

جامعة الجزائر 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

علاقة الذكاء الانفعالي والدعم الاجتماعي
بتحسين نوعية الحياة لدى المعاقين حركيا
من خلال بعض المتغيرات
السوسيوديمغرافية (السن، الجنس، الحالة
المدنية)

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث ل.م.د.

تخصص علم نفس الصحة

إشراف الأستاذة الدكتورة:

زناد دليلة

إعداد الطالبة:

آيت علجت مقدودة

السنة الجامعية: 2018-2019

الشكر والتقدير

أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذة الفاضلة الدكتورة "زناد دليلة"
التي صبرت معي كثيرا وساعدتني بكل ما لديها من معلومات
وتوجيهات.

وأشكر كل من وقف معي وساندني ومد لي المساعدة من قريب
أو بعيد في سبيل إكمال هذه الدراسة

إهداء

يقول الله تعالى: "وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحسانا"

أهدي عملي هذا إلى من ارتبط رضاهما برضا الرحمان،

إلى منبع الحنان وبر الأمان والعطاء، التي تفرح لأفراحي وتخزن لأحزاني

إلى

"أمي الغالية أطال الله في عمرها"

إلى أحسن من رباني وعلمي المسؤولة إلى من كان إليها السند المعنوي

والمادي

"أبي العزيز حفظه الله"

إلى كل أفراد العائلة

الملخص

تهدف هذه الدراسة إلى كشف العلاقة بين الذكاء الانفعالي والدعم الاجتماعي في تحسين نوعية الحياة لدى المعاقين حركيا، بالإضافة إلى كشف الفروق بين الذكور والإناث في مستوى كل من نوعية الحياة، والفروق في الذكاء الانفعالي والفروق في الدعم الاجتماعي، تم تطبيق هذه الدراسة على عينة قدرها (60) معاقا حركيا في مستشفى "بن عكنون" بالعاصمة، وتم تطبيق مقياس الذكاء الانفعالي ل (Bar-On & Parker)، ومقياس الدعم الاجتماعي المدرك ل (Sarason)، ومقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة ل (Ware et Sherboune)، باستخدام الأساليب الإحصائية التالية: اختبار معامل الارتباط الثنائي بيسريال اختبار كاف تربيع واختبار مان وتيني واختبار الاعتدالية.

كشفت الدراسة عن النتائج التالية:

- يوجد اختلاف في مستوى نوعية الحياة لدى المعاقين حركيا.
- يوجد اختلاف في مستوى الذكاء الانفعالي لدى المعاقين حركيا.
- يوجد اختلاف في مستوى الدعم الاجتماعي والرضا لدى المعاقين حركيا.
- توجد علاقة ارتباطية موجبة بين مستوى نوعية الحياة (عامة وبأبعادها) والذكاء الانفعالي لدى المعاقين حركيا.
- توجد علاقة ارتباطية موجبة بين مستوى نوعية الحياة (عامة وبأبعادها) والدعم الاجتماعي والرضا لدى المعاقين حركيا.
- لا توجد فروق دالة احصائيا في مستوى نوعية الحياة بين الذكور والإناث.
- لا توجد فروق دالة احصائيا في مستوى الذكاء الانفعالي بين الذكور والإناث.
- لا توجد فروق دالة احصائيا في مستوى الدعم الاجتماعي والرضا بين الذكور والإناث.
- لا توجد فروق دالة احصائيا في مستوى نوعية الحياة لدى المعاقين المتزوجين والغير المتزوجين.

- لا توجد فروق دالة احصائيا في مستوى الذكاء الانفعالي لدى المعاقين المتزوجين والغير المتزوجين.

- لا توجد فروق دالة احصائيا في مستوى الدعم الاجتماعي والرضا لدى المعاقين المتزوجين والغير المتزوجين.

Résumé

Cette étude vise à mettre en évidence la relation entre l'intelligence émotionnelle et le soutien social dans l'amélioration de la vie des handicapés moteurs, ainsi que montrer les différences entre la qualité de vie et l'intelligence et le soutien social des hommes et des femmes.

L'étude a été effectuée sur un échantillon de (60) handicapés moteurs dans l'hôpital de « Ben Aknoun » à Alger en appliquant l'échelle de l'intelligence émotionnelle (Bar-On & Parker) et l'échelle du soutien social perçu (Sarson) et l'échelle de la qualité de la vie de (Ware et Sherbourne) et utilisant les méthodes statistiques suivantes : le test de coefficient de corrélation bi-sériel de point, et le test du Khi carré, et le test de Mann et Whitney, et le test de normalité.

L'étude a révélé les résultats suivants :

1-L'existence d'une différence du niveau de qualité de vie parmi les handicapés moteurs.

2-L'existence d'une différence d'intelligence émotionnelle parmi les handicapés moteurs.

3-L'existence d'une différence du soutien social et satisfaction parmi les handicapés moteurs.

4-L'existence d'une corrélation positive entre le niveau de qualité de vie et l'intelligence émotionnelle chez les handicapés moteurs.

5-L'existence d'une corrélation positive entre le niveau de qualité de vie et le soutien social et la satisfaction chez les handicapés moteurs.

6-L'inexistence des différences statistiquement significatives entre la qualité de vie des hommes et des femmes.

7-L'inexistence des différences statistiquement significatives entre l'intelligence émotionnelle des hommes et des femmes.

8-L'inexistence des différences statistiquement significatives entre le niveau du soutien social et de satisfaction des hommes et des femmes.

9-L'inexistence des différences statistiquement significatives entre le niveau la qualité de vie des handicapés mariées et célibataires.

10- L'inexistence des différences statistiquement significatives entre le niveau l'intelligence émotionnelle des handicapés mariées et célibataires.

11- L'inexistence des différences statistiquement significatives entre le niveau du soutien social et de satisfaction des handicapés mariées et célibataires.

فهرس المحتويات

الشكر والتقدير

الإهداء

ملخص الدراسة

الصفحة	المحتوى
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
أ- د	مقدمة
الفصل التمهيدي الإطار العام للدراسة	
07	1. الإشكالية
19	2. فرضيات الدراسة
20	3. أهداف البحث
21	4. أهمية البحث
22	5. تحديد مفاهيم البحث
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإعاقة الحركية	
26	- تمهيد
27	1- مفهوم الإعاقة الحركية
28	2- تعريف المعاقين حركيا
29	3- تعريف الإعاقة الحركية وتصنيفاتها
31	4- أنواع الإعاقات الحركية
37	5- أسباب الإعاقة الحركية

42	6- الآثار الناتجة عن الإعاقة الحركية
43	7- الوقاية من الإعاقة الحركية
43	8- خصائص المعاق حركيا
46	9- الفرد المعاق
47	10- حقوق المعاقين على الأسرة والمجتمع
48	11- مكانة المعاق في المجتمع
49	12- المشاكل التي تواجه المعاق حركيا
50	13- تأثير الإعاقة الحركية على السلوك
52	14- طرق ووسائل تغيير نظرة المجتمع السلبية نحو المعاق
53	15- تأهيل المعاقين حركيا
55	- خلاصة الفصل
الفصل الثاني: الذكاء الانفعالي	
57	- تمهيد
58	1- تعريف الذكاء
60	2- الانفعالات
60	2-1- مفهوم الانفعالات
61	2-2- طبيعة الانفعالات
62	3- العلاقة بين الذكاء والانفعالات
64	4- نشأة وتطور مفهوم الذكاء الانفعالي
67	5- تعريف الذكاء الانفعالي
68	6- الأساس العصبي للذكاء الانفعالي
71	7- خصائص الذكاء الانفعالي
71	8- أهمية الذكاء الانفعالي
72	9- أبعاد الذكاء الانفعالي

74	10- النماذج المفسرة للذكاء الانفعالي
86	11- قياس الذكاء الانفعالي
89	- خلاصة الفصل
الفصل الثالث: الدعم الاجتماعي	
91	- تمهيد
92	1- نشأة الدعم الاجتماعي
93	2- الدعم الاجتماعي
97	3- أنواع الدعم الاجتماعي
104	4- أشكال الدعم الاجتماعي
106	5- أبعاد الدعم الاجتماعي
110	6- مصادر الدعم الاجتماعي
114	7- وظائف الدعم الاجتماعي وأهميته
121	8- محددات الدعم الاجتماعي
125	9- النظريات والنماذج المفسرة للدعم الاجتماعي
135	- خلاصة الفصل
الفصل الرابع: نوعية الحياة	
137	- تمهيد
138	1- التطور التاريخي لمفهوم نوعية الحياة
142	2- تعريف نوعية الحياة
146	3- أبعاد نوعية الحياة
149	4- مجالات نوعية الحياة
155	5- مؤشرات نوعية الحياة
156	6- النماذج المفسرة لنوعية الحياة
166	- خلاصة الفصل

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية للبحث

169	1- الدراسة الاستطلاعية
171	2- منهج الدراسة
172	3- مكان وزمان البحث
172	4- عينة البحث
172	5- معايير اختيار العينة
173	6- خصائص عينة البحث
177	7- أدوات البحث
177	8- مقياس الذكاء الانفعالي: ل (Bar-on&Parker)
180	9- استبيان الدعم الاجتماعي المدرك لساراسون وآخرون (1983-1987)
185	10- مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة
196	11- المعالجة الإحصائية

الفصل السادس: عرض النتائج

198	- تمهيد
199	1- عرض ومناقشة نتائج البحث
199	1-1- عرض نتائج الفرضية الأولى
201	1-2- عرض نتائج الفرضية الثانية
202	1-3- عرض نتائج الفرضية الثالثة
204	1-4- عرض نتائج الفرضية الرابعة
207	1-5- عرض نتائج الفرضية الخامسة
211	1-6- عرض نتائج الفرضية العامة السادسة
211	1.6 عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى
212	2.6 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية
213	3.6 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

215	7. عرض نتائج الفرضية العامة السابعة
216	1.7 عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى
217	2.7 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية
218	3.7 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
الفصل السابع: تفسير ومناقشة النتائج	
221	1- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى
226	2- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثانية
228	3- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة
236	4- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة
238	5- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة
242	6- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية العامة السادسة
242	6-1- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى
246	6-2- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية
248	6-3- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
250	7- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية العامة السابعة
250	7-1- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى
252	7-2- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية
253	7-3- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
256	- الاستنتاج العام
260	- الخاتمة
265	- قائمة المراجع
292	- الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
107	أبعاد للدعم الاجتماعي	01
173	توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس.	02
173	توزيع أفراد العينة حسب متغير السن.	03
174	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي.	04
175	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى الاقتصادي.	05
176	توزيع أفراد العينة حسب متغير الوضعية العائلية	06
178	أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي ل (Bar-on&Parker) وأرقام الفقرات لكل بعد	07
179	نتائج حساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس الذكاء الانفعالي	08
180	ثبات الاتساق الداخلي بطريقة التباين وبتطبيق معادلة ألفا كرونباخ	09
182	يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الأول (بعد الدعم) لمقياس الدعم الاجتماعي المدرك.	10
183	يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الثاني (بعد الرضا) لمقياس الدعم الاجتماعي المدرك.	11
184	يبين نتائج حساب ثبات أبعاد مقياس الدعم الاجتماعي المدرك باستخدام طريقة التجزئة النصفية	12
185	يبين نتائج حساب ثبات أبعاد مقياس الدعم الاجتماعي المدرك باستخدام طريقة ألفا كرونباخ.	13
188	يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الأول (بعد الوظائف البدنية) لمقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة.	14
189	يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الثاني (المحور البدني) لمقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة.	15
189	يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الثالث لمقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة.	16

17	يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الرابع (محور الحيوية) لمقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة.	190
18	يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الخامس لمقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (محور الصحة النفسية).	190
19	يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد السادس (محور الوظائف الاجتماعية) لمقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة.	191
20	يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد السابع لمقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (محور الألم).	192
21	يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الثامن (محور الصحة العامة) لمقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة.	192
22	يبين نتائج حساب ثبات أبعاد مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة باستخدام طريقة التجزئة النصفية.	194
23	يبين نتائج حساب ثبات أبعاد مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة باستخدام طريقة ألفا كرونباخ.	195
24	يوضح مدى اعتدالية توزيع البيانات	199
25	يوضح مستوى نوعية الحياة لدى عينة البحث	200
26	يوضح مستوى الذكاء الانفعالي لدى عينة البحث	201
27	يوضح مستوى حجم الدعم لدى عينة البحث	202
28	يوضح مستوى الرضا عن الدعم المتلقي لدى عينة البحث	203
29	يوضح العلاقة بين مستوى نوعية الحياة والذكاء الانفعالي	204
30	بين مستوى نوعية الحياة (عامة وبأبعادها) والدعم الاجتماعي لدى المعاقين حركيا	207
31	بين مستوى نوعية الحياة (عامة وبأبعادها) و الرضا عن الدعم لدى المعاقين حركيا	210
32	يوضح الفرق بين الذكور والإناث في مستوى نوعية الحياة لدى المعاقين حركيا	211
33	يوضح الفرق بين الذكور والإناث فيما يخص الذكاء الانفعالي لدى المعاقين حركيا	212

214	يوضح الفرق بين الذكور والإناث فيما يخص الدعم الاجتماعي لدى المعاقين حركيا	34
216	يوضح الفرق في متغيرات البحث تعزى للحالة المدنية (متزوج، غير متزوج) لمتغير نوعية الحياة.	35
217	يوضح الفرق بين المتزوجين وغير المتزوجين فيما يخص الذكاء الانفعالي لدى المعاقين حركيا	36
218	يوضح الفرق بين المتزوجين وغير المتزوجين فيما يخص الدعم الاجتماعي لدى المعاقين حركيا	37

فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
77	نموزج جولمان للذكاء الانفعالي	01
85	أدوار الذكاء الانفعالي في الحياة اليومية	02
129	نموزج الأثر الواقي (المخفف للضغوط)	03
131	نموزج الآثار الرئيسية للدعم (The main effect model)	04
145	يوضح المؤشرات المختلفة لنوعية الحياة حسب (Nordenfelt, 1994)	05
159	يوضح نموزج سبيلكر (Spilker, 1997)	06
163	يوضح النموزج المفاهيمي المكيف لنوعية الحياة حسب "زهان" (Zhan, 1992)	07
165	يوضح نموزج الإدراك الذاتي لنوعية الحياة لـ "أوليسون"	08

مقدمة

مقدمة:

إن تضافر مجموعة من الاتجاهات في الطب، وعلم النفس ونظام الرعاية الصحية جعل ظهور ميدان علم النفس الصحة أمرا حتميا، وهو الميدان الذي يمكن اعتباره بكل ثقة أحد أهم التطورات التي حدثت في مجال علم النفس، ويعتبر علم نفس الصحة ميدان بحث أساسي حديث التطبيق وهو في تطور مستمر على المستوى العالمي ويهدف إلى الفهم والتفسير والضبط، ومن ثم التنبؤ بالعوامل النفسية والاجتماعية التي تسهم في ظهور الأمراض النفسية ونستطيع أن نعجل أو نؤجل من تطورها أو التحكم فيها وضبطها. (Bruchon-Scheitzer et Bruno Quintard, 2001, P1)

في السنوات الأخيرة من القرن 20 م ظهر في علم النفس مفهوما سيكولوجيا وهو عامل ضروري للنجاح في مختلف مجالات الحياة المختلفة ألا وهو الذكاء الانفعالي فيعرفه Binet" بأنه القدرة على اتخاذ اتجاه محدد والاستمرار فيه والقدرة على الملائمة والنقد الذاتي، أما " Terman" فيعرفه بأنه القدرة على التفكير المجرد واكتشاف العلاقات.

حيث تبنى علماء النفس تعريفا إجرائيا للذكاء في محاولة لإزالة الغموض الذي يكتنف هذا الموضوع ويشير التعريف الإجرائي للذكاء على أنه الدرجة التي يتحصل عليها المبحوث في مقياس الذكاء الانفعالي، وفي بداية التسعينات من القرن الماضي ظهرت اتجاهات جديدة في دراسة الذكاء عندما وجه (Mayer et Salovy, 1990) أنظار العاملين في الدراسات النفسية إلى أهمية البعد الانفعالي والاجتماعي من الذكاء على اعتبار أن محصلة الذكاء النهائية تظهر في أشكال وممارسات السلوك الاجتماعي في التفاعلات الاجتماعية في مجالات العمل المختلفة، التربوية، الصناعية، العسكرية، الإدارية وغيرها.

ولقد ازداد الاهتمام بموضوع الذكاء الانفعالي في عصرنا الحديث اهتماما بارزا لدى المؤسسات من مختلف الأهداف والتوجهات، هذا لأن القدرات الانفعالية والاجتماعية تشكل بعدا مهما في الأداء المعرفي وعمليات التفكير والسلوك، والذي بلا شك ينعكس في إنتاجية الأفراد وقدراتهم على التكيف، ففي هذا الصدد أظهرت نتائج الدراسات فعالية الذكاء الانفعالي في تحقيق النجاح الأكاديمي والنجاح في مجالات العمل وعمليات التفاعل الاجتماعية والإدارة والقيادة، العلاقات العامة والدعاية، والترولوج.

ونجد أيضا من بين العوامل النفسية والاجتماعية المؤثرة في الصحة الدعم الاجتماعي الذي يعتبر مصدر هام للمقاومة والدعم النفسي والاجتماعي للفرد وذلك للتغلب على القلق والتوتر، والذي يحتاجه الفرد في مواجهة الضغوط، حيث يؤثر نمط ما يتلقاه الفرد من دعم سواء كان عاطفيا أو معلوماتيا أو أدائيا، مما يسهم في زيادة قدراته ومهاراته في مواجهة الضغوط والتعامل معها، ومن الناحية العلاجية فإن الدعم الاجتماعي بما يتيح من علاقات اجتماعية تتسم بالحب والود والثقة، يسهم في جعل حاجز أو مصدات حيوية ضد التأثيرات السلبية للضغوط الحياتية، كما أنه يمثل مصدرا للتخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن تعرض الفرد للضغوطات باختلاف حدتها خاصة الأفراد المرضى المعاقين الذين يعانون من إعاقات حركية مختلفة، وتعد هذه الفئة فئة هامة من الفئات التي تحتاج إلى كل الرعاية والاهتمام من قبل المجتمع بكل مؤسساته وهيئاته وأفراده، بدءا من الأسرة والأقارب والأصدقاء والمدرسة والإعلام والثقافة والصحة وغيرها من المؤسسات الاجتماعية الأخرى حيث تلعب تلك المؤسسات دورا كبيرا في تحسين نوعية حياتهم سواء كانت نفسية أم اجتماعية أم أسرية، فالمعاق هو إنسان بغض النظر عن إعاقته فله حقوق وعليه واجبات وله حقوق في أن يعيش في مجتمع متقدم يكفل له الحرية الاجتماعية، ويوفر له كل وسائل الرفاهية التي تساعد على تحسين نوعية حياته.

ومن هنا جاء عنوان الدراسة: الذكاء الانفعالي والدعم الاجتماعي وعلاقتها بتحسين نوعية الحياة لدى المعاقين حركيا، ولتحقيق أهداف الدراسة تم تنظيمها على الأسس العلمية المتفق عليها حيث تصدرت الدراسة مقدمة اتبعت بفصل تمهيدي يضم: إشكالية الدراسة وتساؤلاتها، فرضياتها وتحديد مفاهيم البحث، وكذا أهداف وأهمية الدراسة ثم تطرقنا إلى جانبين هما الجانب النظري والجانب التطبيقي.

ويمثل الجانب النظري أربعة فصول، حيث تناولنا في الفصل الأول: الذكاء الانفعالي حيث تطرقنا إلى تعريف الذكاء الانفعالي ومفهوم الانفعالات، طبيعة الانفعالات، علاقة الذكاء بالانفعالات، الأساس العصبي، خصائصه وأهميته وأبعاده.

أما الفصل الثاني: فقد كان عن الدعم الاجتماعي ويضم نشأة مفهوم الدعم الاجتماعي، تعريف الدعم الاجتماعي، أنواعه وأشكاله وأبعاد الدعم الاجتماعي ووظائفه ومحددات الدعم وأهم النظريات والنماذج المفسرة له.

والفصل الثالث: فقد اشتمل على نوعية الحياة تطرقنا فيه إلى التطور التاريخي لنوعية الحياة، تعريف نوعية الحياة، وأيضا أبعاد ومجالات نوعية الحياة، وأهم المؤشرات وأهم النظريات والنماذج المفسرة لنوعية الحياة.

الفصل الرابع: تضمن الإعاقة الحركية تطرقنا فيه إلى مفهوم الإعاقة، تعريف المعاقين حركيا وأنواع الإعاقة أسباب الإعاقة الحركية والآثار الناتجة عن الإعاقة الحركية وخصائص المعاق حركيا والوقاية من الإعاقة الحركية وأيضا تطرقنا إلى حقوق المعاقين على الأسرة والمجتمع والمشاكل التي تواجه المعاق حركيا وطرق ووسائل تغيير نظرة المجتمع السلوكية نحو المعاق وتأهيل المعاقين حركيا وفي الأخير قمنا باستخلاص الفصل.

أما الجانب التطبيقي: فيضم ثلاثة فصول، حيث خصصنا الفصل الخامس لمنهجية البحث وإجراءات الدراسة الاستطلاعية، والمنهج المتبع والعينة وخصائصها، وأدوات البحث، والمعالجة الإحصائية.

أما الفصل السادس: فقد تم فيه عرض النتائج التي تم التوصل إليها بعد تطبيق المقاييس النفسية وعرض نتائج التحليل الإحصائي لمتغيرات الدراسة.

وفي الفصل السابع والأخير: قدمنا بتفسير ومناقشة النتائج وتحليلها استنادا إلى الإطار النظري، والدراسات السابقة في الموضوع والاستنتاجات والاستخلاصات العامة من طبيعة الدراسة والعينة وظروف التطبيق حول ما قمنا به في دراستنا.

الفصل التمهيدي

الإطار العام للدراسة

الإشكالية:

تحظى فئات المعاقين في الآونة الأخيرة سواء في دول العالم المتقدمة أو النامية بالاهتمام الكبير نظرا لزيادة عدد المعاقين وتأثير وضعية الإعاقة بمختلف أشكالها على مسيرة التنمية لدى الفرد المعاق ذاته أو على المجتمع ككل، وقد يصاب الفرد بأحد الإعاقات التي قد تعوقه عن قيامه بأدواره الاجتماعية في الأسرة والمدرسة والعمل والمجتمع، ومن ضمن الإعاقات التي قد تصيب الإنسان الإعاقة الحركية والتي زادت معدلاتها في الوقت الحاضر، نظرا لعدة أسباب وراثية مثل انتقال صفات سلبية أو مشوهة من الوالدين للأبناء وأخرى بيئية مكتسبة مثل: نقص الوعي الصحي في المجتمع، وزيادة معدلات تلوث البيئة بكافة أنواعها وزيادة حوادث الطرق وهناك حالات كثيرة تعاني من إعاقات حركية، تتدرج من إعاقات جسدية خفيفة إلى شديدة ومعظم هذه الحالات حدثت لها الإعاقة أدت إلى ترك المعاق لعمله أو إلى تغيير دوره إلى ما يتناسب مع وضعه الجديد، وهذه الحالات تحتاج إلى خدمات تربوية واجتماعية وتأهيلية متخصصة لأنهم سيواجهون بعض المشكلات التعليمية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية في البيئة العادية وأن أحد الأهداف التي يرمي لها المختص في مجال علم النفس الصحة هو أن يساعد المعاق ويجعله يتقبل إعاقته في حدودها الحقيقية ويتكيف مع الوضع الجديد ويعزز له ثقته بنفسه، وفي هذا الصدد جاءت دراسة "زناد دليلة، 2018" حيث طبقت برنامج كارل روجرز، العلاج النفسي المتمركز حول العميل الذي يسعى إلى تحسين مفهوم الذات لدى المعاقين حركيا حيث خلصت الدراسة إلى أن هذا البرنامج يحقق نجاح كبيرا في تطوير مفهوم الذات وبالتالي تحقيق نوعية الحياة لدى المعاق حركيا. التي وهذا ما سيجعله يحقق ذاته وتحقيق نجاحه الأكاديمي ومن بين هذه الكفاءات والقدرات المساعدة في تحقيق هذا التكيف نجد الذكاء الانفعالي، مما لا شك فيه أن نجاح الفرد وتفوقه الأكاديمي يتوقف على عدة عوامل ومن بينها العوامل الانفعالية.

فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن الذكاء الانفعالي يعد مفتاح النجاح في المجالات العلمية والعملية، وقد أعطى "جولمان" مجموعة من المهارات الانفعالية والاجتماعية التي تميز مرتفعي الذكاء الانفعالي كما أشار إلى أن انخفاض تلك المهارات ليس في صالح تكيف وتطور الفرد أو نجاحه في تفاعلاته، وأصحاب هذه المهارات يتسمون بالتوازن اجتماعيا والمرح وتحمل المسؤولية والالتزام بالقضايا وبالعلاقاتهم مع الآخرين، وأخلاق عالية والرضا عن أنفسهم وعن الآخرين والتعبير عن المشاعر بصورة مباشرة ومن السهل توازنهم الاجتماعي وتكوين علاقات مع الآخرين والتكيف معهم، وتجدر بنا الإشارة أن نعرف الذكاء كقدرة أولية تساعد الفرد على الابتكار والفهم والحكم الصحيح والتوجيه الهادف للسلوك والنقد الذاتي، حيث عرفه "Terman" بأنه القدرة على التفكير المجرد، واقترح "وكسلر" 1952 وجود عوامل أخرى مؤثرة في فعالية الفرد وأدائه إلى جانب معامل الذكاء IQ. (Mahmood Nooraie & Irsi, 2011, p 46) وانطلاقاً من هذا يتبين أن الذكاء كقدرة معرفية ووحدها لا تكفي في تطور و تحقيق الذات وإنما يحتاج الفرد إلى مهارة أخرى سواء بالنسبة إلى الفرد العادي أو المعاق حركياً. ويعرف "جولمان" الذكاء الانفعالي أنه القدرة على التعرف على مشاعرنا ومشاعر الآخرين بما يحقق الدافعية لدينا وإدارة العواطف بشكل جيد. (مدحت أبو النصر، 2008، ص 107).

كما يعرف "بار-آون" بأنه نسق من القدرات والكفاءات والمهارات غير المعرفية والتي تؤثر في قدرة الفرد على التعامل بنجاح مع متطلبات المحيط وضغوطه ويضم خمسة أبعاد وهي: الذكاء الشخصي، البين شخصي، القابلية للتكيف وإدارة الضغوط والمزاج العام. (Bar-On, 2000, p 102).

ويضيف (Goleman, 1995) أن الذكاء الانفعالي هو أن يكون الفرد قادرا على حث نفسه على الاستمرار في مواجهة الإحباط، والتحكم في النزوات، وتأجيل إحساس كإشباع النفس وإرضائها، والقدرة على تنظيم حالته النفسية ومنع المآسي أو الألم من شل قدرته على التفكير، وأن يكون قادرا على التعاطف والشعور بالأمل، وهو مفهوم جديد يختلف عن معامل الذكاء. (ليلي الجبالي، 2000، ص 55).

ويقول "هندري وبرنجر" عنه أنه السلم الأساسي للارتقاء بالبعد الاجتماعي في رأس المال البشري والذي يعتبر ضروريا في تفعيل وتعظيم البعد الفكري، ومن هنا برزت الآراء إلى جعل القرن الحادي والعشرين قرن المؤسسات والمنظمات الذكية عاطفيا ينطبق هذا على المؤسسات الخدمية والصناعية. (علا عبد الرحمن محمد، 2009، ص 25).

ويتضح مما سبق أن الذكاء الانفعالي لا يعد مفهوما جديدا لكنه مفهوم له جذور تاريخية على اعتبار أن الباحثين نظروا إلى الذكاء نظرة واسعة وأكدوا أهمية الجوانب غير معرفية للذكاء، في التكيف والنجاح في الحياة، وهذا يرجع الفضل في انتشاره في البداية، إلى كل من "ماير وسالوفي 1990" اللذين بدأ سلسلة أبحاثهما وأكدوا أهمية الانفعالات في حياة الفرد، كما يرجع الفضل في انتشار هذا المفهوم إلى "جولمان 1995" من خلال كتابه الشهير عن الذكاء الانفعالي الذي أوضح من خلاله أنه يلعب دورا مهما في نجاح الفرد في حياته قياسا بالذكاء الأكاديمي الذي يظهر دوره فقط في حياة الفرد التعليمية. (دانيال جولمان، 2000)، ويرتبط هذا النوع من الذكاء إيجابيا بمجموعة من المتغيرات المرغوبة شخصيا واجتماعيا، فالذكاء الانفعالي يرتبط إيجابيا بالرضا عن الحياة (Palmer et al, 2002)، ويرتبط بجودة العلاقات الاجتماعية للفرد (Austin et al, 2005)، ويرتبط بالعلاقات الإيجابية مع الأصدقاء (Brackett et al, 2004)، والأفراد الأكثر ذكاء انفعالي أكثر قدرة على التكيف الاجتماعي والمخالطة الاجتماعية (Sjoberg & Engel berg, 2005)، وهم أفضل في جانب الصحة النفسية والبدنية، وأكثر اهتماما

بمظهرهم الخارجي (Brackett et al, 2004)، وهم أكثر تفوقاً من الناحية الأكاديمية (Parker et al, 2004). (عثمان الخضر وهدي الفضيلي، 2007، ص 17)، بهذا تشكل مهارات الذكاء الانفعالي الأساس الأول في تحقيق التوافق والتكيف النفسي، والسيطرة على التوتر والانفعالات السلبية، وبعد ذلك عاملاً أساسياً ومهماً في نجاح الفرد وتفوقه ويعرفه (Mayer & Salovey, 1997, p11)، بأنه قدرة الفرد على إدراك انفعالاته للوصول إلى تعميم ذلك الانفعال، ليساعده على التفكير وفهم ومعرفة انفعالات الآخرين، بحيث تؤدي إلى تنظيم وتطوير النمو الذهني المتعلق بتلك الانفعالات.

ويعرض السيد (السمادوني، 2007، ص 260-263) لبعض مهارات الذكاء الانفعالي التي تساهم في تحسين نوعية الحياة ومواجهة الضغوط النفسية أو الاضطرابات النفسية نجد الصلابة النفسية والكفاءة الذاتية والتفاؤل والقدرة على مواجهة الضغوط كل هذه المهارات تساعد الفرد في تحسين نوعية حياته، إلى جانب المهارات نجد أحد العوامل الاجتماعية والنفسية المحددة للصحة والمرض وأهم مصادر الأمن الذي يحتاجه الإنسان في حياته اليومية، كما أنه مصدر هام للمقاومة وهو الدعم النفسي والاجتماعي والمادي للفرد، ويساعد على التغلب على القلق والتوتر وخفض الآثار السلبية للضغوطات باختلاف حدتها خاصة الأفراد الذين يعانون من إعاقات مختلفة مثل الإعاقة الحركية، لو نأخذها بعين الاعتبار كنموذج من أكثر الإعاقات التي تتطلب تضافر الجهود المجتمعية، لأن هذه الإعاقة غالباً ما تصاحبها إعاقة أو أكثر فتصبح إعاقة مزدوجة أو متعددة. وبالتالي فخدمات التأهيل بشكل عام تتجه نحو المجتمع وتنبثق منه، ولا بد من كل أفراد المجتمع أن يساعدوا الأفراد ذوي الإعاقة الحركية حتى يستطيعوا أن يقوموا بدورهم في بناء المجتمع و يتطلب منا تغيير مفاهيمنا عن الإعاقة بشكل عام، وعن الإعاقة الحركية بشكل خاص فليس المعاق حركياً هو ذلك الشخص المشلول الضعيف العاجز الذي يستثير فينا الشفقة وليس هو بالضرورة ضعيف العقل متدني التفكير، فكثير

من المعاقين حركيا لديهم قدرات متميزة على الفهم والإدراك والانتباه والتفكير والاستدلال، والمعاقين حركيا بحاجة ماسة إلى دعم اجتماعي.

والذي تعرفه "كاترونا" (Cutrona, 1990, p 10) على أنه إشباع الحاجات الأساسية للفرد من حب واحترام وتقدير وتفهم، وتواصل وتعاطف ومشاركة الاهتمامات وتقديم النصيحة، وتقديم المعلومات، وذلك من الأشخاص ذوي الأهمية في حياة الفرد خاصة وقت حدوث الأزمات أو الضغوط. (Cutrona, C. 1996, p10).

ويعرف "كابلان" الدعم الاجتماعي بأنه النظام الذي يتضمن مجموعة من الروابط والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين تنقسم بأنها طويلة المدى، ويمكن الاعتماد عليها والثقة بها وقت إحساس الفرد بالحاجة إليها لتمده بالدعم العاطفي. (عبد السلام علي، 2000، ص 9).

كما يعرفه أيضا "كوب" (Cobb, 1976) أنه انتماء وإدراك لشبكة اتصالات اجتماعية وواجبات متبادلة عن طريق المجموعة الموجودة داخل الشبكة الاجتماعية، فتتم عملية الاعتماد المتبادل وتشابه القيم المتعارف عليها التي يحملها أعضاء الشبكة، وتنشأ من خلالها في النهاية علاقة ود وحب واعتناء متبادلة. (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص 82).

في حين ذهبت دراسات "بارون وآخرون" (Bar-on et al 1990)، و"ويليامسون" و"كوهين" (Williamson et Cohen, 1991) إلى أن فقر أو غياب الدعم الاجتماعي المناسب يمثل لديهم دعم اجتماعي مناسب. (آيت حمودة حكيمة، 2005، ص 503-505).

ويذهب "ليبور" (Lepor, 1994) إلى أن الدعم الاجتماعي هو الإمكانية الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة، وخاصة الاجتماعية في أوقات الضيق وتزود الفرد بالدعم الاجتماعي من خلال شبكة

علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لديهم اتصال اجتماعي بشكل أو بآخر مع الفرد وتضم شبكة العلاقات الاجتماعية في الغالب الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل. (فايد حسن علي، 2001، ص 338).

من خلال ما سعى إليه "كابلان" في نظريته عن أنظمة المساندة ودورها في الصحة النفسية للمجتمع، فإن الدعم الاجتماعي يتضمن نمطا مستديما من العلاقات المتصلة أو المتقطعة التي تلعب دورا هاما في المحافظة على رفاهية وحدة النفس والجسم للفرد عبر حياته، حيث أوضح من وجهة نظره أن الشبكة الاجتماعية للفرد تزوده بالإمدادات الاجتماعية النفسية وخاصة في ظل الأحداث الضاغطة، وذلك للمحافظة على صحته العقلية والنفسية. (Caplan, 1981, p 417).

وفي دراسة أجراها "ناتاليو وبابلو" (Natalio & Pablo, 2002) تناولت الذكاء الانفعالي والصحة ونوعية الحياة، أظهرت النتائج أن الذكاء الانفعالي عامل قوي في تفسير الصحة ونوعية الحياة، وبينت دراسة قام بها "بار-أون" (Bar-On, 2005) فاعلية الذكاء الانفعالي في تحسين نوعية الحياة وتنمية الرضا عن الحياة وتحقيق أعلى من السعادة الشخصية.

وقد برز مفهوم نوعية الحياة بشكل كبير في المجال الصحي والتي تعرف على أنها ذلك البناء الكلي الشامل الذي يتكون من مجموعة متغيرات متنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد اللذين يعيشون في نطاق هذه الحياة بحيث يمكن قياس هذا الإشباع لمؤشرات موضوعية بنفس القيم المندفعة وبمؤشرات ذاتية تقيس قدرة الإشباع. (هناء الجوهري، 1994، ص 93).

كما توصل الباحثون "فيستي" و "سينيشود" و "مرليني" (Fusetti, Sénéchaud et Marlini, 2001) في دراسة لهم هدفوا من خلالها إلى تقييم نوعية الحياة والرضا العام للمرضى الذين يعانون من البتر الوعائي في الأطراف السفلية وتقييم خصائصهم

الديمغرافية والإكلينيكية، وإمكانياتهم في إضافة أعضاء اصطناعية وإدراكهم لمشاكلهم الصحية وتكيفهم الاجتماعي على عينة مكونة من (36) مريض إلى أن نوعية حياتهم كانت فقيرة تظهر في الألم المستمر، ويعتبرون المرض إعاقة كبيرة لتقلباتهم، كما أنه يحد من نشاطاتهم الاجتماعية وعلاقاتهم الاجتماعية، لذلك يبدو بأن رضا ونوعية حياة المرضى الذين يعانون من بتر وعائي ترتبط بقدراتهم على إدارة علاقاتهم الاجتماعية. (Fussetti et al, 2001, p 434).

وتشير كل من "سيلا" و"تيلكسي" (Cella et Tulsy, 1990) إلى أن نوعية الحياة مرتبطة بتقييم المرضى ورضاهم بمستوى أدائهم الوظيفي الحالي مقارنة بما يتصورون أنه الأمثل، أما "إريكسون" و "باتريك" (Erickson et Patrick, 1993) فينظران إلى نوعية الحياة المرتبطة بالصحة المدركة والفرص الاجتماعية المتاحة التي تتأثر بالمرض أو الجروح أو العلاج وكذا سياسات الرعاية. (Lourel, M, 2007, p4). وقد برز مفهوم نوعية الحياة بشكل كبير في المجال الصحي والتي تعرف على أنها ذلك البناء الكلي الشامل الذي يتكون من مجموع المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة بحيث يمكن قياس هذا الإشباع لمؤشرات موضوعية بنفس القيم المندفعة وبمؤشرات ذاتية تقيس قدرة الإشباع. (هناء الجوهري، 1994، ص 93).

فحسب منظمة الصحة العالمية (O.M.S) سنة 1994 فهي ترى أن نوعية الحياة مفهوم واسع جدا يتأثر بشكل معقد بكل من الصحة الجسمية للفرد، حالته النفسية، علاقاته الاجتماعية، مستوى تحكمه في ذاته، بالإضافة إلى علاقته مع العوامل الفعالة في بيئته.

وتضيف أيضا بأنها إدراك الفرد لمكانته في الوجود في إطار الثقافة ونسق القيم والمعايير التي يعيش فيها، في علاقته مع أهدافه، إنتظاراته، معاييرها واهتماماته (عمران لخضر، 2008، ص 46).

وأكد "فيلس" (Felece, 1997) أن نوعية الحياة بمفاهيمها المختلفة ترتبط بالقيم الشخصية للفرد التي تحدد معتقداته حول كل ما يحيط به من متغيرات حياتية وما تواجهه من مشكلات للسعي إلى تحقيق الرضا الذاتي. (محمود عبد الحليم منسي وآخرون، 2010، ص 44).

وتعرف موسوعة علم النفس نوعية الحياة على أنها مفهوم ذا أبعاد عديدة تلخصها في سبعة محاور تتمثل في مجموعها كالتالي: التوازن الانفعالي، حيث يتمثل في ضبط الانفعالات الايجابية والانفعالات السلبية كالحزن، الكآبة والقلق والضغوط النفسية، والحالة الصحية للجسم، الاستقرار المهني حيث يمثل الرضا عن العمل أو الدراسة بعدا هاما في نوعية الحياة، الاستقرار الأسري، وتواصل العلاقات داخل البناء العائلي، استمرارية وتواصل العلاقات الاجتماعية خارج نطاق العائلة، الاستقرار الاقتصادي وهو يرتبط بدخل الفرد الذي يعنيه على مواجهة الحياة، ويرتبط ذلك بما يتعلق بصورة الجسم وحالة الرضا عن المظهر والشكل العام. (عبد الحميد وآخرون، 2006 ص 291).

ويعرفها كل من "جلاتزر" و "مور" (Glatzer, More, 1987) بأنها الرفاهية التي ليست في الجوانب الاقتصادية، بل في جوانب الحياة الأخرى مثل الإسكان والصحة والعلاقات الاجتماعية، أي أن نوعية الحياة تعني الرفاهة والراحة ليس في الدخل بل في مستوى الصحة الجيدة وعلاقات صحية ونفسية اجتماعية حسنة ومقبولة بل ومرغوبة من الفرد. (محمد نجيب أحمد الصبوة، شاهدة مساعد التمار، 2010، ص 475).

ويرى (الأشوال، 2005) أن مفهوم نوعية الحياة قد حظي بالتبني الواسع سواء على الاستخدام العلمي أو العملي، غير أن مستخدمي هذا المفهوم لم يتفقوا بعد على مدى محدد لهذا المصطلح وقد يعود ذلك لحدائثة تناوله أو لاستخدامه في العديد من العلوم لارتباطه بأكثر من مجالات الحياة. (عبد الحميد سعيد حسن، راشد بن سيف المحرزي، محمود محمد إبراهيم، 2006، ص 290).

ويشير "دنيير" (Diener, 1994) إلى أن هذا المفهوم يعبر عن تجربة الفرد العامة لردود الفعل الايجابية اتجاه حياته، ويشمل جميع المكونات الدنيا (التي يجب أن تتوفر على الأقل) مثل الرضا عن العيش ومستوى المتعة. (بهلول سارة أشواق، 2008، ص 50-53).

ويضيف (هاشم، 2001، ص 139) أن مفهوم نوعية الحياة قد حظي باهتمام كبير في مجالات الطب وعلم الاجتماع والاقتصاد، وحدثا في مجال علم النفس، وتعددت استخدامات مفهوم نوعية الحياة بصورة واسعة في السنوات الأخيرة في جميع المجالات، مثل نوعية الحياة نوعية الخدمات ونوعية الزواج ونوعية المدرسة ونوعية المستقبل...أو غيرها.

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

وقد وضع العلماء العديد من التصنيفات للإعاقة الحركية من بينها التصنيف القائل بوجود إعاقات خلقية وأخرى مكتسبة، وهذه الأخيرة يكون فيها الشخص ولد طبيعيا وسليما ولكن خلال فترة معينة من حياته يتعرض لحادث أو مرض ما يسبب له الإعاقة، ومن

هنا يصبح يطلق عليه معاقا حركيا، وينظر إليه على أنه الفرد الذي لديه إعاقة في حركته وأنشطته الحيوية نتيجة فقدان أو خلل أو إصابة، مما يؤثر على وظائفه العادية والناحية النفسية للفرد، ولأن هناك ارتباط وثيق بين النفس والجسم الذين يكونان وحدة متكاملة للإنسان، فإذا تعرضت الصحة الجسمية إلى اضطراب، فإن ذلك يؤثر على الصحة النفسية التي من أهم مظاهرها التوافق النفسي والذي يوصف بأنه حالة من التلاؤم بين الشخص وذاته وبين الشخص وبيئته المحيطة به، ويتضمن قدرة الفرد على تعديل سلوكه واتجاهاته إذا واجه مشكلات معينة، وحسب "ليندا دافندوف" فإن التوافق النفسي يعد محاولة لمواجهة متطلبات الذات والبيئة. (محمود عبد الحليم المنسي وآخرون، 2002 ص 24-25).

وقد تناولت دراسة مجدي (2009) المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكر، العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى مريض السكر المراهق، وتكونت عينة الدراسة من (101) من المراهقين من مرضى السكر (40) ذكورا و (61) إناثا، تتراوح أعمارهم بين 13-21، وشملت الدراسة عينة إكلينيكية أخرى تمثلت في أربع حالات طرفية (2) ذكور و (2) إناث، واعتمدت الباحثة في دراستها على المنهج السيكومتري والإكلينيكي في تناولها لمتغيرات الدراسة، واستخدمت الباحثة عدة أدوات للدراسة، وهي: مقياس المساندة الاجتماعية لمريض السكر المراهق، ومقياس جودة الحياة لمريض السكر المراهق، ومقياس جودة الحياة لمريض السكر المراهق، كما استخدمت الأدوات الإكلينيكية التالية: استمارة دراسة الحالة، واختبار TAT. وتوصلت إلى وجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين جميع أنواع المساندة الاجتماعية المقدمة والدرجة الكلية لجودة الحياة، ووجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين جميع أنواع المساندة الاجتماعية وبين أبعاد جودة الحياة، كما تبين وجود علاقة غير دالة إحصائيا بالنسبة لمساندة الطبيب المعالج كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية وبين جميع

أبعاد جودة الحياة، ووجود علاقة غير دالة إحصائياً بالنسبة لمعالج كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية وبين الدرجة لجودة الحياة، وعدم وجود تأثير دال إحصائياً لعامل الجنس في إدراك المساندة الاجتماعية بشكل عام، بينما وجدت فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في إدراك المساندة من قبل الأصدقاء وكانت الفروق لصالح الإناث، ولا يوجد تأثير دال لعامل الجنس في الشعور بجودة الحياة النفسية، وكانت الفروق لصالح الإناث، وقد أمكن لبعض أنواع المساندة التي تقدم من بعض مصادر المساندة دون غيرها التنبؤ بالدرجة الكلية لجودة الحياة وأبعادها، وكانت على الترتيب: المساندة بالمعلومات من قبل الأسرة، يليها المساندة النفسية من قبل الأصدقاء، يليها المساندة المادية من قبل الأسرة، كشفت للدراسة الإكلينيكية عن وجود بعض العوامل المؤثرة في شعور المراهق (مريض السكر) بجودة الحياة.

وهناك دراسة "الشقيرات وأبو عين 2001" علاقة الدعم الاجتماعي بمفهوم الذات لدى المعوقين جسدياً، وقد هدفت الدراسة إلى كشف العلاقة بين الدعم الاجتماعي المقدم للمعوقين جسدياً من الأسرة والأصدقاء وأفراد المجتمع وبين مفهوم الذات لديهم، وتكونت عينة الدراسة من (307) أشخاص من المعاقين جسدياً في الأردن، وقد قام الباحثان باستخدام مقياسين هما: مقياس الدعم الاجتماعي، ومقياس مفهوم الذات وتوصلت إلى أن الدعم الاجتماعي المقدم من مصادره الثلاثة المختلفة (الأسرة والأصدقاء وأفراد المجتمع) يساعد في تكوين مفهوم إيجابي للذات لدى المعاقين جسدياً بشكل عام ولدى المصابين بالبتير في أحد الأطراف والمصابين بإعاقات جسدية مختلفة، وأن الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة يساعد في تكوين مفهوم إيجابي للذات لدى المصابين بالشلل الدماغي ولدى المصابين بإعاقات جسدية مختلفة، وأن الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء يؤدي إلى تكوين مفهوم سلبي للذات لدى المصابين بالبتير في أحد الأطراف، وأيضاً الدعم الاجتماعي

يساعد في تكون مفهوم ايجابي للذات لدى المعاقين جسديا بشكل عام ولدى المصابين بشلل الأطفال ولدى المصابين بإعاقات جسدية مختلفة.

وانطلاقا من عرض هذا التراث الأدبي الخاص بإشكالية الدراسة الحالية وإضافة لما جاء في ها التراث نود طرح تساؤل اشكاليتنا على النحو التالي: هل توجد علاقة بين الذكاء الانفعالي والدعم الاجتماعي بنوعية الحياة لدى المعاقين حركيا وطرحنا الإشكالية الحالية في شكل التساؤلات التالية:

1. هل يوجد اختلاف في مستوى نوعية الحياة (منخفض/متوسط/مرتفع) لدى المعاقين حركيا؟

2. هل يوجد اختلاف في مستوى الذكاء الانفعالي (منخفض/متوسط/مرتفع) لدى المعاقين حركيا؟

3. هل يوجد اختلاف في مستوى الدعم المتلقي (منخفض/متوسط/مرتفع) لدى المعاقين حركيا؟

4. هل توجد علاقة ارتباطيه موجبة بين مستوى نوعية الحياة (عامة وبأبعادها) والذكاء الانفعالي لدى المعاقين حركيا؟

5. هل توجد علاقة ارتباطيه موجبة بين مستوى نوعية الحياة (عامة وبأبعادها) والدعم المتلقي لدى المعاقين حركيا؟

6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية ذات دلالة إحصائية في متغيرات البحث تعزى لعامل الجنس لدى المعاقين حركيا؟

1.6 هل توجد فروق بين الذكور والإناث فيما يخص نوعية الحياة لدى المعاقين حركيا؟

2.6 هل توجد فروق بين الذكور والإناث فيما يخص الذكاء الانفعالي لدى المعاقين حركيا؟

3.6 هل توجد فروق بين الذكور والإناث فيما يخص الدعم الاجتماعي لدى المعاقين حركيا؟

7. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغيرات البحث تُعزى لعامل الحالة المدنية (متزوج وغير المتزوج)؟

1.7 هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية فيما يخص نوعية الحياة تُعزى للحالة المدنية لدى المعاقين حركيا؟

2.7 هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية فيما يخص الذكاء الانفعالي تُعزى للحالة المدنية لدى المعاقين حركيا؟

3.7 هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية فيما يخص الدعم الاجتماعي تُعزى للحالة المدنية لدى المعاقين حركيا؟

2. وتأسيسا على ذلك، نطرح الفرضيات التالية:

1. يوجد اختلاف في مستوى نوعية الحياة (منخفض/متوسط/مرتفع) لدى المعاقين حركيا.

2. يوجد اختلاف في مستوى الذكاء الانفعالي (منخفض/متوسط/مرتفع) لدى المعاقين حركيا.

3. يوجد اختلاف في مستوى الدعم المتلقي (منخفض/متوسط/مرتفع) لدى المعاقين حركيا.

4. توجد علاقة ارتباطيه موجبة بين مستوى نوعية الحياة (عامة وبأبعادها) والذكاء الانفعالي لدى المعاقين حركيا.

5. توجد علاقة ارتباطيه موجبة بين مستوى نوعية الحياة (عامة وبأبعادها) والدعم المتلقي لدى المعاقين حركيا.

6. توجد فروق ذات دلالة إحصائية ذات دلالة إحصائية في متغيرات البحث تعزى لعامل الجنس لدى المعاقين حركيا.

1.6 توجد فروق بين الذكور والإناث فيما يخص نوعية الحياة لدى المعاقين حركيا.

2.6 توجد فروق بين الذكور والإناث فيما يخص الذكاء الانفعالي لدى المعاقين حركيا.

3.6 توجد فروق بين الذكور والإناث فيما يخص الدعم الاجتماعي لدى المعاقين حركيا.

7. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغيرات البحث تعزى لعامل الحالة المدنية (متزوج وغير المتزوج).

1.7 توجد فروق ذات دلالة إحصائية فيما يخص نوعية الحياة تعزى للحالة المدنية لدى المعاقين حركيا.

2.7 توجد فروق ذات دلالة إحصائية فيما يخص الذكاء الانفعالي تعزى للحالة المدنية لدى المعاقين حركيا.

3.7 توجد فروق ذات دلالة إحصائية فيما يخص الدعم الاجتماعي تعزى للحالة المدنية لدى المعاقين حركيا.

3 - أهداف البحث:

لكل بحث علمي قيمة علمية تتحدد من خلال الأهداف التي يرمي إليها وتتمثل الأهداف الذي نصبوا إليه في بحثنا هذا فيما يلي:

- معرفة مستوى نوعية الحياة لدى المعاقين حركيا.
- معرفة مستوى الذكاء الانفعالي و الدعم الاجتماعي لدى المعاقين حركيا.

- معرفة مدى إسهام الذكاء الانفعالي والدعم الاجتماعي في تحسين نوعية الحياة لدى المعاقين حركيا.

- تحديد مدى وجود اختلاف في متغيرات البحث (نوعية الحياة، الذكاء الانفعالي، الدعم الاجتماعي)، تعزى لعامل الجنس.

- تحديد أيضا مدى وجود اختلاف في متغيرات البحث (نوعية الحياة، الذكاء الانفعالي، الدعم الاجتماعي)، تعزى لعامل الحالة المدنية (متزوج / غير متزوج).

4 - أهمية البحث:

تكمن أهمية الدراسة في كشف وتحديد بعض الجوانب النظرية والعملية التطبيقية لمفهوم جديدا وذو أهمية ومدى تأثيره على بعض المتغيرات النفسية والانفعالية لفئة هامة في المجتمع وهم المعاقين حركيا، كما أن فئة المعاقين منتشرة وبمعدلات كبيرة في مجتمعنا خاصة والدول العربية عامة، لذا يمكن المقارنة والكشف من خلال دراسة علاقة الذكاء الانفعالي والدعم الاجتماعي لدى هذه الفئة التي تعاني من صعوبات في التواصل فيما بين أفرادها والآخرين.

كما قد يسهم هذا البحث في تزويد الباحثين أو المهتمين بهذا المجال بمعلومات يمكن أن تفيدهم في تحديد ومعرفة أوجه القصور من حيث الخدمات والدعم المقدم من قبل المجتمع لهذه الفئة وسبل التغلب عليها من أجل الوصول إلى نوعية أفضل لحياتهم.

ضف إلى ذلك يطمح هذا البحث بما سيتوصل إليه من نتائج لتوفير معلومات من شأنها تسمح للمسؤولين وضع سياسات وخطط خاصة بتنمية وتطوير مقومات الحياة بقدر المستطاع، لضمان حياة أفضل لبعض فئات الرعاية الخاصة وهم المعوقين حركيا.

وآخر ما يسعى إليه بحثنا، هو محاولة الكشف وتفسير وفهم أفضل لمجموعة من العلاقات بين العديد من المتغيرات منها مفهوما جديدا من المفاهيم النفسية الذي لم يظهر

إلا مع أواخر القرن العشرين ورغم ذلك فقد عد مؤشرا هاما للنجاح المهني والاجتماعي ونقصد به الذكاء الانفعالي.

5 - تحديد المفاهيم الأساسية للبحث:

1.5 الذكاء الانفعالي:

- يعرف الذكاء الانفعالي اصطلاحا بأنه "القدرة على التعرف على مشاعرنا ومشاعر الآخرين بما يحقق الدافعية لدينا وإدارة العواطف بشكل جيد (مدحت أبو النصر، 2008:107).

- أما إجرائيا، فيتحدد بتطبيق مقياس الذكاء الانفعالي ل (بار-أون وبارك) على المعاقين حركيا واستجابة عينة بحثنا على بنوده، التي تتمثل محاورها في الكفاءة الشخصية، الكفاءة الاجتماعية، كفاءة إدارة الضغوط النفسية، الكفاءة التكيفية، كفاءة المزاج الإيجابي العام وكفاءة الانطباع الإيجابي، إذ كلما ارتفعت الدرجة على المقياس دل ذلك على ارتفاع مستوى الذكاء الانفعالي.

2.5 الدعم الاجتماعي:

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

- أما إجرائيا، فيتحدد بتطبيق مقياس الدعم الاجتماعي المدرك ل "ساراسون وآخرون" على المعاقين حركيا واستجابة عينة بحثنا على بنوده، التي تتمثل في الدعم والرضا، إذ كلما ارتفعت الدرجة على المقياس دل ذلك على ارتفاع مستوى الدعم الاجتماعي.

3.5 نوعية الحياة:

- تعرف نوعية الحياة اصطلاحاً بأنها المستوى الأمثل للحالة النفسية والجسدية، والدور والأداء الاجتماعي الذي يقوم به الأفراد، بما في ذلك العلاقات والمعتقدات، الصحة واللياقة والارتياح في الحياة والرفاهية. (Bowling, 2001, p1)

- أما إجرائياً، فتحدد إجرائياً بتطبيق مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (Health Quality of Life SF-36) على المعاقين حركياً واستجابتهم على بنود إذا كلما ارتفعت الدرجة على كل بعد من أبعاد المقياس أو المقياس ككل كلما تميزوا بنوعية الحياة الجيدة.

لذلك حددناها إحصائياً وكما اعتمدها صاحب المقياس بالمئينيات إذ كلما تتحدد الدرجة من المئيني 50 (c 50) فما فوق إلى حد المئيني (c 100) كلما دل ذلك على نوعية حياة من حدود المتوسط إلى الجيد وكلما انخفضت عن ذلك لمئيني أصغر من 50 دل ذلك على نوعية الحياة السيئة.

4.5 المعاقون حركياً:

- يعتبر المعاق حركياً اصطلاحاً، كل فرد فقد قدرته على مزاولة عمله أو القيام بعمل آخر نتيجة لقصور بدني سواء كان هذا القصور بسبب إصابته في حادث أو مرض أو عجز وُلادي". (مخلوف، 1991 ص 19)

- أما إجرائياً، فهو كل شخص لديه عجز في وظائف الجسم بدنياً ولا يستطيعون أن يحيوا حياة طبيعية كالآخرين.

الجانب النظري

الفصل الأول

الإعاقة الحركية

- تمهيد:

إن مفهوم الإعاقة لقد تغير كثيرا في الآونة الأخيرة بصفة جذرية بعدما كان ينظر المجتمع إلى المعاق وإلى عاهة أنها دائمة، سواء كانت عقلية أو جسدية، قد أصبح اليوم الشخص الذي يعاني من عجز، أنه إنسان عادي، لكن له احتياجات خاصة فقط، وفي هذا الفصل سنتطرق إلى مفهوم الإعاقة أنواع الإعاقة نظرة المجتمع للمعاق وخصائصه وأيضا المكانة التي يحتلها المعاق في مجتمعه.

1- مفهوم الإعاقة:

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

1-1 التعريف اللغوي:

عرفها "ابن منظور" بأنها: إعاقة الشيء يعوقه عوقاً، والتعويق يعني المنع في الاستعمال الغربي يطلق مفهوم التعويق على كل من يقف أمام المرء، ومن هنا يمنع عن أداء نشاطه بكيفية عادية، سواء كان هذا العائق مادياً أو حسياً أي كل العقبات والعوائق وأنواع العجز التي تقف في طريق الشخص سواء داخلية أو خارجية.

1-2- التعريف الاصطلاحي:

- حسب القاموس الطبي ل "فلاماريون" هي "نقص ناجم عن قصور أو عجز يزعج صاحبه أو يحد من قدرته على الاضطلاع بدوره الاجتماعي".

- حسب "لاروس" هي "نقص ما يجعل صاحبه في حالة قصور".

- المنظمة الدولية للمعاقين "أن الإعاقة نتيجة مرض أو حادث، وبدلاً من ربطها بسببها، فإنها تعرفها من خلال إصابة الجسد (القصور)، وكذلك من خلال ما ينجز عن هذا القصور من صعوبة أو استحالة في القيام بنشاطات الحياة اليومية (العجز) إضافة إلى المشاكل الاجتماعية الناجمة عن ذلك الضرر.

لقد وضعت منظمة الصحة العالمية 1980 تصنيفات عالمية للاعتلال والعجز

والإعاقة تبين الفرق بين التصنيفات الثلاثة:

1.1 الاعتلال : أي فقدان أو شذوذ في البيئة أو الوظيفة النفسية أو الفزيولوجيا أو

العضوية.

2.1 العجز: أي انعدام ناتج عن الاعتلال لقدرة على تأدية نشاط بالشكل أو في الإطار المعتبر طبيعياً بالنسبة للكائن البشري. (يوسف شلبي الزعمر، 2005، ص 154).

3.1 الإعاقة: هو مصطلح يشير إلى الأثر الانعكاسي النفسي والاجتماعي أو الانفعالي أو المركب الناجم عن العجز الذي يمنع الفرد أو يحد من مقدرته على أداء دوره الاجتماعي المتوقع منه، والذي يعد طبيعياً بالنسبة لسنة ونوع جنسه وتبعاً للأوضاع الاجتماعية والثقافية. (عبد المطلب أمين القريطي، 2001، ص 18).

2- تعريف المعاقين حركياً :

عرف "باتمان وآخرون" (Battman et al) المعاقين حركياً بأنهم تلك الفئة من الأفراد الذي يشكل عائق يحرمهم من القدرة على القيام بوظائفهم الجسمية الحركية بشكل عادي، مما قد يستدعي توفير خدمات تربوية وطبية ونفسية خاصة، ويقصد بالمعاق هنا أي إصابة سواء أكانت بسيطة أو شديدة تصيب الجهاز العصبي المركزي أو الهيكل العظمي أو العضلات. (سعيد كمال عبد الحميد، 2009، ص 239-240).

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

3- تعريف الإعاقة الحركية وتصنيفاتها:

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

يختلف المعاقون عن بعضهم البعض من حيث الإعاقة وتصنيفها، فمنهم المعاق حسياً، أو حركياً، أو عقلياً، أو معاقين نتيجة أمراض مزمنة، كما أن هناك إعاقات اجتماعية وانفعالية.

هي حالة الأفراد الذين يعانون من خلال ما في قدرتهم الحركية أو نشاطهم الحركي حيث يؤثر ذلك الخل على مظاهر نموهم العقلي، والاجتماعي والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة. (عصام حمدي الصفدي، 2007، ص 52).

وقد ينتج الإعاقة الحركية أحياناً من مشكلات في العضلات أو العظام والمفاصل، ولكنها كثيراً ما تتجم عن مشكلة في الجهاز العصبي أو تلف فيه، وتكون للإعاقة أنماط مختلفة ويتوقف النمط على الجزء المصاب من الجهاز العصبي. (انشرح المشرفي، 2009، ص 303).

وترى الباحثة بأن الإعاقة الحركية لها أثر سلبي تجاه الفرد فهي تحد من قدرته على القيام بأدنى متطلبات حياته، وتعيقه على ممارسة حياته الاجتماعية كباقي الأفراد الآخرين، مما يستدعي ذلك إلى تضافر الجهود والقوى والعمل على توفير الدعم والإمكانات من أجل إعادة تأهيله في المجتمع.

• تصنيف الإعاقة الحركية:

يصنفها (هالهان وكوفمان 1991، وكيرك وجالاجر 1983) إلى الفئات

التالية:

NEUROLOGICAL IMPAIRMENTS أولًا: التلف أو الضعف العصبي

ومن أهم الأعراض التي تحدث بسبب التلف العصبي ما يلي:

- الشلل الدماغي .CREBRAL PALSY.

- شلل الأطفال .POLIOMYELITIS.

MUSCLE SKELETAL CONDITION ثانيًا: الأمراض العضلية - الهيكلية

ومن أشهر هذه الأمراض نوعان شائعان هما:

- ضمور العضلات .MUSCULAR DYSTROPHY.

- التهاب المفاصل .ARTHRITIS.

CONGENITAL MALFORMATION ثالثًا: تشوهات خلقية منذ الولادة

وتتضمن هذه التشوهات أربعة أشكال رئيسية هي:

- تشوهات ولادية في القلب والشرايين.

- خلع الورك الولادي.

- تشوهات ولادية في الوجه والرأس.

- تشوهات الأطراف الولادية.

رابعًا: الحوادث والأمراض والحالات الأخرى

ACCIDENTS, DISEASES, AND OTHER CONDITIONS ومنها:

- الحوادث .ACCIDENTS.

- التليف الكيسي المراري .CYSTIC FIBROSIS.

- الحمى الروماتزمية RHEUMATIC FEVER.

- السرطان CANCER.

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

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

4- أنواع الإعاقة الحركية:

- مبتور الطرف العلوي.

- مبتور الطرف السفلي.

- مبتور الطرف العلوي مع الطرف السفلي.

- مبتور الطرفين السفليين

- المشلولون (زيد، 1989، ص 153).

ويصنف (الروسان، 2001، ص 270) الإعاقة الحركية كالتالي:

الشلل الدماغى، اضطرابات العمود الفقري والصرع، وهن أو ضمور العضلات والتصلب المتعدد.

1- الشلل الدماغي:

وهو عبارة عن اضطرابات في الجهاز العصبي يؤدي إلى فقدان السيطرة والتحكم في العضلات الإرادية لبعض أجزاء الجسم فتؤدي إلى عجز حركي، ويعرفه (أبو جياب وآخرون، 2002، ص 7) بأنه مجموعة من الأعراض والاعتلالات دائم في الحركة، ووضعية الجسم نظرا لفقدان سيطرة الجهاز العصبي المركزي (الدماغ) عليها وكذلك إلى الاختلال الدائم في القدرات الحسية والإدراكية والتعليمية والنفسية لدى المصابين (بوحيمد، 1985، ص60).

أنواع الشلل الدماغي:

هناك عدة أقسام للشلل الدماغي، حيث تقسم حسب نوعية ومكان الإصابة إلى ما

يلي:

أ- الشلل الدماغي التشنجي Spastic cerebral palsy

هذا النوع من الشلل يتميز بزيادة التوتر العضلي أو تيبس العضلات وصعوبة ارتخائها، ويحدث نتيجة تلف في خلايا القشرة الدماغية المسؤولة عن الحركة وفيه تصاب ذراع واحدة أو ذراع وساق في احدى جانبي الجسم، أو إصابة في الأطراف الأربعة، والجسم بأكمله بدرجات متفاوتة (أبو جياب وآخرون، 2002، ص 8).

ب- الشلل الدماغي الارتعاشي:

هذا الشكل يتميز بحركات لا إرادية دون سبب تحدث للذراعين أو الساقين أو اليدين أو الكتفين أو عضلة الوجه، وذلك نظرا للتلف الذي يحدث للعقد العصبية القاعدية والمسئولة عن ضبط الحركة وتوافقها (أبو جياب وآخرون، 2002، ص 9).

ج- الشلل الدماغي الارتخائي:

تشير (بو حيمد، 1985، ص 61) أن هذا النوع من الشلل يصعب فيه التنسيق الحركي نتيجة لترهل العضلات.

د- الشلل الدماغي الترنحي أو اللا تناسقي (اللا انتظامي)

هذا النوع من الشلل يتميز بعدم المقدرة على حفظ التوازن وأن الحركات غير متناسقة ويحدث ذلك نتيجة تلف في خلايا المخيخ في الدماغ (بو حيمد، 1985، ص 61).

هـ - الشلل الدماغي المختلط:

هذا النوع يتميز بمزيج من الأعراض (في الحركة) سواء صعوبة تناسق الحركات أو نتيجة ترنح العضلات أو توترها أو ارتخائها فيشترك فيه أكثر من نوع من أنواع الشلل الدماغي وعادة ما يكون شلل تشنجي مع شلل ترنحي أو ارتعاشي (أبو جياب، 2002، ص 10).

2- إصابات الحبل الشوكي (النخاع الشوكي):

النخاع الشوكي جزء من الجهاز العصبي المركزي، ونخاع رمادي اللون، يمتد داخل القناة الشوكية عبر الفقرات من الدماغ، وحتى مستوى الجزء العلوي من الفقرة القطنية الثانية (L1-2) ويبلغ طوله حوالي 50 سم في الإنسان البالغ، وهو يؤمن الاتصال بين أجزاء الجسم والدماغ، وأن إصابة هذا الحبل تسبب شللا في الأطراف الأربعة السفلية مما يؤدي إلى فقدان الحركة (أبو جياب وآخرون، 2002، ص 11).

3- تشقق العمود الفقري أو ما يسمى بالشق الشوكي أو الصلب المفتوح:

قد تضعف الوظائف الحركية للأطراف نتيجة تشوهات خلقية يتسرب من خلالها النخاع (السائل) الشوكي أو نتيجة حدوث خلل في الأعصاب الشوكية أو كلاهما لعدم نمو الحبل الشوكي، وعدم اكتمال نموه أو عدم اكتمال نمو الجنين في الفترة النمائية الأولى فلا يكتمل إغلاق الفقرات المحيطة بالحبل الشوكي يذكر (أبو جياب وآخرون، 2002، ص 12)، ويصنف لثلاث مستويات:

أ- تشقق العمود الفقري المستتر:

وهو عبارة عن ضعف للعمود الفقري مع حدوث إصابة للحبل الشوكي.

