الخصائص السيكو مترية لمقياس جودة الحياة النفسية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية

بحث تكميلي لاستكمال متطلبات الحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في التربية

تخصص (الصحة النفسية)

إعداد

حنان عبدالبصير أحمد إبراهيم العطار

إشراف

أ.د/ أحمد على بديوي

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية الأسبق

كلية التربية – جامعة حلوان

أ.د/ كرم ملاك كامل

أستاذ وعميد كلية التربية الموسيقية الأسبق

كلية التربية الموسيقية – جامعة حلوان

١٤٤٥ – ٢٠٢٤

المستخلص:

هدف البحث الحالي إلى إعداد مقياس جودة الحياة النفسية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية، والتحقق من خصائصه السيكومترية، وقد تألفت عينة البحث من (١٣٠) طفلًا وطفلة من الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية، بواقع (٦٤) ذكور و(٦٦) إناث، وقد تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٩-١٢) سنة بمتوسط عمري (١٠,٥٦) سنوات وانحراف معياري (٠,٩٨٠)، وطبقت الباحثة مقياس جودة الحياة النفسية والذي تألف من (٤٠) مفردة، وتم التحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس من حيث الصدق والثبات والاتساق الداخلي، وأشارت النتائج إلى تمتع مقياس جودة الحياة النفسية بصدق وثبات مرتفع؛ وبالتالي فهو صالح للتطبيق.

الكلمات المفتاحية: جودة الحياة النفسية – الإعاقة الجسمية

Abstract

The current research aimed at preparing scale of quality of life scale for psychomotor children and verifying it's psychometric characteristics. The sample of the study consisted of (130) psychomotor handicapped children. They were divided into (64) male and (66) female .Their ages ranged from (9-12) year old with age average (10,56) and standard deviation (0.980).Psychological quality of life scale was administered . The scale consisted of (40) items. Psychometric scale's efficiency was verified in terms of validity and reliability. The results showed that the psychological quality of life scale had a significant validity and reliability which means it was applicable.

Key words: Psychological quality of life - Psychomotor disability

مقدمة

ترتبط القضايا ذات الصلة بالصحة النفسية فى الوقت الراهن بمصطلح أعم وأوسع دلالة وهو مصطلح الحياة Quality of Life ويعبر عن هذا المفهوم بجودة الحياة النفسية Psychological well-being وتكمن جودة الحياة النفسية داخل الخبرة الذاتية للفرد ويشير دينر Diener إلى أن جودة الحياة تعنى تقويم الشخص لرد فعله للحياة سواء تجسد فى الرضا عن الحياة (التقويمات المعرفية) أو الوجدان (رد الإنفعالى المستمر)بظروف الحياة ولمدى توافر فرص إشباع وتحقيق الإحتياجات (Diener &Diener,1995,PP653)

وعلى الرغم من اتفاق أغلب الباحثين على تعريف واحد لمفهوم جودة الحياة إلا أنه عادة مايشار إلى تعريف منظمة الصحة العالمية 1995 الذى ينص على أن جودة الحياة تعنى إدراك الفرد لوضعه فى الحياة فى سياق الثقافة وأنساق القيم التى يعيش فيها ومدى تطابق هذه الثقافة والنسق القيمى مع أهدافه واهتماماته ومستوى إستقلاليته وعلاقته بالبيئة بصفة عامة.

ويتكون مفهوم جودة الحياة من ثلاثة مكونات رئيسية تتمثل فى الإحساس الداخلى بطيب الحال والرضا عن الحياة الفعلية التى يعيشها الفرد، القدرة على رعاية الذات والإلتزام بالأدوار الإجتماعية المنوطة به، ثم القدرة على الإستفادة من المصادر البيئية والإجتماعية المتاحة.

مشكلة البحث:

تشكل إحساس الباحثة بمشكلة البحث من خلال عملها فى بعض مراكز تأهيل ورعاية ذوى الإحتياجات الخاصة وخاصة ذوى الإعاقة الجسمية حيث لاحظت ضعف ثقتهم بأنفسهم وأنهم أقل قدرة على حل المشكلات التى تقابلهم ومحدودية المهارات الإجتماعية اللازمة للحياة ومن خلال إطلاع الباحثة على نتائج البحوث والدراسات السابقة التى اهتمت بدراسة شخصيات الأطفال ذوى الإعاقات الجسمية. وتبين لها – فى حدود إطلاعها – ضرورة إعداد مقياس لفحص ودراسة جودة الحياة النفسية لدى الأطفال المعاقين جسمياً.

مما تقدم تطرح الباحثة السؤال الآتى : ماالخصائص السيكومترية المميزة لمقياس جودة الحياة النفسية لدى الأطفال ذوى الإعاقة الجسمية؟

هدف البحث:

التعرف على الخصائص السيكومترية المميزة لمقياس جودة الحياة النفسية لدى الأطفال ذوى الإعاقة الجسمية

أهمية البحث:

تتحدد أهمية البحث الحالي فيما يلي:

– إعداد أداة مناسبة لقياس جودة الحياة للمعاقين جسمياً قد تفيد فى إعداد دراسات مرتبطة بموضوع جودة الحياة لدة التلاميذ المعاقين جسمياً.

– قد يفيد بعض الباحثين فى مجال التربية الخاصة فى حال استخدامه للقياس فى بحوثهم ورسائلهم.

مصطلحات البحث:

جودة الحياة النفسية: Psychological Quality of Life

عرّف كل من جابر وكفافي (١٩٩٥) مصطلح جودة الحياة – في معجم علم النفس والطب النفسي– بأنه يشير إلى إشباع الدوافع والحاجات وخفض التوتر المرتبط بها، وقد يستخدم البعض هذا المصطلح مرادفًا لمفهوم الرضا عن الحياة، بمعنى الارتياح.

وترى زينب شقير (٢٠٠٩، ص.٦) جودة الحياة بقولها " أن يعيش الفرد في حالة جيدة متمتعًا بصحة بدنية وعقلية وانفعالية على درجة من القبول والرضا، وأن يكون قوي الإرادة، صامدًا أمام الضغوط التي تواجهه، ذو كفاءة ذاتية واجتماعية عالية، راضيًا عن حياته الأسرية والمهنية والمجتمعية، محققًا لحاجاته وطموحاته، واثقًا من نفسه غير مغرور، ومقدرًا لذاته بما يجعله يعيش شعور السعادة، وبما يشجعه ويدفعه لأن يكون متفائلًا لحاضره ومستقبله، ومتمسكًا بقيمه الدينية والخلقية والاجتماعية، منتميًا لوطنه ومحبًا للخير، ومدافعًا عن حقوقه وحقوق الغير، ومتطلعًا للمستقبل".

وأوضح كل من أبو حلاوة والشربيني (٢٠١٦) أن مفهوم جودة الحياة يعكس وعي الفرد بتحقيق التوازن بين الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية، لتحقيق الرضا عن الحياة والاستمتاع بها، وأنها ترتبط بالإدراك الذاتي للحياة؛ إذ يؤثر الإدراك بدوره على تقييم الفرد للجوانب الموضوعية للحياة، مثل التعليم، والعمل، ومستوى المعيشة، والعلاقات الاجتماعية.

وتعرف **الباحثة** جودة الحياة النفسية في إطار الدراسة الحالية بأنها شعور الطفل المعوق جسميًا بالرضا والسعادة، وقدرته على إشباع حاجاته النفسية والاجتماعية، وحل مشكلاته الحياتية اليومية، من خلال ثراء البيئة ورقي الخدمات التي تقدم له في المجالات التعليمية والنفسية والاجتماعية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه".

ويمكن تحديد جودة الحياة النفسية **إجرائيًا** بالدرجة التي يحصل عليها الأطفال ذوو الإعاقة الجسمية على مقياس جودة الحياة النفسية المستخدم في الدراسة الحالية والذي

يتألف من أربعة أبعاد هي: (الهدف من الحياة- تقبّل الذات- العلاقات الاجتماعية الإيجابية- الاستقلال الذاتي).

الإعاقة الجسمية: Physical Disability

عرّف كل من جابر وكفافي (١٩٩٣، ص.٢٧٩٠) الإعاقة الجسمية/ الجسدية – في معجم علم النفس والطب النفسي- بأنها تعني "وجود إعاقة أو عاهة أو نقص جسمي يعوق أداء الوظائف الجسمية والنفسية على نحو سوي.

كذلك عرّف كل من Carpenter and Readman (2006, P.131) الإعاقات الجسمية بأنها "عجز أو قصور يؤثر على قدرة الفرد على الحركة والتنقل، أو يؤثر على قدرته على التناسق في حركات الجسم أو التخاطب والتواصل مع الآخرين سواء باللغة المنطوقة أو المكتوبة أو عدم القدرة على التعلم أو التوافق الشخصي".

و الإعاقة الجسمية تفرض قيودًا جسمية وصحية على الأفراد إلى الحد الذي يحتاجون فيه إلى خدمات التربية الخاصة، وما يتم تقديمه فيها من تدريب أو علاج أو أجهزة تعويضية، وقد تنتج أيضًا عن الحوادث والإصابات والأمراض المختلفة، وفي هذه الحالة تكون الإعاقة الجسمية مكتسبة.

وتعرف **الباحثة** الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية إجرائيًا في إطار الدراسة الحالية بأنهم أولئك الأطفال الذين لحقت بهم إعاقة بأحد الأطراف أو أكثر ويكون ذلك إما لنقص طرف، أو جزء منه، أو شلل لطرف، أو نتيجة للإصابة ببعض الاضطرابات الأخرى كالشلل الدماغي، سواء لحقت هذه الإعاقة بالطفل منذ ولادته أو تعرضه لحادث ما، وتؤدي هذه الإعاقة إلى عدم تمكينه من ممارسة السلوك العادي في المجتمع".

