



كلية التربية
قسم التربية الخاصة

برنامج تدخل مبكر مقترح لتحسين جودة الحياة لدى الأطفال
ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في إطار الدمج

إعداد

د. جمال محمد حسن نافع

مدرس التربية الخاصة

كلية التربية- جامعة عين شمس

أ.د عبد الرحمن سيد سليمان

أستاذ التربية الخاصة

كلية التربية- جامعة عين شمس

ماجد محمد أحمد السالمي

باحث دكتوراه بقسم التربية الخاصة

كلية التربية- جامعة عين شمس

٢٠١٧م

مقدمة:

تعد رعاية ذوي الإعاقة العقلية البسيطة من القضايا المهمة التي تواجه المجتمعات، إذ لا يخلو مجتمع من المجتمعات من وجود نسبة لا يستهان بها من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، وأصبحت قضايا رعايتهم تحتل مكانه كبيرة علي المستويين المحلي والعالمي.

وبعد تحسين جودة الحياة لتلك الفئة من الأهداف الأساسية التي ينشدها أي مجتمع في وقتنا الحالي، حيث يعتبر مفهوم جودة الحياة من المفاهيم التي دخلت حديثاً إلى ميدان التربية الخاصة ، إذ يعبر من خلاله عن مدى الاهتمام بكافة أفراد المجتمع وتحقيق الرفاه لهم، وخاصة للفئات المهمشة كالأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم (Baumgarten, 2004).

وقد حظى تحسين جودة الحياة بأهمية كبرى في المجتمع الغربي منذ الحرب العالمية الثانية وفي الولايات المتحدة أثناء الستينيات والسبعينيات، حيث تم إجراء استطلاعات لتصف مؤشرات جودة الحياة الذاتية والموضوعية بشكل دقيق (Jho, 2001 : 132).

واكد روجرسون (Rogerson, 1999) أن الاهتمام بجودة الحياة لن يتوقف من خلال البحوث والدراسات التي تم انجازها بل أنه يزداد بصورة ملحوظة حيث يحتل مفهوم جودة الحياة دوراً حيوياً في مجال الخدمات المتعددة التي تقدم لفئات المجتمع.

واوضحت دراسة روبنر (Rubiner, B. (2001) أثر شراكة الآباء والمعلمين والعمل معاً في العملية التربوية للتأكد من نجاح الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في المدرسة العادية، وأظهرت نتائج الدراسة أن المعلمين والآباء بإمكانهم الاتفاق حول كيفية تنفيذ أهدافهم، وهي تتفق ودراسة ستيفن (Stephen, S, W, (2001) التي حاولت التعرف علي دور الآباء في تنظيم تعليم أطفالهم من ذوي الإعاقة العقلية والتخطيط له، واوضحت الدراسة دور البرامج التربوية في تشجيع المعلمين ليعملوا بفاعلية أكبر مع الآباء وبعد انتهاء البرنامج ظهر تفاعل إيجابي بين متطلبات البرنامج ومشاركة الآباء في تعليم أبنائهم.

لذا يستند التدخل المبكر والفعال الى علاقة تفاعلية تشاركية بين المهنيين وأسرة الطفل من ذوي الإعاقة، الأمر الذي يستلزم إعداد الوالدين للإسهام في هذه البرامج وليقوموا بدورهم بفاعلية،

وتتحمل الأسرة المسئولية الرئيسية في تدريب الطفل، وهناك إجماع فيما بين الاختصاصيين في ميدان التدخل المبكر علي أن البرامج والخدمات تكون أكثر فاعلية سواء بالنسبة للطفل وأسرته عندما تقدم علي نحو يدعم ويطور ويحسن مصادر الأسرة ، ومواطن القوة لديها ، ويلبي احتياجاتها وأولوياتها(إبراهيم القريوتي، ٢٠٠٩: ٢).

ونخلص مما سبق إلى ضرورة تقديم برامج وخدمات التدخل المبكر لتلك الأسر وأطفالهن من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، وضرورة توفيرها لهم في وقت مبكر لمساعدتهم علي اكتساب المعلومات الخاصة بالإعاقة العقلية، وتلبية احتياجاتها الأسرية واحتياجات طفلها ذي الإعاقة العقلية، وإقناعهم بأهمية المشاركة الأسرية الفعالة بالبرامج والخدمات المتاحة في المجتمع، ومساعدتهم علي تقبل الإعاقة وتوفير الدعم اللازم لطفلها، بهدف تحسين جودة الحياة وتحقيق مستقبل أفضل لابنها ذي الإعاقة العقلية.

مشكلة الدراسة:

تتعلق هذه الدراسة من أن الاهتمام بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة يعد مبدأ أصيلاً من مبادئ حقوق الإنسان Human Rights، التي تنظر الى تساوى الناس جميعاً في حقهم في الاستمتاع بجودة الحياة، وفق ما أشار اليه فليمنج -كاستالدي" (٢٠٠٨ ، Fleming-Castaldy) ودعمت الاعتراف به كحق أساسي من حقوق ذوي الإعاقة العقلية منظمة الصحة العالمية (WHO, 2000) وغيرها من المنظمات الدولية المناظرة، بعدما اشارت العديد من الدراسات كدراسة: ديوركان وآخرون (Durukan. et. al ٢٠١٢: ١٤٨-١٥٨) التي أشارت نتائجها إلى أن الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة يعانون من تدني في مستويات جودة الحياة، وترتب عليه ان اصبح تحسين الظروف والأوضاع البيئية والأسرية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة جزءاً لا يتجزأ من خدمات التربية الخاصة المعاصرة.

وأيضاً في اطار ما ذكره الإمام (٢٠١٠) من وجوب اسهام المتخصصين في تحقيق جودة الحياة لكل الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في كافة المجتمعات، حيث يزداد العبء على المتخصصين في التخطيط لإنجاح وإنجاز أهداف التربية الخاصة، ولأن الإعاقة العقلية تشكل نسبة لا بأس بها من مجموع الأطفال تصل الي ٣% ، وتشكل فئة الإعاقة العقلية البسيطة ما يقرب من ٩٠% من تلك الفئة (عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٩ : ٩-١٠).

وأيضاً في اطار اقتناع الباحث الذي اكده ما ذهبت إليه دراسات عديدة كدراسة ساليبي Saleebey (١٩٩٢)، وليتشر Lecher (٢٠٠٢) وايضا أشرف عبد القادر (٢٠٠٥) من أن ذوي الإعاقة العقلية بصورة عامة والإعاقة العقلية البسيطة بصورة خاصة لديهم من القوى

والكفاءات التي من الممكن أن تؤدي أدواراً ذات قيمة، وتحقيق جودة حياة ذات مستوى مرتفع، عند تفعيلها بطريقة علمية باعتبار ان جودة الحياة يتم اكتسابها من قدرة و طاقة الفرد علي إشباع حاجاته الشخصية فهي معياراً لدراسات التدخل العلاجي (Fruehwald, et al., 2001:257)

وكذلك استنادا الى ما ذهبت اليه دراسة سميث (Smith ، ٢٠٠٢) التي اكدت أنه يمكن تحسين جودة الحياة لدى ذوى الإعاقة العقلية من خلال تقديم برامج تكسبهم المهارات الاساسية التي يحتاجونها في حياتهم اليومية وتفاعلهم مع اقرانهم لتحدث تغييرا ايجابيا ملحوظاً لديهم.

ومن ناحية اخرى أشارت دراسات عديدة كدراسة عادل الأشول (٢٠٠٥ : ٨) إلى ان البرامج المقترحة لتحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوى الإعاقة العقلية البسيطة لا يمكن ان تتجاهل عددا من المسلمات المنطقية منها: التأثير الإيجابي المتبادل في جودة الحياة بين الآباء والأمهات والابناء، باعتبار الاسرة وسيط في تقديم الرعاية العلاجية والتربوية للطفل، وبالتالي لا يمكن أن نتحدث عن جودة الحياة لدى الطفل ذي الإعاقة العقلية البسيطة دون الأخذ في الاعتبار جودة الحياة لدى من يقعون في دائرة تفاعلات هذا الطفل.

وقد اكدت تلك المسلمات نتائج دراسة صلاح الدين عراقي (٢٠٠٦) التي أشارت إلى وجود انخفاض علي مقياس جودة الحياة لدى الأطفال ذوى الإحتياجات الخاصة قبل تطبيق البرنامج الإرشادي علي آبائهم.

وأیضا ما أشارت اليه دراسة هو وآخرون Hu. et al. (٢٠١٢) التي أوضحت نتائجها الحاجة إلى المزيد من الدراسات للأسر المستقبلية للخدمات والدعم كمؤشر علي العلاقة التفاعلية بين خصائص الأسرة واحتياجاتها والنتائج التي عادت عليها من عامل جودة الحياة.

وهو الأمر الذي يتطلب بناء برامج تدخلية للأسرة تستند الى استراتيجيات التدخل المبكر مع الوالدين لتدريبهما حول كيفية اكتشاف إعاقه الطفل مبكراً وكيفية التواصل معه، وكيفية التكيف مع الواقع الجديد ؛ للتخفيف من الأثر الناتج عن الإعاقة، وتحقيق أعلى مستويات الجودة لجميع أفراد الأسرة وبناء رؤية إيجابية جديدة لهم بشأن الإعاقة.

وفي الوقت ذاته لا يمكن لبرنامج تدريبي مقترح لتحسين جودة الحياة للأطفال ذوى الإعاقة العقلية البسيطة أن يتجاهل أن الدمج امسى الوعاء الذى تقدم به خدمات التربية الخاصة فهو نظام يسمح بنمو العلاقات الاجتماعية التي تعد عنصراً مهماً في الشعور بجودة الحياة، ولها دورها في مستوى الرضا عن الحياة؛ فكلما زاد نصيب الطفل ذا الإعاقة العقلية البسيطة من مهارة التفاعل الاجتماعي، زاد رضاه عن الحياة والإحساس بجودة الحياة وتحقق العلاقات الاجتماعية بأشكالها المختلفة للفرد تحسن تقدير الذات، والدعم الاجتماعي والإشباع

لحاجات الحب، والأمن، والصحة، والمشاركة في الأنشطة واستمرار هذه العلاقات يزيد من الشعور بالرضا عن الحياة وجودة الحياة (Peplum & Perlman, 1982 : 12).

ومما سبق يمكن تحديد اهم المبررات التي كانت وراء التفكير في إجراء دراسة تتعلق بتصميم برنامج تدريبي لتحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في ضوء الدمج كالتالي :- ١. خطورة قضية جودة الحياة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية وضرورة التصدي لها لضمان حصول هؤلاء الأطفال علي حقهم العادل في الرعاية والتربية والتنمية الفعالة. ٢. غياب الوعي بأهمية تحسين جودة الحياة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية ، وانخفاض ما يتوفر من خدمات مرتبطة بها سواء علي الجانب الصحي او النفسي او التربوي او الاجتماعي او الترفيهي في كثير من الدول العربية ومن بينها مصر. ٣. شيع اساليب المعاملة الوالدية غير السوية في اسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية القائمة علي التسلط - الحماية الزائدة - الإهمال - التدليل - القسوة وإثارة الألم النفسي - التذبذب التفرقة في المعاملة. ٤. حتمية التدخل المبكر حيال تحسين جودة حياة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية ليقترّب من التدخل الوقائي ولتجنب حدوث المزيد من المشكلات لهم. ٥. رسوخ الاتجاهات الحديثة لدمج واستيعاب هؤلاء الأطفال مع العاديين من البداية وهو ما يستلزم تعديل الاتجاهات نحوهم وإعداد المعلمين والأسر والأطفال والمجتمع بشكل عام لتقبلهم واستيعابهم. وبالتالي يمكن بلورة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل الرئيسي الآتي: ما مدى فعالية برنامج تدخل مبكر لتحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في إطار الدمج؟

هدف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى تحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في فصول دراسية عادية، من خلال برنامج تدريبي يشمل إلى جانب الأطفال كل من الأمهات والمعلمات.

أهمية الدراسة:

تستمد الدراسة الحالية أهميتها من حيوية الموضوع الذي تتصدى لدراسته، وذلك علي المستويين النظري والتطبيقي. ويتبين ذلك من خلال ما يلي:

أ- الأهمية النظرية:

١. تستمد الدراسة الحالية أهميتها من أنها تستهدف فئة الإعاقة العقلية البسيطة الذين يشكلون النسبة الاكبر من جملة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في جمهورية مصر العربية

٢. قد تسهم الدراسة الحالية في إثراء الادب التربوي في ميدان التربية الخاصة بمتطلبات تحسين جودة الحياة لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدموجين في فصول دراسية ملحقة بمدارس عادية، من خلال برنامج تدريبي للأهات والمعلمات.

ب- الأهمية التطبيقية:

(١) تصميم مقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في فصول الدمج وتطبيقه.

(٢) إعداد وتطبيق برنامج لتحسين جودة الحياة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة يمكن الاقتداء به في حال ثبوت فعاليته في تحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة بفصول الدمج.

مصطلحات الدراسة:

تدخل مبكر Early Intervention:

هو تدخل الأخصائي أو الاخصائيون بالتعامل مع مشكلة تعوق الطفل (أو قد تعوقه في المستقبل) من تحقيق ذاته أو إمكاناته في التكيف مع نفسه أو مع الآخرين من حوله، سواء كان ذلك في مجال الأسرة أو المدرسة أو العلاقة مع الزملاء أو الكبار، بحيث يؤدي هذا التدخل في النهاية إلى التغلب على المشكلة أو التقليل من آثارها السلبية، لتحقيق أفضل توافق ممكن بين الطفل وأسرته وبيئته (عبد العزيز الشخص، ونبيل حافظ، ومنى سند ، ٢٠٠٣ ، ١٥٥).

