



جامعه بنها

كلية التربية النوعية

قسم رياض الاطفال

فاعلية برنامج قائم على المشاركة المجتمعية لتحسين التفاعل الاجتماعي وجودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإصابة الدماغية

إعداد

أ.م.د / أمل عبيد مصطفى محمد

استاذ مساعد علم نفس الطفل

قسم الطفولة المبكرة والتربية

كلية التربية النوعية – جامعة بنها

٢٠٢٣م – ١٤٤٥هـ

فاعلية برنامج قائم على المشاركة المجتمعية لتحسين التفاعل الاجتماعي وجودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإصابة الدماغية

الملخص

استهدف البحث الحالي تحسين التفاعل الاجتماعي و جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإصابة الدماغية، من خلال برنامج قائم علي برنامج قائم على المشاركة المجتمعية، والتعرف على مدى استمرارية فاعلية البرنامج بعد انتهاء التطبيق من خلال التقييم التتبعي، وتحقيقاً لهذا الهدف تكونت عينة البحث من (١٠) أطفال من ذوي ذوي الإصابة الدماغية البسيطة، ممن تراوحت أعمارهم بين (٤-٦) سنوات، وقد تم التجانس بين المجموعة التجريبية في متغيرات (العمر - الذكاء - التفاعل الاجتماعي - جودة الحياة)، واستخدمت الباحثة الأدوات التالية، اختبار المصفوفات المتتابعة الملونة لجون رافن (ترجمة تقنين: عماد أحمد حسن علي، ٢٠١٦)، مقياس التفاعل الاجتماعي لأطفال الإصابة الدماغية الموجه للمعلمات والأمهات (إعداد الباحثة)، ومقياس التفاعل الاجتماعي المصور لأطفال الإصابة الدماغية (إعداد الباحثة)، ومقياس جودة الحياة لأطفال الإصابة الدماغية الموجه للمعلمات والأمهات (إعداد الباحثة)، ومقياس جودة الحياة المصور لأطفال الإصابة الدماغية (إعداد الباحثة)، والبرنامج القائم على المشاركة المجتمعية (إعداد الباحثة)، وأسفرت النتائج عن: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد (المجموعة التجريبية) في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التفاعل الاجتماعي لأطفال الإصابة الدماغية الموجه للمعلمات والأمهات وعلى مقياس التفاعل الاجتماعي المصور لأطفال الإصابة الدماغية لصالح القياس البعدي، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد (المجموعة التجريبية) في القياسين القبلي والبعدي على مقياس جودة الحياة لأطفال الإصابة الدماغية الموجه للمعلمات والأمهات، وعلى مقياس جودة الحياة المصور لأطفال الإصابة الدماغية لصالح القياس البعدي، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال أفراد (المجموعة التجريبية) في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج) على كل من مقياس التفاعل الاجتماعي لأطفال الإصابة الدماغية الموجه للمعلمات والأمهات، ومقياس التفاعل الاجتماعي المصور لأطفال الإصابة الدماغية، ومقياس جودة الحياة لأطفال الإصابة الدماغية الموجه للمعلمات والأمهات، ومقياس جودة الحياة المصور لأطفال الإصابة الدماغية.

الكلمات المفتاحية:

التفاعل الاجتماعي- جودة الحياة - الإصابة الدماغية- المشاركة المجتمعية.

The effectiveness of a community-based participation program to improve social interaction and quality of life in children with Cerebral Palsy

Abstract

The current research aimed to improve social interaction and quality of life for children with Cerebral Palsy, through a program based on a program based on community participation, and to identify the extent of the continuity of the effectiveness of the program after the end of the application through follow-up evaluation. To achieve this goal, the research sample consisted of (10) Children with simple cerebral palsy, whose ages ranged between (4-6) years. The experimental group was homogeneous in variables (age - intelligence - social interaction - quality of life), and the researcher used the following tools, John Raven's Colored Progressive Matrices Test (Translated by: Imad Ahmed Hassan Ali, 2016), the Social Interaction Scale for children with Cerebral Palsy directed to teachers and mothers (prepared by the researcher), the Illustrated Social Interaction Scale for children with Cerebral Palsy (prepared by the researcher), and the Quality of Life Scale for children with Cerebral Palsy directed to teachers and mothers (prepared by the researcher), the illustrated quality of life scale for children with Cerebral Palsy (prepared by the researcher), and the program based on community participation (prepared by the researcher). The results resulted in the presence of statistically significant differences between the average ranks of the scores of individuals (the experimental group) in the pre- and post-measurements on the social interaction scale for children with Cerebral Palsy directed to teachers and mothers and on the pictorial social interaction scale for children with Cerebral Palsy in favor of the post-measurement, there are statistically significant differences between the average ranks of the scores of individuals (the experimental group) in the pre- and post-measurements on the quality-of-life scale for children with Cerebral Palsy directed to teachers and mothers, and on the quality of life scale. The Illustrated Life of children with Cerebral Palsy is in favor of the post-measurement, and there are no statistically significant differences between the average ranks of the children's scores (the experimental group) in the post- and follow-up measurements (one month after the end of implementing the program) on each of the social interaction scales for children with Cerebral Palsy directed to teachers and mothers. The Illustrated Social Interaction Scale for children with Cerebral Palsy, the Quality-of-Life Scale for children with Cerebral Palsy directed to teachers and mothers, and the Illustrated Quality of Life Scale for Children with Cerebral Palsy.

key words:

Social interaction - quality of life - Cerebral Palsy - community participation.

مقدمة

إن الإصابة الدماغية تعتبر نوع من أنواع الإعاقة الحركية، فهي تنتج عن تلف في المخ في فترة الحمل أو أثناء الولادة أو بعدها، وينتج عن ذلك عجز حركي قد يصاحبه قصور في الجوانب المعرفية والانفعالية والاجتماعية والحسية، وهذا القصور الحركي يظهر في شكل ضعف في الحركة أو خلل في التناسق الحركي، أو فقدان القدرة على ضبط الحركات كليًا أو جزئيًا.

ومشكلات تأهيل الأطفال ذوي الإصابة الدماغية لا تنحصر فقط في مجال تعليمهم القراءة والكتابة، ولكن تشمل أيضًا مشكلات التواصل، فهؤلاء الأطفال يعانون من قصور في خصائصهم الانفعالية والسلوكية والجسمية والمعرفية، وذلك يؤثر بطريقة سلبية على تفاعلهم الاجتماعي والذي يعد من المهارات الأساسية في الحياة اليومية (عبد العزيز، ٢٠١٧، ٦٥).

إن الأطفال ذوي الإصابة الدماغية يعانون من ضعف في مهارات التفاعل الاجتماعي ويظهر ذلك في عمر مبكر من حياتهم، ويفتقد الطفل القدرة على التواصل مع المحيطين بهن مما يؤدي إلى عدم رغبته في تكوين صداقات والاتجاه نحو العزلة الاجتماعية (الروسان، ٢٠١٨، ٦٩).

وحديثًا بدأ الاهتمام بمفهوم جودة الحياة من المهتمين بدراسة علم النفس، وانتشر هذا الاهتمام على المستوى العالمي ولم يقتصر على مجتمعات محددة، فتحسين جودة الحياة من الأمور المهمة المؤثرة في حياة الطفل ذو الإصابة الدماغية والتي تساعده في التوافق كل مراحل حياته (الخليفي، ٢٠١٩، ٤١).

ويجب التأكيد على أهمية البرامج التي تهدف إلى تحسين جودة حياة الأطفال ذوي الإصابة الدماغية، وأن تشمل هذه البرامج كل جوانب الحياة النفسية والصحية والأسرية، والاجتماعية (Street, & Magee, 2020: 383).

والمشاركة المجتمعية لها دور فعال في تنمية مهارات وقدرات الأطفال ذوي الإصابة الدماغية، كما أنها تساعدهم أيضًا على بناء العلاقات الهادفة وتحقيق الصحة العقلية والنفسية، وترتبط المشاركة المجتمعية بجودة الحياة والتفاعل الاجتماعي، لأنها من المعايير الأساسية التي نحكم من خلالها على توافق الطفل مع بيئته، فالطفل السوي هو الذي يندمج مع البيئة المحيطة به ولا يعيش منعزلًا عن الآخرين (بهجت، ٢٠٢٢: ٨١).

ومن خلال ما سبق نبعت فكرة البحث الحالي في محاولة لتحسين التفاعل الاجتماعي وجودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإصابة الدماغية وذلك من خلال برنامج قائم على المشاركة الاجتماعية.

مشكلة البحث

من خلال الخبرة الميدانية للباحثة في العمل الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة لاحظت الباحثة أن الأطفال ذوي الإصابات الدماغية يعانون من قصور وضعف في التفاعل الاجتماعي ومستوى جودة الحياة، وذلك نظراً لتزايد الاضطرابات الفسيولوجية والنفسية والجسدية لدى حالات الأطفال ذوي الإصابات الدماغية، الذي يظهر عادة على شكل عجز حركي ومشاكل حسية وحركية، ولذلك فإن هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى برامج تدخل مبكر تساعد على تطوير قدرات الطفل والتي تمكنه من التواصل والتفاعل مع من حوله.

وهذا ما أشارت إليه العديد من الدراسات السابقة والتي من بينها دراسة (أحمد، ٢٠١٦)، (الخفش، وعوني، ٢٠١٧)، (عبد العزيز، ٢٠١٧)، (Street, 2018)، (مرزوق، ٢٠١٩)، (Ando, 2019)، (عبد الله، ٢٠١٩)، (Friis, 2019)، (مصطفى ٢٠١٩)، (Mutoh, 2020)، (كامل، ٢٠٢٠)، (عبيد، ٢٠٢١)، (Peyroteo, 2021)، (Janzen, 2022).

وبالرغم من أهمية المشاركة المجتمعية في العمل مع الأطفال ذوي الإصابات الدماغية، فقد وجدت الباحثة ندرة في استخدام البرامج التي تقوم على المشاركة المجتمعية مع الأطفال ذوي الإصابات الدماغية والتي بدورها تساهم في تنمية التفاعل الاجتماعي الإيجابي لديهم، مما يساعد في تحسين جودة الحياة لديهم.

وتأسيساً على ما سبق وجدت الباحثة أن المشاركة المجتمعية انصب ما يكتسبه الطفل ذو الإصابات الدماغية لتحسين التفاعل الاجتماعي مما يؤثر بالإيجاب على جودة حياته، وتأكيد ذاته وتحقيق التكيف بينه وبين البيئة المحيطة من خلال تعديل أو تغيير في سلوكياته.

ومن هنا جاء إحساس الباحثة بالمشكلة وضرورة بناء وتصميم برنامج لتحسين التفاعل الاجتماعي وجودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإصابات الدماغية، من خلال المشاركة المجتمعية باعتبارها واحدة من أهم الأساليب التي تؤثر بشكل إيجابي في حياة الأطفال.

وفي ضوء ما سبق تتحدد مشكلة البحث الحالي في المحاولة عن الإجابة عن الأسئلة التالية:

- ما فاعلية برنامج قائم على المشاركة المجتمعية لتحسين التفاعل الاجتماعي وجودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإصابات الدماغية؟
- ما إمكانية استمرار فاعلية البرنامج في تحسين التفاعل الاجتماعي وجودة الحياة لدى ذوي الإصابات الدماغية بعد مرور فترة زمنية من تطبيقه؟

أهداف البحث

يستهدف البحث الحالي تحقيق الأهداف التالية:

- تحسين التفاعل الاجتماعي وجودة الحياة لدى ذوي الإصابة الدماغية وذلك من خلال برنامج قائم على المشاركة المجتمعية.
- التحقق من فاعلية برنامج قائم على المشاركة المجتمعية لتحسين التفاعل الاجتماعي وجودة الحياة لدى ذوي الإصابة الدماغية.
- التحقق من استمرارية فاعلية البرنامج لتحسين التفاعل الاجتماعي وجودة الحياة لدى ذوي الإصابة الدماغية بعد مرور فترة زمنية من تطبيقه.

أهمية البحث

تتمثل أهمية البحث الحالي في جانبين أساسيين وهما الجانب النظري والجانب التطبيقي على النحو

التالي:

[أ] الأهمية النظرية:

- يثري البحث الجانب المعرفي في مجال التربية وعلم النفس عن مفهوم التفاعل الاجتماعي وجودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإصابة الدماغية.
- إلقاء الضوء على أهمية استخدام البرامج التي تستند على المشاركة المجتمعية في تحسين التفاعل الاجتماعي وجودة الحياة.
- يُقدم البحث مزيد من المعلومات والحقائق عن مفهوم التفاعل الاجتماعي وجودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإصابة الدماغية.
- توجيه انتباه الباحثين إلى مدخل معرفي حديث نسبياً في تحسين التفاعل الاجتماعي وجودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإصابة الدماغية.
- الاهتمام بدراسة خصائص وسمات الأطفال ذوي الإصابة الدماغية في مرحلة الطفولة المبكرة وهي المرحلة التي يكتسب فيها الطفل خصائصه الشخصية، وتتمو لديه المهارات والقدرات والإمكانات اللازمة لتعلم المهارات المختلفة.

[ب] الأهمية التطبيقية:

وتتمثل الأهمية التطبيقية للبحث الحالي فيما يلي:

- يمكن أن يكون البحث إسهامًا يستفيد منه الباحثون في إجراء مزيد من الدراسات والبحوث حول برامج أخرى تساعد في تحسين التفاعل الاجتماعي وجودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإصابة الدماغية.
- كما تكمن أهمية البحث في الوصول لبعض النتائج التي يمكن تعميمها على المجتمع الأصلي للبحث الذي تم اختيار منه عينة الأطفال ذوي الإصابة الدماغية.
- الاستفادة من البحث الحالي في إعداد دراسات وبرامج تختص بفئة الأطفال ذوي الإصابة الدماغية، وذلك نظرًا لندرة الأبحاث فيها حسب حدود علم الباحثة.
- تصميم وبناء برنامج قائم على المشاركة المجتمعية في تحسين التفاعل الاجتماعي وجودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإصابة الدماغية.

المفاهيم الإجرائية للبحث

• المشاركة المجتمعية

تعرفها الباحثة إجرائياً بأنها: مدى مشاركة الأطفال ذوي الإصابة الدماغية (العينة التجريبية) مع الأسرة والأقران والمحيطين، في الأنشطة الجماعية المتعددة الترفيهية والرسمية بنشاط وتفاعل، مثل زيارة الأماكن الأثرية والسياحية والمتاحف، والمشاركة في المناسبات الاجتماعية.

• التفاعل الاجتماعي Social Interaction

عرفه (الداهري، ٢٠٢١) بأنه قدرة الفرد على التحرك نحو الآخرين، وإقباله عليهم، وحرصه على التعاون معهم، والاتصال بهم، والتواجد وسطهم، والانشغال بهم، والاهتمام بأمورهم، والعمل على جذب اهتمامهم وانتباههم نحوه، ومشاركتهم انفعاليًا، والتواصل معهم، والسرور لتواجده بينهم.

وعرفته الباحثة إجرائياً بأنه: عملية تأثير متبادل بين الطفل ذو الإصابة الدماغية والآخرين تجاه موقف ما على المستوى العقلي المعرفي أو الانفعالي، وقدرته على تكوين الصداقات، ومشاركة الآخرين وجدانيًا، والتعاون معهم وتدعيم علاقاته بهم، كما يقاس بالدرجة التي يحصل عليها الطفل على مقياس التفاعل الاجتماعي المستخدم في البحث الحالي.

• جودة الحياة Quality of Life

عرفها (Keawutan, et al, 2018) بأنها " مجموعة من العوامل التي ترتبط بالجانب الصحي وتمثل في جميع المجالات التي يمكن أن تتأثر بجوانب الصحة، كالجوانب البدنية والنفسية والاجتماعية وتشير الجوانب البدنية (الجسمية) إلى الوظيفة الجسمية أو الخلل الجسمي الملحوظ، وتتكون الوظيفة النفسية من آثار إيجابية وسلبية كالحالة النفسية للمريض، أما الجانب الاجتماعي فإنه يشير إلى القدرة على إجراء الأنشطة المرتبطة بالدور المجتمعي، ومنها غير مرتبط بالجانب الصحي، وتشير جودة الحياة المرتبطة بالصحة العامة إلى تقييم ذاتي لصحة الشخص ككل".

وعرفتها الباحثة إجرائياً بأنها: قدرة الطفل ذو الإصابة الدماغية البسيطة على التوازن بين الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية لتحقيق الرضا عن الحياة والاندماج والتفاعل والاستمتاع بكل الأنشطة الحياتية، وشعوره بالسعادة، وتحسين العلاقات الاجتماعية والتعليمية، وتقبله لذاته، وتقاس بالدرجة التي يحصل عليها الطفل الإصابة الدماغية البسيطة في مقياس جودة الحياة.

• الأطفال ذوي الإصابة الدماغية Cerebral Palsy Children:

عرفهم (Bregman, 2020) بأنهم الأطفال الذين يتصفون بالعجز الحركي الناتج عن تلف غير متطور في الدماغ، ويحدث في الفترة المبكرة من الحياة، ويكون مصحوباً باضطرابات حركية. وتُعرف الباحثة الأطفال الإصابة الدماغية إجرائياً: بأنهم الأطفال الذين لديهم إصابة دماغية بسيطة، والذين لا يحتاجون لعلاج دائم وذلك لعدم وجود عيوب في الكلام لدى الأطفال، كما يستطيعون السير بدون أجهزة مساعدة، ويستطيعون أداء احتياجاتهم اليومية بأنفسهم، ويعانون من قصور وانخفاض في مستوى التفاعل الاجتماعي وجود الحياة.

محددات البحث

- ١- محددات مكانية: تم تطبيق البرنامج التدريبي المستخدم في البحث الحالي في مركز (عقيل الطحلاوي للعلاج الطبيعي) بمدينة بنها، بمحافظة القليوبية.
- ٢- محددات زمنية: تم تطبيق برنامج البحث خلال الفترة من ٦ / ٣ / ٢٠٢٢م حتى ٦/٩ / ٢٠٢٢م، واستغرق التطبيق فترة (١٤) أسبوعاً، بواقع (٣) جلسات في الأسبوع، بمجموع (٤٢) جلسة.
- ٣- محددات منهجية:

(أ) العينة البشرية: تكونت عينة البحث التجريبية من (١٠) أطفال ذوي الإصابة الدماغية البسيطة، ممن تراوحت أعمارهم (٤-٦) سنوات، وقد تم التكافؤ بين المجموعة في متغيرات (العمر الزمني - مستوى الذكاء - التفاعل الاجتماعي - جودة الحياة)، وقد راعت الباحثة عند اختيار العينة استبعاد الأطفال الذين يعانون من أية إعاقات أخرى غير الإصابة الدماغية البسيطة وذلك وفقاً لمحك الاستبعاد.

(ب) المنهج: يعتمد البحث الراهن على المنهج شبه التجريبي، كما يعتمد على التصميم التجريبي ذي المجموعة التجريبية الواحدة.

(ج) الأدوات: استخدمت الباحثة الأدوات التالية:

- ١- اختبار المصفوفات المتتابعة الملونة لجون رافن (ترجمة تقنين: عماد حسن ، ٢٠١٦)
- ٢- مقياس التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للمعلمات والأمهات (إعداد: الباحثة).
- ٣- مقياس التفاعل الاجتماعي المصور لدى الأطفال ذوي الإصابة الدماغية (إعداد: الباحثة).
- ٤- مقياس جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للمعلمات والأمهات (إعداد: الباحثة).
- ٥- مقياس جودة الحياة المصور لدى الأطفال ذوي الإصابة الدماغية (إعداد: الباحثة).
- ٦- برنامج قائم على المشاركة المجتمعية لتحسين التفاعل الاجتماعي وجودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإصابة الدماغية. (إعداد الباحثة)

الإطار النظري والدراسات سابقة

أولاً: الإصابة الدماغية

أشارت (محمد، ٢٠٢١) إلى أن الإصابة الدماغية هي مرض عضوي عصبي يصيب مراكز الدماغ المسؤولة عن الحركة، ويؤثر ذلك على قدرات الطفل الحركية والسمعية والبصرية، وقررتاه على التحكم العضلي والتآزر البصري الحركي، وتختلف درجة الإصلبة ونوعها حسب مكان ونوع الإصابة في مراكز الدماغ.

