

سید محمد احمد



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

گروه مشاوره

پایان نامه کارشناسی ارشد

رشته مشاوره توانبخشی

عنوان:

اثر بخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش

بهزیستی افراد نابینا

نگارنده:

ناصر واحدی

استادان راهنما:

دکتر منوچهر ازخوش

فاطمه شعاعی

استاد مشاور:

دکتر بهروز دولتشاهی

تابستان ۱۳۹۲

۲۳۵ - ۳۰۰۰۰



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
تأییدیه اعضای هیات داوران

آقای ناصر واحدی

دانشجوی رشته: مشاوره مقطع: کارشناسی ارشد به شماره دانشجویی: ۹۰۱۹۰۳۰۰۶ از پایان نامه خود
تحت عنوان: اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش بهزیستی افراد نابینا در
تاریخ: ۹۲/۰۶/۱۷ در حضور هیات داوران دفاع نموده و بر اساس مصوبات شورای تحصیلات تکمیلی

نمره ۱۹/۹۰ (نوزده و نود درصد)

با امتیاز: عالی به ایشان تعلق گرفت.

هیات داوران

جناب آقای دکتر منوچهر ازخوش

۱. اساتید راهنما:

سرکار خانم فاطمه شعاعی

جناب آقای دکتر بهروز دولتشاهی

۲. اساتید مشاور:

جناب آقای دکتر بهمن بهمنی

۳. اساتید داور:

سرکار خانم دکتر مهیم شریقیان ثانی

۴. مدیر گروه آموزشی:

جناب آقای دکتر سید جلال یونسی

۵. کارشناس تحصیلات تکمیلی:

سرکار خانم



تعهد نامه چاپ مطالب و مقالات مستخرج از پایان نامه / رساله دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

با عنایت به اینکه هر گونه مقاله استخراج شده از پایان نامه یا رساله و/ یا چاپ و انتشار بخشی یا تمام مطالب آن مبین قسمتی از فعالیت‌های علمی- پژوهشی دانشگاه می باشد، بنابراین اینجانب ناصر واحدی دانش آموخته رشته مشاوره متعهد می شوم که موارد ذیل را کاملاً رعایت نمایم:

۱. در صورت اقدام به چاپ هر مقاله ای از مطالب پایان نامه/رساله، خود را بعنوان دانش آموخته دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و مقاله را برگرفته از پایان نامه دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی معرفی نموده و از درج نام و آدرس دیگر خودداری کنم.

۲. در صورت اقدام به چاپ بخشی از /یا تمام پایان نامه یا رساله خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به اطلاع "انتشارات" و "دفتر تحصیلات تکمیلی" دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برسانم.

۳. در صورت اقدام به چاپ هر گونه متن علمی اعم از مقاله، کتاب، پمفلت و ... مستخرج از تمام یا بخشی از پایان نامه/ رساله خود، حتماً اسامی کلیه افرادی را که در انجام آن به صورت راهنما، مشاور، مشاور آمار و افتخاری بطور رسمی همکاری داشته اند، ذکر می کنم.

۴. در صورت اقدام به چاپ پایان نامه یا رساله در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه) عبارت ذیل را درج نمایم:

" کتاب حاضر حاصل پایان نامه/ رساله کارشناسی ارشد ناصر واحدی در رشته مشاوره می باشد که در سال ۱۳۹۱ در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به راهنمایی جناب آقای دکتر منوچهر ازخوش سرکار خانم شعاعی و مشاوره جناب آقای دکتر بهروز دولتشاهی و انجام و در سال ۱۳۹۲ از آن دفاع شده است."

۵. به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اهداء نمایم. (دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد).

۶. در صورت عدم رعایت بند ۵، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تادیه می کنم.

۷. قبول می کنم که در صورت خودداری از پرداخت بهای خسارت، یا عدم رعایت هر یک از مواد این تعهدنامه دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی می تواند مورد را از طریق دفتر حقوقی دانشگاه مطالبه و پیگیری قانونی نماید.

اینجانب ناصر واحدی دانشجوی رشته مشاوره مقطع کارشناسی ارشد **کلیه مفاد تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را بدون قید و شرط قبول می نمایم، و به انجام آن ملتزم می شوم.**

نام و نام خانوادگی
امضای تاریخ ۹۲/۶/۲۷

تقدیم به:

اسطوره های صبر و ایثار

پدر و مادر

و

همه کسانی که به من محبت

داشته اند و دارند.



