فعالية برنامج تدريبي علاجي سلوكي لخفض بعض المخاوف الشائعة لدى ذوات الإعاقة العقلية البسيطة

د/ سهير محمد سلامة شاش
أستاذ التربية الخاصة المشارك
كلية التربية – جامعة طيبة بالمدينة المنورة

ملخص الدراسة

استهدفت الدراسة الكشف عن أهم المخاوف الشائعة لدى المعاقات عقليا القابلات للتعلم ، ومدى فعالية برنامج تدريبي سلوكي في خفض مستوى اضطراب الخوف لدى أفراد المجموعة التجريبية. وقد تكونت العينة الأساسية من (٦٢) من التلميذات المسجلات بمعهد التربية الفكرية / بنات بالمدينة المنورة ، تراوحت أعمار التلميذات بين ١٠ -١٢ سنة ، وتراوحت نسب ذكائهن بين ٥٥-٧٠ ، طبق عليهن استبانة مسح المخاوف الشائعة لدى المعاقين عقلياً (عن طريق الأم) ، ومن بين أفراد العينة الأساسية تم اختيار (١٦) تلميذة ممن حصلن على أعلى الدرجات على استبانة مسح المخاوف لذوي الإعاقة العقلية ، تم تقسيمهن عشوائياً إلى مجموعتين : إحداهما تجريبية مكونة من (٨) تلميذات وأمهاتهن (طبق عليهن البرنامج التدريبي العلاجي الذي استهدف خفض المخاوف لديهن) ، والأخرى مجموعة ضابطة : مكونة من (٨) تلميذات (لم يطبق عليهن أي برنامج). وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن أكثر المخاوف شيوعاً لدى التلميذات ذوات الإعاقة العقلية كانت : الخواف الاجتماعي الذي يمثل أعلى درجات الخوف، يليه الخوف من الظلام ، ثم جاء الخوف من الحيوانات الأليفة والحشرات في المرتبة الثالثة ، كما توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات المخاوف لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية قبل وبعد البرنامج ، وكانت الفروق لصالح القياس البعدي فى الإتجاه الأفضل ، ووجدت فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات المخاوف لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية بعد البرنامج ومتوسط رتب درجات أقرانهن في المجموعة الضابطة ، وكانت الفروق لصالح المجموعة التجريبية فى الإتجاه الأفضل ، ولم توجد فروق ذات دلالة احصائياً في اضطراب الخوف لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية بين القياسين البعدي (بعد انتهاء البرنامج مباشرة) ، والتتبعي (بعد مرور شهر من توقف تطبيق البرنامج).

الكلمات المفتاحية : التدريب العلاجي السلوكي - المخاوف الشائعة – ذوات الإعاقة العقلية البسيطة.

The effectiveness of a behavioral therapy training program to reduce some common fears in a sample of Learnable Mentally Disable femal

Dr. Suhair M. Salama Shash
Associate Profeaaor of Special Education
Faculty of Education, Taibah University

ABSTRACT

The study aimed to identify the most common fears of learnable mentally disabled, and the effectiveness of a behavioral training program in reducing the level of fear disorder in the experimental group. The main sample consisted of (62) female students enrolled in the Institute of Intellectual Education for Girls

in Madinah, ranging in age from 10-12 years, their IQ ranged between 55-70. Among the main sample, 16 students were selected from the students who received the highest scores on the survey of the fears of the mentally disabled. They were randomly divided into two groups: The first is an experimenral group consisting of (N=8) students and their mothers (a therapeutic training program was applied to reduce their fears). The second is the control group (N= 8) female students (for whom no program was applied).

- The results of the study found that the most common concerns among pupils with mental disabilities were: social gaps that represent the highest fear, followed by fear of darkness, and then came the fear of pets and insects in third place.
- There were significant statistical differences between the mean grades of mentally disabled in the experimental group pre and post the program, the differences were in favor of the post in the brtter direction.

- There were significant statistical differences between the mean grades of mental retardation in the experimental group (after the program) and the mean grade of their peers in the control group, the differences were in favor of the experimental group in the better direction
- There were no significant differences in fear disorder of the mentally disabled in the experimental group between the two dimensions (immediately after the end of the program) and the follow-up (one month after the program was discontinued).

Keywords: behavioral therapy training - common fears - learnable mentally disabled.

مقدمة

تعتبر الإعاقة العقلية إحدى الاعاقات التي إهتم الباحثون والمتخصصون والمربون بدراستها من مختلف جوانبها بهدف توفير أفضل البرامج التأهيلية والعلاجية وأساليب التنشئة والرعاية لأطفال هذه الفئة ، وسعياً لتوفير أفضل استثمار لقدراتهم المحدودة في مواجهة المشكلات التي يتعرضون لها.

ولا يختلف النمو الانفعالي للمعاقين عقلياً عن باقي أقرانهم، فهم لا يختلفون عن العاديين إلا في النواحي العقلية التي تجعل أعداداً كبيرة من الأطفال المعاقين عقلياً يواجهون مشكلات انفعالية واجتماعية متنوعة ، فالمعاق عقلياً يرى نفسه مختلفاً عن غيره من الآخرين ويشعر بأنه عاجز وقليل الشأن بالنسبة لغيره من العاديين ، ويغلب على سلوك ذوى الإعاقة العقلية التبلد الانفعالي واللامبالاة والبلادة وعدم الاكتراث بما يدور حولهم، أو الاندفاعية وعدم القدرة على ضبط الانفعالات (البلاح ، ٢٠١٦).

إن طبيعة سلوك المعاق عقلياً وسمات شخصيته تدعو المربين والمختصين للوقوف عندها ودراستها وتحليلها والمساهمة في حل المشكلات التي تعتريه في هذه الحياة ، وجعله إنساناً صامداً أمام مصاعب الحياة ، ومن بين هذه المشكلات الانفعالية التي تواجه المعاق عقلياً المخاوف التي تعتريه وتعوق توافقه النفسي وتفاعله الاجتماعي.

ويعد انفعال الخوف أحد الانفعالات التي لم يتطرق إليها إلا قليل الدراسات التي تناولت تربية وتأهيل وتنشئة ذوي الإعاقة العقلية ، وهذا الانفعال انفعال أساسي في حياة أي إنسان ، بل إنه من أكثر الحالات الانفعالية شيوعاً وتأثيراً في حياته ، وهو انفعال تثيره مواقف لا حصر لها ، وهو بمثابة حالة شعورية وجدانية يصاحبها اضطراب نفسي وبدني ينتاب الطفل عندما يتسبب مؤثر خارجي في إحساسه بالخطر ، وقد ينبعث هذا الإحساس من داخل الطفل وقد يكون من الخارج (ملحم ، ٢٠٠٢ ، ٣٤٩) .

وتتنوع شدة الخوف من مجرد الحذر إلى الهلع والرعب ، وينتج انفعال الخوف من الاحساس بوجود خطر أو توقع حدوث هذا الخطر ، ويعتقد بعض

العلماء أن الطفل يولد مزوداً بغريزة فطرية لانفعال الخوف كخوف الرضيع من الصوت المرتفع وفقدان التوازن والحركة المفاجئة ، ويعتقد آخرون أن المخاوف متعلمة يكتسبها الفرد من البيئة من حوله كالخوف من الحيوانات أو الظلام ، ومن المخاوف أيضاً الخوف من المجهول والخوف من المستقبل. وتؤدي الحالات الشديدة والمستعصية من الخوف إلى احداث ضرر بالغ بالصحة النفسية للفرد ، كما تجعل الفرد مذعوراً كارهاً لنفسه ، أو فرداً تحركه الكراهية للذات أو الآخرين (وولمان ، ١٩٩٥ ،٦١).

مشكلة الدراسة

نظراً لأن المخاوف بمختلف أشكالها تعتبر من أكثر المشكلات الانفعالية التي يعاني منها الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة أو القابلين للتعلم مما يحول دون قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية مقبولة مع الآخرين ، وعدم تمتعه بالصحة النفسية وممارسة المهارات الحياتية الأساسية ، لذا كان من الواجب مواجهة هذا الاضطراب والحد من مظاهره من خلال البرامج العلاجية التي تستهدف توفير أساليب الرعاية التربوية وتنمية شخصيته بعيداً عن الخوف والقلق ، وتسمح للمعاق عقلياً بالتعبير عن نفسه في جو يسوده الأمن والطمأنينة والثقة بالنفس. لذا : تتبلور مشكلة الدراسة الحالية في الكشف عن مدى فعالية برنامج تدريبي سلوكي في خفض بعض المخاوف لدى عينة من المعاقات عقلياً القابلات للتعلم ، ومن ثَم : تحاول الدراسة الحالية الإجابة عن التساؤلات التالية :

(١) ما أهم المخاوف الأكثر شيوعاً وانتشاراً بين ذوات الإعاقة العقلية ؟

(٢) هل يختلف مستوى اضطراب الخوف لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية قبل البرنامج عنه بعد البرنامج ؟

(٣) هل يختلف مستوى اضطراب الخوف لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية بعد البرنامج عنه لدى أقرانهن في المجموعة الضابطة ؟

(٤) هل يختلف مستوى اضطراب الخوف لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية بين القياسين البعدي (بعد انتهاء البرنامج مباشرة) ، والتتبعي (بعد مرور شهر من توقف تطبيق البرنامج) ؟

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة بصفة عامة إلى الكشف عن أهم المخاوف الشائعة لدى عينة من ذوات الإعاقة العقلية التي يمكن خفض حدتها من خلال البرنامج التدريبي العلاجي المستخدم. وتتحدد الأهداف الإجرائية للدراسة فيما يلي :

(١) الكشف عن أهم المخاوف الشائعة لدى المعاقات عقليا القابلات للتعلم.

(٢) إعداد برنامج تدريبي علاجي سلوكي لخفض بعض اضطرابات الخوف الشائعة لدى ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتعلم.

(٣) الكشف عن مدى فعالية برنامج تدريبي سلوكي في خفض مستوى اضطراب الخوف لدى ذوات الإعاقة العقلية في المجموعة التجريبية.

(٤) الكشف عن مدى وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة من ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتعلم في مستوى اضطراب الخوف بعد تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية.

(٥) الكشف عن مدى استمرار فعالية البرنامج على مستوى الخوف في المجموعة التجريبية ، بعد فترة من توقف الإجراءات الخاصة به.

أهمية الدراسة

- تتناول الدراسة فئة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة والتي تشكل النسبة الكبرى من حالات الإعاقة العقلية ، حيث تصل نسبتهم إلى حوالي ٨٥٪ من نسبة الإعاقة العقلية ككل ، وأنهم من خلال البرامج التدريبية يمكن أن تنمو امكاناتهم ومهاراتهم ويستطيعون التغلب على الاضطرابات والسلوكيات اللاتكيفية السائدة بينهم (محمد ، ٢٠٠٤).
- تعد هذه الدراسة من الناحية النظرية إضافة علمية في مجال التعرف على المخاوف الشائعة لدى ذوي الإعاقة العقلية ، حيث تعد – في حدود علم الباحثة – من البحوث العربية القليلة التي تناولت تلك المخاوف وأساليب التدخل العلاجي لمواجهة هذه المخاوف.

- من الناحية التطبيقية يُتوقع أن تسهم نتائج تلك الدراسة ، وما تقدمه من توصيات تربوية في الحد من المخاوف لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية ، وتبصير الوالدين والمعلمين ببعض الأساليب العلاجية والبرامج التربوية التي من شأنها الحد من تلك المخاوف وعدم استفحالها وترك آثار سلبية تحول دون تنمية السلوك التكيفي الايجابي لأطفال هذه الفئة.

مصطلحات الدراسة

١. **الإعاقة العقلية**: يقصد بالإعاقة العقلية في الدراسة الحالية التلميذات المعاقات عقلياً بدرجة بسيطة (القابلات للتعلم) المنتظمات في برامج التربية الفكرية بمعهد التربية الفكرية للبنات بالمدينة المنورة، اللاتي تتراوح نسبة ذكائهن بين ٥٥-٧٠ ، طبقاً لمقياس ستانفورد بينيه للذكاء (وقد تم اختيار عينة المعاقات عقلياً دون الذكور لظروف اجرائية تتعلق بتطبيق البرنامج ، كما أن عديد من الدراسات السابقة قد أشارت نتائجها إلى كثافة وشدة المخاوف لدى الإناث مقارنة بالذكور)..

٢. **اضطراب الخوف**: تشتمل اللغة على معان متعددة لإنفعال الخوف تدور كلها حول الإحساس بالترقب والحذر والخشية ، والرهبة ، والجزع ، والفزع ، والرعب ، والهلع. ويعرف الخوف بأنه حالة من التوجس تتبلور حول خطر محدد يمكن التحقق من وجوده في عالم الواقع (عبد المعطي ، ٢٠٠٣). ويقاس الخوف في الدراسة الحالية بالإستبانة المستخدمة للكشف عن المخاوف الشائعة لذوي الإعاقة العقلية.

٣. **البرنامج التدريبي**: هو مجموعة من الإجراءات والتدريبات المنظمة المستندة إلى أساليب علاجية. . ويعرف إجرائياً في الدراسة الحالية بأنه مجموعة من الإجراءات والنشاطات المتمثلة في جلسات تفاعلية تجرى مع أفراد المجموعة التجريبية وأمهاتهن.

٤. **العلاج السلوكي**: هو منهج علاجي يهدف إلى تعديل السلوك المرضي أو المختل لدى الفرد واحلال سلوكيات جديدة محله ، أو استبدال الأنماط السلوكية غير المرغوبة باستجابات أخرى جديدة تعمل على منع الاستجابات غير المرغوبة (حسين ، ٢٠٠٤).

ويعرف إجرائياً بأنه : البرنامج الذي تم تطبيقه علي عينة من ذوات الإعاقة العقلية وأمهاتهن بمساعدة الباحثة والمعلمة ، لخفض المخاوف الشائعة لدى أفراد العينة باستخدام فنيات التعليم بالتقليد ، والنمذجة ، والتعزيز ، والحث والتلقين ، ولعب الدور، والتشكيل والتسلسل ،إلى جانب المحاضرة، والمناقشة ،والواجبات المنزلية.

حدود الدراسة

تتحدد نتائج الدراسة بالفترة الزمنية التي تم إجراء الدراسة فيها ، ومكان إجرائها ، ومنهجها ، والأدوات والبرنامج المستخدم :

(١) الحدود الزمانية : الفترة التي طبق البرنامج فيها وهي : الفصل الثاني للعام الدراسي ١٤٣٧/١٤٣٨هـ.

(٢) الحدود المكانية : تم تنفيذ البرنامج في معهد التربية الفكرية للبنات بالمدينة المنورة.

(٣) الحدود البشرية : تتحدد الدراسة بعينة من المعاقات عقلياً القابلات للتعلم من بين تلميذات التربية الفكرية ، تتراوح نسبة ذكائهن بين ٥٥- ٧٠ (وفق ما هو محدد في استمارة قبول التلميذة بالمعهد) ، ، وتتراوح أعمارهن الزمنية ما بين ١٠-١٢سنة.

(٤) الحدود الموضوعية : تتحدد نتائج الدراسة الحالية بإستبانة مسح المخاوف الشائعة لدى المعاقين عقلياً المستخدم ، ووفق البرنامج التدريبي السلوكي الذي استهدف خفض المخاوف الشائعة لدى عينة الدراسة.

(٥) الحدود المنهجية : تتحدد الدراسة بالمنهج المستخدم (وهو المنهج شبه التجريبي).

