

جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة وغير ذوي الإعاقة

في دولة الإمارات العربية المتحدة

د. عوشه المهيري

جامعة الإمارات العربية المتحدة

د. بهاء طه

جامعة القدس - فلسطين

أ.د. عبد العزيز السرطاوي

جامعة الإمارات العربية المتحدة

أ.روحي مروح عبادات

وزارة الشؤون الاجتماعية

ملخص: يهدف البحث الحالي إلى التعرف على مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة وغير المعاقين في دولة الإمارات العربية المتحدة في مجالات (جودة الصحة العامة، جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، الحياة الوظيفية، جودة العواطف، جودة الصحة النفسية، جودة شغل الوقت وإدارته). ومن أجل تحقيق هذا الهدف، قام الباحثون ببناء أداة البحث والتي تكونت من جزأين، احتوى الجزء الأول منها على فقرات محددة للكشف عن مستوى جودة الحياة، أما الجزء الثاني فقد اشتمل على أسئلة لإجراء المقابلة. وقد تم التحقق من صدق الأداة باستخدام صدق المحتوى، وذلك من خلال عرضها على خمسة من المحكمين من حملة الدكتوراه في مجال رعاية وتأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة وعلم النفس وكذلك على خمسة من الخبراء العاملين في مجال التربية الخاصة . وقد تم كذلك التحقق من ثباتها باستخدام معامل الاتساق الداخلي Alpha Chronbach والذي بلغ (92.7).

وقام الباحثون بتطبيق أداة البحث على عينة مكونة من (150) شخص معاق، و(150) شخص غير معاق في دولة الإمارات العربية المتحدة ، وذلك وفق متغيرات البحث (نوع الإعاقة، المستوى التعليمي، مستوى الدخل، الحالة الاجتماعية وجهة العمل). ووفقا لهذه المتغيرات تم صياغة مجموعة من الفرضيات الصفرية. وبعد فحص هذه الفرضيات وتحليل محتوى إجابات المفحوصين على الأسئلة المفتوحة، تبين وجود دلالة إحصائية بين الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص غير المعاقين في جميع أبعاد جودة الحياة تبعًا لمتغيرات البحث المستقلة وذلك لصالح الأشخاص غير المعاقين في الإمارات.

وبناءً على نتائج الدراسة، قدم الباحثون مجموعة من التوصيات قد تسهم في رفع مستوى جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة في شتى المجالات الاجتماعية والصحية والنفسية، وتقديم البرامج والخدمات المناسبة للحد من الفجوة في جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغير المعاقين في دولة الإمارات العربية المتحدة.

الكلمات المفتاحية: جودة الحياة ، الأشخاص ذوي الإعاقة ، الأشخاص من غير ذوي الإعاقة.

مقدمة

يعتبر مفهوم جودة الحياة من المفاهيم التي دخلت حديثاً على مجال التربية الخاصة والحياة الاجتماعية، إذ يعبر عن خلاله عن مدى الاهتمام بكافة أفراد المجتمع وتحقيق الرفاه لهم، وخاصة للفئات المهمشة كالأشخاص ذوي الإعاقة والمسنين وذوي الأمراض المزمنة (Baumgarten, 2004). وتعتبر منظمة الصحة العالمية جودة الحياة على أنها إدراك الفرد لوضعه في الحياة في ضوء النظام القيمي والثقافي الذي يعيش فيه. وتعتبره منظمة اليونسكو مفهوماً شاملاً يضم كافة جوانب الحياة كما يدركها الأفراد. وهذا التعريف يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحقيقه لذاته (عبد القادر، 2005). ويؤكد عبد القادر أيضاً (2005) على أهمية جودة الحياة واعتبارها مؤشراً هاماً 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. ويرى كل من عبد الفتاح وحسين (2006) أن جودة الحياة هي عبارة عن الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة، فضلاً عن إدراك الفرد لجوانب حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية وتوافقه مع القيم السائدة في المجتمع. ويعرف منسي وكاظم (2006) جودة الحياة بأنها: شعور الفرد بالرضا والسعادة وقدرته على إشباع حاجاته من خلال تراء البيئة ورفي الخدمات في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه. ويتبنى الباحثون هذا التعريف

في البحث الحالي، حيث عرّف الباحثون جودة الحياة إجرائيًا بالدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة البحث من الأشخاص ذوي الإعاقة وغير المعاقين على مقياس جودة الحياة .

ولم تغب أشكال الحياة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمعاقين عن بال المشرعين بدولة الإمارات، حيث إن المنتبّع للقوانين والتشريعات التي أصدرتها الدولة منذ قيام الاتحاد والمواكبة للنهضة العمرانية والبشرية في الدولة يلاحظ مدى الاهتمام الذي يحظى به المواطن الإماراتي باعتباره حجر الزاوية في عملية البناء. فقد نص دستور دولة الإمارات العربية المتحدة في المادة رقم 14 على المساواة والعدالة الاجتماعية وتوفير الأمن والطمأنينة لجميع المواطنين بمن فيهم الأشخاص ذوي الإعاقة، كما نصت المادة 16 من نفس الدستور على أن يشمل المجتمع برعايته الطفولة والأمومة وحماية القصر. وقد نص القانون الاتحادي رقم 6 لسنة 1977 بشأن الضمان الاجتماعي على مراعاة أوضاع وظروف الأشخاص ذوي الإعاقة والعمل على مساعدتهم في التغلب على مشكلات الإعاقة، وذلك عن طريق إنشاء مراكز الرعاية وإتاحة فرص التأهيل وتسهيل دمجهم في الحياة، وغير ذلك من القوانين والمواد التي سبقت الإشارة إلى بعضها، والتي تتضافر كلها لتبرز اهتمام الدولة بهذه الفئة وتسهيل سبل دمجها في المجتمع. وهذه الخطوات جعلت برنامج الأمم المتحدة الإنمائي يؤكد على أن دولة الإمارات العربية المتحدة قد حققت نهضة شاملة في مجال التنمية البشرية بصورة أهلتها لأن تحتل ترتيبًا عالميًا مرموقًا ولا تظهر سياسة الاهتمام بالأشخاص ذوي الإعاقة من خلال تشييد المراكز المختصة وتطوير الرعاية الصحية وأساليب التأهيل فحسب، وإنما أيضاً من خلال جملة من الفعاليات الثقافية والرياضية والاجتماعية التي تقام في مجال الإعاقة وغيرها من الأنشطة التي تبين مدى الاهتمام الذي توليه الدولة لهذه الفئة من الأفراد (مركز زايد للتنسيق والمتابعة، 2002).

ويعد تحسين جودة الحياة من الأهداف التي ينشدها أي مجتمع في وقتنا الحالي، حيث يحظى هذا الموضوع بأهمية كبرى في الدول المتقدمة (عبد الفتاح وحسين، 2006). وقد كفل قانون الأشخاص ذوي الإعاقة في دولة الإمارات مجموعة من الحقوق للأشخاص ذوي الإعاقة في المجالات الصحية من حيث التشخيص المبكر للإعاقة والعلاج الطبي بأنواعه، والخدمات التعليمية

والتأهيلية والتشغيلية بما فيها التدريب والتأهيل المهني (وزارة الشؤون الاجتماعية، 2006). وقد أقرت الاتفاقية الدولية في شأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة أيضًا والتي صادقت عليها دولة الإمارات، مجموعة من الحقوق والخدمات للمعاقين أهمها إمكانية الوصول للأماكن العامة، وعدم الاستبعاد من التعليم الأساسي والثانوي والإلزامي وتوفير التدابير الفردية التي تساعد على التعلم، والصحة والتدريب المهني والتشغيل (الأمم المتحدة، 2006). إن إصدار هذه التشريعات والقوانين التي تتضمن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في مختلف مجالات الحياة يعكس حرص دولة الامارات على تطبيق الاتفاقيات الدولية التي تتضمن حقوق هذه الفئة وفق الرؤى والتطلعات الحديثة في العالم.

وتفيد إحصائيات وزارة الشؤون الاجتماعية (2010) أن عدد مراكز تأهيل المعاقين في دولة الإمارات قد بلغ 38 مركزًا ومؤسسة حكومية وخاصة. تقدم هذه المؤسسات خدمات تأهيلية وتعليمية وتشغيلية لما يقارب من أربعة آلاف شخص من ذوي الإعاقة. كما تقدم وزارة الشؤون الاجتماعية من خلال إدارة الضمان الاجتماعي مخصصات مالية للمعاقين غير العاملين، فيما تقدم إدارة رعاية وتأهيل المعاقين مجموعة من الخدمات الإضافية لهم كالحصول على خصومات من المؤسسات والشركات، والبحث عن فرص عمل مناسبة لهم، والعمل على تهيئة البيئة الإماراتية لتكون سهلة الوصول بالنسبة للمعاقين، وإطلاق الحملات التوعوية التي من شأنها إدماج المعاق في الحياة الاجتماعية.

وهذا التقدم في الخدمات المقدمة للمعاقين في دولة الإمارات العربية المتحدة ينسجم مع ما أشارت إليه العديد من أدبيات التربية الخاصة والباحثين. فيشير مصطفى (2005) إلى جودة الحياة على أنها مفهوم يستخدم للتعبير عن رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم للأفراد والمجتمع، وأن جودة الحياة تعبر عن النزعة نحو نمط الحياة التي تتميز بالترف. هذا النمط من الحياة الذي لا يستطيع تحقيقه سوى مجتمع الوفرة، ذلك المجتمع الذي استطاع أن يحل المشكلات المعيشية لغالبية سكانه.

