



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد بوضياف - المسيلة



جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

القسم: النشاط البدني المكيف

الرقم التسلسلي:

الشعبة:

الرمز:

التخصص:

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر تخصص :

نشاط بدني مكيف

علاقة برامج التأهيل بمستوى إدراك جودة الحياة

دراسة ميدانية مركز التأهيل الحركي و الإصابات الرياضية - المسيلة -

إشراف الأستاذ

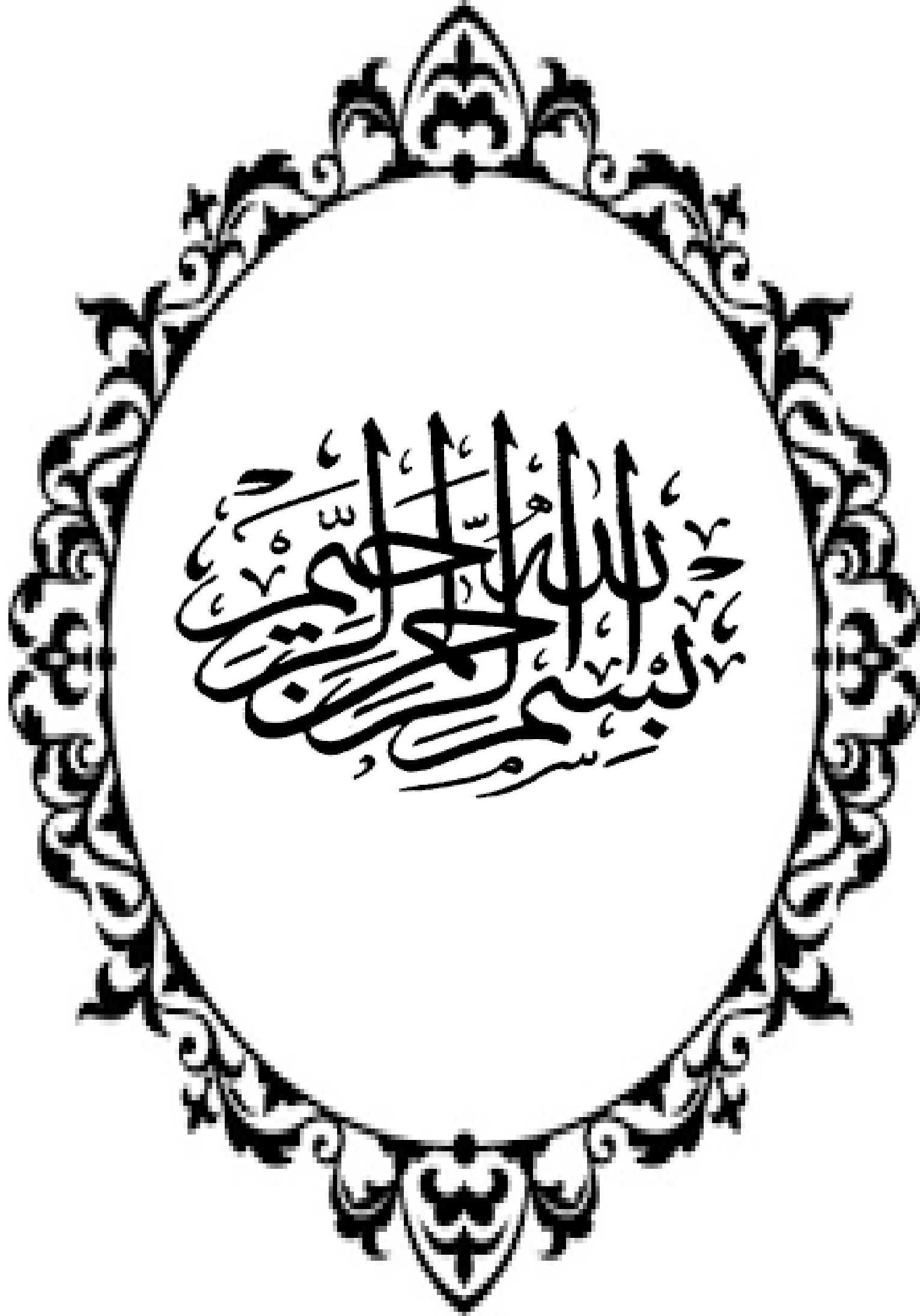
د. جوادي خالد

إعداد الطلبة:

بوراس توفيق

السنة الجامعية 1440-1441هـ/2019-2020م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



الشكر والعرفان

الحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه على كل النعم التي
انعم بها علينا وعلى نعمة العلم والتوفيق لانهاى هذا العمل.

امتانا للأستاذ الفاضل "جواى خالى" لإشرافه على

بحثنا وعلى كل الدعم والتوجيه والمساندة التي قدمها لنا..

وكل الشكر للدكاترة الذين تفضلوا بقبول مناقشة هذا العمل

وأقدم بالشكر الخاص إلى كل من ساهم فى إعداد

هذا العمل ولو بالكلمة الطيبة. |

*****إهداء*****

*

أهدي هذا العمل:

إلى

والدَيِّ الأعزاء اللذان سهرا من أجلي.

وإلى إخوتي وأخواتي

وإلى كل من ساعدني في إنجاز هذا البحث من قريب أو

بعيد.. وأخص بالذكر ** حريزي رشيد** بوراس عزيز

** اللذان مدا لي يد العون طيلة إنجاز هذا البحث.

كما لا يفوتني أن أتقدم بالشكـو الجزيل أيضا إلى جميع

الطلبة و الطالبات الذين كانوا سندا لي في انجاز هذا

البحث.

قائمة المحتويات

الرقم	قائمة المحتويات
//	شكر وعرافان
//	إهداء
//	قائمة المحتويات.....
//	قائمة الجداول
//	الملخص باللغة العربية
//	الملخص باللغة الانجليزية
أ	مقدمة
	الجانب المنهجي
	الفصل الأول: الاطار العام للدراسة
05	1-1- إشكالية الدراسة.....
06	1-2- فرضيات الدراسة.....
06	1-3- أهمية الدراسة.....
07	1-4- أهداف الدراسة.....
07	1-5- تحديد المفاهيم و المصطلحات.....
08	1-6- الدراسات السابقة.....
11	1-7- مميزات الدراسة الحالية.....
	الفصل الثاني: برامج التأهيل
14	-تمهيد.....
15	1-2- تعريف التأهيل.....
15	2-2- أنواع التأهيل.....
19	2-3- خلاصة.....
	الفصل الثالث: جودة الحياة
21	-تمهيد.....
22	1-3- مفهوم جودة الحياة.....
25	2-3- أبعاد جودة الحياة.....
27	3-3- مقياس جودة الحياة.....
30	3-4- خلاصة.....
	الجانب التطبيقي
	الفصل الرابع: منهجية الدراسة
32	-تمهيد.....
33	1-4- الدراسة الاستطلاعية.....
33	2-4- المنهج المتبع في الدراسة.....

33	3-4-متغيرات الدراسة.....
34	4-4-مجتمع وعينة الدراسة.....
34	4-5-أساليب جمع البيانات(أدوات جمع البيانات).....
37	4-6-الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة.....
47	4-7-تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية.....
47	4-8-خطوات إجراء للدراسة الميدانية.....
48	- خلاصة.....
الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج	
50	- تمهيد.....
51	5-1-عرض النتائج.....
58	5-2-تحليل ومناقشة النتائج.....
60	5-3-مناقشة النتائج في ظل الفرضيات.....
62	- خلاصة.....
الفصل السادس: الاستنتاجات والاقتراحات	
64	6-1- الاستنتاج العام.....
64	6-2- الاقتراحات.....
65	- خاتمة.....
67	- قائمة المصادر و المراجع.....
72	- قائمة الملاحق.....

قائمة الجداول

الرقم	الجدول
33	الجدول رقم (01) صدق الاتساق الداخلي لعبارات البعد الاجتماعي جودة الحياة
34	الجدول رقم (02) صدق الاتساق الداخلي لعبارات البعد النفسي جودة الحياة
35	الجدول رقم (03) صدق الاتساق الداخلي لعبارات البعد الانفعالي جودة الحياة
36	الجدول رقم(04) صدق الاتساق الداخلي لعبارات التكفل بالعلاج الحركي لبرامج التأهيل
36	الجدول رقم (05) صدق الاتساق الداخلي لعبارات الإجراءات التي يجب اتخاذها لتحسين عمل المعالج الطبيعي لبرامج التأهيل
37	الجدول رقم (06) صدق الاتساق الداخلي لعبارات العلاج الحركي لبرامج التأهيل
38	الجدول رقم (07) صدق الاتساق الداخلي لعبارات درجة الرضا عن برنامج التأهيل
38	الجدول رقم (08) صدق الاتساق الداخلي للمحاور جودة الحياة وبرامج التأهيل
39	الجدول رقم (08) صدق الاتساق الداخلي للمحاور جودة الحياة وبرامج التأهيل
43	الجدول رقم (01) : يبين جنس أفراد عينة البحث .
44	الجدول رقم:02 يبين السن
45	الجدول رقم:03 يبين سبب الإعاقة
46	الجدول رقم:04 يبين سبب الإصابة
47	الجدول رقم :05 يبين مدة التأهيل
48	الجدول رقم :06 يبين المستوى الدراسي
49	الجدول رقم :07 يبين نوع الرياضة الممارسة
50	جدول رقم(08) العلاقة بين التأهيل الحركي والبعد الاجتماعي.
51	الجدول رقم:(09) العلاقة بين التأهيل الحركي والبعد النفسي.
52	جدول رقم(10) العلاقة بين التأهيل الحركي والبعد الانفعالي.

ملخص الدراسة :

تهدف الدراسة إلى العلاقة بين برامج التأهيل و مستوى إدراك جودة الحياة ،وقد اختيرت عينة الدراسة بطريقة قصدية ،وشملت 20 مصاب بمرض بمرکز ولتحقيق أهداف الدراسة قمنا بإتباع المنهج الوصفي، كما اعتمدنا على الرزمة الإحصائية spss في تحليل البيانات.

وقد خلصت الدراسة إلى النتائج التالية :

1. توجد علاقة ارتباطيه بين برامج التأهيل وجودة الحياة
2. توجد علاقة ارتباطيه بين برامج التأهيل وجودة الحياة (البعد الاجتماعي)
3. توجد علاقة ارتباطيه بين برامج التأهيل وجودة الحياة (البعد النفسي)
4. توجد علاقة عكسية بين البعد الانفعالي وبرامج التأهيل أي كلما زادت برامج التأهيل قل الانفعال .

Study summary:

The study aims at the relationship between rehabilitation programs and the level of perception of quality of life, and the sample of the study was chosen in an intentional way, and included 20 patients with a center. To achieve the objectives of the study, we followed the descriptive approach, and we also relied on the statistical package .spss in analyzing the data

The study concluded the following results

- 1-There is a correlation between rehabilitation programs and quality of life.
- 2- There is a correlation between rehabilitation programs and the .
.(quality of life (social dimension
- 3-There is a correlation between rehabilitation programs and quality .
.(of life (the psychological dimension
- 4- There is an inverse relationship between the emotional .
dimension and the rehabilitation programs, that is, the more
.rehabilitation programs, the less emotion

مقدمة

مقدمة:

شهد العالم بعض التغيرات في نظرتة للأخلاقيات التي تسودوه فاليوم لم يعد عالما يتقبل إعاقة أو وفاة نتيجة وقوع إحداث طارئة مفاجئة فأخلاقياتها بدأت ترتفع بقدر ما لدينا من إمكانيات وقدرات جديدة وأصبح العلم ينضج لحالات العجز والإعاقة، وازاد إدراكنا لأهمية حقوق المعاقين في المجتمع، لان هذه الفئة لها الحق في الحياة والنمو الصحي.

لذلك نري أن هناك نموا تاريخي المراحل التأهيل وانه تطور مع مرور الوقت نظرا للحاجة الماسة له، وفي أواخر السبعينيات قدمت منظمة الصحة العالمية بواسطة فريق من الخبراء نموذج تأهيل يهدف إلى تلبية احتياجات التأهيل الضرورية، ومع بداية الثمينيات تم تصور التأهيل وتطوره بشكل أساسي كطريقة لتقديم الخدمات مع التركيز على الخدمات الطبية، وقد أوصت منظمة الصحة العالمية على أن يتم دمج هذه الخدمة مع الرعاية الصحية الأساسية الموجودة بالفعل في الدول النامية، وكننتيجة لذلك مالت برامج التأهيل إلى اللجوء إلى القدرة الوظيفية لدي الأفراد المعاقين كي يتم التوفيق بينهم داخل مجتمعاتهم، وخلال عقدي الثمانينات و التسعينات تطور برنامج التأهيل ليشمل التعليم و التدريب واعادت التأهيل الاجتماعي وأساليب الوقاية من الإعاقة إلى جانب هذا فان التأهيل ليس للتعامل مع المعاق كفرد، بل لتغيير البيئة التي يعيش فيها أيضا .

ولعل تزايد الاهتمام بتقديم الخدمات التأهيلية للمعوقين يرجع إلى ارتفاع حجم الإعاقة .

وفي هذا السياق أصبح ينظر لإدراك الفرد لجودة حياته من المنظور النفسي كقضية تتداخل مع أبعاد جودة الحياة من المنظورات الأخرى باعتبارها من العوامل الأساسية المساعدة على حسن استثمار ما لدى الفرد من طاقات وإمكانيات وتؤثر بصورة مباشرة على سعادته وتكيفه واستقراره ومدى ايجابيته أو إعاقته عن أداء أدواره الطبيعية في الحياة ومن ثم أصبح موضوع جودة الحياة مفهوما محوريا في البحوث و الدراسات واستخدم بمعاني متعددة في سياقات مختلفة في العلوم الطبيعية و الإنسانية فكما يرى الأشول فانه نادرا ما يحظى مفهوم ما بالتبني الواسع على مستوى الاستخدام العلمي أو الاستخدام العملي العام في حياتنا اليومية، وبهذه السرعة مثلما حدث لمفهوم جودة الحياة، وفي هذا الإطار دخل مفهوم جودة الحياة إلى مجال الطب عندما نقده نتائج العلاج الطبي التقليدي المتعلقة بالوفيات و الأمراض من حيث تركيزها على مجال ضيق ومحدود، حيث حاول الطالب الباحث في دراسته الكشف عن العلاقة بين برامج التأهيل و مستوى إدراك جودة الحياة من خلال ستة فصول حيث تطرقت في الفصل الأول إلي

إشكالية الدراسة بما في ذلك تحديد فرضيات الدراسة وأهمية الدراسة و أهدافها وتحديد المفاهيم والمصطلحات الأساسية للدراسة

أما في الفصل الثاني و الثالث للتحليل المفاهيمي للمتغيرات الأساسية للدراسة ، حيث تطرقت في الفصل الثاني إلي برامج التأهيل و أنواعها أما في الفصل الثالث تطرقت إلي جودة الحياة و أبعادها .