- مفهوم الإصابة الدماغية:

عرف (Maher,et al, 2017) الإصابة الدماغية بأنها عبارة عن اضطراب في التحكم في العضلات مما يسبب صعوبة في الحركة وخللاً في وضعيات الجسم المختلفة، وينتج عن ذلك تلف في جزء ما من خلايا الدماغ التي تتحكم في الحركة، ويحدث هذا التلف إما خلال مرحلة ما قبل الولادة، أو أثناء الولادة، أو بعد الولادة في فترة الرضاعة، مما يترتب عليه أن تتلقى العضلات أمر خطأ من الدماغ مما يؤدي إلى التشنج أو الارتخاء في تلك العضلات.

بينما أشار (Champagne, et al, 2018) إلى الإصابة الدماغية بأنها إعاقة تحدث بسبب تلف في جزء من خلايا الدماغ المسؤولة عن الحركة والتوازن لدى الطفل، ويحدث ذلك قبل اكتمال نمو خلايا الدماغ، ويحدث ذلك للطفل خلال المرحلة من الحمل وحتى اكتمال السنة الثانية من العمر، ولذلك يشار إلى أن الإصابة الدماغية ليست وراثية باستثناء بعض الحالات النادرة.

وتُعرف (Haire, et al, 2021) الإصابة الدماغية بأنها مصطلح شائع يصف مجموعة من الاضطرابات التي تحدث نتيجة تلف في الجهاز العصبي المركزي (الدماغ والحزم العصبية) أثناء مرحلة النمو الجنينية أو أثناء الولادة أو في مرحلة الطفولة المبكرة يؤدي إلى ضعف بدني يؤثر على حركة الجسم والتناسق والاتزان ووضعية الجسم (الوقوف- الجلوس) ويكون مصحوبًا باضطرابات دائمة في الإحساس والاتصال، والإدراك، والتصور، والسلوك.

وذكرت (Popat, et al, 2021) أن الإصابة الدماغية هي "تغير غير طبيعي يطرأ على الحركة أو الوظائف الحركية، ينتج عن تشوه أو إصابة في الأنسجة الدماغية، ويشمل مجموعة من الأعراض التي تتمثل في ضعف الوظائف العصبية، نتيجة لخلل في بنية أو نمو الجهاز العصبي المركزي، ويؤدي ذلك إلى اضطرابات حسية أو معرفية أو انفعالية".

- مظاهر وأعراض الإصابة الدماغية

تعتبر الإصابة الدماغية من الإعاقات النمائية أو الاضطرابات العصبية الحركية، فهي أحد حالات الإعاقات المتعددة التي تصاب فيها خلايا المخ بتلف، وغالبًا ما تتم الإصابة به أثناء فترة الحمل للجنين أو بعد الولادة مباشرة، والإصابة الدماغية اضطراب يتصل بعدم القدرة على الحركة ولا نستطيع أن القول بأن الإصابة الدماغية تعتبر مرضاً وذلك لأنها غير قابلة للعلاج، وتدرج الإصابة من البسيطة إلى الشديدة، والطفل المصاب بالإصابة الدماغية يستطيع أن يعيش حياة جيدة إذا تلقى برامج تدريبية مناسبة (الشريف، ٢٠١٨: ٩٤).

وهناك مجموعة من الأعراض والمظاهر التي ترتبط بطبيعة الإصابة الدماغية ومنها الشلل الحركي العارض، فهو الأكثر تواجدًا بين هذه الأعراض، فهو اضطراب في النمو الحركي في مرحلة الطفولة المبكرة، يحدث نتيجة تشوه أو تلف في الأنسجة العصبية الدماغية، مصحوبًا باضطرابات

حسية أو معرفية أو انفعالية، كما تعتبر الإصابة الدماغية أحد الإعاقات الجسمية في الجانب الحركي، وتظهر على شكل ضعف في الحركة، أو شبه إصابة، أو عدم تناسق في الحركة تسببه مناطق الحركة في الدماغ (طه، ٢٠٠٢: ١٣٩).

وتوجد مجموعة من المؤشرات أو العلامات والأعراض التي تدل على إصابة الطفل بالإصابة الدماغية، ومنها أن لون بشرة الطفل المصاب تميل إلى اللون الأزرق، وذلك بسبب التقلص الحاصل بالعضلات والذي يؤثر على الأوعية الدموية، وكذلك يكون لدى الطفل المصاب صعوبة في البلع والمضغ، كما أنه يكون غير قادر على أن يدير رأسه باتجاه اليمين أو الشمال عند لمس خده (Schiariti, et al, 2018: 49).

ويعاني الأطفال ذوي الإصابة الدماغية من عدم القدرة على الحركة أو السيطرة على أعضاء الجسم مما يؤثر على الوظائف الحركية، وأهم مظاهر هذه الإصابة:

- اضطراب التوافق الحركي لدى الطفل مما يعيقه عن السيطرة على حركاته بطريقة إرادية، وخاصة في الأطراف السفلية أو الجذع، والشلل الجزئي في جميع الأطراف أو بعضها.
- الإصابة بالإعاقة العقلية؛ حيث يعاني نصف المصابين بالإصابة الدماغية من إعاقة عقلية ونلاحظ أنه كلما زاد تلف المخ، كلما ارتفعت نسبة الإعاقة العقلية، كما تقدر نسبة ممن يعانون من الصرع من أطفال الإصابة الدماغية بنحو (٣٣%).
- يعاني الأطفال ذوي الإصابة الدماغية من مشكلات بالتغذية، وذلك نتيجة عدم إتقان عمليات التوافق ما بين عمليات المص والبلع، وتشير إلى ذلك العديد من الدراسات إلى أن غالبية الأطفال يعانون من صعوبات في تناول الغذاء بدرجات متفاوتة وفقا لشدة الإصابة.
- توجد بعض التغييرات التي تصاحب الأطفال الذين يعانون من الإصابة الدماغية في عامهم الأول مثل العصبية الشديدة، وصعوبات النوم، آلام حادة في البطن، مشاكل في التغذية، صعوبة في الرضاعة والبلع، عدم ازدياد الوزن، إصدار حركات مستمرة تشبه التشنجات.
- لديهم مشكلات لديهم تتعلق بتركيز الانتباه واضطراب الإدراك البصري والسمعي مما يعطل تعلم القراءة والحساب والمهارات اللازمة للكتابة ولا يستطيعون مواصلة العملية التعليمية بسهولة (الخفش، وعوني، ٢٠١٧: ٦٤) (Martín-Valero, et al, 2018: 33) (مصطفى، ٢٠١٩: ٨٢-٨٤).

وهذا ما أشارت إليه دراسة (المناصري، ٢٠٢٠) والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين حالات الصرع وحالات الأطفال ذوي الإصابة الدماغية الولادي، وتكونت عينة الدراسة من الأطفال المترددين على عيادات المخ والأعصاب للأطفال، وكانت من أهم النتائج وجود علاقة ارتباطية بين حالات الصرع و الإصابة الدماغية نتيجة عدم نمو المخ بطريقة موازية لجسم الأطفال ووجود خلل في الإشارات المخية الناتجة من المخ إلى العضلات الحركية مما يتسبب في حدوث الصرع عند الأطفال

ذوي الإصابة الدماغية، ودراسة (Stergiou, & Ntzani, 2020) فقد أظهرت النتائج أن الأطفال ذوي الإصابة الدماغية النصفي التشنجي البسيط كانت لديهم القدرة على تشكيل الأصابع أقرب إلى الوضع الطبيعي عند إمساكهم بشيء معين، وأن هناك علاقة طردية بين أداء المهارات الاستقلالية وشدة الإصابة الدماغية.

كما أن أطفال الإصابة الدماغية لديهم مشكلات في اللغة والكلام نتيجة ضعف التناسق بين العضلات المسؤولة عن الكلام، وهذا ما أشارت إليه دراسة دراسة (Nirit, & Galm, 2017) والتي هدفت إلى التعرف على الارتباطات بين حدة وخطورة القيود الحركية والمصاعب المعرفية ومشكلات اللغة والتخاطب الحركي لدى الأطفال ذوي الإصابة الدماغية، وبلغت عينة الدراسة (٣٦) طفلاً من ذوي الإصابة الدماغية، وأشارت النتائج إلى أن درجة الذكاء والمشكلات الحركية الوظيفية تؤثر على مهارات اللغة لدى الأطفال ذوي الإصابة الدماغية.

ثانياً: التفاعل الاجتماعي Social Interaction

إن مفهوم التفاعل الاجتماعي هو الذي يشكل جوهر الشخصية الاجتماعية في علاقتها مع الآخرين، فعندما يُطلق على الإنسان أنه كائن اجتماعي، فذلك ليس لطبيعته البيولوجية فقط، ولكن بسبب اشتراكه وتفاعله مع الآخرين في ظل الحياة الاجتماعية.

ويعاني الأطفال ذوي الإصابة الدماغية من قصور في مهارات التفاعل الاجتماعي، كما يتجنبون تكوين الصداقات والتفاعل مع أقرانهم، وعند حثهم على التواصل مع الآخرين في المدرسة أو في محيط الأسرة فإنهم يشعرون بالقلق (Demetriou, et al, 2016,274).

والتفاعل الاجتماعي الإيجابي هو تلك التفاعلات الإيجابية التي تحدث بين الأطفال، وهذه التفاعلات لها دور كبير في النمو الاجتماعي والانفعالي الإيجابي عند الأطفال، فالأطفال الذين يتفاعلون مع أقرانهم بنجاح يستطيعون تكوين صداقات قوية ومستمرة. (Bovey & Strian,2017: 785)

مفهوم التفاعل الاجتماعي:

عرف (الخطيب، ٢٠٢٠) التفاعل الاجتماعي بأنه علاقة متبادلة بين فردين أو أكثر يتوقف سلوك أحدهما على سلوك الآخر، أو يتوقف سلوك كل منهما على سلوك الآخر، وعملية التفاعل الاجتماعي عملية مستمرة ومتواصلة، فهي تحدث في كل مكان في البيت، وفي المدرسة، وفي الشارع، وفي كل مكان يجتمع فيه الأفراد، وتحدث من جرائه عملية احتكاك وتفاعل.

كما أشار (Carol, 2020) إلى التفاعل الاجتماعي بأنه العملية التي يؤثر بها الأشخاص على بعضهم البعض من خلال تبادل الأفكار، والمشاعر، وردود الفعل بطريقة مشتركة. بينما ذكر (مرعي، بلقيس، ٢٠٢١) أن التفاعل الاجتماعي يشير هو تلك العملية المتبادلة بين طرفين في موقف ما، ويكون سلوك أي منهما مثيرا لسلوك الطرف الآخر، ويحدث هذا التفاعل عادة عبر وسيط معين (لغة، أنشطة، تدريبات)، ويتم خلال ذلك التفاعل تبادل رسائل معينة ترتبط بهدف محدد، فالتفاعل الاجتماعي أشكال ومظاهر مختلفة تؤدي إلى علاقات اجتماعية معينة.

النظريات المفسرة للتفاعل الاجتماعي:

لقد تعددت النظريات التي حاولت تفسير عملية التفاعل الاجتماعي، وفيما يلي عرض موجز لأهم تلك النظريات:

[١] **النظرية السلوكية:** يرجع السلوكيون عملية التفاعل الاجتماعي بين الأفراد إلى نظرية المثير والاستجابة والتعزيز التي نادى بها سكنر، فهم يرون أن الكائن البشري ليس سلبياً في تفاعله، بل هو يستجيب للمثيرات أو المنبهات التي تصادفه في البيئة خلال عملية التنشئة الاجتماعية التي تقوم أساساً على التفاعل الاجتماعي (يكوش، ورجول، ٢٠٢١: ٣١٤).

ويشير أصحاب هذه النظرية إلى أن عملية النمو الاجتماعي هي حصيلة تعلم أشكال السلوك المختلفة التي تم تعزيزها ثم تكررت إلى أن أصبحت جزءاً من شخصية الفرد (مرعي، بلقيس، ٢٠٢١: ٥١).

ويرى السلوكيون أن التفاعل الاجتماعي يحدث وفقاً للشروط التالية:

- ١- أن تكون الاستجابات متبادلة، فيكون سلوك الفرد مؤثراً أو منبهاً لسلوك الآخر.
- ٢- توافر موقف اجتماعي معين ليحدث التقبل.
- ٣- توافر التعزيز لضمان تكرار الإستجابة الهادفة.
- ٤- القيم الاجتماعية السائدة وقواعد السلوك المتعارف عليه.
- ٥- اعتبار التفاعل الاجتماعي نظاماً، حيث يعرف النظام بأنه الكيان الذي يتضمن عدد من العناصر التي يلعب كل عنصر منها دوراً خاصة به، وتكامل هذه العناصر المكونة للنظام فيما بينها وظيفية، وتشارك في تحقيق هدف مشترك واحد وتكون العلاقات بينها تبادلية، وتعتبر الأسرة والمدرسة صورة لذلك النظام.
- ٦- حصول عملية الإنماء الاجتماعي التي هي محصلة عملية التعلم لمختلف أنماط السلوك التي تم تعزيزها فتتابع تكرارها إلى أن أصبحت جزءاً من شخصية الفرد أو الجماعة. (الخطيب، ٢٠٢٠: ٦٣-٦٤)

ثالثاً: جودة الحياة Quality of Life

إن مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الحديثة ولهذا لم يتم الاتفاق على مفهوم موحد لها، فأحياناً يستخدم مصطلح جودة الحياة للتعبير عن ارتفاع مستوى جودة الخدمات التي تقدم للأفراد، وأحياناً أخرى يستخدم للتعبير عن مدى إشباع هذه الخدمات لاحتياجات الأفراد (حبيب، ٢٠١٧، ٨١)

مفهوم جودة الحياة Quality of Life

مفهوم جودة الحياة هو مفهوم نسبي، فهو يتغير بتغير نظرة الفرد للأمور وبتغير ظروف معيشته وبتغير المرحلة العمرية، لكن في العموم فإن مفهوم جودة الحياة يرتبط باحتياجات الفرد النفسية والاجتماعية والبدنية والعقلية، وإشباع هذه الاحتياجات يعتبر من مقومات جودة الحياة للفرد (قنطار، ١٩٩٢: ١٣٥).

عرف (فتحي، ٢٠١٨) جودة الحياة بأنها "درجة إحساس الفرد بالتحسن المستمر لجوانب شخصيته من الأبعاد النفسية والمعرفية والاجتماعية والثقافية والرياضية والدينية والجسمية والتنسيق بينها، مع تهيئة المناخ المزاجي والانفعالي المناسبين للعمل والإنجاز، كل ذلك مع تبنى فلسفة التطوير والتحسين لمواجهة الأزمات واتخاذ القرارات المرتكزة على الحقائق والوقاية من الأخطاء قبل الوقوع فيها، وفي إطار الإدارة الجيدة لتنظيماته المعرفية والوجدانية والنفوس حركية، مع تبنى نظام معلوماتي حياتي مترابط شامل للمناعة النفسية وتحسين المهارات الأساسية لحل المشكلات".

وعرفتها (شقيير، ٢٠٢١) بأنها "أن يعيش الفرد حالة جيدة متمتعاً بصحة بدنية وعقلية وانفعالية على درجة من القبول والرضا، وأن يكون قوى الإرادة صامداً أمام الضغوط التي تواجهه، ذا كفاءة ذاتية واجتماعية عالية، راضياً عن حياته الأسرية والمهنية والمجتمعية، محققاً لحاجاته وطموحاته، واثقاً من نفسه غير مغرور ومقدرًا لذاته بما يجعله يعيش شعور السعادة، وبما يشجعه ويدفعه لأن يكون متفائلاً لحاضرة ومستقبله، و متمسكاً بقيمته الدينية والخلقية والاجتماعية، منتمياً لوطنه ومحباً للخير ومدافعاً عن حقوقه وحقوق الغير، ومتطلعاً للمستقبل".

وعرف (Cummins, 2021) جودة الحياة بأن يعيش الفرد في حالة جيدة متمتعاً بصحة بدنية وعقلية وانفعالية على درجة من القبول والرضا، وأن يكون قوى الإرادة، صامداً أمام الضغوط التي تواجهه، ذا كفاءة ذاتية واجتماعية عالية، راضياً عن حياته الأسرية والمهنية والمجتمعية، محققاً لحاجاته وطموحاته، واثقاً من نفسه، غير مغرور، ومقدرًا لذاته بما يجعله يعيش شعور السعادة، وبما يشجعه ويدفعه للتفاؤل بحاضره ومستقبله، و متمسكاً بقيمه الدينية والخلقية والاجتماعية، منتمياً لوطنه ومحباً للخير، ومدافعاً عن حقوقه وحقوق الغير، ومتطلعاً للمستقبل.

رابعاً: المشاركة المجتمعية

إن المشاركة المجتمعية أصبحت ضرورية في مجال التعليم، فالمدرسة لن تستطيع أن تؤدي دورها في عزلة عن المجتمع الخارجي، فهي جزء من هذا المجتمع وتتأثر به وتتفاعل معه، لذلك يجب أن تستفيد المدرسة من الخدمات المقدمة من المجتمع للتطوير التعليم (Ashida, & Heaney, 2017: 42).

مفهوم المشاركة المجتمعية:

عرف (Parten, 2018) المشاركة المجتمعية بأنها "مشاركة الأطفال في الأنشطة الجماعية الرسمية وغير الرسمية للجماعات الإجتماعية".

وأشار (Simpson, et al, 2019) إلى أن المشاركة المجتمعية هي "مقدار المشاركة في الأنشطة المتعددة التي تتضمن العمل مع الأصدقاء والمشاركة في الأنشطة الترفيهية الجماعية".
و عرف (Hanks, & Eckland, 2020) المشاركة الإجتماعية بأنها "الاشتراك والانهاك في الأنشطة التي تتضمن تفاعل مع الآخرين نموهم وتوافقهم الاجتماعي العام والشعور بالكفاءة الذاتية والتنشئة الإجتماعية".

ومما سبق تعرف الباحثة المشاركة المجتمعية بأنها "قدرة الطفل على الاندماج مع أصدقائهم في الأنشطة الحياتية المختلفة مثل المناسبات الاجتماعية والأنشطة الترفيهية، وذلك يؤدي إلى توافقهم الاجتماعي".

أهداف المشاركة المجتمعية في تعليم الأطفال ذوي الإصابة الدماغية:

- إن مشاركة الطفل في أنشطة المشاركة المجتمعية تسهم في تحقيق الأهداف التالية:
 - بناء العلاقات: فالمشاركة في الأنشطة المجتمعية تساعد الأطفال على تكوين عدد كبير من الصداقات واستمرارها، وتساعدهم أيضا على تكوين علاقات طيبة مع المحيطين بهم من المعلمين وغيرهم.
 - التعاون: حيث إن الأنشطة المشتركة تشجع الأطفال للتعاون والعمل لتحقيق هدف محدد.
 - العمل الجماعي: ترتبط أنشطة المشاركة المجتمعية بشكل غير مباشر ببناء روح الجماعة والالتزام المجتمعي.
 - التواصل: تساعد المشاركة المجتمعية للطفل على الإنصات والتعبير الإيجابي، فالتواصل الجيد والفهم المشترك يجعل الأطفال أكثر تفتحاً على الخبرات الإجتماعية والاستعداد للمشاركة.
- (Gilmour, 2015: 3-5) (Lam, et al, 2018: 359)

أنواع المشاركة المجتمعية للأطفال ذوي الإصابات الدماغية إلى:

- مشاركة الطفل في الأحداث المجتمعية.
- مشاركة الطفل في الأنشطة البدنية المنتظمة.
- مشاركة الطفل في الجماعات والعمل التطوعي.
- مشاركة الطفل في التجمعات الرياضية أو الدينية.
- تجمع الطفل مع الأطفال الآخرين.
- الزيارات والرحلات الخارجية. (Simpson, et al, 2018: 99)

أهمية المشاركة المجتمعية للأطفال ذوي الإصابات الدماغية:

إن التعليم يعتبر من أهم سبل تفعيل حقوق الطفل، وذلك من خلال توفير ضمانات الصحة الجيدة والحرية والرفاهية والأمن والمشاركة المجتمعية، فإن كفالة حق الطفل في التعليم تساعد على زيادة فرصه في الحصول على كافة حقوقه (أحمد، ٢٠١٧: ٤٨).

