

دراسة مقارنة بين الدعم الاجتماعي والصحة النفسية لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي والأطفال العاديين

منار سعيد بني مصطفى* و شيماء باسم الصمادي**

Doi: //10.47015/20.2.1

تاريخ قبوله: 2023/1/10

تاريخ تسلم البحث: 2022/7/25

A Comparative Study of Mothers of Children with Cerebral Palsy and Mothers of Normal Children Regarding Social Support and Mental Health

Manar Saeed Bani Mustafa, Yarmouk University, Jordan.

Shaimaa Bassem Al-Smadi, The Researcher, Jordan.

Abstract: This study aimed to identify the level of social support and mental health among mothers of children with and without cerebral palsy and the relationship between them. This study also aimed to examine the differences between mothers' social support and mental health level according to the child's condition and the interactions with the other variables: age group and monthly income. The study sample consisted of 215 mothers, 46 mothers of cerebral palsy children, and 169 mothers without cerebral palsy children, who were chosen using the available method from Amman. The results showed that the level of social support among mothers of children with and without cerebral palsy was moderate. In contrast, the level of mental health among mothers of children with cerebral palsy was low, while it was moderate among mothers of children without cerebral palsy. Also, there were statistically significant differences in the level of social support among mothers due to the variable of the child's condition in favor of mothers of children with cerebral palsy. There were no significant differences in the level of social support among mothers due to the variables of the age group and the interaction between the child's condition and the age group. The results also indicated that there were differences due to the monthly income variable in favor of mothers whose income is less than 500 Jordanian dinars and due to the interaction between the child's status and the monthly income, which means that there is a hierarchical interaction between the two variables of the study. On the other hand, the results indicated statistically significant differences between mothers' level of mental health according to the variable of the child's condition in favor of the mothers of children without cerebral palsy. The results also indicated no significant differences between the level of mental health among mothers according to the age group and no significant differences according to the interaction between the child's condition and the age group. The results further revealed significant differences between the level of mental health among mothers according to their monthly income, in favor of mothers from the monthly income category (more than 1000 Jordanian dinars), and there were significant differences between the mothers' level of mental health according to the interaction between the child's condition and monthly income.

(Keywords: Social Support, Mental Health, Mothers, Children, Cerebral Palsy)

ملخص: هدفت الدراسة إلى التعرف إلى مستوى الدعم الاجتماعي والصحة النفسية لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي والأطفال العاديين والعلاقة بينهما. كما هدفت الدراسة لفحص الفروق بين متوسطات تقديرات أمهات الأطفال على مقياس الدعم الاجتماعي ومقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير (حالة الطفل)، وتفاعلاته مع متغيرات (الفئة العمرية و الدخل الشهري). وتكونت عينة الدراسة من (215) من الأمهات، 46 من أمهات أطفال الشلل الدماغي، و169 من أمهات الأطفال العاديين تم اختيارهن بالطريقة المتيسرة من العاصمة عمان. تم تطبيق مقياس للدعم الاجتماعي ومقياس الصحة النفسية. وأظهرت النتائج أن مستوى الدعم الاجتماعي لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي وأمهات الأطفال العاديين كان متوسطاً، بينما جاء مستوى الصحة النفسية لدى أمهات الشلل الدماغي منخفضاً، في حين جاء متوسطاً لدى أمهات الأطفال العاديين. وجود فروق دالة إحصائية بين المتوسطات للدعم الاجتماعي لدى الأمهات تعزى لمتغير حالة الطفل. لصالح أمهات أطفال الشلل الدماغي، وعدم وجود فروق دالة بين المتوسطات للدعم الاجتماعي لدى الأمهات تعزى لمتغير الفئة العمرية وللتفاعل بين حالة الطفل والفئة العمرية. وأشارت النتائج لوجود فروق تعزى لمتغير الدخل الشهري لصالح الأمهات ممن يقل دخلهن عن 500 دينار، ووجود فروق دالة إحصائية للدعم الاجتماعي لدى عينة الأمهات تعزى للتفاعل بين (حالة الطفل والدخل الشهري). وهذا يعني وجود تفاعل رتبتي بين متغيري الدراسة (حالة الطفل والدخل الشهري). وعلى جانب آخر أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية بين المتوسطات للصحة النفسية لدى الأمهات تعزى لمتغير حالة الطفل، لصالح أمهات الأطفال العاديين. كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة بين متوسطات الصحة النفسية لدى الأمهات تعزى لمتغير الفئة العمرية، وعدم وجود فروق دالة تعزى للتفاعل بين (حالة الطفل والفئة العمرية). وأشارت النتائج لوجود فروق دالة بين متوسطات الصحة النفسية لدى عينة الأمهات تعزى لمتغير الدخل الشهري، لصالح الأمهات من فئة الدخل الشهري (أكثر من 1000 دينار). وجود فروق دالة بين متوسطات الصحة النفسية لدى عينة الأمهات تعزى للتفاعل بين (حالة الطفل والدخل الشهري).

(الكلمات المفتاحية: الدعم الاجتماعي، الصحة النفسية، الأمهات، الأطفال، الشلل الدماغي)

مقدمة: تعد الصحة النفسية مجالاً مهماً للدراسة عندما يتعلق الأمر بالمشكلات الصحية. حيث يشير كنيفتون وكيونين إلى أن الصحة النفسية والمرض الجسمي لهما تأثير كبير في حياة الأفراد، حيث يؤثران على مختلف الجوانب الاجتماعية والاقتصادية والتربوية في المجتمعات (Knifton & Quinn, 2013). من ناحية أخرى تشير مشكلات الصحة النفسية إلى الأمراض أو الاضطرابات النفسية التي تحدث بسبب مشكلات في الصحة الجسدية على المريض وعائلته (Williamson, 2011). وتتم دراسة الصحة النفسية وفهمها وإدراكها عن طريق تصور الشخص الذي يعيش حياته بشكل نافع ومجدي، وفي الوقت نفسه يشعر بالسعادة والرضا، ويحقق أهدافه وتطلعاته، ويعيش أقل قدر من الصراعات النفسية والاجتماعية (Keyes & Lopez, 2000).

* جامعة اليرموك، الأردن.

** الباحثة، الأردن.

© حقوق الطبع محفوظة لجامعة اليرموك، إربد، الأردن، 2024.

بالعوامل الأبوية، مثل: الأبوة السلبية، وعدم كفاءة الأبوة المتصورة، وتدني احترام الوالدين للذات، والعزلة الاجتماعية، وانخفاض الرضا عن الدعم الاجتماعي المتصور، ونقص دعم شريك الحياة، ونقص الخدمات الصحية (Davis, 2010; Parkes et al., 2011).

وتشير كيتيلار وآخرون وديليمان وآخرون (Ketelaar et al., 2008; Dieleman et al., 2021) إلى الأثر الكبير للمرض في العائلة، وليس فقط على الطفل، بل على الأم بشكل أكبر، فهي مقدمة الرعاية الأولى. وقد لوحظ أن المرض يؤثر في حياتها المهنية، وجودة الحياة النفسية والجسدية، فالتفكير المستمر والقلق بشأن مستقبل هذا الطفل يدفعها للانخراط في دور الأمومة ورعاية طفلها المريض بعيداً عن باقي الأدوار، مما يزيد من الضغوط عليها ويؤثر في صحتها النفسية (Branjerdporn et al., 2021).

ويواجه مفهوم الصحة النفسية تغيرات كثيرة عبر الأجيال، حيث كان يعرف قديماً بأنه الخلو من المرض أو الاضطراب النفسي، وفي الحقيقة إلى الآن لا يوجد تعريف واضح لهذا المفهوم، ويعبر عنه بأنه التوافق ما بين الصحة النفسية والجسدية، حيث يلاحظ أن الأطفال الذين يعانون من مشاكل جسدية يعانون وأسرهم من انخفاض في مستوى صحتهم النفسية مقارنة بالأطفال الاصحاء وأسرهم (Rogers & Pilgrim, 2021) وتعد الصحة النفسية حالة من الإحساس الإيجابي، تظهر عندما يتمكن الفرد من بناء علاقات فاعلة في مجتمعه وبنفس الوقت يستطيع التكيف مع ظروفه الخاصة وتحقيق التوازن بين احتياجاته المختلفة، حيث تعد الصحة النفسية نتيجة ملموسة وواقعية يمكن قياسها على الرغم من نسيبتها (Salima, 2017). وتعرف الصحة على أنها حالة متكاملة من التوافق الجسدي والنفسي والاجتماعي ولا تعبر عن خلو الفرد من المرض (Segal, Qualls & Smyer, 2018)، ويعرف الخواجا (Al-Khawaja, 2019) الصحة النفسية على أنها حالة دائمة نسيباً، يكون فيها الفرد متوافق ومتكيف مع نفسه ومع الآخرين ويشعر بالرضا ولسعادة، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال امكانياته إلى أقصى حد.

يشكل التكيف مع التغيرات والمشكلات الجسدية تحدياً كبيراً لدى بعض الأشخاص في ظل متطلبات الحياة الاجتماعية والمسؤوليات المختلفة، مما يزيد من فرصة التعرض للضغوط والاضطرابات النفسية (People, 2018). فهناك شعور بالجلد الاجتماعي فيما يتعلق بتقبل الاعاقات الجسدية لدى الأفراد بشكل عام، قد يرافقها مشكلات نفسية وتحديات لمن يقومون بتقديم الرعاية لهم مما يؤثر سلباً على صحتهم النفسية (Galbraith et al., 2021).

يعتقد ديريلينغ (Dreiling, 2015) أن الصحة النفسية تتجلى في حالة من الرفاهية فقط، عندما يتم تصور السعادة أو الرفاهية على أنها ميول شخصية، وليس كحالة من الشعور المؤقت والمرهون بحسب الظروف، ويوضح بونجار (Bognár, 2004) أن المتعة والرفاهية لا تعني الصحة النفسية، ربما تكون جزءاً منها

ومن هذا المنطلق، يمكن اعتبار الدعم الاجتماعي ركيزة أساسية من ركائز الصحة النفسية والرفاهية، حيث يعتقد أن الدعم الاجتماعي يؤثر في الصحة النفسية والجسدية من خلال تأثيره في العواطف والإدراك والسلوكيات (Lahey & Cohen, 2000)، ويلاحظ الارتباط الكبير بين الدعم الاجتماعي وبين الصحة النفسية للأفراد، حيث إن الدعم الاجتماعي يؤثر في المتغيرات المختلفة، مثل المتغيرات المرتبطة بالتعافي من الأمراض، والاندماج بنمط حياة صحي ونافع، والتخفيف من الضغوطات الشخصية والوظيفية (Schwarzer, Knoll & Rieckmann, 2004)، كما أن العوامل البيئية والوراثية تؤدي دوراً مهماً في تقديم الدعم الاجتماعي والاستفادة منه على أقصى حد، حيث يعتبر إن مقدمي الدعم الاجتماعي يحصدون فوائد مما يقدمونه بشكل مشابه للمتلقين، حيث إنها عملية تبادلية إنسانية وعاطفية بالدرجة الأولى (Taylor, 2011).

وترتبط صحة الأطفال ورفاههم ارتباطاً وثيقاً بصحة والديهم الجسدية والعاطفية والاجتماعية والظروف الاجتماعية وممارسات التربية، فتربية ورعاية طفل مريض أكثر إرهاقاً من رعاية طفل سليم، ويتضاعف معدل إصابة زيادة القلق السريري بمقدار أربعة أضعاف، وزيادة الاكتئاب المعتدل بمقدار خمسة أضعاف مقارنة بغيرهم من الآباء من ذوي الأطفال الاصحاء (American Academy of Pediatrics, 2003; Butcher, Wind & Bouma, 2008). ويعد مرض الشلل الدماغي من الأمراض الجسدية الأكثر انتشاراً لدى الأطفال (Dodd, Imms & Taylor, 2010). ويعرف الشلل الدماغي (Cerebral Palsy) على أنه مجموعة اضطرابات دائمة لتطور الحركات والوضعية مما يتسبب في تقييد الفاعلية، والتي تعزى إلى الخلل الذي حدث في الدماغ النامي أو الجنين، وغالباً ما تصاحب الاضطرابات الحركية للشلل الدماغي اضطرابات في الإحساس، والإدراك، والتواصل، واللغة، والاستقبال، والسلوك، والصرع، ومشكلات ثانوية في الجهاز العضلي الهيكلي (Rosenbaum, 2007; Krägeloh-Mann & Cans, 2009). وعلى الرغم من أن الطفل المعاق قد يكون مصدر سعادة للوالدين، إلا أن الاحتياجات الخاصة المرتبطة بوضعه الصحي قد تزيد من الضغوط والاعباء النفسية والجسدية والمالية، مما قد يؤثر على المدى البعيد في صحتهم النفسية (Yilmaz, Erkin & İzki, 2013). تحديداً على والدة الطفل، لما لديها من عاطفة واهتمام، ولكونها المسؤولة الأولى عن رعاية الطفل المريض، لذلك من المهم توفير الدعم الاجتماعي، وبرامج الدعم النفسي المختلفة لتعزيز صحة الأم في طريقها العلاجي مع ابنها المصاب بالمرض (Ross, 2005).

وتتعدد مصادر التوتر والضغط لدى والدي الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، فبعضها مرتبط بعوامل تخص الطفل نفسه، مثل: شدة الإعاقة، ونقص استقلالية الطفل، وضعف التواصل، ووجود مشكلات سلوكية لدى الطفل، والإعاقة الذهنية، وبعضها مرتبط

وقد زاد الاهتمام خلال السنوات الماضية بدور الدعم الاجتماعي في الوقاية من الاضطرابات النفسية والجسدية ومواجهة الضغوط وتحسين الصحة النفسية للأفراد. كما تم الاهتمام بتطوير برامج التدخل القائمة على الدعم الاجتماعي تحديداً لأولئك الذين يعانون من الضغوط النفسية، وخاصة كبار السن وأمهات الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة (Cohen & McKay, 2020; Saltzman, Hansel & Bordnick, 2020) إن البيئة الداعمة عاطفياً، والمشاركة الاجتماعية والدعم الاجتماعي لها دور رئيس في تخفيف القلق والمخاوف المختلفة، وتطوير استراتيجيات المواجهة السلوكية والمعرفية لدى الافراد، وتحسين الصحة النفسية، وتخفيض الغضب والضييق لديهم (Penedo, Antoni & Schneiderman, 2008).

