

عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي
الإعاقة في محافظة الخليل

ريمان سعيد محمد حوشيه

رسالة ماجستير

القدس / فلسطين

2017 / هـ 1438

المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي
الإعاقة في محافظة الخليل

إعداد:

ريمان سعيد محمد حوشيه

بكالوريوس خدمة اجتماعية - جامعة القدس المفتوحة/ فلسطين

المشرف: د. سهير سليمان الصباح

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي في كلية التربية/ عمادة الدراسات العليا/ جامعة القدس.

2017/هـ1438



جامعة القدس
عمادة الدراسات العليا
برنامج الإرشاد النفسي والتربوي

إجازة الرسالة

المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل

اسم الطالبة: ريمان سعيد محمد حوشيه

الرقم الجامعي: 21410852

إشراف: د. سهير الصباح

تُوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ 31 / 7 / 2017 من لجنة المناقشة المُدرجة أسماؤهم وتوقيعاتهم:

.....	التوقيع:	1. رئيسة اللجنة:	د. سهير الصباح
.....	التوقيع:	2. ممتحناً داخلياً:	د. نبيل عبد الهادي
.....	التوقيع:	3. ممتحناً خارجياً:	د. سعيد عوض

القدس / فلسطين

1438هـ / 2017م

الإهداء

إلى روح أخي الطاهرة...رحمه الله وغفر له

إلى أصحاب الفضل الكبير دنيا المحبة والعطاء إلى ..

والدتي... والدي

إلى إخوتي وأخواتي

إلى عائلتي الكريمة

إلى زملائي الأوفياء

إلى من شاعت لهم الأقدار بأن يرزقوا بأطفال يختلفون بقدراتهم عن الآخرين

إلى كل من وقف بجانبني مشاركاً وموجهاً وناصحاً ...


أهدي لكم جميعاً ثمرة هذا الجهد المتواضع

الباحثة

ريمان سعيد حوشيه

إقرار

أقر أنا معدة الرسالة أنها قدمت إلى جامعة القدس لنيل درجة الماجستير وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة أو أي جزء منها لم يقدم لنيل أية درجة عليا في أي جامعة أو معهد.

التوقيع 

الاسم: ريمان سعيد محمد حوشيه

التاريخ : 31 / 7 / 2017م

شكر وتقدير

(رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ

صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ)

(النمل: 19) صدق الله العظيم .

الحمد لله حمد الحامدين و الشكر له الذي أعانني على إتمام هذه الرسالة ، فلولا توفيقه عز وجل لما تحقق من هذا الجهد شيء، فبحمده سبحانه تتم الصالحات القائل في كتابه العزيز (وَمَا بِكُمْ مِنْ نِعْمَةٍ فَمِنَ اللَّهِ) (النحل: 53) صدق الله العظيم.

أقدم بأسمى آيات التقدير والامتنان إلى كل من تفضل وأثرى جوانب هذا البحث ، سواء برأي أو توجيه أو اقتراح، وفي مقدمة هؤلاء مشرفتي الدكتورة سهير الصباح التي منحتني الوقت والجهد والاهتمام طيلة مرحلة البحث. كما أتقدم بالشكر للجنة المناقشة المتمثلة في (د. سعيد عوض ود. نبيل عبد الهادي)، وأتقدم بالشكر الجزيل إلى الدكتور الفاضل عايد الحموز الذي كان لجهوده القيمة الأثر العظيم في إنجاز هذا البحث.

والشكر موصول لزملائي العاملين في الميدان ولكل من ساعدني وقدم يد العون والمساندة والتشجيع على إخراج هذا العمل المتواضع.

وأسأل العلي القدير أن ينفعنا بما علمنا وصلى الله على نبينا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين.

الباحثة

ريمان سعيد حوشيه

مصطلحات الدراسة :

تناولت الدراسة المصطلحات الآتية :

المساندة الاجتماعية : مقدار ما يتلقاه الفرد من دعم وجداني، ومعرفي، وسلوكي، ومادي من خلال الآخرين في بيئته الاجتماعية (جاب الله ومحمد، 2001: 86)

المساندة الاجتماعية إجرائياً : مقدار الدعم الذي يتلقاه والدي الطفل المعاق من المحيطين به والذي يتحدد ضمن الأبعاد التالية: المساندة من قبل الأسرة، والمساندة من قبل المؤسسة، والمساندة من قبل الجيران، والمساندة من قبل الأصدقاء، والتي تتحدد ضمن مقياس المساندة الاجتماعية الذي أعدته الباحثة للدراسة الحالية

الصحة النفسية : قدرة الأسرة على التغلب على الضغوط النفسية الناتجة عن إنجاب طفل معاق واستخدام إمكانياتها للتكيف مع هذه الحالة والقدرة على الإنتاجية في الحياة وتمتعها بالعافية النفسية والفاعلية الاجتماعية وشعورها بالرضا (العرعير، 11:2010)

الصحة النفسية إجرائياً : شعور والدي الطفل المعاق بالسعادة والرضا والتقبل والكيف والتوافق الشخصي، والاجتماعي، والجسمي، والانفعالي، والتي تتحدد ضمن الأبعاد التالية: (البعد الشخصي، والبعد الاجتماعي، والبعد الجسمي، والبعد الانفعالي)، والتي تتحدد ضمن مقياس الصحة النفسية الذي أعدته الباحثة للدراسة الحالية.

الطفل المعاق : كل من يختلف أو ينحرف عن رفقائه سنه في النواحي البدنية والعقلية والحسية والحركية والانفعالية والكلامية واللغوية وغير قادر على تحصيل أكبر عائد ممكن من استخدام مجهوداته العضوية والعقلية والاجتماعية، إلى الحد الذي يحتاج فيه إلى خدمات طبيعية وتأهيلية وتربوية ونفسية واجتماعية خاصة (أبو مصطفى، 2000: 29).

ويقصد به في الدراسة الطفل المعاق الذي لم يتجاوز الثامنة عشر من عمره ، ما لم يبلغ الرشد قبل ذلك بموجب القانون المنطبق عليه (اتفاقية حقوق الطفل - المادة رقم (1) الجمعية العامة للأمم المتحدة (1989) .وتتناول الدراسة الحالية مفهوم الإعاقة بمختلف أنواعها :الإعاقة السمعية ، الإعاقة البصرية ، الإعاقة الذهنية ، الإعاقة الحركية ، الإعاقة العقلية ، الإعاقة المزدوجة ، الإعاقة المركبة .

