جامعة الأزهر – غزة
عمادة الدراسات العليا والبحث العلمي
كلية التربية – قسم علم النفس

الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً بمحافظات غزة

Social Support & Its Relationship With The Satisfaction Level Of Life Quality For The Physical Handicapped In The Gaza Governorates

إعداد الطالب

محمد حامد إبراهيم الهنداوي

إشراف

الدكتور/ محمد سفيان أبو نجيلة

أستاذ علم النفس المشارك

عميد كلية التربية – جامعة الأزهر – غزة

رسالة مقدمة إلى قسم علم النفس بكلية التربية في جامعة الأزهر – غزة كمتطلب تكميلي لنيل درجة الماجستير في علم النفس

2011 – 2010

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحاً تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ﴾

صدق الله العظيم

قرآن كريم

[سورة النمل: من الآية 19]

الإهداء

إلى روح والدتي الطاهرة رحمها الله وطيب ثراها وأسكنها الفردوس الأعلى.

وإلى زوجتي الغالية المخلصة دوماً ونور قلبي لما تحملته من تعبٍ وعناءٍ.

وإلى أولادي ثمرة فؤادي والدم الذي يسري فى شراييني: أسيل وهديل والهيثم ويزن وعبد الرحمن.

وإلى الدكتورة أسماء العتيبي ، كل التقدير والإحترام وفاءً لعطائها.

وإلى كل من ساهم في انجاز هذا العمل المتواضع لهم مني كل الشكر والتقدير.

أهديكم ثمرة هذا الجهد المتواضع

الباحث

شُكـرٌ وعـرفـانٌ

انطلاقاً من قوله تعالى "ذَلِكَ مِن فَضْلِ اللّهِ عَلَيْنَا وَعَلَى النَّاسِ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لاَ يَشْكُرُونَ" [سورة يوسف: الآية 38] أرى لزاماً عليَّ وإقراراً بفضل الله تعالى ونعمه أن أحمده تعالى وأشكره على أن منَّ عليَّ بنعمه ووفقني لانجاز هذا العمل المتواضع، وما توفيقي إلا بالله عليه توكلت وعليه فليتوكل المتوكلون.

ثم أتقدم بالشكر الجزيل إلى جامعة الأزهر تلك المؤسسة التعليمية الوطنية الغراء.

وعرفانا مني بالجميل فإني أتقدم بخالص شكري وتقديري إلى أستاذي العزيز الدكتور/ محمد سفيان أبو نجيلة (أستاذ علم النفس وعميد كلية التربية بالجامعة) لقبوله الإشراف على رسالتي المتواضعه، والذي شملني بعطفه وحنانه ورعايته، ولم يبخل علي بنصح أو توجيه أو إرشاد فى أي وقت كان، وقد كان خير سند لي، فجزاه الله عني كل الخير.

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى الأساتذة الذين تفضلوا بطيب نفس ورحابة صدر لقبولهم تحكيم أدوات الدراسة ممثلين بالدكتور/ جميل الطهراوي، والدكتورة/ أسماء العتيبي، والدكتور/ أسامة حمدونة، والدكتور/ محمد عسلية، والدكتور/ أنور البنا، والدكتور/ نعمات علوان، والدكتور/ عاطف الأغا.

كما أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى كل من ساعدني في تطبيق أدوات الدراسة، والشكر موصول أيضاً إلى المعاقين حركياً الذين استجابوا بالموافقة على تطبيق أدوات الدراسة، كما أتقدم بالشكر إلى المؤسسات المجتمعية لتقديمها التسهيلات وإتاحة الفرصة لي من أجل تطبيق الدراسة.

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير عرفاناً بالجميل وأخص بالذكر الدكتورة/ أسماء العتيبي التي قدمت لي الكثير ولم تبخل علي ولو بكلمة والتي أمدتني بالكثير من المراجع والدراسات، فلها مني كل التقدير والاحترام وجزاها الله عني كل خير، والشكر موصول أيضاً إلى الدكتور/ وسيم الهابيل الذي أعطاني الكثير من وقته في ترجمة بعض الدراسات الأجنبية، والشكر موصول أيضاً إلى الدكتور/ رائد البشيتي الشاعر الذي أمدني ببعض المراجع والدراسات، وإلى أخي/ رامي الهنداوي الذي قام بتدقيق وتنسيق البحث لغوياً، وإلى الأخ/ رائد عياد الذي قام بطباعة البحث طوال فترة إعداده.

وأخيراً وليس بآخر أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى كل من مد لي يد العون والمساعدة وكان خير عون لي وخير سند حتى تمكنت من انجاز هذا الجهد المتواضع.

الباحث/ محمد الهنداوي

قائمة المحتويات

المحتويات	الصفحة
– آية قرانية.	ب
– الإهداء.	ج
– شكر وعرفان.	د
– قائمة المحتويات.	هـ
– قائمة الجداول.	ي
الفصل الأول *** خلفية الدراسة: مشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها ***	9 - 1
– مقدمة الدراسة.	2
– مشكلة الدراسة وتساؤلاتها.	4
– أهداف الدراسة.	6
– أهمية الدراسة.	6
– مصطلحات الدراسة.	7
– حدود الدراسة.	9
*** الفصل الثاني: الإطار النظري ***	57 - 10
– المبحث الأول: الدعم الاجتماعي.	11
– مقدمة.	12
– تعريف الدعم الاجتماعي لغةً واصطلاحاً.	12
– أشكال الدعم الاجتماعي.	15
– وظائف الدعم الاجتماعي وأهميته.	16
– مصادر الدعم الاجتماعي.	22
* المبحث الثاني: جودة الحياة *	27
– مقدمة.	28
– جودة الحياة:	28
– تعريفات جودة الحياة.	30
– الصعوبات التي تواجه تعريف جودة الحياة.	30
– جودة الحياة لغةً واصطلاحاً.	32

– مبادئ جودة الحياة.	36
– أبعاد جودة الحياة.	37
– مظاهر جودة الحياة.	41
– كيفية الوصول لجودة الحياة.	44
* المبحث الثالث: المعاقون *	50
– مقدمة.	51
– تعريف المعاقين.	52
– تعريف الإعاقة وتصنيفاتها.	53
– الإعاقة الحركية .	54
– تعريف الإعاقة الحركية .	54
– تصنيف الإعاقة الحركية.	55
– الخصائص العامة للمعاقين.	56
– المشاكل والصعوبات التي تواجه المعاقين حركياً.	57
* الفصل الثالث: دراسات سابقة *	78 – 58
– مقدمة.	59
– أولا: دراسات تناولت الدعم الاجتماعي والمعاقين.	59
– تعقيب عام على دراسات المحور السابق.	68
– ثانيا: دراسات تناولت جودة الحياة والمعاقين.	70
– تعقيب عام على دراسات المحور السابق.	75
– ثالثاً: فروض الدراسة.	77
* الفصل الرابع: إجراءات الدراسة المنهجية *	102 – 79
– مقدمة.	80
– منهج الدراسة.	80
– مجتمع الدراسة.	80
– عينة الدراسة.	80
– أدوات الدراسة.	83
– الخطوات الإجرائية.	101
– المعالجات الإحصائية.	102

* الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة *	144 - 103
- مقدمة.	104
- نتائج الإجابة عن الفرض الرئيسي الأول.	104
- نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الأول من الفرض الرئيسي الأول.	105
- نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الثاني من الفرض الرئيسي الأول.	106
- نتائج الإجابة عن الفرض الرئيسي الثاني.	107
- نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الأول من الفرض الرئيسي الثاني.	109
- نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الثاني من الفرض الرئيسي الثاني.	110
- نتائج الإجابة عن الفرض الرئيسي الثالث.	111
- نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الأول من الفرض الرئيسي الثالث.	112
- نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الثاني من الفرض الرئيسي الثالث.	113
- نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الثالث من الفرض الرئيسي الثالث.	114
- نتائج الإجابة عن الفرض الرئيسي الرابع.	115
- نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الأول من الفرض الرئيسي الرابع.	115
- نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الثاني من الفرض الرئيسي الرابع.	117
- نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الثالث من الفرض الرئيسي الرابع.	118
- نتائج الإجابة عن الفرض الرئيسي الخامس.	120
- نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الأول من الفرض الرئيسي الخامس.	120
- نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الثاني من الفرض الرئيسي الخامس.	122
- نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الثالث من الفرض الرئيسي الخامس.	125
- نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الرابع من الفرض الرئيسي الخامس.	127
- نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الخامس من الفرض الرئيسي الخامس.	130
- نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي السادس من الفرض الرئيسي الخامس.	132
- نتائج الإجابة عن الفرض الرئيسي السادس.	135
- نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الأول من الفرض الرئيسي السادس.	135
- نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الثاني من الفرض الرئيسي السادس.	139
- نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الثالث من الفرض الرئيسي السادس.	140
- نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الرابع من الفرض الرئيسي السادس.	142

* الفصل السادس: مناقشة النتائج وتفسيرها *	145 - 198
- مقدمة.	146
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الرئيسي الأول.	146
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الأول من الفرض الرئيسي الأول.	150
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الثاني من الفرض الرئيسي الأول.	152
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الرئيسي الثاني.	154
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الأول من الفرض الرئيسي الثاني.	157
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الثاني من الفرض الرئيسي الثاني.	160
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الرئيسي الثالث.	163
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الأول من الفرض الرئيسي الثالث.	163
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الثاني من الفرض الرئيسي الثالث.	165
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الثالث من الفرض الرئيسي الثالث.	167
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الرئيسي الرابع.	169
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الأول من الفرض الرئيسي الرابع.	169
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الثاني من الفرض الرئيسي الرابع.	171
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الثالث من الفرض الرئيسي الرابع.	174
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الرئيسي الخامس.	177
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الأول من الفرض الرئيسي الخامس.	178
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الثاني من الفرض الرئيسي الخامس.	180
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الثالث من الفرض الرئيسي الخامس.	182
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الرابع من الفرض الرئيسي الخامس.	184
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الخامس من الفرض الرئيسي الخامس.	188
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي السادس من الفرض الرئيسي الخامس.	189
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الرئيسي السادس.	191
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الأول من الفرض الرئيسي السادس.	191
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الثاني من الفرض الرئيسي السادس.	193
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الثالث من الفرض الرئيسي السادس.	195
- مناقشة نتائج الإجابة عن الفرض الفرعي الرابع من الفرض الرئيسي السادس.	196
- التوصيات.	199
- ملخص للدراسة باللغة العربية.	201
- ملخص للدراسة باللغة الانجليزية.	205
- قائمة المراجع باللغة العربية.	206

- قائمة المراجع باللغة الانجليزية.	213
- قائمة الملاحق.	245 -219
- ملحق رقم(1) أسماء الأساتذة المحكمين لأدوات الدراسة	219
- ملحق رقم(2) رسالة تحكيم المقاييس.	220
- ملحق رقم(3) استبانة البيانات الشخصية.	222
- ملحق رقم(4) مقياس الدعم الاجتماعي في صورته الأولية.	223
- ملحق رقم(5) مقياس الدعم الاجتماعي في صورته النهائية.	228
- ملحق رقم(6) مقياس مستوى الرضا عن جودة الحياة في صورته الأولية.	234
- ملحق رقم(7) مقياس مستوى الرضا عن جودة الحياة في صورته النهائية.	240

قائمة الجداول

عنوان الجدول	الصفحة
جدول (1) توزيع أفراد العينة تبعاً للمتغيرات الديموغرافية والاجتماعية ومتغيرات الإعاقة.	81
جدول (2) يبين توزيع فقرات مقياس الدعم الاجتماعي على الأبعاد.	83
جدول (3) ارتباطات درجات فقرات كل بعد مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه من كل مصدر من المصادر الثلاثة.	85
جدول (4) يبين ارتباطات درجات كل بعد من أبعاد المقياس مع مصدر الدعم الاجتماعي الذي تنتمي إليه.	87
جدول (5) يبين ارتباطات درجات كل مصدر للدعم الاجتماعي مع الدرجة الكلية للمقياس.	87
جدول (6) يبين ارتباطات درجات كل بعد من المصادر الثلاثة معاً مع الدرجة الكلية للمقياس.	88
جدول (7) يبين معاملات ثبات التجزئة النصفية لمقياس الدعم الاجتماعي.	89
جدول (8) يبين معاملات ثبات التجزئة النصفية لمقياس الدعم الاجتماعي.	89
جدول (9) يبين أبعاد مقياس الرضا عن جودة الحياة وعدد فقرات كل بعد في صورته الأولية والفقرات العكسية.	94
جدول (10) معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه.	96
جدول (11) يبين ارتباطات درجات كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس.	99
جدول (12) يبين معاملات ثبات التجزئة النصفية لمقياس الرضا عن جودة الحياة.	100
جدول (13) يبين معاملات ثبات التجزئة النصفية لمقياس الرضا عن جودة الحياة.	100
جدول (1) يبين العلاقة بين كل من مصادر الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين ككل (ن= 201).	104
جدول (2) يبين العلاقة بين كل من مصادر الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى الذكور المعاقين (ن= 119).	105
جدول (3) يبين العلاقة بين كل من مصادر الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى الإناث المعاقات (ن=82).	106
جدول (4) يبين العلاقة بين كل من الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين ككل (ن= 201).	108
جدول (5) يبين العلاقة بين كل من الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية والرضا عن جودة الحياة لدى الذكور المعاقين (ن=119).	109
جدول (6) يبين العلاقة بين كل من الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية والرضا عن جودة الحياة لدى الإناث المعاقات (ن=82).	110

جدول (7) نتائج اختبار (ت) للفروق في الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف درجاتهم على مصدر الأسرة والأقارب من الدعم الاجتماعي.	112
جدول (8) نتائج اختبار (ت) للفروق في الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف درجاتهم على مصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي	113
جدول (9) نتائج اختبار (ت) للفروق في الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف درجاتهم على مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي.	114
جدول (10) اختبار (ت) للفروق في الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف درجاتهم على مقياس الدعم الاجتماعي ككل.	116
جدول (11) نتائج اختبار (ت) للفروق في الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف درجاتهم على بعد الدعم الاجتماعي الاقتصادي .	117
جدول (12) اختبار (ت) للفروق في الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف درجاتهم على بعد الدعم النفسي الانفعالي.	118
جدول (13) اختبار (ت) للفروق في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة بين الذكور والإناث من المعاقين.	120
جدول (14) نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف العمر.	122
جدول (15) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على أبعاد مقياس الدعم الاجتماعي ذات الدلالة تبعاً للعمر.	124
جدول (16) نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات درجات الدعم الاجتماعي ذات الدلالة تبعاً لمتغير العمر لأفراد العينة.	124
جدول (17) نتائج اختبار (ت) للفروق في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف المهنة (يعمل – لا يعمل).	125
جدول (18) يبين نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة.	127
جدول (19) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس الدعم الاجتماعي ومقياس الرضا عن جودة الحياة ذات الدلالة تبعاً للمستوى الاقتصادي للأسرة لأفراد العينة.	129
جدول (20) نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات أبعاد الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة ذات الدلالة تبعاً لمتغير باختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة لأفراد العينة.	130

جدول (21) اختبار (ت) للفروق في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف الحالة الاجتماعية (أعزب– متزوج).	131
جدول (22) يبين نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف مكان الإقامة.	132
جدول (23) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على بعد الرضا عن الدور الاجتماعي تبعاً لمكان الإقامة لأفراد العينة.	134
جدول (24) نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات الرضا عن جودة الدور الاجتماعي تبعاً لمتغير لمكان الإقامة لأفراد العينة.	134
جدول (25) يبين نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف نوع/ طبيعة الإعاقة.	135
جدول (26) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس الدعم الاجتماعي ومقياس الرضا عن جودة الحياة ذات الدلالة تبعاً لطبيعة الإعاقة لأفراد العينة.	137
جدول (27) نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات أبعاد الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة ذات الدلالة تبعاً لمتغير طبيعة الإعاقة لأفراد العينة.	138
جدول (28) اختبار (ت) للفروق في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف سبب الإعاقة (وراثي – مكتسب).	139
جدول (29) يبين نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف سبب اكتساب الإعاقة.	141
جدول (30) يبين نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف مدة الإعاقة.	143

* الفصل الأول *

خلفيـة الدراسـة
مشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها

- مقدمـة
- مشكلة الدراسة وتساؤلاتها
- أهمية الدراسـة
- أهداف الدراسة
- مصطلحات الدراسـة
- حدود الدراسـة

مقدمة الدراسة:

تعد فئة المعاقين فئة هامة من الفئات التي تحتاج إلى كل الرعاية والاهتمام من قبل المجتمع بكل مؤسساته وهيئاته وأفراده، بدءاً من الأسرة والأقارب والأصدقاء والمدرسة والإعلام والثقافة والصحة وغيرها من المؤسسات الاجتماعية الأخرى، حيث تلعب تلك المؤسسات دوراً كبيراً في تغيير حياة هؤلاء المعاقين إلى حياة أفضل في ضوء ما يقدم لهم من دعم، سواء كان نفسياً أم اجتماعياً أم أسرياً أم تربوياً ...الخ.

فالمعاق هو إنسان قبل أن يكون معاقاً، بغض النظر عن درجة إعاقته وطبيعتها، فله حقوق وعليه واجبات، شأنه في ذلك شأن أي شخص، وله الحق في أن يعيش في مجتمع متقدم يكفل له الحرية الاجتماعية، ويتيح له الفرص المتكافئة للجميع وبدون تمييز، وكذلك يحترم القيم الإنسانية والاجتماعية لأفراده.

ويرى الباحث أن الاهتمام بالمعاقين وما يتلقونه من دعم اجتماعي ونفسي وصحي واقتصادي وغيره من أنواع الدعم الأخرى يعتبر من المؤشرات التي يمكن أن نحكم بها على تطور وتقدم هذا المجتمع.

ويذكر(أحمد، 1997) أن العمل مع المعاقين ميدان من ميادين العمل الاجتماعي وذلك من أجل توفير الخدمات التأهيلية للمعاقين، فمنذ أن بدأت الخدمة الاجتماعية وهي تسعى إلى تحقيق أهدافها الوقائية والإنمائية والعلاجية مع فئة المعاقين (أحمد ، 1997: أ)

ويرى (صالح ،2002 :5) أن الرعاية الاجتماعية أصبحت من أهم البرامج التي تأخذ مكان الصدارة للمعاقين في العالمين المتقدم والنامي المتخلف، بهدف التخطيط الواعي لإحداث التغيير المقصود؛ لإيجاد التوافق بين أداء الإنسان ووظائفه الاجتماعية، وبين بيئته التي يعيش فيها، وليدرك الإنسان المعاق أنه يملك قدرات وطاقات هائلة إذا ما تم تأهيله وتوجيهه وتدريبه فإنه سوف يصبح منتجاً لا يختلف عن غيره من الأسوياء.

ومن هنا يرى الباحث أن للمجتمع دوراً كبيراً تجاه هذه الفئة من المعاقين بشكل خاص، إما أن يكون هذا الدور إيجابيًا، يتمثل في تقديم الدعم اللازم من خدمات اجتماعية كالزيارات المنزلية والمشاركة الاجتماعية والترفيه ... وغيرها، وكذلك الدعم النفسي من خلال البرامج والجلسات والمتابعة المستمرة والمنتظمة، وكذلك الدعم في كافة المجالات الأخرى، اقتصادية وطبية ومهنية ...الخ، وبالتالي كل هذا إذا توفر سيؤدي إلى زرع الثقة بالنفس، و القدرة على التكيف، وتقدير الذات، والدمج الاجتماعي والتفاعل مع هذا المجتمع على الرغم من وجود الإعاقة، ومن ثم وصولًا إلى الشعور بالسعادة والرفاه والرضا والرغبة في الحياة.

أما إذا كان دور المجتمع سلبيًا تجاه هذه الفئة من المعاقين، فإن لذلك انعكاسات خطيرة عليهم (نفسيًا واجتماعيًا وصحيًا... وغيرها) وبالتالي سيولد لديهم الشعور باليأس والإحباط وتحقير الذات،

وصولاً بهم إلى عدم الرضا عن الحياة، وكذلك عدم الرغبة بالعيش فيها.

ويشير (الروسان،1998 :50) إلى وجود العديد من الدراسات التي تؤكد أن مشكلات المعاقين الحياتية والتوافقية لا ترجع إلى الإصابة أو الإعاقة بحد ذاتها بل تعود بالأساس إلى الطريقة التي ينظر بها المجتمع إليهم، كما ذهب إلى ذلك تحليل (هنت) أن السبب الرئيسي في هذه المشكلات إنما يعزى إلى فشل المجتمع في التسامح والتقبل للاختلافات والفروق بين المعاقين من المشاركة العادية في فعالية وأنشطة وخبرات الحياة الاجتماعية.

ويرى الباحث أن المعاقين لهم نظرة خاصة تجاه الحياة التي يعيشونها وتجاه أنفسهم وتجاه المجتمع الذي يعيشون فيه، وتعتبر الخدمات والدعم المقدم لهم سواء مقدماً من الأسرة والأقارب والأصدقاء والمؤسسات التأهيلية المجتمعية، وغيرها من مصادر الدعم الأخرى، بمثابة جودة الحياة التي يطمح إليها كل معاق.

ويشير (عبد القادر: 2005) إلى أن المعاقين من الفئات التي تحتاج إلى رعاية خاصة، حيث ينظرون إلى الحياة بنظرة مختلفة عن الآخرين وتتأثر نظرتهم للحياة بظروف الإعاقة وما يحصلون عليه من دعم من قبل الآخرين في الأسرة أو المجتمع، وتحتاج هذه الفئات المهمة 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، ولا شك أن وجود الإعاقة في المجتمع تفرض الاهتمام بالبحث عن كيفية تجنبها بالوقاية من حدوثها، وتجنب أسبابها والحد من آثارها البدنية والنفسية والاجتماعية حال حدوثها، وذلك بتحسين جودة الحياة من خلال جودة البرامج الوقائية والعلاجية، والعالم العربي اليوم في حاجة ماسة إلى تظافر كل الجهود المبذولة لتخطيط وتنفيذ هذه البرامج على أسس علمية سليمة.(عبد القادر،2005: ص8)

وبناءً على ذلك يرى الباحث أن جودة الحياة تختلف من شخص إلى آخر ومن معاق إلى آخر حسب ما يراه من معايير يقيِّم فيها حياته في ضوء الدعم المقدم، كما أن مستوى الرضا عنها يختلف من معاق لآخر.

وتلخيصاً لما سبق ذكره يوجز الباحث القول بأن هناك مسؤولية كبيرة تقع على كاهل المجتمع ومؤسساته تجاه هذه الفئة من المعاقين، ولابد من بذل كل الجهود وتوفير الإمكانات من أجل الارتقاء بهم والوصول إلى حياة أفضل، أو إلى جودة أفضل لحياتهم.

ويشير (جبر، 2005: 87-93) إلى أنه قد ازداد اهتمام الباحثين بمفهوم جودة الحياة (Quality Of Life) منذ بداية النصف الثاني للقرن العشرين.

ويضيف (هاشم، 2001 :139) أن مفهوم جودة الحياة قد حظي باهتمام كبير في مجالات الطب وعلم الاجتماع والاقتصاد، وحديثاً في مجال علم النفس، وتعددت استخدامات مفهوم الجودة بصورة واسعة في السنوات الأخيرة في جميع المجالات، مثل جودة الحياة وجودة الخدمات وجودة

الزواج ، وجودة آخر العمر وجودة المدرسة وجودة المستقبل ...الخ.

ويرى (عزب، 2004: 576) أنه لم يعد النظر إلى جودة الحياة على أنها لقمة العيش، ولا غطاء يستر الجسد، بل أصبحت تعني تطلعاً للرفاهية الاقتصادية، والدعم الاجتماعي والحصول على الرعاية الصحية، وغير ذلك من المتطلبات التي لم يعد يتوفر منها إلا الفتات.

ويشير الباحث إلى أن ما دفعه للكتابة حول هذا الموضوع هو أن جودة الحياة لها ارتباط وثيق بكل فرد من أفراد المجتمع مهما بلغت درجته أو مكانته، وبالتالي الكل يسعى إلى تحقيق أعلى مستويات من الرضا عن حياته وأن يكونوا أكثر تحقيقاً لجودتها، ومما دفع الباحث أيضاً في الكتابة حول هذا الموضوع هو تخصص الباحث في مجال الإعاقة، واستنادا إلى ما أشار إليه (هامبتون، 1999) أن جودة الحياة يجب أن تحدد أو تقاس من وجهة نظر المعاقين أو المرضى فهم أكثر من يدركون أهمية الفقد أو العجز، كما أن الرضا عن الحياة هو العامل الأساسي في إدراك الفرد لجودة حياته، ومن الأسباب الأخرى أيضاً هو حداثة المفهوم من حيث سياق الاستخدام على المستوى العلمي، وبالذات على المستوى العربي، وكان هذا دافعاً للباحث في التعرف أكثر على هذا المفهوم.

هذا ما أشار إليه (عزب، 2004: 576) أن ساحة الدراسات العربية في مجال جودة الحياة تكاد تكون نادرة بمثل هذه الدراسات، ويشير أيضاً إلى أن مفهوم جودة الحياة يرتبط بالخصائص الجغرافية والديموغرافية للمجتمع، حتى بات نادراً ما حظي مفهوم بهذا التعامل الواسع في أنشطة ومعطيات الواقع الحياتي مثلما حظي مفهوم جودة الحياة.

وبالتالي أصبحت الجودة هدفاً للدراسة والبحث باعتبارها حاجة وطموح كل البشر، وخاصة المعاقين، وهي الهدف الأسمى نحو مستقبل أفضل للحياة، ولهذا يتمحور موضوع الدراسة الحالية حول موضوع الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً بمحافظات غزة.

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

تتمثل مشكلة الدراسة في الإجابة عن السؤال الرئيس التالي:

ما هي العلاقة بين الدعم الاجتماعي ومستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً بمحافظات غزة ؟

ويتفرع عن هذا السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

1. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصادر الدعم الاجتماعي، والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً أفراد العينة ؟
2. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية، والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً ؟

3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة باختلاف مصادر الدعم الاجتماعي (منخفض– مرتفع) لدى المعاقين حركياً من أفراد العينة؟

4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة باختلاف الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية (منخفض– مرتفع) لدى المعاقين حركياً من أفراد العينة ؟

5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً أفراد العينة باختلاف بعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية ؟

ويتفرع عن هذا السؤال الأسئلة الفرعية التالية:

1.5 هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة بين الذكور والإناث المعاقين حركياً من أفراد العينة ؟

2.5 هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً باختلاف العمر (25 سنة فأقل، 26– 40، أكثر من 40 سنة)؟

3.5 هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً (يعمل – لا يعمل) ؟

4.5 هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً باختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة (ضعيف – متوسط – مرتفع) ؟

5.5 هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً باختلاف الحالة الاجتماعية (أعزب– متزوج) ؟

6.5 هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً باختلاف مكان الإقامة (قرية – مخيم – مدينة) ؟

6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً أفراد العينة باختلاف بعض المتغيرات المتعلقة بالإعاقة ؟

ويتفرع هذا السؤال إلى الأسئلة الفرعية التالية:

1.6 هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً باختلاف نوع / طبيعة الإعاقة ؟

2.6 هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً باختلاف سبب الإعاقة (وراثي – مكتسب) ؟

3.6 هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً باختلاف سبب اكتساب الإعاقة (ولادية، مرض، حادث، أسباب وطنية)؟

4.6 هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً باختلاف مدة الإعاقة ؟

أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

1- معرفة علاقة الدعم الاجتماعي بالرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين.

2- كشف العلاقة بين مصادر الدعم الاجتماعي بالرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً.

3- كشف الفروق في الرضا عن جودة الحياة باختلاف مصادر الدعم الاجتماعي وبأبعاده (منخفض- مرتفع) للمعاقين حركياً.

4- كشف الفروق في الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة باختلاف بعض المتغيرات الديموغرافية وبعض متغيرات الإعاقة لدى المعاقين حركياً.

أهمية الدراسة:

يرى الباحث أن لهذه الدراسة أهمية كبرى، حيث تكمن أهميتها فيما يلي:

1- كونها تتحدث عن فئة تشكل نسبة لا بأس بها -كما أنها هامة في المجتمع الفلسطيني- ألا وهي فئة المعاقين حركياً، حيث يشير التقرير الصادر عن الجمعية الوطنية لتأهيل المعوقين وجمعية الإغاثة الطبية بأن عدد المعاقين حركياً في قطاع غزة بلغ (12.997) ويشكلون ما نسبته(32.19%) من إجمالي عدد المعاقين، ويشير التقرير أيضاً إلى أن الأرقام الواردة تشمل فقط الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية المسجلين لديها (الجمعية الوطنية، جمعية الإغاثة الطبية،2010: 1-26).

2- تكمن أهميتها بالنسبة للمجتمع ومؤسساته من حيث معرفة مستوى الدعم والخدمات المقدمة لهم، ومصادرها المختلفة، وكذلك معرفة كيفية إدراك الحياة وجودتها ومستوى الرضا عنها من قبل المعاقين، ومن ثم وضع الخطط والبرامج التأهيلية.

3- قلة الدراسات والبحوث في هذا الموضوع ليس في فلسطين فحسب، بل وفي الوطن العربي – في حدود علم الباحث- حيث تعتبر الدراسات التي أجريت في منطقتنا العربية في مجال التربية الخاصة (عن المعاقين) ذات العلاقة بموضوع جودة الحياة محدودة ونادرة، وتكاد لا تذكر حيث برزت الحاجة إلى مثل هذه الدراسات، والتأكيد على أهميتها.

4- تساعد هذه الدراسة الباحثين في هذا الموضوع أو ممن تحدثوا حوله في التعمق أكثر في معرفة أوجه القصور من حيث الخدمات والدعم المقدم من قبل المجتمع وسبل التغلب عليها من أجل الوصول إلى جودة أفضل لحياتهم.

5- تساهم هذه الدراسة في توفير معلومات لوضع السياسات والخطط الخاصة من قبل المسؤولين وصناع القرار؛ من أجل تنمية وتطوير مقومات الحياة بقدر المستطاع؛ لضمان أكبر قدر من توفير

الدعم و الخدمات التي تؤدي إلى سعادة الإنسان ورفاهيته.

6- إعطاء مؤشرات لكل المسؤولين والمعنيين والمؤسسات وممن لهم علاقة بهذه الفئة أو ليس لهم علاقة بأن يُسخِّروا كل طاقاتهم، وأن يبذلوا كل جهدهم من أجل الوصول إلى جودة أفضل لحياة المعاقين.

مصطلحات الدراسة:

1- الدعم الاجتماعي:

يعرف (فايد، 2001 :337) الدعم الاجتماعي بأنه إدراك الفرد بأن لديه عدداً كافياً من الأشخاص في حياته يمكنه الرجوع إليهم عند الحاجة، وأن يكون لدى هذا الفرد درجة من الرضا عن هذا الدعم المتاح له.

ويعرِّف الباحث الدعم الاجتماعي تعريفاً إجرائياً يتمثل في ثقة الفرد المعاق حركياً بوجود الأسرة والأقارب والأصدقاء والمؤسسات الاجتماعية الخيرة التي تقدم له الدعم والرعاية والاهتمام والتخفيف من الآلام والهموم حينما يشعر بحاجته للدعم، كما تعمل على تكيفه مع المجتمع ومع إعاقته حتى في أحلك الظروف.

وسيتم قياسها من خلال الدرجة التي يحصل عليها المعاق حركياً على مقياس الدعم الاجتماعي.

2- جودة الحياة:

يعرف كلاً من (عبد الفتاح وحسين، 2006) جودة الحياة بأنها الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية، والإحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة، فضلاً عن إدراك الفرد لقوى ومتضمنات حياته وشعوره بمعنى الحياة، إلى جانب الصحة الجسمية الايجابية، وإحساسه بمعنى السعادة، وصولاً إلى عيش حياة متناغمة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في المجتمع.

ويعرِّف الباحث جودة الحياة تعريفًا إجرائياً بأنها رضا المعاق حركياً عن الحياة التي يعيشها وفقاً لمعايير يراها من منظوره يقِّيم بها حياته، في كافة مجالات الحياة، يشعر من خلالها بالسعادة والطمأنينة والرضا، ومن ثم التكيف والتوافق مع إعاقته والرغبة في الحياة.

وسيتم قياسها من خلال الدرجة التي يحصل عليها المعاق حركياً على مقياس مستوى الرضا عن جودة الحياة.

3- **جودة الحياة الأسرية:**

ويعرفها الباحث إجرائياً : رضا المعاق حركياً عن العلاقة المتبادلة بينه وبين أسرته التي تمتاز بالتفاعل والتماسك والترابط الأسري والثقة والاحترام المتبادل بين أفراد الأسرة، وصولاً إلى شعوره بالفخر والانتماء لأسرته.

4- **جودة الصحة العامة:**

ويعرفها الباحث إجرائياً: أن يكون المعاق حركياً راضياً على قدرته القيام بأداء الأدوار الموكلة إليه قدر المستطاع في مجالات الحياة اليومية المختلفة.

5- **الجودة النفسية:**

ويعرفها الباحث إجرائياً: شعور المعاق حركياً بالسعادة والارتياح والطمأنينة والأمن والأمان، وعدم الخوف والقلق والاكتئاب، وتمتعه بثقة نفسه، وثقته تجاه المجتمع الذي يعيش فيه.

6- **جودة شغل الوقت وإدارته:**

ويعرفها الباحث إجرائياً: قدرة الفرد المعاق حركياً على استغلال وتنظيم وقت فراغه وكيفية إدارته لوقته في أشياء يمكن أن تفيده بحيث لا يشعر بالإحباط والفشل.

7- **جودة العلاقات:**

ويعرفها الباحث إجرائياً: وهى أن يكون الفرد المعاق حركياً راضياً ومقتنعاً عن علاقاته الاجتماعية الايجابية والتي تتمثل بالمشاركة وإقامة علاقات طيبة قائمة على الحب المتبادل بينه وبين أفراد المجتمع الذي يعيش فيه.

8- جودة الدور الاجتماعي:

ويعرفه الباحث إجرائياً: رضا الفرد المعاق حركياً علي أن يكون له دوراً اجتماعياً مميزاً، يستطيع أن يؤثر من خلاله، ومن ثم شعوره بأنه شخص له الحق في ممارسة دوره الاجتماعي البناء الذي يستطيع من خلاله إثبات وجوده بأنه منتج وفعال وله قيمة في المجتمع.

9- الجودة المهنية:

ويعرفها الباحث إجرائياً: مدى توافر مجموعة من الظروف النفسية والفسيولوجية والبيئية، والتي تكون سبباً في رضا المعاق حركياً عن مهنته.

10- جودة الحياة الزوجية:

ويعرفها الباحث إجرائياً: تتمثل في العلاقة المتبادلة بين الزوجين والقائمة على الحب والحنان والاحترام المتبادل والوفاق والرضا عنها.

11- المعاقون:

وتذكر (مخلوف، 1991 : 19) تعريفاً للمعاق بأنه: "كل فرد فقد قدرته على مزاولة عمله أو القيام بعمل آخر نتيجة لقصور بدني أو حسي أو عقلي سواء كان هذا القصور بسبب إصابته في

حادث أو مرض أو عجز ولادي".

12- المعاقون حركياً:

يعرِّف الباحث المعاقين حركياً تعريفًا إجرائياً بأنهم أشخاص لا يستطيعون أن يحيوا حياة طبيعية كالآخرين، نتيجة قصور أو عجز في وظائف الجسم بدنياً كان أم حسياً، يؤثر على مظاهر النمو العقلي والاجتماعي والانفعالي سواء كان هذا العجز ولادياً أم مكتسباً.

حدود الدراسة:

1- الحد المكاني: تناولت الدراسة شريحة من المعاقين حركياً من الذين يترددون ويتلقون الدعم في مراكز التأهيل بمحافظات غزة، وهى كالتالي:

- جمعية المعاقين حركياً في محافظة غزة.
- مدرسة التربية الخاصة التابعة لجمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، ووزارة الشؤون الاجتماعية بمحافظة خان يونس.
- الجمعية الوطنية لتأهيل المعاقين بمحافظة الوسطى.

2- الحد النوعي: طبقت الدراسة على شريحة المعاقين حركياً ذكوراً وإناثاً في مراكز التأهيل المذكورة أعلاه.

3- الحد الزماني: طبقت الدراسة في العام 2008-2009.

الفصل الثاني:
الإطار النظري

المبحث الأول
الدعم الاجتماعي

- **مقدمة.**
- **تعريف الدعم الاجتماعي لغةً واصطلاحاً.**
- **أشكال الدعم الاجتماعي.**
- **وظائف الدعم الاجتماعي وأهميته.**
- **مصادر الدعم الاجتماعي.**

مقدمة:

يعتبر الدعم الاجتماعي مصدراً هاماً يحتاجه كل فرد في حياته اليومية، بل هو حاجة ملحة يتمناها الفرد في أن تتحقق كلما احتاج إليها في المواقف الحياتية التي تواجهه، ولذلك فإن المعاقين كغيرهم من الذين يحتاجون إلى هذا الدعم من كافة المحيطين بهم، كالأسرة والأقارب والأصدقاء والزملاء، والمؤسسات الاجتماعية التأهيلية وغيرها من مصادر الدعم الأخرى، لأن لهم دوراً كبيراً وفعالاً في التخفيف عن همومهم وآلامهم، والآثار النفسية والاجتماعية السلبية، وكذلك المواقف والضغوطات التي يتعرضون لها أثناء ممارستهم حياتهم اليومية.

ويقوم الباحث في السطور القادمة باستعراض تعريفات الدعم الاجتماعي.

أولاً: الدعم الاجتماعي لغةً:

الدعم لغةً: بمعنى القوة والمال الكثير والسمن، ودعمه: دعماً: أسنده بشيء يمنعه من السقوط، ويقال دعم فلاناً: أعانه وقواه، ودعمه: قواه وثبته. (أنيس وآخرون، 1972 :ص 309)

وهي مشتقة من الفعل (دَعَمَ) دعم الشيء يدعمه دعماً: مال فأقامه، والدعمة: ما دعمه به، والدعام والدعامة: كالدعمة والدعم: أن يميل الشيء فتدعمه بدعام كما تدعم عروش الكرم ونحوه. (ابن منظور، 1993 : ص407)

الدعم الاجتماعي: تعريف الدعم (المساندة) في اللغة: من سند: ما ارتفع من الأرض في قبل الجبل أو الوادي والجمع إسناد، وكل شيء أسندت إليه شيئاً فهو سند، وما يسند إليه يسمى مسنداً وسنداً وجمعه المساند، وتساندت إليه: استندت، وساندت الرجل مساندة إذ عاضدته وكانفته، وسند في الجبل يسند سنوداً وأسند: رقى، ويقال للدعي المسند والسنيد ويقال للدعي: سنيد.

(المصري، 1955: ص257)

ثانيًا: الدعم الاجتماعي اصطلاحاً:

يعتبر الدعم الاجتماعي من المتغيرات التي يختلف الباحثون حول تعريفه وفقاً لتوجهاتهم النظرية، فمن منظور سوسيولوجي ينظر إلى الدعم الاجتماعي في ضوء عدد وقوة اتصالات الفرد بالآخرين في بيئته الاجتماعية، بمعنى درجة التكامل الاجتماعي للفرد، أو حجم وتركيب الشبكة الاجتماعية للفرد، وهذا التكامل الاجتماعي قد يرفع من مستوى الصحة.

(Buunk & Hoorens, 1992 : 446)

وإذا كان مصطلح شبكة العلاقات الاجتماعية يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح الدعم الاجتماعي، إلا أن (ليبرمان Libarman 1982) يرى أن الدعم الاجتماعي مفهوم أضيق بكثير من مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية، حيث يعتمد الدعم الاجتماعي في تقديرها على إدراك الأفراد

لشبكاتهم الاجتماعية باعتبارها الأطر التي تشتمل على الأفراد الذين يثقون فيهم، ويستندون على علاقاتهم بهم (الشناوي، عبد الرحمن 1994: 3)

وبصفة عامة فمهما كان الأساس النظري الذي ينطلق منه اصطلاح الدعم الاجتماعي، فانه يبدو من خلال هذا المفهوم أنه يشتمل على مكونين رئيسيين:

* المفهوم الأول: أن يدرك الفرد أنه يوجد عدداً كافياً من الأشخاص في حياته يمكنه أن يرجع إليهم عند الحاجة.

* المفهوم الثاني: أن يكون لدى هذا الفرد درجة من الرضا عن هذا الدعم المتاح له والاعتقاد في كفاية الدعم.

ويرى بعض الباحثين أن الدعم الاجتماعي يشير إلى وجود علاقات مرضية تتسم بالحب والود والثقة والتقدير، وتمثل هذه العلاقات مصدات أو حواجز ضد الضغوط.

(Cutrona&Russel,1990,30)

وهناك بعض التعريفات التي وردت لبعض الباحثين حول مصطلح الدعم الاجتماعي نوردها فيما يلي:

يعرف كوهين وآخرون(Cohen ,et al 1986) الدعم الاجتماعي بأنه يعني متطلبات الفرد بمساندة ودعم البيئة المحيطة به، سواء من أفراد أم جماعات تخفف من أحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها، والتي تمكنه من المشاركة الاجتماعية الفعالة في مواجهة هذه الأحداث والتكيف معها.

ويعرف سارا سون وآخرون (Sarason,et al 1986) بأنها تعنى إحساس الفرد بوجود بعض المقربين منه والذين يثق بهم في الوقوف بجانبه عند الحاجة .

ويعرف جولي كرونستر وآخرون(Chronister ,et al 2008) الدعم الاجتماعي بأنه عملية شاملة وعالمية، وتمثل قوى ايجابية، والتي تعمل بطريقة كلية لتقديم المساعدة لكل شخص محتاج، وأن مفهوم الدعم الاجتماعي يعد مفهوماً شاملاً ومعقد التركيب، ويختلف وفقاً لمن يقدم هذا الدعم هل (العائلة، والصديق، والشخص المهني) وبين ما هو مقدم (أشياء ملموسة ذات تقنية، أو أدواتية، أو عاطفية، أو معلوماتية) وكذلك الموقف الذي يتم من خلاله تقديم هذه الخدمة (فردية، وجماعية، وتليفون، وانترنت) وكذلك الملامح والسمات النفسية للأشخاص المقدمين والمتلقين للدعم.

ويضيف كرونستر وآخرون بأن مفهوم الدعم الاجتماعي عبارة عن مفهوم يفتقر إلى الموافقة الجماعية من قبل الباحثين السابقين، فالبعض قد يشير إليه من حيث التركيب، والآخر قد يعرفه من حيث الملامح الوظيفية، والبعض الآخر قد يعرفه من حيث التقييم الشخصي الذاتي.

وتذكر كلاً من ليفي وجا نيلين(Leavy & Ganellen) أن الدعم الاجتماعي هو رضا الفرد عن الدعم المادي والمعنوي الذي يقدم من الأسرة والأصدقاء الذين يقفون بجانبه عند الحاجة إليهم. (Lewis,1993:110-119)

ويشير (ويس، Weis) إلى أن الدعم الاجتماعي يتكون من علاقات اجتماعية مميزة في المودة والصداقة الحميمة والتكامل الاجتماعي واحترام الفرد، وتقديم المساعدة المادية والعاطفية له، بحيث تكون صلة الفرد بالآخرين مبنية على الثقة والدعم المتبادل.(Anisa,et al,1994:182-188)

وتضيف (سيدنى كوب، Sidney Cobb) أن الدعم الاجتماعي يمثل رعاية متصلة لها ثلاثة مكونات أساسية :

- دعم عاطفي يقود إلى الاعتراف الصريح بأنه أو أنها تهتم به أو تحبه.
- الدعم المختلط بالاحترام المتبادل الذي يقوم بشعور الفرد أن له احتراماً وتقديراً وقيمة مع الآخرين.
- دعم متداخل بين الشخص والآخر يقود إلى الاعتراف الصريح بأن الفرد يحس بموقفه في شبكة الاتصال المشترك بالآخر أو بقرار الاعتراض من كليهما (Nansy,1994,3331-3341)

أما ليبور (Lepore، 1994) فيرى أن الدعم الاجتماعي هو الإمكانات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة وخاصة الاجتماعية في أوقات الضيق، ويتزود الفرد بالدعم الاجتماعي من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم شبكة العلاقات الاجتماعية في الغالب الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل، وليست كل شبكات العلاقات الاجتماعية مساندة، بل المساندة تميل إلى دعم وصحة ورفاهية من يتلقى المساندة .

وأخيرا وليس بآخر تُعرِّفها(حنفي، 2007 :318) على أنها أساليب المساعدة المختلفة التي يتلقاها الفرد من أسرته وأصدقائه، والتي تتمثل في تقديم الرعاية والاهتمام والتوجيه والنصح والتشجيع في كافة مواقف الحياة، والتي تشبع حاجاته المادية والروحية للقبول والحب والشعور بالأمان فتجعله يثق بنفسه ويدركها الفرد ، مما يزيد من كفاءته الاجتماعية.

وبناءً على ما تقدم من خلال استعراض الباحث حول مفاهيم وتعريفات الدعم الاجتماعي أو المساندة الاجتماعية، فمن هذا المنطلق يرى الباحث ومن خلال مراجعته للأدبيات المتعلقة حول هذا الموضوع بأنه ليس هناك تعريفاً محدداً وواضحاً يمكن اعتماده على الرغم من وجود العديد من التعريفات، وكذلك يود الباحث الإشارة إلى أنه من خلال أيضاً اطلاعه ومراجعته للبحوث السابقة والأدبيات المتعلقة به، ورود مصطلحين حول هذا المفهوم واللذان يتمثلان في مصطلح المساندة ومصطلح الدعم على الرغم من تناول العديد من الباحثين لهذين المفهومين أو المصطلحين.

ومن هنا يشير الباحث إلى أن مفهوم المساندة ومفهوم الدعم يحملان نفس المعنى، ويتضح من خلال ذلك أن الدعم الاجتماعي هو عملية متكاملة وشاملة، وحاجة لكل فرد من أفراد المجتمع بشكل عام وللمعاقين بشكل خاص، حيث إن الدعم الاجتماعي يلعب دوراً مهماً في حياة الأفراد،

يستطيع من خلاله الفرد التغيير من واقع حياته إلى واقع أفضل يتصف بالايجابية، ويقوده إلى الرضا عن الحياة، والثقة بالنفس كل ذلك يتم من خلال ما يقدمه المجتمع لأفراده بدءً من الأسرة والأصدقاء والجيران والزملاء، وهي عملية دائمة ومستمرة ولا تقف عند حد معين.

ويعرِّف الباحث الدعم الاجتماعي تعريفًا إجرائياً بأنه: ثقة الفرد المعاق حركياً بوجود الأسرة والأقارب والأصدقاء والمؤسسات الاجتماعية الخيرة التي تقدم له الدعم والرعاية والاهتمام والتخفيف من الآلام والهموم حينما يشعر بحاجته للدعم، كما تعمل على تكيفه مع المجتمع ومع إعاقته حتى في أحلك الظروف.

أشكال الدعم الاجتماعي:

يرى كلاً من (كوهين وويلز، Cohen & Wills) من خلال المراجعة الشاملة لنتائج الدراسات والبحوث السابقة التي أجريت على بعد الأثر الواقي، أو المخفف للدعم الاجتماعي على أحداث الحياة الضاغطة التي يمر بها الفرد في حياته اليومية، ومن خلال عرض الآراء ووجهات النظر في هذا الإطار فقد توصل الباحثان إلى أربع أشكال للدعم الاجتماعي هي:

- دعم التقدير: Esteem Support ويتمثل هذا النوع من الدعم في تقديم أشكال مختلفة من المعلومات لمساعدة الفرد على تعميق إحساسه بأنه مقبول Accepted من الآخرين، ولديه مقومات التقدير الذاتي من المحيطين به، وهذا يعطى الإحساس بالقيمة الشخصية واحترام الذات، وهذا النوع من الدعم الاجتماعي يطلق عليه العديد من المسميات الأخرى مثل، المساندة النفسية والمساندة التعبيرية Expressive ، ومساندة احترام الذات Self Esteem Support ، ومساندة التنفيس Ventilation Support والمساندة الوثيقة Close Support.
- الدعم بالمعلومات: Information Support وهذا النوع من الدعم يظهر في إمداد متلقي الدعم بالمعلومات التي تفيده في حل مشكلة صعبة يواجهها في حياته اليومية، ومن خلال إبداء النصح له أو توجيهه أو إرشاده، ويطلق على هذا النوع من المساندة بعض المفاهيم الأخرى مثل، مساندة التوجيه المعرفي Cognitive Guidance Support والمساندة بالنصح والإرشاد.(Cohen &Wills,1985).
- الصحبة الاجتماعية: Social Companionship ويرى (اكسفورد، 1994 oxford) أن مصطلح الصحبة الاجتماعية أدخل تحت مفهوم الدعم الاجتماعي بفضل كل من "كوهين وويلز 1985 " ويعني قضاء وقت الفراغ مع الآخرين المحيطين بالفرد في ممارسة بعض الأنشطة الترفيهية والترويحية والمشاركة الاجتماعية في المناسبات المختلفة لإشباع الحاجة إلى الانتماء، والتواصل مع الآخرين، ومساعدة الفرد على التخلص من قلقه وهمومه والتخفيف

عنه في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، ولقد أشار بعض الباحثين لمصطلح الصحبة الاجتماعية بأنه يمثل الوظيفة الوقائية للدعم الاجتماعي.(Oxford,1994)

- المساندة الإجرائية: Instrumental Support ويشتمل هذا النوع على تقديم المساعدات المادية وقت حاجة المتلقي لها في حل مشكلاته اليومية، أو تقديم الخدمات العينية لتخفيف أعباء الحياة عليه، ويطلق على هذا النوع بضع مسميات مثل مساعدة العون Aid ، أو المساعدات المادية Material ، أو المساندة الملموسة Tangible Support (Cohen & Wills,1985)

ويتضح للباحث بعد استعراض أشكال الدعم الاجتماعي وتعددها أن هناك عدد من الباحثين يتفقون على هذه الأشكال مثل (اكسفورد،1994 oxford، أرجايل1993:153، "داك"Duck من خلال أبو سريع، 1993:64، نوريس وكانتزNorris & Kaniatz،1996،464 ، هاوس House) . 1981

وبالتالي فان ما تم طرحه حول أشكال الدعم الاجتماعي يتضح جلياً من خلال ذلك أنه يساعد الفرد في تخفيف أحداث الحياة والعمل على مواجهتها، والعمل على بناء شبكة من العلاقات الاجتماعية، والتي يستطيع من خلالها إشباع حاجاته والتخلص من همومه، والعمل على إزالة التوتر والقلق والانفعال والاكتئاب وصولاً إلى أن يصبح الفرد راضياً عن الحياة ولو بنسبة معينة، ويتضح للباحث أيضاً أن الدعم الاجتماعي بأشكاله المختلفة والمتعددة له أثراً مخففاً وأثراً واقياً لضغوط الحياة التي يعيشها الأفراد المعاقين، وكذلك التخفيف من حدة المشكلات التي يعيشونها والعقبات التي يواجهونها أثناء ممارستهم حياتهم اليومية، قد تتمثل في إمدادهم بالمعلومات والمساعدات الملموسة والتوجيهات وإبداء الآراء، من أجل الوصول بهم إلى الاعتماد على النفس في حل مشكلاتهم، وكذلك منحهم الثقة بالنفس وإعطائهم القيمة الشخصية والمكانة الاجتماعية في المجتمع.

وظائف الدعم الاجتماعي وأهميته:

للدعم الاجتماعي أهمية كبيرة في حياة الفرد، حيث يؤثر حجم الدعم الاجتماعي ومستوى الرضا عنه في كيفية إدراك الفرد لأحداث الحياة الضاغطة المختلفة وأساليب مواجهتها، وكيفية تعامله مع هذه الأحداث، وقد تتمثل وظيفة الدعم وأهميتها في التالي:

1- حماية الذات:

ويشير (برهام Breham) إلى أن الدعم الاجتماعي يقوم بمهمة حماية الشخص لذاته وزيادة الإحساس بفعاليته، بل إن احتمالات إصابة الفرد بالاضطرابات النفسية والعقلية تقل عندما يدرك

الشخص أنه يتلقى الدعم الاجتماعي من شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به ولا شك أن هذا الدعم يؤدي دوراً مهماً في تجاوز أي أزمة قد تواجه الشخص. (Breham,1984.107-129).

ويذكر (أرجايل، 1993 :47-48) أن للدعم الاجتماعي تأثيراً فورياً على نظام الذات Self System حيث يؤدي إلى زيادة تقدير الذات والثقة بها والشعور بالسيطرة على المواقف، كذلك يولد درجة من المشاعر الايجابية والتي تجعل الفرد يدرك الأحداث الخارجية على أنها أقل مشقة.

ويرى (Turner &Marino,1994,203) أن الدعم الاجتماعي يؤثر بطريقة مباشرة على سعادة الفرد، وذلك عن طريق الدور المهم الذي يلعبه حينما يكون مستوى الضغوط مرتفعاً، أو بالنسبة للصحة النفسية حينما تكون مستقلة عن مستوى الضغوط أو كمتغير وسيط مخفف من الآثار السلبية الناتجة عن ارتفاع مستوى الضغط.

ولقد أوجز كل من (Coutrona &Russel,1990.36) أهمية الدعم الاجتماعي الذي يتمثل في أن الدعم الاجتماعي يخفف من وقع الضغوط النفسية، ويقوي تقدير الذات لدى الفرد، ويخفف من أعراض الاكتئاب والقلق، ويؤثر على الصحة النفسية والجسمية ويزيد من الشعور بالرضا عن ذاته وعن حياته، ويزيد من الجوانب الايجابية مما يساهم في تحسن صحتهم النفسية، ويسهم في التوافق الايجابي والنمو الشخصي، ويساعد على حل المشكلات المرتبطة، وأخيرا تزيد من الارتباط بمصادر شبكة الدعم الاجتماعي الخاصة بهم، والتي تتمثل في الزوجة والزوج والأبناء والأقارب والجيران والأصدقاء.

ويشير (بطرس، 2005) إلى أن للدعم الاجتماعي دوراً ايجابياً في تخفيف حدة التأثيرات السلبية للمعاناة التي يتلقاها الفرد، وأن انخفاض مستوى الدعم الاجتماعي في الأسرة والعمل له تأثير سلبي على التوافق لدى الفرد، وأن للدعم الاجتماعي تأثيراً قوياً على مواجهة الإحباط، كما أن الدعم الاجتماعي له أهمية بالنسبة للإناث عن الذكور، كما أنها ذات أثراً كبيراً وعاملاً هاماً يمنع الوقوع في العزلة الاجتماعية. (بطرس،2005)

ويشير كلاً من (باريرا وانلى Barrera&Ainlay 1981 :69-96) إلى أن الدعم الاجتماعي يقوم بعدة وظائف منها، التوجيه والإرشاد: Guidance ويظهر في تقديم النصيحة وطلب المشورة في بعض الأمور التي يحتاجها متلقي الدعم، والحماية من الوقوع في الأخطاء، ومن وظائفها أيضاً، المساعدة السلوكية: Behavioral Assistance وتظهر في تقديم العون في المواقف المختلفة التي يتعرض لها المتلقي للدعم، وتنمية المشاعر الايجابية السارة.

2- الوقاية من الأمراض والاضطرابات:

يرى (سارا سون وآخرون، 1983) بأن الدعم الاجتماعي يؤدي دوراً وقائياً، حيث أشار الباحثون إلى أن الدعم الاجتماعي يمكن أن يلعب دوراً هاماً في الشفاء من الاضطرابات النفسية

والعقلية، كما تسهم في التوافق الايجابي والنمو الشخصي للفرد، بل تجعل الشخص أقل تأثراً عند تلقيه أي ضغوط أو أزمات.(Sarason et al,1983.127-139)

وللدعم الاجتماعي أثراً عاماً على الصحة البدنية والنفسية، حيث إن الشبكات الاجتماعية الكبيرة يمكن أن تزود الفرد بخبرات ايجابية منتظمة، ومجموعة من الأدوار التي تتلقى مكافأة من المجتمع، وهذا النوع يمكن أن يرتبط مع السعادة. (الشناوي، عبد الرحمن، 1994، 37)

وأظهرت الدراسات أيضاً أن المشاركة في الأنشطة الاجتماعية يساعد على خفض الضغوط النفسية، كما أن للدعم من جانب الأسرة والأصدقاء دوراً كبيراً في توافق الفرد، حيث إن الأفراد الذين يتمتعون بقدر كبير من الدعم هم أقل عرضة للاضطرابات والضغوط والمشكلات النفسية.(بطرس:2005).

ويشير كل من (الشناوي، عبد الرحمن 1994 :4) إلى أن للدعم الاجتماعي دورين أساسيين في حياة الفرد، وهما (انمائى و وقائي) ففي الدور الانمائى يكون الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية يتبادلونها مع غيرهم ويدركون أن هذه العلاقات يوثق بها، فهم من ناحية الصحة النفسية أفضل من غيرهم ممن يفتقدون هذه العلاقات، أما في الدور الوقائي فإن للدعم الاجتماعي أثراُ مخففاً لنتائج الأحداث الضاغطة، فالأشخاص الذين يمرون بأحداث مؤلمة تتفاوت استجاباتهم المؤلمة مثل القلق والاكتئاب لتلك الأحداث تبعاً لافتقادهم لبعض العلاقات الودودة وكذلك الدعم، حيث يزداد احتمال التعرض لاضطرابات نفسية كلما نقص مقدار الدعم الاجتماعي كماً ونوعاً، وقد أضحى ذلك التأثير معروفاً بنموذج الأثر الملطف للدعم الاجتماعي.

3- مواجهة ضغوط الحياة:

ويرى كلاً من (Coyne & Downey:1991,402) أن الدعم الاجتماعي من الآخرين الموثوق فيهم له أهمية رئيسية في مواجهة الأحداث الضاغطة، وأن الدعم الاجتماعي يمكن أن يخفض أو يستبعد عواقب هذه الأحداث على الصحة.

ويرى (عبد الرحمن، 2000: 320) أن للدعم الاجتماعي أثراً مخففاً لنتائج الأحداث الضاغطة، فالأشخاص الذين يعانون من القلق والاكتئاب والتوتر يحتاجون إلى العلاقات الودودة والمساندة، حيث يزداد احتمال التعرض لاضطرابات نفسية كلما نقص مقدار الدعم الاجتماعي كماً ونوعاً، ومن هنا نجد أن وقوف الإنسان بمفرده أمام ضغوط الحياة دون أن يكون له من يسانده ويعاضده ويهتم به ويرعاه من (الأسرة والأصدقاء والجيران) فإن ذلك يزيد من شدة تلك الضغوط، ومن ثم يشعر أنه وحيداً، مما قد يترك أثراً في نشأة واستمرار أعراض الاكتئاب واليأس لديه، حيث إن إدراك الفرد بأن هناك من يدعمه عند الحاجة له تأثير ملطف لضغوط أحداث الحياة، كما أن الدعم الاجتماعي يحسم ويعدل من أساليب مواجهة الضغوط النفسية والتعامل معها.

ويوضح كثير من الباحثين أن هناك علاقة وطيدة بين المعيشة في وسط جماعة داعمة ومقدار الضغوط الاجتماعية والنفسية التي يتعرض لها الفرد، فالجماعة الداعمة تخفف من حدة الضغوط النفسية والاجتماعية.(Kennedy,et al,1999)

ويشير كلاً من(شوما كر وبر ونيل Schomaker &Brownell، 1984 :1-9) إلى بعض وظائف الدعم الاجتماعي والتي تمتاز بأنها تترك أيضاً أثراً فعالاً في حياة الفرد، من ضمنها التخفيف أو الوقاية من الآثار السلبية لأحداث الحياة الضاغطة، حيث تقوم هذه الوظائف بخفض الآثار النفسية التي تنتج عن أحداث الحياة الضاغطة من خلال التنمية الواقعية لدى الفرد، ومواجهتها بأساليب ايجابية تمنع الآثار السلبية من التأثير على صحته النفسية أو الجسمية، وتنقسم هذه الوظائف إلى:

أ- التقييم المعرفي: Cognitive Approaisal وينقسم إلى:

- التقييم الأولى: وفيه يقوم الفرد بتفسير عوامل أحداث الحياة الضاغطة المحتملة له ، ويتدخل الدعم الاجتماعي في تعميق هذا التفسير وتحسين مهمته بصورة ايجابية لدى الفرد، حتى يستطيع أن يواجهها بتفاعلات ايجابية.
- التقييم الثانوي: ويشير إلى موارد المواجهة المتاحة ، وتقوم المساندة بتوسيع عدد الخيارات لموارد المواجهة، وتوفير استراتيجيات مواجهة نموذجية انفعالية وسلوكية، وتقوم أيضاً بتوفير المعلومات اللازمة لهذه المواجهة وأساليب حل المشكلات التي تعترضها.

ب- النموذج النوعي للدعم: والدعم في هذا النموذج يقوم بوظيفة مباشرة بإمداد متلقي الدعم بالمصادر المطلوبة لمواجهة الحاجات النوعية التي تثيرها أحداث الحياة الضاغطة.

ج- التكيف المعرفي: Cognitive Adaptation فعندما يواجه الفرد أي حدث ضاغط فإنه يمر بثلاث مراحل على المستوى المعرفي، هي :

- البحث عن هوية هذا الحدث الضاغط.
- محاولة مواجهة الحدث الضاغط والسيطرة عليه.
- تقوية تقدير الذات للمحافظة على التوازن النفسي والانفعالي لدى الفرد.

ويلعب الدعم الاجتماعي دوراً هاماً في كل مرحلة من هذه المراحل، حيث إنه يمد الفرد بالمعلومات اللازمة حول هذه الضغوط وأساليب مواجهتها وطرق سيطرة الفرد عليها، وكذلك المحافظة على تقوية تقدير ذاته.(شوما كر وبر ونيل، 1984)

د- الدعم الاجتماعي مقابل المواجهة Social Support Versus Coping فالدعم والمواجهة هي ظواهر مترابطة مع بعضها البعض، إلا أن المفاهيم الخاصة بهم ليست مترادفة، وأن الدعم يمكن أن يوجد مستقلاً عن المواجهة، وهذا ما يظهر في حالات الدعم للحفاظ على الصحة الجسمية والنفسية والعقلية. (Toits,1986:416-423)

4- مصدر للتوافق والتكيف الانفعالي:

ويذكر كلاً من (ملكوش، ويحيى: 1995) أن الدعم الاجتماعي يقوم بوظيفة ذات مغزى كبير كمصدر للتوافق والتكيف الانفعالي والصحة النفسية، فالشخص المعاق حركياً والذي ينتمي إلى شبكة اجتماعية، يشعر بأنه محبوب عند الآخرين وذو قيمة وتقدير، وأن نقص الدعم عند الحاجة يمكن أن يكون أمراً ضاغطاً خاصة للأشخاص الذين يكونون بحاجة للدعم ولكنهم يفتقدونه.

يشير كلاً من (الشناوي، عبد الرحمن: 1994، 37) أن الدعم الاجتماعي يعمل على توفير حالة ايجابية من الوجدان وإحساساً بالاستقرار في مواقف الحياة والاعتراف بأهمية الذات لدى الفرد.

وترى (كاشف، 2001) أن المعاق حركياً يعيش في عالم محدود بظروف الإعاقة، وينبغي عليه أن يحقق التوافق والصحة النفسية مع هذا المحيط الاجتماعي الذي يتسم بتباين الاتجاهات وردود الأفعال تجاه الإعاقة والمعاقين بصفة عامة، ويتوقف مدى نجاح المعاق في تحقيق ذلك على مدى قدرته على التعامل الايجابي مع مجتمعه أو تقديم المساعدة أو المساندة التي تنعكس بالضرورة على مستوى الصحة النفسية.

كما تشير بعض البحوث والدراسات على تأثير ردود الأفعال السالبة نحو الإعاقة نظراً لتعرض الفرد لضغوط نفسية حادة، وقد يتضمن عدة مراحل أساسية يمكن تجاوزها للوصول إلى التوافق مع الإعاقة، وهى الصدمة والقلق والإنكار والاكتئاب والغضب الداخلي والعدائية الخارجية والاعتراف بالإعاقة ثم التوافق، وقد أشارت هذه الدراسات على ضرورة تقديم المساعدة أو الدعم الاجتماعي للمعاقين للتوافق مع إعاقتهم وتحسين درجة الصحة النفسية لديهم.

(Livenh,et,al:1990:13-21)

ويضيف كلاً من (Schumaker & Brownell,1984:1-9) بأن وظيفة الدعم الاجتماعي تظهر في تعزيز الثقة بالنفس، وتعميق روابط المشاركة مع الآخرين، وتنمية الإحساس بالتوافق النفسي والاجتماعي، والشعور بالتطابق مع معايير الجماعة، وتنمية قدرة الفرد على مواجهة مطالبه الحياتية، وتعزيز الإحساس بتقدير واحترام الذات، وزيادة شعوره بالانتماء، وتعميق إحساسه بالأمن النفسي والاجتماعي .

ويشير كلاً من (باريرا و وانلى Barrera &Ainlay، 1981 :69-96) إلى أن من وظائف الدعم الاجتماعي، التفاعل الاجتماعي الايجابي:Positive Social Interaction ويظهر في تعزيز الرغبة في الارتباط بالآخرين، ودعم المشاركة الاجتماعية في البيئة المحيطة والمشاركة في الميول والاهتمامات الشخصية.

ويشير (عبد الحميد، 1996 :121) إلى أن (شوما كر وبرونل، 1984 Shumaker &Brownell) يذكران أن من بين الوظائف التي يحققها الدعم الاجتماعي للأفراد أنه يقوي شعور

الفرد بقيمته وكفايته والموارد المرتبطة بهذه الوظيفة والتي تشمل تأكيد وتثبيت القيمة والاستحسان والمدح وتعبيرات الاحترام للمتلقي.

5- إشباع الحاجة إلى الأمن النفسي:

فالدعم الاجتماعي يلعب دوراً هاماً في إشباع الحاجة إلى الأمن النفسي، وخفض مستوى المعاناة النفسية الناتجة عن شدة هذه الأحداث الضاغطة، وتكون ذو أثر فعال في تخفيف الأعراض المرضية. (عبد الله، 1995)

ويفترض (رودن Rodin ، 1985) وظائف أخرى لأنظمة المساندة تظهر في حاجة الفرد الشديدة للمساندة، عندما تمر به بعض الظروف الصعبة التي تسبب له خبرة مؤلمة في حياته، تؤدى إلى مشاعر الخوف والقلق وفقدان الثقة، ويزيد دعم المساندة من الآخرين حتى يشعر بالأمان والاطمئنان.

ويذكر (عبدالله،2001) أنه في بعض الظروف التي يشعر فيها الأفراد بالخوف والشك وفقدان الثقة، وعندما يهدد إحساسهم بالذات كنتيجة لذلك، فإن العديد منهم يمر بخبرة الحاجة الشديدة لإيضاح ما يحدث لهم، وبالتالي فهم بحاجة للحصول على دعم الآخرين كي يطمئنون ويهدؤون (عبدالله ،2001: 101-125)

ويشير كلاً من (شوما كر وبرونيل، Schomaker & Brownell 1984 :1-9) إلى أن الدعم الاجتماعي يقوم بعدة وظائف من بينها، وظائف مساندة الحفاظ على الصحة الجسمية والنفسية والعقلية، وتشير هذه الوظائف إلى الحفاظ على الوحدة الكلية للصحة الجسمية والنفسية والعقلية للوصول إلى تعزيز ودعم إحساس المتلقي بالراحة النفسية والاطمئنان في حياته، والشعور بالسعادة، وتقسم هذه الوظائف إلى:

1- إشباع حاجات الانتماء: Satisfaction of Affliative Needs فالدعم الاجتماعي ينمي أنماط التفاعل الاجتماعي الايجابي من الأصدقاء، ويزيل أي نوع من الخلافات ويحافظ على مقومات الصداقة والمودة من التفكك والانهيار، وينمي مشاعر المشاركة الفعالة مع الآخرين، وبالتالي يمكن أن يشبع حاجات الانتماء مع البيئة المحيطة بالفرد، ويخفف من الآثار النفسية السلبية التي تحيط بالفرد نتيجة العزلة أو الإحساس بالوحدة النفسية والقلق والاكتئاب.

2- المحافظة على الهوية الذاتية وتقويتها: Self Identity Maintenance and Echancment ، فالدعم يحافظ على إحساس الفرد بتأكيد ذاته، ويدفعه إلى الشعور بالهوية الذاتية في إطار دعم العلاقات الشخصية بالمحيطين به، ومن خلال تنمية مصادر التغذية الرجعية المرتبطة بمظاهر الذات للوصول إلى اتفاق في الآراء ووجهات النظر.

3- تقوية مفهوم احترام الذات: Self Esteem Enhancement ، فالدعم الاجتماعي يمكنه أن يعزز مفهوم احترام الذات لدى الفرد داخل الجماعة التي ينتمي إليها وينمي إحساسه بالكفاءة والشخصية.

ويوجز الباحث القول أن للدعم الاجتماعي أهميةً كبيرةً ومؤثرةً في حياة الأفراد ويقوم بالعديد من الوظائف تتمثل في حماية الذات للفرد المعاق، ويمكن اعتباره بمثابة دوراً وقائياً يقي الفرد المعاق ويحميه من التغيير السلبي لحياته وتدهور حالته، كالانطواء والعزلة والاكتئاب، وتتمثل أهمية الدعم الاجتماعي أيضاً في أنه يعمل على تنشيط الذات والإحساس بفعاليتها والسيطرة على المواقف التي تعترض الفرد المعاق أثناء ممارسته حياته اليومية، كما يعمل على إمداد الفرد المعاق ثقته بنفسه، وتجاوز أي أزمة قد تواجهه، كل ذلك يتم من خلال إدراك الفرد بأن هناك من يقدم له هذا الدعم والذي لا يتم إلا من خلال شبكة من العلاقات الاجتماعية المحيطة فيه، كما أن للدعم الاجتماعي أيضاً أهميةً تتمثل في العمل على وقاية الفرد المعاق من الوقوع من الأمراض والاضطرابات ، فالدعم الاجتماعي كما يرى الباحث يتم من خلاله المساهمة في التوافق الايجابي للفرد، وأن الدعم المقدم من المحيطين بالفرد المعاق له دوراً كبيراً في توافق الفرد، والعمل على الحد من الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الفرد المعاق نتيجة مجريات الحياة، وتجعلهم أقل تأثراً عند مواجهتهم لأي أزمات قد تواجههم، وللدعم الاجتماعي أيضاً أثراً فعالاً في حياة الفرد فهو يعمل على مواجهة ضغوط الحياة، فالمعاق الذي يتعرض لكثير من الضغوط في حياته نظراً لظروف الحياة القاسية والمريرة فهو بحاجة إلى الدعم عند تعرضه لهذه الضغوط وهنا يبرز أثر الدعم والذي يعمل على التخفيف أو الوقاية للآثار السلبية التي يمكن أن تتركها هذه الضغوط وتأثيرها على شخصية الفرد المعاق، كما تساعد الفرد على مواجهتها والتعامل معها، ويرى الباحث أيضاً أن الدعم الاجتماعي يعتبر بمثابة مصدر للتوافق والتكيف، وهذا يظهر من خلال الحب والاحترام المقدم للمعاقين وشعورهم بأنهم مقبولون في المجتمع من خلال شبكة العلاقات الاجتماعية التي ينتمي إليها، وتتمثل أهمية الدعم الاجتماعي أيضاً على إشباع الحاجة إلى الأمن النفسي ، وهذا يستشعره المعاقون من خلال شعورهم بقرب أسرهم وأصدقائهم وأحبائهم بجانبهم ، فمن خلال دعمهم يزداد شعورهم بالأمان والاطمئنان.

مصادر الدعم الاجتماعي:

وفقاً لمراجعة الأدبيات والبحوث والدراسات المرتبطة بموضوع الدراسة والإطلاع عليها، فقد وجد الباحث العديد من المصادر المتعددة والمتنوعة للدعم الاجتماعي والتي تلعب دوراً هاماً في حياة الفرد، وقد اعتمد الباحث في دراسته على ثلاثة مصادر للدعم الاجتماعي، وهي كالتالي:

1- الأسرة والأقارب

يرى الباحث أن الأسرة تحتل المكانة الأولى بالنسبة للمعاق والتي يكون لها دوراً فعالاً ورئيسياً كمصدر من مصادر الدعم في التغيير والتخفيف من آلام وهموم أبنائهم، وصولاً بهم إلى الرضا عن الحياة، وشعورهم بالحب والتقدير وتعزيز الثقة بالنفس، وعدم الخوف من المستقبل.

ويعرف (ايليوت، Elliot، وميريل، Merril) الأسرة بأنها وحدة بيولوجية اجتماعية مكونة من زوج وزوجة وأبنائها، ويمكن اعتبار الأسرة نظاماً اجتماعياً أو منظمة اجتماعية تقوم بسد حاجات إنسانية معينة، كما أن الأسرة تقوم بعدة وظائف تجاه نفسها وتجاه أبنائها، وهذه الوظائف منفصلة إلا أنها تتشابك مع بعضها البعض وتعمل كل وظيفة على مساندة الوظائف الأخرى في كل مرحلة من مراحل حياة الأسرة، ومن هذه الوظائف وظائف بيولوجية ووظائف اقتصادية ووظائف اجتماعية، ووظائف دينية وأخلاقية(رمضان،2002: 25- 73)

يرى الباحث أن للأسرة دوراً مهماً وكبيراً تجاه أبنائها، فمن خلالها يتم تقديم الدعم بكافة أشكاله إلى أبنائهم المعاقين والذي يتمثل في الدعم الاجتماعي المتمثل في تكوين علاقات اجتماعية، ومساعدة أبنائهم على إقامة هذه العلاقات، وكذلك الانفتاح على العالم الخارجي، وكذلك الدعم النفسي المتمثل في توفير الأجواء الايجابية التي تبعث على الراحة والطمأنينة وعدم الخوف والقلق، والنظر إلى المستقبل نظرة تفاؤل على الرغم من وجود الإعاقة، وكذلك تقديم المعلومات المتمثلة في التوجيه والنصح والإرشاد والمساعدة على حل المشكلات التي تعترضهم في حياتهم، وكذلك الدعم العاطفي المتمثل بالحب والتقدير والاحترام وتقبل الإعاقة، ويشير الباحث أيضاً إلى دور الأقارب للفرد المعاق والذين يقدمون الدعم مع الأسرة والممثلين بالعم والخال وأبناء العمومة وغيرهم من أقارب الفرد المعاق، فيرى الباحث بأن للأقارب دوراً كبيراً تجاه الفرد المعاق، وأنهم يتعاطفون مع أقربائهم المعاقون وبالتالي لا يدخرون جهداً في تقديم الدعم الاجتماعي لهم.

2- الأصدقاء

يرى الباحث بأن الأصدقاء كمصدر من مصادر الدعم يلعب دوراً مهماً في حياة المعاقين، فهم بالنسبة له المرجعية التي يلجأ إليها غالباً في حال تعرضهم للعديد من المشكلات والعقبات، كما أنه يمكن أن يتأثر فيهم ويؤثر فيهم كذلك، ويشير الباحث أيضاً بأن الإنسان كائن اجتماعي بطبعه لا يستطيع العيش بمفرده، فالمعاق بحاجة إلى تكوين علاقات وأصدقاء في المجتمع تكون هذه العلاقات قائمة على الحب والاحترام والتقدير وتقبل كل منهم للآخر.

ويعرف (روبن وآخرون، Rubin,et,al: 1994, 431) جماعة الأصدقاء بأنهم الأفراد المتشابهون في بعض الجوانب مثل المهارة والمستوى التعليمي، والسن، والوضع الاقتصادي، ويشير أيضاً إلى أن دور الأصدقاء في الدعم يتلازم مع دور الأسرة.