وغالباً ما تتم دراسة الدعم الاجتماعي من حيث الدعم الفعال، والدعم العاطفي، وتقديم المشورة أو المعلومات، والدعم المالي، والمساعدة في توفير الرعاية، والدعم المعنوي، والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين (Waite, 2018)، ويبدو أن الدعم الاجتماعي يؤثر في معدلات الوفيات، حيث يشير تحليل حديث لـ 148 دراسة مستقلة إلى أن العلاقات الاجتماعية تنبأت بشكل كبير بزيادة معدل الوفيات؛ مما يكشف عن تأثير قوي للدعم الاجتماعي في طول العمر والرضا العام عن الحياة (Costa-Cordella, 2021).

ويمكن تقسيم الدعم الاجتماعي إلى فئتين: إحداهما الدعم الموضوعي، بما في ذلك المساعدة المادية المباشرة، ووجود الشبكات الاجتماعية، والعلاقات المجتمعية والمشاركة، والفئة الأخرى هي الدعم الذاتي، التي تشير إلى الاحترام والفهم الفردي للتجربة والرضا العاطفي، وترتبط ارتباطاً وثيقاً بالشعور الشخصي للفرد. (Kaniasty & Norris, 2008). ويقوم الدعم الاجتماعي بمجموعة من الوظائف، مثل: إشباع حاجات الانتماء إلى المجتمع والأفراد، والاحساس بالانتماء، والتقدير والاحترام والحب، وتقدير الذات والثقة بالنفس، وبالتالي التخفيف من القلق والاكتئاب والضغوط الخارجية، بسبب توفر الدعم والمساندة من الآخرين، وهذا يؤدي إلى تكيف أفضل مع الظروف الخارجية (Abu Bakr, 2018). وفي حالة وجود أي مرض عضوي، يساهم تقديم الدعم الاجتماعي للمرضى في خفض أعراض الضغط والاكتئاب، ويزيد من الإدراك الإيجابي لمرضهم؛ مما يجعل درجة رضاهم العام عن الحياة أفضل، كما يساهم الدعم الاجتماعي في تحسين الحالة المزاجية للمرضى وتقليل أعراض القلق خاصة عند تلقيهم العلاج (Kimmel & Patel, 2006). ويلاحظ أن الضغط والتعب المتصور يختلف من ثقافة إلى أخرى حسب الدعم الاجتماعي المقدم إلى الفرد، فيؤثر الدعم الاجتماعي في طريقة رؤية الفرد وشعوره نحو جماعته، وبالتالي يتأثر سلوكه وأفكاره ومشاعره الأخرى (Al-Ghamdi, 2020).

ولكنها ليست كل شيء، ويصعب النظر إلى الصحة النفسية من منظور المتعة اللحظية، فهي شيء دائم نسبياً. وتعتبر التل وقطيشات (Al-Tal & Qteishat, 2009) أن الايجابية والتفاؤل وتقبل الواقع، والعلاقات الناجحة واحترام ثقافة المجتمع، وإشباع الحاجات والدوافع مع تحمل المسؤولية وارتفاع مستوى الاحتمال النفسي هي مظاهر للصحة النفسية الجيدة لدى الفرد، ويشير الأسدي وسعيد (Al-Asadi & Saeed, 2019) إلى أن الإدراك الفعال للواقع، ومعرفة الذات، والقدرة على ممارسة السيطرة الإرادية والطوعية على السلوك، وقبول واحترام الذات، والقدرة على تكوين علاقات ودية، والإنتاجية، هي أهم مؤشرات الصحة النفسية لدى الفرد السوي.

وتتأثر الصحة النفسية بمختلف الظروف المحيطة بالفرد، مثل الحروب والجوء والتعرض للعنف، حيث إن الأقليات (مثل: اللاجئين، الجاليات، من لديهم تشوهات جسدية) هم عرضة دوماً لصحة نفسية مضطربة (Teague & Robinson, 2019). إن إصابة أحد الأطفال في العائلة باضطراب جسدي أو نفسي، يؤثر في بقية أفراد العائلة وخاصة مقدمي الرعاية، ويتطلب منهم جهداً كبيراً على المستوى النفسي والجسدي والاقتصادي والاجتماعي (Al-Mashaqbeh, 2018)؛ لذلك فإن علم النفس الصحي يعمل على الكشف عن التغيرات النفسية المصاحبة للأمراض المختلفة ويساعد على تخفيف التبعات الأسرية عليه ويهتم بضرورة توفر شبكة دعم اجتماعي للفرد تدعمه وتسانده لتخفيف الضغوط من حوله (Brik & Taima, 2008).

وهناك الكثير من الخلاف حول إذا كان الدعم الاجتماعي مؤثراً مباشراً في الصحة العامة والصحة النفسية بشكل خاص (Oakley, 2018). فالدعم الاجتماعي مفهوم يشير إلى حقيقة أن إنساناً ما يعترف بهوية الشخص الآخر، ويقدره ويحترمه ويقدم له المساعدة والعون الذي يحتاجه، في ظل ظروفه الضاغطة (Winnubst, 2018)، ويعرّف الدعم الاجتماعي أيضاً بأنه وظيفة وجود العلاقات الاجتماعية التي يتلقاها المرء من أشخاص آخرين، مثل المساعدة ويمكن تصنيف الدعم الاجتماعي حسب أنواع الدعم بأنها: (المؤثرات، والمشاركة العاطفية، والرفقة)، ومصادر الدعم هم: (العائلة، والأصدقاء، والآخرين)، أو الجوانب النوعية والكمية في (الكفاية، والوجود) (Yıldırım & Tanrıverdi, 2021). كما إن الحصول على الدعم الاجتماعي مهم للصحة الجسدية والرفاهية، ويعزز العلاقات الوثيقة مع الآخرين، ويساعدهم على أن يكونوا جزءاً من مجموعة، ويطور الروابط الاجتماعية، ويشعر بالانتماء (Schwarzer, Knoll & Rieckmann, 2004). ويخفف الدعم الاجتماعي الآثار السلبية لأحداث التوتر على الصحة الجسدية والنفسية للأشخاص (Lau, Chan & Lam, 2018).

الدراسات السابقة

الصحة لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي، بالإضافة إلى تأثير الضغوط الوالدية المنخفضة، ووجود المزيد من وقت الفراغ، وأوصت الدراسة بأهمية تقديم الدعم الاجتماعي عند تطوير برامج التدخل النفسي والاجتماعي لهذه الفئة.

وفي المقابل، هنالك دراسات ركزت على الصحة النفسية لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي، ومن هذه الدراسات ما قام به البيراك وآخرون (Albayrak et al., 2019) بهدف تقييم الألم، وعبء الرعاية، ومستوى الاكتئاب، ونوعية النوم، والتعب ونوعية الحياة، بين مجموعة من أمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي (CP)، ومقارنة نتائجها مع مجموعة من باقي الأمهات، تكونت عينة الدراسة من (101) أمهات لأطفال الشلل الدماغي، و(67) أمًا لأطفال طبيعيي في تركيا، وأظهرت النتائج انخفاض جودة النوم وجودة الحياة، وارتفاع مستوى الاكتئاب والألم، لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي مقارنة بأمهات باقي الأطفال، وأكدت الدراسة على أهمية تقديم الدعم الاجتماعي لتحسين الصحة النفسية لأمهات أطفال الشلل الدماغي.

ودراسة سايبور وآخرين (Sawyer et al., 2011) التي أجريت في أستراليا، والتي هدفت إلى فحص العلاقة بين مشكلات الصحة النفسية لأمهات أطفال الشلل الدماغي، والوقت اللازم لرعاية الأطفال المصابين، وتكونت عينة الدراسة من 158 أمًا، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين المشاكل النفسية للأم، ووقت تقديم الرعاية المطلوب، بالإضافة إلى ارتباط بين أعراض الاكتئاب، وضغط الوقت، وأوصت الدراسة بأهمية معالجة المشكلات النفسية لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي وتقديم الدعم النفسي المناسب لهن.

وهدفت دراسة إيكير وتزون (Eker & Tüzün, 2004) في تركيا، إلى تقييم نوعية حياة والصحة النفسية لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي مقارنة بأمهات أطفال الحالات الصحية البسيطة الأخرى، وأجريت الدراسة على 40 أمًا في المجموعة الأولى و44 أمًا في المجموعة الثانية، وأظهرت النتائج أن نوعية الحياة والصحة النفسية لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي أقل من أمهات المجموعة الثانية، وأوصت بتصميم برامج لاستراتيجيات التكيف وبرامج نفسية واجتماعية مختلفة لتقليل العبء عليهن.

وأجرى فلروين وفندلر (Florian & Findler, 2001) في فلسطين المحتلة، هدفت إلى المقارنة بين مجموعتين من الأمهات (أمهات المصابين بالشلل الدماغي وغير المصابين) من حيث عوامل مقاومة المخاطر للصحة النفسية، والتكيف لدى الأم، وتكونت كل مجموعة من 80 أمًا، وأظهرت النتائج وجود فروق لصالح امهات غير المصابين في تقدير الذات والصحة النفسية والتكيف والعلاقة الزوجية.

وفيما يلي استعراض لابرز الدراسات التي اهتمت بفحص الصحة النفسية والدعم الاجتماعي لدى أمهات اطفال ذوي الشلل الدماغي، ومنها دراسات الدعم الاجتماعي لدى أمهات اطفال الشلل الدماغي، ففي دراسة أجراها سيفارتنام وآخرون (Sivaratnam et al., 2021) في استراليا، هدفت إلى تقييم الدراسات التي تفحص عوامل الخطر (ومن ضمنها الدعم الاجتماعي) للاكتئاب والقلق لدى آباء أطفال الشلل الدماغي من الولادة إلى 12 عام، وتم إجراء الدراسة على 24 دراسة، وأظهرت النتائج أن عوامل الخطر لتدهور الصحة العقلية النفسية للآباء تتمثل في انخفاض مستوى الدعم الاجتماعي، وارتفاع الإجهاد الوالدي، والأداء الحركي الضعيف للطفل.

وقام علي باخشي وآخرون (Alibakhshi et al., 2021) في إيران، بدراسة نوعية هدفت إلى معرفة العوامل التي تعزز من الشعور بالأمل لدى آباء أطفال الشلل الدماغي، وتكونت العينة من 11 أم و7 آباء، وأظهرت النتائج أهمية الدعم الاجتماعي ووجود شبكات دعم اجتماعية، والدوافع التحفيزية والمعتقدات الإيجابية والعلاج الواعد في تعزيز مشاعر الأمل لدى الوالدين.

أما دراسة حسنين وعدوي وجونسون (Hassanein, Adawi & Johnsonm, 2021)، فهدفت إلى تحديد ما إذا كان الدعم الاجتماعي والمرونة النفسية يفسران التباين في جودة الحياة لدى الأسرة من وجهة نظر أمهات أطفال الشلل الدماغي، وتكونت عينة الدراسة من 8 أمهات في قطر، وتشير النتائج إلى أن الدعم الاجتماعي يفسر 62% من التباين في جودة الحياة الأسرية، بينما لم تكن المرونة النفسية عاملاً مهماً.

بينما هدفت دراسة وانج، هوانج وكونج (Wang, Huang, & Kong, 2020) في الصين، إلى معرفة تأثير الدعم الاجتماعي في العلاقة بين الإجهاد الوالدي، والرضا عن الحياة لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي في الصين، وتكونت عينة الدراسة من 369 أمًا، وأظهرت النتائج أن دعم الأسرة والاصدقاء كان لهما التأثير الأكبر في العلاقة بين الإجهاد الوالدي والرضا عن الحياة، وكان دعم الأصدقاء مساوياً لدعم الأسرة من ناحية الأثر، وأوصت الدراسة بزيادة الدعم الاجتماعي من الأصدقاء والأسرة لمساعدة أمهات أطفال الشلل الدماغي في تحسين الرضا عن الحياة وتخفيف الإجهاد المرتبط بالوالدية.

