

الاسم: عزالدين

الاسم: سامي

اللقب: بشقه

اللقب: مقالاتي

الرتبة: أستاذ محاضر "أ"

الرتبة: أستاذ محاضر "ب"

القسم: علم النفس

القسم: علم النفس

الجامعة: جامعة باتنة1

الجامعة: قسنطينة2

البريد الإلكتروني: [bechkaazzedine@gmail.com](mailto:bechkaazzedine@gmail.com)

البريد الإلكتروني: [samy.meguellati78@gmail.com](mailto:samy.meguellati78@gmail.com)

الهاتف: 0669771834

الهاتف: 0670333016

**محور المداخلة:** استخدام التكنولوجيات الحديثة في تحسين نوعية ذوي الاحتياجات الخاصة

**عنوان المداخلة:** جودة الحياة لدى المعاقين حركيا المزودين بالتكنولوجيات الحديثة

**ملخص:**

يعيش المعاق وضعاً صحياً ومعاشاً نفسياً خاصاً جراء الإعاقة التي تعرض لها، ورغم ذلك فهو يحاول التكيف مع

وضعه و مسايرة الحياة عموماً داخل الأسرة و في الشارع و حتى في مكان العمل.

ومما ساعد على تسهيل عمليات الاتصال ومحاولة العيش كفرد يمكن أن يقدم خدمات لمجتمعه ، محاولاً تأدية أدوار اجتماعية

تم تزويده بتكنولوجيات حديثة و أجهزة متطورة حسب طبيعة إعاقته تسهل عليه مشاكله اليومية و تقربه إلى ممارسة حياته

بشكل عادي و الأهم هو تخفيف وقع الإصابة نفسياً وبذلك تجويد حياته اليومية.

سنتعرض عبر هذه الورقة البحثية إلى تساؤل عن كيفية ممارسة ذوي الاحتياجات الخاصة حياتهم اليومية وعن مستوى جودة

الحياة لدى فئة المعاقين حركياً.

**الكلمات المفتاحية:** جودة الحياة، ذوي الاحتياجات الخاصة، الإعاقة الحركية، التكنولوجيات الحديثة.

الإنسان منذ طفولته مرتبط بينته التي تتوفر على عوامل تساعده أو تعيقه على أداء وظيفته، و لما كان التعلم و التعليم من المهام الرئيسية المنوط بالدولة عموماً و بالأسرة على وجه الخصوص، فإن شكل الحياة التي يعيشها الفرد و ما يبتغيه يختلف من منطقة إلى أخرى و من ثقافة إلى أخرى.

فالسلك البشري هو الذي يساهم في تحقيق أو عدم تحقيق جودة البيئة المحيطة بالإنسان و الخدمات التي يقدمها، فالجودة التي تعني درجة الدقة و الإتقان ما هي مبنغى أي سلوك بشري واعي.

إن جودة الحياة التي أصبح لها مؤشرات تقاس بها و معلم مهما لمدى رقي و نضج المجتمعات تتمثل في رقي مستوى الخدمات المادية و الاجتماعية المقدمة لأفراد المجتمع، وعن مدى إدراك هؤلاء الأفراد لأهمية هذه الخدمات من أجل إشباع حاجاتهم المختلفة أي أن جودة الحياة ترتبط بالبيئة المادية و البيئة النفسية الاجتماعية التي يعيش فيها.

لقد أولت المنظمات الدولية كما أولت المؤسسات البحثية أهمية قصوى لجودة الحياة على غرار منظمة الصحة العالمية و منظمة اليونسكو فمن اعتبار جودة الحياة على أنها إدراك الفرد لوضعه في الحياة في ضوء النظام القيمي والثقافي الذي يعيش فيه إلى اعتباره مفهوماً شاملاً يضم كافة جوانب الحياة كما يدركها الأفراد.، وبذلك يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحقيقه لذاته (عبد القادر، 2005).

لقد أولت كل الدول على غرار الجزائر عبر أنظمتها التشريعية و آليات احتواء ذوي الاحتياجات الخاصة عبر إنشاء الصناديق و إعداد البرامج قصد التكفل بهذه الفئة (القانون 09/02 المؤرخ في: 2002/05/08 المتعلق بحماية الأشخاص المعوقين و ترقيةهم)، هذا القانون الذي يعرف المعاق بأنه كل شخص مهما كان سنه و جنسه يعاني من إعاقة أو أكثر وراثية أو خلقية أو مكتسبة تحد من قدرته على ممارسة نشاط أو عدة نشاطات أولية في حياته اليومية الشخصية و الاجتماعية نتيجة لإصابة وظائفه الذهنية أو الحركية أو العضوية - الحسية."

كما ساهمت تشريعاتها بالسماح بإنشاء الجمعيات الخيرية قصد تقديم يد المساعدة للمعاقين حيث أصبحت أرقام الهواتف للمؤسسات الخيرية منتشرة عبر وسائل التواصل الاجتماعي و لم تصبح مقتصرة على منطقة بعينها بل تعد نشاط هذه المؤسسات الخيرية إلى كافة ربوع الوطن.

إن اعتبار هذه الفئة في نظر القانون فئة هامة كغيرها من فئات المجتمع، يدفع الكثير من الباحثين عبر المؤسسات الرسمية كالجوامع و مخابر البحث وحتى على مستوى الأفراد إلى الكشف عن وضعياتهم و التقرب إليهم لرصد متغيرات حياتهم اليومية و كذا تطلعاتهم.

## 1 مشكلة الدراسة و أهميتها:

إن الشعور الايجابي تجاه الحياة و في مواقفها المختلفة، يعتبر أمر نسبيا كون الموقف والتجربة التي يسطرها الإنسان في حياته تختلف من شخص إلى آخر، كما يختلف الشعور من شخص لآخر والذي هو خلاصة تجربته الذاتية المتعلقة بطبيعة شخصيته و كيفية نظرتة للحياة وفق عوامل ذاتية مثل المفهوم الايجابي للحياة و الرضا عن الحياة وعن العمل، و السعادة التي يشعر بها الفرد، كما يرتبط ببعض العوامل الموضوعية مثل الإمكانيات المادية المتاحة و الدخل و نظافة البيئة و الحالة الصحية و الحالة السكنية و الوظيفية ومستوى التعليم، حيث أن قياس هذه العوامل تتم وفق المقاييس المتاحة التي تعتمد في تقويمها على محكي التقدير الذاتي و التقدير الموضوعي لهذه الجودة.(Katsching,1997)

إن الفرد و هو يحاول أن يحقق مستوى معيشي أفضل يخطط و يبذل قصارى جهده كي يصل إلى جودة حياة مستقرة وذلك مهما كان مستواه الثقافي و مركزه الاجتماعي، لكن عدم التمكن من التحكم في مصير حياته يجعل مستوى حياته معرضة للتذبذب لأسباب متعددة قد تكون اقتصادية أو اجتماعية أو نفسية أو صحية. هذه الأخيرة تأخذ مع تطور العصر منحنيات متعددة تتحكم فيها الكثير من العوامل كالدخل الأسري و شروط المسكن و الرعاية الصحية و الأمن و السلامة من الأخطار البيئية.

