الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة للصغار والكبار من ذوي الإعاقات النمائية بالمملكة العربية السعودية

د. سهيل إبراهيم القزلان

قسم التربية الخاصة – كلية التربية

جامعة الامام محمد بن سعود الإسلامية –المملكة العربية السعودية

الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة للصغار والكبار من ذوي الإعاقات النمائية بالمملكة العربية السعودية

د. سهيل إبراهيم القزلان

قسم التربية الخاصة – كلية التربية
جامعة الامام محمد بن سعود الإسلامية - المملكة العربية السعودية

تاريخ تقديم البحث: ١٤٤٦/٠٩/٠٦ هـ **تاريخ قبول البحث:** ١٤٤٧/٠٢/٠٢ هـ

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى تقنين مقياس جودة الحياة بصورتيه (صورة الصغار، وصورة البالغين) على البيئة السعودية، وذلك من خلال التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس متمثلةً في الصدق والثبات على عينة من الصغار والبالغين بالمملكة العربية السعودية، وارتكزت الدراسة على المنهج الوصفي، وتمثّلت عينتها في (٩٠) طفلًا ومراهقًا تتراوح أعمارهم بين)٣-١٧(عامًا، بمتوسط عمر (٩,٨٧) وانحراف معياري (٣,٩)، و)٧٠(بالغًا تتراوح أعمارهم بين (١٨) عامًا فأكثر بمتوسط عمر (٢٢,٧) وانحراف معياري (٤,٦)، وكشفت النتائج عن وجود دلالات صدق وثبات عالية للمقياس بصورتيه، من خلال نتائج صدق الاتساق الداخلي، والصدق البنائي، ومعاملات ثبات ألفا كرونباخ، وجتمان، والتجزئة النصفية، وأوصت الدراسة باستخدام الصورة الحالية من المقياس في التعرف إلى جودة الحياة لدى فئات المعاقين فكريًا وذوي اضطراب طيف التوحد؛ وذلك بهدف تقديم الخدمات التربوية والاجتماعية التي تسهم في زيادة جودة الحياة لديهم، وإجراء دراسة مماثلة لتقنين المقياس على عينات أخرى من فئات ذوي الإعاقة.

الكلمات المفتاحية: إعاقة فكرية، اضطراب طيف التوحد، الصلاحية والثبات، الأوصياء، المعلمون، متعددو الإعاقة.

Psychometric Properties of the Quality-of-Life Scale for Children and Adults with Developmental Disabilities in the Kingdom of Saudi Arabia

Dr. Sohil I Alqazlan
Department Special Education – Faculty Education
Imam Mohammad Ibn Saud Islamic University - Saudi Arabia

Abstract:

This study aimed to standardize the Quality of Life Scale in its two forms (Children's Form and Adults' Form) within the Saudi context by examining its psychometric properties—specifically, validity and reliability—on samples of children and adults in the Kingdom of Saudi Arabia. The study adopted a descriptive approach, with a sample consisting of 90 children and adolescents aged between 3 and 17 years (mean age = 9.87, SD = 3.9) and 70 adults aged 18 years and above (mean age = 22.7, SD = 4.6). The results revealed high indicators of validity and reliability for both forms of the scale, as demonstrated by internal consistency validity, construct validity, and reliability coefficients using Cronbach's alpha, Guttman split-half, and split-half reliability methods. The study recommended the use of the current version of the scale to assess quality of life among individuals with intellectual disabilities and autism spectrum disorder, in order to provide educational and social services that enhance their quality of life. It also recommended conducting similar studies to standardize the scale among other groups of individuals with disabilities.

key words: intellectual disability, autism spectrum disorder, validity and reliability, caregivers, teachers, multiple disabilities.

المقدمة:

أسهمت العلوم الإنسانية بشكل كبير في دراسة السلوك البشري من خلال فهمه والتحكم فيه بهدف تحسينه وتطويره، بالإضافة إلى التنبؤ بما يمكن أن يكون أفضل، كما تساعد هذه العلوم في مواجهة التحديات والعقبات التي قد تعوق الإنسان في حياته، ويتيح هذا الفهم توفير بيئة ملائمة وخدمات متكاملة تشمل مختلف جوانب الحياة؛ مما يسهم في تعزيز شعور الفرد بالرفاهية والسعادة، ويمكّنه من استغلال جميع إمكاناته للوصول إلى ما يُعرف بجودة الحياة (Quality of Life) (جخراب وعبد الحفيظي، ٢٠١٦). وتُعد عملية فهم مفهوم جودة الحياة وتطبيقه أمرًا بالغ الأهمية لجميع المستويات، سواء كان على مستوى صنّاع القرار أو السياسات أو الباحثين أو المستفيدين من الخدمات في مجال الرعاية الاجتماعية، كما أشار كل من شالوك وفردوغو Schalock and Verdugo, (2002) إلى أن هذا المفهوم (جودة الحياة) يؤدي دورًا حيويًا في تحسين البرامج والخدمات المقدمة للأفراد. علاوةً على ذلك، يُقاس تقدم الدول بمدى جودة الحياة التي توفرها لمواطنيها؛ مما يجعل هذا المفهوم معيارًا أساسيًا لقياس فعالية الخدمات والبرامج المقدمة في مختلف المجالات.

تولي المملكة العربية السعودية اهتمامًا كبيرًا بجودة الحياة، وتُعد من الدول الرائدة في هذا المجال وفقًا لرؤية ٢٠٣٠، التي بدأت بإطلاق مشروع جودة الحياة منذ عام 2018 (Saudi Vision 2030, 2018)، وقد شهدت المملكة تقدمًا ملحوظًا في مختلف مجالات التنمية الاجتماعية والاقتصادية، كما يتضح من تقرير برنامج الأمم المتحدة الإنمائي لعام ٢٠٢١؛ حيث حققت المملكة المركز الثاني عربيًا والـ ٤٠ عالميًا في مؤشر التنمية البشرية لعام ٢٠٢٠، مما يعكس التحسن في مستوى المعيشة

والصحة والخدمات التعليمية (هيئة رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة، ٢٠٢١). ويتجلى هذا الاهتمام بجودة الحياة –أيضًا– في تحسن ترتيب المملكة في مؤشر السعادة العالمي، وهو مؤشر صادر عن شبكة حلول التنمية المستدامة التابعة للأمم المتحدة، ويركز على مقومات السعادة وجودة الحياة في 149 دولة حول العالم، ويعمل على تصنيف الدول بناءً على عوامل أهمها: إجمالي الناتج المحلي للفرد، والحياة الصحية المتوقعة، من خلال استبانات مختلفة لسكان الدول. وفي تقرير السعادة لعام ٢٠٢١، حلت المملكة في المرتبة 21 عالميًا، والأولى عربيًا، محرزة تقدمًا ملحوظًا في الترتيب مقارنة بعام٢٠١٧ الذي حلت فيه في المرتبة٣٦ عالميًا، والثالثة عربيًا (United Nations, 2021).

إن اهتمام المملكة العربية السعودية بجودة الحياة لا يقتصر فقط على المواطنين والمقيمين من غير الأشخاص ذوي الإعاقة؛ حيث تولي المملكة اهتمامًا بالغًا بجودة الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة بشكل خاص، وهذا ما أكده السيد (٢٠٠٥) من حيث أهمية جودة الحياة ووصفها مؤشرًا مُهمًا من خلال مدى تحقيق جودة الخدمات المقدمة للمعاقين، كونهم من الفئات التي تحتاج رعاية خاصة؛ فهم ينظرون للحياة بنظرة تختلف عن الآخرين، كما تتأثر نظرتهم للحياة بظروف الإعاقة وما يحصلون عليه من خدمات ودعم اجتماعي، مما يؤكد احتياجهم إلى خدمات تساعدهم على التوافق مع ظروف الحياة، وظهر ذلك جليًا من خلال نظام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بالسعودية، والصادر بالمرسوم الملكي (م/٢٧) وتاريخ ١٤٤٥/٢/١١ المبني على قرار مجلس الوزراء رقم (١١٠) وتاريخ ١٤٤٥/٢/٦؛ حيث أكد على ستة مبادئ أساسية تعكس اهتمام الحكومة بجودة الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة، وتسهيل أمورهم الحياتية في مختلف الجوانب؛ وهذه المبادئ هي: (١) ضمان عدم التمييز على أساس الإعاقة وتحقيق تكافؤ الفرص. (٢) توفير متطلبات الوصول

الشامل والترتيبات التيسيرية. (٣) تضمين متطلبات الأشخاص ذوي الإعاقة في التشريعات والإستراتيجيات والسياسات والأنشطة والبرامج والخطط والتصاميم الحكومية وغير الحكومية. (٤) تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من المشاركة الفاعلة في إدارة شؤونهم، وفق الأنظمة المعمول بها. (٥) تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة الذين بلغوا سن الرشد من مباشرة التصرفات القانونية، إلا إذا حالت إعاقتهم دون ذلك، وفقًا للأحكام النظامية ذات العلاقة. (٦) اعتماد وسائل بديلة وملائمة للتواصل مع الأشخاص ذوي الإعاقة، بما يشمل التواصل اللفظي، والمكتوب، ولغة الإشارة، وغيرها، مع تدريب الكوادر المختصة بخدمتهم على أساليب التعامل والتواصل معهم، ورفع الوعي المجتمعي بحقوقهم.

مما سبق، يتضح أن تعزيز جودة الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة هدفٌ جوهريٌّ ضمن إطار رؤية المملكة العربية السعودية ٢٠٣٠، وأن توفير خدمات متكاملة وشاملة لهذه الفئة يعكس التزام الحكومة القوي بتعزيز حقوقهم وتلبية احتياجاتهم المتخصصة، من خلال فهم عميق للتحديات والاحتياجات التي يواجها الأفراد ذوو الإعاقة، ويمكن تحقيق تحسينات ملموسة في جودة حياتهم؛ مما يسهم في تعزيز مشاركتهم الفعالة في مختلف مجالات الحياة.

مشكلة الدراسة:

يتوقف تحديد مستويات جودة الحياة على القياس الدقيق والوصف الجيد لمفهوم الحياة الجيدة، الذي يختلف تعريفه تبعًا للأطر النظرية المستخدمة، ويرجع ذلك إلى حداثة المفهوم، وتنوع مجالات استخدامه بين عدة تخصصات، مثل علم الاجتماع، علم النفس، الاقتصاد، والطب (Barcaccia, et al., 2013; Morisse et al. 2013). بعبارة أخرى وُجد أن جودة الحياة في المجال الطبي، تُقاس بمؤشرات مثل

معدل الوفيات، وانتشار الأمراض، والأعمار المتوقعة، بينما يركز علماء الاجتماع على مؤشرات اجتماعية كنوعية السكن، ومعدلات المواليد والوفيات، والمستويات التعليمية لقياس المفهوم نفسه.

وعلى الرغم من الاهتمام العالمي بجودة الحياة فإن الأبحاث التي تناولت ذلك لا تزال محدودة، خصوصًا فيما يتعلق بجودة الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة (السرطاوي وآخرون، ٢٠١٥). ويتضح ذلك جليًا في المراجعة منهجية التي أجراها (Ayres et al (2018 حول جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقات النمائية كاضطراب طيف التوحد والإعاقة الفكرية؛ حيث وجد الباحثون من أصل ٨٢٧ دراسة تناولت جودة الحياة تم التحقق منها أن ١٤ دراسة فقط شملت الأشخاص ذوي الإعاقات التنموية، وأن دراسة واحدة فقط تناولت مدى ملاءمة مقاييس جودة الحياة لهؤلاء الأفراد، وخلصت المراجعة إلى أن جودة حياة المصابين بالإعاقات النمائية كانت أقل بشكل عام مقارنةً بأقرانهم العاديين، مع التأكيد على ضرورة تطوير مقاييس أكثر ملاءمة لتقييم جودة الحياة في هذا السياق.

من هنا تتبلور مشكلة الدراسة حيث تهدف إلى التحقق من الخصائص السيكومترية وملاءمة مقياس جودة الحياة المختصر للأشخاص ذوي الإعاقات النمائية المختصر على البيئة السعودية؛ حيث تسعى هذه الدراسة إلى إجراء ترجمة دقيقة وتقنين شامل لهذا المقياس، بهدف تقييم ملاءمته للأبعاد الاجتماعية والثقافية في المملكة العربية السعودية؛ حيث إن هذا العمل يعد خطوة أساسية قبل تعميمه وتطبيقه على دراسات أكبر.

أسئلة الدراسة:

تتمحور مشكلة الدراسة حول السؤال الرئيس التالي: ما الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة بصورتيه (صورة الصغار، وصورة البالغين)؟

ويتفرع من هذا السؤال الرئيس السؤالان الفرعيان الآتيان:

- ما مؤشرات الصدق لمقياس جودة الحياة المختصر بصورتيه (صورة الصغار، وصورة البالغين)؟
- ما مؤشرات الثبات لمقياس جودة الحياة المختصر بصورتيه (صورة الصغار، وصورة البالغين)؟

هدف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى تقنين مقياس جودة الحياة بصورتيه (صورة الصغار، وصورة البالغين) على البيئة السعودية، وذلك من خلال التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس المتمثّلة في الصدق والثبات على عينة من الصغار والبالغين بالمملكة العربية السعودية.

أهمية الدراسة:

الأهمية النظرية:

- تناولت الدراسة متغير جودة الحياة، والذي حظي باهتمام الدراسات الأجنبية ومع ذلك – في حدود علم الباحث– لا توجد دراسات عربية تناولته بالبحث والدراسة من حيث التقنين على فئات المعاقين فكريًا وذوي اضطراب طيف التوحد.
- قد تُثري الدراسة المكتبة العربية بأداة قياس مقننة وصالحة لقياس جودة الحياة لدى فئات المعاقين فكريًا وذوي اضطراب طيف التوحد.

- تركّز الدراسة على مرحلة الطفولة والمراهقة والبلوغ أو الرشد، وهي مراحل مهمة في حياة الفرد النفسية والاجتماعية، والمهنية، والأسرية.
- أهمية وجود مقاييس تتمتع بخصائص سيكومترية مقبولة.

الأهمية التطبيقية:

- مساعدة الباحثين في تصميم برامج تدريبية تهدف إلى تعزيز جودة الحياة لدى الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية وذوي اضطراب طيف التوحد، من خلال استخدام المقياس بصيغتيه لتقييم مستوى جودة حياتهم، وتحديد جوانب القصور التي يغطيها المقياس، مثل الاندماج الاجتماعي، والعلاقات الشخصية، وغيرها.
- توفير أداة مقننة تساعد الباحثين والمتخصصين في التعرّف على مستوى جودة الحياة لدى فئات المعاقين فكريًا وذوي اضطراب طيف التوحد.

حدود الدراسة:

تحددت الدراسة الحالية بالحدود الآتية:

الحدود الموضوعية: اقتصرت الدراسة على تقنين مقياس جودة الحياة بصورتيه (صورة الصغار، وصورة البالغين) في البيئة السعودية، وتركزت على الأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية أو التوحد، بما في ذلك حالات التعدد المرتبطة بهما.

الحدود المكانية: تم تطبيق الدراسة على مشاركين من مختلف مناطق المملكة العربية السعودية (المنطقة الغربية، الوسطى، الشمالية، الجنوبية، والشرقية)، إلا أن التمثيل المناطقي لم يكن متوازنًا؛ مما قد يؤثر على إمكانية تعميم النتائج.

