السلوك التكيفي وعلاقته بجودة الحياة لدى التلميذات المعاقات ذهنياً بدرجة بسيطة في دولة قطر

د. مريم عيسى الشيراوي
برنامج الإعاقة الذهنية والتوحد
جامعة الخليج العربي

الملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة العلاقة الارتباطية بين السلوك التكيفي وجودة الحياة لدى المعاقات ذهنياً في مركز الشفلح بدولة قطر، وكذلك التعرف على إمكانية التنبؤ بجودة الحياة من خلال أبعاد السلوك التكيفي. تكونت عينة الدراسة من (24) تلميذة معاقة ذهنياً بدرجة بسيطة، تراوحت أعمارهن بين (6–20) سنة.

تم تطبيق مقياس السلوك التكيفي – صورة الأسرة والمجتمع – الطبعة الثانية، إعداد: نهيرا ليلاند، لامبرت (1993)، ترجمة: محمد هويدي (2004). ومقياس جودة الحياة من إعداد: كيث وشالوك (1995)، ترجمة: مليحة العبد رب النبي (2007).

أشارت نتائج الدراسة إلى أن العلاقة الارتباطية بين أبعاد السلوك التكيفي وأبعاد جودة الحياة، هي علاقة موجبة ومرتفعة في طبيعتها، ولكن الارتباطات الدالة إحصائياً تقتصر على بعض أبعاد السلوك التكيفي وهي على وجه التحديد، الوظائف الاستقلالية والنمو الجسمي، والنشاط الاقتصادي والنمو العقلي.

كما توصلت الدراسة إلى أنه يمكن التنبؤ بدرجة جودة الحياة لدى المعاقات ذهنياً من خلال أبعاد السلوك التكيفي، حيث أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين أبعاد السلوك التكيفي وأبعاد جودة الحياة، ويعني ذلك أنه كلما كانت التلميذات عينة الدراسة تتمتع بمهارات السلوك التكيفي كان مستوى جودة الحياة لديهن عالياً.

Adaptive Behavior and it's Relationships to Quality of Life Among Female Students with Intellectual Disabilities in State of Qatar

Mariam Isa Al-Shirawi
Intellectual Disability and Autism Program
Arabian Gulf University

Abstract

The aim of this study was to explore the relationship between the adaptive behavior and the quality of life among female students with intellectual disability in Qatar. The sample consisted of (24) female students with mild intellectual disability, age ranged between (6-20). Their behaviors measured by adaptive behaviors scale: family and society form: 2nd edition, developed by: Nehera, Leland & Lambert (1996) and translated by: M. A. Howaidi (2004). The quality of life questionnaires prepared by Shalock and Kieth (1995) and translated by M. Al-Abdrabalnabi .

The study revealed that there is a correlation between adaptive behavior and quality of life. The study also revealed that this relationship is positive and high on independent physical development, economic activities and language development.

مقدمة:

أصبح المنظور البيئي للإعاقة الذهنية هو المنظور السائد الآن بعد رفض المنظور الطبي الذي كان يعتبر الإعاقة الذهنية سمة أو خاصية مطلقة وثابتة داخل الفرد، وأصبحت هذه الإعاقة نتاجاً للتفاعل بين الفرد وبيئته. وترتب على ذلك التركيز على القصور في الأداء الوظيفي للشخص المعاق ذهنياً في مجالات الحياة اليومية ومدى مشاركته في مختلف الأنشطة الاجتماعية والفرص والتسهيلات التي يوفرها المجتمع له لتحقيق هذه المشاركة. ويكمن خلف هذا المنظور مبادئ أساسية تتمثل في الإحساس بالقيمة والجدارة الشخصية والإحساس الذاتي بالرفاهية والاعتداد بالنفس، وذلك بعد أن أصبح التأخر العقلي مصطلحاً يُستخدم لوصف الأشخاص الذين تعودوا التصرف في المواقف الاجتماعية للحياة اليومية) مثل المدرسة/ مؤسسة الرعاية/ العمل، وأماكن الترفيه) بطريقة تتسبب في أن يعتبرهم الآخرون- مقارنة بأقرانهم في العمر وفي الخلفية الاجتماعية الاقتصادية واللغوية والثقافية- أن لديهم خللاً أو تلفاً في العمليات العقلية اللازمة لفهم ومعالجة المشكلات البينشخصية والعملية والأكاديمية التي تظهر في مختلف المواقف، وما يترتب على ذلك من الاحتياج إلى خدمات وأوجه دعم خاص من أجل توفير أكبر قدر ممكن من النجاح في مختلف المواقف؛ لذا أصبح السلوك التكيفي محوراً أساسياً في تعريف الإعاقة الذهنية وتشخيصها من خلال الاهتمام بتحديد مكونات هذا المفهوم، وأتفق معظم الباحثين على أنه يشمل ثلاثة جوانب هي: الكفاية الذاتية الشخصية، والكفاية الذاتية الاجتماعية، والمسؤولية الشخصية الاجتماعية (Schalock, 1999).

وتواكب مع هذه التغيرات الاهتمام بجودة الحياة لدى الأشخاص المعاقين ذهنياً، والتي ظهرت خلال التسعينات من القرن العشرين، والتي أدت إلى تحسين وتطوير الخدمات وأوجه الدعم والمساندة المقدمة لهؤلاء الأشخاص، وإلى تقويم فعالية الخدمات والدعم في ضوء مخرجاتها، أي: في ضوء المؤشرات الذاتية والموضوعية لجودة حياة الأشخاص المعاقين، ذهنياً. وتدعم جودة الحياة من خلال قدرة الأشخاص المعاقين على الاندماج الكامل في الحياة المجتمعية والأسرية والقيام بالأنشطة الاجتماعية والترفيهية واكتساب الخبرات الإنتاجية في الحياة العملية وفي مؤسسات العمل (Koscinlek, 2005). فالخدمات التأهيلية التي تقدم للأشخاص المعاقين، والتي تركز على الاندماج في المجتمع أكدت جدواها على نوعية أو جودة الحياة لديهم، فالذين يتلقون هذه الخدمات كانت لديهم جودة حياة مقارنة بأقرانهم الذين لا تقدم لهم خدمات تأهيلية تركز على الاندماج في المجتمع (Bekemcier, 2009). وفي ضوء ذلك يبدو أن هناك درجة من الترابط والتداخل بين مفهوم السلوك التكيفي، ومفهوم جودة الحياة في مجال الإعاقة الذهنية، مما يستدعي البحث عن العلاقة بينهما لدى الأشخاص المعاقين ذهنياً.

الإطار النظري:

مفهوم السلوك التكيفي:

ظهر مفهوم السلوك التكيفي في مجال التربية الخاصة منذ أواسط القرن العشرين؛ إذ استخدمه بياجيه (Piaget) بالمعنى البيولوجي للدلالة على قدرة الفرد على التكيف،

واستمر ظهور هذا المفهوم حتى الوقت الحاضر. يتضمن مفهوم السلوك التكيفي عدداً من المظاهر تتمثل في النضج الجسمي والتآزر البصري والحركي، والقدرة على التعلم، والمهارات الاجتماعية والمتمثلة في تعلم الحياة اليومية والمهارات اللغوية ومهارات معرفة الأرقام والوقت والتعامل بالنقود، وتحمل المسؤولية والتنشئة الاجتماعية (الروسان، 2000)، وقد أدى تبني مفهوم السلوك التكيفي في تعريف الإعاقة الذهنية إلى ظهور مقاييس السلوك التكيفي كمقياس "فانيلاند"، مقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي "سابقاً" وغيرها من المقاييس، وتكمن أهمية مقياس السلوك التكيفي في تحديد مظاهر القصور لدى الأشخاص المعاقين في المهارات الحياتية والوظائف الاستقلالية وفي جوانب تكيفية أخرى، حيث لا يكفي النظر إلى الإعاقة الذهنية من زاوية القدرة العقلية أو الذكاء فقط، وإنما إلى جوانب مختلفة في السلوك التكيفي.

والهدف من مقياس السلوك التكيفي هو تشخيص حالة الإعاقة، أو لوضع الخطط التربوية الفردية أو تقويم البرامج التربوية أو تقويم تطور الطفل، وفي وضع خطط وبرامج تعديل السلوك للحد من السلوكات غير المرغوبة لدى الأفراد المعاقين.

ويؤكد كل من هنت ومارشال (Hunt & Marshall, 1994) أن قياس السلوك التكيفي يساعد المعلمين والوالدين من تحديد كفاءة أو قدرة التلميذ في نطاق واسع من السلوك الوظيفي، أو بمعنى آخر بهدف إعطائهم صورة واضحة عن التلميذ وقدراته ومهاراته في مجالات السلوك التكيفي المختلفة.

هذا، وقد ورد في دليل مقياس السلوك التكيفي عدة استخدامات أساسية لقياس السلوك التكيفي، منها:

1. تحديد نقاط القوة والضعف في مجالات عوامل التكيف.
2. التعرف على الأشخاص الذين تقل قدراتهم عن زملائهم في أبعاد مهمة من السلوك التكيفي.
3. استخدام مقياس السلوك التكيفي كأداة مقننة في الأبحاث والدراسات.

وعلى الرغم من أهمية قياس السلوك التكيفي، فإنه ليس من السهل قياسه لاختلاف الثقافات من دولة لأخرى واختلاف البيئة ومعايير السلوك، ولا يقتصر مفهوم السلوك التكيفي على الأفراد المعاقين، وإنما يمتد أيضاً ليشمل الأفراد العاديين، والذين لديهم مشكلات سلوكية وصعوبات (White & Dodder, 2000).

وتكمن أهمية قياس السلوك التكيفي في أنه يساعد على تحديد مظاهر القصور باستخدام مقاييس خاصة تتميز بقدرتها على تصنيف المعاقين ذهنياً وفقاً لدرجات القصور في الأنماط السلوكية، وفي إعداد الخدمات والبرامج التي تساعدهم على التكيف بشكل أفضل مع أنفسهم ومع المحيطين بهم.

مفهوم جودة الحياة:

يعد مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الأساسية في مجال الإعاقة الذهنية؛ إذ يهتم بكيفية

وصول الشخص المعاق إلى التوافق التكيفي السلوكي والاجتماعي، ويرى بورثويك - دافي (Borthwick-Duffy, 1992)، أن الفرد يصل إلى إدراك موجب لجودة الحياة عندما يتمتع بالرفاهية والسعادة في واحدة أو أكثر من مجالات الحياة، وقد يتم ذلك من خلال التلاؤم بين الظروف المعيشية واحتياجات الفرد وتقويمه الإيجابي لوضعه.

ويمكن التعرف على جودة الحياة لدى الأفراد المعاقين ذهنياً من خلال أبعاد السلوك التكيفي المختلفة، حيث يركز على الاستقلالية والإنتاجية والتوجيه الذاتي والتكامل الاجتماعي من خلال إقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، وإشباع الاحتياجات (Schalock, 1991). وهذا يعني أن إدراك جودة الحياة هي علاقة تبادلية ملائمة بين متطلبات البيئة والخصائص الشخصية، وبين إدراك الفرد لاحتياجاته الشخصية والمصادر الاجتماعية في البيئة. وفي فترة الثمانينات من القرن الماضي تزايد الاهتمام بجودة الحياة في مجال الإعاقة الذهنية والمعاقين بشكل عام، وذلك للأسباب الآتية:

1. مفهوم جودة الحياة يركز على حرية الإرادة وتقرير المصير والدمج والتمكين والمساواة عند الأفراد المعاقين؛ لذا أصبح هذا المفهوم وسيلة لتحقيق المساواة والرضا عن الحياة والتمكين.
2. قدم هذا المفهوم أهداف التطبيع نحو العادية Normalization، وعدم إيداع الأفراد المعاقين في المؤسسات الخاصة، وضرورة تلبية احتياجاتهم.
3. يعكس هذا المفهوم التوقعات والطموحات بين الأفراد الذين يتلقون الخدمات والمساعدات، حيث إن الخدمات والمساعدات التي يتلقاها هؤلاء الأفراد سيكون لها تأثير دال وإيجابي على شعورهم بالسعادة والرفاهية الشخصية (Schalock, Gardner & Bradleye, 2007).