الإطار النظري والدراسات السابقة

١. الإعاقة العقلية

تصنف الإعاقة العقلية Intellectual Disability في الدليل التشخيصي والاحصائي للإضطرابات العقلية (DSM -5 , 2013) للجمعية الأمريكية للطب النفسي ضمن فئة الاعاقات العصبية النمائية Neurodevelopmental Disorders ، وتعرف الإعاقة العقلية بأنها : اضطراب يبدأ خلال فترة النمو مشتملاً قصور أو عجز في الأداء الفكري والتكيفي في المجالات المفاهيمية ، والاجتماعية ، والعملية. ويجب أن تتحقق المعايير الثلاثة التالية:

- القصور في الوظائف الفكرية ، مثل التفكير، وحل المشكلات، والتخطيط ، والتفكير المجرد ، والحكم، والتعلم الأكاديمي، والتعلم من الخبرة ، التي يؤكدها كل من التقييم الاكلينيكي ، واختبار ذكاء معياري فردي مقنن.
- أن القصور في الوظائف التكيفية يؤدي إلى الفشل في تلبية المعايير النمائية والاجتماعية والثقافية ، ومعايير الاستقلال الشخصي والمسؤولية الاجتماعية بدون الدعم الخارجي المستمر. فالقصور التكيفي يحد من الأداء في واحد أو أكثر من أنشطة الحياة اليومية، مثل: التواصل، والمشاركة الاجتماعية، والحياة المستقلة، عبر عدة بيئات متعددة : مثل المنزل والمدرسة والعمل والمجتمع.
- يبدأ القصور الفكري والتكيفي خلال فترة النمو.

وتصنف الإعاقة العقلية من حيث الشدة إلى : خفيفة ، ومتوسطة ، وشديدة ، وعميقة (American Psychiatric Association , 2013 , 33).

٢. **المخاوف**

يصنف الخوف أو الرهاب المحدد في الدليل التشخيصي الاحصائي الخامس للإضطرابات النفسية (DSM-5, 2013) ، ضمن أضطرابات القلق التي تظهر بشكل متكرر لدى الأطفال والمراهقين والشباب والتي تتضمن من بينها: الرهاب الاجتماعي ، والرهاب المحدد ، ونوبات الهلع (الذعر) ، والأجورافوبيا (فوبيا الأماكن المتسعة) .(American Psychiatric Association, 2013)

وقد أوضح كروفورد (Crawford ,1995, 189) الفرق بين الرهاب (المخاوف) ، والقلق : بأن الخوف استجابة فورية لمواقف التهديد المدركة ، بينما القلق هو خبرة انفعالية أوسع ، أو حالة من الاستثارة الانفعالية عقب الشعور بالخوف أو التهديد ، وفي الدليل التشخيصي الإحصائي للإضطرابات العقلية (DSM-5) فإن الخوف هو الاستجابة العاطفية الحقيقية أو المتصورة لتهديد وشيك، في حين أن القلق هو توقع التهديد في المستقبل.

ووفقاً لـ (DSM-5) فإن الرهاب الاجتماعي Social Anxiety Disorder (Social Phobia) : تمثل خوف ملحوظ أو قلق حول واحد أو أكثر

من المواقف الاجتماعية التي يحتمل أن يتعرض الفرد فيها للتدقيق من قبل الآخرين التي تتضمن التفاعلات الاجتماعية كإجراء محادثة ، أو مقابلة أناس غير مألوفين ، أو أن يكون مراقباً في الأكل أو الشرب ، أو الأداء أمام الآخرين : كإلقاء كلمة مثلاً، أو خوف الفرد من أنه سوف يتصرف بطريقة محرجة ، أو سوف يظهر عليه أعراض القلق من أن تصرفاته سيتم تقييمها سلبياً من قبل الآخرين ، أو بطريقة مهينة أو محرجة ، وسوف تؤدي إلى الرفض أو الاساءة إليه من قبل الآخرين (APA, 2013, 202- 203).

أما المخاوف النوعية أو ما أطلق عليه "الرهاب المحدد" specific phobias فتعتبر الشكل الأكثر شيوعاً من اضطرابات القلق ، ويعني الخوف من أشياء أو مواقف محددة مثل :

- الخوف من حيوان صغير غير مؤذي أو الحشرات : كالكلاب ، العناكب والحشرات، والثعابين.
- الخوف من أشياء في البيئة الطبيعية : كالارتفاعات والعواصف والمياه.
- الخوف من الحقن – والإصابة : كالخوف من الحقن والإبر ، ونقل الدم ، والخوف من الدم ، والخوف من إجراءات الرعاية الطبية الأخرى ، والخوف من الإصابة.
- المخاوف الظرفية : على سبيل المثال، خوف من الطيران والطائرات ، والمصاعد ، والأماكن المغلقة.
- مخاوف أخرى : كالحالات التي قد تؤدي إلى الاختناق أو القيء عند الأطفال، الأصوات الصاخبة أو الشخصيات ذات الأزياء المميزة).
- قد يكون هناك أكثر من مثيرات للتحفيز الرهابي أو استثار المخاوف : كخوف من حيوان ، والمصاحبة لظروف أخرى : كالنيران أو توهم الأشباح أو التواجد في الأماكن المظلمة أو الغريبة.(APA, 2013, 197- 198)

والسمة الأساسية للرهاب أو المخاوف الشائعة في الطفولة هي الخوف المستمر من تلك الأشياء التي تستثير استجابة القلق وتجنب التعرض لهذه المواقف. وعندما يصبح الخوف مفرطاً يقر الفرد بأن أسباب هذا الخوف غير منطقية ، ويكون من الشدة والاستمرار ودرجة سوء التكيف بحيث لا يستطيع تغيير استجابة الكدر التي

تنتابه. وقد قسم الباحثون استجابات الخوف نحو التهديدات الحقيقية أو المدركة إلى ثلاثة أنواع : استجابات معرفية : مثل التقارير الذاتية عن الاحساس بالتهديد والكدر والضيق والعجز ، واستجابات حركية : مثل الصراخ والبكاء وسورات الغضب والرعشة والتجنب والهروب من المواقف المثيرة للخوف أو التجمد والانكماش والانسحاب، واستجابات فسيولوجية : مثل سرعة التنفس والعرق وخفقان القلب وحساسية الجلد (Muris ,et al., 2002).

التوجهات النظرية في تفسير أسباب الخوف:

تم تفسير أسباب وتطور المخاوف في عديد من التوجهات النظرية ، والتي أبرزها **نظرية التحليل النفسي** حيث ذهب فرويد إلى أن المخاوف والقلق هما نفس الشيء ، وتنشأ من تأثير الدوافع المكبوتة والصراعات النفسية ، وأن القلق يرجع إلى دافع فطري ذا صلة بالعقاب السابق والهجر والفشل والرفض ، ورأى فرويد أن القلق والمخاوف تستثير آليات الدفاع لمواجهة المواقف الخطرة ، وعند فشل آليات الدفاع تظهر أعراض الخوف والقلق ، حيث تتعلق مخاوف الطفل بأشياء أو مواقف محددة كبديل للخوف من الوالدين (Li & Morris ,2007, 445) .

وامتداداً لتوجهات التحليل النفسي إعتبر **ألفرد أدلر** أن المخاوف والقلق ترجع إلى أسلوب الحياة الذي يتبعه الطفل، والشعور بالدونية ، والسعي نحو السمو والتميز عن الآخرين ، وأن فشل الفرد في مواجهة مشكلات الحياة تزيد احتمالية انتهاج الفرد أسايب خاطئة في الحياة تؤدي إلى ظهور اضطراب القلق والمخاوف المرضية (Crawford,1995).

ومن ناحية أخرى فإن **النظريات السلوكية** تنحو نحواً آخر في تفسير أسباب الرهاب والخوف ، إذ تذهب إلى أن جميع السلوكيات - ومنها المخاوف – مكتسبة. ووفقاً لنظرية التشريط الكلاسيكي فإن المخاوف والاستجابات الانفعالية السلبية الأخرى هي استجابات غير شرطية تستثيرها الأحداث الصادمة (مثيرات غير شرطية) ، واذا اقترن المثير غير الشرطي بمثير شرطي مرات عديدة فإن المثير الشرطي يكتسب خصائص المثير غير الشرطي ويستثير استجابة انفعالية سلبية "الخوف" (استجابة شرطية). (Huijun ,2003, 39)

وطبقاً **لنظرية التشريط الاجرائي لسكنر** فإن المخاوف مكتسبة وتعززها البيئة المنزلية أو مساندة الوالدين.

وتسير في نفس التوجهات **نظرية التعلم الاجتماعي لبندورا** التي تؤكد على أن الأفراد يكتسبون المخاوف من خلال التعلم المتناوب أو ملاحظة نموذج صادم في أحد المواقف المثيرة للخوف واكتساب التمثيل الرمزي لهذا الحدث المنمذج ، وبذلك تنمو المخاوف من خلال النمذجة.

وفي تطور لاحق قدم بندورا مفهوم "الكفاءة الذاتية" والذي يؤكد على أهمية توقع الكفاءة الشخصية في اختيار السلوكيات ومواجهة المواقف المشكلة ، وبالأخص: يتجنب الأفراد ذوي المخاوف المحددة مواقف الخطر لأنهم يعتقدون أنها تتجاوز مهارات المواجهة لديهم. لذلك فمن المتوقع أن يشعروا بالخوف والعجز وعدم القدرة على أداء سلوكيات ايجابية للتغلب على مخاوفهم (Siyao, et al., 2008, 15).

أما **النظرية المعرفية** والتي يمثلها التوجه العقلاني الانفعالي السلوكي لألبرت إليس فتذهب إلى أن المواقف المثيرة للخوف قد لا تؤدي إلى المخاوف أو القلق بذاتها، ولكن تفسير هذه المواقف من خلال أفكار ومعتقدات الشخص هو الذي يؤدي إلى المخاوف والقلق التي يتبعها تجنب المواقف المثيرة للخوف. إن الأفراد ذوي المعتقدات غير العقلانية يشعرون بعدم القدرة على مواجهة المخاطر والتهديدات، وهذه التشوهات المعرفية السلبية تؤدي إلى المخاوف والرهاب (Siyao, et al. ,2008 ,16).

مخاوف ذوي الإعاقة العقلية

يعاني الأطفال ذوي الإعاقة العقلية قدراً كبيراً من المخاوف مقارنة بأقرانهم العاديين في نفس العمر الزمني أو العمر العقلي : ففي دراسة أجراها دُف وآخرون (Duff,et ,al. , 1991) تم تطبيق جدولاً مسحياً للمخاوف على (٢٠) من المعاقين عقلياً ذوي الإعاقة البسيطة و (٢٠) من العاديين من نفس العمر العقلي والنوع ، وقد أظهر ذوو الإعاقة العقلية مخاوف أكثر وأشد من العاديين ، وأكدت الدراسة على أهمية فهم درجة ونوع المخاوف لدى المعاقين عقلياً لتقليل دخولهم إلى مؤسسات الرعاية الداخلية.

وأجرى فاندينبرج (Vandenberg,1993) دراسة تناولت الخصائص النمائية للمخاوف لدى ١١٢ من الأطفال العاديين (عمر ٤- ١٢ سنة) ، ٤٢ من الأطفال المعاقين عقليا (عمر ٧- ٢٢ سنة) . أوضحت أنه مع التطور فى النمو أصبحت مخاوف الأطفال العاديين أكثر ارتباطاً بمصادر التهديد الحقيقية التى تتضمن القدرة الانسانية وأقل ارتباطاً بالأشياء التخيلية ، في حين أظهر الأطفال المعوقين عقلياً أنماط من المخاوف مشابهة لأقرانهم في نفس العمر العقلى وليس أقرانهم من نفس العمر الزمنى وتزيد احتمالية إنكارهم الخوف عن أقرانهم العاديين.

وقام كينج وآخرون (King ,et al., 1994) بتقييم المخاوف لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية مقارنة بذوي الاعاقات الأخرى ، حيث تم تطبيق نسخة معدلة من الجدول المسحي للمخاوف على (٥٣٨) من الذكور ، (٤٧٣) من الاناث في عمر يتراوح بين ٧-١٨ سنة موزعين كالآتي (٣٠٢) من ذوي الإعاقة العقلية ، (٢١٨) لديهم اعاقة سمعية ، (١٩٢) لديهم اعاقة بصرية ، (٢٩٩) بدون اعاقات. وقد أظهر ذوو الإعاقة العقلية مخاوف أكثر بشكل دال عن الأطفال العاديين وذوي الإعاقة السمعية وذوي الإعاقة البصرية ، وكانت أكثر مخاوفهم تتعلق بالخوف من المجهول ، ومن الاصابات ، والحيوانات الصغيرة – وأظهر الإناث مخاوف أكثر بشكل دال مقارنة بالذكور.

كما قارن جولون وآخرون (Gullon ,et al.,1995) بين المخاوف والقلق والسلوك التكيفي لدى (٥١) من الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة العقلية من المستوى البسيط والمتوسط مقارنة بـ (٥٧) من الأفراد متوسطي الذكاء بإستخدام الجدول المسحي للمخاوف ، ومقياس التعبير عن القلق لدى الأطفال ،ومقياس فاينلاند للسلوك التكيفي. كشف التحليل الاحصائي عن وجود مستويات مرتفعة من الخوف والقلق لدى الأفراد ذوي الإعاقة العقلية ، ووجود علاقة عكسية بين الوجدان السلبي والسلوك التكيفي لدى ذوي الإعاقة العقلية.

وقام جولون وآخرون (Gullone ,et al. , 1996) بالتحقق من الصدق والثبات بطريقة الاتساق الداخلى وإعادة التطبيق بفاصل زمنى أسبوع واحد للجدول المسحى للمخاوف لدى الأطفال – الصورة الثانية على عينة قوامها ١٢١ من ذوى الإعاقة العقلية ، ١٧٧ من العاديين. وتبين أن الجدول المسحى للمخاوف

لدى الأطفال يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة لدى العينتين حيث يتمتع بثبات مرتفع (كما تبين من إعادة التطبيق والاتساق الداخلى)، ووجدت مؤشرات صدق جيدة (من خلال فحص العلاقة بين درجات الخوف ودرجات حالة وسمة ومظاهر القلق، وأحرز التلاميذ ذوى الإعاقة العقلية درجات مرتفعة بشكل دال عن التلاميذ العاديين). ووجد انخفاض مرتبط بالعمر فى الخوف لدى التلاميذ العاديين فقط ، ووجدت فروق تبعاً للجنس في كلتا العينتين حيث ترتفع مستويات وعدد المخاوف لدى الإناث عن الذكور.

وفي نفس الوقت أجرى جولون وآخرون (Gollon , et al.,1996) دراسة مقارنة بين الأطفال ذوى الإعاقة العقلية والعاديين تناولت المخاوف الطبيعية لدى ١٨٧ من الأطفال ذوى الإعاقة العقلية ما بين المستوى البسيط والمتوسط، وتم أيضاً جمع بيانات عن ٣٧٢ من الأطفال العاديين لأغراض المقارنة ، وتراوحت أعمار جميع المستجيبين ما بين ٧ إلى ١٨ سنة. وتم تقييم الخوف باستخدام الجدول المسحى للمخاوف لدى الأطفال (الصورة الثانية)، وقد أورد الأطفال ذوى الإعاقة العقلية فى تقاريرهم مستويات مرتفعة بشكل دال من المخاوف عن الأطفال العاديين ، وإن وجدت احتمالية تشابه مخاوفهم مع مخاوف الأطفال العاديين الأصغر سناً. والمخاوف التى تم تمييزها بين المجموعتين تتعلق بالظواهر الخارقة للطبيعة ، والحيوانات مثل الخوف من النحل والسحالى والأشباح والقبور، وأوردت الإناث فى تقاريرهن مستويات مرتفعة من المخاوف أكثر عن الذكور ، ووجد أن الخوف من الموت والخطر هو أشد المخاوف لدى جميع المستجيبين.

