الفصل الخامس

تحليل بيانات الدراسة، وتفسيرها

٥- ١) تمهيد.

٥- ٢) تحليل استجابات السؤال الأول، وتفسيرها.

٥- ٣) تحليل بيانات الفرض الأول، وتفسيرها.

٥- ٤) تحليل بيانات الفرض الثاني، وتفسيرها.

٥- ٥) تحليل بيانات الفرض الثالث، وتفسيرها.

٥- ٦) تحليل بيانات الفرض الرابع، وتفسيرها.

٥- ٧) تحليل بيانات الفرض الخامس، وتفسيرها.

٥- ٨) تحليل إجابات السؤال السابع، وتفسيرها.

٥- ١) تمهيد:

يتضمن هذا الفصل: تحليل وتفسير استجابات السؤال الفرعي الأول للدراسة، وهو: **"ما مستوى جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة؟"** -إضافة إلى- تحليل وتفسير البيانات ذات الصلة بفروض الدراسة (٥ فرض)، وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة من خلال استخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، ونختم هذا الفصل: بتحليل وتفسير الإجابات عن السؤال الفرعي السابع، وهو: **"ما المعوقات/ التحديات التي تَحد من جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة بمدينة/ مركز قنا؟")**، وكل ذلك على النحو الآتي:

٥- ٢) تحليل استجابات السؤال الأول، وتفسيرها.

من أجل الإجابة عن السؤال الأول للدراسة: ***"ما مستوى جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة؟"*** ، تم حساب المتوسط العام للدرجات الكلية لاستجابات عينة الدراسة (ن=٢٩٤)، وقد بلغ ***(١٠٨,٥) درجة***، وحسب مستويات جودة الحياة للمقياس (ب) المستخدم في الدراسة، يقع مستوى جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة في المستوى: ***(فوق المتوسط (المستوى الجيد)***.

ثم قام الباحث بإعادة تقسيم مستويات جودة الحياة حسب ***المتوسط العام (١٠٨) درجة*** ليعبر عن أثنين فقط من مستويات جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة؛ وذلك يتضح بالجدول (١٤) الآتي.

جدول رقم (١٤)

توزيع مستويات جودة الحياة حسب المتوسط العام لاستجابات عينة الدراسة

(ن= ٢٩٤)

الدرجة الكلية	مستوى جودة الحياة
من صفر – أقل من ١٠٨*	مستوى منخفض وتحت المتوسط
من *١٠٨ فأكثر	مستوى متوسط ومرتفع

* تمثل الدرجة (١٠٨) قيمة المتوسط العام لاستجابات عينة الدراسة.

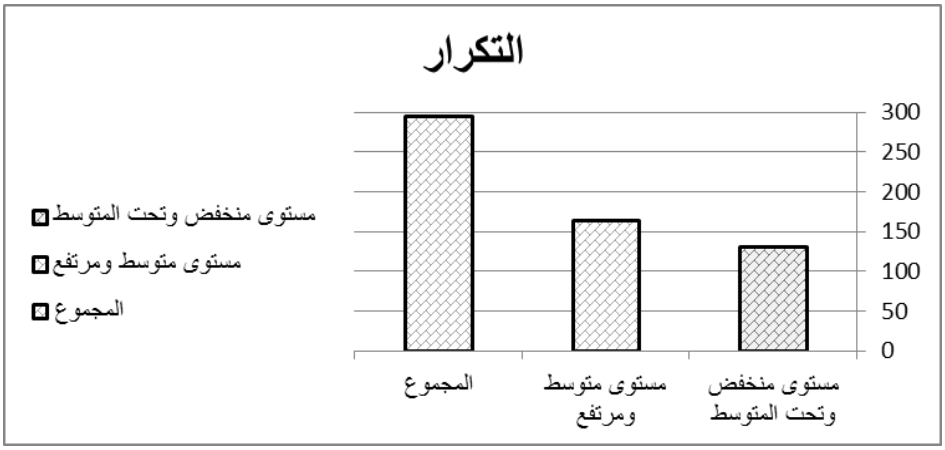
ثم قام الباحث بحساب التوزيع النسبي لمستويات جودة الحياة حسب المتوسط العام؛ ويتضح ذلك من الجدول (١٥) الآتي.

جدول رقم (١٥)

التوزيع التكراري والنسبي لمستويات جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة حسب المتوسط العام

مستويات جودة الحياة	التكرار	النسبة (%)
مستوى منخفض وتحت المتوسط	١٣١	٤٤,٥٦
مستوى متوسط ومرتفع	١٦٣	٥٥,٤٤
الإجمالي	**٢٩٤**	**%١٠٠**

يتضح من نتائج الجدول السابق (١٥) إلى أن: نسبة ٤٤,٥٦% من إجمالي العينة الكلية (الميدانية) تقع في فئة: "مستوى منخفض/ متدني وتحت المتوسط" للمستوى العام لجودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، وفي المقابل نسبة ٥٥,٤٤ % من إجمالي العينة في مستوى "متوسط ومرتفع"، ويمكن توضيح ذلك أكثر من خلال الشكل (٥) الآتي.



شكل رقم (٥)

رسم بياني يوضح التوزيع التكراري لمستويات جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة حسب: المتوسط العام

ويتبين من الشكل السابق (٥) أن: تكرار فئة "مستوى متوسط ومرتفع" أكبر من تكرار الفئة "مستوى منخفض وتحت المتوسط" من إجمالي العينة حسب المتوسط العام لجودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة.

ويرى الباحث هنا: أن الدرجة (١٠٨,٥) تدل على انخفاض مستوى جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة بشكل كبير!!!، وهذا ما استدل عليه بوجود نسبة ٤٤,٥٦% من التوزيع النسبي لمستويات جودة الحياة حسب المتوسط العام (١٠٨,٥) في مستوى: "منخفض وتحت المتوسط" ، ويتأكد الباحث أيضًا: من هذا الانخفاض!!! باستخدام وحسب المتوسط الفرضي، وهو: (١٥٠) درجة؛ حيث أن درجة المتوسط العام (١٠٨,٥) -لم تتخطى- المتوسط الفرضي، كما أن الدرجة/ المتوسط العام (١٠٨,٥) أقرب إلى مدى: "المستوى المتوسط/ المستوى المرضي" (٥١-١٠٠) بفارق: (٨,٥) درجة.

ويفسر الباحث الإجابة السابقة بأنها نتيجة طبيعية -نظرًا- لوجود العديد من المعوقات/ التحديات (النوعية، والكمية)؛ التي تحد من جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة بمدينة/ مركز قنا، والتي عبرت عنها عينة هذه الدراسة في إجابة السؤال المفتوح –وإذآ- ما أرادت الدولة رفع جودة حياة المواطنين بما فيهم من الأشخاص ذوي الإعاقة، فعليها التخفيف، و/ أو إزالة أغلب هذه المعوقات/ التحديات.

ويشير الباحث هنا إلى: أن الدراسات السابقة (العربية، الأجنبية) لم تعطي درجة كمية، و/ أو مستوى معين لجودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة –باستثناء- دراسة بروس وأخرون Brusce et al, (٢٠٠٢)؛ التي حددت مستوي جودة الحياة متدني لدى المعاقين في كمبوديا -أما- باقي الدراسات السابقة قارنت بين جودة حياتهم، وجودة حياة غير المعاقين/ العاديين، وأكدت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح غير المعاقين/ العاديين مثل: [دراسة (بخش، ٢٠٠٦)، ودراسة (عبد الفتاح وحسين، ٢٠٠٦)، ودراسة (السرطاوي وآخرون، ٢٠١١)، ودراسة (أبو الرب وعبدالأحمد، ٢٠١٢)، ودراسة تيفرنر وأخرون (٢٠١٣) Tavernor at al,، ودراسة جراهام وروس (٢٠١٥) Graham and Ross, ، ودراسة فليمنج (٢٠١٢) Fleming,]، -وتعارضت- هذه النتيجة مع نتائج دراسة (القحطاني وحياصات، ٢٠١٥)؛ التي أكدت أن الشباب ذوي الإعاقة في تبوك يتمتعون بنوعية حياة عالية.

٥- ٣) تحليل بيانات الفرض الأول، وتفسيرها.

من أجل فحص صحة الفرض الصفري الأول للدراسة: (لا توجد علاقات ذات دلالة احصائية بين: مستوى جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة، والمتغيرات الديموجرافية: (الجنس، محل الإقامة، نوع الإعاقة، الحالة الاجتماعية، العمر بالسنوات، مستوى الرعاية الصحية المتوفرة من الدولة/ الوضع الصحي، مستوي التعليم، والمهنة/ الحالة العملية، مستوى الدخل السنوي لأسرة الشخص ذي الإعاقة، فترة الإصابة/ التعايش مع الإعاقة)، تم استخدام اختبار كا^{٢} (Chi-Square test)، ومعامل الاقتران (Contingency coefficient) لاستجابات عينة الدراسة (ن= ٢٩٤) –وفقًا- للمتغيرات الأسمية الآتية: (الجنس، محل الإقامة، نوع الإعاقة، الحالة الاجتماعية، مستوى الرعاية الصحية المتوفرة من الدولة/الوضع الصحي، المهنية/ الحالة العملية)، وتم أيضًا: استخدام اختباري: كا^{٢}، وكندال-تاو (ج) (Chi-Square and Kendall's tau-c tests) لاستجابات عينة الدراسة (ن= ٢٩٤) –وفقًا- للمتغيرات الرتبية الآتية: (العمر بالسنوات، مستوى التعليم، مستوى الدخل السنوي لأسرة الشخص ذي الإعاقة، فترة الإصابة/ التعايش مع الإعاقة)، وكانت النتائج على النحو الآتي:

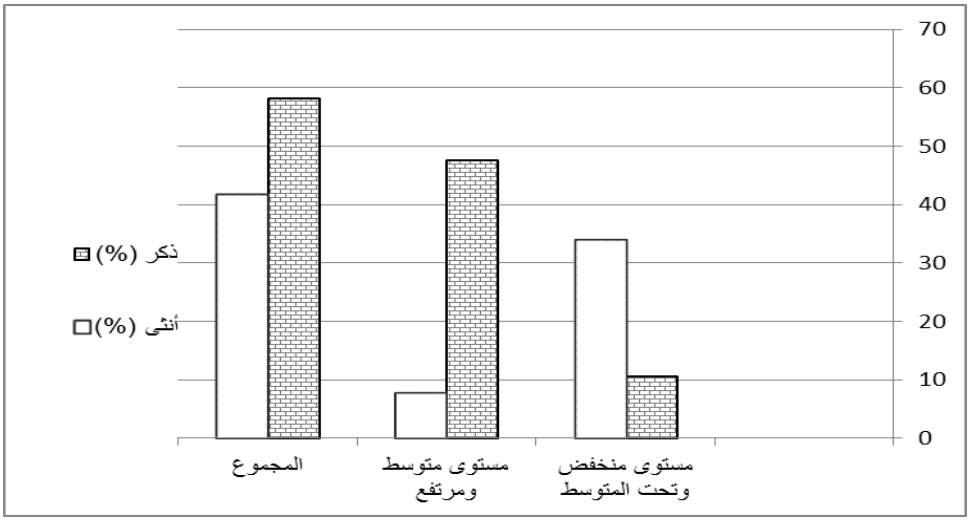
٥-٣- ١) تحليل بيانات متغير: الجنس، وتفسيرها.

جدول رقم (١٦)

التوزيع النسبي المشترك لمستويات جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: الجنس

الجنس / مستوى جودة الحياة	ذكر (%)	أنثى (%)	المجموع
مستوى منخفض وتحت المتوسط	10.54	34.02	44.56
مستوى متوسط ومرتفع	47.62	7.82	55.44
المجموع	**58.16**	**41.84**	**%١٠٠**

يتضح من الجدول السابق (١٦): وجود علاقة تأثيرية بين مستويات جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة –تبعًا- لمتغير: الجنس؛ حيث بلغت نسبة الإناث في المستوى: "منخفض وتحت المتوسط" ٣٤,٠٢%، وهي أكبر منها للذكور ١٠,٥٤%، وذلك على المستوى الإجمالي للعينة، وجاءت نسبة الذكور في المستوى: "متوسط ومرتفع" ٤٧,٦٢%، وفي المقابل ٧,٨٢% للإناث، ويمكن توضيح ذلك أكثر من خلال الشكل (٦) الآتي.



شكل رقم (٦)

رسم بياني يوضح النسب المئوية لمستويات جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: الجنس

ويتبين من الشكل السابق (٦) أن: مستوى جودة الحياة لصالح الذكور في المستوى: "متوسط ومرتفع"، وفي المقابل: لصالح الإناث في المستوى: "منخفض، وتحت المتوسط".

. ومن أجل معرفة قوة العلاقة بين مستوي جودة الحياة، ومتغير: الجنس، تم استخدام معامل الاقتران (Contingency coefficient)، ونتائجه موضحة في جدول (١٧) الآتي.

جدول رقم (١٧)

نتائج اختبار كا^{2}، ومعامل الاقتران لدراسة العلاقة بين مستوى جودة الحياة، ومتغير: الجنس

الاختبار	قيمة الاختبار	مستوى المعنوية
كا^{2}	118.866	P < ٠,٠٠٠١
معامل الاقتران	0.537 *	P < ٠,٠٠٠١

*** مستوى الدلالة: (ألفا= ٠,٠١)**

يتضح من الجدول السابق (١٧): وجود علاقة **(قوية)** ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (ألفا=٠,٠١) بين مستوى جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: الجنس.

ويفسر الباحث هذه العلاقة التأثيرية **(قوية)** لصالح الذكور –نظرًا- للحدود المكانية والبشرية لهذه الدراسة؛ حيث تمت في جنوب صعيد مصر بمدينة/ مركز قنا؛ والذي يتميز بعاداته وتقاليده وثقافته، وظروف التنشئة الاجتماعية التي يغلب عليها الطابع الذكوري، وهذا يتفق مع ما أشارت إليه دراسة الهنداوي (٢٠١١) أن: "المعاقين الذكور هم أكثر حرية في التنقل والانخراط والاندماج في المجتمع، ومشاركة الآخرين، وهذا يدفعهم إلى أخذ أدوارهم في المجتمع" –إلا أن- قوة العلاقة التأثيرية تتعارض مع ما توصلت إليه نتائج دراسات كلًا من: [دراسة هاشم (٢٠٠١) التي دلت نتائجها على: "عدم وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في جودة الحياة"، ودراسة أبو الرب وعبدالأحمد (٢٠١٢) أنه: "لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى الجنس"، ودراسة عبد الفتاح وحسين (٢٠٠٦) خلصت إلى: "عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال ذوى صعوبات التعلم في مقياس جودة الحياة بالنسبة لمتغير الجنس"، وأيضًا: نتائج دراسة القحطاني وحياصات (٢٠١٥) التي خلصت إلى: "عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية لمتغير الجنس"]-ما عدا- دراسة محمد (٢٠١٤) دلت نتائجها على: "وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين جودة الحياة لدى: الأطفال الصم، والنوع/ الجنس".

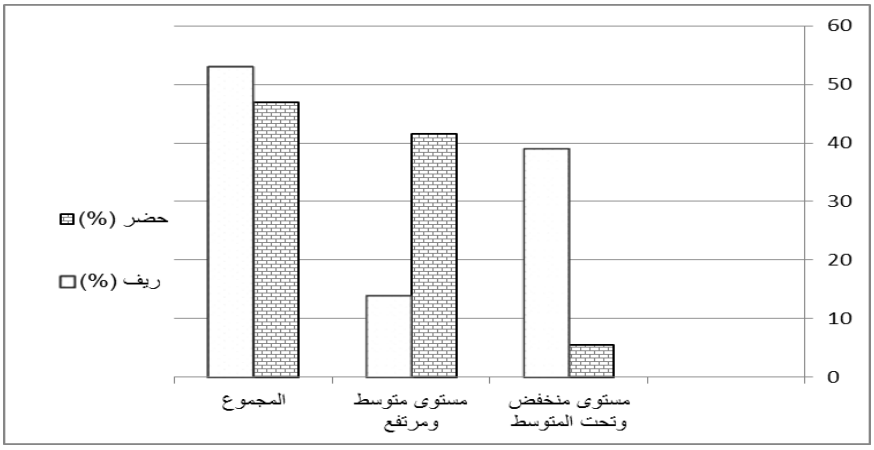
٥-٣- ٢) تحليل بيانات متغير: محل الإقامة، وتفسيرها.

