

مفهوم الإعاقة الذهنية لدى أمهات الأطفال المعوقين ذهنياً

د. هشام عبد الحميد تهاى

أستاذ علم النفس المساعد -

كلية الآداب - جامعة بنى سويف

ملخص الدراسة:

تتصف الإعاقة الذهنية بانخفاض جوهري في كل من الوظائف الذهنية والمعرفية والسلوك التكيفي كما يتجلى في كل من المهارات الاجتماعية والتكيفية العملية. وتظهر الإعاقة قبل عمر الثامنة عشرة وينتج عنها الحاجة لدعم إضافي واستثنائي للشخص للمشاركة في الأنشطة المتضمنة في الأداء الوظيفي الإنساني المعتاد. وعادة ما يؤثر تشخيص الإعاقة الذهنية لدى طفل ما فترة من عدم التوازن في الأسرة يليها في نهاية المطاف تكويف مع الحياة في ظل وجود أو عدم وجود مشقة لا داعي لها أحياناً. وهناك ضغوط مختلفة تظهر وتعود إلى الظهور على مر الزمن. ويساعد التفاوت بين التوقعات وأداء الطفل للمعوق ارتقائياً على جلب مشاعر الحزن والأسى. ويظهر الولدان سلسلة من ردود الأفعال بعد معرفة أن طفلهم معاق. وهذا يشمل للصدمة والإنكار والشعور بالذنب والأسف والرفض وربما في النهاية القبول. وتظل أسئلة من قبيل لماذا لنا؟ وكيف حدث هذا؟ خاضرة دون إجابات. ويكابد كثير من الوالدين مشاعر الذنب ويشعرون بأسف عيق، وقد تكون لديهم توقعات منخفضة جداً عن التحصيل والإنجاز، وقد تكون لديهم أهداف غير واقعية، وقد يرغبون في الهروب من ردود الأفعال هذه ويتحولون في النهاية نحو قبول الطفل. إن أحد أهم العوامل التي تسهم في زيادة هذه الضغوط والإحساس بالمشقة هو نقص المعلومات عن الإعاقة ذاتها. وقد هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف تصورات أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية عن الإعاقة الذهنية نفسها. اشتملت العينة على (١١٠) أما كلهن لديهن أطفال ذوي إعاقة ذهنية قد تكون مصحوبة أو غير مصحوبة بإعاقات أخرى مثل الشلل الدماغي أو متلازمة داون أو الصرع. وقد نوشت تضمينات نتائج المسح في ضوء جدواها في التوجيه والإرشاد الأسري.

مفهوم الإعاقة الذهنية لدى أمهات الأطفال المعوقين ذهنياً

د. هشام عبد الحميد تهاى

أستاذ علم النفس المساعد -
كلية الآداب - جامعة بنى سويف

مقدمة

تهدف الدراسة الراهنة إلى إجراء مسح عن تصور وإدراك أمهات الأطفال المعوقين ذهنياً لمفهوم الإعاقة الذهنية ذاته. وقانوناً يُعرّف الشخص المعاق ذهنياً بأنه غير القادر على الاستقلالية في تدبير شؤونه بسبب حالة الإعاقة الدائمة أو توقف النمو العقلي في سن مبكرة (موقع الأولمبياد الخاص - منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا **Special Olympics Middle East/North Africa**:<http://www.somena.org>). واجتماعياً تُعرّف الإعاقة الذهنية بأنها حالة عدم اكتمال النمو العقلي بدرجة تجعل الفرد عاجزاً عن التكيف مع الآخرين مما يجعله دائماً بحاجة إلى رعاية وإشراف ودعم الآخرين. أما من الناحية العلمية فقد عرفت الجمعية الأمريكية للإعاقات الذهنية والارتقائية مفهوم الإعاقة الذهنية بأنها قصور جوهري^١ في كل من الوظيفة الذهنية وفي السلوك التكيفي^٢ كما يتجلى ذلك في المهارات التكيفية المفاهيمية والاجتماعية والعملية^٣ (Schalöck et al., 2010). ويقوم هذا التعريف على افتراضات خمسة:

- (١) القصور في الأداء الوظيفي الراهن يجب أن يُنظر إليه في إطار البيئة المجتمعية لأقران الفرد المماثلين له في العمر والثقافة.
 - (٢) يجب أن يأخذ التقدير الصادق في اعتباره التباينات الثقافية واللغوية وبالمثل الفروق في التواصل والعوامل الحسية والحركية والسلوكية.
 - (٣) غالباً ما تتواجد داخل كل فرد جوانب القصور ومناطق القوة معاً.
 - (٤) الهدف من وصف أوجه القصور هو إعداد بروقيل الدعم المطلوب.
 - (٥) مع الدعم اللائق على مدى فترة متواصلة سيتحسن بشكل عام الأداء الوظيفي في الحياة للفرد ذي الإعاقة الذهنية. (IBID)
- وقد أصبح مصطلح الإعاقة الذهنية مفضلاً على مفهوم التأخر العقلي^٤ لدرجة أن الجمعية

^١ Intellectual disability.

^٢ Significant limitations.

^٣ Adaptive behavior.

^٤ Conceptual, Social & practical adaptive skills.

^٥ Mental retardation.

الأمريكية للتأخر العقلي (AAMR) American Association On mental Retardation - وهي جمعية غير ربحية أسست في عام ١٨٧٦ تحت مسمى الجمعية الأمريكية للضعف العقلي (AAMD) American Association On Mental Deficiency ثم تحولت إلى "الجمعية الأمريكية للتأخر العقلي" - قد صوت أعضاؤها في سنة ٢٠٠٦ لتغيير اسمها إلى الجمعية الأمريكية للإعاقات الذهنية والارتقائية (AAIDD) American Association On Intellectual and Developmental Disabilities. وقد كان مبرر التغيير أن مفهوم الإعاقة الذهنية قد أعتبر أنه أقل إساءة للفرد المَعُوق (Ansberry, 2010). ويُقصد بالقدرة الذهنية - إجرائياً - النتائج التي نحصل عليها من خلال تطبيق اختبار واحد أو أكثر من اختبارات الذكاء المقننة التي تُطبق تطبيقاً فردياً والمعدة لهذا الغرض. أما الانخفاض الجوهرى عن المتوسط فيُعرّف بأنه نسبة ذكاء (IQ) ٧٠ أو أقل على مقاييس الذكاء المقننة. وهذا الحد الأقصى يؤخذ فقط كمرشد؛ ولكنه يمكن أن يمتد لأعلى ليصل إلى ٧٥ أو أكثر، وهذا يعتمد على ثبات اختبار الذكاء المستخدم والخطأ المعياري للقياس. وتُعرّف اختلالات السلوك التكيفي بأنها القصور الدال في كفاءة الفرد على مواجهة معايير النضج، والتعلم، والاستقلال الشخصي و/أو المسؤولية الاجتماعية المتوقعة منه أو منها طبقاً لعمره أو عمرها وجماعته الثقافية التي ينتمى لها، ويتم تحديد هذا القصور من خلال التقييم الإكلينيكي، وعادة باستخدام مقاييس مقننة. ويكون هذا القصور في اثنين على الأقل من المجالات التالية: (أ) التواصل، (ب) الحياة المنزلية (ج)، المهارات الاجتماعية، (د) توجيه الذات، (هـ) السلامة الشخصية، (و) المجال الأكاديمي الوظيفي، (ز) وقت الفراغ، أو (ح) أنشطة العمل.

وكما يتضح مما سبق لا يمكن تشخيص التأخر العقلي اعتماداً على محك الذكاء فقط، وإنما يجب أن يؤخذ في الاعتبار كل من الذكاء والسلوك التكيفي معاً. وتجدر الإشارة إلى أن هذا التوجه في التشخيص لم يكن موجوداً قبل أن تنشر الجمعية الأمريكية للتأخر العقلي دليلها الذي تضمن تعريفها للتأخر العقلي سنة ١٩٥٩. هذا الدليل الذي تعرض للعديد من التنقيحات التالية في السنوات ١٩٦١ و ١٩٧٣ و ١٩٧٧ و ١٩٨٣ و ٢٠٠٢ و ١٩٩٢ و ٢٠٠٢ و ٢٠١٠ (For review see: Schalock et al., 2010). ولم يتضمن تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية والارتقائية أى إشارة إلى الإزمان أو الشفاء^٦، ولكنه يشير فقط إلى مستويات الوظيفة

^٦ المصطلح الأصلي هو الرجوع irreversibility، ويُتصد هنا الرجوع إلى الحالة الطبيعية، ولذا قام الباحث بترجمته إلى الشفاء.

^٥ Chronicity or irreversibility.

(سواء الذكاء أو السلوك التكيفي).

الأسرة والإعاقة الذهنية:

تفرض الإعاقة الحاجة لدعم إضافي واستثنائي للشخص للمشاركة في الأنشطة المتضمنة في الأداء الوظيفي الإنساني المعتاد. وعادة ما يؤثر تشخيص الإعاقة الذهنية لدى طفل ما فترة من عدم التوازن في الأسرة يليها في نهاية المطاف تكيف مع الحياة في ظل وجود أو عدم وجود ضغوط ومشقة لا داعي لها أحياناً. وهناك ضغوط مختلفة تظهر وتعود إلى الظهور على مر الزمن. ويساعد التفاوت بين التوقعات وأداء الطفل المعوق ارتقائياً على جلب مشاعر الحزن والأسى. ويظهر الوالدان سلسلة من ردود الأفعال بعد معرفة أن طفلهم معاق. وهذا يشمل الصدمة والإنكار والشعور بالذنب والأسف والرفض وربما في النهاية التقبل. وتظل أسئلة من قبيل "لماذا أنا؟" و "كيف حدث هذا؟" حاضرة دون إجابات. ويكابد كثير من الوالدين مشاعر الذنب ويشعر بأسف عميق، وقد تكون لديه توقعات منخفضة جداً عن التحصيل والإنجاز، وقد تكون لديهم أهداف غير واقعية، وقد يرغبون في الهروب من ردود الأفعال هذه ويتحولون في النهاية نحو قبول الطفل.

ولا شك أن الحاجة لرعاية متواصلة ومستمرة من الأبوين للأطفال المعوقين ذهنياً تمثل نوعاً من الضغوط والمشقة على الأبوين ما دامت صعوبات الأطفال هذه تمس حياة الأسرة كلها (Crnic, Friedrich, Greenberg, 1983; Esdaile & Greenwood, 2003; Khamis, 2007). وغالباً ما تكون آثار تلك الضغوط والمشقة بعيدة المدى ومدمرة أو معقدة لحياة الأسرة، كما تكون لها أبعاد اقتصادية ووجدانية. وقد أشار الباحثون إلى أن والدي الأطفال المعوقين ذهنياً يكونون بصفة خاصة مستهدفين لمجموعة متنوعة من المشكلات الحياتية الأسرية والمشكلات الوجدانية (Beckman, 1991; Dumas, Wolf, Fishman & Culligan, 1991; Hanson, 1991; Ellis & Depple, 1989; Singer & Irvin, 1989; Khamis, 2007). ويمثل التأثير المتراكم للصعوبات والمشقة في التعامل مع الأطفال المعوقين ذهنياً عامل مشقة كبير يسهم لاحقاً في تعطيل الكفاءة الوظيفية للوالدين والأسرة عموماً (Baxter, Cummins & Yiollitis, 2000; Crnic, Friedrich & Greenberg, 1983; Duvdevany & Abboud, 2003; Esdaile & Greenwood, 2003; Singer & Irvin, 1989). وهناك بصفة خاصة كم كبير من الأدلة يشير إلى الارتباط بين شدة أو تكرار المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية وكل من المشقة الوالدية والمشكلات السيكياترية مثل الاكتئاب والقلق (e.g., Baker, Blacher, Crnic, & Edelbrock, 2002; Baxter Cummins & Yiollitis, 2000; Blacher,

Shapiro, Lopez, Diaz, & Fusco, 1997) . وهناك عوامل أخرى ترتبط بخصال الطفل كعمر أو بخصال الوالدين كالمهنة بتنبأ بالمشقة الوالدية عبر الوقت (e.g., Baker, Blacher, Crnic & Edelbrock, 2002; Baker, McIntyre, Blacher, Vrnica, Edelbrock & Low, 2003; Floyd & Gallagher, 1997; Frey, Greenberg, & Fewell, 1989; Orsmond, Seltzer, Krauss, & Hong, 2003) ، وأخيراً هناك عوامل تنبؤية أخرى مثل بيئة الأسرة (Bristol 1987; Dyson, 1991; Moos & Moos, 2002; Willer, 1981) وتشير العديد من الدراسات إلى أن الإحساس بالمشقة لدى الأمهات يكون أعلى منه لدى الآباء (Hellar, 1960; Gupta & Kaur, 2010; Hsieh & Rowitz, 1997; Peshawaria, Menon, Ganguly, Rajanpillay & Gupta, 1998; Seshadri, Verma & Prashad, 2000).

مبرر وأهداف الدراسة:

تتعلق الدراسة الراهنة من عدة افتراضات:

(١) إن أحد أهم العوامل التي تسهم في زيادة الضغط على أسر الأطفال ذوي الإعاقات هو نقص المعلومات عن الإعاقة نفسها. وتشير دراسات علم النفس المعرفي الحديث إلى أن الأفكار السلبية قد تقود صاحبها للأعراض الاكتئابية (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1987) . ومن ثم تظهر الحاجة إلى دراسات تستكشف تصورات أسر وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية عن الإعاقة الذهنية نفسها.

(٢) أمهات الأطفال المعوقين ذهنياً أكثر شعوراً بالمشقة من الآباء (Faber, 1960; Gupta & Kaur, 2010; Hellar, Hsieh & Rowitz, 1997; Peshawaria, Menon, Ganguly, Rajanpillay & Gupta, 1998; Seshadri, Verma & Prashad, 2000).

(٣) إن مشاعر الوالدين تتصف بالقلق حول المستقبل. كما أن الآثار السلبية على أخوة الطفل المعوق، والمشقة النفسية، ونقص التفاعل مع الجيران والأقارب، وسوء التفاهم داخل الأسرة، والخسارة الاقتصادية كلها وقائع ترتبط بوجود طفل معوق ذهنياً في الأسرة (Jani, 1967) ، كما أن الغيرة والامتناع تظهر بين الأخوة إذا كان الطفل معوق لأنه يستحوذ على معظم انتباه الوالدين (Farber, 1963). وهذا كله يمكن عزوه إلى نقص المعلومات الصحيحة أو عدم دقتها. وإضافة إلى هذا يواجه الوالدان لأطفال معوقين ذهنياً العديد من صور المشقة والضغط الخاصة، وهم لديهم فرصاً أقل لاستكشاف احتياجاتهم وصعوباتهم الخاصة (Loeb, 1979)، كما أن هناك علاقة مباشرة بين درجة العبء المُترك والعبء الانفعالي الاجتماعي والخلل في روتين الأسرة.

