

Anxiety and Its Impact on Psychological Resilience Among Mothers of Children with Disabilities in Morocco

Nadia Sgheir¹, Aicha Ziani²

Science Step Journal / SSJ

2025/Volume 3 - Issue 10

Doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.17448635>

To cite this article: Sgheir, N., & Ziani, A. (2025). Anxiety and Its Impact on Psychological Resilience Among Mothers of Children with Disabilities in Morocco. Science Step Journal, 3(10). ISSN: 3009-500X.

Abstract

This study examines the relationship between anxiety (independent variable) and psychological resilience (dependent variable) among mothers of children with disabilities, while also exploring the role of social support as a mediating variable. The research is situated within the context of maternal mental health, considering mothers as primary caregivers for children with special needs and the psychological pressures that may limit their adaptive capacity. The study addresses the issue of understanding how anxiety affects resilience and whether social support contributes to improving or complicating this relationship. A descriptive methodology, both correlational and comparative in design, was used. The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the short version of the Nicholson McBride Resilience Questionnaire (NMRQ) were administered to a sample of 115 mothers aged 20–60 years. Results indicated a statistically significant negative relationship between anxiety and resilience, showing that higher anxiety corresponds with lower resilience and vice versa. Mothers reported moderate levels of anxiety and low resilience, with significant differences linked to social support. These findings enhance understanding of maternal psychological health, highlighting resilience as a key adaptive mechanism and emphasizing the complex role of social support. The study recommends developing targeted psychological and social interventions to reduce anxiety and strengthen resilience, thereby improving the quality of life for mothers and their families.

Keywords: Psychological resilience, anxiety, mental health, disability, mother.

¹ PhD Candidate, Laboratory of Human, Society and Values, Ibn Tofail University, Faculty of Humanities and Social Sciences, Kenitra, Morocco, sgheirnadia@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0000-8238-2871>

² Professor, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ibn Tofail University, Kenitra, Morocco, Zianiaicha02@yahoo.fr

القلق وانعكاساته على المرونة النفسية لدى أمهات الأطفال في وضعية إعاقة بالمغرب

نادية الصغير، د. عائشة زباني

ملخص

سعت يهدف هذا البحث إلى دراسة العلاقة بين القلق والمرونة النفسية، لدى أمهات الأطفال في وضعية إعاقة، مع فحص أثر الدعم الاجتماعي كمتغير وسيط. ويندرج في سياق الاهتمام بالصحة النفسية للأمهات، باعتبارهن الفاعل الرئيسي في رعاية الطفل ذي الاحتياجات الخاصة، وما يترتب عن ذلك من ضغوط وانعكاسات نفسية تحد من قدرتهن على التكيف. وتتمثل إشكالية الدراسة في الحاجة إلى فهم كيف يؤثر القلق على مستوى المرونة النفسية، وما إذا كان الدعم الاجتماعي يساهم في تحسين هذه العلاقة أو تعقيدها. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والمقارن، حيث تم تطبيق مقياس القلق لسبيلجرجر، والنسخة المختصرة من استبيان المرونة النفسية لنيكولسون ماكبرايد، على عينة مكونة من (115) أما، تراوحت أعمارهن بين (20-60) سنة. وقد أظهرت النتائج وجود علاقة دالة إحصائية بين القلق والمرونة النفسية، إذ يؤدي ارتفاع القلق إلى انخفاض المرونة النفسية والعكس صحيح. كما أظهرت النتائج أن الأمهات يتميزن بدرجة متوسطة من القلق ومستوى منخفض من المرونة النفسية، مع فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير الدعم الاجتماعي. تساهم هذه النتائج في تعميق المعرفة حول الصحة النفسية للأمهات الأطفال في وضعية إعاقة، من خلال إبراز أهمية المرونة النفسية كآلية للتكيف، ولفت الانتباه إلى الدور المعقد للدعم الاجتماعي. وتوصي الدراسة بضرورة تطوير برامج تدخل نفسي واجتماعي، تستهدف خفض مستويات القلق وتعزيز المرونة النفسية لدى هذه الفئة، بما يساهم في تحسين جودة حياتهن وحياة أسرهن.

الكلمات المفتاحية

المرونة النفسية - القلق - الصحة النفسية- وضعية إعاقة -الأم.

مقدمة

يولد عبر العالم العديد من الأطفال بإعاقة عقلية أو حسية حركية أو يعانون من تشوهات أو أمراض خلقية، وهو الأمر الذي لا يمكن أن تستثنى منه أسرنا المغربية، والتي بدورها قد تتوفر على طفل أو أكثر يعاني من هذه الاختلالات أو الصعوبات. وقد كان الأطفال المختلفون قديما محط إخفاء وتستر لدى العديد من الأسر المغربية، حيث ظلت الأسرة لسنوات عديدة تخجل منهم وترفض أي حديث عنهم، وفي كثير من الأحيان كانت تلجأ إلى احتجازهم في غرف معزولة عن العالم. إلا أن تطور المجتمعات وتغير العقلية وتعدد المطالبين بحقوق هذه الفئة، دفع إلى تسليط الضوء عليهم، كمحاولة أولية لإخراجهم من ظلمات العزلة والضيق إلى نور التقبل والاعتراف والإدماج.

لكن الأمر ليس بهذه البساطة، فقبل التفكير في ادماج هذا الطفل مع أقرانه وفي المجتمع، وفي إيجاد فضاء مدرسي دامج له، لابد للأسرة من تجاوز فترة الصدمة والتحلي بالشجاعة اللازمة لتقبل طفلها كما هو. فميلاد طفل في وضعية إعاقة أو تشوه ما، يؤدي إلى تغيير أحلام الأسرة ومخططاتها المستقبلية، ويمكن أن يؤثر على توازنها النفسي واستقرارها الاجتماعي، وخاصة الأم التي تدخل في دوامة الشعور بالذنب والإحساس بالنقص والعجز، ويتطلب منها استيعاب الوضع وتقبله والتكيف معه قوة كبيرة ومرونة نفسية عالية.

وقد جاء هذا البحث من خلال ملاحظة الممارك التي تخوضها أم الطفل في وضعية إعاقة، والتي غالبا ما تعاني من مستوى قلق عالي، مقارنة بأم طفل سوي. وبالتالي فهم الضغوط النفسية التي تتعرض لها هذه الأم، يمكن من معرفة التدخلات والدعم النفسي والاجتماعي الملائمين لها ولطفلها.

ولذلك فالإشكالية التي انطلق منها بحثنا هذا، تتلخص في رصد مدى انعكاس القلق على المرونة النفسية للأمهات الأطفال في وضعية إعاقة.

1. إشكالية البحث:

إن الوصول إلى التقبل والاعتراف بالطفل في وضعية إعاقة من طرف المجتمع، يتطلب تقبلا واعترافا من طرف الوالدين لطفلهم أولا، فبعدما كانت الإعاقة بعيدة عنهم وتصيب غيرهم، ها هي الآن تفاجئهم وتتسلل إليهم وتوقظهم من حلم وردي جميل، فبعد تسعة أشهر من التحضيرات والسعادة والإحساس بالإنجاز- فأن تأتي بطفل للعالم هو أعظم انجاز لكل أب و أم-، وبعد لحظات الترقب والانتظار والاستعداد لمعانقة طفل سليم دون زيادة أو نقصان، تأتي اللحظة الحاسمة لتقلب الموازين وتبدد الانتظارات: "طفلكم يعاني من إعاقة أو تشوهات".

يبدو الأمر كمزحة ثقيلة أو كحلم مزعج يجب الاستيقاظ منه بسرعة، لكنها لحظة حقيقة حاسمة يتوقف فيها الزمن وتبذل خلالها المشاعر، فلا أحد مستعد لمثل هذا الخبر ولا أحد مستعد لأن تتبدل فرحته إلى خيبة أمل وحزن وإحباط. فولادة طفل مختلف تولد لدى الآباء مزيجا من مشاعر الإنكار والرفض والغضب، حيث يجدون أنفسهم في مواجهة لوضعية مشكلة معقدة لا عودة منها، وينبغي أن يتكيفوا معها وينظموا حياتهم لتقبلها والتعايش معها أو حتى التفوق عليها.