وبناءً على ذلك يشير الباحث إلى الدور المهم الذي يلعبه الأصدقاء تجاه أصدقائهم في تقديم الدعم عند الحاجة إليها، من خلال الروابط والعلاقات القائمة بينهم، فالروابط بين الأفراد قائمة على أساس حاجة الأفراد لبعضهم البعض، وللأصدقاء دوراً ايجابياً تجاه أصدقائهم يتمثل في التخفيف عن النفس، وإلقاء الهموم بعيداً عن كاهل الفرد المعاق، والعمل على تنمية علاقات ايجابية مع الآخرين، وكذلك بث الأمل وزرع الثقة بالنفس والنظر إلى الحياة نظرة تفاؤل، وكذلك تقديم النصح والإرشاد والتوجيه ومنحهم الحب، كما يعملون على دعم مشاعر الانتماء للجماعة.

3- مؤسسات المجتمع

يرى الباحث كما أن للأسرة والأقارب والأصدقاء دوراً مهماً وفعالاً وايجابياً في حياة الأفراد، كذلك فان لمؤسسات المجتمع دوراً لا يقل أهميةً عنهما، والتي يقع على عاتقها حمل كبير تجاه هذه الفئة من فئات المجتمع، ويرى الباحث بأن مؤسسات المجتمع كونها تمتلك الكثير من الإمكانات، فبالتالي هي الأقدر على توفير وتقديم الكثير من الدعم بأشكاله المختلفة، قد يتمثل هذا الدعم في تكوين علاقات اجتماعية وبناء روابط قوية قائمة على الثقة المتبادلة ما بين المؤسسة والمعاق، وكذلك يمكنها إعطاء المعاقين أدواراً فعالةً في المجتمع، كما يمكنها تقديم الدعم النفسي والاجتماعي من خلال أخصائيين يقومون بالعمل على متابعة مشكلات المعاقين والعمل على حلها وكذلك مساعدتهم على حلها، ويتمثل دعم المؤسسات أيضاً في عمليات التأهيل والذي يتمثل في تقديم التأهيل المناسب للمعاقين حركياً وصولاً بهم إلى التكيف مع الإعاقة وتقديم كل ما يحتاجونه، وكذلك تقديم العديد من أشكال الدعم الأخرى، الاقتصادي والعاطفي وغيره.

ويوجز الباحث القول أن الدعم الاجتماعي بمصادره المختلفة كالأسرة والأقارب والأصدقاء ومؤسسات المجتمع يعتبر ذو أهمية كبيرة بالنسبة للأفراد، قد تبدو بأنها منفصلة ولكنها عملية متكاملة ولكل مصدر من هذه المصادر أثراً كبيراً وحيوياً وفعالاً في التغيير من حياة الأفراد بشكل إيجابي.

وتتنوع المصادر المختلفة للدعم الاجتماعي في أبعادها وفي مدى فعاليتها طبقاً للظروف المتاحة لها، وهناك إجماع واتفاق بين علماء النفس والذين يشيرون إلى وجود مصدرين أساسيين للدعم الاجتماعي يتمثلان في الآتي:

– المصدر الأول: الدعم الاجتماعي داخل العمل ويمثلها (رؤساء العمل، وزملاء العمل، والمحيطين ببيئة العمل)

– المصدر الثاني: الدعم الاجتماعي خارج العمل ويمثلها (أفراد الأسرة، والأقارب، والأصدقاء، والجيران) بالإضافة إلى شبكة العلاقات الاجتماعية التي يتفاعل معها الفرد في حياته اليومية.(Rocco et al,1980:3077-3078).

ويرى كينيث هيلر وآخرون(Kenneth Heller et al,1986) أن أسلوب التفاعل الاجتماعي الذي يقوم به الفرد داخل شبكة علاقاته الاجتماعية يتأثر بمدى التقدير الذي يجده من خلال الدعم

الاجتماعي الذي يقدمه المحيطين به، وهذا يبرز مدى أهمية الكيفية التي يدرك فيها الفرد المقومات الأساسية التي تدفعه إلى هذا التفاعل الاجتماعي الايجابي، وطبيعة دور الدعم الاجتماعي في تكوينه وتقديره.

ويشير لازاروس (Lazarus) إلى أن العلاقات الاجتماعية للفرد تقوم على مقوم انفعالي معرفي تدعمه أساليب مواجهة الفرد وأنشطة الآخرين، وتقدير هذا النوع يساعد الفرد على تحديد الوقت والظروف التي يحتاج إليها في تقديم مصادر الدعم الاجتماعي المطلوبة له (صقر،2001)

ويلخص (نوربك Norbek:1984) مصادر الدعم الاجتماعي في ثمانية مصادر أساسية، هي على النحو التالي:

(الزوج أو الزوجة، والأسرة، والأقارب، والجيران، وزملاء العمل، وزملاء الدراسة، والأفراد الذين يوفرون الرعاية الصحية والنفسية، والمرشد أو المعالج النفسي، ورجال الدين)

ويتفق كل من (كوهين وماكاى وهاوس House,Cohen,Mckay) في أن الدعم الاجتماعي كمصدر للتوافق النفسي، يمكن أن نطلق عليه المساعدة التي تقوم بتخفيف الآثار النفسية والسلبية التي تحدثها أحداث الحياة الضاغطة التي يواجهها الفرد، وأن الأفراد الذين يريدون الوصول إلى مصادر الأمان والاستقرار في حياتهم، لا بد وأن يبحثوا عن الأساليب الايجابية الفعالة التي تساعدهم على مواجهة الأحداث، وأن يستمدوا مصادر الدعم الاجتماعي من المحيطين والمقربين لهم في شبكة العلاقات الاجتماعية لوقاية أنفسهم من الآثار النفسية السلبية لهذه الأحداث الضاغطة، من أجل إحداث التوازن النفسي والشعور بالقيمة الشخصية.(Mc Cann et al,1997:175-185)

ويتفق كل من (لتويك وسيزلينى ومارتينز وزينين Litwak, Szelenyi, Martinez & Zunin) في أن أهم مصادر الدعم الاجتماعي في حياة الفرد تتلخص في: أفراد الأسرة، والأقارب، والجيران، ومجموعة المساعدات الذاتية من الآخرين. (Erikson,1976)

ويرى كلاً من (شوما كر Schumaker وبرونيل Brownell) أن مصادر الدعم الاجتماعي تتمثل في الشبكات والتفاعلات الاجتماعية التي تحيط بالفرد، والتي تتمثل بالأسرة والأقارب والأصدقاء وزملاء العمل والطوائف الدينية، وهى الشبكات الاجتماعية الايجابية الواعية التي ينتمي إليها الفرد. (Schumaker & Brownell,1984:1-9)

ويشير كلاُ من (Buunk & Hoorens,1992:449) إلى أن مصادر الدعم الاجتماعي تتمثل في ضوء عدد وقوة علاقات الفرد بالآخرين في بيئته الاجتماعية، بمعنى درجة التكامل الاجتماعي للفرد، أو حجم وتركيب الشبكة الاجتماعية للفرد، والتي تعمل على رفع مستوى الصحة النفسية، وذلك بتقديم أدوار ثابتة باعثة على المكافأة، والارتقاء بالسلوك الصحي، والإبقاء على أداء ثابت خلال فترات التغير السريع.

ويذكر كلاً من (الشناوي، وعبد الرحمن :1994) بأن الدعم الاجتماعي قد يتمثل في التفاعل الاجتماعي المنظم، أو الاندماج في الأدوار الاجتماعية المختلفة داخل المجتمع الذي يعيش فيه الفرد، وأن زيادة حجم وكمية الدعم الاجتماعي يؤدي إلى إحساس الفرد بالرضا عن الحياة، والتوافق مع البيئة المحيطة.

وبناءً على ما سبق يوجز الباحث القول أن أغلب الباحثين قد اتفقوا على تحديد مصادر الدعم الاجتماعي مثل نوربك Norbek:1984 ، وروكو وآخرون Rocco et al ,1980:3077-3078، لتويك، سيزليني، مارتينز، زينين Litwak, Szelenyi, Martinez & Zunin ، نقلاً عن اريكسون Erikson: 1976 ، وشوماكر وبرونيل Schumaker & Brownell: 1984.

المبحث الثاني
جودة الحياة

- **مقدمـة**
- **جودة الحياة:**
- **تعريفات جودة الحياة**
- **الصعوبات التي تواجه تعريف جودة الحياة**
- **جودة الحياة لغةً واصطلاحاً**
- **مبادئ جودة الحياة**
- **أبعاد جودة الحياة**
- **مظاهر جودة الحياة**
- **كيفية الوصول إلى جودة الحياة**

مقدمة:

تختلف وجهات النظر حول مفهوم جودة الحياة وفقاً لذات الشخص، أي لما يدركه الشخص وفقاً للمتغيرات البيئية التي تحيط به، وكذلك الإمكانات المادية والمعنوية، ولذلك يمكن أن نعتبره مفهوم نسبي يختلف من إنسان إلى آخر ومن معاق إلى آخر.

وسوف يتطرق الباحث في السطور القادمة من هذا المحور إلى وجهات النظر المختلفة لبعض الباحثين حول مفهوم جودة الحياة وتعريفاته المختلفة والصعوبات التي تواجه تعريف جودة الحياة ومبادئه وأبعاده ومظاهره وكيفية الوصول لجودة الحياة.

أولاً: جودة الحياة:

تشير(إبراهيم،2005: 10) إلى أن مفهوم جودة الحياة جاء امتداداً للجهود السابقة في علوم أخرى غير علم النفس، حيث انتظمت بدايات المعرفة العلمية لهذا المفهوم في علم الاقتصاد والاجتماع وبالتالي فان دراسة هذا المفهوم من المنظور النفسي قد اكتسبت أهمية كبيرة نتيجة إدراك علماء الاقتصاد والاجتماع وصانعي القرار السياسي، لحقيقة أن الحياة لا تقاس بالأرقام والإحصائيات، وإنما هي في حقيقتها استجابات ومشاعر، فالزيادة في معدلّات النمو الاقتصادي وارتفاع متوسط دخل الفرد وتحسن مستوى ما يقدم له من خدمات ورفاهية، لا يؤدي بالضرورة إلى إشباع حاجاته المتنوعة وإرضاء طموحاته الشخصية وكذلك تأكيد قيمه الإنسانية .

وقد حظي مفهوم جودة الحياة Quality of life باهتمام كبير في مجالات الطب وعلم الاجتماع والاقتصاد، وحديثاً في مجال علم النفس، وقد ظهر مفهوم جودة الحياة في البداية كمفهوم مكمل لمفهوم (الكم Quantity) الذي كانت تسعى إليه جميع المجتمعات باعتباره وسيلة لتحسين ظروف الحياة وتحقيق الرفاهية وتعددت استخدامات مفهوم الجودة بصورة واسعة في السنوات الأخيرة في جميع المجالات مثل جودة الحياة، وجودة الخدمات، وجودة آخر العمر، وجودة المدرسة، وجودة المستقبل...الخ، وأصبحت الجودة هدفا للدراسة والبحث باعتبارها الناتج أو الهدف الاسمي لأي برنامج من برامج الخدمات المقدمة للفرد. (هاشم،2001: 125).

ويضيف كلاً من (كاظم والبهادلي، 2006: 252،251) إلى أن علم النفس كان من بين العلوم التي اهتمت بجودة الحياة، حيث تم تبني هذا المفهوم في مختلف التخصصات النفسية، النظرية والتطبيقية، فقد كان لعلم النفس السبق في فهم وتحديد المتغيرات المؤثرة على جودة حياة الإنسان، ويلخص الباحثان القول أن جودة الحياة في النهاية هي تعبير عن الإدراك الذاتي لتلك الجودة، فالحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها.

ويشيرا أيضاً إلى أن مصطلح جودة الحياة، يعد من المفاهيم الحديثة التي وجدت اهتماماً كبيراً في العلوم الطبيعية والإنسانية، فعلى سبيل المثال لا الحصر (علم البيئة، والصحة، والطب النفسي، والاقتصاد، والسياسة، والجغرافيا، وعلم النفس، وعلم الاجتماع، والتربية، والإدارة، وغيرها).

ويرتبط مصطلح جودة الحياة بمجالات عديدة، وتناولته دراسات عديدة بالرغم من حداثة تناوله في المجال العلمي، ولقد تردد المصطلح حتى أصبح يحمل معنى يرتبط بالمجال الذي يستخدم فيه، فمن الناحية الاقتصادية يعني المصطلح مدى ما يصل إليه الأفراد من رفاهية ووفرة اقتصادية، وإشباع للطموحات الرفيعة والتقدم السريع في السلم الوظيفي، بما يحقق النمو الاقتصادي كماً وكيفاً.(الجوهري،1994: 8- 9).

ويشير (الغندور،1999: 27-28) إلى جودة الحياة من المنظور الاجتماعي، قائلاً إن منظمة اليونسكو UNESCO (United Nations to Educational and Science and Culture Organisation) تعتبر مفهوم جودة الحياة مفهوماً شاملاً يضم كل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد، وهو يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية، والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحقيقه لذاته، وبناء على ذلك فإن لجودة الحياة ظروفاً موضوعية ومكونات ذاتية.

وتضيف (مجدي، 2009: 55-56) بأن مفهوم جودة الحياة ينتمي إلى ما يعرف بعلم النفس الايجابي الذي يعيد للفرد شعوره بالرضا والسعادة في ضوء ظروفه الحالية وإمكاناته وقدراته المتاحة، وتضيف أيضاً بأن هذا المفهوم يختلف باختلاف الفرد وظروفه الحياتية، فالمريض قد يشعر بجودة حياته المتمثلة في الصحة، والفقير قد يشعر به في المال، والمقاتل قد يشعر به في السلام، والبعض قد يشعر به في الوصول للأهداف وتحقيق الغايات، وهناك من يشعر به عند تحقيق العدالة وإملاء القيم الإنسانية في العالم أجمع، ولكن الكل قد يشعر به في لحظات الحب باختلاف صوره وأنواعه، ولذلك فإن علم النفس الايجابي يهدف إلى تغير في تركيز علم النفس من الانهماك فقط على عمليات إصلاح أو علاج في علم النفس والذي يتمثل في إصلاح الأشياء الفاسدة في الحياة، من أجل بناء جودة الحياة.

ويضيف(جبر، 2005) أيضاً إلى أن ارتباط مفهوم جودة الحياة بعلم النفس الايجابي قد جاء استجابةً إلى أهمية النظرة الايجابية إلى حياة الأفراد، وقد تعددت قضايا البحث في هذا الإطار فشملت الخبرات الذاتية الايجابية والعادات الايجابية والسمات الايجابية للشخصية، وكل ما يؤدي إلى تحسين جودة الحياة.

ويرى الباحث أن علم النفس الايجابي يهدف إلى قياس وفهم وبناء مكامن القوة الإنسانية وفضائلها، وصولاً إلى إرشادنا نحو تطوير حياة جيدة تمتاز بالايجابية، كما أنه يركز على أوجه القوة عند الإنسان بدلاً من أوجه القصور، وعلى تعزيز الإمكانيات بدلاً من التوقف عند المعوقات.

ويوجز الباحث القول أن جودة الحياة كمفهوم يرتبط بكل فرد من أفراد المجتمع غنياً كان أم فقيراً سعيداً كان أم تعيساً، فهو مفهوم يسعى كل فرد من أفراد المجتمع إلى تحقيقه، ويرى الباحث أيضاً بأن شعور الفرد بجودة الحياة يختلف من فرد إلى آخر، يتمثل في كيفية إدراك الفرد لهذه الحياة في ضوء الظروف والإمكانات المتاحة، كما أنه يمنح الفرد ويشعره بمعنيً إيجابياً للحياة والسعادة والرضا عنها، وصولاً إلى تحقيق الذات، والتوافق والتأقلم معها في ضوء المتغيرات والظروف الحياتية التي يعيشها.

تعريفات جودة الحياة:

يعد تعريف جودة الحياة من المهام الصعبة، لما تحمله من جوانب متعددة ومتفاعلة مع بعضها البعض، حيث أكد (روجرسون، Rogerson 1999) إلى أن جودة الحياة ترتبط ببيئة الفرد، فالعوامل البيئية تعتبر من المحددات الأساسية لإدراك الفرد بجودة الحياة، وهذا يبدو في تركيز العديد من الدراسات على جودة الحياة في بيئات محددة، كما إن الاهتمام بجودة الحياة لن يتوقف بل سيزداد بصورة ملحوظة.

وتحتل جودة الحياة دوراً محورياً في مجالات الخدمات المتعددة التي تقدم لأبناء المجتمع، كما أن العنصر الأساسي في كلمة جودة Quality يتضح في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد وبيئته، وهذه العلاقة التي تتوسطها مشاعر وأحاسيس الفرد ومدركاته، كما يؤكد على أهمية دور البيئة والعوامل الثقافية كمحددات لجودة الحياة.(Rogreson,1999:969-986).

ولذلك يرى ليو(Lio: 2001) أنه توجد صعوبة في التوصل إلى اتفاق حول التعريفات الإجرائية لجودة الحياة بين الباحثين.(Lio,2001:22)

الصعوبات التي تواجه تعريف جودة الحياة:

يعد تعريف جودة الحياة من المهام الصعبة لعدة اعتبارات منها:

1- أن المتخصصين في كل مجال من المجالات العلمية المختلفة اعتبروا دراسة هذا المفهوم حكراً عليهم، وعرَّفوه من وجهة نظرهم المتخصصة، ولذا ظهرت وجهات نظر متعددة وغير متفقة على تعريف محدد لهذا المفهوم، فقد استخدمه البعض لمعرفة جدوى برامج الخدمات الطبية والاجتماعية، أو للتعبير عن الرقى والتقدم، واستخدمه آخرون لتحديد إدراك الفرد لمدى قدرة الخدمات المقدمة إليه على إشباع حاجاته الأساسية.(العارف بالله الغندور،1999 :1- 177)
2- أن مفهوم جودة الحياة من المفاهيم المحيرة نظراً لاستخدامه في كثير من المواقف المختلفة وفروع العلم المتعددة، فيمكن أن يشير إلى الصحة أو السعادة، أو إلى تقدير الذات، أو الصحة

النفسية، أو الرضا عن الحياة، ولذا تختلف وجهات النظر وتتعدد الطرق التي يمكن أن يقاس بها، ولا يوجد اتفاق محدد حول مفهوم محدد واحد أو طريقة واحدة لقياسه.

3- أن مفهوم جودة الحياة يتغير بتغير الزمان وبتغير حالة الفرد النفسية والمرحلة العمرية التي يمر بها، فالسعاة تحمل معاني متعددة للفرد نفسه في المواقف المختلفة، فالمريض يرى السعادة في الصحة، والفقير يرى السعادة في المال، وهكذا تتغير المفاهيم مع تغير الظروف المحيطة بالفرد.(Cummins &MCcabe,1994:372-383)

4- ويذكر (العادلي،2006: 38) أن مفهوم جودة الحياة يعد مفهوماً نسبياً يختلف من شخص لآخر من الناحيتين (النظرية والتطبيقية) استناداً إلى المعايير التي يعتمدها الأفراد لتقويم الحياة ومتطلباتها، والتي غالبا ما تتأثر بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة، مثل القدرة على التفكير، واتخاذ القرارات، والقدرة على التحكم وإدارة الظروف المحيطة، والصحة الجسمية والنفسية والظروف الاقتصادية والاجتماعية، والمعتقدات الدينية، والقيم الثقافية والحضارية، التي يحدد من خلالها الأفراد الأشياء المهمة والأكثر أهمية، والتي تحقق سعادته في الحياة.

5- أن مفهوم جودة الحياة تحدده بعض المتغيرات الثقافية، مما يجعل هناك فروقاً في التعريف بين الثقافات المتعددة، حيث يشير (ليتمان Leitman) إلى أن تعريف هذا المفهوم هو بمثابة مهمة صعبة، حيث إنه يتحدد إلى مدى كبير بالمتغيرات الثقافية، ولذلك فإن المجتمعات المختلفة تعرِّف جودة الحياة بطرق مختلفة، ولا يوجد تعريف نموذجي ومتفق عليه في جميع الثقافات ولدى كل الباحثين.(Leitman,1999:169-181)

ويشير كلاً من (تيلور ورسينو، Taylor &Racino 1991) بأن الفلاسفة ومن خلال العقود المتعاقبة قد فشلوا في الاتفاق على مفهوم واضح ومحدد لجودة الحياة. (Taylor &Racino,1991:235)

6- أن مفهوم جودة الحياة لا يقتصر على نفي المرض أو الخلو من الأمراض فقط ولكنه يمتد إلى الجوانب الايجابية، فقد اعتبرت بعض الدراسات جودة الحياة نتاجاً للصحة النفسية، وأكدت على تحسين جودة الحياة كهدف واضح لبرامج الصحة النفسية، وأحد المحكات الهامة للحكم على مدى نجاح هذه البرامج، واعتبر تعريف منظمة الصحة العالمية(WHO) World Health Organization للصحة النفسية بأنها ليست مجرد الخلو من الأمراض، ولكنه حالة أكثر ايجابية تبدو في الصلاحية الجسمية والانفعالية والاجتماعية أساساً لتفسير جودة الحياة.(litwin,1999:211-214)

7- ويرى كلاً من (بارى وكر وسبى، Barry &Crosby 1993) بأنه لا توجد نظرية محددة لجودة الحياة ينطلق منها هذا التعريف، وأن معظم الدراسات ينقصها المنهج الواضح في قياس هذا المفهوم.

8- ولذا تؤكد (ساندرز وآخرون، Sanders et al 1998) أن جودة الحياة أصبحت هدفاً للعديد من الأبحاث في المجال الاكلينيكى، إلا أن هذا المصطلح يستخدم بشكل غامض ومبهم، وأن بعض التعريفات لا تتبع تعريفاً محدداً واضحاً، وربما يعود ذلك إلى الطبيعة الواسعة للمفهوم والتي تتضمن الوظائف الجسمية (القدرة على انجاز أنشطة الحياة اليومية، مثل العناية بالنفس والتجول) والوظائف النفسية (الانفعالات ،الإدراك) والوظائف الاجتماعية (العلاقات مع الآخرين، المشاركة في الأنشطة الاجتماعية) وإدراك الحالة الصحية والألم، والرضا عن الحياة بصفة عامة (Sanders,et al,1998:1191-1195)

ويوجز الباحث القول بأنه على الرغم من اختلاف وجهات النظر بين الباحثين باختلاف تخصصاتهم واهتماماتهم في البحث حول تعريف مفهوم جودة الحياة، أو وجود إشكالية حول تعريف هذا المفهوم والذي يمكن اعتباره بأنه مفهوم محير، قد يرجع ذلك إلى بعض الظروف والمتغيرات البيئية والحياتية والثقافية، وكذلك حداثة تناوله على المستوى العلمي، وكذلك طبيعة هذا المفهوم، إلا أن الباحث يرى أن هناك تعريفات عديدة لجودة الحياة، سوف نعرضها على النحو التالي:

جودة الحياة لغةً واصطلاحاً

أولا: الجودة لغةً

الجودة: أصلها من فعل جاد، الجودة: جاد، جود، جودةً، أي صار جيداً، وهو ضد الردى، وجَوَّدَ الشيء : أي حسنه وجعله جيداً. (البستاني، 98)

ويضيف (ابن منظور،1993: 215) عن الجودة في اللغة، من الفعل جود، الجيد: نقيض الردئ، والجمع جياد، وجيادات: جمع الجمع، وجاد الشيء جودةً وجودةً: أي صار جيداً، وقد جاد جودةً وأجاد: أتي بالجيد من القول أو الفعل.

ثانيا: تعريف جودة الحياة اصطلاحاً

يشير (الغنبوصي، 2006: 192) إلى وجود العديد من المفاهيم المتعددة التي تقابل هذا المفهوم مثل، النوعية، والتميز، والإتقان، والأحسن، ويضيف أيضاً أن مستجدات الحياة وظهور مفهوم الجودة ومبادئها كان من خلال أفكار طورها من عرفوا برواد الجودة (Quality Gurus) أمثال ادوارد ديمنج Edward Deming ، وجوزيف غوران Joseph Juran ، وفيلب كروسبي Philip Crosby ، فهؤلاء طوروا مفاهيم أصبحت أكثر انتشاراً، فيعرف Deming الجودة، بأنها تحقيق احتياجات وتوقعات المستفيد حاضرا ومستقبلا، ويقول Juran بأن الجودة هي ملائمة المنتج للغرض أو الاستخدام، أما كروسبي Crosby فيرى أن الجودة الإيفاء أو الالتزام بالمتطلبات.

ويضيف كلاً من (كاظم والبهادلي، 2006: 252) أن المتتبع للدراسات النفسية الحديثة، قد

يلاحظ اهتماماً ملحوظاً بمفهوم الجودة بشكل عام، وجودة الحياة لدى الفرد بشكل خاص، ومن أمثلة هذه الدراسات دراسة كل من Picher 2006 ، Hajiran 1999 ، Faro 2006 ، Wagner,Heapy,James&Abbott,2006 .

ويضيف الباحث أن هذا يتفق مع ما أشارت إليه نتائج دراسة (بيشوب وشيين وميلر، Bishop&chapin&miller 2008) التي هدفت دراستهم إلى مراجعة الوضع الحالي لمدى جودة الحياة وتطبيقاتها، وقد اعتمد الباحثون على أسلوب البحث الاستكشافي (المنهج التاريخي) من خلال (25) سنة سابقة للإطلاع على الأبحاث المنشورة والمقدرة بعدد (20) بحثاً من الفترة الزمنية 1980– 1990 ، ذات العلاقة بموضوع البحث (جودة الحياة)، وفي الفترة الممتدة من 1990– 1995 ، كان هناك ما يقارب (158) بحثاً علمياً منشوراً، وبين الفترة الزمنية الممتدة من 1995– 2000 ، وهى الفترة التي تضاعفت فيها الأبحاث العلمية المنشورة عن هذا الموضوع ليصل حجمها إلى (360) بحثاً ، وفي أخر خمس سنوات، بلغ عدد الأبحاث العلمية المنشورة في هذا الموضوع إلى (627) بحثاً، حيث أشاروا في دراستهم إلى أن هناك تصاعداً ملحوظاً وسريعاً في البحث العلمي والمتعلق بقياس مدى جودة الحياة .

وهذا الاهتمام يعكس أهمية هذا المفهوم وتأثيره على مختلف الجوانب النفسية، فالجودة هي انعكاس للمستوى النفسي ونوعيته، وأن ما بلغه الإنسان اليوم من مقومات الرقي والتحضر يعكس بلا شك مستوي معين من جودة الحياة، فالجودة هي هدف جميع المكونات النفسية.

ويضيفا أيضاً أنه على الرغم من أن مفهوم الجودة يطلق أساساً على الجانب المادي والتكنولوجي، لكن يمكن استخدامه للدلالة على بناء الإنسان ووظيفته ووجدانه، وجودة الإنسان هي حسن توظيف إمكاناته العقلية والإبداعية وإثراء وجدانه ليتسامى بعواطفه ومشاعره وقيمه الإنسانية، وتكون المحصلة هي جودة الحياة وجودة المجتمع.

ويضيف (الخنجي، 2006: 229) أن جودة الحياة قد تعني أموراً مختلفة لأفراد مختلفين، فهي قد تعني العيش في أعلى درجات الرفاهية المادية لأشخاص، بينما تعنى العيش بأمان وكفاف لآخرين، وبغض النظر عن معناه فإن علم النفس باستطاعته المساهمة في تبيينه وتوضيحه ودراسته، فللأفراد تجاربهم وسماتهم وكيفية تنميتها بالإضافة إلى بيئتهم ومحيطهم وكيفية تأثيرها ايجابياً في تعريف دور جودة الحياة والطريق الموصل إليها، وعلم النفس الايجابي هو من أنسب العلوم النفسية للقيام بهذا الدور شبه الغائب عن معظم أفرع علم النفس الأخرى.

ويشير (العادلي، 2006: 38) إلى أن جودة الحياة قد تتمثل لدى البعض بامتلاك الثروة التي تحقق لهم السعادة، في حين يري البعض الآخر أن الحياة الجيدة هي التي يتوافر فيها فرص العمل والدراسة، ويراها آخرون بالحياة التي يتمكن فيها الفرد من الحصول على مبتغاه دون عناء أو جهد، ويصفها البعض الآخر بالحياة الخالية من الغش والخداع، وقد يحددها آخرون بالحياة المفعمة بالصحة

الجسمية والنفسية الخالية من الأمراض والاضطرابات، ويضيف أيضاً بأنه مهما يكن المراد بالمفاهيم، فإن المهم هو مدى إحساس الفرد وشعوره وإدراكه بتوافر المدلول الاتفاقي لذلك المفهوم من عدمه، فإدراك الفرد لجودة الحياة يعتبر مؤشراً للرضا عما توافر له من جهة، ويعتبر أيضاً مؤشراً على مستوى قدرته لإشباع حاجاته الأساسية والثانوية.

ويعرِّف (Bognar,2005:561) جودة الحياة بأنها تمثيل للرفاهية الحياتية بالنسبة للإنسان بصفة عامة، والعوامل المؤثرة في حياته بصفة خاصة.

ويعرِّف (دنيس وآخرون، 1993) جودة الحياة بأنها اكتفاء الإنسان بمتطلبات حياته وفقاً لخبراته في هذا العالم، وهذه المتطلبات قد تشمل الاكتفاء من الحاجات المادية والتربية والتعليم والصحة والبيئة وغيرها من العوامل الأخرى، وهو مفهوم نابع من الأدب المهني في مجال السياسات العامة واللغة المتداولة، وفي مجال إدارة الأعمال وإرضاء العملاء والإعلان والصحة، والبيئة، والسياسة، والتربية والتعليم، وبالتالي فقد أقر هؤلاء الباحثين بأنه لا يوجد تعريف واحد محدد لمفهوم جودة الحياة.

ويرى (الأشول، 2005 : 3-11) أن جودة الحياة تتمثل في درجة رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، ومدى إدراك هؤلاء الأفراد لقدرة الخدمات على إشباع حاجاتهم المختلفة، ويذكر أيضاً بأنه لا يمكن للفرد أن يدرك جودة الخدمات التي تقدم له بمعزل عن الأفراد الذين يتفاعل معهم مثل (الأصدقاء، وزملاء، وأشقاء، وأقارب، وغيرهم) أي أن جودة الحياة ترتبط بالبيئة المادية والبيئة النفسية الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد.

ويرى (جيانياس، 1998 Gianias) أن جودة الحياة هي المتوسط الوزني لمجموعة وسائل المتعة والرفاهية (الأجور، السكن، ...) وأن المشكلة الأساسية في قياس هذا المفهوم وتحديده تكمن في طرق تحديد أوزان وسائل المتعة والرفاهية المتعددة.

ويعرفها (ليمان، 1988) بأنها الإحساس بالرفاهية والرضا التي يشعر بها الفرد في ظل ظروفه الحالية.(Lehman.1988:51-62).

أما (ستارك وغولدسبرى، Stark &Goldsbury, 1990: 71- 84) فيعرِّفا جودة الحياة بأنها انعكاس للذات الإنسانية، مع تحقيق الشعور بالرضا والسعادة والإشباع والنجاح.

ويضيف (أبو سريع وآخرون،2006: 206) أن جودة الحياة هي المشاعر الذاتية بالسعادة الشخصية، والرضا عن النفس وعن الجوانب ذات الأهمية في حياة الشخص، ويضيفوا أيضاً بأنه يجب التأكيد على مفهوم الذاتية باعتبار أن تقدير الشخص الذاتي لمدى سعادته ورضاه عن حياته هو الأساس في الحكم على جودة حياته.

أما (كارن ولامبور وغرين سبان، 1990) فقد عرَّفوا جودة الحياة بأنها القدرة على تبني أسلوب حياتي والذي يستطيع أن يشبع حاجات الإنسان ورغباته. (Karen&Lambour&Greenspan,1990:85-92)

ويشير (شاو، 1997) إلى أن منظمة الصحة العالمية (WHO) قدمت مقياساً لجودة الحياة يعتمد على تعريفها، بأنها إدراك الفرد لوضعه في الحياة في ضوء النظام القيمي والثقافي الذي يعيش فيه، وفي علاقته بأهدافه وتوقعاته ومعاييره واهتماماته. (Shaw,1997:132-136)

ويرى (رينيه وآخرون، 2003) أن جودة الحياة هي إحساس الفرد بالسعادة والرضا في ضوء ظروف الحياة الحالية، وأنها تتأثر بأحداث الحياة، وتغير حدة الوجدان والشعور وأن الارتباط بين تقييم جودة الحياة الموضوعية والذاتية يتأثر باستبصار الفرد.(Reine,et al,2003:297).

ويذكر ليو(Lio,2001:21) بأن مصطلح جودة الحياة قد استخدم بشكل واسع النطاق ليشير إلى الرفاهية (السعادة) الذاتية للفرد ورضائه عنها.

أما بلات (Blatt,1987) فقد عرَّف مفهوم جودة الحياة بأنه ذلك المفهوم الجزئي والذي يعكس الطبيعة الفردية للإنسان

ويشير كلاً من تايلر و بيجدون (Taylor &Bogden,1990:27) في تعريفهما إلى جودة الحياة، بأنها عبارة عن دراسة إحصائية لقياس مدى الشعور بالراحة التي تتوافر عند الإنسان، من خلال خبرته الحياتية في هذا العالم.

وأخيراً يشير(عزب، 2003: 601) إلى أن جودة الحياة تعتبر مثل أعلى يصبو إليه كل فرد على أمل أن يحققه بشكل أو بآخر، ولكن لا ينجح في استكمال مكوناته أحد، فالكل يمكن أن يحقق درجة منه أو أخرى، ويضيف أيضاً أن هذا المفهوم لا يرتبط في عموميته بثراء أو فقر ولا بعلم أو جهل، ولا بمنصب أو جاه، فقد ينعم بجانب وفير من جودة الحياة فقير في كوخ بسيط ويحصل على قوت يومه بالكاد هو وأسرته، وقد يحرم منه ثري ذي حسب ونسب وجاه، وربما يمثل الشعور الداخلي بالأمن والاطمئنان والرضا عن الحياة وعن الذات وحب الناس، وتوثيق عرى الصلة بالله تعتبر المكونات الأساسية التي تمثل معبراً إلى الشعور بجودة الحياة.

ومن هنا يرى الباحث وبعد استعراض العديد من التعريفات لبعض الباحثين حول مفهوم جودة الحياة والتي خلصوا فيها إلى عدم وجود تعريف محدد وواضح يستند عليه الباحثون لمفهوم جودة الحياة، وهذا ما أشارت إليه دراسة كل من " جريج بوغنار" Greg Bognar 2005 ودراسة " بارك وآخرون " Park,et al 2002، و" تيلور ورسينو " Taylor&Racino 1991، ودنيس وآخرون 1993.

ويرى الباحث أنه على الرغم من التعريفات المتعددة لجودة الحياة، إلا أن الباحث قد وجد اهتماماً ملحوظاً واهتماماً كبيراً من قبل الباحثين حول هذا المفهوم، وإن دل ذلك فإنما يدل على مدى

الأهمية التي يوليها الباحثون، وكذلك لأهمية هذا المفهوم ومدى تأثيره على مختلف جوانب الحياة بالنسبة للفرد، ويتضح جلياً للباحث أن مفهوم جودة الحياة يعني شعور الفرد بالسعادة الحقيقية التي يفتقدها، والرضا عن حياته والعمل على إشباع حاجاته، في ضوء القدرات والإمكانات المتاحة في الوسط الاجتماعي.

وعليه فإن الباحث يعرِّف جودة الحياة تعريفًا إجرائياً بأنها رضا المعاق حركياً عن الحياة التي يعيشها وفقاً لمعايير يراها من منظوره يقِّيم بها حياته، في كافة مجالات الحياة، يشعر من خلالها بالسعادة والطمأنينة والرضا، ومن ثم التكيف والتوافق مع إعاقته والرغبة في الحياة .

مبادئ جودة الحياة:

على الرغم من وجود وجهات نظر مختلفة بين الباحثين على مفهوم جودة الحياة تمثلت في التعريف والأبعاد والمحددات، لكن يمكن القول بأنه هناك شبه اتفاق من بعض الباحثين – والذين سيتم ذكرهم في السطور القادمة من هذا المحور – على أن هناك مبادئ يمكن أن تكون مشتركة بين الأفراد، سواء كانوا معاقين أم أسوياء.

أما عن مبادئ جودة الحياة، فقد أوضحت جودي (Goode,1990:41-85) بأن جودة الحياة تعتمد على مجموعة من المبادئ منها:

- أن هذه المبادئ مشتركة بين الشخص المعاق وغير المعاق (الأسوياء).
- أن جودة الحياة مرتبطة بمجموعة من الاحتياجات الرئيسية للإنسان، وبمدى قدرته على تحقيق أهدافه في الحياة.
- أن معاني جودة الحياة تختلف باختلاف وجهات النظر الإنسانية، بمعنى أنها تختلف من شخص إلى آخر، ومن عائلة إلى أخرى، ومن برنامج تأهيلي إلى آخر ومن شخص مهني إلى آخر.
- أن مفهوم جودة الحياة له علاقة وطيدة ومباشرة في البيئة التي يعيش فيها هذا الإنسان أو ذاك.
- أن مفهوم جودة الحياة يعكس التراث الثقافي للإنسان والأشخاص المحيطين به.

ويشير دينيس وأخرون (Dennis,et al,1993:49) أن مجموعة كبيرة من الباحثين مثل Blatt(1987), وديفروكس Deverox(1988) ، وجودي Goode(1990) ، وشالوك Schalock(1990) ، وتمبل وبرنك Tumbull&Brunk (1990) ، وويك Weick (1988) ، اتفقت على أن مبادئ جودة الحياة تتقاطع وتتشابك بين الأشخاص سواء كانوا معاقين أو أسوياء.

ويشير جودي (Goode,1994) إلى أنه من خلال استعراضه لمفهوم جودة الحياة من وجهات نظر متعددة، فإنه يشير إلى أنه يجب أن يحدد أولاً مفهوم الحياة الجيدة، Good life ، وكيف يحدد الناس حياتهم الخاصة، كما يجب أن يوضع في الاعتبار عند تعريف هذا المفهوم أنه:

1- مفهوماً عاماً وليس قاصراً على فئة محددة مثل المعاقين أو المرضى.
2- مفهوماً شاملاً يتضمن أكبر قدر ممكن من مظاهر حياة الفرد.
3- يجب أن يجسد فكرة تعظيم قدرة الفرد على التحكم واضعاً في الاعتبار حدود الحرية.
4- يجب أن يعكس المعيارية وما يتضمنها من معايير اجتماعية.
5- يجب أن يحترم الميل للدفاع عن الذات.(هاشم، 2001 :127-128)

وتوصل (جودي، 1994 Goode) إلى بعض الحقائق الخاصة بجودة الحياة منها:

- تتكون جودة الحياة للأشخاص المعاقين من نفس العوامل والعلاقات ذات الأهمية في تكوين جودة الحياة لغير المعاقين.
- يشعر الفرد بجودة الحياة عندما تشبع حاجاته الأساسية، وتكون لديه الفرصة لتحقيق أهدافه في مجالات حياته الرئيسية.
- ترتبط جودة حياة الفرد بجودة حياة الأشخاص الآخرين الذين يعيشون في البيئة نفسها.
- جودة الحياة بناء نفسي يمكن قياسه من خلال المؤشرات الذاتية والمؤشرات الاجتماعية.
- تعزيز جودة الحياة يتضمن الأنشطة وبرامج التأهيل والعلاج والدعم الاجتماعي.

ويوجز الباحث القول أن هناك بعض العوامل والعلاقات والتي تعتبر ذو أهمية تتمثل في أن جودة الحياة للعاديين والمعاقين تتكون من نفس العوامل والعلاقات، وتتمثل هذه الحقائق أيضاً في قدرة الفرد على إشباع حاجاته الأساسية، وكذلك يستطيع امتلاك الفرصة في تحقيق أهدافه في مجالات حياته.

أبعاد جودة الحياة:

ينظر إلى جودة الحياة على أنها تركيب متعدد الأبعاد، وقد اعترف الباحثون الذين حاولوا إجراء قراءة شاملة حول متغير جودة الحياة بأنها متغير الأبعاد وهلامي الملامح وغامض التفاصيل، ويرجع ذلك إلى تعدد المجالات التي تستخدمه، وهذه الطفرة الأخيرة والحديثة نسبياً في بحث ودراسة متغير جودة الحياة في الحقول العلمية المختلفة، مثل الطب والاقتصاد وعلم الاجتماع وبرامج الإرشاد وإعادة التأهيل، أكدت أن هذا المفهوم متعدد الأبعاد.(Bishop&Feist-Price,2002)

ويشير(الراسبي،2006: 135) إلى أن الباحثين والدارسين قد أكدوا بأن مفهوم جودة حياة الفرد هو مفهوم متعدد الأبعاد ومتعدد الجوانب، فكل منا ينظر إلى جودة حياته من زاوية أو مجال أو عدة مجالات، وهو مفهوم نسبي لدى الشخص ذاته وفقا للمراحل العمرية والمواقف التي يعيشها الفرد

ويتعايش معها، ويضيف أيضاً بأنه حينما يرتبط هذا المفهوم بحاجات الفرد النفسية والاجتماعية والروحية والبدنية والعقلية، ومن ثم يتم تلبية إشباع هذه الحاجات، حينها تمثل هذه الحاجات وإشباعها مقومات جودة حياة الفرد.

ويقرر كلاً من(كومينز وماك كيب، Cummins & McCabe, 1994) أيضاً أن مفهوم جودة الحياة من المفاهيم متعددة الأبعاد، وأن جميع المقاييس التي أعدت في هذا المجال تأخذ بهذا الاتجاه، ويضيف أن أي مقياس لجودة الحياة يجب أن يتضمن المؤشرات الموضوعية Objective Indicators ، والمؤشرات الذاتية Subjective Indicators ، ويرى الباحثان على الرغم من أن كلا من المؤشرات الموضوعية والذاتية ترتبط ارتباطاً قوياً بجودة الحياة، إلا انه ملفت للنظر أن الارتباط بين البعدين يعتبر ارتباطاً ضعيفاً، ربما يعود ذلك إلى أن الاتجاهين يستعرضان مجموعتين مختلفتين من البيانات.

فبينما تعتبر المؤشرات الموضوعية المجتمع أو الجماعة التي ينتمي إليها الفرد محكاً مرجعياً وتقيس بيانات مثل: الدخل والسكن والعمر...الخ، فإن المؤشرات الذاتية تكون أكثر خصوصيةً للفرد ومن ثم لا يمكن استخدام المؤشرات الموضوعية لقياس الذاتية إلا في حالة معرفة قيمة هذه المؤشرات بالنسبة للفرد واتجاهاته.(هاشم، 2001: 130)

وتتحدث (صالح ،1990) أنه خلال العقدين الأخيرين ظهر نوعان من المؤشرات لجودة الحياة:

- المؤشرات الموضوعية: ويلاحظ أن المتحمسين لهذا النوع من المؤشرات هم الإحصائيون والعاملون بأجهزة الدولة والعلماء والمنظمات الدولية المهتمة بالتنمية وتشمل (السكان، والمكانة الاجتماعية، والعمل، والدخل وتوزيعه، والمواصلات، والإسكان، والتعليم، والصحة)
- المؤشرات الذاتية: وتهتم بتقييم جودة الحياة كما يدركها ويستجيب لها الأفراد وما تحققه لهم من إشباعات، ومن ثم مدي شعورهم بالرضا أو السعادة، وبالتالي فسعادة الناس ورضاهم أو تعاستهم وسخطهم هو أفضل مؤشر لجودة الحياة. (صالح، 1990: 65-68)

ويرى كلاً من (جرينلى وجرينبرج، Greenley &Greenberg,1997) أن غالبية الجهود التي بذلت لقياس جودة الحياة، تتضمن اعتبار المفهوم متعدد الأبعاد، ويتضمن إدراك الفرد للرضا عن الحياة كما تقاس من وجهة نظر الفرد، ويطلق عليها جودة الحياة الذاتية (SQOL) وخصائص الموقف الذي يعيش فيه الفرد، والتي يمكن قياسها بصورة موضوعية، ويطلق عليها جودة الحياة الموضوعية (OQOL)، إلا أن العديد من الدراسات تركز على أهمية الجوانب الذاتية في مقياس جودة الحياة، وبعض الدراسات تهمل تماما الجوانب الموضوعية.

وتضيف (مجدي، 2009 : 63) إلى أن هناك ثلاثة أبعاد لجودة الحياة وهي كالتالي:

- جودة الحياة الموضوعية: وتتمثل بما يوفره المجتمع من إمكانات مادية، إلى جانب الحياة الاجتماعية الشخصية للفرد.
- جودة الحياة الذاتية: والتي تعني كيفية شعور كل فرد بالحياة الجيدة التي يعيشها أو مدى الرضا والقناعة عن الحياة، ومن ثم الشعور بالسعادة .
- جودة الحياة الوجودية: وتعني مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والتي من خلالها يمكن للفرد أن يعيش حياة متناغمة، والتي يصل فيها إلى الحد المثالي في إشباع حاجاته البيولوجية، والنفسية، كما يعيش في توافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع.

ويشير (لوتن وآخرون، Lawton,et al :1990) إلى أنه يجب التوسع في المؤشرات الدالة على جودة الحياة لتشمل عمليات أكثر في مجالات الحاجات الاجتماعية والإنسانية ويرون أن المؤشرات الموضوعية والذاتية تمثل متغيراً متصلاً، وأن التفرقة بينهما تكون سهلة فقط عندما تكون بين مؤشر بيئي اجتماعي كمي، مثل الدخل في مقابل حكم شخصي كيفي على الرضا عن هذا المظهر نفسه (الرضا عن الدخل)، إلا أنه في الكثير من الدراسات يصعب الوصول إلى هذا الفصل، كما تؤكد الدراسات على ضرورة التركيز على رؤية الفرد وإدراكه بجودة الحياة، وتقييمه الذاتي و الموضوعي. (هاشم، 2001: 132)

ويضيف (أبو سريع وآخرون، 2006: 206) أن جودة الحياة تقوم على تكامل المؤشرات أو المقومات الموضوعية والذاتية للسعادة الشخصية مع مراعاة أن تأثير الجوانب الموضوعية يعتمد على التقييم الذاتي، ولقياس الجانب الموضوعي تجري المقارنة بين الوضع القائم والمتاح وبين الحد الأدنى من الظروف المعيشية المناسبة، ويضيفوا أيضاً أن مفهوم جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد، يشمل خمسة مجالات على الأقل وهي: الرضا البدني، والمادي، والاجتماعي، والوجداني، والنشاط الشخصي.

ويرى (روزن، Rosen,1995) أن جود الحياة تتضمن أربعة أبعاد أساسية تضمنها المقياس الذي أعده لهذا الغرض وهي : الضغط النفسي المدرك، والعاطفة، والوحدة النفسية، والرضا.

ويقدم كلاً من (فيلس وبيرى، Felce &Berry,1995) نموذجاً لجودة الحياة تتكامل فيه المؤشرات الموضوعية والذاتية للمدى الواسع لمجالات الحياة، وللقيم الفردية، ويتضمن هذا النموذج خمسة أبعاد أساسية هي: الصلاحية الجسمية، والرفاهية المادية، والرفاهية الاجتماعية، والصلاحية الانفعالية، والنمو والنشاط.

ومن هنا يشير الباحث إلى ضرورة التركيز أكثر على قياس الجوانب الذاتية للفرد لأنها هي الأقدر للوصول إلى تحديد جودة حياة الأفراد، وبالتالي تحديد مشاعرهم، وهم أقدر الناس إحساساً بقيمة

حياتهم، وهذا ما أكدته (أرفكن، 1997) على أن قياس جودة الحياة يجب أن تكون من وجهة نظر الفرد وليس الآخرين، حتى وإن كانوا من المقربين، وتثير تساؤلاً هاماً: حياة من هي؟

ويتفق كلاً من (كومينز وماك كيب، Cummins &McCabe,1994، و Bengtsson-Tops &Hansson، 1999:265، مجدي، 2009: 63، صالح، 1990: 65-68، لوتن وآخرون Lawton,et al :1990 نقلاً عن هاشم،2001: 132، أبو سريع وآخرون، 2006: 206، فيلس وبيري، Felce&Berry,1995) على أن هناك نوعين من مؤشرات جودة الحياة، مؤشرات ذاتية ومؤشرات موضوعية.

ويشير الباحث الى أن (كومينز وماك كيب Cummins &McCabe,1994) يشيران إلى أن المؤشرات الموضوعية والمؤشرات الذاتية ترتبط ارتباطاً قوياً بجودة الحياة، لذلك يرى الباحث أنه يجب عدم إهمال الجوانب الموضوعية، وبالتالي فالجوانب الذاتية والجوانب الموضوعية أسلوبان متكاملان، ولا يمكن أن يتم الفصل بينهما أو استغناء أحدهما عن الآخر، فكلاهما يلعبان دوراً مهما في حياة الفرد، كما إن لجودة الحياة جانباً ايجابياً يتضح في الرضا عن الحياة، وجودة المعيشة، وإنجاز الأهداف، وتحقيق الطموحات.

ويذكر (Widar,et al, 2003) أن هناك إجماعاً على وجود أربعة أبعاد رئيسية لجودة الحياة هي:

- البعد الجسمي: وهو خاص بالأمراض المتصلة بالأعراض.
- البعد الوظيفي: وهو خاص بالرعاية الطبية، ومستوى النشاط الجسمي.
- البعد الاجتماعي: وهو خاص بالاتصال والتفاعل الاجتماعي مع المحيطين.
- البعد النفسي: وهو خاص بالوظائف المعرفية والحالة الانفعالية، والإدراك العام للصحة، والصحة النفسية، والرضا عن الحياة والسعادة.(pp.497-505)

وتشير منظمة الصحة العالمية (WHO) إلى أن مفهوم جودة الحياة العالمي يتكون من عدة أبعاد مثل : الحالة النفسية، والحالة الانفعالية، والرضا عن العمل، والرضا عن الحياة، والمعتقدات الدينية، والتفاعل الأسري، والتعليم، والدخل المادي، هذا وتتكون جودة الحياة من خلال الإدراك الذاتي للفرد عن حالته العقلية، وصحته الجسمية، وقدرته الوظيفية، ومدى فهمه للأعراض التي تعتريه. (جبريل،2007: 30)

ويتفق مع ما أشار إليه ويدار وآخرون (Widar,et al, (2003، كل من عبد الوهاب كامل، (2004)، والراسبي،(2006: 135)، و تايلر(2004) Taylor ، على وجود أربعة أبعاد رئيسية لجودة الحياة.

أما (شالوك، Schalock 1996) فيشير إلى أنه ليس هناك حاجة إلى تصنيف متغيرات جودة الحياة إلى بعدين (موضوعي وذاتي) بل اعتبره تصنيفاً ينقصه بعض المرونة ، حيث توجد

متغيرات أخرى تخرج عن هذا التصنيف الثنائي، وبذلك يضيف (شالوك) بأن هناك ثمانية أبعاد متنوعة لمفهوم جودة الحياة، والتي يمكن أن تختلف في درجة أهميتها ، وفقا لتوجه الباحث وأهدافه عند دراسة المفهوم والمنطق النظري الذي يحكم هذه الدراسة، والأبعاد الثمانية كالتالي:

- جودة المعيشة الانفعالية: وتشمل الشعور بالأمان، والجوانب الروحية، والسعادة، والتعرض للمشقة، ومفهوم الذات، والرضا أو القناعة.
- العلاقات بين الأشخاص: وتشمل الصداقة الحميمة، والجوانب الوجدانية، والعلاقات الأسرية، والتفاعل، والمساندة الاجتماعية.
- جودة المعيشة المادية: وتشمل الوضع المادي، وعوامل الأمان الاجتماعي، وظروف العمل، والممتلكات، والمكانة الاجتماعية والاقتصادية.
- الارتقاء الشخصي: ويشمل مستوى التعليم، والمهارات الشخصية، ومستوى الانجاز.
- جودة المعيشة الجسمية: وتشمل الحالة الصحية، والتغذية والاستجمام، والنشاط الحركي، ومستوى الرعاية الصحية، والتأمين الصحي، ووقت الفراغ، ونشاطات الحياة اليومية.
- محددات الذات: وتشمل الاستقلالية والقدرة على الاختيار الشخصي، وتوجيه الذات، والأهداف، والقيم.
- التضمين الاجتماعي: ويشمل القبول الاجتماعي والمكانة، وخصائص بيئة العمل، والتكامل والمشاركة الاجتماعية، والدور الاجتماعي، والنشاط التطوعي، وبيئة المسكن.
- الحقوق: وتشمل الخصوصية، والحق في الانتخاب والتصويت، وأداء الواجبات، والحق في الملكية.(إبراهيم، 2005: 70-71)

مظاهر جودة الحياة:

يشير (عبد المعطي، 2005: 13- 23) في اقتراحه لخمسة مظاهر رئيسية لجودة الحياة تتمثل في خمس حلقات ترتبط فيها الجوانب الموضوعية والذاتية، وهي كالتالي:

الحلقة الأولى: العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال:

1- العوامل المادية الموضوعية: Objective Factors والتي تشمل الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع لأفراده، إلى جانب الفرد وحالته الاجتماعية والزواجية والصحية والتعليمية، حيث تعتبر هذه العوامل عوامل سطحية في التعبير عن جودة الحياة، إذ ترتبط بثقافة المجتمع وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع هذه الثقافة.

2- حسن الحال: Well belling ويعتبر هذا بمثابة مقياس عام لجودة الحياة، ويعتبر كذلك مظهراً سطحياً للتعبير عن جودة الحياة، فكثير من الناس يقولون بأن حياتهم جيدة ولكنهم يختزنون معنى حياتهم في مخازن داخلية لا يفتحونها لأحد.

الحلقة الثانية: إشباع الحاجات والرضا عن الحياة:

1- إشباع وتحقيق الحاجات Ful Fillment of Needs ، وهو أحد المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة، فعندما يتمكن المرء من إشباع حاجاته فان جودة حياته ترتفع وتزداد، وهناك حاجات كثيرة يرتبط بعضها بالبقاء، كالطعام والمسكن والصحة، ومنها ما يرتبط بالعلاقات الاجتماعية، كالحاجة للأمن والانتماء والحب والقوة والحرية، وغيرها من الحاجات التي يحتاجها الفرد والتي يحقق من خلالها جودة حياته.

2- الرضا عن الحياة Satisfaction of Life ، ويعتبر الرضا عن الحياة أحد الجوانب الذاتية لجودة الحياة، فكونك راضياً فهذا يعني أن حياتك تسير كما ينبغي، وعندما يشبع الفرد كل توقعاته واحتياجاته ورغباته، يشعر حينها بالرضا.

الحلقة الثالثة: إدراك الفرد القوى والمتضمنات الحياتية وإحساسه بمعنى الحياة:

1- القوى والمتضمنات الحياتية Life Potentials، قد يرى البعض أن إدراك القوى والمتضمنات الحياتية بمثابة مفهوم أساسي لجودة الحياة، فالبشر كي يعيشوا حياة جيدة لا بد لهم من استخدام القدرات والطاقات والأنشطة الابتكارية الكامنة داخلهم، من أجل القيام بتنمية العلاقات الاجتماعية، وأن ينشغلوا بالمشروعات الهادفة، ويجب أن يكون لديهم القدرة على التخطيط واستغلال الوقت وما إلى ذلك، وهذا كله بمثابة مؤشرات لجودة الحياة.

2- معنى الحياة Meaning Life ، يرتبط معنى الحياة بجودة الحياة، فكلما شعر الفرد بقيمته وأهميته للمجتمع وللآخرين، وشعر بانجازاته ومواهبه، وأن شعوره قد يسبب نقصاً أو افتقاداً للآخرين له، فكل ذلك يؤدي إلى إحساسه بجودة الحياة.

الحلقة الرابعة: الصحة والبناء البيولوجي وإحساس الفرد بالسعادة:

1- الصحة والبناء البيولوجي: Health and Biological State ، وتعتبر حاجة من حاجات جودة الحياة التي تهتم بالبناء البيولوجي للبشر، والصحة الجسمية تعكس النظام البيولوجي، لأن أداء خلايا الجسم ووظائفها بشكل صحيح يجعل الجسم في حالة صحية جيدة وسليمة.

2- السعادة :Happiness ، وتتمثل بالشعور بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات، وهي شعور بالبهجة والاستمتاع واللذة، وهي نشوة يشعر بها الفرد عند إدراكه لقيمة ومتضمنات حياته مع استمتاعه بالصحة الجسمية.

ويعرفها (فينهوفن، 1994) Veenhoven ، بأنها الدرجة التي يحكم فيها الشخص ايجابياً على نوعية حياته بوجه عام، وبمعنى آخر تشير السعادة إلى حب الشخص للحياة التي يعيشها واستمتاعه بها وتقديره الذاتي لها، وقد دلَّت بحوث كثيرة على أن السعادة هي نتاج تفاعل مركب بين الشخص وبيئته.

الحلقة الخامسة: جودة الحياة الوجودية:

وهي الوحدة الموضوعية لجوانب الحياة، وهي الأكثر عمقا داخل النفس، وإحساس الفرد بوجوده، وهي بمثابة النزول لمركز الفرد، والتي تؤدي بالفرد إلى إحساسه بمعنى الحياة الذي يعد محور وجودنا، فجودة الحياة الوجودية هي التي يشعر من خلالها الفرد بوجوده وقيمته، ومن خلال ما يستطيع أن يحصل عليه الفرد من عمق للمعلومات البشرية المرتبطة بالمعايير والقيم والجوانب الروحية والدينية التي يؤمن بها الفرد، والتي يستطيع من خلالها تحقيق وجوده.

ويشير (عبد المعطي،2005) أن مظاهر جودة الحياة تتعدد لتشمل العوامل المادية، وإشباع الحاجات، والرضا عن الحياة، وإدراك الفرد الايجابي لمعنى الحياة، ومدى إحساس الفرد بالسعادة والصحة النفسية والجسمية، فضلاً عن جودة الحياة الوجودية وهي الأعمق تأثيراً، والذي يتضمن الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية، والإحساس بحسن الحال، وإشباع الحاجات، والرضا عن الحياة، وإدراك الفرد لقوى ومتضمنات حياته، وشعوره بمعنى الحياة، إلى جانب الصحة الجسمية الايجابية، وإحساسه بمعنى السعادة، وصولاً إلى عيش حياة متناغمة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في المجتمع.

ويوجز الباحث القول بأن جودة الحياة تمتاز بعدة مظاهر متعددة، قد يشعر المعاق بإفتقادها أو افتقاد البعض منها، ويرى الباحث أن للإعاقة تأثيراً كبيراً على جودة الحياة للأفراد المعاقين، حيث يشعر البعض منهم بالهموم، والضغوط الحياتية، فبالتالي هم بحاجة إلى إدراك هذه الحياة بمعناها الايجابي، وهذا لا يتم إلا من خلال المحيطين بهم والمقربين، والذي يتم من خلالهم توفير سبل الراحة ومن ثم الشعور بالسعادة والطمأنينة والاستمتاع بالحياة، والرضا عن أنفسهم وعن الحياة التي يعيشونها، وصولاً إلى التوافق والتكيف مع الإعاقة والمجتمع.

كيفية الوصول لجودة الحياة:

ترى (مجدي،2009: 71) أنه كي يستطيع الإنسان الشعور بجودة الحياة والوصول إليها، لا بد أن تتضافر وتتوافر مجموعة من العوامل، تتمثل بالتالي:

أولاً: تحقيق الفرد لذاته وتقديرها

يعرف كلاً من (عبد الحميد، وكفافي،1995: 3438) مفهوم الذات على أنه فكرة الفرد وتقييمه لنفسه، بما تشتمل عليه من قدرات وأهداف واستحقاق شخصي.

وتذكر (فرغلي،1994: 13-15) أن مفهوم الذات لدى الفرد يتكون من مجموعة من العوامل من أهمها (تحديد الدور، والمركز، والمعايير والاجتماعية، والتفاعل الاجتماعي، واللغة، والعلاقات الاجتماعية).

ويرى كلاً من (كورت وتوراي، 1999: 3) Kurt &Tory ،(نقلاً عن مجدي،2009: 73) أن السعي وراء تحقيق الذات هو بمثابة الهدف الأسمى والنهائي للطموح الإنساني، وتشير مجدي (2009) إلى علاقة تحقيق الذات بجودة الحياة، فقد قام فيترسو(2004) Viterso بدراسة السعادة الشخصية مقابل تحقيق الذات من أجل تنمية جودة الحياة على (264) من طلبة المرحلة الثانوية والجامعية، حيث أسفرت نتائج دراسته عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين كل من السعادة الشخصية وتحقيق الذات من ناحية، وجودة الحياة من ناحية أخرى.

ويرى الباحث أنه يجب على الفرد أن يدرك بأنه يمتلك الطاقات والقدرات، وعليه أن يقدر ذاته ويحترمها، وأن لا يقلل من قيمة نفسه ويستسلم لها، وعليه أن يعمل جاهداً على تحقيقها، على الرغم من وجود العقبات التي تعترضه في الحياة، فتحقيق الذات يعتبر بمثابة قمة الشعور والإحساس بالرضا عن الذات، ومن ثم شعوره بجودة الحياة .

ثانياً: إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة

ويذكر (الغندور،1999: 30) أن البعض قد يرى أن لب موضوع جودة الحياة يكمن في دراسة ماسلو عن الحاجات الإنسانية، والنظرية الاقتصادية للمتطلبات الإنسانية، ومن المعلوم لدى أهل التخصص في علم النفس أن تصنيف ماسلو للحاجات الإنسانية يشتمل على خمسة مستويات متدرجة حسب أولويتها وهي كالتالي:

- الحاجات الفسيولوجية.
- الحاجة للأمن.
- الحاجة للانتماء.
- الحاجة للمكانة الاجتماعية.
- الحاجة لتقدير الذات.

ويرى الباحث بأن إشباع الحاجات الأساسية هي حاجات ضرورية لكل فرد من أفراد المجتمع بشكل عام وللمعاقين بشكل خاص، قد تتفاوت من فرد إلى آخر من حيث درجة تحقيقها وإشباعها، ولكنها حاجة يسعى الكل إلى تحقيقها، على الرغم من وجود بعض الظروف المحيطة بالفرد والتي تحول بين الفرد وبين تحقيق البعض من هذه الحاجات الضرورية للفرد، وقد يكون الفرد ليس له دخل فيها، إلا أن تحقيقها لا يتم إلا من خلال عملية متكاملة بين أفراد المجتمع والوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه الفرد.

ثالثاً: الوقوف على معنىً ايجابياً للحياة

يعتبر مفهوم معنى الحياة مفهوماً هاماً جداً، ويعتبر فرانكل(1969) Frankl ، أن مفهوم معنى الحياة يجب أن يكون له معنى تحت كل الظروف، وأن هذا المعنى في حالة دائمة من التغيير، إلا أنه يظل موجوداً دائماً، ويرى فرانكل أن الإنسان يستطيع اكتشاف ذلك المعنى في حياته بثلاث طرق مختلفة وهي كالتالي:

- عمل شيء جديد أو القيام بعمل ما.
- تجربة خبرات وقيم سامية مثل الخير والحق والجمال.
- الالتقاء بإنسان آخر في أوج تفرده الإنساني.

ولقد حدد فرانكل ثلاثة مصادر يستطيع الإنسان من خلالها تحقيق معنىً لحياته وهي كالتالي:

- القيم الإبداعية: Creative Values ، وتشمل كل ما يستطيع الفرد انجازه، فقد يكون ذلك الانجاز عملاً فنياً أو اكتشافاً علمياً.
- القيم الخبراتية: Experiential Values ، وتتضمن كل ما يمكن أن يحصل عليه الإنسان من خبرات حسية ومعنوية، وخاص ما يمكن أن يحصل عليه من خلال الاستمتاع بالجمال، أو محاولات البحث عن الحقيقة، أو الدخول في علاقات إنسانية مشبعة كالحب أو الصداقة.
- القيم الاتجاهية: Attitudinal Values ، وتتكون من الموقف الذي يتخذه الإنسان إزاء معاناته التي لا يمكن أن يتجنبها كالقدر أو المرض أو الموت.

فمعنى الحياة يمكن تحقيقه من خلال الاتجاه الذي يتخذه الإنسان حيال مواقف الألم والمعاناة التي لا يمكنه تجنبها في رحلته مع الحياة.(مجدي، 2009: 76-77)

ويضيف كلاً من (سليمان، وفوزي، 1999: 135) أن المسعى الرئيسي للإنسان هو تحقيق معنى لحياته، فالإنسان لا يسعى فقط ليشبع غرائزه، أو لتهيئة أفضل الظروف الاجتماعية ليعيشها، لأن هذا وحده لا يسعده ولا يرضيه، ولكنه يسعى ويهتم بأن يكون هناك معنىً ومغزىً لحياته، وهدفاً وقيمةً يتوجه إليها، ومن خلال هذا المعنى وتلك القيمة يجد الحياة بكل ما تحمله من كبد ومعاناة تستحق أن تعاش.

ويشير (الأنصاري،2002) إلى مفهوم التوجه نحو الحياة، يوضح من خلاله أن معنى الحياة لدى الفرد هو الذي يجعل من السعي الدءوب وتحمل المشقة شيئاً يرفع من قيمة الحياة، ويجعلها تستحق أن تعاش، وهذا يعني أن الإيمان بمعنى الحياة يمد الفرد بالقدرة على العطاء والتسامي على الذات، ومن هنا يكون إدراك قيمة الحياة.

رابعاً: وجود علاقات اجتماعية ودعم اجتماعي

ويذكر (عثمان، 2001) أن العلاقات الجيدة تعتبر من أهم مصادر السعادة، كأن يكون الفرد متزوجاً زيجة سعيدة، وله أصدقاء، وأن تكون علاقاته جيدة مع أفراد الأسرة والأقارب وزملاء العمل والجيران، وربما يحتاج الفرد إلى تدريب على المهارات الاجتماعية التي تجلب له السعادة، وفي دراسة كوستوليسكي وليمبرس(1998) Kostelecky &Lempers ، والتي هدفت إلى معرفة تأثير الدعم الاجتماعي من الأسرة على درجات الرضا عن الحياة والرفاهية وتحقيق الذات كأبعاد للصحة النفسية لدى عينة من المراهقين والمراهقات، والتي دلَّت النتائج على وجود ارتباط سالب بين الضغوط الأسرية وضعف الدعم الاجتماعي وبين الرفاهية والرضا عن الحياة، وفي دراسة أخري لـ (أركار وآخرون) حول العلاقة بين جودة الحياة والوحدة النفسية، حيث تكونت عينة الدراسة من (150) فرداً، وأسفرت النتائج عن وجود علاقة ايجابية بين إدراك الدعم الاجتماعي وجودة الحياة، ووجود علاقة سالبة بين هذين المتغيرين ومتغير الوحدة النفسية (مجدى،2009: 79-80)

ويرى الباحث بأن العلاقات الاجتماعية مهمة بالنسبة للمعاقين، فمن خلال هذه العلاقات الاجتماعية المتبادلة يشعرون من خلالها بالأهمية والاحترام والتقدير وكذلك شعور المعاقين بالثقة بالنفس، كما يستطيع المعاقين من خلال هذا الدعم وهذه العلاقات تفريغ الهموم وإشباع الحاجات كما أنها تعمل على زرع الثقة المتبادلة ما بين المعاق وأفراد المجتمع، كمايشعر المعاقين من خلالها بالأمن والطمأنينة، والنظر نظرة تفاؤل تجاه الحياة والمستقبل ومن ثم شعوره بجودة حياته.

خامساً: الرضا عن الحياة

يعرف (الدسوقي،1998: 158) الرضا عن الحياة بأنها تقييم الفرد لنوعية الحياة التي يعيشها طبقاً لنسقه القيمي، وهو يعتمد على مقارنة الفرد لظروفه الحياتية بالمستوى الأمثل الذي يعتقد أنه مناسب لحياته، ويعتبر موضوع الرضا عن الحياة وما يتعلق بها من جوانب أخري، من الموضوعات الهامة التي تحظي باهتمام العاملين في مجال الصحة النفسية وعلم الأمراض العقلية على حد سواء، كذلك يعتبر الشعور بالرضا عن الحياة مؤشراً مهماً من مؤشرات الصحة النفسية السليمة، فالرضا يدفع الفرد إلى الحياة ويزيد من رغبته فيها.

وتذكر (مجدي،2009: 80) أن منظمة الصحة العالمية (WHO) تصف الرضا عن الحياة بأنه معتقدات الفرد عن موقعه في الحياة، وأهدافه، وتوقعاته، ومعاييره واهتماماته في ضوء السياق الثقافي ومنظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه، وهو مفهوم واسع يتأثر بطريقة مركبة بالصحة الجسمية للفرد وبحالته النفسية، واستقلاليته وعلاقاته الاجتماعية، وعلاقته بكل مكونات البيئة التي يعيش فيها.

ويشير (أرجايل،1993: 10) أن الشعور بالرضا والسعادة هو ما يتمناه المرء فالناس قد يصفون السعادة على أنها شعور بالرضا أو الإشباع، أو طمأنينة النفس، أو تحقيق الذات، أو أنها شعور بالبهجة والاستمتاع واللذة، فحينما يصل الفرد إلى مرحلة الرضا الشامل فهذا يعني أنه يتمتع بحياة جيدة، فالرضا الشامل يعني الرضا عن العمل، والزواج، والصحة والقدرات الذاتية، وتحقيق الذات.

ويرى الباحث بأن الرضا عن الحياة مهم جداً في حياة الفرد، وهو إحدى الطرق التي تؤدي بالفرد إلى الوصول إلى تحقيق جودة حياته، وقد نعني به أن يتقبل المعاق ذاته وكذلك تقبله للآخرين وللمحيطين به، وكذلك تقبله لظروف الحياة التي يعيشها حلوها ومرها، وأن يكون لديه القدرة على التأقلم والتوافق والتكيف مع ذاته والمجتمع والرضا عن إعاقته.

سادساً: توافر الصلابة النفسية

وتعرفها (حمزة، 2002) بأنها مجموعة متكاملة من الخصال الشخصية ذات الطبيعة النفسية الاجتماعية، وهي خصال تضم الالتزام والتحدي والتحكم، والتي يراها الفرد على أنها خصال مهمة له تمكنه من مجابهة المواقف الصعبة والتصدي لها، وكذلك المواقف المثيرة للمشقة النفسية، والتي تمكنه من التعايش معها بنجاح.

ويرى الباحث بأن للصلابة النفسية دوراً مهماً في حياة الشخص المعاق، والتي تزرع في داخله روح التحدي والصمود، وتقوية عزيمته، كما أنها تعمل على إمداد الفرد بامتلاكه المقدرة على تحمل الواقع المؤلم الذي يعيشه.

سابعاً: التدين

ترى (مجدي،2009: 85) أن العامل الديني يعتبر من العوامل المؤثرة في مدى ما يشعر به الإنسان من رضا عن الحياة، كما أن الدين يمكن أن يتخذ كقيمة تنمى لدى الفرد المعنى الايجابي للحياة، وتجعله أكثر قدرة على التكيف مع الضغوط، وأكثر قدرة على مواجهة الصعاب.

ويضيف (حسن مصطفي،2005) بأن الإرشاد الديني يستخدم لخفض الإحساس بضغوط الحياة، ويجعل الفرد أكثر قدرة على ضبط انفعالاته إلى الحد الذي يساعده على النجاح في الحياة.

ويرى الباحث بأن العامل الديني مهم ومؤثر في حياة الفرد، فمن خلال توافر الوازع الديني لدى الفرد المعاق والتسليم بقضاء الله وقدره ، وأن يسلم بهذا الأمر الواقع، فإن هذا يبعث لدى الفرد معنىً إيجابياً للحياة، ويجعله أكثر قدرة على التكيف والتوافق ومواجهة الصعاب.

ثامناً: السعادة

فالسعادة هي قدرة الفرد على الشعور بالرضا عن حياته والرضا عن نفسه وعن الآخرين، والاستمتاع بالحياة والتعبير عن مشاعره الايجابية.(عجاجة،2007: 19)

وتضيف (مجدي،2009: 86-87) أن الشعور بالسعادة هو حالة من المرح والهناء والإشباع، تنشأ أساساً من خلال إشباع الدوافع، ولكنها تسمو إلى مستوى الرضا النفسي، وهي بذلك وجدان يصاحب تحقيق الذات، وترى أيضاً أن الشعور بالسعادة يؤثر في صحة الفرد النفسية والجسمية، كما تتأثر السعادة بأمور عدة أهمها، تكامل شخصية الفرد، تقبل الذات، الرضا عن الحياة بما فيها من ضغوط وصعاب، وكذلك قد تتحقق السعادة من خلال حب الآخرين والتفاعل معهم بايجابية، كذلك الحرص على إقامة علاقات جديدة، وبالتالي فالشعور بالسعادة يعتبر جزءاً لا يتجزأ من شعور الفرد بجودة حياته سواء النفسية أم الاجتماعية.

ويرى الباحث بأن السعادة لها أثراً كبيراً على صحة الفرد النفسية والجسمية والاجتماعية، ويستطيع الفرد أن يحقق سعادته من خلال تقبل ذاته، ومن خلال حب الآخرين وإقامة علاقات اجتماعية قائمة على الصدق والمحبة، وكذلك من خلال التفكير في الأشياء التي تبعث الراحة والسرور في النفس، ومن خلال العمل والأنشطة الاجتماعية والإحساس بمعنى الحياة، وهناك الكثير من الأمور التي يستطيع الفرد تحقيقها والتي يشعر من خلالها بالسعادة، وهي جزء لا يتجزأ من إدراك الفرد وإحساسه بجودة الحياة.

تاسعاً: التوجه نحو المستقبل

تشير(شقير،2005: 4-5) إلى أن قلق المستقبل يمثل أحد أنواع القلق والذي يشكل خطورة في حياة الفرد، والذي يمثل خوف من مجهول ينجم عن خبرات ماضية وحاضرة أيضاً يعيشها الفرد، والذي يجعله يشعر بعدم الأمن وتوقع الخطر، ومن ثم شعوره بعدم الاستقرار، وقد تسبب له هذه الحالة شيئاً من التشاؤم واليأس الذي قد يؤدي به في نهاية الأمر إلى اضطراب حقيقي وخطير، كالاكتئاب والاضطرابات النفسية العصبية الخطيرة. وتشير أيضاً إلى أن قلق المستقبل قد ينشأ عن أفكار خاطئة

وغير عقلانية لدى الفرد تجعله يؤول الواقع من حوله، وكذلك المواقف والأحداث والتفاعلات بشكل خاطئ؛ مما يدفعه إلى حالة من الخوف والقلق الذي يفقده السيطرة على مشاعره وعلى أفكاره العقلانية، ومن ثم عدم الأمن والاستقرار النفسي، وقد يتسبب هذا القلق في حالة من عدم الثقة بالنفس، وعدم القدرة على مواجهة المستقبل، وكذلك الخوف والذعر الشديد من المتغيرات الاجتماعية والسياسية المتوقع حدوثها في المستقبل، مصحوباً بالتوقعات السلبية لما يحمله هذا المستقبل، ومن ثم الثورة النفسية التي تأخذ أشكالاً مختلفة كالخوف من المجهول (المستقبل).

ويشير (حبيب، 2006: 81) إلى وجود خطوات هامة يستطيع الفرد استخدامها من أجل الوصول إلى جودة الحياة وتتمثل في التالي:

- بناء الوعي بضرورة الحاجة إلى التحسين والتطوير.
- تحديد أهداف التحسين المستمر للأداء، وبناء تنظيم لتحقيق تلك الأهداف.
- تنفيذ جوانب الجودة الحياتية.

ويلخص (حبيب، 2006) القول بأنه ينبغي أن يتبني الفرد منظور التحسين المستمر لجوانب شخصيته، وأبعادها النفسية والعقلية والاجتماعية والثقافية والرياضية والدينية والجسمية كأسلوب حياة، مع تلبية احتياجاته ورغباته بالقدر المتوازن، واستمراريته في توليد الأفكار والاهتمام بالإبداع والابتكار والتعلم التعاوني، بما ينمي مهاراته النفسية والاجتماعية.

ويضيف كل من(أبو سريع وآخرون،2006: 209) أن الكثير من الباحثين يتفقون على أهمية التركيز على البرامج الوقائية التأهيلية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والعاديين على حد سواء على تحسين جودة الحياة، وقد اتجهت البرامج في الوقت الراهن نحو تحقيق شعار " أضف الحياة إلى سنوات العمر " Adding Life to Years " وليس " أضف سنوات العمر إلى الحياة " Adding Years to Life " ويكون التركيز هنا على تحسين جودة الحياة كما يدركها المسترشد بنفسه، ويضيفوا أيضاً أن جودة الحياة يجب أن تقاس من خلال الوقوف على تحديد الفرد لمدى أهمية جوانب معينة في حياته، ثم تقديره لمدى رضائه عن كل منها، ومن خلال ذلك يجب أن تنطلق البرامج التأهيلية من خلفية الفرد الذاتية، وليس من خلال أطر عامة تفرض على الأشخاص فرضاً.