الإطار النظري والدراسات السابقة:

يعتبر مفهوم جودة الحياة النفسية Quality of Life أحد أهم المؤشرات الدالة على الاهتمام برفاهية الفرد في المجالات كافة، وجاء مكملًا لمفهوم الكم الذي تسعى إليه المجتمعات باعتباره وسيلة لتحسين ظروف الحياة، وتحقيق الرفاهية، ويتضمن جوانب من السعادة والرضا عن الحياة بشكل عام، وهو مفهوم واسع وذاتي أكثر من كونه مفهومًا محددًا وموضوعيًا؛ حيث يمتلك الأفراد تعريفات مختلفة لجودة الحياة؛ فعند بعضهم تتمثل جودة الحياة في وجود فرص عمل، أو تكوين أسرة وأصدقاء، والبعض الآخر تتمثل لديه في القدرة على السفر، أو تحقيق النجاح الأكاديمي والدراسي، وآخرون يعتقدون أن جودة الحياة تتمثل في وجودة صحة جيدة وضرورة وجود امتداد أسري، وكل فرد في المجتمع لديه آمال وتطلعات واحتياجات تساعده في تحديد نوعية أو جودة حياته.

وعلى هذا فإن مفهوم جودة الحياة نسبي، ويختلف تعريفه من شخص لآخر حسبما يراه الفرد من معايير لتقييم حياته، وهو في الأصل كان يطلق على الجانب المادي والتكنولوجي، إلا أنه امتد حديثًا، ليعبّر عن الإنسان وعن الحياة نفسها، حيث أصبح المفهوم نفسه يستخدم للدلالة على بناء الإنسان ووظيفته ووجدانه، وتتمثل جودة حياة الإنسان في توظيف قدراته العقلية والإبداعية وإثراء وجدانه ليتسامى بعواطفه ومشاعره وقيمه الإنسانية من خلال بيئته الاجتماعية والمهنية والتعليمية (صفاء إبراهيم، ٢٠١٦).

وقد توجهت كثير من البحوث والدراسات العلمية الحديث نحو تحسين جودة الحياة في مختلف الميادين الطبية والنفسية والإرشادية، كما وجهت الخدمات الإرشادية وأساليبها نحو استراتيجيات تحقيق جودة الحياة واستكشاف الجهود المبذولة لدعم الخدمات النفسية والإرشادية والبدنية والتربوية والاقتصادية والصحية والثقافية والإعلامية والسياسية من أجل تنشيط فاعلية الفرد في المجتمع.

وبوجه عام أوضحت منظمة الصحة العالمية (WHO) أنه يمكن تعريف جودة الحياة أو نوعية الحياة بأنها إدراك الفرد لموقعه في الحياة في سياق الثقافة والقيم التي يعيش فيها وربطها مع أهدافه الخاصة وتوقعاته ومعتقداته واهتماماته، فمهوم جودة الحياة واسع النطاق يتأثر بالحالة النفسية والجسمية والاجتماعية للفرد.

محددات جودة الحياة النفسية:

أولًا: الفرص المتاحة: تعتبر الفرص المتاحة للفرد من أهم محددات جودة الحياة النفسية لدى الفرد، والقدرة على إشباع حاجاته المختلفة، والاستمتاع بمباهج الحياة في كل الظروف المحيطة به.

ثانيًا: جودة المجتمع ذاته: ذلك المجتمع الذي يعيش فيه الفرد، وما يقدمه المجتمع من خدمات وتسهيلات للفرد، من شأنها أن تيسر حياته وتجعلها أكثر سلاسة ويسرًا.

ثالثًا: الوظيفة الاجتماعية للفرد داخل المجتمع: وهو ما يعرف بالدور الاجتماعيSocial Role الناتج عن المكانة الاجتماعية التي يحتلها الفرد في المجتمع الذي يعيش فيه، والتي تعكس درجة إحساس الفرد بالتحسّن المستمر لجوانب شخصيته في جميع النواحي النفسية والمعرفية والإبداعية الثقافية، وكذلك حل المشكلات وتعلم أساليب التوافق النفسي والاجتماعي، وتبني منظور التحسّن المستمر للأداء كأسلوب حياة، وتلبية احتياجات الفرد ورغباته بالقدر المتوازن بما ينمي مهاراته النفسية والاجتماعية.

رابعًا: مقومات الشخصية: ومن أهم مقومات الشخصية القدرة على التأثير، حيث يعد التأثير بُعدًا رئيسًا من أبعاد الشخصية الناجحة والناضجة، أو ما يطلق عليه "الشخصية الكارزمية" وهي نتاج تفاعل عدة مهارات اجتماعية إذا جتمعت معًا وبشكل

متوازن ينشأ عنها التأثير، ذلك البريق أو اللمعان الذي يظهر لدى بعض الأفراد دون غيرهم، وهذه المهارات بطبيعة الحال تتطور وتنمو بمرور الوقت.

خامسًا: الأحداث القدرية: وهي تلك الأحداث التي يمر بها الفرد سواء كانت مبهجة أم محزنة، فتمتحن قدرته على التحمّل والصبر على الشدائد، وترتبط بقوة الفرد الإيمانية.

سادسًا: التقييم الذاتي: ويقصد بالتقييم الذاتي للفرد صفاء السريرة، ويسميه البعض الآخر أحيانًا السلام الداخلي للفرد (عبد العال ومظلوم، ٢٠١٣).

النماذج النظرية المفسرة لجودة الحياة النفسية:

تتعدد التوجهات والنماذج النظرية المفسرة لمفهوم جودة الحياة النفسية، ولعل من أبرزها النماذج التالية:

أولًا: نموذج Ryan and Deci (2000):

أشار بعض الباحثين إلى نموذج لتفسير جودة الحياة النفسية ومؤشراتها، حيث فرقا بين مدخلين رئيسيين لجودة الحياة النفسية وهما:

الأول: المدخل الذاتي: حيث يركز هذا المدخل على السعادة والسرور والرضا عن الحياة وتجنب الألم، أو ما يُشار إليه بجودة الحياة الذاتية Subjective، ويقوم هذا المدخل على فكرة أن السعادة والسرور يشكّلان الهدف الأساسي للحياة البشرية، ويمكن تحقيق جودة الحياة الذاتية من خلال تعزيز الشعور بالسعادة، وذلك عن طريق السعي إلى اللحظات السّارة، والأهداف المجزية تماشيًا مع القيم الفردية، وبلوغ المحفزّات التي تزيد الوجدان الإيجابي (Negovan, 2010, P.88).

ومن ثم فجودة الحياة الذاتية في ضوء هذا المدخل تتمثل في تقييمات الأفراد العقلية والوجدانية لحياتهم، وتشتمل على مكونين هما:

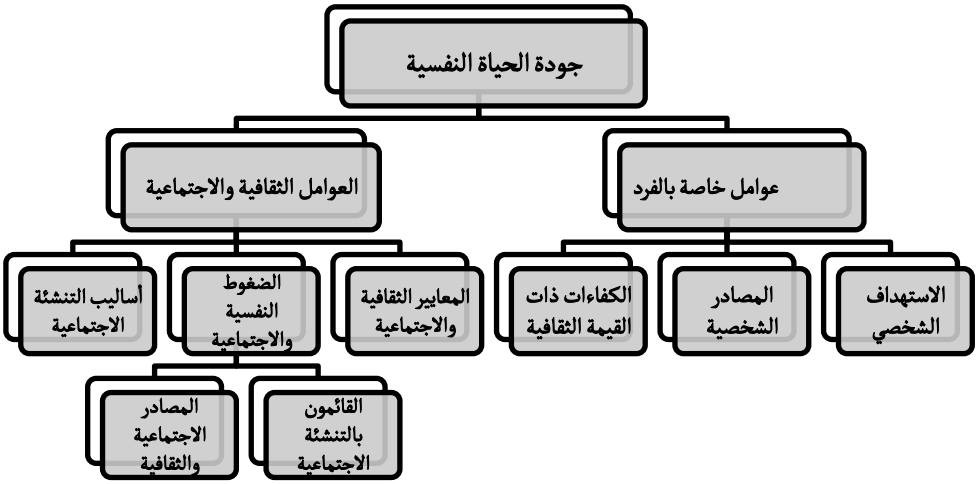
المكون المعرفي: ويشير إلى رضا الفرد عن حياته بوجه عام.

المكون الوجداني: ويشير إلى تكرار الخبرات والانفعالات الإيجابية والسلبية لدى الفرد (Lundqvist, 2021).

الثاني: المدخل النفسي: ويركز المدخل النفسي على إمكانات الأفراد، ويمكن تعريف جودة الحياة وفقًا لهذا المدخل بأنها توظيف إمكانات لتحقيق ذاته، وهنا يتم التركيز على الأهداف والقيم الإنسانية التي تسهم في تعزيز الوجدان الإيجابي، بدلًا من التركيز على السعادة والسرور، لذا يهتم هذا المدخل بأنشطة الأفراد لتنميتها وتحديد إمكاناتهم لتحقيق الذات.