ونظراً لزيادة الوعي بأهمية تعليم الطفل ذو الإصابات الدماغية فقد زاد الاهتمام بالمشاركة المجتمعية لما لها من أهمية بالغة في تخفيف العبء علي الوالدان والمساهمة في توفير الفرص التعليمية لأبنائهم ودمجهم مجتمعياً.

لذلك أصبح التعليم حقاً للطفل ذو الإصابات الدماغية ويتطلب إسهام كل أطراف المجتمع في تحقيق التعليم للأطفال وتنفيذ البرامج والأنشطة المعدة لهم، وهذا يجب على المجتمع أن يوفر لكل طفل من الأطفال فرصاً تعليمية متكافئة لتمكين أبناء الفئات الأضعف اجتماعياً من الالتحاق بمراحل التعليم المختلفة بما يتناسب مع قدرتهم، وليس بما تحكم به إمكانيات أهلهم المالية أو الاجتماعية (بهجت، ٢٠٢٢: ١٣).

وتعد المشاركة المجتمعية أهم الدعائم التنموية الفعالة، فالتنمية الحقيقية والجادة لا تقوم إلا على جهود المجتمع كله وليس على جهود عدد قليل من أفراد، حيث تتيح الفرص للأطفال وخاصة الأطفال ذوي الإصابات الدماغية لكي يأخذ حقه في التعليم وتنمية مهارته المتعلقة به وبمجتمعه ومن ثم يتعمق انتماؤه لهذا المجتمع (العجمي، ٢٠١٨: ٤٢).

كما أن المشاركة المجتمعية بهذا المنهج مهمة في تطوير قدرات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، فالمشاركة تنمي مهارات الطفل وتنمي أيضاً شعوره بالسعادة عند التغلب على سلبياته، كما تعد قيمة اجتماعية في ذاتها، حيث إن المشاركة المجتمعية فضلاً عن كونها من أبرز صور التعبير عن الأطفال في مجال تعليمهم فإنها تعد من أهم الآليات لتزويد الأطفال على تنميته مهاراتهم وتحقيق ذواتهم. (الباز، ٢٠١٩: ٣٤)

وتتمثل أهمية المشاركة المجتمعية في التعليم فيما يلي:

- المساهمة في تأهيل الأطفال للاعتماد على أنفسهم.
 - المساهمة في تحقيق نمو متكامل للطفل - العقلي والنفسي والاجتماعي والجسمي - وهذا يعمل على تكوين شخصية الطفل وذلك يكون من خلال التعاون بين أفراد الأسرة فالآباء يساعدون الأبناء في المنزل ويشجعوهم على التعليم وتكوين اتجاهات إيجابية نحو الآخرين.
 - العمل على تقوية المؤسسات التعليمية وتأكيد دورها التعليمي للأطفال وإطلاق الفرص إمام الجهود المجتمعية.
 - مسؤولية المجتمع تجاه الأطفال ومعرفة نوعية الأنشطة التي يحتاجها الأطفال وذلك يساعد على تطوير وتحسين أدائهم.
 - تنمية العديد من المعاني والمبادئ والقيم الإنسانية والاجتماعية لدى أفراد المجتمع مثل التراحم والتعاون والتماسك ووحده الهدف والمواطنة الانتماء. (Ratcliff, & Hilton, 2018: 11)
- كما أن مهارات المشاركة المجتمعية تساعد الأطفال ذوي الإصابة الدماغية على تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لديهم، فهي تسمح لهم بالمشاركة في أنشطة مختلفة في بيئات متنوعة ومع مجموعة كبيرة من الأقران والأشخاص خارج نطاق الأسرة، كما تسمح المشاركة المجتمعية باندماج الأطفال في الأنشطة الاجتماعية والهوايات مثل الأنشطة الترفيهية واللاصفية، وذلك يشجعهم على أداء المهارات بكفاءة عالية. (Schack, 2017: 23)
- وهذا ما أكدته نتائج دراسة (Duncan, et al, 2017) والتي هدفت إلى التحقق من فاعلية برنامج مبني على المشاركة المجتمعية للأطفال ذوي الإصابة الدماغية في تحسين المهارات الحياتية الوظيفية لديهم، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي ذو المجموعة الواحدة مع القياس القبلي والبعدي، وتكونت عينة الدراسة من (7) أطفال تراوحت أعمارهم ما بين (5-6) سنوات وتضمنت أدوات الدراسة البرنامج القائم على الأنشطة المجتمعية، والمقابلة التشخيصية، وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس السلوك التوافقي بالنسبة للأطفال المشاركين بالبرنامج لصالح التطبيق البعدي، واستمرار التحسن في المهارات الحياتية الوظيفية بعد انتهاء فترة التطبيق.
- وأيضًا دراسة (Lee, et al, 2018) والتي هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج بمشاركة الأقران لتنمية مهارات المشاركة المجتمعية للأطفال ذوي الإصابة الدماغية وفحص تأثيراته على تحسين السلوك لهؤلاء الأطفال، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي ذو المجموعة الواحدة مع القياس القبلي والبعدي، وتكونت عينة الدراسة من (8) أطفال تراوحت أعمارهم ما بين (5-6) سنوات، وتوصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات المشاركة المجتمعية للأطفال ما

بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، وظهور فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات السلوك بين القياسين القبلي والبعدي للأطفال نتيجة للمشاركة في برنامج تنمية المشاركة المجتمعية القائم على اللعب مع الأقران.

فروض البحث

١. يوجد فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابات الدماغية الموجه للمعلمات والأمهات ككل، وعند كل بعد من أبعاده، لصالح درجات التطبيق البعدي.
٢. لا يوجد فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة في التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابات الدماغية الموجه للمعلمات والأمهات ككل، وعند كل بعد من أبعاده.
٣. يوجد فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده، لصالح درجات التطبيق البعدي.
٤. لا يوجد فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى دلالة بين متوسطي رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة في التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده.
٥. يوجد فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابات الدماغية الموجه للمعلمات والأمهات ككل، وعند كل بعد من أبعاده، لصالح درجات التطبيق البعدي.
٦. لا يوجد فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة في التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابات الدماغية الموجه للمعلمات والأمهات ككل، وعند كل بعد من أبعاده.
٧. يوجد فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده، لصالح درجات التطبيق البعدي.
٨. لا يوجد فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى دلالة بين متوسطي رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة في التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده.

الإجراءات المنهجية للبحث

١- التجريب الاستطلاعي لمقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه

للأمهات والمعلمات:

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية من المعلمات والأمهات لعدد (١٥) طفلاً من الأطفال ذوي الإصابة الدماغية، وذلك في الفترة من ٢٠٢٢/٢/٢٠ إلى ٢٠٢٢/٣/٣ وذلك لتحديد الآتي:

حساب صدق المقياس:

تم حساب صدق مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات بالطرق الآتية:

• **طريقة صدق المحكمين:**

أستخدم صدق المحكمين للوقوف على صدق المقياس؛ وذلك بعرض المقياس على مجموعة من السادة المحكمين لأخذ آرائهم من حيث:

- كفاية التعليمات المقدمة للإجابة بطريقة صحيحة على المقياس
- صلاحية المفردات علمياً، ولغوياً.
- مناسبة المفردات لعينة الدراسة.
- مناسبة كل مفردة للبعد التي وضعت لقياسه.
- تحقيق كل مفردة الهدف منها.
- أي تعديلات أخرى يراها السادة المحكمين.

وقد اتفق المحكمون على:

- صلاحية المفردات، ومناسبتها، وسلامة المقياس.

وتم حساب نسبة اتفاق السادة المحكمين على كل مفردة من مفردات المقياس، وكانت كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (١)

نسب اتفاق المحكمين على مفردات مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابات الدماغية الموجهة للأهتات والمعلمات (ن = ١١)

التعاون		التواصل الاجتماعي		التعاطف		الانتماء للجماعة	
المفردة	نسبة الاتفاق %	المفردة	نسبة الاتفاق %	المفردة	نسبة الاتفاق %	المفردة	نسبة الاتفاق %
١	١٠٠	١٦	٩١,٩١	٣١	٨١,٨٢	٤٦	٨١,٨٢
٢	٨١,٨٢	١٧	١٠٠	٣٢	٩١,٩١	٤٧	٩١,٩١
٣	٨١,٨٢	١٨	٨١,٨٢	٣٣	١٠٠	٤٨	١٠٠
٤	٨١,٨٢	١٩	١٠٠	٣٤	٨١,٨٢	٤٩	٩١,٩١
٥	١٠٠	٢٠	٩١,٩١	٣٥	١٠٠	٥٠	٨١,٨٢
٦	١٠٠	٢١	١٠٠	٣٦	٨١,٨٢	٥١	٩١,٩١
٧	١٠٠	٢٢	٨١,٨٢	٣٧	١٠٠	٥٢	١٠٠
٨	٨١,٨٢	٢٣	٨١,٨٢	٣٨	٩١,٩١	٥٣	١٠٠
٩	١٠٠	٢٤	١٠٠	٣٩	١٠٠	٥٤	٨١,٨٢
١٠	٨١,٨٢	٢٥	٨١,٨٢	٤٠	١٠٠	٥٥	٩١,٩١
١١	٨١,٨٢	٢٦	٨١,٨٢	٤١	٨١,٨٢	٥٦	١٠٠
١٢	١٠٠	٢٧	٨١,٨٢	٤٢	٩١,٩١	٥٧	١٠٠
١٣	٩١,٩١	٢٨	١٠٠	٤٣	١٠٠	٥٨	٨١,٨٢
١٤	١٠٠	٢٩	٨١,٨٢	٤٤	١٠٠	٥٩	٩١,٩١
١٥	٩١,٩١	٣٠	٨١,٨٢	٤٥	٩١,٩١	٦٠	١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن نسبة اتفاق السادة المحكمين على كل مفردة من مفردات المقياس تتراوح بين (٨١,٨٢% - ١٠٠%)، وجميعها نسب اتفاق مرتفعة وبالتالي تم الإبقاء على جميع مفردات المقياس.

• الصدق التكويني:

- وتم حساب الصدق التكويني للمقياس من خلال حساب قيمة:
- (أ) الاتساق الداخلي بين درجة المفردة في كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للبعد.
- (ب) الاتساق الداخلي بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس.

(أ) الاتساق الداخلي بين درجة المفردة في كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للبعد:

تم حساب صدق مفردات المقياس عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة المفردة في كل بعد والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه المفردة، والجدول الآتي يوضح معاملات صدق مفردات المقياس للأبعاد الأربعة المكونة للمقياس:

جدول (٢)

معاملات صدق مفردات مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجهة للأمهات والمعلمات (ن = ١٥)

التعاون		التواصل الاجتماعي		التعاطف		الانتماء للجماعة	
المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط
١	**٠,٦٩٩	١٦	**٠,٦٧٣	٣١	**٠,٨٧٨	٤٦	*٠,٥٨٢
٢	**٠,٧٥٩	١٧	**٠,٧٦٤	٣٢	*٠,٥٧٠	٤٧	**٠,٧١٨
٣	**٠,٧٨٣	١٨	*٠,٦٠٠	٣٣	**٠,٦٧٠	٤٨	**٠,٧٧١
٤	**٠,٧٢٣	١٩	**٠,٦٦١	٣٤	**٠,٧٨٥	٤٩	**٠,٧٣٨
٥	*٠,٥٧٧	٢٠	**٠,٦٥١	٣٥	**٠,٧٦٢	٥٠	**٠,٨١١
٦	*٠,٦٣٤	٢١	**٠,٧٩٢	٣٦	*٠,٦١١	٥١	**٠,٧٩٧
٧	**٠,٧١٢	٢٢	**٠,٦٨٣	٣٧	**٠,٨٤١	٥٢	**٠,٧٧٢
٨	*٠,٥٩١	٢٣	*٠,٥٤٣	٣٨	**٠,٦٩٠	٥٣	**٠,٨١١
٩	*٠,٥٨١	٢٤	*٠,٥٥٩	٣٩	**٠,٦٦٥	٥٤	**٠,٧٣٠
١٠	**٠,٧١٩	٢٥	**٠,٦٩٩	٤٠	**٠,٨٩٦	٥٥	**٠,٦٥٨
١١	**٠,٧٧٤	٢٦	**٠,٦٤٤	٤١	**٠,٧١٧	٥٦	**٠,٧١٩
١٢	**٠,٦٥٣	٢٧	*٠,٦٢٠	٤٢	**٠,٦٨٨	٥٧	*٠,٥٧٣
١٣	**٠,٧٠٤	٢٨	*٠,٦٠٠	٤٣	**٠,٨٣٧	٥٨	**٠,٧٤١
١٤	*٠,٥٥٨	٢٩	**٠,٧٠٨	٤٤	**٠,٧٢١	٥٩	**٠,٦٧٨
١٥	**٠,٧٤٤	٣٠	**٠,٧٧٤	٤٥	**٠,٨٣٥	٦٠	**٠,٧٤٠

(* قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوي ٠,٠٥)، (** قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوي

٠,٠١)

ب- الاتساق الداخلي بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس:

تم حساب صدق الأبعاد الفرعية للمقياس عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس، والجدول الآتي يوضح معاملات صدق أبعاد المقياس:

جدول (٣)

معاملات صدق أبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابات الدماغية الموجهة للأمم والمعلمات (ن=١٥)

الانتماء للجماعة	التعاطف	التواصل الاجتماعي	التعاون	البعد
**٠,٩٤٥	**٠,٩٢٦	**٠,٩٠٨	**٠,٩٥٧	معامل الارتباط

(** قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠١)

يتضح من الجدولين السابقين أن قيم معاملات الارتباط جميعها دالة عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، (٠,٠١) مما يحقق الصدق التكويني للمقياس.

• الصدق التمييزي لمقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابات الدماغية الموجهة للأمم والمعلمات:

للتحقق من القدرة التمييزية لمقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابات الدماغية الموجهة للأمم والمعلمات؛ تم حساب الصدق التمييزي؛ حيث تم أخذ ٢٧% من الدرجات المرتفعة من درجات العينة الاستطلاعية من معلمات (١٥) طفلاً، ٢٧% من الدرجات المنخفضة لمعلمات العينة الاستطلاعية، وتم استخدام اختبار مان-ويتني اللابارامتري Mann-Whitney Test للتعرف على دلالة الفروق بين هذه المتوسطات

وفيما يلي جدول يوضح نتائج الفروق بين متوسطي الرتب وقيمة z بين المجموعتين، وكانت النتائج على النحو الآتي:

جدول (٤)

نتائج الفروق بين متوسطي الرتب وقيمة z بين المجموعتين لمقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابات الدماغية الموجهة للأمم والمعلمات

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
مجموعة المستوى الميزاني المرتفع	٥	٨,٠٠	٤٠,٠٠	٢,٦٢٧	دالة عند مستوى ٠,٠١
مجموعة المستوى الميزاني المنخفض	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠		

ويتضح من الجدول وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين المستويين مما يوضح أن المقياس على درجة عالية من الصدق التمييزي.
حساب ثبات مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجهة للأمهات والمعلمات:
تم حساب ثبات المقياس باستخدام الطرق الآتية:

أ) طريقة معامل ألفا كرونباخ:

استخدم - هنا - برنامج SPSS (V. 18) لحساب قيمة معامل ألفا للمقياس من خلال حساب قيمة ألفا لكل بعد من الأربعة المكونة للمقياس كما تم حساب معامل ألفا للمقياس ككل كما هو موضح بالجدول الآتي:

جدول (٥)

معاملات ألفا كرونباخ لمقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجهة للأمهات والمعلمات (ن = ١٥)

المقياس	الانتماء للجماعة	التعاطف	التواصل الاجتماعي	التعاون	البعد
ككل	١٥	١٥	١٥	١٥	عدد المفردات
٠,٩٥٨	٠,٩٣٢	٠,٩٤٢	٠,٩٠٤	٠,٩١٣	معامل ألفا

وهي قيم جميعها مرتفعة، وبناءً عليه يمكن الوثوق والاطمئنان إلى نتائج المقياس في الدراسة الحالية.

ب) طريقة التجزئة النصفية:

تعمل تلك الطريقة على حساب معامل الارتباط بين درجات نصفي المقياس، حيث تم تجزئة المقياس إلى نصفين متكافئين، حيث يتضمن القسم الأول: درجات الأطفال في الأسئلة الفردية، في حين يتضمن القسم الثاني: درجات الأطفال في الأسئلة الزوجية، وبعد ذلك قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بينهما، ويوضح الجدول الآتي ما توصلت إليه الدراسة في هذا الصدد:

جدول (٦)

الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجهة للأمهات والمعلمات (ن = ١٥)

المفردات	العدد	معامل ألفا كرونباخ	معامل الارتباط	معامل الثبات لسبيرمان براون	معامل الثبات لجتمان
الجزء الأول	٣٠	٠,٩٣٠	٠,٩٥٤	٠,٩٦٢	٠,٩٦٠
الجزء الثاني	٣٠	٠,٩٢٠			

يتضح من الجدول السابق أنّ معامل ثبات مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابات الدماغية الموجهة للأمهات والمعلمات لسبيرمان وبران يساوي (٠,٩٦٢)، ولجتمان يساوي (٠,٩٦٠)، وهو معامل ثبات يشير إلى أنّ المقياس على درجة عالية جداً من الثبات، ومن ثمّ فإنّه يعطي درجة من الثقة عند استخدامه كأداة للقياس في الدراسة الحالية.

٢- التجريب الاستطلاعي لمقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية:

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية من الأطفال ذوي الإصابات الدماغية برياض الاطفال وبلغ عددهم (١٥) طفلاً، وذلك في الفترة من ٢٠٢٢/٢/٢٠ إلى ٢٠٢٢/٣/٣ وذلك لتحديد الآتي:

حساب صدق المقياس:

تم حساب صدق مقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية بالطرق الآتية:

• طريقة صدق المحكمين:

أستخدم صدق المحكمين للوقوف على صدق المقياس؛ وذلك بعرض المقياس على مجموعة من السادة المحكمين لأخذ آرائهم من حيث:

- كفاية التعليمات المقدمة للإجابة بطريقة صحيحة على المقياس
- صلاحية المفردات علمياً، ولغوياً.
- مناسبة المفردات للأطفال عينة الدراسة.
- مناسبة كل مفردة للبعد التي وضعت لقياسه.
- تحقيق كل مفردة الهدف منها.
- أي تعديلات أخرى يراها السادة المحكمين.

وقد اتفق المحكمون على:

- صلاحية المفردات، ومناسبتها، وسلامة المقياس.

وتم حساب نسبة اتفاق السادة المحكمين على كل مفردة من مفردات المقياس، وكانت كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (٧)

نسب اتفاق المحكمين على مفردات مقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية (ن = ١١)

التعاون		التواصل الاجتماعي		التعاطف		الانتماء للجماعة	
المفردة	نسبة الاتفاق %	المفردة	نسبة الاتفاق %	المفردة	نسبة الاتفاق %	المفردة	نسبة الاتفاق %
١	٩١,٩١	٨	٨١,٨٢	١٥	٩١,٩١	٢٢	٩١,٩١
٢	١٠٠	٩	٨١,٨٢	١٦	١٠٠	٢٣	٨١,٨٢
٣	٨١,٨٢	١٠	٩١,٩١	١٧	٨١,٨٢	٢٤	٨١,٨٢
٤	٩١,٩١	١١	١٠٠	١٨	١٠٠	٢٥	١٠٠
٥	٨١,٨٢	١٢	١٠٠	١٩	٩١,٩١	٢٦	٨١,٨٢
٦	٩١,٩١	١٣	١٠٠	٢٠	١٠٠	٢٧	٩١,٩١
٧	١٠٠	١٤	٨١,٨٢	٢١	٨١,٨٢	٢٨	٩١,٩١

يتضح من الجدول السابق أن نسبة اتفاق السادة المحكمين على كل مفردة من مفردات المقياس تتراوح بين (٨١,٨٢ % - ١٠٠ %)، وجميعها نسب اتفاق مرتفعة وبالتالي تم الإبقاء على جميع مفردات المقياس.