يؤدي ميلاد طفل مختلف إلى تغيرات عميقة داخل الأسرة أو العائلة، فهذا الحدث المختلف وغير المتوقع، يمكن أن يكون مصدر توتر وقلق وضيق للآباء والأمهات، كما يمكن أن يؤثر على حياتهم الشخصية والزوجية والعائلية والاجتماعية. فالأسرة ومنذ اللحظات الأولى لتلقيها خبر أن طفلها يعاني من اضطراب أو إعاقة أو صعوبة معينة، تحس بشدة المعركة التي ستخوضها، من أجل التكيف مع الأمر وتقبل هذا الطفل وتوفير بيئة محفزة لنموه من جهة، وبحجم المعاناة والكفاح الذي يجب أن تكابده للاعتراف به كفرد من المجتمع من جهة أخرى.

وفي هذا الصدد يمكن القول بأن أساليب التكيف قد تختلف من أسرة إلى أخرى، وبمعنى أصح من أم إلى أم، وذلك حسب بنيتها النفسية والوسط الأسري الذي تنتمي إليه، ومستوى تفاهمها مع زوجها ومعتقداتها الثقافية والدينية، وكذلك دعم المقربين ومساعدة المختصين لها. فقد نجد أن بعض الأمهات يلجأن إلى الانعزال عن المحيط والمجتمع والمقربين كتعبير عن عدم الرضا والشعور بالنقص، في حين أن هناك أمهات يتقبلن أطفالهن كما هم، ويلجأن إلى الكفاح المستمر والانفتاح على المختصين والتكوين الذاتي والمستمر، لمواكبة أطفالهن وتجهيزهم للاستقلالية والاندماج مع أقرانهم، أو حتى تحقيق مستقبل لهم.

وبين هذا وذاك، تبقى الأم بمجهوداتها الفردية هي المواكب الوحيد لطفلها، فهي تخوض معركة مع ذاتها لفهم طفلها وتقبله وتأهيله وتوفير بيئة سليمة ومحفزة لنموه، فتلجأ إلى نكران الذات، وتكريس نفسها بالكامل لهذا الطفل ولاحتياجاته، ومعركة أخرى تجاه المجتمع لتنتشل مكانة وفرصة لطفلها من أجل الحياة والإبداع والانطلاق. وكل هذا يتطلب منها قوة ومرونة نفسية، تحمها من برائن القلق والاكتئاب واليأس والإحباط، وتساعد على مواجهة النظرات الجارحة والملاحظات القاسية ومواقف العزل والإقصاء والشفقة. وبالتالي فغالبا ما تعاني هذه الأم في صمت، فخوفها على طفلها وانشغالها به وقلقها الدائم عليه، لا يترك لها المجال للتعبير عن معاناتها والإفصاح عن احتياجاتها السيكولوجية، مما يجعلها عرضة للقلق ولمجموعة من الصراعات والاختلالات والضغوطات النفسية، التي قد تنعكس سلبا على مرونتها النفسية.

وعلى ضوء هذه المعطيات، يمكن تحديد إشكالية هذا البحث في التساؤلات التالية:

1. ما هو مستوى القلق لدى أمهات الأطفال في وضعية إعاقة؟
2. ما مدى تأثير القلق على مستوى المرونة النفسية لأمهات الأطفال في وضعية إعاقة؟
3. هل تختلف درجة القلق لدى أمهات الأطفال في وضعية إعاقة حسب متغير مساعدة الأسرة؟
4. هل يختلف مستوى المرونة النفسية لدى أمهات الأطفال في وضعية إعاقة حسب متغير مساعدة الأسرة؟

2. فرضيات البحث؛

فرضية عامة: ينعكس القلق سلبا على مستوى المرونة النفسية لأمهات الأطفال في وضعية إعاقة.

فرضيات فرعية:

1. لدى أمهات الأطفال في وضعية إعاقة درجة عالية من القلق؛
2. لدى أمهات الأطفال في وضعية إعاقة مستوى منخفض من المرونة النفسية؛

3. أمهات الأطفال في وضعية إعاقة اللواتي لا تساعدن الأسرة على الاعتناء بالطفل، أكثر عرضة للقلق العالي والعالي جدا من الأمهات اللواتي تساعدن الأسرة؛

4. أمهات الأطفال في وضعية إعاقة اللواتي لا تساعدن الأسرة على الاعتناء بالطفل، أكثر عرضة لانخفاض مستوى المرونة النفسية من الأمهات اللواتي تساعدن الأسرة.

3. أهمية البحث:

تتجلى أهمية هذا البحث في مستويين متكاملين، نظري وتطبيقي. فعلى المستوى النظري، يساهم في تسليط الضوء على معاناة أمهات الأطفال في وضعية إعاقة، بوصفها فئة تعيش ضغوطا نفسية مزمنة قد تؤثر بشكل مباشر في مستوى مرونتها النفسية وقدرتها على التكيف. كما يعزز هذا البحث الرصيد النظري المتعلق بكل من القلق والمرونة النفسية، ويسهم في سد الفراغ القائم في الأدبيات المرتبطة بهذه الفئة من الأمهات. أما على المستوى العملي، فإن أهمية البحث تنبع من الحاجة الملحة لفهم انعكاسات القلق على التوازن النفسي للأمهات، وتحديد العوامل المؤثرة في ذلك، ما قد يوجه جهود المختصين في علم النفس نحو تصميم برامج ودورات دعم نفسي تستجيب لحاجاتهم، وتعمل على خفض مستويات القلق وتعزيز المرونة النفسية. ومن ثم، فإن نتائج هذا البحث يمكن أن تسهم في بلورة تدخلات واقعية وميدانية موجهة لتحسين جودة الحياة النفسية والاجتماعية، للأمهات الأطفال في وضعية إعاقة.

4. أهداف الدراسة:

يهدف هذا البحث إلى دراسة العلاقة بين القلق والمرونة النفسية لدى أمهات الأطفال في وضعية إعاقة، من خلال التحقق من أثر القلق على مستوى مرونتهن النفسية، ورصد مستويات كل من القلق والمرونة النفسية لديهن، فضلا عن فحص الفروق المحتملة في هذه المتغيرات بحسب بعض الخصائص ذات الصلة. ويسعى البحث أيضا إلى تسليط الضوء على الحاجات النفسية والصعوبات التي تواجهها هذه الفئة من الأمهات، في محاولة لفهم أعمق للتحديات التي تعترض توازنهن النفسي. كما يروم المساهمة في إغناء النقاش العلمي حول هذه الظاهرة التي باتت تحظى باهتمام متزايد من مختلف الحقول المعرفية، وذلك عبر تقديم معطيات قد تهم الممارسين في الحقل النفسي والاجتماعي، وتشجيعهم على دعم الأمهات وتمكينهن من آليات التكيف والتقبل، بما يساهم في تحسين جودة حياتهن النفسية والاجتماعية.

5. التحديد المفاهيمي:

5-1 القلق:

أ- تعريف القلق:

لغة: يعرف ابن منظور كلمة قلق في معجم لسان العرب بالانزعاج (1956:323)

اصطلاحا: القلق هو حالة مزاجية سلبية، تعرف بالشعور بعدم الارتياح والرغبة وتتميز بجانب نفسي يتصف بحالة من الترقب الحيز واليقظة الشديدة في استكشاف المحيط، وجانب فيزيولوجي يتجلى من خلال الدلائل النفسية الحركية الواضحة: توتر العضلات، وتغير الصوت، وتسارع معدل التنفس، والشحوب، وفرط التعرق، والرعدة (Lalonde, P., Pinard, G., et collaborateurs, 2016).

حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، تصنف اضطرابات القلق ضمن الاضطرابات التي تتشابه في المظاهر والأعراض، مثل الرهبة، والتخوف من العواقب السلبية، والشعور بالرعشة وسرعة التعب وضيق التنفس وزيادة سرعة نبضات القلب، والتعرق وجفاف الفم والدوخة والغثيان، وتكرار التبول والشعور بحرارة الجسم أو برودته، وصعوبة التركيز الذهني والنوم. ويتجنب الأشخاص المصابون باضطراب القلق عموماً، المواقف أو الأشياء أو الأحاسيس، التي تثير أفكار القلق وأعراضه، وبالتالي يعتبر اضطراب القلق معيقاً للحياة بصفة عامة.

إجراءات:

هو ما يمثل الدرجة التي ستحصل عليها أمهات الأطفال في وضعية إعاقة، في اختبار القلق المستخدم في هذا البحث.

