مستوى القلق لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً وعلاقته بنوع الرعاية التى يلقاها الطفل

إيمان عبد الوهاب محمود

ملخص

يستهدف هذا البحث الوقوف على طبيعة العلاقة بين نوع الرعاية التى يلقاها الطفل المعاق ذهنياً (رعاية مؤسسية، رعاية أسرية) ومستوى قلق الأم على طفلها المعاق، وأيضاً الوقوف على طبيعة العلاقة بين بعض المتغيرات المتعلقة بالأم (السن- الحالة التعليمية- الحالة الاجتماعية- عدد الأبناء) ومستوى قلقها على طفلها كذلك الوقوف على طبيعة العلاقة بين المستوى الاجتماعى للأم ومستوى قلقها على طفلها المعاق والتوصل إلى بعض التوصيات لخفض مستوى قلق الأم وتم تطبيق الدراسة على عينتين الأولى حجمها 60 لأمهات الأطفال المعاقين ذهنيا الذين يلقون رعاية مؤسسية تم اختيارها وفق شروط خاصة من مؤسسة التثقيف الفكرى بالمطرية والثانية حجمها 40 تم اختيارها من الأمهات المترددات على عيادة ذوى الاحتياجات الخاصة بوحدة الخدمات الطبية بالمركز القومى للبحوث وقامت الدراسة باستخدام مقياس القلق الاجتماعى واستمارة قياس المستوى الاجتماعى كأداتين لجمع البيانات.

وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق معنوية فى مستوى القلق لأمهات الأطفال الذين يتلقون رعاية مؤسسية وأمهات الأطفال الذين يلقون رعاية أسرية وجود علاقة بين المستوى التعليمى للأم ومستوى قلقها وعدم وجود علاقة بين كل من السن والحالة الاجتماعية وعدد الأبناء ومستوى قلق الأم، وأيضاً عدم وجود علاقة بين المستوى الاجتماعى للأم ومستوى قلقها على طفلها المعاق ذهنياً.

Anxiety Levels in the Mothers of Mentally Retarded children and Their relationship to the care type provided to children

Eman Abdel whab Mahmoud

Abstract

This Research aimed to identify the Relationship Between the kind of Care which the mentally Retarded children . And to identify the relationship between some mothers fariables (old- Education- marital case- number of sons) and the level of anxiety on her handicap child.

The research applied on two samples, the first embrace 60 handicap child mothers have institutional care in (taskief elfakry agency in matarya, the second consists of 40 mothers from special needs clinical in national center of researchs in Dokky.

The research used the social anxiety measurement and questioners as a tools of date collection .

The research finds that no significant Differences in Anxiety of all child mothers both who have institutional or family care and there no relationship between mothers variables and her level of anxiety.

نالت مشكلة الإعاقة الذهنية اهتماماً كبيراً من جانب جميع المجتمعات، المتقدمة منها والنامية وبالرغم من أن نسبة الإعاقة الذهنية تختلف من تجمع إلى آخر حيث يبلغ متوسط انتشارها فى الدول الغربية من 2.1% إلى 2.7% من جملة عدد السكان وفى مصر تتراوح بين 2.7% إلى 3.9% بسبب ارتفاع نسبة زاوج الأقارب وقلة الوعى الصحى والاجتماعى (مريم حنا: 2010، 145).

وتواجه أسر الأطفال المعاقين العديد من المشكلات التى تؤثر على مستوى رعاية الأسرة لأطفالها، حيث يمكن اعتبار أن إعاقة فرد فى الأسرة هى إعاقة لأسرته فى الوقت نفسه فالأسرة هى بناء اجتماعى يخضع لقاعدة التوازن الاجتماعى ووضع المعاق فى أسرته يحيط بعلاقاتها قدرا من الاضطراب مادامت إعاقته تحول دون كفايته فى أداء دوره الاجتماعى بالكامل كما أن سلوك المعاق المسرف فى القلق والاكتئاب يقابل من المحيطين به بسلوك مسرف فى الشعور بالذنب والحيرة والقلق مما يقلل من توازن الأسرة وتماسكها (Human: 1995,162) فوجود طفل معاق ذهنيا فى أسرة يتسبب فى العديد من الضغوط والمشكلات التى قد تعود إلى طبيعة الإعاقة وما يصاحبها من سلوكيات للطفل وما قد ينتج عن ذلك من مشكلات لا تقع على الطفل بل تقع على العديد من أفراد الأسرة وخاصة الأم، وقد أشارت دراسة كل من براديش Pradesh.(2008) وفيجش وسكور ماران Vijesh & Sukumaran,(2007) ودراسة أوزلم وزملائه Ozlam &et.al (2007) ودراسة ماجومدار وزملائه Majumdar et.al, (2005) ودراسة ويكلر Willker,(1998) ودراسة باركر وكوبر Parker& Copper,(1998) ودراسة فيلبس phelps,(1997) ودراسة ستوبر Stoiber ,(1998) ودراسة فوقية محمد راضى 2000 ودراسة إسماعيل مصطفى سالم 1997 ودراسة لطيفة عبد الله 2003 فى أن أسر الأطفال المعاقين ذهنيا تعانى من مشكلات نفسية واجتماعية وتواجه ضغوطا واضطرابات نفسية كما يعانى الآباء من القلق والإجهاد بشكل مستمر والإحساس بالصدمة والضيق النفسى والعجز والخجل والقلق وأحياناً الاكتئاب مما يؤثر سلبياً على مختلف أوجه نشاط الأسر.

وحيث إن الأم هى التى تتحمل العبء الأكبر فى العناية والاهتمام بالطفل لذلك فهى تعانى من العديد من المشكلات والضغوط النفسية والعديد من الآثار السلبية وهى أكثر حدة مقارنة بالآباء وقد أكد ذلك العديد من الدراسات مثل دراسة

محمود شعيب 1991 ودراسة سميرة عبد الغنى 1993 ودراسة سامية سلمى 1995 ودراسة منى الحديدى وجمال الخطيب 1996 وأشارت هذه الدراسات إلى أن القلق كان من أكثر مظاهر الاضطراب النفسى شيوعاً لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً بالمقارنة بأمهات الأطفال العاديين.

وتتفق كل من دراسة ماجميدار وزملائه Majumdar et.al, (2005) ودراسة شوارتز وزملائه Suartz, et. Al (2005) ودراسة يوكاهامايوش Youshie, (2000) ودراسة بريتا براندت Branlt, (1990) ودراسة رومانى كلاركسون وزملائه Charkson, et.al (1978) على أن أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا يتأثرون بالأمراض النفسية أكثر من الآباء كما تعانى الأمهات من القلق والاكتئاب كما أن عدم تلقى الأمهات مساعدة ودعما من باقى أفراد الأسرة أو من مهنيين متخصصين يزيد من معدلات القلق لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً.

