برنامج ارشادي قائم على التدخل المبكر لتحسين جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم

ا. م. د/ حمودة عبد الواحد فراج
استاذ علم النفس التربوي المساعد
كليه التربية –جامعة الوادي الجديد

د/ أحمد رشدي عبد الرحيم
مدرس الصحة النفسية
كلية التربية –جامعة الوادي الجديد

أماني إسماعيل سعيد عبد الحليم
معلم أول لغة انجليزية

ISSN 2735-5209

المستخلص:

هدف البحث إلى التعرف على فعالية برنامج ارشادي قائم على التدخل المبكر لتحسين جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم. وتكونت عينة البحث من (١٦) طفل من كلا الجنسين من الاطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم بمحافظه الوادي الجديد، تراوحت أعمارهم بين (٦– ١٢) سنة، بمتوسط عمر قدره (٨. ٧٥ سنة، وانحراف معياري قدره ١. ٨٨ سنه). واعتمد البحث على المنهج شبه التجريبي/ وتمثلت أدوات البحث في: مقياس: جودة الحياة "إعداد الباحثة". برنامج قائم على التدخل المبكر: إعداد الباحثة، وأسفرت النتائج عن فعالية البرنامج الإرشادي القائم على التدخل المبكر لتحسين جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، حيث أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب القياس القبلي والبعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة للمجموعة التجريبية لصالح القياس القبلي والتتبعي وهذا يعني أن استخدام البرنامج حقق تحسناً ملحوظاً لأفراد المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج واستمر التحسن عبر الزمن.

الكلمات المفتاحية: البرنامج الإرشادي القائم على التدخل المبكر –جودة الحياة – الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم.

counseling program based on early intervention - quality of life - children with mental disabilities who are able to learn.

Abstract:

The research aimed to identify the effectiveness of a counseling program based on early intervention to improve the quality of life for children with mental disabilities who are able to learn. The research sample consisted of (16) children of both sexes who are mentally handicapped children who are able to learn in the New Valley Governorate, their ages ranged between (6-12) years, with an average age of (8. 75 years, and a standard deviation of 1. 88 years). The research relied on the semi-experimental approach. The research tools were: Scale Quality of life "prepared by the researcher". A program based on early intervention: prepared by the researcher, and the results revealed the effectiveness of the counseling program based on early intervention to improve the quality of life for children with mental disabilities who are able to learn. Pre- and follow-up measurement, which means that the use of the program achieved a significant improvement for the experimental group that received the program, and the improvement continued over time.

Keywords: early intervention, quality of life, children with mental disabilities.

مقدمة:

تعد الإعاقة الذهنية من أكثر مشكلات الطفولة خطورة حيث ينتج عنها اثار نفسية عميقة على الطفل المعاق والمحيطين به، فهي مشكلة تشمل عدة جوانب اجتماعية ونفسية وصحية وتأهيلية ومهنية، لذلك فهي ذات طابع خاص وتؤدي إلى نتائج فريدة. كما يمثل اختيار صعب للمجتمع في اتجاهاته العلمية والتطبيقية والإنسانية وفي حرصه على تحقيق العدالة في الحياة النفسية السليمة لكل فرد في حدود امكانياته.

ISSN 2735-5209

ولقد ظهر في الآونة الأخيرة في هذا القرن اتفاقا دوليا على محو أي مصطلحات عن التخلف العقليMental Retardation أو النقص العقلي Mental Dehiciency أو الضعف العقلي Mental Subnormal ومهما يكن من أمر هذه المصطلحات التي تعبر بطريقة ما عن مفهوم الإعاقة العقلية، فنحن نميل إلى استخدام مصطلح أكثر حداثة وهو "المعاقين عقليا"، وتبدو لي مبررات استخدام هذا المصطلح حيث يعبر عن اتجاه إيجابي في النظرة إلى هذه الفئة، في حين عبرت المفاهيم القديمة عن اتجاه سلبي ضد هذه الفئة، (سهى بدوي، ٢٠١٥، ٢).

وتذكر الجمعية الامريكية في تعريفها للإعاقة العقلية على انها حالة تشير إلى جوانب قصور ملموسة في الأداء الوظيفي الحالي للفرد وتتصف الحالة بأداء عقلي دون المتوسط بشكل واضح يوجد متلازما مع جوانب قصور ذات صلة في مجالين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: التواصل، العناية بالذات، والحياة المنزلية، المهارات الاجتماعية، استخدام المصادر المجتمعية، التوجيه الذاتي، الصحة والسلامة، المهارات الاكاديمية، وقت الفراغ، ومهارات العمل وتظهر الإعاقة العقلية قبل سن (١٨) سنة، (سمية قاسم، ٢٠١٧، ٢٤٢-٢٤٣).

ويصنف المعاقين عقليا طبقا لدرجة الذكاء وشدة الإعاقة إلى عدة فئات أعلاها "القابلين للتعلم" وتتراوح درجة ذكائهم من (٥٠-٧٠) درجة على اختبارات الذكاء الفردية المقننة، (عبد المطلب القريطي، ٢٠٠٥، ٢٣)، وهذه هي الفئة المستهدفة في الدراسة الحالية حيث تتمتع بقدرات عقلية تمكننا البناء عليها بالتدريب المستمر لإكسابهم بعض المهارات اللغوية والاجتماعية مما يجعلهم مندمجين بشكل مقبول داخل المجتمع.

مشكلة الدراسة:

نبعت مشكلة الدراسة من خلال عمل الباحثة كأخصائية نفسية لمرحلة التعليم الأساسي وتعاملها المباشر مع طلاب التربية الخاصة "المعاقين عقليا من خلال عدة زيارات لمدارس التربية الفكرية التي يتواجد بها هؤلاء الطلبة، وعقدت عدة مقابلات مع المعلمين حصلت من خلالها على معلومات تؤكد وجود انخفاض في مستوى جودة الحياة واضطراب السلوك التكيفي للمعاقين عقليا "القابلين للتعلم"، كما قامت الباحثة بعدة ملاحظات مباشرة وغير مباشرة لهؤلاء الطلبة للتأكد من صحة المعلومات وتم تدوينها في بطاقة الملاحظة.

ودعم إحساس الباحثة من خلال استقراء الباحثة للأطر النظرية وأدبيات البحث التربوي عن جودة الحياة حيث اتضح للباحثين والمهتمين بجودة الحياة للمعاقين عقليا "القابلين للتعلم" ارتباطه بكل ما يتعلق بحياة الأطفال ومما لا شك فيه انه يوجد ارتباط وثيق بين جودة الحياة والصحة النفسية ونوعية الحياة ومن أجل أن يتمتع الأطفال المعاقين عقليا بصحة نفسية جيدة فينغي على القائمين على التربية والارشاد خلق له حياة كريمة ذات طابع جديد يتسم بصفات جودة الحياة مقارنة باللامبالاة وعدم الاكتراث بالمعايير الاجتماعية والسلوك المضاد للمجتمع حيث يعيش الأشخاص ذو الإعاقات الذهنية (ID)، كأفراد ومجتمع، مع خطر الوقوع في جانب أو تهميش من

ISSN 2735-5209

الحياة اليومية مثل التوظيف والتعليم والترفيه والمشاركة المدنية ودعم إحساس الباحثة بالمشكلة أيضا ما أوضحته نتائج بعض الدراسات ذات الصلة كما اكدت دراسة منتهى البندال (٢٠١٤، ٣١-٣٢) ان المعاقين عقليا لديهم قصور في جوانب وأبعاد جودة الحياة حيث لا يمكن للأشخاص الذين يعانون من إعاقات عقلية وفكرية عميقة قول أي شيء عن جودة حياتهم الخاصة بهم، مما يحد من صلاحية الأدوات الحالية التي تحاول تقييم بطريقة موضوعية. (acoby, Williams, Reddihough, Leonard, Whitehouse, Downs. ,2022)

يتضح مما سبق ان المعاقين عقليا القابلين للتعلم الذين لديهم شعور بالعجز عن جودة الحياة في الاسرة بين الوالدين والاخوة وفي حجرة الدراسة بينهم وبين المعلمين والاقران فينتج عن ذلك ان يصبح المعاقين عقليا منخفض التحصيل الدراسي وفقدان التواصل الاجتماعي والميل للعزلة والتمركز حول الذات، لذا فهم في حاجة إلى العديد من الجهود من القائمين على الارشاد النفسي من خلال اعداد برامج الارشادية ومنها برامج التدخل المبكر.