• الصدق التكويني:

وتم حساب الصدق التكويني للمقياس من خلال حساب قيمة:

(أ) الاتساق الداخلي بين درجة المفردة في كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للبعد.

(ب) الاتساق الداخلي بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس.

(أ) الاتساق الداخلي بين درجة المفردة في كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للبعد:

تم حساب صدق مفردات المقياس عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة المفردة في كل بعد والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه المفردة، والجدول الآتي يوضح معاملات صدق مفردات المقياس للأبعاد الأربعة المكونة للمقياس:

جدول (٨)

معاملات صدق مفردات مقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية
(ن = ١٥)

التعاون		التواصل الاجتماعي		التعاطف		الانتماء للجماعة	
المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط
١	*٠,٥٩٨	٨	**٠,٧٦٥	١٥	**٠,٧٧٢	٢٢	**٠,٦٥٨
٢	*٠,٦١٢	٩	**٠,٧٧٧	١٦	**٠,٨٠٧	٢٣	**٠,٧٣٣
٣	**٠,٧٠٤	١٠	**٠,٦٦٧	١٧	**٠,٧١١	٢٤	**٠,٧٨٤
٤	**٠,٧٦٣	١١	**٠,٧٢٤	١٨	**٠,٧٨٨	٢٥	**٠,٨٠٦
٥	**٠,٦٦٧	١٢	**٠,٧٨٣	١٩	**٠,٨٣٠	٢٦	**٠,٧٠٠
٦	**٠,٧٦٦	١٣	**٠,٨٢٠	٢٠	**٠,٩١٤	٢٧	**٠,٧٦٦
٧	*٠,٦٣٤	١٤	**٠,٦٨٣	٢١	**٠,٧١٦	٢٨	**٠,٧٥٠

(* قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠٥)، (** قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠١)

ب- الاتساق الداخلي بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس:

تم حساب صدق الأبعاد الفرعية للمقياس عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس، والجدول الآتي يوضح معاملات صدق أبعاد المقياس:

جدول (٩)

معاملات صدق أبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية (ن=١٥)

البعد	التعاون	التواصل الاجتماعي	التعاطف	الانتماء للجماعة
معامل الارتباط	**٠,٨١٦	**٠,٧٤٩	**٠,٨٢٢	**٠,٨١٢

(* قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠١)

يتضح من الجدولين السابقين أن قيم معاملات الارتباط جميعها دالة عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، (٠,٠١) مما يحقق الصدق التكويني للمقياس.

• الصدق التمييزي لمقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية: للتحقق من القدرة التمييزية لمقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية؛ تم حساب الصدق التمييزي؛ حيث تم أخذ ٢٧% من الدرجات المرتفعة من درجات العينة الاستطلاعية (١٥) طفلاً، ٢٧% من الدرجات المنخفضة للعينة الاستطلاعية، وتم استخدام اختبار مان-ويتني للابارامتري Mann-Whitney Test للتعرف على دلالة الفروق بين هذه المتوسطات وفيما يلي جدول يوضح نتائج الفروق بين متوسطي الرتب وقيمة z بين المجموعتين، وكانت النتائج على النحو الآتي:

جدول (١٠)

نتائج الفروق بين متوسطي الرتب وقيمة z بين المجموعتين لمقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
مجموعة المستوى الميزاني المرتفع	٥	٨,٠٠	٤٠,٠٠	٢,٦١٩	دالة عند مستوى ٠,٠١
مجموعة المستوى الميزاني المنخفض	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠		

ويتضح من الجدول وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين المستويين مما يوضح أن المقياس على درجة عالية من الصدق التمييزي.

حساب ثبات مقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية:

تم حساب ثبات المقياس باستخدام الطرق الآتية:

(أ) طريقة معامل ألفا كرونباخ:

استخدم - هنا - برنامج SPSS (V. 18) لحساب قيمة معامل ألفا للمقياس من خلال حساب قيمة ألفا لكل بعد من الأبعاد الأربعة المكونة للمقياس كما تم حساب معامل ألفا للمقياس ككل كما هو موضح بالجدول الآتي:

جدول (١١)

معاملات ألفا كرونباخ لمقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية (ن =

١٥)

المقياس ككل	الانتماء للجماعة	التعاطف	التواصل الاجتماعي	التعاون	البعد
٢٨	٧	٧	٧	٧	عدد المفردات
٠,٩٤٣	٠,٨٦٣	٠,٨٩٩	٠,٨٦٠	٠,٧٩٩	معامل ألفا

وهي قيم جميعها مرتفعة، وبناءاً عليه يمكن الوثوق والاطمئنان إلى نتائج المقياس في الدراسة الحالية.

(ب) طريقة التجزئة النصفية:

تعمل تلك الطريقة على حساب معامل الارتباط بين درجات نصفي المقياس، حيث تمّ تجزئة المقياس إلى نصفين متكافئين، حيث يتضمن القسم الأول: درجات الأطفال في الأسئلة الفردية، في حين يتضمن القسم الثاني: درجات الأطفال في الأسئلة الزوجية، وبعد ذلك قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بينهما، ويوضح الجدول الآتي ما توصلت إليه الدراسة في هذا الصدد:

جدول (١٢)

الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية

(ن = ١٥)

المفردات	العدد	معامل ألفا كرونباخ	معامل الارتباط	معامل الثبات لسبيرمان براون	معامل الثبات لجتمان
الجزء الأول	١٤	٠,٨٨٥	٠,٨٩٩	٠,٩٤٧	٠,٩٤٦
الجزء الثاني	١٤	٠,٨٩٩			

يتضح من الجدول السابق أنّ معامل ثبات مقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية لسبيرمان وبران يساوي (٠,٩٤٧)، ولجتمان يساوي (٠,٩٤٦)، وهو معامل ثبات يشير إلى أنّ المقياس على درجة عالية جداً من الثبات، ومن ثمّ فإنّه يعطي درجة من الثقة عند استخدامه كأداة للمقياس في الدراسة الحالية.

٣- التجريب الاستطلاعي لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات:

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية من المعلمات والأمهات لعدد (١٥) طفلاً من الأطفال ذوي الإصابة الدماغية، وذلك في الفترة من ٢٠٢٢/٢/٢٠ إلى ٢٠٢٢/٣/٣ وذلك لتحديد الآتي:

حساب صدق المقياس:

تم حساب صدق مقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات بالطرق الآتية:

• طريقة صدق المحكمين:

أستخدم صدق المحكمين للوقوف على صدق المقياس؛ وذلك بعرض المقياس على مجموعة من السادة المحكمين لأخذ آرائهم من حيث:

- كفاية التعليمات المقدمة للإجابة بطريقة صحيحة على المقياس
- صلاحية المفردات علمياً، ولغوياً.
- مناسبة المفردات لعينة الدراسة.
- مناسبة كل مفردة للبعد التي وضعت لقياسه.
- تحقيق كل مفردة الهدف منها.
- أى تعديلات أخرى يراها السادة المحكمين.

وقد اتفق المحكمون على:

- صلاحية المفردات، ومناسبتها، وسلامة المقياس.

وتم حساب نسبة اتفاق السادة المحكمين على كل مفردة من مفردات المقياس، وكانت كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (١٣)

نسب اتفاق المحكمين على مفردات مقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه
للأمهات والمعلمات (ن = ١١)

جودة الحياة الصحية		جودة الحياة النفسية		جودة الحياة الاجتماعية		جودة الحياة الأسرية	
نسبة الاتفاق %	المفردة	نسبة الاتفاق %	المفردة	نسبة الاتفاق %	المفردة	نسبة الاتفاق %	المفردة
٩١,٩١	٤٦	٩١,٩١	٣١	٨١,٨٢	١٦	٩١,٩١	١
٨١,٨٢	٤٧	١٠٠	٣٢	٨١,٨٢	١٧	١٠٠	٢
١٠٠	٤٨	١٠٠	٣٣	٨١,٨٢	١٨	٩١,٩١	٣
١٠٠	٤٩	٨١,٨٢	٣٤	١٠٠	١٩	٨١,٨٢	٤
١٠٠	٥٠	٩١,٩١	٣٥	١٠٠	٢٠	١٠٠	٥
١٠٠	٥١	٨١,٨٢	٣٦	١٠٠	٢١	١٠٠	٦
٨١,٨٢	٥٢	١٠٠	٣٧	٩١,٩١	٢٢	٩١,٩١	٧
٩١,٩١	٥٣	٨١,٨٢	٣٨	٩١,٩١	٢٣	٨١,٨٢	٨
٨١,٨٢	٥٤	٩١,٩١	٣٩	١٠٠	٢٤	١٠٠	٩
١٠٠	٥٥	٩١,٩١	٤٠	٨١,٨٢	٢٥	٨١,٨٢	١٠
٨١,٨٢	٥٦	٩١,٩١	٤١	٩١,٩١	٢٦	١٠٠	١١
٩١,٩١	٥٧	١٠٠	٤٢	٨١,٨٢	٢٧	٨١,٨٢	١٢
٨١,٨٢	٥٨	١٠٠	٤٣	١٠٠	٢٨	٨١,٨٢	١٣
١٠٠	٥٩	١٠٠	٤٤	٨١,٨٢	٢٩	١٠٠	١٤
١٠٠	٦٠	٩١,٩١	٤٥	٨١,٨٢	٣٠	٨١,٨٢	١٥

يتضح من الجدول السابق أن نسبة اتفاق السادة المحكمين على كل مفردة من مفردات المقياس تتراوح بين (٨١,٨٢ % - ١٠٠ %)، وجميعها نسب اتفاق مرتفعة وبالتالي تم الإبقاء على جميع مفردات المقياس.

• الصدق التكويني:

وتم حساب الصدق التكويني للمقياس من خلال حساب قيمة:

(أ) الاتساق الداخلى بين درجة المفردة فى كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للبعد.

(ب) الاتساق الداخلى بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس.

(أ) الاتساق الداخلى بين درجة المفردة فى كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للبعد:

تم حساب صدق مفردات المقياس عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة المفردة فى كل بعد والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه المفردة، والجدول الآتى يوضح معاملات صدق مفردات المقياس للأبعاد الأربعة المكونة للمقياس:

جدول (١٤)

معاملات صدق مفردات مقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجهة للأمهات والمعلمات (ن = ١٥)

جودة الحياة الصحية		جودة الحياة النفسية		جودة الحياة الاجتماعية		جودة الحياة الأسرية	
معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة
**٠,٦٤٥	٤٦	**٠,٦٠١	٣١	*٠,٥١٨	١٦	**٠,٧٤٣	١
**٠,٦٨٨	٤٧	**٠,٨٠٤	٣٢	**٠,٧٠٥	١٧	**٠,٧٨١	٢
*٠,٥٣٨	٤٨	*٠,٦١٩	٣٣	**٠,٨٨٣	١٨	**٠,٧٣٢	٣
**٠,٧٤٧	٤٩	**٠,٦٤٨	٣٤	**٠,٧٧٣	١٩	**٠,٧٢٤	٤
*٠,٥٣٤	٥٠	**٠,٧٨٩	٣٥	**٠,٧٤٧	٢٠	*٠,٥٦٣	٥
**٠,٧٧٨	٥١	**٠,٧٥٧	٣٦	*٠,٥٥٢	٢١	*٠,٦٣٠	٦
**٠,٨٤٥	٥٢	*٠,٦٣٦	٣٧	**٠,٨١٥	٢٢	**٠,٦٧٨	٧
**٠,٦٧١	٥٣	**٠,٧٣٩	٣٨	*٠,٦٧٠	٢٣	*٠,٥٤٩	٨
**٠,٧٤٠	٥٤	**٠,٨١٧	٣٩	**٠,٦٩٢	٢٤	*٠,٦٣٧	٩
**٠,٧٦٣	٥٥	**٠,٧٠٩	٤٠	*٠,٥٩٧	٢٥	**٠,٦٦٦	١٠
*٠,٦٣٦	٥٦	**٠,٦٨٣	٤١	**٠,٦٦٧	٢٦	*٠,٥٣١	١١
**٠,٧٤٥	٥٧	**٠,٧٩٧	٤٢	**٠,٧٤٩	٢٧	**٠,٧٠٧	١٢
**٠,٨١٠	٥٨	**٠,٦٨٨	٤٣	**٠,٧٤٩	٢٨	**٠,٧٣٠	١٣
**٠,٧٢٨	٥٩	**٠,٧٠٠	٤٤	**٠,٦٦٣	٢٩	*٠,٦٢٩	١٤
**٠,٧١٣	٦٠	*٠,٦٠٣	٤٥	*٠,٦١٠	٣٠	**٠,٧٩٢	١٥

(* قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠٥)، (** قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠١)

ب- الاتساق الداخلي بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس:

تم حساب صدق الأبعاد الفرعية للمقياس عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس، والجدول الآتي يوضح معاملات صدق أبعاد المقياس:

جدول (١٥)

معاملات صدق أبعاد مقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجهة للأمهات والمعلمات

(ن=١٥)

البعد	جودة الحياة الأسرية	جودة الحياة الاجتماعية	جودة الحياة النفسية	جودة الحياة الصحية
معامل الارتباط	**٠,٩٣٧	**٠,٩١١	**٠,٩٦٤	**٠,٨٩٦

(** قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠١)

يتضح من الجدولين السابقين أن قيم معاملات الارتباط جميعها دالة عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، (٠,٠١) مما يحقق الصدق التكويني للمقياس.

• الصدق التمييزي لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجهة للأمهات والمعلمات:

للتحقق من القدرة التمييزية لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجهة للأمهات والمعلمات؛ تم حساب الصدق التمييزي؛ حيث تم أخذ ٢٧% من الدرجات المرتفعة من درجات العينة الاستطلاعية من معلمات (١٥) طفلاً، ٢٧% من الدرجات المنخفضة لمعلمات العينة الاستطلاعية، وتم استخدام اختبار مان- ويتني اللابارامتري Mann-Whitney Test للتعرف على دلالة الفروق بين هذه المتوسطات

وفيما يلي جدول يوضح نتائج الفروق بين متوسطى الرتب وقيمة z بين المجموعتين، وكانت

النتائج على النحو الآتي:

جدول (١٦)

نتائج الفروق بين متوسطى الرتب وقيمة z بين المجموعتين لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
مجموعة المستوى الميزاني المرتفع	٥	٨,٠٠	٤٠,٠٠	٢,٦١٩	دالة عند مستوى ٠,٠١
مجموعة المستوى الميزاني المنخفض	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠		

ويتضح من الجدول وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين المستويين مما يوضح أن المقياس على درجة عالية من الصدق التمييزي.

حساب ثبات مقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات:

تم حساب ثبات المقياس باستخدام الطرق الآتية:

ب) طريقة معامل ألفا كرونباخ:

استخدم - هنا - برنامج (SPSS (V. 18) لحساب قيمة معامل ألفا للمقياس من خلال حساب قيمة ألفا لكل بعد من الأربعة المكونة للمقياس كما تم حساب معامل ألفا للمقياس ككل كما هو موضح بالجدول الآتي:

جدول (١٧)

معاملات ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات (ن = ١٥)

البعد	جودة الحياة الأسرية	جودة الحياة الاجتماعية	جودة الحياة النفسية	جودة الحياة الصحية	المقياس ككل
عدد المفردات	١٥	١٥	١٥	١٥	٦٠
معامل ألفا	٠,٩١٤	٠,٩٢٣	٠,٩٢٧	٠,٩٢٨	٠,٩٤٦

وهي قيم جميعها مرتفعة، وبناءً عليه يمكن الوثوق والاطمئنان إلى نتائج المقياس في الدراسة الحالية.

ب) طريقة التجزئة النصفية:

تعمل تلك الطريقة على حساب معامل الارتباط بين درجات نصفي المقياس، حيث تمّ تجزئة المقياس إلى نصفين متكافئين، حيث يتضمن القسم الأول: درجات الأطفال في الأسئلة الفردية، في حين يتضمن القسم الثاني: درجات الأطفال في الأسئلة الزوجية، وبعد ذلك قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بينهما، ويوضح الجدول الآتي ما توصلت إليه الدراسة في هذا الصدد:

جدول (١٨)

الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابات الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات (ن = ١٥)

المفردات	العدد	معامل ألفا كرونباخ	معامل الارتباط	معامل الثبات لسبيرمان براون	معامل الثبات لجتمان
الجزء الأول	٣٠	٠,٩٢٣	٠,٩٢٧	٠,٩٤٨	٠,٩٤٨
الجزء الثاني	٣٠	٠,٩٢٢			

يتضح من الجدول السابق أنّ معامل ثبات مقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابات الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات لكل من سبيرمان وبران ولجتمان يساوي (٠,٩٤٨)، وهو معامل ثبات يشير إلى أنّ المقياس على درجة عالية جداً من الثبات، ومن ثمّ فإنّه يعطي درجة من الثقة عند استخدامه كأداة للقياس في الدراسة الحالية.

٤- التجريب الاستطلاعي لمقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية:

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية من الأطفال ذوي الإصابات الدماغية، وبلغ عددهم (١٥) طفلاً من الأطفال ذوي الإصابات الدماغية، وذلك في الفترة من ٢٠٢٢/٢/٢٠ إلى ٢٠٢٢/٣/٣ وذلك لتحديد الآتي:

حساب صدق المقياس:

تم حساب صدق مقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية بالطرق الآتية:

• طريقة صدق المحكمين:

أستخدم صدق المحكمين للوقوف على صدق المقياس؛ وذلك بعرض المقياس على مجموعة من السادة المحكمين لأخذ آرائهم من حيث:

- كفاية التعليمات المقدمة للإجابة بطريقة صحيحة على المقياس

- صلاحية المفردات علمياً، ولغوياً.
- مناسبة المفردات لعينة الدراسة.
- مناسبة كل مفردة للبعد التي وضعت لقياسه.
- تحقيق كل مفردة الهدف منها.
- أى تعديلات أخرى يراها السادة المحكمين.

وقد اتفق المحكمون على:

- صلاحية المفردات، ومناسبتها، وسلامة المقياس.

وتم حساب نسبة اتفاق السادة المحكمين على كل مفردة من مفردات المقياس، وكانت كما هو موضح في الجدول الآتى:

جدول (١٩)

نسب اتفاق المحكمين على مفردات مقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية (ن

= ١١)

جودة الحياة الصحية		جودة الحياة النفسية		جودة الحياة الاجتماعية		جودة الحياة الأسرية	
نسبة الاتفاق %	المفردة	نسبة الاتفاق %	المفردة	نسبة الاتفاق %	المفردة	نسبة الاتفاق %	المفردة
١٠٠	٢٢	٩١,٩١	١٥	١٠٠	٨	٩١,٩١	١
٩١,٩١	٢٣	٩١,٩١	١٦	٩١,٩١	٩	٨١,٨٢	٢
٨١,٨٢	٢٤	١٠٠	١٧	٨١,٨٢	١٠	١٠٠	٣
١٠٠	٢٥	٩١,٩١	١٨	٨١,٨٢	١١	٨١,٨٢	٤
٨١,٨٢	٢٦	٨١,٨٢	١٩	١٠٠	١٢	٩١,٩١	٥
١٠٠	٢٧	٨١,٨٢	٢٠	١٠٠	١٣	١٠٠	٦
١٠٠	٢٨	١٠٠	٢١	٩١,٩١	١٤	٩١,٩١	٧

يتضح من الجدول السابق أن نسبة اتفاق السادة المحكمين على كل مفردة من مفردات المقياس تتراوح بين (٨١,٨٢ % - ١٠٠ %)، وجميعها نسب اتفاق مرتفعة وبالتالي تم الإبقاء على جميع مفردات المقياس.

• الصدق التكويني:

وتم حساب الصدق التكويني للمقياس من خلال حساب قيمة:

(أ) الاتساق الداخلي بين درجة المفردة في كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للبعد.

(ب) الاتساق الداخلي بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس.

