

## السمات النفسية والمسئولية الاجتماعية لدى الأمهات ذوات الإعاقة وعلاقتها ببعض المتغيرات

د. دينا إبراهيم مصطفى

باحث وأستاذ زائر

معهد فلوريدا التكنولوجي

deena.moustafa@yahoo.com

د. شريفة بنت عبد الله الزييري

قسم التربية الخاصة- كلية التربية

جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن

saalzubaery@pnu.edu.sa

\*\*قدم هذا البحث بدعم من عمادة البحث العلمي بجامعة الأميرة بنت عبد الرحمن

\*\*The research was published with the support of the Deanship of Scientific Research,  
Princess Nourah bint Abdulrahman University.

## السمات النفسية والمسئولية الاجتماعية لدى الأمهات ذوات الإعاقة وعلاقتها ببعض المتغيرات

د. دينا إبراهيم مصطفى

باحث وأستاذ زائر  
معهد فلوريدا للتكنولوجيا

د. شريفة بنت عبدالله الزبيري

قسم التربية الخاصة- كلية التربية  
جامعة الأميرة نورة بنت عبدالرحمن

### الملخص

هدفت الدراسة إلى تحديد مستوى بعض السمات النفسية: (القلق، الاكتئاب، توهم المرض)، والفروق بينها وكذلك مستوى المسئولية الاجتماعية للأمهات ذوات الإعاقة وعلاقتها بالسمات النفسية موضع الدراسة. على عينة مكونة (٦١) من الأمهات اللاتي يعانين من عدد من الإعاقات هي: (الإعاقة الصحية المزمنة، الإعاقة السمعية، الإعاقة البصرية، الإعاقة الحركية، اضطرابات التواصل). وقد دلت النتائج على أن التوهم المرضي كان في المدى المتوسط، في حين كان مستوى الاكتئاب ومستوى القلق مرتفعين لدى عينة الدراسة من الأمهات ذوات الإعاقة. كما أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة في مستوى القلق لدى الأمهات ذوات الإعاقة البصرية وذوات الإعاقة السمعية لصالح الأمهات ذوات الإعاقة البصرية، وبين الأمهات ذوات الإعاقة البصرية وذوات الإعاقة السمعية لصالح الأمهات ذوات الإعاقة البصرية، ووجود فروق دالة في مستوى القلق لدى الأمهات ذوات الإعاقة الحركية والإعاقة الصحية لصالح الأمهات ذوات الإعاقة الحركية. كما دلت النتائج على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المسئولية الاجتماعية بين الأمهات ذوات الإعاقة باختلاف: نوع الإعاقة والعمر، ووجود خلفية وراثية وجود طفل ذي إعاقة. وكذلك عدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين متوسطات درجات أبعاد المسئولية الاجتماعية والسمات النفسية (القلق-الاكتئاب-التوهم المرضي) لدى الأمهات ذوات الإعاقة.

الكلمات المفتاحية: الأمهات ذوات الإعاقة، القلق، الاكتئاب، التوهم المرضي، المسئولية الاجتماعية.

## Psychological Traits and Social Responsibility among Mothers with Disabilities and its Relationship to some Variables

**Dr. Sharefa A Alzubairi**

Princess Nourah bint Abdulrahman  
University (PNU)

**Dr. Deena A Moustafa**

The visiting researcher (Professor)  
Florida Institute of Technology

### Abstract

The study aimed to determine the level of some psychological traits (anxiety, depression, hypochondriasis), differences between them as well as the level of social responsibility of mothers with disabilities and their relationship to the psychological traits under study. A sample of (61) mothers with disabilities are: chronic health, disability, hearing impairment, visual impairment, physical impairment, Communication Disorders. The results indicated that the hypochondriasis was in the middle term, while the level of depression and anxiety level was high among the study sample of mothers with different disabilities. The results of the study also indicated significant differences in the level of anxiety among mothers with visual and hearing disabilities in favor of mothers with visual impairment, and between mothers with visual impairment and health disability in favor of mothers with visual impairment. The results of the present study also indicated significant differences in the level of anxiety in mothers with motor disabilities and health disability in favor of mothers with motor disabilities. The results of the present study also showed that there are no statistically significant differences in social responsibility among mothers with disabilities according to the type of disability and age, the presence of genetic background and the presence of a child with a disability. As well as the absence of a significant correlation between the mean scores of the dimensions of social responsibility and psychological features (anxiety - depression - hypochondriasis) in mothers with disabilities.

**Keywords:** Mothers with disabilities, Anxiety, Depression hypochondriasis, Social responsibility.

## السمات النفسية والمسئولية الاجتماعية لدى الأمهات ذوات الإعاقة وعلاقتها ببعض المتغيرات

د. دينا إبراهيم مصطفى

باحث وأستاذ زائر  
معهد فلوريدا التكنولوجي

د. شريفة بنت عبدالله الزبيري

قسم التربية الخاصة - كلية التربية  
جامعة الأميرة نورة بنت عبدالرحمن

### المقدمة

تعد مسؤولية تربية الأبناء (الأبوة أو الأمومة) من أهم وأنبل المسؤوليات التي يقع على عاتقها تنشئة الأجيال، وتزداد هذه المسؤولية تعقيداً عندما يكون أحد الآباء يعاني من الإعاقة؛ نظراً لما يتعرض له ذوو الإعاقة من صراعات نفسية وتأثيرات اجتماعية متعددة ومتفاوتة من حيث المعاملة والتقبل أو درجة الحماية؛ مما قد يجعلهم أكثر شعوراً بالعجز عن مواجهة كثير من المواقف، وأكثر عرضة للضغط من الضغوط التي تفرضها الإعاقة من جهة والمجتمع من جهة أخرى. والمرأة هي نصف المجتمع، وهي اللبنة الأساسية في بناء الأسرة، والنواة لبناء المجتمع. لذا فالمرأة ذات الإعاقة هي جزء من هذا المجتمع ولها احتياجاتها النفسية والجسدية وعليها مسؤولياتها الاجتماعية.

تعاني المرأة ذات الإعاقة من صعوبات اجتماعية انفعالية بصورة مزدوجة مرةً بسبب إعاقته ومرةً أخرى بسبب الضغوط الاجتماعية المفروضة على المرأة بشكل عام، وهو ما يؤثر على مستوى الخدمات المقدمة لها سواء في مجال التعليم أو العمل أو الزواج (الريماوي، ٢٠٠٨)، كما يتأثر مستوى هذه الخدمات بمكانة المرأة في المجتمع وموقف المجتمع منها والذي ما زال يراوح بين الشفقة والعطف عليها من جهة والرفض والإهمال من جهة أخرى (سرطاوي، المهيري، الزيودي، عبادات، طه، ٢٠١٣). وتدعو حيدر (٢٠١٢) إلى إيلاء قضايا المرأة ذات الإعاقة اهتماماً خاصاً والعمل على توفير كل التسهيلات والخدمات اللازمة لتوفير حياة كريمة وآمنة لها، وذلك يكون بتضافر الجهود الدولية والمحلية والمنظمات الراعية للإعاقة والجمعيات الأهلية لتصل إلى الأهداف المطلوبة.

تعد الأمومة والأبوة أقصى ما توصل إليه العلم كحق أصيل للأشخاص ذوي الإعاقة (Kirshbaum, 2000)؛ ومن المتوقع أن تزيد ممارسة الأفراد ذوي الإعاقة لمجموعة واسعة

من خيارات نمط الحياة الطبيعي نتيجة الدمج الاجتماعي والحقوق المدنية والتقنيات الحديثة المساعدة على التكيف؛ وبالتالي زيادة عدد الآباء والأمهات من ذوي الإعاقة Preston، (2010)، إلا أنه على الرغم من وجود القوانين والتشريعات التي تهدف إلى حماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة؛ مازالت الكثير من المجتمعات لا ترى "الأمومة والأبوة" كحق أساسي للأفراد ذوي الإعاقة (Kirshbaum, 2000)، وما زال يوجد قلق لدى بعض المجتمعات حول إذا كانت الأم ذات الإعاقة قادرة على أن تهتم بما فيه الكفاية بأطفالها، وأن لديها ما يكفي من الموارد لتربية طفل يكون عضوا منتجا في المجتمع (Preston, 2010).

ومن جانب آخر فإنه رغم اهتمام الأدب التربوي في العقود الأخيرة بقضايا المرأة عبر العالم، إلا أننا نجد أن هنالك اهتماما محدودا بموضوع النساء ذوات الإعاقة، وانصبت العديد من الدراسات حول الإعاقة بشكل عام دون أن تتعمق في واقع الإعاقة والمشكلات الاجتماعية والاقتصادية والنفسية الناجمة عنها بالنسبة للمرأة ذات الإعاقة، فنجد دراسات تناولت أم الطفل ذي الإعاقة؛ فبحثت أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكئاب لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة (بخش، 2007)، كما تناولت حاجة أمهات الأطفال ذوي الإعاقة إلى الدعم والمساندة النفسية (Gupta & Singhal, 2005)، في حين بحثت دراسة أخرى الضغوط الوالدية التي تواجهها أمهات الأطفال ذوي الإعاقة (Barbosa, Chaud, & Gomes, 2008)، وأخرى تناولت الخجل الاجتماعي لدى أم الطفل ذي الإعاقة (Allala & Alzubairi, 2016)، والشعور بالمسؤولية الاجتماعية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة (عدلان، 2018)؛ إلا أن هناك ندرة في الدراسات التي تناولت الأم ذات الإعاقة ودورها في حياة طفلها بشكل مباشر؛ فالأم هي المؤسسة الأولى التي يتعامل معها الطفل ويكتسب منها العديد من مكونات شخصيته وطريقة تفاعله مع المجتمع؛ فإذا كانت الأم تعاني من احتياج خاص فإن ذلك من شأنه أن يؤثر عليها وعلى علاقتها بطفلها وطريقة تشبثه، كما أن إحساس الأم بوجود قصور ما أثناء تفاعلها مع طفلها قد يؤدي إلى اتساع مشكلتها وعدم السيطرة عليها، كما أغفلت معظم الدراسات دراسة المشكلات التي تواجهها الأم ذات الإعاقة وتؤثر عليها من الناحية النفسية وعلى دورها ومسؤولياتها الاجتماعية. ويبدو هذا الأمر أكثر وضوحاً في عالمنا العربي، حيث تندر الدراسات التي تعرضت لواقع الأم ذات الإعاقة.

وبالرغم من تطوير خدمات الدعم الأسري للأمهات ذوات الإعاقة؛ إلا أنه هناك بعض التحديات التي تواجه هؤلاء الأمهات للاحتفاظ بأبنائهن (Traustadottir, & Sigurjónsdóttir, 2008). كما أن المخاوف الرئيسية للأمهات ذوات الإعاقة كانت سلامة أطفالهن، وردود أفعال أبنائهن تجاه أهمهم ذات الإعاقة (Conley-Jung & Olkin, 2001)،

كما تظهر الشخصية العصابية بين النساء ذوات الإعاقة أكثر من الرجال ذوي الإعاقة (Papadopoulos, Montgomery, & Chronopoulou, 2013) وبالرغم من النقص الواضح في المعلومات والدراسات التي تناولت واقع الأم ذات الإعاقة في السعودية، إلا أن ذلك لا ينفي وجود تلك المشكلات التي تعكس الكثير من المعاناة التي تتعرض لها المرأة ذات الإعاقة، مما يشير إلى حاجة المجال إلى مثل هذه الدراسات فالأم ذات الإعاقة تواجه العديد من التحديات والضغوط؛ وهو ما تحاول هذه الدراسة إلقاء الضوء عليه.

وتعد المواقف المحدثة للضغوط النفسية أو التغيرات الحياتية الناجمة عن الإعاقة مؤثرا بارزا على نظام الأسرة ووظائفها، ولا ترتبط للضغوط النفسية بالموقف المحدث لها بقدر ما ترتبط باستجابة الأسرة وكيفية تقييمها لها، ولما كان من أبرز المؤشرات على الضغوط النفسية هي: الاكتئاب والانسحاب الاجتماعي والحالة الانفعالية والمشكلات في العلاقات الزوجية والصراعات الأسرية؛ وتقاس تلك الضغوط من خلال مستوى حدوث هذه المؤشرات (الحديدي، والخطيب، ١٩٩٦). وقد وجدت بعض الدراسات معاناة الأشخاص ذوي الإعاقة من عدد من المشكلات الاجتماعية والنفسية تمثلت بالقلق والاكتئاب والعزلة والاعتمادية (العلي، ٢٠١٠؛ الريماوي، ٢٠٠٨؛ أبو الهدى، ٢٠١١؛ العواودة، ٢٠١٢)، وأن هذه المشكلات ليست نتيجة الإعاقة وإنما نتيجة ما تعنيه هذه الإعاقة من معنى لذوي الإعاقة (إبراهيم، ١٩٨٩)، كما ترتبط هذه المشكلات بالبيئة التي يعيش فيها الأشخاص ذوي الإعاقة (سرطاوي وآخرون، ٢٠١٣). ويعتمد التكيف الاجتماعي لذوي الإعاقة وسواؤهم النفسي على مدى تقبل المحيطين لهم من أسرة وأقران ومجتمع (حلاوة وعبدالكريم، ٢٠١٢).