المخلص

هدفت الدراسة الحالية للتعرف على "المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل"، وتكون مجتمع الدراسة من جميع والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل، والبالغ عددهم (3732) معاق، وقد أخذت عينة عشوائية منهم قوامها (373) (أب وأم)، وبعد توزيع أداة الدراسة بلغت عدد الاستبانات المستردة والصالحة للتحليل الإحصائي (332) استبانة، وبذلك تكونت العينة النهائية للدراسة من (332) أب وأم لأطفال ذوي إعاقة في محافظة الخليل، ولغايات تطبيق الدراسة فقد استخدمت الباحثة الأدوات التالية: مقياس المساندة الاجتماعية، ومقياس الصحة النفسية وكلاهما من إعداد الباحثة، وأتبعت الدراسة المنهج الوصفي، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل جاءت بدرجة متوسطة، كما أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعاً للمتغيرات التالية: (المؤهل العلمي، مكان السكن)، في حين أنه تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعاً للمتغيرات التالية: (مستوى الدخل، عمر الإبن المعاق، نوع الإعاقة للإبن)، وحول الدرجة الكلية للصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل فقد جاءت بدرجة متوسطة أيضاً، كما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعاً للمتغيرات التالية: (المؤهل العلمي، مكان السكن، عمر الإبن المعاق)، في حين أنه تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعاً للمتغيرات التالية: (مستوى الدخل، نوع الإعاقة للإبن).

وأخيراً أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية وبين الدرجة الكلية للصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل، وفي ضوء ذلك أوصت الدراسة بعدد من التوصيات كان أهمها دعوة الأصدقاء إلى الوقوف إلى جانب والدي الطفل المعاق، وضرورة أن تعمل الأسرة على توفير أجواء من الرضا والقناعة اتجاه الطفل المعاق.

كلمات مفتاحية: (المساندة الاجتماعية، الصحة النفسية، الطفل المعاق).

Social Support and its Relation to the Psychological Health among the Parents of the Handicapped Children in Hebron Governorate.

Prepared By: Reeman Saied Mohammad Hosheya

Supervised By: Dr. Suhair,S. Al - Sabbah

Abstract

The current study aimed at identifying social support and its relation to the psychological health among the parents of the handicapped children in Hebron. The population of the study consisted of all the parents of the handicapped children whose number (3732) handicapped. A random sample up to (373) mother and father were selected. After distributing the study tools, the returned and valid questionnaire for statistical treatment reached (332) questionnaires. Thus, the final sample was up to (332) father and mother of the handicapped children in Hebron. To seek the study objectives, the researcher used the following tools: social support scale, and psychological health scale (both of the tools were designed by the researcher). The researcher followed the descriptive approach. The data were analyzed by SPSS. The study reached to the most important outcomes that the overall degree of the social support from the points of view of handicapped children's parents in Hebron was mediocre. The study also showed that there were no statistically significant differences in the averages of the social support from the points of view of the handicapped children's parents in Hebron according to the following variables (education and the place of residency). It was shown that there were statistically significant differences in the averages of the social support from the points of view of the handicapped children's parents in Hebron according to the following variables (the income level, the age of the handicapped child and the type of the handicap). The study also showed that the overall degree of the psychological health from the points of view of handicapped children's parents in Hebron was mediocre. Also it was found that that there were statistically significant differences in the averages of the psychological health from the points of view of the handicapped children's parents in Hebron according to the following variables (the income level and the type of the handicap). Finally, the results showed that there is a positive relation that is statistically significant between the overall degree of social support and the overall degree of the psychological health among the handicapped children's parents in Hebron. In the light of the findings, the study recommended many recommendations, one of the most important ones,

is to call the friends to stand by the handicapped child and that the family should work to offer a state of satisfaction and content towards the handicapped child.

Key words:

Social support, psychological health, Disabled child .

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

- 1.1 مقدمة
- 1.2 مشكلة الدراسة
- 1.3 أسئلة الدراسة
- 1.4 فرضيات الدراسة
- 1.5 أهداف الدراسة
- 1.6 أهمية الدراسة
- 1.7 محددات الدراسة

1.1 المقدمة

شهدت العقود الأخيرة من القرن العشرين حركة نشطة نحو الاهتمام بالأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، وتوفير أساليب المساندة الاجتماعية، والخدمات النفسية والإرشادية لهم، كحق من حقوقهم التي أقرتها الدساتير الخاصة بالسياسة الاجتماعية الدولية والمحلية، باعتبار أن إشباع احتياجات هؤلاء الأفراد يمثل تحدياً صارخاً للعالم.

حيث أنه ومع ولادة طفل جديد وتشخيصه كطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة تتأثر العلاقات الأسرية وتصبح المسؤولية أكثر ثقلًا وتعقيداً، لما يشكل ذلك من صدمة تترتب عليها العديد من الآثار النفسية العميقة عند كل فرد من أفرادها (حافظ، 2006).

فالأبناء هبة من الله سبحانه وتعالى يتشوق لها الوالدين، ويبنون عليهم الكثير من الآمال والأحلام والتوقعات، ويبدأن في الاستعداد لميلاد طفلهم، خاصة وأنهما يتوقعان قدوم طفل مُعافى يتمتع بصحة جسمية سليمة. حيث أنه لا توجد أسرة ترغب في أن يكون أحد أبنائها مريضاً، أو معاقاً بأي شكل من الأشكال، فهي خبرة مؤلمة لا يتوقع أحد أن يمر بها. فالأسر التي تتعرض لمثل هذه الخبرة، يتغير نمط رحلتها في الحياة، فالتوترات التي تتعرض لها بسبب وجود طفل ذي احتياجات خاصة هي من أصعب الخبرات التي تواجهها خلال أداؤها لوظائفها (Brown, Godman & Kupper 1997).

