علاقة الدعم الأسري المدرك للمعاقين حركياً وبصرياً بجودة الحياة لديهم[1]

د. صالح بن سعيد الشهري[2]

أستاذ مساعد – قسم علم النفس – كلية العلوم الاجتماعية في جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

مُلخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين دعم الأسرة المدرك من قبل المعاق ومستوى جودة الحياة والكشف عن الفروق في كل من الدعم الأسري المدرك وجودة الحياة بين المعاقين من افراد عينة الدراسة وفقا للنوع الاجتماعى ونوع الإعاقة (بصري وحركى). استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي على عينة قوامها 108 من ذوي الإعاقة، منهم ٦٣ ذكور و٤٥ إناث تراوحت أعمارهم من (أقل من ١٧ سنوات حتى ٢٠ سنة) بمتوسط عمري قدره ١٩ عاما وانحراف معياري ١,٧ سنة. تم استخدام مقياس جودة الحياة ومقياس دعم الأسرة كأداة بحث. وأشارت النتائج إلى وجود. ارتباطات موجبة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الأسري وجودة الحياة. أظهرت النتائج أن هناك فرقا معنويا بين الذكور والإناث في جودة الحياة والدعم الأسري المدرك في وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة في البعدين فقط هما البعدان (الاجتماعي والصحة النفسية) المعاقين بصريا وحركيا في اتجاه المعاقين بصريا بينما توجد فروق في باقي ابعاد جودة الحياة وفي إدراك الدعم الاسري بين المعاقين بصريا وحركيا.

الكلمات المفتاحية: الدعم الاسري – جودة الحياة – المعاق حركيا – المعاق وبصرياً

مقدمة الدراسة

يرتبط مفهوم جودة الحياة بأسلوب حياة الفرد، وبما يقوم به من نشاطات، وقدرته على التحكم بما يدور حوله وبمستقبله، وأن هناك العديد من المعوقات التي تمنع الفرد من الوصول إلى الإحساس بجودة الحياة، منها ضغوط الحياة التي يواجهها الفرد، والصراع الداخلي الذي يشعر به، الأمر الذي يؤدي إلى زيادة إحساسهم بجودة الحياة (عز الدين،٢٠٠٥: ٣٩).

لذلك تسعى المجتمعات الإنسانية إلى تحسّن جودة الحًاة life of Quality لأفرادها وبالأخص شرٌيحة المعاقين. فهم فئة تحتاج الى التعرف على احتًاجاتهم ومطالبهم وتهٌئتها لكونهم من نوع

---

[1] تم استلام البحث في ٢٠٢١/١٠/١٨ وتقرر صلاحيته للنشر في ٢٥ / ١١ / ٢٠٢١م

[2] ت: +966553558818 Email: saleh23456@gmail.com

خاص تختلف عن باقً فئات المجتمع. ولتوفّر السبل الفعال لتنمية قدراتهم وإمكانّاتهم ومؤهلاتهم ولتمكّنهم من التغلب على الإعاقة ومعاناتها. مما له أثر ٌجابً بجودة الحياة وشعورهم بالسعادة والرضا والصحة النفسّة، والوصول أقصى حد ممكن تسمح به قدراتهم (عباس، ٢٠٢٠).

فقد حظي موضوع تحسين جودة حياة الأشخاص المعاقين باهتمام الأمم المتحدة (Wally, 2004)، حيث قام أحد مراكزها بدراسة توصلت إلى أن المشكلات التي تعاني منها معظم البلدان تتمثل في عزل المعاقين مما يؤدي بهم إلى إحساسهم بالإحباط واليأس. حيث اقترحت الدراسة من أجل تحسن نوعية حياتهم: إدماجهم في المجتمع وإشراكهم في الأنشطة العامة لتحسن اتجاهات الناس نحوهم، وتعاون الأسرة والمجتمع معاً من أجل إنجاح أهداف الدمج، مما يؤكد تنامي الاهتمام الدولي بتحقيق الرفاه والمساواة للمعاقين في حياتهم، وأهمية دور المجتمع والبيئة المؤهلة من حول المعاق في تحسين جودة حياته فالاندماج وجودة الحياة يعتبران مكملان لبعضهما البعض.

ومن المتوقع أن يكون الدعم النفسي والاجتماعي لأسرة المعاق دورا في تعزيز جودة الحياة لدى المعاقين وخاصة أن فئة المعاقين فئة هامة من الفئات التي تحتاج إلى كل الرعاية والاهتمام من قبل المجتمع من الأسرة والأقارب والأصدقاء والمدرسة والإعلام والثقافة والصحة بكل مؤسساته وهيئاته وأفراده، بدءاً في تغيير حياةً كبيرا وغيرها من المؤسسات الاجتماعية الأخرى، حيث تلعب تلك المؤسسات دورا هاما في هؤلاء المعاقين إلى حياة أفضل في ضوء ما يقدم لهم من دعم، سواء كان نفسياً أو اجتماعياً أو أسرياً.

وتعدّ الأسرة المؤسسة المجتمعية الأولى التي تعنى بأبنائها من ذوي الاحتياجات الخاصة وتقع على عاتقها مسؤولية دمجهم في المجتمع فيما تقدمه لهم من رعاية صحية ونفسية ومقدرة على التكيف الحياتي والتعامل مع الآخرين إذ تؤدى الأسرة دوراً حيوياً في الرعاية لأبنائها من ذوي الاحتياجات الخاصة الجسدية الحركية، وتشكل الخطوة الأولى لهم لمساعدتهم على تخطي العقبات الناجمة عن إعاقتهم، فهي التي تزرع في نفوسهم الثقة بالذات وهي التي تقدم لهم التشجيع والدعم في الاعتماد على النفس، والتكيف مع مشكلتهم التي قد تصبح ضمن هذه الرعاية ليست بمشكلة لديهم وإنما دافعاً قوياً لمواجهة الحياة، وحينها يصبح هذا الطفل المواطن الصالح الفاعل القادر على خدمة مجتمعه وتحقيق أهداف المواطنة الصالحة بدلاً من كونه عبئاً على الآخرين(Piek et al.,2007).

وتؤكد دراسات (الهنداوى،٢٠١١ وYeung, & Towers,2014 وZheng et al.,2014).

على دور الدعم الأسري (النفسي والاجتماعي) في تعزيز جودة الحياة لدى أبنائهم المعاقين. ويعد تحسين جودة الحياة لدى المعاقين من الأهداف التي ينشدها أي مجتمع في وقتنا الحالي، حيث يحظى هذا الموضوع بأهمية كبرى في الدول المتقدمة (عبد الفتاح وحسين، ٢٠٠٦).

وفي المملكة العربية السعودية أولت جل الاهتمام للمواطن بشكل عام في كافة الميادين الخدمية، وللمعاقين بشكل خاص، ويدلل على هذا التشريعات والقوانين التي تراعي وتضمن مصالحهم، وقد كفل قانون المعاقين في المملكة العربية السعودية من الحقوق للأشخاص ذوي الإعاقة في المجالات الصحية من حيث التشخيص المبكر للإعاقة والعلاج الطبي بأنواعه، والخدمات التعليمية والتأهيلية والتشغيلية بما فيها التدريب والتأهيل المهني، وقد أقرت الاتفاقية الدولية في شأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة أيضاً والتي صادقت عليها المملكة، مجموعة من الحقوق والخدمات للمعاقين أهمها إمكانية الوصول للأماكن العامة، وعدم الاستبعاد من التعليم الأساسي والثانوي والإلزامي وتوفر التدابير الفردية التي تساعد على التعلم، والصحة والتدريب المهني والتشغيل (الأمم المتحدة، ٢٠٠٦).

وتأتي الدراسة الحالية لتبحث في مدى انعكاس واقع الدعم النفسي والاجتماعي المدرك لدى المعاق بصريا والمعاق حركيا خاصة المعاق بصريا يحيا حياة نفسية غير سليمة تؤثر في بناء شخصيته فتظهر لديه بعض السمات مثل القلق والانزواء والاتكالية وأن نفسية المعاق بصريا تتعرض لأنواع متعددة من الصراعات فهو في صراع بين التمتع بمباهج الحياة ودافع الانزواء لطلب الأمن، والاستقلال، والرعاية فهو يرغب أن يكون شخصية مستقلة ويدرك أنه سيظل إلى درجة محدودة لا يستطيع الاعتماد على نفسه، أما المعاق حركياً لديه الكثير من المشكلات الصحية والنفسية التي تؤثر على شخصياتهم، كما أن المعوقين بإعاقات جسدية يعانون من الإحساس الدائم بالنقص مما يؤدي إلى الضعف العام، ونقص الحركة بصفة عامة يؤدي إلى الاختلال في الشخصية العامة المميزة، وكذلك النقص في الاتزان الانفعالي والعاطفي(نتيل و فائى و الحلو،٢٠٠٧)

مُشكلَةُ الدراسة:

أصبحت مشكلة ذوي الاحتياجات الخاصة (المعاقين) إحدى القضايا الأساسية التي أهتم بها الباحثون في العلوم الاجتماعية وبالتالي فهم في ــ أشد حاجة إلى مد يد العون والمساعدة (حافظ، ٢٠٠٦). حيث أظهرت دراسة الخريف والقحطاني(٢٠٢٠) أن إجمالي المعاقين في المملكة العربية السعودية ١٧٠٢١٧معاقا منهم ٦٠% من الذكور ونسبة ٤٠% من الإناث وأكثر من نصف المعاقين لم يسبق لهم الزواج تمثله من الزواج ويصل معدل الإعاقة للسعوديين

إلى(٩) لكل ألف نسمة وبذلك يلاحظ التفاوت بين المملكة و بعض البلدان كما يتفاوت معدل الإعاقة من منطقة إلى أخرى في مملكة العربية السعودية ويأتي التخلف العقلي والشلل في مقدمة أنواع الإعاقات يليها الإعاقة البصرية التي ترتفع لدى الإناث مقارنة بالذكور وترتفع نسبة الإعاقة الناتجة عن فقدان أحد الأعضاء لدى الذكور نحو الضعف مقارنة بالإناث.

وتأخذ الإعاقة أشكالاً مختلفة. تتراوح هذه الأشكال من ضعف في الاضطرابات الجسدية والنمائية العصبية، والتأخير، والمرونة في أوجه القصور الحسية.(Verdugo et ai., 2012) .

وأشار وأسرمان زملائه(Wasserman et al., 2005) أن الإعاقة لها بعض الآثار السلبية على جودة حياة لدى المعاقين وقد يمتد لأبعد من ذلك في تأثيرها على حياتهم الاسرية.

من المعروف أن هذه الحالة تؤثر على جودة حياة هؤلاء الأفراد ذوي الإعاقات الجسدية والعقلية على حد سواء بسبب القيود المفروضة عليهم (Winter et ai.,2011)

كشفت دراسة ويتهاوس واخرون(Whitehouse,,et,al,2021) أن جودة الحياة لدى المعاقين تتصف بأنها أقل جودة مقارنة بالأشخاص غير المعاقين من قبل أشخاص غير معاقين لذلك يحتاج المعاقين إلى الدعم بكافة أنواعه النفسي والاجتماعي، المادي، والاسري.

ويحتاج المعاقون 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، (عبد القادر، ٢٠٠٥).

ولقد وثقت العديد من الدراسات التأثير الإيجابي للدعم النفسي والاجتماعي من قبل الأسرة على تعزيز نوعية الدعم لفئة المعاقين فتلك المساندة تعد عاملاً مباشراً لتعزيز الصحة وحمايةً ضد الآثار الضارة للتوتر التي تنعكس إيجابيا على نوعية حياة المعاق. (van Et al., 2021 Munster) وعلى الرغم من ذلك توجد ندرة في حدود علم الباحث في مثل هذه النوع من الدراسات التي ركزت علي دور الأسرة في تعزيز نوعية الدعم لدى المعاق علي المستوى المحلى والعربي.

من جهة ثانية، يعتبر مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الحديثة بالنسبة لقضية الإعاقة. ولهذا السبب حاولت الدراسات الحالية التعرف على مستوى جودة الحياة التي يعيشها الأفراد المعاقون في المملكة العربية السعودية ودور الدعم الأسرى في ذلك. لذلك تركز الدراسة الحالية في الإجابة على التساؤل الرئيس التالي: ما دور إدراك المعاق للدعم الأسري النفسي والاجتماعي في تشكيل جودة الحياة لديه؟ ويتفرع عن هذا التساؤل عدة أسئلة فرعية هي:

١-ما العلاقة بين الدعم الأسري وجودة الحياة لدى المعاقين (حركيا وبصريا)؟

٢-ما الفروق في جودة الحياة وإدراك الدعم الاسري لدى المعاقين وفقا للنوع (ذكور- إناث)؟

٣-ما الفروق في جودة الحياة وإدراك الدعم الاسري لدى المعاقين وفقا لنوع الإعاقة (حركي/ بصري)؟

أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة الراهنة للتحقق من الأهداف التالية:

١- الكشف عن العلاقة بين الدعم الأسري وجودة الحياة لدى المعاقين (حركيا وبصريا).

٢- الكشف عن فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة وإدراك الدعم الأسري لدى المعاقين وفقا للنوع (ذكور- إناث).

٣- الكشف عن فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة وإدراك الدعم الأسري لدى المعاقين وفقا لنوع الإعاقة (حركي/ بصري).

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في الكشف عن مستوى الدعم الأسري لذوي الإعاقة البصرية والحركية في المملكة العربية السعودية، وتتمثل أهمية الدراسة من الناحتين النظرية والتطبيقية في مايلى:

أهمية نظرية

1 -تكمن أهمية الدراسة الحالية في إلقائه الضوء على موضوع هام وحيوي يمس كل فرد وكل أسرة في المجتمع الذي نعيش فيه، وحتى المجتمعات الأخرى وهو الدعم الأسري وعلاقته بجودة الحياة لدى المعاقين بصريا وحركيا.

