مجلة كلية التربية

فعالية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم

(بحث مستل من رسالة دكتوراه)

اعداد

أحمد عبد القادر موسي محمد بشار

باحث دكتوراه الفلسفة في التربية

(تخصص التربية الخاصة)

أ.م.د/ مصطفى السعيد السعيد جبريل

أستاذ الصحة النفسية المساعد . المتفرغ

كلية التربية – جامعة دمياط

١٤٤٦هـ- ٢٠٢٥م

فعالية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم

المستخلص:

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من فعالية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم، واستخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي، وتكونت عينة الدراسة (٢٠) من المعاقين عقليًا القابلين للتعلم من تلاميذ المرحلة الابتدائية، وعمرهم الزمنى يتراوح بين (٩–١٠) سنه، ويتراوح نسبة ذكائهم بين (٥٥–٧٠) درجة على مقياس استانفورد بنية للذكاء، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة تجريبية قوامها(١٠)تلاميذ متوسط عمرها الزمنى (٩.٥٥) وبانحرافها المعياري مقداره (٠,٦٢٥)، و مجموعة ضابطة قوامها(١٠)تلاميذ متوسط عمرها الزمني (٩.٤٥) وانحرافها المعياري مقداره (٠,٥١٥)، واشتملت أدوات الدراسة على مقياس ستانفورد بينيه للذكاء – الصورة الخامسة. ترجمة وتقنين (محمود أبو النيل، ٢٠١١)، و قائمة جودة الحياة (تقدير المعلم) (إعداد: الباحث)، و برنامج تدريبي سلوكي للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم (إعداد: الباحث)، واستخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية: اختبار مان وتنى(U) لدلالة الفروق بين المجموعتين، اختبار ولكوكسن Wilcoxon وقيمة(Z) لدلالة الفروق بين عينتين مرتبطتين، وتوصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية وأثره على جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

الكلمات المفتاحية: البرنامج التدريبي السلوكي، جودة الحياة، المعاقين عقلياً القابلين للتعلم

Effectiveness of a Behavioral Training Program to Develop the quality of Life for Educable Mentally Disabled People

Abstract

The current study aimed to verify the effectiveness of a behavioral training program to develop the quality of life for educable mentally disabled people, and the study used the quasi-experimental method, and the study sample consisted of (20) educable mentally disabled people from primary school students, their chronological age ranges between (9-10) years, and their intelligence ranges between (55-70) degrees on the Stanford Intelligence Scale, and they were divided into two groups: an experimental group of (10) students and a control group consisting of (10) students and the study tools included the Stanford Binet Intelligence Scale - the fifth version. Translation and codification (Mahmoud Abulnil, 2011), the list of quality of life (teacher's estimate) (prepared by the researcher), and a behavioral training program for educable mentally disabled people (prepared by the researcher), and the researcher used the following statistical methods: Mann-Whitney U test: Mann-Whitney U test for differences between the two groups, Wilcoxon test and Z value for differences between two related samples, and the results of the study found the effectiveness of a behavioral training program to develop the quality of life for educable mentally disabled people.

Key words: Behavioral training program, quality of life, educable mentally disabled people.

أولاً: مقدمة:

تعد الإعاقة العقلية اضطراباً نمائية لا يخلو منها مجتمع من المجتمعات، فهي إعاقة متعددة الأبعاد حيث أن الإعاقة لا تؤثر فقط علي الطفل المعاق عقلياً بل ويمتد أثرها ليشمل المجتمع بأكمله، فإن المعاق عقلياً له حقوق مثله مثل غيره من العاديين بل وقد يحتاج المعاق عقلياً رعاية أكثر من أي شخص آخر، فهو لا يستطيع حماية نفسة ولا يستطيع التميز بين ما يفعله وما يضره (منى معوض، ٢٠١٨، ٤).

تعد جودة الحياة من الاعتبارات المهمة عند المعاقين عقلياً؛ حيث إنها تعكس مستوى الصحة النفسية الذي يتمتع به الفرد عموماً، ومستوى الصحة النفسية للفرد يمثل مؤشراً هاماً لخلوه من المشكلات والاضطرابات النفسية (Crane, 2005).

كما ترتبط جودة الحياة بالحالة الشعورية التي تجعل الفرد يرى نفسه قادراً على إشباع حاجاته المختلفة (الفطرية والمكتسبة) والاستمتاع بالظروف المحيطة به (Cushing, 2011: 9).

قد أوضح (Wilron & Renaut, 2013) أن جودة الحياة هي نتاج لكل من العوامل الاجتماعية (دخل – خدمات – صحة ومسكن) والعوامل الذاتية وهي عوامل نفسية مثل نوعية إدراك الفرد لمدى مناسبة هذه العوامل الاجتماعية له، وبالتالي فالإدراك ومعه بقية المؤشرات النفسية تمثل المخرجات التي تظهر من خلالها جودة الحياة، والمعاقين عقلياً غالباً ما يكون لديهم ضعف في التكيف الاجتماعي، مما يجعل جودة الحياة لديهم منخفضة لضعف المهارات الاجتماعية وعدم قدرتهم على مساعدة أنفسهم.

الأمر الذي يتطلب مواجهة هذه المشكلة، ومحاولة علاجها في وقت مبكر، مما يساعد على تجنب هؤلاء الأطفال لمشكلات أخرى في المستقبل. وهذا ما يدعمه فاروق صادق (١٩٨٨) من أن الأطفال المعاقين عقلياً بحاجة إلى تربية خاصة تؤهلهم للتعامل مع البيئة وكذلك تنمية قدراتهم على أداء واجباتهم نحو ذواتهم ومجتمعهم.

وبرجوع الباحث إلي الإطار النظري والدراسات السابقة المرتبطة بالإعاقة العقلية لم يجد الباحث . في حدود علمه . بعض الدراسات القليلة كدراسة (Widyawati et al, 2021؛ ودراسة أماني إسماعيل (٢٠٢٣) لتحسين جودة الحياة لديهم. بينما البحث

الحالي تناول برنامج تدريبي سلوكي لتنمية جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم بمدينة المنصورة، وقلة الدراسات هي ما دفعت الباحث الحالي للقيام بهذه الدراسة.

ثانياً:مشكلة الدراسة

نبع الإحساس بمشكلة الدراسة الحالية من خلال ملاحظات الباحث الحالي أثناء عمله التطوعي ببعض مدارس التربية الفكرية وبعض المراكز العلاجية أن المعاقين عقلياً القابلين للتعلم يعانون من انخفاض واضح في الاعتماد على أنفسهم، والاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منهم؛ مقارنة أقرانهم العاديين من نفس الفئة العمرية؛ وهذا ناتجٌ عن قصور واضح في مهارتهم الاجتماعية والتكيفية في الحياة، وهذا ما أكد عليه الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس DSM -5 (2013) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي(APA)، وكل هذه العوامل يمكن أن تؤثر على جودة الحياة لدى المعاقين عقلياً. وينعكس كل ذلك علي توافق المعاقين عقلياً القابلين للتعلم وتحقيق جودة الحياة لديهم. وقد أسفرت نتائج دراسة (Coudronnière et al. 2017) عن كون جودة الحياة لدى العاديين أعلى من جودة الحياة لدى المعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

ونظراً لارتباط جودة الحياة بإكتساب المهارات التي تزيد من فرص التمكين من الحياة العلمية والعملية، فإن تنمية جودة الحياة باعتبارها أحد متطلبات النجاح والتوافق في الحياة ينعكس إيجابياً على الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم، وتحقيق أكبر قدر من الاستقلال في جميع جوانب الحياة (VandenBos, 2015, 532). وفي المقابل، يؤدي القصور في اكتساب تللك المهارات إلى تعزيز الشعور بالوحدة، والعزلة الاجتماعية، وتحد من صداقاتهم واستقلالهم واندماجهم داخل المجتمع (Kartasidou etal., 2013, 60). وبالرغم من أن هناك دراسات حاولت تحسين جودة الحياة لديهم باستخدام مداخل مثل: المشاركة في الأنشطة المجتمعية وزيادة عدد الأصدقاء , مثل دراسة (Coudronnière et al. 2017)، والتعرف على الدور الوسيط للتربية الوالدية الإيجابية في العلاقة بين المرونة الوالدية وجودة حياة أبنائهم من ذوي الإعاقات العقلية مثل: دراسة Widyawati et al(2021) ، وهناك دراسات اهتمت بالبرنامج لتحسين

جودة الحياة كدراسة كلاً من (أماني إسماعيل (٢٠٢٣)؛ ودراسة (Fadaei 2025) Dehcheshmeh,؛ و دراسة (Hall & Koslouski, 2025). ورغم تعدد الدراسات وتنوعها إلا إنها ركزت علي علاقتها ببعض المتغيرات كإعاقات العقلية والسمعية، إلا أن مازال هناك حاجة إلى دراسة جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم خاصة في البيئة المصرية. كما أن الباحث . في حدود علمه . لم يجد دراسة استخدمت المدخل التدريبي السلوكي لتنمية جودة الحياة لديهم.

لذلك هم بحاجة إلى برنامج تدريبي سلوكي يعمل على مساعدتهم على تنمية جودة الحياة لديهم؛ ومن هنا جاءت فكرة البحث الحالي والتي تتمثل في التعرف على فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم، ومن ثَمَّ يمكن صياغة مشكلة

الدراسة الحالية في التساؤل الرئيسي التالي:

ما فعالية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم؟

والذي يتفرَّع منه التساؤلات الفرعية التالية:

١- هل توجد فروق بين متوسطى درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم؟

٢- هل توجد فروق بين متوسطى درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم؟

٣- هل توجد فروق بين متوسطى درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم؟

ثالثاً: أهداف الدراسة:

١-التحقق من فعالية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

٢-التحقق من استمرارية فعالية البرنامج التدريبي السلوكي لتنمية وتحسين جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

رابعاً: أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة في جانبيين أساسيين:

(أ)الأهمية النظرية:

١- تقدم الدراسة الحالية إطارًا نظرياً وميدانياً حول الإعاقة العقلية وجودة الحياة لديهم مما يثرى المكتبة المصرية والعربية.

٢- توضيح دور البرنامج في تنمية جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

(ب)الأهمية التطبيقية:

١- إمكانية استفادة المربون والعاملون في هذا المجال من نتائج هذه الدراسة.

٢- قد تفيد نتائج البحث الحالي في إعداد برامج تدريبية أخرى تتناسب مع خصائص وسمات هذه الفئة وبما يتناسب مع احتياجاتهم أيضاً.

خامساً: المصطلحات الإجرائية للدراسة:

(١)البرنامج التدريبي السلوكي Behavioral Training Program:

يعرف الباحث البرنامج التدريبي السلوكي إجرائيًا: هو جهد مخطط ومنظم تخطيطاً، وتنفيذاً، وتقييماً في ضوء أسس علمية وتربوية من قبل الباحث في تنمية جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم، تستند إلى مبادئ وفنيات سلوكية المتمثلة في المحاضرة، والمناقشةالجماعيةوالحوار ،والتعزيزالإيجابي،والتلقين/الحث /التوجيه، والحوار، والتكليفات المنزلية، والتلقين، و النمذجة، والمحاكاة، و الممارسة، ولعب الدور، والتعليمات، و حل المشكلات، وتحليل المهام، تقديم الذات، والتي يتم استخدمها في جلسات البرنامج وأنشطه والتي تتم وفق جدول زمني متتابع في شكل جلسات تدريبية لتعديل سلوك المعاقين عقلياً، بحيث تسهم كل منها في تنمية جودة الحياة حتى يستطيعوا التفاعل مع المجتمع الذي يعيش فيه وتتحسن جودة الحياة لديهم، ويتم ذلك في جو نفسي آمن وعلاقة تدريبية تتيح فرصة المشاركة والتفاعل الإيجابيين للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم، ويتكون البرنامج الحالي من (ثلاثة وعشرون جلسة) بواقع (جلستان) كل أسبوع وزمن الجلسة (٤٥-٦٠) دقيقة.

(٢) جودة الحياة Quality of Life:

يعرفها الباحث إجرائياً بأنها: إمكانية الطفل المعاق عقلياً على الاستمتاع بالإمكانيات المتاحة لديه في سياق بيئته التي يعيش فيها عند مستوى يتسق مع إمكانياته وقدراته الخاصة والتي تنعكس في اهتماماته المتعلقة بالسلوك الاجتماعي الإيجابي، وأنشطته اليومية، وجودة المدرسة والدراسة، وجودة الحياة الأسرية والاجتماعية، واستقلاليته. وتشمل أبعاد جودة الحياة المهارات الخمس الآتية وهي:

١- السلوك الاجتماعي الإيجابي:

يشير إلى قدرة الطفل علي إقامة سلوك متبادل مع الآخرين والاستمرار فيه ويظهر ذلك في القدرة على الأخذ والعطاء، والدعم الاجتماعي، والمشاركة والمساندة الاجتماعية للآخرين.

٢- أنشطة الحياة اليومية:

يشير إلى قدرة الطفل على إنجاز حاجاته ومتطلباته اليومية والاستمتاع بها، وتظهر في ممارسة الهويات المختلفة، والاستخدام الناجح للمهارات، واستغلال وقت الفراغ وانجاز تحصيله وواجباته المدرسية.