تعيش المرأة ذات الإعاقة تحديات أكثر من الرجل ذي الإعاقة، فالمجتمع ينظر إلى المرأة عموما نظرة تختلف عن النظرة التي يحملها للرجل؛ فالمطلوب منها ليس فقط خدمة نفسها والقيام بحاجاتها، بل أن تقوم بالعناية بمن حولها، وأحيانا تقوم بكل أعباء البيت وخدمة جميع أفراد الأسرة (حيدر، ٢٠١٢)، كما أنه قد يعدها المجتمع غير قادرة على القيام بخدمة أسرتها، وأن الإعاقة عائقا لإنجاب الأطفال، أو لأنها غير قادرة على خدمة أطفالها كما يرغب المجتمع (Hanna & Rogovsky, 1991).

ومن جانب آخر يرى عثمان (١٩٩٣) أن أهمية المسؤولية الاجتماعية تكمن في أنها تجعل الفرد عنصرا فعالا في المجتمع بعيدا عن كل الجوانب السلبية واللامبالاة، مهتما بمشكلات غيره من الناس اهتماما يحفزهم للمساهمة الفعلية في حلها، كما تجعل الفرد متقبلا وواعيا للتغيرات التي تحدث من أجل التنمية والتقدم في النظم والمؤسسات. إلا أن بعض العوامل

الاجتماعية/الثقافية تجعل النساء ذوات الإعاقة أكثر عرضة للتمييز المباشر وغير المباشر؛ وهو ما قد يؤدي إلى انخفاض مستوى المشاركة الاجتماعية؛ وبالتالي انخفاض التوقعات وسوء الفهم الذاتي، مما يعيقهم من بعض المسؤوليات العادية، في حين هي قادرة على أداء وظيفتها بوصفها زوجة وشريكة. مما يؤثر على المسؤولية الاجتماعية لديها (Hanna & Rogovsky, 1991)، حيث تمثل المسؤولية الاجتماعية أهمية كبرى في كل مراحل الحياة، وهي قضية تربوية واجتماعية وأخلاقية ملحة، وذلك في ظل التغيرات الحياتية، والتطورات العلمية والتكنولوجية الهائلة (عدلان، ٢٠١٨).

لذا فإن شعور الأم ذات الإعاقة بضغط الحياة من حولها عادة ما يعرضها وأسرتها لمجموعة من المتغيرات والخبرات النفسية التي قد تكون سمات لها تؤثر على مسؤوليتها الاجتماعية؛ لذا فإن الدراسة الحالية تسلط الضوء على بعض السمات النفسية والمسؤولية الاجتماعية للأم ذات الإعاقة في محاولة للكشف عن العلاقة بين نمط السلوك وبعض متغيرات الشخصية ذات الدلالة التشخيصية وهي القلق والاكتئاب والتوهم المرضى، وكذلك التعرف على تأثير الإعاقة على المسؤولية الاجتماعية للأمهات التي يعانين منها؛ ومن ثم تحديد أبرز الاحتياجات النفسية والاجتماعية بهدف تحديد البرامج الإرشادية والتوجهات العلاجية اللازمة للأم ذات الإعاقة وصولاً لمزيد من التكيف النفسي والاجتماعي.

وفق تقرير "مسح ذوي الإعاقة ٢٠١٧" تمثل الإعاقة (١, ٧٪) من نسبة السكان السعوديين، ونسبة الإناث ذوات الإعاقة منها (٤, ٣٪)، وكانت النسبة الأعلى للآتي يعانين من إعاقات حركية بنسبة (٢, ٣٩٪)، يليها اللاتي يعانين إعاقات بصرية بنسبة (٥, ٢٤٪) من إجمالي نسبة ذوات الإعاقة في المملكة العربية السعودية. وحسب الحالة الزوجية فإن النسبة الكبرى كانت لمن لم يسبق لهن الزواج (٢, ٤٣٪)، وتليها نسبة ذوات الإعاقة المتزوجات (٢, ٢٦٪)، و(٧, ٢٤٪) الأرمال، و(٨, ٥٪) المطلقات (الهيئة العامة للإحصاء، ٢٠١٧).

ونظراً لندرة الدراسات أو المعلومات المتعلقة بنسبة الآباء والأمهات ذوي الإعاقة في جميع أنحاء العالم، فإن استخدام بعض الإحصائيات والبيانات الواردة من داخل الولايات المتحدة ليس بالضرورة دعوة للتعميم على المجتمعات الدولية الأخرى؛ إلا أن هذه النسب قد تعطي مؤشراً تقريبيًا، فتقدر إحصائيات مكتب الصحة والخدمات البشرية بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٢) أن (١٥٪) من الآباء والأمهات للأطفال دون سن (١٨) يعانون من الإعاقة، وأن نسب الإباء والأمهات ذوي الإعاقة كالتالي: (٢٦٪) يعانون من إعاقات جسدية، و(٢٤٪) من ذوي الإعاقة النفسية، و(١٦٪) من ذوي الإعاقة الإدراكية، و(٤٠٪) من الإعاقات الحسية (Preston, 2010).

وتتمثل أبرز المشكلات التي يعاني منها الآباء والأمهات من ذوي الإعاقة في: نقص الدعم الاجتماعي، والوضع الاقتصادي المتدني، والافتقار إلى معرفة مهام الأبوة والأمومة، وكيفية التعامل مع السلوك المشكل للأطفال، وكذلك الافتراضات الخاطئة حول قدرات الأبوة والأمومة لديهم، بالإضافة إلى عوامل الخطر التي قد تؤدي إلى فقدان حضانه أطفالهم (Kirshbaum, Traustadottir, & Sigurjónsdóttir, 2008)، (2000)، ويضيف بطاينة ومقابلة (2004) أن المشكلات النفسية والاجتماعية التي يواجهها الأفراد ذوي الإعاقة المتزوجين كانت أكبر من غير المتزوجين (Traustadottir, & Sigurjónsdóttir, 2008; Kirshbaum 2000) ومن جانب آخر أظهرت بعض استطلاعات الرأي أن المرأة ذات الإعاقة كانت عرضة بشكل أكثر لاحتمال البقاء بدون زواج، ومواجهة المشاكل الزوجية المتعلقة بإعاقاتهم التي قد تؤثر على الاستمرارية في العلاقة الزوجية، أو البقاء في علاقة زوجية سيئة خوفا من فقدان حضانه أطفالهن (Conley- Hanna & Rogovsky, 1991; Hanna & Rogovsky, 1991) (Jung, Olkin, 2001); كما أن المجتمع العربي يدعم بشكل أكبر حق الرجل في الزواج وتكوين أسرة والحصول على امرأة سليمة تهتم به مهما كانت درجة ونوع ومستوى إعاقته. أما المرأة ومهما كانت درجة إعاقته فإن هذه الإعاقة تقلل من فرصها بالزواج (حيدر، 2012).

وترى حنا وروجوفسكي (Hanna & Rogovsky 1991) أن المرأة ذات الإعاقة تقع داخل مثلث من العلاقات الأكثر تعقيدا بين عوامل ثلاثة هي: (النظام الثقافي/ الاجتماعي القائم، والمشاركة الاجتماعية، وتدني مفهوم الذات) وكل عامل يؤثر على الآخر في شبكة معقدة من السببية المتصلة، وعلى ضوءه تظهر النساء ذوات الإعاقة عزلة وسلبية أكثر من الرجال، وانخفاض في التكيف الاجتماعي وفي مفهوم الذات (موسى وسليمان، 2010). كما تواجه النساء ذوات الإعاقة بالإضافة إلى إعاقتهن موقفا اجتماعيا هو: التحيز الجنسي كونها امرأة، والصورة الاجتماعية السائدة للمرأة ذات الإعاقة وعدم توقع دور أكبر لها في المشاركة الاجتماعية مثل التدريس والطب والأمومة (حيدر، 2012)، وتضيف الريموي (2008) أن النساء ذوات الإعاقة أكثر تعرضاً للصعوبات الانفعالية الاجتماعية في مراحل عمرها المختلفة، فهي تشترك في ما تواجهه النساء جميعاً من مشكلات، إضافة إلى أنهن يواجهن صعوبات خاصة بهن والتي من أهمها الحرمان من فرص التعليم والتأهيل والإرشاد والتدريب والعمل ومحدودية فرص الزواج والاندماج الاجتماعي ومحدودية الخدمات الصحية، إضافة إلى الفقر وسوء التغذية وسوء المعاملة.



ولعل أبرز المشكلات الاجتماعية للمرأة ذات الإعاقة في منطقة الخليج العربي هي: التخوف من ندرة فرص الزواج المتاحة أمام الفتاة ذات الإعاقة، ومن قدرتها على مواجهة أي مشكلات مستقبلية في الزواج، وتدني فرص المشاركة الاجتماعية في مختلف المجالات بسبب وجود اتجاهات سلبية يحملها المجتمع نحو المرأة ذات الإعاقة، وعدم توفر وعي مجتمعي بقدرات المرأة ذات الإعاقة والتركيز على جوانب القصور البدني أو الحسي الذي تعاني منه، بالإضافة إلى مشكلات الحصول على تعليم مناسب والالتحاق بوظيفة (سرطاوي وآخرون: ٢٠١٢).

ويعرّف جروسنكل (Grossnickle 1992) المسؤولية الاجتماعية بأنها تقدير الفرد لقيّمته وأهميته، واتصافه بالصفات اللازمة حتى يكون مسؤولاً عن نفسه ويتصرف بمسئوليته تجاه الآخرين للقيام بالواجبات الملقاة على عاتقه، والمتوقع منه القيام بها تجاه نفسه وأسرته. وتري عدلان (٢٠١٨) إن المسؤولية الاجتماعية تعني تحمل الشخص لتصرفاته وإدراكه لأفعاله، وأن يكون الشخص لديه همة داخلية تجعله يقوم بواجبه دون الرجوع إلى الآخرين، وهي سبب من أسباب نجاح الجماعة حيث يسهل قيامها بواجباتها سواء كانت هذه الجماعة أسرة أو غيره. ويحدد عثمان (١٩٩٣) عناصر المسؤولية الاجتماعية في التالي:

١. الاهتمام (Concern): وهو الارتباط العاطفي بالجماعة التي ينتمي إليها الفرد، ذلك الارتباط الذي يخالطه الحرص على استمرار تقدمها وتماسكها وبلوغها أهدافها، والخوف من أن تصاب بأي عامل أو ظرف يؤدي لإضعافها أو تفككها.
٢. الفهم (Understanding): هو فهم الفرد للجماعة في حالتها الحاضرة ونظمها وعاداتها، وقيمها ووضعه الثقافي، وكذلك أن يدرك الفرد أثار أفعاله وتصرفاته وقراراته على الجماعة.
٣. المشاركة (Participation): هي اشتراك الفرد مع الآخرين في عمل ما حسب اهتمامه وفهمه لهذا العمل، ومساعدة الجماعة في حل مشكلاتها والوصول إلى أهدافها.

وفيما يتعلق بالدراسات السابقة نجد أن عددا قليلا من الدراسات تناولت الأم ذات الإعاقة بشكل مباشر فقد بحثت دراسة تروستورد وسيقورجتورد & Traustadottir, (2008) دور أفراد الأسرة الممتدة في مساعدة الأمهات من ذوات الإعاقة العقلية في تربية أبنائهن، وذلك بدراسة ثلاثة أجيال من الأمهات ذوات الإعاقة العقلية وأطفالهن على مدى (١٩٥٠-٢٠٠٥)، وتكونت العينة الأساسية من (١٨) أمّا. تم جمع البيانات من خلال الملاحظة بالمشاركة وإجراء المقابلات مع الأمهات وأطفالهن وأفراد الأسرة الممتدة. وقد أظهرت نتائج الدراسة أنه بالرغم من تطور الخدمات الرسمية خلال تلك السنوات وخاصة خدمات الدعم الأسري؛ إلا أنه ما زال هناك تحديات تواجه هؤلاء الأمهات متعلقة بالاحتفاظ

بأبنائهن. كما توجهت دراسة كونلي-جونق وأوكلين (Conley-Jung; & Olkin, 2001) إلى دراسة المخاوف لدى الأمهات الكفيفات، وتكونت العينة من (٤٢) أمًا، وأظهرت النتائج أنه لا توجد علاقة بين مستوى الإعاقة لدى الأم ورعاية الأطفال، وكانت المخاوف الرئيسية للأمهات الكفيفات هي سلامة الأطفال والوقت اللازم لاستيعابهم أن أهمهم من ذوات الإعاقة ووردود الأفعال تجاه ذلك.