(أ) الاتساق الداخلي بين درجة المفردة في كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للبعد:

تم حساب صدق مفردات المقياس عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة المفردة في كل بعد والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه المفردة، والجدول الآتي يوضح معاملات صدق مفردات المقياس للأبعاد الأربعة المكونة للمقياس:

جدول (٢٠)

معاملات صدق مفردات مقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية (ن = ١٥)

جودة الحياة الصحية		جودة الحياة النفسية		جودة الحياة الاجتماعية		جودة الحياة الأسرية	
معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة
**٠,٨٨٢	٢٢	**٠,٧٦١	١٥	**٠,٦١٠	٨	**٠,٦٧٥	١
**٠,٧٢٨	٢٣	**٠,٨٥٠	١٦	**٠,٧٢١	٩	**٠,٧٧٦	٢
**٠,٧٥٢	٢٤	**٠,٧٧٦	١٧	**٠,٦٤٩	١٠	**٠,٧٨٢	٣
**٠,٧١٢	٢٥	*٠,٥٩١	١٨	*٠,٥٨٢	١١	*٠,٦٤٠	٤
**٠,٦٩٧	٢٦	**٠,٧٤٢	١٩	*٠,٦٤١	١٢	**٠,٦٩٧	٥
**٠,٦٧١	٢٧	*٠,٥٩٩	٢٠	**٠,٨٣٧	١٣	**٠,٧٣٩	٦
**٠,٧٥٠	٢٨	*٠,٥٤٦	٢١	**٠,٧٣٨	١٤	*٠,٥٣٩	٧

(* قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠٥)، (** قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠١)

(٠,٠١)

ب- الاتساق الداخلي بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس:

تم حساب صدق الأبعاد الفرعية للمقياس عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس، والجدول الآتي يوضح معاملات صدق أبعاد المقياس:

جدول (٢١)

معاملات صدق أبعاد مقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية (ن=١٥)

جودة الحياة الصحية	جودة الحياة النفسية	جودة الحياة الاجتماعية	جودة الحياة الأسرية	البعد
**٠,٨٨٩	**٠,٩٢٤	**٠,٩٢٩	**٠,٩٢٣	معامل الإرتباط

(** قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠١)

يتضح من الجدولين السابقين أن قيم معاملات الإرتباط جميعها دالة عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، (٠,٠١) مما يحقق الصدق التكويني للمقياس.

• الصدق التمييزي لمقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية:

للتحقق من القدرة التمييزية لمقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية؛ تم حساب الصدق التمييزي؛ حيث تم أخذ ٢٧% من الدرجات المرتفعة من درجات العينة الاستطلاعية (١٥) طفلاً، ٢٧% من الدرجات المنخفضة للعينة الاستطلاعية، وتم استخدام اختبار مان-ويتني للابارامتري Mann-Whitney Test للتعرف على دلالة الفروق بين هذه المتوسطات وفيما يلي جدول يوضح نتائج الفروق بين متوسطي الرتب وقيمة Z بين المجموعتين، وكانت النتائج على النحو الآتي:

جدول (٢٢)

نتائج الفروق بين متوسطي الرتب وقيمة Z بين المجموعتين لمقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية

مستوى الدلالة	قيمة "Z"	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	المجموعة
دالة عند مستوى ٠,٠١	٢,٦١٩	٤٠,٠٠	٨,٠٠	٥	مجموعة المستوى الميزاني المرتفع
		١٥,٠٠	٣,٠٠	٥	مجموعة المستوى الميزاني المنخفض

ويتضح من الجدول وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين المستويين مما يوضح

أن المقياس على درجة عالية من الصدق التمييزي.

حساب ثبات مقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية:

تم حساب ثبات المقياس باستخدام الطرق الآتية:

(ب) طريقة معامل ألفا كرونباخ:

استخدم - هنا - برنامج (SPSS (V. 18) لحساب قيمة معامل ألفا للمقياس من خلال حساب قيمة ألفا لكل بعد من الأربعة المكونة للمقياس كما تم حساب معامل ألفا للمقياس ككل كما هو موضح بالجدول الآتي:

جدول (٢٣)

معاملات ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية (ن = ١٥)

المقياس ككل	جودة الحياة الصحية	جودة الحياة النفسية	جودة الحياة الاجتماعية	جودة الحياة الأسرية	البعد
٢٨	٧	٧	٧	٧	عدد المفردات
٠,٩٢٧	٠,٨٦٢	٠,٨٢٨	٠,٧٩٤	٠,٨١٦	معامل ألفا

وهي قيم جميعها مرتفعة، وبناءً عليه يمكن الوثوق والاطمئنان إلى نتائج المقياس في الدراسة الحالية.

(ب) طريقة التجزئة النصفية:

تعمل تلك الطريقة على حساب معامل الارتباط بين درجات نصفي المقياس، حيث تمّ تجزئة المقياس إلى نصفين متكافئين، حيث يتضمن القسم الأول: درجات الأطفال في الأسئلة الفردية، في حين يتضمن القسم الثاني: درجات الأطفال في الأسئلة الزوجية، وبعد ذلك قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بينهما، ويوضح الجدول الآتي ما توصلت إليه الدراسة في هذا الصدد:

جدول (٢٤)

الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية

(ن = ١٥)

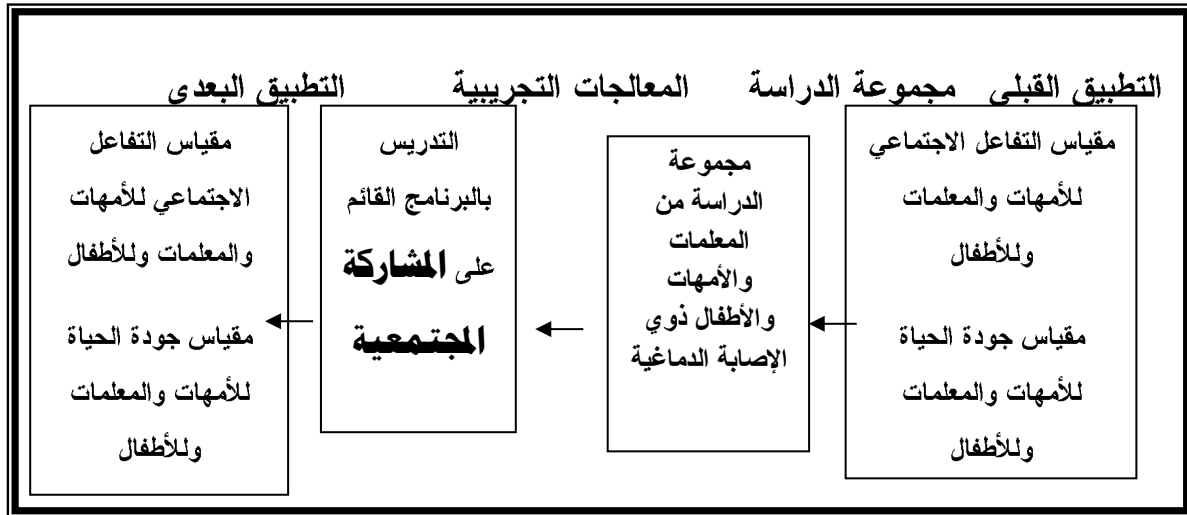
المفردات	العدد	معامل ألفا كرونباخ	معامل الارتباط	معامل الثبات لسبيرمان براون	معامل الثبات لجتمان
الجزء الأول	١٤	٠,٨٨٨	٠,٨٧٩	٠,٩٣٥	٠,٩٣٥
الجزء الثاني	١٤	٠,٩١٢			

يتضح من الجدول السابق أنّ معامل ثبات مقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية لكل من سبيرمان وبران ولجتمان يساوي (٠,٩٣٥)، وهو معامل ثبات يشير إلى أن المقياس على درجة عالية جداً من الثبات، ومن ثمّ فإنّه يعطي درجة من الثقة عند استخدامه كأداة للقياس في الدراسة الحالية.

اختيار عينة الدراسة:

تم تطبيق الدراسة على مجموعة من الأطفال ذوي الإصابات الدماغية بمركز عقيل الطحلاوي للعلاج الطبيعي في مدينة بنها بمحافظة القليوبية وبلغ عددهم (١٠) أطفال.
التصميم التجريبي للدراسة:

تنتمي هذه الدراسة إلى فئة الدراسات شبه التجريبية التي يتم فيها دراسة أثر عامل تجريبي أو أكثر على عامل آخر تابع أو أكثر. ولهذا تم استخدام أحد تصميمات المنهج التجريبي، وعلى نحو أكثر تحديداً: التصميم المعروف بتصميم القياس القبلي والبعدي لمجموعة تجريبية واحدة، والشكل التالي يوضح التصميم التجريبي للدراسة:



شكل (١) التصميم التجريبي المستخدم في الدراسة

إجراءات تجربة الدراسة

- ١- تجانس مجموعة الدراسة.
- ٢- قامت الباحثة بحساب المتوسط والانحراف المعياري والوسيط ومعاملات الالتواء والتفرطح لمتغيرات الدراسة، المتمثلة في مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابات الدماغية الموجهة للأمهات والمعلمات، مقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية، مقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابات الدماغية الموجهة للأمهات والمعلمات،

مقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية؛ وذلك لاختبار تجانس مجموعة الدراسة في هذه المتغيرات، كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (٢٥)

تجانس مجموعة الدراسة في متغيرات الدراسة (ن=١٠)

الأداة	الأبعاد	وحدة القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	الوسيط	معامل الالتواء	معامل التفرطح
التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابات الدماغية الموجهة للمهات والمعلمات	التعاون	درجة	١٨,٤٠	١,٥١	١٨,٥٠	٠,٦١٥-	٠,٦٧١-
	التواصل الاجتماعي	درجة	٢١,٠٠	٤,١١	٢٠,٠٠	٠,٩٧٣	٠,٨١٨
	التعاطف	درجة	١٩,١٠	٢,٦٠	١٩,٥٠	٠,١٣٦-	٠,٩٤٤-
	الانتماء للجماعة	درجة	٢٢,١٠	٢,٧٣	٢٢,٠٠	٠,٣٦٣	٠,٣٨٢-
التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابات الدماغية الموجهة للمهات والمعلمات		درجة	٨٠,٦٠	٦,٠٨	٨٢,٠٠	٠,٣٧١	٠,٣٤٧-
التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية	التعاون	درجة	١٠,١٠	١,٧٣	١٠,٠٠	٠,٤٥٥	٠,٩٥٣-
	التواصل الاجتماعي	درجة	١١,٦٠	١,٥٦	١١,٠٠	٠,٦٢٠	١,١٥٩-
	التعاطف	درجة	١١,٢٠	١,٦٢	١١,٠٠	٠,١٨٨	٠,٤٧٦-
	الانتماء للجماعة	درجة	١٠,٤٠	٢,٣٧	٩,٥٠	٠,٤٠٧	١,٧٤٢-
التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية		درجة	٤٣,٣٠	٣,٨٩	٤٣,٥٠	٠,٣٢٦	٠,٧١٥-
جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابات الدماغية الموجهة للمهات والمعلمات	جودة الحياة الأسرية	درجة	٢٤,١٠	٣,٩٠	٢٥,٥٠	٠,٢٤٨-	١,٩٣٣-
	جودة الحياة الاجتماعية	درجة	٢١,٨٠	٢,٣٠	٢١,٥٠	٠,٧٨٤	٠,٣٤٩-
	جودة الحياة النفسية	درجة	٢٠,٨٠	٣,٩٧	٢٠,٠٠	٠,٦٩٢	٠,٥٣٣-
	جودة الحياة الصحية	درجة	٢٢,٨٠	٣,٤٣	٢٢,٥٠	٠,٤٤٠	٠,٢٢٦-
جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابات الدماغية الموجهة للمهات والمعلمات		درجة	٨٩,٥٠	٧,٩٥	٨٩,٥٠	٠,٢٤٢	٠,٣٢٦
جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية	جودة الحياة الأسرية	درجة	١٢,٣٠	١,٧٠	١٢,٠٠	٠,٠٩١	٠,٩٩٣-
	جودة الحياة الاجتماعية	درجة	١٠,٤٠	٢,١٧	١٠,٥٠	٠,٣٣٣	١,١٥٤-
	جودة الحياة النفسية	درجة	٩,٦٠	١,٧١	٩,٠٠	٠,٦١٧	٠,٥٨٤
	جودة الحياة الصحية	درجة	١,٤٠	٢,٤١	١٢,٥٠	٠,٤٧٠-	١,٦٦٤-
جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية		درجة	٤٣,٧٠	٣,٤٣	٤٤,٠٠	٠,٤٠١	٠,٢١٨

يتضح من جدول (٢٥) أن جميع قيم معاملات الالتواء لمجموعة الدراسة في نتائج قياس متغيرات الدراسة تراوحت بين (-٠,٦١٥، ٠,٩٧٣)، وأن هذه القيم انحصرت ما بين (± 1)، وهو ما يشير إلى تماثل البيانات حول محور المنحنى، كما يتضح من الجدول أن جميع قيم معاملات التفرطح لمجموعة الدراسة تراوحت بين (-١,٩٣٣، ٠,٨١٨)، وأن هذه القيم انحصرت ما بين (± 3)، مما يعنى وقوع جميع البيانات تحت المنحنى الاعتدالي، ويؤكد على تجانس مجموعة الدراسة في نتائج متغيرات الدراسة.

٣- برنامج قائم على المشاركة المجتمعية لتحسين التفاعل الاجتماعي وجودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإصابة الدماغية. إعداد (الباحثة)

تم إعداد برنامج مخطط ومنظم قائم على المشاركة المجتمعية لتحسين التفاعل الاجتماعي وجودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإصابة الدماغية وفقاً لمجموعة من الخطوات المحددة والمنظمة يستند في أساسها على النظريات التي راعت تعلم الأطفال ذوي الإصابة الدماغية من خلال النماذج الاجتماعية، وعلى فنيات ومبادئ نظريات التعلم الاجتماعي والتعلم بالنموذج.

أهمية البرنامج:

- يسهم البرنامج في تحسين التفاعل الاجتماعي وجودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإصابة الدماغية من خلال إدراكهم للأدوات اللازمة لاعتماد الطفل على نفسه في قضاء احتياجاته من خلال المهارات المجتمعية.
- يساعد البرنامج الأطفال على تمكنهم على التكيف الإيجابي في بيئته وتجعلهم قادرين على التفاعل بفاعلية مع متطلبات الحياة اليومية.
- يمكن الاستفادة من البرنامج من قبل العاملين في مجال التربية الخاصة وخاصة المتخصصين في مجال الأطفال ذوي اضطراب الذاتوية.

التخطيط العام للبرنامج:

تشمل عملية التخطيط العام للبرنامج على تحديد الأهداف العامة والإجرائية ومحتواها العملي والإجرائي، كاستراتيجيات والأساليب المتبعة في تنفيذه وتحديد المدي الزمني للبرنامج وعدد الجلسات ومكان إجراء البرنامج ومن ثم تقييم البرنامج ككل.

الأهداف العامة من البرنامج:

- الهدف العام للبرنامج:

يهدف البرنامج إلى تحسين التفاعل الاجتماعي وجودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإصابة الدماغية:

- تدعيم ثقة الطفل بنفسه عند أداء أنشطة البرنامج مما يساعد على نجاح البرنامج.
- يعبر الطفل عن آرائه ومشاعره بحرية.

- يشارك الطفل في الأنشطة الاجتماعية بفاعلية.
- تنمية وتحسين التفاعل الاجتماعي بشكل إيجابي في المواقف المختلفة وذلك من خلال المشاركة المجتمعية.
- يميز بين الأفكار الصحيحة البناءة والأفكار الخاطئة.
- يتدرب على التعلم التعاوني.
- يزيد الطفل ثقته بنفسه وتقديره لذاته.

الفنيات المستخدمة في البرنامج

- **النمذجة:** أسلوب تعليمي تقوم الباحثة من خلاله بأداء سلوك مرغوب فيه ثم يشجع الطفل على أداء السلوك نفسه متخذاً من سلوك الباحثة مثالاً يحتذى به، والتعلم بالنموذج أسلوب مناسب لتعليم كثير من المهارات الحياتية والمجتمعية، والشخصية، ومهارات التواصل، كما يمكن استخدام هذا الأسلوب في تعليم المهارات الحياتية الوظيفية، والمهنية، والأنشطة الترفيهية" (قطناني، ٢٠١٦، ٢٤١).
- **لعب الدور:** يعد استراتيجيات لعب الدور من بين آليات التعلم الفعالة بما توفره من فرص مشاركة الأطفال للمواقف المختلفة إذا أُتيحت لهم فرص التمثيل وتقمص الأدوار وممارسة المحاكاة والتقليد في إطار اللغة الشفاهية والتعبير الحركي الصادق، وهو بشكل مبسط شكل من أشكال السيكو دراما، وفيه يقوم الأطفال بتمثيل أدوار بسيطة.
- **التقليد والمحاكاة:** هي تلك المحاولات الشعورية أو اللا شعورية التي تتم من قبل الفرد لإعادة أو تكرار سلوكيات أدركها الفرد من خلال ملاحظته للآخرين، ويبدأ في تقليد ومحاكاة الآخرين وبمرور الوقت يصبح قادراً على التنبؤ بسلوكهم فيما بعد (الروسان، ٢٠١٣، ٩٩).
- **التعزيز:** يعتبر أسلوب التعزيز من الأساليب الفعالة في تعديل سلوك الأطفال وفي عملية التعلم لأشكال جديدة من السلوك الإنساني، وغالباً ما يتم استخدام أسلوب التعزيز في الأسرة والمدرسة من أجل تقوية العلاقة بين المثيرات والاستجابات، وتصنف أساليب التعزيز إلى ايجابية وسلبية وسوف يتم التركيز هنا التعزيز الإيجابي لفعاليته في تعليم وتدريب الأطفال ذوي الإصابة الدماغية.
- **القصة الاجتماعية:** تعد القصة الاجتماعية شكلاً من أشكال التدخل الاجتماعي الذي تم تطويره لاستخدامه مع الاطفال ذوي الإصابة الدماغية، حيث إن القصة الاجتماعية هي قصة قصيرة ومبسطة مكتوبة من منظور الطفل وتقدم له معلومات معينة تفيدة في حياته اليومية، كما تتميز باعتمادها على التعلم البصري عن طريق الصور، بحيث تكون الصور متسلسلة بشكل منظم ومدروس، وتوصل الفكرة الرئيسية للطفل بانطباع صورة ذهنية عن الموضوع في ذاكرته، واستخلاص نتيجة القصة، والمهارة المرغوبة المطلوبة منه إتباعها (Bake, 2018, 493).

- **النشاط المنزلي:** يقوم النشاط المنزلي على إعادة بناء مسارات الأسرة وتغيير مسافة الود بين الأطفال، إلا أن النشاطات المنزلية قد تمثل مشكلة بالنسبة للأطفال ذوي الإصابات الدماغية، فهُم غالباً ما ينسون ما يجب عمله حين يصلون إلى المنزل، وغالباً إذا لم توجد مساعدة من قبل الامهات فإن الواجب المنزلي يبقى بدون إنجاز.

مصادر إعداد البرنامج:

اعتمدت الباحثة خلال إعدادها للبرنامج علي عدة مصادر، تمثلت في الخبرة العلمية في التعامل مع الأطفال ذوي الإصابات الدماغية لتنمية التفاعل الاجتماعي وجودة الحياة من خلال المشاركة المجتمعية كما اطلعت على المتاح من البرامج التي توضح المشاركة المجتمعية وأساليب التقييم التي صممت للأطفال ذوي الإصابات الدماغية، وكذلك الإطار النظري والتراث السيكولوجي للدراسة وما استطاعت الباحثة الاطلاع عليه من الكتب والمراجع العربية والأجنبية مما أسهم في إعداد برنامج البحث الحالي منها: دراسة برسوم (٢٠١٥)، عطية (٢٠١٦)، القحطاني (٢٠١٧)، محمد (٢٠١٨)، العشاوي (٢٠١٩)، (2019) Ensor، (2020) Cohen & Banks، (2019) Heidlage & Baxter، (2020) Roberts.

