جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى الطلبة الجامعيين ذوي الاحتياجات الخاصة

-دراسة ميدانية بجامعة الشهيد حمة لخضر بالوادي-

Quality of life and its relationship to mental Health among University students with special needs - A field study at the University of Martyr Hamma Lakhdar in El Oued

يوسف الأقرع [1،*]، جهيد صيدون [2]

[1] جامعة لونيسي علي البليدة2، (الجزائر)، y.lagra.etu@univ-blida2.dz

[2] جامعة لونيسي علي البليدة2، (الجزائر)، d.saidoun.etu@univ-blida2.dz

تاريخ الاستلام:03-12-2025 تاريخ القبول: 09-06-2026 تاريخ النشر: 04-08-226

ملخص: تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى الطلبة الجامعيين ذوي الاحتياجات الخاصة بجامعة الشهيد حمة لخضر بالوادي، وذلك في ظل ما تواجهه هذه الفئة من الطلبة من تحديات أكاديمية واجتماعية ونفسية قد تؤثر على تكيفهم الجامعي واندماجهم في الحياة الجامعية.

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي، باستخدام مقاييس مقننة لجودة الحياة والصحة النفسية التي تم تطبيقها على عينة قصدية بلغت ثمانية وثلاثين (38) طالباً وطالبة من ذوي الإعاقات المختلفة (البصرية، السمعية والجسدية) وتم تحليل البيانات للكشف عن طبيعة العلاقة بين جودة الحياة بمختلف أبعادها (البدنية، النفسية، الاجتماعية والأكاديمية) ومستوى الصحة النفسية لديهم.

وفي مرحلة تحليل البيانات، استُخدمت مجموعة من الأساليب الإحصائية شملت التكرارات والنسب المئوية لوصف الخصائص الديموغرافية للعينة، بالإضافة إلى معامل ارتباط "بيرسون" لتحديد طبيعة العلاقة بين المتغيرات واختبار الفرضيات، وقد خلصت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والصحة النفسية مما يعني أن تحسن جودة الحياة يسهم في تعزيز الصحة النفسية، والعكس صحيح. كما تبين وجود فروق في العلاقة بين جودة الحياة والصحة النفسية تبعا للجنس والعمر ونوع الإعاقة.

الكلمات المفتاحية: جودة الحياة؛ الصحة النفسية؛ الطلبة الجامعيين؛ ذوي الاحتياجات الخاصة.

Abstract: This study aims to identify the level of quality of life and its relationship to mental health among university students with special needs at the University of Echahid Hamma Lakhdar in El-Oued. This research is conducted in light of the academic, social, and psychological challenges faced by this group, which may significantly impact their academic adjustment and integration into university life.

The study adopted a descriptive correlational methodology, utilizing standardized scales for both quality of life and mental health. These scales were applied to a purposive sample of thirty-eight (38) male and female students with various disabilities (visual, auditory, physical, and others). Data were analyzed to reveal the nature of the relationship between the different dimensions of quality of life (physical, psychological, social, and academic) and the students' level of mental health.

In the data analysis phase, a set of statistical methods was employed, including frequencies and percentages to describe the demographic characteristics of the sample, as well as the Cronbach's Alpha coefficient to ensure reliability. Additionally, the "Pearson Correlation Coefficient" was used to determine the relationship between variables and test the hypotheses. The results revealed a statistically significant positive correlation between quality of life and mental health, indicating that an improvement in the quality of life contributes to enhancing mental health, and vice versa. The findings also indicated differences in the relationship between quality of life and mental health according to variables of gender, age, and type of disability.

Keywords: Quality of life; Mental health; University students; Students with special needs.

*المؤلف المراسل.

1- مقدمة:

يُعدّ الشعور بجودة الحياة (Quality of Life) والرضا والسعادة من المقوّمات الأساسية التي تؤثر بشكل عميق ومباشر على الحالة الصحية والنفسية للطالب الجامعي، حيث يتجلى هذا الشعور من خلال قدرة الطالب على إشباع حاجاته في مختلف المجالات (الصحية، الاجتماعية، التعليمية، والنفسية)، التي تُوفَّر له ضمن بيئة جامعية غنية بالخدمات الراقية. وعليه، فإن حسن إدارة الطالب للوقت واستثماره الفعّال للإمكانيات المتاحة يساهم في بناء نظرة إيجابية للحياة ويعزز من صحته النفسية.

يُشير فرانك (Frank L V، 1998) إلى أن جودة الحياة هي "حسن توظيف إمكانيات الإنسان العقلية والإبداعية وإثراء وجدانه ليتسامى بعواطفه ومشاعره وقيمه الإنسانية"، وتكون المحصلة هي جودة الحياة وجودة المجتمع، حيث يتم تحقيق ذلك عبر مؤسسات التنشئة الرئيسية كالأسرة، والمدرسة، والجامعة، وبيئة العمل، مما يجعل جودة الحياة عاملًا أساسيًا للصحة النفسية.

1.1- إشكالية الدراسة:

تمثل جودة الحياة أحد المتطلبات الأساسية لتحقيق الصحة النفسية في الوقت الحاضر، فهي تعبّر عن مدى إدراك الفرد لكونه يعيش حياة جيدة، خالية من الأفكار اللاعقلانية والانفعالات السلبية، يتمتع فيها بوجوده الإنساني، ويشعر بالرضا والسعادة، والصحة الجسدية الجيدة، ويقيم علاقات اجتماعية إيجابية، ويستثمر قدراته وإمكانياته لتحقيق ذاته (إبراهيم و محمد ، 2010).

يرتبط مفهوم الصحة النفسية إيجابيًا بعدد من متغيرات جودة الحياة، مثل: الصحة الجسمية، والرضا عن الحياة، والسعادة، وتوفر الإمكانيات المادية والمعنوية، حيث تساهم جودة الحياة المحسّنة في توجيه الطالب بشكل إيجابي نحو حياته ونحو الآخرين بفاعلية، وتنمّي جوانبه الإيجابية وتدعمه في التمتع بالتوافق الإيجابي.

تؤكد الدراسات أن الاضطرابات النفسية تعمل على خفض جودة الحياة وقد تكون الحياة الجامعية بمصادر ضغوطها المتعددة، إضافة إلى الضغوط الأسرية أو الذاتية، سببًا في التأثير على إحساس الطالب بجودة الحياة. لذا، تُعتبر جودة الحياة انعكاسًا للمستوى النفسي ونوعيته؛ فهي هدف لجميع المكونات النفسية (إبراهيم و محمد ، 2010، صفحة 33).

تؤدي الجامعة دور هام في بناء أسس الصحة النفسية للفرد، فمن صميم رسالتها إعداد الشباب نفسيًا واجتماعيًا وتأهيلهم للنضج وتوفير الأنشطة التي تسمح بنشوء شخصية متمتعة بصحة نفسية سوية. وفي المقابل، تؤكد معظم الدراسات الحديثة أن الصحة النفسية عامل قوي للتنبؤ بجودة حياة الأفراد، كما تشير دراسات أخرى إلى أن الإحساس بجودة الحياة وأثرها على الصحة النفسية قد يختلف بين الجنسين (زهران حامد، 1997).

من جهة أخرى، تُظهر الدراسات التي تتناول جودة الحياة وعلاقتها بـ الصحة النفسية لطلبة الجامعات، بما في ذلك فئة ذوي الاحتياجات الخاصة، أن هذه العلاقة غالبًا ما تتأثر بمتغيري الجنس والتخصص الأكاديمي. حيث تشير بعض النتائج إلى أن الإناث قد يتمتعن بمستوى أعلى في أبعاد معينة من جودة الحياة النفسية مقارنة بالذكور، بينما قد تكون الفروق المتعلقة بالتخصص لصالح طلبة التخصصات الأدبية أو تلك التي تركز على الجوانب الإنسانية والاجتماعية في أبعاد مثل جودة الصحة النفسية، مقارنة بالتخصصات العلمية. هذه الاختلافات قد تعود إلى التباين في الضغوط الأكاديمية والاجتماعية المتوقعة من كل جنس أو نوع تخصص، وقدرة الطلاب على التكيف معها وإدارة المشكلات الحياتية، وهي عوامل تؤثر مباشرة في شعور الطالب بالرضا الذاتي والتوازن

الانفعالي، مما يجعلهما عاملين أساسيين في تصميم برامج الدعم والإرشاد النفسي المتخصصة (خرموش و فرشان، 2021، الصفحات 498-522).

ونظرًا لهذه العلاقة الوثيقة بين جودة الحياة والصحة النفسية، والتي تتأثر بعوامل ديمغرافية مثل الجنس والتخصص، تتبلور إشكالية الدراسة في التساؤلات التالية:

- ما طبيعة العلاقة بين جودة الحياة والصحة النفسية لدى الطلبة الجامعيين من ذوي الاحتياجات الخاصة؟
- هل هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والصحة النفسية لدى الطلبة الجامعيين من ذوي الاحتياجات الخاصة وان هذه العلاقة تتباين وفقاً لمتغير الجنس؟
- هل هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين بين المرونة النفسية والتفكير الإيجابي لدى أفراد عينة الدراسة وان هذه العلاقة تتباين وفقاً لمتغير العمر؟
- هل هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والصحة النفسية لدى الطلبة الجامعيين من ذوي الاحتياجات الخاصة وان هذه العلاقة تتباين وفقاً لمتغير نوع الإعاقة؟

2.1- فرضيات الدراسة:

- توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والصحة النفسية لدى الطلبة الجامعيين من ذوي الاحتياجات الخاصة.
- هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات متغير جودة الحياة والصحة النفسية لدى الطلبة الجامعيين من ذوي الاحتياجات الخاصة وان هذه العلاقة تتباين وفقا لمتغير الجنس.
- هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات متغير جودة الحياة والصحة النفسية لدى الطلبة الجامعيين من ذوي الاحتياجات الخاصة وان هذه العلاقة تتباين وفقاً لمتغير العمر.
- هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات متغير جودة الحياة والصحة النفسية لدى الطلبة الجامعيين من ذوي الاحتياجات الخاصة وان هذه العلاقة تتباين وفقاً لمتغير نوع الإعاقة.