الحدود الزمانية: جُمعت البيانات خلال الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي ١٤٤٦هـ؛ مما يحد من إمكانية تتبع التغيرات الزمنية في جودة الحياة.

الحدود المنهجية: اعتمدت الدراسة على المنهج الكمي فقط، مما قد لا يتيح فهمًا عميقًا للتجارب الشخصية والمعيشية للأشخاص ذوي الإعاقة.

الحدود العينية: تم الاعتماد على استجابات أولياء الأمور والمعلمين فقط، دون إشراك مباشر للأشخاص ذوي الإعاقة (حتى القادرين على التعبير)، مما قد يحد من تمثيل البُعد الذاتي لجودة الحياة.

مصطلحات الدراسة:

الخصائص السيكومترية:

هي المعايير أو السمات التي تُستخدم لتقييم جودة أدوات القياس في البحوث النفسية والتربوية؛ مثل الاستبيانات والاختبارات والمقاييس، وتشير هذه الخصائص إلى مدى صدق وثبات الأداة، وقدرتها على قياس ما صُممت لقياسه بدقة وموثوقية (Redlich-Amirav et al, 2018, 1).

جودة الحياة: تتنوع تعريفات جودة الحياة بحسب الجهة التي تعرفها والهدف المقصود منه، ويُعد تعريف منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة World Health Organisation (1997) هو التعريف الأكثر تكرارًا في الأدبيات، الذي يعرف جودة الحياة بأنها، إدراك الفرد لموقعه في الحياة في سياق الثقافة، وأنظمة القيم التي يعيش فيها، وفيما يتعلق بذاته. والأهداف، والتوقعات، والمعايير، والاهتمامات. ويوضح هذا المفهوم أن جودة الحياة مفهوم يتأثر بطريقة معقدة بصحة الشخص الجسدية، وعلاقاته الاجتماعية، وحالته النفسية، ومستوى استقلاله ومعتقداته الشخصية، وعلاقاتها بالسمات البارزة لبيئته.

الإعاقة الفكرية:

ذكرت الجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية أن الشخص المعاق فكريًا يتسم بقيود كبيرة في الأداء الفكري والسلوك التكيفي، التي تغطي عددًا من المهارات الاجتماعية والعملية اليومية؛ حيث يجب أن تظهر عليه أعراض الإعاقة قبل سن ٢٢ عامًا American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD, 2021).

اضطراب طيف التوحد:

وفقًا للجمعية الأمريكية للتوحد (٢٠٢٠)، يُعرَّف اضطراب طيف التوحد بأنه إعاقة نمائية معقدة تصاحب الفرد مدى الحياة، وتبدأ بالظهور غالبًا في مرحلة الطفولة المبكرة، ويؤثر هذا الاضطراب على مهارات الفرد الاجتماعية، وقدرته على التواصل، وتكوين العلاقات، وتنظيم ذاته، ويتميز اضطراب طيف التوحد بتعدد السلوكيات المرتبطة به، مما يجعله "حالة طيفية" تؤثر على الأشخاص بطرق ودرجات متفاوتة (وزارة التعليم، ٢٠٢٠، ص.١٤٠).

تعدد العوق:

في هذه الدراسة، يُعرَّف تعدد العوق بأنه وجود تشخيص مزدوج باضطراب طيف التوحد مع إعاقة فكرية، بحيث تُعرف الإعاقة الفكرية بدرجة ذكاء تقل عن ٧٠ مع وجود قصور كبير في السلوك التكيفي، ويتماشى هذا التعريف مع التصنيفات الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية-DSM) (5، الذي يشير إلى شيوع التداخل بين التوحد والإعاقة الفكرية ضمن فئة الإعاقات النمائية.(American Psychiatric Association, 2013)

الإطار النظري:

المحور الأول: جودة الحياة:

حظي مفهوم جودة الحياة باهتمام كبير في ميدان علم النفس بشكل عام؛ حيث يعد مصطلح جودة الحياة من المفاهيم الحديثة نسبيًا، الذي ظهر كأحد الموضوعات الرئيسة في مجال علم النفس الإيجابي؛ لكونه مجالًا يركز على الخصائص الإيجابية، ونواحي القوة لدى الفرد بهدف مساعدته على إظهار السلوكيات الإيجابية (الزارع، ٢٠١٥).

وبهذا تشير جودة الحياة إلى مستوى صحة الإنسان الجسدية والنفسية، ونقاء البيئة التي يعيش فيها، ومدى رضاه عن الخدمات المقدمة له، مثل التعليم، والرعاية الصحية، والاتصالات، والمواصلات، كما تشمل جودة الحياة التمتع بالممارسات الديمقراطية، وتحقيق العدالة الاجتماعية، وانتشار روح المحبة والتفاؤل بين الأفراد، إضافة إلى تعزيز الإيجابية، ورفع الروح المعنوية، وتعميق مشاعر الانتماء والولاء للوطن (منسي، ٢٠١٠؛ فيصل، ٢٠١٣).

والمتتبع لمفهوم جودة الحياة يجد أنه مفهومٌ واسعٌ يتأثر بجوانب متداخلة مرتبطة بالحالة الصحية والعلاقات الاجتماعية التي يكونها، والحالة النفسية للفرد، ومدى الاستقلال الذي يتمتع به، وعلاقته بالبيئة التي يعيش فيها.

وقد أكد الأدب التربوي على أن جودة الحياة تتغير بتغير حالة الأفراد، فلكل فرد شخصيته وحياته الخاصة والمختلفة عن الآخرين، فالفقير مثلًا يرى جودة الحياة في المال، والمريض يرى جودة الحياة في الصحة، والعقيم يرى جودة الحياة في الأولاد، إذن فمفهوم جودة الحياة مفهوم شامل يتضمن الصحة الجيدة، وتحقيق السعادة، ورضا الأفراد عن حياتهم وتقديرهم لذواتهم (الزارع، ٢٠١٥).

ويرى الباحث أن مفهوم جودة الحياة مفهوم واسع ومعقد؛ لأنه يمكن أن يشير إلى الجوانب الموضوعية والذاتية لرفاهية الفرد، كما يمكن أن تتأثر نوعية الحياة بعدة عوامل، مثل الصحة والبيئة والثقافة والقيم والأهداف والتوقعات والمعايير والاهتمامات، وقد يكون لدى الأشخاص المختلفين إدراكات وتصورات مختلفة لنوعية الحياة، اعتمادًا على ظروفهم الشخصية والاجتماعية.

وتتمثل أهمية جودة الحياة بالنسبة للفرد في أنها تعمل على تحسين القدرات المعرفية لديه، مثل تحسين مهارات التفكير ما وراء المعرفي (المحمدي، ٢٠٢٢)، ورفع مستوى الكفاءة الذاتية المدركة (أبو عيشة، ٢٠٢٠؛ عبيدات، ٢٠٢٢). وعلى الجانب النفسي، ترتبط جودة الحياة بتحقيق الأمن النفسي لدى الفرد، والذي يعد من الحاجات الوجدانية التي يسعى الفرد جاهدًا إلى تحقيقها وإشباعها خلال حياته (متولي، ٢٠١٨). وقد أشار السعيدي (2021) إلى أن تحسين مستوى جودة الحياة لدى الأطفال يخفف من حدة أعراض الاكتئاب لديهم. وفيما يتعلق بالجانب الأكاديمي، تساعد جودة الحياة الطلاب على توجيه أهدافهم نحو المسار الصحيح، وتشجعهم على زيادة تحصيلهم وتفوقهم (عبد المطلب، ٢٠١٤)، كما أن جودة الحياة تساعد الطلاب على تنظيم وإدارة ذواتهم في عملية التعلم (قاسم، ٢٠٢٠).

إن لجودة الحياة عددًا من المؤشرات أو العناصر المكونة لها أو الدالة عليها، وقد أجمع الباحثون على أن مؤشرات وعناصر جودة الحياة تتمثل فيما يأتي (معمرية، ٢٠٢٠؛ قاسم، ٢٠٢٠؛ Costanzo & Ferrara, 2015):

- المؤشرات النفسية: وهي تتمثل في النمو الشخصي، والكفاءة المعرفية، والكفاءة الاجتماعية، والقدرة على التكيف، والاستقلالية، وفاعلية الذات، وشعور الفرد بالقلق والاكتئاب، أو التوافق مع المرض.

- المؤشرات الذاتية: وهي تتمثل في الرضا عن الحياة، والسعادة، والترفيه النفسي، والروح المعنوية، وتقدير الذات، والثقة.
- المؤشرات الاجتماعية: تظهر من خلال جودة العلاقات الشخصية ونوعيتها، إلى جانب مشاركة الفرد الفعالة في الأنشطة الاجتماعية والترفيهية.
- المؤشرات المهنية: تتجلى في مستوى رضا الفرد عن مهنته، وحبه لها، وقدرته على أداء مهامه الوظيفية بفاعلية، والتكيف مع متطلبات عمله.
- المؤشرات الجسمية والبدنية: تشمل رضا الفرد عن حالته الصحية، القدرة على التعايش مع الآلام، التمتع بنوم منتظم وخالٍ من الاضطرابات، والشهية السليمة لتناول الطعام، والتمتع بالصحة الجنسية.
- المؤشرات الموضوعية: وهي تتمثل في مستوى المعيشة، والخدمات الصحية، وطول العمر، والمسكن، ومستويات التعليم، ومعدلات الوفيات، والكثافة السكانية.

ويرى الباحث أن السعادة والرضا عن الحياة هي المؤشرات الأكثر شيوعًا لجودة الحياة؛ حيث إنها تعكس مدى شعور الناس تجاه وضعهم الحياتي العام، ومدى رضاهم عن مختلف جوانب حياتهم؛ مثل العمل، والأسرة، والصحة، وأوقات الفراغ.

لقد قدمت رايف وكيز Ryff & Keyes (1995) ورايف وسينجر Ryff & Singer (2008) عددًا من الأوصاف والخصائص للأفراد ذوي جودة الحياة، وتمثلت هذه الأوصاف والخصائص فيما يأتي:

- يمتلكون اتجاهات إيجابية نحو الذات، ويتقبلون المظاهر المتعددة للذات بما تشمله من إيجابيات وسلبيات.
- يمتلكون إحساسًا إيجابيًا نحو الحياة الماضية.

- لديهم إحساسٌ بالدفء والرضا، والثقة في العلاقات الشخصية مع الآخرين.
- يهتمون بسعادة الآخرين، ويقدمون لهم التعاطف والمحبة والألفة مع الآخرين.
- يتفهمون العلاقات الإنسانية القائمة على الأخذ والعطاء.
- يستطيعون التقدم نحو النمو المستمر للشخصية؛ حيث يرون ذواتهم كإطار عام دائم التطور والاتساع، ومنفتحون على الخبرات الجديدة.
- يقدرون على تحقيق إنجازات في ضوء إمكاناتهم وقدراتهم؛ حيث يضعون أهدافًا لحياتهم أكثر تحديدًا لوجهة حياتهم ومسارها.
- يتمسكون بالاعتقادات التي تعطى لحياتهم معنى وهدفًا، ويسعون لتحقيق أهداف موضوعية ذات قيمة في الحياة.
- يقدرون على الاستفادة من الفرص المتاحة بفعالية، والقدرة على اختيار وصنع سياقات ومواقف تناسب احتياجاتهم الشخصية وقيمهم.
- يمتلكون القدرة على تقرير مصير الذات والاعتماد عليها، والقدرة على التعامل مع الضغوط الاجتماعية بفعالية، والتفكير والتصرف بإيجابية.
- يقدرون على ضبط وتنظيم السلوك الشخصي، وتقييم ذواتهم بالمعايير الشخصية.

المحور الثاني: الإعاقة الفكرية:

أولًا: مفهوم الإعاقة العقلية:

لقد ظهر عدد من التعريفات الخاصة بالمعاقين عقليًا، واختلفت هذه التعريفات فيما بينها تبعًا للميادين المختلفة التي قامت بدراسة هذه الإعاقة، فرجال الطب

يتناولون الإعاقة العقلية من الزاوية الطبية، وعلماء النفس يركزون على نسبة الذكاء، ورجال التربية يعدون الفشل في التحصيل الدراسي وتكرار سنوات الرسوب في المدرسة العادية مؤشرًا قويًا للإعاقة العقلية، والمهتمون بالدراسات الاجتماعية يتخذون من الصلاحية الاجتماعية محكًا أساسيًا في تعريف الإعاقة العقلية، ورجال القانون التشريعي يهتمون بالأهلية وتحمل المسؤولية (كوافحة وعبد العزيز، ٢٠١٢).

لقد عرف العنزي (٢٠١١، ٥٢) المعاق عقليًا من المنظور النفسي السيكومتري بأنه "الشخص الذي يقل ذكاؤه عن (٧٠-٧٥) درجة تبعًا لمقاييس الذكاء المعروفة في علم النفس"، أما المنظور التربوي، فيركز في الأساس على قدرة الفرد الذي يعاني من الإعاقة العقلية على التعلم، وتضم الإعاقة العقلية من هذا المنظور ثلاث فئات:

- القابلون للتعلم: حيث يكون لدى الطفل بعض القدرات الأكاديمية التي تساعده على التحصيل حتى مستوى الصف الخامس فقط بحد أقصى.
- القابلون للتدريب: حيث يكون لدى الطفل قدرات أكاديمية أقل تؤهله حتى مستوى الصف الأول فقط بحد أقصى، ويمكن تدريب الطفل على القيام ببعض المهن البسيطة.
- المعتمدون: وهم أولئك الذين تقل نسب ذكائهم عن ٢٥، ويعتمدون اعتمادًا كليًا على غيرهم طوال حياتهم (محمد، ٢٠١٠، ٦١).

ومن المنظور الاجتماعي عرف العنزي (٢٠١١، ٥٢) الإعاقة العقلية بأنها "حالة من عدم اكتمال النمو العقلي بدرجة تجعل الفرد عاجزًا عن التكيف مع الآخرين؛ مما يجعله دائمًا بحاجة إلى رعاية وإشراف ودعم الآخرين".

ومن المنظور الطبي عرف محمد (٢٠١٠، ٥٨) الإعاقة العقلية بأنها "ضعف أو قصور في الوظيفة العقلية ناتج عن عوامل داخلية أو خارجية يؤدي إلى تدهور في

كفاءة الجهاز العصبي، ويؤدي بالتالي إلى نقص في المستوي العام للنمو، وعدم اكتماله في بعض جوانبه، ونقص أو قصور في التكامل الإدراكي والفهم والاستيعاب، كما يؤثر بشكل مباشر في التكيف مع البيئة بصورة عامة.

ومن المنظور القانوني، فقد صدر عن الحكومة البريطانية عام ١٩١٣، قانونٌ عُرف آنذاك بقانون المعاقين عقليًا، وقد عرف هذا القانون الإعاقة العقلية بأنها "حالة تتم بتوقف النمو العقلي، أو عدم اكتمال هذا النمو، شريطة حدوث هذه الحالة قبل سن الثامنة عشرة، وقد يعود السبب في ذلك إلى الوراثة أو الإصابة بالأمراض التي تعيق النمو العقلي" (في: كوافحة وعبد العزيز، ٢٠١٢، ٥٨).