ويرى الباحث أن الفرد يمكن أن يكون كثيراً ما يفكر في المستقبل أو بمعنى آخر واقع مجهول، وبالتالي يكون الفرد في هذه المرحلة في حالة قلق دائم وخوف شديد، ولذلك يجب أن تتولد لدى الفرد الثقة بالنفس، وأن يفكر فقط في الحاضر، وأن يطور من نفسه ويهيئها لما هو قد يكون متوقع، من أجل المقدرة على مواجهتها، ويجب على الفرد أن ينظر إلى المستقبل نظرة تفاؤل، وأن يدرك بأن هذه الحياة جميلة باستطاعته أن يعيشها ويحقق فيها الكثير، وصولاً إلى تحقيق جودة حياته.

المبحث الثالث

المعاقون

- **مقدمـة.**
- **تعريف المعاقين.**
- **الإعاقة.**
- **تعريف الإعاقة وتصنيفاتها.**
- **الإعاقة الحركية.**
- **تعريف الإعاقة الحركية.**
- **تعريف المعاق حركياً.**
- **تصنيف الإعاقة الحركية.**
- **الخصائص العامة للمعاقين.**
- **المشاكل والصعوبات التي تواجه المعاقين حركياً.**

مقدمة:

تعتبر الإعاقة في عموميتها من الظواهر المعايشة للإنسان منذ بدء الخليقة، وإن تزايدت نسبتها في الوقت الحاضر، حيث تشير الوثائق التاريخية، أنها كانت تمثل نسبة لا تتجاوز 2% من سكان العالم قبل عصر الصناعة والتكنولوجيا عام (1609) ، أما الآن فتشير تقارير منظمة الصحة العالمية التي تؤكد على ارتفاع النسبة لتصل إلى 15% ، أي أن هناك ما يزيد عن 520 مليون شخص يعانون من إعاقات مختلفة سواء كانت جسمية أم عقلية، أم حسية، كما ترتفع النسبة في إقليم الشرق الأوسط لتصل إلى 12%، في حين كانت نسبة الإعاقة في فلسطين تصل إلى 3.4%. (أبو موسى،2008: 94)

ويشير (بركات، 2008) إلى إحصائية الشؤون الاجتماعية لعام 2005 والتي تشير إلى أن عدد المعاقين في فلسطين هو (120) ألف معاق ومعاقة، وقد أوضح بأن هذه الإحصائية غير دقيقة، لأن الإعاقات أكثر من ذلك نظراً للإعاقات التي يسببها الاحتلال.

وتعتبر نسبة الإعاقة في فلسطين من أعلى النسب في العالم، ويعود سبب ذلك إلى الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والسياسية الاستثنائية التي عاشها الشعب الفلسطيني وما زال يعيشها، ويعود السبب أيضاً إلى تدني مستوى الخدمات الصحية والاجتماعية وبرامج التوعية والوقاية المقدمة له، هذا بالإضافة إلى الارتفاع الكبير في أعداد المعاقين الفلسطينيين من جرحى الانتفاضة الأولى والحالية، ويشير الهلال الأحمر الفلسطيني أن نحو (4000) من جرحى الانتفاضة الفلسطينية أصبحوا في السنتين الأخيرتين أشخاصاً معاقين، يتوجب إعادة تأهيلهم ودمجهم في المجتمع، وفي كافة مناحي الحياة الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية وغيرها.(جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، 2003)

ويشير(حسنين، 2003: 4) إلى أن الاحتلال الإسرائيلي تعمد في إيقاع أكبر عدد من الخسائر بين صفوف أبناء الشعب الفلسطيني، مما أدى ذلك إلى ارتفاع نسبة المعاقين حركياً.

ويشير (التوثيق الإحصائي لجرائم الحرب الإسرائيلية خلال العدوان الأخير على غزة، دراسة توثيقية، 2010: 14) أن عدد جرحى العدوان الإسرائيلي على قطاع غزة قد بلغ (5273) منهم (3996) من الذكور وهم يمثلون ما نسبته (75.78%) من إجمالي عدد الجرحى، فيما بلغ عدد الجرحى من الإناث (1277)، وهم يمثلون ما نسبته (24.22%).

ويرى الباحث أن من أسباب الإعاقة المكتسبة في قطاع غزة والذي يعتبر كأحد الأسباب الرئيسية في تزايد الإعاقة هو الاحتلال الإسرائيلي، من خلال الغارات الإسرائيلية والعدوان الإسرائيلي المتواصل على قطاع غزة، والذي أوقع العديد من الجرحى وأصبح المئات منهم معاقين.

ويشير المركز الفلسطيني للإحصاء (2008) في آخر إحصائية له والتي قام بإجرائها في عام 2007، ومن خلال النتائج الأولية تبين أن عدد السكان الذين تم عدهم فعلاً في الأراضي الفلسطينية بلغ (3.662.205) وهذا يشكل ما نسبته 97.3% من مجموع السكان وقد بلغ عدد الأفراد الذين تم

عدهم فعلاً في الضفة الغربية (2.274.929) مقابل (1.387.276) في قطاع غزة، ويضيف المركز الفلسطيني للإحصاء حول الإعاقات والصعوبات، بأنه لا يوجد وجه مقارنة ما بين التعدادين (1997) و(2007) ويعود ذلك لاختلاف المفاهيم والمنهجيات، إلا أنه يشير إلى أن نسبة السكان الذين لديهم إعاقة واحدة على الأقل هي (5.3%) في تعداد 2007، بينما كانت نسبة المعاقين في تعداد 1997 هي (1.9%) وقد توزع الأفراد الذين لديهم صعوبة حسب نوع الإعاقة، فقد بلغت (60.041) فرداً يشكلون ما نسبته (2.9%) يعانون من صعوبة النظر، و(28.658) فرداً يشكلون ما نسبته (1.4%)يعانون من صعوبة السمع، و(42.181) فرداً يشكلون ما نسبته (2.1%) يعانون من صعوبة الحركة، و(4.781) فرداً يشكلون ما نسبته (0.7%) يعانون من صعوبة الفهم والإدراك، و(14.959) فرداً يشكلون ما نسبته (0.7%) يعانون من صعوبة التواصل، وبناءً على التقديرات التي أعدها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني والتي بنيت على نتائج التعداد العام للسكان 2007، فقد بلغ عدد السكان في الأراضي الفلسطينية منتصف العام 2010 قدر بحوالي (4.05) مليون نسمة موزعين إلى (2.51) مليون نسمة في الضفة الغربية و(1.54) مليون نسمة في قطاع غزة.

وتشير الجمعية الوطنية لتأهيل المعوقين، وجمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية وفقاً للتقرير الإحصائي الصادر حول الإعاقة في محافظات غزة حتى شهر أكتوبر(2010) إلى أن عدد المعاقين يبلغ حوالي(40.379) معاقاً، منهم (18.292) من الإناث و (22.087) من الذكور، وقد بلغ عدد المعاقين حركياً (12.997) منهم (7517) من الذكور و(5480) من الإناث ويشكلون ما نسبته 32.19% من إجمالي عدد المعاقين، ويشكلون ما نسبته(0.9%) من تعداد السكان، وفق التعداد الذي أجراه الجهاز المركزي للإحصاء في العام (2007)، ويشير التقرير أيضاً إلى أن الأرقام الواردة في التقرير تشمل فقط الأشخاص ذوي الإعاقة المسجلين في الجمعية الوطنية وجمعية الإغاثة الطبية.(الجمعية الوطنية وجمعية الإغاثة الطبية، 2010: 1- 26)

ويشير(عابد،2009) إلى أن عدد المعاقين أكبر من ذلك بكثير، نظراً لوجود أزمة في المعلومات ما بين المؤسسات، وعدم التنسيق فيما بينها، من أجل الوصول إلى أرقام دقيقة حول عدد المعاقين.

تعريف المعاقين:

مهما تباينت التعريفات الخاصة بالمعاقين ، فالمعنى اللغوي لكلمة معاق كما أشار إليه الرازي في مختار الصحاح، بأن أصلها عوق، وعاقه عن كذا، أي حبسه عنه وحرمه، وكلمة معاق أصلها رباعي، أعاق وإعاقة، وهى اسم مفعول مشتق من المصدر، واسم المفعول فيما زاد عن الثلاثي يصاغ على وزن فاعله، ولأن وزنها رباعي يفتح ما قبل الأخير وتغير الألف بالميم، فتصبح معاق، أعاق، معاق.

وكلمة معاق باللغة الانجليزية Deformity Handicapped ، وتعنيان تكبيل البدن ونقص التكوين.(أبو النجا، بدران،2003: 14)

فالمعاقين كما يعرفهم (أبو مصطفي،1997) ، بأنهم الأشخاص الذين يعانون من نقص جزئي أو عجز عام في بعض قدراته البدنية ، أو الحركية، أو العصبية، أو الحسية، أو العقلية، أو النفسية، تحول بينهم وبين مزاولة نشاط حياتهم الخاصة والعامة، مما يستوجب تقديم العون الخارجي لهم، ورعايتهم صحياً، ونفسياً، وتربوياً، وثقافياً؛ ليستعيدوا قدراتهم إلى مستوى العادية، أو على الأقل أقرب مما يكون إلى هذا المستوى. (أبو مصطفي،1997: 23)

والمعاق هو كل فرد أعيقت بعض أعضائه أو وظائفها عن الطبيعة السوية المألوفة في غالبية البشر كأن يعانى الفرد نقصاً في الجسم، أو النفس، أو العقل، أو في علاقاته الاجتماعية، أو الخلقية. (عبد الرحيم،1997: 13)

ويعرفه مؤتمر السلام العالمي للتأهيل، بأنه كل إنسان يختلف عمن يطلق عليه لفظ سوي أو عادي، سواء كان جسمياً، أو عقلياً، أو نفسياً، أو اجتماعياً إلى الحد الذي يستوجب عمليات تأهيلية خاصة، حتى يحقق أقصى تكيف تسمح به قدراته وإمكاناته المتبقية.(أبو النجا، بدران، 2003: 15)

ويعرفه (شكور،1995: 13)، بأنه الشخص المصاب في جسمه، أو الذي يبدي قصوراً عقلياً، بحيث تكون الإمكانات لاكتساب أو حفظ عمل ما ناقصة وضعيفة، أي أن الشخص المعاق هو الشخص الذي يبدى عجزاً أو قصوراً في قدراته البدنية، أو العضوية، أو العقلية.

وتعرفه منظمة العمل الدولي، بأنه كل فرد نقصت إمكانياته للحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه نقصاً فعلياً، نتيجة لعاهة جسمية، أو عقلية.(العواملة، 2003: 26)

ويعرفه الشيبانى (1989: 14)، بأنه كل شخص ليست لديه قدرة كاملة على ممارسة نشاط أو عدة أنشطة أساسية للحياة العادية، نتيجة إصابة وظائفه الحسية، أو العقلية، أو الحركية إصابة ولد بها أو لحقت به بعد الولادة.

تعريف الإعاقة وتصنيفاتها:

لقد عرفها كل من (الخطيب والحديدي،1994: 118)، بأنها عدم القدرة للاستجابة أو التكيف معها، نتيجة مشكلات سلوكية، أو عقلية، أو جسمية.

يختلف المعاقون عن بعضهم البعض من حيث الإعاقة وتصنيفها، فمنهم المعاق حسياً، أو حركياً، أو عقلياً، أو معاقين نتيجة أمراض مزمنة، كما أن هناك إعاقات اجتماعية وانفعالية، وسوف يقوم الباحث بالتحدث بشكل موجز عن تصنيفات الإعاقة.

الإعاقة الحركية:

تعتبر الإعاقة الحركية من أهم المشكلات الصحية المصاحبة لذوي الاحتياجات الخاصة، وتضم طائفة كبيرة من الأمراض الناجمة عن تلف عضوي في المخ أو المخيخ أو الجهاز العصبي المركزي، إما بسبب وراثي، أو مكتسب؛ مما يؤدي إلى خلل في وظيفة أو أكثر من وظائف الجسم، العقلية، أو العصبية، أو كليهما، والتي تلعب دوراً هاماً في عملية الحركة، والمشي، والتوازن.(أبو النجا، بدران، 2003: 38)

تعريف الإعاقة الحركية:

يشير كلاً من (الشقيرات، وأبو عين، 2001: 60) إلى أن هناك صعوبة في تعريف هذا النوع من الإعاقة وتصنيفه، فقد استعملت عدة تسميات وتصنيفات لوصف هذا النوع من الإعاقة منها: الضعف الصحي HEALTH IM ، والإعاقة الجسدية PHYSICAL HANDICAP ، والعجز الجسدي PHYSICAL DISABLED .

ويعرفها (الروسان، 2001 : 269)، بأنها إصابة الفرد بخلل ما في القدرة الحركية أو النشاط الحركي، بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر النمو العقلي، والاجتماعي، والإنفعالي.

ويعرف (العواملة،2003 : 26)، الإعاقة الحركية بأنها حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية، أو نشاطهم الحركي، بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي، والاجتماعي، والانفعالي مما يستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة.

ومن ثم فان **المعاق حركياً** هو من لحقت به الإعاقة بأحد الأطراف أو أكثر، ويكون إما بنقص كامل للطرف أو لجزء منه، أو الشلل لطرف أو أكثر، سواء لحقت هذه الإعاقة بالمعاق منذ الولادة أو نتيجة إصابته أثناء العمل، أو تعرضه لأحد الحوادث، وبالتالي فهي تؤدي إلى عدم تمكن المعاق المصاب بإعاقة جسدية من ممارسة السلوك العادي في المجتمع (أبو موسى،2008: 97)

ويعرفه (العواملة، 2003، 27) بأنه الشخص الذي لديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي، نتيجة مرض أو إصابة أدت إلى ضمور في العضلات، أو فقدان القدرة الحركية أو الحسية، أو كلتيهما معا في الأطراف السفلى والعليا أحياناً، أو إلى اختلال في التوازن الحركي، أو بتر في الأطراف، ويحتاج هذا الشخص إلى برامج طبية، ونفسية، واجتماعية، وتربوية، ومهنية لمساعدته في تحقيق أهدافه الحياتية والعيش بأكبر قدر من الاستقلالية.

ويرى الباحث بأن الإعاقة الحركية لها أثر سلبي تجاه الفرد فهي تحد من قدرته على القيام بأدنى متطلبات حياته، وتعيقه على ممارسة حياته الاجتماعية كباقي الأفراد الآخرين، مما يستدعي

ذلك إلى تضافر الجهود والقوى والعمل على توفير الدعم والإمكانات من أجل إعادة تأهيله في المجتمع.

ويعرف كلاً من (هالهان وكوفمان، 1991) Hallahan &Kuffman المعاقين حركياً بأنهم أولئك الأشخاص الذين تتعارض محدداتهم البدنية غير الحسية، أو مشكلاتهم الصحية مع عملهم، أو تعلمهم، والذي يستوجب أن يقدم لهم الخدمات والتدريب والأجهزة والموارد والتسهيلات الخاصة.

ويعرِّف الباحث المعاقين حركياً تعريفًا إجرائياً بأنهم أشخاص لا يستطيعون أن يحيوا حياة طبيعية كالآخرين، نتيجة قصور أو عجز في وظائف الجسم بدنياً كان أم حسياً، يؤثر على مظاهر النمو العقلي والاجتماعي والانفعالي سواء كان هذا العجز ولادياً أم مكتسباً.

تصنيف الإعاقة الحركية:

يصنفها (هالهان وكوفمان 1991 ، وكيرك وجالاجهر 1983) إلى الفئات التالية:

أولا: التلف أو الضعف العصبي NEUROLOGICAL IMPAIRMENTS ومن أهم الأعراض التي تحدث بسبب التلف العصبي ما يلي:

- الشلل الدماغي CREBRAL PALSY .
- شلل الأطفال POLIOMYELITIS.

ثانيا: الأمراض العضلية – الهيكلية MUSCULE SKELETAL CONDITION ومن أشهر هذه الأمراض نوعان شائعان هما :

- ضمور العضلات MUSCULAR DYSTROPHY .
- التهاب المفاصل ARTHRITIS .

ثالثا: تشوهات خلقية منذ الولادة CONGENITAL MALFORMATION وتتضمن هذه التشوهات أربعة أشكال رئيسية هي:

- تشوهات ولادية في القلب والشرايين.
- خلع الورك الولادي.
- تشوهات ولادية في الوجه والرأس.
- تشوهات الأطراف الولادية.

رابعا: الحوادث والأمراض والحالات الأخرى

ACCIDENTS,DISEASES,AND OTHER CONDITIONS ومنها:

- الحوادث ACCIDENTS .
- التليف الكيسي المراري CYSTIC FIBROSIS.
- الحمى الروماتزمية RHEUMATIC FEVER .

- السرطان CANCER

ويصنف(نتيل، 2004: 28)، الإعاقة الحركية حسب موقع أو طبيعة الإصابة إلى عدة أقسام منها، إصابات الحبل الشوكى، وإصابات الدماغ، وإصابات البتر، وشلل الأطفال.

ويتضح للباحث أن الإعاقة يمكن تصنيفها من حيث إصابات تكون ناتجة عن إصابة في الجهاز العصبي المركزي، وإصابات الهيكل العظمي، وإصابات العضلات، وإصابات بدنية ناجمة عن بعض الاضطرابات الصحية والحوادث.

الخصائص العامة للمعاقين:

للمعاقين عدة خصائص تتمثل في الآتي:

1- من شأن الإعاقة أن تحد من قدرة الفرد على القيام بوظيفة أو أكثر من وظائف الحياة اليومية بطريقة طبيعية.

2- للمعاق حاجاته الخاصة، التي تنشأ عن إعاقته، والتي تستلزم إتباعها بإجراءات خاصة، وقد تختلف عن الإجراءات المتبعة عند تلبية حاجات الأفراد الأسوياء.

3- أن الإعاقة التي تصيب الفرد تعتبر من الأمور الجزئية، حيث إن الفرد المصاب قد يكون معاقاً بالنسبة إلى عمل من الأعمال ، ولا يكون كذلك بالنسبة لعمل آخر.

4- أن المعاقين ومهما تنوعت صور إعاقاتهم، يكون لديهم القابلية والقدرة والحافز على التعلم، وكذلك الاندماج في الحياة العادية في المجتمع.

5- أن الشخص المعاق لا يختلف عن غيره من المعاقين في جميع النواحي، ولكن الاختلاف يكون من الناحية التي يقع العجز أو الإعاقة فيها، فهو مثل أي شخص أخر بحاجة إلى الأمن والطمأنينة والحب والعطف والتقدير والثقة بالنفس والنجاح.

6- للمعاقين سمات نفسية تتمثل في الآتي:

- الشعور بالنقص ورفض الذات، ومن ثم كراهيتها والذي يتولد عنه الشعور بالدونية، مما يؤدي إلى عدم توافقه في المجتمع.
- الشعور بالعجز والاستسلام للإعاقة وقبولها، مما يولِّد إحساساً لدى الفرد بالضعف والاستسلام، مع رغبة انسحابية شبه دائمة، وسلوك سلبي اعتمادي.
- عدم الشعور بالأمن ، وإحساس عام بالقلق والخوف من المجهول، وقد يكون له أعراض ظاهرة كالاضطرابات السيكوماتية.
- عدم الاتزان الانفعالي، وهو عدم تناسق الانفعال مع الموقف صعوداً أو هبوطاً، مما يؤدي إلى تولد مخاوف وهمية مبالغ فيها، ومن ثم يؤدي إلى أحد نماذج العصاب أو الذهان.
- سيادة مظاهر السلوك الدفاعي، ومن أبرزها الأفكار، والتعويض، والإسقاط، والتبرير، وتكون بمثابة حماية لذاته المهددة من قبل الآخرين، سواء بشكل مباشر، كالسخرية، أو

بشكل غير مباشر، والذي يتمثل بعدم منحه الاهتمام الكافي (الشيبانى، 1989: 18-19)

ويرى الباحث بأن للمعاقين خصائص قد تميزهم عن غيرهم من الأسوياء، وقد تختلف هذه الخصائص أيضاً من معاق إلى معاق من حيث طبيعة الإعاقة وحدتها، والظروف المحيطة بالمعاق والتي تتمثل بالمقربين، والأصدقاء، والوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه المعاق، والتي يكون لها انعكاس كبير يؤثر على مجريات حياته على المستوى النفسي والسلوكي والاجتماعي.

المشاكل والصعوبات التي تواجه المعاقين حركياً:

يوجد الكثير من المشاكل والصعوبات التي تواجه المعاقين بمختلف إعاقاتهم بشكل عام، من خلال تواجدهم في المجتمع الذي يعيشون فيه، وكل معاق يمتاز عن غيره من المعاقين من حيث الصعوبات والمشاكل التي تواجهه ويتعرض لها، وفقا للإمكانات والدعم والمعاملة، وغيرها، بمعنى (الإعاقة ونوعيتها وشدتها).

ويذكر (النجار، 1997: 22-23)، بأن للمعاقين حركياً مشاكل وصعوبات خاصة تواجههم، وتتمثل في الآتي:

- الإحساس بالنقص، والذي يؤدي بدوره إلى الضعف العام، وحدة الحركة والتنقل بشكل عام، والاختلال بالشخصية العامة، وكذلك النقص في الاتزان الانفعالي والعواطف.
- عدم المبالاة والتي من خلالها يمكن أن تضفي على المعاقين بعض العادات القاتلة، ويتمثل ذلك في الاستهتار وعدم المبالاة والاكتراث، وعدم إعطاء الأمور قيمتها الحقيقية، بل تكون بصورة سطحية.
- الاتجاهات السلوكية غير السوية، معتقداً أنه يمكن اعتبار إعاقته هي السند الذي يجب أن يرتكز عليها، ومن ثم القيام بتصرفات منافية، وقد يرجع هذا التصرف إلى شعوره بالنقص.
- صعوبة الانتقال، وخاصة لدى الأفراد المعاقين بإعاقات في الأطراف السفلى، مما تؤدي إلى الحد من الحركة، وفي جانب أخر، أنه في بعض الأحيان يمكن أن تنعدم عندهم الحركة، ومن ثم يصبحوا ا كالمقعدين، مما يضطرون إلى طلب المساعدة من قبل الآخرين.

ويشير (حسنين،2003: 33) إلى أن المعاقين يواجهون صعوبات فيما يتعلق بالإحباط والغضب، فالمواقف المحبطة الناتجة عن الإعاقة ذاتها من اتجاهات الآخرين وردود أفعالهم، كثيراً ما تقود إلى الشعور بالعجز أو الغضب وعدم الشعور بالأمن، وقد يلجأ المعاق كغيره إلى أساليب نفسية متنوعة للتغلب على هذه المشاعر.

الفصل الثالث

دراسات السابقة

مقدمة:

أولاً: دراسات تناولت الدعم الاجتماعي والمعاقين

ثانياً: دراسات تناولت جودة الحياة والمعاقين

ثالثاً: فروض الدراسة

مقدمة:

يقوم الباحث وبعد أن اطلع على أدبيات البحث العلمي المتعلقة بأبجديات البحث ومتغيراته المتمثلة في الدعم الاجتماعي، وجودة الحياة، والتي وضع من خلالها تصوراته، وجهده المتواضع في البحث عن الدراسات المتعلقة حول هذا الموضوع، حيث يشتمل هذا الفصل من الدراسة على البحوث والدراسات السابقة ونتائجها، ومن ثم التعقيب على كل محور على حدة، من حيث الهدف والعينة والأدوات المستخدمة والنتائج.

حيث إنه وبعد اطلاع الباحث على العديد من البحوث والدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة، فقد وجد الباحث أنه لم تتوفر دراسة تناولت متغيري الدراسة الحالي والتي تبحث الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين، وذلك في حدود علم الباحث، إلا دراسة واحدة عربية، وفي هذا المحور يقسم الباحث دراسته إلى محورين، وهما على النحو التالي:

أولاً: الدراسات التي تناولت الدعم الاجتماعي والمعاقين.

ثانيًا: الدراسات التي تناولت جودة الحياة والمعاقين.

أولاً: دراسات تناولت الدعم الاجتماعي والمعاقين:

أ. الدراسات العربية:

- دراسة مجدي (2009):

بعنوان: المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكر، وهدفت الدراسة التعرف إلى العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى مريض السكر المراهق، وتكونت عينة الدراسة من (101) من المراهقين من مرضى السكر (40) ذكوراً و (61) إناثاً، تتراوح أعمارهم بين 13 – 21، وشملت الدراسة عينة إكلينيكية أخرى تمثلت في أربع حالات طرفية (2) ذكور و (2) إناث، واعتمدت الباحثة في دراستها على المنهج السيكومتري والإكلينيكي في تناولها لمتغيرات الدراسة، واستخدمت الباحثة عدة أدوات للدراسة، وهي: مقياس المساندة الاجتماعية لمريض السكر المراهق، ومقياس جودة الحياة لمريض السكر المراهق، كما استخدمت الأدوات الإكلينيكية التالية: استمارة دراسة الحالة، واختبار TAT.

هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي:

- وجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائياً بين جميع أنواع المساندة الاجتماعية المقدمة والدرجة الكلية لجودة الحياة.
- وجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائياً بين جميع أنواع المساندة الاجتماعية وبين جميع أبعاد جودة الحياة.

- توجد علاقة غير دالة إحصائياً بالنسبة لمساندة الطبيب المعالج كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية وبين الدرجة الكلية لجودة الحياة.
- لا يوجد تأثير دال إحصائياً لعامل الجنس في إدراك المساندة الاجتماعية بشكل عام، بينما وجدت فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في إدراك المساندة من قبل الأصدقاء وكانت الفروق لصالح الإناث.
- لا يوجد تأثير دال لعامل الجنس في الشعور بجودة الحياة بشكل عام، بينما وجدت فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في الشعور بجودة الحياة النفسية، وكانت الفروق لصالح الإناث.
- يمكن لبعض أنواع المساندة التي تقدم من بعض مصادر المساندة دون غيرها على التنبؤ بالدرجة الكلية لجودة الحياة وأبعادها، وكانت على الترتيب: المساندة بالمعلومات من قبل الأسرة، يليها المساندة النفسية من قبل الأصدقاء، ويليها المساندة المدادية من قبل الأسرة.
- كشفت الدراسة الإكلينيكية عن وجود بعض العوامل المؤثرة في شعور المراهق (مريض السكر) بجودة الحياة.

- دراسة دياب (2006):

بعنوان: دور المساند الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين. وهدفت الدراسة التعرف إلى دور المساندة الاجتماعية كأحد العوامل الواقية من الأثر النفسي الناتج عن تعرض الفرد للأحداث الضاغطة، وتحديد التأثير السلبي للأحداث الضاغطة على الصحة النفسية للمراهقين، وتكونت عينة الدراسة من (550) طالبًا وطالبة من طلبة المرحلة الثانوية والتي تراوحت أعمارهم بين (15–19) سنة بمتوسط عمري (16‘3) سنة بانحراف معياري (51‘1%)

واستخدم الباحث في دراسته الأدوات التالية: استبانه الصحة النفسية، واستبانه المساندة الاجتماعية، واستبانه الأحداث الضاغطة.

هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي:

- يتعرض المراهقين الفلسطينيين لأنماط متعددة من الأحداث الضاغطة .
- توجد علاقة عكسية دالة إحصائياً بين درجات الأحداث الضاغطة التي تعرض لها المراهقون والمساندة الاجتماعية.
- توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين متوسط درجات منخفضي الأحداث الضاغطة ومتوسط درجات مرتفعي الأحداث الضاغطة بالنسبة لحجم المساندة الاجتماعية لدى المراهقين ، والفروق لصالح منخفضي الأحداث الضاغطة.

- توجد علاقة طردية دالة إحصائياً بين درجات الصحة النفسية للمراهقين ودرجات المساندة الاجتماعية.
- توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين متوسط درجات منخفضي حجم المساندة الاجتماعية ومتوسط درجات مرتفعي حجم المساندة الاجتماعية بالنسبة للصحة النفسية لدى المراهقين ، والفروق لصالح مرتفعي حجم المساندة الاجتماعية.
- توجد علاقة عكسية قوية دالة إحصائياً بين درجات الصحة النفسية للمراهقين ودرجات الأحداث الضاغطة.
- توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين متوسط درجات منخفضي الأحداث الضاغطة ومتوسط درجات مرتفعي الأحداث الضاغطة بالنسبة للصحة النفسية لدى المراهقين والفروق لصالح منخفضي الأحداث الضاغطة.
- المساندة الاجتماعية عامل وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية.

- دراسة المدهون (2004):

بعنوان: المساندة الاجتماعية كما يدركها المعوقين حركياً بمحافظة غزة وعلاقتها بصحتهم النفسية. وهدفت الدراسة إلى كشف العلاقة بين المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المعوقين حركياً وصحتهم النفسية، وذلك للتأكد من دور المساندة الاجتماعية كمتغير نفسي اجتماعي في تخفيض درجة التوتر والقلق والخجل والانطواء والانسحاب والعزلة، مما ينعكس بالضرورة على تحقيق التوافق الذاتي والأسري والاجتماعي والمهني وتحسين مستوى درجة الصحة النفسية عند هؤلاء الأفراد، وتكونت عينة الدراسة من (140) معاقًا حركياً من الجنسين، منهم (76) معاقا و(64) معاقة تم اختيارهم من أربعة مراكز للمعاقين حركياً في محافظة غزة ، وتتراوح أعمارهم من (18-50)، واستخدم الباحث مقياسين رئيسيين هما: مقياس المساندة الاجتماعية، ويتكون من (32) فقرة، ويشتمل المقياس على بعدين هما : مساندة الأسرة ومساندة الزملاء، ومقياس الصحة ويشتمل المقياس على بعدين:

- البعد الأول: التوافق الشخصي ويشتمل على خمسة أبعاد ، وهى : التوافق مع الذات ، الخلو من القلق، الخلو من الاكتئاب، الخلو من الرحام، والخلو من الأمراض النفس جسمية.
- البعد الثاني: يشمل ثلاثة أبعاد، التوافق الأسري، التوافق الاجتماعي، والتوافق المهني.

هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي:

- وجود علاقة ايجابية دالة بين المساندة الاجتماعية من ناحية والدرجات التي حصل عليها نفس المجموعة في أبعاد الصحة النفسية من ناحية أخري.

- وجود فروق دالة بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين المرتفعين والمنخفضين في المساندة الاجتماعية من حيث أبعاد الصحة النفسية .
- وجود فروق بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث بين مجموعتي المرتفعين والمنخفضين في المساندة الاجتماعية للمعاقين حركياً من حيث أبعاد الصحة النفسية.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المعاقين حركياً الذين يعملون والذين لا يعملون من حيث أبعاد الصحة النفسية.
- وجود فروق بين متوسطات درجات الذين تقل أعمارهم عن ثلاثين سنة ومتوسطات درجات الذين تزيد أعمارهم عن ثلاثين سنة من المرتفعين والمنخفضين في المساندة الاجتماعية من حيث أبعاد الصحة النفسية.

- دراسة الشقيرات وأبو عين (2001):

بعنوان: علاقة الدعم الاجتماعي بمفهوم الذات لدى المعوقين جسدياً. وهدفت الدراسة إلى كشف العلاقة بين الدعم الاجتماعي المقدم للمعوقين جسدياً من الأسرة والأصدقاء وأفراد المجتمع وبين مفهوم الذات لديهم، وتكونت عينة الدراسة من (307) أشخاص من المعاقين جسدياً في الأردن ، وقد قام الباحثان باستخدام مقياسين هما: مقياس الدعم الاجتماعي، ومقياس مفهوم الذات.

هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي:

- أن الدعم الاجتماعي المقدم من مصادره الثلاثة المختلفة(الأسرة والأصدقاء وأفراد المجتمع يساعد في تكوين مفهوم ايجابي للذات لدى المعاقين جسدياً بشكل عام ولدى المصابين ببتر في أحد الأطراف والمصابين بإعاقات جسدية مختلفة.
- أن الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة يساعد في تكوين مفهوم ايجابي للذات لدى المصابين بالشلل الدماغي ولدى المصابين بإعاقات جسدية مختلفة.
- الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء يؤدي إلى تكوين مفهوم سلبي للذات لدى المصابين ببتر في احد الأطراف.
- أن الدعم الاجتماعي المقدم من أفراد المجتمع يساعد في تكوين مفهوم ايجابي للذات لدى المعاقين جسدياً بشكل عام ولدى المصابين بشلل الأطفال ولدى المصابين بإعاقات جسدية مختلفة.

- دراسة خليل (1996):

بعنوان: المساندة النفسية الاجتماعية وإرادة الحياة ومستوى الألم لدى المرضى بمرض مفض إلى الموت. وهدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين المساندة النفسية الاجتماعية للمرضى وكل من إرادة الحياة ومستوى الألم، والكشف عن دلالة الفروق بين المرضى من الجنسين في كل من إرادة الحياة ومستوى الألم، والكشف عن دلالة الفروق بين المرضى مرتفعي ومنخفضي المساندة النفسية الاجتماعية، والتعرف إلى أهم الجوانب الشخصية والاجتماعية للمرضى مرتفعي ومنخفضي إرادة الحياة، والوصول إلى بعض التطبيقات النفسية باستخدام الإرشاد العلاجي للعمل على تحسين المساندة النفسية الاجتماعية، وتكونت عينة الدراسة من (120) مريضاً ومريضة موزعين بالتساوي (60 ذكرًا و60 أنثى) بمتوسط عمري 47‘6 عاما، وقد استخدم الباحث عدة مقاييس للدراسة، وهي: مقياس المساندة النفسية الاجتماعية للمرضى، ومقياس إرادة الحياة، ومقياس مستوى الألم كما يدركه المرضى.

هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي:

- وجود علاقة موجبة بين المساندة النفسية الاجتماعية للمرضى وإرادة الحياة .
- وجود علاقة سالبة بين المساندة النفسية الاجتماعية للمرضى ومستوى الألم.
- يختلف مستوى الألم لدى المرضى مرتفعي ومنخفضي المساندة النفسية الاجتماعية وإرادة الحياة لصالح مرتفعي المساندة النفسية الاجتماعية ومرتفعي إرادة الحياة في الوضع الأفضل.
- تختلف إرادة الحياة ومستوى الألم لدى المرضى باختلاف الجنس.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الإناث والذكور في مستوى الألم.

- دراسة عبد الله (1995)

بعنوان: المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب واليأس لدى عينة من الطلاب والعاملين، وهدفت الدراسة إلى بحث العلاقة بين المساندة الاجتماعية من حيث حجمها ودرجة الرضا عنها من جانب وكل من الاكتئاب واليأس من جانب آخر لدى عينة من الطلبة والعاملين في المجتمع المصري، ودراسة التأثير والتفاعل المشترك لكل من الجنس ونوع الإقامة ونوع العمل على المساندة الاجتماعية (الحجم – الرضا) والاكتئاب واليأس، وتقنين مقياس الشعور باليأس الذي أعده الباحث في المجتمع المصري، وتكونت عينة الدراسة الكلية من (328) فرداً (169 ذكرًا، 159 أنثى) تراوحت أعمارهم ما بين19‘45 سنة– 50‘00 سنة بمتوسط عمري 22‘50 سنة ، وقد تم تقسيم عينة الدراسة النهائية إلى مجموعتين:

- عينة الطلاب وقد تكونت من (242) طالبًا وطالبة بكلية التربية جامعة الزقازيق (109 من الطلاب، 123 من الطالبات) وقد شملت التخصصات العلمية والأدبية، تراوحت أعمارهم ما بين 19‘45 – 25 سنة بمتوسط عمري 20‘99 سنة.

- عينة العاملين وقد شملت (86 فرداً منهم (60 عاملاً ، 26 عاملةً) ويعملون بجهات مختلفة بمحافظة الشرقية، تراوحت أعمارهم ما بين 23–50 سنة بمتوسط عمري 45‘30 سنة، وقد استخدم الباحث ثلاثة مقاييس للدراسة، وهي: مقياس المساندة الاجتماعية، ويشتمل على (27) فقرة تقيس بعدين هما: عدد الأشخاص المتاحين للمساندة ومدى الرضا عما يمكن لهؤلاء الأشخاص أن يقدموه من مساعدة، ومقياس التقدير الذاتي للاكتئاب وقد أعد في الأصل لفئة المسنين، ومقياس الشعور باليأس.

هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي:

- وجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائياً بين المساندة الاجتماعية ودرجة الرضا عن المساندة الاجتماعية، كما وجدت علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائياً بين كل من المساند الاجتماعية(الحجم، الرضا) والمساندة الاجتماعية الكلية.
- توجد علاقة ارتباطيه سالبة دالة إحصائياً بين المساندة الاجتماعية (الرضا، الكلية) ومستوى الاكتئاب ، وعلاقة ارتباطيه سالبة بين المساندة الاجتماعية (الحجم) ومستوى الاكتئاب.
- توجد علاقة ارتباطيه سالبة بين المساندة الاجتماعية (الحجم، والرضا، والكلية) ومستوى اليأس.
- توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائياً بين مستوى الاكتئاب ومستوى اليأس.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في حجم المساندة الاجتماعية لصالح الإناث.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلاب والعاملين في حجم المساندة الاجتماعية فقط لصالح العاملين ، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بينهما في درجة الرضا عن المساندة الاجتماعية والمساندة الاجتماعية الكلية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى الاكتئاب لصالح الإناث.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلاب والعاملين في كل من الاكتئاب واليأس لصالح الطلاب.

- دراسة زكي (1994)

بعنوان : توقع المعاق حركياً لمستقبله في ضوء إدراكه لدور الأسرة والمؤسسة التي ترعاه. وهدفت الدراسة التعرف إلى ديناميات العلاقة بين المعاق حركياً وأسرته والمؤسسة التي ترعاه والتي تقوم على إعادة تأهيله وتحديد أهم حاجاته النفسية والتربوية والاجتماعية والصحية وكذلك المشكلات التي تواجهه، وتكونت عينة الدراسة من (30) فرداً من المعاقين حركياً والتي تراوحت أعمارهم ما بين

(12–18) سنة من كلا الجنسين ، وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات كالتالي: معاقون في بداية التأهيل، ومعاقون في منتصف التأهيل، ومعاقون في نهاية التأهيل.

وقد استخدمت الباحثة عدة مقاييس للدراسة، وهي: مقياس للاغتراب، ومقياس للعلاقات الأسرية والتوافق النفسي لدى المعاقين، ومقياس إدراك المعاق لدور المؤسسة التي ترعاه، ومقياس لتوقع المعاق لمستقبله المهني.

هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي:

- وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين توقع المعاق حركياً لمستقبله وبين مستوى المهارات الاجتماعية والحياتية ،وكذلك الميل إلى العزلة والشعور بالاغتراب لديه.
- لا توجد فروق جوهرية بين مجموعة الذكور والإناث من حيث توقعهم لمستقبلهم المهني.

ب- الدراسات الأجنبية:

- دراسة كوبكوفا: Koubekova (2000)

بعنوان: مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي لدى المعاقين حركياً. وهدفت الدراسة إلى معرفة مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي لدى المعاقين حركياً، وتكونت عينة الدراسة من (115) من المعاقين والمعاقات والتي تتراوح أعمارهم ما بين (12–16) سنة وتم انتقاؤهم من المدارس العامة والخاصة التي يلتحق بها المعاقون، وقد استخدم الباحث عدة أدوات للدراسة، وهي: اختبار كاليفورنيا للشخصية، ومقياس القلق كحالة والقلق كسمة، ومقياس تقدير الذات.

هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي:

- أن الأطفال المعاقين حركياً يظهرون قدراً عالياً من السلوكيات المضادة للمجتمع وكذلك التجنب والعزلة عن باقي الأطفال العاديين.
- أن الفتيات المعاقات يواجهن صعوبات في التوافق الاجتماعي أكثر من أقرانهم من الذكور المعاقين.
- أن المعاقات يعانين قدراً أكبر من تدني مستوى تقدير الذات وأقل رضاً عن أنفسهن وكذلك شعورهن بعدم تقبل آبائهن ومعلماتهن وزميلاتهن.

- دراسة ديسون: Dyson(1997)

بعنوان: أباء وأمهات المعاقين حركياً وتأثير الضغوط الوالدية والأداء الوظيفي والمساندة الاجتماعية. وهدفت الدراسة إلى التحقق من تأثير الإعاقة على مستوى ضغط الوالدين وطبيعة العلاقات والتفاعلات الأسرية والأداء الوظيفي للنسق الأسري ودور الدعم والمساندة الاجتماعية في تخفيف الضغوط والعمل على مساندة الأسرة ومساعدتها على القيام بوظائفها بصورة طبيعية، وتكونت

عينة الدراسة من (30) زوجاً وزوجة من آباء وأمهات الأطفال المعاقين حركياً و(32) زوجا وزوجة من آباء وأمهات الأطفال العاديين، وقد اشتملت الدراسة على مقياس الضغوط النفسية والاجتماعية والتفاعلات الأسرية.

هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي:

- وجود فروق دالة في مستوى الضغوط النفسية بين آباء وأمهات الأطفال المعاقين وأقرانهم العاديين، حيث كان آباء الأطفال المعاقين حركياً أكثر معاناة من كثير من صور الضغوط النفسية والمادية.
- أن هناك العديد من الجوانب السلبية في التفاعلات الأسرية داخل أسر الأطفال المعاقين نظرا لأن وجود طفل معاق داخل الأسرة يؤدي لاضطراب وقلق.

- دراسة مارجليت وآخرون: Margalit,et,al (1992)

بعنوان: أسر المعاقين جسمياً أو حركياً وعلاقتها ببعض العوامل، وهدفت الدراسة إلى معرفة علاقة بعض العوامل كالمواجهة والإحساس والترابط بين أفراد الأسرة والمناخ الأسري بأسر المعاقين حركياً، في مواجهة الضغوط ومواجهة المشكلات، وتكونت عينة الدراسة من (78) أسرة لدى كل أسرة طفل معاق و(83) أسرة ليس لديها طفل معاق.

هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي:

- أن الوالدين في أسر المعاقين أقل إحساساً بالترابط الأسري والانسجام، كما أنهم يتحاشون مواجهة المشكلات والتغلب عليها.
- أن المناخ الأسري في هذه الأسر يشوبه عدم التركيز على العلاقات والتفاعلات الأسرية مع عدم وضوح هذه العلاقات وقلة النمو النفسي للأبناء.
- أن هذه الأسر أقل دعماً ومساندة لأفرادها في مواجهة الإعاقة.
- أن إتاحة الفرصة بين أفراد الأسرة للإحساس بالتماسك والترابط يزيد من قوة الوالدين في مواجهة الضغط النفسي وتحقيق التوافق والصحة النفسية لدى أبنائها من المعاقين حركياً.

- دراسة شيرى: Cherry 1991

بعنوان: العلاقة بين الدعم الاجتماعي وتقدير الذات بين المراهقين المعوقين جسدياً والمراهقين الأصحاء جسدياً. وهدفت الدراسة إلى المقارنة بين تقدير الذات والمساندة لدى المراهقين المعوقين والمراهقين الأصحاء، وتكونت عينة الدراسة من (98) فرداً منهم (38) معوقين جسدياً من المصابين بالشلل الدماغي والصلب المشقوق، و(60) من الأصحاء ، وتراوحت أعمارهم بين (13-19) وقد استخدمت الباحثة مقياس مفهوم الذات PIERS-HARRIS للأطفال، ومقياس ROZENBERG لتقدير الذات، ومقياس الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء والعائلة.

وأسفرت نتائج الدراسة إلى:

- أن الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء والعائلة، له الأثر الكبير في رفع مفهوم الذات والثقة بالنفس عند المعاقين جسدياً.

- دراسة شولتز، وساكلوفيسكي: (Schultz &saklofske,1983)

بعنوان: العلاقة بين المساندة الاجتماعية وبعض جوانب السعادة النفسية. وهدفت الدراسة إلى البحث في العلاقة بين أبعاد المساندة الاجتماعية وبعض المتغيرات النفسية مثل الشعور بالوحدة والضغوط وتقدير الذات ومركز الضبط والعجز الجنسي كما تهتم بصفة خاصة بدراسة التفاعل بين كمية ونوع شبكة المساندة مع المتغيرات النفسية، وطبقت الدراسة على عينة من (104) من طلبة المرحلة الجامعية في غرب كندا منهم (71) طالباً و(33) طالبة، وقسمت الحالات إلى أربع مجموعات بناء على نقطة قطع لكل من كمية العلاقات ومدي الرضا عنها والمجموعات هي:

- عدد كبير من المساندات مستوى عال من المساعدة.
- عدد كبير من المساندات ومستوى متدن من المساعدة.
- عدد اقل من المساندات ومستوى أعلى من المساعدة.
- عدد اقل من المساندات ومستوى متدن من المساعدة.

هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي:

- أن (15) من بين (36) معامل ارتباط بين المتغيرات التابعة كانت دالة عند مستوى إحتمالية (0.05) وقد أوضح تحليل التباين المتعدد للمتغيرات التابعة أن الفرق الوحيد الدال هو على بعد المساعدة (أي بين المجموعة التي تحصل على درجة عالية من المساعدة وتلك التي تحصل على درجة متدنية من المساعدة.
- أن الدور الذي يقوم به بعد المساعدة في متغير المساندة بالنسبة للشعور بالوحدة، حيث كان الأشخاص الذين قدروا المساندة الاجتماعية بأنها مساعدة ذوي مستوى منخفض في الشعور بالوحدة .

تعقيب عام على دراسات هذا المحور:

تبين **من** خلال عرض الدراسات السابقة ما يلي:

أولا : من حيث الهدف.

لقد تعددت أهداف الدراسات السابقة منها ما اتفقت ومنها ما اختلفت، وربما يعود هذا التعدد إلى وجود العديد من متغيرات الدراسة المرتبطة بها، فهناك بعض الدراسات التي كان الهدف منها معرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية والصحة النفسية، مثل دراسة، دياب(2006)، المدهون(2004)، شولتز وساكلوفسكي Schultz&Saklofske (1983)، ودراسات كان الهدف منها معرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية بمفهوم الذات، مثل دراسة، الشقيرات وأبوعين(2001)، شيري Cherry (1991).

ويشير الباحث بأن هناك دراسات قد انفردت من حيث الهدف، ولم تتفق أو تتعارض مع أي دراسات أخري من حيث الهدف، حيث هدفت إلى معرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية والعزلة، مثل دراسة، عبد الله (1995)، كما تناولت دراسة Dyson (1997) الضغوط الأسرية والوالدية. كما هدفت دراسة (مجدي،2009) إلى معرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة، كما هدفت دراسة (خليل،1996) إلى معرفة العلاقة بين المساندة النفسية الاجتماعية وإرادة الحياة، كما هدفت دراسة (كوبكوفا Koubekova2000) إلى معرفة مستوى التوافق الاجتماعي للمعاقين.

ثانيا: من حيث العينة.

لقد اختلفت العينة الدراسية من دراسة إلى أخري، وان اتفقت بعضها واختلف البعض الآخر، فمنهم من طبق دراسته على عينة من الطلاب مثل، دياب(2006)، عبد الله (1995)، شولتز وساكلوفسكي Schultz & Saklofske (1983).

ودراسات تمثلت عينة الدراسة فيها من المعاقين، سواء أطفال كانوا أم بالغين مثل دراسة المدهون(2004)، الشقيرات وأبوعين (2001)، خليل (1996)، زكي (1994)، شيري Cherry (1991)، ودراسات تناولت المرضى مثل دراسة مجدي (2009)، خليل(1996) . كما اتفقت دراسة ديسون(Dyson1997) مع دراسة (مارجليت وآخرون1992 Margalit,et,al) من حيث العينة، فقد طبقا دراستهم على أسر المعاقين حركياً والأسر العاديين، باستثناء دراسة عبد الله(1995)، التي تمثلت عينة الدراسة فيها من العاملين .

ثالثا: من حيث أدوات الدراسة.

تعددت مقاييس وأدوات الدراسة حسب متغيرات كل دراسة، وإن اتفقت غالبيتها على استخدام مقياس المساندة الاجتماعية مثل، دراسة مجدي(2009)، دياب(2006)، المدهون(2004)، الشقيرات وأبوعين(2001)، خليل (1996)، عبدالله (1995)، شيري Cherry (1991)، كما اختلفت بعض الدراسات من حيث تناولها لأدوات الدراسة مثل دراسة زكي(1994)، ديسون Dyson 1997) التي تناولت بعض المقاييس الأخرى .

رابعا: من حيث النتائج.

توصلت الدراسات السابقة إلى العديد من النتائج المختلفة، ويرجع ذلك إلى اختلاف هدف وفروض كل دراسة، فقد توصلت معظم الدراسات في نتائجها إلى ما يلي:

- أن ما يقدم من دعم ومساندة للأفراد من حيث الحجم والكمية، له اثر كبير وفعال في حياة الأفراد، مثل دراسة مجدي (2009)، دياب (2006)، المدهون (2004)، الشقيرات وأبوعين (2001)، خليل (1996)، عبدالله (1995)، شيري Cherry (1991).
- أن المساندة والدعم الاجتماعي يلعب دورا كبيرا في التخفيف من حدة الضغوط والأحداث الضاغطة لدى أفراد العينة كما في دراسة دياب(2006).
- أكدت بعض الدراسات على دور المساندة الاجتماعية وأثرها في تقدير الذات والثقة بالنفس لدى الأفراد المعاقين والعاديين مثل دراسة الشقيرات وأبوعين (2001)، شيري Cherry (1991)، التي أكدوا فيها على أن الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة والأصدقاء وأفراد المجتمع، له دور كبير في تكوين مفهوم ايجابي للذات لدى المعاقين،
- كما أكدت دراسة مجدي (2009)، في نتائج دراستها على وجود علاقة ارتباطيه موجبة ودالة إحصائياً بين جميع أنواع المساندة الاجتماعية وبين جميع أبعاد جودة الحياة.

ثانيًا: دراسات تناولت جودة الحياة والمعاقين:

أ. الدراسات العربية:

- دراسة هاشم: (2001)

بعنوان: جودة الحياة لدى المعوقين جسمياً والمسنين وطلاب الجامعة. وهدفت الدراسة إلى معرفة الاختلاف في جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف درجة الإعاقة، ومعرفة الاختلاف في جودة الحياة لدى المسنين باختلاف حالتهم الصحية، ومعرفة الاختلاف في جودة الحياة بين المعاقين والمسنين وطلاب الجامعة، وتكونت عينة الدراسة من (62) معاقًا جسمياً بدرجة بسيطة أو متوسطة وجميعهم ذوي مستوى تعليمي متوسط أو فوق المتوسط ، وهم من الذين يترددون على مراكز الرعاية ونوادي العزيمة بالإسماعيلية وبور سعيد، وتتراوح أعمارهم من 25-40 سنة، ومن (24) مسنًا و (38) مسنةً من المرضى بأمراض مزمنة والذين يترددون على المستشفيات، ويعيشون مع أسرهم، ومن غير المرضى بأمراض مزمنة ، وتتراوح أعمارهم من 60-68 سنة. ومن (28) طالبًا و (39) طالبةً من طلبة الجامعة بكلية التربية والذين تتراوح أعمارهم من 20-21 سنة، وقد استخدم الباحث أدوات الدراسة التالية: مقياس جودة الحياة، ومقياس القدرة على التكيف والتماسك الأسري.

هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي:

- عدم وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في جودة الحياة سواء لدى المسنين أو طلاب الجامعة.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي الإعاقة البسيطة وذوي الإعاقة المتوسطة في جودة الحياة.
- أن المعاقين بدرجة بسيطة لا يختلفون بصورة جوهرية عن طلاب الجامعة في جودة الحياة، وأن المعاقين من الدرجة المتوسطة كانوا أقل من الطلاب بصورة جوهرية في جودة الحياة.
- لا توجد فروق جوهرية في جودة الحياة بين المقيمين في الريف أو الحضر من جميع فئات عينة الدراسة.
- وجود ارتباط دال عند0.01 بين جودة الحياة والتكيف الأسري ، كما توجد علاقة ارتباطيه عند 0.01 بين جودة الحياة والتماسك الأسري.

ب- الدراسات الأجنبية:

- دراسة بردجيت يونج وأخرون:(2007) Bridget,Young, et al

بعنوان: دراسة نوعية لمفهوم جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين. وهدفت الدراسة إلى معرفة مدى إدراك الأطفال المعاقين لمفهوم جودة الحياة، حيث كانت الفئة المستهدفة من الدراسة عبارة عن مجموعات صغيرة من العائلات والتي اشتركت في دراسات جودة الحياة ، وقد قسمت هذه المجموعات إلى عينات مستهدفة معتمدين على (28) طفلا ، منهم (15) من الذكور و(13) من الإناث، و(35) من أولياء الأمور، وقد استخدم الباحثون أدوات للدراسة منها: مقياس يقيس مفهوم جودة الحياة لدى المعاقين KIDSCREEN، ويحتوى المقياس على عدة أبعاد منها، البعد الاجتماعي (الأصدقاء ، القرناء) ،(البيئة المدرسية)، (بيئة البيت ، ذات المعاق)، وأسلوب المقابلة في دراستهم.

هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي:

- أن 86% من العائلات قد وافقت على التواصل مع المجتمع المحلى، بينما كان هناك (3) عائلات لم يتم الوصول إليها ، بسبب الوقت المستغرق للحصول على الموافقة الأخلاقية.
- أن الأبعاد يتم تحديدها وفقا للتوازن الموجود في استبانه KIDSCREEN ، والتي تعكس بوضوح الأبعاد المختلفة لحياة الطفل المعاق.
- أن هناك عوامل مهمة وذات تأثير في مفهوم جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين لم يتم تمثيلها أو إيضاحها في استبانة KIDSCREEN ، ولكن هذه العوامل تبينت من خلال المقابلة ، حيث تبين بأن هناك عوامل مهمة تساهم في جودة الحياة للمعاقين وتشمل، (حياة المنزل ، الجيران ، أعضاء العائلة من غير أولياء الأمور، علاقات الأصدقاء، الألم، الراحة ، ومسكن المعاق ، وتوافر معايير الأمن والسلامة ، والموازنة المالية المخصصة له، والوقت المتوفر له.

- دراسة ستانفورد روبن وأخرون:(2003) Stanford Ruben, et al

بعنوان: تقييم التغيرات في المهارات الحياتية وجودة الحياة الناتجة عن خدمات التأهيل للمعاقين، وهدفت الدراسة التعرف إلى المدى الذي تسهم فيه خدمات التأهيل في رفع رفاهية المعاق، والتعرف إلى الرغبات التي من شأنها يتم تقديم برنامج التأهيل من قبل من يحتاجه، واختبار مدى ما تسهم به مهارات الحياة وجودة الحياة باعتبارهما عنصرين مؤثرين في عملية التقييم، وتكونت عينة الدراسة من الجنسين (ذكوراً وإناثاً) من المجتمع الأمريكي، والمجتمع الانجليزي، وقد اعتمدت الدراسة على استبانات تقييمية، شملت عدة محاور:

1. مهارات الاعتماد على النفس.
2. مهارات الحركة الذاتية.

3. مهارات الاتصال.
4. مهارات الإدارة الصحية.
5. مهارات البحث عن العمل.
6. مهارات التكيف المهني.
7. المهارات الاجتماعية.
8. المهارات الجسدية.

هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي:

- أنه كلما انخفضت نسبة العجز في توفير الخدمات اللازمة زادت قدرة الشخص المعاق على تأدية وظائفه الحياتية بطريقة مستقلة وزادت الدافعية والحافز لديه.
- أنه كلما أصبح الشخص المعاق أكثر استقلالية في تأدية مهامه الوظيفية، كلما ساهم ذلك في تطوير أسلوب حياته، ومن ثم يصبح شخصاً ايجابياً متفائلاً ومقبلاً على الحياة.
- لا يزال مفهوم جودة الحياة صعب في التعامل معه لأنه يعتمد على مفهوم الفرد للرفاهية.
- أهمية تقييم نواقص وضعف المهارات الحياتية التي يبحث عنها المعاق، من أجل تحديد الاحتياجات، (الخدمات الواجب توفيرها والتي من شأنها تعمل على تحسين جودة الحياة للمعاقين.

- دراسة جيون بارك وأخرون:(2002) Jiyeon,Park, et al

بعنوان: تأثير الفقر على جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين. وهدفت الدراسة إلى معرفة مدى تأثير الفقر على جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين، وقد استندت هذه الدراسة على فهمها لجودة الحياة بالتركيز على جودة المنتوجات وجودة المخرجات المقدمة للشخص المعاق، وقد اعتمدت هذه الدراسة على البحث الوصفي النوعي مع الاعتماد على الإحصائيات، والأشخاص المعاقين وظروفهم المعيشية ، والسكنية ، والعائلية في عدة ولايات مختلفة من أمريكا، كما اشتملت الدراسة أيضاً على البحث التاريخي متمثلة بالأبحاث السابقة التي تناولت دراسة مفهوم جودة الحياة للأشخاص المعاقين.

هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي:

- أن هناك علاقة ذات مغزى بين الفقر وكل من (الدخل والإعاقة والعرق) ، كما أشارت الدراسة بأن هناك علاقة سببية بين هذه العوامل.
- وقد أشارت الدراسة إلى ضرورة إتباع مفهوم فكرى جديد لجودة الحياة ، هذا المفهوم الذي يعتمد على تحسين أساليب الجودة ، وجودة المخرجات التي يفضلها هذا الشخص المعاق أو ذاك.

- وشددت الدراسة على أنه ليس هناك مفهوم معياري لجودة الحياة، والتي تقرر ماذا تعنى كلمة جودة الحياة للمعاقين.

- دراسة بروس باول:(2002): Bross Bowell, et al

بعنوان: قياس مدى تأثير خدمات التأهيل على جودة الحياة لدى المعاقين في كمبوديا. وهدفت الدراسة إلى قياس مدى جودة الحياة لدى المعاقين في كمبوديا، ومعرفة مدى تأثير الخدمات التأهيلية المقدمة لهم، حيث صنف الباحثون الخدمات التأهيلية إلى خدمات جسدية، وخدمات مجتمعية، وخدمات سوق العمل، وتكونت عينة الدراسة من (164) معاقاً، وهم من مجتمعات تصنف على أنها حضارية وريفية. واعتمدت الدراسة استبانة لجودة الحياة.

هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي:

- أن مستوى جودة الحياة على المقياس كانت متدنية لدى المعاقين في كمبوديا، حيث أنهم لم يتلقوا أي خدمات تأهيلية مقارنة مع الذين تلقوا خدمة واحدة من الخدمات التأهيلية الأنفة الذكر.
- أن مستوى جودة الحياة على المقياس كان مرتفعاً بالنسبة للمعاقين الذين تلقوا الأنواع الثلاث من الخدمات التأهيلية.
- تبين مدى فقر بعض المجموعات والذين يحتاجون إلى اكتساب مهارات التخطيط، ورسم السياسات ، وإيصال الخدمات.
- توصل الباحثون من خلال هذه الدراسة بأن الطريقة المتكاملة من حيث الخدمات التأهيلية ربما تكون أفضل الطرق من أجل رفع كفاءة جودة الحياة عند الأشخاص المعاقين في كمبوديا.

- دراسة هامبتون: (1999) Hampton

بعنوان : جودة الحياة لدى المعاقين وعلاقتها ببعض المتغيرات. وهدفت الدراسة إلى معرفة علاقة كل من متغيرات العمر ودرجة الإعاقة وتاريخ بداية الإعاقة والمستوى التعليمي والدعم الاجتماعي والعمل بجودة الحياة لدى المعاقين، وتكونت عينة الدراسة من (144) معاقًا منهم (122) من الرجال و(22) من السيدات، تتراوح أعمارهم من 16 إلى 35 سنة .

هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي:

- أن درجة الإعاقة وعمر الفرد وتاريخ بداية الإعاقة والمستوي التعليمي والوضع الزواجي والعمل والوضع الصحي والدعم الاجتماعي ترتبط بصورة دالة بجودة الحياة لدى المعاقين في فئاتهم المختلفة.
- أن الأشخاص (المتزوجون أو غير المتزوجين) الذين يعملون في وظائف يرتضونها،

وعلى مستوى عال من التعليم ويحصلون على الدعم الاجتماعي، ويرون أنفسهم في صحة جيدة يميلون إلى الارتفاع على مقاييس جودة الحياة.

- بينما ينخفض من يدركون أنفسهم بصورة سلبية، وتقل علاقتهم بالآخرين أو بالمحيط البيئي.

- دراسة بوني بوسويل وأخرون:(1998) Boni Boswell, et al

بعنوان: مفهوم جودة الحياة لدى المعاقين حركياً (مصابي النخاع الشوكى) وهدفت الدراسة إلى زيادة البحث العلمي المتعمق والذي يتجاوز حدود المقاييس الرقمية والنماذج الوصفية في التحليل لمفهوم جودة الحياة من قبل المعاقين، وتعتبر هذه الدراسة من الدراسات النوعية التي صممت للحصول على إجابات لمفاهيم المعاقين حول مفهوم جودة الحياة لديهم، وتكوَّن مجتمع الدراسة من (21) شخصاً معاقاً ، ولكن عدد المشاركين الفعليين فيها كانوا (12) معاقاً فقط، وقد استخدم الباحثون جلسات نقاش صغيرة من أجل اكتشاف بعدين رئيسيين لجودة الحياة وهما: معنى جودة الحياة، والعوامل المساهمة في تنمية جودة الحياة.

هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي:

- أن مفهوم جودة الحياة يختلف من معاق إلى أخر ، حيث إن هذا الاختلاف يعود إلى الفروق الفردية ، والظروف الحياتية المختلفة التي يخضع لها كل معاق.
- أن الموقف الايجابي للمعاق يركز على أن جودة الحياة تزداد باستمرار كلما تحققت فرصة للعمل ، حيث أن العمل يساهم في تحقيق مجموعة من المصادر المعيشية والتي تؤهل المعاق للتمتع بمستوى أعلى من جودة الحياة .
- أن مفهوم جودة الحياة كان محدود جدا ، حتى في الأدب السابق.

- دراسة روث دينيس وأخرون:(1993) Roth Dennis, et al

بعنوان: تقييم جودة الحياة للمعاقين وفقاً للخدمات المقدمة لهم (دراسة تخطيط وتقييم)، وهدفت الدراسة إلى تقييم الخدمات المقدمة للمعاقين وفقا للخدمات والبرامج التي تقدم لهم وفقاً لمفهوم جودة الحياة، وقد استخدم الباحثون النموذج المثالي في هذه الدراسة التحليلية (المنهج الوصفي النوعي) الذي يرتكز على قيم واحتياجات الإنسان وخبراته المتراكمة، والتي تشتمل على نقاط القوة والضعف التي يواجهها المعاقون.

هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي:

- أن الخدمات والبرامج المقدمة للمعاقين يجب أن تأخذ بعين الاعتبار مدى الملاءمة النفعية بين مكونات مفهوم جودة الحياة واحتياجات الإنسان.

- أن الأشخاص الذين يعانون من الإعاقة، يجب أن يتم الاتصال والتواصل معهم من قبل مقدمي الخدمة، من أجل تحديد أهمية مفهوم جودة الحياة والتي يجب أن تترجم في البيئة التي يعيش فيها هؤلاء المعاقين.

تعقيب عام على دراسات هذا المحور.

أولا: من حيث الهدف.

في هذا المحور قد تعددت الأهداف من حيث طبيعة المتغيرات التي ارتبطت مع موضوع الدراسة منها دراسات اتفقت مع بعضها من حيث الهدف ومنها دراسات اختلفت مع بعضها.

فهناك دراسات كان الهدف منها التعرف على مدى تأثير خدمات التأهيل المقدمة للمعاقين مثل دراسة ستانفورد روبن وأخرون(2003) stanford,ruben,et al، ودراسة روث دينيس وأخرون Roth dennis,et al (1993)، ودراسة بروس باول وأخرون(2002) pross,powell, et al ، كما هدفت بعض الدراسات إلى معرفة الاختلاف في جودة الحياة لدى عينات مختلفة مثل دراسة هاشم(2001)، ودراسة هامبتون(1999) التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين بعض المتغيرات، كالدعم الاجتماعي، ودرجة الإعاقة، والعمر، وتاريخ بداية الإعاقة، والمستوي التعليمي والوضع الزواجي بجودة الحياة، واتفقت دراسة بردجيت يونج (2007) predget young مع دراسة بوني بوسويل(1998) التي هدفت دراساتهم إلى معرفة إدراك المعاقين لجودة الحياة. باستثناء دراسة جيون بارك، (2002) Jiyeon,Park, et al التي هدفت إلى معرفة مدى تأثير الفقر على جودة الحياة.

ثانيا: من حيث العينة.

طبقت الدراسات السابقة جميعها على عينة المعاقين، مثل دراسة هاشم(2001)، بردجيت يونج وآخرونYoung et al (2007)، ستانفورد روبن(2003) Stanford Ruben, et al ، ودراسة جيون بارك (2002) Jiyeon,Park, et al ، ودراسة بروس باول(2002) ، هامبتون Hampton (1999)، ودراسة بوني بوسويل(1998) Boni Boswell, et al، باستثناء دراسة هاشم(2001)، الذي طبق دراسته على ثلاث عينات مختلفة منهم طلاب الجامعة والمسنين، كما طبقت دراسته على المعاقين أيضاً.

ثالثا: من حيث أدوات الدراسة

وقد استخدمت معظم الدراسات مقياس جودة الحياة، بناءً على عينة الدراسة المراد تطبيق الدراسة عليها، وبعض المقاييس الأخرى ذات العلاقة بمتغيرات الدراسة، كدراسة هاشم(2001)، الذي استخدم مقياسا آخر مع جودة الحياة وهو القدرة على التكيف والتماسك الأسري، ودراسة بروس

باول(2002)pross,powell, et al ، الذي استخدم مقياس جودة الحياة للأطفال، باستثناء دراسة بوني بوسويل (1998) Boni Boswell, et al ، فقد اعتمدوا في تطبيق دراستهم على جلسات نقاش، من أجل قياس جودة الحياة، ودراسة بردجيت يونج وآخرون(2007) predg et al young ، فقد اعتمدوا على أسلوب المقابلة والاستبيان في دراستهم.

رابعا: من حيث النتائج.

من خلال استعراض الباحث للنتائج السابقة يتضح التالي:

- إن لمستوى حجم الدعم المقدم من قبل المجتمع أثراً كبيراً على حياة المعاقين، فالذين تلقوا خدمات اجتماعية متعددة، كانوا يميلون إلى الارتفاع على مقاييس جودة الحياة هذا ما أشارت إليه دراسة بروس باول(2002) pross,powell, et al ، واتفقت معها دراسة هامبتون Hampton (1999) والذي أشار في دراسته على أهمية الدعم الاجتماعي، وأشار أيضاً إلى أن الأشخاص المتزوجون وغير المتزوجين والذين يعملون في وظائف يرتضونها وعلى مستوى عال من التعليم ويحصلون على دعم اجتماعي، ويمتازون بصحة جيدة يميلون إلى الارتفاع على مقاييس جودة الحياة، وأن مستوى جودة الحياة يكون منخفضاً لمن يحصلون على دعم أقل ويدركون أنفسهم بصورة سلبية.
- وجود علاقة ارتباطيه بين بعض المتغيرات بجودة الحياة، كدرجة الإعاقة، والعمر، وتاريخ بداية الإعاقة، والمستوي التعليمي، والوضع الزواجي والصحي، والدعم الاجتماعي، هذا ما أكدته دراسة هامبتون Hampton (1999)، واتفقت معها دراسة بردجيت يونج وآخرون Young et al (2007) التي أشارت إلى وجود مجموعة من العوامل التي تساهم في تحسين جودة حياة المعاقين، مثل حياة المنزل، الجيران، أعضاء العائلة، الأصدقاء، الألم، الراحة، المسكن، الأمن والسلامة، الدعم المادي، الوقت المتوفر، وأشارت دراسة جيون بارك (2002) Jiyeon,Park, et al إلى وجود علاقة بين الفقر و كل من (الدخل، والإعاقة، والعرق) بجودة الحياة لدى المعاقين.
- وأشارت دراسة هاشم(2001) على وجود فروق في جودة الحياة بين الذكور والإناث، حيث أشار في دراسته إلى وجود فروق بين ذوي الإعاقة البسيطة والمتوسطة في جودة الحياة.

وفي النهاية يوجز الباحث القول وبعد استعراضه للدراسات السابقة، فإنه يشير إلى:

- وجود اختلاف واتفاق بين الدراسات فيما بينها، من حيث متغيرات الدراسة وأهدافها وأدواتها والعينة والنتائج التي توصلت إليها، فيما يتعلق بالدعم الاجتماعي وعلاقته بالمعاقين.

- كذلك وجود اتفاق واختلاف بين الدراسات المتعلقة بجودة الحياة من حيث الأهداف والعينة، وأدوات الدراسة.
- لم يجد الباحث في حدود علمه أي دراسة تناولت متغيري الدراسة الحالية إلا دراسة عربية واحدة، وهي دراسة مجدي (2009)، وكان مجتمع الدراسة فيها مختلف عن مجتمع الدراسة الحالية.
- قلة الدراسات أو ندرتها في – حدود علم الباحث – فيما يتعلق بموضوع جودة الحياة وعلاقته بالمعاقين وبالذات على المستوى العربي، وربما يرجع ذلك إلى حداثة تناول المفهوم على المستوى العلمي، وكذلك عدم وجود اتفاق بين كافة الباحثين على تعريف محدد لجودة الحياة، والذي قد يراه البعض بأنه مفهوم غامض ومبهم.

فروض الدراسة:

في ضوء ما تقدم، وبناءً على نتائج الدراسات السابقة، فإن الباحث يصيغ فروض الدراسة على النحو التالي:

1. الفرض الرئيس الأول:

ينص الفرض: " لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصادر الدعم الاجتماعي، والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين أفراد العينة".

2. الفرض الرئيس الثاني:

ينص الفرض: " لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية، والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين".

3. الفرض الرئيس الثالث:

ينص الفرض على: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة باختلاف مصادر الدعم الاجتماعي (منخفض– مرتفع) لدى المعاقين من أفراد العينة".

4. الفرض الرئيس الرابع:

ينص الفرض على: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة باختلاف الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية (منخفض– مرتفع) لدى المعاقين من أفراد العينة".

5. الفرض الرئيس الخامس:

ينص الفرض على: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين أفراد العينة باختلاف بعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية"

ويتفرع عن هذا الفرض الرئيس الفروض الفرعية الستة التالية:

1.5 " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة بين الذكور والإناث المعاقين من أفراد العينة".

2.5 " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف العمر (25 سنة فأقل، 26– 40، أكثر من 40 سنة)".

3.5 " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين (يعمل – لا يعمل)".

4.5 " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة (ضعيف – متوسط – مرتفع)".

5.5 " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف الحالة الاجتماعية (أعزب– متزوج)".

6.5 " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف مكان الإقامة (قرية – مخيم – مدينة)".

6. الفرض الرئيس السادس:

ينص الفرض على: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين أفراد العينة باختلاف بعض المتغيرات المتعلقة بالإعاقة"

ويتفرع هذا الفرض الرئيس إلى الفروض الفرعية الأربعة التالية:

1.6 " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف نوع/ طبيعة الإعاقة".

2.6 " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف سبب الإعاقة (وراثي – مكتسب)".

3.6 " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف سبب اكتساب الإعاقة ".

4.6 " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف مدة الإعاقة".

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

مقدمة:

يتضمن هذا الفصل الخطوات والإجراءات التي تمت في الجانب الميداني من هذه الدراسة من حيث المنهجية، ومجتمع الدراسة وعينتها، وأداة الدراسة، وتطبيق أداة الدراسة على أفراد العينة والمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات لاختبار صدق وثبات أداتي الدراسة ومن ثم إجراءات الدراسة وجمع البيانات من العينة الكلية الفعلية للتوصل إلى النتائج النهائية للدراسة باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS من خلال عدد من الأساليب الإحصائية، وذلك على النحو التالي:

منهج الدراسة:

اتبع الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي الذي يحاول الباحث من خلاله وصف الظاهرة موضوع الدراسة وتحليل بياناتها وبيان العلاقة بين مكوناتها والآراء التي تطرح حولها والعمليات التي تتضمنها والآثار التي تحدثها (أبو نجيلة، 1996: 187)

فالمنهج الوصفي التحليلي، والذي يهتم بدراسة ظاهرة أو حدث أو قضية موجودة حالياً يمكن الحصول منها على معلومات تجيب عن أسئلة البحث دون تدخل الباحث (الأغا والأستاذ، 83:2000)

مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع المعاقين حركياً في محافظات غزة والبالغ عددهم (12.997) من المعاقين من الجنسين منهم (7517) من الذكور، ومنهم (5480) من الإناث. (الجمعية الوطنية لتأهيل المعوقين، وجمعية الإغاثة الطبية، تقرير إحصائي حول الإعاقة، 2010: 1-26)

عينة الدراسة:

أ. العينة الاستطلاعية:

قام الباحث باختيار عينة عشوائية استطلاعية قوامها (63) من المعاقين من الجنسين من مجتمع الدراسة الأصلي، منهم 23 من العاملين، ومنهم 38 من المتزوجين، وتم تطبيق أدوات الدراسة عليهم بهدف التحقق من صلاحية المقاييس للتطبيق على العينة الكلية، من خلال حساب صدقها وثباتها بالطرق الإحصائية الملائمة.

ب. العينة الميدانية:

تم اختيار عينة الدراسة بالطريقة العشوائية البسيطة، وقد بلغ عدد أفراد العينة (201) من المعاقين بإعاقات حركية متنوعة من الجنسين بمحافظات غزة منهم (119) من الذكور بنسبة 59.2%، ومنهم (82) من الإناث بنسبة 40.8% من جميع محافظات غزة.

الجدول التالي يبين الوصف الدقيق للعينة:

جدول (1)

توزيع أفراد العينة تبعاً للمتغيرات الديموغرافية والاجتماعية ومتغيرات الإعاقة

البيان	المتغير	العينة الكلية ن= 201		العاملين من العينة ن= 66		المتزوجين من العينة ن= 102	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
الجنس	ذكور	119	59.2	36	54.5	78	76.5
	إناث	82	40.8	30	45.5	24	23.5
العمر	25 سنة فاقل	52	25.9	10	15.2	7	6.9
	26 – 40 سنة	109	54.2	47	71.2	62	60.8
	أكثر من 40 سنة	40	19.9	9	13.6	33	32.4
المهنة	يعمل	66	32.8	66	100	43	42.2
	لا يعمل	135	67.2	-	-	59	57.8
المستوى الاقتصادي	ضعيف	75	37.3	12	18.2	41	40.2
	متوسط	118	58.7	48	72.7	60	58.8
	مرتفع	8	4.0	6	9.1	1	1.0
الحالة الاجتماعية	أعزب	94	46.8	26	39.4	-	-
	متزوج	102	50.7	39	59.1	102	100
	مطلق	3	1.5	1	1.5	-	-
	أرمل	2	1.0	-	-	-	-
مكان الإقامة	قرية	21	10.4	7	10.6	11	10.8

	مخيم	104	51.7	29	43.9	46	45.1
	مدينة	76	37.8	30	45.5	45	44.1
نوع/ طبيعة الإعاقة	شلل أطفال أو تشوه خلقي	58	28.9	34	51.5	28	27.5
	شلل دماغي	29	14.4	2	3.0	8	7.8
	بتر عضو	32	15.9	7	10.6	23	22.5
	شلل في الأطراف	82	40.8	23	34.8	43	42.2
سبب الإعاقة	وراثي	24	11.9	3	4.5	8	7.8
	مكتسب	177	88.1	63	95.5	94	92.2
سبب اكتساب الإعاقة	ولادية	33	16.4	19	28.8	13	12.7
	مرض	60	29.9	25	37.9	32	31.4
	حادث	43	21.4	13	19.7	24	23.5
	أسباب وطنية	41	20.4	6	9.1	25	24.5
مدة الإعاقة	5 سنوات فأقل	41	20.4	2	3.0	24	23.5
	6 – 20 سنة	62	30.8	19	28.8	32	31.4
	أكثر من 20 سنة	98	48.8	45	68.2	46	45.1

يبين الجدول السابق تفصيلاً للمتغيرات المستقلة التصنيفية للعينة الكلية وعينة المتزوجين وعينة العاملين، علماً بأن عينتي العاملين والمتزوجين هي عينات فرعية من العينة الكلية وتم التفصيل لها لأنه سيتم معالجة البيانات باستخدامها لبعدي الجودة المهنية للعاملين وجودة الحياة الزوجية للمتزوجين من أبعاد مقياس جودة الحياة، مع الأخذ بعين الاعتبار ما يلي:

- أن 24 من أفراد العينة الكلية ولدوا بإعاقات وراثية، ولذلك استجاب من أفراد العينة الكلية 177 فرداً على متغير سبب اكتساب الإعاقة بدلاً من 201 فرداً من المعاقين من أفراد العينة الكلية.
- أن 3 أفراد من عينة العاملين ولدوا بإعاقات وراثية، ولذلك استجاب من العاملين 63 فرداً على متغير سبب اكتساب الإعاقة بدلاً من 66 فرد من المعاقين العاملين.
- كما أن 8 أفراد من عينة المتزوجين ولدوا بإعاقات وراثية، ولذلك استجاب من المتزوجين 94 فرداً على متغير سبب اكتساب الإعاقة بدلاً من 102 فرداً من المعاقين المتزوجين.