ثانيًا نموذج Nastasi and Jayasena (2014):

صاغ كل من Nastasi and Jayasena (2014) نموذجًا لتوضيح مفهوم جودة الحياة النفسية وأهم العوامل المؤثرة فيها، وقد توصل هذا النموذج إلى وجود مجموعة من العوامل الخاصة بالفرد، مثل قدراتهم وإمكاناتهم، ونشأتهم مع جميع العوامل الثقافية والاجتماعية التي تساعد على التنشئة الاجتماعية للفرد؛ حيث يشترك كل من الآباء والمعلمين وجماعة الأقران، والمؤسسات التربوية والدينية في تنشئة الفرد، كما أن المشكلات التي يواجهها الفرد قد تؤثر أيضًا على مستوى الرضا عن الحياة ومن ثم جودة حياته النفسية. والشكل التالي يوضح هذا النموذج:



شكل (٣) نموذج جودة الحياة النفسية Nastasi and Jayasena (2014)

ثالثًا: نموذج جودة الحياة النفسية متعدد الأبعاد: Multidimensional Model

قدّم كل من Sarriera and Bedin (2017) نموذجًا متعدد الأبعاد لجودة الحياة النفسية، ويهدف إلى مراعاة جميع المؤشرات الحالية لجودة الحياة النفسية، ويتألف النموذج من أربعة أبعاد أساسية تعد بمثابة خطوات حاسمة في عملية بناء هذا النموذج، ويندرج تحت كل بُعد مجموعة من الأبعاد الفرعية كما يلي:

أولًا: جودة الحياة الذاتية: وتشير إلى تقييمات الأفراد لحياتهم من الناحية المعرفية والوجدانية، ويتضمن هذا البُعد الرئيس ما يلي:

- الأبعاد المعرفية والوجدانية: Cognitive & Emotional Dimensions؛ وتشير إلى تمتع الفرد بوجدان إيجابي مرتفع، وانخفاض مستوى الوجدان السلبي لديه، ورضا الفرد عن حياته بصفة عامة.

- الذكاء الوجداني/ الانفعالي: Emotional Intelligence؛ ويشير إلى القدرة على التعامل مع المشاعر والانفعالات والعواطف، وهو نتيجة للتفاعل بين الجوانب الداخلية والتفاعلات الخارجية مع الآخرين وما تتضمنه من اتجاهات.

ثانيًا: جودة الحياة النفسية: وتتضمن الأبعاد الآتية:

- مفهوم الذات Self-Concept؛ ويشمل تقدير الذات والكفاءة الذاتية، فمن خلاله يستطيع الفرد تقييم ذاته، ويدفعه إلى الثقة بنفسه، حيث يرتبط تقدير الذات المرتفع بالرضا عن الحياة.
- الروحانية Spirituality؛ وتشير إلى نظام المعتقدات الداخلية والتي تمد الفرد بالقوة والراحة كالمعتقدات الدينية.
- الهدف من الحياة Life Purpose؛ وتعني وضع الأفراد لأهداف محددة في الحياة، والسعي والمثابرة لتحقيقها.

ثالثًا: جودة الحياة النفس– اجتماعية: وتتضمن الأبعاد الآتية:

- العلاقات البينشخصية Interpersonal Relationships؛ حيث تؤثر العلاقات داخل الأسرة على النمو النفسي والاجتماعي للأطفال والمراهقين، وتكون بمثابة أساس لعلاقاتهم المستقبلية، والتي تؤثر بدورها على جودة الحياة لديهم.
- الترفية Leisure؛ فتنظيم وقت الفراغ ما بين الدراسة أو العمل، والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية، والترفيهية وغيرها، تميز بشكل كبير بين الأفراد ذوي جودة الحياة النفسية المرتفعة والمنخفضة.
- استخدام التكنولوجيا Technology Use؛ حيث تعتبر التكنولوجيا أحد الأدوات الهامة التي يستخدمها الأفراد أثناء وقت الفراغ، وإذا استخدمت للحصول على بعض الفوائد كالحصول على الدعم الاجتماعي من قبل الأصدقاء مثلا، أدى ذلك إلى ارتفاع مستوى جودة الحياة.

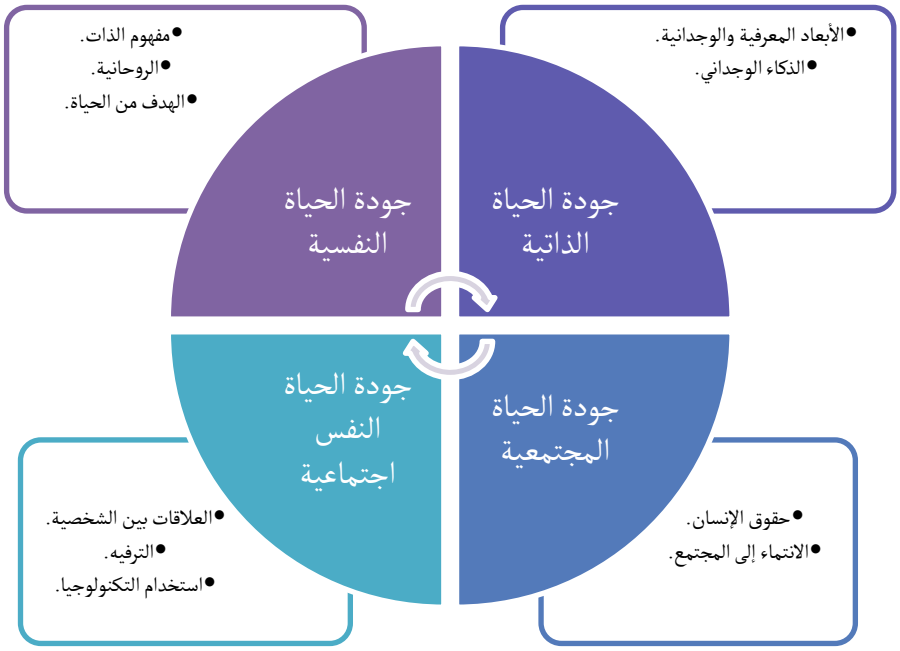
رابعًا: جودة الحياة المجتمعية: وتتضمن الأبعاد الآتية:

- حقوق الإنسان Human Rights؛ حيث أن معرفة الأفراد لحقوقهم وضمانها يرتبط ارتباطًا مباشرًا وإيجابيًا بجودة الحياة النفسية لديهم.
- الانتماء إلى المجتمع Belonging to Society؛ إن انتماء الفرد للمجتمع من خلال احترام العادات والتقاليد والأعراف والقوانين الاجتماعية، ومحاولة

تحقيق ذاته في ضوء تلك الجوانب يعزز من نمو مستوى جودة الحياة النفسية لديه.

- الهدف من الحياة Life Purpose؛ وتعني وضع الأفراد لأهداف محددة في الحياة، والسعي والمثابرة لتحقيقها.

والشكل التالي يوضح النموذج متعدد الأبعاد لجودة الحياة النفسية:



شكل (٤) النموذج متعدد الأبعاد لجودة الحياة النفسية Sarriera and Bedin (2017)

يتضح مما سبق

أن جودة الحياة النفسية تشير بوجه عام إلى مدى إحساس الفرد بالتحسن المستمر لجوانب شخصيته في النواحي النفسية والمرضية والإبداعية والثقافية والرياضية والشخصية والجسمية والتنسيق بينهما، مع تهيئة المناخ المزاجي والانفعالي المناسبين للعمل والإنجاز والتعلم المتصل بالعادات والمهارات والاتجاهات، وكذلك تعلم حل المشكلات وأساليب التوافق والتكيف وتبني منظور التحسن المستمر للأداء كأسلوب حياة وتلبية الفرد لاحتياجاته ورغباته بالقدر المتوازن والاستمرارية في توليد الأفكار والاهتمام بالإبداع والابتكار والتعلم التعاوني بما ينمي مهاراته النفسية الاجتماعية.

ويرتبط مفهوم جودة الحياة النفسية في الأدب النفسي بعدد من المصطلحات والمفاهيم المختلفة، والتي قد تشترك في بعض الألفاظ أو العمليات مع مفهوم جودة الحياة النفسية، ولكن تختلف معه من حيث النواحي الوظيفية المتمثلة في نوع السلوك الذي يمارسه الفرد، مثل التفاؤل باعتباره من أهم السمات المرتبطة بالصحة النفسية الإيجابية، وكذلك الرضا عن الحياة التي تشير إلى تقييم الفرد لنوعية الحياة التي يعيشها طبقًا لنسقه القيّمي، وكذلك مفهوم السعادة الذي قد استخدمه البعض تبادليًا مع جودة الحياة لوصف أهداف علم النفس الإيجابي.

ولجودة الحياة النفسية مجموعة من المحددات أهمها الفرص المتاحة للفرد، وجودة المجتمع الذي يعيش فيه، من خلال ما يقدمه من خدمات وتسهيلات ومساندة مادية واجتماعية ونفسية له، كذلك تعتبر الأدوار الاجتماعية من أهم محددات جودة الحياة للأفراد، بالإضافة إلى مقومات الشخصية التي تتمثل في قدرة الفرد على التأثير، والأحداث القدرية سواء أكانت مبهجة أم محزنة، وقدرة الفرد على التقييم الذاتي والسلام الداخلي.

هذا وقد تعددت التوجهات والنماذج النظرية المفسرة لجودة الحياة، وقد تم عرض ثلاث نماذج رئيسة وحديثة في مجال دراسة جودة الحياة، وقد قدّم النموذج الأول وهو نموذج كل من Ryan and Deci (2000) نموذجًا لتفسير جودة الحياة النفسية ومؤشراتها من خلال مدخلين رئيسيين ألا وهما المدخل الذاتي الذي يهتم بسعي الفرد لتحقيق السعادة والسرور، والمدخل النفسي الذي يهتم بكيفية توظيف إمكانات الفرد لتحقيق ذاته ومن ثم جودة الحياة. أما النموذج الثاني فهو نموذج كل من Nastasi and Jayasena (2014) الذي توصل إلى أن جودة الحياة تتأثر بمجموعة من العوامل الداخلية الخاصة بالفرد مثل الكفاءة الذاتية، والقدرات والاستعدادات، وكذلك العوامل الثقافية والاجتماعية مثل التنشئة الاجتماعية وأساليبها، والمعايير الثقافية والاجتماعية، وما يتعرض له الفرد من ضغوط نفسية واجتماعية. أما النموذج الثالث والأخير فهو النموذج متعدد الأبعاد لكل من Sarriera and Bedin (2017)، الذي أشار إلى أن لجودة الحياة أربعة أبعاد رئيسة هي البُعد الذاتي، البُعد النفسي، البُعد النفس اجتماعي- والأخير هو البُعد المجتمعي وما يتضمنه من جوانب مثل حقوق الإنسان، والانتماء للمجتمع، والهدف من الحياة بوجه عام.

