



جامعة الشهيد حمة لخضر بالوادي
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علوم تربية



جودة الحياة وعلاقتها بالتفاؤل غير الواقعي لدى

المعاقين حركيا

دراسة ميدانية بولاية الوادي

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علوم التربية: تخصص تأهيل في التربية
الخاصة

إشراف الأستاذ :

د. النوي بالطاهر

إعداد الطالبة:

- نعيمة يوسف

لجنة المناقشة

النوي بالطاهر	أستاذ محاضر (أ)	جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي	مشرفا
مصطفى منصور	أستاذ محاضر (ب)	جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي	رئيسا
يمينة فالح	أستاذ محاضر (ب)	جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي	مناقشا

دورة جوان : 2017-2018

شكر وتقدير

الحمد لله الكريم المنان على فضله وتوفيقه وإحسانه والصلاة
والسلام على المبعوث رحمة للعالمين سيدنا وحبيبنا محمد بن عبد الله
معلم الأمة وهاديها وكاشف الغمة عن الأمة بإذن باريها وعلى
آله الأطهار وصحبه الأخيار.

وإنني بعد شكر الله على سعة فضله بإتمام هذه الدراسة التي أسأله
سبحانه أن يجعلها عملاً متقبلاً مبروراً . أتقدم بالشكر الجزيل وأسمى
آيات العرف أن لكل من ساعدني ولو بابتسامة وخاصة:

الأستاذ المشرف الدكتور النوي بالطاهر الذي لم أجد منه سوى
الوجه البشوش، والصدر الرحب، واليد المعطاءة.

الأستاذ عمار حمادة وكذا الأساتذة علي خرف الله، عبد الناصر
غربي، نراكي مناوي، قنوعة عبد اللطيف، هند غدايفي، محمد رضا شنه،
يونس بن حسين.

إلى كل صديقاتي العزيزات وأخص بالذكر نرينب بلحشاني، مريحانة
بوني، مروة مسعودي، نرينب لعلی.

وأخيراً الحمد والشكر أولاً وأخيراً لله الذي لا إله إلا هو.

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة التي تربط جودة الحياة بالتفاؤل غير الواقعي لدى المعاقين حركيا، بولاية الوادي.

اختيرت عينة الدراسة بطريقة قصدية، وشملت 70 معاق ومعاقة، ولتحقيق أهداف الدراسة قمنا باتباع المنهج الوصفي، واستخدمنا مقياسين صمموا لقياس متغيرات الدراسة، كما اعتمدنا على الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS في تحليل البيانات. وقد خلصت الدراسة إلى النتائج التالية :

- 1- مستوى جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بولاية الوادي متوسط.
- 2- مستوى التفاؤل غير الواقعي لدى المعاقين حركيا بولاية الوادي مرتفع.
- 3- توجد علاقة ارتباطيه بين جودة الحياة والتفاؤل غير لدى المعاقين حركيا.
- 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى المعاقين حركيا تعزى لمتغير الجنس، لصالح الإناث.
- 5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى المعاقين حركيا تعزى لمتغير السن.
- 6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاؤل غير واقعي لدى المعاقين حركيا تعزى لمتغير الجنس.
- 7- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاؤل غير واقعي لدى المعاقين حركيا تعزى لمتغير السن.

Abstract :

The study aimed to uncover the nature of the relationship between quality of life and unrealistic optimism among the physically disabled in El-Oued.

The sample of the study was chosen deliberately and included 70 disabled. To achieve the objectives of the study, we followed the descriptive approach, we used two tests designed to measure the variables of the study. We also relied on the SPSS in the analysis of the data.

The study found the following results:

- 1. The quality of life of the physically disabled is moderate*
- 2. The level of unrealistic optimism among the physically disabled is high.*
- 3. There is a correlation between the quality of life and the unrealistic optimism for the physically disabled.*
- 4. There are statistically significant differences in the quality of life of the physically disabled due to the gender variable, in favor of females.*
- 5. There are no statistically significant differences in the quality of life of the physically disabled due to the age variable.*
- 6. There are no statistically significant differences in optimism unrealistic among the physically disabled due to gender variable.*
- 7. There are no statistically significant differences in optimism is unrealistic among the physically disabled due to the age variable.*

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات
أ	شكر وتقدير
ب	ملخص باللغة العربية
ت	ملخص باللغة الأجنبية
ج	فهرس المحتويات
ذ	فهرس الجداول
ز	فهرس الأشكال
01	مقدمة
الجانب النظري للدراسة	
الفصل الأول: موضوع الدراسة	
06	1- إشكالية الدراسة
09	2- فرضيات الدراسة
10	3- أهداف الدراسة
10	4- أهمية الدراسة
11	5- أسباب اختيار موضوع الدراسة
11	6- التعريف الإجرائي للمفاهيم
14	7- الدراسات السابقة
29	8- التعقيب عن الدراسات السابقة
الفصل الثاني: جودة الحياة	
35	تمهيد
36	أولاً: علم النفس الايجابي
36	1- تعريف علم النفس الايجابي
37	2- أهداف علم النفس الايجابي
37	ثانياً: جودة الحياة
37	1- تعريف جودة الحياة

40	2-نشأة وتطور مفهوم جودة الحياة
41	3-أبعاد جودة الحياة
43	4-مكونات جودة الحياة
45	5-مجالات جودة الحياة
47	6-مظاهر جودة الحياة
50	7-مقومات جودة الحياة
51	8-النظريات المفسرة لجودة الحياة
54	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: التفاؤل غير الواقعي	
56	تمهيد
57	1- التفاؤل والتشاؤم
57	1-1-تعريف التفاؤل
58	1-2-تعريف التشاؤم
59	1-3-النظريات المفسرة للتفاؤل والتشاؤم
61	1-4-بعض المفاهيم المتصلة بالتفاؤل والتشاؤم
63	1-5-أنواع التفاؤل
64	2- التفاؤل غير الواقعي
64	2-1-تعريف التفاؤل غير الواقعي
66	2-2-تفسيرات التفاؤل غير الواقعي
74	2-3-علاقة التفاؤل غير الواقعي ببعض المتغيرات الشخصية
77	2-4-قياس التفاؤل غير الواقعي
79	خلاصة الفصل
الفصل الرابع: الإعاقة الحركية	
81	تمهيد
82	1-تطور مفهوم الإعاقة
83	2-مفهوم الإعاقة

84	3-تعريف الإعاقة الحركية
85	4-من هو المعوق حركيا
85	5-أسباب الإعاقة الحركية
87	6-تصنيفات الإعاقة الحركية
92	7-احتياجات المعاقين حركيا
93	8-المشاكل المترتبة عن الإصابة بالإعاقة الحركية
96	خلاصة الفصل
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
99	تمهيد
99	1-منهج الدراسة
99	2-مجتمع الدراسة
100	3-الدراسة الاستطلاعية
100	3-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية
101	3-2- إجراءات الدراسة الاستطلاعية
101	3-3- حدود الدراسة الاستطلاعية
101	3-4- عينة التقنين
102	3-5- أدوات الدراسة وخصائصها السيكمترية
115	3-6- نتائج الدراسة الاستطلاعية
115	4- الدراسة الأساسية
115	4-1- حدود الدراسة الأساسية
115	4-2- عينة الدراسة الأساسية وخصائصها
115	4-3- التقنيات الإحصائية المستخدمة
الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها	
117	تمهيد
118	1-عرض وتحليل ومناقشة التساؤل الأول

120	2- عرض وتحليل ومناقشة التساؤل الثاني
122	3- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الأولى
123	4- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثانية
126	5- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثالثة
128	6- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الرابعة
129	7- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الخامسة
132	خلاصة الدراسة ومقترحاتها
135	قائمة المراجع
143	الملاحق

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	جدول يوضح مكونات جودة الحياة	44
02	جدول يوضح مجتمع الدراسة من حيث الجنس	100
03	جدول يوضح خصائص عينة التقنين حسب الجنس	102
04	جدول يوضح أرقام بنود أبعاد مقياس جودة الحياة	103
05	جدول يوضح مفتاح تصحيح المقياس	103
06	جدول يوضح البنود بعد إعادة الصياغة اللغوية	104
07	جدول يوضح معامل ارتباط درجة البند بالدرجة الكلية للاستبيان	106
08	جدول يوضح معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية وألفا كرونباخ	106
09	جدول يوضح معامل الالتواء لمجتمع الدراسة	107
10	جدول يوضح سلم من خمسة فئات انحرافية	108
11	جدول يوضح أرقام بنود مقياس التفاضل غير الواقعي	109
12	جدول يوضح معاملات الثبات بطريقتي الاتساق الداخلي والتجزئة النصفية	110
13	جدول يوضح معاملات ارتباط البند بالبعد الذي ينتمي إليه (الأحداث السارة)	111
14	جدول يوضح معاملات ارتباط البند بالبعد الذي ينتمي إليه (الأحداث المزعجة)	112
15	جدول يوضح معامل الالتواء لمجتمع الدراسة	113
16	جدول يوضح سلم من خمسة فئات انحرافية معيرة	114
17	جدول يوضح خصائص مجتمع الدراسة من حيث الجنس	115
18	جدول يوضح توزيع أفراد العينة لكل مستوى حسب متغير جودة الحياة	118
19	جدول يوضح دلالة الفروق بين مستويات جودة الحياة	118

120	جدول يوضح توزيع أفراد العينة لكل مستوى حسب متغير التفاؤل غير الواقعي	20
120	جدول يوضح دلالة الفروق بين مستويات التفاؤل غير الواقعي	21
122	جدول يوضح قيمة ودلالة العلاقة بين جودة الحياة والتفاؤل غير الواقعي	22
123	جدول يوضح دلالة الفروق في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير الجنس	23
126	جدول يوضح دلالة الفروق في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير العمر	24
128	جدول يوضح دلالة الفروق في مستوى التفاؤل غير الواقعي تبعا لمتغير الجنس	25
130	جدول يوضح دلالة الفروق في مستوى التفاؤل غير الواقعي تبعا لمتغير العمر	26

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
51	شكل يوضح ويلخص مقومات جودة الحياة	01

مقدمة

استحق مجال الإعاقة والمعاقين الاهتمام البالغ في السنوات الأخيرة ، ويرجع هذا الاهتمام، إلى نظرة المجتمعات المتزايدة، بأن المعاقين كغيرهم من أفراد المجتمع لهم الحق في الحياة وفي النمو بأقصى ما تمكنهم منه قدراتهم وطاقاتهم، هذا ما ناحية ومن ناحية أخرى، فإن اهتمام المجتمعات بفئات المعاقين يرتبط بتغيير النظرة المجتمعية إلى هؤلاء الأفراد والتحول من اعتبارهم عالة اقتصادية على مجتمعاتهم إلى النظر إليهم، كجزء من الثروة البشرية، مما يحتم تنمية هذه الثروة والاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن.

وبما أن الإنسان يعتمد على نفسه في الحصول على المعلومات والتعرف على البيئة المحيطة به والتنقل فيها، وأي اختلال أو فقدان لواحدة أو أكثر في الأعضاء، يعني، وجب عليه الاعتماد على الوسائل المساعدة.

وعليه فالمعاق حركيا قد يعيش عالما ضيقا محدودا نتيجة لعجزه ويود لو استطاع التخلص منه والخروج إلا عالم العاديين، فهو لديه حاجات نفسيه لا يستطيع إشباعها، واتجاهات اجتماعية تحاول عزله عن المجتمع، ويواجه مواقف فيها أنواع من الصراع والقلق، كل هذا يؤدي بالمعاق حركيا إلى أن يحيا حياه نفسيه غير سليمة، قاد تؤدي به إلى سوء التكيف مع البيئة المحيطة به، وكل هذا قد يؤثر على مستقبله وجودة حياته .

يعتبر مفهوم جودة الحياة من المفاهيم التي دخلت حديثاً على مجال التربية الخاصة والحياة الاجتماعية، إذ يعبر من خلاله عن مدى الاهتمام بكافة أفراد المجتمع وتحقيق الرفاهية لهم، وخاصة للفئات المهمشة كالأشخاص ذوي الإعاقة والمسنين وذوي الأمراض المزمنة .فجودة الحياة تعتبر مؤشراً هاماً من خلال مدى تحقيق جودة الخدمات المقدمة للمعاقين، كونهم من الفئات التي تحتاج رعاية خاصة، فهم ينظرون للحياة بنظرة تختلف عن الآخرين، كما تتأثر نظرتهم للحياة بظروف الإعاقة وما يحصلون عليه من خدمات ودعم اجتماعي، مما يؤكد احتياجهم إلى خدمات تساعدهم على التوافق مع ظروف الحياة.

وقد حظي موضوع تحسين جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة باهتمام الأمم المتحدة لان الحياة الجيدة تدفع بالإنسان إلى التفكير بما هو ايجابي في حياته أي انه يتفاعل بما سيحدث له من أمور جيدة في مستقبله، فالشخص المتفائل يفسر مشاكله و أزماته تفسيراً يبعث في النفس الإحساس بالأمن والطمأنينة ولذلك يمثل التفاؤل قيمة اجتماعية مهمة لدى معظم الناس، فمن خلاله يمكن التنبؤ بالمستقبل وبالأفكار الخاصة بالتنظير الاجتماعي

والاقتصادي وذلك بتأثيره على الأفراد في فهمهم لأهدافهم المحددة وطرق التغلب على الصعوبات التي تواجههم. يتسبب في تقديره الخاطئ لما يحيط به من أخطار فيعتبر نفسه عرضة لكل ما هو إيجابي وبعيدا كل البعد عن كل ما هو سلبي.

إن هذا الأسلوب المعرفي هو ما يسميه الباحثون بالتفاؤل غير الواقعي الذي من خلاله يمكن للفرد أن يسلك سلوكا في غاية الخطورة دون أن يعير اهتماما بما يمكن أن يلحق به من أضرار قد لا يمكن تداركها، وهو ما نسعى لمعرفته من خلال هذه الدراسة التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة الموجودة بين الثقة بالنفس والتفاؤل غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين، وهي دراسة تكتسب أهمية كبيرة لكونها من الدراسات الأولى في المجتمع المحلي كما تشكل مساهمة مهمة في جمع المعلومات خاصة حول متغير التفاؤل غير الواقعي قصد توضيحه.

وقد تضمنت الدراسة جانبين، جانب نظري وجانب ميداني، احتوى الجانب النظري على أربعة فصول، حيث أن الفصل الأول هو عبارة عن فصل تمهيدي، والذي تضمن أولا إشكالية الدراسة، فرضيات الدراسة، أهداف وأهمية الدراسة، أسباب ودوافع اختيار الموضوع، المفاهيم الإجرائية لمتغيرات وأخيرا الدراسات السابقة.

واحتوى الفصل الثاني المتعلق بجودة الحياة الذي احتوى على تمهيد الفصل، حيث قسم إلى جزئين الأول تطرقنا فيه إلى علم النفس الإيجابي من حيث التعريف والأهداف، والجزء الثاني لجودة الحياة، حيث احتوى على تعرف لجودة الحياة، نشأتها وتطورها، أبعاد جودة الحياة، مكونات ومجالات جودة الحياة، مظاهر ثم مقومات جودة الحياة، النظريات المفسرة لجودة الحياة وأخيرا خلاصة الفصل.

أما الفصل الثالث فهو خاص بمتغير التفاؤل غير الواقعي حيث تطرقنا فيه أولا إلى تمهيد للفصل ثم قسم الفصل إلى جزئين أولا التفاؤل والتشاؤم وقد نوقشا من حيث التعريف، والنظريات المفسرة لهما، كذلك بعض المفاهيم المتصلة بالتفاؤل والتشاؤم، ثم أنواع التفاؤل، والجزء الثاني كان فيه التفاؤل غير الواقعي تطرقنا إليه من حيث تعريفاته المختلفة، وتفسيراته المختلفة، ثم علاقة التفاؤل غير الواقعي ببعض المتغيرات الشخصية، وكذلك تم عرض كيفية قياس التفاؤل غير الواقعي وذلك من خلال مقياس بدر الأنصاري، وأخيرا خلاصة للفصل.

أما الفصل الرابع فخصص لمتغير الإعاقة الحركية، فقد تم التطرق فيه إلى تطور مفهوم الإعاقة عبر الزمن، ثم إلى مفهوم الإعاقة، ثم إلى تعريف الإعاقة الحركية، وبعدها تم التطرق إلى من هو المعاق حركيا، ثم أسباب وتصنيفات الإعاقة الحركية، ثم احتياجات المعاقين حركيا كذلك المشاكل المترتبة عن الإصابة بالإعاقة الحركية وصولا إلى خلاصة الفصل .

هذا بالنسبة إلى الجانب النظري، أما الجانب التطبيقي للدراسة فقد جاء في جزئين احتوى الجزء الأول منها على توضيح الإجراءات المنهجية للدراسة، حيث سنتطرق من خلاله إلى منهج ومجتمع الدراسة المتكون من المعاقين حركيا لولاية الوادي، مع عرض للدراسة الاستطلاعية بما فيها وخصائصها السيكمترية، وصولا إلى نتائج الدراسة الاستطلاعية، وتطرقنا في الجزء الثاني إلى الدراسة الأساسية، والتي كانت فيها عينة الدراسة الأساسية وكيفية اختيارها، وتم اختتام الفصل بذكر الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل النتائج.

في حين احتوى الفصل الأخير على عرض النتائج وفقا لفروض وإشكالية الدراسة، حيث تم تحليلها وتفسيرها ومناقشتها، لمعرفة مدى تحقق الفروض المقترحة وفي الأخير تم الوصول إلى خلاصة وبعض الاقتراحات المتعلقة بالدراسة، وقائمة المراجع المستعملة والملاحق لزيادة التوضيح.

الجانب النظري

الفصل الأول: موضوع الدراسة.

1. إشكالية الدراسة.
2. فرضيات الدراسة
3. أهداف الدراسة.
4. أهمية الدراسة.
5. أسباب اختيار موضوع الدراسة.
6. التعريف الإجرائي للمفاهيم.
7. الدراسات السابقة.
8. التعقيب على الدراسات السابقة

1- إشكالية الدراسة.

أسهم علم النفس إسهاماً كبيراً في دراسة السلوك الإنساني من حيث فهمه وضبطه قصد تحسينه وتطويره وكذلك التنبؤ بما هو أفضل، ومواجهة الصعوبات والعراقيل التي تواجه الإنسان وتطراً عليه خلال حياته وهذا ما يساعده على تهيئة ظروف مناسبة وخدمات تشمل جميع الجوانب المحيطة بالإنسان وتجعله يشعر بمستوى عال من الرفاهية والسعادة والقدرة على استثمار جميع الإمكانيات المتاحة لديه .

من هنا بات البحث في مفاهيم علم النفس - خصوصاً الإيجابية منها - مطلباً إنسانياً ملحاً بعدما أعياء البحث في تلك المفاهيم السلبية، والأمراض النفسية التي أرقت الإنسانية طويلاً وعظمت من عذاباتها وويلاتها، تلك المفاهيم التي شحذت الشخصية الإنسانية بمشاعر الشجن، وولدت لديها الرغبة والحنين في إيجاد فرع من فروع علم النفس يهتم بذلك الجانب المنير لا المظلم في حياة الإنسان، ذلك العلم الذي يبحث بين جنباته وخباياه عن تلك الصفات الفاعلة والإيجابية التي تعضد من قيمة الإنسان، وتؤكد على إنسانيته وتضفي عليها عمق التسامي والتباهي بتلك المشاعر الإنسانية الإيجابية، التي ظلت مستبعدة على البحث أو الكشف رغم كونها بقيت مثار رغبة من قبل الفرد في البحث عن تلك الجنبات الآثرة والفائضة التي تضفي على الذات - أو الروح - ذلك السحر وتلك الجاذبية، إنها بلا شك تلك الخصائص الإيجابية التي تتفرد بها الشخصية الإنسانية التي بدأت تشخصها عيون هؤلاء العلماء الذين تخصصوا في مجال علم النفس الإيجابي ذلك العلم الذي راح يفتش في الإنسان عن أجمل ما فيه وأنبل ما فيه من مشاعر وأحاسيس .

ومن بين مواضيع علم النفس الإيجابي نجد الصلابة النفسية، الثقة بالنفس، المرونة، السعادة وجودة الحياة.

وبسبب حداثة مفهوم جودة الحياة في مجال التربية الخاصة، ويشير (جبر ، 2005: 87-93) إلى انه ازداد اهتمام الباحثين بمفهوم جودة الحياة (Quality Of Life) منذ بداية النصف الثاني للقرن العشرين .

ويضيف(هاشم، 2001: 139) أن مفهوم جودة الحياة قد حظي باهتمام كبير في مجالات الطب وعلم الاجتماع والاقتصاد، وحديثاً في مجال علم النفس، وتعددت استخدامات مفهوم الجودة بصورة واسعة في السنوات الأخيرة في جميع المجالات، مثل جودة الحياة وجودة الخدمات وجودة الزواج، وجودة آخر العمر وجودة المدرسة وجودة المستقبل.

ويرى أنه لم يعد النظر إلى جودة الحياة على أنها لقمة العيش، ولا غطاء يستر الجسد، بل أصبحت تعني تطلعاً للرفاهية الاقتصادية، والدعم الاجتماعي والحصول على الرعاية الصحية، وغير ذلك من المتطلبات التي لم يعد يتوفر منها إلا الفتات.

ومن كل هذا فإن جودة 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 لجودة حياته، ومن الأسباب الأخرى أيضاً هو حداثة المفهوم من حيث سياق الاستخدام على المستوى العلمي.

وقد ورد مفهوم التفاؤل والتشاؤم ومشتقاته في المعاجم العربية القديمة وكذلك على لسان غير المتخصصين، حيث يمكن أن يشار بهما - على الأقل - إلى ثلاثة معان كما يلي : توجه في الحياة بوجه عام، صفة يمكن أن يوصف بها مختلف الأفراد، حالة نفسية تتأثر بظروف داخل الشخص أو خارجه.

تستحوذ دراسة سمة التفاؤل على اهتمام بالغ من قبل الباحثين نظرا لارتباط هذه السمة بالصحة النفسية والجسمية للفرد، فقد أكدت مختلف الدراسات ارتباط سمة التفاؤل بالسعادة والصحة والدافعية للإنجاز والنظرة الإيجابية للحياة ،وقد برزت دراسة هذا المفهوم في العديد من دراسات علم النفس العيادي وعلم نفس الصحة وعلم نفس الشخصية ،وعلم النفس الاجتماعي وتزايد الاهتمام بدراسة التفاؤل بشكل لافت في أواخر السبعينات .

ولأن التفاؤل غير الواقعي يجعل الفرد يحتمل الجوانب الإيجابية من الحياة فقط، ويبعد عن نفسه الأحداث السلبية والسيئة حتى ولو مجرد التفكير بها، وأن التفاؤل كخاصية مستقرة في الشخصية لها تأثير على ثقة الأفراد بأنفسهم.

التفاؤل غير الواقعي هو اعتقاد الفرد بقدراته بشكل كبير دون تأكيد ذلك من الناحية الواقعية، أي يتوقع دائما الجاني الايجابي من الحدث ويعطي قدرا من التفاؤل اكبر من حجمه الطبيعي وبالمقابل تكون نظرتة إلى الجانب السلبي من الحدث اقل مما هي في حقيقة الأمر (الشعور بالتفاؤل للأحداث الايجابية بشكل كبير) هذا النوع من الشعور المتزايد بالتفاؤل يقود الأفراد لنتائج سلبية غير متوقعة قد لا تحمد عقباها، وتجعلهم في حالة إحباط وبالتالي يكونون عرضة لجملة من المخاطر والأمراض المستعصية والخطرة بالإضافة إلى ذلك قد تدفع بهؤلاء الأشخاص إلى عدم ممارسة السلوك الصحي الجيد. (Taylor and Brown; 1988:103).

ولان التفاؤل غير الواقعي يجعل الفرد يتحمل الجوانب الايجابية من الحياة فقط، ويبعد عن نفسه الأحداث السلبية والسيئة حتى ولو مجرد التفكير بها، فانه يجد صعوبة في مواجهة مشكلات الحياة ولربما تولد لديه نوع من الصدمة والإحباط وعدم المقدرة على التكيف فيجعله في حالة عدم اتزان.

أما التفاؤل غير الواقعي فيعرفه تايلور وبراون (Taylor and Brown) المشار إليهما في الأنصاري (1998: 23) بأنه شعور الفرد بقدرته على التفاؤل إزاء الأحداث دون مبررات منطقية، أو وقائع، أو ظواهر تؤدي إلى هذا الشعور، مما قد يتسبب أحيانا في حدوث النتائج غير المتوقعة، بالتالي يصبح الفرد في قمة الإحباط مما يعرضه إلى المخاطر والإصابة بالأمراض.

حيث قد تصيب الفرد بعجز على المستوى الجسمي، ومنه ظهور إعاقات حركية على مستوى مختلف أطراف الجسم بحيث يعجز الفرد عن الحركة والتنقل بسهولة ويسر، لذلك يلجأ إلى طلب العون في بعض الأحيان سواء أكانت عن طريق الغير أو عن طريق أدوات مساعدة، بسبب اعتلال الجهاز الحركي على وجه الخصوص، مما يتطلب زيادة الاعتماد وإيقاع العبء على بعض أجهزة البدن الأخرى والأعضاء، التي يمكن أن تتعطل هي الأخرى عن القيام بالدور المنوط بها بسبب استخدامها كعوامل مساعدة على الحركة وهذا

الاعتلال وان كان ي سبب للمعاق حركيا بعض المشاكل النفسية والموقفية والحياتية إلا أنه يمكن النظر إليه باعتباره قصورا فقط من الناحية الاجتماعية، وضعف من ناحية الأداء.

وقد تؤدي الإعاقة إلى ترك المعاق حركياً لعمله أو إلى تغيير دوره إلى ما يتناسب مع وضعه الجديد فضلا عن المشكلات التي تترتب على الإعاقة الحركية في علاقات المعاق مع أفراد أسرته وبزملائه، ويوجز القول بأن هناك مسؤولية كبيرة تقع على كاهل المجتمع ومؤسساته تجاه هذه الفئة من المعاقين، ولا بد من بذل كل الجهود وتوفير الإمكانيات من أجل الارتقاء بهم والوصول إلى حياة أفضل، أو إلى جودة أفضل لحياتهم.

وقد وضع العلماء العديد من التصنيفات للإعاقات الحركية من بينها التصنيف القائل بوجود إعاقات خلقية وأخرى مكتسبة، فقد 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 معاق 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 في جميع جوانبها .

وعليه فإن الدراسة الحالية تأتي لمحاولة الكشف على مدى ارتباط جودة الحياة بالتفاوت غير الواقعي لدى المعاقين حركيا.... وتحديدًا فإن الدراسة ستحاول الإجابة على التساؤلات التالية:

- ما مستوى جودة الحياة لدى المعاقين حركيا؟.
- ما مستوى التفاؤل غير واقعي لدى المعاقين حركيا؟ .

2- فرضيات الدراسة:

وللإجابة عن التساؤل المطروح، تمت صياغة الفرضيات التالية:

1. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والتفاوت غير الواقعي لدى المعاقين حركيا.

2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة وفقا لمتغير الجنس.
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة وفقا لمتغير السن.
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاؤل غير الواقعي وفقا لمتغير الجنس.
5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاؤل غير الواقعي وفقا لمتغير السن.

3- أهداف الدراسة.

يهدف البحث بشكل أساسي إلى التأكد من وجود علاقة بين التفاؤل غير الواقعي وجودة الحياة لدى المعاقين حركيا ومعرفة مدى دلالة هذه العلاقة إحصائيا، ويمكن تلخيص الأهداف الجزئية في ما يلي:

- التحقق من وجود فروق في التفاؤل غير الواقعي بين المعاقين حركيا تبعا لمتغيرالجنس والعمر.

- التحقق من وجود فروق في جودة الحياة بين المعاقين حركيا تبعا لمتغير الجنس والعمر.

- التعرف على أحدث البحوث في مجال التفاؤل غير الواقعي، باعتباره متغيرا حديثا.

4- أهمية الدراسة.

تكمن أهمية الدراسة فيما يلي:

- مواكبة الاتجاه الجديد للدراسات الحديثة التي أصبحت تركز على الجوانب الإيجابية للشخصية والموضوعات التي تنتمي إلى مجال علم النفس الإيجابي.

- تناول مفهوم حديث نسبيا من المفاهيم السيكلوجية، وهو التفاؤل غير الواقعي. وتقديم بعض التفسيرات في مجال التفاؤل غير الواقعي التي لم يتطرق إليها مسبقا.

- أهمية عينة الدراسة، التي تمثل المعاقين حركيا، وما لهذه الفئة من خصائص وانفعالية واجتماعية؛ تميزها عن غيرها.

- التوعية بأهمية الارتقاء بجودة الحياة الصحية والنفسية والاجتماعية التي يعيشها الأشخاص ذوو الإعاقة .

- غياب الدراسات المحلية-حسب إطلاعنا - التي تناولت العلاقة بين متغيري الدراسة: التفاؤل غير الواقعي وجودة الحياة لدى المعاقين حركيا. مما يجعل هذه الدراسة إضافة جديدة لمكتبتنا الجامعية.

-

5- أسباب اختيار موضوع الدراسة:

- انعدام البحوث المرتبطة بهذا المجال على مستوى جامعتنا، الأمر الذي يجعل الاهتمام به ضرورة أكيدة لإثراء الساحة العلمية بمعلومات يمكن الاستفادة منها في بحوث لاحقة.
- رغبة الباحثة في دراسة متغيرات في إطار علم النفس الايجابي.
- تشجيع الأستاذ المشرف وبعض الأساتذة، ودعمهم لنا لاختيار هذا الموضوع، والمضي فيه.
- أهمية عينة الدراسة والتي تمثل المعاقين حركيا والتي تمثل فئة هشة ينبغي الاهتمام بها.

6- التعريف الإجرائي للمفاهيم:

في هذا العنصر، تناولنا المفاهيم التالية:

6-1- جودة الحياة.

6-2- التفاؤل غير الواقعي.

6-3- المعاقين حركيا

على أن يتم التفصيل في المفاهيم الأساسية هذه في الفصول النظرية من الدراسة الحالية.

6-1- جودة الحياة :

يرى كل من (عبد الفتاح وحسين، 2006: 187-270) أن جودة الحياة تعني الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة، فضلاً عن إدراك الفرد لجوانب حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية وتوافقه مع القيم السائدة في المجتمع.

ويرى (الأنصاري، 2006: 1-19) أن مفهوم جودة الحياة يرتبط بصورة وثيقة بمفهومين آخرين أساسيين وهما: الرفاهية Welfare، والتتعم Well-being. كذلك يرتبط مفهوم جودة الحياة بمفاهيم أخرى، مثل: التنمية Development (توسيع خيارات متعددة تضم حريات الإنسان، وحقوق الإنسان، والمعرفة، وتعتبر هذه الخيارات ضرورة لرفاه الإنسان)، والتقدم Progress (التقدم في حال الإنسان في الحياة نتيجة للتطور المعرفي والعلمي)، والتحسين Betterment، وإشباع الحاجات Satisfaction of needs (الشعور بالرضا والارتياح، والأمن عند إشباع الحاجات والدوافع)، فضلا عن الفقر Poverty (أي فقر الدخل، أو اللامساواة الاقتصادية، وفقر التنمية الإنسانية الذي يحد من قدرات الإنسان والبلدان على الاستخدام الأفضل لمواردهم الإنسانية والمادية على حد سواء).

ويعرف منسي وكاظم (2006) جودة الحياة بأنها: شعور الفرد بالرضا والسعادة وقدرته على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورفي الخدمات في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه. ويتبنى الباحثون هذا التعريف في البحث الحالي، حيث عرف الباحثون جودة الحياة تعريفاً إجرائياً على أنه ما يحصل عليه المستجيبون من درجات خلال استجاباتهم على مقياس جودة الحياة التي تم تطويرها من قبل الباحثين في هذا الدراسة.

تعرف جودة الحياة إجرائياً في الدراسة الحالية بأنها: مجموع الدرجات التي يتحصل عليها المعاقين حركياً (أفراد العينة) بعد الإجابة على بنود مقياس جودة الحياة، المستخدم في الدراسة الحالية والذي أعده منسي وكاظم (2006)، الذي يضم (45) بنداً، مقسماً إلى (5) أبعاد، وهي على التوالي: الرضا عن الحياة، الأمل في المستقبل، الدعم والمساندة الاجتماعية الحالة النفسية والانفعالية، الكفاية الاقتصادية، وتشير الدرجة المرتفعة في المقياس إلى تمتع الفرد بمستوى عالي من جودة الحياة، أما الدرجة المنخفضة فتشير إلى انخفاض مستوى جودة الحياة.

6-2- التفاؤل غير الواقعي:

هناك اختلاف بين الباحثين الذين تناولوا بالدراسة وتحليل هذا النوع من التفاؤل، فمن هم من سماه التفاؤل الدفاعي (L'optimisme Défensif) أو التفاؤل الساذج (L'optimisme Naif) (Schweitzer, 2002, 227)

وقد سماه البعض بتوهم الحصانة (L'illusion d'invulnérabilité) أو التفاؤل التحيزي (Biais D'optimisme) (Klein, 2010).

ويعرف كل من تايلور وبراون، Taylor & Brown، 1988 التفاؤل غير الواقعي بأنه: شعور لدى الفرد بقدرته على التفاؤل اتجاه أحداث الحياة دون مبررات منطقية أو مؤشرات تؤدي إلى هذا الشعور، الأمر الذي يؤدي إلى حصول نتائج غير متوقعة، وبالتالي يصبح الفرد في قمة الإحباط، مما قد يعرضه للمخاطر والإصابة بالأمراض، حيث أن التوقعات غير الواقعية للأفراد إزاء أحداث المستقبل تدفع بهم إلى عدم ممارسة السلوك الصحي.

(Taylor, Brown, 1988, 193)

يعرف التفاؤل غير الواقعي إجرائياً في الدراسة الحالية بأنه: مجموع الدرجات التي يتحصل عليها المعاقين حركياً (أفراد العينة) بعد الإجابة على بنود مقياس التفاؤل غير الواقعي، المستخدم في الدراسة الحالية والذي أعده الباحث بدر محمد الأنصاري، والذي يضم (24) بنداً، مقسماً إلى بعدين، وهي: الأحداث السارة والأحداث المفجعة.

3-6- المعاقين حركياً:

يرى مصطفى نصرأوي وعبد الله معاوية (1982)، أن المعوق كل شخص ليس لديه مقدرة كاملة على ممارسة نشاط أو عدة أنشطة أساسية في الحياة العادية نتيجة إصابة وظائفه الحسية أو العقلية أو الحركية، إصابة ولد بها أو لحقت به بعد ولادته.

(تركي، 1998: 55)

ويعرف الروسان الإعاقة الحركية بأنها : حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة (الروسان، 2001، 269).

ويعرف اوليرون Oléron الأفراد المصابين بعجز حركيا أنهم يتصفون بعدم القدرة او صعوبة استخدام احد او عدة أطراف وتنتج حالتهم بسبب إصابة في الجهاز العظمي (شذوذ في الهيكل العظمي او المفصل) او عن إصابة في العضلات، والسيطرة العصبية او كلاهما او قد تنتج عن عيب في عضو مصدره خلقي او ناتج عن قطع لأحد الأطراف.

(OLERON,1961)

والتعريف الإجرائي للمعوق حركيا هو كل شخص أصيب بقصور او خلل، سواء كان وراثيا او مكتسبا في احد الأطراف، منعه أو حد من قيامه بالأنشطة والأعمال كغيره من الأشخاص، ليصبح بذلك محتاج إلى رعاية وتكفل خاص.

7- الدراسات السابقة:

7-1- دراسات خاصة بجودة الحياة:

7-1-1- دراسة هاشم(2001)

هدفت الدراسة إلى معرفة الاختلاف في جودة الحياة لدى المعاقين حركيا باختلاف درجة الإعاقة، ومعرفة الاختلاف في جودة الحياة لدى المسنين باختلاف حالتهم الصحية، ومعرفة الاختلاف في جودة الحياة بين المعاقين والمسنين وطلاب الجامعة، تكونت عينة الدراسة من (62) معاقا جسمىا بدرجة بسيطة او متوسطة وجميعهم ذوي مستوى تعليمي متوسط او فوق المتوسط، وهم من الذين يترددون على مراكز الرعاية ونوادي العزيمه بالإسماعيلية وبور سعيد، وتتراوح أعمارهم من 25-40 سنة، ومن (24) مسنا و(38) مسنة من المرضى بأمراض مزمنة والذين يترددون على المستشفيات، ويعيشون مع اسرهم، 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 ادوات الدراسة التالية: مقياس جودة الحياة، مقياس القدرة على التكيف والتماسك الأسري.

هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيمايلي:

- عدم وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في جودة الحياة سواء لدى المسنين او الطلاب الجامعة.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي الإعاقة البسيطة وذوي الإعاقة المتوسطة في جودة الحياة.
- أن المعاقين بدرجة بسيطة لا يختلفون بصورة جوهرية عن طلاب الجامعة في جودة الحياة، وإن المعاقين من الدرجة البسيطة كانوا أقل من الطلاب بصورة جوهرية في جودة الحياة.
- لا توجد فروق جوهرية في جودة الحياة بين المقيمين في الريف أو الحضر من جميع فئات عينة الدراسة.
- وجود ارتباط دال عند 0.01 بين جودة الحياة والتكيف الأسري كما توجد علاقة ارتباطيه عند 0.01 بين جودة الحياة والتماسك الأسري.

7-1-2- دراسة جيون بارك وآخرون (2002): Jiyeon.Park.et al

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تأثير الفقر على جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين، وقد استندت هذه الدراسة على فهمها لجودة الحياة بالتركيز على جودة المنتجات وجودة المخرجات المقدمة للشخص المعاق، وقد اعتمدت هذه الدراسة على البحث الوصفي النوعي مع الاعتماد على الإحصائيات، والأشخاص المعاقين وظروفهم المعيشية، والسكنية، والعائلية في عدة ولايات مختلفة من أمريكا، كما اشتملت الدراسة أيضا على البحث على البحث التاريخي متمثلة بالأبحاث السابقة التي تناولت دراسة مفهوم جودة الحياة للأشخاص المعاقين.