٢- يوجد نقصاً كبيراً في الدراسات التي اهتمت بجودة حياة الأشخاص المعاقين حركيا وبصريا على المستوى المحلى والعربي، حيث يعتبر هذا المفهوم جديداً بالنسبة لقضية الإعاقة، وعلى حد علم الباحث

:٣- تمثل الدراسة الحالية إسهاما وإضافة علمية للمكتبة النفسية السعودية في مجال المعاقين حركيا وبصريا، وذلك بما تحتويه من أدب نظري، ودراسات سابقة، وكذا مقياس جودة الحياة لدى المعاقين ومقياس الدعم الأسري الذي يمكن استخدامهما في دراسات مستقبلية

أهمية تطبيقية

١-تتبع أهمية هذه الدراسة في الاستفادة من نتائجها في بناء برنامج ارشادي لتنمية الشعور بجودة الحياة لدى المعاقين بصريا وحركيا

٢-تتمثل الدراسة الحالية في وضع برامج إرشادية توعوية اسرة المعاقين بأهمية الدعم النفسي لابنائهم المعاقين ودعمالاستقرار النفسي لدى هؤلاء الأبناء وانعكاس ذلك على جودة حياة لديهم

مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية

أ-جودة الحياة:

شعور الفرد بالرضا والسعادة وقدرته على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورقي الخدمات في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه (منسي وكاظم، ٢٠٠٦).

وتبنى الباحث تعريف منظمة الصحة العالمية وتعريب اسماعيل (٢٠٠٨) وتعرف جودة الحياة على أنها إدراك الفرد لوضعه في الحياة وفي سياق الثقافة واتساق الفهم التي يعيش فيها ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك من أهدافها، ويقاس في الدراسة الحالية بالدرجة التي يحصل علىها أفراد عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة المعد لهذا الغرض

ب-الدعم الأسري المدرك:

يعرف الدعم الأسري ويعرف الدعم الأسري بأنه إدراك الفرد لوجود أشخاص ذي أهمية في حياته يمكنه الاعتماد عليهم والثقة فيهم واللجوء إليهم عند الأزمات (شند، ٢٠٠١، ص٢٦٨) . وتعرف الدعم الأسري أيضا هو أن تقف الأسرة بكل إمكانياتها مع أفرادها وأن توفر لهم ما يحتاجونه من غذاء وكساء ومأوى ودواء وتهذيب وتربية وتعليم ورعاية وحب ودفئ وحنان وأمان وقسط وافر من الراحة حتى يتمكنون من الوصول إلى أقصى طاقــاتهم وإمكانياتهم من العلم والتفكير والإبداع (صوشى ،٢٠١٧، ص٤٢).

ويعرف الباحث الدعم الأسري المدرك إجرائياً بالدراسة الحالية على أنه: إدراك المعاق بوجود

آخرين يمكنهم مساعدته ومشاركته والاهتمام به وتوجيهه وتشجيعه في جميع جوانب الحياة وتحدد بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس الدعم النفسي والاجتماعي المستخدم بالدراسة الراهنة.

ج-المعاق حركيا:

تعرف زينب شقير (٢٠١٣) المعاق حركيا بأنه الشخص الذي لديه عائق جسدي يعوقه من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض أو إصابة أدت إلى ضمور في العضلات أو القدرة الحركية أو الجسمية أو كليهما معا في الأطراف السفلى أو العليا وأحيانا يؤدى إلى اختلال في التوازن الحركي أو بتر في الأطراف، ويحتاج الفرد إلى برامج طبية ونفسية واجتماعية وتربوية ومهنية لمساعدته في تحقيق أهدافه الحياتية والعيش بأكبر قدر من الاستقلالية.

يعرف الباحث المعاق حركيا إجرائيا في الدراسة الحالية بأنه الشخص ذو الإعاقة الجسدية والتى تمنعه من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض او اصابة ادت الى ضمور في العضلات، او فقدان القدرة الحركية، او الحسية، او كلتيهما معا في الأطراف السفلي او العليا مصحوبة باختلال في التوازن الحركي والذي تم تشخيصه من قبل الجهات المختصة بأنهم من ذوي الإعاقة الحركية.

د-المعاق بصريا:

الكفيف هو من فقد القدرة على الإبصار أو الذي لم يتمكن من القدرة على القراءة والكتابة حتى بعد استخدام المصححات البصرية. أما ضعيف البصر فهو ذلك الشخص الذي يمكنه القراءة والكتابة باستخدام المعينات البصرية (الروسان، ٢٠١١).

يعرف الباحث المعاق بصريا إجرائيا في الدراسة الحالية بأنه الشخص الكفيف والذي تم تشخيصه من قبل الجهات المختصة بأنهم من ذوي الإعاقة البصرية.

الإطار النظري للدراسة

سوف نتناول متغيرات الدراسة من حيث التعريف ومكوناتها وبعض النظريات المفسرة لها علي النحو التالي

ا- جودة الحياة

أ- تحديد مفهـــــــوم جـــــــودة الحيـــــــاة

أصبح موضوع جودة الحياة بؤرة تركيز الكثير من الدراسات خلال السنوات الأخيرة، ومن مجالات البحوث الأسرع نمواً في العالم حالياً. غالبا ما تعرف جودة الحياة باعتبارها "إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة، وأنساق القيم التي يعيش فيها، ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه، وتوقعاته، وقيمه، واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، وحالته

النفسية، ومستوى استقلاليته، وعلاقاته الاجتماعية، واعتقاداته الشخصية، وعلاقته بالبيئة بصفة عامة" حسب منظمة الصحة العالمية" (أبو حلاوة، ٢٠١٠)

وأكد كل من بونومي وآخرون (Bonomi et al.,2000)أن جودة الحياة مفهوم واسع يتأثر بجوانب متداخلة من النواحي الذاتية والموضوعية، مرتبطة بالحالة الصحية والحالة النفسية للفرد، ومدى الاستقلال الذي يتمتع به، والعلاقات الاجتماعية التي يكونها، فضلا عن علاقته بالبيئة التي يعيش فيها.

يعد مفهوم جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد ويشير إلى "تصور الفرد لموقفه في الحياة في سياق الثقافة وأنظمة القيم في التي يعيشونها وفيما يتعلق بأهدافهم وتوقعاتهم ومعاييرهم "ويتأثرون بصحة الشخص الجسدية والحالة النفسية(Pequeno et al.,2020)

ويعرف سويعد (٢٠١٦) جودة الحياة بأنها "شعور الفرد بالسعادة والهناء، وقدرته على إشباع حاجاته المتنوعة، وصولا إلى مستوى معين من الصحة النفسية، والتوافق النفسي والاجتماعي".

وتعرف أدريس (٢٠٢١) المقصود بجودة الحياة شعور الفرد بالرضا والسعادة وقدرته على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة، ورقي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه

كما يقصد بجودة الحياة في هذه الدراسة:" نوعية الحياة التي يرغب الإنسان في أن يحققها، فإذا كان معنى الحياة واضحا ومرتفعا لديه فإن الحياة تبدو لنسبة له مثيرة جدا، وأن كل يوم يكون جديد تماما، ويلازمه شعور أنه وجد ما ظل يبحث عنه طيلة حياته، ويستطيع أن يحدد الأشياء المفقودة من حياته بدقة ووضوح، وتظل النشاطات تتمتع بجاذبيتها كأول مرة (مبروح ،٢٠٢١)

أبعـــــــــاد جـــــــــــودة الحيـــــــــــــاة:

درس لوا ساكي (Lwasski) بعض العينات من ثقافات مختلفة في آسيا والشرق الأوسط، واقترح بعض الأبعاد التي قد تؤدي إلى تحسين جودة الحياة منها (التعليم والتنمية البشرية والتواصل الاجتماعي والثقافي، والبحث عن معنى في الحياة، والهوية وتقدير الذات) (هبري & يحيى، 2018). ووجد أن المشاعر الإيجابية المرتبطة بالتفاؤل والسعادة توجد في الحياة الجيدة والتنعم والرضا عن الحياة وجودة الحياة نتاج للصحة النفسية الجيدة مع التأكيد على أهمية تحسين جودة الحياة كهدف لبرامج الصحة النفسية (القحطانى & الكثيري،٢٠١٧).

وتعكس جودة الحياة جانبين أساسيين هما الجانب الموضوعي والجانب الذاتي. ويشير الجانب

الموضوعي إتاحة التعلم، إلى مؤشرات مثل معايير وتوفير الخدمات الطبية، ومستوى التلوث، ومستوى المرافق الأساسية والمواصلات العامة. في حين يشير الجانب الموضوعي إلى درجة رضا الشخص عن حياته، والذي د اركه لظروفه المعيشية يعد دالة لقيمه. ويرى بعض الباحثين أهمية الجانب الذاتي في تقدير جودة الحياة، ومن بينهم من يري أن جودة الحياة هي درجة الرضا التي يشعر بها الفرد تجاه المظاهر المختلفة في الحياة ومدى سعادته بوجوده في هذا العالم. وتشمل جودة الحياة الخبرات الشخصية لمواقف الحياة، والعوامل الداخلية التي ترتبط بأفكار الفرد حول حياته وكذلك عوامل خارجية ترتبط بسلوكيات التواصل الاجتماعي، ومن ثم جودة الحياة هي الشعور الشخصى للفرد بالرغم من تأثرها بالإمكانات المادية (الشهرى،٢٠١٥).

النظريات المفسرة لجودة الحياة: في هذه الفقرة نستعرض بعضاً من النظريات والنماذج التي فسرت جودة الحياة

النظرية الوظيفية

عرف علماء الاجتماع والباحثون الوظيفيون جودة الحياة من خلال الوظيفة التي تؤديها بالنسبة للفرد والمجتمع، التي لا تشتمل على إشباع الحاجات الأساسية فقط وإنما تمتد للحاجات اليومية، والمعنوية، والكمالية، والترفيهية لتحقيق التوازن النفسي للفرد من خلال تحقيق ذاته أما البنائيون فيعرفونه من خلال المكونات التي تشكل بناؤها بتحليل جودة الحياة إلى متغيرات وعناصر يمكن قياسها من خلال مؤشرات محددة متجانسة فيما بينها (الجوهري، ٢٠١٠).

نظرية لاوتن Lawton Theory

طرح لاوتن (Lawton,1996): مفهوم طبيعة البيئة ليوضح فكرته عن جودة الحياة والتي تدور حول الآتي: أن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفين هما:

الظرف المكاني: إن هناك تأثيرا للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة الحياة، ولطبيعة البيئة في الظرف المكاني تأثيران أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلا، وللآخر تأثير غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضا الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

الظرف الزماني: إن إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجاباً كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته، وبالتالي يكون التأثير أكثر إيجابية على شعوره بجودة الحياة (مبارك،٢٠١٠، ص٧٢٣).

نظرية جودة العوامل الموضوعية: تتصل المظاهر الموضوعية لجودة الحياة بالعوامل الخارجية المرتبطة بالمجتمع الذي يعيش فيه الفرد، فهي تتضمن الدخل، والحالة الاجتماعية،

والحالة الصحية، لذا فدائما ما ترتبط جودة الحياة الموضوعية ارتباطا وثيقا بالثقافة التي يعيش الفرد في ظلها (العنزي،٢٠١٨).

٢-الدعم الأسري

تعتبر الأسرة هي الحضن الاجتماعي الأول الذي ينمو فيه الطفل وتتحدد فيه معالم شخصيته، وللأسرة دور مهم في خلق جيل يتمتعون بالصحة النفسية، ويلزمون بقيم المجتمع الذي يعيشون فيه و اتجاهاته، كما أنه في السنوات الأولى مهمه حيث تعتبر بالنسبة للطفل المصدر التي يقضيها الطفل في الأسرة و من خلال خبراته المتنوعة وعلاقاته الاجتماعية المتعددة، والمواقف التي تقابله و يختبر فيها إمكانياته وقدراته يكون الطفل مدركا الذي يؤثر في سلوكه في المستقبل و يؤثر على علاقته مع نفسه ومع الأخرين

ويعرف الشناوي وعبد الرحمن (١٩٩٤) بأنها "تلك العلاقات القائمة بين الفرد وآخرين والتي يدركها على أنها يمكن أن تعاضده عندما يحتاج إليها ". كما تعرفها أمينة رزق (٢٠٠٢) على أنه "مقدار ما يتلقاه الفرد من دعم وجداني ومعرفي وسلوكي ومادي من الآخرين في بيئته الاجتماعية عندما يكون بحاجة إلية.

محاور للدعم الأسري:

الدعم السلوكي: هو "مساعدة الفرد من خلال الأداء والقيام بسلوكيات من الأفراد المحيطين به وقت الحاجة إلى تلك المساعدة"

الدعم الارشادي: هو "تقديم التوجيه والإرشاد والنصح والتعليمات إلى الفرد من الأفراد المحيطين به وقت الحاجة إلى ذلك."

الدعم المعرفي: هو "تزويد الفرد بالمعلومات المطلوبة من الأفراد المحيطين به وقت الحاجة إلى ذلك

الدعم (الوجداني)العاطفي :هو " اهتمام وتقدير يقدم للفرد من الأفراد المحيطين في أثناء تفاعلهم الاجتماعي معه (زايد، ٢٠٠٩).

مصادر الدعم الأسري

قسم مصادر الدعم الأسري إلى قسمين، أشار إليهما دانست، (Dunst,2002) وهما:

مصادر الدعم الرسميFormal Support Resources .

مصادر الدعم غير الرسميInformal Support Resources

- مصادر الدعم الرسمي Formal Support Resources

يقصد به الدعم الذي تحصل عليه الأسرة من المؤسسات والجمعيات الخاصة والعامة، وقد يتمثل الدعم بالتدريب أو بأداة مساندة أو بالإرشاد النفسي وغير ذلك من الخدمات التي توفرها هذه الهيئات ومن صور هذا الدعم: دعم الأخصائيين والدعم العاطفي والدعم المعلوماتي والدعم المادي والدعم القانوني والأخلاقي.

- **مصادر الدعم غير الرسمي** Informal Support Resources

ويقصد بها الدعم الاجتماعي (Social Support) الذي تحصل عليه الأسرة من أفراد الأسرة الممتدة، ومن الجيران والأصدقاء والزملاء في العمل، والذي يؤدي إلى شعور الأسرة بأنَ الآخرين يشعرون بها ويحبونها ويتفهمون مشكلاتها وحاجاتها(جميل & ضمرة، ٢٠١٦).

