

## اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی دختران نابینا

دکتر محمد قمری

استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ابهر، دانشکده علوم انسانی، گروه راهنمایی و مشاوره، ابهر، ایران.

دکتر مجتبی امیری مجد<sup>۱</sup>

استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ابهر، دانشکده علوم انسانی، گروه روان شناسی، ابهر، ایران.

الهه کهریزی

کارشناس ارشد دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ابهر، دانشکده علوم انسانی، گروه راهنمایی و مشاوره، ابهر، ایران.

### چکیده

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی دختران نابینا صورت گرفت. روش پژوهش از نوع تحقیق شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بوده و جامعه مورد مطالعه پژوهش، فقط دختران ۱۳- ۱۷ ساله نابینای شهر تهران بودند. بدین منظور ۲۴ نفر از دختران نابینا به شیوه نمونه گیری در دسترس (با واگذاری تصادفی) انتخاب شدند و در دو گروه ۱۲ نفری (گروه آزمایش و گروه کنترل) قرار گرفتند. سپس آزمودنی- های گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه، در جلسات مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری شرکت کردند، اما گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. داده های به دست آمده با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده نشان داد که کیفیت زندگی (در ابعاد بهداشت و سلامت جسمانی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و وضعیت زندگی) در آزمودنی های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری افزایش یافت ( $p < 0.05$ ). لذا می توان نتیجه گرفت که مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری موجب بهبود کیفیت زندگی دختران نابینا (در تمامی ابعاد کیفیت زندگی) گردیده است.

**کلید واژه ها:** مشاوره گروهی، رویکرد شناختی- رفتاری، کیفیت زندگی، نابینایی.

### مقدمه

بینایی یکی از منابع اطلاعاتی دائمی انسان است. ما برای جهت یابی، شناسایی افراد و اشیاء و تنظیم رفتارهای حرکتی و اجتماعی خود به بینایی نیاز داریم. افراد فاقد بینایی، برای دریافت اطلاعات و انجام دادن کارهای دیگری که چشم انجام می دهد، به حواس دیگر نیاز دارند. نقص بینایی با توجه به اینکه موجب محدودیت در تحرک و به دنبال آن موجب محدودیت در کسب تجربه افراد می شود می تواند مشکلات شخصی و اجتماعی را به دنبال داشته باشد (ساموئل کرک، ترجمه گنجی، ۱۳۸۸). پس می توان گفت که بینایی از مهم ترین و اصلی ترین سیستم های ادراکی و کامل ترین کانال ارتباطی انسان با محیط است، این حس قادر است آدمی را در ارتباط با محیط اطراف (من) تثبیت کند. آسیب دیدگی بینایی به عنوان مهم ترین اختلال در سیستم ادراکی انسان محسوب می شود که در برقراری ارتباط با محیط و به طور کلی بر نحوه زندگی فرد مؤثر

<sup>1</sup>. amirimajd@abhariau.ac.ir

است (شفیعی اردستانی و شریفی درآمدی، ۱۳۸۵). بدون شک، پیدایش هر معلولیتی، اثرات چشمگیری را همراه با یک سلسله محدودیت‌ها و دشواری‌ها در زندگی شخصی و اجتماعی فرد پدید می‌آورد. آرزوها، نگرش‌ها، روابط اجتماعی و خانوادگی، احساسات و به‌طور کلی تمام ابعاد شخصیت فرد، تحت تأثیر این معلولیت قرار می‌گیرد. نابینایی می‌تواند موجب ایجاد مشکل در رفع نیازهای جسمانی، اعتماد به نفس و روابط اجتماعی و ارتباطی برای نابینایان گردد این نقص نه تنها بر توانایی شناخت، تحرک و تعلیم و تربیت فرد تأثیر به‌سزایی دارد بلکه مشکلات و مسائل اجتماعی را در برمی‌گیرد و این مسائل بر احساسات و روحیه فرد نابینا، اثراتی برجای می‌گذارد (طالبیان، ۱۳۷۴). همچنین افت بینایی رشد شناختی را مختل می‌کند زیرا درک و جذب تجاربی را که برای کودک سالم عادی است محدود می‌کند (ساموئل کرک، ترجمه گنجی، ۱۳۸۸). آسیب بینایی فقط به ایجاد مشکل در ناحیه سیستم بینایی محدود نخواهد شد بلکه هر آنچه با این سیستم در ارتباط باشد را درگیر مشکلات بسیاری خواهد کرد. برخی از این مسائل و مشکلات عبارتند از مشکل در خواندن و نوشتن، افت تحصیلی، اختلالات یادگیری، رشدی و اختلالات ارتباطی. نوجوانان نابینا از لحاظ سازگاری شخصیت در زمینه‌های پرخاشگری، طرد، مسائل جنسی و نگرانی از آینده مشکلات بیشتری دارند و فقدان بینایی این مشکلات را بر نوجوانان تحمیل می‌کند (شفیعی اردستانی و شریفی درآمدی، ۱۳۸۵). در بررسی وضعیت روانی و اجتماعی افراد نابینا، عوامل متعددی دخیل هستند، از جمله می‌توان از زمان وقوع نابینایی، میزان و چگونگی نابینایی، شرایط ذهنی فرد نابینا و شرایط خانوادگی و محیطی او نام برد. وقوع نابینایی بعد از سن ۶-۵ سالگی تأثیرات زیادی در سازگاری عاطفی و هیجانی فرد داشته و در نحوه برنامه‌ریزی آموزشی و توانبخشی او نیز کاملاً مؤثر است (افروز، ۱۳۸۹). ویژگی‌های دانش‌آموزان دارای اختلال بینایی را باید با احتیاط توصیف کرد زیرا سازگاری با این اختلال و واکنش نسبت به آن از فردی به فرد دیگر متفاوت است (ورتس و همکاران، ترجمه امیری مجد، ۱۳۸۹).