وقد أسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي:

- أن هناك علاقة ذات مغزى بين الفقر وكل من (الدخل والإعاقة والعرق)، كما أشارت الدراسة بان هناك علاقة سببية بين هذه العوامل.
- وقد أشارت الدراسة إلى ضرورة إتباع مفهوم فكري جديد لجودة الحياة، هذا المفهوم الذي يعتمد على تحسين أساليب الجودة، وجودة المخرجات التي يفضلها هذا الشخص المعاق أو ذلك.

- وشددت الدراسة على انه ليس هناك مفهوم معياري لجودة الحياة، والتي تقرر ماذا تعني كلمة جودة الحياة.

3-1-7- دراسة ستانفورد روبن وآخرون (2003): Stanford Ruben, et al

وهدفت الدراسة التعرف 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 وجودة الحياة باعتبارهما عنصرين مؤثرين في عملية التقييم، وتكونت عينة الدراسة من الجنسين (ذكورا وإناثا) من المجتمع الأمريكي، والمجتمع الانجليزي، وقد اعتمدت الدراسة على استبيانات تقييمية، شملت عدة محاور:

1- مهارات الاعتماد على النفس.

2- مهارات الحركة الذاتية.

3- مهارات الاتصال.

4- مهارات الإدارة الصحية.

5- مهارات البحث عن العمل.

6- مهارات التكيف المهني.

7- المهارات الاجتماعية.

8- المهارات الجسدية.

هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي:

- أنه كلما انخفضت نسبة العجز في توفير الخدمات اللازمة زادت قدرة الشخص المعاق على تأدية وظائفه الحياتية بطريقة مستقلة وزادت الدافعية والحافز لديه.

- أنه كلما أصبح الشخص المعاق أكثر استقلالية في تأدية مهامه الوظيفية، كلما ساهم ذلك في تطوير أسلوب حياته، ومن ثم يصبح شخص ايجابيا متفائلا ومقبلا على الحياة.

- لا يزال مفهوم جودة الحياة صعب في التعامل معه لأنه يعتمد على مفهوم الفرد للرفاهية.

- أهمية تقييم نواقص وضعف المهارات الحياتية التي يبحث عنها المعاق، من أجل تحديد الاحتياجات،(الخدمات الواجب توفيرها والتي من شأنها تعمل على تحسين جودة الحياة للمعاقين).

7-1-4- عبد الفتاح وحسين (2006)

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية التي تنتبأ بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم، كمحاولة للكشف عن الفروق في جودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم والأطفال العاديين. وقد شملت الدراسة على (50) طفل عادي، و(50) طفل من ذوي صعوبات التعلم الملتحقين بالصف السادس الابتدائي في محافظة بني سويف بمصر، واشتملت العينة أيضاً على (100) والد ووالدة من أولياء الأمور. وقد بينت نتائج الدراسة وجود فروق في جودة الحياة بين الأطفال ذوي صعوبات التعلم والعاديين، وعدم وجود اختلاف في جودة الحياة للأطفال ذوي صعوبات التعلم تبعاً لمتغير الجنس. وكان أهم عامل من العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية التي تنتبأ بجودة حياة الأطفال ذوي صعوبات التعلم متمثلاً في جودة الحياة الأسرية يليه العامل المرتبط بمصادر المجتمع المتاحة.

7-1-5- برديت يونج وآخرون (2007) Bridget, Young, et al

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى إدراك الأطفال المعاقين لمفهوم جودة الحياة، حيث كانت الفئة المستهدفة من الدراسة عبارة عن مجموعات صغيرة من العائلات والتي اشتركت في دراسات جودة الحياة، وقد قسمت هذه المجموعات إلى عينات مستهدفة معتمدين على (28 (طفلاً، منهم (15) من الذكور و (13) من الإناث، و(35) من أولياء الأمور، وقد استخدم الباحثون أدوات للدراسة منها :مقياس يقيس مفهوم جودة الحياة لدى المعاقين KIDSCREEN ويحتوى المقياس على عدة أبعاد منها، البعد، الاجتماعي (الأصدقاء، القراء)و(البيئة المدرسية) (بيئة البيت، ذات المعاق)، وأسلوب المقابلة في دراستهم. هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي:

- 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.
- أن الأبعاد يتم تحديدها وفقاً للتوازن الموجود في استبانة KIDSCREEN والتي تعكس، بوضوح الأبعاد المختلفة لحياة الطفل المعاق.
- أن هناك عوامل مهمة وذات تأثير في مفهوم جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين لم يتم تمثيلها أو إيضاحها في استبانة KIDSCREEN ولكن هذه العوامل تبين من خلال المقابلة، حيث تبين بأن هناك عوامل مهمة تساهم في جودة الحياة للمعاقين وتشمل، (حياة المنزل، الجيران، أعضاء العائلة من غير أولياء الأمور، علاقات الأصدقاء، الألم، الراحة، ومسكن المعاق، وتوافر معايير الأمن والسلامة، والموازنة المالية المخصصة له، والوقت المتوفر له).

7-6-دراسة الهنداوي (2011)

هدفت إلى الكشف عن علاقة الدعم الاجتماعي بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً بمحافظة غزة تكونت عينة الدراسة من (201) من المعاقين بإعاقات حركياً متنوعة من الجنسين بمحافظة غزة منهم (119) من الذكور بنسبة (59.2 %) ، ومنهم (82) من الإناث بنسبة (40.8 %) من جميع محافظات غزة، وقد استخدم الباحث مقياس جودة الحياة، كما استخدم الباحث عادة أساليب إحصائية، منها المتوسطات الحسابية النسبية، ومعامل (ألفا كرونباخ) ومعامل الثبات بطريقة التجزئة النسبية، ومعامل ارتباط (بيرسون) ومعادلة (سبيرمان براون)، واختبار ت (T-Test) ، واختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) وأسفرت الدراسة على عادة نتائج، منها لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصادر الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين أفراد العينة،

ولا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية، والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين.

7-1-7- دراسة عايش (2013)

والتي هدفت إلى تقييم جودة الحياة عند مرضى الفصام في محافظات قطاع غزة وقد تكونت عينة الدراسة من (161) مريضاً من الذكور والإناث والذين تتراوح أعمارهم ما بين (21-47) عاماً، واستخدم الباحث استبانة مخصصة لقياس جودة الحياة من إعداد منظمة الصحة العالمية واستخدم أسلوب جمع المعلومات من خلال الملفات والتقارير الطبية للمرضى، واستخدم الباحث عدة أساليب إحصائية، منها المتوسطات الحسابية النسبية، ومعامل (ألفا كرونباخ)، ومعامل الثبات بطريقة التجزئة النسبية، ومعامل ارتباط (بيرسون) ومعادلة (سبيرمان براون)، واختبار ت، واختبار تحليل التباين الأحادي One-Way ANOVA، وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أبرزها أن معدل جودة الحياة طبقاً للمتغيرات (الجسمية، النفسية، الاجتماعية، البيئية) بلغت (44 %) مما يعني ظهورها بدرجة منخفضة لدى مرضى الفصام، وتبين أن البعد الاجتماعي من أبعاد جودة الحياة هو أدنى النسب بين مجتمع الدراسة وبلغ (7.4%)، وفي المقابل سجل البعد البيئي أعلى مستوى وبلغ (71.7 %)، كما أظهرت الدراسة فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى أقل من (1.17) في جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس في البعد الجسدي والنفسي والاجتماعي لصالح الإناث، كما لم تجد الدراسة فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة تعزى لمتغيرات (العمر، الحالة الاجتماعية، عدد أفراد الأسرة، المهنة، الدخل الشهري، التاريخ المرضي، عدد أيام دخول المستشفى)

7-1-8- دراسة السرطاوي وآخرون (2014)

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة وغير المعاقين في دولة الإمارات العربية المتحدة في مجالات (جودة الصحة العامة، جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، الحياة الوظيفية، جودة العواطف، جودة الصحة النفسية، جودة شغل

الوقت وإدارته). ومن أجل تحقيق هذا الهدف، قام الباحثون ببناء أداة البحث والتي تكونت من جزأين، احتوى الجزء الأول منها على فقرات محددة للكشف عن مستوى جودة الحياة، أما الجزء الثاني فقد اشتمل على أسئلة لإجراء المقابلة. وقد تم التحقق من صدق الأداة باستخدام صدق المحتوى، وذلك من خلال عرضها على خمسة من المحكمين من حملة الدكتوراه في مجال رعاية وتأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة وعلم النفس وكذلك على خمسة من الخبراء العاملين في مجال التربية الخاصة. وقد تم كذلك التحقق من ثباتها باستخدام معامل الاتساق الداخلي Alpha Chronbach والذي بلغ (92.7).

وقام الباحثون بتطبيق أداة البحث على عينة مكونة من (150) شخص معاق، و(150) شخص غير معاق في دولة الإمارات العربية المتحدة، وذلك وفق متغيرات البحث (نوع الإعاقة، المستوى التعليمي، مستوى الدخل، الحالة الاجتماعية وجهة العمل). ووفقاً لهذه المتغيرات تم صياغة مجموعة من الفرضيات الصفرية. وبعد فحص هذه الفرضيات وتحليل محتوى إجابات المفحوصين على الأسئلة المفتوحة، تبين وجود دلالة إحصائية بين الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص غير المعاقين في جميع أبعاد جودة الحياة تبعاً لمتغيرات البحث المستقلة وذلك لصالح الأشخاص غير المعاقين في الإمارات.

7-2-2-دراسات خاصة بالتفاوت غير الواقعي:

7-2-1-دراسة ريبوكي وزملائه (1991) Reppucci & all:

هدف أصحاب الدراسة إلى إجراء مقارنة بين المدخنين وغير المدخنين في التفاؤل غير الواقعي على عينة قوامها 304 فرداً من غير المدخنين وأخرى بلغت 54 فرداً مدخناً وقد استخدم في جميع البيانات مقياساً من إعداد (رافنسون ونوفيلد 1987 Revenson, neufel) والمتعلق بالأخطار الصحية المصاحبة للتدخين، إضافة إلى مقياس ضغوط الحياة المعد من طرف (كوهن وزملائه، Cohen & all)، وقد اشتملت الدراسة على شقين، حيث هدف الباحثون في الشق الأول إلى معرفة الفروق لبين العينتين حول التفاؤل غير الواقعي اتجاه

الإصابة بالمخاطر الصحية الناجمة عن التدخين (سرطان الرئة، أزمة قلبية، انتفاخ النسيج الخلوي)، أما الشق الثاني فقد هدفوا فيه إلى معرفة الفروق بين أفراد العينتين في ضغوط. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن أفراد العينتين أجمعوا على وجود علاقة بين التدخين وسرطان الرئة، غير أن الممتنعين عن التدخين اعتقدوا بأن إمكانية إصابتهم به مستبعدة، في حين تصور المدخنون أن إمكانية تعرضهم للسرطان في حدود المتوسط فقط.

7-2-2- دراسة فاندير فيلد وهويكاس 1992 Vender Velde & Hooykaas:

أجريت هذه الدراسة بهدف معرفة توقعات أفراد العينة لخطر إصابتهم بالسيدا وبعض الأمراض الجنسية الأخرى كالسيفيليس والسيلان بالإضافة إلى أمراض أخرى كسرطان الرئة والأزمة القلبية، حيث شملت عينة الدراسة على 535 فردا مثليا، وقد طلب من أفراد العينة أن يتوقعوا خطر إصابتهم بأمراض متعددة مقارنة بغيرهم. وقد أوضحت النتائج أن توقع الإصابة بهذه الأمراض كانت أقل بالنسبة لهم مقارنة بغيرهم، وأن التفاؤل غير الواقعي اتجاه الإصابة بسرطان الرئة كان أكبر من الأمراض الأخرى وأقل بالنسبة للسيدا، على اعتبار أنه لع علاقة وثيقة بسلوك أفراد العينة (جنسية مثلية).

7-2-3- دراسة سبارك وشيفرد 1994-1995 Spark & Shepherd:

أجرى الباحثان دراسة سنة 1994 حول علاقة التفاؤل غير الواقعي بمخاطر مرتبطة بتلوث الغذاء، وقد بينت النتائج أن هذه المخاطر الغذائية وصفها البعض بأنها قابلة للضبط، وبالتالي ازداد تفاؤلهم بعدم التعرض لها.

وفي دراسة أخرى لهما أجريت سنة 1995 بهدف التعرف على طبيعة العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي وتغيير نظام الحماية وإدراك التحكم في السلوك، حيث شملت عينة الدراسة على 612 مراهقا إنجليزيا، حيث كشفت النتائج أن التفاؤل غير الواقعي اتجاه المخاطر الصحية المرتبطة بنظام الحماية، يزيد لدى الأفراد الذين يستهلكون الأغذية الصحية

الجيدة (خضروات، ألياف، سمك،...)، مقارنة مع أولئك الذين يستهلكون الأغذية الضارة (كميات كبيرة من الدهون، البسكويت، الحلويات،...). (Roots, Spark : 1995).

7-2-4- دراسة هورينز (1995) Hoorens:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة التي تربط التفاؤل غير الواقعي ببعض المتغيرات الشخصية، وقد تم تطبيقها على عينة قوامها 90 طالب وطالبة من إحدى المدارس الثانوية الألمانية، حيث تراوحت أعمارهم ما بين 15 إلى 18 سنة، وقد استخدم في ذلك عدة أدوات تمثلت في مقياس التفاؤل غير الواقعي الذي تم تطويره من مقياس واينشتاين ومجموعة من اختبارات الشخصية (خداع الذات، الشعور الزائف بالقدرة على التحكم، السلوك الاجتماعي، السعادة، الاتزان الوجداني، تقدير الذات)، وقد كشفت النتائج عن وجود ارتباطات جوهرية موجبة بين التفاؤل غير الواقعي وكل المتغيرات، وهي على النحو التالي:

- معامل ارتباط التفاؤل غير الواقعي وخداع الذات: $r = 0.15$

- معامل ارتباط التفاؤل غير الواقعي والشعور الزائف بالقدرة على التحكم:

$r = 0.35$

- معامل ارتباط التفاؤل غير الواقعي وتقدير الذات: $r = 0.67$

- معامل ارتباط التفاؤل غير الواقعي والسلوك الاجتماعي: $r = 0.40$

- معامل ارتباط التفاؤل غير الواقعي والسعادة: $r = 0.38$

- معامل ارتباط التفاؤل غير الواقعي والاتزان الانفعالي: $r = 0.34$

وهذا ما يوضح لنا أن التفاؤل غير الواقعي عامل يجعل الأفراد يشعرون بالراحة النفسية الناجمة عن استبعاد الشعور بالخطر. (الأنصاري، 2001).

7-2-5- دراسة الأنصاري بدر محمد (2001):

قام الأنصاري بعد تصميمه لمقياس التفاؤل غير الواقعي، بإجراء دراسة هدفت من خلالها إلى تحديد العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي وبعض متغيرات الشخصية (تفاؤل،

تشاؤم، يأس، ذنب وخزي) لدى عينة من طلاب جامعة الكويت، وقد شملت العينة على 356 طالبا وطالبة مسجلين في فروع مختلفة ما عدا علم النفس.

وقد استعمل الباحث في جمع بياناته، مقياس التفاؤل غير الواقعي ومقياس الأنصاري أيضا للتفاؤل والتشاؤم والنسخة العربية من مقياس التوجه نحو الحياة LOT لشاير وكارفر 1985، ومقياس اليأس (BHS) ومقياس الذنب والخزي، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- لا توجد فروق بين الجنسين في التفاؤل غير الواقعي.
 - معامل ارتباط التفاؤل غير الواقعي بالتفاؤل قدر ب : $r = 0.49$.
 - معامل ارتباط التفاؤل غير الواقعي بالتشاؤم قدر ب : $r = 0.47$.
 - معامل ارتباط التفاؤل غير الواقعي بالخزي قدر ب : $r = 0.27$.
 - معامل ارتباط التفاؤل غير الواقعي بالذنب قدر ب : $r = 0.33$.
 - معامل ارتباط التفاؤل غير الواقعي باليأس قدر ب : $r = 0.49$.
 - معامل ارتباط التفاؤل غير الواقعي بالتوجه الايجابي نحو الحياة قدر ب : $r = 0.33$.
- (الأنصاري، 2002)

7-2-6-دراسة زعابطة سيرين هاجر (2011):

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة التي تربط التفاؤل غير الواقعي وسلوك السياقة الصحي لدى السائقين فضلا عن التعرف على الفروق بين أفراد العين في التفاؤل غير الواقعي وسلوك السياقة الصحي حسب متغيرات السن والمستوى التعليمي وعدد مرات التعرض لحادث مرور ومدة السياقة الفعلية.

شملت عينة الدراسة 133 سائق سيارة سياحية من حظيرة السيارات بمدينة سيدي بلعباس. ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بإتباع المنهج الوصفي، واستخدم مقياسين صمما لقياس متغيرات الدراسة كما اعتمد على الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss18) في جمع وتحليل البيانات وقد خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد علاقة سلبية دالة إحصائياً بين التفاعل غير الواقعي وسلوك السياقة الصحي لدى السائقين.

- توجد علاقة سلبية دالة إحصائياً بين التفاعل غير الواقعي واحترام القانون.

- توجد علاقة سلبية دالة إحصائياً بين التفاعل غير الواقعي والقيادة السليمة أثناء الأحوال الجوية السيئة.

- توجد علاقة سلبية دالة إحصائياً بين التفاعل غير الواقعي والخصائص النفس واجتماعية والسيولوجية المحبذ تواجدها لدى السائق.

- توجد فروق دالة إحصائياً بين السائقين والقيادة السليمة أثناء الأحوال الجوية السيئة.

- توجد فروق دالة إحصائياً بين السائقين في التفاعل غير الواقعي تعزى إلى السن لصالح الفئة من 20 إلى 30 سنة والفئة الأكبر من 50 سنة.

7-2-7-دراسة سعد الدين بوطبال (2012):

أجريت هذه الدراسة للتعرف على مدى شيوع سمة التفاعل غير الواقعي لدى السائقين الشباب، وطبيعة الفروق بين مرتكبي الحوادث المرورية وغيرهم في هذه الخاصية ولتحقيق ذلك طبق مقياس التفاعل غير الواقعي الذي كيفه بدر الأنصاري على البيئة الكويتية، حيث اعتمد في الدراسة الحالية على عينة قدرها 240 سائق وبعد الحصول على البيانات أخضعت إلى التحليل الإحصائي بواسطة برنامج (spss) وتبين من خلال الدراسة أن مرتكبي الحوادث المرورية الشباب يمتلكون مستويات أعلى في التفاعل غير الواقعي من السائقين الذين لم يرتكبوا حوادث مرورية. كما بينت نتائج هذه الدراسة الحالية عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين السائقين الشباب المتزوجين والسائقين العزاب فيما يخص التفاعل غير الواقعي.

تبين لنا من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة التي أجريت في هذا المجال ما يلي:

1-أتاحت لنا الدراسات التي اهتمت بالتفاعل غير الواقعي عددا من المقاييس لقياسه منها مقياس (وينشتاين) ومقياس(بدر الأنصاري)، غير أنهما لا تلائم كل الفئات الاجتماعية نظرا

لاحتوائها على بنود تختص بالطلبة فقط أو الإناث دون الذكور أو بطبقة اجتماعية معينة، وهذا ما جعلنا نقوم بإجراء تعديلات بسيطة على المقياس.

2- كشفت الدراسات الارتباطية عن وجود علاقة ايجابية جوهريّة بين التّفاؤل غير الواقعي وبعض المتغيرات، كما كشفت عن وجود علاقة سلبية بين التّفاؤل غير الواقعي والمتغيرات المتعلقة بالسلوك الصحي بصفة عامة.

3- لم تجد الباحثات دراسات اهتمت بدراسة العلاقة بين التّفاؤل غير الواقعي والثقة بالنفس، لكن تجدر الإشارة إلى الدراسات التي تناولت العلاقة بين الثقة بالنفس والتّفاؤل وهي دراسة فريح العنزي ودراسة محمد دسوقي والشماس وقد خلصت نتائجهما إلى إثبات وجود العلاقة بين التّفاؤل والثقة بالنفس.

4- استخدام مقياس الثقة بالنفس في دراسات متنوعة وعديدة وعلى فئات اجتماعية مختلفة وهذا ما أتاح لنا اختيار أي من المقاييس المناسب لدراستنا.

5- استخدمت معظم الدراسات الاستبيان كأداة لجمع البيانات أو لقياس التّفاؤل غير الواقعي والثقة بالنفس.

6- كشفت الدراسات عن وجود علاقة ارتباطية ايجابية بين الثقة بالنفس وبعض المتغيرات كمفهوم الذات الأكاديمية الايجابية دراسة (Maria)، كما كشفت بعض الدراسات الأخرى عن وجود ارتباط سالب بين الثقة بالنفس ومتغيرات أخرى كما هو الحال في دراسة (Gursen).

7-2-8- دراسة غرغوط (2016):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة التي تربط الثقة بالنفس والتّفاؤل غير الواقعي بالدافعية للإنجاز لدى طلبة جامعات (بسكرة، الوادي، ورقلة).

اختيرت عينة الدراسة بطريقة عشوائية طبقية، وشملت 438 طالب وطالبة، ولتحقيق أهداف الدراسة قمنا باتباع المنهج الوصفي، واستخدمنا ثلاث مقاييس صمموا لقياس متغيرات الدراسة، كما اعتمدنا على الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS في تحليل البيانات. وقد خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- مستوى التفاوض غير الواقعي لدى طلبة جامعات (بسكرة، الوادي، ورقلة) متوسط.
- توجد علاقة ارتباطيه موجبة بين الثقة بالنفس والتفاوض غير الواقعي لدى طلبة جامعات (بسكرة، الوادي، ورقلة.)

- توجد علاقة ارتباطيه موجبة بين الثقة بالنفس والتفاوض غير الواقعي والدافعية للإنجاز لدى طلبة جامعات (بسكرة، الوادي، ورقلة.)

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاوض غير الواقعي لدى طلبة جامعات (بسكرة، الوادي، ورقلة) تعزى لمتغير الجنس.

7-2-9- دراسة مشري (2017):

هدفت الدراسة للتعرف على طبيعة العلاقة بين سمات الشخصية (الانبساط- الانطواء) ومتغير التفاوض غير الواقعي لدى مرضى القولون العصبي.

7-3-3- دراسة خاصة بالإعاقة الحركية :

7-3-1- دراسة جبريل (1994):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الفروق الفردية في مفهوم الذات لدى المراهقين المعاقين وغير المعاقين حركياً، وإلى التعرف على الفروق في مفهوم الذات بين المراهقين المعاقين حركياً استناداً إلى متغيرات الجنس ونوع الإعاقة، وزمن حدوثها. تألف أفراد الدراسة من (256) مراهقاً نصفهم من المعاقين حركياً والنصف الآخر من غير المعاقين واستخدم مقياس يعقوب لمفهوم الذات، واستخدم اختبار (ت) وتحليل التباين الثلاثي للإجابة على أسئلة الدراسة أشارت النتائج إلى وجود فروق بين المراهقين المعاقين وغير المعاقين حركياً، كما أظهرت وجود فروق في مفهوم الذات لدى المراهقين المعاقين حركياً تعزى إلى الجنس ونوع الإعاقة، وزمن حدوثها.

7-3-2- دراسة ناجلير (1999) Naugler :

هدفت هذه الدراسة إلى التحقيق بين الاختلافات في: اختيار الأصدقاء، ونوعية الأصدقاء، ومفهوم الذات للمعاقين جسدياً في المدارس المدموجة والمعزولة، وشملت العينة

(25) طالباً من المعاقين جسدياً ضمن الفئة العمرية (10-14) سنة بحيث شملت العينة (10) من المدارس المدموجة، و15 من المدارس المعزولة) وفي لقاء مع أفراد العينة قاموا من خلاله بذكر أفضل الأصدقاء وأجابوا عن أسئلة أخرى تخص عمر الأصدقاء، وجنسهم، ومكان الالتقاء بهم، ومعدل الاتصالات الهاتفية بينهم، وزيارات خارج إطار المدرسة. وتبني أولياء الأمور والمعلمون نسخة مقابلة ليؤكدوا على إجابات الأطفال، وتم تصميم استبانة لقياس مفهوم الذات. وبينت الدراسة انعدام الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين الأطفال المعاقين جسدياً في المدارس المعزولة، والأطفال المعاقين في المدارس المعزولة كانوا أكثر صداقة من أقرانهم في المدارس المدموجة. ووجد أيضاً أن الطلاب المعاقين في المدارس المدموجة كانوا أكثر مودة وإخلاصاً ومحبه، وكذلك أقل خيانة لأصدقائهم المقربين منهم من الطلاب المعاقين في المدارس المعزولة. ولم يكن هناك أي فرق ذي دلالة إحصائية بين الفئتين المذكورتين فيما يخص مفهوم الذات.

7-3-3 - دراسة كوباكوفا (2000) Koubekova :

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي لدي المعاقين حركياً -حيث تكونت عينة الدراسة من (115) من المعاقين والمعاقات الذين تتراوح أعمارهم ما بين (12-16) سنة، وذلك من المدارس العامة والمدارس الخاصة التي تعلم المعاقين حركياً وكانت أدوات الدراسة قد اشتملت علي اختبار كاليفورنيا للشخصية واستبيان القلق كحالة والقلق كسمة واستبيان تقدير الذات. وأشارت نتائج الدراسة علي أن الأطفال المعاقين حركياً يظهرون قدراً عالياً من السلوكيات المضادة للمجتمع، والتجنب والعزلة عن باقي الأطفال العاديين، كما اتضح أن الفتيات من المعاقات كن يواجهن صعوبات في التوافق الاجتماعي أكثر من أقرانهم من الذكور المعاقين، كما أكدت الدراسة أيضاً أن المعاقات كن يعانين من قدر أكبر من تدني مستوى تقدير الذات وكن أقل رضا عن أنفسهن وكن يشعرن بعدم تقبل آبائهن ومعلماتهن وزميلاتهن لهن.

7-3-4 - دراسة موسى (2000) :

هدفت الدراسة إلى معرفة الاتجاهات الوالدية كما يدركها الأبناء المعاقون حركياً وعلاقتها بمفهوم الذات لديهم في معاهد رعاية المعاقين حركياً وتأهيلهم في مدينة دمشق تألف مجتمع الدراسة من (300) معاق ومعاقة سحبت عينتهم بالطريقة المنتظمة وبلغ عددها (100) معاق ومعاقة، يهدف البحث إلى معرفة تأثير الاتجاهات الوالدية بأشكالها الثلاثة اتجاه التقبل - الرفض - الحماية الزائدة على مفهوم الذات لديهم بجوانبه الأربعة الجانب الجسمي لمفهوم الذات - الجانب الاجتماعي لمفهوم الذات - الجانب النفسي لمفهوم الذات - الجانب الفلسفي لمفهوم الذات، وقد جاءت نتيجة البحث متوافقة مع توقعات الباحثة إذ كان لكل من هذه الاتجاهات أثره في مفهوم الذات لدى الأبناء المعاقين حركياً.

7-3-5 - دراسة المدهون (2003):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية والصحة النفسية للمعاقين حركياً في محافظات غزة وذلك للتأكد من دور المساندة الاجتماعية كمتغير نفسي اجتماعي في تخفيض درجة التوتر والقلق والخجل والانطواء والانسحاب والعزلة والاكتئاب مما يحقق التوافق الذاتي والأسري والاجتماعي والمهني وتحسين مستوى درجة الصحة النفسية عند المعاقين حركياً، وتكونت عينة الدراسة من (140) معاقاً منهم (76) ذكور، (64) إناث تتراوح أعمارهم ما بين (18-50) سنة، استخدم الباحث مقياسين هما مقياس المساندة الاجتماعية ومقياس الصحة النفسية، حيث بينت نتائج الدراسة أن هناك فروق لصالح الذكور في بعد التوافق الاجتماعي، وفي بعدي التوافق الأسري والتوافق مع الذات لصالح الإناث، كما دلت النتائج أيضاً أن هناك فروق لصالح الذكور في كل أبعاد التوافق الاجتماعي والخلو من الاكتئاب.

7-3-6 - دراسة محمد (2005):

تهدف الدراسة إلى التعرف على اتجاهات المعلمين نحو المعاقين حركياً - كما يدركها التلاميذ - وعلاقتها بتقبل الذات والشعور بالوحدة النفسية، وقد تكونت عينة الدراسة من (140) تلميذاً وتلميذة، منهم (70) تلميذاً بالمرحلة الإعدادية من المعاقين حركياً، (70)

تلميذا بالمرحلة الإعدادية من العاديين، وقد تراوحت أعمار العينة من (11-14) سنة، بمتوسط عمر زمني 12.24، وانحراف معياري 1.10، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

1- وجود ارتباط دال إحصائياً بين درجات التلاميذ على مقياس اتجاهات المعلمين نحو التلاميذ المعاقين حركياً - كما يدركها التلاميذ - بأبعاده المختلفة ودرجاتهم على مقياس تقبل الذات بأبعاده المختلفة.

2- وجود ارتباط دال إحصائياً بين درجات التلاميذ على مقياس اتجاهات المعلمين نحو التلاميذ المعاقين حركياً - كما يدركها التلاميذ - بأبعاده المختلفة ودرجاتهم على مقياس الشعور بالوحدة النفسية بأبعاده المختلفة.

3- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات التلاميذ المعاقين حركياً ومتوسط درجات أقرانهم العاديين على مقياس تقبل الذات بأبعاده المختلفة لصالح التلاميذ العاديين.

4- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات التلاميذ المعاقين حركياً ومتوسط درجات أقرانهم العاديين على مقياس الشعور بالوحدة النفسية (الشعور بالعزلة - الحزن والتشاؤم - الدرجة الكلية) وذلك لصالح المعاقين حركياً، بينما لا توجد فروق دالة إحصائية بين العاديين والمعاقين حركياً في بعد افتقاد المهارات الاجتماعية.

5- وجود فروق دالة إحصائية بين المعاقين حركياً والمعاقات حركياً في تقبل صورة الجسم وذلك لصالح المعاقين حركياً بينما كانت الفروق لصالح المعاقات حركياً في الحزن والتشاؤم.

6- وجود بعض ديناميات الشخصية المميزة للمعاق حركياً.

8- التعقيب عن الدراسات السابقة :

8-1- من حيث الأهداف:

تباينت أهداف الدراسات السابقة باختلاف المتغيرات إلي تناولتها هذه الدراسة، حيث هدفت بعض الدراسات إلى التعرف على متغير جودة الحياة ببعض المتغيرات الأخرى، ومن بين هذه الدراسات : دراسة هاشم (2001) هدفت إلى معرفة الاختلاف في جودة الحياة لدى

المعاقين حركيا باختلاف درجة الإعاقة، دراسة جيون بارك وآخرون (2002) هدفت إلى معرفة مدى تأثير الفقر على جودة الحياة، دراسة ستانفورد روبن وآخرون (2003) هدفت إلى التعرف على المدى الذي تسهم فيه خدمات التأهيل من رفع رفاهية المعاق، هدفت دراسة عبد الفتاح وحسين (2006) إلى دراسة العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية التي تنتبأ بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم، دراسة الهنداوي (2011) هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الدعم الاجتماعي بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا، دراسة السرطاوي وآخرون (2014) هدفت إلى التعرف على مستوى جودة الحياة عن الأشخاص ذوي العاقة والأشخاص غير ذوي الإعاقة.

وهدف بعض الدراسات الأخرى إلى دراسة متغيرات معينة وعلاقتها بالتفاؤل غير الواقعي، دراسة سبارك وشيفرد (1994) حيث هدفت إلى دراسة علاقة التفاؤل غير الواقعي بمخاطر مرتبطة بتلوث الغذاء، دراسة هورينز (1995) ودراسة الأنصاري (2001) هدفتا إلى الكشف عن طبيعة العلاقة التي تربط التفاؤل غير الواقعي ببعض المتغيرات الشخصية، دراسة زعايطه (2011) هدفت إلى الكشف عن العلاقة التي تربط التفاؤل غير الواقعي وسلوك القيادة الصحي لدى السائقين، ودراسة غرغوط (2016) هدفت إلى الكشف عن طبيعة العلاقة التي تربط الثقة بالنفس والتفاؤل غير الواقعي والدافعية للإنجاز لدى طلبة الجامعة، أما دراسة مشري (2017)، هدفت إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين سمات الشخصية (الانبساط - الانطواء) ومتغير التفاؤل غير الواقعي لدى مرضى القولون العصبي.

أما الدراسات الأخرى التي درست بعض المتغيرات لدى المعاقين حركيا : دراسة كوبانوف (2000) هدفت إلى معرفة مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي لدى المعاقين حركيا، دراسة موسى (2000) هدفت إلى معرفة الاتجاهات الوالدية كما يدركها الأبناء المعاقون حركيا وعلاقتها بمفهوم الذات لديهم، دراسة المدهون (2003) هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية والصحة النفسية لدى المعاقين حركيا، دراسة محمد (2005) هدفت

للتعرف على اتجاهات المعلمين نحو المعاقين حركيا -كما يدركها التلاميذ- وعلاقتها بتقبل الذات والشعور بالوحدة النفسية.

وستهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين جودة الحياة والتفاوت غير الواقعي .

8-2- من حيث العينة:

اختلفت الدراسات السابقة في نوعية العينة التي تم إجراء الدراسة عليها إلا أن معظم الدراسات كانت على المعاقين ومن بين هذه الدراسات نجد دراسة هاشم (2001)، دراسة الهنداوي (2011)، دراسة جبريل (1994)، دراسة ناجلير (1999)، دراسة كوبانوف (2000)، دراسة موسى (2000)، دراسة المدهون (2003)، دراسة محمد (2005). أما عينة الدراسة الحالية فتكونت من المعاقين حركيا لولاية الوادي.

8-3- من حيث المنهج:

جميع الدراسات اعتمد المنهج الوصفي، وهو المنهج المعتمد في الدراسة الحالية.

8-4- من حيث الأدوات:

تناولت الدراسات السابقة أدوات من إعداد الباحثين وأخرى ليست من إعداد الباحثين، فكل باحث اعتمد على أداة تساعد على البحث في متغيرات الدراسة حسب عينة كل دراسة. أما الدراسة الحالية فقد اعتمدت على مقياس منسي وكاظم (2006) لجودة الحياة، ومقياس الأنصاري (2001) للتفاوت غير الواقعي.

8-5- من حيث التقنيات الإحصائية:

تناولت اغلب الدراسات السابقة معامل ارتباط بيرسون والذي يدلي بمقدار العلاقة بين متغيرين كميين، وكذلك نجد بعض الدراسات من أضافت أساليب أخرى كاختبار ت لدلالة الفروق، ومعامل ألفا كرونباخ وجيتمان للتأكد من المقاييس ومعادلة سبيرمان براون للتأكد من صدق المقاييس.

أما الدراسة الحالية فاتفقت مع الدراسات السابقة.

8-6- من حيث النتائج:

كشفت الدراسات المتعلقة بجودة الحياة على وجود علاقة بين جودة الحياة ومتغيرات أخرى: دراسة جيون بارك وآخرون (2002) أكدت على وجود علاقة ذات مغزى بين الفقر وكل من (الدخل والاعاقة والعرق، كذلك وجود علاقة سببية بين هذه العوامل، دراسة الهنداوي (2011) فقد نفت وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي وأبعاده ودرجته الكلية والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا، دراسة السرطاوي (2014) بينت وجود دلالة إحصائية بين الأشخاص ذوي العاقة والأشخاص غير المعاقين في جميع أبعاد جودة الحياة تبعا لمتغيرات البحث المستقلة وذلك لصالح غير المعاقين.

إما الدراسات المتعلقة بالتفاوت غير الواقعي فكلها أجمعت على وجود علاقة بين التفاؤل غير الواقعي وبعض المتغيرات الأخرى: دراسة ريبوكي وزملائه (1991) التي بينت وجود علاقة بين التدخين وسرطان الرئة، دراسة هوينو (1995) أكدت على وجود ارتباطات جوهرية موجبة بين التفاؤل غير الواقعي وكل المتغيرات، دراسة زعايطه (2011) أكدت على وجود علاقة جوهرية بين التفاؤل غير الواقعي وبعض المتغيرات، إلا أن دراسة الأنصاري (2001) أكدت على عدم وجود فروق بين الجنسين في التفاؤل غير الواقعي. كذلك دراسة غرغوط (2016) أكدت على عدم وجود فروق في التفاؤل غير الواقعي تعزى لمتغير الجنس، كذلك دراسة مشري (2017) أكدت على وجود فروق في التفاؤل غير الواقعي تعزى لمتغير الجنس كذلك وجود فروق في التفاؤل غير الواقعي تعزى لمتغير السن.

والدراسات المتعلقة بالمعاقين حركيا فقد جاءت مرتبطة ببعض المتغيرات الأخرى : دراسة جبريل (1994) أظهرت وجود فروق في مفهوم الذات لدى المعاقين حركيا يعزى إلى الجنس ونوع الإعاقة وزمن حدوثها، دراسة المدهون (2003) أوضحت وجود فروق لصالح الذكور في كل أبعاد التوافق الاجتماعي والخلو من الاكتئاب، دراسة محمد (2000) توضح وجود ارتباط دال إحصائيا بين الدرجات التلاميذ على مقاييس اتجاهات المعلمين نحو التلاميذ المعاقين حركيا - كما يدركها التلاميذ- بأبعاده المختلفة، أما دراسة ناجلير (1999) فقد

أكدت على عدم وجود أي فرق ذي دلالة إحصائية بين الفئتين المذكورتين فيما يخص مفهوم الذات.

وإجمالاً فإن الدراسات السابقة هذه، ساعدتنا في بناء الموضوع، من حيث الاهتمام إلى تساؤلات الدراسة، وبناء الفرضيات، واختيار عينة الدراسة، ومنهجها، وأدواتها. ونحسب أن دراستنا الحالية هي الأولى والوحيدة في الجامعة التي تناولت متغيرات جودة الحياة والتفاؤل غير الواقعي لدى المعاقين حركياً بالبحث والتحليل.