ويؤكد الأشول (2005) على أنه لا يمكن التحدث عن جودة الحياة لدى الفرد دون الأخذ في الاعتبار جودة الحياة لدى من يقعون في دائرة تفاعلاته، حيث تشير الدراسات إلى أهمية التأثير المتبادل في جودة الحياة بين الآباء والأمهات والأبناء. فالأمهات اللاتي تحسنت جودة الحياة لديهن، أصبحن أكثر قدرة على التعامل مع أطفالهم من ذوي الإعاقة ومن ثم أسهمن في تحسين جودة

الحياة لأبنائهم. وقد لاحظ سوندر (Sonder, 1987) أن حالة الأفراد ذوي الإعاقة هي نتاج تفاعل بين هؤلاء الأفراد بشكل رئيسي مع البيئة المحيطة بهم. ولهذا فمن المهم فهم العوامل البيئية التي تحول دون حصولهم على الفرص والخدمات المناسبة مما يؤثر على جودة الحياة لديهم. فالعوامل الأسرية إذن تعتبر مؤثراً هاماً على جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة. فلا يمكن إغفال العوامل المرتبطة بالمناخ الإيجابي المحيط بالفرد الذي يساعده في التغلب على مشكلاته النفسية والاجتماعية المختلفة (عبد الفتاح وحسين، 2006). وتشير نتائج دراسة الجوهري (1994) إلى أن جودة الحياة هي نتاج لكل العوامل الاجتماعية (دخل، وخدمات، وصحة، ومسكن، وتعليم) وكذلك العوامل الذاتية كإدراك الفرد لمدى مناسبة هذه العوامل النفسية والاجتماعية له.

وقد حظي موضوع تحسين جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة باهتمام الأمم المتحدة (Wally, 2004)، حيث قام أحد مراكزها بدراسة توصلت إلى أن المشكلات التي تعاني منها معظم البلدان تتمثل في عزل الأشخاص ذوي الإعاقة مما يؤدي إلى إحساسهم بالإحباط واليأس. فقد اقترحت الدراسة تحسين نوعية حياتهم من خلال: إدماجهم في المجتمع وإشراكهم في الأنشطة العامة لتحسين اتجاهات الناس نحوهم، وتعاون الأسرة والمجتمع معاً من أجل إنجاح عملية إدماجهم. وهذه الدراسة تؤكد تنامي الاهتمام الدولي بتحقيق الرفاهية والمساواة للمعاقين في حياتهم، وأهمية دور المجتمع والبيئة المؤهلة في إدماجهم وتحسين جودة حياتهم.

مشكلة البحث وفرضياته

لقد حظي موضوع جودة الحياة باهتمام الدراسات والبحوث الاجتماعية. وقلما تطرقت هذه الأبحاث إلى جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة، علماً بأن مفهوم جودة الحياة يستخدم للتعبير عن رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لعموم أفراد المجتمع (مصطفى، 2005). وبما أن شريحة الأشخاص ذوي الإعاقة من الشرائح التي طال تهميشها عبر العقود الماضية، فإن الاهتمام بجودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة هو تعبير عن مدى اهتمام المجتمع بهذه الشريحة. وبناء عليه، فقد جاء هذا البحث لتسليط الضوء على واقع جودة حياة الأشخاص

ذوي الإعاقة في المجتمع الإماراتي، بغرض الكشف عن مستوى الخدمات الصحية والاجتماعية والثقافية، ومقارنتها بواقع حياة المواطنين غير المعاقين. إضافة إلى التعرف على جوانب الضعف في مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة، والسعي نحو تطويرها وتنميتها من قبل الجهات المختصة مما يساعد على النهوض بجودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع الإماراتي وتجنب الإخفاقات التي قد تؤدي إلى انحدارها.

أهمية البحث

لا شك في هذا البحث سيعود بالنفع والفائدة على الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع الإماراتي، وذلك بعد نشر نتائجه وتعريف المجتمع والجهات المسؤولة بمستوى جودة الحياة التي يعيشونها. ويمكن تلخيص أهمية هذا البحث فيما يلي:

التوعية بأهمية الارتقاء بجودة الحياة الصحية والتعليمية والاجتماعية التي يعيشها الأشخاص ذوو الإعاقة في دولة الإمارات، إضافة إلى توعية الأشخاص ذوي الإعاقة بأهمية المطالبة بحقوقهم التي تحسن من مستوى جودة حياتهم. إن مثل هذه التوعية المجتمعية ستسهم بلا شك في حشد ومساندة كافة فئات المجتمع للالتفات إلى طبيعة الحياة التي يعيشها الأشخاص ذوي الإعاقة بمختلف جوانبها ومراحلها. وبالتالي فإن هذا البحث يعد تعبيراً عن مدى الاهتمام المجتمعي المتنامي بحقوق الفئات المهمشة في المجتمع، ولفتة متميزة أمام الدول المتقدمة ومنظمات حقوق الإنسان للدلالة على وعي المجتمع الإماراتي بمدى أهمية جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة، ومنحهم حقوقهم التي توفر لهم العيش الكريم والمساواة مع الآخرين، مما يعكس الرقي الحضاري بالإنسان ومستوى الرفاهية الذي يعيشه المجتمع الإماراتي، ومواكبته للمستجدات العصرية وإيمانه بمبادئ حقوق الإنسان والاتفاقيات الدولية.

أهداف البحث

من الملاحظ أن هناك نقصاً كبيراً في الدراسات التي اهتمت بجودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة في عالمنا العربي، حيث يعتبر هذا المفهوم جديداً بالنسبة لقضية الإعاقة. ولهذا السبب حاول البحث الحالي التعرف على مستوى جودة الحياة التي يعيشها الأفراد المعاقون في دولة الإمارات، ومقارنتها مع جودة الحياة لغير المعاقين. وتتلخص أهداف البحث فيما يلي:

- التعرف على مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة في دولة الإمارات في مجالات (جودة الصحة العامة، جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، الحياة الوظيفية، جودة العواطف، جودة الصحة النفسية، جودة شغل الوقت وإدارته)
- مقارنة جودة الحياة التي يعيشها الأشخاص المعاقون في دولة الإمارات مع غير المعاقين.
- معرفة مدى تأثير جودة الحياة التي يعيشها الأشخاص المعاقون حسب متغيرات : نوع الإعاقة، وشدة الإعاقة، وجنس المعاق وحالته الاجتماعية.

فرضيات البحث

- الفرضية الصفريّة الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (ألفا = 0.05) في مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص غير المعاقين.
- الفرضية الصفريّة الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (ألفا = 0.05) في مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً لنوع الإعاقة.
- الفرضية الصفريّة الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (ألفا = 0.05) في مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً للمستوى التعليمي.
- الفرضية الصفريّة الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (ألفا = 0.05) في مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً لمستوى الدخل.

الفرضية الصفرية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (ألفا = 0.05) في متوسطات مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعًا للحالة الاجتماعية

الفرضية الصفرية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (ألفا = 0.05) في مستوى جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة تبعًا لجهة العمل.

الدراسات السابقة

لقد نظر الباحثون وعلماء النفس إلى جودة الحياة من زوايا متعددة، تتلخص في موضوع الرضا عن الذات ومدى توفر الخدمات في البيئة المادية والمجتمعية للفرد، مما يجعله أكثر إقبالاً على الحياة وأكثر قدرة على مواجهة مشكلاتها والاستفادة من مصادرها. وقد عرف تايلور وبوجدان (Taylor & Bogdan, 1990) جودة الحياة على أنها رضا الفرد بالحياة والشعور بالراحة والسعادة. كما عرفها جود (Good, 1990) بأنها امتلاك الفرص لتحقيق أهداف ذات معنى . فيما عرف فيلس (Felce, 1997) جودة الحياة بمفاهيمها المختلفة التي ترتبط بالقيم الشخصية للفرد والتي تحدد معتقداته حول كل ما يحيط به من متغيرات حياتية، وما يواجهه من مشكلات لدى سعيه إلى تحقيق الرضا الذاتي. وقد أكدت نتائج دراسة لويس (Lewis, 2002) ودراسة بايومجدارتين (Baumgarten, 2004) على أن مستوى جودة الحياة الذي يدركه الفرد إنما يرتبط بالنمو الانفعالي والتحكم في المشاعر السلبية للفرد. ويعتبر مفهوم جودة الحياة من المفاهيم التي نادراً ما حظيت بالاهتمام سواء على مستوى الاستخدام العلمي أو العملي العام في حياتنا اليومية، غير أن مستخدمي هذا المفهوم لم يتفقوا على معنى محدد لهذا المصطلح. وقد يرجع ذلك إلى حداثة المفهوم على المستوى العلمي الدقيق حيث يستخدم أحياناً للتعبير عن مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، فيما يستخدم أحياناً أخرى للتعبير عن إدراك الأفراد لمدى قدرة هذه الخدمات على إشباع حاجاتهم المختلفة.

