Voluntary behavior and its relationship to psychological resilience among adults in the United Arab Emirates

DR. SHIMAA EZZAT BASHA •
HOOR ABDULLAH AL-HISANI
MAHRA SAIF AL-YALILI
AYA ABDULLAH AL-SHURMI •

Abstract

The current study aimed to examine the relationship between voluntary behavior and psychological resilience, and to explore differences between males and females in these variables. The study employed a correlational descriptive differential approach. The sample included (92) participants, both male and female, with an average age of (25,74±7,58) years. The Voluntary Behavior Scale prepared by Al-Malki (2020) and the Psychological Resilience Scale prepared by Abdul-Sattar (2015) were used. The results revealed a statistically significant positive correlation between voluntary behavior (motivation, attitude, practice, and total score) and psychological resilience in all its dimensions (perseverance, sense of meaning, balance, self-flexibility, and self-confidence) among adults. The study also showed that there were no statistically significant differences between males and females in voluntary behavior (sub-dimensions and total score), and also no differences between males and females in the dimensions of psychological resilience (perseverance, self-flexibility, self-confidence). However, statistically significant differences were found between males and females in the total score of psychological resilience and its dimensions (sense of meaning, balance), and these differences were in favor of females. The results were discussed, and some practical and research recommendations were made.

Keywords: Voluntary behavior - psychological resilience.

• Associate professor, Department of Psychology - College of Arts -Helwan University, University of Fujairah.
• Department of Psychology, University of Fujairah

أثر إعاقة الأبناء على الضيق النفسي والضغوط لدى الوالدين في المجتمع القطري

د. علي شاكر الفتلاوي •
الباحثة. الدانة محمد الأحبابي
DOI: 10.12816/0062254

الملخص

هدفت الدراسة إلى تعرّف درجة الضيق النفسي والضغوط لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة، وبيان الفروق ذات الدلالة الإحصائية فيهما على وفق جنس الوالدين، ونوع إعاقة الأبناء.

بلغ عدد أفراد العينة (102) من الوالدين، تراوحت أعمارهم بين 36-45 سنة، وتراوح متوسط أعمار الأبناء بين (12.32) سنة، واستخدمت الدراسة مقياس كيسلر للضيق النفسي k6، ومقياس الضغط للوالدين PSS. وقد أظهرت النتائج أن الوالدين لديهم مستوى من الضيق النفسي أعلى من المتوسط، ويعانون من درجة مرتفعة من الضغط والإجهاد الأبوي، كما أشارت النتائج إلى أنه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية لكل من بُعدي الضيق النفسي والضغط الوالدي على وفق جنس الوالدين (أباء/أمهات)، ما عدا بُعد الاكتئاب، فإن الأمهات كنَّ أكثر ميلاً للاكتئاب مقارنة بالآباء، وتشير النتائج كذلك (على وفق متغير نوع إعاقة الأبناء) إلى أن الآباء الذين يرعون أطفالاً ذوي إعاقات ذهنية شديدة أو لديهم اضطراب التوحّد، كانوا أكثر ميلاً إلى القلق والشعور بالاكتئاب، بدرجة أكبر من الآباء الذين لديهم أطفال من ذوي الإعاقات الأخرى، وأن الآباء الذين لديهم أبناء من ذوي (الإعاقة الذهنية الشديدة، واضطراب التوحّد) لديهم درجة مرتفعة في بُعد «التوتر الوالدي» أكبر من الآباء الذين لديهم أطفال من ذوي الإعاقات الأخرى. ولم تُظهر النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الوالدين (الآباء والأمهات) في بُعد «عدم الرضا الوالدي» على وفق نوع إعاقة الأبناء.

الكلمات المفتاحية: الصحة النفسية، الاحتياجات الخاصة، الإعاقة النمائية، إجهاد الوالدين، التداعيات الاجتماعية.

• أستاذ مشارك - جامعة قطر - كلية الآداب والعلوم - قسم العلوم الاجتماعية - ashakir@qu.edu.qa
تاريخ استلام البحث: 2025/03/27م، تاريخ قبوله: 2025/05/06م

1 - المقدمة :

التربية تجربة مهمة فريدة ومجزية، لكنها غالبًا ما ترتبط بمستويات عالية من الإجهاد نتيجةً للصعوبات والإحباطات والتحديات التي يواجهها الآباء في الحياة اليومية. ومع قدوم طفل يعاني من إعاقة، تأتي متطلبات وتحديات غير متوقعة للآباء، قد لا يكونون عادة مستعدين لها، إذ يجلب وجود طفل يعاني من إعاقة ما تأثيرات طويلة الأمد على الآباء، وتداعيات في حياة العائلة بأسرها، لدرجة أنها تسهم في تغيير نمط حياتها (Martin & Colbert, 1997; Simmerman, Blacher, & Baker, 2001)

حيث غالبًا ما يُبلغ آباء الأطفال الذين يعانون من معوقات أو تأخر في النمو عن مستويات مرتفعة من المشكلات الناجمة عن الضغوط التي يتعرضون لها، مقارنة بآباء الأطفال الذين ينمون نماءً طبيعيًا، ويقعون تحت وطأة الضيق النفسي. وتُظهر العديد من الدراسات التي أجُريت في هذا المجال أن أولياء الأمور الذين يرعَون أطفالاً يعانون من إعاقات نمائية يواجهون مستويات أعلى من الإجهاد مقارنةً بأولياء الأمور الذين يرعَون أطفالاً ذوي نماء طبيعي (Sanders & Morgan, 1997; Roach, Orsmond, & Barratt, 1999)،

ذلك أن الأثر الذي يشكّله طفل يعاني من إعاقة نمائية على الأسرة لا ينحصر في كونه أثرًا خطيًا فقط، ولا يكمن أو يسير في اتجاه واحد؛ فهو أثر ثلاثي الأبعاد وتبادلي يؤثر على مجمل نظام العائلة وعلى العلاقات بين أفرادها (Rodrigue, Geffken, & Morgan, 1994).

ومن منظور الصحة النفسية، تشير الأبحاث والدراسات إلى أن أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة يعايشون مستويات أعلى من التوتر والاكتئاب بالمقارنة مع أولياء أمور الأطفال الذين يتطورون بصورة طبيعية، إذ تؤثر رعاية طفل يعاني من إعاقة نمائية على الصحة النفسية للوالدين.

افترضت دراسات مختصّة كثيرة أن آباء الأطفال ذوي الإعاقة النمائية سيكونون أكثر عرضة للإصابة بمشكلات الصحة النفسية من الآباء الآخرين. فقد أبانت دراسة (Hoyle,& Others,2020) أن آباء الأطفال المصابين بإعاقة نمو هم أكثر عرضة للإصابة بمشكلات الصحة النفسية من الآباء الآخرين، وكانت احتمالات الإصابة بالقلق أو الاكتئاب أعلى عندما كان الطفل البالغ المصاب بإعاقة نمو يعيش بشكل مستقل، وأعلى بنحو 3 مرات للأمهات وأكثر من ضعفين للآباء، وبالمقارنة مع الآباء الذين لم يعاني أطفالهم من إعاقة نمائية وسلوكيات صعبة، كانت احتمالات الضائقة النفسية أكبر بنحو 7 مرات لدى أولئك الذين يعاني أطفالهم من إعاقة نمائية وسلوكيات صعبة.

هذه التحديات اليومية يمكن أن تنعكس في العديد من جوانب حياتهم الاجتماعية، مثل فقدان الاتصال بالأصدقاء والأقارب، وسيادة الوجدانيات السالبة لديهم خلال اليوم المعيش، حتى التأثير السلبي على العلاقات الزوجية.

إن كونك والدًا لطفل من ذوي الإعاقة قد يكون أمرًا صعبًا ومجهدًا، فقد ثبت أن آباء الأطفال من ذوي الإعاقة – ولا سيما الأمّهات - يعانون من ضعف الصحة البدنية والنفسية مقارنة بأمّهات الأطفال الذين يتطورون بشكل طبيعي. (Gilson et al., 2018; Singer, 2006)

2 - مشكلة الدراسة:

ندرك تمامًا أنه غالبًا ما يُنظر الى الإعاقة على أنها حدث غير عادي يغيّر من نمط حياة الأفراد، وفي كثير من الأحيان يُنظر إليها على أنها مأساة شخصية فردية، لكن من المهم جدًا إدراك أن تداعيات هذا الأمر لا تتوقف عند هذا الحد؛ فالآباء هم من ينوؤن بحمل تبعات إعاقة أبنائهم ومضاعفاتها، فقد يشعر الآباء بمشاعر مختلطة عندما يعرفون أن أطفالهم معاقون، ذلك أن دور الوالدين يصبح أكثر تعقيدًا عند إنجاب أطفال ذوي احتياجات خاصة، على الرغم من المرحلة الصعبة في الأبوة (Jambekar et al., 2018).

وغالبًا ما يواجه الآباء الذين لديهم أطفال مصابون باضطرابات النمو الإعاقية ضغوطات مزمنة شديدة، ولا سيما تلك التي تنطوي على مشكلات سلوكية لدى الطفل واحتياج شديد إلى الرعاية (Miodrag, N. & Hodapp, R., 2010).

إن ظروف الأطفال الصحية المعيقة طويلة الأمد، تؤدي إلى إجهاد الفرد ولا سيما أسرته. وفي ظل الظروف الصعبة التي تتجاوز قدرة الفرد على التكيف، ينتشر الإجهاد إلى جميع جوانب الحياة (Feizi, et al.2014) . إذ يؤدي تزايد الضغوط والضيق النفسي (من جرّاء إعاقة الأبناء) إلى أن يكابد الوالدان حالة من المعاناة العاطفية تتميز بالاكتئاب وتتمثل في: فقدان الاهتمام، واليأس، وأعراض القلق، ولا سيما الشعور بالتوتر والأرق.

ومن المرجَّح أن يكون آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أكثر عرضة للضيق النفسي؛ لأنهم قد يواجهون العديد من التحديات في تربية الأطفال. ذلك أن الأزمات طويلة المدى للأطفال الذين يعانون من اضطرابات جسدية وحركية وإعاقة ذهنية والحاجة إلى علاج مستمر، تجعل من هؤلاء الآباء يعانون من مستويات عالية من التوتر، وكثيرًا ما يصابون بالاكتئاب والإحباط وخيبة الأمل في نمو أطفالهم. (Wahab,R. & Ramli,F.,2022).

إن تربية هؤلاء الأطفال الذين يعانون من حالات معينة مثل التوحد، واضطراب نقص الانتباه، وفرط النشاط (ADHA)، واضطرابات أخرى، ربما أدت إلى ظهور أعراض نفسية مرتفعة لدى الآباء. وعلى النقيض من تربية الأطفال الطبيعيين، فإن تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة قد تؤدي إلى مشكلات في أداء الأسرة، وضيق الأبوة، وأنماط الأبوة المتقلبة (Masulani-mwale et al., 2018).

وتتعدى التداعيات على الوالدين جرّاء تربيتهم أطفالاً من ذوي الإعاقة إلى شدة متطلبات الرعاية اليومية للأسرة، والنضال من أجل إيجاد خدمات لطفلهم وأسرهم، والعزلة الاجتماعية، والمخاوف المالية، وصعوبة الحفاظ على العمل، والضغط الشديد على منظومة الاسترخاء والسلام الداخلي للأمهات، لاسيما أن الصحة النفسية للأمّهات ليست مهمة لهن فحسب، بل إنها جزء لا يتجزأ من نمو الطفل (Bonin, 2004).

ولعل الحاجة ماسّة إلى مزيد من الدراسة والبحث؛ لاستكشاف الآثار والروابط بين إعاقة الأبناء ومستوى الضغوط وطبيعة الضيق النفسي ومستوياته لدى الآباء، وتأثير ذلك ضرورةً على مستوى الصحة النفسية لديهم، فضلاً عن حيوية استكشاف الآثار السريرية التي تقدمها نتائج هذه الدراسات، ولا سيما ضرورة تتابع البحث في الإعاقة وما يرتبط بها في المجتمعات العربية؛ لمنع تزايد نسب الإعاقة من جهة، ولدراسة تداعياتها الطبية والاجتماعية والنفسية من جهة أخرى.

ويجد البحث الحالي مبررًا حيويًا يتمثل في وجود أعداد مهمة من حالات الإعاقة الفكرية والنمائية ضمن مجتمع الدراسة، تلقي بظلالها السالبة على صحة أسر هؤلاء الأفراد، وتشكل بدورها ضغوطًا مزمنة على الوالدين خاصة، فقد أبان «جهاز التخطيط والإحصاء في دولة قطر/ المجلس الوطني للتخطيط» في إحصائية صدرت عن التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت عام 2020، أن الأفراد من ذوي الإعاقات والصعوبات، قد بلغ عددهم (18360) فردًا داخل المجتمع القطري، يتوزعون على أعمار وجنسيات مختلفة، ومن كلا الجنسين. وهذا يشير إلى ضرورة العمل والتصدي لدراسة المتغيرات النفسية، والاجتماعية، والذهنية الفاعلة في مسار حياة الأُسر الذين لديهم أبناء من ذوي الإعاقات المختلفة.

3 - تساؤلات البحث:

يسعى البحث الحالي إلى الإجابة عن التساؤلات التالية:

- ما مستوى الضغوط الوالدية لدى والدي الأطفال من ذوي الإعاقة في المجتمع القطري؟
- ما مستوى الضيق النفسي الوالدي لدى والدي الأطفال من ذوي الإعاقة في المجتمع القطري؟

- هل هنالك فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط والضيق النفسي للوالدين على وفق متغير جنس الوالدين؟
- هل هنالك فروق ذات دلالة إحصائية في الضغط الوالدي والضيق النفسي على وفق متغير نوع إعاقة الأبناء؟

4 - أهمية البحث:

جميع الآباء يتعرض بصفة طبيعية لمستويات متفاوتة من الضغوط. ومع ذلك، فإن وجود طفل ذي إعاقة يرتبط بمستويات متزايدة من الضغوط بين الآباء.