3.1- أهمية الدراسة:

تستمد الدراسة أهميتها من شقين متكاملين: نظري وتطبيقي. نظرياً، تساهم الدراسة في إثراء الأدبيات العلمية من خلال تعميق فهم العلاقة بين جودة الحياة والصحة النفسية ومتغيري المرونة النفسية والتفكير الإيجابي لدى الطلبة الجامعيين ذوي الاحتياجات الخاصة. تطبيقياً، توفر الدراسة نتائج ميدانية للمؤسسات الجامعية والجهات الصحية لتصميم برامج إرشادية وتدريبية فعالة تهدف إلى تحسين جودة حياة هذه الفئة، ودعم تكيفهم، ومساعدتهم في تحقيق طموحاتهم المستقبلية.

4.1- أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة بشكل رئيسي إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين جودة الحياة والصحة النفسية لدى الطلبة الجامعيين من ذوي الاحتياجات الخاصة، نظراً للعلاقة الوثيقة والتأثير المتبادل بين هذين المتغيرين. كما تسعى الدراسة إلى تحديد مدى تباين هذه العلاقة وفقاً لعدد من المتغيرات الديموغرافية، كالجنس، ونوع الإعاقة (البصرية، السمعية، الجسدية، وغيرها). بالإضافة إلى ذلك، تهدف الدراسة إلى استكشاف العلاقة الارتباطية بين المرونة النفسية والتفكير الإيجابي لدى أفراد العينة وفقاً لمتغير العمر .وبتحقيق هذه الأهداف، تقدم الدراسة تحليلاً معمقاً لواقع التكيف النفسي والاجتماعي لهذه الفئة من الطلبة.

5.1- الدراسات السابقة:

- دراسة سليمان شاهد (2010)، "قياس جودة الحياة لدى عينة من الطلبة وتأثير بعض المتغيرات عليها"، حيث هدفت إلى استكشاف مستوى جودة الحياة لدى طلبة جامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية، وعلاقتها بمتغيرات التخصص والتقدير الدراسي والدخل الأسري، بالإضافة إلى سعيها لتطوير مقياس جودة الحياة. شملت الدراسة 649 طالبًا وتوصلت إلى أن مستوى جودة الحياة كان مرتفعًا في معظم الأبعاد، باستثناء جانب جودة إدارة الوقت. كما كشفت النتائج عن فروق ذات دلالة لصالح التخصصات العلمية في جودة إدارة الوقت، بينما كانت الفروق في بعد جودة الصحة العامة لصالح التخصصات الأدبية. كما أكدت الدراسة وجود علاقة بين الدخل الأسري وبعدين من أبعاد جودة الحياة، هما: جودة التعليم وجودة الحياة الأسرية (شاهد، 2010)؛
- دراسة محمد المنسي وعلي كاظم (2006)، "مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة"، ركزت هذه الدراسة على الجانب المنهجي بهدف أساسي لتصميم مقياس لجودة الحياة خاص بطلبة الجامعة. طُبّق المقياس على عينة بلغت 220 طالبًا وطالبة من مختلف كليات جامعة السلطان قابوس في سلطنة عمان. أثمرت الدراسة عن مجموعة من النتائج الإيجابية التي أكدت صلاحية المقياس للاستخدام، كما تم اشتقاق مجموعة من المعايير الميئنية لكل محور من محاور المقياس، مما يجعله أداة قياس موثوقة في البيئة الجامعية العُمانية (المنسي و كاظم، 2006)؛
- دراسة رغداء علي نعيسة (2012)، "جودة الحياة لدى طلبة جامعة دمشق"، حيث هدفت هذه إلى تحديد مستوى جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين، واستكشاف الفروق في هذا المستوى بناءً على متغيرات مكان السكن، والجنس، والتخصص، حيث تمت دراسة عينة من 360 طالباً وطالبة، واعتمد الباحث في القياس على مقياس جودة الحياة من إعداد الباحثين، حيث أظهرت النتائج أن طلبة الجامعة لديهم مستوى متدنٍ في جودة الحياة. كما كشفت الدراسة عن عدم وجود فروق بين الطلبة في أبعاد جودة الحياة تعزى لمتغيرات المحافظة أو التخصص أو الجنس. (نعيسة، 2012)؛
- دراسة إيمان خميس (2010)، "جودة الحياة وعلاقتها بكل من الرضا الوظيفي وقلق المستقبل لدى معلمات رياض الأطفال"، هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين جودة الحياة والرضا الوظيفي وقلق المستقبل لدى معلمات رياض الأطفال. تم تطبيق الدراسة في محافظة المنوفية على عينة عشوائية بلغت 292 معلمة، تم استخدام مقياساً لجودة الحياة من إعدادها. كان من أبرز النتائج التي توصلت إليها الدراسة بوجود فروق في جودة الحياة بين المعلمات تعزى لعدد سنوات الخبرة، وذلك لصالح ذوات الخبرة الأكبر. كما تم اثبات وجود فروق في جودة الحياة تبعاً لاختلاف مستوى قلق المستقبل، حيث ارتبط مستوى القلق الأكبر بانخفاض جودة الحياة. كما أوصت الباحثة في ختام دراستها بضرورة إجراء برامج إرشادية لتفعيل جودة الحياة لدى معلمات رياض الأطفال (خميس، 2010، الصفحات 164-180).
- **التعقيب على الدراسات السابقة:**

من خلال عرض هذه الدراسات يلاحظ وجود اهتمام بحثي متزايد بمفهوم جودة الحياة في البيئة الجامعية إلا أن معظم تلك الدراسات ركزت على الطلبة العاديين أو فئات مهنية محددة، (مثل دراستي شاهد، 2010؛ ونعيسة، 2012)، مع تباين واضح في النتائج بين مستويات مرتفعة ومتدنية لجودة الحياة تبعاً للسياق الجغرافي والأكاديمي، كما يظهر التركيز المنهجي في دراسات أخرى (مثل دراسة المنسي وكاظم، 2006) على بناء أدوات قياس مقننة، وهو ما استفادت منه الدراسة الحالية في تبني مقاييس ذات كفاءة سيكومترية، ومع ذلك، يظل هناك نقص في الدراسات التي تربط بين جودة الحياة والصحة النفسية كمتغيرات متداخلة لدى فئة "ذوي الاحتياجات

الخاصة" تحديداً، وهو ما جعل من الضروري استكشاف هذه العلاقة في ظل خصوصية هذه الفئة وتحدياتها الاندماجية.

ومن جهة أخرى، تتقاطع الدراسة الحالية مع التراث البحثي السابق في استخدام المنهج الوصفي التحليلي والاعتماد على متغيرات ديموغرافية (كالجنس والتخصص) لتفسير الفروق، لكنها تتمايز عنها في توجيه البوصلة نحو "طلبة ذوي الاحتياجات الخاصة"، وربط جودة الحياة ليس فقط بالرضا العام، بل بالصحة النفسية والمرونة النفسية والتفكير الإيجابي. وبذلك، تسعى الدراسة الحالية إلى ملء الفجوة البحثية المتعلقة بكيفية تأثير الإعاقة بأنواعها المختلفة، على الارتباط بين جودة الحياة والاتزان النفسي، مما يساهم في تقديم رؤية تطبيقية أعمق تساعد المؤسسات الجامعية على تصميم برامج دعم نفسي وإرشادي مخصصة تتجاوز مجرد توفير الخدمات المادية إلى تعزيز الرفاه الذاتي والمعنوي لهذه الفئة.

2. الإطار النظري للدراسة:

1.2- الصحة النفسية:

1.1.2- مفهوم الصحة النفسية:

تعرف الصحة النفسية بأنها توافق كلي بين الوظائف النفسية والقدرة على مواجهة الضغوط والإحباطات مع الإحساس الإيجابي بالكفاية والسعادة (القوصي، 1980، صفحة 5). كما أنها مفهومها لا يقتصر على أنها مجرد الخلو من المرض فقط، بل يتجاوزه بقدرة الفرد على مواجهة الأزمات العادية والشعور الإيجابي بالسعادة والرضا. فهي حالة دائمة نسبياً يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً، اجتماعياً، وانفعالياً مع نفسه وبيئته، وقادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته إلى أقصى حد ممكن. (زبيدي و ن، 2017، صفحة 90).

2.1.2- أهمية الصحة النفسية:

أ- أهمية الصحة النفسية بالنسبة للفرد:

تُعد الصحة النفسية ركيزة أساسية لتحقيق التوازن الذاتي والفعالية الشخصية، وتتمثل أهميتها في النقاط التالية (صالح ، 2005، صفحة 202):

- **فهم الذات والتوافق:** تمكن الفرد من فهم ذاته وحاجاتها وأهدافها، مما يقود إلى التوافق الشخصي والشعور بالرضا عن النفس وفهم الآخرين؛
- **الخلو من الاضطرابات وإظهار السعادة:** تجعل حياة الفرد خالية من التوتر، والاضطراب، والصراعات المستمرة، مما يولد لديه شعوراً بالسعادة الذاتية؛
- **القوة والكمال الشخصي:** تمنح الفرد القوة اللازمة لمواجهة الشدائد والأزمات، وتجعل شخصيته متكاملة تؤدي وظائفها بتناسق؛
- **التحكم العاطفي والسلوك السوي:** تجعل الأفراد قادرين على التحكم بعواطفهم وانفعالاتهم، مما يدفعهم نحو السلوكات السوية والابتعاد عن السلوكات الخاطئة؛
- **الهدف النهائي:** يُعد الهدف النهائي للصحة النفسية هو إيجاد أكبر عدد من الأفراد الأسوياء.

ب- أهمية الصحة النفسية بالنسبة للمجتمع:

تنعكس الصحة النفسية للأفراد بشكل مباشر على قوة المجتمع وتماسكه، وتتجلى أهميتها فيما يلي (محمد الشاذلي ، 1999، صفحة 31):

- **زيادة الإنتاج والكفاءة:** تساهم الصحة النفسية الجيدة للعاملين في ارتفاع إنتاجيتهم، وتحسين جودة منتجاتهم، وتقليل الفاقد، مما يؤدي إلى زيادة الدخل القومي للمجتمع؛
- **تماسك المجتمع ووحدته:** يتسم الأفراد المتمتعون بالصحة النفسية بالتعاون والانسجام وتكوين العلاقات الإيجابية، مما يجعلهم يداً واحدة أمام المشكلات ويسعون بروح الفريق لتحقيق الازدهار والتطور المجتمعي؛
- **اختفاء الظواهر المرضية:** يؤدي وجود الصحة النفسية إلى اختفاء الظواهر السلوكية المرضية أو الحد منها بشكل كبير، مثل إدمان المخدرات، والسرقة، والقتل، وغيرها.