أدوات الدراسة:

أولاً: مقياس الدعم الاجتماعي (إعداد الباحث)

بعد الاطلاع على الأطر النظرية والدراسات السابقة في مجال الدعم الاجتماعي، قام الباحث بإعداد مقياس الدعم الاجتماعي موضوع الدراسة، ويتكون المقياس من (44) فقرة مكررة على ثلاثة مصادر وموزعة على بعدين كما يبين الجدول التالي:

جدول (2) يبين توزيع فقرات مقياس الدعم الاجتماعي على الأبعاد

الأبعاد	عدد الفقرات	توزيع الفقرات
الاجتماعي الاقتصادي	17	1- 4- 5- 8- 10- 11- 13- 15- 17- 18- 21- 25- 26- 32- 34- 39- 44
النفسي الانفعالي	27	2- 3- 6- 7- 9- 12- 14- 16- 19- 20- 22- 23- 24- 27- 28- 29- 30- 31- 33- 35- 36- 37- 38- 40- 41- 42- 43
المجموع		44 فقرة

وتتكرر هذه الأبعاد بفقراتها على المصادر الثلاثة: الأسرة والأقارب، والأصدقاء، ومؤسسات المجتمع.

وتتم الاستجابة على كل فقرة من الفقرات باختيار أحد البدائل التالية:

- كثيراً: 4 درجات.
- إلى حد ما: 3 درجات.
- نادراً: 2 درجة.
- مطلقاً: 1 درجة.

باستثناء الفقرة رقم 21 من البعد الاجتماعي الاقتصادي تصحح عكس ذلك الاتجاه.

ويتم احتساب درجة المفحوص بجمع درجاته على كل بعد وجمع درجاته على كل الأبعاد للحصول على الدرجة الكلية للمصدر، وتتراوح الدرجة الكلية للمفحوص على كل مصدر بين (44 – 176 درجة).

وتتراوح الدرجة الكلية للبعد الأول الاجتماعي الاقتصادي (17 فقرة على المصادر الثلاثة معاً) بين (51 – 204).

وتتراوح الدرجة الكلية للبعد الثاني النفسي الانفعالي (27 فقرة على المصادر الثلاثة معاً) بين (81 – 324).

ويتم احتساب درجة المفحوص بجمع درجاته على كل بعد وجمع درجاته على كل الأبعاد أو على كل المصادر، وتتراوح الدرجة الكلية للمفحوص على المقياس ككل بين (132 – 528 درجة).

والدرجة المنخفضة تعني تدني مستوى الدعم الاجتماعي أما الدرجة المرتفعة فتعني ارتفاع مستوى الدعم الاجتماعي لدى أفراد العينة.

صدق وثبات مقياس الدعم الاجتماعي:

1- الصدق:

يقصد بصدق الأداة هو أن تقيس ما صممت لقياسه (فرج، 1997: 254)، فالصدق يعني درجة تحقيق الأهداف التربوية التي صممت من أجلها أداة القياس، وقد اتبع الباحث عدداً من الطرق لحساب صدق الأداة:

*** صدق الاتساق الداخلي:**

تم بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية عشوائية بلغت (63) فرداً من الجنسين من مجتمع الدراسة الأصلي بهدف حساب صدق وثبات الأداة:

ولحساب صدق الاتساق الداخلي قام الباحث بالخطوات التالية:

أ. ارتباط الفقرة مع البعد الذي تنتمي إليه في مصادر الدعم الاجتماعي الثلاثة:

جدول (3)

ارتباطات درجات فقرات كل بعد مع الدرجة

الكلية للبعد الذي تنتمي إليه من كل مصدر من المصادر الثلاثة

الأبعاد	الفقرة	مصدر الأسرة والأقارب		مصدر الأصدقاء		مصدر مؤسسات المجتمع	
		معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1- الاجتماعي الاقتصادي	A1	0.531	دالة عند 0.01	0.535	دالة عند 0.01	0.716	دالة عند 0.01
	A4	0.744	دالة عند 0.01	0.732	دالة عند 0.01	0.705	دالة عند 0.01
	A5	0.598	دالة عند 0.01	0.680	دالة عند 0.01	0.693	دالة عند 0.01
	A8	0.704	دالة عند 0.01	0.772	دالة عند 0.01	0.707	دالة عند 0.01
	A10	0.637	دالة عند 0.01	0.713	دالة عند 0.01	0.793	دالة عند 0.01
	A11	0.693	دالة عند 0.01	0.723	**دالة عند** 0.01	0.781	دالة عند 0.01
	A13	0.759	دالة عند 0.01	0.711	دالة عند 0.01	0.759	دالة عند 0.01
	A15	0.682	دالة عند 0.01	0.609	دالة عند 0.01	0.822	دالة عند 0.01
	A17	0.613	دالة عند 0.01	0.598	دالة عند 0.01	0.777	دالة عند 0.01
	A18	0.578	دالة عند 0.01	0.583	دالة عند 0.01	0.767	دالة عند 0.01
	A21	0.107	غير دالة إحصائياً	0.207	غير دالة إحصائياً	0.189	غير دالة إحصائياً
	A25	0.671	دالة عند 0.01	0.629	دالة عند 0.01	0.733	دالة عند 0.01
	A26	0.579	دالة عند 0.01	0.689	دالة عند 0.01	0.728	دالة عند 0.01
	A32	0.608	دالة عند 0.01	0.667	دالة عند 0.01	0.780	دالة عند 0.01
	A34	0.519	دالة عند 0.01	0.398	دالة عند 0.01	0.755	دالة عند 0.01
	A39	0.464	دالة عند 0.01	0.539	دالة عند 0.01	0.804	دالة عند 0.01
	A44	0.599	دالة عند 0.01	0.607	دالة عند 0.01	0.754	دالة عند 0.01

يتبع جدول (3)

الأبعاد	الفقرة	مصدر الأسرة والأقارب		مصدر الأصدقاء		مصدر مؤسسات المجتمع	
		معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
2- البعد النفسي الانفعالي	A2	0.483	دالة عند 0.01	0.681	دالة عند 0.01	0.641	دالة عند 0.01
	A3	0.512	دالة عند 0.01	0.625	دالة عند 0.01	0.790	دالة عند 0.01
	A6	0.653	دالة عند 0.01	0.484	دالة عند 0.01	0.629	دالة عند 0.01
	A7	0.626	دالة عند 0.01	0.703	دالة عند 0.01	0.651	دالة عند 0.01
	A9	0.569	دالة عند 0.01	0.524	دالة عند 0.01	0.782	دالة عند 0.01
	A12	0.609	دالة عند 0.01	0.537	دالة عند 0.01	0.760	دالة عند 0.01
	A14	0.643	دالة عند 0.01	0.663	دالة عند 0.01	0.798	دالة عند 0.01
	A16	0.546	دالة عند 0.01	0.526	دالة عند 0.01	0.701	دالة عند 0.01
	A19	0.699	دالة عند 0.01	0.552	دالة عند 0.01	0.785	دالة عند 0.01
	A20	0.755	دالة عند 0.01	0.680	دالة عند 0.01	0.796	دالة عند 0.01
	A22	0.651	دالة عند 0.01	0.691	دالة عند 0.01	0.772	دالة عند 0.01
	A23	0.604	دالة عند 0.01	0.617	دالة عند 0.01	0.790	دالة عند 0.01
	A24	0.599	دالة عند 0.01	0.735	دالة عند 0.01	0.774	دالة عند 0.01
	A27	0.689	دالة عند 0.01	0.591	دالة عند 0.01	0.782	دالة عند 0.01
	A28	0.555	دالة عند 0.01	0.706	دالة عند 0.01	0.807	دالة عند 0.01
	A29	0.595	دالة عند 0.01	0.609	دالة عند 0.01	0.697	دالة عند 0.01
	A30	0.736	دالة عند 0.01	0.618	دالة عند 0.01	0.727	دالة عند 0.01
	A31	0.754	دالة عند 0.01	0.639	دالة عند 0.01	0.736	دالة عند 0.01
	A33	0.652	دالة عند 0.01	0.526	دالة عند 0.01	0.824	دالة عند 0.01
	A35	0.523	دالة عند 0.01	0.493	دالة عند 0.01	0.748	دالة عند 0.01
	A36	0.499	دالة عند 0.01	0.508	دالة عند 0.01	0.769	دالة عند 0.01
	A37	0.678	دالة عند 0.01	0.713	دالة عند 0.01	0.841	دالة عند 0.01
	A38	0.671	دالة عند 0.01	0.725	دالة عند 0.01	0.792	دالة عند 0.01
	A40	0.678	دالة عند 0.01	0.549	دالة عند 0.01	0.842	دالة عند 0.01
	A41	0.701	دالة عند 0.01	0.637	دالة عند 0.01	0.764	دالة عند 0.01
	A42	0.678	دالة عند 0.01	0.650	دالة عند 0.01	0.775	دالة عند 0.01
	A43	0.649	دالة عند 0.01	0.617	دالة عند 0.01	0.742	دالة عند 0.01

قيمة ر الجدولية (د.ح= 61) عند مستوى 0.05= 0.217، وعند مستوى 0.01= 0.288

يتبين من الجدول السابق أنه:

- حققت معظم فقرات المقياس (43 فقرة) ارتباطات دالة مع درجة البعد الذي تنتمي إليه في المصادر الثلاثة عند مستوى دلالة 0.01.
- في حين لم تحقق الفقرة 21 من البعد الأول الاجتماعي الاقتصادي ارتباطاً دالاً مع الدرجة الكلية للبعد في المصادر الثلاثة لمقياس الدعم الاجتماعي، ولذلك قام الباحث بحذف هذه الفقرة.
- ويبقى المقياس في صورته النهائية يتكون من 43 فقرة لكل مصدر ومن 129 فقرة للمصادر الثلاثة معاً (المقياس ككل 129 فقرة).

ب. ارتباط درجة كل بعد مع درجة المصدر الذي تنتمي إليه من المقياس:

جدول (4)

يبين ارتباطات درجات كل بعد من أبعاد المقياس مع مصدر الدعم الاجتماعي الذي تنتمي إليه

مقياس الدعم الاجتماعي	البعد الاجتماعي الاقتصادي		البعد النفسي الإنفعالي	
	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
مصدر الأسرة والأقارب	0.967	دالة عند 0.01	0.989	دالة عند 0.01
مصدر الأصدقاء	0.968	دالة عند 0.01	0.987	دالة عند 0.01
مصدر مؤسسات المجتمع	0.980	دالة عند 0.01	0.993	دالة عند 0.01

قيمة ر الجدولية (د.ح= 61) عند مستوى 0.05= 0.217، وعند مستوى 0.01= 0.288

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباطات لدرجات كل بعد مع الدرجة الكلية للمصدر الذي تنتمي إليه جميعها دالة إحصائياً عند مستوى 0.01.

ج. ارتباط درجة كل مصدر للدعم الاجتماعي مع الدرجة الكلية المقياس:

جدول (5)

يبين ارتباطات درجات كل مصدر للدعم الاجتماعي مع الدرجة الكلية للمقياس

مصادر الدعم الاجتماعي	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الأسرة والأقارب	0.573	دالة عند 0.01
الأصدقاء	0.619	دالة عند 0.01
مؤسسات المجتمع	0.735	دالة عند 0.01

قيمة ر الجدولية (د.ح= 61) عند مستوى 0.05= 0.217، وعند مستوى 0.01= 0.288

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباطات لدرجات كل مصدر من مصادر الدعم الاجتماعي مع الدرجة الكلية للمقياس الذي تنتمي إليه دالة إحصائياً عند مستوى 0.01.

د. ارتباط الدرجة الكلية للبعد (من المصادر الثلاثة معاً) مع الدرجة الكلية المقياس:

قام الباحث بجمع درجات العينة الاستطلاعية لكل بعد من المصادر الثلاثة معاً مع الدرجة الكلية لمقياس الدعم الاجتماعي، كما يبين الجدول التالي:

جدول (6)

يبين ارتباطات درجات كل بعد من المصادر الثلاثة معاً مع الدرجة الكلية للمقياس

أبعاد الدعم الاجتماعي	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
البعد الاجتماعي الاقتصادي	0.965	دالة عند 0.01
البعد النفسي الانفعالي	0.988	دالة عند 0.01

قيمة ر الجدولية (د.ح= 61) عند مستوى 0.05= 0.217، وعند مستوى 0.01= 0.288

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباطات لدرجات كل بعد من المصادر الثلاثة معاً مع الدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستوى 0.01. وبذلك يتضح أن المقياس يتسم بدرجة جيدة من صدق الاتساق الداخلي، أي أن الأداة تقيس ما صممت لقياسه.

2- ثبات المقياس:

يقصد بثبات الاختبار "الحصول على نفس النتائج عند تكرار القياس باستخدام نفس الأداة وفي نفس الظروف" (الأغا، 1997: 120)، وقد قام الباحث بحساب معامل ثبات المقياس بالطريقتين التاليتين:

أ. طريقة التجزئة النصفية:

قام الباحث بحساب معامل الارتباط بين درجات الفقرات الفردية، ودرجات الفقرات الزوجية لمقياس الدعم الاجتماعي، ثم استخدم معادلة جتمان التنبؤية لتعديل طول المقياس (النصفين غير متساويين)، وقد كانت قيم الثبات كما في الجدول التالي:

جدول (7)

يبين معاملات ثبات التجزئة النصفية لمقياس الدعم الاجتماعي

الدعم الاجتماعي	عدد الفقرات	معامل الارتباط	معامل الثبات	مستوى الدلالة
مصدر الأسرة والأقارب	43	0.689	0.816	دالة عند 0.01
مصدر الأصدقاء	43	0.769	0.869	دالة عند 0.01
مصدر مؤسسات المجتمع	43	0.866	0.928	دالة عند 0.01
الدعم الاجتماعي ككل	129	0.726	0.841	دالة عند 0.01

يتبين من الجدول السابق أن معاملات الثبات باستخدام التجزئة النصفية لمقياس الدعم الاجتماعي بمصادره ودرجته الكلية تراوحت بين (0.816 – 0.928)، وهي قيم تدلل على أن المقياس يتسم بدرجة جيدة من الثبات.

ب. استخدام معامل ألفا كرونباخ :

كما قام الباحث كذلك بتقدير ثبات المقياس في صورته النهائية بحساب معامل ألفا كرونباخ لفقرات المقياس، وكان معاملات ألفا كما في الجدول التالي:

جدول (8)

يبين معاملات ثبات التجزئة النصفية لمقياس الدعم الاجتماعي

الدعم الاجتماعي	عدد الفقرات	معامل ألفا	مستوى الدلالة
مصدر الأسرة والأقارب	43	0.961	دالة عند 0.01
مصدر الأصدقاء	43	0.959	دالة عند 0.01
مصدر مؤسسات المجتمع	43	0.981	دالة عند 0.01
الدعم الاجتماعي ككل	129	0.967	دالة عند 0.01

يتبين من الجدول السابق أن معاملات الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ لمقياس الدعم الاجتماعي بمصادره ودرجته الكلية تراوحت بين (0.959 – 0.981)، وهي قيم مرتفعة تدلل على أن المقياس يتسم بدرجة جيدة من الثبات.

مما سبق اتضح للباحث أن المقياس موضوع الدراسة يتسم بدرجة عالية من الصدق والثبات؛ تعزز النتائج التي سيتم جمعها للحصول على النتائج النهائية للدراسة.

ثانياً: مقياس الرضا عن جودة الحياة: (إعداد الباحث)

لتحقيق أهداف الدراسة ولجمع البيانات والمعلومات والحقائق المتعلقة بالرضا عن جودة الحياة لدى أفراد العينة، فقد قام الباحث ببناء مقياس يتكون من (150) فقرة موزعة على (8) أبعاد تمثل الرضا عن جودة الحياة.

ولبناء هذا المقياس قام الباحث بالإطلاع على الأدب التربوي وعلى الدراسات السابقة المتصلة بموضوع الدراسة، وسوف يقوم الباحث باستعراض نبذة عن مقاييس جودة الحياة.

يعتبر قياس جودة الحياة من المجالات التي ما زالت بحاجة إلى جهد كبير من المتخصصين، فعلى الرغم من وجود العديد من المقاييس التي تناولت جودة الحياة في هذا المجال، إلا أن غالبيتها ليست شاملة، ولا يمكن استخدامها إلا في مجالات محددة، كما أنها تعرضت للكثير من الانتقادات.(هاشم،2001: 142)

ويشير (منسي وكاظم 2006) بأن القياس الجيد لجودة الحياة يتوقف على الوصف الدقيق للحياة الجيدة، والتعرف على مستويات الجودة، ويشير (كند Kind 1994) أن هناك مشكلات عديدة لقياس جودة الحياة، ومن أهم هذه المشكلات صعوبة تحديد مفهوم جودة الحياة، ولذلك فقد تعددت هذه المفاهيم وتباينت.(منسي وكاظم،2006 : 64)

ولذلك تشير(جونيبر Juniper ,1998) إلى أن مقاييس جودة الحياة لها مميزاتها وعيوبها، ولا يخلو أي مقياس من العيوب، ويجب على من يريد القياس في هذا المجال أن يحدد بدايةً الخصائص والمميزات التي يريدها المقياس، الذي يتناسب مع أسئلة البحث. (هاشم،2001: 147)

ويرى علماء الاجتماع وعلماء النفس أن جودة الحياة تكون بتقييم مدى سعادة الفرد عن مستوى انجازه لأماله وأهدافه (مؤشرات ذاتية) لكن المعايير الشخصية التي يحكم بها الأفراد على مستوى سعادتهم ورضاهم يتمثل فيما حققوه وأنجزوه من آمال وأهداف، لكن تلك المعايير تختلف من فرد إلى آخر، ومن ثقافة إلى أخرى، مما يشكل صعوبة في القياس والتقويم، ويرجع سبب ذلك إلى أن أبعاد جودة الحياة تتأثر بالخصائص الفردية، ولذلك وضع علماء علم الاجتماع عند قياس جودة الحياة عدة جوانب تتمثل في: الوضع الاقتصادي، والمستوى الاجتماعي، والمخاوف المالية، والأهداف الشخصية، والعمل، والمساندة الاجتماعية، وجودة المعيشة النفسية، والمعتقدات الدينية والإيمان بالله (مؤشرات موضوعية).(Holmes,2005)

ولذلك يرى (ليتمان ، 1999) أن قياس جودة الحياة يجب أن يتم على المستويين:

- المستوى الشخصي: حيث يقيس رضا الفرد في إطار مناخ حياته الخاصة.
- المستوى البيئي: الذي يقيس متغيرات البيئة التي تساعد على خلق الإحساس بالرضا أو عدم الرضا.(Leitman,1999:169-181)،

يرى (فابيان، Fabian1991) ، أن هناك ثلاث طرق لقياس وتقييم جودة الحياة لدى الأفراد المصابين بالعجز أو الأمراض المزمنة، وهى كالتالي:

- قياس مدى الرضا عن الحياة في مختلف مجالات الحياة.
- قياس القدرة على التكيف، ومدى تعاون البيئة وإشباعها لرغبات الفرد.
- قياس التغير الحادث في المؤشرات الاجتماعية لدى مجموعة من الأفراد، كنتيجة لمساعدات أو خدمات معينة قدمت لهم.(Bishop&Feist-price,2002)

ومن أكثر المقاييس شيوعاً وقبولاً:

- مقياس بروفيل لانكشير لجودة الحياة Lancashire Quality of life ، والذي صممه أوليفر وزملاؤه (1997)، ويتضمن (24) بندا وتستغرق الإجابة عليه من 10-15 دقيقة، ويتضمن مجموعة من البيانات الشخصية،ومعلومات شخصية، ومجموعة من البنود(16) بنداً، (4) من هذه البنود تقيس الجوانب الموضوعية(لقاء الأصدقاء، الاتهام في الجرائم، التعرض لعدوان جسدي)، و(12) بندا تقيس جوانب ذاتية مثل الرضا عن الحياة ككل، الرضا عن العمل، والوضع المالي، والرضا عن التدريب،وعدد الأصدقاء وجودتهم، وأنشطة وقت الفراغ والسكن والإقامة، والأمن الشخصي، والحياة الجنسية، والعلاقات الأسرية، والصحة الجسمية والنفسية.وتتمتع هذه الأداة بصدق وثبات مرتفعين، ويستغرق الإجابة عليه (30) دقيقة.
- مقياس مانشستر المختصر لقياس جودة الحياة، والذي صممه "بريب"1999 Priebe ليتلافى جوانب القصور في المقاييس الأخرى.(سامي هاشم،2001: 145- 147) وفي عام (1992) ظهر مقياس جودة الحياة، الشكل القصير(36- SF)، والذي يتكون من (36) بندا موزعة على ثمانية أبعاد وهى كالتالي:

الدور الانفعالي Emotional Role. والدور الجسمي Physical Role، والألم الجسمي Bodily Pain، والصحة العامة General Health، الطاقة أو الحيوية Vitality، والوظائف الاجتماعية Social Functioning . والوظائف الجسميPhysical Functioning ، والصحة العقلية Mental Health .(Piccinni,et al,2006)، ثم اشتق منه بعد ذلك مقياس جودة الحياة الشكل القصير(12- SF)، بهدف تقليل التعب والإجهاد الذي يصيب الأفراد بسبب طول مقياس (SF-36).(Wood-Dauphinee,1999)

- وفي عام (1992) ظهر مقياس جودة الحياة (لفريش Frish) ، وهو يقيس الرضا عن الحياة (جودة الحياة)، ويتضمن مقياس الجودة الذاتية الذي يغطى(17) مجالاً للحياة مثل (العمل، والصحة، ووقت الفراغ، والعلاقات مع الأصدقاء والأبناء، ومستوى المعيشة، وفلسفة الحياة، والعلاقات مع الأقارب والجيران...الخ) حيث يطلب من المفحوص تقدير

الرضا في مجال معين من الحياة، وكذلك قيمة أو أهمية ذلك المجال بالنسبة للسعادة العامة للفرد.(Frish,1992:92-101)، وفي عام (1997) ظهر مقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة، ويتكون من (28) مفردة، وتكون الاستجابة عليه من خمس نقاط، وفقاً لمقياس (ليكرت) ، والذي يقيس جودة الحياة العامة في المجالات البدنية، والاستقلال، والوظائف النفسية، والعلاقات الاجتماعية، والمجال البيئي لجودة الحياة، حيث يعتمد هذا المقياس على القبول والرفض، والذي تتراوح درجاته من 28–140، حيث تشير الدرجات المرتفعة إلى جودة حياة مرتفعة.(Molassiotis,et al 2002)

- ويشير (هوثرونى ،1999) إلى مقياسه والذي يتكون من (15) مفردة والتي تقيس خمسة أبعاد لجودة الحياة المرتبطة بالصحة وهي: الأمراض والحياة، والعيش، والعلاقات الاجتماعية، والنواحي الجسمية، والسعادة النفسية.

(Hawwthorne,1999:209-224)

- مقياس (كاتزافداكيس وكليفورد Katsavdakis&Clifford 1999) والذي يختلف عن المقاييس السابقة، وقد كان تحت عنوان، ?How are you ، ويغطى هذا المقياس بعض المشكلات والأعراض المتعلقة بالوظائف النفسية التي لم ترد في المقاييس الأخرى، مثل (أعراض الاكتئاب، والقلق والوساوس، والسلوكيات المرتبطة بهذه الأعراض، كما تضمن المقياس الصحة الجسمية والمظاهر الاجتماعية والنفسية لجودة الحياة، وعلى الرغم من شمولية هذا المقياس فقد استخدمه معداه في الجوانب الطبية فقط. (سامي هاشم،2001: 147)

ويشير (منسي وكاظم، 2006) إلى العديد من المقاييس الأخرى منها:

- مقياس بيرنس Bernes 1995 لجودة الحياة والذي يشتمل على أربعة مقاييس فرعية مرتبطة بالشخصية، والحالة الاجتماعية، والحالة الأسرية، والعمل، ويساعد هذا المقياس على تقدير الرضا الشخصي، والإحساس بالانجاز.
- مقياس كومينس Cummins 1997 لجودة الحياة ذوي صعوبات التعلم، والذي يتكون من بعدين:

- البعد الأول: موضوعي، ويقيس هذا البعد بعض البيانات والإمكانات الخاصة بالفرد، ويتكون من (21) فقرة تتوزع على سبعة أبعاد فرعية بواقع ثلاث فقرات(الارتياح المهني، والصحة، والإنتاجية، والألفة، والأمان، والمكانة الاجتماعية، والإشباع الوجداني.
- البعد الثاني: ذاتي، ويقيس هذا البعد بعض البيانات الوجدانية الخاصة بشعور الفرد، ويتكون من بعدين هما: الأهمية، وتركز على الشعور نحو بعض جوانب حياته المختلفة من حيث درجة الأهمية التي تمثلها له، ويشتمل على (7) فقرات، أما البعد الثاني والذي

يتمثل بالرضا، فانه يركز على شعور الفرد نحو بعض جوانب حياته المختلفة من حيث درجة رضاه عنها، ويشتمل على (7) فقرات أيضاً.

- مقياس مكينا McKenna,2001 المطور لجودة الحياة لدى المسنين، حينما أجرى مقابلة مع بعض المسنين من أجل تحديد المجالات التي تسهم في تقويمهم الفردي لجودة حياتهم، وما أبدوه من آراء حول إحساسهم بجودة الحياة، وتوصل من خلال تطبيق مقياسه على المسنين إلى وجود خمسة عوامل وهى(تدخل المجتمع، والإدراك الايجابي للصحة، والمصادر، والاستقلال، والتبعية).
- مقياس فوكس Fox 2003 لجودة الحياة والذي أعده من أجل تقويم تأثيرات العلاج والرعاية الصحية على جودة حياة الإنسان، وقد أطلق عليه مقياس جودة الحياة البسيط لـ (فوكس) Fox Simple QOL (منسي وكاظم،2006: 65-66)
- مقياس (دارتماوث) الذي يقيس تسعة أبعاد أساسية هي: (الوظائف الجسمية والاجتماعية، والأدوار، والوضع الانفعالي، والدعم الاجتماعي، والألم، والرضا عن الحياة، والصحة العامة، والتغيرات الصحية).(هاشم،2001: 143-144)

ويشير الباحث وبعد إطلاعه على الأدب السابق فيما يتعلق بمقاييس جودة الحياة، فقد قام الباحث بتصميم أداة الدراسة الحالية والتي تتكون من ثمانية أبعاد وهي كالتالي: جودة الحياة الأسرية، الجودة النفسية، جودة الصحة العامة، جودة شغل الوقت وإدارته، جودة العلاقات، جودة الدور الاجتماعي، الجودة المهنية، الجودة الزوجية.

ويرى (Mandzuuk&McMillan,2005) أن هناك صعوبات تواجه الباحثين في قياس جودة الحياة تتمثل في الآتي:

- أن الأفراد يعتمدون في تقييم جودة حياتهم على انطباعاتهم الشخصية.
- يربط الأفراد رضاءهم عن حياتهم بمدى قيامهم بأدوارهم في المجال الاجتماعي (المساندة الاجتماعية، والأدوار الاجتماعية، الصداقة، الأسرة، المشاعر، الممتلكات)، والبعد النفسي (الحالة الانفعالية، الروح المعنوية، الدافعية للانجاز، الإشباع الشخصي، والقدرة الجسمية).
- وجود بعض المعايير الموضوعية، والتي تكمل إدراك وفهم الفرد لجودة حياته مثل، الحالة الصحية والقدرة الوظيفية.

ولذلك يشير (هاشم،2001: 148)، إلى أن بناء أي مقياس لجودة الحياة يجب أن يعتمد على عدة أسس وهى كالتالي:

- التركيز على المؤشرات الموضوعية والمؤشرات الذاتية لجودة الحياة.
- أن تكون لغة المقياس بسيطة وسهلة ومفهومة.

- أن يكون المقياس عاما وشاملاً، وغير قاصراً على فئة أو موقف محدد.
- أن يؤخذ في الاعتبار التراث السابق في مجال قياس جودة الحياة.
- أن يتميز المقياس بالصدق والثبات والدقة في الحصول على البيانات.
- أن يعتمد المقياس على وجهة نظر الفرد وليس من وجهة نظر الآخرين.
- أن تكون طرق تقدير الدرجات وتفسيرها واضحة وبسيطة.

وبناءً على ما سبق قام الباحث بتحديد أبعاد المقياس وصياغة فقراته، وفيما يلي جدول يبين أبعاد المقياس وعدد فقرات كل بعد في صورته الأولية، والفقرات عكسية التصحيح في كل بعد:

جدول (9)

يبين أبعاد مقياس الرضا عن جودة الحياة

وعدد فقرات كل بعد في صورته الأولية والفقرات العكسية

م.	الأبعاد الرئيسة والفرعية	عدد الفقرات	تسلسل الفقرات	الفقرات العكسية
أولاً:	جودة الحياة الأسرية	20	1-20	4، 12، 14، 18
ثانياً:	جودة الصحة العامة	17	21-37	27، 29، 33، 35
ثالثاً:	الجودة النفسية	19	38-56	39، 44، 45، 47، 48، 51، 53، 55
رابعاً:	جودة شغل الوقت وإدارته	18	57- 74	61، 62
خامساً:	جودة العلاقات	20	75-94	78، 86، 94
سادساً:	جودة الدور الاجتماعي	20	95-114	95، 98، 113
إجمالي الأبعاد الستة			114 فقرة	
سابعاً:	الجودة المهنية (للعاملين)	18	115-132	118، 119، 120، 121، 123، 124، 126، 128، 131،129
ثامناً:	جودة الحياة الزوجية (للمتزوجين)	18	133-150	139، 140، 143، 144
إجمالي عدد الفقرات		150		38 فقرة عكسية

مع الأخذ بعين الاعتبار أن البعد السابع الجودة المهنية خاص بالعاملين فقط، وأن البعد الثامن الرضا عن جودة الحياة الزوجية خاص بالمتزوجين فقط، ولذلك فإن هذين البعدين لا يتم جمعهما في الدرجة الكلية للمقياس لاعتبار أن العينة تشتمل على غير العاملين وغير المتزوجين أيضاً.

وتتم الاستجابة على المقياس وفقاً لخمسة بدائل على طريقة ليكرت، وهي كما يلي:

- لا بالمرة: 1 درجة.

- قليل جداً: 2 درجة.
- إلى حد ما: 3 درجات.
- كثيراً: 4 درجات.
- كثيراً جداً: 5 درجات.

باستثناء الفقرات عكسية التصحيح (38 فقرة)، والتي تم توضيح أرقامها في الجدول السابق، تصحح عكس ذلك الاتجاه.

ويتم احتساب درجة المفحوص بجمع درجاته على كل بعد وجمع درجاته على كل الأبعاد للحصول على الدرجة الكلية، وتتراوح الدرجة الكلية للمفحوص على الأبعاد الستة الأولى للمقياس بين (114 – 570 درجة).

وتتراوح الدرجة على كل من بعد الجودة المهنية أو بعد الرضا عن جودة الحياة الزوجية بين (18– 85 درجة).

والدرجة المنخفضة تعني تدني مستوى الرضا عن جودة الحياة أما الدرجة المرتفعة فتعني ارتفاع مستوى الرضا عن جودة الحياة.

صدق وثبات مقياس الرضا عن جودة الحياة:

*** صدق الاتساق الداخلي:**

لقد قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية عشوائية بلغت (63) فرداً من الجنسين من مجتمع الدراسة الأصلي منهم (23 من العاملين)، ومنهم (38 من المتزوجين) بهدف حساب صدق وثبات الأداة:

ولحساب صدق الاتساق الداخلي؛ قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد المقياس، ثم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس:

أ. ارتباط الفقرة مع البعد الذي تنتمي إليه:

جدول (10)

معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه

المتغير	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	المتغير	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1- الرضا عن جودة الحياة الأسرية	1	0.629	دالة عند 0.01	2- جودة الصحة العامة	21	0.548	دالة عند 0.01
	2	0.575	دالة عند 0.01		22	0.439	دالة عند 0.01
	3	0.441	دالة عند 0.01		23	0.510	دالة عند 0.01
	4	0.278	دالة عند 0.05		24	0.054	غير دالة إحصائياً
	5	0.597	دالة عند 0.01		25	0.651	دالة عند 0.01
	6	0.759	دالة عند 0.01		26	0.379	دالة عند 0.01
	7	0.705	دالة عند 0.01		27	0.186	غير دالة إحصائياً
	8	0.678	دالة عند 0.01		28	0.422	دالة عند 0.01
	9	0.628	دالة عند 0.01		29	0.354	دالة عند 0.01
	10	0.538	دالة عند 0.01		30	0.335	دالة عند 0.01
	11	0.554	دالة عند 0.01		31	0.573	دالة عند 0.01
	12	0.077	غير دالة إحصائياً		32	0.469	دالة عند 0.01
	13	0.681	دالة عند 0.01		33	0.001	غير دالة إحصائياً
	14	0.513	دالة عند 0.01		34	0.116	غير دالة إحصائياً
	15	0.384	دالة عند 0.01		35	0.418	دالة عند 0.01
	16	0.568	دالة عند 0.01		36	0.665	دالة عند 0.01
	17	0.685	دالة عند 0.01		37	0.617	دالة عند 0.01
	18	0.404	دالة عند 0.01	يتبع 3- الجودة النفسية	46	0.443	دالة عند 0.01
	19	0.540	دالة عند 0.01		47	0.484	دالة عند 0.01
	20	0.501	دالة عند 0.01		48	0.511	دالة عند 0.01
3- الجودة النفسية	38	0.548	دالة عند 0.01		49	0.045	غير دالة إحصائياً
	39	0.036	غير دالة إحصائياً		50	0.518	دالة عند 0.01
	40	0.134	غير دالة إحصائياً		51	0.489	دالة عند 0.01
	41	0.551	دالة عند 0.01		52	0.334	دالة عند 0.01
	42	0.346	دالة عند 0.01		53	0.586	دالة عند 0.01
	43	0.487	دالة عند 0.01		54	0.561	دالة عند 0.01
	44	0.697	دالة عند 0.01		55	0.356	دالة عند 0.01
	45	0.685	دالة عند 0.01		56	0.402	دالة عند 0.01

قيمة ر الجدولية (د.ح= 61) عند مستوى 0.05= 0.217، وعند مستوى 0.01= 0.288

يتبع جدول (10)

المتغير	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	المتغير	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
4- جودة شغل الوقت وإدارته	57	0.389	دالة عند 0.01	5- جودة العلاقات	75	0.568	دالة عند 0.01
	58	0.477	دالة عند 0.01		76	0.662	دالة عند 0.01
	59	0.620	دالة عند 0.01		77	0.477	دالة عند 0.01
	60	0.548	دالة عند 0.01		78	0.276	دالة عند 0.05
	61	0.425	دالة عند 0.01		79	0.388	دالة عند 0.01
	62	0.068	غير دالة إحصائياً		80	0.763	دالة عند 0.01
	63	0.422	دالة عند 0.01		81	0.593	دالة عند 0.01
	64	0.378	دالة عند 0.01		82	0.638	دالة عند 0.01
	65	0.324	دالة عند 0.01		83	0.790	دالة عند 0.01
	66	0.528	دالة عند 0.01		84	0.592	دالة عند 0.01
	67	0.574	دالة عند 0.01		85	0.535	دالة عند 0.01
	68	0.546	دالة عند 0.01		86	0.351	دالة عند 0.01
	69	0.650	دالة عند 0.01		87	0.449	دالة عند 0.01
	70	0.569	دالة عند 0.01		88	0.681	دالة عند 0.01
	71	0.615	دالة عند 0.01		89	0.679	دالة عند 0.01
	72	0.519	دالة عند 0.01		90	0.698	دالة عند 0.01
	73	0.526	دالة عند 0.01		91	0.660	دالة عند 0.01
	74	0.530	دالة عند 0.01		92	0.636	دالة عند 0.01
6- جودة الدور الاجتماعي	95	0.013	غير دالة إحصائياً		93	0.505	دالة عند 0.01
	96	0.492	دالة عند 0.01		94	0.304	دالة عند 0.05
	97	0.490	دالة عند 0.01	يتبع 6- جودة الدور الاجتماعي	106	0.434	دالة عند 0.01
	98	0.441	دالة عند 0.01		107	0.798	دالة عند 0.01
	99	0.561	دالة عند 0.01		108	0.735	دالة عند 0.01
	100	0.644	دالة عند 0.01		109	0.669	دالة عند 0.01
	101	0.626	دالة عند 0.01		110	0.722	دالة عند 0.01
	102	0.675	دالة عند 0.01		111	0.557	دالة عند 0.01
	103	0.679	دالة عند 0.01		112	0.548	دالة عند 0.01
	104	0.410	دالة عند 0.01		113	0.469	دالة عند 0.01
	105	0.695	دالة عند 0.01		114	0.544	دالة عند 0.01

يتبع جدول (10)

المتغير	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	المتغير	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
7- الجودة المهنية (للعاملين) ن= 23	115	0.599	دالة عند 0.01	8- الرضا عن جودة الحياة الزوجية (للمتزوجين) ن= 38	133	0.754	دالة عند 0.01
	116	0.526	دالة عند 0.01		134	0.862	دالة عند 0.01
	117	0.633	دالة عند 0.01		135	0.795	دالة عند 0.01
	118	0.806	دالة عند 0.01		136	0.714	دالة عند 0.01
	119	0.027	غير دالة إحصائياً		137	0.704	دالة عند 0.01
	120	0.554	دالة عند 0.01		138	0.886	دالة عند 0.01
	121	0.673	دالة عند 0.01		139	0.077	غير دالة إحصائياً
	122	0.499	دالة عند 0.05		140	0.453	دالة عند 0.01
	123	0.609	دالة عند 0.01		141	0.687	دالة عند 0.01
	124	0.712	دالة عند 0.01		142	0.746	دالة عند 0.01
	125	0.708	دالة عند 0.01		143	0.374	دالة عند 0.05
	126	0.474	دالة عند 0.05		144	0.404	دالة عند 0.01
	127	0.679	دالة عند 0.01		145	0.359	دالة عند 0.05
	128	0.799	دالة عند 0.01		146	0.714	دالة عند 0.01
	129	0.004	غير دالة إحصائياً		147	0.923	دالة عند 0.01
	130	0.542	دالة عند 0.01		148	0.772	دالة عند 0.01
	131	0.746	دالة عند 0.01		149	0.787	دالة عند 0.01
	132	0.040	غير دالة إحصائياً		150	0.830	دالة عند 0.01

يتبين من الجدول السابق أن معظم فقرات مقياس الرضا عن جودة الحياة (129 فقرة) حققت ارتباطات دالة مع درجة البعد الذي تنتمي إليه عند مستوى دلالة 0.01.

في حين حققت بعض الفقرات (7 فقرات) ارتباطات دالة مع درجة البعد الذي تنتمي إليه عند مستوى دلالة 0.05.

ولم تحقق بعض الفقرات ارتباطات دالة مع أبعادها، وهي الفقرات التي تحمل الأرقام التالية من الأبعاد: الفقرات (12 من البعد الأول)، (24- 27- 33- 34 من البعد الثاني)، والفقرات (39- 40- 49 من البعد الثالث)، (62 من البعد الرابع)، (95 من البعد السادس)، (119- 129- 132 من البعد السابع)، والفقرة (139 من البعد الثامن).

وبذلك يكون عدد الفقرات التي لم تحقق ارتباطات مع أبعادها (14 فقرة)، وقد قام الباحث بحذفها، ويبقى المقياس في صورته النهائية يتكون من (136 فقرة)، منها (104 فقرة) موزعة على

الأبعاد الستة الرئيسة الأولى، التي تتشكل منها الدرجة الكلية للمقياس وتتراوح الدرجة الكلية على المقياس بأبعاده الستة الرئيسة في صورتها النهائية بين (104 – 520 درجة).

ومنها (32 فقرة) موزعة (15 فقرة) على البعد الخاص بالعاملين، و(17 فقرة) على البعد الخاص بالمتزوجين.

ب. ارتباط درجة كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس:

قام الباحث بتقدير معاملات الارتباط بين درجات أبعاد مقياس الرضا عن جودة الحياة الستة التي يشترك فيها عامة أفراد العينة الاستطلاعية مع الدرجة الكلية لها:

جدول (11)

يبين ارتباطات درجات كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الرضا عن جودة الحياة الأسرية	0.589	دالة عند 0.01
جودة الصحة العامة	0.723	دالة عند 0.01
الجودة النفسية	0.769	دالة عند 0.01
جودة شغل الوقت وإدارته	0.688	دالة عند 0.01
جودة العلاقات	0.820	دالة عند 0.01
جودة الدور الاجتماعي	0.704	دالة عند 0.01

قيمة ر الجدولية (د.ح= 61) عند مستوى 0.05= 0.217، وعند مستوى 0.01= 0.288

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباطات لدرجات كل بعد من أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس تتراوح بين (0.589 – 0.820)، وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى 0.01. مما يشير إلى أن المقياس يتسم بدرجة عالية من صدق الاتساق الداخلي، أي أن الأداة تقيس ما صممت لقياسه.

2- ثبات المقياس:

أ. طريقة التجزئة النصفية:

قام الباحث بحساب معامل الارتباط بين درجات الفقرات الفردية، ودرجات الفقرات الزوجية لمقياس الرضا عن جودة الحياة، ثم استخدم معادلة سبيرمان – براون التنبؤية لتعديل طول البعد زوجي عدد الفقرات (النصفين متساويين)، ومعادلة جتمان التنبؤية لتعديل طول البعد فردي عدد الفقرات (النصفين غير متساويين)، وقد كانت قيم الثبات كما في الجدول التالي:

جدول (12)

يبين معاملات ثبات التجزئة النصفية لمقياس الرضا عن جودة الحياة

أبعاد الرضا عن جودة الحياة	عدد الفقرات	معامل الارتباط	معامل الثبات	مستوى الدلالة
الرضا عن جودة الحياة الأسرية	19	0.724	0.840	دالة عند 0.01
جودة الصحة العامة	13	0.594	0.745	دالة عند 0.01
الجودة النفسية	16	0.673	0.804	دالة عند 0.01
جودة شغل الوقت وإدارته	17	0.611	0.758	دالة عند 0.01
جودة العلاقات	20	0.658	0.793	دالة عند 0.01
جودة الدور الاجتماعي	19	0.705	0.827	دالة عند 0.01
الرضا عن جودة الحياة ككل (بدون بعدي العاملين والمتزوجين)	104	0.582	0.736	دالة عند 0.01
الجودة المهنية	15	0.715	0.834	دالة عند 0.01
الرضا عن جودة الحياة الزوجية	17	0.827	0.905	دالة عند 0.01

يتبين من الجدول السابق أن معاملات الثبات باستخدام التجزئة النصفية لمقياس الرضا عن جودة الحياة بأبعاده الثمانية ودرجته الكلية للأبعاد الستة الأولى تراوحت بين (0.736 – 0.905)، وهي قيم تدلل على أن المقياس يتسم بدرجة جيدة من الثبات.

ب. استخدام معامل ألفا كرونباخ:

كما قام الباحث كذلك بتقدير ثبات مقياس الرضا عن جودة الحياة في صورته النهائية بحساب معامل ألفا كرونباخ لفقرات المقياس، وكان معاملات ألفا كما في الجدول التالي:

جدول (13)

يبين معاملات ثبات التجزئة النصفية لمقياس الرضا عن جودة الحياة

أبعاد الرضا عن جودة الحياة	عدد الفقرات	معامل ألفا	مستوى الدلالة
الرضا عن جودة الحياة الأسرية	19	0.879	دالة عند 0.01
جودة الصحة العامة	13	0.741	دالة عند 0.01

الجودة النفسية	16	0.816	دالة عند 0.01
جودة شغل الوقت وإدارته	17	0.825	دالة عند 0.01
جودة العلاقات	20	0.882	دالة عند 0.01
جودة الدور الاجتماعي	19	0.892	دالة عند 0.01
الرضا عن جودة الحياة ككل (بدون بعدي العاملين والمتزوجين)	104	0.927	دالة عند 0.01
الجودة المهنية	15	0.894	دالة عند 0.01
الرضا عن جودة الحياة الزوجية	17	0.934	دالة عند 0.01

يتبين من الجدول السابق أن معاملات الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ لمقياس الرضا عن جودة الحياة بأبعاده الثمانية ودرجته الكلية للأبعاد الستة الرئيسة تراوحت بين (0.741 – 0.934)، وهي قيم جيدة تدلل على أن المقياس يتسم بدرجة جيدة من الثبات.

مما سبق اتضح للباحث أن مقياس الرضا عن جودة الحياة موضوع الدراسة يتسم بدرجة عالية من الصدق والثبات؛ تعزز النتائج التي سيتم جمعها للحصول على النتائج النهائية للدراسة.

الخطوات الإجرائية:

1- الاطلاع على الأدب النفسي والتربوي وذلك للاستفادة من بعض المقاييس النفسية التي تتعلق بطبيعة متغيرات الدراسة .
2- جمع المادة النظرية المتعلقة بالإطار النظري والدراسات السابقة .
3- إعداد أدوات الدراسة .
4- تحديد أبعاد المقاييس وفقراتها.
5- عرض المقاييس بصورتها الأولية على المحكمين .
6- تعديل المقاييس وفقاً لآراء المحكمين .
7- إعداد الصورة النهائية للمقياس قبل تطبيقه على عينات الدراسة .
8- تطبيق المقياس على عينة استطلاعية للتحقق من أدوات الدراسة.
9- صدق وثبات المقاييس .
10- تطبيق أدوات الدراسة على العينة الفعلية للدراسة.

11- استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة وذلك باستخدام برنامج spss لاستخراج النتائج وتحليلها ومناقشتها في ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري.
12- صياغة التوصيات والمقترحات في ضوء النتائج.

المعالجات الإحصائية:

لقد تمت معالجة البيانات باستخدام الحاسوب بواسطة برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS بهدف اختبار صحة فرضيات الدراسة وذلك بالطرق الإحصائية التالية:

الأساليب المستخدمة في التحليل الإحصائي:

- معامل ارتباط بيرسون: للتحقق من العلاقة بين المتغيرات.
- المتوسطات الحسابية والانحراف المعيارية.
- اختبار" ت" T-test للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات عينتين مستقلتين.
- تحليل التباين الأحادي "One- way ANOVA" للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات درجات أكثر من مجموعتين.
- اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق الناتجة عن تحليل التباين الأحادي.

الفصل الخامس

عرض

نتائـج الدراسـة

مقدمة:

يتضمن هذا الفصل النتائج التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة، وذلك بعد التحقق من الفرضيات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة من خلال استخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS.

1. الفرض الرئيس الأول:

ينص الفرض: "لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصادر الدعم الاجتماعي، والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين أفراد العينة".

للكشف عن العلاقة بين مصادر الدعم الاجتماعي، والرضا عن جودة الحياة لأفراد العينة الكلية من المعاقين (ن= 201)، فقد تم استخدام معامل ارتباط بيرسون، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (1)

يبين العلاقة بين كل من مصادر الدعم الاجتماعي

والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين ككل (ن= 201)

أبعاد الرضا عن جودة الحياة	مصادر الدعم الاجتماعي		
	الأسرة والأقارب	الأصدقاء	مؤسسات المجتمع
جودة الحياة الأسرية	** 0.549	** 0.308	-0.081
جودة الصحة العامة	** 0.327	** 0.232	-0.047
الجودة النفسية	** 0.359	** 0.250	-0.097
جودة شغل الوقت وإدارته	** 0.320	** 0.381	-0.048
جودة العلاقات	** 0.307	** 0.363	** -0.220
جودة الدور الاجتماعي	** 0.217	** 0.372	** -0.200
جودة الحياة ككل	** 0.459	** 0.417	* -0.154
الجودة المهنية *	** 0.390	* 0.284	-0.028
جودة الحياة الزوجية **	* 0.238	** 0.368	-0.101

قيمة ر الجدولية (د.ح= 199 للعينة الكلية) عند 0.05 = 0.152، وعند 0.01 = 0.208

* قيمة ر الجدولية (د.ح= 64 للعاملين) عند 0.05 = 0.250، وعند 0.01 = 0.325

** قيمة ر الجدولية (د.ح= 100 للمتزوجين) عند 0.05 = 0.195، وعند 0.01 = 0.254

يتبين من الجدول السابق النتائج التالية:

- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 بين مصدر الأسرة والأقارب ومصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي وجميع أبعاد الرضا عن جودة الحياة والدرجة الكلية للرضا عن جودة الحياة لدى أفراد العينة الكلية من المعاقين.
- وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 ومستوى 0.05 بين مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي وجودة العلاقات وجودة الدور الاجتماعي وجودة الحياة ككل لدى أفراد العينة الكلية من المعاقين، فيما لم تكن العلاقة دالة بين مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي وبقية أبعاد جودة الحياة لدى أفراد العينة الكلية من المعاقين.
- كما توجد علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 ومستوى 0.01 بين مصدر الأسرة والأقارب ومصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي والجودة المهنية لدى العاملين من أفراد العينة الكلية من المعاقين.
- كما توجد علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 ومستوى 0.01 بين مصدر الأسرة والأقارب ومصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي وجودة الحياة الزوجية لدى المتزوجين من أفراد العينة الكلية من المعاقين.

ويتفرع عن هذا الفرض الرئيس فرضان فرعيان، على النحو التالي:

1.1 " لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصادر الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى الذكور المعاقين من أفراد العينة".

جدول رقم (2)

يبين العلاقة بين كل من مصادر الدعم الاجتماعي

والرضا عن جودة الحياة لدى الذكور المعاقين (ن= 119)

أبعاد الرضا عن جودة الحياة	مصادر الدعم الاجتماعي		
	الأسرة والأقارب	الأصدقاء	مؤسسات المجتمع
جودة الحياة الأسرية	0.570 **	0.347 **	-0.085
جودة الصحة العامة	0.348 **	0.375 **	-0.104
الجودة النفسية	0.382 **	0.399 **	-0.177
جودة شغل الوقت وإدارته	0.368 **	0.529 **	-0.201 *
جودة العلاقات	0.295 **	0.496 **	-0.278 **
جودة الدور الاجتماعي	0.246 **	0.471 **	-0.337 **
جودة الحياة ككل	0.468 **	0.545 **	-0.251 **

الجودة المهنية	* 0.370	0.236	-0.010
جودة الحياة الزوجية	* 0.278	* 0.269	* -0.228

قيمة ر الجدولية (د.ح= 117) عند 0.05 = 0.195، وعند 0.01 = 0.254

يتبين من الجدول السابق النتائج التالية:

- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 بين مصدر الأسرة والأقارب ومصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي وجميع أبعاد الرضا عن جودة الحياة والدرجة الكلية للرضا عن جودة الحياة لدى الذكور المعاقين من أفراد العينة.
- وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05، ومستوى 0.01 بين مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي وجودة شغل الوقت وإدارته وجودة العلاقات وجودة الدور الاجتماعي وجودة الحياة ككل لدى الذكور المعاقين من أفراد العينة.
- كما توجد علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 بين مصدر الأسرة والأقارب من الدعم الاجتماعي والجودة المهنية لدى العاملين الذكور المعاقين من أفراد العينة.
- كما توجد علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 بين مصدر الأسرة والأقارب ومصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي وجودة الحياة الزوجية لدى المتزوجين الذكور المعاقين من أفراد العينة.
- في حين كانت العلاقة سالبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 بين مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي وجودة الحياة الزوجية لدى المتزوجين الذكور المعاقين من أفراد العينة.

2.1 " لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصادر الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى الإناث المعاقات من أفراد العينة".

جدول (3)

يبين العلاقة بين كل من مصادر الدعم الاجتماعي

والرضا عن جودة الحياة لدى الإناث المعاقات (ن=82)

أبعاد الرضا عن جودة الحياة	مصادر الدعم الاجتماعي		
	الأسرة والأقارب	الأصدقاء	مؤسسات المجتمع
جودة الحياة الأسرية	** 0.531	* 0.258	-0.055
جودة الصحة العامة	** 0.310	0.055	0.070
الجودة النفسية	** 0.337	0.072	0.043
جودة شغل الوقت وإدارته	** 0.289	0.189	* 0.281

جودة العلاقات	** 0.343	0.182	-0.098
جودة الدور الاجتماعي	0.186	* 0.239	0.084
جودة الحياة ككل	** 0.479	* 0.244	0.061
الجودة المهنية	* 0.439	0.341	-0.117
جودة الحياة الزوجية	0.125	* 0.465	-0.224

قيمة ر الجدولية (د.ح= 80) عند 0.05 = 0.217، وعند 0.01 = 0.283

يتبين من الجدول السابق النتائج التالية:

- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 بين مصدر الأسرة والأقارب من الدعم الاجتماعي ومعظم أبعاد الرضا عن جودة الحياة والدرجة الكلية للرضا عن جودة الحياة لدى الإناث المعاقات من أفراد العينة.
- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 بين مصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي وجودة الحياة الأسرية وجودة الدور الاجتماعي جودة الحياة ككل لدى الإناث المعاقات من أفراد العينة.
- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 بين مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي وجودة شغل الوقت وإدارته لدى الإناث المعاقات من أفراد العينة.
- كما توجد علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 بين مصدر الأسرة والأقارب من الدعم الاجتماعي والجودة المهنية لدى العاملات الإناث من أفراد العينة.
- كما توجد علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 بين مصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي وجودة الحياة الزوجية لدى المتزوجات الإناث من أفراد العينة.

2. الفرض الرئيس الثاني:

ينص الفرض: " لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية، والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين".

للكشف عن العلاقة بين الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية، والرضا عن جودة الحياة لأفراد العينة الكلية من المعاقين (ن= 201)، استخدم الباحث معامل ارتباط بيرسون، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (4)

يبين العلاقة بين كل من الدعم الاجتماعي بأبعاده

ودرجته الكلية والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين ككل (ن= 201)

أبعاد الرضا عن جودة الحياة	أبعاد الدعم الاجتماعي		
	الاجتماعي الاقتصادي	النفسي الإنفعالي	الدعم الاجتماعي ككل
جودة الحياة الأسرية	** 0.287	** 0.331	** 0.321
جودة الصحة العامة	** 0.207	** 0.211	** 0.214
الجودة النفسية	** 0.188	** 0.209	** 0.205
جودة شغل الوقت وإدارته	** 0.265	** 0.277	** 0.278
جودة العلاقات	0.116	* 0.178	* 0.158
جودة الدور الاجتماعي	0.138	0.132	0.137
جودة الحياة ككل	** 0.261	** 0.293	** 0.287
الجودة المهنية	0.195	* 0.285	* 0.254
جودة الحياة الزوجية	* 0.203	* 0.243	* 0.233

قيمة ر الجدولية (د.ح= 199) عند 0.05 = 0.152، وعند 0.01 = 0.208

يتبين من الجدول السابق النتائج التالية:

- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 بين بعد الدعم الاجتماعي الاقتصادي وبعد الدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والرضا عن جودة الحياة الأسرية وجودة الصحة العامة والجودة النفسية وجودة شغل الوقت وإدارته والرضا عن جودة الحياة ككل لدى أفراد العينة الكلية من المعاقين.
- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 ومستوى 0.05 بين بعد الدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والرضا عن جودة العلاقات لدى أفراد العينة الكلية من المعاقين.
- في حين لم تجد النتائج علاقة دالة إحصائياً بين أبعاد الدعم الاجتماعي ودرجته الكلية والرضا عن جودة الدور الاجتماعي لدى أفراد العينة الكلية من المعاقين.
- كما تبين وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 بين بعد الدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والرضا عن الجودة المهنية لدى العاملين من أفراد العينة الكلية.
- ووجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 بين أبعاد الدعم الاجتماعي الاقتصادي والدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والرضا عن جودة الحياة الزوجية لدى المتزوجين من أفراد العينة الكلية.

ويتفرع عن هذا الفرض الرئيس فرضان فرعيان، على النحو التالي:

1.2 " لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية والرضا عن جودة الحياة لدى الذكور المعاقين من أفراد العينة".

جدول رقم (5)

يبين العلاقة بين كل من الدعم الاجتماعي بأبعاده

ودرجته الكلية والرضا عن جودة الحياة لدى الذكور المعاقين (ن=119)

أبعاد الرضا عن جودة الحياة	أبعاد الدعم الاجتماعي		
	الاجتماعي الاقتصادي	النفسي الإنفعالي	الدعم الاجتماعي ككل
جودة الحياة الأسرية	** 0.300	** 0.349	** 0.339
جودة الصحة العامة	* 0.230	** 0.243	** 0.244
الجودة النفسية	* 0.185	* 0.233	* 0.221
جودة شغل الوقت وإدارته	* 0.233	** 0.258	** 0.255
جودة العلاقات	0.107	* 0.182	0.159
جودة الدور الاجتماعي	0.101	0.075	0.087
جودة الحياة ككل	** 0.240	** 0.280	** 0.272
الجودة المهنية	0.161	0.269	0.232
جودة الحياة الزوجية	0.064	0.123	0.105

قيمة ر الجدولية (د.ح= 117) عند 0.05 = 0.195، وعند 0.01 = 0.254

يتبين من الجدول السابق النتائج التالية:

- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 بين بعد الدعم الاجتماعي الاقتصادي وبعد الدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والدرجة الكلية للرضا عن جودة الحياة الأسرية وجودة الحياة ككل لدى الذكور المعاقين من أفراد العينة.
- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 ومستوى 0.05 بين بعد الدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والدرجة الكلية للرضا عن جودة الصحة العامة والجودة النفسية وجودة شغل الوقت وإدارته لدى الذكور المعاقين من أفراد العينة.
- لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعد الدعم الاجتماعي الاقتصادي وبعد الدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والدرجة الكلية للرضا عن جودة الدور الاجتماعي لدى الذكور المعاقين من أفراد العينة.

- كما لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعد الدعم الاجتماعي الاقتصادي وبعد الدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والرضا عن الجودة المهنية لدى الذكور العاملين من أفراد العينة.
- لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعد الدعم الاجتماعي الاقتصادي وبعد الدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والرضا عن جودة الحياة الزوجية لدى الذكور المتزوجين من أفراد العينة.

2.2 " لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية والرضا عن جودة الحياة لدى الإناث المعاقات من أفراد العينة".

جدول (6)

يبين العلاقة بين كل من الدعم الاجتماعي بأبعاده

ودرجته الكلية والرضا عن جودة الحياة لدى الإناث المعاقات (ن=82)

أبعاد الرضا عن جودة الحياة	أبعاد الدعم الاجتماعي		
	الاجتماعي الاقتصادي	النفسي الانفعالي	الدعم الاجتماعي ككل
الرضا عن جودة الحياة الأسرية	** 0.289	** 0.316	** 0.311
جودة الصحة العامة	0.205	0.182	0.194
الجودة النفسية	0.209	0.186	0.198
جودة شغل الوقت وإدارته	** 0.382	** 0.344	** 0.364
جودة العلاقات	0.149	0.183	0.173
جودة الدور الاجتماعي	* 0.224	* 0.235	* 0.234
الرضا عن جودة الحياة ككل	** 0.340	** 0.342	** 0.347
الجودة المهنية	0.229	0.300	0.276
جودة الحياة الزوجية	* 0.442	* 0.423	* 0.437

قيمة ر الجدولية (د.ح= 80) عند 0.05 = 0.217، وعند 0.01 = 0.283

يتبين من الجدول السابق النتائج التالية:

- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 بين بعد الدعم الاجتماعي الاقتصادي وبعد الدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والرضا عن جودة الحياة الأسرية وجودة شغل الوقت وإدارته وجودة الحياة ككل لدى الإناث المعاقات من أفراد العينة.

- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 ومستوى 0.01 بين بعد الدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والرضا عن جودة الدور الاجتماعي لدى الإناث المعاقات من أفراد العينة.
- كما وجدت علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 بين بعد الدعم الاجتماعي الاقتصادي والدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والرضا عن جودة الحياة الزوجية لدى الإناث المتزوجات المعاقات من أفراد العينة.
- لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعد الدعم الاجتماعي الاقتصادي وبعد الدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والرضا عن جودة الصحة العامة والجودة النفسية وجودة العلاقات لدى الإناث المعاقات من أفراد العينة.
- كما لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعد الدعم الاجتماعي الاقتصادي والدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والرضا عن الجودة المهنية لدى الإناث العاملات من أفراد العينة.

3. الفرض الرئيس الثالث:

ينص الفرض على: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة باختلاف مصادر الدعم الاجتماعي (منخفض- مرتفع) لدى المعاقين من أفراد العينة".

للتحقق من هذا الفرض قام الباحث بحساب درجات أفراد عينة الدراسة على كل مصدر من مصادر الدعم الاجتماعي على حدة، ثم تم ترتيب الدرجات تنازلياً لكل متغير واختيار مجموعتي المقارنة منخفضي الدرجات الذين يشكلون (27%) من الطرف السفلي لدرجات أفراد العينة (ن= 55)، ومرتفعي الدرجات الذين يشكلون (27%) من الطرف العلوي لدرجات أفراد العينة (ن= 55)، في حين تم اختيار 33% من الطرفين في عينة العاملين (ن= 22 لكل طرف)، و33% من الطرفين في عينة المتزوجين (ن= 34 لكل طرف) وترى أنستازي (Anstasi, 1976) أنه يمكن أخذ عينة للمقارنات الطرفية تتراوح بين (25 – 33% من كلا الطرفين) نقلاً عن (فرج، 1997: 137)، ثم تمت المقارنة بين المجموعتين المذكورتين في أدائهما على مقياس الرضا عن جودة الحياة باستخدام اختبار (ت) للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين (علام، 2005: 210).

ويتفرع هذا الفرض إلى ثلاثة فروض فرعية كما يلي:

1.3 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة تبعاً لاختلاف مصدر الأسرة والأقارب للدعم الاجتماعي (منخفض- مرتفع) لدى المعاقين من أفراد العينة".

جدول (7)

نتائج اختبار (ت) للفروق في الرضا عن جودة الحياة

لدى المعاقين باختلاف درجاتهم على مصدر الأسرة والأقارب من الدعم الاجتماعي

أبعاد الرضا عن جودة الحياة	المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الرضا عن جودة الحياة الأسرية	منخفضي الدرجات	60.090	11.194	9.440	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	78.345	8.965		
جودة الصحة العامة	منخفضي الدرجات	38.909	5.454	6.516	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	46.290	6.390		
الجودة النفسية	منخفضي الدرجات	50.545	7.757	5.380	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	58.581	7.908		
جودة شغل الوقت وإدارته	منخفضي الدرجات	48.345	8.188	6.183	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	58.636	9.236		
جودة العلاقات	منخفضي الدرجات	67.836	11.540	5.872	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	79.327	8.798		
جودة الدور الاجتماعي	منخفضي الدرجات	64.581	11.140	4.404	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	73.309	9.587		
الرضا عن جودة الحياة ككل	منخفضي الدرجات	330.309	39.499	8.732	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	394.490	37.562		
الجودة المهنية *	منخفضي الدرجات	53.090	8.343	2.764	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	60.409	9.199		
جودة الحياة الزوجية **	منخفضي الدرجات	59.470	13.278	3.114	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	69.147	12.324		

قيمة (ت) الجدولية (د.ح= 108) عند مستوى دلالة 0.05 = 2.00، وعند مستوى دلالة 0.01 = 2.66

* قيمة (ت) الجدولية (د.ح= 42 للعاملين) عند مستوى دلالة 0.05 = 2.02، وعند مستوى دلالة 0.01 = 2.70

** قيمة (ت) الجدولية (د.ح= 66 للمتزوجين) عند مستوى دلالة 0.05 = 2.00، وعند مستوى دلالة 0.01 = 2.66

يتبين من الجدول السابق:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدرجة على مصدر الأسرة والأقارب من الدعم الاجتماعي على جميع أبعاد الرضا عن جودة الحياة وجودة الحياة ككل، وكانت الفروق لصالح مرتفعي مصدر الأسرة والأقارب من الدعم الاجتماعي لدى أفراد العينة الكلية من المعاقين.

- وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدرجة على مصدر الأسرة والأقارب من الدعم الاجتماعي على بعد الجودة المهنية لدى المعاقين العاملين من أفراد العينة، وكانت الفروق لصالح مرتفعي مصدر الأسرة والأقارب من الدعم الاجتماعي.
- كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدرجة على مصدر الأسرة والأقارب من الدعم الاجتماعي على بعد جودة الحياة الزوجية لدى المعاقين المتزوجين من أفراد العينة، وكانت الفروق لصالح مرتفعي مصدر الأسرة والأقارب من الدعم الاجتماعي.

2.3 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة تبعاً لاختلاف مصدر الأصدقاء للدعم الاجتماعي (منخفض- مرتفع) لدى المعاقين من أفراد العينة".

جدول (8)

نتائج اختبار (ت) للفروق في الرضا عن جودة الحياة

لدى المعاقين باختلاف درجاتهم على مصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي

أبعاد الرضا عن جودة الحياة	المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الرضا عن جودة الحياة الأسرية	منخفضي الدرجات	64.636	12.109	5.048	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	75.254	9.834		
جودة الصحة العامة	منخفضي الدرجات	41.000	6.406	3.797	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	45.672	6.500		
الجودة النفسية	منخفضي الدرجات	52.272	8.233	3.961	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	58.327	7.791		
جودة شغل الوقت وإدارته	منخفضي الدرجات	49.327	7.416	5.651	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	58.800	9.976		
جودة العلاقات	منخفضي الدرجات	69.600	9.236	6.458	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	81.036	9.337		
جودة الدور الاجتماعي	منخفضي الدرجات	64.909	10.276	4.975	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	74.436	9.803		
الرضا عن جودة الحياة ككل	منخفضي الدرجات	341.745	39.163	6.771	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	393.527	41.027		
الجودة المهنية	منخفضي الدرجات	54.590	8.427	2.406	دالة عند 0.05
	مرتفعي الدرجات	61.500	10.505		

جودة الحياة الزوجية	منخفضي الدرجات	57.117	12.845	3.424	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	67.647	12.513		

يتبين من الجدول السابق:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدرجة على مصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي في جميع أبعاد جودة الحياة والدرجة الكلية لجودة الحياة، وكانت الفروق لصالح مرتفعي مصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين من أفراد العينة.
- وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدرجة على مصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي على بعد الجودة المهنية، وكانت الفروق لصالح مرتفعي مصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين العاملين من أفراد العينة.
- كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدرجة على مصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي على بعد جودة الحياة الزوجية، وكانت الفروق لصالح مرتفعي الدرجات على مصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين المتزوجين من أفراد العينة.

3.3 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة تبعاً لاختلاف مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي (منخفض- مرتفع) لدى المعاقين من أفراد العينة".

جدول (9)

نتائج اختبار (ت) للفروق في الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف درجاتهم على مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي

أبعاد الرضا عن جودة الحياة	المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الرضا عن جودة الحياة الأسرية	منخفضي الدرجات	73.818	11.537	1.647	غير دالة إحصائياً
	مرتفعي الدرجات	70.345	10.551		
جودة الصحة العامة	منخفضي الدرجات	43.690	7.400	0.295	غير دالة إحصائياً
	مرتفعي الدرجات	43.309	6.127		
الجودة النفسية	منخفضي الدرجات	56.200	8.459	1.061	غير دالة إحصائياً
	مرتفعي الدرجات	54.600	7.312		
جودة شغل الوقت وإدارته	منخفضي الدرجات	55.018	11.352	0.561	غير دالة إحصائياً
	مرتفعي الدرجات	53.927	8.908		

جودة العلاقات	منخفضي الدرجات	77.654	9.179	2.931	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	72.000	10.973		
جودة الدور الاجتماعي	منخفضي الدرجات	71.436	12.019	2.620	دالة عند 0.05
	مرتفعي الدرجات	65.818	10.413		
الرضا عن جودة الحياة ككل	منخفضي الدرجات	377.818	43.568	2.146	دالة عند 0.05
	مرتفعي الدرجات	360.000	43.518		
الجودة المهنية	منخفضي الدرجات	59.636	8.527	0.607	غير دالة إحصائياً
	مرتفعي الدرجات	57.772	11.592		
جودة الحياة الزوجية	منخفضي الدرجات	67.588	11.755	2.091	دالة عند 0.05
	مرتفعي الدرجات	61.764	11.203		

يتبين من الجدول السابق:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدرجة على مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي في جودة العلاقات عند مستوى 0.01 وجودة الدور الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة ككل عند مستوى 0.05، وكانت الفروق لصالح منخفضي مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين من أفراد العينة.
- كما وجدت النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدرجة على مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي في جودة الحياة الزوجية، وكانت الفروق لصالح منخفضي مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين المتزوجين من أفراد العينة.
- في حين لم تجد النتائج فروق ذات دلالة إحصائية في بقية أبعاد الرضا عن جودة الحياة تبعاً لمتغير مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين من أفراد العينة.
- كما لم تجد النتائج فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الجودة المهنية تبعاً لمتغير مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين العاملين من أفراد العينة.

4. الفرض الرئيس الرابع:

ينص الفرض على: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة باختلاف الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية (منخفض- مرتفع) لدى المعاقين من أفراد العينة".

ويتفرع هذا الفرض إلى ثلاثة فروض فرعية، كما يلي:

1.4 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة تبعاً لاختلاف الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي (منخفض- مرتفع) لدى المعاقين من أفراد العينة".

جدول (10)

اختبار (ت) للفروق في الرضا عن جودة الحياة

لدى المعاقين باختلاف درجاتهم على مقياس الدعم الاجتماعي ككل

أبعاد الرضا عن جودة الحياة	المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
جودة الحياة الأسرية	منخفضي الدرجات	65.454	12.283	3.303	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	72.654	10.507		
جودة الصحة العامة	منخفضي الدرجات	39.945	7.207	2.817	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	43.745	6.939		
الجودة النفسية	منخفضي الدرجات	52.272	9.573	2.177	دالة عند 0.05
	مرتفعي الدرجات	56.000	8.342		
جودة شغل الوقت وإدارته	منخفضي الدرجات	48.654	8.821	4.162	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	55.563	8.588		
جودة العلاقات	منخفضي الدرجات	71.181	9.845	2.271	دالة عند 0.05
	مرتفعي الدرجات	75.509	10.135		
جودة الدور الاجتماعي	منخفضي الدرجات	66.618	10.425	2.118	دالة عند 0.05
	مرتفعي الدرجات	70.509	8.766		
الرضا عن جودة الحياة ككل	منخفضي الدرجات	344.127	40.529	3.809	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	373.981	41.677		
الجودة المهنية	منخفضي الدرجات	53.590	7.557	1.904	غير دالة إحصائياً
	مرتفعي الدرجات	58.818	10.427		
جودة الحياة الزوجية	منخفضي الدرجات	60.441	13.954	1.737	غير دالة إحصائياً
	مرتفعي الدرجات	65.911	11.930		

يتبين من الجدول السابق:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدعم الاجتماعي ككل في أبعاد الرضا عن جودة الحياة الأسرية وجودة الصحة العامة وجودة شغل الوقت وإدارته والرضا عن جودة الحياة ككل، وكانت الفروق لصالح مرتفعي الدعم الاجتماعي ككل لدى المعاقين من أفراد العينة.

- كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدعم الاجتماعي ككل في أبعاد الرضا عن جودة الحياة النفسية وجودة العلاقات وجودة

الدور الاجتماعي، وكانت الفروق لصالح مرتفعي الدعم الاجتماعي ككل لدى المعاقين من أفراد العينة.

- في حين لم تجد النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدعم الاجتماعي ككل في الجودة المهنية لدى المعاقين العاملين من أفراد العينة.
- كما لم تجد النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدعم الاجتماعي ككل في جودة الحياة الزوجية لدى المعاقين المتزوجين من أفراد العينة.

2.4 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة تبعاً لاختلاف درجة البعد الاجتماعي الاقتصادي من الدعم الاجتماعي (منخفض- مرتفع) لدى المعاقين من أفراد العينة".

جدول (11)

نتائج اختبار (ت) للفروق في الرضا عن جودة الحياة

لدى المعاقين باختلاف درجاتهم على بعد الدعم الاجتماعي الاقتصادي

أبعاد الرضا عن جودة الحياة	المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الرضا عن جودة الحياة الأسرية	منخفضي الدرجات	65.527	12.075	2.800	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	71.600	10.629		
جودة الصحة العامة	منخفضي الدرجات	40.218	7.522	2.344	دالة عند 0.05
	مرتفعي الدرجات	43.472	7.033		
الجودة النفسية	منخفضي الدرجات	52.036	9.175	2.135	دالة عند 0.05
	مرتفعي الدرجات	55.581	8.216		
جودة شغل الوقت وإدارته	منخفضي الدرجات	49.836	9.356	3.105	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	55.272	9.002		
جودة العلاقات	منخفضي الدرجات	71.890	9.468	0.952	غير دالة إحصائياً
	مرتفعي الدرجات	73.763	11.097		
جودة الدور الاجتماعي	منخفضي الدرجات	65.818	9.974	1.511	غير دالة إحصائياً
	مرتفعي الدرجات	68.672	9.833		
الرضا عن جودة الحياة ككل	منخفضي الدرجات	345.327	40.162	2.821	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	368.363	45.316		
الجودة المهنية	منخفضي الدرجات	54.136	7.554	1.577	غير دالة إحصائياً
	مرتفعي الدرجات	58.454	10.391		
جودة الحياة الزوجية	منخفضي الدرجات	61.352	13.686	1.297	غير دالة إحصائياً
	مرتفعي الدرجات	65.529	12.863		

يتبين من الجدول السابق:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي البعد الاجتماعي الاقتصادي من الدعم الاجتماعي في أبعاد الرضا عن جودة الحياة الأسرية وجودة شغل الوقت وإدارته والرضا عن جودة الحياة ككل، وكانت الفروق لصالح مرتفعي البعد الاجتماعي الاقتصادي من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين من أفراد العينة.
- كما بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي البعد الاجتماعي الاقتصادي من الدعم الاجتماعي في أبعاد الرضا عن جودة الصحة العامة والجودة النفسية، وكانت الفروق لصالح مرتفعي البعد الاجتماعي الاقتصادي من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين من أفراد العينة.
- في حين لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة العلاقات وجودة الدور الاجتماعي تبعاً لاختلاف الدرجة على البعد الاجتماعي الاقتصادي لدى أفراد العينة من المعاقين.
- ولم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الجودة المهنية تبعاً لاختلاف الدرجة على البعد الاجتماعي الاقتصادي لدى المعاقين العاملين من أفراد العينة.
- كما لم تجد النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة الزوجية تبعاً لاختلاف الدرجة على البعد الاجتماعي الاقتصادي لدى المعاقين المتزوجين من أفراد العينة.

3.4 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة تبعاً لاختلاف درجة البعد النفسي الانفعالي من الدعم الاجتماعي (منخفض- مرتفع) لدى المعاقين من أفراد العينة".