واضطراب التفاعلات الأسرية لدى النساء ذوات الأطفال المعوقين ذهنياً مقارنة بالرجال ذوى الأطفال المعوقين ذهنياً (Seshadri, Verma & Prashad, 2000)؛ وكل هذا يمكن عزوه إلى أنهم يجهلون معنى الإعاقة للذهنية ولا يعرفون من هو المعوق ذهنياً وما هى مناطق قوته أو مناطق القصور لديه.

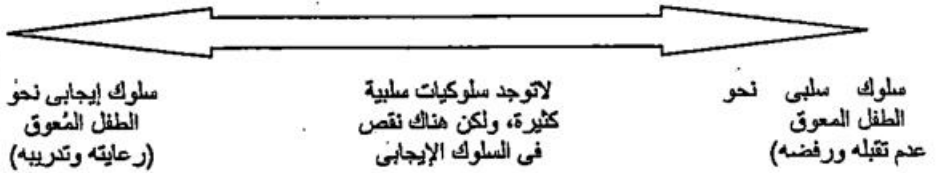
(٤) إن نقص المعلومات قد تجعل الامهات أيضاً تقدمن أشكال من الرعاية غير المطلوبة أو دعماً مفرطاً؛ حيث وجد هيلر وسيه ورويتز (Heller, Hsieh & Rowitz, 1997) عند إجراء مقارنة بين أمهات وآباء الأطفال المعوقين ذهنياً، أن أمهات الأطفال المعوقين ذهنياً تنفق وقتاً أطول فى تقديم الرعاية، وتقدمن أنماطاً أكثر من الدعم، وتدركن أكثر أعباء الرعاية. وكان لسلوك وصحة الطفل تأثير أكبر على الأمهات منه على الآباء.

وقد بيّنت الخبرة العملية للباحث* انتشار الاتجاهات السلبية لدى نسبة كبيرة نوعاً من أسر الأطفال المعوقين ذهنياً، وأن هذه الاتجاهات السلبية لا ترتبط بمستوى التعليم، ولكن إمكانية تغيير هذه الاتجاهات هو الذى يرتبط نوعاً بدرجة الوعي. ولا يقصد بالوعي مستوى التعليم. وإنما يُقصد به سعة الأفق والإطلاع وإيجابية معارف ومعتقدات الفرد. ومن ثم تظهر الحاجة الماسة إلى برامج تهدف إلى تغيير هذه الاتجاهات السلبية وإلى إعداد الأسرة معرفياً للمشاركة الفعالة فى برامج تنمية المعوقين ذهنياً وتدريبهم.

* عمل الباحث كاستشارى نفسى إكلينيكى فى مركز رعاية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة بالزيتون فى الفترة من يناير ١٩٩٣ وحتى أكتوبر ٢٠٠٣. كما عمل لمدة ستة أشهر خلال عام ٢٠٠٤ فى دار المنى لرعاية ذوى الاحتياجات الخاصة. وعمل كاستشارى نفسى إكلينيكى بمستشفى العباسية للصحة النفسية لمدة عامين متتاليين (من يناير ٢٠٠٥ وحتى ديسمبر ٢٠٠٦)؛ أشرف فيها على قسم ١٢ للتأخر العقلى فى أقسام الرجال المظور. وعمل كاستشارى نفسى إكلينيكى ورئيساً لوحدة الإعاقة الذهنية ومتلازمة داون بمركز رعاية الأطفال الخاصة بجامعة عين شمس من إبريل ٢٠٠٧ وحتى نهاية أكتوبر ٢٠٠٨، ثم عاد لنفس المنصب بعد عودته من الولايات المتحدة الأمريكية فى ٢٠٠٩/٣١ ومستمر به لأن. كما عمل مشرفاً على وحدة الشلل الدماغى - مركز رعاية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة - جامعة عين شمس منذ ٢٠٠٩ وحتى الآن، كما أنشأ بذات المركز فصل تأهيل الأطفال ذوى متلازمة داون فى ٢٠٠٩ ويتولى الإشراف عليه حتى الآن. وأخيراً عمل كاستشارى للتدخل المبكر فى حالة الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة بأحد المراكز الخاصة "مركز طب الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة".

إن بعض الأسر يمكن أن تمر بمرحلة البحث عن الخدمات (راجع في ذلك: إلهام كلثوم، ١٩٩٠) دون أن تمر بمرحلة تقبل الأمر الواقع*، وفي هذه الحالة فإن البحث عن خدمات يتم كسد خائنة أو كجزء من الشعور بالمسؤولية تجاه الطفل بغض النظر عن تقبله، وهي مسؤولية يلقيها على عاتق الأبوين العرف الاجتماعي والتقاليد الشرقية. ولهذا لا يجد الاختصاصي - أيضاً كسان تخصصه؛ نفسى أو اجتماعى أو طبى أو تخاطب إلخ - تعاوناً من قبل الوالدين فى تدريب الطفل، وإنما يجد منهم محاولات مستمرة لإلقاء المسؤولية كاملة على عاتقه، وكذلك محاولات للبحث عن حلول سريعة للمشكلة، أو يجد منهم استسلاماً كاملاً ويأساً تاماً. والشكل التالى يوضح ذلك التباين الكبير فى سلوكيات أسر الأطفال ذوى الإعاقات:

مستوى السلوك



وثمة عدد من العوامل تحكم بلوغ الأسرة مرحلة تقبل الأمر الواقع أو عدم بلوغ إياها. ولعل أبرز هذه العوامل هو التخلص من الغفور من الغموض. ذلك الغفور الذى يستبد بنا عندما نواجه أى شئ غامض تماماً أو تختلط معارفنا حوله. ولاشك أن كثير من الأسرة تجهل الكثير عن معنى الإعاقة الذهنية، رغم معاشتها لطفل معوق ذهنياً. وثمة أسر أخرى لديها الكثير من المعلومات الخاطئة. ولا شك أيضاً أن هناك العديد من الأسئلة التى تشغل ذهن كل أم لطفل معوق ذهنياً تدور حول معنى ومستقبل الإعاقة الذهنية، وحول سبل مواجهة المشكلة.

وقد بينت دراسات علم النفس الاجتماعى أن الاتجاه هو توجه ثابت للمكونات المعرفية والوجدانية والسلوكية، وتغيير أى اتجاه يمكن أن يتم على مستوى أى من المكونات الثلاثة (راجع فى ذلك: عبد اللطيف خليفة، ١٩٨٩؛ Baron & Byrne, 1979)؛ فتغيير أى من المعارف أو المشاعر قد يصحبه تغيير فى الاتجاه، كما أن تغيير السلوك نفسه قد يصحبه تغيير فى مكوئى الاتجاه الآخرين، فممارسة سلوك ما وتلقى عائد إيجابى قد تغير من الاتجاه وقد تنشئ اتجاهات جديدة. وانطلاقاً من ذلك حاولت الدراسة الراهنة مسح تصور أمهات الأطفال ذوى الإعاقات عن مفهوم الإعاقة الذهنية نفسها حيث افترض أن كثير من المشقة والسلبية والاتجاهات السلبية والغفور ترجع إلى الغفور من الغموض الحادث بسبب غياب المعلومات الصحيحة عن الإعاقة.

* تمر الأسرة بمراحل تبدأ بالصدمة مروراً بالرفض ثم تقبل الأمر الواقع ثم البحث عن الخدمات.

وقد كان مبرر اقتصار عينة الدراسة على الأمهات فقط ما وجدته كثير من الدراسات عن الفروق الجنسية في المشقة (Heller, Hsieh & Rowitz, 1997; Gupta & Kaur, 2010). كما تعتبر الأم هي المنفذ إلى الأسرة، وأنه يمكن تغيير اتجاهات الأسرة بأكملها عبر الأم. أضف إلى هذا أن الأم هي الأكثر التزاماً وتعاملاً مع الطفل.

مشكلة الدراسة:

يمكن صياغة مشكلة الدراسة الراهنة في السؤالين التاليين:

السؤال الأول: "هل تفتقر الأمهات لأطفال ذوى إعاقة ذهنية إلى الكثير من المعلومات العلمية الصحيحة عن مفهوم الإعاقة الذهنية ذاته؟"

السؤال الثاني: "هل المعلومات عن الإعاقة ومستوياتها وأنواعها وأسبابها وسبل التعامل معها مستقلة عن أعمار الأطفال وتشخيص الإعاقة ومستوى الإعاقة والاتجاهات السلبية وتعليم الأم؟"

فرض الدراسة:

يمكن صياغة فرضين للدراسة الراهنة على النحو التالي:

الفرض الأول: "تفتقر كثير من الأمهات لأطفال ذوى إعاقة ذهنية إلى الكثير من المعلومات العلمية الصحيحة عن مفهوم الإعاقة الذهنية ذاته."

الفرض الثاني: "المعلومات غير الدقيقة عن الإعاقة ومستوياتها وأنواعها وأسبابها وسبل التعامل معها قائمة بغض النظر عن أعمار الأطفال وتشخيص الإعاقة ومستوى الإعاقة والاتجاهات السلبية وتعليم الأم."

المنهج والإجراءات:

(١) أدوات الدراسة:

تم المسح من خلال استمارة أعدها الباحث تضمنت مسح معلومات الأمهات في المجالات التالية:

- تعريف الإعاقة الذهنية*.

- الفترة التي تحدث فيها الإعاقة الذهنية.

- كيف يختلف الطفل المعوق ذهنياً عن الطفل العادى.

- أسباب الإعاقة الذهنية - وجدوى معرفة الأسباب.

• عند إعداد الاستمارة فضل الباحث استخدام مصطلح تأخر عقلى بدلاً من إعاقة ذهنية لأنه ما زال الأكثر تداولاً في بيئة المصرية.

- إدراك الفرق بين مصطلحات تستخدم بشكل مترادف رغم أنها لم تعد كذلك (تأخر أو تخلف أو إعاقة).
- مستقبل الإعاقة الذهنية.
- مستويات الإعاقة الذهنية.
- أساليب تدريب وتنمية سلوكيات ومهارات المعوق ذهنياً.
- أساليب تعديل السلوكيات غير المرغوبة.

وقد كانت الأداة تُطبق بطريقة المقابلة الفردية مع الأم وتستغرق حوالى ٦٠-٩٠ دقيقة يقوم فيها الباحث برصد الإجابات بنفسه مع إمكانية الاستعانة بالإجابات الغامضة. وقد اشترك مضمون وصياغة هذه الأسئلة من المواقع الأجنبية المتخصصة فى الإعاقة الذهنية - ومن أهمها موقع الجمعية الأمريكية للإعاقات الذهنية والارتقائية (www.aaid.org) أو الموقع الخاص بمركز دراسة الطفل Child Study Center التابع لجامعة نيويورك New York University (NYU) - والموجهة لأسر الأطفال المعوقين ذهنياً حيث تشتمل هذه المواقع عادة على فقرات تقديمية عن مفهوم الإعاقة ذاته أو أجزاء تسمى "Questions frequently asked" أى أسئلة تطرح كثيراً؛ وفيها يقدم المواقع إجابات لأسئلة عادة ما ترد لذهن الأسر حديثة العهد بالإعاقة لتعينها على تجاوز مرحلة الصدمة، هذا إضافة إلى استفادة الباحث من بعض الكتابات المعدة لنفس الغرض (e.g., Smith, 1993). ومن خلال الإطلاع على هذه الأطروحات التى تقدمها المواقع المتخصصة للوالدين - التى أعدها كبار المتخصصين فى المجال - وتحليل مضمونها قام الباحث بإعداد قائمة أسئلة ذات نهايات مفتوحة يطرحها على الأم - بغض النظر عن مستوى تعليمها - فى مقابلات فردية وخلال ذلك يرصد كل الإجابات ثم يحلل مضمونها إلى الفئات الأساسية للإجابة المعروضة أسفل كل جدول فى فقرات النتائج. وفى جالة تعثر الأم عن الإجابة أو عدم تعلق مضمون إجاباتها بالسؤال ذاته كان الباحث يطرح عليها بدائل أعدها - من خلال ما هو مطروح بالمواقع أو من خلال خبرته الشخصية وحواراته المسبقة مع العديد من الأسر والأمهات - ويكون على الأم فقط تحديد مدى موافقتها أو رفضها لكل بديل. ولتوحيد إجراءات التطبيق كانت الاستمارة تُطبق بطريقة المقابلة بغض النظر عن تعليم الأم، حيث كان ذلك يسمح للباحث بمزيد من الحوار مع الأم لاستيضاح بعض إجاباتها أو حثها على طرح المزيد من أفكارها الكامنة عن الإعاقة.

وباستخدام عينة من خمس عشرة أمّاً تم إعادة التطبيق بعد أسبوعين، وبحساب نسب

الاتفاق بين فئات الإجابة على كل سؤال تراوحت نسبة الاتفاق بين ٦٦,٧-١٠٠%

(٢) عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة على (١٢٠) أما تم استبعاد عشر منهن لأسباب مختلفة:

- (١) لم تكن إجابات بعضهن مرتبطة بالأسئلة وحتى عندما طرح عليهن الباحث بدائل لاستطلاع رأيهن حولها كانت أغلب إجاباتهم في شكل "لا أعرف" أو "محتمل"
- (٢) بعضهن لم تلتزم باستكمال الجلسة ولم تستطعن تحديد موعد آخر لاستكمال التطبيق لظروف خاصة.

(٣) عبّرت إحداهن عن عدم رغبتها في استكمال الجلسة لأنها ما زالت تشعر بالأسى والحديث في الموضوع سيستثير المواجه.

وبذلك اشتملت العينة على (١١٠) أما جميعهن من مركز رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة التابع لجمعية الرعاية المتكاملة أو مركز رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بجامعة عين شمس أو بعض الحالات الخاصة. ويعرض الجدول (١) بعض البيانات المتعلقة بالعينة، والتي تشمل عمر الأم الآن وعمرها عند ولادة الطفل المعوق وعمر الطفل المعوق وترتيبه بين أخوته وتشخيص الطفل المعوق ومستوى الإعاقة لديه. إضافة إلى درجة القرابة بين الأم والأب وتعليم الأم؛ حيث تم تقسيم الأخير إلى أمية في مقابل غير أمية. وأخيراً تم تقسيم الأمهات طبقاً لوجود اتجاهات سلبية أو عدم وجودها، حيث تم تحديد مؤشرات وجود اتجاه سلبى بناءً على:

- (١) وجود سجل حافل من الاعتذارات وعدم الانتظام فى جلسات تدريب الطفل أو حضور برامج تدريبية دُعيت الأم لحضورها.
- (٢) وجود بعض الآراء السلبية نحو أماكن التدريب سواء داخل أو خارج المركز وعدم إيمانها - كما يظهر من تعبيراتها - بجدوى التدريب.
- (٣) الانقطاع فترة عن المركز ثم العودة المفاجئة وتكرار الانقطاع.
- (٤) كثرة التغيب عن جلسات التدريب بداعى بعده عن المنزل مع ضعف الهمّة فى البحث عن بديل قريب من المنزل.
- (٥) حدة التعبيرات بشكل يوحى بوجود توترات داخلية وقلق ومخاوف مرضية مرتبطة بمشكلة الإعاقة.