جودة الحياة Quality of life:

تعرف منظمة الصحة العالمية (WHO) World Health Organization جودة الحياة بأنها إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها؛ ومدى تطابق ذلك مع أهدافه، وتوقعاته، وقيمه، واهتماماته المتعلقة بصحته الجسمية، وحالته النفسية، ومستوى استقلالته، وعلاقاته الاجتماعية ومعتقداته الشخصية، وعلاقته بالبيئة بصفة عامة (كيمف ليونارد Kempf-leonard, ٢٠٠٥ : ٩٧٦). أما التعريف الإجرائي لجودة الحياة في الدراسة الحالية فهو: إحساس الطفل ذي الإعاقة العقلية البسيطة بالرضا والسعادة بجوانب حياته المختلفة ممثلة في العلاقات الأسرية- الاتزان الانفعالي - الصحة الجسمية- وقت الفراغ- الدمج الاجتماعي في ظل ظروفه وإمكاناته الحالية.

الأطفال ذوو الإعاقة العقلية البسيطة Children with Mild Mental Retardation:

تعد الإعاقة العقلية "مصطلحاً يستخدم علي نطاق واسع. ويشير إلى أداء عقلي عام أقل من المتوسط بدرجة دالة، بحيث يظهر خلال فترة النمو، كما يصاحبه في نفس الوقت قصور في السلوك التكيفي. وتشير التعريفات المستخدمة في الوقت الحاضر إلى اعتبار الفرد من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة إذا بلغ معامل ذكائه ٧٠ أو أقل وإذا بدا قصوره واضحاً في التكيف أو القدرة الاجتماعية (عبد العزيز الشخص، ٢٠١٠: ٢٨٨).

أما الأطفال ذوو الإعاقة العقلية البسيطة فيمكن تعريفهم بأنهم: الأطفال الذين يتراوح معامل ذكائهم ما بين (٥٠ إلى ٧٠) درجة ولهذه الفئة نفس الخصائص الجسمية والاجتماعية لفئة الإعاقة العقلية البسيطة، ويتم التركيز بالنسبة لهذه الفئة علي البرامج التربوية الفردية أو ما يسمى بالخطة التربوية الفردية (IEP) والخطة التعليمية الفردية (ILP) (Gale Encyclopedia. of Adolescence & childhood 1998).

وبالنسبة للتعريف الإجرائي لذوي الإعاقة العقلية البسيطة في الدراسة الحالية فهم أولئك الأطفال الذين ينتظمون في فصول دراسية عادية، وكذلك الأطفال الذين ينتظمون في الفصول الملحقة بالمدارس الابتدائية.

الدمج mainstreaming:

يعرف الدمج علي أنه مفهوم يفيد خدمة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة داخل البرنامج الدراسي العادي، مع تزويدهم بالعاملين المتخصصين والخدمات المساعدة، بدلاً من وضع هؤلاء الأطفال في فصول خاصة مستقلة بهم، ويرتبط هذا المفهوم بقرينه الآخر "البيئة الأقل تقييداً". وقد أضحى مفهوم الدمج أكثر نجاحاً وفعالية عندما استخدم في تنفيذه مجموعة من العاملين المتخصصين مثل مدرسي غرفة المصادر، وعندما طبق مع المعوقين بدرجة بسيطة (عبد العزيز الشخص، ٢٠١٠).

ويمكن تعريفه إجرائياً في الدراسة الحالية علي أنه:

تعليم الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة جنباً إلى جنب مع أقرانهم العاديين داخل غرفة الدراسة العادية، لأطول وقت ممكن، مع توفير بيئة تربوية داعمة، تشمل علي خدمات إضافية ووسائل مساعدة لتلبية احتياجاتهم الخاصة بما يضمن استفادة هؤلاء الأطفال من البرامج التربوية المقدمة بالمدارس العادية قدر المستطاع.

الإطار النظري:

يتضمن الإطار النظري للدراسة الحالية تناولاً لأربعة مفاهيم أساسية هي:

الأول: الأطفال ذوى الإعاقة العقلية البسيطة:

انساقاً مع متغيرات الدراسة الحالية التي محورها جودة الحياة وما يتصل بها من اساليب متوقعة للدعم تقدم للأطفال ذوى الإعاقة العقلية البسيطة في المجال التربوي فان الباحث الحالي سوف يعرض اهم هذه التصنيفات المتصلة بمتغيرات دراسته علي النحو التالي:

أ- الأطفال ذوى الإعاقة العقلية من منظور الدعم المتوقع:

كان ظهور مفهوم الدعم أو المساندة في تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (AAIDD, 2002) دورا كبيرا في تحسين جودة مجال تربية وتعليم الأطفال ذوى الإعاقة العقلية لقيامه علي مبادا تسخير كل الإمكانيات والموارد والاستراتيجيات الضرورية لتمكين هؤلاء الأطفال من التعلم والتقدم والعيش في بيئات أقل تقيدا وإلغاء التصنيفات التقليدية التي تتسم بقدر عال من الاتجاهات السلبية نحو هؤلاء الأطفال.

كما يساعد التصنيف وفقا لمنظور الدعم علي اختيار الموضع التعليمي الملائم للأطفال ذوى الإعاقة العقلية، بالإضافة إلي تقديم الخدمات التربوية والنفسية الملائمة للاحتياجات الفردية وقد قسم هالاهان وكوفمان، Hallahan & Kauffman, 1991، لوكاسون وآخرون Lukasson, et al., 2002 نظام الدعم ومستوياته المختلفة كالتالي:

- الدعم المتقطع (Intermittent Support):

ويعتمد تقديم هذا المستوي علي أساس الطلب وبالتالي فإنه مستوي يتسم بطبيعته العرضية حيث لن يكون الفرد محتاج إلى هذا الدعم بصفة دائمة أو مستمرة، كما أن هذا المستوي من الدعم يتسم بأنه قصير الأمد وفقا لما يحتاجه الفرد خلال الفترات الانتقالية في حياته مثل (فقدانه لوظيفة أو حدوث عارض غير مزمن أو مروره بأزمة صحية) خلال فترة زمنية بسيطة.

- الدعم المحدد (Limited Support):

يتسم الدعم في هذا المستوي بدرجة من التحديد تكون ثابتة مع مرور الوقت، كما أنه يكون محددا، بوقت معين ولكنه مع ذلك لا يتسم بطبيعة متقطعة، كما أنه قد يتطلب عددا أقل من الأعضاء لتقديمه، بالإضافة إلي أنه يكون أقل كلفة وذلك قياسا بالمستويات الأخرى الأكثر حدة مثل التدريب علي وظيفة معينة.

- الدعم الممتد أو المكثف (Extensive Support):

حيث يتسم هذا المستوي من الدعم بالمشاركة المنتظمة كأن تكون علي أساس يومي من حياة، حيث الفرد وقد يقدم في مواضع بيئية مختلفة مثل المنزل أو المدرسة أو العمل ويستمر هذا الدعم لفترات زمانية طويلة.

- الدعم العام والشامل (Pervasive Support):

ويتسم هذا المستوى من الدعم بالثبات والدرجة المرتفعة من الحدة، ويتم تقديمه في العديد من المواضع البيئية المختلفة من المحافظة علي حياة الفرد.

ب-الأطفال ذوو الإعاقة العقلية من المنظور التربوي:

يقوم هذا التصنيف علي استخدام معدلات الذكاء مع تمييز كل فئة تصنيفية تبعاً لاستعدادات أفرادها، كما يعني بالاحتياجات التعليمية وما يلائمها من برامج تربوية، وبالتالي يستخدم هذا التصنيف بين الاختصاصيين لتسهيل الجانب التدريبي، ويستند إلى ما يمكن أن يطلق عليه مبدأ الصلاحية التربوية.

ومن أهم التصنيفات التربوية تقسيم كيرك الذي يصنف الإعاقة إلى أربع فئات هي:

١- فئة بطيئي التعلم: وتتراوح نسبة الذكاء فيها من "٧٥-٩٠" درجة.

٢- فئة القابلين للتعلم: وتتراوح نسبة الذكاء فيها ما بين "٥٠-٧٠" درجة ويستطيع أفراد هذه الفئة الاستفادة من البرامج التربوية العادية، إلا أنه تبقى لديهم إمكانية الاستفادة من البرامج التربوية والتعليمية إذا قدمت لهم فرص التربية الخاصة.

٣- فئة القابلين للتدريب: وتتراوح نسبة الذكاء فيها ما بين "٣٠-٥٠" درجة، وهم غير قادرين علي التعلم، إلا أنهم قابلون للتدريب في مجالات المهارات اللازمة للاعتماد علي النفس، والتكيف الاجتماعي في نطاق الأسرة.

٤- فئة الاعتماديين (غير القابلين للتدريب): وتكون نسبة الذكاء فيها أقل من ٢٥ درجة، وهم غير قادرين علي الاستفادة من التعلم أو التدريب، وهم بحاجة إلى رعاية وإشراف مستمرين (خولة يحيى وماجدة عبيد، ٢٠٠٥: ٢٩).

ج-الأطفال ذوو الإعاقة العقلية من منظور السلوك التكيفي:

يعتمد هذا التصنيف علي محك السلوك التكيفي، وذلك لاعتماد السلوك التكيفي علي ثلاثة عوامل هي التعلم والنضج والتكيف الاجتماعي، إضافة إلى اعتماده علي الأسس التي تستند إلى نتائج مقاييس الذكاء (نادر الزبود، ١٩٩٥: ٤٧).

وعليه تتضمن فئات الإعاقة العقلية بحسب هذا التصنيف أربع فئات هي:

الأطفال ذوو الإعاقة العقلية البسيطة: تتراوح نسبة ذكاء الأطفال في هذه الفئة ما بين ٥٠-٧٠ درجة علي مقياس ستانفورد- بينيه للذكاء، وتمثل هذه الفئة ٨٥% من ذوي الاحتياجات الخاصة عقلياً، ويمكن أن تتقدم أفراد هذه الفئة اجتماعياً خلال أعمار ما قبل المدرسة، ويكتسبون اللغة مع بعض التأخر فيها(كمال مرسي، ١٩٩٩: ٣٢). وجدير بالذكر أن الدراسة الحالية قد اختارت هذه الفئة كعينة لها لمناسبتها كفاءة في الاستفادة من أسلوب الدمج المتبع حالياً في المدارس الابتدائية بجمهورية مصر العربية.

الأطفال ذوو الإعاقة العقلية المتوسطة: تتراوح نسبة ذكاء الأطفال في هذه الفئة ما بين ٣٥-٥٠ درجة علي مقياس ستانفورد- بينيه للذكاء، وتمثل هذه الفئة حوالي ١٠% من ذوي الاحتياجات الخاصة عقلياً ومعظم أفراد هذه الفئة لا تكتشف إعاقته العقلية إلا في مرحلة ما قبل المدرسة أي في مرحلة الحضانة والروضة. وقد يكون لدى هؤلاء الأفراد قصور أو أشكال عجز بدنية، وعيوب عصبية تعوق المهارات الحركية كالقبض علي الأشياء وإمساکها وأفراد هذه الفئة قادرون علي حماية أنفسهم من الأخطار، وتعلم بعض المبادئ الأساسية في القراءة، والكتابة(كمال سيسالم، ٢٠٠٢: ٢٤٢).

الأطفال ذوو الإعاقة العقلية الشديدة: تتراوح نسبة ذكاء الأطفال في هذه الفئة ما بين ٢٠-٣٥ درجة علي مقياس ستانفورد- بينيه للذكاء، وتمثل نسبتهم حوالي ٣-٤% من ذوي الاحتياجات الخاصة عقلياً. وتكتشف إعاقة هذه الفئة بعد الميلاد مباشرة أو في مرحلة العامين الأولين. وترجع إعاقته العقلية إلى عوامل عضوية مصحوبة في كثير من الأحيان بتشوهات بدنية أو تلف في الحواس وضعف في التأزر الحركي وتلف واضح اكلينيكياً في نمو الجهاز العصبي المركزي. وهؤلاء الأطفال يفشلون في اكتساب المهارات الذاتية في النظافة والتغذية والإخراج مع قصور شديد في الاستقلال الذاتي وعجز عن حماية النفس من الأخطار وتحمل المسؤوليات، ويتوقف نموهم العقلي عند مستوى طفل أقل من ثلاث سنوات(جمال الخطيب ٢٠١٠: ١١٩).

الأطفال ذوو الإعاقة العقلية الحادة: تكون نسبة ذكاء الأطفال في هذه الفئة من ٢٠ درجة فأقل علي مقياس ستانفورد- بينيه للذكاء، ويمثلون ٢-١% من ذوي الاحتياجات الخاصة عقلياً ويصاحب ذلك تدهور في الحالة الصحية والتأزر الحركي والنمو الحسي والحركي وقصور شديد في الاستعدادات اللازمة لنمو اللغة والكلام وأساليب التواصل، ويحتاجون لرعاية مباشرة من الآخرين مدى حياتهم وإشراف كامل في مؤسسات إيوائية متخصصة. وأغلب هؤلاء الأفراد يكونون محدودي الحركة، غير قادرين علي التحكم في التبرز والتبول، وفي أحسن الأحوال لا يقدرّون إلا علي أشكال بدائية من التواصل غير اللفظي، وتكون

قدرتهم علي العناية باحتياجاتهم الأساسية قليلة أو منعدمة(عبد المطلب القريطي، ٢٠٠٥ :٢٤٠).

الثاني: دمج الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.

لم يأت تبني الدراسة الحالية للدمج كإطار تربوي لتنفيذ البرنامج التدريبي لتحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية إلا بعد مراجعة العديد من الدراسات والبحوث التي تناولت تأثيرات الدمج الإيجابية علي الأطفال من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة حيث كانوا يتعرضون سابقا للعزل في مؤسسات ترتب علي وجودهم بها لعقود طويلة إلى إشاعة الاتجاهات والتوقعات السلبية وتعزيز الأحكام القبلية نحوهم والمتدنية عن مستوى أدائهم لدى الآخرين، ((الأمر الذي يعمل علي زيادة الفجوة والحواجز النفسية بينهم وبين أقرانهم العاديين، كما يؤثر العزل سلباً علي التوافق الاجتماعي للأطفال ذوي الإعاقة العقلية ويحول دون اكتسابهم للمهارات الاجتماعية اللازمة للتفاعل مع الآخرين)) (محمد العجمي، ومحمد مجاهد، ٢٠١٣).