تطرقنا في الفصل الرابع وهو الجانب التطبيقي قمت بدراسة استطلاعية وتحديد متغيرات الدراسة ومجتمع الدراسة وأساليب جمع البيانات.

أما في الفصل الخامس قمت بعرض وتحليل ومناقشة النتائج والاستنتاج.

وفي الفصل السادس الاستنتاجات و الحلول .

الفصل الأول

الإطار

التمهيد

1-1- إشكالية الدراسة

يعد مفهوم جودة الحياة احد مفاهيم علم النفس الايجابي الحديثة على مستوى تتاولها في البحث العلمي و التي حظيت باهتمام خاص لاسيما في نقاشات الباحثين و العلماء ودراسهم التي تتعلق بالعديد من قضايا الحياة المختلفة حيث يشير ("إسماعيل بكر 2011 ص 2) إلى تزايد الاهتمام بهذا المفهوم في عدة مجالات على مستوى البحث النظري والميداني .

فمع تزايد إعداد البحوث و الدراسات التي أجريت حول موضوع جودة الحياة ،فقد توجه اهتمام البعض منهم إلى دراسته لدى فئات وشرائح اجتماعية متعددة ومختلفة. إلى أن منظمة الصحة العالمية تعرف جودة الحياة على أنها إدراك الفرد لوضعه المعيشي في سياق أنظمة الثقافة و القيم في المجتمع الذي يعيش فيه وعلاقة هذا الإدراك بأهدافه وتوقعاته ومستوى اهتمامه .

كما عرف عبد المعطي جودة الحياة على أنها رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع و التقدم نحو نمط الحياة التي تتميز بالترف ، وهذا النمط من الحياة لا يستطيع تحقيقه سوى مجتمع الوفرة ،ذلك المجتمع الذي استطاع أن يحل كافة المشكلات المعيشية لغالبية سكانه (عبد المعطي 2005 ص13) إلا أن منسي وكاظم عرفا جودة الحياة على أنها شعور الفرد بالرضي والسعادة و القدرة على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة و رقي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه (منسي وكاظم 2006،ص63) .

وقد عرفها كذلك بونومي وباتريك وبوشنيل على أن جودة الحياة مفهوم واسع يتأثر بجوانب متداخلة من النواحي الذاتية و الموضوعية ،مرتبطة بالحالة الصحية والحالة النفسية للفرد ومدى الاستغلال الذي يتمتع والعلاقات الاجتماعية التي يكونها ،فضلا عن علاقته بالبيئة التي يعيش بها .

ومع تزايد الاهتمام منذ عقد الثمانينات بعمليات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة بعد التحول من سياسة التأهيل داخل المؤسسات المتخصصة إلى استراتيجيات التأهيل المرتكز على المجتمع استتبع ذلك البدا في تخطيط وتنفيذ برامج التأهيل .

أن عملية التأهيل هي واجب و مسؤولية الجميع ،لذلك فان توفير التأهيل الاجتماعي والطبي و النفسي ،المهني ، يصبح عملية مهمة للمصاب أو المعاق من اجل مساعدته على التكيف مع المجتمع وتقبل ذاته ليصبح عضوا ومشاركا في البناء .

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية في عام 1969 التأهيل هو الاستخدام المنسق والمجتمع للتدابير الطبية و الاجتماعية و التربوية والمهنية في تدريب الفرد (أو إعادة تدريبه) للوصول إلى أعلى مستوى ممكن من القدرة الوظيفية .

فالتأهيل هو عبارة عن عملية إعادة تكيف الإنسان مع البيئة أو إعادة الإعداد للحياة (فهمي، 2000، ص20)

ويعرف على انه استعادة الشخص المعوق لأقصى ما تسمح به قدراته من النواحي الجسمية والعقلية و الاجتماعية والمهنية و الاقتصادية (الزارع 2003، ص 31)

وعليه يمكن طرح التساؤل التالي :

- هل هناك علاقة بين برامج التأهيل ومستوى إدراك جودة الحياة ؟

1-2- فرضيات الدراسة

في ضوء الأهداف النظرية للبحث وطبقا لما أسفرت عليه بعض الدراسات السابقة قمت

بصيغة فروض البحث كما يلي :

1- توجد علاقة ارتباطيه بين البعد الاجتماعي وبرامج التأهيل

2- توجد علاقة ارتباطيه بين البعد النفسي و برامج التأهيل

3- توجد علاقة ارتباطيه بين البعد الانفعالي و برامج التأهيل

4- توجد علاقة ارتباطيه بين جودة الحياة وبرامج التأهيل.

1-3 أهمية الدراسة

تظهر أهمية الدراسة في النواحي التالية :

إثراء البحث العلمي

تسليط الضوء على المعاقين أو المصابين وقياس جودة الحياة لديهم وإجراء البحوث والدراسات العلمية التي تساعد على الارتقاء بجودة الحياة

أهمية عينة الدراسة التي تمثل المعاقين أو المصابين وما لهذه الفئة من خصائص اجتماعية تميزها عن غيرهم

التوعية بأهمية الارتقاء بجودة الحياة الصحية والنفسية للمعاقين او المصابين .

1-4- أهداف الدراسة :

نهدف من خلال دراستنا هذه إلى :

-التعرف على محتوى برامج التأهيل وانعكاسها على جودة الحياة

معرفة طبيعة العلاقة بين جودة الحياة وبرامج التأهيل

تحديد طبيعة الفروق بين أفراد عينة البحث

التعرف على الصعوبات والمشكلات التي تحول دون تحقيق برامج تأهيل مناسبة

التعرف على مستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة البحث

1-6- المفاهيم و المصطلحات

- تعريف جودة الحياة

لغة: يأتي تعبير الجودة في أصل اللغة العربية من الفعل "جود" أي شيء جيد و الجمع "جواد" وجياد بالهمزة ،ومنها أجاد الشيء أي أحسنه و"جودة تجويدا" أي قدمه على أكمل وأحسن وجه ممكن(عزب ،2004،ص 585).

اصطلاحا: بسبب تعدد تعريفات مفهوم جودة الحياة وتنوع السياقات التي يستخدم فيها هذا المفهوم، يتعين على الباحثين التحديد الدقيق لطبيعته وخصائصه في ضوء هدف البحث الذي يقومون به.

-التعريف الإجرائي لجودة الحياة:

جودة الحياة شعور الفرد بالرضا والسعادة من خلال إقامة علاقات أسرية مستمرة وتمتعه بصحة جسمية ونفسية والشعور بالسعادة والرضا عن الحياة.

تعريف التأهيل:

لغة: إعداد وهي مشتقة من أصل تأهيل أهال تأهل أهلية أصل مؤهلات (تعريف لغوي معجم الغني ص35).

اصطلاحاً: مفهوم التأهيل يعرف التأهيل بأنه استعادة الفرد ذي الإعاقة لأقصى ما تسمح به قدراته في النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية والاقتصادية كما ينظر إلى التأهيل على أنه إعادة التكيف أو إعادة الإعداد للحياة.

التعريف الإجرائي التأهيل: وهو استعادة الشخص المعاق أو المصاب إلي ما تسمح به قدرته إلي استرجاع النواحي الجسمية أو العقلية أو النفسية أو تزويد المعاق بالمهارات اللازمة للعمل في المحيط الذي يعيش فيه.

6- الدراسات السابقة:

يتضمن هذا القسم استعراضاً للعديد من الدراسات السابقة العربية و الأجنبية التي تناولت موضوع تقويم فاعلية التأهيل النفسي و الاجتماعي و المهني للمعاقين في فلسطين من وجهة نظر المعاقين و العاملين في المراكز التأهيلية، حيث استخدمت الباحثة دراسات ذات علاقة بدراستها الحالية، حيث اعتمد الباحث عند مراجعة الدراسات السابقة على المجالات التي استهدفتها في الاستبانة، لأنها الركائز التي اعتمدت عليها في عملية التقييم، وتم تصنيف البحوث وفق:

1. دراسات العربية:

وهناك دراسة الخطيب (1991) التي هدفت إلى تقييم برامج التأهيل المهني للمعوقين من وجهة نظر المنتفعين منها. حيث وزع استبانته كان قد عمل على تطويرها على الأشخاص المعوقين الذين تخرجوا من مراكز التأهيل المهني في الفترة (1983) - (1988) من مراكز التأهيل الأردنية وبلغ عدد الخريجين 66 شخصاً. أشارت النتائج إلى أن حوالي 73 % ممن تمت متابعتهم كانوا يعملون عند إجراء الدراسة إلا أن نسبة كبيرة منهم غيرت عملها أو أنها بصدد تغييره، ولقد أبدى معظم الخريجين مواقف إيجابية نحو البرنامج، لكنهم أشاروا إلى تحديات كثيرة تواجههم بعد التخرج منها الاتجاهات السلبية لأصحاب العمل وعدم توافر المهن المناسبة في سوق العمل وعدم توافر تدريب شامل وعادل.

أجرى الشمري (2003) دراسة هدفت إلى التعرف على ترتيب الإيجابيات

والسلبيات لبرامج التأهيل المهني للمعوقين التي تقدمها مراكز التأهيل المهني للمعوقين، من وجهة نظر كل المعوقين والمشرفين ورجال الأعمال، والتعرف على دلالة الفروق في النظر إلى برامج التأهيل المقدمة للمعوقين، والتعرف على دلالة الفروق في النظر إلى برامج التأهيل المقدمة من المشرفين وهل تعود إلى اختلاف طبيعة العمل والمستوى التعليمي.

وتناولت دراسة نيلسون وقطينة (2005):

تقييم برنامج التأهيل المجتمعي في فلسطين من منظور الأشخاص المعاقين أنفسهم . حيث حاولوا التعرف على مدى مساهمة برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في تحسين نوعية حياة الأشخاص المعاقين في فلسطين واقترح السبل التي من شأنها أن تمكن البرنامج من تلبية احتياجات الأشخاص المعاقين بمزيد من الكفاءة. ولتحقيق الهدف السابق قام الباحثان بإجراء الدراسة في كل من محافظة جنين في الشمال ومحافظة الخليل في جنوب الضفة الغربية إضافة إلى غزة حيث تكون مجتمع الدراسة من (650) شخص تم اختيار عينة عشوائية طبقية بلغ حجمها (130) شخصا ، موزعين على المناطق التي يعمل فيها البرنامج واعتمدت المشاهدة والمقابلة وحلقات النقاش كأداة لجمع البيانات ، وتم تحليل الإجابات وتصنيفها وفقا لثمانية مجالات لتوعية الحياة) حسب تعريف (DISSAI) كما تم تحليل النتائج حسب الجنس، والعمر ، ونوع الإعاقة . وجرى البحث في البيانات المحتملة بين المناطق ومختلف المؤسسات المنفذة للبرنامج . وقد خلصت الدراسة إلى ما يلي :

- قدرة المعاقين على تقرير أمورهم بأنفسهم وقدرتهم على التأثير و الرفاه المادي و الاقتصادي .

ضعف تأثير البرنامج في الأثر الذي تركه على بعض المجالات بحسب نوع الإعاقة ،والجنس ، والمنطقة ، والمؤسسة المنفذة للبرنامج .

تقديرات أولياء الأمور، و امتلاك الأفراد المعاقين سمعيا لجميع المهارات تقريبا حسب تقديرات

المعلمين وأولياء الأمور، وامتلاك الأفراد المعاقين حركيا (21) مهارة حسب تقديرات المعلمين، و(12) مهارة حسب تقديرات أولياء الأمور. كما أظهرت النتائج أن أكثر المهارات امتلاكها من

مهارات الحياة الانتقالية للأفراد المعاقين هي المهارات الاجتماعية تليها

مهارات تقرير المصير .

دراسة ستانفورد روبن واخرون (2003)

وهدفت الدراسة التعرف الى المدى الذي تسهم فيه خدمات التاهيل في رفع رفاهية المعاق والتعرف الى الرغبات التي من شأنها يتم تقديم برنامج التاهيل من قبل من يحتاجه واختبار ماتسهم به مهارات الحياة و جودة الحياة باعتبارهما عنصرين مؤثرين في عملية التقييم ، وتكونت عينة الدراسة من الجنسين (ذكورا واناثا) مع المجتمع الامريكي و الانجليزي ، وقد اعتمدت الدراسة علي استبيانات تقييمية شملت عدة محاور :

مهارات الاعتماد علي النفس

مهارات الحركة الذاتية

مهارات الاتصال

مهارات الادارة الصحية

مهارات البحث عن العمل

مهارات التكيف المهني

المهارات الاجتماعية

المهارات الجسدية

هنا أسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج تتلخص فيما يلي :

- كلما أصبح الشخص المعاق أكثر استقلالية في تادية مهامه الوظيفية كلما ساهم ذلك في تطوير أسلوب حياته

- كلما انخفضت نسبة العجز في توفير الخدمات زادت قدرته علي تادية وظائفه

- لا يزال مفهوم جودة صعب في التعامل معه لأنه يعتمد علي مفهوم الفرد للرفاهية

- الخدمات الواجب توفيرها والتي من شأنها العمل علي تحسين جودة الحياة للمعاقين .

دراسة خميس (2009)

في دراستها لجودة الحياة وعلاقتها بكل من الرضا الوظيفي وقلق المستقبل لدى معلمات رياضة الاطفال في ضوء متغير الخبرة المهنية ،الى ان هناك ارتباط موجب بين جودة الحياة و الرضا الوظيفي لصالح المعلمات ذوات الخبرة المهنية اكثر من 10 سنوات كما ان هناك ارتباط يعانين من درجة عكسي بين جودة الحياة وقلق المستقبل لديهن اي ان المعلمات اكثر قلقا منخفضة من جودة الحياة.