ويوكل أمر رعاية الطفل المعاق ذهنياً إلى الأسرة وبخاصة الأم التى تكون مسئولة عبر تقديم كافة أوجه الرعاية لطفلها وأحياناً يوكل أمر رعاية الطفل إلى بعض المؤسسات المتخصصة التى يقيم فيها الطفل إقامة دائمة تتولى رعايته من جمع الوجوه، فهل تؤثر رعاية المؤسسات للطفل المعاق على مستوى قلق أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً؟ وإلى أى مدى يتأثر قلق الأمهات بالعوامل المرتبطة بالسن والحالة التعليمية والحالة الاجتماعية وعدد الأبناء؟ وإلى أى مدى يتأثر مستوى قلق الأم المستوى الاجتماعى الذى نعيش فيه؟ وتستهدف هذه الدراسة تحقيق ما يلى:-

1- الوقوف على طبيعة العلاقة بين نوع الرعاية التى يلقاها الطفل المعاق ذهنياً (رعاية أسرية- رعاية مؤسسية) ومستوى قلق الأم على طفلها المعاق.

2- الوقوف على طبيعة العلاقة بين بعض المتغيرات المرتبطة بالأم (السن- الحالة التعليمية- الحالة الاجتماعية- عدد الأبناء) ومستوى قلقها على ابنها المعاق ذهنياً.

3- الوقوف على العلاقة بين المستوى الاجتماعى للأسرة ومستوى قلق الأم على طفلها المعاق ذهنيا.

4- التوصل إلى بعض التوصيات لخفض مستوى قلق الأم تجاه طفلها المعاق ذهنيا.

فروض الدراسة:

تحاول الدراسة الحالية اختبار الفروض التالية

الفرض الأول: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً على مقياس القلق اللاتى يلقى أطفالهن رعاية مؤسسية واللائى يلقى أطفالهن رعاية أسرية.

الفرض الثانى: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين بعض المتغيرات المرتبطة

بالأم (السن– الحالة التعليمية– الحالة الاجتماعية– عدد الأبناء) ومستوى قلقها على ابنها المعاق ذهنياً.

الفرض الثالث: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المستوى الاجتماعى للأم ومستوى قلقها على ابنها المعاق ذهنياً.

الإطار النظرى والمفاهيم:

مفهوم القلق:

يعرف القلق بأنه حالة وجدانية يستشعرها الآنا إزاء الأخطار ولها مظاهرها الفسيولوجية مثل ضيق التنفس وزيادة ضربات القلب، وصفرة الوجه، والصداع والدوار والقيء والإسهال ...إلخ (عبد المنعم الحفنى، ب ت : 457) وهو ينجم عن الخوف من المستقبل وما قد يحمله هذا المستقبل من إحداث وآلام تهدد وجود الإنسان Sherman (1995, p.32) ويشير بعض الباحثين إلى القلق باعتباره أنه شعور عام بالخشية من وقوع مصيبة أو تهديد غير معلوم لمصدر مع شعور بالتوتر وخوف غير موضوعى وغالباً ما يتعلق هذا الخوف بالمجهول (أحمد عبد الخالق، 14) وهو انفعال غير سار وشعور مكرر بتهديد وعدم راحة واستقرار، وإحساس بالتوتر والشدة وخوف دائم لا مبرر له من الناحية الموضوعية وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول عبد الفتاح محمد، مايسة أحمد، 98/1999) ويتفق مع التعريف السابق للقلق التعريف التالى الذى يرى على أنه شعور بالخوف والخشية من المستقبل دون سبب معين أو هو الخوف المزمن فالخوف مرادف للخطر إلا أن الخوف استجابة لخطر محدد بينما الحصر استجابة لخطر غير محدد ومادام المصدر الحقيقى للخطر غير معروف للشخص العصابى فإن استخدام الحصر يقتصر على المخاوف العصابية (عبد المنعم الحفنى، 1987، 32) ويشار إلى القلق فى موسوعة علم النفس والتحليل النفسى أنه خبرة وجدانية غير سارة وهو حالة من الخوف والتوتر والاضطراب تصيب الفرد ويصاحبها إحساس بتهديد مصمم ويرجع إلى أسباب غير معروفة للفرد (فرج عبد القادر ط1، 2005، 325).

وتشير موسوعة علم النفس إلى القلق على أنه انفعال يتولد من استباق معين لخطر منتشر من الصعب توقعه والسيطرة عليه وهو يتحول إلى خوف أمام الخطر الحقيقى المعروف جيداً ويتوافق مع تغييرات فسيولوجية وهى موتية مميز لحالة التنشيط المرتفعة وهو يرتبط غالباً بسلوك البقاء، الانسحاب، أو تصرفات التجنب (رولان دورون، فرانسوار باور، 1997: 93).

وتميز الدراسات التجريبية بين القلق (القلق الظرفى) الذى يميز حالة الفرد فى لحظة بعينها، والقلق كسمة للشخصية (اضطراب البال) والذى يتجسد فى النزوع

القوى إلى الشعور بالقلق (أيارو شفكس، 1996، 22) كما يميز معجم علم النفس بين أنواع متعددة من القلق هى:-

- القلق كسمة انفعالية تتميز بالخوف مما يحدث فى المستقبل وهو من أهم الاضطرابات النفسية.
- القلق الأساسى وهو القلق الذى ينشأ فى الطفولة ويتميز بالشعور بالوحدة وقلة الحلية وعدوانية البيئة.
- عصاب القلق: ومظهره الرئيسى القلق والخوف العام الذى لا يستند إلى سبب واحد (ميرفت رجب، 2000).

ولأغراض دراستنا هذه التى ترتبط بقلق الأم على طفلها المعاق ذهنياً فإن قلقها يتعلق بالحالة الأولى كما يتميز بالخوف مما يحدث فى المستقبل نتيجة إعاقة ابنها ذهنياً.

ويعد قلق المستقبل أحد المتطلبات الجديدة نسبياً فى البحث العملى وكانت بداية هذا المفهوم حينما أطلق توفر Toffler مصطلح صدمة المستقبل على اعتبار أن العصر الحالى يخلق توتراً خطيراً بسبب المطالب المتعددة لاستيعاب تغيراته والسيطرة عليها وتستنتج أن كثيرا من الناس يعانون من صدمة المستقبل ثم انطلقت الدراسات والبحوث لتبرز القلق فى ضوء المستقبل وقلق المستقبل هو نوع من أنواع القلق المرتبط بتوقع الأحداث المستقبلية خلال فترة زمنية أكبر، وعندما يفترض الإنسان مستقبله فإنه يتحمل حاضره ويجعل ماضيه ذا معنى فالماضى والحاضر يتداخلان فى التنبؤ بالأحداث المستقبلية والأعمال المستقبلية (محمود محى الدين، 2004، 121).

تفسير القلق:

فى إطار النظرية السلوكية يفسر القلق على أنه نتاج لعملية التعلم، والقلق ما هو إلا محصلة لشروط البيئة والعوامل المعرفية التى يتفاعل بها الإنسان مع البيئة المحيطة.

بينما تفسر النظرية المعرفية القلق على أنه استجابة معرفية مكتسبة فى البيئة وترتبط بكيف يدرك الأفراد كيف يقيمون بواسطة الآخرين؟

أما نظرية إعاقة الذات فتشير إلى أن للقلق وظيفة غير مدركة مثل الاتصال والدافعية والإدراك وأن الأفراد الذين لديهم قلق لديهم تقييم سلبى لذواتهم يؤدى إلى سوء العلاقات الاجتماعية، بينما تشير نظرية الخضوع إلى أن القلق ينشط عند الأفراد مع المواقف التى تتمى سيطرة اجتماعية من نوع ما (إيمان غريب، 2001).