ويعتبر مفهوم جودة الحياة امتداداً لمفهوم التطبيع نحو العادية والحياة المستقلة والبيئة الأقل قيوداً، والتي لها تأثيرات قوية على الخدمات المقدمة للمعاقين، وكانت تركز على البيئة وليس على المعاقين أنفسهم-إلا أن جودة الحياة من حيث المفهوم والأهداف تهتم بالفرد والبيئة معاً وتقيس الجانبين البيئي والذاتي (Brown, 1988)، وتشترك معظم مفاهيم جودة الحياة في: الشعور العام بالصحة والسعادة والمشاركة الاجتماعية، وفرص تحقيق الذات، كما يهتم بتقويم الخدمات وتطوير البرامج، والتأكيد على القيم الفردية في الكشف عن الخدمات والمساعدات الضرورية التي تقدم لهم باعتبارها أحد العناصر الأساسية في مفهوم جودة الحياة (Schalock, & Alonso, 2007).

وينطوي مفهوم جودة الحياة على أبعاد متعددة عند المعاقين عقلياً، كما هو عند الأفراد العاديين، فالمحددات المتبعة لقياس وتقويم جودة الحياة لديهم لا تكون مختلفة عن تلك الطريقة المتبعة مع الأفراد العاديين. ويضيف شالوك وآخرون (2002) أن مفهوم جودة الحياة يشمل المجالات الآتية:

- **مجالات السعادة (الرفاهية):** وتشمل الرفاهة العاطفية، والعلاقات الشخصية والتطور الشخصي والرفاهية البدنية والمادية والقرار الذاتي والاندماج الاجتماعي،

والرضا الشخصي والاستقلالية وحرية الاختيار والتكيف الاجتماعي.

- **الرفاهية الصحية:** وتتضمن الرعاية الصحية المقدمة للمعاقين، والاهتمام بكيفية وصول الفرد إلى جهات الرعاية الصحية، وكذلك تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية والوقائية والعلاجية وإهمال الجانب الصحي قد يقلل من قدرة الفرد المعاق على الاستقلالية والاعتماد على النفس (الكندري، 2009).
- **الرفاهية المادية:** ويمكن قياسها من خلال جودة الظروف المعيشية التي يعيشها الشخص المعاق مثل جودة المنزل والأثاث والممتلكات الخاصة والأجهزة ووسائل النقل كلها متعلقة بالحالة المادية (Felce & Perry, 1996).
- **الرفاهية الاجتماعية:** تشمل الرفاهية الاجتماعية العلاقات الشخصية، بمعنى علاقة الفرد بعائلته وأصدقائه ومعارفه، والانخراط في المجتمع ومشاركته في الأنشطة الاجتماعية والمجتمعية، واستخدامه لوسائل المتعة والخدمات العامة المتوافرة في المجتمع.
- **النمو والنشاط:** يشمل هذا الجانب اكتساب الفرد المهارات واستخدامها وتطور السلوك التكيفي الذي يفرز نمو الذات من خلال الاستقلالية وممارسة الأنشطة العملية المختلفة في المنزل والمدرسة.
- **الرفاهية العاطفية:** يتضمن هذا الجانب تبادل الشعور بالعاطفة والرضا والثقة بالنفس والاحترام، وإنجاز الفرد للممارسات الاجتماعية والعملية (Felce & Perry, 1997).

وهناك مداخل مختلفة لقياس الشعور بجودة الحياة، منها المداخل الذاتية، والتي اعتمدت عليها الدراسة الحالية والمداخل الموضوعية، ولكل مدخل مسوّغاته وأهميته.

المداخل الذاتية والموضوعية لقياس جودة الحياة:

لقد تضمن عدد كبير من الدراسات السابقة التي تقيس جودة الحياة، الجانب الموضوعي فقط، ومع ذلك فقد كان هناك عدد من الباحثين الذين يرون أن الرضا الذاتي عن أسلوب الحياة هو المعيار الأفضل، ويؤكد تيلور وبوجدان (Taylor & Bopgden, 1990) أن مفهوم جودة الحياة لا يعطي معنىً واضحاً من غير أن يشمل مشاعر وخبرات الفرد، ومع تطور المقاييس في مجال جودة الحياة توصل عدد من الباحثين إلى أهمية استخدام المؤشرات الذاتية والموضوعية معاً في تقويم جودة الحياة لدى الأفراد المعاقين.

تشمل المؤشرات الذاتية إدراكات الفرد لظروفه من خلال تقويم الجوانب النفسية، ويركز هذا التقويم على قياس الرفاهية النفسية أو الرضا والسعادة الشخصية، كما يقيس أيضاً المشاعر الإيجابية لدى الأفراد وتوقعاتهم للحياة (Cummins, 1997)، ويبين أصحاب هذا المدخل أن البعد الانفعالي الخاص بمشاعر الأفراد ومعاناتهم في الحياة يعتبر جوهر التقويم الذاتي لجودة الحياة، فمثلاً السعادة التي يشعر بها الفرد تعتبر حالة عاطفية تبعث لديه الشعور بالرضا، وتمكن من تقويم المواقف بصورة واقعية. فالمؤشرات الذاتية

التي تصف السعادة الذاتية ترتبط بجودة الحياة ارتباطاً أكثر من المؤشرات الموضوعية، إذ إن وجهة النظر الذاتية تعتبر أساساً لفهم حدود القياس الموضوعي (Perry & Felce, 2002).

أما المؤشرات الموضوعية فتركز على البيئة الخارجية، وتتضمن الظروف الصحية والرفاهية الاجتماعية والعلاقات والظروف المعيشية والتعليم والأمن والسكن ووقت الفراغ والأنشطة (Schalock, 1996). وتستخدم المؤشرات الموضوعية عن خبرات وظروف الحياة في تقويم الخدمات أو تصميم البرامج.

وفي مجال الإعاقة الذهنية يتم تحديد جودة الحياة للأفراد من خلال المقاييس الموضوعية لظروفهم الحياتية، وقياس مدى تقارب ظروف حياة الأفراد المعاقين ذهنياً مع تلك الظروف الحياتية التي تكون عند الأفراد العاديين. وعند تقويم الخدمات في مجال الإعاقة الذهنية يتم الاعتماد على التقويم الموضوعي. وبما أن تقييم جودة الحياة هي مجموع ظروف الحياة الموضوعية التي يعيشها الفرد، والنظرة الذاتية التي تشمل الرضا الذاتي عن الحياة، يحذر المختصون في هذا المجال من الاعتماد على الجانب الموضوعي فقط باعتبار أن الجانب الذاتي مهم جداً؛ لأنه يعكس سعادة الفرد في حياته.

الدراسات السابقة:

يتضمن هذا الجانب من الدراسة عرضاً لأهم البحوث والدراسات السابقة التي تناولت السلوك التكيفي، وجودة الحياة لدى الأشخاص المعاقين ذهنياً. فقد أجرى آل مطر (2007) دراسة هدفت إلى التعرف على التغيرات التي تطرأ على الأطفال التوحديين والمعاقين ذهنياً على أبعاد السلوك التكيفي بازدياد أعمارهم الزمنية، وتكونت عينة الدراسة من (101) طفلاً توحدياً، و(87) طفلاً معاقاً إعاقة ذهنية بسيطة. وقد أظهر الأطفال المعاقون ذهنياً مستوى أعلى في الأداء على جميع أبعاد السلوك التكيفي بازدياد أعمارهم الزمنية، وذلك مقارنة مع نظرائهم من الأطفال التوحديين، وقام السداني (1997) بدراسة للتعرف على الصورة النمائية لأبعاد السلوك التكيفي لدى أطفال متلازمة داون، حيث شملت الدراسة (87) طفلاً من الذكور والإناث، تراوحت أعمارهم بين (4,5-12,5) سنة. وأسفرت النتائج إلى اختلاف الصور النمائية بين أبعاد السلوك التكيفي عند أطفال متلازمة داون، وذلك باختلاف العمر والجنس، حيث تختلف الصورة النمائية للعضلات الكبيرة والعضلات الدقيقة عند الذكور والإناث، كما أظهرت النتائج أن العضلات الدقيقة والكبيرة تتقدم عند الذكور بالتقدم بالعمر بعكس الصورة عند الإناث، أما بالنسبة لبعد التواصل لم يكن هناك فروق بين الذكور والإناث.

وأجرى جوستينا (Justina, 1997) دراسة هدفت إلى قياس المهارات التكيفية لدى الأطفال المعاقين ذهنياً، والتي تتضمن مهارات معرفية واجتماعية واستقلالية وحركية. كما هدفت إلى معرفة السلوكيات الوالدية التي تساعد على نمو المهارات التكيفية لدى هؤلاء الأطفال. تكونت عينة الدراسة من (34) أسرة وأطفالهم المعاقين ذهنياً. أشارت نتائج الدراسة إلى أنه كلما زاد الحنان الأبوي والحماية الزائدة للطفل أدى إلى انخفاض في مستوى اكتساب المهارات التكيفية، وأن الأسر التي تمارس الحماية بشكل معتدل يساعد

ذلك في اكتساب الأطفال للمهارات الحياتية بشكل إيجابي.

كما قام جوزيف (Joseph, 1997) بدراسة هدفت إلى الكشف عن الارتباطات والعلاقات بين الأبوين وسلوكيات الأطفال التكيفية لدى (67) أسرة، يوجد في كل منها طفل من ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة أو المتوسطة في سن المدرسة. أظهرت النتائج أن المهارات التكيفية لدى الأطفال المعاقين ترتبط ارتباطاً قوياً بعلاقة الأبوين. فكلما كانت العلاقة بينهما إيجابية تعاونية ساعد ذلك في اكتساب الأطفال المهارات التكيفية.

وأجرى لوفلاند وكيلي (Loveland & Kelly, 1991) دراسة هدفت إلى قياس السلوك التكيفي لدى أطفال متلازمة داون وأطفال التوحديين في مرحلة ما قبل الدراسة، كما هدفت إلى معرفة الفروق في أبعاد السلوك التكيفي بينهم. تكونت عينة الدراسة من (16) طفلاً من متلازمة داون، و(16) طفلاً توحدياً، تراوحت أعمارهم بين (1-7) سنوات. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن أطفال متلازمة داون لديهم قدرة على اكتساب المهارات التكيفية والمهارات الحياتية، ومهارات التواصل أكثر من الأطفال التوحديين.

أما ما يخص الدراسات الخاصة بجودة الحياة لدى التلميذات المعاقات ذهنياً، فقد أجرت قنديل (2010) دراسة عن مدى فاعلية برنامج إرشادي في تنمية مهارات الاستقلال الذاتي (الوعي بالذات-حل المشكلات - اتخاذ القرار-الدفاع عن الذات) لدى عينة من (8) تلاميذ من المراهقين المعاقين ذهنياً بدرجة بسيطة، والتحقق من مدى تأثير تنمية تلك المهارات على جودة الحياة لديهم، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في تنمية مهارات الاستقلال الذاتي، وتحسين جودة الحياة لديهم.

كما قام نوتا وفيراري وسوريزي وويمير (Nota, Ferrari, Soresi & Wehmeyer, 2007)، بدراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين الخصائص الشخصية وتقدير الذات والقدرات الاجتماعية، وجودة الحياة لدى الأشخاص المعاقين ذهنياً بدرجة بسيطة ومتوسطة وشديدة. تكونت عينة الدراسة من (41) شخصاً من المعاقين ذهنياً تتراوح أعمارهم بين (16-65) سنة، وتوصلت الدراسة إلى أن المهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي ودرجة الذكاء وتقدير الذات والانتماء الاجتماعي كلها متنبئات بجودة الحياة لدى الأشخاص المعاقين ذهنياً، كما توصلت الدراسة إلى أن مستوى تقدير الذات، والقدرات الاجتماعية تختلف باختلاف درجة الإعاقة، حيث حصل الأشخاص ذوو الإعاقة الذهنية الشديدة على أقل مستوى في تقدير الذات، والقدرات الاجتماعية، وجودة الحياة.

وأجرى شالوك وآخرون (Schalock, et al., 2005) دراسة هدفت إلى تحديد الخصائص الثقافية والعامة لتكوين مفهوم جودة الحياة، وكذلك تحديد تقديرات الأهمية، والاستخدام الذاتي لمؤشرات جودة الحياة (الرفاهية العاطفية، العلاقات الاجتماعية، الرفاهية المادية، النمو والتطور الشخصي، الصحة، الاحتواء الاجتماعي، حرية الإرادة). تكونت عينة الدراسة من (787) فرداً من ذوي الإعاقة الذهنية في مناطق جغرافية مختلفة ومن دول مختلفة (أمريكا اللاتينية، أسبانيا، الصين، كندا والولايات المتحدة الأمريكية).