ب- تعريف حالة القلق:

تعرف بأنها استجابة انفعالية غير سارة، تتسم بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر والخشية والعصبية، وتحدث هذه الحالة عندما يدرك الفرد أن هناك ما يهدده، وهذه استجابة طارئة تزول بزوال الأمر المقلق (المرزوقي، 2008).

وتحدث حالة القلق عندما يدرك الشخص أن منها معينا أو موقفا ما، قد يؤدي إلى إيذائه و تهديده أو إحاطته بخطر من الأخطار. وتختلف حالة القلق من حيث شدتها، كما تتغير عبر الزمن تبعا لتكرار المواقف العصبية التي يصادفها الفرد. وعلى الرغم من أن حالات القلق مؤقتة وسريعة الزوال، غالبا فإنها يمكن أن تتكرر، بحيث تعاود الفرد عندما تثيرها منبهات ملائمة، وقد تبقى كذلك زمنا إضافيا إذا استمرت الظروف المثيرة لها (عبد الخالق، 1987).

ت- تعريف سمة القلق:

أما سمة القلق فهي بعد ثابت يتميز بالميل إلى إدراك المواقف المكروهة على أنها تهديد (SULTAN.S ET VARESCON.I, 2012). وتعرف بأنها استعداد ثابت نسبيا لدى الفرد، قد تتصف بقدر أكبر من الاستقرار بالمقارنة مع حالة القلق، وهناك فروق فردية بين الأفراد في كيفية إدراكهم للعالم، ويقال بأن الفرد يمتلك سمة القلق عندما يدرك العالم باعتباره مصدرا للتهديد والخطر على الأعم الأغلب (المرزوقي، 2008).

ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك، بل قد تستنتج من تكرار ارتفاع حالة القلق، وشدتها لدى الفرد على امتداد الزمن، ويتميز الأشخاص ذوو الدرجة المرتفعة في سمة القلق كالعصابيين مثلا، بميلهم إلى إدراك العالم باعتباره خطرا يهدد حياتهم. وذلك على العكس من الأفراد ذوي الدرجة المنخفضة (عبد الخالق، 1987).

ث- تعريف القلق السوي:

يكون القلق السوي موضوعيا خارجيا أو ذاتيا داخليا، بحيث يعزى على موقف محدد كما يحدث في زمن معين، ويعد حينئذ استجابة سوية لمواقف طبيعية تسبب القلق في الحقيقة لدى معظم البشر. ومن أوضح الأمثلة لهذا النوع من القلق: ما يخبره الطالب قبل الامتحان، أو ما يشعر به الأب لدى مرض ابنه، أو ما تعانيه الأم من قلق نتيجة لمرض شديد أصاب وحيدها، أو قلق الشخص لدى معرفته بنتيجة تحليل طبي أجري له، وغير ذلك. ومن هنا فهو يسمى بالقلق السوي أو الموضوعي أو الحقيقي (عبد الخالق، 1987).

والقلق السوي هو القلق خارجي المنشأ أو القلق المستثار (عثمان)، وهي مشتقة من كلمة إغريقية تعني الشيء الذي ينشأ أو ينتج من الخارج، أي أن المصطلح يتضمن فكرة معينة، هي أن الفرد يستطيع أن يميز دائما مصدرا مقبولا يبرر هذا النوع من القلق عند حدوثه (شيهان، 1988).

ج- تعريف القلق العصابي:

القلق العصابي خوف مزمن من أشياء أو أشخاص أو مواقف، لا تبرر الخوف منها بصورة طبيعية أو لسبب واضح، مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى، ثابتة ومتكررة إلى حد كبير. ولذلك يسمى بالقلق الباثولوجي أي المرضي. وعلى الرغم من شموله لعدد من المواقف واتخاذها كثيرا من المظاهر السلوكية، فإنه يتركز أحيانا حول طائفة معينة من المواقف في مجالات محددة كقلق الامتحان والموت ومواجهة الجمهور وغير ذلك (عبد الخالق، 1987).

ويسمى أيضا بالقلق داخلي المنشأ، وحالات القلق من هذا النوع إنما هي مرض، ويبدو أن ضحاياه قد ولدوا باستعداد وراثي له، وهو يبدأ عادة بنوبات من القلق تدهم المصابين فجأة أو بغتة، دون إنذار أو سبب ظاهر (شيهان، 1988). فالمشكلة المركزية هنا تنبع من مصدر ما داخل جسم الفرد، بدلا من صدورهما كاستجابة لموقف من خارج الإنسان (شيهان، 1988).

ح- القلق عند الأم:

تعتبر الأم من أهم ركائز الأسرة وأعمدها، فهي الحاضن للأطفال والسكن للزوج، ونجد في أغلب الأحيان، أن المرأة هي من يتحمل العبء الأكبر إذا حدث مشكل أو اضطراب لأي فرد من أفراد الأسرة، فتتجند بكل قواها وتسهر على توفير الرعاية والاهتمام والدعم. ولكن إن أصيبت هذه الركيزة بمرض عضوي أو نفسي، فهنا يهتز هذا المركز ويختل توازن الأسرة، ويصبح البناء الأسري بأكمله عرضة للشتات. وبالتالي، فإصابة الأم بأمراض نفسية يعتبر بكل المقاييس كارثة متعددة الأبعاد.

ويعتبر القلق من بين الاضطرابات التي تشيع عند النساء عموما وعند الأم بصفة خاصة، فحسب الجمعية الأمريكية للطب النفسي، فإن اضطراب القلق يظهر في النساء أكثر من الرجال بنسبة 1/2 تقريبا (APA, 2015). والقلق عند الأم يبدأ منذ فترة الحمل، فمن الشائع أن تشعر المرأة الحامل بالقلق حول الأمومة والولادة والقدرة على التكيف مع المولود الجديد، ويمكن سماع هذه المخاوف في أغلب الأحيان كمظاهر للتحضير النفسي للولادة (VACHERON, M., 2015)، كما تظهر لدى الحامل أيضا، مخاوف من الولادة والألم والخوف من إنجاب طفل مشوه أو غير طبيعي (VACHERON, M., 2015)، وقد نجد أحيانا صعوبة في التفريق بين المخاوف التي تعيشها الأم الحامل بشكل متكرر واضطراب القلق العام (VACHERON, M., 2015).

5-2 المرونة النفسية:

لغة: يقال مرن يمرن مرانة ومرونة: وهو لين في صلابته. ومرّنته: أَلَنته وصلبته. ومرّن الشيء يَمْرُنُ مرونا إذا استمر، وهو لِين في صلابته. ومرّنت يد فلان على العمل أي صَلَبَت واستمرت. (ابن منظور).

اصطلاحاً: تعتبر المرونة النفسية la résilience psychologique كلمة أتت إلينا من اللغة الإنجليزية. وتستخدم في الفيزياء للتعبير عن جودة مواد معينة، وهي تقيس مقاومة الصدمات (Poilpot, M. 2005).

وتعرفها أن ماستن على أنها: "عملية أو قدرة أو نتائج التكيف الناجح على الرغم من الظروف الصعبة أو المهددة" (Anaut, 2015)، ويرى مايكل روتر بأنها تتميز بمجموعة من العمليات الاجتماعية والداخلية، التي تجعل من الممكن التمتع بحياة صحية في بيئة غير صحية. (Anaut, 2015).

وحسب سيرج تيسيرون فإن المرونة هي القدرة على التخلي عن آثار الصدمات، والقدرة على إعادة البناء بعد الصدمة (Michallet, 2009-2010)، ويعرفها باترسون وآخرون بأنها القدرة على العمل بشكل تكيفي، وأن تصبح ماهراً عند ظهور أحداث الحياة المجهدة (Anaut, 2008). كما أشار بوريس سيرولنيك بأنها "تطور جديد بعد الانهيار الصادم" وليس استثناء بسيطاً للتطور السابق، وكأن شيئاً لم يحدث (Anaut, 2015). ومن ناحية أخرى، فهي القدرة على التغلب على الصدمة و / أو الاستمرار في التطور في بيئة غير مواتية (Poilpot, M., 2005).

وترى ماري أنو Marie Anaut (2015) بأن مصطلح المرونة هو مفهوم متعدد المعاني يشير إلى المهارات التي أنشأها الأفراد للتعامل مع المواقف الصعبة: (أحداث الحياة المؤلمة، والحوادث، والأمراض، والإعاقات، والحرمان العاطفي الخطير، والخطر الشديد، وما إلى ذلك).