٣- جودة التعليم والدراسة:

يعبر عنها بكم ما ينجزه الفرد من تحصيل وانجاز أكاديمي من مساعدة ودعم أكاديمي من أساتذته وشعور بالرضا والحب للمدرسة الي يدرس بها.

٤- جودة الحياة الأسرية والاجتماعية:

تشير إلى مقدار ما يتمتع به الفرد من الرضا عن علاقاته الأسرية وقدرته علي تكوين علاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الأسرة والآخرين.

٥-استقلال الذات:

يشير إلي قيام الطفل بأداء مهامه معتمداً علي نفسه ويظهر في: القدرة علي الاختيار، وحل المشكلات الي تواجه، والمبادرة بمساعدة الآخرين، وحرية التصرف في أموره، والقدرة علي التواصل.

وتقدر درجة المعاق عقلياً القابل للتعلم في جودة الحياة بالدرجة التي يحصل عليها المعاقين عقلياً القابلين للتعلم على مقياس جودة الحياة المستخدم في هذه الدراسة.

(٣) المعاقين عقلياً القابلين للتعلم Educable Mentally Disabled People**:**

تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية: American Association of Mental Retardation: بأن الإعاقة العقلية تشير إلى جوانب قصور دال أو ملحوظ في الأداء الوظيفي الحالي للفرد، ويتمثل في الأداء العقلي المنخفض عن المتوسط العام بدرجة جوهرية مصحوبًا بنقص في المهارات التوافقية أو خلل في السلوك التوافقي مع قصور في مجالين أو أكثر من مجالات المهارات التوافق التالية: الاتصال، والعناية بالنفس، والمهارات الاجتماعية والأداء الأكاديمي، والإفادة من المجتمع، والمهارات العلمية، وقضاء وقت الفراغ والعمل والمعيشة والاستقلالية. (Mocanu, pradais & crina,2020).

واعتمد الباحث الحالي في دراسته على تشخصهم وفقاً للبطاقات المدرسية المستخدمة في إلحاقهم بمدرسة التربية الفكرية بإدارة المنصورة، دقهلية، والتأكد من درجة ذكائهم باستخدام مقياس ستانفورد بينيه للذكاء – الصورة الخامسة. ترجمة وتقنين (محمود أبو النيل، ٢٠١١).

سادساً: حدود الدراسة

تحددت الدراسة الحالية بالمحددات الأتية:

(١) حدود منهجية:

أ– اعتمد الباحث على المنهج (شبه تجريبي) ذو المجموعتين (تجريبية . ضابطة).

(٢) حدود مكانية: تمّ تطبيق الدراسة بمدرسة التربية الفكرية بمرحلة التعليم الابتدائي للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم بمدينة المنصورة، محافظة الدقهلية.

(٣) حدود زمانية: تم تطبيق البرنامج بواقع (٢٣) جلسة لمدة ثلاثة أشهر (أكتوبر، نوفمبر، ديسمبر) من عام٢٠٢٤م

(٤) حدود بشرية: تكونت عينة الدراسة من المعاقين عقلياً القابلين للتعلم بمدرسة التربية الفكرية بالمنصورة، يتراوح أعمارهم من سن (٩ . ١٠) عامًا بمرحلة التعليم الابتدائي

وعددهم (٢٠)طفلا من المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، يتم تقسيمهم إلى مجموعتين (تجريبية . و ضابطة)، بواقع (١٠ أطفال) كمجموعة تجريبية منهم خمسة ذكور وخمسة إناث، ومتوسط عمرها الزمنى (٩.٥٥) وبانحرافها المعياري مقداره (٠,٦٢٥) و(١٠ أطفال) كمجموعة ضابطة منهم خمسة ذكور وخمسة إناث، متوسطها عمرها الزمني (٩.٤٥) وانحرافها المعياري مقداره (٠,٥١٥).

(٥) حدود قياسية:

استخدم الباحث في دراسة الأدوات التالية:

١- برنامج تدريبي سلوكي (إعداد الباحث).

٢. مقياس جودة الحياة (إعداد الباحث).

(٦) حدود إحصائية: اعتمد الباحث في تحليل البيانات على:

- اختبار مان وتنى(U) لدلالة الفروق بين المجموعتين.
- اختبار ولكوكسن Wilcoxon وقيمة(Z) لدلالة الفروق بين عينتين مرتبطتين.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

يتناول الباحث في هذا البحث عرضاً للمفاهيم الأساسية للدراسة: الإعاقة العقلية من حيث المفاهيمُ والتصنيفاتُ والأسبابُ وخصائص المعاقين عقليًاً، ثم متغيرات الدراسة وهي جودة الحياة، العلاج التدريبي السلوكي.

يتناول العديدُ من الباحثين مفهومَ الإعاقة العقلية من عدة جوانب مختلفة، وفيما يلى عرضٌ لوجهة نظر الباحثين حول مفهومها:

الإعاقة العقلية من الإعاقات الأولى التي عرفتها المجتمعات البشرية وقدمت لها الرعاية الخاصة، الإعاقة العقلية كمصطلح يرتبط بالمواقف والاتجاهات، وهو يشير إلى الصعوبات في التفاعل مع البيئة التي تفرض على الشخص الذي يعاني من عجز موقف معين، والإعاقة العقلية، كما تعني ضعفاً في القدرة العقلية، فالإعاقة العقلية تعني أن لدى الفرد انخفاضا ملحوظا في القدرات العقلية (مصطفي القمش، ٢٠١٥:٨٧).

تُعرف منظمة الصحة العالمية الإعاقة العقلية بأنها: انخفاض كبير في القدرة على فهم المعلومات الجديدة أو المعقدة، وكذلك انخفاض القدرة على تعلم مهارات جديدة وتطبيقها (ضعف الذكاء)، مما يؤدي إلى انخفاض القدرة على التكيف بشكل مستقل (ضعف الأداء الاجتماعي)، ولابد أن تحدث قبل سن البلوغ، مع وجود تأثير دائم على النمو. ولا يتوقف تأثير الإعاقة على الظروف الصحية أو حدوث الإعاقة للطفل، ولكن تتأثر– أيضًا وبشكل حاسم بمدى دعم العوامل البيئية – في مشاركة الطفل واندماجه الكامل في المجتمع (WHO, 2021).

تصنيفات الإعاقة العقلية:

تم تقسيم الإعاقة العقلية تبعاً للتصنيف الاجتماعي إلى:

(أ) الإعاقة العقلية البسيطة:

تعتبر هذه الفئة هي الفئة الأولى في التصنيف السابق مع اختلاف بسيط في تحديد نسبة الذكاء، حيث يعتبر هذا التصنيف بين (٦٩.٥٥) درجة، ويعتبر أفراد هذه الفئة القابلين للتعلم والاستفادة من البرامج التربوية مع العلم أنهم بطيئو التقدم، كما أن لديهم إمكانية الاستقلالية اجتماعيا واقتصاديا في المستقبل، وهم بحاجة إلى برامج تربوية مباشرة لمساعدتهم على التكيف وتقبل الأنماط الاجتماعية والأهداف المهنية الحقيقية، كما أنهم يحتاجون إلى التوجيه في اختيار الأعمال المناسبة لهم (أحلام عبد الغفار، ٢٠١٥:٢٩).

(ب) الإعاقة العقلية المتوسطة:

نسبة ذكاء هذه الفئة تتراوح بين (٤٠–٥٤) درجة ويعاني أفرادها من التأخر في النمو العام، على أنه يمكن اعتبار معظمهم قابلين للتدريب إذ يمكن تدريبهم للعناية بأنفسهم، إلا أنهم مع ذلك يبقون بحاجة إلى الإشراف الذي يمكن أن يستفيدوا منه في تعلُّم بعض المهارات الحياتية العامة كالأعمال المنزلية، ويمكن إعداد بعضهم للقيام بالأعمال البسيطة، وقد يحتاج بعضهم إلى أن يُوضعوا في مراكز خاصة (إسماعيل بدر، ٢٠١٤: ٨٨).

(ج) الإعاقة العقلية الشديدة:

نسبة ذكاء هذه الفئة تتراوح بين (٣٩-٢٥) درجة، أما قدراتُهم على تعلم اللغة والقدرات الحركية وتعلم الكلام فمحدودٌ جدًا إلا أن بعضهم يستطيع تعلُّم مهارات معينة وتنمية بعض الإمكانيات التي تمكنهم من العناية بأنفسهم إلى حد ما، وقد يحتاج بعضُهم إلى إيداع في مراكز الرعاية الداخلية، بينما يستطيع العديدُ منهم الاستمرار في حياة المنزل وفي جوّ الأسرة (ابتسام الحسيني، ٢٠١٦: ١٨).

(د) الإعاقة العقلية الشديدة جداً:

تقل نسبة ذكاء هذه الفئة عن ٢٥ درجة، كما يعاني أفرادها من ضعف رئيسي في النمو الجسمي وقدراتهم الحسية والحركية، وغالباً ما يحتاجون إلى رعاية وإشراف دائمين سواء في المنزل أو مراكز الرعاية الخاصة، أما إذا تمكن بعضهم من تعلم بعض المهارات الأساسية فإنها تكون في العادة في حدها الأدنى مع نمو بسيط في القدرة اللفظية ولذلك هم في حاجة إلى الرعاية المستمرة (محمد صالح وفؤاد عبد الجوادة، ٢٠١٦: ١٣٨- ١٣٩).

أسباب الإعاقة العقلية:

اهتمت الدراسات والبحوث بالتعرف على أسباب الإعاقة العقلية؛ وذلك بهدف التوصل إلى وسائل فعّالة للوقاية والحد من حدوث الإعاقة العقلية.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك العديد من التقسيمات حول أسباب حدوث الإعاقة العقلية، ومن أهمها ما أشار إليه (Brue & Wilmshurst 2016) أن جميع أسباب الإعاقة العقلية يمكن أن تندرج تحت مجالين رئيسين من مسببات الإعاقة العقلية وهما: أسباب فطرية بسبب الظروف الوراثية وتشوهات الكروموسومات (العوامل الوراثية والبيولوجية)، وأسباب بيئية.

أسباب فطرية: تعتبر الأسباب الوراثية والبيولوجية وتشوهات الكروموسومات من أهم العوامل الفطرية التي تسبب الإعاقة العقلية، ومن أكثر هذه الأنواع شيوعا متلازمة داون والتي تسبب إعاقة عقلية بسبب وجود كروموسوم ٢١ زائد ومتلازمة إكس الهش والتي تحدث بسبب طفرة جينية مرتبطة بالكروموسوم X، ومتلازمة برادر ويأتي وتنتج بسبب

عدم وجود كروموسوم ١٥ (Weis, 2014, 124).

أسباب بيئية: يمكن أن تؤثر السموم الموجودة داخل البيئة تأثيراً سلبيًا على النمو قبل الولادة أو بعدها. فقد يؤدي التعرض لمستويات عالية من الرصاص والزئبق إلى حدوث الإعاقة العقلية خلال فترة الحمل أو بعد الولادة. وقد تحدث الإعاقة العقلية نتيجة التعرض للإصابات والحوادث في الرأس أثناء الولادة أو بعدها. وكذلك قد يؤدي نقص الأوكسجين أثناء الولادة، والأمراض التي تصيب الدماغ، مثل: التهاب السحايا، والحمى المرتفعة، والحصبة الألمانية، وإدمان الكحوليات إلى حدوث الإعاقة العقلية (Whitaker. 2013, 108).

إرشادات ينبغي مراعاتها عند تدريب المعاقين عقلياً القابلين للتعلم:

١- الفوز بانتباه الطفل ويقصد به تنظيم الموارد والمثيرات.

٢- تعزيز المحاولات الناجحة وعدم التركيز على خبرات الفشل.

٣- تحديد مستوى إتقان الطفل للمهارات المطلوبة منه فبدون معرفة مستوى أدائه الحالي قد نطلب منه تأدية مهارات لا يستطيع تأديتها وذلك أمر محبط أو قد نطلب منه تأدية مهارات يتقنها بالفعل وذلك أمر غير مفيد وممل للطفل.

٤- تدريب الطفل على التعميم ونقل أثر التعليم من موقف لآخر. وذلك يتطلب التكرار والإعادة لكي تصبح الاستجابة تلقائية.

٥- توزيع التدريب وذلك يعنى تدريب المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في جلسات قصيرة نسبياً تتخللها فترات راحة. أما التدريب المكثف فيجب الامتناع عنه إلا إذا كانت الاستجابات المطلوبة من الطفل متشابه إلى حد كبير.

٦- البدء بالمهارة البسيطة والانتقال تشريحياً إلى المهارات الأكثر صعوبة (جمال الخطيب، ٢٠٠٣: ٢٥٢).

وفي ختام الجزء الخاص بمفهوم الإعاقة العقلية يمكن القول أن ذوي الإعاقة العقلية يمثلون فئة منفردة في تعليمهم وتدريبهم، حيث أن الأمر يحتاج أن يقرر المتخصصون ما الذي ينبغي عليهم تعليمهم، ومتى، وكيف يتم ذلك؟ نظراً لتأثير القدرة العقلية في عملية التعلم.