ب- الفتق الشوكي البسيط (فتق كيسي بسيط):

حيث يتسرب السائل الشوكي عبر الفقرات والأغشية وبعض الألياف دون الأعصاب الشوكية على شكل كيس أو انتفاخ في المنطقة المصابة.

ج- فتق كيسي واضح:

وهو يشمل الحبل الشوكي والأغشية المبطنة له، والسائل الموجود في النخاع وبين الفقرات، حيث يخرج السائل الشوكي والأعصاب منها على هيئة كيس يؤدي إلى شلل في الجزء السفلي من الإصابة ويتعطل الإحساس لدى المصاب (أبو جياب، 2002، ص 12).

4- الصرع:

وهو عبارة عن سلسلة من الاضطرابات التي تصيب الجهاز العصبي في المخ نتيجة حدوث زيادة في النشاط الكهربائي لخلايا المخ مما يؤدي إلى حدوث تشنجات عضلية، كما وتظهر بعض نوبات الضحك والسلوك الشاذ وفقدان الوعي (بو حيمد، 1985، ص 62).

5- استسقاء الدماغ:

هو تراكم السائل المخي الشوكي في بطينات المخ، مما يؤدي إلى تضخم الجمجمة وأعراض أخرى مثل الإعاقة العقلية الشديدة والصرع والعمى، وذلك نتيجة اضطراب في عملية تكوين السائل فيزداد حجمه أو تضطرب دورته، أو أن يضطرب امتصاصه في الدورة الدموية، ويرجع إمكانية حدوث الإصابة بشلل الأطراف وخصوصا الأطراف السفلية إلى الإصابة باستسقاء الدماغ (سليمان، 1997، ص 165).

6- شلل الأطفال:

تعتبر هذه الإصابة شكلا من أشكال الإعاقة الحركية والتي تحد من حركة الفرد والقدرة على التنقل، وأن الإصابة بهذا المرض تؤدي إلى اضطراب النمو الحركي للفرد مما يؤدي إلى ضعف عام أو شلل عام أو تشنجات وتحدث هذه الإصابة نتيجة للإصابة بفيروس شلل الأطفال لأنسجة الخلايا العصبية الحركية في الجزء القطني من النخاع الشوكي (الروسان، 2001، ص 273).

7- تصلب الأنسجة العضوية:

قد يصاب الفرد بضعف في العضلات أو شلل تشنجي نتيجة إصابة الجهاز العصبي المركزي بتفتت الميلين من المادة البيضاء وغالبا ما يحدث هذا المرض بين سن العشرين والأربعين (سليمان، 1997، ص 182).

8- وهن أو ضمور العضلات والتصلب المتعدد:

توجد بعض حالات الإعاقة الحركية والتي تحد من تنقل الفرد في مجتمعه والتي ترجع إلى إصابة العضلة نفسها.

أ- ضمور العضلات الوراثي:

الإصابة بالإعاقة الحركية قد تكون نتيجة لهذا المرض وهو عبارة عن مرض وراثي تتحلل فيه الألياف العضلية فتضعف العضلات بشكل مستمر مما يؤدي في النهاية إلى الموت المبكر، ومن مظاهر كثرة سقوط الطفل على الأرض عند بداية المشي ثم يفقد المشي بالكلية (سيسالم، 1998، ص 44).

ب- انحلال وضمور عضلات النخاع الشوكي:

هذا المرض يسبب تأخر مستمر في عمل العضلات المركزية والظرافية وضعف في عضلات الفخذ والظهر والكتف والبلع والتنفس والنطق وذلك نتيجة تحلل وتلف الخلايا العصبية للجزء الأمامي من النخاع (سليمان، 1997، ص 261).

9- الاضطرابات والالتهابات التي تصيب الجهاز العظمي:

قد يصاب الفرد ببعض الاضطرابات والالتهابات التي تصيب الجهاز العظمي والتي تحد من قدرة الفرد على التنقل والحركة، حيث هناك عدة فئات تصيب الجهاز العظمي للفرد وهي:

- بتر الأطراف أو تشوهها وفيها يفقد الفرد أحد أطرافه أو أكثر.
- الحنف: وهو عبارة عن تشوه يصيب القدم فإما تكون ملتوية أو أعلى أو أسفل أو للخارج أو للجانبين.
- تصلب عظام الورك: وهو عبارة عن اضطراب عظمي للجزء العلوي للساق الأكبر (الفخذ) لنقص كمية الدم اللازمة التي تصل إلى مركز عظم الفخذ المتصلة بالجذع مما يؤدي إلى نخز أو موت الخلايا الغضروفية عند قمة الساق العليا.
- الخلع الولادي للفخذين (الخلع الوركى).
- تشوه مكونات العظام أو العظام الهشة: ويتصف بعدم اكتمال نمو العظام طبيعي وتكون العظام هشة لينة قابلة للتكسر مما يحد من قدرة الفرد على التنقل.
- الجنف: وهو ميل العمود الفقري لأحد الجانبين (سليمان، 1997، ص 185).
- التهاب المفاصل الروماتزمي نتيجة الالتهاب بفيروس يصيب الجسم.
- التهاب عظام المفاصل: وهو عبارة عن تلف في غضاريف المفاصل تحد من قيام العضو المصاب بوظيفته.

5- أسباب الإعاقة الحركية:

• الأمراض الخلقية والاضطرابات التكوينية:

سبب هاته الأمراض هو إصابة أحد الأجهزة بالجهاز العصبي الذي يصاب بعيب فيزيولوجي، فيصبح قاصرا على أداء مهامه بصفة طبيعية مما يجعل المريض عاجزا عن الحركة، وحتى عن القدرات الحسية، وبعد عدة دراسات تأكد أن هاته الأمراض سببها

الزواج بين الأقارب أي تصيب نسبة كبيرة الأطفال الذين لديهم الأبوين من نسب ونذكر على سبيل المثال: مرض ارتخاء العضلات، وهو مؤكدة الأخصائيون.

كما يمكن ذكر أسباب أخرى مثلا:

- ناقلات العاهات الوراثية.
 - الأسباب البيئية كالأشعة والأدوية.
 - سوء أو بطء نمو الجنين.
 - إصابات أجهزة الجنين.
 - الولادات الصحية: وتتمثل في طول مدة الولادة أو استخدام الجراح آلات تصيب رضوض دماغية.
 - الأمراض الإنشائية ومشكلة الالتقاح: وتكون هاته الأمراض في الوسط الذي يعيش فيه الطفل، نقصد بالوسط الذي تكثر فيه الأمراض، وهذا عند عائلات مقدمة الإمكانيات بما فيه الأمراض، وهذا عند عائلات مقدمة الإمكانيات بما فيه الصحية ونجد مثلا الحصبة التي تؤثر على الدماغ فيصبح الطفل عاجزا عن الحركة كليا أو جزئيا.
- إضافة إلى مشكلة الالتقاح والاستحفار به، ونقصد هنا بالتلقيح ضد الشلل مما يؤدي إلى التخلف في المشي أو الشلل الكلي كما توجد بعض الأسباب الأخرى مثل: حوادث الطرقات كإصابة العمود الفقري والتهاب العضلات، ويقصد الإرادية منها المفاصل ومرض النعورية وهو مرض نزيفي والمقصود هنا نزيف الدم داخل المفاصل، وينتج هذا المرض عن طريق الوراثة من الأم، بالإضافة إلى أمراض الجهاز العصبي مثل: الكساح والارتعاش.

• الأسباب الوراثية:

العوامل الوراثية تحدد قدرا كبيرا من طبيعة العمليات النمائية للجنين وللطفل الرضيع حديث الولادة، ومن المعروف أن المكونات الجينية للجنين مركبة من نواة الخلايا (الحيوان المنوي والبويضة) في تركيب يطلق عليه الكروموسومات، ويحمل كل كروموزوم عددا من الحبيبات الدقيقة التي تحمل الصفات الوراثية والتي تعرف الموروثات (الجينات) وحدث خطأ في هذه الموروثات قد يحدث إعاقة حركية، إضافة إلى العيوب الجينية نتيجة الشذوذ الكروموزومي، والعامل الرايزيسي أو بعض الأمراض في الأم أو الأب مثل: السكري، المرض الكلوي المزمن (سيسالم، 1998، ص 50).

• الأسباب البيئية:

الوراثة حصيلة المؤثرات الموجودة داخل الكائن الحي المتصلة بالتكوين الجيني، أما البيئة فهي حصيلة المؤثرات الخارجية التي بدأت تلعب دورها منذ الحمل حتى الوفاة، وتسير مع قوى الوراثة منذ نشأتها في علاقة تفاعلية وتشمل البيئة أسباب ما قبل الولادة وأسباب أثناء الولادة وبعد الولادة (سليمان، 1984، ص 124).

أ- أسباب أثناء الولادة:

تعتبر عملية الولادة أهم المراحل التي يبدأ فيها الطفل مقابلة الحياة فور خروجه من الرحم ليحيا حياة طبيعية فإذا كانت طبيعية تلاشت الخطورة على الطفل في هذه المرحلة، ولكن هناك الولادة التي تتم قبل الموعد المحدد للحمل (الخراج)، أي قبل تسعة أشهر، فيكون الجنين في هذه المرحلة غير مكتمل التكوين ففي أغلب هذه الحالات السابقة للأوان أو بعد الاكتمال في حالات الولادة المتعسرة التي تحتاج إلى عمليات خاصة قد يتعرض الطفل لبعض الجروح التي تصيب الرأس خاصة نظرا للضغط عليه، مما يؤثر بالتالي على الجمجمة التي تكون قد أصبحت صلبة كما يجب، فقد يحدث

الضغط على المخ أو أي جزء من الجهاز العصبي مما يعرض الطفل في هذه الحالة للإصابة بإحدى الإعاقات ولهذا يجب أن تتم هذه الولادة تحت الرعاية الطبية الكاملة للعناية بالجنين والأم في الوقت نفسه (سليمان، 1984، ص 124).

ب- أسباب بعد الولادة:

مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة:

وهي من أخطر المراحل على حياة الطفل إذا ما أهمل خلالها، لأن جسم الطفل يكون في مرحلة التكوين السريع والنمو فيحتاج إلى التغذية الخاصة التي تتمشى وفقا للتعليمات الطبية من حيث الكمية والنوع كلي لا يتعرض للإصابة بسوء التغذية، كذلك تعرضه لكثير من الأمراض التي تتشابه في أعراضها فلا بد من الإسراع بعرضه إلى الطبيب وإجراء اللقاحات المختلفة في الأوقات المحددة، دون الإهمال أو التأخير عن المواعيد مهما كانت الأسباب إلا بإرشادات الطبيب، ففي هذه الفترة تنتشر أمراض معينة مثل العصبية والتهابات الأذن والحمى الروماتيزمية وغيرها من الأمراض التي يمكن أن يصاب الطفل وإذا ما أهمل علاجه يؤدي بالتالي إلى إصابة بأحد الإعاقات نظرا لتمكن المرض من الطفل الذي أمرض لا يقدر جسمه الضعيف على مقاومة هذه الأمراض، ففي مثل هذه الحالة لا بد من عرض الطفل للطبيب الذي يقرر العلاج اللازم للشفاء، ويراقب وضع الطفل حتى يشفى تماما ويضع برنامجا خاصا ليلتبعه الأهل دون اجتهاد ذاتي (سيسالم، 1998، ص 52).

• الأمراض المعدية:

وخاصة تلك الأمراض التي تنتقل من مكان لآخر أثناء السفر، وتنتقل هذه الأمراض عن طريق الأفراد، ويسبب عدم إتباع الإرشادات الطبية بالتطعيم للوقاية ضد هذه الأمراض فور الإعلان عنها حتى ولو لم يظهر هذه الأعراض على الفرد، فالإصابة

قد تكون في بادئ الأمر بسيطة فلا تظهر على المصاب أعراض، ولكنها سرعان ما تمتلك من أفراد وتظهر بصورة تجعل من الصعب العلاج أو تحتاج إلى فترات طويلة، وكذلك يجب حجز الأفراد المصابين بعيدا عن الآخرين وفقا للتعليمات والإرشادات الطبية (سليمان، 1984، ص 24).

• الحوادث:

وهي من الأسباب التي لها أكبر الأثر في الإصابة بالإعاقات المختلفة أنواعها، لما تحدثه من حالات البتر أو الإصابة بالإعاقات الجسدية والارتجاج بالمخ وغيرها نتيجة للحوادث، هناك العديد من الإعاقات يرجع سببها الرئيسي إلى الحوادث التي يتعرض لها الفرد.

والحوادث متعددة ومختلفة ولكن حوادث السيارات ووسائل النقل هي السبب الرئيسي في ارتفاع نسبة الأفراد المصابين بالإعاقات ويمكن لنا تلاقي هذه الحوادث دون أن نتكلف شيئا، بل يقينا من فقدان بعض الأفراد وتعرض بعضهم لقضاء ما بقي من عمره يعاني من الإعاقة التي لحقت به فيجب على جميع الأفراد في المجتمع إتباع تعليمات المرور من حيث السرعة وكذلك عدم السير في الممنوعة المخصصة لمركبات، كذلك فإن حوادث السقوط من أعلى المنازل والحروق التي يتعرض لها الفرد قد تسبب الإعاقة تستلزم الانتباه التام عند تشغيل الآلة دون التفكير في سواها، والابتعاد عن المشاكل الخاصة التي قد تصادق أثناء العمل ولا تجعل مشاكله تتحكم في تصرفاته في جميع الأوقات لما لها من كبير الأثر في التعرض للحوادث المختلفة. (سليمان، 1984، ص 25).

6- الآثار الناتجة عن الإعاقة الحركية:

لا يمكننا وصف الآثار وصفا دقيقا ومحددا وهذا الاختلافات والمعايير يجب التقليد بها مثلا: السن، فالمعوق الراشد ليس كالمعوق الطفل وحسب نوع الإعاقة و صنفها، فالمعوق إعاقة خلقية ليس كحامل الإعاقة المكتسبة وهذا ما سيوضح عند تقسيم هاته الآثار:

- **الآثار البدنية:** إن الحالة الوظيفية والبيولوجية للمعوق تؤدي به إلى صعوبة أو استحالة القيام ببعض الأشياء التي يقوم بها الشخص العادي، فالمعوق عند رؤية ما يقوم به الأشخاص العاديين يتأثر، لذا يستوجب عليه القيام ببعض النشاطات الملائمة مع إعاقته، فالذي لديه شلل نصفي، لا يمنع من لعب كرة السلة على الكراسي المتحركة وتحقيق ما يحققه الشخص العادي.

- **الآثار النفسية:** تنتج عن الإعاقة آثار نفسية قد تحدث تغيرات كبيرة في شخصية الفرد لذلك يجب توفير أساليب الرعاية النفسية المناسبة للمعاقين.

إن الواقع النفسي للإعاقة يختلف باختلاف سببها، فالمعوق إعاقته مكتسبة يتأثر نفسيا من الذي لديه إعاقة خلقية هذا الأخير الذي تعود مع إعاقته منذ ولادته، فرغم ما تؤثر به الإعاقة على المعوق فليس معنى هذا أنها تنقص من قدراته أو تضعف من معنوياته، ولقد أثبتت عدة تجارب أن المعاق إعاقة حسية أو حركية تكون لديه دوافع قوية لتحدي الصعوبات وتنمية مواهبه وقدراته.

- **الآثار الاجتماعية:** إن تحدثنا عن الآثار الاجتماعية يتطلب منا التحدث عن مجتمع المعوق الذي نحن بصدد دراسته، فالمجتمع الإسلامي هو عبارة عن مجتمع خلقي مبني على التكامل والتلاحم الاجتماعي والتآخي، إلا أن البعض أخلط بين الشعور بالرحمة والإحساس، وبين واجب خلقته الظروف وهنا تظهر سيطرة النظرة العاطفية على

شخصية المعوق على حساب الجانب العملي فمنهم من يحس للمعوق ببعض الشفقة ولذا أسندت مهمة رعاية وتأهيل المعوقين للجمعيات الخيرية، وهذا لاحتوائها على أخصائيين أكفاء في مجال التأهيل.

7- الوقاية من الإعاقة الحركية:

الوقاية وهي: عملية التصدي لجميع الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى الإعاقة والتخفيف من أثارها إذا وقعت، وقد يتضمن برنامج الوقاية كخطوة أولى هي الوقاية الأولية وهي جملة الإجراءات التي يتم تنفيذها قبل عملية الزواج وبالتالي قبل حدوث المرض وهذا بالتالي يؤدي إلى تقليل نسبة انتشار الإعاقة الحركية، وهذا البرنامج يهتم بكافة فئات المجتمع مع آباء وأمهات وشيوخ، وأفراد لهم الرغبة في تكوين الأسر، فهو برنامج عام تثقيفي لكافة شرائح المجتمع، ومن ثم التركيز على برنامج ارشاد الوراثي والفحص الطبي المسبق قبل الزواج والابتعاد عن زواج الأقارب وهو العرف الاجتماعي الأخطر في ازدياد انتشار الإعاقة الحركية حيث أن زواج الأقارب يلغي كثيرا من التكاليف المادية المترتبة في عملية الزواج وبالتالي يسهل عملية الزواج على الأسرة بشكل كبير ومن ثم يؤدي إلى زيادة مضطردة في احتمال ولادة أطفال مصابين بأمراض وراثية (سليمان، 1984، ص 25).

8- خصائص المعاق حركيا:

يتميز المعاق حركيا بالعديد من الخصائص التي تظهر بوضوح في سلوكياتهم وتصرفاتهم مما يجعل الآخرون يعرفون أن أولئك الأشخاص لديهم وضع غير طبيعي ومن أهم هذه الخصائص:

8-1 الخصائص النفسية:

لخص العالم "كليميك 1968 Klimike" بعض الخصائص والسمات النفسية للمعاقين في المؤتمر الثامن لرعاية المعاقين عام 1968 كآآتي:

- الشعور الزائد بالعجز مما يولد لديه الإحساس بالضعف والاستسلام للإعاقة وسلوك سلبي اعتمادي. (عبد المحي محمود حسن صالح، 2002، ص 313)

- الشعور الزائد بالنقص، الشعور برفض الذات ومن ثم كراهيتها ليتولد لديه دائما شعور واضح بالدونية مما يعيق تكيفه.

- عدم الشعور بالأمن مما يولد لديه الإحساس بالقلق والخوف من المجهول والرفض والعدوانية والانطوائية. (عبد الرحمن سيد سليمان، 2001، ص 203).

- الشعور بعدم الاتزان الانفعالي مما يولد لديه حالات الخيال والانسحاب والمخاوف الوهمية.

تظهر لديه مظاهر سلوكية دفاعية مثل التعويض والإسقاط والأفعال العكسية والتبرير كميكانيزمات دفاعية.

8-2 الخصائص المهنية:

يتصف الإنسان المعاق حركيا بعدم قدرته على الالتحاق بأي عمل بسبب العجز الجسمي الموجود لديه وهم غير قادرين على القيام بالأعمال التي يقوم بها الإنسان العادي.

كما نجد إعاقاتهم من استعدادهم وميولهم وقدراتهم المهنية التي يرغبون فيها إلى الابتعاد عن العمل وعدم الرغبة في تشغيلهم بسبب تدني انجازهم وعطائهم. (صالح حسن الداھري 2005، ص 63-65).

3-8 الخصائص الاجتماعية:

يتسم المعاق حركيا بالخجل والانطواء ويعاني من مشكلات هامة تواجهه في الطعام أيضا التبول، ويمتازون بالضعف الاجتماعي، والأفكار المحيطة لذواتهم ونظراتهم إلى المجتمع نظرة دونية لأن هذا المجتمع من منظورهم ينظر إليهم على أنهم عجز ولا يستطيعون القيام بالأعمال بشكل صحيح، وشعورهم الذاتي بعدم قدرتهم على المشاركة الاجتماعية واعتمادهم على الآخرين وعدم تحملهم المسؤولية تجاه أنفسهم، ومن المظاهر فقدان الشهية أيضا والإفراط في الطعام مما يؤدي إلى السمنة، وهذا يؤثر تأثيرا عكسيا على أجسامهم.

4-8 الخصائص الجسمية:

يتصف الأشخاص المعاقين حركيا بنواحي العجز المختلفة في اضطراب ونمو عضلات الجسم التي تشمل اليدين والأصابع والقدمين والعمود الفقري، والصعوبات التي تتصف بعدم التوازن في الجلوس والوقوف وعدم مرونة العضلات الناتجة عن أمراض مثل: الروماتيزم والكسور وغيرها.

وقد تكون ناتجة عن اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي، ومن مشاكلهم الجسمية أيضا: هشاشة العظام والتوائها، ومشاكل الجسم وشكل العظام، ومشاكل في عضلات الجسم كالوهن العضلي، عدم وجود توتر مناسب في العضلات وارتخاءها الأمر الذي يترتب عليه عدم قدرتهم على حمل الأجسام الثقيلة مثل الأسوياء. (عبد المنصف حسن رشوان، 2006، ص 16-17).

9- الفرد المعاق:

من خلال تعريف "صالح عبد الله الزغبى وأحمد العواملة" للمعاق على أنه "الشخص المصاب وغير قادر على القيام بالحركة والنشاط نتيجة خلل حد نموه العقلي والاجتماعي والانفعالي مما يستدعي رعاية خاصة".

- أما "ولسهو" فيرى أن المعاق: ذلك الشخص الذي لديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه الحركية وهذه الإعاقة ولدت معه أو نتجت عن مرض أو إصابة في العضلات أو فقدان في القدرة الحركية أو الحسية في الأطراف السفلى أو العليا أحيانا أو إلى الاختلال في التوازن الحركي أو الأطراف، ويحتاج هذا الشخص إلى برامج طبية ونفسية وتربوية ومهنية لمساعدته على تحقيق أهدافه الحياتية العيش بأكبر قدر من الاستقلالية.

وتساند اللجنة القومية للدراسات التربوية بأمريكا هذا الطرح أو التعريف حيث ترى بأن المعوقين هم "أولئك الذين ينحرفون عن مستوى الخصائص الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية أو الانفعالية لأقرانهم بصفة عامة إلى الحد الذي يحتاجون فيه إلى خدمات تربوية ونفسية، تختلف عما يقدم للآخرين العاديين حتى ينمو الفرد إلى أقصى إمكانات نموه. (بدر الدين كمال عبده ومحمد السيد سلامة ص 24)، وفي المساندة إضافة لعنصر التكفل الخاص بهذه الشريحة من المجتمع الذي يبرز أكثر من خلال التعريف الموالي حيث يعرف المعاق بأنه "هو كل فرد يختلف عن يطلق عليه لفظ سوي في النواحي الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية إلى درجة تستوجب عمليات التأجيل الخاصة حتى يصل إلى استخدام أقصى ما يسمح به قدراته ومواهبه. (محمد سيد فهمي والسيد رمضان، 1999، ص 156).

10- حقوق المعاقين على الأسرة والمجتمع:

هنالك عدة حقوق وواجبات يجب أن يمنحها المجتمع والأسرة للمعاقين حركيا وهي

- **حق العيش باحترام وتقدير من الآخرين:** وذلك بعدم إشعاره بقصد أو بدون قصد بعجزه أو بإعاقته، كما يجب أن نحافظ على كرامته وعد إشعاره بأن وجوده مكلف وعبء على الأسرة

- **حق التعلم قدر الإمكان:** فالمعاق شخص لديه إمكانيات لا بد من استغلالها واستثمارها، وذلك بتقديم العلم والمعرفة له عن طريق توفير المدارس المتخصصة حسب نوع الإعاقة، فهناك الكثير من المعارف التي يمكن للمعاق أن يتعلمها ويكون أكثر أفراد المجتمع إنتاجا فيها.

- **حق الرعاية الصحية والاجتماعية:** كما يتمتع بها الآخرون، أن على الأسرة والجهات الحكومية المختصة توفير الرعاية الصحية اللازمة للمعوقين حركيا بحيث أن تكون قريبة من أماكن سكنهم، وتوفر لهم الوسائل المعينة كالدراجات والسيارات الخاصة، والأعضاء وكل وسائل الحركة المساندة.

- **حق العمل والإنتاج في المجالات التي يتعلمها:** يفترض بنا ألا نكتفي بتعليمه فقط، بل علينا نسعى لتوفير له فرص العمل النافعة له وذلك لمساعدته على التكيف وإعالة أسرته بشكل كريم، ونحثه على الإبداع في مجالات العمل وترقيته كلما أمكن ذلك.

- **حق الزواج والإنجاب:** المعاق حركيا إنسان سوي من الناحية الجنسية وبالتالي له الحق في الزواج والإنجاب، وتحمل المسؤولية الكاملة لأفراد أسرته والأفضل ألا يتزوج من زوجة معاقة حركيا وإن كان لا بد من ذلك تكون إعاقته بسيطة أو مقبولة.

- **حق المشاركة في الأنشطة الرياضية والاجتماعية:** وممارسة الهوايات وهذا يتطلب أساسي وضروري، لذلك من واجب الأندية والجمعيات أن توفر المراكز الخاصة للأفراد والمعاقين حركيا، وأن تشكل الفرق وتشجع المنافسة بينهم كما نرى في المجال الرياضي وأخيرا نرى أولمبياد رياضي للمعاقين حركيا وذلك لتشجيع هؤلاء الأفراد.

- **حق المشاركة في الحديث والمناقشة:** والأخذ برأيه كلما أمكن ذلك إننا نتعامل مع إنسان له الحقوق والواجبات ما على الآخرين، لندعه يمارس هذه الحقوق والواجبات ونسمع له، ونبادله الرأي والمشورة.

- **حق الامتلاك والتملك:** وعدم وضع الوصاية عليه ونساعده في الحصول على مسكن خاص به يؤمن له ما يحتاج من خصوصية، ويمارس هواياته ويحقق ذاته من خلال هذه المنجزات (العوامل، 2003، ص 238).

11- مكانة المعاق في المجتمع:

إن الإعاقة هي نقطة اختلاف بين المعوق والفرد العادي ولا يمكن ذلك في جسمه ونفسيته بل في نظرة المجتمع وخاصة أسرته التي هي خلية المجتمع.
ترى "ماجدة السيد عبيد" فإن نظرة المجتمعات للمعاقين تختلف وذلك لأسباب عديدة هي:

- غياب المعلومات الصحيحة حول الإعاقة وكيفية انتشارها.
- المعتقدات الخاطئة للأسرة وبالأخص الجاهلة منها.
- الاعتقاد بالجن والأرواح الشريرة خاصة المصابين بالصرع.
- إهمال المعاق خاصة عند العائلات الفقيرة.

كما رأَت "ماجدة السيد عبيد" أن نظرة المجتمع باختلافها على عدة عوامل هي:

- القيم السائدة مثل المعتقدات الدينية.

- وعي الناس الثقافي والعلمي.

- الثقافة والتقدم العلمي.

ورغم هاته الاختلافات فإن أغلبية عظمى من أفراد المجتمع لديها اتجاهات سلبية نحو كافة أنواع الإعاقة والمعاقين، وهذا ما يؤدي في أغلب الأحيان إلى عدم توفير الخدمات الصحية لهاته الفئة، ومن هنا نجد بالإضافة إلى صعوبة حركته نجد صعوبات أخرى وكثيرة في التكيف مع المجتمع الذي يهتم بالمظهر الخارجي.

12- المشاكل التي تواجه المعاق حركيا:

بالرغم من حجم المشكلات التي تصادف هذه الفئة من المعاقين في حياتهم العادية، فإننا نجد هذه المشاكل قد تكون مشتركة بينهم بالرغم من اختلاف الحالات وحجم المشكلة يرتبط ارتباطا وثيقا بحالة الفرد المعاق فكلما ازدادت المشاكل تعقيدا وخاصة الناحية النفسية والاجتماعية على المعاق نفسه.

- الإحساس الدائم بالنقص: فهو يؤدي إلى الضعف العام في الحركة بصفة عامة التي تؤدي إلى الاختلال في الشخصية العامة المميزة له وكذلك النقص في الاتزان الانفعالي والعاطفي.

- عدم المبالاة: تضيف الإعاقات الجسدية على المعاق بعض العادات القاتلة التي تؤدي إلى عواقب وخيمة، فنجد الاستهتار بالأمر حتى الهامة منها وعدم المبالاة.

- **الاتجاهات السلوكية الغير سوية:** يتصرف المعاق تصرفات غير عادية ويرجع ذلك لشعوره بالنقص، وشعور المتعامل معهم بنفس الشعور والإحساس وذلك يؤدي إلى عدم التكيف الاجتماعي العادي.

- **صعوبة الانتقال:** نجد أن الأفراد الذين لديهم إعاقات في الأطراف السفلي حركتهم ضئيلة وفي بعض الأحيان ينعدم عندهم الحركة والانتقال نهائيا كالمقعدين، لذلك فهم في حاجة إلى مساعدة الآخرين مما يؤدي إلى التعب النفسي الشديد الذي يرتبط بجميع النواحي الأخرى للمعاق (زايد 1984، ص 154).

وترى الباحثة أن هذه المشاكل قد تحدث من الحركة لدى المعاقين حركيا وبالتالي قد يؤثر على حالته النفسية والاجتماعية وعلى سلوكه مع من حوله وقد تؤدي به ذلك إلى العزلة والابتعاد عن الآخرين.

13- تأثير الإعاقة الحركية على السلوك:

الإعاقة سواء كانت جسدية أو حسية أو عقلية ذات تأثير واضح على سلوك الفرد وتصرفاته، فالشعور بالنقص العضوي يصبح عاملا مستمرا في النمو النفسي للفرد، ويقصد بقصور أحد الأعضاء عدم استكمال نموه أو توقف هذا النمو أو عدم كفايته التشريحية أو الوظيفية أو عجزه تماما عن العمل مما يحقر من المرء في نظر نفسه ويزعزع شعوره بالأمن، الأمر الذي يدفعه إلى إعلان الجهاد لإقرار شخصيته ويثير فيه صراعا كثيرا ما يتخذ أشكال متباينة من العنف، ويضاعف من القوة التي يواجهها نحو التغلب على العقبات التي تواجهه فيزاول أشكال متباينة من النشاط، ويدرب العضو موضع النقص تدريبا قد يصل إلى حد الكمال، وذلك لإثبات ذاته وإشباع شعوره بقيمته وقدرته.

وفي ذلك يقول عالم النفس "آدر" أن الشعور بالنقص العضوي يدفع الإنسان إلى البحث عن وسائل تحفف من شعوره بالمذلة والضيق، وهكذا تعمل النفس جاهدة تحت ضغط الشعور الذي يعانيه المرء من فكرته عن ضعفه زيادة القدرة على الإنتاج والعمل. (زايد، 1984، ص 154).

وفي رأي حديث لعالم النفس الاجتماعي "روجز باكر" أن شعور المعوق بأنه عضو في جماعة للأقليات تخضع كغيرها من الأقليات للضغوط الاجتماعية والنفسية والاقتصادية هذا الشعور ينمي فيه مظاهر الانفعالات التي تصارع فيها الأقليات في سبيل الاحتفاظ بكيانها.

ولقد لخص "كليك" السمات السلوكية التي تنتج عن الإصابة بالإعاقة في الآتي:

1- الشعور الزائد بالعجز: وهو الاستسلام للإعاقة وقبولها ليتولد لدى الفرد إحساس بالضعف والاستسلام له مع شعور سلبي اعتمادي (العوامل، 2003، ص 240).

2- الشعور الزائد بالنقص: وهو الشعور برفض الذات ومن ثم كراهيتها لتتولد عند المعوق شعور بالدونية مما يعوق تكيفه الاجتماعي السليم (العوامل، 2003، ص 240) ويدركون مدى اختلافهم عن الآخرين بدنيا وأنهم ذوو قدرات محدودة مما يجعلهم لا يستطيعون تحقيق رغباتهم ومن ثم يعنون من الإحباط والشعور بالدونية (Qut Land, 1991)

3- عدم الشعور بالأمن: وهو إحساس بالخوف والقلق من المجهول، وقد يكون لهذا الشعور أعراض ظاهرة كالتوتر واللازمات الحركية والتقلب الانفعالي، أو غير ظاهرة كالاضطرابات الجسمية السيكوسوماتية (العوامل، 2003، ص 240).

4- **عدم الاتزان الانفعالي:** وهو عدم تناسب الانفعال مع الموقف، وقد يتطور هذا الشعور إلى توالد مخاوف وهمية تؤدي إلى أحد نماذج العصاب والذهان.

5- **سيادة مظاهر السلوك الدفاعي:** كالإنكار والتعويض والإسقاط، والتبرير والسمة الدفاعية للمعوق تكون بمثابة حماية لذاته المهددة دائما من الآخرين.

والمعاقون حركيا يشعرون بالمعاناة النفسية وعدم الاستقرار الانفعالي وسلبية صورة الذات (Buchanan, 1992)

ويرى "هنري كسلر Henirryh, Kessler أن القدرة على العمل رغم القصور العضوي ترجع إلى ما أسماه بعامل السلامة، ويثبت وجود هذا العامل بقدرة الجسم على ملائمة نفسه للمطالب غير العادية على الرغم من القصور العضوي، فالجسم لديه استعداد على تحديد الخلايا التالفة والتكيف للظروف الجديدة، والإبدال الوظيفي (العوامل، 2003، ص 241).

14- طرق ووسائل تغيير نظرة المجتمع السلبية نحو المعاق:

إن الأشخاص المعاقين خاصة العاجزين جسديا وحسيا يكونون عرضة للنظرة السلبية من طرف المجتمع ومنه عدم توفير فرص كونهم غير منتجين في المجتمع لذا وضعت عدة طرائق وهي تقليدية لتغيير هذه النظرة السلبية للمعاق وهي:

- إعطاء معلومات حول المعاقين من خلال (محاضرات، ندوات، حصص متلفزة...) وتنظيم زيارات ميدانية.

- الاتصال المباشر مع المعاق وهذا بزيارة المراكز العمومية وتنظيم زيارات متبادلة بين المدارس ومؤسسات رعاية تأهيل المعاقين.

15- تأهيل المعاقين حركيا:

1-15 التأهيل الحركي:

تعد التمرينات العلاجية السلبية والايجابية إحدى وسائل التأهيل الحركي، ومن أهم خطوات العلاج الحركي المصاب وللممارين البدنية دورا هاما في المحافظة على صحة ولياقة الفرد المصاب وذلك للحد من مضاعفات الأجهزة بالجسم (الدوري والتنفسي والعصبي والعضلي والعظمي) وما يحدثه ذلك في الحالة النفسية للمصاب لذلك لا بد من تفهم كيفية عمل العضلات والسبل الصحيحة لتنمية قدراتها لأن من الضروري وضع المعاق مهما كانت درجت إعاقته تحت تأثير تأهيل حركي بدني للتقليل من هذه المخاطر أو التخلص منها كليا، ولا يلزم أن تكون التمرينات المختارة مؤلمة أو غير سارة ولكن يجب أن تكون تمرينات منظمة حتى يتسنى له تحقيق الهدف منها وإعادة تأهيل أجهزة الجسم المختلفة.

15-2 التأهيل النفسي:

وهو العملية التي تسعى من خلالها إلى مساعدة المعاق حركيا على استعادة التوازن النفسي له بتقبل الإعاقة والتعايش معها ومع الواقع الجديد، والتأهيل النفسي يمثل جانبا من جوانب عملية التأهيل الشاملة، والتي تتضمن التأهيل الطبي والاجتماعي والأسري ويتعامل التأهيل النفسي مع الإنسان مباشرة ودون وسيط.

والإعاقة الحركية لها عدة صور وتتنوع ما بين البسيط والشديد، مما يجعل عملية التأهيل تتباين بتباين درجة الإعاقة ووقت وقوعها وتأهيل المصابين بإعاقات حركية مكتسبة الذين كانوا أسوياء وأصيبوا بالعجز فهؤلاء يحدث تحولا كاملا في كيانهم وتتغير صفاتهم النفسية وخصائصهم الجسدية وحالتهم الانفعالية وغيرها، مما يستلزم تأهिला نفسيا سريعا والذي ينبغي أن يكون مرنا ودوريا متماشيا مع العمر ومع الإعاقة، والهدف في

النهاية هو إحداه التوازن والتوافق النفسي لدى المعاق. (السيد فهمي علي محمد،
2008، ص 327 - 328)

خلاصة الفصل:

في هذا الفصل تطرقنا إلى مفهوم الإعاقة وأنواع الإعاقات الحركية إعاقة وإعاقة إعاقات الشلل الدماغي والشلل النصفي والالتهاب الفقاري المفصلي وإعاقة البتر وأيضا تطرقنا إلى الفرد المعاق وخصائصه ومكانته في المجتمع وطرق ووسائل تغيير نظرة المجتمع السلبية نحوه وكل أنواع الإعاقات تنعكس على الشخص المعاق على عدة مستويات النفسية منها والاجتماعية، مما يستدعي الرعاية الخاصة عن طريق التكفل النفسي والتأهيل الجسدي والدمج الاجتماعي والمهني.

الفصل الثاني

الذكاء الانفعالي

- تمهيد:

تعددت وجهات نظر علماء النفس فيما يتعلق بتعريف مفهوم الذكاء، كما لا يوجد اتفاق حول تعريف موحد يمكن الاستناد إليه في قياس الذكاء، فهذا النوع من الذكاء يهتم بوعي الفرد بذاته التي تمكنه من إدراك مشاعره وإدارة انفعالاته، ومن ثم القدرة على ضبط النفس والتحكم في الانفعالات كالغضب والقلق، كما يهتم بالتعاطف مع الآخرين وفهم مشاعرهم، ويعمل على استثمار طاقات الفرد في مواجهة التحديات والاحباطات

وسوف نسلط الضوء على نوع من أنواع الذكاء، وألا وهو الذكاء الانفعالي الذي يعتبر مفهوما ليس بالجديد وإنما له جذور تاريخية، على اعتبار أن الباحثين والعلماء نظروا فيما بعد إلى الذكاء نظرة واسعة، كما ركزوا على أهمية الجوانب غير المعرفية في الذكاء وفي التكيف والنجاح في الحياة، وسنحاول في هذا الفصل إلى تعريف الذكاء الانفعالي مع ذكر أهميته وخصائصه وأبعاده وفي النهاية نتطرق إلى النماذج المفسرة للذكاء الانفعالي.

1- تعريف الذكاء:

يعرف الذكاء أيضا أنه القدرة على الفهم والاستعداد والتكيف بسرعة للحالات والأوضاع الجديدة والتعلم من التجارب والخبرات، وهذه القدرة تظهر من خلال أداء الفرد في الاختبارات المعدة بهدف قياس مستوى النمو العقلي. (نايف القيسي 2006، ص 238)

يؤكد فاروق عثمان (2001) بأن الذكاء الانفعالي هو القدرة على الانتباه والإدراك الجيد للانفعالات والمشاعر الذاتية وفهمها وصياغتها بوضوح، وتنظيمها وفقا لمراقبة وإدراك دقيق لانفعالات الآخرين، ومشاعرهم للدخول معهم في علاقات انفعالية اجتماعية ايجابية، تساعد الفرد على الرقي العقلي والانفعالي. (علا عبد الرحمن محمد 2009، ص 17).

ويعتبر الذكاء مظهرا من مظاهر النشاط البشري ويعرف بأنه نشاط عقلي يتميز بالصعوبة والتعقيد والتجديد والاقتصاد في الوقت والجهد، والتكيف الهادف والقيمة الاجتماعية والابتكار وتركيز الطاقة، ومقاومة الاندفاع العاطفي.

ويتضمن المفهوم الحديث للذكاء الإشارة إلى عدة عمليات عقلية مثل التجريد (Abstraction) وعملية التعلم (Learning) والقدرة على التعامل مع المواقف الجديدة وعن الإشارة إلى أن الذكاء عمليات عقلية مثل التعلم والتجريد يصبح من السهل التمييز من الذكاء وبين العوامل الأخرى في الشخصية أما تعريف الذكاء بأنه القدرة على التعامل مع المواقف الجديدة فإنه مجرد وصف عام لهذا المفهوم لأن التعامل مع المواقف الجديدة فإنه مجرد وصف عام لهذا المفهوم لأن التعامل مع المواقف الجديدة يمكن أن يشمل جميع قدرات الفرد.

- **تعريف الذكاء لغة:** تشير كلمة الذكاء في اللغة العربية إلى تمام الشيء، والذكاء في الفهم هو أن يكون فهما تاما سريع القبول "أبو الفرج بن الجوزي" إذا كان حر الفهم هو العلم بمعنى القول عند سماعه فإن حد الذكاء هو سرعة الفهم وحدثه وقد يقصد به كمال الفطنة وتمامها، والفعل منه ذكى ويذكو ويقال ذكا قلبه وأصله التوقد والالتهاب، ويقال ذكت النار أي زاد استعمالها وعليه فالذكاء يحمل معنى الزيادة في القوة العقلية المعرفية.

ويعرفه Strange بأنه مجموع القدرات العقلية والقدرات الأخرى التي يستخدمها الفرد لفهم وإدراك الحقيقة. أما Lewis فيعرفه بأنه ذلك السلوك الذي ينتج عنه حل المشكلات والتكيف مع البيئة وتكوين المفاهيم العقلية والتعلم وأنه يقاس بواسطة تطبيق الاختبارات التي تشتمل على نماذج أو عينات مختلفة من السلوك كحل المشكلات أو إدراك العلاقات. (عبد الرحمن العيسوي، 2006).

وقسم "ثورندايك" Thorndike الذكاء إلى ثلاثة أنواع:

- ❖ **الذكاء المجرد:** يتألف من القدرات التي يصطنعها الفرد في معالجة المعاني والرموز من ألفاظ وأرقام.
- ❖ **الذكاء العملي:** يتألف من القدرات التي يعالج بها الفرد الأشياء المحسوسة وذلك كما يبدو في المهارات العملية والميكانيكية.
- ❖ **الذكاء الاجتماعي:** ويتألف من تلك القدرات التي تبدو في التعامل مع الناس وفهمهم والتفاعل والتوافق معهم.

حيث يؤكد "ثورندايك 1920" أول من حدد خصائص الذكاء الانفعالي وأسماه حينها بالذكاء الاجتماعي، واعتبره القدرة على فهم وإدارة الأشخاص للتفاعل معهم، واقترح ويكسلر (1952) وجود عوامل أخرى مؤثرة في فعالية الفرد وأدائه إلى جانب معامل الذكاء IQ. (MahmoodNooraie & IrajArasi, 2011, p. 46)

2- الانفعالات:

2-1- مفهوم الانفعالات:

اشتقت كلمة انفعال مشتقة من الاسم فعل بكسر الفاء، وجمعه الفعال والفعل منه كقولك (فعلت الشيء فانفعل) ومثله أيضا (كسرته فانكسر)، فهو لا يشير إلى الفعل المطلق وإنما رد الفعل. وفي اللغة اللاتينية الكلمة (emotion) تتكون من الفعل (Motere) الذي يعني التحرك، ومن الحرف (é) الذي يفيد نحو الخارج، وهذا يشير إلى أن كل انفعال يتضمن استعدادا نفسيا ونزوعا للقيام برد فعل ما.

وعليه تعرف الانفعالات أنها "مدى التقلب المزاجي والحساسية للضغوط والتوترات البيئية والنزعة للشعور بالذنب أو الضغط ومدى تقدير واحترام الذات، والشعور بالتعب الجسمي أو النفسي ومدى تحمل هذا الشعور، وأيضا استجابة عقلية منظمة لحدث ما، لها مظهر فيزيولوجي، سلوكي، معرفي).

وهي أيضا حالة داخلية تتصف بجوانب معرفية خاصة، وإحساسات وردود أفعال فيزيولوجيا، وسلوك تعبيرية معين.

ومن الناحية النفسية فيعتبر الانفعالات حالات وجدانية معقدة تعبر عن اضطراب نفسي وفسولوجي عابر، وهي تختلف عن المظاهر الإدراكية مثل الإدراك الحسي والخيل والتذكر وما إلى ذلك، إلا أن هذا التصنيف لا يمنع من تداخل الظواهر النفسية وتفاعلها، حيث يدل الطابع الغالب على نوع الظاهرة النفسية، الأمر الذي يجعلنا نطبق عليها

انفعالا أو إدراك...الخ وعليه فالانفعالات لا ترتبط بالضرورة بفقدان التوازن النفسي أو بالسيطرة الانفعالية المطلقة كونها لا تخلو من إدراكات واضحة وتصورات واقعية. ويقول "غولمان" معنى الانفعال يجمع بين الشعور والأفكار المصاحبة له، وأنه يمثل في الوقت نفسه وبيولوجية معينة وكل ما تستثيره من ميول سلوكية.

2-2- طبيعة الانفعالات:

لقد كان الشائع في علم النفس أن الانفعالات عبارة عن تغييرات فيزيولوجية يليها الشعور، وفي ذلك أشار جيمس (W. James 1884) إلى أن الجسم العضوي يستجيب للمثير وهذا ما يولد الشعور أو الحالة الانفعالية، إلى أن هذه النظرية تعرضت للنقد الذي أفرزته نتائج التجارب وأهمها تجارب كانون (W. Canon) التي بينت أن الحيوانات التجريبية والمرضى الذين تعرضوا لبتنر الوصلات العصبية لديهم بين الأحشاء والدماغ، ظلوا يظهرون مشاعر الغضب والخوف وغي ذلك من الاستجابات الانفعالية. وفي مرحلة أخرى توجه الاعتقاد إلى أن الانفعال عبارة عن ميل نحو سلوك معين يحدث نتيجة لتقدير الموقف، ثم يليه التغيير الفيزيولوجي.

أما كانون (W. Canon) فقد اقترح تفسيراً بديلاً للعلاقة بين الخبرة الشعورية والتغيرات الفيزيولوجية للانفعال سمي بالنظرية التلامسية، ومؤدي هذه النظرية أو التنبهات الحسية الواردة تمر من خلال المهاد أو التلاموس، ثم تصل إلى القشرة المخية أو اللحاء (مركز التفكير)، حيث يقوم هذا الأخير بكف الاستجابة الانفعالية، فإذا لم يتحقق ذلك، يتم تفرغ التلاموس باتجاه الجسم مسبباً التعبير الحشوي والعضلي، وفي نفس الوقت باتجاه اللحاء مكوناً الخبرة الشعورية.

ويعتقد عامة الناس أن طبيعة الانفعالات على النظام السلوكي، والتقليل من مستوى الإدراك والتفكير والتركيز، والعمليات المنطقية الأخرى، وأنه من طبيعتها أيضا أنها تتنافى مع الحكمة ومع القرارات السديدة. وقد أثبتت تلك البحوث العلمية، خاصة تلك التي تناولت تأثير انفعالات مثل الخوف والقلق على التحصيل الدراسي لدى أطفال المدارس وعلى أدائهم. غير أن هناك من الباحثين من توصل إلى أن الانفعال لا يؤدي حتما إلى اضطراب السلوك، من بينهم "ليبر" (R. Leeper) الذي يرى أن من طبيعة الانفعالات تنظيم السلوك وتوجيهه، تماما كما نفعل الدوافع فيعتقد مثلا أن الخوف لا يولد سلوك الهروب أو الهجوم فقط ولكن أيضا إلى اكتساب عادات سلوكية جديدة موجهة بهدف، وقد ينشط التفكير حول مواضيع معينة، كما أن القلق قد يزيد من التعلم ويعمل على تحديد أهداف الفرد تحديدا قويا. وأيضا لا يقتصر الإحباط على توليد الاستجابة العدوانية بوصفها الاستجابة الملائمة لخفض حدته فقط، بل قد يساهم في تحسين الأداء، وبالموازاة فقد أحصى "براون" (J. Brown) عددا من الدراسات بينت أن إدخال الإحباط في مواقف التعلم يزيد من قوة الاستجابة ويسهل الأداء.

3- العلاقة بين الذكاء والانفعالات:

لقد أكدت الدراسات الحديثة المتعلقة بالجوانب المعرفية والانفعالية للشخصية والوجدانية للشخصية على أن النظام المعرفي والنظام الانفعالي للشخصية غير متناقضين في جميع الحالات، وأنهما يمكن أن يعملوا في تنسيق تام، باعتبار أن العملية العقلية تتكون من خلال الدور المحرك للانفعالات في السلوك الإنساني وأن فعالية الأداء تكمن في مدى التناسق بين التركيبية الذهنية والاستعداد والاندفاع الجسمي الناتج عن الانفعال من جهة أخرى.

وفي نفس السياق يرى ماير (J.D.Mayer,1997,p30-31) أن الانفعالات ترتبط بعملية التفكير المنطقي أكثر من أنها تنشئه، وفي هذا الصدد يقول "كينغ" (King) نكون أكثر ذكاء عندما نفهم بشكل صحيح انفعالاتنا، ونفسر بشكل دقيق انفعالات الآخرين، ونستعمل هذه المعرفة في ترقية تفكيرنا.

وهذا ما جعل "غولمان" (D.Goleman,1999,p14-19) يؤكد على أن تبنى كل من الانفعالات والذكاء تعمل في الحالات العادية في انسجام وتناغم دون أن يكون بينها أي تعارض، ويذكر أن الذكاء الانفعالي هو في حد ذاته نظام إدراك، مشيراً إلى أن الإنسان يمتلك عقلية، عقلاً منطقياً وجدانياً، وأنهما يعملان في تناسق تام في الحالات العادية، بحيث تكون المشاعر والأحاسيس ضرورية للتفكير بأنها تساهم في ترشيده، ويكون التفكير ضرورياً للمشاعر، فالمزاج الإيجابي ينشط الإبداع ويساهم إيجابياً في حل المشكلات، كما أن المشاعر الإيجابية تساعد الفرد على تصنيف وتنظيم المعلومات، أما في الحالات المتميزة بشحنات انفعالية قوية فإن ذلك قد يؤثر سلباً على الحالة العقلية حيث تؤثر الانفعالات القوية في التركيز وتعطيل القدرة العقلية وخاصة الذاكرة العاملة المسؤولة عن استحضار المعلومات التي ترتبط بالمواقف الذي يواجهه الفرد، وهذا ما يجعل التلاميذ ذوي درجات القلق العالية لا يتعلمون بكفاءة، ويذكر "ماير" (J.D.Mayer) أن الانفعالات تعتبر واحدة من أصل أربعة أقسام أساسية للعقل، حيث تتمثل هذه الأقسام في ما يلي:

- **الدوافع:** وهي مرتبطة بعضويتها وتعتبر من محددات سلوكنا.
- **المعرفة:** تتدخل في استجاباتنا للمثيرات والمتغيرات أثناء تفاعلنا مع البيئة.
- **الانفعالات:** هي ما نتعلمه من بيئتنا والذي يتيح لنا حل المشكلات التي نواجهها.

- **الوعي أو الشعور:** ويتضمن عمليات التفاعل بين الدوافع والانفعالات من جهة، وبين الانفعالات والمعرفة من جهة أخرى، ومثال عن تفاعل الدوافع مع الانفعالات أننا عندما لا تلبى حاجتنا يتولد لدينا شعور بالغضب. ومثال عن تفاعل الانفعالات مع المعرفة، أننا عندما يكون مزاجنا جيدا فإن ذلك يقودنا إلى التفكير بصورة ايجابية، وهكذا يكون الوعي بمثابة محور التفاعل بين الأقسام الثلاثة الأخرى.

4- نشأة وتطور مفهوم الذكاء الانفعالي:

الذكاء الانفعالي ليس مفهوما جديدا ولكن له جذور وأصوله التاريخية العلمية الراسخة، فعندما بدأ علماء النفس الكتابة والتفكير في الذكاء، ركزوا على الجوانب المعرفية مثل الذاكرة، وحل المشكلات، ورغم ذلك فقد أدرك بعض الباحثين في وقت مبكر أهمية الجوانب غير المعرفية، فقد عرف وكسلر الذكاء بأنه قدرة الفرد العامة على التصرف بكفاءة والتعامل بشكل فعال مع البيئة المحيطة به وفي عام 1943 افترض أن العوامل غير العقلية أساسية وضرورية للتنبؤ بنجاح الفرد في الحياة، ولم يكون وكسلر هو الوحيد الذي أدرك أهمية الجوانب غير المعرفية للذكاء في التوافق والنجاح في الحياة، فقد كتب روبرت ثورنديك عن الذكاء الانفعالي (الوجداني) في أواخر الثلاثينات، واعتبر أن الذكاء له جوانب غير معرفية، فقدم أول مرة (1930) مفهوم الذكاء الاجتماعي كمظهر من مظاهر الذكاء، وعرفه بأنه: القدرة على فهم الآخرين وعلى التصرف بحكمة في العلاقات الإنسانية.

كما تم التلميح عن مفهوم الذكاء الانفعالي من خلال ما اقترحه جيلفورد 1976 في نموذج بنية العقل فرغم عدم كتابة جيلفورد عن الذكاء الانفعالي عن الذكاء الانفعالي فإنه افترض وجود نوع جديد من الذكاء وهو القدرة على التجهيز الانفعالي للمعلومات والذي يتضح من خلال المحتوى السلوكي لديه، حيث يتسم هذا المحتوى بمعلومات في جوهرها غير لفظية التي تشتمل على التفاعل الاجتماعي، الذي يتطلب الوعي بمدرجات

وأفكار ورغبات ومشاعر وانفعالات وأفعال الأشخاص الآخرين، ومن الواضح أن المحتوى السلوكي يشمل الجانب الوجداني أيضا وافترض "جيفورد" أن السلوكيات التعبيرية مثل: تعبيرات الوجه، نبرات الصوت، الأوضاع والإيماءات كلها علامات يستدل منها على الحالات الانفعالية، لذا يمكن تعريف المعرفة السلوكية بأنها القدرة على فهم أفكار ومشاعر واهتمامات الآخرين 1991، وظهر أيضا مفهوم الذكاء الانفعالي في تصور "فؤاد أبو حطب 1973 للذكاء"، حيث صنف أنواع الذكاء إلى الذكاء المعرفي، الذكاء الاجتماعي، والذكاء الانفعالي (الوجداني)، وتناولت "روبرت ستيرنبرج 1985" مفهوم الذكاء الاجتماعي فذكر أنه مستقل عن القدرات الأكاديمية وأنه مفتاح أساسي للأداء الناجح في الحياة وأكد أيضا "هاورد جاردرنر" في كتابه عن الذكاءات المتعددة أن فهم الإنسان لنفسه وللآخرين وقدرته على استخدام وتوظيف هذا الفهم بعد أحد نماذج الذكاء الشخصي والذكاء في العلاقة بالآخرين، وكلاهما مهارات ذات قيمة في الحياة.

وتوصل "جاردرنر" من خلال أبحاثه عام 1983 إلى وجود أنواع مختلفة من القدرات العقلية تشكل أنواع مختلفة من القدرات العقلية تشكل أنواع مختلفة من الذكاء، وأنه يوجد سبعة أنماط مختلفة من الذكاء وهي (ذكاء لفظي-لغوي، ذكاء جسمي-حركي، ذكاء منطقي-رياضي، ذكاء موسيقي، ذكاء بصري-مكاني، ذكاء شخصي) ويرى "جاردرنر" أن النمط الأخير للذكاء (الذكاء الشخصي) يتضمن نوعين مستقلين من الذكاء هما الذكاء بين الأفراد ويعني قدرة الفرد على فهم المشاعر الآخرين، والذكاء داخل الأفراد ويعني قدرة الفرد على فهم المشاعر والدوافع الذاتية ومن هنا يعتبر "جاردرنر" نوعين آخرين وهما الذكاء المرتبط بالخلق والوجود والذكاء المرتبط بالبيئة.

وبدأ الاهتمام المعاصر بالجوانب غير المعرفية للذكاء في عام 1985 حينما كتب في إحدى الرسائل الدكتوراه بالولايات المتحدة الأمريكية مصطلح الذكاء الانفعالي ويبدو أول من استخدم أكاديمي لهذا المصطلح.

وبعد ذلك بحث كل من "مايروسا لوفي 1990" الفروق بين قدرة الأفراد على تحديد انفعالاتهم والتحكم فيها وحل المشاكل الانفعالية وطور اختبارين لقياس ما يسمى بالذكاء الانفعالي.

وفي عام 1994 بدأ العالم الأمريكي "دانييل جولمان" Daniel Goloman كتابه عن التعليم الانفعالي أو معرفة القراءة والكتابة الوجدانية، وذلك بعدما قرأ عن الانفعالات والمشاعر بصفة عامة، وزياراته المتكررة للمدارس ليتعرف على ما يقدم من برامج تؤدي إلى التعلم الانفعالي وقراءاته أيضا لأعمال "مايروسالوفي" بصفة خاصة ثم غير عنوان كتابه عام 1995 ونشره باسم الذكاء الانفعالي وتضمن معلومات عن العواطف والمشاعر والمخ ومن هنا تزايدت مؤلفاته المرتبطة بالذكاء الانفعالي.

ويتضح مما سبق أن الذكاء الانفعالي لا يعد مفهوماً جديداً لكنه مفهوم له جذور تاريخية على اعتبار أن الباحثين نظروا إلى الذكاء نظرة واسعة وأكدوا أهمية الجوانب غير معرفية للذكاء، في التكيف والنجاح في الحياة، وهذا يرجع الفضل في انتشاره في البداية، إلى كل من "ماير وسالوفي" اللذين بدأ سلسلة أبحاثهما منذ عام 1990 وأكد أهمية الانفعالات في حياة الفرد، كما يرجع الفضل في انتشار هذا المفهوم إلى "جولمان" (1995) من خلال كتابه الشهير عن الذكاء الانفعالي الذي أوضح من خلاله أنه يلعب دوراً مهماً في نجاح الفرد في حياته قياساً بالذكاء الأكاديمي الذي يظهر دوره فقط في حياة الفرد التعليمية (سعاد حبر، 2008، ص 17-18).

5- تعريف الذكاء الانفعالي:

- تعريف Bar-on:

يعرف بار أون الذكاء الانفعالي بأنه: "نسق من القدرات والكفاءات والمهارات غير المعرفية والتي تؤثر في قدرة الفرد على التعامل بنجاح مع متطلبات المحيط وضغوطه" ويضم خمسة أبعاد استخلصها من مقياس معامل الذكاء الانفعالي الذي أعده وطبقه على المئات من العينات وهي:

- ❖ **الذكاء الشخصي:** (الوعي بالذات، التوكيدية، تحقيق الذات، الاستقلالية)
- ❖ **الذكاء البين شخصي:** (التعاطف، العلاقات الاجتماعية، المسؤولة الاجتماعية)
- ❖ **القابلية للتكيف:** (إدراك الواقع، حل المشكلات والمرونة)
- ❖ **إدارة الضغوط:** (تحمل الضغوط وضبط الاندفاع)
- ❖ **المزاج العام:** (التفاؤل والسعادة). (Bar-On, 2000, p102)

ويؤكد بارون على أن إدارة الضغوط والقابلية للتكيف مكونان أساسيان للذكاء الانفعالي. (Mohammad Ali Mohammady Far, et al, 2009, p221)

ويعرف البعض الذكاء الانفعالي بأنه الذكاء في تفعيل الوجدان، ويعرفه آخرون بأنه "الانتباه إلى الانفعالات ومنطقتها" أو الوعي بالمشاعر والوجدان، بينما يرى البعض الآخر أنه القدرة على المشاركة الوجدانية مع الآخرين.

6- الأساس العصبي للذكاء الانفعالي:

أدت البحوث في علم الأعصاب إلى التأسيس لوجود مجموعة من القدرات الانفعالية التي تكون شكلا من الذكاء العام أو المعرفي، ومن بينها القدرة على إدارة الانفعالات.

ويعتبر "لودو" (J. Le Doux) أول من اكتشف الدور الرئيسي للوزة في إدارة الانفعالات، حيث فسرت بحوثه كيف تتحكم اللوزة في ردود أفعالنا حتى قبل أن يتخذ الدماغ المفكر قرارا، ويتبين ذلك من خلال اكتشافه المسار الاستجابية الانفعالية داخل المخ، فقد أوضحت بحوثه أن الإشارات الحسية القادمة من الحواس تسير أولا في المخ متجهة إلى المهاد (التالاموس)، ثم تتجه عبر اتصال منفرد إلى اللوزة بينما تخرج إشارة ثانية من التالاموس لتستقر في القشرة المخية أي العقل المفكر. (Gerald Matthews, Moshe Zeidner, Richard D. Roberts, p238)

6-1 سمات الأفراد ذوي الذكاء الانفعالي المرتفع:

- ❖ يظهر مشاعره بوضوح وبشكل مباشر.
- ❖ لا يخاف عندما يعبر عن مشاعره.
- ❖ لا تسيطر عليه العواطف السلبية مثل (الخوف، القلق، الذنب، الخجل، الإحراج، الإحباط، اليأس، خيبة الأمل، الضعف، الاضطهاد).
- ❖ قادر على قراءة الاتصال غير اللفظي.
- ❖ يترك مشاعره تقوده إلى الاختبارات الصحيحة السليمة، التي تؤدي إلى سعادته.
- ❖ مشاعره متوازنة مع الحق، والمنطق والواقع.
- ❖ يعمل وفقا لرغبته ليس بسبب الإحساس بالواجب أو الذنب.

- ❖ معتمد على نفسه، مستقل.
- ❖ يحفز جوهريا، ولا يحفز بالقوة، الثروة، الشهرة.
- ❖ قادر أن يتعرف على المشاعر المتعددة.
- ❖ يتكلم عن مشاعره بارتياح.
- ❖ يهتم بمشاعره الآخرين.
- ❖ يشعر بالتفاؤل، ولكنه تفاؤل واقعي.
- ❖ مرن وقوي بشكل عاطفي (انفعالي).
- ❖ لا يتطبع بالفشل.

وبالنسبة لنموذج القدرة للذكاء الانفعالي يرى بأن الأفراد الأذكيا وجدانيا بأنهم أفراد لديهم القدرة على التعرف على انفعالاتهم ومشاعرهم الذاتية ومشاعر وانفعالات الآخرين فهم لديهم القدرة على التواصل، وعلى مناقشة مشاعرهم، كما لديهم القدرة على تكوين انفعالاتهم بفعالية وكذلك اختبار نماذج الأدوار الانفعالية الجيدة وهذا راجع لنشوءهم في بيئات متوافقة اجتماعيا. (علا محمد، 2009).

ومن أهم السمات التي تميز الأفراد مرتفعي الذكاء الانفعالي طبقا للنماذج المختلطة ما يلي: يتميزون بالواقعية من هذه الخطط، كما أنهم يظهرون مثابرة مع المهام الصعبة، ويستطيعون تأجيل إشباعهم لحاجياتهم في سبيل تحقيق أهدافهم (جولمان، 2000، ص 21).

6-2- سمات الأفراد ذوي الذكاء الانفعالي المنخفض:

إن الفرد المتميز بذكاء انفعالي منخفض يتصف بما يلي:

- ❖ لا يتحمل مسؤوليات مشاعره، لكن يلو الآخرين باستمرار.
- ❖ يلقي الذنب على الآخرين في المشكلات التي يقع فيها.

- ❖ يحجب معلومات حول مشاعره الحقيقية ويتظاهر بمشاعر مختلفة.
- ❖ يبالغ أو يقلل من مشاعره.
- ❖ ينفجر بقوة لموقف ما ولو كان صغيرا نسبيا.
- ❖ ينقصه الاستقامة والإحساس والضمير.
- ❖ عديم الرحمة وغير متسامح.
- ❖ غير مريح لكل من حوله.
- ❖ عديم الإحساس بمشاعره.
- ❖ غير متعاطف مع الآخرين.
- ❖ لا يضع مشاعر الآخرين في اعتباره قبل التصرف.
- ❖ غير واثق بنفسه، ويجد صعوبة في الاعتراف بأخطائه، أو التعبير عن الندم أو الاعتذار بإخلاص.
- ❖ يمتلك العديد من الاعتقادات المشوهة والمخرية، التي تسبب عواطف سلبية.
- ❖ لا اعتبار لمشاعره الخاصة المستقبلية قبل التصرف في موضوع ما.
- ❖ متشائم باستمرار وبشكل يلفت النظر لدرجة أنه يلغى بهجة الآخرين.
- ❖ يمتلك باستمرار الشعور بخيبة الأمل، والنقص، والإحباط.
- ❖ يتجنب العلاقات مع الآخرين ويسعى لعمل علاقات بديلة مع بعض الحيوانات الأليفة أو النباتات أو غيرها.
- ❖ لديه القدرة على التحدث بالتفصيل عن الأحداث الجلية، والموضوعات المعقدة وطريقة تفكيره في الموضوع، ولكنه لا يمتلك القدرة ليخبر عن إحساسه ومشاعره بهذا الموضوع (علا محمد عبد الرحمان، 2009، ص 83).

7- خصائص الذكاء الانفعالي:

الشخص الذي يتصف بهذا النوع من الذكاء (الذكاء الانفعالي) يكون لديه معرفة واسعة، صريح إجرائي، لديه وعي عما يحدث وماذا يفعل وماذا يقول في المواقف المختلفة وكذلك لديه القدرة على اكتشاف وتطبيق حلول للمشكلات التي تقابله فالأفراد اللذين ينفردون بالذكاء الانفعالي نجدهم يتقلدون بعض الأعمال مثل عمل المحلل النفسي، العمل الاجتماعي، التدريس.

كما أنه يقع في الجزء الأخير من المخ ويتبلور في السن الثالث عشر أو الرابعة عشر يمكن أن يتعلم أو يدرس بحيث يمكن تعليم الأفراد كيفية إدارة انفعالاتهم مثل: انفعال الغضب والمشاعر الحزينة وكيفية التعامل.

8- أهمية الذكاء الانفعالي:

في كتابه عن الذكاء الانفعالي في العمل يؤكد "هندري ويزنجر" على أن الذكاء الانفعالي مرتبط بشكل وثيق وواضح بكل من:

- إرادة التغيير.
- الأداء الفردي.
- العلاقات مع الآخرين.
- القيادة.
- أداء الجماعة.

ويوضح "هندري ويزنجر" بأننا لا نبالغ إذا قلنا بأن الذكاء الانفعالي من أهم مقومات النجاح في عالم الأعمال وأفضل من الذكاء العلمي أو الرياضي وللذكاء الانفعالي يرجع الفضل في نجاح الكثير من الناس رغم تمتعهم بحظ قليل من التعليم، بينما لم يحقق الكثير من المتعلمين النجاح النسبي المنتظر ممن هم في مستواهم العلمي رغم الألقاب العلمية البراقة والشهادات الكثيرة التي يعلقونها على الجدران.

كما أن الذكاء الانفعالي كما يقول "هندري ويزنجر" هو السلم الأساسي للارتقاء بالبعد الاجتماعي في رأس المال البشري والذي يعتبر ضروريا في تفعيل وتعظيم البعد الفكري ومن هنا برزت الآراء إلى جعل القرن الحادي والعشرين قرن المؤسسات الخدمية والصناعية، كما ينطبق على الإدارات الحكومية والشركات الخاصة. (علا عبد الرحمن محمد، 2009، ص 25 وهناء شريقي ص 164).

9- أبعاد الذكاء الانفعالي :

تتعدد أبعاد الذكاء الانفعالي نظرا لتعدد وجهات نظر الباحثين والخلفية النظرية التي يتبنونها ويذكر الباحثون عموما حول ثلاث قدرات هي: القدرة على إدراك الانفعالات والتعبير عنها، القدرة على التحكم في الانفعالات، والقدرة على توظيف الانفعالات في التفكير.