توصلت الدراسة إلى نتائج، من أهمها وجود فروق في أهمية مفهوم جودة الحياة وفقاً لبيئة المجموعات الجغرافية، كما أشارت الدراسة إلى وجود ارتباط دال بين مؤشرات جودة الحياة لدى عينة الدراسة والخدمات والمساعدات التي تقدم لهم ووجود ارتباط دال قوي بين مؤشر الرفاهية العاطفية والاحتواء الاجتماعي لعينة الدراسة. كما قام لي وبوتي وجان وسوزان (Lee, Bonnie, Jane & Susan, 2004)، بدراسة هدفت إلى تحديد أبعاد جودة الحياة للمعاقين ذهنياً، وتقويم جودة الحياة لديهم من وجهة نظر أمهاتهم. تكونت عينة الدراسة من (30) أمّاً لأشخاص معاقين ذهنياً من عمر (18 - 25) سنة. أشارت الدراسة إلى أن الأمهات بنسبة (73 %) يعتقدن بأن الأنشطة الترفيهية وممارسة الهوايات يعتبران من مكونات جودة الحياة الأساسية لأبنائهن والتي تساعدهن في الاتصال الاجتماعي والإحساس بالسعادة. أما دراسة ويمير وششاورتر (Wehmeyer & Schwartz, 1998) فقد هدفت إلى التعرف على دور تقرير المصير أو حرية الإرادة في تحقيق جودة الحياة لدى الأشخاص المعاقين ذهنياً. تكونت عينة الدراسة من (50) فرداً معاقاً ذهنياً. توصلت الدراسة إلى أن الأفراد الذين يتمتعون بدرجة أكبر من حرية الإرادة يتمتعون بدرجة أعلى من جودة الحياة، أي: أن هناك علاقة إيجابية بين حرية الإرادة وتقرير المصير وبين جودة الحياة.

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

1. اهتمت بعض الدراسات بالتغيرات التي تطرأ على الأطفال المعاقين ذهنياً بازدياد أعمارهم على مهاراتهم التكيفية، منها دراسة آل مطر (2007)، ودراسة السداني (1997)، ودراسة هوج وجريج (Hoge & Gregg, 1994)، أما دراسة جوزيف (Josheph, 1997) فقد ركزت على مدى تأثير العلاقة الزوجية بين الوالدين على سلوكيات الأطفال وعلى مهاراتهم التكيفية، وتناولت دراسة جوستينا (Justina, 1997)، تأثير المعاملة الوالدية، وبالتحديد الحماية الزائدة والمعتدلة على اكتساب الطفل المهارات التكيفية. وكذلك فإن دراسة مورجان (Morgan, 2009) تناولت متغير الدمج وتأثيره على اكتساب المهارات التكيفية عند الأطفال المعاقين ذهنياً. كما ركزت دراسة ماتسون وريفيت وفويستال ودمبيسي وبويسجولي (Matson, Reivet, Fodstal, Dempsey & Boisjoli, 2009) على تأثير شدة إعاقة الطفل على مهارات الحياتية والتكيفية. كما تناولت بعض الدراسات الفروق في أبعاد السلوك التكيفي في مجموعات مختلفة "معاقين ذهنياً، أطفال التوحد، أطفال متلازمة داون" مثل دراسة لوفلاند وكيلي (Loveland & Kelly, 1991).

2. أما الدراسات التي تناولت جودة الحياة فقد اهتمت بمدى تأثير بعض المتغيرات مثل تقدير الذات، والقدرات الاجتماعية والشخصية على جودة الحياة لدى الأشخاص المعاقين ذهنياً منها دراسة نوتا وفيراري وسويزوويمير (Nota, Ferarri, Soresi & Wehmeyer, 2007)، أما دراسة شالوك وآخرين (Schalock, et al., 2005)، فقد هدفت لتحديد الخصائص الثقافية والعامة لتكوين مفهوم جودة الحياة، وذلك من خلال الاستخدام الذاتي لمؤشرات جودة الحياة بينما تناولت دراسة لي وآخرون (Lee, et al., 2004) حيث هدفت إلى تحديد أبعاد جودة

الحياة وتقويمها من خلال أمهات الأشخاص المعاقين ذهنياً. وقد ركزت دراسة ويمير وستشارتز (Wehmeyer & Schwartz, 1998)، على دور تقرير المصير أو حرية الإرادة في تحقيق جودة الحياة لدى الأشخاص المعاقين ذهنياً. أما دراسة قنديل (2010) فقد تناولت قياس مدى فاعلية برنامج إرشادي في تنمية بعض المهارات التكيفية في تحسين جودة الحياة عند الأشخاص المعاقين ذهنياً.

3. تنفرد الدراسة الحالية في تناولها العلاقة بين السلوك التكيفي وجودة الحياة لدى التلميذات المعاقات ذهنياً بدولة قطر. وقد استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في تفسير وتحليل نتائج دراستها، وكذلك في الإطار النظري لدراستها.

مشكلة الدراسة:

يعتبر القصور الواضح في السلوك التكيفي أحد المحكات الثلاثة في تشخيص الإعاقة الذهنية، وعلى الرغم من أن الاعتراف الرسمي بذلك جاء في تعريف عام (1959) للتأخر العقلي بعد سيادة نسبة الذكاء منذ بداية القرن العشرين، إلا أن القصور في الكفاية الاجتماعية كان هو المحك الأول-تاريخياً- في تشخيص الإعاقة الذهنية (Nihira, 1999). ومع انتشار حركة الدمج التربوي والاجتماعي للأشخاص المعاقين ذهنياً تزايد الاهتمام بالمهارات التكيفية، باعتبارها محوراً أساسياً في نجاح حركة الدمج، وفي تدعيم الاتجاهات الإيجابية لأفراد المجتمع نحو الأشخاص المعاقين ذهنياً. ومع تطور البحوث في مجال السلوك التكيفي أصبح هناك اتفاق بين الباحثين على تبني التوجه متعدد العوامل للسلوك التكيفي (multifactorial approach)، والذي يضم المهارات الحركية والجسمية، والمهارات الاستقلالية، والمهارات المعرفية والأكاديمية والتواصل، والمهارات الاجتماعية (Schalock, 1999).

وجاء تدعيم لأهمية المهارات التكيفية من تبني منظمة الصحة العالمية لمنظور جديد ومختلف للإعاقة بصفة عامة، حيث أصبح التركيز على الملاءمة بين حالة الأداء الوظيفي للفرد والمطالب التي تفرضها البيئة التي يعيش في إطارها (World Health Organization, 2001)، وبالنسبة للأشخاص المعاقين ذهنياً فإن الفرق بينهم وبين أقرانهم العاديين يتعلق بطبيعة وحجم أوجه الدعم والمساندة التي يحتاجونها للمشاركة في أنشطة ومجالات المجتمع المحلي الذي ينتمون إليه (Schalock, et al., 2010) وأن الخدمات التكيفية التي تقدم للأشخاص المعاقين ذهنياً لا تقتصر على إكسابهم المهارات الحياتية مثل التدريب على اللبس وطريقة الكلام أو الجلوس والأكل...، وإنما هي كذلك تساعدهم في الاندماج في المجتمع من خلال الخدمات التأهيلية التي تقدم لهم كما أشارت دراسة (Bekemcior, 2009) إلى تأثير تلك الخدمات التأهيلية على التأثير في اتجاهات أفراد المجتمع نحوهم، وتغييرها لتكون اتجاهات إيجابية، كما اعتبر الاندماج مؤشراً لجودة الحياة عند الأشخاص المعاقين ذهنياً.

وتعتبر دراسة جودة الحياة لدى الأشخاص المعاقين عقلياً من الدراسات الحديثة المهمة، حيث أولت الدول العربية والخليجية اهتماماً كبيراً بشؤون المعاقين، وتعمل باستمرار على تزويد المؤسسات الاجتماعية التي ترعى المعاقين بالكوادر الفنية والخبراء

المتخصصين لتحقيق أفضل مستوى ممكن لهم، والتركيز على التطبيع نحو العادية والتكامل البيئي والتبادل الاجتماعي، ويمكن أن يتم ذلك من خلال العلاقات الاجتماعية والأنشطة في المجتمع والتأكيد على المشاركة الأسرية والرقي بالدور الوظيفي الإيجابي للأفراد المعاقين وأسلوب حياتهم، مما يؤثر إيجابياً على إدراكهم لجودة الحياة (الكندري، 2009)، لذا فإن إتاحة الفرصة للمعاقين للتعبير عن مدى رضاهم عن حياتهم سيساعدهم للوصول إلى السعادة؛ لأن السعادة تأتي من خلال رضا الفرد عن ذاته وبيئته التي يعيش فيها، وما توفره هذه البيئة من إمكانيات تساعده على الاستقلالية وتحمل المسؤولية والثقة بالنفس، والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية، كلها تؤدي إلى الاندماج في المجتمع. حيث تشير بعض الدراسات إلى أن الأفراد المعاقين ذهنياً لديهم قصور في المشاركة في الأنشطة الاجتماعية، ويعانون من العزلة وعدم القدرة على تكوين الأصدقاء؛ مما يؤثر على إدراك جودة الحياة لديهم. ومن هذا المنطلق بدأ الاهتمام بالجوانب المختلفة للسلوك التكيفي لدى المعاقين ذهنياً، وأهميته في إدراك مفهوم جودة الحياة لديهم، وكما أن مفهوم جودة الحياة يركز على تطوير البيئة الذي يكتسب من خلاله الأفراد المعاقون المهارات الاجتماعية المختلفة والبرامج والخدمات التي تسهم في تكيفهم واندماجهم في المجتمع وتحسين جودة الحياة لديهم (Kleiner, Mirracle, & Sheppard-Johne, 2007)، ومن هنا تبدو العلاقة بين المتغيرين تبادلية التأثير والتأثر.

ومع تقدم الخدمات الاجتماعية والتربوية في مجال رعاية، وتأهيل الأشخاص المعاقين والاهتمام المتزايد بالأساليب والإستراتيجيات التي تمكنهم وتساعدهم في اقتراب حياتهم إلى حياة الأفراد العاديين، أو كما يسمى بالتطبيع نحو العادية للمعاقين في المجتمعات المختلفة، فإن دولة قطر تعتبر من الدول التي تبذل الجهود المادية والاجتماعية الضخمة لتقديم خدمات عالية الجودة في مجال رعاية المعاقين وتأهيلهم وتطبيعهم نحو العادية.

فالدراسة الحالية تحاول أن تتعرف على طبيعة العلاقة ومداها بين مجالات السلوك التكيفي وأبعاد جودة الحياة، والتي من خلال تلك العلاقة يمكن التنبؤ بإدراك جودة الحياة عند التلميذات المعاقات ذهنياً.

أسئلة الدراسة:

1. ما بروفيل أبعاد السلوك التكيفي لأداء أفراد عينة الدراسة من التلميذات المعاقات ذهنياً؟
2. ما بروفيل أبعاد جودة الحياة لأفراد عينة الدراسة من التلميذات المعاقات ذهنياً؟.
3. ما طبيعة العلاقة الارتباطية بين أبعاد مقياس السلوك التكيفي وأبعاد مقياس جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة من التلميذات المعاقات ذهنياً؟.
4. هل يمكن التنبؤ بجودة الحياة لدى المعاقات ذهنياً من خلال أبعاد السلوك التكيفي؟.

الهدف من الدراسة:

تهدف الدراسة إلى معرفة العلاقة الارتباطية بين السلوك التكيفي وجودة الحياة لدى المعاقات ذهنياً في مركز الشفلح بدولة قطر، وكذلك التعرف على إمكانية التنبؤ بجودة الحياة من خلال أبعاد السلوك التكيفي.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة فيما يلي:

1. توضيح أهمية السلوك التكيفي في تحقيق جودة الحياة عند المعاقات ذهنياً.
2. تساهم عملية التعرف على جودة الحياة للمعاقات ذهنياً في توفير الخدمات الاجتماعية التي تسهم في تكيفيهم الاجتماعي.
3. التعرف على الحاجات الاجتماعية للمعاقات ذهنياً وفهم تلك الحاجات تساعد في تحقيق رضاهم عن أنفسهم وإحساسهم بالسعادة.
4. تساهم الدراسة الحالية في التعرف على العلاقات الارتباطية بين أبعاد السلوك التكيفي، والشعور بجودة الحياة لدى المعاقات ذهنياً من أفراد العينة ومدى دلالاتها.