3.1.2- نسبية الصحة النفسية ومعايير السواء الإيجابي:

تُعد الصحة النفسية مسألة نسبية، حيث لا يوجد حد فاصل مطلق بين السواء واللاسواء، بل تعتمد على درجة توافق الفرد الداخلي وحسن تكيفه مع البيئة، ولتجاوز المفهوم السلبي (الخلو من الاضطراب)، تم تحديد معايير إيجابية للسواء تشمل ما يلي (مليكة، 1963، صفحة 63):

- **الكفاءة:** الاستخدام الموجه والواقعي للطاقة النفسية والبدنية نحو تحقيق الأهداف؛
- **الشعور بقيمة الذات:** إدراك قيمة الذات في حدود متسقة مع الواقع الشخصي دون مبالغة أو تفريط؛
- **الملائمة:** اتساق الأفكار والمشاعر مع الواقع وملائمة الأحكام والتصرفات للمواقف ومستوى نضج الشخص؛
- **الفاعلية:** إصدار سلوك أدائي فعال في حل المشكلات ومواجهة الضغوط، واستخدام استراتيجيات مواجهة فعالة، والاستفادة من الدعم الاجتماعي؛
- **المرونة:** القدرة على التوافق مع مختلف ظروف الحياة والتغيرات الحياتية، سواء بتعديل السلوك أو إجراء تعديلات على البيئة؛
- **الاستفادة من الخبرة:** القدرة على التعلم من الخبرات السابقة وتكرار السلوك الفاعل وتجنب سلوك الفشل؛
- **القابلية الاجتماعية:** اكتساب كفاءة ومهارات اجتماعية في التواصل والتفاعل الإيجابي مع الآخرين، والحفاظ على علاقات متوازنة تقوم على الاحترام والتعاون.

كما حدد "ماسلو" صفات الشخص السوي بامتلاك درجة معقولة من الأمن، وفهم الذات، وأهداف واقعية، واتصال فعال بالواقع، وتكامل الشخصية، والقدرة على التعلم من الخبرة (ناصر، 2006).

4.1.2- معايير الصحة النفسية:

أشار علماء النفس إلى عدة معايير ومناهج تستخدم للفصل بين السلوك السوي والسلوك غير السوي، وهي:

- **المعيار الشخصي (التقدير الذاتي):** يُعد من المعايير الحديثة ويعتمد على التقدير الذاتي للفرد، فإذا كان الشخص راضياً إلى حد ما عن حياته ولا يعاني من خبرات تعكر صفوها، يُصنَّف تلقائياً كشخص سوي طبقًا لهذا المعيار (حسن الداهري ، 2005، صفحة 38).
- **المعيار الاجتماعي:** تتحدد السوية في ضوء العادات والتقاليد الاجتماعية، حيث يُعتبر السلوك السوي هو السلوك الذي يساير وينسجم مع المعايير المعترف بها اجتماعياً. ومع ذلك، يُؤخذ على هذا المعيار اعتباره المسايرة الزائدة سلوكاً سوياً، على الرغم من أن المسايرة المفرطة قد تكون سلوكاً غير سوي في حد ذاتها. (محمد شحاتة ، 2000، صفحة 90).
- **المعيار الإحصائي:** يفترض هذا المعيار أن الظواهر النفسية تتوزع وفقاً للمنحنى الاعتدالي، حيث تمثل السوية المتوسط الحسابي للظاهرة (الدرجات المتوسطة)، بينما يشير الانحراف إلى طرفي المنحنى (الدرجات

المرتفعة أو المنخفضة جداً) إلى اللاسوية، لكن هذا المعيار قد لا يصلح بشكل كامل في القياس النفسي النسبي وغير المباشر مثل قياس الذكاء (عبد السلام ، 2001، صفحة 58).

- **المعيار المثالي:** يشير هذا المعيار إلى حالة من الكمال المطلق أو مجموعة من الشروط الواجبة المستقلة عن الواقع، حيث يعتبر السعي نحو تحقيق هذا الكمال هدفاً جديراً بالطموح، لكنه يمثل معياراً مثالياً يصعب تحقيقه بشكل كامل (جميل رضوان ، 2007، صفحة 63).

2.2- جودة الحياة:

1.2.2- تعريف جودة الحياة:

يُعد مفهوم جودة الحياة من المفاهيم واسعة النطاق التي تثير الجدل وتتعدد تعاريفها نظراً لاختلاف زوايا رؤية الباحثين. وقد حاول الباحثون تقديم تعريفات أكثر شمولية للمفهوم يمكن تصنيفها كما يلي:

أ- التعريف اللغوي:

نقول **لغوياً:** جاد الشيء جودةً وأجاد، أي أتى بالجيد ونقيض الرديء. (ابن منظور، 1999، صفحة 135) . أما في القاموس فتعني التعبير عن الحالة الإيجابية من الصحة البدنية والنفسية والاجتماعية والاستمتاع بالحياة (الشربيني، 2003، صفحة 66).

ب- التعريف السيكولوجي (النفسي):

تعددت الاتجاهات السيكولوجية في تعريف جودة الحياة، حيث لم يقتصر على إدراك الفرد الذاتي فحسب، بل شمل الجوانب الموضوعية القابلة للقياس كالدخل والخدمات. وتصنَّف التعريفات في ثلاثة اتجاهات رئيسية:

- **التعريف من خلال الجانب الموضوعي:** يركز هذا الاتجاه على المؤشرات القابلة للملاحظة والقياس المباشر كالأوضاع المعيشية، مستوى الدخل، الرعاية الصحية وغيرها، حيث عرفها صلاح الدين (2009) بأنها تطلع الفرد للرفاهية الاقتصادية والدعم الاجتماعي وفرص الحياة الكريمة، والقدرة على استثمار المهارات والكسب المادي والحصول على الرعاية الصحية والمتطلبات الأساسية (صلاح الدين، 2009، الصفحات 133-282)؛
- **التعريف من خلال البعد الذاتي:** يركز هذا الاتجاه على تقييم الفرد الشخصي (الذاتي) لوضعه الحالي ورضاه عن جوانب حياته المختلفة، حيث عرفها محمود والجمالي (2006) بأنها: "تقييمات الفرد لجوانب حياته المختلفة، والتي تتضمن إدراكه لصحته العامة، ورضاه عن علاقاته الأسرية والاجتماعية، ونجاحه الأكاديمي، وشعوره بالسعادة أثناء ممارساته الدينية، واستغلال أوقات فراغه بما يتسق مع أهدافه وقيمه الثقافية" (هويدة و الجمالي، 2010، الصفحات 61-115).
- **التعريف من خلال النظرة الموضوعية والذاتية:** وهو اتجاه يجمع بين إدراك الفرد الذاتي كالشعور بالرضا والسعادة وبين توفر الظروف الموضوعية (رقي الخدمات)، حيث عرفها منسي وكاظم (2006) بأنها مفهوم يشير إلى شعور الفرد بالرضا والسعادة، وقدرته على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورقي الخدمات الصحية، الاجتماعية، التعليمية، النفسية، مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه (منسي و كاظم، 2006، الصفحات 63-78). أما حسن (2010) فذهب بأنها حالة شعور الفرد بالرضا والسعادة وقدرته على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورقي الخدمات المُقدمة له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارة الوقت والاستفادة منه. (حسن، 2010، صفحة 10).

تُظهر التعريفات المختلفة لجودة الحياة ثلاثة اتجاهات رئيسية بين الباحثين تتمثل في: اتجاه يركز على الجوانب الموضوعية للحياة، وآخر يتبنى بعداً أحادياً ومحدداً، بينما ينظر الاتجاه الأكثر شمولية إلى المفهوم باعتباره دمجاً بين الموضوعية والذاتية. ويتضح أن معظم هذه التعريفات تتفق على أن جودة الحياة مفهوم مركب وشامل، يتضمن مكونات أساسية تترابط مع مفاهيم الصحة النفسية مثل التوافق الاجتماعي والنفسي، والصحة الجسمية، والشعور بالرضا والسعادة بالظروف المعيشية والاقتصادية.

2.2.2- أبعاد مفهوم جودة الحياة:

هناك عدة تقسيمات لتلك الأبعاد تناولتها نظريات أو منظمات أو باحثين وقد يكون من أشهر تلك التقسيمات للأبعاد ما يلي:

أ- تقسيم نظرية رايف (Ryff, 1989) الأبعاد الستة للسعادة النفسية:

ركزت نظرية رايف (Ryff، 1989، الصفحات 1069-1081)على أن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة النفسية التي تترجم إلى وظيفة إيجابية في تحسين مراحل حياته، حيث حددت "رايف" ستة أبعاد رئيسية، تشمل :الاستقلالية (القدرة على تقرير المصير ومقاومة الضغوط)، والتمكن البيئي (الكفاءة الذاتية والقدرة على التحكم وإدارة البيئة واستغلال الفرص)، والنمو الشخصي (الشعور بالارتقاء المستمر والانفتاح على التجارب الجديدة)، والعلاقات الإيجابية مع الآخرين (الرضا والثقة بالآخرين والتعاطف)، بالإضافة إلى تقبل الذات (التوجه الإيجابي نحو الذات وقبول الخصائص الإيجابية والسلبية)، وأخيراً الهدف من الحياة (امتلاك معتقدات وأهداف تمنح الحياة معنى). ترى "رايف" أن جودة الحياة تكمن في قدرة الفرد على مواجهة الأزمات، وأن هذه الأبعاد الستة شاملة لجميع جوانب جودة الحياة.

ب- نظرية أندرسون وفيتيقو (Anderson, 2003) الإطار التكاملي والرضا الوجودي:

قدمت نظرية أندرسون وفيتيقو (Anderson & Ventegodt, 2003, pp. 1230 -1240) شرحاً تكاملياً لجودة الحياة يرتكز على مفاهيم السعادة، معنى الحياة، والرضا الوجودي، حيث أشارت النظرية إلى أن جودة الحياة تتحقق باجتماع ثلاث سمات :الأفكار المرتبطة بالهدف الشخصي، والمعنى الوجودي الذي يربط بين الأفكار والأهداف، والشخصية والعمق الداخلي خلافاً لبعض النظريات، حيث يرى أندرسون أن إشباع الحاجات ليس بالضرورة أن يؤدي إلى الرضا أو الشعور بجودة الحياة، بل هو أمر نسبي. ويتحقق الشعور بجودة الحياة بشكل فعلي عندما يستغل الفرد إمكاناته في نشاطات إبداعية، علاقات اجتماعية جيدة، وأهداف ذات معنى.