ذكر مايرو سالوفي (J.D.Mayer & Salovey ,1997,p1-34) أن الذكاء الانفعالي يتكون من أربعة أبعاد هي:

❖ إدراك الانفعالات: ويعني قدرة الفرد على التعرف على المحتوى الانفعالي للملامح والسلوكيات، ويشمل ذلك إدراك وتقييم الانفعالات والتعبير عنها، أي وعي الفرد بانفعالاته وبأفكاره المتعلقة بها، وقدرته على التمييز بينها والتعبير عنها بشكل مناسب.

❖ **التسيير الانفعالي للتفكير:** بمعنى توظيف الانفعالات في عمليات التفكير بهدف تحسينه، وذلك بإفساح المجال أمام الانفعالات لكي توجه انتباهنا، فتوظيف الانفعالات في خدمة هدف معين ضروري للانتباه الانتقائي ولدافعية الذات.

❖ **الفهم الانفعالي:** ويعني إدراك مدى الصدق أو الصوابية التي تقف وراء انفعال معين، والتميز بين الانفعالات المتشابهة والمتزامنة.

❖ **إدارة الانفعالات:** ويعني هذا البعد، القدرة على تهدئة الذات والتخفيف من حدة الانفعال لدى الآخرين بعد مواجهة شحنات قوية من الانفعالات.

وقدم ديلاكس وهيجز (V.Dulewics & M.Higgs 1999) تقسيما لمكونات

الذكاء الانفعالي يتمثل في خمسة عوامل هي:

- **الوعي بالذات:** معرفة الفرد بمشاعره.

- **تنظيم الذات:** إدارة الفرد لانفعالاته بشكل يساعده في الأداء، وقدرته على تأجيل إشباع الحاجات.

- **التعاطف:** يعني قراءة مشاعر الآخرين قدرة إنسانية أساسية تبنى التعاطف على الوعي بالذات، فكلما كان الفرد على وعي بعواطفه وانفعالاته كان أكثر مهارة في قراءة مشاعر الآخرين والقدرة على فهمها.

- **حفز الذات:** استخدام الفرد لقيمه وتفضيلاته العميقة من أجل تحفيز ذاته وتوجيهها لتحقيق أهدافها.

- **المهارات الاجتماعية:** قدرة الفرد على إدارة انفعالاته الآخرين من خلال علاقته بهم والاهتمام بهم واستخدام مهارات الإقناع والتفاوض، وبناء الثقة تكوين شبكة علاقات ناجحة والعمل في فريق بصورة ايجابية فاعلة.

كما حدد (Sala 2001) عشرين كفاءة للذكاء الانفعالي تتدرج ضمن أربعة أبعاد

نذكرها فيما يلي:

- الوعي بالذات: ويضم الكفاءات التالية:

الوعي الانفعالي، التقييم الذاتي الدقيق، الثقة بالنفس.

- المهارات الاجتماعية: وتتضمن عدة كفاءات هي: العلاقة مع الآخرين، التأثير،

التواصل، إدارة الصراع، بناء الروابط الاجتماعية، العمل كفريق، القيادة.

- إدارة الذات: وتتضمن ستة كفاءات هي: ضبط الذات، استحقاق الثقة، تحمل

مسؤولية الأداء الشخصي، القابلية للتوافق، التوجه نحو الانجاز، المبادأة.

- الوعي الاجتماعي: ويتضمن عدة كفاءات: التفهم العطوف، التوجه نحو الخدمة

والوعي التنظيمي.

كما حدد فاروق عثمان ومحمد عبد السميع 2001 أبعاد الذكاء الانفعالي والمتمثلة

في المعرفة الانفعالية، إدارة الانفعالات، تنظيم الانفعالات، التعاطف والتواصل (علا عبد

الرحمن محمد، 2009).

من جهة توصل أيمن صواف (1996) إلى أربعة أبعاد للذكاء الانفعالي شملت

المعرفة الوجدانية، الاستعداد، العمق والتحويل. (علا عبد الرحمن محمد، 2009).

10- النماذج المفسرة للذكاء الانفعالي :

يوجد نوعان من نماذج الذكاء الانفعالي وهما: نموذج القدرة العقلية Habilites

Mental، وتبنى هذا النموذج كل من "مايرو سالوفي" (Mayer Salovey, John, D

;2001, GillSittarenios, Mayer, David Caruso), حيث يشير إلى أن الانفعالات

تعطي الإنسان معلومات ذات أهمية، هذه المعلومات تجعله يفسرها ويستفيد منها

ويستجيب لها من أجل أن يتوافق مع المشكلة أو الموقف المتوتر بشكل أكثر ذكاء، فالانفعال يجعل تفكيرنا أكثر ذكاء. (مصطفى رشاد، 2010، ص 34).

والنماذج المختلطة التي تجمع بين القدرات وسمات الشخصية والانفعالات، وترتكز على حالات الشعور والدوافع والميول ومن أهم روادها "جولمان Goleman" و"بار-أون Bar-on (محمد علا عبد الرحمان، 2009، ص 13).

وسيتم توضيح هذين النموذجين فيما يلي:

1-10 نموذج دانيال جولمان 1995 Daniel Goleman

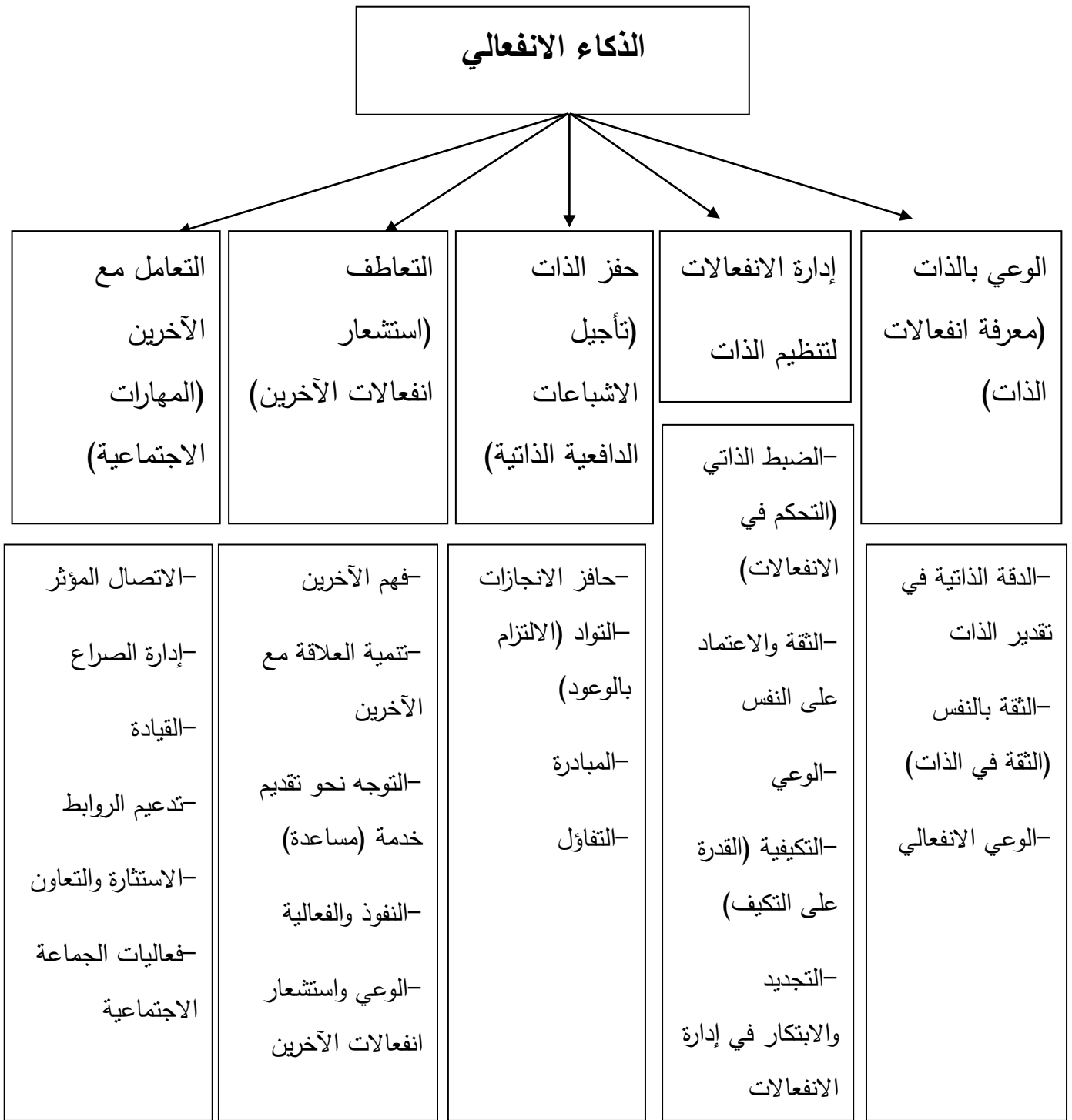
يعتبر من النماذج المختلطة التي تمزج قدرات الذكاء الانفعالي مع سمات الشخصية، "جولمان" سيكولوجي وصحافي أمريكي حصل على الدكتوراه في علم النفس من جامعة هارفارد، قدم نموذجه عن الذكاء الانفعالي من خلال كتابه الذي نشره في 1995 بعنوان الذكاء الانفعالي Emotional Intelligence ويشير إلى أن الذكاء الانفعالي هو عبارة عن القدرة على التعرف على مشاعرنا ومشاعر الآخرين، وعلى تحفيز دواتنا، وعلى إدارة انفعالاتنا مع الآخرين بشكل فعال (إبراهيم السمدوني 2008)، وبذلك عبر "جولمان" عن الذكاء الانفعالي بخمس مكونات أو أبعاد وهي:

- ❖ الوعي بالذات (معرفة انفعالات الذات).
- ❖ إدارة الانفعالات (تنظيم الذات والتخلص من الانفعالات السلبية).
- ❖ تحفيز الذات (تأجيل الإشباعات).
- ❖ التعاطف أو التقمص الانفعالي (استشعار انفعالات الآخرين).
- ❖ التعامل مع الآخرين (المهارات الاجتماعية، إدارة الانفعالات مع الآخرين)

(Goleman, 1995).

ثم عدل "جولمان" نموذجه سنة 1998، حيث أصبح الذكاء الانفعالي يتكون من خمسة مهارات رئيسية، ويتفرع عن كل واحدة من هذه المهارات عددا من المهارات الفرعية.

وسيتم توضيح القدرات الفرعية وعرض مكونات للذكاء الانفعالي كما يراها "دانييل جولمان". من خلال الشكل التالي:



شكل رقم (01): يمثل نموذج جولمان للذكاء الانفعالي.

1- الوعي بالذات: self-awareness

وتتدرج تحته الكفاءات الفرعية التالية: الدقة الذاتية في تقدير الذات والثقة بالنفس، ويشير هذا المكون إلى معرفة الشخص لانفعالاته ويستخدمها ليصل إلى قرارات بكل ثقة. ويشير هذا المكون إلى معرفة الشخص لانفعالاته، فهو لا ينفصل عن مشاعره ويستخدمها ليصل إلى قرارات بكل ثقة أي أن الوعي بمزاجنا وأفكارنا هو ملاحظة محايدة للحالة الداخلية، تتطوي على معرفة متى تستجيب لهذه المشاعر، وإذا لم نكن قادرين على إدراك مشاعرنا، فسيكون من الصعب علينا إدراك مشاعر الآخرين، فكلما كان الفرد أكثر واعياً بذاته، كان قادراً على الوعي حتى بالمستويات المنخفضة من الأحاسيس.

2- إدارة الانفعالات (تنظيم الذات): Emotional Management

تتدرج تحته الكفاءات الفرعية التالية: الضبط الذاتي، الثقة والاعتماد على النفس، الوعي، الكيفية، التجديد، والابتكار في إدارة الانفعالات. ووعي تعني قدرة الفرد على إدارة أفعاله وأفكاره ومشاعره بطريقة متوافقة ومرنة عبر مواقف وبيئات مختلفة، فالشيخ الذي لديه قدرة على إدارة انفعالاته لا يسمح لأي موقف أن يتأثر على حالته المزاجية، كما يركز على أفعاله وما الذي يجب أن يقوم به، كما يعبر عن مشاعر بطريقة ايجابية، ويشير تنظيم الذات إلى ترشيد الانفعالات بصورة تساعد الفرد على التوافق السليم مع الموقف، فالأفراد الذين يكونون أكثر قدرة على تنظيم انفعالاتهم أقل احتمالاً للتعرض للاكتئاب من جراء المشكلات العاطفية وأقل عرضة للاضطرابات السيكوسوماتية.

3- الدافعية الذاتية (تأجيل الاشباعات): self-Motivation

تندرج تحته الكفاءات الفرعية التالية: حافز الانجاز، المبادرة والتفاؤل، يشير هذا المكون إلى أن الشخص يعتمد على قوة دافعة داخلية في تحقيق أهدافه فالحوافز الداخلية مثل المتعة بالعمل وحب التعلم، والاطلاع لها تأثير في دفع الفرد للعمل والإبداع أكثر من الحوافز الخارجية كمال والمنصب.

ويشير "جولمان" أن الفرد قد يستخدم قلقه كقوة دافعة داخلية للأداء بشكل جيد، وعلى الجانب الفيزيولوجي أن اللوزة Amygdala وهي الجزء الأهم في الجهاز الطرفي Limbic system الذي يعتبر مركز الانفعال.

تكون مسؤولة عن الكفاءة الوجدانية Emotional competencies للفرد، وقد استخلص "جولمان" (Goleman, 1998) من عرضة العديد من الدراسات إلى وجود علاقة واضحة بين تلق اللوزة والعجز عن التعرف على بعض تعابير الوجه الانفعالية كالخوف والغضب والاشمئزاز كما يؤدي إلى تدهور قوة الفرد على الحكم وتقدير المواقف، وأن اللوزة تؤدي دورا مهما في بعث الطاقة الوجدانية اللازمة للقيام بالعمل والاستمتاع به.

4- التعاطف (استشعار انفعالات الآخرين) Empathy

تندرج تحتها الكفاءات الفرعية التالية: فهم الآخرين، تنمية العلاقة مع الآخرين، التوجه نحو تقديم خدمة، النفوذ والفعالية، الوعي، استشعار انفعالات الآخرين.

وتعني قدرة الفرد على إدراك ما يشعره به الآخرين، ومعرفة ما يحسون به، وهو أمر يستلزم قدرتنا على فهم دواتنا واستشعار أحاسيسنا أولا وهي تؤسس على القدرة على الوعي بالذات، فيركز الفرد على ما الذي يجب أن يقوم به وكيف يعبر عن مشاعره بطريقة فعالة، كما يستطيع التعبير عنها.

والشخص الذي لديه هذه القدرة يتميز بكفاءة اجتماعية، والقدرة على حل المشكلات والقدرة على استشعار العلاقات الناشئة بين الجماعات، كما يمتلك على القيادة بطريقة فعالة وفي العمل، نجده يمتلك القدرة على عقد الصفقات أو القيام بمجموعة من الاتفاقيات.

وتؤدي التنشئة الاجتماعية دورا مهما في نضج هذه القدرة -التعاطف- ولا بد للفرد أن تكون لديه القدرة على قراءة الإشارات الانفعالية للطرف المقابل بدقة أولا، قبل أن تتم عملية التعاطف كاستجابة. (سعاد جبر سعيد، 2008، ص79)

5- التفاعل مع الآخرين (تناول العلاقات): Relation ships

تندرج تحتها المهارات الفرعية التالية: الاتصال المؤثر، إدارة الصراع، القيادة، تدعيم الروابط الاجتماعية، الاستئثار والتعاون، فعاليات الجماعة الاجتماعية.

وتعني قدرة الفرد على تكوين علاقات مع الآخرين والتفاعل معهم بفاعلية وقدرته على قيادتهم وبناء روابط اجتماعية وإدارة الصراع، فالمهارات الاجتماعية تشير إلى القدرة على فهم مشاعر الآخرين وانفعالاتهم ومراعاتها بالصورة التي يتطلبها الموقف، وهي تظهر في صورة القدرة على التأثير بالآخرين والتواصل معهم وقيادتهم بصورة فعالة.

فالأفراد الذين يميزون بتلك القدرة "مهارات اجتماعية" يكون لديهم القدرة على بناء الثقة أو الأمانة، والقدرة على خلق جو من التعاون والمشاركة مع الآخرين والعمل بفاعلية مع جماعة العمل. (إبراهيم السمدوني، 2007، ص 116-117).

10-2- نموذج سالوفي وماير Salovey Mayer

يعد ظهور أول لمصطلح الذكاء الانفعالي عام 1989 على يد العالمين الأمريكيين "جون ماير Jhon Mayer أستاذ بجامعة هامبشير Hampshir الأمريكية وبيتر سالوفي Peter salovey أستاذ بجامعة يال Yale الأمريكية عندما نشر كتابا لهما عن الذكاء الانفعالي، حيث قدم السيكولوجيان نموذجهما عن الذكاء الانفعالي سنة 1990. (مدحت أبو النصر، 2008، ص 107).

هذا النموذج الذي وضع لتحليل الذكاء الانفعالي قد اتخذ منحى القدرة نموذج القدرة Ability Model والذكاء الانفعالي عندهما يجمع بين الانفعالات الذاتية والانفعالات في سياقها الاجتماعي وذلك من خلال التفاعل مع الآخرين، ويتكون هذا النموذج من مجموعة من القدرات المعرفية، تسمح للفرد باكتساب المعرفة والتعلم وحل المشكلات، وتم تحديد مكونات النموذج وفقا لتعريفهم للذكاء الانفعالي "بأنه القدرة على إدراك الوجدان، والقدرة لتدعيم الترقى الانفعالي والعقلي" (محمد علا عبد الرحمان، 2009، ص 51).

وسيتم توضيح القدرات الفرعية لنموذج ماير وسالوفي كما يلي:

1- القدرة على الوعي بالانفعالات والتعبير عنها بدقة:

The Ability Emotional Awareness to perceive Emotional Accurately.

وتعني قدرة الفرد على التعبير عن الانفعالات من خلال ملامح الوجه أو التلميحات أو الإشارات وبنعكس ذلك في معرفة الشخص لمشاعره والوعي بالذات.

هذه القدرة هي أهم مكون من مكونات الذكاء الانفعالي، وبدونها لا يتكون الذكاء الانفعالي، فإذا ظهر شعور غير سار يحول الفرد انتباهه بعيداً، وسوف لا يتعلم شيئاً عن المشاعر من حيث إدراكه لحالته ووعيه بها والانتباه لحالته، وحل شفرة الرسالة الانفعالية، كما تم التعبير عنها في تعبير الوجه ونبرة الصوت.

كما أن الفرد الذي يرى تعبير واضح حول السعادة من وجه آخر يفهم الكثير حول مشاعر الآخرين وأفكارهم في مقابل ذلك يفقد تلك القدرة.

2- القدرة على استخدام الانفعالات لتسهيل عملية التفكير (توظيف الانفعالات):

The Ability to use Emotional to facilitate though.

تعي الدقة والكفاءة في ربط الانفعالات وأحاسيس أخرى كالإحساس باللون، والقدرة على استخدام الانفعالات لتغيير انطباعات الشخص نحو الأشياء أو لتحسين التفكير في الموضوعات، فهذه القدرة تستهدف:

- استخدام الانفعالات والمعلومات لتحسين التفكير في الموقف.
- توليد الانفعالات الحية التي يمكن أن تيسر عملية التذكر واتخاذ القرار.
- التأرجح بين عدة انفعالات لرؤية الأمور من عدة زوايا.
- استخدام الحالة المزاجية لتسهيل توليد الحلول المناسبة.

3- القدرة على فهم وتحليل الانفعالات: The Ability to Understand

Emotional andtheirMea & nings

إن الانفعالات تكون مجموعة رمزية غنية ومليئة بالعلاقات المعقدة التي حيرت الفلاسفة لعدة قرون.

وتعني هذه القدرة، قدرة الشخص على تحليل الانفعالات وتسميتها، والقدرة على فهم التغيرات التي تحدث للانفعالات المشابهة، والقدرة على فهم المشاعر المركبة في القصص أي أن تلك القدرة تتمثل في:

- تسمية الانفعالات والتمييز بين التسميات المشابهة وانفعالاتها.
- تفسير المعنى التي تحملها الانفعالات مثل الحزن وتعني فقدان شيء.
- فهم الانفعالات المركبة مثل الغيرة والتي تشتمل على الغضب والحسد والخوف وأيضا الانفعالات المتناقضة كالجمع بين الحب والكراهية لدى شخص ما.
- ملاحظة التعبير في الانفعالات سواء من حيث الشدة مثل شدة الغضب أو من حيث النوع مثل تغيير الانفعالات من الحسد إلى الغيرة مثلا.
- إن الفرد الذي يكون لديه درجة عالية تلك القدرة يكون قادرا على فهم الانفعالات ومعانيها، وكيف ترتبط معا. وكيف تتطور بمرور الوقت، ويسعد بقدرته على فهم الحقائق الأساسية للطبيعة الإنسانية والعلاقات بين الأفراد.

4- القدرة على إدارة الانفعالات: Ability to Manage Emotions

إذا كان للفرد إدراك انفعالي جيد فيمكنه أن يستغل التغير في الحالة المزاجية ويتفهم مشاعره، ومثل هذا الفهم سوف يحصل الفرد على المعرفة الضرورية اللازمة للتحكم ومسايره مشاعره تماما ويتطلب ذلك فهم جيد لحالته، وتعني هذه القدرة قدرة الشخص على إدارة انفعالاته وقدرته على إدارة الانفعالات مع الآخرين وتتمثل في:

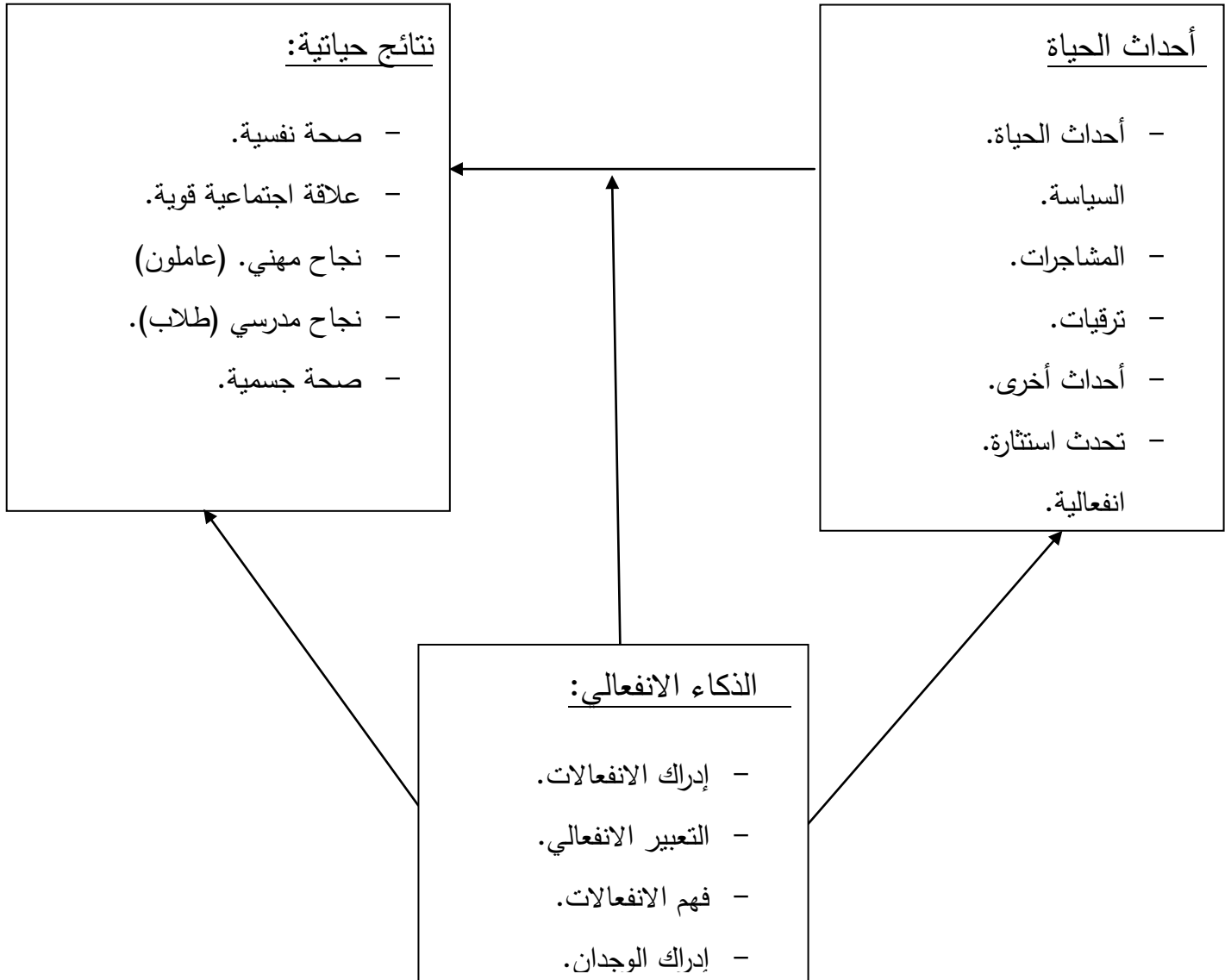
- الانفتاح أو التقبل للمشاعر السارة وغير السارة.

- الاقتراب أو الابتعاد من انفعال ما بشكل تأملي.

- ملاحظة انفعالات الذات والآخرين ويتم ذلك بشكل تأملي.
- إدارة انفعالات الذات والآخرين دون كبت أو تضخيم المعلومات التي تحملها.
- إن القدرة على إدارة الانفعالات توضح كيف يعي الفرد التطور في علاقاته مع الآخرين.
- إن هذا النموذج يركز بصورة أكثر تحديدا على أن الذكاء الانفعالي هو "القدرة على الوعي بالانفعالات، والقدرة على توصيل وتوليد الانفعالات، والقدرة على الفهم والمعرفة المتعلقة بالانفعالات وعلى تنظيم الانفعالات عن طريق التفكير لتحسين النمو الانفعالي والعقلي. (إبراهيم السمدوني، 2007، ص 107-108).

10-3 نموذج Ciarrochi et al 2001:

قام **Ciarrochi et al** بوضع هذا النموذج حيث يشير إلى أن الناس الذين لديهم ذكاء انفعالي عالي يعرفون جيدا مشاعرهم الخاصة ويجيدون إدارتها، كما يتفهمون ويتعاملون مع مشاعر الآخرين بصورة ممتازة، كما أنهم متميزون في كل مجالات الحياة، ويشعرون بالرضا عن أنفسهم ويمتلكون القدرة على السيطرة على بنيتهم العقلية، أما ذو الذكاء الانفعالي المنخفض فليست لديهم القدرة على مواجهة الأحداث الضاغطة ويشعرون باليأس والاكتئاب والإحباط ويتميزون بتدني مستوى إنتاجهم، ويوضح الشكل نموذج لأدوار الذكاء الانفعالي في مناحي الحياة اليومية: (إبراهيم السمدوني، 2007).



الشكل رقم (02): يوضح أدوار الذكاء الانفعالي في الحياة اليومية

11- قياس الذكاء الانفعالي:

رغم أن الذكاء الانفعالي أصبح يحض باهتمام الباحثين والمهنيين على السواء، إلا أن قياسه لا يزال في مهده، ويمكن تمييز مدخلين لقياس الذكاء الانفعالي هما: قياسه كقدرة عقلية، وكسمة شخصية، وحاليا كلا المدخلين لا يزالان قابلين للبحث والتمحيص حيث لا تزال المقاييس المصممة بعيدة عن الثبات والصدق اللذين يتطلبهما العلم، (Daniel, Goleman, p 377) ويصنف "ماير وسالوفي" مقاييس الذكاء الانفعالي إلى ثلاثة أنواع هي: (سالي علي حسن، 2007، ص 54)

- مقاييس القدرة (Mental measures).

- مقاييس التقرير الذاتي (Self-report measures) .

- مقاييس تقدير الملاحظة (Observer-rating measure) .

وسعى "ماير وسالوفي" للتأكد من صلاحية نموذجها ولإرساء مصداقية له، من خلال تصميم واستعمال مقياس الذكاء الانفعالي المتعدد العوامل (Emotional Multifactor Intelligence Scale: M.E.I.S)، (سالي علي حسن، 2007، ص 53).

وهو عبارة عن اختبار يقوم فيه المستجيب بإنجاز سلسلة من المهام التي صممت لتقييم قدراته على إدراك فهم، والتعامل مع الانفعال، وقد سجلت عدة نقائص في هذا المقياس لا سيما في طوله (402 سؤال)، وكذا في تقييمه لبعد الفهم الانفعالي.

إثر ذلك تم تصميم مقياس آخر من طرف نفس الباحثين وزملائهم هو مقياس "ماير وسالوفي" للذكاء الانفعالي (Mayer Salovey Caruso Emotional Intelligence Test : MSCEIT) ، وهو مقياس مصمم انطلاقا من عينة تقدر ب

5000 فرد من كلا الجنسين موزعين على 50 ميدان بحث مختلف عبر العالم ويحتوى على 141 سؤالاً ويهدف إلى قياس القدرات الرئيسية الأربعة المكونة للذكاء الانفعالي المبينة في نموذج "سالوفي وماير" ويتضمن هذا المقياس مجموعة من المواقف، حيث بعد اقحام الأفراد فيها، ويطلب منهم التعرف على محتواها الانفعالي، وتحليله، وإدارة انفعالاتهم لحل بعض المشاكل أو اتخاذ قرارات، فمثلاً لقياس قدرة ادراك الانفعال ويطلب من الأفراد تحديد نوع الانفعال ومدى قوته التي تعبر عنه صورة مختلفة، ومن أجل قياس مدى تيسير الانفعالات للتفكير ويطلب من الأفراد تحديد ما يقابل كل انفعال من أفكار أو من محسوسات فيزيقية مثل الألوان، درجة الحرارة، الضوء، ومن أجل قياس القدرة على فهم الانفعالات يتم دعوة الأفراد إلى شرح كيف يتم الانتقال من انفعال إلى آخر، مثلاً من الغضب إلى الهيجان، أما من أجل قياس التحكم في الانفعالات أو ادارتها يتطلب من الأفراد اختيار تقنيات فعالة من أجل إدارة الذات وإدارة الغير.

وفي نفس المدخل طور "شوث وزملاؤه" (N.Schutte et al) مقياساً للذكاء الانفعالي يتكون من 33 عبارة تقيس الذكاء الانفعالي بطريقة التقرير الذاتي على تدرج خماسي.

أما بمدخل السمات الشخصية فيتم قياس الذكاء الانفعالي بواسطة مفردات اختبار الشخصية، وفي هذا الإطار أعد "بار أون" (Bar-ON) أداة لقياس الذكاء الانفعالي وهي عبارة عن مقياس تقرير ذاتي يتكون من مجموعة من مفردات اختبار الشخصية سميت "جرد النسبة الانفعالية" (Emotional Quotient Inventory : EQI)، (سالي علي حسن، 2007، 57)، وتم تصميمه انطلاقاً من عينة قدرها 4000 فرد من الولايات المتحدة الأمريكية وكندا من كلا الجنسين، وهو يعتبر أداة لقياس كفاءة السلوك من الناحية الانفعالية والاجتماعية، فجرد النسبة الانفعالية يهدف إلى قياس قدرة الفرد على مواجهة متطلبات وضغوط الوسط، ويتكون من 133 عبارة تستخدم في تحديد النسبة

الانفعالية (QE) وكذلك قياس الأبعاد الخمسة المشار إليها بنموذج "بار أون"، حيث تتمثل النتائج في: النسبة الانفعالية الداخلية، النسبة الانفعالية التكيفية في ادارة الضغوط، والنسبة الانفعالية في المزاج العام، وتترتب الإجابات على سلم يتكون من خمسة درجات.

كما صممت عدة أدوات أخرى لقياس الذكاء الانفعالي والمهارات الانفعالية التي يشملها اعتمادا على نظرية "غولمان"، ومنها مقياس درد المهارات الانفعالية (Emotional Competence Inventory: ECI. 1994)، ومقياس تقييم الذكاء الانفعالي (Emotional Intelligence Appraisal : EIA. 2003)، ومقياس استبيان وصف العمل من ناحية الذكاء الانفعالي (WPQei). فقام غولمان بتصميم مقياس جرد المهارات الانفعالية (ECI) على عينة قدرها 6000 فرد شمال الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا أغلبهم ذكور يحتلون مناصب من متوسطة إلى عليا في الإدارة ويتم توجيه هذا المقياس لقياس المهارات الانفعالية لدى المسيرين الإطارات، والمديرين ويقيس 20 مهارة انفعالية تدرج ضمن الأبعاد الرئيسية لنموذج "غولمان". حيث يطلب من الفرد أن يقوم بالوصف الذاتي أو وصف الغير وإدراج تقييمه على سلم يحتوي على سبع درجات.

- خلاصة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى مفهوما سيكولوجيا ظهر في علم النفس في السنوات العشرة الأخيرة من القرن العشرين وهو عامل ضروري للنجاح في مختلف مجالات الحياة المختلفة ألا وهو الذكاء الانفعالي، حيث اهتم العديد من الباحثين بتعريفه وتحليله ودراسة علاقته بمتغيرات أخرى وهذا لما له من أهمية بارزة على الصحة النفسية للفرد وما له من تأثير على النجاح في الحياة الاجتماعية والمهنية، حيث يرتبط الذكاء الانفعالي ايجابيا بعوامل النجاح والتفوق والصحة النفسية ويرتبط سلبا بعوامل الفشل واضطرابات النفسية والعدوان.

وفضلا عن ذلك فإن قدرات الذكاء الانفعالي تقي الفرد من الوقوع فريسة للضغوط النفسية والإحباط وسوء التوافق النفسي والاجتماعي فهو يهتم بفهم الفرد لنفسه وللآخرين وبالعلاقات الاجتماعية وتوافقه مع الظروف المحيطة.

الفصل الثالث

الدعم الاجتماعي

- تمهيد:

يعتبر الدعم الاجتماعي من المفاهيم التي تناولها علم النفس الصحة نظرا لانعكاسها الايجابي على صحة الفرد سواء العادي أو المعوق، وهو أيضا من أهم مصادر الأمن التي يحتاجها الإنسان في حياته اليومية، ومن أحد العوامل الاجتماعية والنفسية المحددة للصحة والمرض، كما أنه مصدر هام للمقاومة والدعم النفسي والاجتماعي للإنسان وذلك للتغلب على القلق والتوتر وخفض الآثار السلبية للضغوطات باختلاف حدتها خاصة الأفراد المرضى المعاقين الذين يعانون من إعاقات حركية مختلفة يحتاجون إلى دعم اجتماعي من أجل رفع معنوياتهم.

وفي هذا الفصل سوف نتطرق إلى مفهوم الدعم الاجتماعي وإلى أنواع النظريات والنماذج المفسرة لها، وأبعاده ومصادر الدعم الاجتماعي كما أيضا تطرقنا إلى الوظائف والمحددات وكيفية تأثير الدعم الاجتماعي على صحة الفرد.

1- نشأة الدعم الاجتماعي:

الدعم الاجتماعي يعد من المفاهيم الحديثة نسبيًا الذي تناولته العلوم الإنسانية وعلماء الاجتماع في إطار بحثهم للعلاقات الاجتماعية، فظهر مصطلح شبكة العلاقات الاجتماعية يمثل البداية الحقيقية لظهور مفهوم الدعم الاجتماعي لأن إدراك الفرد وتقييمه لدرجة الدعم الاجتماعي تعتمد على إدراكه لشبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به، والتي تمثل الأطر العامة التي تضم مصادر الدعم والثقة لأي شخص.

ويعتبر (زعطوط رمضان، 2014 ص 58) ظاهرة التعلق الاجتماعي ذات دلالة على أهمية الدور الذي تلعبه العلاقات الاجتماعية في الحياة الإنسانية ومنذ نماذج سجون بنسلفانيا ومرورا ببحوث "هارلو" (Harlow 1958)، اعتبر الحرمان الاجتماعي من أسوأ الكوارث النفسية والاجتماعية التي يمكن أن يتعرض لها الفرد، فالأفراد الذين يتمتعون بعلاقات اجتماعية حميمة يعيشون عمر أطول من غيرهم، كما أن معاناتهم من الكرب أقل مقارنة لمن يعيشون في عزلة اجتماعية دون علاقات اجتماعية حميمة وهذا نتيجة لفقر الشبكة الاجتماعية.

وقد اختلف العلماء حول تعارفهم الدعم الاجتماعي وفقا لتوجهاتهم النظرية فقد تناول علماء الاجتماع هذا المفهوم في إطار تناولهم للعلاقات الاجتماعية، حيث صاغوا مصطلح شبكة العلاقات الاجتماعية، الذي يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح الدعم الاجتماعي (social support) والذي يطلق عليه البعض مسمى الموارد أو الإمكانيات الاجتماعية (social resources)، بينما يحدده البعض على أنه إمدادات اجتماعية (social provisions) (حسين علي فايد، 2001، ص 337-338).

2- الدعم الاجتماعي:

• الدعم لغة:

بمعنى القوة والمال الكثير والسمن، ودعمه: دعما أسنده بشيء يمنعه من السقوط ويقال دعم فلانا: أعانه وقواه، ودعمه: قواه وثبته (أنيس وآخرون 1972، ص 309) وهي مشتقة من الفعل (دعم الشيء يدعمه دعما: مال فأقامه والدعامة: ما دعمه به، والدعام والدعامة: كالدعامة والدعم: أن يميل الشيء فتدعمه بالدعم كما تدعم عروش الكرم نحوه. (ابن منظور، 1993، ص 407)

الدعم الاجتماعي: تعريف الدعم في اللغة: من سند ما ارتفع من الأرض في قبل الجبل أو الوادي والجمع إسناد، وكل شيء أسندت إليه شيئا فهو سند، وما يسند إليه يسمى مسندا وجمعه المساندة إذا عاضدته وكاتفته، وسند في الجبل يسند سنودا وأسند: رقى ويقال للدعي المسند والسنيذ ويقال للدعي سنيذ (المصري، 1955، ص 257).

• الدعم الاجتماعي اصطلاحا:

يعتبر الدعم من المتغيرات التي يختلف الباحثون حول تعريفه، وفقا لتوجيهاتهم النظرية، فمن منظور سوسولوجي ينظر إلى الدعم الاجتماعي في ضوء عدد وقوة اتصالات بالآخرين في بيئته الاجتماعية بمعنى التكامل الاجتماعي قد يرفع من مستوى الصحة. (Buunk & Hoorens, 1992, 446)

وإذا كان مصطلح شبكة العلاقات الاجتماعية يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح الدعم الاجتماعي، إلا أن هناك من يرى أن الدعم الاجتماعي مفهوم أضيف بكثير من مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية، حيث يعتمد الدعم الاجتماعي في تقديرها على إدراك الأفراد لشبكاتهم الاجتماعية باعتبارها الأطر التي تشمل على الأفراد الذين يتفقون فيهم، ويستندون على علاقاتهم بهم (الشناوي عبد الرحمن، 1994، ص 3).

وبصفة عامة يمكن القول انه مهما كان الأساس النظري الذي ينطلق منه اصطلاح الدعم الاجتماعي، فيبدو إن هذا المفهوم يشتمل على مكونين رئيسيين:

المفهوم الأول: أن يدرك الفرد أنه يوجد عددا كافيا من الأشخاص في حياته ويمكنه أن يرجع إليهم عند الحاجة.

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

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

(Cutrona & Russel, 1990, p 30).

وهناك بعض التعريفات التي وردت لبعض الباحثين حول مصطلح الدعم الاجتماعي نوردتها في ما يلي:

يعرفه "ساراسون وآخرون (Sarason, et al 1986) بأنه إحساس الفرد بوجود بعض المقربين منه والذين يثق بهم في الوقوف بجانبه عند الحاجة.

يعرف "جولي كرونستر" وآخرون (Chronister, et al 2008, P16) الدعم الاجتماعي بأنه عملية شاملة وعالمية، ويمثل قوى ايجابية تعمل بطريقة كلية لتقديم المساعدة لكل شخص محتاج، وأن مفهوم الدعم الاجتماعي يعد مفهوما شاملا ومعقد التركيب، ويختلف وفقا لمن يقدم هذا الدعم بين (العائلة، الصديق، والشخص المهني) وبين ما هو مقدم (أشياء ملموسة ذات تقنية، أو أدواته أو عاطفية أو معلوماتية) وكذلك الموقف الذي يتم من خلاله تقديم هذه الخدمة (فردية، جماعية، تليفون وانترنت) وكذلك الملامح والسمات النفسية للأشخاص المقدمين والمتلقين للدعم.

ويذكر "ويس" (Weis) إلى أن الدعم الاجتماعي يتكون من علاقات اجتماعية مميزة في الود والصداقة الحميمية والتكامل الاجتماعي واحترام الفرد، وتقديم المساعدة المادية والعاطفية له، بحيث تكون صلة الفرد بالآخرين مبنية على الثقة والدعم المتبادل.

(Anisa et al, 1994,182-188).

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

دعم عاطفي يقود إلى الاعتراف الصريح بأنه أو بأنها تهتم به أو تحبه.

الدعم المختلط بالاحترام المتبادل الذي يقوم بشعور الفرد أن له احتراماً وتقديراً وقيمة مع الآخرين.

دعم متداخل بين الشخص والآخر ويقود إلى الاعتراف الصريح بأن الفرد يحس بموقفه في شبكة الاتصال المشترك بالآخر أو بقرار الاعتراض من كليهما.

(Nancy, 1994, 3331-3341).

ويذكر كلا من "لوفي وجانيلين" (Leavy & Ganellen) أن الدعم الاجتماعي هو رضا الفرد عن الدعم المادي والمعنوي الذي يقدم من الأسرة والأصدقاء الذين يقفون بجانبه عند الحاجة إليهم. (Lewis, 1993, 110-119)

أما "ليبور" (Lepore, 1994) فيرى أن الدعم الاجتماعي هو الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد ، التي يمكن استخدامها للمساعدة وخاصة الاجتماعية في أوقات الضيق، وبتزود الفرد بالدعم الاجتماعي من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال جماعي منظم بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم شبكة العلاقات الاجتماعية في الغالب الأسرة

والأصدقاء وزملاء العمل، وليست كل شبكات العلاقات مساندة، بل المساندة تميل إلى دعم وصحة ورفاهية من يتلقى المساندة.

يعرف "هوب فيل" (Hop Foll, 1993,p685-705) الدعم الاجتماعي بأنه التفاعلات أو العلاقات الاجتماعية التي توفر لأعضائها مساعدة فعلية أو تدمجهم في النظام الاجتماعي الذي يعتقدون أنه يوفر لهم الحب والرعاية والإحساس بالارتباط مع مجموعة اجتماعية ذات قيمة وموضوع تقدير بالنسبة لهم.

والدعم الاجتماعي في تعريف "جونسون وساراسون" هو اعتقاد الفرد أن الآخرين يحبونه ويقدرونه ويرعونهم ويعدونهم ذات قيمة.

وتعرف الباحثة الدعم الاجتماعي تعريفا إجرائيا بأنه: ثقة الفرد المريض أو المصاب بالإعاقة الحركية أو معاق حركيا بوجود شبكة العلاقات الاجتماعية (الأسرة، الأقارب، الأصدقاء، المؤسسات الخيرية) محيطة به وتقدم له كل الدعم المعنوي والمادي وللرعاية والتخفيف من الآلام والهموم حينما يشعر بحاجة إلى الدعم وأيضا العمل على تكيف المعاق بإعاقته ومواجهة الصعوبات وذلك كما تعبر عنه الدرجات المتحصلة في المقياس المستخدم بالدراسة الحالية.

يعرف الدعم الاجتماعي على تلك المشاعر الايجابية المختلفة أهمها: إحساس الفرد بالقيمة، إحساس بتقدير الذات، الإحساس بالاحترام والعناية من خلال الدعم العاطفي أو المادي أو المعنوي الذي يستمده الآخرين في بيئتهم الاجتماعية والثقافية كما يتمثل الدعم الاجتماعي في المساعدة التي يتلقاها الفرد من الجماعة التي ينتمي إليها كالأسرة أو الأصدقاء أو الزملاء، فقد اختلفت التعاريف المتعلقة بهذا الموضوع فمنهم من عرفه على أنه النظام الذي يتضمن مجموعة من الروابط والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين، بحيث توجد أنواع مختلفة من الدعم الاجتماعي منها: الدعم المادي التي يتمثل

في إمداد الفرد بالمساعدة المادية أي العون المادي، **الدعم الانفعالي** والتي يشير إلى السند العاطفي والمعنوي الذي يستمده الفرد من أصدقائه أو أسرته والذي يمكنه من مواجهة التحديات الحياة الصعبة، **الدعم والتوجيه** يتمثل في المعلومات والنصائح التي يتلقاها الفرد من الآخرين في وقت الحاجة إليهم، وأخيرا لدينا **الدعم الودي** والذي يتمثل فيما يستقبله الفرد من المشاعر العاطفة والود والتقدير والتفهم لمشكلاته من الشبكة الاجتماعية (عثمان يخلف، 2001).

3- أنواع الدعم الاجتماعي:

هناك الكثير من العلماء أمثال "ستريتر" و "فرانكلين" & Franklin

(Streeter, pp 1191-1195) يقسمون أنواع الدعم الاجتماعي إلى نوعين هما:

- الدعم الرسمي (المؤسساتي).

- الدعم غير الرسمي (غير المؤسساتي) (Line Beauregard et Serge,

Dumont, 1996, p 61)

مظاهر الدعم الاجتماعي تختلف باختلاف السلوك الذي يتم التعبير به، حيث

يأخذ أشكالاً جد متعددة، وتعتبر هذه الأشكال مظاهر موضوعية (حقيقية) للدعم

الاجتماعي، فحسب "هاوس" (Housse, 1981) يمكن أن يأخذ عدة أنواع وهي:

- الدعم الانفعالي (le soutien émotionnel) :

يشمل كافة أنواع الرعاية الانفعالية التي يتلقاها الشخص (أو يتوقع أن

يتلقاها) من الآخرين والذي يشتمل على: الرعاية، الثقة والقبول والتعاطف والمعاضدة.

- الدعم الأداي (le soutien Tangible):

الذي يشمل السند الذي يتلقاه الشخص (أو يتوقع أن يتلقاه) من الآخرين من خلال إلحاقه بعمل يتناسب وإمكانياته وكذلك مسانده بالمال.

- الدعم بالمعلومات (le soutien informationnel):

يشمل الدعم الذي يلقاه (أو يتوقع أن يتلقاه) من الآخرين من خلال النصائح والمعلومات الجديدة المفيدة، وتعليم مهارة حل مشكلة وإعطاء (معلومات) يمكن أن تساعد في عبور موقف أو أزمة ضاغطة.

- دعم الأصدقاء (le soutien de companement):

هو ذلك الدعم الذي يتلقاه (أو يتوقع أن يتلقاه) من خلال ما يقدمه الأصدقاء بعضهم لبعض حيث يمر أحدهم بموقف ضاغط أو شدة أما "كوهين" و"ويلز" (Cohen et Wills, 1985)، "كابلان و آخرون" (Kaplin et al 1993) و "ويلز" (Wills et Figan, 2001) فهم يؤكدون على ضرورة التمييز بين الدعم الوظيفي والدعم البنائي.

- الدعم البنائي (social Structurel soutien):

يرجع الدعم البنائي إلى عدد الأشخاص الذين يشكلون المنابع الاجتماعية وتكرار التفاعلات مع هؤلاء الأشخاص، حيث يتم تقييم ما إذا كان متزوج، هل له اتصالات دائمة مع أصدقائه، هل هو منخرط في تنظيمات مختلفة... الخ.

- الدعم الوظيفي (le soutien social fonctionnel):

الدعم الوظيفي يرجع إلى نوعية منابع المتوفرة وخصوصا ادراكات الفرد فيما يتعلق بإتمام الوظائف من قبل أقربائه، ويقترحون في هذا النوع من الدعم عدة أشكال منها:

- الدعم الانفعالي (le soutien emotionnel):

والذي يرجع التبادل المتعلق بالانفعالات المعاشة من طرف الأفراد والتفهم والمتعاطف والتشجيع.

- دعم التقدير أو الترويج: (le soutien d'estime):

الذي يرجع إلى التبادلات التي تخص الانفعالات المعاشة من طرف المريض كالخوف والقلق الذي يشجع الإحساس بالقبول والاعتراف بالقيمة الحقيقية.

- الدعم المعلوماتي (le soutien informationnel):

الذي يتمثل عادة في شكل نصائح أو تغذية راجعه، يمكن أن تساعد المريض على الفهم والتعرف وتسيير المواقف الصعبة. (Edith St-jean Trudel, 2009, p6-7)

وحسب "كوب Cobb" فإن الدعم المعلوماتي في إطار الأمراض المزمنة يكون مفيدا عندما يقدم من طرف المختصين في الرعاية الصحية ولكنه لا يتمتع بنفس المزايا عندما يحتوي على معلومات خاطئة من العائلة والأصدقاء الذين يفتقرون للمعلومات. (Serge Briançon et Michèle Kessler, 2007, p 110).

- الدعم الأدائي (le soutien Instrumental ou tangible):

ويتمثل عادة في تقديم مساعدة مادية و خدمات ملموسة وبضيف الباحثين أيضا نوع آخر من الدعم الاجتماعي وهو:

- دعم المصاحبة (أو الموافقة) (Le soutien Camaradie):

ويشمل الوقت المقتضي مع المريض في نشاطات الترفيه والاسترخاء الذي يهدف إلى تحقيق انشغالات المريض ويقدم الشعور بالاندماج والصحة. (Edith St-Jean Trudel, 2009, p6-7)

ويعرفها "كوهين" و"ليز" (Cohen et Wills, 1985) بأنها تشتمل على قضاء بعض الوقت مع الآخرين في أنشطة الفراغ والترريح وهي تخفف الضغوط من حيث أنها تشبع الحاجة إلى الانتماء والاتصال مع الآخرين وكذلك بالمساعدة على إبعاد الفرد عن الانشغال بالمشكلات أو عن طريق تيسير الجوانب الوجدانية الموجبة. (محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن ، 1994، ص 41)

وقد حدد كل من "كوهين" و"سيم" (Cohen et Syme, 1985) أربعة أشكال للدعم الاجتماعي وهي:

1- الدعم الانفعالي (le soutien émotionnel):

هو التعبير عن المودة لشخص معين ويتضمن تقديم المساعدة في المواقف الصعبة عن طريق توفير الراحة والعزاء له.

2- الدعم التقديري (le soutien d'estime):

هو إعطاء أو استعادة الثقة في القيمة الحقيقية والمهارات الخاصة لشخص معين.

3- الدعم المعلوماتي (le soutien Informatif):

هو أن يوفر مجموعة من الاقتراحات والنصائح لمساعدته على التعامل مع الوضعية.

4- الدعم المادي (le soutien Matériel):

ويعبر عنه من خلال المساعدة الملموسة والعملية (Gustave-Nicilas Fischer et Cyril Tarquinio, 2014, p 151-152)

5- المساعدة العاطفية (le soutien émotif):

التي تتضمن كل الأحاسيس والمشاعر والوجدانان والحب والعاطفة والثقة (Chantal Alarie, 1998, p 3).

ويعرفها "آن هارتمان" (Anne Hartman, 2007) على أنها: "تمط معين من الاتصال الذي يهدف لمساعدة الإنسان أو الفرد على المواجهة الفعالة للضغوط الانفعالية". (Anne Hartmann, 2007, p31)

ويعرف "كوب Cobb" المساعدة العاطفية أو الانفعالية في الشعور بالأمن والحماية خلال الأوقات الصعبة بما يسمح بتبادل عاطفي، فهو يثير لدى الأفراد الذي يتلقونه مشاعر الأمان والراحة التي تكون مفيدة خلال الأحداث الصعبة (Serge Briançon et Michèle Kessler, 2007, p.110)

- المساعدة الأداةية (le soutien Instrumental):

تتمثل في المساعدة الملموسة مادية ومالية.

- المساعدة المعيارية (le soutien Normatif):

تتضمن تقدير الجهد المبذول وتشجيع الهوية الاجتماعية للفرد، وقيمته، والإحساس بالانتماء إلى الجماعة.

- المساعدة المعلوماتية (le soutien informatif):

تتضمن التحليل المعرفي للوضعية والنصح.

- المساعدة المجتمعية (le soutien socialisant):

وتشمل المشاركة في النشاطات والالتقاء بأشخاص آخرين، كذلك المرافقة الاجتماعية (Chantal Alarie, 1998, p 3)

وهناك اتفاق بين العلماء والباحثين أن أنواع الدعم الاجتماعي مهما اختلفت وكثرت تسمياتها فإنها لا تخرج عن هذين الصنفين:

- دعم ملموس (tangible): كالدعم المادي والأدائي.
- دعم غير ملموس (Non tangible): كالدعم الوجداني والتقديرية، ويعتبر معنوي (Line Beaugard et Serge Dumont, 1996, p62)، وإيجازا فوفقا لكل من "اليسفك" و"كوسات" (Levesque et Cossette, 1991) هناك نوعين من الدعم هما: الدعم العاطفي والدعم الأدائي، أما النوع الأول فيتميز بدلالات تهدف لتعديل الضوابط البيئشخصية للمزاج، والاتجاهات أو المسار المعرفي، في حين أن النوع الثاني المتمثل في الدعم الأدائي فهو حث الفرد على التعامل.

(Chantal Alarie, 1998, p3).

ومن بين مختلف أنواع الدعم فينظر للدعم العاطفي على أنه أهم وأكثر فعالية بالنسبة للفرد، كما يعد الدعم العاطفي بالنسبة للمريض مهم أكثر عندما يتحصل عليه من طرف شخص قريب وعزيز، في حين يكون الدعم الاجتماعي، المعلوماتي أقوى عندما يتحصل عليه من طرف الطبيب والفريق الطبي. (Gustave-Nivolas Fischer et Cyril Tarquinio, 2014, p151-152)

ولقد أبرزت أهمية هذه الأنواع الدراسة التي قام بها "دنيكل شاتر" (Schetter Dunkel 1984) ولقد أجراها على عينة من الأفراد المصابين بالسرطان، وخلال هذه الدراسة طلب من المرضى تقييم فعالية الدعم تبعا لمختلف الشهادات التي يتحصل عليها من الآخرين منذ إصابتهم بالمرض.

ولقد صنفت إجاباتهم وفقا للأنواع الأربعة المذكورة أعلاه، ولقد أظهرت هذه الإجابات بأن الدعم الانفعالي كما ادركوه على أنه فعال من طرف 81% من الأفراد، في حين أن الدعم المعلوماتي (المعلومات حول السرطان) تم إدراكه على أنه فعال من طرف 41% من الأفراد.

ولقد لاحظ أيضا بطلبه لمعلومات أكثر تحديدا حول مصدر الدعم المتحصل عليه بأن الدعم الانفعالي تم إدراكه على أنه مفيد مهما كان مصدره (العائلة، الأصدقاء، أو من الفريق الطبي)، ولكن الدعم المعلوماتي لم يدركه المرضى على أنه مساعدة فعالة إلا عندما يتحصلون عليه من الفريق الطبي في حين أنه لا إدراك لفعاليتته إذا كان مصدره من العائلة، وبالتالي فإن الجانب المفيد للدعم الاجتماعي يرتبط ليس فقط لطبيعته (انفعالي، مادي، معلوماتي) ولكن أيضا لمصدره الاجتماعي: المحيط الفوري واليومي للفرد (فرد من العائلة، أصدقاء، زملاء، العمل) أفراد أو مجموعات خاصة للمساعدة الاجتماعية والنفسية الحضور الاجتماعي، العلاجي)، أو في الحضور الطبي (الفريق الطبي) (Schweitzer et Robert Dantzer, 1994, p128)

4- أشكال الدعم الاجتماعي:

من خلال المراجعة الشاملة لنتائج الدراسات والبحوث السابقة يرى كلا من (كوهين وويلز) (Cohen & Wills, 1985, p. 336-375) إن الدراسات التي أجريت على بعد الأثر الوافي، أو المخفف للدعم الاجتماعي على أحداث الحياة الضاغطة التي يمر بها الإنسان في حياته اليومية، ومن خلال عرض الآراء ووجهات النظر في هذا الإطار فقد توصل الباحثان إلى أربع أشكال للدعم الاجتماعي هي:

- دعم التقدير (Esteem support):

ويتمثل في تقديم أشكال مختلفة من المعلومات لمساعدة الفرد على تعميق إحساسه بأنه مقبول Accepted من الآخرين ولديه مقومات التقدير الذاتي من المحيطين به، وهذا يعطي الإحساس بالقيمة الشخصية واحترام الذات، وهذا النوع من الدعم يطلق عليه العديد من المسميات الأخرى مثل المساندة النفسية والمساندة التعبيرية expressive ومساندة احترام الذات self esteem support، ومساندة التنفيس Ventilaton والمساندة الوثيقة .close support

- الصحبة الاجتماعية (social companionship):

ويرى (أكسفورد، 1994 Oxford) أن مصطلح الصحبة الاجتماعية داخل تحت مفهوم الدعم الاجتماعي ويعود الفضل إلى الباحثان (كوهين وويلز، 1985، ص336،375) ويعني قضاء وقت الفراغ مع الآخرين المحيطين بالفرد في ممارسة بعض الأنشطة الترفيهية والترفيهية والمشاركة الاجتماعية في المناسبات المختلفة لإشباع الحاجة إلى الانتماء، والتواصل مع الآخرين وتساعد الفرد على التخلص من القلق الذي يعاني منه والتخفيف عنه في مواجهة الصعاب وأحداث الحياة الضاغطة، ولقد أشار

بعض الباحثين لمصطلح الصحة الاجتماعية بأنه يمثل الوظيفية الوقائية للدعم الاجتماعي (Oxford 1994).

- الدعم بالمعلومات (information support):

وهذا النوع من الدعم يظهر في إمداد متلقي الدعم بالمعلومات التي تفيده في حل مشكلة صعبة يواجهها في حياته اليومية، ومن خلال إبداء النصح له أو توجيهه أو إرشاده، ويطلق على هذا النوع من المساعدة بعض المفاهيم الأخرى مثل: مساندة التوجيه المعرفي، مساندة التوجيه المعرفي Cognitive guidance support والمساندة بالنصح والإرشاد (Cohen & Wills, 1985).

- المساعدة الإجرائية (Instrumental support):

ويشمل هذا النوع تقديم المساعدات المادية وقت حاجة المتلقي لها في حل مشكلاته اليومية، أو تقديم الخدمات العينية لتخفيف إعياء الحياة عليه ويطلق على هذا النوع بضع مسميات مثل مساعدة العون Aid، أو مساعدات مادية Materiel، أو المساعدة الملموسة (Cohen & Wills, 1985) tangible support.

من خلال ما تم طرحه حول أشكال الدعم الاجتماعي نرى أنه مساعد ومخفف للفرد أثناء تعرضه لأحداث الحياة الضاغطة والعمل على مواجهتها والعمل على بناء شبكة من العلاقات الاجتماعية، والتي تلعب دورا في إشباع حاجات الفرد والتخلص على همومه وقلقه والعمل على إزالة التوتر والقلق والانفعال والاكنتاب حتى يصبح في حالة جيدة وراضى عن حياته اليومية ويتضح أيضا أن الدعم الاجتماعي بأشكاله المختلفة والمتعددة له أثرا مخففا وأثرا واقيا لضغوط الحياة التي يعيشها الأفراد المعاقين، وكذلك التخفيف من حدة المشكلات التي يعيشونها في حياتهم اليومية والعقبات التي يواجهونها أثناء ممارستهم لأنشطتهم اليومية والدعم بالمعلومات والمساعدات الملموسة والتوجيهات

والإرشادات تساعدهم على الاعتماد على النفس وفي حل مشكلاتهم وكذلك منحهم الثقة بالنفس والمكانة الاجتماعية في المجتمع.

5- أبعاد الدعم الاجتماعي:

ترى "كاترونا" (Catrona) أن الدعم الاجتماعي هو مركب متغير، ومتعدد الأبعاد، وهناك نتائج لدراسات وبحوث سابقة تشير إلى أن هناك اختلاف في تحديد أبعاد ومكونات هذا الدعم، وقد يرجع الاختلاف في تحديد أبعاده، ومكوناته لاختلاف الأساليب المنهجية، وبالتالي تختلف التعريفات الإجرائية لمفهوم الدعم إلا أن هناك شبه اتفاق في الدعم العاطفي أو المساندة العاطفية وتقاربا في وجهات نظر الكثير من علماء النفس الذين اعتبروا هذا البعد أحد الأبعاد الهامة والأساسية للدعم الاجتماعي.

ويرى بعضهم أن الدعم الاجتماعي يتكون من بعدين رئيسيين هما: الدعم العاطفي emotional support، والدعم الملموس tangible support.

ويرى ساراسون وآخرون (Sarason et al, 1987,p467-473) أن الدعم الاجتماعي يتكون من بعدين أساسيين هما: الدعم المدرك والرضا عن الدعم (علي عبد السلام، 2005، ص 36،35).

ويعد مفهوم الدعم الاجتماعي محتويا على بعدين:

- **سوسيولوجي:** والذي يسميه علماء الاجتماع بالاندماج الاجتماعي L'intégration social وهو بدوره عبارة عن شبكة اجتماعية تحيط بالفرد.
- **سيكولوجي:** يتمثل في إحاطة الفرد بالحماية والعناية من طرف أفراد الشبكة التي ينتمي إليها.

ويتفق البعد الثاني وهو البعد السيكولوجي للدعم الاجتماعي مع تعريف كل من (Gentry et Kobasa, 1984) اللذان يعرفان الدعم الاجتماعي بأنه: "مصدر سيكولوجي يقيم به الفرد إحساساته حول نوعية العلاقات الاجتماعية". (Marilou Bruchon-Schweitzer et Robert Dante, 1994, p 127)

ويحدد الجدول التالي ثلاثة أبعاد للدعم الاجتماعي بحيث يوافق كل بعد مجموعة من المصطلحات عند كل باحث:

جدول رقم (01): يوضح أبعاد الدعم الاجتماعي.

المصطلحات المرادفة	الباحثين	أبعاد الدعم الاجتماعي
- الاندماج الاجتماعي (L'intégration Sociale) - مصادر شبكة المساندة أو الدعم (Les ressources du réseau de Soutien) - شبكة المساندة (Le réseau de Soutien)	- باريرا (Barrera, 1986) - سترتر وفرانكلين (Streeter et Franklin, 1992) - فوكس (Vaux, 1988, 1992) - فوكس وآخرون (Vaux et al, 1986) - بيرس، ساراسون، وسارسون (Pierce, Sarason, et Sarason, 1996)	شبكة الدعم (Le réseau de Soutien)

<p>- الدعم المتحصل عليها أو المتلقاة (Le Soutien reçu)</p> <p>- السلوكيات المساندة (Les Comportements de Soutien)</p> <p>- العلاقات ذات طابع المساند (Les relation de Soutien)</p>	<p>- باريرا (Barrera, 1986)</p> <p>- ستريتر وفرنكلين (Streeter et Franklin, 1992)</p> <p>- فوكس (Vaux, 1988, 1992)</p> <p>- فوكس وآخرون (Vaux et al,) (1996)</p> <p>- بيرس، ساراسون، وسارسون (Pierce,Sarason, et Sarason, 1996)</p>	<p>سلوكيات الدعم (Les Comportements de Soutien)</p>
<p>- الإدراك بوجود الدعم (La perception du Soutien)</p> <p>- تقدير الذاتي للدعم (L'appréciation de Soutien)</p> <p>- الإدراك بوجود الدعم (La Perception du soutien)</p>	<p>- باريرا (Barrera, 1986)</p> <p>- ستريتر وفرانكلين (Streeter et Franklin, 1992)</p> <p>- فوكس (Vaux, 1988, 1992)</p> <p>- فوكس وآخرون (Vaux et al, 1986)</p> <p>- بيرس، ساراسون، وسارسون (Pierce,Sarason, et Sarason, 1996)</p>	<p>- التقييم أو التقدير الذاتي للدعم (L'appréciation Subjective de Soutien)</p>

(Line Beauregard et Serge Dumont, 1996, P. 57).

وسوف نقوم بتعريف الأبعاد المذكورة في الجدول التالي:

- شبكة الدعم le réseau de soutien :

يعرف "فوكس" (Vaux, 1992) شبكة الدعم على أنه: مجموع العلاقات المحيطة بالفرد التي بينها داخل الشبكة الاجتماعية والتي يلجأ إليها لطلب المساعدة". (Line Beauregard et Serge Dumont, 1996 p 58) ومعنى هذا أنه ليست الشبكة الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد هي المعبر عنها بشبكة الدعم، بل تلك العلاقات المبنية والموجودة داخل هذه الشبكة، ويمكن أن تكون هذه العلاقات ذات حجم كبير أو متوسط أو صغير وهذا راجع إلى عوامل عديدة كاجتماعية الفرد وشخصيته، وبنية الشبكة الاجتماعية وحجمها، وخصائصها التجانسية والعلائقية، ومدة العلاقات الاجتماعية داخل الشبكة (Anne Hartman, 2007, p. 28-29).

وشبكة الدعم هي ما اصطلح عليه كل من "باريرا" و "ستريتر" و"فرانكلين" (Barrera, Streeter et Franklin) بالاندماج الاجتماعي والتي تكون مصحوبة بالإحساس بالانتماء إلى الجماعة (Line Beauregard et Serge Dumont, 1996, p58)

- سلوكيات الدعم les comportements du soutien :

تعرفه "باريرا" على أنه: "مجموع السلوكيات الفعالة المقدمة للأشخاص، والتي يقيمونها على أنها سلوكيات مساعدة، وهذا ما سماه كل من "باريرا" و "ستريتر" و "فرانكلين" بالدعم المتلقي أو المتحصل عليه (le soutien reçu)

فحين ذهب "بيرس" و "ساراسون" (pierce et Sarason) إلى تسميتها بالعلاقات المبنية على (les relations de soutien) ويمكن لهذه السلوكيات أن تكون على شكل مساعدة مادية وجدانية ومساعدة معلوماتية... الخ

- التقدير الذاتي للدعم (l'appréciation subjective de soutien):

ويتمثل التقدير الذاتي للدعم في أنها: "تقييم الفرد المعرفي للدعم الذي يتلقاه من الآخر" (Line Beauregard et Serge Dumont, 1996, p59).

ويتضح من خلال ما سبق ذكره أن الدعم الاجتماعي مفهوم متعدد الأبعاد ويتخذ عدة أشكال، ولا يمكن وصفه بأنه دعم إذا لم يتم إدراكه أو يكون مدرك ومقيم ايجابي من طرف الفرد للذين يمكن أن يرجع إليهم أثناء الحاجة أو في أمس الحاجة إلى دعمهم، ويمكن القول أن الدعم الاجتماعي للفرد في بعده الداخلي مكون من قسمين:

- **القسم الأول:** مرتبط بعملية إدراك الفرد المعاق لهذه المساعدة، وما يميز هذا البعد من الدعم (سلوكيات الدعم) على البعدين المذكورين هو أن الدعم مرتبط بتجربة الشخص المعاش وليس بمجموع العلاقات الاجتماعية المحيطة به، فقط يكون هذا الشخص محاطا بمجموعة كبيرة من العلاقات الاجتماعية ويقدمون له كل أنواع الدعم ولكنه في حد ذاته قد لا يحس اولا يدرك هذا الدعم المقدم.