دراسة الهنداوي (2011)

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن علاقة الدعم الاجتماعي بمستوي الرضا عن جودة الحياة

لدى المعاقين حركيا لمحافظة غزة حيث تكونت العينة من 201 من المعاقين بإعاقات حركية من جميع % و 82 من الإناث أي بنسبة 40.8% متنوعة منهم 119 ذكور بنسبة 59.2 محافظة غزة وقد استخدم الباحث مقياس جودة الحياة كما استخدم الباحث عادة أساليب إحصائية منها المتوسطات الحسابية النسبية ومعامل ألفا ومعامل الثبات بطريقة التجزئة النسبية one ومعامل ارتباط بيرسون ومعادلة سبيرمان براون واختبارات تحليل التباين الأحادي وأسفرت الدراسة على عدة نتائج منها: wayanova

- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصادر الدعم الاجتماعي و الرضا عن جودة الحياة.

- لا تتوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي في أبعاده ودرجته الكلية والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين.

1-7- مميزات الدراسة الحالية

- قلة البحوث المرتبطة بهذا المجال الذي يجعل الاهتمام به ضرورة أكيدة لإثراء الساحة العلمية بمعلومات يمكن الاستفادة منها في بحوث لاحقة
- الرغبة في دراسة المتغيرات في إطار تأثير برامج التأهيل
- أهمية الموضوع أو الدراسة التي تهتم بالفئة المهمشة لذا وجب الاهتمام بها

التعقيب على الدراسات السابقة:

التعقيب على الدراسات العربية:

هذه الدراسة بعنوان تقييم برامج التأهيل المهني للمعوقين من وجهة نظر المنتفعين منها والتي هدفت الى معرفة استقرار العمال او تغيير مكان عملهم وتمثلت عينتها في 66. خريج جامعة كما استخدمت اداة الاستبيان لجمع البيانات وفقا لمنهج الوصفي وكان من ابرز نتائجها إبداء مواقف ايجابية نحو البرنامج

التعقيب على الدراسات الأجنبية:

هذه الدراسة بعنوان المدى التي تسهم فيه خدمات التأهيل والتي هدفت الى رفع المعاق و التعرف على الرغبات وتمثلت عينتها الدراسة من الجنسين ذكورا واناثا من المجتمع الامريكي و المجتمع الانجليزي كما استخدمت استبيانات تقييمية لجمع البيانات وفقا عادة أساليب إحصائية منها المتوسطات الحسابية النسبية ومعامل ألفا ومعامل الثبات بطريقة التجزئة النسبية ومعامل ارتباط بيرسون ومعادلة سبيرمان براون واختبارات وكان من ابرز نتائجها-لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصادر الدعم الاجتماعي و الرضا عن جودة الحياة.
-لا تتوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي في أبعاده ودرجته الكلية والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين.
اتفقت الدراسات السابقة سواء منها العربية والأجنبية على هدف مشترك وهو كيفية التعامل مع خدمات التأهيل .

كما اتفقت الدراسات السابقة في عينتها حيث طبقت الدراسة على الاستبيان في تحليل و الوصول إلى النتائج .

اختلفت الدراسات عن بعضها البعض في احتوائها على تصور مقترح و كذلك اختلفت الدراسات عن بعضها في انها تناولت مشكلة الدراسة من جانب نظري مستخدمة منهج تحليل المحتوى.

الفصل الثاني

برنامج التأهيل

تمهيد :

بدأت خدمات التأهيل تنمو وتظهر بشكل عام عندما ازدادت حاجة المجتمعات إلى ترسيخ مبدأ المساواة وتكافؤ الفرص ،حيث الحاجة إلى الأشخاص القادرين على العمل بدأت تزداد وذلك من أجل سد حاجة البلاد الصناعية في ظروف الحرب او الطفرة الصناعية و النمو السريع لهذه البلاد وتوفير الأمن و الحماية الاجتماعية ليكون الأفراد قادرين على العمل و الإنتاج ، والقيام بالتشخيص و العلاج المبكرين لكثير من الأمراض لتفادي أي عجز ينتج عنهما ، وقد يساهم أيضا في تطور خدمات التأهيل وشعور المسؤولين عن برامج التربية الخاصة و الرعاية الاجتماعية لان بعض أشكال التعليم و الخدمات المؤسسية لم تعد تكفي وحدها بل يجب تطور أشكال أخرى أكثر فائدة وشمولا

3-1- تعريف التأهيل: إذا كان هدف التربية الخاصة هو تنمية طاقات وقدرات الفرد لأقصى درجة ممكنة ، تمكنه من استغلالها فان التأهيل يأتي مكملا لهذا الجانب ، وذلك لمساعدة الفرد لاستغلال هذه القدرات في المجالات المناسبة وذات القيمة في حياته تجعله مستقلا و منتجا و معتمدا على نفسه

حيث عرفته منظمة العمل الدولية عملية مستمرة ومتراصة تنطوي على تقديم الخدمات المهنية كالتوجيه المهني والتدريب المهني والتشغيل مما يجعل المعاق على ان يحصل على عمل مناسب والاستقرار فيه و قد يحصل الفرد على نوع أو أكثر من أنواع التأهيل (نفسى- طبي - اجتماعى- مهني - رياضى)(مروان عبد المجيد ابراهيم ص59)

- **تعريف منظمة الصحة الدولية:** الاستفادة من الخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية والتربوية و المهنية من اجل تدريب و إعادة تدريب الأفراد لتحسين مستوياتهم الوظيفية. (مروان عبد المجيد ابراهيم ص62)

- **تعريف د.مارفين ب سوسمان:**

الجهود المبذولة وفق القواعد هذا الفن مع عديد من الناس ممن أصابهم قصور بدني او حسي او مجتمعي ،فمنهم المعاقين بدنيا كالموترين و الأمراض بأمراض مزمنة او المشوهين في قوامهم او تركيبهم البدني ،ومنهم المعاقين جسميا و المعاقين عقليا و المعاقين حسيا كالمكفوفين و الصم و اليكم ،وكذلك المعاقين اجتماعيا كالأحداث الجانحين و المجرمين و المتشردين . (مروان عبد المجيد ابراهيم ص62)

- **تعريف محمود حسن :**

عملية مترابطة مستمرة تؤدي الى تقديم خدمات مهنية للمعاقين ويهيئ لهم فرصة الحصول على عمل مناسب و الاستقرار فيه. (مروان عبد المجيد ابراهيم ص62)

3-2- أنواع التأهيل:

ذكرنا باننا خدمات التأهيل شاملة ،وأشكاله متعددة كما ان هذه الخدمات يمكن ان تكون على شكل برامج منفصلة عن بعضها البعض ، ويمكن ان تكون برامج متصلة ومتكاملة:

وأنواع التأهيل :

التأهيل الطبي

التأهيل النفسي

التأهيل الحياتي

التأهيل الاجتماعي

التأهيل المهني

(التأهيل الأكاديمي) (مروان عبد المجيد ابراهيم ص115)

3-2-1- التأهيل الطبي :

يلعب التأهيل الطبي دورا هاما في عملية التأهيل الكلي للفرد، ويبدأ العمل مع حالات الإعاقة منذ لحظة اكتشاف الحالة و يكون التدخل الطبي بوقت مبكر من الحالات ظاهرة الإعاقة أو شديدة الإعاقة أو المتعددة الإعاقة ، نظرا لوضوحها و سهولة اكتشافها مبكرا نتيجة لظهور الأعراض الدالة عليها، ولا يعني ذلك إهمال تأهيل الطبي للإعاقة الخفية بل يعمل أيضا على تخفيف حدة الإعاقة قدر الإمكان وتقديم الخدمات الطبية سواء كانت تصحيحية أو جراحية أو علاجية لمنع المضاعفات والتقدم بها ويهدف التأهيل الطبي إلى تحسين الصحة الجسمية والعقلية التي تهدف إلى المحافظة على طاقة الفرد المعوق يستطيع القيام بالنشاطات الحياتية اليومية والعامة والعمل .

3-2-2- التأهيل النفسي:

تلعب ظروف الإعاقة او الإصابة بالعجز أو المرض المزمن والعاهة دورا كبيرا في خلق وترك الآثار النفسية في شخصية الفرد المصاب وهي تؤثر كذلك في ردود أفعال الآخرين نحو هذا الشخص وخاصة أفراد الأسرة والرفاق من حيث تقبلهم لهذا الشخص أو الابن المعوق وتفاعلهم معه الأمر الذي يشكل ضعفا نفسيا عليه ويؤثر في تكوين وإعادة تكوين مفهومه لذاته.

ومن جهة أخرى فان الإنسان وهو يعيش في هذا الوسط الاجتماعي المتشابك الأطراف تؤثر العديد من العوامل والضغوطات على هذا الفرد ومن هذه العوامل ، العمل ،الدراسة ،وعوامل أسرته، وعوامل خاصة، والتأهيل النفسي يأخذ أحد الأشكال التالية :

الإرشاد النفسي

التوجيه المهني

العلاج النفسي

(الطب النفسي)

ويعرف التأهيل النفسي بأنه:

وهو مساعدة المعوق على التكيف والتوافق النفسي، والتكيف هو القدرة على التعايش مع الإعاقة دون شعور بالنقص أو الشعور بأنه أقل من غيره أو عدم الشعور بالأمان أو اليأس أو الحزن أو القلق . (مروان عبد المجيد ابراهيم ص116)

3-2-3- التأهيل الحياتي:

ويكون بتدريب المعاق على التوازن مع بيئته وخدمة نفسه ولا يحتاج إلى المساعدة إلا في حدود ما تمنعه الإعاقة من ممارسته لوحده، و التأهيل يكون بكافة النشاطات الحياتية مثل تعليم العادات والتقاليد والعناية بالنفس و الاعتماد عليها وإعداد الطعام والاتصال بالآخرين واستخدام وسائل الاتصال مثل الرسائل والهاتف وغيرها. (مروان عبد المجيد ابراهيم ص117)

3-2-4- التأهيل الاجتماعي :

وهو مجموعة من الخدمات تهدف الى مساعدة الفرد على التكيف والتفاعل بشكل ايجابي مع المجتمع، وهو ميدان هام من ميادين الخدمة الاجتماعية وخدماته تعتبر مكملة وأساسية في ميدان تربية وتأهيل المعوقين والتربية الخاصة وخدمات التأهيل الاجتماعي تهدف إلى تطوير السلوك المناسب والملائم عند الفرد لتمكينه من القيام بدوره الاجتماعي المناسب، ويستجيب المتطلبات الاجتماعية في المواقف والظروف المختلفة .

ويلعب التأهيل الاجتماعي دورا هاما في المعاملة مع أفراد المجتمع المحلي سلمنا بالقاعدة القائلة بان ليست المشكلة بالإعاقة ولكن المشكلة تكمن بالمجتمع المعيق . (مروان عبد المجيد ابراهيم ص118)

3-2-5- التأهيل المهني: وهو تلك المرحلة من عملية التأهيل المتصلة والمنسقة التي

تشمل توفير خدمات مهنية مثل التوجيه المهني والتدريب المهني والاستخدام الانفيادي بقصد تمكين الشخص المعوق من ضمان عمل مناسب والاحتفاظ فيه.

وبما أن عملية التأهيل عملية مستمرة والتأهيل المهني جزء من هذه العملية فهو يهدف إلى تحقيق الكفاية الاقتصادية عن طريق العمل والانشغال بمهنة او حرفة او وظيفة والاستمرار بها

كما تشمل هذه العملية المتابعة و مساعدة المعوق على التكيف و الاستمرار و الرضى عن العمل .

كذلك يحتاج العديد من المعوقين عقليا إلى تعليم تأسيسي قبل البدء في تقديم برامج التدريب المهني مثل برامج التهيئة المهنية وتنقصهم الدوافع المكتسبة او الثانوية الموجودة لدى أقرانهم غير المعوقين لذا فمن الضروري دمج نظام الدافعية ضمن النشاطات التدريبية كاستخدام لوحة تقدم الطالب .

والتأهيل المهني هو الاهتمام بالجانب العملي وبهذا يكون تدريب المعاق تدريب المعاق تدريباً مناسباً للالتحاق بعمل مناسب حسب الإعاقة مثل الاشتراك في الأعمال اليدوية والاهتمام بالمهارات التي تجعلهم يتساوون في الحياة. (مروان عبد المجيد ابراهيم ص119).

-خلاصة:

وفي الأخير التأهيل هو عملية إعادة تكيف الإنسان مع بيئته ، واستعادته لأقصى ما تسمح به قدراته الجسمية والعقلية و الاجتماعية و المهنية والاقتصادية.

الفصل الثالث

جودة الحياة

تمهيد:

يستخدم مصطلح جودة الحياة لتقييم الرفاه العام للأفراد والمجتمعات. يستخدم المصطلح في مجموعة واسعة من السياقات بما في ذلك مجالات التنمية الدولية والرعاية الصحية والعلوم السياسية.

ولا ينبغي الخلط بين مفهوم جودة الحياة وبين مفهوم مستوى المعيشة والذي يستند أساساً على الدخل. بدلاً من ذلك لا تشمل مؤشرات قياس جودة الحياة فقط الثروة وفرص العمل ولكن أيضاً البيئة العمرانية والصحة البدنية والعقلية والتعليم والترفيه وقضاء وقت الفراغ والانتماء الاجتماعي. وأيضاً تشمل جودة الحياة التي يعيشها الإنسان أو يمثلها في الواقع الذي يعيش فيه الشخص -بنفسه وهنا يحدث الفرق بين الذكر و الانثي.

تحاول الورقة الحالية تقديم تصور عام لجودة الحياة النفسية في إطار مصطلح أوسع وأكثر ثراءً هو مفهوم جودة الحياة Quality of Life بشكل عام، مع التركيز على توضيح أبعاد هذا المفهوم، والتأكيد على مضامينه النظرية والتطبيقية بالنسبة لرعاية وتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة على وجه التحديد

2-1 مفهوم جودة الحياة :

تعالج القضايا المرتبطة بالصحة النفسية في الوقت الراهن تحت مصطلح أعم وأوسع دلالة هو مصطلح جودة الحياة Quality of Life ويرتبط مفهوم جودة الحياة في أدبيات المجال بمفهوم جودة الحياة النفسية Psychological Well-being، فقد أصبح موضوع جودة الحياة أو جودة الصحة النفسية في السنوات الأخيرة بؤرة تركيز الكثير من البحوث والدراسات. وتكمن جودة الحياة داخل الخبرة الذاتية للشخص. ويشير دينير ودينير إلى أن جودة الحياة "ببساطة شديدة تقويم الشخص لرد فعله للحياة، سواء تجسد في الرضا عن الحياة (التقويمات المعرفية) أو الوجدان (رد الفعل الانفعالي المستمر) بظروف الحياة ولمدى توافر فرص إشباع وتحقيق الاحتياجات" (Diener&Diener,1995,PP.653-663)

2-1-تعريف جودة الحياة : وعادة ما يتم تعريف مفهوم جودة الحياة في ضوء بعدين

أساسيين لكل منهما مؤشرات معينة: البعد الذاتي، والبعد الموضوعي.

