الدعم الإجتماعي المدرك لدى المعاقين حركيا وعلاقته بمستوى جودة الحياة (دراسة ميدانية)

د. يزيد شويعل*

الجامعة: يحي فـارس المدية (الجزائر)
foorlotfi@yahoo.fr
chouiaal.yazid@univ-medea.dz

ملخص :

هدفت الدراسة إلى معرفة طبيعة العلاقة بين الدعم الإجتماعي المدرك ومستوى جودة الحياة لدى المعاقين حركيا، مع معرفة قدرة الدعم الإجتماعي على التنبؤ بجودة الحياة، ومع البحث عن الفروق في كل جنس، والمستوى التعليمي، والعمر، والمستوى الإقتصادي، وهذا على عينة مكونة من (68) معاقاً حركيا، منهم (45) من جنس ذكر، و(23) انثى تتراوح أعمارهم ما بين (20 سنة، إلى 54 سنة)، وتم إستخدام مقياس الدعم الإجتماعي المدرك لـ «سارسون» (1983)، ومقياس جـودة الحياة المرتبط بالصحة، وبعد التطبيق والقيام بالمعالجة الإحصائية بإستخدام spss تم التوصل إلى النتائج التالية:

1ـ توجد علاقة موجبة بين الدعم الإجتماعي المدرك وجودة الحياة لدى المعاقين حركيا.

2ـ يتنبؤ الدعم الإجتماعي المدرك بجودة الحياة لدى المعاقين حركيا.

3ـ لا توجد فروق بين الجنسين في الدعم الإجتماعي المدرك لدى المعاقين حركيا.

4ـ لا توجد فروق بين الجنسين في مستوى جودة الحياة لدى المعاقين حركيا.

5ـ لا توجد فروق في مستويات الدعم الإجتماعي المدرك تبعا لمتغير العمر لدى المعاقين حركيا.

6ـ توجد فروق في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير العمر لصالح الأكبر سنا من المعاقين حركيا.

7ـ لا توجد فروق في مستويات الدعم الإجتماعي المدرك تبعا لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المعاقين حركيا.

8ـ توجد فـروق في مستوى جـودة الحياة تبعا لمتغير المستوى الإقتصادي لصالح المستوى الجيد من المعاقين حركيا.

كلمات مفتاحية : الدعم الإجتماعي، جودة الحياة.

Perceived Social Support for The Physically Disabled and Its Relationship To The Level Of Quality Of Life (A Field Study)

Dr.Yazid Shweiel

University: Yahya Fares Medea (Algeria)

ABSTRACT:

The study aimed to identify the nature of the relationship between perceived social support and the level of quality of life for the physically disabled, with knowledge of the ability of social support to predict the quality of life, and search for differences in each sex, educational level, age, and economic level, for a sample of (68) physically handicapped people, of whom (45) are males, and (23) females, their ages range from (20 years to 54 years), and the perceived social support scale of "Sarson" (1983) was used, and the quality of life scale was used. associated with health, and after application and statistical treatment using SPSS, the following results were reached:

1- There is a positive relationship between perceived social support and quality of life for the physically disabled.

2- Perceived social support predicts the quality of life for the physically disabled.

3- There are no differences between the sexes in the perceived social support of the physically disabled.

4- There are no differences between the sexes in the level of quality of life for the physically handicapped.

5- There are no differences in the levels of perceived social support according to the variable of age among the physically disabled.

6- There are differences in the level of quality of life according to the age variable in favor of the elderly who

are physically disabled.

7- There are no differences in the levels of perceived social support according to the variable of the economic level of the physically handicapped.

8- There are differences in the level of quality of life according to the variable of the economic level in favor of the good level of the physically handicapped.

KEYWORDS: social support, quality of life.

01ـ إشكالية ومقدمة الدراسة:

أكدت العديد من الدراسات بأن الإعاقة بصفة عامة والإعاقة الحركية بصفة خاصة آثارها تظهر بشكل أبعد من مجرد الحدود الفيزيقية، وتنطلق إلى مجالات أوسع من حياة الفرد.

ويعرفها «**الصفدي**» **(2007، ص 52)** على أنها حالة الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية أو في نشاطهم الحركي، حيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي أو الإجتماعي والإنفعالي ويستدعي الحاجة إلى تربية خاصة.

ونظرا إلى إتساع وإنتشار هذه الفئة من المجتمع والتي لها خصوصياتها التي تميزها عن بقية أفراد المجتمع، كان من الواجب على المختصين في مجالات علم النفس وعلوم التربية الإهتمام بمختلف الجوانب النفسية والإجتماعية والتربوية، خاصة إذا أخدنا بعين الإعتبار أن الإعاقة الحركية تغير في الأدوار التي كان يشغلها الفرد قبل الإعاقة ويحاول أن يطور وضعه الحالي أو الجديد بما يتناسب مع وضعه الحالي.

وإن الإعاقة الحركية عرفت تزايداً كبيرا في كل دول العالم، حيث بلغت نسبة المعاقين (15%) من سكان العالم إلى ما يقارب (900) مليون معاقا منهم (80%) في الدول النامية، ولقد أقرت وثاق الأمم المتحدة بأن عدد المعوقين بصفة عامة في كل مجتمع يتراوح بين (12 إلى 15%) من مجموع السكان. **(آيت علجت وزناد، 2020)**

إن الإعاقة تلقي بظلالها على الفرد وعلى الأسرة التي يعيش فيها،

فإن الإعاقة سواء كانت نتيجة لأسباب وراثية أو لأسباب بيئية، فإنها تؤثر على الحياة النفسية والإجتماعية والإنفعالية للفرد المعاق حركيا، كما أن الآفاق المستقبلية تصبح معدومة في نظرها، وكذلك الأسرة فإنها تتلقى صدمة بسبب وجود فرد معاق في بيئتها، وتهتز إنفعاليا، ومعرفيا، وحتى إجتماعيا، إلا أن الأسرة رغم الصدمة الأولى إلا أنها تحاول أن تساعد ذلك الفرد المعاق في تجاوز صدمته من خلال دعمه نفسيا ومعرفيا، وعليه فإن مفهوم الدعم الإجتماعي المدرك مفهوم محوري وأساسي في الحالات الإنسانية، والصعبة التي غالبا ما تبحث عن هذا الدعم الإجتماعي الأسري الذي يسهم في التخفيف من معاناة المعاق حركيا، وهي آلية وسلوك جد مهم من خلال تعاون الأسرة، فالدعم الإجتماعي يحتاجه كل فرد في العائلة سواء كان معاقاً أو عادياً نظرا لإنعكاسه الإيجابي على صحة الفرد، ويُعد مصدرا من المصادر الأساسية للشعور بالأمن النفسي، والأمن الإجتماعي.

الإعاقة تلقي بظلالها على الفرد وعلى الأسرة التي يعيش فيها، فإن الإعاقة سواء كانت نتيجة لأسباب وراثية أو لأسباب بيئية، فإنها تؤثر على الحياة النفسية والإجتماعية والإنفعالية للفرد المعاق حركيا

وفي هذا الصدد يعرف «**كابلان**» الدعم الإجتماعي بأنه النظام الذي يتضمن مجموعة من الروابط والتفاعلات الإجتماعية مع الآخرين تتسم بأنها طويلة المدى، ويمكن الإعتماد عليها والثقة بها وقت إحساس الفرد بالحاجة إليها لتمده بالدعم العاطفي. **(عبد السلام، 2000، ص 09)**، وفي هذا السياق ولتدعيم ما تم ذكره نجد دراسة «**wilson syli & al**» **(2006)** التي تؤكد على أن المساندة الأسرية لها الأثر الإيجابي في تحقيق التوافق النفسي لدى الأفراد المعاقين حركيا.

