مجلة دراسات نفسية ISSN 2353-0324
المجلد :14 العدد :01 السنة : 2023 ص ص 360- 376

مستوى القلق لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا.

The level of anxiety among parents of mentally disabled children

والي وداد* ، جامعة حمد بن أحمد2 وهران ، widad-psy22@hotmail.com

د.قادري حليمة، جامعة حمد بن أحمد2 وهران، kadrihalima.univ@gmail.com

تاريخ الارسال : 2023-10-07	تاريخ القبول :2024-04-23	تاريخ النشر :2023-12-12	المؤلف المرسل : والي وداد

الملخص: هدفت الدراسة الحالية للكشف عن مستوى القلق لدى أولياء أطفال يعانون من إعاقات ذهنية، والكشف عن مدى وجود فروق في درجات الشعور بالقلق تعزى لجنس الأولياء(آباء- أمهات). وأيضا الكشف عن مدى وجود فروق في درجات الشعور بالقلق لدى الأولياء تعزى لجنس الطفل المعاق (ذكر-إناث)، حيث شملت عينة الدراسة 120 وليا(66 أما) و(54 أبا)، ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على مقياس بيك للقلق، وتم التوصل إلى النتائج التالية: يعاني أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا من مستوى متوسط للقلق، ناهيك عن عدم وجود فرق في درجات الشعور بالقلق لدى أولياء الأطفال المعاقين يعزى لجنس الأولياء، وعدم وجود فروق في درجات الشعور بالقلق لدى أولياء الأطفال المعاقين يعزى لجنس الطفل المعاق(ذكر-أنثى).

الكلمات المفتاحية: القلق- الإعاقة الذهنية.

Abstract : The current study aimed to reveal the level of anxiety among parents of children with mental disabilities, and to reveal the extent to which there are differences in degrees of anxiety due to the variable of the gender of the parents (fathers - mothers) and the variable of the gender of the disabled child (male - female). The study sample included 120 people. Parents (66 mothers) and (54 fathers). To achieve the objectives of the study, the Beck Anxiety Scale was relied upon, and the following results were reached: Parents of mentally disabled children suffer from a moderate level of anxiety. There is also no difference in the degrees of anxiety among

* والي وداد

parents due to the variable (father - mother) and the gender of the disabled child (male - female).

Keywords: Anxiety - mental disability.

مقدمة:

يجابه الإنسان في مختلف مراحل حياته العديد من المواقف تارة مفرحة ومبهجة، وتارة أخرى ضاغطة ومقلقة، والتي يصاحبها انفعالات متنوعة ومتعددة تؤثر عليه وعلى الآخرين في موقف ما، ويختلف الأفراد في طريقة استجاباتهم للمواقف الانفعالية التي تستثيرهم، كما يختلفون في شدتها ومدتها وتعبيراتهم عنها تبعا للمهارات والإستراتيجيات والخبرات التي يحوزونها، والتجارب التي مروا بها ضمن سيرورة التطور والارتقاء النفسي والاجتماعي.

تعد الانفعالات خاصية من خصوصيات البشر، التي تأثر على أفكارنا وقدراتنا، ناهيك عن دورها في صنع قراراتنا وبلورة سلوكنا، وتتعدد الانفعالات وتتنوع من انفعالات ايجابية كالفرح والسرور والبهجة، إلى أخرى سلبية كالحزن، التوتر، الغضب، القلق، الاكتئاب، ويعتبر القلق ومن أكثر المشكلات الانفعالية التي تدفع الناس لطلب العلاج والبحث عن السند النفسي والاجتماعي في العيادات النفسية، خاصة في المحيط الذي يحوي مثير ضاغط دائم التلازم، كوجود إعاقة داخل أسرة، لما للوضعية من ثقل يرهق كاهل الأولياء خاصة، حيث يرى Goffman (1963) أن الإعاقة لاسيما الظاهرة للعيان كالإعاقات البارزة منها قد ترتبط إلى حد كبير بوصمة العار، فما الذي يمكن أن نقوله عندما تكون الإعاقة إعاقة الذهنية لما تفرضه على الأولياء من مرافقة دائمة ومستتبة للطفل المعاق عقليا؟، فهذه المهمة تشكل تحديا خاصا لهم، ويتجسد هذا التحدي في متطلبات الاحتواء النفسي والاجتماعي، والدور الملزمين بآداءه أمام هذا الظرف (صلاح ، الفايز،2008،ص93).

هدفت الدراسة الحالية للكشف عن مستوى القلق لدى أولياء أطفال يعانون من إعاقات ذهنية، والكشف عن مدى وجود فروق في درجات الشعور بالقلق تعزى لجنس الأولياء(آباء- أمهات). وأيضا الكشف عن مدى وجود فروق في درجات الشعور بالقلق لدى الأولياء تعزى لجنس الطفل المعاق (ذكر-إناث)، من خلال تطبيق مقياس بيك للقلق على الأولياء، ولتحقيق هذا الهدف تم طرح التساؤلات التالية:

- ما مستوى القلق لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا؟
- هل يوجد فرق في درجة القلق لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا تبعا لمتغير الجنس(أب/أم)؟
- هل يوجد فرق في درجة القلق لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا تبعا لمتغير جنس الطفل المعاق ذهنيا(ذكر/أنثى)؟

فروض الدراسة: بناءا على التراث النظري تم صياغة مجموعة من التساؤلات سيقت الإجابات المؤقتة عليها في الفرضيات التالية:

- يعاني أولياء الطفل المعاق ذهنيا من مستوى قلق حاد.
- يوجد فرق في درجة القلق لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا تبعا لمتغير الجنس(أب/أم).
- يوجد فرق في درجة القلق لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا تبعا لمتغير جنس الطفل المعاق ذهنيا(ذكر/ أنثى).

منهجية البحث: لقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي الاستدلالي نظرا لتلاؤمه مع موضوع الدراسة.

التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

- **القلق:** تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي القلق بأنه "خوف أو توتر وضيق ينبع من توقع خطر ما، يكون مصدره مجهولا وغير واضح إلى درجة كبيرة، ويصاحب كل من القلق والخوف عدداً من التغيرات الفيزيولوجية." (سليماني، عبد السلام،2018، ص118)

و يعرف إجرائيا على أنه الدرجة التي يتحصل عليها أولياء (أب / أم) الطفل المعاق ذهنيا المتكفل بهم في المراكز النفسية البيداغوجية من خلال تطبيق مقياس القلق لبيك.

- **الإعاقة الذهنية:** تعرف الإعاقة الذهنية في **DSM5** (اضطراب النمو الفكري) بأنها اضطراب يبدأ خلال فترة النمو، يميزها عجز فكري وعجز تكيفي، ومن أجل تشخيص الإعاقة الذهنية لابد من توافر المعايير الثلاثة التالية:

أ- عجز في الوظائف الفكرية مثل: التفكير وحل المشكلات و التخطيط و التجريد و الحكم
و التعلم الأكاديمي و التعلم التجريبي، وهو ما يتأكد من خلال التقييم السريري واختيارات الذكاء المعيارية.

ب- العجز في وظائف التكيف الذي يؤدي إلى الفشل في الوصول إلى المعايير المعتادة للتنمية الاجتماعية و الثقافية التي تسمح بالاستقلالية والمسؤولية الاجتماعية وبدون مساعدة طويلة المدة، فان العجز التكيفي يحد من الأداء في واحد أو أكثر من مجالات النشاط في الحياة اليومية، مثل التواصل و المشاركة الاجتماعية و الاستقلال في بيئات متنوعة مثل: المنزل، المدرسة و العمل و المجتمع.

ت- ظهور العجز الفكري والتكيفي خلال فترة النمو .(شيريل،2016،ص842).

في الدراسة الحالية تتجسد الإعاقة الذهنية عند الأطفال الذين ينتمون إلى المراكز النفسية البيداغوجية للمعاقين ذهنيا في ولاية سيدي بلعباس(المركز البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا ولاية سيدي بلعباس، المركز البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا دائرة تلاغ، مركز النعمة للمعاقين ذهنيا، جمعية التميز للتكفل بالمعاقين ذهنيا) بناءا على تقديرات اللجنة المتعددة التخصصات في المراكز النفسية البيداغوجية.

1- القلق:

1-1 ماهية القلق:

إن اضطراب القلق يتميز ببروز أعراض القلق معظم الوقت، أو يظهر خلال نوبات قصيرة ومكثفة، غالبا بدون وجود سبب واضح، ويشعر الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق بالقلق الشديد لدرجة أنهم يشعرون بالرعب أو الشلل العام الذي يحبط طموحهم وفعاليتهم بوعي منهم، ولكن دون قدرة على تجاوز هذه المخاوف.

يعتبر اضطرابات القلق من أكثر الحالات النفسية انتشاراً، و له علامات نفسية مثل الخوف و الترقب، وأعراض بدنية في صورة اضطراب في وظائف الجسم.

يذكر شوقي في كتابه معجم علم النفس وعلوم التربية أن القلق حالة انفعالية يسيطر عليها الخوف من المستقبل وهذا القلق يسيطر عليه العديد من الاضطرابات النفسية، من أنواعه القلق الأساسي الذي ينشأ في فترة الطفولة بسبب الشعور

بالوحدة والضعف وعدوانية البيئة، أما القلق الثاني فهو عصاب القلق الذي يكون القلق هو السمة المسيطرة ،والذي قد لا يكون له سبب واضح(شوقي، 2003،ص15).

إن القلق من الاضطرابات الانفعالية التي تدخل دائرة العصاب، وهو جزء من الحياة البشرية، و أحد لوازم الوجود إذ أن القلق بمثابة الحرص على الحياة وهو الرغبة في الحياة إذ تزيد آليات العمل النفسية حين ينتابها شعور بالخطر أو التهديد.

2-1 أنواع اضطراب القلق، أعراضها، وكيفية تشخيصها وفقا للدليل التشخيصي للأمراض النفسيةDSM5:

توجد أنواع متشعبة لاضطراب القلق نظرا لنوع الموقف المسبب لاضطراب للقلق، وفيما يلي سيتم عرض أنواع اضطراب القلق وفق ما جاء في الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض النفسية والعقلية حسب الجمعية الأمريكية APA 5:

أ- اضطراب الهلع: اضطرابات الهلع أو نوبات الهلع اضطراب حديث التصنيف كفئة مرضية مستقلة. والسمة المميزة لهذا الاضطراب كما تشير التسمية **نوبات الهلع**، والمقصود بها الظهور المكثف والمفاجئ للقلق، غير الناجم عن موقف معين. فخلال دقائق عدة ترتفع حدة القلق لتصل ذروتها وإلى جانب العلامات النفسية تظهر كذلك أعراض جسدية كتسارع نبضات القلب ومشاعر الضيق، وتضيق التنفس والارتجاف. وبسبب هذه الأعراض فإن كثير من المرضى يشعرون بقلق الموت أو بالخوف من الموت. وفي كثير من الحالات يظهر عند المعنيين قلق استباقي من النوبة التالية. وهو عبارة عن الخوف من حدوث نوبة أخرى وتوقع حدوثها في مواقف أو أوقات معينة، لهذا نجد بعض المرضى ينسجمون اجتماعيا نتيجة الخوف من حدوث النوبة في موقف ما أو في مكان لا يستطيعون فيه إحضار المساعدة، وتتراوح مدة النوبة بين دقيقتين أو ثلاثة أو أكثر (آف. إي. كاس وآخرون ، 2009، ص39).