وأجرى شريت (١٩٩٦) دراسة امبيريقية كلينيكية للكشف عن المخاوف الشائعة لدى الأطفل ذوي الإعاقة العقلية ، حيث تم تطبيق أداة لقياس المخاوف في مرحلة الطفولة على عينة من المعاقين عقلياً والعاديين ، وتوصلت إلى وجود فروق دالة إحصائياً في المخاوف الشائعة بين المعاقين عقلياً والعاديين حيث كانت مخاوف المعاقين عقلياً أكثر شدة من العاديين ، كما اختلفت مخاوف الأولاد عن البنات ، فقد كانت البنات ذوات الإعاقة العقلية أكثر خوفاً من البنين ، واختلفت أنواع المخاوف تبعاً لمستوى الإعاقة ، ووجد أن مخاوف المعاقين عقلياً ترتبط بمعاناة القلق ، والإنطوائية ونقص الثقة بالنفس.

وتناولت دراسة راميرز وكراتوشويل (Ramirez & Kratochwill,1997) مدى تكرار حدوث وشدة ومحتوى المخاوف فى ضوء التقارير الذاتية لدى ٢٩٩ من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وغير المعوقين (٦- ١٣ سنة). وتكونت العينة من: ٢٣ من الذكور ، ٣٨ من الإناث ذوى الإعاقة العقلية ، و ١١١ من الذكور ، ١٢٧ من الإناث العاديين. وتم تقييم مخاوف التلاميذ من خلال الجدول المسحى للمخاوف لدى الأطفال ، الذي تم تطبيقه بشكل فردى وشفهى على كل تلميذ على حدة. وأشار الأطفال ذوى الإعاقة العقلية فى تقاريرهم إلى مخاوف أكثر شدة من التلاميذ الأصغر سناً غير المعاقين ، لكن لا يوجد تباين فى عدد المخاوف. من ناحية أخرى أورد الأطفال ذوى الإعاقة العقلية فى تقاريرهم مخاوف أكثر تكراراً وشدة من أقرانهم من نفس العمر من العاديين ، وأظهرالأطفال ذوى الإعاقة العقلية مخاوف محسوسة تتعلق بالحيوانات أكثر من أقرانهم. ووجدت فروق بيم الجنسين بخصوص تكرار وشدة المخاوف ، وتم مقارنة المخاوف الأكثر شيوعاً (دون مراعاة تقديرات الشدة) بين المجموعتين.

وتناولت دراسة موريس وآخرون (Muris , et al. ,2002) العلاقة بين النمو المعرفى ومظاهر القلق لدى الأطفال العاديين ومنخفضى الذكاء. تم فيها مقارنة المخاوف والقلق لدى ١٧٦ من الأطفال العاديين ، ١٠٥ من الأطفال منخفضى الذكاء ، وتراوحت أعمار جميع الأطفال مابين ٤ إلى ١٢ سنة. وقام الباحثون فى هذه الدراسة بتقييم إلى أى مدى يرتبط مستوى النمو المعرفى وفقا لمهمة الحفظ عند بياجيه بوجود الخوف والقلق. وبينما لا يوجد تباين بين الأطفال العاديين ومنخفضى الذكاء فيما يتعلق بمحتوى المخاوف والقلق أورد الأطفال العاديين فى تقاريرهم مظاهر للقلق أكثر تكراراً من الأطفال منخفضى الذكاء خلال مقابلة شبه مقننة للقلق ، ووجدت شواهد بحثية تشير إلى أن مستوى النمو المعرفى يؤدى إلى التعرض للمخاوف والقلق لدى الأطفال العاديين. من ناحية أخرى عندما تم تقييم مظاهر القلق من خلال استبيان الخوف لـ "كولا " ظهرت نتائج مختلفة فقد أشارت نتائج هذا الاستبيان إلى أن المخاوف أقل تكراراً لدى الأطفال العاديين والأطفال منخفضى الذكاء الذين لديهم مستويات مرتفعة من الأداء المعرفى. وأظهرت المقابلة شبه المقننة للقلق واستبيان الخوف لكولا جوانب مختلفة نوعاً ما من القلق. ويبدو أن استبيان الخوف لكولا يقيس المخاوف الأولية التى يحتمل

انتشارها لدى الأطفال ذوى القدرات العقلية المحدودة بينما تقيس مقابلة القلق شبه المقننة مظاهر من المخاوف والقلق الأكثر تعقيداً التي تعتمد على المستويات المرتفعة من النمو المعرفى.

وفي دراسة أجراها ديكينز وآخرون (Dykens,et al.,2003) عن القلق والمخاوف لدى الأفراد ذوي متلازمة ويليامز قارنت بين (١٢٠) من ذوي متلازمة ويليامز (عمر ٦-٤٨ سنة) وأقرانهم من ذوي الإعاقة العقلية الناجمة عن أسباب مرضية مختلفة ، حيث تمت المقارنة من خلال تقارير الوالدين عن المخاوف الشائعة لدى أبنائهم من خلال مقابلات مقننة مع أولياء الأمور ، وأظهرت النتائج أن أطفال متلازمة ويليامز يظهرون مخاوف أكثر وبشكل دال ومدى واسع من المخاوف المتكررة وقلق معمم متوقع ، وكان الرهاب المحدد أكثر انتشاراً عند ٩٦٪ من أفراد العينة بصورة مستمرة وملحوظة ، وأوصت الدراسة بإمكانية استخدام العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الرهاب لذوي الإعاقة العقلية.

وفي دراسة أجراها إيفانز وآخرون (Evans , et al. , 2005) قارنت المخاوف والمشكلات السلوكية لدى ٢٥ طفلاً يعانون من اضطراب طيف التوحد، و ٤٣ طفلا مصابين بمتلازمة داون، و٤٥ طفلا معاقاً عقلياً ، و ٣٧ طفلاً من نفس العمر الزمني. وتم تقييم مخاوف الأطفال، والرهاب، والقلق والمشكلات السلوكية باستخدام تقارير الوالدين ، ظهرت فروق دالة عبر المجموعات التشخيصية على مجموعة متنوعة من المخاوف. وأظهر الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التوحد أن لديهم مزيداً من حالات الرهاب والمخاوف الطبية ، ولكن المخاوف أقل من الضرر / الإصابة بالمقارنة مع جميع المجموعات الأخرى. كما اختلفت المجموعات من حيث نمط الإرتباط بين المخاوف والرهاب والقلق والمشكلات السلوكية بالنسبة للأطفال التوحديين مقارنة بذوي الإعاقة العقلية ، في حين كانت المخاوف والرهاب والقلق أقل ارتباطاً بالأعراض السلوكية للمجموعات الأخرى من المفحوصين. وتشير هذه النتائج إلى أن الأطفال الذين يعانون من أعراض اضطراب التوحد يظهرون لمحة متميزة من الخوف والقلق مقارنة بغيرهم في العمر العقلي والعمر الزمني مطابقة للأطفال، وهذه المخاوف ترتبط بأعراض اضطراب التوحد.

وعن أشكال المخاوف الشائعة لدى ذوي الإعاقة العقلية قام ليى وموريس (Li & Morris, 2007) بتقييم المخاوف والقلق ذا الصلة لدى الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة العقلية البسيطة (من عمر ٧-١٨ سنة) تبعاً للجنس والعمر، حيث استجاب التلاميذ للجدول المسحي للمخاوف لدى الأطفال، ومقياس القلق المعدل. وكشفت النتائج عن وجود تأثير للسن والجنس والإعاقة، حيث أظهرت الاناث مستويات مرتفعة من المخاوف الشاملة، وقلق الاحباط في المواقف الاجتماعية، والمخاوف المتعلقة بالجروح البسيطة، والحيوانات الصغيرة، والقلق / الحساسية الشديدة. وكان الأطفال الأصغر سناً ذوي الإعاقة العقلية البسيطة لديهم مستويات مرتفعة من المخاوف والقلق المعمم.

وأجرى هوجن وآخرون (Huijun , et al. , 2008) دراسة تناولت الخوف من الفشل والنقد فى ضوء التقارير الذاتية لدى التلاميذ ذوى الإعاقة العقلية البسيطة باستخدام النسخة المعدلة للجدول المسحى للمخاوف لدى الأطفال، وقد بلغ عدد أفراد العينة ٧٣ تلميذاً في عمر ٧ – ١٨ سنة (عدد الذكور= ٤٣، عدد الإناث = ٣٠). وكشفت النتائج أن المراهقين (عمر ١٣ – ١٨ سنة) والذكور ذوى الإعاقة العقلية البسيطة لديهم مستويات مرتفعة بشكل دال من الخوف من الفشل والنقد عن أقرانهم الأصغر سنا (عمر ٧ – ١٢ سنة) وأكبر من الإناث بدرجة دالة. ووفقا لتقديرات التلاميذ فإن خوفهم الأساسى يتعلق بتقديم التقارير شفهياً.

وعن المؤشرات الدالة على المخاوف لدى المعاقين عقلياً أجرى تونسون وآخرون (Tonnsen, et al. et al., 2013) دراسة للكشف عن المؤشرات البيوسلوكية للخوف الإجتماعى لدى الأطفال ذوى متلازمة إكس الهش عند مقابلة الغرباء لدى عينة من ٢١ طفلاً ذوى متلازمة إكس الهش، ١٩ من طفلاً عادياً (في عمر ١٢- ٥٨ شهراً)، وأظهرت النتائج عدم وجود تباين فى متوسط المستويات السلوكية للمخاوف لدى المجموعتين في أنماط الاستثارة والسلوك، غير أن أطفال متلازمة إكس الهش أظهروا درجة أعلى فى الخوف من وجوه الغرباء مع التقدم فى السن، وتغيرات مرتبطة فى العلاقة بين نشاط القلب، وعبارات الكدر.

أساليب التدخل العلاجي لمخاوف المعاقين عقلياً

أما عن أساليب التدخل العلاجي للمخاوف لدى ذوي الإعاقة العقلية ، فيرى محمد (٢٠٠٤، ١٣٠) أن التدخلات السلوكية تعد أنسب التدخلات العلاجية مع ذوي الإعاقة العقلية وأكثرها فائدة لهم حيث تسهم في الوصول بهم إلى أداء وظيفي أكثر تكيفاً. ووفقاً لهذا التوجه أجرى كينج (King , 1990) دراسة تم فيها فحص أساليب التقييم بما فيها تقييم المخاوف واستراتيجيات التدخل العلاجي لدى الأطفال والمراهقين ذوى الإعاقة العقلية من خلال المقابلات ، والتقارير الذاتية ، ومقاييس تقدير الوالدين ، والملاحظات السلوكية ، والتدخل العلاجي السلوكي. وأسفرت نتائج التقييم عن وجود عديد من المخاوف لدى أطفال هذه الفئة بدرجة واضحة أبرزها الخوف من الظلام والحيوانات، وفي ضوء ذلك التقييم تم تصميم تدخلات فى ضوء مبادئ التشريط الكلاسيكي ، والإجرائي، والبديلى ، والتي أسفرت عن خفض درجة المخاوف لدى المعاقين بدرجة دالة بعد برنامج التدخل العلاجي.

وفي دراسة أجراها ماتسون (Matson , 1991) تمت معالجة ثلاث إناث ذوات إعاقة عقلية معتدلة تتراوح أعمارهن بين ٨ و ١٠ سنوات من مخاوف طويلة الأمد ، حيث يرفضن التحدث مع أشخاص آخرين بخلاف آبائهم، وبعض أفراد أسرهم المقربين، وبدرجة أقل مع معلميهم، أو أن يكونوا في نفس المنطقة المجاورة. ولإقامة معيار دقيق لأداء ناجح في التدابير المعتمدة، تمت مطابقة المشاركين على أساس العمر والجنس ومستوى الإعاقة العقلية مع وجود أطفال لديهم "مخاوف" طبيعية. وتشمل التدابير المعتمدة الاقتراب والتحدث إلى بالغين غرباء، وتم إعطاء الأمهات المشاركات نماذج يستخدمنها مع كل طفلة بتقديم كمية كافية من المطالبات الجسدية واللفظية لضمان تقديم تحية مقبولة للبالغين تحددها الأم . وقد تلاشت هذه المطالبات تدريجياً مع تقدم العلاج. وقد ثبت أن المعالجة التي أعطيت في شكل أساسي متعدد عبر المفحوصات أثبتت فعاليتها، وتم الإبقاء على المكاسب في الحد من المخاوف خلال فترة المتابعة الستة أشهر.

وأجرى الشربيني (٢٠٠٠) دراسة عن فعالية برنامج ارشادي لخفض مستوى بعض المخاوف المرضية الشائعة عند المعاقين عقلياً، وتكونت العينة من (٢٠) طفلاً وطفلة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية وأخرى ضابطة، كل منهم مكونة من (٧) ذكور، (٣) إناث، وتم تطبيق قائمة مسح المخاوف المرضية، ومقياس المخاوف المرضية من الظلام، وتم تطبيق برنامج إرشادى لخفض المخاوف المرضية من الظلام، وتوصلت النتائج إلى أن المخاوف المرضية من الظلام كانت أكثر المخاوف إنتشاراً بين ذوي الإعاقة العقلية، يليها الخوف من رؤية النار، فالخوف من السقوط من الأماكن المرتفعة، والخوف من الحقن، والخوف من أن يكون الطفل وحيداً. وكانت الإناث أكثر خوفاً من الظلام بدرج أكبر من الذكور، ووجدت فروق ذالة احصائياً بين المجموتين التجريبية والضابطة بعد البرنامج في الخوف من الظلام لصالح المجموعة التجريبية، ولم توجد فروق بين الجنسين في المجموعة التجريبية، كما لم توجد فروق دالة احصائياً بين القياسين البعدى والتتبعي.

كما استخدم ريكياردي وآخرون (Ricciardi, et al. , 2006) التعزيز في علاج طفل توحدي ذو اعاقة عقلية (منخفض الذكاء) يبلغ عمره ثمان سنوات يعاني مخاوف تتعلق باللعب المتحركة، كان يتلقى العلاج في وحدة للمرضى الداخليين النفسيين للأطفال الذين يعانون من إعاقات نمائية، وفيها تم تقييم تأثير تعزيز استجابات الإقتراب من المثيرات الرهابية باستخدام تصميم تغيير المعيار كأن يتم فيها تقريب اللعب مسافة متر نحو الطفل بعد كل محاولة ناجحة ابتداء من خمسة أمتار. وكان المعيار المستهدف للعب أن تكون على طول ذراعي الطفل، وكانت كل محاولة ناجحة يتم تعزيزها بأن يترك للطفل حرية الوصول والتفاعل مع اللعب المفضلة، واستغرق برنامج التدخل (١٥) جلسة بمعدل (١٥) دقيقة لكل جلسة، حتى أصبح الطفل قادراً على لمس اللعب المتحركة، والالتزام بالتعليمات عقب كل طلب يلقى إليه شفهياً.

واستخدم دافيز وآخرون (Davis , et al., 2007) في هذه الدراسة حالة تم فيها دمج كل من تقنيات السلوكية والمعرفية السلوكية وتقنيات التحليلية في علاج خواف الماء وارتفاع الرهاب لدى أحد الذكور بالغ من العمر ٧ سنوات لديه تأخر في النمو وإعاقة عقلية ومشاكل سلوكية شديدة، وخلال شهرين من جمعت جلسات

العلاج: التي استخدم فيها جلسة واحدة من العلاج بإستخدام النمذجة الحية ، والنمذجة بالمشاركة ، ومواجهة التحديات المعرفية ، والتعزيز ، وغيرها من التقنيات السلوكية ، وتم تقليل الأصوات السلبية أثناء التعرض للماء أثناء الاستحمام ، كما تم استخدام الملاحظة المباشرة وغير المباشرة لتقييم فعالية العلاج. وأشارت نتائج التدخل إلى انخفاض أعراض التجنب السلوكي ، وأعراض الرهاب ، والخوف الذاتي.