جدول رقم (١٨)

التوزيع النسبي المشترك لمستويات جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: محل الإقامة

محل الإقامة / مستوى جودة الحياة	حضر (%)	ريف (%)	المجموع
مستوى منخفض وتحت المتوسط	5.44	39.12	44.56
مستوى متوسط ومرتفع	41.50	13.94	55.44
المجموع	**46.94**	**53.06**	**%١٠٠**

يتضح من الجدول السابق (١٨): وجود علاقة تأثيرية بين مستويات جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة -تبعًا- لمتغير: محل الإقامة؛ حيث بلغت نسبة قاطني الريف في المستوى: "منخفض وتحت المتوسط" ٣٩,١٢%، وهي أكبر منها لقاطني الحضر ٥,٤٤%، وذلك على المستوى الإجمالي للعينة، وجاءت نسبة قاطني الحضر في المستوى: "فوق متوسط ومرتفع" ٤١,٥٠%، وفي المقابل ١٣,٩٤% لقاطني الريف، ويمكن توضيح ذلك أكثر من خلال الشكل (٧) الآتي.



شكل رقم (٧)

رسم بياني يوضح النسب المئوية لمستويات جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: محل الإقامة

ويتبين من الشكل السابق (٧) أن: مستوى جودة الحياة لصالح قاطني الحضر في المستوى: "متوسط ومرتفع"، وفي المقابل: لصالح قاطني الريف في المستوى: "منخفض، وتحت المتوسط".

ومن أجل معرفة قوة العلاقة بين مستوي جودة الحياة، ومتغير: محل الإقامة، تم استخدام معامل الاقتران (Contingency coefficient)، ونتائجه موضحة في جدول (١٩) الآتي.

جدول رقم (١٩)

نتائج اختبار كا^{٢}، ومعامل الاقتران لدراسة العلاقة بين مستوى جودة الحياة، ومتغير: محل الإقامة

الاختبار	قيمة الاختبار	مستوى المعنوية
كا^{٢}	115.939	P < ٠,٠٠٠١
معامل الاقتران	0.532 *	P < ٠,٠٠٠١

*** مستوى الدلالة: (ألفا= ٠,٠١)**

يتضح من الجدول السابق (١٩): وجود علاقة **(قوية)** ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (ألفا=٠,٠١) بين مستوى جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: محل الإقامة.

ويفسر الباحث هذه العلاقة التأثيرية **(قوية)** لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة المقيمين في الحضر–نظرًا- لتمتع الحضر بمدينة/ مركز قنا بمقومات البنية التحتية، والمرافق، والخدمات أكثر من الريف؛ ولعل هذا يتفق بدوره مع ما توصلت إليه نتائج دراسة عبد الفتاح وحسين (٢٠٠٦): "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال ذوى صعوبات التعلم في مقياس جودة الحياة ترجع إلى الموقع الجغرافي".

وتتعارض هذه النتيجة مع نتائج دراسة محمد (٢٠١٤) التي خلصت إلى: "لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين جودة الحياة لدى: الأطفال الصم، ونوع الإقامة"، وأيضًا: دراسة هاشم (٢٠٠١) التي أشارت في نتائجها إلى: "لا توجد فروق جوهرية في جودة الحياة

بين المقيمين في الريف، أو الحضر من جميع فئات عينة الدراسة"، ودراسة الهنداوي (٢٠١١) في نتائجها التي أشارت إلى: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن الحياة لدى المعاقين حركيًا باختلاف مكان الإقامة (قرية- مخيم- مدينة)".

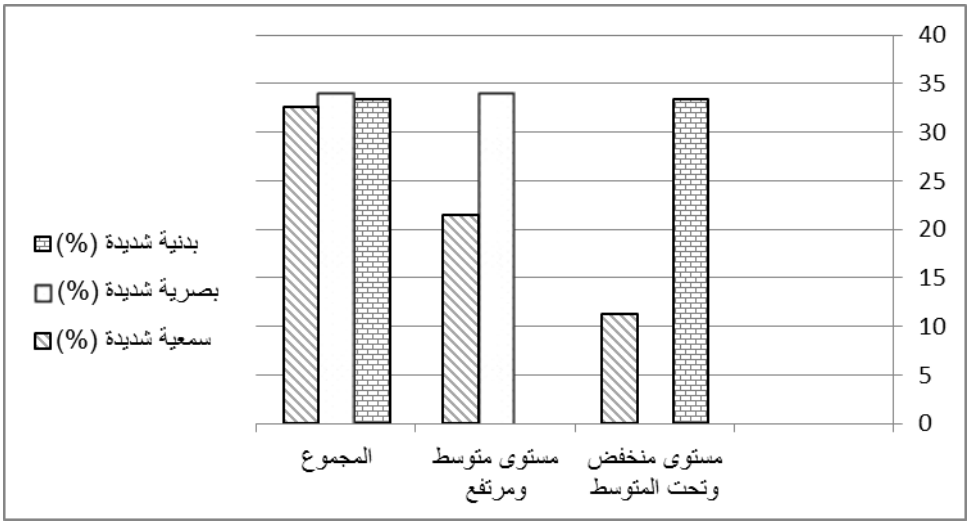
٥-٣- ٣) تحليل بيانات متغير: نوع الإعاقة، وتفسيرها.

جدول رقم (٢٠)

التوزيع النسبي المشترك لمستويات جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: نوع الإعاقة

نوع الإعاقة / مستوى جودة الحياة	بدنية شديدة (%)	بصرية شديدة (%)	سمعية شديدة (%)	المجموع
مستوى منخفض وتحت المتوسط	33.34	0.00	11.22	44.56
مستوى متوسط ومرتفع	0.00	34.01	21.43	55.44
المجموع	**33.34**	**34.01**	**32.65**	**%١٠٠**

يتضح من الجدول السابق (٢٠): وجود علاقة تأثيرية بين مستويات جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة -تبعًا- لمتغير: نوع الإعاقة؛ حيث جاءت نسبة ذوي الإعاقة البدنية الشديدة في المستوى: "منخفض وتحت المتوسط" ٣٣,٣٤%، وهى أكبر منها لذوي الإعاقة السمعية الشديدة بنسبة ١١,٢٢%، ثم ذوي الإعاقة البصرية الشديدة ٠٠,٠٠%، وذلك على المستوى الإجمالي للعينة، وجاءت نسبة ذوي الإعاقة البصرية الشديدة في المستوى: "متوسط ومرتفع" ٣٤,٠١%، وهي أكبر منها لذوي الإعاقة السمعية الشديدة ٢١,٤٣%، وهي أكبر منها لذوي الإعاقة البدنية الشديدة بنسبة ٠,٠٠%، ويمكن توضيح ذلك أكثر من خلال الشكل (٨) الآتي.



شكل رقم (٨)

رسم بياني يوضح النسب المئوية لمستويات جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: نوع الإعاقة

ويتبين من الشكل السابق (٨) أن: مستوى جودة الحياة لصالح ذوي الإعاقة البصرية الشديدة في المستوى: "متوسط ومرتفع"، وفي المقابل: لصالح ذوي الإعاقة البدنية الشديدة في المستوى: "منخفض، وتحت المتوسط"، أما فئة ذوي الإعاقة السمعية الشديدة تقع بين الفئتين السابقتين، وذلك على المستوى الإجمالي للعينة.

ومن أجل معرفة قوة العلاقة بين مستوي جودة الحياة، ومتغير: نوع الإعاقة، تم استخدام معامل الاقتران (Contingency coefficient)، ونتائجه موضحة في جدول (٢١) الآتي.

جدول رقم (٢١)

نتائج اختبار كا^{٢}، ومعامل الاقتران لدراسة العلاقة بين مستوى جودة الحياة، ومتغير: نوع الإعاقة

الاختبار	قيمة الاختبار	مستوى المعنوية
كا^{٢}	220.410	P < ٠,٠٠٠١
معامل الاقتران	0.655 *	P < ٠,٠٠٠١

*** مستوى الدلالة: (ألفا= ٠,٠١)**

يتضح من الجدول السابق (٢١): وجود علاقة **(قوية)** ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (ألفا=٠,٠١) بين مستوى جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: نوع الإعاقة.

ويفسر الباحث هذه العلاقة التأثيرية **(قوية)**، والترتيب لأنواع الإعاقة حسب جودة حياتهم؛ حيث حصل الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية الشديدة على مستويات مرتفعة من جودة الحياة، وأقل منهم الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية الشديدة، أما الأشخاص ذوي الإعاقة البدنية الشديدة فهم أقل المستويات في جودة الحياة، وتلك الفئة الأخيرة هم الأكثر تأثرًا بالاعتلالات البدنية/ الجسدية الشديدة؛ التي تؤثر على الأطراف الأربعة في الأغلب منهم، وبعضهم شلل الأطراف السفلية، أو بتر أحد الأطراف، وهذه الاعتلالات طويلة الأجل تعُوق بشكل كامل حرية التنقل الشخصي، وسهولة الوصول والمشاركة المجتمعية، ومسايرة شؤون حياتهم اليومية على كراسي متحركة وبمساعدة الآخرين طوال فترة حياتهم، وأيضًا: قلة القدرة على القيام بمهارات التواصل مثل: (المحادثة، القراءة، الكتابة). أما الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية الشديدة، وذوي الإعاقة البصرية الشديدة -قليلًا- ونوعًا ما يعانون من هذه المشكلات والصعوبات.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة ستانفورد وأخرون (Stanford et al, (٢٠٠٣؛ التي خلصت إلى أنه: "كلما أصبح الشخص المعاق أكثر استقلالية في تأدية مهامه الوظيفية، كلما ساهم ذلك في تطوير أسلوب حياته، ومن ثم يصبح شخصًا ايجابيًّا متفائلًا ومقبلًا على الحياة"، وتختلف هذه النتيجة: مع نتائج دراسة القحطاني وحياصات (٢٠١٥) التي خلصت

إلى: "وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير الإعاقة على جودة الحياة لدى الشباب ذوي الإعاقة لصالح فئة الإعاقة الحركية".

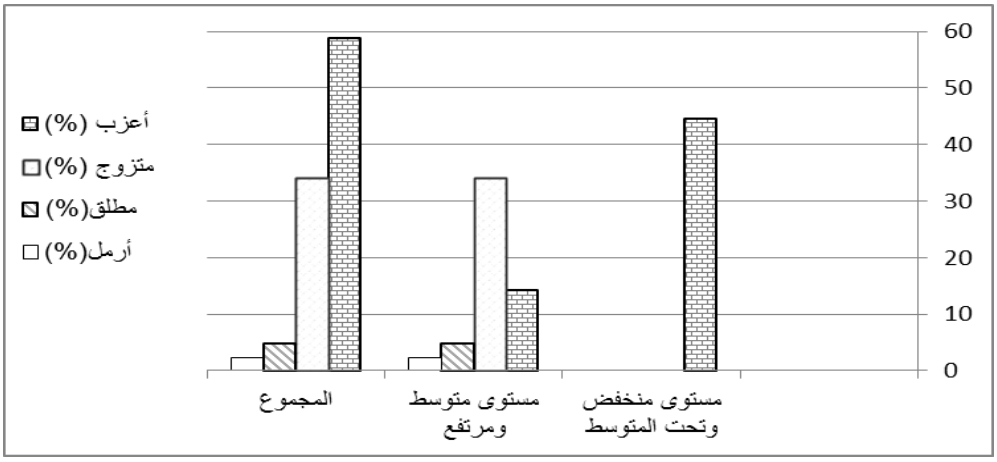
٥-٣- ٤) تحليل بيانات متغير: الحالة الاجتماعية، وتفسيرها.

جدول رقم (٢٢)

التوزيع النسبي المشترك لمستويات جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية / مستوى جودة الحياة	أعزب (%)	متزوج (%)	مطلق(%)	أرمل(%)	المجموع
مستوى منخفض وتحت المتوسط	44.56	0.00	0.00	0.00	44.56
مستوى متوسط ومرتفع	14.28	34.01	4.76	2.39	55.44
المجموع	**58.84**	**34.01**	**4.76**	**2.39**	**%١٠٠**

يتضح من الجدول السابق (٢٢): وجود علاقة تأثيرية بين مستويات جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة – تبعًا- لمتغير: الحالة الاجتماعية؛ حيث بلغت نسبة الفئة "أعزب" في المستوى: "منخفض وتحت المتوسط" ٤٤,٥٦%، وذلك على المستوى الإجمالي للعينة، وجاءت نسبة فئة "المتزوج" في المستوى: "متوسط ومرتفع" للمقياس ٣٤,٠١%، وهى أكبر منها لفئة "أعزب" بنسبة ١٤,٢٨%، ثم فئة "المطلق" بنسبة ٤,٧٦%، ثم فئة "الأرامل" بنسبة ٢,٣٩%، ويمكن توضيح ذلك أكثر من خلال الشكل (٩) الآتي.



شكل رقم (٩)

رسم بياني يوضح النسب المئوية لمستويات جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: الحالة الاجتماعية

ويتبين من الشكل السابق (٩) أن: مستوى جودة الحياة لصالح فئة "المتزوج" في المستوى: "متوسط ومرتفع"، ثم فئة: "المطلق"، ثم فئة: "الأرمل "، وفي المقابل، وأخيرًا: لصالح فئة "أعزب" في المستوى: "منخفض، وتحت المتوسط"،

ومن أجل معرفة قوة العلاقة بين مستوي جودة الحياة، ومتغير: الحالة الاجتماعية، تم استخدام معامل الاقتران (Contingency coefficient)، ونتائجه موضحة في جدول (٢٣) الآتي.

جدول رقم (٢٣)

نتائج اختبار كا^{2}، ومعامل الاقتران لدراسة العلاقة بين مستوى جودة الحياة، ومتغير: الحالة الاجتماعية

الاختبار	قيمة الاختبار	مستوى المعنوية
كا^{2}	195.691	P < ٠,٠٠٠١
معامل الاقتران	0.632 *	P < ٠,٠٠٠١

*** مستوى الدلالة: (ألفا= ٠,٠١)**

يتضح من الجدول السابق (٢٣): وجود علاقة **(قوية)** ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (ألفا=٠,٠١) بين مستوى جودة الحياة، ومتغير: الحالة الاجتماعية.

ويفسر الباحث هذه العلاقة التأثيرية **(قوية)**، والترتيب لفئات الحالة الاجتماعية حسب جودة حياتهم لصالح فئة: "المتزوج"، وأقل منها فئة: "المطلق"، ثم فئة "الأرامل" ، وأخيرًا: فئة "أعزب" هم أقل فئات الحالة الاجتماعية شعورًا بجودة الحياة من الأشخاص ذوي الإعاقة؛ وذلك –نظرًا- للعديد من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية الصعبة، والضغوط النفسية، و/ أو الجنسية المؤثرة على حياة الشخص ذي الإعاقة سواء الذكور منهم، أو الإناث، وخاصة ذوي الإعاقة السمعية الشديدة؛ حيث أن الحياة الزوجية لدى كل الأشخاص ذوي الإعاقة ذات طابع خاص وخصوصية، وشديدة الحساسية نوعًا ما.

وإذ يؤكد الباحث هنا على أن عينة الدراسة الحالية هم فوق سن (١٨) عام، أي البالغين والشباب فما فوق، والأغلب منهم في مرحلة الشباب بنسبة (٥٩%) من العينة الكلية الميدانية (ن=٢٩٤)، ولم تتخطى أعمارهم (٣٢) عام، وهم في مرحلة التكوين، والاستعداد للحياة الزوجية ومتطلباتها، والرغبة في الاستقلال الأسري والاقتصادي –مما- يشكل ضغوط تؤثر بشكل مباشر على جودة حياتهم.

وهذه يتفق مع ما خلصت له دراسة هامبتون (١٩٩٩) Hampton، أن: "الوضع الزواجي يرتبط بصورة دالة بجودة الحياة لدى المعاقين في فئاتهم المختلفة"، وأكدت عليه دراسة كلًا من: [السرطاوي وآخرون (٢٠١١)، ودراسة أبو الرب وعبدالأحمد (٢٠١٢)] في نتائجهما على أن: "وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المتزوجين من الأشخاص غير ذوي الإعاقة مقارنة بأقرانهم من الأشخاص ذوي الإعاقة".

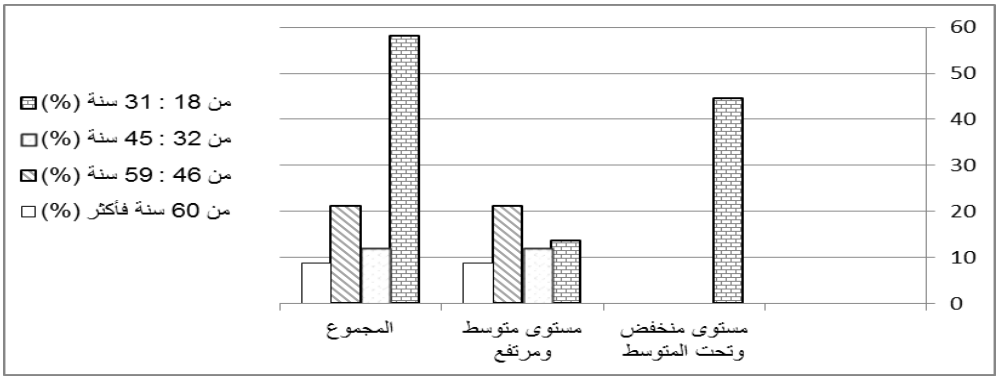
٥-٣- ٥) تحليل بيانات متغير: العمر بالسنوات، وتفسيرها.