خصائص ذوى الإعاقة الجسمية:

أولًا: الخصائص الجسمية:

يتصف المعوقين جسميًا بنواحي العجز المختلفة في اضطراب ونمو عضلات الجسم التي تشمل اليدين والأصابع والقدمين والعمود الفقري والصعوبات التي تتصف بعدم التوازن، ومن أهم مشكلاتهم الجسمية أيضًا:

- هشاشة العظام.
- مشكلات في حجم وشكل العظام.
- مشكلات في عضلات الجسم كالوهن العضلي.
- قد تترافق المشكلات الجسمية مع اضطرابات في حاسة السمع والبصر.

وهؤلاء المعوقين بحاجة إلى وسائل تعويضية لكي يتمكنوا من القيام بالنشاطات التي تتعلق بحياتهم اليومية، فهم بحاجة إلى أساليب تدريب وتدريس خاصة، كما أنهم بحاجة إلى رعاية طبية في مجال العظام، وتدريب على استعمال العضلات لتكتسب المرونة المناسبة، وهم بحاجة إلى اخصائي علاج طبيعي، وخبراء في مجال التأهيل الجسمي بالقدر الممكن للتخفيف من حدة إعاقتهم وتقديم العلاج المجاني، والإرشاد الأسري لهم باعتبارهم طاقة لا يجب إغفالها، الأمر الذي من شأنه أن يساعدهم على عدم اعتماديتهم، ويشجعهم على الاستقلالية، ويخفف من شعورهم بالعجز والقصور الجسمي (سعيد العزة، ٢٠٠٩).

ثانيًا: الخصائص النفسية والاجتماعية:

يعاني المعوقون جسميًا من أعراض الانسحاب الاجتماعي، والخجل والانطواء، والعزلة والاكتئاب، وعدم الرضا عن الذات والآخرين، والشعور بالقلق والخوف، وغيرها من الاضطرابات النفسية والعصبية.

كما أن لديهم مشكلات في عادات الطعام، والنوم، والاستقلال الذاتي، ويعانون من قلة التفاعلات الاجتماعية، والأفكار الهدّامة للذات، ولذلك ينبغي التعامل معهم بأساليب تعديل السلوك والابتعاد عن العقاب الجسدي والنفسي، وتقديم الدعم الأسري والتربوي والاجتماعي، فمثل هذه الخصائص يجب أخذها بعين الاعتبار عند تصميم برامجهم التربوية والتعليمية، وعند رسم الخطط العلاجية للتعامل مع مشكلاتهم وتأهيلهم اجتماعيًا (عربيات، ٢٠١١).

ثالثًا: الخصائص العصبية:

يعاني ذوو الإعاقة الجسمية من مشكلات تتعلق بتلف الدماغ، أو خلل وظيفي في عمل الخلايا الحركية، كما أن لديهم مشكلات خاصة بالحبل الشوكي، ومشكلات في

مجال الرؤية والسمع، ناتجة عن الإصابات العصبية المسببة بأمراض مثل التهاب السحايا، والسل، والحصبة الألمانية، والزهري.

كما أن لديهم مشكلات عصبية ونفسية خاصة مثل الصرع، والاضطرابات العضلية التي قد تكون أورام الدماغ أحد أهم أسبابها، كما أنهم قد يعانون من أحد أشكال الشلل، كما لديهم مشكلات في القراءة، والكتابة. وهم بحاجة إلى معالجة مثل هذه الأمراض التي قد تكون السبب في إعاقتهم، وذلك بدءًا بالتطعيم الثلاث، والتشخيص، والعلاج والتأهيل والتدريب.

رابعًا: الخصائص السلوكية:

تتباين الخصائص السلوكية لدى المعوقين جسميًا وحركيًا، وذلك وفقًا لنوع الإعاقة نفسها، وبالرغم من ذلك توجد خصائص سلوكية عامة مشتركة بينهم، مثل التحصيل الدراسي والأكاديمي المنخفض، والسمات الشخصية السلبية، وهذا يعني أيضًا ان الخصائص السلوكية تتاثر بآراء الآخرين وأحكامهم التي يصدرونها على الفرد المعوق، وكيف يسلكون تجاهه، فنوعية معاملة الآخرين للمعوق جسميًا، ونظرتهم إليه، وكيفية إدراكه لإعاقته، تكوّن مفهومه عن ذاته. ويعاني ذوو الإعاقة الجسمية من بعض المشكلات السلوكية لعل أهمها ما يأتي:

- الشعور المتعاظم بالنقص مما يولد لديهم الإحساس بالضعف والاستسلام للإعاقة.
- الإحساس الزائد بالعجز مما يعوق توافقه النفسي والاجتماعي.
- فقدان الشعور بالأمن، مما يولد لديه الخوف والقلق من المجهول.
- عدم الاتزان الانفعالي، وحالات التوهم.

مظاهر سلوكية دفاعية مثل التعويض، والإسقاط، والأفعال القهرية (الروسان، ٢٠١٩).

إجراءات البحث:

منهج البحث:

اقتضت أهداف البحث استخدام المنهج الوصفي؛ وذلك لملائمته ومناسبته لأهداف البحث الحالي.

عينة التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة النفسية: تكونت العينة من (١٣٠) طفلًا وطفلة من الأطفال ذوو الإعاقة الجسمية من أكاديمية الأمل Hope Academy التابعة لوزارة التضامن الإجتماعى بمدينة الشروق بالقاهرة، وتراوحت

أعمارهم الزمنية ما بين (٩-١٢) سنة، وبمتوسط عمري (١٠,٥٦) سنة وانحراف معياري (٠,٩٨٠)، وبواقع (٦٤ ذكور، ٦٦ إناث). وفيما يلي جدول توزيع العينة:

جدول (١)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة البحث.

المتغير التصنيفي	المجموعات	ن	متوسط أعمارهم الزمنية	الانحراف المعياري للعمر الزمني	النسبة المئوية
النوع	ذكور	٦٤	١٠,٨١	١,٠٦٧	%٤٩,٢٣
	إناث	٦٦	١٠,٣٢	٠,٨٢٦	%٥٠,٧٧
عينة التحقق من الخصائص السيكومترية ككل		١٣٠	١٠,٥٦	٠,٩٨٠	%١٠٠

أداة البحث

-مقياس جودة الحياة النفسية للتلاميذ ذوي الإعاقة الجسمية (إعداد الباحثة)

الهدف من المقياس:

يهدف المقياس الحالي إلى قياس مستوى جودة الحياة النفسية (الهدف من الحياة- تقبّل الذات- العلاقات الاجتماعية الإيجابية- الاستقلال الذاتي) لدى الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية في المرحلة العمرية (٩- ١٢) سنة، من وجهة نظر أمهاتهم.

مصادر إعداد المقياس:

اعتمدت الباحثة في إعدادها لمقياس جودة الحياة النفسية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية على المصادر الآتية:

١-الإطار النظري في مجال جودة الحياة النفسية وأبعادها الفرعية لدى ذوي الإعاقة الجسمية، وكذلك الدراسات والبحوث ذات الصلة (البليطي، ٢٠١٧؛ أبكر، ٢٠١٩؛ أحمد، ٢٠٢٠؛ أبو رياح، ٢٠٢١؛ Abraham, 2013; Ganjiwale, et al., 2016; Davis, et al., 2017; Te Velde, et al., 2018; Ncube, et al., 2018; Hassan, 2020; Özkan and Kale, 2021; Makris, et al., 2021)

٢-الرجوع إلى بعض المقاييس والاختبارات السابقة في مجال جودة الحياة النفسية، مثل مقياس جودة الحياة النفسية (إعداد: باظة، ٢٠١٣)، ومقياس جودة الحياة النفسية للأطفال ذوي صعوبات التعلم (إعداد: السيد، ٢٠٠٩)، ومقياس تشخيص معايير جودة الحياة (إعداد: شقير، ٢٠٠٩)، ومقياس جودة الحياة (أرنوط، ٢٠١٣)، ومقياس جودة الحياة لدى الراشدين ذوي الإعاقة الجسمية (Gnanaselvam, et al., 2017)، والصورة

المختصرة لمقياس جودة الحياة الصادرة عن الأمم المتحدة (WHOQol- Bref, 1996)، ومقياس جودة الحياة النفسية (Ryff and Keyes, 1995).

١-وصف المقياس وطريقة التصحيح:

يتألف المقياس في صورته الأولية من (٤٠) مُفردة موزّعة على أربعة أبعاد رئيسة كالآتي:

أ-البُعد الأول: الهدف من الحياة: Purpose of Life

ويشير هذا البُعد إلى قدرة الطفل على التوجه الذاتي والشعور بمعنى الحياة، وتحديد أهدافه بطريقة موضوعية، وإحساسه بالطاقة والدافعية التي تجعله يؤمن بجدوى الحياة وأهميتها، وقدرته على تحمّل الصعاب، والشعور بالرضا والسعادة، ويشتمل هذا البُعد على (١٠) مفردات، هي أرقام (١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠).

ب-البُعد الثاني: تقبّل الذات: Self-Acceptance

ويشير هذا البُعد إلى قدرة الطفل على إدراك إمكاناته وقدراته ونواحي الضعف في شخصيته وتقبّلها، وفهم ذاته بدون إصدار نقد أو حكم أخلاقي عليها، بالإضافة إلى قدرته على تحمّل المسؤولية، وتحقيق أهافه الشخصية، ويشتمل هذا البُعد على (١٠) مفردات، هي أرقام (١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٥، ١٦، ١٧، ١٨، ١٩، ٢٠).

