

الوصمة المُدرّكة في علاقتها بكل من الاكتئاب والمساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة

سيد جارجي السيد (*)

ملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى تقييم العلاقة بين كل من الوصمة المُدرّكة والاكتئاب والمساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة، والتعرف على الفروق بين الأمهات في كل من الوصمة المُدرّكة والاكتئاب والمساندة الاجتماعية وفقاً لبعض المتغيرات الديموغرافية المرتبطة بالأمهات وأطفالهن ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة، وقد تكوّنت عينة الدراسة من ٦٣ من أمهات الأطفال ذوي الذهنية البسيطة بمتوسط عمري ٣٤,١٣ سنة (انحراف معياري ٧,٨٩)، بينما كان متوسط أعمار أطفالهن ٥,٧٧ سنة (انحراف معياري ٢,٩٧)، وقد استخدم الباحث مقياس بك للاكتئاب (ترجمة وإعداد غريب عبد الفتاح، ٢٠١٥)، ومقياس الوصمة المُدرّكة (إعداد الباحث)، ومقياس المساندة الاجتماعية (إعداد الباحث). وقد أظهرت النتائج وجود ارتباط دال إيجابي بين الوصمة المُدرّكة والاكتئاب، بينما كان هناك ارتباط دال سلبياً بين المساندة الاجتماعية، وكل من الوصمة المُدرّكة والاكتئاب، كما أسفرت النتائج عن تباين في الفروق بين الأمهات تبعاً لمتغيرات عمر الأمهات، ومستوى تعليمهن، وعمر الطفل، وجنسه، والنظام التعليمي الملحق به (مدمجين وغير مدمجين)، كما أوضحت النتائج انخفاض قيمة معامل الارتباط بين الوصمة المُدرّكة والاكتئاب بعد العزل الإحصائي لدرجات المساندة الاجتماعية عن هذه العلاقة.

الكلمات المفتاحية: الوصمة المُدرّكة، الاكتئاب، المساندة الاجتماعية أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية.

(*) محاضر بقسم الصحة العقلية، كلية التربية جامعة الفيوم. للمراسلات في شأن هذا البحث ترسل إلى د. سيد جارجي

السيد sgs01@fayoum.edu.eg

Stigma in relation to depression and social support among mothers of Children with mild intellectual disability

Sayed Garhie Elsaid (*)

Abstract

The present study aimed to assess the relationship between perceived stigma, depression, and social support for mothers of children with mild intellectual disability. The study sample consisted of 63 mothers of mild intellectually disabled children with mean age 34.13 years (SD= 7.89), while the mean age of their children with mild intellectual disability was 5.77 years (SD= 2.97). Tools used in the study were Beck Depression Inventory (BDI) (translated by Ghareeb Abdel-Fattah, 2015), Perceived Stigma Scale (by researcher), and Social Support Scale (by researcher). The results showed a positive correlation between perceived stigma and depression, while there was a negative correlation between social support, perceived stigma, and depression. Results revealed that significant differences were found between mothers according to mother's age, level of education, age of the child, sex, and educational setting (inclusion in regular school versus special education centers), Furthermore results showed a decrease in the correlation coefficient between perceived stigma and depression after the statistical isolation of the social support from that relationship.

Keywords: Perceived stigma, Depression, Social support, Mothers/ Parents of children with intellectual disabilities

مقدمة:

تعد دراسة الشخصية الإنسانية محور اهتمام علم النفس، إذ تهتم هذه الدراسات بمكونات تلك الشخصية ومحدداتها والعوامل المؤثرة في تكوينها وحالات السواء والاضطراب بها، وقد شهدت العقود الأخيرة اهتمامًا متزايدًا بدراسة اضطرابات الشخصية⁽¹⁾، وزيادة في عدد البحوث العلمية المتعلقة بها (محمد، ٢٠٠٠: ٣٥٣).

إنَّ إنجاب طفل ذي إعاقة يعد من الخبرات الصادمة للوالدين وبصفة خاصة للأمهات، ولذلك فكثيرًا ما تتناهن مشاعر الغضب عند تشخيص طبيعة الإعاقة التي

(*)Lecturer Of Faculty of Education, Fayoum University

(1) Personality Disorder

يُعاني منها الطفل، وقد تلجأ بعض الأمهات في البداية إلى إنكار وجود مشكلة لدى الطفل، إلا أنه غالبًا ما ينتهي بهن المطاف إلى قبول تشخيص الطفل بعد ملاحظة الفجوة الواضحة بينه وبين أقرانه من الأطفال في مثل عمره الزمني. وتواجه أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية صعوبات وتحديات خاصة، أكثر مما تواجه الأمهات الأخريات؛ إذ تفرض الإعاقة الذهنية على الأمهات المزيد من الضغوط المرتبطة بمواجهة احتياجات الطفل المادية والطبية والاجتماعية والتربوية.

ويعد الشعور بالوصمة أو النظرة السلبية من المجتمع من أبرز المشكلات التي تواجه أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية. ومن الأمور التي قد تزيد الإحساس بالوصمة لدى الأمهات تعرض أطفالهن للإزعاج والتحديق، والتجنب من قبل أفراد المجتمع، بالإضافة إلى عدم وجود خدمات تعليمية مناسبة، وشيوع العديد من الأفكار النمطية السلبية عن الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية (Jahoda & Markova, 2004; Pratt, 2010). وقد أقر التصنيف الدولي للأداء الوظيفي والإعاقة والصحة^(١) الصادر عن منظمة الصحة العالمية بأن الاتجاهات والمواقف المجتمعية تجاه الأفراد ذوي الإعاقة وذويهم يمكن أن تؤثر سلبًا على المشاركة الكاملة لهؤلاء الأفراد في الحياة المجتمعية (World Health Organization & World Bank, 2011).

وقد يتطور الأمر لدى العديد من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية؛ ويؤدي إلى حدوث الاكتئاب انسحابهن من محيطهن الاجتماعي نتيجة زيادة الشعور بالوصمة، وإحساسهن بالنقص وفقدان المكانة الاجتماعية، وعدم الكفاءة الذاتية ولوم الذات (Zhou, Wang & Yi, 2018)، ويصنّف الاكتئاب باعتباره أحد الاضطرابات الوجدانية التي تتسم بخلل في الحالة المزاجية، كما أنه من المشكلات النفسية التي يمكن أن تعوق الفرد عن أداء دوره الاجتماعي، وتؤثر سلبًا على توافقه وارتقائه، ويمتد تأثير الاكتئاب النفسي لجميع جوانب الشخصية الانفعالية والمعرفية والبدنية، وبذلك تتعدد الأعراض المرتبطة بالاكتئاب لتشمل الحزن، والتشاؤم، وفقدان الاهتمام والاستمتاع بالأنشطة، واضطراب النوم والشهية، وفقدان الطاقة والشعور بالجهد، وقد

(1) International Classification of Functions Disability and Health (ICF).

يتطور إلى التفكير في الانتحار (عكاشة، ١٩٩٨).

وتمثل المساندة الاجتماعية إحدى الركائز الأساسية التي تحتاجها أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية في حياتهن اليومية، لمواجهة ما يتعرض له من خبرات سلبية؛ فمن خلال ما يتلقاه الشخص من المؤازرة والدعم، يدرك أنّ هناك بعض الأشخاص الذين يقعون في نطاق شبكة علاقاته الاجتماعية يمكنهم تقديم يد العون له عند الحاجة، وبذلك قد تسهم المساندة الاجتماعية المقدمة لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة في الحد من شعورهن بالوصمة والاكتئاب؛ ومن ثمّ تسعى الدراسة الحالية إلى تقييم طبيعة العلاقة بين متغيرات الوصمة المُدرّكة والاكتئاب، والمساندة الاجتماعية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة.

مشكلة الدراسة:

تواجه أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية تحديًا كبيرًا في مواجهة احتياجات أطفالهم، وعلى الرغم من الجهد الذي يبذله الآباء، فإنّ العبء الأساسي في رعاية الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية غالبًا ما يقع على عاتق الأمهات. ويعد الشعور بالوصمة من الآثار النفسية التي قد تخبرها أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية نتيجة عدم قدرة أبنائهن على مجازاة أقرانهم من العمر الزمني نفسه، ويعد حرمان الطفل ذي الإعاقة الذهنية من التفاعل والمشاركة على المستوى الأسري والمجمعي من المظاهر التي تزيد من الشعور بالوصمة لدى الأمهات، وقد يترتب على الوصمة المُدرّكة من الأمهات تطور العديد من الأعراض الاكتئابية التي تتمثل في مشاعر الحزن، والتشاؤم، وفقدان الاستمتاع بالحياة، وغير ذلك من أعراض قد تؤثر على طبيعة التفاعلات داخل الأسرة، وقد قامت العديد من الدراسات الأجنبية بدراسة الوصمة المُدرّكة لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، وما يرتبط بها من متغيرات نفسية؛ مثل دراسة تشو وآخرين (Zhou, et al., 2018) التي سعت إلى دراسة العلاقة بين الوصمة المُدرّكة والاكتئاب لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، ودراسة الرياحنة (٢٠١٥) التي درست العلاقة بين مستوى الوصمة الاجتماعية ومستوى التوافق الأسري لأسر الأطفال ذوي متلازمة داون.

كما تعد المساندة الاجتماعية من المتغيرات المهمة التي قد تؤدي دوراً أساسياً في التخفيف من المشكلات النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية مثل الشعور بالوصمة والاكنتاب؛ حيث أوضحت بعض الدراسات دور المساندة الاجتماعية في التخفيف من حدة المشكلات والضغوط النفسية بما في ذلك الشعور بالوصمة والاكنتاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقات النمائية بصفة عامة والذهنية بصفة خاصة (Cantwell, Muldoon, & Gallagher, 2014; Dasa, et al., 2012; Felizardoa, Ribeiro, & Amantea, 2016)؛ وبالإضافة إلى ذلك فإن المتغيرات الديموغرافية لكل من الأمهات وأطفالهن ذوي الإعاقة الذهنية يمكن أن تؤثر بصورة كبيرة على استجابة الأمهات للمتغيرات الأساسية للدراسة التي تتمثل في كل من الوصمة المُدرّكة والاكنتاب والمساندة الاجتماعية؛ ومن ثم يمكن تلخيص مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة عن السؤالين التاليين: ما طبيعة العلاقة بين الوصمة المُدرّكة والمساندة الاجتماعية والاكنتاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة؟ وما مدى تأثير بعض المتغيرات الديموغرافية الخاصة بالأم والطفل على استجابة الأمهات؟ ويتفرع عن هذين السؤالين الأسئلة الفرعية التالية:

١. ما العلاقة بين كل من الوصمة المُدرّكة والاكنتاب والمساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة؟
٢. هل تختلف استجابات أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة في الوصمة المُدرّكة والاكنتاب والمساندة الاجتماعية وفقاً لمتغيرات عمر الأم، ومستوى تعليم الأم، وعمر الطفل، وجنسه، والنظام التعليمي الملحق به (مدمجون وغير مدمجين)؟
٣. هل يؤثر العزل الإحصائي للمساندة الاجتماعية على العلاقة بين الوصمة المُدرّكة والاكنتاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة؟

هدف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى تقييم العلاقة بين كل من الوصمة المُدرّكة والاكنتاب والمساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، والتعرف على الفروق

بين الأمهات في كل من الوصمة المُدرّكة والاكتئاب والمساندة الاجتماعية تبعًا لبعض المتغيرات الديموغرافية المرتبطة بالأمهات (عمر الأم ومستوى التعليم)، وأطفالهن ذوي الإعاقة الذهنية (عمر الطفل، وجنسه، والنظام التعليمي الملحق به "مدمجون وغير مدمجين")، كما تسعى الدراسة إلى تحديد الدور المؤثر لعزل تأثير المساندة الاجتماعية عن العلاقة بين كل من الوصمة المُدرّكة والاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة.

أهمية الدراسة:

1. تتمثل أهمية هذه الدراسة في إلقاء الضوء على إحدى المتغيرات التي لم تحظ باهتمام كبير من الباحثين، وهي الوصمة المُدرّكة لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، بالإضافة إلى محاولة التوصل إلى مزيد من الفهم للوصمة المُدرّكة في علاقتها بكل من الاكتئاب والمساندة الاجتماعية، وفهم العوامل المؤثرة في زيادة أو انخفاض الوصمة المُدرّكة، والاكتئاب، وأشكال المساندة الاجتماعية التي تتلقاها أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة.
2. كما يمكن أن نقيّد نتائج هذه الدراسة في عملية الإرشاد النفسي وتصميم البرامج العلاجية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة، ما يُسهم في الحد من الاضطرابات النفسية والمشكلات التي قد تعاني منها الأمهات، وبما ينعكس على توافقهن النفسي الاجتماعي، والقدرة على مواجهة احتياجات أطفالهن.

مصطلحات الدراسة:

الوصمة المُدرّكة⁽¹⁾

يُعرّف الباحث الوصمة المُدرّكة بأنها الخبرة المرتبطة بإنجاب طفل ذي إعاقة، وتفسير الأمهات للاتجاهات السلبية، وما يتبناه المجتمع من أفكار نمطية عن الأطفال ذوي الإعاقة؛ ما يولد لديهن شعورًا بالخجل، وأنهن أقل شأنًا من وجهة نظر الآخرين، ويدفعهن إلى تجنب المواجهة والانسحاب من المواقف الاجتماعية.

(1) Perceived Stigma

المُساندة الاجتماعي^(١):

يُعرّف الباحث المُساندة الاجتماعية بأنها إدراك الشخص وجود شبكة من العلاقات الاجتماعية المستقرة وذات الثقة على مستوى الأسرة، والأصدقاء، وأفراد المجتمع، إذ تُسهم هذه الشبكة من العلاقات في مد الفرد بما يحتاجه من دعم نفسي، أو مادي وخدمي، أو معلومات ونصائح.

الاكتئاب^(٢):

اضطراب له تأثير سلبي على شعور الشخص، وطريقة تفكيره، وسلوكه في المواقف التي تواجهه، ويتسبب في تغيير نمط الحياة المعتاد لدى الأشخاص، كما أنه يُحد من قدرة الشخص على الأداء الوظيفي في العمل والمنزل. ويرتبط ذلك بالعديد من الأعراض مثل التشاؤم، والشعور بالفشل، ومشاعر الإثم، والبكاء، والتردد، والشعور بانعدام القيمة، وفقدان الطاقة، وما يصاحبها من شعور الإجهاد، وتغير في نمط النوم بالزيادة أو النقصان، والقابلية للاستثارة والغضب، والتغير في الشهية، وما قد يصاحبها من زيادة أو انخفاض في الوزن.

الإعاقة الذهنية البسيطة^(٣):

يُعرف الباحث الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة بأنهم الأطفال الذين تتحصر نسبة ذكائهم بين ٥٠-٧٠ درجة على إحدى اختبارات الذكاء المقننة (مثل اختبار ستانفورد بينيه)، إذ يتطلب هؤلاء الأطفال دعمًا في المهارات التصورية، والاجتماعية، والعملية، للتوافق مع متطلبات البيئة الاجتماعية والتعليمية.

الإطار النظري للدراسة:

أ. الوصمة المُدرّكة

يعد تعريف جوفمان (Goffman, 1963) من أقدم التعريفات التي قدمت للوصمة، إذ يُشير إلى الوصمة باعتبارها خاصية تقلل من شأن صاحبها أو الشخص

(1) Social Support

(2) Depression

(3) Mild Intellectual disabilities (MID)

الحامل لهذه الصفة، حيث تُوجه من شخص غير حامل لهذه الصفة إلى شخص آخر يتصف بها. كما تُعرف الوصمة بأنّها خاصية مُميّزة ومُخزية للشخص الذي يتصف بها، وتولد لديه شعورًا بأنّه أقل شأنًا من وجهة نظر الآخرين (Bos, Kok, & Dijker, 2001). وتُشير شاهين (٢٠١٤) إلى الوصمة المُدرّكة للأمهات على أنّها إدراك أمهات الأطفال ذوي الإعاقة لمُشكلات ابنها؛ وما يترتب عليها من مشاعر سلبية، فضلًا عن الإحساس بالاعتراب، والانسحاب الاجتماعي، وفقد المكانة الاجتماعية. وبذلك تتألف الوصمة من العديد من الجوانب المعرفية والعاطفية والسلوكية المعروفة باسم الصور النمطية، والأحكام المسبقة، والتمييز؛ إذ تُؤدي هذه المواقف والصور النمطية السلبية حول مجموعة من الأفراد إلى التحيز والتمييز تجاه هؤلاء الأفراد (Corrigan & Watson, 2002).