وفي ضوء ما تقدم يمكن صياغة مشكلة الدراسة فيما يلي:

١. ما فاعلية برنامج التدخل المبكر لتحسين جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين عقليا (القابلين للتعلم)؟
٢. ما مدى استمرارية أثر برنامج التدخل المبكر لتحسين جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين عقليا (القابلين للتعلم)؟

أهداف الدراسة: إعداد برنامج التدخل المبكر لتحسين جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين عقليا (القابلين للتعلم)

أهمية الدراسة:

- تستمد هذه الدراسة أهميتها من الفئة التي تستهدفها وهي الأطفال المعاقين ذهنيا "القابلين للتعلم" باعتبارهم

أطفال يختلفون عن العاديين في العديد من الخصائص العقلية المعرفية وقصور مستوى الأداء الوظيفي العقلي فهم في حاجة إلى الرعاية والاهتمام لتحسين جودة الحياة والتكيف مع الحياة المحيطة لهم.

- توجه الدراسة الاهتمام بدراسة جودة الحياة بشكل مفصل للتعرف على طبيعتها، مكوناتها، خطورتها، كما توجه الأهمية لدراسة جودة الحياة وأبعادها.

مصطلحات الدراسة:

(١)جودة الحياة (Quality of life):

جودة الحياة هي بناء اجتماعي يقاس بما يعتبر مؤشراته الأكثر ملاءمة. يعكس قياس جودة الحياة في الإعاقة الذهنية مجموعة متنوعة من المؤشرات، والتي يتم تجميعها غالبًا في مجالات الحياة. لكل من الطرق الذاتية والموضوعية لقياس المؤشرات كل منها نقاط قوة وعيوب، ولكن من الأفضل حاليًا استخدام كلتا الطريقتين. تم قياس مؤشرات جودة الحياة الشائعة بين جميع الأشخاص حتى

ISSN 2735-5209

الآن "، . (Wołowicz, A, & Ho, & James, & Brown, Ivan & Mankiewicz, Firkowska & Zasępa, & Wapiennik,. , 2013)

وتعرفه الباحثة إجرائيا بانه مقدار إدراك الفرد لحياته وشعوره بالتمتع بما يملك بها وإدراك لما يملك وما لا يملك وسعيه الدائم والشعور بالرضا لتحقيق ما يتمني مع الشعور بالسعادة وتمتعه الكامل بصحته البدنية، حالته النفسية، مستوى استقلاليته، علاقاته الاجتماعية، اعتقاداته الشخصية، وعلاقته بالبيئة بصفة عامة.

(٢) المعاقين ذهنيا القابلين للتعليم (Educable Mentally Retarded):

هم من تتراوح نسبة ذكائهم ما بين (٥٥– ٧٥) درجة، وهم الذين نستطيع تعليمهم بعض المهارات الاكاديمية والمهارات اللغوية والاجتماعية والاستفادة من البرامج التعليمية العادية ولكن عملية تقدمهم تكون بطيئة مقارنة مع الأطفال العاديين، (سامية عبد الرحيم، ٢٠١١، ٩٨)

الإعاقة الذهنية تعني قدرة منخفضة بشكل كبير على فهم المعلومات الجديدة أو المعقدة وتعلم مهارات جديدة وتطبيقها (ضعف الذكاء). وهذا يؤدي إلى انخفاض القدرة على التأقلم بشكل مستقل (ضعف الأداء الاجتماعي)، ويبدأ قبل البلوغ، مع تأثير دائم على التنمية، .(Foreman, 2009 .234)

وتعرفه الباحثة إجرائيا بأنه هو عبارة عن نظام شامل متكامل يتضمن كُل من الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية التي تُقدم للأطفال الذين يعانون أو قد يعانون من خطر الإصابة بأمراض ما في مراحل متقدمة جدا من العمر، منذ سن الولادة حتى بلوغ سن السادسة، فهو يمثل اللبنة الأساسية والتي يشيد عليها الطوبة الأولى من حياة الطفل من خلال مجموعة من الخدمات المقدمة للأطفال ولأسر الأطفال إذا لوحظ أنهم يعانون أو حتى مصابين ببعض الأمراض مثل التأخر، الانحراف الواضح أو المستمر في تطور جهازهم العصبي.

الإطار النظري:

أولاً: جودة الحياة: لقد أصبحت القضايا المرتبطة بالصحة النفسية تُعَالج تحت مصطلح أعم وأشمل يعرف بجودة الحياة" "Quality of Life"، وقد أصبح موضوع جودة الحياة أو جودة الصحة النفسية في السنوات الأخيرة بؤرة تركيز الكثير من البحوث والدراسات حيث تكمن جودة الحياة داخل الخبرة الذاتية للشخص فيشير دينيرودينير إلى أن جودة الحياة "ببساطة شديدة تقويم الشخص لرد فعله للحياة، سواء تجسد في الرضا عن الحياة (التقويمات المعرفية) أو الوجدان (رد الفعل الانفعالي المستمر) بظروف الحياة ولمدى توافر فرص إشباع وتحقيق الاحتياجات (محمد أبو حلاوة، ٢٠١١، ٢٢١).

وتعرف "منظمة الصحة العالمية" جودة الحياة بأنها: "إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة، وأنساق القيم التي يعيش فيها، ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع: أهدافه، توقعاته، قيمه، واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، حالته النفسية، مستوى استقلاليته، علاقاته الاجتماعية،

ISSN 2735-5209

اعتقاداته الشخصية، وعلاقته بالبيئة بصفة عامة" (محمد أبو حلاوة، ٢٠١١، ٢) وعليه فإن جودة الحياة بهذا المعنى، تشير إلى تقييمات الفرد الذاتية لظروف حياته، إضافة إلى الإشارة للسياق الثقافي الذي ينتمي إليه الفرد.

كما توصل مجموعة من "الباحثين الدوليين الذين قاموا بالبحث في جودة الحياة في مجال الإعاقة الذهنية" " The Special Interest Research Group on Quality of Life" سنة (٢٠١٠) إلى توافق في الآراء المتعلقة بقياس وتطبيق جودة الحياة، وأكدوا أن الخصائص الرئيسة لجودة الحياة في مجال الإعاقة تتمثل في: (أ) مشاعر الرفاهية العامة، (ب) مشاعر المشاركة الاجتماعية الإيجابية، (ج) تحقيق الشخصية. وقد اتفق الباحثون أن جودة الحياة متعددة الأبعاد، تشمل أبعادا ذاتية، وأخرى موضوعية (Perez, d. , &Cuesta, i. ,2016. ,71).

مما سبق نجد إنه على الرغم من اختلاف التعريفات السابقة والناتج من اختلاف المنظور العلمي لكل تعريف الا إنها اتفقت على مجموعة من النقاط يمكن تلخيصها فيما يلى:

- تقييمات الفرد الذاتية لظروف حياته (صحيا ونفسيا ومعرفيا واجتماعيا) وفقا للثقافة والقيم.
- الادراكات الحسية لمكانة الفرد في الحياة في ضوء اهدافه وحالته النفسية واستقلاله.
- التقويم المعرفي (الرضا عن الحياة)، والتقويم الوجداني (الوجدان الموجب).
- مشاعر الرفاهية والمشاركة الايجابية وتأثير متبادل بين الوالدين والابناء ذوي الاحتياجات الخاصة.