ج-البُعد الثالث: العلاقات الاجتماعية الإيجابية: Positive Social Relationships

ويشير هذا البُعد إلى قدرة الطفل على بناء روابط اجتماعية متينة مع أقرانه، وإقامة صداقات مثمرة، بالإضافة إلى جودة علاقته الأسرية مع والديه واخوته، وقدرته على التوافق والتفاعل الاجتماعي الإيجابي. ويشتمل هذا البُعد على (١٠) مفردات، هي أرقام (٢١، ٢٢، ٢٣، ٢٤، ٢٥، ٢٦، ٢٧، ٢٨، ٢٩، ٣٠).

البُعد الرابع: الاستقلال الذاتي: Self-Determination

ويشير هذا البُعد إلى قدرة الطفل على حل مشكلاته الاجتماعية، ومعرفة أساليب التعامل مع مشكلات الحياة اليومية، ومقدرته على اتخاذ القرارات والتصرفات، وعدم السماح للآخرين بالتأثير فيه، وتمتعه بحرية الرأي في الاختيار والتعبير. ويشتمل هذا البُعد على (١٠) مفردات، هي أرقام (٣١، ٣٢، ٣٣، ٣٤، ٣٥، ٣٦، ٣٧، ٣٨، ٣٩، ٤٠).

تقدير درجات المقياس في صورته الأولية:

يتألف المقياس الحالي من (٤٠) مُفردة، وفي تعليمات المقياس يُطلب من الأم أن تختار، إجابة واحدة من ثلاث بدائل على مقياس متدرج، وتتراوح الإجابة على المقياس في ثلاث مستويات (دائمًا- أحيانًا- أبدًا)، والدرجات هي (٣- ٢- ١) على التوالي، وعليه تصبح الدرجة القصوى للمقياس (٤٠×٣= ١٢٠) وتمثل أعلى درجة، وتدل على ارتفاع مستوى جودة الحياة النفسية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية، والدرجة الدُنيا للمقياس (٤٠×١= ٤٠) وتمثل أدنى درجة للمقياس، وتشير إلى انخفاض مستوى جودة الحياة النفسية لديهم.

٢-التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة النفسية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية:

قامت الباحثة بالتحقق من صدق وثبات المقياس على النحو التالي:

أولًا: صدق المقياس

يعد الصدق من أهم الخصائص السيكومترية للاختبارات النفسية، ذلك لأنه يتعلق بما يقيسه الاختبار، ويقصد بصدق الاختبار " أن الاختبار يقيس ما أعد لقياسه " (علي ماهر خطاب، ٢٠٠٤، ٣٢٩)، وقد قامت الباحثة بحساب صدق المقياس من خلال صدق المقارنة الطرفية، والصدق العاملي، وفيما يلي النتائج التي حصلت عليها الباحثة:

أ-صدق المقارنة الطرفية:

أخذت الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة النفسية محكًا للحكم على صدق أبعاده، كما أخذ أعلى وأدنى ٢٧% من الدرجات لتمثل مجموعة أعلى ٢٧% الأطفال المرتفعين، وتمثل مجموعة أدنى ٢٧% من درجات الأطفال المنخفضات، وباستخدام اختبار " ت " T-Test للتحقق من دلالة الفروق بين عينتين مستقلتين، ويوضح جدول (٢) النتائج حيث جاءت على النحو التالي:

جدول (٢)

نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس جودة الحياة النفسية وعوامله الفرعية.

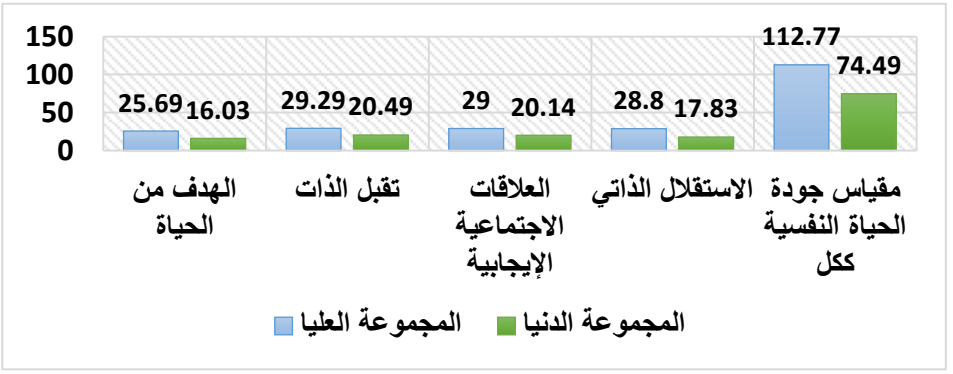
المقياس وعوامله الفرعية	المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية .df	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الهدف من الحياة	المجموعة العليا	٣٥	٢٥,٦٩	٥,٦٣٠	٦٨	٩,٣١٧	دالة عند ٠,٠٠١
	المجموعة الدنيا	٣٥	١٦,٠٣	٢,٤٣١			
تقبل الذات	المجموعة العليا	٣٥	٢٩,٢٩	٢,٠٠٨	٦٨	١٣,٣٩١	دالة عند ٠,٠٠١
	المجموعة الدنيا	٣٥	٢٠,٤٩	٣,٣٢٩			
العلاقات الاجتماعية الإيجابية	المجموعة العليا	٣٥	٢٩,٠٠	٢,١٩٦	٦٨	١٢,٤٠٩	دالة عند ٠,٠٠١
	المجموعة الدنيا	٣٥	٢٠,١٤	٣,٦٠٧			
الاستقلال الذاتي	المجموعة العليا	٣٥	٢٨,٨٠	٢,١٨٠	٦٨	١٨,٦٣٣	دالة عند ٠,٠٠١
	المجموعة الدنيا	٣٥	١٧,٨٣	٢,٧١٧			
مقياس جودة الحياة النفسية ككل	المجموعة العليا	٣٥	١١٢,٧٧	٨,٢٦٨	٦٨	٢٤,٢٨٠	دالة عند ٠,٠٠١
	المجموعة الدنيا	٣٥	٧٤,٤٩	٤,٣٢١			

قيمة " ت " الجدولية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ = ١,٩٨٠

قيمة " ت " الجدولية عند مستوى دلالة ٠,٠١ = ٢,٦١٧

يتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة احصائيًا عند مستوى ٠,٠٠١ بين متوسطي درجات الأطفال مرتفعي ومنخفضي الأداء في الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة النفسية وعوامله الفرعية (الهدف من الحياة، تقبل الذات، العلاقات الاجتماعية

الإيجابية، الاستقلال الذاتي) في اتجاه الأطفال مرتفعي الأداء؛ ما يدل على القدرة التمييزية العالية للمقياس، وهذا ما يوضحه الشكل البياني التالي:



شكل بياني (١) الفروق بين مجموعتي أدنى وأعلى الأداء في مقياس جودة الحياة النفسية وعوامله الفرعية.

ب-الصدق العاملي Factorial validity

تم إجراء التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية Principal Component التي وضعها هوتيلينج Hotelling باستخدام حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS v.25)، والاعتماد على محك كايزر Kaiser Normalization الذي وضعه جوتمان Guttman، وفي ضوء هذا المحك يقبل العامل الذي يساوي أو يزيد جذره الكامن عن الواحد الصحيح، كذلك يتم قبول العوامل التي تشبع عليها ثلاثة بنود على الأقل بحيث لا يقل تشبع البند بالعامل عن (٠,٣)، وقد تم اختيار طريقة المكونات الأساسية باعتبارها من أكثر طرق التحليل العاملي دقة ومميزات، ومن أهمها إمكانية استخلاص أقصى تباين لكل عامل، وبذلك تتلخص المصفوفة الارتباطية للمتغيرات في أقل عدد من العوامل.

تم إجراء التحليل العاملي على عينة قوامها (١٣٠) طفلًا وطفلة من الأطفال ذوو الإعاقة الجسمية، وأسفرت نتائج التحليل العاملي لمفردات المقياس عن وجود (٤) أربعة عوامل جذرها الكامن أكبر من الواحد الصحيح فسرت (٤٨,٦٤٣%) من التباين الكلي، ويوضح جدول (٤) مصفوفة العوامل الدالة إحصائيًا وتشبعاتها بعد تدوير المحاور تدويرًا متعامدًا الفاريماكس Varimax، وكذلك الجذر الكامن ونسبة التباين لكل عامل والنسبة التراكمية للتباين.

جدول (٣)

مصفوفة العوامل الدالة إحصائيًا وتشبعاتها بعد تدوير المحاور (مقياس جودة الحياة النفسية).

العوامل / المفردات	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع
١٠	٠,٧٦٩			
٤	٠,٧٣٨			
٥	٠,٧١٣			
٣	٠,٦٦٠			
٧	٠,٦٥٦			٠,٤١٣
٩	٠,٦٤٤	٠,٣١١		
٦	٠,٦١٨			
٨	٠,٦٠٢			
١	٠,٥٤٧			
١٢		٠,٦٥٠		
١٦		٠,٦٢٠		
١٥		٠,٦٠٨		
٢	٠,٣٧٦	٠,٥٩٩		
٢٠		٠,٥٩٥		
١٩		٠,٥٩٥		
١١		٠,٥٥٢		
١٧		٠,٥٤٢	٠,٤٠٨	
١٨		٠,٤٨٥	٠,٣٠٤	
١٤		٠,٤٧٨		
١٣		٠,٤٥٦		
٣٨		٠,٣٠٨	٠,٧٥٢	
٤٠			٠,٧٣٣	
٣٣		٠,٣١٦	٠,٧١١	
٣٠		٠,٣٧٠	٠,٦٩١	
٢٧			٠,٦٦٨	٠,٣٢٣
٣٤		٠,٣٧٨	٠,٦٣٣	
٣٧	٠,٣٠٧	٠,٣٦٣	٠,٥٦٥	
٣١			٠,٥٣٠	
٣٢			٠,٥٢٠	
٣٦		٠,٣٠٢	٠,٣٢٩	
٢٣				٠,٨٣٤
٢٦				٠,٧٨٦