الفصل الثاني : جودة الحياة

تمهيد

أولا : علم النفس الايجابي

1- تعريف علم النفس الايجابي

2- أهداف علم النفس الايجابي

ثانيا : جودة الحياة

1- تعريف جودة الحياة

2- نشأة وتطور مفهوم جودة الحياة

3- أبعاد جودة الحياة

4- مكونات جودة الحياة

5- مجالات جودة الحياة

6- مظاهر جودة الحياة

7- مقومات جودة الحياة

8- النظريات المفسرة لجودة الحياة

خلاصة الفصل

تمهيد :

لا ريب أن الكائن البشري لا تنصر مقومات حياته في تأمين الحاجات الأساسية والضرورية لبقائه بل تتعدى ذلك إلى ما يشمل كل ما يحسن جودة الحياة للفرد، تتجلى بالأساس في قياس وفهم وبناء مكامن القوة لدى الإنسانية وصولاً إلى توجيه الأفراد والجماعات والمجتمعات نحو السبيل الأفضل نحو الحياة المتوازنة والجيدة بالتركيز على التمكين الشخصي وحسن الحال الذاتي في الحياة، وتختلف وجهات النظر حول مفهوم جودة الحياة وفقاً لذات الشخص، أي ما يدركه الشخص وفقاً لمتغيرات البيئة التي تحيط بنا والإمكانيات المادية والمعنوية ولذلك يمكن أن نعتبره مفهوم نسبي يختلف من إنسان إلى آخر وأصبح موضوع جودة الحياة في السنوات الأخيرة موضع اهتمام العديد من البحوث والدراسات وسوف نتطرق في هذا الفصل إلى وجهات نظر مختلفة حول جودة الحياة.

أولاً : علم النفس الايجابي

1- تعريف علم النفس الايجابي:

إن لعلم النفس الايجابي عمر طويل وقديم، ربما يكون قديماً قدم البشرية، ولكن له تاريخ شديد القصر، إذ دخل الحقل الأكاديمي لعلم النفس سنة 1998 عندما ترأس "مارتن سيلجمان" الجمعية الأمريكية لعلم النفس، وتناوله في خطابه للدورة الافتتاحية للجمعية، واعتبر مؤسساً له مع مجموعة من زملائه، فقد دعموا علماء النفس للبحث في القوى الايجابية لدى البشر كبديل للبحث في تلك الجوانب السلبية او المضطربة في الشخصية الإنسانية والدراسات الوقائية و العوامل المجتمعية و الشخصية التي تجعل الحياة جديرة بان تعاش.

(عبد العال و مظلوم، 2013، 163)

إن علم النفس الايجابي قد جاء استجابة إلى أهمية النظر الايجابية إلى حياة الأفراد، وقد تعددت قضايا البحث في هذا الإطار فشملت، الخبرات الذاتية الايجابية والعادات الايجابية والسمات الايجابية للشخصية، وكل ما يؤدي إلى تحسين جودة الحياة.

(الهنداوي، 2011، 29)

ويشير "سيلجمان" بان علم النفس الايجابي اعتم منذ بداية عهده بدراسة وتحليل فعالية صيغ التدخل الايجابي التي تقوم بتحسين وزيادة رأي الفرد عن جنبات حياته، وكذا إطالة عمر الإنسان، وتحسين وتجويد نوعية الحياة التي يحياها، وكذا تعظيم وتعزيز أرائه في مختلف سياقات مواقف الحياة المختلفة. (Seligman, 2000)

كما ترى "كريستال بارك" علم النفس الايجابي بأنه دراسة كافة مكامن القوة لدى البشر، دراسة كل ما من شأنه وقاية البشر من الوقوع في براثن الاضطرابات النفسية والسلوكية، إضافة إلى دراسة كل العوامل الفردية، الاجتماعية، والمجتمعية التي تجعل الحياة الإنسانية جديرة بان تعاش. (Crystal Park, 2003, 03)

يتضح مما سبق أن علم النفس الايجابي يهتم تركيزه على مواطن القوة والجوانب الايجابية بدلا من دراسة وتبني الأمراض والاضطرابات.

2- أهداف علم النفس الايجابي:

- يهتم ببناء التمكين الشخصي وحسن الحال الذاتي في الحياة .
 - يهتم بدراسة جعل الفرد يعيش سعيدا في حياته من خلال ما يمتلكه هو من قدرات وقابليات عقلية وبدنية من اجل تحقيق السعادة لديه.
 - يهتم بدراسة وتحليل مكامن القوة والفضائل الإنسانية الايجابية مثل التفاؤل، الرضا والامتنان، والإبداع لتعظيم وتعزيز السعادة الشخصية للإنسان.
 - يهدف إلى تحسين صحة الفرد النفسية والجسمية مما يجعله فردا منتجا فعالا في مجتمعه.
 - يهدف إلى تشكل أدوات نافعة في تنمية المشاعر والانفعالات الايجابية، وتوظيفها في إدارة الذات وحسن التوجه في الحياة.
 - يهدف إلى وقاية الفرد وجعله يتمتع بمناعة نفسية بدلا من إصابته بالمرض النفسي.
 - يهتم بطريقة التأمل مع الأحداث الحياتية التي يمكن للفرد أن يتأمل معها بايجابية.
- مما سبق فان علم النفس الايجابي يهدف إلى الابتعاد عن الفكرة التقليدية لعلم النفس في معالجة الاضطرابات والأمراض النفسية فقط، بل يهتم بإيجاد مفهوم جديد ألا وهو جودة الحياة، وأيضا زيادة المناعة النفسية للأفراد، وكذلك وقاية الأفراد من اجل التعامل السليم الايجابي مع ما يمكن أن يتعرض له الفرد من أحداث حياتية.

ثانيا: جودة الحياة

1- تعريف جودة الحياة :

1.1. المفهوم اللغوي:

1.1.1. ابن منظور: الجودة أصلها الفعل الثلاثي جود و الجيد نقيض الرديء وجاد بالشيء

جودة أي صار جيدا. (ابن منظور ، 1997 ، 272)

1.1.2. المعجم الوسيط: من جاد جودة صار جيدا يقال جاد المتاع وجاد العمل فهو جيد.

(المعجم الوسيط، 2004 ، 145)

1.1.3. المنجد في اللغة :جاد جودة وجودة صار جيد وهو عكس الرديء، جود الشيء حسنة جعله جيداً. (معلوف، 1952، 109)

2- التعريف الاصطلاحي:

تعريف منظمة الصحة العالمية OMS (1994) فهي ترى أن جودة الحياة مفهوم واسع يتأثر بشكل معقد كل من الصحة الجسمية للفرد، حالته النفسية، علاقته الاجتماعية، مستوى تحكمه في ذاته، بالإضافة إلى علاقته مع العوامل الفعالة في بيئته.

(أبو حلاوة، 2010، 23-24)

ويذكر (شاو، 1997) أن منظمة الصحة العالمية (WHO) قدمت مقياساً لجودة الحياة يعتمد على تعريفها، بأنها إدراك الفرد لوضعه في الحياة في ضوء النظام القيمي والثقافي الذي يعيش فيه، وفي علاقته بأهدافه وتوقعاته ومعاييرها واهتماماته.

(SHOW, 1997, 132)

ويرى مصطفى الشرقاوي جودة الحياة: كل ما يفيد الفرد بتتمية طاقاته النفسية والعقلية ذاتياً، والتدريب على كيفية حل المشكلات واستخدام أساليب مواجهة المواقف الضاغطة والمبادرة بمساعدة الآخرين والتضحية من أجل رفاهية المجتمع وهذه الحالة تتسم بالشعور وينظر إلى جودة الحياة من خلال قدرة الفرد على إشباع حاجات الصحة النفسية مثل الحاجات البيولوجية، والعلاقات الاجتماعية الايجابية والاستقرار الأسري والرضا عن العمل والاستقرار الاقتصادي، والقدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية والاقتصادية، ويؤكد أي شعور الفرد بالصحة النفسية من المؤشرات الدالة على جودة الحياة.

(مصطفى، 2004، 15)

ويشار إلى أن مفهوم جودة الحياة جاء امتداداً للجهود السابقة في علوم أخرى غير علم النفس، حيث انتظمت بدايات المعرفة لهذا المفهوم في علم الاقتصاد والاجتماع، وبالتالي فإن دراسة بدايات المعرفة لهذا المفهوم من المنظور النفسي قد اكتسب أهمية كبيرة نتيجة إدراك علماء الاقتصاد والاجتماع، وصانعي القرار السياسي لحقيقة أن الحياة لا تقاس

بالأرقام و الإحصائيات، وإنما هي في حقيقتها استجابات ومشاعر، فالزيادة في معدلات النمو الاقتصادي وارتفاع متوسط دخل الفرد وتحسين مستوى ما يقدم له من خدمات ورفاهية لا يؤدي بالضرورة إلى إشباع حاجاته المتنوعة وإرضاء طموحاته الشخصية وكذلك تأكيد قيمة الإنسانية. (بهلول، 2009، 48)

ويرى روف (Ruff) أن جودة الحياة هي الإحساس الإيجابي بحسن الحال كما يرصد بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا المرء عن ذاته، وعن حياته بشكل عام وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية مقدرة وذات قيمة ومعنى بالنسبة له، واستقلاليته في تحديد وجهة مسار حياته وإقامة علاقات اجتماعية ايجابية مع الآخرين، كما ترتبط جودة الحياة بكل من الإحساس العام بالسعادة والسكينة والطمأنينة النفسية.

(Ruff et al, 2006, 85-95)

ويرى رينيه وآخرون Reine, et all أن جودة الحياة هي إحساس الأفراد بالسعادة والرضا في ضوء ظروف الحياة الحالية، وأنها تتأثر بأحداث الحياة و العلاجات وتغير حدة الوجدان والمشاعر، وان الارتباط بين تقييم جودة الحياة الموضوعية والذاتية يتأثران باستبصار الفرد. (Reine, et all, 2003, 297)

ويرى ادموندز وستيوارث براون بان جودة الحياة هي حالة من الاتزان الانفعالي تنظم إيقاع حياة الشخص في سياق علاقاته الاجتماعية المتبادلة مع الآخرين، نتيجة سيطرة مشاعر الإقبال، الحيوية، الثقة، المرح، السعادة، الهدوء، حب الآخرين والاهتمام بهم على أسلوب حياتهم. (رجعية، 2009، 183)

أما علماء الاجتماع فيرون بأن جودة الحياة تتحدد بالوضعية او الحالة الاجتماعية للجماعات من جهة، وهي هدف التطور الاجتماعي من جهة أخرى، فالرضا او عدم الرضا له علاقة بشروط العيش الجيد، كما له علاقة بشروط العيش السيئة، فالهدف من التطور او التقدم الاجتماعي هو تحقيق وتلبية احتياجات أفراد المجتمع والجماعات قدر الإمكان.

(بهلول، 2009، 48)

تعرف جودة الحياة على أنها رضا الفرد عن الحياة التي يعيشها وفقا لمعايير يراها من منظور يقيم بها حياته، في كافة المجالات، حيث يشعر من خلالها بالسعادة والطمأنينة والرضا.

2- نشأة وتطور مفهوم جودة الحياة :

الفكرة الأولية لجودة الحياة بدا ظهورها في المناقشات التاريخية لفلاسفة اليونان (أرسطو، سقراط، بلاتو) حول طبيعة جودة الحياة ومواصفاتها، ورغم انم بدا مؤشرات جودة الحياة بدا في الظهور من خلال القرنين 18 و19 وأوائل القرن العشرين، هذه المؤشرات المبكرة وما حولها على نوعين من المؤشرات الكمية والمؤشرات النوعية.

وتطورت دراسات جودة الحياة حيث كانت تركز على موضوع واحد دون النظر إلى علاقته بعوامل أخرى، وقد رصدت الدراسة حول موضوع جودة الحياة (Riseborough, 1990) ثلاث جوانب هامة هي :

الأول: بعد 1970 قل الاهتمام في المملكة المتحدة بدراسة جودة الحياة، والبحث عن تعريفاتها من المناطق الحضرية والريفية على العكس من الدول الأخرى التي زاد فيها الاهتمام حول كيفية بحث وفهم هذه المواضيع .

الثاني : عالميا حظيت جودة الحياة بشعبية في الأوساط الطبية على الرغم من ذلك، فإن المدخل المتبع كان يغفل عوامل كثيرة مؤثرة في الصحة.

وزيادة على ذلك، فإن أعضاء من منظمة الصحة العالمية (WHO) عام 1947 اقترحوا مفهوم ضمينا لجودة الحياة وتوجه هذا المفهوم إلى الرعاية الصحية عندما تم تعريف الصحة "حالة صحية جيدة" تشمل الجوانب الفسيولوجية والعقلية والاجتماعية وفي سنة 1978 وسعت (WHO) هذا المصطلح سنة 1992 لتبدأ الدراسات فيه.

(Kinget Hinds, 1996, 16)

وقد تطورت جودة الحياة نتيجة ظهور تيار جديد على يد مارتن سيلغمان Martin Seligman .

3- أبعاد جودة الحياة :

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

تحدد مجدي ثلاثة أبعاد لجودة الحياة و هي كالتالي:

- **جودة الحياة الموضوعية :** وتتمثل بما يوفره المجتمع من إمكانيات مادية، إلى جانب الحياة الاجتماعية الشخصية للفرد.

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

جودة الحياة الوجودية: وتعني مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والتي من خلالها يمكن للفرد أن يعيش حياة متناغمة، والتي يصل فيها إلى الحد المثالي في إشباع حاجاته البيولوجية، والنفسية، كما يعيش في توافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع.

ويرى روزن أن جودة الحياة تتضمن أربعة أبعاد أساسية تضمنها المقياس الذي أعده لهذا الغرض وهي : الضغط النفسي المدرك، والعاطفة،و الوحدة النفسية، الرضا.

(الهنداوي، 2010، 39)

ويقدم كلا من فيلس وبيري نموذجا لجودة الحياة تتكامل، المؤشرات الموضوعية والذاتية للمدى الواسع لمجالات الحياة، وللقيم الفردية، ويتضمن هذا النموذج خمسة أبعاد أساسية هي: الصلاحية الجسمية، الرفاهية المادية، الرفاهية الاجتماعية، الصلاحية الانفعالية، والنمو والنشاط.

وتشير منظمة الصحة العالمية (WHO) إلى أن مفهوم الجودة العالمي يتكون من عدة أبعاد مثل : الحالة النفسية، والحالة الانفعالية، 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 ويذكر (widar, et al 2003) أن هناك إجماع على وجود أربعة أبعاد رئيسية لجودة الحياة هي :

البعد الجسمي : وهو خاص بالإمراض المتصلة بالأعراض.

البعد الوظيفي : وهو خاص بالرعاية الطبية، ومستوى 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 تصنيف متغيرات 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 او القناعة.

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

- **جودة المعيشة المادية:** وتشمل الوضع المادي، وعوامل الأمان الاجتماعي، وظروف العمل، والممتلكات، والمكانة الاجتماعية والاقتصادية.
- **الارتقاء الشخصي:** ويشمل التعليم، والمهارات الشخصية، ومستوى الانجاز.
- **جودة المعيشة الجسمية:** وتشمل الحالة الصحية، التغذية، والاستجمام، النشاط الحركي، ومستوى الرعاية الصحية، التأمين الصحي، وقت الفراغ، نشاطات الحياة اليومية.
- **محددات الذات:** وتشمل الاستقلالية والقدرة على الاختيار 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 و التصويت، وأداء الواجبات، الحق في الملكية. (الهنداوي، 2010، 40)

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

4- مكونات جودة الحياة:

يمكن القول بان جودة الحياة هي الممارسة الانفعالية للأنشطة اليومية الاجتماعية، والبيئية كما وكيفا بدرجة عالية من التوفيق والنجاح ورضا نفسي عن الحياة بشكل عام وشعوره بالايجابية والصحة النفسية، وتخطي العقبات و الضغوط التي تواجهه بفاعلية بقصد انجاز هذه الأنشطة باقتدار حيث إن لجودة الحياة ثلاث مكونات رئيسية تتمثل في :

- 1- الإحساس الداخلي بحسن الحال والرضا عن الحياة الفعلية التي يعيشها الفرد بينما يرتبط الإحساس بحسن الحال بالانفعالات، يرتبط الرضا بالقناعات الفكرية او المعرفية الداعمة لهذا الإحساس، وكليهما مفاهيم نفسية ذاتية، أي ذات علاقة برؤية وإدراك وتقييم الفرد.

2- القدرة على رعاية الذات والالتزام والوفاء بالأدوار الاجتماعية تمثل إعاقة المنظور المناقض لهذه القدرة، وترتبط بعجز الفرد عن الالتزام أو الوفاء بالأدوار الاجتماعية.

3- القدرة على الاستفادة من المصادر البيئية المتاحة الاجتماعية منها (المساندة الاجتماعية، والمادية (معيار الحياة) وتوظيفها بشكل ايجابي).

(أبو حلاوة، 2010، 10)

كما يوظف jones مكونات جودة الحياة ف الجدول رقم (01) التالي :

على مستوى المجتمع	على المستوى الشخصي	
كيف يتغير الشخص تجاه مجتمعه وقدرته على المشاركة والتأثير في قرارات المجتمع نحو جودة الحياة.	كيف يتغير الشخص تجاه نفسه وحالاته	شخصي / نوعي (الإحساس)
الحالة الاقتصادية و الاجتماعية والبيئية والكفاءة .	الحالات الوظيفية مثل التعليم	موضوعي / كمي (الحالات)

(يوسف، بدون سنة، 10)

ويرى فرجاني (1992) أن مكونات جودة الحياة هي :

1- الحقوق الفردية :

أ- السلامة الشخصية : حظر التعذيب و الإيذاء البدني والنفسي، والمعاملة غير الإنسانية والعقوبات القاسية او المحطة بالكرامة.

ب- حرية الرأي والتعبير والبحث عن المعلومات والأفكار والحصول عليها ونقلها.

ت- حرية الفكر والعقيدة والتعبير عنها.

ث- حرية الحياة الخاصة.

2- الحقوق الجمعية:

أ- تكوين الأسرة.

ب- الرعاية الاجتماعية والصحية.

ت- مستوى معيشة لائق.

ث- التعليم المجاني والمكسب للقيم والمهارات والتوجهات الاجتماعية المحفزة للنهضة، والمستمر مدى الحياة. (نعيسة، 2012، 154).

3- ومن كل ما سبق نجد أن الرضا والسعادة من أبرز المكونات الأساسية لجودة الحياة ، إضافة إلى القدرة على إشباع حاجات الفرد من خلال ثراء البيئة ورفي الخدمات التي تقدم له في المجال الاجتماعي والنفسي والتعليمي.

5- مجالات جودة الحياة :

أشارت منظمة الصحة العالمية إلى عدة مجالات لجودة الحياة وصنفتها على النحو التالي:

✓ **المجال الجسمي** : ويتضمن (الألم، النشاط والتعب، النوم والراحة، والوظائف الحسية).
✓ **المجال النفسي**: ويتضمن (المشاعر الايجابية، التفكير، التعلم، التذكر، التركيز، تقدير الذات، صورة الجسم، والمشاعر السلبية).

✓ **مستوى الاستقلالية**: ويتضمن (الحركة والتنقل، النشاطات اليومية، الاعتماد على المواد الدوائية وغير الدوائية، القدرة على التواصل، والقدرة على العمل).

✓ **العلاقات الاجتماعية**: ويتضمن (العلاقات الشخصية، المساندة الاجتماعية، نشاطات تقديم المساعدة والدعم).

✓ **البيئة**: ويتضمن (الحرية، السلامة البدنية، البيئة المنزلية، الرضا عن العمل، الموارد المالية، الصحة والرعاية الاجتماعية، فرص اكتساب المعلومات، المشاركة في التنظيمات الترويجية، البيئة الطبيعية).

✓ **التدين** : المعتقدات الشخصية: ويتضمن (جودة الحياة إجمالاً ومدرجات الصحة العامة). (التولي، 2013، 45)

وتشير (بهلول، 2009، 50) إلى أن هناك مجالات عديدة لجودة الحياة والتي تتمثل أساساً في:

✓ **المجال النفسي:** حيث يرى الكثير من الباحثين أن المجال النفسي لجودة الحياة يتضمن جميع المشاعر والحالات العاطفية الايجابية ويرى البعض الآخر أن هذا المجال يعتمد على غياب المؤشر السلبي مثل : القلق و الاكتئاب.

ويدمج البعض الآخر من الباحثين ضمن المجال النفسي لجودة الحياة.

حسب (بهلول) المفاهيم الدينامية الإجرائية مثل : التنمية الشخصية و تحقيق الذات (الإبداع، المعنى من الحياة الأخلاقية، الحياة الروحية، مدى تفهم المحيط بالفرد، والى غير ذلك من المفاهيم الدينامية الإجرائية).

✓ **المجال البدني :** يدمج الباحثون تحت هذا المجال الصحة البدنية والقدرات الأدائية، حيث تتضمن الصحة البدنية، الطاقة، الحيوية، التعب، النوم، الراحة، الآلام، الأعراض، ومختلف المؤشرات البيولوجية. وتتضمن القدرات الأدائية، والوضع الوظيفي، تتقل الفرد، الانظمة اليومية التي تمكن الفرد من الأداء و الاستقلالية النفسية.

✓ **المجال الاجتماعي :** ترى (بهلول) أن المجال الاجتماعي لجودة الحياة يتضمن كل من العلاقات والوظائف الاجتماعية، وهنا لا يمكن النظر إلى هذا المجال بشكل متكامل إلا إذا تم التطرق إلى شبكة هذه العلاقات من الناحية الكمية (أي مدى اندماج الفرد في المجتمع) والنوعية (أي فاعلية المساندة الاجتماعية في حياة الفرد).

✓ **الرضا عن العيش:** وتشير (بهلول) إلى أن هذا المجال يهتم بفاعلية الفرد مع تقييمه الشامل لحياته الذي يعتمد على معايير المرجعية ومكونات الحياة اليومية و تستند في قولها إلى تعريف كل من (Povot 1991) و (Diener 1994) لمفهوم الرضا عن العيش حيث يرى بأفو أن الرضا عن العيش هو عبارة "عبارة عن عملية معرفية تهدف إلى المقارنة بين حياة الفرد وبين معايير المرجعية (القيم والمثل،...) فهو يعبر عن التقييم الكلي الذي يقوم به الفرد عن حياته ."

أما دينر فيرى أن هذا المفهوم يهدف إلى الحكم الشعوري والشامل الذي يطلقه الفرد عن حياته، ويظهر هذا ضمن مجالات محددة: مهنية، عائلية، الاهتمامات، الصحة، التمويل، الذات، المجموعة التي ينتمي إليها الفرد،...

✓ **السعادة:** يشير (Mussenchenga 1997) إلى أن هذا المفهوم يتميز بالتعددية الوظيفية يرى انه يتضمن 03 مكونات مستقلة فيما بينها :

1- مكون ايجابي: ويتمثل في المتعة.

2- مكون معرفي تقييمي: ويتمثل في الرضا أي تقدير الفرد ومدى نجاحه في تحقيق تطلعاته.

3- مكون سلوكي: ويتمثل في التفوق أي نجاح التقييم الذاتي للفرد فيما يخص نشاطاته ويرى الباحثون حالياً أن مفهوم السعادة يعبر عن سمة أكثر من اعتباره حالة، حيث يهدف إلى الوصول إلى حالة مستقرة ومستدامة نسبياً. (بهلول، 2009، 60)

✓ **الرفاهية الذاتية:** يشير دينر (Diener 1994) أن هذا المفهوم يعبر عن تجربة الفرد العامة لردود الفعل الايجابية تجاه حياته، ويشمل جميع المكونات الدنيا (التي يجب أن تتوفر على الأقل) مثل الرضا عن العيش ومستوى المتعة.

• **مفهوم ذاتي :** أي أن التقييم الذاتي الذي يعتمد على متطلبات الحياة الموضوعية (أي الحياة المادية).

• يهتم بضرورة توفر ضرورة المؤثرات الايجابية دون اهتمامه بغياب الانفعالات السلبية.

• يعتمد على التقييم الايجابي الشامل للحياة التي يعيشها الفرد.

وعلى العموم يمكن القول إن مجالات جودة الحياة كثيرة ومتشعبة إلا أن جميعها مهم ولها دور أساسي في سيرورة حياة الإنسان بشكل عام.

6- مظاهر جودة الحياة :

- الحلقة الأولى : العوامل المادية و التعبير عن حسن الحال :

- العوامل المادية الموضوعية : Olzective Factors

وتشتمل على الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع لأفراده، إلى جانب دخل الفرد وحالته الاجتماعية والزواجية والصحية والتعليمية، وهذه العوامل سطحية في التعبير عن جودة الحياة، إذ ترتبط بثقافة المجتمع وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع هذه الثقافة. حين الحال well bellling: وهذا مقياسا عاما لجودة الحياة وهو أيضا مظهر سطحي للتعبير عن جودة الحياة، إذ لابد أن نتبعه بتفسير عن حسن الحال فكثير من الناس يقولون بان حياتهم جيدة ولكنهم يختزنون معنى حياتهم في مخازن داخلية لا يفتحونها لأحد.

- الحلقة الثانية: إشباع الحاجات والرضا عن الحياة.

- إشباع وتحقيق الحاجات : Fuffellment of needs

وهي إحدى المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة، فعندما يتمكن المرء من إشباع حاجاته فان جودة حياته ترتفع، وتزداد وهناك حاجات كثيرة يرتبط بعضها بالبقاء: كالطعام والسكن والصحة، ويرتبط بعضها بالعلاقات الاجتماعية: كالحاجة للأمن والحبو الانتماء والقوة والحرية وغيرها من الحاجات التي يحتاجها الفرد ويحقق بها الجودة.

- الرضا عن الحياة : Satisfaction of life

الرضا عن الحياة احد الجوانب الذاتية لجودة الحياة، فكونك راضيا يعني أن حياتك تسير كما ينبغي، وعندما يشبع الفرد كل توقعاته واحتياجاته ورغباته يشعر بالرضا.

- الحلقة الثالثة : إدراك الفرد القوي والمتضمنات الحياتية وإحساسه بمعنى الحياة.

- القوى والمتضمنات الحياتية: Live Potentials

يرى البعض إن إدراك المتضمنات الحياتية مفهوم أساسي لجودة الحياة، فالبشر لكي يعيشوا حياة جيدة لابد لهم من استخدام القدرات والطاقات والأنشطة الابتكارية الكامنة داخلهم، ويقومون بتنمية العلاقات الاجتماعية، وينشغلون بالمشروعات الهادفة، ويكون لديهم القدرة على التخطيط واستغلال (الوقت وما إلى ذلك).

معنى الحياة : Meaning in Live

يرتبط معنى الحياة بجودة الحياة، فكلما شعر الفرد بقيمته وأهميته للمجتمع وللآخرين، ويشعر بإنجازاته وبمواهبه، وإن غيابه يسبب نقصا أو افتقارا للآخرين له، أدى إلى إحساسه بجودة الحياة.

- الحلقة الرابعة : الصحة والبناء البيولوجي وإحساس الفرد بالسعادة.

- الصحة والبناء البيولوجي : Health and Hological State

وهذه الخاصية لجودة الحياة تهتم بالبناء البيولوجي للبشر، والصحة الجسمية تعكس النظام البيولوجي للبشر، والصحة الجسمية تعكس النظام البيولوجي لأن أداء خلايا الجسم ووظائفها بشكل صحيح يجعل الجسم في حالة صحية جيدة وسليمة.

- السعادة : Happinss

هي شعور بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات، وهي شعور بالبهجة والاستمتاع واللذة، وهي نشوة يشعر بها الفرد عند إدراكه قيمته ومتضمنات حياته، مع استمتاعه بالصحة الجسمية.

- الحلقة الخامسة : جودة الحياة الوجودية

هي الوحدة الموضوعية لجوانب الحياة، أنها الأكثر عمقا داخل النفس وإحساس الإنسان بالجودة، معنى الحياة الذي هو محور وجودنا، فجودة الحياة الوجودية هي التي تجعل الفرد يشعر بوجوده وقيمه، ومن خلال ما يستطيع أن يحصل عليه الفرد من عمق للمعلومات البشرية المرتبة بالمعايير والقيم والجوانب الروحية والدينية التي يؤمن بها الفرد، والتي يستطيع من خلالها تحقيق وجوده. (حسن، 2005، 18-20)

تعددت واختلفت مظاهر جودة الحياة، فنجد منها العوامل المادية والموضوعية والمتمثلة في إشباع وتحقيق الحاجات، كذلك نجد الرضا عن الحياة، معنى الحياة والسعادة.

7- مقومات جودة الحياة :

نستطيع القول بأنه تعريف نسبي يختلف من شخص لآخر حسب ما يراه من معايير تقييم حياته، ووفق تعريف منظمة الصحة العالمية توجد عوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة هي :

1- **الصحة الجسدية:** القدرة على القيام بوظائف الجسم الديناميكية، وحالة مثلى من اللياقة البدنية.

2- **الصحة النفسية:** القدرة على التعرف على المشاعر والتعبير عنها، وشعور الفرد بالسعادة والراحة النفسية دون اضطراب او تردد.

3- **الصحة الروحية:** وهي صحة تتعلق بالمعتقدات والممارسات الدينية للحصول على سلام مع النفس.

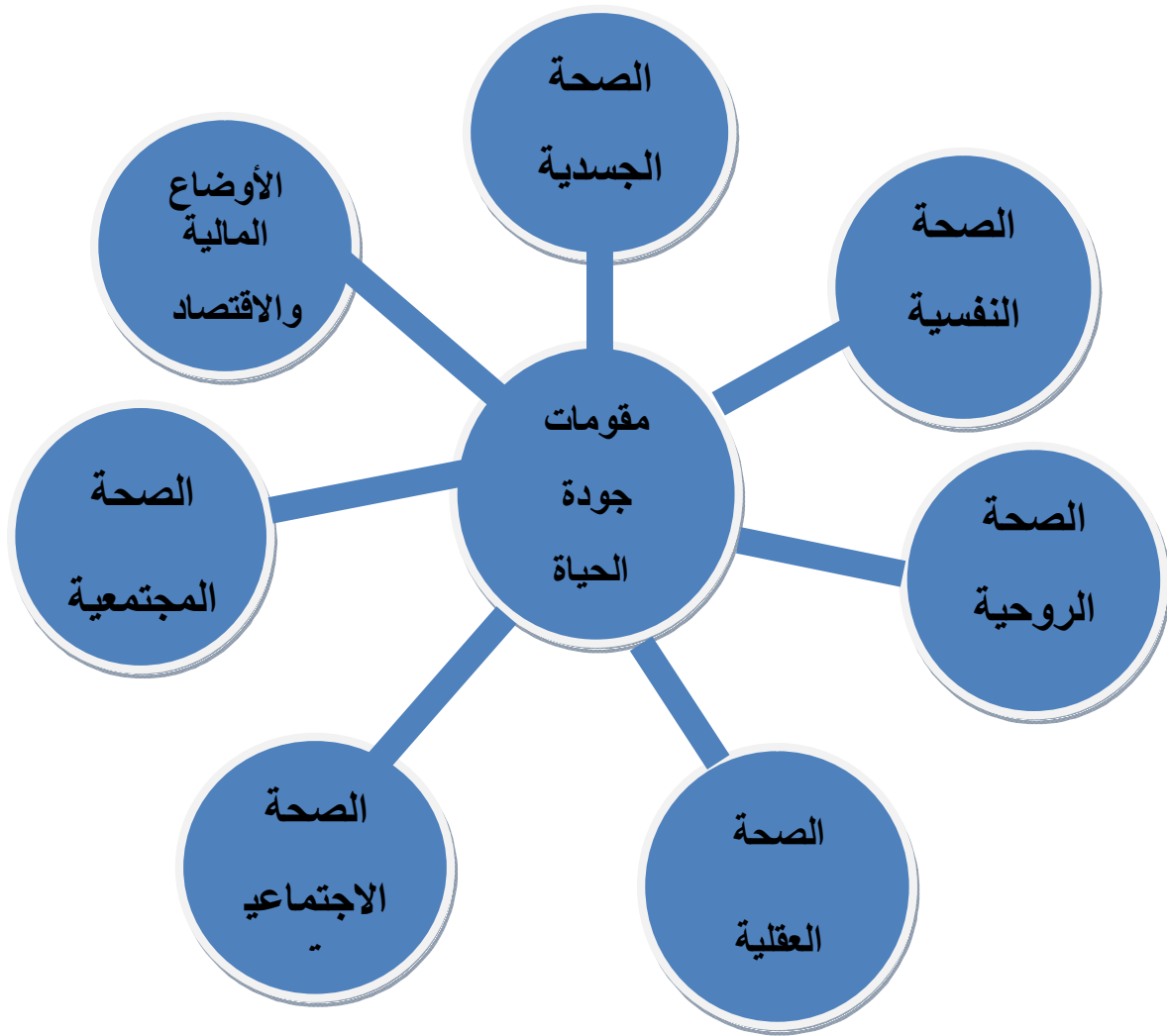
4- **الصحة العقلية:** وهي صحة تتعلق بالقدرة على التفكير بوضوح وتناسق، والشعور بالمسؤولية والقدرة على حسم الخيارات واتخاذ القرارات و صنعها.

5- **الصحة الاجتماعية:** هي القدرة على إقامة علاقات مع الآخرين والاستمرار بها والاتصال والتواصل مع الآخرين واحترامهم.

6- **الصحة المجتمعية:** وهي القدرة على إقامة العلاقة مع كل ما يحيط بالفرد من مادة وأشخاص وقوانين وأنظمة.

7- **الأوضاع المالية والاقتصادية:** والتي عليها يحدد كل شخص ما هو الشيء الأهم بالنسبة له والذي يحقق سعادته. (نعيسة، 2012، 2)

شكل(01): يوضح ويخلص مقومات جودة الحياة



تعدد مقومات الحيات وتباينت، فهي في اغلب الحالات مرتبطة بالصحة الجسمية، النفسية، الروحية، العقلية، الاجتماعية و المجتمعية والأوضاع المادية و الاقتصادية.

8- النظريات المفسرة لجودة الحياة:

1- نظرية التحليل النفسي :

يذكر (أبو جبل، 2001) أن فرويد هو الأب الشرعي للتحليل النفسي فهو يرى أن الشخصية تتكون من ثلاثة أنظمة هي الهو والانا والانا الأعلى.

فالهو هو الذات العقلانية والتي لا تقيم وزناً لمعايير المجتمع وتتضمن الغرائز الجينية والعدوانية وهي تقوم على مبدأ اللذة الفورية.

أما الأنا فهي الضابط الوسيط بين الهو، حيث تقف بالمرصاد لأفعال الهو حتى لا تخرج إلى عالم الواقع.

أما الأنا الأعلى فهي منظومة اجتماعية تسعى لطبع الشخصية أخلاقياً وفق النمط الثقافي السائد في البيئة والمجتمع، وذلك في ضوء الواقع المثالي وتتبع من الأنا وتتفرع مع الحياة فهي تتجه نحو المثالية فيتجاوز الواقع فتحكم عليه حكماً قيمياً (صواب أو خطأ) في نسق السلوك ويميل دور الأنا العليا في الكف لكل رغبات الهو من الجنس والعدوان.

(أبو جبل، 2001، 135)

ومن هنا فإن الشخص الذي يستطيع الموازنة بين (الهو والانا والانا الأعلى) سيتمتع بجودة حياة جيدة.

2- النظرية السلوكية :

ورد في (محمد ربيع 2006: 220) أن الاهتمام الرئيسي بالهو النظرية هو السلوك، وهي ترى أن معظم سلوكيات الإنسان متعلمة وهي بمثابة استجابات لمثيرات محددة وموجودة في البيئة وترتكز على كيفية تعلم السلوك وتعديله.

وهذه النظرية ترى أن الإنسان عبارة عن آلة يتصرف من خلال قوانين وأساليب وذلك في استجابة للقوة الخارجية، أو المتغيرات التي تؤثر عليه وهذا يشير إلى أن للشخصية سمات مكتسبة متعلمة. والتعلم يفيد في احتمال حدوث الاستجابة وهذا التغيير تم عن طريق الاشتراط الإجرائي وعن طريق التعزيز أي الثواب والعقاب.

وفقاً لهذه النظرية أن الوصول لجودة الحياة المرغوبة مرتبط بالبيئة المحيطة، إذ أن البيئة الطبيعية والاجتماعية أهم من احتياجات الفرد حيث تحكم العالم المحيط في الفرد والأفراد الآخرين.

3- نظرية ماسلو للحاجات :

يذكر (العارف بالله الغندور، 1999) أن لب موضوع جودة الحياة يتمثل في شكل هرم ماسلو:

1- الحاجات الفسيولوجية.

2- الحاجة للأمن.

3- الحاجة للانتماء.

4- الحاجة لتحقيق الذات.

5- الحاجة لتقدير الذات.

6- الحاجة إلى المعرفة.

ويذكر ماسلو في تحليله للحاجات أن المستوى الأول هو الحاجات الأساسية اللازمة لبقاء الشخص حياً، وفي المستوى الثاني الحاجة للأمن وهذه الحاجة تعني بعد إشباعه للحاجات الفسيولوجية بدرجة معقولة، ويتطلع في التأكد راجباً بان هذه الحاجات سوف تجد لها إشباعاً فيما بعد ومن هنا كانت جهود الأفراد من أجل ضمان الأمن في كل جوانب الحياة، الأمن الاقتصادي والغذائي وغيره.

أما فيما يتعلق بحاجات الانتماء وتحقيق الذات لها خاصية تميزها، مقارنة بالحاجات السابقة، حيث توجد حدود مثلى لإشباع كل منها بحيث إذا تجاوز الشخص انتقل الإشباع إلى تخمة ضارة، أما الحاجة إلى تقدير الذات فهي تعني نجاح الفرد في أن يصبح على الصورة التي يبتغيها لنفسه. (غندور، 1999، 73)

إن هرم ماسلو للحاجات يشكل الأساس في جودة الحياة مقارنة بنظرية التحليل النفسي التي اهتمت فقط بالجانب النفسي للفرد، أما النظرية السلوكية فقد اهتمت بالسلوك فقط ولكن نظرية ماسلو اهتمت بالفرد من جميع الجوانب الذاتية والسلوكية والحياتية والنفسية والدينية لذلك تعتبر الأساس في تكوين جودة الحياة.