الضغوط الأبوية، تعد نوعًا مميزًا من الضغوط التي تنشأ عندما يتجاوز تصور أحد الوالدين لمتطلبات الأبوة موارده. إن الرأي السائد لوصف الضغوط الأبوية يحدد عنصرين رئيسين، هما: مجال الطفل الناشئ مباشرة عن خصائص الطفل، ومجال الوالدين الذي يتأثر بشكل أكبر بالأداء الأبوي، وأنه أكثر من أنواع الضغوط الأخرى، إذ يرتبط الضغط الوالدي بممارسات الأبوة (Abidin, 1990).

فقد يكون الآباء الذين يعانون من مستويات شديدة من ضغوط الأبوة وسمات الضيق النفسي أقل قدرة على تنفيذ التدخلات لدعم أطفالهم (Kazdin,2001).

ويمكن أن يؤثر المستوى المرتفع من ضغوط الوالدين على توافق الأطفال بطرق عدّة، أحدها: أن يجعل من الصعب على الوالد استخدام إستراتيجيات الأبوة المثلى، ومنها: إمكانية أن يؤدي ارتفاع مستويات التوتر لدى الوالدين إلى انخفاض مستويات الدفء الأبوي وارتفاع معدلات التربية القاسية (Haskett et al.,2006).

للإعاقة الذهنية تأثير معقد على رفاهية الأفراد المتضررين وأسرهم. فقد حددت الأبحاث السابقة عوامل خطر وعوامل وقائية متعددة للصحة النفسية للوالدين، بما في ذلك الظروف الاجتماعية والاقتصادية وسلوك الطفل.

لقد تصور الباحثون ضغوط الأبوة بوصفها استجابة نفسية سلبية لالتزامات الأبوة، إذ أن الأحداث اليومية مثل إطعام الطفل، أو الاستحمام، أو نقله، يمكن أن توجد مواقف يشعر فيها الآباء بالتعب والإحباط والارتباك، حتى عندما يربون أطفالاً هادئين ومتوازنين، ومع ذلك، يمكن أن تكون هذه المهام اليومية أكثر إرهاقًا عندما يُظهر الطفل سلوكيات صعبة، مثل التحدي والتجنب، وقد وثّقت الدراسات البحثية ارتباطًا مهمًا بين ضغوط الأبوة ومشاكل سلوك الطفل. إضافة إلى ذلك، فقد أفادت التقارير أن مستويات ضغوط الأبوة والأمومة أعلى بين آباء الأطفال المعرضين لخطر مشكلات السلوك، بما في ذلك أولئك الذين يعانون من

التوحد وتأخر النمو، والأمراض المزمنة، والذين يعانون من مشكلات اضطرابات السلوك أو المزاج أو المعرضون لخطرها (Theule et al. 2013).

ومع ذلك، فقد فحصت دراسات محدودة العوامل التي قد تؤثر على ضغوط الأبوة والأمومة ومشكلات سلوك الطفل.

فضلاً عن ذلك هنالك تأثير من نوع آخر لتلك العلاقة بين وجود الإعاقة وسلوك الوالدين، تتمثل في تأثير ضغوط الأبوة والأمومة على سلوك الطفل المعاق نفسه، فقد حدد ديتر ديكارد 1998 في تنظيره تأثير ضغوط الأبوة والأمومة على سلوك الطفل، ففي عينة من الأطفال في سن ما قبل المدرسة الذين يتطورون بشكل طبيعي، كان إجهاد الوالدين مرتبطًا بشكل مباشر بزيادة مشكلات سلوك الطفل(Crnic et al., 1990).

إن ارتفاع مستويات الضيق النفسي والتوتر لدى الوالدين يعد متغيرًا مهمًا للمخاطر البيئية. وقد ارتبط بالعديد من النتائج غير المرغوبة، بما في ذلك اكتئاب الوالدين، فقد ورد أن آباء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يتعرضون لمستويات أعلى بكثير من الضغوط مقارنة بآباء الأطفال المصابين باضطرابات أخرى. وعلى وجه الخصوص، يعاني مقدمو الرعاية الأساسيون (مثل الأمهات) عادة من ضغوط أكبر من أفراد الأسرة الآخرين (مثل الآباء والأجداد).

فقد أشارت الأبحاث إلى أن أولياء الأمور للأطفال ذوي الإعاقة يعانون من مستويات أعلى من التوتر والاكتئاب بالمقارنة مع أولياء الأمور للأطفال الذين يتطورون عاديًا (Hayes & Watson,2013).

تتراوح العوامل المرتبطة بالضغوط التي يتعرض لها الآباء لدى الأطفال المصابين بإعاقات مختلفة من السمات الخاصة بالطفل (مثل صعوبات التواصل، والإعاقات الاجتماعية، والسلوكيات المشاغبة) إلى اتخاذ القرارات بشأن خيارات العلاج لأطفالهم. وقد وُجّه المزيد من الاهتمام لتطوير التدخلات للحد من الضغوط التي يتعرض لها الآباء وكذلك معالجة مصدر الضغوط. وقد أُبلغ عن أن التدخلات التي تستهدف معالجة ردود أفعال الوالدين تجاه الضغوط (مثل: البرامج المعرفية والسلوكية للتكيف والاسترخاء)، والتدخلات التي تستهدف معالجة مصادر الضغوط (مثل: برامج تثقيف الوالدين في تقنيات إدارة السلوك، وتوفير المعلومات حول موارد المجتمع والمساعدة في الحصول عليها، مثل: رعاية الراحة) فعالة في الحد من مستويات التوتر الإجمالية لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة.

إن الحد من ضغوط الوالدين وخفض مستوى الضيق النفسي لديهم يعد عنصرًا مهمًا

وهدفًا حيويًا له ثمار بأوجه متعددة، فقد أشارت الأبحاث إلى أن مساعدة الوالدين على تخفيف التوتر يمكن أن يحسّن من نتائج العلاج من خلال مشاركة الوالدين الفعالة بشكل أكبر في برامج التدخل.

5 - فرضيات البحث:

- هناك مستوى مرتفع من الضغوط للوالدين نسبة لإعاقة الأبناء.
- هناك مستوى عالٍ من الضيق النفسي للوالدين نسبة لإعاقة الأبناء.
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط والضيق النفسي للوالدين على وفق متغير جنس الوالدين.
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط والضيق النفسي على وفق متغير إعاقة الأبناء.

6 - حدود البحث:

تحددت حدود البحث الحالي بما يلي:

- حدود بشرية: شملت الدراسة الحالية الوالدين الذين لديهم أفراد ذوو إعاقة معينة.
- حدود مكانية: شملت الوالدين الذين لديهم أبناء ذوو إعاقة في حدود (مركز الشفلّح لذوي الإعاقة) بدولة قطر.
- حدود زمانية: تمثلت بتطبيق البحث في الفصل الأول من العام الدراسي 2024 – 2023.

7 - مفاهيم الدراسة:

أ. إعاقة الأبناء:

- الإعاقة: disability

إصابة جسمية أو عقلية دائمة تعيق بشكل كبير قدرة الفرد على القيام بإحدى الأنشطة الحياتية المركزية أو أكثر، مثل: العناية بالنفس، والمشي، والتواصل، والتفاعل الاجتماعي، والتعبير الجنسي، والعمل. (APA, 2023).

- الإعاقة النمائية: Developmental disability

عرّفت المنظمة الأمريكية للصحة النفسية APAالإعاقة النمائية، بأنها حالة تمتاز بوجود إعاقات عقلية أو جسمية، أو كليهما معًا، تنشأ قبل سن الـ 22 عامًا ومرجح أن تستمر طويلاً وتسبب قيودًا كبيرة في الوظيفة والتوافق. والأمثلة على الإعاقات النمائية، تشتمل - ولكن لا تقتصر – على: الإعاقة الذهنية، واضطرابات النمو الشاملة، واضطرابات التعلم، واضطراب التنسيق النمائي، واضطرابات التواصل، وشلل الدماغ، والصرع، والعمى، والصمم، والصم النطقي، والضمور العضلي. ويطُلق على هذه الفئة من الحالات أيضًا اسم اضطرابات النمو (APA, dictionary.apa.org, 2023).

- الإعاقة العقلية: Intellectual disability

مصطلحات عربية عدّة تعبر عن الإعاقة العقلية، منها: النقص العقلي -mental deficien cy، والإعاقة العقلية mental retardation، والضعف العقليmental subnormal or feeble Minded، لكن في الاتجاه الحديث للتربية الخاصة استخدم مصطلح الإعاقة العقلية-in tellectual disability الذي يشير إلى التوجه الإيجابي في النظرة إلى هذه الفئة، وهو بديل عن المصطلحات القديمة التي كانت تعبر عن الاتجاه السلبي لتلك الفئة (الروسان ،2017).

- التعريف الاجتماعي للإعاقة العقلية:

عُرّفت الإعاقة بحسب مدى نجاح الفرد أو فشله في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه، مقارنة بالأفراد من المجموعة العمرية ذاتها، وبذلك يكون الفرد معوَّقًا عقليًا إذا فشل في تأدية المتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه، فقد ركز الكثير مثل تريد قولد -Tred gold,1908، وهيبر Heber,1959، ودولDoll,1941، وميرسر Mercer,1973، وجروسمان Grossman,1973؛ على مدى الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية بوصفها متغيرًا رئيسًا في تعريف الإعاقة العقلية، وعبر عنه بمصطلح السلوك التكيفي (الروسان، 2017).

- تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية والنمائية AAIDD:

عملت الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية والنمائية على الجمع بين المعيار السيكومتري والاجتماعي، وقد عرفته عام 2010، على أنه حالة من التدني الواضح في القدرة والوظيفة العقلية، والسلوك التكيفي، الذي يشمل مهارات الحياة اليومية المفاهيمية، والعلمية، والاجتماعية، التي تظهر قبل عمر 18 سنة. وفي نسخة 2021، عُرِّفت الإعاقة الذهنية بأنها نوع من الإعاقة يشمل العديد من المهارات الاجتماعية والعملية، ويتميز بقصور في كل من الوظائف العقلية والسلوكيات التكيفية، ويحدث قبل سن الثانية والعشرين (Schalock et al.,2021).

- الإعاقة الجسمية والحركية:

عرّفتها كوربت corbet 1980، على أنها حالة من العجز الذي يؤثر على الجهاز العصبي أو العضلي لدرجة معينة، حيث لا تترافق الإعاقة الجسمية مع الإعاقة العقلية للكثير من الأشخاص، وكما يوصف بشكل عام الأشخاص ذوو الإعاقة الجسمية والصحية بالفئة التي يتشكل لديهم عائق يمنعهم من القيام بوظائفهم الحركية والجسمية على أكمل وجه، وهذا يؤدي على سبيل المثال، إلى العجز عن الذهاب إلى المدرسة، أو لا يستطيعون التعلم إلى الحد الذي يستدعي توفير خدمات طبية وتربوية ونفسية وخاصة (Berger, 2015).

كما يقصد بالعائق الإصابة أيًا كانت بسيطة أو شديدة، تصيب الجهاز العصبي المركزي، أو العضلات، أو الهيكل العظمي، أو الإصابات الصحية (الجوالدة والقمش، 2016).

ب. الضيق النفسي: distress

- تعريف ديكر Decker 1997 :

عرّف ديكر 1997 الضيق النفسي بأنه: نقص الحماس، ومشاكل النوم (صعوبة في النوم أو البقاء نائمًا)، والشعور بالإحباط أو الحزن، والشعور باليأس بشأن المستقبل، والشعور بشحن من الوجدانيات والعواطف (على سبيل المثال البكاء بسهولة، أو الشعور بالرغبة في البكاء)، والشعور بالملل أو الاهتمام العابر بالأشياء وأفكار الانتحار (Decker, 1997).

- تعريف كيسلر للضيق النفسي:

حالة وجدانية عاطفية، تظهر في سلوك الفرد على شكل حزن شديد، لا يمكن لأي شيء أن يبهجه، وميل إلى التوتر والاضطراب، والعصبية الواضحة، وسيادة مشاعر اليأس، والشعور بالإجهاد، وبعدم القيمة الذاتية أو تدني الشعور بها (Kessler et al., 2002).

التعريف الإجرائي:

الدرجة الخام التي يحصل عليها المفحوص (أفراد العينة)، على مقياس كيسلر للضيق النفسي k6.

ج. ضغوط الوالدين: Parental stress

- تعريف Deater, 2004:

سلسلة من العمليات التي تثير ردود فعل نفسية وفيسيولوجية غير سارة، نتيجة للمساعي الرامية إلى التكيف مع متطلبات الأبوة والأمومة، ويعبّر عن ذلك غالبًا من خلال مشاعر ومعتقدات سلبية تجاه الذات والطفل، وأن هذه المشاعر السلبية تنبع مباشرة من دور الأبوة والأمومة (Deater,2004).

- تعريف Abidin, 1995:

نوع مميّز من التوتر ينشأ عندما تفوق تصورات الوالدين حول متطلبات الأبوة والأمومة مواردهم الواقعية. وهو استجابة شخصية لعوامل التوتر المرتبطة بدور الأبوة والأمومة وتنفيذ المسؤوليات الوالدية (Abidin et al., 2022).

والرؤية السائدة للتعبير عن ضغط الوالدين توضح مكونين رئيسين: مجال يتعلق بالطفل ينشأ مباشرةً من خصائص الطفل، ومجال يتعلق بالوالدين يتأثر أكثر بوظائف الوالدين (Coulacoglou & Saklofske, 2017) .

- تعريف Rivas & Others,2021 :

ردة فعل سلبية بشكل كبير تجاه الذات أو الطفل، تحدث عندما يشعر الراعي بالإرهاق أو نقص المهارات والموارد اللازمة لتحقيق متطلبات دورهم الوالدي، ويواجهون صعوبات في التكيف معها(Rivas et al., 2021)

- التعريف الإجرائي:

الدرجة الخام التي يحصل عليها المفحوص (أفراد العينة (على مقياس الضغط الأبوي PSS.