وقد خلصت دراسة (2009, Bekemcier) التي قارنت بين الاحساس بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية من خلال الخدمات التأهيلية المدمجة وغير المدمجة إلى أن جودة الحياة كانت أعلى في العينة التي خضعت لخدمات تأهيلية قدمت من خلال إطار الدمج بصورة أكبر من تلك التي قدمت في إطار عزلي منفصل، ويرى عادل خضر (١٩٩٥ : ٥١) أن تطور واتساع مفهوم الدمج يعكس تغييراً إيجابياً للاتجاه نحو ذوي الإعاقة العقلية قد أفرز بعض التعديلات في سير الدراسة حيث يتلقى هؤلاء الطلاب برامج تعليمية خاصة تقوم علي أعداد مناهج خاصة، تقدم لهم في صفوفهم الخاصة، ويشرف عليها معلم التربية الخاصة، وبالإضافة إلى برامجهم الخاصة يتلقى هؤلاء الطلاب برامج تعليمية مشتركة مع العاديين في الصفوف العادية، أو في المدرسة نفسها مع زملائهم العاديين.

ويقدم عبد الرحمن سليمان، وسميرة شند (١٩٩٧ : ٣١) تعريفاً للدمج يعتمد علي أهدافه القائمة علي محاولة زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي بين الأطفال المعوقين والعاديين، وفي الظروف الاجتماعية المدرسية نفسها، وبهذا تتشابه هذه الفصول في مناخها العام الأكاديمي والاجتماعي مع المناخ العام الأكاديمي والاجتماعي للمدارس العادية حيث يضع هذا التنظيم المدرسي في اعتباره حاجات جميع الأطفال العاديين وذوي الإعاقة في اكتساب اتجاهات إيجابية نحو بعضهم البعض.

والدمج بمفهومه العام يتضمن إشراك الطفل في البيئة عندما يكون مستعد أكاديمياً و انفعالياً ، والدمج الشامل يعني مشاركة الجميع ضمن بيئة تربوية داعمة تشمل خدمات تربوية مناسبة

لجميع الطالب وأشكال متنوعة من الدعم الاجتماعي (زيدان السرطاوى وعبد العزيز الشخص،
وعبد العزيز العبد الجبار ٢٠١١).

واعتبر شالوك وآخرون (Schalock, et al., (2005) الاحتواء الاجتماعي كأحد اشكال الدمج
الشامل احد الخصائص الثقافية العامة المكونة لمفهوم جودة الحياة لذوى الإعاقة العقلية في
العديد من المناطق الجغرافية والدول المختلفة بالعالم كدول امريكا اللاتينية - الصين - اسبانيا
- كندا - الولايات المتحدة الامريكية.

أنماط برامج الدمج لذوى الإعاقة العقلية البسيطة:

يمكن القول ان هناك نوعان من برامج الدمج هما:

- الدمج الاجتماعي أو الدمج الجزئي Mainstreaming

- الدمج التربوي أو الدمج الشامل Inclusion

إلا أن الدمج له أشكال وأساليب متعددة كل أسلوب يختلف عن الآخر في فلسفته ومتطلبات
تطبيقه، ولذا يختلف أيضاً تطبيق كل نوع علي حسب نوع الإعاقة ودرجتها، مثل دراسة كل من
(نهي اللحامي، ٢٠٠٢ : ٩) (يوسف عبد الصبور، ٢٠٠٢ : ٦) (فاروق صادق، ١٩٩٨ :
٨٤-٨٥) (عبد المطلب القريطي، ٢٠٠١ : ٤٨) (إلهام عبد القادر، ٢٠٠٢ : ١٣) (خلف
البحيري وهدي محمد ٢٠٠٢ : ٦) (زينب شقير، ٢٠٠٥ : ٣٨ - ٤٠) وقد قارن Stinson,
(1999) Michael. S, Anita, Shirin. D. بين المفهومين في النقاط التالية:

من خلال وصفه كبديل تربوي: فإن التطبيق العملي للدمج التربوي يعني أن يتلقى التلاميذ ذوي
الإعاقة العقلية البسيطة تعليمهم في الصفوف العادية، بينما التطبيق العملي للدمج الاجتماعي
يعني أن يتعلم التلاميذ ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في المدارس العادية وليس بالضرورة في
نفس الصف الدراسي. أما من الناحية الفلسفية فإن الدمج التربوي أكثر تعقيدا من الدمج
الاجتماعي الذي يعد مجرد وجود جسدي للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في الصف
العادي حيث يجب تكيف الصف الدراسي ليتلاءم وقدراتهم وحاجاتهم الخاصة، بينما يجب
تطوير قدرات الطالب للتوافق مع متطلبات الصف الدراسي في الدمج الاجتماعي. ومن الناحية
البرامجائية(العملية) فإن الدمج التربوي يسهم في تطوير الأداء الأكاديمي والاجتماعي، بينما
يسهم الدمج الاجتماعي في تطوير الأداء الاجتماعي للتلميذ ذي الإعاقة العقلية البسيطة.

إيجابيات الدمج واثره على جودة حياة ذوى الإعاقة العقلية البسيطة :

تعتبر المدارس العادية هي البيئة الطبيعية التي يمكن لجميع الأطفال العاديين وذوو الإعاقة العقلية البسيطة أن ينمو فيها معاً علي حد سواء، وعليه يلخص جمال الخطيب، (٢٠٠٤: ٤٥) إيجابيات الدمج بالنسبة لتلك النوعية من الأطفال والتي ترتبط وأبعاد جودة الحياة مايلي:

١. يطور الدمج لدى الأطفال ذوي الإعاقة إحساساً بالانتماء إلى المجتمع الذي يعيشون فيه.
 ٢. يوفر الدمج بيئة مثيرة للنمو والتعلم، ٣. يسمح الدمج بتطوير علاقات التقبل بين الأطفال العاديين والأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، ٤. يقود الدمج إلى تطوير الإحساس باحترام الذات، ٥. يؤكد الدمج علي فردية الطفل أيا كانت قدراته، ٦. يقدم الدمج نماذج مناسبة عن الرفاق.
- من العرض السابق يتضح ان هناك علاقة واضحة تجعل من دمج الأطفال ذوي الإعاقة العقلية مع العاديين أحد ابعاد تحسين جودة الحياة لديهم تبعاً للنتائج وآثار ايجابية من الممكن تحقيقها من خلال الدمج كالتالي: **ان الطفل ذي الإعاقة العقلية** عند ما يشترك في فصول الدمج ويلقى الترحيب والتقبل من الآخرين فان ذلك يعطيه الشعور بالثقة في النفس ويشعره بقيمته في الحياة ويتقبل اعاقته، ويدرك قدراته وامكانياته في وقت مبكر، ويشعر بانتمائه الى افراد المجتمع الذي يعيش فيه (أليانور لينش وآخرين، ١٩٩٩: ٨١). انه ينبه كل افراد المجتمع الى حق المعوق في اشعاره بأنه انسان، وعلي المجتمع ان ينظر له علي أنه فرد من أفرادهِ، وأن الاصابة او الإعاقة العقلية ليست مبرراً لعزل الطفل عن أقرانه العاديين غريب غير مرغوب فيه (عادل خضر، ومايسة المفتي، ١٩٩٢: ٨٨). **كما أن الطفل ذي الإعاقة العقلية في فصول الدمج** يكتسب مهارات جديدة مما يجعله يتعلم مواجهة صعوبات الحياة، ويكتسب عدداً من الفرص التعليمية والنماذج الاجتماعية مما يساعد علي حدوث نمو اجتماعي اكثر ملاءمة، ويقال من الوصم بالإعاقة والتصنيف الذي يصاحب برامج العزل، كما يوفر الدمج الفرص لإقامة العلاقات التي سوف يحتاج اليها للعيش والمشاركة في الأعمال والانشطة الترفيهية ويشجعه علي البحث عن ترتيبات حياتية أكثر عادية (ديان برادلي وآخرون، ٢٠٠٠: ٣١). **والدمج يمد الطفل بنموذج شخصي، اجتماعي، سلوكي للتفاهم والتواصل وتقليل الاعتماد المتزايد علي الأم** ويضيف رابطة عقلية وسيطة اثناء لعب ولهو الطفل المعاق مع اقرانه العاديين (إيمان كاشف، وعبد الصبور محمد، ١٩٩٨: ٨٢٢). **يعتقد البعض أن دمج الأطفال ذوي الإعاقة العقلية مع الأطفال العاديين** قد يسبب للطفل المعاق بعض الاحباط الا ان ذلك اقل ضرراً من الصدمة التي قد يسببها للطفل اضطراره لإجراء تعديلات في افكاره ومفاهيمه حول الحياة في المجتمع بعد تخرجه من المدرسة) ماجده عبيد، ٢٠٠٠: ٢٠٤).

متطلبات الدمج الناجح لذوي الإعاقة العقلية البسيطة:

لدمج قواعد وشروط علمية وتربوية لا بد أن تتوافر قبل وأثناء وبعد تطبيقه، وحتى تنجح عملية الدمج لا بد من الأخذ في الاعتبار مجموعة من النقاط:

١. يجب إيجاد التشريعات والقوانين التي تكفل تطبيق الدمج بشكل مناسب.
٢. يجب تجهيز المدارس العادية بالوسائل والأدوات المناسبة التي تسهل عملية الدمج.
٣. يجب تهيئة البيئة الصفية وتعديل النظام المدرسي ليتناسب وحاجات واستعدادات ذوي الإعاقة العقلية البسيطة .
٤. يجب إعادة تأهيل المعلمين في المدارس العامة وكذلك إعادة تأهيل معلمي التربية الخاصة.
٥. يجب تهيئة الطلبة العاديين وأسره للتعامل مع التلميذ ذي الإعاقة العقلية البسيطة.
٦. يجب تعديل مناهج التعليم العام لتناسب وقدرات واحتياجات التلاميذ ذوي الإعاقة العقلية البسيطة(علي حنفي، ٢٠٠٨: ١٤٥-١٨٤).

الثالث: جودة الحياة.

مبررات الاهتمام بجودة الحياة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.

يمكن القول أن جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة تحديداً هي حصول هذه الفئة علي كافة حقوقها من الرعاية بكافة أشكالها الصحية والاجتماعية والنفسية بجانب برامج تدريبية وتأهيلية خاصة يقوم بها اختصاصيين مدربين علي كيفية التعامل معهم.

ولعل ارتباط جودة الحياة بمفهوم القدرة علي المعيشة الذاتية المستقلة لدى ذوي الإعاقة العقلية البسيطة جعل منها مفهوماً متنامياً في السنوات الأخيرة لتأكيد حق الاندماج المجتمعي، وأصبحت الاستقلالية والتي يتم التدريب عليها في مرحلة الطفولة المبكرة بواسطة برامج التدخل المبكر مدخلاً لتحسين جودة الحياة لدى هذه الفئة.

ويرى فؤاد الجوالدة (٢٠١٣: ٣٩٣) أنه ينبغي الاهتمام بحياة ذوي الإعاقات العقلية، كي نحقق لهم التعايش الناجح والتكيف والمرونة في حياتهم العملية والشخصية وتتعدد هذه المهارات وتتنوع إذ تشمل جميع مجالات الحياة، فهي مجموعة من المهارات التي يدرّب عليها الأطفال ذوو الإعاقة العقلية حتى يكونوا قادرين علي الاعتماد علي أنفسهم في إمكانية قضاء حاجاتهم اليومية، والتي تؤدي إلى تحسين بعض المهارات الحركية والنفسية مما يساعدهم علي أن يعيشوا حياتهم الاجتماعية بصورة طبيعية.

كما يذكر ديجونج Dejong (1997) أنه ينبغي دعم الأشخاص، ذوي الإعاقات التطورية الفكرية على أن يلعبوا دوراً فاعلاً في البرامج المصممة للحفاظ على نوعية حياتهم

وتحسينها، ولتسهيل تبني دور أكثر فاعلية من جانب الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية في هذه البرامج.

كيفية تحسين جودة الحياة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.

يرى الباحثون في سياق اطلاعهم علي البحوث والدراسات في جودة الحياة أن دور التدخل المبكر يعد نقطة محورية في تحسين جودة الحياة عند الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة لما يوفره أسلوب الدمج من بيئة تعليمية مناسبة تثير الدافعية وتشجع علي المشاركة الفاعلة، من خلال ثلاثة ابعاد هي: جودة الحياة الوجدانية، جودة الحياة النفسية، جودة الحياة الاجتماعية، باعتبار أن هذه الأبعاد أو الجوانب يمكن أن تكون مؤشراً دالاً علي تحسين جودة حياة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، بالإضافة إلى ذلك يرى الباحثون أن طبيعة أفراد عينة الدراسة قد تسهم في تحقيق نتيجة إيجابية فأفراد العينة هم من الأطفال التي تتراوح أعمارهم ما بين 6-9 سنوات وهذا عمر مناسب-بالنسبة لهم- للتدخل المبكر وبالتالي نستطيع حثهم علي التفاعل والتعامل مع الآخرين من خلال دمجهم مع الأطفال العاديين.