إجرائياً:

هو ما يمثل الدرجة التي ستحصل عليها أمهات الأطفال في وضعية إعاقة، في اختبار المرونة النفسية المستخدم في هذا البحث.

3-5 وضعية إعاقة:

حسب التصنيف الدولي للإعاقات لسنة 1980، كان مفهوم الإعاقة يشمل ثلاث محاور وهي الضعف والعجز والحرمان الاجتماعي، وهي مكونات تربطها علاقة خطية، فالضعف، أي اختلال البنية العضوية أو النفسية أو الفيزيولوجية للفرد، يؤدي إلى عجز هذا الأخير عن ممارسة أنشطته الحياتية اليومية، وهذا بدوره يؤدي إلى الحرمان من القيام بالأدوار الاجتماعية. وبالتالي فهذا التصنيف كان ينظر للإعاقة باستخدام الجانب الطبي الباثولوجي.

ولتجاوز وصف الأفراد بمصطلح "معاقين"، احتاج الأمر مزيد من عشر سنوات وبالتحديد سنة 2001، حينما عملت منظمة الصحة العالمية، على تطوير ونشر سلسلة من التصنيفات المتعلقة بالصحة، ومنها التصنيف الدولي للأداء الوظيفي والعجز والصحة، والذي بفضلها، حسب هولنويجر (2014)، لم يعد يُنظر إلى الإعاقة اليوم بأنها ناجمة عن الإصابة بمرض ما، بل أصبحت تُفهم بأنها تفاعل ديناميكي بين الوضع الصحي للشخص والعوامل البيئية والشخصية، (إذ لم يعد يعتبر خطأ بل نموذجاً تفاعلياً، كما أن هذا التصنيف لا يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة فحسب، بل يُعنى أيضاً بجميع الناس (هولنويجر، 2014).

وينقسم التصنيف الدولي للأداء الوظيفي والعجز والصحة إلى جزين رئيسيين: يتناول الجزء الأول الأداء الوظيفي والإعاقة، في حين يغطي الجزء الثاني العوامل السياقية، ويشمل كل جزء على عنصرين اثنين: 1- الأداء الوظيفي والإعاقة، وهما عنصر وظائف الجسم وبنية الجسم وعنصر الأنشطة والمشاركة، و 2- العوامل السياقية: وتمثل العوامل الخارجية (البيئية) والداخلية (الشخصية)، التي تؤثر على الأداء الوظيفي في المواقف الحياتية المحددة (هولنويجر، 2014).

ويتمحور عنصر الأداء الوظيفي والإعاقة ضمن التصنيف الدولي للأداء الوظيفي والعجز والصحة، حول أجهزة الجسم (وظائف الجسم وبنية الجسم)، (...) كما يتمحور حول مجالات الحياة (الأنشطة والمشاركة)، التي تُعرف بالمجالات مثل التعلم وتطبيق المعرفة أو الاتصال أو التنقل أو التفاعلات والعلاقات بين الأفراد (هولنويجر، 2014).

ومن خلال ما تم ذكره، يمكن القول بأن الانتقال من مصطلح "معاق"، إلى مفهوم "في وضعية إعاقة"، هو انتقال حقوقي لكنه مدعوم علمياً، فاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة تربط مسألة الإعاقة بالأشخاص باعتبارهم أصحاب حقوق، لكنها تركز على التفاعل بين نواحي الضعف والحوافز القائمة في البيئة التي تحول دون المشاركة الكاملة والفعالة في المجتمع. وينبغي أساساً تسليط الضوء على وضع الشخص وليس على الشخص ذاته. (هولنويجر، 2014).

6. منهجية البحث:

عينة البحث:

1. مجتمع وعينة الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من أمهات الأطفال في وضعية إعاقة.

3-1 عينة الدراسة الأساسية:

تتكون عينة الدراسة الأساسية من 115 أم لطفل في وضعية إعاقة، تمتد أعمارهن من 20 إلى 60 سنة، ويختلفن من حيث المستوى التعليمي والوسط، ويتوزعن إلى متزوجات ومطلقات وعاملات وغير عاملات. تم اختيارهن بطريقة عشوائية، من عيادات للترويض الطبي ومجموعة من المؤسسات والجمعيات، التي تعنى بالأطفال في وضعية إعاقة، وقد توزعت الإعاقات إلى: إعاقة جسمية وحركية وإعاقة عقلية وإعاقة سمعية واضطرابات النطق والكلام وإعاقة مزدوجة أو متعددة، تمثلت في إعاقة حركية مع إعاقة عقلية أو إعاقة عقلية مع صعوبات في النطق والكلام أو إعاقة حركية مع صعوبات النطق والكلام أو إعاقة حركية مع إعاقة عقلية مع صعوبات في النطق والكلام.

منهج البحث:

إن طبيعة الدراسة وفرضياتها تقتضي تحديد المنهج الذي يتلاءم معها، ويخدمها في تحليل نتائجها، ونظراً للهدف العام من الدراسة، والذي يتمثل في التعرف على مدى انعكاس القلق على مستوى المرونة النفسية لأمهات الأطفال في وضعية إعاقة، فإن المنهج الملائم هو المنهج الوصفي الارتباطي (العلائقي)، وهو من مناهج البحث العلمي الأوسع استخداماً، في مجال البحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية.

فالمنهج الوصفي يهتم بوصف وتفسير ما هو كائن، ويركز على تصنيف المعلومات وتنظيمها والتعبير عنها كما وكيفاً، مما يسهل فهم العلاقات بين مكونات الظاهرة المراد دراستها، ويساعد على إصدار أحكام دقيقة تمهيداً لتفسيرها، والتوصل إلى تعميم نتائجها، وهذا ما يساهم في تطور المعرفة العلمية مستقبلاً. أما المنهج الارتباطي فيمكننا من معرفة هل هناك علاقة بين متغيرين أو أكثر، ومن ثم معرفة درجة تلك العلاقة. أي أنه يصف درجة العلاقة بين المتغيرات وصفاً كمياً، ويمكن من التعرف على شكل وقوة العلاقات الارتباطية بين الظواهر أو المتغيرات.

أدوات البحث:

من أجل اختبار فرضيات الدراسة والوقوف على مدى صحتها، تم الاعتماد على مجموعة من الأدوات المعمول بها في مجال البحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية. حيث تم تطبيق كل من مقياس حالة القلق ومقياس سمة القلق ومقياس المرونة النفسية، على أربعين (40) أم لطفل في وضعية إعاقة، عن طريق طرح أسئلة المقاييس خلال مقابلته مباشرة أو عبر الهاتف، في حين أن باقي عينة البحث الأساسية أجبن بمفردهن بعد توزيع المقاييس. ويمكن وصف الأدوات المستخدمة على الشكل التالي:

أ- بطاقة المعلومات العامة:

أُعد هذا المحور بهدف تحديد الخصائص الفردية والمهنية لعينة الدراسة، والتي سيتم الاعتماد عليها في توزيع وتقسيم أفراد العينة إلى فئات، وكذلك في مناقشة النتائج، وتضمن هذا المحور بعض البيانات الخاصة بالأمهات وهي: السن، الحالة العائلية، المستوى التعليمي، وعدد الأطفال، وترتيب الطفل ومساعدة الأسرة ووضعية إعاقة الطفل.

