

The Ability of Mental Health and Selected Variables in Predicting Post-Traumatic Growth among Parents of Children with Disabilities

قدرة الصحة النفسية وبعض المتغيرات على التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة لدى آباء أطفال ذوي الإعاقة

Rawan Al-Sulaiti^{1*}, Manar bani Mustafa¹.

¹Yarmouk University, Irbid, Jordan.

ARTICLE INFO

Article history:

Received 06 Dec 2020

Accepted 16 Feb 2021

Published 01 Apr 2022

*Corresponding author:

Yarmouk University, Irbid, Jordan.

Email: rawanslaty22@yahoo.com.

Abstract

This study aimed to investigate the ability of mental health and various variables in predicting post-traumatic growth among parents of children with disabilities in Jordan. To achieve the aims of the study, the two researchers administered a mental health scale and a post-traumatic growth scale. The sample of the study consisted of 309 parents of children with disabilities in Irbid. The findings showed that there was an average level of both mental health and post-traumatic growth. The results indicated that the introduction of autism spectrum and parental gender increased the explained variance. Together, the three variables accounted for 34.8% of the variance in post-traumatic growth, with a statistically significant F-value at the level of $\alpha = 0.05$. Mental health alone explained 28.2% of the variance in post-traumatic growth, while the autism spectrum variable contributed an additional 3.5% and the parental gender variable added 3.0%. Physical disability, mental disability, sensory disability, duration of diagnosis, educational level, and the number of disabled children in the family did not contribute to the prediction of post-traumatic growth

Keywords: Mental Health, Post-Traumatic growth, Disabilities.

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على قدرة الصحة النفسية وبعض المتغيرات على التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة لدى آباء أطفال ذوي الإعاقة في الأردن. ولتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثتان باستخدام كل من مقياس الصحة النفسية، ومقياس نمو ما بعد الصدمة. تكونت عينة الدراسة من (٣٠٩) من آباء أطفال ذوي الإعاقة في محافظة إربد. وأشارت نتائج الدراسة إلى درجة متوسطة لكل من الصحة النفسية ونمو ما بعد الصدمة. وأشارت نتائج الدراسة أنه زيادة قيمة التباين المفسر بعد إدخال طيف التوحد وجنس الوالدين للصحة النفسية فقد فسر الثلاثة متغيرات معاً ما نسبته (٣٤,٨٪) من التباين في نمو ما بعد الصدمة، وكانت قيمة "ف" دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0.05$). فقد فسر إدخال الصحة النفسية ككل (٢٨,٢٪) من التباين في نمو ما بعد الصدمة، وأضاف متغير طيف التوحد (٣,٥٪)،

كما أضاف متغير جنس الوالدين (٣٠٪)، أما الإعاقة الجسمية، والإعاقة العقلية، والإعاقة الحسية، ومدة التشخيص، والمستوى التعليمي، وعدد الأطفال المعاقين في الأسرة، فلم تسهم في التنبؤ نمو ما بعد الصدمة.

الكلمات المفتاحية: الصحة النفسية، نمو ما بعد الصدمة، ذوي الإعاقة.

١. المقدمة

١.١ الإطار النظري والدراسات السابقة

تجربة الأبوّة والأمومة تقابل بالعادة بتوقعات كبيرة، فمنذ معرفة الوالدين بخبر الحمل يتكون لديهم أفكار مسبقة عن طفلهم الذي لم يولد بعد، وبينون آمال وطموحات على هذا الطفل وعند تشخيص هذا الطفل من ذوي الإعاقة فإن هذه الطموحات والتوقعات تتحطم (Strecker, et al., 2014). حيث تتعرض الأسرة التي تنجب طفل لديه إعاقة لحجم كبير من التحديات والضغوطات الحياتية والنفسية أكثر بكثير من الأسرة التي تنجب طفل ليس لديه إعاقة (Kielb, et al., 2019). مما يجعل الوالدين يمرون بظروف وخبرات تشبه التي يعيشها الأشخاص الذين تعرضوا لحدث صادم (Gupta & Singal, 2004) وغالباً ما يختلف الأفراد بشكل كبير في ردود أفعالهم تجاه الأحداث الصادمة، فبعضهم يستجيبون بشكل سلبي؛ مثل الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة ويعانون من القلق والاكتئاب، والبعض الآخر ممكن أن يستجيبوا بعكس ذلك تماماً بإحداث تغيرات إيجابية في حياتهم، والذي يطلق عليه مسمى نمو ما بعد الصدمة (Tedeschi & Calhoun, 2004).

أظهرت العديد من الدراسات (Counselman-Carpenter, 2016; Strecker, et al., 2014) أن وجود طفل من ذوي الإعاقة في الأسرة حقق أثراً إيجابياً في حياة الوالدين بحيث أصبحت الأسرة تركز على التقبل الإيجابي والنجاح في طرق الرعاية والاهتمام عند التعامل مع طفلهم صاحب الإعاقة. وأشار (الجبالي، ٢٠١٦) إلى أن استجابات الوالدين من توتر وحزن وبأس عند تلقيهم أن طفلهم من ذوي الإعاقة هي استجابات طبيعية، ولكن على الوالدين أن يدركوا أن استمرار هذه المشاعر السلبية سوف تؤثر على الطفل وشخصيته بشكل سيء، لذلك على الوالدين أن يتمكنوا من التعامل مع مشاعرهم الذاتية. وأن يكونوا أقوياء ويناضلوا من أجل تخطي هذه الصدمة وأن يحولوها إلى قصص إيجابية، وأن يتمتعوا بصحة نفسية لكي تساعداهم للاستمرار في هذا النضال، فالصحة النفسية هي أحد الأسباب الرئيسية للسعادة والاستمرار في هذه الحياة في ظل الظروف الصعبة المختلفة التي تواجه الأفراد. حيث أشار دينك (Dinuk, 2014) أن هناك ارتباط إيجابي بين الصحة النفسية ونمو ما بعد الصدمة، فكلاهما يسيران في الاتجاه الإيجابي، فالإيجابية تُشعر الفرد بالراحة والسعادة والرضى، وتقود لتغيير الحياة إلى الأفضل.

نمو ما بعد الصدمة (Post-traumatic Growth)

يشير مصطلح نمو ما بعد الصدمة إلى القدرة على إحداث تغيرات إيجابية في الحياة بعد المرور بخبرة صادمة، والقدرة على الوعي في مواجهة هذه الخبرة الصادمة والمثيرات الناتجة عنها (Wild & Paivaio, 2003). وعرف كونراد (KONRAD, 2006) نمو ما بعد الصدمة بأنه مكاسب قد تنجم عن الصراع مع المأساة أو الصدمة أو الخسارة. كما عرف أولمان (Ulman, 2009) نمو ما بعد الصدمة بأنه عملية نشطة لإعادة سرد الحدث بطريقة إيجابية.

وذكر Ulman (2009) أن هناك ثلاثة معايير يجب تواجدها لتأكد أن ما حدث هو نمو ما بعد الصدمة وهي: تعرض الفرد لصدمة شديدة الدرجة، أن تؤدي الصدمة إلى مشاعر الضيق النفسي، وأن تكون استجابة الفرد لهذا الضيق هي التي أدت إلى نمو ما بعد الصدمة. ووضع راموس وليل (Ramos & Leal, 2013) مجموعة من الخصائص لكل بعد من أبعاد نمو ما بعد الصدمة كالآتي: تقدير الحياة: حيث يصبح الفرد يدرك الحياة بطريقة جديدة من خلال إعادة البناء المعرفي الناتج عن التصدي والمواجهة للصدمة النفسية، العلاقات مع الآخرين: حين يتعرض الفرد للصدمة فإنه يقوم بالبحث عن المساندة والدعم من الأشخاص المقربين لديه لمساعدته في فهم وإدراك الموقف المؤلم الذي تعرض له، القوة الشخصية: عند مقارنة الذات قبل وقوع الحادثة وبعدها يجد الفرد أن بعد الحادثة قد ازدادت المهارات والقوة لديه، وأصبح أكثر قدرة على فهم الآثار السلبية للصدمة، الإمكانيات الجديدة: يكتشف الفرد بعد الصدمة خيارات جديدة في حياته لم تكن موجودة قبل وقوع الصدمة فيقوم بتغيير أهدافه والعمل على بناء مسار جديد لحياته.

هذا ويؤكد (Tedeschi & Blevins, 2015) أنه لا ينبغي لجميع الأفراد أن يتوقعوا دوماً حدوث نتائج للنمو الإيجابي في جميع المجالات المحددة، ولا ينبغي توقع حدوث نمو في إطار زمني معين، فإن درجة شدة الصدمة تلعب دوراً في نتائج

النمو. كما انه يختلف مستوى نمو ما بعد الصدمة باختلاف البيانات الديموغرافية للأفراد: كالجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، ومستوى الدخل، فالنساء مثلاً لديهن مستويات نمو أعلى من الرجال، والأشخاص الأصغر سناً من المتوقع أن يظهروا مستوى أفضل للنمو من الكبار بالسن (Kashdan & Kane, 2011).