جدول رقم (٢٤)

التوزيع النسبي المشترك لمستويات جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: العمر بالسنوات

العمر بالسنوات / مستوى جودة الحياة	من ١٨ : ٣١ سنة (%)	من ٣٢ : ٤٥ سنة (%)	من ٤٦ : ٥٩ سنة (%)	من ٦٠ سنة فأكثر (%)	المجموع
مستوى منخفض وتحت المتوسط	44.56	0.00	0.00	0.00	44.56
مستوى متوسط ومرتفع	13.61	11.90	21.09	8.84	55.44
المجموع	**58.17**	**11.90**	**21.09**	**8.84**	**%١٠٠**

يتضح من الجدول السابق (٢٤): وجود علاقة تأثيرية بين مستويات جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة –تبعًا- لمتغير: العمر بالسنوات؛ حيث بلغت نسبة الفئة: "من ١٨ : ٣١ سنة" في المستوى: "منخفض وتحت المتوسط" بنسبة ٤٤,٥٦%، وذلك على المستوى الإجمالي للعينة، وجاءت نسبة فئة العمر: "من ٤٦ : ٥٩ سنة" بالمستوى: "متوسط ومرتفع" للمقياس ٢١,٠٩%، وهى أكبر منها لفئة: "من ١٨ : ٣١ سنة" بنسبة ١٣,٦١%، ثم فئة "من ٣٢ : ٤٥ سنة" بنسبة ١١,٩٠%، وأخيرًا: فئة "من ٦٠ سنة فأكثر" بنسبة ٨,٨٤%، وذلك على المستوى الإجمالي للعينة، ويمكن توضيح ذلك أكثر من خلال الشكل (١٠) الآتي.



شكل رقم (١٠)

رسم بياني يوضح النسب المئوية لمستويات جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: العمر بالسنوات

ويتبين من الشكل السابق (١٠) أن: مستوى جودة الحياة لصالح فئة العمر "من ٤٦ : ٥٩ سنة" في المستوى: "متوسط ومرتفع"، ثم فئة العمر بالسنوات: "من ٣٢ : ٤٥ سنة"، ثم فئة "من ٦٠ سنة فأكثر، وفي المقابل، وأخيرًا: لصالح فئة العمر "من ١٨ : ٣١ سنة" في المستوى: "منخفض، وتحت المتوسط".

ومن أجل معرفة قوة العلاقة بين مستوي جودة الحياة، ومتغير: العمر بالسنوات، تم استخدام اختبار كندال تاو (ج) (Kendall's tau-c test)، ونتائجه موضحة في جدول (٢٥) الآتي.

جدول رقم (٢٥)

نتائج اختباري كا٢، وكندال- تاو (ج) لدراسة العلاقة بين مستوى جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: العمر بالسنوات

الاختبار	قيمة الاختبار	مستوى المعنوية
كا٢	180.976	P < ٠,٠٠٠١
كندال-تاو (ج)	0.564 *	P < ٠,٠٠٠١

*** مستوى الدلالة: (ألفا= ٠,٠١)**

يتضح من الجدول السابق (٢٥): وجود علاقة **(مقبولة)** ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (ألفا=٠,٠١)، بين مستوى جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: العمر بالسنوات.

ويفسر الباحث هذه العلاقة التأثيرية **(مقبولة)**، وترتيب فئات العمر بالسنوات حسب جودة حياتهم؛ حيث حصل الأشخاص ذوي الإعاقة في الفئة العمرية "من ٤٦ : ٥٩ سنة" على أعلى مستويات جودة الحياة، يليهم الفئة العمرية من (٣٢ : ٤٥) سنة، ثم الفئة العمرية "من ٦٠ سنة فأكثر"، وأخيرًا الفئة العمرية "من ١٨: ٣١ سنة" حصلت على أقل مستويات جودة الحياة؛ وذلك –نظرًا- أن الشخص ذي الإعاقة مع مرور السنوات من العمر يتقبل الإعاقة، وظروف حياته اليومية، وتتكون لديه قدرة على مواجهتها، والتغلب على آثارها، والتكيف معها، ويتزايد لديهم الشعور الايجابي عن الحياة وظروفها، والرضا عن أنفسهم، والإيمان بأن ما أصابهم ليس بيدهم –بل- هو قدر الله تعالى.

وهذه يتفق مع نتائج دراسة هامبتون (١٩٩٩) Hampton، حيث خلصت إلى أن: "عمر الفرد، وتاريخ بداية الإعاقة يرتبط بصورة دالة بجودة الحياة لدى المعاقين في فئاتهم المختلفة"، وهذا يتعارض مع نتائج دراسة القحطاني وحياصات (٢٠١٥) التي خلصت إلى: "عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية لمتغير: العمر على جودة الحياة لدى الشباب ذوي الإعاقة".

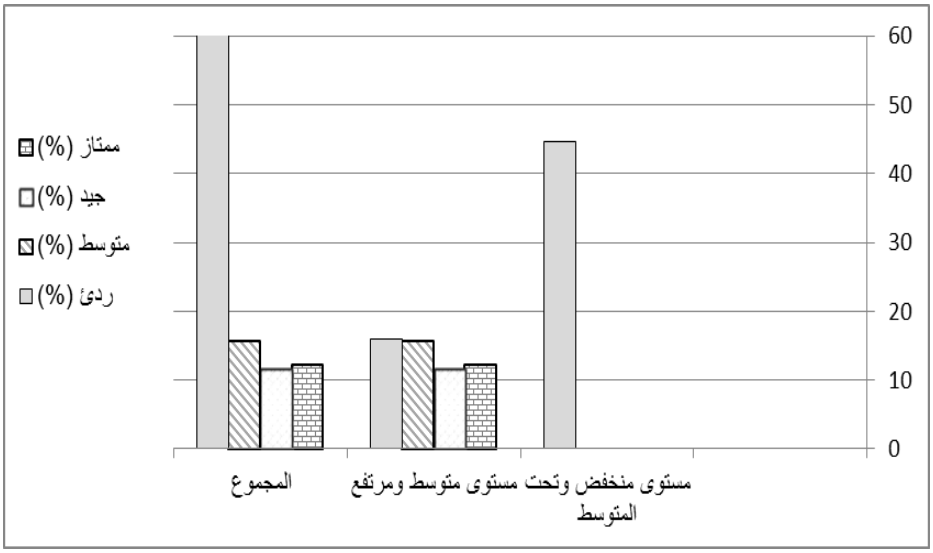
٥-٣- ٦) تحليل بيانات متغير: الرعاية الصحية المتوفرة من الدولة/ الوضع الصحي، وتفسيرها.

جدول رقم (٢٦)

التوزيع النسبي المشترك لمستويات جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: الرعاية الصحية المتوفرة من الدولة/ الوضع الصحي

الوضع الصحي / مستوى جودة الحياة	ممتاز (%)	جيد (%)	متوسط (%)	ردئ (%)	المجموع
مستوى منخفض وتحت المتوسط	0.00	0.00	0.00	44.56	44.56
مستوى متوسط ومرتفع	12.25	11.56	15.65	15.98	55.44
المجموع	**12.25**	**11.56**	**15.65**	**60.54**	**%١٠٠**

يتضح من الجدول السابق (٢٦): وجود علاقة تأثيرية بين مستويات جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة –تبعًا- لمتغير مستوى الرعاية الصحية المتوفرة من الدولة/ الوضع الصحي؛ حيث بلغت نسبة المستوى: "ردئ" في المستوى "منخفض وتحت المتوسط" ٤٤,٥٦%، وذلك على المستوى الإجمالي للعينة، وجاءت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة في المستوى: "ردئ" بالمستوى: "متوسط ومرتفع" للمقياس ١٥,٩٨%، ثم المستوى: "متوسط" بنسبة ١٥,٦٥%، ثم المستوى: "ممتاز" بنسبة ١٢,٢٥%، وأخيرًا: المستوى: "جيد" بنسبة ١١,٥٦%، ويمكن توضيح ذلك أكثر من خلال الشكل (١١) الآتي.



شكل رقم (١١)

رسم بياني يوضح النسب المئوية لمستويات جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: الرعاية الصحية المتوفرة من الدولة/ الوضع الصحي

ويتبين من الشكل السابق (١١) أن: مستوى جودة الحياة في الوضع الصحي لصالح فئة: "متوسط" في المستوى: "متوسط ومرتفع"، ثم فئة: "ممتاز"، ثم فئة: "جيد"، وفي المقابل، وأخيرًا: لصالح الوضع الصحي: "ردئ" في المستوى: "منخفض، وتحت المتوسط".

ومن أجل معرفة قوة العلاقة بين مستوي جودة الحياة، ومتغير: الرعاية الصحية المتوفرة من الدولة/ الوضع الصحي، تم استخدام معامل الاقتران (Contingency coefficient)، ونتائجه موضحة في جدول (٢٧) الآتي.

جدول رقم (٢٧)

نتائج اختبار كا^{٢}، ومعامل الاقتران لدراسة العلاقة بين مستوى جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: الرعاية الصحية المتوفرة من الدولة/ الوضع الصحي

الاختبار	قيمة الاختبار	مستوى المعنوية
كا^{٢}	161.156	P < ٠,٠٠٠١
معامل الاقتران	0.595 *	P < ٠,٠٠٠١

*** مستوى الدلالة: (ألفا= ٠,٠١)**

ويتضح من الجدول السابق (٢٧): وجود علاقة **(قوية)** ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (ألفا=٠,٠١)، بين مستوى جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: الرعاية الصحية المتوفرة من الدولة/ الوضع الصحي.

ويفسر الباحث هذه العلاقة التأثيرية **(قوية)**، وترتيب مستويات الرعاية الصحية المتوفرة من الدولة/ الوضع الصحي؛ حيث حصل الأشخاص ذوي الإعاقة المتمتعين بمستوى رعاية صحية: "متوسط" على أعلى مستويات جودة الحياة، والأقل منهم الذين يتمتعون بمستوى رعاية صحية: "ممتاز"، ثم الذين يتمتعون بمستوى رعاية صحية: "جيد"، وأقلهم الذين يتمتعون بمستوى رعاية صحية: "ردئ"، وذلك يرجع إلى: أن جودة الحياة لا تتحقق -بدون- رعاية صحية جيدة و/ أو متوسطة على الأقل؛ حيث أن الإعاقة من خلال المنظور الصحي تعتبر اعتلالات طويلة الأجل تصاحب الشخص ذي الإعاقة طوال حياته، ويلزمها رعاية صحية مستمرة، ومن الطبيعي كلما كانت الرعاية الصحية/ الوضع الصحي أفضل –كلما- ساهم ذلك في تخفيف الآثار المنعكسة من الاعتلالات. وأظهرت النتائج أن جودة الحياة تكون مرتفعة مع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يتمتعون بمستويات رعاية صحية (متوسط، ثم ممتاز، ثم جيد)، وأخيرًا: الذين يتمتعون بمستوى رعاية صحية (ردئ)، وهم ذوي النسبة الأغلب من عينة الدراسة.

وهذا ما خلصت إليه دراسة هامبتون (Hampton (١٩٩٩، أن: "الوضع الصحي يرتبط بصورة دالة بجودة الحياة لدى المعاقين في فئاتهم المختلفة"، وأيضًا: دراسة فيرهوف وأخرون (Verhoof, at al (٢٠١٣ التي ذكرت في نتائجها أن: "الشباب الذين لا يتلقون استحقاقات العجز يعانون من نوعية حياة أسوأ كما يعانون من القلق والاكتئاب".

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة كانها وأخرون (Canha at al, (٢٠١٦ التي أشارت إلى: "أن الطلاب ذوي الإعاقة من الذين لديهم تقييم ذاتي أفضل للصحة يشعرون بالسعادة، والرضا عن حياتهم أكثر من غيرهم، وكشفت المقارنة بين المجموعتين أن الطلاب ذوي الإعاقة يعانون أعراضًا نفسية، وجسدية أكثر، وتقييمهم الذاتي للصحة أقل".

٥-٣- ٧) تحليل بيانات متغير: مستوى التعليم، وتفسيرها.

جدول رقم (٢٨)

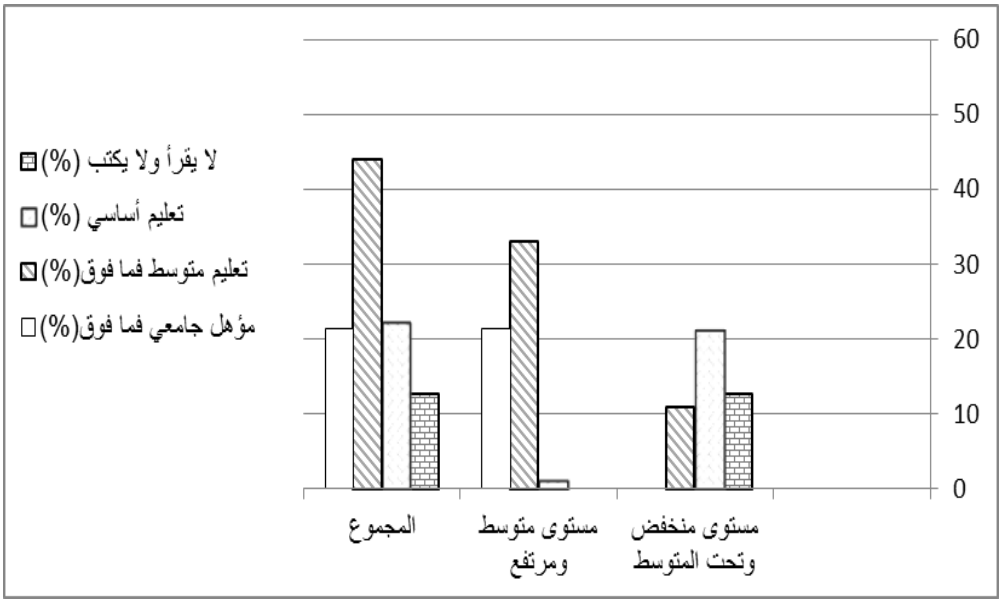
التوزيع النسبي المشترك لمستويات جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: مستوى التعليم

مستوى التعليم / مستوى جودة الحياة	لا يقرأ ولا يكتب (%)	تعليم أساسي (%)	تعليم متوسط فما فوق(%)	مؤهل جامعي فما فوق(%)	المجموع
مستوى منخفض وتحت المتوسط	12.59	21.09	10.88	0.00	44.56
مستوى متوسط ومرتفع	0.00	1.02	33.00	21.42	55.44
المجموع	**12.59**	**22.11**	**43.88**	**21.42**	**%١٠٠**

يتضح من الجدول السابق (٢٨): وجود علاقة تأثيرية بين مستويات جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة – تبعًا- لمستوى التعليم؛ حيث بلغت نسبة حملة: "تعليم أساسي" في المستوى: "منخفض وتحت المتوسط" ٢١,٠٩%، وهي أكبر منها لفئة: "لا يقرأ، ولا يكتب"

بنسبة ١٢,٥٩%، ثم فئة: "تعليم متوسط فما فوق" بنسبة ١٠,٨٨%، وذلك على المستوى الإجمالي للعينة.

وجاءت نسبة حملة: "تعليم متوسط فما فوق" بالمستوى: "متوسط ومرتفع" للمقياس ٣٣,٠٠%، وهى أكبر منها لحملة: "مؤهل جامعي فما فوق" بنسبة 21.42%، وأخيرًا: حملة مؤهل: "تعليم أساسي" بنسبة ١,٠٢%، وذلك على المستوى الإجمالي للعينة، ويمكن توضيح ذلك أكثر من خلال الشكل (١٢) الآتي.



شكل رقم (١٢)

رسم بياني يوضح النسب المئوية لمستويات جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: مستوى التعليم

ويتبين من الشكل السابق (١٢) أن: مستوى جودة الحياة لصالح مستوى التعليم: "مؤهل جامعي فما فوق" في المستوى: "متوسط ومرتفع"، ثم حملة مستوى التعليم: "متوسط فما فوق"، ثم حملة مستوى التعليم: "تعليم أساسي"، وفي المقابل، وأخيرًا: لصالح مستوى التعليم "لا يقرأ، ولا يكتب" في المستوى: "منخفض، وتحت المتوسط".

