البحوث والدراسات

الخصائص السيكومترية لمقياس نوعية الحياة لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية في مملكة البحرين

د. توفيق عبد المنعم توفيق
tawfiksaad@yahoo.com
قسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة البحرين

الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى تعرّف الخصائص السيكومترية لمقياس نوعية الحياة لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية في مملكة البحرين، وتحديد الفروق بين الجنسين في مكوِّنات نوعية الحياة. أُجريت هذه الدراسة على عينةٍ قوامها 500 تلميذ وتلميذة في المرحلة الإعدادية بمملكة البحرين، تتراوح أعمارهم الزمنية بين (13-15) عاماً، حيث استجابوا لفقرات مقياس كيومنز، النسخة العربية الخاصة بالأطفال، والتي تم تطبيقها على أفراد العينة داخل الصفوف الدراسية.

وأشارت الدراسة إلى أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع، حيث تراوحت قيم معامل ثبات ألفا بين (0.40-0.88)، في حين أن قيم معامل ثبات الاستقرار بطريقة إعادة الاختبار تراوحت بين (0.30-0.70)، كما أن المقياس يتمتع ببنيةٍ عامليةٍ ظهرت من خلال القيم العالية لتشبعات الفقرات على العوامل، ونتج عنها عامل عام، وعامل خاصٍ بنوعيّة الحياة الذاتية، وعامل ثالث يتعلّق بنوعيّة الحياة الموضوعية. كما أشارت النتائج إلى وجود فروق جوهريةٍ بين الجنسين، وقد تم مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الأدب السابق، واقتراح البحوث المستقبلية ذاتِ العلاقة.

Psychometric Properties of the Quality of Life Scale of Middle School Students in the Kingdom of Bahrain

Tawfik A. Tawfik
Department of Psychology
Faculty of Arts - University of Bahrain

Abstract

The study aimed at examining the quality of life among middle school students in Kingdom of Bahrain and to reveal the sex-related differences in student responses. A total sample of 500 (250 male, 250 female), 13-15-year-old students was chosen to participate in the study and to respond to the Arabic version of the (COM.QOLS-vs-5th ed, Cummins, 1997), that was prepared by the author.

Results of study showed that the test-retest reliability estimates ranged from (0.30-0.70) while alpha reliability estimates ranged from (0.40-0.88), indicating an acceptable to high levels of stability. Factor analysis of the student scores yielded three factors with high loadings, which were labeled as: "General", "Subjective quality of life", and "Objective quality of life". Significant sex-related differences were also observed on the dimensions of quality of life. Based on these findings, the author suggested that more research should be done in this direction.

مقدمة:

لقد أصبح مفهوم نوعية الحياة موضوعاً مهماً في المجال الصحي والخدمات الاجتماعية والنفسية، فكثير من الأطباء والمختصِّين في الشؤون الاجتماعية، والباحثون في مجال العلوم الاجتماعية والنفسية، يهتمّون بتعزيز ودفع نوعية الحياة لتصبح هدفاً واقعياً في التعامل مع المرضى، وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي لهم.

وتستمد دراسة نوعيّة حياة الأطفال أهميتها من حقيقة أن جودة حياة الراشد تبدأ من إدراك نوعيّة حياة الطفولة التي تؤسِّس لنوعية حياة الرشد على الأرجح، وفي الأغلب الأعمّ. ومن هنا جاءت الأهمية المطلقة لفحص نوعية الحياة، وتعدّدت مقاييس جودة حياة الأطفال بصورةٍ هائلةٍ على الصعيد العالمي، غير أن أغلب هذه المقاييس، كما يرى الباحث، تنتمي إلى المجال الصحي، حيثُ إنها تستهدف قياس جودة حياة الأطفال الذين يعانون من أمراضٍ خطيرةٍ، مثل السرطان، والقلب، والصدر، وإصابات الدماغ، والأمراض المزمنة، والصرع... إلخ.

وتعد دراسة نوعيّة الحياة من الموضوعات التي تنتمي إلى مجال علم النفس الإيجابي، وهو من المجالات الحديثة في علم النفس، والتي تنال اهتماماً بحثياً متزايداً يوماً عن يوم. وقد اقترن بهذا الحقل ظهور العديد من المفاهيم التي تحاول أن تجد موقعها ومكانها من البحث، مثل: مفهوم اللياقة النفسية، والذي تناوله سويف (2002، 2003، 2004) في مقالات متعدِّدة (عن: درويش، 2004)، كما تناوله أيضاً درويش (2003؛ 2004) في دراساته، باعتباره أحد المفاهيم الحديثة التي تهتمّ بالخصائص والجوانب الإيجابية لدى الفرد، وسُبُل التعرّف عليها وتنميتها. وضمن السياق ذاته، ظهرت أيضا مفاهيم أخرى ترتبط بهذا المجال، مثل: مفهوم الهناء الشخصي، وحب الحياة، والأمل، والسعادة، والتفاؤل، والتي تناولها عبد الخالق (2003، 2006، 2008، 2010) في دراساته، وإستراتيجيات تحسين جودة الحياة من أجل وقاية الأطفال والناشئة من الاضطرابات النفسية (الأنصاري، 2006). وحيث أن نوعية الحياة مصطلح متعدِّد الأبعاد، فإنه يتضمّن مؤشِّرات موضوعية كالثروة، والممتلكات، ومستوى الأمان، والصحة؛ ومؤشرات ذاتية تشير إلى التقويم الشخصي الذي يدركه الأفراد، اعتماداً على طموحاتهم (عبد الخالق وعيد والنيال، 2010).

ونظراً لأهمية مفهوم نوعية الحياة، فقد لقي موضوع قياس نوعية الحياة اهتماماً واسعاً بين المختصِّين في علم النفس، حيث تركّز المقاييس الحديثة لنوعيّة الحياة على الجوانب الذاتية، كالوظائف الانفعالية، والاجتماعية، والمعرفية. ويمكن، بوجهٍ عام، تقسيم هذه المقاييس إلى مقاييس عامة، ومقاييس خاصة بمرضى مصابين بأمراض عضوية أو نفسيةً معينة.

ويرى شميدت وبلنجر (Schmidt & Bullinger, 2003) أن الحاجة ماسة إلى أداة قياسية دولية عبر ثقافية لجودة حياة الأطفال، وهذا يبدو أنه أمر صعب المنال بسبب اختلاف الظروف الاجتماعية والثقافية للأطفال في البلدان المختلفة، فيما يعتقد أيزر (Eiser, 2004) أنه من الأهمية بمكانٍ فحص حساسية أدوات قياس نوعية الحياة، ومدى مراعاتها لتغيّر استجابات الأطفال عبر الزمن، وتغيرً المعايير الداخلية للحكم على نوعية الحياة، وهذا ما يجعل مهمة قياس نوعية حياة الأطفال أمراً في غاية الصعوبة.

ويرى الباحث أن نوعيّة الحياة مفهوم متعدد الجوانب والأبعاد، ومن ثم فإن تقديره بمقياس أحادي البعد يعد اختياراً غير مناسب، غير أن هذا الأمر لا ينطبق على مقياس منظمة الصحة العالميةً لنوعية الحياة. وقد توصل خبراء منظمة الصحة العالمية إلى تحديد المجالات أو الأبعاد الأساسية لنوعية الحياة اعتماداً على بحوث مستفيضة عبر الثقافات (عبد الخالق، 2010).

كما أن مفهوم نوعية الحياة النفسية يشير إلى الإحساس الإيجابي بحسن الحال، ويرصد بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا المرء عن ذاته وعن حياته بشكل عام، وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية مقدرة وذات قيمة ومعنى بالنسبة له، واستقلاليته في تحديد وجهة ومسار حياته، وإقامته لعلاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين والاستمرار فيها. كما ترتبط جودة الحياة النفسية بكلٍ من الإحساس العام بالسعادة والسكينة والطمأنينة النفسية (Ryff, et al., 2006).