قدردانی

بر خود لازم می بینم از زحمات فراوان استادان راهنما جناب آقای دکتر ازخوش و سرکار خانم فاطمه شعاعی تقدیر و تشکر کنم و همچنین از مشاوره های جناب آقای دکتر بهروز دولتشاهی بسیار سپاس گزارم. و از همکاری های صمیمانه جامعه نابینایان خراسان شمالی که در اجرا و مراحل انجام این پژوهش امکانات لازم را در اختیار پژوهشگر قرار دادند، تشکر و قدردانی می شود و از راهنمایی های دوست عزیزم عباس موزیری بسیار سپاس گزارم.

چکیده

مقدمه: بسیاری از افراد نابینا تحت تاثیر نگرش منفی به نابینایی، مستعد و یا مبتلا به افسردگی و سایر مشکلات روانی هستند. این مشکل به عنوان نشانگان، موجب افت کیفیت زندگی این افراد می شود. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش بهزیستی ذهنی افراد نابینا است.

روش: پژوهش حاضر در چارچوب طرح های تجربی تک آزمودنی با استفاده از طرح **A-B** اجرا شد. بر اساس میزان تمایل به شرکت در مطالعه و پایین بودن نمره فرد از نقطه برش پرسشنامه بهزیستی ذهنی مولوی و همکاران، با نمونه گیری دردسترس و مبتنی بر هدف سه نفر برای مطالعه انتخاب شدند. هر سه آزمودنی به صورت انفرادی در ۹ جلسه آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی شرکت کردند. سه سنجش در مرحله خط پایه، چهار سنجش در حین درمان، و یک نوبت سنجش پیگیری نیز یک ماه پس از پایان مداخله اجرا شد.

یافته ها: با توجه به تحلیل چشمی داده ها، یافته ها بیانگر اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش بهزیستی ذهنی افراد نابینا است.

نتیجه گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند بهزیستی ذهنی افراد نابینا را افزایش دهد.

کلیدواژه ها: شناخت درمانی، ذهن آگاهی، بهزیستی ذهنی، افراد نابینا.

فهرست مطالب

فصل اول: کلیات تحقیق

۲	..... ۱-۱ مقدمه
۴	..... ۲-۱ بیان مسئله
۷	..... ۳-۱ اهمیت و ضرورت پژوهش
۹	..... ۴-۱ اهداف پژوهش
۹	..... ۱-۴-۱ هدف کلی
۹	..... ۲-۴-۱ اهداف اختصاصی
۹	..... ۳-۴-۱ هدف کاربردی
۹	..... ۵-۱ فرضیه ها
۹	..... ۱-۵-۱ فرضیه کلی
۹	..... ۲-۵-۱ فرضیه های اختصاصی
۱۰	..... ۶-۱ تعریف مفاهیم و واژگان
۱۰	..... ۱-۶-۱ شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی
۱۰	..... ۱-۱-۶-۱ تعریف نظری
۱۰	..... ۲-۱-۶-۱ تعریف عملیاتی
۱۰	..... ۲-۶-۱ ناپینا
۱۰	..... ۱-۲-۶-۱ تعریف نظری
۱۰	..... ۲-۲-۶-۱ تعریف عملیاتی

۱۱	..... ۱-۶-۳ بهزیستی ذهنی
۱۱	..... ۱-۳-۶-۱ تعریف نظری
۱۱	..... ۲-۱-۳-۶ تعریف عملیاتی
فصل دوم: ادبیات پژوهش	
۱۳	..... ۱-۲ نابینایی
۱۴	..... ۲-۲ تعاریف نابینایی
۱۵	..... ۱-۲-۲ تعریف قانونی یا پزشکی
۱۶	..... ۲-۲-۲ تعریف آموزشی
۱۶	..... ۳-۲ علل ضایعات بینایی
۱۷	..... ۱-۳-۲ میزان شیوع
۱۸	..... ۲-۳-۲ نقش و اهمیت سن ابتلا به نقیصه بینایی در ادراکات فرد نابینا
۱۹	..... ۳-۳-۲ نابینایی و برداشت جامعه از آن
۲۱	..... ۴-۳-۲ اشتغال نابینایان
۲۲	..... ۴-۲ بهزیستی ذهنی
۳۰	..... ۱-۴-۲ بهزیستی ذهنی و دینر
۳۲	..... ۲-۴-۲ مولفه‌های بهزیستی ذهنی
۳۳	..... ۳-۴-۲ هیجان‌های مثبت
۳۵	..... ۵-۲ ساختارهای بهزیستی ذهنی
۳۵	..... ۱-۵-۲ ساختار شناختی بهزیستی ذهنی