ويستمد مفهوم "نمو ما بعد الصدمة" جذوره من مجموعة من النظريات الأساسية، منها: نظرية العلاج المتمركز حول الشخص: يرى روجرز أن الفرد قادر على المضي في حياته بشكل بناء وإيجابي وأحداث تغيرات إيجابية وأن يعيش حياة فعالة ومنتجة (كوري، ٢٠١٣). ويرى أن الطبيعة الإنسانية ميالة للنمو والتحرك الإيجابي دائماً (الخالدي، ٢٠٠٨). وفي نظرية العلاج بالمعنى: يرى فرانكل أن الدافع الأولي للفرد هو البحث عن معنى للحياة، وأن الاهتمام بقيمة الحياة هو مشكلة روحية وليس مرضاً عقلياً (برهوم، ٢٠٠٩). وأن الإنسان ليس كائناً ثابتاً، بل هو في حالة مستمرة من البروز والتعدد والتطور (ملحم، ٢٠٠٦). أما النظرية المعرفية: فتري أن الفرد يمتلك أرضية نفسية من بداية حياته تهدف إلى الحفاظ على الذات والسعادة والتفكير والتحدث والحب والتفاعل مع الآخرين (مداح ومصطفى، ٢٠١٠). كما تؤدي المعالجة المعرفية الطبيعية إلى التغيير الإيجابي (Joseph, 2011). وفي نظرية الأزمة: يرى كابلان أن ارتفاع مستوى التوتر العاطفي لدى الفرد هو الذي يساعده في إيجاد حل للمشكلة التي تواجهه. وأخيراً حركة علم النفس الإيجابي: "يشخص علم النفس الإيجابي بأن البشر هم أفراد موهوبين يمتلكون مجموعة من الصفات الإيجابية في جوهرها، وأن هذه الصفات الإيجابية تسمح للأفراد بالنمو باستمرار والتطور إلى كائنات كاملة ومتفوقة والذي يؤثر على الأداء في العمل" (الربيعي وعباس، ٢٠١٥).

الصحة النفسية (Mental Health)

الصحة النفسية هدف يسعى إليه جميع الأفراد في الحفاظ علىه نظراً لارتفاع مستوى النمو الفكري والحضاري الذي جعل الأفراد يدركون أن الأهمية النفسية شأنها شأن الأهمية الجسدية (الزبيدي، ٢٠٠٧). ويعد مفهوم الصحة النفسية مفهوم ثقافي نسبي متكامل ومتغير؛ أي ما يصح في مجتمع لا يصح في مجتمع آخر، كما أن الصحة النفسية قد تتأثر بطبيعة المواقف والظروف التي يتعرض لها الفرد، كما أنها تختلف من فرد لفرد، وهذا التغير في مفهوم الصحة النفسية نتيجة التغير في مجالات الحياة المختلفة (الخالدي، ٢٠٠٩).

يرى (Bertolote, 2008) أن الصحة النفسية هي جميع الأنشطة التي يقوم بها الفرد للوصول إلى علاقات متناغمة مع الآخرين، وعمل تغييرات بناءة في البيئة المحيطة، كما أن الصحة النفسية تتغير بسبب العوامل البيولوجية والاجتماعية. أما كوبر (Cooper, 2009) يعرف الصحة النفسية أنها قدرة الفرد في التأثير بالبيئة التي يعيش فيها وقدرته على التكيف مع ظروف هذه البيئة مما يقود إلى الإشباع الشخصي والسعادة.

وأشار المحادين (٢٠٠٩) إلى معايير الحكم على الصحة النفسية كالتالي: المعيار الاجتماعي: هو الذي يشمل العادات والتقاليد والأفكار والآراء السائدة المتوارثة في المجتمع، فكل من يسير وفق هذه الأسس يعتبر فرداً سوي، ومن يخالفه غير سوي. المعيار الإحصائي: هو أن يكون سلوك الفرد ضمن مستوى التوزيع الطبيعي (في المنتصف) للسلوك الإنساني الطبيعي. المعيار الذاتي: من خلال هذا المعيار يعد الفرد نفسه مرجعاً للحكم على السلوك السوي من غير السوي؛ فإذا كان الفرد راضياً عن نفسه يكون سوي، أما إذا كان غير راضٍ عن نفسه يكون السلوك غير سوي، ولكن يوجد هناك انتقاد لهذا المعيار وهو أن من الممكن أن يقود الفرد بسلوكيات غير سوية ولكن راضٍ عنها. المعيار الموضوعي: هذا المعيار يتضمن دراسة الفرد دراسة كاملة من خلال الرجوع للماضي ودراسة سلوكه الحالي، ويتم ذلك من خلال استخدام وسائل جمع المعلومات المختلفة مثل الملاحظة والمقابلة والاختبارات وغيرها من وسائل جمع المعلومات. والأخير المعيار الطبي النفسي: وهو الخلو من الاضطرابات النفسية للحكم على أن السلوك سوي (فالشخص الذي يكون سوي ليس لديه اضطرابات نفسية، أما الغير سوي عكس ذلك يكون لديه العديد من الاضطرابات النفسية).

تتأثر الصحة النفسية بالعوامل والخبرات الشخصية، والتفاعل الاجتماعي، والقيم الثقافية (Lehtinen, 1997)، فالخبرات الشخصية تلعب دور كبير في الصحة النفسية؛ فالشخص الذي تعرض للعديد من الخبرات السابقة التي من الممكن أن تكون مؤلمة، فعند تعرضه لمثل هذه الخبرة مره أخرى فسيكون التعامل معها أسهل من المرة السابقة، مثلاً الشخص الذي تعرض لحادثة طلاق سابقة سوف يستقبل حالة الطلاق الحالية بطريقة أسهل (عبد الرحمن، ٢٠١٢). أما التفاعل الاجتماعي فله دور كبير في اكتساب الصحة النفسية؛ فالشخص الذي يقيم علاقات اجتماعية مع الآخرين ويتفاعل معهم ويشاركهم في العديد من الأنشطة فسوف يكون في صحة نفسية جيدة، بخلاف الشخص المنعزل والمنسحب من المواقف الاجتماعية

المختلفة، وبالتالي سوف يؤثر سلباً على الصحة النفسية (بكر، ٢٠١٣). والقيم الثقافية لها تأثير واضح على الصحة النفسية؛ فإن التمثل بالقيم الثقافية المناسبة للمجتمع تؤدي إلى تحسين الصحة النفسية للفرد.

وترتبط أيضاً الصحة النفسية بالسلوك؛ فالأشخاص الذين يقومون بسلوكيات سيئة وغير مرغوب بها مثل تناول المخدرات والكحول وارتكاب الجرائم، فهذه السلوكيات تدل على أن الأشخاص الذين يمارسون مثل هذه السلوكيات يكون لديهم مستوى متدني من الصحة النفسية (Walker, et al., 2004).

وفيما يلي مجموعة من أهم الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة "نمو ما بعد الصدمة" "والصحة النفسية" لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة من الأقدم للأحدث:

أجرت (Motaghedi & Haddadian, 2014) دراسة للكشف عن أثر نمو ما بعد الصدمة والضغط الفردي على الصحة النفسية لآباء الأطفال المصابين بالتوحد، في طهران، تكونت العينة من (١٠٠) من الآباء، وأظهرت النتائج أن النمو يفسر ٤٨٪ من الصحة النفسية لدى الوالدين.

أما دراسة (Byra, et al., 2017) هدفت للكشف عن العلاقة بين المواجهة والفعالية الذاتية ونمو ما بعد الصدمة لدى آباء ذوي الإعاقة، في بولندا، وتكونت عينة الدراسة من (٩٦) من آباء الأطفال المصابين بالتوحد والإعاقة الذهنية العميقة، وتوصلت النتائج إلى أن مستوى ما بعد الصدمة كان منخفض.

وقام (Wayment, et al., 2018) بدراسة للكشف عن العلاقة بين الأنا الهادئة ونمو ما بعد الصدمة لدى الأمهات اللاتي يربين أطفال يعانون من اضطراب طيف التوحد، في الولايات المتحدة الأمريكية، تكونت العينة من (٣٦٤) من الأمهات، وأظهرت النتائج أن نمو ما بعد الصدمة مرتبط بشكل إيجابي بالدعم الاجتماعي.

وفي دراسة (Kielb, et al., 2019) للكشف عن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة من أمهات أطفال ذوي الإعاقة الذهنية المختلفة (التوحد، المتلازمة داون، الشلل الدماغي، والإعاقة الذهنية)، في بولندا، تكونت العينة من (٨٥) من الأمهات، وأظهرت النتائج أن مستوى نمو ما بعد الصدمة كان مرتفعاً.

أما الدراسات التي تعلق بالصحة النفسية والعينة هي: أجرى (Hung et al., 2010) دراسة للكشف عن الصحة النفسية لآباء الأطفال الذين يعانون من إعاقة جسدية، في الصين، وتكونت العينة من (٩١) من الآباء، وتم إجراء مقابلات فردية مع الآباء، وتم تقييم الصحة النفسية باستبيان الصحة الصيني المكون من ١٢ بند، وأظهرت النتائج أن الآباء لديهم تدني في مستوى الصحة النفسية.