ثانياً جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم:

تعد جودة الحياة مفهوماً واسعاً يركز علي الرضا العام بالحياة والشعور العام بالسعادة الشخصية، كما يتسع ليشمل تقييم التأثير العام للعلقات الطبيعية من منظور المريض وبالنسبة للمرض فإن جودة الحياة المتعلقة بالصحة، تعكس ناتج العلاج البعيد عن التحسن المرضي، حيث يتأثر شعور المريض بالصحة الشخصية والتفاعل الاجتماعي والعمل بشكل فعال وإدارة المنزل والأسرة، وهي قياس القدرة الفرد على الأداء بدنياً وانفعالياً واجتماعياً في سياق بيئته عند مستوى ينسق أو يتناغم مع توقعاته الخاصة (محمد الطالب، ٢٠١٣: ٥٩٩).

وتعرف نانسي عيد (٢٠١٨: ٦٤) جودة الحياة إجرائياً "بأنها البناء الكلي المتكامل الذي يهدف إلى إشباع حاجات الفرد الأساسية من خلال مجموعة المتغيرات المتنوعة في نطاق حياته موضوعياً وذاتياً ودرجة قبوله والرضا عنها وامتلاكه الإرادة القوية لمواجهة الضغوط التي تواجهه في حياته".

يعرف الباحث (جودة الحياة) على أنها:

إمكانية الطفل المعاق عقلياً على الاستمتاع بالإمكانيات المتاحة لديه في سياق بيئته التي يعيش فيها عند مستوى يتسق مع إمكانياته وقدراته الخاصة والتي تنعكس في اهتماماته المتعلقة بالسلوك الاجتماعي الإيجابي، وأنشطته اليومية، وجودة المدرسة والدراسة، وجودة الحياة الأسرية والاجتماعية، واستقلاليته.

مؤشرات جودة الحياة:

تتحكم في تحديد مؤشرات جودة الحياة عدة عوامل وهي تختلف من فرد لأخر وذلك حسب ما يراه من معايير لتقييم حياته، وقد ظهر هذا الاختلاف جلياً في تباين التعريف الاصطلاحي للمفهوم من طرف الباحثين، وتتمثل مؤشرات جودة الحياة حسب بعض الباحثين كما ذكرها (صالح الهمص، ٢٠١٠: ٤٥):

١. القدرة على التفكير وأخذ القرار.
٢. القدرة على التحكم.
٣. الصحة الجسمانية والعقلية.

٤. الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية.

٥. المعتقدات الدينية والقيم الثقافية والحضارية.

٦. الأوضاع المالية والاقتصادية والتي عليها يحدد كل شخص ما هو الشيء الأهم بالنسبة له والذي يحقق سعادته في الحياة.

يحدد كل من (فوزية محمدي؛ وأمال أبو عيشة، ١٠:٢٠١٣) مؤشرات الحياة في ما يلي:

١ – المؤشرات النفسية: تبتدئ في درجة شعور الفرد في القلق والاكتئاب أو التوافق مع المرض أو الشعور بالسعادة والرضا.

٢– المؤشرات الاجتماعية: تتضح من خلال القدرة على تكوين العلاقات الشخصية ونوعيتها فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية.

٣– المؤشرات المهنية: وتتمثل بدرجة رضا لأفراد على مهنته وحبه له، والقدرة على تنفيذ مهام وظيفته وقدرته على التوافق مع واجبات عمله.

٤– المؤشرات الجسمية والبدنية: وتتمثل في رضا الفرد على حالته الصحية والتعايش مع الآلام والنوم والشهية في تناول الغذاء.

قياس جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم:

تنوعت المداخل والأدوات والوسائل المستخدمة في تقييم وتشخيص جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم، إما عن طريق المقابلات أو الملاحظة السلوكية المباشرة، أو من خلال مقاييس يتم إكمالها من قبل مقدمي الرعاية. والتي تهدف جميعها إلى تحديد مستوى جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم، وتندرج هذه الأدوات تحت نوعين رئيسين هما: التقييم الشخصي، والتقييم الوظيفي.

١. التقييم الشخصي Personal Appraisal: يتناول الطبيعة الذاتية لجودة الحياة وذلك عن طريق سؤال الشخص عن رضاه للجوانب المختلفة من حياته. وتستخدم في ذلك التقارير الذاتية (Schalock, 2000, 120)

٢. التقييم الوظيفي Functional Assessment: يهتم التقييم الوظيفي بالطبيعة الموضوعية لجودة الحياة حيث يشتمل على مقاييس التقييم، والملاحظة المباشرة،

والاستبيانات كمحاولة للتعرف على آداء الشخص في بعد أو أكثر من أبعاد جودة الحياة (Schalock & Felce, 2004, 264). وفيما يأتي نبذه عن الوسائل التي يتم من خلالها على قياس جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم:

- المقابلة: استخدمت المقابلة في قياس جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم، ومن بين الدراسات التي اعتمدت على المقابلة المقننة لتقييم جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم دراسة (Strnadová & Evans 2012).
- الملاحظة المباشرة: استخدمت بعض الدراسات الملاحظات المنظمة واستبانات الموظفين لتقييم جودة الحياة لدى المشاركين كما في دراسة (Beadle-Brown et al. 2016).
- مقاييس التقييم: اهتمت أغلب الدراسات باستخدام المقاييس لتقييم جودة الحياة لدي الأفراد المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، سواء تم تطبيقها من قبل مقدمي الرعاية أو المعاق نفسه عن طريق التقرير الذاتي، مثل: دراسة كلًا من (De Geus . 2019 ؛Neelen et al 2014; Gomez et al, 2016 Verdugo et al, ; Gur, 2018).

ونظراً لضعف القدرة اللغوية والتواصل بين نسبة كبيرة من المعاقين عقليا القابلين للتعلم، فإن هذا يعني أنه لن يكون من الممكن الحصول على معلومات دقيقة من وجهة نظرهم عن مدى رضاهم عن الحياة أو على الأهمية التي تتعلق بمجالات الحياة لديهم، وأنه من الممكن أن يعكس الآخرون آراء الطفل ومشاعره أي أنه قد يكون من الممكن أن يقتصر تقييم جودة الحياة في مثل هذه الحالات على ظواهر قابلة للقياس موضوعيا، لغياب القدرة على الحصول على معلومات بشكل مباشر من طفل معاق عقلياً وأن يتم من خلال أخذ وجهات نظر الآخرين، وبصورة رئيسية من العائلة المباشرة أو المقربين أو المعلمين(Schalock et al., 2010).

يرى الباحث في ضوء ما سبق، أن مقاييس التقرير الذاتي لقياس جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين القابلين للتعلم تكون محددة بقدرة هؤلاء الأطفال على التواصل؛ لذا صمم الباحث أداة لقياس جودة الحياة لدى هؤلاء الأطفال عن طريق رصد سلوكهم من قبل معلمهم.

أهمية تنمية جودة الحياة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية:

إن جودة الحياة هي إدراك الفرد لمكانته في الوجود في النسق الثقافي ونسق القيم والمعايير الذي يعيش فيها، في علاقته بأهدافه وانتصاراته، قيمة اهتمامه ومخاوفه وحسب هذا التعريف فإن تقدير جودة الحياة يتطلب الاهتمام بالآتي:

– كافة الإدراكات للأحاسيس والانفعالات والأفكار للمعاق، وكافة نشاطاته وأفعاله، وكافة نجاحاته، وكافة الأحداث والعوامل المؤثرة فيها.

تعد قضية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من أهم قضايا عصرنا الحالي لما لها من أبعاد تربوية ووقائية وعلاجية، وهذا يدل على أهمية الاهتمام بهؤلاء الأطفال، فهم في حاجة ملحة إلى الاهتمام والجهد المستمر، والتواصل من شتى المؤسسات الاجتماعية كالأسرة والمدرسة والجامعة، والمجتمع ككل، فضلا عن أن هؤلاء الأطفال إذا ما أحسن مساعدتهم على الإحساس بجودة الحياة والعمل على تحسينها بداية بالدائرة الصغيرة والتي تقصد بها حتى نصل إلى الدائرة الكبيرة من خلال تمكن من تأهيليهم للاندماج في المجتمع وتحقيق ذاتهم، مما قد يعود على المجتمع بالخير والمنفعة.

اهتمت العديد من الدراسات العربية والأجنبية بمفهوم جوة الحياة ودراسة أبعادها، ومن هذه الدراسات

– دراسة (Coudronnière et al. 2017) التي كانت لعينة المعاقين عقلياً من (٣٥٤) طفلا ممن تراوحت أعمارهم ما بين (٥. ١١) عاماً، من بينهم (٦٦) طفلاً من المعاقين عقلياً (٤١ في المدارس العامة، ٢٥ في المدارس الخاصة) و (٢٨٨) من العاديين.وتم تقييم جودة الحياة لدى الطلاب من خلال مقياس الرضا عن الحياة للطالب متعدد الأبعاد.Multidimensional Student’s Life Satisfaction Scale وأظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال المعاقين عقلياً لديهم مستويات عالية من جودة الحياة؛ حيث أنهم راضون عن المدرسة، وأصدقائهم، وعائلاتهم، والحياة بشكل عام. ومع ذلك فإن جودة الحياة لديهم تكون ضعيفة عند مقارنتهم بأقرانهم العاديين، وأشارت نتائج الدراسة أيضاً أن مستوى جودة الحياة لدى المعاقين عقلياً أفضل من أقرانهم في المدارس العامة.

– دراسة (نانسي عيد (٢٠١٨) تكون عينة الدراسة من (٤٠) طالبة وطالب بالمرحلة الإعدادية من ضعاف السمع، وأعدت الباحثة مقياس الجودة الحياة أبعاده (جودة الصحة العامة، جودة العلاقات الأسرية والاجتماعية، جودة الحياة النفسية، جودة إدارة الوقت).

ثالثاً: العلاج التدريبي السلوكي:

العلاج السلوكي وأهميته في العلاج:

أثبتت الدراسات السابقة (Neumann et al., 2017; Fahiemet et al 2021; Byrd et al., 2021; Hofslundsengen et al., 2022) أن العلاج السلوكي من أهم وأنجح العلاجات النفسية التي تتعامل مع سلوك الفرد غير السوي أو المتعلم بطريقة غير توافقية فهذا النوع من العلاج يهدف إلى تعديل وتصحيح السلوك الخاطئ الذي اكتسبه الطفل وبالتالي حل المشكل أو علاج الاضطراب ومظاهره، ويندرج ضمنه العديد من الفنيات العلاجية.

وهو نوع من العلاج النفسي الذي يركز على التغيير والسيطرة على السلوكيات غير المرغوب فيها بناء على مبادئ التكييف الكلاسيكي والفعال (Durand, 2015195).

وتنظر النظرية السلوكية إلى السلوك باعتباره مجموعة من العادات التي يتعلمها الفرد ويكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة، ويتحكم في تكوينها قوانين هي قوى الكف والاستثارة اللتان تسّيران مجموعة الاستجابات الشرطية، ويرجعون ذلك إلى العوامل البيئة التي يتعرض لها الفرد، لذا فإن أكثر السلوك الإنساني مكتسب عن طريق التعلم، كما أنه قابل للتعديل أو التغيير بإيجاد ظروف وأجواء تعليمية معينة (Nakashima, 2020, 231).

مبادئ العلاج السلوكي:

يعتمد العلاج السلوكي على المبادئ التالية (Durand, 2015, 195 Nakashima, 2020, 231);

١– لا يعتمد العلاج السلوكي على السلوكات اللاشعورية.

٢ – يتم تحديد سلوكًا لتغييره بدلا من محاولة فهم سبب قيام الفرد بهذا السلوك.

٣- ميل المعالجة السلوكية إلى أن تكون مكثفة وأقصر مدة من طرق العلاج النفسي التقليدية.

٤ – تخصص الجلسات الأولية لشرح السلوك المراد تغييره، وما هي الفنيات المستخدمة في ذلك.

٥. التركيز على الاستجابات التي يمكن ملاحظتها، ويمكن حصرها.

٦- التأكيد على فنيات التغيير الإيجابي وليس العقابي.

٧. يمكن تعديل السلوكات المستهدفة من خلال مجموعة متنوعة من الفنيات السلوكية.

٨. تميل هذه التقنيات إلى أن تكون تجريبية ويمكن ملاحظتها.

٩. أن السلوكات المكتسبة حديثا ستكون أكثر تكيفا من غير المرغوب فيها.

فنيات العلاج السلوكي:

سوف يركز الباحث على عرض الفنيات الذي استخدمها في البرنامج المقترح في البحث Martin & Pear, 2019, 32-33 ;Kelman & Wheeler, 2015, 166: 2020, 233 (Nakashima,

١- المحاضرة:

تعتبر هذه الفنية من الفنيات الفعالة والمرنة التي تتقبل اي إجراءات نظري في أي مجال من المجالات، وقد استخدم الباحث هذه الفنية بشكل كبير مع المشاركين بالبرنامج التدريبي السلوكي في بداية عرض وشرح لإجراءات الجلسة، وكانت المادة العلمية المعروضة في البرنامج بلغة سهلة وبسيطة.