8 - إطار نظري:

أ. مدخل:

البحث في السياق الاجتماعي للإعاقة أمر واقعي، إذ اتسعت الدراسات وتتالت للبحث في الأثر الكبير الذي يمكن أن تتركه إعاقة ابن أو أكثر داخل الأسرة، ولا سيما أن الدراسات المعاصرة تؤكد أن عملية الوقاية من الإعاقات والبحث في الهندسة الوراثية أمر معقد لمنع حالات مثل متلازمة داون، أو التوحد، أو التليّف الكيسي، أو رقص هنتغتون وغيرها 2008) (Reichman.,فيرى النموذج الاجتماعي أن «الإعاقة» هي نتيجة للتفاعل بين الأشخاص الذين يعيشون مع إعاقات وبيئة مليئة بالحواجز الجسمية والسلوكية والتواصلية والاجتماعية. وهذا يعني ضمنًا أن البيئة المادية والسلوكية والتواصلية والاجتماعية لا بد أن تتغير؛ لتمكين الأشخاص الذين يعيشون مع إعاقات من المشاركة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين.

لقد ثبت أن الفروق الفردية في ضغوط الأبوة، التي يعاني منها معظم الآباء بوصفها تلك المشاعر المنفرة المرتبطة بمتطلبات دور الأبوة، تشكل جانبًا مهمًا من جوانب عمل الوالدين والطفل والأسرة، إذ يُقدم تعريف لضغوط الأبوة، جنبًا إلى جنب مع تطبيقه على نماذج ضغوط أكثر عمومية. وقُيّم ثلاث فرضيات ضمنية في الكثير من الأبحاث السابقة حول ضغوط الأبوة والسلوك: (أ) ضغوط الأبوة مرتبطة سببيًا بسوء الأبوة، (ب) سوء الأبوة مرتبط سببيًا بمشكلات في تكيف الطفل، (ج) سلوك الأبوة يتوسط الارتباطات بين ضغوط الأبوة وتكيف الطفل. إضافة إلى ذلك، يُطرح ثلاثة أسئلة للبحوث المستقبلية فيما يتعلق بالاختلاف داخل الأسرة وداخل الفرد في ضغوط الأبوة: (أ) هل ضغوط الأبوة متأثرة وراثيًا؟ (ب) هل يُظهِر الآباء والأمهات مستويات متشابهة أو مختلفة من ضغوط الأبوة؟ (ج) هل ضغوط الأبوة «خاصة بالطفل» داخل الأسر؟

وبذلك تبلور الاعتقاد بأن مشكلات سلوك الأطفال هي عامل سببي للتوتر، ومن ثم يُفترض أن لها صلة مباشرة بمستوى توتر الوالدين، وبالمقابل، قد يكون تأثير توتر الوالدين على مشكلات سلوك الطفل أقل مباشرة، إذ يُعتقد أن سلوك الوالدين هو رد فعل للتوتر، يتوسط العلاقة بين التوتر ومشكلات سلوك الطفل (Deater-Deckard, 1998).

وقد ارتبط توتر الوالدين بتربية أقل استجابة وأكثر استبدادًا وأكثر إهمالاً، التي ارتبطت بدورها بنتائج نمو أضعف للطفل (Rothbaum &Weisz,1994).

ب. نظريات في الإعاقة:

نظرية بياجيه في الإعاقة العقلية:

فسّر بياجيه مظاهر الإعاقة العقلية بحسب مراحل النمو العقلي لنظريته، وتوظيف تلك المراحل في التدريس والتعليم للأطفال المعاقين عقليًا.

ذكر ماكميلان 1985 أن من المفسرين لظاهرة الإعاقة العقلية بحسب مراحل النمو العقلي woodward,1963 inhelder,1968 الذين أبانوا بأن النمو العقلي للمعاقين عقليًا مقارنةً بالأطفال العاديين متشابه في المراحل النمائية للنمو العقلي، لكن الفرق يكمن في درجة ذلك التشابه ونوعيته، إذ يمرون في المراحل الأربع للنمو لنظرية بياجيه بمعدل أبطأ، وبزمن أطول، وبنوعية مختلفة من حيث العمليات العقلية، وذلك يعتمد على درجة الإعاقة العقلية وبحسب تصنيف حالاتها، ويفصّل ماكميلان mac millan, 1985 ذلك، كما يأتي:

- **حالات بطء التعلم:** تشمل الأفراد الذين يظهرون نسبة ذكاء متدنية تتراوح بين 70 و85 درجة، ويبدأ نموهم العقلي بالتوازي مع نظرية بياجيه، إذ يصلون إلى بداية المرحلة الرابعة من العمليات العقلية المجردة، وفيها يتميزون بالقدرة على استخدام اللغة المجردة وتكوين المفاهيم اللغوية الرمزية، وفهم العلاقات الزمانية والمكانية، والفهم المبدئي للمفاهيم الرياضية، مثل: الجمع والطرح، والأعداد، والإشارات الرمزية للأحجام، والضرب.

إن نمو القدرات العقلية لهؤلاء الأطفال بطيء، ويعتمد على مستوى الذكاء القياسي والعمر الزمني. ومن المتوقع أنهم لن يصلوا إلى هذه المستويات من النمو العقلي في سن الحادية عشرة، مثلما يحدث مع الأطفال العاديين، بل قد يتأخر نموهم حتى يقترب من ضعف عمرهم الزمني تقريبًا، قبل أن تظهر هذه المظاهر من النمو العقلي لديهم على نحو مشابه للأطفال العاديين.

- **حالات الإعاقة العقلية البسيطة:** تتراوح نسبة الذكاء في هذه الفئة بين 55 و70 درجة، ويصل نموهم العقلي إلى بداية المرحلة الثالثة من نظرية بياجيه، وهي مرحلة العمليات العقلية المادية.

- **حالات الإعاقة العقلية المتوسطة:** تتراوح نسبة الذكاء في هذه الفئة بين 40 و55 درجة، ويصل نموهم العقلي إلى بداية المرحلة الثانية من نظرية بياجيه، وهي مرحلة ما قبل العمليات العقلية.

- **حالات الإعاقة العقلية الشديدة:** تتراوح نسبة الذكاء في هذه الفئة بين 40 وما دون ذلك، وتشتمل هذه الحالات على الإعاقة العقلية الشديدة والشديدة جدًا. ويصل نموهم العقلي إلى بداية المرحلة الأولى من نظرية بياجيه، وهي المرحلة الحسية الحركية.

نظرية زيجلر: zigler,1969

تنظر هذه النظرية إلى النمو العقلي للأطفال المعاقين عقليًا على أنه يسير ببطء، ويوازي أعلى مستوى للنمو العقلي لدى هؤلاء الأطفال أدنى مستوى للنمو العقلي لدى الأطفال العاديين المناظرين لهم في العمر الزمني نفسه، ويعد zigler,1969 من المؤيدين لوجهة النظر تلك، ولا سيما لدى الأطفال ذوي حالات الإعاقة العقلية البسيطة، إذ يعد الفرق بين مظاهر النمو العقلي للأطفال العاديين والأطفال المعاقين عقليًا والمتناظرين في العمر الزمني؛ هو الفرق في معدل ذلك النمو العقلي.

ويطلق زيجلر اسم (النموذج النمائي للنمو المعرفي developmental modal of cognitive) على ذلك التفسير للتباين في النمو العقلي، إذ يوضّح تطور النمو المعرفي لدى حالات الإعاقة البسيطة والعاديين والموهوبين بحسب مراحل العمر الزمنية، والأحداث البيئية، ومراحل النمو العقلي الناجحة، ونجد هنا ثلاثة مستويات من النمو العقلي، وهي: المعاقون عقليًا وتكون نسبة ذكائهم 66 درجة، والعاديون، ونسبة ذكائهم 100 درجة، والموهوبون، ونسبة ذكائهم 150 درجة (Zigler, 1969).

نظرية واير: weir,1967

يذكر macmillan,1977,1985 وجهات نظر المعارضين لنظرية التأخر في النمو العقلي للمعاقين عقليًا مقارنة بالأطفال العاديين المناظرين لهم في العمر الزمني، ومنهم weir,1967 وEillits,1969 فهم يرون أن الفروق بين الأفراد ذوي الإعاقة العقلية والأفراد العاديين في النمو المعرفي لا تقتصر على سرعة النمو فقط، بل يُشيرون إلى أن هذه الفروق تتعلق أيضًا بعدد العمليات العقلية ونوعها، ويعدون أن الفرق بين نسب الذكاء، مثل: 66 للمعوقين عقليًا و100 للعاديين؛ يعكس اختلافًا في العمليات العقلية التي يمكن للأفراد تنفيذها بدلاً من مجرد التباين في سرعة النمو العقلي (الروسان، 2017).

ومن المؤكد أن هذه النظرية تؤكد أنه يجب أن يكون التنبؤ بالأداء التفاضلي للمتأخرين عقليًا والطبيعيين الذين يتمتعون بالدرجة نفسها من الذكاء في المهام المعرفية المعقدة؛ لأن هؤلاء الأفراد يختلفون كثيرًا في معدل نموهم العقلي (Weir 1967,).

ج. نظريات في الضغط الأبوي:

نظرية ضغط الوالد – الطفل - العلاقة (P-C-R):

نظرية الوالد – الطفل – العلاقة (P-C-R) ترتبط بالعديد من الباحثين والمؤرخين في مجال ضغط الوالدين. واحدة من الشخصيات البارزة التي تعمل في هذا المجال R.R.Abidin، التي أسهمت بشكل كبير في تطوير نظرية ضغط الوالدين وتحديدها، وفي بناء مقياس مؤشر

الضغوط الوالدية Parenting Stress Index، ويجدر بالذكر أن هذه النظرية ليست ملكًا حصريًا لفرد واحد، بل هي نتاج لجهود العديد من الباحثين الذين أسهموا في استكشاف تأثيرات الضغط الوالدي على الطفل والعلاقة بينهم.

أكثر نظريات ضغط الوالدين تجربة هي التي تفترض وجود ثلاثة مكونات منفصلة: مجال «الوالد «P (الذي يتضمن جوانب الضغط الناتجة من داخل الوالد)، ومجال «الطفل "C (الذي يتعلق بجوانب الضغط الناتجة من سلوك الطفل)، ومجال «علاقة الوالدين بالطفل "R (الذي يشمل جوانب الضغط الناتجة عن علاقة الوالدين بالطفل).

وفقًا لنظرية الوالد – الطفل – العلاقة (P-C-R)، يظهر ارتفاع في مستويات الضغط في مجالات الوالد، الطفل، والعلاقة في الأسر التي تعاني من ضغط والدين مرتفع، ما يؤدي إلى انتشار أكبر للمشكلات في تربية الأطفال وتطورهم Abidin 1990؛ 1992؛ 1995. يرتبط ضغط مجال الوالد بشكل قوي بمشكلات في وظائف الوالد ذاته، مثل: الاكتئاب والقلق، بينما يتعلق ضغط مجال الطفل بشكل قوي بصفات الطفل، مثل: مشكلات السلوك، ويرتبط مجال اضطراب الوالدين بالطفل بشكل رئيس بدرجة الصراع في علاقة الوالدين بالطفل. وتسبب هذه المجالات الثلاثة في ضغط الوالدين تدهوراً في العديد من جوانب جودة تصرفات التربية وفعاليتها، ويمكن أن يشمل ذلك انخفاضًا في التعبير عن الدفء والمحبة، وزيادة في أساليب الانضباط القاسية، وتعبيرات العداء تجاه الطفل، وقلّة في اتساق تصرفات التربية، أو انسحابًا كاملاً عن دور الوالدين. ونتيجة لذلك، يشجّع هذا التدهور في جودة التربية (في أشد الحالات، التي يعرف فيها بالتسيب والإساءة للطفل) على الزيادة في مشكلات الأطفال العاطفية والسلوكية، مثل: العدوان، وعدم الانصياع، والقلق، والحزن المزمن.

تتنبأ هذه النظرية بأن هناك تأثيرًا ثنائي الاتجاه بين الوالدين والطفل، إذ يؤثر الوالدان على الطفل والعكس صحيح (Deater, 2004)

د. النماذج النظرية للضائقة النفسية:

النموذج الطبي:

النموذج الطبي هو وجهة نظر سائدة أو مهيمنة لعلم الأمراض في العالم، إذ يُنظر إلى الضائقة النفسية على أنها مرض في الفئة نفسها، أي مرض جسمي آخر، ويستخدم هذا النموذج نموذجًا مشابهًا في تعريف الضائقة النفسية، مثل ذلك الذي يستخدمه الممارسون الطبيون. وبعبارة أخرى، الضائقة النفسية هنا هي شكل من أشكال الخلل العصبي المسؤول عن التفكير والسلوك المضطرب، ويتطلب العلاج والرعاية الطبية (Mikeka et al., 1996).

نظرية العلاقات الشخصية:

تعزو نظريات العلاقات الشخصية الصعوبات النفسية إلى أنماط التفاعل غير الوظيفية، وتؤكد هذه النظريات أننا كائنات اجتماعية، وأن الكثير مما نحن عليه هو نتاج لعلاقاتنا مع الآخرين. ويوصف الضيق النفسي بأنه السلوك غير التكيفي الذي يُلاحَظ في العلاقات، والذي يحدث بسبب علاقات غير مرضية في الماضي أو الحاضر. ويتم التعرف على الضيق النفسي عند فحص أنماط العلاقات الشخصية المختلفة لدى الشخص المنكوب، ووفقًا لهذا المنظور، يتم تخفيف الضيق من خلال العلاج الشخصي، الذي يركز على تخفيف المشكلات الموجودة داخل العلاقات، ومساعدة الأشخاص على تحقيق علاقات أكثر إرضاءً من خلال تعلم مهارات شخصية جديدة (Hardy et al., 1998).