يعتبر المعاق في عمومه و المعاق حركيا على وجه الخصوص ضحية لهذه الأسباب المؤدية إلى تدهور صحته، فبعد الأزمة الصحية التي يمر به و طبيعة الرعاية المقدمة له، يجد نفسه أسير إعاقته مما يجعله يبحث عن الحلول بأية ثمن قصد الخروج من أزيمته. بعد العلاج والتأهيل الذي يتذبذب حسب قدرة المعاق المادية، يستقر المعاق على منحى نفسي قد يطول أو يقصر حسب الرعاية و السند المقدم من طرف الأخصائيين النفسانيين و حسب نوعية الرعاية الاجتماعية.

من هنا يتمايز المعاق عن غيره في مستوى جودة الحياة، ورغم محاولات تقريب المعاق حركيا إلى المستوى الطبيعي بفضل البرامج المتعددة وصولا إلى توفير تكنولوجيات متطورة كالكراسي المتحركة، إلا أن ضرورة الكشف عن مدى رضاهم بذلك يدفع الكثير من الباحثين إلى البحث عن كيفية أدائهم لحياتهم اليومية و عن مستوى جودة الحياة لديهم.

لذا جاء هذه الدراسة لتجيب عن إشكالية تتعلق بمستوى جودة الحياة لدى المعاق حركيا المزود بآلات تكنولوجية حديثة وعن مدى تأثير مستوى جودة الحياة لديهم تبعا للأبعاد (نوع الإعاقة، المستوى التعليمي، مستوى الدخل، الحالة العائلية)

## 2 أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى:

- التعرف على مستوى جودة الحياة لدى ذوي الاحتياجات الخاصة المزودين بأجهزة تكنولوجية في المجالات (الصحة العامة، جودة الحياة الأسرية، جودة العواطف، جودة الصحة النفسية)
- معرفة مدى تأثير جودة الحياة التي يعيشها الأشخاص المعاقون حسب متغيرات (نوع الإعاقة، المستوى التعليمي، مستوى الدخل، الحالة العائلية).

## 3 التساؤل الرئيسي:

ما هو مستوى جودة الحياة لدى ذوي الاحتياجات الخاصة المزودين بآلات تكنولوجية؟

#### 4 الفرضية العامة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى (ألفا=0.05) في مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً للابعد (نوع الإعاقة، المستوى التعليمي، مستوى الدخل، الحالة العائلية)

#### 5 الفرضيات الجزئية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى (ألفا=0.05) في مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً لنوع الإعاقة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى (ألفا=0.05) في مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً للمستوى التعليمي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى (ألفا=0.05) في مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً لمستوى الدخل.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى (ألفا=0.05) في مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً للحالة العائلية.

#### 6 مفهوم جودة الحياة:

6-1- مفاهيم جودة الحياة

يشير كند (kind, 1994) أن هناك مشكلات عديدة لقياس جودة الحياة من بينها صعوبة تحديد مفهوم جودة الحياة وسنستعرض عدة تعريفات أهمها:

- تعريف تايلور ورووغان: جودة الحياة هي رضا الفرد بقدره في الحياة و الشعور بالراحة و السعادة.(Taylor & Rogdan, 1990)
- تعريف جود: امتلاك الفرص لتحقيق أهداف ذات معنى.(GOOD, 1990)
- تعريف دودسن: الشعور الشخصي بالكفاءة و إجابة التعامل مع التحديات(Dodson, 1994).
- تعريف فالس: جودة الحياة بمفاهيمها المختلفة ترتبط بالقيم الشخصية للفرد التي يحدد معتقداتها حول كل ما يحيط به من متغيرات حياتية وما تواجهه من مشكلات للسعي إلى تحقيق الرضا الذاتي(Felce, 1997)
- تعريف منظمة الصحة العالمية(1995)، بوصفه أقرب التعريفات إلى توضيح المضامين العامة لهذا المفهوم ، إذ ينظر فيه إلى جودة الحياة بوصفها "إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة، و أنساق القيم التي يعيش فيها و مدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع : أهدافه، توقعاته، قيمه، و اهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، حالته النفسية، مستوى استقلاليتة،علاقاته الاجتماعية، اعتقاداته الشخصية، و علاقته بالبيئة بصفة عامة، و بالتالي فإن جودة الحياة بهذا المعنى تشير إلى تقييمات الفرد الذاتية لظروف حياته" (WHQQOL Group, 995).

6-2- أبعاد جودة الحياة: حسب كاورل رايف (1995) (أن جودة الحياة النفسية تتضمن الأبعاد التالية:

أ- تقبل الذات :

و يشير إلى القدرة على أقصى مدى تسمح به القدرات و الإمكانيات ، و النضج الشخصي، و الإتجاه الايجابي نحو الذات.

ب -العلاقات الايجابية مع الآخرين:

و تشير إلى القدرة على إقامة علاقات اجتماعية ايجابية متبادلة مع الآخرين قائمة على الثقة و التواد ، القدرة على التوحد مع الآخرين، و القدرة على الأخذ و العطاء مع الآخرين.

ج- الاستقلالية:

و تشير إلى القدرة على تقرير مضير الذات ، و الاعتماد على الذات، و القدرة على ضبط و تنظيم السلوك الشخصي.

د- الكفاءة البيئية (السيطرة على البيئة)

و تشير إلى القدرة على اختيار و تخیل البيئات المناسبة، و المرونة الشخصية أثناء التواجد في السياقات البيئية.

هـ- هدفة الحياة:

و تشير إلى أن يكون للفرد هدف في الحياة ، و رؤية توجه تصرفاته و أفعاله نحو تحقيق هذا الهدف ، مع المثابرة و الاصرار. ( الأنصاري بدر محمد،2006).