وفي دراسة العرير (٢٠١٠) للكشف عن مستوى الصحة النفسية لدى أمهات أطفال المتلازمة داون في قطاع غزة، تكونت العينة من (٤٦١) أم من أمهات أطفال المتلازمة داون، وتم استخدام مقياس الصحة النفسية وأشارت النتائج إلى ارتفاع مستوى الصحة النفسية لأمهات أطفال المتلازمة داون.

كما أجرى (Yamaoka, et al., 2015) دراسة مسحية للكشف عن مستوى الصحة النفسية لدى آباء أطفال ذوي الإعاقة، في اليابان، وتكونت العينة من (٥٤٩) من الآباء، وأظهرت النتائج أنه ما يقارب نصف العينة يعانون من تدني الصحة النفسية.

وقام كاتلو (٢٠١٩) دراسة للكشف عن الصحة النفسية لدى أمهات ذوي الحاجات الخاصة وعلاقتها ببعض المتغيرات، في الخليل، تكونت العينة من (١٢١) من أمهات ذوي الإعاقة، وأظهرت النتائج أن درجة الصحة النفسية لدى أمهات ذوي الحاجات الخاصة كانت متوسطة، وعدم وجود فروق تعزى لمستوى التعليم ومكان السكن ومستوى الدخل وعمل الأم وعمر الأم.

٢. مشكلة الدراسة وأسئلتها

تنبثق مشكلة الدراسة من أن الفرد قد يتعرض خلال حياته إلى العديد من الصدمات المتفاوتة في درجتها، مما يؤدي ذلك إلى حدوث توابع لهذه الصدمة التي تؤثر على الفرد من كافة الجوانب النفسية والجسمية والاجتماعية والمهنية، ولكن قد تتفاوت هذه التأثيرات من فرد لآخر قد تكون ايجابية وقد تكون سلبية، ومن خلال ملاحظة الباحثة أن أغلب الدراسات في مجال الصدمة ركزت على الجوانب السلبية، جاءت هذه الدراسة للبحث في الجوانب الإيجابية لخبرة آباء أطفال ذوي الإعاقة الذين تعرضوا لحدث صادم بسبب ميلاد طفل معاق، ولأن الوالدين يلعبان دوراً مهماً في حياة الطفل فلا يمكن تجاهل ردود

أفعالهم، وعليهم أن يدركوا ما تسببه هذه الردود تجاه هذا الطفل، ولذلك كان لا بد من أن يتمتع الوالدين بصحة نفسية لما لها من كبير الأثر في إحداث النمو والتغيرات الايجابية في حياتهم وحياة أطفالهم الذين يحتاجون الى رعاية خاصة، لذلك تأتي هذه الدراسة بغرض الكشف عن قدرة الصحة النفسية التي تعتقد الباحثة بأنها تتنبأ بنمو ما بعد الصدمة، وتم تناولها في الدراسات الأجنبية ولم يتم تناولها في الدراسات العربية.

٢,١ أسئلة الدراسة

وبشكل محدد تسعى هذه الدراسة للإجابة عن الأسئلة الآتية:

١. ما مستوى نمو ما بعد الصدمة لدى آباء أطفال ذوي الإعاقة في محافظة إربد؟
٢. مستوى الصحة النفسية لدى آباء أطفال ذوي الإعاقة في محافظة إربد؟
٣. ما القدرة التنبؤية للصحة النفسية وبعض المتغيرات (نوع الإعاقة، وجنس الوالدين، والمستوى التعليمي للوالدين، ومدة التشخيص، وعدد الأخوة المعاقين في الأسرة) في نمو ما بعد الصدمة لدى عينة من آباء أطفال ذوي الإعاقة.

٣. أهمية الدراسة

تنبثق أهمية هذه الدراسة في جانبين: الأول النظري والثاني العملي:

١. **الأهمية النظرية** للدراسة تكمن أهمية الدراسة في أنها تبحث في متغير نادر لم يتم تناوله في الدراسات العربية بشكل عام وهو مفهوم نمو ما بعد الصدمة، كما تكمن أهميتها في أنها تحاول الكشف عن قدرة الصحة النفسية للأفراد في نموهم بعد الصدمة، وتكمن أهمية الدراسة وحسب علم الباحثة هي من أولى الدراسات على المستوى العربي التي تناولت متغير الصحة النفسية ونمو ما بعد الصدمة معاً.
٢. **الأهمية العملية** للدراسة تتمثل في أن نتائج الدراسة قد تفيد في تشجيع الباحثين والمختصين في إجراء المزيد من الدراسات على الجوانب الايجابية للصدمة، وتساعد المرشدين في تصميم البرامج الإرشادية لتشجيع النمو ما بعد التعرض للصدمة لدى جميع الافراد، وتصميم برامج تدريبية لتحسين مستوى الصحة النفسية لدى آباء أطفال ذوي الإعاقة.

٤. حدود ومحددات الدراسة

٤,١ حدود الدراسة

- **حدود زمنية:** تتحدد الدراسة بالفترة الواقعة بين (٢٠١٩/١٢/١٥ - ٢٠٢٠/٢/١).
- **حدود مكانية:** كما تتحدد بمراكز التربية الخاصة والجمعيات المهتمة بذوي الإعاقة في محافظة إربد.
- **حدود بشرية:** آباء أطفال ذوي الإعاقة، وعدم القدرة على تعميم نتائج الدراسة على أفراد من خارج الدراسة.

٤,٢ محددات الدراسة

تتحدد بالمفاهيم والإطار النظري، وصدق استجابة أفراد العينة على المقاييس.

٥. التعريفات الاصطلاحية والإجرائية

نمو ما بعد الصدمة (PTG)

هو التغير الإيجابي الذي يحصل للفرد نتيجة الكفاح مع الضغوطات والأزمات الحياتية الشديدة الصعوبة التي يتعرض لها في مراحل حياته المختلفة. ويحدث ذلك من خلال عدة طرق متنوعة؛ كزيادة العلاقات الشخصية ذات الأهمية، وزيادة تقدير الحياة، والشعور بالقوة الشخصية وتغيير الأولويات، واثراء الجوانب الروحية والدينية (Tedeschi, 2004 & Calhoun). ويعرف إجرائياً بأنه الدرجة التي حصل عليها الآباء على مقياس نمو ما بعد الصدمة المستخدم في الدراسة.

الصحة النفسية

هي حالة من السلامة البدنية والعقلية الاجتماعية وليس فقط مجرد الخلو من المرض أو العجز، وتكريس الفرد قدراته الخاصة للعمل والمساهمة بفاعلية في مجتمعة، ومن مظاهر الصحة النفسية: التكيف النفسي، التكيف الاجتماعي، حل المشكلات، والخلو من الأمراض (WHO, 2009). وتعرف إجرائياً بأنها الدرجة التي حصل عليها الآباء على مقياس الصحة النفسية المستخدم في الدراسة.

آباء ذوي الإعاقة

وهم الأب والأم لطفل ذوي الإعاقة.

ذوي الإعاقة

هم الأشخاص اللذين يعانون من قصور، أو ضعف، أو عجز، أو نقص، أو خلل في القدرات الحسية، أو الجسمية، أو العقلية، أو النفسية، أو الاجتماعية، تحد من قيامهم بأدوارهم في العمل والحياة بالشكل الطبيعي والمستقل (أبو النصر، ٢٠٠٤). ويعرف إجرائياً هم الأطفال اللذين يعانون من الإعاقة الجسمية، والحسية، والعقلية، وطيف التوحد، المتواجدون في مراكز التربية الخاصة في محافظة إربد.

٦. الطريقة والإجراءات

٦,١ منهج الدراسة

اتبعت الباحثتان المنهج الوصفي التنبؤي لمناسبته مع طبيعة الدراسة وأسئلتها.

٦,٢ مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من آباء أطفال ذوي الإعاقة، المسجلين لدى مراكز ذوي الإعاقة والجمعيات في محافظة إربد (الأردن)، ويقدر عددهم (٧٦٥) أباً وأماً، منهم (٣٦١) أب و(٤٠٤) أم، وذلك وفقاً لإحصائيات المراكز والجمعيات التي طبقت فيها العينة.

٦,٣ عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (٣٠٩) من آباء أطفال ذوي الإعاقة من محافظة إربد، منهم (١٣٧) أباً و(١٧٢) أمماً، تم اختيارهم بالطريقة المتبصرة وفق الجنس. حيث تم اختيار الآباء من (ثمانية) مراكز تأهيلية لذوي الإعاقة، و(ثلاثة) جمعيات، تابعت لمحافظة إربد، وذلك بنسبة (٤٠٪) من عدد الآباء التابعة لمراكز المنطقة.

٦,٤ متغيرات الدراسة

٢. المتغيرات المستقلة المتنبئة: الصحة النفسية ولها ثلاث مستويات (منخفض، متوسط، مرتفع)، نوع الإعاقة ولها أربعة مستويات (طيف التوحد، جسمية، عقلية، حسية)، جنس الوالدين وله مستويان (ذكر، أنثى)، مدة التشخيص ولها مستويان (٢-٥ سنوات و(أكثر من ٥ سنوات)، المستوى التعليمي وله مستويان (ثانوية عامة فما دون، بكالوريوس فأعلى)، عدد الأطفال المعاقين في الأسرة وله مستويان (طفل، ٢ فأكثر).