وإن هذا الدعم الإجتماعي والدعم السري الذي يتلقاه المعاق حركيا يرتبط كذلك بمتغيرات أخرى فحقيقة أن الدعم الإجتماعي يعُد كافياً للمعاق حركيا لتجاوز الظروف الصعبة يُعد حقيقة ناقصة بإعتبار أن الدعم الإجتماعي يرتبط بالعديد من المتغيرات ومن بينها جودة

الحياة التي تُعد متغيراً فعالاً في زيادة فاعلية الفرد المعاق، وكذلك في قدرة الأسرة في دعمه، وتحقيق متطلباته ليستطيع أن يكمل حياته، فجودة الحياة هي ذلك التقييم الذاتي الذي يضعه المعاق للظروف التي تحيط به، وهو يستطيع أن يشعر بها ويرى ويعتقد بأن هذه العوامل أسهمت في التخفيف من حدة الإعاقة الحركية من إعتقاده ومن سهولة قضاء حاجاته اليومية، ففي هذا الصدد تشير كل من «**Cella & Tulsky**» **(1990)** إلى أن جودة الحياة مرتبطة بتقييم المرضى ورضاهم بمستوى دائهم الوظيفي الحالي مقارنة بما كانوا يتصورون أنه الأمثل.

وإن محالة فهم السيرورات النفسية وما يحمله المعاق، أو كيف ينظر الفرد المعاق حركيا إلى نفسه وإلى المجتمع الذي يحيط به، وماذا قدم له المجتمع بداية من الأسرة إلى المؤسسات الإجتماعية في وطنه، فقد جاءت العديد من الدراسات التي تحاول تفسير الدعم الإجتماعي الذي يقدم للفرد المعاق، وكذلك تقييماته لجودة الحياة التي يحياها.

ونؤصل لما تم ذره من خلال ماجاءت به دراسة كل «**You & Zho**» **(2012)**، و«**Virtue & al**» **(2015)**، و«**Gok, Leiert & Line**» **(2017)** في أن ما يساعد الفرد المعاق على الوصول إلى الإحساس بجودة الحياة الجيدة هو ما يدركه الفرد من الدعم الإجتماعي المقدم من الأسرة والمحيط المجتمعي الذي يحيط به، حيث تشير هذه الدراسات إلى أن الدعم الإجتماعي من المصادر المهمة والفاعلة التي يحتاجها الإنسان، حيث يرتبط بالصحة والسعادة، ويؤثر مستوى الدعم الإجتماعي في كيفية إدراك الأفراد للمشكلات والضغوطات المختلفة. **(هنادي، 2021)**

ومن الدراسات التي إهتمت في البحث عن الدعم الإجتماعي وجودة الحياة لدى المعاقين حركيا نجد دراسة «**عباس وصالح**» **(2022)** التي كان الهدف منها البحث عن العلاقة بين الدعم الإجتماعي ومستوى الرضا عن جودة الحياة لدى مستخدمي الأطراف البديلة توصلت إلى أنه توجد علاقة موجبة بينهما، وفي دراسة مشابهة لموضوع دراستنا قام بها «**Hassan**» **(2020)** التي بحثت في العلاقة بين جودة الحياة لدى المعاقين حركيا مع الرعاية الإجتماعية، وتوصلت في نتائجها إلى أنه توجد علاقة، وقامت «**آيت علجت**» **(2020)** بدراسة من بين أهدافها البحث عن العلاقة بين الدعم الإجتماعي وجودة الحياة لدى المعاقين حركيا، وتوصلت إلى أنه توجدعلاقة موجبة بينهما، وأنه لا توجد فروق بين الجنسين في كل من الدعم الإجتماعي، وجودة

الحياة لدى المعاقين حركيا وفي دراسة أخرى لـ «**Bushanik & al**» **(2016)** التي هدفت إلى تقييم دور الدعم الإجتماعي في التأثير على النتائج الوظيفية وجودة الحياة للمرضى المبتورين، كشفت النتائج إلى وجود فروق بين لمشاركين مع دعم إجتماعي منخفض، كما أن الدعم الإجتماعي المرتفع يدل يدل على زيادة إحترام الذات والثقة، وإنخفاض مستويات الإكتئاب مقارنة بالمشاركين الذي يعانون من إنخفاض الدعم الإجتماعي. **(عباس وصالح، 2022)، كما نجد دراسة «Sultan & al» (2016)** التي هدفت إلى معرفة تأثير الدعم الإجتماعي على جودة الحياة بين الطلاب المعاقين وتوصلت إلى أن الدعم الإجتماعي يتنبأ بجودة الحياة، وفي دراسة أخرى لـ «**Yeung & Towers**» **(2014)** تبين في نتائجها في أن من يتلقون دعم إجتماعي مرتفع لديهم إحساس عالي بجودة الحياة التي يحيونها، كما تبين في دراسة قام بها «**الهنداوي**» **(2011)** توصلت في نتائجها على أنه توجد علاقة بين الدعم الإجتماعي، والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا، وأنه لا توجد فروق بين الجنسين من المعاقين حركيا في كل من الدعم الإجتماعي والرضا عن جودة الحياة، كما أن هناك دراسات بحثت عن الفروق بين الجنسين في مستوى جودة الحياة لدى المعاقين حركيا وتوصلت كل من دراسة «**البلاتي**» **(2017)**، و «**حسين**» **(2017)**، ودراسة كل من «**Verdugo, Navas Gomez & Schalock**» **(2011)** أنه توجد فروق في مستويات جودة الحياة لصالح الذكور.**(الشهري، 2012)**

ومن خلال ما تم ذكره فإن الدافع للبحث في هذه المشكلة في أن جودة الحياة لها إرتباط وثيق بكل أفراد المجتمع مهما بلغت مكانتهم في المجتمع، وأن هذا العامل يجعل كل فرد، وخاصة من يعاني من إعاقة حركية يحتاج إلى ذلك الدعم الإجتماعي، الذي يصدر من الأسرة، والأصدقاء، وكذلك مؤسسات المجتمع المدني، والهيئات الرسمية، وأن كل هذا الدعم هو الذي يحدد مقدار ومستوى جودة

جودة الحياة لها إرتباط وثيق بكل أفراد المجتمع مهما بلغت مكانتهم في المجتمع

الحياة التي نحيايها، وعليه فإن الدراسة الحالية تهدف للإجابة على العديد من الأسئلة البحثية، والتي هي كما يلي:

1ـ هل توجد علاقة موجبة بين الدعم الإجتماعي المدرك وجودة الحياة لدى المعاقين حركيا.؟

2ـ هل يتنبأ الدعم الإجتماعي المدرك بجودة الحياة لدى المعاقين حركيا.؟

3ـ هل توجد فروق بين الجنسين في الدعم الإجتماعي المدرك لدى المعاقين حركيا.؟

4ـ هل توجد فروق بين الجنسين في مستوى جودة الحياة لدى المعاقين حركيا.؟

5ـ هل توجد فروق في مستويات الدعم الإجتماعي المدرك تبعا لمتغير العمر لدى المعاقين حركيا.؟

6ـ هل توجد فروق في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير العمر لصالح الأكبر سنا من المعاقين حركيا.؟

7ـ هل توجد فروق في مستويات الدعم الإجتماعي المدرك تبعا لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المعاقين حركيا.؟

8ـ هل توجد فروق في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير المستوى الإقتصادي لصالح المستوى الجيد من المعاقين حركيا.؟

2ـ فرضيات الدراسة:

1ـ توجد علاقة موجبة بين الدعم الإجتماعي المدرك وجودة الحياة لدى المعاقين حركيا.

2ـ يتنبأ الدعم الإجتماعي المدرك بجودة الحياة لدى المعاقين حركيا.

3ـ توجد فروق بين الجنسين في الدعم الإجتماعي المدرك لدى المعاقين حركيا.

4ـ توجد فروق بين الجنسين في مستوى جودة الحياة لدى المعاقين حركيا.

5ـ توجد فروق في مستويات الدعم الإجتماعي المدرك تبعا لمتغير العمر لدى المعاقين حركيا.

6ـ توجد فروق في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير العمر لصالح الأكبر سنا من المعاقين حركيا.

7ـ توجد فروق في مستويات الدعم الإجتماعي المدرك تبعا لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المعاقين حركيا.

8ـ توجد فروق في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير المستوى الإقتصادي لصالح

المستوى الجيد من المعاقين حركيا.