ويعد الوسم Labeling أولى المراحل التي تمر بها الوصمة، ويعني بشكل عام إطلاق التسميات على الآخرين إيجابية كانت أو سلبية، ويقتصر الأمر في مقام الوصمة على إطلاق التسميات السلبية على بعض الأشخاص نتيجة اتصافهم بصفة غير مرغوبة اجتماعيًا، ثم يتطور الوسم إلى مجموعة من الأفكار النمطية السلبية^(١) التي يستخدمها الناس في وصف الأشخاص الذين لديهم وجه من أوجه القصور، وقد يصل الأمر إلى تشرب أو تبني الأفراد الموسومين لما يقال عنهم من أفكار نمطية، ويصبح مكونًا من مكونات شخصياتهم (ياسين، وإسماعيل، ٢٠١٦: ٦٩٣).

ويمكن رصد الوسم السلبي والمسميات التي تعكس هذا الوسم من خلال تعليقات أفراد المجتمع على الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، ومن خلال الأعمال الدرامية التي يظهر فيها أطفال أو أفراد ذوي إعاقة ذهنية، إذ لا يخرج وسم هؤلاء الأطفال عن المسميات السلبية التي تتسم بالسخرية والتقليل منهم، أو الشفقة عليهم، أو التماس البركة من خلال التقرب إليهم، ويقل بصورة كبيرة الوسم الإيجابي، أو التعامل الموضوعي معهم دون الحاجة إلى إطلاق مسميات مميزة.

وقد طرح لينك وفيلان (Link & Phelan, 2006) تصورًا للوصمة باعتبارها

(1) Negative Stereotypes

عملية تتضمن العديد من المكونات، إذ يَتمثل المكون الأول في قيام الناس بتحديد وتسمية الاختلافات التي يلاحظونها في الناس، وينطوي المكون الثاني على التمييز؛ إذ يقوم الناس بعمل افتراضات عن المجموعة المسماة أو الموسومة، ثم يطلقون هذه الافتراضات دون تمييز على جميع الأفراد المنتمين إلى هذه المجموعة الموسومة، واستمراراً لهذه العملية يقوم الناس بإبعاد أنفسهم عن هذه المجموعة، وتحديد هذه المجموعة من الأشخاص على أنها مختلفة اختلافاً جوهرياً عن الأشخاص الآخرين، وغالباً ما تظهر مشاعر الخوف، والاشمئزاز، والانزعاج في المجموعة الموسومة، كما أنها تُخبر مشاعر الخجل والارتباك، وأخيراً لاستكمال عملية الوصمة يقوم الناس باستخدام هذه الأفكار النمطية، والتصرفات، والمشاعر ضد الأفراد في المجموعة الموسومة، واستثنائهم وحرمانهم من الوصول إلى الخدمات وما يقدمه المجتمع لجميع أفرادها.

وبذلك يكمن أصل الوصمة في التمثيلات المعرفية للأشخاص تجاه الحالة الموسومة، إذ تؤدي هذه التمثيلات المعرفية إلى استجابات وردود أفعال انفعالية؛ ما يؤدي في النهاية إلى السلوكيات المرتبطة بالوصم؛ مثل التجنب، واللوم، والاستبعاد، والتمييز، وغير ذلك من تفاعلات اجتماعية سلبية (Corrigan, Larson, Kuwabara, 2007; Bos, Schaalma, & pryor, 2008). ويمكن ملاحظة الوصم العام تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية من خلال عدة صور؛ مثل تعرضهم للإزعاج والتحديق، والتجنب من قبل الآخرين، ويتجلى التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية بصورة واضحة في عدم وجود الخدمات اللائقة، والمعاملة التمييزية داخل العديد من المؤسسات المجتمعية المنوطة بتقديم الخدمات لجميع أفراد المجتمع؛ مثل المدارس، والمستشفيات، وتؤدي السلوكيات التمييزية إلى عدم الاحتواء والقبول الاجتماعي للأطفال والأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية في محيطهم الاجتماعي (Jahoda & Markova, 2004).

ويمكن تصنيف الوصمة المرتبطة بالإعاقة الذهنية إلى أربعة أنماط أساسية؛ تتمثل في الوصمة الاجتماعية، والوصمة الذاتية، والوصمة بالمصاحبة، والوصمة

المؤسسية (ياسين، وإسماعيل، ٢٠١٦؛ Corrigan, 2008; Corrigan, 2000; (Sheehan, Nieweglowski, & Corrigan, 2017).

١. الوصمة الاجتماعية^(١): أو وصمة الجماعة^(٢)، وتحدث الوصمة الاجتماعية على مُستوى الجماعة، وتصف ظاهرة تصديق أو تبني عددٍ كبيرٍ من أفراد المجتمع ومقدمي الخدمات أفكارًا نمطية سلبية عن الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية.

٢. الوصمة الذاتية^(٣): وتحدث الوصمة الذاتية عندما يعتقد الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية في الأفكار السلبية النمطية عن ذواتهم، ويطبقون هذه الأفكار على أنفسهم.

٣. الوصمة بالمصاحبة^(٤): وتُسمى أيضًا الوصمة المنسوبة، وصاغها جوفمان (Goffman, 1963) تحت مصطلح وصمة المجاملة^(٥) لوصف الصور النمطية السلبية، والتحيز، والتمييز الذي يُعاني منه الأشخاص المرتبطون بالشخص الموصوم، وتُنطبق الوصمة بالمصاحبة على الآباء، والأمهات، والأخوة، والأصدقاء أو العائلة أو الأفراد الآخرين الذين يبدو أنّهم على اتصال بالمجموعة الموصومة، وهي ما تتناوله الدراسة الحالية.

٤. الوصمة المؤسسية^(٦): كما تُسمى بالوصمة الهيكلية^(٧) وتحدث الوصمة المؤسسية عندما تترجم الأفكار والافتراضات عن الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية إلى السياسة العامة، والقرارات التمويلية التي تتبع إجراءات للتمييز السلبي ضد الأشخاص ذوي الإعاقة؛ بما يحد من الفرص المتكافئة للأشخاص الموصومين مع باقي أفراد المجتمع. ويُمثل إصدار وتفعيل

(1) Social Stigma

(2) Public Stigma

(3) Self-Stigma

(4) Stigma by Association

(5) Courtesy

(6) Institutional Stigma

(7) Structural Stigma

القوانين والتشريعات التي تكفل المساواة وتلغي جميع أشكال التمييز بين الأطفال غير المعاقين والأطفال ذوي الإعاقة الذهنية إجراءً ضروريًا للحد من الوصمة المؤسسية.

ب. الاكتئاب

يعد الاكتئاب أحد فئات الاضطرابات الوجدانية التي تعتبر بدورها من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارًا وشيوعًا؛ ومن ثمَّ مسؤولة عن كثير من المعاناة النفسية بين آلاف من أفراد أي شعب من الشعوب، ويمكن القول إنَّ ما يقرب من ٥٠-٧٠٪ من محاولات الانتحار التي تنتهي بالموت تكون بسبب الاكتئاب (عكاشة، ١٩٩٨). ويؤثر الاكتئاب على ما نحو واحد لكل ١٥ شخصًا بالغًا (٦,٧٪)، وعلى الرغم من إمكانية حدوث الاكتئاب في أي مرحلة عمرية؛ فإنه ينتشر بصورة أكبر خلال مرحلة المراهقة حتى منتصف العشرينيات من العمر، وينتشر الاكتئاب بصورة أكبر لدى الإناث منه لدى الذكور؛ إذ أظهرت الدراسات إلى أن نحو ثلث النساء يخبرن الشعور بنوبة اكتئاب رئيسية مرة واحدة على الأقل في حياتهن (American Psychiatric Association "APA", 2018).

وعلى الرغم من أنَّ الاكتئاب بالنسبة للغالبية العظمى من الناس يعبر عن استجابة عادية تثيرها خبرة مؤلمة كالفشل في علاقة، أو خيبة أمل، أو فقدان شيء مهم، أو وفاة إنسان غال، فإنَّ ما يميز هذا النوع العادي من الاكتئاب هو أنه يحدث لفترات قصيرة قد لا تزيد على أسبوع، كما أنه عادة ما يكون مرتبطًا بالموقف الذي أثاره؛ أما ما يسمى بالاكتئاب المرضي أو الإكلينيكي، فهو عادة يتميز بأربع خصائص؛ إذ يكون أكثر حدة، ويستمر لفترات طويلة، ويعوق الفرد بدرجة كبيرة عن أداء نشاطاته وواجباته المعتادة، كما أنَّ الأسباب التي تثيره قد لا تكون واضحة، أو متميزة بالشكل الذي نراه عند الغالبية العظمى من الناس. ويعبر الاكتئاب عن مجموعة من الأعراض الاكتئابية التي يطلق عليها العلماء مفهوم الزملة الاكتئابية^(١)، وتختلف أعراض الاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية؛ فقد تتخذ لدى

(1) depressive syndrome

البعض منهن شكل أحاسيس قاسية من اللوم، وتأنيب الذات، وقد تختلط بشكاوى جسمانية وأمراض بدنية بصورة قد لا نعرف الحدود بينهما، وقد يعبر البعض الآخر عنه في شكل مشاعر اليأس، والتشاؤم، والإحساس بالملل السريع من الحياة والناس، وقد تجتمع كل هذه الأعراض معًا (إبراهيم، ١٩٩٨).

وقد أشارت نتائج العديد من الدراسات إلى ارتفاع مستوى الأعراض الاكتئابية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية عند مقارنتهم بأمهات الأطفال العاديين، وكذلك ارتفاع مستوى الاكتئاب لدى أمهات هؤلاء الأطفال مقارنة بالآباء (كاطع، ٢٠٠٦؛ Fairthorne, Jacoby, Bourke, De Klerk, and Leonard, 2015; Olsson & Hwang, 2001).

وتتراوح أعراض الاكتئاب بين الأعراض الخفيفة إلى الأعراض الحادة، وتتمثل الأعراض الأساسية للاكتئاب، كما ورد في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية^(١)، فيما يلي:

- الشعور بالحزن أو التمتع بمزاج مكتئب.
- فقدان الاهتمام أو الاستمتاع بالأنشطة التي كان يتم ممارستها من قبل.
- تغير في الشهية (فقدان الوزن أو زيادته ولا علاقة لذلك باتباع نظام غذائي).
- صعوبة في النوم أو النوم بصورة مفرطة.
- فقدان الطاقة والشعور بالإجهاد المتزايد.
- الزيادة في الأنشطة الجسمية والحركية غير الهادفة، أو البطء في الحركة والكلام (تُلاحظ هذه التصرفات من خلال المحيطين بالشخص).
- الشعور بعدم القيمة أو الشعور بالذنب.
- صعوبة التفكير، والتركيز، واتخاذ القرارات.
- أفكار الموت والانتحار.

ويجب أن تستمر هذه الأعراض لمدة أسبوعين على الأقل لتشخيص الاكتئاب لدى الشخص (APA, 2018).

(1)Diagnostic and statistical Manual-Fifth edition (DSM-5)

ج. المساندة الاجتماعية

تعد المساندة الاجتماعية ظاهرة قديمة قدم الإنسان نفسه، وهي من الركائز الأساسية التي يحتاجها الإنسان في حياته اليومية، وتحمل المساندة الاجتماعية في طياتها معنى المؤازرة والدعم، حيث يدرك الشخص أنّ هناك بعض الأشخاص الذين يقعون في نطاق شبكة علاقاته الاجتماعية يمكنهم تقديم يد العون له عند الحاجة، وبذلك تؤثر درجة المساندة الاجتماعية، ومدى رضا الفرد عنها في كيفية إدراك الفرد لما يواجه من خبرات وضغوط الحياة المختلفة، وأساليب مواجهته وتعامله مع تلك الضغوط، كما أنّها تؤدي دورًا مهمًا في إشباع الحاجات النفسية؛ كالحاجة إلى الأمن، وخفض مستوى المعاناة الناتجة عن الأحداث الضاغطة، وتجعل الفرد أكثر سعادة وتوافقًا مع ذاته ومع الآخرين، وأكثر مرونة في مواجهة مشكلات وأزمات الحياة؛ الأمر الذي يجعله يشعر بأهمية الآخرين ويقدر دورهم في حياته، ما يقوي شبكة العلاقات الاجتماعية (محمود، ٢٠٠٧؛ Bromley, Hare & Emerson, 2004; Kilburn & Shapiro, 2018). وقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات دور المساندة الاجتماعية في التخفيف من مستوى الضغوط والاضطرابات النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية (Cantwell, et al., 2014; Dasa, et al., 2012; Felizardoa, et al., 2016).

وتشير المساندة الاجتماعية إلى درجة انتماء الشخص إلى شبكة من العلاقات الاجتماعية التي يمنحها ويتلقى منها المودة والمعونة والالتزام وتشمل أفراد الأسرة والأصدقاء والزملاء وأعضاء المجتمع (Cukor, Pencille, Rosenthal, and Kimmel, 2017)، كما تُعرف المساندة الاجتماعية بأنها إدراك الفرد لوجود أشخاص مقربين له يثق فيهم، ويهتمون به في أوقات الأزمات، ويمدونه بأنماط المساعدة المختلفة؛ سواء في صورة حب وعطف، أو في صورة تقدير واحترام، أو في صورة مساعدة مادية، أو في صورة علاقة حميمة مع الآخرين، أو كلهم معًا (شويخ، ٢٠٠٤)، وفي تعريف آخر تمثل المساندة الاجتماعية المؤازرة والدعم والتعاطف التي تحصل عليها الأسرة من البيئة التي تعيش فيها؛ سواء كانت مؤازرة رسمية تقدم من خلال المؤسسات

الاجتماعية، أو غير رسمية يقدمها أفراد الأسرة والأقارب والأصدقاء والزملاء (أحمد، ويسري، ٢٠١٦)، وبذلك فقد أضاف هذا التعريف المساندة المقدمة من المؤسسات الاجتماعية ضمن سياق تعريف المساندة الاجتماعية. وتمثل المساندة الاجتماعية الأسرية وبصفة خاصة مساندة شريك الحياة المصدر الأهم للمساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية (Kilburn & Shapiro, 2018).

وعلى الرغم من تعدد تعريفات وأشكال المساندة، فإنها جميعاً تركز على تقديم الدعم والمؤازرة على المستوى النفسي، ومستوى الاحتياجات المادية، والمعلومات (Cheng & Chan, 2004)، وقد قاما هيني وإسرائيل (Heaney & Israel, 2008) بحصر أشكال المساندة الاجتماعية في أربعة أنواع كما يلي:

- المساندة العاطفية^(١): وتتضمن التعبير عن مشاعر التعاطف والحب والثقة والرعاية، والقبول للأشخاص، وإشعارهم بالتقدير الذاتي، ويطلق على هذا النوع من المساندة أيضاً مساندة التقدير^(٢).
- المساندة الأدائية^(٣): وتتضمن تقديم المساعدة أو العون المادي، وما يمكن تقديمه من أشكال الخدمات المختلفة.
- المساندة المعلوماتية^(٤): وتتضمن تقديم النصيحة والمقترحات والمعلومات في المواقف الحياتية المختلفة.
- المساندة التقييمية^(٥): وتتضمن المعلومات المفيدة للتقويم الذاتي^(٦)، ويرى الباحث أنّ هذا النوع من المساندة يتداخل مع المساندة المعلوماتية، حيث إنّ كلاهما يرتبط بتقديم المعلومات والنصائح.

د. الإعاقة الذهنية البسيطة

تعد الإعاقة الذهنية إحدى الإعاقات النمائية التي تنتشر بين الأطفال، إذ تُشير

(1)Emotional
(2)Esteem Support
(3)Instrumental
(4)Informational
(5)Appraisal
(6)Self-evaluation

الإعاقات النمائية إلى مجموعة من الحالات الناتجة عن قصور في النواحي الجسمية، والتعليمية، واللغوية، والسلوكية، وتبدأ هذه الحالات خلال المرحلة النمائية، إذ تؤثر على الأداء الوظيفي اليومي، وعادة ما تستمر طوال حياة الفرد، وتشير التقديرات الحديثة في الولايات المتحدة الأمريكية إلى إصابة طفل من كل ستة أطفال بإحدى هذه الحالات، أو ما يُقدر بـ ١٥٪ من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٣-١٧ سنة، وتشمل هذه الحالات كل من الإعاقة الذهنية (ID)، واضطراب طيف التوحد، اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة، والشلل الدماغي، وصعوبات التعلم، والقصور البصري، وحالات الفقد السمعي (CDC, 2018).

وتنتشر الإعاقة الذهنية بين الأطفال بنسبة ٢٪، وتزيد هذه النسبة في الدول النامية بسبب الخدمات الصحية غير الكافية ونقص الرعاية المقدمة للأمهات، وزيادة إمكانية التعرض للأمراض والسموم وسوء التغذية الشديد (WHO, 2011).