جدول (12)

اختبار (ت) للفروق في الرضا عن جودة الحياة

لدى المعاقين باختلاف درجاتهم على بعد الدعم النفسي الانفعالي

أبعاد الرضا عن جودة الحياة	المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
جودة الحياة الأسرية	منخفضي الدرجات	65.327	12.418	3.552	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	72.872	9.691		
جودة الصحة العامة	منخفضي الدرجات	40.036	7.226	2.964	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	43.909	6.455		
الجودة النفسية	منخفضي الدرجات	52.272	9.573	2.511	دالة عند 0.05
	مرتفعي الدرجات	56.400	7.543		

جودة شغل الوقت وإدارته	منخفضي الدرجات	48.690	8.793	3.953	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	55.290	8.717		
جودة العلاقات	منخفضي الدرجات	71.054	9.932	2.472	دالة عند 0.05
	مرتفعي الدرجات	75.654	9.580		
جودة الدور الاجتماعي	منخفضي الدرجات	66.727	10.343	1.642	غير دالة إحصائياً
	مرتفعي الدرجات	69.781	9.130		
الرضا عن جودة الحياة ككل	منخفضي الدرجات	344.109	40.546	3.904	دالة عند 0.01
	مرتفعي الدرجات	373.909	39.504		
الجودة المهنية	منخفضي الدرجات	53.590	7.557	2.267	دالة عند 0.05
	مرتفعي الدرجات	59.863	10.548		
جودة الحياة الزوجية	منخفضي الدرجات	60.029	14.143	2.356	دالة عند 0.05
	مرتفعي الدرجات	67.617	12.350		

يتبين من الجدول السابق:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي البعد النفسي الانفعالي من الدعم الاجتماعي في أبعاد الرضا عن جودة الحياة الأسرية وجودة الصحة العامة وجودة شغل الوقت وإدارته والرضا عن جودة الحياة ككل، وكانت الفروق لصالح مرتفعي درجة البعد النفسي الانفعالي من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين من أفراد العينة.
- كما بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدرجة على البعد النفسي الانفعالي من الدعم الاجتماعي في أبعاد الرضا عن الجودة النفسية وجودة العلاقات، وكانت الفروق لصالح مرتفعي البعد النفسي الانفعالي من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين من أفراد العينة.
- في حين لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الدور الاجتماعي تبعاً لاختلاف درجة البعد النفسي الانفعالي من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين من أفراد العينة.
- وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الجودة المهنية تبعاً لاختلاف درجة البعد النفسي الانفعالي من الدعم الاجتماعي، وكانت الفروق لصالح مرتفعي البعد النفسي الانفعالي لدى المعاقين العاملين من أفراد العينة.
- كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة الزوجية تبعاً لاختلاف درجة البعد النفسي الانفعالي من الدعم الاجتماعي، وكانت الفروق لصالح مرتفعي البعد النفسي الانفعالي لدى المعاقين المتزوجين من أفراد العينة.

5. الفرض الرئيس الخامس:

ينص الفرض على: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين أفراد العينة باختلاف بعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية"

ويتفرع عن هذا الفرض الرئيس الفروض الفرعية الستة التالية:

1.5 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة بين الذكور والإناث المعاقين من أفراد العينة".

للتحقق من صحة الفرض قام الباحث بالمقارنة بين متوسط درجات الذكور (ن= 119) ومتوسط درجات الإناث (ن= 82) من أفراد العينة على مقياس الدعم الاجتماعي بمصادره وأبعاده ودرجته الكلية (الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي هي مجموع المصادر أو الأبعاد)، ومقياس الرضا عن جودة الحياة بأبعاده ودرجته الكلية موضوع الدراسة وأيضاً لعينة العاملين من الجنسين في بعد الجودة المهنية، وعينة المتزوجين من الجنسين في بعد جودة الحياة الزوجية، باستخدام اختبار (ت) للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين (علام، 2005: 210)، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (13)

اختبار (ت) للفروق في كل من الدعم الاجتماعي

والرضا عن جودة الحياة بين الذكور والإناث من المعاقين

المقياس	المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
مصدر الأسرة والأقارب للدعم الاجتماعي	ذكر	151.2605	20.54200	0.009	غير دالة إحصائياً
	أنثى	151.2317	23.99912		
مصدر الأصدقاء للدعم الاجتماعي	ذكر	141.3782	21.11750	1.002	غير دالة إحصائياً
	أنثى	138.0000	26.57066		
مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي	ذكر	93.6218	32.16588	1.472	غير دالة إحصائياً
	أنثى	100.3902	31.82427		
البعد الاجتماعي الاقتصادي للدعم الاجتماعي	ذكر	140.4034	18.12869	0.848	غير دالة إحصائياً
	أنثى	142.8049	21.85329		
البعد النفسي الإنفعالي للدعم الاجتماعي	ذكر	245.8571	31.07489	0.200	غير دالة إحصائياً
	أنثى	246.8171	36.50372		
الدعم الاجتماعي ككل	ذكر	386.2605	48.02850	0.450	غير دالة إحصائياً
	أنثى	389.6220	57.43717		
جودة الحياة الأسرية	ذكر	70.1597	13.09288	1.087	غير دالة إحصائياً

	أنثى	68.1463	12.62676		
جودة الصحة العامة	ذكر	42.9580	6.85491	1.947	غير دالة إحصائياً
	أنثى	41.0366	6.90401		
الجودة النفسية	ذكر	55.0588	8.25370	1.462	غير دالة إحصائياً
	أنثى	53.3171	8.37527		
جودة شغل الوقت وإدارته	ذكر	54.7059	9.59109	3.911	دالة عند 0.01
	أنثى	49.5732	8.45033		
جودة العلاقات	ذكر	74.1429	11.24254	1.025	غير دالة إحصائياً
	أنثى	72.6220	8.86196		
جودة الدور الاجتماعي	ذكر	69.1933	11.35802	1.748	غير دالة إحصائياً
	أنثى	66.5732	8.94983		
الرضا عن جودة الحياة ككل	ذكر	366.2185	48.43713	2.318	دالة عند 0.05
	أنثى	351.2683	39.28593		
الجودة المهنية *	ذكر	58.1389	10.32100	0.579	غير دالة إحصائياً
	أنثى	56.8000	8.03613		
جودة الحياة الزوجية *	ذكر	64.9359	11.64891	2.419	دالة عند 0.05
	أنثى	57.6522	15.80451		

قيمة (ت) الجدولية (د.ح= 199) عند مستوى دلالة 0.05 = 1.96، وعند مستوى دلالة 0.01 = 2.58

* قيمة (ت) الجدولية (د.ح= 64، 100) عند مستوى دلالة 0.05 = 2.00، وعند مستوى دلالة 0.01 = 2.66

يتبين من الجدول السابق:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطي درجات الذكور والإناث على بعد الرضا عن جودة شغل الوقت وإدارته وعند مستوى 0.05 على الرضا عن جودة الحياة ككل وكانت الفروق لصالح الذكور من أفراد العينة.
- وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسطي درجات الذكور والإناث على بعد الرضا عن جودة الحياة الزوجية، وكانت الفروق لصالح الذكور من أفراد العينة.
- في حين لم تكن الفروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث على جميع مصادر وأبعاد الدعم الاجتماعي لدى أفراد العينة من المعاقين.
- كما أنه لم تكن الفروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث على أبعاد الرضا عن جودة الحياة لدى أفراد العينة من المعاقين.
- ولم تكن الفروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث على الجودة المهنية لدى المعاقين العاملين من أفراد العينة.

2.5 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف العمر (25 سنة فأقل، 26- 40، أكثر من 40 سنة)".

للتحقق من أثر اختلاف العمر الزمني (25 سنة فأقل، 26- 40، أكثر من 40 سنة) على الدعم الاجتماعي بمصادره وأبعاده ودرجته الكلية والرضا عن جودة الحياة لأفراد العينة من المعاقين؛ استخدم الباحث اختبار تحليل التباين الأحادي، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (14)

نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في

الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف العمر

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
مصدر الأسرة والأقارب للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	1736.887	2	868.444	1.816	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	94708.675	198	478.327		
	المجموع	96445.562	200			
مصدر الأصدقاء للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	1393.333	2	696.666	1.266	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	108968.667	198	550.347		
	المجموع	110362.000	200			
مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	8994.661	2	4497.330	4.512	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	197352.842	198	996.732		
	المجموع	206347.502	200			
البعد الاجتماعي الاقتصادي للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	3710.226	2	1855.113	4.961	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	74033.276	198	373.905		
	المجموع	77743.502	200			
البعد النفسي الانفعالي للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	8762.771	2	4381.386	4.070	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	213162.791	198	1076.580		
	المجموع	221925.562	200			
الدعم الاجتماعي ككل	بين المجموعات	23484.546	2	11742.273	4.502	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	516480.210	198	2608.486		
	المجموع	539964.756	200			
جودة الحياة لأسرية	بين المجموعات	51.120	2	25.560	0.152	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	33287.875	198	168.121		
	المجموع	33338.995	200			
جودة الصحة العامة	بين المجموعات	9.694	2	4.847	.100	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	9575.212	198	48.360		
	المجموع	9584.905	200			

الجودة النفسية	بين المجموعات	148.937	2	74.469	1.075	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	13718.684	198	69.286		
	المجموع	13867.622	200			
جودة شغل الوقت وإدارته	بين المجموعات	84.178	2	42.089	0.467	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	17833.553	198	90.068		
	المجموع	17917.731	200			
جودة العلاقات	بين المجموعات	541.497	2	270.749	2.572	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	20846.652	198	105.286		
	المجموع	21388.149	200			
جودة الدور الاجتماعي	بين المجموعات	169.860	2	84.930	0.769	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	21874.031	198	110.475		
	المجموع	22043.891	200			
الرضا عن جودة الحياة ككل	بين المجموعات	1728.249	2	864.125	0.416	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	410982.885	198	2075.671		
	المجموع	412711.134	200			
الجودة المهنية *	بين المجموعات	212.763	2	106.381	1.237	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	5417.677	63	85.995		
	المجموع	5630.439	65			
جودة الحياة الزوجية *	بين المجموعات	148.149	2	74.075	0.425	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	17274.606	99	174.491		
	المجموع	17422.755	101			

قيمة (ف) الجدولية عند (د.ح= 2، 198) عند مستوى دلالة 0.05 = 3.00، وعند مستوى دلالة 0.01 = 4.61

* قيمة (ف) الجدولية عند (د.ح= 2/ 63، 99) عند مستوى دلالة 0.05 = 3.15، وعند مستوى دلالة 0.01 = 4.98

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 في البعد الاجتماعي الاقتصادي للدعم الاجتماعي تبعاً لاختلاف العمر للمعاقين أفراد العينة.
- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 في مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي والبعد النفسي الانفعالي للدعم الاجتماعي والدعم الاجتماعي ككل تبعاً لاختلاف العمر للمعاقين أفراد العينة.
- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الرضا عن جودة الحياة بأبعادها ودرجتها الكلية تبعاً لاختلاف العمر للمعاقين أفراد العينة.
- ولم تكن الفروق دالة إحصائياً في الجودة المهنية تبعاً لاختلاف العمر للمعاقين العاملين من أفراد العينة.
- كما لم تكن الفروق دالة إحصائياً في جودة الحياة الزوجية تبعاً لاختلاف العمر للمعاقين المتزوجين من أفراد العينة.

والجدول التالي يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة في الأبعاد ذات الدلالة من مقياس الدعم الاجتماعي تبعاً لمتغير العمر لأفراد العينة:

جدول (15)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات

أفراد العينة على أبعاد مقياس الدعم الاجتماعي ذات الدلالة تبعاً للعمر

المتغير	البيان	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي	25 سنة فأقل	52	107.365	31.712
	26 – 40 سنة	109	93.697	32.376
	أكثر من 40 سنة	40	89.425	29.022
البعد الاجتماعي الاقتصادي للدعم الاجتماعي	25 سنة فأقل	52	147.961	17.277
	26 – 40 سنة	109	140.376	18.840
	أكثر من 40 سنة	40	135.575	22.912
البعد النفسي الانفعالي للدعم الاجتماعي	25 سنة فأقل	52	257.250	26.929
	26 – 40 سنة	109	243.229	32.480
	أكثر من 40 سنة	40	240.175	39.949
الدعم الاجتماعي ككل	25 سنة فأقل	52	405.211	43.103
	26 – 40 سنة	109	383.605	50.288
	أكثر من 40 سنة	40	375.750	61.727

والجدول التالي يبين نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات درجات الدعم الاجتماعي ذات الدلالة تبعاً لمتغير العمر لأفراد العينة:

جدول (16)

نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات

درجات الدعم الاجتماعي ذات الدلالة تبعاً لمتغير العمر لأفراد العينة

المتغير	البيان	25 سنة فأقل	26 – 40 سنة
مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي	26 – 40 سنة	*13.668	
	أكثر من 40 سنة	*17.940	4.272
البعد الاجتماعي الاقتصادي للدعم الاجتماعي	26 – 40 سنة	7.585	
	أكثر من 40 سنة	* 12.386	4.801
البعد النفسي الانفعالي للدعم الاجتماعي	26 – 40 سنة	*14.020	
	أكثر من 40 سنة	* 17.075	3.054
الدعم الاجتماعي ككل	26 – 40 سنة	*21.606	
	أكثر من 40 سنة	* 29.461	7.855

يتبين من الجدولين السابقين:

- أن الفروق في مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي والبعد النفسي الانفعالي للدعم الاجتماعي والدعم الاجتماعي ككل كانت بين مجموعتي ذوي العمر 25 سنة فما دون ومجموعتي ذوي العمر من 26 سنة فما فوق، لصالح مجموعة العمر 25 سنة فما دون من أفراد العينة.
- كما كانت الفروق في البعد الاجتماعي الاقتصادي من الدعم الاجتماعي بين مجموعة ذوي العمر من 25 سنة فأقل ومجموعة ذوي العمر 40 سنة فما فوق، لصالح مجموعة ذوي العمر 25 سنة فما دون من أفراد العينة.

3.5 " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف المهنة (يعمل – لا يعمل)".

جدول (17)

نتائج اختبار (ت) للفروق في كل من الدعم الاجتماعي

والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين (يعمل – لا يعمل)

المقياس	المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
مصدر الأسرة والأقارب للدعم الاجتماعي	يعمل	152.527	19.654	0.616	غير دالة إحصائياً
	لا يعمل	150.534	23.190		
مصدر الأصدقاء للدعم الاجتماعي	يعمل	145.319	21.669	2.428	دالة عند 0.05
	لا يعمل	137.031	24.019		
مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي	يعمل	85.444	30.161	3.721	دالة عند 0.01
	لا يعمل	102.488	31.663		
البعد الاجتماعي الاقتصادي للدعم الاجتماعي	يعمل	140.861	20.07543	0.280	غير دالة إحصائياً
	لا يعمل	141.674	19.585		
البعد النفسي الانفعالي للدعم الاجتماعي	يعمل	242.430	32.377	1.216	غير دالة إحصائياً
	لا يعمل	248.379	33.757		
الدعم الاجتماعي ككل	يعمل	383.291	51.708	0.884	غير دالة إحصائياً
	لا يعمل	390.054	52.142		
جودة الحياة الأسرية	يعمل	72.569	12.165	2.692	دالة عند 0.01
	لا يعمل	67.534	13.008		
جودة الصحة العامة	يعمل	42.013	6.929	0.245	غير دالة إحصائياً
	لا يعمل	42.263	6.944		
الجودة النفسية	يعمل	55.847	8.178	1.919	غير دالة إحصائياً
	لا يعمل	53.511	8.322		

جودة شغل الوقت وإدارته	يعمل	53.152	9.089	0.604	غير دالة إحصائياً
	لا يعمل	52.310	9.690		
جودة العلاقات	يعمل	75.361	9.948	1.895	غير دالة إحصائياً
	لا يعمل	72.496	10.451		
جودة الدور الاجتماعي	يعمل	70.152	9.890	2.063	دالة عند 0.05
	لا يعمل	66.992	10.693		
الرضا عن جودة الحياة ككل	يعمل	369.097	41.504	2.111	دالة عند 0.05
	لا يعمل	355.108	46.884		
جودة الحياة الزوجية	يعمل	63.348	13.697	0.196	غير دالة إحصائياً
	لا يعمل	62.830	12.822		

قيمة (ت) الجدولية (د.ح= 199) عند مستوى دلالة 0.05 = 1.96، وعند مستوى دلالة 0.01 = 2.58

يتبين من الجدول السابق:

- توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 في مصدر الأصدقاء للدعم الاجتماعي تعزي لمتغير المهنة ، وكانت الفروق لصالح العاملين من المعاقين أفراد العينة.
- بينما توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 في مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي تعزي لمتغير المهنة لأفراد العينة، وكانت الفروق لصالح الذين لا يعملون من المعاقين أفراد العينة.
- وكشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 في الرضا عن جودة الحياة الأسرية وعند مستوى 0.05 في جودة الدور الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة ككل تعزي لمتغير المهنة، وكانت الفروق لصالح العاملين من المعاقين أفراد العينة.
- في حين لم تجد الدراسة فروقاً في بقية أبعاد الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة تبعاً لمتغير المهنة لأفراد العينة.
- ولم تجد الدراسة فروقاً دالة في جودة الحياة الزوجية تبعاً لمتغير المهنة للمعاقين المتزوجين من أفراد العينة.

4.5 " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة (ضعيف – متوسط – مرتفع)".

جدول (18)

يبين نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في الدعم

الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
مصدر الأسرة والأقارب للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	2039.579	2	1019.790	2.139	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	94405.983	198	476.798		
	المجموع	96445.562	200			
مصدر الأصدقاء للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	7446.679	2	3723.339	7.163	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	102915.321	198	519.774		
	المجموع	110362.000	200			
مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	2826.982	2	1413.491	1.375	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	203520.521	198	1027.881		
	المجموع	206347.502	200			
البعد الاجتماعي الاقتصادي للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	1909.969	2	954.984	2.493	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	75833.534	198	382.998		
	المجموع	77743.502	200			
البعد النفسي الإنفعالي للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	3319.972	2	1659.986	1.504	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	218605.590	198	1104.069		
	المجموع	221925.562	200			
الدعم الاجتماعي ككل	بين المجموعات	10265.490	2	5132.745	1.919	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	529699.266	198	2675.249		
	المجموع	539964.756	200			
جودة الحياة الأسرية	بين المجموعات	2245.879	2	1122.940	7.151	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	31093.116	198	157.036		
	المجموع	33338.995	200			
جودة الصحة العامة	بين المجموعات	308.127	2	154.064	3.288	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	9276.778	198	46.852		
	المجموع	9584.905	200			
الجودة النفسية	بين المجموعات	1126.686	2	563.343	8.755	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	12740.936	198	64.348		
	المجموع	13867.622	200			

جودة شغل الوقت وإدارته	بين المجموعات	628.756	2	314.378	3.600	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	17288.975	198	87.318		
	المجموع	17917.731	200			
جودة العلاقات	بين المجموعات	466.128	2	233.064	2.206	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	20922.021	198	105.667		
	المجموع	21388.149	200			
جودة الدور الاجتماعي	بين المجموعات	591.069	2	295.535	2.728	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	21452.821	198	108.348		
	المجموع	22043.891	200			
الرضا عن جودة الحياة ككل	بين المجموعات	27821.938	2	13910.969	7.156	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	384889.196	198	1943.885		
	المجموع	412711.134	200			
الجودة المهنية	بين المجموعات	306.960	2	153.480	1.816	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	5323.479	63	84.500		
	المجموع	5630.439	65			

قيمة (ف) الجدولية عند (د.ح=2، 198) عند مستوى دلالة 0.05 = 3.00، وعند مستوى دلالة 0.01 = 4.61

يتبع جدول (18): نتائج اختبار (ت) للفروق في جودة الحياة الزوجية لدى المعاقين المتزوجين باختلاف المستوى الاقتصادي

المقياس	المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
جودة الحياة الزوجية *	ضعيف	59.463	13.455	2.305	دالة عند 0.05
	متوسط	65.500	12.550		

قيمة (ت) الجدولية (د.ح= 99) عند مستوى دلالة 0.05 = 2.00، وعند مستوى دلالة 0.01 = 2.66

* لم يكن في عينة المتزوجين إلا فرد واحد من مرتفعي الدخل وبقيت العينة (101 من المتزوجين).

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 في مصدر الأصدقاء للدعم الاجتماعي تبعاً لاختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة للمعاقين أفراد العينة.
- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 في أبعاد الرضا عن جودة الحياة الأسرية والجودة النفسية والرضا عن جودة الحياة ككل تبعاً لاختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة للمعاقين أفراد العينة.
- كما تبين وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 في جودة الصحة العامة وجودة شغل الوقت وإدارته تبعاً لاختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة للمعاقين أفراد العينة.

- وتبين وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 في جودة الحياة الزوجية تبعاً لاختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة للمعاقين المتزوجين من أفراد العينة، وكانت الفروق لصالح متوسطي المستوى الاقتصادي.
- في حين لم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في بقية أبعاد الدعم الاجتماعي أو الرضا عن جودة الحياة تبعاً لاختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة لأفراد العينة.
- كما لم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في الجودة المهنية تبعاً لاختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة للمعاقين العاملين من أفراد العينة.

والجدول التالي يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة في الأبعاد ذات الدلالة من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي لأفراد العينة:

جدول (19)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس الدعم الاجتماعي ومقياس الرضا عن جودة الحياة ذات الدلالة تبعاً للمستوى الاقتصادي للأسرة لأفراد العينة

المتغير	البيان	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مصدر الأصدقاء للدعم الاجتماعي	ضعيف	75	133.133	26.761
	متوسط	118	143.101	20.458
	مرتفع	8	158.625	11.636
الرضا عن جودة الحياة الأسرية	ضعيف	75	65.013	12.112
	متوسط	118	71.847	12.849
	مرتفع	8	72.875	11.457
جودة الصحة العامة	ضعيف	75	40.613	6.802
	متوسط	118	43.008	6.894
	مرتفع	8	44.500	6.458
الجودة النفسية	ضعيف	75	51.280	7.888
	متوسط	118	56.161	8.153
	مرتفع	8	56.375	7.150
جودة شغل الوقت وإدارته	ضعيف	75	50.386	8.845
	متوسط	118	54.076	9.653
	مرتفع	8	51.875	9.218
الرضا عن جودة الحياة ككل	ضعيف	75	344.906	44.119
	متوسط	118	368.906	44.437
	مرتفع	8	373.125	37.429

والجدول التالي يبين نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة ذات الدلالة تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي لأفراد العينة:

جدول (20)

نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين

متوسطات أبعاد الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة

ذات الدلالة تبعاً لمتغير اختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة لأفراد العينة

المتغير	البيان	ضعيف	متوسط
مصدر الأصدقاء للدعم الاجتماعي	متوسط	* 9.968	
	مرتفع	* 25.491	15.523
الرضا عن جودة الحياة الأسرية	متوسط	* 6.834	
	مرتفع	7.861	1.027
جودة الصحة العامة	متوسط	2.395	
	مرتفع	3.886	1.491
الجودة النفسية	متوسط	* 4.881	
	مرتفع	5.095	0.214
جودة شغل الوقت وإدارته	متوسط	* 3.689	
	مرتفع	1.488	2.201
الرضا عن جودة الحياة ككل	متوسط	* 24.000	
	مرتفع	28.218	4.218

يتبين من الجدولين السابقين:

- أن الفروق في مصدر الأصدقاء للدعم الاجتماعي كانت بين مجموعتي ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف ومجموعتي ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط والمرتفع، لصالح مجموعتي ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط والمرتفع للمعاقين أفراد العينة.
- كما كانت الفروق في الرضا عن جودة الحياة الأسرية والجودة النفسية وجودة شغل الوقت وإدارته والرضا عن جودة الحياة ككل بين ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف ومجموعة ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط، لصالح مجموعة ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط للمعاقين أفراد العينة.

5.5 " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف الحالة الاجتماعية (أعزب– متزوج)".

للتحقق من هذا الفرض استبعد الباحث من (3 مطلقين و2 أرامل) من أفراد العينة، وبقيت العينة 196 فرداً، والجدول التالي يبين الفروق في متغيرات الدراسة تبعاً للحالة الاجتماعية:

جدول (21)

اختبار (ت) للفروق في كل من الدعم الاجتماعي

والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف الحالة الاجتماعية (أعزب– متزوج)

المقياس	المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
مصدر الأسرة والأقارب للدعم الاجتماعي	أعزب	156.776	17.004	3.459	دالة عند 0.01
	متزوج	146.196	24.757		
مصدر الأصدقاء للدعم الاجتماعي	أعزب	144.148	19.613	2.353	دالة عند 0.05
	متزوج	136.352	26.027		
مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي	أعزب	103.393	33.220	2.712	دالة عند 0.01
	متزوج	91.127	30.093		
البعد الاجتماعي الاقتصادي للدعم الاجتماعي	أعزب	147.851	17.396	4.524	دالة عند 0.01
	متزوج	135.676	20.047		
البعد النفسي الانفعالي للدعم الاجتماعي	أعزب	256.468	29.597	4.023	دالة عند 0.01
	متزوج	238.000	34.259		
الدعم الاجتماعي ككل	أعزب	404.319	46.277	4.296	دالة عند 0.01
	متزوج	373.676	52.999		
جودة الحياة الأسرية	أعزب	69.893	13.618	0.772	غير دالة إحصائياً
	متزوج	68.470	12.194		
جودة الصحة العامة	أعزب	42.085	7.400	0.072	غير دالة إحصائياً
	متزوج	42.156	6.515		
الجودة النفسية	أعزب	53.159	8.187	1.745	غير دالة إحصائياً
	متزوج	55.205	8.212		
جودة شغل الوقت وإدارته	أعزب	52.521	9.520	0.021	غير دالة إحصائياً
	متزوج	52.549	9.252		
جودة العلاقات	أعزب	73.446	10.293	0.043	غير دالة إحصائياً
	متزوج	73.509	10.114		
جودة الدور الاجتماعي	أعزب	68.287	9.749	0.404	غير دالة إحصائياً
	متزوج	67.696	10.677		
الرضا عن جودة الحياة ككل	أعزب	359.393	45.408	0.030	غير دالة إحصائياً
	متزوج	359.588	44.564		
الجودة المهنية	أعزب	59.8077	7.71502	1.383	غير دالة إحصائياً
	متزوج	55.6154	9.76733		

قيمة (ت) الجدولية (د.ح= 194) عند مستوى دلالة 0.05 = 1.96، وعند مستوى دلالة 0.01 = 2.58

يتبين من الجدول السابق:

- توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 ومستوى 0.05 في مصدر الأسرة والأقارب ومصدر الأصدقاء ومصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي والبعد الاجتماعي الاقتصادي والبعد النفسي الانفعالي للدعم الاجتماعي والدعم الاجتماعي ككل تعزي لمتغير الحالة الاجتماعية، وكانت الفروق لصالح غير المتزوجين من المعاقين أفراد العينة.
- في حين لم تجد الدراسة فروقاً في جميع أبعاد الرضا عن جودة الحياة ودرجته الكلية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية للمعاقين أفراد العينة.
- كما لم تجد الدراسة فروقاً في الجودة المهنية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية للمعاقين العاملين من أفراد العينة.

6.5 " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف مكان الإقامة (قرية – مخيم – مدينة)".

جدول (22)

يبين نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف مكان الإقامة

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
مصدر الأسرة والأقارب للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	70.019	2	35.009	0.072	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	96375.543	198	486.745		
	المجموع	96445.562	200			
مصدر الأصدقاء للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	2950.203	2	1475.101	2.719	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	107411.797	198	542.484		
	المجموع	110362.000	200			
مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	1771.822	2	885.911	0.857	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	204575.680	198	1033.211		
	المجموع	206347.502	200			
البعد الاجتماعي الاقتصادي للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	1860.220	2	930.110	2.427	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	75883.283	198	383.249		
	المجموع	77743.502	200			
البعد النفسي الانفعالي للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	2383.025	2	1191.513	1.075	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	219542.537	198	1108.801		
	المجموع	221925.562	200			

الدعم الاجتماعي ككل	بين المجموعات	8038.969	2	4019.485	1.496	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	531925.787	198	2686.494		
	المجموع	539964.756	200			
جودة الحياة الأسرية	بين المجموعات	204.234	2	102.117	0.610	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	33134.761	198	167.347		
	المجموع	33338.995	200			
جودة الصحة العامة	بين المجموعات	125.435	2	62.717	1.313	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	9459.471	198	47.775		
	المجموع	9584.905	200			
الجودة النفسية	بين المجموعات	230.380	2	115.190	1.672	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	13637.241	198	68.875		
	المجموع	13867.622	200			
جودة شغل الوقت وإدارته	بين المجموعات	333.722	2	166.861	1.879	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	17584.009	198	88.808		
	المجموع	17917.731	200			
جودة العلاقات	بين المجموعات	72.954	2	36.477	0.339	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	21315.195	198	107.653		
	المجموع	21388.149	200			
جودة الدور الاجتماعي	بين المجموعات	879.794	2	439.897	4.115	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	21164.096	198	106.889		
	المجموع	22043.891	200			
الرضا عن جودة الحياة ككل	بين المجموعات	5256.104	2	2628.052	1.277	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	407455.031	198	2057.854		
	المجموع	412711.134	200			
الجودة المهنية	بين المجموعات	72.531	2	36.266	0.411	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	5557.908	63	88.221		
	المجموع	5630.439	65			
جودة الحياة الزوجية	بين المجموعات	328.020	2	164.010	0.950	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	17094.735	99	172.674		
	المجموع	17422.755	101			

قيمة (ف) الجدولية عند (د.ح=2، 198) عند مستوى دلالة 0.05 = 3.00، وعند مستوى دلالة 0.01 = 4.61

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- لم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في جميع مصادر وأبعاد الدعم الاجتماعي ودرجته الكلية تبعاً لاختلاف مكان الإقامة لأفراد العينة.
- كما لم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في معظم أبعاد الرضا عن جودة الحياة ودرجتها الكلية تبعاً لاختلاف مكان الإقامة لأفراد العينة.

- ولم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في الجودة المهنية تبعاً لاختلاف مكان الإقامة للمعاقين العاملين من أفراد العينة.
- كما لم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في جودة الحياة الزوجية تبعاً لاختلاف مكان الإقامة للمعاقين المتزوجين من أفراد العينة.
- بينما وجدت النتائج فروقاً دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 في جودة الدور الاجتماعي تبعاً لاختلاف مكان الإقامة للمعاقين أفراد العينة.

والجدول التالي يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة في بعد الرضا عن جودة الدور الاجتماعي تبعاً لمتغير مكان الإقامة لأفراد العينة:

جدول (23)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات

أفراد العينة على بعد الرضا عن الدور الاجتماعي تبعاً لمكان الإقامة لأفراد العينة

المتغير	البيان	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الرضا عن جودة الدور الاجتماعي	قرية	21	62.047	9.972
	مخيم	104	68.596	10.208
	مدينة	76	69.157	10.609

والجدول التالي يبين نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات الرضا عن جودة الدور الاجتماعي تبعاً لمتغير لمكان الإقامة لأفراد العينة:

جدول (24)

نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات

الرضا عن جودة الدور الاجتماعي تبعاً لمتغير لمكان الإقامة لأفراد العينة

المتغير	البيان	قرية	مخيم
الرضا عن جودة الدور الاجتماعي	**مخيم**	* 6.5485	
	مدينة	* 7.1103	0.561

يتبين من الجدولين السابقين أن الفروق في الرضا عن جودة الدور الاجتماعي كانت بين مجموعة الذين يسكنون القرية من ناحية ومجموعتي الذين يسكنون المخيم والمدينة من ناحية أخرى، لصالح مجموعتي الذين يسكنون المخيم والمدينة من المعاقين أفراد العينة.

6. الفرض الرئيس السادس:

ينص الفرض على: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين أفراد العينة باختلاف بعض المتغيرات المتعلقة بالإعاقة"

ويتفرع هذا الفرض الرئيس إلى الفروض الفرعية الأربعة التالية:

1.6 " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف نوع/ طبيعة الإعاقة".

للتحقق من أثر اختلاف نوع الإعاقة (شلل أطفال أو تشوه خلقي- شلل دماغي- بتر عضو- شلل في الأطراف) على الدعم الاجتماعي بمصادره وأبعاده ودرجته الكلية والرضا عن جودة الحياة لأفراد العينة من المعاقين؛ استخدم الباحث اختبار تحليل التباين الأحادي، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (25)

يبين نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف نوع/ طبيعة الإعاقة

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
مصدر الأسرة والأقارب للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	1632.295	3	544.098	1.131	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	94813.267	197	481.286		
	المجموع	96445.562	200			
مصدر الأصدقاء للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	1674.307	3	558.102	1.012	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	108687.693	197	551.714		
	المجموع	110362.000	200			
مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	18657.327	3	6219.109	6.528	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	187690.175	197	952.742		
	المجموع	206347.502	200			
البعد الاجتماعي الاقتصادي للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	1085.669	3	361.890	0.930	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	76657.834	197	389.126		
	المجموع	77743.502	200			
البعد النفسي الانفعالي للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	4828.334	3	1609.445	1.460	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	217097.228	197	1102.016		
	المجموع	221925.562	200			

الدعم الاجتماعي ككل	بين المجموعات	9500.826	3	3166.942	1.176	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	530463.930	197	2692.710		
	المجموع	539964.756	200			
جودة الحياة الأسرية	بين المجموعات	1439.593	3	479.864	2.963	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	31899.402	197	161.926		
	المجموع	33338.995	200			
جودة الصحة العامة	بين المجموعات	347.082	3	115.694	2.467	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	9237.823	197	46.893		
	المجموع	9584.905	200			
الجودة النفسية	بين المجموعات	347.506	3	115.835	1.688	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	13520.116	197	68.630		
	المجموع	13867.622	200			
جودة شغل الوقت وإدارته	بين المجموعات	463.665	3	154.555	1.744	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	17454.066	197	88.599		
	المجموع	17917.731	200			
جودة العلاقات	بين المجموعات	1207.453	3	402.484	3.929	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	20180.696	197	102.440		
	المجموع	21388.149	200			
جودة الدور الاجتماعي	بين المجموعات	677.228	3	225.743	2.081	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	21366.663	197	108.460		
	المجموع	22043.891	200			
الرضا عن جودة الحياة ككل	بين المجموعات	22138.287	3	7379.429	3.722	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	390572.848	197	1982.603		
	المجموع	412711.134	200			
الجودة المهنية	بين المجموعات	694.361	3	231.454	2.907	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	4936.078	62	79.614		
	المجموع	5630.439	65			
جودة الحياة الزوجية	بين المجموعات	264.065	3	88.022	0.503	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	17158.690	98	175.089		
	المجموع	17422.755	101			

قيمة (ف) الجدولية عند (د.ح=3 ، 197) عند مستوى دلالة 0.05 = 2.60، وعند مستوى دلالة 0.01 = 3.78

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 في بعد مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي تبعاً لاختلاف طبيعة الإعاقة للمعاقين أفراد العينة.
- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 ومستوى 0.05؛ في أبعاد الرضا عن جودة الحياة الأسرية وجودة العلاقات والرضا عن جودة الحياة ككل تبعاً لاختلاف طبيعة الإعاقة لأفراد العينة.

- في حين لم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في بقية أبعاد الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة تبعاً لاختلاف طبيعة الإعاقة لأفراد العينة.
- كما لم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في الجودة المهنية تبعاً لاختلاف طبيعة الإعاقة للمعاقين العاملين من أفراد العينة.
- ولم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في جودة الحياة الزوجية تبعاً لاختلاف طبيعة الإعاقة للمعاقين المتزوجين من أفراد العينة.

والجدول التالي يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة في الأبعاد ذات الدلالة من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة تبعاً لمتغير طبيعة الإعاقة لأفراد العينة:

جدول (26)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس الدعم الاجتماعي ومقياس الرضا عن جودة الحياة ذات الدلالة تبعاً لطبيعة الإعاقة لأفراد العينة

المتغير	البيان	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي	شلل أطفال أو تشوه خلقي	58	84.844	33.116
	شلل دماغي	29	115.551	24.199
	بتر عضو	32	95.437	18.498
	شلل في الأطراف	82	98.134	34.813
الرضا عن جودة الحياة الأسرية	شلل أطفال أو تشوه خلقي	58	69.431	13.462
	شلل دماغي	29	64.034	11.549
	بتر عضو	32	67.531	12.048
	شلل في الأطراف	82	71.853	12.830
جودة العلاقات	شلل أطفال أو تشوه خلقي	58	74.810	10.270
	شلل دماغي	29	67.931	12.250
	بتر عضو	32	72.531	7.295
	شلل في الأطراف	82	74.975	10.132
الرضا عن جودة الحياة ككل	شلل أطفال أو تشوه خلقي	58	360.137	47.693
	شلل دماغي	29	338.655	44.969
	بتر عضو	32	354.562	38.232
	شلل في الأطراف	82	369.865	44.302
الجودة المهنية	شلل أطفال أو تشوه خلقي	34	56.147	8.746
	شلل دماغي	2	63.000	21.213
	بتر عضو	7	51.142	6.866
	شلل في الأطراف	23	61.043	8.735

والجدول التالي يبين نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة ذات الدلالة تبعاً لمتغير طبيعة الإعاقة لأفراد العينة:

جدول (27)

نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات أبعاد الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة ذات الدلالة تبعاً لمتغير طبيعة الإعاقة لأفراد العينة

المتغير	البيان	شلل أطفال أو تشوه خلقي	شلل دماغي	بتر عضو
مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي	شلل دماغي	* 30.706		
	بتر عضو	10.592	20.114	
	شلل في الأطراف	13.289	17.417	2.696
الرضا عن جودة الحياة الأسرية	شلل دماغي	5.396		
	بتر عضو	1.899	3.496	
	شلل في الأطراف	2.422	* 7.819	4.322
جودة العلاقات	شلل دماغي	* 6.879		
	بتر عضو	2.279	4.600	
	شلل في الأطراف	0.165	* 7.044	2.444
الرضا عن جودة الحياة ككل	شلل دماغي	21.482		
	بتر عضو	5.575	15.9073	
	شلل في الأطراف	9.727	* 31.2107	15.303
الجودة المهنية	شلل دماغي	6.852		
	بتر عضو	5.004	11.857	
	شلل في الأطراف	4.896	1.956	9.900

يتبين من الجدولين السابقين:

- أن الفروق في مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي كانت بين مجموعة ذوي شلل الأطفال أو التشوه الخلقي ومجموعة ذوي الشلل الدماغي، لصالح ذوي الشلل الدماغي من المعاقين أفراد العينة.
- كما كانت الفروق في الرضا عن جودة الحياة الأسرية وجودة العلاقات والرضا عن جودة الحياة ككل بين مجموعة ذوي الشلل الدماغي ومجموعة ذوي الشلل في الأطراف، لصالح مجموعة ذوي الشلل في الأطراف للمعاقين أفراد العينة.
- في حين لم يحدد اختبار شيفيه اتجاه الفروق في الجودة المهنية تبعاً لنوع الإعاقة للمعاقين العاملين من أفراد العينة.

2.6 " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف سبب الإعاقة (وراثي – مكتسب)".

جدول (28)

اختبار (ت) للفروق في كل من الدعم الاجتماعي

والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف سبب الإعاقة (وراثي – مكتسب)

المقياس	المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
مصدر الأسرة والأقارب للدعم الاجتماعي	وراثي	141.708	27.061	2.292	دالة عند 0.05
	مكتسب	152.542	20.933		
مصدر الأصدقاء للدعم الاجتماعي	وراثي	133.875	21.371	1.364	غير دالة إحصائياً
	مكتسب	140.830	23.697		
مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي	وراثي	116.625	30.899	3.374	دالة عند 0.01
	مكتسب	93.638	31.372		
البعد الاجتماعي الاقتصادي للدعم الاجتماعي	وراثي	143.541	18.920	0.571	غير دالة إحصائياً
	مكتسب	141.090	19.854		
البعد النفسي الانفعالي للدعم الاجتماعي	وراثي	248.666	30.484	0.378	غير دالة إحصائياً
	مكتسب	245.920	33.743		
الدعم الاجتماعي ككل	وراثي	392.208	48.634	0.459	غير دالة إحصائياً
	مكتسب	387.011	52.494		
جودة الحياة الأسرية	وراثي	63.708	13.835	2.301	دالة عند 0.05
	مكتسب	70.101	12.629		
جودة الصحة العامة	وراثي	39.666	5.337	1.903	غير دالة إحصائياً
	مكتسب	42.514	7.054		
الجودة النفسية	وراثي	50.000	6.178	2.771	دالة عند 0.01
	مكتسب	54.937	8.418		
جودة شغل الوقت وإدارته	وراثي	49.166	8.116	1.913	غير دالة إحصائياً
	مكتسب	53.079	9.558		
جودة العلاقات	وراثي	66.291	10.743	3.769	دالة عند 0.01
	مكتسب	74.502	9.916		
جودة الدور الاجتماعي	وراثي	62.250	11.478	2.978	دالة عند 0.01
	مكتسب	68.920	10.133		
الرضا عن جودة الحياة ككل	وراثي	331.083	43.510	3.425	دالة عند 0.01
	مكتسب	364.056	44.350		

جودة الحياة الزوجية	وراثي	56.000	18.547	1.593	غير دالة إحصائياً
	مكتسب	63.648	12.522		

قيمة (ت) الجدولية (د.ح= 199) عند مستوى دلالة 0.05 = 1.96، وعند مستوى دلالة 0.01 = 2.58
تم حذف بعد الجودة المهنية لكون 3 أفراد فقط من عينة العاملين ذوو إعاقة وراثية (أنظر تفصيل عينة المعاقين في الفصل الرابع).

يتبين من الجدول السابق:

- توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 في مصدر الأسرة والأقارب للدعم الاجتماعي تعزي لسبب الإعاقة، وكانت الفروق لصالح ذوي الإعاقة المكتسبة من أفراد العينة.
- في حين توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 في مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي تعزي لسبب الإعاقة، وكانت الفروق لصالح ذوي الإعاقة الوراثية من أفراد العينة.
- كما وجدت فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 ومستوى 0.05 في أبعاد الرضا عن جودة الحياة الأسرية والجودة النفسية وجودة العلاقات وجودة الدور الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة ككل تعزي لسبب الإعاقة لأفراد العينة.
- في حين لم تجد الدراسة فروقاً في بقية أبعاد الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة تبعاً لسبب الإعاقة لأفراد العينة.
- ولم تجد الدراسة فروقاً في الجودة المهنية تبعاً لسبب الإعاقة للمعاقين العاملين من أفراد العينة.
- كما لم تجد الدراسة فروقاً في جودة الحياة الزوجية تبعاً لسبب الإعاقة للمعاقين المتزوجين من أفراد العينة.

3.6 " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف سبب اكتساب الإعاقة ".

للتحقق من أثر سبب اكتساب الإعاقة (ولادية – مرض– حادث– أسباب وطنية) على الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة؛ استخدم الباحث اختبار تحليل التباين الأحادي، مع العلم بأن ذوي الإعاقة الوراثية لم يستجيبوا على سبب اكتساب الإعاقة وقد بلغ عددهم (24 فرداً)، وبقيت العينة هنا من ذوي الإعاقة المكتسبة (177 فرداً)، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (29)

يبين نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في الدعم

الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف سبب اكتساب الإعاقة

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
مصدر الأسرة والأقارب للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	456.019	3	152.006	0.343	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	76665.913	173	443.156		
	المجموع	77121.932	176			
مصدر الأصدقاء للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	441.060	3	147.020	0.258	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	98393.856	173	568.751		
	المجموع	98834.915	176			
مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	5987.014	3	1995.671	2.064	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	167233.844	173	966.670		
	المجموع	173220.859	176			
البعد الاجتماعي الاقتصادي للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	921.063	3	307.021	0.776	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	68461.491	173	395.731		
	المجموع	69382.554	176			
البعد النفسي الانفعالي للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	1919.150	3	639.717	0.558	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	198473.743	173	1147.247		
	المجموع	200392.893	176			
الدعم الاجتماعي ككل	بين المجموعات	5401.658	3	1800.553	0.650	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	479590.319	173	2772.198		
	المجموع	484991.977	176			
الرضا عن جودة الحياة الأسرية	بين المجموعات	719.973	3	239.991	1.518	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	27352.196	173	158.105		
	المجموع	28072.169	176			
جودة الصحة العامة	بين المجموعات	32.666	3	10.889	0.216	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	8725.549	173	50.437		
	المجموع	8758.215	176			
الجودة النفسية	بين المجموعات	14.251	3	4.750	0.066	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	12460.065	173	72.023		
	المجموع	12474.316	176			
جودة شغل الوقت وإدارته	بين المجموعات	128.321	3	42.774	0.464	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	15950.571	173	92.200		
	المجموع	16078.893	176			

جودة العلاقات	بين المجموعات	171.018	3	57.006	0.575	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	17137.231	173	99.059		
	المجموع	17308.249	176			
جودة الدور الاجتماعي	بين المجموعات	378.718	3	126.239	1.234	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	17694.174	173	102.278		
	المجموع	18072.893	176			
الرضا عن جودة الحياة ككل	بين المجموعات	2114.287	3	704.762	0.354	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	344077.148	173	1988.885		
	المجموع	346191.435	176			
الجودة المهنية	بين المجموعات	202.005	3	67.335	0.778	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	5105.931	59	86.541		
	المجموع	5307.937	62			
جودة الحياة الزوجية	بين المجموعات	1175.382	3	391.794	2.630	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	13408.033	90	148.978		
	المجموع	14583.415	93			

قيمة (ف) الجدولية عند (د.ح=3 ، 173) عند مستوى دلالة 0.05 = 2.60، وعند مستوى دلالة 0.01 = 3.78

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- لا توجد فروق دالة إحصائياً في جميع مصادر وأبعاد الدعم الاجتماعي ودرجته الكلية تبعاً لاختلاف سبب اكتساب الإعاقة لأفراد العينة.
- كما لم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في جميع أبعاد الرضا عن جودة الحياة ودرجته الكلية تبعاً لاختلاف سبب اكتساب الإعاقة لأفراد العينة.
- ولم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في الجودة المهنية تبعاً لاختلاف سبب اكتساب الإعاقة للمعاقين العاملين من أفراد العينة.
- كما أنه لم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في جودة الحياة الزوجية تبعاً لاختلاف سبب اكتساب الإعاقة للمعاقين المتزوجين من أفراد العينة.

4.6 " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف مدة الإعاقة".

للتحقق من أثر مدة الإعاقة (5 سنوات فأقل، 6- 20 سنة، أكثر من 20 سنة) على الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة؛ استخدم الباحث اختبار تحليل التباين الأحادي، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (30)

يبين نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في كل من

الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف مدة الإعاقة

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
مصدر الأسرة والأقارب للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	269.596	2	134.798	0.278	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	96175.966	198	485.737		
	المجموع	96445.562	200			
مصدر الأصدقاء للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	2654.500	2	1327.250	2.440	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	107707.500	198	543.977		
	المجموع	110362.000	200			
مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	3134.899	2	1567.450	1.527	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	203212.603	198	1026.326		
	المجموع	206347.502	200			
البعد الاجتماعي الاقتصادي للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	232.813	2	116.406	0.297	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	77510.690	198	391.468		
	المجموع	77743.502	200			
البعد النفسي الانفعالي للدعم الاجتماعي	بين المجموعات	787.514	2	393.757	0.353	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	221138.048	198	1116.859		
	المجموع	221925.562	200			
الدعم الاجتماعي ككل	بين المجموعات	1864.785	2	932.392	0.343	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	538099.971	198	2717.677		
	المجموع	539964.756	200			
الرضا عن جودة الحياة الأسرية	بين المجموعات	612.662	2	306.331	1.853	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	32726.333	198	165.285		
	المجموع	33338.995	200			
جودة الصحة العامة	بين المجموعات	4.490	2	2.245	0.046	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	9580.416	198	48.386		
	المجموع	9584.905	200			
الجودة النفسية	بين المجموعات	2.146	2	1.073	0.015	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	13865.476	198	70.028		
	المجموع	13867.622	200			
جودة شغل الوقت وإدارته	بين المجموعات	175.971	2	87.986	0.982	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	17741.760	198	89.605		
	المجموع	17917.731	200			
جودة العلاقات	بين المجموعات	147.546	2	73.773	0.688	غير دالة

	داخل المجموعات	21240.603	198	107.276		إحصائياً
	المجموع	21388.149	200			
جودة الدور الاجتماعي	بين المجموعات	50.742	2	25.371	0.228	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	21993.148	198	111.077		
	المجموع	22043.891	200			
الرضا عن جودة الحياة ككل	بين المجموعات	2871.737	2	1435.868	0.694	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	409839.398	198	2069.896		
	المجموع	412711.134	200			
الجودة المهنية	بين المجموعات	106.374	2	53.187	0.607	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	5524.065	63	87.684		
	المجموع	5630.439	65			
جودة الحياة الزوجية	بين المجموعات	537.523	2	268.762	1.576	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	16885.231	99	170.558		
	المجموع	17422.755	101			

قيمة (ف) الجدولية عند (د.ح=2 ، 198) عند مستوى دلالة 0.05 = 3.00، وعند مستوى دلالة 0.01 = 4.61

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- لا توجد فروق دالة إحصائياً في جميع مصادر وأبعاد الدعم الاجتماعي ودرجته الكلية تبعاً لاختلاف مدة الإعاقة لأفراد العينة.
- كما لم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في جميع أبعاد الرضا عن جودة الحياة ودرجته الكلية تبعاً لاختلاف مدة الإعاقة لأفراد العينة.
- ولم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في الجودة المهنية تبعاً لاختلاف مدة الإعاقة للمعاقين العاملين من أفراد العينة.
- كما لم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في جودة الحياة الزوجية تبعاً لاختلاف مدة الإعاقة للمعاقين المتزوجين من أفراد العينة.

الفصل السادس

مناقشة النتائج وتفسيرها

مقدمة:

يتضمن هذا الفصل تفسيرات النتائج التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة، وذلك بعد التحقق من الفرضيات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة من خلال استخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، كما سيقوم الباحث بتفسير ومناقشة النتائج التي تم التوصل إليها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة:

1. مناقشة نتائج الفرض الرئيس الأول:

ينص الفرض: "لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصادر الدعم الاجتماعي، والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً أفراد العينة".

بالرجوع إلى نتائج الدراسة المبينة في جدول(ا) تبين لنا عدم تحقق الفرض، وعليه فإن الباحث يرفض الفرض الصفري، حيث تبين:

أ- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 بين مصدر الأسرة والأقارب ومصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي وجميع أبعاد الرضا عن جودة الحياة والدرجة الكلية للرضا عن جودة الحياة لدى أفراد العينة الكلية من المعاقين حركياً.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (مجدي، 2009) على وجود علاقة ارتباطية دالة موجبة بين جميع أنواع الدعم الاجتماعي وبين جميع أبعاد جودة الحياة، كما وجدت علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين جميع أنواع المساندة الاجتماعية وبين الدرجة الكلية لجودة الحياة. وتتفق أيضاً مع ما أشار إليه بطرس(2005) أن للدعم المقدم من جانب الأسرة والأصدقاء دوراً كبيراً في توافق الفرد.

وهذا يعني أن الدعم المقدم للمعاقين حركياً من قبل الأسرة والأقارب وكذلك الأصدقاء له تأثير قوى وايجابي تجاه رضا المعاقين حركياً عن جودة الحياة ودرجتها الكلية.

ويفسر الباحث ذلك بأن ما تقدمه الأسرة والأقارب لأبنائهم المعاقين من رعاية وحب ودعم وتقدير، وتقبل للإعاقة فان لذلك أثراً ايجابياً وفعالاً في حياة المعاقين، فمن خلال هذا الدعم المقدم لهم يمكن أن يؤهلهم للوصول إلى الشعور بالتفاؤل بأن الحياة جميلة، من حقهم أن يحيوها، بغض النظر عن الجانب السيئ من الحياة كالضغوط والاضطرابات والقلق تجاه أنفسهم وتجاه المستقبل ويجب أن يكون إيمانهم قوى بأن ما أصابهم ليس بيدهم بل هو قدر الله تعالى، ومن ثم إذا شعروا بهذا الشعور الايجابي الذي يتلقوه من أسرهم وأقربائهم وأصدقائهم قد يكونوا وصلوا إلى حالة من الرضا عن أنفسهم وعن هذه الحياة، وأكثر تحقيقاً لجودتها وأكثر تأقلماً مع الإعاقة والتكيف معها، كما أن الدعم من جانب الأسرة والأصدقاء لها الدور الكبير في توافق الفرد، وكذلك يرى الباحث أن الدعم المقدم من قبل الأسرة والأقارب ليس بمثابة شفقة أو إحسان، بل هو واجبهم تجاه أبنائهم في الوقوف بجانبهم وتقديم

الدعم اللازم لهم، في ضوء الإمكانات المتاحة، وإن المعاقين حركياً يكونون على قناعة تامة أيضاً أن أصدقاءهم يقدمون لهم الدعم بكل صدق بعيداً عن العطف والشفقة والإحسان، ولا يتخلون عنهم فهم يتقبلون المعاق ويتأقلمون معه، وبالذات إذا كانت العلاقة بين الأصدقاء هي علاقة قديمة وحميمة سواء كانت قبل الإعاقة أو بعدها، وبالتالي هذا يؤدي بالمعاقين حركياً إلى الرضا عن جودة الحياة، و أشار كل من (بردجيت يونج وآخرون:2007) إلى أن هناك عوامل مهمة وذات تأثير في مفهوم جودة الحياة لدى المعاقين منها (حياة المنزل، الجيران، الأصدقاء، وأعضاء العائلة من غير أولياء الأمور، وغيرهم)، هذا وأشارت دراسة بروس باول(2002) Bross bowell، إلى أن الطريقة المتكاملة من حيث تقديم الخدمات التأهيلية ربما تكون أفضل الطرق من أجل رفع كفاءة جودة الحياة عند الأشخاص المعاقين، كما أشارت نتائج دراستهم إلى أن مستوى جودة الحياة على المقياس كان مرتفعاً بالنسبة للمعاقين الذين تلقوا أكثر من نوع من الخدمات التأهيلية.

ب- وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 ومستوى 0.05 بين مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي وجودة العلاقات وجودة الدور الاجتماعي وجودة الحياة ككل لدى أفراد العينة الكلية من المعاقين حركياً، فيما لم تكن العلاقة دالة بين مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي وبقية أبعاد جودة الحياة لدى أفراد العينة الكلية من المعاقين حركياً.

ويفسر الباحث هذه النتيجة أن المعاقين حركياً أفراد العينة وما تلقوه من دعم من قبل مؤسسات المجتمع قد ترك أثراً سلبياً تجاههم فيما يتعلق بالرضا عن جودة العلاقات، وجودة الدور الاجتماعي وجودة الحياة ككل، وقد يرجع ذلك إلى وجود الفجوة الكبيرة المتمثلة في العلاقة بينهم، ومن خلال هذه الفجوة الكبيرة قد ينتاب المعاقين الشعور بأن ليس لهم دوراً مهماً في المجتمع، بل يمكن أن يشعروا بأنهم فئة مهمشة لا تمارس حقها في أخذ الأدوار الفعالة، وكذلك تكوين العلاقات الايجابية مع أفراد المجتمع، كما قد ينتابهم الشعور بتقصير مؤسسات المجتمع من حيث الدعم وأنه لا يوجد الدعم الحقيقي والملموس من قبل المؤسسات وقد يعتبر من وجهة نظرهم أنه بمثابة دعم شكلي، بعيداً عن عمق الروابط والعلاقات مابين الطرفين، كما يطمح المعاقين بأن يتجسد هذا الدعم من خلال التواصل المستمر بينهما، حينها يمكن أن تشعر هذه الفئة بوجودها وكينونتها، أو كما يرى الباحث من وجهة نظره بأن المعاقين يطمعون في أن تقدم لهم مؤسسات المجتمع كل الدعم (كل شيء أو لا شيء) وهذا ربما يكون صعباً من وجهة نظر الباحث وهذا ما قد لاحظه الباحث أثناء تطبيقه للدراسة، وبالتالي إذا شعر المعاقون بأنهم لم يحصلوا على كل شيء فانه يتولد لديهم الشعور بالنقمة الشديدة تجاه تلك المؤسسات، وإن كان هناك دعم منخفض، وقد يشعر المعاقون حركياً بأن هناك مصادر أخرى تقدم

لهم الدعم أكثر من دعم مؤسسات المجتمع والتي يستطيعون من خلالها بناء علاقات اجتماعية مع أفراد المجتمع، وأخذ الأدوار الاجتماعية، وقد تكون هذه المصادر من وجهة نظرهم أكثر فعالية من حيث تقديم الدعم وتكون بديلاً عن دعم مؤسسات المجتمع وأن مصدر المؤسسات من حيث الدعم يعتبر لهم بأنه لا يقدم لهم الكثير، لا على المستوى الشخصي ولا على المستوى الاجتماعي، وإن كان هناك دعم، وبالتالي قد لا يشعر المعاقين حركياً بالرضا عن جودة الحياة ككل، كما لم تكن هناك أية علاقة بين مصدر مؤسسات المجتمع وبقية أبعاد جودة الحياة، ويدل ذلك على أن مؤسسات المجتمع كمصدر من مصادر الدعم لا أثر و لا دور له لا من قريب ولا من بعيد في رضا المعاقين حركياً عن بقية أبعاد جودة الحياة.

ج- كما توجد علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 ومستوى 0.01 بين مصدر الأسرة والأقارب ومصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي والجودة المهنية لدى العاملين من أفراد العينة الكلية من المعاقين حركياً.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما أشارت إليه نتائج دراسة أشكناني(2009) أن الدعم الاجتماعي يلعب دوراً هاماً في كفاءة الموظف العامل، كما أنها تلعب دوراً هاماً في التخفيف من ضغوط الحياة.

فالدعم المقدم من الأسرة والأقارب والأصدقاء له الأثرَ الكبير والفعال في رضا المعاقين حركياً عن مهنتهم والجودة المهنية. ويفسر الباحث ذلك بأن المعاقين حركياً (العاملين) يشعرون بسعادة كبيرة وثقة تجاه أنفسهم ويشعرون بأن لهم مكانة اجتماعية لما يتلقونه من دعم ولما يترتب على ذلك من الاعتماد على النفس والوصول إلى الاستقلالية، كما أن للدعم المقدم دوراً في تقبل المعاق لمهنته من حيث حب العمل والإخلاص والتفاني في العمل، وكذلك العطاء في العمل، ومن خلال هذا الدعم والذي يرتكز على توفير الأجواء والمناخ المناسب والذي يمكن من خلاله أن ينسى أو يتناسى المعاق إعاقته أثناء مزاولته لعمله ومن ثم يتكيف مع العمل ومع الإعاقة، والرضا التام عن عمله وتحقيق الجودة المهنية. ويشير (بطرس:2005) إلى أن للدعم الاجتماعي دوراً ايجابياً في تخفيف حدة التأثيرات السلبية للمعاناة التي يتلقاها الفرد، وأن انخفاض مستوى الدعم الاجتماعي في الأسرة والعمل له تأثير على سوء التوافق لدى الفرد، وأن ارتفاعه له الأثر القوي على مواجهة الإحباط.

د- كما توجد علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 ومستوى 0.01 بين مصدر الأسرة والأقارب ومصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي وجودة الحياة الزوجية لدى المتزوجين من أفراد العينة الكلية من المعاقين حركياً.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (شيري:1991) التي أشارت إلى أن الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء والعائلة له أثر كبير في رفع مفهوم الذات والثقة بالنفس عند المعاقين جسدياً.

فللدعم المقدم من الأسرة والأقارب والأصدقاء أثراً كبيراً تجاه فئة المعاقين حركياً المتزوجين وتحقيقهم مستوىً مرتفعاً من الرضا عن جودة الحياة الزوجية، ويفسر الباحث ذلك بأن الحياة الزوجية بالنسبة للمعاقين حركياً لها طابع خاص نظراً لوجود إعاقة تلازمهم والتي يمكن أن تترك أثراً سلبياً على حياتهم الزوجية، لما لهذه الحياة من متطلبات خاصة يمكن أن تكون عبئاً ثقيلاً على المعاق، والتي يمكن أن يكون عاجزاً أمامها، إلا أن المعاقين المتزوجين يستمدون ثقتهم من خلال المحيطين بهم والذين يلعبون دوراً هاماً وفعالاً في حياتهم ألا وهم الأسرة والأقارب، وكذلك الأصدقاء لأنهم هم أكثر الناس قرباً لهذه الفئة، وهم أكثر دراية بحياتهم، وهم الذين يقفون بجانبهم حتى في أحلك الظروف، فهذا الدعم يشعرهم بالحب والسعادة والوفاق في حياتهم الزوجية، ويجعلهم أكثر تأقلماً وتكيفاً مع الإعاقة، وأكثر رضاً عن جودة حياتهم الزوجية، ويشير كل من(Coutrona&Russel,1990) إلى أهمية الدعم الاجتماعي والذي يتمثل في تخفيف وقع الضغوط النفسية التي تقوي تقدير الذات لدى الفرد، وتخفف من أعراض الاكتئاب والقلق، وتؤثر على الصحة النفسية والجسمية وتزيد من الشعور بالرضا عن ذاته وعن حياته، وتزيد من الجوانب الايجابية مما تساهم في تحسن صحتهم النفسية، وتسهم في التوافق الايجابي والنمو الشخصي، وتساعد على حل المشكلات المرتبطة، وأخيرا تزيد من الارتباط بمصادر شبكة المساندة الاجتماعية الخاصة بهم، والتي تتمثل في الزوجة والزوج والأبناء والأقارب والجيران والأصدقاء.

ويتفرع عن هذا الفرض الرئيس فرضان فرعيان، على النحو التالي:

1.1 **"لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصادر الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى الذكور المعاقين من أفراد العينة".**

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة المبينة في جدول(2) يتبين لنا عدم تحقق الفرض، وبناءً عليه فإن الباحث يرفض الفرض الصفري، حيث تبين:

أ- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 بين مصدر الأسرة والأقارب ومصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي وجميع أبعاد الرضا عن جودة الحياة والدرجة الكلية للرضا عن جودة الحياة لدى الذكور المعاقين حركياً من أفراد العينة.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (عبدالله :1995) التي أسفرت عن وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين الدعم الاجتماعي ودرجة الرضا عنها وكذلك حجم الدعم المقدم.

ويفسر الباحث ذلك بأن الدعم المقدم للمعاقين الذكور من المحيطين بهم والقريبين منهم كالأسرة والأقارب وكذلك الأصدقاء يعكس مدى الاهتمام والأهمية والمكانة التي يحتلها عند هؤلاء، وهذا يدلَّ على حجم وكمية الدعم المقدم بأشكاله المختلفة، فالدعم المقدم من الأسرة والأقارب والأصدقاء يزيد من مستويات الرضا عن جودة الحياة، كما له أثر في رفع مفهوم الذات والثقة بالنفس، وبالتالي فإن له أهمية كبيرة ومؤثرة تجاه المعاقين حركياً الذكور، ويشير كل من (الشناوي، وعبد الرحمن :1994) بأن زيادة حجم وكمية الدعم الاجتماعي يؤدي إلى إحساس الفرد بالرضا عن الحياة، والتوافق مع البيئة المحيطة.

ب- وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05، ومستوى 0.01 بين مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي وجودة شغل الوقت وإدارته وجودة العلاقات وجودة الدور الاجتماعي وجودة الحياة ككل لدى الذكور المعاقين حركياً من أفراد العينة.

ويفسر الباحث ذلك بأن مؤسسات المجتمع كمصدر من مصادر الدعم لها الأثر السلبي على جودة الحياة ككل وعلى جودة شغل الوقت وإدارته وكذلك جودة العلاقات والدور الاجتماعي، فيكاد لا يذكر، فالمعاقون الذكور لهم طموح كباقي البشر ونظراً للإعاقة فإنهم يعانون كثيراً في أوقات فراغهم وهم بحاجة إلى من يملأ هذا الوقت كي لا يشعروا بالملل والإحباط وما قد ينتج عنه من انعكاسات سلبية، وكذلك هم بحاجة إلى إقامة علاقات اجتماعية منظمة، والاندماج في الأدوار الاجتماعية المختلفة داخل المجتمع، وكذلك الاعتراف بأهمية الذات، وبالتالي قد يلجأوا إلى العديد من المصادر الأخرى بحثاً عن الدعم والمساندة التي يستمدوها من قبل المحيطين بهم، خصوصاً إذا انتابهم شعور نحو دور المؤسسات المحدود في تقديم الدعم لهم، فهم يتأملوا ويطمحوا بأن تكون مؤسسات المجتمع هي إحدى

مصادر الدعم الذي يحقق لهم هذا الطموح، وكذلك دعمهم من أجل تحقيق جودة الدور وجودة العلاقات وإن دلَّ ذلك فإنما يدلُّ على قصور مؤسسات المجتمع من حيث تقديم الخدمات وعدم قيامهم بالدور المطلوب تجاه المعاقين وتقوية العلاقات والروابط الاجتماعية ما بين المؤسسة والمعاقين الذكور.

ج- كما توجد علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 بين مصدر الأسرة والأقارب من الدعم الاجتماعي والجودة المهنية لدى العاملين الذكور المعاقين حركياً من أفراد العينة.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما أشار إليه (آدمز وآخرون،1996) Adams,et,al ، والتي أكدا فيها على أهمية دور الأسرة والدعم الأسري في الرضا الوظيفي، والرضا عن الحياة.

فالدعم الذي يتلقاه المعاق حركياً من قبل أسرته وأقاربه يعزز ثقته بنفسه ويشعره بفخر كبير تجاه نفسه لشعوره بعدم تخلى أسرته وأقاربه عنه، وشعوره باستقلالية واعتمادية على الذات وشعوره بذاته، وتقبل نفسه وإذا وصل المعاقون الذكور إلى هذا الإحساس فإنهم يكونون راضين عن عملهم وعن جودة حياته المهنية، وربما يتعرض أو يواجه المعاقون الذكور الكثير من العقبات والمشاكل أثناء عملهم، قد تتمثل في ضغط العمل ومعاملة الزملاء وغيرها من الأمور التي قد تحدث داخل العمل والتي قد تنعكس على سلوكهم وتصرفاتهم، وبالتالي يجدون من هم الأقرب ، وهم خير سند لهم في أشد الأزمات وأغلب الأوقات من أجل الوقوف بجانبهم وإمدادهم بكل ما يلزمهم من أجل التغلب على هذه الأزمات وتخطى العقبات التي تواجههم. وهذا ما يشير إليه كابلن وآخرون (Caplan et al:1993) أن أحداث الحياة الضاغطة المرتفعة تؤدي إلى إحداث الكثير من الاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية لدى الفرد، إذا ما انخفضت مستويات المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من الآخرين، وأن ارتفاع مستوى الدعم الاجتماعي يقي الفرد من الوقوع تحت براثن هذه الأمراض، ويؤدي به إلى الرضا عن حياته وعن عمله.

د- كما توجد علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 بين مصدر الأسرة والأقارب ومصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي وجودة الحياة الزوجية لدى المتزوجين الذكور المعاقين حركياً من أفراد العينة.

ويفسر الباحث ذلك بأن الحياة الزوجية بالنسبة للمعاقين حركياً الذكور لها طابع خاص، كما يقع على عاتقهم حمل ثقيل بغض النظر عن طبيعة الإعاقة، هي حياة صعبة، فهذه الحياة يمكن أن تكون على مفترق طرق أو قد تكون متأرجحة ما بين استمرار العلاقة الزوجية أو فشلها، إن لم يتم مد يد العون والدعم لهم ، فشعور المعاق بوجود أناس وأشخاص حوله يمدون له يد العون في كل ما يحتاجه وفي أي وقت وموقف كان، هذا يؤدي به إلى الإحساس بالتوافق النفسي والاجتماعي مع البيئة التي يعيش فيها ومن ثم الرضا عن الحياة وعن ذاته، ويكون ذلك الدعم من المقربين كالأسرة والأقارب وكذلك الأصدقاء يشعرونهم ويحثونهم على الحفاظ على الحياة الزوجية وصولاً لتحقيق جودتها والعمل

على استمراريتها والتغلب عليها على الرغم من وجود الإعاقة . ويشير كلاً من (شوما كر Schumaker وبر ونيل،1984 Brownell) أن الأسرة والأقارب والأصدقاء وغيرهم من المحيطين يعتبرون من الشبكات الاجتماعية الايجابية الواعية التي ينتمي إليها الفرد، فالأسرة والأقارب يلعبون دوراً كبيراً في رضا المعاقين حركياً الذكور عن حياتهم وإحساسهم بجودتها.

هـ- في حين كانت العلاقة سالبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 بين مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي وجودة الحياة الزوجية لدى المتزوجين الذكور المعاقين حركياً من أفراد العينة.

بمعنى أن مصدر مؤسسات المجتمع له أثراً سلبياً تجاه إحساس المعاقين بجودة الحياة الزوجية، وأن الدعم المقدم من وجهة نظر المعاقين لا يصل إلى درجة الطموح المطلوب. وربما يرجع ذلك إلى قصور مؤسسات المجتمع تجاه المعاقين المتزوجين، وبالتالي عليهم تقديم الدعم المطلوب واللازم لهم في كافة الأوقات وكذلك التواصل المستمر، والعمل على بناء علاقة متبادلة مع المعاقين المتزوجين.

2.1 "لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصادر الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى الإناث المعاقات حركياً من أفراد العينة".

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة المبينة في جدول(3) يتبين لنا عدم تحقق الفرض، وبناءً عليه فإن الباحث يرفض الفرض الصفري، حيث تبين:

أ- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 بين مصدر الأسرة والأقارب من الدعم الاجتماعي ومعظم أبعاد الرضا عن جودة الحياة والدرجة الكلية للرضا عن جودة الحياة لدى الإناث المعاقات حركياً من أفراد العينة.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (مجدي،2009) على أن الأسرة كمصدر من مصادر الدعم يعد أحد المصادر المنبئة لجودة الحياة ودرجتها الكلية وأبعادها، وتضيف أيضاً أن الدعم المقدم الذي يتلقاه المعاق يؤثر بصورة جوهرية على جودة الحياة لديهم، ويعني ذلك أن الإناث المعاقات حركياً المتلقيات لدعم الأسرة والأقارب قد حققن مستويات مرتفعة على أبعاد الرضا عن جودة الحياة والدرجة الكلية، ويفسر الباحث ذلك بأن الأسرة والأقارب يقدمون كل الدعم الممكن واللازم بكافة أشكاله لبناتهم المعاقات حركياً، ومدى الشعور بالارتياح والراحة النفسية التي يشعرن بها من خلال ما يقدم لهن، وبالتالي إن دلَّ ذلك فإنما يدلُّ على أن الأسرة والأقارب يبذلون كل ما في جهدهم من أجل تقديم الدعم اللازم لهن .

ب- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 بين مصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي وجودة الحياة الأسرية وجودة الدور الاجتماعي وجودة الحياة ككل لدى الإناث المعاقات حركياً من أفراد العينة.

وتتعارض هذه النتيجة مع نتائج دراسة (كوبكوفا:2000)التي أشارت إلى أن الفتيات المعاقات يواجهن صعوبات في التوافق الاجتماعي أكثر من أقرانهم الذكور المعاقين، كذلك وقد أشارت نتائج الدراسة أيضاً إلى أن المعاقات يعانين قدراً أكبر من تدنى مستوى تقدير الذات، وأقل رضا عن أنفسهن، وكذلك شعورهن بعدم تقبل آبائهن وزميلاتهن ومعلماتهن، وقد تعارضت نتائج هذه الدراسة مع دراسة(ثامبسون وهيلر:1990) التي أشارت إلى أن الدعم من قبل الأسرة أكثر تأثيراً من قبل الأصدقاء على السيدات.

ويعني ذلك أن الدعم المقدم من قبل الأصدقاء يعد مهماً جداً في حياة الإناث المعاقات حركياً، والذي أدى بدوره إلى تحقيق مستوى مرتفع من الرضا عن جودة الحياة الأسرية وجودة الدور الاجتماعي وجودة الحياة ككل، ويفسر الباحث ذلك بأن الأصدقاء الجيدين يلعبون دوراً هاماً في حياة المعاقات، وما لهذه العلاقة المتبادلة من أهمية لأنها تكون قائمة على الإخلاص والحب مما ينعكس ذلك على الأسرة، وبالتالي يكن أكثر انتماءً لأسرهن وأكثر رضاً عن جودة الحياة الأسرية، وإن للأصدقاء دوراً كبيراً في تشجيع المعاقات في أن يكون لهن دوراً اجتماعياً مقبولاً في المجتمع، من أجل الخروج من العزلة وبالتالي يمارسن أدوارهن كالآخرين، وكذلك فالإناث المعاقات هن أيضاً بأمس الحاجة إلى الصداقة والأصدقاء من أجل نسيان الهموم وما للأثر النفسي لهذه الإعاقة بالنسبة للإناث، وبالتالي يبحثن عن وجود الصديق في وقت الضيق وكافة الأوقات الأخرى من أجل التنفيس عن الهموم ونسيان الهم الأكبر ألا وهو الإعاقة.

ج- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 بين مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي وجودة شغل الوقت وإدارته لدى الإناث المعاقات حركياً من أفراد العينة.

وهذا يعني أن للدعم المقدم من مصدر مؤسسات المجتمع أثراً كبيراً في تحقيق المعاقات حركياً رضاً عن جودة شغل الوقت وإدارته، ويفسر الباحث هذه النتيجة والتي يمكن أن تعود إلى مدى الاهتمام والالتزام الذي تبديه المؤسسات المجتمعية تجاه المعاقات متمثلة في الزيارات المنزلية من أخصائيي التأهيل والأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيين النفسيين، وكذلك من خلال الدورات التي تعقدها مؤسسات المجتمع لتوعية وتثقيف المعاقات في كيفية التعامل مع الإعاقة والتكيف معها والانخراط في المجتمع وقد يتمثل أيضاً في الزيارات المتبادلة بينهما والتأهيل المهني.

د- كما توجد علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 بين مصدر الأسرة والأقارب من الدعم الاجتماعي والجودة المهنية لدى العاملات الإناث من أفراد العينة.

وهذا يعني أن الدعم المقدم من الأسرة والأقارب يلعب دوراً هاماً في حياة المعاقات العاملات، وقد أبدين أنهن أكثر رضاً عن جودة حياتهن المهنية. ويفسر الباحث ذلك بأن المعاقات العاملات من خلال هذا الدعم المقدم لهن من أسرهن وأقاربهن يزيد من رضاهن عن عملهن الذى يشعرن من خلاله بتحقيق درجة من الاستقلال والثقة بالنفس، حتى يمكن أن يخرجهن من عزلتهن من خلال ممارستهن العمل، ويعود ذلك إلى رضا الأسرة والأقارب وتشجيعهن وتحفيزهن بأن يكن أكثر انتماءً وحباً للعمل، فمن خلاله يجدن أنفسهن ويشعرن بوجود ما يشغلهن وينسيهن ولو لوقت وجيز الإعاقة. كما أثبتت الدراسات أن الدعم الاجتماعي له أهمية بالنسبة للإناث عن الذكور، كما أن له أثراً كبيراً ويعتبر عاملاً هاماً يمنع الوقوع في العزلة الاجتماعية، وأثبتت الدراسات أيضاً أن المشاركة في الأنشطة الاجتماعية تساعد على خفض الضغوط النفسية (بطرس:2005)

هـ- كما توجد علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 بين مصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي وجودة الحياة الزوجية لدى المتزوجات الإناث من أفراد العينة.