ومن أجل معرفة قوة العلاقة بين مستوي جودة الحياة، ومتغير: مستوى التعليم، تم استخدام اختبار كندال تاو (ج) (Kendall's tau-c test)، ونتائجه موضحة في جدول (٢٩) الآتي.

جدول رقم (٢٩)

نتائج اختباري كا^{٢}، وكندال-تاو (ج) لدراسة العلاقة بين مستوى جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: مستوى التعليم

الاختبار	قيمة الاختبار	مستوى المعنوية
كا^{٢}	185.527	P < ٠,٠٠٠١
كندال-تاو (ج)	0.616 *	P < ٠,٠٠٠١

*** مستوى الدلالة: (ألفا= ٠,٠١)**

يتضح من الجدول السابق (٢٩): وجود علاقة **(متوسطة)** ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (ألفا=٠,٠١) بين مستوى جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: مستوى التعليم.

ويفسر الباحث هذه العلاقة التأثيرية **(متوسطة)**، والترتيب لمستويات التعليم حسب جودة حياتهم؛ حيث يتمتع الأشخاص ذوي الإعاقة حاملي: "مؤهل عالي جامعي فما فوق" بمستويات أعلى من جودة الحياة، والأقل منهم حاملي: "تعليم متوسط فما فوق"، ثم حاملي: "تعليم أساسي"، وأخيرًا: الأقل شعورًا بجودة الحياة هم الأشخاص ذوي الإعاقة الذين: "لا يقرؤون، ولا يكتبون"، وتلك نتيجة متوقعة، وسبق استخلاصها في العديد من الدراسات السابقة مثل: [دراسة السرطاوي وآخرون (٢٠١١)، ودراسة أبو الرب وعبدالأحمد (٢٠١٢)، ودراسة كار Karr (٢٠٠٩)، ودراسة هامبتون Hampton (١٩٩٩)]؛ حيث أكدت جميع هذه الدراسات أن: "المستوى التعليمي يرتبط بصورة دالة وطرديًّا مع جودة الحياة لدى المعاقين في فئاتهم المختلفة".

أما دراسة فليمنج (٢٠١٢) Fleming ذكرت في نتائجها أن: "عند تدهور الأداء والأنشطة –فإن- عاملًا واحدًا، وهو مستوى التعليم، وبعض الجوانب الأخرى تكون وثيقة الصلة بجودة الحياة"، وهذا يتفق مع دراسة بودزيمك (٢٠١٤) Podzimek، والتي أشارت نتائجها إلى أن: "تأثير مركز التحالف لرعاية الأطفال المعاقين على حياة الأسر، قد اختلف من أسرة إلى أخرى، بالإضافة إلى أن الطلاب المعاقين قد اتيحت لهم فرص تعليمية واجتماعية لم تكن لتوجد لولا هذا المركز، كما أنه كان من الواضح أن المركز قد أضاف شيئًا لحياة هذه الأسر"، وقد أثبتت الدراسة أيضًا: "مدى الحاجة لتضمين الأطفال ذوي الإعاقات بشكل أكبر في خطط التطوير".

٥-٣- ٨) تحليل بيانات متغير: المهنة/ الحالة العملية، وتفسيرها.

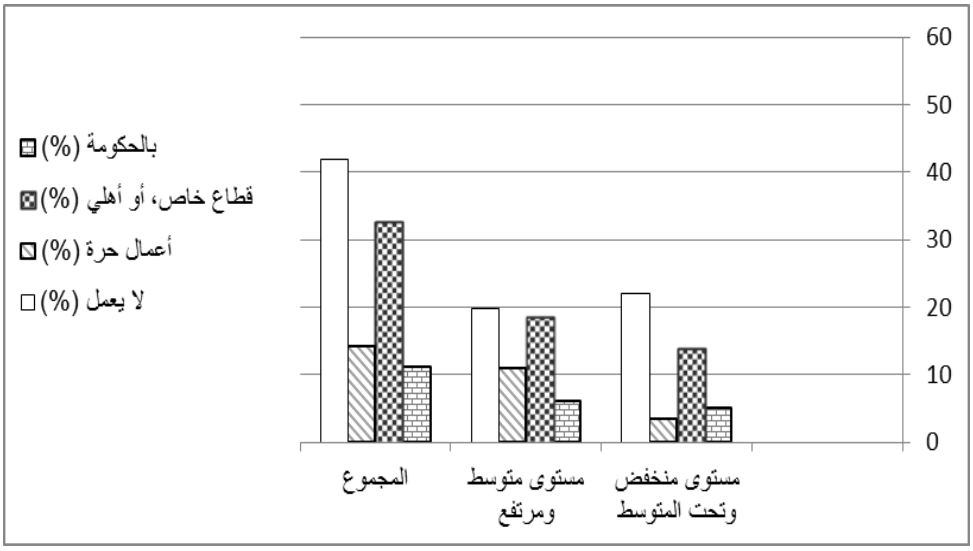
جدول رقم (٣٠)

التوزيع النسبي المشترك لمستويات جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: المهنة/ الحالة العملية

المهنة/ الحالة العملية / مستوى جودة الحياة	بالحكومة (%)	قطاع خاص، أو أهلي (%)	أعمال حرة (%)	لا يعمل (%)	المجموع
مستوى منخفض وتحت المتوسط	5.10	13.95	3.40	22.11	44.56
مستوى متوسط ومرتفع	٦,١٢	18.70	10.89	19.73	55.44
المجموع	**11.22**	**32.65**	**14.29**	**41.84**	**%١٠٠**

يتضح من الجدول السابق (٣٠): وجود علاقة تأثيرية بين مستويات جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة –تبعًا- لمتغير: المهنة/ الحالة العملية؛ حيث بلغت نسبة : "لا يعمل" في المستوى: "منخفض وتحت المتوسط" ٢٢,١١%، وهي أكبر منها للعاملين: "قطاع خاص أو أهلي" بنسبة ١٣,٩٥%، ثم العاملين: "بالحكومة" بنسبة ٥,١٠%، وأخيرًا: فئة "أعمال حرة" بنسبة ٣,٤٠%، وذلك على المستوى الإجمالي للعينة، وجاءت نسبة العاملين: "قطاع خاص أو أهلي" بالمستوى: "متوسط ومرتفع" للمقياس ١٨,٧٠%، وهي أكبر منها

لفئــة: "لا يعمــل" بنســبة ١٩,٧٣%، وهــي أكبــر منهــا للعــاملين: "أعمــال حــرة" بنســبة ١٠,٨٩%، وهي أكبر منها للعاملين: "بالحكومة" بنسبة ٦,١٢%، ويمكن توضيح ذلك أكثر من خلال الشكل (١٣) الآتي.



شكل رقم (١٣)

رسم بياني يوضح النسب المئوية لمستويات جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: المهنة/ الحالة العملية

ويتبين من الشكل السابق (١٣) أن: مستوى جودة الحياة لصالح المهنة/ الحالة العملية: "أعمال حرة" في المستوى: "متوسط ومرتفع"، ثم العاملين في: "قطاع خاص أو أهلي"، ثم العاملين: "بالحكومة"، وفي المقابل، وأخيرًا: لصالح المهنة/ الحالة العملية: "لا يعمل" في المستوى: "منخفض، وتحت المتوسط".

ومن أجل معرفة قوة العلاقة بين مستوي جودة الحياة، ومتغير: المهنة/ الحالة العملية، تم استخدام معامل الاقتران (Contingency coefficient)، ونتائجه موضحة في جدول (٣١) الآتي.

جدول رقم (٣١)

نتائج اختبار كا^{2}، ومعامل الاقتران لدراسة العلاقة بين مستوى جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: المهنة/ الحالة العملية

الاختبار	قيمة الاختبار	مستوى المعنوية
كا^{2}	18.931	٠,٠٠٤ >
معامل الاقتران	0.246 *	٠,٠٠٤ >

*** مستوى الدلالة: (ألفا= ٠,٠١)**

ويتضح من الجدول السابق (٣١): وجود علاقة **(ضعيفة)** ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (ألفا=٠,٠١) بين مستوى جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: المهنة/ الحالة العملية.

ويفسر الباحث هذه العلاقة التأثيرية **(ضعيفة)**، وترتيب فئات المهنة/ الحالة العملية حسب جودة الحياة؛ حيث حصل الأشخاص ذوي الإعاقة العاملين: "أعمال حرة" على أعلى مستويات جودة الحياة، والأقل منها الذين يعملون في: "قطاع خاص أو أهلي"، ثم الذين يعملون: " بالحكومة"، وأخيرًا: أقل مستويات جودة الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة فئة: "لا يعمل". –بأن- المهنة/ الحالة العملية لها تأثير على جودة الحياة –نظرًا- لحالة الاستقرار، والأمان الوظيفي التي تنعكس من نوعية المهنة/ الحالة العملية؛ التي يزاولها الشخص ذوي الإعاقة مع ارتباطها بمستوى الدخل النقدي العائد منها الذي يستوفي منه الشخص ذي الإعاقة متطلبات الحياة المعيشية، وأكد الهنداوي (٢٠١١) ذلك بأن: "المعاقات من خلال ممارستهن العمل يكن أكثر حرصًا على الحفاظ عليه، لأن العمل بالنسبة لهن يمكن أن يعتبرونه أحد أهم الأشياء في حياتهن، والذي يشعرن من خلاله أنه هو الذي يخفف عنهن عبء الإعاقة"، وأكدت نتائج دراسة كار (٢٠٠٩) Karr أن: "جودة الحياة تتناسب طرديًّا مع عامل الوظيفة".

وإذ يؤكد هنا الباحث على أن: انتشار الباطلة؛ أي الذين لا يعملون من الأشخاص ذوي الإعاقة لها أثر سلبي على جودة حياتهم بشكل مباشر وقوي، وهذا يتفق مع رأي السرطاوي وآخرون (٢٠١١)، ونتائج دراسة هامبتون (١٩٩٩) Hampton التي تؤكد على أن:

"قضية العمل ترتبط بصورة دالة بجودة الحياة لدى المعاقين في فئاتهم المختلفة"، وأيضًا: دراسة بوني وأخرون (Boni et al, ١٩٩٨) حيث ذكرت في نتائجها: "أن جودة الحياة تزداد باستمرار كلما تحققت فرصة للعمل؛ حيث أن العمل يساهم في تحقيق مجموعة من المصادر المعيشية، والتي تؤهل المعاق للتمتع بمستوى أعلى من جودة الحياة".

٥-٣- ٩) تحليل بيانات متغير: مستوى الدخل السنوي لأسرة الشخص ذي الإعاقة.

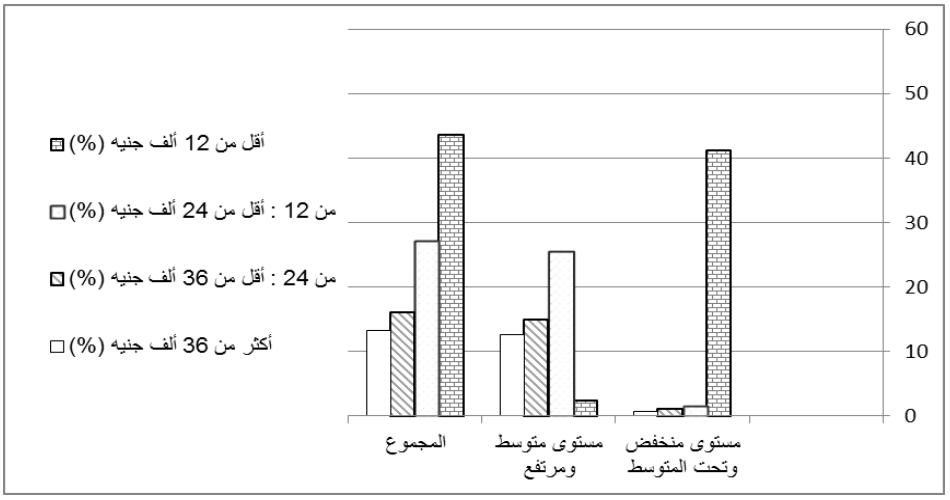
جدول رقم (٣٢)

التوزيع النسبي المشترك لمستويات جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: مستوى الدخل السنوي لأسرة الشخص ذي الإعاقة

مستوى دخل الأسرة / مستوى جودة الحياة	أقل من ١٢ ألف جنيه (%)	من ١٢ : أقل من ٢٤ ألف جنيه (%)	من ٢٤ : أقل من ٣٦ ألف جنيه (%)	أكثر من ٣٦ ألف جنيه (%)	المجموع
مستوى منخفض وتحت المتوسط	41.16	1.70	1.02	0.68	44.56
مستوى متوسط ومرتفع	2.38	25.51	14.97	12.58	55.44
المجموع	**43.54**	**27.21**	**15.99**	**13.26**	**%١٠٠**

يتضح من الجدول السابق (٣٢): وجود علاقة تأثيرية بين مستويات جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة – تبعًا- لمتغير: مستوى الدخل السنوي لأسرة الشخص ذي الإعاقة؛ حيث بلغت نسبة أصحاب الدخول: "أقل من ١٢ ألف جنيه سنويًّا" في المستوى "منخفض وتحت المتوسط" ٤١,١٦%، وهى أكبر منها لفئة: "من ١٢ : أقل من ٢٤ ألف جنيه" بنسبة ١,٧٠%، وهى أكبر منها لفئة: "من ٢٤ : أقل من ٣٦ ألف جنيه" بنسبة ١,٠٢%، وفي المقابل، وأخيرًا: أصحاب الدخول "أكثر من ٣٦ ألف جنيه" بنسبة ٠,٦٨%، وذلك على المستوى الإجمالي للعينة، وجاء أصحاب الدخول فئة: "من ١٢ : أقل من ٢٤ ألف جنيه سنويًّا" بالمستوى: "متوسط ومرتفع" للمقياس نسبة ٢٥,٥١%، وهي أكبر منها لأصحاب الدخول فئة: "من ٢٤ : أقل من ٣٦ ألف جنيه سنويا" بنسبة ١٤,٩٧%، وهي أكبر منها لأصحاب الدخول فئة: "أكثر من ٣٦ ألف جنيه سنويا" بنسبة ١٢,٥٨%، وفي المقابل،

وأخيرًا: نسبة ٢,٣٨% لأصحاب الدخول: "أقل من ١٢ ألف جنيه"، وذلك على المستوى الإجمالي للعينة، ويمكن توضيح ذلك أكثر من خلال الشكل (١٤) الآتي.



شكل رقم (١٤)

رسم بياني يوضح النسب المئوية لمستويات جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: مستوى الدخل السنوي لأسرة الشخص ذي الإعاقة

ويتبين من الشكل السابق (١٤) أن: مستوى جودة الحياة لصالح مستوى الدخل السنوي فئة: "من ١٢ : أقل من ٢٤ ألف جنيه سنويًّا" في المستوى: "متوسط ومرتفع"، ثم فئة: "من ٢٤ : أقل من ٣٦ ألف جنيه سنويا"، ثم فئة: "أكثر من ٣٦ ألف جنيه سنويا"، وفي المقابل، وأخيرًا: لصالح مستوى الدخل السنوي "أقل من ١٢ ألف جنيه" في المستوى: "منخفض، وتحت المتوسط"،

ومن أجل معرفة قوة العلاقة بين مستوي جودة الحياة، ومتغير: مستوى الدخل السنوي لأسرة الشخص ذي الإعاقة، تم استخدام اختبار كندال تاو (ج) (Kendall's tau-c test)، ونتائجه موضحة في جدول (٣٣) الآتي.

جدول رقم (٣٣)

نتائج اختباري كا٢، وكندال-تاو(ج) لدراسة العلاقة بين مستوى جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير:مستوى الدخل السنوي لأسرة الشخص ذي الإعاقة

الاختبار	قيمة الاختبار	مستوى المعنوية
كا٢	240.383	P < ٠,٠٠٠١
كندال-تاو (ج)	0.681*	P < ٠,٠٠٠١

*** مستوى الدلالة: (ألفا= ٠,٠١)**

ويتضح من الجدول السابق (٣٣): وجود علاقة **(متوسطة)** ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (ألفا=٠,٠١) بين مستوى جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: مستوى الدخل السنوي لأسرة الشخص ذي الإعاقة.

