر علل رویدادهایی که اتفاق می‌افتند و بر روی نشانه‌های احساسی، مبارزه با افکار منفی، مهارت‌های مثبت افکار، رها کردن افکار منفی، همگی باعث افزایش سلامت روان نوجوانان با آسیب بینایی می‌شوند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موضوع اشاره کرد که کنترل تمامی متغیرهای مزاحم در این برنامه بطور همزمان بسیار مشکل بود، طوری که توزیع نمونه‌های با همسان سازی کامل امکان نداشت. بنابراین، عدم کنترل تمامی متغیرهای مزاحم را می‌توان به عنوان یک محدودیت پژوهش تلقی نمود. برنامه‌ریزی و توزیع جلسات برنامه ارتقای کیفیت زندگی بر پایه رویکرد شناختی- رفتاری گروهی نیز به دلیل عدم امکان همکاری کامل مسئولین مدرسه یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود که برنامه ارتقای کیفیت زندگی بر پایه رویکرد شناختی- رفتاری گروهی در کلاس‌های آموزش خانواده به والدین و انتقال مسئولیت آموزش به ایشان ارائه شود. همچنین، با توجه به گستره مشکلات سلامتی نوجوانان با آسیب بینایی، پیشنهاد می‌شود این برنامه به عنوان یک پروتکل مورد استفاده مراکز ذینفع و متخصصان قرار گیرد. علاوه بر این، با توجه به اینکه، این پژوهش فقط بر روی آزمودنی‌های با آسیب بینایی پسر انجام گرفته است، پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی گروه‌های دیگری از کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه و همینطور دانش‌آموزان با آسیب بینایی دختر در مدارس ویژه نابینایان شهر تهران و سایر شهرهای ایران هم اجرا شود و در آخر، پیگیری بعد از گذشت زمان طولانی برای بررسی اثربخشی و ماندگاری اثر برنامه در طولانی مدت نیز پیشنهاد می‌گردد.

منابع

- Albert, M.M. (2005). *Examination the Social Skills differences among at - risk youth diagnosed with blindness conduct and Serious emotional disturbance*. Unpublished doctoral dissertation: Boston university.
- Attri, A. K., & Raj, K. B. (2013). Emotional intelligence of visually impaired adolescents studying in inclusive and exclusive setting. *Educational Research International*, 1 (2), 33-39.
- Barakat, L. P., Gonzalez, E. R. & Weinberger, B. S. (2007). Using cognitive-behavior group therapy with chronic medical illness In *Handbook of Cognitive-Behavior Group Therapy with Children & Adolescents: Specific Setting & Presenting Problems* (1st. Ed.) (Eds R. W. Christner, J. Stawart & A. Freeman), pp. 427-446, New York: Routledge.
- Besharat, M A. (2006). Reliability and validity of the mental health inventory. *Clinical Phsycology & Personality*. 1(16), 11-16 (in Persian).
- Besharat, M A. (200۹). Reliability and validity of the mental health inventory-28-item in Iranian population. *Forensic Medicine Scientific Journal*. 54, 87-91 (in Persian).
- Bhaskara Rao, D., Harshitha, D. (2010). *Adjustment of adolescents*. New Delhi: Discovery Publishing House.
- Burlingham, D. (1972) *Psychoanalytic studies of the sighted and the blind*. New York: National Universities Press.
- Campbell, R. J. (2009). *Campbell's psychiatric dictionary*. Oxford: Oxford University Press.
- Cather, C. (2005). Functional cognitive- behavioral therapy: A brief, individual treatment for functional impairments resulting from psychotic symptoms in schizophrenia. *Candian Journal of Psychiatry*, 50(5), 258-63.
- Feldman, B. (2004). Maternal perceptions on the effects of physical and occupational therapy services on care giving com competency. *Physical & Occupational Therapy Pediatrics*, 16, 33-54.
- Free, M. L. (2006). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice* (2nd. Ed.), John Wiley & Sons, England.
- Gilbert, M. (2004). Achieving access to the general curriculum for students with mental retardation: A curriculum decision-making model. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 36(4), 327-342.
- Hallahan, D. P., Kauffman, J. M. & Pullen, P. C. (2015). *Exceptional learners: An introduction to special education*. NJ: Pearson.
- Holling, H., Erhar, T. (2007). Behavioral problems in children and adolescence. *Journal of Psychology*, (5-6), 784-793.

- Janke, K. M., Nathanael Schwarz, G. & Klein-Tasman, B. P. (2016). Mental health in developmental disabilities, In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health* (Second Edition) (pp. 99-106). Oxford: Academic Press.
- Kef, S. (2002). Psychosocial adjustment and the meaning of social support for visually impaired adolescents. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 96(1), 22-37.
- Khairallah, M., Kahloun, R., Flaxman, S. R., Jonas, J. B., Keeffe, J., Leasher, J., Naidoo, K., Pesudovs, K., Price, H., White, R. A., Wong, T.Y., Resnikoff, S., Taylor, H. R. & Bourne, R. R. (2014). Prevalence and causes of vision loss in North Africa and the Middle East: 1990-2010. *British Journal of Ophthalmology*, 98(5), 605-611.
- Lenz, G. & Demal, U. (2006). Psychotherapy and quality of life, In *Quality of Life in Mental Disorder* (2nd Ed.) (Eds H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius), pp. 231-245, New York: John Wiley & Sons.
- Mostamali, F. (2002). *Effectiveness of Social Skills Training on Self-Confidence Increasing of the Girls with Visual Impairment in Tehran*. Unpublished master's degree thesis, Al-Zahra University.
- Naghshbandi, S. (1999). *Standardization of Bell Social Adjustment Questionnaire*. Unpublished doctoral dissertation, Islamic Azad University, Roudhen.
- Papadopoulos, K., Montgomery, A. & Chronopoulou, E. (2014). The impact of visual impairments in self-esteem and locus of control. *Research in Developmental Disabilities*, 34 (12), 4565-4570.
- Sacks, S.Z. & Wolffe, K.E (2006). *Teaching social skills to student with visual impairments: From theory to practice*. New York: AFB Press (American Foundation for the blind).
- Sharifi Daramadi, P. (2011). The effect of social skills training based on Cognitive-behavioral approach on the adjustment of the students with visual impairment. *Exceptional Individual Psychology Journal*, 1 (1), 46-66 (in Persian).
- Sharma, S.S. & Jeff C.A. (2000) Social skills assessment of Indian children with visual impairment. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 94(3), 172-177.
- Stevens, G.A., White, R.A., Flaxman, S.R., Price, H., Jonas, J.B., Keeffe, J., Leasher, J., Naidoo, K., Pesudovs, K., Taylor, H. & Bourne, R.R. (2013). Global prevalence of vision impairment and blindness: Magnitude and temporal trends, 1990-2010. *Ophthalmology*, 120(12), 2377-2384.
- Tuttle, D. W. & Tuttle, N. R. (2004). *Self-esteem and adjusting with blindness*. Springfield, IL: Charles C Thomas.