ب- الأقروفوبي: (رهاب الخلاء)

يمثل العرض للخوف من الأماكن الواسعة في الشعور بالقلق الشديد من أن يكون الشخص في مكان أو موقف يصعب عليه الهروب منه،أو أن إمكانية المساعدة غير متاحة إذا ما حدثت له نوبة ذعر ، يتسم رهاب الخلاء بأعراض القلق الحادة التي تستمر لمدة ستة أشهر على الأقل في موقفين من المواقف الخمسة التالية:

استخدام وسائل النقل العامة، التواجد في الأماكن المفتوحة، التواجد في الأماكن المغلقة، التواجد وسط جمع من الناس أو حشد، التواجد وحيدا أو بمفرده خارج المنزل. يسعى الأفراد الذين يعانون من رهاب الخلاء إلى تجنب هذه المواقف وإذا لم يمكنوا من ذلك تظهر عليهم أعراض الضيق وما يثير القلق لديهم هو صعوبة الهرب أو الحصول على مساعدة في حالة ظهور أعراض الهلع. (Neil A. Rectron, & all , 2017, p 9)

من الأعراض المعرفية لرهاب الخلاء يضن المصاب أنه لا يستطيع الهرب ولا أحد يمكنه مساعدته، أما عن الأعراض الفيسيولوجية زيادة معدل ضربات القلب، ألم وانزعاج في الصدر، الارتعاش، دوار وغثيان، ومن الأعراض السلوكية تجنب الأماكن العامة والمفتوحة والمغلقة، تجنب الأشخاص المرضى أو التواجد بين الناس أو الوقوف في الطوابير، وعليه فالشخص الذي يعاني من القلق غالبا ما يكون بحاجة إلى شخص يكون معه في المواقف أو الأماكن المرتبطة بالقلق.

ت- الرهاب المحدد أو القلق المحدد:

هو خوف شديد بشأن شيء أو موقف معين، له خمسة أنواع فرعية: النوع الحيواني(الخوف من الفأران، العناكب)، نوع البيئة والطبيعة(الخوف من العواصف الرعدية أو المرتفعات كالجبال..)، نوع متعلق بحقن الدم، نوع الموقف(مثل الخوف من وسائل النقل العامة، أو المصعد،أو الأماكن الضيقة)، أنواع أخرى كالخوف من الاختناق .

ومن أعراضه المعرفية الخوف من السفر مثلا باعتماد الطائرة ضنا منه أنها سوف تسقط، الخوف من الكلب مثلا ضنا منه أنه سوف يهجم عليه..أما عن الأعراض البدنية أو الجسمية: التعرق الغزير، الشد العضلي، الدوار والدوخة، ومن الأعراض السلوكية: تجنب السفر الجوي، الحاجة الدائمة للهرب. (Neil A. Rectron ,& all, 2017, p- p :10-11).

ث- اضطراب القلق الاجتماعي:(الرهاب الاجتماعي):

هو خوف شديد من موقف أو من المواقف الاجتماعية التي يتعرض خلالها الشخص إلى ملاحظة محتملة من الآخرين، و الحساسية الزائدة للانتقاد، أو التقييم السلبي أو الرفض ، مع صعوبة في تأكيد الذات و انخفاض تقدير الذات و الشعور بالدونية، إن هذا النوع من القلق يكون مرتبط بموقف اجتماعي أو بتجنب المواقف التالية ولمدة تزيد عن الستة أشهر.

يمكن أن تربط المخاوف بمعظم المواقف التي تتطلب أداء عاما أو تفاعلا اجتماعيا(المشاركة) في مجموعات صغيرة، لقاء أشخاص غير مألوفين، علاقات عاطفية، أو المشاركة في مجموعات رياضية. ومن أعراضه وتفسيراته المعرفية (سأبدو قلقة وسخيفة، سيعتقد الناس أنني غريب)، ومن الأعراض الجسمية(احمرار الوجه، التعرق غير الطبيعي، جفاف الفم) ومن الأعراض السلوكية (تجنب المقابلات والاجتماعات، تجنب التحدث أمام الجمهور). (APA ,2013,p 395)

ج-القلق المعمم:

يعرف القلق المعمم على أنه قلق مفرط و انزعاج غير متحكم فيه على عدد من الأحداث كالعمل، الصحة.....،ويتصاحب مع تغيرات فسيولوجية و أخرى مزاجية، يحدث معظم الوقت لمدة ستة أشهر على الأقل يمس عددا من الأحداث والأنشطة مثل المدارس أو العمل أو الأداء.

من الأعراض التي تظهر غالبا في هذا الاضطراب: تشوهات معرفية مآلها يبدو سيئا (القلق سوف يدفعني للجنون)، ومن الأعراض الفسيولوجية (شد عضلي، الشعور بالإرهاق، الأرق، والتهيج، اضطرابات في النوم). ومن الأعراض السلوكية(تجنب الأحداث والمجريات الحالية، تجنب قراءة الصحف، ركود في الأنشطة بسبب القلق المفرط وما قد يحدث) ناهيك عن السعي المفرط والبحث عن الراحة أو التحضير المبالغ فيه لتجنب استجابة القلق. (Neil A. Rectron ,& all, 2017, P-P :12-13)

ح- قلق الانفصال:

السمة الأساسية لقلق الانفصال هو الخوف المفرط أو القلق المتمحور حول الانفصال، أو الانفصال المرتقب عن المنزل أو شخصيات متعلق بها(دفيد جي و آخرون،2015،ص29). إن قلق الانفصال يتجاوز ما يتوقعه المرء بالنظر إلى المرحلة التطورية للموضوع.

ومن الأعراض الأكثر بروزا في اضطراب القلق على المستوى المعرفي(تشوهات في الأفكار قد تتجسد في الضن المفرط أن شيء ما سيحدث لشخص عند انفصاله عني، قد أعاني من مرض عضال أو الضياع عند الانفصال عن شخص ما)، ومن الأعراض الفسيولوجية (آلام في الرأس،آلام في المعدة، غثيان)، ومن الأعراض السلوكية(عدم الرغبة في الخروج من المنزل خوفا من الانفصال عن شخص ما، الخوف من الوحدة أو من عدم وجود شخص معين وتجنب مثل هذه المواقف، عدم القدرة على النوم في حالة غياب شخص محدد.