فنستخلص من العرض السابق إلى التأكيد على أن جودة الحياة في تحليلها النهائي "وعي الفرد بتحقق التوازن بين الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية، لتحقيق الرضا عن الحياة والاستمتاع بها والوجود الإيجابي. فجودة الحياة تعبر عن التوافق النفسي كما يعبر عنه بالسعادة والرضا عن الحياة كناتج لظروف المعيشة الحياتية للأفراد، وعن الإدراك الذاتي للحياة حيث ترتبط جودة الحياة بالإدراك الذاتي للحياة لكون هذا الإدراك يؤثر على تقييم الفرد للجوانب الموضوعية للحياة كالتعليم والعمل ومستوى المعيشة والعلاقات الاجتماعية من ناحية، وأهمية هذه الموضوعات بالنسبة للفرد في وقت معين وظروف معينة من ناحية أخرى.

ثانياً: برنامج التدخل المبكر:

يعرف التدخل المبكر بانه " كل ما يبذل من جهود من قبل المتخصصين بهدف اكتشاف اوجه الخلل في نمو الطفل وتوفير الرعاية له ولأسرته لمساعدة الاسر على فهم مطالب نمو الاطفال المتأخرين عقليا (علياء الشايب، ٢٠١٦، ٣٧٣). مما سبق نجد أن التدخل المبكر هو:

١. اجراءات منظمة لمنع او تقليل الاعاقة من خلال خدمات علاجية وتدعيم دور الاسرة لمنع الاثار السلبية الناتجة عن خلل في النمو او التعلم.
٢. جهود مبذولة لتحديد الاطفال المعرضين للإعاقة لتوفير الرعاية لهم ولأسرهم منذ الميلاد وحتى الطفولة المبكرة.
٣. تدخل الأخصائي لمواجهة مشكلة تعوق الطفل من التكيف الشخصي والاجتماعي.

ISSN 2735-5209

٤. خدمات ترتبط بالتربية الخاصة لتحقيق نتائج ايجابية للطفل.

مبررات التدخل المبكر:

يؤكد محمد الهويدي (٩٨، ٢٠١٢) على إن هناك مجموعة من المبررات التي تؤكد على أهمية التدخل المبكر للأطفال وأهمية تلك البرامج التي تعين على الحد من آثار الإعاقة لضرورة الاهتمام بدوافع واهتمامات وتصرفات الطفل من خلال تشجيعه على المبادأة بالنشاط، ثم مشاركته في اللعب والألعاب التي اختارها، فالطفل له القيادة في توجيه الأنشطة كلما كان ذلك ممكنا، وبالتالي تقل الحاجة إلى المعززات مع الحاجة الماسة إلى إدخال التدريب والتعلم في أنشطة الطفل الروتينية لإدماج المهارات المستهدفة التي تحقق فائدة مباشرة له في السياق الطبيعي، وإدخال التعلم في أنشطة يخططها الأخصائي بحيث تثير اهتمام الطفل ويعتبرها مسلية بالنسبة له والحاجة إلى الاستفادة من مزايا الأنشطة الروتينية أو المخططة لا يضمن حدوث التغيرات المطلوبة في مهارات الطفل، فهي تقدم فقط السياق الثري والطبيعي الإجراءات التدخل، ومن ثم لابد من الاستخدام المنظم للمثيرات السابقة واللاحقة والتي تحدث كنواتج منطقية للأنشطة، فالطفل لا يترك اللعب على أمل أن يحدث التعلم، بل على الأخصائي أن يقوم بدور المشارك الفعال.

برامج التدخل المبكر:

اتفق علماء التربية والعلوم النفسية ان سنوات الطفل الاولى هي مرحلة حاسمة لنمو الاطفال وهي اكثر اهمية في حياة الاطفال من ذوي الاعاقات لتخفيف الاعاقات او الوقاية منها او علاج بعض الاضطرابات اثناء الحمل او بعد الولادة فتلعب برامج التدخل المبكر دور وقائي هام جدا لاكتساب الطفل المهارات النمائية المتعددة في كافة الجوانب للتعايش في بيئته والتعامل مع صعوبات اعاقته ولاكتساب السلوكيات الاجتماعية التي تمكن الطفل من اندماجه مع اقرانه وفي المجتمع بسهولة وفعالية (واصف كابلي، ٢٩٠، ٢٠١٦).

كما تشير الدراسات إلى ان من فوائد برامج التدخل المبكر تكوين مفهوم ايجابي للطفل عن نفسه وتنمية شعوره بالإنجاز والثقة وسد الثغرات المعرفية التي نتجت من الاعاقة او الاضطراب قبل دخوله المدرسة كما ان برامج التدخل المبكر تخفف من عدم تساوي الفرص الاجتماعية والاقتصادية من خلال تهيئة الاطفال من ذوي الاضطرابات والاعاقات لبداية عادلة في المدرسة والحياة (أحمد عويس، ٢٠١٧، ٣٢).

وتضيف (مها أركوبى، ٢٠١٨) إن برامج التدخل المبكر هي برامج يقوم بها فريق من الاخصائيين: اخصائيين نفسيين، أخصائيين اجتماعيين، أخصائيين علاج طبيعي، علاج وظيفي، اخصائيين تدخل مبكر، اطباء. وتشمل برامج توعوية وقائية للمجتمع: Prevention Programs للشباب –للأسرة قبل الزواج–للام الحامل–للأمهات، وبرامج الرعاية الصحية للأمهات وللأطفال: Health Care for mothers and children Services، وبرامج الرعاية الصحية للام الحامل والمولود في السنوات الاولى من عمره، وبرامج الكشف المبكر للأطفال: Early Detection of

ISSN 2735-5209

Disabilitiesمن قبل الاطباء والمستشفيات للكشف المبكر عن حالات الاعاقة وحالات الاطفال المعرضين لخطر الاعاقةAt Risk ، وبرامج تدخل مبكر لأسر الاطفال من ذوي الحاجات الخاصة، وبرامج تدخل مبكر/ طفولة مبكرة: Early Childhood Programبرامج تدخل مبكر/ طفولة مبكرة تبدأ من سن سنتين –٣ سنوات: في المنزل او في مراكز تدخل مبكر لتدريب الاسرة على مساعدة الطفل في السنوات الاولى من عمره على اجتياز مراحل النمو الحركي واللغوي والحسي والعقلي، وبرامج تدخل مبكر/ طفولة مبكرة تبدأ من سن ٣–٦سنوات في رياض الاطفال Preschool Programs. هي برامج تأهيلية تتضمن خدمات علاجية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال الذين يعانون من اعاقة او اضطراب نمائي لتحسين وتطوير مستوى نمو الطفل وقدراته إلى اقصى درجة ممكنة حسب طبيعة مشكلته وتتضمن ايضا تعلمه المهارات اللازمة حسب عمره لتخفيف اثر الاعاقة ووسد الثغرات المعرفية والنمائية التي من اثر الاعاقة وتعليم الطفل السلوكيات الصحيحة للدمج مع اقرانه وفي بيئته. وتشمل التدريبات على التواصل والتدريب للتأهيل المدرسي وللدمج التعليمي فالعمليات والنشاطات الاساسية في برامج التدخل المبكر(الطفولة المبكرة) تشمل التقييم التربوي والنمائي الشامل واعداد خطة تربوية فردية واختيار الوسائل وتكييفها وتصميم استراتيجيات التعلم المناسبة وخدمات نفسية وارشادية وتعديل سلوك وبرامج علاجية لغوية وتدريبات علاج وظيفي وطبيعي حسب شدة ونوع الاضطراب.

الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر:

هناك العديد من الفئات التي تستدعى برامج التدخل المبكر يذكر (فرحات رزوق، ٢٠١٤) منها وجود خلل في الجينات عند الوالدين أو أحدهما، وكذلك إنجاب الأسرة لطفل به خلل كروموسومي قبل الحمل الحالي، ووجود تاريخ للإجهاض عند الأم ووجود اختلاف في فصائل الدم عند الزوجين، وتدخين الأم أو تعاطيها للكحوليات والحمل بعد سن الخامسة والثلاثين ((تبين من الدراسات في أمريكا أن ٧٪ من الأطفال وعموماً و٣٣٪ من الأطفال المعاقين يولدون من أمهات بعد سن ا لخامسة والثلاثين فاعتبر الباحثون حمل المرأة بعد هذا السن من عوامل تعرض الأجنة إلى الإعاقة العقلية والجسيمة وتستدعي التدخل المبكر لعلاجها قبل أن تؤذي دماغ الجنين أو التخفيف من تأثيرها على إعاقة النمو العقلي قبل الولادة، والولادة قبل الأوان أو ولادة طفل ناقص الوزن ووجود إعاقة جسمية أو عقلية عند الوليد والفقر وتفكك الأسرة التي يولد فيها الطفل ((تسمي الطفل المعرض للإصابة بالإعاقة العقلية نتيجة للبيئة التي حوله)) وانخفاض المستوي الثقافي للوالدين وانخفاض ذكاء الأم وإعاقتها العقلية والتخلف الثقافي والاجتماعي للمنطقة التي يسكنها فيها الطفل.

دور الاسرة في التدخل المبكر:

يذكر(فرحات رزوق، ٢٠١٤) إنه تقوم الأسرة بالكشف المبكر عن الأطفال الذين يظهرون أنماطاً نمائية غير عادية؛ بغرض التزود بالخدمات الطبية، والنفسية والتربوية في أسرع وقت

ISSN 2735-5209

ممكن. وذلك من خلال ملاحظة انحراف الطفل عن المسار الطبيعي للنمو، والذي قد يكون أو لا يكون إعاقة في بعض الأحيان، ويلعب الآباء دوراً هاماً في الكشف المبكر عن إعاقات أبنائهم، وأفضل معين لهم هو الاطلاع على الخصائص النمائية للأطفال في المجالات المختلفة (الحركية– المعرفية– الاجتماعية– اللغوية– الانفعالية) فهناك العديد من الحالات لا يتم الكشف عنها عن طريق هذه الفحوص، فقد تحدث بعد الولادة بفترة قصيرة مثل: بعض حالات الشلل الدماغي، أو يتم ملاحظتها بعد فترة مثل الصرع، وقد لا تظهر أعراضها إلا ما بين السنة الثانية والسادسة من العمر، وبعضها يظهر فجأة مثل الضمور العضلي "مرض وردنج هوفمان" ويقود إلى الوفاة في مرحلة ما قبل المدرسة حيث يقوم الآباء بمراجعة الأطباء وذلك للتأكد من سلامة أطفالهم عند ملاحظتهم بأن طفلهم غير طبيعي، ويقوم الطبيب بدوره بتوجيه الأسرة إلى المراكز الخاصة بالتشخيص، وبالتالي التزود بخدمة التدخل المبكر إذا كانت هناك إعاقة فهناك عدداً من المؤشرات التحذيرية التي تنبئ باحتمالية وجود الإعاقة الجسمية، وذلك من خلال ملاحظة الطفل، ومقارنة نموه بالتسلل الطبيعي للنمو في مجالات عدة حيث يعتبر الانحراف عن النمو الطبيعي من المؤشرات الهامة الدالة على وجود الإعاقة.

فروض البحث:

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب القياس القبلي والبعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة للمجموعة التجريبية

إجراءات الدراسة المنهجية

أولاً: منهج البحث:

للإجابة عن تساؤلات البحث، اتبعت الباحثة المنهج شبه التجريبي، وذلك لإثبات فروض معينه تمهيدا للإجابة عن تساؤلات محدده سلفًا، وبعد تدخل من الباحثة في مجرياتها وتستطيع الباحثة أن تتفاعل معها بشكل علمي وموضوعي. واستخدام المقارنة وذلك للوقوف على أهم الفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي والتتبعي لمقاييس الدراسة، والجدول (١) يوضح التصميم شبه التجريبي للدراسة الحالية.

جدول (١) التصميم شبه التجريبي للدراسة (ن = ١٦)

المجموعة	التطبيق القبلي	التدخل	التطبيق البعدي	التطبيق التتبعي
التجريبية	مقياس جودة الحياة	تطبيق البرنامج الارشادي القائم على التدخل المبكر	مقياس جودة الحياة	مقياس جودة الحياة

ثانياً: مجتمع البحث:

تكون مجتمع البحث من مجموعة الاطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم بمحافظه الوادي الجديد

ISSN 2735-5209

أ) **عينه البحث الاستطلاعية:** تكونت عينة البحث الاستطلاعية من مجموعة من الاطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم بمحافظه الوادي الجديد، بلغ عددهم (٢٠) طفلا، تراوحت أعمارهم بين(٦: ١٢) سنة، بمتوسط عمر قدره (٨. ٧٥ سنة، وانحراف معياري قدره ١. ٨٨ سنه)، وتم تطبيق أدوات البحث عليهم للتأكد من صدق وثبات المقاييس.

ب) **عينة البحث الأساسية:** تكونت عينة البحث الاساسية من مجموعة من الاطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم بمحافظه الوادي الجديد، بلغ عددهم (١٦) طفل من كلا الجنسين، تراوحت أعمارهم بين (٦– ١٢) سنوات، بمتوسط عمر قدره (٨. ٧٥ سنة، وانحراف معياري قدره ١. ٨٨ سنه).

رابعاً: أدوات البحث:

لتحقيق أهداف البحث تم الاعتماد على مجموعه من الأدوات والمواد المتمثلة في الآتي:

(١) مقياس جودة الحياة:

أ) **الهدف من المقياس:**

يهدف البحث الحالي إلى الكشف عن الفروق بين مستويات جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين عقليا في الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة فبعد تطبيق البرنامج المعتمد على التدخل المبكر لدى عينة الدراسة، وعلى هذا فقد جاء إعداد هذا المقياس كجزء مكمل لها وكانت إجراءات بناء المقياس كالتالي حيث إن هناك خطوات علمية محددة لبناء المقاييس النفسية، والتي ينبغي وأن تبدأ بتحديد المنطلقات النظرية التي تم الاستناد إليها في بناء المقياس، والتي يمكن توضيحها فيما يلي:

من خلال ما تم عرضه في الإطار النظري والدراسات والبحوث السابقة للبحث الحالي، فقد تم تحديد المنطلقات النظرية والمنهجية التي اعتمدت عليها الباحثة في بناء المقياس، لأنها تعطي رؤية نظرية واضحة تنطلق منها الباحثة للتحقق من إجراءات بناء المقياس، وعليه حددت الباحثة المنطلقات النظرية الآتية:

١– بعد تحليل النظريات والدراسات السابقة، تم تقسيم مقياس جودة الحياة لدى المعاقين عقليا القابلين للتعلم إلى ثلاثة أبعاد وذلك على النحو التالى:

– جودة الصحة العامة وتم تعريفها إجرائيا على أنها هي شعور الفرد بقدر من الرضا عن حياته العامة والتي تتناول الجوانب البدنية والعامة والدراسية وكل مايتعلق بحياته فهو الجانب الأعم في جوانب جودة الحياة التي تسهم في تحقيقها على كافة الجوانب الرياضية والأكاديمية والبدنية والنفسية فنجد الفرد يسعى لتعلم أشياء ومهارات جديده بما يمنحه شعورا بالرضا الكامل عن جودة حياته.

ISSN 2735-5209

– جودة العلاقات الاجتماعية وتم تعريفها إجرائيا على أنها استغلال الفرد الكامل لقدراته وامكاناته وأهدافه لتحسين علاقاته الاجتماعية سواء على محيط أسرته أو جماعته أو أصدقائه وشعور الفرد بالثقة بنفسه وبمن حوله والرضا عن حياته الاجتماعية وعن علاقاته بمن حوله.

جودة إدارة الوقت وتم تعريفها إجرائيا على أنها قدرة الفرد على تنظيم وقته بشكل جيد واستغلاه الاستغلال المثل والتغلب على عقبات التي تضيع الوقت التي قد تواجهه أثناء تحقيقة لأهدافه، وتجعله يتسم بقدراً كبير من التحدي والصمود في مواجهتها والتعامل معها بايجابية.