ومن جانب آخر تناولت بعض الدراسات الأخرى المشكلات والصعوبات التي تواجه النساء ذوات الإعاقة دون تحديد ما إذا كن أمهات؛ فقد بحثت دراسة سرطاوي ورفاقه (٢٠١٢) المشكلات التي تواجه المرأة ذات الإعاقة في دولة الإمارات العربية المتحدة، تمثلت العينة في (١٥٠) من النساء ذوات الإعاقة و(١٥٠) من النساء العاديات تم تطبيق عليهن استخدام استبيان لتحديد المشكلات، بالإضافة إلى إجراء المقابلة المقننة مع (٢٨) من أولياء أمور الفتيات ذوات الإعاقة. وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق في المشكلات التي تواجه المرأة ذات الإعاقة تبعاً لنوع الإعاقة، ولشدة الإعاقة لصالح الإعاقة الشديدة، وللمستوى التعليمي لصالح حملة المؤهل الأقل، وللحالة الاجتماعية لصالح العزباء، كما وجدت فروق دالة في المشكلات لصالح المرأة ذات الإعاقة مقابل العادية. أما دراسة الريماوي (٢٠٠٨) فقد هدفت إلى الكشف عن الصعوبات الاجتماعية/الانفعالية التي تواجه المرأة ذات الإعاقة باستخدام مقياس من إعداد الباحثة. تكونت العينة من (٢٠٠) امرأة من ذوات الإعاقات البصرية، السمعية، الحركية. وجاءت نتائج الصعوبات الاجتماعية/الانفعالية بالترتيب: القلق، فالإكتئاب، فالعزلة، فالاعتمادية. كما كانت الفروق دالة في جميع الصعوبات لصالح ذوات الإعاقة الحركية، بالإضافة إلى وجود فروق دالة في بعد القلق لصالح ذوات الإعاقة السمعية، وعلى بعد الاعتمادية لصالح ذوات الإعاقة البصرية. كما هدفت دراسة الرميح (١٩٩٧) إلى التعرف على التوافق النفسي لدى المبصرات والكفيفات، وتكونت عينة الدراسة من (٦٦) فتاه كفيفة، واستخدمت الباحثة مقياس التوافق للطلبة لهيو بل. أظهرت النتائج وجود فروق بين المبصرات والكفيفات في أبعاد إحساس المراهق بقيمته، وتحرر المراهق من الميل إلى الانفراد، والدرجة الكلية للتوافق الشخصي، وعلاقة المراهق بأسرته، وعلاقة المراهق بالمدرسة، لصالح الكفيفات. أما دراسة إبراهيم (١٩٨٩) فبحثت الاغتراب لدى (٧٠) من الكفيفات، وعبرت عن الاغتراب بأبعاد هي الرفض والعجز والعزلة والتشاؤم واللامعنى؛ وذلك باستخدام مقياس الاغتراب من إعداد الباحثة، وقد أظهرت النتائج فروقاً ذات دلالة بين الكفيفات والمبصرات في درجة الشعور بالاغتراب لصالح الكفيفات، كما أظهرت النتائج أن أكثر أبعاد الاغتراب

حدة لدى الكفيفات هو الرفض يليه العجز ثم التشاؤم فالعزلة وأخيرا اللامعنى، وقد فسّرت إبراهيم (١٩٨٩) هذه النتيجة أن الاغتراب يتشكل تبعا للظروف النفسية والبيئية المحيطة بكل فرد.

في حين توجهت دراسات أخرى إلى دراسة المقارنة بين الذكور والإناث من ذوي الإعاقة في بعض السمات النفسية والاجتماعية؛ فقد عملت دراسة بابادوبولس ورفاقه (Papadopoulos et al, 2013) على استكشاف الفروق في سمات الشخصية بين ذوي الإعاقة البصرية، والمبصرين، وأظهرت النتائج أن الأفراد الذي يعانون من ضعف البصر كانوا أقل انبساطاً وأكثر عصابية، وعلاوة على ذلك تظهر الشخصية العصابية بين النساء ذوات الإعاقة البصرية أكثر من الرجال ذوي الإعاقة البصرية. أما دراسة موسى وسليمان (٢٠١٠) فقد بحثت العلاقة الارتباطية بين مفهوم الذات الاجتماعي والتكيف النفسي والاجتماعي لدى (٨٥) كفيفاً وكفيفة. وتم استخدام لذلك (٢) مقاييس: مفهوم الذات الاجتماعي والتكيف النفسي والاجتماعي من إعداد الباحثان. وقد توصلت الدراسة أن مستوى مفهوم الذات الاجتماعي والتكيف الاجتماعي والتكيف النفسي لدى الرجال المكفوفين أعلى منه لدى الإناث الكفيفات، كما توجد علاقة ارتباطية بين مفهوم الذات الاجتماعي والتكيف الاجتماعي من جهة والتكيف النفسي من جهة أخرى لدى عينة الإناث الكفيفات. وأجرت الشحروري (١٩٩٤) دراسة هدفت إلى معرفة المشكلات السلوكية لدى ذوي الإعاقة البصرية في مدارس التربية الخاصة وتكونت العينة من (١٤٩) طالباً وطالبة واتضح من نتائج الدراسة أن أبرز المشكلات السلوكية هي: الحساسية الزائدة والسلوك الاعتمادي وسلوك الشرود والتشتت وسلوك التشكيك والشعور بالقلق، والانسحاب من المشاركة الاجتماعية، كما وجدت فروقاً دالة بين الجنسين على بعد السلوك النزق والقلق ولصالح الإناث. كما درس المطيري (٢٠٠٥) العلاقة بين مستوى القلق ومتغيرات العمر، والجنس، والتحصيل الدراسي لدى المكفوفين، تكونت عينة الدراسة من (٢٥) كفيفاً، (٢٥) كفيفة. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن نسبة الأفراد الذين حصلوا على درجات متوسطة من القلق كانت (٦٢٪)، كما تبين أن (٢٠٪) من عينة الدراسة لديهم مستوى منخفض من الإحساس بالقلق، أما بالنسبة لفئة الأفراد ذوي القلق المرتفع فقد بلغت نسبتهم (١٨٪)، كما أشارت النتائج أن هناك فروقاً في مستوى القلق لدى الطلاب ذوي الإعاقة البصرية تعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث. في حين بحث العلي (٢٠١٠) العلاقة بين القلق الاجتماعي والكفاءة الاجتماعية والوحدة النفسية والمخاوف المرضية لدى عينة ذوي الإعاقة الحركية من الجنسين، بلغ عدد أفراد العينة (٧٤) ذكورا، (٧٤) إناثا، وتراوحت

أعمارهم بين (١٦-٢٥) سنة، باستخدام (٤) مقياس هي: مقياس القلق الاجتماعي، ومقياس الوحدة النفسية، ومقياس لكفاءة الاجتماعية، ومقياس الدخاوف المرضية، وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق بين الجنسين من أفراد العينة في متغيرات الدراسة الأربعة، في حين وجدت علاقة ارتباطية طردية بين القلق الاجتماعي والوحدة النفسية والمخاوف المرضية، وكان هناك أثر دال للجنس على القلق الاجتماعي لصالح الإناث. وقامت دراسة العواودة (٢٠١٢) بالتعرف على مستوى القلق النفسي والمخاوف المرضية لدى ذوي الإعاقات الصحية المزمنة. وتكونت العينة من (٧٣) فرداً يعانون من أمراض صحية مزمنة هي: (أمراض القلب، الربو، السكري). وأوضحت النتائج أن مستوى القلق النفسي والمخاوف المرضية كان متوسطاً لدى أفراد العينة، وعدم وجود فروق في القلق النفسي والمخاوف المرضية بين الذكور والإناث، في حين وجدت علاقة ارتباطية بين المخاوف المرضية والقلق النفسي بالنسبة لعينة مرضى القلب، والسكري، والربو. وتناولت دراسة كوبكوف (Koubekova 2000) مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي لدى من (١١٥) ذوي الإعاقة الحركية، وأسفرت النتائج عن أن ذوي الإعاقة الحركية يظهرون قدراً عالياً من السلوكيات المضادة للمجتمع والتجنب والعزلة، كما اتضح أن الفتيات ذوات الإعاقة الحركية واجهن صعوبات في التوافق الاجتماعي أكثر من أقرانهم من الذكور ذوي الإعاقة الحركية، كما أبدين قدراً أكبر من تدني مستوى تقدير الذات، وكن أقل رضا عن أنفسهن وعن تقبل آبائهن ومعلماتهن وزميلاتهن لهن. كما هدفت دراسة حلاوة وعبدالكريم (٢٠١٢) إلى التعرف على العلاقة بين المساندة الاجتماعية وتحقيق التوافق النفسي لدى (١١٤) من ذوي الإعاقة الحركية المترددين على الجمعيات العاملة في مجال رعاية ذوي الإعاقة الحركية. ودلت النتائج على وجود ارتباط بين الدعم المادي والتكيف الذاتي والتكيف الاجتماعي، والتكيف المدرسي، وارتباط دال بين الدعم الإرشادي المعرفي والتكيف المنزلي، وكذلك ارتباط دال بين الدعم العاطفي والتكيف المنزلي والتكيف الدراسي والتكيف الجسمي، ووجود ارتباط دال بين الدعم السلوكي والتكيف الاجتماعي، في حين لم توجد فروق دالة بين المساندة الاجتماعية بأبعادها المختلفة تعزى إلى النوع سواء ذكراً أم أنثى. وبحثت دراسة أحمد (٢٠٠٥) الضغوط النفسية لدى الكفيف وعلاقتها باتجاهات الأسرة نحو الإعاقة. تكونت العينة من (٢٥) كفيفاً و(٢٥) كفيفة تراوحت أعمارهم ما بين (١٤-١٨). ودلت النتائج على أن ترتيب الضغوط النفسية لدى الكفيف حسب درجة تأثيرها: المرتبة الأولى للضغوط المدرسية ثم تليها الضغوط الانفعالية فالضغوط الأسرية ثم تأتي الضغوط المستقبلية، وكانت الفروق في الضغوط النفسية لصالح الإناث. كما بحثت دراسة أبو الهدى

(٢٠١١) العلاقة بين قلق المستقبل وكلا من معنى الحياة ووجهة الضبط لدى عينة تكونت من (٢١٠) من المبصرين، و(١٠٣) من ذوي الإعاقة البصرية، تراوحت أعمارهم ما بين (١٨-٢٤) سنة، واقتصرت عينة الدراسة الإكلينيكية على حالتين (طالب من كل مجموعة) ممن حصلوا على أعلى درجة على مقياس قلق المستقبل. وأسفرت النتائج عن عدم وجود فروق بين ذوي الإعاقة البصرية والمبصرين في وجهة الضبط وفي معنى الحياة، كما أظهرت استجابات المفحوصين على المقابلة الإكلينيكية وجود فروق في البناء النفسي والعوامل التي تكمن وراء ظهور قلق المستقبل لديهم، فكان قلق المستقبل بمثابة قوة دافعة على نحو إيجابي لدى كل من ذوي الإعاقة البصرية والمبصرين. ولم تشير النتائج إلى أي فروق بين الذكور أو الإناث في المجموعتين في قلق المستقبل، بينما ارتفع قلق المستقبل الأسري لدى الإناث المبصرات بشكل دال، في حين ارتفع قلق المستقبل المهني لدى الإناث ذوي الإعاقة البصرية، وكانت الفروق بين الجنسين من ذوي الإعاقة البصرية في بعض الأبعاد كبعد التسامي بالذات والمسئولية الاجتماعية والهدف في الحياة لصالح الإناث. ورغم أنه لم توجد فروق بين الإناث المبصرات والإناث ذوات الإعاقة البصرية في قلق المستقبل بشكل عام، إلا أنه قد وجدت فروق بينهما في معنى الحياة وكانت الفروق معظمها لصالح الإناث المبصرات. وركزت دراسة على حنا وروجوفسكي (1991) Hanna & Rogovsky على النظام الاجتماعي والثقافي ومفهوم الذات لدى النساء ذوات الإعاقة عن طريق سلسلة من المقابلات والاستبيانات الاستقصائية، شملت (٤٠) من النساء ذوات الإعاقة تراوحت أعمارهن ما بين (٤٠-٤٩) سنة، و(١٠٢) ساعة من المقابلات مع مقدمي الخدمات. ومن خلال تحليل المقابلات تم التوصل إلى أن النساء ذوات الإعاقة أكثر عرضة للتمييز المباشر وغير المباشر في التعليم والعمل، كما كانت مستويات المشاركة الاجتماعية للنساء ذوات الإعاقة منخفضة نسبياً، بالإضافة إلى انخفاض في مفهوم الذات والتوقعات الذاتية، والتبعية والإعفاء من الأدوار الاجتماعية الطبيعية، كما أن الهوية السلبية كانت أكثر شيوعاً لدى المرأة ذات الإعاقة مقارنة بالرجل، وكانت المرأة أكثر في استيعاباً للرفض الاجتماعي من الرجل.