ويلاحظ أن بعض الباحثين يستخدم مصطلح جودة الحياة في حين يستخدم غيرهم نوعية الحياة، كما يستخدم البعض الآخر مصطلح الرضا عن الحياة، والرأي الأرجح أن مصطلح (نوعية الحياة) أدق وأشمل في إشارته إلى مستوى الحياة بوجه عام، من دون أن تحمل معنى قيمياً Evaluative مثل كلمة جودة، إذ تعني كلمة «نوعية» كلّ من المستوى المرتفع والمنخفض، في حين أن الجودة تشير فقط إلى الجانب الإيجابي المرتفع (عبد الخالق، 2010).

ويعرف قاموس كولينز للغة الإنجليزية Collins English Dictionary مصطلح نوعية الحياة Quality of life بالرفاه العام للشخص أو المجتمع، والذي يقاس من خلال الصحة والسعادة، بدلاً من الثروة (Collins English Dictionary, 2013).

كما تعرف «نوعية الحياة" أنها المستوى الذي يعيش فيه الإنسان في إطار البيئتين المادية والاجتماعية، ومدى رضاه عنها، وسعادته بها، وتشتمل نوعية الحياة على مؤشرات موضوعية من مثل: الدخل، والعمل، ومعدل الوفاة، والأمراض، والخدمات المتاحة في البيئة كالصحة والمواصلات، ومؤشرات ذاتية تشمل رضا الفرد عن هذا المستوى وسعادته به. ويتراوح مستوى نوعية الحياة بين المرتفع والمنخفض مع درجات بينهما (عبد الخالق، 2011).

وتعرف عبد الوهاب (2007) مفهوم نوعية الحياة بأنه «حالة داخلية يشعر بها الفرد وتظهر في سلوكه واستجاباته، وتشير إلى ارتياحه وتقبله لجميع مظاهر الحياة من خلال تقبله لذاته ولأسرته وللآخرين، وللبيئة المدركة وتفاعله مع خبراتها بصورة متوافقة» (عبد الوهاب، 2007).

ويعرف عبد الخالق (2008) نوعية الحياة بأنه" التقدير الذي يضعه الفرد لنوعية حياته بوجه عام اعتماداً على حكمه الشخصي"، ويتضمن هذا التعريف عدة جوانب هي: (1) يعتمد حكم الشخص على تقديره الشخصي، وليس كما يحدده غيره، (2) يحدد الفرد بنفسه المعايير التي يقيم على أساسها حكمه على نوعية حياته، (3) ينتمي الحكم على الحياة - إلى الجوانب المعرفية للشخصية وليس الوجدانية، (4) يتعلق هذا التقدير أو الحكم على الحياة بشكل كامل وليس بجانب محدد فيها (عبد الخالق، 2008).

ويرى كيومنز Cummins أن مفهوم نوعية الحياة يشير إلى الصحة الجيدة، أو السعادة، أو تقدير الذات، أو الرضا عن الحياة، أو الصحة النفسية .كما أنه ذو طبيعة مركبة معقدة، لذلك فلا غرو من عدم وجود اتفاق حول التعريف أو حتى شكل معياري للقياس، وهذا قطعاً ليس فقراً في التصورات الخاصة بالمفهوم حيث سجل كيومنز (1997) Cummins أكثر من مائة أداة قياسية لجودة الحياة، ولكن لكل منها طابعة الخاص في خليط من المتغيرات المحيرة والمتداخلة (Cummins,1997).

ويقرر بيتر مع آخرين (2002) أن مفهوم جودة الحياة مفهوم يصعب تعريفه خاصة لدى الأطفال والمراهقين ومن ثَمَّ فإن هذه الصعوبة تنصب أيضاً علي بناء أدوات لقياس جودة الحياة لديهم (Peter, Meriel, & Jenney, 2002). ويذكر ورنيك في دراسته مع آخرين (2005) ما يصفه بأنه جودة الحياة المدركة، والتي تحوي متغيرات مثل: التوظيف الاجتماعي؛ والتوظيف الصحي؛ وإدراك الأدوار المختلفة (Wrennick, Schneider, Monga, 2005).

ويضيف دروكر مع آخرين في دراستهم (2003) أهمية متغيرات أخرى مثل: مدى الشعور بالضبط الاجتماعي وعلاقات الجيرة والمكانة الاقتصادية والاجتماعية، والتي يمكن أن تؤثر على جوانب أخرى من جودة حياة الراشدين مثل الجانب الصحي (Drukker, Kaplan, Feron, & Van, 2003) .

وليس هذا بمستغرب، حيث تؤثر تلك المتغيرات الصحية والفيزيقية ويسوق كل من رائز وسيرجي (2000) دليلاً سابقاً علي ذلك حين يقرران الرضا عن برامج الرعاية الصحية يؤثر على مدى بالرضا عن المجتمع، ومن ثَمَّ تأثير ذلك على جودة الحياة المدركة لدي الراشدين (Rahty & Sirgy, 2000) فضلاً عن تأثر بل ارتباط أسلوب الحياة life style بجودة الحياة وهذا ما أثرته دراسات عديدة مثل دراسة تشين مع آخرين (Chen, et al., 2005).

مشكلة الدراسة:

تتلخص مشكلة الدراسة في غياب الدراسات التي تناولت تطوير مقاييس لجودة حياة الأطفال في البلدان العربية، وذلك بسبب ندرة الأبحاث العربية التي تتعلق ببيانات أو معلومات أو أدوات تتعلق بنوعية حياة الأطفال، مما يترتب عليه تعذّر تدبّر سبل تحسين أو تطوير نوعية حياة الأطفال، من ثَمّ نوعية حياة الراشدين، فضلاً عن أن هذا يعدّ ثغرةً بحثيةً لا تواكب النهضة البحثية العالمية في هذا المجال الذي تزداد يوما بعد يوم. فعلى المستوى الخليجي قدم منسي، وكاظم (2006) مقياس لجودة الحياة لطلاب الجامعة، كما قدم عبد الخالق (2008) الصيغة العربية لمقياس نوعية الحياة لدى طلاب المرحلتين الجامعية والثانوية بدولة الكويت، وقدم سليمان (2010) مقياس جودة الحياة لدى طلاب جامعة تبوك. ويلاحظ أن هذه المقاييس في معظمها تركز على قياس جودة الحياة لدى طلاب الجامعة أو المرحلة الثانوية، في حين أن الدراسات على المستوى العربي قد خلا من الدراسات التي تهتم بقياس بجودة الحياة لدى الأطفال، وهذا ما دفع الباحث إلى إثراء الميدان بدراسة عربية خليجية تعنى بهذا الموضوع.

أسئلة الدراسة:

في ضوء ما تقدّم، يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية:

(أ) ما البنية العاملية لمقياس نوعية الحياة المطوّر في الدراسة الحالية؟
(ب) ما الخصائص السيكومترية لمقياس نوعية الحياة المطوّر في الدراسة الحالية؟
(ج) هل توجد فروق جوهرية في أبعاد نوعية الحياة بين الجنسين (ذكور، إناث) على المقياس؟

أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة لتحقيق الأهداف الآتية:

1 - تحديد البنية العاملية لمقياس نوعيّة حياة الأطفال المطوّر في الدراسة الحالية.

2 - تعرّف الخصائص السيكومترية لمقياس نوعيّة حياة الأطفال المطوّر في الدراسة الراهنة.

3 - تحديد الفروق بين الجنسين في أبعاد نوعية الحياة على المقياس المطوّر في الدراسة.

أهمية الدراسة: تتحدد أهمية الدراسة في الجوانب الآتية:

1 - تتصدّى الدراسة لمفهوم « نوعية الحياة »، وهو مفهوم جديد نسبياً في علم النفس، وما يستتبع ذلك من ضرورة توفير أداة صادقة وثابتة لقياس هذا المفهوم لدى الأطفال.

2 - هذه الدراسة محاولة لتوفير أداة قياس تتوافر فيها الشروط السيكومترية الملائمة للبيئة العربية.