03ـ أهداف الدراسة:

1ـ تهدف الدراسة الحالية بالدرجة الأولى معرفة طبيعة العلاقة بين الدعم الإجتماعي وجودة الحياة لدى المعاقين حركيا، وكذلك مقدار تنبؤ مستويات الدعم الإجتماعي بجودة الحياة لدى المعاقين حركيا.

2ـ تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة طبيعة الفروق كل من الجنس والمستوى الإقتصادي، والعمر في كل من الدعم الإجتماعي، وجودة الحياة لدى عينة الدراسة.

04ـ أهمية الدراسة:

1ـ تأتي أهمية الدراسة الحالية في قلة الدراسات والبحوث في البيئة المحلية حول هذه الفئة وضرورة لفت الإنتباه إلى أهمية الدعم الإجتماعي سواء من الأسرة بالدرجة الأولى، وإلى كل الهيئات الإجتماعية.

2ـ تهدف الدراسة الحالية إلى ضرورة تحسين جودة الأفراد المعاقين، فتحسين مختلف الهيئات، والمؤسسات التي يحتك بها الفرد المعاق يؤدي ذلك إلى إنعكاسها على تقييماته الذاتية في مستويات جودة الحياة.

3ـ تتناول هذه الدراسة حالة متزايدة الانتشار يهدد فئات مختلفة ويشكل عبئا صحيا واجتماعيا واقتصاديا، بإعتبار أن الإحصائيات تؤكد على أن المعاقين حركيا متزايدا، خاصة مبتوري الأطراف نتيجة مرض، وكذلك نتيجة حوادث السير، ولهذا وجب لفت الإنتباه لهذه الفئة وتقديم الدعم النفسي والإجتماعي اللازم.

05ـ مفاهيم الدراسة:

5ـ1ـ الدعم الإجتماعي المدرك: يعرفه «**حفني**» **(2007)** بأنه ذلك الدعم الإجتماعي المدرك يتمثل بأساليب المساعدة المختلفة التي يتلقاها الفرد من أسرته وأصدقائه، والتي تتمثل في تقديم الرعاية والإهتمام والتوجيه والنصح والتشجيع في مواقف الحياة كافة. **(هنادي، 2021، ص70)**

ويعرف إجرائيا بالدرجة التي يحصل عليها المبحوث في مقياس الدعم الإجتماعي المدرك المستخدم في الدراسة الحالية.

5ـ2ـ جودة الحياة: تعرف على أنها الكيفية التي يتعاط بها الفرد الحياة وتحدد توجهه فيها و إقباله عليها بالنظر إلى ما يملك من تصورات حول القدرة على النشاط والانجاز وتحقيق الذات والاستقلالية الذاتية والعلاقات مع الآخرين من جهة، وبالنظر إلى

مدى إقباله على استغلال فرص الإشباع والمتعة والراحة المتــوفرة فـي بيئته في ظل معتقداته الدينية و الروحية.(**فاطمة الزهراء الزروق ، 2009 ، ص45)**

ويعرف إجرائيا بانه مجموعة من المؤشرات القابلة للملاحظة والقياس المباشر وهي الدرجة التي يحصل عليها تبعا لمقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية المستخدم في الدراسة الحالية.

ثانيا: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

1ـ منهج البحث:

يُعد البحث الحالي من الدراسات الوصفية، لذا استخدم الباحث المنهج الوصفي (الإرتباطي) لأنه يُوفر فهماً عن الدعم الإجتماعي المدرك وجودة الحياة، وبالتالي تم تبني هذا المنهج لأنه يقوم بدراسة متغيرات البحث كما هي لدى أفراد العينة دون أن يكون للباحث دور في ضبط المتغيرات موضوع القياس.

2ـ حدود البحث: لكل بحث حدود معينة يضعها الباحث، وهي الخطة التطبيقية التي يجب عليه إتباعها لكي يصل لإكمال بحثه والأهداف التي وضعها في بداية بحثه، وهذا كذلك يُسهل عليه عملية التطبيق وإجراء الدراسة الميدانية، وقد اقتصرت حدود البحث في المجالات التالية:

2ـ1ـ المجال المكاني: نظراً للصعوبات التي واجهها الباحث في اختيار مكان إجراء البحث الميداني، فضلاً عن التعقيدات التي تفرضها الهيئات الرسمية وكذلك للطبيعة الخاصة بالعينة في حد ذاتها، قام الباحث بإجراء بحثه في أماكن متعددة من مستشفيات وعيادات خاصة، وجمعيات المرضى، وفي أماكن متفرقة، كما تم كذلك الاستعانة بوسطاء من المختصين النفسانيين، للمساعدة في إجراء وتطبيق هذا البحث في مختلف المناطق، والجدول التالي يبين توزيع المفحوصين حسب مكان إجراء البحث:

الجدول رقم (01) : يوضح أماكن إجراء الدراسة الميدانية

مكان التطبيق	المعاقين حركيا	
	العدد	النسبة
المستشفيات	09	13,24%
العيادات الطبية	07	10,29%
جمعيات مرضى	23	33,82%
أماكن أخرى	29	%42,65
المجموع	68	100%

نلاحظ من الجدول رقم (01) وجود اختلاف وتعدد في أماكن إجراء البحث الميداني، وهذا لصعوبة إجراء البحث في مكان واحد نظراً للتعيقدات الإدارية وصعوبة إيجاد المعاقين في مكان واحد، وكذلك طول الاختبار الذي يستغرق وقتاً طويلا للإجابة عليه، ولهذا كان لزاماً علينا أن ننوع من مصادر الحصول على الإجابات اختصاراً للوقت.

2ـ2ـ المجال الزمني: استمر البحث الميداني من جانفي 2022 إلى غاية مارس 2022، وهذا نظراً لطبيعة الدراسة، وكذلك لجمع القدر الكافي من الاستمارات الموزعة.

2ـ3ـ المجال البشري: تم إجراء البحث على معاقين حركيا، سواء كانت هذه الإعاقة الحركية الناتجة عن البتر، أو دونه.

3ـ مجتمع البحث: قام الباحث بوضع الحدود المكانية والزمانية للمجتمع الأصلي، الذي شمل كافة المعاقين حركيا، حيث يُمثلون المجتمع الإحصائي لهذه الدراسة.

4ـ عينة البحث:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (90) مفحوصاً ومفحوصة أبدوا رغبتهم في مشاركتهم في الدراسة من الإجابة عن الأدوات المستخدمة لتجميع البيانات. وبعد تصحيح المقاييس تم إلغاء (14) استمارة نظراً لعدم استيفائها الشروط، ولم يتم إسترجاع (8) إستمارات تم توزيعها على المبحوثين، حيث بلغت العينة النهائية (68) من المعاقين حركيا، وعليه يُمكننا القول: أنَّنا اعتمدنا أسلوب المعاينة غير العشوائية بالطريقة العرضية في اختيار أفراد العينة، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (02): يبين خصائص العينة من حيث نوع المرض والجنس.

الرقم	مخصائص العينة		ذكر	النسبة	المجموع	
01	الجنس	ذكر	45	66,18%	68	100%
		أنثى	23	33,82%		
02	السن	من 20ـ30 سنة	19	27,94%	68	100%
		من31ـ40 سنة	24	35,29%		
		من41ـ50 سنة	25	36,76%		
03	المستوى الإقتصادي	ضعيف	32	47,06%	68	100%
		متوسط	21	30,88%		
		جيد	15	22,06%		

نلاحظ من الجدول رقم (02) بأنه بلغ عدد الذكور من العينة الإجمالية (47) بنسبة بلغت (66,18%)، في حين بلغ عدد الإناث (21) بنسبة (33,82%)، وبلغ عدد المصابين بمرض القلب (118) بنسبة (31.30%)، حيث قدر عدد الذكور منهم بـ(68) ذكراً، بنسبة

(18.04%)، ونلاحظ كذلك أنَّ العينة الإجمالية للفئة العمرية من (22إلى32 سنة) بلغت (19) من العينة الإجمالية، وهذا بنسبة (27,94%)، في حين قدرت الفئة العمرية من (33 إلى 33) سنة (24)، بنسبة بلغت (35,29%)، أما فيما يخص فئة من (44إلى 54) سنة، فقد بلغت (25)، وهذا بنسبة مقدرة بـ(36,76%)، وتبين من الجدول أعلاه أن فئة المعاقين حركيا من مستواهم الاقتصادي ضعيف بلغ (32)، وهذا بنسبة (47,06%) من العينة الكلية، أما فيما يخص المعاقين حركيا الذين مستواهم الاقتصادي متوسطاً، فقد بلغ عددهم(21)، وهذا بنسبة تمثيل (30,88%)، من العينة الكلية، وقدر عدد المرضى الذين هم ضمن فئة المستوى الاقتصادي الجيد بـ(15)، وهذا بنسبة تمثيل قدرت بـ(22,06%)، من العينة الكلية.