- (٦) إقرار الأم بوجود مشكلات أسرية وزوجية بسبب ولادة طفل أو طفلة معوق.
- (٧) كثرة التعبيرات السلبية عن الطفل أو الطفلة والتي توحى باليأس من قدرته على

التقدم.

(٨) التعبير المستمر عن عدم رغبتها فى الخروج بالطفل أو الطفلة للمجتمع والأماكن

العامة.

(٩) التعبير المستمر عن القلق على مستقبل الأسرة وبقية الأبناء فى ظل وجود طفل

معوق.

الجدول (١) بعض البيانات الخاصة بعينة الدراسة

المتغيرات موضع الاهتمام	
عمر الأم الآن (بالسنة): (ن=٩٩)	
المدى	٢٩,٧٥-٤١,٥
المتوسط	٣٧,٣٦
الانحراف المعياري	٣,٣٤
غير مبين	١١
عمر الأم عند ميلاد الطفل (بالسنة): ن=٩٩	
المدى	٢٢-٣٨
المتوسط	٣١,٥٤
الانحراف المعياري	٤,٧٣
غير مبين	١١
فئات أعمار الأم عند ميلاد الطفل:	
أقل من ٣٠ سنة عند ميلاد الطفل	٢٨ (٢٥,٥%)
أكبر من ٣٠ سنة عند ميلاد للطفل	٧١ (٦٤,٥%)
غير مبين	١١ (١٠%)
درجة القرابة بين الوالدين (بين الأم والأب)	
قرابة من الدرجة الأولى	٢٩ (٢٦,٤%)
قرابة بعيدة	٩ (٨,٢%)
لا توجد قرابة	٧٢ (٦٥,٥%)
تعليم الأم	
أمية	٢٠ (١٨,٢%)
غير أمية	٩٠ (٨١,٨%)
الدليل على وجود اتجاه سلبي	
عدد من لديهم أدلة على وجود اتجاه سلبي	٧٢ (٦٥,٥%)
عدد من ليس لديهم أدلة على وجود اتجاه سلبي	٣٨ (٣٤,٥%)
أعمار الأطفال (بالشهر)	
المدى العمري للأطفال	٨-١٢٦ (أشهر إلى ١٠,٥ سنة)
متوسط العمر	٧٢,٣١

مفهوم الإعاقة الذهنية لدى أمهات الأطفال المعوقين ذهنياً

الانحراف المعياري	٣٢,٨٤
فئات أعمار الأطفال	
أقل من سنة	٩ (٨,٢%)
بين ثلاث سنوات وستة سنوات واحد عشر شهراً	٥١ (٤٦,٤%)
بين سبع سنوات واحد عشرة سنة	٥٠ (٤٥,٥%)

تابع الجدول (١) بعض البيانات الخاصة بعينة الدراسة

المتغيرات موضع الاهتمام	
ترتيب ميلاد الطفل	
الطفل الوحيد	٢٩ (٢٦,٤%)
الطفل الوحيد من الزوج الثاني	٢ (١,٨%)
الطفل الأول من طفلين	٩ (٨,٢%)
الطفل الثاني من طفلين	٩ (٨,٢%)
الطفل الثالث من ثلاثة أطفال	٩ (٨,٢%)
الطفل الرابع من أربعة أطفال	٤٠ (٣٦,٤%)
الطفل الخامس من خمسة أطفال	١١ (١٠%)
الطفل السابع من تسعة أطفال	١ (٠,٩%)
تشخيص الأطفال	
إعاقة ذهنية	٢١ (١٩,١%)
إعاقة ذهنية مصحوبة بصرع	٩ (٨,٢%)
متلازمة داون	٥١ (٤٦,٤%)
شلل دماغي	٢٩ (٢٦,٤%)
مستوى الإعاقة الذهنية	
إعاقة ذهنية بسيطة	٦٠ (٥٤,٥%)
إعاقة ذهنية متوسطة	٢٢ (٢٠%)
إعاقة ذهنية شديدة	٢٨ (٢٥,٥%)

تم تحديد كل من المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة من خلال تحديد مستوى مهنة الأم ومهنة الأب - اجتماعياً واقتصادياً - كل على حده مع الاكتفاء بمهنة الأب في حال كون الأم لا تعمل (ن=٥٠). وقد تم الاعتماد على دراسة عبد اللطيف خليفة (١٩٩٤)؛ حيث قدمت هذه الدراسة مقياسي تقدير لكل مهنة؛ الأول بحسب المكانة الاجتماعية، والثاني بحسب المكانة الاقتصادية للمهنة. وفي كليهما يتراوح مدى مستويات المهن - اجتماعياً واقتصادياً - بين (١) و (٧)؛ حيث تعطي أدنى المهن مكانة التقدير (٧)، وأعلىها التقدير (١). واستناداً لذلك تم تقدير مدى مستويات مهن الآباء والأمهات اجتماعياً واقتصادياً وكل من وسيط هذه المستويات المهنية ومتوالها.

الجدول (٢) المستوى الاجتماعي والاقتصادي وفقاً لمهنة الأم والأب

مهنة الأب: المستوى الاجتماعي (ن=١١٠)	
٦-٣	مدى مستويات هذه المهن
٥	وسيط هذه المستويات المهنية
٦	المنوال
مهنة الأم: المستوى الاقتصادي (ن=١١٠)	
٦-٤	مدى مستويات هذه المهن
٥	وسيط هذه المستويات المهنية
٥	المنوال
مهنة الأم: المستوى الاجتماعي (ن=٦٠)	
٥-٣	مدى مستويات هذه المهن
٤	وسيط هذه المستويات المهنية
٥	المنوال
مهنة الأم: المستوى الاقتصادي (ن=٦٠)	
٦-٤	مدى مستويات هذه المهن
٥	وسيط هذه المستويات المهنية
٥	المنوال

(٣) إجراءات الدراسة:

١- تم إعداد استمارة لمسح معلومات الأمهات في المجالات التالية:

- تعريف الإعاقة الذهنية.
- الفترة التي تحدث فيها الإعاقة الذهنية.
- كيف يختلف الطفل المعوق ذهنياً عن الطفل العادي.
- أسباب الإعاقة الذهنية - وجدوى معيقة الأسباب.
- إدراك الفرق بين مصطلحات تستخدم بشكل مترادف رغم أنها لم تعد كذلك (تأخر أو تخلف أو إعاقة).
- مستقبل الإعاقة الذهنية.
- مستوى الإعاقة الذهنية.
- أساليب تدريب وتنمية سلوكيات ومهارات المعوق ذهنياً.
- أساليب تعديل السلوكيات غير المرغوبة.

٢- تم حساب نسبة الاتفاق بين فئات الإجابة على كل سؤال باستخدام عينة من خمس عشرة أما عند إعادة التطبيق بعد أسبوعين.

٣- كانت الأداة تُطبق بطريقة المقابلة الفردية مع الأم والتي تستمر ٦٠-٩٠ دقيقة يقوم فيها الباحث برصد الإجابات بنفسه مع إمكانية الاستعلام عن الإجابات الغامضة. وقد أختيرت طريقة المقابلة الفردية لتوحيد إجراءات التطبيق بغض النظر عن تعليم الأم، كما كان ذلك يسمح للفاحص بمزيد من الحوار مع الأم لاستيضاح بعض إجاباتها أو حثها على طرح المزيد من أفكارها الكامنة عن الإعاقة.

٤- بعد أن يرصد الفاحص كل الإجابات كان يحلل مضمونها إلى للفئات الأساسية للإجابة المعروضة أسفل كل جدول في فقرات النتائج.

٥- في حالة تعثر الأم عن الإجابة أو عدم تعلق مضمون إجاباتها بالسؤال ذاته كان الباحث يطرح عليها بدائل أعدها - من خلال ما هو مطروح بالمواقع أو من خلال خبرته الشخصية وحواراته المسبقة مع العديد من الأسر والأمهات - ويكون على الأم فقط تحديد مدى موافقتها أو رفضها لكل بديل.

٦- قام الباحث بعد ذلك بحساب التكرار والنسبة المئوية على كل بديل من بدائل الإجابة على كل سؤال وذلك للعينة الكلية.

٧- تم تقسم العينة الكلية بخمسة طرق وفقاً للمحاور التالية:

- أعمار الأطفال (أقل من سنة (ن=٩)/من ٣ سنوات إلى ست سنوات وأحد عشر شهراً (ن=٥١)/من ٧-١٢ سنة (ن=٥٠))
- تشخيص الإعاقة (إعاقة ذهنية (ن=٢١)/إعاقة ذهنية مصحوبة بصرع (ن=٩)/متلازمة داون (ن=٥١)/شلل دماغى (ن=٢٩))
- مستوى الإعاقة (بسيطة (ن=٦٠)/متوسطة (ن=٢٢)/شديدة (ن=٢٨))
- الاتجاهات السلبية (موجودة (ن=٧٢)/غير موجودة (ن=٣٨))
- تعليم الأم (أمية (ن=٢٠)/غير أمية (ن=٩٠))

٨- باستخدام اختبار كا^٢ لاستقلال ظاهرتين كان يتم اختبار استقلال كل من أعمار الأطفال وتشخيص الإعاقة ومستوى الإعاقة والاتجاهات السلبية وتعليم الأم عن اختيار كل بديل على حدة من بدائل الإجابة على كل سؤال؛ حيث كان يتم حساب كل من التكرار والنسبة المئوية لمن ذهبت إجاباتهم في اتجاه هذا البديل (بمعنى أنهم أجبن عليه أو وافق عليه) ومن لم يرد هذا البديل في إجاباتهم أو لم توافق عليه.

(٤) أساليب التحليل الإحصائي:

تضمنت أساليب التحليل الإحصائي ما يلي:

- ١- حساب التكرارات والنسب المئوية.
- ٢- اختبار كا^٢ لاستقلال ظاهرتين.

نتائج الدراسة:

تحتوي الجداول (٣-١٠) على كل من التكرار والنسبة المئوية لدى العينة الكلية ثم لدى كل مجموعة فرعية وفق التقسيمات الخمس المذكورة سابقاً، كما تحتوى أيضاً على قيمة كا^٢ ودالاتها بالنسبة لاختبار كا^٢ لاستقلال ظاهرتين (استقلال أعمار الأطفال وتشخيص الإعاقة ومستوى الإعاقة والاتجاهات السلبية وتعليم الأم كل على حدة عن اختيار كل بديل على حدة من بدائل الإجابة على كل سؤال).

الجدول (٣) السؤالات الأولى: تعريف التأخر العقلي.

[illegible]

الجدول: (٤) السؤال الثاني: الفرق بين التأخر العقلي والتخلف العقلي

[illegible]

الجدول (٦) السؤال الرابع: إمكانية علاج التأخر العقلي

[illegible]

الخطوة (٧) السؤال الخامس: إمكانية تدريب المتأخر عقلياً.

[illegible]

تابع الجدول (٧) السؤال الخامس: إمكانية تدريب المتأخر عقليا

[illegible]

٥٠٠ دال عند ⑤

والله عند

- ١- التّريب غير مُجدي لأنّ اختلاف نداء طفل يوقى دون التّكسّره للمهارات.
- ٢- ربما كان يصلح ولكنه توترته مع طفل لم تكن لاجبة ولم يصلح منه.
- ٣- لا أصرّف أية مشوّهات عن هذا.
- ٤- يصلح لبعض المتأخّرين وليس كلهم.
- ٥- يصلح لكل المتأخّرين ولكن المهارات التي يتمّ تدريسهم عليها تختلف باختلاف مستوى الإحالة.
- ٦- للتّريبات تساعد على زيادة نمو النّداء.
- ٧- التّريبات أكثر فعالية من الأكلية.
- ٨- التّريبات والدواء معطّان لبعضهما ولكن أهمية التّدريب تتبدى من عدم وجود الأكلية بمصر.

الجدول (٨) السؤال السادس: أسباب الفشل العقلي

[illegible]

الجدول (٩) السزالي المتابع: معلومات الأمهات عن أسباب تأخر أطفالهن

[illegible]

تابع الجدول (٩) السؤال السابع: معلومات الأمهات عن أسباب تأخر أطفالهن

[illegible]

● دال عفا . .

دالة عدد ١٠٠٠

١- لا أعرف.

٢- الوراثية.

٣- صعوبات ومشاكل اللؤلؤة.

١- الأحمر، الشوكية.