3 - تعتبر هذه الدراسة، في حدود علم الباحث واطلاعاته، الدراسة الأولى التي يتم فيها تطوير أداة لقياس نوعية الحياة لدى الأطفال في البيئة العربية، والتحقّق من خصائصها السيكومترية.

محدِّدات الدراسة:

1 - **الحدود البشرية:** تقتصر النتائج في الدراسة على الأطفال من سن (13-15عاماً)، في مدارس وزارة التربية والتعليم بالبحرين، في الفصل الدراسي الثاني لعام 2014/ 2015.

2 - **الحدود الموضوعيّة**: يتحدد صدق وثبات نتائج الدراسة، وإمكانية تعميمها على المجتمع الأصلي، بدرجة صدق الأدوات المستخدمة فيها، ومدى استخدامها الدقيق في البيئة البحرينية.

مصطلحات الدراسة:

نوعية الحياة: محصلة الإدراك الذاتي والموضوعي لمدى توفّر، ومدى أهمية، ومدى الرضا عن حُسن المرام المتعدِّد؛ مثل: حُسن المرام المادي، والصحة، والإنتاجية، والمودة، والأمان، وحُسن المرام المجتمعي، وحُسن المرام الانفعالي.

مقياس نوعية الحياة: ويُقصد به في هذه الدراسة الصورة البحرينية لمقياس روبرت كامنز لنوعيّة حياة الأطفال (Cummins, 1997).

المرحلة الإعدادية: مرحلة لإعداد الطالب ضمن سلّم نظام التعليم المعتمد في مملكة البحرين، حيث يلتحق الأطفال بهذه المرحلة في سن (13-15) عاماً.

الإطار النظري:

يتخذ مفهوم نوعية الحياة طابعاً شديد التركيب والتعقيد، ولذلك فلا غرو من عدم وجود اتفاق بين المختصين حول التعريف، أو حتى حول شكلٍ معياريٍ لقياسه، ولكن ليس بسبب غياب التصورات النظرية الخاصة بالمفهوم، حيث رصد كامنز (Cummins, 1997: 6) أكثر من مائة أداة قياسية لجودة الحياة، لكلٍ منها خليط متميزٍ من المتغيرات المتداخلة.

وتشير بعض الدراسات (Weise, 1996) إلى نوعية الحياة بمصطلحات مثل: السعادة، والرضا عن الحياة، والحياة الطيبة، وتنطبق هذه المصطلحات على الحالات السويّة في درجاتها المرتفعة، في حين أن مصطلحات مثل: القدرة الوظيفية، ونتيجة العلاج، يرتبط استخدامها عادةً بحالاتٍ مرضية، وجسمية، أو نفسية، ولكن الاتفاق حول ذلك ليس قاطعاً (عن: عبد الخالق، 2010). ومن ناحيةٍ أخرى، يقرّ بيترٍ وزملاؤه (Peter, Meriel, & Jenney, 2002) بأن مفهوم نوعية الحياة مفهوم يصعب تعريفه بدقة تجعله قابلاً للقياس والملاحظة، خاصة لدى الأطفال والمراهقين، ومن ثَمَّ فان هذه الصعوبة تنسحب أيضاً على بناء أدوات لقياس نوعية الحياة لديهم.

وفيما يخص البحوث العربية، فمن الملاحظ أن بعض الباحثين يستخدمون مصطلح «نوعية الحياة» في حين يستخدم باحثون آخرون مصطلح «جودة الحياة»، ويرى عبد الخالق (2010) أن كلمة «نوعيّة» أدق في إشارتها إلى مستوى الحياة بوجهٍ عام، من دون أن تحمل معنى قيمياً، مثل كلمة «جودة» التي تعني كلمة «نوعيّة» من المستوى المرتفع والمنخفض»، في حين أن مصطلح الجودة يشير فقط إلى الجانب الإيجابي المرتفع، ومن ثم فمن المفضّل استخدام مصطلح «نوعيّة الحياة» (ص: 233).

ونظراً لصعوبة تعريف مصطلح «نوعية الحياة»، وعدم الاتفاق على تعريفٍ موحّد، فقد اهتم بعض الباحثين بتعريفه إجرائياً، اعتماداً على المقياس المستخدم، فعلى سبيل المثال، صمّم إيفانز وكوب (Evans & Cope, 1989) استخباراً لتقدير نوعية الحياة، يشتمل على خمسة أبعاد، وهي: (1) الهناء العام؛ ويشمل الهناء المادي، والجسمي، والنمو الشخصي، (2) العلاقات بين الأشخاص، ويضم علاقات الزواج، وعلاقات الوالد بالطفل، والعلاقات مع الأسرة الممتدّة، والعلاقات خارج نطاق الزواج، (3) النشاط التنظيمي :السلوك الإيثاري الذي يهتم بالآخرين، والسلوك السياسي، (4) النشاط المهني: خصائص المهنة، والعلاقات داخل المهنة، والرضا المهني، (5) النشاط الترويحي، وشغل وقت الفراغ؛ ويشمل النشاط الرياضي، وسلوك الإجازات. بالإضافة إلى أن هناك ما يُسمى بالمؤشرات الموضوعية والذاتية لنوعية الحياة (المرجع السابق).

ويتنوع مفهوم نوعية الحياة من حيث المداخل التفسيرية له، فهناك مفهوم نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي حيث يُنظر إلى نوعية الحياة على أنها ذلك البناء الكلّي الشامل الذي يتكون من مجموعة من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشراتٍ موضوعية تقيس القيم المتدفقة، وبمؤشرات ذاتية تقيس قدر الإشباع الذي تحقّق. أما من المنظور النفسي، فقد كان لعلم النفس السبق في فهم وتحديد المتغيرات المؤثرة في نوعية حياة الفرد، ويرجع ذلك بالدرجة الأولى لكون نوعية الحياة في النهاية تعبيراً عن الإدراك الذاتي لهذا

المفهوم. فالحياة بالنسبة للفرد هو ما يدركُهُ منها، وتقويم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته يمثل في أحد مستوياته انعكاساً مباشراً لإدراكه لمدى أهمية كل متغيرٍ في وقتٍ محددٍ، وفي ظل ظروفٍ معينةٍ. ومن المنظور الطبي، فقد أصبح هذا المفهوم موضوعاً مهماً في مجال الصحةً، حيث الاهتمام بتعزيز ودفع نوعية الحياة لتصبح هدفاً واقعياً في التعامل مع المرضى، وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي لهم (الغندور، 1999).

ومن الملاحظ أن هناك العديد من الأبعاد التي يمكن أن تندرج ضمن مفهوم نوعية الحياة لدى الأطفال، حيث يشير رينيك وزملاؤه (Wrennick, Schneider, Monga, 2005) إلى نوعيّة الحياة المُدركة، والتي تحوي متغيرات مثل: التوظيف الاجتماعي؛ والتوظيف الصحي؛ وإدراك الأدوار المختلفة. ولقد سبقهم ريتشاردز وسيجلر (Richards & Siegler, 1986) اللذان ركّزا على مدى تأثر نوعية الحياة بمدي فهم الأطفال لمفهوم الحياة، ومدي الاستدلال الخاص بالموضوعات غير المألوفة لديهم، هذا فيما ينبِّه وي وليونج (Wei & Leung, 1998) إلى متغيراتٍ مهمةٍ بنوعية حياة الأطفال، مثل التعلم، واللهو، واللعب، لدرجة تأثر نوعية الحياة بمدي تقدم تقنية الوسائطً الإعلامية في امتلاكها واستخدامها، ومدى تحقيق المتعة الشخصية من خلالها، وهذا يدخل ضمن نظام نوعية الحياة المدركة ذاتياً. وينوِّه دراكر وآخرون (Drukker, Kaplan, Feron, & Van, 2003) بأهمية متغيِّرات أخرى، كمدى الشعور بالضبط الاجتماعي، وعلاقات الجيرة، والمكانة الاقتصادية والاجتماعية، والتي يمكن أن تؤثر في جانبٍ آخر لنوعية حياة الطفل، وهو الجانب الصحي.