فسرت النظريات جودة الحياة كل حسب اتجاهه، فمثلا نظرية التحليل النفسي فسرت جودة الحياة على أنها الموازنة بين الأنا، والهو، والانا الأعلى، بينما النظرية السلوكية فقد فسرتها على أن جودة الحياة المرغوبة مرتبطة بالبيئة المحيطة، أما نظرية الحاجات لماسلو فقد فسرتها على أساس تحقيق الحاجات، الفزيولوجية، الحاجة للأمن، الحاجة للانتماء، والحاجة لتقدير الذات وتحقيقها، والحاجة إلى المعرفة.

خلاصة الفصل

وكخلاصة لهذا نجد أن لجودة الحياة التي تم تناولها جذور واصل تاريخي فهي تعبيراً شائع ومستخدم عندما يتعلق الأمر بشؤون الفرد والمجتمع، كما أنها تعكس مدى إمكانية استمتاع الفرد بحياته في إطار الالتزام المتبادل بينه وبين المجتمع.

لذا فتركيزنا في هذا الفصل كان ينصب حول جودة الحياة ولكن قبل الخوض في غمار جودة الحياة ارتأينا التعرّيج إلى علم النفس الايجابي وأهدافه، والوصول إلى تعريف جودة الحياة ونشأة وتطور هذا المفهوم كذلك معرفة كل من أبعادها ومكوناتها ومجالاتها والتي هي المجال الجسمي، والنفسي، مستوى الاستقلالية، العلاقات الاجتماعية، البيئة والمجال الأخير هو الدين.

وتطرقنا كذلك إلى مظاهرها ومقوماتها وبعض النظريات المفسرة لها كنظرية التحليل النفسي، والنظرية السلوكية، ونظرية ماسلو للحاجات .

الفصل الثالث :التفاؤل غير الواقعي

تمهيد

1- التفاؤل والتشاؤم

1-1- تعريف التفاؤل

1-2- تعريف التشاؤم

1-3- النظريات المفسرة للتفاؤل والتشاؤم

1-4- بعض المفاهيم المتصلة بالتفاؤل والتشاؤم

1-5- أنواع التفاؤل

2- التفاؤل غير الواقعي

2-1- تعريف التفاؤل غير الواقعي

2-2- تفسيرات التفاؤل غير الواقعي

2-3- علاقة التفاؤل غير الواقعي ببعض متغيرات الشخصية

2-4- قياس التفاؤل غير الواقعي

خلاصة الفصل

تمهيد:

تستحوذ دراسة التفاؤل والتشاؤم على اهتمام بالغ من قبل الباحثين نظرا لارتباط هاتين السمتين بالصحة النفسية والجسدية للفرد، فقد أكدت مختلف النظريات على ارتباط التفاؤل بالسعادة والصحة النفسية والمثابرة والانجاز والنظرة الايجابية للحياة، كما اتضح أن التفاؤل يرتبط ارتباطا ايجابيا جوهريا بكل من إدراك السيطرة وحل المشكلات بنجاح.

وفي هذا الإطار اهتم الباحثون بمفهوم التفاؤل غير الواقعي على المستوى العالمي الذي سيتم التطرق إليه بالدراسة والتحليل، وتناوله من حيث التعريف وتفسيره وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى وكيفية قياسه .

1- التفاؤل والتشاؤم

1-1- تعريف التفاؤل :

هناك العديد من التعاريف للتفاؤل كل حسب وجهة نظره ومن بينها :

1-1-1- لغة :

التفاؤل من الفأل وهو قول أو فعل يستبشر به، وتسهل الهمزة، فيقال الفال، وتفاعل بالشيء تيمن به. وقال ابن السكيت الفأل أن يكون الرجل مريضاً فيسمع آخر يقول يا سالم، أو يكون طالب ضالة فيسمع آخر يقول يا واجد، فيقول تفاعلت بكذا، ويتوجه له في ظنه كما سمع أنه سيبرأ من مرضه، أو سيجد ضالته ويقال لا فأل عليك لا ضير عليك ويستعمل في الخير والشر والفال ضد الطيرة وتفاعل ضد تشاءم. (الفيروز، 1985)

1-1-2- اصطلاحاً:

يعرف التفاؤل في معجم (ويستر) بأنه الميل إلى توقع أفضل النتائج

(بدر الأنصاري، 1998، 16).

ويعرفه غرندل (Grandall, 1969) بأنه عبارة عن التوقع قصير المدى بالنجاح في تحقيق بعض المطالب في المستقبل. (اليحفوفي والأنصاري، 2005، 315)

كما يعرفه تايجر (Tiger, 1979) بأنه دافع بيولوجي يحافظ على بقاء الإنسان، ويعد الأساس الذي يمكن الأفراد من وضع الأهداف أو الالتزامات وأنه الأفعال أو السلوكيات التي تجعل أفراد المجتمع يتغلبون عن الصعوبات والمحن التي قد تواجههم في حياتهم .

(بدر الأنصاري، 1998، 14)

كما يعرف مارشال وآخرون (Marshall, et all, 1992) التفاؤل بأنه استعداد شخصي للتوقع الايجابي للإحداث، ويرجع التفاؤل حسب رأيهم إلى الاعتقاد بأن المستقبل عبارة عن مخزن للرجبات والطموحات المطلوبة أو المرغوبة بغض النظر عن قدرة الفرد للسيطرة عليها أو تحقيقها. (بدر الأنصاري، 1998، 15)

ويضيف هاريس وميدلتون (Haris et Middleton, 1994) أن التفاؤل عبارة عن نزعة داخل الفرد للتوقع العام لحدوث الأشياء الايجابية بدلاً من الأشياء السلبية.

(Millage, Desrichard, Verlhac, 2002, 220)

ويبدو من خلال التعاريف السابقة أن الباحثين لم يتفقوا على تعريف مشترك للتفاؤل رغم إجمالهم على أن هذا المفهوم يتعلق بالنظرة الايجابية للمستقبل، وعلى هذا الأساس

يمكن لنا أن نعرف التفاؤل " على انه أسلوب معرفي شامل وثابت نسبيا تختلف درجته من شخص لآخر، ويمكن لصاحبه من امتلاك نظرة ايجابية تجاه نفسه، ومحيطه تجعله يشعر براحة نفسية تتعكس ايجابيا على حياته الاجتماعية والصحية".

1-2- تعريف التشاؤم:

1-2-1- المفهوم اللغوي للتشاؤم:

التشاؤم من باب شأم، شأم الرجل قومه أي جر عليهم الشؤم ومشوم ومشؤوم وجمعه مشائيم، والشؤم الشر، ضد اليمن والفأل والبركة، وتشاءم بالأمر تطير به وعد شؤما، وترقب الشر المتشائم المتطير، من يسيء الظن بالحياة، وهذا استخدام محدث.

(ابن منظور، 1990)

1-2-2- التعريف الاصطلاحي للتشاؤم :

قام سليغمان (Seligman, 1977) بتعريف التشاؤم استنادا إلى نمط التفسير التشاؤمي، حيث وضح أن التشاؤم يتعلق بالكيفية التي يدرك خلالها الأفراد الأحداث والمواقف المختلفة والقيام بتقييمها، فالمتشائم يميل إلى نمط من التفسير السلبي للأحداث، وبالتالي فالمتشائم حسب سليغمان هو تفسير ذاتي وثابت وشامل للأحداث السلبية.

(رضوان، 2001، 18)

وقد عرف كل من شاير وكارفر (Sheier et Caver, 1985) التشاؤم بأنه التوقع السلبي للنتائج، وإن الأشخاص ذوو التوجه التشاؤمي في الحياة يتوقعون نتائج سلبية، وعليه يقومون ببذل اقل جهد ممكن وقد يتنازلون عن الأهداف المراد تحقيقها .

(Heinonen et al, 2004, 193)

ويرى (بدر الانصاوي، 1998) أن التشاؤم توقع سلبي يجعل الفرد ينتظر حدوث الاسوا ويتوقع الشر والفشل وخيبة الأمل، ويستبعد ما خلا ذلك إلى حد بعيد، ويفترض أيضا أن التشاؤم سمة في الشخصية وليس حالة، ويتوزع لد الجمهور توزيعا اعتداليا حيث يمكن أن يؤثر تأثيرا سيئا في سلوك الإنسان وصحته الجسمية ويرتبط ارتباطا جوهريا بالاضطرابات النفسية او الاستعداد للإصابة بها (الأنصاري، 1998، 16)

ويرى الخضر (1999، 216) أن المتشائمين يعززون الأحداث السارة ال عوامل خارجة عن ذاتهم، ويعتبرون الحوادث السارة حالة خاصة ومؤقتة، أما المتفائلون فيعتبرون أنفسهم طرفا رئيسيا في صناعة الأحداث السارة، ويعدون هذه الأحداث السارة حالة دائمة.

انطلاقاً من التعاريف السابقة الذكر يمكن لنا أن نعرف التشاؤم على أنه أسلوب معرفي شامل وثابت نسبياً تختلف درجته من شخص لآخر، يدفع صاحبه إلى توقع أسوأ النتائج، ويحول دون قيامه بالجهد المطلوب في سبيل تحقيق المساعي المرجوة منه، وهذا ما يمكن أن ينعكس سلباً على حالته الصحية وعلاقاته الاجتماعية.

1-3- النظريات المفسرة للتفاؤل والتشاؤم :

قدمت تفسيرات متعددة للتفاؤل والتشاؤم أهمها :

1-3-1- نظرية التحليل النفسي :

يرى فرويد أن التفاؤل هو القاعدة العامة للحياة وأن التشاؤم لا يقع في حياة الفرد إلا إذا تكونت لديه عقد نفسية، ويعتبر الفرد فرداً متفائلاً إذا لم يقع في حياته حادث يجعل نشوء العقدة النفسية لديه أمراً ممكناً، ولو حدث العكس لتحول إلى شخص متشائم.

(الأنصاري، 1998، 16)

كما اعتبر أن منشأ التفاؤل والتشاؤم من المرحلة الفمية، وذكر أن هناك سمات أو أنماط شخصية قيمة مرتبطة بتلك المرحلة ناتجة عن عملية التثبيت في هذه المرحلة والتي ترجع حسبها إلى التدليل والإفراط في الإشباع أو إلى الإحباط والعدوان.

(عبد الرحمن، 1998، 23)

ويتفق أريكسون مع فرويد في أن المرحلة الفمية الحسية قد تشكل لدى الرضيع الإحساس بالثقة أو عدمها، والذي بدوره يظل المصدر الذاتي لكل من الأمل والتفاؤل أو اليأس والتشاؤم خلال بقية الحياة.

1-3-2- النظرية السلوكية:

يري السلوكيون أن التفاؤل والتشاؤم كغيرهم من السلوكات يمكن تعلمه من خلال الاقتران أو على أساس الفعل المنعكس الشرطي، وبحكم اعتبار التفاؤل والتشاؤم من الاستجابات الشرطية المكتسبة، فتكرار ظهور مثير ما بحادث سيء لشخص ما، وتكرار هذا المثير قد يؤدي للتشاؤم في حين أن ارتباط مثير ما بشيء سار يترتب على هذا المثير التفاؤل عن الشخص الآخر.

(محيسن، 2012، 59)

ذكر بدوي أن التفاؤل والتشاؤم من بعض الأعمال أو الرموز، ويمكن أن ينتشر من مكان إلى آخر بالتقليد والمحاكاة وقد يفسر هذا الانتقال المتشابه في بعض رموز التفاؤل والتشاؤم وعلامتهما التي نجدها في أماكن متباعدة وأزمان مختلفة، ومن ناحية أخرى يمكن

أن يكون لرموز التفاؤل والتشاؤم أكثر من نشأة فقد أثبتت تجارب الفعل المنعكس الشرطي إمكانية تكوين استجابة معينة للرموز أو اكتساب التفاؤل والتشاؤم من الرموز بطريقة تجريبية متى توفر الدافع أو المنبه الطبيعي أو المثير الصناعي أو الرمز والثواب والعقاب.

(هيلة سليم، 2006)

ويمكن تفسير كثير من علامات التفاؤل والتشاؤم على أساس الاقتران، أو على أساس اكتساب الفعل المنعكس الشرطي ويمكن اعتبار عملية التفاؤل والتشاؤم من الرموز والمنبهات الداخلية، من قبيل الاستجابات المكتسبة الشرطية، ويترتب على تكرار ظهور رمز معين مرتبط بحادث سيء لشخص ما أن يصير هذا الفعل المنعكس الشرطي رمزاً للتشاؤم. في حين يترتب على تكرار ارتباط الرمز أو المنبه بالنتيجة السارة أن يصبح بمجرد ظهور الرمز أي المنبه الشرطي داعياً أو مثيراً للتفاؤل عند شخص ما، بينما قد يرتبط هذا الرمز نفسه عند شخص آخر بحوادث غير سارة فيصبح هذا الرمز مثيراً للتشاؤم. (بدوي، 1968)

1-3-3- النظرية المعرفية:

يرى أصحابها أن اللغة والتذكر والتفكير تكون ايجابية بشكل انتقائي لدى المتفائلين، إذ يستخدم الأفراد المتفائلون نسبة أعلى من الكلمات الدالة على الايجابية مقارنة بالكلمات السلبية سواء أكانت في الكتابة أو في الكلام فهم يتذكرون الأحداث الايجابية قبل السلبية.

(اليحفوفي، 2002، 132)

كما ركزت النظرية على إعادة هيكلة نموذج العجز المتعلم والذي قام به (Seligman et, al) الذي اهتم بأسلوب الإغراءات التي يؤديها أو يسلكها الناس تجاه أحداث الحياة السلبية التي تشتمل على أسباب خاصة بالذات، وهو متغير معرفي للشخص يعكس الاتجاه الذي يسلكه لتفسير الاحدا السيئة، وأطلق على هذا المفهوم الجديد أسلوب التفسير التشاؤمي والذي يؤدي إلى محصلات نفسية سلبية، وقد حدد ثلاثة أبعاد لأسلوب التفسير التشاؤمي وهي :

1- **التفسير الداخلي** : ويشير إلى الذات وهي احتمال فقدان تقدير الذات ويكون غالباً بعد تعرض الفرد إلى أحداث خارجية سيئة.

2- **التفسير الثابت** : ويشير إلى اقتناع الفرد بأن الأسباب ستظل ثابتة دائماً ومستديمة، وهذا التوجه في التفسير يولد لدى الفرد صعوبات مزمنة في حالة حدوث الأحداث السيئة.

3- **التفسير الشامل** : يعود إلى تعميم اثر الأحداث، وهذا التفسير يؤدي بالفرد إلى الاعتقاد بان الحدث السيئ الذي تعرض له سيؤدي إلى حدوث مشكلات كثيرة. والمتفائل وفقا لهذا التفسير يصف الأحداث السلبية على أنها عابرة وزائلة، وأما المتشائم فهو يصف الأحداث والخبرات غير السارة بأنها ثابتة ولا تتغير.

(درويش، 2006، 16)

كما يرى Kelly أن أنشطة الفرد السلوكية والفكرية يمكن توجيهها في اتجاه معين من خلال تركيباته الشخصية التي يستخدمها في توقع الأحداث ويرى أن الطريقة التي بواسطتها يتنبأ الفرد بالأحداث المستقبلية مهمة وحماسة لتحديد سلوكه ويشير إلى أن الناس يبحثون عن طرق وأساليب للتنبؤ بما سيحدث كما أنهم يوجهون سلوكياتهم وأفكارهم حول العالم وجهة تميل إلى التنبؤات الدقيقة والصحيحة والمفيدة من كل هذا وبناء على آرائه فالمستقبل وليس الحاضر، هو المحرك الرئيسي للسلوك

كما أظهرت دراسة (Day and Malthby, 2003) أن التفاؤل ارتبط بالحظ الجيد والمعتقدات غير العقلانية وفسر الباحثان هذه النتيجة في ضوء النظرية التي تنادي بان الإيمان بالحظ الجيد يعزز سمات التفاؤل.

وذكر Weiner, et al أن الفرد إذا عزی فشله لعامل مستقر (داخلي او خارجي) فان هذا سيؤثر على توقعاته المستقبلية لفرص النجاح والفضل. فالاعتقاد بان سبب الفشل مستقر وداخلي سيؤدي إلى توقعات مستقبلية متشائمة لدى الفرد نفسه، او لدى الآخرين عن أدائه في المستقبل، وسيزداد هذا التشاؤم عندما يعتقد الفرد بان السبب لا يمكن التحكم فيه وتغييره، والعكس صحيح.

1-4- بعض المفاهيم المتصلة بالتفاؤل والتشاؤم:

أولاً- بعض المفاهيم المتصلة بالتفاؤل :

ساهم بروز علم النفس الايجابي كمجال بحثي متكامل في إثارة اهتمام جديد في فهم المجالات الأساسية في الخبرة الذاتية الايجابية، حيث قام الباحثون بتطوير مرئيات نظرية حول المفاهيم الأساسية التي تشكل أساس علم النفس الايجابي بما فيها التفاؤل والأمل والسعادة، والفعالية الذاتية كما ساهموا بمحاولات لوضع الفروق المفاهيمية بين التفاؤل والأمل والسعادة، إلا انه لوحظ استخدام هذه المصطلحات وخاصة التفاؤل والأمل بصورة تبادلية في

الأدبيات، باعتبار أن التفاؤل هو الأمل في المستقبل وإن التشاؤم هو عدم الأمل (اليأس)
وهذه المفاهيم هي :

1- الشعور بالسعادة:

للسعادة تعريفات متعددة فقد جاء في معجم علم النفس والطب النفسي أن السعادة حالة من المرح والهناء والإشباع تنشأ من إشباع الدوافع لكنها تسمو إلى مستوى الرضا النفسي، وهي وجدان يصاحب تحقيق الذات ككل . (جابر وكفافي، 1992)
ووفقا لما يراه العديد من واضعي نظريات العاطفة فإن السعادة هي واحدة من العواطف السبعة الكبرى والتي تشمل الدهشة والخوف والغضب والحزن والحقد والاشمئزاز.
(Cornelius, 1996).

ويذكر ارجابيل (1993) أن بعض مقاييس السعادة تركز على الجانب الانفعالي أي الشعور باعتدال المزاج بينما مقاييس أخرى توجه اهتماما إلى الجانب المعرفي التألمي أو التعبير عن الرضا بالحياة فقد يصف الناس السعادة على أنها شعور بالرضاء والإشباع،طمأنينة النفس وتحقيق الذات، أو أنها شعور بالبهجة والاستمتاع واللذة.

وأشار Diener إلى أن السعادة والتعاسة على ارتباط بالتفاؤل والتشاؤم وقد أشارت نتائج دراسة تحليلية لشخصية الطلاب السعداء والتعساء إلى صورة الذات المركبة لدى السعداء، وكانت على النحو التالي: عبارة عن شخص دافئ وصادق ومخلص ويشعر بالراحة في علاقاته الطيبة ذي ضمير واع ومدرك، قادر على مواجهة الأحداث، متفائل وغير متشائم.

2- الأمل :

على الرغم من أن معظم الناس يعتبرون المتفائل شخصا يحيا بالأمل إلا أن هذين المفهومين يحملان الكثير من التشابهات وبعض الاختلافات، ومن النماذج النظرية التي عززت الأبحاث التجريبية للأمل المفهوم المعرفي ل (Snyder, 1994 : 287) إذ يعرف الأمل بأنه مجموعة معرفية موجه للحصول على هدف ما يتكون من عنصرين متبادلين:

العنصر الأول الفعالية: الإصرار والعزيمة على تحقيق النجاح لأهدافه سواء في حاضره او مستقبله، وهذا إلى يشير إلى الحافز العقلي الذي يستخدمه لبدء التحرك نحو الهدف.

العنصر الثاني المسارات: خطط وطرق تحقيق الأهداف.

ثانيا - بعض العوامل المتصلة بالتشاؤم :

1- القلق:

قد ميز فرويد بين ثلاثة أنواع من القلق منها

1- قلق الموضوع :

ويدرك موضوعه في الواقع وفي الأحداث وفي الواقع المعيشي الذي يتضخم في بعض الأحيان تضخما مغاليا، او الذي يفسر تفسيراً خاطئاً والقلق العادي قادر دائماً على أن يرتبط بموضوعات او بواعث تسوغه، انه حالة سيكولوجية شائعة ويبدو أن هذا النوع من القلق ينتشبه إلى حد كبير مع التشاؤم من الأحداث الخارجية التي قد يتعرض لها الفرد في واقع الحياة والتي تنذر بان المستقبل ينبئ بأمور مأسوية.

2- القلق العام او المعمم:

الخصائص الأساسية له تدل على وجود قلق غير واقعي او زائد او توقع الأمور السلبية حول مجالات الحياة. (عبد الرحمن، 1998)

3- اليأس:

يؤدي الفشل المستمر في التعامل الايجابي مع البيئة الاجتماعية إلى شعور دائم باليأس وما يصحبه من اختفاء التوقعات الايجابية والآمال في التعبير، وإدراك أن الإنسان نتاج سلبي للبيئة او الموقف الضاغط . (الأنصاري، 2002)

وينظر Beck إلى اليأس او فقدان الأمل على انه حالة وجدانية تبعث على الكربة وتتسم بتوقعات الفرد السلبية نحو الحياة والمستقبل وخيبة الأمل او التعاسة، وتعميم ذلك الفشل في كل محاولة وتعني النظرة السلبية للذات والعالم والمستقبل (Beck & Steer, 1988).

1-5- أنواع التفاؤل :

عند اطلعنا على مختلف الدراسات والبحوث التي اهتمت بدراسة التفاؤل والتشاؤم، أحصينا عدة تسميات نذكر منها ما يلي: التفاؤل والتشاؤم الاستعدادي لكل من شاير وكارفر (1985)، التفاؤل الساذج لكل من ابستين وماير (1989)، التفاؤل التحيزي او الوهمي لكل من تايلور وبراون، التشاؤم العصبي والعقلاني لصاحبه كلمان (1945)، التشاؤم الواقعي لدولينسكي، جرومسكي، زاويسرا (1987)، التفاؤل غير الواقعي لصاحبه نيل ونشتاين (... 1981)، والتشاؤم الدفاعي والتفاؤل الاستراتيجي لصاحبه نورمان وكانثور (1986)، التفاؤل الدفاعي لصاحبه شيلي تايلور (1989)، التفاؤل المقارن الذي تكلم عليه

كل من هاريس وميدلتون (1994)، والتفاؤل الاجتماعي ل كارل شفارتسز (1997) والتفاؤل الوظيفي ل شيلي تايلور .

وتجدر الإشارة إلى انه على الرغم من تعدد التسميات التي أطلقت على أنواع التفاؤل والتشاؤم إلا أن بعضها يشترك في نفس المفهوم وان هذا الاختلاف راجع إلى تعدد مجالات الباحثين ، وقد ارتأينا أن نسلط الضوء على نوعين رئيسيين من أنواع التفاؤل إلا وهما التفاؤل الديناميكي والتفاؤل غير الواقعي .

1-5-1- التفاؤل الديناميكي:

يذكر (More 1992) أن احد المبادئ الأساسية للدافعية هو التفاؤل الديناميكي، الذي أشار إليه عل انه اتجاه عقلائي ايجابي نحو إمكانياتنا الفردية والجماعية. او الجماعية ونظرا إلى التفاؤل الديناميكي على انه يهيئ الظرف للنجاح من خلال التركيز على القدرات والفرص، ويفسر المتفائل الديناميكي الخبرات بشكل ايجابي كما يؤثر على النتائج بصورة ايجابية. (هيلة، 2006)

وقد اخترنا في هذه الدراسة هذا النوع من التفاؤل كمتغير لمعرفة علاقته بجودة الحياة لدى المعاقين حركيا.

2- التفاؤل غير الواقعي:

2-1-تعريف التفاؤل غير الواقعي:

أسفر عن اختلاف الدراسات والباحثين الذين تناولوا هذا النوع من التفاؤل إلى اختلاف التسميات التي أطلقت عليه، فمنهم من سماه بالتفاؤل L'optimisme Naif أو التفاؤل الساذج L'optimisme Défensif الدفاعي L'illusion وقد سماه البعض بتوهم الحصانة (Klein Biais D'optimisme 2014) (Schweitzer, 2002 .227) أو التفاؤل التحيزي d'invulnérabilité

بالإضافة إلى مصطلح التفاؤل المقارن L'optimisme Comparatif الذي اعتمده العديد من الباحثين خصوصا الفرنسيين منهم، ففي مقال لكل من ميلهابت وديسريشارد وفيرلهياك (Milhabet et autres, 2002) تم توضيح الغموض الذي كان يعترى كلا من مصطلحي التفاؤل غير الواقعي والتفاؤل المقارن، والناج عن اعتبار بعض الباحثين أنهما مصطلحين مختلفين أمثال هاريس وميدلتون (Harris & Middleton, 1994) بحيث قاما بتعريف التفاؤل الغير واقعي على أنه نزعة داخل الفرد غالبا لتوقع حدوث الأشياء الإيجابية

أكثر مما تحدث فعلا ،وتوقع حدوث الأشياء السلبية أقل مما تحدث فعلا، في حين أن التفاؤل المقارن: هو نزعة داخل الفرد غالبا لتوقع حدوث الأشياء الإيجابية لنفسه أكثر من حدوثها للآخرين، وتوقع حدوث الأشياء السلبية للآخرين أكثر من حدوثها له، وقد بينت ميلهابت وزملائها (Milhabet et al) أن التفاؤل المقارن حسب Harris و Middleton متوقف على نظرة الشخص إلى الآخر وتموقعه في الحياة مقارنة به ،أما التفاؤل غير الواقعي فيتوقف على نظرة الفرد إلى الواقع ،أي الحكم الذي يتبناه الفرد مقارنة بما يحدث في الواقع ،وهذا ما جعلهم يوضحون بأن كلا من المفهومين يعنيان أن الأفراد يقومون بإجراء مقارنة مع غيرهم وأن تفكيرهم التفاؤلي المبالغ فيه إما أقل من المتوسط وهذا في حالة توقع الأحداث السلبية، وإما أعلى من المتوسط وهذا في حالة توقع الأحداث الإيجابية.

(Milhabet et al, 2002)

من خلال ما سبق نستطيع القول أن التفاؤل غير الواقعي يتمحور حول نظرة الفرد للواقع، وأن التفاؤل المقارن يتمحور حول نظرة الفرد إلى الغير، وهما وجهان لعملة واحدة، فالواقع يعرف من خلال الآخر، والآخر هو من يجسد الواقع.

أضف إلى ذلك أن نيل ونشتاين (Neil Weinstein) والذي يعتبر أول من أطلق على هذا النوع من التفاؤل مصطلح التفاؤل غير الواقعي، عرفه بالضبط مثلما عرف هاريس وميدلتون التفاؤل المقارن.

ورأى (Neil Weinstein, 1980) بأن الناس يعتقدون بأنهم محصنون Invulnérable لدرجة أنهم يعتقدون أن الحظ السيئ والأحداث المزعجة لا تلحق إلا بغيرهم، هذا الاعتقاد يعتبر خطأ معرفيا أطلق عليه ونشتاين مصطلح التفاؤل غير الواقعي ويقصد به " اعتقاد الفرد بأن الحوادث السلبية يقل احتمال حدوثها لهم مقارنة بالآخرين، وأن الحوادث الإيجابية يحتمل حدوثها لهم أكثر من حدوثها للآخرين" (Weinstein, 1980:806)

ويعرف كل من (Taylor & Brown, 1988:391) التفاؤل غير الواقعي بأنه شعور لدى الفرد بقدرته على التفاؤل اتجاه أحداث الحياة دون مبررات منطقية أو مؤشرات تؤدي إلى هذا الشعور، الأمر الذي يؤدي إلى حصول نتائج غير متوقعة، وبالتالي يصبح الفرد في قمة الإحباط مما قد يعرضه للمخاطر والإصابة بالأمراض ، حيث أن التوقعات غير الواقعية للأفراد إزاء أحداث المستقبل تدفع بهم إلى عدم ممارسة السلوك الصحي.

ويضيف ماكيننا (Mckenna,1993) أن التفاؤل غير الواقعي يحدث عندما يخفض الأفراد تقديراتهم أو توقعاتهم الشخصية لمواجهة الأحداث السيئة، وأيضا عندما يزيدون من توقع الأحداث الإيجابية، وهذا يمكن أن يرجع إلى الشعور الزائف بالقدرة.

(الأنصاري،1998:23)

ويتسبب شعور الفرد بالتحسين ضد المخاطر باعتقادهم بأنهم على الرغم من وجود الخطر إلا أنهم لا يحصل لهم مثلما يحصل للآخرين، هذه النزعة في التفكير تجعل الفرد عرضة للعديد من المشاكل الصحية (سرطان ،سيذا، أمراض القلب...) أو إلى أحداث غير مرغوب فيها (حادث سير، سرقة...) هذا الشعور بالتحسين يجعل الفرد يطور سلوكيات خطيرة على عكس القابلية للتعرض للخطر التي تجعل الناس يسعون إلى اكتساب سلوكيات صحية .) (Schweitzer ، 2002:822)

وقد عرف(الأنصاري، 2001: 202) التفاؤل غير الواقعي بأنه اعتقاد الفرد بقدرته على التفاؤل إزاء الأحداث دون مبررات منطقية أو وقائع تؤدي إلى هذا المعتقد، حيث يتوقع الفرد غالبا حدوث الأشياء الإيجابية أكثر مما تحدث في الواقع، ويتوقع حدوث الأشياء السلبية أقل مما تحدث في الواقع، مما قد يتسبب أحيانا في حدوث نتائج غير متوقعة، والتي قد تعرضه بدورها إلى مخاطر عدة أهمها المخاطر الصحية.

يلاحظ من خلال التعاريف السابقة أنها اتفقت على ثلاث نقاط أساسية تتمثل فيما يلي:

- 1- خطأ معرفي.
- 2- توقع حصول أحداث سلبية أقل مما تحدث للغير.
- 3- توقع حصول أحداث إيجابية أكثر مما تحدث للغير.

2-2- تفسيرات التفاؤل غير الواقعي:

قدم الباحثون عدة تفسيرات للتفاؤل غير الواقعي، حيث ركزت إحداها على التفسيرات القائمة على عوامل معرفية Facteurs Cognitives كما ركز جزء آخر منها على التفسيرات القائمة على عوامل دافعية Facteurs Motivationnels، وسنعرض فيما يلي كل هاته العوامل على حدا:

2-2-1-التفسيرات المتعلقة بعوامل الدافعية Les Explications Motivationnelles

هل يعتبر التفاؤل غير الواقعي إستراتيجية إرادية أم لا؟ هل يتخذها الأفراد للوصول إلى أهداف معينة؟ ما هي هذه الأهداف؟، كل هذه التساؤلات سوف نجيب عنها من خلال

تعرضنا لنوعين من عوامل الدافعية، يتمثل النوع الأول في الدفاع عن الذات، أما النوع الثاني فيتعلق بالميلول الدافعية ضد القلق.

2-1-1-2- الدفاع عن الذات (سلوك دفاعي للأنثى) La Défense du soi : يرى

مناصرو هذا التفسير واينشتاين (1984 Weinstein)، تايلور وبراون (1988 Taylor, Brown)، وحسب ميلهابت وآخرون (Milhabet et al، 2002) أن الأشخاص غالبا ما يتحيزون لذواتهم في توقع الحوادث الإيجابية والسلبية قصد تحسين صورة تقديرهم لذواتهم أو هويتهم الشخصية، أو على الأقل للحفاظ عليها كما هي، وهذا ما فنده كل من (لي وجوب Lee & Job سنة 1955) في قولهما: « إذا كنا أكفاء فيما نفعل، فعلينا إذا أن نعرف كيف نكون فعالين في تجنب المشكلات التي يلزم تجنبها، أو أن نصل إلى الأهداف التي نحددها»، من هنا يتوضح لنا أن بعض الأفراد يتخذون من التفاؤل غير الواقعي ملجأ، حيث يحسبهم بأنهم محصنون وبهذا يرتفع تقديرهم لذواتهم ويرتفع إحساسهم بأنهم تغلبوا على المشاكل التي يواجهونها. غير أنه وفي بعض الأحداث يضعف تأثير التفاؤل غير الواقعي، ومثال هذه الأحداث تلك التي توصف بأنها غير قابلة للضبط، فقد لوحظ في العديد من الدراسات أن الأشخاص لا يصبحون متفائلين مقارنة بغيرهم إذا لم يكونوا قادرين على ضبط الأحداث ممكنة الوقوع كالزلازل والفيضانات مثلا، فهذه الأحداث لا تعود إلى قدرة الأشخاص بل إلى عوامل خارجية، وقد لوحظ هنا بأن تعرض الفرد لمثل هاته الأحداث مستحيلة الضبط ولا يهدد تقديره لذاته لأنه مقتنع بأن لا يد له في تغيير القدر.

وقد دعمت عدة دراسات ميدانية التفسير القائم على الدفاع عن الذات، ففي سلسلة من الأبحاث لكل من (كلين وأعوانه Klein, et autres) على مدى ثلاث سنوات من 1993 وإلى 1996، استطاعوا أن يوضحوا أن الأشخاص لا يكتفون تصرفاتهم تجاه السلوكيات الخطرة إلا بعد أن يستفيدوا من تجارب الآخرين، فعندما تقوم بإعلام الأشخاص بأن غيرهم سلك سلوكا جد حذر فإنهم يقومون بدورهم بالحذر في قيامهم بهذا السلوك، أما لو لم نعلمهم بحذر غيرهم لقاموا هم بالسلوك بدون أخذ الحذر فيه وهنا يتبين لنا بأن هذا الحذر لم يأتي من اعتقاد راسخ بل هو ناتج عن تحذير مسبق .

وقد دافع (بيترز وكزابينسكي Peeters et Czapinski، 1991 – 1997) عن فكرة الخاصية التكيفية للأشخاص ذوو التفاؤل غير الواقعي في بيئة تكثر فيها الأحداث السلبية أكثر من الأحداث الإيجابية، ففي مثل هذه البيئة يكون الأشخاص المتفائلون أكثر من المتشائمين،

بحيث يقوم المتفائلون باستغلال فرصة التشبث بالأحداث الإيجابية لأنهم أكثر يقظة للأحداث السلبية وأكثر قدرة على تجنبها.

كما فند (تايلور وبراون سنة 1988) الفكرة القائلة بالخاصية التكيفية للمتفائلين اللاواقعيين، إذ يريان بأن التفاؤل غير الواقعي يضعف الصحة النفسية الجيدة، فالأشخاص في نظرها يقومون بخداع ذواتهم L'auto-duperie إلى أن يمتلكوا نظرة إيجابية للعالم، وهذا ما يسمح بالحفاظ على مزاج جيد والتعامل بإيجابية مع الغير. غير أن هذا الرأي قوبل بنقد شديد، بحيث من مميزات الصحة النفسية للاتصال الجيد بالواقع وهذا يتنافى مع الرجوع المكثف للآليات الدفاعية، فهذه الأخيرة تعتبر مؤشرا لسوء التكيف.

2-1-2-2- التفاؤل غير الواقعي كاستجابة للقلق

L'optimisme Irréaliste Comme Réponse à L'anxiété

أثبتت البحوث أن التفاؤل بمثابة دافع يقلل من القلق، فالتفكير في المستقبل يصاحبه شعور بالقلق بسبب الغموض الذي يعتريه، ويقوم الأفراد بمواجهة هذا القلق بواسطة التفكير بالأحداث الإيجابية واستبعاد التفكير في الأحداث السلبية، وقد استندت هذه الفرضية على دراسات إمبريقية مثل الدراسة التي قام بها (تايلور وآخرون سنة 1992) حول 550 شخصا مصاب بفيروس السيدا، بحيث أظهرت النتائج أن المتفائلين منهم ولو بنسبة قليلة أقل عرضة لتطور السيدا من غيرهم المتشائمين، وهذا ما وصف بالنتيجة غير المتوقعة بالنظر إلى الحتمية القائلة بأن الإصابة بفيروس السيدا تؤدي لا محالة إلى ظهور أعراض السيدا.

غير أن (بلوك وكولفين، Colvin & Blok، 1994) نقدا هذه النتائج باعتبارها لم تتجز في ظروف مرضية، وقد أثبتا من خلال نتائج دراسات ميدانية أن مواجهة القلق تمر أكثر بالتشاؤم لا التفاؤل، ففي دراسة للباحث (ميدفيك Medvec) أجراها سنة 1993 لوحظ أن التلاميذ عند قرب الامتحانات يكونون أقل تفاؤلا من ذي قبل، وقد فند (شابرود وزملاؤه Schepperd et autres، 1996) هذا الرأي بدراسة على مجموعة من التلاميذ بحيث تم سؤالهم على مدى 4 مرات متفاوتة قبل الامتحان عن النتائج التي يتوقعون الحصول عليها، ثم تمت مقارنتها بالنقطة المتحصل عليها في الحقيقة، وقد أسفرت النتائج أن التلاميذ كانوا جد متفائلين قبل الامتحان ثم أصبحوا منطقيين في المرتين الأخيرتين، أما في آخر مرة سئلوا فيها كانت توقعاتهم تشاؤمية لدرجة أنها كانت أقل من النتائج الحقيقية، وهذا دال على أن القلق الذي اعتري التلاميذ إزاء النتائج الحقيقية صاحبه تفكير تشاؤمي.

وفي دراسة لكل من (دولنسكي وجروميسكي وزاويسكا Dolinski, Gromski et Zawiska) حول مجموعة من الطالبات البولونيات، أين أقيمت الدراسة بعد أسبوع من حادثة المفاعل النووي لتشارنوبل Tchernobyl، أوضحت النتائج بأن الطالبات كن متفائلات لا واقعيا إزاء جملة من الأحداث باستثناء بند التعرض للإشعاع النووي إذ كن متشائمات حيال حدوثه أكثر من غيرهم، هنا شرح الباحثان أنه في حالة وجود خطر حقيقي سيعتقد الشخص أكثر فأكثر بأنه معرض للخطر فعلا أي يصبح واقعي ويقوم بالتصرف الصحيح للمواجهة.