العوامل / المفردات	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع
٢٢				٠,٧٤٦
٢٥				٠,٥٥٦
٢٨				٠,٥٣٣
٢٤				٠,٥٠٥
٣٩				٠,٤٨٨
٣٥				٠,٤٥٥
٢٩		٠,٣٩٧		٠,٤٥٢
٢١	٠,٣٧١	٠,٣٢٨		٠,٤٤٢
الجذر الكامن	٥,١٥٣	٥,٠٥١	٤,٨٢	٤,٤٣٤
نسبة التباين	%١٢,٨٨٢	%١٢,٦٢٦	%١٢,٠٥	%١١,٠٨٤
نسبة التباين التراكمية	%١٢,٨٨٢	%٢٥,٥٠٩	%٣٧,٥٥٩	%٤٨,٦٤٣
اختبار كايزر- ماير-أوليكن	(٠,٧٢٨) أكبر من ٠,٦٠			
اختبار بارتليت	(٣٣١٤,٧٦٦) دالة عند مستوى ٠,٠٠١			

وباستقراء النتائج الواردة في الجدول السابق يتضح أنه لا يوجد تشبعات أقل من ٠,٣٠ لذلك لم يتم حذف أي مفردة؛ ومن ثم يظل طول المقياس مُكونًا من (٤٠) مفردة، وفيما يلي تفسير هذه العوامل سيكولوجيًا بعد تدوير المحاور تدويرًا متعامدًا:

جدول (٤)

درجات تشبع مفردات العامل الأول مرتبة ترتيبًا تنازليًا.

رقم المفردة	المفردات	درجة التشبع
١٠	يؤمن بأن الحياة تستحق الإقبال عليها بأمل وتفاؤل.	٠,٧٦٩
٤	لديه القدرة على التخطيط الجيد لأهدافه.	٠,٧٣٨
٥	يسعى للتخلص من أي عائق يحول دون تحقيق أهدافه.	٠,٧١٣
٣	لديه اهتمامات وأنشطة جادة في حياته.	٠,٦٦٠
٧	يهتم بأداء مهامه دون تأجيل.	٠,٦٥٦
٩	ينظر إلى الجانب المشرق في المواقف التي يتعرض لها.	٠,٦٤٤
٦	يحرص على تحسين أدائه باستمرار.	٠,٦١٨
٨	يشعر بالرضا عن حياته.	٠,٦٠٢
١	يعتقد طفلي بأن للحياة هدف ومعنى.	٠,٥٤٧

يتضح من جدول (٥) أن تشبعات هذا العامل تراوحت بين (٠,٥٤٧ : ٠,٧٦٩) وبلغ جذرها الكامن (٥,١٥٣)، ويفسر هذا العامل (١٢,٨٨٢%) من حجم التباين الكلي، ومن خلال ما تتضمنه هذه المفردات يمكن أن نطلق على هذا العامل من الناحية النظرية والنفسية " الهدف من الحياة".

جدول (٥)

درجات تشبع مفردات العامل الثاني مرتبة ترتيبًا تنازليًا.

رقم المفردة	المفردات	درجة التشبع
١٢	يثق في إمكاناته وقدراته.	٠,٦٥٠
١٦	يشعر بالرضا عن مظهره الخارجي.	٠,٦٢٠
١٥	يغلب عليه الشعور بالطمأنينة.	٠,٦٠٨
٢	يثابر طفلي من أجل تحقيق أهدافه في الحياة.	٠,٥٩٩
١٩	يشعر بالرضا عن ذاته.	٠,٥٩٥
٢٠	يتقبلّ انتقادات الآخرين له.	٠,٥٩٥
١١	يتقبّل طفلي ذاته كما هي.	٠,٥٥٢
١٧	يسعد لما يحققه من نجاح.	٠,٥٤٢
١٨	يتقبّل جوانب الضعف والقصور لديه.	٠,٤٨٥
١٤	يتقبّل الأمور الخارجة عن إرادته.	٠,٤٧٨
١٣	يعي جوانب القوة والضعف في شخصيته.	٠,٤٥٦

يتضح من جدول (٥) أن تشبعات هذا العامل تراوحت بين (٠,٤٥٦ : ٠,٦٥٠) وبلغ جذرها الكامن (٥,٠٥١)، ويفسر هذا العامل (١٢,٦٢٦%) من حجم التباين الكلي، ومن خلال ما تتضمنه هذه المفردات يمكن أن نطلق على هذا العامل من الناحية النظرية والنفسية " **تقبل الذات** ".

جدول (٦)

درجات تشبع مفردات العامل الثالث مرتبة ترتيبًا تنازليًا.

رقم المفردة	المفردات	درجة التشبع
٣٨	يستطيع التعبير عن مشاعره.	٠,٧٥٢
٤٠	يختار الهدايا المناسبة لزملائه وأفراد عائلته.	٠,٧٣٣
٣٣	يواجه استفزازات زملائه بهدوء وثبات.	٠,٧١١
٣٠	علاقاته مع أفراد الأسرة تتسم بالدفء والحب.	٠,٦٩١
٢٧	يتقبّل آراء الآخرين المختلفة عن رأيه.	٠,٦٦٨
٣٤	بمقدوره أن يدرك وجود مشكلة تواجهه.	٠,٦٣٣
٣٧	يشارك في بعض الأعمال المنزلية.	٠,٥٦٥
٣١	يبذل أكثر من محاولة لحل أي مشكلة تواجهه.	٠,٥٣٠
٣٢	يفضل أن يواجه مشكلاته بنفسه.	٠,٥٢٠
٣٦	يلتزم بقواعد اللعب مع زملائه.	٠,٣٢٩

يتضح من جدول (٦) أن تشبعات هذا العامل تراوحت بين (٠,٣٢٩ : ٠,٧٥٢) وبلغ جذرها الكامن (٤,٨٢٠)، ويفسر هذا العامل (١٢,٠٥%) من حجم التباين الكلي، ومن خلال ما تتضمنه هذه المفردات يمكن أن نطلق على هذا العامل من الناحية النظرية والنفسية " **الاستقلال الذاتي** ".

جدول (٧)

درجات تشبع مفردات العامل الرابع مرتبة ترتيبًا تنازليًا.

رقم المفردة	المفردات	درجة التشبع
٢٣	يشعر بالسعادة أثناء تواجده مع أصدقائه.	٠,٨٣٤
٢٦	يحب المشاركة في الأنشطة الاجتماعية.	٠,٧٨٦
٢٢	علاقته مع أقرانه يسودها الثقة والتعاون.	٠,٧٤٦
٢٥	يحظى باحترام وتقدير الآخرين.	٠,٥٥٦
٢٨	يميل إلى الأعمال التعاونية.	٠,٥٣٣
٢٤	يتسم سلوكه مع الآخرين بالتسامح.	٠,٥٠٥
٣٩	يكوّن صداقات مع من يراه مناسبًا له.	٠,٤٨٨
٣٥	يختار أصدقائه وفقًا لرغباته.	٠,٤٥٥
٢٩	يستمتع بوجوده مع زملائه وأصدقائه.	٠,٤٥٢
٢١	يمتلك القدرة على إقامة علاقات اجتماعية إيجابية.	٠,٤٤٢

يتضح من جدول (٧) أن تشبعات هذا العامل تراوحت بين (٠,٤٤٢ : ٠,٨٣٤) وبلغ جذرها الكامن (٤,٤٣٤)، ويفسر هذا العامل (١١,٠٨٤%) من حجم التباين الكلي، ومن خلال ما تتضمنه هذه المفردات يمكن أن نطلق على هذا العامل من الناحية النظرية والنفسية " **العلاقات الاجتماعية الإيجابية** ".

ثانيًا: الاتساق الداخلي للمقياس

تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس على عينة قوامها (١٣٠) طفلًا وطفلة من الأطفال ذوو الإعاقة الجسمية عن طريق حساب معاملات ارتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة على كل مفردة والدرجة الكلية للعامل الذي تنتمي إليه والمقياس ككل، وفيما يلي النتائج:

جدول (٨)

معاملات الارتباط بين المفردات والدرجة الكلية للعامل الذي تنتمي إليه ومقياس جودة الحياة النفسية ككل.

العوامل الفرعية	رقم المفردة	معامل الارتباط بالعامل	معامل الارتباط بالمقياس	رقم المفردة	معامل الارتباط بالعامل	معامل الارتباط بالمقياس
العامل الأول (الهدف من الحياة)	١	٠,٥٩٦**	٠,٣٥٣**	٧	٠,٦٩٣**	٠,٥٠٣**
	٣	٠,٧٤٦**	٠,٦٠٥**	٨	٠,٦٧٣**	٠,٥٥٧**
	٤	٠,٧٣٤**	٠,٤٦٥**	٩	٠,٧٠٧**	٠,٦٢٣**
	٥	٠,٧٦٢**	٠,٥٤٨**	١٠	٠,٧٦٧**	٠,٤٩٣**
	٦	٠,٦٦٦**	٠,٥٣٢**			
العامل الثاني (تقبل الذات)	٢	٠,٧٠٦**	٠,٥٨٥**	١٦	٠,٦٧٤**	٠,٥٠٥**
	١١	٠,٥٩٦**	٠,٥٠٥**	١٧	٠,٦٩٣**	٠,٦٤٨**
	١٢	٠,٧١٢**	٠,٥٤٢**	١٨	٠,٦٠١**	٠,٥٣٢**
	١٣	٠,٥٣٨**	٠,٤٧٠**	١٩	٠,٥٥٦**	٠,٣٧٣**
	١٤	٠,٥٦٧**	٠,٤١٥**	٢٠	٠,٦٣٢**	٠,٥٢٤**
	١٥	٠,٦٠٦**	٠,٤٠٠**			
العامل الثالث (الاستقلال الذاتي)	٢٧	٠,٦٥٨**	٠,٥٢٩**	٣٤	٠,٧٣٤**	٠,٦٣٤**
	٣٠	٠,٧٧٩**	٠,٦٥٧**	٣٦	٠,٥٦٣**	٠,٥٧٠**
	٣١	٠,٥٨٢**	٠,٤٣٩**	٣٧	٠,٧٣٣**	٠,٦٤٣**
	٣٢	٠,٦٨٢**	٠,٦٠٨**	٣٨	٠,٧٧١**	٠,٥٦٣**
	٣٣	٠,٧٤٩**	٠,٥٨٨**	٤٠	٠,٧٥٤**	٠,٦١٨**
العامل الرابع (العلاقات الاجتماعية الإيجابية)	٢١	٠,٦١٧**	٠,٦١٣**	٢٦	٠,٧٤٣**	٠,٤٣٨**
	٢٢	٠,٧٦٠**	٠,٤٧٧**	٢٨	٠,٥٠٣**	٠,٣٩٥**
	٢٣	٠,٨٤١**	٠,٥٥٤**	٢٩	٠,٥٤٥**	٠,٤٥٦**
	٢٤	٠,٦٢١**	٠,٥٢١**	٣٥	٠,٦٠٨**	٠,٥٠٤**
	٢٥	٠,٥٩٩**	٠,٤٦٩**	٣٩	٠,٥١١**	٠,٣٤٥**