أما دراسة لبي، ماثيوس وبارك (Lee, Matthews & Park, 2019)، فقد هدفت إلى تحديد العوامل التي تؤثر على نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي، حيث تم فحص المتغيرات التالية: خصائص الطفل والأم، والعوامل البيئية، والإجهاد الوالدي، والدعم الاجتماعي، ووقت الفراغ، لدى 180 أمًا في الولايات المتحدة الأمريكية، وأظهرت النتائج وجود ارتباط بين ارتفاع الدعم الاجتماعي بشكل إيجابي مع نوعية الحياة

المريض، ومن هنا جاءت هذه الدراسة لتسليط الضوء على هذه المشكلة ولسد النقص، والتعرف على مستويات الصحة النفسية والدرعم الاجتماعي لدى أمهات اطفال الشلل الدماغي مقارنة بأمهات الاطفال الاصحاء في الاردن.
مشكلة الدراسة

تنبثق مشكلة الدراسة من ملاحظة أثر مرض الشلل الدماغي في أمهات المرضى، وذلك بسبب تعرضهن لنمط حياة مختلف عن نظيرتهن من الأمهات، حيث يواجهن صعوبات في الاندماج مع الأطفال بسبب متطلبات الأطفال المستمرة للرعاية الخاصة والفحوصات الطبية المتكررة وجلسات العلاج الطبيعي المستمرة وتولي أدوارهم في المجتمع (Yilmaz, Erkin & Iziki, 2013) إلى أن ولادة طفل يعاني من مشاكل في النمو تشكل ضغوطاً عائلية، وغالباً ما تشعر الأمهات بالذنب والشعور بالمسؤولية بسبب هذه المشكلات أكثر من أفراد الأسرة الآخرين، ومن ثم فإنها تنطوي على استراتيجيات تعويض للتغلب على إعاقة أطفالهم، وأن أمهات الأطفال الذين يعانون من مستويات مختلفة من الإعاقة لديهم مستوى عالٍ من التوتر مما يؤثر على صحتهم النفسية (Sajedi et al., 2010). وتعد رعاية هؤلاء الأطفال، وخاصة أولئك الذين يحتاجون إلى دعم خاص وطويل الأمد، يؤدي إلى إجهاد جسدي وعقلي للأمهات (Kaya et al., 2010). وهناك الكثير من الألة التي تظهر أن الأمهات اللاتي يعنين بأطفال من ذوي الإعاقة يعانين من مضاعفات جسدية ونفسية أكثر خطورة من الأمهات اللاتي لديهن أطفال أصحاء (Laurvick et al., 2006). ومن هنا، سعت الدراسة الحالية للإجابة على الأسئلة الآتية:

السؤال الأول: "ما مستوى الدعم الاجتماعي لدى أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي وأمهات الأطفال العاديين؟"

السؤال الثاني: "ما مستوى الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي وأمهات الأطفال العاديين؟"

السؤال الثالث: "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) بين متوسطات تقديرات أمهات الأطفال على مقياس الدعم الاجتماعي تعزى لمتغير (حالة الطفل)، وتفاعلاته مع متغيرات (الفئة العمرية والدخل الشهري)؟"

السؤال الرابع: "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أمهات الأطفال على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير (حالة الطفل)، وتفاعلاته مع متغيرات (الفئة العمرية والدخل الشهري)؟"

وعلى صعيد آخر، حاولت بعض الدراسات التطرق إلى متغيرات الصحة النفسية والدعم الاجتماعي لدى أمهات ذوي الشلل الدماغي من جوانب مختلفة وبطريقة غير مباشرة مثل دراسة ليم، وكاردوس، وسيلفا (Lima, Cardoso & Silva, 2016) في البرازيل، التي هدفت إلى العلاقة بين مستوى الضغوط الوالدية والدعم الاجتماعي لمقدمي الرعاية لأطفال الشلل الدماغي، وتكونت عينة الدراسة من 100 مقدم رعاية (آباء وأمهات)، وأظهرت النتائج أن هناك تأثيراً عالي الفعالية في الدعم الاجتماعي على التخفيف من الضغوط الوالدية وبالتالي تحسن الصحة النفسية والتكيف.

ودراسة سكوك، هارفي، وريدهوج (Skok, Harvey & Reddihough, 2006) في أستراليا، والتي هدفت إلى تحديد علاقة الدعم الاجتماعي وشدة إعاقة الطفل والضغط النفسي على الصحة النفسية لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي، وتكونت العينة من 43 أمًا، وأشارت النتائج أن الدعم الاجتماعي والإجهاد لهما القيمة التنبؤية الأكبر- في الصحة النفسية للأمهات، بينما لم تتنبأ شدة الإعاقة بالصحة النفسية، واستنتجت الدراسة أن الدعم الاجتماعي له دور كبير إلى متوسط في تأثير الضغط النفسي على الأمهات.

وفي دراسة مانويل وآخرين (Manuel et al., 2003) في الولايات المتحدة الأمريكية، التي هدفت إلى تقييم أهمية شدة الإعاقة والوضع الوظيفي كمنبئات لأعراض الاكتئاب لدى أمهات اطفال الشلل الدماغي، ويجاد الآثار المترتبة على الدعم الاجتماعي ودخل الاسرة على العلاقة بين عوامل الإعاقة، والأعراض الاكتئابية لدى الأم، وتكونت العينة من 270 أمًا، وأشارت النتائج إلى أن 30% من أمهات أطفال الشلل الدماغي يعانين من الاكتئاب، ويرتبط الدعم الاجتماعي إيجابياً بانخفاض الأعراض الاكتئابية، واستنتجت الدراسة أن أمهات أطفال الشلل الدماغي يحتجن للدعم الاجتماعي أكثر من غيرهم لتحسين الصحة النفسية والتكيف لديهن، وبالتالي تخفيف الأعراض الاكتئابية.

يلاحظ من خلال إستعراض الدراسات السابقة ندرة الدراسات العربية -في حدود اطلاع الباحثين- المهتمة بهذه الفئة من المجتمع (أمهات ذوي الشلل الدماغي) ويلاحظ أيضاً بأن الدراسات الأجنبية لم تحاول فحص متغيرات الصحة النفسية والدعم الاجتماعي معاً وبشكل مباشر، وإنما أشار بعضها إلى مستويات ومشكلات الصحة النفسية التي تعاني منها أمهات الاطفال المصابين بالشلل كما هو مشار في دراسات (Sawyer et al., 2011; Eker & Tüzün, 2019; Albayrak et al., 2004). والبعض الآخر أشار إلى مستويات الدعم الاجتماعي المقدم للأمهات كما هو مشار في دراسات (Hassanein et al., 2021; Sivaratnam et al., 2021; Adawi & Johnsonm, 2021; Alibakhshi et al., 2021). دون مقارنتها مع فئة أمهات الأطفال الأصحاء، ومدى تداخل وتفاعل بعض العوامل مثل عمر الأم ومستواها الاقتصادي في التأثير في الصحة النفسية والدعم الاجتماعي المقدم لها ولطفها

والدعم الاجتماعي لدى أمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي وأمهات الأطفال الاصحاء؛ مما يساهم في إثراء المعرفة النظرية النفسية حول هذا المرض وأسرة المصابين بشكل أكبر.

2- الأهمية التطبيقية: تسعى الدراسة إلى أن تثري الوعي المجتمعي حول المشكلات النفسية لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي وتحديداً الصحة النفسية لديهم والدعم الاجتماعي، وأبعاده المختلفة. وتأمل أن تساعد هذه الدراسة المهتمين من مراكز التأهيل ومراكز الإرشاد النفسي والتربوي على فهم الأبعاد النفسية لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي وبالتالي وضع برامج مخصصة لهم، وإشراكهم بشكل جيد في الخطط العلاجية المختلفة.

حدود الدراسة ومحدداتها

جاءت حدود الدراسة في أنه تم تطبيق مقياسي الدراسة على أمهات أطفال الشلل الدماغي من سنتين-18 سنة، والمسجلين ضمن جمعية مؤسسة العناية بالشلل الدماغي الأردنية في العاصمة عمان، علماً أنه تم تطبيق الدراسة في شهر 2 عام 2022.

كما تتحدد الدراسة بإجراءات الصدق والثبات المستخدمة لمقياسي الدراسة، وبمدى صدق استجابة المفحوصين على مقياسي حيث تم توزيع مقياسي بشكل إلكتروني حفاظاً على الخصوصية، كما وتتحدد بالموضوعات والمفاهيم الإجرائية المستخدمة.

منهجية الدراسة وإجراءاتها

استخدم المنهج الوصفي الارتباطي المقارن للكشف عن مستوى الدعم الاجتماعي وعلاقته بالصحة النفسية لدى أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي وأمهات الأطفال العاديين، وذلك لمناسبته طبيعة وأهداف الدراسة.

مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع أمهات أطفال الشلل الدماغي المسجلين في جمعية الشلل الدماغي الأردنية في العاصمة عمان، وعددهن 11250 أمًا، وضم مجتمع الدراسة أمهات الأطفال العاديين في العاصمة عمان ممن يتشاركون إلى حد ما بنفس المنطقة الجغرافية والظروف الاقتصادية والاجتماعية مع أمهات أطفال الشلل الدماغي.

عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (215) أمًا من أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي وأمهات الأطفال العاديين، تم اختيارهن بالطريقة المتيسرة من العاصمة عمان، وبيين الجدول (1) توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغيرات (حالة الطفل، الفئة العمرية، الدخل الشهري).

السؤال الخامس: "هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) بين الدعم الاجتماعي والصحة النفسية لدى أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي وأمهات الأطفال العاديين؟"

التعريفات الاصطلاحية والإجرائية

الصحة النفسية: يعرف الجبوري والجبوري (Al-Jubouri & Al-Jubouri, 2019) الصحة النفسية على أنها حالة يشعر فيها الفرد بالرضا عن الذات وعن الآخرين، تتمثل في قدرة الفرد على التوافق النفسي والاجتماعي، من خلال إشباع حاجاته بالطريقة التي لا تتعارض مع قيم المجتمع وعاداته. وتعرف إجرائياً: بالدرجة الكلية التي حصلت عليها الأمهات على المقياس المستخدم في الدراسة الحالية.

الدعم الاجتماعي: ويعرف الدعم الاجتماعي على أنه كمية الدعم والمؤازرة والمحبة والمشاركة والنصح والإرشاد التي يحصل عليها الفرد من جميع الأفراد المحيطين به كالأسرة، والأقارب، والأصدقاء، والزلاء، ومدى إشباع حاجاته من خلال تفاعله معهم (Wadi & Al-Mahdi, 2021) ويعرف إجرائياً: بالدرجة الكلية التي حصلت عليها الأمهات على المقياس المستخدم في الدراسة الحالية.

الشلل الدماغي: الشلل الدماغي هو حالة عصبية ثابتة ناتجة عن إصابة الدماغ التي تحدث قبل اكتمال نمو الدماغ، نظراً لاستمرار نمو الدماغ خلال العامين الأولين من العمر، يمكن أن ينتج الشلل الدماغي عن إصابة الدماغ التي تحدث أثناء فترات ما قبل الولادة أو ما حولها أو ما بعد الولادة (Kriger, 2006). ويعرف الأطفال ذوي الشلل الدماغي إجرائياً في الدراسة الحالية: بأنهم الأطفال الذين تم تشخيصهم بالإصابة بالمرض، وفقدوا على أثرها وظيفة حركية أو عقلية أو كلاهما معاً، وتتراوح أعمارهم من سنتين-18 سنة، ومسجلين ضمن جمعية مؤسسة العناية بالشلل الدماغي الأردنية في عمان.

أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة النظرية والتطبيقية فيما يلي:

1- الأهمية النظرية: وتتمثل في متغيراتها وفي العينة المستهدفة، حيث إن الدراسة تهدف إلى تكوين إطار نظري جيد للباحثين حول أهمية الصحة النفسية والدعم الاجتماعي لدى العينة المستهدفة، حيث يلاحظ ندرة الدراسات النفسية العربية على هذه العينة (أمهات أطفال الشلل الدماغي) حسب علم الباحثين، على الرغم من التأثير النفسي الكبير للمرض على الأمهات تحديداً، حيث تسعى الباحثتان إلى وضع أساس نظري علمي يقارن بين مستويات الصحة النفسية

الجدول (1)

توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغيراتها.

المجموع	الدخل الشهري			الفئة العمرية	حالة الطفل
	أكثر من 100 دينار	من 500 إلى 100 دينار	اقل من 500 دينار		
34	25	5	4	العدد	28 سنة فما دون
100	73.50%	14.70%	11.80%	النسبة المئوية	
98	70	25	3	العدد	
100	71.40%	25.50%	3.10%	النسبة المئوية	من 29 إلى 45 سنة
28	15	11	2	العدد	لديه شلل دماغي
100	53.60%	39.30%	7.10%	النسبة المئوية	
160	110	41	9	العدد	
100	68.80%	25.60%	5.60%	النسبة المئوية	المجموع
13	12	0	1	العدد	28 سنة فما دون
100	92.30%	0.00%	7.70%	النسبة المئوية	
35	22	6	7	العدد	
100	62.90%	17.10%	20.00%	النسبة المئوية	من 29 إلى 45 سنة
7	6	0	1	العدد	ليس لديه شلل دماغي
100	85.70%	0.00%	14.30%	النسبة المئوية	
55	40	6	9	العدد	
100	72.70%	10.90%	16.40%	النسبة المئوية	المجموع

أداتا الدراسة

أولاً: مقياس الدعم الاجتماعي

المحكمين، أجريت التعديلات المقترحة التي أتفق عليها أربعة محكمين فأكثر، حيث تمت إعادة صياغة بعض الفقرات لتناسب عينة الدراسة وخصائصها، كما تم حذف بعد "الدعم المقدم من الكادر الطبي (7) فقرات"، كونه كان موجهاً للمريض نفسه وليس لأهل المريض أو مقدمين الرعاية. وتم إضافة (4) فقرات على بعد الدعم المعلوماتي، وبذلك أصبحت فقرات المقياس بعد التحكيم (28) فقرة، موزعة إلى أربعة أبعاد هي: شبكة الدعم الاجتماعي وله (6) فقرات، الدعم العاطفي وله (6) فقرات، الدعم المادي وله (6) فقرات، الدعم المعلوماتي وله (10) فقرات.

للكشف عن مستوى الدعم الاجتماعي لدى أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي وأمهات الأطفال العاديين استخدمت الباحثتان مقياس الدعم الاجتماعي الذي أعدته الطعاني (AL-Taani, 2015)، بعد إجراء تعديلات عليه بما يناسب عينة الدراسة، وقد تكون المقياس بصورته الأولية من (31) فقرة، موزعة إلى أربعة أبعاد، كالتالي: شبكة الدعم الاجتماعي، الدعم العاطفي، الدعم المادي، الدعم المعلوماتي، دعم الكادر الطبي وللتحقق من صدق وثبات المقياس في الدراسة الحالية تم حساب الصدق والثبات باستخدام الأساليب التالية:

صدق المقياس

صدق البناء: للكشف عن دلالات صدق البناء للمقياس، طبق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (30) أما من مجتمع الدراسة ومن خارج عينتها، ثم تم حساب معاملات ارتباط الفقرة بالبعد الذي تنتمي له وبالدرجة الكلية على المقياس، حيث تراوحت قيم معاملات ارتباط الفقرات بين (0.45-0.78) مع أبعادها وبين (0.41-0.72) مع الدرجة الكلية على المقياس وجميعها ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)، وتعتبر هذه القيم مقبولة للإبقاء على الفقرات حسب المعيار المشار إليه في (Audeh, 2010) الذي يشير إلى الاحتفاظ بالفقرة التي يزيد معامل ارتباطها مع الدرجة الكلية على المقياس عن (0.20)، وبالتالي تكون المقياس بصورته النهائية من (28) فقرة موزعة إلى أربع أبعاد.