٣. المتغير التابع المتنبئ به: نمواً بعد الصدمة وله ثلاث مستويات (منخفض، متوسط، مرتفع).

٦,٥ أدوات الدراسة

للإجابة عن أسئلة الدراسة تم استخدام المقاييس الآتية:

مقياس نمو ما بعد الصدمة

قامت الباحثتان باستخدام مقياس نمو ما بعد الصدمة (Tedeschi & Calhoun, 1996)، تعريب الصمادي (٢٠١٩)، بهدف تقييم التغيرات الإيجابية التي حدثت لدى آباء أطفال ذوي الإعاقة، والمقياس يتمتع بالصدق والثبات بصورته الأصلية وبصورته المعربة، يتكون المقياس بصورته الأصلية، وبصورته المعربة من (٢١) فقرة موزعة على خمس أبعاد، وهي: (الإمكانات الجديدة، والعلاقات مع الآخرين، وقوة الشخصية، والتغيير الروحي، وتقدير الحياة).

❖ دلالات صدق وثبات المقياس بصورته الأصلية والمعربة

– صدق المقياس بصورته الأصلية

يتمتع المقياس بخصائص سيكومترية مقبولة، إذ قام كل من (Tedeschi & Calhoun 1996) بالكشف عن دلالات الصدق والثبات للمقياس، حيث بلغ الاتساق الداخلي للمقياس ككل (٩٠٪)، وبلغ ثبات إعادة الاختبار للمقياس بعد شهرين (٧١٪).

– صدق المقياس بصورته المعربة

يتمتع المقياس بصورته المعربة بخصائص سيكومترية مقبولة، إذ قامت الصمادي (٢٠١٩) بالكشف عن دلالات الصدق والثبات للمقياس، حيث بلغ الاتساق الداخلي للمقياس ككل (٨٢٪)، وبلغ ثبات إعادة الاختبار للمقياس بعد أسبوعين (٩٠٪).

تم ترجمة المقياس من اللغة الانجليزية الى العربية ومن اللغة العربية الى اللغة الانجليزية، وللتأكد من سلامة الفقرات المستخدمة فيه تم عرضة على ذوي الخبرة والاختصاص في مجال الترجمة والتعريب من أجل الحكم على صحة ودقة الترجمة.

وللتحقق من صدق المحتوى لمقياس نمو ما بعد الصدمة وأبعاده، تم عرضة بصورته الأولية (٢١) فقرة، على مجموعة من المحكمين ذوي الخبرة والاختصاص في الارشاد النفسي وعلم النفس التربوي والقياس والتقويم في عدد من الجامعات الاردنية، وبلغ عددهم (١٣) محكماً؛ بهدف التحقق من وضوح الفقرات، ومناسبتها لما وضعت لأجله، ومدى سلامتها اللغوية، ومدى انتمائها للمجال، ومدى مناسبتها لأغراض الدراسة وبيئتها الجديدة، وفي ضوء آراء المحكمين أخذت الباحثة بالتعديلات المقترحة التي وافق عليها (٨٠٪) من المحكمين.

ولاستخراج دلالات صدق البناء، استخرجت معاملات ارتباط فقرات المقياس مع الدرجة الكلية على عينة استطلاعية من خارج عينة الدراسة تكونت من (٤٠) فرداً.

وللتأكد من صدق وثبات المقياس وفقاً لمتغيرات الدراسة الحالية قامت الباحثتان بإعادة حساب الصدق والثبات بالطرق الآتية:

❖ دلالات الصدق

قامت الباحثتان بالتحقق من صدق الأداة بالطرق التالية:

– الصدق الظاهري

تم عرض المقياس بصورته المعربة على مجموعة من المحكمين ذوي الاختصاص في علم النفس والإرشاد النفسي والقياس والتقويم في جامعة اليرموك، وبلغ عددهم (١٣) محكماً، وفي ضوء آراء المحكمين أخذت الباحثتان بالتعديلات المقترحة لتصبح أكثر وضوحاً وملائمة للبعد الذي ينتمي إليه، وتم إضافة فقرة للمقياس على المجال الرابع (التغيرات الروحية)، فقرة رقم (١٩) وهي "أصبحت أكثر إيمان بالقضاء والقدر"، فأصبح المقياس يتكون من (٢٢) فقرة لمقياس نمو ما بعد الصدمة.

– صدق البناء

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية من خارج عينة الدراسة تكونت من (٢٠) أب وأم، وقد تراوحت معاملات ارتباط الفقرات مع الأداة ككل ما بين (٠,٥٦ – ٠,٨١)، ومع البعد (٠,٦٣ – ٠,٩٥). وقد اعتمد معيار لقبول الفقرة بأن لا يقل معامل ارتباطها عن (٠,٣٠)، وبناءً على ذلك قبلت جميع فقرات المقياس. إضافة إلى ذلك تراوحت قيم معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس نمو ما بعد الصدمة، تراوحت بين (٠,٤٩٥ – ٠,٧٩٥)، كما أن معاملات الارتباط بين الأبعاد، والمقياس ككل تراوحت بين (٠,٧٨٠ – ٠,٩٠١).

❖ دلالات الثبات

قامت الباحثتان بالتحقق من ثبات الأداة بالطرق التالية:

– إعادة الاختبار

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية من خارج عينة الدراسة تكونت من (٢٠) أب وأم، وإعادة تطبيقه بفاصل زمني مقداره أسبوعين، تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين التطبيقين الأول والثاني، وقد بلغت قيمة معامل ثبات الإعادة للمقياس ككل (٠,٩٥)، وللأبعاد الفرعية (٠,٨٦) (٠,٩٠) (٠,٩١) (٠,٩٣) (٠,٩٠).

– الاتساق الداخلي

تم تقدير قيمة ثبات الاتساق الداخلي للمقياس باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، حيث بلغت قيمته للمقياس ككل (٠,٩٤)، وللأبعاد (٠,٨٤) (٠,٨٣) (٠,٨٧) (٠,٩١) (٠,٩٠)، وهي مؤشرات على تمتع المقياس بدلالات اتساق داخلي (كمؤشر على الثبات).

– تصحيح المقياس

تكون مقياس نمو ما بعد الصدمة من (٢٢) فقرة، يجاب عنها بتدريج خماسي، وبذلك تتراوح درجات المقياس بين (١١٠ – ٢٢)؛ أي كلما ارتفعت الدرجة كان مؤشراً على ارتفاع مستوى نمو ما بعد الصدمة. وقد صنفت استجابات أفراد الدراسة إلى ثلاث فئات، على النحو الآتي: مستوى متدن من نمو ما بعد الصدمة، وتعطى للدرجة التي تتراوح بين (١,٠٠ – ٢,٣٣)، مستوى متوسط من نمو ما بعد الصدمة، وتعطى للدرجة التي تتراوح بين (٢,٣٤ – ٣,٦٧)، مستوى مرتفع من نمو ما بعد الصدمة، وتعطى للدرجة التي تتراوح بين (٣,٦٨ – ٥,٠٠).

مقياس الصحة النفسية

قامت الباحثتان باستخدام مقياس الصحة النفسية المعد من قبل الشريفين والشريفين (٢٠٠٩)، والذي يتكون بصورته الأصلية من (٣٥) فقرة موزعة على أربعة أبعاد وهي: (الارتياح مع الذات، الارتياح مع الآخرين، مواجهة مطالب الحياة، السلامة النفسية).

صدق وثبات المقياس بصورته الأصلية

يتمتع المقياس بخصائص سيكومترية عالية، إذ قام الشريفين والشريفين (٢٠٠٩) بالكشف عن دلالات الصدق والثبات للمقياس، حيث بلغ الاتساق الداخلي للمقياس ككل (٠,٩٢) %، وبلغ ثبات إعادة الاختبار للمقياس بعد ٣ أسابيع (٩٤) %.

❖ دلالات الصدق

وللتأكد من صدق وثبات المقياس وفقاً لمتغيرات الدراسة الحالية قامت الباحثة بإعادة حساب الصدق والثبات بالطرق الآتية:

– الصدق الظاهري

تم عرض المقياس بصورته الأولية على مجموعة من المحكمين ذوي الاختصاص في علم النفس والإرشاد النفسي والقياس والتقويم في جامعة اليرموك، وبلغ عددهم (١٣) محكماً، وفي ضوء آراء المحكمين أخذت الباحثتان بالتعديلات المقترحة لتصبح أكثر وضوحاً وملائمة للبعد الذي ينتمي إليه، ولم يتغير شيء على عدد فقرات المقياس بعد التحكيم.

– صدق البناء

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية من خارج عينة الدراسة تكونت من (٢٠) أب وأم، وقد تراوحت معاملات ارتباط الفقرات مع الأداة ككل ما بين (٠,٤١ – ٠,٨٠)، ومع البعد (٠,٤٤ – ٠,٩١). وقد اعتمد معيار لقبول الفقرة بأن لا يقل معامل ارتباطها عن (٠,٣٠)، وبناءً على ذلك قبلت جميع فقرات المقياس. إضافة إلى ذلك تراوحت قيم معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس نمو ما بعد الصدمة، تراوحت بين (٠,٤٨ – ٠,٨٥)، كما أن معاملات الارتباط بين الأبعاد، والمقياس ككل تراوحت بين (٠,٥١ – ٠,٧٠).