ثانيًا: خصائص الإعاقة الفكرية:

الخصائص الفكرية المعرفية:

تُعد المشكلات الإدراكية والمعرفية من أبرز التحديات التي يواجهها الأطفال ذوو الإعاقة الفكرية؛ حيث يواجهون صعوبة في الانتباه إلى المثيرات والتركيز لفترات طويلة، إلى جانب بطء في معدل نموهم العقلي مقارنة بالأطفال غير المعوقين. ويعانون -أيضًا- من ضعف الذاكرة، مما يؤدي إلى صعوبة في حفظ المعلومات، وتعلمها ببطء. كما أن قدراتهم التخيلية محدودة وتتطلب جهدًا أكبر لاستدعاء الصور الذهنية، وينمو تفكيرهم ببطء، مما يبقيهم في نطاق المحسوسات، وأخيرًا، يجدون صعوبة في التعميم ونقل أثر التعلم إلى مواقف جديدة. (كوافحة وعبد العزيز، ٢٠١٢؛ عبيد، ٢٠١٣؛ أبو النور وآخرون، ٢٠١٤).

الخصائص الانفعالية:

تُعد المشكلات الانفعالية والسلوكية من التحديات الشائعة لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، وتشمل عدم الثبات الانفعالي؛ حيث يُقسمون إلى فئتين: فئة

مستقرة نسبيًا تتسم بالتعاون، وفئة غير مستقرة تنزع إلى الحركة المفرطة، والغضب لأسباب بسيطة. كما أن السلوك العدواني يظهر بينهم بشكل أكبر مقارنة بأقرانهم غير المعوقين. إضافة إلى ذلك، يعانون من اضطراب في مفهوم الذات؛ حيث يميل إدراكهم لذواتهم إلى أن يكون سلبيًا نتيجة اعتمادهم الكبير على الآخرين، وتعرضهم المتكرر للفشل والإحباط (الظاهر، ٢٠٠٨؛ محمد، ٢٠١٠؛ أبو النور وآخرون، ٢٠١٤).

الخصائص الاجتماعية:

تُعد من أبرز المظاهر الاجتماعية المميزة للأفراد ذوي الإعاقة العقلية أو الفكرية ضعف المهارات اللازمة للتواصل، سواء اللفظي أو غير اللفظي، بالإضافة إلى عدم القدرة على بدء الحديث مع الآخرين، ونقص المهارات الاجتماعية، وصعوبة بناء علاقات وصداقات، والعجز عن التكيف مع البيئة التي يعيشون فيها (عبد الحميد، ٢٠١٥؛ يوسف، ٢٠١٨).

الخصائص الجسمية والحركية:

كلما ارتفعت درجة الإعاقة الفكرية لدى الأفراد زادت بالتالي معاناتهم الحركية، واتسموا بعدد غير قليل من الخصائص الجسمية والحركية، ومن أبرز هذه الخصائص وجود قصور واضح في الوظائف الحركية المتنوعة، مثل التوافق العضلي العصبي، والتآزر البصري الحركي، والتحكم والتوجيه الحركي، وغالباً ما يتميزون بالبطء والتثاقل، وعدم الانتظام في خطوات المشي، وصعوبة السير في خط مستقيم، كما يعانون من التعب والإجهاد السريع حتى مع أقل مجهود، ويواجهون صعوبة في استخدام العضلات الدقيقة (المبرز، ٢٠١٠؛ عبيد، ٢٠١٣).

الخصائص اللغوية:

يتمكن الأفراد ذوو الإعاقة العقلية من الدرجة البسيطة من الوصول إلى مستوى مقبول من الأداء اللغوي رغم تأخرهم في النطق. أما ذوو الإعاقة الفكرية من الدرجة المتوسطة والحادة، فيعانون من مشكلات لغوية متنوعة، أبرزها البطء الملحوظ في تطور اللغة، والتأخر في النطق، وتأخر اكتساب قواعد اللغة، ومحدودية المفردات اللغوية وبساطتها، وبساطة التراكيب اللغوية وقصورها (عبيد، ٢٠١٣؛ أبو النور وآخرون، ٢٠١٤).

المحور الثالث: اضطراب طيف التوحد.

تعريف اضطراب طيف التوحد:

يعود مصطلح التوحد إلى أصل كلمة إغريقية تعنى أوتوس Autos، وهي تعني النفس أو الذات (القمش، ٢٠١١، ١٧). ويعرف اضطراب طيف التوحد بأنه "إعاقة في النمو تتصف بكونها مزمنة وشديدة وهي تصيب الطفل خلال السنوات الثلاث الأولي كمحصلة لاضطراب عصبي يوثر في وظائف الدماغ ينتج عنه ضعف في التواصل الاجتماعي، ومحدودية في التفكير، وأنشطة اللعب والتخيل، وسلوكيات نمطية وتكرارية تؤثر في القدرات المعرفية وغير المعرفية للطفل، وتؤثر في قدرته على الحياة باستقلال داخل المجتمع" (محمد، ٢٠١٥، ١٨).

وقد عرفه البحيري وإمام (٢٠١٨، ٢٣) بأنه " اضطراب نمائي ذو أساس عصبي جيني مرتبط بالمخ يصاحبه عجز في التفاعل الاجتماعي، والتواصل، بالإضافة إلى اهتمامات وسلوكيات نمطية متكررة". ويشير إلى أن هناك ثلاثة أنواع من الاضطراب هي:

- اضطراب التوحد الكلاسيكي.

- اضطراب اسبرجير.
- والاضطراب النمائي الممتد غير محدد المعالم.

وقد أشار السند (٢٠٢٠، ٧٣) إلى الطفل التوحدي بأنه "الطفل الذي يعاني اضطرابات ارتقائية معقدة تلازمه منذ ظهورها وطوال حياته، وتؤثر على جميع مراحل نموه؛ بما يعطل نموه الطبيعي، ويؤثر سلبًا على تواصله لفظيًا أو غير لفظي وعلى قدراته العقلية، وعلى علاقاته الاجتماعية مع المحيطين به، ويظهر عند الطفل خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمره".

نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد:

يحدث اضطراب طيف التوحد في جميع الفئات الاجتماعية، والأعراق، والمستويات التعليمية المختلفة، في كافة دول العالم النامي والمتقدم على حد سواء، فلا يرتبط الاضطراب بعرق معين، أو سلالة معينة، ولا مستوى تعليمي، أو طبقة اجتماعية معينة. وهذا الاضطراب يصيب الذكور بنسبة أكثر من الإناث تصل إلى (٤-٥) أضعاف (بدر، ٢٠٠٤؛ محمد، ٢٠١٨).

وأشارت عدة دراسات إلى نسب انتشار اضطراب طيف التوحد المرتفعة في مختلف دول العالم خلال العقد الماضي، وفي هذا السياق أشارت دراسة Qiu et al (2020) إلى أن معدل انتشار اضطراب طيف التوحد في آسيا في الفترة من عام ٢٠١٨ إلى عام ٢٠٢٠ كانت ٠,٣٦٪ من إجمالي (٢١٩٥٤٩٧) فردًا مشمولين في الدراسة، كما أشارت الدراسة إلى أن حوالي (٤٥,٠٪) من الذكور كانوا مصابين باضطراب طيف التوحد، مقارنة بالإناث (١٨,٠٪). كما أشارت دراسة Zeidan et al (2022) إلى أن نسب انتشار اضطراب طيف التوحد حول العالم من عام ٢٠١٢ إلى عام ٢٠٢٢ تمثل ١٠٠:١٠٠٠٠ أي أن كل عشرة آلاف فرد يصاب

منهم ١٠٠ فرد باضطراب طيف التوحد. وقد أشارت الإحصاءات إلى أن واحدًا من كل ٥٤ فردًا يتم تشخيصه باضطراب طيف التوحد في الولايات المتحدة، وفقًا لمراكز التحكم في الأمراض والوقاية منها (Center for Disease Control and Prevention, 2020).

وبالنسبة للوطن العربي لا توجد دراسات دقيقة عن معدل انتشار اضطراب طيف التوحد في معظم الدول العربية، بل يتم الاعتماد على النسب العالمية لتقدير الأعداد بالمقارنة بالعدد الإجمالي للسكان في كل بلد، وبشكل عام أشارت منظمة الصحة العالمية أن طفلًا من كل ١٠٠ طفل يعانون من التوحد في العالم، وأن هذه التقديرات تمثل رقمًا متوسطًا، وأن معدل الانتشار المبلَّغ عنه يختلف باختلاف الدراسات، وأن معدل انتشار التوحد غير معروف في عديد من الدول التي تتسم بالدخل المنخفض أو المتوسط (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٢٣).

خصائص الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد:

توجد عديد من الفروق الواضحة والمختلفة بين الأطفال التوحديين من حيث خصائصهم التي تميزهم عن غيرهم، ومن هذه الخصائص ما يأتي:

أولًا: الخصائص اللغوية:

إن الأطفال التوحديين لا يتعلمون الكلام بسهولة، أما البعض الآخر فيتأخر تطور الكلام لديهم إلى ما بعد السنة الثالثة أو الرابعة، ويغلب استخدام التوحديين لكلمات ومفردات خاصة بهم، ومرتبطة بمواقف معينة، ويتصفون بضعف حصيلتهم اللغوية، ويصعب عليهم أن يتعلموا أن الكلمة الواحدة لها أكثر من معنى، ويظهر لديهم بصورة واضحة خلط للضمائر، وتبدو لديهم صعوبة في فهم الكلام المسموع، فلا يفهم الأشخاص التوحديون ما يقال لهم، لكنهم يستجيبون لما يقال لكونه جزءًا من روتينهم، ويظهر أغلبية كلام الأطفال التوحديين بصوت رتيب لا تنغيم فيه

(monotones)، وتبدو لديهم صعوبة في التحكم في ارتفاع الصوت أو انخفاضه أثناء التحدث (نصر، ٢٠٠٢؛ مصطفى والشربيني، ٢٠١١؛ محمد، ٢٠١٥).

ثانيًا: الخصائص الاجتماعية:

يعتري الفرد المصاب باضطراب طيف التوحد نقصٌ ملحوظٌ في الوعي بوجود الآخرين، ويبتعد عن الاتصال بالعين، ولا يظهر رغبة في بدء التواصل أو العناق، كما أن مشاعر السعادة والحزن والفرح لا تحمل له أي معنى، ويعاني من عدم فهم مشاعر وأحاسيس الآخرين، ويظهر سلوكًا شاذًا في اللعب (نصر، ٢٠٠٢)، ولديه ضعف في الإدراك الاجتماعي، ويرغب في الانعزالية والوحدة (سهيل، ٢٠١٥).

ثالثًا: الخصائص السلوكية:

يتميز سلوك الطفل المصاب بالتوحد بأنه محدود، وذو نطاق ضيق، وغالبًا ما يتسم بنوبات انفعالية شديدة، ومن أبرز السلوكيات لدى التوحديين ما يأتي:

- يظهر سلوكيات لا إرادية مثل رقرقة اليدين، واهتزاز الجسم ذهابًا وإيابًا.
- يفضل التوحديون أن تسير الأمور على نمط محدد دون تغير، ولديهم شعور بالقلق الزائد عند محاولة تغير نمط محدد قد تعودوا عليه (مصطفى والشربيني، ٢٠١١).
- الانشغال باللعب بالأصابع أو بعضو من أعضاء الجسم أو لفِّ خصلات الشعر.
- المشي على أطراف الأصابع أو بأسلوب غير اعتيادي، مثل السير خطوتين إلى الأمام ثم خطوتين إلى الخلف.
- الاستمرار في قرص أو عض يديه، أو حك رأسه وخبطه في الحائط أو أي سطح صلب.

- التمسك بلعبة وحيدة من لعبه، وهي غالبًا ذات الإيقاع الرتيب، أو التي تصدر حركة أو صوتًا.
- التركيز على مصدر ضوء أو صوت قريب أو بعيد لفترات طويلة.
- الإصرار على ارتداء الزي نفسه أو اللون نفسه في كل مرة يخرج فيها.
- الإصرار على تناول أطعمة بعينها ورفض تغييرها بأطعمة غير معروفة لديه (القمش، ٢٠١١).

في ضوء ما تم ذكره، يرى الباحث أن التوحد يُعد اضطرابًا طيفيًا، مما يشير إلى وجود مجموعة متنوعة من الأعراض، وشدتها بين الأفراد المختلفين، كما يرى الباحث أن بعض السمات المشتركة بين الأطفال المصابين بالتوحد قد تُوجد لديهم في الوقت ذاته، وأن كل طفل مصاب بالتوحد فريد من نوعه، وقد يكون لديه نقاط قوة وتحديات مختلفة.

الدراسات السابقة:

دراسة Ryff (1995):

هدفت الدراسة إلى اختبار نموذج نظري لجودة الحياة يشمل ٦ أبعاد (الاستقلالية، والكفاءة البيئية، والنمو الشخصي، والحياة الهادفة والعلاقات الإيجابية مع الآخرين، وتقبل الذات)، وباستخدام بيانات من عينة ممثلة على المستوى الوطني من البالغين بلغت (١,١٠٨) مشاركًا تتراوح أعمارهم بين ٢٥ عامًا فأكثر، والذين شاركوا في مقابلات هاتفية، وقدمت تحليلات الصدق العاملي التوكيدي الدعم للنموذج المقترح المكون من ٦ عوامل، مع عامل واحد كلي من الدرجة الثانية.

دراسة Gullone & Cummins (1999):

سعت الدراسة إلى استكشاف الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة الشامل the Comprehensive Quality of Life Scale (ComQol) مع عينة من المراهقين، ويقيم مقياس ComQol جودة الحياة على سبع مجالات (جودة الحياة النفسية، والمادية، والصحية، والمهنية، والجنسية، والأمان والمكانة في المجتمع)، وتم تطبيق ComQol جنبًا إلى جنب مع أداتين أخريين للإبلاغ الذاتي (قياس الخوف والقلق) على عينة من ٢٦٤ مراهقًا في المدرسة تتراوح أعمارهم بين ١٢ و١٨ عامًا، وأسفر المقياس عن بيانات جودة الحياة التي تقع ضمن النطاق المعياري للبالغين، وأشارت تحليلات ثبات إعادة الاختبار والاتساق الداخلي إلى أن المقياس يتمتع بموثوقية كافية، ولدعم الصدق التقاربي، وجد أن الخوف والقلق يرتبطان بشكل كبير بانخفاض مستويات جودة الحياة.

دراسة Wahl et al (2004):

هدفت الدراسة إلى استخلاص المعايير والقيم المرجعية من عامة السكان النرويجيين للنسخة النرويجية من مقياس جودة الحياة the Quality of Life Scale (QOLS-N). بالإضافة إلى ذلك، تم فحص الارتباطات بين المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية والصحية على مستوى جودة الحياة، وتكونت العينة من ١٨٩٣ فردًا تم اختيارهم عشوائيًا من إجمالي السكان النرويجيين، الذين تتراوح أعمارهم بين ١٩ و٨١ عامًا، وتلقى الأفراد استبيانًا بالبريد يتضمن المقياس، وأظهرت النتائج أن متوسط درجة جودة الحياة كان ١,٨٤ (الانحراف المعياري ٥,١٢)، وأفادت النساء بجودة حياة أعلى من الرجال، وأفاد الأشخاص ذوو المستويات التعليمية الأعلى بجودة حياة أعلى، وأفاد أولئك الذين تزوجوا أو يعيشون معًا بأعلى جودة حياة،

وأفاد أولئك العاطلون عن العمل بجودة حياة أقل من أولئك الذين يعملون، بالإضافة إلى ذلك، سجل الأشخاص الذين أبلغوا عن أمراض طويلة الأمد أو مشاكل صحية درجات أقل بكثير في جودة الحياة، ويمكن أن تكون هذه النتائج بمثابة قيم مرجعية لمستوى جودة الحياة.