وتناول دافيز وآخرون (Davis et al., 2008) تحديد اضطرابات القلق من المعاقين عقلياً ممن تم تشخيصهم على أن لديهم صعوبات متزامنة في الاتصالات، ومشاكل السلوك الأخرى : كالخوف من التفاعل الاجتماعي ، والخوف من الحيوانات ، والخوف من الذهاب إلى عيادة الأسنان. وفيها تم استخدام أقران الفصل لمساعدة التلاميذ ذوى الإعاقة العقلية في تقليل تلك المخاوف ، وتكوَن البرنامج الذى تم تقديمه من قبل المهنيين فى ميدان الصحة والتربية من جلسات علاجية جماعية مخططة بدقة ومعلومات سهلة التناول ومصادر ملموسة مناسبة ، مع استخدام أسلوب الثواب والعقاب. وأوضحت النتائج نجاح البرنامج فى استثارة دافعية التلاميذ لاتخاذ قرارات جيدة بخصوص التفاعل مع الأقران ، والتعامل مع الحيوانات ، والذهاب إلى عيادات الأطباء ، والتعرض للمواقف الصعبة ، وربط الخبرة السلبية المدركة بخبرة إيجابية ، وتم تقديم توصيات لتوجيه العلاج وإجراء المزيد من البحوث في هذا المجال.

من العرض السابق للإطار النظري والدراسات السابقة يتضح : أن ذوي الإعاقة العقلية يعانون – مثل أقرانهم العاديين - عديد من المخاوف ، والفرق بينهم وبين العاديين فرق في نوعية المخاوف ومدى شدتها ودرجتها ، حيث أن المعاقين عقليا لديهم معدل أكبر من المخاوف، وأن التدخل التدريبي والعلاجي يلعب دوراً هاماً في خفض تلك المخاوف ، وركزت معظم الدراسات على فنيات التدخلات العلاجية القائمة على اجراءات سلوكية (كالنمذجة ، والتعزيز ، والتقليد ، والتشكيل ، والتسلسل ، ولعب الدور) ، وقد توصلت معظم تلك الدراسات على امكانية خفض شدة المخاوف لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.

فروض الدراسة

بناء على على الإطار النظري وما أسفرت عنه نتائج الدراسات السابقة أمكن صياغة الفروض التالية كإجابات محتملة عن التساؤلات التي أثيرت في مشكلة الدراسة :

(١) تعتبر المخاوف الاجتماعية هي أكثر المخاوف شيوعاً لدى أفراد العينة من المعاقات عقلياً.

(٢) توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات المخاوف لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية قبل وبعد البرنامج، وتكون الفروق لصالح القياس البعدي فى الإتجاه الأفضل.

(٣) توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات المخاوف لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية بعد البرنامج ودرجات أقرانهن في المجموعة الضابطة، وتكون الفروق لصالح المجموعة التجريبية فى الإتجاه الأفضل.

(٤) لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات المخاوف لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية بين القياسين البعدي (بعد إنتهاء البرنامج مباشرة) ، والتتبعي (بعد مرور شهر من المتابعة).

المنهج والاجراءات

منهج الدراسة

استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي للتحقق من فعالية البرنامج التدريبي (المتغير المستقل) لخفض بعض المخاوف لدى المعاقات عقلياً (المتغير التابع)، ويعتمد المنهج المستخدم على تصميم المجموعات المتكافئة : مجموعة تجريبية (تم تطبيق البرنامج التدريبي عليها) ، ومجموعة ضابطة (لم يطبق عليها البرنامج) ، وتمت المقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ، والمقارنة بين القياسين القبلي/ البعدي والمقانة بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية - وذلك لملاءمة هذا المنهج لطبيعة وأهداف الدراسة.

عينة الدراسة

أ- **العينة الأساسية** : تم تطبيق استبانة مسح المخاوف الشائعة لدى المعاقين عقلياً على عينة مكونة من (٦٢) من أمهات التلميذات المسجلات بمعهد التربية الفكرية / بنات بالمدينة المنورة ، تتراوح أعمار التلميذات بين ١٠ -١٢ سنة ، بمتوسط عمري قدره ١٠,٨٢ ، وانحراف معياري قدره ٠,٧٨، وقد تم اختيار التلميذات من مستوى اجتماعي اقتصادي متوسط (وفقاً لمؤشرات دخل الأسرة والمستوى الإقتصادي والإجتماعي المدونة في سجلات التلميذات بالمدرسة) ، وتتراوح نسب ذكائهن بين ٥٥-٧٠ (وقد استندت الباحثة في تحديد مستوى الإعاقة العقلية من خلال نسبة الذكاء التي تم تحديدها مسبقاً من قبَل الأخصائيين النفسيين والمدونة في ملف كل تلميذة الذي استخدم في تحديده مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الرابعة) ، ومن خلال استجابة الأمهات على الاستبانة المستخدمة أمكن تحديد المخاوف الشائعة لدى المعاقات عقلياً في هذه المرحلة العمرية.

ب- **المجموعتين التجريبية والضابطة** : من بين العينة الأساسية (ن= ٦٢) تم اختيار (١٦) تلميذة ممن حصلن على أعلى الدرجات على استبانة مسح المخاوف لذوي الإعاقة العقلية ، وتم توزيع هذه العينة عشوائياً إلى محموعتين : إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة.

- **المجموعة التجريبية**: مكونة من (٨) تلميذات وأمهاتهن (طبق عليهن البرنامج التدريبي العلاجي الذي استهدف خفض المخاوف لديهن). . وقد تراوح العمر الزمني للأمهات مابين ٢٩-٣٨ عاماً ، ومستوى التعليم مابين الثانوية والبكالوريوس.
- **المجموعة الضابطة** : مكونة من (٨) تلميذات (لم يطبق عليهن أي برنامج).

وقد تم إجراء التجانس (التكافؤ) بين المجموعتين في مستوى الذكاء ، والعمر الزمني ، ونوع المخاوف وفقاً لتقدير الأمهات على استبانة مسح المخاوف الشائعة لدى ذوي الإعاقة العقلية – وفيما يلي بيان ذلك.

جدول (١)

التجانس بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى الذكاء والعمر وأبعاد استبانة مسح المخاوف

الأبعاد	المجموعات	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل U مان ويتني	معامل W ويلكوكسون	قيمة Z ودلالتها	مستوى الدلالة
مستوى الذكاء	المجموعة التجريبية	٦،٢٨	٣٦،٥٠	١٥،٤٤	٣٦،٤٠	٠،٤٥٢	غير دالة
	المجموعة الضابطة	٧،٠٠	٤١،٠٠				
العمر الزمني	المجموعة التجريبية	٦،٤٧	٣٨،٠٠	١٦،٢٢	٣٧،٣١	٠،٣٦٢	غير دالة
	المجموعة الضابطة	٦،٨٣	٤١،٠٠				
الخوف من الحيوانات والحشرات	المجموعة التجريبية	٦،٥٤	٣٥،٥٠	١٢،٥٠	٣٤،٥٠	١،٠٢٣	غير دالة
	المجموعة الضابطة	٥،٧٧	٣٢،٥٠				
الخوف من الظلام	المجموعة التجريبية	٦،٧٥	٣٥،٥٠	١٣،٥٠	٣٦،٥٠	٠،٨٦٣	غير دالة
	المجموعة الضابطة	٧،٠٥	٣٦،٥٠				
الخوف من الوحدة والانفصال	المجموعة التجريبية	٦،٨٧	٣٨،٥٠	١٧،٥٠	٣٨،٥٠	٠،٦٥٤	غير دالة
	المجموعة الضابطة	٦،٢٣	٣٩،٥٠				
الخواف الاجتماعي	المجموعة التجريبية	٦،٤٢	٣٨،٥٠	١٦،٥٠	٣٨،٥٠	٠،٦٨٧	غير دالة
	المجموعة الضابطة	٦،٥٨	٣٩،٥٠				
الخوف من الايذاء البدني	المجموعة التجريبية	٦،٤٨	٣٦،٠٠	١٦،٠٠	٣٩،٠٠	٠،٥٤٥	غير دالة
	المجموعة الضابطة	٦،٤٤	٣٧،٠٠				
الخوف من الظواهر الطبيعية	المجموعة التجريبية	٦،٧٧	٣٩،٠٠	١٧،٥٠	٣٦،٥٠	٠،٠٧٩	غير دالة
	المجموعة الضابطة	٦،٣٩	٣٩،٥٠				
الخوف من الأصوات العالية	المجموعة التجريبية	٧،٠٥	٤١،٥٠	١٥،٥٠	٣٥،٥٠	٠،٧٩٣	غير دالة
	المجموعة الضابطة	٦،٧٥	٣٩،٥٠				
الدرجة الكلية لاستبانة مسح المخاوف	المجموعة التجريبية	٧،٨٣	٣٩،٠٠	١٦،٠٠	٣٨،٠٠	٠،٣٧٨	غير دالة
	المجموعة الضابطة	٦،٨٧	٣٧،٠٠				

يتضح من الجدول السابق أن قيم(Z) لكل من : مستوى الذكاء ، والعمر الزمني ، وأبعاد استبانة مسح المخاوف الشائعة لدى المعاقين عقلياً والدرجة الكلية للمخاوف، جميعها غير دالة إحصائياً – مما يدل على تجانس كلتا المجموعتين (التجريبية والضابطة).

أدوات الدراسة

١ .استبانة مسح المخاوف الشائعة لدى المعاقين عقلياً (إعداد الباحثة)

تم إعداد هذه الاستبانة وفقاً للخطوات التالية :

- الاطلاع على بعض الدراسات السابقة العربية والأجنبية المتصلة بالدراسة الحالية ، وكذلك الاطلاع على بعض الأدبيات النظرية المتعلقة بموضوع مخاوف الأطفال بصفة عامة ، ومخاوف المعاقين عقلياً بصفة خاصة.
- الاطلاع على بعض المقاييس المتاحة لقياس المخاوف لدى الأطفال ومنها : مقياس المخاوف أو الفوبيات (محمد عبد الظاهرالطيب ، ١٩٨٣) ؛ مقياس المخاوف المرضية من الظلام (عبد الرحمن سليمان ،١٩٩٠) ؛ اختبار الخوف للأطفال (إعداد: ثرنو،تيوز وتعريب "عواطف عبد الوهاب بكر" (١٩٨١،١٩٧٥) ؛ قائمة مسح المخاوف الشائعة في المجتمع الكويتي (عادل كريم ، ١٩٩٤) ،القائمة العربية للمخاوف (أحمد خيري حافظ ، ١٩٩٤) ، قائمة الاسكندرية لمسح المخاوف (أحمد عبد الخالق ، عادل شكري ، ٢٠٠٣).
- توجيه استفتاء مفتوح لعدد من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية ، واجراء مناقشات معهن (ن=٢٠) حول ما يلاحظونه من مخاوف لدى أبنائهم ، وقد تم حصر العناصر المتشابهة وضم بعضها إلى بعض ، وإعادة صياغة كل عنصر في صورة تكشف بأسلوب إجرائي عن أحد المخاوف التي يعاني منها الطفل.
- وفي ضوء ما سبق تم تحديد جوانب الاستبانة في المخاوف التالية :
  - الخوف من الحيوانات والحشرات.
  - الخوف من الظلام.
  - الخوف من الوحدة والانفصال عن الكبار.
  - الخواف الاجتماعي.
  - الخوف من الايذاء البدني.
  - الخوف من الظواهر الطبيعية.
  - الخوف من الأصوات العالية.

وقد تمت صياغة (سبع) عبارات تكشف كل منها عن أحد المخاوف، وروعي أن تكون العبارات قصيرة، وأن تكون من واقع ما ردد في استجابات الأمهات في الاستفتاء المفتوح، وأن تكون بسيطة وفي مستوى الفهم، وأن تحمل كل عبارة فكرة واحدة، وعدم تحيزها بما يوحي بالإجابة. وكان المقياس في صورته الأولية مكوناً من (٤٩) عبارة تكشف كل منها عن أحد المخاوف الشائعة. وكانت طريقة الاستجابة على عبارة المقياس بطريقة ليكرت الرباعية (غالباً – أحياناً – نادراً - أبداً)، وتقدر الاستجابة، وتصحيح تقديرات الخوف عند المعاقين عقلياً في ضوء الأوزان الأربعة (ثلاث درجات لتقدير "غالباً"، درجتان لتقدير "أحياناً"، درجة واحدة لتقدير "نادراً"، صفر لتقدير "أبداً")، وطول الفئة (٠,٧٥) بحيث يمكن الحكم على درجة الاستجابة للخوف (بسيطة – متوسطة – شديدة – شديدة جداً) وذلك على النحو التالي:

جدول (٢)

مستوى درجة الاستجابة للخوف لعبارات الإستبانة

متوسط الاستجابة	معيار الاستجابة
٠,٠٠ - ٠,٧٥	بسيطة
٠,٧٦ - ١,٥٠	متوسطة
١,٥١ - ٢,٢٥	شديدة
٢,٢٦ - ٣,٠٠	شديدة جداً

الاتساق الداخلي

تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وذلك بعد تطبيق المقياس على عينة من (٣٠) من أمهات المعاقين عقلياً، وقد ظهر أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى ٠،٠٥ على الأقل.

جدول (٣)

معاملات ارتباط درجات عبارات المخاوف بالدرجة الكلية للإستبانة

الخوف من الحيوانات والحشرات		الخوف من الظلام		الخوف من الوحدة والانفصال		الخواف الاجتماعي		الخوف من الايذاء البدني		الخوف من الظواهر الطبيعية		الخوف من الأصوات العالية	
١	٠،٥٣٢	٢	٠،٦٦٦	٣	٠،٤٦٨	٤	٠،٥٣٧	٥	٠،٥٩٥	٦	٠،٦٤٣	٧	٠،٥٤٦
٨	٠،٤٧٨	٩	٠،٨١٣	١٠	٠،٥٢٨	١١	٠،٦٩٤	١٢	٠،٨٣١	١٣	٠،٦٦١	١٤	٠،٤٨٧
١٥	٠،٦٨٨	١٦	٠،٦٠٣	١٧	٠،٤٩٨	١٨	٠،٥٧٥	١٩	٠،٤٧٩	٢٠	٠،٥٢٨	٢١	٠،٣٦٤
٢٢	٠،٥٩٦	٢٣	٠،٥٧٦	٢٤	٠،٧٤٦	٢٥	٠،٦٢١	٢٦	٠،٦٥٢	٢٧	٠،٤٨٦	٢٨	٠،٦٤٤
٢٩	٠،٧٨٧	٣٠	٠،٧٦٢	٣١	٠،٦٢٢	٣٢	٠،٦٢١	٣٣	٠،٤٧٨	٣٤	٠،٧٥١	٣٥	٠،٧٤٦
٣٦	٠،٧٠٩	٣٧	٠،٦١١	٣٨	٠،٧١٩	٣٩	٠،٤٢٢	٤٠	٠،٨٥٩	٤١	٠،٤٥٣	٤٢	٠،٣٨٤
٤٣	٠،٨٨١	٤٤	٠،٧٧١	٤٥	٠،٥٨٦	٤٦	٠،٦٢١	٤٧	٠،٧١٢	٤٨	٠،٧٤٦	٤٩	٠،٦٧٤

قيمة (ر) الجدولية (٠,٣٦١) عند مستوى ٠،٠٥ - (٠,٤٦٣) عند مستوي ٠،٠١

صلاحية الاستبانة

أولاً : صدق الاستبانة

أ.صدق المحتوى

تم عرض الاستبانة بصورتها المبدئية والتعريف الإجرائي لأبعاد المخاوف على عدد من المحكمين المتخصصين في علم النفس والتربية الخاصة، وطُلب منهم إبداء الرأي حول :

- مدى ملاءمة عبارات الاستبانة لقياس المخاوف الشائعة لدى المعاقين عقلياً.
- كذلك تحديد مدى انتماء كل عبارة لنوع المخاوف التي تندرج تحتها.
- إبداء الملاحظات على صياغة العبارات ، ومدى مناسبتها لفهم الأمهات وقدرتهن على تقييم المخاوف لدي أبنائهن.