6- مصادر الدعم الاجتماعي:

يرى "ليفى" (Leavy, 1983) أن مصادر الدعم الاجتماعي تختلف باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد إذ أنه في مرحلة الطفولة يكون الدعم الاجتماعي متمثل في الأسرة (الأم، الأب، الأشقاء) وفي مرحلة المراهقة تتمثل في جماعة الرفاق والأسرة، أما مرحلة الرشد فتتمثل في الزوج والزوجة وعلاقات العمل والأبناء (عبير الصبان، 2003، ص 41).

وقد وجد الباحثون العديد من المصادر المتعددة والمتنوعة للدعم الاجتماعي والتي تشكل دورا هاما في حياة الفرد والمتمثل في ثلاثة مصادر للدعم الاجتماعي وهي كالتالي:

6-1- الأسرة والأقارب:

- الأسرة تحتل المكانة الأولى بالنسبة للمعاق والتي يكون لها دورا فعالا ورئيسيا كمصدر من مصادر الدعم في التغيير والتخفيف من آلام وهموم أبنائهم، وصولا بهم إلى الرضا عن الحياة، وشعورهم بالحب والتقدير وتعزيز الثقة بالنفس، وعدم الخوف من المستقبل.

ويعرف (إيليوث Elliot)، (ميريل Merril) الأسرة بأنها وحدة بيولوجية اجتماعية مكونة من زوج وزوجة وأبنائها ويمكن اعتبار الأسرة نظاما اجتماعية تقوم بسد حاجات إنسانية معينة، كما أن للأسرة عدة وظائف تقوم بها اتجاه نفسها وتجاه أبنائها وهذه الوظائف منفصلة إلا أنها تتشابه مع بعضها البعض وتعمل كل وظيفة على مساندة الوظائف الأخرى في كل مرحلة من مراحل حياة الأسرة، وهذه الوظائف تكون مختلفة بيولوجية اقتصادية واجتماعية ووظائف دينية وأخلاقية (رمضان، 2002، ص 25-73).

ومن ثم يمكن القول إن للأسرة دورا مهما وكبيرا تجاه أبنائها المعاقين والمتمثل في تكوين علاقات اجتماعية ومساعدة أبنائهم على إقامة هذه العلاقات، وكذلك الانفتاح على العالم الخارجي وأيضا الدعم النفسي المتمثل في توفير الأجواء الايجابية التي تبعث الطمأنينة والراحة والأمان وعدم الخوف والقلق والاكئاب والنظرة المتفائلة نحو مستقبل أفضل، على الرغم من وجود إعاقة ولكن الإعاقة ليست نهاية العالم ، وليكون قادرا على التكيف مع إعاقته وهذا يتم عن طريق تقديم معلومات وإرشاد ومساعدة جيدة لهم لحل المشكلات التي تعترضهم في حياتهم وأيضا الدعم العاطفي المتمثل في الحب والتقدير والاحترام ولا يقل عن ذلك أيضا دور الأقارب للفرد المعاق والذين يقدمون الدعم مع

الأسرة والمتمثلين بالعم والخال وأبناء العمومة وغيرهم فالأقارب دور كبير تجاه الفرد المعاق لو أنهم يتعاطفون مع أقاربهم المعاقون وبالتالي لا يدخرون جهدا في تقديم الدعم الاجتماعي لهم.

6-2- الأصدقاء:

يعتبر الأصدقاء مصدر من مصادر الدعم لأنه يلعب دورا كبيرا في حياة المعاقين، فهم بالنسبة له المرجعية التي يلجأ إليها غالبا في حال تعرضهم للمشكلات والصعوبات والعقبات ليتأثر ويؤثر فيما بينهم أي علاقة ترابطية لأن الإنسان مخلوق اجتماعي لا يستطيع أن يعيش في عزلة ووحدة سواء كان معاقا أو سليما، لا يستطيع أن يعيش بمفرده، فالمعاق بحاجة إلى تكوين علاقات صداقة مع أصدقائه في المجتمع وتكون هذه العلاقات مبنية على الحب والاحترام والتقدير والتعاون وتقبل كل من الآخر.

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

وبناء على ذلك فإن الدور المهم الذي يلعبه الأصدقاء تجاه أصدقائهم في تقديم يد العون عند الحاجة وللاصدقاء دورا ايجابيا يتمثل في التخفيف عن النفس، وإلقاء الهموم بعيدا عن كاهل الفرد المعاق وكذلك بث الأمل وزرع الثقة بالنفس والنظرة للحياة نظرة تفاؤلية وتقديم النصح والإرشاد كما يعملون على دعم مشاعر الانتماء للجماعة.

6-3- مؤسّسات المجتمع :

للأسرة والأصدقاء والأقارب دورا مهما وفعالا وإيجابيا في حياة الأفراد المعاقين وكذلك فإن المؤسسات المجتمع دورا لا يقل أهمية عنهما والتي يقع على عاتقها حمل كبير تجاه هذه الفئة من فئات المجتمع، مؤسسات المجتمع كونها تمتلك الكثير من الإمكانيات العديدة فهي إذا الأقدر على توفير وتقديم الكثير من الدعم بأشكاله المختلفة.

وقد يتمثل هذا الدعم في تكوين علاقات اجتماعية وبناء روابط قوية قائمة على الثقة المتبادلة ما بين المؤسسة والمعاق، ويمكن لهذه المؤسسات أن تعطي أدوار مختلفة للمعاق في المجتمع، كما يمكنها تقديم الدعم النفسي والاجتماعي من خلال أخصائيين يقومون بالعمل على تخفيف معاناة المعاق، أيضا إيجاد حل مناسب للمشكلات التي تعترضهم في حياتهم اليومية وكذلك تساهم هذه المؤسسات في عمليات التأهيل للمؤسسات التي لها دور فعال في تقديم أنواع الدعم منها الاقتصادي العاطفي وغيره.

وتتنوع المصادر المختلفة للدعم الاجتماعي في أبعادها وفي مدى فعاليتها طبقا للظروف المتاحة لها، وهناك اتفاق بين علماء النفس على وجود مصدرين أساسيين للدعم الاجتماعي يتمثلان في الآتي:

- المصدر الأول: الدعم الاجتماعي داخل العمل ويمثلها (رؤساء العمل وزملاء العمل، والمحيطين بالبيئة العمل).
- المصدر الثاني: الدعم الاجتماعي خارج العمل ويمثلها (أفراد الأسرة، الأقارب والجيران)، بالإضافة إلى شبكة العلاقة الاجتماعية التي يتفاعل معها الفرد في حياته اليومية. (Racco et al, 1980 ; 3077-3078).

ويرى كينيث هيلر وآخرون (Kenneth Heller et al, 1986,p 466) أن أسلوب التفاعل الاجتماعي الذي يقوم به الفرد داخل شبكة علاقاته الاجتماعية تأثير في مدى الشعور بالتقدير الذي يجده من خلال الدعم الاجتماعي الذي يقدمه المحيطين به، وهذا يبرز مدى أهمية الكيفية التي يدرك فيها الفرد المقومات الأساسية التي تدفعه إلى هذا التفاعل الاجتماعي الايجابي، وطبيعة دور الدعم الاجتماعي في تكوينه وتقديره.

ويلخص (نورباك، 1984، Norbek) مصادر الدعم الاجتماعي بثمانية أساسية، وهي على النحو التالي: (الزوج والزوجة، الأقارب، الجيران، زملاء العمل، زملاء الدراسة والأفراد الذين يوفران الرعاية الصحية والنفسية، المرشد والمعالج النفسي، ورجال الدين).

ويشير كل من (Buunk & Hoorens, 1992, p449) إلى أن مصادر الدعم الاجتماعي تتمثل في ضوء كم وكيف علاقات الفرد بالآخرة في بيئته الاجتماعية، بمعنى درجة التعامل الاجتماعي للفرد، أو حجم وتركيب شبكة اجتماعية للفرد، والتي تعمل على رفع مستوى الصحة النفسية وذلك بتقديم أدوار ثابتة باحثة عن التحفيز، والارتقاء بالسلوك الصحي، والإبقاء على أداء ثابت خلال فترات التغيير السريع.

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

7- وظائف الدعم الاجتماعي وأهميته:

للدعم الاجتماعي أهمية كبيرة وإيجابية في حياة الفرد، حيث يؤثر على حجم الدعم الاجتماعي ودرجة الرضا عنه في كيفية إدراك الفرد لأحداث الحياة الضاغطة المختلفة وأساليب التعامل معها ومواجهتها وتتمثل وظيفة الدعم وأهميتها في التالي:

7-1 - حماية الذات:

يشير (أرجايل، 1993: 47-48) أن للدعم الاجتماعي تأثيراً فورياً على نظام الذات self system حيث يؤدي إلى زيادة تقدير الذات والثقة بها والشعور بالسيطرة على المواقف الصعبة التي تطرأ على حياته، كذلك يولد درجة من المشاعر الإيجابية والتي تجعل الفرد يدرك الأحداث الخارجية على أنها أقل حدة ويستطيع تجاوزتها والتحكم فيها.

ويشير كلا من (باريرا، وانلي، 1981، p69-96) Barrera & Ainly إلى أن الدعم الاجتماعي يقوم بعدة وظائف منها: التوجيه والإرشاد Guidance ويظهر في تقديم النصيحة والحماية من الوقوع في الأخطاء ومن وظائفه أيضاً المساعدة السلوكية Behavioral Assistance وتظهر في تقديم العون في المواقف المختلفة التي يتعرض لها المتلقي للدعم، وتنمية المشاعر الإيجابية السارة.

لقد أوجز كل من (Cotrona & Russel, 1990, P 36) أهمية الدعم الاجتماعي يخفف من أعراض الاكتئاب والقلق، ويؤثر على الصحة النفسية والجسمية ويزيد من الشعور بالرضا عن ذاته وعن حياته، ويزيد من الجوانب الإيجابية مما يساهم في تحسن صحتهم النفسية، ويسهم في التوافق الإيجابي والنمو الشخصي، ويساعد على حل المشكلات المرتبطة، وأخيراً تزيد من الارتباط بمصادر شبكة الدعم الاجتماعي الخاصة بهم، والتي تتمثل في الزوج والزوجة والأبناء والأقارب والجيران والأصدقاء.

ويرى (Tumer & Marino, 1994, p203) أن الدعم الاجتماعي يؤثر بطريقة مباشرة على سعادة الفرد وذلك عن طريق الدور الذي يلعبه حينما يكون مستوى ودرجة الضغوط مرتفعاً، أو بالنسبة للصحة النفسية حينما تكون مستقلة عن مستوى الضغوط أو كمتغير وسيط مخفف من الآثار السلبية الناتجة عن ارتفاع مستوى الضغط.

7-2- الوقاية من الأمراض والاضطرابات :

يرى ساراسون وآخرون 1983 بأن الدعم الاجتماعي يؤدي دورا وقائيا، حيث أشار الباحثون إلى أن الدعم الاجتماعي يمكن أن يلعب دورا هاما في الشفاء من الاضطرابات النفسية والعقلية كما تسهم في التوافق الإيجابي والنمو الشخصي للفرد بل تجعل الشخص أقل تأثر عند تلقيه أي ضغوط أو أزمات (Sarason et al 1983, 127-139).

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

وأظهرت الدراسات أيضا أن المشاركة في الأنشطة الاجتماعية يساعد على خفض الضغوط النفسية التي تعاني منها الشخص عندما يكون في حالة يأس أو حالة قلق، كما أن الدعم من جانب الأسرة والأصدقاء دورا كبير في توافق الفرد والإحساس بالأمان، حيث أن للأفراد الذين يتمتعون بقدر كبير من الدعم هم أقل عرضة للاضطرابات والضغوط والمشكلات النفسية (بترس، 2005).

ويشير كل من (محروس الشناوي، محمد عبد الرحمن، 1994 ص 4) إلى أن للدعم الاجتماعي دورين أساسيين في حياة الفرد وهما (إنمائي ووقائي) في الدور الإنمائي يكون الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية يتبادلونها مع غيرهم ويدركون أن هذه العلاقات يوثق بها، فهم من ناحية الصحة النفسية أفضل من غيرهم ممن يعتقدون هذه العلاقات أما الدور الوقائي فإن للدعم الاجتماعي أثر مخففا لنتائج الأحداث الضاغطة، فالأشخاص يمرون بأحداث مؤلمة مثل القلق والاكتئاب لتلك الأحداث تبعا لافتقادهم لبعض العلاقات الودودة وكذلك الدعم، حيث يزداد احتمال التعرض لاضطرابات نفسية

كلما نقص مقدار الدعم الاجتماعي كما ونوعا لهذا وجدوا العلماء أن الدعم الاجتماعي مهم وفعال في تخفيف من معاناة الشخص المصاب، وقد اتضح ذلك التأثير معرفا بنموذج الأثر الملطف للدعم الاجتماعي.

7-3- مواجهة ضغوط الحياة :

يوضح الكثير من الباحثين أن هناك علاقة وطيدة بين المعيشة في وسط جماعة داعمة ومقدار الضغوط الاجتماعية النفسية التي يتعرض إليها الفرد في حياته اليومية، فالجماعة الداعمة تخفف من حدة الضغوط النفسية والاجتماعية.

ويشير كلا من "شوماكر وبرونيل" إلى بعض وظائف الدعم الاجتماعي والتي تمتاز بأنه تترك أيضا أثر فعالا في حياة الفرد من ضمنها التخفيف أو الوقاية من الآثار السلبية لأحداث الحياة الضاغطة من خلال التنمية الواقعية لدى الفرد، ومواجهتها بأساليب ايجابية تمنع الآثار السلبية من التأثير على صحته النفسية أو الجسمية وتتقسم هذه الوظائف إلى:

أ-التقييم المعرفي: وينقسم إلى:

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

ب- النموذج النوعي للدعم:

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

ج- التكيف المعرفي:

فعندما يواجه الفرد أي حدث ضاغط فإنه يمر بثلاث مراحل على المستوى المعرفي هي:

- البحث عن هوية هذا الحدث الضاغط.

- محاولة مواجهة الحدث الضاغط والسيطرة عليها.

- تقوية تقدير الذات للمحافظة على التوازن النفسي الانفعالي لدى الفرد.

ويلعب الدعم الاجتماعي دورا هاما في كل مرحلة من هذه المراحل، حيث أنه يمر الفرد بمعلومات اللازمة حول هذه الضغوط وأساليب مواجهتها وطرق سيطرة الفرد عليها، وكذلك المحافظة على تقوية تقدير ذاته. (شوماكر وبرونيل 1984، ص 127-139).

د- الدعم الاجتماعي مقابل المواجهة:

فالدعم والمواجهة هي ظواهر مترابطة مع بعضها البعض، إلا أن المفاهيم الخاصة بهم ليست مترادفة، وأن الدعم يمكن أن يوجد مستقلا عن المواجهة، وهذا ما يظهر في حالات الدعم للحفاظ على الصحة الجسمية والنفسية والعقلية.

(Toits, 1986, p. 416-423) .

4- مصدر للتوافق والتكيف الانفعالي:

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

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

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

ويشير (عبد الحميد، 1996، ص. 121) إلى أن "شوماكر وبرونل" (Schumaker & Brownell, 1984) يذكران أن من بين الوظائف التي يحققها الدعم الاجتماعي للأفراد أنه يقوي شعور الفرد بقيمته وكفايته والموارد المرتبطة بهذه الوظيفة والتي تشمل تأكيد وتثبيت القيمة والاستحسان والمدح والتعبيرات الاحترام المتلقي.

5- إشباع الحاجة إلى الأمن النفسي:

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

ويشير كلا من (شوماكر وبرونيل Schoomaker & Brownell, 1984, p.p. 1-9) إلى أن الدعم الاجتماعي يقوم بعدة وظائف من بينها: وظائف مساندة الحفاظ على الصحة الجسمية والنفسية والعقلية، وتشير هذه الوظائف إلى الحفاظ على الوحدة الكلية للصحة الجسمية والنفسية والعقلية للوصول إلى تعزيز ودعم وإحساس المتلقي بالراحة النفسية والاطمئنان في حياته، والشعور بالسعادة، وتقسّم هذه الوظائف إلى:

❖ إشباع حاجة الانتماء (satisfaction affiliative needs):

فالدعم الاجتماعي ينمي أنماط التفاعل الاجتماعي الإيجابي من الأصدقاء ويزيل أي نوع من الخلافات ويحافظ على مقومات الصداقة والمودة والتفكك والانهييار، وينمي مشاعر المشاركة الفعالة مع الآخرين، وبالتالي يمكن أن يشبع حاجات الانتماء مع المحيطة بالفرد، ويخفف من الآثار النفسية السلبية التي تحيط بالفرد نتيجة العزلة أو الإحساس بالوحدة النفسية والقلق والاكتئاب.

❖ المحافظة على الهوية الذاتية وتقويتها:

(self identity maintenance and echancement) :

فالدعم يحافظ على إحساس الفرد بتأكيد ذاته، ويدفعه إلى الشعور بالهوية الذاتية في إطار دعم العلاقات الشخصية بالمحيطين به، ومن خلال تنمية مصادر التغذية الرجعية المرتبطة بمظاهر الذات للوصول إلى اتفاق الآراء وجهات النظر.

❖ تقوية مفهوم احترام الذات (self esteemchancmen):

فالدعم الاجتماعي يمكنه أن يعزز مفهوم احترام الذات لدى الفرد داخل الجماعة التي تنتمي إليها وينتمي إحساسه بالكفاءة والشخصية.

ونوجز القول أن الدعم الاجتماعي أهمية كبيرة ومؤثرة ويقوم بالعديد من الوظائف تتمثل في حماية الذات المعاق، ويمكن اعتباره بمثابة دورا وقائيا يقي الفرد المعاق ويحميه من التغيير السلبي لحياته وتدهور حالته كالانطواء والعزلة والاكنتاب يتم الدعم الاجتماعي من خلال المساهمة في التوافق الايجابي للفرد، وأن الدعم المقدم من المحيطين بالفرد المعاق نتيجة مجريات الحياة، فالمعاق يتعرض لكثير من الضغوط في حياته نظرا لظروف الحياة القاسية فهو بحاجة إلى الدعم عند تعرضه لهذه الضغوط.

وهنا يبرز أثر الدعم والذي يعمل على التخفيف أو الوقاية الآثار السلبية التي يمكن أن تتركها هذه الضغوط وتأثيرها على شخصية المعاق، كما تساعد على مواجهتها والتعامل معها ويعتبر أيضا بمثابة مصدر للتوافق والتكيف، وهذا يظهر من خلال الحب والاحترام المقدم للمعاقين، ومن خلال دعم يزداد شعورهم بالأمان والاطمئنان.

8- محددات الدعم الاجتماعي:

يمكن أن تكون محددات الدعم الاجتماعي شخصية أو اجتماعية أو كليهما، وعليه فالدعم الاجتماعي هي نتيجة التفاعل ما بين العوامل الشخصية والبيئة الاجتماعية.

8-1- المحددات الوراثية:

حسب آراء العلماء أن الدعم الاجتماعي في سن الرشد قد يكون إلى حد ما محددا وراثيا، إذ وجدوا أن العوامل الجينية مسؤلة عن 30% من الاختلافات المتعلقة بالدعم المدرك، كما أكد "وكسلر وآخرون" (Kessler et al, 1994) أن العوامل الوراثية دورا

بسيطا في العلاقة ما بين الدعم المدرك والاكنتاب، لم تنخفض حدته نتيجة المحددات الوراثية للدعم الاجتماعي المدرك وهكذا تبقى مساهمات المحددات الوراثية ضعيفة نظرا لتضارب نتائج العديد من الدراسات التي تفترض وجود علاقة وثيقة بين الوراثة والدعم الاجتماعي.

8-2- المحددات الشخصية:

لقد اقترح "كوهين (Cohen) أنه يوجد تفاعل بين مركز تحكم الفرد وفعالية الدعم الاجتماعي يعد مهدئ للضغط، إذ اتضح أن الدعم الاجتماعي يعد فعالا أكثر عند الأفراد ذوي التحكم الخارجي، وهذا ما يفسر العلاقة الإيجابية والدالة بين القلق والاكنتاب ومركز التحكم الخارجي، وقد وضع مفهوم التحكم- كأحد مكونات الشخصية على اعتبار أن مركز التحكم الداخلي هو التحكم الذاتي في الأحداث الضاغطة التي تعترض الفرد في حياته اليومية، بينما يعد مركز التحكم الخارجي اعتقادا عاما يفسر الأحداث الضاغطة بعوامل خارجية كالحظ والقدر والصدفة والآخرين.

كما يرتبط بمركز التحكم مفهوم آخر الذي يعد أيضا كعامل مهدئ للعلاقة "ضغط- انفعالات" يتمثل في عزو الأسباب الذي يفسر أسباب الأحداث الضاغطة بالأبعاد الثلاثة: الداخلية/ الخارجية والمستقرة/ غير مستقرة، الشاملة/ الخاصة، إذ ارتبطت الإسنادات الخارجية المستقرة والشاملة بالدعم الاجتماعي الواطئة والاضطرابات النفسية.

وبين "كابلن" (Kaplan, 1992) أن سمات الشخصية من نمط (أ) و (ب) و (ج) تؤثر على الدعم الاجتماعي وراحة البال، إذ لاحظ ارتباطا وثيقا بين الدعم الاجتماعي الفعال ونمط الشخصية (ب) الذي يتميز بالرغبة في الاسترخاء والاهتمام بالحياة الخالية من المشاكل، والتحرر من العدوان، وعدم وجود الحاجة الو سواسية للإنجازات، بالمقارنة مع نمط الشخصية (أ) ذات الاستعداد للإصابة بمرض القلب

والشريان التاجي المتميز بالميل إلى النجاح، والتنافس، والغضب، وعدم الصبر، وعدم التآني والعدوانية، وسرعة الكلام والحركات، بالمقارنة كذلك مع نمط الشخصية (ج) ذات الاستعداد للإصابة بالسرطان، المتميز بسيطرة الأفكار الاكتئابية، وقمع الانفعالات، وتجنب القلق، والبحث عن الانسجام والمشاركة الاجتماعية، وهذا النمطان الأخيران اللذان يرتبطان بالدعم الاجتماعي المنخفض.

تبقى سمات الشخصية بكل تأكيد لوحدها ناقصة من أجل التنبؤ بالطريقة التي يواجه بها الفرد الضغط، إذ لا يتناسب الاهتمام فقط بالفرد لكن كذلك بما يفعل، فمفهوم المقاومة إذا يسمح بأخذ بعين الاعتبار في الوقت نفسه الاستعدادات الثابتة للشخصية كمصادر والنماذج السلوكية المنشطة عند مواجهة مختلفة مواقف الضغط-الاستجابات-عملية تقييم العلاقات الشخصية- المحيطية تتأثر بالخصائص الشخصية السابقة- مصادر للشخصية- والمتغيرات المحيطية، وهذا ما يفسر لماذا الحدث نفسه يمكن أن يقيم كتهديد من طرف شخص وكإثارة من طرف آخر.

يبقى الاحتمال ضعيفا في أن الفرد سيتلقى دعما من طرف الآخرين أو تمكنه حتى من التفاعل معهم بطريقة تسمح بتزويده بالدعم الاجتماعي، فالأفراد الذين لديهم مخاوف اجتماعية يشعرون بقلق قوي ذي علاقة باتصالاتهم بالآخرين يخشون من أن يكونوا مركز انتباه واهتمام الآخرين اهتمام ينحصر في عدم ظهورهم بمظهر الغباوة أو البلادة، وعليه فهم يحاولون باستمرار تجنب الآخرين قدر المستطاع.

3-8- المحددات الاجتماعية:

"سكولر وبييرلين" (Schooler et Pearlin, 19781, p.p. 337-356) أن الأفراد ذوي المكانة الاجتماعية - الاقتصادية العالية أقل ميلا إلى تجاهل المشاكل العلائقية والمهنية وبييرلين وموس "بييرلين وموس" (Moos, R.H et C.J 1981, p.p. 365-370) أن الأفراد ذوي الأخلاق العالية والتربية الحسنة والأكثر تدعيما من طرف عائلاتهم هم أكثر احتمالا للتغلب على ضغوطات الحياة.

وبصفة عامة فالأفراد المتوفرون على مصادر اجتماعية كالدعم الاجتماعي يقاومون الأحداث السلبية، كما يمكنهم القيام بعمليات مشابهة أثناء الاستجابة لأحداث السلبية، كما يمكنهم القيام بعمليات مشابهة أثناء الاستجابة لأحداث ايجابية حيث تشبيه عملية تأويل الأحداث الايجابية ليست مشاكل يجب التغلب انتهازا أو الاستفادة منها، ولهذا فمصطلح "الاستفادة" استعمل الإشارة إلى عملية التفسير المفيد للأحداث الإيجابية ويتضح مما سبق أن المصادر الاجتماعية تشير إلى الاكتسابات أو المنافع التي يمكن للفرد أن يستفيدها من خلال تفاعلاته مع الآخرين، وهي متعددة الوظائف تتمثل في:

- أ- التوجيه المعرفي أو المساعدة على توضيح فهم الفرد للمشاكل أو الحلول.
- ب- التعزيز الاجتماعي أو الحصول على تغذية رجعية (Feedback) من طرف الآخرين متعلقة بكيفية تصرف الآخر.
- ج- التنشئة الاجتماعية والمعرفة بوجود الفرد مع الآخرين أثناء تفاعلاتهم الموجهة كالمناقشات.

د- الدعم الاجتماعي الذي يشمل التعاطف والعناية والتفهم واسترجاع الطمأنينة.

هـ- المساعدة الفعلية أو المساعدة الواقعية المتمثلة في الأعمال اليومية والواجبات، والحاجة للآخرين.

ففي هذا النموذج تعتبر طبيعة الموقف محددًا هامًا تتبى بالاستعمال المباشر للمقاومة أي أن الخصائص الموضوعية للحدث هي التي تحدث الاستجابات له، حيث إذا ما شعر الأفراد بأن لديهم مصادر مناسبة سينخفض الضغط بالضرورة، غير أن الدراسات المقترحة لهذه الفكرة كدراسة "باركز (Parkes, 1986) كانت محدودة لأن التقديرات الموقفية المختلفة لم تأخذ بعين الاعتبار، التي أدرك أهميتها كل من "لازاروس و"فولكمان" (Lazarus et Folkman, 1984) في تحديد استجابات الفرد للموقف، وذلك أثر التمييز بين التقدير الأولي الذي يعكس درجة الضغط أو الخطورة المقدرة للحدث على الصحة، والتقدير الثانوي الذي يعكس درجة إمكانية التحكم في الحدث من خلال الاعتقاد بالأداء الناجح للسلوكيات الضرورية للتعامل مع الموقف. (جميلة هرمز، 2011، ص. 98-102).

9- النظريات والنماذج المفسرة للدعم الاجتماعي:

9-1- النظريات المفسرة للدعم الاجتماعي:

9-1-1- النظرية الوظيفية:

يشير كل من "دك" و"سيلفر" إلى أن الدعم الاجتماعي هي تلك المعلومات التي تؤدي إلى اعتقاد الفرد بأنه محبوب من المحيطين به، ويشعر بأنه محاط بالرعاية من الآخرين، وبالانتماء إلى شبكة العلاقات الاجتماعية في البيئة المحيطة، ويحس بالتقدير والاحترام من المصادر الدعم القريبة منه، ويحس أيضا بواجباته والتزاماته الاجتماعية مع المحيطين به. (علي عبد السلام، 2005، ص. ص. 53-55).

9-1-2- نظرية التبادل الاجتماعي:

يرى "إيلينور" (Eleanor) أن هذه النظرية تتسم باتجاهها النظري الذي ينبئ بامتداد شبكة العلاقات الاجتماعية لضعف مستويات الصحة، وعادة ما يكون تقديم المساعدة المادية والنفسية والأدائية متداخلة في العلاقات المتبادلة بين الأفراد، ولكن الوصول إلى إيجاد التوازن في تلك العلاقات أمر يتسم بالصعوبة خاصة عندما تزداد حاجة المتلقي إلى المساعدة. (علي عبد السلام، 2005، ص. 56).

9-1-3- النظرية البنائية:

يشير "كابلان" وآخرون (Caplan et al) إلى "أن علماء المدرسة البنائية ركزوا على تدعيم بناء شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد لزيادة حجمه، وتعدد مصادرها، وتوسيع مجالاتها لتوظيفها في خدمة الفرد ولمساندته في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، ووقايته من أي آثار نفسية سلبية يواجهها في البيئة المحيطة".

ويرى "دك" و"سيلفر" أن النظرية البنائية تهتم أيضا بدراسة الخصائص البنائية لشبكة العلاقات الاجتماعية، وتعدد مصادرها، وتأثيرها الفعال في التوافق النفسي والاجتماعي في البيئة المحيطة بالفرد، وأن الاتجاه البنائي في دراسته للدعم تؤثر على التفاعلات المتبادلة بين الأفراد، وعلى عمليات التوافق مع أحداث الحياة الضاغطة، وتلعب دورا في تعزيز المواجهة الايجابية لهذه الأحداث دون إحداث أي آثار سلبية على الصحة النفسية للفرد.

9-1-4- نظرية المقارنة الاجتماعية:

يشير "بيونك" وآخرون (Bunck et al, 1992, p.p. 445-457) أنه وفقا لوجهة نظر هذه النظرية أن الأشخاص قد يفضلون أحيانا الاندماج مع الآخرين الذين يتساوون معهم، أو يفضلونهم، حيث أن هذا النمط من الاندماج يقدم لهم تفاعلات سارة، ومعلومات ضرورية تعمل على تحسين موقفهم في البيئة المحيطة بهم.

وكما يرى أيضا أن الأفراد الذين يعانون من أحداث الحياة الضاغطة يلتصقون بآخرين أفضل منهم، ولكنهم يحيطون بصفة خاصة في محاولاتهم للوصول إلى مصادر الدعم التي يرغبونها، فيشعرون بضغط أحيانا تكون أكثر حدة. (حسين علي فايد، 1998، ص. ص. 153-192).

9-2- النماذج النظرية المفسرة للدعم الاجتماعي:

قدم "كوهين" و"ويلز" (Cohen et Wills, 1985) دراسة استعرضا فيها نتائج البحوث التي أجريت في مجال الدعم الاجتماعي، والتي تبحث في الدور الذي تؤديه المساندة في المحافظة على استمتاع المرء بصحة بدنية، ونفسية مناسبة، ولقد لخص الباحثان في مقدمة دراستهما إلى أن هناك نموذجين لتفسير الدور الذي تقوم به الدعم الاجتماعي في سعادة الفرد (Well- Beig) وهما كالآتي:

9-2-1- نموذج الأثر الوافي أو المخفف للضغوط (The Buffering

:Model)

يفترض هذا النموذج أن الدعم الاجتماعي ترتبط بالصحة فقط بشكل أساسي للأشخاص الذين يقعون تحت الضغط ويعرف بنموذج التخفيف أو الحماية، إذ ينظر إلى الدعم على أنها تعمل على حماية الأشخاص الذين يتعرضون لضغوط، من احتمال التأثير الضار لهذه الضغوط. (ابتسام محمود محمد سلطان، 2009، ص. 67).

ويشير هذا النموذج إلى أن الدعم الاجتماعي سواء كانت دعم عاطفي، أو الدعم عملية في المواقف الضاغطة الصعبة تمنحنا الوقاية من التعرض للآثار النفسية السلبية، ويرى "كابلان" وآخرون (Kaplan et al, 1993) أن أحداث الحياة الضاغطة المرتفعة تؤدي إلى إحداث الكثير من الاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية لدى الفرد إذا ما انخفضت مستويات المساندة التي يتلقاها الفرد من الآخرين، وإن ارتفاع مستوى الدعم الاجتماعي يقي الفرد من الوقوع تحت تأثير الأمراض، ويؤدي إلى الرضا عن حياته، وعن عمله (عبد السلام علي، 2005، ص. ص. 23-24).

ويتمحور الدور الذي تقوم به الدعم الاجتماعي كنموذج يخفف من الآثار السلبية لأحداث الحياة الضاغطة في محورين أساسيين هما:

- المحور الأول:

يظهر أن الدعم الاجتماعي يمكن أن تدخل بين الحادث الضاغط (أو توقعه) وبين ردود فعل الضغط حيث تقوم بتخفيف أو منع استجابة تقدير الضغط بمعنى أن إدراك الشخص أن الآخرين يمكنهم أن يقدموا له الموارد والإمكانات اللازمة قد يجعله يعيد تقدير إمكانية وجود ضرر نتيجة للموقف أو تقوي لديه القدرة على التعامل مع المطالب التي يفرضها عليه الموقف ومن ثم فإن الفرد لا يقدر الموقف على أنه شديد الضغط.

- المحور الثاني:

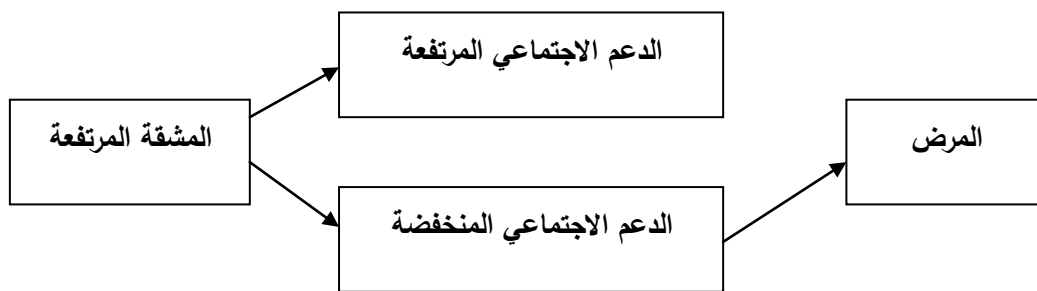
فيتمثل في أن تقديم الدعم في الوقت المناسب قد تتدخل بين خبرة الضغط وظهور حالة مرضية وذلك عن طريق تقليل أو استبعاد رد فعل الضغط أو بالتأثير المباشر على العمليات الفيزيولوجية وقد تزيل الدعم الأثر المترتب على تقدير الضغط عن طريق تقديم حل للمشكلة وذلك بالتخفيف أو التهوين من الأهمية التي يدركها الشخص لهذه المشكلة. (محمد محروس الشناوي، عبد الرحمن محمد السيد، 1994، ص. ص. 38-39).

وهناك آليات عديدة تعمل من خلال الدعم في ظل هذا النموذج، وقد وضع "كوهين" و"ويلز" (Cohen et Wills, 1985) آليتين على الأقل لتفسير كيفية قيام الدعم الاجتماعي بالتخفيف من آثار المشقة والضغط الواقع تحتها الأفراد كالتالي:

- الآلية الأولى: تؤثر الدعم على العمليات المعرفية الإدراكية للفرد تحت المشقة، فالفرد بالذي يقابل مصدرا للمشقة المرتفعة، مثل الأزمة المادية في ظل توفير مساندة له من قبل المحيطين به سواء أكان عن طريق مساعدته ماليا من أفراد عائلته أم عن طريق تزويده بعمل يمكنه من كسب مزيد من المال، ويدرك الموقف بأنه لم يعد شاقا.

- الآلية الثانية: يتدخل الدعم الاجتماعي لتعمل على تعديل آثار أحداث الحياة المسببة للمشقة والنواتج المترتبة عليها، فيعمل أعضاء بيئته الاجتماعية على تهدئة الفرد أو إقناعه بأن المشكلة ليست مهمة أو مؤثرة، أو يحاولون تقليل مخاوفه، أو تشجيعه على التركيز على الجانب الإيجابي في حياته وبالتالي يصحح الفرد صورته عن ذاته وعن الموقف. (هناك أحمد شويخ، 2007، ص. 93)

ويوضح الشكل التالي الفكرة الأساسية التي يقوم عليها هذا النموذج:



شكل رقم (03): نموذج الأثر الواقي (المخفف للضغط).

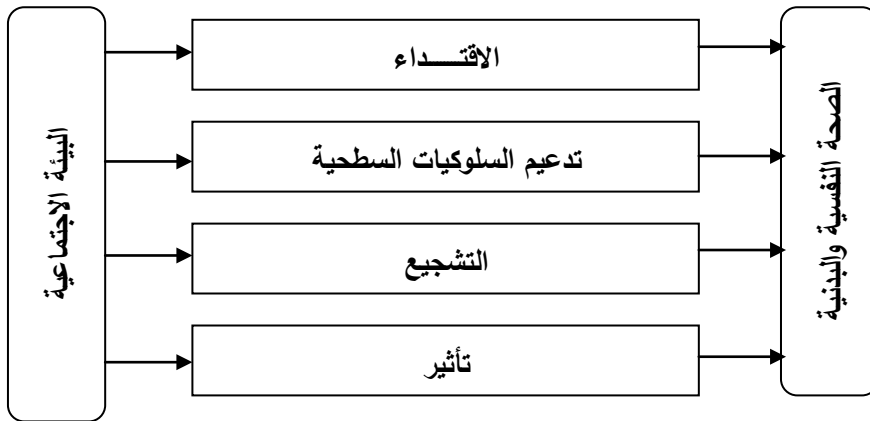
(رضوان شعبان وهريدي محمد، 2001، ص. 76).

ويشير الشكل رقم (3) إلى أن المشقة المرتفعة تمارس دورها في إحداث المرض في ظل الدرجة المنخفضة من الدعم الاجتماعي فقط، أما في ظل الدرجة المرتفعة من الدعم فإن تأثيرها يتبدد أو يتوقف (رضوان شعبان وهريدي محمد، 2001، ص. 76).

9-2-2- نموذج الآثار الرئيسية للدعم (The main effect model):

يفترض هذا النموذج أن الدعم الاجتماعي لها تأثير مفيد على حياة الفرد وسعادته بصرف النظر عما إذا كان هذا الفرد يقع تحت ضغط أم لا، وقد اشتق هذا النموذج أدلته من واقع التحليلات الإحصائية التي أظهرت وجود أثر رئيسي لمتغير الدعم وعدم وجود تأثير للتفاعل بين الضغط والدعم، مما دعا البعض بأن يطلقوا عليه نموذج الأثر الرئيسي.

وقد أوضحت دراسات جديدة أن الدعم ترتبط بالنتائج الخاصة بالصحة النفسية والصحة البدنية، وهناك أثر عام مفيد للدعم الاجتماعي على الصحة البدنية والنفسية يمكن أن يحدث لأن الشبكات الاجتماعية الكبيرة يمكن ان تزود الأشخاص بخبرات إيجابية منتظمة، ومجموعة من الأدوار التي تتلقى مكافأة من المجتمع، وهذا النوع من الدعم يمكن أن يرتبط بالسعادة، إذ أنها توفر حالة إيجابية من الوجدان وإحساسا بالاستقرار في مواقف الحياة والاعتراف بأهمية الذات وكذلك فإن التكامل في الشبكة الاجتماعية يمكن أن يساعد أيضا في تجنب الخبرات السلبية والتي كان الممكن -بدون وجود الدعم- أن تزيد من احتمال حدوث الاضطراب النفسي أو البدني. (البتسام محمود سلطان، 2009، ص. 70).



الشكل رقم (04): نموذج الآثار الرئيسية للدعم (The main effect model)

(محمد محروس الشناوي، عبد الرحمن محمد السيد، 1994، ص. 39).

ويعبر هذا النموذج الدعم من وجهة نظر (سوسولوجية) علم الاجتماع على أنه تفاعل اجتماعي منظم أو الانغماس في الأدوار الاجتماعية، أما من (المنظور السيكولوجي) علم النفس فإنه ينظر للدعم على أنها تفاعل اجتماعي واندماج اجتماعي ومكافأة العلاقات ومساندة الحالة.

9-2-3- نموذج العلاقات المتداخلة بين مظاهر الدعم الاجتماعي وأساليب

المواجهة:

يرى "كنيث هيلر" وآخرون (Kenneth Heller et al, 1976) أن أسلوب التفاعل الاجتماعي الذي يقوم به الفرد داخل شبكة علاقاته الاجتماعية بتأثر بمدى التقدير الذي يجده من خلال الدعم الاجتماعي التي يقدمها المحيطين به، وهذا يبرز مدى أهمية كيف يدرك الفرد المقومات الأساسية التي تدفعه إلى هذا التفاعل الاجتماعي الإيجابي، وما هو دور الدعم الاجتماعي في تكوينه وتقديره.

أساليب مواجهة الفرد، وأنشطة الآخرين، وتقدير هذا النوع يساعد الفرد على تحديد الوقت، والظروف التي يحتاجها في تقديم مصادر الدعم الاجتماعي المطلوبة له.

ويضيف "ساراسون" وآخرون بعض النماذج المختلفة للدعم الاجتماعي أهمها:

9-2-4- نموذج يركز على عدد الأفراد الذين يقدمون الدعم الاجتماعي (The number of Helpers):

وتتفق "باريرا" و"أنلي" (Barrera et Ainlay) في أن مصادر الدعم الاجتماعي تتسم بالطبيعة النشطة الفعالة، وليست مادة جامدة تحملها في جيوبنا لتحمسنا من الصعوبات التي تواجهنا في حياتنا ولابد من البحث عنها من مصادرها المتعددة في البيئة المحيطة بنا، ومن خلال المقربين الذين يقدمونها لنا وقت الحاجة إليها.

9-2-5- نموذج يؤكد نوعية العلاقات الاجتماعية بين الأفراد أكثر من كمية هذه العلاقات:

(The Quality of a person relationships rather than their quantity):

ويتفق كل من "براون" (Brown)، و"هاريس" (Harras)، و"كوسيتلو" (Castello) و"جيري" (Gary) في أن الدعم الاجتماعي التي تتسم بمشاعر الود، والتعاطف تخلق مناخا حسنا من العلاقات الاجتماعية الحميمة بين الأفراد، وتساعدهم على التمتع بالصحة النفسية والعقلية.

9-2-6- نموذج الدعم الاجتماعي الذي يعتمد على القيمة المدركة:

(Its Perceived availability):

"هوس" (House) في أن الدعم الاجتماعي كمصدر للتوافق النفسي يمكن أن نطلق عليها المساعدة التي تقوم بتخفيف الآثار النفسية التي تحدثها أحداث الحياة الضاغطة التي يواجهها الفرد، والأفراد الذين يريدون الوصول إلى مصادر الأمان، والاستقرار في حاجياتهم لا بد أن يبحثوا عن الأساليب الإيجابية الفعالة التي تساعدهم على مواجهة الأحداث، وأن يستمدوا مصادر الدعم الاجتماعي بين المحيطين، والمقربين لهم في شبكة العلاقات الاجتماعية لوقاية أنفسهم من الآثار النفسية لهذه الأحداث الضاغطة، وإحداث التوازن النفسي والشعور بالقيمة الشخصية.

(علي عبد السلام علي، 2005، ص. 25-27).

10- المساندة الاجتماعية والصحة:

يتمثل دور الدعم الاجتماعي في الصحة للدور الهام في الوقاية وتنمية الصحة بجوانبها النفسية والعضوية، فالأشخاص الذين لا يقيمون علاقات اجتماعية طيبة مع الآخرين ولا يتلقون دعم اجتماعي هم أكثر عرضة من غيرهم للإصابة باضطرابات فسيولوجية ومشكلات صحية مزمنة ونظرا لكثرة الدراسات التي تناولت أهمية الدعم الاجتماعي في التحكم في المجال الصحي للفرد، فكلها تنصب في قالب واحد إلا وهو علاقات الفرد الاجتماعية. تلعب دور مهما وحيويا في قدرته على مقاومة المخاطر الصحية من خلال تأثير المباشر على الاستجابة المناعية، وعليه ينبغي أن يقوم بالتخطيط السليم للرعاية الطبية والصحية، حتى يكون الرقي بالصحة وتجنب الأمراض والانتكاسات التي توحى في غالب الأحيان إلى الموت، حيث أن الأشخاص الذين يعانون من سوء التكيف الاجتماعي بفعل شخصيتهم العدوانية وتفاعلاتهم غير اللائقة وعلاقتهم

الاجتماعية المتوترة مع الآخرين، هم أكثر عرضة من غيرهم لمشكلات صحية نفسية وجسدية. بينما يتمتع ذو العلاقات الاجتماعية والأسرية المتوازنة بصحة جيدة ويحتفظون بصحتهم حتى في وجه أحداث الحياة الضاغطة والمواقف الصعبة التي قد يتعرضون لها. هذا ما أدى بالباحثين إلى الاهتمام بمفهوم الدعم الاجتماعي خاصة في مجالات الصحة الذي يعمل على وقاية الفرد من الآثار السلبية للضغوط النفسية وفي تحقيق الإصابة باضطرابات نفسية والفسولوجية وفي تحقيق التكيف النفسي الاجتماعي. (يخلف عثمان، 2001).

- خلاصة:

ويتضح لنا من خلال ما سبق ذكره في هذا الفصل بالرغم من الاختلاف والتباين بين العلماء والباحثين حول الباحثين مفهوم الدعم الاجتماعي، إلا أن الكل أجمع على أهميته بالنسبة للفرد، ويجب على المختص النفسي في علم النفس الصحة أن ينظر إلى الدعم الاجتماعي على أنه مصدر مهم من مصادر الوقاية الأولية والثانوية ولا يمكن أن يستغنى عنه سواء كان دعم مادي أو عاطفي أو معلوماتي فسوف يحتاجه المعاق في حياته لأنه سيجعله يعزز ثقته بنفسه وبالآخرين ويزوده بالطاقة ويرفع من معنوياته مما يؤدي إلى تحسين نوعية حياته.

الفصل الرابع

نوعية الحياة

- تمهيد:

إن الشعور بنوعية الحياة يمثل أمرا نسبيا لكونه يرتبط ببعض العوامل الذاتية مثل المفهوم الايجابي للذات، والرضا عن الحياة وعن العمل، والحالة الاجتماعية، والسعادة التي يشعر بها الفرد، كما يرتبط ببعض العوامل الموضوعية مثل الإمكانيات المادية المتاحة، والدخل، ونظافة البيئة، والحالة الصحية، والحالة السكنية والوظيفية، ومستوى التعليم، وغير ذلك من العوامل التي تؤثر على الفرد.

تجعل هذه العوامل الذاتية والموضوعية أمر تقدير درجة نوعية الحياة لدى الفرد أمرا ضروريا لكونه يتفاعل مع أفراد مجتمعه، يحاول دائما أن يحقق مستوى معيشي أفضل والحصول على خدمات أجود، أو يحافظ على حياة أو مستوى معيشي لا يقل عن مستوى الحياة التي كان يعيشها في الماضي.

وفي حالة تعرض الفرد لمرض أو لأمراض مزمنة أو يكون معاق فهو يحتاج إلى الحصول على خدمات صحية ونفسية تمكنه من التمتع بصحة جيدة قدر الإمكان، بمعنى اتخاذ أسلوب حياة يحقق له الإحساس بالرضا الذاتي عن حالته الصحية وفعاليتها في أداء أدواره الاجتماعية في السياقين المادي والاجتماعي.

1- التطور التاريخي لمفهوم نوعية الحياة:

إن مصطلح نوعية الحياة ليس حديثاً، فرغم من استخدام هذا المصطلح وانتشاره الواسع منذ خمس عشر سنة الماضية تاريخياً قد أشار (Martin, 1999) إلى تواجد أربع مقاسات أساسية يمكن عرضها رغم اختلافاتها، ويمكن اعتبار مراحل تداول واهتمام بالموضوع حسب الميدان والمنظور الذي يتناول من خلال نوعية الحياة هي:

التناول أو المقاربة النفسية والسياسية والفلسفية وأخيراً الطبية، هذه المقاربات تناولت نوعية الحياة كلا حسب الاختصاص ومجال الاهتمام.

1-1 المقاربة النفس اجتماعية:

عكس الفلاسفة علماء النفس الاجتماعي لم يركزوا اهتمامهم على حقيقة نوعية الحياة لكن على حقيقة ومفهوم كل فرد لنوعية الحياة فتركيزهم انصب على تقدير مدى أو مستوى نوعية الحياة لدى الأفراد (Gustave Nicolas-Fisher, 2002).

في تناولهم فرقا دراسيا وتدرجيا بين مفهوم السعادة وجودة الوجود الذاتي، والراحة والوجود المادي الجيد والرضا عن الحياة (Schweitzer, Marilou Bruchon, 2002)، يعتقد المختصون أن السعادة تقدر في زمن ما لأنها حالة عابرة، متغيرة في حيث يعتبر الرضا مستديم ويشكل الحياة بأكملها لذلك حددوا نمطين من العناصر التي يمكن أن تؤثر على الوجود الجيد، خارجية (كالتغيرات الاجتماعية، الديمغرافيا، الاقتصادية، أحداث الحياة والاندماج الاجتماعي... وغيرها) وداخلية (كتقديرات الذات، الحاجات والرغبات، فعالية الذات المدركة والتوازن الانفعالي... وغيرها) (Combelle et al, 1976) في حين أهملوا المكونة السلوكية التي نالت اهتمام علم النفس التجريبي من خلال مفهوم الكفاءات الذي استخدمه علماء الاجتماع فيما بعد للدلالة على وجود الحياة فيما بعد، وهو مفهوم ظهر في سنوات السبعينات من خلال أعمال (Bradbrn 1969)

حيث شهد الميدان الابتعاد عن مفهوم السعادة والاهتمام أكبر بالوجود الجيد ونوعية الحياة، وحاولوا التمييز بين الصحة الجسمية، الصحة العقلية الانفعالية والاندماج الاجتماعي مما يسمح بدراسة مستويات الضغط، الدوافع الاجتماعية وكل ذلك في علاقته بالصحة.

1-2- المقاربة الطبية:

يعود الفضل للأطباء والباحثين في الصحة العمومية فكان الاهتمام من قبل أصحاب هذا المجال في تعزيز ودفع نوعية الحياة لتصبح هدفا واقعيا في التعامل مع المرضى وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي لهم، وهناك أدلة متزايدة على أن المرضى والمؤسسات المتوفرة لعلاج يرتبط ارتباطا وثيقا بكيفية تصور الفرد أنه إلى حد ما يتمتع بحياة نوعية الحياة عالية، ومنذ عشرات السنين اقتنع العياديون والباحثون في مجال الصحة العمومية بأن نوعية الحياة لا تضم فقط الحالة الوظيفية (الموضوعية) للمرضى لكن أيضا الراحة الذاتية، وهي أبعاد متميزة، والواضح أن الارتباط بين عناصر الحياة متواضع جدا عن المرضى كما هو لدى عموم المجتمع (Combelle et al, 1976 p 66) وجاءت العديد من الأبحاث الطبية التي استهدفت تحسين نوعية الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض مختلفة. (عادل عز الدين، 2005، ص 288)

ويهدف أيضا إلى تحسين نوعية الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض جسمية مختلفة، أو نفسية أو عقلية عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية، تعتبر نوعية الحياة من الموضوعات الشائعة للمحاضرات التي تتعلق بالوضع الصحي وفي تطوير الصحة.

إن تطوير نوعية الحياة هو الهدف المتوقع لمقدمي الخدمة الصحية، وتقييم حاجة الناس لنوعية الحياة تشمل أيضا تقييم احتياجات الأفراد وتوفير البدائل لهذه الاحتياجات وحتى ولو لم يكن هناك تشخيص لمرض معين أو مشكلة.

وتعطي نوعية الحياة مؤشرا للمخاطر الصحية والتي من الممكن أن تكون جسدية أو نفسية، وذلك في غياب علاج حالي أو الاحتياج للخدمات. (Rapheal and others, 1996, p 66)

1-3- المقاربة الاقتصادية والسياسية:

اقتصاديا وسياسيا مفهوم نوعية الحياة أخذ مرجعية من مستوى أفضل للحياة، للشروط والظروف المادية للوجود الجيد والذي ينبغي لأي فرد أن يحققها ويصل إليها، خلال حملة الانتخابية الرئاسية للولايات المتحدة عام 1932 Hoover، أحد المرشحين للرئاسات وعد المواطنين بسيارة داخل مرآب ودجاجة على كل صحن كمؤشر لتحسين مستوى حياتي جيد، أو نوعية حياة مرتفعة، أما (Flanagan, 1982) المكلف بتقدير نوعية الحياة لدى الأمريكيين فاقترح الأخذ بعين الاعتبار بالإضافة إلى مؤشرات شروط الحياة (مستوى التعليم، المستوى الاقتصادي والاجتماعي) عوامل أخرى كالوجود الذاتي الجيد، الصحة المدركة، الآمال، الإحساس بالحرية).

وفي الدول الديمقراطية ذات النمو الاقتصادي الكبير ومنذ زمن طويل أكد المسئولون السياسيون على أن حقوق المواطن لا ينبغي أن تقتصر على إشباع حاجاتهم المادية (Thomas, Jefferson, 1809) رئيس الولايات المتحدة الأمريكية (1881-1809) اقترح أن يضاف الى الدستور الحق في السعادة لكل أمريكي، كل هذا يشير إلى الثنائية المستقبلية لمفهوم الوجود الجيد ونوعية الحياة اللذان لا يمكن حصرها في عواملها الموضوعية (الكيفية) التي يتبادلها المهتمون (Marilou-Bruchon-Schweitzer, 2002, p20).

1-4- المقاربة الفلسفية:

تكشف هذه المقاربة أن مفاهيم السعادة اللذة، الرغبة والراحة أو الوجود الجيد هي عناصر مكونة ومتداخلة في مفهوم نوعية الحياة، مع ضرورة التفريق والتمييز بينها لضبط المفاهيم تاريخياً، هذا المفهوم جلب اهتمام الفلاسفة خلال قرون، كأرسطو، سقراط وأبيقور الذين ركزوا على مفهوم السعادة الذي كان الموضوع الرئيسي لاهتماماتهم عبر تساؤلات عديدة عما هو؟ هل يمكن الوصول إليه؟ ، كيف؟ فالسعادة كمفهوم نتطلع إليه ونرغب فيه أكثر مما هو حقيقة متحصل عليها ومحققة مما يصعب ويجعل من تعريفه وتحديده استحالة ينبغي تقبلها.

هذه الصعوبات تكمن في اختلاف نظرة الفلاسفة والمفكرين، فكانت (Kant) يختصرها في اللذة وآخرون في الشرف والثروة، بالنسبة لـ Aristote السعادة في نهايتها بالإضافة إلى عدم تحدها في الفضيلة لأنها لا تكتمل دون الإحساس بالراحة التامة للجسم (صحة، كمال) وهي أبعاد معتبرة في تقدير وجود الحياة.

بالنسبة لـ Schopenhauer, Pascal, Platon اللذة تتموضع قبل السعادة، إنها نقص في وعليه الانطلاق من اللذة لذة الجسم (الإتشاء) ولذة الروح (الفرح).

هذه المفاهيم أدت تدريجياً إلى مفهوم الراحة والوجود الجيد الذي يشكل جزءاً من السعادة تمام اللذة والرغبة في إيصالهما بنوعية الحياة، وهو ما يجرنا إلى مفهوم Kant الذي مفاده أن الوجود الجيد لا ينفصل عن السعادة رغم عدم تعريفه بين مفهومي الوجود الجيد واللذة.

من هنا حسب التداول الفلسفي يمكن القول إنه من المهم عدم الخلط بين الحياة والسعادة وبين اللذة والوجود الجيد، حتى وإن كانوا يشكلون تركيبة هامة، بنفس الكيفية نوعية الحياة لا تختصر في الصحة كما سيتبين لاحقاً.

2- تعريف نوعية الحياة:

حددت منظمة الصحة العالمية (OMS. 1994) نوعية الحياة المتعلقة بالصحة "إدراك الفرد لمكانته في الوجود، في سياق ثقافي ونظام القيم التي يعيش فيها، وهي ذات الصلة بأهدافه، توقعاته، معايير وانشغالاته، يتعلق الأمر بمجال مفاهيمي واسع، يشمل الطريقة المعقدة للصحة الجسدية للفرد، حالته النفسية، مستوى استقلاليته، علاقاته الاجتماعية، معتقداته الشخصية وعلاقته مع خصوصية محيطه، نقلا عن (Ferron, 2011, p. 6).

في نفس السياق يقترح الباحثون مفاهيم أخرى لنوعية الحياة حيث يعرفها (Calman, 1987) على أنها "الهوة (الفجوة) بين توقعات المريض وانجازاته، وجود هوة صغيرة يرتبط مع نوعية الحياة" (Barovsky, 2011, p.40). ويعرفها Gotay "أنها حالة من الرفاهية تقابل اثنين على الأقل من العنصرين: القدرة على تحقيق النشاطات اليومية التي تعكس بدورها رفاهية جسمية، نفسية واجتماعية: ورضا المريض على مستوى أدائه وسيطرته على المرض (Rhonda, Moore, & Spiegel, 2007, p.5).

بينما يقترح (Lowton, 1997) تعريفاً آخر فيصف نوعية الحياة بأنها التقدير المتعدد الأبعاد لمنظومة، فرد، بيئة، الخاصة بكل فرد من خلال المعايير الاجتماعية القيمة، ومن خلال المعايير الذاتية للفرد (نقلا عن الزروق، 2015، ص.43).

وحتى إذا اختلفت التصورات الإدماجية في تم وضعها لتعاريف نوعية الحياة، إلا أنها تحمل في مجملها حسب Bruchon-Schweitzer, 2002 لكثير من الايجابيات التي يمكن تلخيصها فيما يلي:

• الأخذ بعين الاعتبار وفي نفس الوقت المركبات الخارجية
Composantes internes كظروف الحياة المركبات الداخلية Composantes externes
internes كالشعور الذاتي بالسعادة والرضا.

• الأخذ بعين الاعتبار أيضا التفاعلات الدينامكية الموجودة بين مركبات
نوعية الحياة ببعضها البعض. وعلى الرغم من الجدل القائم حول تعريف نوعية الحياة،
إلا أن الاتفاق قائم بين العلماء حول مجموعة من الخصائص التي يتميز بها هذا المفهوم
والتي يمكن حصرها حسب Bercier & Ylief في:

• تعدد الأبعاد والعوامل (Multifactorialité) بين الحالة الجسدية، المهارات
الوظيفية، الحالة النفسية والانفعالية، الحالة الاجتماعية والشروط المادية والاقتصادية.
• عدم الثبات (Variabilité) إذ تعبر نوعية الحياة عن وضعية ما في وقت
محدد ولا تدل على حالة مستقرة.

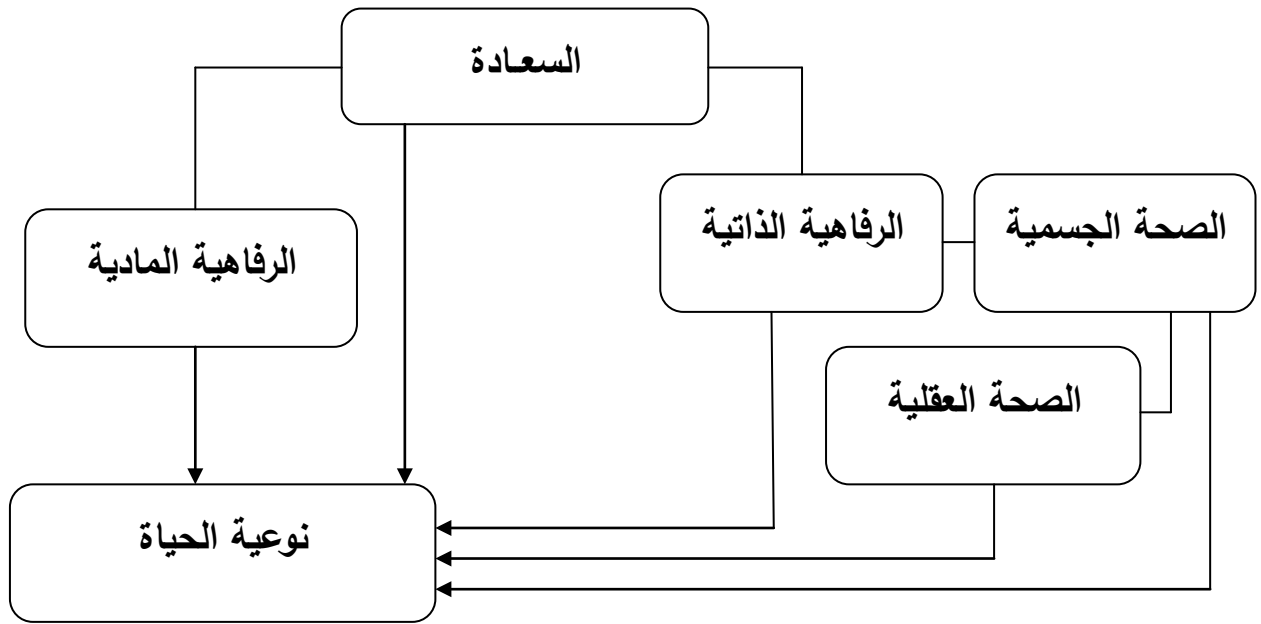
• اللامعيارية (Non normalité) أو بالأحرى عدم وجود مرجعية لتحديدها
وان الطرف الوحيد القادر على ضبطها وتحديدها هو الفرد المعني ذاته (نقلا عن
الزروق، 2015، ص. 44).

نعتبر تعريف منظمة الصحة العالمية شامل لكل العوامل الشخصية والاجتماعية
في علاقتها بالحالة الصحية لهذا نتبناه في الدراسة الحالية لتحديد نوعية الحياة، هي
إدراك الفرد لمكانته في المحيط الذي يعيش فيه وهي تتعلق بأهدافه وانشغالاته وتوقعاته
حول صحته في إطار علاقات اجتماعية والاستقلالية الشخصية.

ويعرفها جون "ألكسندر" Jon Alexandre " فهو يقصد بنوعية الحياة التجاوز عن
توفير ضروريات الحياة، فيجب أن توفر أساليب الراحة، أي يجب أن تتجاوز عن
الحاجات الضرورية إلى الحاجات الضرورية إلى الحاجات الكمالية التي تشعر الإنسان
بالبهجة والسعادة في الحياة (الجوهري هناء، 1994، ص. ص. 42، 44).

وإن مفهوم نوعية الحياة في تطور مستمر فحسب "كابلن" و"ريس" (Kaplan et al, 2007) سنة فقد ظهر هذا المفهوم ككلمة مفتاحيه من (1972) إلى (2002) في (4500) مقال، وكثيرا ما يخلط مفهوم نوعية الحياة مع مفاهيم أخرى ذات الصلة مثل: السعادة ذات الأصل الفلسفي والرفاهية المادية من أصل مادي، والرفاهية الذاتية من أصل نفسي واجتماعي، والصحة الجسدية من أصل طبي والصحة العقلية من أصل سيكثري، ولقد ساهمت هذه المفاهيم في تحديد ما المقصود بنوعية الحياة فعل الرغم من أن كل منها لديه حقل معين نسبيا، فإنها تتداخل جزئيا في تحديد المفهوم العام لنوعية الحياة. (Marilou Bruchon – Schweitzer et Emilie Boujut, 2014, P 39)

ويوضح الشكل الآتي التداخل بين المفاهيم التي تساهم في تحديد مفهوم نوعية الحياة في المخطط المقترح من طرف "نوردنفل" (Nordenfelt, 1994).



شكل رقم (05): يوضح المؤشرات المختلفة لنوعية الحياة حسب (Nordenfelt, 1994).

(Marilou-Brucgon Schweitzer, 2002, P. 49).

- التعريف اللغوي:

إن لفظة Quality في الانجليزية تشير إلى مستوى شيء ما بالقياس إلى معيار مماثل له غير أن أغلب مدلولاتها تشير إلى التميز والجودة الخاصة في المنتجات السلعية لكن الملاحظ أن أصل الكلمة يعود إلى الفرنسية القديمة Quality والتي تعود بجذورها إلى اللاتينية Qualitas من Qualitfs بمعنى النوعية لذلك فضلنا نوعية بدل جودة لأن الجودة في رأي لعديد من الباحثين تحمل حكماً مسبقاً بالتميز والتفوق وهو أحد معاني لفظ Qualité المتأخر، أما المعنى الأصيل فهو السمات أو الخصائص الطبيعية الجيدة أو السيئة لشخص أو لشيء ما.

3- أبعاد نوعية الحياة:

يشير (حسن مصطفى، 2005) إلى ثلاثة أبعاد نوعية الحياة وهي:

3-1- نوعية الحياة الذاتية:

وتعني كيف يشعر الإنسان أو الفرد بالحياة التي يعيشها وكم هي جيدة ذات رفاهية، أو مدى رضا والقناعة عن الحياة والسعادة المحيطة به.

3-2- نوعية الحياة الموضوعية:

وتعني الإمكانيات التي يوفرها المجتمع من خدمات مادية وأيضا من جهة أخرى الحياة الاجتماعية الشخصية للفرد.

3-3- نوعية الحياة الوجودية:

ونقصد بالحياة الوجودية هو مستوى الحياة الجيدة داخل الفرد والتي من خلالها يمكن للفرد أن يعيش حياة هادئة ويصل إلى الحد المثالي في إشباع حاجاته البيولوجية والنفسية، كما يعيش في توافق مع العادات والتقاليد والأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع الذي يعيش معه. (حنان مجدي صالح سليمان، 2009، ص 47).

وإن نوعية الحياة في بعديها الموضوعي والذاتي عدد من المظاهر فنجد في البعد الموضوعي هناك العوامل المادية، وهذه العوامل التي تطرأ على حياة الفرد، تكون نسبية في التعبير عن وجود الحياة إذ أنها ترتبط بثقافة المجتمع ودرجة تحضره وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع الثقافة التي يتعايشون معها ومع المعايير الثقافية والحضارية التي يوفرها المجتمع للأفراد وأيضا هناك المظهر الآخر هو إشباع الحاجات.

أما مظاهر البعد الذاتي لجودة الحياة فنجد حسن الحال وهو مظهر سطحي وعمام لنوعية الحياة فإذا كان الفرد عن الحياة التي يعيشها وأفكار متوافقة مع المجتمع يعني أن حياته تسير كما ينبغي وهو ينبع من إشباع الفرد كل توقعاته واحتياجاته ورغباته، والمظهر الآخر معنى الحياة فكلما يشعر الفرد بإنجازاته وبمواهبه وقيمه وأهميته للمجتمع وللآخرين وأن غيابه يسبب نقصاً أو افتقاد الآخرين كلما أحس الفرد بنوعية للحياة التي يحيها وآخر هذا المظهر هو السعادة بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات شعور بالنشوة حينما يدرك الفرد لقيمه ومتضمنات حياته خصوصاً عندما يكون متمتع بصحة جسمية جيدة وهذه الأمور تؤدي إلى نوعية الحياة أو جودة الحياة، بالإضافة إلى هذين البعدين الذي تم شرحهما ظهر تيار ثالث يرى أن مفهوم جودة الحياة كتقويم الجوانب الموضوعية كما يعبر عنها المؤشرات الموضوعية، مفهوم محدود، كما أن مفهوم جودة الحياة كتقويم ذاتي للحياة، كما تعبر عنها المؤشرات الذاتية لنوعية الحياة، مفهوم قاصر، ومن ثم يرى أنصار التيار الثالث أن مفهوم جودة الحياة هو مفهوم شامل (محمد عبد الله إبراهيم، 2006، ص. 33).