وقد حدد فلو فيلد (Fallowfield, 1990) مؤشرات قياس جودة الحياة في المؤشرات النفسية التي تظهر في شعور الفرد بالقلق والاكتئاب أو الرضا والسعادة، والمؤشرات الاجتماعية التي تتضح في العلاقات الشخصية والشراقات الاجتماعية، والمؤشرات الجسمية والبدنية التي تتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية. أما كامينز (Cummins, 1997) ، فقد قام بتصميم أداة لقياس جودة حياة الأفراد ذوي صعوبات التعلم والذي يتكون من بعدين هما البعد الموضوعي الذي يقيس بعض

البيانات والامكانات الخاصة بالفرد كالارتياح المهني والصحة والإنتاجية والألفة والأمان والمكانة الاجتماعية. والبعد الثاني الذاتي الذي يقيس بعض البيانات الوجدانية الخاصة بشعور الفرد نحو بعض جوانب حياته المختلفة من حيث درجة رضاه عنها. فيما ركز نينا وجيمس وجين وآن (Nina, James, Jean & Ann, 2009) أثناء تصميمهم مقياس جودة الحياة لأسر الأشخاص ذوي الإعاقة وغير المعاقين على أربعة مجالات رئيسية: التفاعل الأسري، الوالدية، الرفاه الانفعالي، والرفاه الجسدي/المادي.

وبهدف التعرف على جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة من مختلف الإعاقات وأولياء أمورهم، أجريت العديد من الدراسات في مختلف دول العالم. تناولت هذه الدراسات مدى تأثير جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة على الكثير من الأبعاد الاجتماعية والنفسية والصحية. غير أن الدراسات التي أجريت في عالمنا العربي لا زالت محدودة جداً وحديثة نسبياً، فقد قام عبد الفتاح وحسين (2006) بدراسة العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية التي تنتبأ بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم، كمحاولة للكشف عن الفروق في جودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم والأطفال العاديين. وقد شملت الدراسة على (50) طفل عادي، و(50) طفل من ذوي صعوبات التعلم الملحقين بالصف السادس الابتدائي في محافظة بني سويف بمصر، واشتملت العينة أيضاً على (100) والد ووالدة من أولياء الأمور. وقد بينت نتائج الدراسة وجود فروق في جودة الحياة بين الأطفال ذوي صعوبات التعلم والعاديين، وعدم وجود اختلاف في جودة الحياة للأطفال ذوي صعوبات التعلم تبعاً لمتغير الجنس. وكان أهم عامل من العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية التي تنتبأ بجودة حياة الأطفال ذوي صعوبات التعلم متمثلاً في جودة الحياة الأسرية يليه العامل المرتبط بمصادر المجتمع المتاحة. أما أن دراسة نيفس وشارتر وأسبينال (Nieves, Charter & Aspinall 1991) التي أجريت على مجموعة من الأشخاص ذوي الإعاقة المصابين بإصابات النخاع الشوكي فقد توصلت إلى أن معدلات جودة الحياة كانت لدى هذه الفئة مرتفعة وذلك بسبب كونهم يمتلكون الاستراتيجيات الفعالة لأساليب المواجهة. فيما تبين من دراسة لمان وكانخورست (Laman & Kankhorst, 1994) أن مستوى جودة الحياة

لدى الأشخاص ذوي الإعاقة ممن يعانون من إصابات النخاع الشوكي تعد أعلى من أولئك المصابين بالتهابات المفاصل المعروفة بالروماتيد. وقد قام أباجاسالو وستونين وهولمبرج وسينكونين (Apajasalo, Sintonen, Holmberg, & Sinkkonen, 1996) بدراسة مقارنة بين المراهقين من ذوي صعوبات التعلم وغيرهم من الأفراد العاديين حيث أظهرت هذه الدراسة أن جودة الحياة لدى الأشخاص العاديين تعد أعلى من ذوي صعوبات التعلم. وبينت دراسة بينافينت ومورالس وروبيو وريف (Benavente, Morales-Blaquez, Rubio & Rev, 2004) أن جودة الحياة لدى المصابين بمرض الصرع تختلف باختلاف متغيرات الجنس والحالة الاجتماعية والاقتصادية. فيما أفادت دراسة سوزان وآخرون (Susan, et. Al., 2010) التي أجريت للتحقق من جودة الحياة للأطفال ذوي الإعاقة والمصابين بأمراض مهددة للحياة، قد أظهرت عدم حصول هذه الفئة على الخدمات والتجهيزات الصحية المقدمة إليهم خاصة في الأماكن الريفية، وكذلك افتقار ذويهم إلى التوعية والتثقيف الصحي مما أثر على تندي جودة حياتهم.

وتوصلت دراسة بريوين ورينويك وسكومانس (Brewin, Renwick & Schormans, 2008) إلى أن جودة الحياة لدى الأفراد المصابين بمتلازمة أسبرجرز تتأثر بمدى التوعية المتوفرة نحو هذه المتلازمة في المجتمع ونوعية التفاعل الاجتماعي المتاح لهم، وكذلك بدور الكادر التعليمي والمختصين إضافة إلى دور الخدمات والبرامج التعليمية والتربوية المتوفرة لهم.

ويؤكد روجرسون (Rogerson, 1999) بأن الاهتمام بجودة الحياة لن يتوقف من خلال البحوث والدراسات بل أنه يزداد بصورة ملحوظة حيث يحتل مفهوم جودة الحياة دوراً حيوياً في مجال الخدمات المتعددة التي تقدم لفئات المجتمع. وقد توصل جود (Goode, 1994) إلى أن جودة الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة تتكون من نفس العوامل والعلامات ذات الأهمية في تكوين جودة الحياة للأشخاص العاديين، فيما توصل هامبتون (Hampton, 1999) في دراسة أجريت على 114 شخصاً معاقاً تتراوح أعمارهم بين 16 و 35 سنة إلى أن كلاً من الإعاقة وعجز الفرد وتاريخ بداية الإعاقة والدعم الاجتماعي ترتبط بصورة دالة بجودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة. هذا وقد أكدت دراسة ميشيل (Michael, 2003) على أهمية ما يقدمه المجتمع من خدمات للمعاقين، فالدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد المعاق يؤثر بصورة جوهرية على جودة الحياة لديه، كما تتأثر جودة حياته بمدى الاستقلالية التي يشعر بها في حياته. وأكد سميث (Smith, 2002) على أنه يمكن تحسين جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة عن طريق زيادة

مشاركة الأفراد ذوي الإعاقة في أنشطة الحياة اليومية وإكسابهم مهارات خاصة من أجل التخفيف من أثر مشكلات الإعاقة.

ويلاحظ من عرض نتائج الدراسات السابقة التي أجريت للكشف عن جودة الحياة لدى الأفراد ذوي الإعاقة مدى حداثة هذا المفهوم في ميدان التربية الخاصة. وكذلك أهمية تنشيطه والمبادرة بدراسه لما له من تأثير على تفاعل ومشاركة واندماج الأشخاص ذوي الإعاقة، وتمتعهم بصحة نفسية عالية. وكذلك أهمية تفاعل هذا المفهوم مع مجموعة من المتغيرات والظروف التي يحياها الفرد المعاق في حياته الصحية والتعليمية والاجتماعية، وكيف أن هذا المفهوم يشكل انعكاساً لمدى اهتمام الدول بالفئات الأقل حظاً وهو ما يعتبر تحقيقاً للعدالة المجتمعية بين كافة أفراد المجتمع.

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الجزء وصفاً لكل من مجتمع البحث وعينته، إضافة إلى وصف أدوات البحث وكيفية التحقق من صدقها وثباتها، وكذلك الإجراءات التي اتبعت في تطبيق البحث والمعالجات الإحصائية المستخدمة.

مجتمع البحث وعينتها:

يتألف مجتمع البحث الحالي من جميع الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع الإماراتي من سن (16) سنة فما فوق حيث لا تتوفر إحصائية دقيقة عن أعدادهم ونسب شيوعهم في دولة الإمارات. وقد تم إجراء البحث على عينة من الأشخاص ذوي الإعاقة العاملين، وذلك بالاستعانة ببيانات التشغيل المتوفرة لدى وزارة الشؤون الاجتماعية والمؤسسات الأخرى العاملة في مجال تأهيل وتشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة في مختلف إمارات الدولة. وقد تم اختيار عينة عشوائية من مختلف المؤسسات الحكومية والخاصة بلغت 150 فرداً، بينما اختيرت عينة عشوائية مماثلة تتكون من 150 فرداً من الأشخاص غير المعاقين العاملين في المؤسسات الحكومية والخاصة في الدولة، مع مراعاة التنوع على أساس متغيرات البحث المستقلة. ويوضح جدول (1) توزيع أفراد عينة البحث حسب متغيرات نوع الإعاقة، المستوى التعليمي، ومستوى الدخل والحالة الاجتماعية وجهة العمل.