وقد اتجهت الدراسات إلى معرفة ما للمساندة الاجتماعية من دورٍ في تقبل الأسر للإعاقة داخلها، حيث تسهم الشبكات الاجتماعية ومجموعات الدعم الأسرية في تقبل الأسرة لإعاقة طفلها ومساعدتها للتغلب على الضغوط النفسية التي تمر بها ومواجهتها، والتخفيف من عزلتها ووحدتها، وإعادة ثقتها بقدرتها على مساعدة طفلها، وهذا هو الهدف الأسمى الذي تسعى برامج الدعم الأسري لتحقيقه (زايد ،٢٠٠٩).

النظريات والنماذج المفسرة للدعم الأسري

نموذج الأثر الرئيس للمساندة الاجتماعية: اشتق هذا النموذج أدلته من واقع التحليلات الإحصائية التي أظهرت وجود أثر رئيس لمتغير المساندة ، مما جعل البعض يطلق عليه نموذج الأثر الرئيسي ويصور هذا النموذج المساندة الاجتماعية على أنها تفاعل اجتماعي منظم ، واندماج في الأدوار الاجتماعية المختلفة داخل المجتمع ، ويفترض هذا النموذج أن زيادة حجم وكمية المساندة الاجتماعية لـ حساسه بالرضا عن حياته والتوافق م تأثيرات إيجابية على الصحة النفسية للفرد وا ع بيئته سواء كان واقعا تحت ضغط أم لا (الشناوي وعبد الرحمن ، ١٩٩٤ ، ٣٧).

النظرية السلوكية :يؤكد العلماء السلوكيون ومن بينهم "بافلوف Pavlov "ومن بعده "واطسون " Watsonعلى أن للأسرة أهمية كبرى في تشكيل الأشخاص، ولعل قول واطسون المعروف "أعطوني أثني عشر طفلا أصحاء سليمي البنيان، في عالمي الخاص لكي أربيهم، وأنا كفيل بأن أجعل من بينهم والعالم والقاضي واللص". وهذا القول يبين مدى تأكيد السلوكيين على أهمية علاقة الوالدين بالأبناء في تشكيل سلوكهم (حبشى، ٢٠٠٨).

إن تأثير الأسرة في تشكيل السلوك الاجتماعي للطفل يتم من خلال ما نسميه بعملية التنشئة الاجتماعية ، فعن طريق هذه العملية يكتسب الطفل السلوك، والعادات، والعقائد، والمعايير،

والدوافع الاجتماعية التي تقيمها الأسرة، والفئة الثقافية التي تنتمي إليها، كما أن إحدى الطرق التي يستخدمها الآباء في عملية التنشئة الاجتماعية لأطفالهم هي طريقة الثواب، والعقاب التي توقع على الطفل بشكل مباشر(عثمان، ١٩٨٠).

تعقيب الباحث: يري الباحث أن كلا من نظريتي التعلم الاجتماعي والسلوكي فسرتا الدعم الأسري من خلال عملية التنشئة الاجتماعية ويرون أن محور هذا الدعم هو علاقة الوالدين بأبنائهم لما لها من أهمية بالغة في جوانب النمو المختلفة اجتماعياً، نفسياً، انفعاليا وغيرها حيث يشير إلى أن حرمان الأبناء من التفاعل ذا تأثير فكرياً سلبياً على النمو الجسمي، والعقلي، والانفعالي، الاجتماعي والعاطفي يؤثر تأثيرا على النمو الاجتماعي للأبناء؛ وذلك بسبب عدم توافر الخبرات التفاعلية الطبيعية مع الألم ، وهي خبرات الحنان من ناحية وبين الحب المشروط والعطف، والأمان، والاستجابة السريعة من ناحية أخرى؛ لإشباع حاجاته الأساسية التي تساعده على التكيف مع البيئة الاجتماعية المحيطة والتوافق في تعامله مع من يتعامل معهم من أسره وأقران وغيرهم.

تصنيف الإعاقة البصرية والحركية حسب الدرجة

تصنيف الإعاقة الحركية من حيث الدرجة

١-**إعاقة الشلل:** يشير الشلل إلى نوع من العجز الحركي ينجح عن إصابة المخ بنوع من التلف، وتوجد أنواع أخرى من الشلل الذي يصيب العمود الفقري الناتج عن إصابة الحبل الشوكي والحبل الشوكي هو ذلك الجزء من الجهاز العصبي المركزي الذي يمتد من قاع الجمجمة إلي أسفل الظهر، وتعمل خلايا الحبل الشوكي والأنسجة العصبية إلي نقل وتحويل الأحاسيس والمعلومات الآتية من خارج الجسم عن طريق الحواس والعضلات والأجهزة الحركية والجلد لعمل اللازم. وتنتج إصابات الحبل الشوكي من الإصابات في العنق أو في الظهر، كإصابات- حوادث الطرق وإصابات العمل والإصابات الرياضية وإصابات إطلاق النار سواء كانت مقصودة أو غير مقصودة والتي تصيب العمود الفقري وتؤذي الحبل الشوكي

٢-**عاقة بتر الأطراف:** لبتر حالة من العجز تحدث في أي وقت من أوقات العمر، وقد يولد به الفرد كما يظهر في حالات البتر الخلقي ويؤثر البتر على الإنسان طفلا كان أو راشداً أو مسناً، من خلال استئصال طرف من أطراف الجسم وقد يتم البتر لإنقاذ حياة المريض أو لتحسين أداء العضو الذي تمنعه الإصابة من القيام بوظيفته على الوجه الأكمل (عبده وحلاوة، ٢٠٠١).

تصنيف الإعاقة البصرية من حيث الدرجة

١-فاقدوا البصر تماماً: وهم يعانون من غياب الرؤيا تماماً مع بعض الإدراكات الضوئية.

٢-فاقدوا البصر جزيئا : وهم الذين يتمتعون ببقية من الإبصار تمكنهم من التوجه إلى الضوء وإدراك الأجسام كما تعمل على تسهيل التنقل والتعلم والتعامل مع العالم الخارجي, وتبلغ درجة إبصارهم من ١/ ٥٠ - ٢ / ٥٠.

٣-المصابون بالعمش العميق :وهم الذين لديهم مقدار من الرؤية المتبقية، حيث يرون الأجسام بشكل أفضل مع تمييز الألوان، ويتمكنون من قراءة وكتابة العناوين الكبيرة ورؤية الرسوم (حسين، ٢٠٠٣).

دراسات سابقة:

من خلال مراجعة قواعد المعلومات العربية والأجنبية في موضوع الدراسة الحالية أمكن تقسيم الدراسات السابقة وفقا لمتغيرات الدراسة الحالية إلى الفئات التالية هي على النحو التالي:

الفئة الأولى: دراسات تناولت جودة الحياة لدى المعاقين بصريا وحركيا

تناولت بخش (٢٠٠٦) الفروق في جودة الحياة بين المعاقين بصريا والعاديين بالمملكة العربية السعودية، كما هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين جودة الحياة ومفهوم الذات لدى هؤلاء العاديين والمعاقين بصريا. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي كما تكونت عينة الدراسة من ٥٠ معاقا بصريا ومثلهم من العاديين، ممن تتراوح أعمارهم بين ١٥-١٨ سنة بالمملكة العربية السعودية تم تطبيق عليهم مقياس مفهوم الذات ومقياس جودة الحياة، وباستخدام المتوسطات والانحرافات المعيارية واختبار ت ومعاملات الارتباط، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين العاديين والمعاقين بصريا لصالح العاديين، ووجود علاقة دالة وموجبة بين مفهوم الذات وجودة الحياة لدى عينة العاديين والمعاقين بصريا.

كذلك تناولت دراسة القصيري (٢٠١٤) مستوى جودة الحياة عند الأشخاص المعاقين بصريا وغير المعاقين في المملكة العربية السعودية في مجالات (جودة الصحة العامة، جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، الحياة الوظيفية، جودة العواطف، جودة الصحة النفسية، جودة شغل الوقت وإدارته). ومن أجل تحقيق هذا الهدف، وقام الباحث بتطبيق استبانة جودة الحياة الاجتماعية على عينة مكونة من (١٥٠) شخصا معاقا بصريا، و (١٥٠) شخصا غير معاق، وذلك وفق متغيرات الدراسة (العمر، الحالة الاجتماعية وجهة العمل). وقد بينت نتائج الدراسة وجود دلالة إحصائية بين المعاقين بصريا وغير المعاقين في جميع أبعاد جودة الحياة وكذلك وفقاً لجميع متغيرات

الدراسة المستقلة وذلك لصالح الأشخاص غير المعاقين، كما تبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بحسب متغير العمر لصالح العاملين في القطاع الحكومي، وفي متغير العمر لصالح الفئة العمرية أكثر من ٣٣ سنة، وفي متغير الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين، في مقارنة جودة الحياة للمعاقين بصريا حسب متغيرات الدراسة. وبناء على نتائج الدراسة، قدم الباحث مجموعة من التوصيات هدفت إلى رفع مستوى جودة الحياة لدى المعاقين بصريا في شتى المجالات الاجتماعية والصحية والنفسية، وتقديم البرامج والخدمات المناسبة للحد من الفجوة في جودة الحياة بين الأشخاص المعاقين وغير المعاقين .

وهدفت دراسة كوفليكار وآخرون (Kuvalekar et al., ,2015) إلى تقييم جودة الحياة (QOL) للأشخاص ذوي الإعاقة الحركية، وتأثيرها على أنشطة الحياة اليومية.(ADL) تكونت عينة الدراسة من ١٣٠ معاقا جسدياً من بين المشاركين في الدراسة، كان ٣٦,٢ ٪ لديهم إعاقة منذ الولادة، أي خلقي .السبب الشائع الثاني للإعاقة هو الشلل المتبقي بعد شلل الأطفال حيث وجد بين ٢٦,٢٪ من المستجيبين .الأسباب الأخرى التي تم العثور عليها كانت السكتة الدماغية / الشلل والحوادث، في ١٩,٢٪ و ١٨,٥٪ المستجيبين على التوالي يتم اختيارهم باستخدام تقنية أخذ العينات الملائمة .تم استخدام مقياس WHO BREF لتقييمQOL ، بينما تم إجراء تقييم ADL باستخدام مؤشر تم إجراء التقييم الاجتماعي والديموغرافي باستخدام مقياس Udai Pareek.وأظهرت أنشطة مثل النقل والتنقل وصعود الدرج تأثيراً أكبر للإعاقة الجسدية .على جودة الحياة حيث وجد أن ١١,٥٪ من المستجيبين طلبوا المساعدة في واحدة من .ADL. تم العثور على درجة QOL منخفضة في المجال النفسي مما يعكس المشاعر السلبية والصورة الجسدية والمظهر والروحانية واحترام الذات لدى المستجيبين.

كما سعت دراسة البليطى (٢٠١٧) إلى التعرف على العلاقة بين كل من المساندة الاجتماعية وجودة الحياة، بالصمود النفسي لدي المعاقين حركيا من الجنسين والتعرف على الفروق بين الجنسين في الصمود النفسي، ومدي إمكانية التنبؤ بالصمود النفسي من خلال المساندة الاجتماعية وجودة الحياة وإسهام كل منهما في التنبؤ، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي لتحقيق أهداف الدراسة، تكونت عينه الدراسة من (٦٠) طفلا معاقا حركيا من الذكور والإناث تتراوح أعمارهم بين (٨-١٢) سنة واستخدمت الباحثة مقياس الصمود النفسي، ومقياس المساندة الاجتماعية ومقياس جودة الحياة ، وقامت الباحثة باستخدام معاملات الارتباط (ت) وتحليل الانحدار المتعدد لتحليل بيانات الدراسة، وقد أسفرت النتائج عن وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين أبعاد الصمود النفسي وكل من المساندة الاجتماعية وجودة الحياة ، توجد فروق ذات

دلالة إحصائية بين متوسطات مرتفعي ومنخفضي المساندة الاجتماعية وجودة الحياة في مستوي الصمود النفسي لصالح ذوي المتوسطات المرتفعة في المساندة الاجتماعية. كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الذكور والإناث في الصمود النفسي لصالح الذكور، كما أوضحت النتائج إلى إمكانية التنبؤ بالصمود النفسي من خلال المساندة الاجتماعية وجودة الحياة كما جاءت جودة الحياة في المقدمة من حيث الترتيب في الإسهام.

وهدفت دراسة عبد القادر (٢٠١٨) إلى التعرف على مظاهر جودة الحياة لدى عينة من المراهقين المكفوفين، وتكونت عينة الدراسة من (١٠) من المراهقين المكفوفين (٥ من الذكور، ٥ من الإناث) تراوحت أعمارهم بين (٩-١٤) سنة، وتم تطبيق: مقياس جودة الحياة للمراهقين المكفوفين من إعداد الباحث، وتم تطبيق المقياس على أفراد الدراسة بطريقة فردية. كشفت الدراسة عن وجود فروق في جودة الحياة لصالح متوسط الرتب في القياس البعدي وأكدت الدراسة على أن وجود أشخاص مبصرين يمكن أن يثق الكفيف فيهم وهي المسؤولة علي جودة الحياة لدي الكفيف.

وفحصت دراسة (Heräjärvi et al., 2020) جودة الحياة الذاتية بين الشباب ذوي الإعاقات الحركية الشديدة وتكونت عينة الدراسة من ٧٤ شاباً (متوسط العمر ٢٠,١٩) يعانون من إعاقات جسدية شديدة، طبق عليهم مقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة، كشفت الدراسة عن عدم فروق بين الجنسين في جودة الحياة في أبعادها (الصحة والعلاقات الاجتماعية) بين الشباب المعاقين حركيا كما ارتبط العمر والجنس وشدة الألم بجودة الحياة. كما كشفت الدراسة عن وجود ارتباط سالب ودال إحصائيا بين شدة الإعاقة الحركية وجودة الحياة.