وتعرف الجمعية الأمريكية للإعاقات الذهنية والنمائية^(١) (٢٠١٠) الإعاقة الذهنية بأنها إعاقة تتسم بالقصور الواضح في كل من الوظائف الذهنية والسلوك التكيفي الذي يغطي العديد من مهارات الحياة التصورية، والاجتماعية والعملية، على أن تبدأ هذه الإعاقة قبل عمر ١٨ عامًا؛ إذ تشير الوظائف الذهنية إلى الذكاء أو القدرة العقلية العامة المتمثلة في القدرة على التفكير أو حل المشكلات، وتُقاس هذه الوظائف باختبارات الذكاء، وبصفة عامة فان درجة الذكاء ٧٠ بحد أقصى تمثل هذا القصور في الذكاء، بينما يمثل السلوك التكيفي مجموعة من المهارات التصورية، والاجتماعية، والعملية التي يمكن تفصيلها فيما يلي:

- المهارات التصورية: وتتضمن مهارات اللغة والقراءة والكتابة، والنقود والوقت، ومفاهيم الأرقام، والتوجيه الذاتي.
- المهارات الاجتماعية: وتتضمن المهارات البينشخصية، والمسئولية الاجتماعية، وتقدير الذات، والسذاجة أو الوعي، وحل المشكلات الاجتماعية.

(1) American Association of Intellectual and Developmental Disabilities" AAIDD

- المهارات العملية: وتتضمن مهارات الحياة اليومية كالرعاية الذاتية، والمهارات المهنية والرعاية الصحية، والسفر، والمواصلات، والروتين، والأمن والسلامة، واستخدام النقود والتليفون (Schalock, et al., 2010).
- وتُصنف الإعاقة الذهنية وفقاً لدرجة الذكاء ومستوى الدعم أو المساندة التي يحتاجها الأطفال لأداء المهارات والأنشطة المختلفة إلى أربعة مستويات كما يلي:
- المستوى الأول: إعاقة ذهنية بسيطة (دعم متقطع أو غير منتظم): تتراوح نسبة الذكاء بين ٧٠-٥٠.
- المستوى الثاني: إعاقة ذهنية متوسطة (دعم محدود): تتراوح نسبة الذكاء بين ٤٩-٣٥.
- المستوى الثالث: إعاقة ذهنية شديدة (دعم ممتد): تتراوح نسبة الذكاء بين ٣٤-٢٠.
- المستوى الرابع: إعاقة ذهنية حادة (دعم شامل): يكون مستوى ذكاء أقل من ٢٠.

وتقتصر الدراسة الحالية على الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة، ويتسم الطفل من هذه الفئة بأنه أبطأ من أقرانه غير المعاقين في جميع المجالات النمائية، وقد يُحصل في كل من مهارات القراءة والكتابة بما يعادل المستوى الثالث إلى السادس، كما أنه قادر على التفاعل اجتماعياً، ويوظف مهاراته في الحياة اليومية. وتحتاج هذه الفئة من الأطفال إلى الدعم في القرارات الحياتية، وقد يتطلب مزيداً من الوقت والتعليمات والتذكير لأداء المهارات الحياتية والمهارات المرتبطة باستخدام النقود، والتغذية، والتسوق، والمواصلات (Schalock, et al., 2010).

الدراسات السابقة:

صُنفت الدراسات السابقة في ضوء متغيرات الدراسة إلى ثلاثة محاور أساسية، وهي دراسات تناولت الوصمة المُدرّكة، ودراسات تناولت الاكتئاب، ودراسات تناولت المساندة الاجتماعية.

أولاً: دراسات تناولت الوصمة المُدرَكة

ثمة العديدُ من الدراسات التي تناولت الوصمة المُدرَكة لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية وما يرتبط بها من متغيرات، وعلى سبيل المثال، فقد أجرى ماك وتشونج (Mak & Cheung, 2008) دراسة على عينةٍ تكوّنت من ٢١٠ من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية ممن تراوحت أعمارهن بين ٢٤-٥٨ سنة (بمتوسط ٤٢,٧١، وانحراف معياري ٥,٤١)، وقد مثلت أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة ٧٠,٧٪، وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية المتوسطة ٢٦,٨٪، وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية الشديدة ٢,٥٪ من حجم العينة. وقد بينت النتائج عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوصمة المُدرَكة وعمر أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، كما لم تُوجد فروق ذات دلالة في الوصمة المُدرَكة بين أمهات الأطفال اللائي تقل أعمار أطفالهن عن ١٢ سنة وأمهات البالغين والمراهقين (أكبر من ١٢ سنة)، بينما كان مستوى الوصمة المُدرَكة لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية التي يصاحبها اضطراب طيف التوحد أعلى من مستواها لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية فقط، كما لم تكن هناك فروق دالة بين أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية وفقاً لمستوى شدة الإعاقة الذهنية (البسيطة، والمتوسطة، والشديدة)، وعدد ساعات التفاعل أو التدخل، بينما كان هناك ارتباط إيجابي بين كل من الوصمة المُدرَكة، وضغوط الرعاية المقدمة، والأعباء الذاتية.

وقامَ كل من إدواردراج ومامتاج وبراساد وكاروفيليا وجاكوب (Edwardraj, Mumtaj, Prasad, Kuruvilla, & Jacob, 2010) بدراسة وصفية على عينة تكونت من ٢٩ من أمهات الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الذهنية في جنوب الهند، إذ تراوحت أعمارهن بين ٢٠-٥٠ سنة، وأوضحت النتائج دور المعتقدات الثقافية والدينية في تثبيت الشعور بالوصمة لدى الأمهات، حيث إنّه غالباً ما تُلام الأمهات على ولادة طفل ذو إعاقة ذهنية، كما أوضحت نتائج الدراسة محدودية المساندة الاجتماعية المقدمة من الأسرة والمجتمع للأمهات، وتعرضهن للعديد من الضغوط المرتبطة بتقديم الرعاية الشاملة لأبنائهن ذوي الإعاقة الذهنية، مع عدم مشاركة الآباء أو المشاركة

المحدودة منهم، علاوة على قيام الأمهات بمسئوليتهم تجاه باقي أفراد الأسرة. وقد سعى ساركار (Sarkar, 2010) إلى تقييم ارتباط الوصمة المُدرّكة كما يقيسها مقياس خبرة الوصمة⁽¹⁾، بالتغيرات الإيجابية كما يقيسها المقياس الفرعي للتغيرات الوالدية⁽²⁾، لدى عينةٍ تكوّنت من ٩٧ من أمهات وآباء الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية في ثمان بلدات في ولاية أونتاريو Ontario بكندا، وقد أشارت النتائج إلى تأثير الوصمة المُدرّكة في قدرة الأمهات على التفاعل الاجتماعي مع المحيط الاجتماعي والأقارب مقارنة بالآباء، وانطبق الأمر نفسه على الآباء الذين نقل أعمارهم عن ٦٥ سنة، حيث كانوا أكثر تأثراً بالوصمة المُدرّكة من الآباء الأكبر سناً (أكبر من ٦٥ سنة)، كما بينت النتائج أن شعور الوالدين بالوصمة كان أقل في حالة عدم وجود اضطرابات نفسية مصاحبة لدى الأبناء.

وسعت هيام صابر شاهين (شاهين، ٢٠١٤) إلى تحديد النموذج البنائي لعلاقة الوصمة المُدرّكة بكل من الرفاهة الذاتية والحس الفكاهي لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد تكوّنت عينة الدراسة في صورتها النهائية من ٧٤ أم تراوحت أعمارهن بين ٢٥-٤٣ سنة، بمتوسط عمري ٣٣,٢٢ سنة، كما تراوحت أعمار أبنائهن (٥٦ ذكراً، و١٧ أنثى) بين ٣,٤-١٠ سنوات، بمتوسط قدره ٥,٣٨ سنوات، وقد أظهرت نتائج الدراسة التطابق التام للنموذج البنائي المُقترح مع مصفوفة الارتباط البسيط، كما نتج عنه التأثير السببي السالب المباشر، وغير المباشر لمتغير الوصمة المُدرّكة، والتأثير السببي الموجب المباشر وغير المباشر لمتغير الحس الفكاهي على الرفاهة الذاتية.

وهدفت دراسة ورنر وشولمان (Werner & Shulman, 2015) إلى تقييم الوصمة المُدرّكة لدى عينة من القائمين على رعاية الأطفال ذوي الإعاقات النمائية (الإعاقة الذهنية، واضطراب طيف التوحد، والإعاقات الحركية)؛ إذ تكوّنت عينة الدراسة الكلية من ١٧١ (١٢٩ من الأمهات، و١٣ من الآباء، ٢٩ يمثلون أفراد آخرين مثل الجدة)

(1) Stigma Experience Scale

(2) Parental Changes Subscale

تراوحت أعمارهم بين ٢٣-٦٣ سنة بمتوسط عمري ٤٣ سنة. وقد أشارت النتائج إلى أنه على الرغم من حصول جميع المشاركين في الدراسة على درجات منخفضة على مقياس الوصمة، فإن درجات الوصمة المُدرَكة للقائمين على رعاية الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد كانت منخفضة بصورة دالة عند مقارنتها بدرجات القائمين على رعاية الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، والإعاقة الحركية، كما كان هناك فروق ذات دلالة في الوصمة المُدرَكة في اتجاه الأمهات.

وقيمت دراسة الرياحنة (٢٠١٥) طبيعة العلاقة بين مستوى الوصمة المُدرَكة ومستوى التوافق الأسري لأسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية من ذوي متلازمة داون في ضوء بعض المتغيرات، وقد تكونت عينة الدراسة من ١٣٣ أسرة (١٣٣ أبًا، و١٣٣ أمًا). وقد أوضحت النتائج وجود مستوى متوسط من الشعور بالوصمة من وجهة نظر أمهات وآباء الأطفال ذوي متلازمة داون، وأشار الآباء والأمهات إلى ارتفاع مستوى التوافق الدراسي لأبنائهم، كما أظهرت النتائج وجود ارتباط سالب بين كل من الوصمة المُدرَكة والتوافق الدراسي من وجهة نظر كل من الأمهات والآباء، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية في كل من الوصمة المُدرَكة، والتوافق الدراسي من وجهة نظر الأمهات والآباء تُعزى إلى مُتغير عمر الطفل وعمر الأم.

وسعت الدراسة التي أجراها فاناغ وميلوناشي ومصطفى (Fanaj, Melonashi, & Mustafa, 2016) إلى دراسة الوصمة في علاقتها بالاكْتئاب والضغط الوالدية لعينة تكونت من ٧٩ يمثلون آباء وأمهات (٤٠ أب، و٣٩ أم) الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية الملتحقين بمدارس الدمج التعليمي والفصول الملحقة بالمدارس النظامية، إذ كان متوسط أعمارهم ٤٤,٢٢ سنة، بينما كان متوسط أعمار أطفالهم ١٢,٨٣ سنة (٦,٥٠ ذكور، و٤٩,٤ إناث). وقد أوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوصمة المُدرَكة من جهة والاكْتئاب والضغط الوالدية من جهة أخرى، في حين لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاكْتئاب والضغط الوالدية، كما أشارت النتائج الوصفية إلى مُعانة ما يقرب من ثلث العينة من الاكْتئاب.

وهدفت دراسة تشو وآخرين (Zhou, et al., 2018) إلى دراسة الوصمة المُدرّكة والاكتئاب لدى مقدمي الرعاية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الصين، إذ تكونت عينة الدراسة من ٢٦٣ يمثلون القائمين على رعاية الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (٢١٢ من الآباء والأمهات، و٤٤ من الأجداد والجدات)، وقد أوضحت النتائج ارتفاع مستوى الوصمة المُدرّكة لدى القائمين على رعاية الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، كما كانت أعراض الاكتئاب لديهم أكثر شدة من المعيار الوطني للفئة العمرية المماثلة. كما وجد ارتباط دال بين الشعور بالوصمة وانخفاض تقدير الذات وشدة أعراض الاكتئاب والأداء الوظيفي الأسري.

ثانياً: دراسات تناولت الاكتئاب

تَنَوَّعت الدراسات التي تناولت للاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية؛ ومن أمثلة هذه الدراسات دراسة كل أولسون وهوانج (Olsson & Hwang, 2001) التي هدفت إلى تقييم الاكتئاب باستخدام قائمة بك للاكتئاب^(١) لدى عينة تكونت من ٢١٦ أسرة لديهم أطفال ذوي إعاقة ذهنية واضطراب طيف التوحد، كما اشتملت الدراسة على عينة ضابطة مكونة من ٢١٤ أسرة. وقد أشارت النتائج إلى أنّ أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد حصلوا على درجات أعلى على قائمة بك للاكتئاب مقارنة بأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، كما أنّ درجات الأمهات ذوي اضطراب طيف التوحد على قائمة بك للاكتئاب كانت أعلى من درجات آباء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وآباء الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، ودرجات الأمهات في المجموعة الضابطة، كما أوضحت النتائج أنّ ٤٥٪ من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، و٥٠٪ من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد حصلن على درجات مرتفعة في الاكتئاب مقارنة بـ ١٥٪-٢١٪ في مجموعة الآباء، كما أظهرت النتائج أنّ أمهات الأطفال اللاتي يعشن بمفردهن أكثر عرضة للاكتئاب الشديد مقارنة بالأمهات اللاتي يعشن في أسرة مكتملة.

(1) Beck Depression Inventory (BDI)

وأجرت فاطمة عياد (عياد، ٢٠٠٢) دراسة هدفت إلى المقارنة بين آباء وأمّهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية (١٧٩؛ ٨٩ أب، و ٩٠ أم)، وآباء وأمّهات الأطفال العاديين (١٠٢؛ ٥١ أب، و ٥١ أم) في مستوى القلق والاكتئاب وتقدير الذات. وقد استخدمت الباحثة مقياس بك للاكتئاب (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٦). وقد أوضحت النتائج ارتفاع مُستوى الاكتئاب والقلق لدى آباء وأمّهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية مقارنة بآباء وأمّهات الأطفال غير المعاقين ذهنيًا، في حين لم تكن هناك فروق بين آباء وأمّهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، وآباء وأمّهات الأطفال غير المعاقين ذهنيًا في تقدير الذات.

وفي دراسة مشابهة سعى كاطع (٢٠٠٦) إلى التعرف على بعض الاضطرابات العصبية لدى أمّهات وآباء الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية والحركية، حيث تكونت عينة الدراسة من ٢٠٠ من أمّهات وآباء الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية والحركية، بالإضافة إلى مجموعة ضابطة تكونت من ٢٠٠ من الآباء والأمّهات الذين ليس لديهم أطفال ذوي إعاقة. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاضطرابات العصبية (الاكتئاب، والرهاب، والوساوس) بين آباء وأمّهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، وآباء وأمّهات الأطفال غير المعاقين في اتجاه آباء وأمّهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، كما أوضحت النتائج عدم وجود فروق دالة في الاضطرابات العصبية وفقًا لمتغيرات الجنس (الآباء والأمّهات)، ونوع الإعاقة (ذهنية وحركية)، وعدد الأبناء ذوي الإعاقة.

وأجرت هبه عبد الرسول (عبد الرسول، ٢٠١١) دراسة للتحقق من العلاقة بين كل من الاكتئاب والقلق والضغط النفسية لدى أمّهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة. وقد تكونت عينة الدراسة من ٤٢ من أمّهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، الذين تراوحت أعمارهم بين ٢٥-٥٥ سنة، بينما تراوحت أعمار أطفالهم بين ٤-١٤ سنة (٢٤ ذكرًا، و ١٨ أنثى)، وقد استعانت الباحثة بالعديد من الأدوات؛ التي تمثلت في مقياس بك للاكتئاب، ومقياس الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين، والصورة الثانية من مقياس تقييم الذات، وقد أوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية دالة

موجبة بين درجة الاكتئاب، ودرجة كل من الضغوط النفسية والقلق لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، كما أوضحت النتائج أن درجة الضغوط النفسية لدى الأمهات الحاصلات على درجة البكالوريوس أعلى بدرجة دالة مقارنة بدرجات الأمهات الأقل تعليمًا، كما أنه لم يكن لمتغيري عمر الطفل وجنسه تأثير دال في درجة الاكتئاب والقلق لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية.