وقد أصبحت مشكلة ذوي الاحتياجات الخاصة إحدى القضايا الأساس التي اهتم بها الباحثون في العلوم الاجتماعية وبالتالي فهم أشد حاجة إلى مد يد العون والمساعدة لهم (حافظ، 2006). حيث تشير الإحصائيات إلى أن عدد ذوي الاحتياجات الخاصة في الأراضي الفلسطينية بلغ في العام (2011) حوالي (2.7% - 2.9%) في الضفة الغربية و(2.4%) في قطاع غزة. وبلغت (2.9%) بين الذكور مقابل (2.5%) بين الإناث في الأراضي الفلسطينية. هذا وقد بلغت نسبة

الإعاقة في محافظة الخليل وحدها (3.6%)، وبذلك عند اعتماد تقديرات الإسقاطات السكانية لعام (2011)، يقدر عدد الأشخاص من ذوي الإعاقة في محافظة الخليل بحوالي (22335 فرداً)، منهم (12340) ذكور و(9728) إناث (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011).

والمتتبع للأوضاع في فلسطين يجد أن الواقع الفلسطيني تحكمه تركيبة اجتماعية مصحوبة بالتوتر ونقص في الخدمات الأساسية الاجتماعية، والنفسية، والصحية، والتعليمية، فالمحيط البيئي، والأحداث الضاغطة المتنوعة التي يعيش فيها الشعب الفلسطيني تؤثر في سلوكياته المتنوعة وتؤثر على صحته النفسية. كذلك إن سياسة الإغلاقات والحواجز وتقطيع أوصل المدن والقرى الفلسطينية التي يمارسها الاحتلال الإسرائيلي جعلت المجتمع الفلسطيني يعيش في سجن كبير بحيث ارتفعت نسبة الصدمة النفسية من (25%) إلى (50%) وارتفعت بشكل ملحوظ الاضطرابات النفسية لدى الأطفال بشكل عام (سحويل، 2001).

هذا حال الأفراد الأصحاء في المجتمع الفلسطيني، فما هو حال الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة؟ حيث يعتبر هؤلاء الأطفال من الذين تنطوي شخصياتهم مع سمات وخصائص أعلى أو أقل من العادية مما يعوق توافقهم الاجتماعي والمساهمة الفعالة في الحياة (أبو النصر، 2009: 5).

مما يؤثر على صحتهم النفسية التي تقوم بالأساس على تجنبهم الآلام والخبرات المؤلمة، خاصة إذا صاحب ذلك حرمان من العطف الأسري، ومشاعر الحب التي يتلقاها الفرد في أسرته حيث أن الحرمان منها يؤدي إلى صراع نفسي وقلق وعدم ثقة الفرد بنفسه وعدم توقعه الحب من الآخرين وهذا يعتمد على نوع المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد.

فالمساندة الاجتماعية تعتبر مصدراً هاماً من مصادر الدعم الاجتماعي الفاعل الذي يحتاجه الإنسان، حيث يؤثر حجم المساندة الاجتماعية ومستوى الرضا عنها في كيفية إدراك الفرد لضغوط الحياة المختلفة، وأساليب مواجهته وتعامله مع هذه الضغوط، كما أنها تلعب دوراً هاماً في إشباع الحاجة للأمن النفسي وخفض مستوى المعاناة الناتجة عن شدة الأحداث الضاغطة وذات أثر في تخفيف حدة الأعراض المرضية التي منها على سبيل المثال القلق والاكتئاب (علي، 2000: 14).

وفي ضوء ذلك ترى الباحثة أن المساندة الاجتماعية تعتبر من العوامل المهمة في توازن الصحة النفسية، فهي تهدف إلى التوافق مع الذات ومع المجتمع، علاوة على الخلو من الأعراض العصبية، والإحساس الإيجابي بالكفاية والرضا.

وفي هذا السياق يؤكد (ليبرمان) أن المساندة الاجتماعية مفهوم أضيق بكثير من مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية حيث تعتمد المساندة الاجتماعية في تقديرها على إدراك الأفراد لشبكاتهم الاجتماعية باعتبارها الأطر التي تشتمل على أولئك الأشخاص الذين يتقون فيهم ويستندون على علاقاتهم بهم (رضوان وهريدي، 2001: 73). فالتأثير الإيجابي للمساندة الاجتماعية لا يرتبط بكم المساندة الاجتماعية وإنما بمدى رضا الشخص عن تلك المساندة المقدمة له، أي بمدى إدراكه لعمق علاقاته بالآخرين وكفاية ما يقدمونه له من دعم ومساندة (بندر العتيبي، 2007-2008، 42).

وبناءً على ما سبق وكون المساندة الاجتماعية تتضمن نمطاً مستديماً من العلاقات المتصلة أو المتقطعة التي تلعب دوراً هاماً في المحافظة على وحدة النفس والجسم للفرد عبر حياته، وبالتالي فإن ذلك قد يكون له تأثيره الظاهر على الصحة النفسية للأفراد بصورة عامة، لذا جاءت فكرة هذه الدراسة لمحاولة معرفة علاقة المساندة الاجتماعية بالصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل.

1.2 مشكلة الدراسة:

من خلال عمل الباحثة في مجال التأهيل، والتعامل المباشر مع الكثير من الأسر التي تحتضن أشخاص ذوي إعاقة شعرت بوجود تفاوت في درجات الصحة النفسية خاصة لدى الأسر التي يتوفر لديها مصادر خاصة بالمساندة الاجتماعية بشتى أشكالها وأنواعها الأمر الذي قد يكون له تأثيره الإيجابي على أفراد الأسرة بصورة عامة إلى جانب الشخص المعاق.

كذلك إن الدراسات التي بحثت في متغير المساندة الاجتماعية وعلاقتها بمتغيرات مختلفة تعددت وتتنوع، ولكنه يلاحظ ندرة في الدراسات التي بحثت المساندة الاجتماعية لدى أسر المعاقين وعلاقتها

بالصحة النفسية- حسب علم الباحثة - خاصة وأن ميلاد طفل معاق قد يشكل صدمة شديدة تغمر الوالدين بالمشاعر العنيفة، وتمنعهما من المحافظة على هدوءهما، وترك حياتهم لفترة طويلة من الزمن، وغالباً ما تسبب لأفراد الأسرة مشكلات وضغوط تختلف عن تلك التي تواجهها أسر الأطفال العاديين، وهذه الضغوط من شأنها أن توقع الوالدين في التشويش العاطفي والإحساس بالذنب، وتظهر آثار ذلك في وجود مشكلات اقتصادية واجتماعية وانفعالية وسلوكية واقتصادية حادة، وفي أحيان كثيرة يقل التماسك الأسري ويزداد لوم الذات لدى الوالدين، ويكثر ذلك مع انخفاض المساندة المقدمة للأسرة.