وتشير (الزروق فاطمة الزهراء، 2008) إلى أن مفهوم نوعية الحياة تتكون من ستة أبعاد حيث يشمل كل بعد منهما على مؤشرات تحدده على النحو التالي:

3-4- العلاقات الاجتماعية والزوجية:

هنا التعريف على نوعية هذه العلاقات من خلال المؤشرات المتمثلة في الاحتكاك بالآخرين والاعتقاد بشأن نواياهم، إنشاء الصداقات، الاتصال بالآخرين داخل الأسرة وخارجها من خلال إقامة العلاقات والمشاركة في النشاطات الاجتماعية الدعم الأسري والعلاقات مع الزوج.

3-5- الصحة الجسدية:

تعني العوامل التي تؤثر على صحة الفرد من خلال مؤشرات الصحة والمرض، التعب، النوم والتغذية والمهارات الوظيفية التي تحدد على المستوى الأداء والنشاط لدى الفرد.

3-6- الصحة النفسية:

هنا نقصد الحالة النفسية ومدى التوافق والانسجام بين الوظائف التي تؤدي بالفرد إلى تحقيق التكيف بينه وبين الظروف المحيطة به وكيف يسير انفعالاته أثناء مواجهة للمواقف، ويمكن الكشف عنها من خلال مؤشرات معينة تتمثل في: القدرة على التحكم في الانفعالات، التقدير الذاتي غياب المشاعر السلبية والمتشائمة التمتع بالقدرة الذهنية والرضا عن الصورة الجسدية سواء كان سليما أو معاقا لبدي عليه التقبل والتكيف مع الواقع أو مع علقته.

3-7- الجانب الروحي الديني والتوجه نحو الحياة:

نقصد هنا السلوكيات التي يتبعها الفرد من خلال تعايشه في المجتمع من الإيمان بالمعتقدات الدينية ومدى الالتزام بها وهذا من خلال ممارسة السلوكيات والشعائر المختلفة التي تجسد تلك المعتقدات، بالإضافة إلى التوجه نحو الحياة من حيث التفاؤل والتشاؤم ويتحدد أيضا ذلك بمؤشرات معينة هي: الممارسات الدينية، التفاؤل والتشاؤم المعتقدات، الشعور بالقيمة والجدارة الشخصية، المشاركة الاجتماعية والشعور بسلامة والأمن. (الزروق فاطمة الزهراء، 2008، ص. 53-54).

3-8- البيئة والمحيط:

وتعني الحساسية والاستجابة للتأثيرات والتغيرات المناخية والفيزيقية الواقعة في البيئة والمحيط، حيث تتحدد مؤشرات هذه الاستجابة في مدى انزعاج من التغيرات التي تشهدها البيئة المناخية، التعامل مع الصخب والازدحام مع المواصلات

3-9- الاستقلالية الذاتية:

وتعني امتلاك القدرة على تحمل المسؤولية الذاتية لتحقيق متطلبات الذات والعمل، وذلك وفق مؤشرات محددة وهي: بذل الجهد والاهتمام بتحسين الأداء، القدرة الفردية على معالجة المشاكل التي تظهر أثناء الأداء.

4- مجالات نوعية الحياة:

يتفق العلماء على أن نوعية الحياة مفهوم مركب من مجموعة من الأبعاد والمجالات الجسدية والنفسية والاجتماعية حيث يصنف ضمن المجال الجسدي الأوجه المختلفة للصحة الجسدية والقدرات الوظيفية، ويختلف الباحثون في تحديد مكونات المجال النفسي فمنهم من يرى أن الصحة النفسية تتضمن أبعاد عدة كالمشاعر والانفعالات الإيجابية والقدرة على الإبداع وتحقيق الذات إلى جانب المعتقدات الروحية والدينية، حيث يرى (الأشول، 2005) أن مفهوم جودة الحياة قد حظي بالتبني الواسع سواء على الاستخدام العلمي أو العملي، غير أن مستخدمي هذا المفهوم لم يتفقوا بعد على مدى محدد لهذا المصطلح، قد يعود هذا لحدثة أو لاستخدامه في العديد من العلوم لارتباطه بأكثر من مجالات الحياة (عبد الحميد سعيد حسن، راشد بن سيف المحرزي، محمود محمد إبراهيم، 2006، ص. 290).

واليا يتفق الباحثون حتى في الوسط الطبي على أن نوعية الحياة هي كل مركب جد معقد يتضمن ميادين عديدة: جسمية، عقلية واجتماعية على وجه الخصوص، ولقد حددت المنظمة العالمية للصحة ستة مجالات تسمح بتوضيح نوعية الحياة وهي تتمثل في:

- استقلالية الفرد (Indépendance de la personne).
- المجال النفسي (Le domaine psychologique)
- العلاقات الاجتماعية (Relations Sociales).
- المحيط (Environnement).
- المجال الجسمي (Le domaine physique).
- الروحانية والمعتقدات الشخصية (Spiritualité et Croyances)
- (Personnelles) (Marcel Lourel, 2007, P. 4).

ويرى فلانغان Flangan أن هناك عوامل متعددة تتقاطع في كل أوجه الحياة وميادينها وحدد عاملا مكونا لمفهوم جودة الحياة وصفها في خمسة مجالات هي:

- الصحة الجسدية والأمن المادي.
- العلاقات مع الآخرين.
- النشاطات الاجتماعية والمواطنة.
- الطموحات والمشاريع الذاتية والعمل.
- التسلية والترفيه.

ويحدد باحثون آخرون أمثال "لونا 1994 Lounois" نوعية الحياة في أربعة مكونات أساسية هي: الحالة الجسدية الجيدة، الشعور بالسعادة، التوازن، مستوى الرضا من الاندماج الاجتماعي (Lounois, 1994, P. 61-68).

ومن التصنيفات الأكثر شيوعا واستخداما في تجسيد مجالات جودة الحياة تلك التي تحدد مكوناتها على مجال جسدي ونفسي ومجال اجتماعي وسنتطرق إلى هذه المجالات:

4-1- المجال النفسي لنوعية الحياة:

Le domaine psychologique de la qualité de vie:

حسب (Marilou Bruchon Schweitzer) تضم نوعية الحياة الانفعالات، الحالة العاطفية الإيجابية وبالنسبة للآخرين تضم أيضا غياب الوجدانيات السلبية (حصر، اكتئاب) ودمج البعض الآخر من الباحثين ضمن المجال النفسي لجودة الحياة المفاهيم الدينامية الإجرائية مثل: التنمية الشخصية (Développement personnel) وتحقيق الذات (réalisation de soi) الإبداع، المعنى من الحياة الأخلاقية، الحياة الروحية، مدى تفهم المحيط بالفرد... الخ

وأخيرا يقترح الباحثون لضمان تقدير ذاتي جيد للبعد النفسي لنوعية الحياة بالإضافة وسائل التقدير مكملة كالاختبارات التي تقيس الفقدانات المتعلقة بالقدرات العقلية بواسطة الملاحظ مثلا، أو سلالم التقدير موضوعية من قبل ملاحظين آخرين، لتقديم توضيحات وتفسيرات للأعراض أو المشكلات النفسية للأفراد من خلال هذه التوجيهات نرى أنه يمكننا أن نتطرق إلى المجال النفسي لنوعية الحياة من خلال كل من الحالات الانفعالية الإيجابية وكذلك جميع الاضطرابات الأداء النفسي المتعلق بالفرد.

4-2- المجال الجسمي لنوعية الحياة:

Le domaine physique de la qualité de vie :

يُدمج الباحثين في هذا البعد عناصر عديدة للصحة أهمها الصحة الجسمية تضم الطاقة الحيوية: التعب، النوم، الراحة الآلام الأعراض ومختلف المؤشرات البيولوجية. في حين تشمل القدرات الوظيفية: الوضعية الوظيفية، حركية الفرد، النشاطات اليومية التي بإمكانها القيام بها ومدى استقلالية أو ارتباطه حاجته للمساعدة، لذا يظهر أن فضل الاختلالات النفسي عن الجسمي والاجتماعي في تداخلهم وتأثيراتهم المتبادلة، افتراضي أو اصطناعي لتسهيل التداول لا غير.

فتقدر العوامل الجسمية والكفاءات الوظيفية بطريقتين هما: موضوعية خارجية (طبية مثلا، فحوصات عيادية، وشبه عيادية، وأخرى ذاتية) داخلية تسمح بالكشف عن التمثيلات، الإدراكات والمعاش الذاتي للصحة من قبل الفرد ذاته، ذلك أن التقدير الصحة الأكثر استعمالا كمعايير هي عبارة عن معطيات عادية تجمع من الملفات الطبية للمرضى، نتائج التحاليل والفحوصات، وسلام تقدير يملؤها الأطباء مكونة عادة من قائمة وأعراض واضطرابات.

4-3- الرضا أو الارتياح في الحياة La satisfaction de la vie :

لقد ركزت الدراسات الاجتماعية على الارتياح المادي والظروف الوجودية (الحياتية) المؤدية إلى تقدير ايجابي للحياة من قبل الأفراد لتقييم حياتهم بطريقة ايجابية، لتهم فيما بعد بالرضا عن الحياة، الذي يعد مسار معرفي يضم مقارنات بين حياة الفرد ومعاييره المرجعية (القيم، المثل العليا).

ويذهب "دنير 1994, Diener" إلى أن هذا المفهوم يهدف إلى الحكم الشعوري والشامل الذي يطلقه الفرد في حياته، ويظهر هذا ضمن مجالات محددة: مهنية، عائلية، الاهتمامات، الصحة، التمويل والذات، المجموعة التي ينتمي إليها الفرد.

يرى "بافو 1991, Pavot" أن الرضا عن العيش هو عبارة عن عملية معرفية تهدف إلى المقارنة بين حياة الفرد وبين معايير المرجعية (القيم، والمثل العليا... الخ)، فهو يعبر عن التقييم الكلي الذي يقوم به الفرد عن حياته.

نلاحظ أن هذا المجال يهتم بفعالية الفرد في تقييمه الشامل لحياته الذي يعتمد على معايير ومكونات الحياة اليومية، وبهذا يهدف إلى المقارنة بين حياته ومعايير المرجعية التي تتمثل في المثل والقيم.

4-4- المجال الاجتماعي لنوعية الحياة

Le domaine social de la qualité de vie:

يرى "جريفن 1988, Griffin" أنه يجب الاهتمام أكثر بنوعية العلاقات الاجتماعية للأفراد أكثر من الاهتمام بكيفية هذه العلاقات، وهو ما يحدد عنده المجال الاجتماعي لجودة الحياة.

وتشكل العلاقات والنشاطات الاجتماعية الميدان الثالث الهام لنوعية الحياة عموماً تتعارض الحياة الاجتماعية مع الانعزال والإنسحابية وهذا في جوانب عديدة، عائلية، صداقة، مهنية، مواطنة...، هذا اعتباراً من أن التوظيف الاجتماعي يفترض شبكة علاقات كافية كما الاندماج الاجتماعي الفعلي وكيفا "المساندة الاجتماعية".

نلاحظ من خلال هذا المجال الاجتماعي أن نوعية الحياة تتضمن كل من العلاقات والوظائف الاجتماعية، وهناك يمكن النظر إلى هذا المجال بشكل متكامل إلا إذا تطرقنا إلى شبكة العلاقات من الناحية الكمية (أي مدى اندماج) الفرد في المجتمع، فعالة المساندة الاجتماعية في حياة الأفراد.

4-5- الراحة أو الوجود الجيد:

يضم بدوره تفاعلات معرفية رضا عن الحياة وانفعالية (عاطفية، ايجابية وسلبية) يعرفه Rolland عبر معايير أساسية ثلاثة:

- لا ينحصر في غياب الانفعالات السلبية التي تقيسها سلم الحصر، الاكتئاب، أو العدوانية لارتباطه بوجودات سعيدة (عاطفية، ايجابية).
- ذاتي لأنه تقدير ذاتي لا علاقة له بالظروف الحياتية الموضوعية (الراحة المادية)، مرتبط بتقدير ايجابي شمولي لحياة الفرد (رضا عن الحياة).
- يهتم بضرورة توفر المؤثرات الايجابية دون اهتمامه بغياب الانفعالات السلبية.

4-6- السعادة Le bonheur:

يتميز هذا المفهوم بالتعددية الوظيفية، فهو يتضمن ثلاث مكونات مستقلة فيما بينها: مكون انفعالي ايجابي (المتعة)، مكون معرفي-تقييمي (الرضا: أي تقدير الفرد مدى نجاحه في تحقيق تطلعاته) ومكون سلوكي (التفوق: أي نجاح التقييم الذاتي للفرد فيما يخص نشاطاته).

والسعادة هي استعداد شخصي مستقر نسبيا يتمثل في الإحساس النادر بوجودات سلبية (كالحصر، الاكتئاب، العدوانية... الخ)

أما (Muss Chehenga, 1997) فيرى أن السعادة: مفهوم متعدد يضم ثلاثة مكونات أساسية، انفعالية ايجابية (متعة)، معرفية تقديرية (الرضا تقدير النجاح في تحقيق الأحلام) ، وسلوكية (الجودة والامتياز) ، تقدير ذاتي للنجاح في النشاطات، يفصل في تحليله للمكونات الذاتية المذكورة سلفا، وظروف تحقيقها (المصادر المالية، القدرات والكفاءات الشخصي، الحظ) ، وهو لا يعتبرها عنصرا أساسيا أكثر من غيره، لكن إسهاماتها قد تكون موجودة لدى بعض الأشخاص على الأقل.

(Marilou Bruchon-schweitzer, p.06).

5- مؤشرات نوعية الحياة:

لقد حدد "فلوفيلد" مؤشرات قياس نوعية الحياة فيما يلي:

5-1- المؤشرات النفسية:

وتبدي في درجة شعور الفرد بالقلق والاكتئاب أو التوافق مع المرض، أو الشعور بالسعادة والرضا.

5-2- المؤشرات الاجتماعية:

وتتضح من خلال القدرة على تكوين العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلا عن مدى ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية التي تساعد الفرد على الراحة.

5-3- المؤشرات الجسمية والبدنية:

تتمثل في الرضا الفرد عن حالته الصحية، وقدرته على التعايش مع الآلام والنوم، والشهية في تناول الغذاء والقدرة الجنسية.

5-4- المؤشرات المهنية:

وتتمثل في درجة رضا الفرد عن مهنته وحبها لها، ومدى سهولة تنفيذ مهام وظيفته وقدرته على التوافق مع واجبات عمله. (محمود عبد الحليم منسي، علي مهدي كاظم، 2010، ص. 45).

6- النماذج المفسرة لنوعية الحياة:

6-1- نموذج نوعية الحياة لـ "إيفانس" (Evan, 1994):

هو نموذج بني على الوجهة التكاملية للأطر النظرية، حيث يتضمن مكونات داخلية ومكونات خارجية المصدر وتشمل في مجموعها خصائص الشخصية، أبعاد انفعالية، ومكونات معرفية.

كما يقترح "أبو سريع" و "شوقي" و "أنور" و "مرسي" نمودجا لتفسير وتقدير نوعية الحياة يعتمد على تصنيف المتغيرات المؤثرة في تشكيل نوعية الحياة موزعة على بعدين متعامدين:

يشتمل البعد الأفقي قطبي توزيع محددات نوعية الحياة حسب كمونها داخل الشخص أو خارجه، ويسمى بعد المحددات الشخصية الداخلية في مقابل المحددات الخارجية. ويشتمل البعد الرأسي توزيع تلك المحددات وفق أسس قياسها وتقدير مدى تحققها، والتي تتوزع ما بين أسس ذاتية يقدرها الفرد من منظوره الشخصي كما يدركها ويشعر بها، إلى أسس موضوعية لتشمل الاختبارات والمقاييس ومقارنة الشخص بغيره أو بمتوسط جماعته المعيارية، أو اعتمادا على معايير كمية وكيفية أخرى مثل ملاحظة مقاييس التقدير ويسمى بعد الذاتية في مقابل الموضوعية. (سلاف مشري، 2014، ص. 230 - 231).

6-2- نظرية فنتجوت وآخرون:

وقد وضعت نظرية تفسير نوعية الحياة في ضوء عدة أبعاد:

- نوعية الحياة الموضوعية أو الخارجية: التنظيم البيولوجي، إدراك الإمكانيات الحياتية، المعايير الثقافية.

- نوعية الحياة الذاتية: الهناء، الرضا عن الحياة السعادة، معنى الحياة.

نستخلص من كل هذه النماذج أن نموذج سبيكر وفنجوت من أكثر النماذج شمولية وتعبر في علم النفس الصحة، عن نوعية الحياة المتعلقة بالصحة حيث أن نوعية الحياة، بكل أبعادها النفسية والاجتماعية والبيولوجية تؤثر على سلوكيات الأفراد ووظائفه.

6-3- نموذج نوعية الحياة لـ "سبيكر" (Spilker, 1997):

حاول "سبيكر" (Spilker, 1997) تفسير مفهوم نوعية الحياة ليوضح تأثير

العلاجات الطبية بها تمثلت في ثلاثة مستويات متفاعلة معا هي:

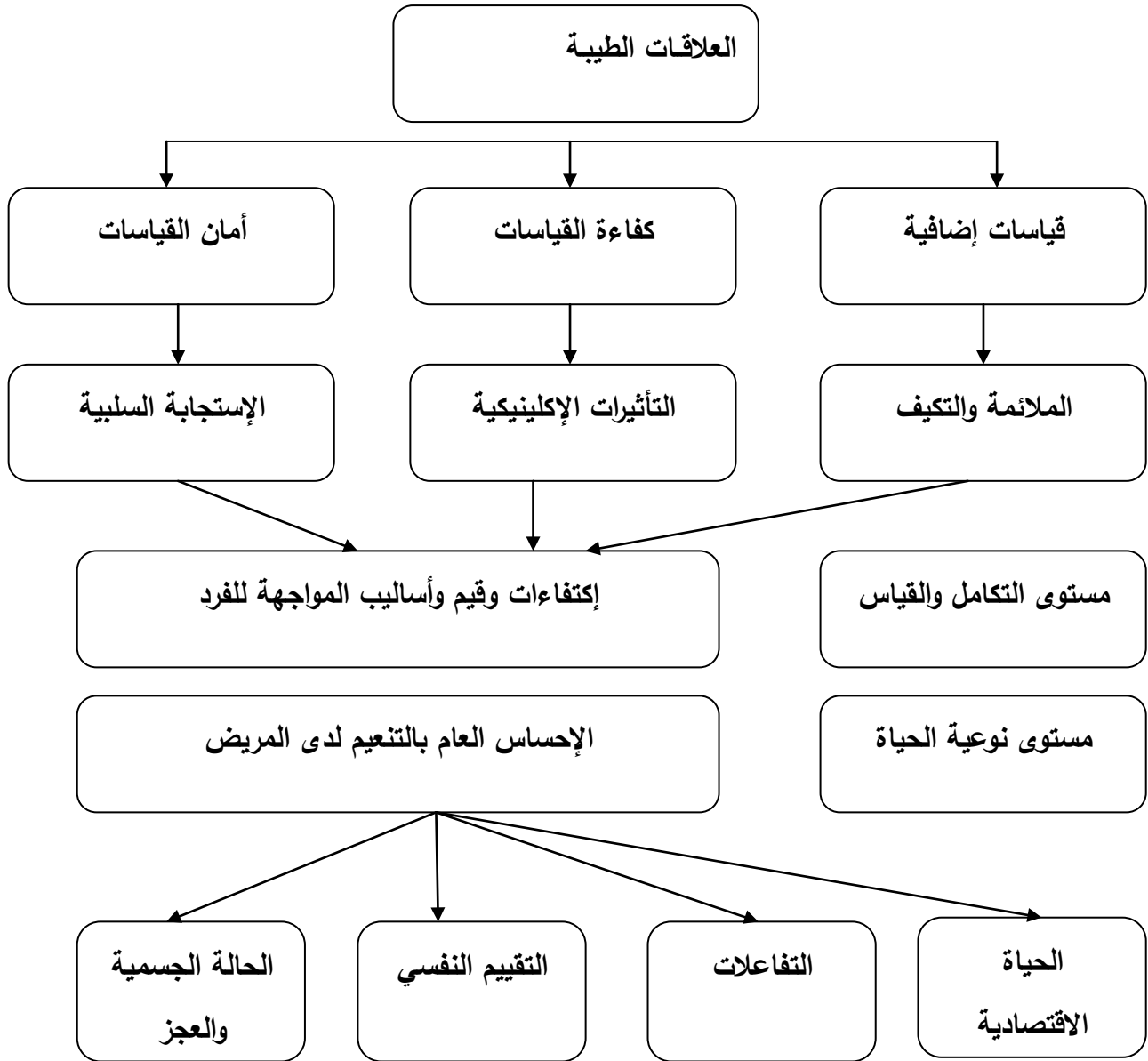
- مستوى التقييم الإكلينيكي.

- مستوى التكامل والقياس.

- مستوى نوعية الحياة.

حيث يفسر هذا النموذج كيفية تأثير العلاجات الطبية في المستوى الأول من التصور النظري وهو مستوى التقييم الإكلينيكي الذي يشمل على ثلاثة جوانب وهي التكاليف (القياسات)، مميزات العلاج (كفاءة المقياس) والاستجابة العلاجية السلبية.

فالمستوى الأول يشتمل على ثلاثة جوانب تؤثر على المستوى الذاتي ومستوى التكامل والقياس الذي يؤثر على المستوى الثالث وهو نوعية الحياة، بحيث يرى "سبيلكر" (Spilker) أن المستوى الثاني (التكامل والقياس) يؤدي دور الوسيط بين المستوى الأول والثالث بمعنى أن أساليب المواجهة وبناء القيم تعدل من تأثير التقييم الإكلينيكي على أبعاد مفهوم نوعية الحياة، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



الشكل رقم (06): يوضح نموذج سبيلكر (Spilker, 1997)

(هناة أحمد شويخ، 2009، ص. ص. 127-128).

وهو مكون من أربعة مفاهيم مرتبة:

- الجودة في البيئة الخارجية وغالبا مصطلح نوعية الحياة والهناء يستخدمان بهذا المعنى.

- الجودة المنبثقة من الداخل وهي تشير إلى البيئة الداخلية للفرد من إمكانات وقدرات تعدده لمجابهة المشكلات الحياتية بطريقة أفضل.

ونتائج الحياة: تنقسم إلى:

- الفائدة أو المنفعة "الجودة في البيئة الخارجية" وهي تشير إلى نوعية الحياة من خلال المحصلة ويمكن الحكم عليها في ضوء قيم الفرد والبيئة، أي استغلال البيئة الخارجية، وهي تمثل رؤية الحياة على أنها أكثر من كونها كذلك.

- تقويم أو تقدير الحياة "الجودة المنبثقة من الداخل" ويشير إلى نوعية الحياة كما يراها الفرد حيث التقرير الذاتي لها مثل الهناء الشخصي، والرضا عن الحياة والسعادة (Veenhoven, 2000,p 68)

6-4- النموذج النظري في سياق الأمراض المزمنة لنوعية الحياة:

قدمه كل من "كوان" و "يونج جراهام" و "كوشرين" (Cowan et Young Ghaham et Cochrine) عام (1993) ويتكون هذا النموذج من مجموعة من المتغيرات المتمثلة في خطورة المرض.

هذا العلاج والمستوى الاجتماعي والاقتصادي ومجموعة من المتغيرات الوسيطة مثلا ظهور عرض المشقة، المتغيرات الوظيفية والتكيف المعرفي.

هذه المثيرات المستقلة في حالة تفاعل دائم مع المثيرات الوسيطة ليكون المتغير التابع للوصول إدراك نوعية الحياة بحيث يعرف هذا النموذج بأنه النطاق الذي يقيس مستوى رضا الفرد عن الحياة والإحساس بالصحة بشكل إيجابي، وقد تم اختيار هذا

النموذج لدى عينات مرضية (البحه الصدرية، السرطان) ونقلنا عن "ناء أحمد شويخ" فهو نموذج نظري يمكن تعميمها على السياقات المرضية المزمنة.
(هناك أحمد شويخ، 2009، ص. ص. 164-165).

6-5- النموذج المفاهيمي لنوعية الحياة لـ "زهان":

ثم وضع هذا النموذج من طرف "زهان" (Zhan, 1992) ويسمح بدمج مختلف مكونات نوعية الحياة التي تم تحديدها في التراث الأدبي حول المرضى المصابين بقصور أو فشل القلب.

بالإضافة إلى كونه يأخذ بعين الاعتبار ما جاء به "ونجر" (Wenger, 1989) فيما يتعلق بالأعراض، والقدرة الوظيفية، والإدراكات الشخصية للأفراد المصابين بقصور في القلب.

ويعرف "زهان" (Zhan, 1992) نوعية الحياة بأنها مشاعر الرضا عن الحياة والتي تقوم على الرفاهية على الصعيد الجسدي (الصحة، القدرات الوظيفية) والصعيد النفسي (مفهوم الذات) وعلى الصعيد الاجتماعي (العوامل الاجتماعية والاقتصادية). ويرجع مفهوم الرضا إلى تقييم معرفي مبني على الخبرة الفردية من الحياة والمعنى الذي يعطيه الفرد لها ويتشكل هذا التقييم من المقارنة الفعلية للفرد بين إنتظاراته وإنجازاته.

• الرفاهية الجسدية (الصحة - القدرة الوظيفية):

تشمل المظاهر الإكلينيكية المذكورة موضوعيا وذاتيا إضافة إلى المعنى المرتبط بالصحة من قبل الفرد.

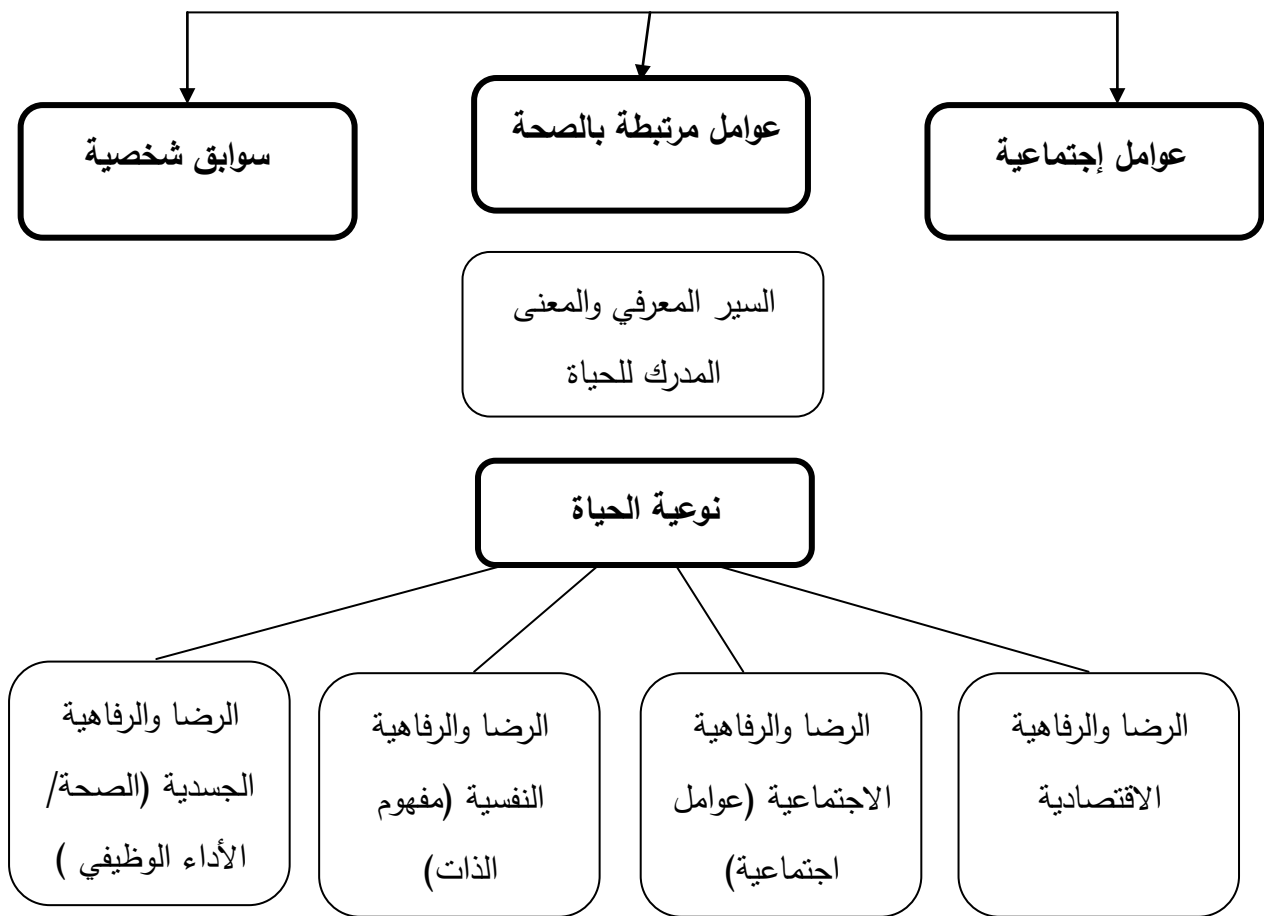
• الرفاهية النفسية (مفهوم الذات):

تعرف بأنها مجمل المعتقدات والمشاعر التي يحافظ عليها الفرد في مواجهة نفسه.

- الرفاهية الاجتماعية (العوامل الاجتماعية - الاقتصادية):

بما أن العمل والوضع الاجتماعي-الاقتصادي يحدد مكانة الفرد في البنية الاجتماعية والذي يؤثر بدوره على تقدير لذاته، تشكل العوامل الاجتماعية-الاقتصادية أيضا بعدا لنوعية الحياة.

ولقد حدد "زهان" (Zhan) العوامل المؤثرة على الإدراكات الفردية لنوعية الحياة، سواء السوابق الشخصية، والعوامل المرتبطة بالصحة والعوامل الاجتماعية الثقافية والبيئية، وهو ما يوضحه الشكل التالي: - Julie Peloquin, Sylvie Robichaud (Ekstran, Jacinthepin, 2007, pp 53-54).

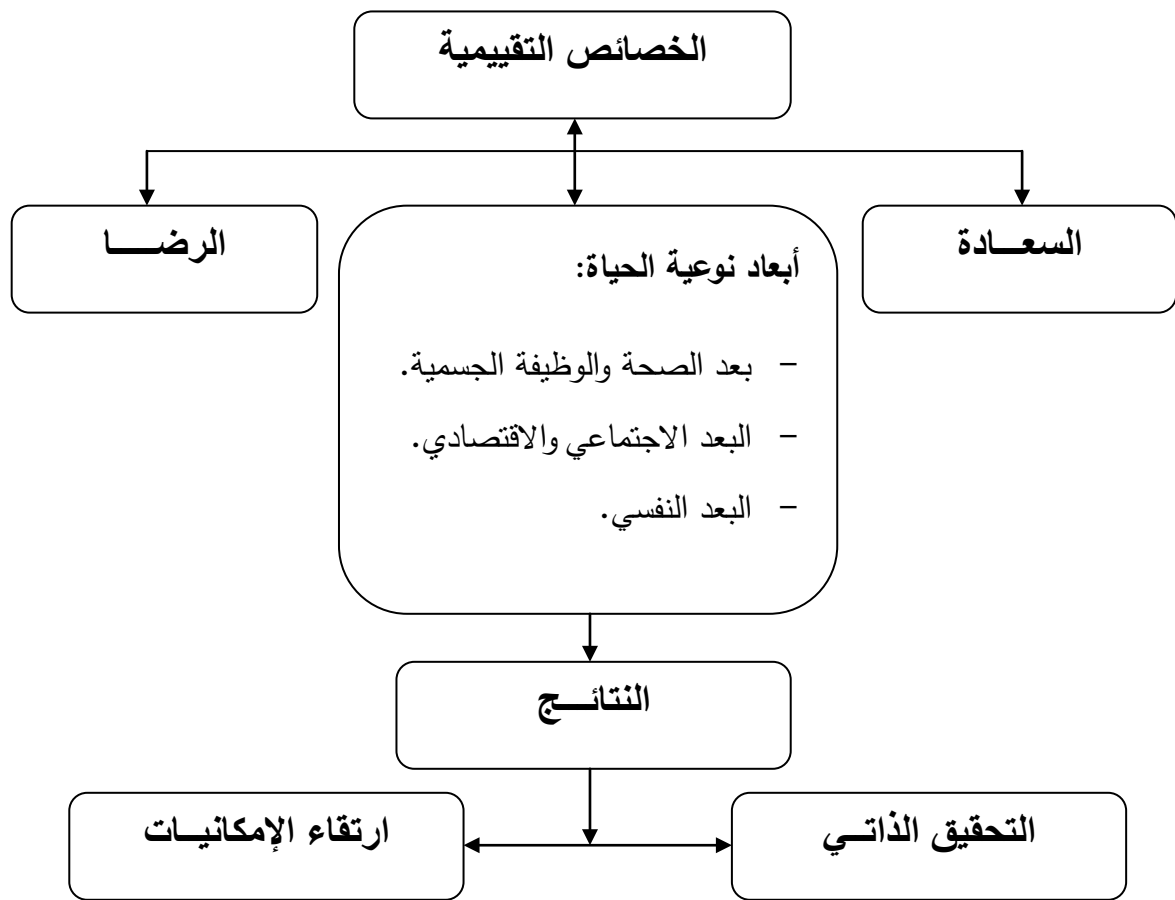


شكل رقم (07): يوضح النموذج المفاهيمي المكيف لنوعية الحياة حسب "زهان"
(Zhan, 1992)

(Julie Peloquin, Sylvie Robichaud–Ekstran, Jacinthpepin, 2007, p.p. 53-54).

6- نموذج الإدراك الذاتي لنوعية الحياة:

وضع هذا النموذج من طرف "أوليسون" (Olison, 1990) الذي يفترض أن نوعية الحياة هي خبرة معرفية تتضح من خلال كل من الرضا عن أبعاد الحياة المهنية للفرد والسعادة، وهذه الخبرة لها عدة أبعاد حيث يدل هذا النموذج على أن النتائج الإيجابية لنوعية الحياة تعتمد على إدراك الفرد لمستويات الرضا والسعادة الناتجة عن أبعاد نوعية الحياة المتمثلة في بعد الصحة، بعد المستوى الاجتماعي الاقتصادي، البعد النفسي وبعد الأسرة بالإضافة إلى اهتمام النموذج بكيفية تأثير هذه النتائج الإيجابية من ناحية أخرى في إدراك الفرد لنوعية الحياة التي يشعر بها، ويوضح هذا النموذج في الشكل الموالي:



شكل رقم (08): يوضح نموذج الإدراك الذاتي لنوعية الحياة لـ "أوليسون"

(هناك أحمد شويخ، 2009، ص. ص. 120-121).

6-7- نموذج العوامل الستة لـ "ريف" (Ryff, 2008) لتفسير نوعية الحياة:

لقد قدمت (Ryff) سنة (2008) نمودجا يعرف بنموذج العوامل الستة، وترى أنه يمكن من خلال تميميتها الوصول إلى تحقق نوعية الحياة لدى الفرد، تتمثل هذه العوامل في: تقبل الذات، العلاقات الإيجابية مع الآخرين، الاستقلالية، التمكن البيئي (السيطرة على البيئة)، الغرض من الحياة (الحياة الهادفة)، النمو الشخصي. (سلاف مشري، 2014، ص. 233).

- خلاصة:

عرفت منظمة الصحة العالمية نوعية نوعية الحياة على أنها تصور الفرد لمكانته في الحياة، وذلك في سياق الثقافة ونظام القيم الذي يعيش فيه والتي تكون مرتبطة بأهدافه، وتوقعاته ومعاييره ومخاوفه ونوعية الحياة مفهوم واسع، وبرز بشكل كبير في مجال الصحي، حيث يندرج في هذا السياق جوانب موضوعية مثل "ظروف الحياة الوظيفية والصحية" وجوانب ذاتية" مثل الارتياح، السعادة، الرفاهية". وبالتالي فنوعية الحياة المتعلقة بالصحة تهتم بالصحة البدنية للفرد، وحالته النفسية، وعلاقاته الاجتماعية، الدور الانفعالي، الألم والصحة العامة، وشهد هذا المصطلح تطور كبير في الآونة الأخيرة الحياة خاصة في مجال الصحة وظهرت العديد من النماذج المفسرة للسلوكيات الصحية والخطرة كما ظهرت أبعاده ومجالاته المختلفة.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

الاجراءات المنهجية للبحث

- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أول خطوة قمنا بها، فهي من بين المراحل الهامة لكل بحث علمي، قصد الحصول على المعلومات والدراسات التي تناولت موضوع بحثنا والتي أعطتنا فكرة شاملة عن جانبه النظري، كما ساعدتنا في صياغة الإشكالية والفرضيات وكذا معرفة مدى صلاحية الوسائل والأدوات، المقاييس النفسية التي تم استخدامها في دراستنا الحالية (أحمد عبد المنعم الدردير، 2002).

يعرف مروان عبد المجيد إبراهيم "الدراسة الاستطلاعية" على أنها: تلك الدراسة التي تهدف إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث في دراستها، والتعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها للبحث العلمي، (مروان عبد المجيد إبراهيم، 2000، ص 38).

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى تعرف الباحث على الظاهرة التي يرغب في دراستها وجمع المعلومات والبيانات عنها، مع استطلاع الظروف التي يجري فيها البحث مع صياغة مشكلة البحث صياغة دقيقة تمهد الدراسة الرئيسية، كما تهدف كذلك إلى التعرف على أهم الفروض التي يمكن إخضاعها للتحقيق. (مروان عبد المجيد إبراهيم، 2000، ص 39).

وتعتبر أيضا مرحلة أولية هامة في البحث العلمي تسبق التطبيق الفعلي للمقاييس النفسية المستخدمة قصد ضبط متغيرات البحث وتأتي ضرورة الدراسة الاستطلاعية انطلاقا من الأهداف التي يحددها الباحث وعليه يمكن تلخيص الأهداف المستوحاة من الدراسة الاستطلاعية فيما يلي:

- معرفة مجتمع البحث وخصائصه.

- دراسة الاستخبار والتأكد من مدى صلاحيته.

- التعرف على أنواع الصعوبات المختلفة التي يمكن أن يواجهها الباحث في الدراسة النهائية (ملحم سامي محمد، 2000، ص. 86).

- توفر العينة التي تسمح لنا القيام بالدراسة الأساسية.

- جمع المعلومات الكافية على الخصائص التي تتميز بها العينة المقصودة قصد بناء دليل المقابلة.

- التأكد من فهم محتوى أدوات البحث (مقياس الذكاء الانفعالي ومقياس الدعم الاجتماعي ومقياس نوعية الحياة).

لقد قمنا بإجراء دراستنا الاستطلاعية في مستشفى ابن عكنون الخاص بـ *Medecine physique et rééducation fonctionnelle réadaptation*. وذلك بعد الحصول على الأذن من طرف رئيس القسم توجهنا إلى المصلحة التي توجد فيها عينة بحثنا والتي تمس شريحة المرضى الذين يعانون من إعاقة حركية قمنا بتطبيق المقاييس النفسية للتأكد من سلامة التطبيق والتأكد من فهم المرضى لبنود المقاييس الخاصة بالبحث ولقد ساعدتنا الدراسة الاستطلاعية على تحديد طريقة تطبيق المقاييس النفسية التي كانت عن طريق مقابلة النصف موجهة، وذلك للتواصل مع أفراد العينة والتأكد من فهمهم لبنود المقاييس النفسية خصوصا مقياس نوعية الحياة الذي استدعى منا استبعاد بعض الحالات لعدم قدرتهم على فهم بنوده، وكانت المقابلة مع المرضى فردية. وأما عن الصعوبات التي وجدناها في البحث يقول المرضى بأن المقاييس جد طويلة وفيها أسئلة كثيرة ومتشابهة.

2- منهج الدراسة:

يعتبر المنهج العلمي أسلوباً للتفكير والعمل يعتمد على الباحث لتنظيم أفكاره وتحليلها وعرضها وبالتالي الوصول إلى نتائج وحقائق معقولة حول ظاهرة موضوع الدراسة ويمتاز هذا الأسلوب بمرحلتين بمعنى أنه يتكون من مجموعة من المراحل المتسلسلة والمتراصة التي تؤدي كل منها إلى المرحلة التالية.

ويتحدد اختيار المنهج العلمي الذي يتبعه الباحث في تحليله ظاهرة معينة بمحتوى الظاهرة المدروسة، حيث أن طبيعة الموضوع هي التي تفرض على الباحث استخدام أسلوب معين ذلك لأن ما يصلح منها لدراسة مشكلة معينة قد لا يصلح لدراسة ظاهرة أخرى وهذا نظراً لخصائص ومميزات كل منها.

أما المنهج المستخدم في الدراسة فهو المنهج الوصفي الذي يقوم على رصد ومتابعة دقيقة لظاهرة أو حدث معين بطريقة كمية أو نوعية في فترة زمنية معينة أو عدة فترات من أجل التعرف على الظاهرة أو الحدث من حيث المحتوى أو المضمون والوصول إلى نتائج وتعميمات تساعد في فهم الواقع وتطويره.

ويهدف المنهج الوصفي إلى دراسة الأوضاع الراهنة باستخدام بيانات كافية عن الظاهرة المدروسة وذلك للكشف عن خصائصها، أشكالها وعلاقاتها أي تحديد العلاقات بينها وبين متغيرات أخرى تسمح بدراستها أيضاً ومن ثم التنبؤ بمستقبل هذه الظاهرة، وأكثر ما يستخدم المنهج الوصفي منذ نشأته وظهور العلوم الاجتماعية والإنسانية. (ريحي مصطفى عليان، 2001، ص35). ويعرف المنهج الوصفي بأنه: "نوع من أساليب البحث يدرس الظواهر وخصائصها وتغيراتها وارتباطها مع الظواهر الأخرى كما أنه الأسلوب الوحيد الممكن لدراسة بعض الموضوعات المتعلقة بالإنسان، وهو أسلوب لا يقف عند الوصف بل يتجاوز ذلك للوصول إلى استنتاجات تسهم في تفسير الظاهرة،

ويتدرج في مستويات أدناه للوقوف عند الوقائع، ويرتبط هذا المنهج ارتباطا وثيقا بالإجراءات الإحصائية. (عريفج سامي وآخرون، 1999، ص 76).

3- مكان وزمان البحث:

لقد قمنا بدراستنا في مستشفى ابن عكنون ومستشفى تيقصريين وهذا خلال شهر سبتمبر من سنة ألفين وستة عشر وكانت عينة البحث تتكون من 60 فرد معاق حركيا منهم ذكور وإناث وقد استخدمنا ثلاث مقاييس منها مقياس الدعم الاجتماعي ومقياس الذكاء الانفعالي ومقياس نوعية الحياة بالصحة (Health Quality of Life SF-36).

4- عينة البحث:

بعد التأكد من توفر عينة البحث أبدى جميعهم الرغبة في التعامل معنا قمنا بتطبيق مقاييس البحث لدى المعاقين الذين توفرت فيهم المعايير التي تخدم موضوع الدراسة، تكونت عينة الدراسة من 60 معاق حركي كما كان هناك اختلاف في المستوى المادي والتعليمي والاجتماعي لديهم تتراوح أعمارهم (20-40) سنة يعانون من إعاقة حركية.

4-1- معايير اختيار العينة:

- السن والجنس: تتراوح أفراد العينة ما بين (20 إلى 40) سنة منهم ذكور وإناث.

- نوع الإصابة: كل الأفراد يعانون من إعاقة حركية جسمية.

4-2- خصائص عينة البحث:

4-2-2- الجنس:

جدول رقم (02): توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
50 %	30	الذكور
50%	30	الإناث
100%	60	المجموع

يتضح من خلال الجدول (02) أن عينة البحث تشمل المعاقين حركيا من كلا الجنسين ذكور وإناث بحيث قدر عدد المرضى الذكور ب (30) معاق أي بنسبة المئوية مقدرة ب(50 %) أما بالنسبة للمرضى الإناث فبلغ عددهن ب (30) معاقا بنسبة المئوية مقدرة ب(50 %) نلاحظ من خلال الجدول أن النسبة بين الذكور والإناث متساوية.

4-2-3- السن:

جدول رقم (03): توزيع أفراد العينة حسب السن.

النسبة المئوية	التكرار	الفئات العمرية
75%	45	من 20 إلى 29
25 %	15	من 30 إلى 40
100%	60	المجموع

من خلال الجدول رقم (03) يتراوح سن أفراد عينة الدراسة ما بين (20 إلى 40) سنة والتي تم تقسيمها إلى فئتين عمريتين بحيث بلغ عدد الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين (20 إلى 29) سنة ب (45) معاق حركي بنسبة مقدرة ب(75%) أما الفئة العمرية الثانية (30 إلى 40) سنة ب (15) معاق حركي بنسبة مئوية مقدرة ب(25%) نلاحظ أن النسبة الأعلى للفئة العمرية الأولى.

4-2-4- المستوى التعليمي:

جدول رقم (04): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.

النسب المئوية	التكرار	المستوى التعليمي
% 33,33	20	ابتدائي
% 41,67	25	متوسط
%16,67	10	ثانوي
% 8,33	5	جامعي
%100	60	المجموع

من خلال الجدول رقم(04) فإن المستوى التعليمي لأفراد العينة متباين ويتراوح ما بين الابتدائي الذي يشمل (20) معاق وذلك بنسبة مئوية مقدرة ب(33,33%) أما المتوسط (25) النسبة مقدرة ب(41,67%) والمستوى الثانوي نجد (10) معاق وذلك بنسبة مئوية مقدرة ب(16,67%) وفيما يخص المستوى نجد (5) معاقين وذلك بنسبة مئوية مقدرة ب(8,33%) ويتضح من خلال الجدول أن معظم أفراد العينة ذوي مستوى تعليمي ابتدائي.

4-2-5- المستوى الاقتصادي:

جدول رقم (05): توزيع أفراد العينة حسب المستوى الاقتصادي.

النسب المئوية	التكرار	المستوى الاقتصادي
38,33%	23	ضعيف
41,67%	25	متوسط
20%	12	جيد
100%	60	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم(05) فإن مستوى الاقتصادي لأفراد العينة أي المعاقين حركيا فلقد قدر بمستوى الاقتصادي ضعيف ب(23) وبنسبة المئوية ب (38,33%) أما ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط ب(25) وبنسبة المئوية قدرة ب(41,67%) أما بالنسبة للذوي المستوى الاقتصادي الجيد ب(12) بنسبة المئوية قدر ب(20%) فنلاحظ أن أفراد العينة ذوي مستوى اقتصادي متوسط.

4-2-6- الوضعية العائلية:

جدول رقم (06): توزيع أفراد العينة حسب الوضعية العائلية

النسب المئوية	التكرار	الوضعية العائلية
66,67 %	40	أعزب/ عزباء
31,67 %	19	متزوج/ متزوجة
00 %	00	مطلق/ مطلقة
1,66 %	01	أرمل/ أرملة
100 %	60	المجموع

من خلال الجدول رقم (6) نلاحظ أن معظم أفراد العينة عزاب فلقد بلغ عددهم ب(40) معاق حركي أي بنسبة مقدرة ب(66,67%) أما بالنسبة للمتزوجين عددهم (19) بنسبة المئوية مقدرة ب(31,67%) وفيما يخص الأرامل من أفراد العينة عددهم ب(01) أي بنسبة المئوية مقدرة ب(1,66%) نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة الأرامل ضئيلة جدا كما موضح في الجدول.

5- أدوات البحث:

5-1- مقياس الذكاء الانفعالي: ل (Bar-on & Parker)

5-1-1- التعريف بالمقياس:

أعد مقياس (Bar-on & Parker) وفقا لنموذج السمات أو النموذج المختلط، وهو من ضمن مقاييس التقرير الذاتي، أعد استنادا إلى الأبحاث التي أجراها (Bar-on) على المفهوم، وقد طبق على عينة تعد بالآلاف كما أشار إليه نور الهي (2009) وعن فئات عمرية يتعدى سنها إلى (16 سنة)، وعلى مختلف الأجناس البشرية: أمريكا، كندا، الشيلي، الأرجنتين، ألمانيا، بريطانيا، الهند، إسرائيل، المكسيك، نيجيريا، جنوب إفريقيا، السويد... الخ، وهو مقياس متعدد الأبعاد ولديه قدرة تخمينية عالية في مستوى مهارات الذكاء الانفعالي المستقبلية لدى الفرد، ينطلق من النموذج المختلط للذكاء الانفعالي ذي النظرة الشاملة لتكامل مهارات الفرد الفكرية والانفعالية كما تشير إلى ذلك المل لى (2011).

ترجم المقياس إلى العربية مرتان كانت من طرف عجوة (2003)، ونقل مرة أخرى من طرف رزق الله (2006) بعد أن تحققت من قوة خصائصه السيكومترية، بعدة طرق (صدق الترجمة، الصدقة الظاهري، صدق البناء)، والثبات وكان بعدة طرق أيضا (إعادة التطبيق، التجزئة النصفية، ومعامل Alpha de cronbach)

5-1-2- وصف المقياس:

يتألف المقياس من (60) فقرة ذات تدرج رباعي موزعة على (06) أبعاد وهذه الأبعاد تتكون من (15) مهارة، والجدول الموالي يوضح أبعاد المقياس وأرقام فقرات كل بُعد:

جدول رقم (07) يبين أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي ل (Bar-on & Parker) وأرقام الفقرات لكل بُعد.

أرقام الفقرات	الأبعاد
53-43-31-28-17-07	01 الكفاءة الشخصية
-51-45-41-36-24-20-14-10-5-2 59-55	02 الكفاءة الاجتماعية
-49-46-39-35-26-21-15-11-6-3 58-54	03 كفاءة إدارة الضغوط النفسية
57-48-44-38-34-30-25-22-16-12	04 الكفاءة التكيفية
-40-37-32-29-23-19-13-9-4-1 60-56-50-47	05 كفاءة المزاج الايجابي العام
52-42-33-27-18-8	06 كفاءة الانطباع الايجابي

❖ العبارات ذات الاتجاه السالب

5-1-3- تصحيح المقياس:

يعتمد المقياس على أربع بدائل هي: لا تنطبق أبدا- تنطبق بدرجة بسيطة- تنطبق بدرجة متوسطة- وتنطبق بدرجة كبيرة، تعطي القيم (1-2-3-4) على التوالي في حالة الفقرات ذات الاتجاه الموجب، أما في حالة الفقرات ذات الاتجاه السالب يتم عكس الأوزان.

5-1-4- الخصائص السيكومترية لمقياس الذكاء الانفعالي:

5-1-4-1- حساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس: تقدير الارتباط بين كل

بعد والدرجة الكلية للمقياس:

جدول رقم (08): نتائج حساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس الذكاء

الانفعالي.

أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي	قيمة معامل ارتباط بيرسون	الدالة الإحصائية
الكفاءة الشخصية	0,65	دالة إحصائية عند 0,01
الكفاءة الاجتماعية	0,86	دالة إحصائية عند 0,01
كفاءة إدارة الضغوط النفسية	0,88	دالة إحصائية عند 0,01
الكفاءة التكيفية	0,93	دالة إحصائية عند 0,01
كفاءة المزاج الايجابي العام	0,93	دالة إحصائية عند 0,01
كفاءة الانطباع الايجابي	0,89	دالة إحصائية عند 0,01

يعكس لنا الجدول رقم (08) السابق، تميز مقياس الذكاء الانفعالي بالصدق، وهذا ما يظهر جليا في قيم معاملات ارتباط كل بعد من أبعاد المقياس بالدرجة الكلية للمقياس والتي تراوحت بين (0,65 إلى 0,93) وهي كلها دالة إحصائية، الأمر الذي يعكس الاتساق الداخلي للمقياس أي يتميز بالصدق.

5-1-4-2- ثبات الاتساق الداخلي بطريقة التباين وبتطبيق معادلة ألفا

كرونباخ:

جدول رقم (09): ثبات الاتساق الداخلي بطريقة التباين وبتطبيق معادلة ألفا

كرونباخ.

أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي	معامل ألفا لكرونباخ
الكفاءة الشخصية	0,39
الكفاءة الاجتماعية	0,68
كفاءة إدارة الضغوط النفسية	0,67
الكفاءة التكيفية	0,68
كفاءة المزاج الايجابي العام	0,75
كفاءة الانطباع الإيجابي	0,70

يتميز مقياس الذكاء الانفعالي بالثبات، تراوحت قيم ألفا لكرونباخ بين (0,68، 0,39 إلى غاية 0,75)، وهي كلها قيم جد مقبول تعكس تميز المقياس بالثبات.

5-2- استبيان الدعم الاجتماعي المدرك لساراسون وآخرون (1983-1987):

5-2-1- التعريف:

تم الاعتماد على استبيان الدعم الاجتماعي الذي أعد من طرف كل من "ساراسون" و"هنري ليفين"، "وروبرت باشام" و"بربرا ساراسون" عام 1983، بهدف قياس الدعم الاجتماعي المدرك من خلال 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 (1-3-5-7-9-11)

حول قياس البعد الأول الذي يتمثل في الدعم والبنود الزوجية (2-4-6-8-12) على قياس البعد الثاني المتعلق بالرضا.

وهناك عدة ترجمات لهذا الاستبيان حيث نقل من 27 بند إلى 12 بند 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 بعدة دراسات 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. (Marilou-Bruchon, 2002, p337)

5-2-2- طريقة التصحيح:

ويمكن إدراج سلم تصحيح هذا الاستبيان في سلميين فرعيين:

السلم الأول:

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

السلم الثاني: فيقيس درجة رضا المفحوص عن السند المتحصل عليه، وهذا من خلال البنود الزوجية، إذ يحتوي كل بند على (06) احتمالات للإجابة درجات تنقيطها من (01) إلى غاية (06) نقاط والتي تعتبر أقصى درجة يمكن الحصول عليها في هذا السلم.

5-2-3- صدق المقياس: اعتمدت الباحثة لدراسة الصدق طريقة الاتساق الداخلي لفقرات وأبعاد مقياس الدعم الاجتماعي، حيث قامت بإيجاد معامل الارتباط بين درجات كل فقرة مع الدرجة الكلية للبعد، فكانت النتائج بالنسبة للبعدين (02) لمقياس الدعم الاجتماعي كما يلي:

البعد الأول (بعد الدعم): و يتكون من خمسة بنود (05) مرقمة كما يلي: (1) ، (3) ، (7) ، (9) ، (11) ، تراوحت قيم معاملات الارتباط للبنود بين 0.16 و 0.41 وقيم موجبة و غير صفرية ومقبولة، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبنود الخمسة (5) النهائية:

جدول رقم (10): يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي

للبعد الأول (بعد الدعم) لمقياس الدعم الاجتماعي المدرك.

رقم البند	معامل الارتباط
1	0.18
3	0.16
7	0.41
9	0.40
11	0.26

البعد الثاني (بعد الرضا): و يتكون ستة بنود (6) مرقمة كما يلي: (2) ، (4) ، (6) ، (8) ، (10) ، (12)، تراوحت قيم معاملات الارتباط البنود بين 0.19 و 0.55 و هي قيم موجبة و غير صفرية و مقبولة، و بهذا تتكون الصورة النهائية للبعد الثاني

لمقياس الدعم الاجتماعي من (6) بنود، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبنود النهائية

جدول رقم (11): يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الثاني (بعد الرضا) لمقياس الدعم الاجتماعي المدرك.

رقم البند	معامل الارتباط
2	0.19
4	0.28
6	0.25
8	0.55
10	0.34
12	0.27

5-2-4- ثبات مقياس الدعم الاجتماعي المدرك:

لقد استخدمت الباحثة لقياس ثبات مقياس الدعم الاجتماعي عدة طرق تتمثل فيما

يلي:

- طريقة التجزئة النصفية.
- طريقة ألفا كرونباخ.

وتوصلت الباحثة باستخدام طريقة التجزئة النصفية على عينة مكونة من (ن=60)، إلى أن معاملات ثبات أبعاد مقياس الدعم الاجتماعي مقبولة وتتراوح بين 0.50 و 0.62، و بطريقة ألفا تراوحت قيم معاملات الثبات بين 0.51 و 0.69، وهي جميعا

نسب دالة إحصائياً وبذلك يتضح أن مقياس الدعم الاجتماعي يتمتع بمعاملات ثبات مقبولة.

وفيما يلي تستعرض الباحثة الطرق المستخدمة في الدراسة الحالية لحساب ثبات مقياس الدعم الاجتماعي:

1- طريقة التجزئة النصفية (Split-half-methode): قامت الباحثة بحساب

معامل الارتباط بين درجات البنود الفردية و درجات البنود الزوجية على عينة التقنين مكونة من 60 فرد، و بعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط باستخدام معادلة سبيرمان- براون ، حيث تم الحصول على معاملات ثبات أبعاد مقياس الدعم الاجتماعي المدرك تتراوح بين 0.55 و 0.85 و هي قيم ثبات مقبولة. وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم (12): يبين نتائج حساب ثبات أبعاد مقياس الدعم الاجتماعي المدرك

باستخدام طريقة التجزئة النصفية.

معاملات الارتباط	
0.85	الدعم الاجتماعي
0.55	بعد الدعم
0.62	بعد الرضا

2- طريقة كرونباخ: تم حساب معامل ألفا باستخدام معادلة كيودر ريتشارسون

طبقاً لتعديل كرونباخ، و تبين أن معاملات الثبات تتراوح بين 0.51 و 0.78 و هي معاملات ثبات مقبولة، مما يؤكد ثبات أبعاد مقياس الدعم الاجتماعي. وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم (13): يبين نتائج حساب ثبات أبعاد مقياس الدعم الاجتماعي المدرك باستخدام طريقة ألفا كرونباخ.

معاملات الارتباط	
0.78	الدعم الاجتماعي
0.51	بعد الدعم
0.69	بعد الرضا

3-5-3- مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة: (Le MOS SF-36):

1-3-5- تعريف المقياس:

لقد وضع مقياس أو سلم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (Health Quality of Life SF-36) من طرف (Ware et Sherboune,1992) من خلال دراسة تتبعية (Médical Out comStudy) بدأت عام (1986) دامت أربع سنوات متتالية على (2456) فردا يعانون من ضغط الدم الشرياني. وهو مقياس من بين مقاييس التقييم الذاتي، أسسه بعض الباحثين في مجال الصحة العامة واعتمده منظمة الصحة العالمية كمقياس عالمي لحساب درجات نوعية الحياة المتعلقة بصحة الأفراد، وهو سلم يتكون من 8 محاور تقيس جوانب مختلفة من حياة الفرد وهي كما يلي:

- محور الوظائف البدنية: وتعتبر عنه العبارات: 12-11-10-9-8-7-6-5-

3-4.

- محور الدور البدني: وتعتبر عنه العبارات: 16-15-14-13.

- محور الدور الانفعالي: وتعتبر عنه العبارات: 19-18-17.

- محور الحيوية: وتعبّر عنه العبارات: 23-27-29-31.
 - محور الصحة النفسية: وتعبّر عنه العبارات: 24-25-26-28-30.
 - محور الوظائف الاجتماعية: وتعبّر عنه العبارات: 20-32.
 - محور الألم: وتعبّر عنه العبارات: 1-2-33-34-35-36.
- وما يميز هذا المقياس أن كل محور له بدائل خاصة به، ولكن في مجمله يقيس متغير واحد ألا وهو نوعية الحياة المتعلقة عند الفرد، وهذه البدائل هي:
- محور الوظائف البدنية: تؤثر كثيرا، تؤثر قليلا، لا تؤثر إطلاقا.
 - محور الدور البدني: نعم، لا.
 - محور الدور الانفعالي: نعم، لا.
 - محور الحيوية: دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، أبدا.
 - محور الصحة النفسية: دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، أبدا.
 - محور الوظائف الاجتماعية: دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، أبدا.
 - محور الألم: لم تؤثر، أثرت قليلا جدا، أثرت قليلا، أثرت بشكل متوسط، أثرت كثيرا، أثرت كثيرا جدا.
 - محور الصحة العامة: صحيح جدا، صحيح نوعا ما، لا أدري، خطأ نوعا ما، خطأ جدا.
 - محور الصحة العامة: صحيح جدا، صحيح نوعا ما، لا أدري، خطأ نوعا ما، خطأ جدا.

5-3-2- طريقة التصحيح:

التقدير الذاتي مبني على سلم ليكرت (Likert) يتم التقدير بوضع درجة أولى حسب التسلسل من (3-1) أو من (5-1) أو من (6-1) حسب الاحتمالات الخاصة بكل سؤال، ثم تجمع الدرجات المتحصل عليها كمجموع درجات أسئلة البعد ثم يقسم الرقم الإجمالي على عدد الأسئلة للحصول على درجة البند، أما تقدير درجة نوعية الحياة فيتم بجمع كل درجات البنود ويقسم على (8) للحصول على الدرجة النهائية والتي تكون جيدة كلما ارتفعت وسيئة كلما انخفضت لأن التقدير المتحصل عليه مقدر على 100 فيتراوح تنقيط مقياس نوعية الحياة (MOS SF-36) من (0) نقطة والتي تدل على نوعية حياة سيئة إلى (100) نقطة من أجل نوعية حياة ممتازة وذلك وفقا للمعايير المعمول بها دوليا، وتشير (Marilou Bruchon Schweitzer, 2002) إلى أن الجانب المرتبط بالعلاقات الاجتماعية يتلخص للأسف في بندين فقط. (Marcel Lourel, 2007, p 10)

5-3-3- صدق المقياس: اعتمدت الباحثة لدراسة الصدق طريقة الاتساق

الداخلي لفقرات وأبعاد مقياس نوعية الحياة، حيث قامت بإيجاد معامل الارتباط بين درجات كل فقرة مع الدرجة الكلية للبعد، فكانت النتائج بالنسبة للأبعاد الستة (08) لمقياس نوعية الحياة كما يلي:

- البعد الأول (بعد الوظائف البدنية): و يتكون من ستة بنود (10) مرقمة كما يلي : (3) ، (4) ، (5) ، (6) ، (7) ، (8) ، (9) ، (10) ، (11) ، (12) ، تراوحت قيم معاملات الارتباط للبنود بين 0.11 و 0.56 وقيم موجبة و غير صفرية ومقبولة ، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبنود الخمسة (12) النهائية: : 3-4-5-6-7-8-9-10-11-12.

جدول رقم (14): يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الأول (بعد الوظائف البدنية) لمقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة.

معامل الارتباط	رقم البند
0.11	3
0.30	4
0.56	5
0.13	6
0.12	7
0.38	8
0.30	9
0.27	10
0.24	11
0.22	12

- البعد الثاني (المحور البدني): و يتكون من أربعة بنود (4) مرقمة كما يلي : (13) ، (14) ، (15) ، (16) ، قيمة معامل الارتباط الفقرة أو البند (13) سالب مما يستوجب حذفه تراوحت قيم معاملات الارتباط البنود بين 0.23 و 0.77 و هي قيم موجبة و غير صفرية و مقبولة، و بهذا تتكون الصورة النهائية للبعد الثاني لمقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة من (3) بنود، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبنود النهائية:

جدول رقم (15): يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد

الثاني (المحور البدني) لمقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة.

معامل الارتباط	رقم البند
0.23	14
0.77	15
0.62	16

- البعد الثالث (محور الدور الانفعالي): ويتكون من ثلاثة بنود (3) مرقمة كما

يلي : (17) ، (18) ، (19)، تراوحت قيم معاملات الارتباط للفقرات المتبقية بين 0.24 و 0.24 و هي قيم موجبة و غير صفرية و مقبولة، و بهذا تتكون الصورة النهائية للبعد الثالث لمقياس نوعية الحياة من بندين (2)، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبنود النهائية:

جدول رقم (16): يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد

الثالث لمقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة.

معامل الارتباط	رقم البند
0.24	17
0.24	18

- البعد الرابع (محور الحيوية): ويتكون من أربعة بنود (4) مرقمة كما يلي :

(23) ، (27) ، (29) ، (31)، تراوحت قيم معاملات الارتباط للفقرات المتبقية بين 0.18 ، 0.50 و هي قيم موجبة و غير صفرية و مقبولة، و بهذا تتكون الصورة النهائية للبعد الرابع لمقياس نوعية الحياة من تسعة (4) بنود، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبنود النهائية:

جدول رقم (17): يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الرابع (محور الحيوية) لمقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة.

رقم البند	معامل الارتباط
23	0.97
27	0.98
29	0.98
31	0.89

- البعد الخامس (محور الصحة النفسية): و يتكون من خمسة بنود (5) مرقمة كما يلي : (24) ، (25) ، (26) ، (28) ، (30)، و تراوحت قيم معاملات الارتباط للفقرات بين 0.39 ، 0.80 وهي قيم موجبة و غير صفرية و مقبولة، و بهذا تتكون الصورة النهائية للبعد الخامس لمقياس نوعية الحياة من (5) بنود، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبنود النهائية.

جدول رقم (18): يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الخامس لمقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (محور الصحة النفسية).

رقم البند	معامل الارتباط
24	0.75
25	0.70
26	0.39
28	0.60
30	0.80

- البعد السادس (الوظائف الاجتماعية): و يتكون من بندين (2) مرقمة كما يلي : (30) ، (32)، بينما تراوحت قيم معاملات الارتباط للبنود المتبقية بين 0.56 و 0.56 وهي قيم موجبة و غير صفرية ومقبولة، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبندين (2):

جدول رقم (19): يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد السادس (محور الوظائف الاجتماعية) لمقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة.

رقم البند	معامل الارتباط
30	0.56
32	0.56

- البعد السابع (محور الألم): و يتكون من ستة بنود (6) مرقمة كما يلي : (1) ، (2) ، (33) ، (34) ، (35) ، (36) ، قيمة معامل الارتباط البندين (1) ، (2) سالبة و صفرية مما يستوجب حذفها، بينما تراوحت قيم معاملات الارتباط للفقرات بين 0.33، 0.71 وهي قيم موجبة و غير صفرية ومقبولة، وبهذا تتكون الصورة النهائية للبعد السابع لمقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة من (04) بنود، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبنود النهائية.

جدول رقم (20): يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد السابع لمقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (محور الألم).

رقم البند	معامل الارتباط
33	0.33
34	0.70
35	0.71
36	0.54

- البعد الثامن (محور الصحة العامة): ويتكون من بندين (2) مرقمة كما يلي:
(21)، (22)، بينما تراوحت قيم معاملات الارتباط للبنود بين 0.78 و 0.78 وهي قيم موجبة و غير صفرية ومقبولة، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبندين (2):

جدول رقم (21): يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الثامن (محور الصحة العامة) لمقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة.

رقم البند	معامل الارتباط
21	0.87
22	0.87

وبهذا تتكون الصورة النهائية لمقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة من (32) فقرة مقبولة ولكل منها صدق بناء واتساق داخلي.

5-3-4- ثبات مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة:

لقد استخدمت الباحثة لقياس ثبات مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة عدة طرق تتمثل فيما يلي :

- طريقة التجزئة النصفية.

- طريقة ألفا كرونباخ.

وتوصلت الباحثة باستخدام طريقة التجزئة النصفية على عينة مكونة من (ن=60)، إلى أن معاملات ثبات أبعاد مقياس نوعية الحياة مقبولة و تتراوح بين 0.38 و0.98، وبطريقة ألفا تراوحت قيم معاملات الثبات بين 0.38 و0.98، وهي جميعا نسب دالة إحصائيا وبذلك يتضح أن مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة يتمتع بمعاملات ثبات مقبولة.