دراسة عبد الخالق (٢٠٠٨):

هدفت الدراسة إلى تقنين مقياس جودة الحياة الذي صدر عن منظمة الصحة العالمية، وتكوّنت عينتها من ٢٣٥ طالبًا وطالبة من طلاب الجامعة، و٤٠٠ طالب وطالبة من طلاب المرحلة الثانوية في مدارس الكويت، واستخدمت الدراسة مقياس جودة الحياة الذي صدر عن منظمة الصحة العالمية كأداة بصورته العربية المختصرة؛ حيث أثبتت النسخة العربية من المقياس خصائص سيكومترية مرتفعة من حيث الثبات والصدق، كما أظهرت النتائج أن المتوسط الحسابي لدرجات الذكور أعلى من المتوسط الحسابي لدرجات الإناث على المقياس.

دراسة بحرة (٢٠١٥):

هدفت الدراسة إلى إعداد مقياس جودة الحياة لتلاميذ المرحلة المتوسطة والثانوية وتقنينه، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي، وبلغ حجم العينة ٦١١ طالبًا من مدينة معسكر، وتراوحت أعمارهم ما بين ١٤ إلى ٢٠ سنة، وعكست النتائج توافر خصائص سيكومترية لمقياس جودة الحياة من حيث الثبات والصدق، باستخدام صدق المحتوى، الصدق التلازمي، صدق المحك، وصدق المفهوم، كما تبين أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

دراسة محمد (٢٠١٧):

هدفت الدراسة الي تصميم مقياس سيكومتري لجودة الحياة، واستخدم المنهج الوصفي التحليلي، وتكون المقياس في صورته النهائية من ٤ أبعاد هي جودة الحياة النفسية، وجودة الحياة الأكاديمية، وجودة الحياة الاجتماعية، وجودة الحياة الجسمية، وتم تطبيق المقياس على ٤٩ طالبًا جامعيًا من ذوي التحصيل المنخفض والمرتفع؛ للتحقق من صلاحية المقياس عن طريق حساب الصدق والثبات بالطرق الإحصائية الملائمة، وتوصلت النتائج إلى أن مقياس جودة الحياة الذي تم إعداده يتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات، مما يؤكد صلاحيته وكفاءته في قياس ما أعد له، والثقة في النتائج المترتبة على استخدامه.

دراسة علي (٢٠١٨):

هدفت الدراسة إلى قياس جودة الحياة النفسية لدى طلاب الجامعة، وتكون المقياس من خمسة أبعاد، وهي الرعاية الصحية والبدنية، والرعاية الاجتماعية، ومستوى الدخل والمكانة الاجتماعية، والعلاقات الاجتماعية، والرعاية النفسية، وتم صياغة المقياس في (٥٥) عبارة في صورة أولية، وتم عرضه على (١٠) من السادة المحكمين المتخصصين في مجال الصحة النفسية وعلم النفس؛ للتحقق من مدى صلاحية العبارات، وانتمائها لكل بُعد، ودقتها وسلامتها اللغوية، بالإضافة إلى التوازن بين الخيارات، وتم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية بالتطبيق على عينة عددها (١٥٠) طالبًا وطالبةً من طلاب الجامعة، وبلغ معامل ألفا (٧٤,٠) وهي قيمة عالية ومقبولة، واحتوى المقياس في صورته النهائية على (٥٠) عبارة.

دراسة حمزة (٢٠١٨):

هدفت الدراسة إلى تقنين مقياس جودة الحياة المختصر الذي صدر عن منظمة الصحة العالمية (WHOQOL-BREF) على عينة من البيئة الجزائرية، واعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي واختارت عينة مكونة من ٢٠٠ عامل، وتم ترجمة المقياس ومراجعته من ذوي التخصص في اللغة وعلم النفس، بالإضافة إلى إجراء الترجمة العكسية، وقد أظهرت نتائج التحليل أن معاملات الصدق كانت مرتفعة؛ حيث بلغت قيمة الصدق التمييزي (t)٢٥,٢٦، وتراوحت معاملات صدق الاتساق الداخلي بين ٧١,١ و٨٤,٠ كما كان معامل الثبات باستخدام طريقة ألفا كرونباخ ٠,٨٨٥، بينما بلغ معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية ٠,٨١٧، وتشير هذه النتائج إلى أن المقياس يتمتع بمستويات عالية من الصدق والثبات، مما يجعله أداة موثوقة لجمع المعلومات ويمكن استخدامه بشكل واسع في البحث العلمي.

دراسة دردير (٢٠١٩):

هدفت الدراسة إلى تصميم مقياس لقياس جودة الحياة، مع التحقق من خصائصه السيكومترية ومدى ملاءمته للبيئة العربية، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي، وتكونت العينة الكلية للدراسة من (٤٢٠) فردًا منهم (٢٤٠) من طلاب وطالبات الجامعة، وتراوحت أعمارهم ما بين (١٧- ٢٢)، و(١٨٠) من المتزوجين والمتزوجات العاملين، وتراوحت أعمارهم ما بين (٢٢-٥٧)، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود ثمانية مجالات لجودة الحياة هي (جودة الحياة الأسرية، وجودة الحياة الزواجية، وجودة الحياة الاجتماعية، وجودة الحياة الأكاديمية، وجودة الحياة المهنية، وجودة الحياة الشخصية، وجودة الحياة المعرفية، وجودة الحياة البيئية)، وتم التحقق

من صدق المجالات الثمانية السابقة من خلال صدق المحكمين والتحليل العاملي، وتم التحقق من الثبات من خلال إعادة التطبيق، ومعامل ثبات ألفا- كرونباخ.

دراسة غريب (٢٠٢١):

هدفت الدراسة إلى التحقق من الصدق البنائي لمقياس جودة الحياة لدى طلبة المرحلة الثانوية، وأجريت على (٢٠٠) طالبٍ وطالبةٍ من طلبة الصف الأول الثانوي بمحافظة الإسماعيلية، واستخدمت الدراسة المنهج الارتباطي، وتم التحقق من صدق مقياس جودة الحياة باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي لمعرفة مدى تشبع مفردات المقياس على خمسة عوامل، وكذلك تم استخدام التحليل العاملي التوكيدي بطريقة أقصى احتمال من خلال توصيف النموذج، واستخدام مؤشرات حسن المطابقة، وكذلك تم التحقق من ثبات مقياس جودة الحياة عن طريق معاملات ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية، وفي ضوء صدق مقياس جودة الحياة وثباته تبين أنه صالح للتطبيق.

دراسة أندرقيري وحميد (٢٠٢٣)

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة النفسية لدى والدي الأطفال السعوديين في مرحلة الطفولة المبكرة بمدينة جدة، واعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي، وبلغ عدد أفراد العينة (٦٠) من أولياء الأمور السعوديين لأطفال في المرحلة العمرية نفسها، تم اختيارهم عشوائيًا، وقد استخدمت الباحثة مقياسًا من إعدادها يتكون من (٣٤) بندًا موزعة على ستة أبعاد: تقبل الذات (٧ بنود)، العلاقات الاجتماعية الإيجابية (٦ بنود)، الاستقلالية في الحياة (٦ بنود)، التمكن البيئي (٥ بنود)، الهدف من الحياة (٥ بنود)، والنمو والتطور الشخصي (٥ بنود)، وللتأكد من صدق المقياس، تم الاعتماد على ثلاث

طرق: صدق المحكمين، صدق الاتساق الداخلي، والصدق العاملي التوكيدي، كما تم قياس الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية مع تصحيح معامل الارتباط بين النصفيْن وأبعاد المقياس باستخدام معادلتي "سبيرمان–براون" و"جتمان"، وأظهرت النتائج أن المقياس يتمتع بدرجات عالية من الصدق والثبات، مما يجعله أداة صالحة للتطبيق في البيئة السعودية.

أحمد وآخرون (٢٠٢٣)

هدفت الدراسة إلى تطوير مقياس لقياس جودة الحياة لدى طلاب المرحلة الثانوية، والتحقق من خصائصه السيكومترية، وقد تم تطبيق المقياس على عينة مكونة من (١٥٩) طالبًا وطالبة من طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة مطروح، تراوحت أعمارهم بين (١٧–١٨) عامًا، بمتوسط عمري (١٦,٨٣) وانحراف معياري (٠,٦٠٤)، منهم (٤٧) طالبًا و(١١٢) طالبة، وتم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس باستخدام عدد من الأساليب الإحصائية، شملت: صدق المفردات، والصدق البنائي من خلال التحليل العاملي التوكيدي، وصدق المحك الخارجي، بالإضافة إلى حساب الاتساق الداخلي، كما تم التحقق من ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ، وطريقة إعادة التطبيق، وأظهرت النتائج أن المقياس يتمتع بدرجات جيدة من الصدق والاتساق الداخلي، ودرجة عالية من الثبات؛ مما يشير إلى صلاحيته في قياس مستوى جودة الحياة لدى طلاب المرحلة الثانوية.

مصطفى وآخرون (٢٠٢٤)

هدفت الدراسة إلى التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة الصحية لدى المعلمات المصابات بسرطان الثدي. وقد تكونت عينة الدراسة من (٦٧) معلمة تراوحت أعمارهن بين ٢٦ و٥٩ عامًا، بمتوسط عمري بلغ (٤٦,٦٣)

وانحراف معياري قدره (٦,٨١١)؛ ولتحقيق أهداف الدراسة، استخدمت الباحثة مجموعة من الأساليب الإحصائية، شملت: التحليل العاملي الاستكشافي، وصدق المحكمين، والصدق التمييزي، بالإضافة إلى حساب الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية، وقد أظهرت النتائج تمتع المقياس بدرجات مرتفعة من الصدق والثبات؛ مما يدل على توافر خصائص سيكومترية جيدة تؤهله لقياس جودة الحياة الصحية لدى الفئة المستهدفة.

التعقيب على الدراسات السابقة:

اتضح من عرض الدراسات السابقة أن هناك عددًا من المقاييس التي تم الاعتماد عليها في قياس جودة الحياة، وأن هذه المقاييس تنوعت في أبعادها ومكوناتها، وقد قُنِّنت هذه المقاييس على عينات متنوعة، تراوحت بين الأطفال والطلاب والبالغين، كما تنوعت الأساليب التي اعتمدت عليها الدراسات في التحقق من الخصائص السيكومترية لهذه المقاييس، ونظرًا لقلة المقاييس التي تقيس جودة الحياة خصوصًا للأفراد ذوي الإعاقة في البيئة السعودية تتميز الدراسة الحالية عن السابقة بأنها تهدف إلى تقنين مقياس جودة الحياة لدى الصغار والبالغين من ذوي الإعاقة، وذلك على بيئة عربية سعودية.

منهج الدراسة:

بناء على مشكلة الدراسة، ومن أجل تحقيق هدفها؛ استُخدمَ المنهج الوصفي، وهو أحد المناهج العلمية المستخدمة في البحوث والدراسات المختلفة، ويهدف إلى جمع الحقائق والبيانات عن ظاهرة معينة، ثم وصف وتحليل هذه الحقائق والبيانات بدقة وتفصيل، واستخلاص النتائج والوصول إلى تعميمات محددة بشأن الظاهرة المدروسة (الدليمي وصالح، ٢٠١٤).

مجتمع الدراسة:

يتكوَّن مجتمع الدراسة من جميع الأفراد الذين تم تشخيصهم بالإعاقة الفكرية أو باضطراب طيف التوحد في المملكة العربية السعودية لعام ٢٠٢٤. ووفقًا لآخر الإحصاءات الرسمية المتاحة، بلغ عدد الأفراد المشخَّصين باضطراب طيف التوحد ٥٣,٢٨٢ فردًا، في حين بلغ عدد الأفراد المشخَّصين بالإعاقة الفكرية (بما في ذلك متلازمة داون) ٣٠,١٥٥ فردًا، وذلك بحسب بيانات الهيئة العامة للإحصاء (٢٠١٧).

عينة الدراسة:

تمثلت عينة الدراسة في عينتين أساسيتين:

عينة الأطفال: وتمثلت في (٩٠) طفلًا من ذوي الإعاقة تتراوح أعمارهم من ٣ أعوام إلى ١٧ عامًا بمتوسط عمر (٩,٨٧) وانحراف معياري (٣,٩)، وقد أجاب بالإنابة عنهم (٩٠) معلمًا للتربية الخاصة وولي أمر، وقد تم اختيارهم بشكل عشوائي من خلال التواصل مع وزارة التعليم، وطلب نشر المقياس على أولياء الأمور والمعلمين للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والاعاقة الفكرية.

عينة البالغين: وتمثلت في (٧٠) شخصًا بالغًا تتراوح أعمارهم من ١٨ عام فما فوق بمتوسط عمر (٢٢,٧) وانحراف معياري (٤,٦). وتوضح الجداول التالية خصائص عينة الأطفال والبالغين، وقد تم اختيارهم عشوائيًا من خلال الطلب من وزارة التعليم والمؤسسات التي تخدم البالغين من ذوي الإعاقة الفكرية والتوحد بنشر المقياس بين الأسر والمعلمين العاملين لديهم، وقد أجاب بالإنابة عنهم (الأشخاص ذوي الإعاقة) (٩٠) معلمًا للتربية الخاصة وولي أمر.

خصائص العينة وفقًا لمتغير نوع المعاق:

جدول ١ خصائص العينة وفقًا لمتغير نوع المعاق

المتغيرات	الفئات	عينة الأطفال		عينة البالغين	
		التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
نوع المعاق	ذكر	٦٤	٪٧١,١	٣١	٪٤٤,٢٨
	أنثى	٢٦	٪٢٨,٩	٣٩	٪٥٥,٧٢
	المجموع	٩٠	٪١٠٠	٧٠	٪١٠٠

من الجدول رقم (١) يتضح أن عدد الأطفال الذكور قد بلغ (٦٤) طفلًا بنسبة (٧١,١٪)، بينما بلغ عدد الأطفال الإناث (٢٦) طفلة بنسبة (٢٨,٩٪)، في حين أن عدد البالغين الذكور قد بلغ (٣١) بنسبة (٤٤,٢٨٪)، بينما بلغ عدد البالغات الإناث (٣٩) بنسبة (٥٥,٧٢٪).

خصائص العينة وفقًا لمتغير الشخص المستجيب على المقياس:

جدول ٢خصائص العينة وفقًا لمتغير الشخص المستجيب على المقياس

المتغيرات	الفئات	عينة الأطفال		عينة البالغين	
		التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
الشخص المستجيب على المقياس	معلم تربية خاصة	٣٧	٪٤١,١	١٥	٪٢١,٤
	ولي الأمر	٥٣	٪٥٨,٩	٥٥	٪٧٨,٥٦
	المجموع	٩٠	٪١٠٠	٧٠	٪١٠٠

من الجدول رقم (٢) يتضح أن عدد معلمي التربية الخاصة الذين استجابوا بالإنابة عن الأطفال المعاقين قد بلغ (٣٧) معلمًا بنسبة (٤١,١٪)، بينما بلغ عدد أولياء الأمور الذين استجابوا بالإنابة عن الأطفال المعاقين (٥٣) ولي أمر بنسبة (٥٨,٩٪).

في حين أن عدد معلمي التربية الخاصة الذين استجابوا بالإنابة عن البالغين المعاقين قد بلغ (١٥) معلمًا بنسبة (٢١,٤٪)، بينما بلغ عدد أولياء الأمور الذين استجابوا بالإنابة عن البالغين المعاقين (٥٥) ولي أمر بنسبة (٧٨,٥٦٪).