جدول (1)

توزيع أفراد عينة البحث وفقاً لمتغيرات نوع الإعاقة، والمستوى التعليمي، ومستوى الدخل، والحالة الاجتماعية وجهة العمل

المتغيرات	الأشخاص ذوي الإعاقة	غير المعاقين		
نوع الإعاقة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
جسدية	66	44%	---	---
سمعية	60	40%	---	---
بصرية	24	16%	---	---
المستوى التعليمي	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
ثانوية فأقل	88	58.7%	34	22.7%
دبلوم متوسط	39	26%	45	30%
بكالوريوس	23	15.3%	60	40%
دراسات عليا	--	--	11	7.3%
مستوى الدخل	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
5 آلاف فأقل	99	66%	48	32%
6-12 ألف	31	20.7%	47	31.3%
13 ألف فما فوق	20	13.3%	55	36.7%
الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
أعزب	82	54.7%	69	46%
متزوج	68	45.3%	81	54%
جهة العمل	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
حكومي	92	61.3%	68	45.3%
خاص	58	38.7%	82	54.7%
المجموع العام	150	100%	150	100%

أداة البحث:

قام الباحثون بتصميم أداة البحث والمكونة من جزأين وذلك على النحو التالي:

(1) الجزء الأول: الاستبانة:

تم تطوير هذه الجزء لقياس جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة وغير المعاقين بالاستبانة بمقياس جودة الحياة لمنسي وكاظم (2006). وتكونت الاستبانة بصيغتها النهائية من (39) فقرة تم صياغة غالبيتها بشكل إيجابي، حيث صيغت بعض الفقرات بشكل سلبي لضمان مصداقية الاستجابة.

ويشتمل هذا الجزء على رسالة موجهة إلى أفراد عينة البحث لتوضيح أهدافه، والتأكيد على سرية البيانات، وكذلك على مجموعة من متغيرات البحث المستقلة المتمثلة في: نوع الإعاقة، المستوى التعليمي، مستوى الدخل، الحالة الاجتماعية وجهة العمل. وتم استخدام سلم ليكرت الخماسي (أبداً، قليلاً جداً، إلى حد ما، كثيراً، كثيراً جداً) لتسجيل استجابات عينة البحث على الاستبانة والتي تضمنت مجموعة من مجالات جودة الحياة الاجتماعية والنفسية والصحية والمتمثلة في: جودة الحياة العامة، وجودة الحياة الأسرية والاجتماعية، والحياة الوظيفية، وجودة العواطف وجودة الصحة النفسية، وجودة شغل الوقت وإدارته.

(2) الجزء الثاني: الأسئلة المفتوحة:

تم صياغة مجموعة من الأسئلة المفتوحة لطرحها على أفراد عينة البحث، وذلك للتعرف على مستوى جودة الحياة من وجهة نظر الشخص المعاق أو الشخص غير المعاق. ويتألف هذا الجزء من الأداة على (6) أسئلة مفتوحة يتاح للمستجيب حرية الإجابة عنها بشكل كامل، وهي على النحو التالي:

- صف لنا حالتك الصحية العامة؟
- كيف يمكن لك أن تصف حياتك مع أفراد أسرتك؟

- ما رأيك في حياتك الاجتماعية العامة؟
- هل أنت راضٍ عن حياتك العاطفية؟ وكيف تصف مستوى تحكمك بانفعالاتك؟
- هل تعتبر نفسك تتمتع بصحة نفسية جيدة؟ ولماذا؟
- هل أنت قادر على إدارة وقتك؟ وكيف تقضي أوقات فراغك؟

وقد اعتمد الباحثون في تحليل إجابات الأسئلة المفتوحة على تصنيف هذه الإجابات إلى فئات رئيسية تبعاً لتكرارها، وذلك بعد اطلاع الباحثين على هذه الإجابات. فقد تم إرجاع كل إجابة إلى الفئة التي تنتمي لها، وبالتالي استخراج النسب المئوية لشيوع فئات الإجابات بين أفراد عينة الدراسة، وتم عرض هذه الأسئلة بصورتها الأولية على مجموعة من المحكمين من حملة الدكتوراه، ممن تمت الاستفادة من ملاحظاتهم واقتراحاتهم في صياغة الأسئلة بشكلها النهائي.

وتم تطبيق أداة البحث بجزأها الأول والثاني أثناء المقابلة الشخصية مع الموظفين ذوي الإعاقة وغير المعاقين وذلك لضمان فهم الفقرات وإعطاء الإجابات الحقيقية عليها، وخاصة مع الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية ممن يحتاجون إلى تفسير بعض العبارات أو تقديمها لهم بلغة الإشارة، وكذلك قراءة الفقرات لدى تطبيقها على الأشخاص من ذوي الإعاقة البصرية. وقام الباحثون بالتعاون مع مساعدي البحث بتوزيع أداة البحث بشكل فردي والالتزام بمتابعة الأشخاص ذوي الإعاقة أثناء استيفاء الأداة وذلك بغرض الاستجابة على استفساراتهم أو تقديم أية مساعدة أثناء تعبئة الأداة. وتم الاستعانة بمرجمي لغة الإشارة المتواجدين في نوادي الأشخاص ذوي الإعاقة من أجل شرح أية أسئلة أو الاستجابة لملاحظات الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية.

صدق وثبات أداة البحث:

تم عرض أداة البحث على خمسة من المحكمين من حملة الدكتوراه في مجال رعاية وتأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة وعلم النفس، وكذلك خمسة من العاملين في مجال تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة وأولياء أمور ذوي الإعاقة الناشطين في ميدان الإعاقة. وطلب إليهم الحكم على كل فقرة من فقرات الأداة من حيث صياغتها اللغوية ومدى علاقتها مع الموضوع الذي صممت لقياسه. وقد تم تعديل أداة البحث بناء على آراء المحكمين وملاحظاتهم وتوصياتهم. وفيما

يتعلق بثبات أداة البحث، فقد تم استخدام معامل الاتساق الداخلي Alpha Chronbach والذي بلغ (92.7) وهي درجة عالية ومناسبة لأغراض البحث العلمي.

إجراءات البحث:

بعد التأكد من صدق وثبات أداة البحث، قام الباحثون بالإجراءات اللازمة من أجل تطبيقها على عينة الدراسة من خلال تدريب مساعدي البحث على مهارات المقابلة وكيفية استيفاء البيانات من الأشخاص ذوي الإعاقة وغير المعاقين. وقد أكد مساعدي البحث لكل فرد من أفراد العينة على سرية المعلومات. ثم طبقت أداة الدراسة من قبل مساعدي البحث أثناء المقابلة الشخصية التي أجريت بشكل فردي مع الأشخاص ذوي الإعاقة وغير المعاقين. هذا وقد حرص المساعدون على التأكد من فهم المستجيبين للأسئلة الموجهة إليهم سواء منها المكتوبة أو المطروحة شفهيًا، وذلك عن طريق التعرف على التغذية الراجعة من قبل أفراد عينة البحث. وقد تم الإصغاء المطلق للمستجيبين عند الحديث عن حياتهم الشخصية والانفعالية والنفسية وذلك من خلال التعبير الحر لما يجول في خاطرهم. وأخيراً فقد تمكن مساعدي البحث من تطبيق أداة البحث على عدد (150) من الأفراد ذوي الإعاقة، وعدد (150) من الأفراد غير المعاقين. ثم تم تبويب البيانات وترميزها وإدخالها إلى الحاسوب.

منهجية البحث:

اعتمد البحث المنهج الوصفي الميداني لمناسبته لأغراض البحث، والتحليل الكمي والنوعي للبيانات التي تم الحصول عليها من خلال أداة البحث.

حدود البحث:

التزم البحث بالحدود المكانية في الإمارات العربية المتحدة حيث طبقت على الأشخاص ذوي الإعاقة العاملين في الدولة، وعينة موازية من العاملين في القطاعات الحكومية والخاصة بالدولة، وذلك خلال الفترة من ديسمبر 2011 إلى فبراير 2012.. والتزم البحث بالأداة التي تم بناءها من قبل الباحثين.

مصطلحات البحث**الفرد ذو الإعاقة Person with disability**

هو الفرد الذي يحتاج إلى خدمات خاصة وخدمات داعمة عندما يعاني من حالة عجز حسي أو عقلي أو جسمي تفرض قيوداً شديدة عليه. فيما يحتاج ذو الإعاقة إلى مجموعة من الخدمات التربوية والتعليمية والتأهيلية التي تساعد المصاب بها على الاستقلال وتحمل المسؤولية والاندماج في المجتمع. فما يقدمه المجتمع من خدمات لهذه الفئة من شأنه أن يؤدي إلى تحسين نوعية حياتهم أسوة ببقية أفراد المجتمع يعرف (الخطيب، 2004).

الإعاقة السمعية Hearing Impairment

يشير مصطلح الإعاقة السمعية إلى حالات فقدان السمع بأنواعها ودرجاتها المختلفة. ويشمل هذا المصطلح كلاً من الصمم (Deafness) وضعف السمع (Limited Hearing). والإعاقة السمعية إما أن تكون موجودة منذ لحظة الولادة (Congenital) أو أنها تحدث في مرحلة لاحقة من مراحل الحياة (Adventitious)، وقد تكون توصيلية بمعنى أنها تنتج عن خلل في الأذن الخارجية أو الوسطى، وقد تكون عصبية بمعنى أنها تنتج عن خلل في الأذن الداخلية أو العصب السمعي، أو مركزة بمعنى أنها تنتج عن خلل في المراكز الدماغية العليا المسؤولة عن معالجة المعلومات السمعية (المكتب التنفيذي، 2001).