أنواع القلق:

يقسم بعض الباحثين القلق إلى (هارون توفيق، 1999: 96):

أ- قلق التفاعل ويشير إلى القلق الناتج عن التفاعل الاجتماعى، ويشمل الخجل قلق المواعدة.. قلق العلاقات الشخصية.

ب- قلق المواجهة، ويشير الى القلق الناتج عن المواجهات غير المتوقعة، ويشمل قلق الحديث وقلق الاتصال.

ج- قلق موضوعى، وذلك حينما يدرك الفرد أن مصدر القلق خارجى عن نفسه فهو رد فعل لإدراك خطر خارجى.

د- قلق عصابى وهو الخوف من أشياء أو أشخاص أو مواقف لا تبرر الخوف منها بصورة طبيعية أو بسبب واضح مع توافر أعراض نفسية جسمية ومتكررة إلى حد بعيد ولذا يسمى بالقلق المزمن.

ولطبيعة دراستنا فإن القلق الذى تعانى منه أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً هو قلق لا ينبع من مواقف أو أشياء لا تبرر الخوف منه، بل هناك سبب معروف هو إعاقة أبنائهن، كما أنه قلق مصدره خارجى ليكون رد فعل لإدراك خطر خارجى لذلك تأخذ الباحثة بالنوعين الأول والثانى وهما قلق التفاعل وقلق المواجهة لأنهما أكثر انطباقاً على طبيعة دراستها.

مكونات القلق:

يرجع القلق إلى ثلاثة مكونات رئيسية هى (محمد إبراهيم، 1991، 95):-

أ- **المكون الفسيولوجى والانفعالى:** حيث يكون لدى الفرد خبرة تتضمن نشاطا انفعاليا لديه، مثل زيادة إفراز العرق- عدم انتظام التنفس- الإسهال- اضطراب ضربات القلب.

ب- **المكون المعرفى:** ويعنى هذا المكون أن الفرد يصدر مجموعة من ردود الأفعال المعرفية كالوعى بالذات والانزعاج عندما يقيم الفرد بطريقة سالبة من قبل الآخرين.

ج- **المكون السلوكى:** ويدور حول الفشل فى السلوك الاجتماعى وعدم المسايرة الاجتماعية وقلة التفاعل الاجتماعى وكثرة الصمت.

الإعاقة الذهنية:

تعددت المفاهيم التى يتناولها المتخصصون والعاملون فى هذا الميدان، فقد

استخدموا المصطلح الواحد بمعان مختلفة، وقد ظهرت عدة تخصصات لوصف هذه الفئة، لذا اختلفت تعريفات الإعاقة الذهنية تبعاً للميادين المختلفة المتعلقة بالإعاقة الذهنية فمن الوجهة الطبية والعضوية ينظر إلى الإعاقة الذهنية على أنها عيب فى وظائف الجهاز العصبى المركزى والمتصل بالأداء العقلى بطريقة أو بأخرى فهى حالة توقف أو عدم اكتمال النمو العقلى نتيجة لمرض أو إصابة قبل سن الطفولة، كما أنها عجز أصيل فى الوظيفة العقلية ناتج عن عوامل أو محددات داخلية فى الفرد أو عن عوامل خارجية بحيث تؤدى إلى تدهور فى كفاءة الجهاز العصبى ومن ثم فهى تؤدى إلى نقص فى القدرة العامة للنمو وفى التكامل الإدراكى والفهم وبالتالى فى التكيف مع البيئة (مريم حنا، 2010، 146) أما التعريفات الاجتماعية للإعاقة الذهنية فهى تتجه إلى اعتبار أن الصلاحية الاجتماعية Social Competence هى المحك الأول للتعرف على هذه الفئة (Doll, 1948, Kanner,1948, Sorston1953)ويعرف هيبر (1961) Heber الإعاقة الذهنية من هذه الوجهة على أنها حالة دون المتوسط بشكل واضح فى الأداء الوظيفى العقلى مع قصور فى السلوك التكيفى ويظهر أثناء الفترة النمائية (بيتر رزق، 2003: 23).

ووفقاً لتعريف الجمعية الأمريكية للضعف العقلى AFMD فإنه يمكن تصنيف الإعاقة الذهنية على أساس مستوى الذكاء وارتباطه بالسلوك التكيفى للفرد إلى أربع فئات هى (Slaon, Brich، 1995: 262):-

التصنيف	تخلف طفيف	تخلف متوسط	تخلف شديد	تخلف عميق
المصطلح الأجنبى	Middle Retardation	Moderate Retardation	Severe Retardation	Profound Retardation
نسبة الذكاء	70 :56	55 :41	40 :26	أقل من 26
القابلية للتعلم	قابل للتعلم	قابل للتدريب	قابل للتدريب بالاعتماد على الغير	تحت الوصايا
السلوك التكيفى	انحراف سلبى بسيط عن المعايير المقبولة للسلوك التكيفى	انحراف سلبى واضح عن المعايير المقبولة للسلوك التكيفى	انحراف سلبى شديد عن المعايير المقبولة للسلوك التكيفى	انحراف سلبى عميق عن المعايير المقبولة للسلوك التكيفى

التصنيف	تخلف طفيف	تخلف متوسط	تخلف شديد	تخلف عميق
الانحراف المعيارى عن المتوسط	2.25 -1.1	3.5 -2.26	4.75 -3.5	-

ومما سبق نخلص إلى أن مفهوم الإعاقة الذهنية يمكن تحديده بناء على ثلاثة محكات رئيسية هى:

1- الذكاء والقدرات العقلية: والتى تقيسها اختبارات الذكاء المقننة بحيث لا يزيد معامل الذكاء عند صاحب الإعاقة الذهنية على70 درجة.

2- القدرة على التعلم: أى قدرة الفرد على التعلم حسب المتوسط العام لأقرانه، فإذا كانت قدرة الطفل على التعلم لا تتماشى مع المتوسط العام فيمكن القول إنه يعانى من إعاقة ذهنية.

3- الصلاحية الاجتماعية أو السلوك التكيفى: فالطفل المتوافق اجتماعياً مع أسرته وأقرانه ومدرسته لا يعانى من إعاقة عقلية مادام سلوكه التكيفى يجعله قادراً على الأداء فى الحياة اليومية بما يتفق مع متطلبات المجتمع والبيئة، أى قدرة الفرد على الاعتماد على نفسه فى الحياة والعمل والمجتمع.

الإعاقة الذهنية للطفل وآثارها على الأسرة والأم:

حدد بيرجر Berger بعض المشكلات التى تواجه الأسر التى تحتوى على عضو معاق ذهنياً فيما يلى (Mace, 1990: 207):-

- المعلومات المحدودة والمعرفة غير الكافية بأبعاد هذه الإعاقة وكيفية التعامل معها.
- كيفية الحصول على الخدمات المناسبة على مدار حياة المعاق.
- مشكلات الاستفادة من إمكانيات الأسرة الذاتية لمواجهة احتياجات الطفل المعاق دون الانتقاص من حقوقه أو جعله يشعر بالذنب على ما يسببه للأسرة من إرهاق مادى ونفسى.
- مركب النقص أو الإحساس بالوصمة Stigma لوجود شخص غير طبيعى فى الأسرة، وهو الأمر الذى قد يجعل الأبوين يقطعان صلتهما بالعديد من شبكة العلاقات الاجتماعية ويميلان إلى العزلة والتحفظ فى التعامل مع الآخرين.
- ويحدد كل من فتحى عبد الرحيم وحلمى بشاى بعض المشكلات التى تحد

من استجابة الأسرة لطفلها المعاق فى (فتحى عبد الرحيم وحلمى بشاى، 1982: 64).