لوونفلد<sup>۱</sup> اعتقاد دارد که نقص بینایی، فرد نابینا را بیشتر در معرض فشار عصبی و احساس ناایمنی و یأس قرار می‌دهد. بلانک<sup>۲</sup> نیز نقل می‌کند که احتمال اختلال شخصیتی افراد دچار معلولیت بینایی بیش از دیگران است. افراد نابینا به علت فقدان تماس چشمی و محرومیت‌های محیطی ناشی از ضعف بینایی مشکلات زیادی را در ارتباط با محیط خویش تجربه می‌کنند (یوسفی، ۱۳۸۶). براساس تحقیقات لارسن و فرندین<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) زندگی یک فرد نابینا دارای مشکلاتی است که در تمامی ابعاد هوشی، اجتماعی و ارتباطی و... او تأثیر خواهد گذاشت. نقص بینایی به‌عنوان یک مانع مهم در تعاملات اجتماعی سبب تضعیف توانای ابراز وجود و در نتیجه عزت نفس پایین در نابینایان می‌شود لذا به‌نظر می‌رسد هر نوع آموزش (یا مداخله روانشناختی) برای بهبود شرایط روانی این افراد مهم و قابل توجه است (ساجدی و همکاران، ۱۳۸۸).

<sup>۱</sup>. Lowen feld

<sup>۲</sup>. Blank

<sup>۳</sup>. Larsson & Frandin

کیفیت زندگی یک موضوع کلی و مطرح برای تمامی انسانهاست (بارد، ۱۹۸۴، به نقل از شولتز و وینستد<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). همچنین شولتز و وینستد (۲۰۰۱) معتقدند که کیفیت زندگی یک درک کاملاً ذهنی و شخصی است که بر رضایت فرد از عوامل مؤثر بر رفاه جسمی، عاطفی و اجتماعی او مبتنی است و هدف از سنجش آن ارتقاء یا حفظ توانایی فرد برای بهترین عملکرد به رغم وجود نقص یا بیماری است. با توجه به تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی، کیفیت زندگی تنها به کنترل علائم فیزیکی بیمارگونه و درد مرتبط نیست بلکه در برگیرنده وضعیت روانی و اجتماعی او هم می‌باشد. چنان‌که کینگ<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) معتقد است که ابعاد مختلف اقتصادی، اجتماعی، جسمی، روحی روانی و شغلی بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. از نظر دانانجایا کیفیت زندگی مجموعه‌ای چند بعدی از رفاه اقتصادی، شرایط محیطی و وضعیت سلامت است که به وسیله شخص یا گروهی از افراد درک می‌شود (موحدی، ۱۳۸۹). کالسون<sup>۳</sup> (۲۰۰۸) خاطر نشان می‌کند که کیفیت زندگی و رفاه مترادف‌اند. فرانس (۱۹۹۳، به نقل از محمدی، ۱۳۷۷) عوامل رضایت فرد از خود، وضعیت خانوادگی، منابع اقتصادی و اجتماعی و از همه مهم‌تر وضعیت روحی و روانی فرد از جمله عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی دانسته است. سازمان بهداشت جهانی<sup>۴</sup> (WHO) برای کیفیت زندگی چهار بعد در نظر گرفته است که عبارتند از: بعد سلامت جسمانی، روابط اجتماعی، سلامت روانشناختی و وضعیت محیطی.

آموزش شناختی-رفتاری شکلی از درمان روانشناختی است که تمرکز آن بر مبادله رفتار، آموزش مهارت‌های ارتباطی و حل مسأله و مداخلات شناختی می‌باشد که موجب بهبود عملکرد فرد می‌شود (هالفورد<sup>۵</sup>، ترجمه تبریزی، ۱۳۸۴). درمان شناختی-رفتاری کوششی است هدفمند برای به کارگیری محاسن اثبات شده اصلاح رفتاری در یک بافت عملی‌تر و یکپارچه‌سازی فعالیت‌های شناختی مددجو جهت ایجاد تغییرات درمانی است (کندال و هولون، ۱۹۹۹، به نقل از یونسی، ۱۳۸۶). اساس درمان شناختی-رفتاری این است که افکار غیر انطباقی علت رفتار غیر انطباقی هستند بنابراین افراد باید راه‌های جدید فکر کردن را برای «متفاوت» عمل کردن بیاموزند (ساراسون و ساراسون، ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۷۷). به عبارتی می‌توان گفت که هدف کلی این روش کمک به بیمار برای درک نادرست فرضیات شناختی خود و یادگیری فنون جدید برای مدارا کردن با پیامدهای آن است (مبینی، ۱۳۸۶). رویکرد شناختی-رفتاری رویکردی مهارت‌مدار یا مهارت‌محور (با تمرکز بر) درمان است و آموزش روانشناختی از مؤلفه‌های مهم این درمان است (بایلینگ و همکاران، ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۹).

رویکردهای شناختی-رفتاری دارای ویژگی‌های زیر هستند:

۱- رابطه مشترک بین درمانجو و درمانگر.

۲- این اصل که پریشانی روانشناختی عمدتاً حاصل آشفتگی‌هایی در فرایندهای شناختی است.

1. Schultiz & Winsted

2. King

3. Klassen

4. World Health Organization

5. Halford

۳- تمرکز روی تغییر دادن شناخت‌ها برای ایجاد تغییرات مطلوب در عاطفه و رفتار.

۴- درمان کوتاه‌مدت و آموزشی متمرکز بر مشکلات خاص (کری، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۸).

حال با توجه به اینکه افراد نابینا با مشکلات گوناگونی روبرو هستند و به‌خاطر این مشکلات افکار و نگرش ایشان نسبت به افراد عادی متفاوت است و بر کیفیت زندگی آنان در تمامی جوانب اثرگذار است و نیز مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری با تکنیک‌های متنوع درصدد تغییر افکار و رفتار نامتعارف افراد می‌باشد، پژوهشگر، به دنبال تعیین اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی دختران نابینا بوده است. بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی دختران نابینا است.