4- أضف إلى ذلك دراسة (ديوبيري وآخرون، Dew berry et autres) التي أجراها سنة 1989 والتي تم فيها الطلب من المفحوصين تقييم 16 حدثا سلبيا (مقارنة بالغير) والقلق الذي يصاحبه كل حدث، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط سلبي بين التفاؤل غير الواقعي والقلق وهذا ما أثبت أيضا أن التشاؤم دائما يرتبط بالشعور بالقلق ومنه فالتفاؤل لم يرتبط بالقلق. وتبقى الفرضية القائلة بأن التفاؤل غير الواقعي آلية دفاعية ضد القلق تنتظر المزيد من الإثبات. (زعابطة، 2011: 56-57)

2-2-2- التفسيرات المعرفية للتفاؤل غير الواقعي les Explications cognitive de l'optimise Irréaliste:

يفسر التفاؤل غير الواقعي من طرف الباحثين الذين يدافعون عن هذا الرأي بناء على قيام الفرد بأخطاء معرفية عندما يبني تصورات حول تقدير الخطر المحدق به وكذا عند تصور الخطر الاجتماعي.

2-2-2-1- أخطاء متعلقة بتجمع المعلومات وأخطاء في الحكم على الأمور ممكنة الحدوث:

حدد (وينشتاين Weinstein سنة 1987) مجموعة من العوامل المعرفية التي تميل إلى الزيادة من التفاؤل غير الواقعي تتمثل في:

1. الاعتقاد بأن المجهود الشخصي يحول دون وقوع المشكلة.
2. الاعتقاد بأن المشكلة إذا لم تظهر لحد الآن، فسوف لن تظهر في المستقبل.
3. قلة التجربة الشخصية بالمشكلة.
4. الاعتقاد بأن المشكلة نادرة الحدوث. (Ogden, 2004:12)

بحيث تلعب الخبرة الذاتية دورا مهما في إدراك الخطر، فقد دل (واينشتاين 1988-1989) أن القابلية للإصابة لا يمكن أن تعايش إذا لم يكن المرء قد سمع شيئا عن الخطر

إطلاقاً، إضافة إلى أنه يجب التمييز فيما إذا كان شيء ما يدرك على أنه خطر بالنسبة للآخرين أو أنه خطر على الشخص نفسه، كما أن نقص المعلومات يجسد أيضاً نقص الخبرة، بحيث أن هناك من يقول عن الإيدز مثلاً (لم أسمع في حياتي شيئاً ما عن الإيدز (أو) سمعت مرة شيئاً ما عن الإيدز (أو الاعتقاد بندرة المشكلة مثل) عدد الناس الذين يصابون بالإيدز ضئيل جداً (أو الاعتقاد بالحصانة) قلما أعتقد بأنني معرض لخطر الإيدز)، وقد وضع واينشتاين أن التفاؤل غير الواقعي يتمثل في المرحلة الثانية من مراحل نموذج الخصة الخاص بـ"القرار - الوقاية"، والذي تكون من 7 مراحل وصفية في الدفاع عن السلوك الصحي، وتتصف هذه المرحلة بأنه على الرغم من معرفة الفرد حول الخطر نوعاً ما، لكن نلاحظ عدم الالتزام الشخصي، وعليه يتوضح لنا بأنه على الرغم من أن الخبرة الشخصية وسيلة جيدة لتحطيم جدار الجهل والقصور واللامبالاة وأن النزعة التفاؤلية تتضاءل من خلال توليد الخبرة الذاتية، إلا أنها لا تختفي كلياً .

وقد أضاف عدد من الباحثين ومنهم (لي وجوب 1990) أن المعلومات المكتسبة انطلاقاً من تجربة شخصية عن خبرة معينة أفضل من تلك التي نستقبلها من تجارب غيرنا نتخذ على سبيل المثال تجربة السياقة فعندما يكون السائق بصدد قيادة سيارته فإنه يأخذ بالحسبان أنه إن قام بأخطاء معينة، فإنه سوف يتعرض لحادث مرور، وبالتالي يقوم باجتناؤها مثلاً (لو قمت بالتجاوز الآن ربما سأصطدم بالسيارة القادمة) ،بينما يعجز عن تدارك هذه الأخطاء إذا كان غيره يقوم بقيادة السيارة وبالتالي يعتقد الفرد أن غيره يقوم بأخطاء السياقة مما يؤدي إلى وقوع حوادث المرور أكثر منه، وبالتالي فـالسائقون يقومون بأخطاء في السياقة بالرغم من علمهم بأنها قد تؤدي إلى وقوع حوادث المرور اعتقاداً منهم بأنهم قادرون على التحكم في الحادث قبل وقوعه.

وبناء على هذا رأى (لي وجوب 1992)، أنه للوصول إلى الحكم الصائب للإحداث يجب أن يمر التفكير عبر أربعة مراحل من تحليل المعلومات، نأخذ على سبيل المثال سؤال شخص عن إمكانية الإصابة بالزكام في الشتاء بين المعني وغيره فعلى المعني أن يقوم هنا أولاً بتذكر سنوات الشتاء التي مرض فيها ونقوم بتحليل ما يلي:

- أ- هو أصيب بالزكام
- ب- غيره أصيب بالزكام
- ج- لم يكن فريسة للمرض
- د- غيره لم يقع فريسة للمرض.

ثم بعد ذلك يحدد إمكانية إصابته بالزكام، وحسب (لي وجوب)، نادرا ما يقوم الأفراد بهذه العملية لتحليل المعلومات، وهذا ما يجعلهم يرتكبون أخطاء في الحكم وتقدير الخطر وهذا بدوره يعتبر عاملا هاما في ظهور التفاؤل اللاواقعي. (زعابطة، 2001، 58-59).

L'égoцентризм - التمرکز حول الذات

يشير مصطلح التمرکز على الذات إلى اتجاه نفسي يتميز بعدم التفريق بين الواقع الذاتي والواقع الموضوعي، ويقابله التمرکز على الغير Allocentrisme ويعني ميل الفرد إلى الاهتمام بالغير أكثر من الاهتمام بنفسه. (سالمي، 1998: 77).

وقد شرح (وينشتاين) حسب (Milhabet et autres، 2002) التمرکز على الذات بأنه الصعوبة التي يتلقاها الناس في تصور وجهات نظر غيرهم والإحاطة علما بتصوراتهم، بل يكتفون بالتركيز على أفكارهم وسلوكياتهم، فلو طلبنا مثلا من بعض الأشخاص الذين يتميزون بالتمرکز حول الذات أن يقدروا لنا احتمال حدوث أشياء إيجابية أو سلبية لهم، فإنهم يصلون بسهولة إلى المعلومات التي تحدد إجابتهم معتمدين في ذلك على مستوى الخطر الذي يمكن أن يحدث بهم ويعتمد هؤلاء الأشخاص في ذلك على مخطط من الأفعال والتصورات، فمثلا يتصورون ربط حزام الأمان حتى أثناء المسافات القصيرة، وبالتالي لا يكونون عرضة لحوادث المرور، غير أنهم يعتقدون أن غيرهم لا يقوم بهذه العملية (مخطط التصورات والأفعال) وهذا يفسر بأن تمرکز الأفراد على ذواتهم يجعلهم لا يدركون تصورات غيرهم ولا يعرفون كيفية تفكيرهم الأمر الذي يجعلهم غافلين عن سلوكيات غيرهم، فعلى سبيل المثال قد يقوم هؤلاء الأشخاص بسلوكيات للتخفيف من حدة المخاطر، مثل استخدام الواقي أثناء العلاقة الجنسية لتجنب الإصابة بفيروس السيدا، غير أنهم يظنون أنهم الوحيدون الذين يتبعون سلوكيات حذرة.

فنتيجة لتمرکزهم على ذواتهم يجدون صعوبة في تقبل وجهة نظر الآخرين، لذلك فقد ينسون أن العوامل نفسها التي تجعلنا نشعر أن حادثة معينة لا يحتمل أن تحدث لنا يمكن أن تجعل الناس الآخرين يشعرون بأنها لا يحتمل أن تحدث لهم أيضا، فقد نفكر في أن احتمال وقوعنا في خطر الإصابة بمرض القلب أقل من المعدل لأننا نقوم بتمارين رياضية ونتجنب الدهون المشبعة، وننسى أن أناسا آخرين يفعلون كما نفعل أو أكثر مما نفعل، ويصابون بهذا المرض (الأنصاري، 2001).

و هذا ما توصلت إليه دراسة (وينشتاين ،1982) والتي أجراها على عينة شملت 76 طالبا، بحيث عرض عليهم مجموعة من الأحداث السلبية وطلب منهم تقدير إمكانية عيشهم لها، وقد أسفرت النتائج أن الطلاب كانوا متفائلين لا واقعيين وأن هناك عاملين مهمين ساهما في ظهور التفاؤل اللاواقعي، تمثلا في نقص المعلومات حول الخطر المحقق بالغير وعن الحلول التي يستخدمها للتخفيف من هذا الخطر وكذا في الفشل في التفكير بجدية في الآخرين، هذان العاملان يشكلان أساس التمرکز على الذات وهنا توصل واينشتاين إلى أن التمرکز حول الذات يؤدي إلى التفاؤل اللاواقعي.

كما بين كل من (جاستن كروجر وجيرمي بوروس، Justin Kruger and Jeremy Burus) في دراستين قاما بها على عينة من الطلاب أن التفاؤل اللاواقعي يرجع إلى عامل التمرکز على الذات، وقد وضح بأن الأفراد عندما يقومون بمقارنة مع غيرهم في احتمال عيش حدث ما، فإنهم يقومون بالتركيز على فرصهم في عيش هذا الحدث ولا يأخذون بعين الاعتبار غيرهم، وهذا ما يجعلهم يفكرون بأنهم أقل عرضة لوقوع الأحداث النادرة التي تحصل لمتوسط الناس وأنهم أكبر عرضة من متوسط الناس في حصول الأحداث العامة، بحيث يتعلق التفاؤل غير الواقعي بالأحداث العامة غير المرغوب فيها، كما استنتج الباحثان أن التمرکز حول الذات أساس التفاؤل غير الواقعي وأن هذا الأخير غير منتشر كثيرا مثلما افترضنا في الدراسة (Kruger, Burrus, 2003)

2-2-2-3- إيجابية الأشخاص la positivité des personne

اقترح سيرز، 1983، Sears مفهوم التحيز الإيجابي للأشخاص، وحسب هذا الرأي يرتبط التفاؤل غير الواقعي بالطبيعة الإنسانية المرفهة للأشخاص، ويتوضح هذا جليا في الدراسة التي قام بها كل من (ريجان وسنايدر وكاسين Kassin, Regan Snyder ، 1959) التي أجريت على عينة من طلاب الجامعة قوامها 60 طالب وطالبة بهدف الكشف عن التفاؤل غير الواقعي وذلك عن طريق تطبيق مقياس وينشتاين للتفاؤل، وقد طلب من المفحوصين تقدير احتمال حدوث بعض الحوادث الإيجابية والسلبية لأنفسهم وإخوتهم وأصدقائهم، وقد كشفت النتائج أن المفحوصين كانوا أكثر تفاؤلا غير واقعي بالنسبة لأنفسهم وإخوتهم وأصدقائهم، أي أنهم يعتقدون أن الأحداث السلبية يقل احتمال حدوثها لهم ولإخوتهم، كما يعتقدون أن الحوادث الإيجابية يزداد احتمال حدوثها لهم ولإخوتهم مقارنة بأصدقائهم . (Milhabet et autres, 2002)

La comparaison Descendante المقارنة التنازلية 4-2-2-2

قام (ويلز وآخرون، Wills et al) سنة 1981 بتعريف المقارنة التنازلية انطلاقاً من التفسيرات الدافعية، على أنها آلية دفاعية للذات تساهم في تخفيف القلق ورفع لشعور بالرعاية مقارنة بأشخاص آخرين أقل تموضعا منهم.

بينما ربط (وينشتاين) حسب (Milhabet et autres، 2002). المقارنة التنازلية بآلية معرفية، بحيث يتمثل مبدأ هذه الآلية في أن الأشخاص يكونون صورة نمطية « Stéréotype » أقل دافعية عن شخص لا يقوم بأشياء كبيرة لتحسين حظوظه في تحاشي الخطر، وبصورة أدق يقوم الأشخاص بجمع تصورات يقومون من خلالها بمقارنة أنفسهم مع غيرهم من الأشخاص الذين يتصفون بتعرضهم الدائم للخطر، وعليه فالأشخاص الذين يقدرّون خطر تعرضهم أو تعرض غيرهم لإدمان على الكحول يشكلون صورة نمطية للمدمن على الكحول والذي في نظرهم لا يمكن أن يشبههم، من هنا يفكر الأشخاص أنهم أقل عرضة من متوسط الأفراد لأن يصبحوا مدمني كحول .

وفي بعض المشكلات كالآزمات القلبية مثلاً يكون لدى الناس صورة عقلية نمطية عن الضحية وإذا لم ير الناس أنفسهم على أنهم متطابقون مع هذه الصورة، فمن المحتمل أن يستنتجوا أن المشكلة لن تحدث لهم، وذلك حتى لو كانوا مختلفين عن هذه الصورة فقط في جوانب لا علاقة لها بخطر الإصابة بهذا المرض.

(الأنصاري، 2001).

وحتى لو تم إجبار الأفراد على إجراء مقارنة بينهم وبين أشخاص يتقاسمون معهم نفس الخصائص، إلا أنهم يميلون إلى الاعتقاد بأنهم أقل عرضة للخطر منهم، وهذا ما وضحته نتائج دراسة (ميلهابت وزملائها) التي أجريت سنة 1998، بحيث طلبت من المفحوصين توقع خطر الإصابة بفيروس السيدا HIV إذا كانوا مصابين بالتبعية للأنسولين Insulino-Dépendants والنغورية (المزاج الترفي للدم) Hémophiles، الإدمان Toxicomanes، مع العلم أن هذه الفئات الثلاث

مرتبطة بشكل نمطي بالأخطار المؤدية للإصابة ب HIV على الشكل التالي: ضعيف بالنسبة للتبعية للأنسولين، متوسط بالنسبة للإيموفيل وقوي بالنسبة للإدمان، وقد تميز المفحوصون بأنهم من الفئات المرضية الثلاث سابقة الذكر، وأن الأشخاص الذين سيقارنون أنفسهم بهم أيضاً من الفئات السابقة، أي يشتركون في المرض وأضف إلى ذلك أن لهم نفس

الخصائص الاجتماعية، الجنسية الفرنسية، السن، الجنس، وقد قام الباحثون بسؤال أفراد العينة عن 5 أسئلة تعلقت بإمكانية إصابتهم بالخطر، وقد تمثلت فيما يلي:

- إمكانية تعرضهم للإصابة ب HIV.

- خطر تبادل إبرة تنقل العدوى.

- خطر القيام بعلاقة جنسية غير آمنة.

- القدرة على التحكم.

- إدراك القوة.

وقد أظهرت النتائج حول إمكانية التعرض للإصابة ب HIV، أن المدمنين هم أكثر من رجح ذلك، غير أن المدمنين في حد ذاتهم توقعوا أنهم أقل عرضة لخطر الإصابة HIV من غيرهم من المدمنين، ونفس النتائج ظهرت فيما يخص خطر تبادل إبرة تنقل العدوى، حيث أبدى المدمنون توقعا أكبر لهذا الخطر من الفتتين

الباقيتين، غير أنهم توقعوا أنهم أقل عرضة لهذا الخطر من غيرهم من المدمنين. ونفس النتائج أيضا تعلقت بخصوص القيام بعلاقة جنسية غير آمنة، أما فيما يتعلق بالقدرة على التحكم، فقد رجحت أيضا الكفة هذه المرة للمدمنين، فقد أبدوا توقعا كبيرا للقدرة على التحكم مقارنة بغيرهم من المدمنين، وأخيرا بينت النتائج أن كل خصائص العينة كانوا ميالين لتوقع القوة المدركة مقارنة بغيرهم.

من هنا يتبين لنا أن الشعور بالحصانة ضد الأمراض يرجع إلى القدرة على الضبط وإدراك القوة، ومنه فالتفاؤل غير الواقعي يرجع إلى الشعور بهاتين الخاصيتين، وبخصائص الأحداث في حد ذاتها، فالقدرة على التحكم بالإصابة بفيروس السيدا ممكنة بإتباع إجراءات وقائية معروفة، بينما لا يمكن لشخص ما أن يتحكم في حدوث كارثة طبيعية كالزلازل مثلا. (Milhabet et autres، 2002).

2-3- علاقة التفاؤل غير الواقعي ببعض متغيرات الشخصية:

أجرى هورينز (Hoorens, 1995) دراسة بهدف الكشف عن طبيعة العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي وبعض متغيرات الشخصية وذلك على عينة قوامها 90 طالب وطالبة من إحدى المدارس الثانوية الألمانية بواقع 45 من الإناث و 47 من الذكور تراوحت أعمارهم 18 سنة، طبق عليهم مقياس للتفاؤل غير الواقعي تم تطويره من مقياس (weinstein) - بحيث أصبح

يتكون من 34 بندا كما طبق عليهم عدد من مقاييس الشخصية (خداع الذات،الشعور الزائف بالقدرة على التحكم ،السلوك الاجتماعي، السعادة، الاتزان الوجداني، تقدير الذات). وكشفت نتائج الدراسة عن وجود ارتباطات جوهرية موجبة بين التفاؤل غير الواقعي وخداع الذات والشعور الزائف بالقدرة على التحكم وتقدير الذات والسلوك الاجتماعي والسعادة والاتزان الانفعالي (الأنصاري، 2001، 206)

2-3-2- التفاؤل غير الواقعي والعوامل الثقافية:

أجرى كل من (Peeters, Cammaert czapintiz,1997) دراسة بهدف التعرف على الفروق الثقافية في التفاؤل غير الواقعي على 19 عينة من البلجيكيين والمغربيين والبولنديين بواقع 670 بولندي 337 بلجيكي و 125 مغربي تراوحت أعمارهم بين 17 و 35 للتفاؤل غير الواقعي وكشفت نتائج الدراسة عن طبق عليهم مقياس weinstein للتفاؤل غير الواقعي، وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ثقافية في التفاؤل غير الواقعي، حيث حصل البولنديون على أعلى المعدلات يليهم البلجيكيون ثم المغربيين. أما دراسة هيني وليهمان Hein et Lehman التي أجريت بهدف عقد مقارنة ثقافية بين الكنديين واليابانيين في التفاؤل غير الواقعي وذلك على عينة يابانية قوامها 196 فردا من طلاب الجامعة بواقع 130 من الإناث و 66 من الذكور وعينة كندية قوامها 314 فردا، من طلاب الجامعة بواقع 167 من الذكور و 147 من الإناث تراوحت أعمارهم بين 18 و 25 طبق عليهم (weinstein) للتفاؤل غير الواقعي الذي يتكون من 18 بندا إيجابيا و 24 بندا سلبيا يجاب عنها بمقياس متدرج من 8 نقاط وكشفت نتائج الدراسة عن فروق ثقافية في التفاؤل غير الواقعي، حيث حصل الكنديون على متوسط أعلى من اليابانيين في التفاؤل غير الواقعي (الأنصاري، 2002)

2-3-3- التفاؤل غير الواقعي والمشكلات الصحية:

في 1982 دراسة أجراها Weinstein عن التفاؤل غير الواقعي المتعلق بالقابلية في دراسة للإصابة بمشكلات صحية، يذكر أنه غالبا ما يحث الناس على أن يحموا أنفسهم من المرض والحوادث والجرائم والأخطار البيئية، وحتى إذا لم تكن الاحتياطات والتدابير الوقائية الواجب إتباعها معروفة جيدا فإن المعلومات عنها متاحة عادة ومع ذلك فكثيرا ما يفشل الناس في إتباع هذه التدابير الوقائية فهم يعانون من المرض ويتعرضون للأذى البدني والآلام النفسية التي كان في الإمكان تجنبها.

ويذكر weinstein في هذه الدراسة التي أجريت على 100 طالب جامعي من الجنسين قدمت لهم قائمة تضم 45 مشكلة صحية وتشتمل على عنصرين فرعيين الأمراض وأسباب الوفاة مثل الإدمان، الانتحار، الصرع، أزمة قلبية، القرحة، سرطان الرئة، التهاب الكبد الوبائي، نقص الفيتامين، تصلب الشرايين، وتلا كل مشكلة مقياس تقدير من سبع نقاط.

وكشفت النتائج أن لدى الطلاب تفاؤلاً مرتفعاً، فقد عدوا فرصة إصابتهم بالمشكلات الصحية أقل من فرصة أقرانهم وأن العوامل التي تميل إلى أن تزيد من التفاؤل غير الواقعي تتمثل في إمكانية التحكم في المرض، أو سبب الوفاة كما يدركها الطلاب نقص الخبرة السابقة، الاعتقاد بأن المشكلة الصحية تظهر خلال الطفولة وبينت هذه الدراسة أيضاً أن التفاؤل غير الواقعي يضعف الاهتمام بتخفيض احتمالات خطر الإصابة بالأمراض، ويكون ذلك مباشرة إذ يخفض القلق (الأنصاري، 2002)

وفي دراسة ل (kofrin, streechner,k reuter) التي أجريت بهدف التعرف على كانت بهدف قياس التفاؤل غير الواقعي لمدخني السجائر تجاه إصابتهم بأمراض القلب أو السرطان أو أزمة قلبية، وذلك على عينة من المدخنين بلغ عددهم 2785 مدخن في ولاية شمال كارولينا الأمريكية، وقد تم توجيه استبانته إليهم عن مدى احتمال إصابتهم بالسرطان وبعض أمراض القلب مقارنة بغيرهم من المدخنين وغير المدخنين، وقد كشفت النتائج أنه على الرغم من أنهم يعتقدون بأنه يزداد احتمال حدوثها لهم بالنسبة إلى غير المدخنين إلا أنهم يعتقدون بأنه يقل احتمال حدوثها لهم بالنسبة إلى المدخنين منهم (الأنصاري، 2002) في حين أجرى توديسكو وهيلمان (todesco et hilman;1999) عينة قوامها 74 طالب وطالبة أما دراسة، من طلاب إحدى الجامعات الأمريكية في ولاية ميتشجان بهدف قياس التفاؤل غير الواقعي وذلك من خلال مقياس يتكون من قائمة من الأنشطة التي تهدد صحة الفرد، والمرتبطة على سبيل المثال بقيادة السيارة، شرب الكحول، تعاطي الحشيش، التدخين وممارسة الجنس بصورة غير مشروعة، وقد سئلوا عن مدى احتمال تعرضهم لتلك المخاطر، وأسفرت النتائج عن اعتقاد المفحوصين، بأن فرص إصابتهم بمشكلات صحية نتيجة ممارستهم أو سلوكهم أكبر مما كانت عليه عندما كانوا في مرحلة الطفولة المتأخرة.

(الأنصاري، 2002)

إن نتائج هذه الدراسات تشير إلى أن لمفهوم التفاؤل غير الواقعي علاقة وثيقة بالمشكلات الصحية والأمراض حيث أنه يزيد من معدلات الإصابة بالأمراض مثل السرطان، والأمراض الوبائية وغيرها وذلك نتيجة لنقص الخبرة والاعتقاد أن المشكلة الصحية تظهر في سن متقدم من العمر، بالإضافة إلى أن التفاؤل غير الواقعي يضعف الاهتمام بتخفيض احتمالات خطر الإصابة بالأمراض.

2-4- قياس التفاؤل غير الواقعي

سنذكر فيما يلي عددا من المقاييس المستعملة في قياس التفاؤل غير الواقعي:

2-4-1- مقياس التفاؤل غير الواقعي لونيشتاين:

صمم (نيل ونيشتاين Neil Weinstein سنة 1980) مقياسا للتفاؤل غير الواقعي اشتمل على 42 حدثا مستقبليا، منها 18 حدثا إيجابيا و 24 حدثا سلبيا، ومن أمثلة الأحداث الإيجابية (لا أبيت في المستشفى لمدة 5 سنوات (أو) لا أمرض طوال الشتاء)، أما الأحداث السلبية فقد كانت من قبيل (أطرده من عملي (أو) أصاب بأزمة قلبية قبل الأربعين)، ويقوم المفحوص بالإجابة على هذه البنود باختيار النسبة المئوية التي تحدد درجة احتمال وقوع هذه الأحداث له من أعلى درجة وهي 0% إلى أدنى درجة وهي 100% فيما يتعلق بالأحداث السلبية ومن أعلى درجة وهي 100% إلى أدنى درجة وهي 0% فيما يتعلق بالأحداث الإيجابية.

وقام (وينشتاين) بدراسة استطلاعية على عينة قوامها 120 طالب وطالبة من إحدى الجامعات الأمريكية لإعداد قائمة أحداث الحياة، ومن ثم قدم القائمة بصورتها الأخيرة إلى عينة أخرى قوامها 130 طالب وطالبة للحكم على هذه الأحداث، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن أفراد العينة كانوا أكثر تقديرا للأحداث الإيجابية مقارنة بالأحداث السلبية.

(Weinstein, 1980: 809-810)

2-4-2- مقياس التفاؤل غير الواقعي بدر الأنصاري:

قام (بدر الأنصاري) بإعداد مقياس للتفاؤل غير الواقعي يقيس مدى توقع الفرد في الغالب لحدوث أحداث إيجابية متنوعة أكثر مما يحدث في الواقع، وتوقع حدوث الأحداث السلبية أقل مما يحدث في الواقع، كما يقاس بالبنود التي يتضمنها المقياس، ويشتمل المقياس في صورته الأخيرة على 24 بندا بواقع 12 بندا للأحداث السارة و 12 بندا للأحداث المفجعة، ويجاب عنها باختبار بديل واحد من الاختبارات الثمانية التي تتراوح ما بين 10%

و80%، ويتصف المقياس بخصائص سيكومترية جيدة تبعا للعينات الكويتية، حيث تتراوح معاملات ألفا للثبات ما بين 72.0 و 89.0، كما تراوحت معاملات ثبات الاستقرار بين 83.0 و 89.0، وتراوحت أيضا معاملات الثبات بطريقة القسمة النصفية لدى الذكور والإناث منفصلين ما بين 76.0 و 88.0 ومنها ما يتعلق بالصدق، فقد تم حساب صدق التكوين بثلاث طرق (الاتساق الداخلي، التحليل العاملي، والصدق التقاربي والإختلافي) وتراوحت معاملات الارتباط المتبادلة بين كل بند والدرجة الكلية على المقياس ما بين 0.35 و 69.0 وقد كشفت نتائج التحليل العاملي عن استخلاص عاملين (الأحداث السارة، الأحداث المفجعة (الأنصاري، 2001، 225-232)

تعتبر المقاييس السابقة من ضمن الطرق المباشرة في قياس التفاؤل غير الواقعي، وهناك أيضا طرق غير مباشرة استعملها بعض الباحثين في قياس التفاؤل غير الواقعي مثل أن يطلب الباحث من المفحوص أن يقدم تقييما حول أحداث ما بالنسبة له ولشخص غيره، حيث يتم تقييم التفاؤل غير الواقعي من خلال التقديرات التي قام بها الشخص لنفسه مقارنة بغيره.

خلاصة الفصل

نستخلص مما تم عرضه أن كلا من التفاؤل والتشاؤم عبارة عن أسلوب معرفي شامل وثابت نسبيا وتختلف درجته من شخص لآخر، إلا أن الأول يمكن صاحبه من امتلاك نظرة ايجابية اتجاه نفسه ومحيطه تجعله يشعر براحة نفسية تنعكس ايجابيا، على حياته الاجتماعية والصحية أما الثاني فيدفع بصاحبه إلى توقع أسوأ النتائج، ويحول دون قيامه بالجهد المطلوب في سبيل تحقيق المساعي المرجوة منه، وهذا ما يمكن أن ينعكس سلبيا على حالته الصحية وعلاقاته الاجتماعية ومستقبل حياته ككل.

كما اشرنا إلى أهم نوعين من أنواع التفاؤل الاستعدادي والتفاؤل غير الواقعي لهما على سلوك الإنسان، فقد قدم الباحثون عدة تفسيرات للتفاؤل غير الواقعي، حيث ركزت احدها على التفسيرات الدافعية والتي تعتبر اللجوء إلى التفاؤل غير الواقعي وسيلة للدفاع عن الذات او كاستجابة صدق القلق.

ومن أهم المقاييس المستعملة لقياس التفاؤل غير الواقعي، نجد المقياس الذي صممه (Weinstein, 1980) والذي اشتمل على 42 حدثا مستقبليا، منها 18 حدثا إيجابيا، و 24 حدثا سلبيا، ومن أمثلة الأحداث الايجابية (لا أبيت في المستشفى لمدة 5 سنوات، لا أمرض طوال الشتاء...)، أما الأحداث السلبية فقد كانت من قبيل (أطرد من عملي، أصاب بأزمة قلبية قبل الأربعين)

وإلى جانب هذا المقياس، فقد أعد بدر محمد الأنصاري مقياسا للتفاؤل غير الواقعي، يقيس مدى توقع الفرد في الغالب لوقوع أحداث إيجابية متنوعة أكثر مما يحدث في الواقع، وتوقع حدوث الأحداث السلبية أقل مما يحدث في الواقع، ويشتمل المقياس في صورته الأخيرة على 24 بندا بواقع 12 بندا للأحداث السارة، و 12 بندا للأحداث المفجعة.

الفصل الرابع : الإعاقة الحركية

تمهيد

- 1- تطور مفهوم الإعاقة
- 2- مفهوم الإعاقة
- 3- تعريف الإعاقة الحركية
- 4- من هو المعوق حركيا
- 5- أسباب الإعاقة الحركية
- 6- تصنيفات الإعاقة الحركية
- 7- احتياجات المعاقين حركيا
- 8- المشاكل المترتبة عن الإصابة بالإعاقة الحركية

خلاصة الفصل

تمهيد :

تعد الإعاقة الحركية مشكلة جسمية وصحية مهما كانت المرحلة العمرية التي حدثت فيها، أو الأسباب التي نتجت عنها سواء أكانت خلقية أو مكتسبة، وهذه الأخيرة تحدث في الغالب نتيجة عوامل بيئية مختلفة وينجم عن الإعاقة العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية، مما يتطلب تدخل وتكفل من الناحية النفسية والاجتماعية وكذلك التأهيل من الناحية الجسمية، ليجعل المعاق يتقبل إعاقته ويتوافق معها، وسنتناول في هذا الفصل مفهوم الإعاقة الحركية عند العديد من الباحثين وأسبابها وتصنيفاتها ومختلف المشكلات التي تواجه المعاقين حركيا.

1. تطور مفهوم الإعاقة :

قبل أن نتطرق إلى التعريفات المتعلقة بالإعاقة يهمننا بداية التعرف على التسلسل الزمني الخاص بكلمة معوق، وماذا تعني، وذلك من خلال التعريفات المتعددة التي أطلقت عليها بداية من كلمة "المقعدون" وحتى انتهت إلى كلمة المعوقين، فمن هم المعوقون؟ كانوا في ما مضى، يسمونهم (المقعدين) crippled، ثم أطلقوا عليهم كلمة (ذوي العاهات) على اعتبار أن كلمة الإقعاد توحى باقتصار تلك الطائفة على مبتوري الأطراف أو المصابين بالشلل، أما العاهة فهي أكثر شمولاً بمدلول الإصابات المستديمة، ثم تطور التعبير عندهم إلى اصطلاحات (العاجزين Handicapped)، أي كل من به صفة تجعله عاجزاً في أي جانب من جوانب الحياة، سواء من حيث العجز عن العمل أو الكسب، أو العجز عن ممارسة شؤون حياته الشخصية .

ولما تطورت النظرة إليهم على أنهم ليسوا عاجزين، وإن المجتمع هو الذي عجز عن استيعابهم أو عن تقبلهم مما قد يكون لديهم من مميزات أو مواهب أو قدرات أو صفات يمكن تتميتها وتدريبها بحيث يكيفون مع المجتمع بل وربما يفوقون غيرهم، وعندما أدرك المجتمع أنه هو الذي يحوي تلك العوائق التي تمنعه من التكيف معه، عندئذ أصبحت المراجع العلمية والهيئات المتخصصة تسميهم (المعاقين أو المعوقين)، بمعنى وجود عائق يعوقهم عن التكيف، كما لو كانت سيارة تسير في طريق ممهل ثم اعترضتها صخرة أو حاجز أو حفرة أعاقَت مواصلة سيرها، فأصبحت بسبب هذا العائق معاقّة عن الوصول إلى ما كانت تستهدفه، وأصبحت في أمس الحاجة إلى معاونة من آخرين لتأهيلها على مواصلة المشوار، وبهذا أصبحت كلمة معوق لا تقتصر على المعاقين عن العمل والكسب وإنما تشمل أيضاً المعوقين عن التكيف نفسياً واجتماعياً مع البيئة من تطورات أو مفاجآت لم تكن في حساباتهم. (فهمي، 2008، 7-9).

المعوق لفظ أُشتق من الإعاقة أو التأخر أو التعويق، ومعناه بالانجليزية Handicapped أي التكبيل Deformatig بمعنى نقص تكوين. عرفت منظمة العمل الدولية (1995) المعوق كل فرد نقصت إمكانياته للحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه نقصاً فعلياً نتيجة عاهة جسمية أو عقلية.

ومنه فالمعوق، هو كل فرد يختلف على ما يطلق عليه لفظ سوي في النواحي الجسمية او العقلية او المزاجية او الاجتماعية، إلى الدرجة التي تستوجب عمليات التأهيل الخاصة التي تصل إلى استخدام أقصى ما تسمح به قدراته ومواهبه.
(محمود، 2003، 340-341).

2. مفهوم الإعاقة:

1.2. لغة:

يقول المعجم الوسيط في شرح (عوق) عاقه عن الشيء عوقاً أي منعه منه، وشغله عنه فهو عائق والجمع عوق للعاقل ولغيره عائقة الظهر شواغله وأحداثه، وتعوق أي امتنع وتنشط.

ويقول القاموس المحيط العوق أي الحبس والصرف والتثبيط والاعتياق، والرجل الذي لا خير عنده يعوق الناس عن الخير، عاقني عاق، وعوق الظهر الشواغل من أحداثه، ورجل عيق ذو تعوق يثبط الناس عن أمورهم.

ويشير صاحب مصباح المنير إلى الإعاقة بقوله (عاق عوقاً من باب قال وعاقه وعوقه بمعنى منعه فالإعاقة المنع).

ويقول المنجد في اللغة والإعلام عوق عاق عوقاً وعوق وأعاق وإعاقاً وإعتاق اعتياق وعوقه عن كذا أي صرفه وثبطه أخره عنه.
(العيسوي، 2003، 41)

2.2. اصطلاحاً:

الإعاقة هي قصور في استعدادات الفرد، راجعة إلى عاهة او عجز يمنعه كلياً او جزئياً من القيام بدوره بشكل عادي في المجتمع، هذا حسب سنه، جنسه، العوامل الثقافية ومحيطه.

الإعاقه عبارة عن صعوبة تصيب فرد معين ينتج عنها اعتلال او عجز يمنع الفرد من قيامه بعمله الطبيعي.
(عبيدات، 1999، 40)

ولقد وضعت منظمة الصحة العالمية 1980 تصنيفات عالمية للاعتلال والعجز والإعاقة تبين الفرق بين التصنيفات الثلاثة:

1.2.2. الاعتلال: هو فقدان او شذوذ في البيئة او الوظيفة النفسية او الفزيولوجية او العضوية.

2.2.2.العجز: هو أي حد أو انعدام (ناتج عن اعتلال) في قدرة الفرد على تأدية نشاط معين أو في الإطار المعتبر طبيعياً بالنسبة للكائن البشري. (الزعمط، 2005، 154)

3.2.2.الإعاقة: هي 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 لسنه ونوع جنسه وتبعاً للأوضاع الاجتماعية والثقافية (القيطي، 2001، 18)

ويمكن تلخيص التعريفات القليلة السابقة في النقاط التالية :

- الإعاقة تؤثر على أداء الفرد.

-هي قصور إذا تعطل عضو من أعضاء الجسم عن أداء وظيفته، وهي عجز دائم يعوق قدرة الفرد على النمو الطبيعي.

- تعيق الفرد على مسايرة أقرانه.

3. تعريف الإعاقة الحركية :

تمثل الإعاقة الحركية حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدراتهم الحركية أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة. (الروسان، 1998، 138)

وتعرف أيضاً : قصور يمثل عقبة في سبيل قيام الفرد بواجبه في المجتمع، ويجعله قاصراً عن الأفراد الأسوياء، الذين يتمتعون بسلامة الأعضاء وصحة وظائفها.

عرف "باتمان" وآخرون المعاقين حركياً بأنهم تلك الفئة من الأفراد الذين يتشكل لديهم عائق يحرّمهم من القدرة على القيام بوظائفهم الجسمية الحركية بشكل عادي، مما قد يستدعي توفير خدمات تربوية وطبية نفسية خاصة، ويقصد بالمعاق هنا أي إصابة سواء أكانت بسيطة أو شديدة تصيب الجهاز العصبي المركزي أو الهيكل العظمي أو العضلات.

(سعيد، 2009، 239-240)

إما الروسان، فقد عرفها بأنها حالات الأشخاص الذين يعانون من أشكال معينة في قدرتهم الحركية بحيث يؤثر ذلك على نموهم الانفعالي والعقلي والاجتماعي، وتتطوي حالات الاضطرابات الحركية أو الإعاقة العقلية تحت هذا المفهوم مما يتطلب الحاجة إلى التربية الخاصة. (الصفدي، 2007، 18)

مما يمكن استخلاصه أن الإعاقة الحركية هي عبارة عن قصور أو خلل في احد الأطراف السفلية أو العلوية تحد من قدرة الفرد على القيام بوظائف الحياة اليومية، مما يستدعي تقديم المساعدة له.

4. المعوق حركيا (من هو المعاق حركيا):

لقد تعددت الإجابات التي تبين من هو المعوق حركيا وهي كالتالي :

هو الشخص الذي لديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي، نتيجة مرض أو إصابة أو ضمور في العضلات أو فقدان القدرة الحركية أو الحسية أو كليتهما معا في الأطراف السفلى والعليا أحيانا، والى اختلال حركي في التوازن أو بتر في الأطراف، ويحتاج هذا الشخص إلى برامج طبية ونفسية واجتماعية وتربوية ومهنية لمساعدته في تحقيق أهدافه الحياتية والعيش اكبر قدر من الاستقلالية .