مصطلحات الدراسة:

تعريف الإعاقة الذهنية Intellectual Disability:

الإعاقة الذهنية تتميز بقصور دال في كل من الأداء الوظيفي الذهني والسلوك التكيفي، كما يظهر في المهارات التكيفية المفاهيمية، والاجتماعية، وتبدأ هذه الإعاقة قبل عمر الثامنة عشرة (Schalock, et al., 2010). وتعتبر الافتراضات الخمسة التالية جزءاً من التعريف لأنها توضح السياق الذي تم في ضوئه إعداد هذا التعريف، كما أنها توضح كيفية تطبيق التعريف، وهي:

1. ضرورة النظر إلى القصور في الأداء الوظيفي الراهن ضمن سياق البيئات المجتمعية النمطية بالنسبة لرفاق الفرد في العمر والثقافة.
2. يجب أن يأخذ التقويم الصادق للفروق في الاعتبار التنوع الثقافي واللغوي، وكذلك الفروق في التواصل والعوامل الحسية والحركية والسلوكية.
3. في نطاق الفرد الواحد غالباً ما توجد أوجه القصور جنباً إلى جنب مع مظاهر القوة.
4. الهدف من توصيف القصور هو إعداد تخطيط بياني الجوانب الدعم والمساندة التي يحتاجها الفرد.
5. مع تقديم الدعم والمساندة الملائمة وعلى مدى فترة زمنية ممتدة، فإن الأداء الوظيفي الحياتي للشخص المتأخر عقلياً سوف يتحسن بوجه عام.

التعريف الإجرائي للتلميذة المعاقة ذهنياً:

التلميذة المعاقة ذهنياً هي التلميذة الملتحقة ببرنامج الخدمات المجتمعية لما بعد المدرسة، والمخصص للأشخاص المعاقين ذهنياً بمركز الشفلح لذوي الاحتياجات الخاصة بدولة قطر، والتي يتراوح معاملُ ذكائها بين (55 - 70) وفق مقياس وكسلر لذكاء الراشدين.

جودة الحياة Quality of Life:

يعرف (جود، 1994) Goode، جودة الحياة على أنها نتاج لتفاعلات فريدة بين الفرد والمواقف الحياتية الخاصة، وكذلك درجة استمتاع الفرد بإمكانياته المهمة في حياته، أو بصورة أخرى إلى أي حد يرى الفرد مدى جودة حياته.

التعريف الإجرائي لجودة الحياة:

هو مجموع الدرجات التي تحصل عليها التلميذة المعاقة ذهنياً بدرجة بسيطة، والملتحقة بمركز الشفلح بدولة قطر، على بنود استبانة جودة الحياة المتمثلة في: الرضا-السعادة-الانتماء الاجتماعي-التمكين.

السلوك التكيفي:

تأخذ هذه الدراسة بتعريف (جروسمان) Grossman، للسلوك التكيفي، وينص على «السلوك التكيفي هو السلوك الفعال في الوفاء بالمطالب الطبيعية والاجتماعية التي تفرضها البيئة على الفرد»، (الشناوي، 1997).

التعريف الإجرائي للسلوك التكيفي:

هو الدرجة التي تحصل عليها التلميذة المعاقة ذهنياً بدرجة بسيطة، والملتحقة بمركز الشفلح بدولة قطر، على مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية _ صورة الأسرة والمجتمع (تعريب: هويدي، 2004).

منهج الدراسة:

تعتمد الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي، حيث يتناسب هذا المنهج والهدف من الدراسة، وهو الكشف عن العلاقة الارتباطية بين أبعاد السلوك التكيفي، وأبعاد جودة الحياة لدى المعاقات ذهنياً في مركز الشفلح بدولة قطر.

مجتمع الدراسة وعينتها:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع التلميذات المعاقات ذهنياً بدرجة بسيطة الملتحقات بمركز الشفلح بدولة قطر، وقد تم اختيار العينة وفق الشروط الآتية:

- أن تكون التلميذة ملتحقة بفصول التهيئة والاندماج في المجتمع بمركز الشفلح.
- أن تكون التلميذة من ذوات الإعاقة الذهنية البسيطة، أي: تقع نسب ذكائها بين (55 - 70) بحسب اختبار وكسلر للذكاء.

- أن لا تكون لدى التلميذة إعاقة أخرى مصاحبة للإعاقة الذهنية.
- ان يتراوح عمر التلميذة بين (16 - 20) سنة.

وقد تكونت عينة الدراسة من (24) تلميذة معاقة ذهنياً بدرجة بسيطة في مركز الشفلح "برنامج الخدمات المجتمعية ما بعد المدرسة، إدارة التأهيل والتدريب والتوظيف".

أدوات الدراسة:

أولاً- مقياس السلوك التكيفي:

تم استخدام مقياس السلوك التكيفي الذي أعدته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي AAMR (سابقاً)، صورة الأسرة والمجتمع، الطبعة الثانية. إعداد: نيهيرا، ليلاند، لاميرس (1993)، تعريب: محمد هويدي (2004).

وأشار (ليلاند) Leland, 1975، إلى شمولية المقياس وفاعليته في قياس أبعاد السلوك التكيفي، وتخطيط برامج الأطفال المعاقين ذهنياً (الروسان، 2000)، ويتكون المقياس من عشرة أبعاد سلوكية تكيفية يتضمن كل بعد عدداً من الأبعاد الفرعية.

مجالات مقياس السلوك التكيفي:

1. مجال الوظائف الاستقلالية Independent Functioning، ويشمل أبعاد تناول الطعام، استخدام الحمام، النظافة، المظهر العام، العناية بالملابس، ارتداء الملابس وخلعها، التنقل، والوظائف الاستقلالية الأخرى.
2. مجال النمو الجسمي، ويشمل النمو الحسي والنمو الحركي.
3. مجال النشاط الاقتصادي، ويشمل أبعاد: التعامل بالنقود وتنظيم الميزانية ومهارات التسوق.
4. مجال النمو اللغوي، ويشمل الأبعاد: التعبير، الفهم اللفظي، والتطور الاجتماعي للغة.
5. مجال الأرقام والوقت.
6. مجال النشاط المنزلي، ويشمل الأبعاد: تنظيف الغرفة، المطبخ، الواجبات المنزلية الأخرى.
7. مجال النشاط قبل المهني/ المهني.
8. مجال التوجيه الذاتي، ويشمل أبعاد: المبادرة، المداومة، وأوقات الفراغ.
9. مجال تحمل المسؤولية.
10. مجال التطبيع الاجتماعي.

طريقة تطبيق المقياس وتصحيحه:

قامت الباحثة بشرح بنود المقياس والهدف من قياسه في اجتماع خاص بمعلمات التلميذات عينة الدراسة، وتوضيح أهمية استخدامه، وتعليمات تطبيق المقياس، والتطبيق العملي مع إحدى المعلمات لتلميذة في المركز لبيان كيفية الإجابة عن فقرات المقياس. وبعد ان تسلمت الباحثة المقاييس من المعلمات تأكدت من الإجابة على جميع الفقرات، ثم قامت

بتجميع درجات المقياس مع المعلمات للتأكد من إجاباتهن.

صدق المقياس:

توافرت دلالات عديدة عن صدق المقياس في صورته الأصلية، منها:

صدق المحتوى:

تم مراجعة الجزء الأول من المقياس بمجالاته وبنوده من خلال مقارنته بمقاييس السلوك التكيفي الأخرى، وتحليل البنود في ضوء محكين، هما درجة تمييز البنود بين مجموعات الأفراد الذين يتضح لديهم مستويات مختلفة من السلوك التكيفي والارتباط بين درجات بنود السلوك التكيفي، ودرجات البنود التي تقيس الذكاء، بحيث يدل الارتباط السالب على استقلالية بنود السلوك التكيفي عن البنود التي تقيس الذكاء. ولتحليل بنود المقياس تم حساب معاملات تمييز تلك البنود بين فئات المستجيبين على المقياس بحسب السلوك الذي يقيسه كل بند.

صدق المحك:

تم تحويل الدرجات على المقياس إلى درجات معيارية لحساب الارتباط بينها وبين الدرجات المعيارية على مقياس فينلاند للسلوك التكيفي، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.3) على محور المسؤولين، و(0.64) على محور النشاط الاقتصادي.

صدق البناء:

تم اختبار هذا النوع من الصدق في ثلاث خطوات:

1. تحديد وحصر المفاهيم والجوانب النفسية المتضمنة في المقياس، وفي ضوء ذلك تم صياغة سبعة أسئلة وفروض مرتبطة بتلك المفاهيم وقابلة للاختيار.
2. تحديد الفروض التي تحدد العلاقة بين الجوانب والمفاهيم بالمقياس.
3. التحقق من صحة الفروض بالطرق المنطقية والأمبريقية.

ثبات المقياس:

تم حساب الثبات في الدراسة الحالية بطريقة الاتساق الداخلي بحسب معادلة كرونباخ ألفا، وبطريقة الاتساق الداخلي ومعاملات الارتباط البينية بين أبعاد مقياس السلوك التكيفي والدرجة الكلية. وقد أسفر هذا عن معاملات الثبات التي يوضحها الجدول الآتي:

جدول (1) معاملات الارتباط البينية بين أبعاد مقياس السلوك التكيفي والدرجة الكلية باستخدام (الاتساق الداخلي)

أبعاد مقياس السلوك التكيفي	المؤشرات الإحصائية	الوظائف الاستقلالية	النمو الجسمي	النشاط الاقتصادي	النمو اللغوي	الأرقام والوقت	النشاط المهني	النشاط المنزلي	التوجيه الذاتي	تحمل المسؤولية	التطبيع الاجتماعي	الدرجة الكلية
الوظائف الاستقلالية	معامل الارتباط	1	0.30	0.71	0.62	0.44	0.64	0.54	0.72	0.68	0.71	0.93
	الدلالة الإحصائية		0.05	0.001	0.001	0.01	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
النمو الجسمي	معامل الارتباط		1	0.31	0.30	0.24	0.46	0.28	0.53	0.56	0.55	0.50
	الدلالة الإحصائية			0.05	0.05	0.05	0.01	0.05	0.001	0.001	0.001	0.001
النشاط الاقتصادي	معامل الارتباط			1	0.24	0.21	0.49	0.34	0.65	0.60	0.50	0.70
	الدلالة الإحصائية				0.05	0.05	0.01	0.05	0.001	0.001	0.001	0.001
النمو اللغوي	معامل الارتباط				1	0.18	0.69	0.62	0.59	0.42	0.67	0.70
	الدلالة الإحصائية					0.001	0.001	0.001	0.001	0.01	0.001	0.001
الأرقام والوقت	معامل الارتباط					1	0.33	0.61	0.48	0.41	0.30	0.49
	الدلالة الإحصائية						0.05	0.001	0.01	0.01	0.05	0.01
النشاط المهني	معامل الارتباط						1	0.52	0.76	0.72	0.71	0.77
	الدلالة الإحصائية							0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
النشاط المنزلي	معامل الارتباط							1	0.43	0.60	0.38	0.59
	الدلالة الإحصائية								0.01	0.001	0.05	0.001
التوجيه الذاتي	معامل الارتباط								0	0.82	0.83	0.88
	الدلالة الإحصائية									0.001	0.001	0.001
تحمل المسؤولية	معامل الارتباط									1	0.82	0.84
	الدلالة الإحصائية										0.001	0.001
التطبيع الاجتماعي	معامل الارتباط										1	0.84
	الدلالة الإحصائية											0.001
الدرجة الكلية السلوك التكيفي	معامل الارتباط											1
	الدلالة الإحصائية											

يتبين من الجدول (1) أن جميع معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس بعضها ببعض ذات دلالة إحصائية، وتراوحت مستويات الدلالة بين (00.01 - 0.05)، بينما تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.21-0.84)، كذلك تراوحت قيم معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية بين (0.50 - 0.93) وجميع القيم دالة عند مستوى (0.001) وهذا يشير إلى تماسك أبعاد الاختبار واتساقه داخلياً، مما يعكس ثبات واتساق المقياس.

جدول (2) معاملات الثبات كرومباخ ألفا لأبعاد مقياس السلوك التكيفي لأفراد العينة الاستطلاعية

البعد	عدد المفردات	معاملات الثبات
الوظائف الاستقلالية	24	0.85
النمو الجسمي	6	0.56
النشاط الاقتصادي	4	0.67
النمو اللغوي	10	0.79
الأرقام والوقت	3	0.74
النشاط المهني	3	0.58
النشاط المنزلي	6	0.76
التوجيه الذاتي	5	0.80
تحمل المسؤولية	3	0.76
التطبيع الاجتماعي	7	0.70
الاختبار ككل	71	0.95

يتبين من الجدول أن قيم معاملات الثبات بطريقة ألفا قد تراوحت لجميع أبعاد مقياس السلوك التكيفي بين (0.56 _ 0.85)، وأن قيمة معامل ألفا للاختبار ككل بلغت (0.95) وهذا يعكس أن المقياس يتمتع بثبات جيد ومناسب لأغراض هذا البحث.