(*). دال عند مستوى ٠,٠٥ (**). دال عند مستوى ٠,٠١

يتضح من جدول (٨) أن قيم معاملات الارتباط تراوحت ما بين (٠,٣٤٥** : ٠,٨٤١**)، وهي قيم تشير إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين المفردات وكل من الدرجة الكلية للعوامل الفرعية (الهدف من الحياة، تقبل الذات، الاستقلال الذاتي، العلاقات الاجتماعية الإيجابية) والمقياس ككل؛ وهذا يؤكد

على الاتساق الداخلي لمفردات المقياس وتجانسها وصلاحية المقياس للاستخدام في الدراسة الحالية.

ثم قامت الباحثة بحساب معاملات ارتباط بيرسون بين العوامل الفرعية (الهدف من الحياة، تقبل الذات، الاستقلال الذاتي، العلاقات الاجتماعية الإيجابية) والدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة النفسية، ويوضح جدول (١٠) نتائج معاملات الارتباط:

جدول (٩)

معاملات الاتساق الداخلي لعوامل مقياس جودة الحياة النفسية (ن=١٣٠).

المقياس وعوامله الفرعية	الهدف من الحياة	تقبل الذات	الاستقلال الذاتي	العلاقات الاجتماعية الإيجابية	مقياس جودة الحياة النفسية ككل
الهدف من الحياة	١	٠,٤١٤**	٠,٤٢٨**	٠,٤٥٤**	٠,٧٣٤**
تقبل الذات	٠,٤١٤**	١	٠,٦٦١**	٠,٤٣٤**	٠,٨٠١**
الاستقلال الذاتي	٠,٤٢٨**	٠,٦٦١**	١	٠,٤٨٦**	٠,٨٣٦**
العلاقات الاجتماعية الإيجابية	٠,٤٥٤**	٠,٤٣٤**	٠,٤٨٦**	١	٠,٧٥١**
مقياس جودة الحياة النفسية ككل	٠,٧٣٤**	٠,٨٠١**	٠,٨٣٦**	٠,٧٥١**	١

(*). دال عند مستوى ٠,٠٥ (**). دال عند مستوى ٠,٠١

يتضح من جدول (٩) وجود معاملات ارتباط موجبة ودالة إحصائيًا عند مستوى ٠,٠١ بين العوامل الفرعية (الهدف من الحياة، تقبل الذات، الاستقلال الذاتي، العلاقات الاجتماعية الإيجابية)، والدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة النفسية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية، وهي معاملات ارتباط جيدة، وهذا يدل على تجانس المقياس واتساقه من حيث العوامل الفرعية.

ثالثًا: ثبات مقياس جودة الحياة النفسية

قامت الباحثة بالتحقق من ثبات المقياس باستخدام الطرائق التالية: التجزئة النصفية (باستخدام معادلتي جوتمان، وتصحيح الطول لسبيرمان براون) ومعامل ألفا–كرونباخ، على عينة قوامها (١٣٠) طفلًا وطفلة من الأطفال ذوو الإعاقة الجسمية، وفيما يلي النتائج التي تم الحصول عليها:

أ–حساب الثبات بطريقة ألفا–كرونباخ Cronbach Alpha

تم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقة ألفا–كرونباخ على عينة قوامها (١٣٠) طفلًا وطفلة من الأطفال ذوو الإعاقة الجسمية، وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (١٠)

قيم معاملات الثبات لمقياس جودة الحياة النفسية بطريقة ألفا–كرونباخ.

المقياس وعوامله الفرعية	عدد المفردات	ألفا–كرونباخ
العامل الأول (الهدف من الحياة)	٩	٠,٨٧٣
العامل الثاني (تقبل الذات)	١١	٠,٨٤٥
العامل الثالث (الاستقلال الذاتي)	١٠	٠,٨٨٥
العامل الرابع (العلاقات الاجتماعية الإيجابية)	١٠	٠,٨٤٠
مقياس جودة الحياة النفسية ككل	٤٠	٠,٩٣١

ويتضح من جدول (١٠) أن قيم معاملات الثبات مرتفعة، مما يجعلنا نثق في ثبات مقياس جودة الحياة النفسية، وأنه يتمتع بدرجة عالية من الثبات والاستقرار.

ب–طريقة التجزئة النصفية Half-Split

تم حساب معامل الارتباط (معامل ثبات التجزئة النصفية) بين نصفي الاختبار لكل عامل من العوامل الفرعية والمقياس ككل، باستخدام معادلتي جوتمان، وتصحيح الطول لسبيرمان–براون على عينة قوامها (١٣٠) طفلًا وطفلة من الأطفال ذوو الإعاقة الجسمية.

جدول (١١)

قيم معاملات الثبات لمقياس جودة الحياة النفسية بطريقة التجزئة النصفية.

المقياس وعوامله الفرعية	عدد المفردات	معامل التجزئة " سبيرمان–براون "		معامل جوتمان
		قبل التصحيح	بعد التصحيح	
العامل الأول (الهدف من الحياة)	٩	٠,٧٣٣	٠,٨٤٨	٠,٨٣١
العامل الثاني (تقبل الذات)	١١	٠,٧١٨	٠,٨٣٧	٠,٨٢٩
العامل الثالث (الاستقلال الذاتي)	١٠	٠,٨٨٠	٠,٩٣٦	٠,٩٣٥
العامل الرابع (العلاقات الاجتماعية الإيجابية)	١٠	٠,٦٩٩	٠,٨٢٣	٠,٨٠٨
مقياس جودة الحياة النفسية ككل	٤٠	٠,٦٨٤	٠,٨١٢	٠,٨١١

ويتضح من خلال جدول (١١) أن قيم معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية تراوحت ما بين (٠,٨٠٨ : ٠,٩٣٦)، وهي قيم مقبولة ومطمئنة مما يدل على ثبات مقياس جودة الحياة النفسية.

وصف مقياس جودة الحياة النفسية في صورته النهائية وطريقة تصحيحه:

ظل المقياس في صورته النهائية بعد حساب الخصائص السيكومترية له مكونًا من (٤٠) مفردة، وأمام كل مفردة ثلاثة بدائل هي (دائمًا، أحيانًا، أبدًا)، وتختار الأم بديلًا واحدًا لكل مفردة من البدائل السابقة، بحيث يتم تصحيح المفردات الإيجابية باتجاه (٣-٢-١) والمفردات السلبية باتجاه (١-٢-٣)، بحيث تتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين (٤٠-١٢٠) درجة، وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى مستوى مرتفع من جودة الحياة النفسية، والدرجة المنخفضة على انخفاض مستوى جودة الحياة النفسية لدى الأطفال، وجدول (١٣) يوضح أرقام مفردات كل عامل من العوامل الفرعية لمقياس جودة الحياة النفسية.

جدول (١٢)

توزيع المفردات على العوامل الفرعية لمقياس جودة الحياة النفسية.

العوامل الفرعية	عدد المفردات	أرقام المفردات
العامل الأول (الهدف من الحياة)	٩	١ ــــــــــ ٩
العامل الثاني (تقبل الذات)	١١	١٠ ــــــــــ ٢٠
العامل الثالث (الاستقلال الذاتي)	١٠	٢١ ــــــــــ ٣٠
العامل الرابع (العلاقات الاجتماعية الإيجابية)	١٠	٣١ ــــــــــ ٤٠

نتائج البحث:

توصل البحث الحالي إلى أن مقياس جودة الحياة النفسية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية، والذي تم إعداده من قبل الباحثة، يتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات، وتوافر الشروط السيكومترية للقياس؛ فقد تم التحقق من صدق المقياس بإستخدام الصدق العاملي والذي تم إجراؤه على عينة قوامها (١٣٠) طفلًا وطفلة من الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية باستخدام التدوير المتعامد Varimax، وقد أسفرت النتائج عن تشبع مفردات المقياس على أربعة عوامل أساسية هي: الهدف من الحياة (٩ مفردات)، تقبل الذات (١١ مفردة)، الاستقلال الذاتي (١٠ مفردات)، العلاقات الاجتماعية الإيجابية (١٠ مفردات).

ولما كان الثبات من الشروط السيكومترية الهامة التي تعبر عن الدقة في قياس ما يدعى قياسه، لذا قامت الباحثة بتقدير معاملات ثبات مقياس جودة الحياة النفسية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية، بعدة طرق، هي: معاملات ثبات ألفا– كرونباخ، وقد بلغ معامل ثبات ألفا-كرونباخ للمقياس (٠,٩٣١)، كما بلغ معامل ثبات التجزئة النصفية للمقياس بتعديل سبيرمان–براون (٠,٨١٢)، وتعديل جوتمان (٠,٨١١)، وجميعها قيم مرتفعة تعبر المقياس بدرجة ثبات عالية.