إلا أن غالبية الباحثين ركزوا على المؤشرات الخاصة بالبعد الموضوعي لجودة الحياة. ويتضمن البعد الموضوعي لجودة الحياة مجموعة من المؤشرات القابلة للملاحظة والقياس المباشر مثل: أوضاع العمل، مستوى الدخل، المكانة الاجتماعية الاقتصادية، وحجم المساندة المتاح من شبكة العلاقات الاجتماعية

ومع ذلك، تظهر نتائج البحوث أن التركيز على المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة لا يسهم إلا في جزء صغير من التباين في التقديرات الكلية لجودة الحياة ، كما يبدو أن الارتباطات بين المؤشرات الذاتية والمؤشرات الموضوعية لجودة الحياة كما تقاس: الرفاهية الشخصية العامة overall well-being، الرضا عن الحياة life satisfaction، والسعادة الشخصية personal happiness ضعيفة

ويرى جليمان وإيستربورك وفراي (2004) أن تحليل نتائج الدراسات السابقة في مجال جودة الحياة يفضي إلى التأكيد على أن جودة الحياة بالمعنى الكلي أو العام تنظم وفقاً لميكانيزمات داخلية، وبالتالي يتعين على الباحثين التركيز على المكونات الذاتية لجودة الحياة بما تتضمنه من التقرير الذاتي عن: الاتجاه نحو الحياة بصفة عامة، تصورات وإدراكات الفرد لعالم الخبرة الذي يتفاعل فيه، ونوعية ومستوى طموحات وسرعان ما انتشر هذا التوجه في مجال أدبيات الإرشاد والتأهيل النفسي.

ويؤكد هذا المعنى كل من تيلور وبوجدان (Taylor & Bogdan, 1996)، فريكي وآخرون Vreeke, et al. (1997) إذ يقول تيلور وبوجدان أن " جودة الحياة موضوع للخبرة الذاتية Quality of life is a matter of subjective experience، إذ لا يكون لهذا المفهوم وجود أو معنى إلا من خلال إدراكات الفرد ومشاعره وتقييماته لخبراته الحياتية بينما يشير فريكي (1997) إلى أن "وجود المعايير والقيم الخارجية لا يكون لها معنى إلا في سياق ما تمثله من أهمية وقيمة بالنسبة للفرد نفسه، بمعنى آخر أن المؤشرات الخارجية لجودة الحياة لا قيمة ولا أهمية لها في ذاتها، بل تكتسب أهميتها من خلال إدراك الفرد وتقييمه لها".

وعلى الرغم من عدم الاتفاق على تعريف واحد لمفهوم جودة الحياة، إلا أنه عادة ما يشار في أدبيات المجال إلى تعريف منظمة الصحة العالمية (1995) بوصفه أقرب التعريفات إلى توضيح المضامين العامة لهذا المفهوم، إذ ينظر فيه إلى جودة الحياة بوصفها " إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع: أهدافه، توقعاته، قيمه، واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، حالته النفسية، مستوى استقلاليتها، علاقاته الاجتماعية، اعتقاداته الشخصية، وعلاقته بالبيئة بصفة عامة، وبالتالي فإن جودة الحياة بهذا المعنى تشير إلى تقييمات الفرد الذاتية لظروف حياته" (WHOQOL Group, 1995).

ويرتبط مفهوم جودة الحياة بالمعنى السابق بمفهوم جودة الحياة النفسية كما يتم تدارسه في أدبيات الصحة النفسية، فقد أصبح موضوع جودة الحياة أو جودة الصحة النفسية في السنوات الأخيرة بؤرة تركيز الكثير من البحوث والدراسات. وتكمن جودة الحياة داخل الخبرة الذاتية للشخص. ويشير دينير ودينير إلى أن جودة الحياة النفسية "ببساطة شديدة تقويم الشخص لرد فعله للحياة، سواء تجسد في الرضى عن الحياة(التقويمات المعرفية) أو الوجدان(رد الفعل الانفعالي المستمر)" (Diener&Diener,1995,PP.653-663).

ثم واصل دينير وآخرون (1999) دراساته في مجال جودة الحياة النفسية مؤكداً على أن جودة الحياة النفسية ترتبط بمحاولة رصد " كيف يدرك أو يقدر الناس مختلف جوانب حياتهم النفسية؟ على سبيل المثال، إلى أي مدى يشعر الناس بقدرتهم على السيطرة على حياتهم الشخصية؟ إلى أي مدى يشعر الناس بأن لحياتهم الشخصية معنى وقيمة؟ إلى أي مدى يشعر الناس بامتلاكهم لعلاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين (Diener et al.1999,PP. 276-302)، ومشيراً إلى أن هذا المنظور يسمى منظور جودة الحياة النفسية ويؤسس على ما يعرف الصحة

النفسية الإيجابية بدلاً من التركيز على الخلل أو المرض النفسي الأمر الذي يتسق مع توجهات علم النفس الإيجابي.

في حين يرى باحثون آخرون أن جودة الحياة النفسية أحد مكونات أو أبعاد ما يعرف بجودة الحياة بصفة عامة إذ يفيد لاوتون (1991) إلى أن مفهوم جودة الحياة مفهومًا متعدد الأبعاد يتضمن أربعة أبعاد هي:

الكفاءة السلوكية، ضبط البيئة أو السيطرة عليها، جودة الحياة المدركة، وجودة الحياة النفسية (Lawton,1991,P.35). ويؤكد جونيكز وآخرون (2004) أن بعد جودة الحياة النفسية المكون المحوري لجودة الحياة بصفة عامة، ويعرفان جودة الحياة النفسية على وجه التحديد بأنها بالإضافة إلى تحرر المرء أو خلوه من الأعراض الدالة على الاضطراب النفسي أنها التقدير الإيجابي للذات، الاتزان الانفعالي، الإقبال على الحياة، وتقبل الآخرين (Jonker,etal.,2004,PP. 159-164).

ولا يختلف هذا التعريف في مضمونه عن تعريف دينير (2009) لجودة الحياة ومفاده أن جودة الحياة " الإدراكات الحسية للفرد تجاه مكانته في الحياة من الناحية الثقافية، ومن منظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه الفرد، وكذلك علاقته بأهدافه وتوقعاته وثوابته ومعتقداته، وتشمل أوجه الحالة النفسية ومستوى الاستقلال الشخصي".

وفي محاولة كارول رايف وآخرون (2006) الإجابة عن السؤال التالي: هل جودة الحياة النفسية مصطلح نقيض لمصطلح سوء التوافق النفسي، أو هل جودة الحياة النفسية والمرض النفسي يشكلان أبعادًا منفصلة للصحة النفسية أو للوظيفة النفسية؟ توصلت إلى الإقرار بوجود مدخلين متميزين للإجابة عن هذا السؤال:

- الأول: يرى أنصاره أن جودة الحياة النفسية والمرض النفسي وعليه يؤكد أنصار هذا المدخل على أهمية التعلم عن الضيق والتوتر والاضطراب النفسي أمرًا حتميًا لفهم جودة الحياة النفسية، ومن هنا يمكن القول أن ذوي المستويات المرتفعة من الاضطرابات النفسية (مثل الاكتئاب)، يتوقع أن تكون مستويات جودة حياتهم النفسية متدنية أو منخفضة بصورة دالة كما تقاس مثلاً بمقاييس السعادة، والحياة الهادفة أو ذات القيمة والمعنى، والعكس صحيح.

- الثاني: في حين يؤكد أنصار المدخل الثاني على العكس من ذلك أن جودة الحياة النفسية والمرض النفسي مجالات منفصلة للوظيفة النفسية أو للصحة النفسية، وبالتالي، فإن المعلومات المتعلقة بأسباب، تداعيات، ومتعلقات كل منهما لا يمكن استنتاجها من الآخر.

ويمكن الجمع بين هذين المدخلين من خلال طرح فكرة ما يسمى بمتصل جودة وبناء على ذلك ترى كاورل رايف وآخرون أن جودة الحياة النفسية تتمثل : " في الإحساس الإيجابي بحسن الحال كما يرصد بالمؤشرات السلوكية التي تدل على: ارتفاع مستويات رضى المرء عن ذاته وعن حياته بشكل عام، سعيه المتواصل لتحقيق أهدافه شخصية مقدره وذات قيمة ومعنى بالنسبة له، استقلاليتته في تحديد وجهة ومسار حياته، وإقامته واستمراره في علاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين، كما ترتبط جودة الحياة النفسية بكل من الإحساس العام بالسعادة والسكينة والطمأنينة النفسية". (Ryff,etal.,2006,PP. :85-95). 1

2-2-أبعاد جودة الحياة :

ينظر إلى جودة الحياة على انها تراكيب متعددة الأبعاد وقد اعترف الباحثون الذين حاولوا إجراء قراءة شاملة حول متغير جودة الحياة بانها متغير الابعاد وهلامي الملامح وغامض التفاصيل ويرجع ذلك الى تعدد المجالات التي تستخدمه وهذه الطفرة الأخيرة و الحديثة نسبيا في بحث ودراسة متغير جودة الحياة في الحقول العلمية المختلفة مثل الطب والاقتصاد و علم الاجتماع وبرامج الإرشاد وإعادة التأهيل أكدت أن هذا المفهوم متعدد الأبعاد .

تحدد مجدي ثلاثة أبعاد لجودة الحياة وهي كالتالي :

جودة الحياة الموضوعية : تتمثل بما يوفره المجتمع من إمكانيات مادية، الى جانب الحياة الاجتماعية الشخصية للفرد .

جودة الحياة الذاتية: والتي تعني كيفية شعور كل فرد بالحياة الجيدة والتي يعيشها أو مدى الرضا والقناعة بالحياة ومن ثم الشعور بالسعادة.

جودة الحياة الوجودية: وتعني مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والتي من خلاله يمكن الفرد أن يعيش حياة متناغمة والتي يصل فيها إلى الحد المثالي في الإشباع حاجاته البيولوجية والنفسية كما يعيش في توافق مع الأفكار والقيم الروحية والديني السائدة في المجتمع ويرى "روزن " أن جودة الحياة تتضمن أربع أبعاد أساسية تضمنها القياس الذي أعده لهذا الغرض وهي الضغط النفسي المدرك والعاطفة والوحدة النفسية والرضا .

ويقدم كل من فيلس و بيرري نموذجا لجودة الحياة تتكامل و المؤشرات الموضوعية والذاتية للمدى الواسع لمجالات الحياة وللقيم الفردية ويتضمن هذا النموذج خمسة أبعاد أساسية منها :
الصلاحية الجسمية ،الرفاهية المادية ،الرفاهية الاجتماعية،الصلاحية الانفعالية، والنمو النشاط .

وتشير منظمة الصحة العالمية إلى ان مفهوم الجودة العالمي يتكون من عدة أبعاد مثل: الحالة النفسية، والحالة والانفعالية، والرضا عن العمل، والرضا عن الحياة والمعتقدات الدينية، والتفاعل الأسري، التعليم، الدخل المادي، وهذا وتتكون جودة الحياة من خلال الإدراك الذاتي للفرد عن حالته العقلية، وصحته الجسمية، وقدرته الوظيفية، ومدى فهمه للأعراض التي تعتريه وينذكر (widar.et al 2003) أن هناك اجتماع على وجود اربعة ابعاد رئيسية لجودة الحياة هي:

- **البعد الجسمي:** وهو خاص بالأمراض المتصلة بالأعراض.

- **البعد الوظيفي:** وخاصة بالرعاية الطبية، و مستوى النشاط الجسمي.

- **البعد الاجتماعي:** وهو خاص بالاتصال والتفاعل الاجتماعي مع المحيطين.

- **البعد النفسي:** وهو خاص بالوظائف المعرفية والحالة الانفعالية والإدراك العام للصحة والصحة النفسية والرضا عن الحياة والسعادة.

ويتفق مع ما أشار إليه يدرا وآخرون كل من عبد الوهاب كامل وتايلور والراسي على وجود أربعة أبعاد رئيسية لجودة الحياة أما شالوك فيشير إلى انه ليس هناك حاجة إلى تصميم تغيرات جودة الحياة إلى بعدين (موضوعي وذاتي) بل اعتبره تصنيف تصنيفا ينقصه بعض المرونة حيث توجد متغيرات أخرى تخرج عن هذا التصنيف الثنائي وبذلك يضيف شالوك بان هناك ثمانية أبعاد متنوعة لمفهوم جودة الحياة والتي يمكن أن تختلف في درجة أهميتها وفقا لتوجه الباحث وأهدافه عند دراسة المفهوم المنطقي الذي يحكم الدراسة والأبعاد الثمانية كالتالي:

- **جودة المعيشة الانفعالية:** وتشمل الشعور بالأمن والجوانب الروحية والسعادة، التعرض للمشقة، مفهوم الذات، والرضا أو القناعة.

- **العلاقات بين الأشخاص:** وتشمل الصداقة الحميمة، والجوانب الوجدانية، والعلاقات الأسرية، والتفاعل، المساندة الاجتماعية.

جودة المعيشة المادية: وتشمل الوضع المادي وعوامل الآمال الاجتماعي وظروف العمل والممتلكات، والمكانة الاجتماعية والاقتصادية.

- **الارتقاء الشخصي:** ويشمل التعليم والمهارات الشخصية ومستوى الانجاز .

- **جوده المعيشة الجسمية** : وتشمل الحالة الصحية، التغذية، والاستجمام، النشاط الحركي، ومستوى الرعاية الصحية التامين الصحي، وقت الفراغ، نشاطات الحياة اليومية.

- **محددات الذات** : وتشمل الاستقلالية والقدرة على اختيار الشخصي وتوجيه الذات ، الأهداف والقيم.

- **التضمين الاجتماعي** : ويشمل القبول الاجتماعي والمكانة، وخصائص بيئة العمل ، التكامل والمشاركة الاجتماعية، الدور الاجتماعي، النشاط التطوعي وبيئة المسكن.

- **الحقوق** : وتشمل الخصوصية، الحق في الانتخاب والتصويت ، وأداء الواجبات الحق في الملكية .