وليس بمستغربٍ أن تؤثر تلك المتغيرات الصحيّة والمادية على نوعيّة الحياة، حيث يسوق راهتي وسيرجي (Rahty & Sirgy, 2000) دليلاً على ذلك، حين يشيران إلى أن الرضا عن برامج الرعاية الصحية يؤثر على مدى الرضا عن المجتمع، ومن ثم فإن لذلك تأثيراً على نوعية الحياة المُدركة لدى الأطفال، ناهيك عن ارتباط أسلوب الحياة بنوعيّتها، وهذا ما أكّدته دراسات عدة، مثل دراسة تشن وآخرين (Chen, et al., 2005) لدى عينةٍ قوامها (7887) طفلاً في اليابان بمدى عمريٍ تراوح بين 12-13 عاماً، حيث لُوحظ ارتباط جوهري موجب بين المتغيريّن.

وثمة دليل آخر على تأثر مناحي نوعية الحياة عموماً بنوعية الحياة الصحية للأطفال يسوقه راجمل وآخرون (Rajmil, Alonso, Berra, & Ravens-Sieberer, 2006)، والتي خلصت إلى أن نوعية الحياة ضعيفة المستوى لدى الأطفال ترتبط بضعف حسن المرام الصحي والجسمي والمادي، مثلما ترتبط بتدنّي مستوى البيئة المدرسية. وثمة دليل ثالث في تايلاند على أهميّة متغيرات البيئة المدرسية، حيث انتهت دراسة جيروجانكول وآخرون (Jirojanakul, Skevington, & Hudson, 2003) إلى أن نوعية حياة الأطفال في سن المدرسة تتأثر بدخل الأب، ومستوى تعليمه، ونوع المدرسة، وحتى نوعية المواصلات المستخدمة للمدرسة ذهاباً وإياباً، والوقت الإضافي المستغرق في الدراسات الإضافية، وطبيعة ثقافة البيئة (ريف/ حضر)، علاوةً على توقّعات الأطفال الاجتماعية والبيئية كمتغيرٍ في الدراسة.

الدراسات السابقة:

المحور الأول: دراسات تتعلق بتقنين مقاييس نوعية حياة الأطفال:

ومنها دراسة روداري وآخرين (Rodary, Pezet-Langevin, & Kalifa, 2001)، والتي عنيت بتقنين استبانة صحّة الأطفال (Che-cf87)، بوصفها أحد مجالات نوعية الحياة، ودراسة باتيا وزملائه (Bhatia, et al., 2004)، والتي اضطلعت بتقنين مقياس نوعية الحياة لمينيبولس ما نشتر/ صورة الشباب (MMQL-yf)، حيث تم تقنين الأداة على عينةٍ قوامها (643) طفلاً بمدى عمري تراوح ما بين (8-12) عاماً، ودراسة راجمل وآخرين (Rajmil, Herdman, & Sanmamed, 2004)، والتي استعرضت تحليلياً دراسات استبانة الصحة المتعلقة بنوعيّة حياة الأطفال والمراهقين (HRQOL)، ودراسة فيكيس وآخرين (Fekkes, et al., 2000)، والهادفة إلى تقنين استبانة تابكول (TAPQOL) لجودة حياة أطفال ما قبل المدرسة ذات الـ (43) مفردةٍ على عينةٍ قوامها (483) أسرةٍ لأطفالٍ تراوحت أعمارهم ما بين (1-5) أعوام، ولها صورة أخرى سابقةً عنها استخدمها فيريبز وآخرون (Verrips, Vogles, Koopmaam, & Nicolet, 1999) تحتوي على (56) مفردة، وتم ترجمتها إلي عدة لغاتٍ، منها النسخة الصينية التي قام

بتقنينها لي وزملاؤه (Lee, Chien, YLKO, Chou, & Tai, 2005) علي عينة قوامها (288) طفلاً، ودراسة فارني وآخرين (Varni, Seid, & Rode, 1999) لتقنين قائمة نوعيّة حياة الأطفال (PEDSQl)، والمكوّنة من (23) مفردة، على عينة قوامها (291) طفلاً، وهناك تقنين آخر لها قام به ماه وزملاؤه (Mah, Fung, Tough, & Verhoef, 2006) علي عينة قوامها (104) طفلاً ومراهقاً، إلى غير ذلك من الأدوات، والدراسات التي عنيت بتقنينها، بقصد إثراء المعلومات، وتوفير البيانات الكمية والكيفية الخاصة بمقاييس نوعية حياة الأطفال، ومن هذه الدراسات يتجلّى نشاط بحثي في تقنين مثل هذه الأدوات على الصعيد العالمي، يمثل حاضنة لمسار الدراسة.

المحور الثاني: دراسات تتصل بالفروق بين الجنسين في نوعية حياة الأطفال:

هناك الدراسات التي خلصت إلى أن الذكور أكثر شعوراً وإدراكاً لنوعية الحياة مقارنة بالإناث، ومنها دراسة وارسكبرجر وآخرين (Warschburger, et al., 2004)، والتي أُجريت علي عينة قوامها (226) طفلاً ومراهقاً بمدى عمري يتراوح ما بين (8-16) عاماً، ودراسة ستوبر (Stauber, 2005)، والتي تم تطبيقها علي عينة قوامها (78) طفلاً بمدى عمري تراوح بين (8-13) عاماً، ودراسة بيترسن وآخرين (Petersen, Schmidt, & Bullinger, 2006)، والتي أُجريت على عينة قوامها (295) طفلاً بمدى عمري تراوح بين (8-16) عاماً، ودراسة ارينجتون - ساندرز وآخرين (Arrington-Sanders, Yi, Tsevat, Wilmott, & Britto, 2006)، والتي أُجريت علي عيناتٍ مختلفةٍ من الأطفال والمراهقين تراوحت أعمارهم من (10-18) عاماً.

ومن ناحية أخرى، تتوافر الدراسات التي انتهت إلى أن الإناث أكثر شعوراً وإدراكاً لنوعيّة الحياة مقارنة بالذكور، ومنها دراسة جيروجاناكل وزملائه (Jirojanakul, Skevington, & Hudson, 2003)، والتي أُجريت على عينة قوامها (498) طفلاً بمدى عمري يتراوح بين (5-8) أعوام، ودراسة سلفاديوراي وآخرين (Selvadurai, Blimkie, & Cooper, 2004)، والتي أُجريت على عينة قوامها (148) طفلاً بواقع (73) ذكراً و(75) أنثى.

ثم جاءت دراسات أخرى تؤكّد عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين في جودة حياة الأطفال، ومن أمثلتها دراسة ماريا‌ج وكامنز (Marriage & Cummins, 2004)، والتي تمت على عينة قوامها (66) طفلاً بمدى عمري من (5-12) عاماً، ودراسة سوري (Soori, 2004) ، والتي أُجريت على عينة قوامها (3800) طفل إيرانيً بمدى عمري تراوح بين (6-12) عاماً، ودراسة باستيانسن وآخرين (Bastiaansen, Koot, & Ferdinand, 2005)، والتي طبقت علي عينة قوامها (126) طفلاً تراوحت أعمارهم بين (7-19) عاماً، ودراسة نج وزملائه (Ng, Lim, Jin, & Shinfuky, 2005)، والتي أُجريت على عينة قوامها (1363) طفلاً تراوحت أعمارهم من (10-15) عاماً.

ويتضح من الدراسات السابقة أن أدوات التقنين قد شاعت بصورة أوسع خارج نطاق العالم العربي، وهذا أمر يؤكّد أهمية إجراء دراسة لمقاييس نوعية الحياة لدى الأطفال في البحرين، كما أن مسألة الفروق بين الجنسين، ومدى واتجاه جوهريتهما، لم تُحسم بعد، لكن هذه الدراسة تنحو باتجاه الافتراض الذي يشير إلى أن الذكور أكثر إدراكا وشعوراً بنوعية الحياة مقارنة بالإناث.