الفئة الثانية: دراسات تناولت للدعم النفسي والاجتماعي لأبنائهم المعاقين

من هذه الدراسات دراسة أجراها المدهون (٢٠٠٤) التى هدفت الدراسة إلى كشف العلاقة بين المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المعوقين 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 و الأسري والاجتماعي والمهني وتحسين مستوى درجة الصحة النفسية عند هؤلاء الأفراد، وتكونت حركيا من الجنسين، منهم (٧٦) معاقا و(٦٤)معاقة تم اختيارهم من عينة الدراسة من (١٤٠) معاقا حركياً في محافظة غزة ، وتتراوح أعمارهم من (١٨-٥٠) طبق الباحث الدراسة على أربعة مراكز للمعاقين واستخدم الباحث مقياسين رئيسيين هما: مقياس المساندة الاجتماعية، ومقياس الصحة وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي: وجود علاقة إيجابية دالة بين المساندة الاجتماعية من ناحية والدرجات التي حصلت عليها نفس المجموعة في أبعاد الصحة النفسية من

ناحية أخرى 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 المعاقين حركياً من حيث أبعاد الصحة المرتفعين والمنخفضين في المساندة الاجتماعية للمعاقين 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 النفسي.

وهدفت دراسة العنزي (٢٠١٢) التعرف على شبكات الدعم الاجتماعي وعلاقتها بالتوافق الزواجي والمهارات التكيفية للتلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة بدولة الكويت. وذلك من خلال الإجابة على الأسئلة التالية: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات أبعاد التوافق الزواجي لوالدي التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة باختلاف درجتي تكرار وفعالية تواصل شبكات الدعم الاجتماعي؟ هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجتي تكرار وفعالية تواصل شبكات الدعم الاجتماعي والتوافق الزواجي لوالدي التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة؟ هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين أبعاد التوافق الزواجي لوالدي التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة والمهارات التكيفية للتلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة؟ هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجتي تكرار وفعالية تواصل شبكات الدعم الاجتماعي لوالدي التلاميذ ذوي الإعاقـــــة الذهنية البسيطة والمهارات التكيفية للتلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة؟ تكونت عينة الدراسة من (٤٢) تلميذا، تتراوح أعمارهم ما بين (٦ – ٩) سنوات من فئة الإعاقة الذهنية البسيطة بمدرسة التربية الفكرية للبنين بدولة الكويت للعام الدراسي (٢٠٠٨ – ٢٠٠٩ م)، ينتمون إلى (٤٢) أسرة تتراوح أعمار الآباء ما بين (٢٩ –٥٣) سنة، وتتراوح أعمار الأمهات ما بين (٢٧ –٥٠) سنه. واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس شبكة الدعم الاجتماعي من إعداد الباحث. مقياس التوافق الزواجي من تعديل الباحث. مقياس السلوك التكيفي مجال المهارات الاستقلالية. وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: نتائج السؤال الأول: وجود فروق دالة إحصائيا لجميع أبعاد التوافق الزواجي لوالدي التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة باختلاف درجتي تكرار وفعالية شبكات الدعم الاجتماعي وذلك لصالح مجموعة الأزواج والزوجات ممن لديهم تكرار وفعالية تواصل مرتفع لشبكات الدعم الاجتماعي. نتائج السؤال الثاني: وجود علاقة إيجابية دالة إحصائيا بين جميع أبعاد التوافق الزواجي لوالدي التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية

البسيطة ودرجتي شبكات الدعم الاجتماعي. وجود علاقة إيجابية وذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٠١) بين أبعاد التوافق الزواجي للأزواج باختلاف درجتي شبكات الدعم الاجتماعي. وجود علاقة إيجابية وذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٠١) بين بعد التوافق الأسري للزوجات وبين درجتي شبكات الدعم الاجتماعي، أما بعدي التوافق الشخصي والنفسي الاجتماعي فلم تكن علاقتهما بشبكات الدعم الاجتماعي ذات دلالة إحصائية. نتائج السؤال الثالث: وجود علاقة إيجابية دالة إحصائيا بين جميع أبعاد التوافق الزواجي للأزواج، وبين المهارات التكيفية للتلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة. وجود علاقة إيجابية متوسطة القوة وذات دلالة إحصائية بين بعد التوافق الأسري للزوجة وبين المهارات التكيفية للتلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة، أما بعدي التوافق الشخصي والنفسي الاجتماعي فلم تكن علاقتهما بالمهارات التكيفية ذات دلالة إحصائية. نتائج السؤال الرابع: وجود علاقة إيجابية دالة إحصائيا بين شبكات الدعم الاجتماعي لوالدي التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة وبين المهارات التكيفية للتلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة.

كما هدفت دراسة ضمرة (٢٠١٦) الدراسة الحالية إلى التعرف على مستوى دعم أسر الأطفال المعاقين في الأردن واقتراح أنموذج للدعم. وتكونت عينة الدراسة من (١٢٠) أسرة من أسر الأطفال المعوقين في الإعاقات العقلية، والتوحد، والحركية، والسمعية، والبصرية من مجتمع الدراسة، بواقع (٤٠) أسرة من أسر الأطفال المعوقين عقلياً، و(٢٠) أسرة لكل من إعاقات التوحد، والحركية، والسمعية، والبصرية، تم اختيارها بطريقة قصدية من الأسر التي وافقت وتعاونت للإجابة عن أدوات الدراسة كما تكونت العينة أيضاً من (٥٠) أسرة من أسر الأطفال العاديين الملتحقين بالمدارس العادية القريبة من مراكز الأطفال المعوقين بحيث تكونت العينة النهائية من (١٧٠) أسرة. وتحقيقاً لهدف الدراسة، أعدت صورة معربة لمقياس الدعم الأسري ، ثم تمّ تطبيق أداة الدراسة على أفراد عينة الدراسة. أشارت النتائج إلى أنّ مستوى الدعم لأسر الأطفال المعوقين بشكل عام كان متوسطا، وكذلك لجميع أسر الأطفال المعوقين في الإعاقات العقلية، والتوحد، والسمعية، في حين أنّ مستوى الدعم كان منخفضاً لأسر الأطفال المعوقين حركياً وأسر الأطفال المعوقين بصرياً. وأشارت نتائج الدراسة كذلك إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أسر الأطفال ذوي الإعاقات وأسر الأطفال العاديين على الدرجة الكلية للدعم الأسري بين أسر الأطفال المعوقين وأسر الأطفال العاديين. كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية (٠,٠٥)في مستوى الدعم الأسري لأسر الأطفال المعوقين تعزى لنوع الإعاقة. وأشارت نتائج الدراسة كذلك إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية (٠,٠٥) في مستوى الدعم الأسري بين أسر الأطفال المعوقين الذكور وأسر الأطفال المعوقين الإناث، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية

في مستوى الدعم الأسري لأسر الأطفال المعوقين تعزى لمتغير المستوى التعليمي للوالدين، إذ كانت هذه الفروق لصالح الآباء من حملة الدرجات العلمية العليا عند مقارنتها مع الآباء الذين يحملون درجات الدبلوم أو الثانوية العامة وما دون. وأشارت نتائج الدراسة كذلك إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية (٠,٠٥) في مستوى الدعم الأسري لأسر الأطفال المعوقين تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية للوالدين، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية (٠,٠٥)في مستوى الدعم الأسري بين الأسر التي يزيد دخلها عن ١٠٠٠ دينار والأسر التي تقل عن ذلك.

وهدفت دراسةعصرى وعفيفة (Asri, & Afifah,2020) هي وصف وشرح أنواع الدعم الاجتماعي المقدم من العائلات والمقيمين في المجتمعات المجاورة لـــ الأفراد ذوي الإعاقات العقلية في Ponorogo Regency. تكونت عينة الدراسة من 27 شخصاً من ذوي الإعاقات العقلية واستخدمت الدراسة مقياس الدعم الاجتماعي النفسي الأسري أظهرت النتائج أن العائلات والمواطنين العاديين وحكومة القرية في مقاطعة جامبون، تقدم الدعم الاجتماعي للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية من خلال توفير التدريب على مهارات الرعاية الذاتية والمعلومات والمساعدة في رعاية أفراد الأسرة ذوي الإعاقات العقلية. بطريقة مماثلة؛ تم تعيين التدريب على المهارات الاجتماعية والحياتية.

الفئة الثالثة: **دراسات تناولت الدعم النفسي والاجتماعي وعلاقتها بجودة الحياة لدى المعاقين**

تناولت دراسة الهنداوي (٢٠١١) علاقة الدعم الاجتماعي بمصادره المختلفة المتمثلة في الأسرة والأقارب، والأصدقاء، ومؤسسات المجتمع، بمستوى الرضا عن جودة الحياة بأبعادها المتمثلة في جودة الحياة وإدارتها، والجودة الأسرية، وجودة الصحة العامة، والجودة النفسية، وجودة العلاقات، وجودة شغل الوقت، وقد تمثلت مشكلة الدور الاجتماعي، والجودة المهنية، وجودة الحياة الزوجية لدى المعاقين. لذا استخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت عينة الدراسة من (201) من المعاقين حركياً بإعاقات متعددة من كلا الجنسين منهم (١١٩) من الذكور حيث شكلوا نسبة 59.2 %ومنهم (٨٢) من الإناث حيث شكلوا نسبة 40.8%حيث تراوحت أعمارهم من ١٨ سنة فما فوق، وقد قام الباحث بتطبيق أدوات توصلت بالدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصادر الدعم الاجتماعي، والرضا عن جودة الحياة لدى أفراد العينة المعاقين حركيا. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية، والرضا عن جودة الحياة لدى أفراد العينة المعاقين حركيا 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 0.01بين 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 0.05على بعد الجودة المهنية، وعند مستوى و0.01على بعد جودة الحياة الزوجية، والفروق لصالح مرتفعي الدرجة على مصدر الأصدقاء.

وبحثت دراسة (Zheng et al., ,2014)مستويات جودة الحياة ودرجة العناية والرعاية وشدة الإعاقة والموقف الشخصي للفرد اتجاه الإعاقة الحركية للصينيين وكيفية تأثر جودة حياة المشاركين في الدراسة وموقفهم من شدة الإعاقة إلى جانب استخدام نماذج تركيبية مساوية لبحث تأثير المتغيرات الأخرى علي جودة الحياة وسجلت الإعاقة الخفيفة نسبة 72.1ومستويات جودة الحياة المنخفضة نسبيا 22.3–65.2 ،وسجل الموقف الشخصي الذي يكره الإعاقة نسبة 75.2 – 36.3 وطبقا للبحث وجد أن تأثير شدة الإعاقة على جودة الحياة لا يتضح بشكل مباشر ولكن بشكل غير مباشر يظهر في المواقف الشخصية تجاه الإعاقة وقد رصدت حالة صحية متدنية في الصين لدي المصابين بالإعاقات لذلك يجب تحسين الرعاية الصحية المقدمة إليهم ويجب أن تركز الأبحاث القادمة علي تفهم حاجات المعاقين من مستوي رعاية صحية أفضل لتساهم في إشراكهم وتداخلهم مع المجتمع.

وسعت دراسة (Yeung &Towers,2014) إلى استكشاف العلاقات بين الدعم الاجتماعي، وجودة الحياة بين الشباب ذوي الإعاقة .أجريت الدراسة علي١١٩ شاباً من ذوي الإعاقة أظهر النموذج النهائي المقبول في هذه الدراسة نموذجًا مناسبًا جيدًا، والذي فسر ٦٥٪ من التباين في جودة الحياة وأشارت نتائج إلى وجود فروق مرتفعي ومنخفضي إدراك الدعم الاجتماعي في جودة الحياة، والفروق في اتجاه مرتفعي إدراك الدعم الاجتماعي.

كما هدفت دراسة (Sultan et al., 2016) معرفة تأثير الدعم الاجتماعي على جودة الحياة

بين الطلاب المعوقين اشتملت الدراسة على ٧٥ طالباً من ذوي الإعاقة العظمية (٣٥ أنثى و٤٠ ذكوراً) و١٥٠ طالباً نموذجياً (٧٣ إناثًا و٧٧ ذكوراً) تتراوح أعمارهم بين ١٢ و٣٥ عاماً = M) (17.11 ± 4.71تم تطبيق مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (نسخة مختصرة) ومقياس متعدد الأبعاد للدعم الاجتماعي المتصور وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباط موجبة معنوية بين جميع المتغيرات لجميع فئات العينة .كما أظهرت النتائج أن الدعم الاجتماعي يتنبأ بشكل إيجابي بجودة الحياة (الأداء البدني، الأداء النفسي والأبعاد الاجتماعية والبيئة) لكلتا فئتي العينة.

وهدفت أسماء البلاتى (٢٠١٧) إلى التعرف علي الصمود النفسي لدي المعاقين حركيا من الجنسين وعلاقته بكل من المساندة الاجتماعية وجودة الحياة، والتعرف علي الفروق بين الجنسين في الصمود النفسي، ومدى إمكانية التنبؤ بالصمود النفسي من خلال المساندة الاجتماعية وجودة الحياة وإسهام كل منهم في التنبؤ، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي لتحقيق أهداف الدراسة، تكونت عينه الدراسة من (٦٠)طفلا معاقاً حركيا من الذكور والإناث تتراوح أعمارهم بين (٨-١٢)سنة ،واستخدمت الباحثة مقياس الصمود النفسي، ومقياس المساندة الاجتماعية ومقياس جودة الحياة، وقد أسفرت النتائج عن وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين أبعاد الصمود النفسي وكل من المساندة الاجتماعية وجودة الحياة، توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات مرتفعي ومنخفضي المساندة الاجتماعية وجودة الحياة في مستوي الصمود النفسي لصالح المرتفعين، توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الذكور والإناث في الصمود النفسي لصالح الذكور، كما أوضحت إمكانية التنبؤ بالصمود النفسي من خلال المساندة الاجتماعية وجودة الحياة كما جاءت جودة الحياة في المقدمة من حيث الترتيب في الإسهام.