وبحثت الدراسة التي أجراها فيرثورن وآخرون Fairthorne et al. (٢٠١٥) تأثير إنجاب طفل ذو إعاقة ذهنية في إصابة الأمهات بالاضطرابات النفسية كالاكتئاب وغيرها من اضطرابات نفسية، حيث تكونت عينة الدراسة من جميع الأمهات في غرب أستراليا اللاتي أنجبن أطفال خلال الفترة ما بين ١٩٨٣ حتى ٢٠٠٥، إذ بلغ العدد الإجمالي للعينة ٢٧٧,٥٥٩ (٢٧١,٢٤٩) مثلن أمهات الأطفال العاديين، و٦٣٢٠ مثلن أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية)، وقد تكونت هذه العينة بعد استبعاد ٢٠,٥٨٣ من الأمهات اللاتي كان لديهن تاريخ سابق من الإصابة بالاضطرابات النفسية قبل الإنجاب. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى انتشار الاضطرابات النفسية بصورة دالة لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية مقارنة بأمهات الأطفال العاديين، وعلى سبيل المثال فقد أوضحت النتائج انتشار الاضطرابات الوجدانية كالاكتئاب بين أمهات الأطفال اللاتي لم ينجبن أطفال ذوي الإعاقة الذهنية بنسبة ٢,٩٪، بينما بلغت هذه النسبة بين أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة والمتوسطة غير معلومة السبب ٦,٦٪، وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية الشديدة غير معلومة السبب ٤,٤٪، وكانت نسبة انتشار الاضطرابات الوجدانية بين أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية معلومة الأسباب ٥,٧٪، ومن ناحية أخرى لم توجد فروق ذات دلالة بين أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون، وأمهات الأطفال اللاتي لم ينجبن طفلاً لديه إعاقة ذهنية، حيث كانت نسبة الاضطرابات الوجدانية لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون ٢,٨٪.

وهدف دراسة مالك وواشدف وداس وعليم ورحمن (Malik, Washdev, Das, Aleem & Rehman, 2016) إلى تحديد مدى انتشار الاكتئاب بين أمهات الأطفال

نوي الإعاقة الذهنية باستخدام معايير التصنيف الدولي للأمراض^(١)، وقد تكونت عينة الدراسة من ٣٢٣ من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، اللاتي تراوحت أعمارهن بين ٢٥-٤٥ سنة بمتوسط عمري ٣٢,٩٤ سنة، وكان متوسط أعمار أطفالهن ٨,٤٧ سنة. وقد أوضحت نتائج الدراسة أنّ ١٧١ (٥٢,٩٤٪) من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية لديهن اكتئاب، كما وجد ارتباط ذات دلالة بين الحالة الزوجية وأعراض الاكتئاب، إذ بيّنت النتائج أنّ الأمهات المطلقات أو اللاتي يعشن بمفردهن أكثر عرضة للاكتئاب مقارنة بأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية اللاتي يعشن في أسرة مكتملة من الأب والأم، كما أوضحت النتائج أنّ معظم الأمهات المتعلّقات، وكذلك الأمهات اللاتي أعمار أبنائهن في الفئة العمرية الأكبر سنًا (٩ - ١٢ سنة) كن أكثر عرضة للاكتئاب، كما كانت أمهات الأطفال الإناث أكثر اكتئابًا من أمهات الأطفال الذكور.

وقامت مونيز (Moniz, 2017) بمقارنة بعض المتغيرات النفسية التي تمثلت في كل من الاكتئاب والقلق وأساليب مواجهة الضغوط لدى عينة تكونت من ١٧ من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، وأمّهات الأطفال ذوي متلازمة كرموسوم اكس الهش^(٢). وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة بين كلتا المجموعتين من الأمهات في حدة أعراض كل من الاكتئاب والقلق، كما أشارت النتائج إلى وجود ارتباط سلبي بين أساليب مواجهة الضغوط المرتكزة على المشكلة، والمساندة الاجتماعية.

ثالثًا: دراسات تناولت المساندة الاجتماعية

تعددت الدراسات التي أجريت لاستكشاف المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية والعلاقة بين المساندة الاجتماعية والمتغيرات الأخرى؛ وعلى سبيل المثال فقد قام بروملي وآخرون (Bromley, et al., 2004) بدراسة لاستكشاف تأثير المساندة الاجتماعية على كل من الضغوط النفسية، والرضا عن الخدمات المقدمة لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، إذ أجريت مقابلات مع ٦٨ أمًا

(1)(ICD-10) International Classification of Diseases

(2)Fragile X Syndrome

(تراوحت أعمار أطفالهن بين ٥-١٨ سنة؛ ٨٠٪ ذكور، و ٢٠٪ إناث). وقد أشارت النتائج إلى أنّ أكثر من نصف الأمهات أظهرن مستويات عالية من الضغوط النفسية (٥٩٪)، كما أظهرت الدراسة وجود ارتباط دال بين المستويات المنخفضة من المساندة الاجتماعية والمستويات المرتفعة من الضغوط النفسية، كما بينت النتائج أنّ الأمهات اللاتي يعشن بمفردهن، أو يعشن في مساكن فقيرة يتلقين مستويات منخفضة من المساندة الاجتماعية.

وقيمت دراسة كل من سيكلوس وكيرنس (Siklos & Kerns, 2006) إدراك والدي الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية من ذوي متلازمة داون، ووالدي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لمستوى الدعم والمساندة التي تقدم إليهم، ومدى الاستجابة لتلبية احتياجاتهم من خلال تقدير استجاباتهم على استبيان الاحتياجات الأسرية. وقد تكوّنت عينة الدراسة من ٨٨ من الآباء والأمهات؛ ٣٢ من والدي الأطفال ذوي متلازمة داون بمتوسط عمري ٣٨,٥٤ سنة، و ٥٦ من والدي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بمتوسط عمري ٣٨,٥٤ سنة، وتراوحت أعمار أبنائهم بين ٢-١٨ سنة. وعلى الرّغم من إشارة النتائج إلى عدم وجود اختلاف جوهري بين كلتا المجموعتين في عدد الاحتياجات اللازمة لأبنائهم، والاحتياجات التي تم مواجهتها، فإنّه كان هناك اختلاف بين المجموعتين في شكل المُساندة التي يفضلون الحصول عليه، فبينما أشار والدو الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى حاجتهم الكبيرة لكل ما يرتبط بعمل الأخصائيين من خدمات علاجية، أشار والدو الأطفال ذوي متلازمة داون إلى حاجتهم إلى دعم المجتمع المدرسي، والبرامج المجتمعية، وإتاحة فرص تكوين صداقات لأطفالهم.

وأجرى عبد المعطي، وأبو قلة (٢٠١١) دراسة عن حاجات أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (الإعاقة الذهنية، والإعاقة البدنية والإعاقة السمعية)، إذ تكوّنت عينة الدراسة من ٨٧ من الآباء والأمهات من مستويات تعليمية مختلفة، وتراوحت أعمارهم بين ٢٥-٤٨ سنة، بينما تراوحت أعمار الأطفال بين ٤-١٤ سنة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنّ الحاجة إلى المُساندة الاجتماعية من الزوج/ الزوجة تعد من أهم الحاجات النفسية لأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث جاءت في المرتبة

الثالثة بعد كل من الحاجة إلى رعاية الأبناء العاديين، وحاجات رعاية الطفل ذي الإعاقة. كما أشارت النتائج إلى إسهام كل من الحاجة إلى مساندة الزوج/ الزوجة، والحاجة إلى تأمين مستقبل الطفل في التنبؤ بمدى تقبل الأسرة للطفل ذي الإعاقة.

وهدفت دراسة هول (Hall, 2012) إلى التعرف على العلاقة بين كل من المساندة الاجتماعية، وسلوك الأطفال، وأساليب التوافق لآباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد اختيرت عينة الدراسة من خلال التعاون مع مجموعة رواد الدعم، وجمعية اضطراب التوحد بولاية الباما. وقد تكونت عينة الدراسة في صورتها النهائية من ٣٨ من الآباء والأمهات الذين تراوحت أعمار أبنائهم بين ٢-٢١ سنة. وقد أوضحت النتائج وجود علاقة ذات دلالة بين أشكال المساندة الاجتماعية وأساليب التوافق لكل من الآباء والأمهات، كما أوضحت النتائج ارتباط مستوى السلوكيات المضطربة بكل من شدة اضطراب طيف التوحد، والمساندة الاجتماعية للأسرة.

وبحثت داسا وآخرون (Dasa, et al., 2012) المساندة الاجتماعية، والضغط الوالدية، واستراتيجيات التوافق لأسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد تكونت عينة الدراسة من ٣٥ من والدي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (٣٢ أمًا و ٣ آباء)، حيث تراوحت أعمارهم بين ٢٦-٥٥ سنة. وقد أشارت النتائج إلى أهمية المساندة الأسرية مقارنة بالمساندة الاجتماعية المقدمة من الأصدقاء، وأوضحت النتائج عدم رغبة الأصدقاء في أن يكونوا ضمن روتين الأنشطة اليومية لأسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وكانت الأنشطة الدينية والروحية مصدر دعم لكثير من أفراد العينة، كما أظهرت النتائج ارتفاع مستوى الضغوط لدى كل من الآباء والأمهات، وتأثيرها السلبي في العديد من الجوانب الشخصية، وحياتهم المهنية، وعلى الرغم من مستوى الضغوط لدى هذه الأسر، فإن استراتيجيات التوافق لديهم كانت مرضية.

واستهدفت دراسة شاش (٢٠١٣) تقييم طبيعة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وصراع الدور والضغط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العاملات وغير العاملات. وقد تكونت عينة الدراسة من ١١٥ من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة

(الذهنية، والبدنية، والسمعية، والبصرية)، وقد أسفرت النتائج عن وجود تأثير دال لعمل الأم على كل من المساندة الاجتماعية، وصراع الدور، والضغط النفسية، حيث كانت أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العاملات أقل رضا عن مستوى المساندة الاجتماعية، وأكثر معاناةً لصراع الدور والضغط النفسية من الأمهات غير العاملات، كما كانت أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية أكثر رضا عن المساندة الاجتماعية مقارنة بأمهات الأطفال ذوي الإعاقات البدنية، والسمعية، والبصرية.

وسعت دراسة كل من كانتويل وآخرين (Cantwell, et al., 2014) إلى تقييم العلاقة بين كل من المساندة الاجتماعية والضغط النفسية، والصحة الجسمية لوالدي الأطفال ذوي الإعاقات النمائية. وقد تكونت عينة الدراسة من ١٦٧ من الوالدين والقائمين على رعاية الأطفال (١٠٪ متلازمة داون، و٤٥٪ لديهم اضطراب طيف التوحد، و٤٥٪ إعاقات أخرى)، إذ مثلت الأمهات أكثر من ٩٠٪ من حجم العينة، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط للعلاقة بين مستوى الضغط النفسية والصحة الجسمية لدى الوالدين، وأضحت النتائج دور كل من المساندة الاجتماعية والسيطرة على الضغط في حماية الصحة البدنية لوالدي الأطفال ذوي الإعاقات النمائية.

وقام كل من فيليزاردوا وآخرين (Felizardo, et al., 2016) بدراسة هدفت إلى تقضي العلاقة بين المساندة الاجتماعية والضغط الوالدية لدى مجموعة من آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة. وقد تكونت عينة الدراسة من ١٥٢ من والدي الأطفال ذوي الإعاقة (٨٢ إعاقة ذهنية، و٣٧ إعاقة حركية، و٣٣ اضطراب طيف توحد)، إذ تراوحت أعمار الوالدين بين ٢٥-٦٠ سنة، وكانت النسبة الأكبر من العينة هي من الأمهات (١٣٢ أم، و٢٠ أب). وقد أوضحت نتائج الدراسة وجود ارتباط دال سالب بين كل من المساندة الاجتماعية في جميع أبعادها، والضغط الوالدية في جميع أبعادها، كما أظهرت النتائج ارتفاع مستوى المساندة الاجتماعية التي يحصل عليه والدو الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مقارنة بالمساندة الاجتماعية التي يحصل عليه كل من والدي الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية والحركية.

وأجرت إيمان أحمد وأفنان ويسري (أحمد، يسري، ٢٠١٦) دراسة هدفت إلى

التعرف على العلاقة بين المساندة الاجتماعية والمهارات الحياتية لأسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، والتعرف على تأثير المتغيرات الديموغرافية على المساندة الاجتماعية، والمهارات الحياتية. وقد تكوّنت عينة الدراسة من ٢٠٦ أسر لديها ابن واحد على الأقل لديه إعاقة ذهنية (٨٦ ذكراً، و ١٢٠ أنثى). وقد أوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين المساندة الاجتماعية والمهارات الحياتية لأسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، كما أوضحت النتائج وجود فروق في المساندة الاجتماعية وفقاً لمتغير تعليم الأب والأم لصالح الآباء والأمهات الحاصلين على مؤهلات عليا مقارنة بالحاصلين على شهادة متوسطة فأقل، كما وجدت فروق في المساندة الاجتماعية وفقاً لمتغير عمر الأب والأم لصالح الآباء والأمهات الذين تزيد أعمارهم على ٤٠ سنة، مقارنة بأولئك الذين تقل أعمارهم عن ٤٠ سنة، وكذلك كانت هناك فروق دالة في المساندة الاجتماعية، وفقاً لمتغير العمر الزمني للطفل، لصالح أمهات الأطفال اللاتي تزيد أعمار أبنائهن على ٩ سنوات، مقارنة بأولئك الذين تقل أعمار أطفالهن عن ٩ سنوات.

وقيمت كل من سو وكاسكلي وجيلمور وسوليفان (Su, Cuskelly, Gilmore, Sullivan, 2018) مستوى إدراك أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية الصينيات لمستوى المساندة الذي يتلقونه. إذ أجريت مقابلات شبه منظمة مع اثنتي عشرة أم لطفل في سن المدرسة يُعاني من إعاقة ذهنية. وقد تراوحت أعمار الأمهات بين ٣٢-٤٦ سنة، وأعمار أطفالهن بين ١٠-١٣ سنة (٩ ذكور و ٣ إناث). وقد أشارت نتائج الدراسة إلى تلقي أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية المساندة بشكل أساسي من أفراد الأسرة، والاتصالات الاجتماعية، ومعلمي المدارس، والمؤسسات الحكومية. بينما مثلت الصراعات الأسرية، والعزلة عن الأصدقاء والمجتمع، والعلاقات غير المتكافئة مع معلمي المدارس، والقيود المفروضة على الوصول إلى المعلومات العوائق الرئيسية أمام الأمهات للوصول إلى أشكال المساندة المتاحة والإفادة منها.

وبحثت الدراسة الاستكشافية التي أجراها كل من كيلبيرن وشابيرو (Kilburn & Shapiro, 2018) هيكل ووظيفة المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال الصغار ذوي الإعاقة (أقل من ٢٤ شهراً) الذين يتلقون خدمات التدخل المبكر وفقاً لقانون تعليم

الأفراد ذوي الإعاقة (IDEA)، وقد تكونت عينة الدراسة من ٨٨ أمًا (متوسط أعمارهن ٣٠,٦ سنة، ومتوسط أعمار أطفالهن ١٩,٤ شهر). وقد أشارت النتائج إلى احتلال أفراد الأسرة وبصفة خاصة شريك الحياة الترتيب الأول في شبكة المساندة الاجتماعية، ثم الوالدين (أجداد وجدات الأطفال) ثم الأقارب، بينما كان يُنظر إلى الأصدقاء على أنهم "دائمًا ما يكونون" أقل فائدة من الأقارب، كما أوضحت النتائج أن درجات الأمهات في كل من الاكتئاب والقلق ومستوى الضغوط كان في المدى الطبيعي أو البسيط، كما أوضحت النتائج وجود ارتباط دال بين خصائص شبكة العلاقات الاجتماعية والضغوط لدى الأمهات، بالإضافة إلى وجود ارتباط دال بين انخفاض مستوى الاكتئاب والمساندة الملموسة من شريك الحياة، كما أشارت النتائج إلى العلاقة الارتباطية بين انخفاض مستوى الضغوط والمساندة العاطفية المقدمة من الأخصائيين أو المهنيين.

تعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من الدراسات السابقة ندرة الدراسات العربية التي تناولت الوصمة المُدرَكة لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، كما يتضح تباين مستوى الوصمة المُدرَكة لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بين المستوى المتوسط إلى المرتفع مقارنة بأمهات الأطفال غير المعاقين (الرياحنة، ٢٠١٥؛ Zhou, Edwardraj, et al., 2010). وكذلك الأمر بالنسبة للاكتئاب؛ فبينما أظهرت دراسة فاناغ وآخرين (Fanaj, et al., 2016) أن نحو ثلث أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية يظهرن مستوى مرتفع من الأعراض الاكتئابية، أوضحت دراسة أولسون وهوانج (Olsson & Hwang, 2001) أن ٤٥٪ من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية حصلن على درجات مرتفعة في الاكتئاب مقارنة بـ ١٥٪-٢١٪ في مجموعة الآباء، بينما أشار مالك وآخرون (Malik, et al., 2016) إلى انتشار الاكتئاب بين أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بنسبة ٥٢,٩٤٪.