الإعاقة العقلية Mental Retardation

تعرف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMR) الإعاقة العقلية على أنها: نقص جوهري في الأداء الوظيفي بحيث يكون دون المتوسط ويكون متلازماً مع جوانب قصور في اثنين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: التواصل، والعناية الشخصية، والحياة المنزلية، والمهارات الاجتماعية، والاستفادة من مصادر المجتمع، والتوجيه الذاتي، والصحة والسلامة، والجوانب الأكاديمية الوظيفية، وقضاء وقت الفراغ، ومهارات العمل والحياة الاستقلالية و يظهر ذلك قبل سن الثامنة عشرة (القيوتي، السرطاوي، الصمادي، 2001).

الإعاقة البصرية Visual Impairment

الكفيف هو من فقد القدرة على الإبصار أو الذي لم يتمكن من القدرة على القراءة والكتابة حتى بعد استخدام المصححات البصرية. أما ضعيف البصر فهو ذلك الشخص الذي يمكنه القراءة والكتابة باستخدام المعينات البصرية (المكتب التنفيذي، 2001).

جودة الحياة Quality of life

يرى كل من عبد الفتاح وحسين (2006) أن جودة الحياة تعني الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة، فضلاً عن إدراك الفرد لجوانب حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية وتوافقه مع القيم السائدة في المجتمع. ويعرف منسي وكاظم (2006) جودة الحياة بأنها: شعور الفرد بالرضا والسعادة وقدرته على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورفي الخدمات في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه. ويتبنى الباحثون هذا التعريف في البحث الحالي، حيث عرّف الباحثون جودة الحياة تعريفاً إجرائياً على أنه ما يحصل عليه المستجيبون من درجات خلال استجاباتهم على مقياس جودة الحياة التي تم تطويرها من قبل الباحثين في هذا الدراسة.

المعالجات الإحصائية

تم تحليل بيانات الجزء الأول من أداة البحث عن طريق برنامج الرزم الإحصائية SPSS 19version وذلك من خلال استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لاستجابات عينة البحث لكل فقرة من فقرات الأداة وعلى أبعادها الفرعية، وكذلك للدرجة الكلية للفقرات. وكذلك استخدام اختبار (ت) Independent T -Test لدلالة الفروق تبعاً لمتغيرات البحث، وكذلك تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA، واختبار شيفيه للمقارنات البعدية وذلك للتعرف على أثر هذه المتغيرات على جودة الحياة.

نتائج البحث ومناقشتها

يناقش هذا الجزء نتائج البحث بعد فحص الفرضيات الصفرية، وتفرغ نتائج المقابلات، ومقارنة مع الأدب النظري والدراسات السابقة، لذلك فقد قسم الباحثون نتائج البحث إلى جزأين رئيسيين على النحو التالي:

الجزء الأول: نتائج فحص الفرضيات الصفرية للدراسة:

اعتمد الباحثون لتقييم مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة وغير المعاقين على الدرجات التالية: الدرجة 2 فما فوق: مستوى جودة حياة متدني، الدرجة من 2.1-3: مستوى جودة حياة متوسط، الدرجة من 3.1-4: مستوى جودة حياة مرتفع، الدرجة من 4.1-5: مستوى جودة حياة مرتفع جداً.

فحص الفرضية الصفرية الأولى:

مجالات	معاق (ن=150)		غير معاق (ن=150)		قيمة (ت)	درجات الحرية	مستوى الدلالة
	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف			
جودة الحياة	2.03	0.73	4.36	0.45	33.213	298	*0.000
جودة الشعور بالقناعة	2.03	0.73	4.44	0.49	33.104	298	*0.000
جودة الشعور بالسعادة	2.41	0.28	3.61	0.21	41.115	298	*0.000
جودة الحياة الاجتماعية							

جودة الصحة العامة	2.57	0.22	3.47	0.15	39.774	298	*0.000
جودة العواطف والانفعالات	2.81	0.11	3.20	0.02	33.097	298	*0.000
جودة قضاء الوقت	2.29	0.20	3.25	0.32	30.481	298	*0.000
الدرجة الكلية	2.37	0.32	3.69	0.26	38.945	298	*0.000

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (ألفا = 0.05) في مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص غير المعاقين. ومن أجل فحص هذه الفرضية الصفرية، تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين كما يبين جدول (2) .

جدول (2)

نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لدلالة الفروق بين متوسطات مستوى جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة وغير المعاقين والمجالات الفرعية
* مستوى الدلالة (ألفا = 0.05)

يتضح من الجدول (2) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين الأفراد ذوي الإعاقة وغير المعاقين وذلك في الدرجة الكلية على مقياس جودة الحياة وفي جميع أبعاد جودة الحياة، وذلك لصالح الأشخاص غير المعاقين، حيث بلغ المتوسط الحسابي لجودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة (2.37) مما يشير إلى مستوى متوسط، فيما بلغ متوسط جودة الحياة عند غير المعاقين (3.69) مما يشير إلى مستوى مرتفع من جودة الحياة . وقد

يرجع السبب في ذلك إلى المشكلات الصحية التي يعاني منها الأفراد المعاقون وما يرتبط بها من مراجعات طبية وإجراءات علاجية مستمرة تنعكس على أوضاعهم الانفعالية والعاطفية، وبالتالي انخفاض مستوى رضاهم عن الذات. إضافة إلى المشكلات المتعلقة بمدى تقبل المجتمع للإعاقة ونقهم مشكلات الأشخاص ذوي الإعاقة، ومدى توفير البيئة الميسرة والأمنه لهم خاصة في بيئة العمل، وما يواجهونه من عوائق بيئية قد تنعكس على تندي مستوى صحتهم النفسية ورضاهم عن جودة حياتهم. وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة عبد الفتاح وحسين (2006) من حيث وجود فروق في جودة الحياة بين الأطفال ذوي صعوبات التعلم والعاديين، ومع دراسة أباجالسوا وآخرون (Apiajasalo & Others, 1996) من حيث أن جودة الحياة لدى الأشخاص العاديين تعد أعلى من ذوي صعوبات التعلم. ومن حيث المجالات الفرعية لجودة الحياة، فقد اتفق البحث الحالي مع دراسة هامبتون (Hampton 1999) بأن كلاً من الإعاقة وعجز الفرد والدعم الاجتماعي ترتبط بصورة دالة بجودة الحياة لدى الأفراد ذوي الإعاقة علماً بأن متوسط بعد جودة الحياة الاجتماعية في البحث الحالي قد بلغ (2.41). كما اتفق البحث مع دراسة سوزان وآخرون (Susan, et. al., 2010) من حيث افتقار الأشخاص ذوي الإعاقة للخدمات والتجهيزات الصحية، حيث أظهر البحث الحالي بأن متوسط جودة الصحة العامة عند الأشخاص ذوي الإعاقة قد بلغ (2.57).

فحص الفرضية الصفريّة الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (ألفا = 0.05) في مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً لنوع الإعاقة. ومن أجل فحص هذه الفرضية الصفريّة، تم استخراج المتوسطات الحسابية لإجابات عينة البحث، واستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA لفحص دلالة الفروق بين هذه المتوسطات، وكانت النتائج كما هو موضح في جدول (3).

جدول (3)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً لنوع الإعاقة

نوع الإعاقة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
جسدية	2.47	0,33
سمعية	2.25	0,26
بصرية	2.37	0,30

يتضح من الجدول (3) وجود اختلافات بين المتوسطات الحسابية لمستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة. ومن أجل التأكد من أن هذه الفروق بين المتوسطات ذات دلالة إحصائية أم لا، فقد تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA، ونتائجه موضحة في جدول (4).

جدول (4)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات مستوى جودة الحياة لدى الأفراد ذوي الإعاقة تبعاً لمتغير نوع الإعاقة

مصدر التباين	مجموع مربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
الانحراف					
بين المجموعات	1.508	2	0.754	7.945	*0,001
داخل المجموعات	13.951	147	0,029		
الكلية	15.459	149			

* مستوى الدلالة (ألفا = 0.05)

يتضح من الجدول (4) وجود فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة عند الأفراد ذوي الإعاقة تبعاً لنوع إعاقاتهم. ومن أجل معرفة لصالح من ترجع هذه الفروق، تم استخدام اختبار

شيفيه Scheffe للمقارنات البعدية. وتبين من نتائجه وجود فروق في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية والسمعية وذلك لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية، وكذلك عدم وجود فروق في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية والأشخاص ذوي الإعاقة البصرية. وقد يرجع السبب في ذلك إلى القدرة على التواصل مع الآخرين التي يتمتع بها الأشخاص ذوو الإعاقة الجسدية، وبالتالي قدرتهم على التعبير عن انفعالاتهم وذلك على عكس الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية الذين يصابون بإحباطات جراء عدم فهمهم من قبل الأفراد المحيطين بهم ولجوءهم إلى طرق بديلة للتعبير عن انفعالاتهم بدلاً من الطريقة اللفظية في التواصل. إضافة إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية يمكن أن يكونوا أكثر تأهيلاً، وبالتالي فإن المهن والوظائف التي يمكن أن يزاولوها تعتبر أكثر أهمية وأفضل من تلك المهن التي يزاولها الأشخاص الصم وضعاف السمع، مما يجعل جودة الحياة المهنية لذوي الإعاقة الجسدية أفضل من الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة نيفيس وآخرون (Nieves & Others, 1991) من حيث إن الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية المصابين بإصابات النخاع الشوكي كانت معدلات جودة الحياة لديهم مرتفعة وذلك بسبب كونهم يمتلكون الاستراتيجيات الفعالة لأساليب المواجهة.

