تأثير انخراط الأب في رعاية وتأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على جودة الحياة للأم

دراسة مقارنة لثلاث حالات أسرية

حكيمة الحجار

أستاذة علم النفس الإكلينيكي – جامعة الحسن الثاني

المغرب

الملخص

تتناول هذه الدراسة أثر انخراط الأب في رعاية وتأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على جودة حياة الأم، انطلاقًا من تصور يعتبر الإعاقة أو الاضطراب النمائي حدثًا لا يقتصر أثره على الطفل وحده بل يمس الأسرة بأكملها، وتهدف إلى تحليل الكيفية التي يمكن أن تؤثر بها مشاركة الأب في التدريب المنزلي، والرعاية اليومية، واتخاذ القرار، والدعم العاطفي، في كل من استقرار الطفل، واستمرارية البرنامج التأهيلي، والصحة النفسية للأم، وتماسك الأسرة. اعتمدت الدراسة منهج الحالات المتعددة ذي الطابع الاستكشافي المقارن، واختارت ثلاث حالات وفق مبدأ التباين القصدي في مستوى مشاركة الأب: حالة يغيب فيها الانخراط المنتظم، وحالة تتسم بمشاركة محدودة ومتقطعة، وحالة تتميز بتقاسم أكثر انتظامًا للرعاية. استند التحليل إلى المقابلات شبه الموجهة، والمعطيات الوصفية، ومؤشرات الحياة اليومية، ودرجات مقياس بيك للاكتئاب. أظهرت المقارنة أن انخفاض مشاركة الأب تزامن مع تحمل المسؤوليات من طرف الأم، واضطراب النوم، والإرهاق، والانسحاب الاجتماعي، وارتفاع الأعراض الاكتئابية؛ بينما ارتبطت المشاركة المنتظمة بقدر أكبر من التقبل، وتوزيع العبء، واستقرار الروتين الأسري. ومع ذلك، لا تسمح الحالات الثلاث بإثبات علاقة سببية، بسبب صغر العينة واختلاف تشخيص الأطفال والمستوى الاقتصادي والتعليمي. وتخلص الدراسة إلى أن انخراط الأب ليس مجرد حضور رمزي أو دعم مالي، بل ممارسة قابلة للملاحظة والقياس، ينبغي إدماجها في برامج التدخل المبكر وفي خطط حماية الصحة النفسية للأسرة.

الكلمات المفتاحية: انخراط الأب؛ الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة؛ الإعاقة؛ اضطراب طيف التوحد؛ التدخل المبكر؛ العبء الأسري؛ جودة الحياة.

Abstract

This study examines the impact of fathers' involvement in the care and rehabilitation of children with special needs from a family-systems perspective. A comparative multiple-case design was used to reanalyse three anonymized family cases representing low, intermittent, and regular paternal involvement. Semi-structured interviews, descriptive family data, daily-life indicators, and Beck Depression Inventory scores reported in the original field material were considered. Lower paternal involvement coincided with maternal overload, sleep disruption, social withdrawal, and higher depressive symptom scores, whereas regular participation coincided with better workload distribution, acceptance, and family routine stability. Because the cases differ in diagnosis, socioeconomic conditions, education, and service access, the findings cannot establish causality. The paper argues that father involvement should be operationalized as measurable participation in home-based training, daily care, decision-making, and emotional support, and should be integrated into early-intervention and family mental-health programs.

1. مقدمة عامة

أصبح الاهتمام بالأطفال ذوي الإعاقة والاضطرابات النمائية أكثر ارتباطًا بمفهوم المشاركة الأسرية، بعد أن أظهرت الممارسة أن الجلسات العلاجية أو التربوية المحدودة لا تكفي وحدها لإحداث تغير مستقر في حياة الطفل. فالطفل يتعلم داخل الأسرة بقدر ما يتعلم داخل المؤسسة، وتُختبر قدرته على التواصل والاستقلالية وتنظيم السلوك خلال الطعام واللباس واللعب والنوم والتنقل، لا داخل غرفة التدريب فقط. ومن ثم فإن الأسرة ليست مجرد وسيط ينقل الطفل إلى الخدمات، بل بيئة يومية تشارك في إنتاج نتائج التدخل وفي تثبيتها أو إضعافها. ويقتضي هذا التحول طرح السؤال التالي حول توزيع الأدوار داخل الأسرة: من يحضر الجلسات؟ من يتابع التعليمات؟ من يواجه السلوكيات الصعبة؟ من يسهر عند اضطراب النوم أو النوبات الصحية؟ ومن يحصل على فرصة للراحة واستعادة التوازن؟[21]

يستعمل هذا المقال عبارة "الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة" باعتبارها تسمية تداولية واسعة، لكنه يعتمد في التحليل لغة أكثر تحديدًا، مثل الأطفال ذوي الإعاقة الحركية والعصبية، أو ذوي اضطراب طيف التوحد، أو ذوي التأخر النمائي. فالتسمية العامة قد توحي بتجانس غير موجود بين الحالات، بينما تختلف الاحتياجات باختلاف التشخيص، والعمر، ومستوى الاستقلالية، والأمراض المصاحبة، والقدرة على التواصل، وظروف الأسرة. ولذلك لا يمكن الحسم بأن جميع الأسر تمر بالتجربة نفسها، بل هناك بنية مشتركة للعبء النفسي والمادي تتشكل حول كثافة الرعاية، واستمراريتها، وعدم اليقين، والحاجة إلى التنسيق بين المنزل والخدمات، مع اختلاف هذه المتطلبات حسب حالة الطفل.

في كثير من البيئات الأسرية تتحمل الأم القسم الأكبر من الرعاية والتدريب. وقد لا يظهر هذا العبء في صورة مهمة واحدة ضخمة، بل في مئات المهام الصغيرة المتكررة: إعداد الطفل، مرافقة الجلسات، التواصل مع المدرسة، مراقبة العلاج، إدارة السلوك، تكييف الأنشطة، ملء الوثائق، البحث عن الخدمات، والتعامل مع نظرة المجتمع. ومع مرور الوقت قد يتحول يوم الأم كله إلى سلسلة من الاستجابات لحاجات الآخرين، فتتراجع فرص النوم والعمل والتعلم والعلاقات الاجتماعية والعناية بالذات. وتبين الدراسات النوعية أن هذا التراكم يمكن أن يرتبط بالعزلة، وتراجع تقدير الذات، والضغط النفسي، وصعوبات الاستمرار في العمل، خاصة عندما لا تتوافر رعاية بديلة أو شراكة زوجية فعلية.[543]

لا يعني ذلك أن الأب غائب دائمًا أو غير مهتم، فبعض الآباء يواجهون بدورهم صدمة التشخيص، وضغط تدبر تكاليف الطفل واحتياجاته الخاصة، وصعوبة الوصول إلى معلومات واضحة، وتعارض مواعيد الخدمات مع أوقات العمل. إلا أن تفسير هذه العوائق لا ينبغي أن يتحول إلى تبرير دائم لتحميل الأم المسؤولية وحدها. ليكون من واجبنا أن نتساءل: هل يملك الأب معرفة بحالة الطفل؟ هل يستطيع تنفيذ هدف

---

[1] Jeanette A. McCollum, "Influencing the Development of Young Children with Disabilities: Current Themes in Early Intervention," Child and Adolescent Mental Health, 7(1), 2002, pp. 4-9.

[2] Gerald Mahoney, Glenna Boyce, Rebecca R. Fewell, Donna Spiker, and C. Abigail Wheeden, "The Relationship of Parent Risk-Child Interaction to the Effectiveness of Early Intervention Services for At-Risk Children and Children with Disabilities," Topics in Early Childhood Special Education, 18(1), 1998, pp. 5-17, DOI: 10.1177/027112149801800104.

[3] Julia Shearn and Stuart Todd, "Maternal Employment and Family Responsibilities: The Perspectives of Mothers of Children with Intellectual Disabilities," Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 13, 2000, pp. 109-131.

[4] Helen Bourke-Taylor, Linsey Howie, and Mary Law, "Impact of Caring for a School-Aged Child with a Disability: Understanding Mothers' Perspectives," Australian Occupational Therapy Journal, 57, 2010, pp. 127-136, DOI: 10.1111/j.1440-1630.2009.00817.x.

[5] Valerie Leiter, "Dilemmas in Sharing Care: Maternal Provision of Professionally Driven Therapy for Children with Disabilities," Social Science & Medicine, 58, 2004, pp. 837-849.

تدريبي؟ هل يتولى وقتًا مستقلًا من الرعاية؟ هل يشارك في القرارات؟ هل يمنح الأم وقتًا مضمونًا للراحة؟ وهل يقدم دعمًا عاطفيًا لا يختزل معاناة الأم في عبارات الصبر والتحمل؟ بهذا المعنى يصبح الانخراط الأبوي مفهومًا سلوكيًا وتنظيميًا يمكن قياسه وتطويره.