كما تنوعت الموضوعات التي تناولتها الدراسات السابقة في علاقتها بالوصمة المُدرَكة مثل المعتقدات الثقافية والدينية (Edwardraj, et al., 2010)، والرفاهية الذاتية، والحس الفكاهي (شاهين، ٢٠١٤)، والتفاعل الاجتماعي (Sarkar, 2010)، والضغوط

الوالدية (Fanaj, et al., 2016)، علاوة على تنوع المتغيرات التي تناولتها الدراسات السابقة في علاقتها بالاكنتاب، مثل الضغوط النفسية والقلق لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية (عياد، ٢٠٠٢؛ عبد الرسول، ٢٠١١)، ولم تكن هناك سوى دراسات محدودة تناولت العلاقة بين الوصمة المُدرّكة والاكنتاب (Fanaj, et al., 2016; Zgou, et al., 2018).

وفيما يتعلق بالمساندة الاجتماعية فقد أجمعت الدراسات السابقة على أهمية المساندة الأسرية بين جميع أشكال المساندة الاجتماعية (Dasa, et al; Kilburn& Shapiro, 2018; Su, et al., 2018)، وتمثلت أهم أشكال الحاجات المرتبطة بالمساندة الاجتماعية التي طالبت أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بضرورة توفيرها في الحاجة إلى دعم المجتمع المدرسي، والبرامج المجتمعية، وإتاحة فرص تكوين صداقات لأطفالهم (Siklos& Kerns, 2006). بالإضافة إلى الحاجة إلى رعاية الأبناء العاديين، وحاجات رعاية الطفل ذي الإعاقة، والحاجة إلى المساندة الاجتماعية من الزوج/ الزوجة (عبد المعطي؛ وأبو قلة، ٢٠١١)، بينما تمثلت أهم المعوقات للحصول على أشكال المساندة في الصراعات الأسرية، والعزلة عن الأصدقاء والمجتمع، والعلاقات غير المتكافئة مع معلمي المدارس، والقيود المفروضة على الوصول إلى المعلومات (Su, et al., 2018). كما تناولت الدراسات السابقة المساندة الاجتماعية في علاقتها بالعديد من المتغيرات الأخرى مثل أساليب التوافق، والضغوط النفسية والوالدية والصحة الجسمية (Cantwell, et al., 2014; Felizardoa, et al., 2016; Hall, 2012; Kilburn& Shapiro, 2018).

وقد أفاد الباحث من نتائج الدراسات السابقة في تحديد عينة الدراسة وما يرتبط بها من خصائص ديموغرافية، وتحديد أدوات الدراسة التي أستخدمت لتحقيق الهدف من الدراسة؛ التي تمثلت في قائمة بك للاكنتاب، ومقياس الوصمة المُدرّكة الذي قام الباحث بترجمته إلى اللغة العربية، بينما قام الباحث بإعداد مقياس للمساندة الاجتماعية، حيث تضمن المقياس بعداً لم يُتضمن في العديد من المقاييس التي أستخدمت في الدراسات السابقة وهو المساندة المجتمعية، بالإضافة إلى المساندة الأسرية، ومساندة الأصدقاء، كما أفاد الباحث من الدراسات السابقة في صياغة فروض الدراسة.

فروض الدراسة

١. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين كل من الوصمة المُدرّكة، والاكتئاب، والمساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة.
٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الوصمة المُدرّكة، والاكتئاب، والمساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة تبعًا لمتغيرات عمر الأم، والمستوى التعليمي للأم، وعمر وجنس الطفل، والنظام التعليمي الملتحق به (الدمج في المدارس النظامية والالتحاق بمراكز التربية الخاصة).
٣. يسهم العزل الإحصائي لتأثير المساندة الاجتماعية عن العلاقة بين درجات الوصمة المُدرّكة والاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة في إضعاف قوة هذه العلاقة.

منهج الدراسة وإجراءاتها

- أ. **منهج الدراسة:** استخدمت الدراسة الحالية المنهج الوصفي الارتباطي للتحقق من طبيعة العلاقة بين الوصمة المُدرّكة والاكتئاب والمساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة، وتحديد الدور المؤثر الذي تؤديه المساندة الاجتماعية في العلاقة بين الوصمة المُدرّكة والاكتئاب، بالإضافة إلى المقارنة بين الأمهات في كل من الوصمة المُدرّكة والاكتئاب والمساندة الاجتماعية تبعًا للمتغيرات الديموغرافية المرتبطة بالأم (عمر الأم، والمستوى التعليمي للأم)، والأطفال (عمر وجنس الطفل، والنظام التعليمي الملتحق به).
- ب. **عينة الدراسة:** تكوّنت عينة الدراسة في صورتها النهائية من ٦٣ من أمهات الأطفال ذوي الذهنية البسيطة الملتحقين بمركز السندس للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وجمعية التحدي لذوي الاحتياجات الخاصة، والأمهات المترددات على مركز الإرشاد النفسي بكلية التربية جامعة الفيوم. وذلك بعد استبعاد الأمهات اللاتي لم يكملن الاستجابة على مقاييس الدراسة، وقد تم مراعاة تجانس العينة في عدد من المتغيرات تمثلت في استمرار العلاقة الزوجية للأمهات، وعدم وجود أطفال آخرين من ذوي الإعاقة في أسرهن، وعدم وجود اضطرابات نفسية مصاحبة لدى الأطفال، أو وجود تاريخ مرضي من الإصابة بالأمراض النفسية لدى الأمهات قبل ميلاد الطفل ذي الإعاقة الذهنية. وقد تراوحت أعمار أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة بين ٢٢,٥-٥١ سنة بمتوسط عمري ٣٤,١٣ سنة،

وانحراف معياري ٧,٨٩، بينما تراوحت أعمار أطفالهن (٣٣ ذكراً، ٣٠ أنثى) بين ٢,٤-١٢,٥ سنة، بمتوسط عمري ٥,٧٧ سنة، وانحراف معياري ٢,٩٧. وقد حصل الباحث على نسب ذكاء الأطفال المشاركين في الدراسة من خلال الرجوع إلى ملفات الأطفال؛ إذ تراوحت نسبة الذكاء بين ٥٢-٧٠ درجة، ويوضح الجدول رقم (١) الخصائص الديموغرافية للعينة.

جدول (١)

الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة

م	المتغير	وصف المتغير	العدد	النسبة المئوية
١	عمر الأم	٢٠-٣٠	٢٢	٣٧,٥
		٣١-٤٠	٢٨	٤٣,٨
		٤١-٥٠	١١	١٦,٩
		٥٠ فأكثر	٢	٣,١
٢	المؤهل العلمي	دبلوم فأقل	٣٢	٥٢,٣
		مؤهل عالٍ	٣١	٤٧,٧
٣	عمر الطفل	أقل من ٦ سنوات	٣٢	٥٢,٣
		٦ سنوات فأكثر	٣١	٤٧,٧
٤	جنس الطفل	ذكر	٣٣	٥٣,٨
		أنثى	٣٠	٤٦,٢
٥	النظام التعليمي	مدمجين جزئياً	٢٢	٣٣,٨
		غير مدمجين	٤١	٦٦,٢

ج. أدوات الدراسة:

تضمنت الأدوات المستخدمة في الدراسة الحالية ما يلي:

١. مقياس الوصمة المُدرّكة للإعاقة الذهنية.

٢. مقياس الاكتئاب (د-٢) BDI-II (غريب، ٢٠١٥).

٣. مقياس المساندة الاجتماعية (إعداد الباحث).

١. مقياس الوصمة المُدرّكة للإعاقة الذهنية

قام كل من ماك وتشونج (Mak & Cheung, 2008) بإعداد مقياس الوصمة المُدرّكة بهدف التعرف على الوصمة المنسوبة لأسر (أمهات وآباء) الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية. ويعتمد المقياس على التقدير الذاتي لعبارات المقياس، الذي يتكون

من ٢٢ عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد رئيسية، وهي البعد الوجداني (سبع عبارات: العبارات ١-٧)، والبعد المعرفي (٧ عبارات: العبارات ٨-١٤)، والبعد السلوكي (٨ عبارات: العبارات: ١٥-٢٢)، إذ يتم تقدير الاستجابة على المقياس من خلال أربعة بدائل، هي: لا أوافق تماماً (درجة واحدة)، لا أوافق (درجتان)، أوافق (٣ درجات)، أوافق تماماً (٤ درجات). وبذلك يبلغ الحد الأدنى للدرجة الكلية للمقياس ٢٢ درجة، والحد الأقصى ٨٨ درجة؛ إذ تُشير الدرجات المرتفعة على بنود المقياس إلى مستوى أعلى من الوصمة المُدرّكة؛ في حين تشير الدرجة الأقل إلى مستوى أقل من الوصمة المُدرّكة.

وقد عمّد الباحث إلى ترجمة مقياس الوصمة المُدرّكة لمناسبة عبارات المقياس للفئة المستهدفة (أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية)، ولمّا يتمتع به المقياس من خصائص سيكومترية وفقاً لنتائج الدراسات التي أُجريت على المقياس في صورته الأصلية، كما أنّ المقياس لاقى استخداماً واسعاً في العديد من الدراسات التي سعت إلى التحقق من الوصمة المُدرّكة لآباء وأمّهات الأطفال والأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية والنمائية (Werner & Schulman, 2015; Mak & Cheung, 2012; Chang, Su, Lin, 2016).

الخصائص السيكومترية للمقياس:

صدق المقياس:

صدق المحكمين: بعد قيام الباحث بترجمة بنود المقياس إلى اللغة العربية، عُرضت النسختين الإنجليزية والعربية على اثنين من المتخصصين في اللغة الإنجليزية لمراجعتها بهدف التأكد من مطابقة المعنى في كل من النسختين (اللغة العربية واللغة الإنجليزية)، وقد أعاد الباحث صياغة بعض البنود في ضوء ما تم إبدائه من آراء وملاحظات. وللتأكد من ملائمة المقياس وصياغة عباراته ومناسبتها لتحقيق هدف الدراسة قام الباحث بعرض المقياس في صورته الأولية على عشرة من المحكمين المتخصصين في الصحة النفسية، لإبداء رأيهم في سلامة الصياغة اللغوية، ومدى اتساق العبارات مع الأبعاد التي تنتمي إليها، وإضافة أي ملاحظات من شأنها تعديل المقياس بما يحقق الهدف من الدراسة، وقد تم الإبقاء على جميع عبارات المقياس، إذ حظيت على مستوى اتفاق ٨٠٪ فأكثر، كما أسفرت ملاحظات

السادة المحكمين عن تعديل جوهرى لصياغة ١٠ عبارات كما هو مبين في الجدول رقم (٢).

جدول (٢) التعديلات التي أجريت على مقياس الوصمة المُدركة للإعاقة الذهنية في ضوء ملاحظات السادة المُحكمين

م	رقم العبارة	قبل التعديل	بعد التعديل
١	الأولى	أشعر بالانزعاج العاطفي لأن أحد أفراد أسرتي لديه إعاقة ذهنية.	أشعر بالقلق والارتباك لأن ابني (ابنتي) لديه (لديها) إعاقة.
٢	الثانية	سلوك - (اسم الطفل) يشعرني بالإحراج.	يشعرني سلوك ابني (ابنتي) بالإحراج في الكثير من المواقف.
٣	الثامنة	يقوم بعض الناس بالتمييز ضدي إذا كنت مع - (اسم الطفل)	يقوم الناس بالتمييز ضدي (عدم المعاملة العادلة) عندما أكون مع ابني (ابنتي).
٤	العاشرة	يتغير اتجاه الآخرين نحوي حينما أكون مع - (اسم الطفل).	يتغير اتجاه الآخرين نحوي حينما أكون مع ابني (ابنتي).
٥	الحادية عشر	لقد فرض وجود - (اسم الطفل) تأثيرًا سلبيًا على أسرتي.	لقد تسبب ابني (ابنتي) في العديد من الآثار السلبية على أسرتي.
٦	الخامسة عشر	أتجنب التواصل مع - (اسم الطفل).	أتجنب التواصل مع ابني (ابنتي) على مدار اليوم.
٧	السادسة عشر	لا أجرؤ على إخبار الآخرين أن لدي طفلًا لديه إعاقة ذهنية.	لا أجرؤ على إخبار الآخرين أن ابني (ابنتي) لديه (لديها) إعاقة.
٨	السابعة عشر	أقوم بالحد من الخروج مع - (اسم الطفل)	أقوم بالتقليل من خروجي مع ابني (ابنتي).
٩	التاسعة عشر	عندما أوجد مع - (اسم الطفل) فإني أظهر أضعف ما أكون.	عندما أوجد مع ابني (ابنتي) فإني لا أتصرف كما هو معتاد مني.
١٠	العشرون	قمت بقطع اتصالاتي مع - (اسم الطفل).	لقد قطعت اتصالاتي مع ابني (ابنتي).

الاتساق الداخلي: قام الباحث بالتحقق من الاتساق الداخلي لمقياس الوصمة

المُدركة للإعاقة الذهنية من خلال تطبيق المقياس على عينة تكوّنت من ٤٦ من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية. وحساب معامل الارتباط بين كل بندٍ من بنود المقياس والدرجة الكلية من خلال استخدام معادلة سبيرمان-براون، وذلك كما يتضح في الجدول رقم (٣).

جدول (٣) معاملات الارتباط بين بنود مقياس الوصمة المُدرّكة للإعاقة الذهنية والدرجة الكلية

البند	معاملات الارتباط	البند	معاملات الارتباط
١	**٠,٥٥	١٢	**٠,٧٥٠
٢	**٠,٨١٣	١٣	**٠,٧١٤
٣	**٠,٨٧٣	١٤	**٠,٨٩٣
٤	**٠,٦١٣	١٥	**٠,٥٦٧
٥	**٠,٦٧٤	١٦	*٠,٣٩٨
٦	**٠,٨٤٦	١٧	**٠,٦٥٥
٧	**٠,٧٢٣	١٨	**٠,٥٣٨
٨	**٠,٥٠١	١٩	**٠,٦٠٣
٩	**٠,٥٣٢	٢٠	**٠,٥٠٥
١٠	**٠,٦٧٨	٢١	**٠,٦٥٠
١١	**٠,٥١	٢٢	**٠,٨٠٢

(* مستوى دلالة ٠,٠٥، (** مستوى دلالة ٠,٠١)

يتضح من الجدول رقم (٣) أنّ قيم معاملات الارتباط بين مفردات المقياس والدرجة الكلية كانت دالة عند مستوى ٠,٠٥، وعند مستوى ٠,٠١. كما حسب الباحث معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لأبعاد مقياس الوصمة المُدرّكة للإعاقة الذهنية والدرجة الكلية للمقياس؛ إذ كانت قيمة معامل الارتباط للبعد الوجداني ٠,٩٤٢، والبعُد المعرفي ٠,٩٢٤، والبعُد السلوكي ٠,٨٨٤، وجميعها دالة عند مستوى ٠,٠١.

ثبات المقياس

طريقة ألفا كرونباخ: قام الباحث بحساب ثبات المقياس بحساب معامل "ألفا كرونباخ" على عينةٍ مُكوّنة من ٤٦ من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة، حيث كانت قيمة معامل ألفا لأبعاد مقياس الوصمة المُدرّكة لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة والدرجة الكلية على النحو التالي: البعد الوجداني (٠,٨٨٧)، البعد المعرفي (٠,٨٣٥)، والبعد السلوكي (٠,٨٣٩)، والدرجة الكلية للمقياس (٠,٩٣٨) ما يدل على ثبات المقياس.

طريقة التجزئة النصفية: استخدم الباحث طريقة التجزئة النصفية من خلال معادلة سيبرمان-براون، وذلك لعينة تكونت من ٤٦ من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، حيث كان معامل الارتباط بين جزئي الاختبار (العبارات الفردية والعبارات الزوجية) لأبعاد مقياس الوصمة المُدرَكة للإعاقة الذهنية والدرجة الكلية على النحو التالي: البعد الوجداني (٠,٨٧٦)، البعد المعرفي (٠,٨٠٣)، والبعد السلوكي (٠,٨٧٨)، والدرجة الكلية للمقياس (٠,٩٤٧) ما يدل على ثبات المقياس.