٥ - الفأل

المجلد الثاني: ١٤٣٥-١٤٣٦

$\frac{d}{dt} \left(\frac{1}{2} m v^2 \right) = \vec{F} \cdot \vec{v}$

5

الجدول (١٠) السؤال الثامن: معلومات إضافية

الجدول (١٠) المسؤول الثامن: معلومات إضافية

تصميم الخدمة وفقاً لتعليمات المأمور (الخدمة)		تصميم الخدمة وفقاً لعدد المستودعات				تصميم الخدمة وفقاً لعدد التعاملات المالية				تصميم الخدمة وفقاً لتعدد الإحاطة				تصميم الخدمة وفقاً لعدد المراكز				تصميم الخدمة وفقاً لعدد المراكز		تصميم الخدمة وفقاً لعدد المراكز	
الخدمة	الخدمة	الخدمة	الخدمة	الخدمة	الخدمة	الخدمة	الخدمة	الخدمة	الخدمة	الخدمة	الخدمة	الخدمة	الخدمة	الخدمة	الخدمة	الخدمة	الخدمة	الخدمة	الخدمة	الخدمة	الخدمة
١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	
٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٧	٣٨	٣٩	٤٠	٤١	
٤٢	٤٣	٤٤	٤٥	٤٦	٤٧	٤٨	٤٩	٥٠	٥١	٥٢	٥٣	٥٤	٥٥	٥٦	٥٧	٥٨	٥٩	٦٠	٦١	٦٢	
٦٣	٦٤	٦٥	٦٦	٦٧	٦٨	٦٩	٧٠	٧١	٧٢	٧٣	٧٤	٧٥	٧٦	٧٧	٧٨	٧٩	٨٠	٨١	٨٢	٨٣	
٨٤	٨٥	٨٦	٨٧	٨٨	٨٩	٩٠	٩١	٩٢	٩٣	٩٤	٩٥	٩٦	٩٧	٩٨	٩٩	١٠٠	١٠١	١٠٢	١٠٣	١٠٤	
١٠٥	١٠٦	١٠٧	١٠٨	١٠٩	١١٠	١١١	١١٢	١١٣	١١٤	١١٥	١١٦	١١٧	١١٨	١١٩	١٢٠	١٢١	١٢٢	١٢٣	١٢٤	١٢٥	
١٢٦	١٢٧	١٢٨	١٢٩	١٣٠	١٣١	١٣٢	١٣٣	١٣٤	١٣٥	١٣٦	١٣٧	١٣٨	١٣٩	١٤٠	١٤١	١٤٢	١٤٣	١٤٤	١٤٥	١٤٦	
١٤٧	١٤٨	١٤٩	١٥٠	١٥١	١٥٢	١٥٣	١٥٤	١٥٥	١٥٦	١٥٧	١٥٨	١٥٩	١٦٠	١٦١	١٦٢	١٦٣	١٦٤	١٦٥	١٦٦	١٦٧	
١٦٩	١٧٠	١٧١	١٧٢	١٧٣	١٧٤	١٧٥	١٧٦	١٧٧	١٧٨	١٧٩	١٨٠	١٨١	١٨٢	١٨٣	١٨٤	١٨٥	١٨٦	١٨٧	١٨٨	١٨٩	
١٩٠	١٩١	١٩٢	١٩٣	١٩٤	١٩٥	١٩٦	١٩٧	١٩٨	١٩٩	٢٠٠	٢٠١	٢٠٢	٢٠٣	٢٠٤	٢٠٥	٢٠٦	٢٠٧	٢٠٨	٢٠٩	٢١٠	
٢١١	٢١٢	٢١٣	٢١٤	٢١٥	٢١٦	٢١٧	٢١٨	٢١٩	٢٢٠	٢٢١	٢٢٢	٢٢٣	٢٢٤	٢٢٥	٢٢٦	٢٢٧	٢٢٨	٢٢٩	٢٣٠	٢٣١	
٢٣٢	٢٣٣	٢٣٤	٢٣٥	٢٣٦	٢٣٧	٢٣٨	٢٣٩	٢٤٠	٢٤١	٢٤٢	٢٤٣	٢٤٤	٢٤٥	٢٤٦	٢٤٧	٢٤٨	٢٤٩	٢٥٠	٢٥١	٢٥٢	
٢٥٣	٢٥٤	٢٥٥	٢٥٦	٢٥٧	٢٥٨	٢٥٩	٢٦٠	٢٦١	٢٦٢	٢٦٣	٢٦٤	٢٦٥	٢٦٦	٢٦٧	٢٦٨	٢٦٩	٢٧٠	٢٧١	٢٧٢	٢٧٣	
٢٧٤	٢٧٥	٢٧٦	٢٧٧	٢٧٨	٢٧٩	٢٨٠	٢٨١	٢٨٢	٢٨٣	٢٨٤	٢٨٥	٢٨٦	٢٨٧	٢٨٨	٢٨٩	٢٩٠	٢٩١	٢٩٢	٢٩٣	٢٩٤	
٢٩٧	٢٩٨	٢٩٩	٣٠٠	٣٠١	٣٠٢	٣٠٣	٣٠٤	٣٠٥	٣٠٦	٣٠٧	٣٠٨	٣٠٩	٣١٠	٣١١	٣١٢	٣١٣	٣١٤	٣١٥	٣١٦	٣١٧	
٣٢٠	٣٢١	٣٢٢	٣٢٣	٣٢٤	٣٢٥	٣٢٦	٣٢٧	٣٢٨	٣٢٩	٣٣٠	٣٣١	٣٣٢	٣٣٣	٣٣٤	٣٣٥	٣٣٦	٣٣٧	٣٣٨	٣٣٩	٣٤٠	

تابع الجدول (١٠) السؤال الثامن: معلومات إضافية

الدرجة	القيمة الكلية	تقسيم القيمة وفقاً للوقت عمر الطفل				تقسيم القيمة وفقاً للتشخيص الإحالة				تقسيم القيمة وفقاً لمستوى الإحالة				تقسيم القيمة وفقاً لوجود اتجاهات سلبية				تقسيم القيمة وفقاً لتعليم الأم (الجدول رقم ١٠)			
		تقسيم القيمة وفقاً للوقت عمر الطفل	تقسيم القيمة وفقاً للتشخيص الإحالة	تقسيم القيمة وفقاً لمستوى الإحالة	تقسيم القيمة وفقاً لوجود اتجاهات سلبية	تقسيم القيمة وفقاً لتعليم الأم (الجدول رقم ١٠)	تقسيم القيمة وفقاً للوقت عمر الطفل	تقسيم القيمة وفقاً للتشخيص الإحالة	تقسيم القيمة وفقاً لمستوى الإحالة	تقسيم القيمة وفقاً لوجود اتجاهات سلبية	تقسيم القيمة وفقاً لتعليم الأم (الجدول رقم ١٠)	تقسيم القيمة وفقاً للوقت عمر الطفل	تقسيم القيمة وفقاً للتشخيص الإحالة	تقسيم القيمة وفقاً لمستوى الإحالة	تقسيم القيمة وفقاً لوجود اتجاهات سلبية	تقسيم القيمة وفقاً لتعليم الأم (الجدول رقم ١٠)	تقسيم القيمة وفقاً للوقت عمر الطفل	تقسيم القيمة وفقاً للتشخيص الإحالة	تقسيم القيمة وفقاً لمستوى الإحالة	تقسيم القيمة وفقاً لوجود اتجاهات سلبية	تقسيم القيمة وفقاً لتعليم الأم (الجدول رقم ١٠)
١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١
٢	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١
٣	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١
٤	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١
٥	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١
٦	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١
٧	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١
٨	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١
٩	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١
١٠	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١
١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١
١٢	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١
١٣	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١
١٤	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١
١٥	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١
١٦	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١
١٧	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١
١٨	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١
١٩	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١
٢٠	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١

دالة عند ٠.٠٠١

دال عند ٠.٠٥

دالة عند ٠.٠٠١

١- أسباب الإعاقة الذهنية هي التي تحدد مستوى الإعاقة.

٢- يمكن تدريب الطفل المتأخر عقلياً مهما كانت الأسباب.

٣- التأخر العقلي فئة عامة تضم أكثر من مستوى من شدة التأخر.

٤- معرفة دقيقة بسميات مستويات الإعاقة.

٥- يمكن تصنيف المتأخرين على أساس:

أ- الشكل والنظافة.

ب- المستوى الإدراكي والحركي والقوى والفهم.

ج- مستوى الذكاء.

٦- كل المتأخرين مستوى واحد.

يعرض الجدول (٣) نتائج الإجابة على السؤال الأول الخاص بتعريف الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي)، وتجدر الإشارة إلى أن مجموع النسب المئوية للبدائل المختلفة التى وردت فى إجابات أو اختيارات المشاركين على هذا السؤال - وكذلك على بقية الأسئلة - يفوق نسبة ١٠٠% لأن المشاركة الواحدة قد تكون ذكرت أو اختارت أكثر من بديل. ويلاحظ أن أكثر البدائل تكراراً هى الخاصة بأن الطفل المتأخر ليس كالطفل السوى (الطبيعى) أو وجود صعوبات فهم لديه (٤٣,٦% و ٤٣,٦% على التوالى) يليهما الإشارة إلى الانخفاض فى الذكاء (٣٠,٠%). وبلغت نسبة اختيار أو ذكر كل بديل من البدائل الأخرى (١٠,٠%) باستثناء البديل الأخير الخاص بأن عقله غير مناسب لسنة فقد كانت النسبة (٨,٢%). وفيما يتعلق بالبدائل الثلاث الأكثر انتشاراً بين اختبار كا^٢ الآتى:

(١) فيما يتعلق باختلافه عن الطفل السوى؛ بينما لم يرتبط هذا البديل بالاتجاهات السلبية حيث لم تكن قيمة كا^٢ دالة بما يوحى باستقلال اختيار هذا البديل عن تقسيم العينة وفق اتجاهاتها السلبية، كانت قيمة كا^٢ دالة فى حالة كل من عمر الطفل والتشخيص ومستوى الإعاقة وتعليم الأم وتوحى للنسب المئوية بالآتى:

أ- يرتبط اختيار هذا البديل بكبر عمر الطفل حيث بلغت للنسبة المئوية لم تذكروا أو اختاروا هذه الإجابة (٦٠%) لدى أمهات الأطفال ذوى العمر ٧-١١ سنة، و (٣٥,٣%) لدى أمهات الأطفال ذوى العمر من ثلاث سنوات إلى ٦ سنوات ولحد عشرة شهراً بينما لم تختار أو تذكر هذا البديل أى من أمهات الأطفال الأقل من سنة وكلهن اختاروا أو تذكروا البديل الحادى عشر "عقله غير مناسب لسنة"، ولم ترد أى من البدائل العشرة الأخرى فى إجابتهن.

ب- يرتبط اختيار هذا البديل بتشخيص الإعاقة الذهنية أكثر منه ارتباطاً بكل من تشخيص متلازمة داون أو تشخيص الشلل الدماغى؛ حيث اختارت أو ذكرت هذا البديل نسبة (١٠٠%) من الأمهات ذوات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية سواء كانت مصحوبة بصرع أم لا.

ج- يرتبط اختيار هذا البديل بزيادة شدة الإعاقة حيث كانت النسب المئوية (٦٧,٩%) و (٥٠,٠%) و (٣٠,٠%) لدى أمهات الأطفال ذوى مستويات الإعاقة الشديدة والمتوسطة والبسيطة على التوالى.

د- يرتبط اختيار هذا البديل بالأمية حيث اختارته أو ذكرته نسبة (١٠٠%) من الأمهات الأميات فى مقابل (٣١,١%) لدى غير الأميات.

(٢) فيما يتعلق بالبديل الخاص بـ "وجود صعوبات فهم لديه" لم يرتبط هذا البديل بالاتجاهات السلبية حيث لم تكن قيمة كا^٢ دالة بما يوحى باستقلال اختيار هذا البديل عن تقسيم

مفهوم الإعاقة الذهنية لدى أمهات الأطفال المعوقين ذهنياً

العينة وفقاً لاتجاهاتها السلبية، وفي مقابل هذا كانت قيمة كاي² دالة في حالة كل من عمر الطفل والتشخيص ومستوى الإعاقة وتعليم الأم، وتوحي النسب المئوية بالآتي:

أ- يرتبط اختيار هذا البديل بـكبر عمر الطفل حيث بلغت النسبة المئوية لمن اختاروا أو ذكروا هذه الإجابة (٧٨%) لدى أمهات الأطفال ذوي العمر ٧-١١ سنة مقابل (١٧,٦%) و (صفر%) لدى أمهات الأطفال ذوي العمر من ثلاث سنوات إلى ٦ سنوات وأحد عشرة شهراً وأمهات الأطفال الأقل من سنة على التوالي.

ب- يرتبط اختيار هذا البديل بتشخيص الإعاقة الذهنية أكثر منه ارتباطاً بكل من تشخيص متلازمة داون أو تشخيص الشلل الدماغي؛ حيث اختارت أو ذكرت نسبة (١٠٠%) من الأمهات لأطفال ذوي إعاقة ذهنية سواء كانت مصحوبة بصرع أم لا. وبينما لم تختار أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون هذا البديل ذكرت (١٠٠%) منهن البديل الحادي عشر "عقله غير مناسب لسنة".

ج- يرتبط اختيار هذا البديل بزيادة شدة الإعاقة حيث كانت النسب المئوية (١٠٠%) و (٥٠%) لدى أمهات الأطفال ذوي مستويات الإعاقة الشديدة والمتوسطة والبسيطة على التوالي.

د- يرتبط اختيار هذا البديل بالأمية حيث اختارته أو ذكرته نسبة (١٠٠%) من الأمهات الأميات في مقابل (٣١,١%) لدى غير الأميات.

٣- فيما يتعلق بالبديل الخاص بـ "انخفاض الذكاء لديه" لم يرتبط هذا البديل بالاتجاهات السلبية حيث لم تكن قيمة كاي² دالة بما يوحي باستقلال اختيار هذا البديل عن تقسيم العينة وفقاً لاتجاهاتها السلبية، وفي مقابل هذا كانت قيمة كاي² دالة في حالة كل من عمر الطفل والتشخيص ومستوى الإعاقة وتعليم الأم، وتوحي النسب المئوية بالآتي:

أ- كان اختيار هذا البديل أكثر ارتباطاً بوجود طفل في المرحلة العمرية من ثلاث سنوات إلى ٦ سنوات وأحد عشرة شهراً (٤٣,١%) بينما ورد في إجابات (٢٢%) من عينة أمهات الأطفال ذوي العمر ٧-١١ سنة ولم يرد مطلقاً في إجابات أمهات الأطفال الأقل من سنة.

ب- أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية غير المصحوبة بصرع وأمهات الأطفال ذوي متلازمة داون هن من وردت في إجابات بعضهن هذا البديل (٥٢,٤% و ٤٣,١%) على التوالي، بينما لم يرد مطلقاً في إجابات أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية المصحوبة بصرع أو أمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي. وهو ما يوحي بارتباط هذا البديل بالإعاقة الذهنية غير المصحوبة بصرع ومتلازمة داون.

ج- اختيار هذا البديل أكثر ارتباطاً بالإعاقة الذهنية المتوسطة (١٠٠% لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة المتوسطة فى مقابل ١٨,٣% و صفر% لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة البسيطة وأمهات الأطفال ذوى الإعاقة الشديدة على التوالي، وهو ما يطرح علامة استفهام على هذه النتيجة حيث كان يتوقع أن تكون الإعاقة الأشد هى الأكثر ارتباطاً بهذا البديل الخاص "بانخفاض النكاء لديه"، ولكن جاءت إجابات أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الشديدة فى اتجاه الإجابتين الثانية والأولى (١٠٠% و ٦٧,٩% على التوالي) وهما: "صعوبات الفهم لديه" و "الاختلاف عن السوى"، وهو ما يوضح أن الإعاقة الشديدة بما يصحبها من انخفاض قدرة توجه إدراك أمهات هؤلاء الأطفال نحو العجز الشديد فى الفهم والفروق الشديدة عن الأسوياء، وهذا أمر خطير لأنه قد يؤثر فى معنويات الأم ويقلل من دافعيتهما فى تدريب الطفل.