عينة الدراسة:

بلغ إجمالي العينة (500) طفل بمدارس مملكة البحرين، ولقد اختير أفراد العينة عشوائياً من عدّة مدارس إعدادية مناصفةً بين الجنسين، وتراوحت أعمار الأطفال بين (13-15) عاماً.

أدوات الدراسة:

مقياس كيومنز لنوعية حياة الأطفال (COM.QOLS-sv-5 ed.)، وهو من إعداد روبرت كيومنز (Cummins, 1997)، ويصلُح لأطفال المدارس. ويذكر كامنز في تقديمه لهذا المقياس أنه من الملاحظ وجود كثير من الأدوات والمقاييس التي تم تطويرها لتناسب مجموعات منتقاة من الناس، خاصةً فيما يتعلق بإجراءات ملاحظة الظروف الصحية، والحالات الطبية، لذلك أتتْ مثل هذه المقاييس غير مناسبة لعامة الناس، فضلاً عن أن المقاييس الأكثر عموميةً منها لا تصلُح أيضاً مع كل قطاعات المجتمع، ولأن بعضها

أيضاً اهتم بجماعات فرعية من الأفراد، مثل فئات ذوي الخلل المعرفي، والأطفال، ممّا يصعب ويعيق عملية التعميم المعياري على عامة الناس.

لذا جاء هذا المقياس الحالي ليحلّ تلك المشكلة، حيث إنه يناسب أيّ جماعةٍ فرعيةٍ من الناس، متخذاً ثلاث صور، وهى:

1 - الصورة الأولى: (Com.Q.O.L (A) - للراشدين.

2 - الصورة الثانية: (Com.Q.O.L (I) - لذوى الاحتياجات الخاصة والإعاقات المعرفية.

3 - الصورة الثالثة: (Com.Q.O.L (S) - للأطفال من (11-18) عاماً.

ويتبع المقياس تعريفاً لنوعية الحياة ذي طبيعةٍ موضوعيةٍ وذاتيةٍ في آن واحد، لكل منها سبعة أبعاد، هي:

(1) حسن المرام المادي (2) الصحة (3) الإنتاجية (4) المودّة (5) الأمان (6) حُسن المرام الاجتماعي (7) حُسن المرام الانفعالي.

وتتعلق الأبعاد الموضوعية بالقياسات الثقافية لحُسن المرام الموضوعي، في حين تتعلق الأبعاد الذاتية بمدى الرضا والإشباع لأهمية تلك الأبعاد للفرد.

مزايا محتويات المقياس:

1 - يمتاز المقياس الحالي بأنه متعدِّد الأبعاد، حيث يوجد اتفاق في هذا المجال على أن المقاييس الأكثر نفعاً وفائدة هي التي توحِّد بين المكوِّنات المنفصلة للظاهرة المقاسة، حتى وإن كانت طبيعة الظاهرة دقيقةً أو متداخلةً.

2 - أن المقياس الحالي متعدد المحاور، ولذلك فلهُ صورتان منفصلتان؛ تعنى الأولى بالمكوِّنات الموضوعية، والثانية بالمكوِّنات الذاتية، وهذا ثابت في أدبيات هذا المجال، على الرغم من الارتباط الضعيف بينهما، مثل الارتباط الضعيف بين الصحة الجسمية، والصحة المدركة.

ويعدُ المقياس متعدد المحاور أيضاً بالنسبة للقياسات الذاتية، حيث يُقدّر كل مجال أو بُعد على حده وفقاً لمدى أهميته لدى الفرد، ومدى رضاه عنه، وثمة ارتباط جوهري إيجابي بين الأهمية والرضا، مع إمكان تقدير مستوى الأهمية بوصفها عامل وزن ذاتي لكل مجال وذلك بحاصل ضرب الأهمية × الرضا، علماً بأن أول طبعة للمقياس ظهرت عام (1991)، ثم توالت الطبعات التي روعي فيها الإضافة والحذف والتعديل للأفضل.

3 - أن المقياس يمكن استخدامه مع أية فئةٍ أو شريحةٍ أو مجموعةٍ أو عينةٍ من الأطفال، وهذه الميزة تنطبق على نسخة الراشدين أيضاً.

4 - أن المقياس يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة (Cummins, 1997: 6 - 8).

صدق وثبات المقياس:

1 - **الصدق:** من خلال (16) دراسة للمقياس قام بها كيومنز بمفرده، ومع آخرين، تبيّن تمتع المقياس بصدق محتوى مرتفع، وكذلك صدق البناء، حيث بلغت معاملات الارتباط مع مقياس رينولدز وريكموند المعدل لقلق الأطفال الصريح (1985) (RCMAS)، وقائمة مسح مخاوف الأطفال، إعداد جولدن وكنج (1992)، مدىً تراوح من (- 0.13 إلى 0.47)، وكذلك الحال مع مقياس ريكر (1992) المعدّل لبروفيل تجاه الحياة، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط ما بين (- 01. إلى 0.61)، وكلها معاملات تشير إلى صدق المقياس.

2 - **الثبات:** حيث تراوحت معاملات ثبات ألفا من (0.30 - 0.70)، وكذلك تراوحت معاملات ثبات الاستقرار

بإعادة الاختبار ما بين (0.40 - 0.88)، ويلاحظ انخفاض معاملات الثبات لدى بعض أبعاد المقياس، وذلك لدى عينات كثيرة تراوحت بين (52 - 70) مفحوصاً.

نتائج الدراسة:

أولاً - عرض نتائج السؤال الأول:

ينصّ السؤال الأول على ما يأتي: «هل تشتمل البنية العاملية للمقياس المطوّر في الدراسة الحالية على عاملٍ عام يتعلق بنوعية الحياة الموضوعية، وعاملٍ آخر لنوعية الحياة الذاتية؟».

وللإجابة عن هذا السؤال، استخدم الباحث أسلوب التحليل العاملي (طريقة المكوِّنات الأساسية لهوتلنج) وتدوير المحاور المتعامد بطريقة الفاريماكس لكايزر، حيث أسفرت النتائج عن ثلاثة عوامل أساسية يوضحها الجدول رقم (1):

جدول (1) أبعاد (عوامل) مقياس نوعية الحياة وقيم التشبّعات على كل عاملٍ منها (ن=500)

العامل الأول		العامل الثاني		العامل الثالث	
الأبعاد	التشبعات	الأبعاد	التشبعات	الأبعاد	التشبعات
الإنتاجية (الذاتية)	.750	المودة (الموضوعية)	.689	الصحة (الذاتية)	.748
حسن المرام الاجتماعي (الذاتي)	.739	الأمان (الموضوعي)	.681	الأمان(الذاتي)	.550
حسن المرام الانفعالي (الذاتي)	.718	حسن المرام المادي (الموضوعي)	.460	حسن المرام الانفعالي (الموضوعي)	.547
المـودة (الذاتية)	.687	حسن المرام الانفعالي (الموضوعي)	.344	الجـذر الكـامن	1.30
حسن المرام المادي (الذاتي)	.516	الجـذر الكـامن	1.33	نسبة التبـاين	%9.33
الأمـــان (الذاتي)	.486	نسبة التبـاين	%9.55		
الجـذر الكـامن	2.69				
نسبة التبـاين	%19.23				

فقد أسفر التحليل أولاً عن استخراج خمسة عوامل، تم حذف اثنين منها، وهما العاملان الرابع والخامس لعدم جوهريتهما، حيث لم يحتو أيّ منهما على ثلاثة تشبعات جوهرية كحد أدنى، ومن ثَم تم استبعادهما، والإبقاء فقط على العوامل الثلاثة المتبقية وفقاً لمحك جوهرية العامل على احتوائه ثلاثة تشبعات جوهرية، وعلى محك جوهرية التشبعات العاملية (≥ 30.) وبلغت نسبة التباين العاملي المُستقطب من خلال العوامل الثلاثة المذكورة (38.13 %)، ويتضح من الجدول رقم (1) أن البُنية العاملية للمقياس تحتوى على العوامل الآتية:

1 - العامل الأول: نوعية الحياة الذاتية.