نظرية الديناميكية النفسية:

تنظر النماذج التحليلية النفسية التقليدية إلى علم الأمراض (الضيق النفسي) من منظور داخلي نفسي. وتؤكد على دور العمليات اللاواعية وآليات الدفاع في تحديد السلوك الطبيعي وغير الطبيعي. وتعد تجارب الطفولة المبكرة ضرورية في التكيف الشخصي اللاحق، وبعبارة أخرى، يفهمون التعبير عن الأعراض في الحاضر على أنه امتداد للصراعات الماضية؛ لذلك، يمكن وصف الضائقة النفسية في حياة الشخص بأنها محاولته للتعامل مع الصعوبات الحالية باستخدام آليات الدفاع في مرحلة الطفولة السابقة، التي قد تبدو غير متكيفة وغير مناسبة اجتماعيًا للموقف الحالي (Sharf, 2010).

النظرية المعرفية:

وفقًا للنموذج المعرفي، فإن الإدراك المتحيز سلبًا هو عملية أساسية في الضائقة النفسية، تتجسد هذه العملية عندما يكون لدى المرضى المنكوبين عادةً وجهة نظر سلبية عن أنفسهم وبيئتهم وعن المستقبل. إنهم ينظرون إلى أنفسهم على أنهم لا قيمة لهم، وغير مناسبين، وغير محبوبين، وناقصين. ووفقًا لمنظري الإدراك، فإن الإفراط في التأثير والسلوك غير السليم لدى الناس يرجع إلى طرق مفرطة أو غير مناسبة لتفسير تجاربهم (Barlow & Durand, 1998).

9. دراسات سابقة:

دراسة (Al-Kuwari 2007):

الصحة النفسية للأمهات اللواتي يرعين أطفالاً معاقين عقليًا في قطر:

هدفت الدراسة إلى مقارنة انتشار الأمراض النفسية بين أمهات الأطفال المعوقين عقليًا وأمهات الأطفال غير المعوقين، وتحديد العوامل المرتبطة بالمرض النفسي.

إذ أُجريت دراسة مقطعية مقارنة في قطر من يناير إلى يونيو 2005 لمقارنة انتشار الأمراض النفسية باستخدام استبيان الصحة العامة (GHQ-12) بين 195 أمًا لأطفال معاقين عقليًا، اختيروا مجموعةَ دراسة، و139 أمًا لأطفال غير معاقين مجموعةَ مقارنة.

وكانت النتائج تشير إلى أن معدل انتشار الأمراض النفسية أعلى بين الأمهات اللواتي يعتنين بأطفال معاقين ذهنيًا مقارنة بأمهات الأطفال غير المعوقين في مجموعة المقارنة. وتوصلت الدراسة إلى عوامل تطور الأمراض النفسية التالية: وجود أكثر من طفل معاق، وطفل معاق ذهنيًا أقل من 5 سنوات، والطفل المعوق يأتي أولاً في ترتيب الولادة، ووجود مرض مزمن إضافة إلى الإعاقة الذهنية، ووجود نوع آخر من الإعاقة إلى جانب الإعاقة الذهنية، كما وجدنا أن تثقيف الأمهات في رعاية الطفل المعوق له تأثير وقائي على تطور الأمراض النفسية.

وخلصت الدراسة إلى تمتع أمهات الأطفال المعوقين ذهنيًا بصحة نفسية أسوأ من أمهات الأطفال غير المعوقين.

دراسة (Dykens,et.al.,2014):

الحد من الضيق لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد والإعاقات الأخرى:

تجربة عشوائية افترضت الدراسة أنه مقارنة بالآباء الآخرين، تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، أو الإعاقات النمائية العصبية الأخرى بمزيد من التوتر والمرض والمشكلات النفسية. وأن عبء الإجهاد والمرض التراكمي لهؤلاء الأمهات مرتفع بشكل استثنائي، ويرتبط بنتائج أسوأ لدى الأطفال.

وُوفق على ما مجموعه 243 أمًا لأطفال من ذوي الإعاقة ووُزّعن عشوائيًا إما على برنامج تخفيف التوتر القائم على اليقظة الذهنية (ممارسة اليقظة الذهنية)، أو على برنامج التنمية الإيجابية للبالغين (ممارسة علم النفس الإيجابي). قاد مرشدون أقران مدربون جيدًا وخاضعون للإشراف 6 أسابيع من العلاجات الجماعية في جلسات أسبوعية مدتها ساعة ونصف، وقيموا الأمهات 6 مرات قبل العلاج وفي أثنائه وبعده لمدة 6 أشهر. كان لدى الأمهات أطفال مصابون بالتوحد (65%)، ومصابون بإعاقات أخرى (35%). في البداية كان لدى 85% من عينة المجتمع هذه مستويات مرتفعة بشكل ملحوظ من التوتر، و48% كانوا مصابين بالاكتئاب السريري، و41% كانوا يعانون من اضطرابات القلق.

باستخدام نماذج المنحدرات كنتائج والتأثيرات العشوائية المختلطة، أدى كلا العلاجين إلى انخفاض كبير في التوتر والاكتئاب والقلق، وتحسين النوم والرضا عن الحياة، مع تأثيرات كبيرة في الاكتئاب والقلق. كان لدى الأمهات في برنامج تخفيف التوتر القائم على اليقظة الذهنية مقابل برنامج التنمية الإيجابية للبالغين تحسنات أكبر في القلق والاكتئاب والنوم

والرفاهية، وتحسنت حالة أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد بشكل أقل في القلق، لكنهن لم يختلفن عن نظرائهن.

دراسة (Barroso,et.al.,2018):

ضغوط الأبوة من خلال عدسة المجموعات السريرية المختلفة:

مراجعة منهجية:هدفت الدراسة إلى إجراء مراجعة منهجية لضغوط الأبوة ومشكلات سلوك الطفل بين المجموعات السريرية المختلفة (المصابون بالتوحد وتأخر النمو /ASD DD، والمرض المزمن، والمعرضون لخطر اضطرابات السلوك والمزاج). كما فُحصت المتغيرات الديموغرافية والمنهجية على أنها معايير والاختلافات في المستويات الإجمالية لضغوط الأبوة بين المجموعات السريرية. وقد وثّقت هذه المراجعة المنهجية وجود صلة بين ضغوط الأبوة ومشكلات، سلوك الطفل مع التركيز على السلوك الخارجي. وضُمنت مئة وثلاث وثلاثون دراسة للتحليل الكمي وكانت ضغوط الأبوة مرتبطة بشكل أقوى بمشكلات ضغوط الطفل الخارجية (ES المرجحة r = 0.57، d = 1.39) من مشكلات الضغوط الداخلية (ES المرجحة r = 0.37، d = 0.79). وأشارت التحليلات الإحصائية إلى أن الارتباط بين ضغوط الأبوة ومشكلات السلوك كان أقوى بين الدراسات التي كانت في الغالب عينات من الذكور والمجندين من العيادات. وبشكل عام، كانت مستويات ضغوط الأبوة أعلى لدى آباء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد/اضطراب النمو مقارنة بآباء الأطفال من مجموعات سريرية أخرى. وتوثق النتائج الارتباط بين ضغوط الأبوة ومشكلات سلوك الطفل، وتسلط الضوء على أهمية تقييم ضغوط الأبوة بوصفها جزءًا من الرعاية الرّتيبة ومن بنية برامج التدخل السلوكي، ولا سيما ما يتعلق بمجموعات الأطفال المعرضين لخطر كبير لمشكلات السلوك، مثل الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد/اضطراب النمو، من أجل تحديد الدعم لكل من الوالدين والطفل.

وعموماً فقد أثبتت الدراسة وجود ارتباط بين ضغوط الأبوة ومشكلات سلوك الطفل، وأشارت إلى أن مستويات ضغوط الأبوة أعلى بين آباء الأطفال المعرضين لخطر مشكلات السلوك، مثل المصابين بالتوحد وتأخر النمو (ASD/DD).

دراسة (Marquis et al., 2020):

النتائج المتعلقة بالصحة النفسية بين آباء الأطفال الذين يعانون من إعاقة نمائية: مقارنة بأنواع مختلفة من الإعاقة النمائية:

هدفت إلى مقارنة صحة الوالدين من ذوي الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد (ASD)، ومتلازمة داون، ومتلازمة الكحول الجنيني (FAS)، وأنواع أخرى من

الإعاقات النمائية، استُخدم تصميم مقطعي لفحص البيانات الصحية الإدارية على مستوى السكان، لنتائج الصحة النفسية في مجموعات من الآباء والأمهات لأطفال يعانون من أربعة أنواع مختلفة من الإعاقات النمائية. إضافة إلى نوع الإعاقة النمائية فُحِص متغيرات إضافية تتضمن: جنس الوالدين، وعمرهم عند ولادة الطفل الذي يعاني من الإعاقة النمائية، ومستوى الدخل، وجنس الطفل الذي يعاني من الإعاقة النمائية، وعدد الأطفال في العائلة، ومكان الإقامة، فقد كان عدد الإباء يبلغ (22,376) وعدد الأمهات (25,066).

أظهرت النتائج وجود درجات مرتفعة من الاكتئاب لدى الأمهات والآباء، وكان لنوع الإعاقة النمائية تأثير كبير في احتمالات تشخيص الاكتئاب أو الصحة العقلية لكل من الآباء والأمهات، إذ أظهر اضطراب الكحول الجنيني التأثير الأكبر. ووجدت هذه الدراسة أيضًا أن هناك مؤشرات إضافية للاكتئاب ومشكلات الصحة العقلية في هذه العائلات، وأن هذه المؤشرات تختلف بحسب جنس الوالد. وارتبط الدخل المنخفض (كما قيس من خلال إعانة أقساط التأمين الصحي) بارتفاع احتمالات التشخيص للآباء، ولكن ليس للأمهات. وكان آباء الأطفال الذين يعانون من طيف التوحدFAS كانوا يواجهون أكبر الاحتمالات للإصابة بالاكتئاب أو بتشخيص صحي نفسي آخر.

دراسة (Hoyle, et al.,2020):

المخاطر الصحية النفسية التي يتعرض لها آباء الأطفال ذوي الإعاقات النمائية:

دراسة وطنية ممثلة في الولايات المتحدة:هدفت الدراسة إلى افتراض أن آباء الأطفال الذين يعانون من إعاقة نمائية هم أكثر عرضة للإصابة بمشكلات الصحة النفسية من الآباء الآخرين.

استُخدمت دراسة لوحة ديناميكيات الدخل (PSID، 1997-2017) ومكملات نمو الطفل الخاصة بها، التي حددت الإعاقة النمائية من خلال تشخيصات، مثل: اضطراب طيف التوحد أو الإعاقة الذهنية، وطلبت أدلة إضافية على الإعاقة الدائمة. إذ رُبطت بيانات الأطفال والآباء على مدى 20 عامًا، بما في ذلك 44264 قياسًا للصحة النفسية لـ 4024 والدًا لـ 7030 طفلاً.

وبيّنت نتائج الدراسة، أن قُرابة 9.4% من الأطفال يعانون من إعاقة نمائية. وكان الآباء والأمهات الذين لديهم أطفال يعانون من إعاقة نمائية أكثر عرضة للإصابة بمشكلات الصحة النفسية من الآباء الآخرين. وكانت احتمالات الإصابة بالقلق أو الاكتئاب أعلى عندما كان الطفل البالغ المصاب بإعاقة نمائية يعيش بصورة مستقلة، وأعلى بنحو 3 مرات بالنسبة للأمهات (OR 2.89، CI 2.33-3.59)، وأكثر من ضعفين بالنسبة للآباء (OR 2.35، CI 1.70-3.26). وبالمقارنة مع الآباء الذين لم يكن أطفالهم يعانون من إعاقة نمائية وسلوكيات صعبة، كانت

احتمالات الضائقة النفسية أكبر بأكثر من 7 مرات (نسبة الأرجحية، OR 7.18، فاصل الثقة 95%، CI، 5.37-9.61) لأولئك الذين كان أطفالهم يعانون من إعاقة نمائية وسلوكيات صعبة.

وأظهرت مقارنة الآباء الذين لم يكن لأطفالهم إعاقة نمائية وسلوكيات صعبة، مع الذين لديهم أطفال من ذوي الإعاقة، أن الاحتمالات المرتبطة بالإصابة بالضغط النفسي كانت أكثر من 7 مرات للآباء الذين كان لأطفالهم إعاقة نمائية وسلوكيات صعبة، مقارنة بالآباء الذين لم يكن لأطفالهم إعاقة نمائية وسلوكيات صعبة.

دراسة (Baker, et al.,2020):

الإعاقة الذهنية في مرحلة الطفولة والصحة النفسية للوالدين: دمج التأثيرات الاجتماعية والنفسية والوراثية:

هدفت الدراسة إلى استكشاف ما إذا كان السبب الوراثي للإعاقة الذهنية في مرحلة الطفولة يسهم في رفاهية الوالدين.

فقد شملت أطفالاً من جميع أنحاء المملكة المتحدة ممن يعانون من إعاقة ذهنية لأسباب وراثية متنوعة لدراسة IMAGINE-ID. وأكمل مقدمو الرعاية الأساسيون تقييم النمو والرفاهية، بما في ذلك مقياس الضيق الأبوي (استبيان الشعور اليومي). وصُنفت التشخيصات الجينية على نطاق واسع إلى اختلال الصيغة الصبغية، وإعادة ترتيب الكروموسومات، ومتغيرات عدد النسخ (CNVs) ومتغيرات النوكليوتيدات الفردية.