❖ دلالات الثبات

قامت الباحثتان بالتحقق من ثبات الأداة بالطرق التالية:

– إعادة الاختبار

تم تطبيق المقياس على عينة الاستطلاعية من خارج عينة الدراسة تكونت من (٢٠) أب وأم، وإعادة تطبيقه بفواصل زمني مقداره أسبوعين، تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين التطبيقين الأول والثاني، وقد بلغت قيمة معامل ثبات الإعادة للمقياس ككل (٠,٩٣)، وللأبعاد الفرعية (٠,٩٣) (٠,٩٠) (٠,٩٢) (٠,٩١).

– الاتساق الداخلي

تم تقدير قيمة ثبات الاتساق الداخلي للمقياس باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، حيث بلغت قيمته للمقياس ككل (٠,٨٩)، وللأبعاد (٠,٨٦) (٠,٧٦) (٠,٨٨) (٠,٨٧). وهي مؤشرات على تمتع المقياس بدلالات اتساق داخلي (كمؤشر على الثبات).

– تصحيح المقياس

تكون مقياس الصحة النفسية من (٣٥) فقرة، يجاب عنها بتدريخ خماسي، وبذلك تتراوح درجات المقياس بين (١٧٥ – ٣٥)؛ أي كلما ارتفعت الدرجة كان مؤشراً على زيادة الصحة النفسية. وقد صنف استجابات أفراد الدراسة إلى ثلاث فئات، على النحو الآتي: فئة مستوى الصحة النفسية المنخفض، وتعطى للدرجة التي تتراوح بين (١,٠,٣٣)، مستوى متوسط من الصحة النفسية، وتعطى للدرجة التي تتراوح بين (٢,٣٤ – ٣,٦٧)، مستوى مرتفع من الصحة النفسية، وتعطى للدرجة التي تتراوح بين (٣,٦٨ – ٥,٠٠).

٧. نتائج الدراسة ومناقشتها

يتضمن هذا الجزء عرضاً ومناقشة للنتائج التي توصلت إليها الدراسة استناداً إلى ما تم طرحه من أسئلة استهدفت الكشف عن قدرة الصحة النفسية وبعض المتغيرات على التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة لدى آباء أطفال ذوي الإعاقة، وفيما يلي عرض لما تم التوصل إليه الدراسة من نتائج:

السؤال الأول: ما مستوى نمو ما بعد الصدمة لدى آباء أطفال ذوي الإعاقة؟ للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى نمو ما بعد الصدمة لدى آباء أطفال ذوي الإعاقة، والجدول أدناه يوضح ذلك.

جدول (١) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى نمو ما بعد الصدمة لدى آباء أطفال ذوي الإعاقة مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية

الرتبة	الرقم	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
١	٤	التغيرات الروحية	٤,٢٥	٠,٩٤٣	مرتفع
٢	٣	القوة الشخصية	٣,٩٠	٠,٩٥٣	مرتفع
٣	٥	تقدير الحياة	٣,٧٢	١,٠٢٢	مرتفع
٤	١	العلاقات مع الآخرين	٣,٤٦	٠,٨٢٩	متوسط
٥	٢	الامكانيات الجديدة	٣,٣٢	٠,٩٦٥	متوسط
		نمو ما بعد الصدمة	٣,٦٥	٠,٧٢٣	متوسط

يظهر من الجدول (١) أن المتوسطات الحسابية قد تراوحت ما بين (٣,٣٢-٤,٢٥)، وبلغ المتوسط الحسابي لنمو ما بعد الصدمة ككل (٣,٦٥)، وبدرجة تقييم متوسطة. وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة أولمان (Ulman, 2009) التي أشارت إلى درجة متوسطة. وتعزو الباحثتان الحصول على هذه النتيجة هو أنه على الرغم من الصدمات والأزمات التي يتعرض لها الفرد في حياته، وما ينطوي عليها من آثار نفسية سلبية إلا أن ذلك لا ينفي وجود بعض الجوانب الإيجابية لهذه الصدمات، حيث إن الصدمات في كثير من الأحيان تكون دافع للتغيير الإيجابي، والوصول إلى أعلى درجة من الوعي والعقلانية.

ويتفق هذا مع ما جاء به (Tedeschi & Calhoun, 2004) بأن الظروف الصعبة تنتج تغيرات إيجابية، وتقود للوصول إلى أعلى مستوى من الرضا الحياتي، وأشارت (الذهبي والنصراوي، ٢٠١٦) إلى أن الفرد في البداية يتأثر بالصدمة، ولكن بعد فترة من مواكبة الصدمة يصل إلى مرحلة من النمو الإيجابي، والتسليم للواقع مما يؤدي إلى الرغبة للتكيف بشكل أفضل مع الحياة. كما أنه أثناء تطبيق أدوات الدراسة تم الالتقاء بعينة من الآباء وأظهروا نوع من الإيجابية وكان ذلك واضحاً باهتمامهم بأي نشاط له صلة بذوي الإعاقة، كما أنه أشار بعض أفراد العينة أنه على الرغم من الحزن والضغوطات التي وقعت عليهم إلا أنهم لا بد من عدم الاستسلام حتى لا يؤثر ذلك على الطفل لأنه من حقة الاهتمام والعناية مثل أي طفل آخر. وتتفق وجهة النظر هذه بما جاء به كونراد (Konrad, 2007) أنه على الوالدين أن يكونوا أقوياء بالنسبة لطفلهم، لأنه ينظر إليهم على أنهم عنصر أساسي في تقديم الرعاية. ويفسر عدم الحصول على درجة مرتفعة هو أن عند تلقي الوالدين خبر تشخيص أن طفلهم من ذوي الإعاقة له تأثير كبير ومباشر ومستمر عليهم (Konrad, 2006) كما يفسر عدم الحصول على درجة منخفضة بأنه كان لا بد من الوالدين من التغلب على مشاعرهم الخاصة السلبية التي نتجت من وجود هذا الطفل (الجزاري، ٢٠١١)، كما أن الدعم الاجتماعي والنمو العاطفي كان لهما دور إيجابي في التعامل مع الصعوبات التي نتجت من وجود الطفل (Bray, 2010).

السؤال الثاني: ما مستوى الصحة النفسية لدى آباء أطفال ذوي الإعاقة؟ تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات لمستوى الصحة النفسية لدى آباء أطفال ذوي الإعاقة، والجدول أدناه يوضح ذلك.

جدول (٢): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الصحة النفسية لدى آباء أطفال ذوي الإعاقة مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية

الرتبة	الرقم	المجال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
١	٣	مواجهة مطالب الحياة	٣,٨٧	٠,٩١١	مرتفع
٢	١	الارتياح مع الذات	٣,٨٥	٠,٨٣٢	مرتفع
٣	٢	الارتياح مع الآخرين	٣,٥٧	٠,٦٣٦	متوسط
٤	٤	السلامة النفسية	٣,٣٣	٠,٩١١	متوسط
		الصحة النفسية	٣,٥٧	٠,٥٧٥	متوسط

يظهر من الجدول (٢) أن المتوسطات الحسابية قد تراوحت ما بين (٣,٨٧-٣,٣٣)، وبلغ المتوسط الحسابي للصحة النفسية ككل (٣,٥٧)، وبدرجة تقييم متوسطة، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Hung et al, 2017؛ كاتلو، ٢٠١٩) اللتان أشارتا إلى درجة متوسطة من الصحة النفسية. وتعزو الباحثتان الحصول على هذه الدرجة بأنه على الرغم من الأعباء الإضافية التي أُلقيت على الوالدين بسبب ولادة طفل معاق، إلا أنه كان لا بد من تمتعهم بدرجة من الصحة النفسية لمواجهة هذه الأعباء ليتمكنوا من مساعدة أنفسهم وطفلهم الذي يحتاج إلى رعاية خاصة وبقيّة الأسرة التي تحتاج أيضاً إلى الاهتمام من الوالدين، كما يمكن تفسيره بأن الإسلام يحيط أصحابه بمبادئ وقواعد تحفظ للأفراد صحتهم النفسية، وأشار أفراد العينة أن التعب النفسي سوف يؤثر على صحتهم الجسدية، وبالتالي سوف تزداد الأمور سوءاً ولن يكونوا قادرين على مواجهة الحياة وصعوباته، كما أن الحزن لن يغير الحال. ويفسر عدم الحصول على درجة مرتفعة بأنه بعض النظر عن درجة تقبل هذا الطفل لا ننفي أن وجود مثل هذا الطفل يحدث تغيير في تكيف الأسرة، وإحداث خلل في التنظيم النفسي والاجتماعي للأسرة، وإضافة العديد من المشكلات الجديدة التي تؤدي إلى حياة أكثر تعقيداً، كما أن مشاعر الإحباط والتوتر والقلق والخوف من المستقبل التي نتجت من وجود هذا الطفل في الواقع لن تنتهي بشكل مطلق (الجبالي، ٢٠١٦). ويفسر عدم الحصول على درجة منخفضة بأنه كان لا بد للوالدين من التكيف مع ردود فعلهم تجاه وجود هذا الطفل من أجل طفلهم لمساعدته في النمو والتطور والتعلم، كما أن هناك دور كبير للمؤسسات والمراكز التي تهتم بتقديم الدعم للوالدين (الجزاري، ٢٠١١).