تكتسب المسألة أهميتها كذلك من زاوية الطفل. فاختلاف استجابات الأب والأم قد يربك القواعد ويجعل المهارة مرتبطة بشخص واحد، بينما يتيح اتساق الوالدين تعميم التعلم على مواقف وأشخاص متعددين. كما أن تفاعل الأب المباشر يوسع خبرات الطفل الاجتماعية واللغوية والحركية، ويوفر نمطًا إضافيًا من اللعب والتواصل وحل المشكلات. ولا يُفترض أن يكون الأب نسخة من الأم في طريقة التفاعل؛ بل تكمن القيمة في أن يتعلم المبادئ الأساسية للتدخل، ثم يطبقها داخل أسلوبه وعلاقته الخاصة بالطفل، مع الحفاظ على السلامة والاتساق في الأهداف.[76]

كما أن فعالية البرنامج لا يكفي أن تُقاس بعدد الكلمات التي تعلمها الطفل أو بانخفاض سلوك مستهدف. فقد يتحسن الطفل بينما تتدهور صحة الأم أو تتفكك العلاقة الزوجية أو تنسحب الأسرة من المجتمع. وتعرف جودة الحياة بوصفها إدراك الفرد لوضعه في الحياة وقيمه وأهدافه وتوقعاته، وهي تشمل الصحة الجسدية والنفسية والعلاقات والبيئة والقدرة على أداء الأدوار. لذلك فإن نجاح التدخل الأسري يقتضي الجمع بين تقدم الطفل واستدامة قدرة الأسرة على الرعاية دون استنزاف مزمن لأحد أعضائها.[98]

2. إشكالية الدراسة وأسئلتها وفرضياتها

تنطلق إشكالية الدراسة من ملاحظة مفارقة متكررة: يُطلب من الأسرة أن تكون شريكًا في التأهيل خاصة من خلال اعتماد التربية الدامجة، لكن الشراكة تُترجم عمليًا في أحيان كثيرة إلى تكليف الأم بتنفيذ البرنامج التدخلي المنزلي. وقد وصفت بعض الأدبيات هذا الوضع بما يشبه "الإلزام العلاجي"، حيث تنتقل معارف المهنيين إلى الأم بوصفها المسؤولة عن تكرار الأنشطة ومراقبة النتائج، من غير أن يصاحب ذلك دائمًا توزيع جديد للوقت والجهد داخل الأسرة. ويؤدي هذا الترتيب إلى استفادة الطفل من كثافة التدريب، لكنه قد يرفع تكلفة الرعاية على الأم ويجعل البرنامج غير مجد، لأنه يعتمد على طاقة شخص واحد.[10]

تتحدد المشكلة المركزية في السؤال الآتي: كيف يرتبط مستوى انخراط الأب في الرعاية والتأهيل بمؤشرات أداء الطفل، والصحة النفسية للأم، وتنظيم الحياة الأسرية؟ ويتفرع عنه عدد من الأسئلة: ما صور الانخراط الأبوي الفعلية؟ ما الفروق بين الدعم المالي والمشاركة المباشرة؟ ما أثر

---

[6] The "Gerald Mahoney, Glenna Boyce, Rebecca R. Fewell, Donna Spiker, and C. Abigail Wheeden, Risk-Child Interaction to the Effectiveness of Early Intervention Services for At-Relationship of Parent Topics in Early Childhood Special Education, 18(1), 1998, "Children and Children with Disabilities, .DOI: 10.1177/027112149801800104 ,17-pp. 5

[7] Parental Quality of Life and Involvement in Intervention for Children or "Alessandro Musetti et al., Journal of Personalized "Adolescents with Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review, .Medicine, 11(9), 2021, Article 894, DOI: 10.3390/jpm11090894

• 8 World Health Organization. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper. Social Science & Medicine, 41(10), 1403-1409..

[9] Parental Quality of Life and Involvement in Intervention for Children or "Musetti et al., Alessandro Journal of Personalized "Adolescents with Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review, .Medicine, 11(9), 2021, Article 894, DOI: 10.3390/jpm11090894

[10] Dilemmas in Sharing Care: Maternal Provision of Professionally Driven Therapy for "Valerie Leiter, .849-Social Science & Medicine, 58, 2004, pp. 837 "Children with Disabilities,

تقاسم الرعاية على النوم والراحة والضغط النفسي؟ هل ترتبط المشاركة باتساق التدريب وتعميم المهارات لدى الطفل؟ وما المتغيرات الأخرى التي يمكن أن تفسر الفروق، مثل التشخيص، والدخل، والتعليم، وشدة الاحتياجات، وعدد الأطفال، ونوعية الخدمات؟

تتبنى الدراسة ثلاث فرضيات استكشافية لا سببية. أولًا، كلما ارتفع انخراط الأب المباشر والمنظم، انخفض تركّز مهام الرعاية لدى الأم وتحسنت فرص الراحة والدعم النفسي. ثانيًا، يزداد اتساق التدخل المنزلي عندما يفهم الأب أهداف البرنامج ويطبقها داخل الروتينات اليومية. ثالثًا، لا يعمل انخراط الأب منفردًا، بل يتفاعل مع الموارد الاقتصادية، والتواصل الزوجي، وشدة حالة الطفل، والدعم المهني والاجتماعي.

3. أهداف الدراسة وأهميتها

تهدف الدراسة إلى بناء قراءة تكاملية لمشاركة الأب تتجاوز الخطاب الأخلاقي العام حولضرورة الحضور، وذلك من خلال تحويل المشاركة إلى أبعاد قابلة للوصف: التدريب المباشر، والرعاية اليومية، واتخاذ القرار، والدعم العاطفي، والتنظيم المالي واللوجستي، والتواصل مع المهنيين. كما تهدف إلى تحليل أثر هذه الأبعاد على الطفل والأم والأسرة، وإبراز أن الرعاية المشتركة ليست مساعدة اختيارية تقدم للأم، بل مسؤولية أسرية مرتبطة بحق الطفل في تدخل مستمر، وحق الأم في الصحة والراحة، وحق الأب في اكتساب الكفايات اللازمة لبناء علاقة فاعلة مع طفله من دوي الاحتياجات الخاصة.

أما الأهمية العلمية فتتمثل في معالجة فجوة واضحة في بحوث التدخل الأسري، إذ تركز عينات كثيرة على الأمهات أو تستخدم كلمة "الوالدين" رغم أن معظم المشاركين أمهات. وقد بينت المراجعات أن العلاقة بين جودة حياة الوالدين ومستوى انخراطهما في التدخل ما تزال معقدة، وأن زيادة الانخراط قد تكون مفيدة حين تقترن بالدعم والكفاءة، لكنها قد تتحول إلى عبء إذا فُهمت بوصفها زيادة في الواجبات من غير موارد أو تقاسم. ولذلك تفيد دراسة الحالات في كشف العمليات اليومية التي قد لا تظهر في المقاييس الكمية وحدها.[11]

وتتجلى الأهمية التطبيقية في تقديم مؤشرات يمكن أن يستعملها الأخصائي النفسي، والمربي المتخصص، والأخصائي الاجتماعي، ومعالج النطق، والمعالج الوظيفي، والطبيب، والجمعيات. فبدل الاكتفاء بسؤال الأسرة عما إذا كان الأب متعاونا يمكن السؤال عن عدد الساعات التي يتولى فيها الرعاية، والمهارات التي يستطيع تدريبها، ومدى حضوره للاجتماعات، والخطة البديلة عند غيابه، والوقت الشخصي المضمون للأم. ويؤدي هذا التحديد إلى خطط تدخل أكثر واقعية ومساءلة، ويمنع اختزال نجاح الأسرة في قدرة الأم على التحمل.

4. التحديد المفاهيمي والنظري

4.1 مفهوم انخراط الأب

يُقصد بانخراط الأب مجموع الأفعال المنتظمة التي تجعل الأب شريكًا مباشرًا في حياة الطفل وفي تدبير احتياجاته، لا مجرد مصدر للدخل أو صاحب قرار بعيد عن التفاصيل. ويشمل الانخراط: التفاعل المباشر مع الطفل؛ تحمل مسؤولية مستقلة عن بعض الروتينيات؛ المشاركة في التدريب والتأهيل؛ متابعة الصحة والتعليم؛ التواصل مع المهنيين؛ المشاركة في القرارات؛ دعم الأم عاطفيًا. وتختلف قيمة كل بعد باختلاف الأسرة، إلا أن المعيار الأساسي هو الانتظام وإمكانية التحقق، لأن المساعدة العرضية لا تعيد توزيع العبء بصورة مستدامة.

يمكن التمييز بين أربعة مستويات. المستوى الأول حضور اسمي يقتصر على المعرفة العامة أو الإنفاق. المستوى الثاني مشاركة تحت الطلب، حيث يتدخل الأب عندما تطلب الأم أو عند الأزمات. المستوى الثالث مشاركة منتظمة في مهام محددة وفق جدول أو اتفاق واضح. المستوى

[11] Alessandro Musetti et al., "Parental Quality of Life and Involvement in Intervention for Children or Adolescents with Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review," Journal of Personalized Medicine, 11(9), 2021, Article 894, DOI: 10.3390/jpm11090894.

الرابع شراكة متكاملة، يكون فيها الأب قادرًا على فهم الخطة وتنفيذها ومراجعتها واتخاذ القرار بالتعاون مع الأم والمهنيين. لا يعني الانتقال بين المستويات أن كل أسرة يجب أن تصل إلى النموذج نفسه، لكنه يسمح بتحديد نقطة البداية وبناء أهداف واقعية.

4.2 التدخل المتمركز حول الأسرة

يقوم التدخل المتمركز حول الأسرة على اعتبار الأسرة وحدة أساسية للخدمة، وعلى احترام أولوياتها ومواردها وثقافتها، وبناء القرارات معها لا عنها. غير أن وجود هذا المبدأ في الوثائق لا يضمن جودة المشاركة. فقد أظهرت دراسة حالات لخدمات التدخل المبكر أن المشاركة الأسرية قد تبقى مقيدة بإجراءات المؤسسة، أو بكفاءة مقدم الخدمة، أو بطريقة صياغة الخيارات، بحيث يبدو الوالدان مشاركين بينما تظل القرارات مهنية الاتجاه. ويصبح الخطر أكبر عندما يُفترض أن الأم هي الممثل الطبيعي للأسرة، فيُستبعد الأب عمليًا من التدريب ثم يُلام لاحقًا على الغياب.[12]

يتطلب التطبيق الحقيقي للمقاربة المتمركزة حول الأسرة أن يُستدعى الأب بوضوح، وأن تُعرض عليه أهداف عملية، وأن تُكيف المواعيد مع ظروف العمل، وأن يُسمح بالتدريب المنزلي أو عن بعد، وأن يُقيَّم فهمه وتنفيذه. كما يتطلب أن تشمل خطة الطفل هدفًا يخص الأسرة، مثل خفض عبء الأم أو تحسين تقاسم الرعاية. فحين تُقاس نتائج الطفل وحدها، قد تُخفي المؤسسة أثر برنامجها على الأسرة؛ أما حين تُقاس جودة الحياة والضغط والدعم، يصبح الحفاظ على قدرة الأسرة جزءًا من جودة الخدمة.