- الرفض البارد.
- الرفض التبريرى كأن يرى الوالدان حاجة الطفل فى البقاء فى الرعاية المؤسسية.
- الرعاية التى تتم كأداء واجب مع فقدان الدفء والحنان.
- الإسراف فى التعبير الزائد عن مشاعر الرفض فى الرعاية.
- الشعور بعدم الكفاءة فى رعاية الأطفال وتنشئتهم مما يساعد على ضعف الثقة وعدم التناسق فى أساليب الرعاية.
- مشاعر الحزن والأسى التى قد تؤدى إلى الاكتئاب.
- مشاعر الخجل التى يمكن أن تؤدى إلى الانسحاب من مواقف الاتصال الاجتماعى وما يترتب على ذلك من عزلة اجتماعية.

ويرى عادل الأشول أن الوالدين يصابان بصدمة أليمة عندما يبلغهما أن ابنهما معاق ذهنياً فيشعران بالغم والهم والإحباط، وتضطرب حياتهما الأسرية، وتدور فى أذهانها العديد من الأسئلة والتى منها ما معنى تخلف عقلى؟ وهل هذا التشخيص صادق؟ ولماذا أصيب ابنهما بالتخلف العقلى؟ وهل له علاج؟ وإلى اين أذهب به؟ وغير ذلك من التساؤلات التى قد لا يجدان لها إجابات مقنعة بدون إرشاد الأخصائيين (عادل الأشول، 1993: 47).

ويرى كل من ستارك و وسولنيت Stark & Solint أن أمهات الأطفال ذوى الإعاقة يعانين من انفعالات تتسم بالحزن (كما لو كان هذا الحزن ناتجا عن حالة وفاة) على أربع مراحل هى الإنكار والغضب واليأس والقبول، وهما يريان استكمال الأم لهذه المراحل الأربعة أمراً ضرورى لوصول الأم إلى حالة الاندماج فى التوقعات الحقيقية للطفل (Winkler & Chane, 1979: 38).

ويرى الكثير من الباحثين أمثال (عادل الأشول، 1993)، (كمال إبراهيم مرسى 1995)، (محمد محروس الشناوى 1995)، (Slierger, 1967) أن آباء الطفل المعاق ذهنياً يعانون من الضغوط المرتبطة بإعاقة ابنهم ذهنياً التى تظهر فى صورة مشاعر أو سلوكيات مثل:

- الإنكار.
- اللوم والتأنيب.

- الحزن.
- القلق والخوف.
- رفض الطفل المعاق ذهنياً.
- القلق والشعور بالذنب والإحباط والعجز عن مواجهة المشكلة.
- الرفض للمشكلة.
- الانسحاب.
- أزمة القيم.
-أزمة الواقع.

ويعتبر القلق على مستقبل الطفل المعاق ذهنياً وأيضاً القلق من إنجاب أطفال آخرين معاقين من أهم المشكلات التى تواجه الأم. حيث إن الأشياء المجهولة ينظر إليها الإنسان على أنها مصدر تهديد له مما يجعلها تبعث فى نفسه القلق الذى يبعث بدوره الخوف داخل الفرد، فمشاعر الخوف والقلق شائعة عند الكثير من الأمهات كرد فعل لأزمة التخلف العقلى، فهم يقلقون ويخافون على أنفسهم من إنجاب طفل آخر معاق ذهنياً – وخاصة إذا كان تشخيص الحالة أثبت أنها بسبب مرض وراثى– أو يخافون من نظرة الناس لهم عندما يعلمون بإعاقة ابنهم أو يخافون على مستقبل أبنائهم المعاقين ذهنياً أو يخافون من عدم قدرتهم على رعاية أبنائهم أو تعليمهم أو تأهيلهم أو تشغيلهم سواء لأسباب مادية بالأسرة أو لأسباب خاصة بدرجة الإعاقة لدى الطفل، كما أن هناك العديد من الأسئلة التى تدور فى أذهان الأم ولا تجد إجابة مباشرة لها وخاصة فيما يتعلق بحالة طفلها، مما يتيح الفرصة لبعض القلق أن يواصل وجوده، وتزداد حدة القلق عندما يتم تشخيص حالة الطفل على أنه معاق ذهنياً، حيث إنها ستحتاج لمزيد من المعلومات الأساسية المرتبطة بالحالة (على إسماعيل على، 1995: 50).

إجراءات الدراسة:-

عينة الدراسة:

أ- تم اختيار عينة الدراسة لأمهات الأطفال المعاقين ذهنياً وفق شروط خاصة هى:-

1- أن يتراوح عمر الأم من 35: 50 سنة.

2- أن تكون الأم عاملة.

3- أن يكون لدى الطفل أخ واحد على الأقل.

4- أن يتراوح عمر الطفل بين 12- 15 سنة.

5- ألا يكون للأم أطفال آخرون معاقون.

6- أن تتراوح نسبة ذكاء الطفل ما بين (50- 70).

7- أن يكون الأطفال خاليين من الأمراض والإعاقات الأخرى.

8- أن تشمل العينة مستويات اجتماعية متباينة (منخفضة- متوسطة- مرتفعة).

وقد انطبقت الشروط على عدد 60 طفلاً ذكراً من الأطفال الذين يلقون رعاية مؤسسية، 40 طفلاً ذكراً ممن يلقون رعاية أسرية.

وفيما يلى الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لأمهات هؤلاء الأطفال من المجموعتين:

جدول رقم (1)

يوضح الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لأمهات الأطفال المعاقين

الخصائص	أمهات الأطفال الذين يلقون رعاية مؤسسية		أمهات الأطفال الذين يلقون رعاية أسرية	
	عدد	%	عدد	%
أ- العمر:				
1- 35	31	51.7	21	52.5
2- 40	18	30.0	11	27.5
3- 45- 50 سنة	11	18.3	8	20.0
ب- الحالة التعليمية				
1- أمية	8	13.3	5	12.5

الخصائص	أمهات الأطفال الذين يلقون رعاية مؤسسية		أمهات الأطفال الذين يلقون رعاية أسرية	
	عدد	%	عدد	%
2- تقرأ وتكتب	12	20.7	7	17.5
3- مؤهل متوسط	26	43.3	18	45.0
4- مؤهل عالى	14	23.3	10	25.0
ج- الحالة الاجتماعية				
1- متزوجة	42	70.0	30	75.0
2- أرملة	2	3.3	1	2.5
3- مطلقة	16	23.3	9	22.5
د- عدد الأبناء				
1- طفلان	25	41.6	15	37.5
2- ثلاثة أطفال	32	53.4	23	57.5
3- أربعة أطفال	3	5.0	2	5.0
هـ- الدخل الشهرى				
1- أقل من 1000	12	20	8	20
2- 1000	40	66.6	27	67.5
3- أكثر من 2000 جنيه	8	13.4	5	12.5

ومن الإحصاءات السابقة التى تضمنها الجدول السابق يتضح تقارب خصائص الجماعتين من حيث العمر والمستوى التعليمى وعدد الأبناء والحالة الاجتماعية والدخل الشهرى.