5ـ أدوات البحث:

لكي يتمكن الباحث من إكمال بحثه لابد من الاستعانة ببعض الأدوات التي تسهل من عملية جمع البيانات والمعلومات، ولقياس الأنماط السلوكية وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة تم الاستعانة بالأدوات التالية:

5ـ1ـ مقياس الدعم الإجتماعي المدرك: تم الاعتماد على مقياس الدعم الاجتماعي الذي أعد كل من»**ساراسون**» و»**هنري ليفين**»، «**وروبرت باشام**» و»**بربرا ساراسون**» عام (1983)، بهدف قياس الدعم الاجتماعي المدرك من بعديه والمتمثلين في إمكانية توفر الدعم والرضا عن هذا السند المتحصل عليه تتكون الصورة الأصلية لهذا الاستبيان من (27) بند وأعيدت صياغته في صورة مختصرة في (12) بند وتتمحور البنود الفردية هي(1-3-5-7-9-11) حول قياس البعد الأول الذي يتمثل في الدعم والبنود الزوجية هي: (2-4-6-8-10-12) قياس البعد الثاني المتعلق بالرضا.

وهناك عدة ترجمات لهذا الاستبيان حيث نقل من 27 بند إلى 12 بنداً نجد(06) منها تقيس على من يعتمد الفرد حين يحتاج للمساعدة في (06) وضعيات موصوفة مرتبة من (00) إلى (09) و (06) بنود أخرى تقيس درجة الإحساس بالرضا مرتبة من 1 غير راض جدا إلى راض جدا.

ولقد قام الباحثون الذين أعدوه بدراسات عدة واكتشفوا مدى مصداقيته، حيث اعتبروا أداة قياس التوفر والرضا من بين العوامل المحددة للدعم الاجتماعي المدرك، بحيث يكون المجموع الكلي للدعم مرتبط بأهمية الفرد في المجتمع وتقديره لذاته والحد من النسبة المرتفعة للاكتئاب.

السلم الأول: يقيس درجة توفر الدعم الاجتماعي، وهذا من الأسئلة المطروحة في البنود الفردية، إذ أن لكل بند (10) إجابات من (0) إلى (09) نقاط التي هي أقصى درجة يمكن أن يتحصل عليها.

السلم الثاني: يقيس درجة رضا المفحوص عن السند المتحصل عليه، وهذا من خلال البنود الز وجية، إذ يحتوي كل بند على (06) احتمالات للإجابة درجات تنقيطها من (01) إلى غاية (06) نقاط والتي تُعد أقصى درجة يمكن الحصول عليها في هذا السلم. **(آيت علجت مقدودة، 2020)**

5ـ2ـ مقياس جودة الحياة: بدأ أعداد هذا المقياس في عام (1991)، عندما بدأ قسم الصحة النفسية بمنظمة الصحة العالمية في إعداد مشروع بحثي في (15) دولة لبناء مقياس عالمي لقياس نوعية يغطي الجوانب المختلفة لنوعية الحياة التي تناولتها أو لم تتناولها الأدوات التقليدية لتقدير نوعية الحياة المتعلقة بالصحة **The whoqol group (1995)**، وكان الهدف الأساسي للمشروع هو تصميم أداة لتقييم نوعية الحياة يمكن تطبيقها بشكل واسع عبر أنواع مختلفة من الأمراض المتباينة في الشدة وكذلك عبر مجموعات ثقافية مختلفة إقتصاديا وإجتماعيا وعمريا ويستعمل المقياس لتقييم برامج التدخلات للتحسيس بنوعية الحياة ولمقارنة نوعية الحياة عبر أقطار متباينة وثقافات فرعية مختلفة داخل القطر الواحد.

وأدت جهود المنظمة إلى تطوير المقياس المئوي لنوعية الحياة **The (1998) wohqol group**، والذي تم إعداده من (05) خمسة مراكز ميدانية تابعة للمنظمة عبر (12) إثني عشر لغة وحددت هذه المراكز جوانب الحياة التي تعد مهمة في قياس نوعية الحياة، ووضعت بنودا لقياسها وشملت الصيغة الإستطلاعية الأصلية (235) بندا، وطبقت هذه الصيغة في (15) خمسة عشر مركزا ميدانيا بلغات مختلفة عبر العالم، وتم إختيار أفضل مائة بند (100) وسميت هذه الصيغة المقياس المئوي لنوعية الحياة **Wohqol-100**

يتكون المقياس من (06) ستة مجالات أساسية، وهي كما يلي: **1ـ المجال الجسمي2ـ المجال النفسي3ـ مجال الاستقلال4ـ مجال العلاقات الاجتماعية5ـ المجال البيئي. 6ـ المجال الديني**

وكل مقياس فرعي تقيسه أربعة بنود، وبذلك يكون عدد البنود الكلي(96) بندا، فضلاً عن أربع عبارات تقيس جودة الحياة بشكل عام والصحة العامة، وهذا البعد لا

يدرج ضمن مجالات نوعية الحياة. وتتم الإجابة عن بنود المقياس ضمن خمسة بدائل متدرجة لتقدير شدة وتكرار عوامل أو أبعاد نوعية الحياة.

وهذه المجالات تحتوي على (24) عاملا او مقياسا فرعيا، كل مقياس تندرج تحته (04) أربع عبارات، وبذلك يصبح عدد العبارات (96) عبارة، فضلاً عن ذلك يوجد بعداً إضافياً تندرج تحته (04) أربعة بنود لقياس نوعية الحياة بشكل عام والصحة العامة، وهذا البعد لا يدخل في مجالات نوعية الحياة، ولكن يتم تحليله كجزء من المقياس، وتتم الإجابة على بنود هذا المقياس بإستخدام طريقة ليكرت وتندرج من خمس نقاط لتقدير الشدة والتكرار أو لتقييم الصفات المختارة لنوعية الحياة، وهذا طبعا حسب نوع البند وطبيعة السؤال الذي يحتويه، حيث أن هذه الخيارات تختلف حسب ما ذكر سابقا. (أحمد حساين أحمد، 2011)

06ـ الأساليب الإحصائية:

تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية للتحقق من صحة فرضيات الدراسة:

-**الإحصاء الوصفي:** والمتمثل في كل من:

-التكرارات، النسب المئوية،

-المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية ...

-**الإحصاء الاستدلالي:** والمتمثل في كل من: -معامل الارتباط بيرسون -معامل الارتباط المتعدد – t-test لدلالة الفروق- anova لتحليل التباين الأحادي. وذلك من خلال الاستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية **SPSS.**

ثالثا: عرض نتائج الدراسة

1ـ عرض وتحليل ومناقشة النتائج:

قبل عرض النتائج نشير إلى أننا حرصنا أن تتم الإجابة على المقاييس في أحسن الظروف الممكنة، كما تأكدنا من فهم أفراد العينة لتعليمه المقاييس، خصوصاً ما تعلق بالهدف من عملية القياس بمعنى ضرورة أن تعكس إجابة المبحوث المطلوب في كل بند من بنود المقياس ما هي عليه الأمور في الواقع لا كما يتمنى أن تكون عليه، ولا كما يتوقع أننا ننتظره. وبعد الانتهاء من عملية التطبيق والتأكد من احترام أفراد العينة للتعليمات في شطرها المتعلق بالإجابة عن كل بند من بنود المقياس، وضرورة تفادي الإجابة النمطية كاختيار الخيار الأوسط في الإجابة عن كل البنود مثلاً، أو الإجابات الناقصة غير المكتملة، قمنا بعملية التصحيح، ثم شرعنا في المعالجة الإحصائية لكافة

البيانات المجمعة للتحقق من صحة فرضيات الدراسة. وعليه سنتناول في مايلي تحليل ومناقشة النتائج المتعلقة بكل فرضية من فرضيات الدراسة في ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري الذي يُفسر متغيرات الدراسة:

1ـ1ـ عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

لفحص ودراسة الفرضية الأولى التي مفادها « **توجد علاقة موجبة بين الدعم الإجتماعي المدرك وجودة الحياة لدى المعاقين حركيا**»، حيث تم الاعتماد على معامل الارتباط بيرسون، لبحث طبيعة العلاقة بين درجات المتحصل عليها في مقياس الدعم الإجتماعي المدرك، ومقياس جودة الحياة، حيث تحصلنا على نتائج يمكن تمثيلها في الجدول التالي:

جدول رقم (03) : دلالة الارتباطية بين الدعم الإجتماعي المدرك وجودة الحياة لدى المعاقين حركيا.