أساليب التقييم المستخدمة في البرنامج

- التقييم القبلي: وهو القياس القبلي ويتم ذلك قبل تطبيق البرنامج بتطبيق مقياس التفاعل الاجتماعي لأطفال الإصابات الدماغية الموجه للمعلمات والأمهات، ومقياس التفاعل الاجتماعي المصور لأطفال الإصابات الدماغية، ومقياس جودة الحياة لأطفال الإصابات الدماغية الموجه للمعلمات والأمهات، ومقياس جودة الحياة المصور لأطفال الإصابات الدماغية.
- التقييم البعدي: وهو القياس البعدي ويتم تطبيقه بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج القائم على المشاركة المجتمعية وذلك بتطبيق مقياس التفاعل الاجتماعي لأطفال الإصابات الدماغية الموجه للمعلمات والأمهات، ومقياس التفاعل الاجتماعي المصور لأطفال الإصابات الدماغية، ومقياس جودة الحياة لأطفال الإصابات الدماغية الموجه للمعلمات والأمهات، ومقياس جودة الحياة المصور لأطفال الإصابات الدماغية.
- التقييم التتبعي: وهو القياس التتبعي ويتم تطبيقه بعد مرور شهر من الانتهاء من تطبيق البرنامج القائم على المشاركة المجتمعية كفترة متابعة لتطبيق مقياس التفاعل الاجتماعي لأطفال الإصابات الدماغية الموجه للمعلمات والأمهات، ومقياس التفاعل الاجتماعي المصور لأطفال الإصابات الدماغية، ومقياس جودة الحياة لأطفال الإصابات الدماغية الموجه للمعلمات والأمهات، ومقياس جودة الحياة المصور لأطفال الإصابات الدماغية، ومعرفة مدى استمرارية أثر البرنامج وتحقيق الهدف العام للبرنامج.

المدى الزمني للبرنامج:

يتكون البرنامج من (٤٢) جلسة يتم تنفيذها على مدى (١٤) أسبوعًا، بواقع (٣) جلسات أسبوعيًا وتستغرق مدة الجلسة الواحدة للأطفال (٣٥) دقيقة، وذلك في الفترة من ٢٠٢٢/٣/٦ إلى ٢٠٢٢/٦/٩.

تحكيم البرنامج: قامت الباحثة بعد صياغة محتوى جلسات البرنامج بعرض البرنامج على (١١) من المتخصصين في التربية وعلم النفس والصحة النفسية، وذلك لمعرفة آرائهم حول محتوى الجلسات وحدودهم الزمنية والفنيات والأدوات التي تحتويها، ومعرفة مدى مناسبة الأنشطة التي تضمنها البرنامج، ومدى مناسبتها للأهداف الخاصة بالبرنامج.

نتائج الدراسة ومناقشتها

١- عرض ومناقشة النتائج الخاصة بالفرض الأول:

لاختبار صحة الفرض الأول للدراسة والذي ينص على أنه "يوجد فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده، لصالح درجات التطبيق البعدي"، تم حساب اختبار ويلكوكسون لإشارات الرتب Wilcoxon Signed Ranks Test للدرجات المرتبطة بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده، ولقياس حجم تأثير المعالجة التجريبية في التفاعل الاجتماعي، تم حساب حجم التأثير أو قوة العلاقة، والجدول (٢٦) يوضح ذلك:

جدول (٢٦)

نتائج اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Signed Ranks Test عند دراسة الفرق بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده

البعدي	الإشارات (البعدي - القبلي)	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة	حجم التأثير (I_{prb})	مستوى التأثير
التعاون	السالبة (*)	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٨٠٥	٠,٠١	١	قوي
	الموجبة (**)	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠				جدًا

(*) الإشارة السالبة: عندما يكون: البعدي > القبلي.

(**) الإشارة الموجبة: عندما يكون: البعدي < القبلي.

مستوى التأثير	حجم التأثير (r _{prb})	مستوى الدلالة	قيمة (Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الإشارات (البعدي - القبلي)	البعد
						٠	صفرية (***)	
قوي جداً	١	٠,٠١	٢,٨٠٧	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	السالبة	التواصل الاجتماعي
				٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الموجبة	
						٠	صفرية	
قوي جداً	١	٠,٠١	٢,٨٠٩	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	السالبة	التعاطف
				٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الموجبة	
						٠	صفرية	
قوي جداً	١	٠,٠١	٢,٨٢٥	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	السالبة	الانتماء للجماعة
				٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الموجبة	
						٠	صفرية	
قوي جداً	١	٠,٠١	٢,٨٠٧	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	السالبة	المقياس ككل
				٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الموجبة	
						٠	صفرية	

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده، لصالح درجات التطبيق البعدي.
- تشير قيم معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (r_{prb}) إلى: وجود تأثير قوي جداً لمعالجة التجريبية في تنمية التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وفي كل بعد من أبعاده لدى مجموعة الدراسة في التطبيق البعدي مقارنةً بالتطبيق القبلي.
- مما سبق يتبين تحقق الفرض الأول من فروض الدراسة.

(***) الإشارة صفرية: عندما يكون: البعدي = القبلي.

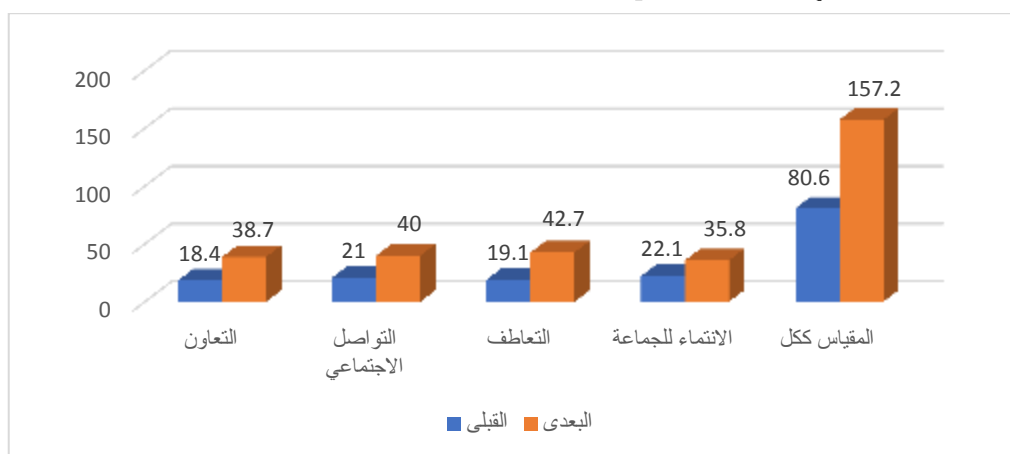
والجدول التالي يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده:

جدول (٢٧)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده (ن = ١٠)

التطبيق	البعد	التعاون	التواصل الاجتماعي	التعاطف	الانتماء للجماعة	المقياس ككل
القبلي	المتوسط	١٨,٤٠	٢١,٠٠	١٩,١٠	٢٢,١٠	٨٠,٦٠
	الانحراف المعياري	١,٥١	٤,١١	٢,٦٠	٢,٧٣	٦,٠٨
البعدي	المتوسط	٣٨,٧٠	٤٠,٠٠	٤٢,٧٠	٣٥,٨٠	١٥٧,٢٠
	الانحراف المعياري	٣,٥٦	٢,٩١	٢,١	٣,٧٧	٥,٦٥

والشكل البياني الآتي يوضح الفروق بين متوسطات درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده:



٢- عرض ومناقشة النتائج الخاصة بالفرض الثاني:

لاختبار صحة الفرض الثاني للدراسة والذي ينص على أنه "لا يوجد فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبقي لمقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده"، تم حساب اختبار ويلكوكسون لإشارات الرتب Wilcoxon Signed Ranks Test للدرجات المرتبطة بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى

التطبيقات البعدي والتتبعي لمقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده، والجدول (٢٨) يوضح ذلك:

جدول (٢٨)

نتائج اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Signed Ranks Test عند دراسة الفرق بين متوسطي رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة في التطبيقات البعدي والتتبعي لمقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده

مستوى الدلالة	قيمة (Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الإشارات (التتبعي - البعدي)	البعد
٠,٦٨٣ غير دال	٠,٤٠٨	٦,٠٠	٣,٠٠	٢	السالبة (*)	التعاون
		٩,٠٠	٣,٠٠	٣	الموجبة (**)	
				٥	صفرية (***)	
٠,٣٣٩ غير دال	٠,٩٥٧	٦,٠٠	٢,٠٠	٣	السالبة	التواصل الاجتماعي
		١٥,٠٠	٥,٠٠	٣	الموجبة	
				٤	صفرية	
٠,٩١٥ غير دال	٠,١٠٦	١١,٠٠	٣,٦٧	٣	السالبة	التعاطف
		١٠,٠٠	٣,٣٣	٣	الموجبة	
				٤	صفرية	
٠,٤١٤ غير دال	٠,٨١٦	١,٥٠	١,٥٠	١	السالبة	الانتماء للجماعة
		٤,٥٠	٢,٢٥	٢	الموجبة	
				٧	صفرية	
٠,٣٠٧ غير دال	١,٠٢٢	٨,٠٠	٢,٦٧	٣	السالبة	المقياس ككل
		٢٠,٠٠	٥,٠٠	٤	الموجبة	
				٣	صفرية	

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطي رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة في التطبيقات البعدي والتتبعي لمقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده.
- مما سبق يتبين تحقق الفرض الثاني من فروض الدراسة.

(***) الإشارة صفرية: عندما يكون: التتبعي = البعدي.

والجدول التالي يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبعية لمقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده:

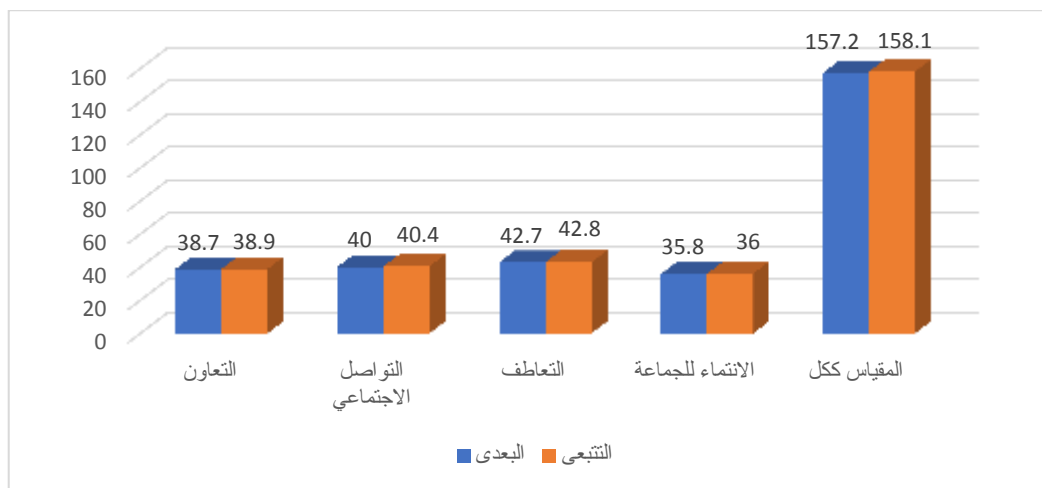
جدول (٢٩)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبعية لمقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند

كل بعد من أبعاده (ن = ١٠)

التطبيق	البعد	التعاون	التواصل الاجتماعي	التعاطف	الانتماء للجماعة	المقياس ككل
البعدي	المتوسط	٣٨,٧٠	٤٠,٠٠	٤٢,٧٠	٣٥,٨٠	١٥٧,٢٠
	الانحراف المعياري	٣,٥٦	٢,٩١	٢,١	٣,٧٧	٥,٦٥
التتبعية	المتوسط	٣٨,٩٠	٤٠,٤٠	٤٢,٨٠	٣٦,٠٠	١٥٨,١٠
	الانحراف المعياري	٢,٨٨	٢,٨٠	٢,٣٠	٣,٨٩	٤,٩٨

والشكل البياني الآتي يوضح الفروق بين متوسطات درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبعية لمقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده:



٣- عرض ومناقشة النتائج الخاصة بالفرض الثالث:

لاختبار صحة الفرض الثالث للدراسة والذي ينص على أنه 'يوجد فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وعند كل بعد من

أبعاده، لصالح درجات التطبيق البعدي"، تم حساب اختبار ويلكوسون لإشارات الرتب Wilcoxon Signed Ranks Test للدرجات المرتبطة بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده، ولقياس حجم تأثير المعالجة التجريبية في التفاعل الاجتماعي، تم حساب حجم التأثير أو قوة العلاقة، والجدول (٣٠) يوضح ذلك:

جدول (٣٠)

نتائج اختبار ويلكوسون Wilcoxon Signed Ranks Test عند دراسة الفرق بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده

مستوى التأثير	حجم التأثير (I _{prb})	مستوى الدلالة	قيمة (Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الإشارات (البعدي - القبلي)	البعد
قوي جداً	١	٠,٠١	٢,٨٢٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	السالبة (*)	التعاون
				٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الموجبة (**)	
						٠	صفريه (***)	
قوي جداً	١	٠,٠١	٢,٨٢٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	السالبة	التواصل الاجتماعي
				٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الموجبة	
						٠	صفريه	
قوي جداً	١	٠,٠١	٢,٨١٤	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	السالبة	التعاطف
				٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الموجبة	
						٠	صفريه	
قوي جداً	١	٠,٠١	٢,٨٠٩	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	السالبة	الانتماء للجماعة
				٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الموجبة	
						٠	صفريه	
قوي جداً	١	٠,٠١	٢,٨١٢	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	السالبة	المقياس ككل
				٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الموجبة	
						٠	صفريه	

(*) الإشارة السالبة: عندما يكون: البعدي > القبلي.

(**) الإشارة الموجبة: عندما يكون: البعدي < القبلي.

(***) الإشارة صفريه: عندما يكون: البعدي = القبلي.

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده، لصالح درجات التطبيق البعدي.
- تشير قيم معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (r_{prb}) إلى: وجود تأثير قوي جدًا للمعالجة التجريبية في تنمية التفاعل الاجتماعي ككل، وفي كل بعد من أبعاده لدى المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي مقارنةً بالتطبيق القبلي.
- مما سبق يتبين تحقق الفرض الثالث من فروض الدراسة.

والجدول التالي يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده:

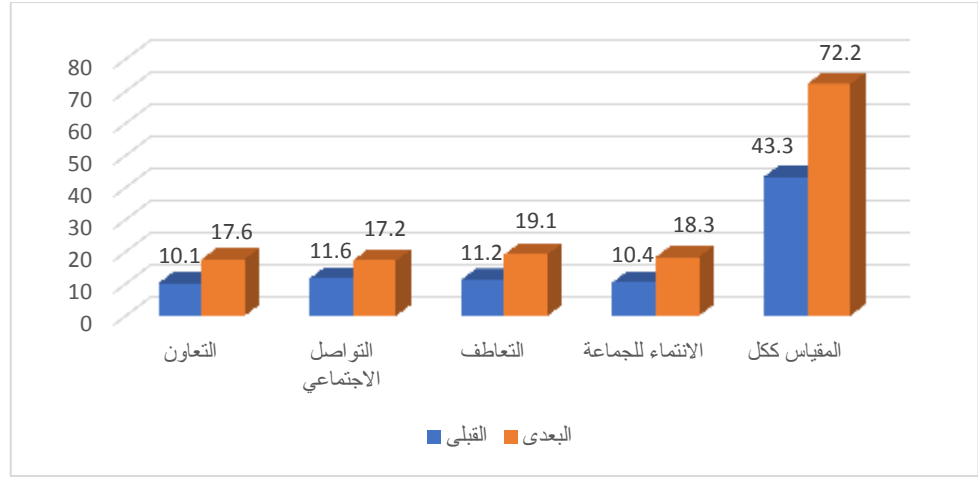
جدول (٣١)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده (ن

(١٠ =

التطبيق	البعد	التعاون	التواصل الاجتماعي	التعاطف	الانتماء للجماعة	المقياس ككل
القبلي	المتوسط	١٠,١٠	١١,٦٠	١١,٢٠	١٠,٤٠	٤٣,٣٠
	الانحراف المعياري	١,٧٣	١,٥٨	١,٦٢	٢,٣٧	٣,٨٩
البعدي	المتوسط	١٧,٦٠	١٧,٢٠	١٩,١٠	١٨,٣٠	٧٢,٢٠
	الانحراف المعياري	١,٩٦	١,٤٠	٠,٩٩	١,٢٦	٢,٩٤

والشكل البياني الآتى يوضح الفروق بين متوسطات درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده:



٤- عرض ومناقشة النتائج الخاصة بالفرض الرابع:

لاختبار صحة الفرض الرابع للدراسة والذي ينص على أنه "لا يوجد فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده"، تم حساب اختبار ويلكوكسون لإشارات الرتب Wilcoxon Signed Ranks Test للدرجات المرتبطة بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده، والجدول (٣٢) يوضح ذلك:

جدول (٣٢)

نتائج اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Signed Ranks Test عند دراسة الفرق بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده

مستوى الدلالة	قيمة (Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الإشارات (التتبعي - البعدي)	البعد
٠,٣٩٥ غير دال	٠,٨٥٠	٦,٥٠	٣,٢٥	٢	السالبة (*)	التعاون
		١٤,٥٠	٣,٦٣	٤	الموجبة (**)	
				٤	صفرية (***)	
٠,٤٨٠	٠,٧٠٧	١٠,٠٠	٣,٣٣	٣	السالبة	التواصل الاجتماعي

(*) الإشارة السالبة: عندما يكون: التتبعي > البعدي.

(**) الإشارة الموجبة: عندما يكون: التتبعي < البعدي.

(***) الإشارة صفرية: عندما يكون: التتبعي = البعدي.