الصدق الظاهري: تم التحقق من الصدق الظاهري للمقياس وأبعاده؛ بعرضه في صورته الأولية، على مجموعة محكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في مجال علم النفس التربوي، والإرشاد النفسي، والبالغ عددهم (8) محكمين، بهدف إبداء آرائهم حول دقة وصحة محتوى المقياس من حيث: درجة قياس الفقرة للبعد، ووضوح الفقرات، والصياغة اللغوية، وإضافة أو تعديل أو حذف ما يرونه مناسباً من الأبعاد أو الفقرات. وفي ضوء ملاحظات وآراء

صدق البناء: للكشف عن دلالات صدق البناء للمقياس، طبق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (30) معلمة من مجتمع الدراسة ومن خارج عينتها، ثم تم حساب معاملات ارتباط الفقرة بالدرجة على البعد والدرجة الكلية على المقياس، حيث تراوحت قيم معاملات ارتباط الفقرات بأبعادها بين (0.81-0.49)، بينما تراوحت قيم معاملات ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية على المقياس بين (0.76-0.44) وجميعها ذات دلالة إحصائية، وتعتبر هذه القيم مقبولة للإبقاء على الفقرات حسب المعيار المشار إليه في عودة (2010) الذي يشير إلى الاحتفاظ بالفقرة التي يزيد معامل ارتباطها مع الدرجة الكلية على المقياس عن (0.20)، وبالتالي تكون المقياس بصورته النهائية من (35) فقرة موزعات إلى أربع أبعاد.

ثبات المقياس: لتقدير ثبات الاتساق الداخلي للمقياس وأبعاده؛ استخدمت معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) على بيانات التطبيق الأول للعينة الاستطلاعية، حيث بلغت قيمة ثبات الاتساق الداخلي للمقياس ككل (0.84)، وتراوحت قيم معامل ثبات الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس بين (0.79-0.76)، وبلغت قيمة معامل ثبات الإعادة للمقياس (ككل) بعد إعادة تطبيقه على العينة الاستطلاعية بفارق زمني قدره اسبوعان (0.86)، وتراوحت قيم معامل ثبات الإعادة لأبعاد المقياس بين (0.82-0.78) على التوالي، وتشير هذه القيم إلى تمتع المقياس بدرجة ثبات عالية.

تصحيح المقياس: تكون المقياس بصورته النهائية من (35) فقرة موزعات إلى أربعة أبعاد يُستجاب عليها وفق تدرج خماسي يشمل البدائل التالية: (بدرجة كبيرة جداً، وتعطى عند تصحيح المقياس 5 درجات، بدرجة كبيرة وتعطى 4 درجات، بدرجة متوسطة وتعطى 3 درجات، بدرجة قليلة وتعطى درجتين، بدرجة قليلة جداً وتعطى درجة واحدة) في حالة الفقرات ذات الاتجاه الموجب، ويعكس التدرج في حالة الفقرات ذات الاتجاه السالب وهي الفقرات (9، 12، 21-35)، وقد صنفت استجابات أفراد الدراسة إلى ثلاث فئات اعتماداً على الأوساط الحسابية الخاصة بالأداة، وهي: منخفض أقل من (2.34)، متوسط (2.34-3.67)، مرتفع أكثر من (3.67).

إجراءات الدراسة

- مراجعة الأدب النظري والدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة.
- بناء أدوات الدراسة بصورتها الأولية.
- التحقق من الصدق الظاهري لمقياسي الدراسة في صورتها الأولية.
- تحديد مجتمع وأفراد الدراسة، وهن أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي وأمهات الأطفال العاديين.
- التحقق من دلالات الصدق والثبات لمقياسي الدراسة في صورتها النهائية.

ثبات المقياس: لتقدير ثبات الاتساق الداخلي للمقياس، تم استخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) على بيانات التطبيق الأول للعينة الاستطلاعية، حيث بلغت قيم معامل ثبات الاتساق الداخلي للمقياس (0.81)، وتراوحت قيم ثبات أبعاد المقياس بين (0.80-0.77)، وبلغت قيمة معامل ثبات الإعادة للمقياس بعد إعادة تطبيقه على العينة الاستطلاعية بفارق زمني قدره اسبوعان (0.85)، وتراوحت قيم ثبات الإعادة لأبعاد المقياس بين (0.83-0.79)، وتشير هذه القيم إلى تمتع المقياس بدرجة ثبات عالية.

تصحيح المقياس: تكون المقياس بصورته النهائية من (28) فقرة موزعة إلى أربعة أبعاد يُستجاب عليها وفق تدرج خماسي يشمل البدائل التالية: (دائماً، وتعطى عند تصحيح المقياس 5 درجات، غالباً وتعطى 4 درجات، أحياناً وتعطى 3 درجات، نادراً وتعطى درجتين، مطلقاً وتعطى درجة واحدة)، حيث كانت جميع الفقرات ذات اتجاه الموجب، وقد صنفت استجابات أفراد الدراسة إلى ثلاث فئات اعتماداً على الأوساط الحسابية الخاصة بالأداة، وهي: منخفض أقل من (2.34)، متوسط (2.34-3.67)، مرتفع أكثر من (3.67).

ثانياً: مقياس الصحة النفسية

للكشف عن مستوى الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي وأمهات الأطفال العاديين، استخدمت الباحثتان مقياس الصحة النفسية الذي أعده الشريفين والشريفين (AI-Sharifin & Sharifin, 2014)، وقد تكون المقياس بصورته الأولية من (35) فقرة موزعة على أربعة أبعاد، وهي: الارتباط مع الذات، والارتباط مع الآخرين، ومواجهة مطالب الحياة، والسلامة النفسية. وللتحقق من صدق وثبات المقياس في الدراسة الحالية قامت الباحثتان بحساب الصدق والثبات باستخدام الأساليب الآتية:

صدق المقياس

الصدق الظاهري: تم التحقق من الصدق الظاهري للمقياس وأبعاده؛ بعرضه في صورته الأولية، على مجموعة محكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في مجال علم النفس التربوي، والإرشاد النفسي، والبالغ عددهم (8) محكمين، بهدف إبداء آرائهم حول دقة وصحة محتوى المقياس من حيث: درجة قياس الفقرة للبعد، وضوح الفقرات، الصياغة اللغوية، وإضافة أو تعديل أو حذف ما يروونه مناسباً من الأبعاد أو الفقرات.

وفي ضوء ملاحظات وآراء المحكمين، أجريت التعديلات المقترحة التي اتفق عليها أربعة محكمين فأكثراً، وبقيت فقرات المقياس بعد التحكيم (35) فقرة موزعات إلى أربعة أبعاد هي: الارتباط مع الذات وله (8) فقرات، والارتباط مع الآخرين وله (7) فقرات، ومواجهة مطالب الحياة وله (5) فقرات، والسلامة النفسية وله (15) فقرة.

المعالجات الإحصائية

للإجابة عن أسئلة الدراسة، تم استخدام برنامج (SPSS) لحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدعم الاجتماعي والصحة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة، كما تم استخدام تحليل التباين الثلاثي (3-way Anova) لدراسة أثر متغيرات (حالة الطفل، والفئة العمرية، والدخل الشهري) على الدعم الاجتماعي والصحة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة، كما تم حساب قيم معاملات ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) بين الدعم الاجتماعي والصحة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة.

نتائج الدراسة

يتناول هذا الجزء عرضاً للنتائج التي توصلت إليها الدراسة استناداً إلى ما تم طرحه من أسئلة استهدفت الكشف عن مستوى الدعم الاجتماعي وعلاقتها بالصحة النفسية لدى أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي وأمهات الأطفال العاديين، وفيما يلي عرضاً لما توصلت إليه الدراسة من نتائج.

أولاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الأول، والذي نص على: "ما مستوى الدعم الاجتماعي لدى أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي وأمهات الأطفال العاديين؟"

للإجابة عن هذا السؤال، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدعم الاجتماعي وأبعاده، مع مراعاة ترتيب الأبعاد تنازلياً وفقاً لمتوسطاتها الحسابية، كما هو مبين في الجدول (2).

الجدول (2)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدعم الاجتماعي وأبعاده لدى أمهات الأطفال مرتبةً تنازلياً وفقاً لمتوسطاتها الحسابية.

الرقم	البعد	أمهات الأطفال العاديين		أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	شبكة الدعم الاجتماعي	2.89	0.87	3.82	0.86
2	الدعم العاطفي	2.96	0.97	3.80	0.82
3	الدعم المادي	2.05	0.71	2.93	0.99
4	الدعم المعلوماتي	2.84	0.94	3.48	0.93
	الدعم الاجتماعي (ككل)	2.86	0.79	3.51	0.80

الرابعة. ولدى عينة أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي كان مستوى الدعم الاجتماعي ككل متوسطاً أيضاً، وجاءت جميع الأبعاد في المستوى المتوسط، وكانت على الترتيب الآتي: شبكة الدعم الاجتماعي في المرتبة الأولى، تلاه الدعم العاطفي في المرتبة الثانية، تلاه الدعم المعلوماتي في المرتبة الثالثة، تلاه الدعم المادي في المرتبة الرابعة، وكان المتوسط الحسابي للدعم الاجتماعي لدى

- توزيع مقياسي الدراسة على العينة من خلال رابط الكتروني عبر وسائل التواصل الاجتماعي.

- إدخال البيانات لذاكرة الحاسوب، ومن ثم استخدام المعالجات الإحصائية المناسبة، وفقاً لبرنامج (SPSS) للإجابة على أسئلة الدراسة، واستخلاص النتائج وتفسيرها.

متغيرات الدراسة

1- المتغيرات التصنيفية

- حالة الطفل، ولها فئتان: ليس لديه شلل دماغي، لديه شلل دماغي.

- الفئة العمرية ولها ثلاث فئات: 28 سنة فما دون، 29 إلى 45 سنة، 46 سنة فما فوق.

- الدخل الشهري، وله ثلاث فئات: أقل من 500 دينار، من 500 إلى 1000 دينار، أكثر من 1000 دينار.

2- المتغيرات التابعة

- الدعم الاجتماعي لدى أمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي وأمهات الأطفال العاديين

- الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي وأمهات الأطفال العاديين.

يتضح من الجدول (2) أن المستوى الكلي للدعم الاجتماعي لدى عينة أمهات الأطفال العاديين كان متوسطاً، وجاء مستوى أبعاد (شبكة الدعم الاجتماعي، الدعم العاطفي، الدعم المعلوماتي) متوسطاً، في حين جاء مستوى بعد (الدعم المادي) منخفضاً، وجاءت الأبعاد على الترتيب الآتي: الدعم العاطفي في المرتبة الأولى، تلاه شبكة الدعم الاجتماعي في المرتبة الثانية، تلاه الدعم المعلوماتي في المرتبة الثالثة، تلاه الدعم المادي في المرتبة

للإجابة عن هذا السؤال، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للصحة النفسية وأبعادها، مع مراعاة ترتيب الأبعاد تنازلياً وفقاً لمتوسطاتها الحسابية، كما هو مبين في الجدول (3).

أمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي أعلى من المتوسط الحسابي لدى أمهات الأطفال العاديين.

ثانياً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني، والذي نصّ على: "ما مستوى الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي وأمهات الأطفال العاديين؟"

الجدول (3)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للصحة النفسية وأبعادها لدى أمهات الأطفال مرتبةً تنازلياً وفقاً لمتوسطاتها الحسابية.

الرقم	البعد	أمهات الأطفال العاديين		أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	الارتياح مع الذات	3.56	0.84	2.30	1.01
2	الارتياح مع الآخرين	3.44	0.56	2.22	0.85
3	مواجهة مطالب الحياة	3.54	0.85	2.05	1.12
4	السلامة النفسية	3.17	0.87	2.24	0.83
	الصحة النفسية (ككل)	3.43	0.58	2.20	0.74

للصحة النفسية لدى أمهات الأطفال العاديين أعلى من المتوسط الحسابي لدى أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي.

ثالثاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث، والذي نصّ على: "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أمهات الأطفال على مقياس الدعم الاجتماعي تعزى لمتغير (حالة الطفل)، وتفاعلاته مع متغيرات (الفئة العمرية و الدخل الشهري)"

للإجابة عن هذا السؤال، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدعم الاجتماعي بدلالته الكلية وفقاً لمتغيرات الدراسة، كما هو مبين في الجدول (4).

يتضح من الجدول (2) أنّ المستوى الكلي للصحة النفسية لدى عينة أمهات الأطفال العاديين كان متوسطاً، وجاءت جميع الأبعاد في المستوى المتوسط، وكانت على الترتيب الآتي: الارتياح مع الذات في المرتبة الأولى، تلاه مواجهة مطالب الحياة في المرتبة الثانية، تلاه الارتياح مع الآخرين في المرتبة الثالثة، تلاه السلامة النفسية في المرتبة الرابعة، ولدى عينة أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي كان مستوى الصحة النفسية ككل منخفضاً، وجاءت جميع الأبعاد في المستوى المنخفض، وجاءت الأبعاد على الترتيب الآتي: الارتياح مع الذات في المرتبة الأولى، تلاه السلامة النفسية في المرتبة الثانية، تلاه الارتياح مع الآخرين في المرتبة الثالثة، تلاه مواجهة مطالب الحياة في المرتبة الرابعة. وكان المتوسط الحسابي

الجدول (4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدعم الاجتماعي بدلالته الكلية لدى أمهات الأطفال وفقاً لمتغيرات الدراسة.