ويفسر الباحث هذه العلاقة التأثيرية **(متوسطة)**، وترتيب مستويات جودة الحياة حسب مستوى الدخل لأسرة الشخص ذي الإعاقة؛ حيث حصلت مستويات الدخل: "من ١٢ : أقل من ٢٤ ألف جنيه سنويًّا" على أعلى مستويات جودة الحياة، والأقل منها أصحاب مستوى الدخل: "من ٢٤ : أقل من ٣٦ ألف جنيه سنويًّا"، ثم أصحاب مستوى الدخل: "أكثر من ٣٦ ألف جنيه سنويًّا"، وأخيرًا: أقل مستويات جودة الحياة كانت لأصحاب مستوى الدخل: "أقل من ١٢ ألف جنيه سنويًّا" –بأن- مستوى الدخل لأسرة الشخص ذي الإعاقة يساهم بشكل كبير في تلبية احتياجاته بكافة أنواعها –طالما- كانت في نطاق واستطاعت أسرته، وهذا قد يساعد/ يؤدي إلى زيادة الشعور بجودة الحياة، ويتبن للباحث أيضًا: وجود قناعة ورضا بالقليل لدى الأشخاص ذوي الإعاقة أصحاب الدخل فئة "من ١٢ : أقل من ٢٤ ألف جنيه سنويًّا".

وهذا يتفق مع نتائج دراسة السرطاوي وآخرون (٢٠١١) والتي أشارت إلى: "وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومستوى الدخل"، وأيضًا: تتفق مع ما أشارت إليه دراسة عبدالفتاح وحسين (٢٠٠٦) وهو وجود: "اختلاف مستوى جودة الحياة للأطفال ذوى صعوبات التعلم باختلاف مستوى دخل الأسرة".

٥-٣- ١٠) تحليل بيانات متغير: فترة الإصابة/ التعايش مع الإعاقة.

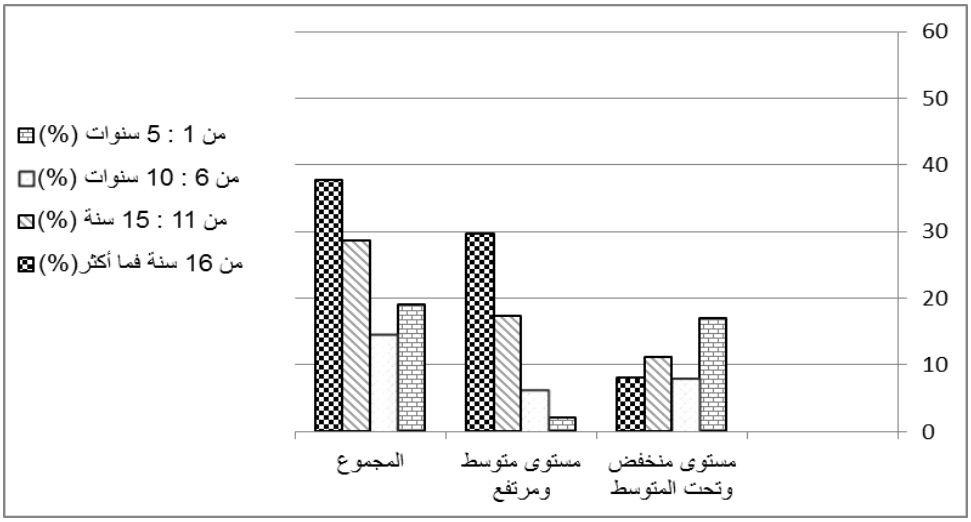
جدول رقم (٣٤)

التوزيع النسبي المشترك لمستويات جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: فترة الإصابة/ التعايش مع الإعاقة

فترة الإصابة / مستوى جودة الحياة	من ١ : ٥ سنوات (%)	من ٦ : ١٠ سنوات (%)	من ١١ : ١٥ سنة (%)	من ١٦ سنة فما أكثر(%)	المجموع
مستوى منخفض وتحت المتوسط	17.01	8.17	11.22	8.16	44.56
مستوى متوسط ومرتفع	2.04	6.46	17.35	29.59	55.44
المجموع	**19.05**	**14.63**	**28.57**	**37.75**	**%١٠٠**

يتضح من الجدول السابق (٣٤): وجود علاقة تأثيرية بين مستويات جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة –تبعًا- لفترة الإصابة/ التعايش مع الإعاقة؛ حيث بلغت نسبة أصحاب فترة الإصابة: "من ١: ٥ سنة" في المستوى: "منخفض وتحت المتوسط" ١٧,٠١%، وهي أكبر منها لأصحاب فترة الإصابة: "من ١١: ١٥ سنة" بنسبة ١١,٢٢%، وهى أكبر منها لأصحاب الفترة: "من ٦ : ١٠ سنوات" بنسبة ٨,١٧% ، ثم نسبة ٨,١٦% لأصحاب فترة :" من ١٦ سنة فما فوق"، وذلك على المستوى الإجمالي للعينة.

وجاءت نسبة أصحاب فترة الإصابة: "من ١٦ سنة فما أكثر" " بالمستوى: "متوسط ومرتفع" للمقياس نسبة ٢٩,٥٩%، وهي أكبر منها لأصحاب فترة الإصابة: "من ١١ : ١٥ سنة" بنسبة ١٧,٣٥%، وفي المقابل، وأخيرًا: نسبة ٢,٠٤% لأصحاب فترة الإصابة: "من ١: ٥ سنة"، وذلك على المستوى الإجمالي للعينة، ويمكن توضيح ذلك أكثر من خلال الشكل (١٥) الآتي.



شكل رقم (١٥)

رسم بياني يوضح النسب المئوية لمستويات جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: فترة الإصابة/ التعايش مع الإعاقة

ويتبين من الشكل السابق (١٥) أن: مستوى جودة الحياة لصالح أصحاب فترة الإصابة: "من ١٦ سنة فما أكثر" في المستوى: "متوسط ومرتفع"، ثم أصحاب فترة الإصابة: "من ١١ : ١٥ سنة"، ثم أصحاب فترة الإصابة: "من ٦ : ١٠ سنوات"، وفي المقابل، وأخيرًا: لصالح فترة الإصابة "من ١ : ٥ سنوات" في المستوى: "منخفض، وتحت المتوسط"،

ومن أجل معرفة قوة واتجاه العلاقة بين مستويات جودة الحياة، وفترة الإصابة/ التعايش مع الإعاقة، تم استخدام اختبار كندال تاو (ج) (Kendall's tau-c test)، ونتائجه موضحة في جدول (٣٥) الآتي.

جدول رقم (٣٥)

نتائج اختباري كا٢، وكندال-تاو(ج) لدراسة العلاقة بين مستوى جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: فترة الإصابة/ التعايش مع الإعاقة

الاختبار	قيمة الاختبار	مستوى المعنوية
كا٢	74.695	P < ٠,٠٠٠١
كندال-تاو (ج)	0.397 *	P < ٠,٠٠٠١

*** مستوى الدلالة: (ألفا= ٠,٠١)**

يتضح من الجدول السابق (٣٥): وجود علاقة **(ضعيفة)** ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (ألفا=٠,٠١) بين مستوى جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، ومتغير: فترة الإصابة/ التعايش مع الإعاقة.

ويفسر الباحث هذه العلاقة التأثيرية **(ضعيفة)**، وترتيب مستويات جودة الحياة حسب فترة الإصابة/ التعايش مع الإعاقة؛ حيث حصل أصحاب فترة الإصابة/ التعايش مع الإعاقة: "من ١٦ سنة فما أكثر" على أعلى مستويات جودة الحياة، والأقل منها أصحاب فترة الإصابة: "من١١ : ١٥ سنة"، ثم أصحاب الفترة: "من ٦ : ١٠ سنة"، وأخيرًا: أقل الفترات شعورًا بجودة الحياة الفترة: "من سنة : ٥ سنوات" –بأنها- ناتجة عن تعايش، وتزايد تراضي الشخص ذي الإعاقة مع إعاقته بمرور الزمن/ السنوات، والموائمة معها ومع متطلباتها في حياته اليومية، وإن كانت في سنواتها الأولى تؤثر كثيرًا على جودة حياته –لكن- مع مرور الزمن والتأقلم معها، ولعل توافر بعض من الخدمات التأهيلية، والدعم النفسي والاجتماعي، وتنامي الجانب الديني والقيمي لدي الشخص ذي الإعاقة يجعله أكثر شعورًا بجودة الحياة، وهذا يتفق مع نتائج دراسة تشين وروي (٢٠٠٦) Chen and Roy التي أشارت إلى أن: "مستوى الرضا عن الحياة يتناسب طرديًّا مع السلامة الروحية، والأمل، وتقبل الذات للإعاقة، فقد أظهر المرضى الذين يتمتعون بمستويات أعلى من الأمل مستويات أعلى أيضًا: من السلامة الروحية، وقبول الذات للإعاقة"، وأيضًا: تتفق مع نتائج دراسة محمد (٢٠١٤) التي أكدت على: "وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين جودة الحياة لدى الأطفال الصم، وزمن حدوث الإعاقة"، وأيضًا: نتائج دراسة هامبتون (١٩٩٩) Hampton التي أشارت إلى: "تاريخ بداية الإعاقة ترتبط بصورة دالة بجودة الحياة لدى المعاقين في فئاتهم المختلفة".

٥- ٤) تحليل بيانات الفرض الثاني، وتفسيرها.

من أجل فحص صحة الفرض الصفري الثاني للدراسة: (لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين: (المتغير المستقل/ معيار "الصحة"، والمتغير التابع/ معيار "بعض خصائص الشخصية السوية")، تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد التدريجي (Multiple Regression Step wise) لاستجابات عينة الدراسة (ن= ٢٩٤) من أجل دراسة أثر أبعاد "الصحة"، و"بعض خصائص الشخصية السوية"، وقد نتج عن التحليل وجود ثلاثة نماذج، وتم الأخذ بنتائج النموذج الثالث؛ والذي تحققت معه معايير جودة النموذج، وذلك على النحو الآتي.

أولًا: معامل الارتباط.

جدول رقم (٣٦)

مصفوفة الارتباط بين أبعاد "الصحة"، و"بعض خصائص الشخصية السوية"

المتغيرات		بعض خصائص الشخصية السوية	أبعاد معيار الصحة		
			الصحة البدنية	الصحة العقلية (المعرفية)	الصحة النفسية
بعض خصائص الشخصية السوية		1.000	0.645**	0.377**	0.399**
أبعاد معيار الصحة	الصحة البدنية	0.645**	1.000	0.294**	0.133*
	الصحة العقلية (المعرفية)	0.377**	0.294**	1.000	0.316**
	الصحة النفسية	0.399**	0.133*	0.316**	1.000

*** معنوي عند مستوى دلالة (٠,٠٥)** **** معنوي عند مستوى دلالة (٠,٠١)**

يتضح من الجدول السابق (٣٦): توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد "الصحة"، و"بعض خصائص الشخصية السوية"، وقد تبين أن هناك علاقة ارتباطية معنوية ذات دلالة احصائية

عند مستوى ثقة (٠.99)، وتراوحت قيم الارتباط بين (٠.377، 0.645)، وهى ارتباطات إيجابية بين: (ضعيفة، وجيدة).

ومن ثم فقد تم قبول الفرض القائل بـ (وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين أبعاد "الصحة"، و"بعض خصائص الشخصية السوية").

ثانيًا: معامل الارتباط الكلى – معامل التحديد – جودة المطابقة.

جدول رقم (٣٧)

معايير جودة نموذج انحدار أبعاد "الصحة" على "بعض خصائص الشخصية السوية"

عدد أبعاد معيار الصحة	معامل الارتباط الكلى	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	اختبار ف	المعنوية
3	0.727	0.528	0.523	108.091	P < ٠,٠٠٠١

يتضح من الجدول السابق (٣٧): توجد علاقة الارتباط الكلى بين أبعاد "الصحة"، و"بعض خصائص الشخصية السوية"، وقد تبين أن هناك علاقة ارتباطية معنوية ذات دلالة احصائية عند مستوى ثقة (٠.99)، وقد بلغت قيمة الارتباط (٠.727)، وهو ارتباط: (إيجابي قوي).

ومن ثم فقد تم قبول الفرض القائل بـ (توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين أبعاد "الصحة"، و" بعض خصائص الشخصية السوية").

كما أوضحت النتائج بالجدول السابق (٣٧): أن قيمة معامل التحديد (٠.528) بمعنى أن أبعاد "الصحة" بالنموذج تفسر (52.8%) من أي تغير يطرأ على "بعض خصائص الشخصية السوية"، وهى نسبة تفسير متوسطة تشير إلى مدى قدرة أبعاد "الصحة" على شرح التغيرات؛ التي تطرأ على محور: "بعض خصائص الشخصية السوية"، وأن النسبة غير مفسرة -قد ترجع- إلى عوامل أخرى لم تأخذ في الاعتبار. -إضافة إلى ذلك- نجد أن النموذج معنوي عند مستوى ثقة (٠.99)، ومن ثم فإن النموذج يطابق البيانات بشكل جيد.

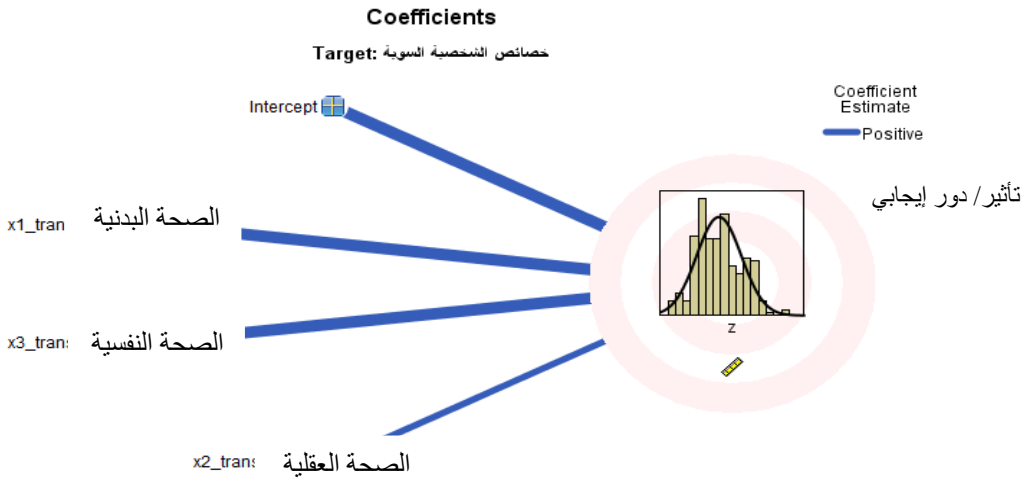
ثالثًا: معاملات نموذج الانحدار.

جدول رقم (٣٨)

معاملات نموذج انحدار أبعاد "الصحة" على "بعض خصائص الشخصية السوية"

النموذج		المعاملات غير المعيارية		المعاملات المعيارية	اختبار ت	المعنوية
		B	الخطأ المعياري	Beta		
الثابت		1.196	0.074		16.169	P < ٠,٠٠٠١
أبعاد معيار الصحة	الصحة البدنية	0.244	0.018	0.572	13.544	P < ٠,٠٠٠١
	الصحة النفسية	0.166	0.025	0.285	6.702	P < ٠,٠٠٠١
	الصحة العقلية (المعرفية)	0.068	0.025	0.119	2.695	0.007

ويتضح من الجدول السابق (٣٨) أن معامل بيتا لأبعاد "الصحة" بالنموذج أقل من مستوى الخطأ (٠.01)، وعليه يتم رفض فرض العدم، وقبول الفرض البديل القائل بأن: هذه المعاملات لها تأثير حقيقي على المتغير التابع "بعض خصائص الشخصية السوية" بمعاملات انحدار معيارية (0.572، 0.285، ٠.119) على التوالي، وهو ما يشير إلى أن أبعاد "الصحة" لها تأثير/ دور إيجابي في –رفع- قيمة "بعض خصائص الشخصية السوية"، ونتأكد من هذا بالإطلاع على الشكل (١٦) الآتي.



شكل رقم (١٦)

اتجاه التأثير لمعاملات نموذج "بعض خصائص الشخصية السوية"

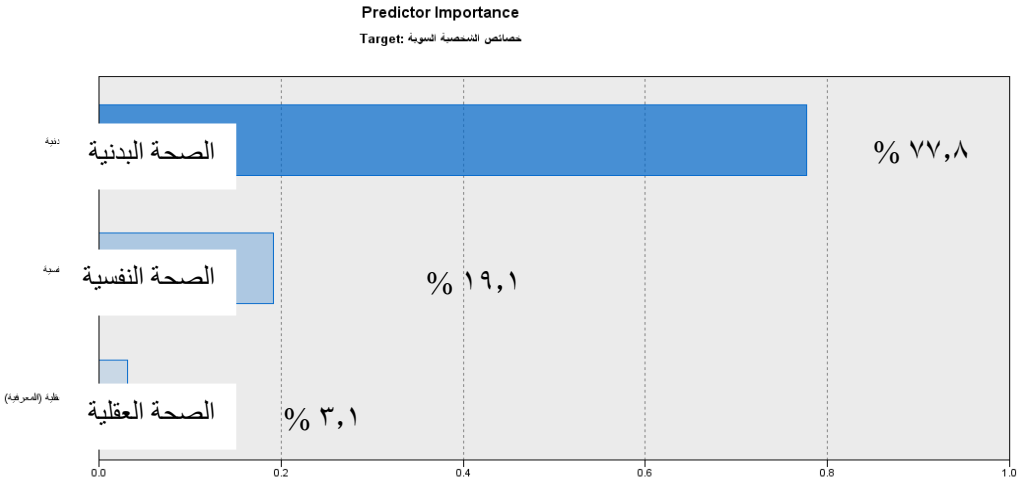
رابعًا: معادلة نموذج الانحدار.