مستوى الدلالة	قيمة (Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الإشارات (التتبعي - البعدي)	البعد
غير دال		٥,٠٠	٢,٥٠	٢	الموجبة	
				٥	صفرية	
٠,٦٥٥ غير دال	٠,٤٤٧	٢,٠٠	٢,٠٠	١	السالبة	التعاطف
		١,٠٠	١,٠٠	١	الموجبة	
				٨	صفرية	
٠,٢٧٦ غير دال	١,٠١٩	١,٠٠	١,٠٠	١	السالبة	الانتماء للجماعة
		٥,٠٠	٢,٥٠	٢	الموجبة	
				٧	صفرية	
٠,٣٣٠ غير دال	٠,٩٧٣	٦,٠٠	٣,٠٠	٢	السالبة	المقياس ككل
		١٥,٠٠	٧٥.	٤	الموجبة	
				٤	صفرية	

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

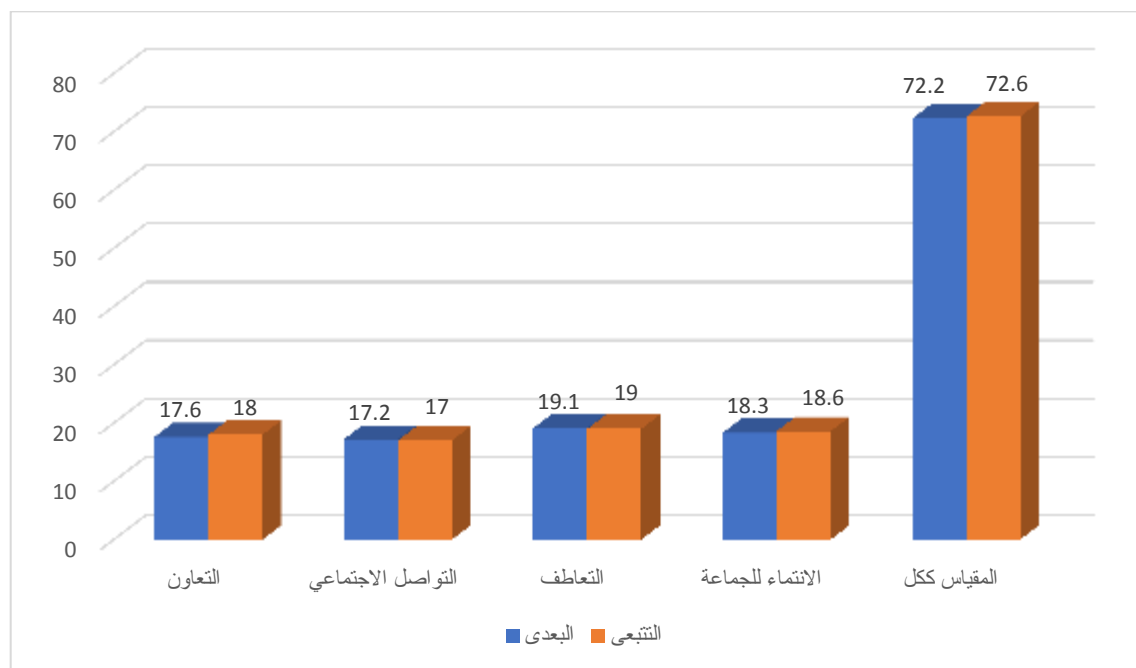
- عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده.
 - مما سبق يتبين تحقق الفرض الرابع من فروض الدراسة.
- والجدول التالي يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده:

جدول (٣٣)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده (ن = ١٠)

التطبيق	البعد	التعاون	التواصل الاجتماعي	التعاطف	الانتماء للجماعة	المقياس ككل
البعدي	المتوسط	١٧,٦٠	١٧,٢٠	١٩,١٠	١٨,٣٠	٧٢,٢٠
	الانحراف المعياري	١,٩٦	١,٤٠	٠,٩٩	١,٢٦	٢,٩٤
التتبعي	المتوسط	١٨,٠٠	١٧,٠٠	١٩,٠٠	١٨,٦٠	٧٢,٦٠
	الانحراف المعياري	١,٢٥	١,٥٦	١,٠٥	١,٣٥	٣,٠٣

والشكل البياني الآتي يوضح الفروق بين متوسطات درجات أطفال مجموعة الدراسة في التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس التفاعل الاجتماعي المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده:



٥- عرض ومناقشة النتائج الخاصة بالفرض الخامس:

لاختبار صحة الفرض الخامس للدراسة والذي ينص على أنه "يوجد فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده، لصالح درجات التطبيق البعدي"، تم حساب اختبار ويلكوكسون لإشارات الرتب Wilcoxon Signed Ranks Test للدرجات المرتبطة بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده، ولقياس حجم تأثير المعالجة التجريبية في التفاعل الاجتماعي، تم حساب حجم التأثير أو قوة العلاقة، والجدول (٣٤) يوضح ذلك:

جدول (٣٤)

نتائج اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Signed Ranks Test عند دراسة الفرق بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده

مستوى التأثير	حجم التأثير (Γ_{prb})	مستوى الدلالة	قيمة (Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الإشارات (البعدي - القبلي)	البعد
قوي جداً	١	٠,٠١	٢,٨٠٩	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	السالبة (*)	جودة الحياة الأسرية
				٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الموجبة (**)	
						٠	صفرية (***)	
قوي جداً	١	٠,٠١	٢,٨١٢	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	السالبة	جودة الحياة الاجتماعية
				٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الموجبة	
						٠	صفرية	
قوي جداً	١	٠,٠١	٢,٨١٢	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	السالبة	جودة الحياة النفسية
				٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الموجبة	
						٠	صفرية	
قوي جداً	١	٠,٠١	٢,٨٠٥	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	السالبة	جودة الحياة الصحية
				٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الموجبة	
						٠	صفرية	
قوي جداً	١	٠,٠١	٢,٨٠٧	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	السالبة	المقياس ككل
				٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الموجبة	
						٠	صفرية	

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده، لصالح درجات التطبيق البعدي.

(*) الإشارة السالبة: عندما يكون: البعدي > القبلي.

(**) الإشارة الموجبة: عندما يكون: البعدي < القبلي.

(***) الإشارة صفرية: عندما يكون: البعدي = القبلي.

- تشير قيم معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (r_{prb}) إلى: وجود تأثير قوي جدًا للمعالجة التجريبية في تنمية جودة الحياة ككل، وفي كل بعد من أبعادها لدى المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي مقارنةً بالتطبيق القبلي.
- مما سبق يتبين تحقق الفرض الخامس من فروض الدراسة.

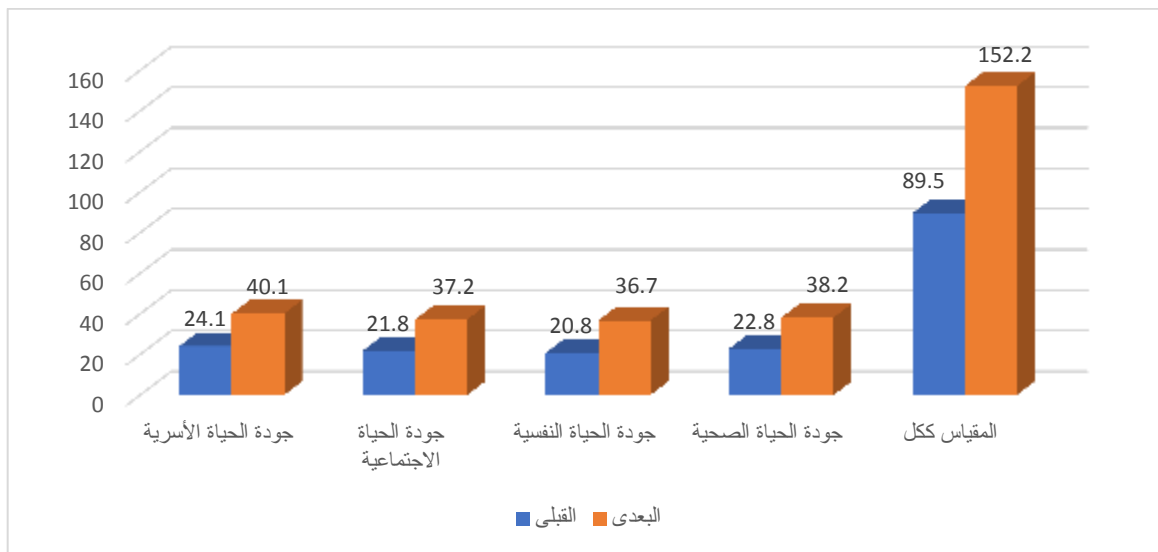
والجدول التالي يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال مجموعة الدراسة في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده:

جدول (٣٥)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال مجموعة الدراسة في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده (ن = ١٠)

التطبيق	البعد	جودة الحياة الأسرية	جودة الحياة الاجتماعية	جودة الحياة النفسية	جودة الحياة الصحية	المقياس ككل
القبلي	المتوسط	٢٤,١٠	٢١,٨٠	٢٠,٨٠	٢٢,٨٠	٨٩,٥٠
	الانحراف المعياري	٣,٩٠	٢,٣٠	٣,٩٧	٣,٤٣	٧,٩٥
البعدي	المتوسط	٤٠,١٠	٣٧,٢٠	٣٦,٧٠	٣٨,٢٠	١٥٢,٢٠
	الانحراف المعياري	٣,٧٠	٣,٥٨	٤,٥٠	٤,٠٢	٨,٤٤

والشكل البياني الآتي يوضح الفروق بين متوسطات درجات أطفال مجموعة الدراسة في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده:



٦- عرض ومناقشة النتائج الخاصة بالفرض السادس:

لاختبار صحة الفرض السادس للدراسة والذي ينص على أنه "لا يوجد فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده"، تم حساب اختبار ويلكوكسون لإشارات الرتب Wilcoxon Signed Ranks Test للدرجات المرتبطة بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده، والجدول (٣٦) يوضح ذلك:

جدول (٣٦)

نتائج اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Signed Ranks Test عند دراسة الفرق بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده

مستوى الدلالة	قيمة (Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الإشارات (التتبعي - البعدي)	البعد
٠,٣٨٠ غير دال	٠,٨٧٩	١٩,٠٠	٤,٧٥	٤	السالبة (*)	جودة الحياة الأسرية
		٩,٠٠	٣,٠٠	٣	الموجبة (**)	
				٣	صفريه (***)	
٠,٤٨٠ غير دال	٠,٧٠٧	٥,٠٠	٢,٥٠	٢	السالبة	جودة الحياة الاجتماعية
		١٠,٠٠	٣,٣٣	٣	الموجبة	
				٥	صفريه	
٠,٤١٤ غير دال	٠,٨١٦	١,٥٠	١,٥٠	١	السالبة	جودة الحياة النفسية
		٤,٥٠	٢,٢٥	٢	الموجبة	
				٧	صفريه	
٠,٤٢٩ غير دال	٠,٧٩١	٩,٥٠	٤,٧٥	٢	السالبة	جودة الحياة الصحية
		١٨,٥٠	٣,٧٠	٥	الموجبة	
				٣	صفريه	

(*) الإشارة السالبة: عندما يكون: التتبعي > البعدي.

(**) الإشارة الموجبة: عندما يكون: التتبعي < البعدي.

(***) الإشارة صفريه: عندما يكون: التتبعي = البعدي.

مستوى الدلالة	قيمة (Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الإشارات (التتبعي - البعدي)	البعد
٠,٢٩٨ غير دال	١,٠٤٠	١٤,٠٠	٤,٦٧	٣	السالبة	المقياس ككل
		٣١,٠٠	٥,١٧	٦	الموجبة	
				١	صفريّة	

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده.
- مما سبق يتبين تحقق الفرض السادس من فروض الدراسة.

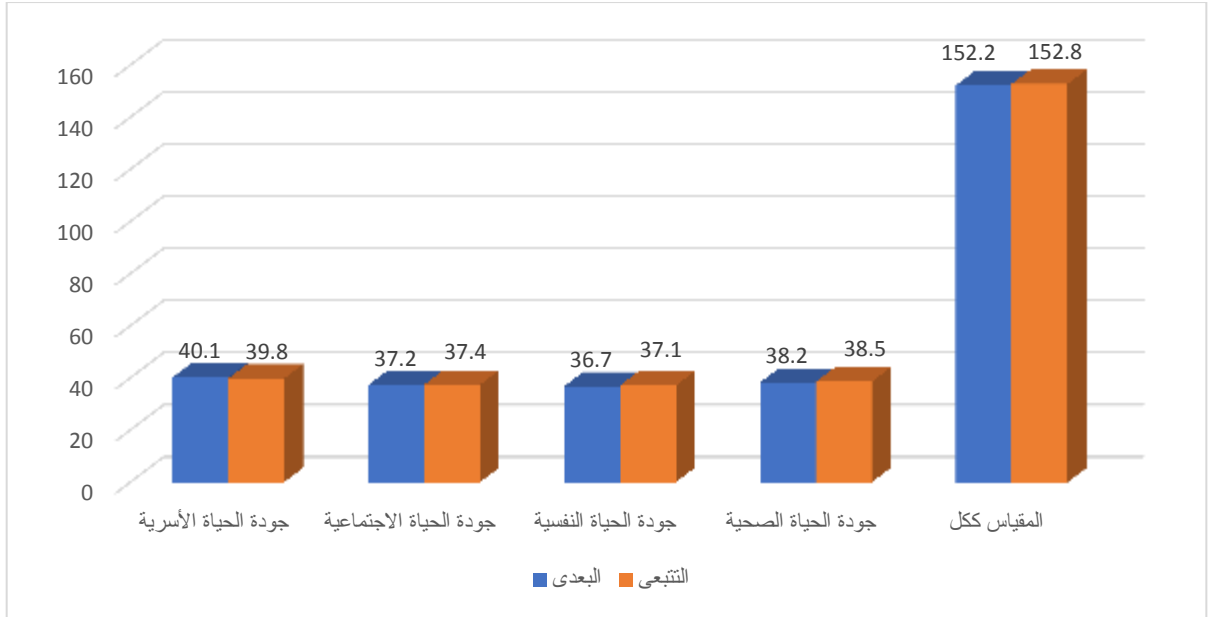
والجدول التالى يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده:

جدول (٣٧)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده (ن = ١٠)

التطبيق	البعد	جودة الحياة الأسرية	جودة الحياة الاجتماعية	جودة الحياة النفسية	جودة الحياة الصحية	المقياس ككل
البعدي	المتوسط	٤٠,١٠	٣٧,٢٠	٣٦,٧٠	٣٨,٢٠	١٥٢,٢٠
	الانحراف المعياري	٣,٧٠	٣,٥٨	٤,٥٠	٤,٠٢	٨,٤٤
التتبعي	المتوسط	٣٩,٨٠	٣٧,٤٠	٣٧,١٠	٣٨,٥٠	١٥٢,٨٠
	الانحراف المعياري	٣,٧١	٣,١٣	٤,٥٦	٣,٥٠	٧,٧٤

والشكل البياني الآتى يوضح الفروق بين متوسطات درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابة الدماغية الموجه للأمهات والمعلمات ككل، وعند كل بعد من أبعاده:



٧- عرض ومناقشة النتائج الخاصة بالفرض السابع:

لاختبار صحة الفرض السابع للدراسة والذي ينص على أنه "يوجد فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين القبلي والبعدى لمقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده، لصالح درجات التطبيق البعدى"، تم حساب اختبار ويلكوكسون لإشارات الرتب Wilcoxon Signed Ranks Test للدرجات المرتبطة بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين القبلي والبعدى لمقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده، ولقياس حجم تأثير المعالجة التجريبية فى جودة الحياة، تم حساب حجم التأثير أو قوة العلاقة، والجدول () يوضح ذلك:

جدول (٣٨)

نتائج اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Signed Ranks Test عند دراسة الفرق بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده

مستوى التأثير	حجم التأثير (Γ_{prb})	مستوى الدلالة	قيمة (Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الإشارات (البعدي - القبلي)	البعد
قوي جداً	١	٠,٠١	٢,٨١٢	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	السالبة (*)	جودة الحياة الأسرية
				٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الموجبة (**)	
						٠	صفرية (***)	
قوي جداً	١	٠,٠١	٢,٦٦٦	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	السالبة	جودة الحياة الاجتماعية
				٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الموجبة	
						٠	صفرية	
قوي جداً	١	٠,٠١	٢,٨١٢	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	السالبة	جودة الحياة النفسية
				٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الموجبة	
						٠	صفرية	
قوي جداً	١	٠,٠١	٢,٨٠٩	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	السالبة	جودة الحياة الصحية
				٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الموجبة	
						٠	صفرية	
قوي جداً	١	٠,٠١	٢,٨٠٧	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	السالبة	المقياس ككل
				٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الموجبة	
						٠	صفرية	

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده، لصالح درجات التطبيق البعدي.

(*) الإشارة السالبة: عندما يكون: البعدي > القبلي.

(**) الإشارة الموجبة: عندما يكون: البعدي < القبلي.

(***) الإشارة صفرية: عندما يكون: البعدي = القبلي.

- تشير قيم معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (r_{prb}) إلى: وجود تأثير قوي جدًا للمعالجة التجريبية في تنمية جودة الحياة ككل، وفي كل بعد من أبعادها لدى المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي مقارنةً بالتطبيق القبلي.
- مما سبق يتبين تحقق الفرض السابع من فروض الدراسة.

والجدول التالي يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال مجموعة الدراسة في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده:

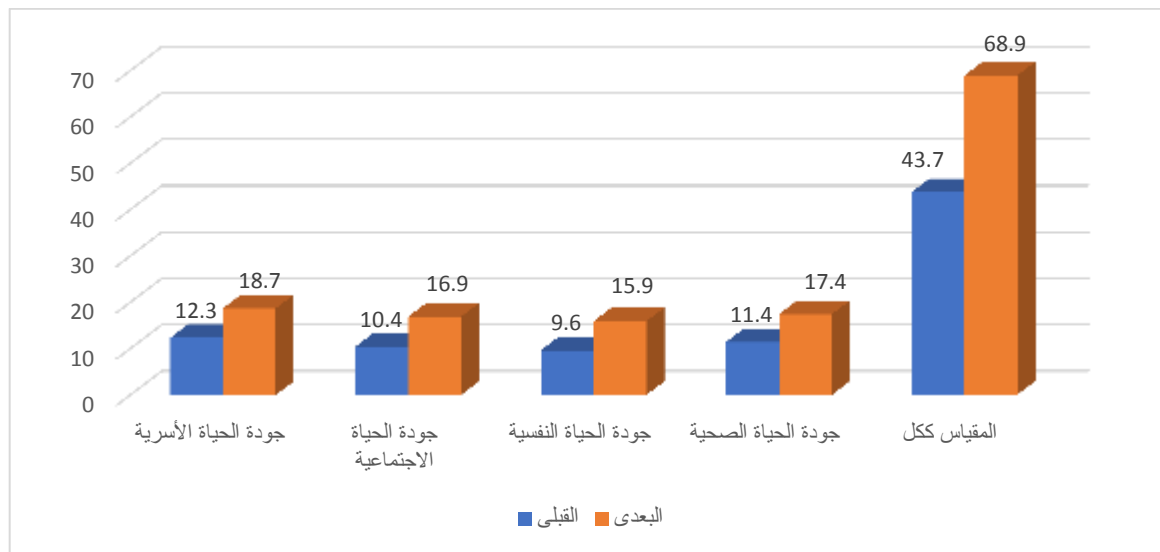
جدول (٣٩)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال مجموعة الدراسة في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده (ن =

١٠)

التطبيق	البعد	جودة الحياة الأسرية	جودة الحياة الاجتماعية	جودة الحياة النفسية	جودة الحياة الصحية	المقياس ككل
القبلي	المتوسط	١٢,٣٠	١٠,٤٠	٩,٦٠	١١,٤٠	٤٣,٧٠
	الانحراف المعياري	١,٧٠	٢,١٧	١,٧٢	٢,٤١	٣,٤٣
البعدي	المتوسط	١٨,٧٠	١٦,٩٠	١٥,٩٠	١٧,٤٠	٦٨,٩٠
	الانحراف المعياري	١,٤٢	٢,٦٤	٢,١٨	٢,٠٧	٦,٠٨

والشكل البياني الآتي يوضح الفروق بين متوسطات درجات أطفال مجموعة الدراسة في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده:



٨- عرض ومناقشة النتائج الخاصة بالفرض الثامن:

لاختبار صحة الفرض السادس للدراسة والذي ينص على أنه "لا يوجد فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده"، تم حساب اختبار ويلكوكسون لإشارات الرتب Wilcoxon Signed Ranks Test للدرجات المرتبطة بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده، والجدول (٤٠) يوضح ذلك:

جدول (٤٠)

نتائج اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Signed Ranks Test عند دراسة الفرق بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابات الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده

المستوى الدلالة	قيمة (Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الإشارات (التتبعي - البعدي)	البعد
٠,٣٨٠ غير دال	٠,٨٧٩	١٩,٠٠	٤,٧٥	٤	السالبة (*)	جودة الحياة الأسرية
		٩,٠٠	٣,٠٠	٣	الموجبة (**)	
				٣	صفريّة (***)	
٠,٣٣٤ غير دال	٠,٩٦٦	٤,٠٠	٢,٠٠	٢	السالبة	جودة الحياة الاجتماعية
		١١,٠٠	٣,٦٧	٣	الموجبة	
				٥	صفريّة	
٠,٥٦٤ غير دال	٠,٥٧٧	٤,٠٠	٢,٠٠	٢	السالبة	جودة الحياة النفسية
		٢,٠٠	٢,٠٠	١	الموجبة	
				٧	صفريّة	
٠,٢٠٦ غير دال	١,٢٦٥	٧,٠٠	٣,٥٠	٢	السالبة	جودة الحياة الصحية
		٢١,٠٠	٤,٢٠	٥	الموجبة	
				٣	صفريّة	
٠,٧١٧	٠,٣٦٢	٢٤,٠٠	٤,٨٠	٥	السالبة	المقياس ككل

(*) الإشارة السالبة: عندما يكون: التتبعي > البعدي.

(**) الإشارة الموجبة: عندما يكون: التتبعي < البعدي.

(***) الإشارة صفريّة: عندما يكون: التتبعي = البعدي.

مستوى الدلالة	قيمة (Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الإشارات (التتبعي- البعدي)	البعد
غير دال		٣١,٠٠	٦,٢٠	٥	الموجبة	
				٠	صفرية	

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده.
- مما سبق يتبين تحقق الفرض الثامن من فروض الدراسة.