وأبانت النتائج أنه بالمقارنة مع عامة السكان في المملكة المتحدة، فقد أبلغ آباء IMAG-INE-ID (n = 888) عن ضائقة عاطفية مرتفعة بشكل ملحوظ (d Cohen's = 0.546)، وكان التباين داخل العينة مرتبطًا بأحداث الحياة الأخيرة والتأثير المتصور لصعوبات الأطفال. وكان التنبؤ بالتأثير من خلال عمر الطفل، والإعاقة الجسمية، والخصائص التوحدية، والصعوبات السلوكية الأخرى. كما تنبأ التشخيص الجيني بالتأثير، ما أثر بصورة غير مباشرة على رفاهية الوالدين. وعلى وجه التحديد، ارتبطت الاختلافات في عدد النسخ بتأثير أعلى، ولم تُفسر من خلال وراثة الاختلافات في عدد النسخ، أو الحرمان من الحي، أو بنية الأسرة.

دراسة (Wahab & Ramli,2022):

الضائقة النفسية بين آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة:

هدفت الدراسة إلى تحديد شدة الضائقة النفسية لدى الآباء ذوي أطفال الاحتياجات الخاصة، والعلاقة بين المتغيرات الديموغرافية والضائقة النفسية لدى الآباء بين الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. شارك في الدراسة ما مجموعه 224 من الآباء والأمهات، الذين

لديهم أطفال ذوو احتياجات خاصة في ترينجانو. وقِيست الضائقة النفسية لدى الآباء باستخدام مقياس كيسلر للضائقة النفسية (K10). وأشارت النتائج إلى أن 36.6% من الآباء يعانون من ضائقة شديدة، و21% يعانون من ضائقة معتدلة، و21.9% يعانون من ضائقة خفيفة. كما أشارت حالة عمل الوالدين إلى وجود ارتباط إيجابي مهم بشدة الضائقة النفسية ($p < 0.05, N = 224, r = 0.148$) ولم تظهر المتغيرات الأخرى، مثل: عمر الوالدين، وجنسهما، وعمر الطفل وتشخيصه، والحالة الاجتماعية للوالدين، ومستوى تعليمهما، أي ارتباط كبير بشدة الضائقة النفسية. وفي الختام، كان معظم الآباء يعانون من ضائقة نفسية، ومع ذلك، فإن حالة العمل فقط هي التي أظهرت تأثيرًا على الضائقة النفسية للوالدين.

دراسة (Chen, et al., 2023):

آباء الأطفال ذوي الإعاقة: نتائج الصحة النفسية والإفادة من خدمات الصحة النفسية:

استهدفت الدراسة تقصي مدى انتشار مشكلات الصحة النفسية، والاستفادة من خدمات الصحة النفسية، والتكاليف التي تترتب على آباء الأطفال ذوي الإعاقة مقارنة بآباء الأطفال الذين ليس لديهم إعاقة، واستُخدمت بيانات من الدراسة الطولية للأطفال الأستراليين، وهي عينة تمثيلية على المستوى الوطني من الأطفال الذين عُينوا في عام 2004 مع المتابعة كل سنتين، وربطها باستخدام الخدمات الصحية خارج المستشفى وبيانات الفواتير للوالدين. كما استُخدمت التحليلات الوصفية لعرض الصحة النفسية للوالدين التي قِيست باستخدام مقياس كيسلر6. وأُجريت نماذج خطية معممة لفحص ما إذا كنت والدًا لطفل ذي إعاقة يرتبط بارتفاع استخدام خدمات الصحة النفسية وتكاليفها مقارنة بأولئك الذين ليس لديهم إعاقة، وضُمن ما مجموعه 4935 طفلاً وأولياء أمورهم في هذه الدراسة. وكان هناك معدل انتشار أعلى لمشكلات الصحة النفسية لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة مقارنة بأولئك الذين ليس لديهم إعاقة في جميع أعمار الأطفال. كما أشارت تحليلات الانحدار إلى أن آباء الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و17 عامًا من ذوي الإعاقة لديهم استخدام وتكاليف أعلى بكثير لخدمات الصحة النفسية مقارنة بآباء الأطفال الذين ليس لديهم إعاقة.

دراسة (Mbatha & Mokwena, 2023):

الضغط الأبوي في تربية طفل يعاني من إعاقات في النمو في مجتمع ريفي في جنوب أفريقيا:

استهدفت الدراسة قياس الضغط النفسي لدى الأمهات ومقدّمات الرعاية النسائية للأطفال الذين يربون اطفالاً بعمر من 1-12 سنة، من ذوي اضطرابات النمو، والتحقيق في العوامل المرتبطة بهذا الضغط في منطقة «كوازولو ناتال» الريفية في جنوب أفريقيا.

اعتمدت الدراسة استبيانًا كميًا عبر مقطع واحد، إذ أجري استخدام مؤشر ضغط الوالدين - النموذج القصير(PSI-SF)، واستبيانًا ديموغرافيًا للأمهات ومقدمات الرعاية. وتكونت عينة الدراسة من 335 مشاركًا، منهم 270 (80.6٪) أمًا و65 (19.4٪) من مقدمي الرعاية، تراوحت أعمارهم من 19 إلى 65 عامًا، وأظهرت النتائج أن 52,2% من المشاركين يعانون من مستويات عالية جدًا من ضغط الوالدين. وتوصلت الدراسة إلى أن العوامل المتنبئة بارتفاع ضغط الوالدين تشتمل على العمر المتقدم للأمهات ومقدمات الرعاية، والاهتمام بطفل يعاني من تشخيصات متعددة، وعدم تسجيل الطفل في المدرسة، والزيارات المتكررة للمستشفى.

دراسة (Thomas, et al.,2024):

الضائقة النفسية بين آباء الأطفال المصابين بحالات صحية مزمنة، وارتباطها باحتياجات الرعاية الداعمة غير الملباة، وجودة حياة الأطفال:

هدفت الدراسة الى تقييم الضائقة النفسية لدى الوالدين في أسر الأطفال المصابين بحالات صحية مزمنة شائعة (CHC)، واستكشاف العلاقات بين الضائقة النفسية لدى الوالدين واحتياجات الرعاية الداعمة غير الملباة، وجودة حياة الأطفال (QoL).

واستندت إلى دراسة مقطعية شملت آباء أطفال وأمهاتهم، شُخِّصوا بعيب خلقي شائع في القلب بين سن 0 و12 عامًا الذين تلقوا العلاج خلال السنوات الخمس الماضية. وأكمل الآباء المؤهلون استطلاعًا عبر الإنترنت، الذي تضمن مقياس القلق والاكتئاب والتوتر (DASS-21) لتقييم الضيق لدى الآباء، وتقييمًا مكونًا من 34 عنصرًا للاحتياجات غير الملباة للرعاية الداعمة عبر 6 مجالات. وأكمل الآباء تقييمات الأداء الحالي لأطفالهم (QoL) باستخدام PedsQL المكون من 23 عنصرًا. وفحصت نماذج الانحدار متعدد المتغيرات الارتباط النسبي بين الاحتياجات غير الملباة وجودة حياة الأطفال واكتئاب الآباء وقلقهم وتوترهم.

تكونت العينة من 194 من آباء وأمهات الأطفال المصابين بأمراض القلب الخلقية (ن = 97؛ 50٪)، ومرض السكري (ن = 50؛ 26٪)، والسرطان (ن = 39؛ 20٪)، والربو (ن = 8؛ 4٪). وبينت النتائج أن هنالك نسبة كبيرة من الآباء أظهرت أعراض اكتئاب متوسطة إلى شديدة (26 %) وقلق (38 %) وتوتر (40 %). ومن بين مقاييس PedsQL، عُثر على أسوأ النتائج فيما يتعلق بالأداء العاطفي والمدرسي. وأظهرت التحليلات متعددة المتغيرات أن كلًا من الاحتياجات غير الملباة الأعلى والأداء العاطفي الضعيف للطفل كانا مرتبطين بأعراض الاكتئاب والقلق والتوتر لدى الوالدين.

10. مناقشة الدراسات السابقة:

المتغيرات: تناولت الدراسات السابقة المتغيرات التالية: الإعاقة النمائية، والإعاقة العقلية، والضيق النفسي للوالدين، والضغوط الوالدية، والتأثيرات الاجتماعية والنفسية والجينية. وهي المتغيرات ذاتها التي تحاول الدراسة الحالية دراستها في المجتمع القطري.

الأهداف: هدفت تلك الدراسات إلى استكشاف جوانب مختلفة من تأثير رعاية الأبوين للأطفال ذوي الإعاقات النمائية على طبيعة المتغيرات النفسية ذات المساس المباشر بحركة الآباء ودوافعهم ووجدانياتهم، ولا سيما الضغوط الوالدية، والضائقة النفسية التي يتعرضون لها، وإلى مستوى صحتهم النفسية عمومًا.

فقد تباينت الدراسات في تحقيق ذلك الهدف كل من زاويتها ورؤيتها الخاصة، بالرغم من الاتفاق على كثير من الإجراءات، إذ ركّزت الدراسات (Hoyle, Laditka, & Laditka, 2020) و(Marquis, McGrail, & Hayes, 2019) و(Chen, Bailey, Baikie, Dalziel, & Hua, 2023) بشكل رئيس على مقارنة نتائج الصحة النفسية بين أولياء الأمور للأطفال الذين يعانون من الإعاقات والذين لا يعانون منها، مع النظر في متغيرات مختلفة، مثل: السلوكيات المتحديّة، وأنواع الإعاقات النمائية، واستخدام خدمات الصحة النفسية. وعلى النقيض من ذلك، تؤكد دراسة (Baker, Devine, NgCordell, Raymond, & Hughes, 2020) على دور التشخيصات الجينية وعوامل الخطر الأخرى في صحة المُربين ضمن سياق الإعاقات العقلية في الطفولة. وعموماً فإنه على الرغم من تنوع النهج، إلا أن جميع الدراسات تتقاطع في هدفها المشترك؛ لفهم أفضل للتحديات التي يواجهها أولياء الأمور للأطفال من ذوي الإعاقات النمائية، بهدف تحديد عوامل الخطر والاحتياجات غير الملبّاة وإستراتيجيات دعم الصحة النفسية والتدخل. وعملت دراسة Barraso,et.al.,2018 بشكل متفرد، على إجراء مراجعة منهجية لضغوط الأبوة ومشكلات سلوك الطفل بين المجموعات السريرية المختلفة، في عدد كبير من الدراسات المختصة تبلغ (133) دراسة. ودراسة Mbatha & Mokwena, 2023 التي هدفت إلى قياس الضغط النفسي لدى الأمهات ومقدمات الرعاية النسائية للأطفال من ذوي إضطرابات النمو بعمر 1-12 سنة.

وقد تصدّت دراسات (Al-Kuwari 2007) و (Dykens,et.al.,2014)، ودراسة (Wahab & Ramli,2022) إلى بحث مستوى الصحة النفسية ودرجة الضائقة النفسية للأمهات اللواتي لديهن أطفال معاقون، وتحديد شدّة الضائقة النفسية لدى آباء الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة.

العينة: اعتمدت الدراسات طرقًا متنوعة لاختيار المشاركين. فقد استخدمت الدراسة (Hoyle, Laditka, & Laditka, 2020) بيانات من «دراسة لوحة ديناميكية للدخل «PSID، تضم مجموعة وطنية ممثلة للأطفال والبالغين في الولايات المتحدة، مع التركيز الرئيس على الآباء والأمهات على حد سواء. وتركز الدراسة (Marquis, McGrail, & Hayes, 2019) على آباء الأطفال وأمهاتهم ذوي الإعاقات النمائية في بريتش كولومبيا، باستخدام بيانات صحية إدارية. وضُمن (133) دراسة للتحليل الكمي في دراسة (Barraso,et.al.,2018)، وشملت دراسة (Mbatha & Mokwena, 2023) 335 مشاركًا منهم 270 (80.6%) أمًا و65 (19.4%) من مقدمي الرعاية، تراوحت أعمارهم من 19 إلى 65 عامًا، وسحبت دراسة ((Al-Kuwari,2007 195 أمًا لأطفال معاقين عقليًا اختيروا مجموعة دراسة، و139 أمًا لأطفال غير معاقين مجموعة مقارنة.

بينما جمعت دراسة (Chen, Bailey, Baikie, Dalziel, & Hua, 2023) معلومات من «الدراسة الطويلة للأطفال الأسترالية»، تشمل عينة وطنية. وجمعت الدراسة (Baker, Devine, Ng-Cordell, Raymond, & Hughes, 2020) المشاركين من دراسة IMAGINE-ID في المملكة المتحدة، مع التركيز على العائلات التي تواجه تأخرًا في التطور، وقد حُصِل على الإحالات من مصادر متنوعة. بينما تختلف مصادر التوجيه والمواقع ومعايير الاختيار بين هذه الدراسات، إلا أنها تستهدف جميعًا الآباء أو مقدمي الرعاية للأطفال ذوي الإعاقات النمائية، وتعكس تصاميم كل دراسة الاختلافات والتنوع في المواقع الجغرافية، وتقنيات العينة، وأنواع الإعاقات النمائية المحددة المُدروسة. وتقدم هذه التباينات في تقنيات العينة والديموغرافيا مجموعة واسعة من الآراء والمعلومات، حول تجارب الآباء ضمن سياق رعاية الأطفال ذوي الإعاقات النمائية، ما يؤكد الطابع العالمي والجوانب المتعددة لهذا المجال البحثي.

منهج البحث والمقاييس: استخدمت الدراسات السابقة المنهج التجريبي، والطولي التتبعي، والارتباطي. وطبّقت مقاييس ومنهجيات متنوعة لتقييم الضغوط الوالدية، والضائقة النفسية، ومستوى الصحة النفسية للآباء والأمهات في سياق رعاية الأطفال ذوي الإعاقات. فقد استخدمت دراسة (Hoyle, Laditka, & Laditka, 2020) مقياس الضغط النفسي لكيسلر، الذي يوفر قياسًا شاملاً للضغط النفسي مع مرور الوقت، ضمن عينة ممثلة للأسر في الولايات المتحدة. واعتمدت دراسة (Marquis, McGrail, & Hayes, 2019) مجموعة متنوعة من مجموعات البيانات الصحية الإدارية؛ لفهم نوع الخدمات والإقامات المقدّمة في المستشفيات وكيفية تقديمها، ما يوفر نظرة شاملة لتجارب الصحة النفسية للآباء والأمهات في بريتش

كولومبيا. بينما استخدمت دراسة (Chen, Bailey, Baikie, Dalziel, & Hua, 2023) مقياس كيسلر6 لتقييم الصحة النفسية، وتحري الخدمات الصحية للآباء والأمهات. وأخيرًا، استخدمت دراسة (Baker, Devine, Ng-Cordell, Raymond, & Hughes, 2020) استبيان «الشعور اليومي» مركّزة على المستجيب الرئيس لقياس مشاعره اليومية.