وهذا يعني أن المعاقات المتزوجات قد حققن رضاً عن جودة حياتهن الزوجية من خلال الدعم المقدم لهن من قبل الأصدقاء، ويفسر الباحث ذلك أن للحياة الزوجية لدى المعاقات طابع خاص وخصوصية تمتاز كما يصفها الباحث بأنها شديدة الحساسية، فالمعاقات المتزوجات عند مواجهتهن أي أمر ما يخص العلاقة الزوجية والحياة الزوجية يكن أكثر توجهاً إلى الأصدقاء من أجل مشورتهن وأخذ التوجيهات والإرشادات والنصائح اللازمة من أجل الوصول إلى حلول بعض المشكلات التي تواجههن في الحياة الزوجية، لأن الأصدقاء وبالذات في المواقف التي تمتاز بالحساسية يكونون أكثر قرباً من بعضهم البعض، ولذلك يحرص الأصدقاء على تقديم كل الدعم وبالذات إذا كان يتخلل هذه العلاقة الثقة المتبادلة والإخلاص والاحترام والتقدير ما بين الأصدقاء، وإن دل ذلك فإنما يدل على وقوف الأصدقاء بجانب بعضهم البعض في أغلب الأوقات وأحلك الظروف. هذا ما أشار إليه كل من(شوماكر و برونيل Schomaker&Brownell 1984) إلى أن المساندة الاجتماعية تنمى أنماط التفاعل الاجتماعي الايجابي من الأصدقاء، وتزيل أي نوع من الخلافات وتحافظ على مقومات الصداقة والمودة من التفكك والانهيار، وتنمى مشاعر المشاركة الفعالة مع الآخرين، وبالتالي يمكن أن تشبع حاجات الانتماء مع البيئة المحيطة بالفرد، وتخفف من الآثار النفسية السلبية التي تحيط بالفرد نتيجة العزلة أو الإحساس بالوحدة النفسية والقلق والاكتئاب.

2. مناقشة نتائج الفرض الرئيس الثاني:

ينص الفرض: "لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية، والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً".

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة المبينة في جدول(4) يتبين لنا عدم تحقق الفرض في معظم أبعاده، وعليه فإن الباحث يرفض الفرض الصفري، حيث تبين:

أ- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 بين بعد الدعم الاجتماعي الاقتصادي وبعد الدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والرضا عن جودة الحياة الأسرية وجودة الصحة العامة والجودة النفسية وجودة شغل الوقت وإدارته والرضا عن جودة الحياة ككل لدى أفراد العينة الكلية من المعاقين حركياً.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما يشير إليه (الأشول،2005) إلى أن جودة الحياة تتمثل في درجة رقى مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، ومدى إدراك هؤلاء الأفراد لقدرة الخدمات على إشباع حاجاتهم المختلفة، ويذكر أيضاً بأنه لا يمكن للفرد أن يدرك جودة الخدمات التي تقدم له بمعزل عن الأفراد الذين يتفاعل معهم مثل (الأصدقاء، وزملاء، وأشقاء، وأقارب، وغيرهم) أي أن جودة الحياة ترتبط بالبيئة المادية والبيئة النفسية الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد.

فالمعاقون أفراد العينة كانوا أكثر رضاً عن جود الحياة ككل، من خلال ما يقدم لهم من خلال الدعم الاجتماعي ببعديه (الاجتماعي الاقتصادي) و (النفسي الانفعالي)، كما أظهرت النتيجة أن المعاقين أفراد العينة كانوا أكثر رضاً عن جودة الحياة الأسرية، وأكثر رضاً عن جودة الصحة العامة، وأكثر رضاً عن الجودة النفسية، وكذلك جودة شغل الوقت وإدارته من خلال الدعم المقدم لهم، والإمكانات المتاحة، وقد توصل كل من (بردجيت يونج وآخرون:2007) في دراستهم إلى أن من بين العوامل التي يمكن اعتبارها ذات أثر كبير والتي تساهم في جودة الحياة لدى المعاقين قد تتمثل في الراحة ومسكن المعاق ومدى توافر معايير الأمن والسلامة، وكذلك الوقت المتوفر له، وقد كان للدعم الاجتماعي ككل والدعم الاجتماعي ببعديه (الاجتماعي الاقتصادي) و(النفسي الانفعالي) أثراً كبيراً وفعالاً في تحقيق درجات عالية من الرضا عن جودة الحياة ككل وفي تحقيق درجات عالية عن أبعاد جودة الحياة السابقة الذكر. وفيما يتعلق بجودة الحياة الأسرية، فان المعاق يشعر بفخر كبير تجاه نفسه وتجاه أسرته ويشعر بانتماء كبير لهذه الأسرة، إن كانت تقدم هذه الأسرة لأبنائها المعاقين كل أنواع الدعم، المتمثل بالحب والاحترام وتقدير الذات وقبول الإعاقة، ويرى الباحث أن رضا المعاقين عن جودة حياتهم الأسرية يدل على أن المعاق لا يشعر بأنه عبء ثقيل على أسرته، وأن الأسرة لا يمكن أن تفكر مجرد التفكير في ذلك، ويرى الباحث أن شبكة العلاقات الاجتماعية التي يتفاعل معها المعاق لها الأثر الكبير والايجابي تجاه رضا المعاقين عن جودة الحياة، هذا ما أشار إليه (ليبور Lepore 1994) إلى أن الدعم الاجتماعي هو الإمكانات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة وخاصة الاجتماعية في أوقات الضيق، ويتزود الفرد بالدعم الاجتماعي من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم شبكة العلاقات الاجتماعية في الغالب الأسرة

والأصدقاء وزملاء العمل ومن خلال الدعم المقدم لهم من خلال الوسط الاجتماعي المحيط فقد كانوا أكثر رضاً عن صحتهم وجودتها، كذلك حينما يشعر المعاقون أن هناك من يحترمهم ويوقرهم، ويشعرهم بالثقة بأنفسهم، ويشعرهم بتفاؤل كبير تجاه المستقبل ويخففون عنهم أي ضغط عصبي ينتابهم، وكذلك الوقوف بجانبهم أغلب الأوقات فكل هذا الدعم يترك أثراً ايجابياً تجاه المعاقين ويدركون أنهم أكثر تحقيقاً ورضاً عن جودة الصحة العامة والجودة النفسية وجودة شغل الوقت وإدارته.

ب- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 ومستوى 0.05 بين بعد الدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والرضا عن جودة العلاقات لدى أفراد العينة الكلية من المعاقين حركياً.

وهذا يعني أن للدعم الاجتماعي ككل وللدعم النفسي الانفعالي بشكل خاص أثراً كبيراً في رضا المعاقين حركياً عن جودة العلاقات، ويفسر الباحث ذلك بأن المعاقين حينما يشعرون بأنهم مرتاحون نفسياً ويشعرون بالثقة تجاه أنفسهم ويتأقلمون ويتكيفون مع إعاقتهم، فهذا يجعلهم أكثر إصراراً في البحث عن تكوين علاقات اجتماعية والتي تتمثل في الزيارات، وإقامة علاقات طيبة مع الغير، ومشاركة الآخرين في مناسباتهم، فهذا له أثر كبير تجاه المعاقين حركياً، فالدعم الاجتماعي ككل والدعم النفسي الانفعالي المقدم للمعاقين قد ينقلهم من مرحلة التقوقع حول الذات والانطواء إلى مرحلة الانبساطية والتفتح والاندماج في المجتمع وتكوين شبكة من العلاقات الاجتماعية الواسعة التي يستطيع أن يشعر من خلالها بأنه مقبول من الآخرين، ولديه مقومات التقدير الذاتي من المحيطين به، وهذا يعطى الإحساس بالقيمة الشخصية واحترام الذات.

ج- في حين لم تجد النتائج علاقة دالة إحصائياً بين أبعاد الدعم الاجتماعي ودرجته الكلية والرضا عن جودة الدور الاجتماعي لدى أفراد العينة الكلية من المعاقين حركياً.

ويفسر الباحث ذلك ربما يعود لما يشعر به المعاقون من إحباط نتيجة أحداث الحياة الضاغطة ونتيجة قصور العديد من الأطراف تجاههم وعدم تقديم الدعم لهم، وقد يعود ذلك إلى فقدان الثقة تجاههم والنظر إليهم نظرة العاجزين عن القيام بأدنى متطلبات الحياة، وعدم استطاعتهم القيام بأي دور قد يكلفون به في الحياة المجتمعية، ولذلك لم يكن للدعم الاجتماعي ببعديه (الاجتماعي الاقتصادي) و (النفسي الانفعالي) ودرجته الكلية أي علاقة في رضا المعاقين حركياً عن جودة الدور الاجتماعي.

د- كما تبين وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 بين بعد الدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والرضا عن الجودة المهنية لدى العاملين من أفراد العينة الكلية.

وهذا يعني أن للدعم الاجتماعي ككل، والدعم النفسي الانفعالي الأثر الكبير والايجابي لدى المعاقين العاملين وقد أبدوا بأنهم أكثر تحقيقاً ورضاً للجودة المهنية. ويفسر الباحث ذلك أن المعاقين العاملين نظراً للإعاقة المصاحبة والملازمة لهم، فإنهم قد يتعرضون للكثير من المشكلات والعقبات

التي تواجههم في مكان العمل، وقد تتمثل المشكلات في الراتب أو المدير أو زملاء العمل وغيرها، وقد أشار كل من (بردجيت يونج وآخرون،2007) في نتائج دراستهم إلى أن الموازنة المالية المخصصة للمعاق هي أحد العوامل ولها أثر كبير والتي تساهم في جودة الحياة لدى المعاقين، وهذه المشكلات يمكن أن يكون لها أثراً على المعاق، يمكن أن يشعر من خلالها بانتمائه للعمل وحبه له، ولذلك فالدعم النفسي الانفعالي المقدم للمعاقين العاملين ترك أثراً كبيراً عليهم وجعلهم أكثر تقبلاً ورضاً عن عملهم.

هـ- ووجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 بين أبعاد الدعم الاجتماعي الاقتصادي والدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والرضا عن جودة الحياة الزوجية لدى المتزوجين من أفراد العينة الكلية.

وهذا يعني أن المعاقين المتزوجين أكثر تحقيقاً و رضاً عن جودة الحياة الزوجية من خلال ما يقدم لهم من دعم اجتماعي ككل، وكذلك الدعم الاجتماعي ببعديه (الاجتماعي الاقتصادي) و (الدعم النفسي الانفعالي)، الذي لهما أثراً كبيراً تجاه الحياة الزوجية للمعاقين. ويفسر الباحث ذلك بأن الحياة الزوجية للمعاقين يمكن أن يعتريها الكثير من المشكلات والعقبات والضغوط، ويمكن أن تتمثل العقبات في الإعاقة ودرجتها وغيرها من الظروف الصعبة التي يواجهها المعاقون في حياتهم، وربما يكون مستوى الضغوط الذين يتعرضون له مرتفعاً وغير عادى، هذا ما أشار إليه كل من (Turner&Marino,1994) إلى أن الدعم الاجتماعي يؤثر بطريقة مباشرة على سعادة الفرد، وذلك عن طريق الدور المهم الذي يلعبه حينما يكون مستوى الضغوط مرتفعاً، وبالتالي فإن المعاقين هم بأمس الحاجة لمن يقف بجانبهم في هذه المواقف الصعبة والحساسة، من أجل تخفيف هذه الضغوط، وان لم يكن ذلك فانه يقود إلى فشل الحياة الزوجية، ولكن مع تقديم الدعم بأشكاله من خلال المحيطين والقريبين وخاصة الزوج أو الزوجة اللذين يتقبلان بعضهما البعض كما هما، فان ذلك يؤدي إلى استمرار العلاقة الزوجية والحفاظ عليها ومن ثم الرضا عن جودة الحياة الزوجية.

ويتفرع عن هذا الفرض الرئيس فرضان فرعيان، على النحو التالي:

1.2 "لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية والرضا عن جودة الحياة لدى الذكور المعاقين حركياً من أفراد العينة".

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة المبينة في جدول(5) يتبين لنا عدم تحقق الفرض في معظم أبعاده، وبناءً عليه فإن الباحث يرفض الفرض الصفري، حيث تبين:

أ- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 بين بعد الدعم الاجتماعي الاقتصادي وبعد الدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والدرجة الكلية للرضا عن جودة الحياة الأسرية وجودة الحياة ككل لدى الذكور المعاقين حركياً من أفراد العينة.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما أشار إليه (هامبتون:1999) في نتائج دراسته إلى أن الدعم الاجتماعي يرتبط بصورة دالة بجودة الحياة لدى المعاقين بمختلف فئاتهم

ويعني ذلك أن المعاقين حركياً الذكور قد حققوا أكثر رضاً عن جودة الحياة ككل وجودة الحياة الأسرية بشكل خاص من خلال ما قدم لهم من دعم اجتماعي ككل ببعديه(الاجتماعي الاقتصادي) و (النفسي الانفعالي) ويفسر الباحث ذلك بأن للدعم الاجتماعي بأبعاده أثراً مهماً وكبيراً في حياة المعاقين، إذ يشعرون من خلاله بأنهم فئة من حقهم العيش كالآخرين، وبأن الحياة جميلة من حقهم أن يعيشوها ويحيوها على الرغم من وجود الإعاقة، وكل ذلك يزيد من ثقتهم بأنفسهم وبالتالي يكونون أكثر رضاً عن جودة الحياة، أما فيما يتعلق بجودة الحياة الأسرية فإن المعاقين الذكور يتلقون كل الرعاية والاهتمام من قبل أسرهم فالمعاق حينما يشعر بأن كل فرد في أسرته يحترمه، وأن أحد والديه أو كلاهما راضيان عنه، ويراعون مشاعره، وأنه لا يشعر بأنه عبء على أسرته، وكذلك الأسرة لا تشعره بذلك فهذا يؤدي بالمعاق إلى الشعور بالفخر والانتماء لأسرته، وهذا دليل على أن الأسرة تقدم له كل الدعم ،الاجتماعي والاقتصادي والنفسي ، فكل هذا الدعم له كبير الأثر تجاه المعاقين الذكور، وله الأثر في رضاهم عن جودة الحياة ككل.

ب- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 ومستوى 0.05 بين بعد الدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والدرجة الكلية للرضا عن جودة الصحة العامة والجودة النفسية وجودة شغل الوقت وإدارته لدى الذكور المعاقين حركياً من أفراد العينة.

وهذا يعني أن المعاقين الذكور أبدوا رضاً عن جودة الصحة العامة، والجودة النفسية، وكذلك جودة شغل الوقت وإدارته من خلال ما تلقوه من دعم اجتماعي ككل ببعده (النفسي الانفعالي)، ويفسر الباحث ذلك بأن الذكور من المعاقين يمكن أن يمتازوا بميزات خاصة، كالخروج والانتقال والمشاركة وغيرها، والمعاقين الذكور يمكن أن يكونوا أكثر عصبية عن غيرهم نتيجة الإعاقة، وبالتالي هم بحاجة لمن يخفف عنهم هذا التوتر العصبي، ويكون ذلك من خلال الدعم النفسي الانفعالي الذي له الأثر الكبير في حياة المعاقين، وتشير (كاشف: 2001) إلى أن المعاق حركياً يعيش في عالم محدود بظروف الإعاقة، وينبغي عليه أن يحقق التوافق والصحة النفسية مع هذا المحيط الاجتماعي الذي يتسم بتباين الاتجاهات وردود الأفعال تجاه الإعاقة والمعاقين بصفة عامة، ويتوقف مدى نجاح المعاق في تحقيق ذلك على مدى قدرته على التعامل الايجابي مع مجتمعه أو تقديم المساعدة أو الدعم الذي ينعكس بالضرورة على مستوى الصحة النفسية، فإن المعاقين الذكور حينما يشعرون بالأمن النفسي وعدم الخوف، وأن لديهم روحاً معنوية عالية يتحدون بها الإعاقة، ولا يشعرون بأي قلق تجاه المستقبل، كل هذا له أثر كبير في شعور المعاقين بالجودة النفسية، وكذلك فان لهذا الدعم المقدم ككل والدعم النفسي الانفعالي له الأثر الكبير في رضا المعاقين الذكور عن جودة حياتهم الصحية، وفي زرع ثقة المعاق بنفسه، والعمل على تكيفه مع الإعاقة والتأقلم معها، ويكون أكثر حرصاً على المحافظة على صحته، ومن ثم الرضا عنها، أما فيما يتعلق بجودة شغل الوقت وإدارته، فهو يرجع

إلى أن المعاقين الذكور يمتازون بأنهم اجتماعيون يشاركون الغير ويقيمون العلاقات، وبالتالي من خلال هذه العلاقات والمشاركات يشغلون أوقاتهم، وما يتخلل هذه العلاقات من دعم نفسي وانفعالي.

ج- لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعد الدعم الاجتماعي الاقتصادي وبعد الدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والدرجة الكلية للرضا عن جودة الدور الاجتماعي لدى الذكور المعاقين حركياً من أفراد العينة.

ويفسر الباحث ذلك بأن المعاقين الذكور هم أكثر حرية في التنقل والانخراط والاندماج في المجتمع، ومشاركة الآخرين، وهذا يدفعهم إلى أخذ أدوارهم في المجتمع، وقد يكون هناك سبب أخر قد يرجع إلى الإعاقة وحدتها والتي قد تعيق المعاق من ممارسة دوره الاجتماعي في المجتمع الذي يعيش فيه، والتي قد تجعله محبطاً من ممارسة دوره في المجتمع. هذا ما أشار إليه (بطرس :2005) من أن للدعم الاجتماعي دوراً قوياً في مواجهة الإحباط، ويشير كلاً من (جانلين وبلاني:1984) أن الدعم الاجتماعي يقوي المصادر النفسية ويزيد من شعور الفرد بالقيمة والأهمية، ومن قدرته على التحدي مما يجعله أكثر نجاحاً في مواجهة الضغوط.

د- كما لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعد الدعم الاجتماعي الاقتصادي وبعد الدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والرضا عن الجودة المهنية لدى الذكور العاملين من أفراد العينة.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة بوني بوسويل(1998) التي أشارت إلى أن الموقف الايجابي للمعاق يركز على أن جودة الحياة تزداد باستمرار كلما تحققت فرصة للعمل، حيث إن العمل يساهم في تحقيق مجموعة من المصادر المعيشية والتي تؤهل المعاق للتمتع بمستوى أعلى من جودة الحياة، ويفسر الباحث ذلك أن المعاقين من الذكور يكونون أكثر حاجةً للعمل، فمن خلال العمل يستطيعون تحقيق ما يريدون، وأنهم أكثر استقلالية وأكثر مسئولية من أي وقت كان، وهذا يؤدي بهم إلى الشعور بأنهم ليسوا معاقين، مما يزيدهم ثقةً بالنفس. وربما يجدون عكس ذلك في العمل من معاناة وكذلك وجود بعض الظروف السلبية التي لا تبعث على الراحة والاطمئنان في مكان العمل كالزملاء والمدير وضغوط العمل، ولقد أشارت بعض الدراسات إلى أن للدعم الاجتماعي دوراً ايجابياً في تخفيف حدة التأثيرات السلبية للمعاناة التي يتلقاها الفرد، وأن انخفاض مستوى الدعم الاجتماعي في الأسرة والعمل ذو تأثير على سوء التوافق لدى الفرد. (بطرس:2005)

هـ- لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعد الدعم الاجتماعي الاقتصادي وبعد الدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والرضا عن جودة الحياة الزوجية لدى الذكور المتزوجين من أفراد العينة.

ويفسر الباحث ذلك أن المعاقين الذكور المتزوجين يحاولون جاهدين التكيف مع الإعاقة، مع شعورهم بمسئولية كبيرة وشاقة تجاه الحياة الزوجية، وقد يكون هذا الدعم المقدم غالباً من الأسرة والأقارب والأصدقاء، وأكثر من ذلك قد تكون الزوجة التي لها دور كبير تجاه زوجها، وبالذات إذا كان

هناك صلة قرابة تربطهما فسيكونون أكثر حرصاً على استمرار الحياة الزوجية، متخطين كل العقبات التي تقف في طريقهم بما فيها الإعاقة، وقد يكون هذا الدعم ناتج عن الوعي من قبل المحيطين والمقربين من المعاقين، وأنهم يتقبلونهم كما هم، وكذلك الحاجة الملحة لتلقى هذا الدعم الكلى، وبالتالي هذا يدفعهم إلى أن يكونوا أكثر رضاً عن جودة الحياة الزوجية أما إذا كان غير ذلك فسيزداد الأمر سوءاً وتكون النتائج خلاف ذلك قد تتمثل بعدم الرضا عن جودة الحياة الزوجية.

2.2 "لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية والرضا عن جودة الحياة لدى الإناث المعاقات من أفراد العينة".

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة المبينة في جدول(6) يتبين لنا عدم تحقق الفرض في معظم أبعاده، حيث تبين:

أ- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 بين بعد الدعم الاجتماعي الاقتصادي وبعد الدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والرضا عن جودة الحياة الأسرية وجودة شغل الوقت وإدارته وجودة الحياة ككل لدى الإناث المعاقات حركياً من أفراد العينة.

وهذا يعني أن المعاقات الإناث قد حققن رضاً عن جودة الحياة ككل بشكل عام وكانوا أكثر تحقيقا للرضا عن جودة الحياة الأسرية وجودة شغل الوقت وإدارته بشكل خاص، وذلك من خلال الدعم الذي تلقينه من دعم اجتماعي ككل وببعديه (الاجتماعي الاقتصادي) و (النفسي الانفعالي)، ويفسر الباحث ذلك بأن الدعم المقدم للإناث ربما يكون ذو طابع خاص، وقد يرى الباحث بأن هذا الطابع الخاص قد يشمل الرعاية والاهتمام الشديدين وتقديم كل الدعم اللازم، لما للإناث المعاقات من خصوصية، فواجب الأسرة تجاههن يتطلب تقديم كل ما يلزم، فهناك دور كبير يقع على عاتق الأسرة في تقديم الدعم إذ تعد الأسرة هي المصدر الأكبر لهذا الدعم، ولذلك فالدعم المقدم ببعديه له نتيجة ايجابية تجاه المعاقات، وقد ترك أثراً كبيراً في رضا المعاقات عن جودة حياتهن بشكل عام وجودة حياتهن الأسرية بشكل خاص، أما فيما يتعلق برضا المعاقات عن جودة شغل الوقت وإدارته، فيرى الباحث بأن الإناث المعاقات يقضين أوقاتاً صعبة، وربما تكون مملة ومحبطة، بسبب أوقات الفراغ التي يقضينها بدون عمل أي شي، وبالتالي يترك أثراً سلبياً تجاه المعاقات، ولكن حينما يجدون من حولهم من الوسط الاجتماعي المحيط المتمثل بالأسرة والأصحاب والجيران والزملاء وغيرهم يسعون للترويح والتنفيس عنهم في أوقات فراغهم، وكذلك حينما يجدن من يخصصون لهم وقتهم في ممارسة بعض الأنشطة المحببة لهم، وحينما يجدن أن من حولهم يسعون جاهدين لملء أوقاتهن ويجعلونهن يستمتعن بالأشياء الجميلة والسارة، فبالتالي كل هذا يتخلله العديد من أشكال الدعم النفسي والاجتماعي والاقتصادي وغيره والذي يشارك به المقربون ذو العلاقة المباشرة من المعاقات الإناث كالأسر والأقارب والأصدقاء، وقد ترك أثراً ايجابياً مما جعلهم أكثر تحقيقاً ورضاً لجودة شغل الوقت وإدارته. وقد أشار (اكسفورد oxford) أنه من خلال الصحبة الاجتماعية والتي تعنى قضاء الفرد وقت الفراغ

مع الآخرين المحيطين بالفرد، وكذلك ممارسة بعض الأنشطة الترفيهية والترويحية والمشاركة الاجتماعية في المناسبات المختلفة والذي يؤدي بدوره إلى إشباع الحاجة إلى الانتماء، والتواصل مع الآخرين، ومساعدة الفرد من التخلص من قلقه وهمومه والتخفيف عنه في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، ولذلك فان الصحبة الاجتماعية هي بمثابة الوظيفة الوقائية للدعم الاجتماعي.(Oxford,1994)

ب- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 ومستوى 0.01 بين بعد الدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والرضا عن جودة الدور الاجتماعي لدى الإناث المعاقات حركياً من أفراد العينة.

وقد تعارضت نتائج هذه الدراسة مع دراسة (كوبكوفا:2000) والتي أشارت في نتائجها إلى أن الفتيات المعاقات يواجهن صعوبات في التوافق الاجتماعي، ويتفق الباحث مع ما أشار إليه (إبراهيم:1995) إلى أن الدعم الاجتماعي يعتبر مصدراً هاماً من مصادر الدعم النفسي والاجتماعي الفعال الذي يحتاجه الإنسان، حيث يؤثر حجم الدعم الاجتماعي ومستوى الرضا عنه في كيفية إدراك الفرد لأحداث الحياة الضاغطة المختلفة وأساليب مواجهتها، وكيفية تعامله مع هذه الأحداث، كما أنه يلعب دوراً هاماً في إشباع الحاجة إلى الأمن النفسي، وخفض مستوى المعاناة النفسية الناتجة عن شدة هذه الأحداث الضاغطة، وتكون ذو أثر فعال في تخفيف الأعراض المرضية.

وهذا يعني أن الإناث المعاقات قد أبدين رضاً عن جودة الدور الاجتماعي من خلال ما تلقونه من الدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل، ويفسر الباحث ذلك بأن الإعاقة لها أثر كبير وحساس تجاه المعاقات الإناث وبالتالي فالإناث المعاقات قد يكن أكثر انطواءً وتقوقعاً حول الذات بسبب الإعاقة، والإناث قد يكن أكثر انفعالاً وتوتراً نتاج الوضع الذي يعشنه، ولكن قد يكّن أكثر توافقاً مع الإعاقة، هذا ما أشارت إليه دراسة (عبد الغفار:1995) في نتائجها والتي أشارت فيها إلى أن الإناث أكثر قدرةً على التوافق مع الإعاقة، وبالتالي هن بحاجة إلى تكوين علاقات اجتماعية من خلال الأصحاب والأصدقاء، وهن بحاجة إلى من يقدم لهن دعماً نفسياً يخفف عنهن الانفعال والعصبية والتوتر الذي قد يكون مصاحب لهن في أغلب الأوقات والتي تركتها الإعاقة، من أجل أن يستطعن ممارسة حياتهن كالآخرين، وأن يشعرن من خلاله بدورهن في المجتمع، وأن يكن على قدر من المسئولية متحدين الإعاقة، فالدعم المقدم الذي تلقينه ببعده النفسي الانفعالي قد ترك أثراً على رضا المعاقات الإناث عن جودة دورهن الاجتماعي، وأنهن أكثر قناعة ورضا عما يقمن به من أدوار في المجتمع. ويشير (إبراهيم:1995) إلى أن الدعم الاجتماعي يعتبر مصدراً هاماً من مصادر الدعم النفسي والاجتماعي الفعال الذي يحتاجه الإنسان، حيث يؤثر حجم المساندة الاجتماعية ومستوى الرضا عنها في كيفية إدراك الفرد لأحداث الحياة الضاغطة المختلفة وأساليب مواجهتها، وكيفية تعامله مع هذه الأحداث ، كما أنها تلعب دوراً هاماً في إتباع الحاجة إلى الأمن النفسي، وخفض مستوى

المعاناة النفسية الناتجة عن شدة هذه الأحداث الضاغطة، وتكون ذو أثر فعال في تخفيف الأعراض المرضية.

ج- كما وجدت علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 بين بعد الدعم الاجتماعي الاقتصادي والدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والرضا عن جودة الحياة الزوجية لدى الإناث المتزوجات المعاقات من أفراد العينة.

وهذا يعني أن للدعم الاجتماعي ككل والدعم الاجتماعي ببعديه (الاجتماعي الاقتصادي) و (النفسي الانفعالي) له أثراً كبيراً في رضا المعاقات الإناث المتزوجات عن جودة حياتهن الزوجية.

ويفسر الباحث ذلك بأن للمعاقات الإناث المتزوجات وضعاً خاصاً، وأن عليهن مسئولية تجاه أزواجهن وحياتهن الزوجية التي تمثل لهن حملاً ثقيلاً، وربما يشعرن بالعجز تجاه متطلبات الحياة، ولكن مع وقوف العديد ممن حولهم وتقديم يد العون والمساعدة لهن، من أجل تخفيف هذا الحمل الثقيل، والذي يتمثل في تقديم الدعم المادي والمشورة والنصح والإرشاد والتوجيه وتقديم كل أشكال الدعم، وبالذات إن كان الزوج متقبلاً لزوجته ومتقبلاً لإعاقتها ولا يشعرها بأنه مستاء منها، فان هذا يدفعهن للحفاظ على العلاقة الزوجية وخصوصاً إذا كان يسودها التفاهم والاحترام المتبادل والحب، ويعود ذلك إلى إدراك المعاقات وشعورهن بشعور ايجابي بناء من قبل أزواجهن تجاههن، وتقديم كل ما يلزم لهن والوقوف بجانبهن في أوقات الضيق والشدة، وتقبلهن كما هن، وبالتالي يكن أكثر سعادةً وحرصاً على استمرار هذه الحياة وبالتالي يكن أكثر رضاً عنها. وهذا ما يشير إليه (عبد الرحمن، 2000) أن الفرد إذا أدرك بأن هناك من يسانده عند الحاجة فان هذا الدعم وهذه المساندة تعتبر ذو تأثير ملطف لضغوط أحداث الحياة، كما أن المساندة الاجتماعية تحسم وتعدلَّ من أساليب مواجهة الضغوط النفسية والتعامل معها.

د- لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعد الدعم الاجتماعي الاقتصادي وبعد الدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والرضا عن جودة الصحة العامة والجودة النفسية وجودة العلاقات لدى الإناث المعاقات من أفراد العينة.

ويفسر الباحث ذلك إلى مدى توافر العزيمة والإرادة التي يمتلكنها ويحاولن من خلالها تحدى الإعاقة، والعمل على الحفاظ على صحتهن، وبالتالي إن امتلكن العزيمة والإرادة من أجل أن يتحدين الإعاقة فهذا يبعث فيهن الأمل والارتياح والطمأنينة والراحة النفسية، وصولاً إلى الجودة النفسية، وبالتالي فان وصلن إلى تحقيق رضاهن عن جودة الصحة العامة، والجودة النفسية من خلال العزيمة والإرادة فهذا يدفعهن إلى الانخراط في المجتمع وإقامة العلاقات الطيبة مع أفراد المجتمع، تحقيقاً لجودة العلاقات، كما أن لشبكة العلاقات دوراً كبيراً في رضا المعاقات أو عدم رضاهن عن جودة الصحة وجودة العلاقات والجودة النفسية، وهذا ما يشير إليه كل من (الشناوي وعبد الرحمن، 1994) أن للدعم الاجتماعي أثراً عاما على الصحة البدنية والنفسية، حيث إن الشبكات الاجتماعية الكبيرة يمكن أن

تزود الفرد بخبرات ايجابية منتظمة، ومجموعة من الأدوار التي تتلقى مكافأة من المجتمع، وهذا النوع يمكن أن يرتبط مع السعادة، حيث أنها توفر حالة ايجابية من الوجدان وإحساساً بالاستقرار في مواقف الحياة والاعتراف بأهمية الذات لدى الفرد، ويشيرا أيضاً إلى أن الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية يتبادلونها مع غيرهم ويدركون أن هذه العلاقات يوثق بها، فهم من ناحية الصحة النفسية أفضل من غيرهم ممن يفتقدون هذه العلاقات.

هـ- كما لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعد الدعم الاجتماعي الاقتصادي والدعم النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل والرضا عن الجودة المهنية لدى الإناث المعاقات العاملات من أفراد العينة.

ويفسر الباحث ذلك بأن المعاقات من خلال ممارستهن العمل يكن أكثر حرصاً على الحفاظ عليه، لأن العمل بالنسبة لهن يمكن أن يعتبرنه أحد أهم الأشياء في حياتهن، والذي يشعرن من خلاله أنه هو الذي يخفف عنهن عبء الإعاقة، وبالتالي فالدعم المقدم لهن في العمل وفي المنزل ومن الأصدقاء وغيرهن يجعلهن أكثر شعوراً بالرضا عن العمل ويجعلهن أكثر إخلاصاً في الحفاظ على عملهن، وأكثر انتماءً له ومن ثم شعورهن بأنهن أكثر رضاً وتحقيقاً لجودة حياتهن المهنية، وإن كان ما يقدم لهن عكس ذلك من سوء المعاملة وقسوة الزملاء وغيره فسيشعرن بالتعاسة، وما قد يترتب عن ذلك من آثار سلبية.

3. مناقشة نتائج الفرض الرئيس الثالث:

ينص الفرض على: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة باختلاف مصادر الدعم الاجتماعي (منخفض- مرتفع) لدى المعاقين حركياً من أفراد العينة".

ويتفرع هذا الفرض إلى ثلاثة فروض فرعية كما يلي:

1.3 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة تبعاً لاختلاف مصدر الأسرة والأقارب للدعم الاجتماعي (منخفض- مرتفع) لدى المعاقين حركياً من أفراد العينة".

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة المبينة في جدول(7) يتبين لنا عدم تحقق الفرض، وبناءً عليه فإن الباحث يرفض الفرض الصفري ويقبل الفرض البديل، حيث تبين:

أ- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدرجة على مصدر الأسرة والأقارب من الدعم الاجتماعي على جميع أبعاد الرضا عن جودة الحياة وجودة الحياة ككل، وكانت الفروق لصالح مرتفعي مصدر الأسرة والأقارب من الدعم الاجتماعي لدى أفراد العينة الكلية من المعاقين حركياً.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (المدهون، 2004) على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة مرتفعي ومنخفضي الدرجة في الدعم الاجتماعي.

وهذا يعني أنه كلما ارتفع مستوى الدعم المقدم للمعاقين حركياً من قبل الأسرة والأقارب ازداد رضاهم عن جودة الحياة ككل وبجميع أبعادها، ولذلك يتضح أن الفروق كانت لصالح المعاقين الذين حققوا درجات مرتفعة على المقياس، أكثر من الذين حققوا درجات منخفضة، ويفسر الباحث ذلك إلى مجموعة الأساليب المتنوعة المقدمة للمعاقين والتي تكون نتاج خبرات معينة، وكذلك مدى الاهتمام الذي يوليه الأسرة والأقارب من رعاية واهتمام إلى أبنائهم المعاقين، ويتفق الباحث مع ما تشير إليه (حنفي: 2007) على أن الدعم الاجتماعي هو بمثابة مجموعة من أساليب المساعدة المختلفة التي يتلقاها الفرد من أسرته، والتي تتمثل في تقديم الرعاية والاهتمام والتوجيه والنصح والتشجيع في كافة مواقف الحياة، والتي تشبع حاجاته المادية والروحية للقبول والحب والشعور بالأمان فتجعله يثق بنفسه ويدركها الفرد، مما يزيد من كفاءته الاجتماعية، ويمكن أن يعود السبب أيضاً إلى درجة وعى وثقافة الأسرة والأقارب تجاه الإعاقة والمعاقين، وكذلك مدى تقبلهم الشديد للإعاقة، مع قناعتهم بأنها ليست وصمة عار بل هي قدر الله.

ب- وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدرجة على مصدر الأسرة والأقارب من الدعم الاجتماعي على بعد الجودة المهنية لدى المعاقين العاملين من أفراد العينة، وكانت الفروق لصالح مرتفعي مصدر الأسرة والأقارب من الدعم الاجتماعي.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (المدهون، 2004) على وجود فروق بين متوسطات درجات المعاقين حركياً الذين يعملون والذين لا يعملون.

وهذا يعني أن المعاقين العاملين الذين تلقوا دعماً مرتفعاً من قبل الأسرة والأقارب قد حققوا درجات مرتفعة على المقياس وكانوا أكثر تحقيقاً للجودة المهنية، أكثر من المعاقين العاملين الذين تلقوا دعماً منخفضاً وقد حققوا درجات منخفضة، ويفسر الباحث بأن السبب في ذلك يعود إلى دور الأسرة والأقارب الدءوب والمستمر في تقديم الدعم والمتابعة والتوجيه والإرشاد وزرع الثقة بالنفس، وتشجيعهم على تحدى الإعاقة والتكيف معها وتحدى كل العقبات التي تواجههم، من أجل الوصول إلى الاستقلالية والاعتماد على النفس، وبالتالي هذا يبعث بالطمأنينة والارتياح للأسرة والأقارب وللمعاق نفسه وبالتالي يكون أكثر رضاً وتحقيقا للجودة المهنية من خلال العمل، وتشير دراسة ستانفورد روبن Stanford ruben (2003)، إلى انه كلما أصبح الشخص المعاق أكثر استقلالية في تأدية مهامه الوظيفية، كلما ساهم ذلك في تطوير أسلوب حياته، ومن ثم يصبح شخصاً ايجابياً متفائلاً ومقبلاً على الحياة، كما توصل كل من(آدمز وآخرون،1996) Adams,et,al ، في دراستهم على أهمية دور الأسرة والدعم الأسري في الرضا الوظيفي، والرضا عن الحياة.

ج- كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدرجة على مصدر الأسرة والأقارب من الدعم الاجتماعي على بعد جودة الحياة الزوجية

لدى المعاقين المتزوجين من أفراد العينة، وكانت الفروق لصالح مرتفعي مصدر الأسرة والأقارب من الدعم الاجتماعي.

وهذا يعني أن المعاقين المتزوجين الذين تلقوا دعماً مضاعفاً من قبل الأسرة والأقارب قد حققوا درجات مرتفعة على المقياس، وكانوا أكثر تحقيقاً ورضاً عن جودة الحياة الزوجية، أكثر من المعاقين المتزوجين الذين تلقوا دعماً وكانت درجاتهم منخفضة، ويفسر الباحث ذلك إلى أن الأسرة والأقارب لا يدخرون وسعاً في تقديم كافة المساعدات والتوجيهات وإبداء النصح والإرشاد، والوقوف إلى جانب أبنائهم أثناء المحن، فهناك أسر لا تدخر جهداً من حيث تقديم الدعم لأبنائها، ويرجع ربما ذلك إلى توفر الإمكانات والوعي والثقافة وأسلوب التعامل القائم ما بين الطرفين تجاه أبنائهم وكذلك استيعابهم من حيث الإعاقة، والذي يتمثل في تهيئة الأجواء المناسبة القائمة على الحب والاحترام، وعدم التخلي عنهم لما قد يعترى العلاقة الزوجية من عقبات نظراً للإعاقة، وبالتالي يشعرون بوقوف ذويهم إلى جانبهم مما يجعلهم أكثر رضاً عن الحياة الزوجية، وهناك أسر ينقصها الوعي والثقافة وتفتقر إلى الأسلوب المثالي في التعامل مع الأبناء، وربما يرجع ذلك إلى العلاقة وما يشوبها ومدى قوة الترابط بين الأسرة والمعاق، فقد أوضح (عثمان،2001) أن العلاقات الجيدة تعتبر من أهم مصادر السعادة، كأن يكون الفرد متزوجاً زيجة سعيدة، وأن تكون علاقاته جيدة مع الأسرة والأقارب، كما أن للدعم من جانب الأسرة دوراً كبيراً في توافق الفرد، حيث إن الأفراد الذين يتمتعون بقدر كبير من الدعم هم أقل عرضة للاضطرابات والضغوط والمشكلات النفسية.(بطرس:2005)

2.3 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة تبعاً لاختلاف مصدر الأصدقاء للدعم الاجتماعي (منخفض- مرتفع) لدى المعاقين من أفراد العينة".

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة المبينة في جدول(8) يتبين لنا عدم تحقق الفرض، وبناءً عليه فإن الباحث يرفض الفرض الصفري ويقبل الفرض البديل، حيث تبين:

أ- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدرجة على مصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي في جميع أبعاد جودة الحياة والدرجة الكلية لجودة الحياة، وكانت الفروق لصالح مرتفعي مصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين من أفراد العينة.

وهذا يعني أن المعاقين الذين تلقوا دعماً مضاعفاً من قبل الأصدقاء كانوا أكثر رضاً عن جودة الحياة بكافة أبعادها وقد حققوا درجات مرتفعة على المقياس أكثر من الذين تلقوا دعماً منخفضاً والذين حققوا درجات منخفضة على المقياس، ويرى الباحث أن ذلك يعود إلى قوة العلاقة التي تربطهم قبل الإعاقة وبعدها، والتي تكون مبنية منذ وقت طويل والتي تمتاز بالثقة والحب والعلاقات الاجتماعية المتبادلة والاحترام المتبادل، مما تجعل هذه العلاقة في حالة استمرارية، وبالتالي لن يبخل الأصدقاء

من تقديم كل ما يلزم لهم من دعم مادي واجتماعي ومعنوي وغيره من أشكال الدعم الأخرى، وهذا ما يشير إليه (ويس، Weis) إلى أن الدعم الاجتماعي يتكون من علاقات اجتماعية مميزة في المودة والصداقة الحميمة والتكامل الاجتماعي واحترام الفرد، وتقديم المساعدة المادية والعاطفية له، بحيث تكون صلة الفرد بالآخرين مبنية على الثقة الدعم المتبادل. (Anisa,et al,1994) ، ويرى بعض الباحثين أن الدعم الاجتماعي يشير إلى وجود علاقات مرضية تتسم بالحب والود والثقة والتقدير، وتمثل هذه العلاقات مصدات أو حواجز. (Cutrona&Russel,1990)

ب- وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدرجة على مصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي على بعد الجودة المهنية، وكانت الفروق لصالح مرتفعي مصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين العاملين من أفراد العينة.

وتتفق هذه نتائج هذه الدراسة مع ما أشار إليه (فايد، 2001) إلى أن الدعم الاجتماعي هو إدراك الفرد أنه يوجد عدد كاف من الأشخاص في حياته يمكنه الرجوع إليهم عند الحاجة، وأن يكون لدى هذا الفرد درجة من الرضا عن هذا الدعم المتاح له .

وهذا يعني أن المعاقين العاملين من أفراد العينة والذين تلقوا دعماً مضاعفاً من قبل الأصدقاء كانوا أكثر رضاً وتحقيقاً للجودة المهنية، وقد سجلوا درجات مرتفعة على المقياس أكثر من الذين تلقوا دعماً منخفضاً وحققوا درجات منخفضة، ويرى الباحث أن ذلك يعود إلى حجم العلاقة وقوتها ومتانتها، والثقة المتبادلة بينهما، والتي تربطهم روابط قوية، سواء في داخل العمل أو خارجه، ويكون ذلك من خلال ما يحصل عليه من التشجيع والتحفيز، وإعطاء الأمل والنظر للمستقبل نظرة تفاؤل، بعيداً عن التفكير لما أصاب المعاق (الإعاقة)، خاصة إذا كان يواجه المعاق العديد من الضغوط في داخل العمل، فان لذلك أثراً سلبياً تجاه المعاقين، ولكن يلعب الأصدقاء دوراً مهماً وايجابياً في التخفيف من حدة الضغوط تجاه أصدقائهم المعاقين.

ج- كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدرجة على مصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي على بعد جودة الحياة الزوجية، وكانت الفروق لصالح مرتفعي الدرجات على مصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين المتزوجين من أفراد العينة.

وهذا يعني أن المعاقين المتزوجين من أفراد العينة، والذين تلقوا دعماً مضاعفاً من قبل الأصدقاء كانوا أكثر تحقيقاً ورضاً لجودة الحياة الزوجية، وقد سجلوا درجات مرتفعة على المقياس أكثر من الذين تلقوا دعماً منخفضاً وحققوا درجات منخفضة، ويرى الباحث بأن ذلك يرجع إلى اتساع شبكة علاقاته الاجتماعية وقوتها وخصوصاً مع الأصدقاء والتي تتميز فيها العلاقة التي تتمثل بالزيارات المنزلية المتبادلة في كافة الأوقات والمناسبات، ويفسر الباحث ذلك أنه نظراً لما للحياة الزوجية التي

يعيشها المعاقون وما قد يتخللها من مشاكل، قد تفوق هذه المشاكل طاقة المعاق وبالتالي لا يستطيع تحملها، ويكون المعاق بحاجة إلى تفريغها، مما يستدعى بالمعاق للبحث عن أقرب الناس لهم وأكثرهم ثقةً من أجل الوقوف إلى جانبهم وبالذات في القضايا ذات الحساسية الشديدة فيما يتعلق بالحياة الزوجية بشكل عام وبالعلاقة الزوجية بشكل خاص، وبالتالي يكون الأصدقاء هم الذين يتم من خلالهم تفريغ الهموم وهم صمام الأمان والأقدر على كتم الأسرار وهم الأقدر على الوقوف إلى جانب أصدقائهم المتزوجين المعاقين والذين لا يبخلون بتقديم أي مساعدة لهم.

3.3 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة تبعاً لاختلاف مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي (منخفض- مرتفع) لدى المعاقين حركياً من أفراد العينة".

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة المبينة في جدول(9) يتبين لنا عدم تحقق الفرض في معظم أبعاده، وبناءً عليه فإن الباحث يرفض الفرض الصفري حيث تبين:

أ- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدرجة على مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي في جودة العلاقات عند مستوى 0.01 وجودة الدور الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة ككل عند مستوى 0.05، وكانت الفروق لصالح منخفضي مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين من أفراد العينة.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما أشارت إليه دراسة ستانفورد روبن وأخرون (2003) Stanford Ruben,et al، أنه كلما انخفضت نسبة العجز في توفير الخدمات اللازمة كلما زادت قدرة الشخص المعاق على تأدية وظائفه الحياتية بطريقة مستقلة، وزادت الدافعية والحافز لديه. وأشارت الدراسة في نتائجها أيضاً على أهمية تقييم نواقص وضعف المهارات الحياتية التي يبحث عنها المعاق، من أجل تحديد الاحتياجات (الخدمات الواجب توفيرها) والتي تعمل من شأنها على تحسين جودة الحياة للمعاقين.

وهذا يعني أن المعاقين أفراد العينة والذين تلقوا دعماً منخفضاً من قبل مصدر مؤسسات المجتمع أبدوا رضاً عن جودة العلاقات، وجودة الدور الاجتماعي، وجودة الحياة ككل، أكثر من المعاقين الذين حصلوا على دعم اجتماعي مضاعف من قبل مصدر مؤسسات المجتمع، ويفسر الباحث ذلك بأنه ربما يكون سبب ذلك قد يتمثل في قصور مؤسسات المجتمع في تقديم الدعم للمعاقين، مما يدفع بالمعاقين إلى الاعتماد على النفس، وفرض الذات في حال تقطعت بهم السبل وانسداد بعض طرق الدعم كالمؤسسات المجتمعية، مما يجعلهم أمام مواجهة واقع جديد ألا وهو الانخراط في المجتمع والدمج وإقامة علاقات مع الآخرين ، والبحث عن طرق أخرى للدعم، التي يتم من خلالها إقامة شبكة من العلاقات الاجتماعية التي تؤهلهم بدورها ومن خلالها إلى ممارسة الأدوار المجتمعية، وصولاً إلى الشعور بالقيمة والأهمية والكيان رغماً عن الإعاقة.

ب- كما وجدت النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدرجة على مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي في جودة الحياة الزوجية، وكانت الفروق لصالح منخفضي مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين المتزوجين من أفراد العينة.

وهذا يعني أن المعاقين أفراد العينة والذين تلقوا دعماً منخفضاً من قبل مصدر مؤسسات المجتمع أبدوا رضاً عن جودة الحياة الزوجية أكثر ممن حصلوا على دعم اجتماعي مضاعف من قبل مصدر مؤسسات المجتمع، ويرى الباحث أن سبب ذلك يعود إلى تقصير المؤسسات المجتمعية في تقديم الدعم الكافي لهم مما يترك أثراً سلبياً، قد يتمثل في القلق والاكتئاب والخوف من المستقبل، كما قد يتعرضوا إلى مجموعة من الضغوط، مما يزيد المعاقين إلى الاعتماد على النفس وعدم التعويل والانتظار لما سوف تقدمه مؤسسات المجتمع والبحث عن طرق أخرى لتقديم الدعم، كالأسرة والأقارب والأصدقاء والجيران وغيرهم ممن ساعد وساهم في الوصول إلى الرضا عن جودة الحياة الزوجية، هذا ما أشارت إليه بعض البحوث والدراسات نحو تأثير ردود الأفعال السالبة تجاه الإعاقة نظرا لتعرض الفرد لضغوط نفسية حادة، وقد تتمثل في الصدمة والقلق والإنكار والاكتئاب والغضب الداخلي والعدائية الخارجية، وقد أشارت هذه الدراسات إلى ضرورة تقديم المساعدة أو الدعم الاجتماعي للمعاقين للتوافق مع إعاقتهم وتحسين درجة الصحة النفسية لديهم.(Livenh,et,al:1990)

ج- في حين لم تجد النتائج فروق ذات دلالة إحصائية في بقية أبعاد الرضا عن جودة الحياة تبعاً لمتغير مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين من أفراد العينة.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه (جود،1994) في أن المعاقين يشتركون في الرغبة الشديدة للانخراط في مجتمعاتهم والعيش باستقلالية والرغبة في أن يتم النظر إليهم ومعاملتهم كراشدين.

وهذا يعني أن المعاقين حركياً أفراد العينة منخفضي ومرتفعي الدرجة على مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي لم يوجد بينهم أي فروق في بقية أبعاد جودة الحياة، ويرى الباحث بأن ذلك قد يرجع إلى الفكر الموحد، والشعور الذي ربما يكون متقارباً والذي قد يجمعون عليه والذي يحمله المعاقون حركياً تجاه نظرتهم السلبية لمؤسسات المجتمع تجاههم ومدى الدور الذي تلعبه في حياتهم، إذا كان هذا الدور ايجابياً فسيشعرون بالرضا والارتياح فيما يتعلق بأبعاد جودة الحياة المتبقية، وإن كان الدور سلبياً يمتاز بالقصور الواضح فسيشعرون بالاستياء والتذمر ومن ثم عدم الرضا عن جودة الحياة بأبعادها المتبقية.

د- كما لم تجد النتائج فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الجودة المهنية تبعاً لمتغير مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين العاملين من أفراد العينة.

وهذا يعني أن المعاقين حركياً العاملين من أفراد العينة منخفضي ومرتفعي الدرجة على مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي لم يوجد بينهم أية فروق فيما يتعلق بالرضا عن الجودة المهنية، ويرى الباحث بأن ذلك قد يرجع إلى مستوى وحجم الدعم المقدم بكافة أشكاله والذي قد يكون له الأثر في الرضا وعدم الرضا عن الجودة المهنية، وقد يتمثل ذلك في ما يواجهه المعاق من صعوبات وعقبات وضغوط من قبل المؤسسة التي يعملون بها، والتي يكون لها أثراً سلبياً تجاه حياتهم، وقد يكون عكس ذلك والذي يتمثل في الدعم المقدم والاهتمام والرعاية وتقدير الذات، والعمل على توفير الأجواء الملائمة والمناسبة التي تبعث الراحة النفسية والطمأنينة التي يشعروا من خلالها بأنهم أكثر تحقيقاً للجودة المهنية.

4. مناقشة نتائج الفرض الرئيس الرابع:

ينص الفرض على: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة باختلاف الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية (منخفض- مرتفع) لدى المعاقين من أفراد العينة".

ويتفرع هذا الفرض إلى ثلاثة فروض فرعية، كما يلي:

1.4 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة تبعاً لاختلاف الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي (منخفض- مرتفع) لدى المعاقين من أفراد العينة".

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة المبينة في جدول(10) يتبين لنا عدم تحقق الفرض، وبناءً عليه فإن الباحث يرفض الفرض الصفري، حيث تبين:

أ- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدعم الاجتماعي ككل في أبعاد الرضا عن جودة الحياة الأسرية وجودة الصحة العامة وجودة شغل الوقت وإدارته والرضا عن جودة الحياة ككل، وكانت الفروق لصالح مرتفعي الدعم الاجتماعي ككل لدى المعاقين حركياً من أفراد العينة.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه (الشناوي، عبد الرحمن،1994) على أن زيادة حجم وكمية الدعم الاجتماعي يؤدي إلى إحساس الفرد بالرضا عن الحياة.

وهذا يعني أن المعاقين الذين تلقوا دعماً اجتماعياً كلياً قد حققوا رضاً عن جودة الحياة الأسرية، وجودة الصحة العامة، وجودة شغل الوقت وإدارته، وكذلك قد أبدوا رضاً عن جودة الحياة ككل، وقد سجلوا درجات مرتفعة على المقياس، أكثر من المعاقين الذين تلقوا دعماً منخفضاً، ويفسر الباحث أن ذلك يعود إلى مدى الأثر الايجابي للدعم الكلى المقدم للمعاقين أفراد العينة، ومدى تأثيره عليهم في الرضا عن جودة الحياة ككل، وجودة الحياة الأسرية، فالدعم المقدم من أكثر من مصدر له أثراً كبيراً في رضا المعاقين حركياً عن جودة الحياة الأسرية ومدى الفخر والانتماء الذي يشعر به المعاق تجاه أسرته وما قد يلقاه من حب واحترام ورضا وتقدير وتعاون وصبر من خلال ما يقدم له من دعم كلى

من خلال المصادر المتاحة في الوسط الاجتماعي، ومدى توافر بعض الإمكانات والحاجيات التي تقدم للأفراد المعاقين من خلال شبكة العلاقات الاجتماعية ذو العلاقة المباشرة مع الفرد، وكذلك رضا المعاق عن جودة الصحة العامة، فحينما يشعر المعاق بأن الجميع يلتف من حوله يوقرونه ويقدرونه ويتقبلونه كما هو بمظهره الجسمي ويقدمون له كل ما يلزم هذا يدفعه إلى الشعور بالراحة والطمأنينة ومن ثم يكون راضياً عما حققه من رضاً تجاه صحته، أما فيما يتعلق برضا المعاق عن جودة شغل الوقت وإدارته فان للدعم الاجتماعي الكلى المقدم أثراً كبيراً في حياة المعاق فالأسرة تلعب دوراً كبيراً في شغل وقت الفراغ من خلال القراءة وعمل الأشياء المفيدة وكذلك المرح والتسلية والسمر، والأصدقاء يؤدون دوراً كبيراً من خلال الرحلات ومشاركة الآخرين في المناسبات ومؤسسات المجتمع يمكن أن تكون لها فاعلية في حياة المعاق قد تتمثل في الزيارات المنزلية وعمل ندوات ثقافية يشارك فيها المعاق وبالتالي يكون أكثر تحقيقاً ورضاً عن جودة شغل الوقت وإدارته وكذلك أكثر رضاً عن جودة الحياة ككل، هذا ما أشار إليه (ليبور Lepore 1994) إلى أن الدعم الاجتماعي هو الإمكانات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة وخاصة الاجتماعية في أوقات الضيق، ويتزود الفرد بالدعم الاجتماعي من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم شبكة العلاقات الاجتماعية في الغالب الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل، ويضيف أيضاً إلى أن المساندة تميل إلى دعم وصحة ورفاهية من يتلقى الدعم.

ب- كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدعم الاجتماعي ككل في أبعاد الرضا عن الجودة النفسية وجودة العلاقات وجودة الدور الاجتماعي، وكانت الفروق لصالح مرتفعي الدعم الاجتماعي ككل لدى المعاقين حركياً من أفراد العينة.

وهذا ما أشارت إليه ميشيل (Michael,2003) في دراستها والتي ركزت على أهمية ما يقدمه المجتمع من خدمات للمعاقين، ويرى أن الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المعاق يؤثر بصورة جوهرية على جودة الحياة لديه، كما تتأثر جودة الحياة لدى المعاق بمدى الاستقلالية التي يشعر بها في حياته.(مجدي: 2009)

وهذا يعني أن المعاقين حركياً أفراد العينة الذين تلقوا دعماً اجتماعياً كلياً قد كانوا أكثر رضاً عن الجودة النفسية وجودة العلاقات وجودة الدور الاجتماعي، وقد حققوا درجات مرتفعة على المقياس، أكثر من المعاقين الذين تلقوا دعماً منخفضاً، ويفسر الباحث ذلك أنه كلما تلقى المعاقين دعماً مضاعفاً، كلما أدى ذلك إلى رضاهم عن أنفسهم، وشعورهم باهتمام الآخرين تجاههم، والعمل على تسخير الإمكانات اللازمة والدعم لهم، لأن هذا يبعث فيهم الاطمئنان والراحة النفسية، وصولاً إلى الرضا عن الجودة النفسية، وإذا شعر المعاق براحة نفسية فإن ذلك يدفعه هذا إلى التحرك وإقامة

العلاقات مع الآخرين من خلال الاحتكاك والزيارات، ويدفعهم إلى تحدي الواقع الموجود، وعدم الشعور باليأس والتكيف مع الإعاقة ومن ثم يكونون أكثر رضاً عن جودة العلاقات التي من خلالها يأخذ الأدوار في المجتمع ويشعر بأنه موجود.

ج- في حين لم تجد النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدعم الاجتماعي ككل في الجودة المهنية لدى المعاقين العاملين من أفراد العينة.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة بوني بوسويل وأخرون (1998) والتي أشارت إلى أن جودة الحياة تزداد باستمرار كلما تحققت فرصة للعمل، حيث إن العمل يساهم في تحقيق مجموعة من المصادر المعيشية التي تؤهل المعاق للتمتع بمستوى أعلى من جودة الحياة.

وهذا يعني أن المعاقين العاملين الذين تلقوا دعماً منخفضاً ودعماً مرتفعاً، لم يوجد بينهم أي فروق، ويفسر الباحث ذلك أن المعاقين بشكل عام هم بحاجة ماسة إلى التأهيل وممارسة العمل، أو الحصول على وظيفة من أجل أن يعيشوا ويقتاتوا من ورائها، كي يتمكنوا من بناء مستقبلهم ، فالمعاق من خلال المهنة يحقق ذاته ويرى بأنه أكثر اعتماداً على النفس، وأنه من خلال ممارسته لمهنة ما فإنها تحاول أن تخرجه من العزلة إلى جو من الانبساطية والانفتاح على الآخرين مما تجعله أكثر حباً لها، وأكثر من ذلك الإعاقة التي يحاول أن يتناساها من خلال ممارسته المهنة ومن ثم يكون أكثر رضاً وتحقيقاً للجودة المهنية.

د- كما لم تجد النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدعم الاجتماعي ككل في جودة الحياة الزوجية لدى المعاقين المتزوجين من أفراد العينة.

وتتفق نتائج هذه الدراسة ما أشار إليه (جودي،Goode 1994) إلى أن المعاقين لديهم الرغبة في بناء علاقات اجتماعية مع الآخرين، وتكوين أسرة، وهذا يحدد إدراكهم بصورة أو بأخرى بجودة الحياة.

وهذا يعني أن المعاقين المتزوجين الذين تلقوا دعماً منخفضاً ودعماً مرتفعاً، لم يوجد بينهم أي فروق، ويفسر الباحث ذلك بأن المعاقين أصبحوا يشعرون بأنهم يجب أن يحيوا حياة كالآخرين، ومن حقهم تكوين مستقبل، كالزواج والأولاد، وإقامة علاقة زواجية يملؤها الحب والاحترام المتبادل والوفاق، وأن الرضا عن جودة الحياة الزوجية أو عدم الرضا والفروق التي لم تظهر بينهم هو نتاج المحيطين بهم والمقربون بالدرجة الأولى وخصوصاً الزوج أو الزوجة وبالذات إذا كان الزوج أو الزوجة من الأقارب، فهم من يتحملون بعضهم البعض، ويقدرون بعضهم البعض، ويتكيفون مع الإعاقة، ومن ثم شعورهم بأنه أكثر رضاً وتحقيقاً لجودة الحياة الزوجية .

2.4 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة تبعاً لاختلاف درجة البعد الاجتماعي الاقتصادي من الدعم الاجتماعي (منخفض- مرتفع) لدى المعاقين من أفراد العينة".

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة المبينة في جدول(11) يتبين لنا عدم تحقق الفرض في معظم أبعاده، وبناءً عليه فإن الباحث يرفض الفرض الصفري، حيث تبين:

أ- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي البعد الاجتماعي الاقتصادي من الدعم الاجتماعي في أبعاد الرضا عن جودة الحياة الأسرية وجودة شغل الوقت وإدارته والرضا عن جودة الحياة ككل، وكانت الفروق لصالح مرتفعي البعد الاجتماعي الاقتصادي من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين حركياً من أفراد العينة.

وهذا يعني أن المعاقين حركياً أفراد العينة الذين تلقوا دعماً اجتماعياً اقتصادياً مرتفعاً كانوا أكثر تحقيقاً ورضاً عن جودة الحياة الأسرية وجودة شغل الوقت وإدارته وكذلك الرضا عن جودة الحياة ككل، وقد حققوا درجات عالية على المقياس، أكثر من المعاقين الذين تلقوا دعماً اجتماعياً اقتصادياً منخفضاً وكانت درجاتهم منخفضة. ويفسر الباحث ذلك أنه من خلال الدعم الاجتماعي الاقتصادي المقدم للمعاقين، يستطيعوا من خلاله ممارسة حياتهم والاندماج في المجتمع ويشعرون بأنهم أشخاص ذو قيمة وأهمية في المجتمع والمحيط الذي يعيشون فيه، وهذا لا يكون إلا من خلال الأسرة والأقارب والأصدقاء، والجيران والزملاء، وبالتالي فالدعم الاجتماعي الاقتصادي له دور كبير في رضا المعاق عن جودة حياته الأسرية، هذا ما أشارت إليه دراسة (هينيمان، 1991) Heinemann ، على أن البيئة الأسرية لها دوراً كبيراً في توافق المعاق مع إعاقته ومع ذاته، وأن احتواء الآثار المترتبة على العجز من قبل الأسرة، والأصدقاء يعد من أهم العوامل المسئولة عن التوافق النفسي للمعاق، فالمعاق حينما تشعره الأسرة بالوجود، وتتقبله كما هو لما فيه من مزايا أو عيوب، كما تدفعه إلى مشاركة الآخرين في مناسباتهم، ويقدمون له كل ما يحتاج ، ويحترمون رأيه، وإذا كان في ضائقة مالية يقفون بجانبه ويقرضونه المال ، فإنما يدل هذا على أن الأسرة يحترم أفرادها بعضهم البعض، وكذلك هي أسرة متعاونة، وهى أسرة لا يشعر من خلالها المعاق بأنه يمثل عالة عليها، وبالتالي هذا يجعله أكثر رضاً عن أسرته وأكثر تحقيقاً ورضاً عن جودة الحياة الأسرية، هذا ما أشارت إليه (مارجليت وآخرون،1992) والتي أكدت فيها أن إتاحة الفرصة بين أفراد الأسرة بالتماسك والترابط يزيد من قوة الوالدين في مواجهة الضغط النفسي وتحقيق التوافق والصحة النفسية لدى أبنائها من المعاقين حركياً.

كما أن للأسرة والأقارب والأصدقاء والزملاء والجيران وغيرهم من المحيطين لهم دوراً مهماً في رضا المعاق عن جودة شغل الوقت وإدارته من خلال ما يقدم له من دعم اجتماعي اقتصادي، فشعور المعاق بمن يحفزه لمشاركة الجميع، ويدعمونه بالاتصال بالآخرين ، ويشعرونه بالقرب منه في كافة الأوقات وتزويده بالأفكار والمعلومات التي يحتاجها، وهو من خلال ذلك يشعر بأن الجميع من حوله، ويملأ فراغه من خلالهم، فكل هذا الدعم الاجتماعي الاقتصادي له الأثر الكبير في رضا المعاقين حركياً عن جودة الحياة ككل.

ب- كما بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي البعد الاجتماعي الاقتصادي من الدعم الاجتماعي في أبعاد الرضا عن جودة الصحة العامة والجودة النفسية، وكانت الفروق لصالح مرتفعي البعد الاجتماعي الاقتصادي من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين حركياً من أفراد العينة.

وهذا يعني أن المعاقين حركياً أفراد العينة الذين تلقوا دعماً اجتماعياً اقتصادياً مرتفعاً كانوا أكثر تحقيقاً ورضاً عن جودة الصحة العامة والجودة النفسية، وقد حققوا درجات عالية على المقياس. أكثر من الذين تلقوا دعماً اجتماعياً اقتصادياً منخفضاً، ويفسر الباحث ذلك أنه من خلال الدعم الاجتماعي الاقتصادي المقدم للمعاقين فإنهم يشعرون بأنهم في صحة جيدة ويتقبلون إعاقتهم ويكونون راضين عن مظهرهم الجسمي، ويتأتى ذلك من قناعتهم وإيمانهم بالله تعالى والتسليم بقدر الله وهذا ما وجده الباحث أثناء تطبيقه لأداة الدراسة، وهذا التعزيز يأتي أولاً من شخصية المعاق نفسه وثقته بنفسه وأنه لا دخل لما أصابه وثانياً من خلال المحيطين به والمقربين منه، فحينما يجد من يشعره بالاعتماد على النفس في الكثير من المواقف، و من يقدره لشخصه وليس كونه معاقاً، فمما لا شك فيه أن لذلك أثراً على صحته والتسليم بواقع هذا الحال والرضا عن صحته بشكل عام، وكذلك هناك علاقة وطيدة ما بين رضا المعاق عن الجودة النفسية والرضا عن جودة الصحة العامة، فكلما شعر المعاق براحة نفسية قد تتمثل بشعوره بالأمن وعدم الخوف من المستقبل وعدم القلق ، وكذلك عدم وجود أي أفكار تراوده وشعوره بالارتياح والسعادة، فهذا بطبيعة الحال سيكون له أثر ايجابي على صحة المعاق، وسيشعر بالرضا عنها .

ج- في حين لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة العلاقات وجودة الدور الاجتماعي تبعاً لاختلاف الدرجة على البعد الاجتماعي الاقتصادي لدى أفراد العينة من المعاقين حركياً.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه المدهون (2004، 139) أنه غالبا ما يترتب على الإعاقة الحركية عجز حقيقي في قدرة الإنسان الطبيعية على أداء دوره الاجتماعي، مما يؤثر تأثيراً حيوياً على نمط ممارسة الفرد لحياته، ويخلق لديه متطلبات تربوية عليها من مؤثرات، وتختلف الإعاقات الحركية من حيث تأثيرها على الجوانب النفسية في حياة الفرد باختلاف نوع الإعاقة وشدتها ودرجتها ومدي تأثيرها على الفرد المعاق، ويعاني المعاق حركياً أحياناً من مجموعة من الخصائص والسمات النفسية والسلبية كالانطواء والانسحاب والعزلة والاكتئاب والحزن وعدم التوافق وعدم الرضا عن الذات مع تزايد مشاعر الذنب والخوف والقلق والنزوع نحو الاعتماد على الغير.

وهذا يعني أن المعاقين حركياً أفراد العينة الذين سجلوا درجات مرتفعة ودرجات منخفضة على المقياس تبعاً للدعم الاجتماعي الاقتصادي لم تظهر بينهم أي فروق، ويرى الباحث أن ذلك يعود إلى طبيعة سبب اكتساب الإعاقة، وكذلك طبيعة الإعاقة ومدى تقبلها من قبل المجتمع، والتي يكون لها دور في الانتقال بالمعاق من حياة إلى حياة أخرى، إما أن تكون حياة يكون عاجزاً فيها عن

ممارسة أدواره، وبالتالي يترتب عليها أثار سلبية كالانطواء والعزلة والغضب، والشعور بعدم الرضا عن ذاته وعن حياته، أو حياة أخرى يستطيع من خلالها الاندماج في المجتمع وممارسة أدواره وفقاً للواقع الموجود، فسبب الإعاقة وطبيعتها وربما شدتها هي بمثابة الفيصل أو المفترق الذي يختار فيها المعاق طريقه، كمصابي الانتفاضة فهؤلاء قد يتعاطف معهم المجتمع ويتقبلهم، ومن ثم يكونون أكثر قدرة على الانخراط في المجتمع وتكوين علاقات اجتماعية أوسع، وأكثر قدرة على أخذ الأدوار المجتمعية، وبالتالي يكونوا أكثر رضاً عن ذلك، وكذلك فإن المعاقين بشلل الأطفال قد يكونون أكثر قدرة على التنقل والحركة وإقامة علاقات اجتماعية واسعة وممارسة أدوارهم في المجتمع أكثر من غيرهم.

د- ولم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الجودة المهنية تبعاً لاختلاف الدرجة على البعد الاجتماعي الاقتصادي لدى المعاقين العاملين من أفراد العينة.

وهذا يعني أن المعاقين حركياً أفراد العينة العاملين الذين سجلوا درجات مرتفعة ودرجات منخفضة على المقياس تبعاً للدعم الاجتماعي الاقتصادي الذي تلقوه، لم تظهر بينهم أي فروق. ويفسر الباحث أن ذلك يرجع إلى مدى ما يتوافر للمعاقين من أجواء ايجابية في داخل العمل قد تكون مجموعة من الظروف النفسية والاجتماعية والاقتصادية والتي قد تتمثل في معاملة الزملاء، وضغوط العمل، وثقة الزملاء ورئيس العمل به، والمكافآت، مما تجعل المعاق أكثر انتماءً وحباً للعمل وتكون سبباً في رضاه عن مهنته، وبالتالي يكون أكثر تحقيقاً للجودة المهنية .

هـ- كما لم تجد النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة الزوجية تبعاً لاختلاف الدرجة على البعد الاجتماعي الاقتصادي لدى المعاقين المتزوجين من أفراد العينة.

وهذا يعني أن المعاقين حركياً المتزوجين أفراد العينة الذين سجلوا درجات مرتفعة ودرجات منخفضة على المقياس تبعاً للدعم الاجتماعي الاقتصادي الذي تلقوه، لم تظهر بينهم أي فروق. ويرى الباحث أن ذلك يعود إلى مدى قوة العلاقة الزوجية ما بين الطرفين والمبنية على الحب والاحترام، ومدى وتقبل أحدهما للأخر، فبالتالي إذا كانت هذه العلاقة الزوجية ما بين الطرفين قائمة على احترام الآخر وتقدير الحياة الزوجية، والتعاون وتحمل المسئولية، فسيجعلهم يتقبلون الإعاقة ويتكيفون معها، وبالتالي كل هذه مقدمات للوصول إلى الرضا عن جودة الحياة الزوجية. وان كانت العلاقة الزوجية أو الحياة الزوجية قائمة على غير ذلك فان ذلك قد تكون مؤشرات لهدم العلاقة الزوجية ومن ثم عدم الرضا عن الحياة والإحساس بجودتها.

3.4 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة تبعاً لاختلاف درجة البعد النفسي الانفعالي من الدعم الاجتماعي (منخفض- مرتفع) لدى المعاقين من أفراد العينة".

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة المبينة في جدول(12) يتبين لنا عدم تحقق الفرض، وبناءً عليه فإن الباحث يرفض الفرض الصفري ويقبل الفرض البديل، حيث تبين:

أ- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي البعد النفسي الانفعالي من الدعم الاجتماعي في أبعاد الرضا عن جودة الحياة الأسرية وجودة الصحة العامة وجودة شغل الوقت وإدارته والرضا عن جودة الحياة ككل، وكانت الفروق لصالح مرتفعي درجة البعد النفسي الانفعالي من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين حركياً من أفراد العينة.

وهذا يعني أن المعاقين حركياً أفراد العينة الذين سجلوا درجات مرتفعة تبعاً للبعد النفسي الانفعالي، كانوا أكثر تحقيقاً ورضاً عن جودة الحياة الأسرية وجودة الصحة العامة وجودة شغل الوقت وإدارته وكذلك الرضا عن جودة الحياة ككل، وقد حققوا درجات عالية على المقياس، أكثر من المعاقين الذين سجلوا درجات منخفضة تبعاً للبعد النفسي الانفعالي، ويفسر الباحث ذلك أن الدعم النفسي الانفعالي المقدم للمعاقين من قبل الأسرة يجعلهم أكثر رضاً عنها، ويعود ذلك كما يرى الباحث إلى مدى وعي الأسرة والطريقة التي يتبعونها في التخفيف عن أبنائهم المعاقين فالإعاقة قد تجعل المعاق صعب المزاج، لا يشعر بالارتياح والسعادة، وبالتالي هذا يستدعى تدخل من قبل الأسرة، وهى الأقرب في هذه الظروف، والتي يمكن أن يميزها عن غيرها من الأسر هو القدرة على التحمل والعطاء حتى في أحلك الظروف، وبالتالي يشعر المعاق من خلال هذا الدعم بالرضا عن أسرته ويكون أكثر تحقيقاً لجودة الحياة الأسرية، أما فيما يتعلق برضا المعاقين حركياً عن جودة الصحة العامة، فيرى الباحث أن للدعم النفسي الانفعالي المقدم للمعاقين أثره الايجابي عليهم، وقد يرجع إلى مدى تهيئة الأجواء النفسية المحيطة بالمعاق والتي تبعث على الطمأنينة والارتياح والاهتمام الزائد من قبل المحيطين بالمعاق، كما قد تعود إلى الإرادة الموجودة لدى المعاق في الاعتماد على النفس والمتابعة الدورية لصحته، وأن يتقبل نفسه، وقناعته بما حدث له ومسلماً لواقع موجود، كما يتمثل بإيمانه الراسخ بالله والتسليم بالقدر، فهذه الظروف إذا ما توافرت لدى المعاق ستجعله أكثر رضاً وتحقيقاً لجودة الصحة العامة، ولذلك يشير (هامبتون:1999) في نتائج دراسته إلى أن المعاقين الذين يرون أنفسهم في صحة جيدة فإنهم يميلون إلى الارتفاع على مقاييس جودة الحياة، كما أن للدعم النفسي الانفعالي للمعاقين حركياً والذين سجلوا درجات مرتفعة تبعاً للبعد النفسي الانفعالي، قد أبدوا رضا عن جودة شغل الوقت وإدارته، فقد يرى الباحث أن طبيعة الإعاقة قد تلعب دوراً كبيراً في ذلك، كالإعاقات محدودة الحركة، كما أن للأسرة وطبيعتها على المستوى الاجتماعي وكذلك الأصدقاء يلعبون دوراً كبيراً أيضاً ومدى قوة العلاقة بين الأصدقاء والعلاقة القائمة على الروابط القوية بينهم، كذلك الجيران والزملاء، فمن خلالهم يستطيعون سد الفراغ في الأوقات التي يحتاجونها، وبالتالي يساهمون في الوصول إلى شعور المعاق أنه أكثر تحقيقاً ورضاً عن جودة شغل الوقت وإدارته، وبالتالي من خلال الدعم النفسي الانفعالي المقدم يكونون أكثر رضا عن جودة الحياة ككل، وأشارت دراسة (البهادلي، وكاظم:2006) في نتائجها إلى أن مستوى جودة الحياة كان متوسطاً في بعدين هما جودة الصحة العامة وجودة شغل وقت الفراغ

وإدارته، وأن مستوى جودة الحياة كان مرتفعاً في بعد جودة الحياة الأسرية، وهذا يدل على اتفاق واختلاف في النتائج.

ب- كما بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدرجة على البعد النفسي الانفعالي من الدعم الاجتماعي في أبعاد الرضا عن الجودة النفسية وجودة العلاقات، وكانت الفروق لصالح مرتفعي البعد النفسي الانفعالي من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين حركياً من أفراد العينة.

وتتعارض نتائج هذه الدراسة مع دراسة (البهادلي وكاظم:2006) التي أشارت في نتائجها إلى أن متوسط جودة الحياة منخفض في بعد جودة الصحة النفسية على مقياس جودة الحياة.

وهذا يعني أن المعاقين حركياً أفراد العينة الذين سجلوا درجات مرتفعة تبعاً للبعد النفسي الانفعالي، كانوا أكثر تحقيقاً ورضاً عن الجودة النفسية وجودة العلاقات، وقد حققوا درجات عالية على المقياس، أكثر من المعاقين الذين سجلوا درجات منخفضة تبعاً للبعد النفسي الانفعالي، ويفسر الباحث ذلك قد يعود إلى الإرادة والعزيمة والتحدي للإعاقة والتي قد يمتلكها المعاق ولا يمتلكها المعاق الأخر، وكذلك التكيف والتأقلم مع الإعاقة وعدم الاستسلام لها، وكذلك القدرة على إثبات الذات من خلال بناء العلاقات الاجتماعية، التي يستمدها من خلال المحيطين، فهناك علاقة وطيدة ما بين الجودة النفسية وجودة العلاقات، فمن خلال شعور المعاق ووصوله إلى الشعور بالرضا عن الجودة النفسية، المتمثلة في توفير الأجواء النفسية من قبل المحيط الاجتماعي فان لذلك أثر في تأهيله إلى الانتقال إلى تكوين شبكات اجتماعية وإقامة علاقات اجتماعية طيبة مع الآخرين، وتكون مبنية على الحب المتبادل، وبالتالي فان ذلك يحقق لهم الرضا عن جودة العلاقات.

ج- في حين لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الدور الاجتماعي تبعاً لاختلاف درجة البعد النفسي الانفعالي من الدعم الاجتماعي لدى المعاقين من أفراد العينة.