المتغير	مستويات المتغير	أمهات الأطفال العاديين		أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الفئة العمرية	28 سنة فما دون.	2.72	0.76	3.70	0.66
	29 إلى 45 سنة.	2.70	0.89	3.56	0.85
	46 سنة فما فوق.	2.61	0.26	3.27	0.66
الدخل الشهري	أقل من 500 دينار.	2.98	0.80	3.79	0.84
	من 500 إلى 1000 دينار.	2.63	0.74	3.56	0.66
	أكثر من 1000 دينار.	2.42	0.69	3.17	0.63
	الكلي	2.68	0.79	3.51	0.80

من جوهرية الفروق الظاهرية؛ تم إجراء تحليل التباين الثلاثي (3-3) (way Anova)، كما هو مبين في الجدول (5).

يتضح من الجدول (4) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية للدعم الاجتماعي بدلالته الكلية لدى أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي وأمهات الأطفال العاديين، ناتجة عن اختلاف مستويات متغيرات (الفئة العمرية، الدخل الشهري) وبهدف التحقق

الجدول (5)

نتائج تحليل التباين الثلاثي للدعم الاجتماعي لدى أمهات الأطفال وفقاً لمتغيرات الدراسة.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة F المحسوبة	الدلالة الإحصائية
حالة الطفل	8.178	1	8.178	13.743	*0.000
الفئة العمرية	1.139	2	0.570	0.957	0.386
الدخل الشهري	4.069	2	2.035	3.419	*0.035
حالة الطفل × الدخل الشهري	4.378	2	2.189	3.679	*0.026
حالة الطفل × الفئة العمرية	1.467	2	0.733	1.232	0.294
الخطأ الكلي	122.590	205	0.595		
	141.821	214			

* دالة إحصائية على مستوى الدلالة (0.05).

إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطات الحسابية للدعم الاجتماعي لدى عينة الأمهات تعزى للتفاعل بين حالة الطفل والفئة العمرية. وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطات الحسابية للدعم الاجتماعي لدى عينة الأمهات تعزى لمتغير الدخل الشهري. وللكشف عن جوهرية الفروق بين المتوسطات الحسابية؛ فقد تم إجراء اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات البعدية المتعددة، كما هو مبين في الجدول (6).

يتضح من الجدول (5) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطات الحسابية للدعم الاجتماعي لدى عينة الأمهات تعزى لمتغير حالة الطفل. لصالح أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي. عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطات الحسابية للدعم الاجتماعي لدى عينة الأمهات تعزى لمتغير الفئة العمرية. وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطات الحسابية للدعم الاجتماعي لدى عينة الأمهات تعزى للتفاعل بين حالة الطفل والدخل الشهري. عدم وجود فروق دالة

الجدول (6)

نتائج اختبار (Scheffe) للمقارنات البعدية للدعم الاجتماعي لدى أمهات الأطفال وفقاً لمتغير (الدخل الشهري).

الدخل الشهري	أقل من 500 دينار	من 500 إلى 1000 دينار
الدعم الاجتماعي	3.394	3.102
Scheffe	*0.292	
من 500 إلى 1000 دينار		
أكثر من 1000 دينار	*0.593	*0.301

* دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05).

ويتضح أيضاً وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطات الحسابية للدعم الاجتماعي لدى عينة الأمهات تعزى للتفاعل بين حالة الطفل والدخل الشهري. ولتوضيح التفاعل تم إنشاء رسم بياني كما في الشكل (1).

يتضح من الجدول (6) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطات الحسابية للدعم الاجتماعي تعزى لمتغير (الدخل الشهري)، لصالح الأمهات من فئة الدخل الشهري (أقل من 500 دينار) مقارنة بالأمهات من فئة (أكثر من 1000 دينار). ولصالح الأمهات من فئة الدخل الشهري (أقل من 500 دينار) مقارنة بالأمهات من فئة (من 500 إلى 1000 دينار)، ولصالح الأمهات من فئة الدخل الشهري (من 500 إلى 1000 دينار) مقارنة بالأمهات من فئة (أكثر من 1000 دينار).

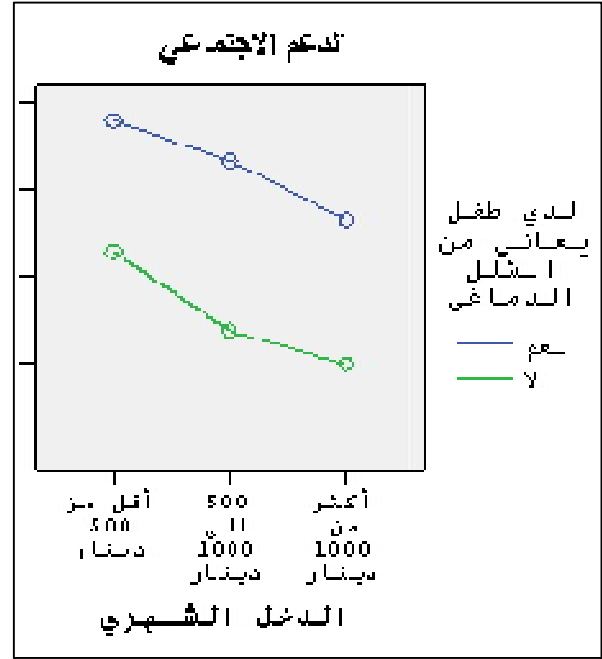
الشكل (1)

تفاعل رتبتي لمتغيري الدراسة (حالة الطفل والدخل الشهري) على مستوى الدعم الاجتماعي.

يتضح من الشكل (1) وجود تفاعل رتبتي بين متغيري الدراسة (حالة الطفل والدخل الشهري)، أي بمعنى أن مستوى الدعم الاجتماعي لأمهات أطفال الشلل الدماغي باختلاف مستويات الدخل الشهري أكبر من أمهات الأطفال العاديين.

رابعاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع، والذي نص على: "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أمهات الأطفال على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير (حالة الطفل)، وتفاعلاته مع متغيرات (الفئة العمرية والدخل الشهري)؟"

للإجابة عن هذا السؤال، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للصحة النفسية بدلالته الكلية وفقاً لمتغيرات الدراسة، كما هو مبين في الجدول (7).



الجدول (7)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للصحة النفسية بدلالته الكلية لدى أمهات الأطفال وفقاً لمتغيرات الدراسة.

المتغير	مستويات المتغير	أمهات الأطفال العاديين		أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الفئة العمرية	28 سنة فما دون	3.36	0.50	1.90	0.62
	29 إلى 45 سنة	3.42	0.59	2.29	0.80
	46 سنة فما فوق	3.52	0.62	2.42	0.41
الدخل الشهري	أقل من 500 دينار	3.23	0.56	2.00	0.78
	من 500 إلى 1000 دينار	3.26	0.59	2.20	0.45
	أكثر من 1000 دينار	3.80	0.56	2.42	0.56
الكلية		3.43	0.58	2.20	0.74

من جوهرية الفروق الظاهرية؛ تم إجراء تحليل التباين الثلاثي (3-way Anova)، كما هو مبين في الجدول (8).

يتضح من الجدول (7) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية للصحة النفسية بدلالته الكلية لدى أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي وأمهات الأطفال العاديين، ناتجة عن اختلاف مستويات متغيرات (الفئة العمرية، الدخل الشهري) ويهدف التحقق

الجدول (8)

نتائج تحليل التباين الثلاثي للصحة النفسية لدى أمهات الأطفال وفقاً لمتغيرات الدراسة.

الدالة الإحصائية	قيمة F المحسوبة	متوسط مجموع المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
*0.000	13.409	4.898	1	4.898	حالة الطفل
0.177	1.744	0.637	2	1.274	الفئة العمرية
*0.024	3.939	1.438	2	2.696	الدخل الشهري
*0.037	3.540	1.292	2	2.584	حالة الطفل × الدخل الشهري
0.058	2.895	1.057	2	2.115	حالة الطفل × الفئة العمرية
		0.365	205	75.252	الخطأ
			214	88.819	الكلية

* دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05).

للصحة النفسية لدى عينة الأمهات تعزى للتفاعل بين حالة الطفل والفئة العمرية. وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطات الحسابية للصحة النفسية لدى عينة الأمهات تعزى لمتغير الدخل الشهري. وللكشف عن جوهرية الفروق بين المتوسطات الحسابية؛ فقد تم إجراء اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات البعدية المتعددة، كما هو مبين في الجدول (9).

يتضح من الجدول (8) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطات الحسابية للصحة النفسية لدى عينة الأمهات تعزى لمتغير حالة الطفل، لصالح أمهات الأطفال العاديين. عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطات الحسابية للصحة النفسية لدى عينة الأمهات تعزى لمتغير الفئة العمرية. عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطات الحسابية

الجدول (9)

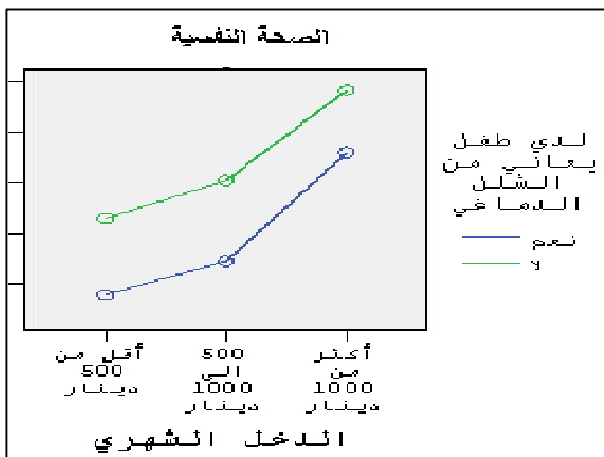
نتائج اختبار (Scheffe) للمقارنات البعدية للصحة النفسية لدى امهات الأطفال وفقاً لمتغير (الدخل الشهري).

الدخل الشهري	أقل من 500 دينار	من 500 إلى 1000 دينار	الصحة النفسية
Scheffe	2.623	2.731	
من 500 إلى 1000 دينار	-0.108	2.731	
أكثر من 1000 دينار	-0.491*	3.114	

* دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05).

الشكل (2)

تفاعل رتبتي لمتغيري الدراسة (حالة الطفل والدخل الشهري) على مستوى الصحة النفسية.



يتضح من الجدول (9) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطات الحسابية للصحة النفسية تعزى لمتغير (الدخل الشهري)، لصالح الأمهات من فئة الدخل الشهري (أكثر من 1000 دينار) مقارنة بالأمهات من فئة (أقل من 500 دينار)، ولصالح الأمهات من فئة الدخل الشهري (أكثر من 1000 دينار) مقارنة بالأمهات من فئة (من 500 إلى 1000 دينار).

ويتضح كذلك وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطات الحسابية للصحة النفسية لدى عينة الأمهات تعزى للتفاعل بين حالة الطفل والدخل الشهري. وتوضيح التفاعل تم إنشاء رسم بياني كما في الشكل (2).

العاديين، ولكن ضمن نفس المستوى من حيث التصنيف وهو على غير المتوقع:

ومن الممكن أن تفسر هذه النتيجة في ضوء تعريف الدعم الاجتماعي باعتباره مؤشراً على العلاقات الاجتماعية التي توفر لأعضائها مساعدة فعلية، أو تدمجهم في النظام الذي يعتقدون أنه يوفر لهم الحب والرعاية والإحساس بالارتباط مع الجماعة، وبالتالي فإن هناك عدد من المصادر التي من خلالها تستطيع الأمهات الحصول من خلالها على الدعم الاجتماعي مثل الأصدقاء، والزوج، والأهل، وغيرهم، وهذا ما قد يؤدي لأن يكون هناك تفاوت في مستويات الحصول على أبعاد الدعم الاجتماعي المختلفة مثل شبكة الدعم الاجتماعي، والدعم العاطفي والدعم المادي، ودعم المعلومات سواء أكان ذلك للأمهات الأطفال العاديين أو أمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي.

ومما يدعم ذلك التفسير التفاوت في مستويات الدعم الاجتماعي حيث كان الدعم العاطفي في المرتبة الأولى، والدعم المادي في المرتبة الأخيرة لدى أمهات الأطفال العاديين، وهذا قد يكون مؤشراً على وجود استقرار في النواحي الانفعالية مع الأفراد المحيطين، أما حصول البعد المادي على المرتبة الأخيرة هو إشارة إلى مدى الصعوبات الاقتصادية التي يعيش بها جميع أفراد المجتمع، وبالتالي فإن هناك صعوبة في إمكانية تقديم الدعم المادي بشكل كبير ولذلك ظهر مستوى الدعم المادي لدى أمهات الأطفال العاديين بشكل منخفض.

ومن الممكن أن يعزى حصول شبكة الدعم الاجتماعي لدى أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي على المرتبة الأولى نتيجة للجهود المبذولة في محاولة إقامة تجمعات خاصة بهذا الشريحة من الأمهات وبالتالي توفير الدعم والمساندة لبعضهن بعضاً وبالتالي قد يكون ذلك مبرر على حصول هذا البعد على المرتبة الأولى، أما حصول البعد المادي على المرتبة الأخيرة وبمستوى متوسط فقد يعود ذلك بسبب وجود حجم من الدعم المقدم للأسر ممن لديها أطفال من ذوي الشلل الدماغي إلا أن مصادر الدعم هذه قد تكون محدودة وبالتالي لم يظهر مستوى الدعم بالمستوى المرتفع.