## روش

روش تحقیق، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل کلیه دختران ۱۳-۱۷ ساله نابینای شهر تهران در سال ۱۳۹۰ بود. در این پژوهش از آنجایی که امکان نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت محقق به‌منظور انتخاب نمونه مورد مطالعه، از نمونه در دسترس استفاده نموده است. به این صورت که در مرحله اول از بین انجمن‌های نابینایان شهر تهران انجمنی که در آن دختران نابینا حضور داشتند انتخاب شد. در مرحله دوم با همکاری انجمن از طریق فراخوان (برای همکاری در این پژوهش) از بین داوطلبین، آزمودنی‌های دختر که سن آنها در محدوده ۱۳-۱۷ سال بود و نابینای مطلق بودند، مشخص شد. در مرحله سوم از بین این افراد ۲۴ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب و به دو گروه ۱۲ نفری تقسیم شدند که یک گروه تحت عنوان گروه آزمایش و گروه دوم، گروه گواه نامیده شدند.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL) که شامل چهار مؤلفه (۱) بهداشت و سلامت جسمانی، (۲) روانشناختی، (۳) روابط اجتماعی و (۴) وضعیت زندگی است طی ۲ مرحله، پیش‌آزمون، پس‌آزمون، استفاده شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استاندارد می‌باشد و کاربرد جهانی دارد و در تحقیقات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است و مشخصات روانسنجی آن در حد مناسبی بوده است. البته در ایران نیز پژوهش‌های مختلفی از جمله نجاتی و همکاران (۱۳۸۴)، رحیمی (۱۳۸۲)، این آزمون را دارای روایی محتوایی گزارش نموده‌اند. محقق نیز در این پژوهش از این پرسشنامه جهت سنجش کیفیت زندگی استفاده نموده است.

بونومی<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) در بررسی‌های خود پایایی درونی این آزمون را ۰/۹۵ اعلام نمودند. در سال ۲۰۰۰، این پرسشنامه به‌طور همزمان در ۱۵ کشور دنیا طراحی و ترجمه شد، استانداردسازی، ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی توسط نجاتی و همکاران در سال ۱۳۸۴ صورت

<sup>۱</sup>. Boneomi

گرفته که مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷ به دست آمده است و نیز رحیمی (۱۳۸۲)، پایایی این آزمون را برابر ۰/۸۹ برآورد کرده است.

### یافته‌ها

الف: توصیف داده‌ها

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون

پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		گروه
SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	شاخص
۴/۳۰	۷۰/۸۳	۴/۳۶	۷۰/۶۷	۹/۱۲	۸۶/۰۸	۷/۲۹	۷۵/۵۰	خرده مقیاس
۱/۴۴	۲۰/۶۷	۱/۴۴	۲۰/۵۸	۲/۸۷	۲۴/۵۸	۲/۷۸	۲۱/۵۸	کیفیت زندگی
۲/۱۷	۱۸/۰۰	۲/۲۷	۱۷/۹۲	۳/۴۷	۲۱/۶۷	۲/۷۸	۱۸/۵۸	سلامت جسمانی
۰/۸۷	۱۰/۲۵	۰/۸۷	۱۰/۲۵	۱/۶۰	۱۲/۰۰	۱/۳۱	۱۰/۰۸	سلامت روانشناختی
۱/۹۸	۲۱/۹۲	۱/۹۸	۲۱/۹۲	۳/۲۷	۲۷/۸۳	۲/۵۳	۲۵/۲۵	روابط اجتماعی
								وضعیت زندگی

همان‌گونه که اطلاعات جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین نمرات معیارخرده مقیاس‌های کیفیت زندگی در بین افراد گروه آزمایش در مرحله بعد از آزمون نسبت به مرحله قبل از آزمون تغییر پیدا نموده و در همه زیر مقیاس‌ها افزایش داشته است و این در حالی است که میانگین نمرات مؤلفه خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی در بین افراد گروه گواه در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی پیدا نکرده است.

### ب: آزمون فرضیه‌های تحقیق

در این بخش داده‌های پژوهش از طریق آزمون تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار می‌گیرد، ولی در ابتدا لازم است نتایج آزمون لوین درمورد پیش فرض برابری واریانس‌ها گزارش گردد.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین درمورد پیش فرض برابری واریانس نمره‌های پس‌آزمون افراد مورد مطالعه

ضریب p	ضریب f	شاخص کیفیت زندگی و زیر مقیاس‌های آن
۰/۱۷۵	۱/۵۰۵	کیفیت زندگی
۰/۱۱۴	۰/۰۹۲	سلامت جسمانی
۰/۴۴۲	۰/۶۱۳	سلامت روانشناختی
۰/۳۴۹	۰/۹۱۵	روابط اجتماعی
۰/۳۱۳	۱/۰۶۵	وضعیت زندگی

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که در زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی مقدار  $f$  در سطح  $0/05$  معنادار نیست. بنابراین مفروضه یکسانی واریانس‌ها تأیید می‌شود. پس با توجه به رعایت سایر مفروضه‌ها برای تحلیل داده‌ها می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده نمود. فرضیه اول تحقیق: مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی دختران نابینا تأثیر دارد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس اثرات مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی دختران نابینا

شاخص منبع	SS	df	MS	F	P	مجذور اتا	توان آماری
کیفیت زندگی دختران نابینا	۱۱۸/۳۱۹	۱	۱۱۸/۳۱۹	۱۵/۶۶۶	۰/۰۰۱	۰/۴۲۷	۰/۹۶۵
خطا	۱۵۸/۶۰۶	۲۱	۷/۵۵۳				
کل	۱۲۹۱۲۲/۰۰۰	۲۴					

با توجه به اطلاعات جدول ۳ و بر اساس نتایج آزمون تحلیل کوواریانس و پس از تعدیل نمره‌های قبل از آزمون، تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی دختران نابینا، معنی‌دار بوده است ( $P = 0/001$  و  $F = 15/666$ ).

میزان این تفاوت، یعنی مجذور اتا، برابر  $0/427$  شده است و توان آماری مساوی با  $0/965$  است و نتایج فوق نشان‌دهنده آن است که مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی آزمودنی‌های مورد مطالعه تأثیر دارد و از نظر آماری نیز معنادار می‌باشد ( $P < 0/05$ ). بنابراین شواهد فوق این فرضیه تحقیق تأیید می‌شود.