ثانياً- مقياس جودة الحياة:

قامت الباحثة باستخدام استبانة لجودة حياة الطالب من إعداد كيث وشالوك (Keith & Schalock, 1995)، وترجمة: مليحة العبد رب النبي (2009)، وذلك لملاءمتها لأهداف الدراسة، وتهدف الاستبانة إلى تقويم إدراك الطالب لخبرات وتجارب الحياة، وتقيس الأداة جودة الحياة من منظور الطالب الذاتي، فهي تعكس إدراكه لكل ما يتعلق بالبيت والأسرة والصداقات والرضا الذاتي والرفاهة والسعادة، وتفيد هذه الاستبانة في الكشف عن الطلاب الذين يتمتعون بجودة الحياة عالياً، وتعتبر استجابات الأفراد على هذه الأداة «استبانة جودة حياة الطالب» مؤشراً على نجاح البرامج التعليمية والخدمات الإنسانية المقدمة للطلاب.

تتكون استبانة جودة الحياة من (40) بنداً موزعة على أربعة أبعاد، ويضم كل بعد (10) أسئلة، وتدل الدرجة المرتفعة التي يحصل عليها الطالب في النهاية على مدى إدراكه لتمتعه بجودة حياة عالية، كما تدل الدرجة المنخفضة التي يحصل عليها الطالب على مدى إدراكه لجودة حياة بدرجة منخفضة.

وتتكون الاستبانة من أربعة أبعاد:

1. **الرضا (Satisfaction):** ويقصد به الآراء الشخصية التي تعكس الرضا بالظروف الحالية المحيطة به، مع التركيز على الأنشطة المدرسية، وتلك المرتبطة بالمدرسة.
2. **الرفاهية والسعادة (Well Being):** ويقصد بها النظرة العامة حول مشاعر الطالب فيما يتعلق بظروفه الحياتية، بما في ذلك المشكلات الشخصية والقضايا الأسرية.
3. **الانتماء الاجتماعي (Social Belonging):** ويقصد به المشاركة في الأنشطة

والتواصل الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية.

4. **التمكين/ الضبط (Empowerment/ Control):** ويقصد به إتاحة الفرصة لممارسة الضبط من قبل الشخص على أمور حياته، وأن تكون له حرية الاختيار.

طريقة تطبيق الاستبانة وتصحيحها:

قامت الباحثة باستخدام طريقة التطبيق المباشر، حيث إن الاستبانة المستخدمة في الدراسة تقيس جودة الحياة للطالب من المنظور الذاتي، كما أن عينة الدراسة تتكون من التلميذات المعاقات ذهنياً بدرجة بسيطة في مركز الخدمات المجتمعية ما بعد المدرسة، إدارة التأهيل والتدريب والتوظيف بمركز الشفلح. وقد قامت الباحثة بإجراءات التطبيق الآتي:

تم تطبيق الاستبانة فردياً مع كل تلميذة، وذلك بقراءة التعليمات والأسئلة على التلميذة وشرحها لها بدقة، وتكرار السؤال أكثر من مرة، وبطريقة مختلفة للتأكد من سلامة استجابة التلميذة للسؤال، ودقة الإجابة.

أما بالنسبة لتصحيح الاستبانة، فتقوم على تقديم ثلاثة إجابات بديلة لكل سؤال مع الحفاظ على مضمون السؤال، وتتراوح الدرجة التي تحصل عليها التلميذة على كل بعد من (10 - 30) درجة، وتعبر الدرجات المرتفعة عن إدراك موجب لجودة حياة عالية، بينما الدرجات المنخفضة تعبر عن إدراك سالب لجودة حياة منخفضة.

صدق الاستبانة في الدراسة الأصلية:

قامت الباحثة بالتحقق من صدق الاستبانة بحساب صدق التمييز، وذلك بتطبيقها على عينة مكونة من (60) طالبة (30 طالبة معاقة ذهنياً، 30 طالبة من العاديات)، تم اختيارهم بطريقة عشوائية، وقد أشارت نتائج الاختبارات للمجموعات المستقلة (T-Test) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى أقل من (0.001) لصالح التلميذات العاديات، وهذا يشير إلى أن للاستبانة القدرة على التمييز بين المجموعات المتطرقة، وأنها تتمتع بصدق جيد (العبد رب النبي، 2009)، والجدول رقم (3) يوضح ذلك.

جدول (3) نتائج اختبارات (ت) للفرق في متوسط درجات استبانة جودة الحياة بين المعاقات ذهنياً والعاديات

المتغير	المجموعة				قيمة ت	درجات الحرية	مستوى الدلالة
	العاديات		المعاقات ذهنياً				
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري			
الدرجة الكلية في استبانة جودة الحياة	106.00	5.34	67.70	12.22	15.72	58	0.001***

*** دالة عند مستوى أقل أو يساوي 0.001 .

ويتضح من هذا الجدول وجود دلالة فروق في المتوسطات بين عينة العاديين وعينة ذوي الإعاقات لصالح المجموعة الأولى، مما يشير إلى الصدق التمييزي للاستبانة.

ثبات الاستبانة:

قامت الباحثة بالتحقق من ثبات استبانة جودة حياة الطالب، بطريقة الاتساق الداخلي بحسب معادلة كرونباخ ألفا ومعامل الارتباط البيني بين أبعاد مقياس جودة الحياة والدرجة الكلية والجدولان (4، 5) يوضحان ذلك.

جدول (4) معاملات الثبات كرومباخ ألفا لأبعاد مقياس جودة الحياة لأفراد العينة الاستطلاعية

البعد	عدد المفردات	معاملات الثبات
الرضا	10	0.79
السعادة	10	0.80
الانتماء	10	0.68
التمكين	10	0.82
المقياس ككل	40	0.92

يتبين من الجدول رقم (4) أن قيم معاملات الثبات بطريقة كرونباخ ألفا قد تراوحت لجميع أبعاد مقياس جودة الحياة بين (0.68 - 0.82)، وأن قيمة معامل ألفا للاختبار ككل بلغت (0.92) وهذا يعكس أن المقياس يتمتع بثبات جيد ومناسب لأغراض هذا البحث.

جدول (5) قيم معاملات الارتباط المتبادل بين أبعاد مقياس جودة الحياة والدرجة الكلية (الاتساق الداخلي)

معامل الارتباط المتبادل بين أبعاد مقياس جودة الحياة والدرجة الكلية (الاتساق الداخلي)						
		الرضا	السعادة	الانتماء	التمكين	المقياس ككل
الرضا	معامل الارتباط	1	0.63	0.52	0.65	0.82
	الدلالة الإحصائية	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
	عدد أفراد العينة الاستطلاعية	24	24	24	24	24
السعادة	معامل الارتباط		1	0.83	0.60	0.88
	الدلالة الإحصائية			0.001	0.001	0.001
	عدد أفراد العينة الاستطلاعية			24	24	24
الانتماء	معامل الارتباط			1	0.72	0.88
	الدلالة الإحصائية				0.001	0.001
	عدد أفراد العينة الاستطلاعية				24	24
التمكين	معامل الارتباط				1	0.87
	الدلالة الإحصائية					0.001
	عدد أفراد العينة الاستطلاعية					24
المقياس ككل	معامل الارتباط					1
	الدلالة الإحصائية					
	عدد أفراد العينة الاستطلاعية					

يتبين من الجدول، أن قيم جميع معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس بعضها ببعض ذات دلالة إحصائية، وجميعها تقع عند مستوى دلالة (0.001) بينما تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.52 - 0.83) بينما تراوحت قيم معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية بين (0.82 - 0.88) وجميع القيم دالة عند مستوى (0.001)،وهذا يشير إلى تماسك أبعاد الاختبار واتساقٍ داخليّ يعكس مدى ثبات واتساق الاختبار.

نتائج الدراسة وتفسيرها:

السؤال الأول: ما بروفيل أبعاد السلوك التكيفي لأداء أفراد عينة الدراسة من التلميذات المعاقات ذهنياً؟

للإجابة عن هذا السؤال، تم تحويل مجموع الدرجات لكل بعد من أبعاد السلوك التكيفي بحسب أعلى درجة (119)، والذي يمثله بعد الوظائف الاستقلالية، وذلك بطريقة التناسب تم استخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية لأداء أفراد عينة الدراسة في أبعاد السلوك التكيفي والدرجة الكلية، كما يتضح من جدول (3). وقد تم تمثيل قيم المتوسطات في الجدول (3) بيانياً كما هو موضح في الشكل (1).

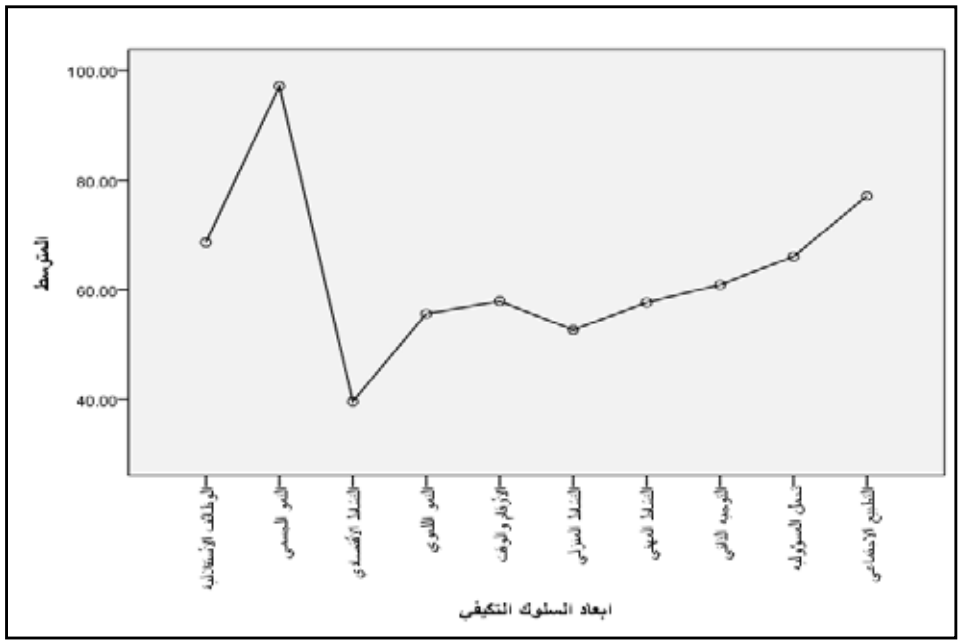
جدول (6) قيم المتوسطات والانحرافات المعيارية لأداء أفراد عينة الدراسة في أبعاد السلوك التكيفي والدرجة الكلية

أبعاد مقياس السلوك التكيفي	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب
الوظائف الاستقلالية	68.66	21.89	3
النمو الجسمي	97.14	19.31	1
النشاط الاقتصادي	39.66	28.00	10
النمو اللغوي	55.65	21.82	8
الأرقام والوقت	57.92	23.81	6
النشاط المهني	52.69	25.30	9
النشاط المنزلي	57.69	35.37	7
التوجيه الذاتي	60.93	35.82	5
تحمل المسؤولية	66.09	29.40	4
التطبيع الاجتماعي	77.12	26.94	2
الدرجة الكلية للسلوك التكيفي	632.12	202.07	

يتبين من الجدول (6)، وبناءً على قيمة المتوسط الحسابي لأبعاد السلوك التكيفي أن بعد النمو الجسمي جاء في المرتبة الأولى، ويليه بعد التطبيع الاجتماعي، وثم الوظائف الاستقلالية وفي المرتبة الأخيرة جاء بعد النشاط المهني، وبالرجوع إلى فقرات المقياس في بعد النمو الجسمي، حيث جاء في المرتبة الأولى وللفئة العمرية لعينة الدراسة (16 - 20) سنة، نجد أن النتيجة منطقية لأن النمو الجسمي هو الذي يؤثر في المهارات التكيفية الأخرى، وأن التلميذات المعاقات ذهنياً بدرجة بسيطة في عمر (16 - 20) سنة ليس لديهن مشاكل في توازن الجسم أو المشي أو الركض والتحكم في حركة اليدين واستعمال الأطراف، ويشير ذلك إلى أن مهارات السلوك التكيفي تختلف باختلاف المراحل العمرية، بل يحدد بناءً على اختلاف المراحل العمرية للأشخاص (Hog & Gregg, 1994). وأن مستوى السلوك

التكيفي يختلف كذلك باختلاف في مراحل النمو الزمني؛ لذا جاء بعد النشاط المهني في المرتبة الأخيرة من حيث درجة المتوسط لأنها مهارة تتطلب قدرة الشخص على ممارسة الاستقلال الذاتي، وتحمل المسؤولية الاجتماعية مع أفراد نفس الفئة العمرية، وكل مرحلة نمو لها خصائصها الحركية واللغوية والجسمية التي تميزها عن غيرها من المراحل التي تؤثر بدورها على تطور ونمو السلوك التكيفي، ولذلك فإن المهارة المطلوب اكتسابها ضمن مهارات السلوك التكيفي في مرحلة التأهيل الاجتماعي، تسبقها مهارات مثل النمو الجسمي والتطبيع الاجتماعي والوظائف الاستقلالية (Heward & Orlansky, 1992).