إضافة إلى ما سبق، فقد يتم تفسير حصول الدعم الاجتماعي على مستوى متوسط لدى أمهات الأطفال العاديين وأمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي في ضوء معرفة أن الدعم الاجتماعي يقاس من خلال الدرجة التي تشبع فيها الحاجات الاجتماعية الأساسية للأمهات من خلال تفاعلهم مع الآخرين، ومن المعروف أن الأدب النفسي والتربوي يشير إلى أن هناك تفاوتاً في نسبة اشباع الحاجات وأن اشباع الحاجات لا يتم بنفس المستوى وبشكل دائم لذلك، ومع وجود مصادر مختلفة للدعم الاجتماعي، وتفاوت في مستويات الاشباع للحاجات المختلفة بسبب طبيعة العلاقة التي تربط الأمهات على اختلافهن مع هذه المصادر فهناك مصادر قد تعطي الحب والرعاية والاحساس أكثر من غيرها لذلك فإن طبيعة الارتباط مع هذه المصادر يختلف من أم لأخرى وبالتالي قد يكون هذا أحد

يلاحظ من الشكل (2) وجود تفاعل رتبي بين متغيري الدراسة (حالة الطفل والدخل الشهري)، أي بمعنى أن مستوى الصحة النفسية للأمهات الأطفال العاديين باختلاف مستويات الدخل الشهري أكبر من أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي.

خامساً: النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس، والذي نص على: "هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha=0.05)$ بين الدعم الاجتماعي والصحة النفسية لدى أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي وأمهات الأطفال العاديين؟"

للإجابة عن هذا السؤال، تم حساب قيم معاملات ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) بين الدعم الاجتماعي والصحة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة، كما هو مبين في الجدول (10).

الجدول (10)

قيم معاملات ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) بين الدعم الاجتماعي والصحة النفسية لدى أمهات الأطفال.

المؤشر	أمهات الأطفال العاديين	أمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي
حجم العلاقة	0.374*	0.535*
** مستوى العلاقة	ضعيفة	متوسطة

* دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05).

** تصنيفات قوة العلاقة الارتباطية (Napitupulu et al., 2018): ضعيفة جداً (0.00-0.199)، ضعيفة (0.20-0.399)، متوسطة (0.40-0.599)، قوية (0.60-0.799)، قوية جداً (0.80-1.00).

يتضح من الجدول (10) وجود علاقة ارتباطية موجبة ضعيفة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha=0.05)$ بين الدعم الاجتماعي والصحة النفسية لدى أمهات الأطفال العاديين بلغت قيمتها (0.374)، ووجود علاقة ارتباطية موجبة متوسطة القوة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha=0.05)$ بين الدعم الاجتماعي والصحة النفسية لدى أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي بلغت قيمتها (0.535).

مناقشة النتائج

أولاً: مناقشة نتائج السؤال الأول: أشارت نتائج هذا السؤال إلى أن المستوى الكلي للدعم الاجتماعي لدى عينة أمهات الأطفال العاديين كان متوسطاً، وجاء مستوى أبعاد (شبكة الدعم الاجتماعي، الدعم العاطفي، الدعم المعلوماتي) متوسطاً، في حين جاء مستوى بعد (الدعم المادي) منخفضاً. ولدى عينة أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي كان مستوى الدعم الاجتماعي ككل متوسطاً أيضاً، وجاءت جميع الأبعاد في المستوى المتوسط، وكان المتوسط الحسابي للدعم الاجتماعي لدى أمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي أعلى من المتوسط الحسابي لدى أمهات الأطفال

القدرة على مواجهة مطالب الحياة. ومن الممكن تفسير حصول أمهات الأطفال العاديين على مستوى متوسط من الصحة النفسية، وحصول أمهات أطفال ذوي الشلل الدماغي على مستوى منخفض من الصحة النفسية، في ضوء معرفة أن هناك العديد من المصادر المشترك التي تؤثر في الصحة النفسية للمرأة بشكل عام ويزداد تأثير هذه المصادر في حال وجود طفل ذوي إعاقة داخل البيت، فهنا قد تبدو قدرة أمهات الأطفال العاديين على عقد صلات اجتماعية تتميز بالأخذ والعطاء والتعاون والتسامح، أكثر من قدرة أمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي وهذا ما قد يتيح لهم التمتع بصحة العقل والجسم، وليس مجرد الغياب أو الخلو من أعراض المرض النفسي.

إن وجود طفل من ذوي الشلل الدماغي قد يؤدي إلى انخفاض مستويات الصحة النفسية لدى امهاتهم وهذا ما أكدت عليه نتيجة الدراسة الحالية وقد تفسر هذه النتيجة في ضوء معرفة أن هناك عدة مظاهر للصحة النفسية قد تظهر من خلالها وقد تعكس وجود اختلاف بين أمهات الأطفال العاديين وامهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي؛ فالتوافق الذاتي كأحد مظاهر الصحة النفسية يشير لقدرة الأم على التوفيق والموازنة بين رغباتها وواقعها وأهدافها وهذا ما قد يظهر لدى أمهات الأطفال العاديين بسبب غياب العديد من المسؤوليات المرتبة على وجود طفل معاق داخل الاسرة، وهذا قد ينعكس بآثاره على التوافق الاجتماعي من خلال قدرة الام ممن لديها طفل عادي على اقامة علاقات اجتماعية متوازنة مع الآخرين، تتصف بالمحبة والتعاون والتسامح، وهذا ما قد يتوافر لدى الأمهات ممن لديهن أطفال يعانون من شلل دماغي بسبب الوصمة الاجتماعية ونفور الأطفال الآخرين في بعض الأحيان من التفاعل مع هذا الطفل، الامر الذي قد يضاعف من حالة الإحباط لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من شلل دماغي، في حين أنه من الممكن أن يكون لدى الأمهات ممن لديهن أطفال عاديين قدرة أكبر على التعامل مع الإحباط الناتج عن الأزمات والشدائد وكل ما يعرقل أو يعيق حاجاتها، بعيداً عن ظهور السلوكيات غير المقبولة. إضافة إلى ذلك فإن الشعور بالطمأنينة والرضا والاستمتاع بالحياة قد يظهر بشكل أفضل لدى أمهات الأطفال العاديين وهو ما ينعكس بكثير من الأحيان على الاستقرار الاسري والكفاءة وهذا قد لا يكون متوفر بالقدر نفسه لدى الأمهات ممن لديهن أطفال يعانون من شلل دماغي الامر الذي قد ينعكس على مستويات الصحة النفسية لديهن. كما إن الضغوط النفسية التي قد تتعرض لها أمهات الأطفال ممن لديهم شلل دماغي قد تؤدي إلى تأثير سلبي في نوعية حياة الأمهات، فيصحن أكثر توتراً، وأن الضغوط الاجتماعية التي قد تتعرض لها اسرة الأطفال ذوي الشلل الدماغي وخاصة في غياب مصادر الدعم الاجتماعي قد تؤدي إلى انخفاض مستويات الصحة النفسية لدى الأمهات.

المصادر التي ساعدت في الحصول على مستوى متوسط للدعم الاجتماعي بشكل عام.

وإن النظر للدعم الاجتماعي باعتباره مجموعة من السلوكيات والتصرفات التي تساعد الأمهات اللواتي يعانين من ظروف ومشكلات حياتية صعبة، يدعم النتيجة التي تم التوصل إليها والتي تشير إلى ارتفاع مستوى الدعم الاجتماعي المقدم لأمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي مقارنة مع أمهات الأطفال العاديين وهذا ما يساعدهن على التكيف مع الظروف والاحداث والمشاكل المختلفة الناتجة عن وجود طفل من ذوي الشلل الدماغي. إن وجود طفل من ذوي الشلل الدماغي داخل الأسرة قد يؤثر في قدرة الأسرة على التركيز والضبط الانفعالي وقد يصبح التركيز لدى الأمهات على الاحداث التي تستنفد طاقتهن في متابعة اطفالهن، وتضعف قدرتهن على الصبر والتحمل، وهذا ما يدعم الحاجة لتقديم الدعم الاجتماعي لأمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغي.

وتختلف هذه النتيجة مع ما جاء في دراسة ففي دراسة أجراها سيفاراتنام وآخرون (Sivaratnam et al., 2021) وأظهرت النتائج انخفاض مستوى الدعم الاجتماعي المقدم لأمهات اطفال الشلل الدماغي.

ثانياً: مناقشة نتائج السؤال الثاني: أشارت نتائج هذا السؤال إلى أن المستوى الكلي للصحة النفسية لدى عينة أمهات الأطفال العاديين كان متوسطاً، وجاءت جميع الأبعاد في المستوى المتوسط، ولدى عينة أمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي كان مستوى الصحة النفسية ككل منخفضاً، وجاءت جميع الأبعاد في المستوى المنخفض. وكان المتوسط الحسابي للصحة النفسية لدى أمهات الأطفال العاديين أعلى من المتوسط الحسابي لدى أمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي. ومن الممكن تفسير هذه النتيجة في ضوء معرفة الأسباب المؤدية لانخفاض مستويات الصحة النفسية لدى الأمهات فالأمهات يتعرضن للعديد من مصادر الضغوط النفسية، وقد يعود ذلك إلى تنوع وتعدد الأدوار المناطة بها، وفي كثير من الأحيان قد تفوق الضغوط الناتجة عن أدوار المرأة قدرتها وإمكاناتها، فتعجز عن التكيف مع هذه الضغوط مستهلكة جهداً كبيراً وطاقته زائدة كبيرين سعياً وراء تحقيق الاستقرار والتكيف النفسي والأسري وهذا قد ينعكس سلباً على مستويات الصحة النفسية لديها.

وإن وجود طفل من ذوي الشلل الدماغي قد يؤثر سلباً في الحالة النفسية لدى الأسرة بشكل عام وعلى الام بشكل خاص لكونها هي المسؤولة المباشرة عن رعايته والاهتمام بها وتلبية حاجاته، وهذا ما قد يزيد من الحالة الانفعالية لدى الأمهات، وبالتالي يضعف التكامل لطاقتها ووظائفها المختلفة، وأن كثرة الضغوط النفسية المترتبة عليها قد يساعد في خلق حالة من عدم التوازن النفسي لدى أمهات أطفال ذوي الشلل الدماغي وهذا ما قد يؤدي لضعف التوافق مع أنفسهن ومع العالم الخارجي، وضعف

في ضوء اتساح الفروق بين الطفل ممن لده شلل دماغي واقترانه وسعي الأم في البحث عن الطرق التي من خلالها تستطيع ان تقلص الفجوة بينه وبين أقرانه.

وأشارت النتائج إلى وجود فروق تعزى لمتغير الدخل الشهري لصالح الأمهات ممن يقل دخلهن عن 500 دينار، وقد تبدو النتيجة منطقية، فالأسر بشكل عام سواء أكان لديها طفل يعاني من شلل دماغي أم لا ووصولها على هذا الدخل المنخفض في ضوء إرتفاع المستوى المعيشي وتصنيف هذا المستوى من الدخل تحت خط الفقر، وما يرافق ذلك من متطلبات معيشية مختلفة قد يدفع بالأمهات للبحث عن مصادر دعم اجتماعي مختلفة وخاصة المادي والتي أشارت النتائج بأنه في مستوى منخفض فقد تلجأ بعض الأمهات للأعمال المنزلية التي توفر لها الدخل لتلبية احتياجات الأسرة بشكل عام وما يضاعف من هذه المشكلة وجود طفل يعاني من شلل دماغي، الأمر الذي يترتب عليه التزامات مادية تزيد عن التزامات الأسر بالوضع الطبيعي لذلك فمن الطبيعي أن تزداد فرص البحث عن مصادر الدعم الاجتماعي المختلفة مع إنخفاض مستوى الدخل الشهري الذي قد لا يفي بتلبية الأساسيات المعيشية للأسرة.

ومن جانب آخر، أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية للدعم الاجتماعي لدى عينة الأمهات تعزى للتفاعل بين حالة الطفل والدخل الشهري، وهذا يعني وجود تفاعل رتبي بين متغيري الدراسة (حالة الطفل والدخل الشهري)؛ بمعنى أن مستوى الدعم الاجتماعي للأمهات أطفال الشلل الدماغي كان أعلى وفي جميع مستويات الدخل الشهري من مستوى الدعم الاجتماعي المقدم للأمهات الأطفال العاديين، وقد تبدو هذه النتيجة متوقعة حيث يؤثر وجود طفل يعاني من شلل دماغي في الأسرة بشكل عام والام بشكل خاص بغض النظر عن مستوى الدخل للأسرة، وذلك نتيجة لما تفرضه هذا الحدث من تحديات مختلفة تعاني منها الأسرة بشكل عام، كما أن مراحل الصدمة المختلفة التي تمر بها الأمهات هي مراحل مشتركة لا ترتبط بمستوى دخل معين؛ فمشاعر الإنكار، والشعور بالذنب والقلق والاكئاب جميعها مراحل تعاني منها الأمهات بغض النظر عن المستوى الاقتصادي لها للوصول أخيراً لتقبل الامر الواقع، وهذا يتطلب منها البحث بشكل مستفيض عن مصادر الدعم الاجتماعي المختلفة، وهنا قد تتفاوت حاجة الاسر تبعاً لمستوياتها الاقتصادية لأنواع الدعم فمنها ما قد يحتاج لدعم مادي والبعض قد يبحث بشكل اكبر عن دعم للحصول على المعلومات وهكذا الا أن المسيطر في النهاية هو الحاجة للدعم الاجتماعي من أجل ضمان تحقيق إعادة التوازن النفسي للأمهات بشكل خاص.