٢. مقياس الاكتئاب (د-٢) BDI-II

قام غريب (٢٠١٥) بترجمة مقياس بك الثاني للاكتئاب BDI-II، ويُعد المقياس أحدث صورة مطورة لمقياس بك للاكتئاب، ويستخدم المقياس أسلوب التقرير الذاتي لتقييم شدة الاكتئاب لدى المراهقين والبالغين بدءاً من سن ١٣ سنة. ويتكون هذا المقياس من ٢١ مجموعة من الأسئلة، إذ يُوجد أربعة بدائل متدرجة الشدة لكل مجموعة من الأسئلة بمدى درجات يتراوح بين صفر وثلاث درجات، وبذلك يبلغ الحد الأدنى للدرجة الكلية للمقياس صفر، والحد الأقصى ٦٣ درجة؛ وتصف كل مجموعة من الأسئلة أحد الأعراض السريرية للاكتئاب، إذ يطلب من الشخص أن يحدد العبارة التي تنطبق عليه من مجموعة العبارات أو الأسئلة، وتتمثل الأعراض التي يقيسها المقياس (١) الحزن، (٢) التشاؤم، (٣) الفشل السابق، (٤) فقدان الاستمتاع، (٥) مشاعر الإثم، (٦) مشاعر العقاب، (٧) عدم حب الذات (٨) نقد الذات، (٩) الأفكار أو الرغبات الانتحارية، (١٠) البكاء، (١١) التهيج والاستثارة، (١٢) فقدان الاهتمام، (١٣) التردد، (١٤) انعدام القيمة، (١٥) فقدان الطاقة، (١٦) تغيرات في نمط النوم، (١٧) القابلية للغضب أو الانزعاج، (١٨) تغيرات في الشهية، (١٩) صعوبة التركيز، (٢٠) الإرهاق أو الإجهاد، (٢١) فقدان الاهتمام بالجنس.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

استخدم غريب (٢٠١٥) طريقتين لحساب ثبات المقياس في البيئة المصرية؛ وهما طريقة إعادة التطبيق وطريقة الاتساق الداخلي بواسطة معامل ألفا، إذ كان معامل الثبات بطريقة إعادة التطبيق دال عند مستوى ٠,٠١ لمجموعات الإناث

والذكور والعينة الكلية، في حين كان معامل ألفا لمجموعات الإناث والذكور والعينة الكلية على التوالي ٠,٨٨، ٠,٧٩، ٠,٨٣، كما وجدَ ارتباط ذي دلالةٍ تعدى مستوى ٠,٠٥ بين بنود المقياس والدرجة الكلية؛ ما يشير إلى ثبات المقياس.

ولحساب **صدق المقياس** استُخدمت طريقة الصدق التقاربي أو صدق المحك بتطبيق كلِّ من الصورة الأولى المُعدلة لمقياس بك للاكتئاب، ومقياس بك الثاني للاكتئاب. وقد كان معامل الارتباط بين الصورتين ٠,٧٦، وهو معامل دال عند مستوى ٠,٠١، كما تم حساب الصدق العاملي، حيث استخدمت طريقة المكونات الرئيسية مع تدوير المحاور بطريقة الفاريمكس، إذ تمَّ التوصل إلى بُعدين رئيسيين للاكتئاب، وهما البعد المعرفي الوجداني، والبعد الجسمي (غريب، ٢٠١٥).

٣. مقياس المساندة الاجتماعية (إعداد الباحث)

يهدف مقياس المساندة الاجتماعية إلى التعرف على مستوى وأشكال المساندة الاجتماعية التي تتلقاها أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية من مصادر الدعم المختلفة كالأسرة والأصدقاء والمصادر المجتمعية الأخرى كالأخصائيين، والمعلمين، ومقدمي الخدمات. وقد تكون المقياس في صورته النهائية من ٢٣ عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد أساسية تتمثل في المساندة الأسرية (العبارات ١-٨)، ومساندة الأصدقاء (العبارات من ٩-١٦)، والمساندة المجتمعية (العبارات من ١٧-٢٣). ويتم تقييم الاستجابة على المقياس من خلال التقدير الذاتي للمفحوصين، حيث يُطلب من الأمهات قراءة كل عبارة من عبارات المقياس بدقة، وتحديد مدى انطباقها عليهن من خلال وضع علامة (٧) في الخانة المناسبة أمام كل بند، وتوجد أربعة بدائل مُتدرجة للإجابة عن كل بندٍ تتراوح بين عدم الموافقة التامة إلى الموافقة التامة، وهي: لا أوافق تمامًا (درجة واحدة)، لا أوافق (درجتان)، أوافق (٣ درجات)، أوافق تمامًا (٤ درجات)، ويتضمن المقياس ٦ عبارات مصاغة بصورة سلبية، إذ يُعكس تقدير الدرجات التي تتلقاها الأمهات على هذه العبارات (العبارات: ٢، ٤، ٨، ١١، ١٤، ٢٢)، وبذلك يبلغ الحد الأدنى للدرجة الكلية للمقياس ٢٣ درجة، والحد الأقصى ٩٢ درجة، وتشير الدرجات المرتفعة على بنود المقياس إلى مستوى أعلى من المساندة

الاجتماعية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية؛ في حين تشير الدرجات الأقل إلى مستوى أقل من المساندة الاجتماعية.

وقد أعد الباحث المقياس بعد الاطلاع على العديد من المقاييس التي تقيس المساندة الاجتماعية مثل المقياس متعدد الأبعاد للمساندة المدركة^(١) (Zimet, Dahlem, 1988) ومقياس المساندة الأسرية^(٢) (Dunst, Jenkins, & Trivette, 1984)، ومقياس برلين للمساندة الاجتماعية^(٣) (Schwarzer & Schulz, 2013)، ومقياس المساندة الوالدية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (عبد الوهاب، ٢٠١٤).

الخصائص السيكومترية للمقياس:

صدق المقياس:

صدق المحكمين: للتأكد من ملائمة المقياس وصياغة عباراته ومناسبتها لتحقيق هدف الدراسة قام الباحث بعرض المقياس في صورته الأولية المكونة من ٣١ عبارة على عشرة من المحكمين المتخصصين في الصحة النفسية، لإبداء رأيهم في سلامة الصياغة اللغوية ومدى اتساق العبارات مع الأبعاد التي تنتمي إليها، وإضافة أي ملاحظات من شأنها تعديل المقياس بما يحقق الهدف من الدراسة، وقد تم الإبقاء على العبارات التي حظيت على مستوى اتفاق ٨٠٪ فأكثر، وقد أسفرت ملاحظات السادة المحكمين عن حذف ثلاث عبارات، اثنتين من هذه العبارات ترتبط بالمساندة الاجتماعية في بيئة العمل لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة، وهما: أجد التفهم الكافي من مديري في العمل لظروفي الخاصة، وبيذل زملائي في العمل محاولات جادة لمساعدتي، إذ حُذفت هاتان العبارتان استنادًا إلى تفرغ معظم الأمهات لرعاية أطفالهن ذوي الإعاقة الذهنية في معظم الأوقات، كما حذفت العبارة التي نصها "يولد تجنب بعض الأفراد للاقتراب منا في الأماكن العامة شعورًا محبطًا" لضعف القدرة التمييزية لهذه العبارة. وتم تعديل الصياغة اللغوية لأربع عبارات؛ إذ

(1) Multidimensional Scale of Perceived Support (MSPP)

(2) Family support scale

(3) Berlin Social Support Scales (BSSS)

تغيرت العبارة الرابعة من "أجد صعوبة في ترتيب الأولويات مع أفراد أسرتي" إلى "أجد صعوبة في الاتفاق على ترتيب الأولويات وما يجب عمله مع أفراد أسرتي"، والعبارة الحادية عشر من "انشغال أصدقائي بأمورهم الخاصة يجعلهم ليس لديهم وقت لقضائه معي" إلى "أصدقائي ليس لديهم وقت لقضائه معي"، والعبارة العشرون من "تواصل الأخصائيين والعاملين معي بلغة مفهومة بعيدا عن المصطلحات الغربية يشعرني بالارتياح" إلى "يوجهني الأخصائيين للتعامل مع ابني بلغة مفهومة بعيدا عن المصطلحات الغربية"، والعبارة الثانية والعشرون من "يمثل لعب الأطفال مع ابني في أماكن خروجنا مصدرًا لشعوري بالسعادة" إلى "ينصرف الأطفال عن اللعب مع ابني أو التحدث معه أثناء خروجنا للترفيه أو التسوق".

صدق المحك: قام الباحث بحساب معامل الارتباط بين درجات أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة على مقياس المساندة الاجتماعية المستخدم في الدراسة الحالية ومقياس المساندة الاجتماعية (السمادوني، ١٩٩٧)، الذي يتكون المقياس من ٣٢ عبارة موزعة على بعدين أساسيين هما المساندة من أفراد الأسرة، والمساندة من الزملاء والأصدقاء. وبذلك يعد هذا المقياس الأقرب للمقياس المستخدم في الدراس الحالية الذي يتكون من ثلاثة أبعاد هي المساندة الأسرية، ومساندة الأصدقاء، والمساندة المجتمعية. وقد كان معامل الارتباط لبعدي المساندة الأسرية، ومساندة الأصدقاء في كلا المقياسين هي ٠,٩٣، و٠,٩١ على التوالي، في حين كان معامل الارتباط للدرجة الكلية ٠,٨٩.

الاتساق الداخلي: قام الباحث بالتحقق من الاتساق الداخلي لمقياس المساندة الاجتماعية من خلال تطبيق المقياس على عينة تكونت من ٤٦ من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، وحساب معامل الارتباط بين كل بند من بنود المقياس والدرجة الكلية للمقياس من خلال استخدام معادلة سبيرمان-براون، وذلك كما يتضح في الجدول رقم (٤).

جدول (٤)

معاملات الارتباط بين بنود مقياس المساندة الاجتماعية والدرجة الكلية

معاملات الارتباط	البند	معاملات الارتباط	البند	معاملات الارتباط	البند	معاملات الارتباط	البند
**٠,٤٦١	٢٢	*٠,٣٧٣	١٥	**٠,٦٢٩	٨	*٠,٣٩٩	١
٠,٠٩٨	٢٣	٠,١٨٨	١٦	**٠,٥٦٤	٩	٠,١٦٠	٢
*٠,٣٥٥	٢٤	*٠,٣٥٥	١٧	*٠,٣٦٧	١٠	**٠,٥٩٤	٣
*٠,٣٤٣	٢٥	*٠,٣٧١	١٨	*٠,٣٨٨	١١	**٠,٤٥٤	٤
*٠,٤١٩	٢٦	٠,١١٧	١٩	*٠,٥٣١	١٢	*٠,٣٧٧	٥
٠,١٤٦	٢٧	**٠,٤٥١	٢٠	*٠,٤١٤	١٣	**٠,٤٩٣	٦
*٠,٣٦٩	٢٨	*٠,٣٦٧	٢١	*٠,٤١٥	١٤	**٠,٤٥٢	٧

(*) مستوى دلالة ٠,٠٥، (**) مستوى دلالة ٠,٠١

يتضح من الجدول رقم (٤) أنَّ قيم معاملات الارتباط بين بنود المقياس والدرجة الكلية كانت دالة عند مستوى ٠,٠٥ و ٠,٠١ للبنود (١)، (٣)، (٤)، (٥)، (٦)، (٧)، (٨)، (٩)، (١٠)، (١٢)، (١٣)، (١٤)، (١٥)، (١٧)، (١٨)، (٢٠)، (٢٢)، (٢٤)، (٢٥)، (٢٦)، بينما لم يوجد ارتباط ذو دلالة بين خمسة بنود تمثلها الأرقام (٢)، (١٦)، (١٩)، (٢٣)، (٢٧) والدرجة الكلية، وفي ضوء هذه النتيجة تم حذف هذه البنود من المقياس؛ وبذلك تكون المقياس في صورته النهائية من ٢٣ عبارة.

كما قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لأبعاد مقياس المساندة الاجتماعية والدرجة الكلية للمقياس؛ إذ كانت قيمة معامل الارتباط للمساندة الأسرية ٠,٨٧٥، ومساندة الأصدقاء ٠,٦٦٧، والمساندة المجتمعية ٠,٥٧٣، وجميعها دالة عند مستوى ٠,٠١.

ثبات المقياس

طريقة ألفا كرونباخ: حسب الباحث ثبات المقياس بحساب معامل "ألفا كرونباخ" على عينة مكونة من ٤٦ من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، إذ كانت

قيمة معامل ألفا لأبعاد مقياس المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال ذوي لإعاقة الذهنية، والدرجة الكلية على النحو التالي: المساندة الأسرية (٠,٨٦)، ومساندة الأصدقاء (٠,٨٣)، والمساندة المجتمعية (٠,٦٤)، والدرجة الكلية للمقياس (٠,٨٧) ما يدل على ثبات المقياس.

طريقة التجزئة النصفية: استخدم الباحث طريقة التجزئة النصفية من خلال معادلة سيبرمان-براون على عينة مكونة من ٤٦ من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة، إذ كان معامل الارتباط بين جزئي الاختبار لكل من الأبعاد والدرجة الكلية (الدرجات الفردية والزوجية) على النحو التالي: المساندة الأسرية (٠,٨٨)، ومساندة الأصدقاء (٠,٨٠)، والمساندة المجتمعية (٠,٦٩)، والدرجة الكلية للمقياس (٠,٨٤)، ما يدل على ثبات المقياس.

نتائج الدراسة:

نتائج الفرض الأول:

نص الفرض الأول على أنه "توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين كل من الوصمة المُدرّكة، والاكتئاب، والمساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة." وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث معامل ارتباط بيرسون للتحقق من طبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة لكل من الدرجة الكلية والأبعاد كما يتضح في الجدول رقم (٥).

جدول (٥) مصفوفة معاملات ارتباط بيرسون للوصمة المُدرَكة والاكْتئاب والمساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة (ن=٦٥)

المساندة الاجتماعية	الاكْتئاب	الوصمة المُدرَكة	الأبعاد/ المتغيرات
**٠,٦٨٢-	**٠,٥٢٠	-	البعد الوجداني للوصمة المُدرَكة
**٠,٧١٣-	**٠,٦٣١	-	البعد المعرفي للوصمة المُدرَكة
**٠,٤٧٧-	**٠,٥٠٧	-	البعد السلوكي للوصمة المُدرَكة
**٠,٦٠٩-	**٠,٧٤١	-	الدرجة الكلية للوصمة المُدرَكة
**٠,٧٧٨-	-	**٠,٧٤١	الدرجة الكلية على مقياس الاكْتئاب
-	**٠,٧٣٢-	**٠,٥٥٠-	المساندة الأسرية
-	**٠,٦٣٨-	**٠,٥٠٣-	مساندة الأصدقاء
-	**٠,٤٠٢-	*٠,٣٣١-	المساندة المجتمعية
-	**٠,٧٧٨-	**٠,٦٠٩-	الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية

يتضح من الجدول رقم (٥) وجود ارتباطٍ دالٍ إيجابي بين الوصمة المُدرَكة (الأبعاد والدرجة الكلية) والاكْتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة، بينما كان هناك ارتباط دالٍ سلبياً بين المساندة الاجتماعية (الأبعاد والدرجة الكلية) وكل من الوصمة المُدرَكة والاكْتئاب؛ ما يشير إلى تحقق الفرض الأول للدراسة.

نتائج الفرض الثاني:

نص الفرض الثاني على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الوصمة المُدرَكة، والاكْتئاب، والمساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة تبعاً لمتغيرات عمر الأم، والمستوى التعليمي للأم، وعمر وجنس الطفل، والنظام التعليمي الملتحق به (الدمج في المدارس النظامية والالتحاق بمراكز التربية الخاصة)". ولاختبار صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار "ت" (t-test) للعينات المُستقلة لحساب دلالة الفروق بين درجات الأمهات كما يتضح في الجداول أرقام (٦) - (١٠).

جدول (٦) دلالة الفروق بين متوسطي درجات الأمهات في كل من الوصمة المُدرّكة، والاكتئاب، والمساندة الاجتماعية تبعاً لمتغير عمر الأم

م	المتغيرات	أمهات (أعمارهن أقل من ٣٥ سنة) (ن=٣٣)		أمهات (أعمارهن ٣٥ سنة أكبر) (ن=٣٠)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
		ع	م	ع	م		
		ع	م	ع	م		
١	الوصمة المُدرّكة	٤٨,٢٢	١٤,٦٥	٥٣,٧٦	١٣,٤٩	١,٥٨	غير دالة
٢	الاكتئاب	٢٠,٧١	٦,٥٤	٢٦,٢	٨,١٧	٢,٩٥	٠,٠٥
٣	المساندة الاجتماعية	٦٤,٤٢	٩,٢٠	٦٣,٧٣	٥,٤٩	٠,٣٧٢	غير دالة

يتضح من الجدول رقم (٦) وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الأمهات اللاتي تقل أعمارهن عن ٣٥ سنة، وأمهات الأطفال اللاتي تبلغ أعمارهن ٣٥ سنة فأكثر في الاكتئاب عند مستوى ٠,٠٥ في اتجاه الأمهات اللاتي تزيد أعمارهن عن ٣٥ سنة، بينما لم توجد فروق دالة إحصائياً في كل من الوصمة المُدرّكة والمساندة الاجتماعية.