4.3 العبء الأسري والعمل غير المرئي

لا يتمثل العبء في عدد ساعات الرعاية فحسب، بل في الكلفة الذهنية المستمرة: تذكر المواعيد، ومراقبة الدواء، وتوقع الأزمات، وتفسير السلوك، وتعديل البيئة، واتخاذ قرارات متلاحقة. وقد وصفت أبحاث الرعاية كيف تؤدي برامج التدخل المبكر إلى نقل مهارات علاجية إلى الأمهات، بحيث يصبحن مسؤولات عن عمل داخل المنزل يتجلى في الاهتمام بالطفل وتدريبه، مع بقائهن مسؤولات عن الأعمال المنزلية والأطفال الآخرين. وتكمن المشكلة في أن هذا العمل لا يُرى بسهولة، لأن كل مهمة تبدو صغيرة، لكن تراكمها يصنع حالة من الاستنفار الدائم.[13]

يؤثر العبء أيضًا في ربط الأم داخل المنزل وغير مسموح لها بالخروج منه. فقد وجدت دراسات أن أمهات الأطفال ذوي الإعاقة يواجهن صعوبات في الحصول على عمل أو الاستمرار فيه بسبب الوقت غير المتوقع، ونقص الرعاية البديلة، والحاجة إلى حضور المواعيد، وتوقع المجتمع أن تكون الأم متاحة دائمًا. ويمكن أن يؤدي فقدان العمل أو تقليصه إلى العزلة وانخفاض الإشباع وتقدير الذات، كما يزيد اعتماد الأسرة على دخل واحد. لذلك فإن مشاركة الأب لا تعني فقط تنفيذ تمرين مع الطفل، بل قد تفتح للأم إمكان استعادة أدوار مهنية واجتماعية تحمي هويتها وصحتها النفسية.[14]

---

[12] Yoon H. Lee, "The Paradox of Early Intervention: Families' Participation Driven by Professionals throughout Service Process," International Journal of Child Care and Education Policy, 9:4, 2015, DOI: 10.1186/s40723-015-0007-x.

[13] Valerie Leiter, "Dilemmas in Sharing Care: Maternal Provision of Professionally Driven Therapy for Children with Disabilities," Social Science & Medicine, 58, 2004, pp. 837-849.

[14] Julia Shearn and Stuart Todd, "Maternal Employment and Family Responsibilities: The Perspectives of Mothers of Children with Intellectual Disabilities," Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 13, 2000, pp. 109-131.

4.4 جودة الحياة والمرونة الأسرية

تتكون جودة حياة مقدم الرعاية من أبعاد مترابطة تشمل الصحة الجسدية والنفسية، والنوم، والعلاقات الاجتماعية، والقدرة على العمل أو التعلم، والشعور بالكفاءة، وتوفر الموارد، والوقت الشخصي، والأمل في المستقبل. وقد تنخفض هذه الجودة حتى في غياب تشخيص نفسي واضح، لأن بعض الأمهات يواصلن أداء أدوارهن اليومية رغم الحرمان من الراحة والخصوصية والعلاقات الاجتماعية؛ وهو ما يجعل الاستمرار في الأداء لا يعني بالضرورة السلامة أو التعافي. وتؤكد الأدبيات أن صمود مقدمي الرعاية قد يتعايش مع عبء مرتفع وجودة حياة أقل، بينما ترتبط المرونة الأفضل بانخفاض الضغط الأسري وتحسن جودة الحياة. .

أما المرونة الأسرية فتشير إلى قدرة الأسرة على تنظيم مواردها، وبناء معنى واقعي، وطلب الدعم، وتعديل الأدوار، والاستمرار في التعلم. كما تُظهر الدراسات أن تعزيز الشعور بالسيطرة، واكتساب المعنى، والاعتراف بخبرة الأم قد يدعم التكيف، لكنه لا يغني عن الحاجة إلى دعم مادي وزمني وعاطفي؛ فالمرونة هنا ليست صفة فردية محضة، بل حصيلة جزئية لتفاعل الأسرة مع الخدمات والبيئة الاجتماعية .

5. مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة

5.1 أثر الرعاية في الصحة النفسية والاجتماعية للأم

تتقاطع الدراسات النوعية في وصف الرعاية بوصفها تجربة مرهقة ومتواصلة. ففي مقابلات مع أمهات أطفال في سن المدرسة ذوي إعاقة، ظهرت مشكلات الضيق الانفعالي والصحة النفسية، وصعوبة العناية بالذات، واضطراب النوم، والحاجة إلى مراقبة مستمرة، وتعقيدات الخدمات والمجتمع. ولا تنشأ هذه الآثار من خصائص الطفل وحدها، بل من التفاعل بين شدة الحاجة، وموارد الأسرة، ودعم الاب، وتوفر الخدمات، ونظرة المجتمع. وهذا التفاعل يفسر لماذا قد تبدو حالتان متشابهتين تشخيصيًا مختلفتين جدًا في مستوى التكيف.[15]

في السياقات العربية، يكتسب تقسيم الأدوار بعدًا ثقافيًا واضحًا. فقد بينت دراسة نوعية في الإمارات أن الأمهات حملن العبء الأساسي للرعاية، وأن معاني الأمومة والأدوار الجندرية أثرت في تفسير هذا العبء وفي طرق التكيف معه. كما ظهرت الوصمة والتمييز المرتبطان بالإعاقة والجنس. وتفيد هذه النتائج في السياق المغربي لأن الدعوة إلى انخراط الأب لا يمكن أن تعتمد على التدريب التقني فقط، بل تحتاج إلى مناقشة التمثلات الثقافية التي تجعل الرعاية اليومية عملًا نسائيًا، وتجعل الأب مسؤولًا عن الإنفاق دون التفاصيل.[16]

تكشف الأدبيات كذلك أن دعم الزوج أو الشريك له خصوصية لا يعوضها الأفراد الأخرين. ففي دراسة للمجموعات الاجتماعية لدى أمهات أطفال صغار ذوي إعاقة، ارتبط الدعم العملي الملموس من الزوج أو الشريك بانخفاض الاكتئاب، بينما ارتبط الدعم العاطفي من المهنيين بانخفاض الضغط. وهذا يوضح أن أنواع الدعم ليست متبادلة: قد يقدم الأخصائي معلومات واحتواءً، لكن لا يستطيع أن يتولى روتين المساء أو المراقبة الليلية داخل المنزل؛ كما أن الدعم المالي وحده لا يعوض الشعور بالشراكة والإنصاف.[17]

---

[15] Aged Child -Impact of Caring for a School"Taylor, Linsey Howie, and Mary Law, -Helen Bourke Australian Occupational Therapy Journal, 57, "Perspectives, 'with a Disability: Understanding Mothers .x.1630.2009.00817-DOI: 10.1111/j.1440 ,136-pp. 127 ,2010

[16] Giving of Children with Developmental -Maternal Perceptions of Care"Sara Ashencaen Crabtree, Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 20, "Disabilities in the United Arab Emirates, .255-pp. 247 ,2007

[17] The Structure and Function of Social Networks of Mothers "Janice E. Kilburn and Cheri J. Shapiro, ,10-Topics in Early Childhood Special Education, 2018, pp. 1 "of Young Children With Disabilities, .DOI: 10.1177/0271121418767306

5.2 تفاعل الأب والطفل ونتائج التدخل

أظهرت أبحاث التدخل المبكر أن طريقة تفاعل الوالد مع الطفل قد تكون شرطًا أساسيًا لانتقال أثر البرنامج إلى السلوك اليومي. وفي تحليل لعدة دراسات تقييمية، ارتبطت استجابة الأم لإشارات الطفل بالنتائج النمائية أكثر من مجرد حضور الخدمات. ولا ينبغي قراءة هذه النتيجة بوصفها تحميلًا إضافيًا للأم، بل باعتبارها دليلًا على أن جودة التفاعل الأسري هي قناة رئيسية للتغيير. فإذا كان التفاعل مهمًا، فمن المنطقي توسيع التدريب ليشمل الأب، بدل حصر الخبرة في شخص واحد.[18]

تؤكد الاتجاهات الحديثة أن نمو الطفل يحدث "في السياق"، وأن الاستراتيجيات ينبغي أن تُدمج في الروتينات الطبيعية مثل الاستيقاظ واللباس والطعام واللعب. وتتميز هذه المقاربة بأنها تقلل الفصل بين التذخل في العيادة والحياة، وتسمح بالتكرار والتعميم. لكنها قد تزيد العبء إذا أصبحت كل لحظة في المنزل واجبًا علاجيًا تتحمله الأم. لذلك فإن القيمة الحقيقية لإدماج الروتينات تظهر عندما تتوزع بين الوالدين ويُختار عدد محدود من الأهداف الواقعية، لا عندما يتحول المنزل كله إلى عيادة دائمة.[19]

5.3 المشاركة الأسرية واستخدام الخدمات

لا تتحدد استفادة الأسرة من الخدمات بمجرد توفرها. فقد وجدت دراسة حول إدراك الوالدين لخدمات التدخل المبكر أن الفهم الشامل لطبيعة إعاقة الطفل، وتصور الهدف المستقبلي، وتلبية احتياجات الرعاية، عوامل تؤثر في الدافعية للاستمرار. وهذا يعني أن إشراك الأب ينبغي أن يبدأ من بناء فهم مشترك للتشخيص والتوقعات، لأن الأب الذي لا يحضر التقييم أو لا يتلقى تفسيرًا مباشرًا قد يعتمد على معلومات مجزأة، أو يقلل من أهمية التدريب، أو يترك القرارات للأم.[20]