تعددت آراء الباحثين حول أبعاد جودة الحياة فمنهم من قسما إلى ثلاثة أبعاد، وآخرون قسموها إلى أربعة أبعاد، أما الدراسة الحالية فقد قسمت جودة الحياة حسب كاظم ومنسي الى خمسة أبعاد وهي الرضا عن الحياة، الأمل في المستقبل، الدعم و المساندة الاجتماعية، الحالة النفسية والانفعالية، والكفاية الاقتصادية .

2-3- مقياس جودة الحياة :

لقد اصبح تصميم مقياس لمتغير جودة الحياة في البحوث الايكلينيكية حسب فايرس و دافيد مهمة اساسية بالنسبة للكثير من الباحثين في هذا المجال وهذا بسبب التنوع في الصياغات التي يستخدم فيها هذا المفهوم .

وفي هذا الصدد يشير منسي وكاظم بان القياس الجيد لجودة الحياة يتوقف عل الوصف الدقيق للحياة الجيدة و التعرف على مستويات الجودة ومن هذه المقاييس :

- مقياس جودة الحياة لفريش 1992:

وهو يقيس الرضا عن الحياة (جودة الحياة)، ويتضمن مقياس الجودة الذاتية الذي يغطي 17 مجال للحياة مثل : العمل الصحة ،وقت الفراغ ، العلاقات مع الاصدقاء و الابناء ،مستوى المعيشة ،فلسفة الحياةالخ.

حيث يطلب من الفرد تقدير الرضا في مجال معين من الحياة وكذلك قيمة او اهمية ذلك المجال بالنسبة للسعادة العامة للفرد .

-مقياس بيرنس: 1995 لجودة الحياة : الذي يشتمل على اربعة مقاييس فرعية مرتبطة باشخصية و الحالة الاجتماعية و الحالة الاسرية والعمل ويساعد هذا المقياس على تقدير الرضا الشخصي بالانجاز .

-مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية 1997:

ومن جهتها قامت منظمة الصحة العالمية بوضع مقياس شامل لقياس جودة الحياة لدى الفرد ولكي يصبح وسيلة موجهة للاستخدام عالميا مع الاخذ بعين الاعتبار تماثل الثقافات بين بلدان العالم ككل.

يتكون WHOQOL من 100 بند في شكله الاصلي و اخر مختصر تم اعدادها وتكييفها في 15 دولة تحت اشراف المنظمة نفسها حيث يسمح المقياس في صورته المطولة بتقدير 6 ميادين لجودة الحياة الصحة الجسمية الصحة النفسية الاستقلالية العلاقات الاجتماعية المحيط الجانبي الروحي.

أما النسخة المختصرة فتتكون من 28 بند او سؤال تقيس اربعة ميادين وهي: الصحة النفسية والصحة الجسمية العلاقات الاجتماعية و المحيط. والاستجابة من خمس نقاط وفقا لسلم التقدير ليكثرت وتتراوح درجات المقياس من 28 الى 140 وتشير الدرجات المرتفعة الى جودة الحياة مرتفعة.

اما النسخة الفرنسية المعدة من طرف لوبلاج واخرون تم تطبيقها على عينة من 2012 فردا يعانون من مرضي عصبي-عضلي وتمت ترجمته ل20 لغة، علما انه تم اضافة بعض البنود الخاصة لبعدها الصحة الجسمية لامراض معينة.

-مقياس جودة الحياة للاطفال ذوي الصعوبات التعلم الاكاديمية من اعداد كومينيس 1997:

قام قام بتصميم هذا المقياس كومينيس لقياس جودة الحياة لدى الاطفال والمراهقين ذوي الصعوبات التعلم في الفترة ما بين 11-18 سنة ويتكون المقياس من ثلاثة اجزاء وتستغرق الاجابة عنها 15-20 دقيقة وفيما يلي وصف المقياس:

-الجزء الاول الجانب الموضوعي :

ويهتم هذا الجانب بالسؤال عن بعض المعلومات المرتبطة بالطفل وهو يتكون من 24 سؤال موزعة على 7 ابعاد فرعية بواقع 3 اسئلة لكل بعد الارتياح المادي الصحة الانتاجية الامان المكانة الاجتماعية السعادة الاجتماعية.

-الجزء الثاني الجانب الذاتي:

1-الاهمية:

ويركز هذا الجزء على شعور الطفل نحو بعض الجوانب المتعددة في حياة من حيث درجة الاهمية التي تمثلها له ويتكون من 7 عبارات.

2-الرضا:

ويركز هذا الجزء على شعور الطفل نحو بعض الجوانب المتعددة في حياة من حيث درجة الرضا عن هاذه الاشياء ويتكون من 7 عبارات باستخدام سلم ليكارت السباعي اذ يختار الطفل ما يناسبه من اختبارات السبعة وهي مسرور جدا مسرور الى حد ما لا استطيع التحديد غير مسرور جدا غير مسرور مفزوع.

- خلاصة:

كان تركيزي في هذا الفصل علي جودة الحياة و التطرق الي تعريفها ، ومعرفة ابعادها ، اضافة الي قياس جودة الحياة .

الفصل الرابع

منهجية الدراسة

تمهيد :

إن لكل باحث من خلال بحثه يسعى إلى التحقق من صحة الفرضيات التي وضعها، ويتم ذلك بإخضاعها إلى التجريب العلمي باستخدام مجموعة من المواد العلمية، وذلك بإتباع منهج يتلاءم وطبيعة الدراسة، وكذا القيام بدراسة ميدانية عن طريق تطبيق الاختبارات على العينة الاستطلاعية والعينة الأصلية. واشتمل الفصل الرابع لبحثنا هذا على الفصل الرابع ويمثل الإجراءات الميدانية للدراسة والتي تشتمل على الدراسة الاستطلاعية والمجال المكاني والزمني وكذا الشروط العلمية للأداة وهي الصدق والثبات والموضوعية مع ضبط متغيرات الدراسة كما اشتمل على عينة البحث وكيفية اختيارها والمنهج المستخدم وأدوات الدراسة وكذلك إجراءات التطبيق الميداني وحدود الدراسة.

4-1- الدراسة الاستطلاعية:

حسب عبد الرحمن عيسوي "إن الدراسة الاستطلاعية، دراسة استكشافية تسمح للباحث بالحصول على معلومات حول موضوع بحثه، كما يسمح لنا بالتعرف على الظروف والإمكانيات ومدى صلاحية الوسائل المنهجية المستعملة". (عبد الرحمن عيسوي، 2006م، ص25).

ولأجل الحصول على هذه المعلومات قمت بزيارة استطلاعية لقاعة التطبيق على مستوى عيادة التأهيل الحركي وعلاج الإصابات الرياضية (حبة اسماعيل)، للوقوف على الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث حيث قابلت بعض الممرضين و الطبيب من أجل معرفة آرائهم واقتراحاتهم ووجهات نظرهم حول مجموعة من النقاط التي تخدم البحث وترتبط بموضوع الدراسة وضبط الإشكالية وتحديد المنهج المستخدم.

الهدف منها معرفة مدى ملائمة أداة الدراسة بالإضافة على حساب الصدق والثبات

4-2 المنهج المتبع في الدراسة :

المنهج الوصفي: مما لا شك فيه أن أي منجز علمي يطمح إلى الاتصاف بصفة العلمية تجد نفسه مطالباً بوضع خطة أو طريقة أو منهج يحدد من خلاله الخطوات التي اتبعها في الوصول إلى النتائج التي حققها، ومن دون ذلك يعد هذا المنجز عملاً يتصف بالنشاز وعدم الدقة و المنهجية لذلك نجد أن الضرورة العلمية تقتضي منا استخدام المنهج الوصفي باعتباره " دراسة الوقائع السائدة المرتبطة بظاهرة أو موقف معين أو مجموعة من الأفراد أو مجموعة من الأحداث أو مجموعة معينة من الأوضاع. (حسين عبد الحميد رشوان، 2003م، ص66).

4-3 متغيرات الدراسة :

استناداً إلى فرضيات البحث تبين لنا أن هناك متغيرين اثنان أحدهما مستقل والآخر تابع وهما كالتالي :

4-3-1- تعريف المتغير المستقل:

هو عبارة عن المتغير الذي يفترض الباحث انه السبب أو أحد الأسباب لنتيجه معينة، ودرسته قد تؤدي إلى معرفة تأثيره على متغير آخر
تحديد المتغير المستقل: "برامج التأهيل".

4-3-2- تعريف المتغير التابع:

متغير يؤثر فيه المتغير المستقل هو الذي تتوقف قيمته على مفعول تأثير قيم المتغيرات الأخرى حيث أنه كلما أحدثت تعديلات على قيم المتغير المستقل ستظهر على المتغير التابع (محمد حسن علاوي . أسامة كامل راتب، 1999م، ص219).

تحديد المتغير التابع: " إدراك جودة الحياة " .

4-4 مجتمع وعينة الدراسة :

إن صياغة الفرضية تكون على شكل عبارة تتكون من متغيرات تدل على سمات أفراد أو أشياء تشكل المجتمع الإحصائي والذي يعرف بأنه جميع الأفراد أو الأشخاص أو الأشياء الذين يكونون موضوع إشكالية البحث. (عدس عبد الرحمن 1992م، ص 109)

يتكون مجتمع الدراسة من مصابي عيادة التأهيل الحركي وعلاج الإصابات الرياضية بالمسيلة 35.

4-4-1 عينة الدراسة وكيفية اختيارها :

باعتبار العينة هي حجر الزاوية في أي دراسة ميدانية، تستند إلى الاستبيان كمقوم أساسي نجد أن مفهومها يجلو على النحو الآتي :

"العينة هي جزء من مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية وهي تعتبر جزءا من الكل بمعنى أنه تؤخذ مجموعة من أفراد المجتمع على أن تكون ممثلة لمجتمع البحث .(رشيد زرواتي، 2007، ص334).

و هي النموذج الأول الذي يعتمد عليه الباحث لإنجاز العمل الميداني وبالنسبة لعلم النفس وعلوم التربية البدنية والرياضية تكون هي " أشخاص" والعينة هي المجموعة الفرعية من عناصر مجتمع بحث معين وفي البحث شملت جزءا من مجتمع الدراسة وقد تم اختيار العينة عشوائيا ، واشتملت على 20 مصابي عيادة التأهيل الحركي وعلاج الإصابات الرياضية بالمسيلة

4-5- أساليب جمع البيانات (أدوات جمع البيانات) :

يشير محمد شفيق "أن الدراسة الوصفية يمكن أن تستعمل فيها مجموعة من الأدوات، لأنها تستهدف تقرير خصائص المشكلة ودراسة الفروق المحيطة بها، وكشف ارتباطاتها بمتغيرات أخرى بهدف وصف الظاهرة المدروسة وصفا دقيقا." (محمد شفيق، 1998، ص111)

من أجل اختبار الفرضيات المقترحة لبحثنا و الوقوف على مدى حقيقتها و انطلاقا من أهدافه تم إعداد استمارة

4-5-1 الاستبيان: مجموعة من الأسئلة المرتبة حول موضوع معين يتم وضعها في استمارة الأشخاص المعنيين و تسلم باليد للمدرسين تمهيدا للحصول على أجوبة الأسئلة الواردة فيها و بواسطتها يمكن التوصل إلى حقائق جديدة عن موضوع و التأكد من معلومات متعارف عليها و لكنها غير مدعمة بحقائق. (فوزي عبد الله العكس، 1986، ص210).

4-5-2- خصائص الاستبيان:

وتتلخص تلك الخصائص فيما يلي:

- 1- أن تتعامل مع موضوع مميز يعرف المستجيب - الشخص الموجهة إليه - أنه مهم بدرجة تبرر قضاء وقته في الإجابة على أسئلتها.
- 2- أن تبحث الاستبانة فقط في المعلومات التي لا يمكن الحصول عليها من مصادر أخرى.
- 3- أن تتضمن الاستبانة على إرشادات واضحة وكاملة تبين الغرض منها بدقة.
- 4- تحديد المصطلحات المستخدمة وثباتها ووضوحها.
- 5- أن تكون الاستبانة سهلة الجدولة والمقارنة والتحليل والتفسير، لاستخلاص النتائج بدقة. أما بالنسبة للأسئلة التي تحويها الاستبانة ، فيجب مراعاة:
 - 1- أن تكون قصيرة قدر الإمكان.
 - 2- أن تكون مرتبة ترتيبا منطقيًا ومتدرجة من العام إلى الأكثر تخصصًا.
 - 3- أن تكون واضحة الكتابة مع حسن التنسيق.
 - 4- أن يتناول كل سؤال بها فكرة واحدة فقط.
 - 5- أن تصاغ الأسئلة بكلمات بسيطة واضحة لا غموض فيها، ولا تحتل أي معنى آخر غير المقصود منها.
 - 6- أن تكون الأسئلة موضوعية ، بمعنى خلوها من الاقتراحات الموحية بالإجابة المطلوب ذكرها.

4-5-3- كيفية بناء الاستبيان :

الاستبيان هو إحدى الطرق الاقتصادية لجمع بيانات عن موضوع معين عن طريق شريحة كبيرة جدا من الناس وعن طريق هذه البيانات يمكنك عمل دراسة تحليلية لذلك الموضوع، انه من المهم معرفة إن بذل الجهد لإخراج استبيان قوي التصميم من ناحية الأسئلة الموضوعية وحجمه وشكل إخراجها حتما ستعطي بيانات يمكن أن يستفاد منها لاتخاذ قرار معين حول تلك الظاهرة المراد دراستها، انه من المهم إعداد الاستبيان على مراحل تبدأ بتعريف الأشياء التي سيتم اختبارها وينتهي باستخراج النتائج . كل مرحلة يجب إن تصمم بعناية كبيرة لان النتيجة النهائية تعتمد على مدى ترابط جميع مراحلها، وعلى الرغم من إن طريقة جمع البيانات عن طريق الاستبيان هي جد اقتصادية إلا أنها قد تكون مكلفة من ناحية التصميم واستخراج النتائج.

4-5-4- تصميم الاستبيان :

وقبل البدء في شرح هاته الخطوات هناك سؤال يطرح نفسه وهو متى يمكننا استخدام الاستبيان؟ في الحقيقة ليس هناك معيار محدد لهذا التساؤل ولكن هذا يعتمد على عدة متغيرات ومنها نوعية البيانات التي سوف يتم جمعها من الاستبيان وأيضا الموارد المتوفرة للقيام بعملية الاستبيان وعلى ضوء ذلك يجب الأخذ بعين الاعتبار النقاط التالية:
أ- عندما تكون الموارد والدعم المالي محدودة.