من خلال استعراض الدراسات السابقة يلاحظ أن هناك عدة دراسات حاولت التعرف على طبيعة بعض السمات النفسية التي تناولتها الدراسة الحالية ولكن كانت لدى المرأة ذات الإعاقة بشكل عام دون تحديد الأمهات منهن، فقد بحثت متغير القلق دراسة الريمأوي (٢٠٠٨)، ودراسة الشحروري (١٩٩٤)، دراسة المطيري (٢٠٠٥)، ودراسة العلي (٢٠١٠)، ودراسة العواودة (٢٠١٢)، دراسة أبو الهدى (٢٠١١)، في حين تناولت الاكتئاب دراسة

الريماوي (٢٠٠٨)، ومن جانب آخر بحثت المشاركة الاجتماعية دراسة حنا وروجوفسكي (1991) Hanna & Rogovsky، والكفاءة الاجتماعية العلي (٢٠١٠)، والتكيف الاجتماعي موسى وسليمان (٢٠١٠)، والمساندة الاجتماعية دراسة حلاوة وعبدالكريم (٢٠١٢)؛ في حين لم يتم العثور على دراسات سابقة تناولت السمات النفسية (القلق والاكتئاب وتوهم المرض) وعلاقتها بالمسؤولية الاجتماعية لدى الأمهات ذوات الإعاقة في البيئة السعودية.

### مشكلة الدراسة:

تتمثل مشكلة الدراسة في الأسئلة التالية:

١. ما مستوى السمات النفسية للأمهات ذوات الإعاقة في كل من (القلق، الاكتئاب، توهم المرض) وفي المسؤولية الاجتماعية؟
٢. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات السمات النفسية (القلق - الاكتئاب - التوهم المرضي) بين الأمهات ذوات الإعاقة باختلاف (نوع الإعاقة - العمر - الخلفية الوراثية - وجود طفل من ذوي الإعاقة)؟
٣. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات أبعاد المسؤولية الاجتماعية للأمهات ذوات الإعاقة باختلاف (نوع الإعاقة - العمر - الخلفية الوراثية - وجود طفل من ذوي الإعاقة)؟
٤. هل توجد علاقة بين متوسطات درجات أبعاد المسؤولية الاجتماعية والسمات النفسية لدى الأمهات ذوات الإعاقة باختلاف (نوع الإعاقة - العمر - الخلفية الوراثية - وجود طفل من ذوي الإعاقة)؟

### أهمية الدراسة:

#### الأهمية النظرية:

١. تعد هذه الدراسة هي الأولى في العالم العربي - حسب علم الباحثين - التي تتطرق للسمات النفسية والمسؤولية الاجتماعية لدى الأم ذوات الإعاقة.
٢. نظرا للمتغيرات التي تناولتها الدراسة ستعد الدراسة إضافة للتراث النظري في مجال التربية الخاصة وعلم النفس وعلم الاجتماع.

### الأهمية العملية :

تقدم الدراسة نتائج مساعدة الباحثين لعمل البرامج الإرشادية والتوجهات العلاجية اللازمة للأمم ذات الإعاقة وصولاً لمزيد من التكيف النفسي والاجتماعي.

### أهداف الدراسة :

1. التعرف على السمات النفسية لدى أمهات ذوات الإعاقة: (القلق - الاكتئاب - التوهم المرضي) وفق المتغيرات التالية: (نوع الإعاقة- العمر - الخلفية الوراثية - وجود طفل من ذوي الإعاقة).
2. التعرف على أبعاد المسؤولية الاجتماعية لدى الأمهات ذوات الإعاقة وفق المتغيرات التالية: (نوع الإعاقة- العمر - الخلفية الوراثية - وجود طفل من ذوي الإعاقة).
3. التعرف على الفروق في متوسطات أبعاد المسؤولية الاجتماعية للأمهات ذوات الإعاقة باختلاف (نوع الإعاقة- العمر - الخلفية الوراثية - وجود طفل من ذوي الإعاقة)؟
4. التعرف على العلاقة بين أبعاد المسؤولية الاجتماعية والسمات النفسية لدى أمهات ذات الإعاقة: (القلق- الاكتئاب- التوهم المرضي).

### مصطلحات الدراسة :

**السمات النفسية (Psychological Traits):** السمة هي خصلة أو خاصية أو صفة ذات دوام نسبي، يمكن أن يختلف فيها الأفراد، فيتميز بعضهم عن البعض (عبدالخالق، ٢٠٠١).  
أما التعريف الإجرائي للسمات النفسية في هذه الدراسة: هي الدرجة الكلية التي تحصل عليها أفراد العينة من خلال استجابتهن على المقاييس الخاصة بقياس السمات النفسية المحددة في البحث الحالي، وهي: القلق، الاكتئاب، توهم المرض. وهي كالتالي:

1. **الاكتئاب (Depression):** يعرفه بيك (Beck, 1995) على أنه حالة عيادية تكون مصحوبة بتغيرات مزاجية وعقلية وجسمية تتمثل في صورة: الحزن والعزلة واللامبالاة وانخفاض تقدير الذات واضطرابات في النوم والشهية، وعداء الذات وانخفاض في النشاط (غريب، ٢٠٠٠). ويمكن تعريفه إجرائياً بأنه: يتمثل في ارتفاع الدرجة على مقياس بيك للاكتئاب (Beck Depression Inventory BDI) والتي تدل على توافر بعض الأعراض كما يقيسها مقياس بيك المستخدم في هذه الدراسة، وارتفاع الدرجة على المقياس يدل على وجود اكتئاب مرتفع.
2. **القلق (Anxiety):** ويعرفه عبد الخالق (٢٠٠١) بأنه خوف مزمن دون مبرر موضوعي،

مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة إلى حد كبير، وهو شعور عام مبهم بالخوف والتوجس والتوتر دون إدراك مصدر الخوف.

ويعرف القلق إجرائياً في هذه الدراسة بأنه: مجموع الدرجات التي تحصل عليها أفراد العينة بعد تصحيح إجاباتها على مقياس تايلور للقلق الصريح (Taylor Manifest Anxiety Scale) المستخدم في الدراسة الحالية. وارتفاع الدرجة على المقياس يدل على وجود قلق مرتفع.

٣. **توهم المرض (Hypochondriasis):** هو اضطراب نفسي المنشأ عبارة عن اعتقاد راسخ بوجود مرض رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك، وهو تركيز الفرد على أعراض جسمية ليس لها أساس عضوي والاهتمام الزائد بالوظائف البدنية والقلق على الصحة بدون سبب عضوي واضح (Kring, & Gordon, 2007).

وإجرائياً يعرف بأنه: مجموع الدرجات على مقياس توهم المرض (مينسوتا المتعدد الأوجه MMPI) وارتفاع الدرجة يدل على درجة معيارية في المدى المرتفع لتوهم المرض، أما الدرجات في المدى المتوسط فتكشف عن انشغال بصورة معقولة على الصحة. أما الدرجات في المدى المنخفض فقد تشير إلى الخلو من الشكاوى البدنية أو عن الإنكار لوجود شكاوى بدنية. **المسئولية الاجتماعية: (Social Responsibility)** «وهي تقدير الفرد لقيمه وأهميته، والاتصاف بالخلق حتى يكون مسئولاً عن نفسه، وأن يتصرف بمسئوليته تجاه الآخرين» (عثمان، ١٩٩٣: ٢٧).

وتعرف الباحثان المسئولية الاجتماعية: أنها مسئولية الفرد تجاه نفسه وتجاه أسرته وتجاه أصدقائه ووطنه ومدرسته، ومدى مساهمة الشخص في تحقيق الأهداف العامة للمجتمع.

وإجرائياً هي: الدرجة الكلية على مقياس المسئولية الاجتماعية، وارتفاع الدرجة يدل على مسئولية اجتماعية مرتفعة، وانخفاض الدرجة يدل على مسئولية اجتماعية منخفضة.

**الأمهات ذوات الإعاقة (Mothers with disabilities):** إجرائياً تم التعريف بالتالي: «هن الأمهات اللاتي يعانين من إعاقة سمعية، أو بصرية، أو حركية، أو نطقية، أو إعاقات صحية مزمنة. واللاتي يتلقين الخدمات سابقاً أو حالياً في مستشفيات أو مؤسسات أو مراكز أو جمعيات المتخصصة بمدينة الرياض».

ويمكن تعريف الإعاقات التي تم تناولها في هذه الدراسة كالتالي:

١. **الإعاقة السمعية (Hearing Impairment):** الشخص الأصم «هو الفرد الذي تحول إعاقته السمعية دون قيامه بالمعالجة المتتالية للمعلومات اللغوية عن طريق السمع سواء



باستخدام المعينات السمعية أو بدونها» (هلهان وكوفمان، ٢٠٠٨: ٥٣٤)، أما ضعيف السمع «فهو الشخص الذي تظل لديه حال استخدم المعينات السمعية بعض بقايا السمع التي تكفي كي تمكنه من القيام بالمعالجة المتتالية للمعلومات اللغوية عن طريق السمع» (هلهان وكوفمان، ٢٠٠٨: ٥٣٤).

٢. **الإعاقة البصرية (Visual Impairment):** هي «فقدان بصري من درجة تؤثر تأثيراً جوهرياً على أداء الشخص وتشمل الإعاقة البصرية الضعف البصري، والفقدان الكلي للبصر (الخطيب، ٢٠١٣: ١٧٨)

٣. **الإعاقة الحركية (physical impairment):** هي «حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة» (الروسان، ٢٠١٩، ١٦٩).

٤. **اضطرابات التواصل (Communcation Disorders):** تتضمن اضطرابات الكلام واضطرابات اللغة: «فاضطرابات الكلام هي إعاقات في إصدار واستخدام اللغة الشفوية، وعادة تتضمن إعاقات في إصدار الأصوات (النطق)، وانسياب الكلام بشكل عادي (الطلاقة)، وإصدار الأصوات» (هلهان وكوفمان، ٢٠٠٨: ٤٨٦). أما اضطرابات اللغة فتضم مشكلات في فهم اللغة، واستخدامها للتواصل بغض النظر عن ذلك النسق الرمزي المستخدم سواء الشفوي أو المكتوب أو غير ذلك» (هلهان وكوفمان، ٢٠٠٨: ٤٨٦).

٥. **الإعاقة الصحية (Health impairment):** هي «مجموع من الاضطرابات المرتبطة عادة الأمراض الصحية المزمنة التي يكون من الصعب الشفاء منها لكنه يسهل التعايش معها طالما تم الالتزام بالوقاية بجميع مراحلها منها: الأورام السرطانية، السكري، الربو. اضطرابات الدم (الثلاسييميا)» (الخطيب، ٢٠١٣: ١٧٨).

## منهج وإجراءات الدراسة :

### منهج البحث

استخدمت الباحثان المنهج الوصفي المقارن الارتباطي لدراسة متغيرات الدراسة والإجابة على أسئلتها.

- مجتمع وعينة الدراسة: تكون مجتمع الدراسة من الأمهات اللاتي يعانين من الإعاقات الجسدية أو الحسية أو الصحية، واللاتي تم الوصول إليهن من خلال المراكز التي تقدم خدمات التأهيل والعلاج الطبيعي بمدينة الرياض، مثل مركز الأمير سلطان للخدمات

الإنسانية، ومراكز التأهيل الطبيعي، ونادي فتيات الصم، بالإضافة إلى حصر عدد من الأمهات ذوات الإعاقة عن طريق مواقع التواصل الاجتماعي والقيام بزيارات خاصة لهن ومساعدتهن في الإجابة على الاستبيان. وتم تطبيق مقاييس الدراسة على عينة الدراسة بطريقة فردية. وقد تكونت عينة الدراسة النهائية من (٦٣) أما ذات إعاقة موزعة على الإعاقات كالتالي:

- الإعاقة الصحية المزمنة: الأمهات ذوات الإعاقات الصحية المزمنة: (أمراض القلب (٥)، الفشل الكلوي (٢)، الربو (٤)، التصلب اللويحي (٢)).
  - الإعاقة السمعية: الأمهات ذوات الصمم (٩) - وضعيفات السمع (٣).
  - الإعاقة البصرية: الأمهات الكفيفات (٤) - ضعيفات البصر (٧).
  - الإعاقة الحركية: الأمهات ذوات الإعاقات الحركية: (شلل النصفي (٣)، بتر اطراف (٣)، الصرع (١)، الشلل الدماغي (١)، تشوهات في الوجه والفك (متلازمة ترتيشر كولينز Collins Treacher Syndrome) (١)، تقزم (١)، وهن العضلات (٢)، اضطرابات العمود الفقري (٢)).
  - اضطرابات التواصل: الأمهات ذوات اضطرابات النطق والكلام: (لجلجلة (٥)، اضطرابات النطق (إبدال وتشويه) (٣)، اضطرابات النطق الصوت (١)، الحبسة الكلامية (١)).
- كما يوضح جدول رقم (١) وصف العينة وفق متغيرات الدراسة.