– فى ضوء أبعاد جودة الحياة للمعاقين عقليا القابلين للتعلم فقد قامت الباحثة بالاطلاع على مقاييس جودة الحياة للمعاقين عقليا على النحو التالي:

– مقياس جودة الحياة لزينب شقير (٢٠٠٩)

– مقياس جودة الحياة للمراهقين المعاقين عقليًا القابلين للتعلم إعداد/ إيمان رجب (2009)

– مقياس جودة الحياة للمراهقين ضعاف السمع (٢٠١٨) إعداد نانسي صالح.

– مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة، إعداد: محمد حسن (٢٠١٧).

٣– اعتمدت الباحثة أسلوب التقرير الذاتي (العبارات التقريرية) في بناء فقرات المقياس، بمكوناته الثلاث جودة الصحة العامة، جودة العلاقات الاجتماعية، جودة إدارة الوقت.

ب) تحديد جودة الحياة:

حيث تعرف الباحثة جودة الحياة إجرائياً بأنها: إحساس الفرد المعاق عقليا القابل للتعلم بالرضا والسعادة بجوانب حياته المختلفة (العلاقات الأسرية – الوجود الانفعالي – الوجود البدني الأفضل – وقت الفراغ – الاندماج المجتمعي) في ظل ظروفه وإمكاناته الحالية، ويقاس عن طريق الدرجة التي يحصل عليها الطفل المعاق عقليا القابل للتعلم على مقياس جودة الحياة المستخدم في الدراسة الحالية من إعداد الباحثة، حيث أن الدرجة المرتفعة تدل على ارتفاع مستوى جودة الحياة والدرجة المنخفضة تدل على انخفاض مستوى جودة الحياة.

ج) وصف المقياس:

يتكون المقياس في صورته الأولية من (٣٦) عبارة تتضمن مكون جودة الصحة العامة (١٢)وتتضمن جودة العلاقات الاجتماعية (١٢) عبارة، وتتضمن مكون جودة إدارة الوقت (١٢) عبارة وتدل الدرجة المرتفعة على ارتفاع مستويات جودة الحياة بينما الدرجة المنخفضة فتدل على انخفاض مستويات جودة الحياة ويتم حساب الدرجة الكلية للمفحوص على المقياس بجمع درجاته في الفئات الثلاث للمقياس وتتراوح الدرجة الكلية للمفحوص على المقياس في الصورة الأولية بين (٣٦–١٠٨) درجة، وتدل الدرجة المرتفعة على ارتفاع مستويات جودة الحياة بينما الدرجة المنخفضة فتدل على انخفاض مستويات جودة الحياة وعقب صياغة عبارات المقياس وتعليماته في صورته المبدئية، تم عرض هذه الصورة على مجموعة من المحكمين المتخصصين في هذا المجال، لإبداء آرائهم ووجهة نظرهم، وبناء على ذلك تمت إعادة صياغة بعض العبارات التي

ISSN 2735-5209

اقترحوا تعديلها، وحذف بعض العبارات الغير مناسبة، وجاءت نسبة الاتفاق على العبارات الأخرى من ٩٠٪ إلى ١٠٠٪؛ وبالتالي أصبح عدد عبارات المقياس(٣٥) عبارة، وقد قامت الباحثة أيضا بحساب صدق المحكمين باستخدام معادلة لوش لحساب نسبة صدق محتوى العبارة Lawshe Ratio Validity Content (CVR)، ووجد أن نسب صدق المحكمين على عبارات المقياس بطريقة لوش تراوحت بين (٠.٦٤ – ١)، وجميعها أكبر من القيمة الحرجة التي حددها لوش للصدق والتي تساوي (٠.٦٢)، وأصبح المقياس (٣٥) عبارة، مما يشير إلى صدق المقياس.

د) أدلة تفسير ثبات وصدق درجات المقياس:

١- تقييم صلاحية البنود:

بهدف معرفة مدي تأثير كل بند من بنود المقياس على قيمة معامل الثبات سواء ارتفاعاً أو انخفاضاً فقد تم استخراج سلسلة من معاملات ألفا كرونباخ بحيث يمثل كل معامل قيمة ثبات المقياس بعد حذف عباراته وهو في الوقت نفسه نوع من صدق المحك للبنود، وبالمثل فقد تم حساب متوسط وتباين كل بند من بنود المقياس بعد حذف أحد بنوده٠ والجدولين رقم (٢) التاليان يوضحان هذه القيم.

جدول (٢) المتوسط والتباين ومعامل الارتباط المصحح ومعامل الفا بعد حذف درجة البند

البند	المتوسط	التباين	معامل الارتباط المصحح	معامل ألفا	البند	المتوسط	التباين	معامل الارتباط المصحح	معامل ألفا
١	٨٠.٢٢	١٦.١٦	٠.١٩	٠.٧٧	١	٤٠.٢٤	٩٣.٣١	٠.٤٤	٠.٨٨
٢	٦٥.٢٣	١٨.١٥	٠.٢٥	٠.٧٧	٢	٨٠.٢٣	٨٥.٣٣	٠.٣٧	٠.٨٨
٣	٢٠.٢٣	٩٥.١٣	٠.٤٥	٠.٧٥	٣	٥٦.٢٤	٣٠.٩٧	٠.٦١	٠.٨٨
٤	٨٥.٢٣	٢٩.١٣	٠.٤٢	٠.٧٥	٤	٢٥.٢٤	٨٧.٢٩	٠.٧٥	٠.٨٦
٥	٦٥.٢٣	٦٠.١٣	٠.٥٢	٠.٧٤	٥	٤٠.٢٤	٢٩.٠٩	٠.٧٨	٠.٨٦
٦	٤٥.٢٣	٤١.١٣	٠.٥٣	٠.٧٤	٦	٤٠.٢٤	٣٢.٠٤	٠.٥٥	٠.٨٨
٧	٦٠.٢٣	٤١.١٣	٠.٤١	٠.٧٥	٧	٤٠.٢٤	٨٨.٣٨	٠.٨١	٠.٨٦
٨	١٠.٢٣	٥١.١٤	٠.٤١	٠.٧٥	٨	١٠.٢٤	٢٥.٢٩	٠.٧٨	٠.٨٦
٩	٢٥.٢٣	١٤.٠٩	٠.٥٠	٠.٧٤	٩	٤٠.٢٤	٤٧.٣١	٠.٥٥	٠.٨٨
١٠	٤٥.٢٣	٤١.١٣	٠.٤٧	٠.٧٥	١٠	٤٠.٢٤	٩٦.٣٢	٠.٥١	٠.٨٨
١١	٢٣.٠٠	٦٣.١٤	٠.٥٢٧	٠.٧٥	١١	٢٤.٠٠	٤٧.٣٣	٠.٤٢	٠.٨٨
					١٢	٣٥.٢٤	٨١.٣١	٠.٤١	٠.٨٨
معامل الفا لكرونباخ لجودة الصحة العامة				٠.٧٧٣	**معامل الفا لكرونباخ لجودة العلاقات الاجتماعية**				٠.٧٨

ISSN 2735-5209

جدول (٣) المتوسط والتباين ومعامل الارتباط المصحح ومعامل الفا بعد حذف درجة البند

البند	المتوسط	التباين	معامل الارتباط المصحح	معامل ألفا
١	٤٠ .٢٤	٩٣ .٣١	٠.٤٤	٠.٨٨
٢	٨٠ .٢٣	٨٥ .٣٣	٠.٣٧	٠.٨٨
٣	٦٥ .٢٤	٣٠.٩٧	٠.٦١	٠.٨٧
٤	٢٥ .٢٤	٨٨ .٢٩	٠.٧٥	٠.٨٦
٥	٤٠ .٢٤	٢٩.٠٩	٠.٧٨	٠.٨٦
٦	٤٠ .٢٤	٣٢.٠٤	٠.٥٥	٠.٨٨
٧	٤٠ .٢٤	٨٨ .٢٨	٠.٨١	٠.٨٦
٨	١٠ .٢٤	٢٥ .٢٩	٠.٧٨	٠.٨٦
٩	٤٠ .٢٤	٤٧ .٣١	٠.٥٥	٠.٨٨
١٠	٢٠ .٢٤	٣٢.٠٦	٠.٥١	٠.٨٨
١١	٢٤.٠٠	٤٧ .٣٣	٠.٤٢	٠.٨٨
١٢	٣٥ .٢٤	٨١ .٣١	٠.٤٤	٠.٨٨
معامل الفا لكرونباخ لجودة إدارة الوقت				٠.٨٥
معامل الفا لكرونباخ لجودة الحياة ككل				٠.٨٣