كما توضح أبحاث المشاركة أن الأسرة قد تحتاج إلى دعم من مجموعات الأقران، لا للحصول على المعلومات فقط، بل لتقليل العزلة وتوسيع شبكة المساندة. وقد ارتبطت المشاركة في مجموعات منظمة للوالدين بزيادة حجم الشبكة الاجتماعية وفائدتها لدى بعض الأمهات، وإن كانت النتائج ليست إيجابية على نحو مطلق لكل المشاركات. وتفيد هذه الملاحظة في تصميم برامج الآباء، إذ يمكن لمجموعة آباء صغيرة أن تخفف شعور الأب بأنه الحالة الوحيدة، وتتيح تبادل حلول واقعية حول العمل والمواعيد والتواصل مع الطفل.[21]

5.4 جودة حياة الوالدين والانخراط في التدخل

تظهر المراجعة المنهجية للدراسات التي جمعت بين جودة حياة الوالدين والانخراط في تدخلات اضطراب طيف التوحد أن العلاقة ليست خطية بسيطة. فقد تنوع الانخراط بين غياب المشاركة، والمشاركة غير المباشرة عبر التدريب والدعم، والمشاركة المباشرة في تنفيذ التدخل. وأشارت النتائج إجمالًا إلى إمكان تحسن جوانب من جودة الحياة حين يكون التدخل منظمًا وداعمًا، لكن الدراسات اختلفت في الأدوات والتصاميم

---

[18] "Boyce, Rebecca R. Fewell, Donna Spiker, and C. Abigail Wheeden, Gerald Mahoney, Glenna The Relationship of Parent Risk-Child Interaction to the Effectiveness of Early Intervention Services for At-Topics in Early Childhood Special Education, 18(1), 1998, "Children and Children with Disabilities, .DOI: 10.1177/027112149801800104 ,17-pp. 5

[19] "Jeanette A. McCollum, Influencing the Development of Young Children with Disabilities: Current .9-Child and Adolescent Mental Health, 7(1), 2002, pp. 4 "Themes in Early Intervention,

[20] "Sandhya Chauhan, P. L. Prasad, P. L. Rai, and B. Khurana, Parental Perceptions Influencing the Journal of Nepal "Utilization of Early Intervention Services in Children with Developmental Delay, .v37i1.16988.DOI: 10.3126/jnps ,58-Paediatric Society, 37(1), 2017, pp. 51

[21] "Cram, -Marty Wyngaarden Krauss, Carole C. Upshur, Jack P. Shonkoff, and Penny Hauser The Journal of Early Intervention, 17(1), "Impact of Parent Groups on Mothers of Infants with Disabilities, .20-pp. 8 ,1993

والمدة، وظل تمثيل الآباء محدودًا. ويؤكد ذلك ضرورة قياس أثر البرنامج على كل من الأب والأم، وعدم افتراض أن زيادة الواجبات المنزلية تحسن الرفاه تلقائيًا.[22]

تسمح مراجعة الأدبيات باستخلاص نموذج تفسيري: يؤثر انخراط الأب أولًا في توزيع الوقت والجهد؛ ويؤثر ثانيًا في الدعم العاطفي والشعور بالإنصاف؛ ويؤثر ثالثًا في اتساق التدريب وتعميم المهارات؛ ويؤثر رابعًا في الوصول إلى الموارد واتخاذ القرار. وتتوسط هذه المسارات نتائج الأم والطفل. لكن قوة الأثر تتغير وفق شدة الاحتياجات، والعمل، والدخل، والعلاقة الزوجية، والخدمات. وهذا النموذج هو الذي ستُقرأ في ضوئه الحالات الثلاث.

[22] Alessandro Musetti et al., "Parental Quality of Life and Involvement in Intervention for Children or Adolescents with Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review," Journal of Personalized Medicine, 11(9), 2021, Article 894, DOI: 10.3390/jpm11090894.

الجدول (1): الأبعاد الإجرائية لانخراط الأب ومسارات أثرها

انخراط الأب	المؤشرات السلوكية	الأثر المحتمل على الطفل	الأثر المحتمل على الأم والأسرة
التدريب المباشر	تنفيذ أهداف محددة؛ استعمال التعزيز؛ تسجيل التقدم	زيادة التكرار والتعميم؛ تنوع الشركاء التفاعليين	تقليل احتكار الأم للخبرة والجهد
الرعاية اليومية	الطعام؛ اللباس؛ النظافة؛ النوم؛ المواعيد	استقرار الروتين؛ فرص تعلم وظيفي	وقت راحة؛ نوم أفضل؛ خفض الاستنزاف
اتخاذ القرار	حضور الاجتماعات؛ اختيار الأولويات؛ مراجعة الخطة	أهداف أكثر اتساقًا واستمرارية	شعور بالشراكة والإنصاف
الدعم العاطفي	الاستماع؛ الاعتراف بالعبء؛ حل المشكلات دون لوم	مناخ أسري أكثر هدوءًا	انخفاض العزلة والاحتقان الزوجي
الدعم التنظيمي	التنقل؛ الوثائق؛ التواصل مع الخدمات؛ التمويل	استمرار الوصول إلى التأهيل	خفض العبء الذهني واللوجستي

6. المنهجية وإجراءات دراسة الحالات

اعتمدت الدراسة تصميم الحالات المتعددة المقارن ذي الطابع الاستكشافي. ويصلح هذا التصميم عندما يكون الهدف فهم العمليات والسياقات أكثر من تقدير نسبة الانتشار أو إثبات السببية. وقد أُعيد تنظيم المادة الميدانية الأصلية في ثلاث حالات اختيرت وفق مبدأ التباين القصدي في مستوى انخراط الأب، بما يسمح بمقارنة الغياب أو الضعف، والمشاركة المتقطعة، والمشاركة المنتظمة. ولا تُعد الحالات عينة ممثلة للأسر المغربية، بل وحدات تحليل تكشف علاقات محتملة بين التنظيم الأسري والمؤشرات النفسية واليومية.[23]

تم اختيار الحالة الأولى لتكون نموذجًا لانخراط أبوي شديد الضعف مع عبء تدريبي مرتفع لدى الأم. بينما تم اختيار الحالة الثانية لتكون نموذجًا لمشاركة محدودة وغير منتظمة، حيث يظهر الأب في بعض الجوانب دون أن يتحمل مسؤولية ثابتة. أما الحالة الثالثة فقد تم اختيارها بوصفها حالة مقارنة تتميز بمشاركة أكثر انتظامًا، على الرغم من شدة الاحتياجات الصحية والحركية للطفلة. هذا الاختيار يسمح بتجنب المقارنة الثنائية المبسطة بين "أب حاضر" و"أب غائب"، ويظهر أن الانخراط متدرج ومتعدد الأبعاد.

شملت المادة ثلاث أمهات وثلاثة أطفال، واستُعملت الرموز"الحالة أ"، "الحالة ب"، و"الحالة ج" بدل الأسماء. لم تُدرج أي معطيات تسمح بالتعرف المباشر على الأسر. وتتراوح الحالات بين اضطراب طيف التوحد وإعاقة حركية وعصبية مصحوبة بالصرع. ويعد اختلاف التشخيص قيدًا منهجيًا، لكنه يتيح في المقابل اختبار الفكرة على مستوى عبء الرعاية والتنظيم الأسري بدل حصرها في تشخيص واحد. وقد روعي في العرض عدم تحويل السرد إلى حكم أخلاقي على الآباء أو الأمهات، بل وصف الأدوار كما وردت وتحليل آثارها المحتملة.

استندت المادة إلى مقابلات شبه موجهة تناولت خبرة التشخيص، والرعاية اليومية، والتدريب، والعلاقة الزوجية، والدعم، والخوف من المستقبل، والنوم، والعلاقات الاجتماعية، وتصور الأم لتقدم الطفل. كما استُعملت المعطيات الديموغرافية والوصفية، ودرجات مقياس بيك للاكتئاب الواردة في البروتوكول الأصلي. ويقيس مقياس بيك شدة أعراض اكتئابية ولا يقيس جودة الحياة مباشرة؛ لذلك استُعمل هنا مؤشرًا جزئيًا ضمن شبكة أوسع من المؤشرات النوعية لا بديلًا عن قياس شامل لجودة الحياة.[24]

بُنيت شبكة التحليل حول خمسة محاور: مستوى مشاركة الأب؛ توزيع الرعاية؛ اتساق التدريب؛ مؤشرات الأم النفسية والاجتماعية؛ ومؤشرات أداء الطفل وتنظيم الأسرة. وصُنفت مشاركة الأب إلى منخفضة، محدودة/متقطعة، ومنتظمة نسبيًا. كما رُصدت المتغيرات المربكة: التشخيص، وشدة الحالة، والتعليم، والوضع الاقتصادي، والوصول إلى الخدمات. واعتمد التحليل المقارنة داخل كل حالة ثم المقارنة العابرة للحالات، مع البحث عن الأنماط المتفقة والحالات الناقضة.

الجدول (2): الخصائص الأساسية للحالات الثلاث

الحالة	خصائص الأم	خصائص الطفل	مستوى انخراط الأب	درجة مقياس بيك
أ	42 سنة؛ تعليم إعدادي؛ وضع اقتصادي ضعيف؛ ربة بيت	طفل 9 سنوات؛ اضطراب طيف توحد متوسط؛ دمج مدرسي؛ صعوبات سلوكية اجتماعية	منخفض جدًا/غير منتظم	22
ب	30 سنة؛ تعليم ثانوي؛ وضع اقتصادي ضعيف؛ ربة بيت	طفل ذو طيف توحد خفيف؛ دمج حديث؛ مهارات أكاديمية مع مشكلات سلوكية	محدود ومتقطع	21
ج	38 سنة؛ تعليم جامعي؛ وضع اقتصادي متوسط؛ ربة بيت	طفلة ذات شلل دماغي وصرع؛ حاجة إلى مراقبة ليلية	منتظم نسبيًا وتقاسم للرعاية	9

7. عرض الحالات الثلاث

الحالة (أ): تركّز التدريب والرعاية لدى الأم

تبلغ الأم في الحالة (أ) اثنتين وأربعين سنة، ومستواها التعليمي إعدادي، وتعيش الأسرة وضعًا اقتصاديًا ضعيفًا. يبلغ الطفل تسع سنوات، وشُخص باضطراب طيف توحد متوسط، وهو مدمج مدرسيًا وأظهر تقدمًا في بعض مهارات الاستقلالية والتعلم، مع استمرار صعوبات في السلوك الاجتماعي والتكيف. تشير المعطيات إلى أن الأم هي المنفذ الأساسي للبرنامج المنزلي، والمتابعة المدرسية، والتعامل مع السلوك، بينما لا يتخذ حضور الأب شكل مشاركة منتظمة يمكن الاعتماد عليها.