٢- المناقشة الجماعية والحوار:

استخدم هذه الفنية على مدار البرنامج لما لها من دور في الوصول إلى جميع نقاط التساؤل داخل آذان المشاركون بالبرنامج، وتبرز هذه الفنية نقاط القوة والضعف لدى السائل مما يساعد على تعديلها وتدعيمها.

٣. التعزيز الإيجابي:Positive Reinforcement

مصطلح التعزيز الإيجابي مرادف تقريبًا لكلمة مكافأة. وهو حدث، يتم تقديمه مباشرة بعد السلوك، يتسبب في زيادة السلوك وتكراره. وينص المبدأ المسمى التعزيز

الإيجابي على أنه إذا قام شخص ما في موقف معين بسلوك ما يتبعه مباشرة معزز إيجابي، فمن المرجح أن يفعل هذا الشخص الشيء نفسه في المرة القادمة عندما يواجه حالة مماثلة. وعلى الرغم من أن كل شخص لديه فكرة منطقية عن المكافآت إلا أن قلة قليلة من الناس يدركون مدى تأثرهم بالتعزيز الإيجابي في كل دقيقة من حياتهم.

٤. التعزيز السلبي Negative Reinforcement :

المعززات الإيجابية هي أحداث تزيد من الاستجابة عند تقديمها أو إضافتها بعد الاستجابة.قد تؤدي إزالة حدث بعد الاستجابة أيضًا إلى زيادة تلك الاستجابة، لكن هذا ليس تعزيزًا إيجابيًا. على سبيد المثال، قد يقوم أحد الوالدين بإلحاح على ابنهما المراهق لغسل الأطباق. وعندما يمتثل الطفل، يتوقف الإلحاح، على الرغم من أن توقف الإلحاح (الحدث المزعج)عند حدوث غسل الصحون قد يزيد من استجابة غسل الأطباق، إلا أن إزالة الحدث المزعج (وليس تقديمه) بعد الاستجابة هي التي زادت من الاستجابة. هذا مثال على مبدأ التعزيز السلمي (المعروف أيضا باسم التكيف مع الهروب)، والذي ينص على أن إزالة بعض المحفزات فور حدوث الاستجابة سيزيد من احتمالية حدوث تلك الاستجابة.

٥- تحليل المهام Task analysis:

هي عبارة عن تجزئة المهمة أو المهارة إلي أهداف سلوكية تتناسب مع قدرات المعاقين عقلياً القابلين للتعلم مثل تجزئه تعلمه ممارسة الرياضة أو تعلمه للأرقام أو المهارة المطلوب تعليمها للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

٦. التعميم التحفيزي :Stimulus generalization

التعميم التحفيزي هو ميل المثير الجديد إلى إثارة استجابات أو سلوكيات مشابهة لتلك التي يسببها مثير آخر، على سبيل المثال، قام إيفان بافلوف بتدريب الكلاب على إفراز اللعاب باستخدام صوت الجرس ومسحوق الطعام. تم إقران المنبه غير المشروط (مسحوق الطعام) بمحفز مشروط (صوت الجرس)حتى ينتج المنبه المشروط الاستجابة (إفراز اللعاب) في غياب المنبه غير المشروط (مسحوق الطعام)، ثم لوحظ أن الكلاب تسيل لعابها استجابة للضوضاء الأخرى المشابهة للجرس المستخدم في التدريب على

الرغم من أن هذه الضوضاء لم تُستخدم أبدا أثناء التدريب.

٧. التكليفات المنزلية:

وهي تكليفات يتم الاتفاق عليها في بداية البرنامج، تعطي في نهاية كل جلسة وتتعلق بموضوع الجلسة، ويتم مناقشتها في الجلسة التالية بحيث تكون تمهيداً للجلسة التالية مثل إعطاء المعاقين عقلياً القابلين للتعلم تكليف منزلي عن مهارة اجتماعية ما والطلب منه في الجلسة التالية عمل تلك المهارة بهدف تنمية تلك المهارات الاجتماعية لديهم.

٨- تحديد الأهداف Goal setting:

الهدف هو مستوى الأداء أو النتيجة التي يحاول فرد أو مجموعة تحقيقها. وتحديد الهدف هو عملية يصنع فيها الفرد الأهداف لنفسه أو لشخص آخر أو أكثر. مثال على ذلك عندما يحدد الابن أنه يستطيع الالتحاق بكلية معينة ليحقق طموحه، وبالتالي تضع الأسرة هذا الهدف نصب عينيها.

مميزات العلاج السلوكي:

يلخصها جمال الخطيب (٢٠٠٣: ١٦) في:

١. أنه يركز على الحاضر وليس على الماضي.

٢. أنه يركز على تغيير السلوك الظاهر.

٣. أنه يحدد العلاج بموضوعية وذلك من أجل تكراره.

٤. أنه يستند إلى البحوث الأساسية في علم النفس لصياغة فرضياته واختيار التكنيكات العلاجية.

٥. يراعي الدقة في تعريف وقياس وعلاج السلوك المستهدف.

٦. يرفض التفسيرات المستمدة من العمليات النفسية الداخلية

تعقيب عام على الإطار النظري:

في ضوء العرض السابق للإطار النظري يمكن استخلاص ما يلي:

- يفتقر المعاقين عقلياً القابلين للتعلم إلى الشعور بجودة الحياة، كدراسة (Biggs & Caeter, 2016)، وذلك بسبب افتقارهم للعديد من المهارات اللازمة لتحقيق جودة الحياة من ناحية، وبسبب ما تخلفه عليهم مشكلة الإعاقة العقلية من آثار سلبية تشمل

كافة جوانب الشخصية من ناحية أخرى، لذلك فهم بحاجة لبرامج تساعدهم علي تحسين جودة الحياة لديهم.

- يشير الإطار النظري إلى ضرورة تنمية جودة الحياة لديهم، والتي تُعد الأساس لنجاحهم في الحياة بشكل عام.
- يشير الإطار النظري الى أهمية المدخل السلوكي التدريبي في تنمية جودة الحياة في تصميم البرنامج المستخدم في البحث الحالي كدراسة أماني إسماعيل (٢٠٢٣).
- ومن ثم اتجه الباحث إلى استخدام المدخل التدريبي السلوكي في بناء برنامج للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم يهدف إلى تنمية جودة الحياة لديهم.
- اهتمت دراسات مختلفة بجودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم واستخدمت برامج مختلفة لتحسينها، ولكن لا توجد دراسة عربية هدفت إلي التحقق من فعالية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم – في حدود إطلاع الباحث – مما دفع الباحث للقيام بالبحث الحالي.

دراسات سابقة:

سوف يعرض الباحث عدد من الدراسات السابقة التي اتيح له الاطلاع عليها منها:

١- دراسات تناولت جودة الحياة للمعاقين عقلياً.

٢- دراسات تناولت برامج سلوكية للتدريب على جودة الحياة للمعاقين عقلياً.

أولاً دراسات تناولت جودة الحياة للمعاقين عقلياً:

هدفت دراسة (Biggs & Caeter, 2016) إلى التعرف لحياة للمعاقين عقلياً أو اضطراب التوحد أثناء الانتقال إلى مرحلة الرشد **وتكونت عينة الدراسة** من (١٥٧)، ممن تراوحت أعمارهم ما بين (١٣. ٢١) عاماً، منهم (٦٨) أنثى، و(٨٩) ذكراً. وطبقت الدراسة مقياس Kidscreen- 27؛ لتقيم جودة الحياة من وجهة نظر مقدمي الرعاية (الأمهات)، **وأظهرت نتائج الدراسة** أن هناك تدني في مستوى جودة الحياة البدنية، وجودة الحياة الانفعالية، والدعم الاجتماعي، وإقامة صداقة مع أقرانهم.

هدفت دراسة (Coudronnière et al. 2017) إلى التعرف على مقارنة جودة الحياة

بين الطلاب المعاقين عقلياً والعاديين وتأثير نوع المؤسسة التعليمية على جودة الحياة لديهم، **وتكونت عينة الدراسة** من (٣٥٤) طفلا ممن تراوحت أعمارهم ما بين (٥. ١١) عاماً، من بينهم (٦٦) طفلاً من المعاقين عقلياً (٤١ في المدارس العامة، ٢٥ في المدارس الخاصة) و (٢٨٨) من العاديين.وتم تقييم جودة الحياة لدى الطلاب من خلال مقياس الرضا عن الحياة للطالب متعدد الأبعاد. **وأظهرت نتائج الدراسة** أن الأطفال المعاقين عقلياً لديهم مستويات عالية من جودة الحياة؛ حيث أنهم راضون عن المدرسة، وأصدقائهم، وعائلاتهم، والحياة بشكل عام. ومع ذلك فإن جودة الحياة لديهم تكون ضعيفة عند مقارنتهم بأقرانهم العاديين، وأشارت نتائج الدراسة أيضاً أن مستوى جودة الحياة لدى المعاقين عقلياً أفضل من أقرانهم في المدارس العامة.

هدفت دراسة (De Geus-Neelen et al., 2019) إلى التعرف على جودة الحياة للمعاقين عقلياً من وجهة نظر الوالدين، ووجهة نظر مقدمي الرعاية، **وتكونت عينة الدراسة** من (٣) مجموعات: بلغ عدد المجموعة الأولى (٥١) من المعاقين عقلياً، منهم (٢٠) ذكراً، و(٣١) أنثى، والمجموعة الثانية (٥١) من مقيمي الرعاية، منهم (٨) ذكور، و(٤٣) أنثى، والمجموعة الثالثة (٥١) من أفراد العائلة. وتم تقييم جودة الحياة باستخدام استبانة جودة الحياة للمعاقين عقلياً الشديدة والمتعددة. **وأظهرت نتائج الدراسة** إلى وجود اتفاق في تقييم جودة الحياة أفراد العائلة والقائمين بالرعاية لدى المشاركين فيها عدا العبارات المتعلقة بالمشاعر والخبرات الذاتية.

واستهدفت دراسة (Widyawati et al).2021 التعرف على الدور الوسيط للتربية الوالدية الإيجابية في العلاقة بين المرونة الوالدية وجودة حياة أبنائهم من ذوي الإعاقات العقلية والنمائية. **عينة الدراسة:** بلغ عدد الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة العقلية ومتلازمة داون (١٠٠) مشارك من إجمالي (٢٨٤) من ذوي الإعاقات الأخرى. وبلغ عدد المراهقين (١٠١) مراهقا من إجمالي المشاركين في الدراسة. وطبقت الدراسة استبيان عناصر المرونة الوالدية، واستبيان جودة الحياة واستبانة ألاباما للوالدية. وتم إكمال الاستبانات من قبل عائلاتهم. **وتوصلت الدراسة** إلى أن مهارات التربية الوالدية الإيجابية توسطت في العلاقة بين المرونة الوالدية وجودة حياة أبنائهم من ذوي

الإعاقات الفكرية والنمائية. كما أظهرت النتائج أن إثنين من جوانب المرونة الوالدين معرفة خصائص الطفل، والإدراك الإيجابي للأمومة كانت مرتبطة بشكل كبير مع التربية الوالدية الإيجابية، وجوانب جودة حياة أبنائهم. بينما لم يرتبط الدعم الاجتماعي المدرك أحد جوانب المرونة الوالدية ارتباطاً كبيراً بالتربية الوالدية الإيجابية. وهذا يعني أنه ينبغي تشجيع الإدراك الإيجابي والتنشئة الإيجابية عند تلقي الأسر التي لديها أطفال يعانون من إعاقات نمائية للرعاية أو الدعم.

تعقيب على دراسات المحور الأول:

يلاحظ من العرض السابق للدراسات التي تناولت جودة الحياة للمعاقين عقليا:

- أشارت دراسة (Biggs & Caeter (2016 إلي تدني مستوي جودة الحياة للمعاقين عقليا؛ مما يدعم أهمية الدراسة الحالية كما أسفرت نتائج بعض الدراسات عن أن هناك عدد من العوامل تسهم في زيادة تدني مستوي جودة الحياه للمعاقين عقليا , مثل: اضطراب التوحد (2016) Biggs & Caeter.
- توصلت دراسة (De Geus–Neelen, et al. 2019) وجود اتفاق في تقييم جودة الحياه للمعاقين عقليا من وجهة نظر مقيمي الرعايا , ووجهة نظر الوالدين؛ الأمر الذي يؤكد عدم وجود فروق في تقييم جودة الحياه لدي الأفراد المعاقين عقليا من وجهة نظر المعاقين أنفسهم , أو مقيمي الرعايا , أو أحد أفراد العائلة , وهذا الاستنتاج يمكن الاستفادة منة في الدراسة الحالية في الاقتصار علي تقييم جودة الحياة من وجهة نظر الأفراد المعاقين عقليا أنفسهم.
- أظهرت بعض الدراسات أهمية بعض العوامل التي تؤدي إلى تنمية مستوي جودة الحياة للمعاقين عقليا , مثل: المشاركة في الأنشطة المجتمعية وزيادة عدد الأصدقاء , مثل دراسة (Coudronnière et al. 2017) والتعرف على الدور الوسيط للتربية الوالدية الإيجابية في العلاقة بين المرونة الوالدية وجودة حياة أبنائهم من ذوي الإعاقات العقلية مثل: دراسة (Widyawati et al.2021)، وبناءً علية يمكن الاستفادة من هذه النتائج عن طريق تضمين البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية من أنشطة تعزز هذه العوامل.