ويمكن تحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة من خلال:

أ- إشباع الحاجات الإرشادية لأسرة الطفل ذي الإعاقة العقلية:

وبالتالي كان هناك بلا شك حاجة إلى التدخل الموجه إلى المشكلات النفسية الاجتماعية التي تواجهها أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بصفة خاصة والأطفال غير العاديين بصفة عامة، ولا توجد طريقة أخرى لهذا التدخل عدا الاتصال بهذه الأسر والتواصل الفعال معها، وهذا التواصل هو ما يسمى بالإرشاد أو المساعدة والأمثل بالطبع هو أن ندلهم علي أنواع العلاج التي يمكن أن تزيل ما يعانيه أطفالهم من اضطرابات إلا أن هذا غير ممكن وكل ما نستطيعه هو أن نوفر لهم المساعدة النفسية الاجتماعية؛ لذلك يعتبر الإرشاد الموجه إلى أسر الأطفال غير العاديين جزءاً مكماً للتربية الخاصة (أحمد حمزة، 2011: 246). وهناك مجموعة من الحاجات الرئيسية لأسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية هي: **الحاجة إلى المعلومات:** يشكل الحصول علي المعلومات عن طبيعة الإعاقة العقلية ودرجات شدتها حاجة ملحة لدى الوالدين وتعتمد طبيعة الحاجة للمعلومات علي نوع الإعاقة العقلية ودرجتها فمن الضروري أن يكون الوالدان وأخوة الطفل ذوي الإعاقة العقلية علي معرفة بتأثير الطفل ذوي الإعاقة العقلية علي الأسرة حتى تدرك أنه بحاجة للمساعدة.

الحاجة للدعم: علي الرغم من الفروق بين الآباء والأمهات فإن لديهم جميعاً حاجات متشابهة فيما يتعلق بالدعم. **الحاجات الاجتماعية:** إن ولادة طفل ذي إعاقة قد تقود الوالدين للانسحاب والعزلة الاجتماعية. **الحاجات المالية:** إن العناية الطبية والعمليات الجراحية والأدوات الخاصة والمسكن

والمواصلات تشكل جميعها عبئاً مالياً علي الوالدين فهما أكثر عرضة للمشكلات الاقتصادية كلما بذلا جهداً لسداد تكلفة الخدمات اللازمة لطفلهما ذي الإعاقة (وردة محمد حسن، ٢٠١٠: ٥٠).

ب- **تبني استراتيجيات لدعم أسرة الطفل ذي الإعاقة العقلية:** جدير بالذكر أن الدعم الأسري بكل أنواعه يعتبر من أسمى أنواع الخدمات التي تقدم لأسرة الطفل ذي الإعاقة، لأنه بمثابة نقطة انطلاق لفعاليات التضامن مع الأسرة، حيث يتم من خلالها اكتساب المعلومات ذات الصلة بالإعاقة، ومساعدة الأسرة علي تخطي أزمة الإعاقة، ووضع البرامج وتنظيم الفعاليات والنشاطات التضامنية معهم، وقد تقتضي الصعوبات التي تفرضها الإعاقة العقلية علي الأسرة تقديم الخدمات الإرشادية، فحاجة أسرة الطفل ذي الإعاقة العقلية للدعم العاطفي حاجة ذات أهمية خاصة فيما يتعلق بقبول إعاقة الطفل والتعايش مع الصعوبات التي تفرضها، إضافة إلى حاجة أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية إلى معلومات عن الوضع الصحي للطفل، ونموه الشخصي والاجتماعي، وحاجاته التربوية، وقدرته علي العناية بالذات، إضافة إلى الحاجات العامة الأساسية للأسر جميعاً (جمال الخطيب، ٢٠٠١: ٢٠٢-٢٢٠). كما تشير (خولة يحيى، ٢٠٠٣: ٦٨) إلى أهمية الدعم الأسري مشيرة إلى أشكال الدعم كما يلي: **الدعم العاطفي:** حيث أن الصعوبات التي تواجهها الأسرة، تختلف باختلاف العمر الزمني للفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة. **الدعم المعلوماتي:** الأسرة هنا بحاجة ماسة إلى المعلومات عن الإعاقة، وسببها، وطبيعتها، وتأثيراتها علي وضع الطفل وكيفية مساعدة الطفل، وعن الخدمات التي يمكن أن تقدم وعن مصادر الدعم المتوفرة في المنطقة. **الدعم القانوني والاخلاقي:** وذلك بسن القوانين التي توفر الخدمة لهم في جميع قطاعات الدولة وتلبي حاجاتهم.

الرابع: التدخل المبكر في مجال الإعاقة العقلية البسيطة.

دور الأسرة في برامج التدخل المبكر:

لقد أصبحت الأسرة والعاملين في ميدان التربية الخاصة يشكلون جزءاً لا يتجزأ في تعليم وتربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ولأن معظم الأطفال في برامج التدخل المبكر يعانون من إعاقات حادة فإن خدمات العاملين في مختلف التخصصات تعتبر ضرورية، بالإضافة إلى مشاركة الآباء بفعالية في العلاج من خلال البرامج المنزلية، حيث تقدم الخدمات فيها ويتم تحفيز الأطفال، وتقديم الإرشادات والتوجيهات لأولياء الأمور، حيث أن إقرار القانون العام ٩٩-٤٥٧ قد وسع من الاهتمام والعناية بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وأصبح علي المدارس العامة الآن تأمين خدمات خاصة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية في سن الثالثة فما فوق، إلى أن ذهب القانون العام إلى أبعد من الاهتمام بالصفوف المدرسية وصار يشمل الأسرة وجميع العاملين في ميدان التربية الخاصة، كذلك يفوض هذا القانون بتمويل منح للبرامج التجريبية والنموذجية ذات الطبيعة التدريبية. وإن الزيادة في البرامج الخاصة بالأطفال ذوي الإعاقات لمرحلة ما قبل المدرسة تتطلب زيادة

التعاون بين المهنيين والآباء والمهتمين، ويمثل التعاون بالاستشارة والعمل الجماعي قلب هذه البرامج (عواطف الشمري، ٢٠٠٥: ١١-١٢).

حيث أكدت دراسة مارتين ونيكولسون وهول (Martin; Nicholson & Hall, 2012) الاعتراف بالدور الحاسم للأسرة في برامج وخدمات التدخل المبكر وأهمية المعلومات المقدمة من خلالها التي تساعد علي تنمية مهارات الطفل ذي الإعاقة، ودعم وتحسين النتائج العائدة من تلك الخدمات والبرامج علي الطفل ذي الإعاقة العقلية وأسرته، فدور الأسرة يعتبر حجر الزاوية لبرامج وخدمات التدخل المبكر، وانطلاقاً من الإيمان الكامل بقدرات الأسرة بشكل عام والوالدين بشكل خاص جاءت الحاجة لضرورة وقوف الأسرة إلى جانب التدخل المبكر والساعية لتنمية قدرات الطفل ذي الإعاقة، والتأثير الإيجابي علي نموه الكلي، إذ تدعو التشريعات المتعلقة بالإعاقة العقلية والتأهيل بضرورة مشاركة الوالدين في البرامج المقدمة لأطفالهم ذوي الإعاقة، وذلك لحقهما في اتخاذ القرار والاطلاع علي البيانات والمعلومات المتعلقة بطفلها وتحديد الأهداف اللازمة للطفل اعتماداً علي المعلومات المقدمة من الأسرة ومن هنا فقد أصبحت إحدى الغايات الرئيسية التي تتوخاها التربية الخاصة وتسعى لتحقيقها هي القيام بتدريب الأسرة بشكل عام والوالدين بشكل خاص؛ ليكونوا فاعلين إلى جانب الاخصائيين في تنمية قدرات الطفل ذي الإعاقة العقلية وتأهيلهم لأن ينمو الأطفال نمواً سليماً في النواحي النمائية المختلفة (جميل الصمادي، هشام المكانين، ٢٠٠٨: ١٠١-١٠٢).

حيث نهبت نتائج البحوث التربوية تبعاً لما أشارت إليه (سعاد بسيوني، ٢٠٠١: ٨٧-٨٨) إلى أهمية المشاركة الكاملة للأسرة لما لها من آثار إيجابية وفعالة في تحقيق التوافق الاجتماعي والانجاز والتحصيل التعليمي لهؤلاء الأطفال، لذلك لا بد من تنمية وعي الآباء باعتبارهم شركاء في رعاية أطفالهم عن طريق: (تنظيم برامج لتنقيف الآباء بوسائل الإعلام المختلفة، تنظيم لقاءات شهرية بين الآباء والمعلمين والمهتمين برعاية هؤلاء الأطفال، إمدادهم بالمعلومات وأساليب الرعاية المختلفة وغيرها).

دراسات وبحوث سابقة:

فيما يلي عرض لبعض الدراسات والبحوث العربية والأجنبية التي تناولت التدخل المبكر لتحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في إطار الدمج، والتي يمكن الاستفادة مما توصلت إليه من نتائج ومما اتبعته من إجراءات أو استخدمته من أنشطة وفتيات في إعداد البرنامج المقترح لهذه الدراسة.

١.دراسة راشيل باومان (2001) Rachel A, Bowman حول تقييم جودة الحياة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية والنمائية وأسره من خلال برامج التدخل المبكر وكانت العينة ١٥ من الأمهات اللواتي لديهن أطفال يعانون من تأخر النمو الأطفال من سن الولادة إلى ثلاث سنوات هو من البرامج الحديثة المطورة الذي أنشئ بموجب القرار رقم 476 - 101 PL] للأفراد ذوي الإعاقة ومشتق من الجزء H (الخاص بالرضع والأطفال الصغار مع برنامج الإعاقة لعام (١٩٩١) ومندرج حاليا تحت قانون التعليم (IDEA))، واستخدمت الدراسة أسلوب المقابلة المقننة QOLI من خلال مقابلة في صورتها النهائية على قائمة من ١١ بُعد مرتبط بجودة حياة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الرضع حتى ٣ سنوات الملتحقين ببرامج التدخل المبكر وكانت أجمالي اسئلة المقابلة ٣٢٢ سؤالاً توجه للأم، أما الأبعاد المرتبطة بجودة الحياة فهي: خدمات الأطفال والخدمات المتعلقة بالأسرة، والإسكان، وقضايا استرخاء وراحة الوالدين، خدمات الرعاية النهارية، في وقت مبكر، قضايا التدخل المبكر، والعلاقات / الدعم الاجتماعي، والأنشطة المجتمعية والأنشطة المنزلية، وتناول الطعام، وأظهرت نتائج الدراسة استحواذ الأنشطة الروتينية، مثل التغذية، باعتبارها الأهداف الأكثر أهمية في مرحلة التدخل المبكر ، كذلك رضا الأمهات عن البنود المتعلقة بأنواع الدعم الاجتماعي كدعم الأقارب، والتفاعلات في المنزل)، كذلك المشكلات المتعلقة بعادات النوم لدى الطفل ومشكلات نومه وروتين النوم باعتبارها من الجوانب المؤثرة في تقييم جودة الحياة.

٢.أجرى "روى براون" وآخرون Brown,R. et al (٢٠٠٦) دراسة بعنوان "جودة حياة الأسرة في ظل وجود طفل ذي إعاقة نمائية " وتناولت الدراسة جودة الحياة الأسرية بالمقارنة بين ثلاثة أنواع من الأسر: تلك التي لديها طفل ذي متلازمة داون وأخرى لديها طفل يعاني من اضطراب التوحد وأسرة مماثلة ولكن دون طفل من ذوي الإعاقة. تم استخدام مقياس جودة حياة الأسرة وكذلك إجراء المقابلات الشخصية مع الأسر الذين تم اختيارهم. وأوضحت النتائج أن رضا الأسر والاحتياجات المتنوعة في تسعة مجالات الحياة، وقد أوصت الدراسة بتوفير كل التدابير من الرعاية والدعم التي من شأنها أن تمكن الأسر من العمل على المستوى الأمثل داخل وطنهم ومجتمعهم فقد تواجه عندها جودة حياة مماثلة لتلك التي تتعم بها الأسر التي ليست لديها طفل معاق.

٣.وأجرت كاتلين كانتريل Cantrell, K (٢٠٠٧) دراسة بعنوان "مؤشرات جودة حياة أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة"، وهدفت الدراسة إلى فحص تأثير عبء تقديم الرعاية ومدى مرونة عوامل كالصلابة الداخلية للشخص والدعم الاجتماعي والأمل والدين والاعتماد عليهم في تأقلم أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة علي جودة الحياة (QOL) ، وتكونت عينة

الدراسة من ٧١ من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة من سن الولادة وحتى سن الحادية والعشرين، وأظهرت النتائج أن مقدمي الرعاية والدعم الاجتماعي والأمل يسهمون في قدر كبير من التباين الواضح والمتزايد في جودة الحياة، وأن عبء تقديم الرعاية يعمل علي تقليل الصلابة والتماسك، بالإضافة إلى أن جميع المتغيرات عدا المتغيرات الدينية تسهم في جزء كبير من الفروق الملحوظة فيما يتعلق بجودة الحياة (QOL) لدى عينة الأمهات.

وأوصت الدراسة بمساعدة الأمهات بحشد الدعم الاجتماعي والحد من أعباء الرعاية وتعزيز مشاعرهن، وتعلم كيفية زيادة الصلابة الداخلية التي يمكن أن تعمل جميعها لتحسين جودة الحياة لدى الأمهات.

٤. أجرت (إيمان قنديل، ٢٠٠٩) دراسة هدفت إلى تنمية مهارات الاستقلال الذاتي لتحسين جودة الحياة لدى عينة من المراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة عقلياً القابلين للتعلم وذلك باستخدام برنامج إرشادي، وقد تكونت عينة الدراسة من ٨ تلاميذ من مدرسة التربية الفكرية بينها من المراهقين ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، تراوحت أعمارهم ما بين ١٢-١٥ عاماً، ونسبة ذكائهم ما بين ٥٠-٧٠ علي مقياس ستانفورد- بينيه للذكاء، وأعدت الباحثة مقياسين أحدهما لمهارات الاستقلال الذاتي والآخر مقياس جودة الحياة للمراهقين ذوي الإعاقة العقلية البسيطة القابلين للتعلم، بالإضافة برنامج إرشادي مكون من قسمين:

الأول: يضم مجموعة من الجلسات الإرشادية الموجهة إلى الوالدين وبصفة خاصة الأم.

والثاني: يضم مجموعة من الجلسات التدريبية الموجهة للمراهقين عينة الدراسة وهم مجموعة المراهقين ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.

وقد أوضحت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج الإرشادي في تنمية مهارات الاستقلال الذاتي لتحسين جودة الحياة لدى المراهقين ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.