جـ- تقسيم مصطفى :(Mustafa, 2005) الأبعاد الثلاثة المتكاملة:

قسم (مظلوم و عراقي، 2005، الصفحات 469-517) جودة الحياة إلى ثلاثة أبعاد رئيسية تسعى لدمج المنظورين الموضوعي والذاتي. فالبعد الأول هو جودة الحياة الموضوعية، التي تشير إلى الإمكانات المادية والاجتماعية التي يوفرها المجتمع لأفراده. أما البعد الثاني فهو جودة الحياة الذاتية، ويعكس الشعور الداخلي للفرد ومدى رضاه وقناعته بالحياة. وأخيراً، البعد الثالث وهو جودة الحياة الوجودية، الذي يمثل عمق الحياة الجيدة داخل الفرد وقدرته على العيش بتناغم والتوافق مع الأفكار الروحية والدينية السائدة في مجتمعه. هذا التقسيم يوضح أن جودة الحياة تتأثر بما يوفره المجتمع (الموضوعية)، وما يشعر به الفرد داخلياً (الذاتية)، والتوافق الروحي والاجتماعي (الوجودية).

3.2.2- مؤشرات جودة الحياة:

من خلال المقياس المتبع في الدراسة لمستوى جودة الحياة يتضح لنا أن الباحثين ركزوا على مجموعة من الأبعاد أو المؤشرات التي من خلالها يمكن قياس مفهوم جودة الحياة وهي كالتالي:

أ- جودة الصحة العامة:

تعد جودة الصحة العامة أحد المكونات الجوهرية للشعور بجودة الحياة، فهي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالرضا والسعادة العامة، حيث تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها: "حالة من الرفاهية الجسمية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو العجز". حيث تعتبر الصحة السليمة نعمة ومقوماً أساسياً للسعادة والرضا، وهي التي تمكّن الفرد من البذل والنشاط وتحقيق الذات والتقدم الوظيفي (مظلوم و عراقي، 2005، صفحة 477).

ب- جودة الحياة الأسرية والاجتماعية:

تُشكل جودة العلاقات الأسرية والاجتماعية مؤشراً مهماً لجودة الحياة، حيث أن الإنسان كائن اجتماعي يتأثر بالمجتمع المحيط. وقد اعتبرت (Ryff, 1989) العلاقات الإيجابية مع الآخرين أحد الأبعاد الرئيسية الستة لنموذجها لقياس جودة الحياة لتتشكل شخصية الفرد في الأسرة، فإذا تمتعت حياة الفرد الأسرية بالاستقرار والبعد عن الاضطرابات، كان أكثر قدرة على مواجهة مشكلاته، ما ينعكس على جودة علاقاته الاجتماعية والشعور العام بجودة الحياة (Ryff، 1989، صفحة 971).

جـ- جودة التعليم والدراسة:

يعد التعليم ركيزة لنهضة الأمم ومؤشراً للتنمية البشرية المستدامة، وله دور مباشر في تحسين جودة الحياة وتحقيق التقدم الاقتصادي. وقد أشارت "جمعة (1996)" إلى أن التعليم مدخل مهم لتحسين جودة الحياة، كونه ينظر للحياة بنظرة شمولية ويؤثر في جميع مجالاتها، حيث يساهم الحصول على التعليم الكافي وتطوير الذات في الرضا الوظيفي والسعادة، ويرفع من مستوى المعيشة، مما يحقق مستوى عالٍ من جودة الحياة (جمعة و العاني، 2006، الصفحات 180-161).

د- جودة العواطف (الجانب الوجداني):

ترتبط جودة العواطف أو الذكاء الوجداني ارتباطاً وثيقاً بحركة علم النفس الإيجابي، التي تهدف إلى تفعيل القوى الإيجابية للإنسان نحو الإبداع والتحسن الصحي والنجاح في العلاقات الاجتماعية، وبالتالي الجودة في الحياة بصفة عامة. فالمشاعر الداخلية الإيجابية، مثل الرضا عن الذات والمجتمع تعد من المؤشرات العالية لجودة الحياة، بينما تؤدي الانفعالات السلبية مثل تأنيب الضمير إلى التأثير سلباً عليها (عويس، 2006، الصفحات 330-305).

هـ- جودة الصحة النفسية:

تعتبر جودة الصحة النفسية مؤشراً حاسماً لجودة الحياة، حيث ذكر "Litwin" أن المفهوم يتجاوز الجانب المرضي ليشمل الجوانب الإيجابية، حيث اعتبرت بعض الدراسات جودة الحياة نتاجاً للصحة النفسية الجيدة. كما اعتمدت بعض التعريفات على تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة النفسية على أنها "حالة أكثر إيجابية، تبدو في الصلاحية الجسمية والانفعالية والاجتماعية". كما اعتبرتها كذلك عامل أساسي في الشعور بالسعادة والرضا، وغيابها قد يحرم الفرد من الشعور بجودة الحياة (Litwin, 1999, pp. 55-67).

و- جودة شغل الوقت وإدارته:

تعتبر إدارة الوقت وتنظيمه والاستفادة منه أحد المؤشرات الذاتية المهمة لجودة الحياة، والتي تعبر عن موقف الطالب من الحياة الأسرية والاجتماعية ومجالات التعليم والدراسة. ويعتبر هذا المؤشر منطقي، فالوقت ثمين، والفراغ الطويل يمكن أن يكون مفسدة ومسبباً للاضطرابات النفسية والسلوكية، بينما ترتبط جودة الحياة بالعمل والرضا عن الحياة التي يساهم فيها التنظيم الجيد للوقت (الجوهري، 2009، صفحة 149).

4.2.2- العلاقة بين جودة الحياة والصحة النفسية للطلبة من ذوي الاحتياجات:

تتجلى العلاقة بين جودة الحياة والصحة النفسية للطلبة ذوي الاحتياجات في النقاط التالية (السيد، 2019، الصفحات 144-160):

- **التأثير المتبادل:** الصحة النفسية الجيدة (كالرضا، التفاؤل، الثقة بالنفس) تعزز من قدرة الطالب على الاستمتاع بالحياة والمشاركة الفعالة، مما يرفع من جودة حياته. بالمقابل، توفير ظروف حياة جيدة (بيئة تعليمية داعمة، علاقات اجتماعية إيجابية، فرص ترفيهية) يدعم استقراره وسلامته النفسية؛
- **التحديات الاجتماعية والنفسية:** يواجه بعض الطلبة وبالخصوص ذوي الاحتياجات الخاصة ضغوطًا ناتجة عن نظرة المجتمع السلبية أو الخوف كالإعاقة، مما قد يؤدي إلى الاستبعاد الاجتماعي أو التنمر، هذه الضغوط تؤثر بشكل مباشر على صحتهم النفسية (القلق، الاغتراب النفسي، تدني تقدير الذات) وتقلل بالتالي من جودة حياتهم؛
- **الدمج والاندماج:** تعتبر جهود الدمج الاجتماعي والأكاديمي خاصة في المرحلة الجامعية مكونًا أساسيًا لتحسين جودة الحياة، حيث أن شعور الطالب بالانتماء والمساواة في الحقوق والفرص، فإن ذلك يعزز من صحته النفسية ويقلل من المشكلات التوافقية التي قد لا ترجع للإعاقة نفسها، بل للطريقة التي ينظر بها المجتمع إليه.

3- الإطار الميداني للدراسة:

1.3- الإجراءات المنهجية للدراسة:

1.1.3- منهجية الدراسة:

اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي كونه منهاجا مساعدا على التحليل الشامل والعميق في عرض المعطيات المتعلقة بالموضوع، وذلك من خلال استقصاء عدد من الطلبة الجامعيين ذوي الاحتياجات الخاصة، حول جودة الحياة لديهم وعلاقتها بصحتهم النفسية.

2.1.3- مجالات الدراسة:

- **المجال المكاني:** تمثل المجال المكاني للدراسة في جامعة الشهيد حمة لخضر بالوادي.
- **المجال البشري:** تمثل المجال البشري للدراسة في عينة من طلبة وطالبات من ذوي الاحتياجات الخاصة بجامعة الشهيد حمة لخضر بالوادي.
- **المجال الزمني:** تمثل المجال الزمني للدراسة في الفترة الممتدة من: 18 أكتوبر 2025 الى غاية 28 أكتوبر 2025.

3.1.3- أدوات الدراسة:

أ-**مقياس جودة الحياة:** للطلبة الجامعيين من خلال دراسة محمد المنسي وعلي كاظم (2006)، بحيث يتكون من ستون (60) بندا، ويشمل مجموعة من الأبعاد هي: جودة الصحة العامة، جودة الحياة الأسرية والاجتماعية،

جودة التعليم والتدريس، جودة العواطف، جودة الصحة النفسية، جودة شغل الوقت وإدارته (منسي، 2006، صفحة 70)؛

ب-مقياس الصحة النفسية: قام به كل من اليونارد، ر – ديروجيتس، س –ليمان ولينو كوفي يحتوي على ثمانية وأربعون (48) بندا، ويشمل مجموعة من الأبعاد هي: الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، العداوة، الفوبيا. (حسام، 2011، صفحة 166). بالإضافة إلى بعض البيانات الشخصية كالجنس التي تم استخدامها في دراسة رغداء علي نعيسة (2012)، ومتغير التخصص في دراسة سليمان شاهد (2010).

4.1.3- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة:

تم تطبيق الاستبيان على عينة استطلاعية قدرها ثلاثون (30) طالب وطالبة من ذوي الاحتياجات الخاصة، بجامعة الشهيد حمة لخضر بالوادي، من أجل التأكد من صدق وثبات الاختبار.