د- يرتبط اختيار هذا البديل بالأمية حيث اختارته أو ذكرته نسبة (٥٥%) من الأمهات فى مقابل (٢٤,٤%) لدى غير الأميات. وفيما يلى بعض الملاحظات حول البدائل السبعة المتبقية:

١- بالنسبة للبديل الحادى عشر "عقله غير مناسب لسنه" كان أكثر بروزاً لدى كل من أمهات الأطفال ذوى الأعمار الأقل من سنة وكذلك أمهات الأطفال ذوى متلازمة داون.

٢- كانت البدائل (٧) "لديه خلل فى الكروموسومات" و (٨) "لديه خلل فى وظائف المخ كالتهكير" و (٩) "احتياجه لمساعدة الأسرة حتى يتقدم مستواه" و (١٠) "يمكنه أن يصل لما يصل إليه الطفل الطبيعى ولكن متأخراً" ولردة بنسبة (٢١,٦%، ن=١١) من إجابات أمهات الأطفال ذوى العمر من ثلاث سنوات إلى ٦ سنوات وأحد عشرة شهراً، وجميع هؤلاء (١١) كانوا أمهات لأطفال ذوى متلازمة داون وغير أميات. وبينما كان كل من اختاروا البديلين (٧) و (٨) ذوى إعاقة بسيطة ولديهم اتجاهات سلبية كان من اختاروا البديلين (٩) و (١٠) ذوى إعاقة متوسطة ولا توجد لديهم اتجاهات سلبية.

٣- بالنسبة للبديل رقم (٦) "وجود سلوكيات غير مرغوبة" جاء فى إجابات ١٠% من العينة الكلية وكلهم كانوا أمهات الأطفال ذوى العمر ٧-١١ سنة وذوى شلل دماغى وذوى إعاقة بسيطة وتوجد لديهم اتجاهات سلبية وغير أميات.

٤- بالنسبة للبديل (٤) "لا يعتمد على نفسه" جاء فى إجابات ١٠% من العينة الكلية، وكلهم كانوا أمهات الأطفال ذوى العمر ٧-١١ سنة وذوى إعاقة ذهنية بغير صرع وذوى إعاقة متوسطة ولديهم اتجاهات سلبية وجميعهم أميات.

٥- بالنسبة للبديل (٥) "عدم القدرة على التركيز" جاء فى إجابات ١٠% من العينة الكلية وكلهم كانوا أمهات الأطفال ذوى العمر ٧-١١ سنة وذوى شلل دماغى وذوى إعاقة بسيطة وتوجد

لديهن اتجاهات سلبية وغير أميات.

يعرض الجدول (٤) نتائج الإجابة على السؤال الثانى الخاص بالفروق بين. التأخر العقلى والتخلف العقلى. كانت النتيجة الأكثر بروزاً أن جميع أفراد العينة بغض النظر عن عمر الطفل أو تشخيصه أو مستوى الإعاقة أو الاتجاهات السلبية لدى الأم أو تعليم الأم (أمية/غير أمية) اخترن أو نكرن البديل الذى يشير إلى أن المتأخر عقلياً أكثر ذكاءاً من المتخلف (التخلف درجة أشد). وبالتالي فلا يرتبط هذا البديل بكل من عمر الطفل أو تشخيصه أو مستوى الإعاقة أو الاتجاهات السلبية لدى الأم أو تعليم الأم (أمية/غير أمية). وكانت البدائل الأخرى المطروحة تتراوح بين (صفر%) و (٤٧,٦%) لدى المجموعات الفرعية مع كون عشرة تحليلات من (٤٥) تحليل كلاً لم يكن دالاً. وقد تناولت هذه البدائل "عدم معرفة الفرق" أو "الفروق لغوية وليس فى الذكاء" أو "الطفل المتخلف لا يمكن علاجه" أو "الطفل المتخلف لا يستفيد من التدريب" أو "المتخلف عقلياً لديه مشكلات سلوكية أكثر من المتأخر عقلياً" أو "كلا المصطلحين واحد، ولكن كلمة المتخلف فيها وصمة" أو "التأخر يكون فى الكلام أما التخلف فيكون فى الذكاء والانتباه وعدم القدرة على بذل جهد" أو "التأخر نموه ضعيف ومتأخر فى المشى فقط" أو "المتخلف تعرض لصعوبات ولادة" أو "انزلق فى البطن" أو حدث ليه التخلف بسبب تناول الأم لأدوية أثناء الحمل. وكما هو متوقع ارتبط البديل "المتأخر نموه ضعيف ومتأخر فى المشى فقط" بتشخيص الشلل الدماغى.

يعرض الجدول (٥) نتائج الإجابة على السؤال الثالث الخاص بمستقبل المتأخر عقلياً، وقد كانت أكثر النتائج تكراراً لدى العينة الكلية:

البديل الأول: "عدم المعرفة" (٣٦,٤%).

البديل الخامس: كل من كمية التدريب وشدة الإعاقة هما اللذين يجددان ما يمكن أن يصل إليه فى المستقبل (٣٦,٤%).

البديل السادس: التدريب قد يحسن من مستقبله (٢٨,٢%).

البديل الثالث: شدة الإعاقة هى التى تحدد ما يمكن أن يصل إليه الطفل فى المستقبل (٢٦,٤%).

البديل الرابع: كمية التدريب التى يتلقاها الطفل هى التى تحدد مستقبله بغض النظر عن مستوى الإعاقة لديه (٢٦,٤%).

البديل الثامن: الشعور بالقلق على المستقبل (١٩,١%).

البديل الثانى: غير محدد ومجهول (١٨,٢%).

فيما يتعلق بالبديل الأول "عدم المعرفة" كان هناك استقلال بين اختيار هذا البديل وكل من

عمر الطفل ومستوى الإعاقة ووجود اتجاهات سلبية لدى الأم وتعليم الأم. وفي مقابل هذا كان هذا البديل أكثر ارتباطاً بشكل دال بالإعاقة الذهنية بدون صرع (٥٢,٤% فى مقابل ٣٩,٢% و ٣١,٠% وصفر% لدى أمهات الأطفال ذوى متلازمة داون وأمهات الأطفال ذوى الشلل الدماغي وأمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية للمصحوب بصرع).

فيما يتعلق بالبديل الخامس كمية التدريب ومستوى الإعاقة محدّدان للمستقبل ارتبط هذا البديل بكون الطفل اقل من سنة (١٠٠% لدى أمهات الأطفال الأقل من سنة فى مقابل ٤٣,١% لدى أمهات الأطفال ذوى العمر من ثلاث سنوات إلى ٦ سنوات وأحد عشرة شهراً و ١٨,٠% أمهات الأطفال ذوى العمر ٧-١١ سنة)، وبكل من متلازمة داون والشلل الجهازي (٦٠,٨% و ٣١,٠% على التوالي فى مقابل صفر% فى حالة أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية سواء كانت مصحوبة بصرع أو غير مصحوبة بصرع)، وعدم وجود اتجاهات سلبية (٥٢,٦% لدى الأمهات اللاتي لا توجد لديهن اتجاهات سلبية فى مقابل ٢٧,٨% لدى نوات الاتجاهات السلبية)، وتعليم الأم (٤٤,٤% لدى غير الأمهات فى مقابل صفر% لدى الأمهات)، بينما كانت قيمة كاسر غير دالة فى حالة مستويات الإعاقة بما يوحي بأن اختيار هذا البديل كان مستقلاً عن مستوى الإعاقة.

فيما يتعلق بالبديل السادس "احتمالية تحسين التدريب لمستقبل الطفل". ويختلف هذا البديل عن البديل الرابع فى أن اليقين هنا فى أهمية التدريب غير تامة. ارتبط هذا البديل بالعمر قل من سنة (١٠٠% فى مقابل ٢١,٦% لدى أمهات الأطفال ذوى العمر من ثلاث سنوات إلى ٦ سنوات وأحد عشرة شهراً و ٢٢,٠% لدى أمهات الأطفال ذوى العمر ٧-١١ سنة) ومتلازمة داون والشلل الدماغي (٣٩,٢% و ٣٧,٩% على التوالي فى مقابل صفر% لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة للذهنية سواء كانت مصحوبة بصرع أو غير مصحوبة بصرع) والإعاقة البسيطة (٥١,٧% فى مقابل صفر لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة المتوسطة والشديدة) ووجود اتجاهات سلبية (٤٣,١% فى مقابل صفر% لدى الأمهات اللاتي ليس لديهن اتجاهات سلبية) وتعليم الأم (٣٤,٤% لدى غير الأمهات فى مقابل صفر% لدى الأمهات).

فيما يتعلق بالبديل الثالث "شدة الإعاقة هى العامل المحدد للمستقبل":

١- ارتبط هذا البديل بالعمر من ثلاث سنوات إلى ٦ سنوات وأحد عشرة شهراً (٣٩,٢% فى مقابل ١٨,٠% لدى أمهات الأطفال ذوى العمر ٧-١١ سنة و صفر% لدى أمهات الأطفال الأقل من سنة)، وهو ما يوحي بأن أمهات الأطفال الأصغر لا يدركون بعد دور وشدة الإعاقة فى تحديد المستقبل.

٢- ارتبط هذا البديل بكل من متلازمة داون والشلل الدماغي (٣٩,٢% و ٣١,٠% على التوالي في مقابل صفر% لدى الأمهات ذوات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية سواء كانت مصحوبة بصرع أو غير مصحوبة بصرع).

٣- ارتبط هذا البديل بالإعاقة المتوسطة (٥٠% في مقابل ٣٢,١ لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الشديدة و ١٥% لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة البسيطة). والملفت للنظر هو أن أمهات الأطفال ذوى الإعاقة البسيطة هن الأقل إيماناً بهذا البديل.

٤- ارتبط هذا البديل بكل من عدم وجود اتجاهات سلبية (٧٦,٣% في مقابل صفر% لدى الأمهات ذوات الاتجاهات السلبية) وتعليم الأم (٣٢,٢% لدى غير الأميات في مقابل صفر% لدى الأميات).

فيما يتعلق بالبديل الرابع كمية التكريب وليس مستوى الإعاقة هي العامل المحدد:

١- ارتبط هذا البديل بالعمر من ثلاث سنوات إلى ٦ سنوات وأحد عشرة شهراً (٣٩,٢% في مقابل ١٨,٠% لدى أمهات الأطفال ذوى العمر ٧-١١ سنة و صفر% أمهات الأطفال الأقل من سنة)، وهو ما يوحي بأن أمهات الأطفال الأصغر لا يدركون بعد دور كمية التكريب في تحديد المستقبل.

٢- ارتبط هذا البديل بكل من متلازمة داون والشلل الدماغي (٣٩,٢% و ٣١,٠% على التوالي في مقابل صفر% لدى الأمهات ذوات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية سواء كانت مصحوبة بصرع أو غير مصحوبة بصرع).

٣- ارتبط هذا البديل بكل من الإعاقة البسيطة والإعاقة الشديدة (٣٣,٣% و ٣٢,١% على التوالي في مقابل صفر% في حالة الأمهات ذوات الأطفال ذوى الإعاقة المتوسطة).

٤- ارتبط هذا البديل بعدم وجود اتجاهات سلبية (٤٧,٤% في مقابل ١٥,٣% في حالة وجود اتجاهات سلبية).

٥- ارتبط هذا البديل بتعليم الأم (٣٢,٢% لدى غير الأميات في مقابل صفر% لدى الأميات).

فيما يتعلق بالبديل الثامن "الشعور بالقلق من المستقبل":

١- ارتبط اختيار هذا البديل بالعمر الأكبر (٤٢٥% لدى أمهات الأطفال ذوى العمر ٧-١١ سنة في مقابل صفر% لدى أمهات الأطفال ذوى العمر من ثلاث سنوات إلى ٦ سنوات وأحد عشرة شهراً وأمهات الأطفال الأقل من سنة) وهو ما يدل على أنه مع كبر عمر الطفل يزيد القلق من المستقبل.

٢- ارتبط اختيار هذا البديل بالإعاقة الذهنية غير المصحوبة بصرع والشلل الدماغي (٤٧,٦% و ٣٧,٩% على التوالي في مقابل صفر% لدى كل من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية المصحوبة بصرع وأمهات الأطفال ذوي متلازمة داون).

٣- ارتبط هذا البديل بالإعاقة الشديدة (٣٥,٧% في مقابل ١٨,٣% لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة البسيطة و صفر% لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة المتوسطة).

٤- ارتبط هذا البديل بكل من وجود اتجاهات سلبية (٢٣,٣% في مقابل صفر% لدى الأمهات اللاتي ليس لديهن اتجاهات سلبية) وتعليم الأم (٢٣,٣% في مقابل صفر% لدى الأمهات الأميات).

فيما يتعلق بالبديل الثاني "غير محدد ومجهول":

١- ارتبط هذا البديل بالعمر من ثلاث سنوات إلى ٦ سنوات وأحد عشرة شهراً (٣٩,٢% في مقابل صفر% لدى كل من أمهات الأطفال ذوي العمر ٧-١١ سنة وأمهات الأطفال الأقل من سنة).

٢- ارتبط هذا البديل بمتلازمة داون (٣٩,٢% في مقابل صفر% لدى كل من الأمهات لأطفال ذوي الإعاقة الذهنية سواء كانت مصحوبة بصرع أو غير مصحوبة بصرع وأمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي).

٣- ارتبط هذا البديل بالإعاقة الذهنية البسيطة (٣٣,٣% في مقابل صفر% لدى أمهات بقية مستويات الإعاقة الذهنية).

٤- كان وجود اتجاهات سلبية مستقلاً عن اختيار هذا البديل.

٥- ارتبط هذا البديل بتعليم الأم (٢٢,٢% لدى غير الأميات في مقابل صفر% لدى الأميات).

فيما يتعلق بالسؤال الرابع الخاص بإمكانية علاج التأخر العقلي الذي يعرض له الجدول (٦)، كانت أبرز الإجابات لمطروحة:

البديل السادس: لا توجد أدوية لعلاج التأخر العقلي ولكن توجد أساليب لتكريب المتأخر عقلياً وتنمية قدراته ومهاراته (٥٤,٥%).

للبديل السابع: تم ذكر أسماء أدوية بعينها (٣٥,٥%).

للبديل الثالث: توجد أدوية لعلاج التأخر ولكنها غير متوفرة في مصر (١٨,٢%).

البديل العاشر: "توجد أدوية لتنشيط المخ وهى تزيد الذكاء ولكنها لا تحولها إلى طفل سوى" (١٦,٤%).