يتضح من الجدولين رقم (٣) السابقين ما يلي:

- عند مقارنة قيمتي المتوسط والتباين لكل بند على حدة بقيم المتوسط والتباين للبند بعد حذف درجته يتضح عدم اختلاف القيم في الحالتين وتقاربها بدرجة كبيرة، بالإضافة إلى أن المدى الذي تذبذب فيها هذه القيم صغير جداً، وهذا يؤكد أن جميع البنود متجانسة إلى حد كبير في قياس ما وضعت من أجله
- أن جميع قيم معاملات الارتباط المصحح بين البند والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي اليه عند حذف درجة البند دالة إحصائياً، ويؤكد هذا تمتع جميع البنود بدرجة مقبولة من الصدق باعتبار بقية البنود محكاً لقياس صدق البند (السيد محمد أبو هاشم، ٢٠٠٤، ٣١٤). وهذه المعاملات تعتبر معامل تميز لكل بند باعتبار بقية البنود كمحك.
- أن معاملات ثبات ألفا كرونباخ للمقياس لا يتأثر بعد حذف أي بند وهذا يعد مناسبا وتتفق هذه النتيجة مع صدق المحكمين السابق.

وللتحقق من الاتساق الداخلي تم حساب معامل (بيرسون) بين كل بند من بنود المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه وبين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس، والجدولان رقم (٤) التاليان يوضحان هذه النتائج التالية:

ISSN 2735-5209

جدول (٤) معاملات الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه (ن=٢٠)

جودة الصحة العامة	معامل الارتباط	جودة العلاقات الاجتماعية	معامل الارتباط	جودة ادارة الوقت	معامل الارتباط
١	**٠.٦٧	١	**٠.٧٤	١	**٠.٧٧
٢	**٠.٧٤	٢	**٠.٧٢	٢	**٠.٧٠
٣	**٠.٨٧	٣	**٠.٧٦	٣	**٠.٧٢
٤	**٠.٧٦	٤	**٠.٧٤	٤	**٠.٧٥
٥	**٠.٨٣	٥	**٠.٧٦	٥	**٠.٧١
٦	**٠.٨١	٦	**٠.٧٣	٦	**٠.٧٧
٧	**٠.٧٧	٧	**٠.٧٧	٧	**٠.٧٨
٨	**٠.٧٣	٨	**٠.٧١	٨	**٠.٧٠
٩	**٠.٧٤	٩	**٠.٧٦	٩	**٠.٧٤
١٠	**٠.٧٦	١٠	**٠.٧٩	١٠	**٠.٧٥
١١	**٠.٨٢	١١	**٠.٨٢	١١	**٠.٨١
		١٢	**٠.٨٨	١٢	**٠.٧٦

**** دال عند (٠.٠١)**

جدول (٥) معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس (ن=٢٠)

البعد	جودة الصحة العامة	جودة العلاقات الاجتماعية	جودة ادارة الوقت
معامل الارتباط	**٠.٧٣	**٠.٧٣	**٠.٧٤

***دال عند (٠.٠٥)، ** دال عند (٠.٠١)**

يتضح من الجدولين السابقين بان عبارات تتمتع بمعاملات ارتباط قوية (أكبر من ٠.٧) وداله إحصائياً عند مستوي (٠.٠١) مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، كما أن ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس قوية (أكبر من ٠.٧) وداله إحصائيا عند مستوي (٠.٠١) وهذا يدل على أن المقياس ببنوده يتمتع باتساق داخلي عالي

٢- الثبات بطريقه ألفا كرونباخ:

تم حساب قيمه معاملات الثبات بطريقه ألفا – كرونباخ وقد جاءت جميع هذه القيم مرتفعة (أكبر من ٠.٧) وهذا دليل كافي على أن الاختبار تتمتع بمعامل ثبات عالي، وبذلك يكون صالحاً للاستخدام، ويتضح ذلك من خلال الجدول رقم (٦) التالي:

جدول (٦) معاملات ألفا–كرونباخ لكل بعد من ابعاد المقياس

البعد / الاختبار	جودة الصحة العامة	جودة العلاقات الاجتماعية	جودة ادارة الوقت	جودة الحياة ككل
الفا	٠.٧٨٧	٠.٧٧٣	٠.٨٥٧	٠.٨٣٩

ISSN 2735-5209

كرونباخ				

ويوضح الجدول رقم (٧) التالي الوصف الإحصائي لمتغيرات الدراسة الحالية.

جدول (٧) الوصف الإحصائي لمتغيرات الدراسة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية

البعد	القبلي		البعدي		التتبعي	
	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط
جودة الصحة العامة	٨٠ .١	٩٤ .١٣	٢.٠٦	٥٦ .٢٢	٢٠ .٢	٧٥ .٢٢
جودة العلاقات الاجتماعية	٤٩ .١	٣١ .١٤	٦٠ .٣	٧٥ .٢٣	٦٤ .٣	٨٨ .٢٣
جودة ادارة الوقت	٧٣ .١	٩٤ .١٤	٣٩ .٢	٥٦ .٢٢	٣٨ .٣	٦٩ .٢٢
جودة الحياة ككل	٩٢ .٢	١٩ .٤٣	٤٥ .٥	٨٨ .٦٨	٥١ .٥	٣١ .٦٩

يتضح من الجدول رقم (٧) السابق ما يلي: أن هناك اختلاف كبير بين المتوسطات خلال التطبيقين القبلي والبعدي، وتقارب هذه المتوسطات خلال التطبيقين البعدي والتتبعي

التحقق من فروض البحث:

للتحقق من الفرض البحثي والذي ينص على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب القياس القبلي والبعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة للمجموعة التجريبية

استخدمت الباحثة اختبار فريدمان Freedman Test وهو اختبار لابارامتري يستخدم لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطي رتب القياس القبلي والبعدي والتتبعي أي دلالة الفروق بين المجموعات المترابطة (عند صغر حجم العينة وعدم تحقق شروط الإحصاء البارمتري، حيث طبقت الباحثة اختبار كولمجروف سميرنوف وجاءت نتائجه دالة احصائيا مما يدل على عدم تحقق شرط اعتدالية التوزيع)، والجدول رقم (٨) التالي يوضح نتائج اختبار فريدمان للدلالة الفروق بين المجموعات المترابطة

جدول (٨) نتائج اختبار فريدمان لدلالة الفروق بين المجموعات المترابطة وحجم التأثير

البعد	القياس	افراد العينة	متوسط الرتب	درجات الحرية	قيمة اختبار فريدمان ودلالتها (كا^{٢})	حجم الأثر
جودة الصحة العامة	**القبلي**	١٦	١	٢	٣٠.٨٨ دالة عند ٠.٠١	٠.٩٦ مرتفع
	البعدي	١٦	٢. ٤٤			
	التتبعي	١٦	٢. ٥٦			

ISSN 2735-5209

جودة العلاقات الاجتماعية	القبلي	١٦	١		٠.٩٦
	البعدي	١٦	٢. ٤٤	٣٠.٨٨ دالة عند ٠.٠١	مرتفع
	التتبعي	١٦	٢. ٥٦		
جودة ادارة الوقت	القبلي	١٦	١	٣٠.٨٨ دالة عند ٠.٠١	٠.٩٦
	البعدي	١٦	٢. ٤٤		مرتفع
	التتبعي	١٦	٢. ٥٦		
جودة الحياة ككل	القبلي	١٦	١	٣٠.٤٧١ دالة عند ٠.٠١	٠.٩٦
	البعدي	١٦	٢. ٤١		مرتفع
	التتبعي	١٦	٢. ٥٩		