أ- صدق مقياس جودة الحياة:

قمنا بحساب صدق المحتوى للمقياس بطريقة الاتساق الداخلي، وذلك بحساب معامل ارتباط كل بند من بنود مقياس جودة الحياة عن الدرجة الكلية للمقياس، تم استعمال نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية ($SPSS_{25}$) لحساب قيمة r لكل بند، فتحصل على النتائج المدونة في الجدول التالي:

الجدول (01) قيمة معامل الارتباط r (صدق المحتوى) لبنود مقياس جودة الحياة

رقم البند	قيمة R	Sig	القرار	رقم البند	قيمة R	Sig	القرار
1	0.645	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	31	0.684	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
2	0.660	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	32	0.685	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
3	0.707	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	33	0.686	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
4	0.733	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	34	0.709	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
5	0.601	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	35	0.680	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
6	0.633	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	36	0.733	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
7	0.662	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	37	0.664	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
8	0.659	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	38	0.689	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
9	0.684	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	39	0.604	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
10	0.685	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	40	0.666	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
11	0.646	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	41	0.656	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
12	0.709	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	42	0.628	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
13	0.680	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	43	0.702	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
14	0.513	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	44	0.804	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
15	0.664	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	45	0733	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
16	0.611	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	46	0.684	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
17	0.604	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	47	0.685	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
18	0.613	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	48	0.786	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
19	0.656	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	49	0.709	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
20	0.628	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	50	0.680	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
21	0.702	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	51	0.745	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
22	0.704	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	52	0.664	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
23	0.733	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	53	0.889	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
24	0.630	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	54	0.604	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
25	0.607	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	55	0.810	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
26	0.903	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	56	0.676	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
27	0.601	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	57	0.638	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
28	0.633	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	58	0.734	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
29	0.662	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	59	0.733	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
30	0.759	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	60	0.623	0.000	دالة احصائيا عند 0.01

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

من خلال الجدول (01) نلاحظ أن قيمة معامل الارتباط R بين بنود مقياس جودة الحياة والدرجة الكلية للمقياس تتراوح بين (0.513 و0.903)، وهي تدل على وجود علاقة قوية بين بنود مقياس جودة الحياة والدرجة الكلية للمقياس، ومستوى الدلالة Sig تساوي 0.000 وهي أقل من مستوى معنوية 0.01، إذا هي دالة إحصائيا عند 0.01، وعلية نقول مقياس جودة الحياة صادق من ناحية المحتوى أو المضمون.

ب- صدق مقياس الصحة النفسية:

قمنا بحساب صدق المحتوى للمقياس بطريقة الاتساق الداخلي، وذلك بحساب معامل ارتباط كل بند من بنود مقياس الصحة النفسية عن الدرجة الكلية للمقياس، تم استعمال نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية ($SPSS_{25}$) لحساب قيمة r لكل بند، فتحصل على النتائج المدونة في الجدول التالي:

الجدول (02) قيمة معامل الارتباط r (صدق المحتوى) لبنود مقياس الصحة النفسية

رقم البند	قيمة R	Sig	القرار	رقم البند	قيمة R	Sig	القرار
1	0.654	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	25	0.609	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
2	0.620	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	26	0.755	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
3	0.894	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	27	0.643	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
4	0.735	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	28	0.712	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
5	0.611	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	29	0.682	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
6	0.663	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	30	0.822	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
7	0.768	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	31	0.799	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
8	0.724	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	32	0.655	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
9	0.774	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	33	0.811	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
10	0.695	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	34	0.674	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
11	0.706	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	35	0.760	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
12	0.777	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	36	0.822	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
13	0.880	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	37	0.644	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
14	0.813	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	38	0.748	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
15	0.624	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	39	0.764	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
16	0.791	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	40	0.834	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
17	0.666	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	41	0.768	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
18	0.763	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	42	0.805	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
19	0.701	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	43	0.694	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
20	0.788	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	44	0.754	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
21	0.862	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	45	0.699	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
22	0.695	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	46	0.682	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
23	0.800	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	47	0.684	0.000	دالة احصائيا عند 0.01
24	0.723	0.000	دالة احصائيا عند 0.01	48	0.716	0.000	دالة احصائيا عند 0.01

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

من خلال الجدول (02) نلاحظ أن قيمة معامل الارتباط R بين بنود مقياس الصحة النفسية والدرجة الكلية للمقياس تتراوح بين (0.609 و0.894)، وهي تدل على وجود علاقة قوية بين بنود مقياس الصحة النفسية والدرجة الكلية للمقياس، ومستوى الدلالة Sig تساوي 0.000 وهي أقل من مستوى معنوية 0.01، إذا هي دالة إحصائيا عند 0.01، وعلية نقول إن مقياس الصحة النفسية صادق من ناحية المحتوى أو المضمون.

ج- ثبات مقياس جودة الحياة:

قمنا بحساب ثبات مقياس جودة الحياة بطريقة التناسق الداخلي للبنود (ألفا كرونباخ) بواسطة نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية ($SPSS_{25}$)، النتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول (03) قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة

المقياس	عدد البنود	قيمة معامل الارتباط	القرار
جودة الحياة	60	0.925	دالة احصائيا

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

من خلال الجدول (03) نجد أن قيمة ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة، أي درجة التناسق الداخلي بين بنود مقياس جودة الحياة تساوي 0.925، وهي تدل على وجود علاقة قوية موجبة بين البنود وبذلك يمكن القول بأن مقياس جودة الحياة ثابت.

د- ثبات مقياس الصحة النفسية:

قمنا بحساب ثبات مقياس الصحة النفسية بطريقة التناسق الداخلي للبنود (ألفا كرونباخ) بواسطة نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية ($SPSS_{25}$)، النتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول (04) قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة

المقياس	عدد البنود	قيمة معامل الارتباط	القرار
الصحة النفسية	48	0.866	دالة احصائيا

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

من خلال الجدول (04) نجد أن قيمة ألفا كرونباخ لمقياس الصحة النفسية، أي درجة التناسق الداخلي بين بنود مقياس الصحة النفسية تساوي 0.866، وهي تدل على وجود علاقة قوية موجبة بين البنود، وبذلك يمكن القول بأن مقياس الصحة النفسية ثابت.

5.1.3- مجتمع وعينة الدراسة: تكون مجتمع الدراسة من جميع الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة المسجلين بجامعة الشهيد حمة لخضر بالوادي للموسم الجامعي (2026/2025)، وأما عينة الدراسة، فقد تم اختيارها بـ الطريقة القصدية، نظراً لخصوصية الفئة المستهدفة وطبيعة أهداف الدراسة التي تتطلب توفر شروط معينة في المبحوثين، وقد بلغ العدد الإجمالي للعينة ثمانية وثلاثون (38) طالباً وطالبة، موزعين على أنواع مختلفة من الإعاقات (حركية، بصرية، سمعية)، الخاصة بجامعة الشهيد حمة لخضر بالوادي.

6.1.3- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

من أجل معالجة وتحليل بيانات المتحصل عليها، تم إجراء مجموعة من الاختبارات الاحصائية وهي:

- التكرارات والنسب المئوية: لمعرفة توزيع إجابات عينة الدراسة على أسئلة البيانات الشخصية؛
- اختبار ألفا كرو نباخ: ويستعمل للحكم على مدى ثبات أداة القياس المتمثلة في المقياسين؛
- معامل الارتباط بيرسون: هو معامل يقيس صدق المقياسين من خلال تحديد مدى ارتباط بنود المقياسين بالدرجة الكلية لكل منهم، وكذا لمعرفة العلاقة بين متغيرات الدراسة بالنسبة لفرضيات الدراسة.

2.3- عرض النتائج ومناقشتها:

1.2.3-عرض وتحليل نتائج البيانات الشخصية:

أ- تحليل بيانات الجنس:

الجدول رقم (05): يوضح توزيع ونسبة العينة حسب متغير الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكور	28	%73.68
اناث	10	%26.32
المجموع	**38**	**%100**

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

من خلال قراءتنا للجدول (05) نجد أن العينة المأخوذة لدراستنا غير متساوية العدد بالنسبة لمتغير الجنس، حيث نجد عدد الطلبة من ذوي الهمم الذكور هم 28 طالب بنسبة 73.68%، وهي النسبة الأعلى، يليها عدد الطلبة من ذوي الهمم الإناث وهم 10 طالبات بنسبة 26.32%، وهي النسبة الأدنى.

ب- تحليل بيانات العمر:

الجدول (06) توزيع ونسبة العينة حسب متغير العمر

العمر	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 20 سنة	10	%26.32
من 20 إلى 30 سنة	22	%57.89
أكثر من 30 سنة	6	%15.79
المجموع	**38**	**%100**

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

من خلال قراءتنا للجدول (06) نجد ان العينة المأخوذة لدراستنا غير متساوية العدد من حيث العمر، حيث نجد عدد الطلبة من ذوي الهمم في الفئة العمرية من 20 إلى 30 سنة هم 22 طالب بنسبة 57.89%، وهي النسبة الأعلى، يليها عدد الطلبة من ذوي الهمم في الفئة العمرية أقل من 20 سنة هم 10 طلبة بنسبة 26.32%، ويليها عدد الطلبة من ذوي الهمم في الفئة العمرية أكثر من 30 سنة هم 6 طلبة بنسبة 15.79%، وهي النسبة الأدنى.

ج- تحليل بيانات نوع الإعاقة:

الجدول (07) يوضح توزيع ونسبة العينة حسب متغير نوع الإعاقة

نوع الإعاقة	التكرار	النسبة المئوية
بصرية	7	%18.42
سمعية	11	%28.95
جسدية	17	%44.74
أخرى	3	%7.89
المجموع	**38**	**%100**

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

من خلال قراءتنا للجدول (07) نجد أن العينة المأخوذة لدراستنا غير متساوية العدد بالنسبة لمتغير نوع الإعاقة، حيث نجد عدد الطلبة من ذوي الهمم الذين لديهم إعاقة جسدية هم 17 طالب بنسبة 44.74% وهي النسبة الأعلى، يليها عدد الطلبة من ذوي الهمم الذين لديهم إعاقة سمعية هم 11 طالب بنسبة 28.95%، ويليها عدد الطلبة من ذوي الهمم الذين لديهم إعاقة بصرية هم 7 طلبة بنسبة 18.42% ويليها عدد الطلبة من ذوي الهمم الذين لديهم إعاقة أخرى هم 3 طلبة بنسبة 7.89%، وهي النسبة الأدنى.