كما سعت دراسة حسين، (٢٠١٧)إلى تحديد العلاقة بين جودة الحياة وبعض المتغيرات النفسية المتمثلة في أسباب مواجهة الضغوط، والمساندة الاجتماعية، وقد شارك في الدراسة (١٦٨) معاقاً حركيا بواقع (٨٤ من الذكور، ٨٤من الإناث) وتراوحت أعمارهم من (١٣-٥٠)سنه واستخدمت الدراسة المقاييس الآتية: مقياس جودة الحياة، ومقياس أساليب مواجهة الضغوط، مقياس المساندة الاجتماعية، استمارة دراسة الحالة، اختبار تفهم الموضوع، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية طردية دالة إحصائيا بين جودة الحياة والتفاعل الايجابي لدي المعاقين حركيا، توجد علاقة ارتباطية طردية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والمساندة الاجتماعية لدي المعاقين حركيا كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في جودة الحياة والمساندة الاجتماعية لصالح الذكور.

وهدفت دراسة(Hassan,2020) إلى قياس جودة الحياة للمعاقين ودراسة العلاقة بين خدمات الرعاية الاجتماعية وتحسين جودة الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة. وتكونت عينة الدراسة من ٦٧ معاقاً من المستفيدين من مركز التأهيل الشامل وجمعية الفتيات المعوقات بأسيوط. تم تطبيق مقياس جودة الحياة ذوي الإعاقة ومقياس الرعاية الاجتماعية. تشير نتائج الدراسة أن هناك علاقة كبيرة بين خدمات الرعاية الاجتماعية وتحسين جودة الحياة للأشخاص المعاقين جسدياً في جميع الأشكال الذاتية والموضوعية.

تعقيب على الدراسات السابقة:

بعد استعراض الدراسات السابقة سواء تلك التي اهتمت بدراسة جودة الحياة لدى المعاقين أم تلك المهتمة بدراسة الدعم النفسي والاجتماعي للمعاقين و تناولت علاقة الدعم الاجتماعي والنفسي بجودة الحياة – نستطيع أن نخلص إلى عدد من النقاط التالية:

١- يتضح من خلال العرض السابق لنتائج الدراسات السابقة وجود علاقة دالة إحصائيا بين الدعم الاجتماعي والنفسي وجود الحياة لدى المعاقين.

٢- معظم الدراسات السابقة كانت موجهة لعينات من الأطفال المعاقين ولم يلق المراهقين من ذوي الإعاقة العناية كما يتلقاه الأطفال، مما يجعل الباب مفتوحا لدراسة مثل هذه المتغيرات على المراهقين

٣-يوجد تباين ثقافي في معظم الدراسات المعنية بالمشكلة موضوع الاهتمام، حيث كانت تتم على عينات تنتمي إلى مجتمعات ذات أطر ثقافية مختلفة، والذي يمكن أن تسهم على نحو ما في اختلاف النتائج المتعلقة بفهم المشكلة ونتائجها

٤- الدراسات السابقة تناولت الدعم الأسري ضمن الدعم النفسي والاجتماعي للمعاقين ولم تركز على الدعم الأسري على نحو منفرد رغم أهمية الدعم الأسري للمعاقين كما معظم هذه الدراسات ركزت على المعاقين ذهنيا مما يستدعى الحاجة للقيام بالدراسة الحالية التي تركز على الدعم الأسري للمعاقين حركيا وبصريا.

فروض الدراسة:

وفى ضوء ما سبق نستطيع صياغة فروض الدراسة الحالية في الآتي:

١-توجد ارتباطات موجبة ذات دلالة احصائيا بين درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الدعم الأسري ودرجاتهم على مقياس جودة الحياة

٢-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس جودة الحياة وبين متوسطات درجاتهم على مقياس الدعم الأسري تعزى للنوع (ذكور- إناث).

٣-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس جودة الحياة وبين متوسطات درجاتهم على مقياس الدعم الأسري تعزى لنوع الإعاقة (حركي/ بصري).

إجراءات الدراسة:

أولا-منهج الدراسة: اتبعت الدراسة الحالية المنهج الوصفي الارتباطي والمقارن للتحقق من فروض الدراسة، حيث ينصب الاهتمام على محاولة اكتشاف العلاقات للدعم الأسري وجودة الحياة، والتحقق من دور الدعم الأسري في التنبؤ بجودة الحياة لدى المعاقين.

ثانيا-عينة الدراسة:

تم أختيار عينة الدراسة بالطريقة عشوائية وتكونت العينة من ١٠٨ معاق منهم ٦٣ من الذكور وعدد ٤٥ من الإناث تراوحت أعمارهم من (أقل من ١٧ سنوات حتى ٢٠ سنة) بمتوسط عمري قدره ١٩ عاما وانحراف معياري ١,٧ سنة فقد تم اختيارهم من المترددين على جميعة لأجلهم لذوي الإعاقة والجدول التالي رقم (1) يوضح بعض الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة.

جدول(١) يوضح بعض الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة(ن=١٠٨)

نوع الإعاقة	العدد	%	درجة الإعاقة	العدد	%
بصري	٣٨	%٣٥.2	شديدة	٤٢	%٣٨,٨
حركي	٧٠	%٦٤,٨	متوسطة	٤٥	%٤١,٦
الإجمالي	١٠٨	%١٠٠	خفيفة	٢١	%١٩,٤
سبب الاعاقة	العدد	%	الإجمالي	١٠٨	%١٠٠
خطأ طبى	١٠	%٩,٢٥	ترتيب المعاق	العدد	%
حادث	٢١	%١٩,٤	الأول	٢٣	%٢١,٩
عيب خلقي	٧٧	%٧١,٢	الأوسط	٤٥	%٤١,٦
الإجمالي	١٠٨	%١٠٠	الأخيرة	٤٠	%٣٧

يشير الجدول (1) إلى أن عدد المعاقين حركيا أكثر من المعاقين بصريا وأن مستوى الإعاقة المتوسطة هو السائد بين أفراد العينة وأن سبب الإعاقة الذي يمثل عيبا خلقيا يعد النسبة الأكبر وأن أغلب أفراد ذوي الترتيب الميلادي الأوسط.

جدول(٢) يوضح توزيع العينة الدراسة(ن=١٠٨) حسب الاعاقة

الإعاقة الحركية	العدد	%
إعاقة الشلل	٤٥	%٤١
إعاقة بتر الأطراف	٢٥	%٢٣
الإعاقة البصرية		
فاقدوا البصر تماماً:	١٠	%٩
فاقدوا البصر جزيئا	٢٠	%١٨,٥
المصابون بالعمش العميق	٨	%٧,٤٠
الاجمالي	١٠٨	%١٠٠

يشير الجدول السابق إلى أن معظم افراد العينة من المعاقين حركيا من ذوى إعاقة الشلل كمامعظم افراد العينة من المعاقين بصريا من فاقدوا البصر جزيئا

ثالثا- أدوات الدراسة

شملت أدوات الدراسة الحالية مقياسين فضلا عن استمارة بيانات ديموغرافية من تصميم الباحث ويمكن عرض هذه الأدوات على النحو التالي:

ا- مقياس جودة الحياة

وضع هذا المقياس منظمة الصحة العالمية (١٩٩٦) ليقدم بروفيل مختصرا عن مستوي الجودة السائد في حياة الفرد تعريب (إسماعيل، ٢٠٠٨) ويتكون من ٢٦ بندا ، يتضمن بندين (٢) لجودة الحياة العامة و للصحة العامة ، وبندا واحد فقط من الـــ ٢٤ بعدا الذي تتكون منها الصورة الأصلية لمقياس جودة الحياة والذي أعدته أيضاً منظمة الصحة العالمية (١٩٩٥، والمكون من ١٠٠ عبارة) ، لتصبح الصورة المختصرة شاملة و متكاملة.

تكونت الصورة النهائية للمقياس من ٢٦ عبارة، منها عبارتين عن جودة الحياة عامة والصحة العامة، و٢٤ بندا موزعة على أربعة أبعاد فرعية للمقياس، كما يلي:

الصحة الجسمية: Physical Health يتكون من ٧ أجزاء (الأنشطة الحياتية اليومية – الاعتماد علي العقاقير و المساعدة الطبية – القوة و الاجهاد – قابلية الحركة والتنقل – الألم والعناء – النوم والراحة – و القدرة علي العمل) وبذلك يتكون هذا البعد من ٧ بنود لقياس جودة الصحة الجسمية

هي البنود التي أرقامها ٣، ٤ ، ١٠ ، ١٥ ، ١٦ ، ١٧ ، ١٨.

الصحة النفسية Psychological Health: تتكون من ٦ مجالات هي (صورة الجسم و المظهر العام – المشاعر السلبية – المشاعر الإيجابية – تقدير الذات – معتقدات الفرد الدينية و الروحية – والتفكير – التعليم – التذكر – التركيز) وبذلك يتكون هذا البعد من ٦ بنود هي التي أرقامها ٥ ، ٦ ، ٧ ، ١١ ، ١٩ ، ٢٦ .

العلاقات الاجتماعية Social Relationship: ويتضمن هذا البعد ثلاثة مجالات هي (العلاقات الشخصية – المساندة الاجتماعية – والنشاط الجنسي) وبذلك يتكون هذا البعد من ٣ بنود أرقام ٢٠ ، ٢١ ، ٢٢ .

البيئة Environment ويتكون من ٨ مجالات هي (الموارد المادية – الحرية – الأمن و الأمان المادي – الرعاية الصحية والاجتماعية: التوافر والجودة ، البيئة الأسرية – الفرص المتاحة لاكتساب المعارف وتعلم المهارات – الاشتراك و إتاحة الفرصة للأبداع في / النشاطات الترفيهية ، البيئة الطبيعية (التلوث – الضوضاء – المرور – المناخ) ووسائل النقل. وبذلك يتكون هذا البعد من ٨ بنود هي التي أرقامها ٨ ، ٩ ، ١٢ ، ١٣ ، ١٤ ، ٢٣، ٢٤، ٢٥ .

تصحيح المقياس والدرجة الكلية: يتم الإجابة عن بنود المقياس وفقاً لمقياس مدرج تتراوح الدرجات عليه ما بين خمس درجات إلي درجة واحدة وذلك في حالة الإجابة الإيجابية حيث تشير الدرجة المرتفعة إلي ارتفاع في جودة الحياة، وتعكس هذه الدرجات في حالة الإجابات السلبية . ويتم حساب درجة كل بعد من الأبعاد الأربعة، بمتوسط مجموع درجات الفرد علي البنود المكونة لكل بعد، ثم بعد ذلك تجمع متوسط درجات الفرد علي الأبعاد الأربعة للحصول علي الدرجة الكلية ولكن بعد تحويل هذه الدرجة الكلية ، كما في المعادلة التالية :

الخصائص السيكومترية للمقياس في صورته الأصلية والمعربة: تم تقنين الصورة المختصرة لمقياس جودة الحياة على عينة من الراشدين (ن=١١٨٣٠) من ٢٣ دولة، من بين أفراد المجتمع العام وكذلك من بين نزلاء المستشفيات ودور الرعاية الصحية، وقد وجدت معاملات ارتباط مرتفعة دالة إحصائياً (من ٠,٨٩ فأكثر) بين أبعاد الصورة المختصرة لمقياس جودة الحياة وأبعاد الصورة الكلية لنفس المقياس. كذلك تم التحقق من القدرة التمييزية لعبارات المقياس، وتمتعه بالصدق التمييزي وصدق المحتوى وبالاتساق الداخلي وبثبات إعادة الاختبار. هذا فضلاً علي أنه تم إعداد صور متعددة لهذا المقياس في العديد من بلدان العالم ، والتحقق من ثباته وصدقه فقد تم إعداده للبيئة الكورية والماليزية والتايوانية والإيرانية والهندية والبرازيلية والايطالية والنرويجية

والأمريكية ، كما استخدم في عدد من دول العالم.لقد تم التحقق من كفاءة هذا المقياس من حيث ثباته و صدقه فيما يقيسه أو فيما وضع لقياسه في الدراسة الحالية على عينة مكونة من٥٠ فردا من الذكور و الإناث ، من غير عينة الدراسة الرئيسية ممن تراوحت أعمارهم بين ٢٠-٤٠ عاما ، بمتوسط عمري قدره ٢٧,٣ عاما ، و انحراف معياري قدره ٥,١٩ .

الصدق : تم تحققت من صدق البناء العاملي لمقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة) باستخدام التحليل العاملى باختبار نموذج العامل الكامن العام الذي حاز على مطابقة تامة ، حيث بلغت قيمة مربع كاي = صفر وكان مستوى دلالتها ٠,٠٠١ ، وقد نتج عن التحليل العاملي للمقياس استخلاص أربعة عوامل كامنة تنتظم حولها الأبعاد الفرعية التى يتكون منها المقياس، هذه العوامل قد استقطبت (٧٦,٥٧ %) من التباين الارتباطي للمصفوفة الارتباطية ، بلغ الجذر الكامن الأول ٤,٣١ واستحوذ على (٣١,٢٨ %) من التباين الارتباطي الكلي للمصفوفة الارتباطية و يمكن تسمية هذا العامل بعامل " الصحة الجسمية " ، أما العامل الثاني فقد بلغ جذره الكامن (٣,٠٤) و استحوذ على ٢١,٠٣ % من التباين الارتباطي الكلي من المصفوفة الارتباطية ويمكن تسمية هذا العامل بعامل " الصحة النفسية " ، أما العامل الثالث فقد بلغ جذره الكامن (١,٤٢) واستحوذ على (١٣,٤٨ %) من التباين الارتباطي الكلي من المصفوفة الارتباطية ويمكن تسمية هذا العامل بعامل " العلاقات الاجتماعية " ، أما العامل الرابع فبلغ جذره الكامن (١,١٣) واستحوذ على (١٠,٨٧ %) من التباين الارتباطي الكلي من المصفوفة الارتباطية و يمكن تسميته بعامل " البيئة " ، وقد أخذت الدلالة الإحصائية للتشبع على العامل وفقاً لمحك جيلفورد وهو (٠,٣) بحيث يعد التشبع الذى يبلغ هذه القيمة دالاً، وذلك سعياً نحو مزيد من النقاء و الوضوح في المعنى السيكولوجي للعوامل ولجعل هذه العوامل أكثر نقاءً.