[24] Aaron T. Beck, C. H. Ward, M. Mendelson, J. Mock, and J. Erbaugh, "An Inventory for Measuring Depression," Archives of General Psychiatry, 4, 1961, pp. 561-571, DOI: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

يكشف السرد أن الأم اكتسبت خبرة عملية كبيرة، لكنها لا تشعر أن هذه الخبرة خففت العبء. فهي تعرف كيف تقدم التعليمات، وكيف تنظم التعزيز، وكيف تتعامل مع بعض السلوكيات، إلا أن معرفتها تحولت إلى مسؤولية دائمة. كلما تحسن الطفل ارتفعت التوقعات المعلقة عليها، وكلما ظهرت مشكلة جديدة عادت هي إلى البحث والتجريب. ويظهر هنا الفرق بين الكفاءة والدعم: قد تكون الأم كفؤة، لكنها تظل معرضة للانهيار عندما لا تجد من يتقاسم التنفيذ والقرار والوقت.

بلغت درجة بيك 22 وفق المادة الأصلية، ووُصفت ضمن المدى المتوسط للأعراض الاكتئابية. وتنسجم الدرجة مع مؤشرات المقابلة: الإرهاق، وتكرر الانهيار النفسي، والشعور بأن المسؤولية لا تنتهي، وضيق الوقت الشخصي. ولا ينبغي تفسير هذه الأعراض بوصفها ضعفًا في شخصية الأم أو نقصًا في التقبل؛ فهي قد تكون استجابة مفهومة لترتيب أسري يطلب منها أداء أدوار الأم والمدربة والمنسقة والمرافقة دون فترات تعافٍ منتظمة.

أما أثر الوضع على الطفل، فيظهر في محدودية تعدد الشركاء التدريبيين. فقد يكون الطفل قادرًا على الاستجابة للأم داخل مواقف مألوفة، لكنه يواجه صعوبة في تعميم بعض المهارات مع الأب أو في سياقات أخرى. كما أن إرهاق الأم قد يؤدي، بصورة غير مقصودة، إلى تفاوت في الثبات الانفعالي وفي القدرة على تطبيق الخطة خلال الأيام الصعبة. ولا تعني هذه الملاحظة أن الأم مسؤولة عن عدم التعميم، بل إن النظام يعتمد عليها أكثر مما تسمح به الطاقة البشرية المستدامة.

يمكن تصور نقطة تدخل أولية في هذه الحالة تتمثل في اختيار روتينين ثابتين يتولاهما الأب بصورة مستقلة، مثل نشاط مسائي ومرافقة موعد دوري، ثم تدريبه على هدف واحد واضح. ولا ينبغي البدء بطلب مشاركة شاملة قد تفشل سريعًا؛ بل بتحويل الأب من متفرج إلى منفذ في مهام محددة، مع حماية وقت أسبوعي للأم. ويُقاس النجاح بعدد المرات المنفذة وجودتها، لا بالوعود أو الحضور العرضي.

الحالة (ب): مشاركة محدودة لا تعيد توزيع المسؤولية

تبلغ الأم في الحالة (ب) ثلاثين سنة، ومستواها التعليمي ثانوي تأهيلي، والوضع الاقتصادي للأسرة ضعيف. الطفل مشخص بطيف توحد خفيف، وقد بدأ الدمج حديثًا، ويملك مهارات أكاديمية أولية، إلا أن المشكلات السلوكية ما تزال حاضرة. يظهر الأب في بعض المواقف، لكن مشاركته متقطعة واستجابية؛ أي إنها تحدث عند الطلب أو في ظروف محددة، ولا تقوم على خطة أو التزام ثابت. وتعد هذه الحالة مهمة لأنها تكشف أن وجود الأب داخل المنزل لا يساوي تلقائيًا تقاسم الرعاية.

تتولى الأم القسم الأكبر من المتابعة اليومية، وتبقى المسؤولة عن معرفة تفاصيل الخطة والتواصل مع المؤسسة. وقد يؤدي حضور الأب المتقطع إلى تخفيف لحظي، لكنه لا يقلل العبء الذهني؛ فالأم تظل الشخص الذي يلاحظ ويقرر ويطلب ويوجه ويذكر. وقد تصبح المساعدة نفسها مهمة إضافية إذا اضطرت إلى شرح كل خطوة في كل مرة. لهذا فإن معيار المشاركة الفاعلة ليس مجرد تنفيذ تعليمات الأم، بل تحمل مسؤولية كاملة عن جزء من الرعاية، بما يشمل التخطيط والمتابعة والتقييم.

سجلت الحالة درجة 21 على مقياس بيك وفق المادة الأصلية. ويشير السرد إلى هشاشة نفسية مرتبطة بتداخل مشكلات الطفل مع مشكلات أسرية أخرى. ورغم تقدم الطفل أكاديميًا، لم ينعكس ذلك تلقائيًا على رفاه الأم؛ لأن جودة الحياة لا تتحدد بنتيجة الطفل وحدها، بل بوجود وقت خاص، ودعم عاطفي، وتواصل زوجي، وشعور بأن المسؤولية عادلة. وتوضح الحالة أن نجاح الدمج أو اكتساب المهارات قد يتعايش مع ضغط أمومي مرتفع.

من ناحية الطفل، قد يخلق التباين بين استجابة الأب والأم قواعد غير مستقرة. فالأم تطبق الخطة لأنها تلقت التدريب، بينما يتصرف الأب وفق الحدس أو الرغبة في تهدئة الموقف سريعًا. وفي بعض الحالات قد يقدم أحد الوالدين تعزيزًا لسلوك يحاول الآخر خفضه، أو يطلب مهارة بطريقة مختلفة. ولا يكفي لوم الأب على عدم الاتساق؛ فالخدمة مسؤولة أيضًا عن تدريبه مباشرة وتزويده بأمثلة وملاحظات عملية.

التدخل الملائم لهذه الحالة هو تحويل المشاركة المتقطعة إلى جدول مسؤوليات، مع اجتماع قصير أسبوعي بين الوالدين. يمكن أن يتولى الأب مثلًا روتين الخروج والعودة، وتنفيذ نشاط تواصل ثلاث مرات أسبوعيًا، وحضور اجتماع مدرسي شهري. ويُستحسن استعمال قائمة من خطوات قليلة وفيديو قصير للتغذية الراجعة. بهذه الطريقة لا تبقى الأم مورطة في كل تفاصيل مشاركة الأب، بل يصبح لديه مجال واضح للمساءلة والتعلم.

الحالة (ج): تقاسم منتظم نسبيًا رغم شدة الاحتياجات

تبلغ الأم في الحالة (ج) ثمانية وثلاثين سنة، ومستواها التعليمي جامعي، والوضع الاقتصادي متوسط. تعاني الطفلة من شلل دماغي وصرع، وتحتاج إلى مراقبة ليلية وحضور أحد الوالدين أثناء النوم. وبذلك فإن شدة الاحتياجات الصحية والحركية مرتفعة، وربما تفوق في بعض جوانبها الحالات السابقة. ومع ذلك تتميز الأسرة بانخراط أبوي منتظم نسبيًا وتقاسم للرعاية، ما يجعلها حالة مقارنة مهمة لفهم أثر التنظيم الأسري، لا أثر التشخيص وحده.

تدعم الأدبيات أن مشاركة الأب وتقاسم الرعاية يرتبطان عادةً بانخفاض عبء الرعاية وتحسن التكيف الأسري، وليس فقط بتخفيف العبء المادي. كما تشير الأبحاث في حالات الأمراض المزمنة والصرع إلى أن إدماج الوالدين معًا قد يحسن التكيف ويخفض الضغط النفسي عبر دعم التفاعل الأسري وتقاسم المسؤولية[25] .

تشير المعطيات إلى أن الأب لا يقتصر دوره على توفير المستلزمات المادية، بل يشارك أيضًا في الرعاية والمتابعة، بما يسمح للأم بالاعتماد عليه في أوقات محددة. ويترتب على هذا التقاسم عدد من منافع عملية من بينها إمكان التناوب على النوم والراحة، وعدم احتكار شخص واحد للمعرفة الصحية، وتقاسم القلق المرتبط بالنوبات، فضلًا عن أن اتخاذ القرار المشترك يخفف شعور الأم بأنها وحدها أمام المستقبل. وقد بدت الأم في هذه الحالة أكثر تقبلًا واتزانًا وتنظيمًا مقارنة بالحالتين السابقتين، وهو ما ينسجم مع الأدبيات التي تربط الدعم الزوجي وانخراط الوالدين بانخفاض الضغط النفسي وتحسن التكيف الأسري [26].

بلغت درجة بيك 9 وهي أقل بوضوح من درجتي الحالتين (أ) و(ب). غير أن القراءة العلمية لا تسمح بإرجاع هذا الفرق كله إلى مشاركة الأب وحدها لأن مستوى التعليم أعلى والوضع الاقتصادي أفضل نسبيًا والتشخيص مختلف كما قد تكون الخدمات الصحية والعلاقة الزوجية والموارد العائلية مختلفة أيضًا. ومع ذلك فإن وجود احتياجات شديدة مع مؤشرات نفسية أفضل يضعف التفسير الذي يربط الضغط بشدة الإعاقة وحدها ويدعم فحص تقاسم الرعاية بوصفه عامل حماية محتمل [27].