2.2.3-عرض وتحليل نتائج فرضيات الدراسة:

أ-عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أنه: **توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والصحة النفسية لدى الطلبة الجامعيين من ذوي الاحتياجات الخاصة.**

قمنا بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجة جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية، تم استعمال نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية ($SPSS_{25}$) لحساب قيمة r بين الدرجتين، فتحصلنا على النتائج المدونة في الجدول التالي:

الجدول (08) قيمة معامل بيرسون ودلالته الإحصائية للعلاقة بين درجة جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية

المتغيرات الاساسية	عدد أفراد العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	النتيجة
جودة الحياة والصحة النفسية	38	0.847**	0.000	ارتباط قوي وموجب

(**) دالة عند 0.01

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

من خلال الجدول (08) نجد أن قيمة معامل ارتباط بيرسون بين درجة جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية، يساوي 0.847، ومستوي الدلالة Sig تساوي 0.000 وهي أقل من مستوى معنوية 0.01، إذا توجد علاقة ارتباطيه قوية موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجة جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية، بناءا على ذلك نقبل الفرضية العامة القائلة بأنه: **توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والصحة النفسية لدى الطلبة الجامعيين من ذوي الاحتياجات الخاصة.**

ب- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أنه: **هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات متغير جودة الحياة والصحة النفسية لدى الطلبة الجامعيين من ذوي الاحتياجات الخاصة وان هذه العلاقة تتباين وفقا لمتغير الجنس (ذكر، أنثى).**

قمنا بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجة جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية، تم استعمال نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية ($SPSS_{25}$) لحساب قيمة r بين الدرجتين، فتحصلنا على النتائج المدونة في الجدول التالي:

الجدول (09) معامل بيرسون ودلالته الإحصائية لارتباطات درجات جودة الحياة والصحة النفسية وفقا لمتغير الجنس

المتغيرات الاساسية	الجنس	عدد أفراد العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	النتيجة
جودة الحياة والصحة النفسية	ذكر	28	0.861**	0.000	ارتباط موجب قوي
	أنثى	10	0.580*	0.036	ارتباط موجب متوسط

(*) دالة عند 0.05 (**) دالة عند 0.01

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

من خلال الجدول (09) نجد أن قيمة معامل ارتباط بيرسون بين درجات جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية للطلبة الجامعيين ذوي الاحتياجات الخاصة الذكور، يساوي 0.861، ومستوي الدلالة Sig تساوي 0.000 وهي أقل من مستوى معنوية 0.01، إذا توجد علاقة ارتباطيه قوية موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية للطلبة الجامعيين ذوي الاحتياجات الخاصة الذكور ونجد أن قيمة معامل ارتباط بيرسون بين درجات جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية للطلبة الجامعيين ذوي الاحتياجات الخاصة الإناث، يساوي 0.580، ومستوي الدلالة Sig تساوي 0.036 وهي أقل من مستوى معنوية 0.05، إذا توجد علاقة ارتباطيه متوسطة ذات دلالة إحصائية بين درجات جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية للطلبة الجامعيين ذوي الاحتياجات الخاصة الإناث، بناءا على ذلك نقبل الفرضية الفرعية الثانية التي تنص على أنه: **هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات متغير جودة الحياة والصحة النفسية لدى الطلبة الجامعيين من ذوي الاحتياجات الخاصة وان هذه العلاقة تتباين وفقا لمتغير الجنس (ذكر، أنثى).**

جـ- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أنه: **هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات متغير جودة الحياة والصحة النفسية لدى الطلبة الجامعيين من ذوي الاحتياجات الخاصة وان هذه العلاقة تتباين وفقا لمتغير العمر (أقل من 20 سنة، من 20 إلى 30 سنة، أكثر من 30 سنة).**

قمنا بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجة جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية، تم استعمال نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية ($SPSS_{25}$) لحساب قيمة r بين الدرجتين، فتحصلنا على النتائج المدونة في الجدول التالي:

الجدول (10) معامل بيرسون ودلالته الإحصائية لارتباطات درجات جودة الحياة والصحة النفسية وفقا لمتغير العمر

المتغيرات الاساسية	الفئة العمرية	عدد أفراد العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	النتيجة
المرونة النفسة والتفكير الايجابي	أقل من 20 سنة	10	*0.605	0.033	ارتباط موجب متوسط
	من 20 إلى 30 سنة	22	**0.877	0.000	ارتباط موجب قوية
	أكثر من 30 سنة	6	**0.934	0.006	ارتباط موجب قوي

(*) دالة عند 0.05 (**) دالة عند 0.01

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

من خلال الجدول (10) نجد أن قيمة معامل ارتباط بيرسون بين درجات جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية للطلبة الجامعيين ذوي الاحتياجات الخاصة الذين أعمارهم (أقل من 20 سنة) يساوي 0.605 ومستوي الدلالة Sig تساوي 0.033 وهي أقل من مستوى معنوية 0.05، إذا توجد علاقة ارتباطيه متوسطة موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية للطلبة الجامعيين ذوي الاحتياجات الخاصة الذين أعمارهم (أقل من 20 سنة)، ونجد أن قيمة معامل ارتباط بيرسون بين درجات جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية للطلبة الجامعيين ذوي الاحتياجات الخاصة الذين أعمارهم (من 20 إلى 30 سنة) يساوي 0.877، ومستوي الدلالة Sig تساوي 0.000 وهي أقل من مستوى معنوية 0.01، إذا توجد علاقة ارتباطيه قوية موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية للطلبة الجامعيين ذوي الاحتياجات الخاصة الذين أعمارهم (من 20 إلى 30 سنة)، ونجد أن قيمة معامل ارتباط بيرسون بين درجات جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية للطلبة الجامعيين ذوي الاحتياجات الخاصة الذين أعمارهم (أكثر من 30 سنة)، يساوي 0.934، ومستوي الدلالة Sig تساوي 0.006 وهي أقل من مستوى معنوية 0.01، إذا توجد علاقة ارتباطيه قوية موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية للطلبة الجامعيين ذوي الاحتياجات الخاصة الذين أعمارهم (أكثر من 30 سنة) بناءا على ذلك نقبل الفرضية الفرعية الثالثة التي تنص على أنه: **هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات متغير جودة الحياة والصحة النفسية لدى الطلبة الجامعيين من ذوي الاحتياجات الخاصة وان هذه العلاقة تتباين وفقا لمتغير العمر (أقل من 20 سنة، من 20 إلى 30 سنة، أكثر من 30 سنة).**

د- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على أنه: **هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات متغير جودة الحياة والصحة النفسية لدى الطلبة الجامعيين من ذوي الاحتياجات الخاصة وان هذه العلاقة تتباين وفقا لمتغير نوع الإعاقة (بصرية، سمعية، جسدية، أخرى).**

قمنا بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجة جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية، تم استعمال نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية ($SPSS_{25}$) لحساب قيمة r بين الدرجتين، فتحصلنا على النتائج المدونة في الجدول التالي:

الجدول (11) معامل بيرسون ودلالته الإحصائية لارتباطات درجات جودة الحياة والصحة النفسية وفقا لمتغير نوع الإعاقة

المتغيرات الاساسية	نوع الإعاقة	عدد أفراد العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	النتيجة
المرونة النفسة والتفكير الايجابي	بصرية	7	*0.699	0.045	ارتباط موجب متوسط
	سمعية	11	**0.835	0.001	ارتباط موجب قوي
	جسدية	17	**0.874	0.000	ارتباط موجب قوي
	أخرى	3	*0.955	0.049	ارتباط موجب متوسط

(*) دالة عند 0.05 (**) دالة عند 0.01

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على نتائج الاستبيان ومخرجات برنامج SPSS

من خلال الجدول (11) نجد أن قيمة معامل ارتباط بيرسون بين درجات جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية للطلبة الجامعيين ذوي الاحتياجات الخاصة الذين لديهم إعاقة بصرية يساوي 0.699 ومستوي الدلالة Sig تساوي 0.045 وهي أقل من مستوى معنوية 0.05، إذا توجد علاقة ارتباطيه متوسطة موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية للطلبة الجامعيين ذوي الاحتياجات الخاصة الذين لديهم إعاقة بصرية، ونجد أن قيمة معامل ارتباط بيرسون بين درجات جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية للطلبة الجامعيين ذوي الاحتياجات الخاصة الذين لديهم إعاقة سمعية يساوي 0.835 ومستوي الدلالة Sig تساوي 0.001 وهي أقل من مستوى معنوية 0.01، إذا توجد علاقة ارتباطيه قوية موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية للطلبة الجامعيين ذوي الاحتياجات الخاصة الذين لديهم إعاقة سمعية، ونجد أن قيمة معامل ارتباط بيرسون بين درجات جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية للطلبة الجامعيين ذوي الاحتياجات الخاصة الذين لديهم إعاقة جسدية يساوي 0.874 ومستوي الدلالة Sig تساوي 0.000 وهي أقل من مستوى معنوية 0.01، إذا توجد علاقة ارتباطيه قوية موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية للطلبة الجامعيين ذوي الاحتياجات الخاصة الذين لديهم إعاقة جسدية، ونجد أن قيمة معامل ارتباط بيرسون بين درجات جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية للطلبة الجامعيين ذوي الاحتياجات الخاصة الذين لديهم إعاقة أخرى يساوي 0.955 ومستوي الدلالة Sig تساوي 0.049 وهي أقل من مستوى معنوية 0.05، إذا توجد علاقة ارتباطيه متوسطة موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات جودة الحياة ودرجة الصحة النفسية للطلبة الجامعيين ذوي الاحتياجات الخاصة الذين لديهم إعاقة أخرى، بناءا على ذلك نقبل الفرضية الفرعية الرابعة التي تنص على أنه: **هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات متغير جودة الحياة والصحة النفسية لدى الطلبة الجامعيين من ذوي الاحتياجات الخاصة وأن هذه العلاقة تتباين وفقا لمتغير نوع الإعاقة (بصرية، سمعية، جسدية، أخرى).**

3.2.3- مناقشة النتائج:

أ-مناقشة الفرضية الأولى: اثبات العلاقة بين جودة الحياة والصحة النفسية.

تؤكد نتائج الدراسة الميدانية قبول الفرضية الأولى، حيث أظهرت وجود علاقة ارتباطية قوية وموجبة وذات دلالة إحصائية ($r = 0.847, Sig. = 0.000$) بين جودة الحياة والصحة النفسية لدى الطلبة الجامعيين من ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث نرى أن هذه النتيجة تتسق بشكل جوهري مع الإطار النظري الذي يؤكد أن جودة الحياة هي انعكاس للمستوى النفسي ونوعيته، وهدف لجميع المكونات النفسية، كما تتفق كذلك مع الفرضية العامة للدراسة التي تذهب إلى أن الشعور بالرضا والسعادة والتمتع بحياة جيدة ومُشبعة للحاجات هو أساس الصحة النفسية السوية، ومن جهة أخرى تدعم هذه النتيجة ما توصلت إليه دراسة إيمان خميس (2010) التي أشارت إلى وجود علاقة بين انخفاض جودة الحياة وارتفاع مستوى قلق المستقبل، حيث أن ارتفاع جودة الحياة يُقلل من القلق

ويُعزز الصحة النفسية، كما أن العلاقة القوية والموجبة المثبتة تؤكد ضرورة توفير البيئة الجامعية الغنية بالخدمات الراقية لتمكين هذه الفئة من التكيف الأكاديمي والاجتماعي، وهو ما يصب في دعم الصحة النفسية.