و يرى كارييج جاكسون (2010) : أن جودة الحياة تتكون من ثلاثة مجالات أساسية هي:

أ/ الكينونة:

ب/ الانتماء

ج/ الصيرورة:

و يوضح الجدول التالي تفاصيل المكونات الفرعية لهذه المجالات.

جدول رقم (1) : مجالات و أبعاد جودة الحياة.

المجال	الأبعاد الفرعية	الأمثلة
الكينونة (الوجود) Being	الوجود البدني Physical being	(أ) القدرة البدنية على التحرك و ممارسة الأنشطة الحركية. (ب) أساليب التغذية و أنواع المأكولات المتاحة.
	الوجود النفسي Psychological being	(أ)التحرر من القلق و الضغوط (ب)الحالة المزاجية العامة للفرد ( ارتياح/ عدم ارتياح).
	الوجود الروحي Spiritual being	(أ)وجود أمل في المستقبل ( الاستبشار) (ب)أفكار الفرد الذاتية عن الصواب و الخطأ
الانتماء Belonging	الانتماء المكاني (البدني) Physical belonging	(أ)المنزل أو الشقة التي أعيش فيها. (ب) نطاق الجيرة التي تحتوي الفرد.
	الانتماء الاجتماعي Socail belonging	(أ) القرب من أعضاء الأسرة التي أعيش معها (ب)وجود أشخاص مقربين أو أصدقاء (شبكة علاقات اجتماعية قوية)
	الانتماء المجتمعي Communtty belonging	(أ) توافر فرص الحصول على الخدمات المهنية المتخصصة ) طبية ، اجتماعية ،...الخ) (ب)الأمان المالي.

القيام بأشياء حول منزلي. (ب) العمل في وظيفة او الذهاب إلى المدرسة	الصيورة العملية Practical becoming	الصيورة Becoming
(أ) الأنشطة الترفيهية الخارجية (التنزه، التريض). (ب) الأنشطة الترفيهية داخل المنزل ( وسائل الإعلام و الرفيه).	الصيورة الترفيهية Leisure becoming	
(أ) تحسين الكفاءة البدنية و النفسية. (ب) القدرة على التوافق مع تغيرات و تحديات الحياة.	الصيورة التطورية ( ) الارتقائية) Groth becoming	

و يمكن الانتهاء من العرض السابق إلى التأكيد على أن جودة الحياة في تحليلها النهائي "وعي الفرد بتحقيق التوازن بين الجوانب الجسمية و النفسية و الاجتماعية، لتحقيق الرضا عن الحياة و الاستمتاع بها و الوجود الايجابي. فجودة الحياة تعبر عن التوافق النفسي كما يعبر عنه بالسعادة و الرضا عن الحياة كنتاج لظروف المعيشة الحياتية للأفراد، و عن الإدراك الذاتي للحياة حيث ترتبط جودة الحياة بالإدراك الذاتي للحياة لكون هذا الإدراك يؤثر على تقييم الفرد للجوانب الموضوعية للحياة كالتعلم و العمل و مستوى المعيشة و العلاقات الاجتماعية من ناحية، و أهمية هذه الموضوعات بالنسبة للفرد في وقت معين و ظروف معينة من ناحية أخرى.

و تعد تصورات فينتيجودت و آخرون ( 2003 ) من أهم التصورات التي طرحت لتحديد أبعاد جودة الحياة في إطار التوفيق بين البعد الذاتي و البعد الموضوعي، إذ صاغوا ما يعرف بمتصل جودة الحياة و طرحوا في ضوءه ما يعرف بالنظرية التكاملية لجودة الحياة و التي يوضح الشكل التالي أبعادها و طبيعة التفاعل بين هذه الأبعاد ( محمد السعيد أبو حلاوة، 2011).

يتضح من الشكل السابق أن جودة الحياة أو ما يطلق عليه حسب مضامين الشكل " جودة الحياة الوجودية وفقا لرؤية فينتيجودت و آخرون (2003) تتضمن بعدين:

أ/ البعد الذاتي:

و يتضمن أبعاد فرعية تتمثل في: الرفاهية الشخصية، و الإحساس بحسن الحال، الرضا عن الحياة، السعادة، الحياة ذات المعنى.

ب/ البعد الموضوعي:

و يتضمن أبعاد فرعية تتمثل في : عوامل موضوعية( مثل المعايير الثقافية، إشباع الاحتياجات، تحقيق الإمكانيات، السلامة البدنية.

و طرحت تصورات أخرى كثيرة تحاول أن تفصل الأبعاد الفرعية لكل من البعد الذاتي، و البعد الموضوعي لجودة الحياة ففيما يتعلق:

بالبعد الذاتي نجد أن ستلز وونز (2002) يقدم نموذجا نظريا يربط بين جودة الحياة من المنظور الذاتي، و فكرة السعادة و الرضا عن الحياة و الوصول في نهاية الأمر إلى ما يعرف بالوجود الذاتي الأفضل، حيث توصل أن

المنظور الذاتي( و ليس الموضوعي أو الواقعي) دالة لتفاعل ثلاث محددات تأخذ ترتيبا معيناً من حيث درجة التأثير و هي على النحو التالي:

- المحددات من الرتبة الأولى: ( طبيعة الشخصية من حيث المكونات و الخصائص). و تتضمن بعدين رئيسيين هما:  
ا/ الانبساطية في مقابل الانطوائية.  
ب/ العصابية في مقابل الاتزان الانفعالي.
- المحددات من الرتبة الثانية: المرشحات الداخلية الخاصة بالفرد، و تتضمن مجموعة من الأبعاد الشخصية مثل:  
أ/ وجهة الضبط أو مركز التحكم.  
ب/ تقدير الذات.  
ج/ التفاوض في مقابل التشاؤم.
- المحددات من الرتبة الثالثة: المدخلات الخبرية ( البيئية) و تتضمن كافة المكونات و الأبعاد البيئية سواء المادية، أو الإجتماعية، و ما تتضمنه من مصادر إشباع و مساندة.  
وجودة الحياة في التحليل النهائي تصور أو صورة ذاتية للحياة الشخصية، التي يود الفرد أن يعيشها، و بالتالي تختلف من فرد إلى آخر ، و تتأسس رؤيتنا لمعنى الجودة.  
يقصد هنا جودة الحياة الشخصية بالطبع على الطريقة التي نترجم بها عددا من الأبعاد الأساسية إلى أهداف و توقعات ملموسة ، أو عيانية ذات طابع يمكن قياسه و ملاحظته، و بالتالي السعي النشط إلى تحقيقها.  
و يطرح روبرت كوناوا و آخرون ( 2007) تصورا نظريا للتوفيق بين البعد الموضوعي و الذاتي في وصف و تحديد المتغيرات المرتبطة بجودة الحياة، أسس على التأكيد على فكرة التكامل بين : الفرص و الظروف المتاحة لإشباع احتياجات الإنسان، ثم وصف تفصيلي لهذه الاحتياجات، و مدى إحساس الفرد عن مدى الإشباع.(رضوان حسن،2005).