فرضیه دوم تحقیق: مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر بعد بهداشت و سلامت جسمانی کیفیت زندگی دختران نابینا تأثیر دارد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس اثرات مشاوره گروهی بر بعد بهداشت و سلامت جسمانی کیفیت زندگی دختران نابینا

شاخص منبع	SS	df	MS	F	P	مجذور اتا	توان آماری
بعد بهداشت و سلامت جسمانی کیفیت زندگی دختران نابینا	۵۱/۰۲۶	۱	۵۱/۰۲۶	۴۸/۱۹۶	۰/۰۰۰	۰/۶۹۷	۱/۰۰۰
خطا	۲۲/۲۳۳	۲۱	۰/۰۵۹				
کل	۱۲۴۹۱/۰۰۰	۲۴					

با توجه به اطلاعات جدول ۴ و بر اساس نتایج آزمون تحلیل کوواریانس و پس از تعدیل نمره‌های قبل از آزمون، تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر بعد بهداشت و سلامت جسمانی کیفیت زندگی دختران نابینا، معنی‌دار بوده است ( $F = 48/196$  و  $P = 0/001$ ).

میزان این تفاوت، یعنی مجذور اتا، برابر  $0/697$  شده است و توان آماری مساوی با  $0.p = 1$  است و نتایج فوق نشان‌دهنده آن است که مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر بعد بهداشت و سلامت جسمانی کیفیت زندگی آزمودنی‌های مورد مطالعه تأثیر دارد و از نظر آماری نیز معنادار می‌باشد ( $P < 0/05$ ). بنابراین شواهد فوق این فرضیه تحقیق تأیید می‌شود.

فرضیه سوم تحقیق: مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر بعد روانشناختی کیفیت زندگی دختران نابینا تأثیر دارد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس اثرات مشاوره گروهی بر بعد روانشناختی کیفیت زندگی دختران نابینا

شاخص منبع	SS	df	MS	F	P	مجذور اتا	توان آماری
بعد روانشناختی کیفیت زندگی دختران نابینا	54/593	1	54/593	18/734	0/000	0/471	0/985
خطا	61/197	21	2/914				
کل	97/06/000	24					

با توجه به اطلاعات جدول ۵ و بر اساس نتایج آزمون تحلیل کوواریانس و پس از تعدیل نمره‌های قبل از آزمون، تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر بعد روانشناختی کیفیت زندگی دختران نابینا، معنی‌دار بوده است ( $F = 18/734$  و  $P = 0/001$ ).

میزان این تفاوت، یعنی مجذور اتا، برابر  $0/471$  شده است و توان آماری مساوی با  $0.p = 0/985$  است و نتایج فوق نشان‌دهنده آن است که مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر بعد روانشناختی کیفیت زندگی آزمودنی‌های مورد مطالعه تأثیر دارد و از نظر آماری نیز معنادار می‌باشد ( $P < 0/05$ ). بنابراین شواهد فوق این فرضیه تحقیق تأیید می‌شود.

فرضیه چهارم تحقیق: مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر بعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی دختران نابینا تأثیر دارد.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس اثرات مشاوره گروهی بر بعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی دختران نابینا

شاخص منبع	SS	df	MS	F	P	مجذور اتا	توان آماری
بعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی دختران نابینا	21/500	1	21/500	30/917	0/000	0/596	1/000

خطا	۱۴/۶۰۴	۲۱	۰/۶۹۵
کل	۳۰۲۵/۰۰۰	۲۴	

با توجه به اطلاعات جدول ۶ و بر اساس نتایج آزمون تحلیل کوواریانس و پس از تعدیل نمره‌های قبل از آزمون، تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر بعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی دختران نابینا، معنی‌دار بوده است ( $F = ۳۰/۹۱۷$  و  $P = ۰/۰۰۱$ ).

میزان این تفاوت، یعنی مجذور ا تا برابر ۰/۵۹۶ شده است و توان آماری مساوی با  $۱ = o.p$  است و نتایج فوق نشان‌دهنده آن است که مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر بعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی آزمودنی‌های مورد مطالعه تأثیر دارد و از نظر آماری نیز معنادار می‌باشد ( $P < ۰/۰۵$ ). بنابراین شواهد فوق این فرضیه تحقیق تأیید می‌شود.

فرضیه پنجم پژوهش: مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر بعد وضعیت زندگی کیفیت زندگی دختران نابینا تأثیر دارد.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس اثرات مشاوره گروهی بر بعد وضعیت زندگی کیفیت زندگی دختران نابینا

شاخص منبع	SS	df	MS	F	P	مجذور ا تا	توان آماری
بعد وضعیت زندگی کیفیت زندگی دختران نابینا	۲۱/۲۰۴	۱	۲۱/۲۰۴	۱۳/۷۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۹۵	۰/۹۴۲
خطا	۳۲/۴۵۲	۲۱	۱/۵۴۵				
کل	۱۵۲۲۱/۰۰۰	۲۴					

با توجه به اطلاعات جدول ۷ و بر اساس نتایج آزمون تحلیل کوواریانس و پس از تعدیل نمره‌های قبل از آزمون، تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر بعد وضعیت زندگی دختران نابینا، معنی‌دار بوده است ( $F = ۱۳/۷۲۱$  و  $P = ۰/۰۰۱$ ).

میزان این تفاوت، یعنی مجذور ا تا، برابر ۰/۳۹۵ شده است و توان آماری مساوی با  $۰/۹۴۲ = o.p$  است و نتایج فوق نشان‌دهنده آن است که مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر بعد وضعیت زندگی کیفیت زندگی آزمودنی‌های مورد مطالعه تأثیر دارد و از نظر آماری نیز معنادار می‌باشد ( $P < ۰/۰۵$ ). بنابراین شواهد فوق این فرضیه تحقیق تأیید می‌شود.

### بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش اثر بخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی دختران نابینا مورد مطالعه قرار گرفت و نتایج داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس نشان داد که مشاوره گروهی با

رویکرد شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی دختران نابینا در همه ابعاد (جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی، وضعیت زندگی) تأثیر مثبت و معناداری داشته است.