جدول (٧) دلالة الفروق بين متوسطي درجات الأمهات في كل من الوصمة المُدرّكة، والاكتئاب، والمساندة الاجتماعية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي للأمهات

م	المتغيرات	الأمهات الحاصلات على دبلوم فأقل (ن=٣٢)		الأمهات الحاصلات على مؤهل عالٍ (ن=٣١)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
		ع	م	ع	م		
		ع	م	ع	م		
١	الوصمة المُدرّكة	٥٥,٣٧	١٣,٠٦	٤٤,٢٥	١١,٠٥	٣,٦٧	٠,٠١
٢	الاكتئاب	٢٦,٤٠	٧,٣٣	٢١,٠٩	٧,٤٣	٢,٨٧	٠,٠٥
٣	المساندة الاجتماعية	٦٠,٤٠	٩,٣٠	٦٥,٩٠	٧,٩٥	٢,٥٤-	٠,٠٥

يتضح من الجدول رقم (٧) وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات أمهات الأطفال الحاصلات على مؤهل دبلوم فني أو أقل، وأمهات الأطفال الحاصلات على مؤهل عالٍ في كل من الوصمة المُدرّكة والاكتئاب والمساندة

الاجتماعية، إذ كانت الفروق دالة عند مستوى ٠,٠٥، و ٠,٠١ في اتجاه الأمهات الحاصلات على مؤهل عالٍ.

جدول (٨) دلالة الفروق بين متوسطي درجات الأمهات في كل من الوصمة المُدرَكة، والاكْتئاب، والمساندة الاجتماعية تبعاً لمتغير العمر الزمني للأطفال

م	المتغيرات	أمهات الأطفال أقل من ٦ سنوات (ن=٣٢)		أمهات الأطفال من ٦ سنوات فأكثر (ن=٣١)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
		ع	م	ع	م		
١	الوصمة المُدرَكة	١٥,٣٩	٤٧,٢٢	١٠,٧٨	١,١٦٦	غير دالة	
٢	الاكْتئاب	٨,٢٤	٢٢	٧,٨٨	٠,٥٩٣	غير دالة	
٣	المساندة الاجتماعية	٨,٦٦	٦٦,٥١	٩,٧١	٠,٩٨٥	غير دالة	

يتضح من الجدول رقم (٨) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الأمهات اللاتي تقل أعمار أطفالهن عن ٦ سنوات، وأمهات الأطفال اللاتي التي تبلغ أعمار أطفالهن ٦ سنوات فأكثر في كل من الوصمة المُدرَكة والاكْتئاب والمساندة الاجتماعية.

جدول (٩) دلالة الفروق بين متوسطي درجات الأمهات في كل من الوصمة المُدرَكة، والاكْتئاب، والمساندة الاجتماعية تبعاً لمتغير الجنس

م	المتغيرات	أمهات الذكور (ن=٣٣)		أمهات الإناث (ن=٣٠)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
		ع	م	ع	م		
١	الوصمة المُدرَكة	١٦,٣	٥٦,٧	٧,٤	٢,٣٢٤-	٠,٠٥	
٢	الاكْتئاب	٨,١٨	٢٥,٤١	٦,٥٤	١,١٤٩-	غير دالة	
٣	المساندة الاجتماعية	٧,٧١	٦٥,٩٥	٦,٣٢	٠,٧٩٨-	غير دالة	

يتضح من الجدول رقم (٩) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أمهات الأطفال الذكور وأمهات الأطفال الإناث في الوصمة المُدرَكة عند مستوى ٠,٠٥ في اتجاه أمهات الأطفال الإناث، بينما لم توجد فروق دالة إحصائية بينهما في كل من الاكْتئاب والمساندة الاجتماعية.

جدول (١٠) دلالة الفروق بين متوسطي درجات الأمهات في كل من الوصمة المُدرّكة، والاكتئاب، والمساندة الاجتماعية تبعاً لمتغير النظام التعليمي الملحق به الطفل

م	المتغيرات	أمهات الأطفال		أمهات الأطفال غير		مستوى الدلالة
		الدمجيين (ن=٢٢)	ع	الدمجيين (ن=٢٢)	م	
١	الوصمة المُدرّكة	٤٧,٤٥	١١,٦٥	٥٣,٠٤	١٣,٨٢	١,٤٥١- غير دالة
٢	الاكتئاب	٢٢,٥٩	٥,٨٤	٢٣,٥٩	٨,٧٥	٠,٤٤٦- غير دالة
٣	المساندة الاجتماعية	٦٨,٥	٣,٨٥	٦٢,٥٤	٨,٥٩	٢,٩٦٧- ٠,٠١

بالنظر إلى الجدول رقم (١٠) يتضح وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أمهات الأطفال المدمجين وأمهات الأطفال غير المدمجين في المساندة الاجتماعية عند مستوى ٠,٠١ لصالح أمهات الأطفال المدمجين، بينما لم توجد فروق دالة إحصائية بينهما في كل من الوصمة المُدرّكة والاكتئاب.

نتائج الفرض الثالث:

نص الفرض الثالث على أنه "يسهم العزل الإحصائي لتأثير المساندة الاجتماعية عن العلاقة بين درجات الوصمة المُدرّكة والاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة في إضعاف قوة هذه العلاقة". وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث معامل الارتباط الجزئي لفحص دور المساندة الاجتماعية كعامل مُعدل في العلاقة الارتباطية بين الوصمة المُدرّكة والاكتئاب كما يتضح في الجدول رقم (١١).

جدول (١١) معاملات الارتباط البسيط والجزئي بين درجات الوصمة المُدرّكة والاكتئاب بعد عزل تأثير درجات المساندة الاجتماعية

المتغيرات	معامل الارتباط البسيط	دلالة الارتباط	معامل الارتباط الجزئي	دلالة الارتباط
الوصمة المُدرّكة/الاكتئاب	**٠,٧٤١	دال	**٠,٥٣٧	دال

يتضح من الجدول رقم (١٢) أنّ قيمة معامل الارتباط البسيط بين الوصمة المُدرّكة والاكتئاب (ر=٠,٧٤١) دال عند مستوى ٠,٠١، وعند العزل الإحصائي

لدرجات المساندة الاجتماعية عن العلاقة بين الوصمة المُدرَكة والاكْتئاب تناقصت قيمة معامل الارتباط إلى ٠,٥٣٧؛ ما يشير إلى الدور المؤثر للمساندة الاجتماعية، وإن ظلت العلاقة على نفس مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٠١).

مناقشة النتائج:

كشفت نتائج الفرض الأول عن وجود ارتباط دال إيجابياً بين الأبعاد والدرجة الكلية للوصمة المُدرَكة والاكْتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة فاناج وآخرين (Fanaj, et al., 2016) ودراسة تشو وآخرين (Zhou, et al., 2018) من التأكيد على العلاقة الطردية بين الوصمة المُدرَكة والاكْتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية والإعاقات النمائية. وقد مثل البعد المعرفي درجة الارتباط الأعلى بين أبعاد الوصمة المُدرَكة في علاقتها بالدرجة الكلية للاكْتئاب؛ ما يوضح الدور الذي تقوم به الأفكار والمعتقدات في تطور الاكْتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية.

وفي السياق ذاته فقد أوضحت نتائج الدراسة العلاقة العكسية بين المساندة الاجتماعية وكل من الوصمة المُدرَكة والاكْتئاب؛ ما يشير إلى دور المُساندة الاجتماعية في الحد من الشعور بالوصمة والاكْتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، وتتفق هذه النتيجة مع ما أوضحه إدواردراج وآخرون (Edwardraj, et al., 2010) من أنّ المُساندة الاجتماعية المحدودة من الأسرة والمجتمع لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية يمكن أن تُسهم في زيادة الشعور بالوصمة، كما تتسق أيضاً مع دراسة كيلبرن وشابيرو و Kilburn & Shapiro (٢٠١٨) التي أوضحت وجود علاقة عكسية بين الاكْتئاب والمساندة الأسرية وبخاصة مساندة شريك الحياة.

وقد حصلت المُساندة المجتمعية على أقل معاملات الارتباط بين أبعاد المُساندة الاجتماعية في علاقتها بالوصمة المُدرَكة والاكْتئاب، وقد يرجع ذلك إلى طبيعة المُساندة المجتمعية المحدودة التي تحصل عليها أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية من المؤسسات أو الأخصائيين ومقدمي الخدمات، ويتوافق ذلك مع ما ذهب إليه دراسة سيكلوس وكيرنس (Siklos & Kerns, 2006) التي أوضحت حاجة والدي

الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية (ذوي متلازمة داون) إلى دعم المجتمع المدرسي، والبرامج المجتمعية، وإتاحة فرص تكوين صداقات لأطفالهم، وعلى العكس من ذلك فقد حصلت المساندة الأسرية ومساندة الأصدقاء على معاملات ارتباط أعلى في علاقتهما بكل من الوصمة المُدرّكة والاكتئاب؛ ما يُشير إلى الدور الفعال الذي تؤديه المساندة الأسرية ومساندة الأصدقاء في تقليل الوصمة المُدرّكة والاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، كما تتسق هذه النتيجة مع ما ذهبت إليه الدراسات السابقة من احتلال المساندة الأسرية المرتبة الأولى بين جميع أشكال المساندة الاجتماعية (Dasa, et al., 2012; Kilburn & Shapiro, 2018; Su, et al., 2018).

وفيما يتعلق بالفرض الثاني؛ فقد أوضحت نتائج الدراسة اختلاف مستوى الوصمة المُدرّكة والاكتئاب والمساندة الاجتماعية تبعاً للمتغيرات الديموغرافية للعينة؛ التي تمثلت في عمر الأمهات، ومستوى تعليمهن، وعمر أطفالهن ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة، وجنس الطفل، والنظام التعليمي الملحق به (أطفال مدمجين وغير مدمجين). إذ أوضحت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الأمهات اللاتي تقل أعمارهن عن ٣٥ سنة، وأمهات الأطفال اللاتي تبلغ أعمارهن ٣٥ سنة فأكثر في الاكتئاب في اتجاه الأمهات اللاتي تبلغ أعمارهن ٣٥ سنة فأكثر، إذ وقعت الغالبية العظمى من الأمهات اللاتي تقل أعمارهن عن ٣٥ سنة في فئة الاكتئاب الضعيف إلى الخفيف في حين كانت درجات الأمهات التي تبلغ أعمارهن ٣٥ سنة فأكثر في فئة الاكتئاب الخفيف إلى المتوسط، وتختلف هذه النتيجة مع ما أوردته الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين من انتشار الاكتئاب بصورة أكبر خلال مرحلة المراهقة حتى منتصف العشرينيات من العمر، ويمكن تفسير زيادة مستوى الاكتئاب لدى الأمهات الأكبر عمراً في ضوء الخبرات السلبية المتركمة للأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية مع زيادة العمر الزمني لهن، ومخاوف الأمهات على مستقبل أبنائهن خاصة مع تقدمهن في العمر، إذ تبدأ الأمهات بطرح الأسئلة عن مستقبل أبنائهن ومن سيقوم على رعايتهم، وتلبية احتياجاتهم.

بينما لم تكن الفروق دالة إحصائياً بين الأمهات في كل من الوصمة المُدرّكة

والمساندة الاجتماعية وفقاً لمتغير عمر الأم، وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة ماك وتشونج (Mak & Cheung, 2008) من عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوصمة المُدرَكة وعمر أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، بينما تختلف نتائج الدراسة مع ما توصل إليه ساركار (Sarkar, 2010)، من أن الأمهات اللاتي يقل عمرهن عن ٦٥ سنة كانوا أكثر تأثراً بالوصمة المُدرَكة الأمهات الأكبر سناً (أكبر من ٦٥ سنة)، كما تختلف نتيجة الدراسة مع توصلت إليه دراسة أحمد، ويسري (٢٠١٦) من وجود فروق في المساندة الاجتماعية وفقاً لمتغير عمر الأم لصالح الأمهات اللاتي تزيد أعمارهن عن ٤٠ سنة مقارنة بأولئك الذين تقل أعمارهن عن ٤٠ سنة. ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء المساندة الاجتماعية التي تتلقاها الأمهات عبر مراحل العمر المختلفة، إذ إنَّ المساندة الأسرية من الأسرة أو الأصدقاء هي مساندة غير مشروطة بمرحلة عمرية محددة، ولكنها شبكة من العلاقات التي تتطور مع التقدم في العمر.

كما يمكن تفسير حصول الأمهات الحاصلات على مؤهل عالٍ على درجات أقل على مقياس الوصمة المُدرَكة، وقائمة بك للاكتئاب، ودرجات أعلى على مقياس المساندة الاجتماعية في ضوء الوعي الثقافي للأمهات الحاصلات على مؤهل عالٍ، وتعدد السياقات الاجتماعية التي يتم توفيرها لأطفالهن ذوي الإعاقة الذهنية، كما يتيح الاطلاع الواسع للأمهات الحاصلات على مؤهل عالٍ الوصول لخدمات المساندة المناسبة التي يحتاجها الأطفال. ومما تجدر الإشارة إليه أنه على الرغم من وجود فروق دالة بين كلتا المجموعتين من الأمهات؛ فإنَّهن يقعن في فئة الاكتئاب الخفيف وفقاً لمقياس بك للاكتئاب، وتختلف نتائج الدراسة الحالية مع دراسة أحمد، ويسري (٢٠١٦)، ودراسة مالك وآخرين (Malik, et al., 2016) التي تشير إلى أن معظم الأمهات المتعلّقات كانوا أكثر عرضة للاكتئاب من الأمهات الأقلّ تعليماً.

ويمكن مناقشة عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الأمهات اللاتي تقل أعمار أطفالهن عن ٦ سنوات، وأمهات الأطفال اللاتي تبلغ أعمار أطفالهن ٦ سنوات فأكثر في كل من الوصمة المُدرَكة والاكتئاب والمساندة الاجتماعية

في ضوء خصائص عينة الدراسة؛ وتقارب العمر الزمني بين الأطفال في كلتا المجموعتين؛ إذ كان متوسط عمر الأطفال ٥,٧٤ سنة. وعلى الرغم من ذلك تتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه ماك وتشونج (Mak & Cheung, 2008) من عدم فروق ذات دلالة في الوصمة المُدرَكة بين أمهات الأطفال اللاتي تقل أعمار أبنائهن عن ١٢ سنة وأمهات البالغين والمراهقين (أكبر من ١٢ سنة)، ودراسة عبد الرسول (٢٠١١) التي أوضحت عدم وجود تأثير دال لمتغير عمر الطفل في درجة اكتئاب أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، كما تختلف مع أحمد، ويسري (٢٠١٦) التي أشارت إلى ارتفاع مستوى المساندة الاجتماعية المُدرَكة لدى أمهات الأطفال الذين تزيد أعمار أبنائهن على ٩ سنوات، مقارنة بأولئك الذين تقل أعمار أطفالهن عن ٩ سنوات.

كما أوضحت النتائج حصول أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية الإناث على درجات أعلى بصورة دالة إحصائيًا على مقياس الوصمة مقارنة بأمهات الأطفال الذكور، في حين لم تكن هناك فروق دالة في الاكتئاب والمساندة الاجتماعية. ويُمكن تفسير هذه النتيجة استنادًا إلى المتغيرات الثقافية المرتبطة بالنظرة إلى الإناث أو البنات، ومخاوف الأمهات من تعرضهن للإساءة، ويرتبط ذلك بالقابلية للاستهواء لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية؛ ومن ثمّ تتنظر العديد من الأمهات وخاصة في المستويات التعليمية الأقل إلى بناتهن على أنهن مصدر خطورة يهدد سمعة الأسرة بأكملها، أمّا فيما يتعلق بالاكتئاب فتتوافق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة عبد الرسول (٢٠١١) التي أوضحت عدم وجود تأثير دال لجنس الطفل في درجة الاكتئاب التي تحصل عليها أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، وعلى العكس من ذلك فقد أكدت دراسة مالك وآخرين (Malik, et al., 2016) على أنّ أمهات الأطفال الإناث أكثر اكتئابًا من أمهات الأطفال الذكور.