ولقد تم الإبقاء على العبارات على نسبة اتفاق ٩٠٪ ، وتعديل صياغة بعض العبارات وفق آراء المحكمين.

ب. الصدق التلازمي

تم تطبيق الاستبانة بصورتها النهائية مع «مقياس تشخيص قلق الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية « اعداد الموافي وآخرون (٢٠١٥) على عينة مكونة من (١٥) من أمهات الأطفال المعاقين عقلياً لتقدير كل من المخاوف والقلق لدى أبنائهن : على افتراض أن المخاوف تصنف ضمن اضطرابات القلق وفقاً للدليل التشخيصي الاحصائي للإضطرابات العقلية (DSM-5) ، وكان معامل الارتباط بين الأداتين ٠،٦٤٥ ، وهو معامل ارتباط مرتفع ودال إحصائياً عند مستوى ٠،٠١.

ثانياً : ثبات الاستبانة

تم التحقق من ثبات الاستبانة باستخدام معامل ألفا(كرونباخ) وكان معاملات الثبات لأبعاد الاستبانة والدرجة الكليةعلى النحو التالي:

جدول (٤)

معاملات ثبات استبانة بمعادلة ألفا لكرونباخ

البعد	معامل الثبات	البعد	معامل الثبات
الخوف من الحيوانات والحشرات	٠،٦٣٠	الخوف من الايذاء البدني	٠،٥٩
الخوف من الظلام	٠،٧١٤	الخوف من الظواهر الطبيعية	٠،٧٥٩
الخوف من الوحدة والانفصال	٠،٧٩١	الخوف من الأصوات العالية	٠،٨٤١
الخوف الاجتماعي	٠،٦٨٨	الدرجة الكلية للإستبانة	٠،٨٨

٣. برنامج التدخل العلاجي السلوكي لخفض المخاوف (إعداد الباحثة)

الهدف العام للبرنامج :

البرنامج الحالي برنامج تدريبي علاجي سلوكي يهدف لخفض مستوى بعض المخاوف المرضية لدى عينة الدراسة (المجموعة التجريبية) من المعاقات عقلياً ذوات الإعاقة البسيطة (القابلات للتعلم) بإستخدام بعض فنيات تعديل السلوك.

الأهداف الاجرائية :

تتلخص الأهداف الاجرائية للبرنامج في :

- أن تتاح للمشاركات في البرنامج الفرصة للتعبير عن مخاوفهن التي تواجههن في المواقف الحياتية.
- ان تتاح الفرصة للمشاركات من تفريغ الشحنات الانفعالية المتعلقة بالمخاوف الاجتماعية.
- أن تتمكن المشاركات في البرنامج من التعبير عن مشاعر الخوف في الظلام.
- أن تتمكن المشاركات في البرنامج من التغلب على مشاعر الخوف في الظلام.
- أن تتمكن المشاركات في البرنامج من التعبيرعن مشاعر الخوف من بعض الحيوانات.
- أن تتمكن المشاركات في البرنامج من التغلب على الخوف من الحيوانات المستأنسة.
- أن تتحدث الطفلة دون تلعثم عندما يطلب منها التحدث أمام الآخرين.
- أن تتحدث الطفلة مع زميلاتها اللاتي لا يعرفنها دون خوف من التعرض للإحباط.
- أن تمارس كل طفلة نشاطاتها اليومية في وجود الآخرين دون خوف من الفشل.
- أن تشعر الطفلة بالهدوء والاسترخاء والراحة النفسية ، والتخلص من الانسحاب والعزلة.

الحاجة للبرنامج

أوضحت الدراسات والبحوث العلمية أن ذوي الإعاقة العقلية يعانون كثيراً من المخاوف وبدرجة أكثر حدة مقارنة بأقرانهم العاديين في نفس العمر الزمني مما يؤدي بهم إلى الاضطراب الانفعالي ، والعزلة وعدم القدرة على التواصل مع الآخرين ، وسوء توافقهم. كما أوضحت عديد من الدراسات على فعالية البرامج التدريبية والعلاجية في الحد من مخاوف الأطفال بصفة عامة ، ومخاوف الأطفال ذوي الإعاقة العقلية خاصة. من هنا كان من أوليات رعاية ذوي الإعاقة العقلية الاهتمام بخفض تلك المخاوف التي تؤدى إلى قصور السلوك التكيفي ، وتقف عائقاً أمام قدرة المعاقين عقلياً على التفاعل مع الآخرين ، واكتساب المهارات الحياتية.

الفنيات العلاجية

يستند البرنامج على أسس النظرية السلوكية ونظرية التعلم الاجتماعي وتطبيقاتهما في علاج المشكلات الانفعالية والسلوكية لذوي الإعاقة العقلية – ويعتمد البرنامج على الفنيات التالية :

- استخدمت الفنيات التالية مع الأطفال : التعزيز ، النمذجة ، التقليد ، الحث والتلقين ، لعب الدور.
- وتم استخدام الفنيات التالية مع أمهات أفراد المجموعة التجريبية : المحاضرة ، المناقشة ، الواجبات المنزلية.

وفيما يلي شرح لكل فنية من هذه الفنيات :

أ- **التعزيز** : حيث تم إثابة الطفلة من ذوات الإعاقة العقلية (في المجموعة التجريبية) على سلوكها السوي، بكلمة طيبة، ابتسامة، والثناء عليها أمام الآخرين، وإعطائها نجوم، أو مأكولات تحبها؛ مما يعزز هذا السلوك ويدعمه ويثبته ويدفعها إلى تكرار هذا السلوك ، (ولقد تم استخدام معززات مادية : كالحلويات والألعاب ، وبعض الأدوات المدرسية. كما استخدمت معززات معنوية ومنها : كلمات التشجيع ، والابتسام ... وما إلى ذلك).

ب. **النمذجة** : حيث استخدمت الباحثة نماذج مصورة أو فيديوهات، أو تأدية السلوك ، أو جعل طفلة آخرى تقوم بالسلوك أمام زميلاتها؛ لجعلهن يقلدن هذا السلوك. وقد تم استخدام عدد من النماذج (لعب أطفال) مصنوعة من البلاستيك والقماش ، نماذج لأصوات بعض الحيوانات التي أظهر الأطفال الخوف منها (مسجلة).

ج. **التقليد** : حيث كان يطلب من كل طفلة تقليد السلوك المنمذج وممارسته (وهي فنية ترتبط بمصطلح التعلم بالملاحظة).

د. **الحث والتلقين** : تعني دفع الطفلة إلى القيام بسلوك معين وتحفيزها بالكلمات والتشجيع والدفع باليدين أحياناً، وإحاطتها إلى أن يقوم بهذا السلوك ، كما كان يتم إعطاء معلومات وأوامر لتوجيه الطفلة للقيام بالعمل المطلوب. ويعد الحث بمثابة مثيرات اضافية تساعد على زيادة احتمال أداء الطفلة للسلوك المطلوب.

هـ. **لعب الدور** : حيث تم إعطاء الفرصة لكل طفلة للقيام بأدوار مرتبطة بآخرين ممن حولها مثل دور الأم أو المعلمة؛ لنساعدها في الكشف عن مشاعرها والتنفيس عن انفعالاتها، وتستبصر بذاتها، وتعبر عن دوافعها، وصراعاتها.

و. **المحاضرة** : تم استخدام أسلوب المحاضرة المبسطة مع الأمهات لشرح بعض المفاهيم وتوضيح بعض المعلومات بأسلوب مبسط ، وخاصة ما يتعلق بالتعريف بمخاوف الأطفال ، وشرح أسبابها ، وشرح آليات تطبيق الفنيات العلاجية المستخدمة.

ز. **المناقشة** : إحدى فنيات ضمان المشاركة الفعالة من أفراد المجموعة التجريبية (أمهات وأطفال) لضمان نجاح البرنامج ، وقد استخدمت في معظم جلسات البرنامج.

ح. **الواجبات المنزلية** : حيث تم تكليف أفراد العينة ببعض الأعمال التي يقومون بها بعد كل جلسة ، ومناقشتها معهم في الجلسة التالية :

- فقد كان يُطلب من كل طفلة أن تستفيد من المواقف التي تعلمتها في الجلسة وتطبقها عندما تواجه موقف مخيف ، وفي بداية كل جلسة يطلب من أحدى التلميذات أن تتذكر ما تم التدريب عليه في المرة السابقة ، مع استخدام التشجيع ، واذا لم تتمكن الطفلة من ذلك تتاح الفرصة لمشاركة كل أفراد المجموعة ، مع تعزيز أداء كل طفلة.
- أما بالنسبة للأمهات فكان يطلب منهن توظيف الفنيات العلاجية المستخدمة ، وتسجيل مواقف الخوف التي تلاحظها كل أم على طفلتها ، وكيف تم التعامل مع الطفلة في موقف الخوف.

إجراءات البرنامج

مرحلة الاعداد

في ضوء تطبيق استبانة مسح المخاوف الشائعة لدى المعاقين عقلياً على عينة مكونة من (٦٢) من أمهات التلميذات المسجلات بمعهد التربية الفكرية / بنات بالمدينة المنورة تم حصر المخاوف الشائعة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية ، وكانت أبرز ثلاثة أشكال من المخاوف التي يعاني منها ذوي الإعاقة العقلية هي : المخاوف الاجتماعية ، والخوف من الظلام ، والخوف من الحيوانات الأليفة.

ولقد تم الاطلاع على عدة برامج تدريبية وعلاجية لمخاوف الأطفال بصفة عامة ومخاوف ذوي الاحتياجات الخاصة ، ومخاوف المعاقين عقلياً بصفة خاصة، ومنها : برنامج منصور (٢٠٠٠) ، برنامج هبد (٢٠٠٢) ، برنامج كاشف (٢٠٠٢)، برنامج ريكياردي وآخرون Ricciardi, et al. , 2006، برنامج شمس (٢٠٠٩) ، وبرنامج دافيز وآخرون Davis , et al., 2007، وبرنامج دافيز وآخرون (Davis , et al., 2007 وفي ضوء هذه البرامج تم تصميم البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية. وبعد التخطيط المبدئي للبرنامج تم عرضه على ثلاثة من أساتذة التربية الخاصة (كمحكمين) ، وقد تم الأخذ بجميع ملاحظاتهم حول الفنيات والإجراءات المخطط لتطبيقها.

البرنامج بصورته النهائية

يتكون البرنامج من ثلاث مراحل أساسية : المرحلة التمهيدية ، والمرحلة العلاجية ، ثم مرحلة الانهاء – وذلك على النحو التالي :

جدول (٥)

لمخطط العام للبرنامج التدريبي العلاجي

المرحلة	اجراءات المرحلة	المدة الزمنية
المرحلة التمهيدية	- الجلسة الأولى : (للأمهات) : تم فيها الاجتماع بالأمهات للتعرف على طبيعة المخاوف لدى بناتهن المشاركات في البرنامج (أفراد المجموعة التجريبية). - الجلسة الثانية : (للأمهات) :إستهدفت توضيح فكرة البرنامج والهدف منه ، والتعريف بالفنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج لخفض مخاوف الأطفال، وكيفية التعامل مع هؤلاء الأطفال. - جلسة للأطفال : وهي جلسة تمهيدية خاصة لتهيئة المجموعة التجريبية للبرنامج من خلال خلق جو من الألفة والود بين الباحثة	أسبوع واحد (٣) جلسات
مرحلة العلاج	- (٣) جلسات خاصة بالمجموعة التجريبية للتدريب على مواجهة مخاوف التفاعل الاجتماعي والتعامل مع الغرباء ، وعدم الاحساس بالفشل أو الإحباط. - جلسة للأمهات لمساعدة الأطفال على مواجهة المخاوف الاجتماعية وزرع الثقة بالنفس في تعامل الطفل مع الآخرين. - (٣) جلسات خاصة بالمجموعة التجريبية للتدريب على مواجهة الخوف من الظلام ، والتغلب عليه. - جلسة للأمهات لمساعدة الأطفال على مواجهة الخوف من الظلام والتعامل مع الشعور بالوحدة في الظلام. - (٣) جلسات خاصة بالتدريب على مواجهة الخوف من الحيوانات الأليفة ، والتعامل معها بلا خوف. - جلسة للأمهات لمساعدة الأطفال على مواجهة الخوف من الحيوانات الأليفة واللعب معها دون وجل أو خوف.	(٨) أسابيع (٢٤) جلسة)
مرحلة الانهاء	- جلستين : لأفراد المجموعة التجريبية لمراجعة ما تم التدريب عليه خلال مرحلة العلاج. - جلسة خاصة بالأمهات لما تم التدريب عليه خلال المرحلة العلاجية مع التأكيد على استمرارية تطبيق الفنيات المستخدمة.	أسبوع واحد (٣) جلسات

تطبيق البرنامج

تم تدريب المجموعة التجريبية (الأطفال والأمهات) في جلسات علاج جماعي، حيث إنه يوفر الوقت والجهد، كما أنه يوفر الفرصة لتبادل الخبرات فيما بينهم. ويتكون البرنامج في صورته المبدئية من ١٠ أسابيع (٣٠) جلسة بمعدل (٣) جلسات أسبوعياً (جلستين للأطفال)، وجلسة للأمهات)، مدة كل جلسة مابين (٤٥-٦٠) دقيقة.

تقويم البرنامج

أ. التقييم القبلي : تم تطبيق استبانة مسح المخاوف الشائعة لدى ذوي الإعاقة العقلية المستخدم في الدراسة الحالية على مجموعتي الدراسة (المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة).

ب. التقييم البعدي : تم تطبيق البرنامج من خلال تطبيق استبانة مسح المخاوف الشائعة لدى ذوي الإعاقة العقلية على مجموعتي الدراسة (التجريبية والضابطة) عقب انتهاء تطبيق البرنامج مباشرة، وذلك لمقارنة نتائج القياس البعدي بالقياس القبلي، ومقارنة المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة للوقوف على الأثر الفعلي للبرنامج.

ج. التقييم التتبعي : تم إجراء القياس التتبعي بعد مرور شهر من توقف اجراءات البرنامج، وذلك بتطبيق إستبانة مسح المخاوف الشائعة لدى المعاقين عقلياً للوقوف على مدى إستمرار فعالية البرنامج.

الأساليب الاحصائية المستخدمة

تمت معالجة البيانات في الدراسة الحالية بإستخدام الأساليب الإحصائية التالية :

- المتوسط الحسابي والانحرافات المعيارية والدرجات المعيارية والدرجات التائية للحصول على الوزن النسبي للمخاوف الشائعة (للتحقق من صحة الفرض الأول).
- اختبار ويلكوكسون للمجموعات المترابطة، ومان- ويتني للمجموعات المستقلة لإختبار صحة فروض الدراسة الثلاثة الأخرى.
- معامل الإرتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة لدراسة حجم تأثير البرنامج.

نتائج الدراسة

نتائج الفرض الأول

نص الفرض الأول على أن : « المخاوف الاجتماعية تعتبر هي أكثر المخاوف شيوعاً لدى أفراد العينة من المعاقات عقلياً».