فالتطبيع الاجتماعي الذي يستمر في أثناء فترة النمو يساعد على اكتساب السلوك الذي يمكن الشخص من التفاعل مع من حوله في الأنشطة الاجتماعية المختلفة؛ ولذا جاء بعد التطبيع الاجتماعي في المرتبة الثانية ويؤثر كذلك على تحمل المسؤولية والتوجيه الذاتي والأبعاد الأخرى.



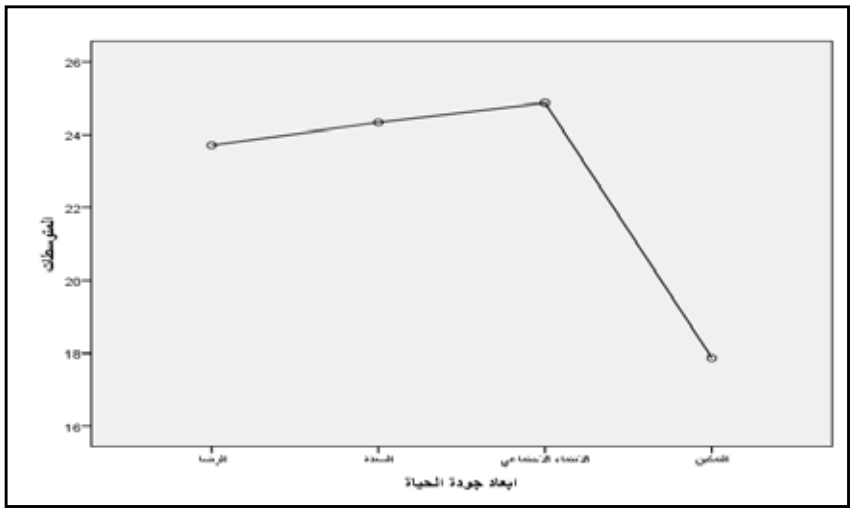
السؤال الثاني: ما بروفيل أبعاد جودة الحياة لأداء أفراد عينة الدراسة من التلميذات المعاقات ذهنياً؟

للإجابة عن هذا السؤال، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء أفراد عينة الدراسة من التلميذات المعاقات ذهنياً على قيم مقياس جودة الحياة، والجدول (7) يبين هذه النتائج.

جدول (7) المتوسطات والانحرافات المعيارية لأداء أفراد عينة الدراسة في أبعاد مقياس جودة الحياة والدرجة الكلية

أبعاد مقياس جودة الحياة	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب
الرضا	23.70	3.66	3
الرفاهية	24.33	3.56	2
الانتماء الاجتماعي	24.87	2.99	1
التمكين والضبط	17.87	4.02	4
الدرجة الكلية	90.79	90.79	

يتبين من الجدول (7) وبترتيب قيم المتوسطات تنازلياً أن بُعد الانتماء الاجتماعي جاء بالمرتبة الأولى من حيث قيمة المتوسط، والرفاهية والسعادة بالمرتبة الثانية علماً بأن الفروق بين هذين البعدين تكاد تكون ضئيلة، يليه بالمرتبة الثالثة الرضا، ونلاحظ من خلال قيم المتوسطات أنها قريبة بين هذه الأبعاد بينما يبتعد التمكين والضبط بفارق كبير عن الأبعاد الأخرى. ولتوضيح هذه النتيجة قامت الباحثة بتمثيلها بيانياً والشكل رقم (2) يبين تمثيل متوسطات أبعاد جودة الحياة.



يتضح من الشكل السابق أن متوسط بُعد الانتماء الاجتماعي يرتفع بقيمة المتوسط عن باقي أبعاد جودة الحياة، وأن بُعد الرفاهية والسعادة يليه بالمرتبة الثانية علماً بأن الفروق بين هذين البعدين تكاد تكون ضئيلة، يليه بالمرتبة الثالثة الرضا، ونلاحظ من خلال قيم المتوسطات أنها قريبة بين هذه الأبعاد بينما يبتعد التمكين والضبط بفارق كبير عن الأبعاد الأخرى. ويمكن تفسير هذه النتيجة أن التلميذة التي لديها انتماء اجتماعي بمعنى مقدار ما تشعر به من المرح والمتعة في الحياة من خلال تعاملها مع زميلاتها وأفراد أسرتها في المواقف الاجتماعية المختلفة في الأندية الاجتماعية أو الأنشطة الترفيهية في المنزل والمدرسة وفي محيط العائلة، كل ذلك ينعكس إيجاباً على الرضا عن المدرسة والأسرة، وأن مشاركة المعاقات ذهنياً أفراد أسرتهم وزميلاتهم في الأنشطة الاجتماعية المختلفة تؤثر في مستوى جودة الحياة لديهن. لأن ممارسة الأنشطة الترفيهية في المواقف الاجتماعية المختلفة تقوي علاقتهن بالآخرين ويساعدهن على التكيف مع المحيطين بهن والاندماج معهم، بالإضافة

إلى الإحساس بالسعادة (الرفاهة) من خلال خبرات الإنجاز والنجاح والشعور بالانتماء والصداقة والخبرات الإيجابية التي تكسبهم مهارات المشاركة في الأنشطة الاجتماعية، حيث تؤكد دراسة لي وآخرين (Lee, et al., 2004) أن المشاركة في الأنشطة وممارسة بعض الهوايات تعتبران من مكونات جودة حياة المعاقين ذهنياً، مما يؤثر إيجابياً على السلوك التكيفي لهن.

ويذكر جيني وسنل (Janney & Snell, 2000)، أن شعور الطلاب المعاقين بجودة الحياة يمكن ترجمتها من خلال مستوى رضا الطالب عن حياته الشخصية في البيت والمدرسة والمجتمع، ويرتبط هذا الرضا بالعلاقات الاجتماعية «الانتماء الاجتماعي» والقدرة على المشاركة في الأنشطة المدرسية والاجتماعية، مما يعبر عن جودة حياة الطلاب المعاقين في الإحساس بالانتماء الاجتماعي، ثم السعادة والرفاهة، وهو ما يؤثر بدوره على مستوى السلوك التكيفي لديهن. وهذا ما يتفق مع نتائج سؤال الدراسة الحالية، حيث جاءت قيم المتوسطات للأبعاد الثلاثة (الانتماء الاجتماعي والرفاهة والرضا) متقاربة جداً، بينما بُعد التمكين بحاجة إلى ثقافة مجتمعية تشكل توجهات قيمية جديدة نحو المعاقين وقبول أدوارهم في المجتمع، وهذا يتطلب تشريعات وقوانين تدفع باتجاه مزيد من عمليات التمكين للمعاقين حتى نصل بهم إلى ما وصل إليه الأشخاص المعاقون في الدول المتقدمة، فعلى سبيل المثال، صرحت الجمعية الأمريكية للإعاقات الذهنية والنمائية عام 2008، في بيان خاص بأنه تم الإعلان عن حق المعاقين عقلياً في التصويت في انتخابات المجلس البلدي في كوسوفو (Kosove). والتي تمثل خطوة متقدمة في مجال دمج المعاقين سياسياً واجتماعياً وإعطائهم الحق في المشاركة في اتخاذ القرارات التي يعتقد أنها مهمة بالنسبة إليهم (الكندري، 2009: 35)

السؤال الثالث: ما طبيعة العلاقة الارتباطية بين أبعاد مقياس السلوك التكيفي وأبعاد مقياس جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة من التلميذات المعاقات ذهنياً؟

للإجابة عن هذا السؤال، تم استخدام معامل الارتباط (بيرسون) للتحقق من طبيعة العلاقة ما بين أبعاد مقياس السلوك التكيفي وأبعاد مقياس جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة، والجدول (8) يبين نتائج هذا التحليل.

جدول (8) قيم معاملات الارتباط البينية بين كل بُعد من أبعاد مقياس السلوك التكيفي، وأبعاد مقياس جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة

أبعاد المقياس السلوك التكيفي	المؤشرات	الرضا	الرفاهة	الانتماء الاجتماعي	التمكين	الدرجة الكلية الجودة
الوظائف الاستقلالية	قيمة الارتباط	0.532**	0.589**	0.479	0.360*	0.565**
النمو الجسمي	قيمة الارتباط	0.252	0.190	0.509*	0.474*	0.409*
النشاط الاقتصادي	قيمة الارتباط	0.503*	0.440*	0.403	0.466*	0.529**
النمو اللغوي	قيمة الارتباط	0.334	0.444*	0.355	0.136	0.361
الأرقام والوقت	قيمة الارتباط	0.82	0.82	0.36	0.15	0.62
النشاط المهني	قيمة الارتباط	0.219	0.96	0.134	0.204	0.192
النشاط المنزلي	قيمة الارتباط	0.242	0.200	0.204	0.223	0.253
التوجيه الذاتي	قيمة الارتباط	0.240	0.252	0.326	0.216	0.259
تحمل المسؤولية	قيمة الارتباط	0.297	0.124	0.198	0.207	0.240
التطبيع الاجتماعي	قيمة الارتباط	0.239	0.196	0.320	0.151	0.255
الدرجة الكلية السلوك التكيفي	قيمة الارتباط	0.456*	0.465*	0.430*	0.319	0.480*

* دالة عند مستوى 0.05. ** دالة عند مستوى 0.01.

ويتبين من جدول (8) أن قيم معاملات الارتباط قد تراوحت بين بعد (الوظائف الاستقلالية) وأبعاد مقياس جودة الحياة بين (0.479 و0.589)، وجميع القيم دالة عند مستوى أقل من (0.01) باستثناء العلاقة بين الوظائف الاستقلالية والتمكين، كما تراوحت قيم معاملات الارتباط بين النمو الجسمي وأبعاد مقياس جودة الحياة بين (0.409-0.509) القيم دالة عند مستوى أقل من (0.05) باستثناء العلاقة بين النمو الجسمي وبعدي الرضا والرفاهة، كما تراوحت قيم معاملات الارتباط بين النشاط الاقتصادي وأبعاد مقياس جودة الحياة بين (0.403 - 0.509) القيم دالة عند مستوى أقل من (0.05)، كما وجدت علاقة بين بعدي النمو اللغوي والرفاهة، وعند مستوى دلالة أقل من (0.05)، كما تراوحت قيم معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للسلوك التكيفي مع أبعاد جودة الحياة بين (0.43 - 0.48)، وجميع القيم دالة عن مستوى أقل من (0.05) باستثناء العلاقة بين الدرجة الكلية للسلوك التكيفي وبعد التمكين، كما أظهرت النتائج، وبالنسبة للأبعاد الأخرى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين بعض أبعاد مقياس السلوك التكيفي، وأبعاد مقياس جودة الحياة.

كما يتضح أن العلاقة الارتباطية بين السلوك التكيفي وجودة الحياة هي علاقة موجبة ومرتفعة في طبيعتها، ولكن العلاقات الدالة إحصائياً تقتصر على بعض أبعاد السلوك التكيفي، وهي على وجه التحديد الوظائف الاستقلالية والنمو الجسمي والنشاط الاقتصادي والنمو اللغوي. بينما كانت العلاقة الارتباطية بين بقية أبعاد السلوك التكيفي غير دالة إحصائياً.