أ. خصائص العينة وفقًا لمتغير نوع الإعاقة:

جدول ٣ خصائص العينة وفقًا لمتغير نوع الإعاقة

المتغيرات	الفئات	عينة الأطفال		عينة البالغين	
		التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
نوع الإعاقة	إعاقة فكرية	٣٦	٤٠٪	٣٧	٥٢,٨٪
	اضطراب طيف التوحد	٣٧	٤١,١٪	١٥	٢١,٤٪
	تعدد عوق مع إعاقة فكرية أو توحد	١٧	١٨,٩٪	١٨	٢٥,٧٪
	المجموع	٩٠	١٠٠٪	٧٠	١٠٠٪

من الجدول رقم (٣) يتضح أنه بالنسبة للأطفال المعاقين قد بلغ عدد المعاقين فكريًا (٣٦) بنسبة (٤٠٪)، بينما عدد ذوي اضطراب طيف التوحد قد بلغ (٣٧) بنسبة (٤١,١٪)، وكان عدد متعددي الإعاقة قد بلغ (١٧) بنسبة (١٨,٩٪).

أما بالنسبة للبالغين المعاقين فقد بلغ عدد المعاقين فكريًا (٣٧) بنسبة (٥٢,٨٪)، بينما عدد ذوي اضطراب طيف التوحد قد بلغ (١٥) بنسبة (٢١,٤٪)، وكان عدد متعددي الإعاقة قد بلغ (١٨) بنسبة (٢٥,٧٪).

خصائص العينة وفقًا لمتغير المنطقة التي يعيش بها الشخص المعاق:

جدول ٤ خصائص العينة وفقًا لمتغير المنطقة التي يعيش بها الشخص المعاق

المتغيرات	الفئات	عينة الأطفال		عينة البالغين	
		التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
المنطقة التي يعيش بها الشخص المعاق	المنطقة الغربية	٢٢	٢٤,٤٪	١٥	١٦,٧٪
	المنطقة الوسطى	٤٢	٤٦,٧٪	١٦	١٧,٨٪
	المنطقة الشمالية	٨	٨,٩٪	١٢	١٧,١٪

	المنطقة الجنوبية	٧	٧,٨٪	١٢	١٧,١٪
	المنطقة الشرقية	١١	١٢,٢٪	١٥	٢١,٤٪
	المجموع	٩٠	١٠٠٪	٧٠	١٠٠٪

من الجدول رقم (٤) يتضح أن عدد الأطفال المعاقين من المنطقة الغربية قد بلغ (٢٢) بنسبة (٢٤,٤٪)، بينما عدد الأطفال المعاقين من المنطقة الوسطى قد بلغ (٤٢) بنسبة (٤٦,٧٪)، وكان عدد الأطفال المعاقين من المنطقة الشمالية قد بلغ (٨) بنسبة (٨,٩٪)، بينما عدد الأطفال المعاقين من المنطقة الجنوبية قد بلغ (٧) بنسبة (٧,٨٪)، في حين أن عدد الأطفال المعاقين من المنطقة الشرقية قد بلغ (١١) بنسبة (١٢,٢٪).

كما يتضح أن عدد البالغين المعاقين من المنطقة الغربية قد بلغ (٢٢) بنسبة (٣١,٤٪)، بينما بلغ عدد البالغين المعاقين من المنطقة الوسطى (١٩) بنسبة (٢٧,١٪)، وكان عدد البالغين المعاقين من المنطقة الشمالية قد بلغ (٢) بنسبة (٢,٨٪)، بينما بلغ عدد البالغين المعاقين من المنطقة الجنوبية (١٢١) بنسبة (١٧,٤٪)، في حين أن عدد البالغين المعاقين من المنطقة الشرقية قد بلغ (١٥) بنسبة (٢١,٤٪).

أداة الدراسة: مقياس جودة الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة: (Bowring et al, 2020)

أولًا: وصف المقياس:

قام Kincaid et al (2002) ببناء مقياس لقياس جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة، وذلك من خلال تقييم 5 مجالات:

- العلاقات الشخصية.
- تقرير المصير.

- الاندماج الاجتماعي.
- التنمية الشخصية.
- الرفاهية الانفعالية.

وكان المقياس الأصلي مكونًا من ٢٢ عنصرًا يتمتع بثبات جيد لكل عناصر المقياس بالنسبة لكل بعد على حدة، وللدرجة الكلية للمقياس (٠,٩٥) لجودة الحياة بشكل عام، و٠,٧٣–٠,٩٠ لكل مقياس، وتم تطوير نسخة أقصر من هذا المقياس من قبل Bowring et al (2020) حيث تم دمج الأسئلة والفقرات المتشابهة في سؤال أو فقرة واحدة، مما أعطى فرصة لتوفير الوقت والجهد أثناء جمع البيانات من قبل المشاركين، وأشارت الأدبيات إلى أن هذه الأبعاد تمثل المحاور الأكثر ارتباطًا بالتجربة المعيشية للأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية، كما ورد في نماذج نظرية سابقة؛ مثل: (Schalock et al., 1996)، وأكدتها دراسات لاحقة (Lachapelle et al., 2005؛ Nota et al., 2007؛ Haenen et al., 2023)، كما أن تقليص عدد الفقرات مع الإبقاء على الأبعاد الخمسة يسهم في تحسين إمكانية التطبيق العملي للمقياس دون الإخلال بجوانب التقييم الأساسية، لا سيما في السياقات التي يُعتمد فيها على تقارير مقدمي الرعاية أو المعلمين بحيث أنهم يستطيعون تقييم عدد كبير من الطلبة في وقت قصير، وتُظهر الأدلة أن الأبعاد الخمسة المختارة تُغطي الجوانب التنموية والاجتماعية والانفعالية التي تتأثر بالعوامل البيئية والتعليمية، مما يعزز ملاءمة هذه النسخة المختصرة للسياق السعودي.

وقد تكونت النسخة المختصرة من المقياس من ثمانية عناصر تغطي مجالات جودة الحياة الخمسة الموجودة بالمقياس الأصلي. وتم تطوير صورتين من المقياس، واحدة للأطفال ذوي الإعاقة من ذوي العمر من ١٧ عام فأقل، والثانية للبالغين

ذوي الإعاقة من بداية عمر ١٨ عام فأكثر، وكلتا الصورتين تشتمل على العناصر الثمانية نفسها، مع تكييفها لطبيعة الفئة العمرية في كل صورة من المقياس، ونظرًا لأن المقياس قد يُستخدم من قبل مقدم الرعاية الأساسي للفرد ذي الإعاقة، سواء كان أحد الوالدين أو المعلمين، فقد تم التنويه إلى أهمية تحديد هوية المستجيب عند التطبيق، وتبعًا لاختلاف السياق اليومي بين البيئة المنزلية والمدرسية، قد تختلف تقديرات جودة الحياة بحسب منظور المستجيب، وهو ما لا يُعد قصورًا في المقياس، بل قد يعكس طبيعة الفروق البيئية؛ لذا، في حالة استخدام المقياس في البحوث الكمية، يوصى بتوحيد هوية المستجيب إن أمكن، أو تحليل الفروق الناتجة عن مصادر التقييم المتعددة بشكل منهجي.

وتم قياس كل عنصر بمقياس اتفاق من خمس نقاط يتراوح من ١ إلى ٥؛ حيث تشير الدرجة ١ إلى عدم الموافقة بشدة، والدرجة ٥ إلى الموافقة الشديدة، والدرجة الكلية للمقياس ٤٠ درجة مقسمة كالتالي، ٤٠-٣١ يشير إلى مستوى جودة حياة مرتفع، و٣٠-٢١ درجة يشير إلى جودة حياة متوسطة، و٢٠-١١ درجة يشير إلى جودة حياة منخفضة، وأخيرًا أقل من ١٠ درجات يشير إلى جودة حياة منخفضة جدًا؛ حيث كان معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة المختصر المكون من ثمانية أسئلة للأطفال (٠,٧٠)، ولمقياس البالغين (٠,٨٤) مما يشير إلى ثبات جيد، وفي الدراسة الحالية قام الباحث بترجمة الصورتين إلى اللغة العربية، ثم قام بتقنينهما على عينة الدراسة الحالية.

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

استخدمت الدراسة مجموعة من الأساليب الإحصائية والمنهجية للتحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة (الأطفال والبالغين)، وذلك على النحو التالي:

- النسب والتكرارات: لوصف خصائص العينة وتوزيع المتغيرات الديموغرافية للمشاركين.
- معامل ارتباط بيرسون (Person Correlation): لحساب معاملات الارتباط بين درجة كل بُعد والدرجة الكلية للمقياس، بهدف التحقق من مدى اتساق الأبعاد مع المقياس العام وقياس الصدق التلازمي.
- التحليل العاملي التوكيدي (CFA): للتحقق من الصدق البنائي للمقياس عبر برنامج AMOS 23، لضمان تطابق بنية المقياس مع النموذج النظري المفترض.
- معاملات الثبات: حساب ألفا كرونباخ (Cronbach's α) وجتمان (Gutmann's l6) لكل بند من بنود المقياس، وكذلك في حالة حذف أي مفردة منه، باستخدام برنامجي (JASP 0.9.2.0) و(SPSS 26).
- التحقق من ثبات التجزئة النصفية لضمان موثوقية المقياس واستقراره.

نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها:

نتائج السؤال الأول:

ينص السؤال الأول على: ما مؤشرات الصدق لمقياس جودة الحياة المختصر بصورتيه (صورة الصغار، وصورة البالغين)؟ وللإجابة عن هذا السؤال تم التحقق من أنواع الصدق الآتية:

صدق المحتوى:

اتبع الباحث إجراءات محددة لتعريب مقياس جودة الحياة المختصر للأشخاص ذوي الإعاقات النمائية، ولضمان دقة الترجمة، والتأكد من توافق المعاني مع النسخة الأصلية، استنادًا إلى الإجراءات المعروفة في ترجمة وتكييف المقاييس النفسية والتربوية التي تطرق لها هامبلتون وآخرون (Hambleton et al., 2004). قام الباحث بما يلي:

- الترجمة الأولية للمقياس: تم ترجمة المقياس من اللغة الأصلية (الإنجليزية البريطانية) إلى اللغة العربية بواسطة الباحث وزميل آخر، وكلاهما ثنائي اللغة ولديهما معرفة واسعة باللغتين، وتم رصد الاختلافات بين الترجمات المختلفة مع الحفاظ على المعنى الأصلي دون الإخلال بالمضمون.
- عرض الترجمة على الخبراء: بعد توحيد الترجمة، عُرضت النسخة العربية على أربعة من أعضاء هيئة التدريس؛ اثنين من قسم التربية الخاصة واثنين متخصصين في الترجمة؛ للتحقق من دقة الترجمة وجودتها.
- الترجمة العكسية: تم إجراء الترجمة العكسية من العربية إلى الإنجليزية من قبل الخبراء الذين شاركوا في النقطة الثانية أنفسهم؛ حيث تم تبادل الأدوار بينهم، بحيث أُعطي كل خبير نسخة المترجم الآخر لمراجعتها ومقارنتها بالنسخة الأصلية، وكانت نسبة التطابق تتجاوز ٨٠٪، مما يدل على توافق المعنى في معظم البنود.

ثم عُرض المقياس في صورته المبدئية على (٣) من السادة المحكمين المتخصصين في التربية الخاصة؛ لتحديد صدق المحتوى للمقياس، وذلك بالحكم على جودة ترجمة البنود، ومدى انتماء كل بند إلى بُعده، وملاءمة بنود المقياس لأفراد العينة، وملاءمة

الصياغة اللغوية لكل بند، وتعديل أو حذف ما يرونه غير مناسب من البنود. وقد أشار جميع المحكمين إلى مناسبة جميع البنود، ولم يشيروا إلى ضرورة حذف أي منها. وتراوحت نسبة الاتفاق بين المحكمين على صلاحية البنود بين (٦٦٪ - ١٠٠٪)، وتم استخدام معادلة لوش لتقدير صدق كل بند عن طريق المحكمين؛ حيث يتراوح الحد الأدنى لصدق البنود بين (٠,٦٦ - ١).

جدول (٥) قيم معادلة لوش لكل بند في مقياس جودة الحياة

بنود مقياس الأطفال	نسبة الصدق	بنود مقياس البالغين	نسبة الصدق
١	١	١	١
٢	١	٢	٠,٦٦
٣	١	٣	١
٤	٠,٦٦	٤	١
٥	١	٥	١
٦	١	٦	٠,٦٦
٧	١	٧	١
٨	٠,٦٦	٨	١

يتضح من الجدول السابق أن نسب اتفاق المحكمين حول معظم بنود المقياس بصورتيه بلغت اتفاقًا تامًا (١) صحيح؛ مما يشير إلى صدق محتوى المقياس.

صدق الاتساق الداخلي:

تم التعرف إلى مدى اتساق المقياس من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه هذا البند، وحساب معاملات الارتباط بين درجة كل بُعد والدرجة الكلية للمقياس، وذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Person Correlation)، ويوضح الجدول (٥) معاملات الارتباط بين

درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه في مقياس جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة (الأطفال والبالغين).

جدول (٦) معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه في مقياس جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة (الأطفال والبالغين)

البُعد	بنود مقياس الأطفال	معامل الارتباط لمقياس الأطفال (ن = ٩٠)	بنود مقياس البالغين	معامل الارتبا ط لمقياس البالغين (ن = ٧٠)
تقرير المصير	١- لدى الطفل / الشاب الصغير، عديد من الفرص للتعبير عن اختياراته الشخصية بشكل يومي.	٠,٨٥٤**	١- لدى الشخص البالغ عديد من الفرص للتعبير عن اختياراته الشخصية بشكل يومي.	٠,٨٣١**
العلاقات الشخصية	٢- الطفل / الشاب الصغير ينسجم بشكل جيد مع أفراد عائلته.	٠,٨٠٠**	٤- تتاح للشخص البالغ فرصة التفاعل مع أفراد من خارج المنزل، على الأقل مرة أسبوعيًا.	٠,٨٢١**
	٤- لدى الطفل / الشاب الصغير فرصة التفاعل مع أطفال/ شباب صغار آخرين من خارج المنزل، على الأقل مرة أسبوعيًا.	٠,٨٣٦**	٧- الشخص البالغ ينسجم بشكل جيد مع أفراد الأسرة.	٠,٧٩٨**
الاندماج الاجتماعي	٥- الطفل / الشاب الصغير ينسجم بشكل جيد مع معلمي المدرسة أو المعهد.	٠,٨٢١**	٥- الشخص البالغ ينسجم بشكل جيد مع البالغين الآخرين مثل الأصدقاء وزملاء العمل.	٠,٦٦٩**
	٧- الطفل / الشاب الصغير ينسجم بشكل جيد مع الأطفال/ الشباب الصغار الآخرين.	٠,٨٧٨**	٢- الشخص البالغ ينسجم بشكل جيد مع الأفراد الذين يعيش معهم. (في حال كان يعيش مع غير أسرته).	٠,٨٣٧**
التنمية الشخصية	٣- الطفل / الشاب الصغير مستعد لتجربة مهام أو أنشطة جديدة.	٠,٨٦٢**	٣- الشخص البالغ مستعد لتجربة مهام أو أنشطة جديدة.	٠,٨١٤**

الرفاهية الانفعالية	٦- لدى الطفل / الشاب الصغير وصول جيد إلى الأماكن التي يستمتع بزيارتها، على الأقل مرة واحدة أسبوعيًا.	٠,٩١٩**	٦- لدى الشخص البالغ وصول جيد إلى الأماكن التي يستمتع بزيارتها، على الأقل مرة واحدة أسبوعيًا.	٠,٨٨٩**
	٨- لدى الطفل / الشاب الصغير فرص جيدة للمشاركة في الأنشطة الترفيهية التي يختارها بنفسه على الأقل مرة واحدة أسبوعيًا.	٠,٩٣٠**	٨- لدى الشخص البالغ فرص جيدة للمشاركة في الأنشطة الترفيهية التي يختارها بنفسه على الأقل مرة واحدة أسبوعيًا.	٠,٩٠٠**

** = قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠١)

من الجدول (٦) يتضح أن كل بند يرتبط بالبُعد الخاص به ارتباطًا دال إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وهو ما يؤكد الاتساق الداخلي لمقياس جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة (الأطفال والبالغين). ويوضح الجدول (٧) معاملات الارتباط بين درجة كل بُعد والدرجة الكلية لمقياس جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة (الأطفال والبالغين).