"بعض خصائص الشخصية السوية" = 1.140 + 0.244(الصحة البدنية) + 0.166(الصحة النفسية) + 0.068(الصحة العقلية)

ومن المعادلة السابقة نستنتج: أنه كلما زادت مستويات "الصحة البدنية" بمقدار وحدة واحدة –ارتفع- معها "بعض خصائص الشخصية السوية" بمقدار (0.244) بأهمية نسبية بلغت 77.8%، ومعادلة حساب الأهمية النسبية على النحو الآتي.

$$\text{الأهمية النسبية} = \frac{\text{متوسط مربعات المتغير}}{\text{مجموع المربعات الكلية للمتغيرات}}$$

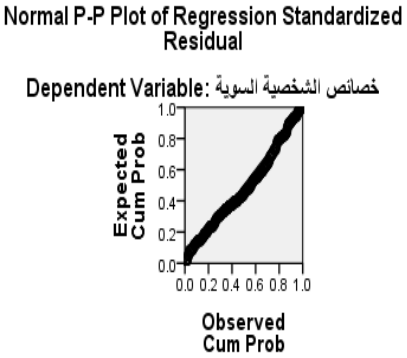
وأيضًا: كلما زاد مستوى "الصحة النفسية" بمقدار وحدة واحدة –ارتفع- معها "بعض خصائص الشخصية السوية" بمقدار (٠.166) بأهمية نسبية بلغت 19.1%، كما أنه بزيادة مستويات "الصحة العقلية" بمقدار وحدة واحدة ترتفع معها "بعض خصائص الشخصية السوية" بمقدار ٠.068 كما بلغت الاهمية النسبية 3.1%، ويتضح كل ذلك بالشكل (١٧) الآتي.



شكل رقم (١٧)

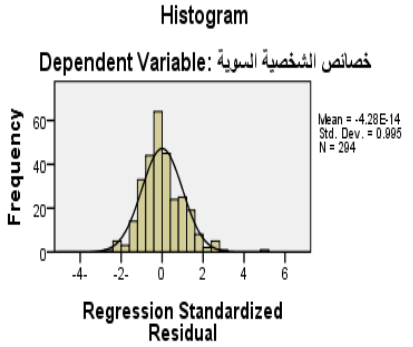
الأهمية النسبية لأبعاد "الصحة" على "بعض خصائص الشخصية السوية"

وأيضًا: يتضح من الأشكال الآتية: أن أخطاء النموذج تتبع التوزيع الطبيعي (أ). كما أن البيانات خطية، وهناك تماثل بين القيم الفعلية، والقيم المقدرة لـ "بعض خصائص الشخصية السوية"، ومن ثم فقد تحققت معايير جودة النموذج.



شكل رقم (١٨)

التوزيع الطبيعي (أ) لخطأ النموذج
"بعض خصائص الشخصية السوية"



شكل رقم (١٩)

خطية البيانات
"بعض خصائص الشخصية السوية"

٥- ٥) تحليل بيانات الفرض الثالث، وتفسيرها.

من أجل فحص صحة الفرض الصفري الثالث للدراسة: (لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين: المتغير المستقل/ معيار "الصحة"، والمتغير الوسيط/ المعيار "الخارجي")، تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد التدريجي (Multiple Regression Step wise) لاستجابات عينة الدراسة (ن= ٢٩٤) من أجل دراسة أثر أبعاد "الصحة" على: "المعيار الخارجي"، وقد نتج عن التحليل وجود نموذجين، وقد تم الاخذ بنتائج النموذج الثاني الذي تحققت معه معايير جودة النموذج، وهو على النحو الآتي.

أولًا: معامل الارتباط.

جدول رقم (٣٩)

مصفوفة الارتباط بين أبعاد "الصحة"، و"المعيار الخارجي"

المتغيرات		المعيار الخارجي	أبعاد معيار الصحة		
			الصحة البدنية	الصحة العقلية (المعرفية)	الصحة النفسية
المعيار الخارجي		1.000	0.700**	0.609**	0.273**
أبعاد معيار الصحة	الصحة البدنية	0.700**	1.000	0.294**	0.133*
	الصحة العقلية (المعرفية)	0.609**	0.294**	1.000	0.316**
	الصحة النفسية	0.273**	0.133*	0.316**	1.000

*** معنوي عند مستوى دلالة (٠,٠٥)** **** معنوي عند مستوى دلالة (٠,٠١)**

يتضح من الجدول السابق (٣٩): وجود علاقة ارتباطية بين أبعاد "الصحة"، و"المعيار الخارجي"، وقد تبين أن هناك علاقة ارتباط معنوي ذات دلالة احصائية عند

مستوى ثقة (٠.99) تراوحت قيم الارتباط (٠.273، 0.700)، وهى ارتباطات ايجابية بين: (ضعيفة، وقوية).

ومن ثم فقد تم قبول الفرض القائل بـ (توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين أبعاد "الصحة"، و"المعيار الخارجي").

ثانيًا: معامل الارتباط الكلى – معامل التحديد – جودة المطابقة.

جدول رقم (٤٠)

معايير جودة نموذج انحدار أبعاد "الصحة" على "المعيار الخارجي"

عدد أبعاد معيار الصحة	معامل الارتباط الكلى	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	اختبار ف	المعنوية
2	٠.818	0.669	0.666	293.542	P < ٠,٠٠٠١

يتضح من الجدول السابق (٤٠): وجود علاقة الارتباط الكلى بين أبعاد "الصحة"، و"المعيار الخارجي"، وقد تبين: أن هناك علاقة ارتباط معنوي ذات دلالة احصائية عند مستوى ثقة (0.99)، وقد بلغت قيمة الارتباط (0.818)، وهو ارتباط: (إيجابي قوى جدًا).

ومن ثم فقد تم قبول الفرض القائل بـــ (توجد علاقة ارتباط ذات دلالة احصائية بين أبعاد "الصحة"، و"المعيار الخارجي").

كما أوضحت النتائج أن قيمة معامل التحديد (0.669) بمعنى أن أبعاد "الصحة" بالنموذج تفسر (66.9%) من أي تغير يطرأ على "المعيار الخارجي"، وهى نسبة تفسير قوية تشير إلى مدى قدرة أبعاد "الصحة" على شرح التغيرات؛ التي تطرأ على محور "المعيار الخارجي"، وأن النسبة غير مفسرة قد ترجع إلى عوامل أخرى لم تأخذ في الاعتبار -إضافة إلى- ذلك نجد أن النموذج معنوي عند مستوى ثقة (٠.99)، ومن ثم فإن النموذج يطابق البيانات بشكل جيد.

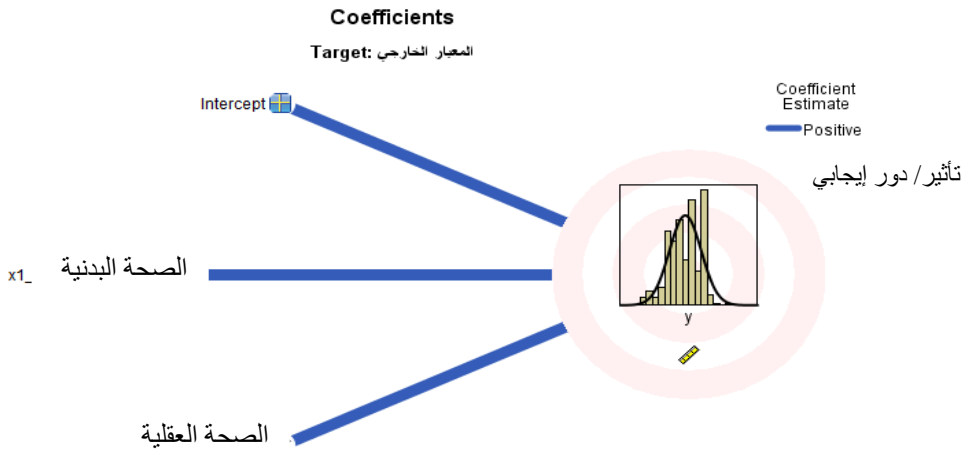
ثالثًا: معاملات نموذج الانحدار.

جدول رقم (٤١)

معاملات نموذج انحدار أبعاد "الصحة" على "المعيار الخارجي"

النموذج		المعاملات غير المعيارية		المعاملات المعيارية	اختبار ت	المعنوية
		B	الخطأ المعياري	Beta		
الثابت		1.140	0.057		20.038	P < ٠,٠٠٠١
أبعاد معيار الصحة	الصحة البدنية	0.259	0.016	0.570	16.155	P < ٠,٠٠٠١
	الصحة العقلية (المعرفية)	0.270	0.022	0.442	12.509	P < ٠,٠٠٠١

يتضح من الجدول السابق (٤١): أن معامل بيتا لأبعاد "الصحة" بالنموذج أقل من مستوى الخطأ (٠.01)، وعليه يتم رفض فرض العدم، وقبول الفرض البديل القائل بأن: هذه المعاملات لها تأثير حقيقي على المتغير التابع (المعيار الخارجي) بمعاملات انحدار معيارية (0.570، 0.442) على التوالي – ما عدا- بُعد "الصحة النفسية" ليس له تأثير (غير معنوي)، وهو ما يشير إلى أن أبعاد "الصحة" لها تأثير/دور إيجابي في رفع قيمة "المعيار الخارجي"، ونتأكد من هذا بالإطلاع على الشكل (٢٠) الآتي.



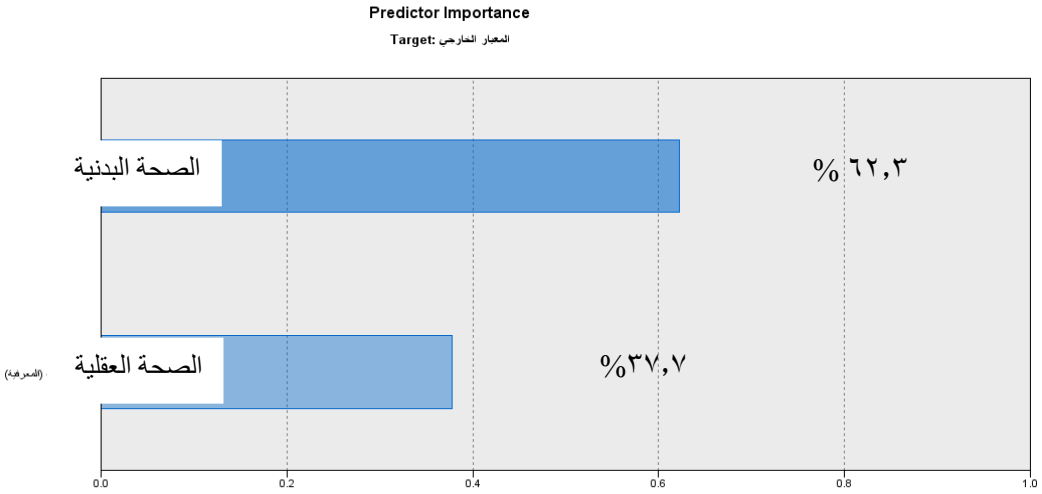
شكل رقم (٢٠)

اتجاه التأثير لمعاملات نموذج "المعيار الخارجي"

رابعًا : معادلة نموذج الانحدار.

"المعيار الخارجي" = 1.140 + 0.259(الصحة البدنية) + ٠.270(الصحة العقلية)

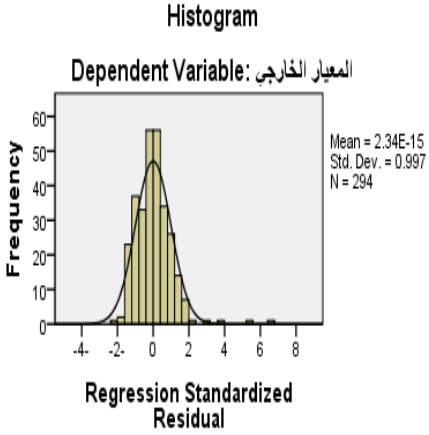
ومن المعادلة السابقة نستنتج: أنه كلما زادت مستويات "الصحة البدنية" بمقدار وحدة واحدة –ارتفع- معها "المعيار الخارجي" بمقدار (٠.259) بأهمية نسبية بلغت 62.3%، وأيضًا: كلما زادت مستوى "الصحة العقلية" بمقدار وحدة واحدة –ارتفع- معها "المعيار الخارجي" بمقدار (٠.270) بأهمية نسبية بلغت 37.7%، ويتضح كل ذلك بالشكل (٢١) الآتي.



شكل رقم (٢١)

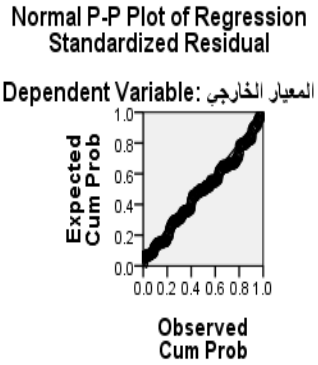
الأهمية النسبية لأبعاد "الصحة" على "المعيار الخارجي"

وأيضًا: يتضح من الأشكال الآتية: أن أخطاء النموذج تتبع التوزيع الطبيعي (ب)، كما أن البيانات خطية، وهناك تماثل بين القيم الفعلية، والقيم المقدرة للـ "المعيار الخارجي"، ومن ثم فقد تحققت معايير جودة النموذج.



شكل رقم (٢٢)

التوزيع الطبيعي (ب) لخطأ النموذج "المعيار الخارجي"



شكل رقم (٢٣)

خطية البيانات "المعيار الخارجي"

٥- ٦) تحليل بيانات الفرض الرابع، وتفسيرها.

من أجل فحص صحة الفرض الصفري الرابع للدراسة: (لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين: المتغير الوسيط/ المعيار "الخارجي"، والمتغير التابع/ معيار "بعض خصائص الشخصية السوية")، تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد التدريجي (Multiple Regression Step wise) لاستجابات عينة الدراسة (ن= ٢٩٤) من أجل دراسة أثر أبعاد "المعيار الخارجي"، و"بعض خصائص الشخصية السوية"، وقد نتج عن التحليل وجود أربعة نماذج، وتم الاخذ بنتائج النموذج الرابع، والذي تحققت معه معايير جودة النموذج، وهى على النحو الآتي.

أولًا: معامل الارتباط.

جدول رقم (٤٢)

مصفوفة الارتباط بين أبعاد "المعيار الخارجي"، و"بعض خصائص الشخصية السوية"

المتغيرات		خصائص الشخصية السوية	أبعاد المعيار الخارجي				
			الانتماء	العمل	المهارات الاجتماعية	المساندة الاجتماعية	المكانة الاجتماعية	القيم الخلقية والدينية والاجتماعية والحقوق
خصائص الشخصية السوية		1.000	0.395**	0.317**	0.110*	0.012	0.548**	0.561**
أبعاد المعيار الخارجي	الانتماء	0.395**	1.000	0.316 **	0.140**	0.113 *	0.286 **	0.190**
	العمل	0.317**	0.316**	1.000	0.482 **	-0.082	0.107*	0.198**
	المهارات الاجتماعية	0.110*	0.140**	0.482**	1.000	0.140**	-0.022	0.090

	المساندة الاجتماعية	0.012	0.113*	-0.082	0.140**	1.000	0.146**	-0.065
	المكانة الاجتماعية	0.548**	0.286**	0.107*	-0.022	0.146**	1.000	-0.106*
	القيم الخلقية والدينية والاجتماعية والحقوق	0.561**	0.190**	0.198**	0.090	-0.065	-0.106*	1.000

*** معنوي عند مستوى دلالة (٠,٠٥)** **** معنوي عند مستوى دلالة (٠,٠١)**

يتضح من الجدول السابق (٤٢): وجود علاقة ارتباطية بين أبعاد "المعيار الخارجي"، و"بعض خصائص الشخصية السوية"، وقد تبين: أن هناك علاقة ارتباطية معنوية ذات دلالة احصائية عند مستوى ثقة (0.99) تراوحت قيم الارتباط (٠.012، 0.561)، وهى ارتباطات ايجابية بين: (ضعيفة، ومتوسطة).