### جدول (١)

#### وصف العينة وفق متغيرات الدراسة

المتغير	العدد	النسبة	المتغير	العدد	النسبة		
نوع الإعاقة	الإعاقة البصرية	١١	١٧,٥%	عمر الأم	أقل من ٣٠	٩	١٤,٣%
	الإعاقة الحركية	١٥	٢٣,٨%		من ٣١ إلى ٤٥	٢٨	٤٤,٤%
	الإعاقة السمعية	١٢	١٩%		أكثر من ٤٥	٢٦	٤١,٣%
الإعاقة الصحية	اضطرابات التواصل	١٥	٢٣,٨%	وجود خلفية وراثية	نعم	٢٢	٣٤,٩%
	اضطرابات النطق	١٠	١٥,٩%		لا	٤١	٦٥,١%
أحد الأبناء لديه إعاقة	نعم	٢٠	٣١,٧%	المستوى التعليمي	أقل من ثانوي	١١	١٧,٥%
	لا	٤٣	٦٨,٣%		ثانوي	٣٣	٥٢,٣%
الحالة الاجتماعية الحالية	متزوجة	٣٧	٥٨,٧%		جامعي	١٢	١٩%
	أرملة	١٥	٢٣,٨%	أعلى من جامعي	٧	١١,١%	
	مطلقة / منفصلة	١١	١٧,٥%				

تم استخدام في البحث الحالي (٤) أدوات هي كالتالي:

١- مقياس المسؤولية الاجتماعية للكبار إعداد سيد أحمد عثمان (١٩٧٣).

٢- قائمة بيك للاكتئاب (BDI) Beck Depression Inventory .

٣- مقياس تايلور للقلق الصريح (MAS)

٤- مقياس توهم المرض (MMPI-2)

وفيما يلي عرض لتلك الأدوات بشيء من التفصيل:

#### ١. المسؤولية الاجتماعية الصورة (ك):

صمم عثمان (١٩٧٣) مقياس المسؤولية الاجتماعية للكبار لقياس درجة اهتمام الفرد بالجماعة التي يتفاعل معها، ودرجة محاولته فهم هذه الجماعة، وكذلك درجة مشاركته نشاطاتها كما يقدرها هو نفسه. وتتكون الصورة (ك) من مقياس المسؤولية الاجتماعية من (٨٥) عبارة تعكس ألواناً من السلوك أو الآراء، ويطلب من المفحوص أن يحدد إجابته وفقاً لمقياس متدرج لكل عبارة يتكون من أربع نقاط: دائماً - في كثير من الأحيان - قليلاً - نادراً. (٥٩) منها عنصراً إيجابياً، و(٢٦) عنصراً سالباً، وتجمع الدرجات لنحصل في النهاية على درجة كلية للمسؤولية الاجتماعية (عثمان، ١٩٩٣). وقد قامت كردي (٢٠٠٢) بدراسة للتأكد من إجراءات الضبط الإحصائي للمقياس لتقنينه على البيئة السعودية، باستخدام الصدق الظاهري وقد أخذت بنسبة اتفاق تقدر ب (٩٠٪)، وتم حساب صدق الاتساق الداخلي وكان معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة في كل عبارة والدرجة الكلية (٨٣، ٠). كما تم حساب قيم معامل الثبات بطريقة إعادة الاختبار وكانت قيمة الارتباط فكانت تساوي (٧٠، ٠) (كردي، ٢٠٠٣). وترى الباحثتان أنه من أنسب المقاييس وأشهرها والتي تقيس المسؤولية الاجتماعية وبذلك يناسب الدراسة الحالية.

#### ٢. قائمة بيك للاكتئاب (BDI) Beck Depression Inventory

تتكون القائمة من (٢١) مجموعة من العبارات وتتعلق كل مجموعة منها بعرض من أعراض الاكتئاب، وتتدرج بحسب الشدة التي تتراوح بين (٠-٣) درجات. وبعد حساب النقاط يمكن معرفة درجة ونسبة الاكتئاب النفسي الذي يعانيه الشخص (غريب، ٢٠٠٠). وقد قام غريب (٢٠٠٠) بترجمة هذه القائمة إلى اللغة العربية، وخضعت الترجمة لمراجعات من الترجمة والعكسية، وإعادة الترجمة من قبل متخصصين في علم النفس واللغة الإنجليزية حتى تم الوصول إلى صيغة عربية مطابقة للصيغة الإنجليزية، ووصل

معامل الارتباط بين الصيغتين العربية والإنجليزية إلى (٠,٩٦). واستخرج للصيغة العربية ثبات ألفا بلغ (٠,٨٨). كما قام مترجم القائمة بحساب الصدق العاملي وقد أسفر عن وجود عاملين: البعد المعرفي والوجداني للاكتئاب، والبعد الجسدي للاكتئاب. وقد قننت الصيغة العربية على ٤ عينات سعودية من الجنسين (ن=١٢٢٢)، ووصلت معاملات ثبات كرونباخ ألفا إلى (٠,٨٠). (الدماطي، عبد الخالق: ٢٠٠٠). وقد استخدمت الباحثتان هذا المقياس لما تميز به من اعتماد على النسخة المنقحة الأصلية، وتوافر لها معاملات ثبات مقبولة أو عالية على عينات من دول عربية مختلفة. ويوضح جدول رقم (٢) معايير تشخيص الاكتئاب حسب الدرجة والمستوى (غريب، ٢٠٠٠).

جدول (٢)  
معايير تصحيح قائمة بيك للاكتئاب

التشخيص	الدرجة
لا يوجد اكتئاب	٠ - ٩
اكتئاب بسيط	١٠ - ١٥
اكتئاب متوسط	١٦ - ٢٣
اكتئاب شديد	٢٤ - ٣٦
اكتئاب شديد جدا	٣٧ فأكثر.

### ٣. مقياس تايلور للقلق الصريح (MAS):

يتكون مقياس القلق الصريح الذي وضعته العاملة النفسية جانيت تايلور (J. A Taylor) عام (١٩٥٩) من (٥٠) عبارة. وللمقياس درجة عالية لقياس مستوى القلق بشكل موضوعي، عن طريق الأعراض الظاهرة والصريحة التي يعاني منها الشخص. وقد قام مصطفى فهمي، ومحمد غالي (ب. ت) بإعداد المقياس في صورته المستخدمة باللغة العربية، وتم التأكد من ثباته وصدقه بدرجة مكنتهما من الحكم بصلاحيته للكشف عن القلق الصريح فبلغ معدل ثباته (٠,٨٦). والصدق التلازمي مع مقياس القلق لعبد الخالق وكانت معامل الارتباط (٠,٨١)، وتم حساب الثبات عن طريق إعادة الاختبار وبلغ معامل الثبات (٠,٨٩) (فهمي، وغالي، ٢٠١٣).

وقد قام الربيع، والشمري (٢٠١٥) بالتحقق من صدق المقياس على البيئة السعودية عن طريق الصدق الظاهري وقد قام المحكمون بتعديل لبعض الصياغات وبعض العبارات لتلائم البيئة السعودية، كما تم حساب معامل ثبات إعادة المقياس ككل فكان (٠,٨٥)، وحساب

معامل ثبات الاتساق الداخلي للمقياس باستخدام معادلة كرونباخ ألفا حيث بلغت الثبات (٠,٩٥). وقد اعتبرت هذه القيم مقبولة لأغراض البحث العلمي، ومؤشراً جيداً على ثبات المقياس .

ويوضح الجدول رقم (٣) معايير تصحيح وتشخيص مقياس تايلور للقلق الصريح (فهمي، غالي، ٢٠١٣).

جدول (٣)  
يوضح معايير تصحيح المقياس

الدرجة	التشخيص
صفر - ١٦	لا يوجد قلق
١٧ - ٢٠	قلق بسيط
٢١ - ٢٦	قلق متوسط
٢٧ - ٢٩	قلق شديد
٣٠ - ٥٠	قلق حاد (شديد جداً) دلالة مرضية

#### ٤. مقياس توهم المرض (ه.س). (Hypochondriacs (HS)

هو مقياس فرعي من مقياس مينسوتا المتعدد الأوجه لقياس الشخصية (The Minnesota 2-Multiphase Personality Inventory MMPI-2). إعداد هاثاواي وماكنلي (Hathaway & Meckinley, 1943)، والذي يقيس سمات الشخصية التي ترجع إلى النموذج العصابي لتوهم المرض. ويكشف عن مدى الاهتمام الزائد بالوظائف البدنية والقلق على الصحة بدون سبب واقعي. ويتكون المقياس من (٣٣) عبارة ثنائية التقدير (نعم / لا)، وتكون درجة المفحوص الكلية عليها تساوي مجموع هاتين الرتبتين. ويتضمن المقياس عدد من عبارات مقياس الكذب (ل) التي دمجت ضمن مقياس توهم المرض وفي حالة زيادة درجة (ل) عن (١٠) تستبعد الورقة لأنه يشك في صدق المريض. وتم تعريف المقياس من قبل مليكة وعطية (إسماعيل) مليكة، (٢٠٠٠). ويصحح هذا المقياس باستخراج الدرجات الخام وتحول إلى درجة معيارية تائية بمتوسط قدره (٥٠) وانحراف معياري قدره (١٠) باستخدام جدول للإناث و جدول آخر للذكور، وتدل الدرجة الخام المرتفعة على ارتفاع درجة أعراض توهم المرض، والدرجة المنخفضة على انخفاض هذه الأعراض أو انعدامها (مليكة، ٢٠٠٠).

وقد طبق الحاج (١٩٩١) هذا المقياس وقتنه على البيئة السعودية، وللتأكد من الصدق الإكلينيكي للمقياس تم مقارنة المتوسط الحسابي للدرجات في مجموعة التقنين المحلية مع

المتوسط الحسابي لبعض الحالات التي شخّصت على أنها "توهم المرض" وأظهرت المقارنة فروقاً دالة بين المتوسط الحسابي للمصابين بتوهم المرض وبين المتوسط الحسابي في مجموعة التقنين العامة. وبلغ معامل ثبات المقياس باستخدام معادلة "كودر-ريتشاردسون" (٠,٧٢)، أما معامل ثباته على عينة من الذكور فبلغت (٠,٦٨) (الحاج، ١٩٩١). ومن ثم فهو يتمتع بخصائص قياسية مقبولة. يوضح الجدول رقم (٤) معايير تصحيح مقياس توهم المرض (مليقة، ٢٠٠٠)

جدول (٤)  
يوضح معايير تصحيح مقياس توهم المرض

الدرجة	التشخيص	وصف الحالة
١٦ - صفر	المدى المنخفض الدرجة التائية أقل من ٤٥	تشير إلى خلو المفحوص من الشكاوى البدنية أو تكشف عن إنكاره لوجود شكاوى بدنية خاصة لدى اختيار الأفراد في الوظائف التي تتطلب كفاءة بدنية عالية.
١٧ - ٢٠	المدى المتوسط الدرجة التائية ٥٥ - ٦٥	تكشف عن أن الشخص قد يعاني من مشكلات بدنية فعلية و ينشغل بصورة معقولة على صحته.
٢١ - ٢٦	المدى المرتفع الدرجة التائية ٦٥ - ٧٠ (المرض النفسي)	ومثل هؤلاء الأشخاص يواظبون على زيارة الأطباء بحجة وجود شكاوى بدنية ويحتاجون إلى جهود كبيرة للمطمئنة وللتدخل بالعلاج النفسي لكونهم يقاومون أي صورة من صور العلاج النفسي. ويتصفون بالترجسية والنظرة التشاؤمية للحياة والانسحاب والعدائية الكامنة لكونه لا يعبر عن شكواه بالقدرة اللفظية ويستخدم بدنه للشكوى من أجل الحصول على المكاسب،

وقد اعتمدت الباحثتان على إجراءات الصدق والثبات لكل المقاييس السابقة.

- الأساليب الإحصائية المستخدمة
- المتوسطات والانحرافات المعيارية
- التكرارات والنسب المئوية
- اختبار (ت) لعينتين مستقلتين
- اختبار توكي البعدي لدلالة الفروق
- تحليل التباين
- معاملات الارتباط.

### نتائج الدراسة :

#### أولاً: نتائج السؤال الأول:

نص السؤال الأول على: ما مستوى السمات النفسية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض) والمسئولية الاجتماعية للأمهات ذوات الإعاقة؟

## - السمات النفسية :

للإجابة عن السؤال الأول تم حساب التكرارات والنسب المئوية للسمات النفسية لدى عينة الدراسة، وتم توزيعها على حسب المعايير الإكلينيكية للمقاييس الثلاثة: (الاكتئاب لبليك Beck Depression Inventory (BDI)، والقلق لتاييلور (MAS)، وتوهم المرض لمينسوتا (MMPI-2). ويوضح الجدول رقم (٥) التكرارات والنسب المئوية للسمات النفسية الثلاث.