۳۵	..... ۲-۵-۲ ثبات ساختاری در بهزیستی شناختی
۳۶	..... ۳-۵-۲ ساختار عاطفی بهزیستی ذهنی
۳۷	..... ۴-۵-۲ رابطه‌ی بین صفات شخصیت و بهزیستی ذهنی
۳۸	..... ۶-۲ نظریه‌های بهزیستی ذهنی
۳۸	..... ۱-۶-۲ نظریه‌های فعالیت
۳۸	..... ۲-۶-۲ نظریه‌های قضاوت
۳۹	..... ۳-۶-۲ نظریه‌های جزء به کل در مقابل نظریه‌های کل به جزء
۴۰	..... ۴-۶-۲ نظریه‌های هدفمندی
۴۲	..... ۵-۶-۲ نظریه‌های تداعی‌گرایانه
۴۳	..... ۷-۲ بهزیستی ذهنی در طول تاریخ
۴۳	..... ۱-۷-۲ بهزیستی در نظریه‌های فلاسفه قدیم
۴۵	..... ۸-۲ شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی
۴۶	..... ۱-۸-۲ تعریف ذهن آگاهی
۴۷	..... ۲-۸-۲ تاریخچه ذهن آگاهی
۵۰	..... ۳-۸-۲ ذهن آگاهی صفتی و ذهن آگاهی وضعیتی
۵۱	..... ۴-۸-۲ مکانیسم‌های اثرگذاری ذهن آگاهی
۵۱	..... ۱-۴-۸-۲ کاهش نشخوار فکری
۵۲	..... ۲-۴-۸-۲ کنترل توجه
۵۲	..... ۳-۴-۸-۲ توجه کردن به شیوه غیر قضاوتی
۵۳	..... ۴-۴-۸-۲ پذیرش

۵۳	..... ۹-۲ نوروسایکولوژی و ذهن آگاهی
۵۶	..... ۱-۹-۲ مواجهه
۵۷	..... ۲-۹-۲ تغییر شناختی
۵۸	..... ۳-۹-۲ اداره خود
۵۸	..... ۴-۹-۲ پذیرش
۵۹	..... ۱۰-۲ پیشینه پژوهش
۵۹	..... ۱-۱۰-۲ ذهن آگاهی
۶۴	..... ۲-۱۰-۲ بهزیستی ذهنی
۶۶	..... ۱۱-۲ جمع‌بندی

فصل سوم: روش پژوهش

۶۹	..... ۱-۳ نوع مطالعه
۷۰	..... ۲-۳ جامعه‌ی آماری
۷۰	..... ۳-۳ نمونه و روش نمونه‌گیری
۷۱	..... ۴-۳ ملاک‌های ورود و خروج
۷۱	..... ۵-۳ ملاحظات اخلاقی
۷۲	..... ۶-۳ ابزار پژوهش
۷۲	..... ۱-۶-۳ بهزیستی ذهنی
۷۲	..... ۷-۳ شیوه‌ی اجرای پژوهش
۷۳	..... ۸-۳ طرح آموزش