- ب- عندما يكون حفظ خصوصيات المشاركين أمر مهم.
- ج- عندما يراد عمل دراسة توثيقية لنتائج معينة : قد يكون هناك نتائج سابقة لدراسة معينة ويراد عمل دراسة أخرى للتأكد من هذه النتائج فهنا يكون الاستبيان من الاختيارات الصحيحة لهذا الغرض حيث يكون سريع ورخيص الكلفة.
- و فيما يلي مجموعة من الشروط السيكومترية والمنهجية لتصميم استبيان جيد:
- 1- تحديد أهداف الاستبيان:
 - تحديد إطار البحث و أهدافه و تفاصيله لتجنب الحصول على معلومات سطحية و بعيدة عن الموضوع.
 - تحديد المشكلة و المعلومات المطلوبة.
 - تحديد العينة بدقة.
 - تقسيم موضوع البحث إلى أجزاء تفصيلية أو محاور أساسية.
 - تصميم الجداول التمثيلية لوضع تصور واضح عن كيفية معالجة البيانات المتحصل عليها
 - صياغة الأسئلة و تحديدها في الاستبيان.
 - مراجعة الاستبيان قبل التطبيق كمراجعة الأسئلة و مراجعة مدى شمول البيانات التي تتضمنها
 - تجريب الاستمارة
 - 2- كتابة الاستبيان:
 - السهولة و عدم الغموض، كصياغة الأسئلة بوضوح بعيدا على التعقيد اللفظي لتفادي اللبس وسوء الفهم.
 - عدم التحيز.
 - تجنب الأسئلة التي توحى بالإجابة.
 - اقتراح بدائل كافية للإجابة.
 - الإجابة على الأسئلة لا تتطلب مجهود فكري شاق.
 - تجنب توجيه الأسئلة الحساسة التي تمس الحياة الخاصة للفرد بصياغة الأسئلة بعيدا عن الإحراج
 - و إثارة الحساسية.
 - صياغة الأسئلة بطريقة لا توحى بأي شكل من الأشكال بإجابة معينة.
 - تفادي طرح الأسئلة التي تترتب عنها إجابات بديهية تثير الاستهزاء و سخرية.
 - عدم طرح الأسئلة المركبة.
 - تصميم مفتاح صدق الاستمارة(تكرار بعض الأسئلة بصيغ مختلفة للتأكد من صدق المبحوث).
 - مراعاة التدرج في ترتيب الأسئلة.
 - مراعاة الترتيب المنطقي للأسئلة(حسب طبيعة الموضوع).
 - مراعاة التسلسل و الربط بين محتوى الأسئلة.
 - طرح الأسئلة في إطار محاور واضحة و مستقلة.
 - تجنب طرح الأسئلة العنيفة (هل أنت عنصري) والأسئلة المحرجة (ما رأيك في أستاذ مادة) المنهجية مثلا، و الأسئلة الخاصة بالوضعية والمكانة الاجتماعية ... الخ.

4-6 الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة :

أ_ **الصدق**: يعتبر الصدق من أهم شروط الاختيار الجيد الذي يدل على مدى تحقيق الاختبار لهدفه الذي وضع من أجله، ويشير باروا وماكجي إلى الصدق يعني: المدى الذي يؤدي فيه الاختبار للغرض الذي من أجله، حيث يختلف، الصدق وفقاً لأغراض التي يود قياسها، والاختبار الذي يجرى لإثباتها. (محمد صبحي حسنين، 1995م، ص 183).

صدق الاتساق الداخلي : وهو معرفة مدى ارتباط كل عبارة مع الدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد المقياس وتستخدم هذه الوسيلة الإحصائية كمحك داخلي لقياس مدى صلاحية العبارات ومعرفة ما يقبضه الاختبار أو بمعنى آخر صدق المضمون. (سهير إبراهيم: 2004م، ص145).

وقد تم حساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس باستخدام معامل الارتباط بيرسون عن طريق استخراج معامل ارتباط كل سؤال بالدرجة الكلية للمقياس وكل بعد بدرجة الكلية للمقياس ، كما يظهر في الجدول التالي:

يوضح الجدول رقم (01) صدق الاتساق الداخلي لعبارات البعد الاجتماعي جودة الحياة

العبارات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1- أشعر بالتباعد بيني وبين والدي	0.764**	دال عند 0.01
2- أحصل على دعم عاطفي من أسرتي	0.474*	دال عند 0.05
3- أجد صعوبة في التعامل مع الآخرين	0.578**	دال عند 0.01
4- أشعر أن والدي راضيان عني	0.630**	دال عند 0.01
5- لدي أصدقاء مخلصين	0.821**	دال عند 0.01
6- علاقاتي مع زملائي رديئة للغاية	0.457*	دال عند 0.05
7- لا أحصل على دعم من أصدقائي وجيراني	0.575**	دال عند 0.01
8- أشعر بالفخر لانتمائي لأسرتي	*4810,	دال عند 0.05
9- لا أجد من أثق فيه من أفراد أسرتي	**6330,	دال عند 0.01
10- أجد صعوبة في الحصول على استشارة من مدربي	**4790,	دال عند 0.01
11- أستطيع الاسترخاء بدون مشكلات	*6930,	دال عند 0.05
12- أقوم بعمل واحد في وقت واحد فقط	**6370,	دال عند 0.01
13- اهتم بتوفير وقت النشاطات الاجتماعية		

الجدول رقم: 01

يوضح الجدول رقم (02) صدق الاتساق الداخلي لعبارات البعد النفسي جودة الحياة

العبارات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1-لدي إحساس بالحيوية والنشاط	**5990,	دال عند 0.01
2-أشعر ببعض الآلام في جسمي	*4170,	دال عند 0.05
3-اضطر لقضاء بعض الوقت في السرير مسترخيا	**7140,	دال عند 0.01
4-تتكرر اصابتي بنزلات البرد	**7830,	دال عند 0.05
5-لا أشعر بالغثيان	**7050,	دال عند 0.01
6-أشعر بالانزعاج نتيجة التأثيرات الجانبية للدواء الذي أتناوله	**6830,	دال عند 0.01
7-أنام جيدا	9*520,	دال عند 0.05
8-أعاني من ضعف في الرؤية	*7660,	دال عند 0.05
9-نادرا ما أصاب بالأمراض	**5450,	دال عند 0.01
10-أتناول وجبات الطعام بسرعة كبيرة	**616,	دال عند 0.01
11-لا يوجد لدي برنامج منظم لتناول الوجبات الغذائية	**840,	دال عند 0.01

الجدول رقم: 02

يوضح الجدول رقم (03) صدق الاتساق الداخلي لعبارات البعد الانفعالي جودة الحياة

العبارات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1-أقلق من الموت	0.929**	دال عند 0.01
2-أواجه مواقف الحياة بقوة إرادة وهدوء أعصاب	0.494*	دال عند 0.05
3-أشعر بأنني عصبي	0.512*	دال عند 0.05
4-أشعر بالحزن بدون سبب واضح	0.949**	دال عند 0.01
5-من الصعب استثنائي انفعاليا	0.704**	دال عند 0.01
6-أقلق لتدهور حالتي	0.672**	دال عند 0.01
7-أشعر بالوحدة النفسية	0.535**	دال عند 0.01
8-أشعر بأني متزن انفعاليا	0.678**	دال عند 0.01
9-أنا عصبي جدا	0.488*	دال عند 0.05
10-أستطيع ضبط انفعالاتي	0.551*	دال عند 0.05
11-أشعر بالاكتئاب	0.952**	دال عند 0.01
12-أشعر بأنني محبوب من الجميع	0.985**	دال عند 0.01
13-أنا لست شخصا سعيدا	0.739**	دال عند 0.01
14-أشعر بالأمن	0.506*	دال عند 0.05
15-روحي المعنوية منخفضة	0.628**	دال عند 0.01
16-أشعر بالقلق	0.784**	دال عند 0.01

الجدول رقم: 03

يوضح الجدول رقم(04) صدق الاتساق الداخلي لعبارات التكفل بالعلاج الحركي لبرامج التأهيل

العبارات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1-نشاطك في حياتك اليومية	0.742**	دال عند 0.01
2-حياتك الاجتماعية	0.729**	دال عند 0.01
3-حياتك العائلية	0.566**	دال عند 0.01
4-جودة حياتك عموماً	0.863**	دال عند 0.01
5-حياتك الخاصة	0.887**	دال عند 0.01
6-نشاطك في حياتك المهنية والدراسية	0.714**	دال عند 0.01

الجدول رقم:04

يوضح الجدول رقم (05) صدق الاتساق الداخلي لعبارات الإجراءات التي يجب اتخاذها لتحسين عمل المعالج الطبيعي لبرامج التأهيل

العبارات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1-تحسين مداخل البيانات الخاصة بالعلاج الحركي	0.567**	دال عند 0.01
2-تحسين التكوين الأخصائي التأهيل	0.835**	دال عند 0.01
3-تحسين التواصل بين الممرضين والمعالج	0.569**	دال عند 0.01
4-الأخذ بعين الاعتبار شدة الشعور بالألم	0.815**	دال عند 0.01
5-بناء الثقة بين أخصائي العلاج والمصاب	0.481*	دال عند 0.05
6-تحسين احترام جسم المصاب وحياته الخاصة	0.838**	دال عند 0.01

الجدول رقم: 05

يوضح الجدول رقم (06) صدق الاتساق الداخلي لعبارات العلاج الحركي لبرنامج التأهيل

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	العبارات
0.01 دال عند	0.685**	1- الاحتفاظ بحسن قدرات الحركية المكتسبة
0.01 دال عند	0.839**	2- تحسين وتطوير القدرات الحركية
0.01 دال عند	0.777**	3- تطوير الثقة في النشاطات البدنية
0.01 دال عند	0.579**	4- تنمية الاندماج الدراسي
0.05 دال عند	0.554*	5- الأخذ بعين الاعتبار درجة التعب التي لا تسمح لنا بمتابعة الدراسة
0.01 دال عند	0.840**	6- التعامل الجيد مع أخصائي العلاج
0.01 دال عند	0.598**	7- أشعر باهتمام أخصائي العلاج الحركي
0.05 دال عند	0.442*	8- تجنب عدم الشعور بالألم أثناء الحصص

الجدول رقم: 06

يوضح الجدول رقم (07) صدق الاتساق الداخلي لعبارات درجة الرضا عن برنامج التأهيل

العبارات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1- هل تتلقى الخدمة المتوقعة؟	0.537*	دال عند 0.05
2- هل يلبي برنامج التأهيل الحركي رغباتك؟	0.748**	دال عند 0.01
3- هل تتصح بهذا البرنامج لشخص تعرفه؟	0.437*	دال عند 0.01
4- هل تلتفى ما يكفي من الدعم؟	0.769**	دال عند 0.01
5- هل يساعدك البرنامج على إدارة مشاكلك بشكل أفضل؟	0.537*	دال عند 0.05
6- درجة رضاك بشكل عام عن البرنامج؟	0.612**	دال عند 0.01
7- إذا كنت تبحث عن برنامج ، هل ستبدأ البرنامج نفسه مرة أخرى؟	0.844**	دال عند 0.01

الجدول رقم: 07

يوضح الجدول رقم (08) صدق الاتساق الداخلي للمحاور جودة الحياة وبرامج التأهيل

الأبعاد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الاجتماعي	**714,	دال عند 0.01
النفسي	**654,	دال عند 0.01
الانفعالي	**757,	دال عند 0.01
التكفل	**852,	دال عند 0.01
الاجراءات	**754,	دال عند 0.01
العلاج	**926,	دال عند 0.01
التأهيل	**803,	دال عند 0.01

الجدول رقم: 08

يوضح الجدول رقم (09) الثبات ألفا كرونباخ

الأبعاد	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ
الاجتماعي	13	0.674
النفسي	11	0.609
الانفعالي	16	0.799
التكفل	6	0.728
الاجراءات	6	0.484
العلاج	8	0.664

الجدول رقم(09)

ب- **الثبات:** يعتبر الثبات بمثابة العمل الثاني بعد الصدق في عملية تقنين الاختبارات، وهو يعني أن يكون الاختبار على درجة عالية من الدقة والإتقان فيما وضع لقياسه وتمثيل معامل الثبات أهمية في عملية بناء وتقنين الاختبارات ويقصد به، هو مدى دقة وإتقان أو الاتساق الذي يقيس به الاختبارات الظاهرة التي وضع من أجلها. (محمد حسن علاوي، محمد نصر الدين رضوان، 1996م، ص353).

ويقول (مروان عبد المجيد إبراهيم) الثبات هو محافظة الاختبار على نتائجه إذا ما أعيد على نفس العينة. (مروان عبد المجيد إبراهيم، 1999م، ص75).

ج- **الموضوعية:** تعني موضوعية الاختبار عدم تأثره أي أن الاختبار يعطي نفس النتائج مهما كان القائم بالتحكيم ويشير فان دالين إلى أنه يعتبر الاختبار موضوعيا إذا كان يعطي نفس الدرجة بغض النظر عن من يصححه وهذا يعني ابتعاد الحكم الذاتي للمحكم أي كلما زادت الذاتية قلت الموضوعية. (محمد صبحي حسنين، 1995م، ص 202).

7-4 تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية الإحصائية :

معامل الارتباط

المتوسط الحسابي

الانحراف المعياري

برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية spss/21

تجدر الإشارة إلى انه في يومنا الحالي يتم إجراء اغلب الاختبارات من خلال البرامج الإحصائية
SPSS

يمكن صياغة القاعدة كما يلي:

α اكبر من sig نقبل الفرض البديل ونرفض الفرض الصفري

α اصغر من sig نقبل الفرض الصفري ونرفض الفرض البديل (عبد الرحمن العبيد، 2003،
ص73)

8-4 خطوات إجراءات الدراسة الميدانية :

بعد أخذ الموافقة من طرف المشرف واختيار العينة وتحديدها تم تطبيق الاستبيان على أفراد العينة، حيث تم توزيع الاستبيان على العينة، وقد تم ذلك وفقا لطلب الإجابة على من المبحوث على قدر فهمه للسؤال واختيار نوع الاقتراح الذي يعبر عن رأيه أكثر والتأكيد له بأن الإجابة في إطار خدمة البحث العلمي، وفي الأخير مراجعة الأسئلة والتأكد من أنهم أجابوا على جميع الفقرات وسجلوا جميع البيانات، وقد تم توزيع الاستمارات واسترجاعها خلال نفس الوقت الذي وزعت فيه وهذا بغية منا الوصول إلى الإجابات التلقائية من المجيبين.