جدول (٥)  
يوضح التكرارات والنسب المئوية للسمات النفسية الثلاث

السمات النفسية								
توهم المرض			القلق			الاكتئاب		
النسبة	العدد	مستوى توهم المرض	النسبة	العدد	مستوى القلق	النسبة	التكرار	مستوى الاكتئاب
٢٠,٦%	١٣	منخفض	٢٥,٤%	١٦	خالي	١,٦%	١	لا يوجد
٤٤,٤%	٢٨	متوسط	١٢,٧%	٨	بسيط	٣٩,٧%	٢٥	بسيط
٣٤,٩%	٢٢	مرتفع	٢٢,٢%	١٤	متوسط	٣٦,٥%	٢٣	متوسط
-	-	-	٣,٢%	٢	شديد	٢٠,٦%	١٣	شديد
-	-	-	٣٦,٥%	٢٣	شديد جداً	١,٦%	١	شديد جداً

ويتضح من الجدول رقم (٥) فيما يتعلق بمتغير الاكتئاب تراوحت النسبة الأعلى ما بين الاكتئاب البسيط والمتوسط لدى عينة الدراسة من الأمهات ذوات الإعاقة والتي كانت نسبتها (٣٦,٥% - ٣٩,٧%)؛ في حين كانت مستوى الاكتئاب الشديد لدى أفراد العينة (٢٠,٦%)؛ مما يدل على ارتفاع الاكتئاب لدى عينة الدراسة من الأمهات ذوات الإعاقات المختلفة. كما اتضح من الجدول رقم (٥) فيما يتعلق بمتغير القلق الصريح أن ما نسبته (٧٤%) من عينة الدراسة كان لديهم ارتفاع في القلق الصريح كما يقسيه مقياس تاييلور، وتراوحت تلك النسبة ما بين بسيط وشديد، حيث جاءت نسبة انتشار القلق الشديد هي الأكبر بين عينة الدراسة بنسبة (٣٦,٥%)؛ مما يدل على ارتفاع مستوى القلق لدى عينة الدراسة. ويوضح الجدول رقم (٥) في متغير توهم المرض أن النسبة توزعت ما بين منخفض ومتوسط ومرتفع، في حين كانت النسبة الأعلى للمستوى المتوسط لتوهم المرض بنسبة (٤٤,٤%) والذي يكشف عن أن الشخص منشغل بصورة متعلقة بمشكلات صحية حقيقية، في حين كانت نسبة التوهم المرضي المرتفع بنسبة (٣٤,٩%)؛ مما يعني أن نسبة من أفراد العينة لديها توهم مرضي.

**- المسئولية الاجتماعية :**

للإجابة عن السؤال الأول تم كذلك حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمسئولية الاجتماعية لدى عينة الدراسة، وتم توزيعها على وفق نوع الإعاقة. ويوضح الجدول رقم (٦) التكرارات والنسب المئوية للسمات النفسية الثلاث، والجدول رقم (٧) الفروق بين متوسطي درجات ذوات المسئولية الاجتماعية المرتفعة وذوات المسئولية الاجتماعية المنخفضة.

**جدول (٦)**

**يبين المتوسطات والانحرافات المعيارية لعينة الدراسة على مقياس المسئولية الاجتماعية**

م	نوع الإعاقة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	الرتب
١	الإعاقة البصرية	١١	٢٠٣,٨	١٨,٥	٤
٢	الإعاقة الحركية	١٥	٢٠٢,٢	١٩,٠٩	٥
٣	الإعاقة السمعية	١٢	٢٠٦,٣	٢٠,١٠	٣
٤	الإعاقة الصحية	١٥	٢١٢,١	٢٠,٤٠	١
٥	اضطرابات التواصل	١٠	٢٠٩,٦	٩,٩٠	٢
	المتوسط العام للمسئولية الاجتماعية لدى عينة الدراسة	٦٣	٢٠٦,٨	١٨,٢٤	

ويتضح من الجدول رقم (٦) تقارب المتوسطات الحسابية لعينة الدراسة في كل أنواع الإعاقة التي تم تناولها على مقياس المسئولية الاجتماعية حيث تراوحت جميعها ما بين (٢١٢,١ - ٢٠٢,٢).

**جدول (٧)**

**الفروق بين متوسطي درجات ذوات المسئولية الاجتماعية المرتفعة وذوات المسئولية الاجتماعية المنخفضة**

العينة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
ذوات المسئولية الاجتماعية المرتفعة	١٦	١٨١	١١	٢,٠٨	غير دالة
ذوات المسئولية الاجتماعية المرتفعة	١٦	٢٢٧	٨		

يتضح الجدول رقم (٧) أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات ذوات المسئولية الاجتماعية الأعلى المرتفعة وذوات المسئولية الاجتماعية المنخفضة من أفراد عينة الدراسة حيث جاءت قيمة ت (٢,٠٨) وهي غير دالة



## ثانياً: نتائج السؤال الثاني

نص السؤال الثاني على: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات السمات النفسية (القلق- الاكتئاب- التوهم المرضي) بين الأمهات ذوات الإعاقة في المتغيرات التالية: (نوع الإعاقة، العمر، وجود خلفية وراثية، وجود طفل ذي إعاقة).

للإجابة عن السؤال الثاني تم إجراء اختبار تحليل التباين للوقوف على دلالة الفروق في السمات النفسية (القلق- الاكتئاب- التوهم المرضي) بين الأمهات ذوات الإعاقة حسب نوع الإعاقة والعمر. كما تم إجراء اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لمتغيري وجود خلفية وراثية أسرية، ووجود طفل ذي إعاقة. والجداول رقم (٨) و(٩) و(١٠) و(١١) توضح النتائج.

أولاً: القلق

## جدول (٨)

نتائج تحليل التباين لمتغير القلق بين الأمهات ذوات الإعاقة تبعاً لمتغيري نوع الإعاقة والعمر

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
نوع الإعاقة	بين المجموعات	٢٦٩٨,٢٢٤	٤	٦٧٤,٥٨١	٨,٩٢٢	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	٤٣٨٠,٢٧٩	٥٨	٧٥,٥٢٢		
	المجموع	١١٣,٩٣	٦٢			
العمر	بين المجموعات	٤٤,٦٧٠	٢	٢٢,٣٣٥	٠,١٩١	غير دالة
	داخل المجموعات	٧٠٢٣,٩٣٣	٦٠	١١٧,٢٢٢		
	المجموع	٧٠٧٨,٦٠٣	٦٢			

## جدول (٩)

نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين للفرق في القلق بين الأمهات ذوات الإعاقة تبعاً لمتغيري وجود خلفية وراثية أسرية ووجود طفل ذي إعاقة

المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
عدم وجود خلفية وراثية أسرية	٤١	٢٥,٣١٧	١١,٧٢٦	٦١	٠,٢٢٩	غير دالة
	٢٢	٢٤,٦٣٦	٨,٦٤٩			
عدم وجود طفل ذي إعاقة	٤٣	٢٤,٠٤٦	١٠,١١٨	٦١	١,١٢٧	غير دالة
	٢٠	٢٧,٢٠٠	١١,٧٧٤			

ويوضح الجدولان رقم (٨) ورقم (٩) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) في القلق بين الأمهات ذوات الإعاقة باختلاف العمر، ووجود خلفية وراثية أسرية، ووجود طفل ذي إعاقة. بينما يوجد فروق دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠٠١) في

القلق بين الأمهات حسب نوع الإعاقة، وللوقوف على دلالة هذه الفروق تم إجراء اختبار توكي (Tukey's test) البعدي جدول رقم (١٠)

جدول (١٠)  
اختبار توكي البعدي لدلالة الفروق بين متوسطات مستوى القلق  
لدى أفراد العينة والتي ترجع إلى نوع الإعاقة

نوع الإعاقة	الإعاقة الحركية	الإعاقة السمعية	الإعاقة الصحية	اضطرابات التواصل
الإعاقة البصرية	٠,٦١٨	٠,٠٢٨	٠,٠٠٠	٠,١١٣
الإعاقة الحركية	-	٠,٣٧١	٠,٠٠٠	٠,٧١٧
الإعاقة السمعية	-	-	٠,١٣٦	٠,٩٩١
الإعاقة الصحية	-	-	-	٠,٠٦٢

يتضح من جدول (١٠) أنه توجد فروق دالة في مستوى القلق لدى الأمهات ذوات الإعاقة البصرية وذوات الإعاقة السمعية لصالح الأمهات ذوات الإعاقة البصرية، وبين الأمهات ذوات الإعاقة البصرية وذوات الإعاقة الصحية لصالح الأمهات ذوات الإعاقة البصرية، وكذلك بين الأمهات ذوات الإعاقة الحركية والإعاقة الصحية العصبية لصالح الأمهات ذوات الإعاقة الحركية.

### ثانياً: الاكتئاب

جدول (١١)  
نتائج تحليل التباين لتغير الاكتئاب بين الأمهات ذوات الإعاقة تبعاً لمتغيري نوع الإعاقة والعمر

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
نوع الإعاقة	بين المجموعات	١٧٧,٢٨٩	٤	٤٤,٣٤٧	٠,٩٨٦	غير دالة
	داخل المجموعات	٢٦٠٨,٣٢٦	٥٨	٤٤,٩٧١		
	المجموع	٢٧٨٥,٧١٤	٦٢	-		
العمر	بين المجموعات	٧١,٧٣٩	٢	٣٥,٨٧٠	٠,٧٩٢	غير دالة
	داخل المجموعات	٢٧١٣,٩٧٥	٦٠	٤٥,٢٢٣		
	المجموع	٢٠,٤١٣	٦٢	-		

## جدول (١٢)

نتائج اختبارات لعينتين مستقلتين للفرق في الاكتئاب بين الأمهات ذوات الإعاقة في متغيري وجود خلفية وراثية أسرية ووجود طفل ذي إعاقة

المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
عدم وجود خلفية وراثية أسرية	٤١	١٨,٩٠٢	٧,٦٤١	٦١	٠,٠٧٢	غير دالة
وجود خلفية وراثية أسرية	٢٢	١٨,٧٧٢	٤,٦٢٨			
عدم وجود طفل ذي إعاقة	٤٣	١٨,٣٠٢	٦,٥٥٥	٦١	٠,٩٦٢	غير دالة
وجود طفل ذي إعاقة	٢٠	٢٠,٠٥٠	٧,٠٢٩			

يتضح من جدول (١١) وجدول (١٢) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) في مستوى الاكتئاب بين الأمهات ذوات الإعاقة وفق نوع الإعاقة، والعمر، ووجود خلفية وراثية أسرية ووجود طفل ذي إعاقة.

## ثالثاً: التوهم المرضي

## جدول (١٣)

نتائج تحليل التباين لمتغير توهم المرض بين الأمهات ذوات الإعاقة تبعاً لمتغيري نوع الإعاقة والعمر

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
نوع الإعاقة	بين المجموعات	٨٨,٩١١	٤	٢٢,٢٢٨	١,٢٢٧	غير دالة
	داخل المجموعات	١٠٤٢,٣٥٩	٥٨	١٧,٩٧٢		
	المجموع	١١٣١,٢٧٠	٦٢			
العمر	بين المجموعات	٣١,٥٧١	٢	١٥,٧٨٥	٠,٨٦١	غير دالة
	داخل المجموعات	١٠٩٩,٦٩٩	٦٠	١٨,٣٢٥		
	المجموع	١١٣١,٢٧٠	٦٢			

## جدول (١٤)

نتائج اختبارات لعينتين مستقلتين للفرق في توهم المرض بين الأمهات ذوات الإعاقة تبعاً لمتغيري وجود خلفية وراثية أسرية ووجود طفل ذي إعاقة

المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
عدم وجود خلفية وراثية أسرية	٤١	١٣,١٤٦	٤,٦٧٧	٦١	١,١٣٩	غير دالة
وجود خلفية وراثية أسرية	٢٢	١١,٨٦٢	٣,٣٢٨			
عدم وجود طفل ذي إعاقة	٤٣	١٣,١٦٢	٤,٦٤٩	٦١	١,٢٧٢	غير دالة
وجود طفل ذي إعاقة	٢٠	١١,٧٠٠	٣,١٩٧			

يتضح من جدول (١٣) وجدول (١٤) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) في توهم المرض بين الأمهات ذوات الإعاقة حسب نوع الإعاقة والعمر، ووجود خلفية وراثية أسرية ووجود طفل ذي إعاقة.