جدول (٣) يبين عبارات مقياس جودة الحياة و تشبعاتها العاملية بعد التدوير

العبارات	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع
١	-	-	-	-
٢	-	-	-	-
٣	٠,٧٩	-	-	-
٤	٠,٨٢	-	-	-
٥	-	٠,٧٤	-	-
٦	-	٠,٧٦	-	-
٧	-	٠,٨١	-	-
٨	-	-	-	٠,٦٧
٩	-	-	-	٠,٨٩
١٠	٠,٨٩	-	-	-
١١	-	٠,٩٢	-	-
١٢	-	-	-	٠,٨٠
١٣	-	-	-	٠,٧٧
١٤	-	-	-	٠,٧٩
١٥	٠,٥٦	-	-	-

١٦	٠,٦٦	-	-	-
١٧	٠,٩٠	-	-	-
١٨	٠,٦٩	-	-	-
١٩	-	٠,٤٩	-	-
٢٠	-	-	٠,٧٣	-
٢١	-	-	٠,٦٧	-
٢٢	-	-	٠,٨٩	-
٢٣	-	-	-	٠,٨٨
٢٤	-	-	-	٠,٦٩
٢٥	-	-	-	٠,٤٩
٢٦	-	٠,٩٠	-	-
الجذر الكامن	٤,٣١	٣,٠٤	١,٤٢	١,١٣
نسبة التباين الارتباطي	٣١,٢٨%	٢١,٠٣ %	١٣,٤٨ %	١٠,٨٧%

يتضح من الجدول السابق تشبع كل العبارات على أحد العوامل الأربعة التي يتكون منها المقياس، مما يشير إلى الصدق العاملي للمقياس في البيئة العربية.

- **الثبات:** وقد تحققت من ثبات المقياس بطريقة إعادة الاختبار في صورته النهائية بعد ٣ أسابيع على عينة التقنين (ن=٥٠) ، وكان معامل الارتباط بين التطبيقين ٠,٨٩ بمستوى دلالة ٠,٠١ ، و كذلك باستخدام طريقة " ألفا كرونباخ " على نفس عينة التقنين ، والجدول التالي يوضح معاملات ثبات" ألفا " لأبعاد المقياس.

جدول (٤) يوضح معامل " ثبات ألفا " لأبعاد مقياس جودة الحياة " الصورة المختصرة "

الأبعاد	معامل ثبات " ألفا "
١- الصحة الجسمية	٠,٨٧
٢- الصحة النفسية	٠,٩١
٣- العلاقات الاجتماعية	٠,٧٩
٤- البيئة	٠,٨٩
الدرجة الكلية	٠,٩٣

وتشير النتائج الموضحة بالجدول السابق إلى مستوى ثبات مرتفع بالنسبة للنسخة العربية للمقياس. كذلك تم التحقق من ثبات المقياس بطريقة الاتساق الداخلي لعبارات المقياس وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة و الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه وكذلك حساب معامل الارتباط بين درجة كل بعد من الأبعاد الفرعية و الدرجة الكلية للمقياس .وبالنسبة لمعاملات ارتباط درجة كل عبارة و مجموع درجات البعد الذي تنتمي ، فقد تراوحت هذه المعاملات الارتباطية للبعد الأول بين (٠,٦٦ – ٠,٨٥) ، و البعد الثاني تراوحت بين (٠,٦١ – ٠,٧٣) ، و البعد الثالث تراوحت معاملات ارتباطه بين (٠,٧٠ – ٠,٨١)، و البعد الرابع تراوحت معاملاته بين (٠,٦٦ – ٠,٨٥) . وهذا يتضح من الجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (٥) يبين معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه

الأبعاد	رقم العبارة	معاملات الارتباط
البعد الأول	٣	٠,٧٨
	٤	٠,٨٥
	١٠	٠,٦٩
	١٥	٠,٨٠
	١٦	٠,٧٤
	١٧	٠,٦٦
	١٨	٠,٨٠
البعد الثاني	٥	٠,٧٠
	٦	٠,٧٣
	٧	٠,٦٩
	١١	٠,٧٢
	١٩	٠,٦١
	٢٦	٠,٦٦
البعد الثالث	٢٠	٠,٧٣
	٢١	٠,٧٠
	٢٢	٠,٨١
البعد الرابع	٨	٠,٨٢
	٩	٠,٦٩
	١٢	٠,٧٩
	١٣	٠,٦٦
	١٤	٠,٧٣
	٢٣	٠,٨٠
	٢٤	٠,٨٥
	٢٥	٠,٧١

كذلك تم حساب معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس و الدرجة الكلية للمقياس، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (٠,٦٦ ، ٠,٧٣) ، مما يشير إلى ارتفاع معامل الاتساق الداخلي، ويتضح ذلك من الجدول التالي

جدول (٦) يوضح معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية و الدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	ارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس
البعد الأول	٠,٦٩
البعد الثاني	٠,٧٣
البعد الثالث	٠,٧٠
البعد الرابع	٠,٦٦

يتضح من الجدول السابق وجود ارتباط موجب دال إحصائيا بين درجات أبعاد المقياس والدرجة الكلية وجميعها دال عند مستوى ٠,٠١ .

الخصائص السيكو مترية للمقياس في الدراسة الحالية

من خلال تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية التي قوامها (٣٠) فردا من المعاقين بصريا وحركيا لهم نفس خصائص العينة الأصلية للدراسة الحالية إذ تم حساب معامل الثبات بطريقة معامل ألفا كرونباخ ومعامل التجزئة النصفية وقد جاءت معاملات الثبات مقبولة كما تم حساب

صدق المقياس بثلاث طرق هي: الاتساق الداخلي وصدق المحكمين وصدق المقارنة الطرفية ويمكن عرض نتائج معاملات الثبات والصدق كما هو موضح على النحو التالي:

صدق المقياس: تم استخدام طريقتين للتحقق من صدق المقياس في الدراسة الحالية من خلال صدق المحكمين وصدق الاتساق الداخلي ونعرضهما فيما يلي:

صدق المحكمين: تم عرض المقياس على عدد (١١) من محكمين من أعضاء هيئة التدريس في قسم علم النفس كلية العلوم الاجتماعية في جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية وجامعة الأمير نورة وجامعة الملك سعود. وقد أعيدت صياغة ثلاثة بنود بناءً على رأي بعض المحكمين، ولم يكن هناك ملاحظات لديهم حول انتماء كل بند للبعد الذي يمثله. وقد تمّ حساب معامل الاتفاق ووجد الباحث أن نسب الاتفاق بين المحكمين بلغت (٨٠% إلى ٩٠%) على بنود المقياس مما يعد مؤشرا لصدق المضمون للمقياس في الدراسة الحالية.

الصدق التقاربي: حسبت صدق المقياس بطريقة الصدق التقاربي والتي تختبر مقياسين لمفهومين يجب أن يكونا مرتبطين ليثبت أنهما بالفعل مرتبطين(Chishima,Murakami,Worrell&Mello,2019) وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجات العينة الاستطلاعية علي المقياس الحالي ودرجاتهم علي مقياس جودة الحياة الذى أعده (منسى و كاظم ، ٢٠٠٦) وانتهى الباحث إلى وجود ارتباط دال احصائيا وموجب قيمته ٠,٧٧ بين الدرجة الكلية للمقياسين

ثبات مقياس جودة الحياة

قام الباحث بحساب ثبات مقياس جودة الحياة في الدراسة بطريقتي التجزئة النصفية وألفا كرونباخ ويوضح جدول التالي معاملات ثبات المقياس.

جدول (٧) معاملات ثبات ألفا والتجزئة النصفية لمقياس جودة الحياة عينة استطلاعية (ن=٣٠)

م	الابعاد	معامل الفا كرونباخ	ثبات التجزئة النصفية
١	١- الصحة الجسمية	٠,٨٢	٠,٩٥
٢	٢- الصحة النفسية	٠,٧٩	٠,٩٤
٣	٣- العلاقات الاجتماعية	٠,٨٠	٠,٩٢
٤	٤- البيئة	٠,٧٦	٠,٨٨
٥	الدرجة الكلية	٠,٧٩	٠,٩٤

يشير الجدول السابق أن جميع معاملات ثبات ألفا وتجزئة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان بروان تراوحت من(٠,٧٠إلى٠,٩٥) مما يشير لثبات جيد لمقياس جودة الحياة في

الدراسة الحالية

مقياس الدعم الأسري: مقياس فرعي مشتق من مقياس المساندة الاجتماعية من إعداد ريما حوشية (٢٠١٧) علي البيئة الفلسطينية وبخاصة المعاقين بصريا وحركيا ويتكون مقياس الدعم الأسري من(٨) بنود ويتم الإجابة علي البنود من خلال بدائل خمسة وقد بنيت الفقرات بالاتجاه الإيجابي موافق بشدة (٥) درجات و موافق (٤) درجات إلى حد ما (٣) درجات وبـــ (درجتين) غير موافق ، وبـــ(درجة واحدة) لغير موافق إطلاقا وللمقياس خصائص سيكيومترية جيدة من صدق وثبات في صورته الأصلية.

الخصائص السيكومترية للمقياس في صورته الأصلية

ويتمتع المقياس في صورته الأصلية بخصائص سيكومترية جيدة، وتم حساب صدق وثبات المقياس في البيئة الفلسطينية وبخاصة المعاقين بصريا وحركيا.

ثبات المقياس: حسب ثبات المقياس بالدراسة الحالية بطريقتين هما إعادة التطبيق بعد مرور عشرة أيام على أفراد العينة السيكومترية وكذلك معامل ألفا للمفردات وقد تراوحت معاملات ثبات المقياس الدعم الأسري (٠,٨٨) بينما بلغ قيمة معامل ثبات بعد إعادة التطبيق (٠,٧٠)

الصدق وقد تم حساب صدق المقياس بطريقتين هما الاتساق الداخلي للمقياس إذ حسبت معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للعامل الفرعي وانحصرت قيم معاملات الارتباط (٠،٩٠ و٠،٨٠) صدق المحكمين وقد بلغ معامل الاتفاق بين المحكمين من (٧٠ إلى ٩٠).

التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية

لتقدير الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية، تم التطبيق على عينة استطلاعية قوامها (٣٠) معاقا بصريا وحركيا وتم حساب ثبات وصدق المقياس على النحو التالي:

صدق المقياس تم الحصول على بعض المؤشرات لاختبارات الدراسة الراهنة من خلال:

١-**صدق المحكّمين:** تمّ توزيع المقياس بصورته الفلسطينية على عدد (١١) من الأساتذة المتخصّصين في علم النّفس، وطلب منهم تمحيص البنود ومن ثَمَّ الحكم على مدى وضوح البنود، وبعد أخذ الباحث بملاحظات المحكمين من حيث التعاريف الإجرائيّة وصيّاغة بعض البنود، وقد تمّ حساب معامل الاتفاق (بين المحكّمين) فطبّق معادلة كوبر Cooper، عام ١٩٧٤ الحساب نسبة الاتفاق (الوكيل والمفتى،٢٠٠٧) وبلغت قيم الاتفاق بين المحكمين من (٨٠ إلى ٩٠) مما يشير إلى

الصدق الظاهري للمقياس.

٢- **الصدق التلازمى:** من خلال حساب معامل ارتباط بين الدرجة الكلية علي مقياس الحالي والدرجة الكلية لمقياس الدعم الأسري من أعداد منصور وعطية (٢٠٢١) حيث بلغ معامل الارتباط (٠,٧٥), يمثل مؤشرا لصدق المقياس

الثبات: تم استخدام طريقتين لحساب الثبات وهما: الثبات بمعامل ألفا كرونباخ والثبات بطريقة القسمة النصفية: وتم الاستعانة بمعادلة لتعديل الطول سبيرمان بيروان وجتمان وسوف نعرض لقيم معاملات الثبات لمجموعتي الدراسة الاستطلاعية وقد بلغت قيمة معامل ثبات ألفا (٠,٧٦) والتجزئة النصفية(٠,٩٠) بعد تطبيق معادلة بروان لتصحيح الطول.

رابعا-إجراءات التطبيق

١-تم تحديد أفراد العينة بالطريقة عشوائية وذلك بالعودة إلى بيانات جميعه من أجلهم في مدينة الرياض.

٢-تم التنسيق مع الأخصائيين النفسيين بالجمعية للمساعدة في التطبيق على المترددين من المعاقين بصريا وحركيا

٣- تم تطبيق أدوات الدراسة على المترددين من المعاقين بصريا والمعاقيين حركياواستغرق تطبيق أدوات الدراسة في كل جلسة (٣٠) دقيقة على كل حالة فردية وقد قام الباحث بقراءة بنود كل المقاييس لكل حالة من حالات الإعاقة البصرية بحجرة الاخصائية النفسية بالجمعية

٤- استغرق التطبيق ثلاثة شهور حيث بدأ التطبيق من ٢٠٢١/١/١ حتى ٢٠٢١/٤/١٥

خامسا- التحليل الإحصائي: استخدم الباحث معامل ارتباط بيرسون واختبار(ت)

نتائج الدراسة ومناقشتها

نتائج الفرض الأول ومناقشته : ينص الفرض الأول على أنه " توجد ارتباطات موجبة ذات دلالة احصائيا بين درجات أفراد عينة الدراسة علي مقياس الدعم الأسري ودرجاتهم على مقياس جودة الحياة

وللتحقق من صحة الفرض استخدم الباحث معامل ارتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة علي مقياس جودة الحياة والدعم الأسري.

جدول(٨) معاملات ارتباط بيرسون بين درجات الدعم الأسري وجودة الحياة لدى المعاقين بصريا وحركيا (ن=١٠٨)

أبعاد جودة الحياة	الدعم الأسري
1- الصحة الجسمية	٠,٣٣**
٢- الصحة النفسية	٠,١٢
٣- العلاقات الاجتماعية	٠,٣٠**
٤- البيئة	٠,١١
الدرجة الكلية	٠,٣١**

** دالة ٠,٠١ ، * دالة ٠,٠٥

يتضح من نتائج الجدول (٨) ما يلي :

-وجود ارتباطات موجبة دالة إحصائياً بين الدعم الأسري وكل من الصحة الجسمية والعلاقات الاجتماعية والدرجة الكلية للمقياس لدى أفراد العينة بينما لا توجد ارتباطات دالة احصائياً بين الدعم الأسري وكل من البيئة والصحة النفسية لدى أفراد العينة.