ومعروف أن المساندة الاجتماعية قد تكون من أهم أسباب الصحة النفسية بصورة مباشرة، ورغم أن موضوع المساندة الاجتماعية له مكانة في تاريخ الفكر الإنساني، وبرغم سعي الجميع في كافة الثقافات إلى اعتبار الصحة النفسية بوصفها هدفاً نهائياً للحياة، لارتباطها باعتدال الحالة المزاجية وطمأنينة النفس، وتقدير الذات، والشعور بالبهجة، والرضا عن الحياة، إلا أنه لا زال هناك ندرة في الدراسات التي بحثت في العلاقة بين المساندة الاجتماعية والصحة النفسية خاصة لدى أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وبالتالي تأتي هذه الدراسة لمعرفة علاقة المساندة الاجتماعية بالصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل، وتحديداً جاءت هذه الدراسة للإجابة على السؤال الرئيس التالي:

ما علاقة المساندة الاجتماعية بالصحة النفسية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل؟

1.3 أسئلة الدراسة:

انبتق عن السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية الآتية:

1. ما مستوى المساندة الاجتماعية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة ؟
2. هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \leq \alpha$) بين متوسطات درجات المساندة الاجتماعية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة تعزى للمتغيرات التالية: (المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مكان السكن، عمر الابن المعاق، نوع الإعاقة للإبن)؟

3. ما مستوى الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة؟
4. هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \leq \alpha$) بين متوسطات درجات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة تعزى للمتغيرات التالية: (المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مكان السكن، عمر الابن المعاق، نوع الإعاقة للابن)؟
5. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية وبين الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل؟

1.4 فرضيات الدراسة:

سوف تقوم الباحثة بالإجابة عن الأسئلة (2، 4، 5) من خلال تحويلها إلى فرضيات صفرية، وسوف يتم اختبارها عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) على النحو التالي:

- الفرضية الأولى:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات المساندة الاجتماعية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة تعزى لمتغير المؤهل العلمي.
- الفرضية الثانية:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات المساندة الاجتماعية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة تعزى لمتغير مستوى الدخل.
- الفرضية الثالثة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات المساندة الاجتماعية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة تعزى لمتغير مكان السكن.
- الفرضية الرابعة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات المساندة الاجتماعية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة تعزى لمتغير عمر الابن المعاق.
- الفرضية الخامسة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات المساندة الاجتماعية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة تعزى لمتغير نوع الإعاقة للابن.
- الفرضية السادسة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة تعزى لمتغير المؤهل العلمي.
- الفرضية السابعة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة تعزى لمتغير مستوى الدخل.

الفرضية الثامنة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة تعزى لمتغير مكان السكن.

الفرضية التاسعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة تعزى لمتغير عمر الابن المعاق.

الفرضية العاشرة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة تعزى لمتغير نوع الإعاقة للابن.

الفرضية الحادية عشر: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين متوسطات المساندة الاجتماعية وبين متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل.

1.5 أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى :

1. التعرف إلى مستوى المساندة الاجتماعية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة.
2. التعرف إلى الفروق في متوسطات درجات المساندة الاجتماعية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة تعزى للمتغيرات التالية: (المؤهل العلمي ، مستوى الدخل ، مكان السكن ، عمر الابن المعاق، نوع الإعاقة للابن).
3. التعرف إلى مستوى الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة.
4. التعرف إلى الفروق في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة تعزى للمتغيرات التالية: (المؤهل العلمي ، مستوى الدخل، مكان السكن، عمر الابن المعاق، نوع الإعاقة للابن).
5. التعرف إلى العلاقة بين المساندة الاجتماعية وبين الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل.

1.6 أهمية الدراسة:

الأهمية النظرية: تكمن الأهمية النظرية لهذه الدراسة في :

1. دور المساندة الاجتماعية وأهميتها في الصحة النفسية لدى والدي الطفل المعاق .
2. الكشف عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية والصحة النفسية لدى والدي الطفل المعاق في محافظة الخليل وأثر كل من المتغيرات التالية : (المؤهل العلمي ، ومعدل الدخل، ومكان السكن، وعمر الابن المعاق، ونوع الإعاقة).
3. التركيز على أسر ذوي الإعاقة، حيث تعد رعاية الأبناء والاهتمام بهم سمة من سمات التقدم في العصر الحديث، وقيمة اقتصادية وأخلاقية باعتبارهم من عناصر الثروة البشرية في المجتمع التي يمكن الاستفادة منها واستثمارها.
4. إلقاء الضوء على قضايا مهمة وهي: المساندة الاجتماعية، ووجود أطفال ذوي إعاقة داخل الأسرة، وعلاقتها بالصحة النفسية يؤدي تحديدها إلى توجيه الخدمات والرعاية المقدمة بالوجهة الصحيحة، وبالتالي المساهمة في تهيئة البيئة الأسرية المستقرة الداعمة للطفل المعاق.
5. يعد هذا البحث إضافة جديدة إلى الدراسات التي تناولت موضوع المساندة الاجتماعية والصحة النفسية لدى والدي الطفل المعاق، ومن شأنها توفير المعلومات الضرورية للباحثين والمؤسسات الاجتماعية ومراكز الرعاية بذوي الاحتياجات الخاصة.
6. تزويد المكتبة العربية بنوعية جديدة ومهمة من الأبحاث العلمية التي تربط بين مجالين من أهم المجالات البحثية.

الأهمية التطبيقية : ترجع أهمية الدراسة الحالية في الجانب التطبيقي إلى :

1. الاستفادة من نتائج هذه الدراسة في زيادة الاهتمام بتقديم خدمات المساندة الاجتماعية المختلفة للأسر التي تحتضن أطفال ذوي إعاقة من قبل المحيطين بهم.
2. التأكيد على الدور الإيجابي للمساندة الاجتماعية و تأثيرها على زيادة مستوى الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة وبالتالي مواجهة تحديات الحياة اليومية وقدرة على التكيف والاندماج في المجتمع .