ثانياً دراسات تناولت برامج سلوكية للتدريب على جودة الحياة للمعاقين عقلياً:

هدفت دراسة (Jacoby & Williams, 2022) تحديد العوامل المرتبطة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، باستخدام تحليل شجري انحداري لا يعتمد على الفرضيات المسبقة. **وتكونت العينة:** شملت الدراسة ٤٤٢ من مقدمي الرعاية لأطفال تم تشخيصهم بإعاقة ذهنية. الأدوات: استُخدم استبيان "جودة الحياة–الإعاقة" لقياس جودة الحياة، إلى جانب متغيرات مستقلة مثل الحالة الصحية، والقدرات الوظيفية، والمشاركة المجتمعية، والخصائص الديموغرافية. **وأسفرت النتائج** ارتبطت جودة الحياة بالانخفاض في مشكلات النوم، وزيادة في المشاركة المجتمعية، وقدرة على التواصل البصري أثناء الاستماع.

هدفت دراسة أماني إسماعيل (٢٠٢٣) إلى التعرف على فعالية برنامج قائم على التدخل المبكر لتحسين جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم. **وتكونت عينة** البحث من (١٦) طفل من كلا الجنسين من الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم بمحافظه الوادي الجديد، تراوحت أعمارهم بين (٦ – ١٢) سنة، واعتمد البحث على المنهج شبه التجريبي / وتمثلت أدوات البحث في: مقياس جودة الحياة "إعداد الباحث". برنامج قائم على التدخل المبكر: إعداد الباحث، **وأسفرت النتائج** عن فعالية البرنامج 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 المقياس 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.

هدفت دراسة (Diz & Jacinto, 2024) تحليل دور النشاط البدني والتمارين والرياضة في تحسين جودة الحياة والرفاهية لدى الأشخاص ذوي الإعاقات الذهنية والتطورية، من خلال مراجعة منهجية للدراسات الحالية لتحديد الثغرات البحثية وتقديم إجابات استنادًا للأدلة المتاحة. وتكونت العينة: شملت المراجعة المنهجية ١٥ دراسة

منشورة تم اختيارها من قواعد بيانات بين يوليو وأكتوبر ٢٠٢٣، وفق معايير أهليّة محددة. ركزت الدراسات على أفراد من ذوي الإعاقات الذهنية والتطورية. الأدوات: استُخدم مقياس "داونز وبلاك" (١٩٩٨) لتقييم الجودة المنهجية للدراسات. تم تحليل متغيرات مثل جودة الحياة (مثل التطور الشخصي، والرفاه الجسدي والعاطفي)، والرضا عن الحياة، وإدراك الرفاهية. وأظهرت النتائج تحسنًا في جودة الحياة ومجالاتها لدى الأفراد المشاركين في برامج النشاط البدني أو الرياضة، مع ارتفاع ملحوظ في مؤشرات الرفاهية. ومع ذلك، لوحظ ندرة في الدراسات التي تستكشف تأثير البرامج الرياضية تحديدًا.

هدفت دراسة (2025 ,Hall & Koslouski) تقييم كيفية قياس جودة الحياة العاطفية (كأحد جوانب جودة الحياة) لدى الأفراد ذوي الإعاقات الذهنية، وتحليل خصائص الأدوات المُصممة أو المُعدلة لهذه الفئة. **وتكونت العينة:** ١٠ مراجعات منهجية شملت ١٤ أداة قياس فريدة للرفاه العاطفي، مع التركيز على أفراد ذوي إعاقات ذهنية.الأدوات: بحث في قواعد بيانات ERIC وAPA Psych Info و Academic Search Premier (نوفمبر ٢٠٢٢). وتحليل مقاييس جدة الحياة العاطفية بناءً على تعريف Park et al. (٢٠٢٣). **وأظهرت النتائج** ارتبطت جودة الحياة العاطفية غالبًا بقياس جودة الحياة كمفهوم أوسع، وتشمل أبعاد الاستقلالية الذاتية، والعلاقات الاجتماعية، والرفاهية الجسدية والمادية. وأن هناك ندرة في المقاييس المُصممة خصيصًا للأطفال والمراهقين ذوي الإعاقات الذهنية. لذا لابد من أن تكون جودة الحياة العاطفية كبُعد متضمن وجزءًا من جودة الحياة. ولابد من تصميم برامج إرشادية لتعزيز جودة الحياة العاطفية، نظرًا لارتباطها بنتائج إيجابية في الصحة النفسية والسلوك.

هدفت دراسة (2025 ,Fadaei Dehcheshmeh): تأثير التمارين الرياضية والألعاب الرياضية على القدرات الحركية والمهارات الاجتماعية وجودة الحياة (QoL) لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، ومتابعة استدامة هذه التحسينات. **وتكونت العينة:** ٦٠ طفلًا ذكورًا (٨–١٢ سنة) يعانون إعاقة ذهنية خفيفة، تم تقسيمهم إلى ٣ مجموعات: ١. مجموعة التمارين (تمارين هوائية ومقاومة) ٢. مجموعة الألعاب الرياضية (كرة السلة

وكرة الصالات) ٣. مجموعة ضابطة (بدون تدخل).استمر التدخل ٨ أسابيع. الأدوات: اختبار المراوغة ٤×٩ متر. والتقاط الكرة من الجدار. واختبار توازن "اللقلق". واختبار الزمن المستغرق للنهوض والمشي. ومقياس المهارات الاجتماعية، وجودة الحياة: استبيان PedsQL (نسخة أولياء الأمور). **وأظهرت النتائج** تحسن ذو دلالة إحصائية في القدرات الحركية والمهارات الاجتماعية وجودة الحياة للمجموعتين التجريبيتين مقارنة بالضابطة بعد التدخل.

تعقيب على دراسات المحور الثاني:

- توصلت دراسة Hall & Koslouski (2025) إلي ارتباط جودة الحياة العاطفية غالبًا بقياس جودة الحياة كمفهوم أوسع، وتشمل أبعاد الاستقلالية الذاتية، والعلاقات الاجتماعية، والرفاهية الجسدية والمادية. نظرًا لارتباطها بنتائج إيجابية في الصحة النفسية والسلوك, وهذا الاستنتاج يمكن الاستفادة منة في الدراسة الحالية في الاقتصار علي تقييم جودة الحياة من وجهة نظر الأفراد المعاقين عقليا أنفسهم.
- أظهرت بعض الدراسات أهمية بعض العوامل التي تؤدي إلي تحسين جودة الحياة للمعاقين عقليا , مثل: المشاركة في الأنشطة المجتمعية، وقدرة على التواصل البصري أثناء الاستماع , مثل دراسة (Jacoby & Williams, 2022) والتعرف على فعالية برنامج قائم على التدخل المبكر لتحسين جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم. مثل دراسة أماني إسماعيل (٢٠٢٣)، والتعرف على دور النشاط البدني والتمارين والرياضة في تحسين جودة الحياة والرفاهية، مثل دراسة(Diz& Jacinto, 2024) وتأثير التمارين الرياضية والألعاب الرياضية على القدرات الحركية والمهارات الاجتماعية وجودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، ومتابعة استدامة هذه التحسينات، مثل دراسة (2025 ,Dehcheshmeh). وبناءً علية يمكن الاستفادة من هذه النتائج عن طريق تضمين البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية من أنشطة تعزز هذه العوامل.

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

بعد اضطلاع الباحث على ما توفر لدية من دراسات سابقة يتعلق بموضوع بحثه

الحالي، وجد أن هذه الدراسات قامت بتصميم البرامج الخاصة بها اعتمادًا على نظريات مختلفة، والتي تتفق مع هدف البحث وتناسب العينة المختارة، كدراسة حسين رشدان (٢٠٢٣)، ونجد البعض من هذه الدراسات استخدمت أدوات متنوعة في قياس جودة الحياة كدراسة (Biggs & (Caeter, 2016 ودراسة (Jacoby & 2022 Williams,)؛ و دراسة (Diz & Jacinto, 2024)). وتعددت وتنوعت الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة، فبعضها كانت المقاييس من إعداد الباحث، وبعضها جاهزة. أما الباحث في بحثه الحالي فقد طبق مقاييس من إعداده على المعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

ووفقاً لما أشارت إليه نتائج الدراسات والبحوث السابقة نجد أن المعاقين عقلياً القابلين للتعلم لديهم تدني مستوي جودة الحياة للمعاقين عقليا، ويُسبب لهم هذا التدني مشاكل عديدة إلي جانب المشاكل الأكاديمية التي تتأثر بشكل أو بآخر بهذا التدني، وينعكس كل ذلك علي توافق المعاقين عقلياً القابلين للتعلم وتحقيق جودة الحياة لديهم، لذلك فإن تنمية جودة الحياة لدى هؤلاء الأفراد يكون بمثابة خطوة هامة من أجل تعزيز علاقاتهم وإبعادهم عن المشكلات النفسية والسلوكية وتحقيق الرضا الذاتي والشعور بالتوافق وجودة الحياة لديهم.

فروض الدراسة:

١.توجد فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس جودة الحياة لصالح المجموعة التجريبية.

٢.توجد فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس جودة الحياة لصالح القياس البعدي.

٣.لا توجد فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس جودة الحياة.

منهجية الدراسة

أولاً: منهج الدراسة:

اتبعت الدراسة الحالية المنهج التجريبي تصميم المجموعتين التجريبية والضابطة للتحقق

من فعالية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية جودة الحياة لدى المعاقين عقليًا القابلين للتعلم من تلاميذ المرحلة الابتدائية.

ثانياً: عينة الدراسة:

ضمت عينة الدراسة (٢٠) تلميذ من المعاقين عقليًا القابلين للتعلم من تلاميذ المرحلة الابتدائية، عمرهم الزمنى يتراوح بين (٩-١٠) سنه، كما يتضح من جدول رقم (١).

جدول رقم (١) وصف العينة وفقاً لمتغير العمر الزمني

المجموعة	العدد	العمر الزمنى	متوسط	الانحراف المعياري
التجريبية	١٠	٩-١٠	٩.٥٥	٠,٦٢٥
ضابطة	١٠	٩-١٠	٩.٤٥	٠.٥١٥

مواصفات اختيار العينة:

هناك بعض الشروط التي حرص عليها الباحث لاختيار عينة الدراسة الحالية، التي من أهمها:

-عينة الدراسة من التلاميذ المعاقين عقليًا القابلين للتعلم من تلاميذ المرحلة الابتدائية.

-خلو تلاميذ العينة من الإعاقات الأخرى غير الإعاقة العقلية.

-تتراوح أعمار المعاقين عقليًا القابلين للتعلم من تلاميذ المرحلة الابتدائية بالعينة بين (٩-١٠) سنه.

-يتراوح معامل ذكائهم بين (٥٥-٧٠) درجة على مقياس استانفورد بنية للذكاء.

-يحصلون على درجة منخفضة على مقياس جودة الحياة (إعداد/ الباحث).

-أن يكون تلاميذ العينة من المنتظمين في الحضور إلى المدرسة، ولا يتغيبون لفترات طويلة.

قبل تطبيق البرنامج التدريبي السلوكي تم التأكد من تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في متغيرات العمر الزمني، ومعامل الذكاء ودرجة جودة الحياة كما يلي:

جدول رقم (٢) التكافؤ بين تلاميذ المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وفقا لمتغير العمر الزمني ومعامل الذكاء والمهارة الاجتماعية وجودة الحياة باستخدام اختبار مان – وتني.

التكافؤ	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
الذكاء	التجريبية	١٠	٩.٥	٩٥	٤٤,٥	٠,٥٧	غير دالة
	الضابطة	١٠	٨.٥	٨٥			
العمر الزمني	التجريبية	١٠	٧.٥	٧٥	٢٦,٠	٠,٦٣٨	غير دالة
	الضابطة	١٠	٨.٠	٨٠			
جودة الحياة	التجريبية	١٠	٨.٥	٨٥	٢٦.٨	٠.٨٥١	غير دالة
	الضابطة	١٠	٩.٠	٩٠			

يتضح من جدول رقم (٢) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات تلاميذ المجموعتين التجريبية والضابطة في الذكاء والعمر الزمني وجودة الحياة مما يدل على أن المجموعتين متكافئتين.

أدوات الدراسة:

استخدم الباحث في هذه الدراسة مجموعة من الأدوات منها:

١. مقياس ستانفورد بينيه للذكاء – الصورة الخامسة. ترجمة وتقنين (محمود أبو النيل، ٢٠١١)

-الهدف من المقياس:

تهدف الصورة الخامسة للمقياس إلى قياس خمسة عوامل أساسية هي: الاستدلال السائل، المعرفة، الاستدلال الكمي، المعالجة البصرية – المكانية، والذاكرة العاملة، ويتوزع كل عامل من هذه العوامل على مجالين رئيسيين هما: المجال اللفظي، والمجال غير اللفظي.

٢. قائمة جودة الحياة لدي المعاقين عقليًا القابلين للتعلم من تلاميذ المرحلة الابتدائية (تقدير المعلم) (إعداد: الباحث).