- وقد تم اختيار عينة أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً الذين يلقون رعاية مؤسسية من مؤسسة التثقيف الفكرى بالمطرية بمحافظة القاهرة وهى مؤسسة إيوائية ترعى الأطفال المعاقين ذهنياً ويقيمون بها إقامة دائمة وبلغ متوسط عدد الأطفال بها شهرياً 200 طفل يقيم كل خمسة أطفال فى حجرة واحدة تشرف عليهم مشرفة واحدة.
- بينما تم اختيار عينة أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً الذين يلقون رعاية أسرية من الأمهات المترددات على عيادة ذوى الاحتياجات الخاصة بوحدة الخدمات الطبية بالمركز القومى للبحوث بالدقى بمحافظة الجيزة.

أدوات الدراسة:

أ – استمارة قياس المستوى الاجتماعى والاقتصادى للأسرة والتى شملت على البنود التالية:

- بيانات عن العمر.
- بيانات عن الحالة التعليمية.
- بيانات عن الحالة الاجتماعية.
- بيانات عن دخل الأسرة.
- بيانات عن عدد الأبناء.
- بيانات عن نوع السكن.

ب مقياس القلق الاجتماعى، وهذا المقياس من إعداد هارون توفيق الرشيدى وهو يتكون من 27 عبارة يتطلب من المبحوث أن يختار استجابة من بين أربعة اختيارات هى (بدرجة كبيرة– بدرجة متوسطة– بدرجة قليلة– لا أشعر على الإطلاق) وقد احتوى المقياس على مؤشرين، المؤشر الأول خصص لقلق التفاعل والمؤشر الثانى لقلق المواجهة، وضم المؤشر الأول 15 عبارة والمؤشر الثانى 12 عبارة، وقد قامت الباحثة بإجراء ثبات وصدق المقياس، حيث اتبعت طريقة إعادة الاختبار لحساب ثبات المقياس حيث قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة قوامها 15 مفردة من أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً، ثم أعادت التطبيق عليهن مرة أخرى بفاصل زمنى قدره أسبوعان، وتم حساب معامل الارتباط بين التطبيق وبلغ 0.835 ولحساب الصدق قامت الباحثة بحساب الصدق الذاتى للمقياس والذى بلغ 0.913.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

نتائج اختبار الفرض الأول:

جدول رقم (2)

يوضح فروق متوسط درجات كل من المجموعتين على مقياس القلق

الدلالة	قيمة ت	الجماعة الثانية الرعاية الأسرية		الجماعة الأولى الرعاية المؤسسية		الجماعة المؤشرات
		الانحراف المعيارى	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	المتوسط الحسابى	
غير دال	0.06	2.6	33.5	2.4	34.7	قلق المواجهة
غير دال	0.25	1.5	32.00	2.06	32.5	قلق التفاعل
غير دال	0.043	2.05	32.75	2.23	33.6	المقياس ككل

من الجدول السابق يتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى القلق عند كل من أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً والذين يلقون رعاية مؤسسية وأمهات الأطفال المعاقين ذهنياً الذين يلقون رعاية أسرية حيث بلغت قيمة ت المحسوبة بين متوسط درجات كل من الجماعتين 0.06 وهى أقل من قيمة ت الجدولية عند ن= 100، = 0.01 والتى تساوى 2.626 مما يدل على عدم صحة الفرض الأول للدراسة ومؤداه "**توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً على مقياس القلق الذين يلقى أطفالهن رعاية مؤسسية واللائى يلقى أطفالهم رعاية أسرية**".

وبمراجعة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الجماعتين نلاحظ ارتفاع مستوى القلق عند كل من الجماعتين وذلك يعنى أن إصابة ابن بإعاقة ذهنية يؤدى إلى ارتفاع مستوى القلق عند الأم سواء لقى ابنها رعاية مؤسسية أو رعاية أسرية وهذه النتيجة تتفق مع العديد من الدراسات التى أكدت الآثار السلبية التى تقع على الأم نتيجة إصابة طفلها بالإعاقة الذهنية وهى أكثر حدة مقارنة بأمهات الأطفال العاديين كنتائج دراسة محمود شعيب (1991: 139) ودراسة سميرة عبد الغنى (1993: 38) دراسة سامية سلمى (195:32) ودراسة منى الحديدى وجمال الخطيب (1996: 23) من حيث إن القلق كان من أكثر مظاهر الاضطراب النفسى شيوعاً لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً كما أن

أمهات هؤلاء الأطفال يشعرن بالمسئولية تجاه إنجاب الطفل المعاق فالأم وليس الأب تعتبر نفسها مسئولة مسئولية كاملة تجاه إنجاب الطفل المعاق مما يولد لديها إحساسا بالتقصير فى عملية الحمل والولادة وأنها قد أخطأت دون أن تدرى خلال فترة حملها كما يتولد لديها شعور بالقلق الشديد تجاه تكرار خبرة الحمل.

وتؤكد نتائج دراسات أخرى هذه النتيجة مثل دراسة رومانس كلارسون وزملائه Klarkrson, et, al 1986 ودراسة برينا برادنت Bradant, 1990 ودراسة يوكاهاما يوش Youshi, 2000 ودراسة هولى سوارتز وزملائها Swartz, et. Al, 2005 فى أن أمهات الأطفال المعاقين يتأثرن بإعاقة أطفالهن ويعانين من القلق والاكتئاب وقلق الأمهات هو استجابة للضغوط النفسية التى يتعرض لها.

كما تتفق هذه النتائج مع ما أشار إليه دافيد شيهان (1988) Sheehan أن القلق يصيب نحو خمسة فى المائة تقريبا من السكان فى أى وقت وأغلب المصابين به (نحو 80%) من النساء والغالبية من هؤلاء فى سنوات القدرة على الإنجاب (شيهان، 1988: 20) وفى ضوء النظرية المعرفية ونظرية التعلم الاجتماعى يمكن تفسير هذه النتيجة على أساس أن القلق استجابة معرفية مكتسبة من البيئة وأن العوامل الشخصية والمعرفية تتفاعل مع بعضها البعض بأساليب معقدة باعتبارها محددات كل منهما للآخر فالأم تقلق من إنجاب طفل معاق نظراً لوجهات نظر الناس المحيطين بها فى البيئة على أنها مسئولة ولو جزئياً عن إعاقة طفلها وأيضاً قلقها على مستقبل الطفل وسبل رعايته، كما يرجع قلق الأم على خصائص الطفل المعاق واتسامه بأنماط سلوكية مضطربة كما أكدت ذلك دراسة (شاكر قنديل 1996) من أن الطفل المعاق ذهنيا يتسم بكثرة التململ ونقص الاستقرار وقصور الانتباه ونقص الإصغاء، والإخفاق فى اكتساب السلوكيات الإيجابية مما يمثل ضغطاً سلبياً على الوالدين وخاصة الأم.