وتُعزى هذه العلاقة الارتباطية القوية والموجبة إلى أن جودة الحياة تشكل البناء الإدراكي والبيئي الذي تتحرك ضمنه الصحة النفسية للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، فإدراك الطالب لتوفر جودة حياة مرتفعة في أبعادها البدنية والأكاديمية والاجتماعية يعمل كـ "مصد سيكولوجي" يقلل من حدة الضغوط الناجمة عن الإعاقة ويحول دون تحول التحديات اليومية إلى اضطرابات نفسية، ومن منظور علم النفس الإيجابي، فإن توفير بيئة جامعية دامجة ومشبعة للحاجات يعزز من مفهوم الذات والصلابة النفسية لدى الطالب، حيث يشعر بأن إعاقته لا تشكل عائقاً أمام فاعليته الاجتماعية وتحصيله المعرفي، مما يرفع من مستوى الرضا العام لديه، وبذلك لا تعد جودة الحياة مجرد رفاهية إضافية، بل هي المرتكز الأساسي الذي يستمد منه الطالب توازنه النفسي، فكلما لمس الطالب تحسناً في نوعية الخدمات والدعم الاجتماعي المقدم له، انخفضت لديه مشاعر القلق والاغتراب، وحل محلها الهناء النفسي والتوافق، وهو ما يفسر التلازم القوي بين جودة الحياة كـ "مُدخل" والصحة النفسية كـ "مُخرج" جوهري في حياة هذه الفئة.

ب- مناقشة الفرضية الثانية: اثبات الفروق في العلاقة وفقاً لمتغير الجنس

أسفرت النتائج عن قبول الفرضية الثانية، حيث تم التوصل الى وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والصحة النفسية تتباين وفقاً لمتغير الجنس كما يلي:

- **فئة الذكور**: علاقة ارتباطية قوية وموجبة ($r = 0.861, Sig. = 0.000$)؛
- **فئة الإناث**: علاقة ارتباطية متوسطة وموجبة ($r = 0.580, Sig. = 0.036$).

حيث تؤكد هذه النتيجة أن الجنس عامل مؤثر في طبيعة العلاقة بين المتغيرين، كما تتعارض هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة رغداء علي نعيسة (2012) التي تظهر عدم وجود فروق في أبعاد جودة الحياة تُعزى لمتغير الجنس بين طلبة الجامعات، هذا التباين قد يُعزى إلى خصوصية عينة الدراسة الحالية المتمثلة في فئة ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث قد تختلف آليات التكيف النفسي وإدارة الضغوط بين الذكور والإناث ذوي الإعاقة، كما قد يُفسر هذا الاختلاف كذلك بأن الذكور في البيئة الجامعية يواجهون تحديات اجتماعية وضغوطاً متعلقة بإثبات الذات والاستقلالية بشكل مختلف عن الإناث، مما يجعل العلاقة بين شعورهم بتحقيق الذات (جودة الحياة) وبين صحتهم النفسية علاقة أكثر قوة وحساسية للتغيرات.

ويمكن تعميق التفسير السيكولوجي لهذه الفروق بالنظر إلى طبيعة الأدوار الجندرية والتوقعات الاجتماعية المرتبطة بكل جنس في سياق الإعاقة، فالذكور غالباً ما يتبنون استراتيجيات تكيّف توجهها المهمة، حيث ترتبط صحتهم النفسية مباشرةً بمدى جودة الإمكانيات والوسائل المتاحة لهم لتحقيق الإنجاز، وهو ما يفسر الارتباط القوي جداً لديهم، فبالنسبة للطالب الذكر، تُعد جودة الحياة الأكاديمية والبيئية أداة لتمكينه من استعادة الشعور بالسيطرة وتقليل الفجوة التي قد تسببها الإعاقة بينه وبين أقرانه العاديين، وفي المقابل قد يميل التوافق النفسي لدى الإناث إلى الاعتماد على استراتيجيات توجيهها العاطفة أو الدعم الاجتماعي غير الرسمي، مما يجعل صحتهن النفسية تتمتع بنوع من الاستقلالية النسبية عن المظاهر المادية أو الأكاديمية لجودة الحياة مقارنة بالذكور، وهذا التباين يؤكد أن الذكور ذوي الاحتياجات الخاصة أكثر حساسية وتأثراً بنوعية البيئة الجامعية وخدماتها، حيث تتحول جودة الحياة لديهم من مجرد "عامل مساعد" إلى "شرط أساسي" لتحقيق التوازن النفسي والوقاية من مشاعر العجز أو الدونية.

جـ- مناقشة الفرضية الثالثة: اثبات الفروق في العلاقة وفقاً لمتغير العمر

تشير النتائج إلى قبول الفرضية الثالثة التي أظهرت بأن العلاقة بين جودة الحياة والصحة النفسية تتباين وفقاً لمتغير العمر كما يلي:

- **أقل من 20 سنة:** ارتباط متوسط وموجب (r = 0.605)؛
- **من 20 إلى 30 سنة:** ارتباط قوي وموجب (r = 0.877)؛
- **أكثر من 30 سنة:** ارتباط قوي وموجب (r = 0.934).

تُظهر هذه النتائج أن العلاقة الارتباطية تزداد قوة مع التقدم في العمر وهذا يشير إلى أن الطلبة الأكبر سناً (الذين لديهم خبرة أكبر)، تكون العلاقة بين جودة حياتهم وشعورهم بالصحة النفسية أكثر تماسكاً وقوة، أي يُمكن تفسير ذلك بأن الخبرة الأكبر في الحياة الجامعية وما بعدها، تمنح الطالب مهارات مرونة نفسية وقدرة على التفكير الإيجابي، مما يمكّنهم من إدراك جودة حياتهم بشكل أعمق وأكثر نضجاً والذي يسمح هذا الأخير في التقييم والتعامل مع تحديات الإعاقة والبيئة الجامعية ويؤدي إلى ارتباط أقوى بين إشباع الحاجات (جودة الحياة) وبين التوافق الانفعالي (الصحة النفسية).

ويمكن تعميق التفسير السيكولوجي لهذا التصاعد في قوة العلاقة الارتباطية بربطه بمفهوم "النضج الانفعالي" وإعادة بناء "الهوية الشخصية" عبر الزمن، فالفئة العمرية الصغرى (أقل من 20 سنة) غالباً ما تكون في مرحلة انتقالية حرجة تتسم بالتخبط في البحث عن الذات ومحاولة التكيف مع الصدمة أو مع القيود التي تفرضها الإعاقة في بيئة جديدة كلياً (الجامعة)، مما يجعل مصادر صحتهم النفسية مشتتة وغير مستقرة تماماً على مؤشرات جودة الحياة الأكاديمية، أما مع التقدم في السن (خاصة فئة ما فوق 30 سنة)، فإن الطالب ذو الاحتياجات الخاصة ينتقل من مرحلة "المقاومة أو الإنكار" إلى مرحلة "الواقعية والتقبل"، حيث يكتسب رؤية استراتيجية للحياة تجعله يدرك تماماً أن توازنه النفسي مرهون بمدى جودة الموارد المتاحة له وقدرته على استغلالها، وإن وصول معامل الارتباط إلى ذروته لدى الفئة الأكبر سناً يعكس حالة من "الارتباط العضوي" بين تقدير الذات وبين الإنجاز الواقعي، فالطالب الأكبر سناً غالباً ما يكون أكثر وعياً بحقوقه وأكثر تحديداً لأهدافه مما يجعل شعوره بالصحة النفسية يستند بشكل شبه كلي إلى تقييمه لنوعية حياته ومدى إشباع حاجاته الأساسية والاجتماعية، وهو ما يؤكد أن الخبرة التراكمية تعمل كمحفز يجعل العلاقة بين المتغيرين أكثر تماسكاً ووضوحاً كلما تقدم الطالب في مساره العمري.

د- مناقشة الفرضية الرابعة: اثبات الفروق في العلاقة وفقاً لمتغير نوع الإعاقة

أثبتت النتائج قبول الفرضية الرابعة، حيث وُجدت علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والصحة النفسية تتباين وفقاً لمتغير نوع الإعاقة كما يلي:

- **الإعاقة الجسدية (44.74% من العينة):** ارتباط قوي وموجب (r = 0.874)؛
- **الإعاقة السمعية:** ارتباط قوي وموجب (r = 0.835)؛
- **الإعاقة البصرية والإعاقة الأخرى:** ارتباط متوسط وموجب لكل منهم.

تؤكد هذه النتيجة أن نوع الإعاقة يؤثر في قوة العلاقة بين جودة الحياة والصحة النفسية، حيث كانت العلاقة قوية جداً لدى الطلبة ذوي الإعاقة الجسدية والسمعية، يُعزى قوة الارتباط لدى فئة الإعاقة الجسدية إلى أن التحديات البيئية كالتنقل والوصول إلى المرافق تكون ملموسة ومباشرة، وبالتالي فإن تحسين جودة الحياة المادية والخدمية ينعكس بشكل فوري وقوي على شعورهم بالاستقلالية والتكيف، ومن ثم على صحتهم النفسية، أما قوة

الارتباط لدى فئة الإعاقة السمعية، فقد تشير إلى حساسية هذه الفئة للدعم الاجتماعي والتواصل الفعال، حيث أن تحسين جودة حياتهم من خلال توفير مترجمين وخدمات تواصل مناسبة يؤدي إلى شعور قوي بالاندماج، مما يُعزز صحتهم النفسية، هذه النتائج تبرز الحاجة إلى تصميم برامج إرشادية متخصصة ومكيفة حسب طبيعة ونوع الإعاقة، بدلاً من تقديم دعم عام للجميع.