خ-الخرص الانتقائي:

الخرص الانتقائي يتميز بخاصية عدم القدرة المنتظمة والمرتبطة بموقف اجتماعي يتيح للطفل الكلام والتعبير مثلا في المدرسة، مع القدرة على التعبير والكلام في المواقف الأخرى.

للخرص الانتقائي وعدم القدرة على الكلام آثار وعواقب بادية وظاهرة تمس سلبا الأداء الوظيفي أو التحصيل الدراسي أو تردي في التواصل الاجتماعي. يستمر الخرص الانتقائي قصد تشخيصه على الأقل شهر(ليس الشهر الأول من الدخول المدرسي لأول مرة)، وهذا ما يظهر مع تراجع التحصيل الدراسي.

غالبا ما يتبلور الخرص الانتقائي مع الخجل أو الرهاب الاجتماعي ومن أعراضه المعرفية: التفسيرات المعرفية وأفكار ذهنية متمحورة حول مدة التمدرس(أتمنى لو كانت المدة قصيرة، ماذا سيظنون التلاميذ بي)، ومن الأعراض الفسيولوجية (آلام في المعدة، زيادة في ضربات القلب، تنفس قصير)، ومن الأعراض السلوكية(عدم القدرة على الكلام في العديد من المواقف الاجتماعية، الصمت والكلام إلا بوجود أفراد الأسرة المقربين، رفض الذهاب إلى المدرسة، صعوبة التواصل البصري مع الآخرين(Neil A. Rectron ,& all, 2017, p 14).

2- الإعاقة الذهنية:

2-1 تعريف الإعاقة العقلية:

إن الإعاقة العقلية هي مشكلة متعددة الأبعاد، حاول الكثير من العلماء دراستها وفهمها في عدة ميادين كالطب، و القانون، و علم الاجتماع، و علم النفس، و علوم التربية، في محاولة منهم لفهم طبيعة هذه الإعاقة و التعرف عليها و على أهم أسبابها و طرق الوقاية منها، فظهرت العديد من التعريفات بحيث اختلفت هذه الأخيرة فيما بينها تبعا للخلفيات النظرية المختلفة.فالتعريف الطبي نجده يعتمد على الأعراض الفسيولوجية كمعيار أساسي للإعاقة العقلية، اما التعريف القانوني التشريعي فيعتمد على معيار الأهلية و تحمل المسؤولية، كما يرى التعريف الاجتماعي الصلاحية الاجتماعية محكما أساسيا، ثم التعريف التربوي الذي يعتبر الفشل في التحصيل الدراسي و الرسوب المدرسي معيارا للإعاقة، و أخيرا التعريف النفسي السيكولوجي الذي يربط الإعاقة العقلية بمعامل الذكاء و نسبه .

أ- التعريف الطبي للإعاقة الذهنية:

عرف **جيرفيس**(1952) الإعاقة الذهنية على أنها حالة توقف أو عدم استكمال النمو العقلي نتيجة لمرض أو إصابة قبل سن المراهقة، أو أن تكون نتيجة لعوامل وراثية جينية أثناء فترة التكوين(عبد المنعم،2008، ص10).

ب- التعريف القانوني التشريعي للإعاقة الذهنية:

الإعاقة الذهنية من المنظور التشريعي هي: حالة من توقف و عدم اكتمال النمو العقلي، شرط أن يكون هذا التوقف قبل سن 18سنة، بسبب الوراثة أو بسب الإصابة بالأمراض التي تعيق النمو العقلي. صدر هذا التعريف سنة 1913، و الذي عرف حينها بقانون المعاقين عقليا و أصدر هذا القانون عن الحكومة البريطانية ببريطانيا.

كما يركز القانون و التشريع على تحديد تحمل المسؤولية لدى التخلفين عقليا و أيضا مسؤولية المجتمع نحو هذه الفئة من مسؤوليات مدنية و أخرى جنائية و هذا ما يظهر في تعريف **بورتيوس 1953**، و الذي يرى أن التخلف العقلي يتميز بنوم عقلي متوقف أي ضعاف العقول و الذي يحدث في سن مبكرة و يدوم بعدها ، اذ تتميز هذه الفئة بكونها غير قادرة على الاعتماد على نفسها أو ان تكتسب عيشها بنفسها(عامر، محمد ،2008،ص36)

ت–التعريف الاجتماعي للإعاقة الذهنية:

تريد جولد 1963 tred gold يعرف الإعاقة الذهنية على أنها حالة من عدم اكتمال النمو العقلي، يولد بها الطفل أو تحدث في سن مبكرة، نتيجة لعوامل وراثية أو مرضية أو بيئية تؤثر على الجهاز العصبي للطفل، مما يؤدي إلى نقص الذكاء و توقفه، يتمثل هذا النقص في ضعف مستوى أداء الفرد بالمجال التعليمي و المهني و التوافق النفسي والاجتماعي مما يعيق القدرة على التكيف مع البيئة الاجتماعية للفرد، و التي تحول دون قدرته على الاعتماد على نفسه(عامر، محمد 2008،ص32).

و عليه فان التعريف الاجتماعي للإعاقة العقلية يعتمد على ثلاث محكات أساسية هي :

- قصور للنمو العقلي للفرد مما يؤثر على درجة ذكاءه.
- قصور القدرة على التكيف في المجتمع و إنشاء علاقات اجتماعية مع اقرانه و المجتمع من حوله.
- ضرورة التكفل و الدمج في برامج تزيد من قدرته الاجتماعية لهدف التكيف مع مختلف أفراد المجتمع.