تهدف هذه القائمة إلى قياس جودة الحياة لدى التلاميذ المعاقين عقليًا القابلين للتعلم بتقدير المعلمين على أساس أن لديهم معرفة فريدة بتلاميذهم في سياقات أكاديمية واجتماعية مختلفة.

المصادر التي رجع إليها الباحث في إعداده للقائمة:

- مقياس تشخيص معايير جودة الحياة للعاديين وغير العاديين لزينب شقير (٢٠٠٩).
- مقياس جودة الحياة الأسرية لذوي الاحتياجات الخاصة لأماني عبد المقصود (٢٠١٥).
- مقياس جودة الحياة للمعاقين عقليًا لريهام فتحي (٢٠١٥).

وقام الباحث الحالي بإعداد القائمة للتلاميذ المعاقين عقليًا القابلين للتعلم وتشمل أبعاد (السلوك الاجتماعي الإيجابي- أنشطة الحياة اليومية- جودة التعليم والدراسة- جودة الحياة الأسرية والاجتماعية-استقلال الذات).

كما قام الباحث بالتأكد من صلاحية القائمة التي تم إعدادها في البحث عن طريق الخطوات التالية:

١. **صدق المحكمين:** تم عرض هذه القائمة المكونة من (٥٥) عبارة على ثلاثة عشر من المحكمين المختصين في مجال علم النفس والصحة النفسية والتربية الخاصة، وذلك لإبداء آرائهم وكتابة ما يرونه مناسبًا من تعديلات أو إضافات أخرى، وقام الباحث بمناقشتهم في التعديلات التي أجروها وتم حذف (٤) عبارات.
٢. **حساب الاتساق الداخلي للقائمة:** تم حساب الاتساق الداخلي لكل بعد فرعي على حدة وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجات كل عبارة من العبارات المكونة لكل بعد من أبعاد القائمة والدرجة على البعد الذي يحتويها، وجدول (٣) يوضح معاملات الاتساق الداخلي لعبارات الأبعاد المكونة لقائمة جودة الحياة بتقدير المعلمين.

جدول (٣) معاملات الاتساق الداخلي لعبارات الأبعاد الفرعية المكونة للقائمة ن= (٣٠)

البعد	العبارة	معامل الارتباط	البعد	العبارة	معامل الارتباط	البعد	العبارة	معامل الارتباط
السلوك الاجتماعي الإيجابي		٧٧.**	جودة التعليم والدراسة		٧٧.**	استقلال الذات		٧٩.**
		٧٩.**			٧٢.**			٧٢.**
		٨٠.**			٧٦.**			٧٤.**
		٧٩.**			٧٤.**			٨٢.**
		٨١.**			٧٩.**			٨٠.**
		٨٠.**			٧٧.**			٧٩.**
		.١٢			٨٠.**			٧٨.**
		٧٢.**			٨٠.**			٧٧.**
		٧٣.**			٧٥.**			٧٥.**
		٨٠.**			٨٢.**			٧٧.**
		٨١.**	جودة الحياة الأسرية والاجتماعية		٨١.**			
أنشطة الحياة اليومية		٧٩.**			٧٥.**			
		٨٢.**			٧٧.**			
		٨٤.**			٧٨.**			
		٨٢.**			٨٠.**			
		٨١.**			٨٢.**			
		٨٢.**			٨١.**			
		٨٥.**			٨٠.**			
		٨٠.**			٧٩.**			
		٧٨.**			٧٧.**			
		٧٩.**						

** دال عند مستوى (٠١.)

ويتضح من جدول (٣) أن جميع العبارات جاءت على علاقة دالة (عند مستوى ٠١.) بالدرجة على البعد الذي يحتويها وهذا يدل على أن كلا منها متماسك داخليًا مع البعد الذي يتضمنها فيما عدا رقم (٧) جاءت غير دالة وتم حذفها.

وقام الباحث بحساب الاتساق الداخلي بإيجاد معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد القائمة والدرجة الكلية للقائمة، وجدول (٤) يوضح ذلك.

جدول (٤) معاملات الاتساق الداخلي للأبعاد المكونة للقائمة والدرجة الكلية (ن=٣٠)

البعد	معامل الارتباط
السلوك الاجتماعي الإيجابي	٨٥.**
أنشطة الحياة اليومية	٨٢.**
جودة التعليم والدراسة	٨٣.**
جودة الحياة الأسرية والاجتماعية	٨١.**
استقلال الذات	٨٢.**

** دال عند مستوى (٠١.)

يتضح من جدول (٤) أن جميع معاملات الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية في القائمة دالة عند مستوى (٠١.) أي أن الأبعاد متماسكة داخليًا مع القائمة ككل.

٣. **صدق المحك:** تم حساب صدق المحك للقائمة بتقدير المعلمين عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجات (٣٠) طفلًا من الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم على القائمة الحالية ودرجاتهم على مقياس جودة الحياة للأطفال المعاقين عقليًا إعداد ريهام فتحي (٢٠١٥) وبتقدير نفس المعلمين. بلغت قيمة معامل الارتباط (٨٢.) وهي دالة عند مستوى (٠١.) مما يدل على صدق القائمة الحالية.

٤. **ثبات القائمة:** تم حساب ثبات القائمة الحالية باستخدام:

❖ طريقة إعادة التطبيق: على عينة التقنين (٣٠) طفلًا من الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم. وبفاصل زمني قدره أسبوعين من التطبيق الأول، ويوضح جدول (١٥) نتائج ذلك.

جدول (٥) معاملات الارتباط بين درجات التطبيق الأول والثاني للقائمة (ن =٣٠)

البعد	معامل الثبات
السلوك الاجتماعي الإيجابي	٨٣.
أنشطة الحياة اليومية	٧٩.
جودة التعليم والدراسة	٨٢.
جودة الحياة الأسرية والاجتماعية	٨٣.
استقلال الذات	٨١.
الدرجة الكلية	٨٤.

يتضح من جدول (٥) أن معاملات الارتباط بين درجات التطبيق الأول والثاني للقائمة بالنسبة للأبعاد والدرجة الكلية هي معاملات ثبات مرتفعة. وهذا يدل على ثبات القائمة وصلاحيتها لاستخدامها في قياس جودة الحياة.

❖طريقة ألفا كرونباخ بتطبيقها على عدد (٣٠) طفلًا من الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم بتقدير المعلم . وجدول (٦) يوضح حساب معامل ثبات الأبعاد والدرجة الكلية.

جدول (٦) معاملات ثبات أبعاد القائمة باستخدام ألفا كرونباخ (ن=٣٠)

البعد	معامل الثبات
السلوك الاجتماعي الإيجابي	.٨٢
أنشطة الحياة اليومية	.٨١
جودة التعليم والدراسة	.٨٤
جودة الحياة الأسرية والاجتماعية	.٨٣
استقلال الذات	.٨٠
الدرجة الكلية	.٨٥

يتضح من جدول (٦) أن معاملات الثبات للأبعاد المكونة للقائمة والدرجة الكلية جاءت معاملات ثبات مرتفعة ومقبولة لهذا النوع من المقاييس.

٥. تصحيح القائمة:

القائمة في صورتها النهائية مكونة من (٥٠) عبارة، وتبلغ أبعاد القائمة (٥) أبعاد وشمل كل بعد (١٠) عبارات. وأمام كل عبارة ثلاثة استجابات (مرتفعة ثلاث درجات- متوسطة درجتان . منخفضة درجة واحدة). وعلى المعلم وضع علامة (√) في المكان المناسب الذي تراه منطبقًا على حالة الطفل. وبذلك تتراوح الدرجة على القائمة ككل بين (٥٠-١٥٠) درجة، وعلى كل بعد (١٠-٣٠) درجة. والدرجة المرتفعة تشير إلى ارتفاع جودة الحياة والدرجة المنخفضة تشير إلى انخفاضها.

٣. البرنامج التدريبي السلوكي لتنمية جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم (إعداد الباحث):

أهداف البرنامج: وتشمل ما يلي:-

الهدف العام: يهدف البرنامج الحالي إلى تنمية جودة الحياة لدى عينة من المعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

الأهداف الإجرائية للبرنامج:

١- يقدم خدمات علاجية جماعية وبصورة مباشرة وغير مباشرة لعينة الدراسة من أجل تنمية جودة الحياة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

٢- تدريب المعاقين عقلياً القابلين للتعلم على استخدام مهارات متنوعة في العلاج التدريبي السلوكي تساعدهم في التعرف على ذاتهم والتفاعل بأسلوب مناسب لتنمية جودة الحياة لديهم.

أهمية البرنامج:

يقدم البرنامج خدمة علاجية مثمرة لشريحة معينة من المعاقين عقلياً القابلين للتعلم الذين يعانون من القصور في جودة الحياة، مما يترتب علية سوء التوافق ومن منطلق أن العديد من الدراسات أشارت إلى ضرورة إعداد برامج علاجية لتنمية جودة الحياة.

– تنمية الجانب الإيجابي من شخصية أطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

– يمكن أن يستفيد منه القائمين على رعاية المعاقين عقليًا وأولياء أمورهم.

مصادر بناء البرنامج:

تم تحديد محتوى البرنامج التدريبي السلوكي للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم في ضوء ما يلي:

١- الإطار النظري والدراسات السابقة المرتبطة بالمعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

٢- الإطار النظري والدراسات السابقة المرتبطة بمفاهيم الدراسة الحالية.

٣- البرامج العلاجية التدريبية السلوكية التي وردت بالدراسات السابقة التي أجريت على المعاقين عقلياً القابلين للتعلم للاستفادة منها في تحديد الفنيات والأنشطة اللازمة لتحقيق أهداف البرنامج.

٤- الاستفادة من الخبرات التي مرّ بها الباحث من خلال عمله بمدارس التربية الفكرية ومراكز التربية الخاصة بمدينة المنصورة وحضور دورات تعديل السلوك وكذلك من خلال المقابلات مع بعض أمهات المعاقين عقلياً القابلين للتعلم والتعرف على المهارات التي تلزم أطفالهن خلال تواصلهم الاجتماعي والانفعالي بما يساعد على تنمية ثقتهم بأنفسهم.

مراحل تطبيق البرنامج:

تكون البرنامج في صورته النهائية من (٢١) جلسة وجلسة ختامية وأخري للمتابعة تمت على المراحل التالية:

- المرحلة الأولى (جلسة ١): تمهيدية للتعارف وزيادة الألفة، ويطلب الباحث من (معلم/معلمة) الفصل ملأ قائمة جودة الحياة عن تلاميذ فصله (كمقياس قبلي).
- المرحلة الثانية (جلسة ٢): تعرف على مفاهيم الدراسة والفنيات السلوكية المستخدمة.

- المرحلة الثالثة (جلسة ٣، إلي ٢١): تنفيذ جلسات البرنامج وفقاً للمرحلة التالية: التدريب على فنيات لتنمية جودة الحياة.
- المرحلة الرابعة (جلسة الختامية والمتابعة): وقد تم خلالها قياس مدى التغير الناجم عن البرنامج (قياس بعدي) كما تم قياس مدي استمرارية التغير الناجم عن البرنامج (قياس تتبعي) ويطلب الباحث من (معلم/معلمة) الفصل ملأ قائمة جودة الحياة عن تلاميذ فصله (كمقياس بعدي).

نتائج الدراسة (مناقشتها وتفسيرها)

الفرض الأول:

ينص الفرض الرابع على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس جودة الحياة لصالح المجموعة التجريبية.

وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار مان وتني Whitney–Mann (U) للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي. وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي.

جدول رقم (٨) الفروق بين متوسطيّ رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس جودة الحياة

الأبعاد	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة	معامل التأثير	مستوى التأثير
السلوك الاجتماعي	التجريبية	١٠	١٣	١٣٠	٠٠٠	٢,٧٢٥	٠.٠١	١	كبير جدا
	الضابطة	١٠	٣	٣٠					
أنشطة الحياة	التجريبية	١٠	١٥	١٥٠	٠٠٠	٢,٦٢٧	٠.٠١	٠.٩	كبير جدا
	الضابطة	١٠	٦	٦٠					
جودة التعليم والدراسة	التجريبية	١٠	١٥	١٥٠	٠٠٠	٢,٥٢٢	٠.٠١	٠.٨	كبير
	الضابطة	١٠	٧	٧٠					
جودة الحياة الأسرية	التجريبية	١٠	١٣	١٣٠	٠٠٠	٢,٧٢٥	٠.٠١	١	كبير جدا
	الضابطة	١٠	٣	٣٠					
استقلال الذات	التجريبية	١٠	١٥	١٥٠	٠٠٠	٢,٥٢٢	٠.٠١	٠.٨	كبير
	الضابطة	١٠	٧	٧٠					
الدرجة الكلية	التجريبية	١٠	١٣	١٣٠	٠٠٠	٢,٨١٨	٠.٠١	١	كبير جدا
	الضابطة	١٠	٣	٣٠					

يتضح من جدول رقم (٨) وجود فرق دال إحصائيا بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس جودة الحياة، وأن هذه الفروق دالة عند (٠,٠١) في أبعاد جودة الحياة والدرجة الكلية له لصالح المجموعة التجريبية، مما يشير إلى تحقيق الفرض الرابع من فروض الدراسة.