1.7 حدود الدراسة :

تتمثل حدود الدراسة في :

الحدود البشرية : والدي الطفل المعاق في محافظة الخليل

الحدود المكانية: محافظة الخليل.

الحدود الزمانية : أجريت هذه الدراسة في الفصل الثاني من العام الدراسي 2016-2017.

الحدود الموضوعية : المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى والدي الطفل المعاق في محافظة الخليل.

الفصل الثاني

• الإطار النظري والدراسات السابقة

2.1 الإطار النظري

2.2 الدراسات السابقة

الإطار النظري والدراسات السابقة

يستعرض هذا الفصل موضوعات متعددة تشكل مرتكزات أساسية في هذه الدراسة والمتمثلة في المساندة الاجتماعية والصحة النفسية والأطفال ذوي الإعاقة، كما ويتناول هذا الفصل عددًا من الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تناولت متغيرات الدراسة.

2.1 مقدمة:

إن وجود طفل ذو إعاقة يفرض على والديه وأسرته ظروفًا خاصة وحاجات خاصة لمواجهة هذه الظروف والتعامل معها، ويمكن القول بأن وجود مثل هذا الطفل في الأسرة يمثل مصدر من مصادر الضغوط المزمنة والتي قد تتحول إلى أزمات عند نقاط زمنية معينة.

حيث تعد الإعاقة أحد مصادر الضغوط الرئيسية ليس فقط للآباء والأسر فحسب وإنما للمجتمعات بصورة عامة الصناعية منها والنامية، لما تحمله من تدمير لكيان الإنسان النفسي والاجتماعي، ورغم كل التطور العلمي في مختلف الميادين العلمية، فإن معدل حدوث الإعاقة يظل كما هو، ذلك لأنه في الوقت الذي يقوم به العلم بالكشف والتنبؤ والسيطرة على بعض مسببات الإعاقة، فإنه هو الذي يقوم باكتشافات واختراعات أخرى يكون دافعها التحدي، ولكنها في نفس الوقت تمثل مسببات أخرى للإعاقة، وبالتالي لا يخلو مجتمع مهما بلغت درجة تطوره من الإعاقات على اختلاف أنواعها، ومهما اتخذ من إجراءات الوقاية والحماية (عسليّة وجودة، 2005: 92).

جميع المجتمعات المتقدمة والنامية على حد سواء لا تخلو من وجود المعاقين بين أبنائها، وتشير التقارير إلى أن عدد المعاقين في تزايد مستمر، ويعتبر اهتمام هذه المجتمعات بمعاقبيها والاستفادة من طاقاتهم إحدى المؤشرات الرئيسية للحكم على درجة تقدمها العلمي والإنساني وذلك من خلال دمج هذه الشريحة ضمن الخطط التنموية للمجتمع (حلاوة وعبد الكريم، 2012).

لذا فإن موضوع الإعاقة والمعوقين نال اهتمامًا بالغًا في السنوات الأخيرة ويرجع هذا الاهتمام إلى الاقتناع المتزايد في المجتمعات المختلفة بأن المعوقين كغيرهم من أفراد المجتمع لهم الحق في الحياة

وفي النمو بأقصى ما تمكنهم منه قدراتهم وطاقاتهم، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن اهتمام المجتمعات بفئات المعوقين يرتبط بتغيير النظرة المجتمعية إلى هؤلاء الأفراد، والتحول من اعتبارهم عالة اقتصادية على مجتمعاتهم إلى النظر إليهم كجزء من الثروة البشرية مما يحتم تنمية هذه الثروة والاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن (المصري وقطوف، 2014).

ويوضح أبو رزق (2008) أن ولادة طفل من ذوي الإعاقة تشكل صدمة كبيرة للغالبية من الأسر، وهذه الصدمة هي أول ما ينبغي على الوالدين مواجهتها وهضمها، فمن الناحية النفسية عادة ما يكون الوالدين متوترين ومضطربين بعد سماع الخبر المؤلم، لذلك فإن عائلات هؤلاء الأطفال بحاجة ماسة للمساعدة، وعلى المدى الطويل وخاصة في مجال الإرشاد الأسري.

حيث يواجه آباء الأطفال المعاقين العديد من المشكلات، خاصة فيما يتعلق منها بالخصائص والاحتياجات المتفردة للطفل المعاق نفسه، فكلما زادت شدة الإعاقة لدى الطفل وخاصة تلك الأعراض المتعلقة بعدم القدرة على التواصل والتفاعل مع الآخرين كلما ارتفع معدل الضغوط لدى آباءهم، ومنها أيضًا ما يتعلق بخصائص الوالدين واحتياجاتهم النفسية والاجتماعية، وطبيعة أدوارهم الحياتية.

خاصة وإن وجود طفل معاق لأسرة ما يجر عليها مشكلات إضافية وعلاقات أكثر تعقيدًا، وقد يكون له الأثر الكبير في إحداث تغيير في تكيف الأسرة وإيجاد خلل في التنظيم النفسي الاجتماعي لأفرادها بغض النظر عن تقبل الأسرة لهذا الطفل، ومن أبرز المشكلات التي تواجه أسر المعاقين بشكل عام الأزمات الزوجية وزيادة العدوانية والاكنتاب والشعور بالذنب والقلق والتوتر والصعوبات المالية والعزلة عن الناس، وإن الكثير من أولياء الأمور لا يحسنون القيام برعاية طفلهم إما بسبب الجهل بحالة الطفل وحاجاته أو لفهمهم الخاطئ لمسؤوليات الأسرة بالنسبة لهذا الطفل، أو لإهمالهم أداء واجباتهم أو لعدم توفر العناية والرعاية للطفل (أبو رزق، 2008).