وفيما يلي تستعرض الباحثة الطرق المستخدمة في الدراسة الحالية لحساب ثبات مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة:

1- طريقة التجزئة النصفية (Split-half-methode): قامت الباحثة

بحساب معامل الارتباط بين درجات البنود الفردية ودرجات البنود الزوجية على عينة التقنين مكونة من 60 فرد، وبعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط باستخدام معادلة سبيرمان- براون، حيث تم الحصول على معاملات ثبات أبعاد مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة تتراوح بين 0.38 و 0.98 وهي قيم ثبات مقبولة، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم (22): يبين نتائج حساب ثبات أبعاد مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة باستخدام طريقة التجزئة النصفية.

معاملات الارتباط	
0.61	نوعية الحياة
0.65	محور الوظائف البدنية
0.69	محور الدور البدني
0.38	محور الدور الانفعالي
0.98	محور الحيوية
0.78	محور الصحة النفسية
0.69	محور الوظائف الاجتماعية
0.60	محور الألم
0.93	محور الصحة العامة

2- طريقة كرونباخ: تم حساب معامل ألفا باستخدام معادلة كيوذر ريتشارسون طبقا لتعديل كرونباخ، وتبين أن معاملات الثبات تتراوح بين 0.38 و 0.98 وهي معاملات ثبات مقبولة، مما يؤكد ثبات أبعاد مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة وفيما يلي عرض لمختلف النتائج.

جدول رقم (23): يبين نتائج حساب ثبات أبعاد مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة باستخدام طريقة ألفا كرونباخ.

معاملات الارتباط	
0.76	نوعية الحياة
0.57	محور الوظائف البدنية
0.70	محور الدور البدني
0.38	محور الدور الانفعالي
0.98	محور الحيوية
0.83	محور الصحة النفسية
0.69	محور الوظائف الاجتماعية
0.76	محور الألم
0.93	محور الصحة العامة

6- المعالجة الإحصائية:

تمت المعالجة الإحصائية للبيانات عن طريق برنامج (Statistical (SPSS Package of Social Sciences) البرنامج الإحصائي للحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وذلك لاختبار صحة ومدى تحقق فرضيات الدراسة، حيث قمنا من خلاله باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- اختبار smirnov-kolmogorov و shapiro willa لاختبار الاعتدالية.
- اختبار كاف تربيع لاختبار الفرضيات الأولى والثانية والثالثة والخامسة والفرضيات الجزئية (6-1) والفرضية الجزئية (7-1).
- اختبار مان ويتني mann wethney للمقارنة بين المجموعات في الفرضيات الجزئية (6-2) و(6-3) و(7-2) و(7-3).
- معامل ارتباط الثنائي بيسريال Béserial (2b) لاختبار الفرضية الرابعة.
- معامل ارتباط بيرسون لتحديد صدق أدوات البحث.

الفصل السادس

عرض النتائج

- تمهيد :

يتناول هذا الفصل عرضنا لنتائج الدراسة بعد الانتهاء من تطبيق أدوات القياس على أفراد العينة المتكونة من (60) معاق حركيا من كلا الجنسين (ذكور وإناث) وتقرير النتائج المتحصل عليها وقد حلت البيانات المتحصلة عليها لمعرفة إذا كان علاقة في متغيرات الدراسة.

أولاً: عرض ومناقشة نتائج البحث:

قبل الشروع في عرض ومناقشة نتائج فرضيات البحث، حاولنا أولاً التأكد من طبيعة توزيع بيانات بحثنا، لتحديد الأساليب الإحصائية الأنسب، بتطبيق اختبار الاعتدالية لكل من اختبار smirnov-kolmogorov و shapiro-wilk لاختبار الاعتدالية، لتحديد طبيعة توزيع بيانات بحثنا، وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (24): يوضح مدى اعتدالية توزيع البيانات:

القرار	اختبار shapiro		اختبار Kolmogorov		متغيرات البحث
	الدالة الإحصائية	قيمة الاختبار	الدالة الإحصائية	قيمة الاختبار	
توزيع غير اعتدالي	غير دال إحصائياً	0,980	دال إحصائياً	0,115	الذكاء الانفعالي
توزيع غير اعتدالي	غير دال إحصائياً	0,972	دالة إحصائياً	0,113	حجم الدعم
توزيع اعتدالي	غير دال إحصائياً	0,968	غير دالة إحصائياً	0,106	الرضا عن الدعم

يتضح لنا من الجدول أن متغيري الذكاء الانفعالي وحجم الدعم يتميزان بتوزيع غير طبيعي، ونظراً لكون اختبار العينة باعتماد العينة المقصودة، التي تعتبر غير عشوائية، لذلك سنتعامل بأساليب الإحصاء اللابارامترية.

1 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى للبحث: نصت على أنه: "يوجد

اختلاف في مستوى نوعية الحياة (منخفض/متوسط/مرتفع) لدى المعاقين حركياً وللتأكد من صحتها ثم معالجتها إحصائياً باختبار كاف تربيع، وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (25): يوضح مستوى نوعية الحياة لدى عينة البحث.

الدالة الإحصائية	اختبار قيمة كاف تربيع	التكرار المتوقع		التكرار الملاحظ		مستوى نوعية الحياة
		%	ت	%	ت	
دال إحصائياً عند $\alpha 0,01$	56,70	33,33	20	18,33	11	منخفض
		33,33	20	78,33	47	متوسط
		33,33	20	3,33	02	مرتفع
		99,99	60	99,99	60	مجموع

يتضح لنا من الجدول السابق وجود تباين في أساليب نوعية الحياة التي ينتهجها المصابون بالإعاقة الحركية، إذ نجد (11) منهم يتميزون بنوعية الحياة السيئة بنسبة (18,33%) تقابلها نسبة (78,33%) من الذين يتميزون بنوعية الحياة متوسطة أو معتدلة أي تقترب من حدود الجيد، في حين نسجل سوى (03,33%) الذين يتميزون بنوعية الحياة جد إيجابية ومرتفعة. وللتأكد من طبيعة هذه الفروق إذا كانت حقيقية عالجناها إحصائياً باختبار كاف تربيع، إذ قدرت قيمته (56,70) وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,01). أي أن أغلبية أفراد عينة بحثنا يتميزون بنوعية الحياة في حدود المتوسط، أي يوجد اختلاف بين المعاقين حركياً في مستوى نوعية الحياة بفروق دالة إحصائية، بالتالي فهم يتميزون بمستوى متوسط لنوعية الحياة.

2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية للبحث: نصت على أنه: "يوجد اختلاف في مستوى الذكاء الانفعالي (منخفض/متوسط/مرتفع) لدى المعاقين حركيا" وللتأكد من صحتها تم معالجتها إحصائياً باختبار كاف تربيع، وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجدولين المواليين:

جدول رقم(26): يوضح مستوى الذكاء الانفعالي لدى عينة البحث.

الدالة الإحصائية	قيمة اختبار كاف تربيع	التكرار المتوقع		التكرار الملاحظ		مستوى الذكاء الانفعالي
		%	ت	%	ت	
	48,6					
دال إحصائياً عند α		-	-	-	-	منخفض
0,01		50	30	95	57	متوسط
		50	30	5	03	مرتفع
		100	60	100	60	مجموع

يتضح لنا من الجدول السابق أن مستوى الذكاء الانفعالي متوسط إذ نجد (57) منهم يتميزون بمستوى متوسط بنسبة (95%) تقابلها نسبة (5%) من الذين يتميزون بمستوى الذكاء الانفعالي المرتفع، وللتأكد من طبيعة هذه الفروق إذا كانت حقيقية عالجناها إحصائياً باختبار كاف تربيع، إذ قدرت قيمتها (48,6) وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,01) أي أن أغلبية أفراد عينة بحثنا يتميزون بمستوى الذكاء الانفعالي في حدود المتوسط، وهذا ما يؤكد صحة فرضية بحثنا. أي يوجد اختلاف بين المعاقين حركيا في مستوى الذكاء الانفعالي بفروق دالة إحصائياً، بالتالي فهم يتميزون بمستوى متوسط للذكاء الانفعالي.

3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة للبحث: نصت على أنه: " يوجد اختلاف في مستوى الدعم (منخفض/متوسط/مرتفع) المتلقي لدى المعاقين حركيا" وللتأكد من صحتها تم معالجتها إحصائياً باختبار كاف تربيع، وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجدولين الموالي

3- 1- من جانب حجم الدعم المتلقي :

جدول رقم (27): يوضح مستوى حجم الدعم لدى عينة البحث.

الدالة الإحصائية	قيمة اختبار كاف تربيع	التكرار المتوقع		التكرار الملاحظ		مستوى حجم الدعم المتلقي
		%	ت	%	ت	
دال إحصائياً عند 0,01	24,06	50	30	18,3	11	منخفض
		50	30	81,6	49	متوسط
		100	-	-	-	مرتفع
		100	60	100	60	مجموع

يتضح لنا من الجدول السابق أن مستوى حجم الدعم المتلقي متوسط إذ نجد (49) منهم يتميزون بمستوى متوسط بنسبة (81,67%) تقابلها نسبة (18,33%) من الذين يتميزون بمستوى حجم الدعم المتلقي منخفض، وللتأكد من طبيعة هذه الفروق إذا كانت حقيقية عالجانها إحصائياً باختبار كاف تربيع، إذ قدرت قيمتها (24,06) وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,01) أي أن أغلبية أفراد عينة بحثنا يتميزون بمستوى حجم الدعم المتلقي في حدود المتوسط إلى المرتفع.

3-2- من جانب مستوى الرضا عن الدعم

الجدول رقم (28): يوضح مستوى الرضا عن الدعم المتلقي لدى عينة البحث.

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار كاف تربيع	التكرار المتوقع		التكرار الملاحظ		مستوى الرضا عن الدعم
		%	ت	%	ت	
دال إحصائياً عند 0,01	41,66	50	30	08,33	5	منخفض
		50	30	91,67	55	متوسط
			-	-	-	مرتفع
		100	60	100	60	مجموع

يتضح لنا من الجدول أعلاه أن مستوى الرضا عن الدعم متوسط إذ نجد (55) منهم يتميزون بمستوى متوسط بنسبة (91,67%) تقابلها نسبة (8,33%) من الذين يتميزون بمستوى الرضا عن الدعم منخفض، وللتأكد من طبيعة هذه الفروق إذا كانت حقيقية عالجانها إحصائياً باختبار كاف تربيع، إذ قدرت قيمتها (41,66) وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,01)، أي أن أغلبية أفراد عينة بحثنا يتميزون بمستوى الرضا عن الدعم المتلقي في حدود المتوسط.

بالرجوع للنتائج الواردة في الجدولين (27) و (28) يتضح لنا تحقق الفرضية الثالثة للبحث، أي يوجد اختلاف بين المعاقين حركياً في مستوى الدعم بفروق دالة إحصائياً، بالتالي فهم يتميزون بمستوى متوسط لحجم الدعم المتلقي والرضا عنه.

4 - عرض نتائج الفرضية الرابعة: نصت على أنه: "توجد علاقة ارتباطيه موجبة بين مستوى نوعية الحياة (من المتوسط إلى الجيد / سيء) والذكاء الانفعالي لدى المعاقين حركيا" وللتأكد من صحتها تم معالجتها إحصائيا بمعامل ارتباط التثائي بيسريال، وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (29): يوضح العلاقة بين مستوى نوعية الحياة والذكاء الانفعالي.

الدالة الإحصائية	قيمة اختبار t للدلالة	قيمة الارتباط التثائي (بيسريال) 2b	الذكاء الانفعالي		نوعية الحياة وأبعادها		
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المستوى	نوعية الحياة
دالة إحصائية عند 0,05	2,51	0,30	42,34	165,18	49	من متوسط إلى جيد	عامة
			47,01	141,64	11	سيء	
دالة إحصائية عند 0,05	2,61	0,31	42,3	167,21	43	من متوسط إلى جيد	البعد 1 النشاط الجسمي
			44,65	144,82	17	سيء	
غير إحصائية دال	1,5	-0,19	37,45	155,68	37	من متوسط إلى جيد	البعد 2 الدور البدني
			52,24	169,22	23	سيء	
دال إحصائية عند 0,05	2,04	0,25	41,53	167,62	37	من متوسط إلى جيد	البعد 3 الدور الانفعالي
			46,04	150	23	سيء	

البعد 4 الحيوية	متوسط إلى جيد	41	173,46	42,52	0,51	5,31	دال إحصائيا عند 0,05
	سيء	19	133,68	33,57			
البعد 5 الصحة النفسية	من متوسط إلى جيد	43	161,77	42,44	0,04	0,3	غير إحصائيا دال
	سيء	17	158,59	48,33			
بعد 6 الوظائف الاجتماعية	من متوسط إلى جيد	43	161,77	41,21	0,03	0,22	غير إحصائيا دال
	سيء	17	159,35	51,08			
البعد 7 الألم	من متوسط إلى جيد	31	165,66	49,68	0,63	7,04	دال إحصائيا عند α 0,05
	سيء	29	156,39	37,75			
بعد 8 الصحة المدركة	من متوسط إلى جيد	23	173,13	40,47	0,28	2,31	دال إحصائيا عند α 0,05
	سيء	37	153,24	44,57			

يتضح لنا من الجدول ما يلي:

وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين نوعية الحياة في شكلها العام والذكاء الانفعالي، إذ قدرت قيمة معامل ارتباط بيسريال (2b) ب (0,30)، وقد تم تحديد مدى دلالتها باختبار t ، والذي قدرت قيمته ب (2,51)، والذي عكس الدلالة الإحصائية لمعامل الارتباط، أي أن كلما ارتفعت درجات الذكاء الانفعالي لدى المصابون بالإعاقة الحركية كلما تميزوا أكثر بالأساليب الجيدة لنوعية الحياة. وهذا يظهر جليا في متوسطات تقدير درجات الذكاء الانفعالي لدى هؤلاء، إذ بلغ لدى المصابون الذين لديهم نوعية حياة من حدود المتوسط إلى الجيد ب (165,18) في حين قدر لدى الذين لديهم نوعية الحياة سيئة ب (141,64)، الأمر الذي يعكس أي المعاقين حركيا الذين يتميزون بذكاء انفعالي مرتفع ينتهجون أساليب نوعية الحياة الجيدة.

أما فيما يخص علاقة الذكاء الانفعالي بأبعاد نوعية الحياة، نجد الأبعاد الآتية: النشاط الجسمي، الدور الانفعالي، الحيوية، الألم، والصحة العامة أو الصحة المدركة، ترتبط ارتباطا موجبا بنوعية الحياة، إذ قدرت قيمة ارتباط بيسريال (2b) على التوالي (0,31، 0,25، 0,51، 0,63، 0,28)، وكلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0,05)، وهذا يعني أن المعاقين حركيا في حدود عينة بحثنا، الذين يتميزون بذكاء انفعالي مرتفع تمكنوا من التعامل بأساليب الحياة الجيدة، من جانب الحيوية والنشاط الجسمي وتجاوز الألم، وتسيير انفعالاته، وكذا إدراك وتصور صحته العامة. في حين لا ترتبط هذه الأخيرة - أي الذكاء الانفعالي - بأبعاد: الدور البدني، الصحة النفسية، والوظائف الاجتماعية.

ما تم التوصل إليه من نتائج يؤكد صحة الفرضية الرابعة لبحثنا، والتي أبرزت

أهمية الذكاء الانفعالي في تحسين نوعية الحياة.

5- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة: نصت على أنه: "توجد علاقة ارتباطيه موجبة بين مستوى نوعية الحياة (عامة وبأبعادها) والدعم الاجتماعي لدى المعاقين حركيا" وللتأكد من صحتها تم معالجتها إحصائيا باختبار كاف ترييع، من جانبي حجم الدعم المتلقي والرضا عن هذا الدعم، وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

5-1- من جانب الدعم الاجتماعي المتلقي:

جدول رقم (30): يوضح العلاقة بين مستوى نوعية الحياة وحجم الدعم الاجتماعي.

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار t للدلالة	قيمة الارتباط 2b	حجم الدعم الاجتماعي		نوعية الحياة ومستوياتها		
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المستوى	نوعية الحياة
دالة إحصائية عند 0,05	2,04	0,25	6,70	20,02	49	من متوسط إلى الجيد	عامة
				17	11	سيء	
غير دال إحصائيا	0,38	0,05	6,70	19,65	43	من متوسط إلى جيد	البعد 1 النشاط

				19	17	سيء	الجسمي
غير دال إحصائيا	0,92	-0,12	6,70	18,95	37	من متوسط إلى جيد	البعد الدور البدني
				20,30	23	سيء	
غير دال إحصائيا	0,06	-0,01	6,70	19,46	37	من متوسط إلى جيد	البعد الدور الانفعالي
				19,48	23	سيء	
غير دال إحصائيا	1,5	0,19	6,70	20,17	41	متوسط إلى جيد	البعد الحيوية
				17,95	19	سيء	
غير دال إحصائيا	0,92	0,12	6,70	19,84	43	من متوسط إلى جيد	البعد الصحة النفسية
				18,53	17	سيء	
دال إحصائيا عند 0,05	2,73	0,32	6,70	20,58	43	من متوسط إلى جيد	البعد الوظائف الاجتماعية
				16,65	17	سيء	
غير دال إحصائيا	0,23	0,03	6,70	19,65	31	من متوسط إلى جيد	البعد الألم

				19,28	29	سيء	
إحصائيا غير دال	1,84	0,22		20,38	23	من متوسط إلى جيد	البعد الصحة المدركة
				18	37	سيء	

يتضح لنا من الجدول ما يلي:

وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين نوعية الحياة والدعم الاجتماعي، إذ قدرت قيمة معامل ارتباط بيرسريال (2b) ب (0,25)، وقد تم تحديد مدى دلالتها من دلالة t (2,04)، والذي عكس الدلالة الإحصائية لمعامل الارتباط، أي أن كلما ارتفعت درجات الدعم الاجتماعي لدى المصابون بالإعاقة الحركية كلما تميزوا أكثر بالأساليب الجيدة لنوعية الحياة.

وهذا يظهر جليا في متوسطات تقدير درجات الدعم الاجتماعي لدى هؤلاء، إذ بلغ لدى المصابون الذين لديهم نوعية حياة من حدود المتوسط إلى الجيد ب (20,58) في حين قدر لدى الذين لديهم نوعية الحياة سيئة ب (16,65)، الأمر الذي يعكس أي المعاقين حركيا الذين يتميزون بالدعم الاجتماعي مرتفع ينتهجون أساليب نوعية الحياة الجيدة.

أما فيما يخص علاقة الدعم الاجتماعي بأبعاد نوعية الحياة، نجده يرتبط بالبعد السادس فقط (بعد الوظائف الاجتماعية)، أما بقية الأبعاد فلا ترتبط ارتباط وثيق بنوعية الحياة. ومنه نستج أنه توجد علاقة ارتباطيه بين نوعية الحياة والدعم الاجتماعي دال إحصائياً، بالأخص من جانب (بعد الوظائف الاجتماعية). وهذا ما يؤكد صحة فرضيتنا.

5-2- من جانب الرضا عن الدعم:

جدول رقم (31): نتائج الارتباط بين نوعية الحياة والرضا عن الدعم الاجتماعي.

الدلالة الإحصائية	قيمة t للدلالة	قيمة الارتباط 2b	الرضا عن الدعم		نوعية الحياة عامة	
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المستوى
غير دال إحصائياً	1,5	0,19	3,10	155,68	49	من المتوسط إلى الجيد
				169,22	11	سيء

يتضح لنا من الجدول أعلاه، عدم وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً، بين نوعية الحياة والرضا عن الدعم، إذ قدرت قيمة معامل ارتباط بيرسيال (2b) ب (0,19)، وقد تم تحديد مدى دلالتها من دلالة t (1,5)، والذي لم يعكس الدلالة الإحصائية لمعامل الارتباط، أي كلا المجموعتين يشعرون بالرضا عن الدعم على حد سواء.

6- عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة للبحث: نصت على أنه: "توجد فروق ذات دلالة في متغيرات البحث تعزى لعامل الجنس" وللتأكد من صحتها تم معالجتها إحصائياً باختبار كاف تريبع، وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجداول الموالية

6-1- من جانب نوعية الحياة:

"توجد فروق بين الذكور والإناث فيما يخص نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً" وللتأكد من صحتها تم معالجتها إحصائياً باختبار كاف تريبع، وتمثلت النتائج كما هي موضحة.

الجدول رقم (32): الفرق في مستوى نوعية الحياة بدلالة الجنس.

الدلالة الإحصائية	اختبار كاف تريبع	إناث		نكور		الجنس / مستوى نوعية الحياة
		النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
دالة إحصائياً عند $\alpha 0,01$	56,7	17,78%	8	20%	3	نوعية الحياة سيئة
		82,22%	37	80%	12	نوعية الحياة من المتوسط إلى الجيد
	60	100%	45	100%	15	مجموع

يتضح لنا من الجدول السابق أن مستوى نوعية الحياة من متوسط إلى الجيد، إذ نجد (12) من الذكور من هذا المستوى، أي بنسبة 80%. تقابلها نسبة 20% من البنات تتميزن أيضاً بهذا المستوى، في حين نجد نسب ضئيلة جداً من المستوى السيئ لنوعية الحياة، سواء لدى الذكور أو الإناث (20%، 17,78%).

وللتأكد من طبيعة هذه الفروق إذا كانت حقيقية عالجنها إحصائياً باختبار كاف تريبع، إذ قدرت قيمتها (56,7) وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,01) أي الفروق في مستوى نوعية الحياة دال إحصائياً، بالتمركز بالغالبية في المستوى المتوسط، على حد السواء بين الذكور والإناث. أن أغلبية أفراد عينة بحثنا يتميزون بمستوى نوعية الحياة في حدود المتوسط، وهذا ما ينفي صحة فرضية بحثنا.

6-2- من جانب الذكاء الانفعالي

" توجد فروق بين الذكور والإناث فيما يخص الذكاء الانفعالي لدى المعاقين حركياً وللتأكد من صحتها تم معالجتها إحصائياً باختبار "مان ويتي"، وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم(33): دلالة الفرق بين الذكور والإناث في الذكاء الانفعالي.

جدول رقم(33): يوضح الفرق بين الذكور والإناث فيما يخص الذكاء الانفعالي

لدى المعاقين حركياً.

المتغير	الجنس	العدد	متوسط الرتب	المتوسط الحسابي	قيمة اختبار مان ويتي	الدلالة الإحصائية
الذكاء الانفعالي	ذكور	15	29,33	157,80	320	غير دال إحصائياً
	إناث	45	30,89	161,89		

يتضح لنا من الجدول متوسط رتب درجات الذكاء الانفعالي لدى المعاقين حركيا ذكور قدر ب (29,33)، أما متوسط رتب درجات الذكاء الانفعالي للبنات المعاقات بنات فقد قدر ب (30,89). وللتأكد من مدى الدلالة للفرق بين هذين المتوسطين، عالجناه إحصائيا باختبار " مان ويتي " إذ قدرت قيمته ب (320) وهي غير دالة إحصائيا، وهذا ما يظهره أيضا المتوسط الحسابي أي أنه لا يوجد اختلاف بين الذكور والإناث فيما يخص عامل الذكاء الانفعالي للمعاقين حركيا.

6-3- من جانب الدعم الاجتماعي

" توجد فروق بين الذكور والإناث فيما يخص الدعم الاجتماعي لدى المعاقين حركيا"، وللتأكد من صحتها تم معالجتها إحصائيا باختبار "مان ويتي"، وتمثلت النتائج على النحو الآتي:

جدول رقم (34): الفرق بين الذكور والإناث في الدعم الاجتماعي.

المتغير	الجنس	العدد	متوسط الرتب	المتوسط الحسابي	قيمة اختبار مان وتتي	الدلالة الإحصائية
حجم الدعم المتلقي	ذكور	15	33,17	40,07	297,5	غير دال إحصائياً
	إناث	45	29,61	38,56		
الرضا عن الدعم الاجتماعي	ذكور	15	29,47	19,33	322	غير دال إحصائياً
	إناث	45	30,84	19,58		

يتضح لنا من الجدول وجود فرق بين متوسط رتب درجات حجم الدعم المتلقي لدى المعاقين حركياً ذكور والذي قدر ب (33,17)، ومتوسط رتب درجات حجم الدعم المتلقي للمعاقات بنات قدر ب (29,61)، غير حقيقي إذ قدرت قيمة اختبار "مان وتتي" ب (297,5) وهي دالة إحصائياً، وهذا ما يظهره أيضاً المتوسط الحسابي أي أنه لا يوجد اختلاف بين الذكور والإناث فيما يخص عامل حجم الدعم المتلقي للمعاقين حركياً.

يتضح لنا من الجدول أيضا، عدم وجود فرق دال إحصائيا بين متوسط رتب درجات الرضا عن الدعم الاجتماعي لدى المعاقين حركيا ذكور والذي قدر ب (29,47) ومتوسط رتب درجات الرضا عن الدعم الاجتماعي للمعاقات بنات قدر ب (30,84)، إذ قدرت قيمة اختبار "مان وتيني" ب (322) وهي غير دالة إحصائيا، وهذا ما يظهره أيضا المتوسط الحسابي أي أنه لا يوجد اختلاف بين الذكور والإناث فيما يخص الرضا عن الدعم الاجتماعي للمعاقين حركيا.

بالرجوع للنتائج السابقة الذكر، يتضح لنا عدم وجود فروق بين الذكور والإناث المعاقين حركيا، فيما يخص نوعية الحياة، الذكاء الانفعالي، والدعم الاجتماعي، وهذا ما ينفي صحة الفرضية السادسة للبحث.

7- عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة للبحث:

نصت على أنه: "توجد فروق في متغيرات البحث تعزى للحالة المدنية (متزوج، غير متزوج)"

7-1- فيما يخص نوعية الحياة:

جدول رقم (35): الفرق بين الذكور والإناث المعاقين فيما يخص نوعية الحياة بدلالة الحالة المدنية.

الدالة الإحصائية	قيمة اختبار كاف تربيع	العدد	غير متزوج	العدد	متزوج	الجنس نوعية الحياة
غير دالة إحصائياً	0.056	7	%17,5	4	%20	مستوى سيء
		33	%82,5	16	%80	مستوى من حدود المتوسط إلى الجيد
	60	40	%100	20	%100	المجموع

يتضح لنا من الجدول السابق أن مستوى نوعية الحياة بالنسبة للمتزوجين من متوسط إلى الجيد إذ نجد (16) منهم يتميزون بمستوى من متوسط إلى الجيد بنسبة (80%) وبالنسبة للغير المتزوجين نجد (33) منهم يتميزون بمستوى نوعية الحياة من المتوسط إلى الجيد بنسبة (82,5%)، وللتأكد من طبيعة هذه الفروق إذا كانت حقيقية عالجاها إحصائياً باختبار كاف تربيع، إذ قدرت قيمتها 0,056 وهي غير دالة إحصائياً، أي أن أغلبية أفراد عينة بحثنا يتميزون بمستوى نوعية الحياة في حدود المتوسط ، سواء كانوا متزوجين أو غير متزوجين.

7-2- فيما يخص الذكاء الانفعالي:

جدول رقم (36): الفرق بين الذكور والإناث المعاقين حركيا في الذكاء الاجتماعي تبعا لحالتهم المدنية.

المتغير	الحالة الاجتماعية	العدد	متوسط الرتب	المتوسط الحسابي	قيمة اختبار مان ويتي	الدلالة الإحصائية
الذكاء الانفعالي	متزوج	20	30,50	162,10	400	غير دالة إحصائيا
	غير متزوج	40	30,50	160,25		

يتضح لنا من الجدول عدم وجود فرق دال إحصائيا بين متوسط رتب درجات الذكاء الانفعالي لدى المعاقين المتزوجين والتي قدرت ب (30,50) ومتوسط رتب درجات الذكاء الانفعالي للمعاقين الغير المتزوجين ب (30,50)، إذ قدرت قيمة اختبار "مان ويتي" ب (400) وهي غير دالة إحصائيا فهذا ما يظهره أيضا المتوسط الحسابي. أي أنه لا يوجد اختلاف بين المعاقين المتزوجين والمعاقين الغير المتزوجين فيما يخص عامل الذكاء الانفعالي.

3-7- فيما يخص الدعم الاجتماعي:

جدول رقم (37): الفرق بين الذكور والإناث المعاقين حركيا في الدعم الاجتماعي تبعا لحالتهم المدنية.

المتغير	الحالة الاجتماعية	العدد	متوسط الرتب	المتوسط الحسابي	قيمة اختبار مان ويتي	الدلالة الإحصائية
حجم الدعم المتلقي	متزوج	20	29,23	38,15	374,50	غير دال إحصائيا
	غير متزوج	40	31,14	39,33		
الرضا عن الدعم	متزوج	20	32	19,55	370	غير دال إحصائيا
	غير متزوج	40	29,75	19,43		

يتضح لنا من الجدول عدم وجود فرق دال إحصائيا بين متوسط رتب درجات حجم الدعم المتلقي لدى المعاقين المتزوجين والتي قدرت ب (33,17) ومتوسط رتب درجات حجم الدعم المتلقي للمعاقين الغير المتزوجين ب (29,61)، إذ قدرت قيمة اختبار "مان وتيني" ب (297,5) وهي غير دالة إحصائيا فهذا ما يظهره أيضا المتوسط الحسابي أي أنه لا يوجد اختلاف بين المعاقين المتزوجين والمعاقين الغير المتزوجين فيما يخص عامل حجم الدعم المتلقي.

يتضح لنا من الجدول عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط رتب درجات الرضا عن الدعم لدى المعاقين المتزوجين والتي قدرت ب (29,47) ومتوسط رتب درجات الرضا عن الدعم للمعاقين الغير المتزوجين ب (30,84)، إذ قدرت قيمة اختبار "مان وتيني" ب (322) وهي غير دالة إحصائياً فهذا ما يظهره أيضا المتوسط الحسابي أي أنه لا يوجد اختلاف بين المعاقين المتزوجين والمعاقين الغير المتزوجين فيما يخص عامل الرضا عن الدعم الاجتماعي.

بالرجوع للنتائج السابقة الذكر، يتضح لنا عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث، المعاقين حركياً في متغيرات البحث (نوعية الحياة، الذكاء الانفعالي، الدعم الاجتماعي)، حسب حالتهم المدنية (متزوج / غير متزوج)، وهذا ما ينفي صحة فرضية بحثنا.

الفصل السابع

تفسير ومناقشة النتائج

1- تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الأولى:

فيما يتعلق بالفرضية الأولى التي تنص على أنه "يوجد اختلاف في مستوى نوعية الحياة (منخفض/متوسط/مرتفع) لدى المعاقين حركياً" نجد أنه قد تحققت صحة الفرضية الأولى لبحثنا فقد تبين من الجدول التالي رقم (25) أن هناك دلالة إحصائية عند مستوى (0,05) أي أن أغلبية أفراد عينة البحث يتميزون بنوعية الحياة في حدود المتوسط، فيما يخص التحليل الإحصائي لنتائج الفرضية الأولى لبحثنا نجد أنه يوجد اختلاف بين المعاقين حركياً في مستوى نوعية الحياة بفروق دالة إحصائية، بالتالي فهم يتميزون بمستوى متوسط لنوعية الحياة. وهذه النتيجة نجدها تتفق مع ما توصل إليه (هامبتون، 1999) أن نوعية الحياة يجب أن تحدد أو تقاس من وجهة نظر المعاقين أو المرضى فهم أكثر من يدركون أهمية الفقد أو العجز، كما أن الرضا عن الحياة هو العامل الأساسي في إدراك الفرد لنوعية حياته، وبالتالي الكل يسعى إلى تحقيق أعلى مستويات من الرضا عن حياته وأن يكونوا أكثر تحقيقاً لجودتها، وترى الباحثة أن نوعية الحياة تختلف من شخص إلى آخر ومن معاق إلى آخر حسب ما يراه من معايير يقيم فيها حياته في ضوء الدعم المقدم سواء من (الأسرة أو الأصدقاء أو الجيران)، كما أن مستوى الرضا عنها يختلف من معاق إلى آخر، هذا وقد توصلت دراسة (بخش، 2006) إلى الكشف عن الفروق في نوعية الحياة بين المعاقين بصرياً والعاديين والتعرف على العلاقة بين نوعية الحياة ومفهوم الذات لدى هؤلاء المعاقين حيث تكونت العينة من (50) معاق بصرياً ومثلهم من العاديين، وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة بين العاديين والمعاقين بصرياً، ووجود علاقة دالة موجبة بين مفهوم الذات ونوعية الحياة لدى عينة من المعاقين بصرياً والعاديين، وخلصت نتائج دراسة (عباس والزاملي، 2006) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال العاديين والأطفال ذوي صعوبات التعلم في نوعية الحياة، واختلاف مستوى نوعية الحياة للأطفال ذوي

صعوبات التعلم باختلاف مستوى دخل الأسرة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال ذوي صعوبات التعلم في مقياس نوعية الحياة بالنسبة لمتغير الجنس.

وكما تؤكد ذلك دراسة (عكاشة وسليم، 2010) حيث أظهرت وجود علاقة داله بين نوعية الحياة والإعاقة اللغوية، واتفقت مع ذلك دراسة ل (بردجيت وآخرون، 2007) لمعرفة مدى إدراك الأطفال المعاقين لمفهوم نوعية الحياة، حيث كانت الفئة المستهدفة من الدراسة عبارة عن مجموعات صغيرة من العائلات والتي اشتركت في دراسات نوعية الحياة، وقد قسمت هذه المجموعات إلى عينات مستهدفة معتمدين على (28) طفلا، منهم (15) من الذكور و (13) من الإناث، و (35) من أولياء الأمور، وقد استخدم الباحثون أدوات للدراسة منها: مقياس لمفهوم نوعية الحياة لدى المعاقين KIDSCREEN، ويحتوي المقياس على عدة أبعاد منها البعد الاجتماعي (الأصدقاء، القرناء)، (البيئة المدرسية)، (بيئة البيت، ذات المعاق)، واستخدم أسلوب المقابلة في دراستهم وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت في أن 86% من العائلات قد وافقت على التواصل مع المجتمع المحلي، بينما كان هناك (3) عائلات لم يتم الوصول إليها، بسبب الوقت المستغرق للحصول على الموافقة الأخلاقية، وأن الأبعاد يتم تحديدها وفقا للتوازن في استبانة KIDSCREEN، والتي تعكس بوضوح الأبعاد المختلفة لحياة الطفل المعاق وأن هناك عوامل مهمة وذات تأثير في مفهوم نوعية الحياة لدى المعاقين لم يتم تمثيلها أو إيضاحها في استبانة KIDSCREEN، ولكن هذه العوامل تبينت من خلال المقابلة، حيث تبين بأن هناك عوامل مهمة تساهم في نوعية الحياة للمعاقين وتشمل (حياة المنزل، الجيران، أعضاء العائلة من غير الأولياء الأمور، علاقات الأصدقاء، الألم، الراحة، ومسكن المعاق وتوافر معايير الأمن والسلامة، والموازنة المالية المخصصة له، والوقت المتوفر له).

هذا وقد أشارت دراسة (ستانفورد روبن وآخرون، 2003) إلى المدى الذي تسهم فيه خدمات التأهيل في رفع رفاهية المعاق، والتعرف إلى الرغبات التي من شأنها يتم تقديم برنامج التأهيل من قبل من يحتاجه، واختبار مدى ما تسهم به مهارات الحياة ونوعية الحياة باعتبارهما عنصرين مؤثرين في عملية التقييم، وتكونت عينة الدراسة من الجنسين (ذكورا وإناثا) من المجتمع الأمريكي، والمجتمع الإنجليزي، وقد أظهرت نتائج الدراسة أنه كلما انخفضت نسبة العجز في توفير الخدمات اللازمة زادت قدرة الشخص المعاق على تأدية وظائفه الحياتية بطريقة مستقلة وزادت الدافعية والحافز لديه وأنه كلما أصبح الشخص المعاق أكثر استقلالية في تأدية مهامه الوظيفية، كلما ساهم ذلك في تطوير أسلوب حياته، ومن ثم يصبح شخصا ايجابيا متفائلا ومقبلا على الحياة، ولا يزال مفهوم نوعية الحياة صعب في التعامل معه لأنه يعتمد على مفهوم الفرد للرفاهية وأهمية تقييم نواقص وضعف المهارات الحياتية التي يبحث عنها المعاق، من أجل تحديد الاحتياجات، والخدمات الواجب توفيرها والتي من شأنها تعمل على تحسين نوعية الحياة للمعاقين.

وفي دراسة ل (Jiyeon, Park, et al, 2002) هدفت إلى معرفة مدى تأثير الفقر على نوعية الحياة لدى المعاقين، و استندت على مفهوم لنوعية الحياة يتركز على مدى جودة المنتجات وجودة المخرجات المقدمة للشخص المعاق، وقد اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي النوعي مع الاعتماد على الإحصائيات، وبحث أحوال الأشخاص المعاقين وظروفهم المعيشية، والسكنية، والعائلية في عدة ولايات مختلفة في أمريكا، كما اشتملت الدراسة أيضا على بحث تاريخي للأبحاث السابقة التي تناولت مفهوم نوعية الحياة للأشخاص المعاقين، وهذا وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ذات مغزى بين الفقر وكل من (الدخل والإعاقة والعرق)، كما أشارت في تفسيراتها إلى أنها قد تكون علاقة سببية بين هذه العوامل وأشارت أيضا إلى ضرورة إتباع مفهوم فكري جديد

لنوعية الحياة، هذا المفهوم الذي يعتمد على تحسين أساليب الجودة، وجودة المخرجات التي يفضلها هذا الشخص المعاق أو ذاك وأكدت الدراسة على أنه ليس هناك مفهوم معياري لنوعية الحياة، والتي تقرر ماذا تعني كلمة نوعية الحياة للمعاقين.

وفي نفس السياق قامت دراسة (Bross Bowell, et al, 2002) بتحديد مدى نوعية الحياة عند المعاقين في كمبوديا، لمعرفة مدى تأثير الخدمات التأهيلية المقدمة لهم، حيث صنف الباحثون الخدمات التأهيلية إلى خدمات جسدية، وخدمات مجتمعية، وخدمات سوق العمل، وتكونت عينة الدراسة من (164) معاقا، وهم من مجتمعات تصنف على أنها حضارية وريفية واعتمدت الدراسة على استبانة لنوعية الحياة وأسفرت النتائج عن أن مستوى نوعية الحياة على المقياس كانت متدنية لدى المعاقين في كمبوديا، حيث أنهم لم يتلقوا أي خدمات تأهيلية مقارنة مع الذين تلقوا خدمة واحدة من الخدمات التأهيلية، وأن مستوى نوعية الحياة على المقياس كان مرتفعا بالنسبة للمعاقين الذين تلقوا الأنواع الثلاث من الخدمات التأهيلية، وتبين مدى فقر بعض المجموعات والذين يحتاجون إلى اكتساب مهارات التخطيط، ورسم السياسات، وإيصال الخدمات وتوصل أيضا الباحثون من خلال هذه الدراسة بأن الطريقة المتكاملة من حيث الخدمات التأهيلية ربما تكون أفضل الطرق من أجل رفع كفاءة نوعية الحياة عند الأشخاص المعاقين في كمبوديا.

وفي دراسة أخرى (Boni Boswell, et al, 1998) حول مفهوم نوعية الحياة لدى المعاقين حركيا (مصابي النخاع الشوكي) باستخدام أسلوب الدراسة الإكلينيكية المتعمقة للحالات والذي يتجاوز حدود المقاييس الرقمية والنماذج الوصفية في التحليل لمفهوم نوعية الحياة التي صممت للحصول على إجابات لمفاهيم المعاقين حول مفهوم نوعية الحياة لديهم، وتكون مجتمع الدراسة من (21) شخصا معاقا، ولكن عدد المشاركين

الفاعلين فيها كانوا (12) معاقا فقط، وقد استخدم الباحثون جلسات نقاش صغيرة من أجل اكتشاف بعدين رئيسيين لنوعية الحياة وهما معنى نوعية الحياة، والعوامل المساهمة في تنمية نوعية الحياة، وهذا و توصلت في نتائجها أن مفهوم نوعية الحياة يختلف من معاق إلى آخر، حيث إن هذا الاختلاف يعود إلى الفروق الفردية، والظروف الحياتية المختلفة التي يخضع لها كل معاق وأن الموقف الايجابي للمعاق يركز على أن نوعية الحياة تزداد باستمرار كلما تحققت فرصة للعمل، حيث أن العمل يساهم في تحقيق مجموعة من المصادر المعيشية والتي تؤهل المعاق للتمتع بمستوى أعلى من نوعية الحياة ومفهوم نوعية الحياة كان محدود جدا.

وقامت دراسة (Roth Dennis, et al, 1993) بتقييم الخدمات المقدمة للمعاقين وفقا للخدمات والبرامج التي تقدم لمفهوم نوعية الحياة، وقد استخدم الباحثون النموذج المثالي في هذه الدراسة التحليلية (المنهج الوصفي النوعي) الذي يركز على قيم واحتياجات الإنسان وخبراته المتراكمة، والتي تشتمل على نقاط القوة والضعف التي يواجهها المعاقون وأسفرت نتائج الدراسة على أن الخدمات والبرامج المقدمة للمعاقين يجب أن تأخذ بعين الاعتبار مدى الملائمة النفعية بين مكونات مفهوم نوعية الحياة واحتياجات الإنسان، وأن الأشخاص الذين يعانون من الإعاقة، يجب أن يتم الاتصال والتواصل معهم من قبل مقدمي الخدمة، من أجل تحديد أهمية مفهوم نوعية الحياة والتي يجب أن تترجم في البيئة التي يعيش فيها هؤلاء المعاقين.

2- تحليل وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

لقد أسفرت نتائج الدراسة المتعلقة بالفرضية الثانية والتي تنص على انه "يوجد اختلاف في مستوى الذكاء الانفعالي (منخفض/متوسط/مرتفع) لدى المعاقين حركيا" نجد إلى وجود دلالة إحصائية عند مستوى (0,05) أي أن أغلبية عينة البحث يتميزون بمستوى ذكاء انفعالي، أنه قد تحققت صحة فرضية بحثنا ويظهر ذلك من خلال الجدول رقم (26) الذي يوضح مستوى الذكاء الانفعالي (منخفض/متوسط/مرتفع) لدى المعاقين حركيا، وانفتحت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة قام بها (سالم الغرابية 2011) توصل فيها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الذكاء الانفعالي بين الموهوبين والعاديين لصالح الموهوبين وتوصلت أيضا دراسة (راضي، 2001) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في عوامل الذكاء الانفعالي (التعاطف، إدارة الانفعالات، الدافعية الذاتية والدرجة الكلية) وذلك لصالح الإناث، كما توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلاب مرتفعي الذكاء والطلاب لمنخفضي الذكاء الانفعالي وذلك لصالح مرتفعي الذكاء. ويشير (سالوفي وسلونز، Salovy & Sluyter, 1997) إلى أن أهم وظائف الذكاء الانفعالي هو توجيه التفكير وتخصيص القدرات التي تسهم في حل المشكلات، مما يؤثر بشكل ايجابي على شخصية الفرد، فالأذكاء انفعاليا أفضل من غيرهم في التعرف إلى انفعالاتهم وانفعالات الآخرين والتعبير عنها بصورة دقيقة تمنع سوء فهم الآخرين لهم. وفي دراسة ل (سميث وهيباتيللا (Smith & Hebatella, 2000) أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الذكاء الانفعالي بين الطلبة الناجحين والطلبة غير الناجحين وقد أوضحت الأبحاث التربوية التي أجريت على الدماغ إلى أهمية الذكاء الانفعالي، فهي تشير إلى أن الصحة العاطفية أساسية ومهمة للتعلم الفعال، ولعلها قد تكون من أهم عناصر نجاح الطالب في المدرسة وفي فهمه لكيفية التعلم. فالعناصر الرئيسية لمثل هذا الفهم كما ذكرها "دانييال جولمان" هي: الثقة وحب

الاستطلاع، وضبط الذات، والانتماء والقدرة على التواصل والقدرة على التعاون وهذه الصفات هي من عناصر الذكاء الانفعالي.

وإن النظرة الحديثة للجانب الانفعالي تعترف بأهميته المتزايدة في حياة الإنسان بل كلها عمليات متداخلة مكتملة لبعضها البعض، فالجانب المعرفي لدى الطلاب يسهم ايجابيا في العملية الانفعالية من خلال تفسير الموقف الانفعالي، وتربيته وتسميته، ومن خلال عمليات الإفصاح والتعبير عنه. (الخضر، 2002)، وأيضا هناك اتفاق بين نتائج الدراسة الحالية ودراسة (عبد العال حامد عوجة 2002) والتي أجراها حول علاقة الذكاء الانفعالي والتوافق النفسي وأظهرت جود علاقة دالة إحصائية. واختلفت مع نتائج دراسة (الحوالة، 2003) والتي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط إجابات أفراد عينة الدراسة ، وتوصلت دراسة أخرى قام بها (العبوشي، 2009) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0,05). وأظهرت نتائج دراسة (بشرى، 2007) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0,01) بين متوسط الذكور والإناث في درجة الذكاء الانفعالي، وكذلك في الأبعاد وكانت الفروق لصالح الإناث في الذكاء الانفعالي من خلال دلالات المتوسط، أي أنه يوجد اختلاف بين المعاقين حركيا في مستوى الذكاء الانفعالي.

3- تحليل وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

لقد أسفرت نتائج الدراسة المتعلقة بالفرضية الثالثة التي تنص على أنه "يوجد اختلاف في مستوى الدعم المتلقي (منخفض/متوسط/مرتفع) لدى المعاقين حركيا" نجد أن قد تحققت فرضية بحثنا وكما يظهر بالجدولين التاليين رقم (27 و 28) الذي يوضح مستوى الدعم المتلقي (منخفض/متوسط/مرتفع) لدى المعاقين حركيا، حيث تبين من الجدول إن هناك دلالة إحصائية عند مستوى (0,01) أي أن أغلبية أفراد عينة البحث يتميزون بمستوى حجم الدعم المتلقي في حدود المتوسط إلى المرتفع، مما يشير أنه كلما كانت مصادر الدعم المقدمة من طرق 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 كافة مجالات الحياة كالعلاقات الأسرية والصدقات يكونون راضيين 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 والانعزال ويؤكد ذلك ما توصلت دراسة (المدهون، 2004) والتي هدفت إلى كشف العلاقة بين الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المعوقين حركيا وصحتهم النفسية، وذلك للتأكد من دور الدعم الاجتماعي كمتغير نفسي اجتماعي في تخفيض درجة التوتر والقلق والخجل والانطواء والانسحاب والعزلة، مما ينعكس بالضرورة على تحقيق التوافق الذاتي والأسري والاجتماعي والمهني وتحسين مستوى درجة الصحة النفسية عند هؤلاء الأفراد، وتكونت عينة الدراسة من (140) معاقا حركيا من الجنسين، منهم (76) معاقا و (64) معاقة تم اختيارهم من أربعة مراكز للمعاقين حركيا في محافظة عزة، وتتراوح أعمارهم من (18-50)، واستخدم الباحث مقياسين رئيسيين هما مقياس الدعم الاجتماعي، ويتكون من

(32) فقرة، ويشتمل المقياس على بعدين هما دعم الأسرة ودعم الزملاء، ومقياس الصحة ويشتمل المقياس على بعدين البعد الأول التوافق الشخصي ويشتمل على خمسة أبعاد وهي التوافق مع الذات، الخلو من الفلق، الخلو من الاكتئاب، الخلو من الرخام، والخلو من الأمراض النفس جسمية، أما البعد الثاني يشمل ثلاثة أبعاد، التوافق الأسري، التوافق الاجتماعي، والتوافق المهني وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة إيجابية دالة بين الدعم الاجتماعي من ناحية والدرجات التي حصل عليها نفس المجموعة في أبعاد الصحة النفسية من ناحية أخرى، ووجود فروق دالة بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين المرتفعتين والمنخفضتين في الدعم الاجتماعي من حيث أبعاد الصحة النفسية، ويدعم ذلك ما أسفرت عنه نتائج دراسة (الشقيرات وأبو عين، 2001) والتي هدفت إلى كشف عن العلاقة بين الدعم الاجتماعي المقدم للمعوقين جسدياً من الأسرة والأصدقاء وأفراد المجتمع وبين مفهوم الذات لديهم، حيث تكونت عينة الدراسة من (307) أشخاص من المعاقين جسدياً في الأردن، وقد قام الباحثان باستخدام مقياسين هما مقياس الدعم الاجتماعي، مقياس مفهوم الذات و توصلت في نتائجها إلى أن الدعم الاجتماعي المقدم من مصادره الثلاثة المختلفة (الأسرة، الأصدقاء وأفراد المجتمع) يساعد في تكوين مفهوم ايجابي للذات لدى المعاقين جسدياً بشكل عام ولدى المصابين ببتير في أحد الأطراف والمصابين بإعاقات جسدية مختلفة، وأن الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة يساعد في تكوين مفهوم ايجابي للذات لدى المصابين بالشلل الدماغي ولدى المصابين بإعاقات جسدية مختلفة وأن الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء يؤدي إلى تكوين مفهوم سلبي للذات لدى المصابين ببتير في أحد الأطراف وأن الدعم الاجتماعي المقدم من أفراد المجتمع يساعد في تكوين مفهوم ايجابي للذات لدى المعاقين جسدياً عام ولدى المصابين بشلل الأطفال ولدى المصابين بإعاقات جسدية مختلفة، وفي دراسة (Koubekova, 2000) والتي هدفت إلى معرفة مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي لدى المعاقين

حركيا، وتكونت العينة من (115) من المعاقين والمعاقات والتي تتراوح أعمارهم ما بين (12-16) سنة وتم انتقاؤهم من المدارس العامة والخاصة التي يلتحق بها المعاقون، وقد استخدم الباحث عدة أدوات للدراسة، وهي اختبار كاليفورنيا للشخصية، ومقياس القلق كحالة والقلق كسمة، ومقياس تقدير الذات و أسفرت النتائج إلى أن الأطفال المعاقين حركيا يظهرون قدرا عاليا من السلوكيات المضادة للمجتمع وكذلك التجنب والعزلة عن باقي الأطفال العاديين وأن الفتيات المعاقات يواجهن صعوبات في التوافق الاجتماعي أكثر من أقرانهم من الذكور المعاقين وأن المعاقات يعانين قدرا أكبر من تدني مستوى تقدير الذات وأقل رضا عن أنفسهن وكذلك شعورهن بعدم تقبل آبائهن ومعلمتهن، هذا وقد هدفت دراسة (Margalit, et al, 1992) إلى معرفة علاقة بعض العوامل كالمواجهة والإحساس والترابط بين أفراد الأسرة والمناخ الأسري لأسر المعاقين حركيا، في مواجهة الضغوط ومواجهة المشكلات، وتكونت عينة الدراسة من (78) أسرة لدى كل أسرة طفل معاق و (83) أسرة ليس لديها طفل معاق وتوصلت في نتائجها إلى أن الوالدين في أسر المعاقين أقل إحساسا بالترابط الأسري والانسجام، كما أنهم يتحاشون مواجهة المشكلات والتغلب عليها وأن المناخ الأسري في هذه الأسر يشوبه عدم التركيز على العلاقات والتفاعلات الأسرية مع عدم وضوح هذه العلاقات وقلة النمو النفسي للأبناء وأن هذه الأسر أقل دعما ومساندة لأفرادها في مواجهة الإعاقة وأن إتاحة الفرصة بين أفراد الأسرة للإحساس بالتماسك والترابط يزيد من قوة الوالدين في مواجهة الضغط النفسي وتحقيق التوافق والصحة النفسية لدى أبنائهم من المعاقين حركيا.

وهدف دراسة (Cherry, 1991) إلى المقارنة بين تقدير الذات والدعم لدى المراهقين المعوقين والمراهقين الأصحاء، تكونت عينة الدراسة من (98) فردا منهم (38) معوقين جسديا من المصابين بشلل الدماغ والصلب المشقوق، و (60) من الأصحاء، تراوحت أعمارهم بين (13-19) وقد استخدمت الباحثة مقياس مفهوم الذات -PIERS-

HARRIS للأطفال، ومقياس ROZENBERG لتقدير الذات، ومقياس الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء والعائلة وأسفرت النتائج إلى أن الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء والعائلة، له أثر كبير في رفع مفهوم الذات والثقة بالنفس عند المعاقين جسدياً.

من جانب آخر يرى (Shinn et al, 1984) أن الدعم النفسي والاجتماعي في كثير من الأحيان قد يمثل عبئاً على المتلقي، مما يشير إلى وجوب مراعاة التوقيت ونمط الدعم المقدم، وقد حدد كل (Wade et Tavis, 1987) الشروط التي يجب أن تتوفر في عملية الدعم حيث يجب أن يكون معدل تقديم الدعم معتدل، حتى لا يجعل المتلقي له أكثر اعتمادية وينخفض بالتالي تقديره لذاته، واختيار التوقيت المناسب لتقديم الدعم الاجتماعي فيجب أن تتوفر بعض الخصائص لدى مانح الدعم، والتي تتمثل في المرونة والنضج والفهم الكامل لطبيعة المشكلة التي يمر بها المتلقي، حيث يساهم بقدر فعال في تقديم الدعم الاجتماعي، إضافة إلى نوع الدعم الاجتماعي ويتمثل هذا الشرط في القدرة والمهارة والفهم لدى مانحي الدعم في تقديمه بما يتناسب مع ما يدركه ويرغبه المتلقي من تصرفات وسلوكيات تتناسب مع نوع وطبيعة الدعم الذي يقدم إليه، وأضافت (Thoits, 1986) شرطاً آخر وهو التشابه والفهم المتعاطف أي أن الدعم النفسي والاجتماعي يمكن تقبلها في حالة التشابه النفسي والاجتماعي للمانح والمتلقي، ويكون فعال لدى المتلقي إذا كانت الظروف التي يمر بها المانح والمتلقي متشابهة (عبد السلام علي، 2005، ص 32،30)، كما تؤكد ذلك الدراسة التي قام بها (Gomez, 2003) والتي هدفت إلى التعرف عن العلاقة ما بين الرضا عن الدعم الاجتماعي المدرك، والمعتقدات في فعالية البحث عن السلوكيات المساعدة كحشد الدعم الاجتماعي، بالإضافة إلى عوامل أخرى يمكنها أن تؤثر على حشد الدعم الاجتماعي كالاكتئاب، الضغط المدرك، والتطور النفسي على عينة مكونة من (85) أم مراهقة تتراوح أعمارهن ما بين (15-25) سنة، وأظهرت

نتائج الدراسة أن هناك علاقة ارتباط دالة إحصائياً ما بين الأمهات ذوي مركز تحكم داخلي ورضاهن عن الدعم الاجتماعي، فالأمهات ذوي مركز تحكم داخلي ورضاهن عن الدعم الاجتماعي كن راضيات أكثر عن الدعم الاجتماعي المدرك، كما كانت اعتقاداتهن أكثر ايجابية فيما يخص فعاليتهن في طلب المساعدة، كما أظهرت مستويات منخفضة من الاكتئاب والضغط المدرك. و(نقلا عن Gomez,D.A, 2003) كان الأفراد ذوي مركز التحكم الداخلي أكثر فعالية في التعامل مع الضغط النفسي من خلال فعاليتهن في الطلب والحصول على الدعم الاجتماعي المدرك الفعال ويكونون راضيين عن ما يقدم لهم من مساعدة في حين أن الأفراد ذوي مركز تحكم خارجي يكونون أقل نشاطاً وتفاعلاً مع الضغوط النفسية فيفضلون الانعزال والتجنب بدلاً من طلب وتلقي الدعم الاجتماعي، وفي دراسة أخرى توصلت إلى وجود علاقة بين التحدي وتوفر الدعم الاجتماعي المدرك لدى مرضى إحتشاء عضلة القلب حيث تبين وجود علاقة ارتباط دالة إحصائياً بين المتغيرين، كما أن طبيعتها جاءت موجبة وهذا يشير إلى أنه كلما كانت درجات المرضى باحتشاء عضلة القلب على بعد التحدي مرتفعة كلما كان إدراكهم وتقييمهم بأن شبكة علاقاتهم الاجتماعية تزودهم بالدعم والعون والعكس صحيح، فكلما كانت شبكة علاقاتهم الاجتماعية المدركة واسعة وثرية بحيث تضم مجموعة من الأفراد يساعدهم على تخطي الوضعية الضاغطة وتخفيف آثارها السلبية كما كانوا أكثر تحدياً، ويتمثل التحدي في قدرة الفرد على التكيف مع مواقف الحياة الجديدة وتقبلها بكل ما فيها من مستجدات سارة أو ضارة باعتبارها أمور طبيعة لا بد من حدوثها لنموه وارتقائه، مع قدرته على مواجهة المشكلات بفاعلية، وهذه الخاصية تساعد الفرد على التكيف ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تخلق لديه مشاعر التفاؤل في تقبل الخبرات الجديدة. (عبد العزيز مفتاح محمد، 2010، ص. 130).

وتوصلت أيضا نتائج الدراسة التي قامت بها الباحثة (نورة الدامر، 2014) إلى أنه توجد علاقة ارتباط دالة إحصائيا عند مستوى (0,001) بين التحدي والدرجة الكلية للدعم الاجتماعي لدى مستأصلات الثدي، كما خلصت أيضا إلى أنه توجد علاقة ارتباط دالة إحصائيا بين بعد التحدي وبعدي الدعم الاجتماعي (داخل إطار الأسرة وخارج إطار الأسرة) لدى مستأصلات الثدي ويشير (Sarason, et al, 1983-1991) في هذا الصدد إلى أن الأفراد ذوي الدعم الاجتماعي المرتفع يواجهون بطريقة أكثر فعالية لأنهم يعتقدون أن الآخرين سوف يساعدهم وينقذونهم إذا كانت التحديات والصعوبات تتجاوز ما لديهم من مصادر شخصية، وأن الأفراد ذوي المهارات الاجتماعية والبيئشخصية يميلون إلى الدعم الاجتماعي كثيرا لأنهم يشعرون بالارتياح عندما يتفاعلون مع الآخرين ولديهم القدرة على تكوين الأصدقاء (نقلا عن Zeinder, M.and Endler,N,1996)، وأنه كلما كانت درجات المرضى مرتفعة كلما كانوا راضيين عن الدعم الاجتماعي المقدم لهم والعكس صحيح، ولقد قام (La Rocco, House and French, 1980) بتحليل بيانات (636) عامل كلهم ذكور يعملون ب (23) مهنة مختلفة وأشارت النتائج إلى أنه كان الدعم الاجتماعي آثار واقية من ضغط العمل (حشد الدعم الاجتماعي للاستجابة للضغط أو المشقة) على الصحة النفسية والجسمية (القلق، الاكتئاب، تهيج والأعراض السوماتية) وآثار مباشرة على الضغط المرتبط بالعمل والمشقة (كعدم الرضا عن العمل). وفي نفس السياق توصلت دراسة (House and French,1980) على عينة مكونة من (164) ممرضة بالعناية المركزة إلى أن الدعم الاجتماعي يرتبط سلبيا مع إدراك ضغط العمل، وكما فحص (Etzion, 1984) طبيعة العلاقة ما بين الدعم الاجتماعي، الضغط، والاحتراق النفسي لدى عينة مكونة من (657) مدير ومديرة ومهني في الخدمات الإنسانية، ولقد أظهرت النتائج بأن الاحتراق النفسي يرتبط سلبيا مع الدعم الاجتماعي في العمل والحياة (لدى كل من النساء والرجال)، كما ارتبط الضغط سلبيا مع

الدعم الاجتماعي، وتوصل (Cards, Blumenthal, Sherwood, 1998) في دراسة هدفت إلى فحص العلاقة ما بين ضغط الدم (Blood pressure) وجانبيين من الدعم الاجتماعي هما الرضا عن الدعم الاجتماعي والدعم الاجتماعي البنائي (حجم علاقاتهم الاجتماعية) لدى مجموعة من الراشدين تم تصنيفهم على أساس أفراد ذوي مستوى ضغط دم عادي أو مرتفع، وبعد أن أخضعوا إلى مراقبة ضغط دمهم أظهرت النتائج بأن الأفراد الذين تم تصنيفهم على أنهم ذوي ضغط دم عادي أقروا برضا كبير ودال إحصائياً عن الدعم الاجتماعي مقارنة مع الأفراد ذوي ضغط دم مرتفع، وبعد (24) ساعة من مراقبة ضغط دم الأفراد المشاركين في البحث أظهرت النتائج بأن الأفراد الذين أظهروا رضا كبير عن الدعم الاجتماعي ارتبطت بضغط الدم الانقباضي والانقباضي في العمل، المنزل، وأثناء فترات النوم، وتشير هذه النتائج بأن الرضا عن الدعم الاجتماعي المدرك ارتبط بضغط دم منخفض. (Cards, A, et al, 1998, p 76).

وخلصت دراسة أجراها (Kella, 1999) على عينة مكونة من (93) امرأة تم تشخيصهن على أنهن مصابات بمرض "الذئبة الحمراء الجهازية" (Systemic lupus erythematosus) بعيادة في "أوهايو" (Ohio) إلى أن الرضا عن الدعم الاجتماعي المتاح له أثر رئيسي مباشرة على الضغط النفسي (السلبى) لدى النساء المصابات ب (SLE) تعتمد على الأمراض الجسمية المرتبطة بالضغط، وتوصلت الدراسة أيضاً إلى أن النساء ذوي الإعاقات الوظيفية قليلة ومستوى عالي من الدعم الاجتماعي كانت درجاتهن فيما يخص الضغط النفسي (السلبى) منخفضة، ويبدو أنه حسب (Keller, 1999) يمكن للرضا عن الدعم الاجتماعي أن يكون له آثار محصنة خاصة لدى النساء ذوي إعاقات وظيفية قليلة، ومن المثير للاهتمام أن آثار الرضا عن الدعم الاجتماعي المعدل أو مخفف على الضغط النفسي كانت كبيرة لدى النساء ذوي إعاقات وظيفية قليلة بالمقارنة مع النساء ذوي إعاقات وظيفية مرتفعة (Keller, S.M. 1999, p.p. 59-66).

وذهبت الدراسة الاستكشافية التي قام بها (Fonseca, Nazaré, Canavarro, 2014) إلى التعرف عن دور الرضا عن الدعم الاجتماعي المقدمة من طرف الأسرة والأصدقاء لتخفيض العبء والضغط لدى الوالدين الذين يعانون أطفالهم من تشوهات خلقية، ولقد تم فحص آثار الدعم الاجتماعي ضمن الأزواج بحيث تكونت من (36) زوج لديهم أطفال تبلغ أعمارهم (6) أشهر ويعانون من تشوهات خلقية، وأظهرت النتائج بأن الآباء استفادوا مباشرة من الدعم الاجتماعي التي قدمت لهم من طرف أصدقائهم لتخفيض العبء، بينما استفادت الأمهات منها بشكل غير مباشر من خلال تعامل الآباء، كما كانت أنماط الضغط مختلفة في هذه الدراسة ولقد استفادت الأمهات بشكل مباشر من الدعم الاجتماعي التي قدمت لهن من طرق عائلتهن لتخفيض مستوى الضغط لديهن، بينما استفاد الآباء على حد سواء بطريقة مباشرة من الدعم الاجتماعي التي قدمت لهم من طرف أصدقائهم، كما استفادوا بشكل غير مباشر من الدعم الاجتماعي التي تلقتها شريكتهن من عائلتهن، ويجب الإشارة على أنه تختلف الحاجات للدعم الاجتماعي بين الآباء والأمهات (بسبب اختلاف أدوارهم خلال مرحلة الانتقال الوالدية) كما يمكن الأخذ بعين الاعتبار نشر فوائد الدعم الاجتماعي بين الأزواج عند تطوير استراتيجيات لتعزيز الدعم الاجتماعي الأسرية لدى الوالدين الذين يعانون أطفالهم من تشوهات خلقية.

(Fonseca, A. et al., 2014, p.p. 178–191).

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 ضغطاً وأقل تهديداً كما ينظرون إلى الحدث بنظرة تفاؤلية فينظرون إلى أن صحتهم النفسية والجسمية سوف تتحسن من خلال تبنيهم لأسلوب حياة صحي للتغيير الإيجابي والارتقاء بصحتهم، كما أنهم يعتقدون بأن متعة

الحياة تكمن في قدرتهم على مواجهة تحدياتها فيقتحمون المشكلات ويثابرون لحلها من خلال استخدام مصادرههم النفسية وبحثهم عن الدعم الاجتماعي الفعال وبالتالي يكونون راضيين عنها في كونها يمددهم بالمساعدة لمجابهة التغييرات التي طرأت على حياتهم مما يجعلهم يدركونها على أنها أقل تهديدا لرفاهيتهم.