كما أظهرت النتائج أنّ أمهات الأطفال المُدمجين (دمج جزئي) في المدارس النظامية يتلقون قدرًا أكبر من المساندة الاجتماعية بصورة دالة إحصائيًا عن أمهات الأطفال في الملحقين بمراكز التربية الخاصة فقط. بينما لم تكن هناك فرق دالة

إحصائياً بين كلتا المجموعتين من الأمهات في الوصمة المُدرّكة والاكْتئاب. ويمكن مناقشة هذه النتيجة في ضوء خدمات المساندة المتنوعة التي يتلقاها الأطفال المدمجين؛ التي تتضمن التعامل مع المعلمين، والأقران غير المعاقين في المدرسة، بالإضافة إلى إمكانية حصولهم على خدمات الجلسات الفردية المتاحة بمراكز التربية الخاصة في وقت آخر؛ ما يتيح لهم خبرات واسعة في الاحتكاك بالمجتمع مقارنة بأقرانهم غير المدمجين في المدارس النظامية. كما يمكن تفسير عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية المدمجين، وأمّهات الأطفال غير المدمجين في كل من الوصمة المُدرّكة، والاكْتئاب في ضوء التأثير المحدود للدمج التعليمي الجزئي مع الأقران غير المعاقين على شعور الأمهات بالوصمة والاكْتئاب، إذ يقضي الأطفال جزءاً من الوقت مع أقرانهم غير المعاقين، ثم يعودون لتلقي خدمات التربية الخاصة مرة أخرى، وربما يكون للدمج الكلي نتائج مختلفة على شعور الأمهات بالوصمة والاكْتئاب.

ويمكن مناقشة تناقص قيمة معامل الارتباط بين الوصمة المُدرّكة والاكْتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية من ٠,٧٤١، إلى ٠,٥٣٧ بعد العزل الإحصائي لدرجات المساندة الاجتماعية عن هذه العلاقة. وإن ظلت على مستوى الدلالة الإحصائية نفسه (٠,٠١) في ضوء ما أشارت إليه الدراسات السابقة من التأثير الدال للمساندة الاجتماعية في الحد من الشعور بالوصمة والاكْتئاب والضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية (Bromley, et al., 2004; Dasa, et al., 2010; Filizardo, 2016; Kilburn & Shapiro, 2018) ما توصل إليه كانتويل وآخرون (Cantwell, et al., 2014) من دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط للعلاقة بين مستوى الضغوط النفسية والصحة الجسمية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقات النمائية. فالمساندة الاجتماعية بأشكالها المختلفة، وبصفة خاصة المساندة الأسرية التي مثلت أهم أشكال المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية في الدراسة الحالية، يمكن أن تُسهم في التخفيف من المشاعر السلبية لدى الأمهات وشعورهن بالوصمة والاكْتئاب؛ ويمكن تفسير استمرار

العلاقة على مستوى الدلالة نفسه إلى وجود العديد من المتغيرات الأخرى التي قد تؤثر في كل من الوصمة المُدرَكة، والاكتئاب والعلاقة بينهما؛ مثل اتجاهات المجتمع، والضغوط التي تتعرض لها الأمهات، ومُستوى توقع الأمهات لأطفالهن، وتقبلهن للإعاقة الذهنية لدى أطفالهن.

توصيات الدراسة:

في ضوء إجراءات الدراسة الحالية وما توصلت إليه من نتائج وتفسيرات لطبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة؛ يقترح الباحث التوصيات التالية:

- توفير برامج للإرشاد النفسي والمساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية من قبل متخصصين في المدارس النظامية ومراكز التربية الخاصة؛ وذلك لدور هذه البرامج في الحد من الشعور بالوصمة والاكتئاب.
- تفعيل المساندة المجتمعية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، إذ أوضحت نتائج الدراسة أنها أقل أشكال المساندة التي تتلقاها الأمهات، وذلك من خلال الحصول على خدمات مجانية أو مُخفضة؛ بما ينعكس على شعورهم بالتقدير من المجتمع، ويحد من المشكلات النفسية التي قد يعانون منها مثل الاكتئاب.
- نشر الوعي بين أفراد المجتمع، وفي المؤسسات المجتمعية عن الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، وتوضيح أساليب التعامل الصحيحة معهم.
- دعم وتشجيع آباء وأخوة لأطفال ذوي الإعاقة الذهنية على مشاركة الأمهات في الاهتمام بالطفل ذو الإعاقة الذهنية، إذ تحتل المساندة الأسرية الترتيب الأول في أشكال المساندة الاجتماعية.
- تغيير الصورة النمطية في الدراما والبرامج التليفزيونية عن الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بسبب انعكاس هذه الصورة النمطية في شعور الأمهات بالوصمة والاكتئاب.
- عمل مجموعات مساندة من الأمهات الملتهق أبنائهن بالمدارس ومراكز التربية الخاصة؛ بما يسهم في دعم بعضهن لبعض، ويمكن أن تلعب هذه المجموعات نواة لمجموعات مناصرة واسعة لحقوق الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية.

بحوث مقترحة:

- دراسة الوصمة المُدرّكة في علاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية على عينات أكبر بمدى عمري أكبر عن المستخدم في الدراسة الحالية.
- دراسة العلاج المعرفي السلوكي في الحد من الوصمة المُدرّكة والاكْتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية.
- استكشاف الوصمة المُدرّكة والاكْتئاب لدى آباء وأخوة الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية.

قائمة المراجع

إبراهيم، عبد الستار. (١٩٩٨). **الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليبه علاجه. عالم المعرفة** (العدد ٢٣٩)، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

أحمد، إيمان شعبان، ويسري، أفنان محمد عمر. (٢٠١٦). **المساندة الاجتماعية وأثرها على تنمية المهارات الحياتية لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة. مجلة القراءة والمعرفة**، ١٧٩، ١-٢٥.

الرياحنة، أيوب عاطف. (٢٠١٥). **الوصمة الاجتماعية والتوافق الأسري لدى أسر أطفال متلازمة داون. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة اليرموك.**
<http://search.mandumah.com/Record/741302>

السمادوني، السيد إبراهيم. (١٩٩٧). **مقياس المساندة الاجتماعية: كراسة التعليمات.** القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

شاش، سهير محمد سلامة. (٢٠١٣). **صراع الدور وعلاقته بالضغوط النفسية العلاقة والمساندة الاجتماعية لدى أمهات المعاقين العاملات وغير العاملات: دراسة تنبؤية. مجلة العلوم التربوية والنفسية**، ٦(٢)، ٩٦٥-١٠٤٧.

شاهين، هيام صابر صادق. (٢٠١٤). **النموذج البنائي لعلاقة الرفاهة الذاتية بالوصمة المُدرّكة والحس الفكاهي لدى أمهات الأطفال الذاتويين. مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر**، ١٥٨(٣)، ١١-٥٤.

شويخ، هناء أحمد محمد. (٢٠٠٤). **استراتيجيات التعايش والمساندة النفسية الاجتماعية في علاقتها ببعض الاختلالات لدى مرضى أورام المثانة السرطانية.** رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

عبد الرسول، هبه مizar. (٢٠١١). **العلاقة بين الضغوط النفسية وكل من القلق والاكتئاب لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيًا في مملكة البحرين. رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة الخليج العربي.**

<http://search.mandumah.com/Record/728134>

عبد المعطي، حسن مصطفى، وأبو قلة، السيد عبد الحميد. (٢٠١١). حاجات أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وعلاقتها بتقبل الطفل المعاق. مجلة كلية التربية، جامعة بنها، ٢٢(٨٥)، ١-٣٩.

عبد الوهاب، أماني عبد المقصود. (٢٠١٤). مقياس المساندة الوالدية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عكاشة، أحمد. (١٩٩٨). الطب النفس المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عياد، فاطمة. (٢٠٠٢). مقارنة بين عينة من آباء وأمهات الأطفال المتأخرين عقلياً وأخرى من آباء وأمهات الأطفال العاديين في مستوى القلق والاكتئاب وتقدير الذات. دراسات نفسية، ١٢(٤)، ٥١٥-٥٤٠.

غريب، عبد الفتاح غريب. (٢٠١٥). مقياس الاكتئاب (د-٢) BDI-II. الطبعة الثانية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

كاطع، مجيد جواد. (٢٠٠٦). بعض الاضطرابات العصابية لدى آباء وأمهات الأبناء المعاقين عقلياً وجسدياً ومقارنتها مع آباء وأمهات الأبناء غير المعاقين. رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة أم درمان الإسلامية.
<http://search.mandumah.com/Record/560196>

محمود، هويدا حنفي. (٢٠٠٧). المساندة الاجتماعية كما يدركها المكفوفون والمبصرون من طلاب جامعة الإسكندرية وتأثيرها على الوعي بالذات لديهم. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ١٧ (٥٥)، ٣٠٩-٣٦٤.

ياسين، حمدي محمد، وإسماعيل، زهرة العلا عثمان. (٢٠١٦). فاعلية برنامج إرشادي لتنمية تقدير الذات في خفض أعراض وصمة الذات لدى المعاقين سمعياً. دراسات عربية في علم النفس، ١٥(٢)، ٢٢٣-٢٥٢.

American Psychiatric Association (2018). **Depression: What is depression?**. Retrieved from <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>.

- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5thed.)**. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bos, A., Kok, G., & Dijk, A. (2001). Public reactions to people with HIV/AIDS in the Netherlands. **AIDS Education and Prevention**, 13, 219–228.
- Bos, A., Schaalma, H., & Pryor, J. (2008). Reducing AIDS related stigma in developing countries: The importance of theory- and evidence-based interventions. **Psychology, Health, & Medicine**, 13, 450–460.
- Bromley, J., Hare, D., & Emerson, E. (2004). Mothers supporting children with autistic spectrum disorders: social support, mental health status and satisfaction with services. **Autism**, 8(4) 409–423. DOI: 10.1177/1362361304047224
- Cantwell, J., Muldoon, O., & Gallagher, S. (2014). Social support and mastery influence the association between stress and poor physical health in parents caring for children with developmental disabilities. **Research in Developmental Disabilities**, 35, 2215–2223. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2014.05.012>
- Center for Disease Control and Prevention (2018). **Developmental Disabilities: facts about developmental disabilities**. Retrieved from <https://www.cdc.gov/ncbddd/developmentaldisabilities/facts.html>
- Chang, C., Su, J., Lin, C. (2016). Using the Affiliate Stigma Scale with caregivers of people with dementia: Psychometric evaluation. **Alzheimer's Research & Therapy**, 8:45. DOI 10.1186/s13195-016-0213-y
- Cheng, C. & Chan, A. (2004). The multidimensional scale of perceived social support: Dimensionality and age and gender differences in adolescents. **Personality and Individual Differences**, 46 (1), 1-11.
- Corrigan, P. (2008). **A toolkit for evaluating programs meant to erase the stigma of mental illness**. Illinois: Illinois Institute of Technology. <https://www.montefiore.org/documents/Evaluating-Programs-Meant-to-Erase-the-Stigma-of-Mental-Illness.pdf>
- Corrigan, P. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. **Clinical Psychology Science Practice**, 7, 48–67.
- Corrigan, P., Larson, J., & Kuwabara, S. (2007). Mental illness stigma and the fundamental components of supported employment. **Rehabilitation Psychology**, 52, 451–457.

- Corrigan, P., & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. **World Psychiatry**, 1, 16–20.
- Cukor, d., Pencille, m., Rosenthal, D. and Kimmel, P. (2017) **Psychosocial issues in dialysis patients**. In A., Nissenon & R. Fine (Eds.), *Handbook of Dialysis Therapy* (pp. 844-854). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/C2014-0-03172-3>
- Dasa, S., Dasa, B, Nathb, K., Duttaa, A., Bora, P. & Hazarika, M. (2012). Impact of stress, coping, social support, and resilience of families having children with autism: A North East India-based study. **Asian Journal of Psychiatry**, 28, 133–139.
- Dunst, C., Jenkins, V., & Trivette, C. (2007). **Family Support Scale: Validity and Reliability**. Asheville, NC: Winterberry Press
- Edwardraj, S., Mumtaj, K., Prasad, J. H., Kuruvilla, A., & Jacob, K. S. (2010). Perceptions about intellectual disability: A qualitative study from Vellore, South India. **Journal of Intellectual Disability Research**, 54, 736–748.
- Fairthorne, J., Jacoby, P., Bourke, J., De Klerk, N., and Leonard, H. (2015). Onset of maternal psychiatric disorders after the birth of a child with intellectual disability: A retrospective cohort study. **Journal of Psychiatric Research**, 61, 223-230.
- Fanaj, N., Melonashi, E. & Mustafa, S. (2016). **Stigma, parenting stress, and depression in one Kosovo sample of parents of children with intellectual disabilities (Kosovo)**. International Society on Early Intervention Conference, Children's Rights, and Early Intervention Held in conjunction with Stockholm University, At Stockholm, Sweden. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/305950695>
- Felizardo, S., Ribeiro, E., & Amantea, M. (2016). Parental adjustment to disability, stress indicators and the influence of social support. **Social and Behavioral Sciences**, 217, 830 – 837.
- Goffman, E. (1963). **Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity**. New York: Touchstone.
- Hall, H. (2012). Families of children with autism: behaviors of children, community support and coping. **Comprehensive Pediatric Nursing**, 35(2), 111–132. DOI: 10.3109/01460862.2012.678263
- Heaney, C., & Israel, B. (2008). **Social networks and social support**. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health Education: Theory: research, and practice* (pp. 189–207). San

- Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Jahoda, A., & Markova, I. (2004). Coping with social stigma: People with intellectual disabilities moving from institutions and family home. **Journal of Intellectual Disabilities Research**, 48, 719–729.
- Kilburn, J. Shapiro, C. (2018). The structure and function of social networks of mothers of young children with disabilities. **Topics in Early Childhood Special Education**, 1–10.
<https://doi.org/10.1177/2F0271121418767306>
- Link, B. & Phelan, J. (2006). Stigma and its public health implications. **Lancet**, 378, 528-529. doi:10.1016/S0140-6736(06)68184-1 / 3
- Mak, W. & Cheung, R. (2012). Psychological distress and subjective burden of caregivers of people with mental illness: the role of affiliate stigma and face concern. **Community Mental Health Journal**, 48(3), 270–274. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9422-9>
- Mak, W., & Cheung, R. (2008). Affiliate stigma among caregivers of people with intellectual disability or mental illness. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, 21, 532–545. doi: 10.1111/j.1468-3148.2008.00426.x.
- Malik A, Washdev, Das K, Aleem S. & Rehman R. (2016). Depression in mothers of children with mental retardation reporting at tertiary care hospital. **Journal Dow University Health Science**, 10(3), 92-95.
- Moniz, E. (2017) **Perceived stress, executive functioning, anxiety and depression symptom severity among permutation mothers of boys with fragile x syndrome exhibiting problem behaviors: a case controlled study**. Pacific Graduate School of Psychology, Palo Alto University. ProQuest Number 10192574.
- Olsson, M. & Hwang, C. (2001). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. **Journal of Intellectual Disability Research**, 45(6), 535-543.
- Pratt, H. (2010). **Psychological issues in chronically ill adolescents**. In H. Omar, D. Greydanus, D. Patel, & J. Merrick (Eds.), *Adolescence and chronic illness: A public health concern*. New York: Nova Science Publishers. 151–164.
- Sarkar, A. (2010). **Stigma experienced by parents of adults with intellectual disabilities**. Master thesis, Queen's University, Ontario, Canada. Retrieved from
<https://qspace.library.queensu.ca/bitstream/handle/1974/5681/Sarkar>

- _Ahana_201005_MSc.pdf?sequence=1
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., ...Yeager, M. (2010). **Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports. (11th ed.)** Washington, DC, American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schwarzer, R.& Schulz, U. (2013). **Berlin Social Support Scales (BSSS)**. Measurement Instrument Database for the Social Science. Retrieved from https://www.midss.org/sites/default/files/berlin_social_support_scales_english_items_by_scale.pdf
- Sheehan, L., Nieweglowski, K.& Corrigan, P. (2017). **Structures and types of stigma**. In W. Gaebel, W. Rössler& N. Sartorius (eds.). The stigma of mental illness - end of the story? (41-66), Springer International Publishing, Switzerland, DOI 10.1007/978-3-319-27839-1_3.
- Siklos, S.& Kerns, K. (2006). Assessing need for social support in parents of children with autism and Down syndrome. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 36, 921–933. DOI 10.1007/s10803-006-0129-7
- Su, H., Cuskelly, M., Gilmore, L. Sullivan, K. (2018). Perceptions of support in Chinese mothers of a child with intellectual disability. **Journal of Developmental and Physical Disabilities**, 30, 509–530. <https://doi.org/10.1007/s10882-018-9599-8>
- Werner, S.& Shulman, C. (2015). Does type of disability make a difference in affiliate stigma among family caregivers of individuals with autism, intellectual disability or physical disability?. **Journal of Intellectual Disability**, 59(3):272-83. doi: 10.1111/jir.12136
- World Health Organization& World Bank (2011). **World report on disability**. Geneva: Switzerland.
- Zhou, T. Wang, Y. and Yi C. (2018) Affiliate stigma and depression in caregivers of children with Autism Spectrum Disorders in China: Effects of self-esteem, shame and family functioning. **Psychiatry Research**, 264, 260–265. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.071>
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S.& Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. **Journal of Personality Assessment**, 52, 30-41.