جدول (٧) معاملات الارتباط بين درجة كل بُعد والدرجة الكلية لمقياس جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة (الأطفال والبالغين)

البُعد	معامل الارتباط بالدرجة الكلية لمقياس جودة حياة الأطفال ذوي الإعاقة (ن = ٩٠)	معامل الارتباط بالدرجة الكلية لمقياس جودة حياة البالغين ذوي الإعاقة (ن = ٧٠)
تقرير المصير	٠,٦٦٨**	٠,٦٦٥**
العلاقات الشخصية	٠,٨٢٩**	٠,٦٧٦**
الاندماج الاجتماعي	٠,٨٦٦**	٠,٨٣٢**
التنمية الشخصية	٠,٦٩٥**	٠,٧٤٦**
الرفاهية الانفعالية	٠,٧٧٠**	٠,٧١٧**

يتضح من الجدول (٧) أن كل بُعد يرتبط بالدرجة الكلية للمقياس ارتباطًا دال إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وهو ما يؤكد الاتساق الداخلي لمقياس جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة (الأطفال والبالغين).

الصدق باستخدام التحليل العاملي التوكيدي: Confirmatory Factor Analysis "CFA

تم حساب الصدق البنائي لمقياس جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة (الأطفال والبالغين) باستخدام التحليل العاملي التوكيدي من خلال برنامج AMOS 23، وبعد إجراء التحليل لم يتم حذف أية بنود؛ حيث ظل المقياس مكونًا من (٨) بنود تقيس خمسة عوامل. ويوضح جدول (٨) أدلة المطابقة للنموذج البنائي الخماسي النهائي لمقياس جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة (الأطفال والبالغين) وفقًا لاستجابات عينة الدراسة.

جدول (٨) نتائج CFA للنموذج البنائي الرباعي لمقياس جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة (الأطفال والبالغين)

النموذج	أدلة الملاءمة								
	X^2	P	CMIN/df	GFI	NFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
المدى المثالي	–	أكبر من ٠,٠٥ غير دالة	١-٣	أكبر من ٠,٩٠	أكبر من ٠,٩٠	أكبر من ٠,٩٠	أكبر من ٠,٩٠	أكبر من ٠,٩٠	أصغر من ٠,٠٥
مقياس جودة حياة الأطفال ذوي الإعاقة) (ن = ٩٠)	٢٣١,٢١٤	٠٢١٤	١,٣٢	٠,٩٢١	٠,٩١١	٠,٩٣٢	٠,٩٢٢	٠,٩٠١	٠,٠٣
مقياس جودة حياة البالغين ذوي الإعاقة (ن = ٧٠)	٢٢١,١٠٢	٠٣٠١	١,٣٦	٠,٩٠٠	٠,٩١٠	٠,٩٢١	٠,٩٠١	٠,٩٠٣	٠,٠٢

*CMIN/df= النسبة بين مربع كاي ودرجات الحرية / GFI = مؤشر حسن المطابقة

NFI= مؤشر المطابقة المعياري / IFI= مؤشر المطابقة التزايدي

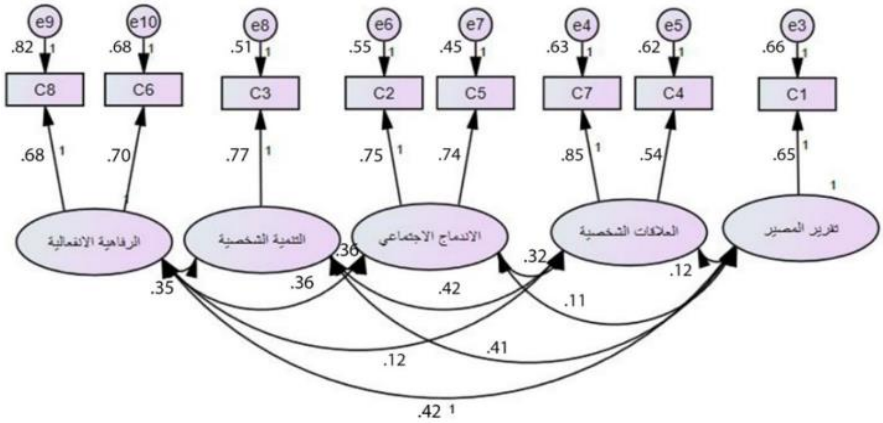
TLI = مؤشر توكر_لويس / CFI = مؤشر المطابقة المعياري

RMSEA = جذر متوسط مربعات خطأ الاقتراب

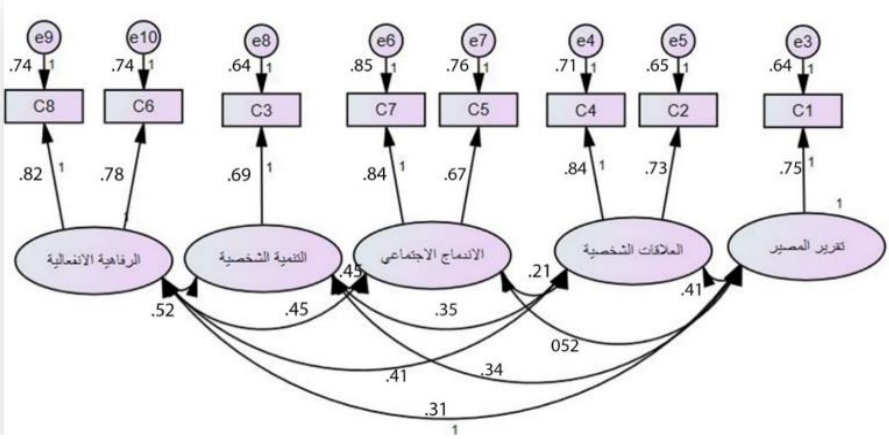
يتضح من جدول (٨) أن النموذج البنائي الخماسي لمقياس جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة (الأطفال والبالغين) يتميز بجودة ملاءمة عالية لبيانات الدراسة؛ حيث بلغت قيم مؤشرات الملاءمة الحدود القطعية المتفق عليها بين الباحثين.

حيث يتبين من التحليل أن كل فقرة من فقرات المقياس تشبّعت على العامل الخاص بها، كما أن مؤشرات حسن المطابقة وقعت في المدى المقبول لها، وقد بلغت قيمة الاختبار الإحصائي كا^{2} (٢٣١,٢١٤) لمقياس الصغار، و(٢٢١,١٠٢) لمقياس البالغين، وكانت النسبة بين كا^{2} إلى درجة حريتها (١,٣٢) لمقياس الصغار، و(١,٣٦) لمقياس البالغين، وكانت قيمة مؤشر المطابقة المقارن (٠,٩٢١) لمقياس الصغار، و(٠,٩٠٠) لمقياس البالغين، وبلغت قيمة مؤشر جذر متوسط مربع خطأ الاقتراب (٠,٠٣) لمقياس الصغار، و(٠,٠٢) لمقياس البالغين، بينما كانت قيمة مؤشر المطابقة التزايدي (٠,٩١١) لمقياس الصغار، و(٠,٩١٠) لمقياس البالغين، كما بلغت قيمة مؤشر تاكر– لويس (٠,٩٢٢) لمقياس الصغار، و(٠,٩٠١) لمقياس البالغين، وكانت قيمة مؤشر جودة المطابقة المعياري (٠,٩٠١) لمقياس الصغار، و(٠,٩٠٣) لمقياس البالغين، وهذا يشير إلى صلاحية وملاءمة النموذج البنائي للمقياس في صورتيه للصغار والبالغين، وقد نتج عن النموذج أن المقياس يتكوّن من خمسة أبعاد تتشبّع على عامل واحد كلي.

ويعرض الشكل (١) النموذج البنائي لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإعاقة في صورته النهائية، بينما يعرض الشكل (٢) النموذج البنائي لمقياس جودة الحياة للبالغين ذوي الإعاقة في صورته النهائية.



شكل (١) نموذج التحليل العاملي التوكيدي من الدرجة الأولى لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإعاقة



شكل (٢) نموذج التحليل العاملي التوكيدي من الدرجة الأولى لمقياس جودة الحياة للبالغين ذوي الإعاقة

تشير نتائج الدراسة الحالية المتعلقة بصدق الاتساق الداخلي إلى أن جميع البنود ارتبطت بشكل دال إحصائيًا بالأبعاد التي تنتمي إليها، كما أن كل بُعد من أبعاد المقياس أظهر ارتباطًا دالًا بالدرجة الكلية للمقياس؛ مما يعكس مستوى عاليًا من الاتساق الداخلي. وتؤكد هذه النتائج أن بنود المقياس متجانسة، وتقيس المفهوم نفسه داخل كل بُعد، كما تدل على أن الأبعاد المختلفة تُسهم في قياس البنية الكامنة الكلية لجودة الحياة.

وهذه النتائج تتفق مع ما توصلت إليه دراسة محمد (٢٠١٧) وعلي (٢٠١٨) ودردير (٢٠١٩) و غريب (٢٠٢١)، التي تشير إلى أن مقاييس جودة الحياة التي تُبنى بطريقة علمية تحقق معاملات ارتباط عالية بين البنود وأبعادها، وبين الأبعاد والمقياس الكلي؛ مما يعكس صدق الاتساق الداخلي. كما تدعم نتائج الدراسة الحالية ما توصلت إليه دراسة غريب (٢٠٢١) التي وجدت أن اتساق المقياس الداخلي يعد من المؤشرات الأساسية لصلاحية استخدام المقاييس في تقييم جودة الحياة لدى الأفراد ذوي الإعاقة.

أما بالنسبة لنتائج التحليل العاملي التوكيدي (CFA)، فقد أظهرت أن النموذج البنائي الخماسي للمقياس – في صورتيه للأطفال والبالغين – يتمتع بجودة ملاءمة عالية؛ حيث جاءت جميع مؤشرات المطابقة (مثل CFI، TLI، RMSEA) ضمن الحدود المثالية المتفق عليها في الأدبيات، ويشير ذلك إلى أن النموذج النظري المفترض، والمتمثل في وجود خمسة أبعاد فرعية تتشبع على عامل كلي واحد، هو نموذج صالح ومناسب لتمثيل بيانات العينة.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة Gullone & Cummins (1999)، التي دعمت النموذج البنائي لمقاييس جودة الحياة متعددة الأبعاد، مع

تشبع العوامل الفرعية في عامل كلي واحد يمثل جودة الحياة العامة، كما تؤكد نتائج الدراسة الحالية ما ذهبت إليه دراسة Ryff (1995)، التي أظهرت أن أبعاد جودة الحياة تتفاعل ضمن بنية مترابطة، يمكن تمثيلها من خلال نموذج عاملي واحد يعكس التقييم الكلي لجودة الحياة.

وبالإضافة إلى ذلك، فإن نتائج هذه الدراسة تدعم ما توصلت إليه دراسة Wahl et al (2004)، التي أكدت أن التحليل العاملي التوكيدي هو أسلوب ملائم للتحقق من البناء العاملي لمقاييس جودة الحياة لدى الفئات الخاصة، وأوصت باستخدامه لتثبيت صلاحية المقاييس في السياقات التطبيقية.

بناءً على ما سبق، يمكن القول إن نتائج هذه الدراسة تؤكد صدق البناء الداخلي لمقياس جودة الحياة في صورتيه للأطفال والبالغين ذوي الإعاقة، كما تتفق مع الأدبيات السابقة في مجال القياس النفسي وجودة الحياة، ويعزز ذلك من موثوقية المقياس، وإمكانية اعتماده كأداة علمية صالحة للاستخدام في الدراسات المستقبلية، سواء لأغراض بحثية أو لتقييم البرامج والخدمات الموجهة للأشخاص ذوي الإعاقة.

نتائج السؤال الثاني:

ينص السؤال الثاني على: ما مؤشرات الثبات لمقياس جودة الحياة المختصر بصورتيه (صورة الصغار، وصورة البالغين)؟

وللإجابة عن هذا السؤال استخدم الباحث عددًا من مؤشرات ثبات مقياس جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة (الأطفال والبالغين) لتقدير ثبات البنية الناتجة من التحليل التوكيدي، وهي ثبات ألفا كرونباخ Cronbach's α، والتجزئة النصفية المصحح بمعادلة جتمان Gutmann's l6 لكل بند من بنود المقياس ككل، في حالة

حذف كل مفردة من مفرداته، وكذلك ثبات التجزئة النصفية، وذلك باستخدام برنامج (JASP 0.9.2.0) وبرنامج (SPSS 26) الإحصائيين.

ويوضح جدول (٩) قيم معاملات ثبات ألفا وجتمان لمقياس جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة (الأطفال والبالغين).

جدول (٩) قيم معاملات ثبات ألفا، وجتمان لمقياس جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة (الأطفال والبالغين)

البُعد	رقم البند	ألفا α مقياس الأطفال (ن=٩٠)	جتمان 16 مقياس الأطفال (ن=٩٠)	البُعد	رقم البند	ألفا α مقياس البالغين (ن=٧٠)	جتمان 16 مقياس البالغين (ن=٧٠)
تقرير المصير	١	٠,٨٣٩	٠,٨٣٩	تقرير المصير	١	٠,٧٤٩	٠,٧٤٩
العلاقات الشخصية	٢	٠,٨٣٦	٠,٨٣٦	العلاقات الشخصية	٤	٠,٧٧٥	٠,٧٧٥
	٤	٠,٨٤١	٠,٨٤١		٧	٠,٧٦٩	٠,٧٦٩
الاندماج الاجتماعي	٥	٠,٨٢٩	٠,٨٢٩	الاندماج الاجتماعي	٥	٠,٧٤٨	٠,٧٤٨
	٧	٠,٨٢٨	٠,٨٢٨		٢	٠,٧٧٠	٠,٧٧٠
التنمية الشخصية	٣	٠,٨٣٦	٠,٨٣٦	التنمية الشخصية	٣	٠,٧٣٠	٠,٧٣٠
الرفاهية الانفعالية	٦	٠,٨٤٠	٠,٨٤٠	الرفاهية الانفعالية	٦	٠,٧٥٢	٠,٧٥٢
	٨	٠,٨٢٢	٠,٨٢٢		٨	٠,٧٥٠	٠,٧٥٠
المقياس ككل		٠,٨٥٢	٠,٨٧٠	المقياس ككل		٠,٧٧٩	٠,٧٧٩

كما تم حساب معامل ثبات التجزئة النصفية لحساب ثبات المقياس بصورتيه، وتم تصحيح معامل ثبات التجزئة النصفية باستخدام معادلة جتمان، يُلاحظ من جدول (٩) أن جميع قيم معاملات الثبات سواء لألفا أو لجتمان قد بلغت القيمة القطعية للثبات المقبول (٠,٧٠).