ويمكن تفسير هذه النتائج من خلال نتائج الدراسات السابقة التي أكدت على أهمية اكتساب السلوك التكيفي للشعور بالرضا عن الحياة والانتماء الاجتماعي، وقد أشار سلتزر وكراوس (Seltzer & Krauss, 2001)، إلى أهمية العلاقات العائلية التي وصفها بالحميمية؛ لأنها تعود بالنفع على الشخص المعاق، وتشكل تلك العلاقات المحور الرئيسي في تكوين جودة الحياة للبالغين المعاقين الذين يعيشون مع أسرهم من خلال المشاركة في الأعمال المنزلية والأنشطة الأسرية المفرحة والدعم العاطفي، وتلك العلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي يعتبر مؤشراً لجودة الحياة.

كما يؤكد (Brothwick Duffy, 1992)، على أهمية السلوك التكيفي، وبالتحديد في مجال الوظائف الاستقلالية وتأثير البعد الصحي «الصحة الشخصية» ومدى حصول الأشخاص المعاقين ذهنياً على الخدمات الطبية الضرورية وخدمات الاندماج في المجتمع على جودة الحياة عندهم.

وأشار كذلك إلى أن الأشخاص الذين يعيشون مع أسرهم يحصلون على الدعم العاطفي أكثر من الخدمات المجتمعية، بينما الأشخاص المعاقون الذين يعيشون في مؤسسات الرعاية الخاصة بهم يحصلون على الخدمات الاجتماعية أكثر من الدعم العاطفي.

وكذلك دراسة نوتا، وآخرين (Nota, et al., 2007)، أوضحت أن الأشخاص المعاقين الذين يعيشون مع أسرهم لديهم مهارات استقلالية أكثر من الذين يعيشون في مؤسسات خاصة، وتقدير الذات لديهم أكثر وعينة الدراسة الحالية يعيشون مع أسرهم في بيئات تسودها العلاقات الاجتماعية الفعالة، وكذلك بيئة المدرسة أو مركز الشفلح تقدم لهم خدمات تربوية تأهيلية متميزة من خلال البرامج التربوية التأهيلية على أيدي مهنيين متخصصين في مجال الإعاقة، مما انعكس إيجاباً على تعزيز مهاراتهم التكيفية وتقدير الذات لديهم. كما تتأثر مهارات السلوك التكيفي وجودة الحياة بدرجة الإعاقة ونسبة الذكاء، كلما زادت نسبة الذكاء زادت فرص اكتساب المهارات التكيفية، حيث أظهرت نتائج دراسة ماتسون وزملائه (Matson, et al., 2009) أنه كلما كانت الإعاقة شديدة ومتعددة كانت المهارات التكيفية ضعيفة، بمعنى كلما كانت الإعاقة بسيطة تكون لدى الأشخاص المعاقين مهارات تكيفية عالية، مما يساعد على تكوين جودة الحياة لديهم، وهذا يتفق مع نتيجة الدراسة الحالية، حيث عينة الدراسة من التلميذات المعاقات ذهنياً بدرجة بسيطة.

كما أكدت دراسة (Gabriels, Ivers, Hill, Agnew, & Mcveill, 2007)، أهمية المهارات التكيفية في مجال الإعاقة وأوصت على أن تتضمن الخدمات التربوية المدرسية تلك المهارات لتكون مكملة لما تقوم به الأسرة، وهذا ما يدعمه مركز الشفلح، وتقوم بتقديم تلك الخدمات في مجالات مختلفة من مجالات السلوك التكيفي.

ولجودة الحياة كذلك أهمية خاصة في مجال المعاقين ذهنياً، حيث يذكر كل من براون وبراون (Brown & Brown, 2003)، أن إدراك مفهوم جودة الحياة يقدم رؤية جديدة عن الإعاقة الذهنية، ويهتم بتحديد وتطوير الخدمات والسياسات الاجتماعية التي تُقدم للأشخاص المعاقين ذهنياً.

إن نتائج العديد من الدراسات التي تم الإشارة إليها سابقاً والتي أكدت على دور البيئة الاجتماعية (المنزل ـ المدرسة - الأندية الاجتماعية وغيرها) في إكساب الأفراد المعاقين عقلياً المهارات التكيفية، أكدت تلك الدراسات كذلك أن جودة الحياة من حيث المفهوم والأهداف تهتم بالفرد وبالبيئة، وكذلك بالخدمات التي تقدم للمعاقين ذهنياً من خلال البيئة الاجتماعية بشكل عام.

السؤال الرابع: هل يمكن التنبؤ بجودة الحياة من خلال أبعاد السلوك التكيفي؟

للإجابة عن هذا السؤال، تم استخدام معامل أسلوب الانحدار الخطي المتدرج Stepwise Liner Regression Model، والذي يبين أبعاد مقياس السلوك التكيفي (متنبئات)، والتي يمكن من خلالها التنبؤ بمدى جودة الحياة، وكذلك معاملات وثوابت معادلات الانحدار عند كل منها، بالإضافة لمعاملات الارتباط المتعدد (R) ومربعاتها التي تحدد مقدار ما تفسره أبعاد مقياس السلوك التكيفي (متنبئات) من التباين بمدى جودة الحياة، وقد تم استخدام مستوى الدلالة (0.05) كمحك إدخال أو حذف المتنبئ إلى النموذج، والجدول (9) يوضح ذلك.

جدول (9) نتائج تحليل الانحدار للمتنبئ لأبعاد مقياس، والذي يمكن من خلاله التنبؤ بدرجة أبعاد جودة الحياة لدى التلميذات المعاقات ذهنياً

المتنبئ	المتنبأ به	ثابت الانحدار	قيمة بيتا	مستوى الدلالة	التباين المفسر
الوظائف الاستقلالية	الرضا	17.78	0.09	0.007	% 28
الوظائف الاستقلالية	الرفاهة والسعادة	17.79	0.09	0.002	% 35
النمو الجسمي	الانتماء الاجتماعي	17.56	0.07	0.01	% 26
النمو الجسمي	التمكين	8.7	0.09	0.02	% 23

أشارت هذه النتائج، كما هو مبين في الجدول السابق، إلى أنه يمكن التنبؤ بدرجة جودة الحياة (الرضا) لدى المعاقات ذهنياً من خلال (النموذج الأول) ويمثله، الوظائف الاستقلالية بدلالة (0.007) وقد فسر هذا البعد ما نسبته (28 %) من مجموع التباين في الأداء (الرضا). كما أشارت هذه النتائج إلى أنه يمكن التنبؤ بدرجة جودة الحياة (الانتماء الاجتماعي) لدى المعاقات ذهنياً من خلال (النموذج الأول) ويمثله الوظائف الاستقلالية بدلالة (0.002) وقد فسر هذا البعد ما نسبته (35 %) من مجموع التباين في الأداء (الرفاهة والسعادة). كما أشارت هذه النتائج إلى أنه يمكن التنبؤ بدرجة جودة الحياة (الانتماء الاجتماعي) لدى المعاقات ذهنياً خلال (النموذج الأول)، ويمثله النمو الجسمي بدلالة (0.01) وقد فسر هذا البعد ما نسبته (26 %) من مجموع التباين في الأداء (الانتماء الاجتماعي)، كما أشارت هذه النتائج إلى أنه يمكن التنبؤ بدرجة جودة الحياة (التمكين) لدى المعاقات ذهنياً من خلال (النموذج الأول)، ويمثله النمو الجسمي بدلالة (0.02)، وقد فسر هذا البعد ما نسبته (23 %) من مجموع التباين في الأداء (التمكين).

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين بعض أبعاد مقياس السلوك التكيفي وأبعاد جودة الحياة، ويعني ذلك أنه كلما كانت التلميذات عينة الدراسة تتمتع بمهارات السلوك التكيفي كان مستوى جودة الحياة لديهن عالياً، ويعود ذلك إلى المهارات التي اكتسبتها التلميذات المعاقات ذهنياً في بيئة المنزل وتم تعزيزها، بالإضافة إلى كل ذلك

تدريبهن على اكتساب مهارات أعلى في المدرسة (مركز الشفلح) أدى إلى إحساسهن بالرضا عن الحياة والإحساس بالسعادة وتطوير العلاقات الاجتماعية والتفاعلات الاجتماعية مما ساعدهن على التكيف مع أنفسهن، ومع المحيطين بهن والاندماج في المجتمع، بالإضافة على الشعور بالرضا والانتماء والألفة والصداقة، وهذه النتيجة تشير إلى أن جودة الحياة التي تسهم المهارات التكيفية في تنميتها لدى المعاقات ذهنياً تأتي من خلال اكتساب الخبرات والاستعدادات الشخصية، والتغيرات التي تحصل في المجتمع.

وهذه النتيجة تتفق مع دراسة نوتا، وآخرين (Nota, et al., 2007) التي أشارت إلى أن المهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي ودرجة الذكاء وتقدير الذات والانتماء الاجتماعي كلها متنبئات لجودة الحياة. وأن جودة الحياة لا يمكن أن تتحقق إلا إذا توافرت لدى الأشخاص المعاقين الدافعية للنمو الذاتي والاستقلالية والتفاعل مع الآخرين.

أما دراسة مورجان (Morgan, 2009) فقد أشارت إلى أن الطلاب المعاقين ذهنياً بدرجة شديدة، والمدمجين في مدارس التعليم العام، لديهم مستويات أعلى في أبعاد السلوك التكيفي مقارنة بأقرانهم من الطلاب المعاقين ذهنياً بدرجة شديدة في مدارس التربية الخاصة، ولكنهم لا يختلفون فيما بينهم في جودة الحياة. ويرجع هذا الاختلاف إلى الاختلاف في درجة الإعاقة بين الدراسة الحالية ودراسة (Morgan). وبالنظر إلى نتائج الدراسة في السؤال الرابع، وفي جدول (9) نرى أن الوظائف الاستقلالية من أقوى المتنبئات لبعد الرفاهية والسعادة والرضا عن الحياة، حيث يشير ذلك إلى أن الوظائف الاستقلالية التي تتمتع بها التلميذات عينة الدراسة، والمتمثلة في قدرتهن على استعمال أدوات المائدة، وتناول الطعام في الأماكن العامة، وآداب المائدة واستخدام الحمام والعناية الشخصية والنظافة والصحة الشخصية والمظهر العام والتنقل ومعرفة الاتجاهات وغيرها من المهارات الاستقلالية أدت إلى الرفاهية والسعادة في الحياة والرضا عن المدرسة (مركز الشفلح). كذلك فإن محتوى البرنامج التعليمي والخبرات التي تم اكتسابها في المدرسة، كل ذلك أدى إلى ارتفاع مستوى الرضا لديهن عن البيئة التعليمية والمنزلية بشكل عام.

كما أشارت نتائج السؤال الرابع إلى النمو الجسمي، والمتمثل في النمو الجسمي والحركي من خلال المشي والتحكم في حركة اليدين، واستعمال الأطراف بشكل جيد يؤدي إلى الانتماء الاجتماعي والتمكين. وتلك عوامل تساعد على الاندماج في المجتمع من خلال ممارسة الأنشطة الترفيهية والاجتماعية التي تحقق التوازن النفسي الذي يؤدي إلى الرضا عن الحياة والاندماج في المجتمع والمشاركة في الأنشطة المجتمعية.

ويتفق بعض الباحثين كشالوك، وكيث، وهوفمان، وكارن (Schalock, Keith, Hoffman & Karan, 1989)، وجيني وسنل (Janney & Snell, 2000) على أن درجة جودة الحياة لدى المعاقين ذهنياً تتحدد لديهم بمدى رضاهم عن حياتهم، وعن المحيط الاجتماعي (المدرسة والبيت)، ومشاركتهم في أنشطة المجتمع، وهذا ما يتضح من نتائج الدراسة الحالية، حيث النمو الجسمي والوظائف الاستقلالية كل منهما يساعد التلميذات على الانخراط في المجتمع وممارسة الأنشطة المختلفة؛ مما يؤدي إلى التنبؤ بجودة الحياة عندهم، هذا ما يؤكده شالوك وآخرون (Schalock, et al., 2007)، مما يؤثر إيجابياً على أنماط السلوك التكيفي لديهم.