4- تحليل وتفسير الفرضية الرابعة:

لقد أسفرت نتائج الدراسة المتعلقة بالفرضية الرابعة والتي تنص على أنه "توجد علاقة ارتباطيه موجبة بين مستوى نوعية الحياة (عامة وبأبعادها) والذكاء الانفعالي لدى المعاقين حركيا" نجد أنه قد تحققت فرضية بحثنا كما يظهر بالجدول التالي رقم (29) الذي يوضح العلاقات الارتباطيه بين مستوى نوعية الحياة (عامة وبأبعادها) والذكاء الانفعالي لدى المعاقين حركيا"

وأظهرت النتائج أن هناك علاقة ارتباطيه موجبة بين نوعية الحياة والذكاء الانفعالي، إذ قدرت قيمة معامل ارتباط بسريال (rb) ب 0,30، وقد تم تحديد دلالتها باختبار T، والذي قيمته ب (2,51) كما جاءت طبيعة هذه العلاقة موجبة مما يدل على أنه كلما ارتفعت درجات الذكاء الانفعالي لدى المصابون بالإعاقة الحركية كلما تميزوا أكثر بالأساليب الجيدة لنوعية الحياة، والعكس صحيح، وجاءت دراسة (اكستمررا Extremera, 2002) التي أشارت إلى ارتباط مفهوم الذكاء الانفعالي ايجابيا بنوعية الحياة، فالأفراد ذوو الذكاء الانفعالي المرتفع، أكثر شعورا باعتدال الحالة المزاجية، والسعادة والغبطة، والرضا والاستمتاع بالحياة، كما أنهم أكثر شعورا بالطمأنينة، وتحقيقا لدواتهم، وأيضا تتفق مع الدراسة التي أعدتها (آمال جودة، 2007) التي بينت أن الذكاء الانفعالي كان محددًا قويا للشعور بالسعادة والثقة بالنفس، وكشفت دراسة (جابر عيسى وربيح رشوان، 2006) عن إمكانية التنبؤ بالتوافق والرضا عن الحياة خلال الذكاء

الانفعالي، وتفوق الأفراد مرتفعي الذكاء الانفعالي في التوافق والرضا عن الحياة، وفي حل المشكلات، وتحمل الضغوط مقارنة بالأفراد منخفضي الذكاء الانفعالي، ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء المنظومة الايجابية التي يتكون منها الذكاء الانفعالي والمتمثلة (بالوعي الانفعالي الذاتي، وضبط وتنظيم ومعالجة الانفعالات، والتحفيز الذاتي، والتعاطف، والتواصل الاجتماعي) لاشك أن هذه المنظومة تجعل الفرد أكثر قدرة على مواجهة الأزمات والمشكلات الحياتية، فكلما كان الفرد على درجة مرتفعة من الذكاء الانفعالي كلما أدى ذلك إلى إحساسه بالتفاؤل والسعادة والاستمتاع بالحياة، وعلى العكس كلما كان الفرد على درجة منخفضة من الذكاء الانفعالي كلما كان شعورا بالاكتئاب والتشاؤم، وأقل تحملا لمواجهة الضغوط الحياتية، وأقل تقديرا لذاته مما يؤدي إلى تدعيم التوقعات السالبة نحو ذاته وبيئته، وترى الدراسة الحالية أن الذكاء الانفعالي هو بوابة المشاعر الايجابية، ومفتاح تحقيق السعادة الحقيقية، فالذكاء الانفعالي يعمل على امتصاص الآثار السلبية للانفعالات العاصفة التي من شأنها زعزعة استقرار الفرد، ويذكر أن مهارات الذكاء الانفعالي من أهم وأفضل العوامل المحددة لإدراك نوعية الحياة، فالشعور بالطمأنينة، والسعادة، والتوافق وتقدير الذات، وجميعها من محددات ومظاهر نوعية الحياة، لن تتحقق بدون توافر مهارات الذكاء الانفعالي، ف قدرة الفرد على فهم وإدراك انفعالاته ومشاعره، يزيد من ثقته بنفسه وتقدير لذاته، كما أن وعي الفرد وفهمه لانفعالات ومشاعر الآخرين، ومشاركته الوجدانية لهم، تعزز من انسجامه وتوافقه مع الذات ومع الغير، وأيضا قدرة الفرد على معالجة انفعالاته ومشاعره والآخرين، والتخلص من الانفعالات السلبية، يساعد في زيادة الشعور بالبهجة والسعادة، والهدوء، والسكينة، والطمأنينة، فكل من الذكاء الانفعالي ونوعية الحياة، يصل بالفرد إلى الشعور بالرضا العام، والسعادة، النجاح وحب الحياة، أي يصل بنا إلى مستوى معين من التكيف والصحة النفسية، وهذا ما تؤكد الدراسات، فأى خلل في الذكاء الانفعالي هو خلل في المخ

الانفعالي، أي خلل تكيفي، ومنه فهو يؤدي إلى تدهور نوعية الحياة، وقدمت (ماريا وتيفاء، 2003) دراسة هدفت بحث العلاقة بين الذكاء الانفعالي واللاتزان الانفعالي والراحة النفسية، تكونت عينة الدراسة من (65) شخصا من الذكور والإناث تتراوح أعمارهم من (18-33)، وأظهرت النتائج وحسب معامل ارتباط بيرسون أن هناك ارتباطيه موجبة بين الذكاء الانفعالي واللاتزان الانفعالي والراحة النفسية وأيضا بحثت (Austin, et al, 2005) العلاقة بين الشخصية والصحة والسعادة والذكاء الانفعالي لدى عينة مكونة من (500) فردا من الكنديين وبينت النتائج أن الذكاء الانفعالي يرتبط ارتباطا ايجابيا بكل من الرضا عن الحياة وجود العلاقات الاجتماعية، كما يمكن التنبؤ بالسعادة من الحالة الصحية للفرد وعلاقاته الاجتماعية، وأجري (السيد منصور، 2007) دراسة سعى خلالها التعرف على العلاقة الإرتباطية بين نوعية الحياة وكل من الذكاء الانفعالي، وسمة ما وراء المزاج، والعوامل الخمسة في الشخصية والقلق، وتكونت عينة الدراسة من (403) طالبا من طلبة كلية التربية بمدينة العريش، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين نوعية الحياة وكل من الذكاء الانفعالي وسمة ما وراء المزاج وسمات الشخصية، كما بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي نوعية الحياة على مقياس الذكاء الانفعالي، وسمة ما وراء المزاج، وسمات الشخصية لصالح مرتفعي نوعية الحياة، وقامت (صفاء عجاجة، 2007) بدراسة هدفت التعرف إلى العلاقة بين الذكاء الانفعالي ونوعية الحياة، وتكونت عينة الدراسة من (663) طالبا وطالبة وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطيه ايجابية بين الذكاء الانفعالي ونوعية الحياة.

5- تحليل وتفسير نتائج الفرضية الخامسة:

فيما يخص الفرضية الخامسة التي تنص على أن "توجد علاقة ارتباطيه موجبة بين مستوى نوعية الحياة (عامة وبأبعادها) والدعم المتلقي لدى المعاقين حركيا" فتوضح

النتائج المتوصل إليها أنه تحققت صحة الفرضية وذلك كما يتضح من الجدولين التاليين رقم (30 و 31) الذي يوضح علاقات الارتباط بين مستوى نوعية الحياة (عامة وبأبعادها) والدعم المتلقي لدى المعاقين حركيا، يظهر من الجدول تحقق وجود علاقة موجبة بين نوعية الحياة والدعم الاجتماعي، إذ قدرت قيمة معامل ارتباط بسريال (rb) ب (0,25)، وقد تم تحديدها مدى دلالتها من دلالة T (2,04)، مما يعنى أنه كلما ارتفعت درجات الدعم الاجتماعي لدى المصابون بالإعاقة الحركية كلما تميزوا أكثر بالأساليب الجيدة لنوعية الحياة، ويؤكد هذا ما توصلت إليه دراسة (Becker, Leese, Clarkson, Taylor, Turner, Kleckham, Thornicroft, 1998) التي هدفت إلى تحديد مدى ارتباط نوعية الحياة بحجم شبكة العلاقات الاجتماعية لدى مجموعة من الأفراد الذين يعيشون في المجتمع ويعانون من أمراض عقلية مختلفة، وأسفرت في نتائجها على وجود علاقة ارتباط بين حجم شبكة العلاقات الاجتماعية لديهم ونوعية حياتهم. (Manning-Walsh, 229) والتي تناولت الدعم الاجتماعي كمعدل وسيط مابين أعراض الضغط ونوعية الحياة لدى عينة مكونة من (100) امرأة مصابة بسرطان الثدي يتراوح متوسط أعمارهن ما بين (46) سنة، بحيث خلصت النتائج إلى أن الدعم الاجتماعي من العائلة والأصدقاء تساعد على التخفيض من آثار الأعراض السلبية للضغط على نوعية الحياة لديهم، فالتمتع أو امتلاك الدعم الاجتماعي الكبير يخفض من الجوانب السلبية لأعراض الضغط ويؤثر ايجابيا على نوعية حياتهن المرتبطة بالصحة. (Manning-Walsh, J. 2005, p 482) ذهب (Lim et al, 2008)، وفي دراسة مقارنة ما بين النساء الكوريات-الأمريكيات والنساء الكوريات المصابات بسرطان الثدي أو سرطان الرحم هدفت إلى تقييم طرق الدعم الاجتماعي التي يمكن أن تحسن من نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى هاته النسوة، أسفرت النتائج أعلى أن الدعم الاجتماعي له أثر بشكل مباشر على نوعية حياتهن المرتبطة بالصحة، كما أن حجم شبكة العلاقات

الاجتماعية لديهم أثر بشكل مباشر أو غير مباشر في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المجموعتين، وعلى ضوء ما خلصت إليه هذه الدراسة يمكن القول بأن هذا التأثير المباشر أو الغير مباشر لحجم شبكة العلاقات الاجتماعية على نوعية حياة لدى الأفراد قد يكون ايجابي بمعنى فعال في تخفيض الضغط النفسي وتحسين نوعية الحياة تماشياً مع ما توصل إليه (Manning-Walsh, 2005) في دراسته حيث كان عدد الأفراد الذين يعتمد عليهم المرضى بالسرطان محصوراً في العائلة والأصدقاء والذي ساهم بشكل فعال في التأثير ايجابياً على نوعية حياتهم، ويؤكد ذلك ما توصل إليه (Samarvco, 2001)

في تحليل العلاقة ما بين الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة (HRQOL) لدى عينة من النساء يعانين من سرطان الثدي ونقل أعمارهم عن (50) سنة، وتوصل إلى أنه توجد علاقة ارتباط موجبة ما بين حجم شبكة علاقاتهن الاجتماعية والمجال الاجتماعي-الاقتصادي لنوعية حياتهن، في حين أظهرت النتائج بأنه لا توجد علاقة ارتباط ما بين الجانب النفسي والجسمي لنوعية حياتهن المرتبطة بالصحة وحجم شبكة علاقاتهن الاجتماعية، وفي سياق آخر ذهب الباحثان (Laxton and Perrin, 2003) في دراسة لها للكشف عن كيفية ارتباط كل من الدعم الاجتماعي، وضغط الحياة لدى عينة مكونة من (19) مريض بالعمود الفقري إلى أنه توجد علاقة ارتباط ما بين المجموع الكلي للدعم الاجتماعي ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة والغير المرتبطة بالصحة وقد بلغت قيمة معاملات الارتباط ($r = 0,72$) و ($r = 0,50$) على الترتيب، كما أسفرت على أنه توجد علاقة ارتباط سالبة ما بين مجموع ضغوط الحياة ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة والغير مرتبطة بالصحة بحيث قدرت قيمة معاملات الارتباط على التوالي ($r = -0,83$) و ($r = -0,72$) وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,001)، وخلصت الدراسة في هذا الصدد إلى أن المرضى المصابين بمرض العمود الفقري الذين يحصلون على دعم اجتماعي مرتفع ويختبرون ضغوط أقل في حياتهم

يميلون إلى كونهم راضيين أكثر عن النتائج الطبية ونوعية حياتهم بعد خضوعهم لعملية جراحية على مستوى العمود الفقري من أقرانهم الذين يختبرون ضغوط كثيرة في حياتهم ويحظون بدعم اجتماعي قليل، فتقييم الدعم الاجتماعي وضغوط الحياة لدى هؤلاء المرضى وأخذهما بعين الاعتبار في تسيير مرضهم يمكن أن يزيد من شعورهم بالرضا عن النتائج الطبية ونوعية حياتهم العامة بعد الخضوع إلى إجراء عملية جراحية على مستوى العمود الفقري. (Laxton, A.W and Perrin, R.G. 2003) مما يدل على أن الدعم الاجتماعي المدرك من طرف المصابين بالإعاقة الحركية له تأثير على رفايتهم الذاتية ونوعية حياتهم فيمكن للشبكات الاجتماعية التي ينتمون إليها والرضا عن ما تقدمه لهم من دعم اجتماعي أن تزودهم بخبرات ايجابية منتظمة ومجموعة من الأدوار التي تتلقى مكافأة من المجتمع، وهذا النوع من الدعم يمكن أن يرتبط بالسعادة إذ توفر حالة ايجابية من الوجدان و إحساسا بالاستقرار في مواقف الحياة والاعتراف بأهمية الذات وكذلك فإن التكامل في الشبكة الاجتماعية يمكن أن يساعد أيضا في تجنب الخبرات السلبية والتي كان من الممكن بدون وجود الدعم يمكن أن تساعد أيضا في تجنب الخبرات السلبية والتي كان من الممكن بدون وجود الدعم أن تزيد من احتمال حدوث الاضطراب النفسي أو البدني فتتأثر نوعية حياتهم المرتبطة بالصحة بشكل معقد بكل من صحتهم الجسمية وحالتهم النفسية وعلاقاتهم الاجتماعي فالمرضى الذين يحظون بدعم اجتماعي عالي ويكونون راضيين عنها يتمتعون بنوعية حياة أفضل، أما المرضى المنعزلين وليس لديهم شريك ولا عائلة أو تكون علاقاتهم الاجتماعية مضطربة تظهر لديهم اضطرابات القلق والاكتئاب و يقيمون نوعية حياتهم المرتبطة بالصحة على أنها متدهورة.

كما يؤكد هذا بشكل عام نتائج دراسة (مجدي، 2009) والتي هدفت إلى تحديد العلاقة بين الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة لدى مريض السكر المراهق، وقد تكونت عينة الدراسة من (101) من المراهقين من مرضى السكر (40) ذكورا و(61) إناثا،

تتراوح أعمارهم بين (13-21) سنة، وشملت الدراسة عينة إكلينيكية أخرى تمثلت في أربع حالات طرفية (2) ذكور و(2) إناث، واعتمدت الباحثة في دراستها على المنهج السيكومטري والإكلينيكي لمريض السكر المراهق، ومقياس نوعية الحياة في دراستها على المنهج السيكومטري والإكلينيكي في تناولها لمتغيرات الدراسة، واستخدمت الباحثة عدة أدوات للدراسة، وهي: مقياس الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة لمريض السكر المراهق، كما استخدمت الأدوات الإكلينيكية التالية استمارة دراسة حالة، واختبار TAT، وتوصلت إلى وجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين جميع أنواع الدعم الاجتماعي المقدمة والدرجة الكلية لنوعية الحياة، ووجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين جميع أنواع الدعم الاجتماعي وبين جميع أبعاد نوعية الحياة.

6-1- تحليل وتفسير نتائج الفرضية الجزئية السادسة:

فيما يتعلق بالفرضية الجزئية السادسة التي تنص على أن "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغيرات البحث تعزى لعامل الجنس لدى المعاقين حركيا من جانب نوعية الحياة" فتوضح النتائج المتوصل إليه باختبار كاف تربيع وأنه لم تحققت فرضية بحثنا وذلك كما يظهر من الجدول التالي رقم (32) يوضح اختبار كاف تربيع للفروق في متغيرات البحث لعامل الجنس لدى المعاقين حركيا من جانب نوعية الحياة حيث يتضح من الجدول السابق إن قيمتها (56,7) وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0,01) أي أن أغلبية أفراد عينة هذه الدراسة يتميزون بمستوى نوعية حياة في حدود المتوسط، وذهبت دراسة (هاشم سامي محمد، 2001) إلى معرفة الاختلاف في نوعية الحياة لدى المعاقين باختلاف درجة الإعاقة، ومعرفة الاختلاف في نوعية الحياة لدى المسنين باختلاف حالتهم الصحية، ومعرفة الاختلاف في نوعية الحياة بين المعاقين والمسنين وطلاب الجامعة، وتكونت العينة من (62) معاقا جسيما بدرجة بسيطة أو متوسطة

وجميعهم ذوي مستوى تعليمي متوسط أو فوق المتوسط، وهم من الذين يترددون على مراكز الرعاية ونوادي العزيمة في الإسماعيلية وبور سعيد، وتتراوح أعمارهم من (25-40) سنة، ومن (24) سنه و(38) سنة من المرضى بأمراض مزمنة والذين يترددون على المستشفيات، ويعيشون مع أسرهم، ومن غير المرضى بأمراض مزمنة، وتتراوح أعمارهم من (60-68) سنة، ومن (28) طالبا و (39) طالبة من طلبة الجامعة بكلية التربية والذين تتراوح أعمارهم من (20-21) سنة، وقد استخدم الباحث أدوات للدراسة مقياس نوعية الحياة، ومقياس القدرة على التكيف والتماسك الأسري، وأسفرت النتائج إلى عدم وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في نوعية الحياة سواء لدى المسنين أو طلاب الجامعة، وأن المعاقين بدرجة بسيطة لا يختلفون بصورة جوهرية عن طلاب الجامعة في نوعية الحياة، وأيضا لا توجد فروق جوهرية في نوعية الحياة بين المقيمين في الريف أو الحضر من جميع فئات عينة الدراسة، وكما هدفت دراسة (عباس والزامل 2006) إلى التعرف على العوامل الأسرية والمدرسة والمجتمعة المنبئة بنوعية الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم، التعرف على العلاقة بين نوعية الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم، كما هدفت إلى الكشف عن الفروق بين الأطفال العاديين والأطفال ذوي صعوبات التعلم في نوعية الحياة وتكون العينة من (100) معاق وأظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال ذوي صعوبات التعلم في مقياس نوعية الحياة بالنسبة لمتغير الجنس، كما هدفت دراسة (أكبر، 1998) لتحديد العلاقة بين الرضا عن الحياة وتقدير الذات وقوة الأنا لدى المراهقين العميان من الجنسين في المملكة العربية السعودية، أجريت على عينة مكونة من (50) طالب وطالبة من كلا الجنسين (إناث-ذكور) وتوصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الرضا عن الحياة كما تتفق هذه النتائج مع دراسة (أبو رجيلة، 2004) حيث تبين عدم وجود فروق في مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لدى المكفوفين تعزى لكل من

النوع أو العمر، وكذلك دراسة (إبراهيم مروة محمد، 2011) عن الرضا عن الحياة وعلاقته بالدعم الاجتماعي المدرك وقلق المستقبل حيث تكونت عينة الدراسة من (2035) طالب جامعي، طبقت عليهم مقاييس الرضا عن الحياة، الدعم الاجتماعي المدرك وقلق المستقبل، وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في درجة الرضا عن الحياة (شقورة، 2012، ص 52) واتفقت أيضا مع دراسة (يوسف الرجيب، 2001) حول الرضا عن الحياة وبعض المتغيرات الديمغرافية وأجريت الدراسة على عينة متكونة من (214) فردا من عدة مستويات من المجتمع الكويتي، وقد أظهرت النتائج غياب الفروق ذات الدلالة في الرضا عن الحياة بين الذكور والإناث وكذلك بين الطلبة والموظفين، هذا بالإضافة إلى غياب الفروق الدالة في درجة الرضا عن الحياة حسب مستويات التعليم المختلفة والدخل الشهري وكذا نوعية الحياة (عبد الخالق، الديب، 2007) فنتائج الدراسات تشير إلى أن الأفراد من مختلف الأعمار وبغض النظر عن الجنس لا يختلفون في الشعور بالسعادة أو الرضا عن الحياة، وقد يرجع السبب إلى التكيف أو التأقلم مع الأوضاع الجديدة، فقد وجد أن المعاقين الذين يستخدمون الكرسي المتحرك يتمتعون تقريبا بنفس الدرجة من السعادة والرضا عن الحياة التي يتمتع بها غير المعاقين، وفي بعض الدراسات تبين أن تأثير الأحداث الايجابية أو السلبية يخف نتيجة التعود، وأن الأفراد الذين أصيبوا بإعاقات نتيجة الحوادث، كانوا في البداية غير سعداء وأنهم أصبحوا أكثر سعادة فيما بعد، نتيجة التعود والتكيف مع الأوضاع الجديدة، وتجدر الإشارة إلى أنه قد لا يستطيع جميع الأفراد العودة إلى النقطة أو الخط الأساسي قبل الأحداث نتيجة الفروق الفردية (عادل، 2003) بينما أظهرت دراسة (هونبر 1994) أن الرضا عن الحياة لا يتأثر بالعمر الزمني للفرد ولا الجنس، بل يتأثر بالمستوى الاقتصادي والاجتماعي.، (رغداء، 2012)، وهذا ما توصلت إليه دراسة (عبد اللطيف حسن 1996) عن الرضا عن الحياة الجامعية لطلاب الكويت والتي أجريت على عينة قوامها (428)

طالب من جامعة الكويت هدفت إلى معرفة درجة الرضا عن الحياة لدى الطلاب في ثمانية جوانب هي الأساتذة، الوالدين، المواد الدراسية، الحالة المادية، وإداريو الجامعة والأنشطة غير الدراسية والطلاب الآخرين، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق داله بين الجنسين في بقية الأبعاد (عبد اللطيف، 1997) واتفق ذلك مع دراسة (عبد الخالق أحمد والديب، 2007) سماح حول التعب المزمن وعلاقته بتقدير الذات والرضا عن الحياة، أجريت الدراسة على عينة تكونت من (524) طالب منهم (273) طالب، و (251) طالبة بالمدارس الثانوية، تراوحت أعمارهم ما بين (15-23) سنة وقد أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق داله بين الجنسين في مقياس الرضا عن الحياة (المدهون، 2009)، وتتعارض هذه النتيجة مع دراسة (كوبكوبا 2000) التي أشارت إلى أن الفتيات المعاقات يواجهن صعوبات في التوافق الاجتماعي أكثر من أقرانهم الذكور المعاقين، كذلك أشارت نتائج الدراسة أيضا إلى أن المعاقات يعانين قدرا أكبر من تدني مستوى تقدير الذات، وأقل رضا عن أنفسهن، وكذلك شعورهن بعدم تقبل آبائهن وزميلاتهن ومعلماتهن.

وكذلك نتائج دراسة (باندونج، 2004) والتي أشارت إلى عدم وجود أي دور للجنس في نوعية الحياة المدركة وتتعارض نتائج هذه الدراسة مع دراسة (حسن، المحرزي، إبراهيم، 2006) والتي أشارت إلى وجود مستوى متوسط من نوعية الحياة لدى أفراد العينة، وأن الذكور والإناث (المعاقين) لم يوجد بينهم أي فروق ذات دلالة في إجاباتهم على مقياس الرضا عن نوعية الحياة بكافة أبعاده، ويفسر الباحث ذلك بأن المعاقين الذكور والإناث بما أنهم يشتركون ربما في تفكير واحد وهم واحد ألا وهو الطموح للأفضل والذي قد يتمثل بالحصول على حياة حرة كريمة يملأها الحب والتقدير والمشاركة وبناء العلاقات الاجتماعية وغيرها من الأشياء الايجابية التي يتمنى من خلالها ويطمح المعاق أن تتحقق.

6-2- تحليل وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

ويتضح من خلال النتائج المتحصل عليها بالنسبة للفرضية الجزئية الثانية التي تنص على أن "توجد فروق بين الذكور والإناث فيما يخص الذكاء الانفعالي لدى المعاقين حركيا" وعدم تحقق الفرضية وذلك كما يظهر من الجدول التالي رقم (33) يوضح الفروق بين الذكور والإناث فيما يخص الذكاء الانفعالي لدى المعاقين حركيا إذ قدرت قيمة اختبار "مان وتيني" ب (320) وهي غير دالة إحصائيا، وهذا ما يظهره أيضا المتوسط الحسابي أي أنه لا يوجد اختلاف بين الذكور والإناث فيما يخص عامل الذكاء الانفعالي للمعاقين حركيا، واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (آمال جودة، 2007) والتي هدفت إلى تعرف على نسبة الذكاء الانفعالي والسعادة والثقة بالنفس ومدى طبيعة العلاقة بينهم، أجريت الدراسة على عينة بلغ قوامها (231) من طلاب جامعة الأقصى وكشفت في نتائجها أن نسبة الذكاء الانفعالي، والسعادة والثقة بالنفس كالتالي على التوالي (70,67%، 63,16%، 62,34%) كما توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ايجابية بين الذكاء الانفعالي ككل وأبعاده الفرعية، وبين السعادة والثقة بالنفس وهي دالة إحصائية كما كشفت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق بين الذكور والإناث على الذكاء الانفعالي وأبعاده ماعدا بعد تنظيم الانفعالات كان دالا عند مستوى (0,05) في اتجاه الذكور، وعلى مقياس السعادة لم تكن هناك فروق بين الجنسين، في حين لم تكن هناك فروق بين الجنسين على مقياس الثقة بالنفس، وأيضا توصلت دراسة (بنيان باني الرشيدى 2010) إلى دراسة العلاقة بين أساليب التنشئة الوالدية ومهارات الذكاء الانفعالي مع الأخذ بعين الاعتبار لبعض المتغيرات ذات العلاقة بمتغيري الدراسة، حيث قام الباحث بتطبيق البحث على عينة مكونة من (200) من طلبة جامعة حائل بواقع (100) من طلبة التخصصات الإنسانية بكلية التربية، وتم تطبيق أدوات الدراسة والتي تمثلت بمقياس أساليب التنشئة الوالدية من إعداد الباحث، ومقياس مهارات الذكاء الانفعالي من إعداد

(أبو العلا، 2004)، ثم معالجة البيانات عبر الحزمة الإحصائية توصلت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في مهارات الذكاء الانفعالي تعزى لمتغير الجنس، بينما كان هناك فروق دالة إحصائية في مهارات الذكاء الانفعالي (الوعي الانفعالي، الدافعية الذاتية، التعاطف) وفي دراسة ل (فاطمة محمد عبد الرحمن المستكاوي، 2007) توصلت أيضا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ذكورا ومتوسط درجات المجموعة التجريبية إناثا في مستوى الذكاء الانفعالي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ذكورا ومتوسط درجات المجموعة التجريبية إناثا في مستوى الذكاء الانفعالي بعد انتهاء فترة المتابعة، فعند مقارنتنا بين المتوسطات الحسابية لكل من الذكور والإناث نجد أن هناك فروقا ضئيلة بينهما وهذا يدل على أن هناك تجانسا بين الجنسين وهذا يدل على وجود تقارب وتراكم حول المتوسط وبالتالي التشتت قليل والعينتان متجانستان وتتفق هذه النتيجة مع الدراسة التي تطرقنا إليها.

بينما استهدفت دراسة (الخالدة، 2003) التعرف على فاعلية برنامج تدريبي لتطوير مهارات الذكاء الانفعالي في تحصيل طلبة الصف السادس الابتدائي في الأردن، وقد تكونت عينة الدراسة من (120) من كلا الجنسين وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط المعرفة تعزى إلى البرنامج التدريبي، في حين لم يظهر أثر الجنس، كما ذهبت دراسة (عثمان الخضر وهدي الفضلي 2007) إلى عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين على مقياس الذكاء الانفعالي والسعادة، وذهب (إبراهيم سعيد 2011) إلى عدم وجود فروقا دالة إحصائية في مشكلات الطلبة المكفوفين في الجامعات الأردنية ضمن كافة الأبعاد تبعا للمتغيرات الأخرى كالمستوى العلمي والتخصص والجنس.

6-3- تحليل وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

أسفرت نتائج الدراسة فيما يتعلق بالفرضية الجزئية الثالثة التي تنص على أن "توجد فروق بين الذكور والإناث فيما يخص الدعم الاجتماعي لدى المعاقين حركيا" عدم تحقق الفرضية ويظهر ذلك كما في الجدول التالي رقم (34) للفروق بين الذكور والإناث فيما يخص الدعم الاجتماعي لدى المعاقين حركيا، إذ قدرت قيمة اختبار "مان وتيني" ب (322) وهي غير دالة إحصائيا، وهذا ما يظهره أيضا المتوسط الحسابي وذلك كما يتضح من الجدول السابق أي أنه لا يوجد اختلاف بين الذكور والإناث فيما يخص عامل حجم الدعم المتلقي للمعاقين حركيا وهذا ما توصلت إليه دراسة (زكي، 1994) إلى التعرف إلى ديناميات العلاقة بين المعاق حركيا وأسرته والمؤسسة التي ترعاه والتي تقوم على إعادة تأهيلية وتحديد أهم حاجاته النفسية والتربوية والاجتماعية والصحية وكذلك المشكلات التي تواجهه، وتكونت عينة الدراسة من (30) فردا من المعاقين حركيا والتي تراوحت أعمارهم ما بين (12-18) سنة من كلا الجنسين، وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات كتالي معاقون في نهاية التأهيل، ومعاقون في بداية التأهيل، ومعاقون في منتصف التأهيل، واستخدم الباحث عدة مقاييس للاغتراب، مقياس العلاقات الأسرية والتوافق النفسي لدى المعاقين، ومقياس إدراك المعاق لدور المؤسسة التي ترعاه، ومقياس لتوقع المعاق لمستقبله المهني، و توصلت إلى أنه لا توجد فروق جوهرية بين مجموعة الذكور والإناث من حيث توقعهم لمستقبلهم المهني وهذا يعني أن الذكور والإناث (المعاقين) العاملين من أفراد العينة لم يوجد بينهم أي فروق في إجاباتهم فيما يتعلق بالجودة المهنية، ويفسر الباحث ذلك إلى مدى حاجة المعاقين إلى العمل سواء كانوا ذكورا أو إناثا، كما له أهمية في حياة المعاقين سواء المهنية أو الشخصية ليحققوا الذات ويعوضون النقص الموجود لديهم، وأيضا الشعور بالاستقلالية والشعور بأهميتهم في المجتمع وأيضا تعزيز الثقة بالنفس.

هذا وقد تعارضت نتائج هذه الدراسة مع دراسة (ثامبسون وهيلر، 1990) التي أشارت إلى أن الدعم الاجتماعي من قبل الأسرة أكثر تأثيراً من قبل الأصدقاء على السيدات ويعني ذلك أن الدعم المقدم من قبل الأصدقاء يعد مهماً جداً في حياة الإناث المعاقات حركياً، والذي أدى بدوره إلى تحقيق مستوى مرتفع من الرضا عن نوعية الحياة الأسرية وجودة الدور الاجتماعي ونوعية الحياة ككل، وتفسر الباحثة بأن الأصدقاء الجيدين يلعبون دوراً هاماً في حياة المعاقات، وما لهذه العلاقة المتبادلة من أهمية لأنها تكون قائمة على الإخلاص والحب مما ينعكس ذلك على الأسرة، وبالتالي يكون أكثر انتماء لأسرهن وأكثر رضا عن نوعية الحياة الأسرية، وأن للأصدقاء دوراً كبيراً في تشجيع المعاقات في أن يكون دوراً اجتماعياً مقبولاً في المجتمع، من أجل الخروج من العزلة وبالتالي يمارس أدوارهن كالأخرين، وكذلك فالإناث المعاقات هن أيضاً بأمر الحاجة إلى الصداقة والأصدقاء من أجل نسيان الهموم وما للأثر النفسي لهذه الإعاقة بالنسبة للإناث، وبالتالي يبحثن عن وجود الصديق وقت الضيق وكافة الأوقات الأخرى من أجل التنفيس عن الهموم ونسيان الهم الأكبر ألا وهو الإعاقة واتفقت هذه الدراسة مع دراسة (عبد الله، 1995) التي أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في حجم الدعم الاجتماعي لصالح الإناث، وهذا يعني أن الذكور والإناث من أفراد العينة لم يوجد بينهم أي فروق دالة في إجاباتهم على المقياس تبعاً لمصادر وأبعاد الدعم الاجتماعي، ويفسر الباحث ذلك أن المعاقين الذكور والإناث قد يكون هناك شيء واحد يجمعهم ألا وهو شعورهم بأنهم يحملون هما واحد ألا وهو التسليم بأنهم معاقين، وبالتالي قد تحملون فكرة واحداً وإن كانت الفروق قد تختلف من معاق لآخر وقد تكون الاختلافات بسيطة ولكنها لا تختلف في جوهرها ومضمونها، ولكن الجوهر الحقيقي يكمن في مدى التوافق والتكيف مع الإعاقة، ومدى تأثيرهم به، والمهارات الاجتماعية التي يمتلكها كل معاق، ومن هنا يكون الاختلاف الجوهرى بين المعاقين الذكور والإناث.

وقد توصلت دراسة (عبد ربه على شعبان، 2010) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تعزى لمتغير الجنس، كما بينت كذلك عدم وجود فروق في مستوى تقدير الذات تعزى لمتغير الإعاقة سواء في درجة الإعاقة أو سبب حدوث الإعاقة، وفي دراسة (خلود أديب الدبابنة، 2008) ومن النتائج المتحصل عليها ظهور فروق ذات دلالة إحصائية على بعد دعم عملية الدمج للتكيف الاجتماعي والانفعالي تبعا لنوع الإعاقة، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على الدرجة الكلية لهذا البعد وفقا للجنس، وذهبت دراسة (أحمد عبد الخالق وسنايدر 2007) بدراسة المتغيرات المنبئة بالأمل لدى عينة طلبة جامعة الكويت قوامها (323) طالبا وطالبة كشفت النتائج عن عدم وجود فروق في التفاؤل، والأمل والسعادة، والرضا عن الحياة تعزى لمتغير الجنس (ذكر، وأنثى) وفي دراسة (ضميره، 2011) هدفت إلى التعرف إلى مستوى تمكين أسر الأطفال المعاقين ودعمها في الأردن واقترح أنموذج للتمكين والدعم تكونت العينة من (120) أسر الأطفال المعاقين بالإعاقات العقلية، التوحد، والإعاقات الحركية، والسمعية والبصرية وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند ($a=0,05$) في مستوى التمكين، ومستوى الدعم الأسري بين أسر الأطفال المعاقين الذكور وأسر الأطفال المعاقين الإناث، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التمكين، ومستوى الدعم الأسري، وأسر الأطفال المعاقين تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية للوالدين وإلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التمكين لأسر الأطفال المعاقين تعزى للحالة الاقتصادية للأسرة.

7- تحليل تفسير نتائج الفرضية الجزئية السابعة:

ويتضح من خلال النتائج المتحصل عليها بالنسبة للفرضية الجزئية السابعة التي تنص على "وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغيرات البحث لعامل الحالة المدنية

(متزوج وغير متزوج) فيما يخص نوعية الحياة لدى المعاقين حركيا" عدم تحقق الفرضية وذلك كما يتضح من الجدول رقم (35) يوضح الفروق في متغيرات البحث وفقا لعامل الحالة المدنية، إذ قدرت كاف تربيع ب (0,056) وهي غير دالة إحصائيا، أي أن أغلبية أفراد عينة بحثنا يتميزون بمستوى نوعية الحياة في حدود المتوسط، توصلت دراسة (منال، 2007) والتي هدفت إلى كشف عن العلاقة بين درجة الشعور بالسعادة، وبين الرضا عن الحياة، والتفاؤل، ووجهة الضبط توصلت إلى عدم وجود فروق في درجة الشعور بالسعادة، والرضا عن الحياة والتفاؤل بين المتزوجات وغير المتزوجات، وأظهرت نتائج دراسة (Han, Grothuesmann, Neises, Hille & Hillemanns, 2010) في ألمانيا للفروق في نوعية الحياة ومستوى الرضا عن الحياة لمريضات سرطان الثدي، عدم وجود فرق في مستوى الرضا عن الحياة لدى مريضات سرطان الثدي تبعا لنوع العلاج، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (بوني بوسويل و آخرون 1998) والتي أشارت إلى أن نوعية الحياة تزداد باستمرار كلما تحققت فرصة للعمل، حيث إن العمل يساهم في تحقيق مجموعة من المصادر المعيشية التي تؤهل المعاق للتمتع بمستوى أعلى من نوعية الحياة، وأشار (هامبتون، 1999) في دراسته إلى أن الأشخاص المتزوجين والغير المتزوجين والذين يعملون في وظائف يرتضونها ويكونوا على مستوى عالي من التعليم، فإنهم يميلون إلى الارتفاع على مقاييس نوعية الحياة، بينما ينخفض من يدركون أنفسهم بصورة سلبية ونقل علاقاتهم بالآخرين أو المحيط البيئي ويفسر ذلك ربما يرجع السبب إلى تقدير الذات التي يرى المعاق نفسه من خلال ممارسته المهنية، والتي يشعر من خلالها بأنه حققها، من خلالها يشعر بالاستقلالية، ويدركون أنفسهم، ويفتحون بيوتهم ومن خلالها قد يكونون أسر، ويبينون مستقبلا، يرجع ذلك أيضا إلى سبب الرضا وعدم الرضا عن العمل قد يعد نتائج بعض الظروف والمتغيرات في داخل العمل، والتي لها أثر كبيرا في رضا المعاقين المتزوجين وغير المتزوجين في رضاهم عن العمل.

7-2- تحليل وتفسير الفرضية الجزئية الثانية:

ويتضح من خلال النتائج المتحصل عليها بالنسبة لفرضية الجزئية الثانية التي تنص على أن "توجد فروق ذات دلالة إحصائية فيما يخص الذكاء الانفعالي تعزى للحالة المدنية لدى المعاقين حركيا" عدم تحقق الفرضية وذلك كما يتضح من الجدول التالي رقم (36) يوضح الفروق فيما يخص الذكاء الانفعالي التي تعزى للحالة المدنية لدى المعاقين حركيا

ويظهر من الجدول السابق إن قيمة اختبار "مان وتيني" ب (400) هي غير دالة إحصائياً فهذا ما يظهره أيضا المتوسط الحسابي أي أنه لا يوجد اختلاف بين المعاقين المتزوجين والمعاقين الغير المتزوجين فيما يخص الذكاء الانفعالي، وقد تعارضت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (السمادوني، 2001) التي توصلت إلى أن الذكور أكثر ذكاء انفعاليا من الإناث وأن هناك علاقة بين سنوات الخدمة والذكاء الانفعالي كما توصلت دراسة (مارتينز، 2000) إلى أن النساء يتمتعن بذكاء انفعالي أكثر من الرجال، والصغار أكثر من الكبار (سعد بن حامد العبدلي، 2008، ص. 80).

واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (جابر عيسى وربيح رشوان، 2006) في عدم وجود فروق بين متوسطات درجات الذكور والإناث في الدرجة الكلية للذكاء الانفعالي وفي الإدراك الانفعالي، والتعاطف، واستخدام الانفعالات واستهدفت دراسة (هنت وإيفانس، 2004) للتعرف على إمكانية توقع الذكاء الانفعالي لاستجابات الأفراد للضغوط الصدمية، وتكونت عينة الدراسة من (414) مشاركا من الرجال والنساء ومن أهم نتائج الدراسة أن للأحداث الصدمية تأثيرا على النساء أكبر من الرجال حيث أن الرجال لديهم ذكاء انفعالي أعلى من النساء، ويشير (جولمان، 2000) في هذا الصدد إلى أنه عند التساؤل عما إذا كانت هناك فروق بين الذكور والإناث في الذكاء الانفعالي، فينبغي

التعرف على خصائص كل نوع منهما وفقا لمعامل ذكائه الانفعالي، فينبغي التعرف على خصائص كل نوع منهما وفقا لمعامل ذكائه الانفعالي، فقد أشار إلى أن الرجال ذوي الذكاء الانفعالي المرتفع متوازنون اجتماعيا، صرحاء ومرحون ولا يميلون إلى الاستغراق في القلق، ويتمتعون أيضا بقدرة ملحوظة على الالتزام بالقضايا، وبالعلاقاتهم بالآخرين وتحمل المسؤولية، وهم أخلاقيون وتتسم حياتهم العاطفية بالثراء، فهي حياة مناسبة، وهم راضون فيها عن أنفسهم، وعن الآخرين، وعن المجتمع الذين يعيشون فيه، بينما تشير الدراسات إلى أن النساء الذكيات وجدانيا يتصفن بالحسم والتعبير عن مشاعرهن بصورة مباشرة، يتقن في مشاعرهن، وللحياة بالنسبة لهن معنى، وهن أيضا مثل الرجال، اجتماعيات غير متحفظات (بل أكثر من ذلك فقد يندمن بعد ثوراتهن الانفعالية على صراحتهن)، كما أنهن أيضا يستطعن التكيف مع الضغوط النفسية، ومن السهل توازنهن الاجتماعي وتكوين علاقات جديدة، وعندما يمرحن يشعرن بالراحة، فهن تلقائيات، ومتفتحات على الخبرة الحسية، ومن النادر أن يشعرن بالذنب، أو القلق، ولا يستغرقن في التأمل.

ويبدو مما سبق أن الاختلاف طفيف بين الرجل والمرأة في الذكاء الانفعالي، بل إن هناك قدرا كبيرا من الاتفاق بينهما، فكلاهما يتسم بالاتزان الاجتماعي والمرح، ولا يميلون للاستغراق في القلق، بينما نجد قليلا من الاختلافات بينهما، فنجد أن الرجال صرحاء بينما تتدم النساء على صراحتهن المصحوبة بالثورة الانفعالية.

7-3- تحليل وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

يتضح من خلال النتائج المتحصل عليها بالنسبة للفرضية الجزئية الثالثة التي تنص على أن "توجد فروق ذات دلالة إحصائية فيما يخص الدعم الاجتماعي تعزى للحالة المدنية (متزوجين وغير المتزوجين) لدى المعاقين حركيا" عدم تحقق الفرضية

وذلك كما يظهر من الجدول رقم (37) يوضح الفروق فيما يخص الدعم الاجتماعي التي تعزى للحالة المدنية (متزوجين وغير المتزوجين) لدى المعاقين حركيا، يظهر من الجدول السابق رقم (37) إن قيمة اختبار "مان وتيني" ب (297,5) وهي غير دالة إحصائيا، فهذا ما يظهره أيضا المتوسط الحسابي أي أنه لا يوجد اختلاف بين المعاقين المتزوجين وغير متزوجين فيما يخص عامل حجم الدعم المتلقي والرضا عن الدعم الاجتماعي، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (بوسيل وآخرون 1998) والتي أشارت إلى أن نوعية الحياة تزداد باستمرار كلما تحققت فرصة للعمل، حيث إن العمل يساهم في تخفيف مجموعة من المصادر المعيشية التي تؤهل المعاق للتمتع بمستوى أعلى من نوعية الحياة وهذا يعني أن المعاقين العاملين الذين تلقوا دعما مرتفعا، لم يوجد بينهم أي فروق، وتفسر ذلك أن المعاقين بشكل عام هم بحاجة ماسة إلى التأهيل وممارسة العمل، أو الحصول على وظيفة من أجل أن يعيشوا ويقتاتوا من ورائها، كي يتمكنوا من بناء مستقبلهم، فالمعاق من خلال المهنة يحقق ذاته ويرى بأنه أكثر اعتمادا على النفس، وأنه من خلال ممارسته لمهنة ما فإنها تحاول أن تخرجه من العزلة إلى جو من الانبساطية والانفتاح على الآخرين مما يجعله أكثر حبا لها، وأكثر من ذلك الإعاقة التي يحاول أن يتناسها من خلال ممارسة المهنة ومن ثم يكون أكثر رضا وتحقيقا للجودة المهنية وتتفق هذه الدراسة ما أشار إليه (جودي، Good,1994) إلى أن المعاقين لديهم الرغبة في بناء علاقات اجتماعية مع الآخرين، وتكوين أسرة، وهذا يحدد إدراكهم بصورة أو بأخرى بنوعية الحياة وهذا يعني أن المعاقين المتزوجين الذين تلقوا دعما منخفضا ودعما مرتفعا، لم يوجد بينهم أي فروق، وتفسر ذلك بأن المعاقين المتزوجين أصبحوا يشعرون بأنهم يجب أن يحيوا حياة كالآخرين، ومن حقهم تكوين مستقبل، كالأزواج والأولاد، وإقامة علاقة زواجه يملأها الحب والاحترام المتبادل والوفاق، وأن رضا عن نوعية الحياة الزوجية أو عدم الرضا والفروق لم تظهر بينهم هو نتاج المحيطين بهم والمقربون بالدرجة الأولى

وخصوصا الزوج أو الزوجة وبالذات إذا كان الزوج أو الزوجة من الأقارب، فهم من يتحملون بعضهم البعض، ويقدرّون بعضهم البعض، ويتكيفون مع الإعاقة ومواجهة صعوبات الحياة، وأوضح (عثمان، 2001) أن العلاقات الجيدة تعتبر من أهم مصادر السعادة، كأن يكون الفرد متزوجا زيجة سعيدة، وأن تكون علاقاته جيدة مع الأسرة والأقارب، كما أن للدعم من جانب الأسرة دورا كبيرا في توافق الفرد، حيث إن الأفراد الذين يتمتعون بقدر كبير من الدعم هم أقل عرضة للاضطرابات والضغط والمشكلات النفسية، (بطرس، 2005) وتفسر الباحثة أن المعاقين المتزوجين والغير المتزوجين لا يوجد فرق بينهم قد يرجع السبب إلى الفكر الموحد، والشعور ربما يكون متقاربا ويركزون في نقطة واحدة أو مشكل واحد وهو الإعاقة.

- الاستنتاج العام:

يتناول علم النفس الصحة متغيرات وموضوعات عديدة مثل الضغوط وتأثيرها من فرد لآخر تبعا لتقييم كل منهم لشدة الأحداث الضاغطة التي يمر بها، ومدى قدرته على التحكم فيها، وكذلك فكرة التكيف مع الضغوط وارتباطها بسمات الشخصية كالقدرة على التحمل والتفاؤل، ويكرس اهتماما كبيرا بدراسة أساليب التكيف مع الضغوط خصوصا لما يكون لديه إعاقة حركية، ومن أهم متغيراته نجد الدعم الاجتماعي الذي يأتي من الآخرين يمكن أن يقلل من تأثير الضغوط النفسي ويحسن الحالة الجسمية الصحية وتذهب الدراسة الحالية إلى تركيز اهتمامها على الذكاء الانفعالي والدعم الاجتماعي المدرك والذي يعتبر مصدر مهم من مصادر الوقاية الأولية والثانوية ولا يمكن الاستغناء عنه ونوعية الحياة أنها رضا الفرد بقدره في الحياة والشعور بالراحة والسعادة رغم إعاقته، وفي هذا الإطار تشير نتائج الدراسة الحالية إلى أهمية متغيرات معينة ظهرت من خلال علاقة الذكاء الانفعالي والدعم الاجتماعي بنوعية الحياة لدى المعاقين حركيا.

ولتحقيق أهداف الدراسة واختبار فرضياتها تم تطبيق مقاييس نفسية على عينة مكونة من (60) معاق حركي من كلا الجنسين. تمثلت في مقياس الذكاء الانفعالي ل (بار- أون وجيمس باركر) واستبيان الدعم الاجتماعي المدرك لساراسون وآخرون (1983- 1987) ومقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة ل "وار و"شربون" (1992) وتم استخدام أساليب إحصائية عديدة لضبط هذه العلاقة وجاءت النتائج كالاتي:

تنص الفرضية الأولى على أنه يوجد اختلاف في مستوى نوعية الحياة (منخفض/متوسط/مرتفع) لدى المعاقين حركيا ولاختبار فرضيتنا قمنا بالاستعانة باختبار كاف تريبع وأثبتت صحة هذه الفرضية، إذ يمكن القول بأنه توجد اختلاف بين المعاقين

حركيا في مستوى نوعية الحياة بفروق دالة إحصائيا، بالتالي فهم يتميزون بمستوى متوسط لنوعية الحياة.

أما الفرضية الثانية فلقد نصت على وجود اختلاف في مستوى الذكاء الانفعالي (منخفض/متوسط/مرتفع) لدى المعاقين حركيا ولاختبار فرضيتنا قمنا بمعالجتها إحصائيا باختبار كاف تربيع حيث أثبتت النتائج صحة هذه الفرضية، أي توجد اختلاف بين المعاقين حركيا في مستوى الذكاء الانفعالي بفروق دالة إحصائيا، بالتالي فهم يتميزون بمستوى متوسط للذكاء الانفعالي.

كما نصت الفرضية الثالثة على وجود اختلاف في مستوى الدعم (منخفض/متوسط/مرتفع) المتلقي لدى المعاقين حركيا ولاختبار هذه الفرضية قمنا بتطبيق اختبار كاف تربيع وأثبتت النتائج صحة هذه الفرضية أي يوجد اختلاف بين المعاقين حركيا في مستوى الدعم بفروق دالة إحصائيا، بالتالي فهم يتميزون بمستوى متوسط لحجم الدعم المتلقي والرضا عنه.

أما الفرضية الرابعة فلقد نصت على وجود علاقة ارتباطية بين مستوى نوعية الحياة (من المتوسط إلى الجيد/سيء) والذكاء الانفعالي لدى المعاقين حركيا، ولاختبار هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار معامل ارتباط بيرسريال، حيث أثبتت النتائج صحة هذه الفرضية، أي أنه توجد علاقة ارتباطية بين مستوى نوعية الحياة والذكاء الانفعالي.

أما فيما يخص الفرضية الخامسة والتي تنص على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مستوى نوعية الحياة (عامة وبأبعادها) والدعم الاجتماعي لدى المعاقين حركيا، ولاختبار هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار كاف تربيع حيث أثبتت صحة هذه الفرضية أي أنه توجد علاقة ارتباطية بين مستوى نوعية الحياة والدعم الاجتماعي.

الفرضية السادسة التي نصت على أنه يوجد فروق ذات دلالة في متغيرات البحث تعزى لعامل الجنس ولاختبار فرضيتنا قمنا باستخدام اختبار كاف تريبع، حيث أثبتت النتائج عدم صحة الفرضية أي الفروق في مستوى نوعية الحياة دال إحصائياً، بالتمركز بالغالبية في المستوى المتوسط، على حد سواء بين الذكور والإناث وأن أغلبية أفراد عينة بحثنا يتميزون بمستوى نوعية الحياة في حدود المتوسط.

وفيما يتعلق بالفرضية الجزئية (6-2) التي نصت على وجود فروق بين الذكور والإناث فيما يخص الذكاء الانفعالي لدى المعاقين حركياً، ولاختبار هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار مان وتني، حيث أثبتت النتائج عدم صحة هذه الفرضية، أي أنه لا يوجد اختلاف بين الذكور والإناث فيما يخص الذكاء الانفعالي للمعاقين حركياً.

والفرضية الجزئية الثالثة (6-3) التي تنص على وجود فروق بين الذكور والإناث فيما يخص الدعم الاجتماعي لدى المعاقين حركياً، ولاختبار هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار مان وتني، حيث أثبتت النتائج عدم صحة هذه الفرضية أي أنه لا يوجد اختلاف بين الذكور والإناث فيما يخص عامل الدعم الاجتماعي للمعاقين حركياً.

أما بالنسبة للفرضية الجزئية السابعة (1-7) التي على أنه توجد فروق في متغيرات البحث تعزى للحالة المدنية (متزوج وغير متزوج) فيما يخص نوعية الحياة، ولاختبار فرضيتنا قمنا باستخدام اختبار "كاف تريبع" وهي غير دالة إحصائياً، حيث أثبتت النتائج عدم صحة الفرضية، أي أن أغلبية أفراد عينة بحثنا يتميزون بمستوى نوعية في حدود المتوسط، سواء كانوا متزوجين أو غير متزوجين.

والفرضية الجزئية الثانية (2-7) التي تنص على أنه توجد فروق في متغيرات البحث تعزى للحالة المدنية (متزوج وغير متزوج) فيما يخص الذكاء الانفعالي ولاختبار فرضيتنا قمنا باستخدام اختبار "مان وتيني" وهي غير دالة احصائيا، حيث أثبتت النتائج عدم صحة الفرضية، أي أنه لا يوجد اختلاف بين المعاقين المتزوجين والمعاقين الغير المتزوجين فيما يخص الذكاء الانفعالي.

وفيما يتعلق بالفرضية الجزئية السابعة (3-7) التي تنص على أنه توجد فروق في متغيرات البحث تعزى للحالة المدنية (متزوج وغير متزوج) فيما يخص الدعم الاجتماعي ولاختبار فرضيتنا قمنا باستخدام اختبار "مان وتيني" وهي غير دالة احصائيا، حيث أثبتت النتائج عدم صحة الفرضية.

وانطلاقا من هذه النتائج التي توصلنا إليها من خلال هذه الدراسة التي شملت المتغيرات: الدعم الاجتماعي والذكاء الانفعالي وعلاقتها بنوعية الحياة لدى المعاقين حركيا في ضوء بعض المتغيرات السوسيوديمغرافية (الجنس - السن - الحالة المدنية) توصلنا إلى نتيجة نهائية والتي تشكل نموذجا لتعامل مع هذه الفئة (المعاقين حركيا) سواء في البحوث النظرية أو الممارسة العيادية في ضوء علم النفس الصحة حيث جاءت النتيجة أن المعاقين حركيا بإمكانهم تحسين نوعية الحياة (الجسمية والنفسية) شريطة توفر بعض المتغيرات والتي درسناها في هذا البحث وهي: الذكاء الانفعالي والدعم الاجتماعي ذلك أن المعاق حركيا يحتاج إلى مساندة مستمرة سواء المادية المعنوية والإعلامية وهذه كموارد خارجية في حيث أنه تتطور أكثر نوعية حياته إذ تميز بخصائص شخصية (الذكاء الانفعالي).

- الخاتمة:

خلص البحث الحالي إلى ما يأتي:

- تحققت الفرضية الأولى التي تنص على أنه يوجد اختلاف في مستوى نوعية الحياة (منخفض/متوسط/مرتفع) لدى المعاقين حركيا حيث قدرت قيمة كاف تربيع ب (56,70) وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0,05).

- تحققت الفرضية الثانية التي تنص على أنه يوجد اختلاف في مستوى الذكاء الانفعالي (منخفض/متوسط/مرتفع) لدى المعاقين حركيا حيث قدرت قيمة كاف تربيع ب (48,6) وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0,05).

- تحققت الفرضية الثالثة التي تنص على أنه يوجد اختلاف في مستوى الدعم (منخفض/متوسط/مرتفع) المتلقي لدى المعاقين حركيا من حيث الحجم، حيث قدرت قيمة كاف تربيع ب (24,06) وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0,01) ومن الرضا عن الدعم قدر قيمة كاف تربيع ب (41,66) وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0,01).

- تحققت الفرضية الرابعة التي تنص على أنه توجد علاقة ارتباطيه موجبة بين مستوى نوعية الحياة (عامة وبأبعادها) والذكاء الانفعالي لدى المعاقين حركيا إذ قدرت قيمة معامل ارتباط بيرسيال (2b) ب(0,30).

- تحققت الفرضية الخامسة التي تنص على أنه توجد علاقة ارتباطيه موجبة بين مستوى نوعية الحياة (عامة وبأبعادها) والدعم الاجتماعي لدى المعاقين حركيا من حيث الحجم، إذ قدرت قيمة معامل ارتباط بيرسيال (2b) ب (0,25)، ومن حجم الرضا إذ قدرت قيمة معامل ارتباط بيرسيال (2b) ب (0,19).

- عدم تحقق الفرضية السادسة التي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة في متغيرات البحث تعزى لعامل الجنس من جانب نوعية الحياة إذ قدرت قيمة كاف تريبع ب (56,7) وهي دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,01).
- عدم تحقق الفرضية الجزئية الثانية التي تنص على أنه توجد فروق بين الذكور والإناث فيما يخص الذكاء الانفعالي لدى المعاقين حركيا، إذ قدرت قيمة اختبار "مان ويتني" ب (320) وهي غير دالة إحصائية.
- عدم تحقق الفرضية الجزئية الثالثة التي تنص على أنه توجد فروق بين الذكور والإناث فيما يخص الدعم الاجتماعي لدى المعاقين حركيا من حيث حجم الدعم إذ قدرت قيمة اختبار "مان ويتني" ب (297,5) وهي غير دالة إحصائية، ومن الرضا عن الدعم إذ قدرت قيمة اختبار "مان ويتني" ب (322) وهي غير دالة إحصائية.
- عدم تحقق الفرضية السابعة التي تنص على أنه توجد فروق في متغيرات البحث تعزى للحالة المدنية (متزوج، غير متزوج) بالنسبة لنوعية الحياة إذ قدرت قيمة كاف تريبع، ب (0,056) وهي غير دالة إحصائية.
- عدم تحقق الفرضية الجزئية الثانية التي تنص على أنه توجد فروق فيما يخص الذكاء الانفعالي لدى المعاقين حركيا إذ قدرت قيمة اختبار "مان ويتني" ب (400) وهي غير دالة إحصائية.
- عدم تحقق الفرضية الجزئية الثالثة التي تنص على أنه توجد فروق فيما يخص حجم الدعم الاجتماعي لدى المعاقين حركيا إذ قدرت قيمة اختبار "مان ويتني" ب (297,5) وهي غير دالة إحصائية، ومن حيث الرضا عن الدعم إذ قدرت قيمة اختبار "مان ويتني" ب (322) وهي غير دالة إحصائية.

وفي النهاية نقول أن الدراسة الحالية قد فتحت أبوابا لدراسات أكاديمية أخرى في مجال علم النفس الصحة حول مختلف الإعاقات (الحسية والحركية) التي قد تظهر عند الفرد وأن العوامل السيكولوجية والاجتماعية تلعب دورا مهما في تحقيق الرفاهية الذاتية ونوعية الحياة لدى المعاقين أهمها الدعم الاجتماعي والذكاء الانفعالي حيث توصلت الباحثة من خلال هذه الدراسة أن الدعم الاجتماعي والذكاء الانفعالي بمختلف مستوياتهما فهما يلعبان دورا في تحسين نوعية الحياة وانفتحت نتائج بحثنا الحالي مع مختلف الدراسات السابقة التي جاءت في التراث الأدبي السيكولوجي.

كما خلصت الدراسة إلى بعض التوصيات أهمها:

- زيادة رفع مستوى الدعم المقدم من قبل الأسرة والأقارب والأصدقاء من أجل الحفاظ على مستوى جودة الحياة والارتقاء بهم أكثر للوصول بهم نحو تحقيق أفضل لنوعية لحياتهم.
- يجب مساعدة المعاقين بتوفير الإمكانيات والوسائل لهم وكل ما يتعلق بالظروف المحيطة بهم في نطاق العمل، وتحقيق لهم الراحة والأمن للوصول بهم إلى الشعور بالانتماء إلى العمل ونمّي فيهم الثقة بالنفس ونشعرهم بأنهم قادرين على تحقيق الهدف.
- بناء علاقة تواصل وتكون مبنية على الثقة المتبادلة ما بين المؤسسة والمعاق تتمثل في تقديم الدعم النفسي والاجتماعي والاقتصادي وكافة أنواع الدعم الأخرى (معلوماتي، مادي، معنوي) وفي كافة الأوقات وفي أصعب الظروف.
- من الأهمية بمكان تغيير نظرة المجتمع لهذه الفئة، ومحاولة إدماجهم وذلك بتشجيعهم على القيام بأدوار معينة في حدود إمكانياتهم ليشعروا بأنهم أشخاص فاعلين ولديهم فائدة ودور ايجابي للمجتمع.

- توظيف المعاق حركيا في مهن وأدور تناسب إمكاناتهم وما لديهم من ذكاء انفعالي والذي يجسد البعدين الاجتماعي والانفعالي.

- على المتخصصين تزويد الأولياء والمربين بمعلومات عن الوحدة النفسية وتعريفهم بالآثار السلبية الناتجة عن إحساس المعاق بالوحدة النفسية وانعكاسها على صحته النفسية والتي تؤدي إلى تدهور في الحالة الصحية.

قائمة المراجع

أ- المراجع بالعربية:

- 1- ابتسام محمود محمد سلطان. (2009): المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة، دار صفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان
- 2- إبراهيم أنيس وآخرون. (1972): المعجم الوسيط. جزء الأول، الطبعة الثانية، دار الفكر. القاهرة.
- 3- إبراهيم، محمد سعيد. (2011): مشكلات الطلبة المكفوفين في الجامعات الأردنية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.
- 4- آمال جودة. (2007): الذكاء الانفعالي وعلاقته بالسعادة والثقة بالنفس لدى طلبة جامعة الأقصى، مجلة النجاح للأبحاث، العلوم الإنسانية، (21) (3)، ص (697-738).
- 5- أحمد محمد عبد الخالق. (2007): التعب المزمن وعلاقته بتقدير الذات والرضا عن الحياة، دراسات عربية في علم النفس، المجلد (6) العدد (1).
- 6- أحمد محمد عبد الخالق. (2007): التعب المزمن وعلاقته بتقدير الذات والرضا عن الحياة، دراسات عربية في علم النفس، مجلد (6)، العدد (1).
- 7- أحمد مسعودان. (2006): رعاية المعوقين واهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر من منظور الخدمة الاجتماعية، رسالة دكتوراه، الجزائر.
- 8- أكبر، سميرة. (1998): الرضا عن الحياة وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى العميان المراهقين من الجنسين المجتمع السعودي، المؤتمر القومي السابع للاتحاد، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة.
- 9- أبو رجيلة، عبد المنعم رزق. (2004): التوافق النفسي والاجتماعي للمكفوفين اليمنيين في محافظة صنعاء، رسالة ماجستير غير منشورة، فلسطين.

- 10- أحمد الدردير عبد المنعم. (2004): دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي، دار عالم الكتب، الطبعة الأولى.
- 11- أبو النصر مدحت. (2008): تتمية الذكاء العاطفي/الوجداني مدخل للتمييز في العمل والنجاح في الحياة، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة
- 12- ابن منظور أبي الفضل جمال الدين. (1993): لسان العرب، الجزء الأول، الطبعة الأولى، دار الكتب العلمية، بيروت
- 13- أبو نجيلة، محمد سفيان. (1996): خصائص شخصية الفلسطينيين دراسة نفسية مقارنة بين الأجيال في المجتمع الفلسطيني.
- 14- آيت حمودة حكيمة. (2005): الدور الديناميكي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط أحداث والصحة النفسية، ملتقى دولي حول سيكولوجية الاتصال والعلاقات الانسانية، جامعة الجزائر.
- 15- أرجايل، مايكل. (1993): سيكولوجية السعادة، علم المعرفة، 175 الكويت.
- 16- الأشوال عادل عز الدين. (2005): نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي النفسي والطبي، المؤتمر العلمي الثالث للإتماء النفسي التربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق.
- 17- بدر الدين كمال عبده. (2003): الإعاقة في المحيط الاجتماعي، الطبعة الثانية، المكتب الجامعي الحديث، الأزاريطة، مصر.
- 18- بدر الدين كمال، ومحمد السيد حلاوة. (2001): رعاية المعاقين سمعياً وحركياً، ط1، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة.
- 19- بخش أميرة طه. (2006): جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المعاقين بصرياً والعاديين بالمملكة العربية السعودية، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا مصر، 1(35) 2-2.

- 20- بشرى اسماعيل، أحمد أرنوط. (2007): الذكاء الروحي وعلاقته بجودة الحياة، كلية الآداب، قسم علم النفس، الزقازيق.
- 21- بدر الدين كمال عبده، ومحمد السيد سلامة. (1996): قضايا ومشكلات الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة بالإعاقة السمعية والحركية، جزء 1، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع الشاطبي، الاسكندرية.
- 22- بطرس، حافظ بطرس. (2005): المساندة الاجتماعية وأثرها في خفض حدة الضغوط النفسية للأطفال المتفوقين عقليا ذوي صعوبات القراءة، المؤتمر السنوي الثاني عشر للإرشاد النفسي، الإرشاد النفسي من أجل التنمية في عصر المعلومات، مجلد الأول 25-27 ديسمبر ص 575-633، جامعة عين الشمس.
- 23- بهلول سارة أشواق. (2008): سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة وعلاقتها بكل من نوعية الحياة والمعتقدات الصحية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير علم النفس الصحة.
- 24- بنيان باني الرشيد. (2010): أساليب التنشئة الوالدية وعلاقتها بمهارات الذكاء الانفعالي في ضوء بعض المتغيرات النفسية لدى طلبة جامعة حائل، المجلة التربوية، مج (27)، العدد (105)، ج (2).
- 25- بو حيمد، منال. (1985): المعوقين، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، ط2، الكويت.
- 26- السمدوني، إبراهيم. (2007): الذكاء الوجداني أسسه، تطبيقاته، تنميته. الطبعة الأولى. دار الفكر ناشرون وموزعون، الأردن.
- 27- السمدوني. (2001): الذكاء الوجداني والتوافق المهني للمعلم، دراسة ميدانية على عينة من المعلمين والمعلمات بالتعليم الثانوي العام، مجلة عالم التربية، ع (3)، السنة الأولى، ص (61-151).

- 28- الروسان، فاروق. (2001): سيكولوجية الأطفال الغير عاديين، دار الفكر والتوزيع، الطبعة الخامسة، عمان.
- 29- المشرفي انشراح. (2009): الاكتشاف المبكر لإعاقات الطفولة، د ط، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الاسكندرية.
- 30- المصري محمد بن مكرم علي. (1955): لسان العرب، الجزء 5-6 دار صادر، بيروت.
- 31- الشقيرات محمد عبد الرحمن ويوسف زايد أبو عين. (2001): علاقة الدعم الاجتماعي بمفهوم الذات لدى المعوقين جسديا، مجلة جامعة دمشق، المجلد 17، العدد الثالث ص 59-82.
- 32- السيد فهمي علي محمد. (2008): الإعاقة الحركية، د ط، دار الجامعة الجديدة للنشر، مصر.
- 33- الزروق فاطمة الزهراء. (2008): داسة النمط السلوكي للمصابين بالسكري من خلال طريقة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 2.
- 34- الخطيب جمال، ومنى الحديدي. (1994): مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة، الطبعة الأولى، الجامعة الأردنية، عمان.
- 35- الخوالدة، محمود. (2003): آثر برنامج تدريبي مقترح لتطوير مهارات الذكاء الانفعالي في تحصيل طلبة الصف السادس الأساسي، رسالة دكتوراه غير منشوراه، جامعة عمان العربية.
- 36- العواملة، حابس. (2003): سيكولوجية الأطفال غير العاديين (الإعاقة الحركية)، الأهلية للنشر والتوزيع، عمان.
- 37- العبوشي، نوال عبد الرؤوف. (2009): الذكاء الانفعالي لدى الطالبات في جامعة أم القرى وعلاقته بالتحصيل الدراسي.

- 38- الخضر عثمان. (2002): الذكاء الوجداني هل هو مفهوم جديد في علم النفس، مجلة دراسات نفسية المجلد (12)، العدد (1).
- 39- السيد منصور. (2007): جودة الحياة وعلاقتها بالذكاء الانفعالي وسمة ما وراء المزاج والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد (17)، العدد (57).
- 40- الصبيان عبير. (2003): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى النساء السعوديات المتزوجات والعاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة، رسالة دكتوراه تخصص صحة نفسية كلية التربية للبنات، جدة
- 41- الصفدي عصام حمدي. (2007): الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، د ط، دار الوفاء الحامد للنشر والتوزيع، الأردن.
- 42- السيد عثمان فاروق وعبد السميع محمد. (2001): القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، القاهرة، مصر.
- 43- الدبابنة خلود أديب. (2008): آثر الدمج على توفير بيئة محفزة للأداء الأكاديمي والأداء الاجتماعي الانفعالي لدى الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، مجلة كلية التربية، جامعة الإمارات العربية المتحدة، العدد (25).
- 44- الشناوي محمد محروس والسيد عبد الرحمن محمد. (1994): المساندة الاجتماعية والصحة النفسية، مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية، مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة الأولى، القاهرة.
- 45- المنسي محمود عبد الحليم وآخرون. (2010): تطوير وتقنين مقياس جودة الحياة لدى طلبة جامعة سلطنة عمان، أمارياك مجلة تصدر عن الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا، المجلد الأول، العدد الأول، عمان.

- 46- السيد عبيدة ماجدة. (1999): الإعاقة الجسمية، مجموعة النيل العربية، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن.
- 47- السيد فهمي محمد رمضان. (1999): الفئات الخاصة من منظور الخدمة الاجتماعية (المجرمين والمعاقين)، المكتب الجامعي الحديث الأزرقية، الإسكندرية.
- 48- الصبوة محمد نجيب أحمد والتمار شاهة مساعد. (2010): الفروق بين مرضى السكر من الأطفال والأصحاء من الجنسين في الغضب والاكتئاب والسعادة ونوعية الحياة، المؤتمر الإقليمي لعلم النفس، رابطة الأخصائيين النفسانيين المصرية.
- 49- القيسي نايف. (2006): المعجم التربوي وعلم النفس، دار أسامة للنشر والتوزيع عمان، الأردن.
- 50- المنسي محمود عبد الحليم محمود وآخرون. (2002): أسس البحث العلمي في المجالات النفسية والاجتماعية والتربوية، د ط، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية.
- 51- المدهون، عبد الكريم. (2004): المساندة الاجتماعية كما يدركها المعوقين حركيا بمحافظة غزة وعلاقتها بصحتهم النفسية، مجلة الإرشاد النفسي، العدد (18)، ص (137-174)، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، مكتبة زهراء الشرق.
- 52- جابر عيسى وربيعة رشوان. (2006): الذكاء الوجداني وتأثيره على التوافق والرضا عن الحياة والإنجاز الأكاديمي لدى الأطفال. مجلة دراسات تربوية واجتماعية بكلية التربية جامعة حلوان، المجلد (12)، العدد (4)، ص (45-130).
- 53- جبر سعيد سعاد. (2008): الذكاء الانفعالي وسيكولوجية الطاقة اللامحدودة، دار عالم الكتب الحديث، الطبعة الأولى اريد الأردن.
- 54- حسن عبد الطيف. (1997): الرضا عن الحياة الجامعية لدى طلاب جامعة الكويت، المجلة التربوية، جامعة الكويت.