ث–التعريف التربوي الإعاقة الذهنية:

تركز التعريفات التربوية للإعاقة العقلية على مدى قدرة الطفل على التعلم، الذي يعتبر معيارا أساسيا لها. ومن بينها: تعريف **كريستين إنجرام**(1953) المعاق عقليا بأنه الطفل الذي لا يستطيع التحصيل الدراسي في نفس مستوى زملائه في الفصل الدراسي وتقع نسبة ذكائه بين 75/50 درجة، فهم أقل ب 2% من حيث الذكاء والقدرات العقلية مقارنة مع مجموع طلاب المدارس من حيث الذكاء و القدرات العقلية(عبد المنعم،2008،ص20).

ج–التعريف النفسي للإعاقة الذهنية:

تعرف **منظمة الصحة العالمية OMC** الإعاقة الذهنية على أنها حالة من توقف أو عدم اكتمال نمو العقل تتميز بقصور في المهارات التي تظهر خلال مراحل النمو في عدة مستويات كالقدرات المعرفية(الذكاء) و اللغوية و الحركية والاجتماعية و غيرها تحدث مع أو بدون اضطراب نفسي أو جسمي (عبد المنعم ،2008ص16).

2-2 التصنيف السيكولوجي للإعاقة الذهنية:

يعتمد التصنيف النفسي السيكولوجي على القياس أي قياس نسب الذكاء ، إذ تحدد درجة الإعاقة العقلية عند الأفراد بناء على الدرجة المتحصل عليها في اختبارات الذكاء أهمها اختبار وكسلر للذكاء أو بينيه. (الشربيني، 2004، ص71)

أ- الإعاقة الذهنية البسيطةMild mental Disability : تتراوح نسب ذكائهم ما بين55 و 70 درجة على مقياس وكسلر، يصعب اكتشافهم الا بعد الدخول المدرسي يتمتعون بخصائص جسمية و اجتماعية جيدة، يمكنهم العناية بأنفسهم و تعلم بعض المهارات المهنية.

ب- الإعاقة الذهنية المتوسطةModerate Mental Disability : تتراوح نسب ذكائهم ما بين 40 و 55 درجة على مقياس وكسلر، غير قادرين على مواصلة التعلم، يعانون من سوء توافق اجتماعي و يتميزون بصفات جسمية تميزهم عن العاديين كما أنهم قابلين للتدريب

ت- الإعاقة الذهنية الشديدةSever Mental Disability : تتراوح نسب ذكائهم ما بين 25 و40 درجة على مقياس وكسلر، يعانون من قصور واضح في عدة مجالات أكاديمية و اجتماعية كما لا يستطيعون العناية بأنفسهم.

ث- الإعاقة الذهنية الشديدة جداProfound Mental Disability: تقل نسب ذكائهم عن25 درجة على مقياس وكسلر، تعد هذه الفئة أشد عجزا و قصورا عن غيرها و ذلك لعجزهم في أداء أي عمل بما ي ذلك الأكل و الإخراج ، يحتاجون إلى عناية و اهتمام أو إيداعهم بمراكز الإيواء كما قد يصاحب تخلفهم العقلي بعض التشوهات الجسمية.

3- الدراسة الميدانية:

3-1عينة الدراسة الميدانية: تتمثل عينة الدراسة الميدانية في 120فردا (54) أبا و(66) أما لأطفال معاقين ذهنيا مدمجين في مراكز نفسية بيذاغوجية للمعاقين ذهنيا لولاية سيدي بلعباس، تم اختيار العينة بطريقة مقصودة حيث تتوفر خاصية الدراسة في الفترة الممتدة مابين(سبتمبر2019- مارس2020)، والجدول رقم يوضح خصائصها:

:جدول (01) توزيع أفراد عينة الدراسة وخصائصها.

جنس المعاق ذهنيا	ن	جنس المعاق ذهنيا	ن	شدة الإعاقة الذهنية	ن
أم	66	ذكور	83	بسيطة	20
أب	54	إناث	37	متوسطة	32
				شديدة	68
المجموع	120	المجموع	120	المجموع	120

يتضح من خلال الجدول أن خصائص العينة قد تنوعت، من حيث جنس أولياء الطفل المعاق ذهنيا حيث شملت (54 أبا و 66 أما)، وشملت عينة الدراسة كلتا الجنسين من ذكور معاقين عقليا بلغ عددهم (83)، و(37) أنثى، كان عدد من لديهم إعاقة عقلية خفيفة(20)، و من لديهم إعاقة عقلية متوسطة (32)، و (68) ممن لديهم إعاقة شديدة.

3-2 أداة الدراسة:

- **مقياس بيك للقلق:**

ظهرت الصورة الأولى من مقياس بيك للقلق عام 1988 واستمدت مفرداتها من أدوات التقرير الذاتي التي تقيس أنواعا مختلفة من القلق وقد استعملت لسنوات عدة في مركز العلاج المعرفي، وهذه الأدوات هي:

- قائمة فحص القلقACL.
- قائمة المراجعة الظاهرية السريريةPDR.
- قائمة المقياس الجسدي، والمعرفي للقلقSAC.

قنن المقياس المكون من86 مفردة التي تعكس أعراض القلق على عينة أولية مؤلفة من 810 من مرضى اضطراب القلق، واضطراب المزاج إذ أظهرت نتائج التحليل العاملي استبعاد 20 مفردة لكونها تعكس نفس المحتوى لبعض المفردات المذكورة في المقياس، كما أظهرت نتائج التحليل العاملي ضرورة استبعاد 19 مفردة أخرى ليصبح عدد مفردات المقياس 47 مفردة، ومن خلال تطبيقه على عينة مؤلفة من116 شخصا قلصت بنوده إلى 37 مفردة لضعف ارتباطها بالمقياس لتصل بنود المقياس انطلاقا من تحليل المفردات إلى21 بندا، وذلك بعد تطبيقها على العينة المؤلفة من160 مريضا التي اعتمدت نتائجها في البناء النهائي للمقياس(ياسين،2015، ص47).