المتغيرات	الدعم الإجتماعي المدرك	مستوى الدلالة	القرار
جودة الحياة	0,52	0,01	دال

نلاحظ من الجدول رقم (03) إلى أنه توجد علاقة بين الدعم الإجتماعي المدرك وجودة الحياة لدى المعاقين حركيا، وبلغت قيمة معامل الإرتباط (0,52)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0,01)، ونلاحظ أن هذه العلاقة جاءت موجبة، بمعنى أنه كلما إرتفع مستوى الدعم الإجتماعي الذي تقدمه الأسرة الى الفرد المعاق كلما إنعكس ذلك على مستويات جودة الحياة، أن الفرد المعاق يشعر أنه يعيش في بيئة مساعدة وداعمة له.

ونفسر النتيجة المتوصل إليها في أنه كلما كانت مصادر الدعم المقدمة من المحيطين بهذه الفئة كبيرة وواسعة كلما ساعدهم في التخفيف عن همومهم وآلامهم، والآثار النفسية والاجتماعية السلبية، وكذلك المواقف والضغوطات التي يتعرضون لها أثناء ممارستهم حياتهم اليومية والأشخاص الذين يميلون إلى المشاركة والانخراط في مجالات الحياة كافة كالعلاقات الأسرية والصداقات ويكونوا راضين عن الدعم الاجتماعي المقدمة لهم من طرف شبكة علاقاتهم الاجتماعية كما يقيمونها على أنه دعم اجتماعي فعال وله تأثير ايجابي في مساعدتهم على التغلب على الوضعية الضاغطة التي يمرون بها من جراء الإصابة بالمرض بدلا من الانسحاب والإنعزال.

ويمكن أن نفسر النتيجة المتوصل إليها فيما ذهب إليه « **الصبان**» **(2003)** الدعم

الإجتماعي ليس فقط في أوقات المحن فحسب، وإنما إدراك الفرد أنه يلقى الاهتمام والرعاية والقبول حتى في تعزيز سلوكياته والوقوف إليه في إنجازاته ومسراته. وعليه فإنه يُمكن القول : أن الدعم الاجتماعي لا يتمركز فقط في أن يدرك الفرد أن لديه عدداً كافياً من الأشخاص في حياته يمكنه أن يرجع اليهم عند الحاجة، ولكن أنْ يكون لدى الفرد أيضاً درجة من الرضا عن هذا الدعم المتاح له في كل الأوقات، ونضيف أن كل هذه العمليات التي ترتكز على الدعم للمعاق ستسهم بدرجة كبيرة الرفع من مستوى تقديراته لجودة الحياة، لأن الدعم الذي يشمل جميع الجوانب سيسهم في الرفع من مستويات جودة الحياة، لأن الدعم النفسي، سيسهم في تحسين جودة الحياة النفسية، وكذلك فيما يخص الجانب الإجتماعي، والصحي، غيرها، في عملية ترابطية لها إسهامتها، على الجانب النفسي، وكذلك على الجانب المادي.

العمليات التي ترتكز على الدعم للمعاق ستسهم بدرجة كبيرة الرفع من مستوى تقديراته لجودة الحياة، لأن الدعم الذي يشمل جميع الجوانب سيسهم في الرفع من مستويات جودة الحياة

وعليه فإننا نقبل بفرضية البحث التي تنص على أنه **توجد علاقة موجبة بين الدعم الإجتماعي المدرك وجودة الحياة لدى المعاقين حركيا**. نرفض فرضية البحث البديلة التي تنص على أنه **لا توجد علاقة موجبة بين الدعم الإجتماعي المدرك وجودة الحياة لدى المعاقين حركيا.**

1ـ2ـ عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثانية:

للفحص ودراسة الفرضية الأولى التي مفادها ((**يتنبأ الدعم الإجتماعي المدرك بجودة الحياة لدى المعاقين حركيا**))، حيث تم الاعتماد على معامل الارتباط المتعدد لمعرفة طبيعة العلاقة ومقدار تنبؤ الدعم الإجتماعي المدرك بمستوى جودة الحياة، والتي يمكن تمثيلها في الجدول التالي:

الجدول رقم (04) يبن مقدار تنبؤ الدعم الإجتماعي المدرك بجودة

الحياة لدى عينة الدراسة.

جودة الحياة					
المتغير	الارتباط	R_deux ajusté	r R_deux	مستوى الدلالة	القرار
الدعم الإجتماعي	0.52	61,7%	%60.3	0,01	دالة

نلاحظ من الجدول رقم (04) أنه توجد علاقة بين الدعم الإجتماعي وجودة الحياة، حي بلغت قيمة الارتباط (0.52) وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01) وجاءت العلاقة موجبة بمعنى أنه كلما زاد إدراك المعاقين حركيا لمستويات الدعم الإجتماعي زادت مستويات جودة الحياة والعكس صحيح، كما تبين أن للدعم الإجتماعي قدرة في التنبؤ بمستويات جودة الحياة، حيث بلغت قيمة الانحدار.(% 60,3) أي أن الدعم الإجتماعي المدرك من المعاقين حركيا يفسر ما قيمته . (R=60.3%) من مستوى جودة الحياة

وربما يعود ذلك إلى المجهودات التي تبذل من طرف الأسرة والأفراد القريبين من الفرد المعاق وحتى الأخصائي النفسي، من تثقيف المعاقين وإرشادهم صحيا وكذلك إرشاد أسرهم في كيفية التعامل مع أفراد معاقين، هذا ، وأمام الدعم الإجتماعي فإن زيادة قدرة الأفراد المعاقين حركيا على تحسين معارفهم ومهاراتهم وإدراكهم لوضعيتهم الصحية، وكل ما كان التثقيف الصحي عالي الجودة أثر على النتائج الصحية وبالتالي التحسن بشكل كبير في جودة الحياة، وعليه يمكن القول أن الدعم الإجتماعي له دور كبير وقدرة تنبؤية بمستوى جودة الحياة، لأن جودة الحياة هي بالدرجة الأولى تخضع إلى ذلك التقييم الذاتي الذي يصدره الفرد المعاق، وأن الدعم والمساندة التي يتلقاها والتي تحددها بدرجة كبيرة .

ونستنتج من النتيجة التي تم التوصل إليها إلى أن رضا المعاقين عن الدعم الاجتماعي له أثر رئيسي للتخفيف من الضغط الناتج عن العلاج أو من المرض المزمن مما يجعلهم يدركون الوضعية على أنها أقل ضغطا وأقل تهديدا كما ينظرون إلى الحدث بنظرة تفاؤلية فينظرون إلى أن صحتهم النفسية والجسمية ستتحسن من خلال تبنيهم لأسلوب حياة صحي للتغيير الايجابي والارتقاء بصحتهم، كما أنهم يعتقدون بأن متعة الحياة تكمن في قدرتهم على مواجهة تحدياتها فيقتحمون المشكلات ويثابرون لحلها من خلال استخدام مصادرهم النفسية وبحثهم عن الدعم الاجتماعي الفعال

وبالتالي يكونوا راضين عنها في لانه يمدهم بالمساعدة لمجابهة التغيرات التي طرأت على حياتهم مما يجعلهم يدركونها على أنها أقل تهديدا لرفاهيتهم.