ب- مقياس القلق:

تم الاعتماد على مقياس القلق لسبيلبرجر، وهو مقياس تم تطويره من قبل العالم تشارلز سبيلبرجر، وهو عبارة عن مجموعة من البنود، التي تعمل على قياس حالة القلق وسمة القلق. وقد استخدم هذا الاختبار في الكثير من الأبحاث والدراسات على أشخاص أسوياء ومرضى نفسيين. ويتكون من 40 سؤالاً وينقسم إلى جزئين:

■ حالة القلق:

يتكون هذا الجزء من 20 عبارة، يجيب عليها الأفراد بحسب درجة الشعور الحالي، وعما يشعرون به في هذه اللحظة بالذات. وطبق الاختبار على الأمهات بصفة فردية، حيث طلب من كل أم أن تختار لكل عبارة إجابة واحدة من بين أربعة اختيارات مقترحة: (إطلاقاً - قليلاً - باعتدال - كثيراً)، حيث أن كل إجابة لها درجة معينة حسب السلم التالي:

التنقيط				أرقام العبارات
كثيرا	باعتدال	قليلا	إطلاقا	
4 درجات	3 درجات	درجتين	درجة واحدة	18-17-14-13-12-9-7-6-4-3
درجة واحدة	درجتين	3 درجات	4 درجات	20-19-16-15-11-10-8-5-2-1

الجدول رقم (1): سلم تصحيح وتنقيط مقياس حالة القلق

■ سمة القلق:

يتكون هذا الجزء من 20 عبارة، يجيب عليها الشخص من خلال ما يشعر به بشكل عام. وطبق هذا الاستبيان على الأمهات بصفة فردية، حيث طلب من كل أم أن تختار لكل عبارة إجابة واحدة من بين الإجابات المقترحة: (أبدا - أحيانا - غالبا - دائما)، حيث أن كل إجابة لها درجة معينة حسب السلم التالي:

التنقيط				أرقام العبارات
دائما	غالبا	أحيانا	أبدا	
4 درجات	3 درجات	درجتين	درجة واحدة	20-18-17-15-12-11-9-8-5-4-2
درجة واحدة	درجتين	3 درجات	4 درجات	19-16-14-13-10-7-6-3-1

الجدول رقم (2): سلم تصحيح وتنقيط مقياس سمة القلق

ويتم تصنيف الدرجات على النحو التالي:

الدرجة	مستوى القلق
35-0	قلق ضعيف جدا
45-36	قلق ضعيف
55-46	قلق متوسط
65-56	قلق عالي
65 فما فوق	قلق عالي جدا

الجدول رقم (3): كيفية تصنيف درجات القلق

ت- مقياس المرونة النفسية:

تم استخدام نسخة مختصرة من استبيان المرونة النفسية لنيكولسون ماكبرايد، والذي يضم 12 عبارة، وطلب من كل أم أن تختار لكل عبارة إجابة واحدة من بين إجابتين: لا أوافق بشدة أو أوافق بشدة، حيث تعطى لإجابة لا أوافق بشدة نقطة واحدة، ولإجابة أوافق بشدة 5 نقط. ويتم تصنيف الدرجات المحصل عليها على النحو التالي:

60-49	48-44	43-38	37-0
مستوى متميز من المرونة: تشير نتيجتك إلى أن مرونتك النفسية عالية جدا في معظم الأوقات، وأنت نادرا ما تفشل في استعادة توازنك. فأنت تؤمن بصنع فرصتك بنفسك.	مستوى قوي من المرونة: تشير نتيجتك الفوق متوسطة إلى أنك تجيد التعامل مع الصدمات ولديك خبرة في تحويل الأزمات إلى فرص.	مستوى مؤكد من المرونة: تشير نتيجتك إلى أنه رغم مرورك أحيانا بأيام عصيبة لا يمكنك فيها تحسين الأمور، إلا أنك نادرا ما تفكر في الاستسلام.	مستوى مرونة في تطور: تشير نتيجتك إلى أنه على الرغم من أنك قد لا تشعر بكونك تحت رحمة الأحداث، إلا أنك في الواقع من الممكن أن تستفيد بشكل كبير من تطويرك لجوانب سلوكك.

الجدول رقم (4): كيفية تصنيف مستويات المرونة النفسية

7. نتائج البحث:

خصائص عينة البحث:

تتكون عينة الدراسة الأساسية من 115 أم لطفل في وضعية إعاقة، تمتد أعمارهن من 20 إلى 60 سنة، ويختلفن من حيث المستوى التعليمي والوسط، ويتوزعن إلى متزوجات ومطلقات وعاملات وغير عاملات. تم اختيارهن بطريقة عشوائية، من عيادات للترويض الطبي ومجموعة من المؤسسات والجمعيات، التي تعنى بالأطفال في وضعية إعاقة، وقد توزعت الإعاقات إلى: إعاقة جسمية وحركية وإعاقة عقلية وإعاقة سمعية واضطرابات النطق والكلام وإعاقة مزدوجة أو متعددة. وفيما يلي عرض لأهم خصائص عينة البحث:

الخصائص	الفئات	التكرارات	النسبة %
الحالة العائلية	متزوجة	93	80,87
	مطلقة	22	19,13
السن	[20,25]	5	4,35
	[26,30]	7	6,09
	[31,35]	28	24,35
	[36,40]	29	25,22
	[41,45]	27	23,48
	[46,50]	15	13,04
	أكثر من 50 سنة	5	4,35

45,22	52	حضري	الوسط
54,78	63	قروي	
11,3	13	بدون	المستوى التعليمي
20	23	ابتدائي	
12,17	14	إعدادي	
22,61	26	تأهيلي	
33,91	39	جامعي	
60,87	70	عاملة	المهنة
39,13	45	غير عاملة	

الجدول رقم (5): خصائص عينة البحث

تحليل نتائج البحث:

1. عرض ومناقشة نتائج الفرضيات:

1.1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة:

للتحقق من الفرضية العامة، والتي تفترض أن القلق ينعكس سلباً على مستوى المرونة النفسية لأُمّهات الأطفال في وضعية إعاقة، تم استخدام معامل الارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة الارتباطية بين درجات حالة وسمة القلق ودرجات المرونة النفسية، التي تم الحصول عليها بعد تطبيق كل من مقياس القلق ومقياس المرونة النفسية على عينة البحث الأساسية. والجدول التالي توضح نتائج العلاقة بين متغير حالة القلق ومتغير المرونة النفسية من جهة، ومتغير سمة القلق مع متغير المرونة النفسية من جهة أخرى:

■ العلاقة بين متغير حالة القلق ومتغير المرونة النفسية:

مستوى الدلالة	معامل الارتباط r	مستوى حالة القلق
0,01	-0,41	مستوى المرونة النفسية

الجدول رقم (6): العلاقة الارتباطية بين درجات حالة القلق ودرجات المرونة النفسية لدى عينة الدراسة

يتضح من هذا الجدول، أن قيمة معامل الارتباط بين متغير حالة القلق ومتغير المرونة النفسية لدى أمهات الأطفال في وضعية إعاقة تقدر ب $r = -0,41$ ، وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة $\alpha = 0,01$ ، وهذا يعني وجود علاقة ارتباطية بين هذين المتغيرين، وبما أن قيمة معامل الارتباط سلبية فإن العلاقة بينهما أيضا سلبية. وهذا يعني أن الزيادة في مستوى حالة القلق تؤدي إلى نقص في مستوى المرونة النفسية والعكس صحيح. وبهذا تتحقق الفرضية العامة لهذه الدراسة، والتي تشير إلى أن القلق ينعكس سلبا على مستوى المرونة النفسية لدى أمهات الأطفال في وضعية إعاقة.

■ العلاقة بين متغير سمة القلق ومتغير المرونة النفسية:

معامل الارتباط	مستوى الدلالة
مستوى سمة القلق	0,01
مستوى المرونة النفسية	
الجدول رقم (7): العلاقة الارتباطية بين درجات سمة القلق ودرجات المرونة النفسية لدى عينة الدراسة	

من خلال معطيات هذا الجدول، يظهر أن قيمة معامل الارتباط بين متغير سمة القلق ومتغير المرونة النفسية، لدى أمهات الأطفال في وضعية إعاقة تقدر ب $r = -0,59$ ، وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة $\alpha = 0,01$ ، وهذا يعني وجود علاقة ارتباطية بين هذين المتغيرين، وبما أن قيمة معامل الارتباط سلبية فإن العلاقة بينهما أيضا سلبية. وهذا يعني أن الزيادة في مستوى سمة القلق تؤدي إلى نقص في مستوى المرونة النفسية والعكس صحيح. وبهذا فالقلق ينعكس سلبا على مستوى المرونة النفسية لدى أمهات الأطفال في وضعية إعاقة، وهذه النتيجة تزيد من تأكيد صحة الفرضية العامة لهذه الدراسة.