## 7 +الإعاقة حركيا:

المعاق حركيا شخصيا يمتلك نفس حظوظ الحياة و لا يعتبر فردا عديم الفائدة حتى وهو طريح الفراش، فكم من معاق يمتلك مواهب لا يمتلكها الشخص السليم، ومن هنا فجودة الحياة لها معنى و مستوى لديه كما لدى غيره من الأصحاء ، حيث ركز العديد من الباحثين على غرار نينا وجيمس وجيف وأن ( Nina James, Jean & Ann, 2009) أثناء تصميم مقياس جودة الحياة لأسر الأشخاص ذوي الإعاقة وغير المعاقين على أربعة مجالات رئيسية: التفاعل الأسري، الوالدية، الرفاه الانفعالي، والرفاه الجسدي/المادي.

قد توصل جود(Good, 1990)إلى أن جودة الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة تتكون من نفس العوامل والعلامات ذات الأهمية في تكوين جودة الحياة للأشخاص العاديين،

ونظرا لأهمية المحيط الاجتماعي في جودة حياة المعاق فقد أولت العديد من الدراسات أهمية لهذا الغرض حيث يؤكد

دراسة ميشريل (Michael, 2003) على أهمية ما يقدمه المجتمع من خدمات للمعاقين، فالدعم الاجتماعي الذي يلقاه الفرد المعاق يؤثر بصورة جوهرية على جودة الحياة لديه، كما تتأثر جودة حياته بمدى الاستقلالية التي يشعر بها في حياته (السرطاوي و آخرون، 2014)

## 8 - المعاقين حركيا المزودين بالتكنولوجيات الحديثة

الفرد المعاق هو الفرد الذي يحتاج إلى خدمات خاصة وخدمات داعمة عندما يعاني من حالة عجز حسي أو عقلي أو جسمي تفرض قيوداً شديدة عليه. فيما يحتاج ذو الإعاقة إلى مجموعة من الخدمات التربوية والتعليمية والتأهيلية التي تساعد المصاب بها على الاستقلال وتحمل المسؤولية والاندماج في المجتمع. فما يقدمه المجتمع من خدمات لهذه الفئة من شأنه أن يؤدي إلى تحسين نوعية حياتهم أسوة ببقية أفراد المجتمع (الخطيب، 2004).

يعاني الكثير من الأفراد الذين تعرضوا لحوادث المرور و كذا أصحاب الأمراض المزمنة (كالسكري، القلب..) وكذا الذين تعرضوا إلى جلطات دماغية على مشكلات صحة و عاهات مستديمة حيث تقعدهم الحوادث عن أداء وظائفهم الطبيعية بصورة سليمة. ولا يكاد يخلو مقر التأمينات الاجتماعية و كذا الجمعيات الخيرية من تردد أمثال هؤلاء طلبا للمساعدة المادية وبالخصوص الكراسي المتحركة. هذه الأخيرة عرفت تطورا في التصميم و الرفاهية حيث أصبحت تزود ببطاريات تساعد المعاق على الحركة بالضغط على زر أحسن من طلب المساعدة من آخرين لدفعه.

## 9 - المفاهيم الاجرائية:

- جودة الحياة:  
يقصد بها في هذه الدراسة: شعور الفرد بالرضا و السعادة وقدرته على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورفي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية و الاجتماعية و التعليمية و النفسية مع حسن إدارته للوقت و الاستفادة منه. يعبر عن مستوى جودة الحياة بما يحصل عليه المعاق حركيا من درجات على المقياس المعد للدراسة.
- الفرد المعاق:  
يقصد به في هذه الدراسة الشخص الذي يعاني من شلل أجبره على الحركة بفضل وسائل تكنولوجية حديثة.
- المعاقين حركيا المزودين بالتكنولوجيات الحديثة:  
يقصد بهم في هذه الدراسة الأشخاص المعاقين حركيا المزودين بكراسي متحركة آلية.

## 10 - الدراسات السابقة:

- دراسة السرطاوي و آخرون ( 2014 ) بعنوان جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة وغير ذوي الإعاقة في دولة الإمارات العربية المتحدة في مجالات (جودة الصحة العامة، جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، الحياة الوظيفية، جودة العواطف، جودة الصحة النفسية، جودة شغل الوقت وإدارته. قام الباحثون بتطبيق أداة البحث على عينة مكونة من ( 150 ) شخص معاق، و (150) شخص غير معاق في دولة الإمارات العربية المتحدة، وذلك وفق متغيرات البحث نوع الإعاقة، المستوى التعليمي، مستوى الدخل، الحالة الاجتماعية وجهة العمل. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود دلالة إحصائية بين الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص غير المعاقين في جميع أبعاد جودة الحياة تبعا لمتغيرات البحث المستقلة وذلك لصالح الأشخاص غير المعاقين في الإمارات.