ومن ثم فقد تم قبول الفرض القائل بـ (توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين أبعاد "المعيار الخارجي"، و"بعض خصائص الشخصية السوية").

ثانيًا: معامل الارتباط الكلى – معامل التحديد – جودة المطابقة.

جدول رقم (٤٣)

معايير جودة نموذج انحدار أبعاد "المعيار الخارجي" على "بعض خصائص الشخصية السوية"

عدد أبعاد المعيار الخارجي	معامل الارتباط الكلى	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	اختبار ف	المعنوية
4	0.843	0.711	0.707	178.114	P < ٠,٠٠٠١

يتضح من الجدول السابق (٤٣): وجود علاقة الارتباط الكلى بين أبعاد "المعيار الخارجي"، و"بعض خصائص الشخصية السوية"، وقد تبين: أن هناك علاقة ارتباطية معنوية ذات دلالة احصائية عند مستوى ثقة (0.99)، وقد بلغت قيمة الارتباط (٠.843)، وهو ارتباط: (إيجابي قوى).

ومن ثم فقد تم قبول الفرض القائل بـ (توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين أبعاد "المعيار الخارجي"، و"بعض خصائص الشخصية السوية").

كما أوضحت النتائج أن قيمة معامل التحديد (0.711) بمعنى أن أبعاد "المعيار الخارجي" بالنموذج تفسر (71.1%) من أن أي تغير يطرأ على "بعض خصائص الشخصية السوية"، وهى نسبة تفسير جيدة تشير إلى مدى قدرة أبعاد "المعيار الخارجي" على شرح التغيرات؛ التي تطرأ على محور "بعض خصائص الشخصية السوية"، وأن النسبة غير مفسرة -قد ترجع- الى عوامل أخرى لم تأخذ في الاعتبار. -إضافة إلى ذلك- نجد أن النموذج المعنوي عند مستوى ثقة (٠.99)، ومن ثم فإن النموذج يطابق البيانات بشكل جيد.

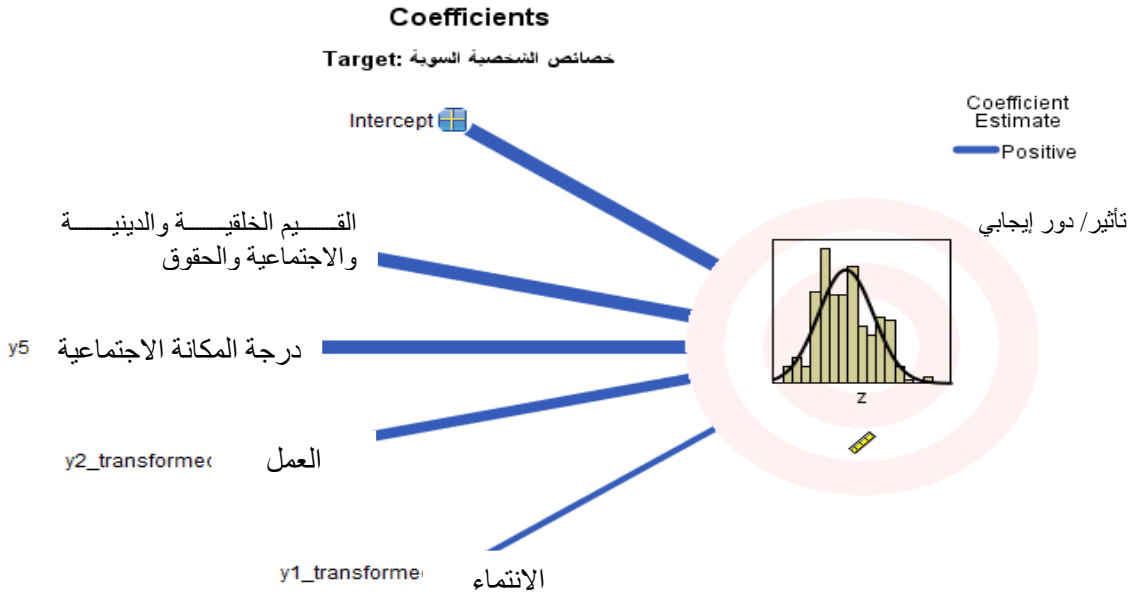
ثالثًا: معاملات نموذج الانحدار.

جدول رقم (٤٤)

معاملات نموذج انحدار أبعاد "المعيار الخارجي" على "بعض خصائص الشخصية السوية"

النموذج		المعاملات غير المعيارية		المعاملات المعيارية	اختبار ت	المعنوية
		B	الخطأ المعياري	Beta		
الثابت		1.155	0.058		19.993	P < ٠,٠٠٠١
أبعاد المعيار الخارجي	القيم الخلقية والدينية والاجتماعية والحقوق	0.165	0.009	0.584	17.656	P < ٠,٠٠٠١
	المكانة الاجتماعية	0.214	0.013	0.574	17.133	P < ٠,٠٠٠١
	العمل	0.065	0.019	0.114	3.378	0.001
	الانتماء	0.047	0.020	0.084	2.377	0.018

يتضح من الجدول السابق (٤٤) أن معامل بيتا لأبعاد "المعيار الخارجي" بالنموذج أقل من مستوى الخطأ (0.01) –عدا- الانتماء فقد بلغت معنوية معامل بيتا 0.018، وهى أقل من مستوى المعنوية ٥%، وعليه يتم رفض فرض العدم، وقبول الفرض البديل القائل بأن: (هذه المعاملات لها تأثير حقيقي على المتغير التابع "بعض خصائص الشخصية السوية" بمعاملات انحدار معيارية (٠.584، ٠.574، ٠.114، 0.084) على التوالي، وهو ما يشير إلى أن أبعاد "المعيار الخارجي" لها تأثير/ دور ايجابي في رفع قيمة "بعض خصائص الشخصية السوية"، ونتأكد من هذا بالإطلاع على الشكل (٢٤) الآتي.



شكل رقم (٢٤)

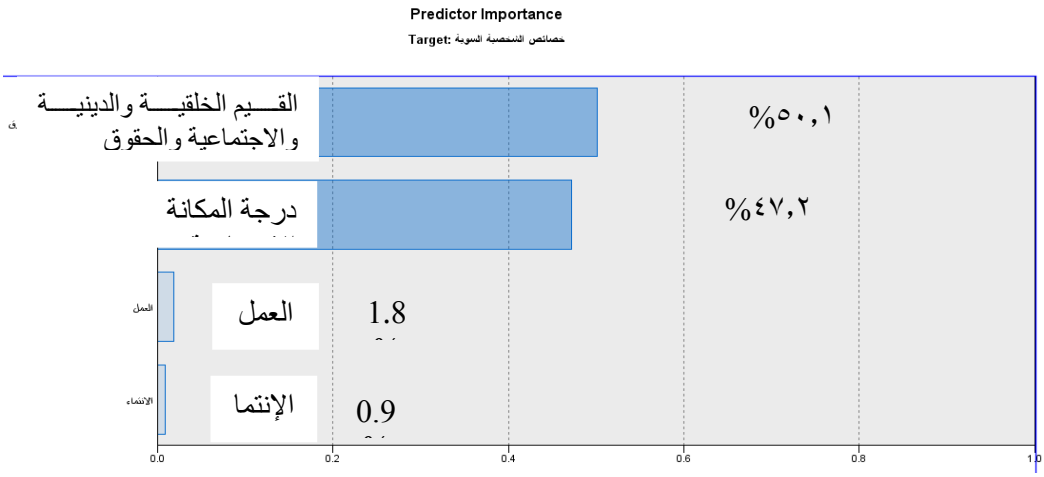
اتجاه التأثير لمعاملات نموذج "المعيار الخارجي" على "بعض خصائص الشخصية السوية"

رابعًا: معادلة نموذج الانحدار.

خصائص الشخصية السوية = 1.155 + 0.165 (القيم الخلقية والدينية والاجتماعية والحقوق) + ٠.214 (المكانة الاجتماعية) + ٠.065 (العمل) + ٠.047 (الانتماء)

ومن المعادلة السابقة نستنتج: أنه كلما زادت مستويات "القيم الخلقية والدينية والاجتماعية والحقوق" بمقدار وحدة واحدة –ارتفعت- معها "بعض خصائص الشخصية السوية" بمقدار (٠.165) بأهمية نسبية بلغت 50.1%، وأيضًا: كلما زادت "درجة المكانة الاجتماعية" بمقدار وحدة واحدة –ارتفعت- معها " بعض خصائص الشخصية السوية" بمقدار (٠.214) بأهمية نسبية بلغت 47.2%.

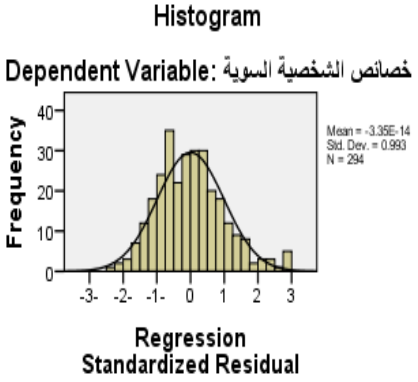
كما أنه بزيادة مستويات "العمل" بمقدار وحدة واحدة –ترتفع- معها "بعض خصائص الشخصية السوية" بمقدار0.065. كما بلغت الأهمية النسبية 1.8%، وفى المرتبة الأخيرة من حيث التأثير جاء محور "الانتماء" بأهمية نسبية ٠,٩%، ويتضح كل ذلك بالشكل (٢٥) الآتي.



شكل رقم (٢٥)

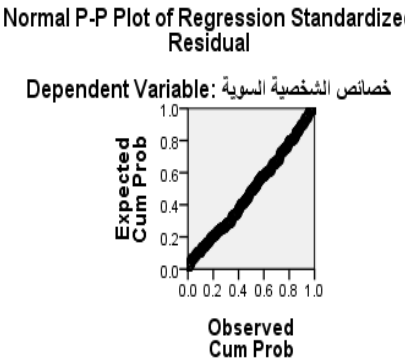
الأهمية النسبية لأبعاد "المعيار الخارجي" على "بعض خصائص الشخصية السوية"

وأيضًا: يتضح من الأشكال الآتية: أن أخطاء النموذج تتبع التوزيع الطبيعي (ج). كما أن البيانات خطية، وهناك تماثل بين: القيم الفعلية، والقيم المقدرة لـ "بعض خصائص الشخصية السوية"، ومن ثم فقد تحققت معايير جودة النموذج.



شكل رقم (٢٦)

التوزيع الطبيعي (ج) لخطأ النموذج "بعض خصائص الشخصية السوية"



شكل رقم (٢٧)

خطية البيانات "بعض خصائص الشخصية السوية"

٥- ٧) تحليل بيانات الفرض الخامس، وتفسيرها.

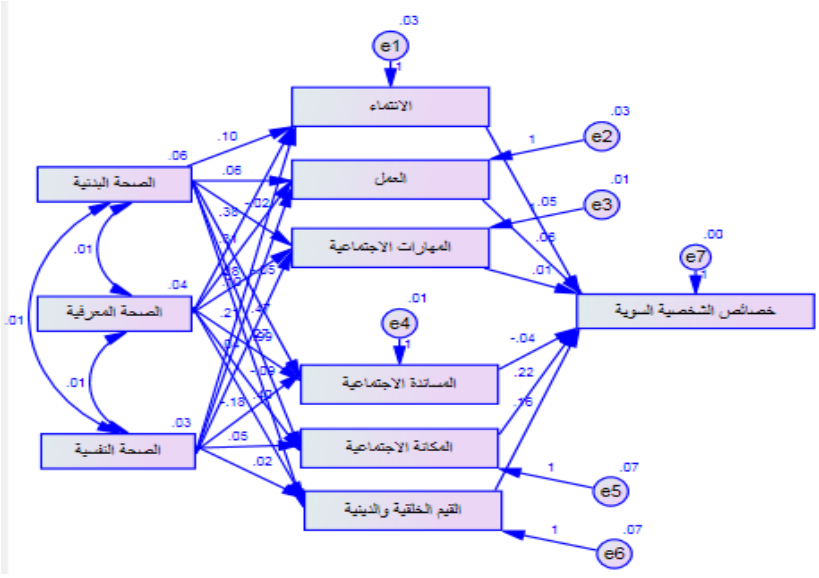
يود الباحث هنا الإشارة إلى تقسيم المتغيرات لهذا الفرض، وهى على النحو الآتي:

أ- متغيرات داخلية مشاهدة (Observed Endogenous Variables): وتشمل المتغير التابعة (المعيار الخارجي، خصائص الشخصية السوية).

ب- متغيرات خارجية مشاهدة (Observed Exogenous Variables): وتشمل أبعاد المتغيرات المستقلة لأبعاد الصحة: (الصحة البدنية، الصحة العقلية، الصحة النفسية).

ج- متغيرات داخلية غير مشاهدة (Unobserved Exogenous Variables): وتشمل أخطاء القياس للمتغيرات التابعة المتعلقة بكلًا من: (المعيار الخارجي، خصائص الشخصية السوية).

ومن أجل فحص صحة الفرض الصفري الخامس للدراسة: (لا يوجد أثر لمتغير الوسيط/ المعيار "الخارجي") على العلاقة بين: المتغير المستقل/ معيار "الصحة"، والمتغير التابع/ معيار "بعض خصائص الشخصية السوية")، تم استخدام تحليل الانحدار المسارات (Path Analysis) لاستجابات عينة الدراسة (ن= ٢٩٤) من أجل اختبار أثر "الصحة" على "بعض خصائص الشخصية السوية" في ظل وجود "المعيار الخارجي" من خلال إطار مقترح بالشكل (٢٨) الآتي.



شكل رقم (٢٨)
النموذج المقترح

وقد أوضحت نتائج النموذج الافتراضي السابق شكل (٢٨): أن المسارات المعنوية منها، وغير المعنوية، وترتب على ذلك عدم تحقق معايير جودة النموذج، فكان لابد من استبعاد المسارات غير المعنوية، والجدول الآتي يوضح المسارات المختلفة بعد –استبعاد- المسارات غير المعنوية، ثم إعادة البحث في معايير الجودة.

جدول رقم (٤٥)

تقديرات معاملات النموذج الهيكلي المعدل

أبعاد المقياس (ب)	التأثير المعياري الكلى						
	القيم الخلقية والدينية والاجتماعية والحقوق	المكانة الاجتماعية	العمل	الانتماء	خصائص الشخصية السوية	المهارات الاجتماعية	المساندة الاجتماعية
الصحة النفسية	0.000	0.000	0.180 ***	0.096 *	0.257 ***	0.000	0.278 ***
الصحة العقلية (المعرفية)	0.178 ***	0.000	0.310 ***	0.369 ***	0.137 ***	0.444 ***	0.432 ***
الصحة البدنية	0.661***	0.398 ***	0.101 **	0.138 **	0.615 ***	0.000	0.110 **
القيم الخلقية والدينية والاجتماعية والحقوق	0.000	0.000	0.000	0.000	0.565 ***	0.000	0.000
المكانة الاجتماعية	0.000	0.000	0.000	0.000	0.575 ***	0.000	0.000
العمل	0.000	0.000	0.000	0.000	0.054 *	0.000	0.000
الانتماء	0.000	0.000	0.000	0.000	0.052 *	0.000	0.000
	التأثير المعياري المباشر						
الصحة النفسية	0.000	0.000	0.180 ***	0.096 *	0.257 ***	0.000	0.278 ***
الصحة العقلية المعرفية)	0.178 ***	0.000	0.310 ***	0.369 ***	0.137 ***	0.444 ***	0.432 ***
الصحة البدنية	0.661***	0.398 ***	0.101 **	0.138 **	0.615 ***	0.000	0.110 **

القيم الخلقية والدينية والاجتماعية والحقوق	0.000	0.000	0.000	0.000	0.565 ***	0.000	0.000
المكانة الاجتماعية	0.000	0.000	0.000	0.000	0.575 ***	0.000	0.000
العمل	0.000	0.000	0.000	0.000	0.054 *	0.000	0.000
الانتماء	0.000	0.000	0.000	0.000	0.052 *	0.000	0.000
التأثير المعياري غير المباشر							
الصحة النفسية	0.000	0.000	0.000	0.000	0.015	0.000	0.000
الصحة العقلية (المعرفية)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.137	0.000	0.000
الصحة البدنية	0.000	0.000	0.000	0.000	0.615	0.000	0.000
القيم الخلقية والدينية والاجتماعية والحقوق	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
المكانة الاجتماعية	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
العمل	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
الانتماء	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