٥. أجرى شارون هاردمان وآخرون Hardiman et al. (٢٠٠٩) بعنوان "مقارنة الكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة في أماكن الدمج الشامل في مقابل بيئات العزل؛ حيث تُعد هذه الدراسة هي الأولى من نوعها في جمهورية آيرلندا، و تكونت عينة الدراسة من مجموعتين تم تقسيمهما علي النحو التالي: المجموعة الأولى: تكونت من (٢٠) طفلاً وطفلة من تلاميذ مدارس الدمج الشامل. المجموعة الثانية: تكونت من (٢٥) طفلاً وطفلة من تلاميذ مدارس التربية الخاصة، واستخدمت الدراسة استبيان الصعوبات ومواطن القوى Strengths and Difficulties Questionnaire ومقياس السلوك التكيفي المدرسي: الطبعة الثانية Adaptive Behaviour

Scale-School: 2nd edition ، وأوضحت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة بين الأطفال في مدارس الدمج الشامل وأطفال مدارس العزل علي أغلبية درجات مقاييس تقدير الكفاءة الاجتماعية.

٦. وأجرى ابراهيم دوروكان وآخرون (Durukan, et al) (٢٠١١) دراسة بعنوان "جودة الحياة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة". وكان هدف الدراسة هو تقييم جودة الحياة وأنماط السلوك للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة ومستويات إحباط الأمهات بالمقارنة بالحال في البيئات الصحية، وقد تكونت عينة الدراسة من ٢٧ طفلاً ومراهقاً ممن تتراوح أعمارهم ما بين سن الثمانية والستة عشر عاماً يعانون من درجات متوسطة وشديدة من الإعاقة العقلية وأمهاتهم ، استخدمت الدراسة استبيان (كيدو-كندل) لتقييم جودة الحياة للأطفال والمراهقين وقائمة مراجعة لسلوك الأطفال من سن الرابعة وحتى الثامنة عشر، أما الأمهات فقد تم تقييمهن وفقاً لعلامات الاكتئاب، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الإعاقة العقلية تؤثر علي جودة حياة الأطفال والمراهقين بكل ما تحمله الكلمة من معني.

٧. وأجرى "موسكوويتز"، و"كار"، و"ديوراند" Moskowitz, J.; Carr, G.; Durand, V., (٢٠١١) دراسة حول جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة وأسرهم، وعلاقتها ببعض البرامج التربوية المقدمة لهم ، هدفت إلى التحقق من فعالية التدخل السلوكي في تقليل السلوك المشكل، وتحسين جودة الحياة لدى ثلاثة أطفال من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة فئة متلازمة إكس الهش وأسرهم ، أشارت نتائج الدراسة إلى وجود تحسن كبير لدى الأطفال ظهر أثره في انخفاض معدلات السلوك المشكل وفي تحسين جودة الحياة لدى كل أسرة في السياقات المستهدفة. وأكدت نتائج الدراسة علي فعالية التدخلات ذات المنحى السلوكي مع هؤلاء الأطفال.

٨. واستهدفت دراسة فؤاد الجوالدة (٢٠١٣) استقصاء فاعلية برنامج تربوي قائم علي نظرية العقل في تحسين جودة الحياة للأطفال ذوي الإعاقات التطورية والعقلية، حيث بلغت عينة الدراسة ن = ٧٤ منهم ٤٨ ذكراً و ٢٦ أنثى تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٦-٩ سنوات بانحراف معياري مقدار (1.63) ، وصممت الدراسة برنامجاً تربوياً قائماً علي نظرية العقل، عدد جلساته (32) (جلسة علي مدار شهرين ونصف، وقد أعد الباحث مقياس جودة الحياة كما تدرجه البيئة المنزلية وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس جودة الحياة علي الأداء البعدي، وتبين وجود فروق لصالح الذكور في مقياس جودة الحياة في التطبيق البعدي، كما تبين عدم وجود فروق في التفاعل بين الجنس والبرنامج، وبناءً عليه أوصت الدراسة بضرورة الاهتمام بنوعية الحياة لذوي الإعاقات العقلية.

إجراءات إعداد البرنامج المقترح:

من خلال الإطار النظري والدراسات والبحوث السابقة تم التوصل إلى ضرورة إعداد برنامج تدريبي مقترح لتحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في إطار الدمج، وذلك بناء على المحاور التي يتضمنها مقياس تحسين جودة الحياة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المستخدم في الدراسة الحالية وهذه المحاور هي: (التدخل المبكر، دعم مساندة المجموعة، استبصار بمشكلة ضعف مستوى تقبل الطفل ذي الإعاقة العقلية، تصحيح الأفكار الخاطئة عن الإعاقة العقلية، التركيز على جودة الحياة المدرسية، التأكيد على الممارسات المهنية الإيجابية، تصحيح بعض الممارسات المهنية السائدة، تطوير الشراكة بين المعلمة والأم).

ويتحدد مفهوم هذا البرنامج التدريبي بأنه عملية منظمة ومخططة تستغرق عدداً من الجلسات، ويتكون من مجموعة من الأنشطة والمهام بالإضافة إلى عدد من الفنيات التي تهدف إلى تحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة وتشجيع الأمهات والمعلمات على استخدامها مثل (النمذجة، والمحاكاة، والتعزيز، والعصف الذهني، والتكرار.... إلخ)

الأهداف العامة للبرنامج: يقوم الهدف العام للبرنامج المقترح على تحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في إطار الدمج، ويظهر الهدف العام للبرنامج من خلال الأهداف العامة لكل جلسة من جلساته وهي على النحو التالي:

- ١- التعرف وتهيئة الأمهات والمعلمات للمشاركة في البرنامج التدريبي المقترح.
- ٢- أن تتعرف الأم على دورها في تحسين جودة الحياة لطفلها.
- ٣- توعية الأمهات بأهمية وأساليب إشباع الحاجة للتقبل عند الطفل ذي الإعاقة العقلية.
- ٤- توعية الأمهات بأساليب المعاملة الوالدية السوية للطفل ذي الإعاقة العقلية البسيطة.
- ٥- تفعيل التواصل الإيجابي بين المعلمة والأم لتنمية مهارات جودة الحياة للطفل ذي الإعاقة العقلية.
- ٦- إلمام المتدربات "الأمهات والمعلمات" المشاركات في البرنامج بأساليب تعديل السلوك الملائمة لفئة ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.
- ٧- مراجعة المفاهيم والمهارات التي احتوتها الجلسات السابقة وسبل تحقيقها لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.
- ٨- توعية المتدربات الأمهات بأساليب الرعاية الصحية المنزلية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.

- ٩- توعية المتدربات (الأمهات-المعلمات) بالمخاطر المحتمل تعرض الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة لها في البيئة المحيطة.
- ١٠- توعية المتدربات الأمهات بأساليب المساندة المنزلية للمهام الأكاديمية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.
- ١١- إمداد المتدربات (الأمهات- المعلمات) بأهمية اللعب في جودة الحياة المدرسية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.
- ١٢- توعية الأمهات بأنماط وأهمية وأساليب التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.
- ١٣- توعية الأمهات بالاستفادة من خبرات الآخرين (الأسر الأخرى ذات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة- المؤسسات التي تقدم البرامج المتخصصة).
- ١٤- إلمام المعلمة بالأبعاد التربوية المرتبطة بمفهوم جودة الحياة للطفل.
- ١٥- تطوير اتجاهات المعلمة نحو إشباع الحاجة للتقبل لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.
- ١٦- إكساب المعلمة المعرفة بأنماط شخصية أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.
- ١٧- إلمام المتدربات (الأمهات-المعلمات) المشاركات في البرنامج بأساليب تعديل السلوك الملائمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.
- ١٨- إمداد المتدربات المعلمات ببعض أساليب الإدارة الصفية الفعالة لتدعيم جودة الحياة المدرسية.
- ١٩- إمداد المتدربات المعلمات ببعض فنيات المساندة التربوية الايجابية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.
- ٢٠- إمداد المتدربات (الأمهات-المعلمات) ببعض أساليب التعزيز الايجابية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.
- ٢١- إلمام المتدربات (الأمهات-المعلمات) ببعض مهارات التعاون والتنافس الايجابي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.
- ٢٢- إلمام المتدربات بفنيات استخدام القصة الاجتماعية مع الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.

المصادر التي اعتمد عليها الباحثون في إعداد تفاصيل جلسات البرنامج المقترح:

أعتمد الباحثون في بناء جلسات البرنامج على مجموعة من المصادر النظرية والعملية وهي كالتالي:

١- الإطار النظري للدراسة وما استطاع الباحثون الاطلاع عليه من الكتب والمراجع والموسوعات (العربية والأجنبية)، التي تحدثت عن جودة الحياة عند الأطفال ذوي الإعاقة العقلية ومن هذه المصادر على سبيل المثال لا الحصر.

الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة وأساليب رعايتهم(عبدالعزیز الشخص، ٢٠٠٩)، الدمج الشامل، تربية وتعليم غير العاديين في المدارس العادية (عبد العزیز الشخص، زيدان السرطاوي، عبد العزیز العبدالجبار، ٢٠١١)، سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (عبد الرحمن سيد سليمان، ٢٠٠١).

٢- الدراسات والبحوث العربية والأجنبية، وما تضمنته من استراتيجيات وفنيات وأساليب وأنشطة في تحسين جودة الحياة.

٣- الخبرة العملية للباحث في العمل مع ذوي الإعاقة العقلية البسيطة من خلال عمله كمدرس.

الفنيات المستخدمة في تنفيذ البرنامج المقترح:

يمكن تنفيذ هذا البرنامج بإستخدام عدة فنيات من أهمها ما يلي:

١- **التعزيز Reinforcement**: يعرفه عبد الرحمن سليمان (٢٠١٢ : ٢٥٥) بأنه أي

استجابة ينتهي بها السلوك بحيث تزيد من احتمالية حدوثه في المستقبل. او هو إجراء من شأنه أن يغير تكرر أو احتمال صدور استجابة ما، او هو إجراء او باعث من شأنه أن يزيد قوة الاشرط، أو عملية تعلم أخرى.

٢- **المحاكاة Imitation**: إن فهم التعلم بالنموذج أو المحاكاة كاستراتيجية تعليمية يعد أمرًا

صعبًا إلى حد ما، لأنه غالبًا ما يُستخدم هذين المصطلحين بالتبادل، ومن الناحية التطبيقية فإن المحاكاة تعتبر استراتيجية تعلم أكثر مما تعتبر استراتيجية تعليم. وهناك علاقة متبادلة بين التعلم بالنموذج والمحاكاة حيث يزود المعلم الطفل بالنموذج، وعليه أن يتعلم منه بالمحاكاة(عبد العزیز الشخص، وحسام عزب، ٢٠٠٧ : ٩٨)، وتستخدم المحاكاة أو التقليد عندما يصعب تقديم الحدث في صورته الفعلية الحقيقية داخل الفصل فيتم اللجوء إلى أسلوب المحاكاة لتمثيل الحدث أمام الأطفال، وفي هذا الشأن يتم عادةً استخدام الحاسوب والبرامج الحاسوبية لغرض تصميم وعرض مواقف تحاكي المواقف والمشاهد الحياتية الحقيقية(عبد العزیز العمر، ٢٠٠٧ : ٢٦٠).

٣- التغذية الراجعة **Feedback**: معلومات وتعليقات **Comments** يقدمها المعلم مشافهةً أو كتابةً للطالب عن نتائج جهوده، وتجعله على دراية بمستوى أدائه في الاختبار، أو في المقرر أو في أي نشاط صفّي، ويفترض أن تكون التغذية الراجعة محدودة وفورية لكي تسهم في إحاطة الطالب بمدى تقدمه (عبد العزيز العمر، ٢٠٠٧ : ١٢٦).

وعرفها عبد العزيز الشخص (٢٠١٠ : ١٨٤) بأنها: نقل المعلومات التي تسمح بتحسين الاستجابات الحركية أو المعرفية اعتماداً على المعلومات أو الاستجابة السابقة.

٤- **الحث والتلقين Prompting**: يعرف سيد الجارحي (٢٠٠٩) الحث والتلقين بأنه فنية تقدم للأطفال الذين يحتاجوا إلى الحث (المساعدة) حتى يتمكنوا من أداء المهارات أو السلوكيات المطلوبة منهم، ويعد الحث من الفنيات التي تساعد الطفل على أداء الاستجابات الصحيحة؛ بما يقلل من خطأ الطفل ويدعم إحساس الطفل بالنجاح كما يلعب الحث دوراً مهماً في توضيح الاستجابة المتوقعة من الطفل.

٥- **النمذجة (الافتداء بنموذج) Modeling**: يعرفها عبد العزيز الشخص (٢٠١٠ : ٢٩٦) بأنها أسلوب تعليمي يقوم المدرب من خلاله بأداء سلوك مرغوب فيه، ثم يشجع الفرد على أداء السلوك نفسه متخذاً من سلوك المدرب مثلاً يحتذي به، ويرى أن التعلم بالنموذج يعتبر أسلوباً مناسباً لتعلم كثير من المهارات الاجتماعية والشخصية والحركية، كما يمكن استخدام التعلم بالنموذج أيضاً في تعليم المهارات اللغوية، والمهارات المهنية، والأنشطة الترفيهية.

٦- **المناقشات الجماعية والحوار المفتوح Group Discussions**: إحدى طرق الإرشاد الجماعي التي يتم من خلالها تبادل الآراء والأفكار بشأن موضوع ما، وتعد المناقشة وسيلة أكثر فاعلية في تغيير سلوك المجموعة، وهي تؤكد على أن التدخل يشارك فيه كل الأفراد الفاعلين في النظام الاجتماعي (محمود الطنطاوي، ٢٠٠٩).