كما تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجات المفردات بمجموع درجات البعد الذي تنتمي إليه، وقد أتضح أن قيم معاملات الارتباط بين كل مفردة والدرجة الكلية للبعد جميعها قيم دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠١)، مما يؤكد على تجانس المقياس وتماسكه الداخلي، كما تم حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية للمقياس، والدرجة الكلية للمقياس، وقد أتضح وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠١) تراوحت ما بين (٠,٤١٤** : ٠,٨٣٦**)؛ وذلك بين العوامل الفرعية (الهدف من الحياة، تقبل الذات، الاستقلال الذاتي، العلاقات الاجتماعية الإيجابية) على التوالي، والدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة النفسية، وهي تتسم بكونها قيم مرتفعة؛ مما يشير إلى تمتع أبعاد مقياس جودة الحياة النفسية بدرجة مرتفعة من التجانس والاتساق الداخلي.

وتأسيسًا على ما سبق يتضح أن مقياس جودة الحياة النفسية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية إعداد/ الباحثة، يتمتع بدرجة عالية من الصدق، والثبات، والاتساق الداخلي، وتوافر الشروط السيكومترية للقياس، ومن ثم صلاحيته للاستخدام، وقدرته على قياس جودة الحياة النفسية لدى عينة البحث، وهذا يجعلنا نثق في النتائج التي يمكن التوصل إليها في الدراسات والبحوث المستقبلية.

المراجع:

أولًا: المراجع العربية:

إبراهيم، صفاء صلاح سند (٢٠١٦). جودة الحياة والصحة النفسية: طريقة إلى السعادة. القاهرة: دار نشر يسطرون.

أبو حلاوة، محمد السعيد والشربيني، عاطف مسعد الحسيني (٢٠١٦). علم النفس الإيجابي: نشأته وتطوره ونماذج من قضاياه. القاهرة: عالم الكتب.

أبو رياح، محمد مسعد عبد الواحد مطاوع (٢٠٢١). تنظيم الذات كمدخل إرشادي لتحسين جودة الحياة الجامعية لدى طلاب الجامعة ذوي الإعاقة الحركية. مجلة العلوم التربوية، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، ٣٣(١)، ١٩-٤٤.

أبو فخر، غسان عبد الحي (١٩٩٢). التربية الخاصة للأطفال المعوقين. سوريا، دمشق: مطبعة الإتحاد.

أحمد، ضحى خالد محمد (٢٠٢٠). جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات والأمن النفسي لدى ذوي الإعاقة الحركية في الأردن. رسالة دكتوراه، كلية الدراسات العليا، جامعة العلوم الإسلامية العالمية، الأردن.

أرنوط، بشرى إسماعيل (٢٠١٣). مقياس جودة الحياة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

الأشول، عادل عز الدين (٢٠٠٥). نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي. وقائع المؤتمر العلمي الثالث: "الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة". كلية التربية، جامعة الزقازيق، (١٥- ١٦) مارس.

جابر، جابر عبد لحميد وكفافي، علاء الدين (١٩٩٠). معجم علم النفس والطب النفسي: إنجليزي- عربي. (الجزء الثالث). القاهرة: دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع.

جابر، جابر عبد لحميد وكفافي، علاء الدين (١٩٩٣). معجم علم النفس والطب النفسي: إنجليزي- عربي. (الجزء السادس).القاهرة: دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع.

جابر، جابر عبد لحميد وكفافي، علاء الدين (١٩٩٥). معجم علم النفس والطب النفسي: إنجليزي- عربي. (الجزء السابع). القاهرة: دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع

الروسان، فاروق فارع (٢٠١٩). سيكولوجية الأطفال غير العاديين: مقدمة في التربية الخاصة. (ط١٣)، الأردن، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

شقير، زينب محمود (٢٠٠١). خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

شقير، زينب محمود (٢٠٠٩). مقياس تشخيص معايير جودة الحياة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

الشمري، مازن عبد الهادي والطائي، مازن هادي كزار ومنصورية، دويلي (٢٠١٨). الإعاقات الجسمية والحركية: أسس– ممارسة– تأهيل. لبنان، بيروت: دار الكتب العلمية.

الصفدي، عصام حمدي (٢٠٢٠). الإعاقة الحركية والشلل الدماغي. الأردن، عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

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

عبد العال، تحية محمد ومظلوم، مصطفى علي (٢٠١٣). الاستمتاع بالحياة في علاقته ببعض متغيرات الشخصية الإيجابية: دراسة في علم النفس الإيجابي. مجلة كلية التربية، جامعة بنها، ٢(٩٣)، ١٦٣– ١٧٨.

عبد المعطي، حسن مصطفى (٢٠٠٥). الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر. وقائع المؤتمر العلمي الثالث: "الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة"، كلية التربية، جامعة الزقازيق، (١٥– ١٦) مارس، ١٣– ٢٣

عربيات، أحمد عبد الحليم (٢٠١١). إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم. الأردن، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

المراجع الأجنبية

Abraham, S. (2013). Quality of life among adolescents with physical disability undergoing integrated education. Research Journal of Recent Sciences, 2(5), 1-5.

Anand, P. (2016). Happiness, well-being and human development: The case for subjective measures.

Botha, A., & Herselman, M. (2015). A Teacher Tablet Toolkit to meet the challenges posed by 21st century rural teaching and learning environments. South African Journal of Education, 35(4), 1-19.

Brown, R. I. (Ed.). (2021). Quality of life for handicapped people. Routledg

Carpenter, C., & Readman, T. (2006). Exploring the literacy difficulties of physically disabled people. Adult Basic Education, 16(3), 131.

Chow, S. M., Lo, S. K., & Cummins, R. A. (2005). Self-perceived quality of life of children and adolescents with physical disabilities in Hong Kong. Quality of Life Research, 14, 415-423.

Chow, S. M., Lo, S. K., & Cummins, R. A. (2005). Self-perceived quality of life of children and adolescents with physical disabilities in Hong Kong. Quality of Life Research, 14, 415-423.

Courtney, M., Edwards, H., Stephan, J., O'Reilly, M., & Duggan, C. (2003). Quality of life measures for residents of aged care facilities: a literature review. Australasian Journal on Ageing, 22(2), 58-64.

Davis, E., Reddihough, D., Murphy, N., Epstein, A., Reid, S. M., Whitehouse, A., ... & Downs, J. (2017). Exploring quality of life of children with cerebral palsy and intellectual disability:

What are the important domains of life?. Child: care, health and development, 43(6), 854-860.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. Psychological bulletin, 125(2), 276.

Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. Research in developmental disabilities, 16(1), 51-74.

Ganjiwale, D., Ganjiwale, J., Sharma, B., & Mishra, B. (2016). Quality of life and coping strategies of caregivers of children with physical and mental disabilities. Journal of family medicine and primary care, 5(2), 343..

Hassan, S. M. (2020). Social welfare Services and improving the quality of life for physically disabled. Egyptian Journal of Social Work, 10(1), 127-146.

Khoo, T. B., Kassim, A. B., Omar, M. A., Hasnan, N., Amin, R. M., Omar, Z., & Yusoff, A. F. H. (2009). Prevalence and impact of physical disability on Malaysian school-aged children: a population-based survey. Disability and rehabilitation, 31(21), 1753-1761.

Liou, T. H., Pi-Sunyer, F. X., & Laferrere, B. (2005). Physical disability and obesity. Nutrition reviews, 63(10), 321-331.

Lundqvist, C. (2021). Well-being and quality of life. In Stress, Well-Being, and Performance in Sport (pp. 131-147). Routledge.

Makris, T., Dorstyn, D., & Crettenden, A. (2021). Quality of life in children and adolescents with cerebral palsy: a systematic review with meta-analysis. Disability and rehabilitation, 43(3), 299-308.

Nastasi, B. K., & Jayasena, A. N. (2014). An international partnership promoting psychological well-being in Sri Lankan schools. Journal of Educational and Psychological Consultation, 24(4), 265-282.

Natali, C. (2013). Aristotle: his life and school. Princeton University Press.

Ncube, B. L., Perry, A., & Weiss, J. A. (2018). The quality of life of children with severe developmental disabilities. Journal of Intellectual Disability Research, 62(3), 237-244.

Negovan, V. (2010). Dimensions of students' psychosocial well-being and their measurement: Validation of a students' Psychosocial Well Being Inventory. Europe's Journal of Psychology, 6(2), 85-104.

Özkan, Z., & Kale, R. (2021). Investigation of the effects of physical education activities on motor skills and quality of life in children with intellectual disability. International Journal of Developmental Disabilities, 1-15.

Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. Journal of happiness studies, 6, 25-41.

Rippentrop, A. E., Altmaier, E. M., & Burns, C. P. (2006). The relationship of religiosity and spirituality to quality of life among cancer patients. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 13, 29-35.

Romagnoli, E., Carnevale, V., Nofroni, I., D'Erasmo, E., Paglia, F., De Geronimo, S., ... & Minisola, S. (2004). Quality of life in ambulatory postmenopausal women: the impact of reduced bone mineral density and subclinical vertebral fractures. Osteoporosis international, 15, 975-980.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. American psychologist, 55(1), 68.

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. Journal of personality and social psychology, 69(4), 719.

Sarriera, J. C., & Bedin, L. M. (2017). A multidimensional approach to well-being. Psychosocial well-being of children and adolescents in Latin America: Evidence-based Interventions, 3-26.

Swai, E. A., Msuya, S. E., Moshi, H., Lindkvist, M., Sörlin, A., & Sahlén, K. G. (2023). Children and adolescents with physical disabilities: describing characteristics and disability-related needs in the Kilimanjaro region, north-eastern Tanzania–a cross-sectional survey. BMJ open, 13(1), e064849.