وعمومًا، فقد اعتمدت الدراسات السابقة على مقاييس متنوعة لقياس الضغوط النفسية، والضيق النفسي، والقلق، والصحة النفسية الشاملة، أو التجارب العاطفية اليومية للمستجيبين. وقد تماشت مقاييس كل دراسة مع أهدافها وفرضياتها البحثية، ما يقدم منظورات متنوعة وعمقًا في فهم الجوانب المعقدة للضغوط الوالدية والضيق النفسي في أثناء رعاية الأطفال ذوي الإعاقات.

النتائج:

أبانت الدراسات السابقة نتائج عديدة، فقد توصلت دراسة Wahab & Ramli, 2022 إلى أن معظم أباء الأطفال ذوي الإعاقة يعانون من ضائقة نفسية.

ووجدت دراسة Thomas et al.,2024 أن نسبة كبيرة من الآباء أظهرت أعراض اكتئاب متوسطة إلى شديدة (26 %)، وقلق (38 %)، وتوتر (40 %). وعُثر على أسوأ النتائج فيما يتعلق بالأداء العاطفي والمدرسي. وأظهرت التحليلات متعددة المتغيرات أن كلاً من الاحتياجات غير الملباة الأعلى والأداء العاطفي الضعيف للطفل كانا مرتبطين بدرجة الضائقة النفسية «أعراض الاكتئاب والقلق والتوتر لدى الوالدين».

وفي دراسة Dykens et al.,2014 تبيّن أن أمهات الأطفال المصابين بالتوحّد والإعاقات الأخرى يعانين من مستويات مرتفعة من الضيق النفسي، والتوتر، والمرض، والمشكلات النفسية.

ووجدت دراسة Barraso,et.al.,2018 أن مستويات الضغوط الوالدية أعلى لدى آباء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحّد والإعاقات الأخرى، مقارنة بالآباء الآخرين ذوي الأطفال غير المعاقين، وأن هنالك ارتباطًا بين ضغوط الأبوة ومشكلات سلوك الأطفال.

وتوصّلت دراسة Hoyle et al., 2020 إلى أن الاحتمالات المرتبطة بالإصابة بالضغط النفسي كانت أكثر بـ (7) مرات لدى الآباء الذين كان لأطفالهم إعاقة نمائية وسلوكيات صعبة، مقارنة بالآباء الآخرين ذوي الأطفال غير المعاقين.

وفي دراسة Mbatha & Mokwena, 2023 كانت النتائج تشير إلى أن الأمهات ومقدمات الرعاية النسائية للأطفال من ذوي اضطرابات النمو يعانين من مستويات عالية جدًا من الضغوط الوالدية.

وأشارت دراسة (Hoyle, Laditka, & Laditka, 2020) إلى أن هناك قُرابة 9.4% من الأطفال يعانون من الإعاقة النمائية، ووجد أن الوالدِين الذين يرعون أطفالاً ذوي إعاقة نمائية يعانون من مشكلات في الصحة النفسية بنسبة أعلى، مقارنة بالوالدِين الذين ليس لديهم أطفال ذوي إعاقة، وارتبطت احتمالات الإصابة بالقلق أو الاكتئاب بصورة أكبر بوجود إعاقة نمائية لدى الأطفال.

وكذلك دراسة Al-Kuwari 2007, وجدت أن الصحة النفسية لأمهات الأطفال من ذوي الإعاقات الذهنية كانت بدرجة سيئة بدلالة إحصائية واضحة، مقارنة بالأمهات اللواتي لديهن أطفال غير معاقين.

أما دراسة (Marquis, McGrail, & Hayes, 2019) فقد وجدت أن أمهات الأطفال وآباءهم الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد ASD))، ومتلازمة داون، ومتلازمة الكحول الجنيني (FAS)، وأنواع أخرى من الإعاقات النمائية، يواجهون تحديات في صحتهم النفسية، وكان لدى آباء الأطفال الذين يعانون منFAS احتمال أعلى للإصابة بالاكتئاب، وتأثرت مواقف الوالدين وأعباؤهم بنوع الإعاقة النمائية، وأعمار الأطفال، والعوامل الاجتماعية.

وأما دراسة(Chen, Bailey, Baikie, Dalziel, & Hua, 2023) فقد وجدت أن آباء الأطفال ذوي الإعاقة يواجهون معدلات أعلى في مشكلات الصحة النفسية، مقارنة بآباء الأطفال الذين ليس لديهم إعاقة، وقد تباينت هذه النتائج بحسب أعمار الأطفال، إذ كان الاختلاف أكبر بين آباء الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و17 عامًا، وأظهرت أن تكاليف خدمات الصحة النفسية كانت أعلى بصورة ملحوظة لآباء الأطفال ذوي الإعاقة.

وأما دراسة (Baker, Devine, Ng-Cordell, Raymond, & Hughes, 2020) فوجدت أن السبب الوراثي للإعاقة الذهنية لدى الأطفال يمكن أن يؤثر على عافية الوالدين، و توصلت الدراسة إلى أن العوامل الوراثية تؤدي دورًا في تحديد مدى تأثير الإعاقة الذهنية على الوالدين والمخاطر العائلية.

عمومًا، فقد أجمعت الدراسات السابقة على أن الإعاقة النمائية، والإعاقة الذهنية للأطفال يمكن أن يكون لها تأثير سلبي على صحة الوالدين، من خلال زيادة مستويات الضغوط النفسية والاجتماعية، وزيادة شدّة الضائقة النفسية، ما يؤدي إلى القلق والاكتئاب ومشكلات الصحة النفسية، وإلى أن العوامل الاجتماعية والوراثية يمكن أن تؤدي دورًا في هذا التأثير.

10 - منهجية البحث:

استخدم البحث الحالي المنهج شبه التجريبي؛ وذلك لمعرفة أثر العلاقة بين متغيرات الإعاقة، والضيق النفسي، وضغوط الوالدين.

أ- العينة:

تكونت عينة البحث من (102) من الوالدين، إذ يُظهر جدول (1) توزيع العينة بحسب الجنس، فقد بلغ عدد الأمهات 62 أمًّا، ما يشكل نسبة 8.60 % من المجموع الكلي، بينما بلغ عدد الآباء 40 أبًا، ما يمثل نسبة 39.2. % من المجموع الكلي، وسحبت العينة من الآباء والأمهات الذين لديهم ابن ذو إعاقة في مركز الشفلّح لذوي الإعاقة بدولة قطر، وقد تراوحت أعمار أفراد العينة بين (26-56) سنة، والجدول (2) يوضح توزيع الفئات العمرية، والنسب المئوية لأفراد العينة.

جدول (1) توزيع أفراد العينة بحسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة
الأب	62	% 60.8
الأم	40	% 39.2
المجموع	102	% 100

جدول (2) توزيع أفراد العينة بحسب العمر

العمر	العدد	النسبة (%)
25-18	0	% 0
35-26	12	% 11.8
45-36	46	% 45.1
55-46	32	% 31.4
>56	12	% 11.8
المجموع	102	% 100

ب - الأدوات:

أولاً: استمارة بيانات عن الطفل المعاق وأسرته:

التحقق من التأثير النفسي والاجتماعي للتحديات المرتبطة بالأسر التي تعيش مع أطفال يعانون من إعاقات مختلفة يعد من الأمور الحيوية؛ لفهم أوجه الدعم والتدخلات الضرورية. ولأجل تشخيص العينة المناسبة لأهداف البحث وتصنيفها، وحصرها، صُمّمت «استمارة بيانات»

ضمّت البيانات الديموغرافية التي تساعد في تحقيق أهداف البحث وفرضياته.

وتضمنت البيانات الديموغرافية: المستوى التعليمي، والجنس، ووضع العمل، والعمر، والوضع الاقتصادي، وعدد الأفراد في الأسرة، ونوع الإعاقة، ومدة معايشة الإعاقة.

ثانيًا: معايير تشخيص الإعاقة:

أساليب تشخيص الأفراد الذين يعانون من إعاقات متعددة وقياسهم، استنادًا إلى تشخيص مركز الشفلّح لذوي الإعاقة، بهدف استقصاء نوع الإعاقة التي يعاني منها الأطفال الذين يحضرون هذا المركز وتحليلها. ولقياس الإعاقة الذهنية، اعتُمد على:

نظام تقييم السلوك التكيفي ABAS-3:

وهي الأداة الوحيدة التي توفر تقييمًا كاملاً للمهارات (AAIDD) الذهنية والنمائية التكيفية، ويقيّم نظام تقييم السلوك التكيفي، الإصدار الثالث (ABAS-3) المهارات التكيفية المتعلقة بالعناية الذاتية، والاستجابة للآخرين، والقدرة على تلبية المتطلبات البيئية عبر العمر (من الولادة إلى 89 عامًا). وهي عبارة عن أداة قيّمة صُممت خصيصًا لمساعدة الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية، وذلك لوضع القرارات المتعلقة بالتشخيص، وتحديد مكان الفرد، والبرامج الخاصة بالأطفال والراشدين ممن لديهم إعاقات ذهنية واضطرابات عاطفية وسلوكية (Kreutzer et al.,2018)، ومقياس الذكاء بينية وكسلر.

وأما لقياس اضطراب التوحد، فقد استُخدم مقاييس CARS2 وADI-ADOS.

واعتُمد على معايير DSM-5 بوصفها مرجعية أساسية في الدراسة الحالية، ما يضمن دقة العملية التشخيصية وموثوقيتها استنادًا إلى المعايير المعترف بها دوليًا.

ثالثا: مقياس كيسلر للضيق النفسي: Kessler psychological distress k6

- وصف المقياس:

مقياسK6 هو جزء من مقاييس الفحص التي طُورت لاستخدامها في مسح الصحة الوطني الأمريكي، وهو أداة مركّزة مصممة لقياس الضيق النفسي غير المحدد. يتألف هذا المقياس من مجموعة فرعية تتألف من 6 أسئلة مشتقة من مقياسK10 الأوسع نطاقًا. يقيس تردد المشاعر أو طبيعتها التي تجسّد تجربة أعراض الضغط النفسي خلال فترة محددة، تكون عادة خلال الـ 30 يومًا الماضية، إذ يلتقط الحالات العاطفية مثل الحزن المستمر.

تسُجّل الردود في مقياسK6 باستخدام مقياس مكوّن من 5 فئات، يعكس تردد الضغط المشاعر التي تمت تجربتها: «دائمًا»، أو «غالبًا»، أو «قليلاً»، أو «نادرًا»، أو«أبدًا». وكل سؤال في مقياس K6، يحمل تحميلات عالية على عامل رئيس مرتبط بالضغط النفسي غير المحدد.

ويضم هذا العامل مجموعة متنوعة من الأعراض التي تشمل التصرفات، والمشاعر، والمعرفة، والظواهر النفسية، والجسمية للضيق النفسي.

وقد طُوّر مقياس K10 وK6، وهو مقياس فحص مكون من 10 أسئلة للضغوط النفسية، ومقياس قصير مكون من 6 أسئلة، مضمَّن في مقياس الأسئلة العشرة لمسح المقابلات الصحية الوطنية الأمريكية المعاد تصميمه (NHIS). وقد أُنشئ مقياسا الأسئلة العشرة والستة، اللذان نشير إليهما باسم K10 وK6، من مجموعة الأسئلة المختصرة بناءً على نماذج نظرية الاستجابة للبند. كما تُحُقق من صدق المقاييس لاحقًا في مسح إعادة التقييم السريري المكون من مرحلتين (N = 1000). إضافة إلى تمتعه بخصائص نفسية قياسية متسقة، عبر العينات الفرعية الاجتماعية الديموغرافية الرئيسة، فهي تشير إلى درجة عالية من الثبات. وله ميّزة الإيجاز، والخصائص النفسية القوية، والقدرة على التمييز بين الحالات وفق DSM-IV التي تجعل من K10 وK6 جذابين للاستخدام في المسوحات الصحية العامة (Kessler et al., 2003).

- قياس الابعاد:

يتوجّه مقياس (Kessler, et al., 2003) لقياس بعدين أساسيين: الأول: هو التوتر، في السؤالين الأول والثاني، والبعد الثاني: هو الاكتئاب، في الاسئلة الثالث، والرابع، والخامس، والسادس. من خلال فحص مدى تكرار أعراض الضيق النفسي التالية في الشهر الماضي: الشعور بالتوتر، أو اليأس، أو القلق، أو التململ، وشدّة الكآبة، لدرجة أنه لم يعد أي شيء يفرحك، وأنك تتطلب مجهودًا للقيام بأي شيء، والشعور بتدني القيمة الذاتية.

- الخصائص السيكومترية:

- الصدق:

أظهر مقياس K6 ارتباطًا مع مقاييس مختلفة في دراسة (Umucu et al., 2022)، ما يشير إلى صدق تلازمي متزامن. وتبينّ أنه كان يرتبط بإعاقة التداخل الناجم عن الضغط النفسي $p < 0.05, r= -0.69$، لقد أثبت المقياس فائدته في توفير تقديرات مجمعة لانتشار الأمراض العقلية الخطيرة، واستُخدم على نطاق واسع في ثقافات مختلفة لتحديد الأفراد الأكثر عرضة للخطر؛ لإثبات الحاجة إلى التدخل المجتمعي (Kessler,2010).