٧- **التكرار Rehearsal**: تهدف هذه الاستراتيجية إلى تحسين عملية التذكر عن طريق جعل الأطفال يكررون ما يتعلمونه إما بطريقة شفوية أو كتابةً، أو تكرار المثيرات بأي طريقة أخرى، ويقوم الأطفال بتكرار هذه المفردات لمرة واحدة، أو لعدة مرات، أو لعدد غير محدود من المرات، وتؤكد الدراسات على أن استراتيجية التكرار تصلح للأطفال ما قبل المدرسة، وأن قدرة الأطفال على الاستفادة من هذه الإستراتيجية تزداد بزيادة العمر الزمني، وأن الأطفال الذين يكررون المعلومات جيداً يكون تذكرهم للمعلومات جيداً (محمود الطنطاوي، ٢٠٠٦).

٨- **الواجبات المنزلية Home Works**: تقوم فكرة الواجبات المنزلية على أساس تكليف (الطفل - الأم) بالقيام ببعض الأنشطة في البيت وبالتالي فهي تساعد على تطبيق ما تعلمه

خلال الجلسة، وقد حرص الباحثون على أن تُختتم كل جلسة بواجب منزلي يدور حول مجموعة من الأنشطة والمهارات التي تم تدريب (الأطفال الأمهات - المعلمات) عليها خلال الجلسة مما يكون له أثر في تنمية مهارات الأطفال وتعميم المهارات التي يكتسبها الطفل وتتبع بالتالي على جودة حياة هؤلاء الأطفال، ومن ناحية أخرى يناقش الباحثون مع (الأطفال - الأمهات - المعلمات) في بداية الجلسة التالية ما قاموا به من واجبات منزلية وتزويدهم بالتغذية الراجعة المناسبة لأدائهم.

الخدمات التي من الممكن أن يوفرها البرنامج المقترح: يوفر برنامج التدخل المبكر

الحالي العديد من الخدمات منها: خدمات دعم إرشادية: من خلال محاولة إمداد أمهات بأوجه الدعم الإرشادي لتطوير أدوارهن في تحسين جودة الحياة لأطفالهن ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، وتبنى أساليب المعاملة الودية والأسرية الايجابية، خدمات تربية: توعية الأمهات بأساليب التنشئة السليمة لتطوير المهارات الشخصية، الاجتماعية، الأكاديمية والحركية لأطفالهن من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، خدمات التمكين: من خلال التوعية بالخدمات المساندة ومصادر الدعم والحقوق، كذلك استفادتها من الأسر الأخرى ذات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، والمؤسسات التي تقدم البرامج المتخصصة، دعم ومساندة المعلمات: لتعديل بعض اتجاهات المعلمات السلبية نحو الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة من خلال الدعم الإرشادي لتطوير دور المعلمة في تحسين جودة الحياة لتلاميذها، مساندة تربية: تتمثل في تطوير مهارات التعامل التربوي الايجابي للمعلمة لتطوير المهارات الشخصية، الاجتماعية، الأكاديمية والحركية لتلاميذها، الشراكة: بتطوير الوعي بقضايا جودة الحياة للأطفال من ذوي الإعاقة العقلية الملحقين ببرامج الدمج في المدارس الابتدائية، ودعم التكامل الوظيفي بين أدوار المعلمة والأم في أداء مايلزم لتحسين جودة الحياة للأطفال.

مكونات بناء جلسات تدريبية للأطفال:

مكون معرفي: من خلال المعلومات اللفظية المبسطة المقدمة للأطفال كذلك استخدام القصص. مكون مهاري: من خلال إكساب الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة وتدريبهم على المهارات المختلفة اللازمة للمشاركة والتعاون والتنافس من خلال الألعاب والمناشط الحركية والتكليفات المختلفة. مكون وجداني: ويتضح من خلال تدعيم الاتجاهات الإيجابية نحو مهارات ومفاهيم التعاطف والتعاون والمشاركة والتنافس الايجابي.

التغذية الراجعة المستخدمة: تجهيز المادة التعليمية في البرنامج بطريقة تراعى خصائص العينة من الأمهات والدور المنوط بالمعلمة، بدء الجلسات بمراجعة ماسبق والإجابة عن أسئلة الأمهات

والمعلمات، تقديم المادة المعرفية بأسلوب يتناسب وخصائص عينة الدراسة من الأمهات والمعلمات، التمهيد والتهيئة الواقعية للمعرفة المقدمة من خلال أمثلة حقيقية من بيئة الأطفال وواقعهم الحياتي المُعاش، تنوع العروض والاستخدام المكثف للعروض البصرية والتفاعلية، الاستعداد للتعامل مع مواقف متغيرة أثناء الجلسة.

متطلبات تنفيذ البرنامج: فيما يلي مجموعة من المتطلبات الواجب مراعاتها في أنشطة وتدريبات الجلسات حتى تتحقق أكبر فائدة مرجوة منها: **بيئة التدريب (المكان):** يجب مراعاة أن يكون المكان مهيئاً من حيث أماكن الجلوس، بالإضافة إلى الإضاءة الجيدة، وتوفر العديد من الوسائل التي سيستفاد منها عند عرض الجلسات كأجهزة العرض، والداتاشو، وتوفر شاشة العرض، وجهاز الكمبيوتر، ويجب مراعاة توفر الهدوء طوال وقت الجلسات. **محك تحقق الأهداف:** يتحقق إنجاز المتدرب/ة (الأم- المعلمة- الطفل) لهدف محدد أو تمكنه/ا من إكتساب المهارات المستهدفة عندما يستجيب بطريقة صحيحة وثابته بنسبه ٨٠%-٩٠% ويمكن تحديد ذلك من خلال مراجعة ما سبقت دراسته في الجلسة السابقة، وكذلك من خلال الواجبات المنزلية والتكليفات التي يطلبها الباحث منهم.

الجدول الزمني لتطبيق البرنامج:

يحتوي هذا البرنامج على ٤٥ جلسة، يتم تطبيقها على مجموعتين: المجموعة الأولى أطفال ذوو إعاقة عقلية بسيطة يمثلون مجموعة الدمج ، والمجموعة الثانية أطفال ذوو إعاقة عقلية بسيطة غير مدمجين تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (٦- ٩) سنوات، كما يقوم الباحث بإعداد بعض الجلسات التي تطبق على معلمات هؤلاء الأطفال وأمهاتهم، عملاً بالمبدأ التكاملي في التدخل، والتي أكدت عليه الأدبيات النفسية والتربوية التي تناولت أساليب رعاية الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، وأنه لا بد أن يكون هناك صلة وعلاقة قوية بين مدرسة الدمج والمنزل، وذلك أهم ما يميز أي برنامج تربوي ناجح يقدم للطفل، ويطبق هذا البرنامج في بعض مدارس القاهرة التي تطبق نظام الدمج، وبعض المدارس الابتدائية ذات الفصول الملحقة ويستغرق تطبيق برنامج الدراسة فصلاً دراسياً كاملاً.

مراحل تنفيذ البرنامج: يتم تنفيذ البرنامج التدريبي الحالي عبر ثلاث مراحل أساسية هي:

المرحلة التمهيديّة: يتم خلال هذه المرحلة تطبيق بعض المقاييس مثل، مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي، إعداد (عبد العزيز السيد الشخص، ٢٠١٣) لتجانس العينة، مقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، إعداد (الباحث)، مقياس رسم الرجل لوجود إنف هاريس ترجمة (محمد فرج، عبدالحليم سيد، صفية محمد، ٢٠٠٤). ومن خلال ذلك التطبيق يتم تحديد أفراد العينة، واتخاذ كافة الإجراءات لتكوين علاقة تعارف مع المتدربات ومع الأطفال ذوي

الإعاقة العقلية البسيطة، مع إعطائهم فكرة عن الهدف من البرنامج وكيفية تنفيذه ومساعدتهم على تطبيق المهام والمهارات التي تعلمونها عند تعاملهم مع أطفالهم. **مرحلة التنفيذ:** يستغرق تنفيذ هذا البرنامج فصلاً دراسياً كاملاً بواقع ثلاث إلى أربع جلسات اسبوعياً، وبذلك يتكون البرنامج التدريبي من (٤٥) جلسة، وزمن الجلسة الواحدة يتراوح ما بين (٤٠-٤٥) دقيقة، بحيث تمثل أول خمس دقائق تمهيداً لبدء الجلسة بمراجعة الواجب المنزلي، وفي آخر خمس دقائق يتم توزيع التكاليفات والواجبات المنزلية، وتتضمن كل جلسة العمل على تحقيق مجموعة من الأهداف المعرفية والوجدانية والمهارية من أهداف البرنامج. **مرحلة التقييم:** في هذه المرحلة يتم تقييم فاعلية البرنامج التدريبي القائم على تحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، وكذلك التحقق من استمرار تأثير البرنامج من خلال المتابعة. ويوضح الجدول التالي توزيع جلسات البرنامج من حيث المحاور وعدد الجلسات وموضوع كل جلسة وأهدافها وزمن كل جلسة والفنيات المستخدمة في تنفيذها.

ملخص الجلسات التدريبية للبرنامج المقترح

محاو ر ج ل س ات ال ب ر ن ا م ج	رقم ال ج ل س ة	م و ض و ع ال ج ل س ات	الأهداف العامة لل ج ل س ات	زمن ال ج ل س ة	الفنيات المستخدمة
المحور الأول جلسات توعية أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة	الجلسة الأولى "جلسة مشتركة"	التعريف بالبرنامج وأهدافه	التعارف وتهيئة الأمهات والمعلمات للمشاركة في فعاليات البرنامج التدريبي المقترح	٤٥ دقيقة	المحاضرة، المناقشة الجماعية، التغذية الراجعة، التعزيز بنوعيه المادي والمعنوي
	الجلسة الثانية	دور الأم في جودة حياة طفلها	أن تتعرف الأم على دورها في تحسين جودة حياة طفلها.	٤٥ دقيقة	المحاضرة، المناقشة الجماعية، التكرار، التغذية الراجعة، التعزيز بنوعيه المادي والمعنوي.
	الجلسة الثالثة	تقبل الطفل ذو الإعاقة العقلية	توعية الأمهات بأهمية وأساليب إشباع الحاجة للتقبل عند الطفل ذي الإعاقة العقلية	٤٥ دقيقة	المحاضرة، المناقشة الجماعية، النمذجة، الحدث، التكرار، التغذية الراجعة، المحاكاة التعزيز بنوعيه المادي والمعنوي، الواجب المنزلي.

محاو جلسات البرنامج	رقم الجلسة	موضوع الجلسات	الأهداف العامة للجلسات	زمن الجلسة	القياسات المستخدمة
	الجلسة الرابعة	المعاملة الوالديه السوية	توعية الامهات بأساليب المعاملة الوالديه السوية للطفل ذي الإعاقة العقلية البسيطة	٤٥ دقيقة	المحاضرة، المناقشة الجماعية، النمذجة، التغذية الراجعة، التعزيز بنوعيه المادي والمعنوي، الواجب المنزلي.
	الجلسة الخامسة "جلسة مشتركة"	التواصل الايجابي بين الأم/ المعلمة.	تفعيل التواصل الايجابي بين الأم/ المعلمة لتنمية مهارات جودة الحياة للطفل ذي الإعاقة العقلية البسيطة.	٤٥ دقيقة	المحاضرة- المناقشة الجماعية- النمذجة- قلب الدور-التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المعنوية- الواجب المنزلي.
	الجلسة السادسة "جلسة مشتركة"	أساليب تعديل السلوك المتبعة مع الأطفال ذوي الإعاقة العقلية	إلىمام المتدربات(الأمهات/ المعلمات) المشاركات في البرنامج بأساليب تعديل السلوك الملائمة لفئة ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.	٤٥ دقيقة	المحاضرة- الحوار- المناقشة الجماعية- النمذجة- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المعنوية- الواجب المنزلي.
	الجلسة السابعة	مراجعة علي الجزء الأول من محور الأمهات	استرجاع المفاهيم والمهارات التي احتوتها الجلسات السابقة وسبل تحقيقها لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.	٤٥ دقيقة	المناقشة الجماعية- الحوار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المعنوية
	الجلسة الثامنة	أساليب الرعاية الصحية المنزلية للأطفال.	توعية الأمهات بأساليب الرعاية الصحية المنزلية للأطفال.	٤٥ دقيقة	المحاضرة- المناقشة الجماعية- الحوار- النمذجة- المحاكاة- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المادية والمعنوية- الواجب المنزلي.
	الجلسة التاسعة	المخاطر خارج المنزل	توعية الأمهات بالمخاطر المحتملة للأطفال في البيئة المحيطة.	٤٥ دقيقة	المحاضرة- المناقشة الجماعية- الحوار - التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المادية

محاو ر جلسات البرنامج	رقم الجلسة	موضوع الجلسات	الأهداف العامة للجلسات	زمن الجلسة	القياسات المستخدمة
					والمعنوية- الواجب المنزلي.
	الجلسة العاشرة	دور الأسرة في تقديم المساندة للطفل أثناء أداء المهام التعليمية.	توعية الأمهات بأساليب المساندة المنزلية عند أداء الأطفال واجباتهم المدرسية .	٤٥ دقيقة	المحاضرة- المناقشة الجماعية- النمذجة- الحث (التلقين)- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المادية والمعنوية- الواجب المنزلي.
	الجلسة الحادية عشر	تدريب الطفل علي المهارات الاستقلالية	توعية الأمهات بأساليب المهارات الاستقلالية.	٤٥ دقيقة	المحاضرة- المناقشة الجماعية- النمذجة- الحث (التلقين)- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المادية والمعنوية- الواجب المنزلي.
	الجلسة الثانية عشر	تدريب الأمهات علي تنظيم أنشطة لعب	بيان أهمية اللعب في جودة الحياة المدرسية للأطفال.	٤٠ دقيقة	المحاضرة- المناقشة الجماعية- النمذجة- الحث (التلقين)- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المعنوية.
	الجلسة الثالثة عشر	تعزيز التفاعل الاجتماعي	توعية الأم بأنماط وأهمية أساليب التفاعل الاجتماعي بالنسبة للطفل.	٤٥ دقيقة	المحاضرة- المناقشة الجماعية- النمذجة- الحث (التلقين)- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المادية والمعنوية.
	الجلسة الرابعة عشر	مراجعة علي الجزء الثاني من محور الأمهات.	مراجعة المفاهيم والمهارات التي احتوتها الجلسات	٤٥ دقيقة	المناقشة الجماعية- الحوار- التغذية الراجعة الفورية