يتضح من الجدول رقم (٨) السابق أن قيمة اختبار فريدمان (كا^{٢}) بلغت على الترتيب (٣٠.٨٨ **لجودة الصحة العامة**، ٣٠.٨٨ **لجودة العلاقات الاجتماعية**، ٣٠.٨٨ **لجودة إدارة الوقت**، ٣٠.٨٨ **لجودة الحياة ككل) وهي قيم دالة احصائيا عند مستوي دلالة (٠.٠١)، وهذا يدل على أنه** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي دلالة(٠.٠١) بين متوسطي رتب درجات التطبيقين القبلي والبعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة على المجموعة التجريبية لصالح التطبيق البعدي والتتبعي وهذ يتضح عند اجراء المقارنات البعدية كما في الجدول (٩)

جدول (٩) المقارنات البعدية للفروق بين متوسطات القياس القبلي والبعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة

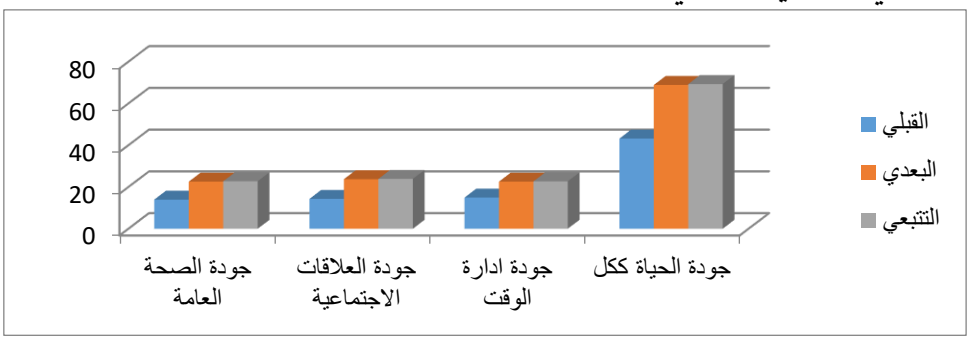
البعد	القياس	قيمة الاختبار	الخطأ المعياري	مستوي الدلالة
جودة الصحة العامة	القبلي– البعدي	١. ٤٣	٠.٣٥٤	دالة عند ٠.٠١
	القبلي– التتبعي	١. ٥٦	٠.٣٥٤	دالة عند ٠.٠١
	البعدي =– التتبعي	٠.١٢	٠.٣٥٤	غير دالة
جودة العلاقات الاجتماعية	القبلي– البعدي	١. ٤٣	٠.٣٥٤	دالة عند ٠.٠١
	القبلي– التتبعي	١. ٥٦	٠.٣٥٤	دالة عند ٠.٠١
	البعدي =– التتبعي	٠.١٢	٠.٣٥٤	غير دالة
جودة ادارة الوقت	القبلي– البعدي	١. ٤٣	٠.٣٥٤	دالة عند ٠.٠١
	القبلي– التتبعي	١. ٥٦	٠.٣٥٤	دالة عند ٠.٠١
	البعدي =– التتبعي	٠.١٢	٠.٣٥٤	غير دالة
جودة الحياة ككل	القبلي– البعدي	١. ٤٠	٠.٣٥٤	دالة عند ٠.٠١
	القبلي– التتبعي	١. ٥٩	٠.٣٥٤	دالة عند ٠.٠١
	البعدي =– التتبعي	٠.١٨	٠.٣٥٤	غير دالة

يتضح من الجدول (٩) ما يلي:

ISSN 2735-5209

- توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوي دلالة (٠.٠١) بين متوسطي رتب التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة (جودة الصحة العامة، جودة العلاقات الاجتماعية، جودة ادارة الوقت، جودة الحياة ككل) لصالح التطبيق البعدي حيث بلغت قيمة الاختبار على الترتيب (١. ٤٣٧، ١. ٤٣٧، ١. ٤٣٧، ١. ٤٠٦)، وهي قيم دالة احصائيا عند مستوي دلالة (٠.٠١)
- توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوي دلالة (٠.٠١) بين متوسطي رتب التطبيقين القبلي والتتبعي لمقياس جودة الحياة (جودة الصحة العامة، جودة العلاقات الاجتماعية، جودة ادارة الوقت، جودة الحياة ككل) لصالح التطبيق التتبعي حيث بلغت قيمة الاختبار على الترتيب (١. ٥٦٢، ١. ٥٦٢، ١. ٥٦٢، ١. ٥٩٤)، وهي قيم دالة احصائيا عند مستوي دلالة (٠.٠١)
- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوي دلالة (٠.٠١) بين متوسطي رتب التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة (جودة الصحة العامة، جودة العلاقات الاجتماعية، جودة ادارة الوقت، جودة الحياة ككل) حيث بلغت قيمة الاختبار على الترتيب (٠.١٢٥، ٠.١٢٥، ٠.١٢٥، ٠.١٨٧)، وهي قيم غير دالة احصائيا

وهذا يعني أن استخدام البرنامج حقق تحسناً ملحوظاً لأفراد المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج واستمر التحسن عبر الزمن، وهذا يتضح عند حساب حجم الأثر والذي بلغ على الترتيب (٠.٩٦٥، ٠.٩٦٥، ٠.٩٦٥، ٠.٩٥٢) وهي قيم مرتفعة، والشكل () يوضح الفروق بين متوسط التطبيقات القبلي والبعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة



شكل (١) الفروق بين متوسط التطبيقات القبلي والبعدي والتتبعي

تفسير النتائج ومناقشتها:

في ضوء ما تم عرضة من التحليل الاحصائي والأساليب الإحصائية المستخدمة فيما سبق نجد وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب القياس القبلي والبعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة للمجموعة التجريبية لصالح القياس القبلي والتتبعي وهذا يعني أن استخدام البرنامج حقق تحسناً ملحوظاً لأفراد المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج واستمر التحسن عبر الزمن، وهذا يتضح عند حساب حجم الأثر والذي بلغ على الترتيب (٠.٩٦٥، ٠.٩٦٥، ٠.٩٦٥، ٠.٩٥٢) وهي قيم مرتفعة وهو ما أسفرت عنه نتائج دراسة (Filip M, 2013) والتي أكدت على فعالية البرنامج التدريبى في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين عقليا وكذلك نتائج دراسة J. Owuor, S. Boland and M. MacLachlan (2019). والتي توصلت إلى فعالية برامج

ISSN 2735-5209

التدخل في رفع درجة جودة الحياة للشباب من ذوي الإعاقة الذهنية الذين استخدموا تطبيقات الهاتف المحمول لدعم التفاعلات الاجتماعية حيث اعتمدت هذه الدراسة ذات المنهج المختلط على تصميم البحث البحثي التشاركي حيث تكونت عينة الدراسة من عشرة شباب من ذوي الإعاقات الذهنية في تدخل لمدة ٣ أشهر باستخدام تطبيق محمول تم تحميله على جهاز لوحي مع تسعة موضوعات للدمج الاجتماعي وتوصلت نتائج الدراسة إلى فعالية البرامج المستخدم لتحسين مهارات التواصل لدى الشباب وتطوير العلاقات الاجتماعية الصحية لصحة أفضل وجودة حياة أفضل.

التوصيات:

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج البحث الحالى، وضعت الباحثة مجموعة من التوصيات التي من الممكن أن تفيد في تنمية جودة الحياة وتتضمن هذه التوصيات ما يلي:

- ضرورة تكثيف الجهود بين المنزل والمدرسة في مواجهة مختلف المشكلات النفسية التي قد تواجه الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم.
- اهتمام المدارس بالأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم سواء من يعانون من انخفاض درجات جودة الحياة الاجتماعية لديهم أو من يعانون من مشاكل بجودة الحياة بشكل عام وتوفير الخدمات العلاجية المتخصصة المناسبة لهم.