وتجدر الإشارة إلى أن آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة أكثر إساءة لهم وأقل مشاركة وتعاطفًا معهم مقارنة بآباء وأمهات الأطفال العاديين، ويرجع ذلك إلى أن والدي هؤلاء الأطفال يعانون من ضغوط نفسية واجتماعية كثيرة لها انعكاسات سلبية على تفاعلاتهم وعلاقاتهم الاجتماعية بأبنائهم (Liu & Li, 2013: 1263)، لما لديهم من شعور مرتفع بعدم الرضا عن وجود ابن معاق مما يجعل مناخهم الأسري أقل دعمًا ومساندة لهؤلاء الأبناء، ولاشك أن الجو الأسري المحيط بالأطفال المعاقين يقلل من

فرص دعمهم ومساندتهم، وما يساعد على ذلك معاناتهم أنفسهم من بعض المشكلات التي تدفع الآخرين إلى التخلي عن مساندتهم، حيث تلعب المساندة الاجتماعية دوراً هاماً في إشباع حاجتهم إلى الأمن النفسي وخفض مستوى المعاناة الناتجة عن شدة الأحداث الضاغطة (علي، 2005) من ثم يمكن القول بأن المساندة الاجتماعية تعتبر مصدراً من مصادر شعور الفرد بالأمن الاجتماعي في بيئته التي يعيش فيها، وخاصة عندما يواجه صعوبات أو أخطار تهدده، ويدرك أنه قادراً على مواجهتها وأنه بحاجة إلى عون ومؤازرة من الآخرين الذين يمثلون الإطار الاجتماعي له (الخولي، 2005: 170).

وفي هذا السياق يرى حسنين (2004: 4) أن الأسرة وأساليب التفاعل والعلاقات السائدة السليمة بين أفرادها تعد الوسيلة الاجتماعية الفعالة لتعزيز الأنماط السلوكية المقبولة وتشجع القيم والاتجاهات وأنماط السلوك الإيجابية التي يحرص عليها المجتمع ويغرسها في نفوس أفرادها، فالأسرة التي تزود المجتمع بما يحتاجه من طاقات وخبرات وإمكانات، وإن رعاية وتنشئة الأبناء خلال مراحل نموهم المختلفة تقع في المقام الأول على عاتق الأسرة إذ أنها تتبوأ مكانة فريدة في تنشئة الأبناء خلال سنوات الطفولة المبكرة .

2.2 مفهوم الإعاقة Handicapping:

لفظ الإعاقة يدل على وجود خلل على مستوى عضو من أعضاء الجسم، أو صعوبة يلاقيها الفرد في القيام بنشاطه اليومي بصورة طبيعية (دويكات ومغربي، 2014).

والإعاقة لغة: من عوق: رجل عوق، أي ذو تعويق، وعاقه عن الشيء يعوقه عوقاً، صرفه وحبسه، زمنه التعويق والاعتياق، وذلك إذا أراد أمراً فصرفه عنه صارف، والعوق: الأمر الشاغل، وعوائق الدهر: الشواغل من أحداثه (ابن منظور، 1993: 930).

كذلك فإن الإعاقة في اللغة من عاقه عن كذا، أي حبسه عنه وصرفه، والمعوقين هم الأشخاص الذين يعانون من نقص جزئي أو عجز عام في بعض قدراتهم البدنية أو الحركية أو العصبية أو الحسية، أو العقلية، أو النفسية تحول بينهم وبين مزاوله مناشط حياتهم الخاصة والعامة، مما يستوجب تقديم العون

الخارجي لهم ورعايتهم صحياً، ونفسياً، وتربوياً، وثقافياً، ليعيد قدراتهم إلى مستوى العادية أو على الأقل أقرب ما يكون إلى هذا المستوى (الأشقر، 2002: 45).

والإعاقة اصطلاحاً: حسب ما يعرفها فراج (2002: 14): أي خسارة أو ضرر بالفرد ناتجة عن تلف أو قصور أو عدم قدرة (عجز)، تحد أو تمنع الأداء الوظيفي الطبيعي للفرد، تبعاً لسنه وجنسه، والعوامل الاجتماعية والثقافية في المجتمع.

والإعاقة هي حالة من عدم القدرة على تلبية الفرد لمتطلبات أداء دوره الطبيعي في الحياة المرتبطة بعمره، وجنسه وخصائصه الاجتماعية، والثقافية، وذلك نتيجة الإصابة أو العجز في أداء الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية (البلاوي، 2004).

ويعرف مليكة (1998) الإعاقة بأنها: عيب يرجع إلى العجز الذي يمنع الفرد أو يحد من قدرته على أداء دور طبيعي بالنسبة للسن والجنس والعوامل الاجتماعية والثقافية.

أما الطفل المعاق: فهناك أكثر من مصطلح أو مسمى لكلمة معاق (Handicapped) فقد كان يطلق على الأطفال الذين يختلفون عن الأطفال العاديين في بعض جوانب نموهم (الجسمي والحسي، والعقلي، واللغوي، والاجتماعي والانفعالي): الأطفال الشواذ، والبعض الآخر يطلق عليهم العاجزين، ألا أن هذه التسمية في الوقت الحاضر لا تجد قبولاً لدى المشتغلين في المجتمع وميدان التربية الخاصة، ومن ثم أطلق عليهم مصطلحات متنوعة، تجنباً وتحاشياً لوصفهم بكلمة (الأطفال الشواذ) (أحمد ويسري، 2016).

والمعاق (Handicapped): هو كل إنسان يختلف عن يطلق عليه لفظ سوي جسمياً، أو عقلياً، أو نفسياً، أو اجتماعياً، إلى الحد الذي يستوجب عمليات تأهيلية خاصة حتى يتحقق أقصى تكيف تسمح به قدراته وإمكاناته المتبقية (عمر، 2010).

3.2 الإعاقة في فلسطين:

أثرت التطورات السياسية التي تعرض لها الشعب الفلسطيني على جميع مناح حياته، الأمر الذي جعل حياته تتميز بعدم الاستقرار والتباين في ظل الاحتلال، وأثر ذلك على الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية التي يعيشها، التي شكلت أكبر التحديات، وخلال مقاومة الشعب الفلسطيني للاحتلال الإسرائيلي، أصيب أعداد كبيرة من الفئات العمرية كافة، وكانت فئة الشباب الأكثر عرضة لذلك (دويكات ومغربي، 2014).