(حابس، 2003، 67)

ينظر إلى الشخص المعوق حركيا على انه ذلك الفرد الذي لديه إعاقة في حركته وأنشطته الحيوية، نتيجة فقدان أو خلل أو إصابة في مفاصله وعظامه مما يؤثر على وظائفه العادية، وتعد الإعاقة الجسمية من المظاهر الأساسية للإعاقة الحركية بصفة عامة.

هو الشخص الذي يعاني من قصور فسيولوجي سواء أكان وراثيا أو مكتسبا، يحول دون قيامه بالعمل، وان يتولى أموره بنفسه، او يحول دون إشباع حاجاته الأساسية، بما يتناسب والمرحلة العمرية التي يمر بها.

تعريف قانون تأهيل المعوقين رقم 94 لعام 1975

هو أي فرد أو شخص أصبح لا يستطيع الاعتماد على نفسه في مزاوله عمله أو القيام بعمل آخر والاستقرار به، أو نقصت قدرته على ذلك، لقصور عضوي أو عقلي أو جسمي، أو نتيجة عجز خلقي منذ الولادة.

(حابس، 2003، 26)

ومن هنا يتضح لنا أن الشخص المعوق حركيا هو ذلك الشخص الذي ولد بقصور في الأطراف أو اكتسبه فيما بعد والذي يحد من قدرته على القيام بوظائفه.

5. أسباب الإعاقة الحركية :

هناك عدة أسباب للإعاقة الحركية وذلك حسب المرحلة التي يمر بها الفرد ومنها :

1.5. مرحلة ما قبل الحمل :

إن 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 البويضة) في تركيب يطلق عليه الكروموسومات، ويحمل كل كروموسوم عددا من الجسيمات الدقيقة التي تحمل الصفات الوراثية والتي تعرف بالمورثات (الجينات).

حيث تتكون الخلية الأولى للجنين من ستة وأربعين كروموسوم تنتظم في 23 زوجا، 22 زوجا من هذه الكروموسومات متشابهة تماما يطلق عليها (الصفات العادية)، في حين يحدد الزوج الباقي جنس الجنين ويطلق عليه كروموسوم الجنس، احتمالات الخطأ في كلتا المجموعتين من الكروموسومات ينتج عنها إعاقات متنوعة منها الإعاقة الحركية.

(الصفدي، 2007، 19)

كما يمكن أن تنتقل المورثات من جيل إلى جيل عن طريق الجينات الموجودة في الكروموسومات في الخلايا، كما أن النقص الوراثي في إفرازات الغدة الدرقية يؤدي إلى نقص النمو الجسمي والعقلي وبصفة عامة يمكن القول أن حالات الإعاقة الوراثية اقل من حالات الإعاقة البيئية.

(محمود، 2003، 68)

2.5. مرحلة ما بعد الحمل :

يمكن الاهتمام في هذه المرحلة بوقاية الجنين من :

– حالة تسم الحمل نتيجة ارتفاع ضغط الدم، ووجود كمية كبيرة من البروتين في البول في الشهور الثلاثة الأخيرة من الحمل، تشير هذه الأعراض إلى زيادة احتمال حدوث تسم الحمل.

– حدوث نزيف أما بسبب محاولة الإجهاض، أو عدم الاهتمام بالراحة أثناء الشهور الثلاثة الأولى من الحمل .

– التعرض لأشعة اكس إذا اضطرت الأم لعمل عملية كشف كجزء من التشخيص، لذلك يجب أن تكون تحت إشراف طبي دقيق.

– تناول الأدوية دون الاهتمام بالتأثيرات الجانبية لهذه الأدوية.

– عمر الأم احتمال حدوث الإعاقة في حالة الأمهات اللاتي يقل عمرهن عن 18 سنة أو يزيد عن 35 سنة.

– سوء التغذية بالنسبة للام خلال أشهر حملها.

– إدمان الأم على التدخين والمسكرات والمخدرات.

(محمود، 2003، 68-69)

– الأمراض الحادة التي قد تصيب الأم، وانتقال الميكروبات إلى الجنين أثناء اكتماله في رحم أمه. (السعيد، 1991، 50)

3.5. مرحلة أثناء الولادة:

- الولادة المبكرة قبل الموعد الطبيعي (الخدج).
- ميكانيكية عملية الوضع.
- العقاقير والبنج (لما له من تأثير على الجهاز العصبي المركزي للوليد).
- نقص الأكسجين مما يؤثر على قتل خلايا المخ.
- الولادة المتعدد (ولادة التوائم).
- وضع الجنين أثناء الولادة. (الصفدي، 2007، 20-21)

4.5. مرحلة ما بعد الولادة:

- الأمراض.
- المخدرات والكحول.
- التعرض لبعض الحوادث خصوصا في منطقة الرأس أو الحوادث التي تؤدي إلى بتر الأطراف مثل : الحوادث المنزلية، حوادث العمل، حوادث المرور والطرق، الحروب.
- (الصفدي، 2007، 19-21)

فلقد تعددت أسباب الإعاقة الحركية فمنها ما يحدث للجنين من تشوهات في مرحلة الحمل، ومنها ما يحدث أثناء الولادة بسبب الاختناق أو الكدمات أو الولادة الخديجة، وهناك ما يحدث أثناء مراحل الحياة مثل الحوادث والصدمات.

6. تصنيفات الإعاقة الحركية:

هناك تصنيفات كثيرة للإعاقة الحركية، فهناك من يصنفها حسب العضو المصاب أو الأعضاء المصابة، وهناك من يصنفها حسب زمن وقوع الإصابة، وهناك من يصنفها حسب شدتها ودرجتها.

6.1. إعاقات ناتجة عن إصابة الجهاز العصبي :

6.1.1. الشلل الدماغي : يعرف ستانلي الشلل الدماغي بأنه مجموعة من الأعراض التي تحدث أثناء نمو الدماغ، ومن نتائج عدم السيطرة على الحركة أو الأوضاع الجسمية.

والشلل الدماغي هو المصطلح الذي يطلق على حالة الطفل الذي يتعرض إلى الإصابة الدماغية، بسبب عدم اكتمال نمو أو تلف في خلايا المناطق المسؤولة عن الحركة، وذلك أثناء فترة نموه الطبيعي.

ويمكن تلخيص الأسباب فيما يلي:

- نقص الأكسجين أثناء أو بعد الولادة

- نزيف في الدماغ

- الإصابات السمية أو التسمم من الكحول أو العقاقير التي تناولتها الأم أثناء فترة الحمل

- رض الرأس الناتج عن إصابة ولادية أو عن سقوط أو حادث سيارة أو أسباب أخرى

- إصابات الجهاز العصبي كالتهاب الدماغ والسحايا. (يوسف، 2003، 15)

6.1.2. شلل الأطفال :

شلل الأطفال مرض معدي يصيب الأطفال ذكورا وإناثا، وتسببه كائنات دقيقة جدا لا ترى إلا بالمجهر الالكتروني، وتسمى فيروسات شلل الأطفال، والتي تصيب المادة السنجابية في جذع الدماغ أو الدماغ ولكن بنسبة اقل.

تبدأ الأعراض في الظهور عادة بعد حدوث العدوى من ثلاثة أيام إلى سبعة أو عشرة أيام، تتلخص الأعراض في حدوث ارتفاع للحرارة مع الأم حادة في الجسم وجفاف الحلق، القي، الصداع.... الخ (السعيد، 1991، 53)

وبالرغم من أن هذه الأعراض لا يختص بها شلل الأطفال بالذات إلا أنها إنذار بضرورة التزام الحيطه، وعمل ملاحظات دقيقة على المصاب لحمايته من المرض، وسرعان ما يحدث الألم المترتب عن الحركة الجسمية ويصح ذلك وصول الشلل إلى العضلات الثانوية. (حمزة، 1994، 161)

ومع الوقت تبدأ العضلات المصابة بالضمور والارتعاش وهذا يؤدي إلى تشوهات الأطراف وبعض الإصابات، وإذا ماتت الخلايا يتسبب ذلك في حدوث شلل دائم في الألياف العصبية التي تصاب خلاياها، ولكن إذا كانت الإصابة خفيفة يمكن أن يتمثل المريض إلى الشفاء.

6.1.3. إصابات النخاع الشوكي :

تتمثل في احد النقاط التالية:

- تلف النخاع الشوكي :

وينجم عادة من حادث يقطع الحبل الشوكي المركزي، أو يصيبه إصابة حادة في العنق أو الظهر، وعندما يتعرض النخاع الشوكي للتلف، حيث يفقد الإحساس في بعض الأطراف.

- بروز النخاع الشوكي:

شكل من أشكال التشوهات الولادية الخطيرة، وقد يكون نتيجة تعرض الأم أثناء فترة الحمل لأشعة اكس، مما يؤدي إلى وقف تطور الجهاز العصبي أو لا يتطور بشكل جيد، وبذلك يصاب الجنين بتشقق في العمود الفقري وبروز النخاع الشوكي. (عبيدات، 1999، 77)

- العمود الفقري المفتوح :

تشوه ولادي ينجم عن انسداد القناة العصبية أثناء مرحلة التخلق الطبيعية.

- إصابات الرأس :

إن إصابات الرأس ظاهرة شائعة في مرحلة الطفولة فكثير من الأطفال يموتون لو يصبحون معاقين جسميا أو عقليا بسبب التعرض لإصابات الرأس الناتجة عن السقوط، حوادث السير، تناول مواد سامة... الخ.

6.2. إعاقات ناتجة عن إصابة الجهاز العصبي:

6.2.1. البتر:

وهو يعني إزالة أو غياب أحد الأطراف أو جزء منه أو قد يكون البتر ولاديا نتيجة عدم نمو طرف من الأطراف، ويحدث بفعل تناول الأم الحامل للعقاقير أو بفعل العوامل الغذائية (البواليز، 2000، 64)

وقد يكون مكتبا نتيجة لحوادث العمل، الأورام الخبيثة، السرطان العصبي، التشوهات الخلقية بالأطراف، التهاب العظام والكسور وغيرها.

6.2.2. الكساح:

عبارة عن ضعف وتشوه في العظام ناتج عن نقص فيتامين "د-D". وتظهر مؤشرات كساح الأطفال تدريجيا عند الذين لا يتناولون ما يكفي من الأطعمة المحتوية على فيتامين "د" ولا يتعرضون بما يكفي لأشعة الشمس ويكون كذلك نتيجة العادة الخاطئة للجلوس.

6.2.3. هشاشة العظام:

وهو مرض نادر وخطير يصيب طفل بين 40 ألف طفل. في هذا المرض يولد الطفل بأطراف منحنية أو ملوية أو بعظام مكسورة، ويعتقد انه وراثي، ومن أعراضه قابلية العظام

للكسر، وعدم نموها، الضعف السمعي الشديد، صغر حجم الجسم، حدوث حذب تدريجي، الضعف العضلي، ويكون عادة عاما وشاملا بحيث يصيب الأطراف السفلى والعليا، والعمود الفقري وعظام الجمجمة.

(السيد، 2000، 302)

6.2.4. أمراض القدم:

– القدم المسحاء : وهو خروج كعب القدم عند المشي، ليكون ثقل القدم على الجزء الداخلي الأوسط للقدم أي تصبح القدم منبسطة تماما مسحاء.

– القدم الجنفاء: وهو تشوه خلقي للقدم فيلاحظ تقوس القدم وعظام الأصابع مع زيادة في التقعر الطبيعي الموجود في قاع القدم.

(البواليز، 2000، 66)

6.2.5. خلع الورك:

يكون الورك مخلوعا عندما تكون عظام الفخذ في الورك خارج تجويفه، ويولد بعض الأطفال بورك مخلوع او اثنين، وعندما يكون العلاج المبكر تصحح هذه المشكلة بسهولة فلا يصبح الطفل معاقا ولا يعاني من العرج.

6.2.6. الحذب:

وهو تشوه خلقي في العمود الفقري، وينتج عن انحناء الفقرات وتحديدها مع ضعف عضلي شديد وقد يتبع ذلك تشوه في منطقة الصدر.

(عبيد، 1999، 57)

6.2.7. الجنف:

وهو عبارة عن تقوس جانبي في العمود الفقري وقد لوحظ انتشار هذا المرض في مرحلة النمو السريع أثناء مرحلة المراهقة.

وينتج إما عن اضطراب في مرحلة التكوين الجيني للعمود الفقري، او نتيجة مرض سابق او إصابة سابقة.

(الصفدي، 2003، 64)

6.3. إعاقات ناتجة عن إصابة الجهاز العضلي :

تأخذ هذه الاضطرابات أشكالا عديدة أهمها :

6.3.1. الوهن العضلي :

وهو عبارة عن اضطراب في العضلات الإرادية في الجسم، أسبابه غير معروفة، ويحدث لدى الشخص تعب وإعياء في العضلات وخاصة عضلات الوجه والرقبة والعضلات

القريبة من العيون والحلق، وهو اضطراب نادر يحدث في أي مرحلة عمرية، ويعاني الأفراد المصابون بهذا الاضطراب عادة من ازدواجية الرؤية وبحة الصوت.

(البواليز، 2000، 63-64)

6.3.2. الضمور العضلي:

وهو تدهور في العضلات، وقد يكون هذا المرض وراثيا وخطيرا، يحدث في الطفولة المبكرة، او قد يحدث متأخرا على نحو مفاجئ وفي العادة يحدث الضمور في الرجلين ومن ثم يمتد إلى الكتفين والأطراف العليا والرقبة، وضمور العضلات أنواع.

– وراثية وتنتقل بواسطة العوامل الوراثية.

– حيوية ولها علاقة بالعمليات الحيوية في الجسم.

– التهابات مترافقة مع التهابات أخرى.

– نتيجة لاستعمال بعض الأدوية.

(الصفدي، 2007، 53)

وغالبا ما يحتاج الطفل الذي يصاب بهذه الحالة إلى كرسي متحرك، وذلك بسبب صعوبة اعتماد الطفل على نفسه في الانتقال من مكان إلى آخر، وقد يصاحب مثل هذه الحالة بحالة من الإعاقة العقلية، ومن مظاهروهن العضلات صعوبة الوقوف، صعوبة انحناء الأكتاف وصعوبة الوقوف على رؤوس أصابع القدمين.

أما عن الأعراض التي تدل على حالة وهن العضلات فتبدو في ضعف عضلات الوجه والكتفين والذراعين والساقين، كما يبدو في حالات ضعف القدمين ثم الذراعين والتي تمثل الحالة المسماة متلازمة دوشن، لا توجد طريقة لعلاج ضمور العضلات فأفضل علاج هو العلاج الطبيعي وتنشيط العضلات المصابة.

(عبيد، 2000، 32)

6.3.3. التصلب المتعدد:

تمثل حالات التصلب المتعدد شكلا من أشكال الإعاقة الحركية، وتبدو مظاهرها في حالة ضعف العضلات وتشنجهما وصعوبة المشي والكلام ومشكلات حسية وانفعالية وأخرى، وتصيب مثل هذه الحالات الأفراد في عمر المراهقة وما بعدها، وتعتبر هذه الحالة من الحالات المزمنة التي يصعب علاجها، أما عن أسباب هذه الحالة فهو غير معروف تماما، والتي تؤدي إلى إصابة الجهاز العصبي المركزي.

(عبيد، 2000، 32)

ومع كل هذا يمكن تلخيص تصنيفات الإعاقة الحركية إلى ثلاث أقسام، أولها إعاقات ناتجة عن إصابة الجهاز العصبي نذكر منها الشلل الدماغي، شلل الأطفال، إصابات النخاع

الشوكي، وإعاقات ناتجة عن إصابة الجهاز العظمي كالبتير، الكساح، هشاشة العظام، أمراض القدم، خلع الورك، الحذب، الجنف، أما بالنسبة للإعاقات الناتجة عن إصابات الجهاز العضلي نجد الوهن العضلي، الضمور العضلي، التصلب المتعدد.

7- احتياجات المعوقين حركيا:

تنقسم احتياجات المعوقين حركيا إلى ثلاث أنواع :

7.1. احتياجات فردية: وتتمثل في:

7.1.1. احتياجات بدنية: مثل استعادة اللياقة البدنية وتوفير الأجهزة التعويضية.

7.1.2. احتياجات إرشادية: مثل الاهتمام بالعوامل النفسية والمساعدة على التكيف وتنمية الشخصية.

7.1.3. احتياجات تعليمية: مثل تقديم فرص التعليم المتكافئ لمن هم في سن التعليم، مع الاهتمام بتعليم الكبار، فهم يحتاجون إلى طرق تعليمية وتربوية منظمة وفعالة لمقابلة تلك الاحتياجات.

7.1.4. احتياجات تدريبية : مثل فتح مجالات التدريب تبعا لمستوى المهارات بقصد الإعداد المهني للعمل المناسب للمعوق. (فهمي، 2005، 146).

7.2. احتياجات اجتماعية: وتتمثل في :

7.2.1. احتياجات علائقية: مثل توثيق حالات المعوق بمجتمعه وتعديل نظرة المجتمع إليه.

7.2.2. احتياجات تدعيمية : مثل تقديم المساعدات التربوية والمادية، واستثمارات الانتقال والاتصال والإعفاءات الضريبية والجمركية.

7.2.3. احتياجات ثقافية: مثل توفير الأدوات والوسائل الثقافية ومجالات المعرفة.

(عبد وحو، 1999، 58)

7.3. احتياجات مهنية : وتتمثل في :

7.3.1. احتياجات توجيهية: مثل تهيئة سبل التوجيه المهني مبكرا والاستمرار فيه إلى حين انتهاء عملية التأهيل.

7.3.2. احتياجات تشريعية : مثل إصدار التشريعات في محيط تشغيل المعوقين وتوفير فرص العمل التي تناسبهم وتسهل حياتهم. (فهمي، 2005، 146-147)

ومن هنا فان احتياجات المعاقين تكمن في احتياجات فردية مثل البدنية والإرشادية والتعليمية، واحتياجات اجتماعية، احتياجات علائقية مثل توثيق حالة المعوق في المجتمع،

احتياجات تدعيمية تقديم المساعدات، واحتياجات ثقافية مثل توفير الوسائل الثقافية، واحتياجات مهنية تمثلت في احتياجات توجيهية كتهيئة سبل التوجيه المهني، واحتياجات تشريعية كإصدار التشريعات في محيط تشغيل المعوقين.

8. المشاكل المترتبة على الإصابة بالإعاقة الحركية:

لقد أكدت العديد من الدراسات أن للإعاقة الحركية آثارها تظهر بشكل ابعـد من مجرد الحدود الفيزيكية، وتتطـلق إلى مجالات أوسع في حياة الفرد محدثا مشاكل على مستوى هاته المجالات.

8.1.المشكلات النفسية:

لقد انتهى المؤتمر الدولي الثامن عشر في عام 1968م بنيويورك إلى مجموعة من المشكلات التي تنتج عن الإصابة بالإعاقة الحركية، لخصها Klimke فيما يلي:

8.1.1. الشعور الزائد بالنقص:

والشعور بالنقص هو اتجاه يحمل صاحبه على الاستجابة بالخوف الشديد، والقلق والاكتئاب، وشعور الفرد بأنه دون غيره وميله إلى التقليل من تقديره لذاته، خاصة في المواقف الاجتماعية التي تتطلب التنافس والنقد، وقد يكون لدى المعوق عقدة النقص غالبا ما يكون سلوكا غير مفهوم هذا إلى جانبه القهري، ومن ذلك العدوان والاستغلاء والإسراف في تقدير الذات، ومن العوامل التي تحول الشعور بالنقص إلى عقدة النقص وجود إعاقات جسمية بالفرد.

8.1.2. الشعور الزائد بالعجز:

ويحاول استخدام ضعفه في استجداء عطف الآخرين كما في عاهته حجة لكي يتخلى عن دوره في أسرته ومجتمعه.

8.1.3. عدم الشعور بالأمن والاطمئنان نحو حالته الجسمية والنفسية:

حيث لا يطمئن إلى الجري الوثب، كما انه يشعر بعدم الاطمئنان للغير، للتفاوت في اتجاهات واستجابات الآخرين نحوه، وعدم وجود أدنى اتساق أو انسجام بينهم.

8.1.4. الإسراف في الوسائل الدفاعية :

حيث يميل إلى النكوص السلوكي في مستوى اعتماده على غيره، وكذلك الكبت حيث يضطر إلى استخدام ميكانزمات غير متوافقة كالإسقاط، والتحويل الانفعالي غير السوي مع الآخرين.

أيضا العدوان الذي قد يوجه إلى الآخرين ا وإلى نفسه، والسلوك التعويضي والإنكار الذي يختفي خلف العناد والإصرار على سلوك الانطواء نتيجة الشعور بالنقص.
(عبد، 2001، 66)

8.2. مشكلات تعليمية:

تختلف درجات التحصيل الدراسي من فئة إلى أخرى من فئات الاضطرابات الحركية، إذ يصعب على الأطفال ذوي الشلل الدماغي وذوي الاضطرابات في العمود الفقري، او ضمر العضلات او التصلب المتعدد إتقان المهارات الأساسية، في حين قد يكون ذلك ممكنا بالنسبة للأطفال المصابين بشلل الأطفال.
(سيد، 2001، 204)

8.3. مشكلات اقتصادية:

نعلم أن كثيرا من المهن مغلقة أبوابها أمام المقعدين، كما تكون الإعاقة سبب في كثير من المشاكل الاقتصادية التي تدفع بالمعوق لمقاومة العلاج او يكون سببا في انتكاس المرض لديه.

8.4. مشكلات العمل :

تؤدي الإعاقة إلى ترك المعوق او تغيير دوره إلى ما يتناسب مع وضعه الجديد، فعلا وعن المشكلات التي ستترتب على الإعاقة وفي علاقاته برؤسائه وزملائه ومشكلات آمنة وسلامته.

8.5. المشكلات الترويحية :

تؤثر الإعاقة على قدرة المعوق في الاستمتاع بوقت فراغه، سواء بالنشاط الترويحي السلبي وعدم شغل وقت الفراغ بطريقة مناسبة، ربما تقرب الشخص من التخريب المتعمد للممتلكات العامة او الخاصة او أي سلوك إجرامي آخر.

8.6. مشكلات الأصدقاء:

قد يلجأ بعض المعوقين إلى إغراء الآخرين من اجل تبادل الصداقة معهم، فقد يتفق معهم وقد يلجئون في سبيل ذلك إلى السرقة وقد يحتالون ويكذبون وينصاعون لقيم الأصدقاء الجدد.

8.7. مشكلات متعلقة بالتأهيل:

وهي مشكلات يتعرض لها المعوق، وقد تكون مرتبطة بالفرد ذاته او مرتبطة بما هو خارج الفرد، بالنسبة لما هو مرتبط بالفرد قد ترجع المشكلات إلى اتكال المعوق وخوفه، وقلقه

من نظرة الآخرين له، أما العوامل التي تكون خارج نطاق الفرد فهي مشكلات متنوعة ومتغيرة طبقا لطبيعة المجتمع، وإمكانياته ودرجة تقدم المستوى العلمي الفني للقائمين بالعملية التأهيلية. (عبد، 2001، 60)

ومن هذا يمكن استخلاص المشكلات التي يعاني المعاقين حركيا في: المشكلات النفسية، كالشعور الدائم بالعجز والنقص، المشكلات التعليمية كصعوبة إتقان المهارات الأساسية، مشكلات اقتصادية، مشكلات العمل والأصدقاء، كذلك المشكلات الترويحية، مشكلات التأهيل، المشكلات الجسمية والنفسية كالإسراف في الوسائل الدفاعية.

خلاصة الفصل

مما سبق ذكره نتق فان الإعاقة بصفة عامة والحركية بصفة خاصة عبارة عن عجز أو اضطراب أو نقص كلي أو جزئي يمنع الفرد من القيام بوظائفه الحركية كم ينبغي، وهي حاجز بغض النظر عن أصلها، حيث تؤثر سلبا على نفسية الفرد بسبب نظرة المجتمع المتمركزة حول إعاقته، كل هذا يحد من اندماج الفرد في المجتمع، لأن مشاعر النقص تنتاب المعاق من حين إلى آخر وهذا ما يستوجب أهمية الاهتمام بالمعاقين من طرف كل من الأسرة والمجتمع .

الجزء التطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

1. منهج الدراسة.
2. مجتمع الدراسة.
3. الدراسة الاستطلاعية.
 - 1.3. أهداف الدراسة الاستطلاعية.
 - 2.3. إجراءات الدراسة الاستطلاعية.
 - 3.3. حدود الدراسة الاستطلاعية.
 - 4.3. عينة التقتين.
 - 5.3. صلاحية أدوات الدراسة.
 - 6.3. نتائج الدراسة الاستطلاعية.
4. الدراسة الأساسية.
 - 1.4. حدود الدراسة الأساسية.
 - 2.4. عينة الدراسة الأساسية وخصائصها.
 5. التقنيات الإحصائية المستخدمة.

تمهيد :

يتضمن هذا الفصل الخطوات والإجراءات التي تمت في الجانب الميداني من هذه الدراسة من حيث المنهجية، ومجتمع الدراسة وعينتها، وأداة الدراسة، وتطبيق أداة الدراسة على أفراد العينة والمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات لاختبار صدق وثبات أداتي الدراسة ومن ثم إجراءات الدراسة وجمع البيانات من العينة الكلية الفعلية للتوصل إلى النتائج النهائية للدراسة باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS من خلال عدد من الأساليب الإحصائية، وذلك على النحو التالي:

1- منهج الدراسة:

إن نوع المنهج الذي يتبعه الباحث في دراسته، يتوقف على نوع المشكلة التي يريد دراستها. والمنهج بصفة عامة هو: الطريق المؤدي إلى الكشف عن حقيقة بواسطة مجموعة من القواعد، لتحديد العمليات والوصول إلى نتيجة محددة. (فوزي، 2007، 76)

وقد اعتمدنا في دراستنا هذه، على المنهج الوصفي الارتباطي باعتباره الأكثر استخداما في العلوم النفسية والاجتماعية والتربوية، ولكونه الأنسب لهذه الدراسة؛ حيث يسمح بوصف جودة الحياة والتفاوت غير الواقعي لدى المعاقين حركيا وصفا دقيقا، ويعبر عن هذه المتغيرات كما وكيفا، ومن ثم يتم بواسطته استخلاص النتائج وتقييمها واختبار فرضيات الدراسة فهو: أسلوب من أساليب البحث الذي يدرس الظاهرة دراسة كيفية توضح خصائصها، ودراسة كمية توضح حجمها، ومتغيراتها ودرجات ارتباطها مع الظواهر الأخرى. (عطوي، 2000، 173)

2- مجتمع الدراسة:

تم الاتصال بمديرية النشاط الاجتماعي بالوادي، التي قدمت لنا إحصائيات المعاقين حركيا بالولاية من (18-60) سنة، حيث تكون مجتمع الدراسة من المعاقين حركيا القاطنين بولاية الوادي والجدول الموالي يوضح توزيع أفراد المجتمع الأصلي حسب الجنس:

جدول (02) يوضح خصائص مجتمع الدراسة من حيث الجنس.

العدد	النسبة	
332	48.20%	ذكور
309	51.80%	إناث
641	100%	المجموع

يتضح من الجدول السابق أن إجمالي مجتمع الدراسة هو (641) معاق ومعاقة، فقد كانت نسبة الذكور (51.80)، أي بواقع (332) معاق، ونسبة الإناث (48.20)، أي بواقع (309) معاقة.

3- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية من المراحل المهمة في البحث العلمي نظرا للأهمية التي يتم من خلالها التأكد من وجود عينة الدراسة، كما تسمح للباحث الحصول على معلومات أولية حول موضوع بحثه. كما تعرف الدراسة الاستطلاعية على أنها تجريب الصورة الأولى للاستفتاء على عينة الأفراد تختار عشوائيا بحيث تتوفر فيهم نفس خصائص عينة البحث، وذلك للتأكد من مدى وضوح عبارات الاستفتاء وتسلسلها المنطقي ومدى شمولها للعناصر المراد قياسها، وهذا بالإضافة إلى التعرف للوقت اللازم لجمع بيانات الاستفتاء، وقد يضيف الباحث بعض الأسئلة كما انه قد يستبعد أسئلة أخرى لا داعي لها وفي كلتا الحالتين يجوب إجراء تجربة استطلاعية أخرى. (صابر وخفاجة، 2002، 122-123)

1.3. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

الدراسة الاستطلاعية تهدف إلى معرفة الصعوبات والعراقيل التي يواجهها الباحث في الدراسة الأساسية، وقمنا بإجراء هذه الدراسة بهدف :

- التأكد من إمكانية إجراء الدراسة الميدانية.
- التأكد إذا ما كانت التعليمات المستعملة في الأدوات ملائمة وواضحة.

- التأكد من وضوح اللغة المستعملة وعدم غموض الكلمات.
- ضبط الوقت الملائم والمستغرق للإجابة من طرف المعاقين حركيا.
- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة.

2.3. إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

قبل الشروع في تطبيق الدراسة الأساسية قمنا بإجراء الدراسة الاستطلاعية لتمهيد لنا الطريق الذي سوف نسلكه في الدراسة الأساسية وهذا لما فيه من فوائد وكانت عينة الدراسة الاستطلاعية من المعاقين حركيا بولاية الوادي، حيث قمنا بتطبيق مقياس جودة الحياة ومقياس التفاؤل غير الواقعي كتجربة أولى على عينة قوامها 20 فردا، وكانت الانطلاقة الأولى فيفري 2018، وقد أفادتنا هذه الدراسة في الحصر ببعض جوانب الموضوع، مع أن هذه الدراسة لا تعطي قيمة ثابتة إلا أنها تبقى خطوة مهمة للدراسة الأساسية وتعطينا واجهة عن كيفية تطبيقها وتمكننا من التأكد من صلاحية أداة القياس المستخدمة في الدراسة.

3.3. حدود الدراسة الاستطلاعية:

1.3.3. الحدود المكانية : ولاية الوادي.

2.3.3. الحدود البشرية: تشمل عينة الدراسة الاستطلاعية على 20 معاق ومعاقة بالوادي.

3.3.3. الحدود الزمنية: تم تطبيق أدوات الدراسة في فيفري 2018.

3-4- عينة التقنين:

أجريت الدراسة على عينة من المعاقين حركيا حجمها 20 فردا تم اختيارهم بطريقة قصدية، ونعني بها هي العينة التي يتم انتقاء أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث، نظرا لتوافر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم ولكون تلك الخصائص هي من الأمر الهامة بالنسبة للدراسة. (عبيدات وآخرون، 1999، 96)

ولقد تم اختيار أفراد العينة من مختلف بلديات الولاية والجدول التالي يوضح توزيع أفراد عينة التقنين على حسب الجنس:

جدول(03) يوضح خصائص عينة التقنين حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة
ذكور	16	%80
إناث	04	%20
المجموع	20	%100

يوضح الجدول رقم (03) أن عينة التقنين تتكون من (20) معاق ومعاقة، مقسمين إلى (16) ذكور، (04) إناث، أي ما نسبته %80 ذكور و %20 إناث.

3- 5- أدوات الدراسة وخصائصها السيكمترية:

1.5.3. مقياس جودة الحياة

ويعرف منسي وكاظم (2006) جودة الحياة بأنها: شعور الفرد بالرضا والسعادة وقدرته على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورفي الخدمات في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه. ويتبنى الباحثون هذا التعريف في البحث الحالي، حيث عرّف الباحثون جودة الحياة تعريفاً إجرائياً على أنه ما يحصل عليه المستجيبون من درجات خلال استجاباتهم على مقياس جودة الحياة التي تم تطويرها من قبل الباحثين في هذا الدراسة. الذي يتكون من (45) بند مقسم إلى (5) أبعاد وهي كالتالي : الرضاء عن الحياة، الأمل في المستقبل، الدعم والمساندة الاجتماعية، الحالة النفسية والانفعالية، الكفاية الاجتماعية.

وقد قمنا بتقنين مقياس جودة الحياة لمنسي وكاظم (2006). يتكون من (45) بنداً. حيث يقيس جودة الحياة ضمن خمسة أبعاد، وفيما يلي الأبعاد وأرقام البنود التي تقيسها وهي:

جدول (04): أرقام بنود أبعاد مقياس جودة الحياة

البعاد	أرقام البنود
الرضا عن الحياة	11-10-09-08-07-06-05-04-03-02-01
الأمل في المستقبل	19-18-17-16-15-14-13-12
الدعم والمساندة الاجتماعية	28-27-26-25-24-23-22-21-20
الحالة النفسية والانفعالية	38-37-36-35-34-33-32-31-30-29
الكفاية الاقتصادية	45-44-43-42-41-40-39

يجاب عنها بأسلوب تقريرى ضمن خمسة بدائل هي : دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، أبدا، وتقال الدرجات من 01-05 على البنود الايجابية، و الدرجات من 05-01 على البنود السلبية.

والجدول التالي يوضح مفتاح تصحيح هذا المقياس:

جدول(05): مفتاح تصحيح المقياس

طبيعة البنود	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
البنود السلبية	5	4	3	2	1
البنود الايجابية	1	2	3	4	5

1.1.5.3. صدق مقياس جودة الحياة:

ولقد تم الاعتماد في حساب صدق المقياس بطريقتين لهذه الدراسة على صدق المحكمين و طريقة صدق الاتساق الداخلى :

أ- صدق المحكمين:

تم عرض الاستبيان في صورته الأولية على عدد من المحكمين، حيث تم توزيع نسخ الاستبيان على عدد من الأساتذة المتخصصين في قسم العلوم الاجتماعية بجامعة الشهيد حمة لخضر بالوادي، وطلب إليهم الحكم وإبداء آرائهم وملاحظاتهم على كل فقرة من فقرات الأداة من حيث صياغتها اللغوية ومدى علاقتها مع الموضوع الذي صممت لقياسه. وقد تم

تعديل أداة البحث بناء على آراء المحكمين وملاحظاتهم وتوصياتهم. وبذلك وصل عدد بنود المقياس من (45) بند، إلى (32) بند موزعة على الأبعاد الخمسة للمقياس أما في الملاحظات المقدمة من طرف الأساتذة المحكمين تمحورت أساسا حول الصياغة اللغوية لبعض البنود والجدول رقم (05) التالي يبين البعض منها:

جدول (06) : يمثل البنود بعد إعادة الصياغة اللغوية

البند	محتوى البند	محتوى البند بعد إعادة صياغته
03	أحاول الترفيه عن نفسي مرة كل أسبوع	أحاول الترفيه عن نفسي كلما سمحت لي الفرصة
07	اعتقد أنني شخص اجتماعي مرغوب فيه	اعتقد أنني شخص مرغوب فيه
08	اهتم بقضايا الوطن وأشارك فيها كلما أمكن	اهتم بقضايا الوطن وأشارك فيها كلما أمكن ذلك
10	أنا راضي على أسرتي كما هي	أنا راض على وضع أسرتي
16	أتخيل بان مستقبلي مشرق	أتوقع بان يكون مستقبلي مشرق
18	أسعى لأكون شخص مميز بين أفراد أسرتي	أسعى لأكون شخص مميز في أفراد أسرتي
24	افتخر بوجودي داخل أسرة لا مثيل لها	افتخر بانتمائي لأسرتي
32	من الصعب استثارتي انفعاليا	من الصعب استثارتي
34	أقلق من الموت	أخاف من الموت
38	اشعر بالأمن والأمان	اشعر بالأمن والارتياح
44	مدخولي الشخصي لا يكفي لتغطية كافة احتياجاتي	إمكانياتي المادية لا تكفي لتغطية كافة احتياجاتي

ب- صدق الاتساق الداخلي :

جدول (07) : يوضح معامل ارتباط درجة البند بالدرجة الكلية للاستبيان

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
01	0.54	0.05	06	0.69	0.01
02	0.67	0.01	07	0.69	0.01
03	0.56	0.01	08	0.51	0.05
04	0.68	0.01	09	0.54	0.05
05	0.79	0.01	/	/	/
10	0.73	0.01	14	0.83	0.01
11	0.57	0.01	15	0.60	0.01
12	0.37	غير دال	16	0.61	0.01
13	0.30	غير دال	/	/	/
17	0.53	0.05	22	0.69	0.01
18	0.78	0.01	23	0.58	0.05
19	0.72	0.01	24	0.68	0.01
20	0.50	0.05	25	0.43	غير دال
21	0.72	0.01	/	/	/
26	0.28	غير دال	31	0.61	0.01
27	0.51	0.05	32	0.47	0.05
28	0.26	غير دال	33	0.80	0.01
29	0.29	غير دال	34	0.007	غير دال
30	0.58	0.01	35	0.56	0.01

البعد	36	0.48	0.05	40	0.38	غير دال
الخامس:	37	0.46	0.05	41	0.62	0.01
الكفاية	38	0.33	غير دال	42	0.62	0.01
الاقتصادية	39	-0.06	غير دال	/	/	/

يبين الجدول رقم (07) إن معاملات الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للاستبيان تراوحت ما بين (-0.06 - 0.83) وهي معظمها دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والباقي دالة عند (0.05) أما البنود : (12- 13 - 25-26-28-29-34-38-39-40-41) فهي غير دالة وبالتالي يتم حذفها.

2.1.5.3. ثبات مقياس جودة الحياة:

لقد تم حساب معامل ثبات المقياس بطريقتين الأولى ألفا كرونباخ و الثانية التجزئة النصفية على عينة قوامها (20) فردا تم اختيارهم عشوائيا وفيما يلي الجدول رقم (06) يوضح معاملات ثبات القائمة المستخدمة:

جدول (08): يوضح معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية وألفا كرونباخ

التجزئة النصفية		U لكرونباخ
جيتمان	سبيرمان	
0.75	0.75	0.81

يتضح من خلال الجدول رقم (08) الخاص بمعاملات الثبات لمقياس الرضا عن الحياة المستخدم في هذه الرسالة أن هذه المعاملات تراوحت ما بين (0.75-0.81) بعد الاعتماد على معامل جيتمان وسبيرمان براون في طريقة التجزئة النصفية، وألفا كرونباخ، هذا يعني أن المقياس يتمتع بدرجة مقبولة من الثبات.