محاور جلسات البرنامج	رقم الجلسة	موضوع الجلسات	الأهداف العامة للجلسات	زمن الجلسة	القياسات المستخدمة
			التسابعة وسبل تحقيقها لدى الأطفال.		التشجيعية والتصحيحية- المعززات المعنوية
	الجلسة الخامسة عشر	توعية الأمهات بالاستفادة من خبرات الآخرين (الأسر الأخرى ذات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة- المؤسسات التي تقدم البرامج المتخصصة).	توعية الأم بالاستفادة من خبرات الآخرين (الأسر الأخرى ذات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة- المؤسسات التي تقدم البرامج المتخصصة).	٤٥ دقيقة	المحاضرة- المناقشة الجماعية- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المادية والمعنوية
	الجلسة السادسة عشر	تزويد الأمهات بمعلومات عن واجباتهن/حقوقهن.	المزيد من التوعية للأمهات.	٤٠ دقيقة	المحاضرة- المناقشة الجماعية- النمذجة- الحث (التلقين)- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المادية والمعنوية.
المحور الثاني جلسات تدريب معلمات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة	الجلسة السابعة عشر "جلسة مشتركة"	تذكرة بالبرنامج وأهدافه مرة أخرى "جلسة مشتركة".	التعارف وتهيئة الأمهات والمعلمات للمشاركة في البرنامج التدريبي المقترح.	٤٥ دقيقة	المحاضرة- المناقشة الجماعية- التغذية الراجعة الفورية التصحيحية- المعززات المعنوية.
	الجلسة الثامنة عشر	الأبعاد التربوية المرتبطة بمفهوم جودة الحياة للطفل	تعريف المعلمة بالأبعاد التربوية المرتبطة بمفهوم جودة الحياة للطفل	٤٥ دقيقة	المحاضرة- المناقشة الجماعية- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المعنوية.
	الجلسة التاسعة عشر	الحاجات النفسية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة	تطوير اتجاهات المعلمة نحو إشباع الحاجة للتقبل لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة	٤٥ دقيقة	المحاضرة- المناقشة الجماعية- العصف الذهني - التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المعنوية.

محاور جلسات البرنامج	رقم الجلسة	موضوع الجلسات	الأهداف العامة للجلسات	زمن الجلسة	القياسات المستخدمة
	الجلسة العشرون	سمات شخصية أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة	إحساب المعلمة المعرفة بسمات شخصية أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.	٤٥ دقيقة	المحاضرة - المناقشة الجماعية - التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية المعززات المعنوية.
	الجلسة الحادية والعشرون	مراجعة علي الجزء الأول من محور المعلمات	مراجعة المفاهيم والمهارات التي احتوتها الجلسات السابقة وسبل تحقيقها لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.	٤٥ دقيقة	المناقشة الجماعية الحوار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية المعززات المعنوية
	الجلسة الثانية والعشرون	إدارة الصف	إمداد المعلمات ببعض أساليب الإدارة الصفية الفعالة لتدعيم جودة الحياة المدرسية.	٤٥ دقيقة	المحاضرة- المناقشة الجماعية- النمذجة- المحاكاة- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية المعززات المعنوية
	الجلسة الثالثة والعشرون	المساندة التربوية الإيجابية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة	إمداد المعلمات ببعض فنيات المساندة التربوية الإيجابية	٤٥ دقيقة	المحاضرة- المناقشة الجماعية- النمذجة- الحوار (التلقين)- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية المعززات المعنوية.
	الجلسة الرابعة والعشرون	أساليب التعزيز الإيجابية.	إمداد المعلمات ببعض أساليب التعزيز الإيجابية للأطفال	٤٥ دقيقة	المحاضرة- المناقشة الجماعية- النمذجة- الحوار (التلقين)- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية المعززات المعنوية- العصف الذهني.
	الجلسة الخامسة والعشرون	تنمية مهارات التعاون والتنافس لدى الطفل	إمام المعلمات بمهارات التعاون والتنافس لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.	٤٥ دقيقة	المحاضرة- المناقشة الجماعية- النمذجة- الحوار (التلقين)- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية المعززات المعنوية.

محاو ر جلسات البرنامج	رقم الجلسة	موضوع الجلسات	الأهداف العامة للجلسات	زمن الجلسة	القياسات المستخدمة
	الجلسة السادسة والعشرون	استخدام القصة.	إمداد المعلمات بفنيات استخدام القصة مع الأطفال	٤٥ دقيقة	المحاضرة- المناقشة الجماعية- النمذجة- الحوار (التلقين)- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية - المعززات المعنوية.
	الجلسة السابعة والعشرون	اللعب وجودة الحياة المدرسية	إمداد المعلمات بأهمية اللعب في جودة الحياة المدرسية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.	٤٥ دقيقة	المحاضرة- المناقشة الجماعية- النمذجة- الحوار (التلقين)- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المعنوية.
	الجلسة الثامنة والعشرون	مفاهيم الأمان	إلمام المعلمات بالمخاطر التي يمكن أن يتعرض لها الأطفال.	٤٥ دقيقة	المحاضرة- المناقشة الجماعية- الحوار - النمذجة - التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المادية والمعنوية
	الجلسة التاسعة والعشرون	أساليب الرعاية الصحية داخل المدرسة	إلمام المعلمات بالمخاطر التي يحتمل أن يتعرض لها الأطفال	٤٥ دقيقة	المحاضرة- المناقشة الجماعية- النمذجة- الحوار (التلقين)- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المعنوية.
	الجلسة الثلاثون	مراجعة علي الجزء الثاني من محور المعلمات	مراجعة المفاهيم والمهارات التي احتوتها الجلسات السابقة بالمحور الثاني من البرنامج التدريبي	٤٥ دقيقة	المناقشة الجماعية- الحوار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المعنوية
المحور الثالث جلسات تدريب الأطفال ذوي الإعاقة	الجلسة الحادية والثلاثون	التعارف والتمهيد للبرنامج	تعريف الأطفال بأنشطة جلسات البرنامج التدريبي	٤٥ دقيقة	الحوار والمناقشة- النمذجة- الحوار (التلقين)- التدعيم. أوراق عمل- أقلام- عرض مرئي- معززات مادية " قطع حلوى أدوات مدرسية".

محاور جلسات البرنامج	رقم الجلسة	موضوع الجلسات	الأهداف العامة للجلسات	زمن الجلسة	القياسات المستخدمة
العقلية البيسيطة					
	الجلسة الثانية والثلاثون	أنشطة تكوين علاقة ألفة بين الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال العاديين	تنمية التفاعل الاجتماعي بين الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة وزملائهم العاديين.	٤٥ دقيقة	النمذجة- الحث بنوعيه اللفظي والبدني- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المادية والمعنوية- الواجب المنزلي.
	الجلسة الثالثة والثلاثون	التفاعل الإيجابي	تنمية مهارات التفاعل الإيجابي بين الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة وزملائهم العاديين.	٤٥ دقيقة	النمذجة- الحث بنوعيه اللفظي والبدني- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المادية والمعنوية- الواجب المنزلي
	الجلسة الرابعة والثلاثون	المشاركة (فصلنا الجميل).	تنمية التفاعل بالمشاركة بين الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة وزملائهم العاديين لتجميل فصلهم.	٤٥ دقيقة	النمذجة- الحث بنوعيه اللفظي والبدني- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المادية والمعنوية- الواجب المنزلي
	الجلسة الخامسة والثلاثون	إدارة الخلافات بين الأطفال	تنمية مهارات إدارة الخلاف بين الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة وزملائهم العاديين.	٤٥ دقيقة	النمذجة- الحث بنوعيه اللفظي والبدني- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المادية والمعنوية- الواجب المنزلي.
	الجلسة السادسة والثلاثون	التعاطف بين الأطفال	تنمية مهارات التعاطف بين الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة وزملائهم العاديين لتجميل فصلهم	٤٥ دقيقة	النمذجة- الحث بنوعيه اللفظي والبدني- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المادية

محاو ر ج لس ات ال ب ر ن ا م ج	رق م ال ج لس ة	م و ض و ع ال ج لس ات	الأ ه د اف الع ام ة ل ل ج لس ات	ز م ن ال ج لس ة	الف ن ي ات الم س ت خ د م ة
					والمعنوية- الواجب المنزلي
	الجلسة السابعة والثلاثون	مهارات الحد من السلوكيات التي قد تسبب الإيذاء للآخرين	تنمية التفاعل والمشاركة بين الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة وزملائهم العاديين.	٤٥ دقيقة	النمذجة- الحث بنوعيه اللفظي والبدني- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المادية والمعنوية- الواجب المنزلي
	الجلسة الثامنة والثلاثون	مراجعة المفاهيم الأساسية	تذكير الأطفال بما تم التدرب عليه من مهارات أساسية في الجلسات السابقة	٤٥ دقيقة	النمذجة- الحث بنوعيه اللفظي والبدني- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المادية والمعنوية
	الجلسة التاسعة والثلاثون	مفهوم التعاون بين الأطفال	تنمية مفهوم التعاون بين أطفال المجموعة	٤٥ دقيقة	النمذجة- الحث بنوعيه اللفظي والبدني- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المادية والمعنوية- الواجب المنزلي.
	الجلسة الأربعون	التعاون في المهام التعليمية داخل الفصل الدراسي	تنمية مهارات التعاون في أداء المهام التعليمية بين الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة وزملائهم العاديين	٤٥ دقيقة	النمذجة- الحث بنوعيه اللفظي والبدني- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المادية والمعنوية- الواجب المنزلي.
	الجلسة الحادية والأربعون	تنمية التعاون في أداء الأنشطة الفنية بين الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة وزملائهم العاديين.	تنمية التعاون في أداء الأنشطة الفنية بين الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة وزملائهم العاديين.	٤٥ دقيقة	النمذجة- الحث بنوعيه اللفظي والبدني- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المادية والمعنوية- الواجب المنزلي.

محاو جلسات البرنامج	رقم الجلسة	موضوع الجلسات	الأهداف العامة للجلسات	زمن الجلسة	الفنيات المستخدمة
					المعززات المادية والمعنوية- الواجب المنزلي
	الجلسة الثانية والأربعون	التعاون في الألعاب البدنية خارج الفصل الدراسي	تنمية التعاون في أداء الألعاب الرياضية البدنية بين الأطفال ذوى الإعاقة العقلية البسيطة وزملائهم العاديين	٤٥ دقيقة	النمذجة- الحث بنوعيه اللفظي والبدني- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المادية والمعنوية- الواجب المنزلي.
	الجلسة الثالثة والأربعون	مراجعة مهارات التفاعل والتعاون بين الأطفال	تذكير الأطفال بمفاهيم التعاون	٤٥ دقيقة	النمذجة- الحث بنوعيه اللفظي والبدني- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المادية والمعنوية
	الجلسة الرابعة والأربعون	التنافس	حفز الدافعية إلى التنافس لدى الأطفال ذوى الإعاقة العقلية البسيطة وزملائهم العاديين.	٤٥ دقيقة	النمذجة- الحث بنوعيه اللفظي والبدني- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المادية والمعنوية- الواجب المنزلي.
	الجلسة الخامسة والأربعون	جلسة ختامية	تنمية الإحساس بجودة الحياة للأطفال ذوى الإعاقة العقلية البسيطة وزملائهم العاديين.	٤٥ دقيقة	النمذجة- الحث بنوعيه اللفظي والبدني- المحاكاة- التكرار- التغذية الراجعة الفورية التشجيعية والتصحيحية- المعززات المادية والمعنوية.

مراجع الدراسة

أولاً: مراجع باللغة العربية:

١. أحمد حمزة (٢٠١١). التوجيه والإرشاد النفسي والاجتماعي. قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن، المملكة العربية السعودية.