- دراسة عبد الفتاح وحسيني ( 2006 ): دراسة العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية التي تنتبأ بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم، شملت الدراسة عى ( 50 ) طفلا عاديا، و ( 50 ) طفلا من ذوي صعوبات التعلم الملتحقين بالصف السادس الابتدائي في محافظة بني سويف بمصر، واشتمت العينة أيضا عى ( 100 ) والد ووالدة من أولياء الأمور.
- دراسة نيفس وشارتر وأسبينال ( Nieves, Charter & Aspinall, 1991 ) التي أجريت عى مجموعة من الأشخاص ذوي الإعاقة المصابين بإصابات النخاع الشوكي فقد توصلت إلى أف معدلات جودة الحياة كانت لدى هذه الفئة مرتفعة وذلك بسبب كونهم يمتلكون الاستراتيجيات الفعالة لأساليب المواجهة.
- دراسة لامان وكانخورست ( Laman & Kankhorst, 1994 ) تؤكد على أن مستوى جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة ممن يعانون من إصابات النخاع الشوكي تعد أعلى من أولئك المصابين بالتهلبات المفصل المعروفة بالروماتيد.
- دراسة ( Benavente, Morales-Blaquez, Rubio & Rev, 2004 ) بينت ان جودة الحياة لدى المصابين بمرض الصرع تختلف باختلاف متغيرات الجنس والحالة الاجتماعية والاقتصادية.
- دراسة سوزان وآخرون ( Susan, et. Al., 2010 ) لتي أجريت لمعرفة جودة الحياة للأطفال ذوي الإعاقة والمصابين بأمراض مهددة للحياة قد أظهرت عدم حصول هذه الفئة عى الخدمات والتجهيزات الصحية المقدمة إليهم خاصة في الأماكن الريفية، وكذلك افتقار ذويهم إلى التوعية والتثقف الصحي مما أثر على تدني جودة حياتهم.
- دراسة ( Hampton, 1999 ) أجريت عى 114 شخصاً معاقاً تتراوح أعمارهم بين 16 و 35 سنة إلى أن كلاً من الإعاقة وعجز الفرد وتاريخ بداية الإعاقة والدعم الاجتماعي ترتبط بصورة دالة بجودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة.

## 11 - الدراسة الأساسية:

11-1- عينة الدراسة: بالاستعانة بمصالح التضامن الاجتماعي تم اختيار عينة تتكون من 35 فردا في دائرتي الشجرة و المعذر بولاية باتنة -الجزائر- الذي يعانون من إعاقة و الجدول التالي يوضح توزيع أفراد العينة.

جدول ( 02 ) : يمثل توزيع أفراد العينة تبعا للعمر و سبب الإصابة

العمر	30.20	40.30	50.40	60.50
	09	08	08	10
سبب الإصابة	حاث وعائي دماغي	حادث مرور	حوادث أخرى	
	14	12	09	

يتبين من خلال الجدول أن مختلف الأعمار قد مست بدرجات متقاربة انطلاقا من سن العشرين، و أن الأسباب ترجع بالدرجة الأولى إلى الحوادث الوعائية الدماغية التي تمس الافراد انطلاقا من سن الاربعين، و أن الحوادث الاخرى ترجع على سقوط من عمارة أو سقوط جدار او انفجار قنبلة كما لاحظناه عند فردين يتجاوز عمرهما 40 سنة

جدول ( 03 ) : يبين توزيع أفراد العينة تبعا لنوع الإعاقة، المستوى التعليمي، مستوى الدخل، الحالة العائلية

نوع الإعاقة (شلل)	المستوى التعليمي	مستوى الدخل	الحالة العائلية
-------------------	------------------	-------------	-----------------

مت	أيسر	سفلي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	بطل	أقل من	أكثر من	أعزب	متزوج
العدد	13	22	09	14	12	10	09	16	20	25

من خلال الجدول نلاحظ أن أكثر الأفراد المعاقين هم من صنف الشلل النصفي السفلي، و أن معظمهم يتمتع بمستوى تعليمي معتبر (26 فردا) و أن نصف أفراد العينة يتقاضون أكثر من 15000 د.ج (موظف أو موظف متقاعد) و أن أفراد العينة يتوزعون تقريبا بين أعزب و متزوج

#### 11-2- أداة الدراسة:

تم تصميم استبانة بالاستعانة بمقياس جودة الحياة من إعداد: أ.د.محمود عبد الحليم منسي و د.علي مهدي كاظم من قسم علم النفس جامعة السلطان قابوس (1996) مع الإبقاء على أربعة محاور فقط وبمعدل 40 عبارة وهي: مجال جودة الصحة العامة، مجال جودة الحياة الأسرية، مجال جودة الحياة العاطفية، مجال جودة الصحة النفسية)، وعلى مقياس ليكارت الخماسي: أبدا، قليل جدا ، إلى حد ما، كثيرا، كثيرا جدا). أعطيت الفقرات الموجبة التي تحمل الأرقام الفردية الدرجات ( 1.2.3.4.5)، وفي حين أعطيت الفقرات السالبة التي تحمل الأرقام الزوجية الدرجات (1.2.3.4.5).

#### 11-3- ثبات الدراسة:

تم حساب ثبات أداة الدراسة باستخدام معامل الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ) الذي بلغ 91.6 وهو مناسب لتطبيق الأداة

11-4- منهج الدراسة: نظرا لطبيعة الدراسة و متغيراتها فقد تم الاعتماد على المنهج الوصفي الفارقي.

#### 11-5- حدود الدراسة:

- الحدود الزمنية: تم إجراء الدراسة في الفترة الممتدة من 15- أوت 2017 إلى 30 جويليا 2017
- الحدود المكانية: أجريت الدراسة في دائرتي الشمره و المعذر بولاية باتنة-الجزائر
- الحدود البشرية: تتحدد هذه الدراسة بشريا بطبيعة العينة القصدية المدروسة.

#### 11-6- المعالجة الإحصائية:

تم معالجة بيانات أداة البحث عن طريق برنامج SPSS وذلك من خلال استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة البحث لكل فقرة من فقرات الأداة وعلى أبعادها الفرعية و الدرجة الكلية وكذلك استخدام اختبار (ت Independent T –Test ) لدلالة الفروق تبعا لمتغيرات البحث وكذلك تحليل التباين الأحادي ( One Way ANOVA ) واختبار شيفيه للمقارنات البعدية وذلك للتعرف على أثر هذه المتغيرات على جودة الحياة

## 12- نتائج الدراسة ومناقشتها:

1 الفرضية الأولى: نص الفرضية

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى (ألفا=0.05) في مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً لنوع الإعاقة".

من أجل فحص الفرضية الصفرية، تم استخراج المتوسطات الحسابية لعينة الدراسة و استخدام اختبار التباين الأحادي anova لفحص دلالة الفروق لإجابات عينة الدراسة، فكانت نتائج النتائج كما يلي:

جدول ( ) :المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً لنوع الإعاقة

نوع الإعاقة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
شلل نصفي جانبي	2.09	0.25
شلل نصفي سفلي	2.12	0.29

يتضح من خلال الجدول وجود اختلافات بين المتوسطات الحسابية لمستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً لنوع الإعاقة. وللتأكد من أن هذه الفروق لها دلالة إحصائية أم لا، نستخدم اختبار أحادي التباين Anova، ونتأجه موضحة في الجدول التالي:

جدول (04) :نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات مستوى جودة الحياة لدى الأفراد ذوي الإعاقة تبعاً لمتغير نوع الإعاقة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة
بين المجموعات	1.312	2	0.526	4.89	*0.001
داخل المجموعات	9.214	121	0.018		
الكلية	10.526	123			

• مستوى الدلالة (ألفا=0.05)

يتضح من الجدول ( ) وجود فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة عند الأفراد ذوي الإعاقة تبعاً لنوع إعاقاتهم. ومن أجل معرفة لصالح من ترجع هذه الفروق، نستخدم اختبار شيفي "Scheffe" للمقارنات البعدية.