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام المتوسط الحسابي والانحرافات المعيارية والدرجات المعيارية والدرجات التائية للحصول على الوزن النسبي للمخاوف الشائعة لدى أفراد العينة الأساسية من ذوات الإعاقة العقلية (ن=٦٢) ، حتى يتسنى الكشف عن ترتيب المخاوف الشائعة لدى تلميذات ذوات الإعاقة العقلية ، ثم تم ترتيب العبارات التي تندرج تحت كل شكل من المخاوف وفقاً لمتوسطات الاستجابة ودرجة الخوف تبعاً لمستوى الاستجابة.

جدول (٦)

الوزن النسبي لترتيب لدى التلميذات ذوات الإعاقة العقلية

المخاوف	المتوسطات	الانحراف المعياري	الانحراف عن المتوسط	مربع الانحراف	الدرجة المعيارية	الدرجة التائية	الوزن النسبي	الترتيب
الخوف من الحيوانات والحشرات	٢٢,٢٣١	٣,٧٧٢	١,٠٧٩	١,١٦٤	٠,٣٧٢	٥٣,٧٢١	٥٣,٧	٣
الخوف من الظلام	٢٤,٨٤٤	٢,١٢٢	٣,٦٩٢	١٣,٦٣١	١,٢٧٣	٦٢,٧٣١	٦٢,٧	٢
الخوف من الوحدة والانفصال	٢٠,٩٥٢	٤,٨٩٥	- ٠,٢	٠,٠٤	- ٠,٠٦٩	٤٦,٥٥٢	٤٦,٦	٤
الخواف الاجتماعي	٢٥,٧٢٤	١,٠٤٤	٤,٥٧٢	٢٠,٩٠٣	١,٥٧٧	٦٥,٧٦٦	٦٥,٨	١
الخوف من الايذاء البدني	١٩,٢٤٤	٢,٨٩٥	- ١,٩٠٨	٣,٦٤	- ٠,٦٥٨	٤٣,٤٢١	٤٣,٤	٥
الخوف من الظواهر الطبيعية	١٦,١١٦	٣,٢٣١	- ٥,٠٣٦	٢٥,٣٦١	- ١,٦٣٦	٣٢,٦٣٤	٣٢,٦	٧
الخوف من الأصوات العالية	١٨,٩٥٢	٢,٣٤٢	- ٢,٢	٤,٨٤	- ٠,٧٥٨	٤٢,٤١٤	٤٢,٤	٦

يتضح من الجدول السابق أن : الخواف الاجتماعي يمثل أعلى درجات الخوف لدى التلميذات ذوات الإعاقة العقلية ، يليه الخوف من الظلام ، ثم جاء الخوف من الحيوانات الأليفة والحشرات في المرتبة الثالثة وجاء الخوف من الوحدة الانفصال في المرتبة الرابعة ، وكان الخوف من الإيذاء البدني في المرتبة الخامسة ، أما الخوف من الأصوات العالية فقد جاء في المرتبة السادسة ، وأخيراً جاء الخوف من الظواهر الطبيعية في المرتبة السابعة.

وفيما يلي يتم استعراض كل شكل من أشكال الخوف ، والمخاوف التي تندرج تحت كل منها ودرجة الخوف :

جدول (٧)

المتوسطات والانحرافات المعيارية للعبارات الخاصة بالمخاوف الاجتماعية لدى ذوات الإعاقة العقلية

م	عبارات الخواف الاجتماعي	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب	درجة الخوف
١	يخاف من الفشل اذا طلب منه عمل شيء.	٢,٩٦	٠,٩٧٨	١	شديدة جداً
٢	يضطرب إذا وجه له أي شخص سؤال ، أو طلب منه الكلام.	١,٩٣١	١,٠٣٣	٣	شديدة
٣	يضطرب عندما يشعر بمراقبة أحد له أثناء اللعب.	١,٣٨٣	١,٠١٠٥	٥	متوسطة
٤	يشعر بالارتجاف اذا طلب منه تقديم شيء للضيوف.	١,٥٤٩	١,٠٢٤	٤	شديدة
٥	يخشى رفض الناس له.	٢,٥٤	١,٢٣٤	٢	شديدة جداً
٦	يرتبك عندما يدخل مكان به شخص غريب.	١,٢٨٤	١,٩٧٦	٦	متوسطة
٧	يتضايق من زيارة الأقارب للبيت.	١،٠٤١	١،٦٧٧	٧	متوسطة

يتضح من الجدول السابق : أن أعلى العبارات دلالة على الخواف الاجتماعي لدى ذوي الإعاقة العقلية هي : الخوف من الفشل ، والرفض ، واضطراب الطفل عند توجيه سؤال له (وكانت درجة الخوف المرتبطة بها شديدة جداً) ، وكانت الخوف إذا طلب من الطفل الكلام ، أو تقديم شيء للضيوف (بدرجة شديدة) ، ثم جاء خوف الطفل من مراقبة الآخرين ، يليها الخوف من الغرباء ومن زيارة الأقارب (وكانت بدرجة متوسطة).

جدول (٨)

المتوسطات والانحرافات المعيارية للعبارات الخاصة بالخوف من الظلام لدى ذوات الإعاقة العقلية

م	عبارات الخوف من الظلام	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب	درجة الخوف
١	يشعر بخوف شديد إذا قطع النور حتى لو كان مع آخرين.	١,٦٨٨	١,٣٠٩	٦	شديدة
٢	يخاف ويصرخ اذا استيقظ من النوم ووجد المكان مظلماً.	١,٩٩٧	٠,٩٨٣	٤	شديدة
٣	يخاف الذهاب للنوم في الظلمة حتى ولو كان أحد بجانبه.	٢,٥٤٤	١,٠٠٥	٣	شديدة جداً
٤	يخاف إذا سمع أي صوت عندما يكون في مكان مظلم.	١,٧٤٧	٠،٩٩٢	٥	شديدة
٥	يخاف الدخول إلى الغرفة المظلمة لاحضار شيء يريده.	٢,٧٨٨	٠,٩٥٢	٢	شديدة جداً
٦	لا يذهب إلى دورة المياه ليلاً إذا كان المكان مظلماً.	١,٥٢٦	٠,٩٨٨	٧	شديدة
٧	يشعر بالهلع إذا مشي في مكان مظلم بالشارع حتى ولو كان أحد معه.	٢,٨٢٥	١,٢٢٦	١	شديدة جداً

يتضح من الجدول السابق أن : أعلى العبارات الدالة على الخوف من الظلام هي الإحساس بالهلع إذا مشي في مكان مظلم ، أو الدخول في غرفة مظلمة ، أو النوم في الظلمة ، (وكان الخوف منها بدرجة شديدة جداً) ، ثم جاء الصراخ إذا استيقظ من النوم وكان المكان مظلماً ، فالخوف من سماع صوت عندما يكون في الظلام ، وإذ قطعت الإضاءة ، والخوف عند الذهاب إلى دورة المياه في الظلمة (وكانت بدرجة شديدة) .

جدول (٩)

المتوسطات والانحرافات المعيارية للعبارات الخاصة بالخوف من الحيوانات والحشرات لدى ذوات الإعاقة العقلية

م	عبارات الخوف من الحيوانات والحشرات	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب	درجة الاستجابة
١	يبكي إذا رأى كلباً أوسمع نباحه.	٢,٥٣١	٠,٨٨٧	١	شديدة جداً
٢	يعاني مخاوف من العناكب والصراصير.	١,٩٤٤	٠,٨٨٥	٢	شديدة
٣	ينزعج عند رؤية فأر أو حشرة كالأبراص أو السحالي.	١,٨٧	١,٠٧	٤	شديدة
٤	يخاف من القطط.	١,٨٨٣	١,١١	٣	شديدة
٥	يخاف عند رؤية الحصان أو الحمار.	١,٨٢١	١,١٠٤	٧	شديدة
٦	يخشى الاقتراب من الماعز أو الخروف.	١,٨٢٧	١,٠٥١	٦	شديدة
٧	ينزعج من رؤية الحشرات الطائرة.	١,٨٥٨	٠,٨٨	٥	شديدة

يتضح من الجدول السابق أن : أكثر العبارات الدالة على الخوف من الحيوانات المستأنسة والحشرات : الخوف من الكلاب (وكانت درجة الخوف منها شديدة جداً) ، ثم الخوف من العناكب ، ومن القطط ، والخوف من الفئران ، فالخوف من الحشرات الطائرة ، والخوف من الماعز ، ومن الحصان أو الحمار (وكانت هذه المخاوف بدرجة شديدة) .

جدول (١٠)

المتوسطات والانحرافات المعيارية للعبارات الخاصة بالخوف من الوحدة والانفصال لدى ذوات الإعاقة العقلية

م	عبارات الخوف من الوحدة والانفصال	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب	درجة الاستجابة
١	يصاب بالكوابيس واضطراب النوم إذا نام بعيداً عن الأم.	١,٨٢٧	١,٠٦٣	٥	شديدة
٢	يتشبث بأحد الوالدين أو أحد الكبار إذا أراد أن يخرج.	١,٨٧٧	٠,٩٤١	٤	شديدة
٣	يخاف من فقدان الأم اذا خرجت.	٢,٧٥٣	١,١٣١	١	شديدة جداً
٤	يبكي ويصرخ إذا كان وحيداً في غرفة.	١,٤١٨	١,٤٩	٦	متوسطة
٥	يظل يطمئن على الأم أو الأب خوفاً من أن يحدث لهما مكروه.	١,٨٨	٠,٩٠٧	٣	شديدة
٦	يكره وقت خروج الأم أو الأب للعمل.	٢,٥٣	٠,٩٩٩	٢	شديدة جداً
٧	يغضب إذا أجبر على المشاركة في أنشطة أو ألعاب بعيداً عن الأم.	١,٠٨٥	١,١٧٨	٧	متوسطة

يتضح من الجدول السابق أن : أعلى العبارات الدالة على الخوف من الوحدة والانفصال : الخوف من فقدان الأم أو الأب إذا خرج أحدهما (وكانت درجة الخوف شديدة جداً) ، والخوف من حدوث مكروه لهما ، والتشبث بهما عند الخروج ، والإصابة بكوابيس عند النوم بعيداً عن الأم (وكانت هذه المخاوف بدرجة شديدة) ، ثم جاء الخوف من : كراهية الوحدة في غرفة ، أو إذا أجبر الطفل على المشاركة في أنشطة بعيداً عن الأم (بدرجة متوسطة). ولعل هذه المخاوف تعكس نعاً من قلق الإنفصال الذي يعانيه ذوي الإعاقة العقلية.

جدول (١١)

المتوسطات والانحرافات المعيارية للعبارات الخاصة بالخوف من الإيذاء البدني لدى ذوات الإعاقة العقلية

م	عبارات الخوف من الإيذاء البدني	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب	درجة الاستجابة
١	يحدث له إغماء عند رؤية منظر الدم.	١,٨٥٨	٠,٩٩٦	٣	شديدة
٢	يصاب بالهلع عند رؤية الحقنة.	١,٨٥٢	٠,٩٥٩	٤	شديدة
٣	يخاف من عيادة الطبيب أو المستشفى.	١,٩٣٢	٠,٨٨٤	٢	شديدة
٤	ينزعج إذا جرح أو أو أصيب إصابة بدنية.	١,٧٥	٠,٩٢٢	٥	متوسطة
٥	يخاف من اعتداء شخص عليه.	١,٣٢٢	٠,٩٧٦	٧	متوسطة
٦	يخاف أكل أطعمة مسممة.	٢,٢٤٣	٠,٩٣	١	شديدة
٧	يخاف من أخذ الدواء.	١,٨٠	١,١٨٧	٦	متوسطة

يتضح من الجدول السابق أن : أعلى العبارات الدالة على الخوف من الإيذاء البدني الخوف من أكل أطعمة مسممة ، والخوف من عيادة الطبيب أو المستشفى ، فالخوف من رؤية الدم ، والهلع من رؤية الحقنة (وكانت هذه المخاوف شديدة) ، ثم جاء الخوف من الإنجراح أو الإصابة البدنية ، ثم الخوف من تناول الدواء، وأخيراً الخوف من الإعتداء عليه من شخص آخر (وكان الخوف منها بدرجة متوسطة).

جدول (١٢)

المتوسطات والانحرافات المعيارية للعبارات الخاصة بالخوف من الأصوات العالية لدى ذوات الإعاقة العقلية

م	عبارات الخوف من الأصوات العالية	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب	درجة الاستجابة
١	يخاف من الأجهزة ذات المحركات الكهربية كالغسالة أو المكنسة.	١,٩٥٨	٠,٩٩٦	٤	شديدة
٢	يفزع من جرس الباب المفاجيء.	٢,٣٥٢	٠,٩٥٩	٢	شديدة جداً
٣	ينزعج وينتفض إذا رن جرس التليفون وكان قريباً منه	٢,٤٣٢	٠,٨٨٤	١	شديدة جدا

م	عبارات الخوف من الأصوات العالية	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب	درجة الاستجابة
٤	يفزع من أصوات المفرقعات أو ألعاب الأطفال التي تسبب إزعاجاً.	١,٢٩٥	٠,٩٢٢	٣	شديدة جداً
٥	يخاف ويرتعد من الضوضاء.	١,٥٥	٠,٩٧٦	٦	متوسطة
٦	يشعر بالهلع اذا سمع صوت أزيز طائرة.	١,٤١١	٠,٩٣	٥	متوسطة
٧	يخاف عند سماع مشاجرة أو مناداة بصوت عالٍ.	١,٣٠٩	١,١٨٧	٧	متوسطة

يتضح من الجدول السابق أن : أعلى العبارات الدالة على المخاوف من الأصوات العالية : الإنزعاج من جرس التليفون والباب المفاجيء ، فالخوف من أصوات المفرقعات (وكان الخوف منها بدرجة شديدة جداً) ، جاء بعدها الخوف من الأجهزة والمحركات الكهربية (بدرجة شديدة) ، ثم جاء : الخوف من صوت الطائرة ، وأصوات الضوضاء والأصوات البشرية العالية (بدرجة متوسطة).

جدول (١٣)

المتوسطات والانحرافات المعيارية للعبارات الخاصة بالخوف من الظواهر الطبيعية لدى ذوات الإعاقة العقلية

م	عبارات الخوف من الظواهر الطبيعية	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب	درجة الاستجابة
١	يصاب بالهلع من صوت الرعد.	٢,٠٥٨	٠,٩٩٦	٢	شديدة
٢	يبكي عند عند هطول أمطار غزيرة.	١,٤٥٢	٠,٩٥٩	٦	متوسطة
٣	يخاف من السقوط من الأماكن المرتفعة.	١,٩٣٢	٠,٨٨٤	٤	متوسطة
٤	يخاف عند رؤية البرق.	٢,٠٥٣	٠,٩٢٢	٣	شديدة
٥	يبكي اذا اشتدت الرياح أو رأى الزوابع ، وعند رؤية الغيوم في السماء.	١,٨٩٥	٠,٩٧٦	٥	متوسطة
٦	يصاب بالهلع عند رؤية النار.	٢,٢٦٣	٠,٩٣	١	شديدة
٧	يخشى المشي في أرض خلاء.	١,٣٠٩	١,١٨٧	٧	متوسطة

يتضح من الجدول السابق أن : أعلى العبارات الدالة على الخوف من الظواهر الطبيعية الخوف من رؤية النار ، والخوف من صوت الرعد ، ومن رؤية البرق (وكانت هذه المخاوف بدرجة شديدة، فالخوف من السقوط من أماكن مرتفعة ، والخوف من اشتداد الرياح ، ومن هطول الأمطار الغزيرة ، وأخيراً الخشية من الخلاء (وكانت هذه المخاوف بدرجة متوسطة).