وعليه فإننا نقبل بفرضية البحث التي تنص على أنه **يتنبأ الدعم الإجتماعي المدرك بجودة الحياة لدى المعاقين حركيا**.نرفض فرضية البحث البديلة التي تنص على أنه **لا يتنبأ الدعم الإجتماعي المدرك بجودة الحياة لدى المعاقين حركيا.**

1ـ3ـ عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

لفحص ودراسة الفرضية الثانية التي مفادها « **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدعم الإجتماعي المدرك تعزى لمتغير الجنس لدى المعاقين حركيا**»، ولتحقيق من صحة هذه الفرضية قمنا بالاعتماد على المعالجة الإحصائية T-TEST لدلالة الفروق بعد التأكد من التجانس بين المجموعتين، قمنا بحساب الفروق في مقياس الدعم الإجتماعي المدرك المستخدم في الدراسة الحالية، حيث تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم (05) يوضح نتائج اختبار (ت) للفروق في مقياس الدعم الإجتماعي المدرك تعزى لمتغير الجنس لدى المعاقين حركيا.

الجنس	الذكور ن=47		الإناث ن=21		درجة الحرية	ت المحسوبة	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
الدعم الإجتماعي المدرك	9,67	1,67	9,33	1,71	66	ـ0,444	0,619

نلاحظ من الجدول رقم (05) بأنه لا توجد فروق بين المعاقين حركيا في مقياس الدعم الإجتماعي المدرك تعزى لمتغير الجنس، وهذا لأن قيمة (ت المحسوبة =0,444-)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.05).

ونفسر النتيجة المتوصل إليها في أن الدعم الاجتماعي المقدم للمعاقين حركيا الذكور أو الإناث يسهم في الحد والتخفيف من أثر صدمة الإعاقة على حد سواء، ويرى الباحث أن هذه النتيجة منطقية، ويمكن تبريرها على أن البيئة التي يعيش فيها المعاق حركيا هي بيئة اجتماعية واحدة تقريبا من حيث الثقافة الاجتماعية، والبيئة المحافظة، وعدم الانفتاح الثقافي الواسع، كما أنها متمسكة

بالتعاليم الدينية فالوالدين أو الأقارب لا يفرقون بين الذكور والإناث وبالتالي لم تظهر فروق تعزى لمتغير الجنس.

وعليه فإننا نرفض فرضية البحث التي تنص على أنه **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدعم الإجتماعي المدرك تعزى لمتغير الجنس لدى المعاقين حركيا** ونقبل بفرضية البحث البديلة التي تنص على أنه **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدعم الإجتماعي المدرك تعزى لمتغير الجنس لدى المعاقين حركيا**

4ـ1ـ عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

لفحص ودراسة الفرضية الثانية التي مفادها «**توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس لدى المعاقين حركيا**»، وللتحقيق من صحة هذه الفرضية قمنا بالاعتماد على المعالجة الإحصائية T-TEST لدلالة الفروق بعد التأكد من التجانس بين المجموعتين، قمنا بحساب الفروق في مقياس الدعم الإجتماعي المدرك المستخدم في الدراسة الحالية، حيث تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم (06) يوضح نتائج اختبار (ت) للفروق في مقياس جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس لدى المعاقين حركيا.

الجنس	الذكور ن=47		الإناث ن=21		درجة الحرية	ت المحسوبة	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
جودة الحياة	123.65	8,21	121,22	8,54	68	0,123	0,877

نلاحظ من الجدول رقم (06) بأنه لا توجد فروق بين المعاقين حركيا في مقياس جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس، وهذا لأن قيمة (ت المحسوبة =0,123)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.05).

ونفسر هذه النتيجة المتوصل إليها على أن الإعاقة تلعب دورا في تحديد نوعية البيئة التي يعيش فيها الفرد، ولهذا فإن دور البيئة هي نفسها للمريض سواء كان ذكرًا أم أنثى لأن نفس التغيرات البيولوجية هي نفسها، وبيئة متشابهة إلى حد كبير بينهم، لأن تطور مكانة المرأة في المجتمع سمح لها بأن تلامس البيئة مباشرة، كما أن المرأة المعاقة قد تلقى نوعا من الإهتمام والرعاية من المحيطين بها خاصة الأسرة لتدليل الصعوبات أمامها.

أن أفراد الجنسين يعيشون الخبرات الحياتية نفسها في العمل أو المنزل أو المجتمع،

وهذا تقريبا راجع إلى العادات وثقافة المجتمع المتشابهة، كما أنهم يخبرون المعاناة نفسها مع المرضى التي تعيقهم على ملاحقة التطورات المتلاحقة بمن حولهما سواء في مجال العمل أو مجالات الحياة العامة.

أفراد الجنسين يعيشون الخبرات الحياتية نفسها في العمل أو المنزل أو المجتمع، وهذا تقريبا راجع إلى العادات وثقافة المجتمع المتشابهة

وعليه فإننا نرفض فرضية البحث التي تنص على أنه **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس لدى المعاقين حركيا** ونقبل بفرضية البحث البديلة التي تنص على أنه **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس لدى المعاقين حركيا.**

1ـ5ـ عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الثانية على أنه: توجد فروق في مستوى الدعم الإجتماعي المدرك تبعا لمتغير المستوى العمري لدى المعاقين حركيا.» وللتحقق من صحة الفرضية اعتمدنا على المعالجة الاحصائية تحليل التباين الأحادي ANOVA One Way لدلالة الفروق، في المتغير الوسيطة (المستوى العمري)، حيث تحصل على النتائج التالية:

جدول (07): يبين دلالة وجود فروق في متغير الدعم الإجتماعي المدرك لدى عينة الدراسة حسب متغير المستوى العمري

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
الدعم الإجتماعي	ما بين المجموعات	155,129	2	77,565	0,705	0,502 غير دال
	داخل المجموعات	3188,871	66	109,961		
	المجموع	3344,000	67			

نلاحظ من الجدول رقم (07) بأنه لا توجد فروق في مستويات الدعم الإجتماعي المدرك تبعا لمتغير المستوى العمري لدى عينة المعاقين حركيا، وهذا لأن قيمة (F=0.705)،وهـــي غير دالة عند مستوى

الدلالة (0.01).

وعليه فإننا نرفض فرضية البحث في أنه توجد فروق في مستوى الدعم الإجتماعي المدرك تبعا لمتغير المستوى العمري لدى المعاقين حركيا، ونقبل بفرضية البديلة في أنه: توجد فروق في مستوى الدعم الإجتماعي المدرك تبعا لمتغير المستوى العمري لدى المعاقين حركيا.

1ـ6ـ عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية السادسة:

تنص الفرضية الثانية على أنه: توجد فروق في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير المستوى العمري لدى المعاقين حركيا.» وللتحقق من صحة الفرضية اعتمدنا على المعالجة الاحصائية تحليل التباين الأحادي ANOVA One Way لدلالة الفروق، في المتغير الوسيطة (المستوى العمري)، حيث تحصل على النتائج التالية:

جدول (08): يبين دلالة وجود فروق في متغير جودة الحياة لدى عينة الدراسة حسب متغير المستوى العمري

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
جودة الحياة	ما بين المجموعات	315,464	2	157,732	7,510	0.01 دال
	داخل المجموعات	3028,536	66	104,432		
	المجموع	3344,000	67			

نلاحظ من الجدول رقم (08) بأنه توجد فروق في مستويات جوجة الحياة تبعا لمتغير المستوى العمري لدى عينة المعاقين حركيا، وهذا لأن قيمة (F=7.510)،وهـــي دالة عند مستوى الدلالة (0.01). ولتبيان الفروق في مستويات جودة الحياة لدى المعاقين حركيا في المستويات العمرية، تم إستخدام الفروق في المتوسطات الحسابية والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (09): يبين الفروق في المتوسطات الحسابية حسب المستويات العمرية في متغير جودة الحياة الأسرية لدى المعاقين حركيا.