1.2. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الفرعية الأولى:

للتأكد من الفرضية الفرعية الأولى، والتي تنص على أن أمهات الأطفال في وضعية إعاقة لديهم درجة عالية من القلق، تم حساب درجات كل من حالة القلق وسمة القلق لدى الأمهات، وتصنيفها إلى مستويات: قلق ضعيف جدا- قلق ضعيف- قلق متوسط- قلق عالي- قلق عالي جدا، ثم حساب النسبة المئوية لتكرار كل مستوى، والجدول التالي توضح نتائج الفرضية الفرعية الأولى:

■ مستوى حالة القلق:

مستوى حالة القلق	قلق منعدم	قلق ضعيف	قلق متوسط	قلق عالي	قلق عالي جدا	المجموع
التكرارات	31	24	30	18	12	115
النسبة %	26,96	20,87	26,09	15,65	10,43	100

الجدول رقم (8): توزيع مستويات حالة القلق لدى عينة الدراسة

من خلال النتائج المعروضة في هذا الجدول، نلاحظ أن أعلى نسبة للقلق سجلت بمستوى قلق منعدم حيث قدرت ب 26,96%، ثم يليها قلق متوسط بنسبة 26,09%، وقلق ضعيف بنسبة 20,87%، وقلق عالي بنسبة 15,65%، وفي الأخير قلق عالي جدا بنسبة 10,43%.

■ مستوى سمة القلق:

المجموع	قلق عالي جدا	قلق عالي	قلق متوسط	قلق ضعيف	قلق منعدم	مستوى سمة القلق
115	6	24	39	34	12	التكرارات
100	5,22	20,87	33,91	29,57	10,43	النسبة %

الجدول رقم (9): توزيع مستويات سمة القلق لدى عينة الدراسة

من خلال نتائج هذا الجدول، نلاحظ أن أعلى نسبة للقلق سجلت بمستوى قلق متوسط حيث قدرت ب 33,91%، ثم يليها قلق ضعيف بنسبة 29,57%، وقلق عالي بنسبة 20,87%، وقلق منعدم بنسبة 10,43%، وفي الأخير قلق عالي جدا بنسبة 5,22%. وبناء على النتائج المعروضة بالجدولين، نتوصل إلى عدم تحقق الفرضية الفرعية الأولى، التي تنص على أن أمهات الأطفال في وضعية إعاقة لديهم درجة عالية من القلق.

1.3. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثانية:

للتحقق من الفرضية الفرعية الثانية، والتي تفترض أن لدى أمهات الأطفال في وضعية إعاقة مستوى منخفض من المرونة النفسية، تم حساب درجات المرونة النفسية لدى الأمهات، وتصنيفها إلى مستويات: مستوى مرونة في تطور- مستوى مؤكد من المرونة- مستوى قوي من المرونة- مستوى متميز من المرونة، ثم حساب النسبة المئوية لتكرار كل مستوى من هذه المستويات، والجدول التالي يوضح نتائج الفرضية الفرعية الثانية:

المجموع	مستوى متميز من المرونة	مستوى قوي من المرونة	مستوى مؤكد من المرونة	مستوى مرونة في تطور	مستوى المرونة
115	17	30	18	50	التكرارات
100	14,78	26,09	15,65	43,48	النسبة %

الجدول رقم (10): توزيع مستويات المرونة النفسية لدى عينة الدراسة

نلاحظ من خلال نتائج هذا الجدول، أن أعلى نسبة للمرونة النفسية سجلت بمستوى مرونة في تطور حيث قدرت ب 43,48%، ثم يليها مستوى قوي من المرونة بنسبة 26,09%، ومستوى مؤكد من المرونة بنسبة 15,65%، ومستوى متميز من المرونة بنسبة 14,78%. وبناء على النتائج المعروضة بالجدولين، نتوصل إلى تحقق الفرضية الفرعية الثانية، والتي تفترض أن أمهات الأطفال في وضعية إعاقة لديهم مستوى منخفض من المرونة النفسية.

1.4. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثالثة:

للتحقق من الفرضية الفرعية الثالثة، والتي تنص على أن أمهات الأطفال في وضعية إعاقة اللواتي لا تساعدن الأسرة على الاعتناء بالطفل، أكثر عرضة للقلق العالي والعالي جدا من الأمهات اللواتي تساعدن الأسرة، تم اختيار العينة التي مستوى القلق لديها عالي وعالي جدا، وتوزيعها إلى فئة تساعدن الأسرة وفئة لا تساعدن الأسرة، ثم حساب النسبة المئوية لتكرار كل فئة حسب مستوى القلق، والجدول التالية توضح نتائج هذه الفرضية:

■ مستوى حالة القلق:

المجموع	الأسرة لا تساعد		المجموع	الأسرة تساعد		مستوى حالة القلق
	قلق عالي جدا	قلق عالي		قلق عالي جدا	قلق عالي	
19	7	12	11	6	5	التكرار
63,33	23,33	40	36,67	20	16,67	النسبة %

الجدول رقم (11): توزيع مستويات حالة القلق العالي والعالي جدا حسب متغير مساعدة الأسرة

من خلال النتائج المعروضة في هذا الجدول، نلاحظ أن أعلى نسبة للأمهات اللواتي يعانين من القلق العالي والعالي جدا، سجلت لدى الأمهات اللواتي لا تساعدن الأسرة على الاعتناء بالطفل في وضعية إعاقة، وقدرت على التوالي بنسبة 40% ونسبة 23,33%، في حين سجلت نسبة 16,67% بالقلق العالي ونسبة 20% بالقلق العالي جدا لدى الأمهات اللواتي تساعدن الأسرة. وبهذا فإن الأمهات اللواتي لا تساعدن الأسرة على الاعتناء بالطفل هن أكثر عرضة لحالة القلق العالي والعالي جدا.

■ مستوى سمة القلق:

المجموع	الأسرة لا تساعد		المجموع	الأسرة تساعد		مستوى سمة القلق
	قلق عالي جدا	قلق عالي		قلق عالي جدا	قلق عالي	
20	5	15	10	1	9	التكرار
66,67	16,67	50	33,33	3,33	30	النسبة %

الجدول رقم (12): توزيع مستويات سمة القلق العالي والعالي جدا حسب متغير مساعدة الأسرة

من خلال نتائج هذا الجدول، نلاحظ أن أعلى نسبة للقلق العالي والقلق العالي جدا، سجلت لدى الأمهات اللواتي لا تساعدن الأسرة على الاعتناء بالطفل في وضعية إعاقة، وذلك بنسبة 66,67%، في حين سجلت نسبة 33,33% لدى الأمهات اللواتي تساعدن الأسرة. وبهذا فإن الأمهات اللواتي لا تساعدن الأسرة على الاعتناء بالطفل هن أكثر عرضة لسمة القلق العالي والعالي جدا.

وبالتالي، ومن خلال نتائج الجدولين، نتوصل إلى تأكيد الفرضية الفرعية الثالثة، التي تفترض أن أمهات الأطفال في وضعية إعاقة اللواتي لا تساعدن الأسرة على الاعتناء بالطفل، أكثر عرضة للقلق العالي والعالي جدا من الأمهات اللواتي تساعدن الأسرة.

1.5. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الفرعية الرابعة:

للتأكد من الفرضية الفرعية الرابعة، والتي تفترض أن أمهات الأطفال في وضعية إعاقة اللواتي لا تساعدن الأسرة في الاعتناء بالطفل، أكثر عرضة لانخفاض مستوى المرونة النفسية من الأمهات اللواتي تساعدن الأسرة، تم اختيار العينة التي مستوى مرونتها في تطور (منخفض جدا)، وتوزيعها إلى فئة تساعدن الأسرة وفئة لا تساعدن الأسرة، ثم حساب النسبة المئوية لتكرار كل فئة. والجدول التالي يوضح نتائج هذه الفرضية:

المجموع	مستوى مرونة في تطور		
	الأسرة لا تساعد	الأسرة تساعد	
50	32	18	التكرار
100	64	36	النسبة %

الجدول رقم (13): توزيع عينة البحث ذات مرونة نفسية في تطور حسب متغير مساعدة الأسرة

يظهر من خلال هذا الجدول، أن أعلى نسبة للأمهات اللواتي مستوى مرونتهن في تطور، سجلت لدى الأمهات اللواتي لا تساعدن الأسرة على الاعتناء بالطفل في وضعية إعاقة، وذلك بنسبة 64%، في حين سجلت نسبة 36% لدى الأمهات اللواتي تساعدن الأسرة. وبهذا تتحقق الفرضية الرابعة، والتي تنص على أن أمهات الأطفال في وضعية إعاقة اللواتي لا تساعدن الأسرة على الاعتناء بالطفل، أكثر عرضة لانخفاض مستوى المرونة النفسية من الأمهات اللواتي تساعدن الأسرة.