- الثبات:

استُخدم معامل ألفا كرونباخ، في الدراسة الحالية لاستخراج ثبات المقياس، إذ بلغ معامل ألفا كرونباخ 894. درجة، وهي نسبة ثبات مرتفعة للمقياس.

جدول (3) Reliability Statistics

Cronbach›s Alpha	N of Items
.894	6

رابعًا: مقياس ضغوط الوالدين: Parental psychological scale PSS

- وصف المقياس:

طُوّر مقياس ضغوط الوالدين المكوّن من 18 فقرة بواسطة جودي بيري ووارن جونز (1995)، بوصفه بديلاً لمقياس الاجهاد الأبوي المكون من 101 فقرة، ويمكن استخدامه لتقييم نتائج التدخلات المصممة لدعم فعالية تربية الأبناء للأمهات والآباء، أو مقدمي الرعاية للأطفال عبر مجموعة عمرية واسعة.

فقرات المقياس مصممة لتقييم مشاعر الوالدين بشأن دورهم في تربية الأبناء، واستكشاف الجوانب الإيجابية (مثل: الفوائد العاطفية، والتطور الشخصي) والجوانب السلبية للأبوة (مثل: المطالبات بالموارد، ومشاعر التوتر).

وهو أداة مصممة لتقييم مستويات الضغط والمشاعر حول الأبوة والأمومة لدى الآباء. وتتضمن النسخة الأصلية لهذا المقياس عناصر تهدف إلى تقييم الجوانب الإيجابية والسلبية للتربية، والمركزة تقليديًا على الجوانب المجهدة من الأبوة والأمومة. كما يستخدم المقياس بدائل ليكرت المكونة من 5 نقاط، تتراوح من «لا أوافق بشدة» = 1 إلى «أوافق بشدة» =5.

وينتج عن المقياس بيان ارتباط مستويات عالية من الإجهاد بمستويات أدنى من الحساسية الأبوية تجاه الطفل، والارتباط بسلوك الطفل الأسوأ، وبالنوعية الأدنى لعلاقة الوالدين مع الأطفال. ولحساب درجة الضغط الأبوي، يجب عكس تقدير الفقرات (العكسية في تصحيح المقياس)، وهي (1 و2 و5 و6 و7 و8 و17 و18). وتتراوح درجات ضغوط الوالدين وإجهادهما من 18 إلى 90، إذ تشير الدرجات المنخفضة إلى مستويات أقل من إجهاد الوالدين (Berry & Jones, 1995).

-الخصائص السيكومترية:

-الصدق:

أفاد بيري وجونز (1995) بوجود ارتباطات عالية بين مقياس PSS ومقياس الضغط المتصور $p< 0.001$ ،$r=0.46$، وهو قياس عام للضغط في عينة أمريكية تبلغ 233 من الوالدين. كما أفاد هاردينج وآخرون (2020) بوجود ارتباطات إيجابية بين مقياس PSS ومؤشر إجهاد الوالدين الرابع القصير.

-الثبات:

عُثر على اتساق داخلي جيد لمقياس PSS عبر مجموعة من العينات (Berry & Jones، 1995؛ Zelman et al. 2018؛ Algarvio et al. 2018؛ Pontoppidan et al. 2017؛ Leung & Tsang) 2010). وقد بينت نتائج التحليل السيكومتري للمقياس حصوله على ثبات جيد، وفق معامل ألفا كرونباخ.

جدول (4) Reliability Statistics

Cronbach›s Alpha	N of Items
.724	18

خامسًا: إجراءات البحث:

وُزِّع مقياسان، هما مقياس كسلر للضيق النفسي، ومقياس الضغط والاجهاد الأبوي، على المفحوصين عبر مركز الشفلّح لذوي الإعاقات، وأُخبِر المفحوصون أن هذه المعلومات سرية، وهي فقط لأغراض البحث العلمي، وقد أجاب المفحوصون على كلا المقياسين.

سادسًا: الأساليب الإحصائية:

حُسِبَ الوسط الحسابي والانحراف المعياري، t-test لعينة وحدة واحدة، ولعينة مستقلة، one way anova، وحُلّل التباين ومعامل ألفا كرونباخ، ومعامل بيرسون.

11. نتائج البحث:

أ. عرض النتائج:

أولاً: تُحُقق من درجة الضيق النفسي لأفراد عينة البحث، وذلك باستخدام اختبارT-test لعينة واحدة وفقًا للجدول التالي:

نتائج الفرضية الأولى: «هناك مستوى مرتفع من الضيق النفسي لدى والدي الأطفال من ذوي الإعاقة».

جدول (5) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات عينة البحث على مقياس الضيق النفسي:

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
مقياس الضائقة النفسية	102	12.6961	5.18526	.51342

جدول (6) الاختبار التائي لعينة واحدة لاختبار دلالة المتوسط الحسابي لاستجابات عينة البحث على مقياس الضيق النفسي:

One-Sample Test							
	Test Value = 0						
	t	df	Significance		Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			One Sided p	Two Sided p		Lower	Upper
مقياس الضائقة النفسية	22.781	101	<.001	<.001	12.69608	10.6776	12.7146

قياس درجة الضيق النفسي لدى الوالدين:

من خلال استجابات أفراد العينة على مقياس (كسلر K6للضيق النفسي لدى الوالدين) لقياس الضيق للوالدين؛ تبين أن الوسط الحسابي الكلي للعينة قد بلغ (12,69) درجة، وبانحراف معياري قدره (5,18)، في حين كان المتوسط الفرضي للمقياس يبلغ 12)) درجة، وعند اختبار الفرق بين المتوسطين من خلالone sample T.test ، تبين أن القيمة التائية المحسوبة تبلغ) 22.78) درجة، وهي دالة عند مستوى .001

وهي أكبر من القيمة التائية الجدولية البالغة 1.98 عند مستوى دلالة (0.05)، وهذا يعني أن الفرق بين المتوسطين حقيقي، وأن النتيجة تشير إلى أن الوالدين لديهم مستوى من الضيق النفسي أعلى من المتوسط. والجدول (3) يوضح ذلك.

نتائج الفرضية الثانية: «هناك مستوى عالٍ من الضغوط للوالدين نسبة لإعاقة الأبناء».

جدول (7) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات عينة البحث على مقياس الضغوط النفسية:

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
مقياس الضغوط الوالدية	102	72.6176	8.83853	.87515

جدول (8) الاختبار التائي لعينة واحدة لاختبار دلالة المتوسط الحسابي لاستجابات عينة البحث على مقياس الضغوط النفسية:

One-Sample Test							
	Test Value = 0						
	t	df	Significance		Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			One Sided p	Two Sided p		Lower	Upper
PSS	82.978	101	<.001	<.001	72.61765	70.8816	74.3537

قياس درجة ضغط الوالدين:

من خلال استجابات أفراد العينة على مقياس الضغط الأبوي pss، تبين أن الوسط الحسابي الكلي للعينة قد بلغ (72.61) درجة، وبانحراف معياري قدره (8.83) درجة، في حين كان المتوسط الفرضي للمقياس يبلغ (60) درجة، وعند اختبار الفرق بين المتوسطين من خلال one sample T.test، تبين أن القيمة التائية المحسوبة تبلغ 82,97 درجة، وهي دالة عند مستوى دلالة .001 وهي أكبر من القيمة التائية الجدولية البالغة 1.98 درجة عند مستوى دلالة 0.05، والنتيجة هذه تشير إلى أن الفرق بين المتوسطين حقيقي، وهذا يعني أن الوالدين يقعون تحت درجة كبيرة من الضغط الأبوي، والجدولان (4،5) يوضحان ذلك.

نتائج الفرضية الثالثة: «هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الضيق النفسي والضغوط لدى الوالدين وفقًا لمتغير جنس الوالدين».

جدول (9) T-test لعينة مستقلة، والوسط الحسابي، والانحراف المعياري لأبعاد الضيق النفسي والضغوط لكل من الآباء والأمهات:

المقياس		الوسط الفرضي	الآباء(ن=40)		الأمهات (ن=62)		قيمة ت	مستوى الدلالة sig
			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعيار ي		
الضيق النفسي	الاكتئاب	8	6.95	4.320	7.7903	3.37365	1.09	.275
	القلق	4	4.30	2.344	4.1935	2.03122	_ 0.243	.808
الضغط الوالدي	التوتر الوالدي	36	38.32	10.79	38.33	9.09	1.01	.313
	عدم الرضا الوالدي	24	35.15	4.71	35.15	4.97	_ .135	.893

من خلال استجابات أفراد العينة على مقياس الضغط الوالدي pss، ومقياس الضيق للوالين k6 ، أثبتت النتائج أنه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية لكلا المتغيرين «الضيق النفسي والضغط الوالدي» على وفق جنس الوالدين (آباء/أمّهات)، ماعدا بعد الاكتئاب، فقد تبيّن أن الأمّهات أكثر ميلاً للاكتئاب مقارنة بالآباء.

نتائج الفرضية الرابعة: «هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الضيق النفسي والضغوط الوالدية على وفق نوع إعاقة الأبناء».

جدول (10) الفروق الإحصائية على وفق متغير نوع الإعاقة:

		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	.Sig
مقياس الضائقة النفسية	Between Groups	392.929	6	65.488	2.679	.019
	Within Groups	2322.649	95	24.449		
	Total	2715.578	101			
مقياس الضغوط الوالدية	Between Groups	857.298	6	142.883	1.930	.084
	Within Groups	7032.790	95	74.029		
	Total	7890.088	101			

يتضح من الجدول (10) أن هنالك فروقًا ذات دلالة إحصائية في مقياس الضيق النفسي (بعدي الاكتئاب والقلق)، تعود لنوع إعاقة الأبناء لصالح ذوي (الإعاقة الذهنية الشديدة، واضطراب التوحّد)، إذ بلغت درجة اختبار F 2.679 وقيمة p تساوي 0.019، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لاستجابات الوالدين على مقياس ضغوط الوالدين PSS، إذ بلغت قيمة اختبار F 1.930 وقيمة p تساوي 0.084، بينما هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات في بعد «التوتر الوالدي»، إذ بلغت قيمة اختبار F 2.304 درجة، وقيمةp تقارب 0.040.

وكذلك يظهر جدول (11) أن الآباء الذين يرعون أطفالاً ذوي إعاقات ذهنية شديدة، أو لديهم اضطراب التوحّد، كانوا أكثر ميلاً إلى القلق وإلى الشعور بالاكتئاب، بدرجة أكبر من الآباء الذين لديهم أطفال ذوي الإعاقات الأخرى، وأن الآباء من ذوي (الإعاقة الذهنية الشديدة، واضطراب التوحّد) لديهم درجة مرتفعة في بعد «التوتر الوالدي» أكبر من الآباء الذين لديهم أطفال من ذوي الإعاقات الأخرى، بينما لم تظهر النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد «عدم الرضا الوالدي»، إذ بلغت قيمة F 0.273 وقيمة p 0.948.

جدول (11) نوع الإعاقة وأبعاد التوتر وعدم الرضا الوالدي:

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	.Sig
مقياس الضغوط الوالدية	Between Groups	857.298	6	142.883	1.930	.084
	Within Groups	7032.790	95	74.029		
	Total	7890.088	101			
التوتر الوالدي	Between Groups	1229.729	6	204.955	2.304	.040
	Within Groups	8451.526	95	88.963		
	Total	9681.255	101			
عدم الرضا الوالدي	Between Groups	40.353	6	6.726	.273	.948
	Within Groups	2338.166	95	24.612		
	Total	2378.520	101			

12 - مناقشة النتائج:

توصّلت نتائج الدراسة الحالية إلى أن آباء الأطفال ذوي الإعاقة لديهم درجة أعلى من المتوسط في الضيق النفسي، وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة Wahab & Ramli, 2022 التي وجدت أن معظم أباء الأطفال ذوي الإعاقة يعانون من ضائقة نفسية، ومع دراسة Thomas,et.al.,2024 التي وجدت أن نسبة كبيرة من الآباء أظهرت أعراض اكتئاب متوسطة إلى شديدة (26 %)، وقلق (38 %)، وتوتر (40 %). وعُثِر على أسوأ النتائج فيما يتعلق بالأداء العاطفي والمدرسي. وأظهرت التحليلات متعددة المتغيرات أن كلاً من الاحتياجات غير الملباة الأعلى والأداء العاطفي الضعيف للطفل كانا مرتبطين بدرجة الضائقة النفسية «أعراض الاكتئاب والقلق والتوتر لدى الوالدين».

كما توصّلت نتائج الدراسة الحالية إلى أن آباء الأطفال ذوي الإعاقة لديهم درجة مرتفعة من الضغوط الوالدية، وقد اتفقت بذلك مع نتائج دراسة Barroso,et.al,2018، التي وجدت أن مستويات الضغوط الوالدية مرتفعة لدى آباء الأطفال المصابين باضطرابات النمو واضطراب التوحّد، مقارنة بآباء الأطفال من مجموعات سريرية أخرى، ومع نتائج دراسةHoyle,et.al,2020 ، التي وجدت أن احتمالية الإصابة أكثر بـ 7 مرات للآباء الذين كان لدى أطفالهم إعاقات نمائية وسلوكيات صعبة مقارنةً بالآباء الذين لم يكن لديهم أطفال معاقين، كذلك الحال مع دراسة Mbatha & Mokwena,2022.

وهذه النتائج تجد تأييدًا لها في طروحات النموذج الاجتماعي للإعاقة، إذ تجد أن هنالك تأثيرًا واضحًا للإعاقة على حياة الفرد ووالديه، وتسبب الكثير من الإحباطات والانسحابات والحواجز في البيئة الاجتماعية المعيشة، ما يشكّل ضغوطًا مستمرة على بنية الأسرة وحركتها.