بحساب حجم الأثر للفروق بين المجموعتين التجريبيَّة والضابطة في القياس البعدي على مقياس جودة الحياة (الأبعاد والدرجة الكلية) وجد أنه تراوح بين (٠,٨– ١)؛ أي يتراوح بين كبير إلى كبير جدًّا؛ بمعنى أن البرنامج أثر كبير في إحداث التحسن لأفراد المجموعة التجريبيَّة من خلال تعرضهم للبرنامج؛ وبذلك يكون الفرض الرابع قد تحقق.

تفسير نتائج الفرض الاول:

أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس جودة الحياة بعد تطبيق البرنامج التدريبي السلوكي لصالح المجموعة التجريبية مما يدل على فعالية البرنامج المستخدم في الدراسة، ويمكن تفسير ذلك في ضوء الأثر الإيجابي للبرنامج المستخدم والذي تعرض له تلاميذ المجموعة التجريبية، بما يتضمنه من إجراءات واستراتيجيات وفنيات وأساليب كان من شأنها أن أدت إلى حدوث ارتفاع في جودة الحياة لدى المعاقين عقليًا القابلين للتعلم من تلاميذ المرحلة الابتدائية.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه نتائج بعض الدراسات السابقة من فعالية البرنامج تدريبي سلوكي فى تحسين جودة الحياة ومن هذه الدراسات دراسة كل من (Caeter, 2016 & Biggs) و دراسة (Coudronnière et al 2017)؛ و دراسة (Fadaei Dehcheshmeh, 2025).

وتؤكد نتائج هذا الفرض على فعالية البرنامج التدريبي السلوكي المستخدم في الدراسة الحالية في تحسين جودة الحياة لدي المعاقين عقليًا القابلين للتعلم من تلاميذ المرحلة الابتدائية، وذلك ناتج عن صلاحية البرنامج التدريبي السلوكي وفنياته وأساليبه المستخدمة والتي تضمنت (المحاضرة، المناقشة الجماعية والحوار، تقديم الذات، تحليل

المهام، التلقين /الحث /التوجيه، النمذجة، المحاكاة، الممارسة، لعب الدور، التعليمات، حل المشكلات، التكليفات المنزلية، التعزيز الإيجابي).

وقد اعتمد الباحث على التعزيز الإيجابي والذي تنوع ما بين التعزيز المادي المتمثل في (المأكولات أو المشروبات) والتي يحبها التلميذ، والمعنوي المتمثل في تشجيع الباحث للتلميذ لفظيًا أو الربت على كتفه مما أسهم في ارتفاع معدلات الاستجابة المطلوبة ورفع معدلات المشاركة على مدار الجلسات التدريبية.

يرى الباحث أن تشجيع المعاقين عقليًا القابلين للتعلم على بناء علاقات وضرورة التواصل الفعال مع أقرانهم من نفس الإعاقة والتأكيد على ضرورة التعاون بين الأطفال ومساعدتهم بعضهم البعض، وحثهم على أهمية مشاركتهم لبعضهم البعض في المناسبات والأنشطة الاجتماعية، وتشجيعهم على المبادرة بالتواصيل الفعال والإيجابي مع الآخرين المحيطين بهم من غير المعاقين عقليًا القابلين للتعلم، مع زيادة وعيهم بمساعدة الآخرين وحسن التصرف في المواقف المختلفة والمشاركة في حل المشكلات الاجتماعية بفاعلية، وحسن التصرف في الأماكن العامة التكيف مع جماعة الرفاق استثمار فرص التفاعل الاجتماعي مع الآخرين؛ التمتع باللياقة في التعامل مع الآخرين؛ تنظيم الانفعالات؛ أثر إيجابيًا على مفهوم جودة الحياة الأكاديمية والأسرية وأنشطة الحياة المختلفة لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم، مما أدى إلى ثقتهم بأنفسهم.

الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطيّ رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس جودة الحياة لصالح القياس البعدي.

وللتحقق من هذا الفرض استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون اللابارامتري لإشارات الرتب anks Test (WSWilcoxon Signed R) لحساب دلالة الفروق بين متوسطيّ رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس

جودة الحياة (الأبعاد والدرجة الكلية) كمجموعتين مرتبطتين، ويتضح ذلك من خلال جدول رقم (٩).

جدول رقم (٩) الفروق بين متوسطيّ رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس جودة الحياة

الأبعاد	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	معامل التأثير	مستوى التأثير
السلوك الاجتماعي	السالبة	٠	٠.٠٠	٠٠,٠	٢.١٢١	٠.٠١	١	كبير جدا
	الموجبة	١٠	٥,٥	٥٥				
	التساوي	٠						
أنشطة الحياة	السالبة	٠	٠.٠٠	٠٠,٠	٢.١٠٢	٠.٠١	٠.٨	كبير
	الموجبة	٩	٥,٥	٥,٤٩				
	التساوي	١						
جودة التعليم والدراسة	السالبة	٠	٠.٠٠	٠٠,٠	٢.١٠٦	٠.٠١	٠.٨	كبير
	الموجبة	٩	٥,٥	٥,٤٩				
	التساوي	١						
جودة الحياة الأسرية	السالبة	٠	٠.٠٠	٠٠,٠	٢.١٢١	٠.٠١	١	كبير جدا
	الموجبة	١٠	٥,٥	٥٥				
	التساوي	٠						
استقلال الذات	السالبة	٠	٠.٠٠	٠٠,٠	٢.١٠٦	٠.٠١	٠.٨	كبير
	الموجبة	٩	٥,٥	٥,٤٩				
	التساوي	١						
الدرجة الكلية	السالبة	٠	٠.٠٠	٠٠,٠	٢.١٤١	٠.٠١	١	كبير جدا
	الموجبة	٩	١١,٦	٥٥				
	التساوي	١						

يتضح من جدول رقم (٩) تحقق الفرض الخامس حيث توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس جودة الحياة للمعاقين عقليًا القابلين للتعلم من تلاميذ بالمرحلة الابتدائية، وأن هذه الفروق في القياس البعدي مرتفعة مقارنة بالقياس القبلي أي إنها تتجه نحو القياس البعدي، وكانت قيم (Z) أكبر من القيمة الجدولية، وذلك يشير إلى تحسن جودة الحياة لدى المجموعة التجريبية في القياس البعدي بعد تعرضهم لجلسات البرنامج مقارنة بالقياس القبلي، مما يشير إلى تحقق الفرض الخامس، وهذا يدل على فعالية البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية ونجاحة في تنمية جودة الحياة لدى المجموعة التجريبية من المعاقين عقليًا القابلين للتعلم من تلاميذ المرحلة الابتدائية.

إنَّ حجم الأثر للفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبيَّة على مقياس جودة الحياة يتراوح بين (٠,٨–١)؛ أي إن التحسن يتراوح بين كبير الى كبير جدا، وهذا يدلُّ على أن نِسبة كبيرة من "الارتفاع" في جودة الحياة يمكن أن يُعزى للمتغير المستقل (البرنامج)؛ وهذا يدلُّ على حجم أثرٍ كبير للبرنامج؛ وبذلك يتحقق الفرض الخامس من فروض الدراسة.

تفسير نتائج الفرض الثاني:

تشير نتائج الفرض الثاني إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس جودة الحياة لصالح القياس البعدي

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسات عدة De Geus–Neelen et al., 2019; Hall & Koslouski, 2025) التي انتهت إلى فعالية البرنامج التدريبي السلوكي في تنمية جودة الحياة لدى المعاقين عقليًا القابلين للتعلم.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء فعالية البرنامج الحالي في تحسين جودة الحياة لدى تلاميذ المجموعة التجريبية، حيث كانت معظم درجات تلاميذ المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج منخفضة وبعد تطبيق البرنامج ارتفعت بصورة دالة، وقد يعود السبب في ذلك إلى انتظام تلاميذ المجموعة التجريبية في جلسات البرنامج وإلى قيام الباحث بتوظيف الاستراتيجيات والأساليب المتنوعة أثناء تنفيذ جلسات البرنامج كالنمذجة والتغذية الراجعة، والأنشطة الفردية والجماعية وغيرها، حيث قدم الباحث للمعاقين عقليًا من تلاميذ بالمرحلة الابتدائية في بداية جلسات البرنامج التدريبي السلوكي عرضاً لمراحل البرنامج التي سوف يتدرب التلاميذ عليها، كما اتفق معهم على القواعد والتعليمات التي سوف تسير عليها جلسات البرنامج، كما استخدم الباحث عدة أسس نفسية وتربوية عند إعداد البرنامج وإدارة الجلسات وتطبيق الأنشطة والتدريبات، كما راع حاجات المعاقين عقليًا القابلين للتعلم من تلاميذ المرحلة الابتدائية وخصائصهم النفسية والاجتماعية والمعرفية.

كما يفسر أيضا الباحث فعالية البرنامج في تحسن جودة الحياة لدى تلاميذ المجموعة التجريبية في القياس البعدي إلى توفير المناخ الملائم الذي يتميز بالمودة والحب والتعاون والمشاركة، والطمأنينة بين الباحث وتلاميذ المجموعة التجريبية والالتزام بالواجب المنزلي بمعاونة الأمهات.

الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطيّ رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس جودة الحياة.

وللتحقق من هذا الفرض استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون اللابارامتري لإشارات الرتب (Wilcoxon Signed Ranks Test (WS لحساب دلالة الفروق بين متوسطيّ رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس جودة الحياة (الأبعاد والدرجة الكلية) كمجموعتين مرتبطتين، ويتضح ذلك من خلال الجدول رقم (١٠).

جدول رقم (١٠) الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس جودة الحياة

الأبعاد	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
السلوك الاجتماعي	السالبة	٠	٠٠	٠٠	١.٣٤٢	غير دالة
	الموجبة	١	١.٥٠	١.٥٠		
	التساوي	٩				
أنشطة الحياة	السالبة	٠	٠٠	٠٠	٠.٨١٦	غير دالة
	الموجبة	٠	٠٠	٠٠		
	التساوي	١٠				
جودة التعليم والدراسة	السالبة	١	١.٥٠	١.٥٠	١.٣٤٢	غير دالة
	الموجبة	٠	٠٠	٠٠		
	التساوي	٩				
جودة الحياة الأسرية	السالبة	٠	٠٠	٠٠	١.٣٤٢	غير دالة
	الموجبة	١	١.٥٠	١.٥٠		
	التساوي	٩				
استقلال الذات	السالبة	١	١.٥٠	١.٥٠	١.٣٤٢	غير دالة
	الموجبة	٠	٠٠	٠٠		
	التساوي	٩				
الدرجة الكلية	السالبة	١	١.٥٠	١.٥٠	٠.٨٨٤	غير دالة
	الموجبة	١	١.٥٠	١.٥٠		
	التساوي	٨				

يتضح من جدول رقم (١٠) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس جودة الحياة (الأبعاد والدرجة الكلية) وكانت قيم (Z) أقل من القيمة الجدولية، وبالتالي الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين (البعدي والتتبعي) غير دالة إحصائيا، مما يشير إلى تحقق الفرض الثالث، وهذا يدل على استمرار فعالية البرنامج في رفع مستوى جودة الحياة لدى تلاميذ المجموعة التجريبية.

تفسير الفرض الثالث:

تشير نتائج الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطيّ رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس جودة الحياة، ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء فعالية البرنامج الحالي، حيث قام الباحث بتطبيق مقياس جودة الحياة بعد تطبيق البرنامج على تلاميذ المجموعة التجريبية (القياس البعدي)، وإعادة تطبيقه مرة أخرى على نفس المجموعة (القياس التتبعي) بعد مدة (شهر) من تطبيق القياس البعدي، وتوصل إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطىّ رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس جودة الحياة (الأبعاد والدرجة الكلية)، وبالتالي استمرار أثر فعالية البرنامج التدريبي السلوكي الحالي في رفع مستوى جودة الحياة لدى المعاقين عقليًا القابلين للتعلم من تلاميذ المرحلة الابتدائية

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه نتائج دراسات (Widyawati et al, 2021; Jacoby, Williams, 2022; أماني إسماعيل، 2023؛ Diz & Jacinto, 2024) التي انتهت إلى فعالية البرنامج التدريبي السلوكي في تنمية جودة الحياة لدى المعاقين عقليًا القابلين للتعلم.

ويفسر الباحث قوة تأثير البرنامج إلى تنوع الفنيات التي اعتمد عليها واتساقها مع طبيعة المعاقين عقليًا القابلين للتعلم من تلاميذ المرحلة الابتدائية من ناحية وطبيعة متغير الدراسة من ناحية أخرى، وخاصة فنية التعزيز والتنوع في تقديمه سواء المتقطع أو

المتواصل، المادي أو المعنوي والتي كانت تمثل محفزاً قوياً للأطفال على الاندماج والاشتراك في أنشطة البرنامج والالتزام بتوجيهات القائمين على تنفيذ البرنامج.

كذلك التأكيد على استفادة التلميذ مما يقدم له، والحرص على إشراك جميع المعاقين عقليًا القابلين للتعلم من تلاميذ المرحلة الابتدائية عينة الدراسة في الأنشطة والمواقف، واستخدام التعزيز الإيجابي والتشجيع من جانب الباحث عندما يقدم المعاقين عقليًا القابلين للتعلم الاستجابة الملائمة في المواقف الاجتماعية.