فحص الفرضية الصفيرية الثالثة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (ألفا = 0.05) في مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً للمستوى التعليمي. ومن أجل فحص هذه الفرضية الصفيرية، تم استخراج المتوسطات الحسابية لإجابات عينة البحث، واستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA لفحص دلالة الفروق بين هذه المتوسطات، وكانت النتائج كما هو موضح في جدول (5).

جدول (5)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعًا للمستوى التعليمي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المستوى التعليمي
0,30	2.25	ثانوية فأقل
0,28	2.47	دبلوم متوسط
0,22	2.63	بكالوريوس

يتضح من الجدول (5) وجود اختلافات بين المتوسطات الحسابية لمستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعًا لمستواهم التعليمي. ومن أجل التأكد من أن هذه الفروق بين المتوسطات ذات دلالة إحصائية أم لا، فقد تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA، ونتأجه موضحة في جدول (6).

جدول (6)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعًا لمتغير المستوى التعليمي

مصدر التباين	مجموع مربعات الانحراف	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
بين المجموعات	3.124	2	1,562	18,611	0,000*
داخل المجموعات	12.336	147	0,028		
الكل	15.459	149			

* مستوى الدلالة (ألفا = 0.05)

يتضح من الجدول (6) وجود فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة تبعًا لمستواهم التعليمي. ومن أجل معرفة لصالح من ترجع هذه الفروق، تم استخدام اختبار شيفيه Scheffe للمقارنات البعدية، وبينت النتائج وجود فروق بين حملة الثانوية العامة فأقل

وبين حملة الدبلوم المتوسط وذلك لصالح الحاصلين على الدبلوم المتوسط، وكذلك وجود فروق بين الحاصلين على الثانوية العامة فأقل والحاصلين على البكالوريوس وذلك لصالح الحاصلين على البكالوريوس. وقد يعود السبب في ذلك إلى أن الفرد المعاق الحاصل على شهادات علمية أعلى، يمكنه الحصول على وظائف أفضل من حيث المهام والدخل، إضافة إلى ازدياد قدرته على التعايش بشكل أفضل مع واقع إعاقته نظراً لخبراته العلمية والميدانية مما يساعد في رفع مستوى جودة الحياة لديه. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة بريوين ورينويك وسكومانس (Brewin, Renwick & Schormans, 2008) من حيث تأثير جودة الحياة عند المصابين بمتلازمة أسبرجر كونهم من ذوي الاحتياجات الخاصة، والذي يعود إلى مدى توفر البرامج التعليمية والتربوية الملائمة لهم.

فحص الفرضية الصفريّة الرابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (ألفا = 0.05) في مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً لمستوى الدخل. ومن أجل فحص هذه الفرضية الصفريّة، تم استخراج المتوسطات الحسابية لإجابات عينة البحث، واستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA لفحص دلالة الفروق بين هذه المتوسطات، وكانت النتائج كما هو موضح في جدول (7).

جدول (7)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً لمستوى الدخل

مستوى الدخل بالدرهم	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
5 آلاف فأقل	2.26	0,29
6-12 ألف	2.49	0,28
13 ألف فما فوق	2.70	0,14

يتضح من الجدول (7) وجود اختلافات بين المتوسطات الحسابية لمستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً لمستوى الدخل. ومن أجل التأكد من أن هذه الفروق بين المتوسطات

ذات دلالة إحصائية أم لا، فقد تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA، ونتائجه موضحة في جدول رقم (8).

جدول (8)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات مستوى جودة الحياة عند

الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً لمتغير مستوى الدخل

مصدر التباين	مجموع مربعات الانحراف	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
بين المجموعات	3.809	2	1.904	24.027	*0,000
داخل المجموعات	11.651	147	0.027		
الكلية	15.459	149			

يتضح من الجدول (8) وجود فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة وذلك تبعاً لمستوى الدخل. ومن أجل معرفة لصالح من ترجع هذه الفروق، تم استخدام اختبار شيفيه Scheffe للمقارنات البعدية، وبينت نتائجه أن جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة ترتفع بارتفاع مستوى دخلهم. وقد يرجع السبب في ذلك إلى أن ارتفاع الدخل يساعد الفرد المعاق على تلبية الكثير من احتياجاته المادية والصحية والترفيهية مما يؤدي بالتالي إلى التحسن في مستوى جودة الحياة لديه، وذلك على عكس الفرد المعاق من ذوي الدخل المنخفض مما يجعله محروماً من تلبية احتياجاته المعيشية الأساسية، وتوفير الأجهزة المساعدة والتقنيات الحديثة التي يمكن من خلالها تحسين جودة حياته. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة بينافينت وآخرون (Benavente & Others, 2004) من حيث أن جودة الحياة لدى المصابين بمرض الصرع كفاءة من ذوي الاحتياجات الخاصة تختلف باختلاف متغير الحالة الاقتصادية التي يتمتعون بها.

فحص الفرضية الصفريّة الخامسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (ألفا = 0.05) في متوسطات مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً للحالة الاجتماعية. ومن أجل فحص هذه الفرضية الصفريّة، تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين كما يبين جدول (9) التالي:

جدول (9)

نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لدلالة الفروق بين متوسطات مستوى جودة الحياة لدى

الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً للحالة الاجتماعية

المشكلات	أعزب (ن=82)	متزوج (ن=68)	قيمة (ت)	درجات الحرية	مستوى الدلالة
	المتوسط	المتوسط	الانحراف	الانحراف	الانحراف
الدرجة الكلية	2.29	0.309	2.46	0.314	3.305
				148	*0.001

* مستوى الدلالة (ألفا = 0.05)

يتضح من الجدول (9) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً للحالة الاجتماعية، وذلك لصالح الفرد المعاق المتزوج بمتوسط حسابي (2.46) مقابل الفرد المعاق الأعزب بمتوسط حسابي (2.29). وقد يرجع السبب في ذلك إلى أن الفرد المعاق المتزوج يتوقع أن يلقي الكثير من الدعم الاجتماعي والانفعالي من قبل أسرته مما يؤدي إلى ازدياد شعوره بتحقيق ذاته وتعزيز مشاركته الاجتماعية وهذا الواقع يختلف إلى حد كبير عن حال الفرد المعاق الأعزب الذي لا يشعر بالاستقرار الأسري، ولا يحظى بتبادل الدعم العاطفي مع زوجته وأولاده. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة بينافينت وآخرون (Benavente & Others, 2004) والتي أشارت إلى أن جودة الحياة لدى المصابين بمرض الصرع كفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة تختلف باختلاف الحالة الاجتماعية للمصاب.

فحص الفرضية الصفريّة السادسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (ألفا = 0.05) في مستوى جودة الحياة لدى الأفراد ذوي الإعاقة تبعاً لجهة العمل. ومن أجل فحص الفرضية الصفريّة، تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين كما يبين جدول (10) التالي:

جدول (10)

نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لدلالة الفروق بين متوسطات المشكلات في مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً لجهة العمل

المشكلات	حكومي (ن=92)	خاص (ن=58)	قيمة (ت)	درجات الحرية	مستوى الدلالة
	المتوسط الانحراف	المتوسط الانحراف	(الحرية	
الدرجة الكلية	2.45	2.32	2.502	148	*0,013

* مستوى الدلالة (ألفا = 0.05)

يتضح من الجدول (10) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة تبعاً لجهة العمل، وذلك لصالح الأفراد ذوي الإعاقة العاملين في القطاع الحكومي بمتوسط حسابي (2.45). مقابل الأفراد ذوي الإعاقة العاملين في القطاع الخاص بمتوسط حسابي (2.32). وقد يعود السبب في ذلك إلى أن عمل الأفراد ذوي الإعاقة في الجهات الحكومية يوفر لهم دخلاً مادياً أفضل، وتفهمًا أكثر لحالتهم الصحية ولحقوقهم التي نص عليها القانون الاتحادي، إلى جانب أن الدوام في القطاع الحكومي يتميز عن القطاع الخاص بإجازات أكثر وعدد ساعات عمل يومي أقل، وأخيرًا ما توفره الوظائف الحكومية من بيئة آمنة عمل تساهم في شعور الفرد المعاق بالأمان الوظيفي.

الجزء الثاني: نتائج المقابلة المقننة مع أفراد عينة البحث:

بعد إجراء المقابلات الفردية مع أفراد عينة البحث ذوي الإعاقة وغير المعاقين وفق نموذج المقابلة المعد سلفاً من قبل الباحثين، قام الباحثون بتحليل استجاباتهم، وذلك تبعاً لمجموعة من الأسئلة المفتوحة. وقد تم حصر استجابات المفحوصين في كل سؤال وتصنيفها، وحساب النسبة المئوية للاستجابات، علمًا بأن المستجيب قد يعطي أكثر من استجابة لنفس السؤال. وكانت نتائج تحليل المقابلات كما يظهر في الجداول ذات الأرقام (11، 12، 13، 14).