فيما يتعلق بالبديل السادس: "لا توجد أدوية لعلاج التأخر العقلي ولكن توجد أساليب لتدريب المتأخر عقلياً وتنمية قدراته ومهاراته" يبدو أن اختيار هذا البديل مستقل عن كل من مستوى الإعاقة وتعليم الأم، وفي مقابل هذا يرتبط هذا البديل بالعمر من ثلاث سنوات إلى ٦ سنوات وأحد عشرة شهراً (٨٢,٤% لدى أمهات الأطفال ذوى العمر من ثلاث سنوات إلى ٦ سنوات وأحد عشرة شهراً مقابل ٣٦% لدى أمهات الأطفال ذوى العمر ٧-١١ سنة وصفر% لدى أمهات الأطفال الأقل من سنة) وكل من الإعاقة الذهنية المصحوبة بصرع ومتلازمة داون (١٠٠% و ٨٢,٤% على التوالي في مقابل ٣١% لدى أمهات الأطفال ذوى الشلل الدماغى وصفر% لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية غير المصحوبة بصرع) وعدم وجود اتجاهات سلبية (٧٦,٣% لدى الأمهات اللاتى ليس لديهن اتجاهات سلبية في مقابل ٤٣,١% لدى الأمهات ذوات الاتجاهات السلبية). والنتيجة الأخيرة توحى بأن إدراك أهمية التدريب ترتبط بعدم وجود اتجاهات سلبية.

فيما يتعلق بالبديل السابع "القيام بذكر أسماء أدوية معينها"، يبدو أن اختيار هذا البديل مستقل عن مستوى الإعاقة ووجود اتجاهات سلبية، وفي مقابل هذا يرتبط هذا البديل بصغر العمر (١٠٠% لدى أمهات الأطفال الأقل من سنة في مقابل ٤٢% لدى أمهات الأطفال ذوى العمر ٧-١١ سنة و ١٧,٦% لدى أمهات الأطفال ذوى العمر من ثلاث سنوات إلى ٦ سنوات وأحد عشرة شهراً)، وهو ما يتسق مع أنه فى بداية اكتشاف الإعاقة تكون الأمهات مقتنعات بأهمية التدخل الدوائى. كما يرتبط اختيار هذا البديل بوجود إعاقة ذهنية غير مصحوبة بصرع (١٠٠% لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية غير المصحوبة بصرع في مقابل ٣١,٠% لدى أمهات الأطفال ذوى الشلل الدماغى و ١٧,٦% لدى أمهات الأطفال ذوى متلازمة داون وصفر% لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية المصحوبة بصرع) وبأمية الأم (٥٥% لدى الأميات في مقابل ٣١,١% لدى غير الأميات)، والنتيجة الأخيرة تشير إلى أن الأميات أكثر تأثراً بفكرة أهمية التدخل الدوائى.

فيما يتعلق بالبديل الثالث "توجد أدوية لعلاج التأخر ولكنها غير متوفرة فى مصر" يرتبط اختيار هذا البديل بصغر عمر الطفل (١٠٠% لدى أمهات الأطفال الأقل من سنة فى مقابل صفر% لدى أمهات الأطفال ذوى العمر من ثلاث سنوات إلى ٦ سنوات وأحد عشرة شهراً و ٢٢,٠% لدى أمهات الأطفال ذوى العمر ٧-١١ سنة) وبكل من الشلل الدماغى ومتلازمة داون

(٣٧,٩% و ١٧,٦% على التوالي فى مقابل صفر% لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية المصحوبة بصرع أو غير المصحوبة بصرع) وبالإعاقة الذهنية البسيطة (٣٣,٣% فى مقابل صفر% لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية المتوسطة والإعاقة الذهنية الشديدة) ووجود اتجاهات سلبية (٢٧,٨% لدى الأمهات ذوات الاتجاهات السلبية فى مقابل صفر% لدى من ليس لديهن اتجاهات سلبية) وبتعليم الأم (٢٢,٢% لدى غير الأميات فى مقابل صفر% لدى الأميات). وتجدر الإشارة إلى أن اختيار أو ذكر هذا البديل أمر خطير لأنه يقلل الدافعية للتدريب.

فيما يتعلق بالبديل العاشر توجد أدوية لتثبيط المخ تزيد الذكاء لديه ولكنها لا تحولها إلى طفل سوى. يبدو أن اختيار هذا البديل مستقل عن عمر الطفل. ولكن يرتبط اختيار هذا البديل بالشلل الدماغي (٦٢,١% لدى أمهات الأطفال ذوى الشلل الدماغي فى مقابل صفر% لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقات الأخرى)، وهذا يتسق مع أن الأدوية غالباً ما تستخدم فى حالة الشلل الدماغي وندراً ما تستخدم فى حالة الإعاقة الذهنية ومتلازمة داون، ولكن الغريب هو عدم وجود هذه الفكرة لدى أمهات الأطفال ذوى الصرع. يرتبط اختيار هذا البديل أيضاً بالإعاقات الشديدة (٣٢,١% لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الشديدة فى مقابل ١٥,٠% لدى أمهات الأطفال الإعاقة البسيطة وصفر% لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة المتوسطة)، وعدم وجود اتجاهات سلبية (٤٧,٤% لدى لدى الأمهات اللاتي ليس لديهن اتجاهات سلبية فى مقابل صفر% لدى الأمهات ذوات الاتجاهات السلبية). أخيراً يرتبط هذا البديل بالتعليم (٢٠% لدى غير الأميات فى مقابل صفر% لدى الأميات).

فيما يتعلق بالسؤال الخامس "إمكانية تدريب المتأخر عقلياً" الذى يعرض له الجدول (٧)، مالت الغالبية العظمى لاختيار أو ذكر البديل الخامس "يصلح لكل المتأخرين ولكن المهارات التى يتم تدريبهم عليها تختلف باختلاف مستوى الإعاقة". وقد كان اختيار هذا البديل مستقل عن وجود اتجاهات سلبية أو عدم وجودها. وفى مقابل هذا لم يكن مستقلاً عن عمر الطفل (٨٢,٤% لدى أمهات الأطفال ذوى العمر من ثلاث سنوات إلى ٦ سنوات وأحد عشرة شهراً و ٧٨,٠% لدى أمهات الأطفال ذوى العمر ٧-١١ سنة فى مقابل صفر% لدى أمهات الأطفال الأقل من سنة اللاتي اخترن جميعهن البديل الثامن "التكريبات والدواء مكملين لبعضهما ولكن أهمية التكريب تنبع من عدم وجود الأدوية بمصر"، وهو يوحى بأهمية تغيير مفاهيم الأمهات اللاتي فى المراحل الأولى من اكتشاف الإعاقة). وكان اختيار هذا البديل الخامس أضعف ارتباطاً بالإعاقة الذهنية غير المصحوبة بصرع (٤٧,٦% فى مقابل ١٠٠% و ٨٢,٤% و ٦٩,٠% لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية المصحوبة بصرع وأمهات أطفال متلازمة داون وأمهات أطفال الشلل الدماغي على

مفهوم الإعاقة الذهنية لدى أمهات الأطفال المعوقين ذهنياً
التوالى)، وهو ما يوحى بأهمية تعديل مفاهيم أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية غير المصحوبة بأى زملة مرضية أخرى. ارتبط اختيار هذا البديل أيضاً بشدة الإعاقة (١٠٠% لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الشديدة فى مقابل ٧٠% و ٥٠% لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة البسيطة والإعاقة للمتوسطة). وأخيراً ارتبط هذا البديل بتعليم الأم (٨٠% لدى غير الأميات فى مقابل ٤٥% لدى الأميات).

فيما يتعلق بإجابة السؤال السادس "أسباب للتأخر العقلى" التى يعرض لها الجدول (٨) كانت أبرز الإجابات تكراراً لدى العينة اكلية كما يلى:

البديل الرابع تناول الأم لأدوية أثناء الحمل يُعد أحد الأسباب (٥٤,٥%).

البديل السادس "الوراثة وزواج الأقارب" (٤٧,٣%).

البديل الثانى "تختلف الأسباب من حالة لأخرى" (٤٦,٤%).

البديل السابع عشر "القدر هو السبب" "خلقة ربنا" (٣٦,٤%).

البديل السابع "إصابة الأم بأمراض معينة أثناء الحمل قد يكون أحد الأسباب" (٣٠,٠%).

البديل السادس عشر "الكروموسومات" (٢٦,٤%).

البديل الرابع عشر "لا يوجد دور للمراقبة" (١٩,١%).

البديل الحادى عشر "من الأم عند الإنجاب (الزواج فى سن متأخرة)" (١٨,٢%).

البديل الثانى عشر "مشاكل وصعوبات الولادة" (١٨,٢%).

لم تكن جميع هذه البدائل الأكثر تكراراً مستقلة عن عمر الطفل باستثناء البديل الثانى عشر "مشاكل وصعوبات الولادة" وكانت الإجابات الأكثر تكراراً لدى أمهات الأطفال الأقل من سنة هى البديل الرابع تناول الأم لأدوية أثناء الحمل يُعد أحد الأسباب والبديل الحادى عشر "من الأم عند الإنجاب (الزواج فى سن متأخرة)" والبديل السادس عشر "الكروموسومات" والبديل السابع عشر "القدر هو السبب" "خلقة ربنا"، وكلها إجابات إما أن تلقى المسؤولية على الأم مثل تناول أدوية أو تأخرها فى الإنجاب أو الزواج أو على القدر سواء دون تحديد سبب أو يربطة بالكروموسومات، ولعل هذا يوحى بضرورة التوعية فى هذه المرحلة التى تتمثل فى الصدمة والرفض والعزو الداخلى (على الذات) أو الخارجى (على القدر).

أما أكثر الإجابات شيوعاً لدى أمهات الأطفال ذوى العمر من ثلاث سنوات إلى ٦ سنوات وأحد عشرة شهراً فكانت البديل الثانى "تختلف الأسباب من حالة لأخرى" والبديل الرابع تناول الأم لأدوية أثناء الحمل يُعد أحد الأسباب (٨٢,٤% لكل بديل) والبديل السادس "الوراثة وزواج الأقارب" والبديل السابع "إصابة الأم بأمراض معينة أثناء الحمل قد يكون أحد الأسباب"

(٦٠,٨% و ٦٤,٧% على التوالي)، وهى تلقى المسؤولية على الأم مثل تناول أدوية أو إصابتها بأمراض معينة أو تذهب لمسؤولية مشتركة بين الوالدين كزواج الأقارب أو تتحرك بعيداً عن المسؤولية الشخصية إلى مسؤولية عامة تتضمن أسباب متعددة تتباين من حالة لأخرى.

أما أكثر إجابات أمهات الأطفال ذوى العمر ٧-١١ سنة فى حالة قيم كالا الدالة فكانت البديل السادس "الوراثة وزواج الأقارب" و البديل الرابع عشر "لا يوجد دور للقرابة" و البديل السابع عشر "القدر هو السبب" (٤٢% و ٤٢% و ٤٤% على التوالي)، وهى بدائل تشير إلى تباين كبير داخل المجموعة فبينما ترى قرابة نصف المجموعة ان للوراثة دور، ترى قرابة النصف الآخر أن القرابة أو الوراثة ليس لها دور، وفى مقابل هذا هنا نسبة ٤٤% من المجموعة الكلية الفرعية أنه لا توجد أسباب أو القدر هو المسؤول.

كانت جميع هذه الإجابات الأكثر تكراراً غير مستقلة عن تشخيص الإعاقة، وكانت أكثر البدائل انتشاراً لدى أمهات الأطفال للذوى الإعاقة الذهنية غير المصحوبة بضرع هى البديل السادس "الوراثة وزواج الأقارب" و البديل الثانى عشر "مشاكل وصعوبات الولادة" و البديل الرابع عشر "لا يوجد دور للقرابة" و البديل السابع عشر "القدر هو السبب" (١٠٠% و ٥٢,٤% و ٤٧,٦% و ٥٢,٤% على التوالي)، والإجابات حملت بعض التناقض ممثل فى أن جميع أفراد المجموعة الفرعية كانوا يؤمنون بدور الوراثة وزواج الأقارب وفى مقابل هذا ناقضت نسبة ٤٧,٦% من العينة نفسها وعادت ورفضت دور القرابة. وهو ما يوحى بالتخبط الفكرى والحيرة المعلوماتية لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية ، وبينما عزت نسبة ٥٢,٤% السبب لمشاكل وصعوبات الولادة عزته نسبة ٥٢,٤% للقدر، والمقام المشترك بين النسبتين كان ٥٢,٤% بمعنى ان نفس الأفراد اختاروا البديلين وهو أمر مبرر لأننا فى ثقافتنا غالباً ما نعزو الأمراض لقدر وإرادة الله عز وجل.

لم تكن أى من البدائل التسعة هى الأكثر تكراراً فى العينة الكلية لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية المصحوبة بضرع، حيث اختارت نسبة ٢٠٠% من هذه العينة الفرعية البديل الثامن "بعض الأسباب قد تكون نفسية اجتماعية (عدم للتدريب والرعاية من الأم)" و البديل التاسع عشر "لا أعرف".

أما أعلى البدائل تكراراً لدى أمهات الأطفال ذوى معاقمة دون فكانت البديل الثانى "تختلف الأسباب من حالة لأخرى" و البديل الرابع تناول الأم لأدوية أثناء الحمل يُعد أحد الأسباب و البديل السابع "إصابة الأم بأمراض معينة أثناء الحمل قد يكون أحد الأسباب" و البديل السادس عشر "الكروموسومات" (٨٢,٤% و ٨٢,٤% و ٦٤,٧% و ٥٦,٩% على التوالي) وهى تحمل

التركيز على تناول الأم لأدوية وإصابتها بأمراض ودور الكروموسومات، والمدهش أن التركيز على الكروموسومات كان أقل طرْحاً وحمل لوم الأم الجانب الأكبر في الإجابة مثل تناول أدوية أو مرضها أثناء الحمل.

أما البدائل الأكثر تكراراً لدى أمهات الأطفال ذوى الشلل الدماغي فكانت البديل الرابع تناول الأم لأدوية أثناء الحمل يُعد أحد الأسباب (٦٢,١%) و البديل السابع عشر "القدر هو السبب" "خلقة ربنا" (٦٩,٠%)، بينما سبب من قبيل البديل الثاني عشر "مشاكل وصعوبات الولادة" وهو الأكثر ارتباطاً بالشلل الدماغي لم يرد إلا في ٣١,٠% من إجابات هذه العينة الفرعية (أمهات الأطفال ذوى الشلل الدماغي).