تبين من خلال نتائجه وجود فروق في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية ( شلل أيسر، وشلل سفلي) وذلك لصالح أصحاب الشلل النصفي الأيسر ( كما تؤكد المتوسطات الحسابية)، ويظهر ذلك جلياً من خلال اتساع دائرة المشكلات الأسرية، فرغم أن أفراد الأسرة يوكل لهم الفضل في مساندة المعاق حركياً لكن عدم استقرار هؤلاء الأفراد عملاً و مسكناً حيث تتزوج الإناث و الذكور ويبقى المعاق وحيداً بين أيدي زوجته التي كثيراً ما تكون كبيرة في السن مما يصعب التكفل بحاجيات يومه، كما أن لتاريخ الإعاقة دوراً مثلما ذهبت إليه دراسة (Hampton, 1999).

كما اتساع دائرة المشكلات الأسرية تكمن في العلاقات الفاترة بين الأزواج الصغار حيث يعنون مشاكل في العلاقات الحميمة و بالتالي عدم القدرة على الاستجابة لمتطلبات و حقوق الزوجة حيث يصل حد الخناق إلى محاولات للطلاق العديدة. ولم نعثر على دراسة عربية أو أجنبية بينت هذا الأثر للشلل النصفي السفلي على الحياة الجنسية لدى المعاق حركياً.

2 الفرضية الثانية: نص الفرضية

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى (ألفا=0.05) في مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً للمستوى التعليمي".

من أجل فحص الفرضية الصفرية، تم استخراج المتوسطات الحسابية لعينة الدراسة و استخدام اختبار التباين الأحادي "anova" لفحص دلالة الفروق لإجابات عينة الدراسة، فكانت نتائج النتائج كما يلي:

جدول (05): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً للمستوى التعليمي

نوع الإعاقة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
ابتدائي	2.18	0.27
متوسط	2.45	0.39
ثانوي	2.44	0.38

يتضح من خلال الجدول وجود اختلافات بين المتوسطات الحسابية لمستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً للمستوى التعليمي. وللتأكد من أن هذه الفروق لها دلالة إحصائية أم لا ، نستخدم اختبار أحادي التباين Anova ، ونتأمله موضحة في الجدول التالي:

جدول (06): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات مستوى جودة الحياة لدى الأفراد ذوي الإعاقة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي

الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
*0.001	6.210	0.614	3	2.409	بين المجموعات
		0.023	127	10.325	داخل المجموعات
			130	12.734	الكلي

• مستوى الدلالة (ألفا=0.05)

يتضح من الجدول ( ) وجود فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة عند الأفراد ذوي الإعاقة تبعاً للمستوى

التعليمي. ومن أجل معرفة لصالح من ترجع هذه الفروق، نستخدم اختبار شيفي "Scheffe" للمقارنات البعدية.

تبين من خلال نتائجه وجود فروق في مستوى جودة الحياة لصالح كل من مستوى المتوسط و الثانوي ( كما تؤكد المتوسطات الحسابية)، يرجع السبب في ذلك إلى أن المعاقون حركياً و الذين يتمتعون بمستوى تعليمي معتبر هم أكثر الأشخاص الذين كانوا عاملين وثانياً ارتفاع درجة الوعي لديهم بسبب اختلاطهم قبل الحادث و بعده مع فئات كانت تعاني من الإصابات، و كذا أهمية المستوى الدراسي في فهم واقع الإصابة.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه نتائج دراسة (عبد العزيز السرطاوي و آخرون، 2014)

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى (ألفا=0.05) في مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً لمستوى الدخل.

من أجل فحص الفرضية الصفرية، تم استخراج المتوسطات الحسابية لعينة الدراسة و استخدام اختبار التباين الأحادي "anova" لفحص دلالة الفروق لإجابات عينة الدراسة، فكانت نتائج النتائج كما يلي:

جدول (07): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً لمستوى الدخل

نوع الإعاقة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
بطل	2.02	0.19
أقل من 15000 د.ج	2.15	0.25
أكبر من 15000 د.ج	2.21	0.31

يتضح من خلال الجدول وجود اختلافات بين المتوسطات الحسابية لمستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً لمستوى الدخل. وللتأكد من أن هذه الفروق لها دلالة إحصائية أم لا ، نستخدم اختبار أحادي التباين Anova ، ونتأمله موضحة في الجدول التالي:

جدول (08) : نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات مستوى جودة الحياة لدى الأفراد ذوي الإعاقة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة " ف "	الدلالة
بين المجموعات	2.512	3	0.578	5.11	*0.001
داخل المجموعات	10.506	130	0.019		
الكلية	13.038	133			

• مستوى الدلالة (ألفا=0.05)

يتضح من الجدول ( ) وجود فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة عند الأفراد ذوي الإعاقة تبعاً للمستوى الدخل. ومن أجل معرفة لصالح من ترجع هذه الفروق، نستخدم اختبار شيفي "Scheffe" للمقارنات البعدية.

تبين من خلال نتائجه وجود فروق في مستوى جودة الحياة لصالح أصحاب الإعاقة الذي دخلهم يفوق 15000 د.ج، وهذا منطقي نظراً لما لرفاهية العيش من اثر على صحة المريض، حيث تلبية الحاجيات اليومية و الشعور بالأمن الاقتصادي متعلقة بالدرجة الأولى بما يمتلكه المعاق من أجر أو راتب شهري الذي يسد به رمقه و يكفيه السؤال و طلب المساعدة، ويجعل هامش الاحترام و الكرامة معتبراً مع ذويه و أقربائه. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ذهبت إليه نتائج دراسة (عبد العزيز السرطاوي و آخرون، 2014) و كذا دراسة (Benavente & Others, 2004) من حيث أن جودة الحياة لدى المصابين بمرض الصرع كفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة تختلف باختلاف متغير الحالة الاقتصادية التي يتمتعون بها، وكذا ما ذهبت إليه دراسة سوزان وآخرون (Susan, et. Al., 2010) لما للفقير من أثر.