نتائج اختبار الفرض الثانى:

جدول رقم (3)

يوضح العلاقة بين عمر الأمهات ومستوى القلق لديهن

مستوى القلق / العمر	مرتفع	متوسط	منخفض	مجموع
35 – أقل من 39	25	5	4	34
40 – أقل من 44	31	4	9	44
45إلى 50 سنة	16	6	–	22
مجموع	72	15	13	100

كا2= 4.48

من الجدول السابق يتضح أن قيمة كا^2 المحسوبة بين عمر الأمهات ومستوى قلقهن على أطفالهن المعاقين ذهنياً= 4.48 وهى أقل من قيمة كا2 الجدولية عند ن=4، =0.01 والتى تساوى 13.277 مما يدل على عدم وجود فروق معنوية بين عمر أمهات لأطفال المعاقين ذهنيا ومستوى القلق لديهن مما يعنى أن العمر عامل غير مؤثر فى مستوى قلق الأمهات على أطفالهن المعاقين ذهنياً أى أن الأمهات فى كل الأعمار يعانين من القلق على أطفالهن المعاقين ذهنياً وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات كل من وليام فيلبس Phelps,1997 ودراسة شيرين حسن خليل (1993)، ودراسة محمود شعيب (1991) ودراسة نهلة السيد عبد الحميد (2004)، من حيث معاناة أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً فى كل مراحل العمر من القلق، وقد يرجع ذلك إلى طول فترة المعاناة مع الطفل المعاق ذهنيا إلى جانب الحدود والقيود التى تفرضها طبيعة الإعاقة على الأسرة بجانب القلق على مستقبل الطفل، كما أنه كلما كبر الطفل كلما زادت مشاكله وامتدت إلى جوانب حياتية أخرى.

جدول رقم (4)

يوضح العلاقة بين الحالة التعليمية للأمهات ومستوى القلق لديهن

مستوى القلق / الحالة التعليمية	مرتفع	متوسط	منخفض	مجموع
أمية	4	4	5	13
تقرأ وتكتب	8	4	3	19
مؤهل متوسط	40	3	1	44
مؤهل عال	20	4	–	24
مجموع	72	15	13	100

كا2= 56.86

من الجدول السابق يتضح أن قيمة كا^2 المحسوبة بين الحالة التعليمية للأم ومستوى قلقها على ابنها= 56.68 وهى أكبر من قيمة كا^2 الجدولية عند ن= 6، =

0.01 والتى تساوى 16.813 مما يدل على وجود فروق معنوية بين عمر الأمهات ومستوى القلق على أطفالهن مما يعنى أن الحالة التعليمية عامل مؤثر فى ارتفاع أو انخفاض مستوى القلق لديهن، ومن الملاحظ أن مستوى القلق يزيد كلما زاد المستوى التعليمى للأم، وقد يرجع ذلك إلى أن الأم المتعلمة تدرك حجم الكارثة التى حلت بها وما يتطلب منها من جهود لرعاية ابنها وأن إعاقة ابنها قد تعوقها عن أداء أدوارها الاجتماعية خارج الأسرة، ومما يزيد من الضغوط على الأم المتعلمة أنها فى الغالب تعمل وبالتالى تؤثر ضغوط العمل على زيادة معدل القلق لديها وتتفق مع هذه النتيجة نتائج دراسة كل من سامية عبد الرحمن (2000) وفاطمة أحمد محى الدين (2008).

جدول رقم (5)

يوضح العلاقة بين الحالة الاجتماعية للأم ومستوى القلق لديها

مستوى القلق / الحالة الاجتماعية	مرتفع	متوسط	منخفض	مجموع
متزوجة	57	5	10	72
أرملة	3	–	–	3
مطلقة	12	10	3	25
مجموع	72	15	13	100

كا^2= 7.96

من الجدول السابق يتضح أن قيمة كا^2 المحسوبة بين الحالة الاجتماعية للأم ومستوى قلقها على ابنها المعاق ذهنياً= 7.96 وهى أقل من قيمة كا^2 الجدولية عند ن=4، = 0.01 والتى تساوى 13.277 مما يدل على عدم وجود فروق معنوية بينهما مما يعنى أن الحالة الاجتماعية للأم غير مؤثرة على مستوى قلقها على ابنها المعاق ذهنياً مما يدل على أن كل الأمهات لديهن قلق على أبنائهن بغض النظر عن كونها متزوجة أو أرملة أو مطلقة بالرغم من أن من المتوقع قلق الأرملة أو المطلقة يزيد على قلق الأم المتزوجة لوجود زوج يساندها فى محنتها إلا أن وجود طفل معاق فى الأسرة يؤدى إلى قلق الأم وهذا ما أكدته دراسة كل من السيد سعيد الخميسى (1997) دراسة على محمود على شعيب (1991) ودراسة دانيدهرا باراديش وزملائها Paradesh et, al, (2008) ودراسة أوزلين وزملائه Ozlen, et, al ودراسة سامية سلمى (1995) من حيث إن الأم تشعر بالمسئولية تجاه إنجاب طفل معاق ذهنيا وأن الضغوط النفسية التى تقع على الطفل نتيجة ذلك تكون على الأمهات أكثر حدة من أى فرد آخر فى الأسرة.

جدول رقم (6)

يوضح العلاقة بين عدد الأبناء ومستوى قلق الأم

مستوى القلق / عدد الأبناء	مرتفع	متوسط	منخفض	مجموع
طفلان	31	5	4	40
ثلاثة أطفال	40	8	7	55
أربعة أطفال	1	2	2	5
مجموع	72	15	13	100

كا^2= 9.06

من الجدول السابق يتضح أن قيمة كا^2 المحسوبة بين عدد أبناء الأم ومستوى قلقها على ابنها المعاق= 9.06 وهى أقل من قيمة كا^2 الجدولية عند ن= 4، = 0.01 والتى تساوى 12.277 مما يعنى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بينها مما يدل على أن مستوى القلق عام ولا يتأثر بعدد أبناء الأم وهذا يدل على أن الأم هى التى تتحمل مسئولية رعاية ابنها المعاق وما يشكل ذلك من عبء نفسى واجتماعى عليها.

ومن نتائج الجداول أرقام (2، 3، 4، 5) تكون الدراسة قد اختبرت الفرض الثانى ومؤداه "**توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين بعض المتغيرات المرتبطة بالأم (السن، الحالة الاجتماعية، الحالة التعليمية، عدد الأبناء) ومستوى قلقها على ابنها المعاق ذهنياً**".

نتائج الفرض الثالث:

جدول رقم (7)

يوضح العلاقة بين المستوى الاجتماعى للأم ومستوى قلقها على طفلها

مستوى القلق / المستوى الاجتماعى	مرتفع	متوسط	منخفض	مجموع
مرتفع	12	5	3	20
متوسط	51	8	8	67
منخفض	9	2	2	13
مجموع	72	15	13	100

كا^2 1.93

من الجدول السابق يتضح أن قيمة كا^2 المحسوبة بين المستوى الاجتماعى للأم ومستوى قلقها على طفلها المعاق ذهنياً تساوى 1.93 وهى أقل من قيمة كا^2 الجدولية عند ن= 4، = 0.01 والتى تساوى 12.277 مما يعنى أنه لا توجد

فروق معنوية بين المستوى الاجتماعى للأم ومستوى قلقها على ابنها المعاق ذهنياً مما يدل على أن المستوى الاجتماعى للأم عامل غير مؤثر فى مستوى قلقها وفى تفسير ذلك يرى أحد الباحثين أن نسق الجيران والمجتمع المحلى من الأنساق الاجتماعية المرتبطة بالأسرة والتى تتأثر بوجود الطفل المعاق- حيث إن الأسر ذوات الأطفال المعاقين تواجه مشكلة الفهم الخاطئ للجيران حول حالة طفلهم مما قد يؤدى إلى إظهار بعض المضايقات للطفل من الجيران (فتحى السيد عبد الرحيم، 1992: 220) ويترتب على ذلك أن تميل الأسرة إلى أنماط سوء التكيف باستمرار مع المجتمع الخارجى وتقل روابط المساعدة والدعم خاصة من الأصدقاء والجيران (Gallongher, 1983: 19) ومما سبق يتضح عدم صحة الفرض الثالث للدراسة ومؤداه "**توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المستوى الاجتماعى للأم ومستوى قلقها على ابنها المعاق ذهنياً**".