### ثالثاً: نتائج السؤال الثالث:

نص السؤال الثالث على: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات مقياس المسئولية الاجتماعية للأمهات ذوات الإعاقة باختلاف: (نوع الإعاقة، العمر، ووجود خلفية وراثية أسرية، ووجود طفل ذي إعاقة).

للإجابة عن التساؤل الثالث تم إجراء اختبار تحليل التباين للوقوف على دلالة الفروق في المسئولية الاجتماعية بين الأمهات ذوات الإعاقة باختلاف نوع الإعاقة والعمر، كما تم إجراء اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لمتغيري وجود خلفية وراثية أسرية ووجود طفل ذي إعاقة وجاءت النتائج كما توضحها الجدولان رقم (١٥-١٦) التالية:

### جدول (١٥)

#### نتائج تحليل التباين لمتغير المسئولية الاجتماعية بين الأمهات ذوات الإعاقة في متغيري نوع الإعاقة والعمر

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
نوع الإعاقة	بين المجموعات	٩١٣,٧١٠	٤	٢٢٨,٤٢٧	٠,٦٧١	٠,٦١٤
	داخل المجموعات	١٩٧٢١,٣٧٠	٥٨	٣٤٠,١٩٦		
	المجموع	٢٠٦٤٥,٠٧٩	٦٢			
العمر	بين المجموعات	٤١٨,١٤٧	٢	٢٠٩,٠٧٣	٠,٦٢٠	٠,٥٤١
	داخل المجموعات	٢٠٢٢٦,٩٣٣	٦٠	٣٣٧,١١٦		
	المجموع	٢٠٦٤٥,٠٧٩	٦٢			

### جدول (١٦)

#### نتائج اختبارات لعينتين مستقلتين للفروق في المسئولية الاجتماعية بين الأمهات ذوات الإعاقة في متغيري وجود خلفية وراثية أسرية ووجود طفل ذي إعاقة

المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
عدم وجود خلفية وراثية أسرية	٤١	٢٠٥,٧٥٦	١٨,٥٤٢	٦١	٠,٦٢٢	غير دالة
	٢٢	٢٠٨,٨١٨	١٧,٩٣٨			
وجود خلفية وراثية أسرية	٤٣	٢٠٤,٧٤٤	١٩,١٠٣	٦١	١,٢٢٦	غير دالة
	٢٠	٢١١,٣٠٠	١٥,٧٧٨			

يتضح من جدول (١٥) وجدول (١٦) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) في المسئولية الاجتماعية بين الأمهات ذوات الإعاقة باختلاف: نوع الإعاقة والعمر ووجود خلفية وراثية أسرية وجود طفل ذي إعاقة.

#### رابعاً: نتائج السؤال الرابع:

نص السؤال الرابع على: هل توجد علاقة بين متوسطات درجات أبعاد المسئولية الاجتماعية والسمات النفسية (القلق- الاكتئاب- التوهم المرضي) لدى الأمهات ذوات الإعاقة؟ ويضع جدول رقم (١٧) معاملات الارتباط بين المسئولية الاجتماعية والسمات النفسية موضع الدراسة لدى الأمهات ذوات الإعاقة.

#### جدول (١٧)

#### معاملات الارتباط بين المسئولية الاجتماعية والسمات النفسية لدى الأمهات ذوات الإعاقة

المتغير	القلق	الاكتئاب	توهم المرض	المسئولية الاجتماعية
معامل الارتباط	٠,٠٥٩	٠,٠٥٤	٠,٠٠٧	
مستوى الدلالة	غير دالة	غير دالة	غير دالة	

يتضح من جدول (١٧) عدم وجود علاقة ارتباطية دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) بين متوسطات درجات أبعاد المسئولية الاجتماعية والسمات النفسية (القلق- الاكتئاب- التوهم المرضي) لدى الأمهات ذوات الإعاقة حيث أن مستوى الدلالة أكبر من (٠,٠٥).

#### تفسير ومناقشة النتائج

هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد مستوى عدد من السمات النفسية، وكذلك مستوى المسئولية الاجتماعية للأمهات ذوات الإعاقة وعلاقتها بالسمات النفسية موضع الدراسة: (القلق، الاكتئاب، توهم المرض). وقد دلت نتائج الإجابة في هذه الدراسة على أن التوهم المرضي الأعلى شيوعاً كان في المدى المتوسط بنسبة (٤٤,٤٪) من العينة، والتي لها دلالة إكلينيكية تكشف عن أن أفراد العينة منشغلة بصورة معقولة على صحتها نظراً لما قد تعانيه من مشكلات بدنية فعلية، في حان كانت نسبة استجابة (٢٤٪) من العينة في المدى المرتفع في التوهم المرضي والتي قد تدخل في تشخيص الاضطراب النفسي؛ مما دل على وجود شكاوي بدنية كبيرة ومستمرة بحاجة إلى جهود كبيرة للطمأنة والتدخل بالعلاج النفسي لما أظهرته من نظرة التشاؤمية للحياة والانسحاب والعدائية الكامنة وعدم التعبير عن الشكوى بالقدرة

اللفظية واستخدام البدن للشكوى. وفيما يتعلق بمتغير الاكتئاب فإن النسبة الأعلى ظهوراً (٨٩٪) تراوحت ما بين درجة الاكتئاب البسيط والمتوسط (٥، ٣٦ - ٧، ٣٩٪)؛ في حين كانت مستوى الاكتئاب الشديد لدى (٦، ٢٠٪) أفراد العينة؛ مما يدل ارتفاع شيع الاكتئاب لدى عينة الدراسة من الأمهات ذوات الإعاقات المختلفة. أما متغير القلق الصريح فقد أظهرت نسبة (٧٤٪) من عينة الدراسة القلق ما بين البسيط والشديد، وقد كانت نسبة انتشار القلق الشديد والتي لها دلالة إكلينيكية مرضية تحتاج للتدخل العلاجي حسب مقياس تايلور هي الأكبر بين عينة الدراسة بنسبة (٥، ٣٦٪)؛ مما يدل على ارتفاع مستوى القلق لدى عينة الدراسة. وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة الريماوي (٢٠٠٨) التي أوضحت أن أهم الصعوبات الاجتماعية/ الانفعالية التي تواجهها المرأة ذات الإعاقة هي: القلق، فالإكتئاب. ويمكن تفسير ذلك وفق ما جاء في دراسة حنا وروجوفسكي (Hanna & Rogovsky, 1991) أن المرأة ذات الإعاقة تقع داخل مثلث من العوامل الأكثر تعقيداً هي: النظام الثقافي/ الاجتماعي القائم، والمشاركة الاجتماعية، وتدني مفهوم الذات) وكل عامل يؤثر على الآخر في شبكة معقدة من السببية. وترى الباحثتان أن مثل هذه العوامل تقوض الإنجازات وتقدير الذات للأشخاص ذوي الإعاقة على المستوى الشخصي والمجتمعي؛ فالمجتمع يشعر بالقلق ما إذا كانت الأم من ذوات الإعاقة قادرة على أن تهتم بما فيه الكفاية لأطفالها، وأن لديها ما يكفي من الموارد لتربية طفل يكون عضواً منتجاً في المجتمع (Preston, 2010). وكذلك مع ما وجدته دراسة إبراهيم (١٩٨٩)، ودراسة كويكوبا (Koubekova, 2000)، ودراسة موسى، وسليمان (٢٠١٠)، ودراسة بابادوبولس وآخرين (Papadopoulos et al, 2013) من أن النساء ذوات الإعاقة أظهرن عزلة وسلبية أكثر من الرجال، وانخفاضاً في المشاركة الاجتماعية وانخفاض في مفهوم الذات. كما أن المرأة ذات الإعاقة هي الأكثر تعرضاً للصعوبات الانفعالية الاجتماعية في مراحل عمرها المختلفة، إضافة إلى أنها تواجه صعوبات خاصة بها (الريماوي، ٢٠٠٨).

كما أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة في مستوى القلق لدى الأمهات ذوات الإعاقة البصرية وذوات الإعاقة السمعية لصالح الأمهات ذوات الإعاقة البصرية، وبين الأمهات ذوات الإعاقة البصرية وذوات الإعاقة الصحية لصالح الأمهات ذوات الإعاقة البصرية. وهذه النتيجة تفسرها دراسة سرطاوي ورفاقه (٢٠١٣) التي دلت على وجود فروق في المشكلات التي تواجه المرأة ذات الإعاقة الجسدية والإعاقة البصرية وذلك لصالح الإعاقة البصرية، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كونلي-جونق وأولكين (Conley-Jung & Olkin, 2001) التي وجدت أن الأمهات الكفيفات يعانين من مخاوف مرتفعة ترتبط بسلامة الأطفال وردود أفعال

الأطفال تجاه أن أهمهم ذات إعاقة. وتتفق كذلك مع نتائج دراسة كل من الرميح (١٩٩٧) التي أظهرت وجود فروق بين المبصرات والكفيفات في التوافق الشخصي، ودراسة إبراهيم (١٩٨٩) التي توصلت إلى أن الكفيفات أكثر شعوراً بالاغتراب مقارنة بالمبصرات، وكذلك مع ما أضافته دراسة موسى وسليمان (٢٠١٠) من أن مستوى مفهوم الذات الاجتماعي والتكيف الاجتماعي والنفسي لدى المكفوفين أعلى منه لدى الإناث الكفيفات، وكذلك دراسة بابادوبولس وآخرين (2013) Papadopoulos et al من ظهور الشخصية العصابية بين النساء ذوات الإعاقة البصرية أكثر من الرجال ذوي الإعاقة البصرية، ودراسة الشحروي (١٩٩٤) التي دلت على أن أبرز المشكلات السلوكية لذوي الإعاقة البصرية هي: الحساسية الزائدة والشعور بالقلق. وأشارت إلى وجود فروق دالة بين الجنسين في القلق لصالح الإناث، ونتائج دراسة المطيري (٢٠٠٥) التي وجدت فروقاً في مستوى القلق لدى ذوي الإعاقة البصرية تعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث، ودراسة أحمد (٢٠٠٥) التي رأت أن الكفيف يعاني من الضغوط النفسية والضعف الانفعالية، وجود فروق بين الضغوط النفسية بين الذكور والإناث في الضغوط لصالح الإناث، ومع ما أظهرته استجابات المفحوصين على المقابلة الإكلينيكية في دراسة أبو الهدى (٢٠١١) من ارتفاع قلق المستقبل لدى الإناث ذوات الإعاقة البصرية.

كما دلت النتائج على وجود فروق دالة في مستوى القلق لدى الأمهات ذوات الإعاقة الحركية والإعاقة الصحية لصالح الأمهات ذوات الإعاقة الحركية. ويفسر ذلك ما أوضحته دراسة كوكوفا (2000) koubekova من أن الفتيات ذوات الإعاقة الحركية يواجهن صعوبات في التوافق الاجتماعي أكثر من أقرانهن من الذكور، كما أبدين قدراً أكبر من تدني مستوى تقدير الذات، وكن أقل رضا عن أنفسهن، وما وجدته دراسة العلي (٢٠١٠) من علاقة ارتباطية طردية بين القلق الاجتماعي والوحدة النفسية والمخاوف المرضية لدى ذوي الإعاقة الحركية، وما دلت عليه دراسة الريماوي (٢٠٠٨) من وجود فروق في الصعوبات الاجتماعية/الانفعالية لصالح ذوات الإعاقة الحركية، وقد يدل على ذلك ما أورده بريستون (2010) Preston من أن الأمهات ذوات الإعاقة المستقرة مدى الحياة قد تسهل التكيف تجاهها بينما تميل الإعاقة الطارئة أو الإعاقة الناشئة بسبب حوادث -كالإعاقات الحركية في هذه الدراسة- إلى ضغط كبير لأنها تتطلب إجراءات طبية متكررة تؤثر على روتين الحياة. ومن جانب آخر تتماشى هذه النتيجة مع أوضحته دراسة العواودة (٢٠١٢) من أن مستوى القلق النفسي والمخاوف المرضية كان متوسطاً لدى أفراد العينة من ذوي الإعاقات الصحية، ودراسة سرطاوي ورفاقه (٢٠١٢) في وجود فروق بين الإعاقة البسيطة والشديدة لصالح الإعاقة الشديدة.