جدول (١٠) قيم معامل ثبات التجزئة النصفية لمقياس جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة (الأطفال والبالغين)

المقياس	معامل ثبات التجزئة النصفية		
	معامل الارتباط بين النصفين	بعد التصحيح بمعادلة سبيرمان- براون	بعد التصحيح بمعادلة جتمان
مقياس جودة الحياة للصغار	٠,٧٢٤	٠,٨٤٠	٠,٨٤٠
مقياس جودة الحياة للبالغين	٠,٧٢٣	٠,٨٢٤	٠,٨٢٤

يوضح جدول (١٠) قيم معاملات ثبات التجزئة النصفية للمقياس؛ حيث إن قيم معامل ثبات التجزئة النصفية للمقياس بصورتيه (الصغار والبالغين) بلغت أيضًا القيمة القطعية للثبات المقبول (٠,٧٠)، بما يشير إلى أن مقياس جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة (الأطفال والبالغين) يتمتع بدرجة جيدة من الثبات.

كما تم حساب معامل الثبات للاختبار باستخدام طريقة إعادة الاختبار؛ حيث تم حساب معامل الثبات من خلال تطبيق الاختبار بصورتيه على أفراد العينة مرتين بفاصل زمني شهر ونصف، ثم تم إيجاد معامل الارتباط بيرسون بين التطبيقين. ويوضح جدول (١١) معاملات الثبات بطريقة إعادة الاختبار لكل من صورتي المقياس.

جدول (١١) معاملات الثبات بطريقة إعادة الاختبار لكل من صورتي مقياس جودة الحياة

البعد	عدد العبارات	معامل الارتباط بيرسون
مقياس جودة الحياة للصغار	٨	٠,٧٠
مقياس جودة الحياة للبالغين	٨	٠,٧٤

يتضح من جدول (١١) أن قيم معاملات الثبات بطريقة إعادة الاختبار قد بلغت جميعها القيمة المتفق عليها، والتي تتحدد في (٠,٦)، مما يشير إلى ثبات جيد للمقياس.

وقد جاءت هذه النتيجة مؤكدة لنتائج الدراسات السابقة التي تناولت مقاييس متعلقة بجودة الحياة، مثل (محمد، ٢٠١٧؛ علي، ٢٠١٨؛ دردير، ٢٠١٩؛ غريب، ٢٠٢١)، (Ryff, 1995; Gullone & Cummins, 1999; Wahl et al, 2004).

وبمجمل هذه النتائج، فقد تحقق قدرٌ كبيرٌ من الشروط والخصائص السيكومترية التي تنص عليها أدبيات البحث الحديثة في القياس النفسي (Rust & Golombok, 2014; Coaley, 2014; Furr, 2021)؛ مما يدل على صلاحية المقياس للاستخدام والتطبيق في مجتمع البحث الحالي.

تقدير درجات مقياس جودة الحياة في صورته النهائية:

تكون المقياس في صورته النهائية من (٨) بنود لكل صورة، وتم قياس كل عنصر بمقياس اتفاق من خمس نقاط يتراوح من ١ إلى ٥؛ حيث تشير الدرجة ١ إلى عدم الموافقة بشدة، وليس للمقياس درجة خام كلية، إنما نحصل على درجة خام لكل صورة على حدة؛ حيث يتم جمع درجات البنود الخاصة بكل صورة على حدة لتصبح الدرجة الدنيا على صورة الأطفال (٨) درجات، والعظمى (٤٠) درجة، وهكذا بالنسبة لصورة البالغين.

ويوضح الجدول (١٢) أبعاد كل صورة والبنود التي تقيس كل بعد في ترقيمها النهائي على المقياس.

جدول (١٢) أبعاد صورتي مقياس جودة الحياة والبنود النهائية التي تقيس كل بعد، وأعلى وأقل درجة

الصورة	البعد	رقم البند	الدرجات		الصورة	البعد	رقم البند	الدرجات	
			أعلى درجة	أقل درجة				أعلى درجة	أقل درجة
	تقرير المصير	١	١	٥		تقرير المصير	١	١	٥
	العلاقات	٢-٤	٢	١٠		العلاقات	٤-٧	٢	١٠

	الشخصية				الشخصية			
	الاندماج الاجتماعي	٧-٥	٢	١٠		الاندماج الاجتماعي	٥-٢	٢	١٠
	التنمية الشخصية	٣	١	٥		التنمية الشخصية	٣	١	٥
	الرفاهية الانفعالية	٨-٦	٢	١٠		الرفاهية الانفعالية	٨-٦	٢	١٠

تدعم نتائج هذه الدراسة، التي أظهرت معاملات ثبات عالية لمقياس جودة الحياة بصورتيه (الأطفال والبالغين)، الأدبيات السابقة التي أكدت على أهمية الثبات في أدوات قياس جودة الحياة. حيث أظهرت معاملات ألفا كرونباخ، ومعامل التجزئة النصفية، وطريقة إعادة الاختبار جميعها قيمًا قويةً تفوق الحد الأدنى المقبول (٠,٧٠)، مما يدل على ثبات عالٍ للمقياس. هذه النتائج تتوافق مع ما ذكرته دراسات سابقة مثل **محمد (٢٠١٧)** و**علي (٢٠١٨)**؛ حيث أكدت هاتان الدراستان على تحقيق مقاييس جودة الحياة لثبات عالٍ عند تطبيقها على عينات مشابهة، كما تتماشى هذه النتائج مع ما توصلت إليه **دراسة دردير (٢٠١٩)** و**غريب (٢٠٢١)**؛ حيث أظهرتا أن مقاييس جودة الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة تُظهر ثباتًا قويًا عند استخدام أساليب إحصائية متنوعة، وعالميًا، تتوافق هذه النتائج مع ما توصلت إليه **دراسة Ryff (1995)** و **Gullone & Cummins (**1999**)** التي أكدت على أهمية الثبات في مقاييس جودة الحياة متعددة الأبعاد، وبناءً على هذه النتائج، يمكن القول إن المقياس المطبق في هذه الدراسة يتمتع بثبات جيد، مما يجعله أداة موثوقة لقياس جودة الحياة في هذا المجال.

خاتمة الدراسة والتوصيات المقترحة:

استخدمت الدراسة المنهج الوصفي لجمع وتحليل البيانات حول جودة الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية واضطراب طيف التوحد في المملكة العربية السعودية لعام ٢٠٢٤. تكونت العينة من ٩٠ طفلًا و٧٠ بالغًا من ذوي الإعاقة؛ حيث أجاب عن الأطفال معلمو التربية الخاصة وأولياء الأمور، في حين أجاب عن البالغين أولياء الأمور والمعلمون، وتوزعت العينة وفقًا لمتغيرات الجنس، ونوع الإعاقة، والمنطقة الجغرافية، والشخص المستجيب على المقياس. أما أداة الدراسة، فقد اعتمدت على مقياس جودة الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة (Bowring et al., 2020)، والذي يقيس خمسة أبعاد: العلاقات الشخصية، وتقرير المصير، والاندماج الاجتماعي، والتنمية الشخصية، والرفاهية الانفعالية. تم تقنين المقياس عبر إجراءات ترجمة دقيقة، شملت الترجمة الأولية، والمراجعة من قبل خبراء، والعودة للترجمة العكسية لضمان الدقة، وأظهرت نتائج الدراسة صدق وثبات المقياس بعد التحقق من معاملات الارتباط بين بنوده وأبعاده؛ حيث أظهرت القيم دلالات إحصائية تؤكد اتساقه الداخلي، وبناء على ذلك تقترح الدراسة التوصيات التالية:

- تعزيز الوعي حول أهمية جودة الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة :يجب على المؤسسات التعليمية والصحية الحكومية وغير الحكومية تكثيف الحملات التوعوية بشأن أهمية تحسين جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك الأطفال والبالغين، مع التركيز على التحديات الخاصة بكل فئة.
- تعزيز فرص أفضل للتعبير عن اختيارات الأفراد ذوي الإعاقة: يمكن أن يسهم استخدام المقياس بصيغتيه (للأطفال والبالغين) في تمكين الأفراد ذوي الإعاقة

من التعبير عن اختياراتهم وتفضيلاتهم الشخصية، من خلال تحديد جوانب القصور في أبعاد جودة الحياة لديهم، ويساعد ذلك في دعم استقلاليتهم وتعزيز قدرتهم على اتخاذ القرارات وتحقيق تقرير المصير في مختلف البيئات، سواء في المنزل أو المدرسة أو المجتمع.

- تعزيز البرامج التعليمية والأنشطة الاجتماعية :ينبغي تطوير وتوسيع البرامج التي تعزز الاندماج الاجتماعي للأطفال والبالغين ذوي الإعاقة، بما في ذلك الأنشطة التي تجمعهم مع أفراد من المجتمع على مختلف المستويات، سواء في المدارس أو المؤسسات الاجتماعية.
- تطوير الأنشطة والبرامج المخصصة للتنمية الشخصية :يوصى بتوفير برامج تعليمية ونشاطات تهدف إلى تطوير المهارات الشخصية للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل الأنشطة التي تشجع على اكتساب مهارات جديدة وتعزز من استعدادهم للمشاركة في المهام والأنشطة المختلفة.
- تحسين الوصول إلى الأماكن التي يفضلها الأشخاص ذوي الإعاقة ينبغي تطوير البنية التحتية لضمان وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الأماكن الترفيهية والتجارية والاجتماعية التي يفضلونها، مع ضمان توافر وسائل النقل المناسبة لهم.
- التركيز على التدريب المستمر للمعلمين وأولياء الأمور :يُوصى بتوفير برامج تدريبية متواصلة للمعلمين وأولياء الأمور لزيادة الوعي بكيفية تحسين جودة حياة الأطفال والبالغين ذوي الإعاقة من خلال فهم أفضل لاحتياجاتهم وتقديم الدعم الملائم.

المقترحات:

- اعتماد المقياس بصورتيه (الصغار والبالغين) كأداة مقننة لقياس جودة الحياة في البيئة السعودية، نظرًا لما أظهره من خصائص سيكومترية مرتفعة من حيث الصدق والثبات.
- تشجيع الباحثين والممارسين في المجالات التربوية والنفسية على استخدام المقياس في البحوث التطبيقية والميدانية المتعلقة بجودة الحياة، لما يتمتع به من خصائص علمية موثوقة.
- تطبيق المقياس على عينة أكبر للحصول على نتائج ممكن تعميمها لقياس جودة الحياة للأشخاص ذوي الإعاقات النمائية.
- إجراء دراسات إضافية داخل المدارس والمعاهد والمنظمات التي تستهدف الأشخاص ذوي الإعاقة من خلال قياس النتائج القبلية والبعدية للخدمات المقدمة باستخدام المقياس المختصر لقياس جودة الحياة للأطفال والكبار من ذوي الإعاقات النمائية.

قائمة المراجع:

أولا: المراجع العربية:

أبو النور، محمد عبد التواب؛ عبد الفتاح، آمال جمعة؛ وعبد الفتاح، أحمد سيد، (٢٠١٤)، التقويم والتشخيص في التربية الخاصة في ضوء معايير الجودة الشاملة، مكتبة الرشد – ناشرون.

أبو عيشة، زاهدة جميل نمر، (٢٠٢٠)، الكفاءة الذاتية المدركة وعلاقتها بجودة الحياة لدى الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، مجلة كلية التربية، ٢٠ (٤)، ٢٥٥ – ٣٠٠.

أحمد، محمد غازي الدسوقي سيد، أبو السعود، شادي محمد، الشرقاوي، فتحي محمد، & ابراهيم، فاطمة آدم، (٢٠٢٣)، الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة لدى طلاب المرحلة الثانوية، مجلة جامعة مطروح للعلوم التربوية والنفسية.157-132 ,(5)3 ,

أندرقيري، ميساء عبدالرحمن صالح، و حميد الدين، رضية بنت محمد بن المحسن، (٢٠٢٣)، مقياس جودة الحياة النفسية لوالدي الأطفال السعوديين في مرحلة الطفولة المبكرة بمدينة جدة، العلوم التربوية، مج٣١، ع٤٤ ، ٢٨٣-٣١٧.

بحرة، كريمة، (٢٠١٤)، إعداد وتقنين مقياس جودة الحياة لطلاب المتوسط والثانوي، مجلة جيل العلوم الإنسانية والاجتماعية، مركز جيل البحث العلمي، (١٤)، ١١-٣٠.

البحيري، عبد الرقيب أحمد؛ إمام، محمود محمد، (٢٠١٨)، اضطراب طيف التوحد، مكتبة الأنجلو المصرية.

بدر، إبراهيم محمود، (٢٠٠٤)، الطفل التوحدي: تشخيص وعلاج، مكتبة الأنجلو المصرية.

جخراب، محمد عرفات؛ عبد الحفيظي، يحي، (٢٠١٦)، تقنين مقياس جودة الحياة على الطلبة الجامعيين، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، (٢٦)، ٤٦٩-٤٩١.

حمزة فاطيمة، (٢٠١٨)، تقنين مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHOQOL-BREF) على عينات من البيئة الجزائرية، مجلة العلوم الاجتماعية، ١٢(٤)، ١٣٩-١٥٧.

دردير، نشوة كرم عمار أبو بكر، ومصطفى، فتحي محمد محمود، (٢٠١٩)، الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة، مجلة الإرشاد النفسي، (٥٩)، ٤٢٩ – ٤٧٦.

الدليمي، عصام حسن؛ صالح، علي عبد الرحيم، (٢٠١٤)، البحث العلمي: أسسه ومناهجه، عمان: الرضوان للنشر والتوزيع.

الزارع، نايف بن عابد بن إبراهيم، (٢٠١٥)، جودة الحياة لدى الأفراد ذوي الإعاقة السعوديين المقيمين في الأردن من وجهة نظر آبائهم، مجلة التربية، (١٦٦)، ٨٤٠ — ٨٧٩.

السرطاوي، عبد العزيز، عبدات، روحي مروح أحمد، المهيري، عوشة أحمد، وطه، بهاء، (٢٠١٥)، جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة وغير ذوي الإعاقة في دولة الإمارات العربية المتحدة، المجلة الدولية للأبحاث التربوية، (٣٦)، ١٤٣ – ١٨١.

السعيدي، سعود محمد، (٢٠٢١)، برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة وعلاقته بالاكتئاب للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم بالمرحلة الابتدائية في دولة الكويت، مجلة القراءة والمعرفة، (٢٣٧)، ٧٧ – ١٢٥.

السند، مريم عيسى، (٢٠٢٠)، المهارات اللفظية لأطفال التوحد، مجلة الطفولة العربية، ٢١(٨٣)، ٧١ – ٧٨.

سهيل، تامر فرح، (٢٠١٥)، التوحد: التعريف — الأسباب — التشخيص والعلاج، دار الإعصار.

السيد، أشرف أحمد عبد القادر، (٢٠٠٥)، تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الإعاقة، ندوة تطوير الأداء فى مجال الوقاية من الاعاقة، الرياض: مكتب التربية العربي لدول الخليج والأمانة العامة للتربية الخاصة – وزارة التربية والتعليم، ٨٩ – ١٢٨.

الظاهر، قحطان أحمد، (٢٠٠٨)، مدخل إلى التربية الخاصة (ط٢)، دار وائل.