در مقایسه تطبیقی یافته‌های این پژوهش با تحقیقات پژوهشگران و محققان داخلی و خارجی از جمله نتایج پژوهش استوارت و چاملس<sup>۱</sup> (۲۰۰۹)؛ اوسبورن، دموکادا و فرستین<sup>۲</sup> (۲۰۰۶)؛ کوری وولز<sup>۳</sup> (۲۰۰۱)؛ لاتمن، گریفیت، فریدلند، کیسل و کلوز و همکاران<sup>۴</sup> (۱۹۹۸)؛ لور، کارووسکی و فورر<sup>۵</sup> (۲۰۰۹)؛ مک‌هیو و وهیرون<sup>۶</sup> (۲۰۱۰)؛ هارت، فاناروا، ملوزی و موهر<sup>۷</sup> (۲۰۰۵)؛ احقر (۱۳۸۸)؛ باغبان و همکاران (۱۳۸۸)؛ پدram و همکاران (۱۳۸۹)؛ ترقی‌جاه و حمدیه (۱۳۸۴)؛ حاجتی و همکاران (۱۳۸۷)؛ خدایاری‌فرد و همکاران (۱۳۸۸)؛ رضایی و همکاران (۱۳۸۸)؛ اسدی‌نوقابی، زندی، مهران، علویان و حسن‌پوردی (۱۳۸۶)؛ سلگی و همکاران (۱۳۸۶)؛ شریفی (۱۳۸۹)؛ شکوهی‌یکتا و همکاران (۱۳۸۹)؛ کامران پورجهرمی (۱۳۸۰)؛ کیانی و همکاران (۱۳۸۹)؛ و منوچهری و همکاران (۱۳۸۴) و همخوانی داشته و همسو و منطبق است.

پژوهشگران مذکور نشان داده‌اند که مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری و همچنین روش‌های مداخله‌ای بر ارتقاء کیفیت زندگی و افزایش سطح سلامت افراد جامعه، کاهش اختلالات شخصیتی و افزایش سلامت روان، ایجاد و تقویت امیدواری و همچنین در به‌کارگیری واکنش‌های مقابله‌ای کارآمد مؤثر بوده است و در برخی موارد نیز این مداخلات درمانی در افزایش عزت نفس و کاهش ناامیدی نوجوانان، کاهش علائم وسواسی بیماران، کاهش اختلالات رفتاری از قبیل خشم، اضطراب، افسردگی و مشکلات روانشناختی، کاهش میزان پرخاشگری نوجوانان، کاهش اختلالات سوء مصرف مواد و افزایش مهارت کنترل خشم را به‌همراه داشته است.

در تبیین و تفسیر کلی نتایج حاصله از تأیید فرضیه‌های این پژوهش می‌توان اظهار نمود عوامل متعددی وجود دارند که می‌توانند مستقیم یا غیر مستقیم و به طور مثبت یا منفی بر کیفیت زندگی افراد اثر بگذارند. از بین این عوامل تأثیرگذار می‌توان به شیوه مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری اشاره نمود که بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. درمان شناختی-رفتاری یک تلاش شناختی و رفتاری برای حل مشکل و اداره نیازها است و شیوه درمانی آمیزش پیچیده‌ای از فنون شناختی و رفتاری است و هدف آن پیدا کردن راه‌حلی برای مسائل و مشکلات بیمار می‌باشد. درمان گروهی شناختی-رفتاری (CBT) یا شناخت درمانی (C.T) برای درمان بسیاری از مشکلات روانشناختی و اختلالات روانپزشکی، از کنترل خشم و اضطراب خلقی گرفته تا درمان اسکیزوفرنی به کار می‌رود. یافته‌های علمی متعددی که طی این سال‌ها به‌دست آمده، شناخت درمانی را به‌عنوان روشی کارآمد در درمان بسیاری از مشکلات روان‌شناختی و اختلالات

1. Stewart & Chambless

2. Osborn, Democada, & Feuerstein

3. Curry & Wells

4. Lustersman, Griffith, Freedland, Kissel, & Close

5. Lauer, Karwowski, & Furr

6. Mc Hugh & Hearon

7. Hart, Fonareva, Melluzzi, & Mohr

روانپزشکی، مطرح کرده است و در برخی موارد، مانند اختلال هراس و افسردگی عمده، به عنوان درمان اصلی مطرح کرده است. براساس یافته‌های علمی، شناخت درمانی به عنوان یک رویکرد روان درمانی کارآمد مبتنی بر شواهد، در کاهش رنج مشکلات روانی افراد، مؤثر است. درمان شناختی-رفتاری در حال حاضر برای درمان تعداد زیادی از اختلالات، از جمله هراس‌ها، فوبیا، اعتیاد، افسردگی و اضطراب به کار گرفته می‌شود. درمان شناختی-رفتاری عموماً کوتاه‌مدت است و بر کمک به بیماران در پرداختن به یک مشکل خاص تمرکز دارد. در خلال دوره درمان، فرد یاد می‌گیرد که چگونه الگوهای فکری مخرب یا مزاحمی که دارای تأثیرات منفی بر روی رفتارش هستند را شناسایی کند و تغییر دهد. در بررسی تحقیقات داخلی و خارجی در رابطه با کیفیت زندگی می‌توان گفت که مداخلات آموزشی مانند: حل مسأله، مهارت‌های زندگی، تاب‌آوری و خود کنترلی و مداخلات روانشناختی و مشاوره گروهی بر افزایش کیفیت زندگی افراد متفاوت تأثیرگذار بوده است که در این رابطه می‌توان به تحقیقات ذیل اشاره کرد: دولان، گارسیا و کابزاس<sup>۱</sup> (۲۰۰۸)؛ سایمونیان<sup>۲</sup> (۱۹۹۸)؛ شاین و سیم و کیم<sup>۳</sup> (۲۰۰۶)؛ مارکوویس، راکوانگ و چیراواتول<sup>۴</sup> (۲۰۰۷)؛ باقری و همکاران (۱۳۸۲)؛ جواهری و همکاران (۱۳۸۹)؛ حسینی‌قمی (۱۳۸۹)؛ شریفی (۱۳۸۹)؛ طباطبایی‌عینکی (۱۳۸۹)؛ و هروی-کریموی، پوردهقان، فقیه‌زاده و منتظری (۱۳۸۵).