2 - العامل الثاني: نوعية الحياة الموضوعية.

3 - العامل الثالث: حُسن المرام الانفعالي الموضوعي والجودة الذاتية للصحة والأمان.

ثانياً - عرض نتائج السؤال الثاني:

ينصّ السؤال الثاني على ما يأتي: «هل يتصف المقياس المطوّر في الدراسة الحالية بخصائصٍ سيكومتريةٍ جيدةٍ؟».

وللإجابة عن هذا السؤال، تم حساب صدق المقياس عن طريق تطبيق المقياس المطوّر على عينة

استطلاعية قوامها (50) طفلاً، اختيرت عشوائياً من العينة الأساسية البالغ قوامها (500) طفل، وبالمدى العمري ذاته، والجدول رقم (2) يوضح معاملات صدق الاتساق الداخلي:

جدول (2) معاملات صدق الاتساق الداخلي للمقياس المطوّر (ن = 50)

معاملات صدق الاتساق الداخلي / أبعاد نوعية الحياة	جودة الحياة الموضوعية		جودة الحياة الذاتية	
	ر	الدلالة	ر	الدلالة
حسن المرام المادي	.270	.05	.644	.001
الصحة	.345	.01	.339	. 01
الإنتاجية	.088	----	.793	.001
المودة	.375	. 01	.702	.001
الأمان	.443	.001	.630	.001
حُسن المرام المجتمعي	.794	.001	.671	.001
حُسن المرام الانفعالي	.246	---	.712	.001

ويتضح من الجدول رقم (2) أن جميع أبعاد المقياس بشقيّه الموضوعي والذاتي صادقة جوهرياً، فيما عدا نوعية الحياة الموضوعية في بعديّها (الإنتاجية، وحُسن المرام الانفعالي)، حيث لم يصلا لمستوى الدلالة الإحصائية، أي أن هذا الشق صادق بنسبة (71.42%)، أما الشق الذاتي فهو صادق بنسبة (100%). أما بالنسبة لمعاملات ثبات المقياس، فقد تم حسابها بطريقة إعادة الاختبار بفاصلٍ زمني قدره أسبوع. ويبيّن الجدول رقم (3) معاملات ثبات الاستقرار للمقياس:

جدول (3) معاملات ثبات الاستقرار بإعادة الاختبار لمقياس نوعية الحياة (ن = 50)

معاملات ثبات الاستقرار / أبعاد نوعية الحياة	جودة الحياة الموضوعية		جودة الحياة الذاتية	
	ر	الدلالة	ر	الدلالة
حُسن المرام المادي	0.793	0.001	0.702	.001
الصحـــــة	0.791	0.01	0.624	.01
الإنتاجيـــــة	0.683	0.01	0.982	.001
المـــــودة	0.968	. 01	0.947	.001
الأمـــــان	0.949	0.001	0.926	.001
حُسن المرام المجتمعي	0.982	0.001	0.798	.001
حُسن المرام الانفعالي	0.961	0.01	0.869	.001
جمـــــلة	0.968	0.01	0.923	.001
الدرجة الكلية للمقيـــاس	س = 0.953		الدلالة = (.001)	

ويتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الثبات جوهرية، ممّا يثبت صحة الفرض الأول تماماً (فضلاً عن المعايير التي تم حسابها على العينة الكلية البالغ قوامها (500) طفل.

ثالثاً - عرض نتائج السؤال الثالث:

ينصّ السؤال الثالث على ما يأتي: «هل توجد فروق جوهرية في أبعاد نوعية الحياة بين الجنسين (ذكور، إناث) على المقياس؟».

وللإجابة عن هذا السؤال، تم إجراء تحليل التباين لأبعاد مقياس نوعية الحياة للأطفال، وتدوين النتائج في الجدول رقم (4)، ومن ثم إجراء اختبار (ت) للفروق بين الجنسيّن في أبعاد نوعية الحياة، وتبويب النتائج في الجدول رقم (5):

جدول (4) تحليل التباين لأبعاد مقياس جودة حياة الأطفال (ن=500)

المتغيرات	التباين	مصدر التباين	مجموع المربعات	د ح	متوسط المربعات	"ف"	الدلالة
أبعاد نوعية الحياة الموضوعية	حسن المرام المادي	بين المجموعات	.098	1	0.098	0.054	-
		داخل المجموعات	899.924	498	1.807		
		جملة	900.022	499			
	الصحة	بين المجموعات	1292.832	1	1292.832	66.728	0.001
		داخل المجموعات	964.616	498	19.375		
		جملة	10941.448	499			
	الإنتاجية	بين المجموعات	0.008	1	0.008	0.001	-
		داخل المجموعات	2997.792	498	6.020		
		جملة	2997.792	499			
	المودة	بين المجموعات	1.922	1	1.922	0.308	-
		داخل المجموعات	3102.628	498	6.230		
		جملة	3104.550	499			
	الأمان	بين المجموعات	2.888	1	2.888	0.511	-
		داخل المجموعات	2815.912	498	5.654		
		جملة	2818.800	499			
	حسن المرام الاجتماعي	بين المجموعات	1280.000	1	1280.800	9.700	0.002
		داخل المجموعات	65713.200	498	131.954		
		جملة	66993.200	499			
	حسن المرام الانفعالي	بين المجموعات	17.298	1	17.298	2.640	-
		داخل المجموعات	6263.252	498	6.553		
		جملة	6280.550	499			
	جملة	بين المجموعات	19.602	1	19.602	0.109	-
		داخل المجموعات	89408.420	498	179.535		
		جملة	89428.022	499			
أبعاد نوعية الحياة الذاتية	حسن المرام المادي	بين المجموعات	61.250	1	61.250	25.706	0.001
		داخل المجموعات	1186.612	498	2.383		
		جملة	1247.862	499			
	الصحة	بين المجموعات	1.800	1	1.800	0.945	-
		داخل المجموعات	948.768	498	1.905		
		جملة	950.568	499			
	الإنتاجية	بين المجموعات	8.712	1	8.712	3.384	-
		داخل المجموعات	1282.136	498	2.575		
		جملة	1290.848	499			
	المودة	بين المجموعات	2.048	1	2.048	0.625	-
		داخل المجموعات	1633.144	498	3.275		
		جملة	1633.192	499			
	الأمان	بين المجموعات	6.962	1	6.962	3.463	-
		داخل المجموعات	1001.156	498	2.010		
		جملة	1008.118	499			
	حسن المرام الاجتماعي	بين المجموعات	3.042	1	3.042	0.877	-
		داخل المجموعات	1727.476	498	3.469		
		جملة	1730.518	499			
	حسن المرام الانفعالي	بين المجموعات	1.682	1	1.682	0.438	-
		داخل المجموعات	1910.996	498	3.837		
		جملة	1912.678	499			
	جملة	بين المجموعات	172.872	1	172.872	3.086	-
		داخل المجموعات	27893.880	498	560.120		
		جملة	28066.752	499			
جملة نوعية الحياة		بين المجموعات	76.05	1	76.050	0.299	-
		داخل المجموعات	126774.50	498	254.567		
		جملة	126850.55	499			

جدول (5) نتائج اختبار (ت) للفروق بين الجنسين في أبعاد جودة الحياة (ن=500)

المتغيرات	(ت)	ذكور (ن=250)		إناث (ن=250)		(ت)	الدلالة
		م	ع	م	ع		
أبعاد نوعية الحياة الموضوعية	حسن المرام المادي	7.88	1.33	7.85	1.35	.23	–
	الصحة	17.95	3.94	14.74	4.81	8.17	* .001
	الإنتاجية	10.82	2.57	10.81	2.32	0.36	–
	المودة	11.13	2.74	11.00	2.22	0.56	–
	الأمان	11.24	2.45	11.39	2.29	0.72	–
	حسن المرام الاجتماعي	15.24	11.72	18.44	11.24	3.12	**.002
	حسن المرام الانفعالي	9.55	2.34	9.18	2.75	1.63	–
	جملة	83.83	13.97	83.43	12.79	0.33	–
أبعاد نوعية الحياة الذاتية	حسن المرام المادي	9.97	1.75	10.67	1.30	5.07	**.001
	الصحة	10.63	1.29	10.75	1.45	0.97	–
	الإنتاجية	9.82	1.69	10.08	1.50	1.84	–
	المودة	10.14	1.93	10.26	1.68	0.79	–
	الأمان	10.42	1.55	10.66	1.26	1.86	–
	حسن المرام الاجتماعي	9.23	1.80	9.08	1.92	0.94	–
	حسن المرام الانفعالي	10.32	1.75	10.20	2.14	0.66	–
	جملة	70.54	7.99	71.72	6.93	1.76	–
جملة نوعية الحياة		154.38	16.70	155.16	15.16	.55	–

* القيمة دالة لصالح الذكور. ** القيمة دالة لصالح الإناث.