3.1.5.3. استخراج معايير تفسير النتائج:

مما لا شك فيه أن الدرجة الخام التي يحصل عليها المفحوص من أدائه على أي اختبار من الاختبارات النفسية أو التحصيلية لا معنى لها وحدها، حيث لا نستطيع من خلال

هذه الدرجة أن نعرف درجة امتلاك الفرد لصفة أو خاصية معينة، وبالتالي يصبح تطبيق المقياس على الفرد لا فائدة منه، لذلك كان لابد من إيجاد الطريقة التي تفسر لنا هذه الدرجة وكان ذلك عن طريق نسبة الدرجة الخام إلى مستوى معين أو إلى مجموعة العلامات التي تنتمي إليها، وتسمى معياراً، حيث نلجأ إلى تحويل الدرجة الخام إلى درجة أخرى نستطيع من خلالها مقارنة درجة المفحوص بغيره من المجموعة التي طبق عليها الاختبار، فيصبح لدينا إطار أو مجموعة أخرى نستطيع من خلالها مقارنة الدرجة بغيرها من الدرجات.

(غرغوط، 2016، 142)

وقد اختيرت طريقة المعايرة إلى سلال انحرافية معيرة Echelles en ecart Réduit نظراً لأنها الأسهل والأنسب للمجتمعات ذات التوزيع المعتدل، وقد تم التأكد من أن توزيع المجتمع

اعتدالي، من خلال الجدول الموالي:

جدول (09): يوضح معامل الالتواء لمجتمع الدراسة

الوسيط	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
86	90.28	15.60	0.88

بما أن معامل الالتواء = 0.80 أي أنه قريب من الواحد فإنه يمكن القول أن، توزيع مجتمع الدراسة قريب من الاعتدالية، حيث تمتد قيمة الالتواء من (3- إلى 3+) وكلما اقتربت قيمته من الواحد دل ذلك على إعتدالية التوزيع . وعليه فإن قيمة معامل الالتواء (0.88) قريبة من الواحد مما يعني أن توزيع درجات أفراد العينة إعتدالية وبالتالي المجتمع اعتدالي.

ولكي نستخرج سلم من خمسة فئات انحرافية معيرة Echelle en ecart- Réduit de 5

classes يجب أولاً إيجاد حدود الفئات كما يلي:

هناك أربعة حدود في هذا السلم، بمسافة 1/2 من الانحراف المعياري عن المتوسط وهي :

$$3/2- \quad , \quad 1/2- \quad , \quad 1/2 \quad , \quad 3/2$$

- حساب حدود الفئات:

الدرجة الحدية = المتوسط + المسافة $\times$ الانحراف المعياري

$$\text{الحد الأول : } 66.88 = 15.60 \times (-3/2) + 90.28$$

$$\text{الحد الثاني : } 82.48 = 15.60 \times (-1/2) + 90.28$$

$$\text{الحد الثالث : } 98.08 = 15.60 \times (1/2) + 90.28$$

$$\text{الحد الرابع : } 113.68 = 15.60 \times (3/2) + 90.28$$

- تحديد الفئات:

في هذه الخطوة يربط ما بين الفئات وحدودها والدرجات الخام المحتواة داخل هذه الفئات بواسطة الجدول التالي:

جدول (10): يوضح سلم من خمسة فئات انحرافية معيرة

الفئة	1	2	3	4	5
الدرجات المحتوات داخل الفئات	$67 \geq$	82-68	98- 83	114-99	124-115
الدرجات حدود الفئات	66.88	82.48	98.08	113.68	124
الحكم على درجة الفرد	منخفضة جدا	منخفضة	متوسطة	عالية	عالية جدا

يتضح من الجدول (10) أنه تم الحصول على 5 فئات تمكنا من نسبة الدرجة الخام للفرد إلى مستوى معين ،أي إلى معيار يمكننا من الحكم عليه.

واتضح أن الفئة الأولى ذات الحد من (66.88) فما أقل، تحتوي على الدرجات الأقل من (67) ويمكن الحكم على الفرد الذي تحصل على درجة واقعة في هذه الفئة ،بأن جودة حياته

منخفضة جدا .أما الفئة الثانية ذات الحدود من (66.88 إلى 82.48) تحتوي على الدرجات من (68 إلى 82)، ويمكن الحكم على الفرد الذي تحصل على درجة واقعة في هذه الفئة بأن جودة حياته منخفضة وبالنسبة للفئة الثالثة ذات الحدود من (82.48 إلى 98.08)، فهي تحتوي على الدرجات من (83 إلى 98)، ويمكن الحكم على الفرد الذي تحصل على درجة واقعة في هذه الفئة بأن جودة حياته متوسطة. وكذلك الفئة الرابعة ذات الحدود من (98.08 إلى 113.68)، تحتوي على الدرجات من (99 إلى 114)، ويمكن الحكم على الفرد الذي تحصل على درجة واقعة في هذه الفئة بأن جودة حياته عالية .وأخيرا الفئة الخامسة ذات الحدود من (113.68 إلى 124)، تحتوي على الدرجات من (115 إلى 124)، ويمكن الحكم على الفرد الذي تحصل على درجة واقعة في هذه الفئة بأن جودة حياته عالية جدا.

إن من خلال ما سبق يمكننا القول أنه أصبح لدينا معايير جديدة صالحة للحكم على البيئة الجزائرية.

3-5-2- مقياس التفاؤل غير الواقعي:

أعد هذا المقياس بدر الأنصاري (2000) بجامعة الكويت، ويتكون من 24 بندا تقيس التفاؤل غير الواقعي ضمن بعدين، وفيما يلي الأبعاد وأرقام البنود التي تقيسها وهي:

جدول (11): أرقام بنود مقياس التفاؤل غير الواقعي

البعد	أرقام البنود
الأحداث السارة	21-18-17-16-14-12-10-08-06-04-02-01
الأحداث المفجعة	24-23-22-20-19-15-13-11-09-07-05-03

يجاب عنها على أساس مقياس ثماني انظر الملحق رقم(05)، ويبدأ التصحيح بجمع الدرجة داخل الدوائر بالنسبة للأحداث السارة، أما بقية البنود والتي تدود حول الأحداث

المفجعة، فإنها تصحح بشكل معكوس، ثم تجمع مع بنود الأحداث السارة حتى تستخرج الدرجة الكلية للمقياس.

وفيما يلي سنعرض خطوات تقنيته على بيئة جزائرية:

3-2-1-1- ثبات المقياس:

تم استخراج معاملات ثبات الاختبار بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة جتمان ومعادلة سبيرمان وبراون، والاتساق الداخلي باستخدام معادلة $\bar{U}$ لكرونباخ، وفيما يلي عرض للنتائج:

جدول (12): يوضح معاملات الثبات بطريقتي الفا كرونباخ والتجزئة النصفية

التجزئة النصفية		$\bar{U}$ لكرونباخ
جيثمان	سبيرمان	
0.88	0.88	0.85

يتضح من الجدول السابق أن قيمة معامل $\bar{U}$ لكرونباخ تقدر بـ 0.85، والتجزئة النصفية بمعادلتها سبيرمان وبراون 0.88 وجيثمان 0.88، ومنه نستطيع القول أن مقياس التفاؤل غير الواقعي يتمتع بدرجات عالية من الثبات.

3-2-1-2- صدق المقياس:

تم حساب معامل الصدق بطريقة الاتساق الداخلي Internal Consistency . حيث تم حساب الارتباطات بين بنود المقياس ودرجات الأبعاد، و بين البنود بعضها ببعض، وكذلك الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس باستخدام معامل ارتباط بيرسون، وقد استخدم هذا الإجراء للدلالة على صدق الاتساق الداخلي للمقياس، إذ أنّ الارتباطات الداخلية بالرغم من استخدامها كدلالة على الاتساق الداخلي إلا أنها يمكن أن تستخدم كدلالة على الصدق البنائي وذلك لأنّ الأساس النظري الذي تقوم عليه الدراسة هو وحدانية موضوع القياس.

جدول (13): يوضح معاملات ارتباط البند بالبعد الذي ينتمي إليه
(الأحداث السارة)

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
01	0.74	0.01
02	0.37	غير دال
04	0.18	غير دال
06	0.67	0.01
08	0.80	0.01
10	0.60	0.01
12	0.86	0.01
14	0.82	0.01
16	0.86	0.01
17	0.76	0.01
18	0.48	0.05
21	0.79	0.01

يتضح من الجدول رقم(13) أنّ قيم ارتباط بنود الأبعاد المكونة للمقياس بعضها ببعض وارتباطها بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه دالة إحصائياً حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين البنود والبعد الذي تنتمي إليه (الاعتماد على النفس) بين (0.18 و 0.86)، ومعظم هذه القيم دالة عند(0.01) في حين الأخرى دالة عند (0.05). والبنود غير دالة يتم حذفها.

جدول (14): يوضح معاملات ارتباط البند بالبعد الذي ينتمي إليه
(الأحداث المفجعة)

رقم البند	معامل ارتباط البند بالبعد	مستوى الدلالة
03	0.44	غير دال
05	0.86	0.01
07	0.32	غير دال
09	0.50	0.05
11	0.81	0.01
13	0.64	0.01
15	0.62	0.01
19	0.64	0.01
20	0.81	0.01
22	- 0.009	غير دال
23	0.66	0.01
24	0.43	غير دال

يتضح من الجدول رقم(14) أنّ قيم ارتباط بنود الأبعاد المكونة للمقياس بعضها ببعض وارتباطها بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه دالة إحصائياً حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين البنود والبعد الذي تنتمي إليه (الأحداث المفجعة) بين و(-0.009 و86)، ومعظم هذه القيم دالة عند(0.01) في حين الأخرى دالة عند (0.05).و القيم غير دالة يتم حذفها.

- استخراج معايير تفسير النتائج :

وقد اختيرت نفس طريقة المعايرة إلى سلالمة انحرافية معايرة Echelles en ecart Réduit، وقد تم التأكد من أن توزيع المجتمع اعتدالي، من خلال الجدول الموالي:

جدول (15): معامل الالتواء لمجتمع الدراسة

الوسيط	المتوسط	الانحراف المعياري	معامل الالتواء
171	142.51	20.70	-2.46

بما أن معامل الالتواء = -2.46 أي أنه قريب من -3 فإنه يمكن القول أن توزيع مجتمع الدراسة قريب من الاعتدالية، مما يعني أن توزيع درجات أفراد العينة إعتدالية وبالتالي المجتمع اعتدالي.

ولكي نستخرج سلم من خمسة فئات انحرافية معايرة Echelle en ecart Réduit de 5 classes يجب أولاً إيجاد حدود الفئات كما يلي:

هناك أربعة حدود في هذا السلم، بمسافة 1/2 من الانحراف المعياري عن المتوسط وهي : $3/2$ ، $1/2$ ، $1/2-$ ، $3/2-$.

حساب حدود الفئات:

الدرجة الحدية = المتوسط + المسافة × الانحراف المعياري

الحد الأول : $105.46 = 24.70 \times (3/2-) + 142.51$

الحد الثاني : $130.16 = 24.70 \times (1/2-) + 142.51$

الحد الثالث : $154.86 = 24.70 \times (1/2) + 142.51$

الحد الرابع : $179.56 = 24.70 \times (3/2) + 142.50$

- تحديد الفئات:

في هذه الخطوة يربط ما بين الفئات وحدودها والدرجات الخام المحتواة داخل هذه

الفئات بواسطة الجدول التالي:

جدول (16): يوضح سلم من خمسة فئات انحرافية معيرة

الفئة	1	2	3	4	5
الدرجات المحتوات داخل الفئات	$105 \geq$	130-106	155- 131	180-156	190-180

يتضح من الجدول (16) أنه تم الحصول على 5 فئات تمكنا من نسبة الدرجة الخام للفرد إلى مستوى معين، أي إلى معيار يمكننا من الحكم عليه.

واتضح أن الفئة الأولى ذات الحد من 105.46 فما أقل، تحتوي على الدرجات الأقل من 105 ويمكن الحكم على الفرد الذي تحصل على درجة واقعة في هذه الفئة، بأن تفاؤله غير الواقعي منخفض جدا. أما الفئة الثانية ذات الحدود من (105.46 إلى 130.16) تحتوي على الدرجات من (106 إلى 130)، ويمكن الحكم على الفرد الذي تحصل على درجة واقعة في هذه الفئة بأن تفاؤله غير الواقعي منخفض وبالنسبة للفئة الثالثة ذات الحدود من (130.16 إلى 154.86)، فهي تحتوي على الدرجات من (131 إلى 155)، ويمكن الحكم على الفرد الذي تحصل على درجة واقعة في هذه الفئة بأن تفاؤله غير الواقعي متوسط، وكذلك الفئة الرابعة ذات الحدود من (154.86 إلى 179)، تحتوي على الدرجات من (156 إلى 180)، ويمكن الحكم على الفرد الذي تحصل على درجة واقعة في هذه الفئة بأن تفاؤله غير الواقعي عالي. وأخيرا الفئة الخامسة ذات الحدود من (179.56 إلى 190)، تحتوي على الدرجات من (180 إلى 190)، ويمكن الحكم على الفرد الذي تحصل على درجة واقعة في هذه الفئة بأن تفاؤله غير الواقعي عالي جدا.

إن من خلال ما سبق يمكننا القول أنه أصبح لدينا معايير جديدة صالحة للحكم على البيئة الجزائرية

3-6- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

وبعد تطبيق المقاييس المعدة لأغراض البحث على أفراد عينة التقنين توصلنا إلى العديد من النتائج وهي كما يلي:

- تم التدريب على تطبيق أدوات جمع البيانات من خلال المقاييس المطبقة.
- التحقق من صدق وثبات المقاييس وأنها صالحة لجمع البيانات الخاصة بالدراسة.
- التحقق من مدى وضوح تعليمات الاستجابة والبنود للمعاقين حركيا.
- تحديد خطة تطبيق الدراسة الأساسية.
- تقدير الزمن اللازم للاستجابة على المقاييس.

4- الدراسة الأساسية:

بعد التأكد من الخصائص السيكمترية لأدوات الدراسة تم تطبيق الدراسة الأساسية.

4-1- حدود الدراسة الأساسية:

- مكانيا: أجريت الدراسة الأساسية بولاية الوادي.
- زمانيا: امتدت الحدود الزمنية لهذه الدراسة خلال شهري 28 فيفري - 31 مارس 2018.
- بشريا: اعتمدنا في دراساتنا على عينة قوامها 70 معاق ومعاقة حركيا من ولاية الوادي.

4-2- عينة الدراسة وخصائصها:

تكونت العينة الإجمالية للدراسة من 50 معاق و 20 معاقة حركيا تم اختيارهم بطريقة قصدية. و الجدول التالي يوضح توزيع أفراد العينة حسب تغير الجنس:

جدول (17) يوضح خصائص مجتمع الدراسة من حيث الجنس

العدد	الجنس		المجموع
	ذكور	إناث	
المجموع	71.42%	28.58%	100%
	50	20	70

من الجدول السابق يتبين أن أفراد مجتمع الدراسة بالنسبة للمعاقين حركيا، هو 70 معاق ومعاقة حركيا، وقد كان عدد الذكور 50 معاق حركيا وذلك بنسبة 71.42% وعدد الإناث 20 معاقة حركيا بنسبة 28.58%.

ولقد تم اخذ عينة قوامها (70) معاق ومعاقة بنسبة (10.92%) من المجتمع الأصلي المقدر ب (641) معاق ومعاقة

4-3- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

تتأكد أهمية الإحصاء كأداة من خلالها يتمكن الباحث من الوصول إلى نتائج علمية سليمة، هذا على خلاف بعض الوسائط والأساليب الأخرى المختلفة، وفي مقدمتها الملاحظة الشخصية التي قد لا تقود الباحث إلى نتائج تنطبق على الحقائق العلمية.

وتأسيسا على هذا، فقد تم إدخال البيانات لعينة الدراسة في الحاسب وذلك في برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية والمعروف ب SPSS حسب متغيرات الدراسة استعدادا للقيام بالتحليلات الإحصائية للإجابة على تساؤلات الدراسة:

1- التعرف على خصائص التوزيع الإحصائي للدرجات عينة الدراسة وهي:

النسب المئوية، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري.

2- معامل ثبات الاختبار باستخدام الطرق التالية:

2-1- طريقة التجزئة النصفية لجتمان.

2-2- طريقة U لكرونيخ

3- إيجاد معامل الصدق باستخدام الطرق التالية:

3-1- الاتساق الداخلي للاختبار.

4- معامل ارتباط بيرسون.

5- اختبار (ت).

الفصل السادس: عرض النتائج

ومناقشتها

تمهيد

- 1- عرض وتحليل ومناقشة نتيجة التساؤل الأول
- 2- عرض وتحليل ومناقشة نتيجة التساؤل الثاني.
- 3- عرض وتحليل ومناقشة نتيجة الفرضية الأولى.
- 4- عرض وتحليل ومناقشة نتيجة الفرضية الثانية
- 5- عرض وتحليل ومناقشة نتيجة الفرضية الثالثة.
- 6- عرض وتحليل ومناقشة نتيجة الفرضية الرابعة
- 7- عرض وتحليل ومناقشة نتيجة الفرضية الخامسة.

خلاصة الدراسة ومقترحاتها.

تمهيد:

نعرض في هذا الفصل النتائج التي تم التوصل إليها بعد تطبيق إجراءات الدراسة الأساسية بناءً على المعالجات الإحصائية التي استخدمت على ما تم جمعه وتحليله من البيانات التي قمنا بجمعها، ومن خلال عرض وتحليل التساؤلات والفرضيات، سنحاول تفسير هذه النتائج ومناقشتها، وتعد هذه المرحلة من أهم مراحل البحث العلمي باعتبارها المرحلة التي يقوم فيها الباحث باستخراج الأدلة والمؤشرات العلمية والكمية والكيفية التي تبرهن على إجابة أسئلة البحث أو تؤكد قبول فروضه أو عدم قبولها.

1- عرض ومناقشة نتيجة التساؤل الأول:

ينص التساؤل الأول على : ما مستوى جودة الحياة لدى عينة الدراسة، بالرجوع إلى معايير تفسير النتائج الخاصة بمقياس جودة الحياة انظر الجدول رقم (09) فتحصلنا على البيانات التالية:

جدول (18): يوضح توزيع أفراد العينة لكل مستوى حسب متغير جودة الحياة

منخفضة		متوسطة		مرتفعة		جودة الحياة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
24.28%	17	48.58%	34	27.14%	19	

يتضح من الجدول رقم (18) أن عدد المعاقين حركيا ذوو مستوى جودة حياة منخفضة يقدر ب : (17) معاق ومعاقة وبنسبة (24.28%)، وعدد المعاقين حركيا ذوو المستوى المتوسط (34) معاق ومعاقة بنسبة (48.58%)، إما بالنسبة للمستوى الثالث فيقدر عدد المعاقين ذوو جودة الحياة المرتفعة ب (19) معاق ومعاقة أي بنسبة (27.14%) وللتحقق من دلالة الفروق بين هاته المستويات قمنا بحساب اختبار كا² ، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (19): يوضح دلالة الفروق بين مستويات جودة الحياة

المؤشرات / المستويات	التكرار المشاهد	التكرار المتوقع	كا ²	مستوى الدلالة
منخفضة	17	23.3	7.40	0.05
متوسطة	34	23.3		
مرتفعة	19	23.3		

يتبين من خلال رقم (18) أن قيمة كا² (7.40) وهي قيمة دالة عند (0.05)، ومنه نستطيع القول انه توجد فروق دالة في مستويات جودة الحياة.

بما أن النسبة المئوية الأكبر كانت المستوى الثاني، يمكننا من الإجابة عن التساؤل الأول كما يلي : مستوى جودة الحياة لدى المعاقين حركيا متوسط.

ويتضح مستوى جودة الحياة المتوسط ويرجع السبب في ذلك إلى الظروف الحالية ومتطلبات الحياة الصعبة التي يعيشها ذوي الإعاقة الحركية، وكذلك المشكلات الصحية التي يعاني منها الأفراد المعاقون حركيا وما يرتبط بها مراجعات طبية وإجراءات علاجية مستمرة. تنعكس على أوضاعهم الانفعالية والعاطفية، وبالتالي انخفاض مستوى رضاهم عن الذات. إضافة إلى المشكلات المتعلقة بمدى تقبل المجتمع لإعاقتهم وتفهم مشكلات الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية، ومدى توفير البيئة الميسرة والأمنة لهم خاصة في بيئة العمل، وما يواجهونه من عوائق بيئية قد تنعكس على تدني مستوى صحتهم النفسية ورضاهم عن جودة حياتهم.

ويمكننا القول انه من بين الأسباب التي جعلت رضا ذوي المعاقين حركيا عن حياتهم متوسط الأسباب الاقتصادية والاجتماعية، وهذا ما أكدته دراسة جيون بارك وآخرون (2002)، التي هدفت إلى معرفة تأثير الفقر على جودة الحياة لدى المعاقين، والتي توصلت إلى وجود علاقة ذات مغزى بين الفقر وكل من (الدخل والإعاقة والعرق)، كما أشارت الدراسة إلى وجود علاقة سببية بين هذه العوامل، حيث أن المعاق يتأثر بالعوامل المحيطة به حيث أن المعاق حركيا يتأثر بسلوك الآخرين المحيطين به سواء بالسلب أو بالإيجاب، فنظرته لهم تجعله يتأثر بهم ويتأثرون به، كذلك الوضع الاقتصادي للمعاق حركيا يرتبط بمستوى طموحه وذلك بسبب صعوبة إيجاد عمل يتناسب وقدراته ويساعده على الاستقرار بسبب إعاقته، كذلك افتقار الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية للخدمات والتجهيزات الصحية اللازمة.

2- عرض ومناقشة نتيجة التساؤل الثاني:

ينص التساؤل الثاني على :ما مستوى التفاؤل غير الواقعي لدى عينة الدراسة، بالرجوع إلى معايير تفسير النتائج الخاصة بمقياس التفاؤل غير الواقعي، انظر الجدول رقم (15)، تحصلنا على البيانات التالية

جدول (20): يوضح توزيع أفراد العينة لكل مستوى حسب متغير التفاؤل غير الواقعي

التفاؤل غير الواقعي	منخفضة		متوسطة		مرتفعة	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
	19	27.16%	15	21.42%	36	51.42%

يتضح من الجدول رقم (20) أن عدد المعاقين حركيا ذوو مستوى التفاؤل غير الواقعي المنخفض يقدر ب : (19) معاق ومعاقة وبنسبة (27.16%)، وعدد المعاقين حركيا ذوو المستوى المتوسط (15) معاق ومعاقة بنسبة (21.42%)، أما بالنسبة للمستوى الثالث فيقدر عدد المعاقين ذوو جودة الحياة المرتفعة ب (36) معاق ومعاقة أي بنسبة (51.42%) وللتحقق من دلالة الفروق بين هاته المستويات قمنا بحساب اختبار كا² ، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (21): يوضح دلالة الفروق بين مستويات التفاؤل غير الواقعي

المؤشرات	التكرار المشاهد	التكرار المتوقع	كا ²	مستوى الدلالة
منخفضة	19	23.3	10.65	0.01
متوسطة	15	23.3		
مرتفعة	36	23.3		

يتبين من خلال رقم(21) أن قيمة كا² (10.65) وهي قيمة دالة عند (0.01)، ومنه نستطيع القول انه توجد فروق دالة في مستويات التفاؤل غير الواقعي.

بما أن النسبة المئوية الأكبر كانت المستوى الثالث، يمكننا من الإجابة عن التساؤل الثاني كما يلي : مستوى التفاؤل غير الواقعي لدى المعاقين حركيا مرتفع.

ولعل تفسير هذه النتيجة يعود إلى وعي المعاقين حركيا بمدى تقبلهم لإعاقتهم، ونظرتهم المتفائلة حيث نرى بان التفاؤل مرتبط دائما بالحظ الجيد والمعتقدات الغير عقلانية.

وتبين أن مستوي التفاؤل غير الواقعي لدي عينة من المعاقين حركيا مرتفع، وهذا راجع إلى امتلاكهم بعض الخصائص النفسية التي من بينها نجد :الاندفاع، التعجل، الحماس، والاستعراض الجرأة والمغامرة، فرغم أنهم معاقون حركيا، الأمر الذي غالبا ما يكون نتيجة حدوث تغييرات حياتية مهمة كخسارة علاقة صعبة التقبل، وهذه الصدمة تدفعهم إلى تحسين صورة تقديرهم لذواتهم أو هويتهم الشخصية وهذا ما أشارت إليه نظرية الدفاع عن الذات ل Weinstein, Taylor, Brown أن بعض الأفراد يتخذون من التفاؤل غير واقعي ملجأ، حيث يحسبهم بأنهم محصنون وبهذا يرتفع تقديرهم لذواتهم، ويرتفع إحساسهم بأنهم تغلبوا علي المشاكل التي يواجهوها، كما أثبتت البحوث أن التفاؤل بمثابة دافع يقلل من القلق، فالتفكير في المستقبل يصاحبه شعور بالقلق بسبب الغموض الذي يعتريه، ويقوم الأفراد بمواجهة هذا القلق بواسطة التفكير بالأحداث الايجابية واستبعاد التفكير في الأحداث السلبية، وقد استندت هذه الفرضية علي دراسات، مثل الدراسة التي قامت بها تايلور وآخرون سنة 1992 حول 550 شخصا مصاب بفيروس السيدا، والتي توصلت إلى أن المتفائلين منهم ولو بنسبة قليلة اقل عرضة لتطور السيدا عن غيرهم المتشائمين. وهذه النتائج تتفق مع نتائج الدراسات الأخرى التي وجدت تفاؤل غير واقعي عالي كدراسة سعد بوطبال (2012) والتي توصلت إلى أن مرتكبي الحوادث المرورية الشباب يملكون مستويات اعلي في التفاؤل غير الواقعي من السائقين الذين لم يرتكبوا حوادث مرورية، ودراسة إيمان صادق عبد الكريم (2012) والتي توصلت إلى أن مستوى التفاؤل غير الواقعي لدي الطالبات اعلي من متوسط المجتمع كذلك دراسة مشري(2017) التي تهدف إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين سمات

الشخصية (الانبساط - الانطواء) ومتغير التفاؤل غير الواقعي لدى مرضى القولون العصبي، حيث كشفت الدراسة عن وجود تفاؤل غير واقعي مرتفع لدى أفراد العينة.

3- عرض وتحليل ومناقشة نتيجة الفرضية الأولى :

بغرض معالجة الفرضية الأولى للبحث والتي تنص على انه توجد علاقة إرتباطية بين جودة الحياة والتفاؤل غير الواقعي لدى عينة الدراسة، طبقنا معامل الارتباط بيرسون فتحصلنا على النتائج المبينة في الجدول :

جدول (22): يوضح قيمة ودلالة العلاقة بين جودة الحياة والتفاؤل غير الواقعي

المؤشرات المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
جودة الحياة	-0.42	0.01
التفاؤل غير الواقعي		

يوضح الجدول أعلاه أن معامل الارتباط يقدر ب (-0.42)، وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا ما يثبت الفرضية التي مفادها توجد علاقة ارتباطية عكسية بين جودة الحياة والتفاؤل غير الواقعي لدى عينة الدراسة.

ونظرا لقلة الدراسات التي تناولت العلاقة بين هذين المفهومين معا، وحسب النتائج المتوصل إليها وجود علاقة عكسية بين جودة الحياة والتفاؤل غير الواقعي، أي انه كلما زادت جودة الحياة لدى المعاقين كلما انخفض التفاؤل غير الواقعي لديهم، وهذا ان دل انما يدل على ان لجودة الحياة التأثير الكبير الذي تحدثه على المعاقين حركيا من شأنه ان يجعلهم يفكرون بالواقع أكثر من الخيال ويندمجون مع الواقع الذي هم فيه، وبالتالي فان الفرد الذي يتمتع بجودة حياة جيدة يكون مندمج مع الواقع حسب حالته الجسمية او النفسية او الاجتماعية ويتقبلها كما هي فنجد تفاؤلهم واقعي على قدر حالتهم الصحية، فبالنسبة للمعاق حركيا الذي يتمتع بجودة حياة نجده متقبل لعاقلته وراضي عن ذاته مندمجا في مجتمعه

الذي يعيش فيه، حيث تكون احلامه بسيطة حسب اعاقته ولا يفكر في ما يصعب عليه تحقيقه او الوصول ايه، ولا يقارن نفسه بالاشخاص العاديين، ومن بين مؤشرات جودة الحياة نجد الرضا عن الحياة، فالفرد الذي يكون راض عن حياته سيتمتع بتفاؤل غير واقعي مقبول، ولهذا نجده مرتاح نفسا ومتوافق مع نفسه ومع من حوله وهم من يساعده على ذلك، فالحالة الحالة النفسية والانفعالية للفرد المتزنة والمستقرة تساعد على تقبل ذاته واعاقته بالشكل المطلوب والمرغوب الذي يجعل تفكير المعاق منطقي ولا يجعل من الافراد العاديين محكا يقارن به نفسه وهذا الامر الذي يسبب حالة الارتياح النفسي والعقلي ويساعده على تحقيق ذاته والاندماج داخل المجتمع.

4- عرض وتحليل ومناقشة نتيجة الفرضية الثانية :

تنص الفرضية الثانية على أنه:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير الجنس لدى عينة الدراسة للتحقق منها تم حساب اختبار (ت) لدلالة الفروق، والنتائج المتوصل إليها مبينة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (23): يوضح دلالة الفروق في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير الجنس.

مستوى الدلالة	قيمة T	إناث			ذكور			جودة الحياة
		ع	م	ن	ع	م	ن	
0.05	-2.35	15.11	97	20	15.11	87.60	50	

من النتائج الموضحة في الجدول، نجد أن قيمة T تقدر ب (-2.35) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05)، وهذا مما يسمح لنا بالقول بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائيا في جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس، وهذا يرجع للفروق بين الذكور والإناث، حيث نرى المتوسط الحسابي لدى الذكور يقدر ب(87.60)، والانحراف المعياري يقدر

ب(15.11)، بينما نرى المتوسط الحسابي لدى الإناث يقدر ب (97)، والانحراف المعياري يقدر ب(15.11)، بعد المقارنة وجدنا الفرق لصالح الإناث.

وقد تبين من خلال الاطلاع على مجموعة من الدراسات السابقة التي تمت في هذا المجال أن هناك تفاوت بين نتائجها حيث كشفت بعضها عن عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين في جودة الحياة، في حين توصل البعض الآخر إلى وجود هذه الفروق.

أما فيما يتعلق بالدراسات التي اتسقت نتائجها مع الدراسة الحالية في الكشف عن الفروق بين الذكور والإناث في جودة الحياة، دراسة عايش (2013)، والتي هدفت إلى تقييم جودة الحياة عند مرضى الفصام في محافظات قطاع غزة، وقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى لقل من (0.05) في جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس في البعد الجسمي والنفسي والاجتماعي لصالح الإناث.

في حين تعارضت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة هاشم (2001)، والتي هدفت إلى معرفة الاختلاف في جودة الحياة لدى المعاقين حركيا باختلاف درجة الإعاقة، ومعرفة الاختلاف في جودة الحياة لدى المسنين باختلاف حالتهم الصحية، كذلك معرفة الاختلاف في جودة الحياة بين المعاقين والمسنين وطلاب الجامعة، وقد توصلت الدراسة إلى النتيجة التالية وهي عدم وجود فروق جوهرية بين الإناث والذكور في جودة الحياة سواء لدى المسنين أو طلاب الجامعة، كذلك دراسة عبد الفتاح وحسين (2006)، التي هدفت إلى دراسة العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية التي تتنبأ بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم والأطفال العاديين، وقد توصلت نتائجها إلى عدم وجود اختلاف في جودة الحياة للأطفال ذوي صعوبات التعلم تبعاً لمتغير الجنس. ويرجع الاختلاف في ذلك إلى اختلاف البيئة الجزائرية في الدراسة الحالية عن البيئة المصرية في دراسة كل من هاشم، ودراسة عبد الفتاح وحسين، كذلك اختلاف عينة الدراسة في الدراسة الحالية والتي أجريت على المعاقين حركيا، ودراسة عبد الفتاح وحسين التي طبقت عن الأطفال ذوي صعوبات التعلم.

يمكن إرجاع الفروق بين الجنسين إلى أن الإناث لا يشغلهم التفكير الكبير نحو مستقبلهم عكس الذكور الذين يعطون أهمية للعمل كبيرة لتحقيق متطلبات حياتهم المستقبلية، خاصة في ظل الإعاقة وصعوبات الحياة الكثيرة.

فالإناث في زمننا هذا أصبحنا يثابرن ويسعين لتحقيق ذواتهن وإرضاء أنفسهن وعيش حياة كريمة، أكثر من الذكور فهي تسعى دائما لتغيير نظرة المجتمع نحو الإناث وخاصة المعاقات لان هناك من يقلل من شأنهن ويضعهن في مرتبة لا تستطيع فيها تحقيق ذاتها وبالتالي فإصرارها هذا وتحقيق متطلباتها يجعلها أكثر رضى عن جودة حياتها، فالذكور يسعون فقط نحو تحقيق مستقبل جيد يحقق له الاستقرار .

ويفسر ذلك إلى مدى توافر العزيمة والإرادة التي يمتلكها ويحاولن من خلالها تحدى الإعاقة، والعمل على الحفاظ على صحتهن، وبالتالي إن امتلكن العزيمة والإرادة من أجل أن يتحدين الإعاقة فهذا يبعث فيهن الأمل والارتياح والطمأنينة والراحة النفسية، وصولا إلى الجودة النفسية، وبالتالي فان وصلهن إلى تحقيق رضاهن عن جودة الصحة العامة، والجودة النفسية من خلال العزيمة والإرادة فهذا يدفعهن إلى الانخراط في المجتمع وإقامة العلاقات الطيبة مع أفراد المجتمع، تحقيقاً لجودة العلاقات، كما أن لشبكة العلاقات دورا كبيرا في رضا المعاقات أو عدم رضاهن عن جودة الصحة وجودة العلاقات والجودة النفسية.

كذلك لكما تزودت حياتهن بخبرات ايجابية منتظمة، ومجموعة من الأدوار التي تتلقى مكافأة من المجتمع، وهذا النوع يمكن أن يرتبط مع السعادة، حيث أنها توفر حالة ايجابية من الوجدان والإحساس بالاستقرار في مواقف الحياة والاعتراف بأهمية الذات لديهن، يشار أيضا إلى أن الإناث اللواتي لديهن علاقات اجتماعية يتبادلونها مع غيرهم ويدركون أن هذه العلاقات يوثق بها، فهم من ناحية الصحة النفسية أفضل من غيرهم ممن يفقدون هذه العلاقات.

ففي عصرنا فقد تغيرت نظرة المجتمع إلى الإعاقة وبالأخص إلى الاناث المعاقات فأصبحن يشاركن في المجتمع ويشغلن مناصب عمل مثلن مثل الذكور أو أكثر وهذا ما

رفع من معنوياتهن، فالإناث أكثر إصرارا، وهذا ما رفع من معنوياتهن لتحسين جودة حياتهن.

5- عرض وتحليل ومناقشة نتيجة الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثانية على أنه:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير الجنس لدى عينة الدراسة للتحقق منها تم حساب اختبار (ف) لدلالة الفروق، والنتائج المتوصل إليها مبينة في الجدول الآتي:

جدول (24) يوضح قيمة ودلالة الفروق في جودة الحياة تبعا لمتغير العمر

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	
غير دالة	2.370	554.852	2	1109.703	بين المجموعات
		234.098	67	15684.582	داخل المجموعات
			69	16794.286	المجموع

من النتائج الموضحة في الجدول، نجد أن قيمة (ف) لقيمة ودلالة الفروق حيث قدر ب (2.370) وهي قيمة غير دالة إحصائية. وهذا مما يسمح لنا بالقول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة تعزى لمتغير العمر

وقد تبين من خلال الاطلاع على مجموعة من الدراسات السابقة التي تمت في هذا المجال أن هناك تفاوت بين نتائجها حيث كشفت بعضها عن عدم وجود فروق جوهرية تبعا لمتغير العمر في جودة الحياة، في حين توصل البعض الآخر إلى وجود هذه الفروق.

أما فيما يتعلق بالدراسات التي اتسقت نتائجها مع الدراسة الحالية في الكشف عن الفروق بين الأعمار في جودة الحياة، دراسة هاشم (2001)، والتي هدفت إلى معرفة الاختلاف في جودة الحياة لدى المعاقين حركيا باختلاف درجة الإعاقة، وقد توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق جوهرية في جودة الحياة بين كل المسنين وطلاب الجامعة، كذلك دراسة عايش (2013)، التي هدفت إلى تقييم جودة الحياة عند مرضى الفصام في محافظات غزة، وقد

أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة تعزى لمتغيرات (العمر، الحالة الاجتماعية، عدد أفراد الأسرة، المهنة، الدخل الشهري، التاريخ المرضي، عدد أيام دخول المستشفى)

وهذا يعني أن كل أفراد العينة من المعاقين باختلاف أعمارهم لم يوجد بينها أي فروق في إجاباتهم على مقياس جودة الحياة بأبعادها وكذلك درجتها الكلية، ويعود إلى أن المعاقين باختلاف أعمارهم يسعون إلى الوصول إلى تحقيق ما يتمنون من طموحات وأحلام في حياتهم كبناء أسرة سعيدة، وأن يكونوا بصحة جيدة وأن يقيموا علاقات اجتماعية، وأن يمارسوا أدوارهم في المجتمع، وبالتالي ذلك يتوقف على من يحيطون بالمعاقين والذي يكون لهم الأثر الكبير بالوصول بهم إلى تحقيق الرضا عن حياتهم وجودتها.