از طرف دیگر مفهوم کیفیت زندگی دربرگیرنده توانائی‌های بالقوه شخص (وضعیت عملکردی)، دسترسی به منابع و فرصت‌ها جهت استفاده از توانایی‌ها برای پیگیری و انجام علاقه‌مندی (کیفیت زندگی عینی) و به-طور کلی احساس رفاه (کیفیت زندگی ذهنی) می‌باشد. یک توافق کلی در بین پژوهشگران وجود دارد که سازه کیفیت زندگی متشکل از عوامل عینی (کارکردهای جسمانی، روانی و اجتماعی) و عوامل ذهنی (بهبودی روانی) است. عوامل زندگی بیشتر بر رضایت از زندگی تأکید دارند، درحالی‌که عوامل عینی بیشتر بر نیازهای مادی و مشارکت در فعالیت‌ها و روابط بین فردی متمرکز هستند (لمبر و نیبر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). به نقل از شریفی (۱۳۸۹). شاخص‌های عینی، مواردی مانند سطح سواد، درآمد، شرایط کاری، وضعیت تأهل، امنیت جایگاه اجتماعی و تولید اقتصادی هستند که هم می‌توانند به صورت منفرد و هم ترکیبی در تعیین کیفیت زندگی مورد تحلیل قرار گیرند (کاستانز و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷). به نقل از شریفی (۱۳۸۹). کیفیت زندگی می‌تواند تحت تأثیر برخی از رویدادهای فشارزای زندگی، مشکلات مربوط به تن، مشکلات اقتصادی، اضطراب و افسردگی آسیب زیادی ببیند.

<sup>1</sup>. Dolan, Garcia, & Cabezas

<sup>2</sup>. Simonion

<sup>3</sup>. Shin, Sim, & Kim

<sup>4</sup>. Markovic, Rukwong, & Chirawatkul

<sup>5</sup>. Lamber & Naber

<sup>6</sup>. Costanza & et al

نتایج این پژوهش روشن ساخت که مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر روی کیفیت زندگی دختران نابینا اثر مثبت و معناداری داشته است. به نظر می‌رسد کیفیت زندگی افراد تا حد زیادی به شرایط اقتصادی و وضع خانوادگی آنها نیز وابسته باشد.

افرادی که به اختلالات بینایی مبتلا هستند برای ارضای نیازهای طبیعی خود دچار مشکلاتی می‌شوند که کودکان عادی کمتر با آن روبه‌رو هستند. کودکان نابینا یا کودکانی که نیازمند آموزش ویژه‌اند، موضوع حفظ سطح و کیفیت زندگی در بین ایشان از اهمیت بسیاری برخوردار است، به دلیل این که فرآیند ارتباط بین فرزند و والدین بر پایه تعامل بین آنها استوار است و نابینایی فرزند، احتمال دارد در دراز مدت بر فرآیند ارتباط با والدین تأثیرات سوء گذاشته و موجب پیدایش نگرش‌های منفی در والدین شود. بنابراین نگرش‌های منفی والدین می‌تواند مزید بر مشکلات دیگر فرد نابینا گردد و او را دچار مشکل نموده و سطح کیفیت زندگی آنان را مختل نماید. در نتیجه فرد نابینا دچار احساس حقارت بیشتر می‌شود، روزبه‌روز منزوی‌تر می‌گردد و مشکلات سازگاری و عاطفی آنان نیز بالطبع افزایش خواهد داشت و در این خصوص گاه می‌تواند سلامت روانی فرد، نوع رفتارهای وی، نحوه نگرش او نسبت به خود و دیگران و نیز میزان پیشرفت و موفقیت او را نیز تحت تأثیر قرار دهد.

فردی که با نگرش‌ها و انتظارات و برخوردهای مناسب و مطلوب اعضای خانواده، معلمان و دیگر افراد جامعه مواجه شده و به‌طور مستقیم و غیره مستقیم کفایت و ارزشمندی وی را مورد تأیید قرار دهند، می‌تواند از سلامت فکری بیشتر، میزان اعتماد به خود، واقع بینی، ارتباط مناسب‌تر و شکوفایی استعدادهای خود برخوردار شود که از ویژگی‌ها و شرایط کیفیت زندگی محسوب می‌گردد و این اصل در خصوص افراد نابینا از ارزش ویژه و اهمیت مضاعفی برخوردار است و موادی که در بالا به آنها اشاره شد، اهمیت و تأثیر آموزش و مشاوره گروهی را با رویکرد شناختی-رفتاری بر روی کیفیت زندگی نمایان می‌سازد.

با توجه به این که نتایج این پژوهش نشان داد که مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری در ارتقاء کیفیت زندگی دختران نابینا تأثیر دارد، در این راستا به مسئولان و متولیان مرتبط با افراد نابینا و مراکز نگهداری این گونه افراد توصیه می‌شود درباره آموزش مشاوره گروهی با رویکرد شناختی - رفتاری و استفاده از آن در زمینه رفع مشکلات ایشان اهتمام و عنایت بیشتری داشته باشند. مدیران و مسئولان مرتبط با امور افراد نابینا و خانواده‌های ایشان باید توجه داشته باشند که کاربست عملی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی - رفتاری در زندگی روزانه موجب افزایش سطح کیفیت زندگی این گونه افراد می‌شود بنابراین کاربرد عملی آن از اهمیت مضاعفی برخوردار است. لازم است نتایج این تحقیق در اختیار مراکز آموزش دانش‌آموزان نابینا نیز قرارگیرد تا آنها بتوانند از دستاوردهای این تحقیق بهره‌برداری نمایند.