تمت ترجمة المقياس من قبل الباحثة **سهى ياسين** في دراستها المعنونة تحت الكفاءة السيكومترية لمقياس بيك للقلق على عينة من الأسوياء و المرض النفسانيين، تم التطرق من خلال هذه الدراسة إلى التحقق من صدق و ثبات المقياس بطرق عدة من خلال تطبيقه على عينة من الأفراد الأسوياء و المرضى النفسانيين، وما تم التوصل إليه هو أن المقياس ذو كفاءة عالية من الصدق و الثبات، هذا ما سيتم التحقق منه في هذه الدراسة.

يتكون المقياس من 21 عبارة موزعة على أربعة أبعاد وهي:

جدول (2) يوضح توزيع الأبعاد وعدد فقرات مقياس بيك للقلق وتسلسلها.

رقم البعد	الأبعاد الفرعية	رقم العبارات وتسلسلها	عددها العبارات
1	البعد العصبي	1، 3، 6، 8، 12، 13، 19	7
2	البعد الشخصي	4، 5، 9، 10، 14، 17	6
3	بعد الهلع	7، 11، 15، 16	4
4	البعد اللاإرادي	2، 18، 20، 21	4
المجموع			21

- **صدق و ثبات مقياس بيك للقلق:** لهدف التحقق من صدق و ثبات المقياس قامت الباحثة بتطبيقه على عينة دراسة استطلاعية تحمل نفس خصائص العينة الأساسية والتي تم اختيارها بطريقة مقصودة شملت 40 وليا لأطفال معاقين ذهنيا (20 أبًا و 20 أمًا)،و تم التحقق من صدق و ثبا المقياس بطرق عدة اعتمادا على البرنامج الإحصائي(SPSS .20)،ونذكر منها مايلي:

أ- صدق لمقياس: جرى التحقق من صدق المقياس بتطبيقه على عينة دراسة مكونة من 40 وليا لأطفال معاقين ذهنيا تم اختيارها بطريقة قصدية، وتم حساب معامل ارتباط بيرسون باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS.20)، وكانت النتائج كالتالي:

- **صدق الاتساق الداخلي للفقرات مع المجموع الكلي للمقياس:**

جدول رقم (3) يوضح صدق الاتساق الداخلي للفقرات مع المجموع الكلي للمقياس

البعد	الفقرة	معامل الارتباط "ر"	مستوى الدلالة
البعد العصبي	1	0,64**	0,01
	3	0,43**	0,01
	6	0,67**	0,01
	8	0,66**	0,01
	12	0,65**	0,01
	13	0,63**	0,01
	19	0,59**	0,01
البعد الشخصي	4	0,41*	0,05
	5	0,35*	0,05
	9	0,39*	0,05
	10	0,35*	0,05

	14	0,34*	0,05
	17	0,57**	0,01
بعد الهلع	7	0,72**	0,01
	11	0,64**	0,01
	15	0,49**	0,01
	16	0,35*	0,05
البعد اللاارادي	2	0,67**	0,01
	18	0,62**	0,01
	20	0,56**	0,01
	21	0,54**	0,01

يتضح من خلال الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس **بيك للقلق** والدرجة الكلية للاستبانة دالة عند مستوى دلالة(0,01 و0,05) وهذا يؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي، مما يطمئن الباحثة على تطبيقيه على عينة الدراسة الاساسية.

- **صدق الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس مع الفقرات المنتمية إليه:**

جدول رقم (4) يوضح صدق الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس مع الفقرات المنتمية إليه.

البعد	الفقرة	معامل الارتباط "ر"	مستوى الدلالة
البعد العصبي	1	0,69**	0,01
	3	0,53**	0,01
	6	0,80**	0,01
	8	0,69**	0,01
	12	0,67**	0,01
	13	0,69**	0,01
	19	0,60**	0,01
البعد الشخصي	4	0,51**	0,01
	5	0,84**	0,01
	9	0,95**	0,01
	10	0,57**	0,01

	14	0,43**	0,01
	17	0,75**	0,01
بعد الهلع	7	0,70**	0,01
	11	0,75**	0,01
	15	0,64**	0,01
	16	0,41**	0,01
البعد اللاارادي	2	0,81**	0,01
	18	0,66**	0,01
	20	0,78**	0,01
	21	0,76**	0,01

يتضح من خلال الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين الأبعاد الأربعة لمقياس بيك للقلق و الفقرات المنتمية إليها دالة كلها عند مستوى دلالة (0,01) وهذا يؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من صدق الاتساق الداخلي.

- **صدق المجموع الكلي للمقياس مع الأبعاد:**

جدول رقم(5)يوضح صدق المجموع الكلي للمقياس مع الأبعاد

البعد	قيمة "ر"	مستوى الدلالة
العصبي	0,91**	0,01
الشخصي	0,58**	0,01
الهلع	0,87**	0,01
اللاإرادي	0,78**	0,01

يتضح من خلال الجدول السابق أن معاملات الارتباط المجمع الكلي لمقياس بيك للقلق و الأبعاد الأربعة المنتمية إليها دالة عند مستوى دلالة (0,01)وهذا يؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

ب- ثبات مقياس بيك للقلق:

تم حساب ثبات المقياس بتطبيقه على أفراد العينة الاستطلاعية وذلك باستخدام معاملي ارتباط ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية.

- **معامل ثبات ألفا كرونباخ و التجزئة النصفية لأبعاد المقياس و المقياس ككل:**

جدول رقم (6) يوضح معامل ثبات ألفا كرونباخ و التجزئة النصفية لأبعاد مقياس بيك للقلق.

البعد	معامل ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية
العصبي	0,79	0,68

الشخصي	0,57	0,54
الهلع	0,50	0,52
اللاإرادي	0,74	0,68

يتبين من خلال الجدول السابق أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات الذي يشمل أبعاد مقياس بيك للقلق والمقياس ككل.