أولاً: وصف المستجيبين لحالتهم الصحية

(الجدول 11)

وصف الحالة الصحية

الحالة الصحية	الأشخاص ذوي الإعاقة		غير المعاقين	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
جيدة	62	41.3%	98	65.3%
متوسطة	38	25.3%	25	16.6%
متدنية	28	18.6%	10	0.06%
مناعة ضعيفة	22	1.4%	17	11.3%

يتضح من الجدول (11) بأن نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين وصفوا حالتهم الصحية بالمتدنية (18.6%) هم أكثر من غير المعاقين الذين وصفوها كذلك (0.06%). وقد يعود السبب في ذلك إلى الحالة الصحية التي ترافق الإعاقة الجسدية على وجه التحديد وما يتطلبه ذلك من مراجعات طبية وعلاجية، إضافة إلى أن طبيعة الإعاقات السمعية والبصرية تتطلب أجهزة مساعدة وفحوصات طبية للاطمئنان على الحواس بين حين وآخر.

ثانياً: وصف المستجيبين لحياتهم الأسرية

(الجدول 12)

الحياة مع أفراد الأسرة

الحياة الأسرية	الأشخاص ذوي الإعاقة		غير المعاقين	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
يوجد تفاعل كافٍ مع الأسرة	82	54.7%	112	74.6%
أسرة داعمة	102	68%	92	61.3%
ضعف في التواصل مع الأسرة	55	36.7%	62	41.3%
يعانون من إهمال من قبل أفراد الأسرة	23	15.3%	11	7%

يتضح من الجدول (12) أن (68%) من عينة البحث من ذوي الإعاقة تعتبر أسرهم داعمة لهم، مقابل (61.3%) من غير المعاقين. وقد يكون هذا مردّه إلى الاهتمام بحالة المعاق ووعي

الأسرة بحاجة للدعم والمساندة الأسرية، وكذلك بسبب التكافل المجتمعي في دولة الإمارات. وعلى الرغم من اهتمام الأسرة والمجتمع ودعمهما للمعاق إلا أن (54.7%) من عينة البحث ذوي الإعاقة أفادوا بأن تفاعل الأسرة معهم هو كافياً مقابل (74.6%) من غير المعاقين. وهذا يدل على الحاجة لإشراك وإدماج الأسرة للشخص ذوي الإعاقة في أنشطتها الاجتماعية والأسرية باعتباره جزءاً أساسياً من نسيج الأسرة دون أن يتوقف الأمر على الدعم الانفعالي والعاطفي له.

ثالثاً: وصف المستجيبين لحياتهم الاجتماعية العامة

(الجدول 13)

الحياة الاجتماعية العامة

الحياة الاجتماعية العامة		الأشخاص ذوي الإعاقة		غير المعاقين	
المتفاعل اجتماعياً	مقبول اجتماعياً	سعيد بحياته الاجتماعية	لديه الكثير من العلاقات	مهمل اجتماعياً	غير راضٍ عن حياته الاجتماعية
النسبة المئوية	النسبة المئوية	النسبة المئوية	النسبة المئوية	النسبة المئوية	النسبة المئوية
84	92	88	72	55	58
56%	61.3%	58.7%	48%	37%	38.7%
133	125	123	142	20	26
88.6%	83.3%	82%	94.7%	13.3%	17.3%

يتضح من الجدول (13) أن جودة الحياة الاجتماعية كما يصفها المعاقون تعتبر أقل من مستوى الحياة الاجتماعية التي يصفها غير المعاقين. وقد يرجع السبب في ذلك إلى تدني مستوى القبول الاجتماعي للمعاق على الرغم من تطور مستوى الوعي بالإعاقة، وكذلك نظرة بعض أفراد المجتمع للمعاقين التي تتسم بالشفقة والعطف وتلك الممزوجة بالاتجاهات السلبية أو التوقعات غير الدقيقة عن قدراتهم مما ينعكس على درجة تفاعلهم وعلاقاتهم الاجتماعية، وبالتالي عدم رضا

(38.7%) من الأشخاص ذوي الإعاقة عن حياتهم الاجتماعية، مقابل (17.3%) فقط من غير المعاقين.

رابعاً: وصف المستجيبين لحياتهم العاطفية:

جدول (14)

الحياة العاطفية والانفعالية العامة

الحياة العاطفية والانفعالية العامة		الأشخاص ذوي الإعاقة		غير المعاقين	
التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
75	50%	86	57.3%	86	57.3%
78	52%	84	56%	84	56%
77	51.3%	74	49.3%	74	49.3%
62	41.3%	64	42.6%	64	42.6%
52	34.6%	44	29.3%	44	29.3%
86	57.3%	65	43.3%	65	43.3%

يتضح من الجدول (14) أن وصف الأفراد ذوي الإعاقة لحياتهم الانفعالية هو مشابه إلى حد ما الحياة الانفعالية لغير المعاقين، إلا أنه من الواضح أن الأشخاص ذوي الإعاقة هم أكثر حاجة للدعم المتواصل بنسبة (34.6%) بالمقارنة مع (29.3%) من غير المعاقين الذين يحتاجون لنفس الدعم. وقد يعود السبب في ذلك إلى كثرة الاحباطات والعقبات التي تواجه الأفراد ذوي الإعاقة والتي تنعكس على انفعالاتهم وطريقة تعاملهم مع هذه العقبات، مما يجعلهم أقل تحكماً بانفعالاتهم وأقل رضا عن حياتهم العاطفية والانفعالية

خامساً: وصف المستجيبين للصحة النفسية لديهم:

جدول (15)

الصحة النفسية

غير المعاقين		الأشخاص ذوي الإعاقة		الصحة النفسية
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
70%	105	56.6%	85	لديه صحة نفسية جيدة
54%	81	51.3%	77	راضٍ عن صحته النفسية
36%	54	45.3%	68	يحتاج إلى دعم لرفع مستوى صحته النفسية
4%	6	9.3%	14	يعتبر نفسه مريض نفسياً

يتضح من الجدول (15) أن الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يتمتعون بصحة نفسية (56.6%) هم أقل من غير المعاقين (70%)، وهذا ينسجم مع النتيجة الخاصة باحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الدعم النفسي لرفع مستوى الصحة النفسية لديهم ، حيث أن نسبتهم تبعاً لعينة البحث هي (45.3%) مقابل غير المعاقين (36%). وقد يعود ذلك إلى انعكاسات الحياة الضاغطة على صحتهم النفسية وخاصة مدى تقبل المجتمع لإعاقتهم والتسهيلات البيئية والتواصل مع الآخرين

سادساً: وصف المستجيبين لإدارة أوقاتهم:

جدول (16)

إدارة الوقت

غير المعاقين		الأشخاص ذوي الإعاقة		إدارة الوقت
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
58%	87	45.3%	68	يستثمر وقته بشكل مفيد

قادر على التحكم بوقته	64	42.6%	84	56%
يحتاج للمساعدة في تنظيم وقته	55	36.6%	43	28.6%
لديه وقت طويل من الفراغ	101	67.3%	65	43.3%
لا يعرف كيف يستثمر وقته	86	57.3%	44	29.3%
يزاول أنشطة كثيرة غير مفيدة	78	52%	57	38%

يتضح من الجدول (16) أن وقت الفراغ الذي يقضيه الأشخاص المعاقون يزيد عن وقت الفراغ عند غير الأشخاص المعاقين، إضافة إلى إن قدرتهم على التعامل مع وقت الفراغ تعتبر أقل من غيرهم. وقد يعود السبب في ذلك إلى أن الكثير منهم يفتقرون للحياة الاجتماعية التي تساعدهم في قضاء وقت الفراغ، وهو ما يرتبط أيضاً بقدرتهم على التواصل مع الآخرين وخاصة ذوي الإعاقات الحسية منهم، إضافة إلى أن الأنشطة الترفيهية والثقافية والاجتماعية قد تكون متوفرة للأشخاص غير المعاقين مقارنة بالأشخاص ذوي الإعاقة.

ومن خلال عرض النتائج السابقة، يتضح أن مستوى جودة الحياة بشكل عام هو أفضل عند الأشخاص غير المعاقين بالمقارنة مع ذوي الإعاقة، وذلك في مختلف المجالات الاجتماعية والنفسية والصحية والتعليمية. كما أن مستوى جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة يرتبط بمتغيرات هامة مثل مستواهم التعليمي، وقطاع العمل الذي يعملون فيه، ودخلهم الشهري، إضافة إلى وجود اختلافات هامة في مستوى جودة الحياة بين الأشخاص ذوي الإعاقة أنفسهم تبعاً لنوع إعاقاتهم. وهذه النتائج تحتم اتخاذ تدابير تشريعية وعملية للنهوض بمستوى جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة في دولة الإمارات. ولعل جل هذه الإجراءات تتمركز في تحسين برامج التعليم المقدمة لهم، والسياسات المتبعة معهم في بيئات العمل، وتحسين الخدمات الصحية المقدمة لهم، وبرامج الدمج المجتمعي بكافة أشكاله مما ينعكس على حياتهم النفسية والاجتماعية.