ومن الجدير بالذكر هنا أن الدراسة الحالية كانت على عينة من تلميذات مركز الشفلح في إدارة التأهيل والتدريب والتوظيف، ومن «قسم الخدمات المجتمعية ما بعد المدرسة»، حيث تقوم هذه الإدارة بتهيئة التلميذات المعاقات ذهنياً بدرجة بسيطة بعد الانتهاء من البرنامج التعليمي التربوي إلى الخدمات المجتمعية وفق ميول التلميذات في الوظيفة، فقد كانت بعض التلميذات من عينة الدراسة يتلقين التدريب في مكتبة جامعة قطر، وذلك تمهيداً لتوظيفهن في المكتبة بعد إتقانهن لعملية الفهرسة، ويأتي ذلك ضمن برنامج تمكين ذوي الاحتياجات الخاصة. والذي يكفل للمعاق تلقي الخدمات التي يوفرها المجتمع للجميع، كما أنه يزيد من منح ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة الفرصة المناسبة لتلقي التعليم والتدريب والمشاركة في الحياة العامة أسوة بأقرانهم العاديين، وبالقدر الذي تسمح به قدراتهم واستعداداتهم. كما تعتمد جودة حياة المعاق على ما يقدم له من خدمات تساعد على تلبية احتياجاته ومدى رضاه عن تلك الخدمات. وفي دراسة أجراها شالوك وآخرون (Schalock, et al., 2005)، توضح أهمية مفهوم جودة الحياة بالنسبة للمعاقين، حيث أشارت النتائج إلى أن هناك تقارباً قوياً بين المجموعات الجغرافية المختلفة (أمريكا اللاتينية، أسبانيا، الصين، كندا، الولايات المتحدة الأمريكية) فيما يتعلق بالتقديرات لجودة الحياة، وفي ذلك تأكيد لما توصلت إليه الدراسة الحالية في دولة قطر، من أن ما تقدمه من خدمات لتمكين المعاقين ذهنياً وحول أهمية اكتسابهم المهارات التكيفية، ودفعهم نحو المشاركة في الأنشطة المجتمعية، وإكسابهم فرص التدريب والتوظيف بحسب قدراتهن وميولهن، مما يعكس شعورهن الإيجابي بجودة الحياة.

توصيات الدراسة:

في ضوء نتائج الدراسة الحالية توصي الباحثة بما يلي:

1. ضرورة تبني مركز الشفلح لذوي الاحتياجات الخاصة بدولة قطر مشروع إعداد برنامج تدريبي لتنمية المهارات التكيفية لدى الأطفال المعاقين ذهنياً، وذلك لتحسين جودة الحياة عندهم باختلاف أعمارهم.
2. تطوير البرامج التربوية في مركز الشفلح لتتضمن المهارات التكيفية من بداية التحاق التلاميذ بالمركز.
3. عقد دورات تدريبية للعاملين بمركز الشفلح في تفعيل الخدمات المدرسية لتشمل أبعاد السلوك التكيفي وإشراك أولياء الأمور في تلك الدورات.
4. تعميم مشروع إدارة التأهيل والتدريب والتوظيف بمركز الشفلح على مراكز التدريب في دول مجلس التعاون الخليجي، وذلك لتعميم الفائدة، حيث يمنح هذا المشروع الأشخاص المعاقين ذهنياً بدرجة بسيطة الفرص الجيدة في المشاركة في الحياة العامة أسوة بأقرانهم العاديين.

المراجع

أولاً ـ المراجع العربية:

الروسان، فاروق (2000). الذكاء والسلوك التكيفي. الرياض: دار الزهراء.

قنديل، إيمان (2010). فاعلية برنامج إرشادي في تنمية مهارات الاستقلال الذاتي لتحسين جودة الحياة لدى عينة من المراهقين المعاقين عقلياً القابلين للتعلم. مجلة كلية التربية، 81، جامعة بنها.

السداني، راشد (1997). دراسة نمائية لأبعاد السلوك التكيفي لدى الأطفال المصابين بمتلازمة داون (رسالة ماجستير غير منشورة) جامعة الخليج العربي، المنامة.

الشناوي، محمد (1997). التخلف العقلي: الأسباب ذ التشخيص - البرامج. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

الكندري، هيفاء (2009). العمل الاجتماعي مع ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

العبد رب النبي، مليحة (2007). الفروق في ممارسة الأنشطة المجتمعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى التلميذات المعاقات ذهنياً المدمجات بالمملكة العربية السعودية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الخليج العربي، المنامة.

آل مطر، فايز (2007). دراسة نمائية مقارنة لأبعاد السلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال التوحديين والأطفال المعاقين عقلياً في المملكة العربية السعودية (رسالة ماجستير غير منشورة) الجامعة الأردنية، عمّان.

ثانياً ـ المراجع الأجنبية:

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.

Borthwick-Duffy, S. (1992). Quality of life and care in mental retardation. In l. Rowitz (Ed.), Mental Retardation in the year 2000 (PP.111-140). New York: Springer. Verlag.

Brown, I., & Brown, R. (2003). Quality of life and disability: An approach for community practitioners. London: Jessica King Slay Publishers.

Brown, R. (1988). Quality of life amongst handicapped people. New York: Groomhelm.

Cummins, R. (1997). Self-rated quality of life scales for people with intellectual disability. *Journal of Applied, Research in Intellectual Disability*, **10 (3), 199-216.**

Felce, D., & Perry, J. (1997). Quality of life: The scope of the term and its breadth of measurement. In R. Brown (Ed.), Quality of life for people with disabilities: Models, research and practice (pp.56-77). Chetenham: Stanley Thrones Publisher Ltd.

Felce, D., & Perry, J. (1996). Assessment of quality of life. In R. L. Schalock (Ed.), Quality of Life: Conceptualization and Measurement (pp.63-72). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Gabriels, L., Ivers, J., Hill, E., Agnew, A., & Mcveill, J. (2007). Stability of adaptive behaviors In middle school children with autism spectrum disorders. Research in Autism Spectrum Disorders 1, 291-303.

Goode, D. (1994). Quality of life for persons with disabilities: International perspectives and issues. Cambridge, Ma: Brookline.

Heward, W., & Orlansky, M. (1992). Exceptional Children, (4th ed.). New York: Merrill.

Hunt, N., & Marshall, K. (1994). Exceptional children and youth. Washington: Houghton

Mifflin Company.

Janney, R., & Snell, M. (2000). Behavioral support. Baltimore: Brookes.

Joseph, C. (1997). The effect of parenting alliance on children's adjustment (Unpublished doctoral dissertation), University of North Carolina, North Carolina.

Justina, P. (1997). The effects of parent warmth and parent control: A study of children with mental retardation and their primary caregivers (Unpublished doctoral dissertation), University of California, California.

Keith, K., & Schalock, R. (1995). Quality of Life Questionnaire. Worthington, OH: IDS.

Kleiner, H., Mirracle, S., & Sheppard-Johne, K. (2007). Including students with moderate and sever intellectual disability in school extracurricular and community recreation activeities. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities 45, (1), 46-55.

Koscinlek, J. (2005). Structural equation model of the consumer directed theory of empowerment in a vocational rehabilitation context. Rehabilitation Counseling Bulletin, 49, 40-49.

Lee, M., Bonnie R., Jan, B., & Susan, S. (2004). Quality of life for young and adults with severe Intellectual disability: Mothers thoughts and reflections. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, **29, (2), 131-146.**

Loveland, K., & Kelly, M. (1991). Development of adaptive behavior in pre-schoolers with Autism or Down Syndrome. *American Journal on Mental Retardation*. **96 (1), 13-20.**

Matson, L., Rivet, T., Fodstal, C., Dempsey, T., & Boisjoli, A. (2007). Examination of adaptive behavior differences in adults with autism spectrum disorders and intellectual disabilities. Research in Developmental Disabilities. Louisiana State University. United States.

Morgan, S. (2009). Adaptive behavior, self-determination, and quality of life for students with severe disabilities in inclusive and self-contained placements (unpublished doctoral dissertation). Teacher College, Columbia University.

Nihira, K., Leland, H., & Lambert, W. (1996). AAMR. Adaptive Behavior Scale-Residential and Community. (2 ed.). Washington: AAMR.

Nihira, K. (1999). Adaptive behavior: A historical overview. In R. Schalock & D. Schalock (Eds.), Adaptive behavior and its measurement (pp.7-14). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Nota, L., Ferrari, L., Soresi, S., & Wehmeyer, M. (2007). Self-determination, social abilities and quality of life of people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, **51 (11), 850-865.**

Perry, J., & Felce, D. (2002). Subjective and objective quality of life assessment: Responsiveness, response bias, and resident proxy concordance. American Association on Mental Retardation, 40, (6), 445-456.

Schalock, R. (1991). The concept of life in the lives of persons with mental retardation. Paper Presented at the Annual Meeting of the American Association on Mental Retardation. Washington, DC.

Schalock, R. (1996). Quality of life: Conceptualization and measurement (Vol.1). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Schalock, R. (Ed). (2002). Quality of Live Perspective and Issue. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Schalock, R., & Alonso, M. (2002). Handbook on quality of life for human service pratitioners. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Schalock, R., Gardner, J., & Bradleye, V. (2007). Quality of life for people with intellectual and other developmental disabilities. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

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.**

Schalock, R., Keith, K., Hoffman, K., & Karan, O. (1989). Quality of Life: Its measurement and use. American Association on Mental Retardation, 27, (1), 25-31.

Schalock, R. (1999). The merging of adaptive behavior and intelligence: Implications for the field of mental retardation. In R. Schalock & D. Schalock (Eds.), Adaptive behavior and its measurement (pp.43-59). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., & Graige, E. (2010). Intellectual disability: Definition, Classification, and systems of supports (11th ed.). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Seltzer, M., & Krauss, M. (2001). Quality of life of adults with mental retardation/ developmental disabilities who live with family. Mental Retardation and Developmental Disabilities, 7, 105-114.

Taylor, S., & Bopgden, R. (1990). Quality of life and individual perspective. In R. L.: Schalock (Ed.), Quality of life: Perspective and issue (pp70-110). Washington, DC: American Association on Mental Retardation

White, D., & Dodder, R. (2000). The relationship of Adaptive and maladaptive behavior to social outcomes for individuals with developmental disabilities. Disability & Society. 6, 897-909.

Wehmeyer, M., & Schwartz, M. (1998). The relationship between self determination and quality of life for adults with mental retardation. Education and Training in Mental Retardation and Development Disabilities, 33, (1), 3-12.

World Health Organization (2001). International classification of functioning, disability, and health (ICF). Geneva: Author.

دعوة إلى الباحثين العرب
للمشاركة في المرحلة الثالثة
من مشروع مبارك العبد الله المبارك الصباح
للدراسات العلمية الموسمية

تسترعى الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية انتباه الباحثين العرب بأنها سوف تبدأ باستقبال وتمويل الخطط البحثية للمشاركة في مشروع الدراسات العلمية الموسمية، والذي يهدف لتشجيع الباحثين القيام بالدراسات والبحوث المتعلقة بالطفولة العربية واحتياجاتها وفقاً للقواعد التالية:

يجب أن يعالج موضوع الدراسة مشكلة متعلقة بالطفولة العربية، وتعطى أولوية للدراسات ذات الامتدادات الاقليمية.

- يجب أن تكون الدراسة أمبريقية، مع التقيد بأن يكون الحد الأعلى لصفحات الدراسة خمسين صفحة فقط.
- مدة الدراسة ثمانية أشهر من تاريخ الموافقة عليها.
- يقدم الباحث خطة تفصيلية للدراسة، وتخضع هذه الخطة للتحكيم وفق شروط الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية.
- يلتزم الباحث التزاما كاملاً بما جاء في خطة الدراسة التي تمت الموافقة عليها.
- يلتزم الباحث بتقديم تقارير مرحلية عن كيفية سير الدراسة.
- لا تُقبل الدراسات والبحوث المستلة من رسائل الماجستير أو الدكتوراه أو بحوث سبق نشرها.
- لا تلتزم الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية بإعادة المشروعات التي لا تحظى بالموافقة.
- يتقدم الباحث للجمعية بميزانية مالية لتكاليف البحث من كل وجوهه.
- تقوم الجمعية بدراسة خطة البحث والتكاليف المالية، وعند إقرارها توقع مع الباحث عقداً ينظم عملية التنفيذ وتغطية التكاليف المالية الخاصة بها.
- تكون حقوق النشر الناجمة عن البحث العلمي محفوظة للجمعية على أن يوضع اسم الباحث على الدراسة التي يقوم بتنفيذها.
- ترسل جميع المكاتبات تحت اسم الدراسات الموسمية إلى رئيس المشروع على العنوان التالي:

الدكتور/ حسن علي الابراهيم
رئيس مجلس الإدارة
الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية
ص.ب: 23928 الصفاة
الرمز البريدي: 13100 ـ دولة الكويت
تلفون: 24748250 / 24748479
فاكس: 24749381
البريد الإلكتروني: haa49@qualitynet.net