نتائج الفرض الثاني :

نص الفرض الثاني على أنه : " توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات المخاوف لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية قبل وبعد البرنامج ، وتكون الفروق لصالح القياس البعدي فى الإتجاه الأفضل".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام إختبار اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Signed Ranks Test لحساب الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية على إستبانة المخاوف الشائعة لدى المعاقين عقلياً في القياسين القبلي والبَعدي، ونتائج معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة لدراسة حجم تأثير البرنامج (ن = ٨).

جدول (١٤)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسط رتب المخاوف الشائعة لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي

الأبعاد	الإشارات (القبلي- البعدي)	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة (١)	حجم التأثير (rprb)	مستوى التأثير
الخوف من الحيوانات والحشرات	السالبة	٨	٤,٥	٣٦	٢,٥٣	٠,٠١	٠,٥٥ -	تأثير متوسط
	الموجبة	٠						
الخوف من الظلام	السالبة	٨	٤,٥	٣٦	٢,٥٥	٠,٠١	٠,٥٥ -	تأثير متوسط
	الموجبة	٠						
الخوف من الوحدة والانفصال	السالبة	٨	٤,٥	٣٦	٢,٥٣	٠,٠١	٠,٥٥ -	تأثير متوسط
	الموجبة	٠						
الخواف الاجتماعي	السالبة	٨	٤,٥	٣٦	٢,٥٣	٠,٠١	٠,٥٥ -	تأثير متوسط
	الموجبة	٠						
الخوف من الايذاء البدني	السالبة	٨	٤,٥	٣٦	٢,٥٢٨	٠,٠١	٠,٥٥ -	تأثير متوسط
	الموجبة	٠						
الخوف من الظواهر الطبيعية	السالبة	٨	٤,٥	٣٦	٢,٥٢٧-	٠,٠١	٠,٥٥ -	تأثير متوسط
	الموجبة	٠						
الخوف من الأصوات العالية	السالبة	٨	٤,٥	٣٦	٢,٥٣-	٠,٠١	٠,٥٥ -	تأثير متوسط
	الموجبة	٠						
الدرجة الكلية لاستبانة مسح المخاوف	السالبة	٨	٤,٥	٣٦	٢,٥٨-	٠,٠١	٠,٥٥ -	تأثير متوسط
	الموجبة	٠						

(١) مستوى دلالة الطرف الواحد لأن الفرض بديل موجه

الإشارة السالبة : عندما يكون: البَعدي < القبلي.

الإشارة الموجبة : عندما يكون: البَعدي > القبلي.

يتضح من الجدول السابق أن الرتب السالبة للمخاوف لدى التلميذات المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج أكثر من الرتب الايجابية ، كما أن قيم (Z) دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) ، مما يدل على فعالية البرنامج في خفض المخاوف لديهن، وإن كانت درجة التأثير متوسطة (وقد يرجع ذلك إلى قصر فترة البرنامج ، وربما مع استمرارية التدريب على مواجهة المخاوف تزداد درجة التأثير).

نتائج الفرض الثالث :

نص الفرض الثالث على أنه : " توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات المخاوف لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية بعد البرنامج وأقرانهن في المجموعة الضابطة ، وتكون الفروق لصالح المجموعة التجريبية فى الإتجاه الأفضل ".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام إختبار رتب إشارات المجموعات المتزاوجة لويلكوكسون Wilcoxon ، ومان ويتني Mann-Whitney لحساب الفروق بين متوسطات رتب أبعاد إستبانة المخاوف الشائعة ودرجتها الكلية لكلتا المجموعتين.

جدول (١٥)

نتائج اختبار ويلكوكسون ومان ويتني لدلالة الفروق بين متوسطات رتب المخاوف الشائعة لدى المعاقات عقلياً في المجموعتين التجريبية والضابطة بعد البرنامج

الأبعاد	المجموعات	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل U مان ويتني	معامل W ويلكوكسون	قيمة Z ودلالتها	مستوى الدلالة
الخوف من الحيوانات والحشرات	المجموعة التجريبية	٥,٦٥	٤٢,٠٠	٢,٠٠	٤٠,٠٠	- ٣,٣٤٣	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	١١,٠٥	٩٤,٠٠				
الخوف من الظلام	المجموعة التجريبية	٤,٦٣	٣٧,٠٠	١,٠٠	٣٧,٠٠	- ٣,٤٤٦	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	١٢,٣٨	٩٩,٠٠				
الخوف من الوحدة والانفصال	المجموعة التجريبية	٤,٨٨	٣٧,٠٠	١,٠٠	٣٧,٠٠	- ٣,٣٨٤	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	١٢,٣٨	٩٨,٠٠				
الخواف الاجتماعي	المجموعة التجريبية	٤,٦٥	٣٦,٠٠	٠,٠٠	٣٦,٥٠	- ٣,٣٦٨	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	١٢,٥٠	١٠٠,٠٠				
الخوف من الايذاء البدني	المجموعة التجريبية	٤,٢٦	٣٦,٠٠	٠,٠٠	٣٦,٠٠	- ٣,٣٦٣	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	١٢ر٥٠	١٠٠,٠٠				
الخوف من الظواهر الطبيعية	المجموعة التجريبية	٤,٥٠	٤١,٠٠	١,٠٠	٣٧,٠٠	- ٣,٦٤٣	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	١٢,٤٨	٩٨,٠٠				
الخوف من الأصوات العالية	المجموعة التجريبية	٤,٤٤	٣٨,٠٠	٠,٠٠	٣٦,٠٠	- ٣,٧٥٤	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	١١,٧٨	٩٩,٠٠				
الدرجة الكلية لاستبانة مسح المخاوف	المجموعة التجريبية	٤,٥٠	٣٦,٠٠	١,٠٠	٣٨,٠٠	- ٣,٣٨١	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	١٢,٥٠	١٠٠,٠٠				

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات رتب درجات المخاوف الشائعة لدى التلميذات المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج أقل من أقرانهن في المجموعة الضابطة، وكانت قيم (Z) دالة عند مستوى (٠,٠١)، مما يؤكد فعالية البرنامج التدريبي العلاجي في المخاوف لدى تلميذات المجموعة التجريبية.

نتائج الفرض الرابع :

نص الفرض الرابع على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات المخاوف لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية بين القياسين البعدي (بعد إنتهاء البرنامج مباشرة)، والتتبعي (بعد مرور شهر من المتابعة)".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام إختبار رتب إشارات المجموعات المترابطة لويلكوكسون Wilcoxon لحساب الفروق بين متوسطات رتب المخاوف الشائعة والدرجة الكلية في القياسين البعدي والتتبعي.

جدول (١٦)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق في المخاوف الشائعة بين متوسط رتب القياسين البعدي والتتبعي لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية

الأبعاد	الإشارات (البعدي- التتبعي)	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
الخوف من الحيوانات والحشرات	السالبة	٤	٥,٣٨	١٠,٥٠	- ٠,٦١	غير دالة
	الموجبة	٤	٤,٥٣	١٢,٥٠		
الخوف من الظلام	السالبة	٢	٥,٠٠	١١,٠٠	- ٠,٥٩٠	غير دالة
	الموجبة	٥	٤,٨٨	١٧,٠٠		
الخوف من الوحدة والانفصال	السالبة	٣	٣,٤٥	١٠,٠٠	- ٠,٣٧٦	غير دالة
	الموجبة	٣	٤,١٨	١٢,٠٠		
الخواف الاجتماعي	السالبة	٤	٤,٠٧	١٢,٠٠	-٠,٨٤٤	غير دالة
	الموجبة	٤	٣,٥٠	١٤,٠٠		
الخوف من الايذاء البدنى	السالبة	٢	٦,٠٠	١٤,٠٠	٠,٠٠	غير دالة
	الموجبة	٦	٤,٠٠	١٤,٠٠		
الخوف من الظواهر الطبيعية	السالبة	٤	٦,٥٦	١١,٠٠	- ٠،٤٥٢	غير دالة
	الموجبة	٤	٤,٩٨	١٥,٠٠		
الخوف من الأصوات العالية	السالبة	٢	٦,٣٤	١٤,٠٠	٠,٣٤٢	غير دالة
	الموجبة	٦	٨,٥٤	١٣,٠٠		
الدرجة الكلية لاستبانة مسح المخاوف	السالبة	٤	٤,٤٨	١١,٠٠	- ٠,٥٣٤	غير دالة
	الموجبة	٤	٥,٣٥	١٤,٠٠		

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات رتب درجات إستبانة مسح المخاوف الشائعة لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهر من توقف البرنامج) متقاربة ، وإن كانت بعض القيم الموجبة قد زادت قليلاً ، إلا أن قيم (Z) كانت غير دالة إحصائياً ، مما يدل على استمرار فعاليات البرنامج العلاجي في خفض المخاوف لديهن.

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

استهدف الفرض الأول الكشف عن أهم المخاوف الشائعة لدى المعاقين عقلياً ، واتضح أن الخواف الاجتماعي يمثل أعلى مستويات المخاوف لدى المعاقين عقلياً خاصة الخوف من الفشل ، والرفض ، واضطراب الطفل عند توجيه سؤال له التي كانت بدرجة شديدة جداً ، ولعل هذه المخاف تكشف عن طبيعة ما تفرضه الإعاقة العقلية على أفرادها من انخفاض مستوى قدرته العقلية ، وقصور سلوكه التكيفي وقصور قدراته ومهاراته الحياتية ، والتعرض للإحباط وعدم القدرة على مجاراة المجتمع ، وهذه المخاوف تعكس قلقاً اجتماعياً وهو عبارة عن ردة فعل تجاه الشعوربالخطر الناجم عن الفشل الواقعي أو المتصور ، وشعور الطفل بالدونية وضعف الثقة بالنفس ، والتردد ، وجعله في موقف ضعيف بالنسبة لأقرانه ، مما يضاعف الإحساس بالدونية وانخفاض التوقعات الاجتماعية منه ، حين يعامله الآخرون على أنه إنسان مختلف ولا يتوقعون منه إلا الفشل في أداء المهام المطلوبة منه دون أن يجربوا أدائه لها (جنيد ، واللالا ، ٢٠٠٦ ، ٢٠٤). وهذا يتفق مع ما ذهبت إليه دراسات : (Matson , 1991 ; Li & Morrisi ,2007 ; Hujun , et al. , 2008 ; Tonnsen , et al. , 2013) التي توصلت إلى معاناة ذوي الإعاقة العقلية من مخاوف شاملة وقلق واحباط في المواقف الاجتماعية ، ومستويات عالية من الخوف من الفشل والنقد خاصة عند الحديث الشفهي وعند مقابلة الغرباء ، وهذا ما ذهبت إليه دراسة شريت (١٩٩٦) أن مخاوف المعاقين عقلياً ترتبط بمعاناة القلق ، والإنطوائية ونقص الثقة بالنفس.

هذا وقد جاء الخوف من الظلام في المرتبة الثانية والذي تمثل في الإحساس بالهلع عند المشي في مكان مظلم ، أو الدخول في غرفة مظلمة ، أو النوم في الظلمة ، حيث كان الخوف منها بدرجة شديدة جداً ، ولعل هذه المخاوف تعكس الإحساس بالوحدة والخوف من المجهول الذي يعانيه ذوو الإعاقة العقلية ، وهذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه دراسات (King ,1990 ، الشربيني ، ٢٠٠٠) التي أظهرت مستويات عالية من الخوف من الظلام عند ذوي الإعاقة العقلية.

وجاء خوف ذوات الإعاقة العقلية من الحيوانات الأليفة والحشرات المعروفة في المرتبة الثالثة ، ولعل الخوف من الحيوانات الأليفة يكون غريباً خاصة أن معظم الأطفال العاديين لا يخافون من هذه الحيوانات المألوفة في معظم البيئات ، وهذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه دراسات (King ,1990 ; King , et al. , 1994 ; Gullon ,et al. , 1996 ; Ramirez & Kratochwill ,1997) التي توصلت إلى أن الأطفال ذوي الإعاقة العقلية يظهرون مخاوف محسوسة تتعلق بالحيوانات أكثر من أقرانهم ، والخوف من الحشرات : كالنحل والسحالي ، والحيوانات الصغيرة.

وكان الخوف من الوحدة الانفصال في المرتبة الرابعة ، خاصة ما أظهرته عينة الدراسة الحالية من خوف من فقدان الأم أو الأب إذا خرج أحدهما ، والخوف من حدوث مكروه لهما ، والتشبث بهما عند الخروج ، والإصابة بكوابيس عند النوم بعيداً عن الأم ، ويتفق ذلك مع ما أظهرته دراسة الشربيني (٢٠٠٠) من وجود خوف من الوحدة لدى ذوي الإعاقة العقلية ، وهذا يعكس حاجة المعاق عقلياً الى الأمن والطمأنينة والانتماء والتقبل والحب .... وغيرها.

وجاء الخوف من الإيذاء البدني في المرتبة الخامسة كالخوف من الأطعمة المسمومة ، ومن عيادة الطبيب أو المستشفى ، ومن رؤية الدم ورؤية الحقنة ، والخوف من الإنجراح أو الإصابة البدنية ، ومن تناول الدواء. وتتفق هذه المخاوف مع ما أظهرته دراسات: (King , et al. , 1994 ; Gullon , et al. , 1996 ; Li & Morris ,2007) – حيث كان من بين مخاوف المعاقين عقلياً الخوف من الموت ، والخوف من الاصابات ، ومن الجروح البسيطة.

أما الخوف من الأصوات العالية فقد جاء في المرتبة السادسة ، وكان الإنزعاج من جرس التليفون والباب فجأة ، فالخوف من أصوات المفرقعات (وكان الخوف منها بدرجة شديدة جداً) ، " ولعل ذلك علامة من علامات القلق والتوتر" وهذا الفزع والقلق ظهر في عديد من الدراسات والتي منها دراسة , .Davis , et al) (2007; Gullon, et al., 1995 ; Li & Morris ,2007 حيث أن المعاقين عقلياً أكثر عرضة للإضطرابات الانفعالية وسوء التوافق بسبب ما يتعرضون له من خبرات سيئة أثناء تفاعلهم مع الآخرين في البيت والمدرسة ، وهذا يعكس حاجة ذوي الإعاقة العقلية للأحساس بالأمن والطمأنينة والتقبل من الراشدين المهمين في حياته ويمارس حياته كغيره من أفراد المجتمع (مرسي ،١٩٩٦).

ثم جاء الخوف من الظواهر الطبيعية في المرتبة السابعة والأخيرة ، ومنها : الخوف من رؤية النار ، والخوف من صوت الرعد ، ومن رؤية البرق ، فالخوف من السقوط من أماكن مرتفعة ،والخوف من اشتداد الرياح،ومن هطول الأمطار الغزيرة ، ولعل وهو امتداد لعلامات القلق من الأصوات المفاجئة ، ويتفق ذلك مع ما أوردته دراسات (الشربيني ، ٢٠٠٠ ، Davis , et al. , 2007; Gullon, et al., 1996) وتعتبر هذه المخاوف مخاوف نوعية تجعل ذوي الإعاقة العقلية أكثر خوفاً من المجهول.

وإذا كانت أبرز المخاوف الشائعة لذوات الإعاقة العقلية كما أوضحتها نتائج الفرض الأول: الخواف الاجتماعي ، والخوف من الظلام ، والخوف من الحيوانات الأليفة والحشرات – لذلك فإن الفرضين الثاني والثالث قد ركزا على التحقق من مدى فعالية برنامج تدريبي علاجي سلوكي لخفض بعض المخاوف الشائعة لدى عينة من ذوات الإعاقة العقلية من خلال المقارنة وبين القياسين القبلي / والبعدى لأفراد المجموعة التجريبية ، وبين المجموعتين التجريبية والضابطة ، ومن نتائجهما تحققت صحة هذين الفرضين حيث ثبتت أهمية البرامج التدريبية السلوكية في خفض المخاوف بصفة عامة. ويمكن تفسير ذلك بأن اجراءات البرنامج التدريبي القائم على فنيات واستراتيجيات علاجية مستقاة من المداخل والتوجهات العلاجية السلوكية ، كان لها أثر ايجابي في خفض المخاوف لدى ذوات الإعاقة العقلية في المجموعة التجريبية ، وظهر ذلك في الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة.