ويفسر الباحث وجود ارتباطات موجبة دالة إحصائياً بين الدعم الأسري وكل الصحة الجسمية و العلاقات الاجتماعية والدرجة الكلية للمقياس جودة الحياة بأن الدعم الأسري كمصدر من مصادر المساندة في حياة المعاق، يؤثر في المعاق تأثيرا إيجابيا على جودة حياة المعاق وخاصة الصحية وعلى مستوى تفاعلاته الاجتماعية، فمن خلال هذا الدعم المقدم من الأسرة يمكن أن يؤهل المعاق للوصول إلى الشعور بالتفاؤل بأن الحياة جميلة ومن حقه أن يحياها، بغض النظر عن شعوره بعجز الإعاقة وما يترتب عليها من ضغوط نفسية واتجاهات سلبية تجاه ذاته وتجاه الأخرين، ومن ثم إذاً الشعور بالدعم الأسري يعد شعورا إيجابيا يؤدى إلى زيادة التوافق الصحي أو الاجتماعي.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات (الهنداوى،٢٠١١ وYeung, & Towers,2014 و Zheng, Tian, Hao, Lucas-Carrasco,2014على الدور للدعم الأسري(النفسي والاجتماعي) في تعزيز جودة الحياة لدى أبنائهم المعاقين.

كما يدعم هذه النتيجة نموذج تخفيف الأثر الذي قدمه كل من كوهين و وليز Wills&Cohen عام ١٩٨٥ لتفسير الدور الذي تقوم به المساندة في مواجهة المشقة حيث يفترض هذا النموذج أن المساندة الاجتماعية تؤثر علي الصحة فقط للأفراد الذين يقعون تحت ضغط المشقة إذ أن ثمة آليات تعمل من خلالها المساندة وقد وضع كل من كوهن ويلز آليتين لتفسير كيفية قيام المساندة الاجتماعية بالتخفيف من آثار المشقة والضغوط الواقع تحتها الأفراد ، فالآلية الأولي: ترى أن المساندة الاجتماعية تؤثر علي العملية المعرفية الإدراكية للفرد تحت المشقة فالفرد الذي يقابل

المشقة المرتفعة في ظل توفير مساندة له من قبل المحيطين به يدرك أن الموقف لم يعد شاقا، الآلية الثانية: تتدخل المساندة الاجتماعية لتعمل علي تعديل آثار أحداث الحياة المسببة للمشقة والنواتج المترتبة عليها(إسماعيل ، ٢٠٠٤).

إضافة إلي ذلك يدعم هذه النتيجة نموذج التأثير المباشر الذى صاغه كوليت Colette،(٢٠٠١) يقوم علي فكرة التأثير المباشر للمساندة الاجتماعية علي الفرد من خلال شبكة العلاقات الاجتماعية التي يمكن أن تمنح الفرد الإمكانيات والمصادر الضرورية من أجل تخفيف التوتر، فالانتماء إلي جماعة يمكن أن تعزز إشباع حاجات الفرد وتعطي مزيدا من الثقة بالنفس والشعور بالكفاءة والقدرة علي مواجهة الضغوط.

نتائج الفرض الثاني ومناقشتهوالذى ينص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس جودة الحياة وبين متوسطات درجاتهم على مقياس الدعم الأسري تعزى للنوع (ذكور- إناث) وللتحقق من هذا الفرض تم حساب اختبار(ت) للمقارنة بين الذكور والإناث في كل من جودة الحياة وإدراك الدعم الأسري

جدول(٩) اختبار "ت" للفروق بين الذكور والإناث في جودة الحياة والدعم الأسري ودلالاتها

المتغيرات	النوع	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيم "ت:	مستوي الدلالة
الصحة الجسمية	ذكور	٦٣	٣١,٩	٥,٢	١٠٦	٣,٢	٠,٠٥
	إناث	٤٥	٣٣,٨	٥,٣			
العلاقات الاجتماعية	ذكور	٦٣	٣٣,٢	٤,٦	١٠٦	*٢,٣	٠,٠٥
	إناث	٤٥	٣١,٣	٤,٨			
الصحة النفسية	ذكور	٦٣	٣٧,٢	٥	١٠٦	**٥,٨	٠,٠٠١
	إناث	٤٥	٣٣,٢	٥			
البيئة	ذكور	٦٣	٣٠,٥	٥,٦	١٠٦	٠,٦٧	غير دال
	إناث	٤٥	٣٠,٢	٥			
الدعم الأسري	ذكور	٦٣	٣١	١٥,٩	١٠٦	٠,٨٩	غير دال
	إناث	٤٥	٣٢	١٥,٢			

يشير الجدول السابق إلى النتائج التالية:

١- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة الجسمية بين الذكور والإناث من أفراد العينة والفروق في اتجاه الإناث.

٢-وجود فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقات الاجتماعية بين الذكور والإناث من أفراد العينة والفروق في اتجاه الذكور

٣-وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين الذكور والإناث من أفراد العينة والفروق في اتجاه الذكور

٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة البيئة بين الذكور والإناث

٥- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك الدعم الأسري بين الذكور والإناث

ويمكن تفسير نتائج هذا الفرض على النحو التالي:

يرى الباحث وجود فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقات الاجتماعية بين الذكور والإناث من أفراد العينة والفروق في اتجاه الذكور ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين الذكور والإناث من أفراد العينة والفروق في اتجاه الذكور ربما يرجع إلى إدراك الذكور بقيمة هذه الأبعاد أكثر من الإناث فالذكور يدركون قيمة الحياة النفسية و الاجتماعية بشكل أفضل من الإناث في المجتمع المحافظ وذلك نتيجة لأساليب التنشئة في المجتمع السعودي التي فيها ينفتح الذكر على المجتمع وعلى المشاركة الاجتماعية بشكل أكبر مقارنة بالإناث مما يجعل الذكور يدركون بقيمة التفاعلات الاجتماعية والتي تنعكس إيجابيا على حياتهم النفسية وتتفق هذه النتيجة هدفت دراسة حسين، (٢٠١٧) مع دراسة البلاتى (٢٠١٧) verdugo, , Navas., Gómez& (Schalock. 2012). التي كشفت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في جودة الحياة (النفسية والاجتماعية) لصالح الذكور.

إذا انتقلنا إلى تفسير وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة الجسيمة بين الذكور والإناث من أفراد العينة والفروق في اتجاه الإناث. ربما ترجع هذه النتيجة إلى الإناث أكثر والاهتمام بأنفسهن في جمال المظهر والصحة مقارنة بالذكور

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات،(Sultan et al., 2016,Sun et al.,2021 ، Zheng et al., 2014) التي كشف عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في جودة الحياة الصحية والفروق في اتجاه الإناث.

أما عن تفسير عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك الدعم الأسري بين الذكور والإناث من أفراد العينة ربما يرجع ذلك أيضا إلى أن المعاق سواء كان ذكرا أم أنثى يلقى نفس الدعم من قبل أسرته في المجتمع السعودي الذي يتصف بالمساندة والمعاضدة الاجتماعية لأبنائه من الأسوياء بشكل عام والمعاقين بشكل خاص

وتتفق هذه النتيجة مع دراسات (Yeung, & Towers,2014,Hassan,2020) التي كشفت عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك الدعم الأسري بين الذكور والإناث من المعاقين.

كما يمكن تفسير عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة البيئة بين الذكور والإناث ربما يرجع إلى تساوي اهتمامات المعاقين من الجنسين بجودة البيئة المحيط بهم إذ أن المعاقين أقل اهتماما بإدراك جودة البيئة مقارنة بغير المعاقين ولا توجد دراسات سابقة تتفق أو تختلف مع هذه

النتيجة في حدود اطلاع الباحث.

نتائج الفرض الثالث ومناقشتها

والذي نصه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس جودةالحياتو بين متوسطات درجاتهم على مقياس الدعم الأسري تعزى لنوع الإعاقة (حركي/ بصري) وللتحقق من هذا الفرض تم حساب اختبار(ت) للمقارنة بين المعاقين بصريا وحركيا في كل من جودة الحياة وإدراك الدعم الأسري.

جدول(١٠) اختبار "ت" للفروق بين المعاقين بصريا وحركيا في جودة الحياة والدعم الأسري ودلالاتها

المتغيرات	نوع الاعاقة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيم "ت:	مستوي الدلالة
الصحة الجسمية	حركي	٧٠	٣٢,٩	٤,٢	١٠٦	٠,٧٨	غير دالة
	بصري	٣٨	٣٣,٨	٤,٣			
العلاقات الاجتماعية	حركي	٧٠	٣١,٢	٤,٨	١٠٦	٣,٢	٠,٠٥
	بصري	٣٨	٣٥,٣	٤,٧			
الصحة النفسية	حركي	٧٠	٣٧,٢	٥	١٠٦	٦,٥	٠,٠٠١
	بصري	٣٨	٣٧,٢	٥			
البيئة	حركي	٧٠	٢٩,٥	٤,٦	١٠٦	٠,٩٨	غير دالة
	بصري	٣٨	٣٠,٢	٤			
الدعم الأسري	حركي	٧٠	٣٢	١٥,٩	١٠٦	٠,٨٨	غير دالة
	بصري	٣٨	٣٢	١٥,٢			

يشير الجدول السابق إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة في هذين البعدين فقط هما البعد(الاجتماعي والصحة النفسية) لدى المعاقين والفروق في اتجاه المعاقين بصريا بينما لا توجد فروق في باقي أبعاد جودة الحياة ولا في إدراك الدعم الأسري، ويرى الباحث أن سبب وجود فروق ذات دلالة في جودة الحياة بأبعادها(الاجتماعية والنفسية) لدى المعاقين بصريا مقارنة بالمعاقين حركيا ربما يرجع إلى الكفيف يستخدم ما لديه من المقدرة اللغوية على تكوين علاقات اجتماعية وصداقات تفيدة في تسيير مهنته وإظهار مكانته الاجتماعية وقضاء شؤون حياته المختلفة، والتحكم في الانفعالات، وحل المشكلات واحترام الآخرين، والتكيف الاجتماعي مع المواقف الجديدة، مما ينعكس ذلك إيجابيا علي أبعاد حياته النفسية والاجتماعية مقارنة بالمعاق حركيا.

كما يمكن أن نرجع هذه النتيجة إلى الاهتمام الكبير الذي حظيت به فئة ذوي الإعاقة البصرية مقارنة بالإعاقة الحركية

وتدعم هذه النتيجة تصور الغوالة (٢٠١٩) بقوله ربما يرجع ذلك إلى ما يتمتع به ذوى الإعاقة البصرية من ملكة اللغة والتعبير عن انفعالاتهم وعواطفهم و هذه المهارة أيضا ساعدتهم في عمل العلاقات الاجتماعية الجيدة والاندماج في المجتمع بصورة أكبر من المعاقين حركيا.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسات (السويركى، ٢٠١٣) و(الراجحية والظفيري، ٢٠١٥) التي أشارت إلى أن مستوى جودة الحياة لذوي الإعاقة البصرية كان مرتفعا عن باقي الاعاقات.

أما عن تفسير عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك الدعم الأسري بين المعاقين حركيا وبصريا من أفراد العينة ربما يرجع ذلك أيضا إلى أن المعاق سواء كان بصريا او حركيا يلقى نفس الدعم من قبل أسرته في المجتمع السعودي الذى يتصف بالمساندة والمعاضدة الاجتماعية لأبنائه من الأسوياء بشكل عام والمعاقين بشكل خاص وتتفق هذه النتيجة مع دراسات(الهنداوي،٢٠١١

Yeung, & Towers,2014 , Zheng et al., 2014,) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة في إدراك الدعم الأسري بين المعاقين وفقا لنوع الإعاقة

التوصيات:

بناء على نتائج الدراسة الحالية يوصى الباحث بالتالي من توصيات

١- إزالة جميع العقبات التي تحول دون اندماج المعاقين بصريا وحركيا في الحياة بشكل طبيعي مما ينعكس إيجابيا علي جودة حياتهم.

٢- تقديم الدعم النفسي عبر برامج إرشادية لأسر المعاقين لتوعيتهم بطبيعة إعاقات أبنائهم وكيفية التعامل النفسي السليم مع أبنائهم.

٣- حث الجهات المعينة بتشكيل لجان تطوير لمتابعة أوضاع الخدمات المقدمة للمعاقين في المؤسسات التعليمية ومؤسسات الرعاية للمعاقين

بحوث مقترحة

١- دراسة دور الدعم الأسري في توافق المعاقين.

٢- دراسة دور التفكير الإيجابي لدى آباء وأمهات المعاقين على جودة الحياة لديهم ولدى أبنائهم المعاقين.

٣- تقنين بطارية أجنبية لتوفير أدوات لتشخيص حالات الإعاقة الحركية والبصرية.

قائمة المراجع

الأمم المتحدة (٢٠٠٦). **حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة الأمم المتحدة و البروتوكول الاختياري** http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm

أبو حلاوة، محمد السعيد. (٢٠١٠) ***جودة الحياة المفهوم والأبعاد. المؤتمر العلمي السابع لكلية التربية جامعة كفر الشيخ، جودة الحياة كاستثمار للعلوم التربوية والنفسية*** في الفترة من (١٣-١٤ أبريل،) ص ص ٢٢١ -٢٥

أدريس، مي. (٢٠٢١). جودة الحياة وعلاقتها بالقلق الاجتماعي لدى الطالبات الجامعيات المصريات والسعوديات: دراسة ثقافية. ***مجلة كلية الآداب*** جامعة القاهرة. مج٨١ ع ١. ٢٦١--٣٣٩

بخش، أمير طه (٢٠٠٦) جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المعاقين بصرياً والعاديين بالمملكة العربية السعودية. ***مجلة كلية التربية***. جامعة طنطا.، ٣٤، ٢-٢٢ .