توصيات الدراسة:

- اتضح من نتائج الدراسة أن أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً يعانين من مستوى مرتفع من القلق سواء لقى أبناؤهن رعاية مؤسسية أو رعاية أسرية لذلك تقترح الدراسة ضرورة تنظيم برامج مهنية للتخفيف من حدة الضغوط النفسية التى تواجهها الأم وبخاصة قلقها تجاه ابنها المعاق، حيث أثبتت الكثير من الدراسات والكتابات المهنية المهتمة بأسر الأطفال المعاقين ذهنياً أن الاتجاهات الحديثة فى التربية الخاصة تقوم على تحديد أدوار معينة لأعضاء أسرة الطفل المعاق ذهنياً عن طريق مشاركة الآباء فى البرامج الإرشادية التربوية التى تستهدف مساعدتهم على تعليم الطفل داخل الأسرة وأن رعاية أولياء الأمور هى رعاية للأطفال المعاقين أنفسهم والحاجة المستمرة لآباء الأطفال وأمهاتهم إلى الإرشاد والتوجيه، حيث أشارت الكثير من الدراسات إلى أن البرامج الإرشادية الفردية والجماعية تساعد الآباء والأمهات الأطفال المعاقين ذهنياً فى تخفيف حدة المشكلات والاضطرابات النفسية والاجتماعية وبخاصة قلق الأم على طفلها المعاق ذهنياً، ومن أمثلة هذه الدراسات دراسة أحمد رفعت رجب (1987) وإيمان فؤاد كاشف (1989) وجمال مختار حمزة (1992) وشيرين حسن خليل (1993) وآمال محمود عبد المنعم (1999) ومحمد أمين زيدان (2000) وعادل عبد الله محمد (2001) وأحمد فتحى على (2003) وبيتر رزق حبشى (2003).
- ضرورة إتاحة البرامج التدريبية للطفل المعاق ذهنياً على المهارات المختلفة خاصة فى مراحل عمره المبكرة وبالتالى تقل الفجوة بينه وبين الطفل الطبيعى عن طريق التعرف على احتياجاته وتوفيرها له مما ينعكس على قدرة الطفل

على الاعتماد على نفسه والتفاعل مع المجتمع المحيط به وبالتالى تقبل الأسرة والمجتمع له وهذا كله (التحسن فى حالة الطفل) ينعكس على الحالة النفسية للأم مما قد يؤدى إلى التخفيف من حدة قلقها على ابنها المعاق ذهنياً.

- ضرورة قيام مؤسسات المجتمع المعنية بمساندة أسرة الطفل المعاق ذهنياً حتى تتمكن من تهيئة المناخ المناسب للطفل لينمو ويكتسب مهارات متنوعة فى جو أسرى مشبع بالترابط والحب والتقبل.
- نشر الوعى بمشكلة الإعاقة الذهنية عن طريق جميع وسائل الإعلام وبث برامج بصفة منتظمة تشرح الجوانب العلمية للإعاقة وتظهر إيجابيات الإنسان المعاق وتوعية المجتمع بفردية المعاق ذهنياً وحقه فى الحياة ومعاملته كأى شخص آخر وحقه فى التعليم والتدريب والتعبير عن نفسه من خلال عمل ما والتمتع بمباهج الحياة وبالانتماء للمجتمع كذلك توجيه وإرشاد الأسر لكيفية التعامل مع هذه الصدمة.
- ضرورة وضع تشريعات تضمن الرعاية الاجتماعية والنفسية والمالية لآباء وأمهات الأطفال المعاقين ذهنياً لمساعدتهم على الاستمرار فى إدخال أبنائهم فى برامج علاجية أو مؤسسات تهتم بهم أو إدخال الآباء والأمهات فى برامج إرشادية.

مراجع الدراسة

1- أحمد رفعت رجب (1987): دراسة تجريبية مقارنة بين أثر إرشاد الآباء وأثر إرشاد الأبناء على تخفيف القلق، رسالة دكتوراه، غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.

2- أحمد فتحى على (2003): مدى فاعلية برنامج إرشادى للوالدين فى تخفيف المخاوف لدى المراهقين المتخلفين عقلياً، رسالة دكتوراه، غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس.

3- أحمد محمد عبد الخالق (1999): الدراسة التطورية للقلق، الكويت، حوليات جامعة الكويت، الحولية14.

4- إسماعيل مصطفى سالم (1997): استخدام العلاج الأسرى فى خدمة الفرد فى مواجهة الاستجابات الوالدية السالبة للإعاقة العقلية للطفل، المؤتمر العلمى العاشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

5- آمال عبد السميع أباظة(2001): الصحة النفسية، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

6- آمال محمود عبد المنعم(2006): الإرشاد النفسى الأسرى لمواجهة الضغوط النفسية لدى أسر المتخلفين عقلياً، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.

7-إيمان فؤاد كاشف (1989): برنامج إرشادى فى تعديل اتجاهات الوالدين نحو أبنائهم المعوقين عقلياً، رسالة دكتوراه، غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

8-إيمان غريب قطب (2001) البنية العامة لمكونات القلق الاجتماعى لدى عينة من الشباب المصرى والسعودى، القاهرة، مجلة علم النفس.

9- بيتر رزق حبشى (2003): علاقة الخصائص النفسية والبيئية للوالدين باستجابة الأطفال المعاقين ذهنياً لبرامج التدريب التنبيهى، رسالة ماجستير، معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس.

10- جمال مختار حمزة (1992): مدى فاعلية برنامج إرشادى للوالدين فى تغيير اتجاهاتهم نحو الابن المتخلف عقلياً وفى تحسين توافقه، رسالة دكتوراه، غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.

11- حمدى منصور(2000) : فاعلية العلاج الانفعالى فى تخفيف أعراض اضطراب القلق العام لدى عينة من المرضى النفسيين، القاهرة، مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد التاسع.

12- دافيد شيهان (1988) مرض القلق ، ترجمة عزت شعلان، الكويت، سلسلة عالم المعرفة، العدد124.

13- رولان دورورن وفرانسوار باور(1997): موسوعة علم النفس، تعريب فؤاد شاهين، بيروت منشورات عويدات، المجلد الأول، ط1.

14- سامية سلمى عزيز(1995): تقييم الاضطرابات النفسية لدى المعوقين عقلياً وعائلتهم، رسالة دكتوراه، غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، قسم الدراسات الطبية، جامعة عين شمس.