وهذا يعني أن المعاقين حركياً أفراد العينة مرتفعي ومنخفضي الدرجة تبعاً للبعد النفسي الانفعالي لم يوجد بينهم أي فروق في جودة الدور الاجتماعي، ويفسر الباحث ذلك بأن المعاقين قد يشعرون بأنهم فئة مهمشة في المجتمع ، وينظر لهم نظرة دونية، ويتمنون أن يأخذوا أدوارهم في المجتمع، وأن يشعروا بأنهم ذو قيمة، ولهم الحق في ممارسة بعض الأدوار الاجتماعية التي يكلفون بها، وأنهم فئة قادرة على العطاء وأنهم فئة منتجة.

د- وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الجودة المهنية تبعاً لاختلاف درجة البعد النفسي الانفعالي من الدعم الاجتماعي، وكانت الفروق لصالح مرتفعي البعد النفسي الانفعالي لدى المعاقين العاملين من أفراد العينة.

وهذا يعني أن المعاقين حركياً العاملين أفراد العينة الذين سجلوا درجات مرتفعة تبعاً للبعد النفسي الانفعالي، كانوا أكثر تحقيقاً ورضاً عن الجودة المهنية، وقد حققوا درجات مرتفعة على

المقياس، أكثر من المعاقين العاملين الذين سجلوا درجات منخفضة تبعاً للبعد النفسي الانفعالي. ويرى الباحث أن ذلك يعود إلى مدى الدعم الذي يتلقاه المعاق من القريبين منه والمتمثل بالرعاية والاهتمام الزائد الذي قد يصل إلى درجة من السعادة، وقد يعود السبب أيضاً إلى الرضا وعدم الرضا عن العمل ومكان العمل نتيجة لبعض الظروف الخاصة التي يواجهها المعاق، كالمكان، والزملاء، والراتب الذي يتقاضاه، وكذلك النظرة إليه والمعاملة من قبل المحيطين، فكل هذه الظروف يمكن أن يحقق من خلالها الشعور بالرضا أو عدم الرضا عن المهنة.

هـ- كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة الزوجية تبعاً لاختلاف درجة البعد النفسي الانفعالي من الدعم الاجتماعي، وكانت الفروق لصالح مرتفعي البعد النفسي الانفعالي لدى المعاقين المتزوجين من أفراد العينة.

وهذا يعني أن المعاقين حركياً المتزوجين أفراد العينة الذين سجلوا درجات مرتفعة تبعاً للبعد النفسي الانفعالي، كانوا أكثر تحقيقاً ورضاً عن جودة الحياة الزوجية، وقد حققوا درجات مرتفعة على المقياس، أكثر من المعاقين المتزوجين الذين سجلوا درجات منخفضة تبعاً للبعد النفسي الانفعالي، ويفسر الباحث أن ذلك يعود إلى طبيعة الإعاقة والتي قد تكون سبباً في استقرار أو عدم استقرار العلاقة الزوجية أو الحياة الزوجية، أو بعض المهارات الوظيفية التي قد يمتلكها معاق دون أخر والتي قد تؤهله من القيام بمتطلبات الحياة بقدر الإمكان، هذا ما أشار إليه كل من (Warren &Wriyley,1996) بأن العوامل الأسرية هي أهم العوامل المحددة التي يستطيع من خلالها المصاب إدراك جودة الحياة، فالأسرة يمكن أن تقدم الكثير من أوجه المساعدة التي يحتاج إليها المصاب، كما أن هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الحياة مثل، شدة الإصابة، والمهارات الوظيفية، والعمر والزواج، وبالتالي فطبيعة الإعاقة قد يكون لها تأثيراً سلبياً على نفسية المعاق تمنعه من القيام من واجباته تجاه الطرف الآخر، ومن خلالها يشعر بالقصور والعجز تجاه متطلبات الحياة الزوجية، وقد يكون للمحيطين به أثراً كبيراً إما أن يكون ايجابياً أو سلبياً ينعكس على العلاقة الزوجية إما باستمرارها أو فشلها، كالأسرة والأقارب والأصدقاء وغيرهم، وكذلك الزوجة التى ربما يكون لها الدور الأكبر.

5. مناقشة نتائج الفرض الرئيس الخامس:

ينص الفرض على: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين أفراد العينة باختلاف بعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية"

ويتفرع عن هذا الفرض الرئيس الفروض الفرعية الستة التالية:

1.5 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة بين الذكور والإناث المعاقين حركياً من أفراد العينة".

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة المبينة في جدول(13) يتبين لنا تحقق الفرض في معظم أبعاده، وبناءً عليه فإن الباحث يقبل الفرض الصفري، حيث تبين:

أ- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطي درجات الذكور والإناث على بعد الرضا عن جودة شغل الوقت وإدارته وعند مستوى 0.05 على الرضا عن جودة الحياة ككل وكانت الفروق لصالح الذكور من أفراد العينة.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (العادلي:2006)على وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث من حيث مدى إحساس الطلبة بجودة الحياة، وكانت الفروق لصالح الذكور، وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (البهادلي وكاظم:2006) والتي أشارت إلى أن الذكور قد حققوا درجات مرتفعة على مقياس جودة الحياة فيما يتعلق في جودة شغل الوقت وإدارته أكثر من الإناث. وتتعارض هذه الدراسة مع دراسة (مجدي:2009) والتي تشير إلى أنه لا يوجد تأثير دال لعامل الجنس في الشعور بجودة الحياة بشكل عام، وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (حسن والمحرزى وابراهيم2006) والتي أشارت إلى وجود مستوى متوسط من جودة الحياة لدى الطلاب، وارتفاع المستوى لدى الطلاب مقارنة بالطالبات.

وهذا يعني أن المعاقين الذكور كانوا أكثر تحقيقاً ورضاً عن جودة شغل الوقت وإدارته ، وأكثر رضاً عن جودة الحياة ككل من الإناث، ويفسر الباحث ذلك بأن المعاقين الذكور قد يتميزون عن الإناث، في عدة أشياء منها الانتقال وحرية التنقل سواء بمفرده أو بمساعدة أحد، والانفتاح على العالم الخارجي المحيط، وإقامة علاقات اجتماعية، هذا ما أشار إليه (عبد الغفار:1995) في نتائج دراسته أن الذكور أكثر قدرةً على التفاعلات الاجتماعية، بينما الإناث يمكن أن يملن إلى الانطوائية والتقوقع حول الذات ويمكن أن يكون للأهل دوراً في ذلك، فحرية الحركة والتنقل للمعاقين الذكور والاحتكاك بالآخرين يستطيع من خلالها المعاقين الذكور أن يشغلوا أوقاتهم والعمل على استغلالها في أشياء قد تفيدهم حتى لا يشعروا بالملل والإحباط، فمن خلال كل ذلك يكون المعاقين الذكور هم أكثر قدرة على تكوين شبكة من العلاقات الاجتماعية التي يستطيع من خلالها الوصول إلى ما يصبوا إلى تحقيقه عبر هذه العلاقات وما يتضمن هذه العلاقات من دعم وتوجيه وإرشاد ومن ثم يكونوا أكثر رضاً عن جودة الحياة.

ب- وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسطي درجات الذكور والإناث على بعد الرضا عن جودة الحياة الزوجية، وكانت الفروق لصالح الذكور من أفراد العينة.

وهذا يعني أن المعاقين الذكور المتزوجين كانوا أكثر تحقيقاً ورضاً عن جودة الحياة الزوجية من الإناث المتزوجات، ويفسر الباحث ذلك بان المعاقين الذكور يشعرون بأنهم أكثر تحملاً للمسئولية تجاه الحياة الزوجية، وقد يتمثل ذلك في تحديهم للإعاقة والتغلب عليها، وكذلك قد يجدون من يلجأون إليه لما قد يتخلل هذه العلاقة ربما من العقبات، وقد يتلقون الدعم المطلوب، ويتغلبون على هذه المشاكل والعقبات التي تعترضهم، وبالتالي هم الأقدر على مواجهة المشاكل والعمل على حلها وتخطيها.

ج- في حين لم تكن الفروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث على جميع مصادر وأبعاد الدعم الاجتماعي لدى أفراد العينة من المعاقين.

وتتعارض نتائج هذه الدراسة مع دراسة (مجدي:2009) والتي تشير إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في الدعم من قبل الأصدقاء وكانت الفروق لصالح الإناث، كما تتعارض نتائج هذه الدراسة مع دراسة (عبد الله:1995) التي أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في حجم الدعم الاجتماعي لصالح الإناث، وتتعارض نتائج هذه الدراسة مع دراسة (عبد الغفار:1995) التي أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائياً في كل من المهارات الاجتماعية والتوافق الشخصي، حيث أشارت الدراسة أن الذكور أكثر قدرة من الإناث على التفاعلات الاجتماعية، وأن الإناث أكثر قدرة على التوافق مع الإعاقة

وهذا يعني أن الذكور والإناث أفراد العينة لم يوجد بينهم أي فروق في إجاباتهم على المقياس تبعاً لمصادر وأبعاد الدعم الاجتماعي، ويفسر الباحث ذلك أن المعاقين الذكور والإناث قد يكون هناك شيء واحد يجمعهم ألا وهو شعورهم بأنهم يحملون هماً واحداً ألا وهو التسليم بأنهم معاقين، وبالتالي قد يحملون فكراً واحداً وإن كانت الفروق قد تختلف من معاق لأخر وقد تكون الاختلافات بسيطة ولكنها لا تختلف في جوهرها ومضمونها، ولكن الجوهر الحقيقي يكمن في مدى التوافق والتكيف مع الإعاقة، ومدى تأثير المحيطين بالمعاقين، ومدى تأثرهم بهم، والمهارات الاجتماعية التي يمتلكها كل معاق، من هنا قد يكون الاختلاف الجوهري بين المعاقين الذكور والإناث.

د- كما أنه لم تكن الفروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث على أبعاد الرضا عن جودة الحياة لدى أفراد العينة من المعاقين.

وتتعارض نتائج هذه الدراسة مع دراسة (العادلي:2006) والتي أشارت على وجود فروق دالة إحصائياً فيما يتعلق بمدى الإحساس بجودة الحياة بين الذكور والإناث لدى أفراد العينة والفروق كانت لصالح الذكور. وتتفق نتائج هذه الدراسة وتختلف مع نتائج دراسة(عبد الفتاح وحسين:2006) التى أشارت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات الأطفال ذوي صعوبات التعلم في مقياس جودة الحياة. كما اختلفت معها حيث أشارت في نتائجها أيضاً على وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطفال العاديين وذوي صعوبات التعلم في جودة الحياة لصالح الأطفال العاديين، وتتفق نتائج

هذه الدراسة مع دراسة (ياندونج:2004) والتي أشارت إلى عدم وجود أي دور للجنس في جودة الحياة المدركة. وتتعارض نتائج هذه الدراسة مع دراسة (حسن، المحرزى، وإبراهيم:2006) والتي أشارت إلى وجود مستوى متوسط من جودة الحياة لدى أفراد العينة، وأن الذكور حققوا مستويات مرتفعة على المقياس أكثر من الإناث

وهذا يعني أن الذكور والإناث (المعاقين) أفراد العينة لم يوجد بينهم أي فروق في إجاباتهم على مقياس الرضا عن جودة الحياة بكافة أبعاده، ويفسر الباحث ذلك بأن المعاقين الذكور والإناث بما أنهم يشتركون ربما في تفكير واحد وهم واحد، كذلك قد يجمعهم شيء واحد ألا وهو الطموح للأفضل والذي قد يتمثل بالحصول على حياة حرة كريمة يملؤها الحب والتقدير والمشاركة وبناء العلاقات الاجتماعية وغيرها من الأشياء الايجابية التي يتمنى من خلالها ويطمح المعاق في أن تتحقق.

هـ- ولم تكن الفروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث على الجودة المهنية لدى المعاقين العاملين من أفراد العينة.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (زكى:1994) والتي أشارت في نتائجها على عدم وجود فروق بين الذكور والإناث من حيث توقعهم لمستقبلهم المهني.

وهذا يعني أن الذكور والإناث (المعاقين) العاملين أفراد العينة لم يوجد بينهم أي فروق في إجاباتهم فيما يتعلق بالجودة المهنية، ويفسر الباحث ذلك إلى مدى حاجة المعاقين إلى العمل سواء كانوا ذكوراً أم إناثاً، لما له أهمية في حياة المعاقين، قد يتمثل بأنه هو المنقذ الذي قد يعوض النقص الموجود لديهم، وكذلك قد يحققون الكثير من خلاله وكذلك الشعور بالاستقلالية، والشعور بالأهمية في المجتمع.

2.5 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف العمر (25 سنة فأقل، 26- 40، أكثر من 40 سنة)".

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة المبينة في جدول(14) يتبين لنا تحقق الفرض في معظم أبعاده، وبناءً عليه فإن الباحث يقبل الفرض الصفري، حيث تبين:

أ- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 في البعد الاجتماعي الاقتصادي للدعم الاجتماعي تبعاً لاختلاف العمر للمعاقين أفراد العينة.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (المدهون: 2004) والتي تشير إلى وجود فروق بين متوسطات الذين تقل أعمارهم عن ثلاثين سنة ومتوسطات درجات الذين تزيد أعمارهم عن ثلاثين سنة من مرتفعي ومنخفضي الدعم الاجتماعي.

ب- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 في مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي والبعد النفسي الانفعالي للدعم الاجتماعي والدعم الاجتماعي ككل تبعاً لاختلاف العمر للمعاقين أفراد العينة.

ج- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الرضا عن جودة الحياة بأبعادها ودرجتها الكلية تبعاً لاختلاف العمر للمعاقين أفراد العينة.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (عبد الغفار:1995) والتي أشارت إلى عدم وجود أي تأثير دال للعمر الزمني لدى أفراد العينة المعاقين المصابين بشلل الأطفال.

ويعني ذلك أن كل أفراد العينة من المعاقين باختلاف أعمارهم لم يوجد بينها أي فروق في إجاباتهم على مقياس الرضا عن جودة الحياة بأبعادها وكذلك درجتها الكلية، ويرى الباحث أن ذلك يعود إلى أن المعاقين باختلاف أعمارهم يسعون إلى الوصول إلى تحقيق ما يتمنون من طموحات وأحلام في حياتهم كبناء أسرة سعيدة، وأن يكونوا بصحة جيدة وأن يقيموا علاقات اجتماعية، وأن يمارسوا أدوارهم في المجتمع، وبالتالي ذلك يتوقف على من يحيطون بالمعاقين والذي يكون لهم الأثر الكبير بالوصول بهم إلى تحقيق الرضا عن حياتهم وجودتها.

د- ولم تكن الفروق دالة إحصائياً في الجودة المهنية تبعاً لاختلاف العمر للمعاقين العاملين من أفراد العينة.

ويعني ذلك أن كل أفراد العينة من المعاقين العاملين باختلاف أعمارهم، لم يوجد بينها أي فروق في إجاباتهم فيما يتعلق بالجودة المهنية، ويفسر الباحث ذلك ربما يعود إلى مدى ما يحققه العمل من أشياء ايجابية للمعاقين، كالوصول بالمعاق للاعتماد على النفس، وتحقيق درجة من الاستقلالية، بعيداً عن الاعتماد على الآخرين، ويمكن من خلال العمل أن يصل المعاق إلى درجة من تحقيق الذات، فالعمل قد يوفر للمعاقين منفعةً نفسيةً واجتماعيةً واقتصاديةً وغيرها، هذا ما أشارت إليه دراسة (هامبتون:1999) في نتائجها على أن العمر والعمل يرتبطان بصورة دالة بجودة الحياة لدى المعاقين في فئاتهم المختلفة.

هـ- كما لم تكن الفروق دالة إحصائياً في جودة الحياة الزوجية تبعاً لاختلاف العمر للمعاقين المتزوجين من أفراد العينة.

ويعني ذلك أن كل أفراد العينة من المعاقين المتزوجين باختلاف أعمارها، لم يوجد بينها أي فروق في إجاباتهم فيما يتعلق بجودة الحياة الزوجية، ويفسر الباحث ذلك ربما يعود إلى التفكير والحرص في استمرار العلاقة الزوجية التي تتصف بالسعادة والقائمة على المحبة والوفاق والاحترام المتبادل، والعمل على استمرارها في ظل الظروف المحيطة ونظراً لخصوصية هذه العلاقة، ومدى تأثير الإعاقة عليها، ولذلك يحرص المعاقين على استمرارها والحفاظ عليها لأنها لم تبنى بالأمر الهين والسهل وربما تعتبر أحد الأحلام التي كان يحلم بها المعاقين وفقاً لشعور كان يراودهم أو تخوفاً من أمر ما يتعلق بالزواج أثناء الإعاقة، ويمكن أن يكون هذا هو الذي زادهم حرصاً .

ويتضح من جدول (15) و (16) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة في الأبعاد ذات الدلالة من مقياس الدعم الاجتماعي تبعاً لمتغير العمر لأفراد العينة، ونتائج اختبار شيفيه

للكشف عن اتجاهات الفروق بين متوسطات درجات الدعم الاجتماعي ذات الدلالة تبعاً لمتغير العمر لأفراد العينة حيث يتبين:

أ- أن الفروق في مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي والبعد النفسي الانفعالي للدعم الاجتماعي والدعم الاجتماعي ككل كانت بين مجموعتي ذوي العمر 25 سنة فما دون ومجموعتي ذوي العمر من 26 سنة فما فوق، لصالح مجموعة العمر 25 سنة فما دون من أفراد العينة.

يرى الباحث ذلك أنه يعود إلى حاجة ذوي العمر من 25 سنة فما دون إلى البحث عن الدعم وتلقيه من عدة مصادر كمؤسسات المجتمع والأصدقاء والأسرة وغيرهم من المحيطين، وبالتالي فهم يشعرون بأنهم في مقتبل العمر فان لم يحصلوا على هذا الدعم في هذه المرحلة العمرية فسيشعرون بالضياع والدمار، وبالتالي فمتى سيحصلون عليه ؟ وقد يعود إلى مدى حجم وكمية الدعم المقدم الذي له الأثر في إعدادهم وتأهيلهم في المجتمع، وقد يكون هناك سبباً أخراً بأن هذه الفئة العمرية من 25 سنة فما دون قد تلقى اهتمام واستحسان وعطف الآخرين ولذلك لن يبخل عليهم أي أحد من تقديم الدعم لهم.

ب- كما كانت الفروق في البعد الاجتماعي الاقتصادي من الدعم الاجتماعي بين مجموعة ذوي العمر من 25 سنة فأقل ومجموعة ذوي العمر40 سنة فما فوق، لصالح مجموعة ذوي العمر 25 سنة فما دون من أفراد العينة.

يرى الباحث ذلك السبب قد يتمثل في أن ذوي العمر 25 سنة فما دون قد يمتازون بروابط اجتماعية قوية، ولذلك ما قدم لهم من دعم اجتماعي اقتصادي قد يكون الوصول إلى تحقيقه سهلاً في هذه المرحلة والحصول عليه، ويترجم ذلك من خلال العلاقات والروابط الاجتماعية القائمة بين المعاق والمحيطين، ويمكن أن يكون هناك سبباً أخراً يتمثل في حداثة الإعاقة والتي قد يكون لها تأثيراً أيضاً في حصولهم على هذا الدعم، وبالتالي ينصب التركيز أكثر على صغار السن ذوي العمر 25 سنة فما دون .

3.5 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف المهنة (يعمل – لا يعمل)".

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة المبينة في جدول(17) يتبين لنا عدم تحقق الفرض في معظم أبعاده، وبناءً عليه فإن الباحث يرفض الفرض الصفري، حيث تبين:

أ- توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 في مصدر الأصدقاء للدعم الاجتماعي تعزي لمتغير المهنة ، وكانت الفروق لصالح العاملين من المعاقين حركياً أفراد العينة.

وهذا يعني أن مصدر الدعم الاجتماعي من قبل الأصدقاء له الأثر الكبير والايجابي تجاه المعاقين العاملين أكثر من المعاقين غير العاملين، وبالتالي وجدت فروق بينهما، ويفسر الباحث ذلك

بأنه ربما يعود إلى مدى التشجيع والتعزيز المقدمان للمعاقين العاملين من أصدقائهم سواء في داخل العمل أو خارجه، مما يترك أثراً طيباً لديهم، ويجعلهم أكثر انتماءً وحباً للعمل.

ب- بينما توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 في مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي تعزي لمتغير المهنة لأفراد العينة، وكانت الفروق لصالح الذين لا يعملون من المعاقين حركياً أفراد العينة.

وهذا يعني أن مصدر الدعم الاجتماعي من قبل مؤسسات المجتمع يترك أثراً كبيراً وايجابياً تجاه المعاقين الذين لا يعملون، وتتفق هذه النتيجة مع الواقع، ويفسر الباحث ذلك بأن المعاقين الذين لا يعملون ، لم يبقى أمامهم إلا مؤسسات المجتمع والذي يعتبرونها الملاذ الأول لهم والتي يحصلون من خلالها على الدعم ويكونوا أكثر بحثاً ودافعيةً من أجل الحصول على الدعم، وتكون فرصتهم أكبر في الحصول على الدعم حتى أكثر من المعاقين العاملين كون أن المعاقين العاملين يكتفون بالدعم من خلال المحيطين بهم، وأن مؤسسات المجتمع لا يمكن أن تقدم لهم الدعم أو أن يكون الدعم المقدم لهم محدوداً نظراً لحصولهم على وظيفة وراتب يستطيعوا من خلالها الاعتماد على النفس وتحقيق متطلبات الحياة ولو بقدر بسيط بخلاف المعاقين الذين لا يعملون فأملهم الوحيد هو مؤسسات المجتمع التي هي بمثابة حبل النجاة.

ج- وكشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 في الرضا عن جودة الحياة الأسرية وعند مستوى 0.05 في جودة الدور الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة ككل تعزي لمتغير المهنة، وكانت الفروق لصالح العاملين من المعاقين حركياً أفراد العينة.

وهذا يعني أن المعاقين العاملين كانوا أكثر رضاً عن جودة الحياة الأسرية وجودة الدور الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة ككل أكثر من المعاقين الذين لا يعملون، ويرى الباحث أن ذلك قد يعود إلى مدى شعور الأسرة بالفرح والسرور تجاه أبنائهم العاملين، لأنهم على قناعة بوصول أبنائهم المعاقين إلى مرحلة الاعتماد على النفس، ومدى توفير الأسرة لكل الدعم اللازم لهم، كما يمكن أن يكون السبب أيضاً إلى درجة مكوث المعاق ووجوده بين أسرته (الفترة الزمنية) والتي يمكن أن يكون لها تأثير، فالمعاقون الذين يعملون قد يقضون فترة زمنية من الوقت في عملهم لا تقل عن ثماني ساعات، بعيداً عن أسرهم مما يبعث ذلك براحة من البال والسعادة للأسرة، خلافاً للمعاقين المتواجدين فترة طويلة من الوقت في داخل الأسرة قد تشعر الأسرة من خلالها بالضيق وكذلك يستطيع المعاقون العاملين من خلال العمل أن يحصلوا على بعض الأدوار التي يكلفون بها سواء في داخل العمل أو خارجه كبعض الأدوار الاجتماعية، وبالتالي هم أكثر تحقيقاً وأكثر رضاً عن جودة دورهم الاجتماعي وجودة الحياة ككل، والتي يتم تحقيقها من خلال المهنة.

د- في حين لم تجد الدراسة فروقاً في بقية أبعاد الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة تبعاً لمتغير المهنة لأفراد العينة.

وتتعارض نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (عبد الله:1995) التي أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العاملين في حجم الدعم الاجتماعي لصلح العاملين، وتتعارض نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (المدهون:2004) والتي أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المعاقين حركياً الذين يعملون والذين لا يعملون .

وهذا يعني أن أفراد العينة العاملين والذين لا يعملون لم توجد لديهم أي فروق في الدعم الاجتماعي ببعديه (الاجتماعي الاقتصادي) و (النفسي الانفعالي) وبقية أبعاد الرضا عن جودة الحياة باستثناء البعدين السابق ذكرهما، ويرى الباحث أن ذلك يرجع إلى حاجة المعاقين إلى من يقدم لهم العديد من أشكال الدعم لما لها من أثر ايجابي عليهم، وكذلك فإن المعاقين العاملين هم بحاجة إلى السعي لتحقيق الرضا عن جودة الحياة، وبحاجة لأن يتمتعوا بنفسية وصحة جيدتين، وإقامة علاقات اجتماعية، وقضاء أوقات ممتعة وسعيدة وبناء حياة زوجية سعيدة، كل هذا قد لا يختلف عليه اثنان، وكل ما سبق يندرج تحت الحاجة والطموح، وهذا لا يتم إلا من خلال الوسط الاجتماعي الذي يعيشون فيه، وكمية الدعم المقدم بكافة أشكاله.

هـ- ولم تجد الدراسة فروقاً دالة في جودة الحياة الزوجية تبعاً لمتغير المهنة للمعاقين المتزوجين من أفراد العينة.

وهذا يعني أن أفراد العينة المعاقين المتزوجين الذين يعملون والذين لا يعملون لم توجد لديهم أي فروق في بعد الرضا عن جودة الحياة الزوجية، ويفسر الباحث ذلك أن المتزوجين الذين يعملون يمكن أن يصلوا إلى تحقيق أهدافهم من خلال العمل أو المهنة التي يمتلكونها، فالعمل يساعدهم على التخفيف من أعباء كثيرة، وكذلك يساعدهم على تخطى العديد من العقبات التي تواجههم في الحياة الزوجية، أما المعاقين الذين لا يعملون فقد يعوضون ذلك من خلال الدعم المقدم لهم من أسرهم وأصدقائهم وبعض المؤسسات الاجتماعية وبعض مصادر الدعم الأخرى.

4.5 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة (ضعيف – متوسط – مرتفع)".

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة المبينة في جدول(18) يتبين لنا عدم تحقق الفرض في كل أبعاده حيث تبين:

أ- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 في مصدر الأصدقاء للدعم الاجتماعي تبعاً لاختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة للمعاقين أفراد العينة.

ب- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 في أبعاد الرضا عن جودة الحياة الأسرية والجودة النفسية والرضا عن جودة الحياة ككل تبعاً لاختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة للمعاقين أفراد العينة.

ج- كما تبين وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 في جودة الصحة العامة وجودة شغل الوقت وإدارته تبعاً لاختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة للمعاقين أفراد العينة.

وقد تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة(البهادلي وكاظم، 2006) التي أشارت إلى أن مستوى جودة الحياة كان متوسطاً في بعدى جودة الصحة العامة وجودة شغل الوقت، وتتفق هذه النتيجة مع الواقع الفلسطيني نظراً للطبيعة والتركيبة الأسرية المتمثلة بحجم الأسرة، وعددها، والظروف السياسية والاجتماعية، ويعود ذلك أيضاً إلى عدد المعاقين في الأسرة الواحدة، فالمعاق يختلف عن الإنسان العادي فهو بحاجة إلى العديد من المتطلبات الحياتية، هذه المتطلبات قد تكون مضاعفة وقد تختلف عن الإنسان العادي، وبالتالي تكون عبئاً على من أراد أن يوفرها، فالوضع الاقتصادي للأسرة يلعب دوراً كبيراً في تحقيق المتطلبات الحياتية ولو بقدر معقول، فالأسرة ذات المستوى الاقتصادي المنخفض ربما تعاني ولا تمتلك المقدرة على توفير المتطلبات والحاجيات لأبنائهم المعاقين، والأسر ذات المستوى الاقتصادي المتوسط أو المرتفع تكون أفضل حال من سابقتها، وبالتالي ربما يمتلكون المقدرة على توفير المأكل والملبس والذهاب إلى طبيب خاص والاهتمام والرعاية، وكذلك التنفيس والترويح والرحلات والزيارات التي يستطيع من خلالها المعاق تحقيق الرضا عن جودة الحياة المتمثلة بجودة الصحة العامة وجودة شغل الوقت وإدارته.

د- وتبين وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 في جودة الحياة الزوجية تبعاً لاختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة للمعاقين المتزوجين من أفراد العينة، وكانت الفروق لصالح متوسطي المستوى الاقتصادي.

وهذا يعني أن المعاقين المتزوجين ذوي المستوى الاقتصادي (المرتفع والمتوسط والضعيف) وجد بينهم فروق فيما يتعلق ببعد الرضا عن جودة الحياة الزوجية، والفروق كانت لصالح متوسطي المستوى الاقتصادي، ويرى الباحث أن ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط من المعاقين المتزوجين يمتلكون بعض القناعات، وهو البساطة والقناعة بما هو موجود، ويرى الباحث بأن أصحاب ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط قد يكونون مؤهلين أكثر من غيرهم في التساير مع الحياة ومتطلباتها، والمقدرة قدر الإمكان على الوفاء ببعض التزاماتها، مما يساعدهم ذلك على نجاح الحياة الزوجية وصولاً إلى جودتها ويشعرون من خلاله بالرضا عن الحياة الزوجية.

هـ- في حين لم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في بقية أبعاد الدعم الاجتماعي أو الرضا عن جودة الحياة تبعاً لاختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة لأفراد العينة.

وتتعارض نتائج هذه الدراسة مع دراسة (عبد الفتاح وحسين:2006) التي أشارت نتائجها إلى وجود اختلاف في مستوى جودة الحياة للأطفال ذوي صعوبات التعلم باختلاف مستوى دخل الأسرة وكانت الفروق لصالح الأسر ذات الدخل المرتفع.

ويعني ذلك أن المعاقين أفراد العينة ذوي المستوى الاقتصادي (الضعيف والمتوسط والمرتفع) لم توجد بينهم أي فروق فيما يتعلق بالدعم الاجتماعي ببعديه(الاجتماعي الاقتصادي) و (النفسي الانفعالي) وكذلك في الرضا عن جودة الحياة، ويفسر الباحث ذلك بأن المعاقين بشكل عام يكونون بحاجة ماسة إلى ما يقدم إليهم من دعم سواء كان اجتماعياً اقتصادياً أو نفسياً انفعالياً، أو أي شكل أخر، فأشكال الدعم المتعددة ومصادره المختلفة لو اجتمعت سويةً وقدمت للمعاقين فسيكون لها أثراً ايجابياً وقوياً تنعكس على حياتهم، مما قد يؤدي إلى الرضا عن الحياة التي يحيونها ومن ثم وصولاً إلى جودتها.

و- كما لم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في الجودة المهنية تبعاً لاختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة للمعاقين العاملين من أفراد العينة.

وتتعارض نتائج هذه الدراسة مع ما أشار إليه كل من(كاظم والبهادلي،2006) فيما يتعلق بعلاقة جودة الحياة بمستوى الدخل، فقد أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الدخل لا يؤدي دوراً كبيراً في مستوى السعادة اليومية، على الرغم من أن أغلب الناس يتصورون أنه لو كانوا يمتلكون الكثير من المال، سيكون لديهم الكثير من الأشياء الممتعة، أو سعادة أكثر، بينما يظهر الواقع بأن ذوي الدخل الأعلى يظهرون توتراً أكثر، ويقضون وقتاً أقل في الأنشطة الترفيهية، وفي دراسة أخرى في الاتجاه نفسه أظهرت النتائج بأن ذوي الدخل العالي لديهم ارتباط أقل بالسعادة اللحظية من مجمل الرضا عن الحياة، وأن ذوي الدخل العالي لديهم واجبات مرهقة ويعيشون متعة أقل كونهم تحت تأثير الضغوط والتوتر أكثر من فئات الدخل المنخفض.

ويعني ذلك أن المعاقين العاملين أفراد العينة ذوي المستوى الاقتصادي (الضعيف والمتوسط والمرتفع) لم توجد بينهم أي فروق فيما يتعلق بالرضا عن جودة الحياة المهنية، ويفسر الباحث ذلك بمدى اكتفاء المعاق بالعمل وما للعمل من أثر في حياته والعمل على تغييرها للأفضل، فالمعاقين العاملين يكونوا راضين ومقتنعين ومكتفيين بأنهم حاصلون على مهنة أو عمل يستطيعون من خلالها تحقيق أو تعويض النقص الموجود عندهم كالإعاقة مثلاً، وهذا قد يتمثل في القناعة والحلم الذي يمتلكونه جميعاً والذي يشعرون من خلاله بتقدير الذات.

ويتضح من جدول(19) و (20) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس الدعم الاجتماعي ومقياس الرضا عن جودة الحياة ذات الدلالة تبعاً للمستوى الاقتصادي للأسرة لأفراد العينة، ونتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة ذات الدلالة تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي لأفراد العينة، حيث يتبين:

أ- أن الفروق في مصدر الأصدقاء للدعم الاجتماعي كانت بين مجموعتي ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف ومجموعتي ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط والمرتفع، لصالح مجموعتي ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط والمرتفع للمعاقين حركياً أفراد العينة.

ويفسر الباحث ذلك أن ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط والمرتفع، قد تكون شبكة علاقاتهم الاجتماعية من الأصدقاء أوسع، كالقدرة على مشاركة الغير في المناسبات، والتزاور والعلاقات الاجتماعية والخروج كالرحلات والتنزه وبالتالي وضعهم الاقتصادي الجيد هو الذي ساعدهم في تكوين هذه الشبكة من العلاقات الممثلة بالأصدقاء، والتي يتم من خلالها تلقى الدعم، أما ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف لا يمتلكون ذلك ولا يمتلكون أدنى الإمكانات، هذا ما أشار إليه جيون بارك وآخرون(2002) في دراستهم لمعرفة مدى تأثير الفقر على جودة الحياة، وقد أشارت نتائج الدراسة أن هناك علاقة ذات مغزى بين الفقر وكل من (الدخل، والإعاقة) في جودة الحياة، كما أشارت الدراسة أيضاً أن هناك علاقة سببية بين هذه العوامل.

ب- كما كانت الفروق في الرضا عن جودة الحياة الأسرية والجودة النفسية وجودة شغل الوقت وإدارته والرضا عن جودة الحياة ككل بين ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف ومجموعة ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط، لصالح مجموعة ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط للمعاقين حركياً أفراد العينة.

ويفسر الباحث ذلك أن ذوي المستوي الاقتصادي المتوسط من المعاقين، ربما يكونون أفضل من غيرهم في توفير بعض الإمكانات المتاحة من قبل أسرهم والتي تؤهلهم إلى التأقلم معها وتجعلهم يتكيفون مع الإعاقة، وبالتالي يبدون رضاً عن جودة الحياة ككل، وما توفره الأسرة من رعاية واهتمام لأبنائهم له أثر كبير تجاههم، ومن ثم يكونون راضيين عن أسرهم، ويفتخرون بها، كذلك الإمكانات المتوفرة لذوي المستوى الاقتصادي المتوسط قد تلعب دوراً في رضا المعاقين عن جودتهم النفسية وكذلك جودة شغل الوقت وإدارته، فهذا قد يعتمد على توفير بعض الأجواء المناسبة التى تبعث على الطمأنينة والراحة، قد تتمثل في الخروج والتمتع بالأوقات والرحلات واستغلال بعض الأوقات في أشياء مفيدة ومسلية، ومشاركة الغير في المناسبات الاجتماعية، وهذا يكون باعثاً للطمأنينة وشغل الوقت، ومن ثم الرضا عن الجودة النفسية والرضا عن جودة شغل الوقت وإدارته، وقد يكون هناك سبباً أخراً قد يتمثل في عدد المعاقين في الأسرة والتي تدفع الأسرة على توفير الإمكانات هذا من جانب، ومن جانب أخر قد يتمثل في عدد أفراد الأسرة التي يتم من خلالها توفير هذا المناخ وتلقي الدعم، وقد يرجع ذلك إلى سبب أخر يتمثل في مدى قدرة الأسرة على التحمل والقدرة على التعامل مع الإعاقة نظراً لوجود معاق، فالقدرة على التحمل تختلف من أسرة إلى أخرى ومن شخص إلى أخر، هذا ما أشار إليه (دايسون:1997) في نتائج دراسته إلى أن هناك العديد من الجوانب السلبية في التفاعلات الأسرية داخل أسر الأطفال المعاقين، نظراً لوجود طفل معاق داخل الأسرة يؤدي إلى اضطراب وقلق.

5.5 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف الحالة الاجتماعية (أعزب– متزوج)"

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة المبينة في جدول(21) يتبين لنا تحقق الفرض في معظم أبعاده، حيث تبين:

أ– وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 ومستوى 0.05 في مصدر الأسرة والأقارب ومصدر الأصدقاء ومصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي والبعد الاجتماعي الاقتصادي والبعد النفسي الانفعالي للدعم الاجتماعي والدعم الاجتماعي ككل تعزي لمتغير الحالة الاجتماعية، وكانت الفروق لصالح غير المتزوجين من المعاقين حركياً أفراد العينة.

ويفسر الباحث ذلك أن غير المتزوجين هم أكثر حظاً ربما في الحصول على الدعم، ربما يرجع ذلك إلى سهولة تقديم الدعم لفرد بعينه حيث لا يكون عبئاً كبيراً على من يقدم الدعم، وقد يرى الباحث أيضاً أن غير المتزوجين يمتازون بشبكة واسعة من العلاقات، ويمتازون بأنهم غير مقيدين وليس لديهم أي التزامات، وبالتالي يستطيعون الانتقال والتنقل بحرية، ومن خلال ذلك قد يحصلون على الدعم من العديد من المصادر المختلفة والمتعددة، أما المتزوجون فقد يكونون أكثر تقيداً والتزاماً وبالتالي ربما يكون الدعم المقدم لهم محدوداً ومقتصراً على بعض المصادر.

ب– في حين لم تجد الدراسة فروقاً في جميع أبعاد الرضا عن جودة الحياة ودرجته الكلية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية للمعاقين حركياً أفراد العينة.

وتتعارض نتائج هذه الدراسة مع ما أشار إليه (هامبتون:1999) في دراسته إلى أن الوضع الزواجي يرتبط بصورة دالة بجودة الحياة لدى المعاقين.

ويفسر الباحث ذلك أن المعاقين أفراد العينة أبدوا شعوراً واحداً تجاه الرضا عن جودة الحياة بأبعادها، وان دلَّ ذلك فإنما يدلُّ على أنهم يعيشون معاناة واحدة على الرغم من أنهم قد يختلفون في بعض الأفكار ولكن يتفقون في أخراها وقد يعني الباحث بذلك الإعاقة التي تجعلهم يتفقون ويقرون بأنهم معاقين و يبدون هذا الشعور، وبالتالي ربما يكون شعورهم واحد تجاه الحياة وجودتها، ولكن قد تختلف الطريقة لدى كل واحد منهم في كيفية التعامل مع هذه الحياة وكيفية التأقلم والتكيف معها.

ج– كما لم تجد الدراسة فروقاً في الجودة المهنية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية للمعاقين العاملين من أفراد العينة.

ويفسر الباحث ذلك ربما يرجع إلى تقدير الذات التي يرى المعاق فيها نفسه من خلال ممارسته للمهنة، والتي يشعر من خلالها بأنه حققها، وللمهنة أثر كبير وفعال في حياة المعاقين، فمن خلالها يشعرون بالاستقلالية، ويدركون أنفسهم، ويفتحون بيوتاً ومن خلالها قد يكونون أسراً، ويبنون مستقبلاً، يرجع ذلك أيضاً إلى سبب الرضا وعدم الرضا في العمل نتاج بعض الظروف والمتغيرات في داخل العمل، والتي لها أثراً كبيراً في رضا المعاقين المتزوجين وغير المتزوجين في رضاهم عن

العمل، هذا ما أشار إليه (هامبتون:1999) في دراسته إلى أن الأشخاص المتزوجين وغير المتزوجين والذين يعملون في وظائف يرتضونها ويكونوا على مستوى عالي من التعليم، فإنهم يميلون إلى الارتفاع على مقاييس جودة الحياة، بينما ينخفض من يدركون أنفسهم بصورة سلبية وتقل علاقاتهم بالآخرين أو بالمحيط البيئي.

6.5 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً باختلاف مكان الإقامة (قرية – مخيم – مدينة)".

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة المبينة في جدول(22) يتبين لنا تحقق الفرض في معظم أبعاده، حيث تبين لنا:

أ- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في جميع مصادر وأبعاد الدعم الاجتماعي ودرجته الكلية تبعاً لاختلاف مكان الإقامة لأفراد العينة.

ويفسر الباحث ذلك إلى حاجة المعاقين عموماً إلى الدعم المقدم من مصادره المختلفة كالأسرة والأقارب والأصدقاء ومؤسسات المجتمع، وكذلك هم بحاجة إلى تقديم أنواع من الدعم وبأشكاله المتنوعة متمثلاً بالدعم الاجتماعي الاقتصادي والدعم النفسي الانفعالي، فلذلك لم تكن بينهم فروق دالة في إجاباتهم فجميعهم يحملون نفس التمني ونفس الشعور فيما يتعلق بمصادر الدعم وأبعاده المختلفة فالمعاق الذي يسكن في القرية بحاجة إلى الدعم والذي يسكن في المخيم بحاجة أيضاً إلى الدعم وكذلك من يسكن المدينة، فالدعم يساعدهم في عملية التأهيل المجتمعي والانخراط في داخل المجتمع ويعمل على تخفيف الضغوط والأعباء الكبيرة.

ب- كما لم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في معظم أبعاد الرضا عن جودة الحياة ودرجتها الكلية تبعاً لاختلاف مكان الإقامة لأفراد العينة.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (هاشم:2001) والتي أشارت إلى عدم وجود فروق جوهرية في جودة الحياة بين المقيمين في الريف أو في الحضر، وتتعارض نتائج هذه الدراسة مع دراسة(عبد الفتاح وحسين:2006) التي أشارت في نتائج دراستها على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال ذوي صعوبات التعلم في مقياس جودة الحياة تعزى للموقع الجغرافي (ريف، حضر) والفروق لصالح الأطفال في الحضر.

ويفسر الباحث ذلك أيضاً وقد يتمثل في الطموح وكذلك الحرمان من أدنى متطلبات الحياة ويسعون جاهدين من أجل تحقيق أبسط الأشياء من أجل الوصول إلى حياة حرة كريمة ذات جودة عالية ولكن قد تكون هناك بعض المعيقات تحولهم من الوصول إلى تحقيق هذه الأهداف فالمعاقون الذين يسكنون المخيم أو القرية أو المدينة يتمنون أن يصلوا إلى تحقيق أبسط الأشياء والتي يمكن أن تكون صغيرة ولكنها كبيرة وجميلة في نظرهم والتي تنعكس عليهم بالسعادة والسرور وبالتالي إذا شعروا

بذلك الإحساس تجاه الحياة بأنها جميلة فبالتالي يكونون راضين عن معظم أبعاد الرضا عن جودة الحياة.

ج- ولم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في الجودة المهنية تبعاً لاختلاف مكان الإقامة للمعاقين العاملين من أفراد العينة.

ويرى الباحث أن ذلك يرجع إلى مدى أهمية العمل بالنسبة للمعاقين وأثره في حياتهم وبالتالي كلهم يشعرون بأن العمل مهم لهم جميعاً، فيمكن من خلاله أن يشعروا بذواتهم، على الرغم من صعوبة التنقل والحركة، إلا أن العمل يعتبر بمثابة دافع قوى لهم بالالتزام بأوقات العمل على الرغم من بعد المسافات كذلك، وبالتالي يجدون من خلاله ما يشغلون به أنفسهم والذي من خلاله يستطيعوا التنفيس والترويح وعدم الشعور بالملل والإحباط، فالعمل مهم للمعاق الذي يسكن بالقرية وكذلك المخيم والمدينة.

د- كما لم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في جودة الحياة الزوجية تبعاً لاختلاف مكان الإقامة للمعاقين المتزوجين من أفراد العينة.

ويفسر الباحث ذلك بأن مكان الإقامة بالنسبة للمعاقين المتزوجين لا يؤثر في رضا المعاقين عن جودة الحياة الزوجية، والسبب في ذلك يعود إلى مدى التكيف والتأقلم والإصرار الذي يحاول المعاقين من خلاله أن يستمروا بالحياة الزوجية والحفاظ عليها، بغض النظر عن مكان سكنهم، ويمكن أن يرجع ذلك أيضاً إلى وجود الاتفاق والتوافق في الأسرة ما بين الزوجين، ومدى الانسجام والتوافق بينهما، وكذلك إلى الدعم المقدم لهم أينما كانوا، وهم بذلك لا يشعرون بتأثير لمكان الإقامة على الحياة الزوجية .

هـ- بينما وجدت النتائج فروقاً دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 في جودة الدور الاجتماعي تبعاً لاختلاف مكان الإقامة للمعاقين أفراد العينة.

ويتضح من جدول(23) و (24) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة في بعد الرضا عن جودة الدور الاجتماعي تبعاً لمتغير مكان الإقامة لأفراد العينة، ونتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق، بين متوسطات الرضا عن جودة الدور الاجتماعي تبعاً لمتغير مكان الإقامة لأفراد العينة حيث يتبين:

أ- أن الفروق في الرضا عن جودة الدور الاجتماعي كانت بين مجموعة الذين يسكنون القرية من ناحية ومجموعتي الذين يسكنون المخيم والمدينة من ناحية أخرى، لصالح مجموعتي الذين يسكنون المخيم والمدينة من المعاقين أفراد العينة.

ويفسر الباحث هذه النتيجة إلى أن الأفراد المعاقين الذين يسكنون المخيم والمدينة يكونوا هم الأقدر على ممارسة بعض الأدوار الاجتماعية ومن ثم الرضا عنها ويرجع ذلك السبب إلى أن المخيمات تمتاز باكتظاظها، وبالتالي هذا يدفع المعاق إلى الاحتكاك وبناء شبكة من العلاقات

الاجتماعية الواسعة التي يستطيع المعاق من خلالها ممارسة العديد من الأدوار المختلفة، وكذلك من يسكنون في المدينة أيضاً فهم مؤهلون أيضاً في ممارسة أدوارهم والرضا عنها، من خلال ممارسة بعض الأنشطة الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية، وكذلك وجود العديد من مراكز التأهيل في داخل المدن، مما يجعل المعاق يمتلك دافعيةً أكبر في ممارسة دوره في المجتمع، ويضيف الباحث أن هناك ميزة يتصف فيها قطاع غزة وهى أن المدن كثيراً ما تتشابك مع المخيمات، بمعنى أنها قريبة من بعضها البعض، وبالتالي يستطيع المعاق التنقل بينهما وبناء العلاقات وأخذ الأدوار أما من يسكنون القرى فبعد المسافة عن مركز المدينة الذي يوجد به العديد من مراكز التأهيل والعديد من المؤسسات الخدماتية، يمكن أن يجد صعوبة في الوصول إليها وممارسة أدواره فيها، والإعاقة أحد الأسباب في ذلك.

مناقشة نتائج الفرض الرئيس السادس:

ينص الفرض على: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين أفراد العينة باختلاف بعض المتغيرات المتعلقة بالإعاقة"

ويتفرع هذا الفرض الرئيس إلى الفروض الفرعية الأربعة التالية:

1.6 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف نوع/ طبيعة الإعاقة".

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة المبينة في جدول(25) يتبين لنا عدم تحقق الفرض في معظم أبعاده حيث تبين :

أ- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 في بعد مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي تبعاً لاختلاف طبيعة الإعاقة للمعاقين أفراد العينة.

ب- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 ومستوى 0.05 في أبعاد الرضا عن جودة الحياة الأسرية وجودة العلاقات والرضا عن جودة الحياة ككل تبعاً لاختلاف طبيعة الإعاقة لأفراد العينة.

ج- في حين لم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في بقية أبعاد الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة تبعاً لاختلاف طبيعة الإعاقة لأفراد العينة.

وتتعارض نتائج هذه الدراسة مع دراسة (هاشم:2001) والتي أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي الإعاقة البسيطة وذوي الإعاقة المتوسطة في جودة الحياة، وأشارت أيضاً إلى أن المعاقين حركياً من الدرجة المتوسطة كانوا أقل من الطلاب بصورة جوهرية في جودة الحياة، ويفسر الباحث هذه النتيجة بعدم وجود أية فروق بين أفراد العينة من المعاقين، ولذلك فهم بحاجة إلى من يقدم الدعم لهم وبطرق مختلفة، وإن قدم هذا الدعم لهم في الوقت المناسب فإن له أثراً كبيراً قد يقودهم إلى الرضا عن جودة الحياة.

د- كما لم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في الجودة المهنية تبعاً لاختلاف طبيعة الإعاقة للمعاقين العاملين من أفراد العينة.

ويفسر الباحث ذلك نظراً لما للعمل من دوراً ايجابياً تجاه المعاقين، وبالتالي فهم جميعاً يكونون بحاجة ماسة للعمل ويسعون جاهدين لكي يتأقلموا ويتكيفوا في العمل على الرغم من الإعاقة وطبيعتها، وإلى حرص المعاقين العاملين الحفاظ على المهنة والعمل والانتماء له، كونه قد يمثل لهم أحد الرغبات والطموح وأحد الحقوق التي حصلوا عليها، فهذا ما يدفعهم إلى الشعور من خلاله بالذات، وصولاً إلى جودتها والرضا عنها.

هـ- ولم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في جودة الحياة الزوجية تبعاً لاختلاف طبيعة الإعاقة للمعاقين المتزوجين من أفراد العينة.

ويرى الباحث أن ذلك يعود إلى مدى قوة العلاقة الزوجية القائمة على الحب والتعاون والثقة والاحترام المتبادل ما بين الطرفين، فان كانت هذه العلاقة مبنية بكل صدق، فبالتالي لن يكون لطبيعة الإعاقة أي تأثير على الحياة الزوجية، وبالتالي السعي والعمل على استمرار الحياة الزوجية من قبل الطرفين.

ويتضح من جدول(26) و (27) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة في الأبعاد ذات الدلالة من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة تبعاً لمتغير طبيعة الإعاقة لأفراد العينة، ونتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق، بين متوسطات الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة ذات الدلالة تبعاً لمتغير طبيعة الإعاقة لأفراد العينة، حيث تبين:

أ- أن الفروق في مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي كانت بين مجموعة ذوي شلل الأطفال أو التشوه الخلقي ومجموعة ذوي الشلل الدماغي، لصالح ذوي الشلل الدماغي من المعاقين أفراد العينة.

ويفسر الباحث ذلك أن الفروق كانت لصالح ذوي الشلل الدماغي فيما يتعلق بمصدر الدعم المقدم من مؤسسات المجتمع، وربما يرجع ذلك إلى أن ذوي الشلل الدماغي يحظون بدعم أكبر من مصدر مؤسسات المجتمع، يتمثل هذا الدعم بالتركيز على الزيارات المنزلية، ومتابعة بعض الأخصائيين لهم، علماً بأنهم قد يكونوا محدودي الحركة لا يستطيعون الانتقال والحركة، وبالتالي يحظون بالدعم من خلال الزيارات المنزلية إلى جانب تلقى الدعم من ذويهم.

ب- كما كانت الفروق في الرضا عن جودة الحياة الأسرية وجودة العلاقات والرضا عن جودة الحياة ككل بين مجموعة ذوي الشلل الدماغي ومجموعة ذوي الشلل في الأطراف، لصالح مجموعة ذوي الشلل في الأطراف للمعاقين أفراد العينة.

وقد اتفقت هذه الدراسة واختلفت مع دراسة(الشقيرات وأبو عين 2001) على أن الدعم المقدم من الأسرة يساعد في تكوين مفهوم ايجابي للذات لدى المصابين بالشلل الدماغي ولدى المصابين بإعاقات جسدية مختلفة.

ويفسر الباحث ذلك أن ذوي الشلل في الأطراف يكونون أقل إصابة من ذوي الشلل الدماغي وبالتالي يكونون أكثر قدرة من ذوي الشلل الدماغي في عملية التنقل والخروج لوحدهم أو بمساعدة الأسرة، التي توفر كل ما يلزم لهم، وبالتالي يكونون أقل عبئاً على الأسرة من ذوي الشلل الدماغي، نظراً لدرجة وحدة الإعاقة، فبالتالي يكون ذوي الشلل في الأطراف أيضاً أكثر قدرة من تكوين العلاقات الاجتماعية التي تتم بمساعده الأسرة، المتمثلة بالزيارات الاجتماعية وزيارة الأصدقاء وغيرها، فالأسرة تقدم كل الدعم اللازم لهم وبالتالي يكونوا أكثر رضاَ عن جودة الحياة الأسرية، وجودة العلاقات ومن ثم الرضا عن جودة الحياة ككل.

– في حين لم يحدد اختبار شيفيه اتجاه الفروق في الجودة المهنية تبعاً لنوع الإعاقة للمعاقين العاملين من أفراد العينة.

2.6 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً باختلاف سبب الإعاقة (وراثي – مكتسب)".

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة المبينة في جدول(28) يتبين لنا عدم تحقق الفرض في معظم أبعاده، حيث تبين:

أ– توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 في مصدر الأسرة والأقارب للدعم الاجتماعي تعزي لسبب الإعاقة، وكانت الفروق لصالح ذوي الإعاقة المكتسبة من أفراد العينة.

ويفسر الباحث هذه النتيجة أن ذوي الإعاقة المكتسبة ربما يحظون بدعم أكبر من ذوي الإعاقة الوراثية، يرجع سبب ذلك إلى حداثة الإعاقة أو زمن حدوثها، مما يستدعى الأسرة والأقارب الاهتمام والتركيز وتقديم الدعم لهذا المعاق، أما ذوي الإعاقة الوراثية فيولدون معاقين، وبالتالي يكونوا قد تلقوا دعماً مسبقاً ربما لفترة طويلة من الزمن، وربما خاضوا عملية تأهيل كبيرة، وحصلوا على العديد من أشكال الدعم ومن عدة مصادر مختلفة، ولكن من أصيب حديثاً أو اكتسب إعاقته حديثاً، هذا يفرض على من حوله إلى التركيز عليه وتقديم كل الدعم له وبالذات الأسرة والأقارب.

ب– في حين توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 في مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي تعزي لسبب الإعاقة، وكانت الفروق لصالح ذوي الإعاقة الوراثية من أفراد العينة.

ويفسر الباحث هذه النتيجة أن ذوي الإعاقة الوراثية والتي لازمتهم الإعاقة منذ الولادة قد ترددوا لفترات طويلة يبحثون عن مصادر الدعم، وقد كانوا أكثر حظاً من الحصول على الدعم من قبل مؤسسات المجتمع، ناهيك عن أن هذه الفترة الطويلة من الزمن قادرة على تكوين علاقة ما بين

المؤسسة والمعاق والتي قد تلعب دوراً كبيراً وهاماً في تلقى الدعم وبالتالي تكونت خلال هذه الفترة الزمنية عملية اتصال وتواصل ما بين المعاق والمؤسسة .

ج- كما وجدت فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 ومستوى 0.05 في أبعاد الرضا عن جودة الحياة الأسرية والجودة النفسية وجودة العلاقات وجودة الدور الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة ككل تعزي لسبب الإعاقة لأفراد العينة وكانت الفروق لصالح ذوي الإعاقة المكتسبة.

ويفسر الباحث هذه النتيجة أن ذوي الإعاقة المكتسبة قد اكتسبوا إعاقتهم منذ فترة زمنية يمكن أن تكون هذه الفترة حديثة وقصيرة، وقد يكون اكتساب الإعاقة أيضاً في مراحل متقدمة من الزمن، الأمر الذي يجعل ممن حولهم يضاعفون الاهتمام والرعاية ويقدمون لهم كل الدعم والمساندة الاجتماعية والنفسية العاطفية والاقتصادية وغيرها من أشكال الدعم الأخرى، حيث، القرب من الأسرة، والارتباط الشديد، و العلاقات الأسرية القوية، ومستوى الأنشطة الأسرية، هذا يشعرهم بالرضا والتوافق والتكيف والسعادة، ومن ثم الشعور بالاستقلالية، والاعتماد على النفس، فكل هذا الدعم المقدم من الأسرة يجعلهم أكثر انتماءً وفخراً لأسرهم، وكذلك ذوي الإعاقة المكتسبة ونظراً لاكتساب الإعاقة وربما تكون حديثة فهذا يشعرهم بوجود واقع جديد يفرض عليهم التأقلم معه والتكيف معه من خلال روح التحدي والعزيمة المستمدة من المحيطين بالمعاق والذين يزرعون فيه الأمل والحياة والمستقبل والتأقلم مع هذا الواقع الجديد الذي قد يشعر من خلاله بالراحة والطمأنينة والتفاؤل والسعادة من خلال الموجودين حوله والذين يقدمون له كل الدعم فمن خلالهم يستطيعوا إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ويكون لهم دوراً كبيراً في ذلك فان المحيطين بهم من خلال ما يقدمونه من دعم، وهم الذين يفرضون الواقع الجديد من أجل مواصلة بناء العلاقات الاجتماعية، وتنميتها من خلال الزيارات المتبادلة وغيرها، ومن خلال العلاقات الاجتماعية يستطيعوا ممارسة الأدوار، مما يجعلهم أكثر رضاً عن جودة الحياة ككل، وكذلك يرى الباحث أن ذوي الإعاقة المكتسبة قد تستدعى التدخل السريع في تقديم خدمات التأهيل والدعم المطلوب، بخلاف ذوي الإعاقة الوراثية الذين تلقوا الدعم ربما منذ الولادة حتى وصلوا إلى عملية التكيف مع الإعاقة، وقد خاضوا عملية تأهيل طويلة المدى منذ الولادة، وبالتالي يكونون قد حصلوا على الدعم منذ الطفولة وأن الدعم المقدم لهم قد يكون منخفضاً في مراحله المتقدمة، أما ذوي الإعاقة المكتسبة فيكون نصيبهم من الدعم أكبر تبعاً لاكتساب الإعاقة في مراحل متقدمة من العمر، وبالتالي يشعرون بمدى الاهتمام الذي يلقونه، من قبل الوسط المحيط، كالأسرة والأقارب والأصدقاء والزملاء وغيرهم ممن يقدمون الدعم اللازم لهم، وبالتالي يكونون أكثر رضاً عما يقدم لهم من دعم وأكثر رضاً عن جودة الحياة.

د- في حين لم تجد الدراسة فروقاً في بقية أبعاد الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة تبعاً لسبب الإعاقة لأفراد العينة.

ويفسر الباحث ذلك أن المعاقين ذوي الإعاقة الوراثية والمكتسبة بحاجة للدعم الاجتماعي ببعديه (الاجتماعي الاقتصادي) و (النفسي الانفعالي) لما لهما من أهمية كبيرة تجاههما، وكذلك يكونون أيضاً أكثر طموحاً إلى الوصول إلى حياة جيدة والرضا عنها وسعياً وتحقيقاً لجودتها.

هـ- ولم تجد الدراسة فروقاً في الجودة المهنية تبعاً لسبب الإعاقة للمعاقين العاملين من أفراد العينة.

ويفسر الباحث ذلك أن ذوي الإعاقة الوراثية وذوي الإعاقة المكتسبة يصلون إلى قناعة بمدى حاجتهم لممارسة المهنة، والتي تلعب دوراً كبيراً في حياتهم، وهذا بطبيعة الحال يرتكز على طبيعة المتغيرات والظروف المتوفرة في مجال العمل، ويرى الباحث أن كلاهما بحاجة ماسة إلى ممارسة العمل، وصولاً إلى الانتماء للعمل ومن ثم الرضا عنها.

و- كما لم تجد الدراسة فروقاً في جودة الحياة الزوجية تبعاً لسبب الإعاقة للمعاقين المتزوجين من أفراد العينة.

ويفسر الباحث هذه النتيجة بعدم وجود أي فروق تجاه جودة الحياة الأسرية تبعاً لذوي الإعاقة الوراثية وذوي الإعاقة المكتسبة من المتزوجين، ويرجع ذلك إلى أن الأسرة تمثل المصدر الأكبر للدعم لأبنائها، وعليها يكون الحمل الكبير من تقديم الدعم والمشورة والتوجيه وإبداء النصائح وغيرها لأبنائهم المتزوجين، نظراً لما يتخلل الحياة الزوجية من صعوبات وتعقيدات، وبالتالي فالأسرة لم ولن تبخل من تقديم الدعم لأبنائها ذوي الإعاقة الوراثية منذ أن أيقنوا بإعاقة ابنهم فبالتالي تقبلوا ذلك الأمر فدعموا واستمروا بالدعم حتى أن وصلوا إلى بناء حياة زوجية وصولاً إلى الاستقلالية والاعتماد على النفس، وكذلك ذوي الإعاقة المكتسبة، قد يكون المعاق قد اكتسب الإعاقة وهو متزوجاً نتيجة حادث أو أي نتيجة أخرى فبالتالي يزيد الدعم والاهتمام من قبل الأسرة والوقوف إلى جانبه، والتخفيف من ألامه وهمومه، فجميعهم ذوي الإعاقة الوراثية وذوي الإعاقة المكتسبة لم يوجد بينهم أي فروق في جودة الحياة الزوجية.

3.6 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف سبب اكتساب الإعاقة ".

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة المبينة في جدول(29) يتبين لنا تحقق الفرض في كل أبعاده، وبناءً عليه فإن الباحث يقبل الفرض الصفري، حيث تبين:

أ- لا توجد فروق دالة إحصائياً في جميع مصادر وأبعاد الدعم الاجتماعي ودرجته الكلية تبعاً لاختلاف سبب اكتساب الإعاقة لأفراد العينة.

ويفسر الباحث هذه النتيجة أن المعاقين أفراد العينة وباختلاف سبب اكتساب إعاقاتهم هم بحاجة إلى مد يد العون لهم من خلال ما يقدم لهم من دعم، ويبحثون دوماً عن مصادر للدعم، وبأشكال متعددة ربما لتأهيلهم من أجل الاندماج في المجتمع، ومن أجل أن يتكيفوا ويتأقلموا مع الإعاقة، ليعيشوا حياتهم بقدر من الإمكان دون التفكير في الإعاقة. وبالتالي كلهم يتفقون ويجمعون على مدى حاجتهم للدعم بكافة مصادره وأبعاده، لأنه من خلال هذا الدعم المقدم لهم فانه يساعدهم في عملية التأهيل في المجتمع، ويكون له أثر ايجابي تجاه المعاقين.

ب- كما لم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في جميع أبعاد الرضا عن جودة الحياة ودرجته الكلية تبعاً لاختلاف سبب اكتساب الإعاقة لأفراد العينة.

ويرى الباحث أن المعاقين ومهما كان سبب اكتساب الإعاقة، يطمحون في تحقيق حياة يملؤها السعادة، ويبقى هذا التحدي وهذا الطموح موجوداً وخصوصاً فان الإعاقة تزيد المعاق إصراراً على مواجهة الحياة وتحديها رغم الظروف التي يعيشها من أجل الوصول إلى حياة أفضل بل إلى جودة أفضل لحياتهم، ولذلك لم توجد أي فروق بين أفراد العينة في جميع أبعاد الرضا عن جودة الحياة تبعاً لاختلاف سبب اكتساب الإعاقة. ويشير (هامبتون:1999) إلى أن درجة الإعاقة ترتبط بصورة دالة بجودة الحياة لدى المعاقين في فئاتهم المختلفة.

ج- ولم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في الجودة المهنية تبعاً لاختلاف سبب اكتساب الإعاقة للمعاقين العاملين من أفراد العينة.

ويفسر الباحث هذه النتيجة إلى أن المعاقين العاملين وعلى الرغم من اختلاف سبب اكتساب الإعاقة، فإنهم يقدرون جداً ما وصلوا إليه من خلال العمل يتمثل في حصولهم على أدنى الحقوق وشعورهم بمدى تحقيقها، ولما له من أهمية كبرى في حياتهم، الذي يشعرون من خلاله بأهمية كبرى وبتقدير للذات.

د- كما أنه لم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في جودة الحياة الزوجية تبعاً لاختلاف سبب اكتساب الإعاقة للمعاقين المتزوجين من أفراد العينة.

ويفسر الباحث هذه النتيجة ربما يعود إلى درجة السعادة والارتياح وقوة العلاقة الزوجية التي تسود الحياة الزوجية بين الطرفين والتي يشعر من خلالها المعاق بأنه يستمد قوته من هذه العلاقة الحميمة، أو عكس ذلك كله ومن ثم شعوره باليأس والإحباط، ولذلك لم توجد أي فروق بين أفراد العينة المتزوجين في جودة الحياة الزوجية تبعاً لاختلاف سبب اكتساب الإعاقة.

4.6 "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين باختلاف مدة الإعاقة".

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة المبينة في جدول(30) يتبين لنا تحقق الفرض في كل أبعاده، وبناءً عليه فإن الباحث يقبل الفرض الصفري، حيث تبين:

أ- لا توجد فروق دالة إحصائياً في جميع مصادر وأبعاد الدعم الاجتماعي ودرجته الكلية تبعاً لاختلاف مدة الإعاقة لأفراد العينة.

ويفسر الباحث ذلك بأن المعاقين أفراد العينة وتبعاً لاختلاف مدة الإعاقة لم توجد لديهم أي فروق تبعاً لمصادر الدعم المقدم من الأسرة والأقارب والأصدقاء ومؤسسات المجتمع وكذلك الدعم الاجتماعي ببعديه (الاجتماعي الاقتصادي) و (النفسي الانفعالي)، وكذلك في الدرجة الكلية، لأن من كان حديث الإعاقة فهو بحاجة للدعم وتقديم المساعدة بكافة أشكالها ومصادرها، وكذلك من ولد وهو معاق فهو أيضاً بحاجة لتقديم الدعم، فبالتالي ما دام هناك شيء مشترك بينهم وهو الإعاقة، إذاً فالإعاقة تستدعي من الجميع تقديم الدعم والمساندة لهم، وبالتالي من هنا لم تكن توجد بينهم أي فروق تبعاً لاختلاف مدة الإعاقة.

ب- كما لم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في جميع أبعاد الرضا عن جودة الحياة ودرجته الكلية تبعاً لاختلاف مدة الإعاقة لأفراد العينة.

وتتعارض نتائج هذه الدراسة مع دراسة (هامبتون:1999) الذي أشار إلى أن تاريخ بداية الإعاقة يرتبط بصورة دالة بجودة الحياة لدى المعاقين في فئاتهم المختلفة.

ويرى الباحث أن المعاقين لم يوجد بينهم أي فروق تبعاً لاختلاف مدة الإعاقة، فمن ولد بإعاقة، فان الأسرة تسعى جاهدة من أجل الوصول بأبنائها إلى حياة جميلة، يشعر من خلالها بالتفاؤل تجاه المستقبل، وإن وصل إلى مرحلة النضوج يستمر أيضاً البحث عن كافة الطرق والوسائل من أجل تحسين حياته ليصل إلى درجة يكون فيها راضياً عنها، وكذلك من كان حديث الإعاقة، فيجد نفسه أمام واقع جديد ومؤلم وبالتالي يسعى جاهداً أيضاً بالبحث عن مصادر دعم ربما تؤهله إلى الوصول إلى طريق يشعر من خلالها بأنه راض عن نفسه، وإن وصل إلى هذا الرضا فان ذلك يقوده إلى الرضا عن الحياة ويسعى جاهداً إلى تحقيق جودتها.

ج- ولم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في الجودة المهنية تبعاً لاختلاف مدة الإعاقة للمعاقين العاملين من أفراد العينة.

ويفسر الباحث أن ذلك يرجع إلى ما قد حققه المعاقين العاملين من خلال المهنة على الرغم من اختلاف مدة الإعاقة، فما قد حققوه هو شيء كبير بالنسبة لهم يشعروا من خلاله بالسعادة، ويتمثل هذا التحقيق في إثبات النفس والذات، والنظر للمستقبل بعيداً عن الماضي المؤلم وبالتالي يزداد إصراراً وتصميماً على مواجهة هذه الإعاقة، ويتكيف معها ويتأقلم معها ، بعيداً عن النظر إلى مدة تاريخ اكتساب الإعاقة، وهذا يتحقق من خلال شعوره بالرضا عن المهنة التي تعمل على تعويض الكثير من الأشياء التي افتقدوها، مما يؤدي بهم إلى الشعور بالرضا عن الجودة المهنية.

د- كما لم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائياً في جودة الحياة الزوجية تبعاً لاختلاف مدة الإعاقة للمعاقين المتزوجين من أفراد العينة.

ويفسر الباحث أن ذلك يعود إلى مدى التكيف والتأقلم مع الإعاقة والقدرة على ممارسة الحياة الزوجية والعلاقة الزوجية، وإلى مدى تقبل الإعاقة من الطرف الأخر وأنها أمر واقع لا بد من التكيف والانسجام معها، فمن كان قد اكتسب الإعاقة من فترة زمنية طويلة، ففي هذه الفترة قد يكون بنى أسرة، وبالتالي يكون قد تأهل واكتسب خبرة خلال هذه الفترة الزمنية في كيفية تكيفه مع الإعاقة، ومن ثم تطبيق هذه الخبرة في حياته الزوجية من خلال ما يقدم لهم من دعم، وكذلك من اكتسب إعاقته حديثاً يكون أمام واقع جديد يستدعى منه الوقوف بكل جد من أجل الاستمرار والحفاظ على الحياة الزوجية، والتكيف معها، والاستمرار في بناء أسرة وأولاد، وإقامة علاقة حميمة، فيرى الباحث بأن هناك بعض الظروف المحيطة التي قد يكون لها أثراً ايجابياً أو سلبياً كبيراً تجاه المعاقين المتزوجين قد تتمثل في الزوجة والأولاد والظروف المادية والاقتصادية والاجتماعية والأصدقاء والإعاقة، والذين يلعبون دوراً كبيراً في التأثير والتغيير من حياة المعاقين المتزوجين يمكن أن تكون الحياة للأفضل أو الأسوأ.

توصيات الدراسة

في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة يوصي الباحث بما يلي:

1- إجراء دراسات مشابهة تتناول الدعم الاجتماعي وعلاقتها بجودة الحياة وبأبعاد مختلفة وتشمل المعاقين بشكل عام (كافة الإعاقات) والمعاقين حركياً بشكل خاص.

2- منح المعاقين حركياً الثقة وإعطاؤهم دوراً اجتماعياً كبيراً، يتمثل في أخذ الأدوار القيادية والمجتمعية في كافة المواقع ووفقاً لقدراتهم، مما يزيدهم ذلك بالشعور بالقيمة الاجتماعية والمكانة الاجتماعية وأنهم فئة منتجة قادرة على العطاء.

3- زيادة رفع مستوى الدعم المقدم من قبل الأسرة والأقارب والأصدقاء من أجل الحفاظ على مستوى جودة الحياة والارتقاء بهم أكثر للوصول بهم نحو تحقيق أفضل لجودة لحياتهم.

4- زيادة الاهتمام من قبل مؤسسات المجتمع بفئة المعاقين حركياً والعمل على تقديم الدعم والمساندة بكافة أشكالها وأبعادها من أجل تعزيز الثقة بالنفس والوصول بهم نحو تحقيق جودة أفضل لحياتهم والرضا عنها.

5- بناء علاقة تواصل وتكون مبنية على الثقة المتبادلة ما بين المؤسسة والمعاق تتمثل في تقديم الدعم النفسي والاجتماعي والاقتصادي والترفيهي وغيره من أنواع الدعم الأخرى في كافة الأوقات وفي أحلك الظروف.

6- تفعيل دور الوزارات والمؤسسات الاجتماعية نحو تأمين فرص عمل للمعاقين من أجل تأمين أبسط مقومات الحياة.

7- على المسئولين وصناع القرار واجب وطني وأخلاقي للعمل على تسخير كل الإمكانات المتاحة للمعاقين، وكذلك الوقوف على أدق المشكلات والعقبات التى تواجههم في حياتهم والعمل على تخطيها، وصولاً بالمعاقين إلى الشعور بالرضا والسعادة والارتياح ووصولاً إلى تحقيق جودة الحياة.

8- يجب على المؤسسات المجتمعية تقديم كل الدعم اللازم للمعاقين حركياً المتزوجين والعمل على بناء علاقة تواصل متينة، والعمل على تأهيلهم وتنمية قدراتهم في كيفية مواجهة التحديات التي تواجههم خلال الحياة الزوجية، وتعزيزاً نحو الحفاظ على العلاقة الزوجية وتقويتها واستمراريتها، وصولاً بهم نحو شعور بالارتياح والسعادة والرضا عنها للوصول إلى تحقيق جودة أفضل للحياة الزوجية.

9- يجب على المؤسسات المجتمعية توفير كافة الوسائل والإمكانات للمعاقين العاملين، وما يتعلق بالظروف المحيطة بهم في نطاق العمل، وكذلك العمل على توفير كافة الأجواء التى تبعث على الراحة والطمأنينة للوصول بهم إلى الشعور بالانتماء للعمل وحب العمل ووصولاً بهم إلى الشعور بأنهم أكثر تحقيقاً للجودة المهنية.

10- يجب على المحيطين بالمعاقين حركياً كالأسرة والأقارب والأصدقاء وغيرهم من ذوي العلاقة المباشرة وغير المباشرة، كمؤسسات المجتمع، تجاه المعاقات الإناث على توفير كل سبل الراحة، والطمأنينة والعمل على شغل أوقاتهن بكل الأشياء المفيدة والتي يكون لها الأثر الايجابي الكبير والفعال تجاههن، بحيث لا يشعرن بالوحدة النفسية والانطواء وكذلك الشعور بالملل والإحباط.

11-تفعيل دور المتخصصين في هذا المجال وغير المتخصصين من أجل الإسهام بشكل إيجابي على إيجاد أعلى مستوى لجودة الحياة بالنسبة للمعاقين.

ملخص الدراسة باللغة العربية

<u>عنوان الدراسة</u> : الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً بمحافظات غزة.

<u>هدفت الدراسة إلى</u> معرفة علاقة الدعم الاجتماعي بمصادره المختلفة المتمثلة في الأسرة والأقارب، والأصدقاء، ومؤسسات المجتمع، بمستوى الرضا عن جودة الحياة بأبعادها المتمثلة في جودة الحياة الأسرية، وجودة الصحة العامة، والجودة النفسية، وجودة العلاقات، وجودة شغل الوقت وإدارته، وجودة الدور الاجتماعي، والجودة المهنية، وجودة الحياة الزوجية لدى المعاقين حركياً، **وقد تمثلت <u>مشكلة الدراسة وتساؤلاتها</u>** في السؤال الرئيس التالي: ما علاقة الدعم الاجتماعي بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً في محافظات غزة ؟

وقد استخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وقد تكونت عينة الدراسة من (201) من المعاقين حركياً بإعاقات متعددة من كلا الجنسين منهم (119) من الذكور حيث شكلوا نسبة 59.2% ومنهم (82) من الإناث حيث شكلوا نسبة 40.8%، حيث تراوحت أعمارهم من 18 سنة فما فوق، وقد قام الباحث بتطبيق أدوات الدراسة التالية:

1- مقياس الدعم الاجتماعي (إعداد الباحث)

2- مقياس مستوى الرضا عن جودة الحياة (إعداد الباحث)

حيث قام الباحث بعرض هذه المقاييس على المحكمين، ومن ثم تطبيقها والتأكد من صدقها وثباتها على البيئة الفلسطينية، وقد قام الباحث بتطبيقها على عينة استطلاعية قوامها(63) من المعاقين حركياً من كلا الجنسين من مجتمع الدراسة الأصلي، منهم(23) من العاملين ومنهم(38) من المتزوجين. وقد قام الباحث باستخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية المتعددة وهي كالتالي: معامل ارتباط بيرسون، المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، واختبار (ت)، وتحليل التباين الأحادي، واختبار شيفيه.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها:

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصادر الدعم الاجتماعي، والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً أفراد العينة.