## منابع

- احقر، قدسی. (۱۳۸۸). اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر سلامت روان دانشجویان دختر. *مجله اندیشه و رفتار*، ۴(۱۴)، ۷-۱۳.
- افروز، غلامعلی. (۱۳۸۹). *مقدمه‌ای بر آموزش و پرورش کودکان استثنایی*. تهران: دانشگاه تهران.
- باغبان، ایران؛ فاتحی‌زاده، مریم؛ و جزایری، رضوان‌السادات. (۱۳۸۸). تأثیر سه شیوه درمانی شناختی- رفتاری، آموزش ارتباطات و خودیاری روانشناختی بر میزان افسردگی دختران دانشجوی دانشگاه اصفهان. تهران: *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره. فصلنامه علمی- پژوهشی انجمن مشاوره ایران*، ۸(۳۰)، ۲۹-۴۴.
- باقری، حسین؛ معماریان، ربابه؛ و الحانی، فاطمه. (۱۳۸۲). میزان تأثیر مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به درمانگاه‌های بیمارستانهای امام خمینی و شریعتی تهران. *مجله پژوهشی حکیم*، ۶(۴)، ۸۹-۹۵.
- بایلینگ، پیترجی؛ مک‌کب، رندی‌ای، و آنتونی؛ مارتین‌ام. *گروه درمانگری شناختی- رفتاری*. (ترجمه محمد خدایاری فرد، یاسمین عابدینی، ۱۳۸۹). تهران: دانشگاه تهران.
- پدرام، محمد؛ محمدی، مسعود؛ نظیری، قاسم؛ و آیین‌پرست، ندا. (۱۳۸۹). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه علمی- پژوهشی زن و جامعه*، ۱(۴)، ۶۱-۷۵.
- ترقی‌جاه، صدیقه؛ و حمدیه، مصطفی. (۱۳۸۴). تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه تربیت معلم. تهران: مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان.
- جواهری، راضیه؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر؛ مولوی، حسین؛ و زارع، محمد. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی مبتلا به صرع لوب گیجگاهی. *مجله علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۳(۲)، ۳۲-۴۳.
- حاجتی، فرشته‌السادات؛ اکبرزاده، نسرین؛ و خسروی، زهره. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش برنامه‌ترکیبی درمان شناختی- رفتاری با رویکرد مثبت‌گرایی بر پیشگیری از خشنونت نوجوانان شهر تهران. *مجله مطالعات روانشناختی*، ۴(۳)، ۳۵-۵۶.
- حسینی‌قمی، طاهره. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر سطح کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- خدایاری‌فرد، محمد؛ اکبری‌زردخانه، سعید؛ افروز، غلامعلی؛ سهرابی، فرامرز؛ یونسی، سیدجلال؛ غباری‌بناب، باقر؛ شکوهی‌یکتا، محسن؛ فقیهی، علی‌نقی؛ به‌پژوه، احمد؛ عابدینی، یاسمین؛ رستمی، رضا؛ اسماعیلی، ایرج؛ متولی‌خامنه، مرتضی؛ و احمدی، علی‌اصغر. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی روان‌درمانی شناختی- رفتاری، گروهی و فردی زندانیان در زندان رجایی شهر. تهران: روانشناسی معاصر. دو فصلنامه انجمن روانشناسی ایران. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ ۴(۱)، ۱۹-۲۸.
- رضایی، فاطمه؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر، مولوی، حسین؛ و امرا، بابک (۱۳۸۸). اثربخشی مداخلات شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به آسم. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۷(۱)، ۳۳-۴۲.
- اسدی‌نوقابی، احمدعلی؛ زندی، میترا؛ مهران، عباس؛ علویان، سیدمؤید؛ و حسن‌پوردهکردی، علی. (۱۳۸۶). بررسی اثر آموزش بر بهبود کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با پی‌دی‌فرون. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*، ۱۴(۵۶)، ۲۱-۲۸.
- ساجدی، سهیلا؛ آتش‌پور، سیدحمید؛ کامکار، منوچهر؛ و صمصام‌شریعت، محمدرضا. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر روابط بین فردی، عزت‌نفس و ابراز وجود دختران نابینا. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱(۳۹)، ۱۴-۲۶.

ساراسون، ایروین جی؛ و ساراسون، بارابارا آر. *روانشناسی مرضی*. (ترجمه بهمن نجاریان، محمدعلی اصغری مقدم، محسن دهقانی، ۱۳۸۷). جلد دوم. تهران: رشد.

سلگی، زهرا؛ هاشمیان، کیانوش؛ و سعیدی پور، بهمن. (۱۳۸۶). بررسی تأثیر شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی بیماران مرد HIV مثبت. *مجله مطالعات روانشناختی*، ۳(۴)، ۱۰۵-۱۲۲.

شریفی، احسان. (۱۳۸۹). *تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی همسران بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزویس شهر اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

شفیعی اردستانی، روشنگر؛ و شریفی درآمدی، پرویز. (۱۳۸۵). *نابینایی و ادراک محیط*. تهران: سپاهان.

شکوهی یکتا، محسن؛ زمانی، نیره؛ پرند، اکرم، و اکبری زردخانه، سعید. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش گروهی مدیریت خشم با رویکرد شناختی- رفتاری بر کنترل خشم در مادران فرزندان کم‌توان ذهنی. *مجله علوم روانشناختی*، ۶، ۲۳.

طالبیان، محمدحسن. (۱۳۷۴). *بررسی زمان وقوع نابینایی با سازگاری شخصی و اجتماعی نوجوانان نابینا*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران.

طباطبایی عینکی، کمال‌الدین. (۱۳۸۹). *تأثیر گروه درمانی با رویکرد دینی- معنوی بر کیفیت زندگی افسردگی بیماران وابسته به مواد در حال ترک شهر قم*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

کامران پور چهارمی، فریده. (۱۳۸۰). *بررسی اثربخشی درمان گروهی به روش شناختی- رفتاری بر کاهش میزان افسردگی زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری دانشگاه علوم پزشکی شیراز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

کرک، ساموئل؛ گالاگر، جیمز؛ آناستازیوف، نیکولا؛ و کلنن، ماری. *آموزش و پرورش کودکان استثنایی*. (ترجمه مهدی گنجی، ۱۳۸۸). تهران: ساوالان.

کری، جerald. *نظریه و کاربست مشاوره و روان درمانی (ویراست هفتم)*. (ترجمه یحیی سید محمدی، ۱۳۸۹). تهران: ارسباران.

کیانی، جمیله؛ پاکیزه، علی؛ استوار، افشین؛ و نمازی، سودابه. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر افزایش عزت نفس و کاهش ناامیدی نوجوانان مبتلا به بتا تالاسمی. *فصلنامه طب جنوب*. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر، ۳(۴)، ۲۴۱-۲۵۲.

مبینی، سیروس. (۱۳۸۶). *افسردگی و درمان شناختی- رفتاری آن*. تبریز: دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

محمدی، مصطفی. (۱۳۷۷). *بررسی کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی و مقایسه آن با روشهای تطبیقی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران.