۷۴	..... ۹-۳ روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
۷۵	..... ۱۰-۳ شرح حال آزمودنی‌ها
۷۵	..... ۱-۱۰-۳ آزمودنی اول
۷۶	..... ۲-۱۰-۳ آزمودنی دوم
۷۷	..... ۳-۱۰-۳ آزمودنی سوم
۷۹	..... فصل چهارم: توصیف و تحلیل داده‌ها
	..... فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری
۹۰	..... ۱-۵ بحث و نتیجه‌گیری
۹۱	..... ۱-۱-۵ فرضیه کلی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بهزیستی افراد نابینا را افزایش می‌دهد
	..... ۲-۱-۵ فرضیه اختصاصی ۱: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عاطفه مثبت افراد نابینا را
۹۸	..... افزایش می‌دهد
	..... ۳-۱-۵ فرضیه اختصاصی ۲: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عاطفه منفی افراد نابینا را
۹۹	..... کاهش می‌دهد
۱۰۱	..... ۲-۵ نتیجه‌گیری
۱۰۱	..... ۳-۵ پیشنهادها
۱۰۱	..... ۱-۳-۵ پیشنهاد کاربردی
۱۰۱	..... ۲-۳-۵ پیشنهادهای پژوهشی
۱۰۲	..... منابع

۱۰۳	..... منابع فارسی
۱۰۷	..... منابع لاتین
۱۱۵	..... پیوست‌ها
۱۱۶	..... پیوست ۱: طرح جلسه‌های آموزشی
۱۲۴	..... پیوست ۲: پرسشنامهٔ بهزیستی ذهنی

فهرست جداول

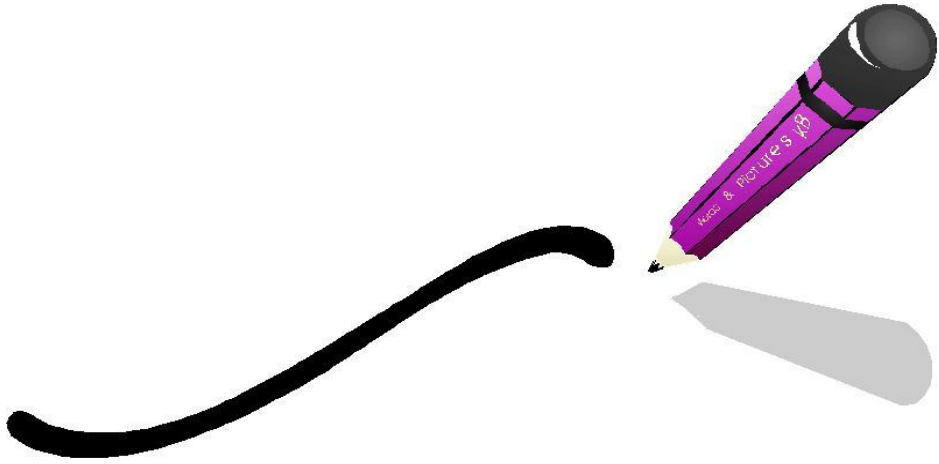
- جدول ۴-۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها ۸۰
- جدول ۴-۲: نمرات بهزیستی ذهنی آزمودنی اول ۸۰
- جدول ۴-۳: نمرات بهزیستی ذهنی آزمودنی دوم ۸۱
- جدول ۴-۴: نمرات بهزیستی ذهنی آزمودنی سوم ۸۲
- جدول ۴-۵: نمرات بهزیستی ذهنی افراد نابینا در یک نگاه ۸۳
- جدول ۴-۶: درصد بهبودی بهزیستی ذهنی افراد نابینا ۸۴
- جدول ۴-۷: نمرات عاطفه مثبت هر سه آزمودنی ۸۵
- جدول ۴-۸: نمرات عاطفه منفی هر ۳ آزمودنی ۸۶

فهرست نمودارها

- شکل ۴-۱: نمودار طرح A-B. روند تغییرات نمرات بهزیستی ذهنی آزمودنی اول ۸۱
- شکل ۴-۲: نمودار طرح A-B. روند تغییرات نمرات بهزیستی ذهنی آزمودنی دوم ۸۲
- شکل ۴-۳: نمودار طرح A-B. روند تغییرات نمرات بهزیستی ذهنی آزمودنی سوم ۸۳
- شکل ۴-۴: نمودار طرح A-B. روند تغییرات نمرات بهزیستی ذهنی هر ۳ آزمودنی در یک نگاه ۸۴
- شکل ۴-۵: نمودار طرح A-B. روند تغییرات نمرات عاطفه مثبت هر ۳ آزمودنی ۸۶
- شکل ۴-۶: نمودار طرح A-B. روند تغییرات نمرات عاطفه منفی هر ۳ آزمودنی ۸۷