كما أن إجراء تقويم مرحلي في نهاية كل جلسة، وإجراء تقويم نهائي بعد الانتهاء من التدريب على كل بُعدٍ ومهارةٍ متضمنة في البرنامج المستخدم كان له أثر إيجابي في تحسين جودة الحياة، حيث تم إعادة تدريب أفراد عينة الدراسة التجريبية على تلك الأنشطة والمهام التي تضمنها البرنامج، وما تم تنميته من مهارات خلال المرحلة السابقة من البرنامج، مما ساهم في استمرار أثر التعلم وعدم حدوث انطفاء للمهارات المتعلمة بعد انتهاء البرنامج وخلال فترة المتابعة.

توصيات الدراسة:

في ضوء نتائج الدراسة يقَدمُ الباحث التوصيات الآتية:

١- ضرورة توفير كافة الوسائل التعليمية التي يحتاجها المعاقين عقليًا القابلين للتعلم بالمدارس في كافة المناهج الدراسية.

٢- ضرورة توفير غرفة مصادر بالمدرسة تشتمل على كافة الوسائل التعليمية التي يحتاجها التلاميذ المعاقين عقليًا القابلين للتعلم من تلاميذ المرحلة الابتدائية في مختلف المواد الدراسية.

٣- ضرورة اهتمام الوالدين بإشباع الحاجات النفسية والانفعالية والاجتماعية لأبنائهم المعاقين عقليًا القابلين للتعلم مما يساعد في تنمية وتحسين جودة الحياة.

٤- عدم تفرقة الوالدين بين أبنائهم المعاقين عقليًا القابلين للتعلم والعاديين في إشباع احتياجات كل منهم لما لذلك من أثر كبير إيجابي في تنمية المهارات الاجتماعية، وبالطبع تحسين شعورهم بجودة الحياة.

٥- مساعدة الوالدين لأبنائهم المعاقين عقليًا القابلين للتعلم على تحسين الاستقلال الذاتي، وإدارة الذات، وإيجاد معنى للحياة، لأنه يسهم في تنمية جودة الحياة لديهم.

دراسات وبحوث مقترحة:

١. فعالية برنامج تدريبي سلوكي لتحسين المرونة النفسية وأثرة على جودة الحياة لدي المعاقين عقليًا القابلين للتعلم من تلاميذ المرحلة الابتدائية.

٢. فعالية التطبيق الإلكتروني للإرشاد النفسي الإيجابي لتحسين جودة الحياة لدى المعاقين عقليًا القابلين للتعلم من تلاميذ المرحلة الابتدائية.

٣. فعالية ممارسة أنشطة التوكاتسو في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين عقليًا القابلين للتعلم.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

أماني إسماعيل عبد الحليم(٢٠٢٣). **فعالية برنامج ارشادي قائم على التدخل المبكر لتحسين جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم**، المجلة العلمية – كلية التربية – جامعة الوادي الجديد العدد السادس والأربعون (٤٦) يوليو.

أماني عبد المقصود. (٢٠١٥). **مقياس جودة الحياة الأسرية لأسرة ذوى الاحتياجات الخاصة.** القاهرة: دار الأنجلو مصرية.

أحلام رجب عبد الغفار (٢٠١٥). **تربية المتخلفين عقليًا**، (٢). القاهرة: دار الفجر.

ابتسام الحسيني عبد الحميد (٢٠١٦). **الإرشاد الأسري للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم**. دار الوفاء للطباعة والنشر.

إسماعيل إبراهيم بدر (٢٠١٤). **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة**، (٢). القاهرة: دار الرياض للطباعة والنشر.

جمال محمد الخطيب (٢٠٠٣).**تعديل السلوك الإنساني (دليل العاملين في المجالات النفسية والتربوية والاجتماعية)**، القاهرة: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

ريهام جمال فتحي(٢٠١٥). **فعالية برنامج ارشادي سلوكي لخفض الشعور بالقلق وعلاقته بجودة الحياة لدى الأطفال المعاقين عقلياً**، رسالة ماجستير.كلية التربية.جامعة المنصورة.

زينب محمود شقير(٢٠٠٩). **مقياس تشخيص معايير جودة الحياة(للعاديين وغير العاديين)**، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

صالح إسماعيل الهمص(٢٠١٠).**قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقتها بجودة الحياة**، رسالة ماجستير غير منشور، الجامعة الإسلامية، غزة.

فاروق محمد صادق (١٩٨٨). **برامج التربية الخاصة في مصر تكون او لا تكون**. مؤتمر الطفل المصري , مركز دراسات الطفولة , جامعه عين شمس.

فوزية محمدي؛ وأمال أبو عيشة(٢٠١٣).**معوقات جودة الحياة الأسرية**، الملتقى الوطني الثاني، حول اتصال جودة الحياة في الأسرة، جامعة قاصدي مرباح بورقلة، أبريل، المجلد ٩، العدد ١٠. القاهرة: دار الوفاء للطباعة والنشر.

مصطفى نوري القمش (٢٠١٥). الإعاقة العقلية النظرية والممارسة، (ط.٢). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

محمد صالح الإمام؛ وفؤاد عيد الجوالده (٢٠١٦). **الإعاقة العقلية ومهارات الحياة في ضوء نظرية العقل**، (ط٢). عمان: دار الثقافة.

محمد عبد العزيز الطالب(٢٠١٣). **جودة الحياة وعلاقتها بقلق المستقبل وببعض المتغيرات الديمغرافية لدى طلبة الجامعة**، مجلة كلية الآداب، جامعة طنطا، المجلد ٢، العدد، ٥٧٦-٦١٩.

مني وحيد معوض (٢٠١٨). **استخدام القصص الاجتماعية في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدي عينة من الاطفال المعاقين القابلين للتعلم** , مجلة كلية التربية , جامعة بنها , مجلد (٢٩) ,العدد (١١٥) ٣٧٥- ٤١١.

نانسي كمال عيد(٢٠١٨). **مقياس جودة الحياة للمراهقين ضعاف السمع**، مجلة البحث العلمي في التربية، كلية البنات والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، العدد(١٩)، المجلد(٩)، (٥٩-٧٨).

ثانياً: المراجع الأجنبية

Beadle-Brown, J., Leigh, J., Whelton, B., Richardson, L., Beecham, J., Baumker, T., & Bradshaw, J. (2016). Quality of Life and Quality of Support for People with Severe Intellectual Disability and Complex Needs. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities,

Biggs, E. E., & Carter, E. W. (2016). Quality of life for transition-age youth with autism or intellectual disability. Journal of autism and developmental disorders, 46(1), 190-204.

Brue, A., Wilmshurst, L. (2016). Essentials of Intellectual Disability Assessment and Identification. John Wiley & Sons, Inc.

Byrd, C. T., Winters, K. L., Young, M., Werle, D., Croft, R. L., Hampton, E., Coalson, G., White, A., & Gkalitsiou, Z. (2021). The

Communication Benefits of Participation in Camp DreamSpeak.

Coudronnière, C., Bacro, F., & Guimard, P. (2017). Les relations entre la qualité de vie et le contexte de scolarisation d'élèves âgés de 5 à 11 ans présentant une déficience intellectuelle. Psychologie Française, 62(4), 387-401.

Crane. L. (2005). Quality of life assessment for persons with mental retardation. Assessment for Effective Intervention, 30(4), 41-49.

Cushing, C. (2011): Validation of a Measure of Weight-Related Quality of Life in a community sample of Normal Weight, Overweight and Obese 4th and 5th Grade students. Ph.D. university of Kansas

De Geus-Neelen, K. C., van Oorsouw, W. M., Hendriks, L. A., & Embregts, P. J. (2019). Perceptions of staff and family of the quality of life of people with severe to profound intellectual disability. Journal of Intellectual & Developmental Disability, 44(1), 42-50.

Dinnebeila, L., Sawyerb, B., Loganc, J., Dyniac, J., Cancioa, E.. Laura M., & Justice, L. (2013). Influences on the congruence between parents' and teachers' ratings of young children's social skills and problem behaviors. Early Childhood Research Quarterly, 28. 144-152

Diz, S., Jacinto, M., Costa, A. M., Monteiro, D., Matos, R., & Antunes, R. (2024, March). Physical activity, quality of live and well-being in individuals with intellectual and developmental disability. In Healthcare (Vol. 12, No. 6, p. 654). MDPI.

Durand, V. M. (2015). Behavioral Therapies. The Molecular Basis of Autism, 195-210. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2190-4 10

Fadaei Dehcheshmeh, M., & Shamsi Majelan, A. (2025). The Impact and Long-term Effects of Exercises and Sports Games on Motor Ability and Quality of Life in Children with Intellectual Impairment: A Randomized Controlled Trial. Journal of Human Environment and Health Promotion, 11(1), 36-44

Fahiem, R. A., Hamad, A. M., & Elalfy, D. Y. (2021). Comorbid Psychiatric Symptoms in Childhood Stutterers: An https://doi.org/10.21608/ejentas.2021.75098.1361.

Gómez, L., Alcedo, M., Arias, B., Fontanil, Y., Arias, V., Monsalve, A., & Verdugo, M. (2016). A new scale for the measurement of quality of life in children with intellectual disability. Research in Developmental Disabilities, 53, 399–410

Gur, A. (2018). Challenging behavior, functioning difficulties, and quality of life of adults with intellectual disabilities. International Journal of Developmental Disabilities, 64(1), 45-52

Hall, S., Koslouski, J. B., Richter, C. G., & Chafouleas, S. M. (2025). Measures of emotional well-being for individuals with intellectual

disabilities: A scoping review of reviews. Research in Developmental Disabilities, 158, 104940.

Hofslundsengen, H., Bernard, R., & Frazier Norbury, C. (2022). Anxiety and depression symptoms in children and adolescents who stutter: A systematic review and meta-analysis. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 65(2), 624-644.

Jacoby, P., Williams, K., Reddihough, D., Leonard, H, Whitehouse, A., & Downs, J. (2022). Modelling quality of life in children with intellectual disability using regression trees. Developmental Medicine & Child Neurology, 64(9), 1145-1155.

Kelman, E., & Wheeler, S. (2015). Cognitive behaviour therapy with children who stutter. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 193, 165-174.

Kartasidou, L., Dimitriadou, I., Pavlidou, E., Varsamis, P. (2013). Independent Living and Interpersonal Relations of Individuals with Intellectual Disability: The Perspective of Support Staff in Greece. International Journal of Learner Diversity and Identities. 19(2), 59-73.

Martin, G., & Pear, J. J. (2019). Behavior modification: What it is and how to do it. Routledge

Mocanu, L., Pradais, D., & Crina, C. (2020): PsychoPedagogical Characteristics of Children with Intellectual Disabilities. EIRP Proceedings, 15(1), 362- 36. disabilities, A Multidisciplinary, Journal of special education, 30 (2), 397-422.

Neumann, K., Euler, H. A., Bosshardt, H. G., Cook, S., Sandrieser, P., & Sommer, M. (2017). The Pathogenesis, Assessment and Treatment of Speech Fluency Disorders. Deutsches Ärzteblatt International, 114(22-23)

Schalock, R. L. (2000). Three decades of quality of life. Focus on autism and other developmental disabilities, 15(2), 116-127.

Schalock, R. L. Keith, K. D., Verdugo, M. A. & Unmez, L. E. (2010) Quality of life model development and use in the field of intellectual disability. In: Kober R. (Ed.). Chuality of life Theory and implementation (pp. 17-32). New York, NY, USA. Sage

Schalock, R. L., & Felce, D. (2004). Quality of life and subjective well-being: Conceptual and measurement issues. In E. Emerson, Ch. Hatton, T. Thompson & T. R. Parmenter (Eds.), International handbook of applied research in intellectual disabilities (pp. 261-279). John Wiley & Sons Ltd

Strnadová, I., & Evans, D. (2012). Subjective quality of life of women with intellectual disabilities: the role of perceived control over their own life in self-determined behaviour. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 25(1), 71-79

VandenBos, G. (2015). APA Dictionary of Psychology (2nd). American

Psychological Association.

Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B., Navas, P., & Schalock, R. L. (2014). Measuring quality of life in people with intellectual and multiple disabilities: Validation of the San Martín scale. Research in developmental disabilities, 35(1), 75-86.

Weis, R. (2014). Introduction to abnormal child and adolescent psychology (2ed). Sage Publications

Whitaker, S. (2013). Intellectual Disability: An Inability to Cope with an Intellectually Demanding World. Palgrave Macmillan

Widyawati, Y., Scholte, R. H. J., Kleemans, T., & Otten, R. (2021). Positive parenting and its mediating role in the relationship between parental resilience and quality of life in children with developmental disabilities in Java Island, Indonesia. Research in Developmental Disabilities, 112, 1-10. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103911.

Wilron K.,& Renaut , J (2013):The effectiveness of Help program for developing the skills of the educable mentally retared children and its influence on their quality of life. Journal of intellectual disability Research Vol.(49) , No.(7).

World Health Organization. (2021). Definition intellectual disability. Rerieved January 27, 02. 2021. from http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental health/ news /news /2010/15/ childrens-right-to-family-life /definition-intellectual-disability