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية، والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً، أفراد العينة.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة باختلاف مصادر الدعم الاجتماعي (منخفض– مرتفع) لدى المعاقين حركياً من أفراد العينة". وكانت الفروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة0.01 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدرجة على مصدر الأسرة والأقارب من

الدعم الاجتماعي على جميع أبعاد الرضا عن جودة الحياة والدرجة الكلية، والفروق لصالح مرتفعي مصدر الأسرة والأقارب، كما كانت الفروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدرجة على مصدر الأسرة والأقارب من الدعم الاجتماعي على بعد الجودة المهنية لدى العاملين المعاقين حركياً وبعد جودة الحياة الزوجية للمعاقين حركياً المتزوجين والفروق لصالح مرتفعي مصدر الأسرة والأقارب، كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدرجة على مصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي على جميع أبعاد جودة الحياة والدرجة الكلية، والفروق لصالح مرتفعي مصدر الأصدقاء، كما وجدت فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدرجة على مصدر الأصدقاء من الدعم الاجتماعي عند مستوى 0.05 على بعد الجودة المهنية، وعند مستوى و0.01 على بعد جودة الحياة الزوجية، والفروق لصالح مرتفعي الدرجة على مصدر الأصدقاء، كما كانت الفروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدرجة على مصدر مؤسسات المجتمع من الدعم الاجتماعي في جودة العلاقات عند مستوى0.01 ، كما كانت دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 في بعد جودة الدور الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة ككل وجودة الحياة الزوجية وكانت الفروق لصالح منخفضي مصدر مؤسسات المجتمع.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة باختلاف الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية (منخفض– مرتفع) لدى المعاقين من أفراد العينة. وكانت الفروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الدعم الاجتماعي ككل في أبعاد الرضا عن جودة الحياة الأسرية وجودة الصحة العامة وجودة شغل الوقت وإدارته والرضا عن جودة الحياة ككل، وعند مستوى 0.05 في أبعاد الرضا عن جودة الحياة النفسية وجودة العلاقات وجودة الدور الاجتماعي وكانت الفروق لصالح مرتفعي الدعم الاجتماعي ككل.

كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي البعد الاجتماعي الاقتصادي من الدعم الاجتماعي في أبعاد الرضا عن جودة الحياة الأسرية وجودة شغل الوقت وإدارته والرضا عن جودة الحياة ككل، وعند مستوى 0.05 في أبعاد الرضا عن جودة الصحة العامة والجودة النفسية، وكانت الفروق لصالح مرتفعي البعد الاجتماعي الاقتصادي، كما كانت الفروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي البعد النفسي الانفعالي في أبعاد الرضا عن جودة الحياة الأسرية وجودة الصحة العامة

وجودة شغل الوقت وإدارته والرضا عن جودة الحياة ككل، كما كانت الفروق دالة عند مستوى 0.05 في أبعاد الرضا عن الجودة النفسية وجودة العلاقات ، وكانت الفروق لصالح مرتفعي البعد النفسي الانفعالي، كما وجدت فروق دالة إحصائياً في الجودة المهنية وجودة الحياة الزوجية تبعاً لاختلاف البعد النفسي الانفعالي، وكانت الفروق لصالح مرتفعي البعد النفسي الانفعالي لدى المعاقين حركياً العاملين والمتزوجين.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين أفراد العينة باختلاف بعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية.
- لم توجد فروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث على جميع مصادر وأبعاد الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً أفراد العينة، كما لم توجد فروق بين متوسطي الذكور والإناث على بعد الجودة المهنية لدى المعاقين العاملين من أفراد العينة.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث على بعد الرضا عن جودة الحياة الزوجية، والفروق لصالح الذكور.
- لم توجد فروق في الرضا عن جودة الحياة بأبعادها ودرجتها الكلية تبعاً لاختلاف العمر، كما لم تكن الفروق دالة إحصائياً في بعد الجودة المهنية وبعد جودة الحياة الزوجية تبعاً لاختلاف العمر للمعاقين العاملين والمعاقين المتزوجين من أفراد العينة.
- وجود فروق في مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي والبعد النفسي الانفعالي والدعم الاجتماعي ككل تبعاً لاختلاف العمر، والفروق لصالح مجموعة العمر 25 سنة فما دون.
- لم تجد النتائج فروق في أبعاد الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة تبعاً لمتغير المهنة، كما لم تجد النتائج فروق في جودة الحياة الزوجية تبعاً لمتغير المهنة للمعاقين المتزوجين.
- وجود فروق في مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي تعزى لمتغير المهنة، والفروق لصالح الذين لا يعملون من المعاقين.
- لا توجد فروق دالة إحصائياً في أبعاد الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة تبعاً لاختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة، كما لم تجد النتائج فروق في بعد الجودة المهنية تبعاً لاختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة للمعاقين العاملين.
- وجود فروق في جودة الحياة الزوجية تبعاً لاختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة للمعاقين المتزوجين، والفروق لصالح متوسطي المستوى الاقتصادي.
- لا توجد فروق في جميع أبعاد الرضا عن جودة الحياة ودرجته الكلية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، كما لم تجد النتائج فروق في بعد الجودة المهنية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية للمعاقين العاملين من أفراد العينة.

- وجود فروق في الدعم الاجتماعي بمصادره وأبعاده ودرجته الكلية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، والفروق لصالح غير المتزوجين من المعاقين أفراد العينة.
- لا توجد فروق في جميع مصادر وأبعاد الدعم الاجتماعي ودرجته الكلية تبعاً لاختلاف مكان الإقامة، كما لم توجد فروق في بعد الجودة المهنية وجودة الحياة الزوجية، تبعاً لاختلاف مكان الإقامة للمعاقين العاملين والمعاقين المتزوجين من أفراد العينة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين أفراد العينة باختلاف بعض المتغيرات المتعلقة بالإعاقة.
- لا توجد فروق في أبعاد الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة تبعاً لاختلاف طبيعة الإعاقة، كما لم توجد فروق في الجودة المهنية وجودة الحياة الزوجية تبعاً لاختلاف طبيعة الإعاقة للمعاقين العاملين والمعاقين المتزوجين أفراد العينة.
- وجود فروق في مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي تبعاً لاختلاف طبيعة الإعاقة والفروق لصالح ذوي الشلل الدماغي من المعاقين أفراد العينة.
- لا توجد فروق في أبعاد الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة تعزى لمتغير سبب الإعاقة، كما لم تجد النتائج فروق في الجودة المهنية وجودة الحياة الزوجية تبعاً لسبب الإعاقة للمعاقين العاملين والمعاقين المتزوجين من أفراد العينة.
- وجود فروق دالة إحصائياً في مصدر مؤسسات المجتمع للدعم الاجتماعي تعزى لمتغير سبب الإعاقة، والفروق لصالح ذوي الإعاقة الوراثية، كما وجدت فروق في مصدر الأسرة والأقارب من الدعم الاجتماعي تعزى لسبب الإعاقة، والفروق لصالح ذوي الإعاقة المكتسبة.
- لا توجد فروق دالة إحصائياً في جميع مصادر وأبعاد الدعم الاجتماعي ودرجته الكلية، وكذلك بين جميع أبعاد الرضا عن جودة الحياة ودرجته الكلية تبعاً لاختلاف سبب اكتساب الإعاقة لدى المعاقين حركياً أفراد العينة، كما لم تجد النتائج فروق في الجودة المهنية، وجودة الحياة الزوجية تبعاً لاختلاف سبب اكتساب الإعاقة للمعاقين العاملين والمعاقين المتزوجين من أفراد العينة.
- لا توجد فروق دالة إحصائياً في أبعاد الدعم الاجتماعي ودرجته الكلية وجميع أبعاد الرضا عن جودة الحياة ودرجته الكلية تبعاً لاختلاف مدة الإعاقة، كما لم تجد النتائج فروق في بعد الجودة المهنية، وبعد جودة الحياة الزوجية تبعاً لاختلاف مدة الإعاقة للمعاقين العاملين والمعاقين المتزوجين من أفراد العينة.

Abstract:

Social Support & Its Relationship with the Satisfaction Level of Life Quality for the Physical Handicapped in the Gaza Governorates

This research aimed to study the relationships of the social support's resources including the family, relatives, friends, and the civil society organizations, with satisfaction level of life quality categories including quality of family life, quality of public health, quail of competitiveness, and quality of relationship, quality of time management, quality of social role, quality of profession, quality of marriage life for the physical handicapped. The study tried to answer the question of what is the relationship of the social support with the satisfaction level of quality of life for the handicapped in the Gaza Strip.

The researcher used the descriptive analytical method on a population of 201 handicapped from both sexes; 119 male (%59.2) and 82 female (%40.8), whose ages were over than 18. The questionnaire of the study was reviewed by several academic referees. The researcher applied the study on an exploratory sample consisting of 63 handicapped, 23 working participants and 38 married ones. Using various statistical techniques and tests, the study concluded the following:

1. There is a significant relationship between the social support and the satisfaction of quality of life for the handicapped.
2. There is a significant relationship between the social support's dimension and its total degree with the satisfaction of the quality of life for the male handicapped while there is significant relationship between these two variables for the female handicapped.
3. There are statistical significant differences in the satisfaction of quality of life according to high or low social support given to the handicapped.
4. There are statistical significant differences in the satisfaction of quality of life according to the different social support's dimensions and its total degree (high/low) for the handicapped.
5. There are no significant statistical differences in the satisfaction of quality of life and the social support's demographic and social variables.
6. There are no significant statistical differences in the satisfaction of quality of life and the social support according to the physical disability of the handicapped.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

1 – إبراهيم، سلوى سلامة (2005) : نوعية الحياة المميزة للمبدعين في الأدب، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

2 – ابن منظور، أبى الفضل جمال الدين (1993): لسان العرب، طبعة دار الكتب العلمية ، ط1،جزء أ ، بيروت.

3 – أبو سريع، أسامة، وعبير محمد أنور، وصفاء إسماعيل مرسي (2006): أثر برنامج تنمية المهارات الحياتية في تجويد جودة الحياة لدى تلاميذ مدارس التعليم العام بالقاهرة الكبرى، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، 17–19 ديسمبر، عمان.

4 – أبو مصطفي، نظمي (1997): مقدمة في الصحة النفسية، مكتبة الطالب الجامعي، جامعة الأقصى، غزة.

5 – أبو موسى، سمية محمد (2008): التوافق الزواجي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى المعاقين، رسالة ماجستير مقدمة لقسم علم النفس، الجامعة الإسلامية.

6 – أبو النجا، أحمد عز الدين، وعمرو حسن بدران (2003): ذوو الاحتياجات الخاصة، الإعاقات الذهنية والحركية والبصرية والسمعية، ط1، مكتبة الإيمان، المنصورة.

7 – أبو نجيلة، محمد سفيان (1996): خصائص شخصية الفلسطينيين : دراسة نفسية مقارنة بين الأجيال في المجتمع الفلسطيني.

8 – أرجايل، مايكل(1993): سيكولوجية السعادة، علم المعرفة، العدد 175، الكويت.

9 – أشكناني، هادي(2009): الدعم الاجتماعي وأثره في الرضا الوظيفي لدى الأخصائي الاجتماعي، http://www.social.team.com/forum/showthread.php

10 – الأشول، عادل عز الدين (2005): نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي، وقائع المؤتمر العلمي الثالث الإنماء النفسي والتربوية للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق،15–16 مارس، ص ص 3–11.

11 – الأغا، إحسان خليل، ومحمود حسن الأستاذ (2000): مقدمة في تصميم البحث التربوي، ط2، مكتبة آفاق، غزة.

12 – الأنصاري، بدر محمد(2002): التفاؤل غير الواقعي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية لدى طلاب جامعة الكويت، مجلة العلوم التربوية والنفسية، مج3، ع4، ديسمبر، ص ص 91 – 92.

13 – أنيس، إبراهيم وآخرون (1972): المعجم الوسيط ، جزء1، ط2 ، القاهرة.

14 – بركات، محمد (2008): معاقون بلا حدود www.amanjordan.org.
15 – بطرس، حافظ بطرس (2005): المساندة الاجتماعية وأثرها في خفض حدة الضغوط النفسية للأطفال المتفوقين عقلياً ذوي صعوبات القراءة .– المؤتمر السنوي الثاني عشر للإرشاد النفسي ، الإرشاد النفسي من اجل التنمية في عصر المعلومات ، المجلد الأول، 25–27 ديسمبر، ص ص (575– 633) جامعة عين شمس.
16 – البستاني، فؤاد افرام : منجد الطلاب، ط38، دار المشرق، بيروت.
17 – البهادلي، عبد الخالق نجم، وعلي مهدي كاظم (2006): جودة الحياة لدى طلبة الجامعة العمانيين والليبيين،دراسة ثقافية مقارنة، ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، 17–19 ديسمبر، عمان.
18 – جبر، جبر محمد (2005): علم النفس الايجابي، ورقة عمل منشورة في وقائع المؤتمر العلمي الثالث للإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق، مصر، ص ص 87–93.
19 – جبريل، عماد محمد (2007) : جودة الحياة وبعض المتغيرات الشخصية لدى فئتين من مرضى الألم المزمن مقارنة بأصحاء، رسالة ماجستير مقدمة لقسم علم النفس، جامعة المنوفية.
20 – جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني(2003): دليل الإعاقة، أنواعها، أسبابها، أعراضها، الوقاية منها، علاجها وكيفية التعامل معها، ط1، رام الله.
21 – الجمعية الوطنية لتأهيل المعوقين، جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية (2010): تقرير إحصائي حول الإعاقة في قطاع غزة، غزة – فلسطين.
22 – الجوهري، هناء محمد (1994): المتغيرات الاجتماعية والثقافية المؤثرة على نوعية الحياة في المجتمع المصري في السبعينات، دراسة ميدانية على عينة من الأسر بمدينة القاهرة، رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة.
23 – حبيب، مجدي عبد الكريم (2006): فعالية استخدام تقنيات المعلومات في تحقيق أبعاد جودة الحياة لدى عينات من الطلاب العمانيين، ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس،17–19 ديسمبر، عمان.
24 – حسن،عبد الحميد سعيد، وراشد سيف المحرزي، ومحمود محمد ابراهيم (2006): جودة الحياة وعلاقتها بالضغوط النفسية واستراتيجيات مقاومتها لدى طلبة جامعة السلطان قابوس ، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة (ص ص 289–303) جامعة السلطان قابوس ، سلطنة عمان ، 17–19 ديسمبر .
25 – حسنين، عبدالله مصطفى (2003): الدعم الاجتماعي وموضع الضبط وعلاقتهما بمستوى

الضغط النفسي لدى معاقي انتفاضة الأقصى، رسالة ماجستير مقدمة لقسم علم النفس، جامعة الأزهر، غزة.

26 – حمزة، جيهان (2002): دور الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية وتقدير الذات في إدراك المشقة والتعايش معها لدى الراشدين من الجنسين في سياق العمل، رسالة ماجستير، كلية الاداب، جامعة القاهرة.

27 – حنفي، هويدة (2007): المساندة الاجتماعية كما يدركها المكفوفون والمبصرون من طلاب جامعة الإسكندرية وتأثيرها على الوعي بالذات لديهم، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، العدد(55)، المجلد السابع عشر، ابريل.

28 – الخطيب، جمال، ومنى الحديدي (1994): مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة، ط1، الجامعة الأردنية، عمان.

29 – خليل، محمد محمد (1996): المساندة النفسية الاجتماعية وإرادة الحياة ومستوى الألم لدى المرضى بمرض مفض إلى الموت، مجلة البحوث والدراسات النفسية. العدد (37) السنة العاشرة، ص ص (92–119)، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

30 – الخنجي، خالد محمد (2006): علم النفس الايجابي وتجويد الحياة، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، 17–19 ديسمبر، عمان.

31 – الدسوقي، مجدي (1998): دراسة لأبعاد الرضا عن الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من صغار السن الراشدين، المجلة المصرية للدراسات النفسية، مج8، ع20، سبتمبر، ص 158.

32 – دياب، مروان عبد الله (2006): دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.

33 – الراسبي، خميس سالم (2006): تجربة وزارة التربية والتعليم في تعزيز جودة حياة المتعلمين بمدارس السلطنة، ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس،17–19 ديسمبر، عمان.

34 – رمضان، السيد (2002): إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال الأسرة والسكان، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.

35 – الروسان، فاروق (1998): سيكولوجية الأطفال غير العاديين"مقدمة في التربية الخاصة". جمعية المطابع التعاونية، عمان.

36 – الروسان، فاروق (2001): سيكولوجية الأطفال غير العاديين، ط5، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.

37 – زكي، سهير سيد (1994): توقع المعاق حركياً لمستقبله في ضوء إدراكه لدور الأسرة والمؤسسة التي ترعاه ، دراسة ميدانية، رسالة ماجستير غير منشورة، القاهرة، كلية البنات، جامعة عين شمس.

38 سليمان، عبد الرحمن، وإيمان فوزي (1999): معنى الحياة وعلاقته بالاكتئاب النفسي لدي عينة من المسنين العاملين وغير العاملين، المؤتمر الدولي الثالث لمركز الإرشاد النفسي، الإرشاد في عالم متغير.

39 – شقير، زينب (2005): مقياس قلق المستقبل، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

40 – الشقيرات، محمد عبد الرحمن، ويوسف زايد أبو عين (2001): علاقة الدعم الاجتماعي بمفهوم الذات لدى المعوقين جسديا، مجلة جامعة دمشق، المجلد17، العدد الثالث، ص ص 59–82.

41 – شكور، جليل وديع (1995): معاقون لكن عظماء، دراسة توثيقية، ط1، الدار العربية للعلوم، بيروت.

42 – الشناوي، محمد محروس، ومحمد السيد عبد الرحمن (1994): المساندة الاجتماعية والصحة النفسية، مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

43 الشيباني، عمر التوم (1989): الرعاية الثقافية للمعاقين، الدار العربية للكتاب.

44 – صالح، عبد المحي (2002): متحدو الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

45 – صالح، ناهد (1990): مؤشرات نوعية الحياة: نظرة عامة على المفهوم والمدخل، المجلة الاجتماعية القومية، مجلد(27)، عدد(2)، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة.

46 – صقر، إيمان محمد (2001): النموذج السببي للعلاقة بين ضغوط أحداث الحياة والمساندة الاجتماعية وأساليب مواجهة الضغوط والاكتئاب لدى طلاب الجامعة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية، التربية جامعة الزقازيق.

47 – عابد، مصطفى (2009): واقع الأشخاص المعوقين في محافظات غزة، ورقة عمل، ديسمبر، ص ص 1–7.

48 – العادلي، كاظم كريدي (2006): مدى إحساس طلبة كلية التربية بالرستاق بجودة الحياة وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس – سلطنة عمان ،17–19 ديسمبر، ص ص37 – 47 .

49 – عبد الله، معتز سيد (2001): الإيثار والثقة والمساندة الاجتماعية كعوامل أساسية في دافعية الأفراد للجماعة، مجلة علم النفس العدد(57) ، السنة 159، الهيئة المصرية

العامة للكتاب.
50 – عبد الله، هشام إبراهيم (1995): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب واليأس لدى عينة من الطلاب والعاملين، المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي، الإرشاد النفسي للأطفال ذوي الحاجات الخاصة، الموهوبون المعاقون: المجلد الثاني، 25–27 ديسمبر،ص ص (473–513) جامعة عين شمس القاهرة.
51 – عبد الحميد، جابر، وعلاء الدين كفافي (1995): معجم علم النفس والطب النفسي، ج7، دار النهضة العربية، القاهرة.
52 – عبد الحميد، عزت (1996): المساندة الاجتماعية وضغط العمل وعلاقة كل منهما برضا المعلم عن العمل، رسالة ماجستير غير منشورة ،كلية التربية، جامعة الملك سعود.
53 – عبد الرحمن، محمد السيد (2000): موسوعة الصحة النفسية، علم الأمراض النفسية العقلية، الأسباب والأعراض والتشخيص والعلاج، دار قباء، القاهرة.
54 – عبد الغفار، سعد عبد المطلب(1995): التوافق الشخصي والاجتماعي لدى الأطفال المصابين بشلل الأطفال. رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
55 – عبد الفتاح، السيد، وفوقية أحمد حسين، ومحمد حسين حسين (2006): العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم بمحافظة بني سويف، وقائع المؤتمر العلمي الرابع : دور الأسرة ومؤسسات المجتمع المدني في اكتشاف ورعاية ذوي الحاجات الخاصة كلية التربية جامعة بني سويف ، 3–4 مايو، ص ص 187 – 270
56 – عبد القادر، أشرف أحمد (2005): تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الإعاقة، ورقة عمل مقدمة إلى تطوير الأداء في مجال الاعاقة ، مكتب التربية العربي لدول الخليج، 14–16 فبراير، الرياض.
57 – عبد المجيد، عبد الرحيم (1997): تنمية الأطفال المعاقين، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
58 – عبد المعطي، حسن مصطفى (2005): الارشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر، ورقة عمل منشورة في وقائع المؤتمر العلمي الثالث للانماء النفسي والتربوي للانسان العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق، مصر، 13– 23.
59 – عبد الوهاب، محمد كامل (2004): نحو سلوكيات ايجابية لتحقيق جودة الحياة، مؤتمر قسم علم النفس الأول، السلوك الصحي وتحديات العصر، كلية الآداب، جامعة طنطا، ص ص ، 113–115.

60 – عبيدات، ذوقان، وعبد الرحمن عدس (2004): البحث العلمي: مفهومه وأدواته وأساليبه، دار الفكر، عمان.
61 – عجاجة، صفاء أحمد (2007): النموذج السببي للعلاقة بين الذكاء الوجداني وأساليب مواجهة الضغوط وجودة الحياة لدى طلاب الجامعة، رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق.
62 – عثمان، فاروق السيد (2001): القلق وإدارة الضغوط النفسية، القاهرة، دار الفكر العربي.
63 – عزب، حسام الدين محمود (2003): برنامج ارشادي لخفض الإكتئابية وتحسين جودة الحياة لدى عينة من معلمي المستقبل، التعليم للجميع، التربية وآفاق جديدة في تعليم الفئات المهمشة في الوطن العربي، 28–29 مارس ص ص 575–607 .
64 – علام، صلاح الدين محمود (2005): الأساليب الإحصائية الاستدلالية في تحليل بيانات البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية" البارامترية واللابارامترية"، دار الفكر العربي، القاهرة.
65 – العواملة، حابس (2003): سيكولوجية الأطفال غير العاديين، الإعاقة الحركية، ط1، الأهلية للنشر والتوزيع، عمان.
66 – الغنبوصي، سالم سليم (2006): جودة المناخ الجامعي من وجهة نظر كلية التربية بجامعة السلطان قابوس، ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، 17–19 ديسمبر، عمان.
67 – الغندور، العارف بالله محمد (1999): أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة، "دراسة نظرية " المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي، جودة الحياة توجه قومي للقرن الواحد والعشرين،جامعة عين شمس، القاهرة، ص ص 1–177 .
68 – فايد، حسين (2001): دراسات في الصحة النفسية، الطبعة الأولى، المكتب الجامعي الحديث.
69 – فرج، صفوت (1997): القياس النفسي، ط3، الأنجلو المصرية، القاهرة.
70 – فرغلي، أمال فهمي (1994): مفهوم الذات وعلاقته بدافعية الانجاز لدى طلاب الكليات العلمية والنظرية، رسالة ماجستير، جامعة القاهرة.
71 – كاشف، إيمان (2001): إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
72 – مجدي، حنان (2009): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكر، رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق.
73 – مخلوف، إقبال (1991): الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين.–: دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
74 – المدهون، عبد الكريم (2004): المساندة الاجتماعية كما يدركها المعوقين حركياً بمحافظة

غزة وعلاقتها بصحتهم النفسية.- مجلة الإرشاد النفسي ، العدد الثامن عشر، ص ص (137-174)، مركز الإرشاد النفسي،جامعة عين شمس،مكتبة زهراء الشرق.

75 - المركز الفلسطيني للإحصاء(2008): www.pcbs.gov.ps

76 - المصري، محمد بن مكرم علي (1955): لسان العرب ، الجزء 5-6 ، دار صادر، بيروت.

77 - ملكوش، رياض، و خولة يحيى (1995): الضغوط النفسية والدعم الاجتماعي لدى آباء وأمهات الأطفال المعاقين في مدينة عمان، مجلة دراسات تربوية، المجلد الثاني والعشرون، العدد الخامس.

78 - منسي، محمود عبد الحليم، وعلي مهدي كاظم (2006): مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، 17-19 ديسمبر، جامعة السلطان قابوس، ص ص 63-78 .

79 - النجار، محمد حامد (1997): تقدير الذات والتوافق النفسي والاجتماعي لدى معاقي الانتفاضة جسمياً بقطاع غزة، رسالة ماجستير مقدمة لقسم علم النفس ، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

80 - نتيل، رامي أسعد (2004): السمات المميزة لشخصيات المعاقين سمعياً وبصرياً وحركياً في ضوء بعض المتغيرات، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية.

81 - هاشم، سامي محمد (2001): جودة الحياة لدى المعوقين جسمياً والمسنين وطلاب الجامعة، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس :ع 13، ص ص 125- 180.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

References:

1. Adams,g.a king, la & king,d.w. (1996): relationships of job and family involvement family social support, and work- family conflict with job and life satisfaction; Journal of applied psychology; vol.81 (4)pp411-420 .
2. Anisa, Z. et-al. (1994): Influennce strategies used when couples make work-family decisions and their Importance for marital satisfaction. Journal articales of family Relations, vol. (43)No. (2) p.p. 182-188.
3. Arfken, C. L. (1997): Self Reported Life Satisfaction, American Journal of Psychiatry; vol. 154(10), p. 1478.
4. Barrera, M. (1981): social support in the adjustment of pregnant adolescents.assessment Issues,in B.H gottliab (EDS)social networks and social support ,Beverly,(A:sage,pp.69-96).
5. Barry, M. M &Crosby, C.(1993): Methodological Issues in evaluation the Quality of life long-stay psychiatric patients, Journal of mental health, vol. (2)Issue.(1).pp. 43-57.
6. Bishop, M &Feist- Price, S(2002): Quality of life assessment in the rehabilitation counseling Rehabilitation: strategies and measures, Journal of Applied rehabilitation counseling vol. (33) . No (1). P. p.7-35.
7. Bishop, M. Martha, H. Chapin, Susan, M. (2008): QoL Assessment in the Measurment of Rehabilitation out com. Journal of Rehabilitation. Vol; 74. Issue; 2.p.p 45+0.
8. Blatt, B.(1987): The conuest of mental retardation.
9. Bognar.G.(2005): the concept of Quality of life; Journal social theory and practice,vol.(3).issue(4).p.561.
10. Bridget, Young, Helen, R, Mary, D, Alla. C,Kathryn. P(2007): QoL study of The health Related QoL Of Disabled children. Vol (49)p. p660-665.
11. Breham, S.(1984): social support processes, boundry,areasing social and developmental psychology. new York: academic press, 107-129.
12. Brusce, A. powell. Stewart, W.Mercercarson hart. (2002): Measuring the impact of Rehabilitation services on the Qo L of disabled people in Cambodia. overseas Development Institute.Publisher by Blackwell publisher.
13. Boni, B. poswell.Michael Dawson, Elizabeth, Heininger. (1998): QoL as defined by Adults with spinal cord Injuries.
14. Brown.R.Gary.(1987): stresfull life Events, Social Support Net

Work and psychological and mental health of urban adults". Journal of human stress.vol.(4).No.(1).p.p.165-174.
15. Brownwell, A. & S. Shumaker. (1984): social support An Introduction to acomplex phenomenon. Journal of social , Issues, vol. (40). NO. (4). pp.1-9.
16. Buunk, B., &Hoorens, v. (1992): social support and stress: the role of social comparison and social exchange processes. British journal of clinical psychology. 31,445-457.
17. Cherry, D.B.(1991): Relationship Between self- esteem and social support in physically disabled and abl- bodied Adolescents. dissertation abstracts Inter national,52:1258-A.
18. Cohen, S.&wills. T.(1985): stress social support and the buffering hypothesis psychological bulletin,vol.(98)no.(2) pp.336-375.
19. Cohen, S., Sherrod, D. R., & Clark, M. S. (1986): Social Skills and the stress: protective. vol of social support. Journal of personality and social psychology. vol. (50)No. (5). u.s.a.
20. Coyne, j. &downey, G. (1991): social factors and psychology: stress, social support and coping processes. Annual review of psychology, vol. (35), 139-212.
21. Cummins, R. A. & McCabe, M. P. (1994): The comprehensive Quality of life scale(com Qol): Instrument development and psychometric evaluation on college staff and students; Education & psychological Measurement.vol.(54).issue(2).pp.372-383.
22. Cutrona, C. & Russell. (1990): Type of social support and specific stress: Towards a theory of optimal matching, in: B.R.Sarason, et al (eds.) social support: An Interact ional view, New York, Wiley, 26-40.
23. Dyson, Lily (1997): fathers and mothers of school age children with development disabilities parental stress family functioning and social support, American journal on mental deficiency. vol. 102, No 3.
24. Erikson, K. (1976): Every thing in its path destruction of the community in the buff to Greek flood simon &Schuster publisher, new York.
25. Faro, B. (1999): The effect of diabetes on adolescnts, QoL pediatric Nursing, 25, 247 – 253.
26. Felce, D. & Perry, J.(1995): Quality of life Its definition and Measurement, Research in developmental disabilities, vol(16), No.(1). p.p.51-74.
27. Giannias, d. a. (1998): a quality of life based ranking of Canadian cities; urban studies ; vol . 35(12), pp. 2141-2152
28. Goode, d. (1994): quality of life for persons with disabilities: international perspectives and issues; n: mitchel, d. (1997): book

review; journal of intellectual & developmental disability; vol. 22(1), pp 63-75.
29. Goode, D.(1990): Thinking about and discussing QoL. In R. Shalock and M. J. Bogal(EDS), QoL prespectives and Issues. p.p. 41-58.
30. Greenley, J. R. & Greenberg, J. T. (1997): Measuring Quality of life: A disorders in practical survey Instrument; Social Work, vol. (42). NO. (3).p.p. 244-254.
31. Hallahan, D. & Kauffan, J. (1991): exceptional children: Introduction to Special education. (fifth Edition). Prentic- hall, Inc. Engle wood cliffs: New Jersy.
32. Hampton, N. Z (1999): quality of life of people with Substance disorders in Thailand: an exploratory study; journal of rehabilitation, vol.65, 3 pp 42- 55.
33. Hawthorne. (1999): the Assessment of QoL instrument: psychometric measure of health related QoL. Quality of life research. vol. (8). p.p. 209-224.
34. House, J .S ., (1981): work stress and social support. Reading, MA: Addison Wesley.
35. Heller. K. et al. (1986): components of Social Support processes . comments and Integration. Journal of consulting and psychology. vol.(54). No. (4). p.p. 466+.
36. Jiyeon Park, Ann. P.Turnbull. H, Rutherford, Turnbull. J,(2002): Impact of poverty quality of life in families of children with disabilities: journal exceptional children. vol(68) . issue(2). p.151+.
37. Julie, chronister, Chih.C, Michael. f, Elizabeth. C. (2008): the relationship between social support and rehabilitation related outcomes: A meta-analysis. Journal of rehabilitation ,vol. (74).issue(2)p.16+.
38. Kaplan, R. M, Sallis, J. F. & Patterson, T. L. (1993): Health and human Behavior "Mc Craw hill in publisher. New York.
39. Karen, O., Lambour, G., & Greenspan. (1990): persons in trainsition. In R. Schalock&M. J. Bogal (EDS): QOL perspectives and Issuess. p.p. 85-92.
40. Kennedy, S., Kiecolt. Glaser, J. K, &Glaser, R. (1990): social support, stress,and immune system, in B. R. sarson, I.G. sarson & G.R. pierce (EDS), social support: an Intractional view. New York: john Wiley.
41. Kirk, S. & Gallagher, J. (1983): Educating exceptional children. (fourth edition). Houghton Mifflin company, boston.
42. Koubekova, E. (2000): personal and social adjustment of physically handicapped pubescent psycho logia patopsychlogia dietata, J35(1) pp32-39.

43. Lehman, A. F. (1988): AQuality of life interview for the chronically mentally ill, evaluation and program planning, vol. (11). pp. 51-62.
44. Leitman, J.(1999): can city QOL indicators be objective and relevant towards a participatory tool for sustaining urban development, vol. (4). Issue .(2). pp. 169-181.
45. Lepore, S. (1994): social support. Encyclopedia of human behavior, vol. (4), p.p. 247-251.
46. Lewis. (1993): Decision-Making and marital satisfaction in African and American families,Michgan state university. vol. (15), NO. (2) p.p. 110-119.
47. Lio, P. (2001): the effects of community attachment and Quality of life on migration intention: comparison of Pennsylvania and Taiwanese rural communities, PH,D, the Pennsylvania state university. p.p. 1-80.
48. Litwin, M. S. (1999): Measuring Quality of life after prostate cancer treatment . cancer Journal, vol. (5). Issue(4). pp. 211-214.
49. Livenh, H. Of Antonak, R. F(1990): Reactions to disability. An empirical investigation of their nature and structure. Journal of rehabilitation counseling,vol.(2)no(A).PP.13-21.
50. Mandzuluk & McMillan, E (2005): A concept analysis of Quality of life, Journal of orthopedic Nursing; vol. (9). Issue(1) ;p.p. 12-18.
51. Margalit, M. et, al, (1992): coping and coherence among parents with disabled children. Journal of clinical psychogy,vol. 21 no.1 pp 202-209.
52. McCann, S. et al. (1997): " Hostility, Social Support and perception of work". Journal of occupational health psychology, vol. (2). No (2) ,p.p. 175-185.
53. Molassiotis, A, callgan. P, twinn. S, lam. S, chung.W. &li. C. (2002): A pilot study of the effects of cognitive-Behavioral group therapy and peer support ;counseling in decreasing psychologic, distress and proving QoL chinee patient(1999) with symptomatic HIV dease.AIDS patient care and STD .vol. (16). No(12) .p.p. 83-95.
54. Nansy, M. (1994): The decision-Making process leading to marriage dissertation abstracts Inter national.vol.(55), No. (10a) p.p. 3331-3341.
55. Norbeck. J. (1984): Social Support Questionaire (Nssq) university of California sanfrancisco.
56. Norris, F. H& Kaniastz, K. (1996): Received and Perceived social support in times of stress. Journal of personality and social psychology. Vol. (71), No(3).p.p. 498-511.
57. Oxford, J. (1994): community psychology: theory and practice. Journal wiley&sons ltd.p, new York.

58. Picher, F. (2006): Subjective QoL of young Europeans. Feeling Happy but who know why? Social hndicators Research, 15 (3), 419 – 444.
59. Reine, G. Lancon. C, tucci, S, sapin. C, and Auquier p, .(2003): depression and subjective Quality of life in chronic phase schizophrenic patients. act psychiatrica scandinavica. vol. (108). pp. 297-303.
60. Rocco, et al. (1980): Social Support occupational Stress and health. Journal of health and Social Behavior, vol.(48). No.(a).p.p. 3077-3078.
61. Rodin, J. (1985): the application of social psychology In G. lindzey &E; Arson (EDS) the hand book of social psychology. Random house publisher, new York.
62. Rogerson, R. (1999): Quality of life and city competitiveness; urban studies, vol (36). pp. 969-986.
63. Rosen, M. (1995): Subjective Measure of Quality of life. mental retardation; vol. (33).No.(1).p.p. 31-34.
64. Rubin, Kenneth, Caplan, Robert, Chen, Xinyin, and Mckinnon, Joann. (1994): Peer relationship and influences in childhood. In Ramachan- dran,v. Encyclopedia of horman behavior, san diego: Academic press Inc. vol. 3. pp. 431-439.
65. Ruth. E. Dennis, Wes williams, Micheal, f. Giangreco, Chigee, J. cloninger(1993): Quality of life as context for planning and evaluation of services for people with disabilities. journal title: exceptional children,vol, (59). issue(6) page number: 499+.
66. Sanders, C., Egger, M., donovant, J., talon, D. & Frankles, S. (1998): reporting on Quality of life in randomized controlled trials: bibliographic study; British medical Journal.vol.(317),pp.1191-1195.
67. Sarason, I., G. & Sarason, B. R. (1986): Assessing social support: the social support questionnaire. Journal of personality and social psychology. vol. (45) N. (1) u.s.a.
68. Sarason, I. G. & Sarason, M. L. (1983): assessment social support: the social support questionair.Journal of personality and social psychology,vol. (1), NO. (1). P.P.127-139.
69. Schultz, b. j & Saklofske, M.D. (1983): relationship between psychological reports, 93, 847-550.
70. Show, E. H. (1997): QoL, and Sustainable development; Journal of macromarketing, vol. 17 (1), pp. 132-136.
71. Stanford, E. Ruben, Fong. Shan, Deborah, L. Thomas (2003): Assessing changes in life skills &Quality of life resulting from rehabilitation services. the Journal of rehabilitation. vol. (69). Issue. (3). P (4+).
72. Stark, J, & Goldspury, T. (1990): Quality of life from childhood to

Adulthood. Perspective and Issues.p.p.71-84.
73. Taylor, S., & Bogden, R. (1990): Quality of life and the individuals perspective. In R.Schalock&M.J.Bogal(EDS)QOL:Perspective and Issues;p.p.27-40.
74. Taylor, L ; Smitha, A ; de Moorb, C ; Dunnc, L ; Pettawayd, C ;Selline, R ; Charnsangavejf, C ; Hanseng, C & Gritz, R (2004): Quality of life intervention for prostate cancer patients: design and baseline Characteristics of the active.
75. Thompson, M. G. & Heller. (1990): Facts of social related Wellbeing: quantitative social isolation and perceived family support in a sample of elderly women. Psychology and Aging, vol. 5, No. 4, pp. 535-544.
76. Thoits. A., (1986): social support AS coping assistance, Journal of consulting and clinical psychology,vol.(59)NO.(4).pp.416-423.
77. Turner, R. &Marino, F. (1994): social support and social structure: a descriptive epidemidogy.Journal of health & social behavior, vol. (35). 193-212.
78. Veenhoven, R. (1994): is happines atrait? Tests of theory abetter society does not make people any happier. Social indicators research, 32, 101-160.
79. Wagner, J. Heapy, a. james, A. and Abbot, G. (2006): Glycemic control, QoL, and school experiences among students with diabetes. Journal of pediatric psychology, 31 (8), 764 – 769.
80. Widar, M ; Ahltrom, G & Ek, A. (2003): Health-related Quality of Life in persons with long- Term pain after a Stroke, Journal of Clinical Nursing, VOL. (13) PP. 497–505.
81. Wood-Dauphinee. S. (1999): Assessing Quality of life in clinical Research from where have we come and where are we going? Journal of Epidemiology; vol(25). Issue (4).p.p. 355-363.
82. Yandong, L. (2004): An investigation of connections among adult attachment, social support, and perceived Quality of life in foreign cultural environment, PH. D. dissertation, loyal university of Chicago.

قائمة الملاحــق

ملحق رقم (1)

قائمة بأسماء المحكمين

الرقم	الاسم	مكان العمل
.1	الدكتور/ أسامة حمدونة	جامعة الأزهر– غزة
.2	الدكتورة/ أسماء العتيبي	جامعة الملك سعود – الرياض
.3	الدكتور/ أنور البنا	جامعة الأقصى – غزة
.4	الدكتور/ جميل الطهراوي	الجامعة الإسلامية – غزة
.5	الدكتور/ عاطف الأغا	الجامعة الإسلامية – غزة
.6	الدكتور/ محمد عسلية	جامعة الأقصى – غزة
.7	الدكتور/ نعمات علوان	جامعة الأقصى – غزة

ملحق رقم(2)
رسالة تحكيم المقاييس

بسم الله الرحمن الرحيم

سعادة الأستاذ الدكتور/..... حفظه الله ،،،

السلام علىكم ورحمة الله وبركاته،،،

الموضوع : تحكيم أدوات دراسة

يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان "الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً بمحافظات غزة" لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس من كلية التربية في جامعة الأزهر بغزة.

وتهدف الدراسة إلى: الكشف عن العلاقة بين الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً، وقد قام الباحث بوضع التعريفات الإجرائية التالية لمتغيرات الدراسة.

ويعرف الباحث الدعم الاجتماعي إجرائياً بالتالي:

"ثقة الفرد المعاق حركياً بوجود الأسرة والأقارب والأصدقاء والمؤسسات الخيرة التي تقدم له الدعم والرعاية والاهتمام والتخفيف من الآلام والهموم حينما يشعر بحاجته للدعم، كما تعمل على تكيفه مع المجتمع ، ومع إعاقته حتى في أحلك الظروف".

وقد قام الباحث بإعداد مقياس لقياس الدعم الاجتماعي لدى المعاقين حركياً، ويتكون من (44) عبارة، ومقابل كل عبارة من العبارات يوجد (3) مصادر من مصادر الدعم الاجتماعي، وهي كالتالي:

- الأسرة والأقارب.

11- الأصدقاء.

12- مؤسسات المجتمع.

ويطلب من المفحوص الإجابة عن كل عبارة حسب ما يشعر به، وأن يحدد مدي حصوله على نوع الدعم التي تشير إليها العبارة من كل مصدر من المصادر السابقة، وتتم الإجابة عليه وفق ثلاث خيارات (كثيرا، إلى حد ما، نادرا ، مطلقاً).

وقد قام الباحث أيضاً بإعداد مقياس لقياس مستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً، **ويتضمن المقياس مجموعة من العبارات والأبعاد،** تتم الإجابة عليه وفق خمس خيارات (لا بالمرة ، قليل جداً، إلى حد ما، كثيراً، كثير جداً)، ويتألف المقياس من ثمانية أبعاد، وقد قام الباحث بتعريفها تعريفاً إجرائياً، والأبعاد كالتالي:

- البعد الأول : الجودة الأسرية، ومكون من (20)عبارة .

- البعد الثاني : جودة الصحة العامة ، ومكون من (20) عبارة.
- البعد الثالث : الجودة النفسية ، ومكون من (20) عبارة.
- البعد الرابع : جودة شغل الوقت وإدارته، ومكون من (20) عبارة.
- البعد الخامس : جودة العلاقات، ومكون من(20) عبارة .
- البعد السادس : جودة الدور الاجتماعي، ومكون من (20) عبارة .
- البعد السابع : الجودة المهنية، ومكون من (20) عبارة .
- البعد الثامن : جودة الحياة الزوجية، ومكون من (17) عبارة.

ويعرف الباحث جودة الحياة بالتعريف الإجرائي التالي :

"هي رضا المعاق حركياً عن الحياة التي يعيشها وفقاً لمعايير يراها من منظوره يقيم بها حياته في كافة مجالات الحياة، يشعر من خلالها بالسعادة والطمأنينة والرضا، ومن ثم التكيف والتوافق مع إعاقته، والرغبة في الحياة ".

وبناءً على ما سبق، أرجوا من سعادتكم التفضل بتحكيم أدوات الدراسة وفق رؤياكم العلمية، ووضع بصماتك النيرة، لكي أزداد شرفاً بعلمكم، وتقبلوا شكري وتقديري المسبق على طيب إطلاعكم وتوجيهكم الكريم.

ولكم مني فائق الاحترام والتقدير،،،

معد المقياس

الباحث/ محمد الهنداوي

ملحق رقم(3)
استبانة البيانات الشخصية

يرجى العمل على تعبئة البيانات الواردة أدناه :

1- الجنس: ❑ ذكر ❑ أنثى 2- العمر:_____

3-عدد إخوتك(الأولاد والبنات): _____

4- ترتيبك الميلادي بين أفراد أسرتك: ❑ في الأول ❑ في الوسط ❑ في الأخير

5-المستوى التعليمي بالسنوات: :_____ 6- المهنة: _____

7- الوضع الاقتصادي للأسرة:

❑ ضعيف جداً ❑ ضعيف ❑ متوسط ❑ مرتفع ❑ مرتفع جداً

8- مكان السكن: ❑ شمال غزة ❑ غزة ❑ الوسطى ❑ خان يونس ❑ رفح

9- مكان الإقامة: ❑ قرية ❑مخيم ❑ مدينة

10- المواطنة: ❑ لاجئ ❑ مواطن

11- نوع/طبيعة الإعاقة: _____

12- سبب الإعاقة: ❑ وراثي ❑ مكتسب

13- إذا كانت الإجابة مكتسب حدد سبب الإعاقة:

❑ ولادية ❑ مرض ❑ حادث ❑ أسباب وطنيه ❑أخرى حددها _____

14- مدة الإعاقة: :_____

15- هل يوجد معوقين في الأسرة غيرك: ❑ نعم ❑ لا

16- الحالة الاجتماعية : ❑ أعزب ❑ متزوج ❑ أرمل ❑ مطلق

<u>بيانات تتعلق بالأسرة (للمتزوجين)</u>

17- العمر عند الزواج: :_____ 18- عمر الزوجة عند الزواج: :_____

19- عمر الزوجة الحالي: :_____ 20- مدة الزواج: :_____

21- هل تم الزواج قبل الإعاقة: ❑ نعم ❑ لا

22- صلة القرابة بالزوجة: ❑ ابنة عمومة ❑ ابنة خال ❑ من العائلة ❑ لا قرابة

23- تعلم الزوجة:_____ 24- عمل الزوجة:_____

25- <u>عدد الأبناء:</u> :_____

<u>بيانات تتعلق بأسرة الوالدين</u>:

26- عدد أفراد الأسرة: _____

27- عمل الأب:_____ 28- تعلم الأب: _____

29- عمل الأم: _____ 30- تعلم الأم:_____

ملحق رقم (4)
مقياس الدعم الاجتماعي في صورته الأولية

م	العبـــارات				
1-	يقدمون لي كل ما احتاج إليه:	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
2-	يوقروونني ويهتمون بي كثيرا :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
3-	يقفون بجانبي عند المحن والصعاب :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
4-	يدعموننني في تقوية علاقاتي الاجتماعية :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
5-	يدعموننني في الاتصال بالآخرين :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
6-	يشعروني بالثقة تجاه نفسي :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
7-	يشعروني بالرضا والارتياح تجاه ما أقوم به من أعمال :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
8-	يحفزونني بمشاركة الجميع في كافة مناسباتهم :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
9-	يساندونني عند اتخاذي لأي قرار:	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				

ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
10-	يشعروني أن لدى أشياء ايجابية أقدمها للآخرين:	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
11-	يشعروني بأني شخص مهم في المجتمع :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
12-	يخففون عني أي ضغط عصبي ينتابني:	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
13-	يشعروني بوجود أناس يثقون بي ويمكن الوثوق بهم :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
14-	يشعروني أن الحياة جميلة :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
15-	يقدمون لي النصائح من أجل تجنب الأخطاء :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
16-	يتقبلوني كما أنا بما في من مزايا وعيوب :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
17-	يجعلوني أعتمد على نفسي في الكثير من المواقف :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
18-	يدعموني بالمال حينما أكون في ضائقة مالية :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				

19-	يفرحون لفرحي ويحزنون لحزني :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
20-	يشاركوني التفكير في حل أي مشكلة أتعرض إليها :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
21-	يتخلون عني حينما أكون بحاجة إلى مساعدة :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
22-	يشاركونني الفرحة عندما أقوم بعمل ناجح :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
23-	يشاركونني اهتماماتي وأفكاري :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
24-	يهتمون بي اهتماما شخصيا :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
25-	يشعروني بالقرب منهم في كافة الأوقات :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
26-	ينصتون إلى باهتمام عندما أتحدث إليهم :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
27-	يساعدوني في اتخاذ القرارات الهامة :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
28-	يزودوني بالأفكار والمعلومات التي أحتاجها :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				

ج-	مؤسسات المجتمع				
29-	يقدرونني ويحترمونني لشخصي وليس كوني معاقاً :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
30-	يعاملوني معاملة طيبة وحسنة :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
31-	يراعون مشاعري ولا يحرجوني :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
32-	يوفرون لي الدعم اللازم حينما أحتاجه:	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
33-	يقفون بجانبي في أوقات الضيق والشدة :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
34-	يدعونني لزيارتهم في أي وقت كان :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
35-	يدافعون عني وعن قضيتي:	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
36-	يشعروني بالسعادة عندما أكون موجود :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
37-	يساندوني عند اتخاذي لأي قرار وتحمل نتائجه :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
38-	يخففون عني الآلام والهموم التي تصيبني :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				

ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
39-	يخصصون جزءا من وقتهم لمناقشة أموري الخاصة :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
40-	يقضون وقتا طيبا وممتعا معي :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
41-	يشعرون بالاستياء والحزن حينما أصاب بمرض أو أذي:	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
42-	يهيئون لي الأجواء المناسبة لكي أكون سعيدا وراضيا :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
43-	يشعروني بتفاؤل كبير تجاه مستقبلي في الحياة :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
44-	يشعروني بأن علاقاتي مع الآخرين ذو معنى :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				

ملحق رقم (5)

مقياس الدعم الاجتماعي في صورته النهائية

التعليمات

فيما يلي مجموعة من العبارات، كل عبارة تصنف نوع الدعم الذي تحصل عليه من مصدر أو أكثر من المصادر الآتية (الأسرة والأقارب، الأصدقاء، مؤسسات المجتمع المحلى).

والمطلوب منك الإجابة عن كل عبارة حسب ما تشعر به، وأن تحدد مدى حصولك على نوع المساعدة التي تشير إليها العبارة من كل مصدر من المصادر السابقة، والمطلوب منك أن تقوم بوضع إشارة (✓) أمام كل مصدر من مصادر الدعم السابقة أسفل كل عبارة من العبارات .

وذلك كما في المثال الأتي:

1-	يقفون بجانبى عند المحن والصعاب:	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب	✓			
ب-	الأصدقاء			✓	
ج-	مؤسسات المجتمع		✓		
2-	يشعرونى بأني شخص مهم في المجتمع:	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب		✓		
ب-	الأصدقاء	✓			
ج-	مؤسسات المجتمع				✓

- الرجاء عدم ترك أي عبارة بدون إجابة.

- أرجو منك مراعاة الدقة والصدق فى إجاباتك.

مقياس الدعم الاجتماعي

م	العبـــــارات				
1-	يقدمون لي كل ما احتاج إليه:	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
2-	يوقرونني ويهتمون بي كثيرا :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
3-	يقفون بجانبي عند المحن والصعاب :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
4-	يدعمونني في تقوية علاقاتي الاجتماعية :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
5-	يدعمونني في الاتصال بالآخرين :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
6-	يشعروني بالثقة تجاه نفسي :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
7-	يشعروني بالرضا والارتياح تجاه ما أقوم به من أعمال :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
8-	يحفزونني بمشاركة الجميع في كافة مناسباتهم :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
9-	يساندونني عند اتخاذي لأي قرار:	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
10-	يشعروني أن لدى أشياء ايجابية أقدمها للآخرين:	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً

أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
11-	يشعروني بأني شخص مهم في المجتمع :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
12-	يخففون عني أي ضغط عصبي ينتابني:	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
13-	يشعروني بوجود أناس يثقون بي ويمكن الوثوق بهم :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
14-	يشعروني أن الحياة جميلة :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
15-	يقدمون لي النصائح من أجل تجنب الأخطاء :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
16-	يتقبلوني كما أنا بما في من مزايا وعيوب :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
17-	يجعلوني أعتمد على نفسي في الكثير من المواقف :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
18-	يدعموني بالمال حينما أكون في ضائقة مالية :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
19-	يفرحون لفرحي ويحزنون لحزني :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				

20-	يشاركوني التفكير في حل أي مشكلة أتعرض إليها :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
21-	يشاركونني الفرحة عندما أقوم بعمل ناجح :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
22-	يشاركونني اهتماماتي وأفكاري :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
23-	يهتمون بي اهتماما شخصيا :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
24-	يشعروني بالقرب منهم في كافة الأوقات :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
25-	ينصتون إلى باهتمام عندما أتحدث إليهم :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
26-	يساعدوني في اتخاذ القرارات الهامة :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
27-	يزودوني بالأفكار والمعلومات التي أحتاجها :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
28-	يقدرونني ويحترمونني لشخصي وليس كوني معاقاً :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
29-	يعاملوني معاملة طيبة وحسنة :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				

ج-	مؤسسات المجتمع				
30-	يراعون مشاعري ولا يحرجوني :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
31-	يوفرون لي الدعم اللازم حينما أحتاجه:	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
32-	يقفون بجانبي في أوقات الضيق والشدة :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
33-	يدعونني لزيارتهم في أي وقت كان :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
34-	يدافعون عني وعن قضيتي:	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
35-	يشعروني بالسعادة عندما أكون موجود :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
36-	يساندوني عند اتخاذي لأي قرار وتحمل نتائجه :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
37-	يخففون عني الآلام والهموم التي تصيبني :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
38-	يخصصون جزءا من وقتهم لمناقشة أموري الخاصة :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
39-	يقضون وقتا طيبا وممتعا معي :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				

ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
40-	يشعرون بالاستياء والحزن حينما أصاب بمرض أو أذي:	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
41-	يهيئون لي الأجواء المناسبة لكي أكون سعيدا وراضيا :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
42-	يشعروني بتفاؤل كبير تجاه مستقبلي في الحياة	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				
43-	يشعروني بأن علاقاتي مع الآخرين ذو معنى :	كثيراً	إلى حد ما	نادراً	مطلقاً
أ-	الأسرة والأقارب				
ب-	الأصدقاء				
ج-	مؤسسات المجتمع				

ملحق رقم (6)

مقياس مستوى الرضا عن جودة الحياة في صورته الأولى

م	الفقـرات	لا بالمرة	قليل جداً	إلى حد ما	كثيراً	كثيراً جداً
.1	أفتخر بوجودي في أسرة لا مثيل لها.					
.2	أرى أن لأسرتي قيمة اجتماعية كبيرة.					
.3	أشعر بأن والداي راضيان عنى.					
.4	أشعر بأن أسرتي لا ترقى اجتماعيا إلى مستوى الأسر الأخرى.					
.5	أجد من أثق فيه من أفراد أسرتي.					
.6	أشعر بقرب أفراد أسرتي من بعضهم البعض.					
.7	يستشير بعضنا البعض فيما يتخذ من قرارات.					
.8	فخور بمشاركة أفرد أسرتي لغيرهم في جميع المناسبات.					
.9	العلاقة بين أفراد أسرتي أقوى من العلاقة خارج الأسرة.					
.10	عند القيام بعمل ما يطلب كل منا مساعدة الأخر.					
.11	نجلس سويا من أجل مناقشة الأمور الخاصة بنا.					
.12	أتمنى أن تكون أسرتي مثل الأسر الأخرى المثالية.					
.13	نتعاون كثيرا في أي أمر كان.					
.14	أشعر بأن أسرتي مفككة وغير متماسكة.					
.15	لا أحد يستطيع رفض أي قرار يصدر عن اجتماع الأسرة.					
.16	أعتقد أننا نتفق على الكثير من الأمور من أجل أن نفعلها كأسرة.					
.17	أعتقد أن كل فرد من أفراد أسرتي يحترم الآخر.					
.18	أشعر بأنني عبئ على أسرتي .					
.19	أرى أن أسرتي تمتاز عن غيرها من الأسر الأخرى بالعلاقات الايجابية مع الآخرين.					
.20	أشعر بالرضا تجاه أسرتي.					
.21	أشعر بالرضا عن مظهري الجسمي.					
.22	أشعر بالرضا تجاه الخدمات الصحية المقدمة لي.					
.23	ألتزم بنظام غذائي صحي.					
.24	أذهب لإجراء فحص طبي بصفة منتظمة .					

.25	أشعر بالحيوية والنشاط .					
.26	يتوفر لي الدواء اللازم عندما احتاجه.					
.27	أشعر بالانزعاج نتيجة التأثيرات الجانبية للدواء الذي أتناوله.					
.28	أعتمد على نفسي عند الانتقال من مكان لآخر.					
.29	أشعر أن كثرة اصابتى بالأمراض تمثل عبئ كبير على أسرتي.					
.30	أستلقى على السرير لبعض الوقت.					
.31	أشعر بالرضا عن المكان الذى أسكنه.					
.32	أمارس بعض التمارين الرياضية.					
.33	أتناول وجبات الطعام بسرعة كبيرة.					
.34	نادرا ما أصاب بالأمراض.					
.35	أشعر ببعض الآلام في جسمي					
.36	أنام جيدا.					
.37	أنا راض عن صحتي الجسمية.					
.38	أشعر بالسعادة والارتياح في حياتي .					
.39	أشعر بأنني شخص عصبي.					
.40	لا توجد أفكار غريبة أو أعرض تراودني.					
.41	أشعر بتفاؤل تجاه مستقبلى.					
.42	يسعدني بأن أكون متواجد مع أشخاص مرحين.					
.43	أشعر بالأمن النفسي وعدم الخوف.					
.44	لدى شعور بالتعاسة.					
.45	أشعر بأن روحي المعنوية متدنية.					
.46	أشعر بأنني أعيش حياة أفضل من غيري.					
.47	أوجه اللوم إلى نفسي نظرا لما أصابني.					
.48	أشعر بنظرة سلبية من قبل الآخرين تجاهي.					
.49	لا أفكر كثيرا بالأمور التي أشعر بأنها تضايقني.					
.50	أشعر بالارتياح لوجود الجميع من حولي.					
.51	أشعر بالقلق تجاه حياتي ومستقبلي.					
.52	أسترخى دون التفكير بأي شئ.					
.53	ينتابني شعور بالقلق والاكتئاب.					
.54	أشعر بأنني أسعد من الآخرين.					
.55	أشعر بسوء المعاملة من قبل الآخرين تجاهي نظرا لحالتي.					

.56	أستطيع ضبط انفعالآتي.					
.57	أستغل وقت فراغي بأشياء تفيدني.					
.58	أشعر بالاسترخاء والراحة في وقت الفراغ.					
.59	أجد من يسليني في أوقات فراغي.					
.60	استمتع بمزاولة النشاط المحبب لي في أوقات فراغي.					
.61	أجد صعوبة في تنظيم وإدارة أوقات فراغي.					
.62	اشعر بالملل عندما لا أجد شيئاً افعله.					
.63	لدى الوقت الكافي للاستمتاع بالصداقات.					
.64	وقت الفراغ مهم جدا بالنسبة لى وأحرص على استغلاله.					
.65	أسرتي تسعى جاهدة لملء وقت فراغي.					
.66	أمتلك الوقت الكافي من اجل الترويح عن نفسي.					
.67	استغل وقت الفراغ للاستمتاع بالأشياء الجميلة والسارة.					
.68	يسعى الجميع ممن هم حولي من أجل الترويح والتنفيس عنى في أوقات الفراغ.					
.69	اجتمع أنا وأصدقائي في أوقات الفراغ من اجل المرح والتسلية.					
.70	أخصص جزءا من وقتي للنشاطات الاجتماعية.					
.71	أخصص جزءا من وقتي لأصدقائي.					
.72	أقسم وقت فراغى وفقا لبرنامج أضعه أسبوعيا.					
.73	أنجز المهام التي أقوم بها في الوقت المحدد.					
.74	أنا راض عن طريقتي في قضاء وقت الفراغ.					
.75	أعامل الآخرين معاملة طيبة.					
.76	تمتاز علاقاتي الاجتماعية بالايجابية .					
.77	أشارك الآخرين في مناسباتهم الاجتماعية.					
.78	أشعر بأن علاقاتي مع الآخرين سيئة.					
.79	أتمتع بحياة اجتماعية سعيدة.					
.80	أقيم علاقات طيبة مع الآخرين.					
.81	أستطيع تحقيق ما أريد من خلال علاقاتي الاجتماعية .					
.82	أشعر أن من يجلس معي لا يمل مني.					
.83	أشعر بالرضا عن علاقاتي الاجتماعية.					
.84	أشعر بقرب الآخرين مني .					
.85	أمتاز برصيد شعبي عال بين أصدقائي.					

.86	أشعر بمقاطعة العديد من حولي.					
.87	يحتذي أصدقائي بسلوكي الاجتماعي.					
.88	أشعر باحترام الآخرين لي.					
.89	أرى أنى بحاجة لصداقة الآخرين.					
.90	أشعر بالرضا والارتياح عن تصرفاتي.					
.91	أشعر بالراحة عندما أرى حب الآخرين لي.					
.92	أعتقد بأنني شخص اجتماعي.					
.93	أجد تقديراً واحتراماً في وسطي الاجتماعي.					
.94	أشعر بعدم ثقة الآخرين بي.					
.95	أشعر بأن دوري الاجتماعي محدود جداً مع من حولي.					
.96	أبادر بالوقوف بجانب الآخرين عند مواجهتهم لأي مشكلة.					
.97	أحترم وأتقبل الآخرين كما هم.					
.98	أشعر بأنني غير كفء للقيام بأي دور اجتماعي.					
.99	أحتذي بسلوك الآخرين الايجابي وأسير على نهجهم.					
.100	أقوم بالتخفيف والتنفيس عن الهموم لكل محتاج.					
.101	أشارك في الأنشطة الاجتماعية.					
.102	أشعر أن لدى القدرة على تنفيذ ما يوكل إلى من أعمال.					
.103	أشعر بالمسئولية تجاه الآخرين وأبادر بمساعدتهم.					
.104	أهتم بقضايا الوطن وأشارك فيها كلما أمكن.					
.105	أسعي جاهدا لأكون شخصا منتجاً في المجتمع.					
.106	لا أفضل أحدا على حساب شخص أخر.					
.107	اسعي لكى أكون شخصاً متواضعاً يحترمني الآخرين.					
.108	أكون المبادر عند طلب أي مساعدة من قبل الآخرين.					
.109	أشارك بأي عمل اعتقد أنه يخدم أسرتي ومجتمعي.					
.110	أسعى بأن أكون شخصا ذو قيمة بين أفراد المجتمع.					
.111	أتشاور أنا وزملائي من أجل الدفاع عن قضيتنا.					
.112	أسعى جاهداً من أجل إيصال صوت المعاق إلى المسئولين.					
.113	أشعر بأنني شخص متعال ومتكبر على الآخرين.					
.114	أضفي على الآخرين روح الفكاهة والمرح .					
	• الجزء التالي من العبارات يتعلق بقضايا العمل والمهنة: • *فبرجاء إذا كنت موظفاً وملتزم في عملك أجب عن الأسئلة التالية بكل صدق.*					

	وإذا كنت لا تمتلك أي مهنة فبرجاء الانتقال إلى السؤال رقم (133).					
115.	أشعر بأني مستمتع جدا في عملي.					
116.	أشعر بانتماء كبير تجاه عملي.					
117.	أحرص على تنفيذ ما يطلبه منى رؤسائى في العمل.					
118.	يعاملني زملائي في العمل بكل قسوة .					
119.	أتعرض لضغوط نفسية كبيرة في عملي.					
120.	أشعر بأن المكان الذي أعمل فيه لا يناسبني.					
121.	أشعر بعدم إنصاف رئيسى في العمل لى .					
122.	أنا راض عن مهنتي ومقتنع بها.					
123.	أشعر بأنني شخص مهمش وغير مرحب به في مكان العمل .					
124.	أشعر بأنني شخص غير مخلص في عملي.					
125.	أشعر بأن مكان العمل يتيح لى حرية التنقل والحركة.					
126.	الراتب الذي أتقاضاه لا يكفي لسد احتياجاتي.					
127.	أشعر بأن رئيسي في العمل يثق بى.					
128.	أفكر كثيرا في ترك عملي .					
129.	أشعر بعدم ثقتي بزملائي في العمل.					
130.	أؤدي عملي بدقة وإتقان.					
131.	أشعر بعدم ثقتي برئيسي في العمل.					
132.	أحصل على العديد من المكافآت والحوافز في العمل.					
	• <u>الجزء التالي من العبارات خاص بالمتزوجين :</u> • فبرجاء إذا كنت متزوجاً يرجى الإجابة على العبارات التى تنطبق علىك كزوج أو كزوجة وفقا لما تشعر/ أو تشعرين به بكل صدق .					
133.	نتبادل وزوجي – زوجتى الحب والحنان.					
134.	أعتقد أن علاقتى بزوجي – زوجتى حميمة ودافئة.					
135.	أحصل دائماً على إشباع كامل أثناء ممارسة الجماع .					
136.	اشعر بأننى زوج– زوجة موفقة في حياتى .					
137.	أعتقد أن زوجى – زوجتى يتمتع بالرقة والجاذبية.					
138.	أشعر بالرضا عن حياتي الجنسية.					
139.	أشعر أنني بحاجة لمزيد من الإحساس أثناء المعاشرة الجنسية.					
140.	أشعر بالأسف على زواجي .					
141.	أشعر بأننى حققت بزواجي نجاحاً أكثر من المتوقع .					
142.	أشعر بأننى منسجم في حياتى الزوجية.					

143.	أشعر بأننى مقصر– مقصرة تجاه زوجى – زوجتى في العديد من الأمور.					
144.	أشعر بالعجز تجاه متطلبات الحياة الزوجية.					
145.	علاقتى الزوجية تتميز بالإخلاص.					
146.	أشعر بالرضا عن حياتى الزوجية.					
147.	أشعر بأن القرار الذى اتخذته بشأن زواجي كان صائباً.					
148.	أحرص بقوة على استمرار حياتنا الزوجية.					
149.	نتشاور كزوجان في مناقشة شئون حياتنا.					
150.	علاقتى الزوجية يسودها التفاهم والاحترام المتبادل.					

ملحق رقم (7)
مقياس مستوى الرضا عن جودة الحياة في صورته النهائية

التعليمات

نطرح عليك في هذا الجزء من استمارة البحث بعض الأسئلة الواقعية، وبعض ما تشعر به في النواحي العديدة من حياتك.

- **من فضلك ضع علامة (✓) في الخانة التي تصف بدقة موقفك.**
- **من فضلك حاول أن تجيب عن كل الأسئلة، ولا تقضي وقتاً طويلاً في الإجابة عن السؤال الواحد.**

وذلك كما في المثال التالى:

م	الفقـــــرات	لا بالمرة	قليل جدا	إلى حد ما	كثيراً	كثيراً جداً
1.	أشعر بقرب أفراد أسرتي من بعضهم البعض.		✓			
2.	أشعر بتفاؤل تجاه مستقبلى.			✓		
3.	أجد صعوبة في تنظيم وإدارة أوقات فراغي.					✓
4.	أشارك الآخرين في مناسباتهم الاجتماعية.				✓	
5.	أجد من يهتم بأخبارنا ويتابعها بكل اهتمام.	✓				

مقياس

مستوى الرضا عن جودة الحياة

م	الفقــرات	لا بالمرة	قليل جداً	إلى حد ما	كثيراً	كثيراً جداً
.1	أفتخر بوجودي في أسرة لا مثيل لها.					
.2	أرى أن لأسرتي قيمة اجتماعية كبيرة.					
.3	أشعر بأن والداي راضيان عني.					
.4	أشعر بأن أسرتي لا ترقى اجتماعياً إلى مستوى الأسر الأخرى.					
.5	أجد من أثق فيه من أفراد أسرتي.					
.6	أشعر بقرب أفراد أسرتي من بعضهم البعض.					
.7	يستشير بعضنا البعض فيما يتخذ من قرارات.					
.8	فخور بمشاركة أفرد أسرتي لغيرهم في جميع المناسبات.					
.9	العلاقة بين أفراد أسرتي أقوى من العلاقة خارج الأسرة.					
.10	عند القيام بعمل ما يطلب كل منا مساعدة الأخر.					
.11	نجلس سوياً من أجل مناقشة الأمور الخاصة بنا.					
.12	نتعاون كثيراً في أي أمر كان.					
.13	أشعر بأن أسرتي مفككة وغير متماسكة.					
.14	لا أحد يستطيع رفض أي قرار يصدر عن اجتماع الأسرة.					
.15	أعتقد أننا نتفق على الكثير من الأمور من أجل أن نفعلها كأسرة.					
.16	أعتقد أن كل فرد من أفراد أسرتي يحترم الآخر.					
.17	أشعر بأنني عبئ على أسرتي .					
.18	أرى أن أسرتي تمتاز عن غيرها من الأسر الأخرى بالعلاقات الايجابية مع الآخرين.					
.19	أشعر بالرضا تجاه أسرتي.					
.20	أشعر بالرضا عن مظهري الجسمي.					
.21	أشعر بالرضا تجاه الخدمات الصحية المقدمة لي.					
.22	ألتزم بنظام غذائي صحي.					
.23	أشعر بالحيوية والنشاط .					
.24	يتوفر لي الدواء اللازم عندما احتاجه.					
.25	أعتمد على نفسي عند الانتقال من مكان لآخر.					

26.	أشعر أن كثرة إصابتي بالأمراض تمثل عبئ كبير على أسرتي.					
27.	استلقى على السرير لبعض الوقت.					
28.	أشعر بالرضا عن المكان الذى أسكنه.					
29.	أمارس بعض التمارين الرياضية.					
30.	أشعر ببعض الآلام في جسمي					
31.	أنام جيدا.					
32.	أنا راض عن صحتي الجسمية.					
33.	أشعر بالسعادة والارتياح في حياتي .					
34.	أشعر بتفاؤل تجاه مستقبلي.					
35.	يسعدني بأن أكون متواجد مع أشخاص مرحين.					
36.	أشعر بالأمن النفسي وعدم الخوف.					
37.	لدى شعور بالتعاسة.					
38.	أشعر بأن روحي المعنوية متدنية.					
39.	أشعر بأنني أعيش حياة أفضل من غيري.					
40.	أوجه اللوم إلى نفسي نظرا لما أصابني.					
41.	أشعر بنظرة سلبية من قبل الآخرين تجاهي.					
42.	أشعر بالارتياح لوجود الجميع من حولي.					
43.	أشعر بالقلق تجاه حياتي ومستقبلي.					
44.	استرخى دون التفكير بأي شئ.					
45.	ينتابني شعور بالقلق والاكتئاب.					
46.	أشعر بأنني أسعد من الآخرين.					
47.	أشعر بسوء المعاملة من قبل الآخرين تجاهي نظراً لحالتي.					
48.	أستطيع ضبط انفعالاتي.					
49.	أستغل وقت فراغي بأشياء تفيدني.					
50.	أشعر بالاسترخاء والراحة في وقت الفراغ.					
51.	أجد من يسليني في أوقات فراغي.					
52.	استمتع بمزاولة النشاط المحبب لي في أوقات فراغي.					
53.	أجد صعوبة في تنظيم وإدارة أوقات فراغي.					
54.	لدى الوقت الكافي للاستمتاع بالصداقات.					
55.	وقت الفراغ مهم جدا بالنسبة لي وأحرص على استغلاله.					
56.	أسرتي تسعى جاهدة لملء وقت فراغي.					

.57	أمتلك الوقت الكافي من أجل الترويح عن نفسي.					
.58	استغل وقت الفراغ للاستمتاع بالأشياء الجميلة والسارة.					
.59	يسعى الجميع ممن هم حولي من أجل الترويح والتنفيس عني في أوقات الفراغ.					
.60	اجتمع أنا وأصدقائي في أوقات الفراغ من اجل المرح والتسلية.					
.61	أخصص جزءا من وقتي للنشاطات الاجتماعية.					
.62	أخصص جزءا من وقتي لأصدقائي.					
.63	أقسم وقت فراغي وفقا لبرنامج أضعه أسبوعياً.					
.64	أنجز المهام التي أقوم بها في الوقت المحدد.					
.65	أنا راض عن طريقتي في قضاء وقت الفراغ.					
.66	أعامل الآخرين معاملة طيبة.					
.67	تمتاز علاقاتي الاجتماعية بالايجابية .					
.68	أشارك الآخرين في مناسباتهم الاجتماعية.					
.69	أشعر بأن علاقاتي مع الآخرين سيئة.					
.70	أتمتع بحياة اجتماعية سعيدة.					
.71	أقيم علاقات طيبة مع الآخرين.					
.72	أستطيع تحقيق ما أريد من خلال علاقاتي الاجتماعية					
.73	أشعر أن من يجلس معي لا يمل مني.					
.74	أشعر بالرضا عن علاقاتي الاجتماعية.					
.75	أشعر بقرب الآخرين مني .					
.76	أمتاز برصيد شعبي عال بين أصدقائي.					
.77	أشعر بمقاطعة العديد من حولي.					
.78	يحتذي أصدقائي بسلوكي الاجتماعي.					
.79	أشعر باحترام الآخرين لي.					
.80	أرى أنى بحاجة لصداقة الآخرين.					
.81	أشعر بالرضا والارتياح عن تصرفاتي.					
.82	أشعر بالراحة عندما أري حب الآخرين لي.					
.83	أعتقد بأنني شخص اجتماعي.					
.84	أجد تقديراً واحتراماً في وسطي الاجتماعي.					
.85	أشعر بعدم ثقة الآخرين بي.					
.86	أبادر بالوقوف بجانب الآخرين عند مواجهتهم لأي مشكلة.					
.87	أحترم وأتقبل الآخرين كما هم.					

.88	أشعر بأنني غير كفء للقيام بأي دور اجتماعي.					
.89	أحتذي بسلوك الآخرين الايجابي وأسير على نهجهم.					
.90	أقوم بالتخفيف والتنفيس عن الهموم لكل محتاج.					
.91	أشارك في الأنشطة الاجتماعية.					
.92	أشعر أن لدى القدرة على تنفيذ ما يوكل إلى من أعمال.					
.93	أشعر بالمسئولية تجاه الآخرين وأبادر بمساعدتهم.					
.94	أهتم بقضايا الوطن وأشارك فيها كلما أمكن.					
.95	أسعي جاهدا لأكون شخصا منتجاً في المجتمع.					
.96	لا أفضل أحدا على حساب شخص أخر.					
.97	اسعي لكي أكون شخصاً متواضعاً يحترمني الآخرين.					
.98	أكون المبادر عند طلب أي مساعدة من قبل الآخرين.					
.99	أشارك بأي عمل اعتقد أنه يخدم أسرتي ومجتمعي.					
.100	أسعى بأن أكون شخصاً ذو قيمة بين أفراد المجتمع.					
.101	أتشاور أنا وزملائي من أجل الدفاع عن قضيتنا.					
.102	أسعى جاهداً من أجل إيصال صوت المعاق إلى المسئولين					
.103	أشعر بأنني شخص متعال ومتكبر على الآخرين.					
.104	أضفي على الآخرين روح الفكاهة والمرح .					

- الجزء التالي من العبارات يتعلق بقضايا العمل والمهنة:
- *فبرجاء إذا كنت موظفاً وملتزم في عملك أجب عن الأسئلة التالية بكل صدق.*
- *وإذا كنت لا تمتلك أي مهنة فبرجاء الانتقال إلى السؤال رقم (120).*

.105	أشعر بأني مستمتع جداً في عملي.					
.106	أشعر بانتماء كبير تجاه عملي.					
.107	أحرص على تنفيذ ما يطلبه منى رؤسائي في العمل.					
.108	يعاملني زملائي في العمل بكل قسوة .					
.109	أشعر بأن المكان الذي أعمل فيه لا يناسبني.					
.110	أشعر بعدم إنصاف رئيسي في العمل لي .					
.111	أنا راض عن مهنتي ومقتنع بها.					
.112	أشعر بأنني شخص مهمش وغير مرحب به في مكان العمل .					
.113	أشعر بأنني شخص غير مخلص في عملي.					
.114	أشعر بأن مكان العمل يتيح لي حرية التنقل					

	والحركة.					
115.	الراتب الذي أتقاضاه لا يكفي لسد احتياجاتي.					
116.	أشعر بأن رئيسي في العمل يثق بي.					
117.	أفكر كثيرا في ترك عملي .					
118.	أؤدي عملي بدقة وإتقان.					
119	أشعر بعدم ثقتي برئيسي في العمل.					
• الجزء التالي من العبارات خاص بالمتزوجين : • فبرجاء إذا كنت متزوجاً يرجى الإجابة على العبارات التى تنطبق علىك كزوج أو كزوجة وفقا لما تشعر/ أو تشعرين به بكل صدق .						
120.	نتبادل وزوجي – زوجتى الحب والحنان.					
121.	أعتقد أن علاقتى بزوجي – زوجتى حميمة ودافئة.					
122.	أحصل دائماً على إشباع كامل أثناء ممارسة الجماع					
123.	اشعر بأننى زوج– زوجة موفقة في حياتى .					
124.	أعتقد أن زوجى – زوجتى يتمتع بالرقة والجاذبية.					
125.	أشعر بالرضا عن حياتي الجنسية.					
126.	أشعر بالأسف على زواجي .					
127.	أشعر بأننى حققت بزواجي نجاحاً أكثر من المتوقع.					
128.	أشعر بأننى منسجم في حياتى الزوجية.					
129.	أشعر بأننى مقصر– مقصرة تجاه زوجى – زوجتى في العديد من الأمور.					
130.	أشعر بالعجز تجاه متطلبات الحياة الزوجية.					
131.	علاقتى الزوجية تتميز بالإخلاص.					
132.	أشعر بالرضا عن حياتى الزوجية.					
133.	أشعر بأن القرار الذى اتخذته بشأن زواجي كان صائباً.					
134.	أحرص بقوة على استمرار حياتنا الزوجية.					
135.	نتشاور كزوجان في مناقشة شئون حياتنا.					
136.	علاقتى الزوجية يسودها التفاهم والاحترام المتبادل.					