يمكن أن يستفيد الطفل من استمرارية أعلى لأن كلا الوالدين يعرف الإجراءات الصحية والروتينات اليومية وهو ما يتسق مع نتائج الأدبيات حول فاعلية المشاركة الوالدية في تحسين التكيف والالتزام بالرعاية. ولا تتيح المادة المتاحة قياسات مباشرة للنمو أو المهارات قبل مشاركة الأب وبعدها لذلك لا يمكن إثبات أثر تطوري مباشر لكن الاستقرار التنظيمي يقلل احتمال انقطاع الرعاية عند مرض الأم أو إرهاقها ويمنح الطفلة علاقات تفاعلية متعددة كما يسمح للأم بأن تكون حاضرة عاطفيًا دون أن تبقى في حالة استنفار دائم[28]

تكشف الحالة أيضًا أن تقاسم الرعاية لا يلغي الصعوبة فالأسرة ما تزال تواجه الصرع والمراقبة الليلية والضغط المالي والخوف من المضاعفات وهي ضغوط موثقة في الأدبيات الخاصة بالأطفال المصابين بالصرع والأمراض المزمنة الفرق هنا أن الصعوبة موزعة ومُعترف بها لا محمولة سرًا

---

[25] Yang, Jinrong, et al. "Interventions and strategies to improve social support for caregivers of children with chronic diseases: An umbrella review." Frontiers in Psychiatry 13 (2022): 973012 .

[26] Willemen, Agnes M., et al. "The working mechanisms of parental involvement in interventions for children with chronic illness." Journal of Child and Family Studies 31.11 (2022): 3037-3046.

[27] المرجع السابق

[28] المرجع السابق

بواسطة شخص واحد ومن ثم فإن الانخراط الأبوي لا يعد وعدًا بإزالة المعاناة بل آلية لرفع قدرة الأسرة على تحملها وتنظيمها دون استنزاف صحة أحد الوالدين.

8. تحليل الحالات

8.1 تدرج المشاركة الأبوية

توضح الحالات أن المشاركة ليست متغيرًا ثنائيًا. ففي الحالة (أ) يغيب الانتظام ويتركز العمل لدى الأم. وفي الحالة (ب) يوجد حضور جزئي، لكنه لا يعيد توزيع المسؤولية الذهنية والتنظيمية. وفي الحالة (ج) توجد مهام يمكن للأم الاعتماد على الأب فيها، بما يخلق وقتًا فعليًا للراحة ويعزز اتخاذ القرار المشترك. ويبين هذا التدرج أن سؤال "هل الأب موجود؟" أقل فائدة من أسئلة: ماذا يفعل؟ كم مرة؟ هل يفعل ذلك مستقلًا؟ وهل تستطيع الأم أن تتوقف عن المراقبة أثناء قيامه بالمهمة؟

8.2 الأعراض النفسية وجودة الحياة

تزامنت الدرجتان 22 و21 مع انخراط منخفض أو متقطع، بينما تزامنت الدرجة 9 مع مشاركة منتظمة نسبيًا. كما ظهرت في الحالتين الأوليتين مؤشرات نوعية مثل الإرهاق والانهيار والانسحاب والضغط، مقابل تقبل وتنظيم أفضل في الحالة الثالثة. يمثل هذا النمط دعمًا أوليًا لفرضية الارتباط بين تقاسم الرعاية والصحة النفسية للأم، لكنه لا يثبت اتجاه العلاقة. فمن الممكن مثلًا أن تتيح العلاقة الزوجية الجيدة مشاركة أكبر، وأن تحسن المشاركة العلاقة بدورها؛ أي إن التأثير قد يكون تبادليًا.

8.3 أثر المشاركة والتدخل

لم تتضمن المادة مقاييس مباشرة لمدى دقة الأب في التدريب أو لمهارات الطفل قبل المشاركة وبعدها. لذلك تعتمد النتائج المتعلقة بالطفل على الاستدلال من تنظيم الرعاية. ففي الحالتين (أ) و(ب) تتحمل الأم معظم التكرار، ما يجعل البرنامج حساسًا لإرهاقها وقد يحد من التعميم. وفي الحالة (ج) يسمح التعاون بين الأم والأب باستمرار الروتين رغم الاحتياجات الشديدة. ويظل هذا استنتاجًا يحتاج إلى ملاحظة مباشرة وتسجيلات زمنية في الدراسات اللاحقة.

8.4 المتغيرات الدخيلة

تختلف الحالات في التشخيص والتعليم والدخل وشدة الاحتياجات. وقد يسهم المستوى الجامعي في فهم الخدمات والتفاوض معها، كما يتيح الوضع الاقتصادي المتوسط خيارات نقل أو علاج أو أدوات مساعدة. وفي المقابل قد ترفع الإعاقة الحركية المصحوبة بالصرع العبء الصحي. لذلك لا يمكن بناء سلم بسيط يربط كل ارتفاع في مشاركة الأب بانخفاض محدد في الاكتئاب. القيمة المنهجية للحالات هي إظهار أن شدة حالة الطفل لا تفسر النتائج وحدها، وأن التنظيم الأسري يجب أن يدخل ضمن التحليل.

الجدول (3): المقارنة العابرة للحالات

محور المقارنة	الحالة (أ)	الحالة (ب)	الحالة (ج)	الاستنتاج الوصفي
انخراط الأب	منخفض جدًا	محدود ومتقطع	منتظم نسبيًا	الانتظام والاستقلالية أهم من الحضور الاسمي
عبء الأم	مرتفع ومتركز	مرتفع مع مساعدة عرضية	موزع نسبيًا	المساعدة المتقطعة لا تلغي الإدارة الذهنية
درجة بيك	22	21	9	تزامن وصفي بين المشاركة الأعلى والدرجة الأقل
الراحة والنوم	محدودان	غير مستقرين	إمكان التناوب	الوقت المحمي مسار محتمل للحماية
اتساق التدريب	يعتمد على الأم	متفاوت	أكثر استقرارًا	تدريب الأب قد يدعم التعميم
عوامل مربكة	دخل ضعيف؛ تعليم إعدادي	دخل ضعيف؛ مشكلات أسرية	تعليم جامعي؛ دخل أفضل؛ تشخيص مختلف	لا يمكن إثبات السببية

8.5 الجوانب المشتركة بين الحالات

يمكن تلخيص هذه المعطيات في إطارين مترابطين: العمل غير المرئي وتقاسم الرعاية بوصفه دعمًا نفسيًا يتجاوز مجرد توزيع المهام. فالأدبيات المتعلقة بالرعاية غير الرسمية تُظهر أن كثيرًا من مقدمي الرعاية، ولا سيما الأمهات، لا يقتصر دورهن على تنفيذ الرعاية المباشرة، بل يشمل أيضًا العمل العاطفي والتنظيمي الخفي، مثل التخطيط المسبق، وتوقع الأزمات، وتنسيق تدخلات الآخرين، وهو جهد لا يُحتسب غالبًا ضمن الدعم الظاهر رغم أنه يستنزف الطاقة الذهنية ويزيد الضغط النفسي. ومن ثم قد تبدو المساعدة متوافرة شكليًا بينما تظل الأم تحمل العبء المعرفي الكامل. كما أن قيمة الدعم لا تتحقق نفسيًا إلا عندما يكون دعمًا فعليًا يحرر الأم من المهمة لا عندما تبقى مضطرة إلى المراقبة والتوجيه والتصحيح المستمرين؛ إذ إن المساعدة التي لا تمنح انقطاعًا حقيقيًا عن الدور تبقى محدودة الأثر. وفي السياق نفسه قد يحقق الطفل تقدمًا في المهارات أو التكيف ومع ذلك تظل الأم منهكة نفسيًا إذا لم ينخفض العبء التنظيمي والانفعالي الواقع عليها مما يدل على أن تحسن حالة الطفل وحده لا يكفي لحماية الأم ما دامت هي مركز المتابعة الدائم. لذلك يمكن النظر إلى التقبل بوصفه نتيجة اجتماعية لا مجرد سمة داخلية لدى الأم إذ يتعزز عندما يتوافر شريك متعاون ومسؤولية موزعة وخدمات متكاملة تقلل العزلة وتدعم التكيف الأسري. كما تكشف هذه المعطيات هشاشة النموذج الذي تتركز فيه معرفة التدخل لدى شخص واحد لأن الأسرة تصبح أكثر عرضة للانقطاع عند المرض أو الإرهاق أو الالتزامات الأخرى. ومن هنا فإن العدالة في الرعاية لا تعني بالضرورة مساواة حسابية جامدة بل توزيعًا مرنًا وتفاوضيًا يراعي القدرة والوقت والموارد ويضمن في المقابل حصول الطرف المرهَق على راحة حقيقية بما يجعل الانخراط الأبوي مسؤولية مكافئة في القيمة والأثر لا مجرد مشاركة رمزية في المهام.

مناقشة النتائج9.