الفئات العمرية		المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
من 22 إلى 32 سنة	2	16,18ـ	4,35	0,01	3
	3	19,28ـ	4,46	0,01	
من 33 إلى 43 سنة	1	16,18	4,35	0,01	2
	3	16,10ـ	4,46	0,01	
من 44 إلى 54 سنة	1	19,28	4,46	0,01	1
	2	16,10	4,46	0,01	

نلاحظ من الجدول رقم (09) بأن أكثر فئة إحساسا بجودة الحياة من المعاقين حركيا من لهم مستوى عمري أكبر (44 إلى 54 سنة)، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـفارق (19.28) عن الفئة التي مستوى عمري ما بين (22 إلى 32 سنة)، وكذلك أكبر من فئة التي لها مستوى عمري ما بين (33إلى 43سنة) بفارق في المتوسط الحسابي بلغ (6.10)، كما تبين أن الفئة التي سنها يتراوح مابين (33 إلى 43 سنة) جاؤا في المرتبة الثانية بفارق في المتوسط الحسابي (16.18) عن عن فئة العمرية التي يتراوح سنها مابين (22 إلى 33 سنة)، وجاءت في المرتبة الثالثة الفئة التي سنها الأصغر ما بين (22 إلى 32 سنة)، وهذا لأن الفارق في متوسطها الحسابي أصغر بـ(16.18-) عن الفئة العمرية ما بين 33 إلى 43) سنة، وأصغر كذلك عن المستوى العمري ما بين (44 إلى 54) سنة بفارق في المتوسط الحسابي بلغ (19.28-)، وهذه النتيجة المتوصل إليها تعبر على أنه كان المعاق حركيا متقدما في السن كلما شعر بجودة الحياة، ولكما كان صغيرا كلما شعر بأن مستويات جودة حياته منخفضة

وعليه فإننا نقبل بفرضية البحث في جزئها المتعلق بأنه توجد فروق في مستوى جودة الحياة الأسرية تبعا لمتغير المستوى العمري لدى المعاقين حركيا، ونرفض الفرضية البديلة في بأنه لا توجد فروق في مستوى جودة الحياة الأسرية تبعا لمتغير المستوى العمري لدى المعاقين حركيا.

1ـ7ـ عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية السابعة:

تنص الفرضية الثانية على أنه: توجد فروق في مستوى الدعم الإجتماعي المدرك تبعا لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المعاقين حركيا.» وللتحقق من صحة الفرضية اعتمدنا على المعالجة الاحصائية تحليل التباين الأحادي ANOVA One Way لدلالة الفروق، في المتغير الوسيطة (المستوى الإقتصادي)، حيث تحصل على النتائج التالية:

جدول (10): يبين دلالة وجود فروق في متغير الدعم الإجتماعي المدرك لدى عينة الدراسة حسب متغير المستوى الإقتصادي

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
الدعم الإجتماعي	ما بين المجموعات	766,552	2	255,517	0,966	0,419 غير دال
	داخل المجموعات	9524,423	66	264,567		
	المجموع	10290,975	67			

نلاحظ من الجدول رقم (10) بأنه لا توجد فروق في مستويات الدعم الإجتماعي المدرك تبعا لمتغير المستوى العمري لدى عينة المعاقين حركيا، وهذا لأن قيمة (F=0.705)،وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01).

وعليه فإننا نرفض فرضية البحث في بأنه توجد فروق في مستوى الدعم الإجتماعي المدرك تبعا لمتغير المستوى العمري لدى المعاقين حركيا، ونقبل بفرضية البديلة في أنه: توجد فروق في مستوى الدعم الإجتماعي المدرك تبعا لمتغير المستوى العمري لدى المعاقين حركيا.

1ـ8ـ عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة:

تنص الفرضية الثانية على أنه: توجد فروق في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المعاقين حركيا.» وللتحقق من صحة الفرضية اعتمدنا على المعالجة الاحصائية تحليل التباين الأحادي ANOVA One Way لدلالة الفروق، في المتغير الوسيطة (المستوى العمري)، حيث تحصل على النتائج التالية:

جدول (11): يبين دلالة وجود فروق في متغير جودة الحياة لدى عينة الدراسة حسب متغير المستوى العمري

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
جودة الحياة	ما بين المجموعات	10737,560		3579,187	3,752	0.01 دال
	داخل المجموعات	34341,415		953,928		
	المجموع	45078,975				

نلاحظ من الجدول رقم (11) بأنه توجد فروق في مستويات جودة الحياة تبعا لمتغير المستوى العمري لدى عينة المعاقين حركيا، وهذا لأن قيمة (F=7.510)،وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01). ولتبيان الفروق في مستويات جودة الحياة لدى المعاقين حركيا في المستويات العمرية، تم إستخدام الفروق في المتوسطات الحسابية والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (12): يبين الفروق في المتوسطات الحسابية حسب المستويات العمرية في متغير جودة الحياة الأسرية لدى المعاقين حركيا.

الفئات العمرية		المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
ضعيف	2	ـ29,51	13,22	0,01	3
	3	ـ42,45	12,89	0,01	
متوسط	1	29,51	13,22	0,01	2
	3	ـ27,44	13,49	0,01	
جيد	1	42,45	13,22	0,01	1
	2	27,44	13,49	0,01	

نلاحظ من الجدول رقم (12) بأن أكثر فئة لديها مستوى بجودة الحياة من المعاقين حركيا من لهم مستوى إقصتادي جيد، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـفارق (42,45) عن الفئة التي مستواها الإقتصادي ضعيفاً، وكذلك أكبر من فئة التي لها مستوى إقتصادي متوسط بفارق في المتوسط الحسابي بلغ (27,44)، كما تبين أن الفئة التي سنها يتراوح ما بين (33 إلى 43 سنة) جاءوا في المرتبة الثانية بفارق في المتوسط الحسابي (29,51) عن الفئة العمرية التي يتراوح سنها ما بين (22 إلى 33 سنة)، وجاءت في المرتبة الثالثة الفئة التي سنها الأصغر ما بين (22 إلى 32 سنة)، وهذا لأن الفارق في

متوسطها الحسابي أصغر بـ(42,45) عن الفئة العمرية ما بين 44 إلى 54) سنة، وأصغر كذلك ممن مستواهم العمري ما بين (33 إلى 43) سنة بفارق في المتوسط الحسابي بلغ 29,51-)، وهذه النتيجة المتوصل إليها تعبر على أن كان المعاق حركيا متقدما في السن كلما شعر بجودة الحياة، ولكما كان صغيرا كلما شعر بأن مستويات جودة حياته منخفضة.

ويعتقد الباحث أن هناك تبايناً في الخلفيات الإجتماعية للأفراد ذوي أساليب الحياة المختلفة، وبالتالي إختلاف نظراتهم إلى نوعية حياتهم سواء كانوا (شباباً، كهولاً)، فكل فئة من هذه الفئات تركز على جوانب دون الأخرى كمحددات لنوعية حياتهم، كذلك تلعب الخلفية الثقافية دورا هاما في تقييم نوعية الحياة، فكل فرد أو كل شخص في فترة حياتية يعبر عن نوعية حياته بما إكتسبه من خبرات ومعارف في تلك المرحلة، فقد تكون للبعض أن شعورهم بإرتفاع نوعية حياتهم قد يكون في حرية إتخاذ القرارات الصعبة، والمتعلقة بهم، كما أنها مجموعة من المتطلبات التي يكون الفرد قد أشبعها أو إستطاع توفيرها، لهذا فإن فجودة الحياة تختلف من فرد إلى آخر، وتختلف من وقت لآخر، فمع التقدم في العمر يكون الفرد قد أشبع العديد من المتطلبات، وقد حقق جزءاً بسيطاً من طموحاته، مقارنة بالفرد الأقل عمرا، الذي يشعر بأن العديد من الإحتياجات التي تشبع ليضاف إليها الإعاقة الذي يعتبر عائقا أمام تحقيق مجموعة من الإشباعات.

وعليه فإننا نقبل بفرضية البحث في جزئها المتعلق بأنه توجد فروق في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير المستوى العمري لدى المعاقين حركيا، ونرفض الفرضية البديلة في بأنه لا توجد فروق في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير المستوى العمري لدى المعاقين حركيا.