البحوث المقترحة:

- دراسة تجريبية لتقصى الفروق في جودة الحياة في ضوء العوامل البيئية مثل المستوى الاجتماعي
- دراسة تجريبية لتقصى الفروق في جودة الحياة في ضوء العوامل البيئية مثل عدد أفراد الأسرة.

المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

احمد حمزة (٢٠١١). **التوجيه والارشاد النفسي والاجتماعي**. قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الاميرة نورة بنت عبد الرحمن، المملكة العربية السعودية.

أحمد عويس(٢٠١٧). برامج التدخل المبكر، **مجلة خطوة**، المجلس العربي للطفولة والتنمية، ع(٣١)، ٣٠: ٤٥.

أحمد محمد الزعبي (٢٠٠٢). الإرشاد النفسي. عمان: دار زهران للنشر والتوزيع.

بسمة أسامة السيد (٢٠١٣) فاعلية برنامج تدخل مبكر في تنمية مهارات الأمان لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.

جمال الخطيب(٢٠١٠). **مقدمة في الاعاقة العقلية**، عمان: دار وائل للنشر.

خولة أحمد يحيى(٢٠٠٣). إرشاد **أسر ذوي الاحتياجات الخاصة**. عمان، دار الفكر للنشر والتوزيع.

ISSN 2735-5209

زيدون عبد الحميد موسى (٢٠١٥). فاعلية برنامج ارشادي للتدخل المبكر لتنمية السلوك التكيفي للأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم في العينة الأردنية، **رسالة دكتوراه**، كلية الدراسات العليا للتربية، جامعة القاهرة.

سامية عبد الرحيم (٢٠١١). فاعلية برنامج سلوكي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي للأطفال المعوقين عقليا القابلين للتعليم، **اطروحة دكتوراه**. كلية التربية، جماعة دمشق.

سمية قاسم (٢٠١٧). مهارات العناية بالذات بدى الأطفال المعاقين ذهنيا – دراسة ميدانية، **مجلة العلوم الإنسانية**، مج (٤)، ع(٦)، ٢٤٠–٢٥٣.

سهى بدوي محمد منصور (٢٠١٥). مدى فاعلية الاتجاهات التربوية المعاصرة في تطوير مدارس دمج المعاقين، رسالة ماجستير، جامعة المنصورة.

عبد الرحمن سليمان (٢٠١٧). برنامج تدخل مبكر مقترح لتحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في إطار الدمج، **مجلة الجمعية التربوية للدراسات الاجتماعية**، (٩١)، ١٨٧ – ٢٢٨.

عبد المطلب القريطي (٢٠٠٥). **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم**، (ط) ٤، القاهرة: دار الفكر العربي.

عبير عبده عبدالرحمن الشرقاوي (٢٠١٣). جودة الحياة وعلاقتها بالضغوط النفسية المهنية لدى المعلمات المبتكرات في مرحلة ما قبل المدرسة. **دكتوراه** -جامعة المنصورة. كلية رياض الأطفال.

علياء الشايب (٢٠١٦). فاعلية التدخل المبكر لخفض العناء والاعتمادية لتحسين مساعدة الذات للأطفال المتأخرين عقليا القابلين للتعلم، **مجلة العلوم التربوية**، ٤، ٣٦٨ – ٤٠٦.

فرحات زروق(٢٠١٤). التدخل المبكر للأطفال المعاقين عقليا، **مجلة المؤسسة العربية للاستشارات العلمية وتنمية الموارد البشرية** س١٥، ع٤٨، 285 – 263.

فؤاد عبد الجوالدة(٢٠١٣). فاعلية برنامج تربوي قائم على نظرية العقل في تحسين جودة الحياة للأطفال ذوي الإعاقات التطورية والفكرية **دراسات، العلوم التربوية**، ٤٠، ٣٨٨ –٤٠٩.

محمد ابو حلاوة (٢٠١١). الذكاء الانفعالي، المعني الشخصي، جودة الحياة النفسية دراسة مقارنة بين المراهقة المبكرة والمراهقة المتأخرة، **جماعة الاسكندرية**.

محمد الهويدى (٢٠١٢). **استراتيجيات وبرامج التدخل المبكر**. جامعة الخليج العربي، موقع اطفال الخليج، ٣٩: ٤٥.

محمد هنداوي (٢٠١٦) الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوي الرضا عن جودة الحياة لدي المعاقين حركيا بمحافظة غزة، **رسالة ماجستير**، كلية التربية، جامعة القاهرة.

مها عبد الله أركوني (٢٠١٨). فعالية برنامج تدخل مبكر: تهيئة الأطفال من ذوي الإعاقة (الاضطرابات النمائية) الرياض الأطفال من سن ٣ – ٦ سنوات، في مركز لرياض الأطفال

ISSN 2735-5209

في مدينة جدة، المملكة العربية السعودية، **المجلة الدولية لعلوم وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة**، (٩) , ١١ – ٢٩.

واصف كابلى(٢٠١٦). التدخل الوقائي المبكر للاعاقة، **مجلة المنظمة العربية للترجمة**، مج(٧)، ع٢٦: ٢٨٩: ٢٩٦.

وردة حسن محمد حسن (٢٠١٠). جودة الحياة وعلاقتها بتقبل الوالدين لطفلهما المعاق. **رسالة ماجستير**، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.

Argyle, M. (1999). Causes and Correlates of Happiness. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology (pp. 353-373). New York: Russell Sage Foundation.

Bryan, T. (1991). **Social problems and learning disabilities**. In B. Wong (Ed.), Learning about learning disabilities, 196-231, San Diego: Academic Press.

Brown, Roy I; MacAdam-Crisp, Jacqueline; Wang, Mian; laroci, Grace (2006). Family Quality of Life when there is a Child with a Developmental Disability. **Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities.** 3 (4), Dec 2006, 238-245.

Jackson, C (2010) Work-related quality of life, health research consultation center, oxford university press.

Foreman, P. (2009). Education of Students with an Intellectual Disability: **Research and Practice. IAP.**

Hampton, J. A. (1999). Conceptions of concepts. In B. Kokinov (Ed.) Perspectives in Cognitive Science, Vol 4, pp. 27-38. Sofia: New Bulgarian University Press.

Jacoby P, Williams K, Reddihough D, Leonard H, Whitehouse A, Downs J. Modelling quality of life in children with intellectual disability using regression trees. Dev Med Child Neurol. 2022 Sep;64(9): 1145-1155. doi: 10.1111/dmcn. 15206. Epub 2022 Mar 23. PMID: 35322406; PMCID: PMC9542381.

J. Owuor, S. Boland and M. MacLachlan (2019). Assistive technology for the enhancement of inclusion and quality of life leaving no one behind: Assistive Technology for inclusion of people with intellectual or developmental disabilities. Journal of Intellectual Disability Research, 63: 828-851. https: //doi. org/10.1111/jir. 12662.

Patricia,E; Conway, Laura; Hallenstein, Birgit; Mensah, Fiona; McKean, Cristina; Reilly,Sheena(2018). Quality of Life in Children with Developmental Language Disorder**, International Journal of Language & Communication Disorders,** v53 n4 p799-810 Jul-Aug.

Perez,D. , &Cuesta, I. (2016). Changes on Quality of life, self-Efficacy and social support for Activities and physical fitness in people with intellectual Disabilities through Multimodal intervention **European Journal of Needs Education.** 31 , (4),: 5553-564.

Stephens , Lc & tauber , S. K (2001). **Early introduction in J. Case – Smith (Ed) , occupational therapy for children** (4th ed). st Louis: Mosby.

Torgerson, D (1999): Measuring outcomes in Economic Evaluations, **British Medical Journal**: 318, 1413-1414.

Wołowicz, A, & Ho, & James, & Brown, Ivan & Mankiewicz, Firkowska & Zasępa, & Wapiennik,. (2013). Family Quality of Life of Polish Families with a Member with Intellectual Disability. Journal on Developmental Disabilities. 2. 36-41.

ISSN 2735-5209