خلاصة:

لقد تم تحديد المنهج والأدوات العلمية المستخدمة وتطبيق الاستبيان على عينة البحث والتي كانت مقصودة، وكذا اتباع المنهج الوصفي للكشف عن علاقة برامج التأهيل بمستوى إدراك جودة الحياة ، وهذا ما سنعرفه من خلال تحليل النتائج في الفصل الخامس.

الفصل الخامس

عرض وتحليل

ومناقشة النتائج

تفهد:

تعتبر عملية جمع النتائج وعرضها من الخطوات التي تلزم الباحث على القيام بها من أجل التحقق من صحة الفرضيات أو عدم صحتها، ولكن الجانب النظري وحده غير كافية للخروج بنتيجة ذات دلالة علمية، وإنما يجب على الباحث أن يقوم بعملية تحليل ومناقشة هذه النتائج حتى تصبح لها قيمة علمية وتعود بالفائدة على البحث بصفة عامة، ومن خلال هذا الفصل سنقوم بعرض وتحليل ومناقشة النتائج التي تم جمعها والتحصل عليها من خلال الدراسة الميدانية التي أجريت على عيادة التأهيل الحركي وعلاج الإصابات الرياضية بالمسيلة، وسنحاول من خلال هذا الفصل إعطاء بعض التحاليل والاستنتاجات لإزالة الغموض المطروح خلال الدراسة، والتي يجب الحرص على أن تكون مصاغة بطريقة منظمة حتى تمكننا من توضيح مختلف الأمور المتعلقة بذلك.

فلقد حرصنا أن تتم العملية بطريقة علمية و منظمة، حيث سنقوم بعرض النتائج المسجلة في جداول ومعالجتها بطريقة إحصائية لنقدم من خلالها تحليل لهذه النتائج، وبالتالي الخروج باستنتاج لكل مقياس.

والهدف الرئيسي من هذا الفصل تحويل النتائج الميدانية إلى نتائج ذات قيمة علمية وعملية منظمة يمكن الاعتماد عليها في إتمام هذه الدراسة وبلوغ مقاصدها

5-1- عرض النتائج

الجدول رقم (01) : يبين جنس أفراد عينة البحث .

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
30%	06	ذكر
70%	14	أنثى
%100	20	المجموع

من خلال معطيات الجدول رقم (01) يتضح أن عينة البحث ضمت ما نسبته 70% من الإناث ، ومن الذكور ما نسبته 30% ، نستنتج أن نسبة الإناث أكثر من الذكور

الجدول رقم: 02 يبين السن

النسبة المئوية	التكرار	السن
20%	4	أقل من 20
15%	3	من 20 إلى 30
20%	4	من 30 إلى 40
10%	2	من 40 إلى 50
35%	7	أكثر من 50
%100	20	المجموع

من خلال معطيات الجدول رقم (02) يتضح أن عينة البحث ضمت ما نسبته 35% من فئة أكثر من 50 سنة، وفئة أقل من 20 سنة وفئة من 30 إلى 40 سنة نسبة 20% وفئة من 20 إلى 30 سنة 15% وفئة من 40 إلى 50 سنة بنسبة 10% ومنه نستنتج أن فئة أكثر من 50 سنة أكثر عرضة للإصابة

الجدول رقم:03 يبين سبب الإعاقة

سبب الإعاقة	التكرار	النسبة المئوية
كسر ذراع	2	10%
تشنج كتف	2	10%
الم ظهر	2	10%
كسر رجل	8	40%
كسر يد	2	10%
شلل	4	20%
المجموع	20	%100

من خلال معطيات الجدول رقم (03) يتضح أن عينة البحث ضمت ما نسبته 40% سبب الإعاقة كسر رجل و20% شلل أما بالنسبة لكل من كسر الذراع وتشنج الكتف وألم الظهر بنسبة 10% ومنه نستنتج أن أغلب سبب الإعاقة كسر رجل.

الجدول رقم:04 يبين سبب الإصابة

سبب الإصابة	التكرار	النسبة المئوية
عملية جراحية	2	10%
سقوط	8	40%
الألم	4	20%
ارتفاع الضغط	4	20%
حادث	2	10%
المجموع	20	%100

من خلال معطيات الجدول رقم (04) يتضح أن عينة البحث ضمت ما نسبته 40% سبب الإصابة سقوط أما الألم وارتفاع الضغط بنسبة 20% والعملية الجراحية والحادث بنسبة 10% ومنه نستنتج أن أغلب سبب الإصابة هي السقوط.

الجدول رقم 05: يبين مدة التأهيل

مدة التأهيل	التكرار	النسبة المئوية
غير محدد	2	10%
شهر	2	10%
شهرين	2	10%
3 أشهر	8	40%
4 أشهر	2	10%
6 أشهر	4	20%
8 أشهر	2	10%
المجموع	20	%100

من خلال معطيات الجدول رقم (05) يتضح أن عينة البحث ضمت ما نسبته 40% مدة العلاج 3 أشهر و 20% مدة العلاج 6 أشهر أما 10% كانت مدة العلاج كل من غير محددة وشهر وشهرين و 4 أشهر و 8 أشهر ومنه نستنتج أن اغلب المصابين مدة علاجهم 3 أشهر وتختلف باختلاف نوع الإصابة ونوع الإعاقة.

النسبة المئوية	العدد	الصنف المهني
35%	7	لايدرس
25%	5	ابتدائي
10%	2	متوسط
20%	4	ثانوي
10%	2	جامعي
100%	20	المجموع

من خلال معطيات الجدول رقم (06) يتضح أن عينة البحث ضمت ما نسبته % لايدرس 35
و% ابتدائي و% 20 ثانوي أما المتوسط والجامعي % 20

الجدول رقم 07: يبين نوع الرياضة الممارسة

النوع	العدد	النسبة المئوية
حركات وكهرباء	5	25%
حركات	3	15%
رياضة وحركات	1	5%
علاج كهربائي	8	40%
مختلطة	3	15%
المجموع	20	100%

من خلال معطيات الجدول رقم (02) يتضح أن عينة البحث ضمت ما نسبته 40% علاج كهربائي و 25% حركات وكهرباء و 15% وحركات ومختلطة أما الرياضة والحركات 5% ومنه نستنتج أن أغلب المصابين يمارسون العلاج الكهربائي.

5-2- تحليل ومناقشة النتائج

الفرضية الأولى: توجد علاقة بين برامج التأهيل بمستوى جودة إدراك الحياة (البعد الاجتماعي

جدول رقم(08) العلاقة بين التأهيل الحركي والبعد الاجتماعي.

الدلالة	قيمة SIG	درجة حرية	مستوى الدلالة	قيمة بيرسون	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	
					11.33	54.3	20	التأهيل الحركي
دال	0.1 27	19	0.01	0.352	4.61	38.3	20	البعد الاجتماعي

تحليل ومناقشة النتائج:

يتضح لنا من خلال نتائج الجدول المبين أعلاه أن المتوسط الحسابي للتأهيل الحركي هو 54.3 وبانحراف معياري عالي جدا 11.33 تحت درجة حرية 19.

والبعد الاجتماعي بلغ المتوسط الحسابي 38.3 وانحراف معياري قدره 4.61 وهو عالي تحت درجة حرية 19 .

حيث بلغ معامل الارتباط بين التأهيل الحركي والبعد الاجتماعي 0.352 وهو أكبر من قيمة SIG 0.127 عند مستوى الدلالة 0.01

الاستنتاج:

من خلال تحليل ومناقشة النتائج والتي تعبر عن الدلالة بين التأهيل الحركي والبعد الاجتماعي والتي بلغ فيها الانحراف المعياري للتأهيل الحركي 11.33 وهو عالي جدا مما يدل على أن المجموعة غير متجانسة وغير متوازنة

الفصل الخامس ***** عرض وتحليل ومناقشة النتائج

أما الانحراف المعياري للبعد الاجتماعي 4.61 وهو عالي مما يدل على أن المجموعة غير متجانسة وغير متوازنة.

في حين بلغ معامل الارتباط لبيرسون 0.352 وهو أكبر من قيمة 0.127 SIG عند مستوى الدلالة المحسوبة 0.01 وهو عالي جدا مما يدل على وجود علاقة ارتباطيه موجبة طردية بين التأهيل الحركي والبعد الاجتماعي.

الفرضية الثانية: توجد علاقة بين برامج التأهيل بمستوى جودة إدراك الحياة (البعد النفسي)

الجدول رقم: (09) العلاقة بين التأهيل الحركي والبعد النفسي.

العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة بيرسون	مستوى الدلالة	درجة حرية	قيمة SIG	الدلالة
التأهيل الحركي	54.3	11.33	0.531	0.01	19	0.016	دال
النفسي	27.9	4.22					

تحليل ومناقشة النتائج:

يتضح لنا من خلال نتائج الجدول المبين أعلاه أن المتوسط الحسابي للتأهيل الحركي هو 54.3 وبانحراف معياري عالي جدا 11.33 تحت درجة حرية 19.

والبعد النفسي بلغ المتوسط الحسابي 27.9 وانحراف معياري قدره 4.22 وهو عالي تحت درجة حرية 19 .

حيث بلغ معامل الارتباط بين التأهيل الحركي والبعد النفسي 0.531 وهو أكبر من قيمة 0.016SIG عند مستوى الدلالة 0.01

الاستنتاج:

من خلال تحليل ومناقشة النتائج والتي تعبر عن الدلالة بين التأهيل الحركي والبعد النفسي والتي بلغ فيها الانحراف المعياري التأهيل الحركي 11.33 وهو عالي جدا مما يدل على أن المجموعة غير متجانسة وغير متوازية

أما الانحراف المعياري للبعد النفسي 4.22 وهو عالي مما يدل على أن المجموعة غير متجانسة وغير متوازية.

في حين بلغ معامل الارتباط لبيرسون 0.531 وهو أكبر من قيمة 0.016 SIG عند مستوى الدلالة المحسوبة 0.01 وهو عالي جدا مما يدل على وجود علاقة ارتباطيه موجبة طردية بين التأهيل الحركي والبعد النفسي.

الفرضية الثالثة: توجد علاقة بين برامج التأهيل ومستوى ادراك جودة الحياة (البعد الانفعالي)

جدول رقم (10) العلاقة بين التأهيل الحركي والبعد الانفعالي.

العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة بيرسون	مستوى الدلالة	درجة حرية	قيمة SIG	الدلالة
20	54.3	11.33	-0.109	0.01	19	0.648	دال
	48.1	6.56					

تحليل ومناقشة النتائج:

يتضح لنا من خلال نتائج الجدول المبين أعلاه أن المتوسط الحسابي للتأهيل الحركي هو 54.3 وبانحراف معياري عالي جدا 11.33 تحت درجة حرية 19.

والبعد الانفعالي بلغ المتوسط الحسابي 48.1 وانحراف معياري قدره 6.56 وهو عالي تحت درجة حرية 19.

حيث بلغ معامل الارتباط بين التأهيل الحركي والبعد الانفعالي -0.109 وهو أكبر من قيمة 0.648SIG عند مستوى الدلالة 0.01

الاستنتاج:

من خلال تحليل ومناقشة النتائج والتي تعبر عن الدلالة بين التأهيل الحركي والبعد الانفعالي والتي بلغ فيها الانحراف المعياري للتأهيل الحركي 11.33 وهو عالي جدا مما يدل على أن المجموعة غير متجانسة وغير متوازنة

أما الانحراف المعياري للبعد الانفعالي 6.56 وهو عالي مما يدل على أن المجموعة غير متجانسة وغير متوازنة.

في حين بلغ معامل الارتباط لبيرسون -0.109 وهو أكبر من قيمة 0.648 SIG عند مستوى الدلالة المحسوبة 0.01 وهو عالي جدا مما يدل على وجود علاقة ارتباطية سالبة عكسية بين التأهيل الحركي والبعد الانفعالي أي تفسر وجود علاقة عكسية بين برامج التأهيل والبعد الانفعالي أي كلما زادت درجة الاول قلت درجة الثاني .

5-3- مناقشة النتائج في ظل الفرضيات:

الفرضية الأولى: توجد علاقة بين برامج التأهيل بمستوى جودة إدراك الحياة (البعد الاجتماعي)

انطلاقا من الجانب النظري لهذه الدراسة تم اختيار الفرضية الأولى للبحث و التي جاءت حول العلاقة الارتباطية بين برامج التأهيل بمستوى جودة إدراك الحياة (البعد الاجتماعي)، و ذلك بهدف محاولة معرفة العلاقة الارتباطية بين برامج التأهيل بمستوى جودة إدراك الحياة (البعد الاجتماعي) .

من خلال الدراسة المتوصل إليها أثبتت وجود علاقة ارتباطية موجبة بين برامج التأهيل بمستوى جودة إدراك الحياة (البعد الاجتماعي) والتي قدرت العلاقة بين برامج التأهيل والبعد الاجتماعي

0.352 وهو أكبر من قيمة 0.127 SIG ومستوى الدلالة 0.01 عند درجة ثقة 99% مما يدل على وجود علاقة طردية ضعيفة موجبة بين برامج التأهيل البعد الاجتماعي.

وهذا ما يثبت صحة الفرضية الأولى التي تقول توجد علاقة بين برامج التأهيل بمستوى جودة إدراك الحياة (البعد الاجتماعي)

الفرضية الثانية: توجد علاقة بين برامج التأهيل بمستوى جودة إدراك الحياة (البعد النفسي)

انطلاقاً من الجانب النظري لهذه الدراسة تم اختيار الفرضية الأولى للبحث و التي جاءت حول العلاقة الإرتباطية بين برامج التأهيل بمستوى جودة إدراك الحياة (البعد النفسي)، وذلك بهدف محاولة معرفة العلاقة الإرتباطية بين برامج التأهيل بمستوى جودة إدراك الحياة (البعد النفسي) .

من خلال الدراسة المتوصل إليها أثبتت وجود علاقة إرتباطية موجبة بين برامج التأهيل بمستوى جودة إدراك الحياة (البعد النفسي) والتي قدرت العلاقة بين برامج التأهيل البعد النفسي 0.531 وهو أكبر من قيمة 0.016 SIG ومستوى الدلالة 0.01 عند درجة ثقة 99% مما يدل على وجود علاقة طردية متوسطة موجبة بين برامج التأهيل البعد النفسي.