ومن الجدوليّن السابقيّن، يمكن ملاحظة تطابق نتائج اختباري (ف، ت) حيث إن الفروق جوهرية فقط في ثلاثة أبعاد، اثنان منها يتعلقان بنوعية الحياة الموضوعية وهي: (الصحة، وحُسن المرام الاجتماعي)، والبعد الثالث يتعلق بنوعية الحياة الذاتية، وهو: (حُسن المرام المادي).

مناقشة نتائج الدراسة:

يتضح من نتائج البحث الحالي أن الصورة البحرينية لمقياس جودة الحياة للأطفال تتمتع ببنية عاملية جيدة، حيث إن المقياس يقيس العوامل الآتية:

1 - العامل الأول: نوعية الحياة الذاتية.

2 - العامل الثاني: نوعية الحياة الموضوعية.

3 - العامل الثالث: حُسن المرام الانفعالي الموضوعي والجودة الذاتية للصحة والأمان.

كما أن المقياس المطّور يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة، وذلك من خلال ارتفاع قيم الصدق والثبات للمقياس. وإذا لوحظ انخفاض بعدين من الأبعاد السبعة في صدق الاتساق الداخلي فهذا أمر له مبرره، فالنسخة الأمريكية ذاتها اعتراها بعض الانخفاض في الصدق والثبات، وهذا أمر وارد على حد قول الباحث لي وآخرين (Lee, Chien, YLKO, Chou, & Tai, 2005) الذين أقروا بأن صدق مقاييس جودة حياة الأطفال وثباتها يعدّ ضعيفاً نسبياً إذا ما قورن بمقاييس أخرى.

أما بالنسبة للفروق بين الجنسيّن على أبعاد المقياس المطوّر فإن اتجاهات دلالة الفروق لصالح الذكور في بُعد الصحة مما يتسق تماماً مع الفرض الثاني، أما اتجاهات الفروق في بُعديّ حسن المرام الاجتماعي، وحسن المرام المادي فقد كانتا لصالح الإناث مما يتعارض مع الفرض. أي أن الفرض الثاني قد ثبتت صحته بنسبة (6.25%)، حيث توافرت دلالة واحدة لصالح الذكور من جملة (16) متغيراً.

وعلى الرغم من ضآلة نسبة تحقق مصداقية الفرض الثاني، فإن كل نتيجة لها ما يدعمها من تراث الدراسات السابقة، إلا أن البحث أبرز ثلاث نتائج مهمة، وهي:

أ - وجود فروق جوهرية لصالح الذكور.

ب- وجود فروق جوهرية لصالح الإناث.

ج - عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين.

والنتيجة الأولى تدعم نتائج دراسات عدة مثل: دراسة وارسكبرجر وآخرين (Warschburger, et al., 2004)، ودراسة ستوبر (Stauber, 2005)، ودراسة بيترسن وآخرين (Petersen, Schmidt, & Bullinger, 2006)، ودراسة اراينجتون - ساندرز وآخرين (Arrington-Sanders, Yi, Tsevat, Wilmott, & Britto, 2006)، وغيرها من الدراسات، ولعل السبب في ذلك يعود إلى طبيعة التنشئة الاجتماعية للذكر، حتى وإن كان طفلاً، في المجتمع البحريني.

أما النتيجة الثانية فتؤيدها أيضاً نتائج دراسات عديدة، مثل: دراسة جيروجاناكل وزملائه (Jirojanakul, Skevington, & Hudson, 2003)، ودراسة سلفاديوراي وآخرين (Selvadurai, Blimkie, & Cooper, 2004)، وغيرها. ولعل السبب في ذلك يرجع إلى ميل الأسرة العربية إلى تدليل الإناث أكثر، وهذا التدليل والتلطّف يزيد من إدراك الأنثى لجودة حياتها، فضلاً عن استهدافها المستمر لإعجاب الآخرين ومهاداة الآخرين لها ومؤانستها.

وفيما يتعلق بالنتيجة الثالثة، فتدعمها نتائج دراسات عديدة مثل: دراسة مارياج وكامنز (Marriage & Cummins, 2004)، ودراسة سوري (Soori, 2004)، ودراسة باستيانسن وآخرين (Bastiaansen, Koot, & Ferdinand, 2005)، ودراسة نج وزملائه (Ng, Lim, Jin, & Shinfuky, 2005)، وغيرها. ولعل السبب في ذلك يُعزى إلى طبيعة الخصائص العمرية لمرحلة الطفولة، وما يعتريها من قصور في الإدراك، وتغيرات متبادلة متفاعلة تعتري الذكور والإناث معاً، وبذلك تُمحى ما بينهما من فروق جوهرية، كي لا تتضح إلا في سنواتٍ مقبلةٍ من المراهقة أو الرشد، شأنها في ذلك شأن كثير من الظواهر النفسية.

التوصيات والبحوث المقترحة:

في ضوء نتائج الدراسة الحالية، يوصي الباحث باستخدام المقياس المطوّر في الدراسة الحالية لقياس نوعية الحياة لدى الأطفال في الدول العربية، ويقترح إجراء مزيدٍ من البحوث المتعلقة بأدوات أخرى لنوعية حياة الأطفال الأسوياء والمرضى والفئات الخاصة، وعقد مقارنات عبر ثقافية، والقيام بدراسات تدخليّة لتحسين نوعية حياة الأطفال في الدول العربية.

المراجع

المراجع العربية:

الأنصاري، بدر محمد (2006). *إستراتيجيات تحسين جودة الحياة من أجل الوقاية من الاضطرابات النفسية*. بحوث ندوة علم النفس وجودة الحياة. جامعة السلطان قابوس، 17-19 ديسمبر 2006.

الغندور، العارف بالله (1999). *أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة: دراسة نظرية*. المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي، 10-12 نوفمبر 1999.

درويش، زين العابدين (2003). *الشباب وتحدِّيات المستقبل: نظرة على الفاقد في مهارات الحياة*. بحث مقدم في المؤتمر الدولي الرابع للحاجات النفسية والاجتماعية والتربوية للشباب في دول مجلس التعاون الخليجي، مكتب الإنماء الاجتماعي، الديوان الأميري، دولة الكويت (12 - 15 ديسمبر 2003).

درويش، زين العابدين (2004). الفاقد لدي الشباب في اللياقة النفسية: قضية تربوية تتطلب المواجهة. *مجلة التربية*، وزارة التربية والتعليم، مملكة البحرين، أبريل 2004.

عبد الخالق، أحمد (2000). التفاؤل والتشاؤم: عرض لدراسات عربية. *مجلة علم النفس* (الهيئة المصرية العامة للكتاب - القاهرة)، 46، 6-27.

عبد الخالق، أحمد (2003). *حبّ الحياة: مكوّن فرعي جديد من مكونات السعادة*. بحوث المؤتمر الدولي الثاني لكلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، 6-8 ديسمبر 2003.