فقد شهدت الأراضي الفلسطينية منذ العام (1987) زيادة في أعداد الجرحى والمعوقين نتيجة استمرار الاعتداءات الإسرائيلية المتكررة والتي طالمت وتطال يوميا كل مناحي الحياة من قتل للنساء والأطفال والشيوخ تحت ستار حجة الأمن، حيث أصبح الشعب الفلسطيني بأسره تحت قائمة الانتظار إما شهيدا أو معوقا أو أسيرا (الصباح والحموز، 2013).

كما أشارت البيانات الصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في العام (2006) أن (2.7%) من الأفراد لديهم إعاقة واحدة على الأقل في الأراضي الفلسطينية، بواقع (2.9%) في الضفة الغربية و(2.3%) في قطاع غزة، وترتفع النسبة بين الذكور عنها بين الإناث (3.0%)، (2.3% على التوالي). وبلغ عدد المعوقين في المحافظات الشمالية (الضفة الغربية 69145) والمحافظات الجنوبية (قطاع غزة 39890) بذلك يكون العدد الإجمالي (109,035) معوقاً في جميع محافظات الوطن من عدد السكان الإجمالي (3634495) نسمة ((الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2008) كما هو مشار إليه في (الصباح والحموز، 2013).

وتعتبر فلسطين من أكثر المناطق المرشحة للزيادة في نسبة المعاقين نتيجة الممارسات الإسرائيلية التي تتعمد القتل وإحداث الإصابات بقصد الإعاقة في كثير من الأحيان. وحسب الإحصاء الفلسطيني فإن البيانات تشير إلى ازدياد في عدد الأفراد الذين يعانون من صعوبات (إعاقات) مع قلة في الخدمات الاجتماعية المقدمة لهم، فقد أشارت النتائج النهائية للتعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت (2007) إلى وجود (107.785 فرداً) في الضفة الغربية لديهم صعوبة واحدة على الأقل (بنسبة 5.3%) من مجمل عدد سكان الضفة الغربية بواقع (55.557) للذكور و(52.228) للإناث (وبينت

النتائج أن (22.6%) من مجمل الأفراد الذين لديهم صعوبة واحدة على الأقل هم في محافظة الخليل بالمقابل (1.7%) في محافظة أريحا والأغوار (أبو فضالة، 2009).

هذا وقد اصدر الإحصاء الفلسطيني بياناً صحفياً بمناسبة يوم المعاق العالمي بتاريخ (2015/12/03)، وأشار فيه إلى أن (2.7%) من الأفراد في فلسطين يعانون من إعاقة واحدة على الأقل، وأن نسبة الإعاقة الحركية هي من أكثر أنواع الإعاقة انتشاراً في فلسطين، هذا وقد أشار البيان إلى أعداد المعاقين حتى نهاية عام (2011) وأوضح أن أعداد ذوي الإعاقة وصلت إلى حوالي (113 ألف فرد)، أي (2.7%) من مجمل السكان منهم (75 ألف) في الضفة الغربية، يشكلون (2.9%) من مجمل السكان في الضفة الغربية، وحوالي (38 ألف) في قطاع غزة، أي (2.4%) من مجمل السكان في قطاع غزة. كما بلغت نسبة الإعاقة بين الذكور (2.9%) مقابل (2.5%) بين الإناث (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2016).

وفي ضوء تزايد أعداد الإعاقات وتنوعها في الأراضي الفلسطينية اقر التشريع الفلسطيني وعلى رأسه القانون الأساسي الفلسطيني حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وورد في المادة (9) ما نصه "الفلسطينيون أمام القانون والقضاء سواء لا يميز بينهم العرق أو الجنس أو اللون أو الدين أو الرأي السياسي أو الإعاقة"، كما أقر المجلس التشريعي الفلسطيني قانون رقم (4)، لعام (1999)، حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وهو يعد الإطار القانوني الأشمل الذي يلزم السلطة الوطنية والمؤسسات الأهلية والأفراد باحترام وضمن حقوقهم على رأسها حقهم في التعليم (عمرو، 2001: 10).

4.2 أنواع الإعاقة:

من خلال مراجعة الباحثة للأدب التربوي وتحليل العديد من الأدبيات توصلت إلى أنواع مختلفة من الإعاقات، وقد ارتأت الباحثة عرضها على النحو الآتي:

4.2.1 الإعاقة السمعية: يعبر هذا النوع من الإعاقة عن مستويات متفاوتة من الضعف السمعي

تتراوح بين ضعف سمعي بسيط وضعف سمعي شديد جداً (الخطيب، 1998). وتعرف الإعاقة السمعية بأنها حرمان الطفل من حاسة السمع إلى درجة تجعل الكلام المنطوق ثقيل السمع بدون أو

باستخدام المعينات، وتشمل الإعاقة السمعية الأطفال الصم وضعاف السمع (عبيد، 2000)، وغالباً ما ترجع الإعاقة السمعية إلى مجموعة من الأسباب بعضها وراثي، والبعض الآخر يرتبط بعوامل ليست ذات أصل جيني، وهناك ثلاثة أنواع رئيسية للإعاقة السمعية طبقاً للزمن الذي تحدث فيه، حيث منها ما يرتبط بعوامل تحدث قبل الولادة، وأخرى ترتبط بعوامل تحدث أثناء الولادة، وعوامل أخرى تؤثر فيما بعد الولادة (الجمل، 213).

4.2.2 الإعاقة البصرية: تختلف الإعاقة البصرية من حيث شدتها ومدى تأثيرها على درجة الإبصار باختلاف الجزء المصاب من العين، وبدرجة الإصابة ووقتها بالإضافة إلى مدى قابلية الإصابة للتحسن وتصنف إلى إعاقة بصرية كلية، وإعاقة بصرية جزئية (أبو ساكور، 2014). وترجع الإعاقات البصرية إلى مجموعة من الأسباب بعضها وراثي والبعض الآخر يرتبط بعوامل ومؤثرات ليست ذات أصل جيني، أما العوامل الوراثية فقد تكون جهة الأب أو الأم أو الاثنین معاً، وقد تكون عوامل ناتجة عن ثقب في شبكة العين، أو اعتلال الشبكية الناتج عن مرض السكري، وتتكس نقطة المركز، والماء الأسود (الجلوكوما)، والماء الأبيض (الكتراركت)، ونقص فيتامين (أ) (الجمل، 2013).