- 55- حامد عجوة عبد العالي. (2002): الذكاء الوجداني وعلاقته بكل من الذكاء المعرفي والعمر والتحصيل الدراسي والتوافق النفسي لدى طلبة الجامعة، الإسكندرية، المجلد (13)، العدد (1).
- 56- حنان مجدي صالح سليمان (2009): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى المرضى.
- 57- حسن رشوان عبد المنصف. (2006): ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة (ذوي الاحتياجات الخاصة والموهوبين)، د ط، المكتب الجامعي الحديث، مصر.
- 58- دياب، مروان عبد الله. (2006): دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهق، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- 59- دانيال جولمان. (2000): الذكاء الانفعالي، سلسلة عالم المعرفة، ترجمة ليلى الجبالي، عدد مطابع الوطن، الكويت.
- 60- رغداء على نعيسة. (2012): جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشيرين، مجلة جامعة دمشق، المجلد (28)، العدد (1)، دمشق، سوريا.
- 61- رضوان شعبان وهريدي محمد. (2001): العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل مظاهر الاكتئاب وتقدير الرضا عن الحياة، مجلة فصلية تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب العدد (57)، مصر.
- 62- رمضان السيد. (2002): اسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال الأسرة والسكان، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
- 63- راضي، فوقيه محمد. (2001): الذكاء الانفعالي وعلاقته بالتحصيل الدراسي والقدرة على التفكير الابتكاري لدى طلاب الجامعة، مجلة كلية التربية، العدد (45)، (73-103).

- 64- رشاد مصطفى، الأسطل مصطفى. (2010): الذكاء العاطفي وعلاقته بمهارات مواجهة الضغوط لدى طلبة كليات التربية، قسم علم النفس تخصص (ارشاد نفسي).
- 65- زكي، سهير سيد. (1994): توقع المعاق حركيا لمستقبله في ضوء إدراكه لدور الأسرة والمؤسسة التي ترعاه، دراسة ميدانية، رسالة ماجستير غير منشورة، القاهرة، كلية البنات، جامعة عين شمس.
- 66- زعطوط رمضان. (2014): نوعية الحياة لدى مرضى المزمنين، رسالة الدكتوراه تخصص علم النفس الاجتماعي، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- 67- سعد بن حامد العبدلي. (2008): الذكاء الانفعالي وعلاقته بكل من فاعلية الذات والتوافق الزواجي لدى عينة المعلمين المتزوجين بمدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى.
- 68- سالم الغرابيه. (2011): الذكاء العاطفي لدى الموهوبين والعاديين من طلبة المرحلة المتوسطة في منطقة القصيم، مجلة الجامعة الاسلامية (سلسلة الدراسات الانسانية) المجلد التاسع عشر، العدد الأول، ص (567-596).
- 69- سعيد كمال عبد الحميد. (2009): التقييم والتشخيص لذوي الاحتياجات الخاصة، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الطبعة الأولى، مصر.
- 70- سيد سليمان عبد الرحمن. (2001): سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (الخصائص والسمات)، الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- 71- سهيلة محمد عباس وعلي عبد جاسم الزامل. (2006): العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم-محافظة بني سويف، المؤتمر العلمي الرابع لكلية التربية ببني سويف "دور الأسرة ومؤسسات المجتمع المدني في اكتشاف ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة" قسم علم النفس التربوي جامعة بني سويف.

- 72- سليمان، عبد الرحمن. (1997): الإعاقة البدنية، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- 73- سالي، علي حسن. (2007): الذكاء الوجداني لمعلمات رياض الأطفال، دار المعرفة الجامعية، ط 1، الإسكندرية، مصر.
- 74- شويخ هناء أحمد محمد. (2007): أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية، إيتراك للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، القاهرة.
- 75- شويخ هناء أحمد محمد. (2012): علم النفس الصحي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 76- شيلي تايلور. (2008): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى النساء السعوديات المتزوجات والعاملات في مدينتي مكة وال جدة، رسالة دكتوراة تخصص صحة نفسية، كلية التربية للبنات، جدة.
- 77- شيلي تايلور. (2008): ترجمة وسام درويش وفوزي شاکر داود، علم النفس الصحي، دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.
- 78- شويخ هناء أحمد محمد. (2007): أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية، إيتراك للنشر والتوزيع الطبعة الأولى القاهرة مصر.
- 79- صفاء عجاجة. (2007): النموذج السببي للعلاقة بين الذكاء الوجداني وأساليب مواجهة الضغوط وجودة الحياة لدى طلاب الجامعة، رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق، كلية التربية.
- 80- صالح حسن الداھري. (2005): رعاية الموهوبين المتميزين وذوي الاحتياجات الخاصة، وائل للنشر، الطبعة الأولى، عمان.
- 81- صالح عبد المحي. (2002): متحدو الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

- 82- ضمرة، ليلي محمد. (2011): مستوى تمكين أسر الأطفال المعاقين ودعمها في الأردن واقتراح أنموذج للتمكين والدعم، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.
- 83- عثمان حمود الخضر، وهدى ملوح الفضلى. (2007): هل الأذكيا وجدانيا أكثر سعادة؟ مجلة العلوم الاجتماعية، 35(2)، ص (1-27).
- 84- عادل محمود محمد سليمان. (2003): الرضا عن الحياة وعلاقته بتقدير الذات لدى مديري المدارس الحكومية ومديراتها في مديريات محافظات فلسطين الشمالية، جامعة النجاح الوطنية نابلس، فلسطين.
- 85- عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدمياطي. (1992): قاموس التربية الخاصة والتأهيل الغير عادي، ط2، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- 86- عجوة عبد العال. (2002): الذكاء الانفعالي وعلاقته بكل من الذكاء المعرفي والعمر والتحصيل الدراسي والتوافق النفسي لدى الطلاب الجامعة، مجلة كلية التربية بالإسكندرية، المجلد (13)، العدد (1) ص (250-344).
- 87- عطية محمود. (2010): ضغوط المراهقين والشباب وكيفية مواجهتها، مكتبة الأنجلو المصرية.
- 88- عبد السلام علي. (2000): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الجامعية، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (53)، ص ص (8-22).
- 89- علا عبد الرحمن محمد. (2009): الذكاء الوجداني والتفكير الإبتكاري عند الأطفال، دار الفكر ناشرون وموزعون، الطبعة الأولى، الأردن.

- 90- عبد المعطي حسن مصطفى. (2005): الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر، وقائع المؤتمر العلمي الثالث الإنماء النفسي والتربوية للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة ص (13-33) جامعة الزقازيق، مصر (15-16 مارس).
- 91- علي عبد السلام. (2005): المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية في حياتنا اليومية، مكتبة النهضة المصرية، الطبعة الأولى، القاهرة
- 92- عبد الرحمن العيسوي. (2006): مقدمة في علم النفس الحديث، دار الجامعية الإسكندرية، مصر.
- 93- عزت عبد الحميد. (1996): المساندة الاجتماعية وضغط العمل وعلاقة كل منهما برضا المعلم عن العمل، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- 94- عمران لخضر. (2008): الإصابة بداء السكري وعلاقته بتدهور جودة الحياة لدى المصابين بداء السكري مكملة لنيل شهادة الماجستير علم النفس الصحة جامعة باتنة الجزائر.
- 95- عبد الحميد سعيد حسن، راشد بن سيف المحرزي، محمود محمد إبراهيم. (2006): جودة الحياة وعلاقتها بالضغوط النفسية واستراتيجيات مقاومتها لدى طلبة السلطان قابوس، وقائع ندوة في علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، مسقط (17-19 ديسمبر 2006)، ص ص (289-303).
- 96- عبد القادر، أشرف أحمد. (2005): تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الإعاقة، ورقة عمل مقدمة إلى تطوير الأداء في مجال الإعاقة، مكتب التربية العربي لدول الخليج، 14-16 فبراير، الرياض.
- 97- عبد الحميد وآخرون. (2006): جودة الحياة وعلاقتها بالضغوط النفسية واستراتيجيات مقاومتها لدى طلبة جامعة السلطان قابوس، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة (17-19 ديسمبر).

- 98- عبد المطلب أمين القريطي. (2001): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، دار الفكر العربي، الطبعة الثالثة، القاهرة.
- 99- فؤاد أبو حطب. (1973): القدرات العقلية، مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة الأولى.
- 100- فاطمة محمد عبد الرحمان المستكاوي. (2007): برنامج إرشادي لتنمية الذكاء الانفعالي لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية، دراسة دكتوراه منشورة، جامعة بنها، كلية التربية، مصر.
- 101- فايد حسين علي. (1998): الدور الديناميكي للمساندة الاجتماعية، رابطة الأخصائيين المصريين الفنانين المصرية (رانم)، العدد (2) القاهرة ص ص (153-192).
- 102- فايد حسين علي. (2001): دراسات في الصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، الطبعة الأولى، الاسكندرية.
- 103- كاشف إيمان. (2001): إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- 104- منال بنت مهنا السبيعي. (2007): الشعور بالسعادة وعلاقته بكل من الرضا عن الحياة والتفاؤل ووجهة الضبط لدى المتزوجات وغير المتزوجات في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية، رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علم النفس.
- 105- مفتاح محمد عبد العزيز. (2010): مقدمة في علم النفس الصحة، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر عمان، الأردن.
- 106- محمود فتحي عكاشة وإبراهيم سليم. (2010): العلاقة بين جودة الحياة النفسية والإعاقة اللغوية، ورقة عمل مقدمة للمؤتمر العلمي السابع لكلية التربية بجامعة كفر الشيخ بعنوان جودة الحياة كاستثمار للعلوم التربوية والنفسية.

- 107- محمد عبد الله إبراهيم وسيدة عبد الرحيم صديق. (2006): دور الأنشطة الرياضية في جودة الحياة لدى طلبة جامعة السلطان قابوس، ندوة في علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس.
- 108- محمود عبد الحليم وناجي محمد قاسم، ميخائيل مكايي نبيلة. (2002): الصحة المدرسية والنفسية للطفل، د ط مركز الإسكندرية للكتاب، مصر.
- 109- مجدي حنان. (2009): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- 110- مفتاح محمد عبد العزيز. (2010): مقدمة في علم النفس الصحة مفاهيم- نماذج- نظريات- دراسات، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان الأردن.
- 111- هاشم، سامي محمد (2001): جودة الحياة لدى المعاقين جسمياً والمسنين وطلاب الجامعة، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس: العدد ص 125-180
- 112- هناء الجوهري (1994): المتغيرات الاجتماعية والثقافية المؤثرة في نوعية الحياة في المجتمع المصري في السبعينات بمدينة القاهرة مصر، كلية الأدب، جامعة القاهرة.
- 113- هرمز جميلة. (2011): الدعم الاجتماعي وتأثيره على القلق والاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الملازمين للكلية الاصطناعية، رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
- 114- يخلف عثمان. (2001): علم النفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة، دار الثقافة والنشر والتوزيع، ط1، الدوحة، قطر.
- 115- يحي عمر شعبان شقورة. (2012): المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بحافظات غزة، رسالة ماجستير في علم النفس كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة فلسطين.

116- يوسف شلبي الزعوط. (2005): التأهيل المهني للمعوقين، دار الفكر، الطبعة الثانية، عمان.

117- نتيل، رامي أسعد. (2004): السمات المميزة لشخصيا المعاقين سمعيا وبصريا وحركيا في ضوء بعض المتغيرات، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية.

118- زناد دليلة. (2018): العلاج النفسي المتمركز حول العميل التناول المتمركز حول الشخص تطبيقاته في مجال الإعاقة الحركية، دار الخلدونية، الطبعة الأولى، الجزائر.

119- زايد، إبراهيم رحومة وآخرون. (1984): المعاقون ومجالات الأنشطة الرياضية، المنشأة العامة للنشر والتوزيع والإعلان، الأردن.

ب- المراجع باللغة الأجنبية:

120- Anne Hartman (2007) : Etude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d'ajustement des patientes avec un cancer du sein et de leur accompagnant-référent, thèse du doctorat présentée a l'université de Haute-Bretagne Rennes 2.

121- Anisa et al (1994) : Influence strategies used when couples make work-family decisions and their Importance for marital satisfaction, journal articales of family Relation, vol.(43) No (2) pp 182-188.

122- Abdel-khalek, A., & Snyder, C. (2007). Correlates and predictors of an Arabic translation of the Snyder hope scale. The journal positive psychology, 2(4), 228-235.

123–A. Peciau et al, (2012) : psychological aspect of quality of life of polish women with breast cancer, annagricmes 1913, 509–512.

124–Austin, E. Saklofsk, D, & Egan, V.,(2005) :Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence.

125–Boni, B.poswell. Michael Dawson, Elizabeth, Heininger (1998): Qol as defined by Adults with spinal cord Injuries.

126–Bridget, Young, Helem, R, Mary, D, Alla. C, Kathryn,(2007): Qol study of the health related Qol of disabled children vol (49) p 660–665.

127–Becker, T. Leese, M. Clarkson, P. Taylor, R.E. Turner, D. Kleckham, J. Thornicroft, G(1998) : Links between social network and quality of life : an epidemiologically representative study of psychotic patiients in south London. Social Psychiatry and Epidemiology, vol. 33, No. 7, 229–304.

128–Bruce, A. Powell, Stewart, W. Mercercarson hart, (2002): Measuring the impact of relabilitation service on the Qol of disabled people in Cambodia, overseas development Institute, publisher by Blackwell publisher.

129–Barrera & Ainly (1981) : Social support in the adjustment of pregnant adolescents, assessement issues. In Gottlieb, B.H.(ed),social networks and social support ,beverly Hills : sage publication.

130–Buchanan, R, (1992): Physical Emotional and social Adoption to the late Effects of poliomyelitis.

131–Buunk & Hoorens (1992) : Social support and stress :the role of social comparison and social exchange processes. British journal of clinical psychology (31),p 445–457.

132–Caplan, G. (1981) : mastery of stress :psychological aspects, American journal of psychiatry. Vol. 138, pp413–420.

133–Cotrona & Russel ,(1990) :Type of social support and specific stress :Towards a theory of optimal matching ,in :B.R. Sarason et al (eds) social support :An Interactional view, New York, Wiley,26–40.

134–Cohen, S ,Wills, T(1985) :stress social support and the buffering hypothesis psychological bulletin, vol (98), No (2) pp 336–375.

135–Chantal Alarie (1998) :L’impact du support social sur la santé des femmes une Revue littéraire.

128–Cherry, D.B(1991) :Relationship Betwee self-esteem and social support in physically disabled and abl-bodied Adolescents dissertation abstracts International, 52 :1258–A.

136–Charkhain, A. Fekrazad, H.Sajadi, H. Rahgoza, M. Abdolbaghi, M.H. Maddahi, S.(2014) ;Relationship between health- related quality of life and social support in HIV-infected people in Tehran Iran, Irania journal of public Health, vol.43, no 1, 100–106..

127–Cards, A. Blumenthal, J.A. Sherwood, A. (1998). Effect of satisfaction with social support on blood pressure in normotensive and borderline hypertensive men and women. International journal of behavioral medicine, Vol. 5, No. 1, 76–85.

128–Dew, T. & Huebner, E.S (1994) : Adolescents perceived quality of life : An exploratory investigation. Journal of school psychology 32, p 185–199.

129–Extremera, A.(2002):Relation of perceived emotional intelligence and health related quality of life of middle aged woman. Psychological reports, vol (91), no(1), p(47–59).

130–Edith ST–Jean Trudel,(2009) :Le soutien social et l’anxiété :les prédicteurs de la santé mental et validation d’un nouvel instrument de mesure thèse de doctorat en psychologie, université du québeca Montréal.

131–Fonseca, A. Nazaré, B. Canavarro, M.C. (2014). The role of satisfaction with social support in perceived burden and stress of parents of six-month old infants with a congenital anomaly : actor and partner effects. Journal Child Health Care, vol. 18, No. 2, 178–191.

132–Fusetti, C. Sénéchaud, C. Merlini, M (2001) : la qualité de vie des patients vasculaire amputé, Annales de Chirurgie, vol 126, no. 5, 434–439.

133–Frankles, S et al,(1998) :Reporting on quality of life in randomized controlled trials : bibliographic study, British journal, vol(317) pp1191–1195

134–Gustave Nicolas–Fisher, 2002 :trait de psychologie de sant pari.

135–Gustave–Nicolas Fischer et Cyril Tarquinio (2014) :les coscepts fondamentaux de la psychologie de la santé, 2ème edition, Paris :Dunod.

136–Greenley, J.R & Greenberg, J.T(1997) : Measuring quality of life : Adisorders in practical survey Instrument, social Work, vol(42), No (3),pp 244–254.

137–Goode, d. (1994): Quality of life for persons with disabilities: international perspectives and issues; n: mitchel, d. (1997): book

215 review; journal of intellectual & developmental disability; vol. 22(1), pp 63–75.

138–Gomez, D.A, (2003). The relationship between social support and occupational stress among police officers. Journal of police Science and Administration, Vol. 14, No. 3, 178–186.

139–Halahand,C,J et Moos R.H(1981) :social support and psychological distress longitudinal analysis. Journal of Abnormal psychology, vol.(90), No.(4) pp 365–370

140–Housse, J.S(1981) :Work stress and social support ,Reading, MA :Addison wesley.

141–Hop Foll ,S,E & Vaux A(1993) :Social support social resources and social context. In Goldberger, L & Breznitz, S(eds) Hand book of stress :theoretical and clinical aspects 2 ed, New York :the pree press, pp 685–705.

142–Han, J., Grothuuesmann, D., Neises, M., Hille, U. & Hillemanns, P.(2010). Quality of life and satisfaction after breast cancer. Doctoral thesis, the university of Bergen, Norway. personality and individual defferences, vol. 38(3), p(547–558).

143– Hampton, N. Z (1999): quality of life of people with Substance disorders in Thailand: an exploratory study; journal of rehabilitation, vol.65, 3 pp 42– 55.

- 144– Hallahan, D. & Kauffman, J. (1991): exceptional children: Introduction to special education. (Fifth). Prentic–hall,Inc. Engle wood cliffs: New Jersey.
- 145–Hunt, N and Evans, D.(2004) : Predicting Traumatic stress using emotional intelligence. Journal of behavior research and therapy, 42(7), p (791–798)..
- 146–Ilse, B. Prell, T. Walther, M. Hartung, V. Penzlin, S. Tietz, F. Witte, O.(2015): relationship between disease severity, social support and health– related quality of life in patients with Amyotrophic lateral sclerosis social indicators research, vol. 120, no 3, 871–882.
- 147–Julie, Chronister, Chih. C,Michael, F,Elizabeth. C(2008) : the rerelationship between social support and rehabilitation related outcomes :Ameta–analysis, journal of rehabilitation, vol (74) issue (2), p16.
- 148–Julie Peloquin, Sylvie Robichaud–Ekstran, Jacinth Pepin, (2007) : La perception de la qualité de vie des femmes souffrant d’hypertension pulmonaires primaire au stade 3 ou 4 et recevant un traitement a la prostacycline, Recherche en soins Infirmiers. Vol 1, No. 88, 51–63.
- 149–Jiyeon Park, Ann. P .Turnbull. H, Rutherford, Turnbull. J, (2002): Impact of poverty quality of life in families of children with

disabilities: Journal exceptional children. Vol (68). Issue (2). P(151+).

150–Kenneth Heller et al(1986) :Components of social support processs comments and Integration, journal of consulting and psychology,vol (54). No. (4) pp 466.

151–Keller, S.M. (1999). Social support and psychological distress in women with systemic lupus erythmatous. Youngstown state University, 59–66.

152–Koubekova, E. (2000): personal and social adjustment of physically handicapped pubescent psycho logia patopsychlogia dietata, J35(1) pp32–39.

153–Laxton, A.W and Perrin, R.G. (2003). The relations between social support, life stress, and quality of llife following spinal decompression surgery, Spinal cord, vol. 41, 553–558.

154–Livia Loami Ryz Jorge, Sueli Riulda Silvia,(2010) :Evaluation of life of gynecological cancer patients, Rev, latino–Am. enfermaécu., sept–oct :1865, 849–55.

155–Lazarus et Folkman,(1984) :Stress, appraisal and coping, New York Springer publishing company.

156–Line Beaugard et Serge, Dumont (1996) :La mesure du soutien social Service social, vol. 45, No(3) pp 55–76

157-Lewis (1993) : Dicision-Making and marital satisfaction in African and American families, Michigan state university, vol (15), No.(2),pp110-119.

158-Lepore, S(1994) : Social support, Encyclopedia of human behavior, vol (4).

159-Lourel, M. (2007). La qualité de vie liée a la santé et l'ajustement psychosocial dans le domaine des maladies chronique de l'intestin, Recherche en soins infirmiers, vol. 1, No. 88,4-17.

160- Margalit, M. et, al, (1992): coping and coherence among parents ,with disabled children. Journal of clinical psychogy,vol. 21 no.1 pp 202-209.

161-Manning-Walsh, J. (2005). Social support as mediator between symptom distress and quality of life in women with breast cancer. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, vol. 34, No. 4, 482-493.

162-Marilou Bruchon-Scheitzer et Emilie Boujut, 2014 : psychologie de la santé :concepts, méthodes et modèles, 2éme edition, Paris : Dunod.

165-Marcel Lourel, 2007 : la qualité de vie liée a la santé et l'ajustement psychologie dans le domaine des maladies chronique de l'intestin, Recherche en soins infirmiers, vol. 1, No. 88, 4-17.

166–Mayer, J. & Salovey, P(1997). What is emotional intelligence in salovey & Sluyter (Eds), emotional development and emotional intelligence : Implication for educators, New York : Basic book. Ch pp 13–31.

167–Nancy, M(1994) :the decision–Making process to marriage dissertation abstracts Inter national, vol(55),No,(10a) pp 3331–3341.

168–Norbek.J (1984) : Social support questionnaire,(Nssq) university of California Sansfrancisco.

169–Oxford, J(1994) :Community psychology :theory and practice journal wiley & sons Ltd. P, New York

170–Pierce et al,(1991) :Generaland relationship based perceptions of social support Are two constuct better then one ? Journal personality and social psychology vol, 16(6) p.p 1028–1039.

171–Pierce, G. Lakey, B. Sarason, I. Sarason, B.(1997) Sourcebook of social support and personality. New York; springer sciencer business media.

172–Philip Moons et al, , (2006) : Critique on the cinceptualization of Qol, Areview and evaluation of different conceptual approaches. International, Journals of nursing studies 43, 819–901.

- 173–Parker, j.D(2004). Emotional intelligence and academic success : exmining the transition from high school to university. Available on–line : ebscohost. Htm.
- 174–Rubin et al, (1994) :Peer relationship and influences in childhood, In Ramachan–dran,v.Encyclopedia of horman behavior, san diego :Academic press Inc. Vol 3.pp 431–439.
- 175–Rodin, J.(1985) :The application of social psychology In G. lindzey & E, Arson (EDS) the hand book of social psychology, Random house publisher, New York.
- 176–Rutter, M(1990) :Psychological resilience and protective mechanisms, In :J .Rolf et al.(Eds) Risk and protective factors in the development of psychopathology, Cambridge University press, pp181–214.
- 177–Rapheal,D,Brown,I,Renwick,R & Rootman, I(1996). Quality of life Indicator and health current status and emerging conceptions. Center for health promotion, university of toronto, Canada.
- 178–Ruth. E. Dennis, Wes williams, Micheal, F. Giangreco, Chigee, J. cloninger (1993) : Quality of life as context for planning and evaluation of services for people with disabilities. Journal litle : exceptional children, vol, (59). Issue (6) page number : (499+).

179– Rocco, et al. (1980): Social Support occupational Stress and health. Journal of health and Social Behavior, vol.(48). No.(a).p.p. 3077–3078.

180– Stanford, E. Ruben, Fong. Shan, Deborah, L. Thomas (2003): Assessing changes in life skills & Quality of life resulting from rehabilitation services. the Journal of rehabilitation. vol. (69). Issue.(3). P (4+).

181–Serge Briançon et Michèle Kessler, 2007 :Qualité de vie et maladies rénales chronique, satisfaction des soins et autres, PROS. Paris :John libbey Eurotext.

182–Schweitzer et Robert Dantzer. R(1994) :Introductiona la psychologie de la santé, 1ère ed, Paris :Presses universitaires de France.

183–Schweitzer, Marilou Bruchon (2002) :psychologie de la santé modèles, concepts et méthodes. Paris :Dunod.

184–Smith, W. Hebatella, E (2000). The typologies of successful students in the core subjects of language Arts Mathematics, and Social Using the theory of Emotional Intelligence in a High school environment in Tennessee. Eric Database ED 449190.

185–Salovey, P.& Sluyter D.(1997). Emotional Development and Emotional Intelligence : Educational Implication, New York : Basic Books.

186–Sarason et al,(1987) :Social support and adjustment in gifted adolescent, Journal of Educational psychology, vol. No (4), p 467–473.

187–Sarason,I.G & Sarason, M.L(1983) : Assesement social support : the social support questionnair, journal of personality and social psychology, vol.(1), No.(1) pp 127–139.

188–Schumaker & Brownell (1984) : Social support an Introduction to complex phenomenon. Journal of social, Issues, vol. (40). No (4), pp 1–9.

189–Schooler et pearlin (1981) :The stress process. Jounal health and social behavior, vol.(22), pp 337–356

190–Sarason, I.G & Sarason, B.R (1986) :Assessing social support :the social support questionnaire journal of personality and social psychology, vol (45) N(1) u.s.a

191– Thoits. A., (1986): social support AS coping assistance, Journal of consulting and clinical psychology, vol.(59)NO.(4).pp.416–423.

192–Tumer, R & Marino, F(1994) :social support and social structure : A descriptive epidemiology, journal of health & social behavior, vol(35) pp 193–212.

193–Taylor, S.(1995) :health psychology. 3rd edition, New York ;Mc Graw Hills Book Company.

194– Thompson, M. G. & Heller. (1990): Facts of social related Wellbeing: Quantitative social isolation and perceived family support in a sample of elderly women. Psychology and Aging, vol. 5, No. 4, pp. 535–544

195– Yandong, L. (2004): An investigation of connections among adult attachment, social support, and perceived Quality of life in foreign cultural environment, PH. D. dissertation, loyal university of Chicago.

196–Zeindner, M. and Endler, N. (1996). Handbook of coping : Theory, research, applications. Canada : Johan Wiley and sons.

الملاحق

الملحق

مقياس الذكاء الانفعالي ل (بار-آون وجيمس باركر)

ترجمة: رزق الله رندا سهيل (2006)

معلومة أولية:

الاسم واللقب:.....الجنس والسن:.....

الاتجاه:.....المهنة:.....

تعليمية: فيما يلي مجموعة من العبارات التي تشير إلى شعورك وسلوكك نحو بعض الموضوعات أو المواقف والمطلوب أن تضع علامة (X) التي تناسب انطباق الفقرة عليك.

العبارة	بدرجا عالية	بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة ضعيفة
01 استمتع بالتسلية				
02 أجد فهم الآخرين				
03 لدي القدرة على تهدئة نفسي				
04 اشعر أنني متهيج				
05 أهتم بما يحدث للآخرين				
06 من الصعب على أن أسيطر على غضبي				
07 من السهل علي اخبار الناس بمشاعري				
08 اتقبل كل من التقى به				
09 اشعر بالثقة بنفسي				
10 اتفهم عادة كيف يشعر الآخرون				
11 لا أتمكن من المحافظة على هدوئي				
12 احاول استعمال طرائق مختلفة للإجابة عن الأسئلة الصعبة				

				اعتقد أن معظم الأشياء التي أنجزها سوف تكون مرضية	13
				لدي القدرة على احترام الآخرين	14
				انزعج بشكل مبالغ به من بعض الأمور	15
				من السهل علي فهم أشياء جديدة	16
				استطيع التحدث بسهولة عن مشاعري	17
				افكر بأي شخص أفكارا ايجابية	18
				لدي أمل بما هو أفضل	19
				الحصول على الأصدقاء أمر هام	20
				أتشاجر مع الناس	21
				باستطاعتي فهم أسئلة صعبة	22
				أحب أن ابتسم	23
				أحاول أن لا أؤدي مشاعر الآخرين	24
				احاول تفهم المشكلة حتى أتمكن من حلها	25
				أنا عصبي	26
				لا شيء يزعجني	27
				يصعب علي التحدث عن مشاعري الداخلية العميقة	28
				أعلم أن الأمور ستصبح علي ما يرام	29
				استطيع تقديم اجابات جيدة على الأسئلة صعبة	30
				باستطاعتي وصف مشاعري بسهولة	31
				اعرف كيف اقضي أوقاتا جيدة	32
				علي القول الحقيقة	33
				استطيع الاجابة بطرائق عديدة عن السؤال الصعب عندما أريد	34
				اغضب بسرعة	35
				أحب أن أعمل من أجل الآخرين	36
				لا أشعر بسعادة كبيرة	37

				استخدم بسهولة طرائق مختلفة في حل المشكلات	38
				يتطلب كثير من الوقت حتى أغضب	39
				مشاعري جيدة تجاه نفسي	40
				أكون أصدقاء بسهولة	41
				أعتقد أنني الأفضل في كل ما أنجز مقارنة بغيري	42
				يسهل علي البوح بمشاعري	43
				عند الاجابة عن الأسئلة الصعبة أحاول التفكير بحلول عديدة	44
				أشعر بالاستياء عندما تؤذي مشاعر الآخرين	45
				عندما أغضب من أحد أبقى هكذا مدة طويلة	46
				أنا سعيد بنوعية شخصيتي	47
				أجيد حل المشكلات	48
				يصعب علي الانتظار في الدور	49
				استمتع بالأشياء التي أصنعها	50
				أحب أصدقائي	51
				ليس لدي أيام سيئة	52
				لدي صعوبة في البوح للآخرين بأسراري	53
				أغضب بسهولة	54
				أعرف ما إذا كان صديقي غير سعيد	55
				أحب شكلي (راض عن جسدي)	56
				لا أتهرب من الأمور الصعبة	57
				عندما أغضب انصرف من دون تفكير	58
				اعرف متى يكون الآخرون غير سعداء حتى ولو لم يخبروني بذلك	59
				أنا راض عن الشكل الذي أبدو عليه	60

التعليمة: مقياس الدعم الاجتماعي المدرك ل "ساراسون"

إليك هذه الأسئلة، حاول الإجابة عليها وذلك:

1. بذكر وترتيب الذين يمكنك أن تعتمد عليهم لمساعدتك مع وضع العلاقة التي تربطك بهم بين قوسين، مع العلم أن كل رقم يجب أن يمثل شخص واحد.
2. ضع علامة (X) على الإجابة التي تتلاءم ورضاك عن المساعدة المتحصل عليها.

ملاحظة:

إذا لم تتحصل في إحدى الأسئلة عن المساعدة استعمل الإجابة (لا أحد)، لكن رغم ذلك رضاك عنها.

يرجى الإجابة بكل صدق، وستبقى إجابتك في سرية تامة.

مثال:

-الاسم:

-السن:

س). على من يمكنك أن تامله على المعلومات التي تشغلك وتجعلك مضطربا؟

(ج).

4. 1.رشيد (صديق) (لا أحد)

7.

5. 2.عدلان (أخ)

8.

.6

3.سمير (جار)

.9

ج). هل أنت راضي عن المساعدة المتحصل عليها ؟

1. غير راضي بتاتا. 2. غير راضي. 3. تقريبا غير راضي.
4. تقريبا راضي. 3. راضي. 6. راضي جدا.

1. من هم الأشخاص الذين يمكنك حقيقة أن تعتمد عليهم عندما تحتاج لمساعدة ؟

- (لا أحد) 1. 4. 7.
2. 5. 8.
3. 6. 9.

2. هل أنت راضي على المساعدة المتحصل عليها ؟

1. غير راضي بتاتا. 2. غير راضي. 3. تقريبا غير راضي.
4. تقريبا راضي. 5. راضي. 6. راضي جدا.

3. عندما تكون تحت ضغط أو متوتر على من يمكنك أن تعتمد حتى تشعر بالراحة ؟

- (لا أحد) 1. 4. 7.
2. 5. 8.
3. 6. 9.

4. هل أنت راضي على المساعدة المتحصل عليها ؟

1. غير راضي بتاتا.
2. غير راضي
3. تقريبا غير راضي

4. تقريبا راضي.
5. راضي.
6. راضي جدا.

5. من يقبلك كما أنت بعيوبك ومميزاتك ؟

(لا أحد) 1. 4. 7.

2. 5. 8.

3. 6. 9.

6. هل أنت راضي على المساعدة المتحصل عليها ؟

1. غير راضي بتاتا.
2. غير راضي.
3. تقريبا غير راضي

4. تقريبا راضي.
5. راضي.
6. راضي جدا.

7. عندما يحدث لك شيء ما على من تعتمد ليهتم بك ؟

(لا أحد) 1. 4. 7.

2. 5. 8.

3. 6. 9.

8. هل أنت راضي على المساعدة المتحصل عليها ؟

1. غير راضي بتاتا.
2. غير راضي.
3. تقريبا غير راضي

4. تقريبا راضي
5. راضي
6. راضي جدا.

9. عندما تستسلم لليأس على من يمكنك حقيقة أن تعتمد عليهم لمساعدتك حتى تشعر بالراحة ؟

(لا أحد) 1. 4. 7.

2. 5. 8.

3. 6. 9.

10. هل أنت راضي على المساعدة المتحصل عليها ؟

1. غير راضي بتاتا.
2. غير راضي.
3. تقريبا غير راضي.

4. تقريبا راضي.
5. راضي.
6. راضي جدا.

11. عندما تكون مضطربا على من يمكنك حقيقة أن تعتمد عليه لتهديتك ؟

(لا أحد) 1. 4. 7.

2. 5. 8.

3. 6. 9.

12. هل أنت راضي على المساعدة المتحصل عليها ؟

1. غير راضي بتاتا.
2. غير راضي.
3. تقريبا غير راضي.

4. تقريباً راضي. 5. راضي. 6. راضي جداً.

مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (Health Quality of Life SF-36)

-الاسم اختياري:

.....

-السن:

.....

-الجنس: ذكر (.....) أنثى (.....)

التعليمة:

من فضلك أجب على كل الأسئلة، بعض الأسئلة أن تكون متشابهة فيما بينها، إلا أنها مختلفة عن بعضها البعض.

من فضلك خذ الوقت الكافي للقراءة والإجابة عن كل سؤال بحذر اختر الجواب الأقرب لحالتك.

الأسئلة:

1. تقول عن صحتك بشكل عام أنها:

ممتازة 1 جيدة جدا جيدة متوسطة ضعيفة

2. كيف ترى صحتك الآن مقارنة بها في السنة الماضية:

- أحسن بكثير من السنة الماضية.

- أحسن بقليل من السنة الماضية.

- بالتقريب مثل السنة الماضية.

- أسوأ بقليل من السنة الماضية.

- أسوأ بكثير من السنة الماضية.

3. الأسئلة التالية متعلقة حول نشاطاتكم اليومية إلى أي مدى تؤثر صحتك الحالية على النشاطات التالية:

a. النشاطات المرهقة (الجري، رفع الأشياء الثقيلة، المشاركة في رياضات مكثفة).

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر اطلاقا

b. النشاطات المتعددة والخفيفة (تحريك طاولة، القيام بكنس وتنظيف).

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر اطلاقا

c. رفع أو حمل علب.

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر اطلاقا

d. صعود طوابق عدة عبر حلقات من سلاسل (دروج) على التوالي.

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر اطلاقا

e. صعود طابق عبر السلم (دروج).

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر اطلاقا

f. الإثشاء، الجلوس على الكعبين (تقعمز)، الإحناء.

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر اطلاقا

g. المشي أكثر من كيلومتر ونصف.

لا تؤثر اطلاقا

تؤثر قليلا

تؤثر كثيرا

h. المشي لبعض مئات الأمتار.

لا تؤثر اطلاقا

تؤثر قليلا

تؤثر كثيرا

i. المشي مائة متر.

لا تؤثر اطلاقا

تؤثر قليلا

تؤثر كثيرا

z. أخذ حمام أو اغتسال.

لا تؤثر اطلاقا

تؤثر قليلا

تؤثر كثيرا

4. خلال الأربعة أسابيع الماضية، هل واجهت المشاكل التالية أثناء نشاطاتك اليومية لصحتك الجسمية؟

a. التقليل من وقت العمل أو من النشاطات الأخرى.

أبدا

نادرا

غالبا

دائما

b. انجاز أقل مما كنت تريد.

أبدا

نادرا

أحيانا

غالبا

دائما

c. كانت (المشاكل) مرتبطة بنوع العمل أو النشاط.

أبدا

نادرا

أحيانا

غالبا

دائما

d. تواجه صعوبات في انجاز العمل أو النشاطات الأخرى (مثل: القيام بجهد أكبر لنشاط معتاد)

أبدا

نادرا

أحيانا

غالبا

دائما

5. خلال الأربعة أسابيع الماضية، هل واجهت المشاكل التالية أثناء نشاطاتك اليومية نتيجة لصحتك النفسية (مثل أن تكون قلقا أو مكتئبا) ؟

a. التقليل من وقت العمل أو من النشاطات الأخرى:

دائما غالبا أحيانا نادرا أبدا

b. انجاز أقل مما كنت تريد.

دائما غالبا أحيانا نادرا أبدا

c. انجاز عملي أو نشاطات أخرى بدقة أقل من المعتاد.

دائما غالبا أحيانا نادرا أبدا

6. خلال الأربعة أسابيع الماضية، إلى أي مدى أثرت صحتك الجسمية/ أو النفسية في علاقاتك الاجتماعية المعتادة مع الأصدقاء، الجيران، الجماعات؟

لم تؤثر أثرت بشكل خفيف أثرت باعتدال أثرت كثيرا
أثرت بشدة

7. ما هو مستوى الألم الجسدي الذي عايشته خلال الأربعة أسابيع الماضية ؟

لم يحدث حدث قليلا جدا حدث قليلا حدث باعتدال
حدث كثيرا

8. خلال الأربعة أسابيع الماضية، إلى أي مدى أثر الألم في علاقتك بعملك اليومي (عملك داخل وخارج المنزل) ؟

لم يؤثر أثر قليلا جدا أثر قليلا أثر بشكل متوسط أثرا
كثيرا أثر كثيرا جدا

9. الأسئلة التالية تتعلق بكيفية احساسك وكيفية تماشي الأحداث خلال الأربعة أسابيع

الماضية، اجب على الاختيار الأقرب من احساسك ؟

a. هل كنت حيويا ؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

b. هل كنت عصيبا ؟: كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

c- هل احساست بانخفاض الهمة (النشاط) لدرجة لم يستطيع احد ان يواسيك؟

كل الوقت غالبا احيانا نادرا ابدا

d- هل كنت هادئ و ساكت ؟

كل الوقت غالبا احيانا نادرا ابدا

e- هل كنت ممتلئا بالطاقة (نشطا) ؟

كل الوقت غالبا احيانا نادرا ابدا

f- هل كنت حزينا او مكتئبا ؟

كل الوقت غالبا احيانا نادرا ابدا

g- هل كنت منهكا ؟

كل الوقت غالبا احيانا نادرا ابدا

h- هل كنت سعيدا ؟

كل الوقت غالبا احيانا نادرا ابدا

i- هل كنت متعبا ؟

كل الوقت , غالبا , احيانا , نادرا , ابدا

11. قيم العبارات التالية مقارنة مع وضعيتك الحالية ;

a. يبدو أنني أقع مريضا بسهولة أكثر من الآخرين

صحيح جدا صحيح نوعا ما لا أدري خطأ نوعا ما
خطأ جدا

b. أنا أيضا بصحة وأفضل من أي أحد ؟

صحيح جدا صحيح نوعا ما لا أدري خطأ نوعا ما خطأ جدا

c. أتوقع أن تتقهقر صحتي

صحيح جدا صحيح نوعا ما لا أدري خطأ نوعا ما خطأ
جدا

d. صحتي ممتازة

صحيح جدا صحيح نوعا ما لا أدري خطأ نوعا ما خطأ جدا

10 - خلال الاربعة اسابيع الاخيرة هل اثرت صحتك الجسمية او النفسية على علاقاتك الاجتماعية

المعتادة (الابوين, الاصدقاء, الجيران, الجماعات)؟

كل الوقت , غالبا احيانا نادرا ابدا

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,572	10

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00001	32,7167	22,410	,113	,581
VAR00002	32,2833	21,054	,305	,534
VAR00003	31,9333	18,911	,559	,469
VAR00004	32,1000	22,431	,126	,577
VAR00005	32,4333	21,843	,118	,586
VAR00006	31,8333	18,277	,384	,503
VAR00007	32,1167	21,901	,303	,539
VAR00008	32,2167	20,918	,266	,542
VAR00009	32,1333	21,304	,236	,550
VAR00010	32,4333	21,165	,216	,556

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,421
		Nombre d'éléments	5 ^a
	Partie 2	Valeur	,510
		Nombre d'éléments	5 ^b
		Nombre total d'éléments	10
Corrélation entre les sous-échelles			,287
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,446
	Longueur inégale		,446
Coefficient de Guttman split-half			,445

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005.

b. Les éléments sont : VAR00006, VAR00007, VAR00008, VAR00009, VAR00010.

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	de	Nombre d'éléments
,511		4

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00011	9,4667	6,084	-,023	,697
VAR00012	9,3667	4,609	,303	,438
VAR00013	9,3500	3,519	,566	,158
VAR00014	9,1667	4,277	,455	,305

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%

	Valide	60	100,0
Observations	Exclus ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,697	3

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00012	6,3833	4,003	,235	,920
VAR00013	6,3667	2,304	,769	,223
VAR00014	6,1833	3,034	,617	,480

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
--	---	---

	Valide	60	100,0
Observations	Exclus ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

	Partie 1	Valeur	,480
		Nombre d'éléments	2 ^a
Alpha de Cronbach	Partie 2	Valeur	1,000
		Nombre d'éléments	1 ^b
		Nombre total d'éléments	3
Corrélation entre les sous-échelles			,617
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,763
	Longueur inégale		,780
Coefficient de Guttman split-half			,690

a. Les éléments sont : VAR00012, VAR00013.

b. Les éléments sont : VAR00013, VAR00014.

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
--	---	---

	Valide	60	100,0
Observations	Exclus ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,208	3

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00015	7,1833	1,779	,248	-,269 ^a
VAR00016	6,5167	2,525	,109	,150
VAR00017	6,7667	3,165	-,015	,382

a. La valeur est négative en raison d'une covariance moyenne négative parmi les éléments. Par conséquent, les hypothèses du modèle de fiabilité ne sont pas respectées. Vous pouvez vérifier les codages des éléments.

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,382	2

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00015	3,7167	1,122	,238	.
VAR00016	3,0500	1,438	,238	.

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	1,000
		Nombre d'éléments	1 ^a
	Partie 2	Valeur	1,000
		Nombre d'éléments	1 ^b
		Nombre total d'éléments	2
Corrélation entre les sous-échelles			,238
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,385
	Longueur inégale		,385
Coefficient de Guttman split-half			,382

a. Les éléments sont : VAR00015

b. Les éléments sont : VAR00016

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	61	100,0
Exclus ^a	0	,0
Total	61	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,978	4

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00018	10,4754	104,220	,966	,972
VAR00019	10,6066	93,276	,978	,961
VAR00020	10,5246	88,720	,984	,959
VAR00021	10,7377	87,730	,894	,990

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	61	100,0
Observations Exclus ^a	0	,0
Total	61	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,980
		Nombre d'éléments	2 ^a
	Partie 2	Valeur	,946
		Nombre d'éléments	2 ^b
	Nombre total d'éléments		4
Corrélation entre les sous-échelles			,964
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,982
	Longueur inégale		,982
Coefficient de Guttman split-half			,974

a. Les éléments sont : VAR00018, VAR00019.

b. Les éléments sont : VAR00020, VAR00021.

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	98,4
	Exclus ^a	1	1,6
	Total	61	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,932	2

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00022	3,2667	,979	,878	.
VAR00023	3,1000	1,210	,878	.

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	98,4
	Exclus ^a	1	1,6
	Total	61	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	1,000
		Nombre d'éléments	1 ^a
	Partie 2	Valeur	1,000
		Nombre d'éléments	1 ^b
		Nombre total d'éléments	2
Corrélation entre les sous-échelles			,878
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,935
	Longueur inégale		,935
Coefficient de Guttman split-half			,932

a. Les éléments sont : VAR00022

b. Les éléments sont : VAR00023

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	98,4
	Exclus ^a	1	1,6
	Total	61	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,833	5

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00024	12,7333	13,453	,746	,769
VAR00025	12,2500	13,682	,669	,790
VAR00026	12,3500	15,418	,392	,869
VAR00027	12,5500	14,286	,601	,809
VAR00028	12,7833	12,952	,804	,751

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	98,4
	Exclus ^a	1	1,6
	Total	61	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,711
		Nombre d'éléments	3 ^a
	Partie 2	Valeur	,818
		Nombre d'éléments	2 ^b
		Nombre total d'éléments	5
Corrélation entre les sous-échelles			,677
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,807
	Longueur inégale		,812
Coefficient de Guttman split-half			,787

a. Les éléments sont : VAR00024, VAR00025, VAR00026.

b. Les éléments sont : VAR00026, VAR00027, VAR00028.

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	98,4
	Exclus ^a	1	1,6
	Total	61	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,690	2

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00029	3,4333	1,436	,560	.
VAR00030	3,8667	2,050	,560	.

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	60	98,4
Exclus ^a	1	1,6
Total	61	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,558	6

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00031	16,3833	14,173	-,002	,623
VAR00032	15,4333	14,114	,020	,611
VAR00033	15,9333	12,063	,233	,541
VAR00034	15,4333	9,707	,571	,378
VAR00035	15,4667	9,372	,582	,364
VAR00036	15,7667	9,301	,417	,448

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	98,4
	Exclus ^a	1	1,6
	Total	61	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,756	4

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00033	9,9833	10,627	,332	,802
VAR00034	9,4833	8,491	,669	,639
VAR00035	9,5167	7,983	,713	,609
VAR00036	9,8167	7,779	,541	,715

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	98,4
	Exclus ^a	1	1,6
	Total	61	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,554
		Nombre d'éléments	16 ^a
	Partie 2	Valeur	,731

	Nombre d'éléments	16 ^b
	Nombre total d'éléments	32
Corrélation entre les sous-échelles		,431
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale	,602
	Longueur inégale	,602
Coefficient de Guttman split-half		,531

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005, VAR00006, VAR00007, VAR00008, VAR00009, VAR00010, VAR00012, VAR00013, VAR00014, VAR00015, VAR00016, VAR00018.

b. Les éléments sont : VAR00019, VAR00020, VAR00021, VAR00022, VAR00023, VAR00024, VAR00025, VAR00026, VAR00027, VAR00028, VAR00029, VAR00030, VAR00033, VAR00034, VAR00035, VAR00036.

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	60	98,4

Exclus ^a	1	1,6
Total	61	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,765	32

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	60	98,4
Exclus ^a	1	1,6
Total	61	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,666
		Nombre d'éléments	2 ^a
	Partie 2	Valeur	,814
		Nombre d'éléments	2 ^b
	Nombre total d'éléments		4
Corrélation entre les sous-échelles			,446
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,617
	Longueur inégale		,617
Coefficient de Guttman split-half			,606

a. Les éléments sont : VAR00033, VAR00034.

b. Les éléments sont : VAR00035, VAR00036.

مقياس الدعم الاجتماعي

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,427	5

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00001	16,0167	41,237	,320	,526
VAR00002	14,9333	39,216	,230	,500
VAR00003	15,4667	27,168	,359	,250
VAR00004	16,0667	29,656	,372	,257
VAR00005	15,3833	27,223	,410	,211

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,618
		Nombre d'éléments	2 ^a
	Partie 2	Valeur	1,000
		Nombre d'éléments	1 ^b
		Nombre total d'éléments	5
Corrélation entre les sous-échelles			,477
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,646
	Longueur inégale		,666
Coefficient de Guttman split-half			,590

a. Les éléments sont : VAR00003, VAR00004.

b. Les éléments sont : VAR00004, VAR00005.

الذكاء الانفعالي

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	59	98,3
	Exclus ^a	1	1,7
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,695	14

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00001	33,3898	52,345	,374	,670
VAR00002	33,3898	52,345	,374	,670
VAR00003	32,9492	53,325	,334	,676
VAR00004	32,9322	56,237	,118	,708
VAR00005	33,2542	50,641	,501	,654
VAR00006	33,0678	52,099	,381	,669
VAR00007	33,0169	56,224	,157	,699
VAR00008	32,7966	56,337	,170	,697
VAR00009	33,5085	56,289	,201	,692
VAR00010	33,4068	54,142	,357	,674
VAR00011	33,1864	52,016	,513	,657
VAR00012	32,9153	51,286	,386	,668
VAR00013	32,6610	55,745	,223	,690
VAR00014	33,1186	54,003	,321	,678

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	59	98,3
	Exclus ^a	1	1,7
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,599
		Nombre d'éléments	7 ^a
	Partie 2	Valeur	,600
		Nombre d'éléments	7 ^b
		Nombre total d'éléments	14
Corrélation entre les sous-échelles			,373
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,544
	Longueur inégale		,544
Coefficient de Guttman split-half			,542

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005, VAR00006, VAR00007.

b. Les éléments sont : VAR00008, VAR00009, VAR00010, VAR00011, VAR00012, VAR00013, VAR00014.

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,646	12

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00015	29,3000	42,010	,172	,645
VAR00016	29,2833	47,054	-,138	,689
VAR00017	28,9167	40,112	,267	,630
VAR00018	29,3500	40,367	,261	,631
VAR00019	29,3167	36,390	,551	,577
VAR00020	28,9833	39,203	,329	,618
VAR00021	29,4333	41,097	,267	,630
VAR00022	29,4667	39,846	,347	,616
VAR00023	29,1833	38,593	,402	,606
VAR00024	28,9333	36,470	,429	,596
VAR00025	28,7667	40,250	,255	,632
VAR00026	29,0500	39,303	,321	,620

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,689	11

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00015	26,7667	42,555	,191	,691
VAR00017	26,3833	40,647	,285	,677
VAR00018	26,8167	41,373	,250	,683
VAR00019	26,7833	37,190	,549	,632
VAR00020	26,4500	39,811	,342	,667
VAR00021	26,9000	41,888	,269	,679
VAR00022	26,9333	40,741	,341	,668
VAR00023	26,6500	39,079	,425	,654
VAR00024	26,4000	37,261	,429	,651
VAR00025	26,2333	41,029	,258	,682
VAR00026	26,5167	39,474	,363	,664

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	60	100,0
Observations Exclus ^a	0	,0
Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,537
		Nombre d'éléments	6 ^a
	Partie 2	Valeur	,586
		Nombre d'éléments	5 ^b
		Nombre total d'éléments	11
Corrélation entre les sous-échelles			,453
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,623
	Longueur inégale		,625
Coefficient de Guttman split-half			,623

a. Les éléments sont : VAR00015, VAR00017, VAR00018, VAR00019, VAR00020, VAR00021.

b. Les éléments sont : VAR00021, VAR00022, VAR00023, VAR00024, VAR00025, VAR00026.

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,573	12

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00027	29,9500	37,472	,081	,586
VAR00028	29,3167	37,068	,087	,587
VAR00029	29,7833	35,834	,195	,561
VAR00030	30,2667	34,233	,343	,529
VAR00031	30,0500	32,896	,406	,512
VAR00032	30,0833	34,552	,290	,540
VAR00033	30,2500	35,309	,274	,544
VAR00034	30,4833	36,186	,197	,560
VAR00035	30,1500	33,181	,459	,506
VAR00036	30,2167	32,478	,417	,508
VAR00037	29,8000	36,705	,115	,580
VAR00038	29,9000	38,261	,053	,589

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,616	9

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00029	20,7000	26,824	,202	,613
VAR00030	21,1833	26,186	,289	,590
VAR00031	20,9667	24,134	,430	,553
VAR00032	21,0000	25,186	,343	,576
VAR00033	21,1667	26,650	,261	,597
VAR00034	21,4000	26,481	,261	,597
VAR00035	21,0667	24,640	,464	,549
VAR00036	21,1333	23,406	,471	,540
VAR00037	20,7167	28,817	,033	,658

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,658	8

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00029	17,7500	24,021	,248	,654
VAR00030	18,2333	23,673	,317	,635
VAR00031	18,0167	21,813	,449	,601
VAR00032	18,0500	22,692	,372	,622
VAR00033	18,2167	24,918	,216	,659
VAR00034	18,4500	24,252	,262	,649
VAR00035	18,1167	22,274	,489	,594
VAR00036	18,1833	21,474	,457	,598

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,573
		Nombre d'éléments	4 ^a
	Partie 2	Valeur	,591
		Nombre d'éléments	4 ^b
	Nombre total d'éléments		8
Corrélation entre les sous-échelles			,330
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,496
	Longueur inégale		,496
Coefficient de Guttman split-half			,496

a. Les éléments sont : VAR00029, VAR00030, VAR00031, VAR00032.

b. Les éléments sont : VAR00033, VAR00034, VAR00035, VAR00036.

[Ensemble_de_données2]

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	60	100,0
Exclus ^a	0	,0
Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,423	6

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00039	13,2667	11,182	,119	,428
VAR00040	13,7833	10,715	,203	,380
VAR00041	13,6000	9,532	,357	,284
VAR00042	13,3833	9,529	,366	,280
VAR00043	13,8000	10,231	,243	,355
VAR00044	13,2500	11,682	-,002	,512

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	60	100,0
Exclus ^a	0	,0
Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,512	5

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00039	10,3000	8,993	,181	,520
VAR00040	10,8167	9,237	,165	,526
VAR00041	10,6333	7,592	,415	,367
VAR00042	10,4167	7,705	,404	,376
VAR00043	10,8333	8,412	,264	,468

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	60	100,0

Exclus ^a	0	,0
Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,283
		Nombre d'éléments	3 ^a
	Partie 2	Valeur	,361
		Nombre d'éléments	2 ^b
	Nombre total d'éléments		5
Corrélation entre les sous-échelles			,388
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,559
	Longueur inégale		,566
Coefficient de Guttman split-half			,551

a. Les éléments sont : VAR00039, VAR00040, VAR00041.

b. Les éléments sont : VAR00041, VAR00042, VAR00043.

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	60	100,0
Exclus ^a	0	,0
Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,499	6

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
--	---	--	--	--

VAR00045	13,0833	12,484	,230	,465
VAR00046	13,4833	11,339	,411	,373
VAR00047	13,1833	12,423	,234	,463
VAR00048	13,1167	13,190	,170	,493
VAR00049	13,5333	12,016	,304	,428
VAR00050	13,0167	11,915	,201	,487

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,385
		Nombre d'éléments	3 ^a
	Partie 2	Valeur	,227
		Nombre d'éléments	3 ^b
		Nombre total d'éléments	6
Corrélation entre les sous-échelles			,360
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,529
	Longueur inégale		,529
Coefficient de Guttman split-half			,529

a. Les éléments sont : VAR00045, VAR00046, VAR00047.

b. Les éléments sont : VAR00048, VAR00049, VAR00050.

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,642	10

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00051	25,7167	34,037	,174	,645
VAR00052	26,0000	33,119	,262	,626
VAR00053	25,8667	31,338	,442	,591
VAR00054	25,6667	31,311	,363	,605
VAR00055	25,7167	36,037	,083	,658
VAR00056	25,9333	34,470	,193	,638
VAR00057	26,3333	33,243	,300	,618
VAR00058	26,3333	33,243	,300	,618
VAR00059	25,8833	31,596	,412	,596
VAR00060	25,9833	31,000	,511	,580
VAR00061	25,5667	33,707	,254	,627

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,658	10

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00051	22,9333	31,521	,180	,664
VAR00052	23,2167	31,122	,233	,652
VAR00053	23,0833	29,061	,440	,609
VAR00054	22,8833	29,393	,333	,631
VAR00056	23,1500	32,299	,174	,662
VAR00057	23,5500	30,353	,343	,629
VAR00058	23,5500	30,353	,343	,629
VAR00059	23,1000	29,447	,398	,618
VAR00060	23,2000	28,841	,499	,600
VAR00061	22,7833	30,613	,310	,635

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%

	Valide	60	100,0
Observations	Exclus ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

	Partie 1	Valeur	,464
		Nombre d'éléments	5 ^a
Alpha de Cronbach	Partie 2	Valeur	,650
		Nombre d'éléments	5 ^b
		Nombre total d'éléments	10
Corrélation entre les sous-échelles			,350
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,519
	Longueur inégale		,519
Coefficient de Guttman split-half			,518

a. Les éléments sont : VAR00051, VAR00052, VAR00053, VAR00054, VAR00056.

b. Les éléments sont : VAR00057, VAR00058, VAR00059, VAR00060, VAR00061.

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	59	98,3
Observations Exclus ^a	1	1,7
Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,922	54

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	59	98,3
	Exclus ^a	1	1,7
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,846
		Nombre d'éléments	27 ^a
	Partie 2	Valeur	,859
		Nombre d'éléments	27 ^b
		Nombre total d'éléments	54
Corrélation entre les sous-échelles			,885
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,939
	Longueur inégale		,939
Coefficient de Guttman split-half			,939

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005, VAR00006, VAR00007, VAR00008, VAR00009, VAR00010, VAR00011, VAR00012, VAR00013, VAR00014, VAR00015, VAR00017, VAR00018, VAR00019, VAR00020, VAR00021, VAR00022, VAR00023, VAR00024, VAR00025, VAR00026, VAR00029, VAR00030.

b. Les éléments sont : VAR00031, VAR00032, VAR00033, VAR00034, VAR00035, VAR00036, VAR00037, VAR00040, VAR00041, VAR00042, VAR00043, VAR00045, VAR00046, VAR00047, VAR00048, VAR00049, VAR00050, VAR00051, VAR00052, VAR00053, VAR00054, VAR00056, VAR00057, VAR00058, VAR00059, VAR00060, VAR00061.

مخرجات الفرضيات:

نوعية الحياة

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
badani	60	22,4000	2,40198	,31009

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 20					
	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
badani	7,740	59	,000	2,40000	1,7795	3,0205

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
dawbad	60	4,6000	,80675	,10415

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 4.5					
	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
dawbad	,960	59	,341	,10000	-,1084	,3084

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
infiali	60	3,1000	,75240	,09713

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 3				
	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence

					Inférieure	Supérieure
infiali	1,030	59	,307	,10000	-,0944	,2944

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
hayaiya	60	12,8333	3,30980	,42729

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 12					
	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
hayaiya	1,950	59	,056	,83333	-,0217	1,6883

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
nafs	60	17,5500	2,15048	,27763

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 15					
	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
nafs	9,185	59	,000	2,55000	1,9945	3,1055

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
ijtim	60	6,6000	1,53159	,19773

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 6				
	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence

					Inférieure	Supérieure
ijtim	3,034	59	,004	,60000	,2043	,9957

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
alam	60	12,5667	2,65130	,34228

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 12					
	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
alam	1,656	59	,103	,56667	-,1182	1,2516

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
ama	60	7,3500	1,84873	,23867

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 6					
	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
ama	5,656	59	,000	1,35000	,8724	1,8276

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
--	---	---------	------------	----------------------------

hayatt	60	87,0000	6,27073	,80955
--------	----	---------	---------	--------

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 78.5					
	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
hayatt	10,500	59	,000	8,50000	6,8801	10,1199

الذكاء الانفعالي

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
f1	60	35,6667	7,74086	,99934

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 42					
	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
f1	-6,338	59	,000	-6,33333	-8,3330	-4,3337

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
f2	60	29,2833	6,85959	,88557

Test sur échantillon unique

Valeur du test = 33						
	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
f2	-4,197	59	,000	-3,71667	-5,4887	-1,9446

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
f3	60	20,7167	5,36812	,69302

Test sur échantillon unique

Valeur du test = 24						
	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
f3	-4,738	59	,000	-3,28333	-4,6701	-1,8966

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
f4	60	13,2500	3,41792	,44125

Test sur échantillon unique

Valeur du test = 15					
	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence

					Inférieure	Supérieure
f4	-3,966	59	,000	-1,75000	-2,6329	-,8671

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
f5	60	15,8833	4,00039	,51645

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 18					
	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
f5	-4,099	59	,000	-2,11667	-3,1501	-1,0833

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
f6	60	26,3333	5,76567	,74434

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 27					
	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
f6	-,896	59	,374	-,66667	-2,1561	,8228

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
dakaa	60	141,1667	29,38763	3,79393

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 158					
	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
dakaa	-4,437	59	,000	-16,83333	-24,4250	-9,2417

الدعم الاجتماعي

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
fac1	60	11,4833	6,04641	,78059

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 9					
	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
fac1	3,181	59	,002	2,48333	,9214	4,0453

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
fac2	60	19,4667	3,10531	,40089

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 18					
	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure

fac2	3,658	59	,001	1,46667	,6645	2,2689
------	-------	----	------	---------	-------	--------

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
daame	60	30,9500	6,65983	,85978

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 27					
	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
daame	4,594	59	,000	3,95000	2,2296	5,6704

فرضية العلاقات

Corrélations

		hayate	dakaa	daame
hayate	Corrélacion de Pearson	1	,146	,199
	Sig. (bilatérale)		,267	,127
	N	60	60	60
dakaa	Corrélacion de Pearson	,146	1	-,157
	Sig. (bilatérale)	,267		,231
	N	60	60	60
daame	Corrélacion de Pearson	,199	-,157	1
	Sig. (bilatérale)	,127	,231	
	N	60	60	60

Statistiques descriptives

	N	Intervalle	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	Asymétrie	E
	Statistique	Statistique	Statistique	Statistique	Statistique	Statistique	Statistique	
Hayate	60	37,00	77,00	114,00	96,7333	6,90582	-,102	,3

dakaa	60	128,00	94,00	222,00	141,1667	29,38763	,689	,3
daame	60	32,00	15,00	47,00	30,9500	6,65983	,329	,3
N valide (listwise)	60							

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
hayate	96,7333	6,90582	60
dakaa	141,1667	29,38763	60
daame	30,9500	6,65983	60

Corrélations

		hayate	dakaa	daame
Corrélation de Pearson	hayate	1,000	,146	,199
	dakaa	,146	1,000	-,157
	daame	,199	-,157	1,000
Sig. (unilatérale)	hayate	.	,134	,064
	dakaa	,134	.	,115
	daame	,064	,115	.
N	hayate	60	60	60
	dakaa	60	60	60
	daame	60	60	60

Variables introduites/supprimées^a

Modèle	Variables introduites	Variables supprimées	Méthode
1	daame, dakaa ^b	.	Entrée

a. Variable dépendante : hayate

b. Toutes variables requises saisies.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques		
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl1
1	,268 ^a	,072	,039	6,76941	,072	2,201	2

a. Valeurs prédites : (constantes), daame, dakaa

ANOVA^a

Modèle	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.

1	Régression	201,716	2	100,858	2,201	,120 ^b
	Résidu	2612,017	57	45,825		
	Total	2813,733	59			

a. Variable dépendante : hayate

b. Valeurs prédites : (constantes), daame, daka

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations		
	A	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partie
(Constante)	83,416	6,475		12,883	,000			
1 daka	,043	,030	,181	1,403	,166	,146	,183	,179
daame	,236	,134	,228	1,761	,084	,199	,227	,225

a. Variable dépendante : hayate

Coefficients de corrélation^a

Modèle		daame	daka
1	Corrélations	daame	1,000
		daka	,157
	Covariances	daame	,018
		daka	,001

a. Variable dépendante : hayate

Corrélations

		hayate	daka	daame
hayate	Corrélation de Pearson	1	,146	,199
	Sig. (bilatérale)		,267	,127
	N	60	60	60
daka	Corrélation de Pearson	,146	1	-,157
	Sig. (bilatérale)	,267		,231
	N	60	60	60
daame	Corrélation de Pearson	,199	-,157	1
	Sig. (bilatérale)	,127	,231	
	N	60	60	60

Statistiques descriptives

	N	Intervalle	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	Asymétri
	Statistique	Statistique	Statistique	Statistique	Statistique	Statistique	Statistique

hayate	60	37,00	77,00	114,00	96,7333	6,90582	-,102
dakaa	60	128,00	94,00	222,00	141,1667	29,38763	,689
daame	60	32,00	15,00	47,00	30,9500	6,65983	,329
N valide (listwise)	60						

Corrélations

	hayate	f1	f2	f3	f4	f5	f6	dakaa
Corrélation de Pearson	1	,204	,165	,072	,086	,069	,102	,146
hayate Sig. (bilatérale)		,117	,207	,587	,513	,601	,439	,267
N	60	60	60	60	60	60	60	60
Corrélation de Pearson	,204	1	,802**	,823**	,620**	,766**	,818**	,938**
f1 Sig. (bilatérale)	,117		,000	,000	,000	,000	,000	,000
N	60	60	60	60	60	60	60	60
Corrélation de Pearson	,165	,802**	1	,818**	,395**	,710**	,808**	,895**
f2 Sig. (bilatérale)	,207	,000		,000	,002	,000	,000	,000
N	60	60	60	60	60	60	60	60
Corrélation de Pearson	,072	,823**	,818**	1	,531**	,770**	,815**	,917**
f3 Sig. (bilatérale)	,587	,000	,000		,000	,000	,000	,000
N	60	60	60	60	60	60	60	60
Corrélation de Pearson	,086	,620**	,395**	,531**	1	,664**	,626**	,681**
f4 Sig. (bilatérale)	,513	,000	,002	,000		,000	,000	,000
N	60	60	60	60	60	60	60	60
Corrélation de Pearson	,069	,766**	,710**	,770**	,664**	1	,721**	,862**
f5 Sig. (bilatérale)	,601	,000	,000	,000	,000		,000	,000
N	60	60	60	60	60	60	60	60
Corrélation de Pearson	,102	,818**	,808**	,815**	,626**	,721**	1	,919**
f6 Sig. (bilatérale)	,439	,000	,000	,000	,000	,000		,000
N	60	60	60	60	60	60	60	60
Corrélation de Pearson	,146	,938**	,895**	,917**	,681**	,862**	,919**	1
dakaa Sig. (bilatérale)	,267	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
N	60	60	60	60	60	60	60	60

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		hayate	fac1	fac2	Daame
hayate	Corrélation de Pearson	1	,286 [*]	-,131	,199
	Sig. (bilatérale)		,026	,319	,127
	N	60	60	60	60
fac1	Corrélation de Pearson	,286 [*]	1	-,049	,885 ^{**}
	Sig. (bilatérale)	,026		,709	,000
	N	60	60	60	60
fac2	Corrélation de Pearson	-,131	-,049	1	,422 ^{**}
	Sig. (bilatérale)	,319	,709		,001
	N	60	60	60	60
daame	Corrélation de Pearson	,199	,885 ^{**}	,422 ^{**}	1
	Sig. (bilatérale)	,127	,000	,001	
	N	60	60	60	60

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).