عبد الخالق، أحمد (2006). الصيغة العربية لمقياس نوعية الحياة. *دراسات نفسية، 18*(2)، 247-257.

عبد الخالق، أحمد (2008). الرضا عن الحياة في المجتمع الكويتي. *دراسات نفسية، 18*(1)، 121-135.

عبد الخالق، أحمد (2010). المؤشرات الذاتية لنوعية الحياة لدى عينةٍ من طلاب جامعة الكويت. *دراسات نفسية، 20*(2)،227-246.

عبد الخالق، أحمد وعيد، غادة، والنيال، مايسة (2010). حبّ الحياة لدى عينتين من طلاب الجامعة الكويتيين واللبنانيين: دراسة في علم النفس الإيجابي. *حوليّات الآداب والعلوم الاجتماعية، الحولية 31*، الرسالة 321.

عبد الخالق، أحمد (2011). نوعية الحياة لدى عينة من المراهقين الكويتيين. *دراسات نفسية، 21*(3)، 367-384.

عبد الوهاب، أماني عبد المقصود (2007). *أثر المساندة الوالدية على الشعور بالرضا عن الحياة لدى الأبناء المراهقين من الجنسين*. ورقة عمل مقدمة للمؤتمر السنوي الرابع عشر، الإرشاد النفسي من أجل التنمية في ظل الجودة الشاملة، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، 243 - 289.

سليمان، شاهر (2010). قياس جودة الحياة لدى عينة من طلاب جامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية وتأثير بعض المتغيرات عليها. *رسالة الخليج*، 117، 117-155.

منسي، محمود، وكاظم، علي مهدي (2006). مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة. *ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس*، مسقط: 17-19 ديسمبر.

المراجع الأجنبية:

Arrington-Sanders, R., Yi, M.S., Tsevat, J., Wilmott, R.W., & Britto, M.T. (2006). Gender difference in health- related quality of life of adolescents with cystic fibrosis. Health and Quality of Life Outcomes, 4-5.

Bastiaansen, D., Koot, H., & Ferdinand, R. (2005). Psychopathology in Children: Improvement of quality of life without psychiatric symptom reduction. European Child and Adolescent Psychiatry, 14(7), 364-370.

Bhatia, S., Jenney, M., Bogue, E., Feusner, J., Friedman, D., Robison, L., Kane, R., & Rockwood, T. (2004). The Minneapolis – Manchester quality of life instrument: Reliability & Validity of the youth from. *The Journal of Pediatrics, 145* **(1), 39-46.**

Chen, X., Sekine, M., Hamanishi, S., Wang, H., Gaina, A., Yamagami, T., & Kagamimori (2005). Lifestyles and health – related quality of life in Japanese School Children: A cross-sectional study. ***Preventive Medicine, 40*****(6), 668 – 678.**

Cummins, R. A. (1997). Comprehensive Quality of life scale-School version (Grades 7-12), Manual of Fifth Edition, Deakin University Press, 1-55.

Collins English Dictionary. (2013). Definition of "quality of life": http://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/quality-of-life.

Drukker, M., Kaplan, C., Feron, F., & Van, O. (2003). Children's health– related quality of life, neighborhood socio-economic deprivation and social capital: A contextual analysis. *Social Science & Medicine, 27*(5): 825-841.

Eiser, C. (2004). Use of quality of life measures in clinical trials. Ambulatory Pediatrics, 4 (4), 395-399.

Evans, D.R., & Cope, W.E. (1989). Manual of the quality of life questionair. North Tonawanda: Multi-Health System, INC,

Fekkes, M., Brugman, E., Veen, S., Verrips, E., Koopman, H., Vogels, T., & Vorloove, S. (2000). Development and Psychometric evaluation of the TAPQOL: A health-related quality of life instrument for 1- 5 year-old. *Quality of life Research, 9***(8), 960-972.**

Jirojanakul, P., Skevington, S.M., & Hudson J. (2003). Predicting young children's quality of life. *Social Science & Medicine, 57***(7), 1277- 1288.**

Lee, C., Chien, Y., YLKO, Y., Chou, H., & Tai, C. (2005). Development and Psychometric properties of the Chinese language version of the (TAPQOL): A health-related quality of life instrument for preschool children. *International Journal of Nursing Studies, 42***(4), 457-465.**

Mah, J., Fung, K., Tough, S., & Verhoef, M. (2006). Adolescent quality of life and satisfaction with care. *Journal of Adolescent Health, 38* **(5), 607.**

Marriage, K., & Cummins, R. (2004). Subjective quality of life and self- esteem in children: The role of primary and secondary control with everyday stress. *Social Indicator Research, 66* **(1-2), 107-122.**

Ng, T., Lim, L., Jin, A., & Shinfuky, N. (2005). Ethnic differences in quality of life in adolescents among Chinese, Malay and Indians in Singapore. Quality of Life Research: *An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 14***(7), 1755-1768.**

Peter, M., Meriel, E., & Jenney, M. (2002). Measuring quality of life. Current Paediatrics, 12 (6), 476-480.

Petersen, C., Schmidt, M., & Bullinger, M. (2006). Copying with chronic pediatric health condition and health-related quality of life. *European Psychologist, 11* **(1), 50-56.**

Rahty, D., & Sirgy, J. (2000). Marketing of health care within a community: A quality of life needs assessment model and method. *Journal of Business Research, 48***(3), 165-176.**

Rajmil, L., Herdman, M., & Sanmamed, J.F. (2004). Generic health-related quality of life instruments in children and adolescents: A qualitative analysis of content. *Journal of Adolescent Health, 34***(1), 37-45.**

Rajmil, L., Alonso, J., Berra, S., & Ravens-Sieberer, U. (2006). Use of a children questionaire of health-related qualityof life (kidscreen) as a measure of needs for health care services. *Journal of Adolescent Health, 38***(5), 511-518.**

Richards, D. & Siegler, R. (1986). Children's understanding of the attributes of life. *Journal of Experimental Child Psychololgy, 42***(1), 1-22.**

Rodary, C., Pezet-Langevin, V., & Kalifa, C. (2001). Quality of life in children: What is a good measurment tool? Archives De Pediatrie, 8(7), 744-750.

Ryff, C., Love, G., Urry, H., Muller, D., Rosen-Kranz, M., Friedman, E., Davidson, R., & Singer, B. (2006). Psychological Well-Being and Ill-Being: Do They Have Distinct or Mirrored Biological Correlates?. Psychotherapy Psychosomatics, 75, 85-95.

Schmidt, S., & Bullinger, M. (2003). Current issues in cross-cultural quality of life instrument development. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 84(4), 29-34.

Selvadurai, H.C., Blimkie, C.J., & Cooper, P.J. (2004). Gender differences in habitual activity in children with cystic fibrosis. Archive of Disease in Childhood, 89, 928-933.

Soori, H. (2004). Measuring health-related quality of life among primary school children in Ahwaz, Iran. *Journal of Primary Prevention, 25***(1), 125-132.**

Stauber, T. (2005). Coping with stress and quality of life in functional Urinary incontince in children, Zeitschnrift Fur Gesundh Eitspesychologic, 13(1), 12-20.

Varni, J., Seid, M., & Rode, C. (1999). The Peds QL: Measurment model for the pediatric quality of life inventory. *Medical Care, 37***(2), 126-139.**

Verrips, E., Vogles, C., Koopmanm, M., & Nicolet, C. (1999). Measuring health related quality of life in child population. *The European Journal of Public Health, 9***(3), 188-193.**

Warschburger, P., Busch, S., Bauer, C., Kiosz, D., Stachow, R., & Petermann, F. (2004). Health-related quality of life in children and adolescents with asthma: Results from the ESTAR study. *Journal of Asthma, 41***(4), 463-470.**

Wei, R., & Leung, L. (1998). Owing and using new media technology as predictors of quality of life. Telematics and Informatics, 15(4), 237-251.

Wrennick, A., Schneider, K. & Monga, M. (2005). The effect of parenthood on perceived quality of life in teens. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 192* **(5), 1465-1468.**