كانت جميع الإجابات الأكثر تكراراً مرتبطة بمستوى الإعاقة الذهنية باستثناء البديلين الثاني "تختلف الأسباب من حالة لأخرى" والسادس "الوراثة وزواج الإكارب" اللذين كانت الإجابة عليهما مستقلة عن مستوى الإعاقة الذهنية. كانت نسبة اختيار البديل الرابع "تناول الأم لأدوية أثناء الحمل يُعد أحد الأسباب" ٦٦,٧% و ٥٠,٠% و ٣٢,١% لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية البسيطة و أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية المتوسطة و أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية الشديدة على التوالي؛ بما يعنى أن ثلثي أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية البسيطة ونصف أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية المتوسطة وثلث أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية الشديدة تؤمن بأن الأم مسؤولة بسبب تناولها لأدوية الحمل. وهو ما يوحي بأنه مع زيادة شدة الإعاقة يقل هذا اليقين. وتظل نسبة ٤٨,٣% من عينة أمهات الأطفال ذوى الإعاقة البسيطة مؤمنة بدور القدر سواء في المطلق أو من خلال الكروموسومات ممثلة في اختيار البديلين السادس عشر "الكروموسومات" والسابع عشر "القدر هو السبب" "خلقة ربنا". كما تظل نسبة ٥٠% من عينة أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية المتوسطة مؤمنة بدور مشاكل الحمل والولادة وإصابة الأم بأمراض أثناء الحمل حيث اختار ٥٠% للبديلين السابع "إصابة الأم بأمراض معينة أثناء الحمل قد يكون أحد الأسباب" والثاني عشر "مشاكل وصعوبات الولادة". وأخيراً تؤمن نسبة ٣٥,٧% من أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية الشديدة بعدم وجود دور للقرابة ممثلاً في اختيار البديل الرابع عشر "لا يوجد دور للقرابة"، وربما كان السبب في ذلك عدم وجود حالات بارزة من حيث شدة الإعاقة في الأسرة.

كانت البدائل السابع "إصابة الأم بأمراض معينة أثناء الحمل قد يكون أحد الأسباب" والثاني عشر "مشاكل وصعوبات الولادة" والسادس عشر "الكروموسومات" مستقلة عن وجود اتجاهات سلبية أو عدم وجودها، وبينما مال أكثر من ثلاثة أرباع الأمهات اللاتى ليس لديهن

اتجاهات سلبية إلى البديلين الثاني "تختلف الأسباب من حالة لأخرى" (٧٦,٣% مقابل ٣,٦% فقط الأمهات ذوات الاتجاهات السلبية) والرابع "تناول الأم لأدوية أثناء الحمل يُعد أحد الأسباب" (٧٦,٣% مقابل ٤٣,١% لدى الأمهات ذوات الاتجاهات السلبية) بما يوحي بإدراكهن لتباين الأسباب من حالة لأخرى مع إعطاء أهمية لتناول الأم أدوية أثناء الحمل، كانت البدائل السادس "الوراثة وزواج الأقارب" والحادي عشر "سن الأم عند الإنجاب (الزواج في سن متأخرة)" والرابع عشر "لا يوجد دور للقرابة" والسابع عشر "القدر هو السبب" "خلقة ربنا" الأعلى تكراراً لدى الأمهات ذوات الاتجاهات السلبية (٥٩,٧% مقابل ٢٣,٧% ، ٢٧,٨% مقابل صفر % ، ٢٩,٢% مقابل صفر % ، ٤٣,١% مقابل ٢٣,٧% على التوالي)، وهو ما يوحي بالتباين؛ فبينما تؤمن نسبة ٥٩,٧% بدور الوراثة ترى نسبة ٢٩,٢% بأنه لا دور للقرابة، وتُلقى نسبة ٢٧,٨% اللوم على سن الأم، بينما تعزوا نسبة ٤٣,١% الأمر للقر.

كانت البديلين السادس "الوراثة وزواج الأقارب" والسابع عشر "القدر هو السبب" "خلقة ربنا" مستقلين عن تعليم الأم، وكان نصف عينة الأميات (٥٥% مقابل ١٠% لدى غير الأميات) مؤمنة بالبديل الثاني عشر "مشاكل وصعوبات الولادة"، بينما حملت إجابات بقية العينة (٤٥%) البديل التاسع عشر "عدم المعرفة". أما غير الأميات فكانت الإجابات لديهن هي البديل الثاني "تختلف الأسباب من حالة لأخرى" والبديل الرابع "تناول الأم لأدوية أثناء الحمل يُعد أحد الأسباب" والبديل السابع "إصابة الأم بأمراض معينة أثناء الحمل قد يكون أحد الأسباب" (٥٦,٧% مقابل صفر% لدى الأميات، ٦٦,٧% مقابل صفر% لدى الأميات، ٣٦,٧% مقابل صفر% لدى الأميات على التوالي)، وكلها إجابات في اتجاه أن أهم الأسباب تتحملها الأم مثل تناول الأدوية أثناء الحمل أو إصابتها بأمراض.

فيما يتعلق بالسؤال السابع الخاص بمعلومات الأمهات عن أسباب تأخر أطفالهن بصفة خاصة التي يعرض لها الجدول (٩)، كانت جميع البدائل التسعة المطروحة عليهن إما غائبة تماماً من إجابات المجموعات المختلفة أو حاضرة بنسب تقارب ثلث العينة أو أكثر قليلاً كحد أقصى، كما أنها كانت حاضرة لدى العينة الكلية بنسب تتراوح بين ٨,٢% إلى ١٨,٢%، وبالتالي يبدو أن طرح هذا السؤال لم يقدم جديد من المعلومات عما طرّخه الجدول الخاص بإجابة السؤال السادس. فيما يتعلق بإجابة السؤال الثامن الذي تضمن عدد من العبارات الفرعية التي تُقدم معلومات إضافية تتعلق بالإلمام بمستويات الإعاقة وأسس تصنيفها، يتضح من الجدول (١٠) الآتي:

١- ترى نسبة ٢٨,٢% من العينة الكلية أن أسباب الإعاقة هي من تحدد مستوى الإعاقة، ويرتبط اختيار هذا البديل مع المرحلة العمرية من ثلاث سنوات إلى ٦ سنوات وأحد

عشرة شهراً (٤٣,١%) لدى أمهات الأطفال ذوى العمر من ثلاث سنوات إلى ٦ سنوات وأحد عشرة شهراً فى مقابل صفر% و١٨% لدى أمهات الأطفال الأقل من سنة وأمهات الأطفال ذوى العمر ٧-١١ سنة على التوالى)، وكل من متلازمة داون والشلل الدماغى (٤٣,١% و ٣١% لدى كل من أمهات الأطفال ذوى متلازمة داون وذوى الشلل الدماغى على التوالى فى مقابل صفر% لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية سواء كانت مصحوبة بصرع أو غير مصحوبة بصرع)، وكل من الإعاقة المتوسطة والإعاقة الشديدة (٥٠% و ٣٢,١% على التوالى مقابل ١٨,٣% لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة البسيطة)، وعدم وجود اتجاهات سلبية (٥٢,٦% مقابل ١٥,٣% لدى الأمهات ذوات الاتجاهات السلبية)، وتعليم الأم (٣٤,٤% لدى غير الأميات مقابل صفر% لدى الأميات).

٢- ترى نسبة ٢٦,٤% من العينة الكلية ترى أن التدريب يمكن بغض النظر عن الأسباب، ويرتبط هذا البديل بالمرحلة العمرية من ثلاث سنوات إلى ٦ سنوات وأحد عشرة شهراً (٣٩,٢%) لدى أمهات الأطفال ذوى العمر من ثلاث سنوات إلى ٦ سنوات وأحد عشرة شهراً فى مقابل صفر% و١٨% لدى أمهات الأطفال الأقل من سنة وأمهات الأطفال ذوى العمر ٧-١١ سنة على التوالى) وكل من متلازمة داون والشلل الدماغى (٣٩,٢% و ٣١% على التوالى فى مقابل صفر% لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية المصحوبة بصرع وغير المصحوبة بصرع) وكل من الإعاقة البسيطة والإعاقة الشديدة (٣٣,٣% و ٣٢,١% على التوالى فى مقابل صفر% لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة المتوسطة)، وعدم وجود اتجاهات سلبية (٤٧,٤% لدى الأمهات اللاتى ليس لديهن اتجاهات سلبية فى مقابل ١٥,٣% لدى الأمهات ذوات الاتجاهات السلبية) وتعليم الأم (٣٢,٢% فى مقابل صفر% لدى الأميات).

٣- ترى نسبة ٣٨,٢% من العينة الكلية ترى أن هناك مستويات للإعاقة الذهنية، ويرتبط هذا بالسن الأكبر (٤٣,١% و ٤٠% لدى أمهات الأطفال ذوى العمر من ثلاث سنوات إلى ٦ سنوات وأحد عشرة شهراً وأمهات الأطفال ذوى العمر ٧-١٢ سنة على التوالى فى مقابل صفر% لدى أمهات الأطفال الأقل من سنة)، وهذا منطقي فى ضوء أن أمهات الأطفال الأقل من سنة مازلن يعتمدن للمعلومات وبالتالى بحاجة لتدريب معرفى ومعلوماتى. يرتبط الاعتقاد فى هذه الفكرة أيضاً بمتلازمة داون والشلل الدماغى (٤٣,١% و ٢٩% على التوالى فى مقابل صفر% لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة للذهنية سواء كانت مصحوبة بصرع أو غير مصحوبة بصرع، وهو ما يوحى بافتقار أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية سواء المصحوبة بصرع أو غير المصحوبة بصرع لهذه النوعية من المعلومات). ارتبط الاعتقاد فى هذه الفكرة بكل من المستوى

البسيط والمستوى الشديد من الإعاقة (٥٥% و ٣٢,١% على التوالي في مقابل صفر% في حالة الإعاقة المتوسطة)، وبالاتجاهات السلبية (٤٥,٨% لدى الأمهات ذوات الاتجاهات السلبية في مقابل ٢٣,٧% لدى من ليس لديهن اتجاهات سلبية)، وتعليم الأم (٤٦,٧% لدى غير الأميات في مقابل صفر% لدى الأميات). والجدير بالملاحظة هو أن نسبة من كانوا على دراية بمسميات مستويات الإعاقة الذهنية كانت صفر% بمعنى أن جميع المشاركات - حتى اللاتي تؤمن بوجود مستويات الإعاقة الذهنية - كن تجهلن المسميات العلمية لمستويات الإعاقة.

٤- فيما يتعلق بأسس التصنيف إلى مستويات في الإعاقة الذهنية نجد أن نسبة ٢٠% من العينة الكلية ربطت مستويات الإعاقة الذهنية بالمستوى الإدراكي واللغوي والحركي والفهم، بينما اعتبر ١٠% الشكل والنظافة محاً للتصنيف وكانت أمهات الأطفال الأكبر سناً (٢٢%) والأطفال ذوى الشلل الدماغي (٣٧,٩%) والأمهات ذوات الاتجاهات السلبية (١٥,٣%) وغير الأميات (١٢,٢%) هن الأكثر تبنياً لهذه الفكرة. والنتيجة الخاصة بارتباط هذه الفكرة بالاتجاهات السلبية منطقية في ضوء أن من لديهن اتجاهات سلبية دائماً ما تذهبن نحو السلبيات ومنها سوء المظهر والنظافة. لم تُشر صراحة إلى مستوى الذكاء سوى ٨,٢% من العينة الكلية، وكانت الأعلى تكراراً أمهات الأطفال ذوى العمر من ثلاث سنوات إلى ٦ سنوات وأحد عشرة شهراً (١٧,٦%) وذوى متلازمة داون (١٧,٦%) وذوى الإعاقة البسيطة (١٥%) ومن لا توجد لديهن اتجاهات سلبية (٢٣,٧%).

مناقشة النتائج:

جاءت نتائج الدراسة مدعمة للفرض الأول الذي افترض أن "أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية تنفقون إلى الكثير من المعلومات العلمية الصحيحة عن مفهوم الإعاقة الذهنية ذاته". حيث ظهر هذا واضحاً في التركيز أحياناً على صعوبات الفهم لدى الطفل المعوق وعلى تباينه كيقياً وكماً عن الفرد سوى أحياناً أخرى، وهذا أمر خطير لأن تبنى هذه الأفكار السلبية قد يؤثر في معنويات الأم والأسرة ويقال من الدافعية لتدريب الطفل وتنمية مهاراته. وما يزيد الأمر إشكالية هو تبنى توجهات تقلل من أهمية التدريب وترفع من قدر تدخلات دوائية رأت بعض المشاركات أنها غير متوفرة بمصر. وما من شك أن عوامل أخرى من قبيل التخبط الفكري والحيرة بالمعلوماتية خصوصاً فيما يتعلق بالوراثة ومسؤولية الأم عن حدوث الإعاقات، والجهل التام بالأسباب الحقيقية المحتملة للإعاقة. عموماً وإعاقة أطفالهن بصفة خاصة، والقلق حول المستقبل وغموض الرؤية حول العوامل - ومنها كم وكيف وتوقيت التدخل والتدريب - التي تلعب دوراً في رسم مستقبل الطفل، وعدم دقة المعلومات حول معنى الإعاقة الذهنية ذاتها ومستوياتها، كلها

عوامل تجعل الصورة أكثر تعقيداً، كما أنها تبرر ما أشرنا إليه في مقدمة الدراسة عن مشتاعر الوالدين التي تتصف بالقلق حول المستقبل، وعن الآثار السلبية للإعاقة على أخوة الطفل المعوق، والمشقة النفسية، ونقص التفاعل مع الجيران والأقارب، وسوء التفاهم داخل الأسرة، والخسارة الاقتصادية، إضافة إلى مشاعر الغيرة والامتناع التي قد تظهر بين الأخوة إذا كان الطفل المعوق لأنه يستحوذ على معظم انتباه الوالدين، وعن وجود علاقة مباشرة بين درجة العبء المدرك والعبء الانفعالي الاجتماعي والخلل في روتين الأسرة واضطراب التفاعلات الأسرية، وهذا كله يمكن عزوه إلى نقص المعلومات الصحيحة أو عدم دقتها. كما أن نقص المعلومات قد تجعل الامهات أيضاً تقدمن أشكال من الرعاية غير المطلوبة أو دعماً مفرطاً وهو ما دعمه هيلر وسيه ورويتز (Heller, Hsieh & Rowitz, 1997) عند إجراء مقارنة بين أمهات وآباء الأطفال المعوقين ذهنياً، حيث وُجد أن أمهات الأطفال المعوقين ذهنياً تتفقد وقتاً أطول في تقديم الرعاية، وتقدمن أنماطاً أكثر من الدعم، وتتركز أكثر أعباء الرعاية.