إن وجود مثل هذا النوع من الاعاقات قد يكون المحرك الأساسي لدى الأمهات للبحث عن الدعم الاجتماعي وهذا لا يعني بأن أمهات الأطفال العاديين ليس لديهم مصادر دعم اجتماعي إلا أن الواقع الاجتماعي والثقافي في البيئة الأردنية قد يسهم في تقديم

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما جاء في دراسة البيراك وآخريين (Albayrak et al., 2019) التي اشارت إلى إنخفاض في جودة النوم وجودة الحياة، وارتفاع مستوى الاكتئاب والألم، لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي مقارنة بأمهات باقي الأطفال، وأوصت الدراسة بأهمية تقديم الدعم الاجتماعي لتحسين الصحة النفسية لأمهات أطفال الشلل الدماغي. كما تتفق مع ما قام به فلروين وفندلر (Florian & Findler, 2001) التي أظهرت ان هناك فروق دالة احصائياً في تقدير الذات والصحة النفسية والتكيف والعلاقة الزوجية الناجحة لصالح أمهات غير المصابين مقارنة بأمهات المصابين بالشلل الدماغي.

ثالثاً: مناقشة نتائج السؤال الثالث: أشارت نتائج السؤال هذا إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية للدعم الاجتماعي لدى عينة الأمهات تعزى لمتغير حالة الطفل، لصالح أمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي. وقد تعزى هذه النتيجة لمحاولة الاهل بشكل عام والأمهات بشكل خاص ممن لديهم أطفال يعانون من شلل دماغي للبحث بشكل مستمر عن المراكز المتخصصة التي تقدم الدعم لهم ولكيفية التعامل مع مثل هذه الحالات فرعاية الأطفال ممن لديهم شلل دماغي يحتاج إلى جهد كبير وبحث عن الطرق السليمة في التعامل مع مثل هذه الحالات وذلك قد يكون بسبب الضغط النفسي والتوتر الناتج عن وجود مثل هؤلاء الأطفال داخل الاسرة؛ الأمر الذي قد يدفع بالأمهات للبحث عن مصادر دعم اجتماعي مختلفة للمساعدة في كيفية التعامل مع هؤلاء الأطفال وعبر المراحل النمائية المختلفة وخاصة في المراحل الأولى حيث البحث والتعلق في امل العلاج وتوفير فرص التعلم وغيرها من الحاجات التي تسعى الأمهات لإشباعها.

وتتفق هذه النتيجة مع ما جاء في دراسة لبي، ماثيوس، وبارك (Lee, Matthews & Park, 2019) التي اظهرت ارتفاع في الدعم الاجتماعي لدى أمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي.

ومن الممكن تفسير عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية للدعم الاجتماعي لدى عينة الأمهات تبعاً لمتغير الفئة العمرية. وعدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية للدعم الاجتماعي لدى عينة الأمهات تبعاً للتفاعل بين حالة الطفل والفئة العمرية إلى أن صدمة الام بإصابة ابنها بشلل دماغي قد يحدث حالة من الإحباط بغض النظر عن المرحلة العمرية للأمهات، وقد يعتمد ذلك على مستوى الدعم الاجتماعي المقدم من الزوج وأفراد الأسرة بشكل عام إضافة إلى ذلك فقد تظهر الام في حال إصابة احد أبنائها بالشلل الدماغي الحاجة للدعم الاجتماعي المباشر ومن جميع المصادر وخاصة في ضوء عدم تعرضها لمثل هذا الموقف في السابق، لذلك قد تسعى للبحث عن مصادر دعم مختلفة سواء من الأصدقاء أو الاهل أو مؤسسات المجتمع المحلي التي من الممكن أن توفر المعلومات الأساسية التي من خلالها تستطيع ان تتعرف على طرق التعامل مع طفلها وأن لا تشعر بالذنب نتيجة التقصير في هذا الجانب، وخاصة

لذلك فإن الاختلاف في مستويات الصحة النفسية قد يعود لما يصلون إليه من مستويات في تحقيق إنسانيتهم.

وتختلف هذه النتيجة مع جاء في دراسة فاديفيلين وآخرين (Vadivelan et al., 2020) التي اشارت إلى انه كلما تقدمت أم المصاب بشلل الدماغ في العمر واجهت صعوبات وتحديات أكبر في رعايته، كما تزيد الاوجاع والالام لديها بسبب النشاط البدني الذي تبذله في رعاية أبنها المريض.

كما أشارت النتائج لوجود فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية للصحة النفسية لدى عينة الأمهات تعزى لمتغير الدخل الشهري، لصالح الأمهات من فئة الدخل الشهري (أكثر من 1000 دينار)، وجود فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية للصحة النفسية لدى عينة الأمهات تعزى للتفاعل بين حالة الطفل والدخل الشهري، حيث وجود تفاعل رتبي بين متغيري الدراسة (حالة الطفل والدخل الشهري)، بمعنى أن مستوى الصحة النفسية للأمهات الأطفال العاديين على اختلاف دخلهن كان أعلى من مستويات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغى. وقد تكون هذه النتيجة منطقية إلى حد ما فالوضع الاقتصادي السيء الذي قد تعاني منه الأمهات قد يرتبط بعلاقة إيجابية بالاكئاب والقلق، وقد يرتبط المستوى الاقتصادي المنخفض بعلاقة عكسية بكل من الشعور بالسعادة والحرية والاستقلالية والقدرة على اتخاذ القرارات؛ فالدخل الاقتصادي المنخفض قد يحرم الأمهات من القدرة على التمييز الواعي لما يرغبن في قبوله أو رفضه بناء على ما يتناسب معها ومع شخصيتها، وعلى الرغم من ان الأطفال المصابين بالشلل الدماغى قد يكونون مصدر سعادة بالنسبة للوالدين الا ان احتياجاتهم الخاصة تزيد من الضغوط النفسية والجسدية والاقتصادية لديهم، تحديداً في الأسر ذات الموارد المالية المحدودة والتي لا تستطيع الحصول على كل مستلزمات الرعاية الجسدية والطبية التي يحتاجها الطفل المصاب (Jermaine et al., 2015).

خامساً: مناقشة نتائج السؤال الخامس: أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ضعيفة بين الدعم الاجتماعي والصحة النفسية لدى أمهات الأطفال العاديين، ووجود علاقة ارتباطية موجبة متوسطة القوة دالة إحصائياً بين الدعم الاجتماعي والصحة النفسية لدى أمهات الأطفال من ذوي الشلل الدماغى، من الممكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الفهم لأهمية الصحة النفسية للأمهات وتحديد امهات الاطفال ذوي الشلل الدماغى حيث يعتبر الدعم الاجتماعي من العوامل المؤثرة في زيادة الاحساس النفسى الايجابى في تقبل الحالة المرضية للطفل، فالدعم الاجتماعي الايجابى لامهات الاطفال المرضى من شأنه ان يساهم في رفع معنوياتها ويحسبها بالأمان، وهذا قد يساعد في تحقيق التكيف وبالتالي ينعكس ايجابيا على صحتها النفسية. فالعلاقات الاجتماعية التي تحصل الأمهات من خلالها على الدعم الاجتماعي توفر للأمهات الشعور بالأمان والطمأنينة بالإضافة إلى الاندماج الاجتماعي مع الآخرين ممن لهم

الدعم الاجتماعي للأسر المحتاجة وليس المقصود هنا بالحاجة المادية فقط بل الحاجة للمعلومات عن كيفية التعامل مع هذا النوع من الأطفال ممن يعاني من شلل دماغى بغض النظر عن مستوياتهم الاقتصادية، على الرغم من أن النتائج تشير إلى أن مستويات الدعم الاجتماعي لدى أمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغى، كانت ترتفع مع انخفاض مستوى الدخل الشهري، وهذا قد يكون منطقي حيث تبحث الأمهات زوات الدخل المحدود عن العديد من المراكز التي من الممكن ان تقدم الخدمات المختلفة لأطفالهن ممن يعانون من شلل دماغى وذلك بسبب أن الوضع الاقتصادي للأسرة قد يكون عائقاً أما توفير العديد من الخدمات الإضافية التي من الممكن أن تقدم لهؤلاء الأطفال ولكن تحتاج إلى قدره اقتصادية من جانب الأسرة.

رابعاً: مناقشة نتائج السؤال الرابع: أشارت نتائج هذا السؤال إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية للصحة النفسية لدى عينة الأمهات تعزى لمتغير حالة الطفل، لصالح أمهات الأطفال العاديين. وقد يعود ذلك لمستويات الضغط النفسي والاجهاد التي تتعرض لها الأمهات ممن لديهن أطفال ذوي شلل دماغى، ومن المتوقع أن مستويات الضغط النفسي التي قد تتعرض لها أمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغى قد تؤثر وبشكل واضح على مستويات الصحة النفسية لديهن، وخاصة في ظل وجود حالات شديدة من الإعاقة لدى بعض الأمهات، وما يرتبط بها من مطالب مالية إضافية والذي من الممكن أن تعجز الأسر عن توفيره، وهذا ما قد يؤثر في مستويات الإحساس بجودة الحياة والرفاه النفسي لدى الأمهات الامر الذي من الممكن ان يقود لأن تصبح الأمهات لهؤلاء الأطفال أقل قدرة على التوافق مع الذات والآخرين، ومواجهة مطالب الحياة وأكثر عرضة للعزلة والاكئاب.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة إيكير وتزون (Eker & Tüzün, 2004) التي وجدت ان الصحة النفسية لدى أمهات أطفال الشلل الدماغى جاءت منخفضة مقارنة بأمهات أطفال الحالات الصحية البسيطة الأخرى.

وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية للصحة النفسية لدى عينة الأمهات تعزى لمتغير الفئة العمرية، وعدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية للصحة النفسية لدى عينة الأمهات تعزى للتفاعل بين حالة الطفل والفئة العمرية (عمر الأم). ومن الممكن أن يعزى ذلك لأن مفهوم الصحة النفسية يركز على عدد من العناصر وهو نتاج لعدد من الظروف التي تكون الأمهات قد تعرضت لها منذ الصغر وما اكتسبته من مهارات مختلفة وخبرات حياتية متنوعة؛ فإذا اكتسبت الأمهات عادات تتلاءم مع ثقافة مجتمعها فهي في صحة نفسية سليمة، وإذا فشلت في اكتساب عادات تتناسب مع ما هو متعارف عليه في المجتمع ساءت صحتها النفسية بغض النظر عن العمر. وما يؤكد ذلك ما أشار إليه أصحاب الاتجاه الإنساني فالصحة النفسية لديهم تتمثل في تحقيق الإنسانية تحقيقاً كاملاً،

التوصيات

- بناءً على ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج؛ فإن الباحثين توصيان بالآتي:
- توفير الدعم الاجتماعي بكافة أنواعه تحديداً الدعم المادي للعائلات من ذوي الشلل الدماغي من خلال تخصيص مبالغ شهرية تصرف لهذه العائلات من وزارة التنمية الاجتماعية.
- عقد دورات وورش تدريبية للأمهات من ذوي الشلل الدماغي لتحسين مستوى الصحة النفسية لديهن وتدريبهن على أساليب مواجهة الحياة الضاغطة وطرق التكيف الصحيحة.
- ضرورة توفير أخصائيين نفسيين وإجتماعيين في المراكز والجمعيات المسؤولة عن متابعة الحالة الصحية لمرضى الشلل الدماغي بهدف متابعة الحالة الصحية والنفسية لمقدم الرعاية لهذا الطفل (الام والاب وغيرهم).
- إجراء مزيد من الدراسات والبحوث على أفراد هذه العينة من المجتمع واعطاءهم مزيداً من الاهتمام للتعرف على أبرز مشكلاتهم.

أهمية ودور في حياة الام، كما أن الدعم الاجتماعي يعزز من الشعور بتحمل المسؤولية تجاه الآخرين وهذا من شأنه أن يعزز من مستويات الصحة النفسية. إضافة إلى ذلك فمن الممكن تفسير النتيجة السابقة في ضوء معرفة الابعاد الأساسية التي يتكون منها مقياس الصحة النفسية المستخدم في الدراسة الحالية، فأحد ابعاده الرئيسية الشعور بالارتياح مع الآخرين (التكيف الاجتماعي) الذي يعكس قدرة الأمهات على التعايش مع البيئة الاجتماعية والعائلية، وهذا يمنحها القدرة على إقامة العلاقات الاجتماعية الناجحة التي من خلالها تستطيع الحصول على الدعم الاجتماعي بمختلف أشكاله. وهذا قد يساعد الأمهات مواجهة المشكلات وحلها، وتحمل المسؤوليات والواجبات، والالتزام بها. والتخطيط للمستقبل، وتجنب العشوائية. وإيجاد الحلول المناسبة عند ظهور مشكلة، أو في حالة الظروف الطارئة وهذه من المؤشرات الأساسية للصحة النفسية.

وتتفق النتائج الحالية مع دراسة لبي، ماثيوس، وبارك (Lee, Matthews & Park, 2019) التي أظهرت وجود ارتباط ايجابي بين ارتفاع الدعم الاجتماعي بشكل إيجابي مع نوعية الحياة الصحية لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي. كما تتفق مع ما جاء في دراسة مانويل وآخرين (Manuel et al., 2003) التي أشارت إلى ان الدعم الاجتماعي الايجابي يرتبط بانخفاض الأعراض الاكتئابية، واستنتجت الدراسة أن أمهات أطفال الشلل الدماغي يحتجن للدعم الاجتماعي لتحسين الصحة النفسية.