ويمكن تعميق التفسير العلمي لهذه النتائج من خلال تحليل "طبيعة الفقد" وطرق التعويض النفسي المرتبطة بكل إعاقة، فبالنسبة لذوي الإعاقة الجسدية، تظهر العلاقة القوية لأن عوائقهم ترتبط أساساً بالمجال الحيوي والحركة، مما يجعل صحتهم النفسية رهينة مباشرة لمدى جودة البيئة المادية، فكلما كانت الجامعة "صديقة للإعاقة" (بمعنى توفر المصاعد والمنحدرات)، زاد شعور الطالب بالسيادة على ذاته وانخفضت لديهم مشاعر العجز، وهو ما يفسر هذا التلازم الشرطي القوي، أما لدى ذوي الإعاقة السمعية، فإن الارتباط القوي يعكس حاجتهم الماسة لـ "جودة الحياة الاجتماعية" كمدخل للصحة النفسية، فالأصم يعيش في "عالم من الصمت" قد يؤدي به إلى العزلة النفسية، لذا فإن توفر وسائط التواصل (مترجمي لغة الإشارة، الوسائل البصرية) يكسر هذا الحاجز ويحقق له الاندماج، مما ينعكس إيجاباً وبقوة على توازنه الانفعالي، وفي المقابل قد يفسر الارتباط المتوسط لدى ذوي الإعاقة البصرية بأن لديهم آليات تعويضية نفسية ومعرفية تعتمد على "التكيف الداخلي" والذكاء اللغوي والسمعي، مما قد يجعل استقرارهم النفسي يتمتع بمرونة أكبر ولا يتأثر بشكل حاد بالتغيرات في جودة الحياة المادية مقارنة بالإعاقات الجسدية، وهذا التباين يؤكد أن نوع الإعاقة يحدد نقطة الارتكاز التي تستند إليها الصحة النفسية، فما يمثل أولوية قصوى وجوهرية للتوازن النفسي لفئة معينة، قد يكون ثانوياً لفئة أخرى، وهو ما يفرض ضرورة تبني "المقاربة الفردية" عند تصميم استراتيجيات الدعم الجامعي.

4-الخاتمة:

في ضوء ما تم عرضه من خلال هذه الدراسة التي تناولت جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى الطلبة الجامعيين ذوي الاحتياجات الخاصة، تم تأكيد العلاقة الوثيقة بين هذين المتغيرين، حيث أظهرت النتائج الإحصائية وجود علاقة ارتباطية قوية وموجبة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والصحة النفسية، مما يرسخ قناعة مفادها أن توفير بيئة جامعية ذات جودة عالية في أبعادها المختلفة هو ركيزة أساسية لتعزيز الصحة النفسية والوصول بالتكيف إلى أعلى مستوياته لهذه الفئة. كما كشفت الدراسة عن تباين واضح في قوة هذه العلاقة وفقاً لمتغيرات الجنس، والعمر، ونوع الإعاقة، الأمر الذي يشير إلى أن احتياجات ومتطلبات الدعم ليست متجانسة وتتطلب تدخلاً نوعياً.

من جهة أخرى، يتضح أن الاهتمام بهذا الفئة ليس مجرد واجب إنساني، بل هو استثمار حقيقي في رأس المال البشري الجامعي، فجودة الحياة لا تقتصر على الجوانب المادية فقط، بل تشمل أيضا أبعادا نفسية واجتماعية وتربوية تساهم في تعزيز التكيف الأكاديمي والشعور بالانتماء والرضا لدى الطالب.

على الرغم من إسهام هذه الدراسة في إثراء الأدبيات العلمية وتأكيدها للعلاقات الارتباطية بين جودة الحياة والصحة النفسية، فإنها تظل محددة بكونها دراسة وصفية ارتباطية اعتمدت على عينة من جامعة واحدة، مما يحد من إمكانية تعميم نتائجها ويجعلها تفتقر لتحديد العلاقات السببية. لذلك، يوصى الباحثون المستقبليون بتجاوز هذه الحدود من خلال الانتقال إلى المنهج شبه التجريبي لدراسة الأثر السببي لمتغيرات مثل المرونة النفسية والتفكير الإيجابي كمتغيرات وسيطة، والعمل على اختبار فاعلية البرامج الإرشادية المقترحة عمليًا. كما يجب التعمق في

دراسة المتغيرات غير المدروسة مثل جودة إدارة الوقت والدعم الاجتماعي المُدرك، وتوسيع نطاق العينات لتشمل جامعات متعددة لزيادة إمكانية تعميم النتائج، مما يضمن تقديم حلول تطبيقية أكثر دقة وفعالية في المستقبل.

في ضل هذا الطرح والنتائج المتوصل اليها، نصيغ التوصيات التالية:

- ضرورة العمل على تحسين جودة الحياة في شقها المادي والاجتماعي، بما يشمل تكييف المرافق والبنية التحتية وتوفير التكنولوجيا المساعدة، لضمان تكافؤ الفرص في التحصيل العلمي وتعزيز الاندماج الاجتماعي للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة؛
- إنشاء مكتب للإرشاد النفسي والتربوي خاص بالطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة لتقديم الدعم النفسي الفردي والجماعي؛
- ضرورة تحسين البنية التحتية داخل الحرم الجامعي (ممرات، مصاعد، قاعات دراسية مجهزة) بما يضمن سهولة الوصول والحركة لهذه الفئة.
- تشجيع الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة على المشاركة في النوادي العلمية والثقافية والرياضية، مع تكييف الأنشطة بما يناسب قدراتهم؛
- تنظيم دورات تكوينية حول أساليب التعامل والتواصل الفعّال مع هذه الفئة.

-الاحالات والمراجع:

إبراهيم ,ا و محمد ,ح .(2010) .الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن الجودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظات غزة .رسالة ماجستير غير منشورة .جامعة الأزهر، غزة.

ابن منظور ,ج .(1999) .معجم لسان العرب (ط1) بيروت :دار صادر للنشر.

الجوهري ,ه .(2009) .علم الاجتماع الحضري .عمان :دار المسيرة للنشر والتوزيع.

السيد ,و .(2019) .جودة الحياة الجامعية كعامل وسيط بين الاغتراب النفسي وتقدير الذات لدى طلاب جامعة الملك سعود .المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية.(2)5 ,

الشربيني ,ل .(2003) .موسوعة شرح المصطلحات النفسية باللغة العربية والانكليزية .بيروت :دار النهضة.

القوصي ,ع .(1980) .أسس الصحة النفسية .القاهرة–مصر :مكتبة النهضة المصرية.

المنسي ,م و كاظم ,ع .(2006) .مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة، .وقائع ندوة علم النفس الايجابي وجودة الحياة .مسقط .

جمعة ,ن و العاني ,و .(19–17 12 ,2006) .تعليم الكبار من اجل جودة الحياة .ندوة علم النفس وجودة الحياة .سلطنة عمان ,كلية التربية، جامعة السلطان قابوس.

جميل رضوان ,س .(2007) .الصحة النفسية (ط2). عمان :دا المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة .

حسام ,ب .(2011) .فعالية النشاط الرياضي الترويحي في تحقيق الصحة النفسية وادماج المعاق حركيا . الجزائر :كلية التربية الرياضية، سيدي عبد الله.

حسن الداهري ,ص .(2005) .مبادئ الصحة النفسية .عمان :دار وائل للنشر والطباعة.

حسن ,و .(2010) .جودة الحياة وعلاقتها بتقبل الوالدين لطفلهما المعاق .رسالة ماجستير غير منشورة .قسم العلوم النفسية، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة ,مصر.

خرموش ,س و فرشان ,ل .(2021) .جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى الطالب الجامعي –دراسة ميدانية .–مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية.(01)06 ,

خميس ,إ .(2010) .جودة الحياة وعالقتها بكل من الرضا الوظيفي وقلق المستقبل دى معلمات رياض االطفال . مداخلة ملقاة ضمن المؤتمر العلمي الثالث"تربية المعلم العربي وتأهيله "رؤى معاصرة.

زبيدي ,ل و ن ,ن .(2017) .مبادئ الصحة النفسية و الارشاد .الجزائر :ديوان المطبوعات الجامعية.

زهران حامد ,ع .(1997) .الصحة النفسية والعلاج النفسي .Vol)ط .(2القاهرة–مصر :عالم الكتب.

شاهد ,س .(2010) .قياس جودة الحياة لدى عينة من الطلبة وتأثير بعض المتغيرات عليها .مجلة رسالة الخليج.

صالح ,ح .(2005) .مبادئ الصحة النفسية .عمان :دار وائل للنشر والطباعة.

صلاح الدين ,ت .(2009) .تحسين نوعية الحياة للطفولة العربية لذوي الحاجات التربوية الخاصة في إطار جوهر فلسفة حقوق الطفل .مجلة التربية .(27)

عبد السلام ,ع .(2001) .مقدمة في الصحة النفسية .مصر :دار النهضة العربية.

عويس ,ع .(19–17 12 ,2006) .مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة .ندوة علم النفس وجودة الحياة .كلية التربية، جامعة السلطان قابوس :سلطنة عمان .

محمد الشاذلي ,ع .(1999) .الصحة النفسية سيكولوجية الشخصية .الإسكندرية–مصر :المكتب العلمي.

محمد شحاتة ,ر .(2000) .أصول الصحة النفسية .Vol)ط .(1مصر :مؤسسة نبيل للطباعة .

مظلوم ,م وعراقي ,ص .(2005) .فاعلية برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة لدى الطلاب المكتئبين .مجلة كلية التربية.(34)34 ,

مليكة ,ل .(1963) .سيكولوجية الجماعات والقيادة .Vol)ط .(2القاهرة–مصر :مكتبة النهضة المصرية.

منسي ,ع .م .(2006) .مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة .مسقط :كلية التربية جامعة السلطان قابوس.

منسي ,م و كاظم ,ع .(19–17 12 ,2006) .مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة .ندوة علم النفس وجودة الحياة .كلية التربية، جامعة السلطان قابوس ,سلطنة عمان .

ناصر ,م .(2006) .الأمراض النفسية وأثرها على السلوك الوظيفي Récupéré sur . http://www.webreview.dz/IMG/pdf/_2-4.pdf

نعيسة ,ر .(2012) .جودة الحياة لدى طلبة جامعة دمشق .مجلة دمشق.(01)28 ,

هويدة ,م و الجمالي ,ف .(2010) .فعاليات الذات المدركة على جودة الحياة لدى طلاب الجامعة المتفوقين والمتعثرين دراسيا .

المجلة العلمية أمبارك .(1)

Anderson , J., & Ventegodt, S. (2003). Quality of life philosophy. The brain and consciousness. *The scientific world journal*(3).

Frank L V, R. D. (1998). *Recollection an autobiographie.* cambrage, Massachusetts: peruses publishing.

Litwin, M. (1999). Measuring Quality of life after prostate cancer treatment activities. *Applied and preventive Psychology*, *16*(2).

Ryff, C. (1989). Happiness Is Everything, or Is It?: Exploration on the Meaning of Psychological Well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(6).