تتوافق النتائج مع الأدبيات التي تجعل دعم الزوج عنصراً أساسياً في صحة الأم النفسية. فالدعم العملي يوفر الوقت والطاقة، والدعم العاطفي يقلل من الشعور بالعزلة، والمشاركة في اتخاذ القرار تخفف من عبء مسؤولية الاختيار، والتدريب المباشر يحسن من استمرارية البرنامج. ولا

يعمل أي من هذه المسارات بشكل منفرد؛ فقد يشارك الأب في التدريب لكنه يبقى ناقداً للأم، أو يقدم دعماً عاطفياً دون أن يتحمل المهام. لذلك يجب النظر إلى الانخراط كهيكل متعدد الأبعاد وتحديد البعد الناقص في كل أسرة.[29]

تساعد فكرة عامل الحماية على تجنب ادعاء أن مشاركة الأب تمنع الاكتئاب أو تضمن جودة الحياة. فعامل الحماية يقلل احتمال الضرر أو شدته، لكنه قد لا يكفي أمام الفقر، أو العنف، أو شدة الصرع، أو غياب الخدمات. كما أن الأب نفسه قد يحتاج إلى دعم نفسي وتدريب، وقد يشعر بالعجز أو الخوف أو الضغط. لذا يجب أن يستهدف البرنامج بناء كفاءة الوالدين معًا، لا تحويل الأب إلى مراقب جديد لأداء الأم. تظهر اللغة اليومية تفاوتا ضمنيا عندما يقال إن الأب "يساعد" الأم، كأن الرعاية ملك لها وهو يتطوع بجزء منها. أما لغة التقاسم فتنطلق من أن الطفل مسؤولية مشتركة، وأن لكل والد مهام واضحة. ويترتب على هذا التحول أثر عملي: لا تنتظر الأم أن تطلب كل مرة، ولا يحتاج الأب إلى تعليمات تفصيلية متكررة، بل يتابع مجاله ويطور كفاءته. كما يخف شعور الأم بالذنب حين تأخذ وقتا لنفسها، لأن الراحة تصبح جزءا من الخطة لا انسحابا من الواجب.

لا يعني التقاسم تجاهل اختلاف ظروف العمل أو الصحة. يمكن أن يكون التقاسم متزامنا أو تعويضيًا: يتولى الأب المواعيد المسائية أو عطلة الأسبوع، أو مسؤولية الوثائق والتواصل، أو روتينًا يوميًا، أو فترة مراقبة ليلية. المهم أن تكون المهام مستقلة ومستمرة ومتناسبة مع عبء الأم. ويُقاس الإنصاف من خلال أثر التوزيع على الوقت والضغط، لا بعدد المهام فقط.

يرتبط تفاعل الوالدين بفرص الطفل في استخدام المهارات مع أشخاص مختلفين. فإذا تعلم الطفل الطلب أو الانتظار أو إتمام روتين مع الأم وحدها قد لا تظهر المهارة مع الأب. ويساعد تدريب الأب على تعميم الإشارات والتعزيز وعلى اكتشاف مواقف جديدة للتعلم. كما يمكن للأب أن يقدم أنماط لعب وحركة وحوار تختلف عن الأم بما يوسع خبرة الطفل وتؤكد دراسات التفاعل الاستجابة المناسبة لإشارات الطفل أكثر أهمية من كثرة التعليمات وهو ما ينبغي أن يكون محور تدريب الأب.[30]

قد يكون انخراط الأب في رعاية الطفل في وضعية خاصة غير مفيد، بل قد يصبح ضارًا إذا اتسم بالقسوة أو الإنكار أو بفرض توقعات غير واقعية أو بإرباك خطة السلامة المعتمدة. لذلك، لا ينبغي قياس المشاركة بمجرد الوقت المخصص لها، بل بجودتها، ومدى احترامها لكرامة الطفل، ودرجة اتساقها مع الأهداف العلاجية، وقدرتها على قراءة الإشارات والاستجابة المناسبة لها. كما أن تأهيل الأب للمشاركة الفاعلة يقتضي تدريبًا عمليًا يقوم على الملاحظة المباشرة والتغذية الراجعة، لا الاكتفاء بتسليم إرشادات مكتوبة. وفي المقابل، لا يمكن تحميل الأسرة وحدها مسؤولية غياب الأب لأن كثيرًا من الخدمات تُنظَّم في ساعات النهار وتوجّه خطابها تلقائيًا إلى الأم وتكتب التعليمات بصياغة مؤنثة ولا تتواصل مع الأب مباشرة مما يجعله يشعر أحيانًا بأنه ضيف في فضاء علاجي لم يُصمم أصلًا لاحتضانه. ومن ثم فإن المؤسسة الراغبة في إشراك الأب تحتاج إلى دعوته باسمه وتوفير مواعيد مرنة ومواد مختصرة وجلسات تطبيقية وخيارات عن بعد مع تقييم مستقل لمهاراته ومشاركته. ومع ذلك ينبغي الحذر من تحويل إشراك الأب إلى شعار قد يحجب اعتبارات السلامة؛ ففي الأسر التي يسودها العنف أو التحكم أو التهديد قد يؤدي إشراك الزوج إلى تعريض الأم والطفل للخطر. كما قد يكون الأب منفصلًا أو مهاجرًا أو مريضًا أو متوفى وفي هذه الحالات ينبغي البحث عن شبكة بديلة من راشد داعم أو خدمات راحة أسرية أو دعم مجتمعي مع الحفاظ على حق الأم في الموارد والمساندة. فالهدف الأساسي ليس فرض نموذج أسري واحد بل منع تركّز العبء في شخص واحد وضمان استمرارية الرعاية بأكبر قدر ممكن من الأمان والإنصاف.

---

[29] The Structure and Function of Social Networks of Mothers "Janice E. Kilburn and Cheri J. Shapiro, ,10-Topics in Early Childhood Special Education, 2018, pp. 1 "of Young Children With Disabilities, .DOI: 10.1177/0271121418767306

[30] The"Gerald Mahoney, Glenna Boyce, Rebecca R. Fewell, Donna Spiker, and C. Abigail Wheeden, Risk-Child Interaction to the Effectiveness of Early Intervention Services for At-Relationship of Parent Topics in Early Childhood Special Education, 18(1), 1998, "Children and Children with Disabilities, .DOI: 10.1177/027112149801800104 ,17-pp. 5

ويتداخل انخراط الأب في السياق المغربي مع تمثلات الرجولة والأمومة والعمل والرعاية إذ لا تُفهم رعاية الطفل أو الشخص في وضعية خاصة بوصفها شأنًا أسريًا بسيطًا بل باعتبارها نتاجا لتقاطع تمثلات ثقافية واجتماعية ومؤسساتية تحدد من يتحمل الرعاية وكيف تُوزَّع أعباؤها. فغالبا ما يُنظر إلى الإنفاق وتوفير المستلزمات باعتبارهما الأداء الكامل لدور الأب بينما تُنسب التفاصيل اليومية إلى الأم فتغدو الرعاية اليومية مسؤولية شبه حصرية عليها ويُنظر إلى تدخل الأب في هذه التفاصيل بوصفه خروجاً عن نمط الرجولة السائد أكثر من كونه مشاركة طبيعية في المسؤولية الأسرية. وعليه فإن المشكلة لا تتعلق بغياب الرغبة الفردية فقط بل بالبنية الرمزية التي تنظّم التوقعات داخل الأسرة والمجتمع ويزداد هذا العبء حين تُحمَّل الأم في بعض التصورات الاجتماعية مسؤولية إنجاب طفلٍ في وضعية خاصة بما يضاعف نظرة الشك أو النقص الموجهة إليها ويؤثر سلبا على مكانتها الاجتماعية والنفسية.

تتعرض الأم، في كثير من الأحيان، لنقد الأسرة الممتدة إذا طلبت وقتًا لنفسها، وقد تُتهم بالتقصير إذا أوكلت بعض المهام إلى غيرها. وتتفاقم هذه الصعوبة مع نقص الخدمات القريبة وارتفاع تكاليف النقل والتأهيل، مما يجعل برامج التوعية مطالبة بخطاب حقوقي وعملي يوضح أن مشاركة الأب تعزز استدامة الرعاية ولا تنتقص من دور الأم. كما أن ضعف الخدمات، ومحدودية الولوجيات، وارتفاع الكلفة تمثل بعدًا بنيويًا لا يقل أهمية عن البعد الثقافي؛ فحتى عندما تكون لدى الأسرة رغبة في طلب الدعم أو إعادة تنظيم الرعاية، فإن محدودية خدمات التأهيل والمرافقة والراحة الأسرية تضيق الخيارات العملية، وتدفع كثيرًا من الأسر إلى تحمل العبء داخل المنزل بدل الاستفادة من دعم مؤسساتي منظم. ومن ثم، تبدو الصعوبة هنا مركبة، لأنها لا تتصل بالقيم والتمثلات الاجتماعية فقط، بل كذلك بالبنية التحتية الاجتماعية التي لا توفر بدائل حقيقية. وفي هذا السياق، قد يكون استناد الأسرة إلى الدعم الممتد من الجدة أو الأخت أو الجمعيات مفيدًا لكنه لا ينبغي أن يتحول إلى مبرر لانسحاب الأب من المسؤولية أو إلى تعويض دائم عن غياب السياسات العمومية. فمشاركة النساء الأخريات قد تخفف العبء لكنها قد تعيد إنتاج اللامساواة نفسها إذا ظلّت النساء وحدهن يتحملن العمل العاطفي والعملي غير المدفوع. لذلك فإن التدخل الفعال ينبغي أن يقوم على منطق تقاسم المسؤولية بين الأب والأم وعلى دعم مؤسسي يقلل من العمل غير المرئي بدل الاكتفاء بتكريس التضحية..

وبناءً على ذلك فدعم الأسرة لا يتحقق عبر الخطابات و الوعظ أو تمجيد الصبر بل عبر سياسات عملية تعترف بأن الرعاية عمل يحتاج إلى وقت وموارد وخدمات وتنسيق بين الفاعلين. فالمطلوب ليس فقط تعزيز الوعي بل إعادة تنظيم شروط الرعاية نفسها بحيث تصبح مشاركة الأب وخدمات الراحة الأسرية والمرافقة النفسية والتدريب القريب والتنسيق مع المدرسة والصحة والحماية الاجتماعية عناصر متكاملة في تخفيف العبء وتحسين الاستدامة.