السؤال الثالث: ما القدرة التنبؤية للصحة النفسية وبعض المتغيرات (نوع الإعاقة، وجنس الوالدين، والمستوى التعليمي للوالدين، ومدة التشخيص، وعدد الأطفال المعاقين في الأسرة) في نمو ما بعد الصدمة لدى عينة من آباء أطفال ذوي الإعاقة؟ للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج معامل ارتباط بين الصحة النفسية وبعض المتغيرات (نوع الإعاقة، وجنس الوالدين، والمستوى التعليمي للوالدين، ومدة التشخيص، وعدد الأطفال المعاقين في الأسرة) وبين نمو ما بعد الصدمة لدى عينة من آباء أطفال ذوي الإعاقة، والجدول أدناه يوضح ذلك.

جدول (٣): معاملات ارتباط بين الصحة النفسية وبعض المتغيرات (نوع الاعاقة، وجنس الوالدين، والمستوى التعليمي للوالدين، ومدة التشخيص، وعدد الأطفال المعاقين في الأسرة) وبين نمو ما بعد الصدمة لدى عينة من آباء أطفال ذوي الإعاقة

نمو ما بعد الصدمة		
معامل الارتباط ر	٠,٢٢٢- **	طيف توحّد
الدلالة الإحصائية	٠,٠٠٠	
معامل الارتباط ر	٠,٠٨١	جسمية
الدلالة الإحصائية	٠,١٥٥	
معامل الارتباط ر	٠,٠٨٤	عقلية
الدلالة الإحصائية	٠,١٤٣	
معامل الارتباط ر	٠,١٠١	حسية
الدلالة الإحصائية	٠,٠٧٧	
معامل الارتباط ر	٠,١٩٧ **	جنس الوالدين
الدلالة الإحصائية	٠,٠٠٠	
معامل الارتباط ر	٠,٠٣٣	مدة التشخيص
الدلالة الإحصائية	٠,٥٥٩	
معامل الارتباط ر	٠,٠٣١ -	المستوى التعليمي
الدلالة الإحصائية	٠,٥٩١	
معامل الارتباط ر	٠,٠٦٨	عدد الاطفال المعاقين في الاسرة
الدلالة الإحصائية	٠,٢٣٣	
معامل الارتباط ر	٠,٥٣١ **	الصحة النفسية
الدلالة الإحصائية	٠,٠٠٠	

يظهر من الجدول (٣) وجود علاقة سالبة القيمة (عكسية الاتجاه) بين نمو ما بعد الصدمة، وطيف التوحّد كما تبين وجود علاقة موجبة القيمة (طردية الاتجاه) بين نمو ما بعد الصدمة وكل من جنس الوالدين، والصحة النفسية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)، ويهدف الكشف عن القدرة التنبؤية الخاصة بمجموعة المتغيرات المتنبئة للمتغير المتنبئ به؛ تم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد باعتماد أسلوب إدخال المتغيرات المتنبئة إلى المعادلة الانحداريين بطريقة الخطوة Stepwise، وذلك كما في الجدول (٤).

جدول (٤): نتائج اختبار الانحدار المتعدد المتعلقة بالكشف عن مستوى القدرة التنبؤية للصحة النفسية وبعض المتغيرات (نوع الاعاقة، وجنس الوالدين، والمستوى التعليمي للوالدين، ومدة التشخيص، وعدد الأطفال المعاقين في الأسرة) في نمو ما بعد الصدمة لدى عينة من آباء أطفال ذوي الإعاقة ومعاملات الارتباط المتعددة لها ومقدار تفسيرها حسب أسلوب إدخال المتغيرات المتنبئة على المعادلة

النموذج	ر	ر ^٢	ر ^٢ المعدل	الخطأ المعياري في التقدير	التغير في ر ^٢	التغير في ف	درجة حرية البسط	df2	الدلالة الإحصائية
١	٠,٥٣١(a)	٠,٢٨٢	٠,٢٨٠	٠,٦١٤	٠,٢٨٢	١٢٠,٦٤٣	١	٣٠٧	٠,٠٠٠
٢	٠,٥٦٣(b)	٠,٣١٧	٠,٣١٣	٠,٦٠٠	٠,٠٣٥	١٥,٧٥٧	١	٣٠٦	٠,٠٠٠
٣	٠,٥٩٠(c)	٠,٣٤٨	٠,٣٤١	٠,٥٨٧	٠,٠٣٠	١٤,١٧٤	١	٣٠٥	٠,٠٠٠

a المتنبأت (ثابت الانحدار): الصحة النفسية

b المتنبأت (ثابت الانحدار): الصحة النفسية، طيف توحّد

c المتنبأت (ثابت الانحدار): الصحة النفسية، طيف توحّد، جنس الوالدين

التابع: نمو ما بعد الصدمة

يظهر من جدول (٤) التباين المفسر بعد إدخال الصحة النفسية، طيف التوحد، وجنس الوالدين، فسّر ما نسبته (٣٤,٨%) من التباين في نمو ما بعد الصدمة وكانت قيمة "ف" دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0,05$)، فقد حين فسّر إدخال الصحة النفسية ما نسبته (٢٨,٢%) من التباين في نمو ما بعد الصدمة، وأضاف متغير طيف التوحد (٣,٥%)، وأضاف متغير جنس الوالدين (٣,٠%)، إلى التباين في نمو ما بعد الصدمة وكانت قيمة "ف" دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0,05$)، عند ادخل هذه المتغيرات، أما المتغيرات الجسمية، والعقلية، والحسية، ومدة التشخيص، والمستوى التعليمي، وعدد الأطفال المعاقين في الأسرة، فلم تسهم في التنبؤ نمو ما بعد الصدمة.

وتم حساب معاملات قيم معاملات الانحدار المعيارية واللامعيارية للمتغيرات المستقلة التي ادخلت في المعادلة في كلا المرحلتين، وجدول (٥) يبين ذلك.

جدول (٥): معاملات الانحدار المعيارية واللامعيارية الخاصة بالمتغيرات المتنبئة بالمتغير التابع

المتغيرات المستقلة	المعاملات اللامعيارية		المعاملات المعيارية		الدلالة الإحصائية
	الخطأ المعياري	B	قيمة "ت"		
١ (ثابت الانحدار)	١,٢٦١	٠,٢٢٠	٥,٧٢٥	٠,٠٠٠	
الصحة النفسية	٠,٦٦٨	٠,٠٦١	١٠,٩٨٤	٠,٠٠٠	
٢ (ثابت الانحدار)	١,٤١٣	٠,٢١٩	٦,٤٦٤	٠,٠٠٠	
الصحة النفسية	٠,٦٥٣	٠,٠٦٠	١٠,٩٦٤	٠,٠٠٠	
طيف توحّد	-٠,٢٨٧	٠,٠٧٢	-٣,٩٦٩	٠,٠٠٠	
٣ (ثابت الانحدار)	١,٠٢٥	٠,٢٣٧	٤,٣١٧	٠,٠٠٠	
الصحة النفسية	٠,٦٤٩	٠,٠٥٨	١١,١٣٢	٠,٠٠٠	
طيف توحّد	-٠,٢٦٩	٠,٠٧١	-٣,٧٩٦	٠,٠٠٠	
جنس الوالدين	٠,٢٥٤	٠,٠٦٧	٣,٧٦٥	٠,٠٠٠	

يظهر من جدول (٥) أن أثر الصحة النفسية في نمو ما بعد الصدمة كان دالاً إحصائياً عندما أدخل في المرحلة الأولى إلى معادلة الانحدار، حيث بلغت قيمة معامل الانحدار غير المعياري (٠,٦٦٨)، وقيمة معامل الانحدار المعياري (٠,٥٣١) وكانت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,05$)، حيث بلغت قيمة "ت" (١٠,٩٨٤) وبدلالة إحصائية (٠,٠٠٠). وفي المرحلة الثانية أدخل طيف توحّد إلى معادلة الانحدار وبقي أثر الصحة النفسية في نمو ما بعد الصدمة دالاً إحصائياً، حيث بلغت قيمة معامل الانحدار غير المعياري للعمل (-٠,٢٨٧)، وقيمة معامل الانحدار المعياري (-٠,١٨٨) وكانت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,05$)، حيث بلغت قيمة "ت" (-٣,٩٦٩) وبدلالة إحصائية (٠,٠٠٠). وفي المرحلة الثالثة أدخل متغير جنس الوالدين إلى معادلة الانحدار وبقي أثر الصحة النفسية وطيف التوحد في نمو ما بعد الصدمة دالاً إحصائياً، حيث بلغت قيمة معامل الانحدار غير المعياري (٠,٢٥٤)، وقيمة معامل الانحدار المعياري (٠,١٧٥) وكانت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,05$)، حيث بلغت قيمة "ت" (٣,٧٦٥) وبدلالة إحصائية (٠,٠٠٠).