15- سامية عبد الرحمن همام (2004): اتجاهات الأمهات نحو الطفل ضعيف السمع كمحددات لتصميم برنامج للتدخل المهنى فى خدمة الفرد، مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد العاشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

16- سميرة عبد الغنى حافظ (1993): الآثار النفسية الناجمة عن وجود طفل متخلف عقلياً على الوالدين، رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية الآداب، جامعة المنيا.

17- شاكر قنديل (1996): الاستجابات الانفعالية السلبية لآباء الأطفال المعاقين عقلياً ومسئولية المرشد النفسى (دراسة تحليلية)، المؤتمر الدولى الثانى لمركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس.

18- شيرين حسن خليل (1993): دراسة حول تغيير اتجاهات أمهات الأبناء معوقين عقلياً من فئة المورون نحو أبنائهن من خلال برنامج تدخل ارشادى، رسالة دكتوراه، غير منشورة، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

19- عادل عبد الله محمد (2001): فاعلية برنامج إرشادى معرفى سلوكى لأمهات الأطفال التوحديين فى الحد من السلوك الانسحابى لهؤلاء الأطفال، مجلة الإرشاد النفسى، العدد 14، جامعة الزقازيق.

20- عادل عز الدين الأشول(1993): الضغوط النفسية والإرشاد الأسرى للأطفال المتخلفين عقليا، مجلة الإرشاد النفسى، مركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، العدد الأول.

21-عبد الفتاح محمد دويدار ومايسة أحمد النيال(1989): الفروق فى القلق والاكتئاب بين مجموعات عمرية مختلفة من الجنسين، القاهرة، الجمعية المصرية للدراسات النفسية.

22- عبد المنعم الحفنى (1978): موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، القاهرة، مكتبة مدبولى.

23- على إسماعيل على (1995): العلاج القصير فى خدمة الفرد والتدخل فى مواقف الأزمات، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

24-على محمود على شعيب(1991): دراسة لمشاعر القلق والاكتئاب والعصابية لدى الأمهات لأطفال معوقين وغير معوقين، المؤتمر السنوى الرابع للطفل المصرى (الطفل المصرى وتحديات القرن الحادى والعشرين)، القاهرة، جامعة عين شمس، مركز دراسات الطفولة.

25- فاطمة أحمد محى الطمبارى(2008): دراسة تقويمية للبرامج التدريبية المقدمة لأمهات المعاقين ذهنياً وأثرها على تحقيق الدمج الاجتماعى، مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد25، الجزء 3.

26- فاروق محمد صادق(1982): سيكولوجية التخلف العقلى، الرياض، جامعة الملك سعود.

27- فتحى عبد الرحيم وحلمى بشاى(1982): سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة، دار القلم، الكويت.

28- فتحى السيد عبد الرحيم(1992): سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجية التربية الخاصة، الكويت، دار العلم.

29- فرج عبد القادر طه (2005): موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

30- كمال إبراهيم مرسى (1995): التأهيل الإسلامى للإرشاد النفسى لآباء المتخلفين عقلياً، المؤتمر الدولى الثانى لمركز الإرشاد النفسى، مركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، المجلد الأول.

31- محمد محروس الشناوى(1995): إرشاد والدى الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، المؤتمر الدولى الثانى لمركز الإرشاد النفسى، مركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، المجلد الأول.

32- محمود محى الدين عشرى(2004): قلق المستقبل وعلاقته ببعض المتغيرات الثقافية، دراسة حضارية مقارنة بين طلاب بعض كليات التربية بمصر وسلطنة عمان، المؤتمر السنوى الحادى عشر للإرشاد النفسى، مركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، المجلد الأول.

33- مريم إبراهيم حنا(2010): الرعاية الاجتماعية والنفسية للفئات الخاصة والمعاقين، الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث.

34- منظمة الصحة العالمية(1999): المراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض، تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية، ترجمة أحمد عكاشة، الإسكندرية، المكتب الإقليمى لشرق البحر المتوسط.

35- منى الحديدى وجمال الخطيب(1996): أثر إعاقة الطفل على الأسرة، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، كلية التربية، العدد 31.

36-ميرفت رجب صابر(2000): مدى فاعلية برنامج إرشادى لتعديل اتجاهات الأم نحو طفلها المعاق عقليا، رسالة دكتوراه، غير منشورة، كلية الآداب للبنات للعلوم والتربية، جامعة عين شمس.

37- نهلة السيد عبد الحميد عثمان (2006): العلاقة بين استخدام الممارسة العامة فى خدمة الفرد والتخفيف من حدة ضغوط أمهات الأطفال معددى الإعاقة، المؤتمر العلمى السادس، كلية الخدمة الاجتماعية،جامعة الفيوم.

38-هارون توفيق الرشيدى(1999): الاستجابة المعرفية والإكلينيكية كمنبئات للقلق الاجتماعى، جامعة طنطا، كلية التربية بكفر الشيخ.

39- AAmr(2002) Notes and News, New definition of Mental retardation.

40- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statically a Manual of Mental disorders, Washington D.C, American Psychiatric press (4th ed).

41- Brand (1990): Anxiety and depression in the mothers of children psychotic disorders and mental retardation the British journal of psychiatry,v,156.

42- Holly Swartz et al (2005): Depression and anxiety among mothers who bring their children to a pediatric mental health clinic Journal of Psychiatric services, v56, n9.

43-Indhra Pradesh (2008): impact of disability of mentally retarded persons on their parents Indian journal of psychological Medicine v30, N2.

44- Gallagher Jomes (1983) Early education for the handicapped Journal of Division for Early childhood.

45- Lynn Wilkler (1981) Chronic Stresses of Families of Mentally retarded children, journal of Family relations,v30,n2.

46-Mita Majumdar et al (2005): Stress and anxiety in parents of Mentally retarded, children Indian journal of psychiatry, v47, n3.

47-Ozlem Al Tindag, et al (2007) Anxiety and depression levels in mothers of children With cerebral palsy.

48- Vijesh P.v. and Sukumaran P.s (2007) Stress among mothers of children with cerebral palsy attending Special Schools Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal, V,18,N1

49- Clrkson et al (1986) impact of handicapped child on mental health of parents, Br Med journal v29.

50- Selma K (1979) Parental Dilemma, the Child With Mental handicap, Social Case Work Journal, N.Y, N.A.S.W, Vol ,N1.

51- Sherman (1995) Earitive therapy, Encyclopedia of Social Work N.A.S.W, Washington .

52-Sloan & Brich (1995) A rational Degrees of retardation N.Y American Journal of Mental Deficiency V.4, No 60.

53-Tommie Parker and Robert M. Copper(1998): Family therapy as a treatment model for families with a mentally retarded Child, paper presented at the Annual meeting of the American Association of Mental Deficiency may27.

54-Walfen Sbreger (1967) Counseling of the retarded in A.S Boumeister (ED) Mental retardation Appraisal Education and Rehabilitation.

55-William R. Phelps (1997) Some thoughts on counseling parents of the mentally retarded National technical information Service, V235.

56- Yokoyama Yashie (2000) Emotional Distress among the mothers of Handicapped multiple birth children and community health Services Journal of Japanese Society of nursing research,v23,n2.