فصل اول

کلیات پژوهش



۱-۱ مقدمه

با کمی دقت و تأمل در خلقت انسان، در می‌یابیم هیچ دو انسانی همانند یکدیگر نیستند. این تفاوت‌ها در ابعاد گوناگون جسمی، ذهنی، و رفتاری قابل مشاهده است (روزنبلام^۱، ۲۰۰۰). از این رو، هر یک از انسان‌ها در مفهوم عام و گسترده، استثنایی هستند، چرا که در ابعاد مختلف وجودی با هم تفاوت دارند. اما احتمالاً این تفاوت‌ها در اکثر افراد چشمگیر نیست، و این گروه حداکثری را اصطلاحاً گروه هنجار یا متوسط تلقی می‌کنند. در حالی که، آن چه از مفهوم استثنایی مدنظر است، در واقع وجود تفاوت‌های فاحش برخی از انسان‌ها در زمینه‌های گوناگون با گروه هنجار یا متوسط است (سیف نراقی و نادری، ۱۳۸۹، به نقل از شریفی درآمدی، ۱۳۷۹). یکی از این گروه‌های استثنایی، افراد نابینا هستند. نابینایی مرزی نمی‌شناسد و بدون در نظر گرفتن سن، جنسیت، ملیت، نژاد و طبقه اجتماعی و اقتصادی، ممکن است گریبان‌گیر افراد شود. عده‌ای بر این باورند که فقدان بینایی یعنی مرگ، و اگر نگوییم این تصور ساده‌اندیشانه است، پس باید بپذیریم فرض کردن نابینایی به‌عنوان آسیبی صرفاً جسمی در چشم، سطحی-نگری محض است، از این رو نابینایی ضربه مخربی است به «تصور خود» و «خود بودن» یک انسان، این تصویری است که امروزه در سراسر دنیا از سوی افراد بی‌شماری پذیرفته شده است (نامنی، حیات روشنی، و ترابی میلانی، ۱۳۸۱).

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی^۲ (۲۰۰۴، نقل از داورمنش، ۱۳۸۵)، نابینایی عبارت است از: ناتوانی در دیدن، از دست دادن توانایی دیداری، که در نتیجه آن، درک محرک دیداری، و ادراک و تفکر درباره خود و دیگران بسیار متفاوت خواهد بود. این درک متفاوت ممکن است در افراد مبتلا به اختلال بینایی که یک دهم درصد جمعیت استثنایی‌ها را شامل می‌شوند، سبب بروز مشکلات عاطفی و اجتماعی شود (بیرد، مای فیلد و بارکر^۳، ۱۹۹۷، نقل از نریمانی، سلیمانی و ابولقاسمی، ۱۳۹۱).

1. Rosenblum
2. World Health Organization (WHO)
3. Bird, Mayfield & barker

افراد با ناتوانی بینایی و یا دیگر ناتوانی‌ها به دلیل تجربه‌های منفی در برخورد با همسال‌های عادی خود، ناکامی‌های پی‌درپی در مدرسه به تدریج دلسرد و سرخورده شده، و توالی چنین شکست‌ها و مشکل‌هایی موجب می‌شود آنان نسبت به خود، احساس بی‌ارزشی کنند، احساسی که می‌تواند باعث آسیب در عزت-نفسشان شود (امامی‌پور، صدرالسادات و شمس اسفند، ۱۳۸۲). همچنین، کف^۱ (۲۰۰۲) در بررسی سازگاری روانی اجتماعی نوجوانان نابینا گزارش کرده است که مشکلات رفتاری، به ویژه مشکلات اجتماعی نوجوانان نابینا، به عزت‌نفس پایین، مفهوم خودپنداره منفی، و مهارت‌های اجتماعی ضعیف آنان مربوط است.