أشارت نتائج السؤال الثالث إلى أن الصحة النفسية وعددًا من المتغيرات (طيف التوحد، جنس الوالدين)، جاءت كمتنبئ لنمو ما بعد الصدمة لدى آباء أطفال ذوي الإعاقة، ف بالنسبة للصحة النفسية كانت العلاقة طردية؛ أي أنه كما ازدادت الصحة النفسية لدى الآباء ازداد نمو ما بعد الصدمة لديهم والعكس صحيح. اتفقت جزئياً هذه النتيجة مع دراسة دينك (Dinuk, 2014) التي أشارت إلى ارتباط إيجابي بين الصحة النفسية ونمو ما بعد الصدمة، ودراسة هاسيجا و تورشيك (Hassija & Turchik, 2016) التي أشارت إلى أن مصادر الدعم والصحة النفسية أدت إلى زيادة نمو ما بعد الصدمة. وتفسر الباحثان هذه النتيجة بأنه بما أن مواجهة مطالب الحياة جاءت في المرتبة الأولى لدى آباء أطفال ذوي الإعاقة، فمن الطبيعي أن الشخص قادر على مواجهة أزمات الحياة المختلفة، وقادر على عمل تغيرات جوهريّة إيجابية في حياته. وتتفق وجهة النظر هذه مع ما جاءت به (قطيشات والتل، ٢٠٠٩) بأن من مظاهر الصحة النفسية القدرة على مواجهة المشكلات والأزمات بطرق مقبولة.

وتفسر الباحثتان الارتباط السالب بين طيف التوحد ونمو ما بعد الصدمة إلى أن إعاقة طيف التوحد تضيق العديد من الأعباء الإضافية مقارنة مع الإعاقات الأخرى، فإن طفل طيف التوحد يعاني كثيراً من قصور في جميع الجوانب الاجتماعية واللفظية والانفعالية وغيرها، فإن وجود مثل هذا الطفل يمثل تحدياً صعباً أمام الوالدين مدى الحياة لأن هذا النوع من الإعاقة كما تقدم الطفل بالعمر ازدادت الأمور سوءاً، وأنه غير قابل للتحسن، كما أن التأخر في كشف هذا النوع من الإعاقة له تأثير أيضاً على الوالدين، ويمكن إضافة أن الطفل مظهره الخارجي يوحي بأنه طبيعي جداً ولا يوجد به أي إعاقة فهذا السبب يؤدي إلى ضيق نفسي عند الوالدين. وتتفق وجهة النظر هذه مع ما جاءت به كل من متغدي وحدادين (Motaghedi & Haddadian, 2014) أن وجود طفل توحد يؤثر على الأسرة بشكل سلبي بحيث تصبح الأنشطة التي يمارسها الوالدين محدودة وكما تؤثر على العلاقات الاجتماعي وكذلك العلاقات الشخصية بين الوالدين. كما أن الوالدين يعانون من صعوبات يومية وضغوطات فريدة مرتبطة باضطراب الطفل (Neff & Faso, 2014). بينما تعزو الباحثتان أن جنس الوالدين جاء متنبئاً جيداً ولصالح الأمهات وهو أن الأم مصدر الرعاية الأساسي للطفل، وتقضي معظم وقتها مع طفلها، وهي التي تتحمل مسؤولية تحسين وضع الطفل، كما أن الأمهات هن اللاتي يقمن بالاهتمام بجميع الأنشطة الداعمة للطفل والتي تقدمها جميع المؤسسات التي تهتم بشؤون ذوي الإعاقة التي من الممكن قد تحسن من تقبل الطفل، والعمل على تطوير الجوانب المختلفة وتقويتها للمضي نحو النجاح والتقدم، وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة كونسلمان- كاريبنتر (Counselman-Carpenter, 2016) التي أشارت إلى مستوى مرتفع من نمو ما بعد الصدمة لدى أمهات متلازمة داون، ودراسة كاشدان وكيني (Kashdan & Kane, 2011) التي أشارت إلى أن مستوى نمو ما بعد الصدمة عند النساء أعلى من الرجال.

وأشارت أيضاً نتائج السؤال الثالث إلى أن المتغيرات التالية: (مدة التشخيص، المستوى التعليمي، عدد الأطفال المعاقين في الأسرة، الجسمانية، العقلية، الحسية) لم تتنبأ بنمو ما بعد الصدمة. وتفسر الباحثتان عدم وجود أثر لمتغير (مدة التشخيص) هو أن عند تلقي الوالدين تشخيص طفلهم أنه من ذوي الإعاقة تسيطر عليهم العديد من المشاعر السلبية نوعاً ما، وهذه المشاعر، حتى لو تغيرت مع مرور الزمن إلا أن رؤيتهم لطفلهم يختلف عن باقي الأطفال تبقى حسرة في قلوبهم بعد تحطم الآمال التي كانت مرسومة عليه. واتفقت هذه النتيجة مع دراسة أولمان (Ulman, 2009)، ودراسة وايمنت وآخرون (Wayment, et al., 2018) ودراسة (يونس، ٢٠١٨) ودراسة (Kielb, et al., 2019) التي أشارت إلى عدم وجود أثر لمدة التشخيص.

أما مغير (المستوى التعليمي) تعزو الباحثتان عدم اسهامه في نمو ما بعد الصدمة أن ردود الفعل التي تظهر من الآباء عند تلقي أنه طفلهم معاق تكون متشابهة بغض النظر عن المستوى التعليمي، وأن عاطفة الامومة والأبوة تغطي على كل شيء؛ فالأب يبقى أب والأم تبقى أم. ويمكن أيضاً نوع الدراسة التي تلقاها الآباء كانت بعيدة عن مجال الإعاقة والتربية الخاصة قد يكون هذا سبباً أيضاً. واتفقت هذه النتيجة مع دراسة (Kielb, et al., 2019) التي أشارت إلى عدم وجود أثر لمتغير مستوى التعليم. وبالنسبة لمتغير (عدد الأطفال المعاقين في الأسرة) يفسر بأنه على الرغم من حصول نمو ما بعد الصدمة على درجة متوسطة على المقياس ككل، فإن ذلك لا ينفي وجود الضغوطات والمعاناة لدى آباء أطفال ذوي الإعاقة سواء بوجود طفل أو أكثر فإنه المعاناة والضغوطات موجودة، ومن الممكن أن تعرقل المخططات والأعمال اليومية التي يقوم بها الوالدين. كما أن كيفية إدراك الوالدين لهذه الصدمة مهم؛ فالبعض يستطيع التعامل معها والآخر لا يستطيع (يونس، ٢٠١٨). وبالنسبة لمتغير (الإعاقة الحسية) تعزو الباحثتان عدم اسهامه في نمو ما بعد الصدمة إلى أن الطفل يحتاج العديد من الأدوات كي يستطيع القيام بالأعمال اليومية المختلفة، فذوي الإعاقة البصرية يحتاجون إلى عصي ونظارات وكتب بلغة بريل ومدارس خاصة بالمكفوفين، ويمكن أن يحتاجون إلى شخص مرافق دائم لهم لمساعدتهم، كما أن الوالدين غير قادران على التواصل الفعال مع هذا الطفل، وأنه لا يستطيع القيام بالعديد من الأنشطة المختلفة مثل بقية الأطفال، جميع هذه الأمور تؤثر على الوالدين بشكل مباشر، كما أن وجود هذا الطفل يؤدي إلى التقليل من علاقاتهم الاجتماعية مع الآخرين. وذوي الإعاقة السمعية يحتاجون أيضاً سماعات ومدارس خاصة للصم مما يزيد العديد من النفقات على الوالدين، ويواجه الوالدين صعوبة في فهم ما يريد طفلهم لعدم قدرته عن التعبير عما يحتاجه، فكل هذه الأمور تزيد الأمور صعوبة على الوالدين. فإن الأطفال ذوي الإعاقة الحسية يعانون من مشكلات اجتماعية ونفسية وسلوكية بسبب نقص المدخلات البيئية لديهم، وبالتالي سوف تزداد الآباء على الوالدين (الشمري، الطعاني ومنصورية، ٢٠١٨). بينما تفسر الباحثتان عدم تنبؤ الإعاقة الجسمانية بنمو ما بعد الصدمة بأن الأطفال ذوي الإعاقة الجسمانية يحتاجون رعاية كبيرة لعدم قدرتهم على ممارسة العديد من الأعمال بمفردهم مثل الأطفال الآخرين والتي ممن الممكن أن تؤثر على نفسية الطفل وتؤدي إلى الانعزال والشعور بالنقص واليأس، وبالتالي بلا شك أن هذا سوف يؤثر على الوالدين بشكل مباشر عند رؤيتهم طفلهم بهذه الحالة، ومن المؤكد أن الأعباء والضغوطات المادية والاجتماعية والنفسية سوف تزداد بوجود هذا الطفل. وتتفق وجهة النظر هذه مع ما جاء به أنتل وآخرون (Antle

et al., 2007) بأن الآباء يعيشون بحالة قلق دائمة بسبب ما يعاني منه أطفالهم من عزلة اجتماعية، ووجود صعوبة في الحصول على التعليم والعمل. أما بالنسبة للإعاقة العقلية تفسر بأنها الإعاقة العقلية تزيد الكثير من الضغوط النفسية على الأسرة داخل المنزل وخارجه، كما أن طفل الإعاقة العقلية يعتمد اعتماد كلي على الوالدين (يحيى، ٢٠٠٥).