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى (ألفا=0.05) في مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً للحالة العائلية.

ومن أجل فحص هذه الفرضية الصفرية، تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين كما يبين جدول ( ) التالي:  
جدول ( 09 ): نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لدلالة الفروق بين متوسطات مستوى جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً للحالة الاجتماعية

المتغيرات	أعزب (ن= 14 )		متزوج (ن= 21 )		قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف			
الدرجة الكلية	2.09	0.297	2.01	0.293	2.710	145	0.001

يتضح من الجدول (09) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً للحالة العائلية، وذلك لصالح الفرد المعاق الأعزب بمتوسط حسابي ( 2.09 ) مقابل الفرد المعاق المتزوج بمتوسط حسابي (2.01).  
رغم أن المتزوج يجد في كثير من الحالات من يساعده - وقد وجدنا في العينة من يعاني العكس مثلما تحدثنا عنه في الفرضية الأولى - فالمتزوج الذي فارقه أولاده أو تقدمت زوجته في السن، ومهما كانت الأسرة الممتدة عطوفة فإن إشكالية توفير المتطلبات وديمومتها يبقى محل السؤال، كما أن هاجس الفراق الذي يعانيه المتزوج وارتفاع قلقه من مصيره إذا فقد الزوجة يحد من مستوى جودة الحياة النفسية.

عكس الأعزب الذي ربما يعيش في عائلة صغيرة أو ممتدة، تبقى علاقته مستقرة مع الأفراد الذين يمدونه بالعون، من العائلة (الإخوة و الأخوات، الجيران، الأصدقاء) تبقى مسؤولية أفراد العائلة ترافقه طوال حياته، وغير قلق على مصيره المرتبط بشريكه. هذا الأخير يزيد من قلق الوجود و الفعالية أمام العجز الجنسي الذي يرافق المشلول نصفياً(سفلي)، حيث يرى هذا المعاق أن حياته لا معنى لها، العبء الثاني المضاف للإعاقة، الشيء الذي يتحرر منه الأعزب.  
هذه النتائج لا تتماشى مع الدراسة التي قدمها ( عبد العزيز السرطاوي و آخرون، 2014).

### مناقشة عامة:

لكل إنسان رغبة في أن تكون حياته مستقرة و أن يجد في السوط الذي يعيش فيه كل المتطلبات التي تلبي له احتياجاته، بيد أن هذه الرغبة معرضة لمتغيرات الصحة و تطورات الزمان و المكان، حيث يمكن أن يرتفع مستوى جودة الحياة يوماً و ينخفض يوماً آخر، كما يمكن أن يتغير هذا المستوى حسب العوامل المتحكمة فيه من دخل و مستوى تعليمي.

إن حياة المعاق حركياً وهو يحاول التكيف مع معطيات الواقع وما يوفره له من إمكانيات على مستوى رسمي أو غير رسمي يقارب بنمط حياته الوصول إلى مستوى من الجودة تستقر فيه حالته النفسية و يحصل على ما يحتاجه من ضرورات من بيئته، حيث نجد أهمية التكفل النفسي و الاجتماعي بالحالة باكراً مع الاستمرار في مراقبة تطور الحالة لما لتاريخ الحالة من أثر، لكن طبيعة الإعاقة تكون أحياناً محكا لهذه الرغبة بحيث إما تحد من قدراته أو تدفعها إلى الاستقرار.

### المراجع:

- منسي، محمود عبد الحليم، وكاظم، علي مهدي ( 2006). مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة. وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة.

- الأنصاري بدر محمد (2006): استراتيجيات تحسين جودة الحياة من أجل الوقاية من الاضطرابات النفسية ، وقائع ندوة علم النفس و جودة الحياة ، جامعة السلطان قابوس ، سلطنة عمان ، 19-18 ديسمبر

- الخطيب، جمال ( 2004): تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدرسة العادية، دار وائل ط، 4 عمان، الأردن.

- رضوان، فوقيه حسن عبد الحميد ( ، 2005) علم النفس التطبيقي و جودة الحياة ، وقائع المؤتمر العلمي الثالث ، الإنماء النفسي و التربوي في ضوء جودة الحياة ، جامعة الزقازيق.

- عبد الفتاح، فوقيه؛ حسيني، محمد (2006) العوامل الأسرية والمدرسية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم بمحافظة بني سويف، المؤتمر العلمي الرابع للطلبة التربوية ببني سويف "دور الأسرة ومؤسسات المجتمع المدني في اكتشاف ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، 3-4مايو.

- محمد السعيد أبو حلاوة (2011) : الذكاء الانفعالي، المعنى الشخصي، جودة الحياة النفسية دراسة مقارنة بين المراهقة المبكرة والمراهقة المتأخرة، جامعة الإسكندرية، مصر. ص 12

- عبد العزيز السرطاوي و آخرون (2041): جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة وغير ذوي الإعاقة في دولة الإمارات العربية المتحدة، المجلة الدولية للأبحاث التربوية، جامعة الإمارات العربية المتحدة، العدد 36

- عبد القادر، أشرف (2005): تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الإعاقة، ندوة تطوير الأداء في مجال: **الوقاية من الإعاقة**، جامعة الزقازيق، 14-16 فبراير

- Kind, P. (1994). Issues in the design and construction of a quality of life measure. In: Baldwin, S., & et al., (Eds.). *Quality of Life: Perspectives and Policies*. London: Routledge.
- WHO-QOL Group (1994). The Development of World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument- The (WHOQOL). In Orley, J. & Kuyken, W. (Eds.) *Quality of life assessment international perspectives*, (pp.41-57), Berlin: Springer Verlag.
- Benavarte, I., Morales-Blanquez, C., Rubio, E. A., & Rev, J. M. (2004). Quality of life of adolescents suffering from epilepsy living in the community. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 40, 110-113.
- Felce, D. (1997). Defining and applying the concept of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 4 (2), 126-135.
- Good, D. A. (1990). Thinking about and discussing quality of life. In: R. L. Schalock & MBegab (Eds.), *Quality of life perspectives and issues* (pp. 41-57). Washington: American Association on Mental Retardation
- Hampton N. (1999). quality of life of people with substance disorders in Thailand; An exploratory study, *journal of Rehabilitation*, Vol. (65)3, PP.42-55.
- Laman, II. & Lankhorst, G. (1994). Subjective weighing of disability: An approach to quality of life assessment in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*, 16(4), 198-204.
- Michael R. (2003). The quality of life instrument, *Clinical Nursing Research*, Vol. (12)2, PP. 246-257.
- Nina I. Zuna, James P. Selig, Jean Ann Summers and Ann P. Turnbull (2009). Confirmatory Factor Analysis of a Family Quality of Life Scale for Families of Kindergarten Children Without Disabilities, *Journal of Early Intervention*, Vol.(31)2, PP. 111-125, March.
- Susan K. Rogers, Carlos F. Gomez, Philip Carpenter, Jean Farley, Debbie Holson, Miriam Markowitz, Brian Rood, Karen Smith and Peter Nigra (2010). Quality of Life for Children With LifeLimiting and Life-Threatening Illnesses: Description and Evaluation of a Regional, Collaborative Model for Pediatric Palliative Care, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, September.
- Taylor, H. R. & Bogdan, R. (1990). Quality of life and the individual perspective. In: R. L.Schalock & M. Begab (Eds.), *Quality of life perspectives and issues* (pp. 27-40). Washington: American Association on Mental Retardation