References

- Abed, Fayez Abdel Hadi. (2011). *The Psychology of Mood*. Dar Al-Safa for printing, publishing and distribution, Amman, Jordan.
- Aboutorabi, A., Arazpour, M., Bani, M. A., Saeedi, H. & Head, J. S. (2017). Efficacy of ankle foot orthoses types on walking in children with cerebral palsy: A systematic review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 60(6), 393-402.
- Abu Bakr, Iyad Fares. (2018). Social support and its relationship to life stresses among the wives of Palestinian prisoners, a case study: Jenin Governorate. *Journal of Al-Quds Arab Open University for Educational and Psychological Research*, 7(22), 14.
- Al-Asadi, Saeed Jassim & Saeed, Atawi Mohammed (2019). *Mental Health of the Individual and Society*. Dar Al-Radwan for Publishing and Distribution. Amman, Jordan. II.
- Albayrak, I., Biber, A., Çalıřkan, A. & Levendoglu, F. (2019). Assessment of pain, care burden, depression level, sleep quality, fatigue and quality of life in the mothers of children with cerebral palsy. *Journal of Child Health Care*, 23(3), 483-494.
- Alghamdi, E. (2020). Stress and coping strategies among saudi working women. *Effat Undergraduate Research Journal*, 1(1), 38-49.
- Alibakhshi, H., Azkhosh, M., Bahmani, B., Khanjani, M. S. & Mohammadi Shahboulaghi, F. (2021). Hope facilitators in parents with children suffering from cerebral palsy: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*.
- Al-Jubouri, Ali Kazem & Al-Jubouri, Karim Fakhri (2019). *Mental Health is An Applied Science*. Dar Al-Radwan for Publishing and Distribution. Amman, Jordan.

- Al-Khawaja, Abdul-Fattah Muhammad. (2009). *Basic Concepts in Mental Health and Counseling*. Future House for Publishing and Distribution. Ammaan Jordan.
- Al-Mashaqbeh, Muhammad Ahmad. (2018). *Mental Health of the Individual and Society*. University Theses House for Publishing and Distribution. Amman, Jordan.
- Al-Sharifin, Nidal & Ahmed, Al-Sharifin. (2014). Predicting mental health through some psychological, educational and demographic variables among Jordanian university students, King Khalid University. *Journal of Educational Sciences*, 21, 19-54.
- Al-Taani, A. (2015). *Perceived Social Support and Social Isolation in A Sample of Renal Failure Patients*. Unpublished Master's Thesis, Yarmouk University, Irbid, Jordan.
- Al-Tal, Amal Youssef & Qteishat, Nazik Abdel Halim (2009). *Mental Health Issues*. Treasures of scientific knowledge for publishing and distribution, Ammaan Jordan.
- American Academy of Pediatrics. (2003). Family pediatrics: Report of the task force on the family. *Pediatrics*, 111(2), 1541-1571.
- Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E., Vorstman, J. A. & Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 5(7), 591-604.
- Audeh, Ahmed. (2010). *Measurement and valuation in surgical procedures*. Irbid: Dar Al Amal
- Bognár, G. (2004). *Well-Being and Risk*. Doctoral Dissertation, Central European University, Budapest, Hungary.
- Branjerdporn, N., Crawford, E., Ziviani, J., Boyd, R. N., Benfer, K. & Sakzewski, L. (2021). Mothers' perspectives on the influences shaping their early experiences with infants at risk of cerebral palsy in India. *Research in Developmental Disabilities*, 113, 103957.
- Brik, Wissam Darwish Taima, Fawzi Shaker (2007). *Health Psychology*. Dar Al-Hamid for Publishing and Distribution, Amman, Jordan.
- Butcher, P. R., Wind, T. & Bouma, A. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of a child with a hemiparesis: sources of stress, intervening factors and long-term expressions of stress. *Child: Care, Health and Development*, 34(4), 530-541.
- Cohen, S. & McKay, G. (2020). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In: *Handbook of Psychology and Health*, IV(253-267), Routledge.
- Costa-Cordella, S., Arevalo-Romero, C., Parada, F. J. & Rossi, A. (2021). Social support and cognition: A systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 12, 452.
- Davis, E., Shelly, A., Waters, E., Boyd, R., Cook, K. & Davern, M. (2010). The impact of caring for a child with cerebral palsy: quality of life for mothers and fathers. *Child: Care, Health and Development*, 36(1), 63-73.
- Dieleman, L. M., Soenens, B., Prinzie, P., De Clercq, L., Ortibus, E. & De Pauw, S. S. (2021). Daily parenting of children with cerebral palsy: The role of daily child behavior, parents' daily psychological needs, and mindful parenting. *Development and Psychopathology*, 33(1), 184-200.
- Dodd, K., Imms, C. & Taylor, N. F. (Eds.). (2010). *Physiotherapy and Occupational Therapy for People with Cerebral Palsy: A Problem-Based Approach to Assessment and Management*. John Wiley & Sons.
- Downs, J., Blackmore, A. M., Epstein, A., Skoss, R., Langdon, K., Jacoby, P. & Cerebral Palsy Mental Health Group. (2018). The prevalence of mental health disorders and symptoms in children and adolescents with cerebral palsy: A systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 60(1), 30-38.
- Dreiling, E. A. (2015). *The Interrelationships among Perceived Parenting Styles, Psychological Entitlement and Subjective Well-Being*. University of Northern Colorado.
- Eker, L. & Tüzün, E. H. (2004). An evaluation of quality of life of mothers of children with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 26(23), 1354-1359.

- Florian, V. & Findler, L. (2001). Mental health and marital adaptation among mothers of children with cerebral palsy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 358-367.
- Galbraith, N., Boyda, D., McFeeters, D. & Hassan, T. (2021). The mental health of doctors during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Bulletin*, 45(2), 93-97.
- Gengoux, G., Zack, S. E., Derenne, J. L., Robinson, A., Dunn, L. B. & Roberts, L. W. (2020). *Professional Well-being: Enhancing Wellness among Psychiatrists, Psychologists and Mental Health Clinicians*. American Psychiatric Pub.
- Hassanein, E. E., Adawi, T. R. & Johnson, E. S. (2021). Social support, resilience and quality of life for families with children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 112, 103910.
- Honeycutt, A. A., Grosse, S. D., Dunlap, L. J., Schendel, D. E., Chen, H., Brann, E. & Homsy, G. (2003). *Economic Costs of Mental Retardation, Cerebral Palsy, Hearing Loss, and Vision Impairment*. Using survey data to study disability: results from the national health survey on disability. Emerald Group Publishing Limited.
- Jermaine, R., Elaine, W., Oliver, C., Mark, I. & Nina, S. (2015). Working conditions and wellbeing in UK social workers. *Journal of Social Workers*, 5(21), 1-15.
- Kaniasty, K. & Norris, F. H. (2008). Longitudinal linkages between perceived social support and posttraumatic stress symptoms: Sequential roles of social causation and social selection. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 21(3), 274-281.
- Kaya, K., Unsal-Delialioglu, S., Ordu-Gokkaya, N. K., Ozisler, Z., Ergun, N., Ozel, S. & Ucan, H. (2010). Musculo-skeletal pain, quality of life and depression in mothers of children with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 32(20), 1666-1672.
- Ketelaar, M., Volman, M. J. M., Gorter, J. W. & Vermeer, A. (2008). Stress in parents of children with cerebral palsy: what sources of stress are we talking about?. *Child: Care, Health and Development*, 34(6), 825-829.
- Keyes, C. L. & Lopez, S. J. (2009). Toward a science of mental health. *Oxford Handbook of Positive Psychology*, 89-95.
- Kimmel, PL. & Patel, SS. (2006). Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease. Focus on End-Stage Renal Disease Treated with Hemodialysis. *Seminars in Nephrology*, 26(1), 68-79. Doi:10.1016/j. Semnephrol. 2005. 06.01.
- Knifton, L. & Quinn, N. (Eds.). (2013). *Public Mental Health: Global Perspectives*. McGraw-Hill Education (UK).
- Krägeloh-Mann, I. & Cans, C. (2009). Cerebral palsy update. *Brain and Development*, 31(7), 537-544.
- Krigger, K. W. (2006). Cerebral palsy: an overview. *American Family Physician*, 73(1), 91-100.
- Lakey, B. & Cohen, S. (2000). *Social Support Theory and Measurement*.
- Lau, E. Y. H., Chan, K. K. S. & Lam, C. B. (2018). Social support and adjustment outcomes of first-year university students in hong kong: self-esteem as a mediator. *Journal of College Student Development*, 59(1), 129-134.
- Laurvick, C. L., Msall, M. E., Silburn, S., Bower, C., Klerk, N. D. & Leonard, H. (2006). Physical and mental health of mothers caring for a child with Rett syndrome. *Pediatrics*, 118(4), 1152-1164.
- Lee, M. H., Matthews, A. K. & Park, C. (2019). Determinants of health-related quality of life among mothers of children with cerebral palsy. *Journal of Pediatric Nursing*, 44, 1-8.
- Lima, M. B. S., Cardoso, V. D. S. & Silva, S. S. D. C. (2016). Parental stress and social support of caregivers of children with cerebral palsy. *Paidéia Ribeirão Preto*, 26, 207-214.
- Malawade, M. & Shaikh, T. S. (2020). Effectiveness of Vestibular Stimulation Training in Cerebral Palsy. *Medico Legal Update*, 20(2), 369-374.
- Manuel, J., Naughton, M. J., Balkrishnan, R., Paterson Smith, B. & Koman, L. A. (2003). Stress and adaptation in mothers of children with cerebral palsy. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(3), 197-201.

- McLaughlin, M. & Walker, W. (2011). Cerebral palsy—critical elements of care. *Seattle (WA): The Center for Children with Special Needs Seattle Children’s Hospital*.
- Nansy, M. (1994): The Decision-Making Process Leading to Marriage. *Dissertation Abstracts Inter National*, 55(10), 3331-3341.
- Oakley, A. (2018). *Social Support and Motherhood (Reissue): The Natural History of A Research Project*, Policy Press.
- Odding, E., Roebroek, M. E. & Stam, H. J. (2006). The epidemiology of cerebral palsy: incidence, impairments and risk factors. *Disability and Rehabilitation*, 28(4), 183-191.
- Parkes, J., Caravale, B., Marcelli, M., Franco, F. & Colver, A. (2011). Parenting stress and children with cerebral palsy: a European cross-sectional survey. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53(9), 815-821.
- Penedo, F. J., Antoni, M. H. & Schneiderman, N. (2008). *Cognitive-Behavioral Stress Management for Prostate Cancer Recovery Facilitator Guide*. Oxford University Press.
- People, H. (2018). Mental health. *Policy*.
- Portero, C. & Oliva, A. (2007). Social support, Psychological well-being and health among the elderly. *Educational Gerontology*, 1(33), 1053-1068.
- Rogers, A. & Pilgrim, D. (2021). *A Sociology of Mental Health and Illness 6e*. McGraw-Hill Education (UK).
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M., Bax, M., Damiano, D. & Jacobsson, B. (2007). A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Dev Med Child Neurol Suppl*, 109(suppl 109), 8-14.
- Ross, J. (2005). *I Can't Walk but I Can Crawl: A Long Life with Cerebral Palsy*. SAGE.
- Sajedi, F., Alizad, V., Malekhsoravi, G., Karimlou, M. & Vameghi, R. (2010). Depression in mothers of children with cerebral palsy and its relation to severity and type of cerebral palsy. *Acta Medica Iranica*, 250-254.
- Salima, Jarir. (2017). *Psychological Health. Treasures of Wisdom for Publishing and Distribution*, Algeria
- Saltzman, L. Y., Hansel, T. C. & Bordnick, P. S. (2020). Loneliness, isolation and social support factors in post-COVID-19 mental health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 12(S1), S55.
- Sawyer, M. G., Bittman, M., La Greca, A. M., Crettenden, A. D., Borojevic, N., Raghavendra, P. & Russo, R. (2011). Time demands of caring for children with cerebral palsy: what are the implications for maternal mental health?. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53(4), 338-343.
- Schwarzer, R., Knoll, N. & Rieckmann, N. (2004). Social support. *Health Psychology*, 158, 181.
- Segal, D. L., Qualls, S. H. & Smyer, M. A. (2018). *Aging and Mental Health*. John Wiley & Sons.
- Sivaratnam, C., Devenish, B., Howells, K., Chellew, T., Reynolds, K. & Rinehart, N. (2021). Risk factors for mental health difficulties in parents of children with cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychologist*, 1-18.
- Skok, A., Harvey, D. & Reddihough, D. (2006). Perceived stress, perceived social support, and wellbeing among mothers of school-aged children with cerebral palsy. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 31(1), 53-57.
- Taylor, S. E. (2011). *Social Support: A Review*.
- Teague, S. & Robinson, P. (2019). Violence: mental health, family, and media reporting. In *Mental Health Policy, Practice and Service Accessibility in Contemporary Society*. 134-154. IGI Global.
- Uchino, B. N. (2008). *Social Support and Physical Health*. Yale university press.
- Vadivelan, K., Sekar, P., Sruthi, S. S. & Gopichandran, V. (2020). Burden of caregivers of children with cerebral palsy: An intersectional analysis of gender, poverty. Stigma and public policy. *BMC Public Health*, 20, 1-8.
- Wadi, Alawia Saeeda & Al-Mahdi, Sumaya Khalifa. (2021). Social support and its relationship to the level of psychological depression among battered women in the southern governorates of Palestine. *Al-Quds Arab Open University Journal for Educational and Psychological Research*, 12(37), 1.

- Waite, L. J. (2018). Social well-being and health in the older population: moving beyond social relationships, In: *Future Directions for the Demography of Aging: Proceedings of a Workshop*. Washington DC: National Academies Press.
- Wang, Y., Huang, Z. & Kong, F. (2020). Parenting stress and life satisfaction in mothers of children with cerebral palsy: The mediating effect of social support. *Journal of Health Psychology*, 25(3), 416-425.
- Williamson, T. (2011). *Grouchy Old Men? Promoting Older Men's Mental Health and Emotional Well Being*. Working with Older People.
- Winnubst, J. (2018). Organizational structure, social support and burnout. In: *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*, 151-162. CRC Press.
- Yıldırım, M. & Tanrıverdi, F. Ç. (2021). Social support, resilience and subjective well-being in college students. *Journal of Positive School Psychology*, 5(2), 127-135.
- Yilmaz, H., Erkin, G. & İZKİ, A. A. (2013). Quality of life in mothers of children with Cerebral Palsy. *International Scholarly Research Notices*, 2013, Article ID 914738, 1-5.