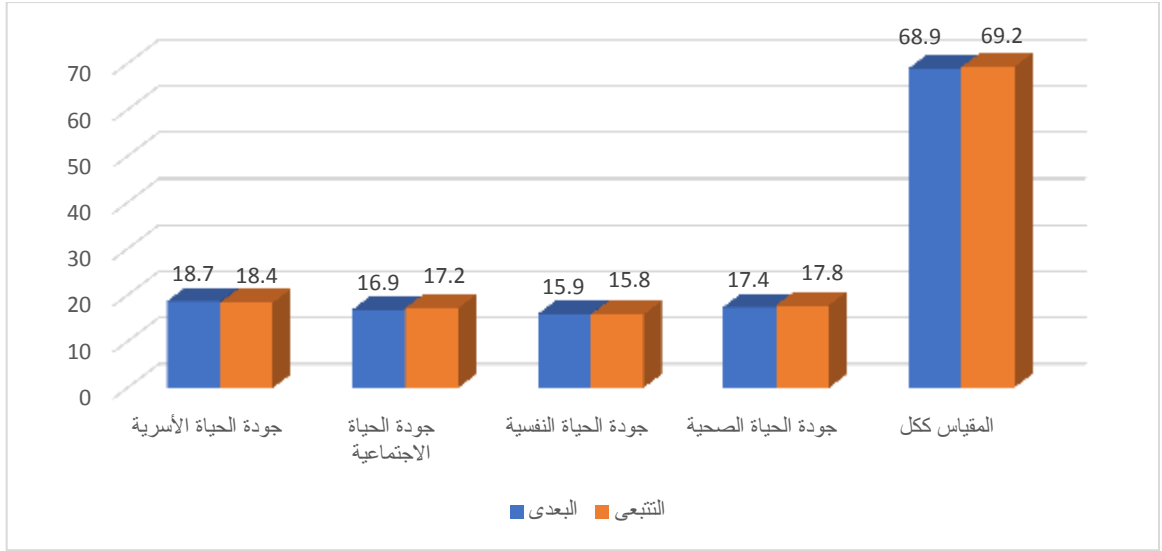
والجدول التالى يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده:

جدول (٤١)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده (ن = ١٠)

التطبيق	البعد	جودة الحياة الأسرية	جودة الحياة الاجتماعية	جودة الحياة النفسية	جودة الحياة الصحية	المقياس ككل
البعدي	المتوسط	١٨,٧٠	١٦,٩٠	١٥,٩٠	١٧,٤٠	٦٨,٩٠
	الانحراف المعيارى	١,٤٢	٢,٦٤	٢,١٨	٢,٠٧	٦,٠٨
التتبعي	المتوسط	١٨,٤٠	١٧,٢٠	١٥,٨٠	١٧,٨٠	٦٩,٢٠
	الانحراف المعيارى	١,٢٦	٢,٧٤	٢,٠٤	١,٩٣	٥,٠٥

والشكل البيانى الآتى يوضح الفروق بين متوسطات درجات أطفال مجموعة الدراسة فى التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة المصور للأطفال ذوي الإصابة الدماغية ككل، وعند كل بعد من أبعاده:



وترجع الباحثة هذه النتائج إلى طبيعة ونوعية البرنامج، حيث إنه تم تصميمه من الأساس على المشاركة المجتمعية، ويتضمن البرنامج مجموعة من التدريبات والأنشطة والألعاب الترفيهية الممتعة والمفيدة والموجهة لفئة الأطفال ذوي الإصابات الدماغية.

وترى الباحثة أن هذه النتائج تدعم فاعلية البرنامج القائم على المشاركة المجتمعية في تحقيق أهداف البحث وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإصابات الدماغية، إذ تشير النتائج إلى تحسين مستوى مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال في القياس البعدي بالمقارنة بالقياس القبلي في جميع أبعاد المقياسين (الموجه للمعلمات والأمهات، والمقياس المصور)، ويمكن تفسير هذه النتائج بما تضمنه البرنامج من مجموعة من الفنيات المستخدمة في البرنامج مثل: التعزيز، النمذجة، النشاط المنزلي، اللعب الجماعي، الممارسة، وهذه الفنيات تتيح للطفل حرية التعبير عن مشاعره وأحاسيسه مما يكشف عن دوافعه وبالتالي يعبر عن مخاوفه مما يساعد في التنفيس الانفعالي وكذلك فإن هذه الفنيات تساعد الطفل على اكتشاف ذاته مما يساعده على تقبلها واحترامها وبهذا يمكن أن يعدل من سلوكياته السلبية عند التعامل مع الآخرين، وتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لديه.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات والتي من بينها دراسة (عطية، ٢٠١٦)، (موسى، ٢٠١٧)، (محمود، ٢٠١٩) والتي هدفت إلى استخدام المشاركة المجتمعية لتنمية التواصل اللفظي وغير اللفظي وأثره على التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإصابات الدماغية، ودراسة (Chipchase, 2019) والتي هدفت استخدام برنامج قائم على المشاركة المجتمعية في خفض المشكلات النفسية وأثره في تحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي الإصابات الدماغية.

كما أن هذه النتائج تدعم فاعلية البرنامج في تحقيق أهداف البحث وتحسين جودة الحياة لدى الأطفال، إذ تشير النتائج إلى تحسين مستوى جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإصابات الدماغية البسيطة في القياس البعدي بالمقارنة بالقياس القبلي في جميع أبعاد المقياسين (الموجهة للمعلمات والأمهات والمقياس المصور)، ويمكن تفسير هذه النتائج بما تضمنه البرنامج من مجموعة من الفنيات وخاصة التعزيز بنوعيه الإيجابي والسلبي أدي الي تحسين جودة الحياة، وأيضًا ترجع هذه النتائج إلى طبيعة البرنامج وما يحتويه من أنشطة وتدريبات وألعاب تساعد على تحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإصابات الدماغية البسيطة من خلال مشاركة الأطفال في الأنشطة والألعاب والقصص، التي يتم عرضها على الأطفال في الجلسة والتي تحتوي على بعض الأنشطة، مما تكون لديهم مجموعة من الانفعالات الإيجابية تجاه الأقران والتي أدت إلى ارتفاع جميع أبعاد المقياس، واتضح ذلك من خلال الأنشطة والتدريب على جودة الحياة،

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات والتي من بينها دراسة (عطية، ٢٠١٦)، (موسى، ٢٠١٧) والتي هدفت الى استخدام المشاركة المجتمعية لتنمية جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإصابات الدماغية البسيطة، وتتفق مع دراسة (الزغبى، ٢٠١٤)، ودراسة (حسن، ٢٠١٥)، (2016) (Nuernberger, et al)، في أن البرامج التدريبية التي تقوم على الأنشطة المجتمعية لها فاعلية في تحسين جودة الحياة للأطفال ذوي الإصابات الدماغية البسيطة، كما تتفق أيضًا نتائج البحث الحالي مع ما توصلت إليه دراسة (Schetter, 2018) (Ozonoff, 2019) ، (Ezrine, 2021) حيث أشارت إلى أن فاعلية المشاركة المجتمعية في تنمية جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإصابات الدماغية من خلال مشاركة الأطفال في الرحلات الترفيهية، والسياحية، والتعليمية.

التوصيات:

- ١- عقد دورات تثقيفية لتعريف الآباء والأمهات بالإصابات الدماغية وأعراضها وكيفية التدخل المبكر لتنمية مهارات هؤلاء الأطفال.
- ٢- تدريب معلمات الروضة على كيفية التعامل مع الأطفال ذوي الإصابات الدماغية، وكيفية زيادة مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي لديهم.
- ٣- دمج الأطفال ذوي الإصابات الدماغية مع الأطفال الطبيعيين، لإكسابهم مهارات التفاعل الاجتماعي في عمر مبكر.
- ٤- تقديم الدعم النفسي لأسر الأطفال ذوي الإصابات الدماغية لتحسين جودة الحياة الأسرية لهؤلاء الأطفال.

البحوث المقترحة:

- ١- مهارات التواصل اللفظي وعلاقتها بالتواصل الاجتماعي لدى أطفال الإصابة الدماغية البسيطة.
- ٢- فاعلية برنامج لتنمية مهارات اللغة الاستقبالية لدى أطفال الإصابة الدماغية البسيطة وأثره على مهارات التواصل لديهم.
- ٣- فاعلية برنامج هيلب في تنمية مهارات الرعاية الذاتية لدى أطفال الإصابة الدماغية البسيطة.

المراجع

- أحمد، ولاء. (٢٠١٧). فاعلية خطة استراتيجية مقترحة للمشاركة المجتمعية لرياض الأطفال في ضوء معايير الجودة. رسالة دكتوراه، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.
- أحمد، وهدان. (٢٠١٦). فعالية برنامج قائم على التعليم المنظم تيتش فى تحسين مهارات الوظائف التنفيذية للأطفال ذوب الإصابة الدماغية. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة بني سويف.
- الباز، ريهام. (٢٠١٩). برنامج أنشطة متكاملة قائم على المشاركة المجتمعية لتنمية بعض المهارات الحياتية لطفل الروضة. رسالة دكتوراه، كلية التربية للطفولة المبكرة: جامعة القاهرة.
- بكوش، الجموعي، وجلول، أحمد. (٢٠٢١). التفاعل الاجتماعي ومختلف صورته- مدخل نظري. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، مج (١٣)، ع (١)، ص ٣٠٧-٣١٨.
- بهجت، فاطمة. (٢٠٢٢). تعزيز المشاركة المجتمعية لتطوير مهارات الأطفال ذوي الإعاقة لتحقيق الاندماج الاجتماعي. رسالة دكتوراه، كلية الدراسات العليا للتربية، جامعة القاهرة.
- حبيب، طرفة. (٢٠١٧). فاعلية برنامج سلوكي فى تنمية المهارات اللغوية والحركية ومساعدة الذات لدى الأطفال الشلل الدماغى فى دولة الكويت. رسالة دكتوراه، كلية الدراسات العليا للتربية، جامعة القاهرة.
- الخطيب، جمال. (٢٠٢٠). التفاعل الاجتماعي وتعديل سلوك الأطفال المعاقين دليل الآباء والمعلمين. عمان، دار الرواد للنشر والتوزيع.
- الخفش، سهام، وعوني، هنانده. (٢٠١٧). دليل الآباء والأمهات فى التعامل مع الإصابة الدماغية. عمان، دار يافا العلمية للطبع والنشر والتوزيع.
- الخلفى، إبراهيم. (٢٠١٩). الإرشاد النفسى كمدخل لتحقيق جودة الحياة من منظور التعامل مع الذات (دراسة تقييمية لأثر الدورات الارشادية فى التحكم فى السلوك). مجلة كلية التربية، جامعة بنها، مج (١٠)، ع (٤٤)، ص ١٥٨-١٩٣.
- الداھري، صالح. (٢٠٢١). أساسيات التفاعل الاجتماعي والاضطرابات السلوكية والانفعالية (الأسس والنظريات). عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع.

- الروسان، فاروق. (٢٠١٨). الشلل الدماغي وسيكولوجية الأطفال غير العاديين مقدمة فى التربية الخاصة. الأردن، دار الفكر العربى.
- الشريف، عبد الفتاح. (٢٠١٨). أساليب رعاية المعاقين عقلياً وحركياً وبصرياً وسمعيّاً. القاهرة، المكتب العربى للمعارف.
- شقير، زينب. (٢٠٢١). جودة الحياة لمتحدي الإعاقة. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- طه، الزبير. (٢٠٠٢). تدريب الاطفال المصابين بالشلل الدماغي على مهارات الحياة اليومية. مجلة دراسات نفسية، مج (١)، ع (١)، ص ١-١٢.
- عبد العزيز، جمال. (٢٠١٧). الشلل الدماغي والإعاقة الحركية. الأردن، دار الفكر للنشر والتوزيع.
- عبد الله، فادية. (٢٠١٩). فعالية برامج التأهيل النفسى في تنمية المهارات الحركية واللغوية لدى أطفال الإصابة الدماغية. رسالة ماجستير، جامعة أم درمان الإسلامية.
- عبيد، ماجدة. (٢٠٢١). الشلل الدماغي والأطفال ذوي التحديات الحركية. عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع.
- فتحي، هيام. (٢٠١٨). فاعلية برنامج تدريبي لتحسين جودة الحياة لدى عينة من الاطفال ذوي اضطراب التوحد وتحسين تفاعلهم الاجتماعى. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- قنطار، فايز. (١٩٩٢). الأمومة نمو العلاقة بين الأم والطفل. الكويت، عالم المعرفة.
- كامل، محمد. (٢٠٢٠). الإصابة الدماغية وبرامج التدخل السيكلوجي لدى أطفال الشلل الدماغي. القاهرة، دار الطلائع.
- محمد، مروة محمد ثابت. (٢٠٢١). فاعلية برنامج لخفض حدة اضطرابات الايراكسيا اللفظية لدى أطفال الإصابة الدماغية. رسالة ماجستير، كلية التربية للطفولة المبكرة، جامعة القاهرة.
- مرزوق، مريم. (٢٠١٩). الصفحة المعرفية للأطفال ذوي الشلل الدماغي (دراسة مقارنة). رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- مرعي، توفيق، وبلقيس، أحمد. (٢٠٢١). الميسر في علم النفس الاجتماعى. عمان، دار الفرقان.
- مصطفى، محمد. (٢٠١٩). دراسة الصرع عند الأطفال ذوي الإصابة الدماغية. رسالة ماجستير، كلية الطب، جامعة الزقازيق.

- Ando T, Takagi H, Briasoulis A, Grines CL, Afonso L. (2019). Comparison of health-related quality of life in transcatheter versus surgical aortic valve replacement: a meta-analysis. *Heart Lung Circ*; 28:1235-45.
- Ashida, S., & Heaney, C.A. (2017). Social networks and participation in social activities at a new senior center: Reaching out to adolescents who could benefit the most. *Activities, Adaptation and Aging*, 32(1), 40-58.
- Bax, M, Goldstein, M. Rosenbaum, P, Leviton, A & Jacobsson, B (2015). "Proposed Definition and classification of Cerebral Palsy, Development al Medicine and child Neurology Journal, Cambridge, Vol (47), No 98),, PP.571- 576.
- Bovey & Strian (2016) The roles of social withdrawal, peer rejection and victimization by peers in predicting loneliness and depressed mood in childhood, *Development and Psychopathology*, vol.5no.4, p 785.
- Bregman, Joel D. (2020). Definitions and characteristics of the spectrum. (in) Zagerm Dianne. (ED). *children with Cerebral Palsy disorders identification education and treatment*. (3rd ed). New Jersey. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Carol, Miller (2020). Expectations and social interactions of children with and without mental retardation, *Journal of special education*, Vol. 24 (4).
- Champagne D, Corriveau H, Dugas C. (2018). Effect of hippotherapy on motor proficiency and function in children with cerebral palsy who walk. *Phys Occup Ther Pediatr*; 37:51-63.
- Demetriou, Andreas; Doise, Willem; Vanlieshout, Cornelis (2016). *Life – Span Developmental Psychology*. England, John Wiley & Sons Ltd.
- Duncan, A.; Ruble, L. A.; Meizen-Derr, J.; Thomas, C., & Stark, L. J. (2017). Preliminary Efficacy Of An Intervention Based On Social Engagement On Functional Living Skills For Children With Autism Spectrum Disorder, *Autism*; 1 (12).
- Friis, H.; Tetens, I.; Christensen, D.L.; Brage, S. (2019). Physical activity energy expenditure and cardiometabolic health in three rural Kenyan populations. *Am. J. Hum. Biol.*, 31, e23199.
- Gilmour, H. (2015). Social participation and well-being of Canadian teens. *Health Reports*, 23(4), 3-12.
- Haire CM, Tremblay L, Vuong V, Patterson KK, Chen JL, Burdette JH, et al. (2021). Therapeutic instrumental music training and motor imagery in poststroke upper-extremity rehabilitation: a randomized-controlled pilot

- study. *Arch Rehabil Res Clin Transl.* 3:100162. doi: 10.1016/j.arrct.2021.100162
- Hanks, M. P., & Eckland, B. K. (2014). Social Participation in the Educational Attainment Process; *Sociology of Education*, Vol. 49, No. 4, pp. 271-294.
 - Janzen TB, Koshimori Y, Richard NM, (2022). Thaut MH. Rhythm and music-based interventions in motor rehabilitation: current evidence and future perspectives. *Front Hum Neurosci.* 15:789467. doi: 10.3389/fnhum.2021.789467
 - Keawutan, P.; Bell, K.L.; Oftedal, S.; Davies, P.S.; Ware, R.S.; Boyd, R.N.(2018). Quality of life and habitual physical activity in children with cerebral palsy aged 5 years: A cross-sectional study. *Res. Dev. Disabil.* 74, 139–145.
 - Lam, H.; WONG, P. H.; DAPHNEHO, D., & YEUNG, P. (2018). How Parents Perceive and Feel about Participation in Community Activities: The Comparison between Parents of Preschoolers with and without Autism Spectrum Disorders, *Autism*, 14(4): 359–377.
 - Lee, S.; Odom, S. L.; Loftin, R. (2018). Community Engagement With Peers Program and Effects on Stereotypic Behavior of Children With Autism, *Journal of Positive Behavior Interventions*; 9 (2).
 - Maher, C.A.; Toohey, M.; Ferguson, M. (2017). Physical activity predicts quality of life and happiness in children and adolescents with cerebral palsy. *Disabil. Rehabil.* 38, 865–869.
 - Martín-Valero R, Vega-Ballón J, Perez-Cabezas V. (2018). Benefits of hippotherapy in children with cerebral palsy: a narrative review. *Eur J Paediatr Neurol*; 22:1150-60.
 - Mutoh T, Tsubone H, Takada M, Doumura M, Ihara M, et al. (2020). Impact of serial gait analyses on long-term outcome of hippotherapy in children and adolescents with cerebral palsy. *Complement Ther Clin Pract* 2018; 30:19-23.
 - Nirit Baumig & Galm Agum (2018). The link Between Perception of self social Relationships in High Functioning children with Cerebral Palsy.*Journal of Developmental and physical Disabilities.* Volume 16, Number 2,103-214.
 - Ozonoff, S. & Schetter, P. (2017). Executive Dysfunction in with shildren Cerebral Palsy: in Meltzer, L. (Ed.), *Executive Function in Education: Research to Practice*. New York: The Guilford Press. (133-160).

- Parten, M. B. (2018). Social participation among preschool children. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 27, 243-269.
- Peyroteo, M.; Ferreira, I.A.; Elvas, L.B.; Ferreira, J.C.; Lapão, L.V. (2021). Remote Monitoring Systems in patients with Chronic Diseases in Primary Health Care: A Systematic Review (Preprint). *JMIR mHealth uHealth*, 9, e28285. 26.
- Popat, H.; et al. (2021). State of the Evidence Traffic Lights Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy. *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.*, 20, 3.
- Ratcliff, K., Hong, I., & Hilton, C. (2018). Leisure participation patterns for school age youth with autism spectrum disorders: Findings from the 2016 National Survey of Children's Health. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. doi:10.1007/s10803-018-3643-5.
- Schack, E. (2017). Promoting Independence among Individuals with Autism Spectrum Disorders, *The Review: A Journal of Undergraduate Student Research*; 15: 23-27.
- Schiariti V, Klassen AF, Cieza A, et al, (2018). Comparing contents of outcome measures in cerebral palsy using the International Classification of Functioning (ICF-CY): a systematic review. *Eur J Paediatr Neurol*; 18:1–12
- Simpson, K., Keen, D., Adams, D., Alston-Knox, C. and Roberts, J. (2018). Participation of children on the autism spectrum in home, school and community, *Child: Care, Health & Development*, 2 (17).
- Simpson, K.; Keen, D.; Adams, D.; & Alston- Knox, K., & Roberts, J. (2019). Levels Of Community Participation Skills Of Children With Autism Spectrum, *Child Care Health Development*; 2 (44).
- Stergiou A, Tzoufi M, Ntzani E, Varvarousis D, Beris A, Ploumis A. (2020). Therapeutic effects of horseback riding interventions: a systematic review and meta-analysis. *Am J Phys Med Rehabil*; 96:717-25.
- Street AJ, Fachner J, Magee WL. (2020). Upper limb rehabilitation in chronic stroke using neurologic music therapy: two contrasting case studies to inform on treatment delivery and patient suitability. *Nord J Music Ther.* 28:382– 404. doi: 10.1080/08098131.2019.1606848