همان‌طور که از مطالب بالا استنباط می‌شود یکی از پیامدهای فقدان بینایی، افت کیفیت زندگی (بهزیستی) است. بولینگر^۲ (۲۰۰۰) معتقد است دانش‌آموزان نابینا به دلیل محرومیت حسی که دارند نسبت به افراد بینا کمتر با اطرافیان خود ارتباط برقرار می‌کنند، و به علت کمبود مهارت‌های اجتماعی کمتر خودابرازگری کرده، و به تدریج درونگرا، افسرده، و مضطرب می‌شوند. از این رو، یکی از رویکردهایی که می‌تواند از طریق مولفه‌هایش بر کیفیت زندگی افراد تاثیر بگذارد، ذهن‌آگاهی^۳ است. آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی، یا تنفس ذهن‌آگاهانه، و یا مراقبه در بهبود کیفیت زندگی در حکم آموزش یادگیری تحمل عواطف و هیجانات منفی است، و نوعی آموزش انفرادی محسوب می‌شود. این توانایی که فرد خود به تنهایی بیاموزد خوشحال و راضی باشد، کار دشواری است، اما به عقیده چکس‌زنت‌می‌هالی^۴ (۲۰۰۳) مهارتی لازم برای ایجاد شادکامی پایدار و ثابت است. به همین دلیل، امروزه بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی افراد ناتوان جسمی مخصوصاً افراد نابینا، یک هدف بازتوانی به شمار می‌رود.

-
1. Kef
 2. Bullinger
 3. mindfulness
 4. Csikszentmihalyi

۱-۲ بیان مسئله

پیش‌بینی‌های اخیر بیان می‌کنند که نزدیک به ۴۵ میلیون نفر در سراسر جهان بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، نابینا^۱ بوده، و ۱۳۵ میلیون نفر از لحاظ بینایی ناتوان و نیازمند کمک‌های اجتماعی و اقتصادی هستند (اتیبو، میچل و اسمیف^۲، ۲۰۰۶، نقل از گلپیچ، ۱۳۸۸). بیش از ۹۰٪ افرادی که از لحاظ بینایی ناتوان یا کاملاً نابینا هستند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند، که فقط ۱۸٪ آنان در چین هستند (تابارا، شیک و شاواف^۳، نقل از گلپیچ، ۱۳۸۸). به عبارتی دیگر، نابینایی^۴ شایع‌ترین معلولیت حسی است، و بدون بینایی درک فرد از دنیای اطرافش متفاوت خواهد بود، که می‌تواند مشکلات عاطفی و اجتماعی مانند عدم سازگاری، عدم فعالیت، فقدان علاقه به دیگران، افسردگی و خودپنداره پایین در پی داشته باشد (ملکی‌تبار، خوش‌کنش و خدابخشی کولایی، ۱۳۹۰).

بسیاری از افراد نابینا و کم‌بینا، در رویارویی با مسایل زندگی، از توانایی‌ها و مهارت‌های لازم و اساسی محروم‌اند، و در مقابله با مشکلات زندگی روزمره آسیب پذیرتر هستند. اگر چه، نابینایی یک وضعیت جدی است که می‌تواند تعادل روانی و سازمان‌یافتگی کلی شخصیت فرد نابینا را تحت‌تاثیر قرار دهد، اما نابینایی به‌خودی‌خود سازمان‌یافتگی شخصیت فرد نابینا را نابود نمی‌کند، بلکه نگرش فرد نابیناست که در سازمان‌یافتگی شخصیتش تاثیر می‌گذارد. بعضی افراد نابینا تحت‌تاثیر نگرش منفی به نابینایی، مستعد و یا مبتلا به افسردگی و سایر مشکلات روانی هستند و هر چه مدت افسردگی بیشتر شود، سازمان شخصیت فرد نابینا در الگوی افسردگی سازمان می‌یابد (پور سید، حبیب‌الهی و فرامرزی، ۱۳۸۹).

نابینایی عارضه‌ای است که به هر دلیلی می‌تواند رخ دهد و به عنوان یک نشانگان، موجب افت کیفیت زندگی افراد می‌شود. با توجه به اینکه مشکلات و بیماری‌های روانشناختی علاوه بر مسأله نابینایی، خود یکی از عوامل عمده در کاهش سطح کیفیت زندگی هستند و باتوجه به شیوع بالای مشکلات روانشناختی در بین افراد نابینا، بررسی کنش‌های شناختی اثرگذار بر ابعاد کیفیت زندگی می‌تواند پیشنهادهایی در

-
1. Blind
 2. Attebo, Mitchell & Smith
 3. Tabbara Sheikh & Shawafs
 4. Blindness