وقد جاءت نتائج الدراسة غير مدعومة لفرض الدراسة الثاني: "المعلومات غير الدقيقة عن الإعاقة ومستوياتها وأنواعها وأسبابها وسبل التعامل معها قائمة بغض النظر عن أعمار الأطفال وتشخيص الإعاقة ومستوى الإعاقة والاتجاهات السلبية وتعليم الأم؛ حيث بين اختبار الاستقلال أن الغالبية العظمى من البدائل المختلفة للإجابة على كل سؤال تتأثر بكل من أعمار الأطفال وتشخيص الإعاقة ومستوى الإعاقة والاتجاهات السلبية وتعليم الأم (أمية/غير أمية).

توحى نتائج الدراسة بالحاجة إلى ضرورة إدراج أمهات الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية والزميلات التي تصاحبها إعاقة ذهنية، في برامج تدريبية فور اكتشافهن لوجود إعاقة ذهنية لدى أبنائهن وبناتهن، ولعل أهمية ذلك تتجلى أولاً: فيما أشارت إليه دراسات علم النفس المعرفي عن دور الأفكار السلبية في حدوث الاكتئاب، ولنا أن نتخيل ما تحدثه الأعراض والسمات الاكتئابية من ضعف وفقر في الهمّة سينعكس بالضرورة في دفعية الأسرة والأم في إعداد وتأهيل وتدريب الطفل المعوق. وثانياً: بيّنت البحوث السابقة أنه إذا توفر الدعم والمصادر الملائمين فإن والدي الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية يمكن أن يتولّفوا مع التحديات التي تطرحها الإعاقة، ومن ثم تتوفر بيئة منزل تربيوي تلبي احتياجات الطفل المعوق وتساعد على النمو (Cmic, Friedrich, & Greenberg, 1983). إن بيئة المنزل للتربيوي هي عامل تنبؤ بالنجاح في المدرسة ولاحقاً في برامج التأهيل الهادفة للتدريب على العمل والاستقلال المتزايد (Mott, Fewell, Lewis, Meisels, Shonkoff, & Simeonsson., 1986). ولا يمكن أن تتوفر بيئة منزل تربيوي لدى أسر يسيطر عليها النفور من الغموض والفقر للتأم للمعلومات الصحيحة عن الإعاقة.

هناك حاجة ماسة لبرامج تعديل المعارف الخاطئة عن الإعاقة، ولا يمكن بأى حال أن نتصور أن المجتمع الأوسع ستتغير نظرتة السلبية عن مفهوم الإعاقة والأسر نفسها ما زالت تقبع فى خضم من الأفكار و المعارف غير العلمية وغير الصحيحة، ويبدو أن المحاور الأساسية لبرامج التعديل يجب أن تشمل تعريف الإعاقة الذهنية، والفترة التى تحدث فيها الإعاقة الذهنية، وكيف يختلف الطفل الموعوق ذهنياً عن الطفل العادى، وأسباب الإعاقة الذهنية - وجدوى معرفة الأسباب. إضافة إلى إدراك الفرق بين مصطلحات تستخدم بشكل مترادف رغم أنها لم تعد كذلك (تأخر أو تخلف أو إعاقة)، ومستقبل الإعاقة الذهنية، ومستويات الإعاقة الذهنية، وأساليب تدريب وتنمية سلوكيات ومهارات الموعوق ذهنياً وأساليب تعديل السلوكيات غير المرغوبة. ويبدو أيضاً أن الأسرة بحاجة لأن تعرف الكثير عن منحنيات الارتقاء لدى زميلات الإعاقة الذهنية المختلفة وأن تعرف الكثير عن التتابع الارتقاى لديهم و هل يختلف كمياً أم كيفياً عن المسار الارتقاى لدى الأسوياء المناظرين لهم فى العمر و المشاركين لهم فى ذات الثقافة. وبعبارة أخرى: هل يسير الأطفال ذوى الإعاقات الذهنية فى نفس المسار الارتقاى للأطفال العاديين ولكنه ينتقل من مرحلة ارتقائية إلى أخرى بمعدل أبطأ، أم أن لديهم عمليات مختلفة تقبع وراء ارتقائهم؟ (راجع فى ذلك الورقة البحثية التى قدمها الباحث عن ارتقاء الأطفال ذوى متلازمة داون:مراجعة لبعض الأدلة المتوفرة، وعرضت فى مؤتمر الكويت الرابع للطب النفسى (التوعية والتعليم وصحة نفس الطفل) الذى عقد فى الفترة من ٢٥-٢٧ أبريل ٢٠١٢ - هشام عبد الحميد تهاى، ٢٠١٢). وتجدر الإشارة إلى أن الإجابة عن هذه التساؤلات الخاصة بالمنحنيات الارتقائية ضرورى لتيسير عملية دمج هذه الفئة من ذوى الاحتياجات الخاصة فى التعليم العام- فالتدريب المنوط به إعداد المعلمين وإعداد المناهج الدراسية والبرامج التربوية المناسبة يجب أن يُبنى على الملامح الارتقائية الخاصة بذوى الاحتياجات الخاصة.

أخيراً تطرح الدراسة الحاجة لمزيد من الدراسات الأكثر دقة و حصافة لمزيد من استكشاف تصور أسر الأطفال ذوى الإعاقات الذهنية لمفهوم الإعاقة ذاته و الزميلات الأخرى التى تصاحبها إعاقة ذهنية .

المراجع:

(١) إلهام كلثوم (١٩٩٠). احتياجات أسرة أحد أفرادها متخلف عقلياً، ورقة أقيمت في مؤتمر مستقبل الطفل المعاق في مصر والذي انعقد خلال الفترة من ١٩٩٠/٢/٢٨ إلى ١٩٩٠/٣/١، منشورة في الكتيب السادس من سلسلة الكتيبات التي يُصدرها مركز سيتي للتدريب والدراسات في الإعاقة.

(٢) عبد اللطيف خليفة (١٩٨٩). الاتجاهات النفسية وأساليب قياسها، في عبد الحليم محمود السيد (محرر) (١٩٨٩)، علم النفس الاجتماعي. القاهرة: دار آتون للنشر.

(٣) عبد اللطيف محمد خليفة (١٩٩٤). تقدير كل من المكانة الاجتماعية والاقتصادية للمهين لدى عينة من أفراد المجتمع المصري. علم النفس، العدد الحادي والثلاثون - يوليو - أغسطس - سبتمبر، صص ١٥٢-١٨٠.

(٤) هشام عبد الحميد تهاى (٢٠١٢). ارتقاء الأطفال ذوى متلازمة داون - مراجعة لبعض الأدلة المتوفرة. ورقة عُرضت في مؤتمر الكويت الرابع للطب النفسي (التوعية والتعليم وصحة نفس الطفل) الذي عُقد في الفترة من ٢٥-٢٧ أبريل ٢٠١٢.

Reference:

1. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD): www.aalidd.org.
2. Ansberry, Clare (2010-11-20). "Erasing a Hurtful Label From the Books". New York: Wall Street Journal.
3. Baker, B. L., Blacher, J., Cmic, K., & Edelbrock, C. (2002). Behavior problems and parenting stress in families of three-year-old children with and without developmental delays. American Journal on Mental Retardation, 107, 433-444.
4. Baker, B. L., McIntyre, L. L., Blacher, J., Cmic, K., Edelbrock, C., & Low, C. (2003). Pre-school children with and without developmental delay: Behaviour problems and parenting stress

- over time. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 217-230.
5. Baron, R. A. & Byrne, D. (1979). *Social psychology. Understanding human interaction*. London: Allyn and Bacon, Inc.
 6. Baxter, C., Cummins, R., & Yiolitis, L. (2000). Parental stress attributed to family members with and without disability: A longitudinal study. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 25, 105-118.
 7. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1987). *Cognitive therapy of depression*. New York, The Guilford Press.
 8. Beckman, P. J. (1991). Comparison of mothers 'and fathers' perceptions of the effect of young children with and without disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 95, 585-595.
 9. Blacher, J., Shapiro, J., Lopez, S., Diaz, L., & Fusco, J. (1997). Depression in Latina mothers of children with mental retardation: A neglected concern. *American Journal on Mental Retardation*, 101, 483-496.
 10. Bristol, M. M. (1987). Mothers of children with autism or communication disorders: Successful adaptation and the Double ABCX model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, 469-486.
 11. Crnic, K., Friedrich, W., & Greenberg, M. (1983). Adaptation of families with mentally retarded children: A model of stress, coping, and family ecology. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 125-213.
 12. Dumas, Wolf, Fisman, S., & Culligan, A. (1991). Parenting stress, child behavior problems, and dysphoria in parents of children with autism, Down syndrome, behavior disorders, and normal development. *Exceptionality*, 2, 97-110.

13. Duvdevany, I., & Abboud, S. (2003). Stress, social support and well-being of Arab mothers of children with intellectual disability who are served by welfare services in northern Israel. *Journal of Intellectual Disability*, 47, 264-272.
14. Dyson, L. (1991). Families of young children with handicaps: Parental stress and family functioning. *American Journal of Mental Retardation*, 95, 623-629.
15. Esdaile, S. A., & Greenwood, K. (2003). A comparison of mother's and father's experience of parenting stress and attributions for parent-child interaction outcomes. *Occupational Therapy International*, 10(2), 115-126.
16. Farber B. (1960). Family organization and crisis: Maintenance of integration in families with several mentally retarded child. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 25(1, serial No. 75).
17. Faber B. & Jenne, W.C. (1963). Family organization and Parent - Child communication: parents & siblings of a retarded child. *Monographs of the Society Research and Child Development*, 28 (7, serial No. 91).
18. Floyd, F., & Gallagher, E. (1997). Parental stress, care demands, and use of support services for school-age children with disabilities and behavior problems. *Family Relations*, 46, 359-371.
19. Frey, K., Greenberg, M., & Fewell, R. (1989). Stress and coping among parents of handicapped children: A multidimensional approach. *American Journal on Mental Retardation*, 94, 240-249.
20. Gupta, R. K. & Kaur, H. (2010). Stress among parents of children with Intellectual disability. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, Vol. 21, No. 2, pp. 118-126.

21. Hanson, M., Ellis, L., & Deppe, J. (1989). Support for families during infancy. In: G. H. S. Singer, & L. K. Irvin (Eds.), Support for caregiving families: Enabling positive adaptation to disability (pp. 207-219). Baltimore: Paul H. Brookes.
22. Heller T, Hsieh K, and Rowitz L. (1997). Maternal and Paternal caregiving of persons with mental retardation across the life span. Family relations, 46 (4), pp 407-115.
23. Jani MC. (1967). Social a mentally retarded child in family. Dissertation Diploma in Medical and Social Psychology. Bangalore University.
24. Khamis, V. (2007). Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. Social Science & Medicine, 64, Pp. 850-857.
25. Loeb, R.C. (1979). Group therapy for parents of mentally retarded children in Attwood, T., The crydon workshop for the parents of severely handicapped School age children. Child: Care, Health and development, 5(3),177-188.
26. Moos, R., & Moos, B. (2002). Family environment scale. Redwood, CA: Mind Garden.
27. Mott, S. E., Fewell, R. R., Lewis, M., Meisels, S. J., Shonkoff, J. P., & Simeonsson, R. J. (1986). Methods for assessing child and family outcomes in early childhood special education programs: Some views from the field. Journal of Early Childhood Special Education, 6, 1-15.
28. NYD Child Study Center: <http://www.aboutourkids.org>.
29. Orsmond, G. I., Seltzer, M. M., Krauss, M. W., & Hong, J. (2003). Behavior problems in adults with mental retardation and maternal well-being: Examination of the direction of effects. American

Journal on Mental Retardation, 108, 257-271.

30. Peshawaria R, Menon D K, Ganguly R, Roy S, Rajan Pillay P R S, & Gupta S. (1998). A study of Facilitators and Inhibitors that effect coping in parents of children with mental retardation in India. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal, 9(1) – Published also in the following site: DINF (Disability Information Resources): <http://www.dinf.ne.jp>.
31. Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S.A., Bradley, V.J., Buntinx, W.H.E & and Coulter, D.L., Criage, E.M., Gomez, S.C., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K.A., Snell, M.E., Spreat, S., Tasse, M.J., Thompson, J.R., Verdugo-Aionso, M.A., Wehmeyer, M.L. & Yeager, MH. (2010). Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports. The 11th Edition of the AAIDD. American Association of Intellectual and Developmental Disabilities, The AAIDD Ad Hoc Committee on the Terminology and Classification.
32. Seshadri M K, Verma S K, and Prashad (2000). Impact of mental retardation of child on the family in India. Indian Journal of Clinical Psychology, 473-498.
33. Singer, G. H., & Irvin, L. K. (1989). Family caregiving, stress, and support. In G. H. Singer, & L. K. Irvin (Eds.), Support for caregiving families: Enabling positive adaptation to disability (pp. 207-219). Baltimore: Paul H. Brookes.
34. Smith, R. (1993). Children with mental retardation: A parents' guide. The special needs collection, Woodbin House.
35. Special Olympics Middle East/North Africa: <http://www.somena.org>.
36. Willer, B., Intagliata, J., & Atkinson, A. (1981). Deinstitutionalization as a crisis event for families of mentally retarded persons. Mental Retardation, 19, 28-29.

The conception of intellectual disability among mothers of children with intellectual disability

Dr. Hesham Abd Elhamid Tohamy

Assistant professor of psychology

Intellectual disability is a disability characterized by significant limitations both in intellectual functioning and in adaptive behavior as expressed in social and practical adaptive skills. This disability originates before age 18 and resulting in the need for extraordinary supports for the person to participate in activities involved with typical human functioning. Diagnosis of intellectual disability in a child provokes a period of disequilibrium in the family followed eventually by an adjustment to life with or without undue stress. There are various stresses which emerge and reemerge over time. Discrepancies between expectations and the performance of the developmentally disabled child continue bringing feelings of grief. The parents show a series of reactions after knowing that their child is disabled. These include shock, denial, guilt, sorrow, rejection and acceptance. Questions like 'why me?' 'How can it be?' keep arising without answers. Some of them undergo tremendous guilt feelings, experience deep sorrow, have strong under expectations of achievement, may have unrealistic goals, and may want to escape from reactions and ultimately turn to accept the child. One of the most important factors that contribute to these stresses is lack of information about disability itself. The present study aimed to discover mothers' conception of intellectual disability. The sample included 110 mothers, all of them have children with intellectual disability that may accompanied with or without other syndromes such as CP, Epilepsy, and down syndrome. The implications of the results and their usefulness in family