عبد الحميد، ابتسام الحسيني، (٢٠١٥)، الإرشاد الأسري للأطفال المعاقين فكريًا "القابلين للتعلم"، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.

عبد الخالق، أحمد محمد، (٢٠٠٨)، الصيغة العربية لمقياس نوعية الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية: نتائج أولية، دراسات نفسية، ١٨(٢)، ٢٤٧ – ٢٥٧.

عبد المطلب، السيد الفضالي، (٢٠١٤)، جودة الحياة الجامعية الدراسية في ضوء كل من توجه الهدف والتحصيل الدراسي لدى طلبة كلية التربية، دراسات تربوية ونفسية، (٨٣)، ٧١ – ١٢٦.

عبيد، ماجدة السيد، (٢٠١٣)، الإعاقة الفكرية (ط٣)، دار صفاء.

عبيدات، ممدوح محمود، (٢٠٢٢)، الكفاءة الذاتية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم في المرحلة الأساسية، مجلة كلية التربية، ٣٨ (٧)، ٢٧١ – ٢٩٠.

علي، نعمة أحمد محمد، أبو العلا، مدحت الطاف عباس، وأحمد، عادل سيد عبادي، (٢٠١٨)، الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة النفسية لدى طلاب الجامعة، مجلة كلية التربية، (٣٣)، ٣٣٩ – ٣٥٢.

العنزي، فاطمة بنت قاسم، (٢٠١١)، إستراتيجية التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الراية للنشر والتوزيع.

غريب، حامد سامي حامد، وعامر، عبد الناصر السيد، (٢٠٢١)، الصدق البنائي لمقياس جودة الحياة، مجلة كلية التربية بالإسماعيلية، (٥٠)، ٤٥ – ٦١.

فيصل، ضياء أبو عاصي، (٢٠١٣)، فعالية برنامج تدريبي لتحسين جودة الحياة النفسية للأطفال ضعاف السمع، مجلة القراءة والمعرفة، (١٣٦)، ١٩١ – ٢١٦.

قاسم، آيات قاسم عبد اللطيف، (٢٠٢٠)، العلاقة بين إدارة الذات وجودة الحياة لدى عينة من الطلاب ذوي صعوبات التعلم الأكاديمية في مرحلة التعليم الأساسي، مجلة البحث العلمي في التربية، ٢١ (٧)، ٢٠٧ – ٢٣١.

القمش، مصطفى نوري، (٢٠١١)، اضطرابات التوحد: الأسباب – التشخيص – العلاج – دراسات علمية، دار المسيرة.

كوافحة، تيسير مفلح؛ وعبد العزيز، عمر فواز، (٢٠١٢)، مقدمة في التربية الخاصة (ط٦)، دار المسيرة.

المبرز، إبراهيم بن حمد، (٢٠١٠)، التدريس الناجح لذوي الإعاقة الفكرية (ط٢)، الرياض: أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة.

متولي، راندا حسيني عبد الرازق، (٢٠١٨)، الأمن النفسي وعلاقته بجودة الحياة لدى طلبة الجامعة، مجلة البحث العلمي في التربية، ١٩ (٥)، ٢٧١ – ٢٩٩.

محمد، سارة محمد عبد الفتاح، عبد الوهاب، أشرف محمد عبد الحليم، وعزب، حسام الدين محمود، (٢٠١٧)، الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة، مجلة الإرشاد النفسي، (٥٠)، ٤٦٥ – ٤٨٥.

محمد، عادل عبد الله، (٢٠١٠)، مقدمة في التربية الخاصة، دار الرشاد.

محمد، محمد رضا السيد، (٢٠١٨)، السلوك اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (الذاتوية)، مكتبة الأنجلو المصرية.

محمد، وليد محمد علي، (٢٠١٥)، استخدام الإستراتيجيات البصرية فى تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدي الأطفال التوحديين، مؤسسة حورس الدولية.

المحمدي، عفاف سالم، (٢٠٢٢)، جودة الحياة وعلاقتها بمهارات التفكير ما وراء المعرفي لدى طالبات الجامعة، مجلة جامعة الملك خالد للعلوم التربوية، ٩ (١)، ٧٢ – ١٠٦.

مصطفي، نرمين حمدى محمد، احمد الرمادي، نور & ,محمود هليل، محمد، (٢٠٢٤)، الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة الصحية لدي المعلمات المصابات بسرطان الثدي، مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسيةة18 , .540-507 ,(5)

مصطفى، أسامة فاروق؛ الشربيني، السيد كامل، (٢٠١١)، التوحد: الأسباب، التشخيص، العلاج، دار المسيرة.

معمرية، بشير، (٢٠٢٠)، جودة الحياة: تعريفاتها محدداتها مظاهرها أبعادها، أعمال الملتقى الوطني: جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر – الأبعاد والتحديات، مج١، الوادي: جامعة الشهيد حمة لخضر – مخبر اقتصاديات الطاقات المتجددة ودورها في تحقيق التنمية المستدامة ومركز فاعلون للبحث في الأنثروبولوجيا والعلوم الاجتماعية والإنسانية، ١٥ – ٢٦.

منسي، محمود عبد الحليم حامد، وابن كاظم، علي بن مهدي، (٢٠١٠)، تطوير وتقنين مقياس جودة الحياة لدى طلبة الجامعة في سلطنة عمان، أماراباك، ١(١)، ٤١ – ٦٠.

منظمة الصحة العالمية، (٢٠٢٣)، التوحد، تم الاسترجاع في ٢٢ يناير من: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders

نصر، سهى أحمد أمين، (٢٠٠٢)، الاتصال اللغوي للطفل التوحدي: التشخيص – البرامج العلاجية، دار الفكر.

الهيئة العامة للإحصاء، (٢٠١٧)، نتائج مسح ذوي الإعاقة لعام ٢٠١٧ . https://www.stats.gov.sa/w/نتائج-مسح-ذوي-الإعاقة-لعام-٢٠١٧

هيئة رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة، (٢٠٢١)، مؤشرات جودة الحياة لدى الأفراد ذوي الإعاقة في المملكة العربية السعودية، منشور في: https://apd.gov.sa

وزارة التعليم، (٢٠٢٠)، دليل المعلم الشامل لبرامج التوحد ط٢، وزارة التعليم، المملكة العربية السعودية.

يوسف، إبراهيم محمد، (٢٠١٨)، السلوك التكيفي للتلاميذ المتأخرين عقليا القابلين للتعلم في أبعاد، دار العلم والإيمان.doi: 10.21608/jfust.2024.250030.2041

ثانياً: المصادر الأجنبية والعربية المترجمة للأجنبية:

Abdelkhaleq, Ahmed Mohammed. (2008). The Arabic version of the WHO Quality of Life Scale: Preliminary results (in Arabic). Psychological Studies, 18(2), 247–257.

Abdelmottaleb, El-Sayed El-Fadali. (2014). Academic quality of life in light of goal orientation and academic achievement among education faculty students (in Arabic). Educational and Psychological Studies, (83), 71–126.

Abu Aisha, Zahida Jamil Nemer. (2020). Perceived self-efficacy and its relationship to quality of life among students with special needs (in Arabic). Journal of the Faculty of Education, 20(4), 255–300.

Al-Mohamadi, Afaf Salem. (2022). Quality of life and its relationship to metacognitive thinking skills among university female students (in Arabic). Journal of King Khalid University for Educational Sciences, 9(1), 72–106.

Al-Saeedi, Saud Mohammed. (2021). A counseling program to improve the quality of life and its relationship to depression among primary school students with learning difficulties in Kuwait (in Arabic). Journal of Reading and Knowledge, (237), 77–125.

Al-Sartawi, Abdelaziz, Abadat, Rouhi Marwah Ahmed, Al-Muhairi, Ousha Ahmed, & Taha, Bahaa. (2015). Quality of life among people with and without disabilities in the United Arab Emirates (in Arabic). International Journal of Educational Research, (36), 143–181.

Al-Zarae, Naif bin Abed bin Ibrahim. (2015). Quality of life among Saudi individuals with disabilities residing in Jordan from the perspective of their parents (in Arabic). Journal of Education, (166), 840–879.

Ali, Naama Ahmed Mohammed, Abou El-Ela, Medhat Al-Taf Abbas, & Ahmed, Adel Sayed Abadi. (2018). Psychometric properties of the Psychological Quality of Life Scale among university students (in Arabic). Journal of the Faculty of Education, (33), 339–352.

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (2021). Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports, (12th ed.). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Ayres, M., Parr, J. R., Rodgers, J., Mason, D., Avery, L., & Flynn, D. (2018). A systematic review of quality of life of adults on the autism spectrum. Autism, 22(7), 774-783.

Bahra, Karima. (2014). Development and standardization of the Quality of Life Scale for middle and high school students (in Arabic). Journal of Generation of Humanities and Social Sciences, Center of Generation for Scientific Research, (14), 11–30.

Barcaccia, B., Esposito, G., Matarese, M., Bertolaso, M., Elvira, M., & De Marinis, M. G. (2013). Defining quality of life: a wild-goose chase? Europe's Journal of Psychology, 9(1), 185-203.

Bowring, D. L., Totsika, V., Hastings, R. P., & Toogood, S. (2020). Outcomes from a community-based Positive Behavioural Support team for children and adults with developmental disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 33(2), 193-203.

Cardon, A. T. (2016). Treatment of autism spectrum disorder with children and technology. Springer.

Centers for Disease Control and Prevention. (2020, April 14). Autism spectrum disorder: Data & statistics. https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data

Coaley, K. (2014). An introduction to psychological assessment and psychometrics. Sage Publications Ltd. ID: 5017775

Costanzo, L., & Ferrara, A. (2015). Well-being indicators on landscape and cultural heritage: The experience of the BES project. A new research agenda for improvements in quality of life, 1-15.

Dardeer, Nashwa Karam Ammar Abou Bakr, & Mostafa, Fathy Mohammed Mahmoud. (2019). Psychometric properties of the Quality of Life Scale (in Arabic). Journal of Psychological Counseling, (59), 429–476.

Faisal, Diyaa Abou Asi. (2013). The effectiveness of a training program to improve the psychological quality of life for children with hearing impairments (in Arabic). Journal of Reading and Knowledge, (136), 191–216.

Furr, R. M. (2021). Psychometrics: an introduction. SAGE publications.

Ghareeb, Hamed Sami Hamed, & Amer, Abdel Nasser El-Sayed. (2021). Construct validity of the Quality of Life Scale (in Arabic). Journal of the Faculty of Education in Ismailia, (50), 45–61.

Gullone, E., & Cummins, R. A. (1999). The Comprehensive Quality of Life Scale: A psychometric evaluation with an adolescent sample. Behaviour Change, 16(2), 127-139.

Haenen, A., Frielink, N., van Ool, J., Tan, F. I., & Embregts, P. J. (2023). Exploring the experiences of self-determination of individuals with mild intellectual disabilities and epilepsy. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 36(6), 1326-1336. https://doi.org/10.1111/jar.13151

Hambleton, R. K., Merenda, P. F., & Spielberger, C. D. (Eds.). (2004). Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment. Psychology Press.

Hamza, Fatima. (2018). Standardization of the short version of the WHO Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF) on samples from the Algerian environment (in Arabic). Journal of Social Sciences, 12(4), 139–157.

Jukhurab, Mohammed Arafat, & Abdelhafithi, Yehia. (2016). Standardization of the Quality of Life Scale for university students (in Arabic). Journal of Humanities and Social Sciences, (26), 469–491.

Kincaid, D., Knoster, T., Harrower, J. K., Shannon, P. & Bustamante, S. (2002). Measuring the Impact of Positive Behavior Support. Journal of Positive Behavior Interventions, 4(2), 109-117. https://doi.org/10.1177/109830070200400206

Lachapelle, Y., Wehmeyer, M. L., Haelewyck, M.-C., Courbois, Y., Keith, K. D., Schalock, R., Verdugo, M. A., & Walsh, P. N. The relationship between quality of life and self-determination: an international study. Journal of Intellectual Disability Research, 49(10), 740-744. https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00743.x

Mansi, Mahmoud Abdel Halim Hamed. (2010). Development and standardization of the Quality of Life Scale for university students in the Sultanate of Oman (in Arabic). Amarabak, 1(1), 41–60.

Metwally, Randa Husseini Abdel Razek. (2018). Psychological security and its relationship to quality of life among university students (in Arabic). Journal of Scientific Research in Education, 19(5), 271–299.

Moammeria, Bashir. (2020). Quality of life: Definitions, determinants, manifestations, and dimensions (in Arabic). Proceedings of the National Forum: Quality of Life and Sustainable Development in Algeria Dimensions and Challenges, Vol. 1, Al-Wadi: Martyr Hamah Lakhdar University Renewable Energy Economics Laboratory and its Role in Achieving Sustainable Development and the Actors Research Center for Anthropology and Social and Human Sciences, 15–26.

Mohammed, Sarah Mohammed Abdel Fattah, Abdelwahab, Ashraf Mohammed Abdel Halim, & Azab, Hossam El-Din Mahmoud. (2017). Psychometric properties of the Quality of Life Scale (in Arabic). Journal of Psychological Counseling, (50), 465–485.

Morisse, F., Vandemaele, E., Claes, C., Claes, L., & Vandevelde, S. (2013). Quality of life in persons with intellectual disabilities and mental health problems: An explorative study. The Scientific World Journal, 2013(1), 1-8.

Nota, L., Ferrari, L., Soresi, S., & Wehmeyer, M. (2007). Self-determination, social abilities and the quality of life of people with intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research, 51(11), 850-865. https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00939.x

Obeidat, Mamdouh Mahmoud. (2022). Self-efficacy and its relationship to quality of life among students with learning difficulties in basic education (in Arabic). Journal of the Faculty of Education, 38(7), 271–290.

Qasim, Ayat Qasim Abdel Latif. (2020). The relationship between self-management and quality of life among a sample of students with academic learning difficulties in basic education (in Arabic). Journal of Scientific Research in Education, 21(7), 207–231.

Qiu, S., Lu, Y., Li, Y., Shi, J., Cui, H., Gu, Y., ... & Qiao, Y. (2020). Prevalence of autism spectrum disorder in Asia: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry research, 284, 112679.

Redlich-Amirav, D., Ansell, L. J., Harrison, M., Norrena, K. L., & Armijo-Olivo, S. (2018). Psychometric properties of Hope Scales: A systematic review. International journal of clinical practice, 72(7), e13213.

Rust, J., & Golombok, S. (2014). Modern psychometrics: The science of psychological assessment. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315787527

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. Journal of personality and social psychology, 69(4), 719.
Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. Journal of happiness studies, 9, 13-39.
Saudi Vision 2030. (2018). Quality of Life Program. Retrieved June 19, 2024, Retrieved from: https://www.vision2030.gov.sa
Schalock, R. L. (1996). Quality of Life: Vol. 1. Conceptualisation and Measurement. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
Schalock, R. L., & Verdugo, A. M. A. (2002). Handbook on quality of life for human service practitioners. American Association on Mental Retardation.
The United Nations. (2021) .World Happiness Report. Retrieved from: https://happinessreport.s3.amazonaws.com
Wahl, A. K., Rustøen, T., Hanestad, B. R., Lerdal, A., & Moum, T. (2004). Quality of life in the general Norwegian population, measured by the Quality-of-Life Scale (QOLS-N). Quality of life research, 13, 1001-1009.
World Health Organisation (1997) WHOQOL: Measuring quality of life. World Health Organisation.
Zeidan, J., Fombonne, E., Scorah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., ... & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. Autism research, 15(5), 778-790.