وهذا ما يثبت صحة الفرضية الثانية التي تقول توجد علاقة بين برامج التأهيل بمستوى جودة إدراك الحياة (البعد النفسي)

الفرضية الثالثة: توجد علاقة بين برامج التأهيل بمستوى جودة إدراك الحياة (البعد الانفعالي)

انطلاقاً من الجانب النظري لهذه الدراسة تم اختيار الفرضية الأولى للبحث و التي جاءت حول العلاقة الإرتباطية بين برامج التأهيل بمستوى جودة إدراك الحياة (البعد الانفعالي)، وذلك بهدف محاولة معرفة العلاقة الإرتباطية بين برامج التأهيل بمستوى جودة إدراك الحياة (البعد الانفعالي) .

من خلال الدراسة المتوصل إليها أثبتت وجود علاقة إرتباطية موجبة بين برامج التأهيل بمستوى جودة إدراك الحياة (البعد الانفعالي) والتي قدرت العلاقة بين برامج التأهيل البعد -0.109 وهو أكبر من قيمة 0.648 SIG ومستوى الدلالة 0.01 عند درجة ثقة 99% مما يدل على وجود علاقة طردية ضعيفة سالبة بين برامج التأهيل البعد الانفعالي.

وهذا ما يثبت صحة الفرضية الثالثة التي تقول توجد علاقة بين برامج التأهيل بمستوى جودة إدراك الحياة (البعد الانفعالي).

خلاصة:

وهذا الفصل ذو أهمية كبيرة في البحوث العلمية حيث أنه لا يخلو أي بحث من وجود هذا الفصل من بين فصول الدراسة لأنه يعتبر الركيزة الأساسية والذي يبين نتائج الدراسة والجانب التطبيقي ككل حيث يربط الباحث النتائج المتحصل عليها بعد تحليلها ومناقشتها مع الخلفية النظرية والجانب النظري ككل ومن خلال هذا الفصل يصل الباحث ويتمكن من الخروج بالاستنتاجات النهائية لموضوع دراسته، وهذا ما يمكنه من إعطاء اقتراحات وأفاق مستقبلية للدراسة.

الفصل السادس

استنتاجات

واقترحات

الفصل السادس : استنتاجات و اقتراحات

6-1-الاستنتاج العام :توجد علاقة بين برامج التاهيل ومستوي ادراك جودة الحياة .

6-2-الاقتراحات :

- تقبل المعاق كما هو من كل المحيطين به، الاسرة والمجتمع و الاصدقاء و في العمل .
- الاهتمام بهذه الفئة وتقديم جميع المساعدات الممكنة التي تجعلهم يدركون بانهم كيان اساسي في المجتمع .
- إجراء المزيد من الدراسات حول متغير الدراسة و ربطها مع متغيرات اخري .
- بناء علاقة تواصلتكون مبنية بين المعاق او المصاب علي الثقة المتبادلة
- زيادة رفع مستوي الدعم من قبل الاسرة والاقارب من اجل الحفاظ علي مستوي جودة الحياة.

خاتمة:

تأسيسا علي ماسبق ، يتضح ان جودة الحياة واحدة من اهم القضايا في حياة الافراد والمجتمعات ، نظرا لكونها قاعدة اساسية لتفادي الكثير من المشاكل التي تتعرض الفرد او المجتمع معا ، وان كان مفهوم جودة الحياة من المفاهيم التي يتم تناولها في علوم مختلفة وسياقات عديدة ، و من منظور آخر كلما زادت برامج التاهيل كلما تحسنت جودة الحياة المعاق او المصاب .

قائمة المصادر

والمراجع

قائمة المراجع و الملاحق

المراجع العربية:

- 1- إبراهيم، مروان. (2002) *الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة*. مؤسسة الوراق، عمان، الأردن.
- 2- إسماعيل بكر، 2011، جودة الحياة وعلاقتها بالالتزام و القبول الاجتماعيين، دراسة ميدانية، لطلبة جامعة صلاح الدين، أطروحة الدكتوراء غير منشورة، إشراف يوسف حمه صالح مصطفى، قسم علم الاجتماع، جامعة صلاح الدين، أربيل، العراق .
- 3- عبد المعطي، 2005، الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر، ورقة عمل منشورة في وقائع المؤتمر العلمي الثالث، الإنماء النفسي و التربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق، مصر .
- 4- منسي وكاظم، 17-19 ديسمبر 2006 مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة ندوة وقائع علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس .
- 5- فهمي محمد، 2000، واقع رعاية المعوقين في الوطن العربي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر .
- 6- الزارع نايف، 2003، تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الفكر عمان، الأردن.
- 7- عزب، حسام الدين محمود، (2004) برنامج إرشادي لخفض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدي عينة من معلمي المستقبل، بحث مقدم في المؤتمر العلمي السنوي الثاني عشر من 28-29 مارس 2004، بكلية التربية، جامعة عين الشمس.
- 8- ناهد احمد عبد الرحيم، 2001، القياس والتأهيل الحركي للمعاقين، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- 9- مروان عبد المجيد إبراهيم، 2002، الموسوعة الرياضية لمتحدي الإعاقة .
- 10- مروان عبد المجيد إبراهيم، 2004، الرياضة للجميع.
- 11- عبد الرحمن العبيد، (2003): مبادئ التنبؤ الإداري، بدون طبعة، جامعة الملك سعود للنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية.

- 12- عبد الرحمن ، عيسوي (2006): مناهج البحث العلمي ، بدون طبعة، جامعة عمان للدراسات العربية، عمان، الأردن.
- 13- حسين، عبد الحميد رشوان (2003) : في مناهج العلوم، بدون طبعة، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، مصر.
- 14- عدس، عبد الرحمن (1992): البحث العلمي: مفهومه. أدواته. أساليبه ، بدون طبعة، دار مجد لاوي للنشر والتوزيع، عمان.
- 15- رشيد، زرواتي (2007) : مناهج وأدوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية ، ط1، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر.
- 16- محمد، شفيق (1998): البحث العلمي، الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية ، ط1، دار المعرفة الجامعية
- 17- فوزي، عبد الله العكش (1986): البحث العلمي المناهج والإجراءات ، ط1، قسم الإدارة العامة، جامعة الإمارات العربية المتحدة.
- 18- محمد، صبحي حسنين (1995): القياس والتقويم في التربية البدنية والرياضية ، بدون طبعة، ج1، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 19- محمد، حسن علاوي ومحمد، نصر الدين رضوان (1996): الاختبارات والمهارات النفسية في المجال الرياضي ، بدون طبعة، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 20- منتدى شباب تينركوك ، منتدى العلوم الاقتصادية

المراجع الأجنبية:

noitatilibaher fo tnesssA":(2002).N,redahk-ubA
ni knab tsew fo stcirtsid htron-1 - eht ni secivres
 . enitselaP , ytisrevinU lanoitaN **hajaN-LA. "enitselaP**

fo yevrus A :(2006 yluj).M,nadmaH dna .N,ssarhkA-lA
segalliv nainitselap 27 ta sdeen laiceps-2- htiw elpoep
 .(noitide tsrif) .aileqlaQ & meraklut ni

enitselaP .sulbaN, seetimmoC eraC htleH fo noinU

noitatilibaheR roF yteicoS barA mehelhteB (RSAB)
nainitselaP eht fo tcapmI" :sislana lanoitautiS.(2002)
 nainitselaP , mehelhteB " **ytilibasiD no adafitnI**

fo snoitpecreP" :(2006).drarevE , notnrohT & yuG , noxiD
yllacigoloruen gnoma noitatilibaher dna ycaciffe-fles
 . noitatilibaheR lacinilC .“**stluda**

sdrawoT ":(2003 .nuJ-raM) S iG ,N artsneev ,j drof
 – **ytinummoc fo gninnalp eht gnimrofni rof dohtema**
& aupap "aeniuG weN aupap ni noitatilibaher desab
 .80-63 egap .46 emuloV.lanruoj lacideM aeniuG weN

noitatilibaher ni ecnadiug eloR :(2009) srednaS ,cerderF
 .cirE .yaw **gnirrucco ot desopxe eb ot deppacidnah**
 .9832764CAA

"(1995). leinaD.P nahallaH & semaJ.M namffuaK
laiceps ot noitcudortni , nerdlihc lanoitpecxe
 . YN . cnI llah ecitnerp . "noitacude

lanosreP" :(2005).naivanidnacS,srehtO & mlohndniL
fo noitatilibaher eht ni noitarepooc rieht fo tnatsissa
 .yparehT lanoitapuccO fo lanruoJ .”**snosrep delbasid**

fo srotarepo eht fo sweiv ehT " (2008) .airolG ,socraM
fo level eht ,sret nec noitatilibaher setaudarg delbasid
CAA .CIRE ." echnamrofrep lanoisseforp rieht
.3056819

gnirednih deppacidnah regreM :(2009) .lewraF ,nosraP
.cirE . yteicos ni echnadiug eviecer ot citenik
.9929067CAA

fo tnemssessa fo leveL " (2009) .gnehS-iasT ,oceR
eht rof sreypme

ملاحظہ

قائمة الملاحق :

المحور الأول : المعلومات الشخصية

الجنس: ذكر أنثى

السن: اقل من 20 من 20 إلى 30 من 30 إلى 40 من 40 إلى 50

أكثر من 50

سبب الإعاقة :

سبب الإصابة :

مدة التأهيل الحركي :

المستوى الدراسي :

نوع الرياضة الممارسة :

المحور الثاني: جودة الحياة

البعد الاجتماعي					
الرقم	العبارة	أبدا	قليل جدا	إلى حد ما	كثيرا جدا
1	أشعر بالتباعد بيني وبين والدي				
2	أحصل على دعم عاطفي من أسرتي				
3	أجد صعوبة في التعامل مع الآخرين				
4	أشعر أن والدي راضيان عني				
5	لدي أصدقاء مخلصين				
6	علاقاتي مع زملائي رديئة للغاية				

					لا أحصل على دعم من أصدقائي وجيراني	7
					أشعر بالفخر لانتمائي لأسرتي	8
					لا أجد من أثق فيه من أفراد أسرتي	9
					أجد صعوبة في الحصول على استشارة من مدربي	10
					أستطيع الاسترخاء بدون مشكلات	11
					أقوم بعمل واحد في وقت واحد فقط	12
					اهتم بتوفير وقت النشاطات الاجتماعية	13

البعد النفسي

الرقم	العبارة	أبدا	قليل جدا	إلى حد ما	كثيرا جدا
1	لدي إحساس بالحيوية والنشاط				
2	أشعر ببعض الآلام في جسمي				
3	اضطر لقضاء بعض الوقت في السرير مسترخيا				
4	تتكرر اصابتي بنزلات البرد				
5	لا أشعر بالغثيان				
6	أشعر بالانزعاج نتيجة التأثيرات الجانبية للدواء الذي أتناوله				
7	أنام جيدا				
8	أعاني من ضعف في الرؤية				
9	نادرا ما أصاب بالأمراض				
10	أتناول وجبات الطعام بسرعة كبيرة				

					لا يوجد لدي برنامج منظم لتناول الوجبات الغذائية	11
--	--	--	--	--	---	----

البعد الانفعالي

الرقم	العبارة	أبدا	قليل جدا	إلى حد ما	كثيرا جدا
1	أقلق من الموت				
2	أواجه مواقف الحياة بقوة إرادة وهدوء أعصاب				
3	أشعر بأنني عصبي				
4	أشعر بالحزن بدون سبب واضح				
5	من الصعب استئثاري انفعاليا				
6	أقلق لتدهور حالتي				
7	أشعر بالوحدة النفسية				
8	أشعر بأني متزن انفعاليا				
9	أنا عصبي جدا				
10	أستطيع ضبط انفعالاتي				
11	أشعر بالاكئاب				
12	أشعر بأنني محبوب من الجميع				
13	أنا لست شخصا سعيدا				
14	أشعر بالأمن				
15	روحي المعنوية منخفضة				

					أشعر بالقلق	16
--	--	--	--	--	-------------	----

المحور الثالث :التأهيل الحركي

البعد الأول : طريقة التكفل بعلاجك الحركي هل أثرت على ؟

غير موافق بشدة	غير موافق	موافق إلى حد ما	موافق	موافق بشدة	الرقم
					1 نشاطك في حياتك اليومية
					2 حياتك الاجتماعية
					3 حياتك العائلية
					4 جودة حياتك عموما
					5 حياتك الخاصة
					6 نشاطك في حياتك المهنية والدراسية

البعد الثاني : حسب تجربتكم ما هي الإجراءات التي يجب اتخاذها لتحسين عمل المعالج الطبيعي ؟

غير موافق بشده	غير موافق	موافق إلى حد ما	موافق	موافق بشدة	الرقم	العبارة
					1	تحسين مداخل البيانات الخاصة بالعلاج الحركي

					تحسين التكوين الأخصائي التأهيل	2
					تحسين التواصل بين الممرضين والمعالج	3
					الأخذ بعين الاعتبار شدة الشعور بالألم	4
					بناء الثقة بين أخصائي العلاج والمصاب	5
					تحسين احترام جسم المصاب وحياته الخاصة	6

البعد الثالث : بالنسبة للعلاج الحركي

الرقم	العبرة	موافق بشدة	موافق	موافق إلى حد ما	غير موافق	غير موافق بشده
1	الاحتفاظ بحسن قدرات الحركية المكتسبة					
2	تحسين وتطوير القدرات الحركية					
3	تطوير الثقة في النشاطات البدنية					
4	تنمية الاندماج الدراسي					
5	الأخذ بعين الاعتبار درجة التعب التي لا تسمح لنا بمتابعة الدراسة					
6	التعامل الجيد مع أخصائي العلاج					
7	أشعر باهتمام أخصائي العلاج الحركي					
8	تجنب عدم الشعور بالألم أثناء الحصص					

البعد الرابع : ما درجة رضاك عن برنامج إعادة التأهيل الحركي الحالي؟

الرقم	العبرة	راضي	راضي	راضي	غير راضي	غير راضي

راضي تماما	راضي	نوعا ما	جدا			
					هل تتلقى الخدمة المتوقعة؟	1
					هل يلبي برنامج التأهيل الحركي رغباتك؟	2
					هل تنصح بهذا البرنامج لشخص تعرفه؟	3
					هل تلتفى ما يكفي من الدعم؟	4
					هل يساعدك البرنامج على إدارة مشاكلك بشكل أفضل؟	5
					درجة رضاك بشكل عام عن البرنامج؟	6
					إذا كنت تبحث عن برنامج ، هل ستبدأ البرنامج نفسه مرة أخرى؟	7