كذلك لم يكن هناك فرق بين المعاقين باختلاف أعمارهم، لم يوجد بين إجاباتهم أي فروق فيما يتعلق بجودة الكفاية الاقتصادية، ويفسر ذلك ربما يعود إلى مدى ما يحققه المعاق من أشياء ايجابية، كالوصول به للاعتماد على النفس، وتحقيق درجة من الاستقلالية، بعيدا عن الاعتماد على الآخرين، ويمكن من خلال العمل أن يصل المعاق إلى درجة من تحقيق الذات،

فالعامل قد يوفر للمعاقين منفعة نفسية واجتماعية واقتصادية وغيرها، وكذلك نجد أن أفراد العينة من المعاقين المتزوجين او غير المتزوجين باختلاف أعمارهم، لم يوجد بينهم أي فروق في إجاباتهم فيما يتعلق بجودة الدعم والمساندة الاجتماعية، ويفسر ذلك ربما يعود إلى التفكير والحرص في استمرار العلاقة الأسرية والمجتمعية التي تتصف بالسعادة والقائمة على المحبة والوفاء والاحترام المتبادل، والعمل على استمرارها في ظل الظروف المحيطة ونظرا لخصوصية هذه العلاقة، ومدى تأثير الإعاقة عليها، ولذلك يحرص المعاقين على استمرارها والحفاظ عليها لأنها لم تبنى بالأمر الهين، والسهل وربما تعتبر أحد الأحلام التي كان يحلم بها المعاقين وفقاً لشعور كان يراودهم أو خوفاً من أمر ما يتعلق بتكوين أسرة او أصدقاء أثناء الإعاقة، ويمكن أن يكون هذا الأمر هو الذي زادهم حرصا على تكوين هذه العلاقات .

6- عرض وتحليل ومناقشة نتيجة الفرضية الرابعة :

- تنص الفرضية الرابعة على أنه:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير الجنس لدى عينة الدراسة للتحقق منها تم حساب اختبار (ت) لدلالة الفروق، والنتائج المتوصل إليها مبينة في الجدول الآتي:

جدول (25): يوضح دلالة الفروق في مستوى التفاؤل غير الواقعي تبعا لمتغير الجنس.

مستوى الدلالة	قيمة T	إناث			ذكور			
		ع	م	ن	ع	م	ن	
غير دالة	-0.13	25.52	143.15	20	24.63	142.26	50	التفاؤل غير الواقعي

من النتائج الموضحة في الجدول، نجد أن قيمة T تقدر ب (-0.13) وهي قيمة غير دالة إحصائية، وهذا مما يسمح لنا بالقول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاؤل غير الواقعي تعزى لمتغير الجنس.

وقد تبين من خلال الاطلاع على مجموعة من الدراسات السابقة التي تمت في هذا المجال أن هناك تفاوت بين نتائجها حيث كشفت بعضها عن عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين، في حين توصل البعض الآخر إلى وجود هذه الفروق.

أما فيما يتعلق بالدراسات التي اتسقت نتائجها مع الدراسة الحالية في الكشف عن الفروق بين الذكور والإناث في التفاؤل غير الواقعي نجد دراسة الأنصاري (2001)، التي هدفت إلى تحديد العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي وبعض المتغيرات الشخصية (تفاؤل، تشاؤم، يأس، ذنب، خزي) لدى الطلاب، وقد كانت النتيجة لا توجد فروق بين الجنسين في التفاؤل. غير الواقعي، وكذلك دراسة غرغوط (2016)، التي تهدف إلى الكشف عن العلاقة التي تربط الثقة بالنفس والتفاؤل غير الواقعي والدافعية للإنجاز لدى طلبة جامعات (بسكرة، الوادي

ورقلة)، وقد توصلت النتيجة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في التفاعل غير الواقعي لدى طلبة جامعات (بسكرة، الوادي، ورقلة) تعزى لمتغير الجنس.

ولعل هذه النتيجة تعود إلى وعي الجنسين سواء كانوا إناثا أو ذكورا باليات التغلب عن المشكلات والأزمات، فهم غالبا ما يتحيزون لذواتهم في توقع الحوادث الايجابية والسلبية، قصد تحسين صورة ذواتهم أو هويتهم الشخصية، فهم يجعلون التفاعل غير الواقعي ملجأ حيث يحسبهم بأنهم محصنون، فهنا لا نجد أي فرق بين الذكور والإناث في هذه الآليات، ويمكن إرجاع ذلك إلى وعي أفراد المجتمع، والذي له الدور الأساسي والفعال في تكوين شخصية الفرد، فبسبب التغيير الذي شهدته جميع ثقافات المجتمعات في التمييز بين الجنسين، تغيرت نظرة المعاق لنفسه، حيث أصبح للجنسين نفس الحظ في جميع المجالات. ففي حقيقة الأمر ومن خلال النتائج المتحصل عليها يتبين عدم وجود فروق بين الجنسين في التفاعل غير الواقعي.

في حين اختلفت الدراسة الحالية مع دراسة مشري (2017)، التي تهدف إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين سمات الشخصية (الانبساط، الانطواء) ومتغير التفاعل غير الواقعي لدى مرضى القولون العصبي، ويمكن أن يرجع الاختلاف بين الدراستين في اختلاف العينة، حيث طبقت الدراسة الحالية على المعاقين حركيا في حين كانت دراسة مشري على مرضى القولون العصبي، وكذلك اختلاف البيئة حيث طبقت الدراسة الحالية في البيئة الصحراوية أما دراسة مشري فكانت في البيئة الشمالية.

7- عرض وتحليل ومناقشة نتيجة الفرضية الخامسة:

- كما تنص الفرضية الخامسة بأنه:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التفاعل غير الواقعي تبعا لمتغير العمر لدى عينة الدراسة للتحقق منها تم حساب التباين (ف) لقيمة ودلالة الفروق، والنتائج المتوصل إليها مبينة في الجدول الآتي:

جدول(26): يوضح قيمة ودلالة الفروق في التفاضل غير الواقعي تبعا لمتغير العمر

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	
غير دالة	0.139	87.249	2	174.499	بين المجموعات
		626.104	67	41948.987	داخل
			69	42123.486	المجموع

من النتائج الموضحة في الجدول، نجد أن قيمة(ف) والتي تقدر ب (0.139) وهي قيمة غير دالة إحصائياً، وهذا مما يسمح لنا بالقول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاضل غير الواقعي تعزى لمتغير العمر.

وقد تبين من خلال الاطلاع على مجموعة من الدراسات السابقة التي تمت في هذا المجال أن هناك تفاوت بين نتائجها حيث كشفت بعضها عن عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين، وكذلك تبعا لمتغير العمر في، في حين توصل البعض الآخر إلى وجود هذه الفروق.

ومن بين الدراسات التي اختلفت نتائجها مع الدراسة الحالية نجد دراسة زعايطه (2011) التي تهدف إلى الكشف عن طبيعة العلاقة التي تربط التفاضل غير الواقعي وسلوك القيادة الصحي لدى السائقين، والتي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية بين السائقين في التفاضل غير الواقعي تعزى لمتغير السن لصالح الفئة من (20 - 30) سنة والفئة الأكبر من (50) سنة، كذلك دراسة مشري (2017)، والتي تهدف إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين سمات الشخصية (الانبساط - الانطواء) و متغير التفاضل غير الواقعي لدى مرضى القولون العصبي، فكانت النتيجة بأنه توجد فروق دالة إحصائية في التفاضل غير الواقعي تعزى لمتغير السن، ويرجع الاختلاف بين الدراسة الحالية والدراستين إلى اختلاف عينة الدراسة، حيث طبقت الدراسة الحالية عن ذوي الإعاقة الحركية ، في حين طبقت دراسة زعايطه عن السائقين، ودراسة مشري عن مرضى القولون العصبي.

من خلال النتائج المتوصل إليها في الفرضية الخامسة، يتضح لدينا أن عدم وجود الفروق في التفاؤل غير الواقعي تبعا لمتغير العمر ويمكن تفسير ذلك بأن خصائص المعاقين حركيا ومن طبيعة تفكيرهم تقريبا أو غالبا ما تكون موحدة، أو متشابهة نظرا لما يمرون به في الحياة الاجتماعية، وذلك يرجع إلى أنهم دائما محبطين ويتمنون أنفسهم مثل العاديين، فنجد كما هو موضح في التساؤل الثاني أن التفاؤل غير الواقعي لدى المعاقين حركيا مرتفع وهذا دليل على تفكيرهم ومبتغاهم أن يتحولوا إلى أشخاص عاديين، وهذا التفكير نجده في مختلف الأعمار لأن المسبب الرئيسي هو الإعاقة نفسها، وليس العمر فالشاب يريد أن يعمل ويعيش حياته وهو في سن المراهقة أو الحياة والتمتع بها، كذلك الكهل أو الشيخ يريد أن يتجول بحرية دون قيد أو مساعدة من الآخرين، فالمعاق حركيا أن كان شابا أو شيخا فهو دائما ما يحس العجز عندما يطلب المساعدة من الآخرين وبالتالي نجدهم دائما ما يفكرون في المستقبل، وغالبا ما يكون صعب المنال بالنسبة لهم وهذا ما يجعل أفراد العينة متشابهين في التفاؤل غير الواقعي ويرجع غالبا إلى طبيعة الإعاقة التي تحدد طبيعة تفكيرهم.

واختلاف العمر لا يعني بالضرورة اختلاف التفكير نحو المستقبل، لأن المعاق حركيا الشاب يرى نفسه عاجزا مثله مثل الشيخ فالرؤية لديهم متشابهة ونظرتهم حول ذواتهم متشابهة وبالتالي تشابه أو تقارب في التفاؤل غير الواقعي لديهم.

خلاصة الدراسة ومقترحاتها:

تعد الدراسة التي تم انجازها من المساهمات التي تناولت موضوع علاقة جودة الحياة والتفاؤل غير الواقعي، وهي تعتبر من مواضيع الساعة وذلك للأهمية البالغة التي تحظى بها الخصائص والعواطف الشخصية والانفعالات في الوقت الراهن، حيث تزايد اهتمام الباحثين بدراسة الحياة السلوكية للإنسان وأفكاره من ناحيتها الايجابية، ويتجلى هذا في مختلف الأبحاث والدراسات التي يسعى العلماء الباحثون من خلالها إلى فهم الإنسان ودوافعه، إلى جانب معرفة خصائصه وسماته الانفعالية، وكذا طرق تنمية المهارات والسمات الايجابية لديه.

ولعل ما دفعنا لدراسة جوانب هذا الموضوع لدى ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث اخترنا لدراستنا الأساسية المعاقين حركيا بولاية الوادي. وانطلقت دراستنا من مجموعة تساؤلات وفرضيات تم التحقق منها بواسطة تطبيق أدوات لجمع البيانات، ثم معالجتها وتحليلها، ثم مناقشتها وتفسير النتائج التي توصلنا من خلالها إلى :

وجود علاقة ارتباطيه عكسية بين جودة الحياة والتفاؤل غير الواقعي لدى المعاقين حركيا أي انه كلما انخفضت جودة الحياة ارتفع التفاؤل غير الواقعي ويمكن إرجاع هذا إلى انه كلما كانت جودة الحياة جيدة فهذا سوف يمكن المعاقين حركيا من التفكير والتفاؤل بواقعية، أما إذا كان العكس فان التفاؤل غير الواقعي سيكون مرتفع .

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة وفقا لمتغير الجنس، والتي كانت لصالح الإناث، وهذا راجع لكون الإناث لا يشغلن التفكير الكبير بمستقبلهن ، عكس الذكور الذين يولون أهمية كبيرة للعمل وبناء المستقبل.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة وفقا لمتغير العمر، يعود ذلك إلى أن المعاقين باختلاف أعمارهم يسعون إلى الوصول إلى تحقيق ما يتمنون من طموحات وأحلام في حياتهم .

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التفاؤل غير الواقعي وفقا لمتغير الجنس، وهذا راجل لكون كلا الجنسين يحاولون التغلب على الأزمات والمشكلات التي تعترضهم، كذلك توقع حدوث الحوادث الايجابية.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التفاؤل غير الواقعي وفقا لمتغير العمر، ويمكن تفسير ذلك بان خصائص المعاقين حركيا باختلاف أعمارهم من طبيعة تفكيرهم تقريبا أو غالبا ما تكون موحدة، أو متشابهة نظرا لما يمرون به من أزمات ومشاكل بسبب الإعاقة. وفي ضوء النتائج التي توصلنا إليها في دراستنا الحالية، ارتأينا تقديم جملة من الاقتراحات نذكر منها:

- تقبل المعاق كما هو من كل المحيطين به، الأسرة والمجتمع والأصدقاء وفي العمل.
- الاهتمام بالمعاقين حركيا وتقديم جميع المساعدات الممكنة والتي تجعلهم يدركون بأنهم كيان أساسي في وجدان المجتمع، فقد بين شالوك (Shalock,2004) أن تحسين جودة الحياة لدى المعاقين يعتمد بالأساس على نشر مفهوم جودة الحياة.
- تقديم الخدمات النفسية للمعاقين بصفة عامة، والمعاقين حركيا بصفة خاصة، من حيث البرامج الإرشادية اللازمة لتنمية قدراتهم وكذلك تحسين جودة حياتهم.
- إجراء المزيد من الدراسات حول متغيرات الدراسة وربطها مع متغيرات أخرى.

قائمة المصادر والمراجع

المراجع باللغة العربية:

- إبراهيم سلوى (2005). نوعية الحياة المميزة للمبدعين في الأدب. رسالة ماجستير، كلية الآداب ، جامعة عين شمس.
- ابن منظور وأبي الفضل جمال الدين (1993). لسان العرب، الجزء 1، ط1، بيروت، لبنان.
- أبو حلاوة محمد السعيد (2010). جودة الحياة المفهوم و الأبعاد، كلية التربية بدمنهور جامعة الإسكندرية، ضمن إطار فعاليات المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية، جامعة كفر شيخ، مصر.
- ابو منظور (د س). لسان العرب، القاهرة، دار المعارف، م 4-5.
- اراجابيل مايكل (1993). سيكلوجية السعادة، ت فيصل عبد القادر يونس ، الكويت، سلسلة عالم المعرفة.
- الانصاري (2001). اعداد مقياس التفاؤل غير الواقعي لدى عينة من الطلبة والطالبات في الكويت، مجلة العلوم التربوية والنفسية، ع 4، م 5، جامعة البحرين.
- الانصاري (2002). التفاؤل غير الواقعي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية لدى طلاب جامعة الكويت، مجلة العلوم التربوية والنفسية ، ع 4، م 3، البحرين.
- الانصاري بدر الدين، (2002). المرجع في مقاييس الشخصية، ط1، الكويت، دار الكتاب الجديد.
- الانصاري بدر محمد (2006). استراتيجيات تحسين جودة الحياة من اجل الوقاية من الاضطرابات النفسية، وقائع ندوة علم النفس، وجودة الحياة (1-19) جامعة الملك قابوس، سلطنة عمان، 17-19 ديسمبر
- الانصاري بدر (1998)، التفاؤل والتشاؤم: المفهوم والقياس والمتعلقات، الكويت مجلس النشر العلمي بجامعة الكويت، لجنة التأليف.
- الانصاري، بدر الدين محمد (1998). التفاؤل والتشاؤم، ط1، الكويت، لجنة التأليف والتعريف والنشر.
- بدوي نجيب يوسف (1986)، التفاؤل والتشاؤم، مصر، دار المعارف.

- بهلول سارة أشواق(2009). سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين - الكحول - سلوك قيادة السيارات و قلة النشاط البدني) وعلاقتها بكل من جودة الحياة والمعتقدات الصحية، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.
- البواليز عبد السلام محمد(2000). الإعاقة الحركية والشلل الدماغي. ط1. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع. الأردن.
- تركي رابح، المعوقون في الجزائر وواجب المجتمع والدولة نحوهم، الشركة الوطنية للنشر والتوزيع 198، ص 55.
- التلوتي رفيق عبد المعطي(2013). فاعلية برنامج تعليمي لتنمية مهارات المواجهة ودافعية الانجاز واساليب العزو واثرها على التوافق النفسي وجودة الحياة والاداء الاكاديمي لدى عينة من مصابي الحرب على غزة، رسالة دكتوراء، غزة.
- جابر عبد المجيد و كفاقي، علاء الدين(1992). معجم علم النفس في الطب النفسي، م 5، دار النهضة العربية.
- جبر جبر محمد(2005). علم النفس الايجابي، ورقة عمل منشورة في وقائع المؤتمر العلمي الثالث للانماء النفسي والتربوي للانسان العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق، مصر (87-93).
- جبريل عماد محمد(2007). جودة الحياة وبعض المتغيرات الشخصية لدى فئتين من مرضى الألم المزمن مقارنة بأصحاء، رسالة ماجستير مقدمة لعلم النفس، جامعة المنوفية.
- حسن مصطفى عبد المعطي(2005). الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر، المؤتمر العلمي الثالث لكلية التربية، جامعة الزقازيق.
- الخالدي اديب (2001). الصحة النفسية، ط1، ليبيا ، الدار العربية، المكتبة الجامعية.
- الخضر عثمان حمود(1999). التفاؤل والتشاؤم والاداء الوظيفي، المجلة العربية للعلوم الانسانية، جامعة الكويت ، ع 67.
- رجعية عبد الحميد عبد العظيم(2009). التحصيل الدراسي وإدراك جودة الحياة النفسية لدى مرتفعي ومنخفضي الذكاء الاجتماعي من طلاب كلية التربية بالسويس، مجلة التربية، 19(1)، 173-227.
- رضوان سامر جميل(2001). الاكتئاب والتشاؤم دراسة ارتباطيه مقارنة، مجلة العلوم التربوية والنفسية، جامعة البحرين، م2، ع1، 13-48.

- الروسان فاروق (1998). سيكولوجية الأطفال غير العاديين. ط1. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- زعابطة سرين هاجر (2011). علاقة التفاؤل غير الواقعي بسلوك السياقة الصحي لدى السائقين، مذكرة ماجستير علم النفس العيادي منشورة، جامعة الحاج لخضر باتنة.
- الزعيط يوسف شلبي (2005). التأهيل المهني للمعوقين. ط2. دار الفكر. عمان.
- سالمى وآخرون (1998). معجم مصطلحات علم النفس. ط1. دار الكتاب المصري. القاهرة.
- السرطاوي عبد العزيز وآخرون (2014). جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة وغير ذوي الإعاقة في دولة الامارات العربية المتحدة، 144.
- سعيد كمال عبد الحميد (2009). التقييم والتشخيص لذوي الاحتياجات الخاصة. ط1. دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر. مصر.
- السعيد يونس احمد، عبد الحميد حنورة مصري (1981). رعاية الأطفال المعوقين صحيا ونفسيا واجتماعيا. دار الفكر العربي.
- سيد سليمان عبد الرحمان (2001). سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة الخصائص و السمات. ج3. ط1. مكتبة زهراء الشرق.
- السيد فهمي، علي محمد (2008). الإعاقة الحركية بين التشخيص و التأهيل وبحوث التدخل رؤية نفسية. دار الجامعة الجديدة للنشر. الإسكندرية.
- شيخي مريم (2013). طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة، دراسة ميدانية في ظل المتغيرات، رسالة ماجستير، جامعة تلمسان، الجزائر.
- صابر فاطمة عوض وخفاجة مرفت علي (2002). اسس ومبادئ البحث العلمي، مكتبة ومطبعة الاشعاع الفنية، ط1، مصر.
- الصفدي عصام حمدي (2003). الإعاقة الحركية والشلل الدماغي. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع. الأردن.
- العارف بالله غندور (1999). أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة، دراسة نظرية، مقدمة إلى المؤتمر الدولي السادس حول جودة الحياة، جامعة عين شمس، مركز الإرشاد النفسي.

- عبد الرحمان بن سليمان النملة (1998). تقدير الذات وعلاقته بالرضا عن الحياة لدى طلاب جامعة الامام محمد بن سعود الاسلامية للدارسين باستخدام الانترنت، دراسات العلوم التربوية، م 40، م 4,20.
- عبد الفتاح فوقية، حسين محمد (2006). العوامل الاسرية المنبئة بجودة الحياة لدى الاطفال ذوي صعوبات التعلم بمحافظة بني سويف، المؤتمر العلمي الرابع لكلية التربية بني سويف. ودور الاسرة ومؤسسات المجتمع المدني في اكتشاف ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة 3-4 مايو (187-270).
- عبد القادر اشرف (2005)، تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الاعاقة، ندوة تطوير الاداء في مجال: الوقاية من الاعاقة، جامعة الزقازيق.
- عبد القادر، أشرف (2005). تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الإعاقة، ندوة تطوير الأداء في مجال: الوقاية من الإعاقة، جامعة الزقازيق، 14-16 فبراير.
- عبده بدر الدين، حلاوة محمد السيد (1999). قضايا ومشكلات الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة: الجزء الأول. رعاية المعاقين سمعيا وحركيا. المكتب العلمي للنشر والتوزيع. الإسكندرية.
- عبده كمال بدر الدين، حلاوة محمد السيد (2001). رعاية المعاقين سمعيا وحركيا. المكتب الجامعي الحديث. الايزارطة. الإسكندرية. مصر.
- عبيد السيد ماجدة (2000). تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. ط1. دار صفاء للنشر والتوزيع. عمان. الأردن.
- عبيدات محمد واخرون (1999)، منهجية البحث العلمي، ط2، دار وائل، الاردن.
- عبيدات محمد (1999). منهجية البحث العلمي. دار وائل للطباعة والنشر. الأردن.
- عطوي جودة (2003). اساليب البحث العلمي، ط2، عمان، دار الثقافة للنشر.
- العنزي فريج (2001). الشعور بالسعادة وعلاقته ببعض السمات الشخصية، دراسة ارتباطيه بين الذكور والإناث، دراسة نفسية، الهيئة العامة، للتعليم التطبيقي والتدريب، م (11)، ع (3). 351-377.
- العوالمة حابس (2003). سيكولوجية الأطفال غير العاديين. ط1. الأهلية للنشر والتوزيع. الأردن.

- العيسوي عبد الرحمان (2003). الأسس البيولوجية للشخصية والسلوك. دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع. الإسكندرية. مصر
- فهمي محمد سيد (2005). التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة. المكتب الجامعي الحديث. الإسكندرية.
- فوزي ابو جبل (2001). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، ط1، المكتب الجامعي.
- فوزي عبد الخالق (2007). طرق البحث العلمي: المفاهيم والمنهجيات، الاسكندرية، مصر، مؤسسة شباب الجامعة.
- القريطي عبد المطلب أمين (2001). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. ط3. دار الفكر العربي. القاهرة.
- الكسواني يوسف نادر (2003). الشلل الدماغي التطوير الحركي والإدراكي. دار مصر للنشر والتوزيع.
- لويس معلوف (1952). المنجد في اللغة، المجلد1، ط 19، المطبعة الكاثوليكية، بيروت.
- مجدي حنان (2009). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكر، رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق.
- محمد ربيع الجوهري (2006). ضوابط الفكر، مكتبة الإيمان، ط5.
- محمود حسن صالح عبد الحي (2003). الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي. دار المعرفة الجامعية. مصر.
- محيسن عون (2012). التفاؤل والتشاؤم لدى طلبة جامعة الاقصى بغزة في ضوء بعض المتغيرات، مجلة الجامعة الاسلامية للدراسة التربوية والنفسية، 20(2)، 93-53.
- مختار حمزة (1964). سيكولوجية المرضى وذوي العاهات. ط1. دار المعرفة. مصر.
- مصطفى حجازي (2004). الصحة النفسية، منظور ديناميكي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة، ط1، المركز العربي الثقافي، الدار البيضاء، المغرب.
- المعجم الوسيط (2004). ط1. مكتبة الشرق الدولية، مصر.
- منسي محمود وكاظم علي (2006). مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، مسقط، 17-19 ديسمبر.

- نجوى اليحفوني والأنصاري بدر محمد (2005). التفاؤل والتشاؤم. دراسة ثقافية مقارنة بين اللبنانيين والكويتيين، مجلة العلوم الاجتماعية، مجلد 33، عدد 2، الكويت، ص 132-150.
- نعيصة رغداء علي (2012). جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين، مجلة جامعة دمشق، 28(1)، 145-181. كلية التربية، جامعة دمشق.
- هاشم سامي محمد (2001). جودة الحياة لدى المعوقين سمعياً وطلاب الجامعة، مجلد الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ع 13، 125-180.
- هاشم سامي محمد (2004). برنامج ارشادي لخفض الاكتئابية وتحسين جودة الحياة لدى عينة من معلمي المستقبل، التعليم للجميع التربية افاق جديدة في تعليم الفئات المهمشة في الوطن العربي، 28-29 مارس ص 575-607.
- الهنداوي محمد حامد إبراهيم (2011). الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً بمحافظة غزة، جامعة الأزهر بغزة فلسطين.
- هيلة سليم (2006). التفاؤل والتشاؤم وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى عينة من طالبات جامعة الملك سعود، رسالة ماجستير، المملكة العربية السعودية، جامعة الملك سعود، كلية التربية، قسم علم النفس.
- يوسف ايمن محمد مصطفى (ب، س). قياس وإدارة تنمية المجتمعات العمرانية من خلال جودة الحياة.
- المراجع باللغة الاجنبية:
- Baumgarten, V., (2004). Job Characteristics In The United States Air Force And Mental Health Service Utilization, Dissertation Abstracts International Section A: Humanities And Social Sciences. Vol.65 (2-A), PP. 697.
- Wally, D. (2004). Improving the quality of life of the elderly and disabled people in human settlements, United Nations Centre for human settlements (Habitat).
- Widar, M , ahltron. G. and EK. A(2003). Health- related quality of life in persons with long term pain after a stroke, journal of clinical nursing, vol (13) pp 497-505.
- Show(1997). E H QOL, and sustainable development journal macro marketing, vol 17(1) pp 132-136.

- Seligman,M(2000). Positive psychology :An introduction American Psychologist.55.5- 14.
- Ruff et al(2006). Psychological well- being and ILL- being Do they have distinct or Mirrored biological correlates Psychotherapy Psychometrics,75,85-95.
- Reine et al(2003). Depression and Subjective quality of life in chronic phase schizophrenic and opatients, act psychitrica, Scandinavia, vol 108.
- King. C, hind, p (1996). Quality of life from nursing and patient prospective Jones and Bartlett publishers- Canada.
- Crystal Park(2003). The Psychology religion and Positive psychology . psychology of Religion.
- Tiger . L,(1979), optimism: the biology of hope, new York: Simon and Schuster.
- Taylor, s, e, and brown j,d(1988), illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health psychological bulletin 103,193-210.
- Shalok, P., (2004) Need Analysis And Measure Of Quality Of Life Of People Suffering Of Blindness And Deafness, Revue Francophone De La Deficiency Intellectually, Vol.14 (1), PP 5-39.
- Milhabet, I, desrichard,O,verlhiac,j f(2002). Comparation sociale et perception des risque, l'optimisme comparatif. In beauvois j.l, joulé, r. v,monteil, j.m (eds).perspectives cognitives et conduite, tome 8(215_245)rennes: prosses universitaire de renne.
- Heinonen , k , raikkonen, k, javnen, lk, standberg,(2004). Adult attachmet dimensions and recollections of childhood family context, association with dispositional optisnism and pessimism European journal of personality 18,193-207(193).
- Corneluis, r.r, v(1996): the science of emotion research and traditional in psychology of emotion.upper saddle river, nj: prentice hall.
- Beck, a. t, and steer, r, a (1988):beck hopelessness scale. San Antonio,TX: the psychological corporation.
- Schweitez M, B psychologie de la santé (2002).(1^{ere} edition). Paris France: dunod (pp.222- 224).
- Milhabet, I,pesrichard, O, verthiac,JF(2002). Comparaison sociale et perception des risqué, l'optimisme comparative in beauvois, JL , joulé, r. v, monteil, j. m (eds) perspectives cognitives et conduite social tome8 (pp215-245).rennes: puesses universitaire de rennes.

- Taylor, S.E and Brown JD(1988). Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103-193-210.
- Ogden J(2004). *Health psychology*. (3rd edition). USA: open university press.
- Kruger, J, Tversky(2004). Egocentrism and focalism in unrealistic optimism (and pessimism), *Journal of experimental social psychology*.
- Weinstein. N.D (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of personality and social psychology*, 39,806-820(pp 809-810).
- Oleron (p), *l'éducation des enfants physiquement handicapés*, édition, P, U.F Paris, 1961.
- Baumgartner, V (2004). Job characteristics. In the United States Air Force and Mental Health Service Utilization, *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* (2-A) pp 697/

الملاحق

الملحق رقم (01)

جامعة الشهيد حمة لخضر - الوادي -

كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية

قسم العلوم الاجتماعية

سنة ثانية ماستر تأهيل تربية خاصة

استمارة تحكيم

اسم الأستاذ :

التخصص:

في إطار إعداد مذكرة تخرج بعنوان: **جودة الحياة وعلاقتها بالتفاؤل غير الواقعي لدى المعاقين حركيا.**

من إعداد الطالبة : يوسفى نعيمة و إشراف الدكتور: النوي بالطاهر
نضع بين أيديكم هذا الاستبيان الذي يقيس جودة الحياة لدى المعاقين حركيا، ونرجوا من سيادتكم إبداء ملاحظاتكم فيما يتعلق :

• صياغة البنود اللغوية.

• انتماء البنود لأبعادها.

• سهولة البنود وتناسبها مع أفراد العينة.

تعريف جودة الحياة: إدراك الأشخاص إلى مكانهم في الواقع، ووضعهم في الحياة وتشمل العديد من المكونات، منها الثقافة والقيم والنظام والتي من خلاله وله علاقة بأهدافهم وتطلعاتهم واهتماماتهم في ضوء تقييمهم لجوانب حياتهم، التي تشمل الرضا عن الحياة، الأنشطة المهنية، أنشطة الحياة اليومية.

أبعاد جودة الحياة: الرضاء عن الحياة، الحالة النفسية والانفعالية،الدعم والمساندة الاجتماعية، الأمل في المستقبل،الكفاية الاقتصادية.

مع فائق الشكر والتقدير لحسن تعاونكم ومساعدتكم

البدائل:

البدائل	غير مناسبة	مناسبة جدا	التعديل
دائما			
غالبا			
أحيانا			
نادرا			
أبدا			

الرقم	العبارة	يقيس	لا يقيس	التعديل
البعد الأول: الرضا عن الحياة				
01	لدي القدرة على اتخاذ القرارات المهمة في حياتي			
02	قدراتي العقلية تؤهلني للتفوق في جميع المجالات			
03	أحاول الترفيه عن نفسي مرة كل أسبوع			
04	استخدم الحاسوب والانترنت			
05	اشعر بالسرور حين استمع إلى المذياع وأشاهد التلفاز			
06	اشعر بالحيوية والنشاط رغم إعاقتي			
07	اعتقد أنني شخص اجتماعي مرغوب به			
08	اهتم بقضايا الوطن وأشارك فيها كلما أمكن			
09	أنا راضي عن الوقت الذي أقضيه مع الناس			

10	أنا راضي على أسرتي كما هي		
11	اشعر بالسعادة في حياتي والارتياح وعدم التوتر		
البعد الثاني: الأمل في المستقبل			
12	أفكر في أن يكون لدي عدد من الأبناء مستقبلا		
13	أفكر في السفر للخارج للراحة والاسترخاء		
14	لدي تفاؤل تجاه مستقبلي		
15	اطمح لأكون شخص ذو قيمة بين أفراد المجتمع		
16	أتخيل بان مستقبلي مشرق		
17	لدي القدرة على مواجهة الصعوبات التي تواجهني في حياتي		
18	أسعى لأكون شخص مميز بين أفراد أسرتي		
19	ارغب في الحصول على وظيفة تتناسب وإعاقتي		
البعد الثالث : الدعم والمساندة الاجتماعية			
20	أنا راضي عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع		
21	احصل على دعم عاطفي من أسرتي		
22	أنا راضي عن المساندة الاجتماعية التي يقدمها لي أصدقائي		
23	افتخر بوجودي داخل أسرة لا مثيل لها		
24	يزورني بعض الأصدقاء دوما		

25	اجلس مع الأسرة أو الأصدقاء لمناقشة بعض الأمور الخاصة بي		
26	أسرتي تسعى دائما لملاء وقت فراغي		
27	يسعدني تواجدي مع أشخاص اجتماعيين ومرحين		
28	أنا راضي عن عدد أصدقائي		
29	أنا فخور بهدوء أعصابي		
البعد الرابع : الحالة النفسية والانفعالية			
30	اشعر بالحزن بدون سبب واضح		
31	من الصعب استثارتي انفعاليا		
32	اشعر أنني عصبي		
33	اقلق من الموت		
34	اشعر أنني متزن انفعاليا		
35	اشعر بالاكنتئاب		
36	استطيع ضبط انفعالاتي		
37	اشعر بالأمن و الأمان		
38	اشعر بالقلق والتوتر		
39	وضعي المادي يساعدني على تحقيق أهدافي وآمالي		
البعد الخامس: الكفاية الاقتصادية			
40	تقوم الأسرة بتلبية جميع احتياجاتي المادية		
41	وضعي الاقتصادي يقف عقبة أمام تحقيق آمالي		
42	أتلقي منحة بشكل منتظم		
43	مدخولي الشخصي لا يكفي لتغطية		

جامعة الشهيد حمة لخضر - الوادي
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية

البيانات الشخصية

الجنس:

العمر:

استبيان

جودة الحياة وعلاقتها بالتفاؤل غير الواقعي لدى المعاقين حركيا .

أمامك مجموعة من العبارات تصف شعورك وتعبر عن موقفك من الأحداث الضاغطة
الرجاء منك أن تقرأها بتمعن ثم تضع علامة (x) أمام الفقرة التي تناسبك ، مع العلم
أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة وأنها ستحاط بالسرية التامة و لا تستغل إلا
في البحث العلمي.

الرقم	العبرة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
01	لدي القدرة على اتخاذ القرارات المهمة في حياتي					
02	قدرتي العقلية تؤهلني للتفوق في جميع المجالات					
03	أحاول الترفيه عن نفسي كلما سمحت لي الفرصة					
04	أشعر بالحيوية والنشاط رغم إعاقتي					
05	أعتقد أنني شخص مرغوب به					
06	إهتم بقضايا الوطن وأشارك فيها كلما أمكن ذلك					
07	أنا راض عن الوقت الذي أقضيه مع الناس					
08	أنا راض على وضع أسرتي					
09	أشعر بالسعادة في حياتي والإرتياح وعدم التوتر					
10	أفكر في أن يكون لدي عدد من الأبناء مستقبلا					
11	لدي تفاؤل تجاه مستقبلي					
12	لدي القدرة على مواجهة الصعوبات التي تواجهني					
13	أسعى لأكون شخص مميز في أسرتي					
14	أرغب في الحصول على وظيفة تتناسب إعاقتي					
15	أنا راض على الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع					
16	أحصل على دعم عاطفي من أسرتي					
11	أنا راضي عن المساندة الاجتماعية التي يقدمها لي أصدقائي					
18	أفتخر بانتمائي لأسرتي					
19	يزورني بعض الأصدقاء دوما					
20	أجلس مع الأسرة أو الأصدقاء لمناقشة بعض الأمور الخاصة بي					
21	أسرتي تسعى دائما لملء وقت فراغي					
22	يسعدني تواجدي مع أشخاص إجتماعيين ومرحين					
23	أشعر بالحزن بدون سبب واضح					
24	أخاف من الموت					
25	أشعر أنني متزن إنفعاليا					
26	أشعر بالإكتئاب					
27	أستطيع ضبط إنفعالاتي					
28	أشعر بالقلق والتوتر					
29	وضعي المادي يساعدني على تحقيق أهدافي و آمالي					
30	تقوم الأسرة بتلبية جميع إحتياجاتي المادية					
31	أنا راض على الطريقة التي أحصل بها على مصروف يومي					
32	مصروفي يكفي حتى للإنفاق على المرح والتسلية					

ملحق رقم (04)

مقياس التفاؤل غير الواقعي

فيما يلي مجموعة من الأحداث المهمة التي يحتمل أن يتعرض الفرد لبعض منها في حياته اليومية، وبعض هذه الأحداث سارة وبعضها مفرج، اقرأ من فضلك كل عبارة جيدا، ثم حدد وجهة نظرك في مدى احتمال تعرضك لكل حدث من هذه الأحداث في الواقع، وذلك بوضع علامة (X) في نسبة مئوية واحدة من النسب التالية لكل عبارة.

الرقم	العبارة	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %
01	أمتلك سيارة فاخرة								
02	أحصل على جائزة نوبل								
03	أفقد جميع ممتلكاتي الشخصية								
04	أتزوج من امرأة ثرية (رجل)								
05	أنقلب بسيارتي								
06	أسافر إلى أوروبا وأمريكا								
07	أصاب بالصلع المبكر								
08	أعيش حتى سن الثمانين								
09	أصاب بأحد الأمراض								
10	أربح في مسابقة مبلغا قدره مئة ألف 100000 دولار أمريكي								
11	يتر جزء أو طرف من أطراف جسمي								
12	أمتلك منزلا خاصا كبيرا أو قصرا								
13	أطلق شريكة حياتي بعد فترة قصيرة من الزواج (شريك)								
14	تنشر الصحف اليومية عن إنجازاتي وتحصيلي								
15	أفقد قواي العقلية و أصاب بالجنون								
16	أكون رجل أعمال ناجح (سيدة)								
17	أعمل في مجال يناسب قدراتي و إهتماماتي								
18	أنجب طفلا موهوبا عقليا								
19	أكون ضحية إختلاس أو نصب								
20	أصاب بنوبة قلبية قبل بلوغ الأربعين عاما								
21	يتضاعف دخلي السنوي كل خمس سنوات								
22	أطرد من العمل								
23	أحاول الإنتحار								
24	أصاب بتشوهات جراء حادث مرور								

ملحق رقم (02)

قائمة الأساتذة المحكمين

المحكم	الدرجة العلمية والتخصص	مكان العمل
علي خـرف الله	أستاذ محاضر – أ -	جامعة الشهيد حمة لخضر
عبد الناصر غربي	أستاذ محاضر – أ -	جامعة الشهيد حمة لخضر
زاکي مناوي	ماجستير علم النفس عمل و	جامعة الشهيد حمة لخضر
محمد رضا شنة	أستاذ محاضر – أ -	جامعة الشهيد حمة لخضر
عبد اللطيف قنوعة	أستاذ مساعد – أ -	جامعة الشهيد حمة لخضر
هند غدايفي	أستاذ مساعد – أ -	جامعة الشهيد حمة لخضر
عمار حمامة	أستاذ مساعد – أ -	جامعة الشهيد حمة لخضر