٢. أشرف عبد القادر (٢٠٠٥). تحسين جودة حياة المعاق. مؤتمر تطوير الأداء في مجال الوقاية من الإعاقة، مكتب التربية العربي بدول الخليج، الرياض، ص ص ١-٥٣.
٣. أشرف عبد القادر (٢٠٠٥). تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الإعاقة، ندوة تطوير الأداء في مجال الوقاية من الإعاقة، جامعة الزقازيق، ١٤-١٦ فبراير.
٤. إبراهيم أمين القريوتي (٢٠٠٩). دعم أسر الشخص المعاق نفسياً واجتماعياً. مؤتمر دور جمعيات أولياء أمور ذوي الاحتياجات الخاصة في دعم أسرة الشخص المعاق، كلية التربية، جامعة السلطان قابوس، الشارقة، في الفترة من ٢٥-٢٦ مارس.
٥. إيمان رجب السيد قنديل (٢٠٠٩). فاعلية برنامج إرشادي في تنمية مهارات الاستقلال الذاتي لتحسين جودة الحياة لدى عينه من المراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة عقلياً القابلين للتعليم. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة بنها.
٦. إيمان فؤاد كاشف، عبد الصبور منصور محمد (١٩٩٨). دراسة تقييمية لتجربة دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين بالمدارس العادية في محافظة الشرقية، المؤتمر الدولي الخامس لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، القاهرة ١-٣ ديسمبر ١٩٩٨ م.
٧. إلهام عبد القادر المصطفى (٢٠٠٢): دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ذهنياً في التعليم النظامي، تجربة مركز الطفل الحديث، المؤتمر القومي الثامن لاتحاد رعاية الفئات الخاصة وذوي الاحتياجات الخاصة "معاً علي طريق الدمج الشامل" ٢١-٢٤ أكتوبر ٢٠٠٢، القاهرة.
٨. إليانور ويتسيد لينتش، بيتي هارولد سيمز (١٩٩٩) التخلف العقلي : دمج الأطفال المتخلفين عقلياً في مرحلة ما قبل المدرسة (برامج وأنشطة) . ترجمة: سمية طه جميل، هالة الجرواني، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
٩. جمال محمد سعيد الخطيب (٢٠٠١). أولياء أمور الأطفال المعوقين واستراتيجيات العمل معهم وتدريبهم ودعمهم، أكاديمية التربية الخاصة، الرياض.
١٠. جمال محمد سعيد الخطيب (٢٠٠٤). تعليم الطلية ذوي الحاجات الخاصة في المدرسة العادية، عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
١١. جمال محمد سعيد الخطيب (٢٠١٠). مقدمة في الإعاقة العقلية، عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
١٢. جميل محمود الصمادي، هشام عبد الفتاح المكانين (٢٠٠٨). الاحتياجات التدريبية لأسر الأطفال المعوقين في سن ما قبل المدرسة الملتحقين ببرامج التدخل المبكر في

- الأردن. مجلة كلية التربية، العدد الثاني والثلاثون، جامعة عين شمس، ص ص ٩٩-١٢٥.
١٣. خلف محمد البحيري، هدى مصطفى محمد (٢٠٠٢): دمج غير العاديين في التعليم إشكالية لمنهج المعلم المؤتمر القومي الثامن لاتحاد رعاية الفئات الخاصة وذوي الاحتياجات الخاصة "معاً علي طريق الدمج الشامل" ٢١-٢٤ أكتوبر ٢٠٠٢، القاهرة.
١٤. خولة أحمد يحيى (٢٠٠٣). إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة. عمان، دار الفكر للنشر والتوزيع.
١٥. خولة أحمد يحيى وماجدة السيد عبيد (٢٠٠٥). الإعاقة العقلية، عمّان: دار وائل للطباعة والنشر.
١٦. ديان برادلي - مارغريت سيرز، ديان سوتلك (٢٠٠٠): الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة، مفهومه وخلفيته النظرية، ترجمة "زيدان السرطاوي، عبد العزيز السيد الشخص، عبد العزيز العبد الجبار، العين، دار الكتاب الجامعي".
١٧. زينب محمود شقير (٢٠٠٥). خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة، ط٢، مكتبة النهضة المصرية.
١٨. سعاد بسيوني (٢٠٠١). بحوث ودراسات في سيكولوجية الإعاقة. القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
١٩. سيد جارجي السيد يوسف الجارجي (٢٠٠٩) . فاعلية برنامج لتنمية مهارات الأداء البصري والإدراك الصوتي في علاج صعوبات تعلم القراءة والكتابة لدى الأطفال، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.
٢٠. صلاح الدين عراقي (٢٠٠٦). فعالية برنامج إرشادي للآباء لتحسين جودة الحياة لدى أبنائهم ذوي الاحتياجات الخاصة. مجلة كلية التربية، جامعة بنها، العدد ٦٦.
٢١. عادل عز الدين الأشول (٢٠٠٥). نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي. المؤتمر العلمي الثالث "الانماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة"، كلية التربية، جامعة الزقازيق، في الفترة من ١٥-١٦ مارس، ص ص ٣-١٣.
٢٢. عادل كمال خضر (١٩٩٥): دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، العدد ٣٤ السنة التاسعة.
٢٣. عادل كمال خضر، مايسة أنور المفتي (١٩٩٢): إدماج الأطفال المصابين بالتخلف العقلي مع الأطفال الأسوياء في بعض الأنشطة المدرسية وأثره علي ذكائهم وسلوكهم التكيفي، دراسات نفسية، ك٢، جزء ٢.

٢٤. عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠١): سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (أساليب التعرف والتشخيص) الجزء (٢)، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
٢٥. عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠١): سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (الخصائص والسما) الجزء (٣)، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
٢٦. عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٤): معجم التخلف العقلي، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
٢٧. عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠١٢). معجم مصطلحات اضطراب التوحد. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
٢٨. عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠١٤): التدخل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة: المفهوم والتطبيقات، القاهرة: عالم الكتب.
٢٩. عبد الرحمن سيد سليمان، أشرف عبد الحميد، إيهاب البيلوي (٢٠٠٧): التقييم والتشخيص في التربية الخاصة، الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع.
٣٠. عبد الرحمن سيد سليمان، سميرة محمد إبراهيم شند (١٩٩٧): اتجاهات معلمي التربية الخاصة نحو دمج المتخلفين عقلياً في فصول خاصة ملحقة، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد الثاني والعشرون، الجزء الرابع.
٣١. عبد العزيز السيد الشخص (٢٠٠٦). مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة. الطبعة الثالثة، القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
٣٢. عبد العزيز السيد الشخص (٢٠٠٧): الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة وأساليب رعايتهم، مكتبة الطبرى، القاهرة.
٣٣. عبد العزيز السيد الشخص (٢٠١٠). قاموس التربية الخاصة والتأهيل لذوي الاحتياجات الخاصة. الطبعة الرابعة، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
٣٤. عبد العزيز السيد الشخص، ونبيل عبد الفتاح حافظ، ومنى حلمي سند (٢٠٠٣): الصحة العامة ورعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: مكتبة الفتاح.
٣٥. عبد العزيز السيد الشخص، وحسام الدين محمود عزب (٢٠٠٧). استراتيجيات بناء وتعديل السلوك. القاهرة: مكتبة الطبرى.
٣٦. عبد العزيز السيد الشخص (٢٠١٣). مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
٣٧. عبد العزيز سعود العمر (٢٠٠٧). اثر استخدام المنظم المتقدم المرئي في التحصيل والاحتفاظ بالمفاهيم الفيزيائية لدى طلاب المرحلة الثانوية، مجلة كلية التربية - جامعة طنطا، ع ٢٨، ص ١٤٧-١٧٣.

٣٨. عبد المطلب أمين القريطي (٢٠٠١) سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. ط٣، القاهرة: دار الفكر العربي.
٣٩. عبد المطلب أمين القريطي (٢٠٠٥) سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط٤، القاهرة: دار الفكر العربي.
٤٠. علي عبد النبي حنفي (٢٠٠٨) متطلبات دمج الصم في المدرسة العادية من وجهة نظر معلمي الصم والسامعين "دراسة ميدانية في مدينة الرياض". الندوة العالمية الثامنة للاتحاد العربي للهيئات العاملة مع الصم: تطوير التعليم والتأهيل للأشخاص الصم وضعاف السمع" الرياض. ٢٨- ٣٠ ابريل ٢٠٠٨، ص ٢٤٨-٢٨٥.
٤١. عواطف حبيب الشمري (٢٠٠٥). الإستشارة والعمل الجماعي ودورها في تكوين علاقة عمل تكاملية بين العاملين في برامج التربية الخاصة. ورقة عمل، كلية التربية، جامعة الملك سعود.
٤٢. فاروق محمد صادق (١٩٩٨): من الدمج إلى التآلف والاستيعاب الكامل: تجارب وخبرات عالمية في دمج الأفراد المعوقين في المدرسة والمجتمع "توصيات إلى الدول العربية، ندوة تجربة دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دول مجلس التعاون، التطلعات والتحديات (البحرين - جامعة الخليج)، ٢-٤ مارس.
٤٣. فؤاد عيد الجوالدة (٢٠١٣) فاعلية برنامج تربوي قائم على نظرية العقل في تحسين جودة الحياة للأطفال ذوي الإعاقات التطورية والفكرية دراسات، العلوم التربوية، المجلد ٤٠، ملحق ١، ص ٣٨٨-٤٠٩.
٤٤. كمال إبراهيم مرسى (١٩٩٩). مرجع في علم التخلف العقلي، الطبعة الثانية، القاهرة: دار النشر للجامعات.
٤٥. كمال سالم سيسالم (٢٠٠٢). موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسي، دار الكتاب الجامعي، العين. الإمارات العربية المتحدة.
٤٦. ماجدة السيد عبید (٢٠٠٠) : الإعاقة العقلية. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
٤٧. محمد حسنين العجمي، ومحمد إبراهيم مجاهد (٢٠١٣) بعض متطلبات تفعيل استراتيجية دمج المعوقين مع أقرانهم العاديين بمدارس الحلقة الأولى من التعليم الأساسي، مؤتمر التربية الخاصة في القرن الحادي والعشرين: تحديات الواقع وآفاق المستقبل، كلية التربية، جامعة المنيا، المؤتمر العلمي السادس.
٤٨. محمود محمد الطنطاوي (٢٠٠٩). برنامج تدريبي لتحسين مستوى التحصيل الدراسي لدى المتفوقين عقلياً منخفضي التحصيل. رسالة دكتوراه. كلية التربية، جامعة عين شمس.

٤٩. منظمة الصحة العالمية (WHO) (٢٠٠٥). العجز بما في ذلك الوقاية والتدبير العلاجي والتأهيل. البند ١٣-١٣ من جدول الأعمال، جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسون.
٥٠. نادر فهمي الزيود (١٩٩٥). تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
٥١. نهى يوسف اللحامي (٢٠٠٢). مدى فاعلية الدمج على نمو المهارات اللغوية لذوي التخلف العقلي البسيط، المؤتمر القومي الثامن لاتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعاقين معاً على طريق الدمج الشامل، ٢١-٢٤ أكتوبر ٢٠٠٢، القاهرة.
٥٢. وردة حسن محمد حسن (٢٠١٠). جودة الحياة وعلاقتها بتقبل الوالدين لطفلهما المعاق. رسالة ماجستير، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.

ثانياً: مراجع باللغة الإنجليزية:

53. Baumgarten, V., (2004). Job Characteristics In The United States Air Force And Mental Health Service Utilization, Dissertation Abstracts International Section A: Humanities And Social Sciences. Vol.65 (2-A), PP. 697.
54. Bekemcier, K. (2009). The relationship between self-determination and quality of life among individuals with disabilities involved with center for independent living. (Unpublished doctoral dissertation). Michigan State University
55. Brown, Roy I; MacAdam-Crisp, Jacqueline; Wang, Mian; Iaroci, Grace (2006). Family Quality of Life when there is a Child with a Developmental Disability. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities. Vol. 3 (4), Dec 2006, pp. 238-245.
56. Cantrell, Kathleen Kivi (2007). Predictors of quality of life of mothers of children with intellectual disabilities. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. Vol.68(6-B), 2007, pp. 4125.
57. Dejong, G. (1997). The Movement for Independent Living: Origins, Ideology, and Implications for Disability Research, University Centers for International Rehabilitation, Michigan.
58. Durukan, Ibrahim; Ceylan, Mehmet Fatih; Kara, Koray; Erdem, Murat; Akca, Omer Faruk; Turkay, Tumer. (2011). Quality of life in children with mental retardation. Yeni Symposium: psikiyatri, noroloji ve davranis bilimleri dergisi. Vol.49(1), Jan 2011, pp. 43-50.
59. Durukan, T., Bozaci, I. & Hamsioglu, A. B. (2012). An Investigation of Customer Behaviours in Social Media. European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences, 44, 148-158.

60. Fleming-Castaldy, RP (2008) Activities, human occupation, participation, and empowerment. In: Hinojosa J, Blount ML (eds).
61. Fruehwald, S.; Loeffler – Stastka, H.; Eher, E.; Saletu, B. and Baumhacki, U. (2001): Depression and quality of life in multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica*, Vol. 104, pp. 257-261.
62. Hallahan D. & Kauffman J. (1991): *Mental Handicapped Children*, Penguin Books in Association with Mind Cop-Charles.
63. Hardiman, Sharon; Guerin, Suzanne & Fitzsimons, Elaine (2009). A comparison of the social competence of children with moderate intellectual disability in inclusive versus segregated school settings. *Research in Developmental Disabilities*, 30(2), 397-407.
64. Hu, X; Wang, M; Fei, X. (2012). Family quality of life of Chinese families of children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. Vol.56(1), pp. 30-44.
65. Jho, Mi – Young (2001): Study on the correlation between depression and quality of life for Korean women. *Nursing and Healthy Sciences*, Vol. 3, pp. 131-137.
66. Kempf-Leonard, Kimberly (2005). *Encyclopedia of social Measurement*. Vol.3. New York, Elsevier Inc.
67. Luckasson, R, Borthwick-Duffy, S, Buntinx, W.H.E, Coulter, D.L, Craig, E.M, Reeve, A, Schalock, R.L, Snell, M.E, Spitalnick, D.M, Spreat, S, & Tasse, M.J. (2002). *Mental Retardation Definition, Classification and systems of supports* (10th Edition). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
68. Martin. P; Nicholson. N & Hall. C. (2012). Family Support in Early Hearing Detection and Intervention (EHDI) Systems. *Perspectives on Hearing and Hearing Disorders in Childhood*, 22(1), pp 11-21.
69. Moskowitz, Lauren J.; Carr, Edward G.; Durand, V. Mark (2011). Behavioral Intervention for Problem Behavior in Children with Fragile X Syndrome. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, v116 n6 p457-478.
70. Peplau, L. A. and Perlman (1982): *Loneliness*. New York : Wiley.
71. Rachel A, Bowman. (2001): *Quality of Life Assessment for Young Children with Developmental Disabilities and their Families: Development of a Quality of Life Questionnaire*, Dissertation submitted to the Eberly College of Arts and Sciences, in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, Child Clinical Psychology.
72. Rogerson, R. J. (1999). Quality of life and city competitiveness, *Urban Studies*, Vol.(36), PP. 969-986.

73. Rubiner, B. (2001): More parent involvement means student success. Find article, better homes & gardens, Home Magazine July 2001.
74. Saleebey, D., (1992), The strengths perspective in social work practice. White Plains, NY: Longman.
75. Schalock, R., Angel, M., Jenaro, C., Wang, M., Wehmeyer, M., Jiancheny, X. (2005). Cross study of quality of life indicators. American Journal on Mental Retardation, 110 (4), 298-311.
76. Smith R. (2002) A quality of life interview for the chronically mentally ill, Evaluation and Program Planning. Vol. (25), PP. 151-159.
77. Stephen, S, W, (2001): Involving parents in the IEP process. ERIC digests E611. Source: ERIC Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education Arlington VA.