*** معنوي عند مستوى دلالة (٠,١) ** عند مستوى دلالة (٠,٠٥) *** معنوي عند مستوى دلالة (٠,٠١)**

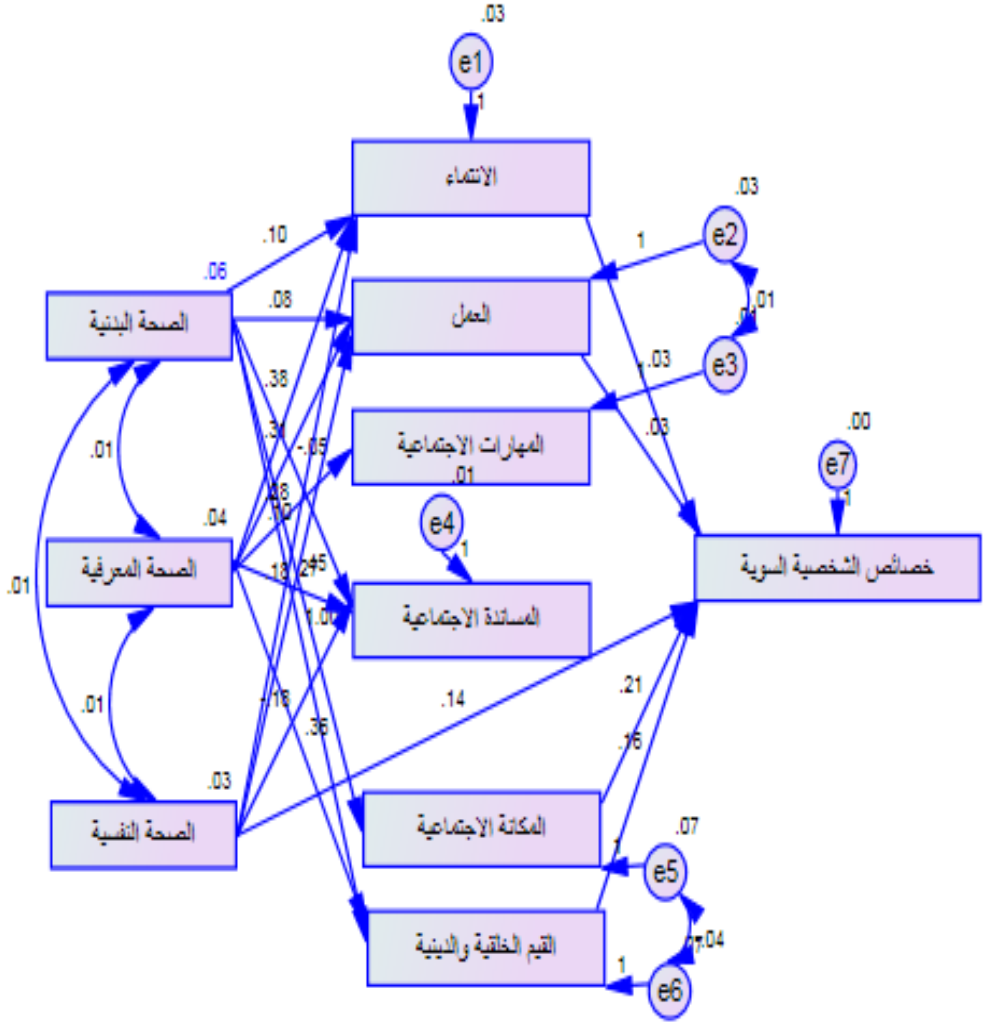
نستنتج من الجدول السابق (٤٥) الآتي:

- يوجد تأثير مباشر إيجابي لكلًا من: (الصحة العقلية (المعرفية)، الصحة البدنية) على "القيم الخلقية والدينية والاجتماعية والحقوق" عند مستوى ثقة (0.99) بمعلمة تقدير معياري (0.178، 0.661)، كما بلغت القدرة التفسيرية لهذه المتغيرات 0.539 بمعنى أنها تفسر 53.9% من التغيرات؛ التي تطرأ على "القيم الخلقية والدينية والاجتماعية والحقوق"، وهى نسبة تفسير متوسطة.
- يوجد تأثير مباشر إيجابي لكلًا من: (الصحة البدنية) على "المكانة الاجتماعية" عند مستوى ثقة (0.99) بمعلمة تقدير معياري (0.398). كما بلغت القدرة التفسيرية لهذه

المتغيرات 0.158 بمعنى أنها تفسر 15.8% من التغيرات؛ التي تطرأ على "المكانة الاجتماعية"، وهى نسبة تفسير متوسطة.

- يوجد تأثير مباشر إيجابي لكلًا من: (الصحة النفسية، الصحة العقلية (المعرفية)، الصحة البدنية) على "العمل" عند مستوى ثقة (٠.95) بمعلمة تقدير معياري (0.180، 0.310، 0.101) كما بلغت القدرة التفسيرية لهذه المتغيرات 0.197 بمعنى أنها تفسر 19.7% من التغيرات؛ التي تطرأ على "العمل"، وهى نسبة تفسير ضعيفة.
- يوجد تأثير مباشر إيجابي لكلًا من: (الصحة النفسية، الصحة العقلية (المعرفية)، الصحة البدنية) على "الانتماء" عند مستوى ثقة (٠.99) بمعلمة تقدير معياري (٠.096، ٠.369، 0.138) كما بلغت القدرة التفسيرية لهذه المتغيرات 0.220 بمعنى أنها تفسر 22.0% من التغيرات؛ التي تطرأ على "الانتماء"، وهى نسبة تفسير ضعيفة.
- يوجد تأثير مباشر إيجابي لكلًا من: (الصحة النفسية، الصحة العقلية (المعرفية)، الصحة البدنية، القيم الخلقية والدينية والاجتماعية والحقوق، المكانة الاجتماعية، العمل، الانتماء) على "بعض خصائص الشخصية السوية" عند مستوى ثقة (٠.95) بمعلمة تقدير معياري (0.257، ٠.135، 0.615، 0.565، 0.575، 0.054). كما بلغت القدرة التفسيرية لهذه المتغيرات 0.759 بمعنى أنها تفسر 75.9% من التغيرات؛ التي تطرأ على "بعض خصائص الشخصية السوية"، وهى نسبة تفسير مرتفعة.
- يوجد تأثير مباشر إيجابي لكلًا من: (الصحة العقلية (المعرفية)) على "المهارات الاجتماعية" عند مستوى ثقة (0.95) بمعلمة تقدير معياري (0.444). كما بلغت القدرة التفسيرية لهذه المتغيرات 0.197 بمعنى أنها تفسر 19.7% من التغيرات؛ التي تطرأ على "المهارات الاجتماعية"، وهى نسبة تفسير ضعيفة.
- يوجد تأثير مباشر ايجابي لكلًا من: (الصحة النفسية، الصحة العقلية (المعرفية)، الصحة البدنية) على "المساندة الاجتماعية" عند مستوى ثقة (0.95) بمعلمة تقدير معياري (0.278، 0.432، 0.110). كما بلغت القدرة التفسيرية لهذه المتغيرات 0.180 بمعنى أنها تفسر 18.0% من التغيرات؛ التي تطرأ على "المساندة الاجتماعية"، وهى نسبة تفسير ضعيفة.
- يوجد تأثير غير مباشر إيجابي لكلًا من: (الصحة النفسية، الصحة العقلية (المعرفية)، الصحة البدنية) على "بعض خصائص الشخصية السوية" عند مستوى ثقة (0.95) بمعلمة تقدير معياري (0.015، 0.137، ٠.615).

وبناءًا على النتائج السابقة يقترح الباحث النموذج الآتي.



شكل رقم (٢٩)

النموذج المقترح بعد التعديل

ومن أجل التأكد من جودة هذا النموذج المقترح بعد التعديل شكل (٢٩)، قام الباحث بمراجعة معايير تقييم جودة توفيق النموذج الهيكلي، ومنها المؤشر الآتي:

- **مؤشر (χ^2) المعياري (Normed Chi-Square).**

وهو عبارة عن النسبة بين قيمة χ^2 إلى درجات الحرية df، علمًا بأن حدٍ القبول لهذا المؤشر أقل من القيمة (٥) ليدل على إمكانية مطابقة النموذج الفعلي للنموذج المقدر، أما إذا كانت قيمة ذلك المؤشر أقل من القيمة (٢) دل ذلك على أن النموذج المقدر مطابق تمامًا للبيانات المشاهدة. ومن الممكن استخدام مستوى المعنوية المصاحب لاختبار χ^2 كمقياس لجودة التوفيق على اساس ما إذا كان مستوى المعنوية أكبر من (٠,٠٥) ليدل ذلك على قبول فرض العدم القائل بمطابقة النموذج الفعلي للبيانات للنموذج المقدر، وهنا لا يمكن الجزم بمعنوية معاملات المسار في النموذج المقترح النهائي شكل (٢٩) –حتى- يتسنى التحقق من جودة التوفيق الكلية للنموذج كما بالجدول رقم (٤٦) الآتي.

جدول رقم (٤٦)

معيار تقييم جودة توفيق النموذج للاطار المقترح

م	المؤشرات	القيمة
1	كا٢ المعياري	٣,٥٥١

ويتضح من الجدول السابق (٤٦) الآتي:

- حد القبول مؤشر كا٢ المعياري -ألا يزيد- عن ٥,٠٠، قد بلغت قيمة المؤشر هنا ٣,٥٥١، أي أنها ضمن الحد المقبول.

ومع تحقق مؤشر كا٢ المعياري الدال على الجودة -دل ذلك- على جودة توفيق النموذج الكلى.

ومن ثم فقد اجتاز النموذج كافة معايير الحكم على جودة النموذج، ومن ثم فقد تم التحقق من: (وجود أثر لـ "المعيار الخارجي" على العلاقة بين أبعاد "الصحة"، و"بعض خصائص الشخصية السوية").

٥- ٨) تحليل إجابات السؤال السابع، وتفسيرها.

قام الباحث بتفريغ، وإعادة صياغة إجابات عينة الدراسة (ن=٢٩٤) عن الجزء الثاني من أداة الدراسة، وهو: السؤال المفتوح للدراسة ***"من وجهة نظرك. ما المعوقات / التحديات التي تحد من جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة بمدينة / مركز قنا؟"***، وقام الباحث أيضًا: بتقسيم الإجابات إلى سبعة عناصر/ مجالات رئيسة حسب تكرار إجابات العينة، وهى: (ذات الصلة بسياسات واستراتيجيات الإعاقة، ذات الصلة بالخدمات الصحية، ذات الصلة بالخدمات التعليمية، ذات الصلة بخدمات كسب العيش والعمل والتمكين الاقتصادي، ذات الصلة بالخدمات والحياة الاجتماعية، ذات الصلة بالتمكين الاجتماعي والسياسي، ذات الصلة بالبنية التحتية والمرافق ووسائل النقل والاتصالات، ... وغيرها)، وخلصت الإجابات إلى ما هو موضح بالجدول الآتي.

جدول رقم (٤٧)

التوزيع التكراري لإجابات عينة الدراسة عن السؤال المفتوح للدراسة (ن=٢٩٤)

المعوقات / التحديات الرئيسة	التكرار	النسبة من العينة %
ذات الصلة بالبنية التحتية والمرافق ووسائل النقل والاتصالات	٢٣٤	٧٩,٦
ذات الصلة بالخدمات الصحية	٢٢٦	٧٦,٩
ذات الصلة بخدمات كسب العيش والعمل، والتمكين الاقتصادي	٢١٩	٧٤,٥
ذات الصلة بالخدمات التعليمية	٢١٥	٧٣,١
ذات الصلة بالخدمات والحياة الاجتماعية	١٩٧	٦٧,٠
ذات الصلة بالتمكين الاجتماعي والسياسي	١٨٦	٦٣,٣
ذات الصلة بسياسات واستراتيجيات الإعاقة	١٧٦	٥٩,٩
غيرها	١٠٤	٣٥,٤

ويتضح من الجدول السابق (٤٧): أن المعوقات/ التحديات الرئيسة "ذات الصلة بالبنية التحتية والمرافق ووسائل النقل والاتصالات" سجلت أعلى نسبة ٧٩,٦% من الإجابات، وذلك على المستوى الإجمالي للعينة، وهي أكبر منها لـ "ذات الصلة بالخدمات الصحية" بنسبة بلغت ٧٦,٩%، ثم "ذات الصلة بخدمات كسب العيش والعمل والتمكين الاقتصادي" بنسبة ٧٤,٥%، ثم "ذات الصلة بالخدمات التعليمية" بنسبة ٧٣,١%، ثم "ذات الصلة بالخدمات والحياة الاجتماعية" بنسبة ٦٧%، ثم "ذات الصلة بالتمكين الاجتماعي والسياسي" بنسبة ٦٣,٣%، ثم "ذات الصلة بسياسات واستراتيجيات الإعاقة" بنسبة ٥٩,٩%، وأخيرًا: "غيرها" بنسبة ٣٥,٤%، ويمكن توضيح ذلك من خلال الشكل (٣٠) الآتي.

شكل رقم (٣٠)

رسم بياني يوضح التوزيع التكراري لإجابات عينة الدراسة عن السؤال المفتوح للدراسة

وحرصًا من الباحث على الأمانة العلمية، وضرورة التوثيق لإجابات عينة الدراسة عن السؤال المفتوح، ومحافظة منه على الجهد المبذول، وإمكانية استفادة الباحثين من هذه الدراسة، والرجوع إليها بعد ذلك، فقد تم تلخيص إجابات عينة الدراسة (ن=٢٩٤)، وتم وضعها في ملحق رقم (٦).

ويرى الباحث هنا أن حصول المعوقات/ التحديات "ذات الصلة بالبنية التحتية والمرافق ووسائل النقل والاتصالات" على المركز الأول -أمرًا- بديهيًّا نظرًا لصعوبة ظروف الحياة العصرية اليومية التي يعيشها الأشخاص ذوي الإعاقة، والتي تتطلب منهم ضرورة التنقل الشخصي لقضاء الاحتياجات البيولوجية الأساسية، والمعيشية، والاجتماعية، والتعليمية، والاقتصادية،... وغيرها، والأشخاص ذوي الإعاقة هنا يعبرون عن أكبر المعوقات/ التحديات/ حواجز المشاركة المجتمعية، والتي تحرمهم من جودة الحياة بقدر كبير.

ويرى الباحث أنه من الطبيعي أن تكون المعوقات/ التحديات "ذات الصلة بالخدمات الصحية" في المرتبة الثانية، ثم "ذات الصلة بخدمات كسب العيش والعمل والتمكين الاقتصادي" في المرتبة الثالثة، ثم "ذات الصلة بالخدمات التعليمية" في المرتبة الرابعة، ثم "ذات الصلة بالخدمات والحياة الاجتماعية" في المرتبة الخامسة، وهذا يتفق مع ما أشارت إليه دراسة روث وأخرون (١٩٩٣) Ruth et al,، حيث أكدت في نتائجها على: "أن الخدمات والبرامج المقدمة للمعاقين يجب أن تأخذ بعين الاعتبار مدى الملاءمة النفعية بين مكونات ومفهوم جودة الحياة، واحتياجات الإنسان"، و "أن الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعانون من الإعاقة، يجب أن يتم الاتصال والتواصل معهم من قبل مقدمي الخدمة من أجل تحديد أهمية مفهوم جودة الحياة والتي يجب أن تترجم في البيئة التي يعيش فيها هؤلاء المعاقين"، وأيضًا: يتفق مع نتائج دراسة لو وأخرون (٢٠١٤) Law at al, التي أشارت إلى: "أوضحت أن عوامل معينة كالحواجز البيئية، والصحة الجسدية للطفل، والصعوبات السلوكية، والصحة العامة لها كبير الأثر على جودة الحياة"، وأيضًا: نتائج دراسة جوردن

(٢٠١١) Jordan ، والتي توصلت إلى: "أن الأشخاص المعاقين يمكن أن يقوموا بنشاط سياسي أكبر من غيرهم، وأن جودة الحياة يمكن أن تلعب دورًا في هذا النشاط".

كما يفسر الباحث أغلب هذه المعوقات/ التحديات الرئيسة بأنها جُملة من الاحتياجات والخدمات المتكاملة؛ التي يجب أن تقدمها الدولة بكافة مؤسساتها للمواطنين جميعًا على قدم المساواة –دون- التمييز على أساس الإعاقة، وهذا ما أكدت عليه دراسة بروس وأخرون (٢٠٠٢) Brusce et al,: "أن الطريقة المتكاملة من حيث الخدمات التأهيلية ربما تكون أفضل الطرق من أجل رفع كفاءة جودة الحياة عند الأشخاص المعاقين في كمبوديا"، وأيضًا: دراسة ستانفورد وأخرون (٢٠٠٣) Stanford et al, التي أشارت في نتائجها إلى: "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)".

كما أضافت دراسة (عبد الفتاح وحسين، ٢٠٠٦) أن: "أهم عامل من العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة حياة الأطفال ذوى صعوبات التعلم هى: جودة الحياة الأسرية، يليه العامل المرتبط بالمصادر المتاحة في المجتمع".