إقتراحات الدراسة:

1ـ وضع برنامج تثقيفي محكم للتكفل التام بالمعاقين حركيا في مراحل عمرية مختلفة وتوفير جميع الامكانات ليخرج البرنامج بصورة المطلوبة .

2ـ التطوير الدائم للبرامج التثقيفية والتدريبية للمعاقين حركيا وإشراك عائلتهم فيها

3ـ تصميم صفحة أنترنت خاصة لكل مركز متكفل بالمعاقين حركيا يتم من خلالها نشر المعلومات التي تهم المعاقين حركيا

4ـ الاهتمام بالجانب النفسي للمعاق حركيا وعائلته نفس الاهتمام المعطى للجانب العضوي هذا ما يزيد للمريض دعماً نفسياً وقبولاً اجتماعياً خاصة للراشدين.

6ـ وضع مواعيد دورية للمعاقين حركياعند الأخصائي النفساني، وتقديم الدعم النفسي لهم.

7ـ تكوين أفراد مؤهلين للتكفل بالمصابين كما يقول Hartnup : « لا نبحث في المقام الأول عن أسس العلاج النفسي ولكن عن أشخاص مؤهلين لتأسيس علاقة شخصية مماثلة في الإطار العائلي و الاجتماعي « يكون هذا بعلاج فردي و علاج عائلي

8ـ وفي الاخير نقترح ضرورة انجاز بحوث ودراسات جدية واسعة تهدف خاصة إلى وضع استراتيجيات لحماية هذه الفئة من المجتمع، التكفل النفسي وعلاج حقيقي للمعاقين حركيا ويتحقق هذا بانطلاق حقيقي لدراسات في المخابر المهتمة بمختلف الظواهر الاجتماعية.

ـ خاتمة:

تُعد الإعاقة الحركية من المشكلات العصرية التي انتشر في العالم بشكل مخيف وذاك ما جعله عرضة للدراسة والبحث من قبل العلماء الأطباء في المجال الصحي ومنه اهتم الباحثون في علم النفس والصحة النفسية في دراسة هذه الإعاقة خاصة وأن مسبباتها متعدد، والتي تشكل عائقاً أمام المصابين بالإعاقة الحركية لما فيه من مؤشرات سلبية على مستوى المسار الصحي والنفسي والذي بدوره يؤثر على الجانب الأسري والمهني والاجتماعي و الاقتصادي، وهنا يلعب الدعم الإجتماعي الذي يتلقاه المعاق دورا مهما في التخفيف من حدة الإعاقة، والعودة لممارسة الحياة الإجتماعية، والمهنية، والدراسية، وإن حدوث الإعاقة بشكل عام تشكل مصدر ضغط سيكولوجي وان الذي يتحكم في هذه المستويات هو الجانب النفسي الذي يلعب دورا مهما في تحقيق جودة الحياة .

ويقصد بجودة الحياة بأنها الصورة الذاتية للحياة الشخصية التي يتمنى الفرد أن يعيشها، وتختلف من شخص إلى آخر

ويقصد بجودة الحياة بأنها الصورة الذاتية للحياة الشخصية التي يتمنى الفرد أن يعيشها، وتختلف من شخص إلى آخر حيث أن مفهوم جودة الحياة مفهوم متعدد الجوانب يتضمن مكون الرضا ومكون السعادة ويشمل حكم المريض بالعمى مدى رضاه عن حالته

الصحية والدور الاجتماعي والوظيفي والصحة النفسية والسعادة في الحياة إن تقييم جودة الحياة لدى المعاقين حركيا له أهمية كبرى من حيث أن حياة الفرض سوف تتغير كليا، كما أن الدعم الإجتماعي يسهم في تقييم الصحة النفسية الاجتماعية وجودة الحياة للمعاقين حركيا.

وسعى البحث الحالي إلى التعرف على العلاقة بين الدعم الإجتماعي المدرك للمعاق حركيا بجودة الحياة، معتمدين على المنهج الوصفي مستخدمين مقياسين وهما مقياس الدعم الإجتماعي المدرك، ومقياس جودة الحياة، وطبق على (68) معاقاً حركيا وكان اختيارهم بشكل عرضي، وحيث تم التوصل إلى أن الدعم الإجتماعي المدرك الذي يتلقاه المعاق، ويشعر به يسهم في الإحساس العالي بجودة الحياة، فالفرد في تلك الحالة، فأفضل شيء يمكن أن يقدم له هو أن يرى مساندة وتعاطف من الأسرة القريبة، وكذلك من مختلف الهيئات الرسمية وغير الرسمية، التي تهتم بفئة المعاقين حركيا، وهذا الدعم الإيجابي يجب أن يمارس لطي يشعر به المعاق، فإنه حتما يزيد من الإحساس والرفع من التقييم الذاتي لجوجة الحياة التي يعيشها.

وإن هذه الدراسة ما هي إلا محاولة لتسليط الضوء على فئة من المجتمع في تزايد مستمر نتيجة لأمراض العصر وخاصة المرض السكري، وما يخلفه من إعاقات حركية نتيجة البتر، وكذلك حوادث المرور التي تخلف العديد من المعاقين حركيا، لهذا فإنه فضلاً عن الدعم الذي ينبغي أن يتلقاه المعاق، وتسهيل الحياة اليومية، فإنه يجب لفت الإنتباه إلى الأسباب التي تؤدي إلى هذه الإعاقة، ووجب التنبيه إلى ضرورة محاربة هذه الأسباب والوقاية منها، وخاصة داء السكري، وحوادث المرور.

قائمة المراجع:

01ـ أحمد حسانين أحمد (2011)، **مقياس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية**، مجلة الدراسات النفسية، دار الخلدونية للنشر والتوزيع الجزائر، العدد (04).

02ـ آيت علجت مقدودة وزناد دليلة(2020)، علاقة الدعم الإجتماعي بنوعية الحياة لدى المعاقين حركيا، مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، المجلد(07)، العدد (02)، ص 40-59.

03ـ البلاتي أسماء محمد (2017)، التنبؤ بالصمود النفسي من خلال المساندة الإجتماعية وجوجة الحياة لدى المعاقين حركيا، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، العدد (175)، جزء (02°، ص 221-260.

04ـ الشهري صالح بن سعيد (2021)، علاقة الدعم الإجتماعي الأسري المدرك للمعاقين حركيا وبصريا بجودة الحياة لديهم، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد (32)، العدد (114)، ص 209-250.

05ـ الصبان عبير (2003)، المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة. رسالة دكتوراة)غير منشورة(، كلية التربية للبنات، جدة: قسم الفلسفة في علم النفس.

06ـ الصفدي عصام حمدى (2007)، الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، دار الوفاء الحامد للنشر والتوزيع، عمان.

07ـ عباس فاطمة وصالح ليندا(2022)، الدعم الإجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى مستخدمي الأطراف البديلة، مجلة جامعة حماة، المجلد (05)، العدد (16)، ص 123-137.

08ـ عبد السلام علي (2000)، المساندة الإجتماعية وعلاقتها بأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الجامعية، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية للكتاب، العدد (53)، ص 8-22.

09ـ فاطمة الزهراء الزروق (2009)، **دراسة النمط السلوكي للمصابين بداء السكري من خلال طريقة الحياة** ، رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، جامعة الجزائر ، الجزائر.

10ـ هنادي بنت يحي غلب جيلان (2021)، الدعم الإجتماعي المدرك وعلاقته بإدمان الأنترنت لدى المراهقين، المجلة الدولية لنشر البحوث والدراسات، المجلد (02)، العدد (19)، ص65-115.

11ـ الهنداوي محمد حامد (2011)، الدعم الإجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظة غزة، رسالة ما جستير في علم النفس، كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.

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

13-Sultan, B., Malik, N. I., & Atta, M. (2016). Effect of social support on quality of life among orthopedically disabled students and typical stu-

dents. Journal of Postgraduate Medical Institute (Peshawar-Pakistan), 30(3).

14-Wilson, Sylia; Washington, Lindsay A; Engel, Joyce M; Ciol, Marcia A & Jensen Mark P (2006): Perceived Social Support, Psychological Adjustment And Functional Ability In Youths With Physical Disabilities.

15-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