التوصيات

بناء على نتائج البحث الحالي، يوصي الباحثون بما يلي:

- إعداد البرامج التربوية والصحية والاجتماعية والنفسية التي تعنى بمختلف فئات الإعاقة وكذلك أولياء أمورهم بما يضمن رفع مستوى جودة حياتهم أسوة ببقية أفراد المجتمع.
- إزالة جميع العقبات والعوائق التي تحول دون إدماج المعاق في أشكال الحياة الاجتماعية كافة، وتكثيف البرامج الاجتماعية التي من شأنها بناء اتجاهات إيجابية نحو الأشخاص ذوي الإعاقة.
- تحسين برامج تأهيل ذوي الإعاقة السمعية بما يساعد في تنمية مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي بما يمهّد لإدماجهم في كافة أشكال الحياة الاجتماعية.
- تقييم البرامج التعليمية والتأهيلية المقدمة للمعاقين سواء في مدارس التربية الخاصة أو التعليم العام، ووضع الخطط والبرامج التطويرية سعياً لتحسين جودتها، وتوفير التعليم العالي الذي يتناسب مع قدراتهم وتطلعاتهم، مما يحقق
- ضمان حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في بيئة العمل، وتوفير برامج الدعم والمساندة التي تكفل لهم مزاولة المهنة وفقاً لمبدأ تكافؤ الفرص، وضمان حقوقهم في العمل كالمساواة في الأجور والحوافز وغيرها.
- توفير برامج التوعية الأسرية والمجتمعية التي تكفل للمعاقين ممارسة حقوقهم الاجتماعية كالزواج، وبناء الأسرة المستقلة.
- توفير برامج الدعم النفسي والانفعالي للأفراد ذوي الإعاقة في مختلف المراحل العمرية، وذلك بما يساعد على تهيئة أجواء مجتمعية نفسية داعمة ومتقبلة لهم، وتحسين نوعية حياتهم النفسية بما يحقق لهم التكيف مع إعاقاتهم ومع المجتمع المحيط.
- إجراء المزيد من البحوث والدراسات حول جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة وعلاقتها بعمر المعاق وجنسه وحياته التعليمية والعملية ومكان سكنه.

المراجع

الأشول، عادل (2005). نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي، **المؤتمر العلمي الثالث، الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة**، كلية التربية بجامعة الزقازيق، 15-16 مارس.

الأمم المتحدة (2006). **اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة**، نيويورك.

الجوهري، هناء (1994). المتغيرات الاجتماعية الثقافية المؤثرة على نوعية الحياة في المجتمع المصري في السبعينات -دراسة ميدانية على عينة من الأسر بمدينة القاهرة، **رسالة دكتوراه غير منشورة**، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

الخطيب، جمال (2004). **تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدرسة العادية**، ط1، عمان، الأردن: دار وائل.

القريوتي، يوسف؛ السرطاوي، عبد العزيز؛ الصمادي، جميل (2001). **المدخل إلى التربية الخاصة**. الطبعة الأولى. الإمارات العربية المتحدة، دبي: دار القلم للنشر والتوزيع عبد القادر، أشرف (2005). تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الإعاقة، ندوة تطوير الأداء في مجال: **الوقاية من الإعاقة**، جامعة الزقازيق، 14-16 فبراير.

عبد الفتاح، فوقية؛ حسين، محمد (2006) العوامل الأسرية والمدرسية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم بمحافظة بني سويف، **المؤتمر العلمي الرابع لكلية التربية ببني سويف "دور الأسرة ومؤسسات المجتمع المدني في اكتشاف ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة**، 3-4 مايو.

مركز زايد للتنسيق والمتابعة (2003). **الإعاقة وواقع المعاقين في دولة الإمارات العربية المتحدة**، أبو ظبي.

المكتب التنفيذي؛ مجلس وزراء الشؤون الاجتماعية العرب (2001). *الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل*، الدوحة: قطر.

مصطفى، حسن (2005). الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر، *المؤتمر العلمي الثالث، الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة*، كلية التربية بجامعة الزقازيق، 15-16 مارس.

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

وزارة الشؤون الاجتماعية (2010). *إحصائيات إدارة رعاية وتأهيل المعاقين والخدمات المقدمة للمعاقين في دولة الإمارات*، دبي.

وزارة الشؤون الاجتماعية (2006). *قانون اتحادي رقم 29 لسنة 2006م في شأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة*، دبي.

يحيى، خولة؛ عبيد، ماجدة (2004). *الإعاقة العقلية*، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان: الأردن.

- Apajasalo, M., Sintonen, C., Holmberg, C., & Sinkkonen (1996). Quality of life in early adolescence: A sixteen-dimensional health-related measure (16D). *Quality of Life Research: An International Journal of Qualify of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*. Vol 5(2), 205-211.
- Baumgarten, V., (2004). Job Characteristics In The United States Air Force And Mental Health Service Utilization, *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities And Social Sciences*. Vol.65 (2-A),PP. 697.
- Benavarte, I., Morales-Blanquez, C., Rubio, E. A., & Rev, J. M. (2004). Quality of life of adolescents suffering from epilepsy living in the community. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 40, 110-113.
- Brewin, B., Renwick, R., & Schormansm A. (2008). Parental Perspectives of the Quality of Life in School Environments for Children With Asperger Syndrome, *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, Vol. (23)4, December, PP. 242-252
- Cummins, R. (1997). Assessing quality of life. In: R. Brown (Eds.). *Quality of life for people with disabilities: Research and practice* (pp. 116-150), Cheltenham: Stanley Thornes.
- Fallowfield, L. (1990). *The quality of life: the missing measurement in health care*. London: Souvenir Press Ltd.
- Felce, D. (1997). Defining and applying the concept of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 4 (2), PP. 126-135.
- Good, D. A. (1990). Thinking about and discussing quality of life. In: R. L. Schalock & M.Begab (Eds.), *Quality of life perspectives and issues* (pp. 41-57). Washington: American Association on Mental Retardation.

- Goode D. (1994). quality of life for persons with disabilities; International perspectives issues , ***Journal of Intellectual & Developmental Disability***, Vol. (22)1, PP. 63-75.
- Hampton N. (1999). quality of life of people with substance disorders in Thailand; An exploratory study, ***Journal of Rehabilitation***, Vol. (65)3, PP.42-55.
- Laman, II. & Lankhorst, G. (1994). Subjective weighing of disability: An approach to quality of life assessment in rehabilitation. ***Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal***, 16(4), 198-204.
- Lewis, D., (2002): Responding To A Violent Incident: Physical Restraint Or Anger Management As Therapeutic Interventions, ***Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing***. Vol.9 (1) PP.57- 36.
- Michael R. (2003). The quality of life instrument, ***Clinical Nursing Research***, Vol. (12)2, PP. 246-257.
- Nieves, C. C., Charter, R. A., & Aspinall, M. J. (1991). Relationship between effective) coping and perceived quality of life in spinal cord injured patients. ***RehabilitationNursing***, 16(3), PP. 129-132.
- Nina I. Zuna, James P. Selig, Jean Ann Summers and Ann P. Turnbull (2009). Confirmatory Factor Analysis of a Family Quality of Life Scale for Families of Kindergarten Children Without Disabilities, ***Journal of Early Intervention***, Vol.(31)2, PP. 111-125, March.
- Rogerson, R. J. (1999). Quality of life and city competitiveness, ***Urban Studies***, Vol.(36), PP. 969-986.

- Smith R. (2002) A quality of life interview for the chronically mentally ill, *Evaluation and Program Planning*. Vol. (25), PP. 151-159.
- Sonder, M. (1987). Relative definition of handicap: Implications for research. *Upsala journal of Medical Sciences Supplement*, 44, 24 – 29.
- Susan K. Rogers, Carlos F. Gomez, Philip Carpenter, Jean Farley, Debbie Holson, Miriam Markowitz, Brian Rood, Karen Smith and Peter Nigra (2010). Quality of Life for Children With Life-Limiting and Life-Threatening Illnesses: Description and Evaluation of a Regional, Collaborative Model for Pediatric Palliative Care, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, September.
- Taylor, H. R. & Bogdan, R. (1990). *Quality of life and the individual perspective*. In: R. L.
- Wally, D. (2004). *Improving the quality of life of the elderly and disabled people in human settlements*, United Nations Centre for human settlements (Habitat).

Quality of Life for Individuals with and without Disability In United Arab Emirates

Abdelaziz Sartawi, Ph. D Ousha Al Muhairi, Ph. D

United Arab Emirates University

Rawhi M. Abdat

Ministry of Social Affairs (UAE)

Baha Taha, Ph. D

University of Alquds, Palestine

Abstract: This study aimed at investigating the life quality of Individuals with and without disability in the United Arab Emirates as it pertains to general health, social life employment, affection, mental health and time management. To achieve that goal, qualitative and quantitative methods were employed. The quantitative data was collected through a means of a questionnaire which was validated through ensuring the content validity by means of 10 expert revisions and feedback. and the reliability was established (Chrounbach Alpha: 92.7), the qualitative data was collected using a semi-structured interview. The participants of this study were 300 (150 with disabilities and 150 without disabilities. The variables of the study were type of disability, educational level, income level, marital status and employment affiliation. Following hypotheses testing and data analyses, the results of this study revealed that there are significant differences between individuals with and without disabilities in all variables tested in this study. Based on the findings, the research provided some recommendations aimed at improving the quality of life for individuals with disabilities in all life domains especially in health, psychological and social aspects