- **معامل ثبات ألفا كرونباخ لفقرات مقياس بيك للقلق:**

جدول رقم(7)يوضح معامل ثبات ألفا كرونباخ للمجموع الكلي لفقرات مقياس بيك للقلق.

الطريقة	معامل ألفا كرونباخ
المجموع الكلي	0,86

يتبين من خلال الجدول السابق أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات الذي يشمل فقرات مقياس بيك للقلق والمقياس ككل.

4- عرض النتائج:

عرض نتائج الفرضية الأولى:يعاني يعاني أولياء الطفل المعاق ذهنيا من قلق حاد.

للتحقق من صحة الفرضية تم حساب النسب المئوية لأفراد العينة وفق درجات القلق المحددة أدناه، وكانت النتائج كتالي:

جدول رقم (8)يبين مدى انتشار القلق لدى أفراد العينة

القلق	العدد	النسبة %
قلق خفيف "0 – 21 درجة"	52	43%
قلق متوسط"22-42"	60	50%
قلق حاد "43-63"	8	7%
المجموع	120	100%

يتبين من الجدول السابق أنه يوجد قلق خفيف الحدة عند 52 من أفراد العينة من أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا أي ما عادل نسبة 43%، ويوجد قلق متوسط الحدة عند 60 فردا من أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا، أي ما يمثل نسبة 50%،كما يوجد قلق حاد المستوى عند 8 من أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا، ما يمثل نسبة 7%، كأقل نسبة منتشرة بين أفراد العينة من أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا، وعليه فإن مستوى القلق لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا متوسط، أي أن فرضيتنا الأولى لم تتحقق.

نتائج الفرضية الثانية: والتي تنص:" يوجد فرق في درجة القلق لدى أولياء المعاقين ذهنيا تعزى لمتغير جنس ولي المعاق ذهنيا(أب/أم)".

وللتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار "ت" للفروق للمقارنة بين متوسط درجات أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا(ن=66)، ومتوسط درجات آباء الأطفال المعاقين ذهنيا (ن=54) في نتائج مقياس القلق و كانت النتائج كتالي:

جدول رقم (9) يبين الفرق في نتائج مقياس القلق حسب جنس ولي الطفل المعاق ذهنيا (الآباء – الأمهات)".

المتغير	الآباء ن=54		الأمهات ن= 66		قيمة ت	الدلالة
القلق	م	ع	م	ع	-0,98	غير دالة عند 0,05
	38,43	7,91	39,83	7,67		

يتضح من خلال الجدول أعلاه عدم وجود فرق دال إحصائيا في الدرجات المحصل عليها في مقياس القلق عند أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا تبعا لجنسهم (أب/أم)، بحيث قدرت قيمة "ت" للفروق(0,98-) وهي غيردالة عند مستوى الدلالة (0,05)، ومنه فان الفرضية الثانية لم تتحقق.

نتائج الفرضية الثالثة: و التي تنص:" يوجد فرق في درجة القلق لدى أولياء المعاقين ذهنيا تعزى لمتغير جنس المعاق ذهنيا(ذكر/ أنثى).

للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار "ت" للفروق للمقارنة بين متوسط درجات الأولياء الذين لديهم ابن معاق ذهنيا من جنس ذكر(ن=83)، وابنة معاقة ذهنيا من جنس أنثى(ن=37) و كانت النتائج كتالي:

جدول(10) يبين الفرق في درجات القلق لدى الأولياء حسب جنس الطفل المعاق ذهنيا (ذكور – إناث)

المتغير	ذكور ن=83		إناث ن= 37		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
القلق	م	ع	م	ع	0,54	غير دال عند مستوى 0,05
	39,46	7,42	38,68	8,61		

يتضح من خلال الجدول أعلاه عدم وجود فرق دال إحصائيا في الدرجات المحصل عليها في مقياس القلق لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا تبعا لجنسهم (ذكر/أنثى)، بحيث قدرت قيمة "ت" للفروق(0,54)، وهي غير دالة عند مستوى 0,05، وعليه فإن فرضيتنا الثالثة لم تتحقق أيضا.

4- مناقشة النتائج:

4-1 مناقشة الفرضية الأولى: و التي تنص: يعاني أولياء الطفل المعاق ذهنيا من مستوى قلق حاد.

أظهرت نتائج الفرضية الأولى أن أغلب أولياء الطفل المعاق ذهنيا يعانون من قلق متوسط حيث قدرت نسبتهم 50% مقارنة بذوي القلق الخفيف المقدرة نسبتهم 43% وذوي القلق الحاد المقدرة نسبتهم 7%، وهذا ما يؤول إلى صدمة ميلاد طفل معاق عقليا، التي تعتبر من أقوى الأحداث التي يكمن أن تقلب موازين الأسرة و نظامها كليا، خاصة

الوالدين اللذان ما عكفا أن يفرحان بمولودهما الحديث، هذا ما توصلت اليه هذه الدراسة في محاولة للكشف عن الآثار النفسية لصدمة ميلاد طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة،إذ يرى **هويدي 1996** أن ما يعادل 90% من أولياء الأطفال المعاقين يعانون من القلق المنبعث منة التساؤلات و المخاوف التي تؤرقهم ، خاصة عند التفكير في مستقبل الطفل المعاق، وهذا ما يثقل كاهلهم، اذن القلق هو من الانفعالات التي تظهر عند أولياء الأطفال المعاقين عامة والمعاقين عقليا خاصة.

4-2 مناقشة نتائج الفرضية الثانية: والتي تنص:" يوجد فرق في درجة القلق لدى أولياء المعاقين ذهنيا تعزى لمتغير جنس ولي المعاق ذهنيا(أب/أم)".