وفيما يخص الفروق الإحصائية ذات الدلالة في الضيق النفسي على وفق متغير الجنس، فقد أشارت الدراسات إلى أن الأمّهات كنّ أكثر ميلاً للاكتئاب مقارنة بالآباء، وهذا ما يتفق مع نتائج دراسة Dykens, et.al, 2014 التي وجدت أن أمهات الأطفال المصابين بالتوحّد والإعاقات الأخرى يعانين من مستويات مرتفعة من الضيق النفسي، والتوتر، والمرض، والمشكلات النفسية. بينما لم تجد الدراسة الحالية فروقًا ذات دلالة إحصائية في الضغوط الوالدية تبعًا لجنس الوالدين.

كما توصّلت الدراسة الحالية إلى أن هنالك فروقًا ذات دلالة إحصائية في مقياس الضيق النفسي (بعدي الاكتئاب والقلق) تعود لنوع إعاقة الأبناء لصالح ذوي (الإعاقة الذهنية الشديدة، واضطراب التوحّد)، وفي الضغوط الوالدية (بُعد التوتر الوالدي)، وقد اتفقت مع نتائج دراسات عدّة منها دراسة Thomas,et.al.,2024،

ودراسة Marquis, McGrail, & Hayes, 2019، التي وجدت أن الوالدين الذين يرعون أطفالاً ذوي اضطراب طيف التوحد ومتلازمة داون يواجهون تحديات في صحتهم النفسية، ما يتسق مع النتائج المشابهة في الدراسة المذكورة.

وتدعم نتائج دراسة HoyleLaditka, & Laditka, 2020، ما توصّلت إليه الدراسة الحالية، إذ أظهرت أن الوالدين الذين يرعون أطفالاً ذوي إعاقة نمائية يواجهون مشكلات في الصحة النفسية. ولكن اختلفت من ناحية أن هناك فروقًا في الصحة النفسية بين الآباء والأمهات.

واختلفت مع نتائج دراسةMbatha & Mokwena, 2023 ، إذ أظهرت أن نسبة عالية من الأمهات ومقدمي الرعاية لم يتعرضوا للتوتر.

13 - المقترحات والتوصيات:

1. ضرورة زيادة عدد الدراسات المختصّة في تصميم «برامج إرشاد وعلاج سلوكي" موجّهة لأفراد الأسرة والوالدين خاصة، يمكن لها أن تساعد في اختزال جهود الرعاية وخطواتها مع الأطفال المعاقين.
2. هنالك حاجة إلى بحوث ودراسات مستقبلية، محورها الأساس تنمية المرشدين والمدربين والاختصاصيين على احتراف عملية معالجة الاحتياجات الصحية العقلية غير المُلَبّاة لأمهات الأطفال ذوي الإعاقات.

3. ضرورة دراسة متغيرات مهمة أخرى ترتبط بالإعاقة، مثل: آثار الوصمة الاجتماعية على الضائقة النفسية، والضغوط التي يتعرض لها الوالدان.
4. أن تعمل المؤسسات ذات العلاقة على "توفير بيئة داعمة"، من خلال تنمية منظومة قيمية ترفد الثقافة الاجتماعية بمعززات موجبة لأسر الأفراد المعاقين وللمعاقين أنفسهم، من خلال توظيف العديد من العناصر الثقافية، مثل: المناهج الدراسية، والمنظومة الإعلامية، وغيرها.
5. تفعيل جهود التنمية والتقدم في مشروع "التكنولوجيا المساعدة"، من أجل التخفيف من الضيق النفسي والضغوط على الوالدين.

14 - الخاتمة

كشفت هذه الدراسة عن وجود أثر لإعاقة الأبناء على مستوى شعور الآباء بالضغوط والضائقة النفسية؛ لأنهم يواجهون العديد من التحديات في تربية الأطفال.

إضافة إلى ذلك، فقد أبانت تأثير الأنواع المختلفة من إعاقات الأبناء على مستوى الصحة النفسية للوالدين، يؤيد ذلك واقع شعورهم بدرجة مرتفعة من الضغوط والضيق النفسي، ومستوى واضح من الإجهاد والتوتر الوالدي، المتمثل في طبيعة المعاناة العاطفية لديهم التي تتميز بالاكتئاب، وفقدان الاهتمام، واليأس، وأعراض القلق، مثل: الشعور بالتوتر والأرق.

وتحث نتائج البحث على ضرورة تقديم تدخلات مستهدفة تأخذ في اعتبارها الديناميات الجنسية والتفاصيل الدقيقة للإعاقات، بهدف تعزيز الرفاهية العامة للوالدين في ظل هذه التحديات الفريدة. وتشير الدراسة أيضًا إلى أهمية مواصلة البحث لفهم العوامل المساهمة في مستويات الإجهاد والصحة النفسية للوالدين؛ لتطوير نظم دعم فعّالة مخصصة للعائلات التي تواجه تحديات تربية الأطفال ذوي الإعاقة.

المراجع:

المراجع العربية:

- الروسان، فاروق (2017). مقدمة في الإعاقة العقلية. دار الفكر.
- الجوالدة، فؤاد والقمش، مصطفى (2016). الإعاقة الجسمية والصحية. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- العزة، سعيد (2002). المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة: المفهوم- التشخيص- أساليب التدريس. الدار الدولية للنشر والتوزيع، ودار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة.

المراجع الأجنبية:

- Abidin, R. (1990) Parenting stress index short form– test manual. Pediatric Psychology Press, Charlottesville.
- Abidin, R. R., Logan, S. T., Hannah, k., & Eric, y. A. (2022). Parenting stress, Wiki Journal of Medicine, 9(1):3.
- Al-Kuwari, M. G. (2007). Psychological health of mothers caring for mentally disabled children in Qatar. Neurosciences Journal, 12(4), 312-317.
- APA. (2023). dictionary.apa.org. Retrieved from https://dictionary.apa.org/disability
- Baker, K., Devine, R. T., Ng-Cordell, E., Raymond, F. L., & Hughes, C. (2021). Childhood intellectual disability and parents' mental health: integrating social, psychological and genetic influences. The British Journal of Psychiatry, 218(6), 315-322.
- Barlow, David H., & Durand, V. Mark) 1998). Abnormal Psychology: An Integrative Approach, Published by Brooks/Cole, U.S.A.
- Barroso, N. E., Mendez, L., Graziano, P. A., & Bagner, D. M. (2018). Parenting stress through the lens of different clinical groups: A systematic review & meta-analysis. Journal of abnormal child psychology, 46, 449-461.
- Berger, Ronald J. (2015) Interventions in Disability Studies Pedagogy, Bernard-Bonnin, A. C. (2004). Maternal depression and child development. Paediatrics and Child Health, 9(8): 575–583.
- Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The parental stress scale: Initial psychometric evidence. Journal of social and personal relationships, 12(3), 463-472.
- Bonin, B. (2004). Do coeval mafic and felsic magmas in post-collisional to within-plate regimes necessarily imply two contrasting, mantle and crustal, sources? A review. Lithos, 78(1-2), 1-24.
- Hardy, S., Carson, J., & Thomas, B. L. (Eds.). (1998). Occupational stress: personal and professional approaches. Nelson Thornes.
- Chen, C., Bailey, C., Baikie, G., Dalziel, K., & Hua, X. (2023). Parents of children with disability: Mental health outcomes and utilization of mental health services. Disability and health journal, 16(4), 101506.
- Coulacoglou, C., & Saklofske, D. (2017). The assessment of Family, Parenting, and Child Outcomes. In book: Psychometrics and Psychological, (pp.187-222)
- Crnic, K. A., & Greenberg, M. T. (1990). Minor parenting stresses with young children. Child development, 61(5), 1628-1637.
- Deater, D. K. (2004). Parenting Stress. Yale university press.
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. Clinical psychology: Science and practice, 5(3), 314-332.

- Decker, F. H. (1997). Occupational and non-occupational factors in job satisfaction and psychological distress among nurses. Research in Nursing & Health, 20(5), 453-464.
- Dykens, E. M., Fisher, M. H., Taylor, J. L., Lambert, W., & Miodrag, N. (2014). Reducing distress in mothers of children with autism and other disabilities: a randomized trial. Pediatrics, 134(2), e454-e463.
- Feizi, A., Najmi, B., Salesi, A., Chorami, M., & Hoveidafar, R. (2014). Parenting stress among mothers of children with different physical, mental, and psychological problems. Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences, 19(2), 145.
- Gilson, K. M., Davis, E., Johnson, S., Gains, J., Reddihough, D., & Williams, K. (2018). Mental health care needs and preferences for mothers of children with a disability. Child: care, health and development, 44(3), 384-391.
- Haskett, M. E., Ahern, L. S., Ward, C. S., & Allaire, J. C. (2006). Factor structure and validity of the parenting stress index-short form. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 35(2), 302-312.
- Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. Journal of autism and developmental disorders, 43, 629-642.
- Hoyle, J. N., Laditka, J. N., & Laditka, S. B. (2021). Mental health risks of parents of children with developmental disabilities: A nationally representative study in the United States. Disability and Health Journal, 14(2), 101020.
- Jambekar, A. S., Padhyegurjar, M. S., Padhyegurjar, S. B., Joshi, S. P., & Shahri, P. (2018). Impact of having a child with special needs on the psychosocial well-being of the parents: A cross-sectional study. Journal of Mental Health and Human Behaviour, 23(2), 115-119.
- Kazdin, A. E. (2001). Conduct disorder. In The Disorders (pp. 131-146). Academic Press.
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., ... & Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. Archives of general psychiatry, 60(2), 184-189.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., ... & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychological medicine, 32(6), 959-976.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... & Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psy-

chopathology in the WHO World Mental Health Surveys. The British journal of psychiatry, 197(5), 378-385.

- Kreutzer, Jeffrey S, DeLuca, John& Caplan, Bruce (2018). Adaptive Behavior Assessment System, Third Edition, Encyclopedia of Clinical Neuropsychology, pp 57–60.
- Marquis, S. M., McGrail, K., & Hayes, M. V. (2020). Mental health outcomes among parents of a child who has a developmental disability: Comparing different types of developmental disability. Disability and health journal, 13(2), 100874.
- Martin, C. A., & Colbert, K. K. (1997). Parenting children with special needs. In Parenting: A life span perspective. New York: McGraw-Hill, 257-182.
- Masulani-Mwale, C., Kauye, F., Gladstone, M., & Mathanga, D. (2018). Prevalence of psychological distress among parents of children with intellectual disabilities in Malawi. BMC psychiatry, 18, 1-7.
- Mbatha, N. L., & Mokwena, K. E. (2023). Parental stress in raising a child with developmental disabilities in a rural community in South Africa. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(5), 3969.
- Mikeka, S., Carson, R., Butcher, J., & Mineka, S. (1996). Abnormal Psychology and Modern Life. (10th ed.) Harper Collins.
- Miodrag, N., & Hodapp, R. M. (2010). Chronic stress and health among parents of children with intellectual and developmental disabilities. Current opinion in psychiatry, 23(5), 407-411.
- Reichman, N. E., Corman, H., & Noonan, K. (2008). Impact of child disability on the family. Maternal and child health journal, 12, 679-683.
- Rivas, G. R., Arruabarrena, I., & de Paúl, J. (2021). Parenting Stress Index-Short Form: Psychometric properties of the Spanish version in mothers of children aged 0 to 8 years. Psychosocial Intervention, 30(1), 27-34.
- Roach, M. A., Orsmond, G. I., & Barratt, M. S. (1999). Mothers and fathers of children with Down syndrome: Parental stress and involvement in childcare. American Journal on Mental Retardation, 104(5), 422-436.
- Rodrigue, J. R., Geffken, G. R., & Morgan, S. B. (1993). Perceived competence and behavioral adjustment of siblings of children with autism. Journal of autism and Developmental Disorders, 23 (4), 665-674.
- Rothbaum, F., & Weisz, J. R. (1994). Parental caregiving and child externalizing behavior in nonclinical samples: a meta-analysis. Psychological bulletin, 116(1), 55-74.
- Sanders, J. L., & Morgan, S. B. (1997). Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome: Implications for intervention. Child & Family Behavior Therapy, 19(4), 15-32.

- Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J. (2021). An overview of intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports. American journal on intellectual and developmental disabilities, 126(6), 439-442.
- Sharf, R.S. (2010) Theories of Psychotherapy and Counseling: Concepts and Cases. 5th Edition, Brooks/Cole, Cengage Learning, USA.
- Simmerman, S., Blacher, J., & Baker, B. L. (2001). Fathers' and mothers' perceptions of father involvement in families with young children with a disability. Journal of Intellectual and Developmental Disability, 26(4), 325-338.
- Singer, G. H. (2006). Meta-analysis of comparative studies of depression in mothers of children with and without developmental disabilities. American Journal on Mental Retardation, 111(3), 155–169.
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. Journal of emotional and behavioral disorders, 21(1), 3-17.
- Thomas,S., Ryan,N.P., Byrne,L.K., Hendrieckx,Ch., White,V. (2024). Psychological Distress Among Parents of Children With Chronic Health Conditions and Its Association With Unmet Supportive Care Needs and Children's Quality of Life, J Pediatr Psychol, 19;49(1):45-55.
- Umucu, E., Fortuna, K., Jung, H., Bialunska, A., Lee, B., Mangadu, T., ... & Brooks, J. (2022). A national study to assess validity and psychometrics of the Short Kessler Psychological Distress Scale (K6). Rehabilitation Counseling Bulletin, 65(2), 140-149.
- Wahab, R., & Ramli, F. F. A. (2022). Psychological distress among parents of children with special needs. International Journal of Education, Psychology and Counseling, 7(46), 498-511.
- Weir, M. W. (1967). Mental retardation. Science, 157(3788), 576–579. https://doi.org/10.1126/science.157.3788.576
- Zelman, J. J., & Ferro, M. A. (2018). The parental stress scale: psychometric properties in families of children with chronic health conditions. Family Relations, 67(2), 240-252.
- Zigler E. (1969) Developmental versus difference theories of mental retardation and the problem of motivation. Am J Ment Defic, 73(4):536-56.