10.حدود الدراسة وآفاق البحث

أول حدود الدراسة هو صغر عدد الحالات، فثلاث حالات لا تسمح بالتعميم الإحصائي. وثانيها اختلاف تشخيص الأطفال، وهو اختلاف يثري المقارنة التنظيمية لكنه يضعف المقارنة السريرية. وثالثها أن المعلومات عن الأب وردت أساسًا عبر تقارير الأمهات، من غير مقابلات مستقلة معه أو ملاحظة مباشرة منتظمة. ورابعها أن مقياس بيك يقيس الأعراض الإكتئابية لا جودة الحياة الشاملة، ولم تتوافر تفاصيل كافية عن النسخة المستعملة. وخامسها تداخل المشاركة مع التعليم والدخل والخدمات والعلاقة الزوجية.

التصميم مقطعي؛ فلا نعرف هل سبقت المشاركة تحسن الأم أم أن استقرار الأسرة سمح بمشاركة الأب. ولا نعرف مقدار التغير في الطفل الناتج عن الأب لأن الأهداف لم تُقَس قبلًا وبعدًا. ولذلك يجب صياغة النتائج على مستوى الارتباط والوصف والفرضيات، وتجنب عبارات السببية. هذه الحدود لا تلغي قيمة الدراسة؛ بل تحدد ما يمكن قوله بدقة وما يحتاج إلى اختبار.

يمكن تطوير البحث إلى تصميم شبه تجريبي يضم مجموعة تدخل ومجموعة انتظار، مع برنامج موحد للآباء وقياسات قبلية وبعدية ومتابعة. ويمكن أيضًا استعمال تصميم الخطوط القاعدية المتعددة عبر الأسر، بحيث يبدأ التدريب في أوقات مختلفة، ويُرصد هل يتغير ضغط الأم بعد ارتفاع مشاركة الأب. وينبغي قياس ساعات المشاركة وجودتها، وجودة الحياة، والضغط، والنوم، والرضا الزوجي، ودقة تنفيذ الاستراتيجية، ومهارات الطفل.

تحتاج الدراسات المستقبلية في المغرب إلى عينات متنوعة حضرية وقروية وإلى مقارنة أسر التوحد والإعاقة الحركية والإعاقة الذهنية والأمراض المزمنة مع تحليل أثر الدخل والعمل والهجرة والأسرة الممتدة. كما ينبغي دراسة تجربة الآباء أنفسهم: كيف يفهمون التشخيص؟ ما الذي يمنع حضورهم؟ ما أساليب التدريب الأنسب لهم؟ وكيف يؤثر الانخراط في صحتهم النفسية وعلاقتهم الزوجية؟ إن سماع صوت الأب لا يهدف إلى موازنة شكلية بل إلى تصميم تدخل يمكنه الالتزام به.

11.الخاتمة والتوصيات

تؤكد دراسة الحالات الثلاث أن الطفل ذي الاحتياجات الخاصة يعيش داخل نظام أسري، وأن نتائج التأهيل تتأثر بكيفية توزيع العمل داخل هذا النظام. ففي الحالتين اللتين تميزتا بغياب المشاركة المنتظمة أو محدوديتها، تركز التدريب والرعاية لدى الأم وتزامن ذلك مع درجات أعلى للأعراض الاكتئابية ومؤشرات إرهاق وضيق. أما الحالة التي تميزت بتقاسم منتظم نسبيًا للرعاية، فقد ظهرت فيها درجة أقل وملامح أفضل من التنظيم والتقبل، رغم شدة الاحتياجات الصحية للطفلة. ولا تثبت هذه الفروق أن انخراط الأب هو السبب الوحيد، لكنها تجعل تجاهله خطأ علميًا ومهنيًا.

فمشاركة الأب ليست مسألة رمزية ولا مجاملة للأم، بل مكون من مكونات جودة التدخل واستدامة الأسرة. ويتحقق أثرها عندما تكون منتظمة، مستقلة، متعلمة، ومتعددة الأبعاد؛ أي عندما يتفاعل الأب مع الطفل، ويتولى رعاية فعلية، ويشارك في القرار، ويدعم الأم، ويتواصل مع الخدمات. أما الحضور المتقطع الذي يبقي الأم مسؤولة عن التوجيه والمراقبة فلا يعيد توزيع العبء على نحو كافٍ.

كما تخلص الدراسة إلى ضرورة توسيع معيار نجاح البرامج. فالطفل ليس المؤشر الوحيد؛ يجب قياس نوم الأم وصحتها النفسية ووقتها الشخصي وشعورها بالإنصاف، وقياس كفاءة الأب وضغطه، وتماسك الأسرة. فالبرنامج التدخلي الذي يحسن مهارة الطفل لكنه يستنزف الأم ليس برنامجًا ناجحًا بالكامل. لهذا وجب علينا الانتقال إلى التدخل المتمركز حول الأسرة لحماية القدرة الجماعية على الاستمرار التمتع بجودة حياة.

وتوصي هذه الدراسة بإدماج الأب منذ مرحلة التشخيص، وتوجيه الدعوات والتعليمات إليه مباشرة بدل افتراض أن الأم ستنقل جميع المعلومات، مع تحويل مشاركته إلى مهام أسبوعية محددة وقابلة للقياس تشمل التدريب والرعاية والتنظيم والدعم. كما تُوصي باعتماد مواعيد مرنة وجلسات مسائية أو عن بعد، مع مواد تعليمية قائمة على الفيديو والنمذجة والتطبيق، وبإدراج مقياس مباشر لجودة حياة الأم إلى جانب مقاييس الاكتئاب والضغط والنوم والدعم الاجتماعي. وتؤكد كذلك ضرورة تخصيص وقت راحة منتظم للأم بوصفه هدفًا علاجيًا أسريًا لا مكافأة اختيارية، مع تكوين المهنيين في الشراكة الوالدية وتقاسم الأدوار وحل المشكلات الزوجية، في إطار يراعي السلامة والعنف الأسري. وإلى جانب ذلك تدعو إلى تطوير خدمات راحة أسرية ودعم نفسي ومجموعات البوح للآباء وربطها بمؤسسات الصحة والتعليم والحماية الاجتماعية مع إنجاز دراسات مغربية طولية وشبه تجريبية تقيس جودة المشاركة لا مجرد حضور الأب وتفصل أثرها عن الدخل والتعليم وشدة الإعاقة. كما ينبغي عدم إهمال الأسر التي يغيب فيها الأب بل بناء شبكة بديلة من لأطر الدعم النفسي والاجتماعي مع الحفاظ على حق الأم والطفل على أساس أن صحة مقدم الرعاية جزء من مصلحة الطفل ومن جودة الخدمة.

المراجع

- Beck, Aaron T., et al. "An Inventory for Measuring Depression." Archives of General Psychiatry, vol. 4, 1961, pp. 561–571. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
- Bourke-Taylor, Helen, et al. "Impact of Caring for a School-Aged Child with a Disability: Understanding Mothers' Perspectives." Australian Occupational Therapy Journal, vol. 57, 2010, pp. 127–136. https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2009.00817.x.
- Chauhan, Sandhya, et al. "Parental Perceptions Influencing the Utilization of Early Intervention Services in Children with Developmental Delay." Journal of Nepal Paediatric Society, vol. 37, no. 1, 2017, pp. 51–58. https://doi.org/10.3126/jnps.v37i1.16988.
- Crabtree, Sara Ashencaen. "Maternal Perceptions of Care-Giving of Children with Developmental Disabilities in the United Arab Emirates." Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, vol. 20, 2007, pp. 247–255.

- Kilburn, Janice E., and Cheri J. Shapiro. "The Structure and Function of Social Networks of Mothers of Young Children with Disabilities." Topics in Early Childhood Special Education, 2018, pp. 1–10. https://doi.org/10.1177/0271121418767306.
- Klein, S. M., and H. McCabe. "From Mother to Disability Professional: Role Change, Resilience, and Rewards." 2007.
- Krauss, Marty Wyngaarden, et al. "The Impact of Parent Groups on Mothers of Infants with Disabilities." Journal of Early Intervention, vol. 17, no. 1, 1993, pp. 8–20.
- Lee, Yoon H. "The Paradox of Early Intervention: Families' Participation Driven by Professionals throughout Service Process." International Journal of Child Care and Education Policy, vol. 9, article 4, 2015. https://doi.org/10.1186/s40723-015-0007-x.
- Leiter, Valerie. "Dilemmas in Sharing Care: Maternal Provision of Professionally Driven Therapy for Children with Disabilities." Social Science & Medicine, vol. 58, 2004, pp. 837–849.
- Mahoney, Gerald, et al. "The Relationship of Parent-Child Interaction to the Effectiveness of Early Intervention Services for At-Risk Children and Children with Disabilities." Topics in Early Childhood Special Education, vol. 18, no. 1, 1998, pp. 5–17. https://doi.org/10.1177/027112149801800104.
- Margalit, M., and T. Kleitman. "Mothers' Stress, Resilience and Early Intervention." European Journal of Special Needs Education, vol. 21, no. 3, 2006, pp. 269–283.
- McCollum, Jeanette A. "Influencing the Development of Young Children with Disabilities: Current Themes in Early Intervention." Child and Adolescent Mental Health, vol. 7, no. 1, 2002, pp. 4–9.
- Musetti, Alessandro, et al. "Parental Quality of Life and Involvement in Intervention for Children or Adolescents with Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review." Journal of Personalized Medicine, vol. 11, no. 9, 2021, article 894. https://doi.org/10.3390/jpm11090894.
- Shearn, Julia, and Stuart Todd. "Maternal Employment and Family Responsibilities: The Perspectives of Mothers of Children with Intellectual Disabilities." Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, vol. 13, 2000, pp. 109–131.
- Willemen, Agnes M., et al. "The Working Mechanisms of Parental Involvement in Interventions for Children with Chronic Illness." Journal of Child and Family Studies, vol. 31, no. 11, 2022, pp. 3037–3046.
- World Health Organization. "The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper." Social Science & Medicine, vol. 41, no. 10, 1995, pp. 1403–1409.
- Yang, Jinrong, et al. "Interventions and Strategies to Improve Social Support for Caregivers of Children with Chronic Diseases: An Umbrella Review." Frontiers in Psychiatry, vol. 13, 2022, article 973012.