وتتفق نتائج هذين الفرضين مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة حيث وجد كينج (King ,1990) أن التدخل العلاجي بإستخدام فنيات تعتمد على مبادئ الإشراط الكلاسيكي والاجرائي والبديلي أسفرت عن خفض درجة المخاوف لدى المعاقين عقلياً بدرجة دالة بعد التدخل العلاجي ، كما حرص البرنامج العلاجي في دراسة ماتسون (Matson ,1991)على مشاركة الأمهات في البرنامج العلاجي بإعطائهن نماذج يستخدمنها لمساعدتهن على تخفيض المخاوف الاجتماعية ورفض التحدث مع آخرين لدى أطفالهن . واستخدمت دراسة دريكاردي وآخرون (Ricciardi , et al., 2006) فنية تعزيز السلوك الايجابي عند تقريب مثير الخوف من الطفل حتى الوصول إلى زوال الخوف. في حين استخدمت دراسة دافيز Davis ,et al. , et al. , 2007 النمذجة الحية والنمذجة بالمشاركة ، والتعزيز والملاحظة المباشرة وغير المباشرة لخفض أعراض التجنب السلوكي وأعراض الرهاب والخواف الذاتي. وفي دراسة دافيز وآخرون (Davis , et al. , 2008) تم ربط الخبرة السلبية المدركة بخبرات ايجابية (وقد اعتمد البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية نفس الفنيات التي ثبت فعاليتها في الدراسات السابقة).

وتفسر الباحثة نتائج الدراسة بأن ذوات الإعاقة العقلية في المجموعة التجريبية قد انخفضت المخاوف لديهن نتيجة اجراءات البرنامج ، حيث أن استخدام فنيات التعزيز المادي والمعنوي شجع أفراد المجموعة التجريبية على التغلب على المخاوف وزرع الثقة بالنفس في مواجهة مثير الخوف ، وأسهم في تكرار حدوث السلوك المرغوب – وقد كان يتم تقديم التعزيز بعد الاستجابة الايجابية مباشرة. كما أن فنية النمذجة والتقليد التي تضمنها البرنامج ، والتي تم استخدامها لتصحيح أنماط السلوك المطلوب تعلمه ، من خلال اللمس ، والتعرف على الصوت ، وكف المخاوف المتعلقة بها ، والتفاعل مع مثير الخوف ، بالاضافة إلى ما قامت به الباحثة من نمذجة لبعض المواقف نمذجة حية بممارسة بعض المواقف أمام أفراد المجموعة التجريبية (كالخوف من الظلام أو الحديث أمام غرباء ، أو الخوف من الحيوانات) – كل ذلك أسهم في تشجيع أفراد العينة على التفاعل مع المثيرات التي كانت تجلب الخوف. أضف لذلك فإن استخدام فنيتي الحث والتلقين ولعب الدور عندما كان يُطلب من أفراد المجموعة التجريبية التدرب على السلوكيات المرغوبة ، وممارسة مواقف تمثيلية لأداء الدور المطلوب قد أسهم أيضاً في خفض المخاوف

، وجعل المثيرات أكثر ألفة. ناهيك عن أن استخدام فنيات المحاضرة والمناقشة والواجبات المنزلية : مع أمهات أفراد المجموعة التجريبية ، قد كان لها أبلغ الأثر في توظيف الفنيات العلاجية المستخدمة ، وتسجيل مواقف الخوف التي تلاحظها كل أم على طفلتها ، وكيف تم التعامل مع الطفلة في موقف الخوف.

أما أفراد المجموعة الضابطة فلم تنخفض المخاوف لديهن لأنهن لم ينلن قسطاً من التدريب على مواجهة مثيرات الخوف ، ولم يخضعن لأي إجراءات تجريبية ، ومن ثَم فهن في حاجة ماسة للتدريب على المهارات السلوكية التي تساعدهن على خفض تلك المخاوف.

وأخيراً فإن نتائج الفرض الرابع قد أوضحت استمرار فعالية البرنامج حيث لم توجد فروق دالة احصائياً بين القياسين البعدي البعدي والتتبعي لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية بعد مرور شهر من توقف اجراءاته، مما يدل على امتداد فعالية البرنامج واستمراريته في خفض المخاوف لدى أفراد المجموعة التجريبية طوال فترة المتابعة.

وقد جاءت تلك النتائج متسقة مع ما توصل إليه ماتسون (Matson , 1991) من أن المعالجة التي أعطيت للأمهات في شكل متعدد عبر المفحوصات أثبتت فعاليتها في خفض المخاوف الاجتماعية لذوي الإعاقة العقلية ، وتم الإبقاء على المكاسب في الحد من المخاوف خلال فترة المتابعة الستة أشهر. ومثل ذلك توصل الشربيني (٢٠٠٠) إلى عدم وجود فروق دالة احصائياً بين القياسين البعدى والتتبعي بعد توقف أجراءات البرنامج الإرشادي في خفض مخاوف المعاقين عقلياً.

وتفسر الباحثة ذلك بأن البرنامج كان ذا فعالية وحقق الأهداف التي وضع من أجلها وهو خفض المخاوف لدى المعاقات عقلياً القابلات للتعلم. وتعزي الباحثة استمرار فعالية برنامج التدريب العلاجي السلوكي لدى المعاقات عقلياً القابلات للتعلم (أفراد المجموعة التجريبية) ، إلى كفاءة البرنامج وكفاءة ما احتوى من اجراءات وفنيات مختلفة ، واشراك الأمهات في تنفيذ البرنامج ومتابعة اجراءاته بعد توقفه واكتشاف المواقف المثيرة للخوف ، واستمرار تطبيق الاجراءات العلاجية أو بعضها لتسهيل تعميم الخبرة التي تم اكتسابها في البرنامج.

التوصيات

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية والاستفادة منها ، يمكن صياغة التوصيات التالية :

١. أهمية مشاركة الاسرة في مواجهة هذه المشكلات أو الاضطرابات الشائعة لدى ذوي الإعاقة العقلية.
٢. تعميم اجراءات البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية ، وتوظيف فنياته لمواجهة مخاوف الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.
٣. عقد ورش تدريبية وندوات تثقيفية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية لتبصيرهن بأهم المخاوف الشائعة لدى ذوي الإعاقة العقلية ، والاستراتيجيات التدخلية لمواجهتها قبل أن تتفاقم وتصبح عائقاً لتنمية السلوك التكيفي لديهم.
٤. تدريب الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والمرشدين الطلابيين ببرامج ومعاهد التربية الفكرية لتطبيق برامج وفنيات أو استراتيجيات التدخل العلاجي السلوكي وتوظيفها لعلاج أي مشكلات أو اضطرابات انفعالية وسلوكية لدى ذوي الإعاقة العقلية.

دراسات مقترحة

في ضوء اجراءات الدراسة الحالية وما توصلت له من نتائج تقترح الباحثة اجراء دراسات أخرى مرتبطة بموضوع الدراسة الحالية :

١. إعادة تطبيق اجراءات الدراسة الحالية على عينات من الذكور ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتعلم ، للكشف عما إذا كانت توجد فروق بين البنين والبنات في نوع المخاوف الشائعة ، ومدى جدوي الفنيات العلاجية المستخدمة في التدخل العلاجي مع ذوات الإعاقة العقلية القابلات للتعلم.
٢. اجراء دراسات تختبر مدى فعالية برامج تدريبية وعلاجية لبحث مشكلات واضطرابات انفعالية وسلوكية أخرى تشيع لدى ذوي الإعاقة العقلية واجراء تدخلات علاجية لمواجهتها.
٣. اجراء دراسات تستخدم فنيات علاجية أخرى توظف التوجهات المعرفية والمعرفية السلوكية لخفض المخاوف أو الإضطرابات الانفعالية والسلوكية الشائعة لدى ذوي الإعاقة العقلية.

المراجع

البلاح، خالد عوض (٢٠١٦). الصحة النفسية لذوي الاحتياجات الخاصة، الدمام ، مكتبة المتنبي.

جنيد، جنيد فخر الدين ؛ اللالا، صائب كامل (٢٠٠٦). إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم، المدينة المنورة، مكتبة دار الزمان.

حسين، طه عبد العظيم (٢٠٠٤). الارشاد النفسي : النظرية – التطبيق – التكنولوجيا، عمان، دار الفكر.

شريت، أشرف عبد الغني (٢٠٠٨). الطفل المعاق عقلياً "سلوكه ومخاوفه". القاهرة ، دار حورس الدولية للنشر والتوزيع.

شريت، أشرف محمد عبد الغني (١٩٩٦). دراسة امبيريقية كلينيكية لبعض مخاوف الأطفال المعاقين عقلياً في مرحلة الطفولة، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية التربية جامعة أسيوط.

شمس، فوزية حسين عبد الله (٢٠٠٩). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تخفيف حدة بعض المخاوف المرضية لدي عينة من تلميذات الصفوف الثلاثة الأخيرة من المرحلة التأسيسية بدولة الأمارات العربية المتحدة، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية جامعة عين شمس.

عبد المعطي، حسن مصطفى (٢٠٠٣). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة : الأسباب – التشخيص – العلاج. القاهرة، دار القاهرة للكتاب.

كاشف، إيمان فواد (٢٠٠). فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض حدة بعض المخاوف المرضية لدي المعاقين بصرياً، المؤتمر العلمي السنوي العاشر لكلية التربية جامعة حلوان "التربية وقضايا التحديث والتنمية في الوطن العربي"، ١٣-١٤ مارس.

محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٤). الاعاقات العقلية، القاهرة، دار الرشاد.

مرسي، محمد كمال (١٩٩٦). مرجع في علم التخلف العقلي، الكويت، دار القلم.

ملحم، سامي محمد، (٢٠٠٢) . مشكلات طفل الروضة، عمان، دار الفكر.

منصور، السيد كامل (٢٠٠٤). فاعلية برنامج إرشادي لخفض مستوى بعض المخاوف المرضية الشائعة لدى الأطفال المتخلفين عقلياً، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.

هبد، منى محمد إبراهيم علي (٢٠٠٢). دراسة فعالية برنامج إرشادي في خفض بعض المخاوف الشائعة لدى أطفال المؤسسات الاجتماعية (٤-٦) سنوات، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

وولمان، ب. ب. (١٩٩١) . مخاوف الأطفال، ترجمة محمد عبد الظاهر الطيب، ط٢، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5th Edition, ,Washington DC , American Psychiatric Association (APA).

Crawford ,S. S. (1995). Intensity and frequency of children›s fears. A Dissertation Submitted in Partial Fullfillment of the Requirement for the Degree Doctor of Philosophy , Faculty of Graduate School , University of North Carolina.

Davis E. ; Saeed , S. A. ; Antonacci , D. J. (2008). Anxiety disorders in persons with developmental disabilities: Empirically informed diagnosis and treatment reviews literature on anxiety disorders. Psychiatric, vol. 79 , pp. 249-263.

Davis, T. E. ; Kurtz , P. F. ; Gardner, A. W. , & Carman , N. B. (2007). Cognitive behavior treatment for specific phobias with a child demonstrating sever problem behavior and developmental delays. Paper Presented at the 32nd Annual Meeting of the Association for Behavior Analysis , Atlanta , GA.

Duff,R. ; La Rocca ,J.; Lizzet,A. ; Martin,P.; Pearce,L.; Williams , M ; Peck-Connie L. (1981). A comparison of the fears of mildly retarded adults with children of their mental age and chronological age matched controls. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, vol. 12(2), pp.121-124.

Dykens , E.M. (2003). Anxiety, fears and phobias in persons with Williams syndrome. Developmental Neuropsychology, vol.23 (1-2), pp.291-316.

Evans,D., Canaver,K. , Maccubbin,E.; Taga, K. (2005). The Fears, Phobias and Anxieties of Children with Autism

Spectrum Disorders and Down Syndrome: Comparisons with Developmentally and Chronologically Age Matched Children. Child Psychiatry and Human Development, vol.36 (1), pp.3-26.

Gollone , E.I. ; Cummins. R.A.; King, N.J. (1996). Self-reported fears: A comparison study of youth s with and without an intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research, vol.40 (3) , pp.227-240.

Gullone, E. , King,N. , Commins,R.A. (1996). Fears of youth with mental retardation: Psychometric evaluation of fear survey schedule for children-II (FSSC-II). Research in Developmental Disabilities, vol. 17(4), pp.269-284.

Gullone,E. , Clayton ,V., Cummins,R. , King , N. (1995). Adaptive behavior in children and adolescents with and without an intellectual disability: Relationships with fear and anxiety. Behaviour Change, vol. 12(4), pp.227-237.

Huijun , L. ; Bridgewater. ; Qian ,L. (2008). Fear of failure and criticism among students having mild retardation: How much do we know?. International Journal of Behavioral Consultation & Therapy, vol.4 (2), pp.120-129.

Huijun , L.(2003). Fears and related anxieties in children having a disabilities. A Dissertation Submitted In partial Fulfillment of the Requirements Doctor of Philosophy In the Graduate College , The University of Arizona.

King , N.J. Josephs , A. , Gullone, E. (1994). Assessing the fears of children with disability using the Revised Fear Survey Schedule for Children: A comparative study. British Journal of Medical Psychology, vol.67 (4), pp.377-386.

King, N. (1990). Fears and phobias in children and adolescents with intellectual disabilities: Assessment and intervention strategies. Australia and New Zealand Journal of Disabilities, vol.16 (2), 97-108.

Li , H. , Morris , R. (2007). Assessing fears and related anxieties in children and adolescents with learning disabilities or mild mental retardation. Research in Developmental Disabilities, vol.35 (5), pp.445-457.

Matson ,J.L. , (1991). Assessment and treatment of clinical fears in mentally retarded children. Journal of Applied Behavior Analysis , vol. 14 (3) , 287-294.

Muris.P. ; Merckelbach,H. ; Luijten , M. (2002). The connection between cognitive development and specific fears and worries in normal children and children with below-average intellectual abilities: A preliminary study. Behaviour Research and Therapy, vol.40 (1), pp37-56.

Ramirez,S.Z.; Kratochwill,T.R. (1997). Self-reported fears in children with and without montal retardation. Mental Retardation, vol.35 (2), pp.83-92.

Ricciardi,J. ; Luiselli , J.K. ; Camare , M. (2006). Shaping approach responses as intervention for specific phobia in a child with autism. Journal of Applied Behavior Analysis , 39 (4) , 445-448.

Siyao, D. ; Jaaniste,T.; Champion G. D. and Yap, C.S.L. , (2008). Theories of fear acquisition: The development of needle phobia in children. Pediatric Pain Letter , Vol. 10 (2) , 13-17.

Tonnsen ,B.L. ; Shinkareva S. V. ; Svetlana ,V. ; Deal,S.C. ; Hatton , D. ; Roberts J.E. (2013). Bio-behavioral indicators of social fear in young children with Fragil X Syndrome. American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, vol.18 (6), pp.447-459.

Turner ,R. ; Green, K. (2015). Overcoming fear with peer support. Learning Disability Practice, vol. 18(6), pp.14-19..

Vandenberg,B. (1993). Fears and related children. Psychological Reports, vol.72 (2), pp.473-474.