من خلا النتائج المحصل عليها تبين عدم تحقق الفرضية نظرا لعدم وجود فرق بين أباء و أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا، هذا ما يتوافق مع دراسة هند سليمان سالم أبو عيادة سنة 2009، بعنوان استراتيجيات التأقلم لدى أهالي الأطفال المعاقين و علاقته بالقلق و الاكتئاب في المنطقة الوسطى- غزة، وكانت من أهم نتائجها إلى عدم وجود فرق في درجة القلق لأولياء الأطفال المعاقين وفقا لعامل إخلاف جندر الأولياء، وهذا ما يمكن أن نرجعه إلى خصوصية المثير أو الموقف و ملامحه و عواقبه المشتركة. وهذا ما يتوافق مع ما توصلت إليه وصلت دراسة **هاستينج** 2003 بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آباء و أمهات الأطفال المعاقين في مستوى القلق.

4-3 مناقشة نتائج الفرضية الثالثة: والتي تنص:" يوجد فرق في درجة القلق لدى أولياء المعاقين ذهنيا تعزى لمتغير جنس المعاق ذهنيا(ذكر/ أنثى).

من خلال النتائج المحصل عليها تبين عدم وجود فرق في درجة قلق أولياء الطفل المعاق ذهنيا تبعا لجنس الطفل المعاق عقليا (ذكر/ انثى)، هذا ما يتعارض مع ما توصل إليه خالد محمد عبد الغني "2002 بوجود فروق في الضغوط النفسية بين أباء وأمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة حسب متغير جنس الطفل لصالح الذكور، و يتعارض كذلك مع دراسة كامرون و أور 1989دراسة فتيحة سعدي 2012 أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة القلق لدى الأولياء حسب جنس الطفل المعاق عقلياً لصالح أولياء الإناث.

تتوافق نتائج الدراسة الحالية مع ما توصل إليه عبد الله سليماني و عبد الله بن عبد السلام في دراسته بعنوان القلق لدى الأولياء و علاقته بمعدل ذكاء أبنائهم المعاقين عقليا (2008)، و دراسة طايبي مريم (2017) التي خلصت إلى عدم وجود فرق في مستوى الضغوط لدى الوالدين ترجع لجنس الطفل المعاق.

خاتمة: من خلال ما سبق عرضه نستنتج أن الكثير من آباء وأمهات ذوي الاحتياجات الخاصة يعانون من ضغوط واضطرابات ومشكلات نفسية واجتماعية عديدة تفوق غيرهم من آباء وأمهات الأطفال العاديين، أي الذين لا يوجد لديهم أطفال معاقين ذهنياً، لذا كان من الواجب الأخذ بعين الاعتبار الصحة النفسية لأولياء الأطفال المعاقين عامة

كخطوة أولى، قبل التكفل الفعلي بأطفال خاصتهم، هذا لان تطور الطفل في المستوى الآدائي له يعتمد أساسا على الدعم النفسي والاجتماعي و المادي لهم.

خلصت الدراسة بتوصيات واقتراحات، منها ضرورة الالتفاف حول أولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة عامة وخصوصا أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا و تصميم برامج علاجية إرشادية تقوم بفعيل أليات و استراتيجيات مواجهة الانفعالات المتولدة عن مثل هذه الوضعية الصعبة ، نظرا لكونها مفتاحا لجميع الاضطرابات السلوكية والانفعالية لديهم، مما ينعكس إيجابا على مستوى الأداء لدى أطفالهم المعاقين ذهنيا.

- **قائمة المراجع**

- **مراجع باللغة العربية:**

1- آف. إي. كاس وآخرون،(2009). في الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي ترجمة سامر جميل رضوان ، ط1، دار الكتاب الجامعي، غزة، فلسطين.

2- دفيد جي،.أ.دوزيس،.كيث اس دوبسن،(2015). الوقاية من القلق و الاكتئاب،النظرية و البحث و الممارسة،ترجمة عبد الله سيد عسكر،ط1،المركز القومي للترجمة، الجزيرة،مصر.

3- سالم أبوعيادة، هند سليمان ،(2008). استراتيجيات التأقلم لدى أهالي الأطفال المعاقين و علاقته بالقلق و الاكتئاب في المنطقة الوسطى- غزة، مذكرة ماجستير منشورة، جامعة القدس.

4- الشرابيني، زكرياء أحمد، (2004). طفل خاص بين الإعاقات والمتلازمات، تعريف وتشخيص، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.

5- شوقي ، ضيف، (2003).معجم علم النفس وعلوم التربية، الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية، مصر.

6- شيريل كوهمسم، (2016).علم النفس المرضي، ترجمة أمثال هادى الحويلة وآخرون، ط2،مكتبة أنجلو المصرية.

7- صلاح حمدان اللوزي، عبد الكريم متعب الفايز،(2008)، أثر وجود طفل معاق على الوالدين: دراسة ميدانية، المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، المجلد 1،العدد.

8- طارق عبد الرؤوف عامر،و ربيع عبد الرؤوف محمد(2008): التخلف العقلي، الطبعة الأولى، مؤسسة طيبة للنشر و التوزيع، القاهرة.

9- طايبي مريم(2017):قلق المستقبل لدى والدي الطفل المعاق ذهنيا. جامعة الجزائر2.

10- عبد المنعم ،آمال محمود (2008). استراتيجيات التدخل المبكر و رعاية الأطفال المعاقين عقليا،ط1،زهراء الشرق القاهرة مصر.

11- عبد الله سليماني، و عبد الله بن عبد السلام،(2018). القلق عند الأولياء وعلاقته بمعدل ذكاء أبنائهم المعاقين ذهنيا، مجلة إضاءات، المجلد(1)،العدد(1)،ص-ص:116-130

12- ياسين، سهى ،(2010). الكفاءة السيكومترية لمقياس بيك للقلق على عينة من الأسوياء و المرض النفسانيين، مذكرة ماجستير منشورة،كلية التربية، جامعة دمشق.

- **مراجع باللغة الأجنبية:**

13- American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,2013, (5e éd.), trad. coord.، par M.-A.

14- Neil A. Rectror,Ph.D et autre, les toubles anxieux guide d'information.camh, canada,2017.

.