8. تفسير نتائج الدراسة الأساسية:

بعد تحليل ومناقشة معطيات الدراسة التي تم تجميعها وعرضها، تم التوصل إلى:

- تأكيد الفرضية العامة، والتي تنص على أن القلق ينعكس سلبا على مستوى المرونة النفسية لأمهات الأطفال في وضعية إعاقة، وبهذا فالزيادة في مستوى القلق تؤدي إلى نقص في مستوى المرونة النفسية، ويؤدي نقص درجة القلق إلى الرفع من مستوى المرونة النفسية لدى أمهات الأطفال في وضعية إعاقة، ويمكن تفسير ذلك بأن عبء تنشئة طفل في وضعية إعاقة، يعتبر حدثا ضاعطا بالنسبة لهؤلاء الأمهات، فبميلاده تنقلب أحوال الأسرة وتتغير أهدافها ومخططاتها. فالطفل في وضعية إعاقة له احتياجات نوعية، وبحاجة إلى العناية والمراقبة الدائمة، وكل ذلك يمكن أن يزيد من ثقل مسؤولية الأم وشعورها المستمر بالقلق، خاصة عند التفكير في مستقبله وحياته إن أصابها مكروه. فوجود طفل في وضعية إعاقة بالأسرة، يؤثر حتما على قدرة الأم على مواجهة أعبائها، ويضعف قدرتها على القيام بالوظائف المنوطة بها، ويقلل من مستوى مرونتها النفسية.

- **عدم تحقق الفرضية الفرعية الأولى**، التي تنص على أن أمهات الأطفال في وضعية إعاقة لديهم درجة عالية من القلق، حيث تم التوصل إلى أن مستوى القلق لدى عينة الدراسة الأساسية هو متوسط، وهذا يتعارض مع مجموعة من الدراسات، منها دراسة Sapkota (2008) التي أظهرت أن مستوى مرتفع من القلق لدى أمهات الأطفال في وضعية إعاقة، وأيضا دراسة (2018) Sapkota et al التي أظهرت أن حوالي 74٪ من الأمهات حصلن على درجات أعلى من 40، مما يشير إلى مستوى قلق مرتفع. وكذلك دراسة Azeem et al (2013)، التي أشارت إلى أن من بين 99 أم لطفل يعاني من إعاقة ذهنية، 26.3٪ تعاني من مستوى قلق شديد و 50٪ تعاني من قلق عميق.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن تركيز الأمهات لكامل اهتمامهن بالطفل في وضعية إعاقة، يؤثر على قدرتهن على التعبير عن مشاعرهن ووصفها بدقة، وخاصة أن مجموعة من العبارات التي شملها الاستبيان المستعمل في هذه الدراسة، تطلبت الإجابة عنها تعبيرا واضحا وصريحا لما تشعر به الأم. حيث لوحظ أن بعض الأمهات اعتبرن أن الإجابة عن سؤال هل أنت سعيدة أو هل تشعرين بالراحة والطمأنينة، كما لو أنها ستسبئ لطفلها إن أجابت بأنها غير سعيدة وغير مرتاحة، أي أنهن يربطن مشاعرهن بأطفالهن، وبهذا لا يستطعن التعبير عن مشاعرهن بصدق تام، مخافة الإساءة لأطفالهن. وهذا يدل على أن إعاقة الطفل واختلافه، تؤثر على تقييم الأمهات لأحاسيسهن والضغوطات التي يواجهنها، حيث لا يمكن إنكار المشكلات والضغوطات التي تسببها العناية بطفل في وضعية إعاقة، وماتخلفه من تأثيرات على الأم وعلى النسق الأسري ككل.

- **تحقق الفرضية الفرعية الثانية**، والتي تفترض أن أمهات الأطفال في وضعية إعاقة لديهم مستوى منخفض من المرونة النفسية، وهذا يتوافق مع دراسة نوعية ل RODRÍGUEZ ET AL (2020) على أمهات أطفال مصابين بالشلل الدماغي، حيث كان 66% منهن لديهن مرونة منخفضة. ويمكن تفسير هذا الانخفاض، بعدم تكيف الأم مع وضعية ابنها، وشعورها المستمر بالنقص، وخوفها الدائم من مضاعفات وتعقيدات وضعية ابنها على مستقبله، وأيضا بأن هؤلاء الأمهات ليست لديهن القدرة على تخطي العقبات والمشاكل والضغوطات، التي تعترضهن في ظل تواجد هذا الطفل داخل الأسرة. وكذلك بسبب تعدد أدوارهن وكَم المسؤوليات الملقاة على عاتقهن، فهن زوجات وأمهات وفي كثير من الأحيان نساء عاملات، مما يعرضهن لكثير من الضغوطات النفسية، التي تقلل من مستوى مرونتهن النفسية. في المقابل، أشارت دراسات أخرى إلى أن الأمهات يتمتعن عموما بمستويات جيدة من المرونة النفسية، خاصة في ظل توفر الدعم الاجتماعي، واستراتيجيات المواجهة الفعالة، والظروف الاجتماعية المساعدة (Arakkathara & Bance, 2020; Fereidouni et al., 2021; Zhao et al., 2021; Savari et al., 2021; al., 2021). وقد يعزى هذا التباين في النتائج إلى اختلاف العوامل البيئية والسياقية بين العينات، مما يؤكد أهمية النظر في الخصائص الثقافية والاجتماعية عند تفسير مستويات المرونة النفسية.

- **تحقق الفرضية الفرعية الثالثة**، التي تفترض أن أمهات الأطفال في وضعية إعاقة اللواتي لا تساعدن الأسرة على الاعتناء بالطفل، أكثر عرضة للقلق العالي والعالي جدا من الأمهات اللواتي تساعدن الأسرة. وتأكيد الفرضية الفرعية الرابعة، التي تنص على أن أمهات الأطفال في وضعية إعاقة اللواتي لا تساعدن الأسرة على الاعتناء بالطفل، أكثر عرضة لانخفاض مستوى المرونة النفسية من الأمهات اللواتي تساعدن الأسرة، وهذا يتوافق مع كل من دراسة توني (2017) ودراسة (2021) Savari et al ودراسة (2021) Zhao et

التي أظهرت وجود علاقة إيجابية بين الدعم الاجتماعي والمرونة النفسية. ومن جانب آخر فإن الدعم الاجتماعي لا يؤثر فقط بشكل مباشر على المرونة النفسية، بل يعمل أيضا كوسيط أو عامل معدل يخفف من تأثير الضغوط النفسية على الصحة النفسية للأمهات (Zhao et al, 2021). ويمكن تفسير ذلك، بأن وجود تفاعلات دافئة وإيجابية، وعلاقات داعمة من باقي أفراد الأسرة، من شأنه أن يعزز المرونة النفسية للأم، ويشكل درع حماية لها من القلق والضغوط النفسية والعائلية. فتلقيا للمساعدة يخفف عنها، ويجعلها تشعر بالتضامن والمودة، مما يخلق لديها نوعا من التوازن النفسي الذي يؤدي إلى تفاعل وتفعيل عوامل الحماية الداخلية الموجودة لديها. في حين أن الأم التي لا تساعد الأسرة، تبقى وبمجهوداتها الفردية هي المواقب الأول لهذا الطفل، فهي تخوض بمفردها عدة معارك، من أجل فهم طفلها وتنشئته وتأهيله وتوفير مستقبل أفضل له، وهذا يجعلها في حالة انشغال وقلق دائمين، فيصبح لديها تركيز كبير على المشكلة، مما ينعكس سلبا على مرونتها النفسية.

خاتمة

هدفت هذه الدراسة إلى تناول واقع أمهات الأطفال في وضعية إعاقة، من خلال محاولة الكشف عن العلاقة بين القلق والمرونة النفسية لديهن، وكيف يمكن للقلق أن يؤثر على مستوى مرونتهن النفسية، حيث ارتكزت تساؤلات هذه الدراسة، على فرضية تنص على أن القلق ينعكس سلبا على مستوى المرونة النفسية لدى أمهات هؤلاء الأطفال، واختيار الأم كعينة لهذه الدراسة، يرجع لكونها المسؤول الأول والمباشر عن العناية بالطفل وتلبية احتياجاته، فنجدها تواجه بسبب إعاقة طفلها وضعيات ومسؤوليات جديدة، تسبب لها ضغوطات نفسية وتوترا كبيرا.