البلاتى، أسماء محمد (٢٠١٧) التنبؤ بالصمود النفسي من خلال المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى المعاقين حركيا. ***مجلة كلية التربية***، جامعة الأزهر، العدد :١٧٥ الجزء الثاني.٢٢١-٢٦٠

البليطى ، أسماء مسعود (٢٠١٧)التنبؤ بالصمود النفسي من خلال المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى المعاقين حركي. ***مجلة كلية التربية***. جامعة الازهر. ع١٧٥. ج٢. ٢٢٠-٢٦٠

حسين، عبد الرحمن إبراهيم (٢٠٠٣) ***تربيه المكفوفين وتعليمهم***، القاهرة، عالم الكتب

الجوهرى، ناهد صالح، هناء (٢٠١٠) مؤشرات جودة الحياة – نظرة عامة على المفهوم والمدخل، ***المجلة الاجتماعية القومية***، مجلد (٢٧)، العدد (٢) الكويت، ص ص ٥٣- ٨٣.

جميل، محمود & ضمره، ليلى محمد (2016) مستوى دعم أسر الأطفال المعاقين في الأردن. مجلة دراسات العلوم التربوية، (٤٣). الأردن.

الخريف ، رشود بن محمد و القحطاني ، محمد بن سيف(٢٠٢٠) الإعاقة في المملكة العربية السعودية : أنواعها وخصائصها وتباينها المكاني. ***مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية***. العدد ٤٦ . مجلد ١٧٦. ٣٤-٧٩

رزق، امنية (٢٠٠٢) : ***القلق الاجتماعي وعلاقته بالتوجه الزمني لمساعدة الآخرين لدى طلبة الجامعة ، وقائع المؤتمر العلمي الأول بعنوان*** "دور علم النفس في مواجهة تحديات

الحاضر والمستقبل العربي "، مجلد (١) بغداد.

الروسان، فاروق (٢٠١١) ***سيكولوجية الأطفال غير العاديين***، ط5، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان

زايد، أسماء محمد حميدة عوض (٢٠٠٩) : ***البيئة الأسرية وتأثيرها في مواجهة التحديات المعاصرة لدى طلاب الجامعة*** ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية النوعية ، جامعة عين شمس.

السعايدة،، ناجى نور.(٢٠١٦)جودة الحياة لدى المعاقين سمعيا في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية. ***دراسات – العلوم التربوية***. مج٤٣, ع3.2043 – 2031

سويعد، مرفت ياسر (٢٠١٦) ***الحصانة النفسية و علاقتها بقلق المستقبل و جودة الحياة لدى الشباب في مراكز الإيواء في قطاع غزة***, رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الإسلامية

هبري، منال و يحيى، بلاشغم (٢٠١٨). جودة الحياة الأسرية لدى الطالب الجامعي في ضوء بعض المتغيرات. ***المجلة الدولية التربوية المتخصصة***. المجلد ٧ والعدد ١١. ١٢٣-١٣٣

شقير، زينب(٢٠١٣). ***سيكولوجية الفئات الخاصة***,. مكتبة الانجلو المصرية. القاهرة

الشناوي ، حمد السيد ، ***و السيد ، محمد عبد الرحمن ، ومحمد محروس (١٩٩٤) : المساندة الاجتماعية والصحة النفسية ، مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية*** ، ط١ ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

الشهر ي، زيد. (٢٠١٥ .)العفو كمتغير وسيط بين جودة الحياة والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية. ***مجلة التربية***، (٢) ١٦٢ ،٢٨٣ -٣٤٦.

ضمير ، ليلى محمد (٢٠١٦) درجة مساهمة متغيرات المتطلبات الأسرية، والمصادر الأسرية، والإدراكات الأسرية في تفسير التباين على كل من التمكين الأسري والدعم الأسري، ***مجلة دراسات العلوم التربوية***، ٤٣ (١) ٣٤-٦٣

عبد الرحمن، سيد سليمان، عبد الحميد، أشرف و الببلاوي ،إيهاب (٢٠٠٧). ***التقييم والتشخيص في التربية الخاصة***. الرياض، دار الزهراء للنشر والتوزيع.

عبدالأحمد، فراس احمد وأبو رب، محمد عمر(٢٠١٣). جودة الحياة لدى المعاقين سمعيا مقارنة بغير المعاقين في المملكة العربية السعودية. ***المجلة التربوية الدولية المتخصصة***. 5,.431-455,5

عبد الفتاح ،فوقية وحسين محمد (٢٠٠٦). ***العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم بحافظة بني سويف*** .
المؤتمر العلمي الرابع ،كلية التربية_جامعة بني سويف ،مصر.

عبد القادر، أشرف (٢٠٠٥). ***تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الإعاقة، ندوة تطوير الأداء في مجال:*** الوقاية من الإعاقة، جامعة الزقازيق، ١٤-١٦ فبراير.

عبد القادر، أشرف محمد (٢٠١٨) مظاهر جودة الحياة لدى عينة من المراهقين المكفوفين. ***مجلة الكلية التربية*** جامعة بنها.مج٢٩، ع ١١٦. ٤٩٥- ٥٢٠

عبدة، بدر الدين كمال وحلاوة، محمد السيد.(٢٠٠١). ***رعاية المعاقين سمعيا وحركيا،*** الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث

عثمان، سيد احمد(١٩٨٠). ***علم النفس الاجتماعى التربوى*** (ج٢) ، القاهرة ، دار الفكر العربى.

العنزى ، فيصل (٢٠١٢)علاقة بين شبكات الدعم الاجتماعي والتوافق الزواجي والمهارات التكيفية للتلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة. ***مجلة الطفولة والتربية***.ع١١ – ١٠٣-١٨٣

العنزى ، مرزوق (٢٠١٨). ***جودة الحياة.*** المسيلة للنشر والتوزيع. الرياض

القصيرى، إلهام مصطفى (٢٠١٤). جودة الحياة لدي المعاقين بصريا مقارنة بغير المعاقين. ***مجلة القراءة والمعرفة.*** جامعة عين شمس- كلية التربية – الجمعية المصرية للقراءة والمعرفة.، ١٩٤، ١٣٩- ١٧٤

مبارك ، عناد (٢٠١٠)جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات في سن الزواج. ***مجلة كلية الآداب***. ٧١٤-٧٢٢

المخضب، ندى بنت عبد الرحمن(٢٠١٧). الجودة الحياة الاكاديمية لدى الطلاب الصم وضعاف السمع بجامعة الملك سعود في ضوء بعض المتغيرات. ***مجلة التربية الخاصة والتأهيل*** مج٦, ع٢١. ٤٣-٨٧

مبروح، كريمة.(٢٠٢١) .جودة الحياة وعلاقتها بمعنى الحياة عند المراهق المتمدرس بالثانوية. ***مجلة العلوم الاجتماعية***. مج ٧ ، ع١. ٤١٣-٤٣٠

المدهون، عبدالكريم(2004). المساندة الاجتماعية كما يدركها المعوقون حركيا بمحافظة غزة وعلاقتها بصحتهم النفسية. ***مجلة الإرشاد النفسي***، جامعة عين شمس.

منسي، محمود عبد الحليم؛ وكاظم، علي مهدي (٢٠٠٦ .)***مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة. وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة (ص ص ٦٣-٧٨ . جامعة السلطان***

قابوس– سلطنة عمان، ١٧–١٩ ديسمبر.

نتيل ، أسعد إبراهيم ووفائى ، محمد والحلو ، علاوى. (٢٠٠٧)السمات المميزة لشخصيات المعاقين سمعياً وبصرياً وحركياً في ضوء بعض المتغيرات ***مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)*** المجلد الخامس عشر، العدد الثاني، ص٨٧٥ –ص٩٢٤ ،

هبري، منال و يحيى، بشلاغم (٢٠١٨). جودة الحياة الأسرية لدى الطالب الجامعي في ضوء بعض المتغيرات. ***المجلة الدولية التربوية المتخصصة***. المجلد ٧ والعدد ١١. ١٢٣–١٣٣

الهندواي، محمد محمود(٢٠١١) ***الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا*** بمحافظات غزة. رسالة ماجستير. كلية التربية .جامعة الازهر .

Asri, D. N., & Afifah, D. R. (2020). Social support to improve the self-care ability of people with mental disabilities: a qualitative study in the "Kampung Tunagrahita". ***Jurnal Konseling dan Pendidikan***, 8(1), 48-54.

Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M., & Martin, M. (2000). Quality of life measurement Will we ever be satisfied?. ***Journal of Clinical Epidemiology,*** 53(1), 19-23.

Hassan, S. M. (2020). Social welfare Services and improving the quality of life for physically disabled. Egyptian ***Journal of Social Work,*** 10(1), 127-146.

Heräjärvi, N., Leskinen, M., Pirttimaa, R., & Jokinen, K. (2020). Subjective quality of life among youth with severe physical disabilities during the transition to adulthood in Finland. ***Disability and rehabilitation,*** 42(7), 918-926.

Kuvalekar, K., Kamath, R., Ashok, L., Shetty, B., Mayya, S., & Chandrasekaran, V. (2015). Quality of life among persons with physical disability in udupi taluk: A cross sectional study. ***Journal of family medicine and primary care***, 4(1), 69.

Lubomski, M., Davis, R. L., & Sue, C. M. (2021). Health-related quality of life for Parkinson's disease patients and their caregivers. ***Journal of Movement Disorders***, 14(1), 42

Piek, J. P., Rigoli, D., Pearsall-Jones, J. G., Martin, N. C., Hay, D. A., Bennett, K. S., & Levy, F. (2007). Depressive symptomatology in child and adolescent twins with attention-deficit hyperactivity disorder and/or developmental coordination disorder. ***Twin***

Research and Human Genetics, 10(4), 587-596.

Pequeno, N. P. F., de Araújo Cabral, N. L., Marchioni, D. M., Lima, S. C. V. C., & de Oliveira Lyra, C. (2020). Quality of life assessment instruments for adults: a systematic review of population-based studies. ***Health and quality of life outcomes,*** 18(1), 1-13.

Schrag, A., Geser, F., Stampfer-Kountchev, M., Seppi, K., Sawires, M., Köllensperger, M., & European MSA-Study Group. (2006). Health-related quality of life in multiple system atrophy. ***Movement Disorders***, 21(6), 809-815.

Sun, K. (2021). ***How Physical Activity through Student Service-Learning Program Affect the Quality of Life in People with Disabilities*** (Doctoral dissertation, California State University, Northridge).

Streufert, Amy M., (2008). "***Quality of life measure for adolescents and children with hearing loss" Independent Studies and Capstones. Paper 437. Program in Audiology and Communication Sciences, Washington University School of Medicine***. http://digitalcommons.wustl.edu/pacs_capstones/437

Sultan, B., Malik, N. I., & Atta, M. (2016). Effect of social support on quality of life among orthopedically disabled students and typical students. ***Journal of Postgraduate Medical Institute (Peshawar-Pakistan), 30(3).***

Turner, S.M.,& Beidel, D.C.(1996).***Social phobia and anxiety Inventory(manual).*** Canda: Multihealth Systems

Verdugo, M. Á Gómez, L. E., Arias, B., & Navas, P. (2012). Application of the Rasch rating scale model to the assessment of quality of life of persons with intellectual disability***. Journal of Intellectual and Developmental Disability,*** 37(2), 141-150

. van Munster, E. P., van der Aa, H. P., Verstraten, P., & van Nispen, R. M. (2021***). Barriers and Facilitators to Identify and Discuss Depression and Anxiety in Visually Impaired Adults:*** A Qualitative Study on the Service User's Perspective.

Wally, D. (2004). ***Improving the quality of life of the elderly and disabled people in human settlements***, United Nations Centre for human settlements (Habitat).

Wasserman, D., Wachbroit, R., & Bickenbach, J. (Eds.). (2005). ***Quality of life and human difference***: Genetic testing, health care, and disability. Cambridge University Press. New York

WHO (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life

measurements. ***Jama***, 272(8), 619-626.

Winter, Y., Spottke, A. E., Stamelou, M., Cabanel, N., Eggert, K., Hoeglinger, G. U., ... & Dodel, R. (2011). Health-related quality of life in multiple system atrophy and progressive supranuclear palsy. ***Neurodegenerative diseases,*** 8(6), 438-446

. Whitehouse, A. J. O., Jacoby, P., Reddihough, D., Leonard, H., Williams, K., & Downs, J. (2021). The effect of functioning on Quality of Life Inventory-Disability measured quality of life is not mediated or moderated by parental psychological distress. ***Quality of Life Research,*** 1-11

Yeung, P., & Towers, A. (2014). An exploratory study examining the relationships between the personal, environmental and activity participation variables and quality of life among young adults with disabilities. ***Disability and rehabilitation***, 36(1), 63-73

Zheng, Q. L., Tian, Q., Hao, C., Gu, J., Lucas-Carrasco, R., Tao, J. T., & Hao, Y. T. (2014). The role of quality of care and attitude towards disability in the relationship between severity of disability and quality of life: findings from a cross-sectional survey among people with physical disability in China. ***Health and quality of life outcomes,*** 12(1), 1-10.

Perceived family support for the physically and visually impaired and its relationship to the quality of life

Saleh bin Saeed Al-Shehri

Assistant Professor - Department of Psychology - College of Social Sciences at Imam Muhammad bin Saud Islamic University

Abstract:

This research aimed to study the relationships of the Perceived family support with level of life quality. The researcher used the descriptive analytical method on a population of 80 disabled persons, of whom 63 were males and 45 were females, with an average age of 19 years. Their ages ranged from (less than 17 years to 20 years), They were chosen from the LeAljlehm Charity Association for the people with disabilities and some disabled students of Imam Muhammad bin Saud Islamic University. The researcher have used 2 instruments in the current study quality of life scale and family support scale. Results indicated that; positive statistically significant correlations between family support and all physical health and social relations. The total degree of the scale among the sample members, while there are no statistically significant correlations between family support and both the environment and mental health of the sample members. The result shows there is significant difference between males and females the quality of life and Perceived family support. There are statistically significant differences in the quality of life in the only two dimensions, namely the two dimensions (social and mental health) of the handicapped and the handicapped towards the visually impaired, while there are differences in the rest of the dimensions of quality of life and in the perception of family support.

Key Words: Family Support- Disabled – Quality of Life