ملتفت، قوام. (۱۳۸۵). *بررسی اثر بخشی آموزش مهارت‌های خود نظم بخشی بر درک مطلب درسی در دانش‌آموزان نابینای شهر شیراز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران.

هروی کریموی، مجیده؛ پوردهقان، مریم؛ فقیه‌زاده، سقراط و منتظری، علی. (۱۳۸۵). *بررسی تأثیر برنامه مشاوره گروهی بر مقیاسهای عملکردی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت درمان با شیمی درمانی*. *دوماهنامه علمی- پژوهشی دانشور پزشکی*، ۱۳(۶۲)، ۶۹-۷۸.

منوچهری، کاترین؛ زندی پور، طیبه؛ پورشهریاری، مه‌سینا؛ و میردامادی، سیده‌ریحان. (۱۳۸۴). *بررسی اثربخشی مشاوره گروهی شناختی- عاطفی- رفتاری بر سلامت روان خانم‌های باردار تازه‌ها و پژوهشهای مشاوره*. *فصلنامه علمی- پژوهشی انجمن مشاوره ایران*، ۵(۲۰)، ۹-۲۲.

موحدی، امین. (۱۳۸۹). *بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر میزان کیفیت زندگی کارکنان بانک ملی ایران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

- ورتس، مارگارت؛ کالاتا، ریچارد؛ و تامکینز، جیمز. (۲۰۰۷). *زمینه آموزش کودکان استثنایی*. (ترجمه مجتبی امیری مجد، ۱۳۸۹). تهران: شهرآشوب.
- هالاها، دانیلپی؛ و کافمن، جیمز. (۱۹۸۰). *کودکان استثنایی مقدمه‌ای برای آموزش*. (ترجمه مجتبی جوادیان، ۱۳۸۸). تهران: به نشر.
- هالفورد، دبلیوکی.م. زوج درمانی کوتاه مدت. (ترجمه مصطفی تبریزی، ۱۳۸۴). تهران: فراروان.
- یوسفی، علمدار. (۱۳۸۶). بررسی اثر بخشی آموزش تمرین ذهنی بر روی پیشرفت مهارت‌های حرکتی دانش‌آموزان نابینای شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران.
- یونسی، زهره. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر افزایش رضایتمندی زناشویی زنان. پایان- نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- Bouchard, D., & Danielle, T., & Sylvie. (2000). The motor development of sighted and children with moderate low vision aged 8-13. *journal of visual impairment & blindness*, 94(9), 564.
- Curry, F.J., Wells, C.K. (2001). Cognitive- behavioral intervention for depressed substance-abusing adolescents: development and pilot testing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 565- 665.
- Dolan, S.L., Garcia, S., & Cabezas, C. T. (2008). Predictors of quality of work life and poorhealth care personal in catatonia: evidence based on cross- sectional. *Retrospective Journal of Health Care Quality Assurance*, 21 (2), 203- 218.
- Hart, S., Fonareva, I., Melluzzi, N., & Mohr, D.C. (2005). Treatment for depression and its relationship tiomproment in quality of life and psychological well- being in multiple sclerosis patients. *Kauwar Academic Publishing*, 14, 695- 703.
- King, C. R. & Hinds, P.S. (1998). *Quality of life*. New York, Second Edition.
- Klassen, R., & Klassen, A. (2008). Impact of caring for a child with cancer on parents, health-related quality of life. *Journal of clinical oncology*, 26(36).5884- 5889.
- Lauer, J.K., Karwowski, W., & Furr, A. (2009). The effect of perceived quality of work life on human performance in manuaufacturing. *Enviroment international journal of industrial ergonomic*, 39, 413- 421.
- Lowen, F.B. (1980). Psychological problems of children with severely impaired. vision. In W.M.cruick shank (Ed). *Psychology of exceptional children and youth (4thed) Englewood cliffs W.J.Prenticehall*, 255-341.
- Lustman, P.J., Griffith, L.S., Freedland, K.E., Kissel, S., & Close, R.E. (1998). Cognitive-Behavior Therapy For Depression In Type 2 Diabetes. *Melitus 15 October*, 129 (8). 613- 621. .
- Markovic, M., Rukwong, P., & Chirawatkul, S. (2007). Quality of life perceptions of middle-age woman living with a disability in Muang District, Khon Kaen, Thailand. *J Med Assoc Thai*, 90(8).
- Mc Hugh, R. K., Hearon, A.B. (2010). Cognitive- behavioral therapy for substance use disorder. *Psychiatric clinics of North America*, 33, 511- 525..
- Osborn, K., Democada, A., & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety and quality of life in cancer servivors. *Int. J. Psychiatry in Medicine*, 36 (1).Schulitz, A., & Winsted, P. (2001). Predictors of quality of life in rural patient with cancer, *Cancer Nursing*, 24, 12- 19.

- Shin, Y.H., Sim, M.K., & Kim, T.I. (2006). Resilience and health- related quality of life in children with choronic illness. *Journal of child nurs, 12 (3)*, 295- 303..
- Simonian, Y.H.. (1998). The efficacy of education andresiliency training on asthma patients and self- manegment and quality of life. *University of utah. 282- 285.*
- Stewart, R.E., Chambless, D,L. (2009). Cognitive- Behavioral Therapy for adult anxiety disorder in clinical practica: A Meta- Analysis Of Effectiveness Studies. *Journal Of Consulting and Clinical Psychology, 77(4)*, 595- 606.

### **Abstract**

The present research aimed to investigate the effectiveness of group counseling with the cognitive-behavioral approach on the quality of life of blind peoples. Participants were 24 blinds who selected using cluster sampling and assigned randomly in experimental and control groups. Then the experimental group participated in group counseling sessions with cognitive-behavioral approach for 10 sessions, but control group didn't receive any intervention. Data analyzed via analysis of covariance method. Results indicated that the quality of life (as respect to the hygiene and physical health, psychological health, social relations and life status) of experimental group has been increased comparing to the control group ( $P < 0.05$ ). Thus it can be concluded that the group counseling with the cognitive-behavioral approach may improve the quality of life of the blind peoples (in all dimensions).

**Keywords:** Group counseling, Cognitive- behavioral approach, Quality of life, Blindnes