وأظهرت النتائج أن أمهات الأطفال في وضعية إعاقة يعانون من درجة متوسطة من القلق، ومستوى منخفض من المرونة النفسية. كما تبين أن الأمهات اللواتي يستفدن من دعم اجتماعي يكن أكثر عرضة للقلق العالي جدا، وانخفاض مستوى المرونة النفسية، مقارنة بالأمهات اللواتي لا يستفدن من الدعم، مما يعكس تعقيدات العلاقة بين الدعم الاجتماعي والصحة النفسية للأم. وقد تم التوصل بعد تطبيق الإجراءات الأساسية للدراسة وتحليل نتائجها، إلى وجود علاقة سلبية دالة إحصائيا بين القلق والمرونة النفسية لدى هؤلاء الأمهات. وقد تم التوصل أيضا، إلى وجود علاقة سلبية دالة إحصائيا بين القلق والمرونة النفسية لدى هؤلاء الأمهات، مما يؤكد أن إعاقة الطفل تؤثر سلبا على الحالة النفسية والانفعالية العامة للأم.

وعموما، تؤكد هذه الدراسة على الأهمية البالغة، لدعم أمهات الأطفال في وضعية إعاقة وأسرهن، من خلال توفير الرعاية والإرشاد النفسي والاجتماعي، الذي سيساعدهن على مواجهة الضغوط المرتبطة برعاية طفل ذي احتياجات خاصة. وعليه، تبرز الحاجة إلى مزيد من الدراسات المعمقة التي تستكشف مشكلاتهن النفسية واحتياجاتهن الحقيقية، بما يساهم في تطوير تدخلات أكثر فاعلية، تضمن تعزيز جودة الحياة للأمهات وأطفالهن على حد سواء. ويظل التساؤل المطروح أمام الدراسات المستقبلية هو: كيف يمكن تطوير برامج دعم نفسي واجتماعي متكاملة وفعالة، تساهم في تقليل مستويات القلق وتعزيز المرونة النفسية وتجويد الحياة النفسية، لدى أمهات الأطفال في وضعية إعاقة، مع مراعاة الفروق الفردية والثقافية والاجتماعية؟

توصيات

وفي الأخير، وعلى ضوء نتائج البحث التي تم التوصل إليها، وبناء على المقابلات مع أمهات الأطفال في وضعية إعاقة، أقدم الاقتراحات والتوصيات التالية:

- _ تنظيم ملتقيات لتوعية أمهات الأطفال في وضعية إعاقة أو اختلاف، بطبيعة وخصائص إعاقة واختلاف أطفالهن؛
- _ توفير التكفل الصحي والعلاج المجاني للأطفال في وضعية إعاقة، بجميع المستشفيات والمراكز الصحية العمومية؛
- _ ضرورة توفير أخصائيين نفسيين-حركيين وأخصائيين في النطق والترويض الطبي والعلاج الفيزيائي، بجميع المستشفيات والمراكز الصحية العمومية؛
- _ ضرورة التكفل النفسي والاجتماعي بأمهات وأسر الأطفال في وضعية إعاقة؛
- _ تصميم برامج تدريبية وإرشادية، لفائدة أمهات وأسر الأطفال في وضعية إعاقة، تهدف إلى تنمية مستوى التعامل الإيجابي والفعال مع الطفل، واكتساب طرق وأساليب تنشئته ورعايته وتدريبه على المهارات الحياتية؛
- _ القيام بدراسات تتضمن برامج إرشادية أو تدريبية، لصالح أمهات الأطفال في وضعية إعاقة وأسرهن، من أجل مساعدتهم على تجاوز الصعوبات التي تعترضهم نتيجة إعاقة أبنائهم؛
- _ ضرورة توفير مصالح للإرشاد الصحي والنفسي، بجميع المستشفيات العمومية، بها أخصائيين ومعالجين نفسيين من أجل الإنصات وتقديم الإرشاد والتوجيه لأمهات الأطفال في وضعية إعاقة وأسرهن عند الحاجة؛
- _ تقديم حصص فردية وجماعية للدعم أو العلاج النفسي بالمستشفيات العمومية، لأمهات الأطفال في وضعية إعاقة وأسرهن.

المراجع

- ابن منظور، أبي الفضل جمال الدين. (1956). معجم لسان العرب. (المجلد 10). دار صادر بيروت. ص323؛
- المرزوقي، جاسم محمد عبد الله محمد. (2008). الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكر. (الطبعة 1). العلم. والإيمان للنشر والتوزيع عمان؛
- تونى، سهير، كامل (2017). أثر المساندة الاجتماعية على المرونة النفسية لدى أولياء أمور الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال. المجلد الثاني – العدد 2- الجزء 2. مصر؛
- شيهان، دافيد. (أبريل 1988). مرض القلق. سلسلة عالم المعرفة (العدد 124). ترجمة عزت شعلان وأحمد عبد العزيز سلامة. الكويت؛
- عبد الخالق، أحمد محمد. (مارس 1987). قلق الموت. سلسلة عالم المعرفة (العدد 111). الكويت؛
- عثمان، فاروق السيد. (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية (الطبعة 1). سلسلة المراجع في علم التربية وعلم النفس (الكتاب 16). دار الفكر العربي القاهرة؛
- هولنويجر، جوديث. (2014). تعريف الإعاقة وتصنيف أنواعها. وبيبنار 2. منظمة الأمم المتحدة للأمم المتحدة والطفولة (اليونيسف). الولايات المتحدة الأمريكية.
- American Psychiatric Association (APA). (2015). DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd.). Paris : Elsevier-Masson ;
- Anaut, M. (juin 2015). La résilience: évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques. Rech Soins Infirm. (n 121);
- Anaut, M. (2008). La résilience : Surmonter les traumatismes. (2e éd). Armand Colin.(pdf) ;
- Lalonde, P., Pinard, G., et collaborateurs (2016). Psychiatrie Clinique Approche bio-psycho-sociale (4e éd, Tome I).TC Media livres. Chenelière Éducation Canada;
- Arakkathara, J. G., & Bance, L. O. (2020). Predictive role of Resilience on Psychological wellbeing among selected Mothers of children with intellectual disability. Indian Journal of Health and Wellbeing, 11(01). <https://doi.org/10.15614/IJHW.v11i01.1>
- Azeem, M. W., Mbbs, I. A. D., Shah, S., Mbbs, M. A. C., Asmat, A., Akbar, M., Kousar, S., & Mbbs, I. I. H. (2013). Anxiety and Depression among Parents of Children with Intellectual Disability in Pakistan.
- Bumin, G., Günal, A., & Tükel, P. (2008). Anxiety, depression and quality of life in mothers of disabled children.
- Fereidouni, Z., Kamyab, A. H., Dehghan, A., Khiyali, Z., Ziapour, A., Mehedi, N., & Toghrli, R. (2021). A comparative study on the quality of life and resilience of mothers with disabled and neurotypically developing children in Iran. Heliyon, 7(6), e07285. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07285>
- Michallet, B., (2009-2010). Résilience : perspective historique, défis théoriques et enjeux cliniques. Frontières, vol. 22, n° 1-2;
- Poilpot, M. et autres .(2005). La résilience : le réalisme de l'espérance. Éditions Érès France;

- Rodríguez, Y. M., González, M. F. C., González, A. M. V., & Cuesta, De. (2020). Resiliencia en madres de niños/as con parálisis cerebral. Cienfuegos. 2018 Resilience in mothers of children with cerebral palsy. Cienfuegos. 2018.
- Sapkota, N., Pandey, A. K., Deo, B., & Shrivastava, M. (2018). Anxiety, depression and quality of life in mothers of intellectually disabled children. Journal of Psychiatrists' Association of Nepal, 6(2), 28–35. <https://doi.org/10.3126/jpan.v6i2.21757>
- Savari, K., Naseri, M., & Savari, Y. (2021). Evaluating the Role of Perceived Stress, Social Support, and Resilience in Predicting the Quality of Life among the Parents of Disabled Children. International Journal of Disability, Development and Education, 70(5), 644–658.
- Sultan, S. et Varescon, I. (2012). Psychologie de la santé (1er édition). presse universitaire de France, 2012;
- Vacheron, M. (2015). Maternité et psychiatrie, Répercussions et prise en charge. Lavoisier Paris.
- Zhao, M., Fu, W., & Ai, J. (2021). The Mediating Role of Social Support in the Relationship Between Parenting Stress and Resilience Among Chinese Parents of Children with Disability. Journal of AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDERS, 51(10), 3412–3422.