٨. التوصيات

استناداً إلى نتائج الدراسة يمكن الخروج بالتوصيات التالية: إعداد برامج إرشادية من أجل تخفيف الأعراض النفسية لدى آباء أطفال ذوي الإعاقة وبالتحديد آباء طيف التوحد. إعداد برامج إرشادية تركز على تعزيز التغيرات الإيجابية لدى آباء أطفال ذوي الإعاقة لتحسين جودة الحياة لديهم. وإعداد برامج إرشادية متخصصة للآباء الذين لديهم أكثر من طفل من ذوي الإعاقة.

بيان تضارب المصالح

يقر جميع المؤلفين أنه ليس لديهم أي تضارب في المصالح.

المراجع

- أبو النصر، مدحت. (٢٠٠٤). *الإعاقة العقلية (المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية)*. دار النيل العربية.
- برهوم، موسى. (٢٠٠٩). *الموجز في الإرشاد وتطبيقاته*. عمان: دار الشروق.
- بكر، جوان. (٢٠١٣). *جودة الحياة وعلاقتها بالانتماء والقبول الاجتماعيين*. دار المنهل.
- الجبالي، حمزة. (٢٠١٦). *العناية بالأطفال ذوي الحاجات الخاصة*. دار الأسرة للإعلام.
- الجزاري، جلال. (٢٠١١). *إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرههم*. عمان: دار الحامد.
- الخالدي، عطا الله. (٢٠٠٨). *الإرشاد والعلاج النفسي: النظرية والتطبيق*. عمان: دار صفاء.
- الذهبي، هناء والنصراوي، حيدر. (٢٠١٦). *الإسناد الاجتماعي وعلاقته بنمو ما بعد الصدمة لدى المصابات بسرطان الثدي*. *مجلة العلوم الإنسانية*، ١ (٢٢)، ٢٩٥-٢٥٦.
- الربيعاوي، سعدون وعباس، حسين. (٢٠١٥). *رأس المال الفكري*. دار عيذاء.
- الشريفين، أحمد والشريفين، نضال. (٢٠٠٩). *التنبؤ بالصحة النفسية من خلال بعض المتغيرات النفسية والتربوية والديموجرافية لدى طلبة الجامعات الأردنية*. *مجلة جامعة الملك خالد للعلوم التربوية*، ١ (٢١)، ٥٤-١٩.
- الشمري، مازن والطائي، مازن ومنصورية، دويلي. (٢٠١٨). *الإعاقات الجسمية والحركية (أسس. ممارسة. تأهيل)*. لبنان: دار الكتب العلمية.
- الصمادي، دلال. (٢٠١٩). *القدرة التنبؤية لإدارة الذات والتفاؤل في نمو ما بعد الصدمة لدى الطلبة اللاجئين السوريين في المدارس الأردنية [رسالة ماجستير غير منشورة]*. جامعة اليرموك، الأردن.
- عبد الرحمن، علي. (٢٠١٢). *الضغوط النفسية "القاتل الخفي: الأسباب، الآثار، والعلاج*. دار اليقين للنشر والتوزيع.
- العريعر، محمد. (٢٠١٠). *الصحة النفسية لدى أمهات متلازمة داون في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات [رسالة ماجستير غير منشورة]*. الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- قطيشات، نازك والتل، أمل. (٢٠٠٩). *قضايا في الصحة النفسية*. دار كنوز المعرفة العلمية.
- كاتلو، كامل. (٢٠١٩). *الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وعلاقتها ببعض المتغيرات*. *مجلة علم النفس*، ٢٩ (١٠٨)، ٥٥-٧٧.
- المحادين، حسين. (٢٠٠٩). *تعديل السلوك "نظرياً وإرشادياً"*. عمان: دار الشروق.
- مداح، ظلال ومصطفى، علي. (٢٠١٠). *التوجيه والإرشاد النفسي*. الرياض: مكتبة الرشد.

ملحم، سامي (٢٠٠٧). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي. عمان: دار المسيرة.
يحيى، عبید وخولة، ماجدة (٢٠٠٥). الإعاقة العقلية. عمان: دار وائل للنشر.
يونس، إبراهيم (٢٠١٨). مهارات التفكير الإيجابي وعلاقتها بنمو ما بعد الصدمة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف
الذاتوية. *مجلة البحث العلمي في التربية*، ١ (١٩)، ٢٢-١.

References

- Antle, B., Mills, W., Steele, C., Kalnins, I., & Rossen, B. (2007). An exploratory study of parents' approaches to health promotion in families of adolescents with physical disabilities. *Journal Compilation*, 34(2), 185-193.
- Bertolote, J. (2008). The roots of the concept of mental. *Journal Word Psychiatry*, 7(2), 113-116.
- Bray, P. (2010). A broader framework for exploring the influence of spiritual experience in the wake of stressful life events: Examining connections between posttraumatic growth and psycho-spiritual transformation. *Mental Health, Religion and Culture*, 13(3), 293-308.
- Cooper, J. (2009). The status of states' policies to support evidence-based practices in children's mental health. *American Psychiatric Association Publishing*, 60(12), 1672-1675.
- Counselman-Carpenter, E. (2016). The presence of post-traumatic growth (PTG) in mothers whose children are born unexpectedly with Down syndrome. *Journal of Intellectual & Development*, 42(2), 351-363.
- Dinuk, J. (2014). Influence of post-traumatic growth on mental health and well-being across respondents severely affected by war in post-conflict Sri Lanka. *Journal Subindices*, 19(7), 265-280.
- Gupta, A., & Singhal, N. (2004). Positive perceptions in parents of children with disability. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 15(1), 23-35.
- Hassija, C., & Turchik, J. (2016). An examination of disclosure, mental health treatment use, and posttraumatic growth among college women who experienced sexual victimization. *Journal of Loss and Trauma*, 21(2), 124-136.
- Hattie, J. (1985). Methodology review: Assessing unidimensionality of tests and items. *Applied Psychological Measurement*, 9, 139-164.
- Hung, J., Yh, Yh, W., Chiang, Y., Wc, Wu., & Ch, Y. (2010). Mental health of parents having children with physical disabilities. *Journal Chang Gung Med*, 33(1), 82-91.
- Joseph, S. (2011). *What doesn't kill us: The new science of posttraumatic growth*. New York, NY: Basic Books.
- Kashdan, B., & Kane, Q. (2011). Posttraumatic distress and the presence of posttraumatic growth and meaning in life: Experiential avoidance as a moderator. *Personality and Individual Differences*, 50(1), 84-89.
- Kielb, K., Matusiewicz, K., & Pisula, E. (2019). Posttraumatic stress symptoms and posttraumatic growth in mothers of children with intellectual disability—the role of intrusive and deliberate ruminations: A preliminary report. *Journal Frontiers in Psychology*, 10(4), 46-65.

- Kornad, S. H. (2006). Posttraumatic growth in mothers of children with acquired disabilities. *Journal of Loss and Trauma, 11*(1), 101-113.
- Lehtinen, V., Riikonene, E., & Lahtinene, E. (1997). *Promotion of mental health on the European agenda*. Helsinki: STAKES. National Research and Development Centre for Welfare and Health.
- Motaghedi, S., & Haddadian, M. (2014). The effect of growth appraisal & individual assessment of stress on mental health of autistic children's parents. *Life Science Journal, 11*(9), 32-37.
- Neff, K., & Faso, D. (2014). Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness, 6*(4), 938-947.
- Ramos, C., & Leal, I. (2013). Posttraumatic growth in the aftermath of trauma: A literature review about related factors and application contexts. *Psychology, Community & Health, 2*(1), 43-54.
- Strecker, S. H., Hazelwood, Z., & Finch, J. (2014). Post-diagnosis personal growth in an Australian population of parents raising children with developmental disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 39*(1), 1-24.
- Tedeschi, R. G., & Blevins, C. L. (2015). From mindfulness to meaning: Implications for the theory of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry, 26*(4), 373-376.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1-18.
- Ulman, T. F. (2008). Positive psychological growth in mothers of children with a developmental disability and its correlates with child and maternal characteristics [Doctoral dissertation].
- Walker, L., Moodie, R., & Herrman, H. (2004). Promoting mental health and wellbeing. In R. Moodie & A. Hulme (Eds.), *Hands on health promotion*. Melbourne: Ip Communication.
- Wayment, H., Al-Kire, R., & Brookshire, K. (2018). Challenged and changed: Quiet ego and post-traumatic growth in mothers raising children with autism spectrum disorder. *Sago Journals, 23*(3), 607-618.
- Werdel, M. B., & Wicks, R. J. (2012). *Primer on posttraumatic growth: An introduction and guide*. Hoboken, New Jersey, United States of America: John Wiley & Sons, Inc.
- World Health Organization (WHO). (2009). *Atlas: Mental health resources in the world*. Geneva: World Health Organization.