وتوصلت نتائج الدراسة كذلك إلى عدم وجود فروق ذات دلالة في المسئولية الاجتماعية بين الأمهات ذوات الإعاقة باختلاف: نوع الإعاقة و العمر وجود خلفية وراثية أسرية وجود طفل ذي إعاقة، وعدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين متوسطات درجات أبعاد المسئولية الاجتماعية والسمات النفسية (القلق - الاكتئاب - التوهم المرضى) لدى عينة الدراسة؛ مما يعني عدم وجود فروق في المسئولية الاجتماعية كما أوردها عثمان (١٩٩٣) والتي تتمثل في كل من الاهتمام والارتباط العاطفي بالجماعة التي ينتهي إليها الفرد، وفهم الجماعة في حالتها الحاضرة ونظمها وعاداتها، وإدراكه آثار أفعاله وتصرفاته وقراراته على الجماعة، والقيمة الاجتماعية لأي فعل أو تصرف اجتماعي يصدر عنه، بالإضافة إلى مشاركة الآخرين في عمل ما حسب اهتمامه وفهمه لهذا العمل، ومساعدة الجماعة في حل مشكلاتها والوصول إلى أهدافها. وهذه النتيجة تفسرها ما أظهرته الإناث ذوات الإعاقة البصرية في دراسة أبو الهدى (٢٠١١) من ارتفاع في بعض الأبعاد وهي التسامي بالذات والمسئولية الاجتماعية والهدف في الحياة. فالضغوط التي تتعرض لها المرأة ذات الإعاقة تؤثر على عن اتخاذ القرارات المصيرية المتعلقة بأمورها الشخصية، كاختيار الزوج، والعمل وتربية الأبناء والتعليم، وحقوقها المدنية يجعلها أقل قوة، وأكثر عجزاً (الريماوي، ٢٠٠٨)؛ مما يؤدي إلى مستويات منخفضة نسبياً من المشاركة الاجتماعية للنساء ذوات الإعاقة (Hanna & Rogovsky, 1991). وتختلف هذه النتيجة مع دراسة سرطاوي ورفاقه (٢٠١٢) من وجود فروق ذات دلالة في مستوى المشكلات الاجتماعية التي تواجه المرأة ذات الإعاقة تبعاً للمستوى التعليمي والعمر والحالة الاجتماعية؛ ونظراً لأن من أبرز المشكلات التي يعاني منها الآباء والأمهات من ذوي الإعاقة هو نقص الدعم الاجتماعي (Traustadottir, & Sigurjónsdóttir, 2008)، (Kirshbaum 2000)، وأن الأشخاص ذوي الإعاقة المتزوجين يواجهون المشكلات النفسية والاجتماعية بشكل أكبر من غير المتزوجين (بطاينة ومقابلة، ٢٠٠٤). فإن ذلك يتبقى مع نتائج الدراسة ويؤكد ما جاءت به دراسة حلاوة وعبدالكريم (٢٠١٢) من وجود ارتباط بين أنواع الدعم المختلفة والتكيف الذاتي والتكيف الاجتماعي، والتكيف المنزلي، وعدم وجود فروق دالة بين المساندة الاجتماعية بأبعادها المختلفة تعزى إلى النوع سواء ذكراً أم أنثى.

### توصيات الدراسة

- العمل على تحديد الاحتياجات النفسية والاجتماعية للأم ذات الإعاقة، وعلى ضوئه بناء البرامج الإرشادية والتوجهات العلاجية اللازمة وتقديم التدخل النفسي المناسب من قبل



الجهات المعنية برعاية الأشخاص ذوي الإعاقة بما يحقق مزيداً من التمكين والتكيف النفسي والاجتماعي.

- التشجيع على الدراسات والبحوث التي تتناول الاحتياجات الخاصة بالأمهات ذوات الإعاقة والتي يمكنها تقديم المزيد من المعلومات والمهارات المجال رعاية ودعم الأمهات ذوات الإعاقة في ممارسة حياتهن الطبيعية والقيام بأدوارهن السامية.
- إيجاد منظمات محلية وإقليمية لدعم الأمهات ذوات الإعاقة وخلق شبكات وطنية تعمل على تطوير الدعم والموارد المناسبة لاستمرارية تقديم الخدمات الداعمة للأمهات ذوات الإعاقة.

### المراجع

- إبراهيم، أسماء (١٩٨٩). الاغتراب عند المراهقات الكفيفات والمبصرات: دراسة مقارنة لدى طالبات المرحلتين الإعدادية والثانوية. رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة عين شمس.
- أبو الهدى، إبراهيم (٢٠١١). دراسة سيكومترية إكلينيكية لقلق المستقبل وعلاقته بمعنى الحياة ووجهة الضبط لدى عينة من المعاقين بصريا والمبصرين. مجلة كلية التربية. جامعة عين شمس. ٣(٢٥)، ٧٨٩ - ٨٢٢.
- أحمد، عطية (٢٠٠٥). الضغوط النفسية لدى الكفيف وعلاقتها باتجاهات الأسرة نحو الإعاقة. التربية المعاصرة. مصر. ٢٢(٧٠)، ٢٤٨ - ١٩٨.
- بخش، أميرة (٢٠٠٧). أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقليا والعاديين بالمملكة العربية السعودية. مجلة العلوم التربوية والنفسية. جامعة البحرين، ٨(٣)، ١٣-٣٤.
- بطاينة، أسامة، ومقابلة، نصري (٢٠٠٤). مشكلات الأفراد المعوقين حركياً بمحافظة إربد بالمملكة الأردنية الهاشمية: دراسة تحليلية. مجلة العلوم التربوية والنفسية. جامعة البحرين، ٦(١)، ٦٧ - ١٠٠.
- الحاج، فايز (١٩٩١). مقياس توهم المرض. المملكة العربية السعودية: مطبعة المدينة.
- الحديدي، منى، والخطيب، جمال. (١٩٩٦) أثر إعاقة الطفل على الأسرة. مجلة كلية التربية. جامعة المنصورة، ٣١(٢)، ٢٣-١.
- حلاوة، محمد، وعبد الكريم، محمد (٢٠١٢). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالتوافق النفسي لدى الأطفال المعاقين حركياً. مجلة كلية الآداب. جامعة بنها. ٢(٢٧)، ٥٢٩ - ٤٨١.
- حيدر، رجا (٢٠١٢). إشكالية الحياة الجنسية والزواج عند المرأة المعاقة. مجلة المنال الإلكترونية. ١١ / ٢٠١٢ / <https://almanalmagazine.com>
- الخطيب، جمال (٢٠١٣). أسس التربية الخاصة. ط(١)، الأردن: مكتبة المتنبى.

الدماطي، عبد الغفار. وعبد الخالق، احمد. (٢٠٠٠). قائمة بيك للاكتئاب: دراسة على عينات سعودية. رسالة التربية وعلم النفس السعودية، (١١)، ٩٩ - ٦٣.

الربيع، فيصل، والشمري، عبداللطيف (٢٠١٥). مستوى القلق وعلاقته بالتوافق النفسي لدى الطلبة السعوديين الدارسين في الجامعات الأردنية. مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية. جامعة الكويت، ٤١(١٥٧)، ١٢٥ - ١٦٠.

الرميح، ندى (١٩٩٧). التوافق النفسي لدى البصرات والكفيفات: دراسة مقارنة على عينة من تلميذات المرحلتين المتوسطة والثانوية. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الملك سعود.

الروسان، فاروق (٢٠١٩). سيكولوجية الأطفال غير العاديين. مقدمة في التربية الخاصة. ط (١٣)، الأردن: دار الفكر.

الريماوي، أميرة (٢٠٠٨). الصعوبات الاجتماعية الانفعالية التي تواجهها المرأة المعوقة وعلاقتها بفتة الإعاقة. دراسات العلوم التربوية. الجامعة الأردنية. ٣٥ (ملحق)، ٥٥٨ - ٥٧٨.

سرطاوي، عبدالعزيز؛ المهيري، عوشة؛ الزيودي، محمد؛ عبادات، روعي؛ طه، بهاء (٢٠١٣). المشكلات التي تواجه المرأة المعاقة بدولة الإمارات العربية المتحدة. المجلة الدولية للأبحاث التربوية. جامعة الإمارات العربية المتحدة، كلية التربية. (٢٣)، ٣٠ - ٥٧.

الشحروري، ملك (١٩٩٤). المشكلات السلوكية للطلبة المكفوفين في مراكز التربية الخاصة وعلاقتها بمتغيري الجنس والعمر. رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.

عبد الخالق، أحمد (٢٠٠١). أصول الصحة النفسية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية. عثمان، سيد (١٩٩٣). مقياس المسئولية الاجتماعية الصورة (ك). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عدلان، نسرین (٢٠١٨). الشعور بالمسؤولية الاجتماعية لدى والدي الأطفال المعاقين عقليا بولاية الخرطوم. مجلة الدراسات العليا. جامعة النيلين. ١٢ (٤٥)، ١٤١ - ١٢٩.

العلي، ماجد (٢٠١٠). القلق الاجتماعي وعلاقته بكل من الكفاءة الاجتماعية والوحدة النفسية والخوف المرضية لدى عينة من ذوي الإعاقة الحركية. مجلة كلية الآداب. جامعة طنطا، ٣(٢٣)، ١٣٤٣-١٣٢٢.

العواودة، عمر (٢٠١٢). القلق النفسي والخوف المرضية لدى الراشدين ذوي الإعاقات الصحية الزمنية. رسالة ماجستير. كلية العلوم التربوية والنفسية، جامعة عمان العربية.

غريب، عبد الفتاح (٢٠٠٠). مقياس بيك الثاني للاكتئاب. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

فهمي، مصطفى، وغالي، محمد (٢٠١٢). مقياس تايلور للقلق الصريح. استرجع بتاريخ ٢٠١٢/٢/٣ من الموقع الإلكتروني. : www.alaapnu.files.wordpress.com2

كردي، سميرة (٢٠٠٣). المسئولية الاجتماعية وعلاقتها بدافع الإنجاز لدى طالبات كلية

التربية بالطائف. مجلة علم النفس. مصر، ١٧ (٦٦)، ١١٠-١٤١.

ملیكة، لويس (٢٠٠٠). اختبار الشخصية المتعدد الأوجه. (ط٦) القاهرة: مكتبة النهضة العربية.

المطيري، يوسف (٢٠٠٥). مستوى القلق لدى الطلاب المكفوفين في دولة الكويت وعلاقته ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.

موسى، ماجدة، وسليمان، نبيل (٢٠١٠). مفهوم الذات الاجتماعي وعلاقته بالتكيف النفسي والاجتماعي لدى الكفيف. دراسة ميدانية في جمعية رعاية المكفوفين في دمشق، مجلة جامعة دمشق. ٢٦ (ملحق)، ٤٠٩-٤٥١.

هلهان، دانيال. وكوفمان، جيمس (٢٠٠٨). سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم. ترجمة: عادل عبد الله محمد. ط (١)، عمان: دار الفكر.

الهيئة العامة للإحصاء (٢٠١٧). تقرير نتائج مسح ذوي الإعاقة لعام ٢٠١٧. <https://www.stats.gov.sa/ar/904>

Allala, S., & Alzubairi, S. (2016). Social shyness among mothers of children with disabilities based on some variables in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of Education and Practice*, 7(36), 197-210, ISSN 2222-1735 (Paper) ISSN 2222-288X, Online. [www.iiste.org](http://www.iiste.org).

Barbosa, M., Chaud, M., & Gomes, M. (2008). Experiences of mothers of disabled children: a phenomenological study. *Acta Paul Enferm*, 21(1), 46-52.

Conley-Jung, C., Olkin, R. (2001). Mothers with visual impairments or blindness raising young children. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, (91), 14-29.

Grossnickle, R. (1992). *Developing personal and social responsibility: A guide for community action*. Pepperdine University Press. California.

Gupta, A. & Singhal, N. (2005). Psychosocial support for families of children with autism. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, (62), 16 - 2.

Hanna, J., & Rogovsky, B. (1991). Women with disabilities: Two handicaps plus. *Disability, Handicap & Society*, 6(1), 49-63. <http://dx.doi.org/10.1080/02674649166780041>.

Kirshbaum, M. (2000). A disability culture perspective on early intervention with parents with physical or cognitive disabilities and their infants. *Infants and Young Children*, 13(2), 9-20.

Koubekova, E. (2000). Personal and social adjustment of physically handicapped pubescent. *Psychologia Patopsychologia Dietata Journal*, 35(1), 32 - 39.

Kring, A., & Gordon, A. (2007). Sex differences in emotion: Expression,

- experience, and physiology. *Journal of Personality & Social Psychology*, (74), 686-703.
- Olkin, R., Abrams, K., Preston, P., & Kirshbaum, M. (2001). Comparison of parents with and without disabilities raising teens: information from the NHIS and two national surveys. *Rehabilitation Psychology*, (51), 43-49. DO - 10.1037/0090-5550.51.1.43.
- Papadopoulos, K., Montgomery, A., & Chronopoulou, E. (2013). The impact of visual impairments in self-esteem and locus of control. *Research in developmental disabilities*. 34(12), 4565-4570. DO - 10.1016/j.ridd.2013.09.036.
- Preston, P. (2010). *Parents with disabilities*. In: JH stone, M blouin, editors. *International Encyclopedia of Rehabilitation* <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/36/>
- Traustadottir, R., & Sigurjónsdóttir, H. (2008). The 'mother' behind the mother: three generations of mothers with intellectual disabilities and their family support networks. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, (21), 331-340. DO-10.1111/j.1468-3148.2008.00450.x.