-Katsching, H. (1997). Quality of life as outcome criterion in mental health care. *Journal of European Personality*, 12 (12)

-Nieves, C. C., Charter, R. A., & Aspinall, M. J. (1991). Relationship between effective) coping and perceived quality of life in spinal cord injured patients. *RehabilitationNursing*, 16(3), PP. 129-132



تحية و بعد...

نرجو التكرم بقراءة بنود المقياس المرفق، و الإجابة عن كل منها بما يعبر عن شعورك الحقيقي ، و ما تقومون به بالفعل، حيث لا توجد إجابات صحيحة و إجابات خاطئة على أسئلة المقياس.

و في الوقت الذي نشركم فيه على تعاونكم البناء معنا في هذه الدراسة العلمية، نرجو تعبئة البيانات التالية بالمعلومات المناسبة . و تقبلوا خالص تحيات الباحث

يرجى و ضع إشارة / في المكان المناسب:

-النوع : ذكر أنثى

-العمر:

- نوع الإعاقة: شلل نصفي جانبي  شلل نصفي سفلي:

-سبب الإعاقة: حادث وعائي دماغي  حادث مرور  حوادث أخرى:

-المستوى التعليمي: ابتدائي  متوسط  ثانوي

- مستوى الدخل: بطل:  أقل من 15000 د.ج  أكبر من 15000 د.ج

الحالة العائلية: أعزب  متزوج

ما درجة شعورك بالجوانب الآتية؟

م	الأسئلة	أبدا	قليل جدا	إلى حد ما	كثيرا	كثيرا جدا
1	لدي إحساس بالحوية و النشاط.					
2	أشعر ببعض الآلام في جسمي.					
3	اضطر لقضاء بعض الوقت في السرير مسترخيا.					
4	تتكرر إصابتي بنزلة برد.					
5	لا أشعر بالغثيان.					
6	أشعر بالانزعاج نتيجة التأثيرات الجانبية للدواء الذي أتناوله.					
7	أنام جيدا.					
8	أعاني من ضعف في الرؤية.					
9	نادرا ما أصاب بالأمراض.					
10	كثرة إصابتي بالأمراض تمثل عبئ كبير على أسرتي.					
11	أشعر بأنني قريب جدا من صديقي الذي يقدم لي الدعم الرئيسي.					
12	أشعر بالتباعد بيني و بين والدي.					
13	أحصل على دعم عاطفي من أسرتي.					
14	أجد صعوبة في التعامل مع الآخرين.					
15	أشعر بأن والدي راضيان عني.					
16	لدي أصدقاء مخلصين.					
17	علاقاتي بزملائي رديئة للغاية.					
18	لا أحصل على دعم من أصدقائي و جيراني.					
19	أشعر بالفخر لانتمائي لأسرتي.					
20	لا أجد من أثق فيه من أفراد أسرتي.					
21	اخترت التخصص الدراسي الذي أحبه.					

				بعض المقررات الدراسية غير مناسبة لقدراتي.	22
				أشعر بأنني أحصل على دعم أكاديمي من أساتذتي.	23
				لدي إحساس بأنني لم أستقد شيء من تخصصي.	24
				الأساتذة يرحبون بي و يجيبوني عن تساؤلاتي.	25
				الأنشطة الطلابية بالجامعة مضيعة للوقت.	26
				أنا فخور باختياري للتخصص الذي يناسبني في الجامعة.	27
				أشعر بأن دراستي الجامعية لن تحقق طموحاتي المهنية.	28
				أشعر بأن الدراسة بالجامعة مفيدة للغاية.	29
				أجد صعوبة في الحصول على استشارة علمية من المرشد الأكاديمي (المشرف).	30
				أنا فخور بهدوء أعصابي.	31
				أشعر بالحزن بدون سبب واضح.	32
				أواجه مواقف الحياة بقوة إرادة و هدوء أعصاب.	33
				أشعر بأنني عصبي.	34
				لا أخاف من المستقبل.	35
				أقلق من الموت.	36
				من الصعب استشارتي انفعاليا.	37
				أقلق لتدهور حالتي.	38
				أمتلك القدرة على اتخاذ أي قرار.	39
				أشعر بالوحدة النفسية.	40
				أشعر بأنني متزن انفعاليا.	41
				أنا عصبي جدا.	42
				استطيع ضبط انفعالاتي.	43
				أشعر بالاكئاب.	44
				أشعر بأنني محبوب من الجميع.	45
				أنا لست شخصا سعيدا.	46
				أشعر بالأمن.	47
				روحي المعنوية منخفضة.	48
				أستطيع الاسترخاء بدون مشكلات.	49
				أشعر بالقلق.	50
				أستمتع بمزاولة الأنشطة الجامعية في أوقات فراغي.	51
				ليس لدي وقت فراغ، فكل وقتي ينقضي في الاستذكار.	52
				أقوم بعمل واحد في وقت واحد فقط.	53
				أتناول وجبات الطعام بسرعة كبيرة.	54
				أهتم بتوفير وقت للنشاطات الاجتماعية.	55
				تنظيم وقت الدراسة و الاستذكار صعب للغاية.	56
				لدي الوقت الكافي لاستذكار محاضراتي.	57
				ليس لدي وقت للترويح عن النفس.	58
				أنجز المهام التي أقوم بها في الوقت المحدد.	59

انتهى المقياس .... نرجو التأكد من الإجابة عن جميع الأسئلة.....