4.2.3 الإعاقة الذهنية: هي الإعاقة الناتجة عن خلل في الوظائف العليا للدماغ كالتركيز والعد والذاكرة والاتصال مع الآخرين وينتج عنها إعاقات تعليمية أو صعوبة تعلم أو خلل في التصرفات والسلوك العام للشخص ولم يتم تحديد نسبة هؤلاء المعاقين خلال انتفاضة الأقصى (أبو فضالة، 2009).

4.2.4 الإعاقة الحركية: حالة عجز في مجال العظام والعضلات والأعصاب، تحد من قدرة المصابين على استخدام أجسامهم بشكل طبيعي ومرن كالأسوياء الأمر الذي يؤثر سلباً في مشاركتهم في واحدة أو أكثر من نشاطاتهم الحياتية. (أبو ساكور، 2014). أو على قدرة الإنسان على التناسق في حركات جسمه، أو قدرته على التواصل مع الآخرين بواسطة اللغة المكتوبة أو المنطوقة، كما تؤثر هذه الإعاقة على قدرة الفرد المعاق على التوافق الشخصي وعلى التعلم وتأدية وظائفه إلى الحد الأقصى الذي يستطيع الوصول إليه لولا هذه الإعاقة، وتقسم إلى الإعاقة الشديدة الناتجة عن الجهاز العضلي أو العظمي، والتي تؤدي إلى عدم تمكن المعاق من التفاعل بشكل سليم مع المجتمع، والإعاقة الجسمية

الناتجة عن الأمراض المزمنة والتي يكون لها اثر سلبي على الأداء الحركي الطبيعي للجسم كمرض القلق وفقر الدم والسكري والكلية(القيق، 2013).

4.2.5 الإعاقة العقلية: هي الإعاقة الناتجة عن أمراض نفسية أو أمراض وراثية أو شلل دماغي نتيجة لنقص الأوكسجين أو نتيجة لأمراض جينية أو كل ما يعيق العقل عن القيام بوظائفه المعروفة (أبو فضالة، 2009). والتخلف العقلي من وجهة نظر -نفسية عصبية- هو عجز في الوظيفية الذكائية ناتج عن عوامل متعددة داخل الفرد أو خارجه، وهو من وجهة نظر -طبية- حالة توقف أو عدم اكتمال نمو الدماغ المسببة عن مرض أو إصابة قبل المراهقة أو بسبب عوامل جينية (الريحاني، 1985).

4.2.6 الإعاقة المزدوجة: هي وجود إعاقتين للشخص الواحد.

4.2.7 الإعاقة المركبة: هي عبارة عن مجموعة من الإعاقات المختلفة لدى الشخص الواحد (أبو فضالة، 2009).

5.2 المراحل النفسية لوالدي ذوي الإعاقة:

يمكن القول أن الاستجابات وردود الأفعال والمراحل النفسية التي يمر بها والدا الطفل عند تلقيهما الخبر بولادة طفل ذي احتياج خاص هي:

5.2.1 المرحلة الأولى: الصدمة : تبدأ عندما يشك الأهل بوجود خلل ما في تطور طفلهم، وتتعمق عند حصولهم على تشخيص لحالة طفلهم، وإن التعامل معهم وقت إبلاغهم بوجود الإعاقة عند طفلهم قد يكون من أصعب المواقف التي يواجهها الأطباء والأخصائيون المعنيون بالأمر، حيث تصاب الأسرة بحالة من الصدمة والذهول ويرافقها شعور بالفقدان والقلق والبلبلة والخوف الشديد من المستقبل.

5.2.2 المرحلة الثانية: النكران: تأتي هذه المرحلة بعد مرحلة الصدمة وهي رد فعل دفاعي يحدث تلقائياً لدى والدي الطفل، وفيها يبدأ الوالدان وأفراد الأسرة بالانتقال من مشاعر الصدمة إلى الإنكار

والتشكيك وعدم الثقة بأقوال الاختصاصيين والأطباء ويبدأ الأهل بالبحث عن مختصين آخرين أملاً منهم أنهم سوف يشخصون الطفل بشكل عكسي (يحيى، 2008).

5.2.3 المرحلة الثالثة: الآلام النفسية: ينتقل الأهل من حالة الإنكار إلى حالة الحزن الشديد والأسى والألم خاصة عندما يكون الأطباء مجتمعون على تشخيص واحد وفي هذه المرحلة تسيطر مشاعر الغضب والاتهام والعجز والوحدة على الأهل.

5.2.4 المرحلة الرابعة : اللوم : يبدأ كل من الوالدين في هذه المرحلة بتوجيه اللوم وتحميل الطرف الآخر المسؤولية ويعتبره السبب المباشر في ولادة طفل معاق ، وتأخذ صور اللوم أشكال متعددة مثل النظرات، والإهمال، نقص الرعاية والحب والمشاعر، وأخيراً تعدد الزواج .

5.2.5 المرحلة الخامسة: التوجه للخارج: تتمثل هذه المرحلة ببداية تطلع الأسرة لما حولها من بدائل، ويكون فيها تحول بسيط واهتمام بالعالم الخارجي فيبدأون بالبحث عن معلومات عن الإعاقة وعن بناء برامج للطفل تلائم حاجياته.

5.2.6 المرحلة الأخيرة: احتواء الأزمة: التي يصلها فقط من خطأ خطوات سليمة واستمر بالمواجهة دون يأس أو إحباط وبعد أن حصل على مراقبة ودعم من حوله أو من اختصاصيين، وهي مرحلة التقبل فيها يتم تقبل التشخيص للإعاقة وتقبل الشخص ذي الاحتياجات الخاصة فنتحول العائلة لأكثر انسجاماً وتكاتفاً (البسطامي، 2013).

2.2 المساعدة الاجتماعية Social Support :

2.2.1 مقدمة:

إن من أهداف علم النفس عموماً والصحة النفسية خصوصاً بناء الشخصية المتكاملة، وإعداد الإنسان السوي نفسياً في أي قطاع من قطاعات المجتمع، ومهما كان دوره الاجتماعي، بحيث يكون قادراً على تحمل المسؤولية الاجتماعية وتكون علاقته بالمجتمع علاقة تبادلية يأخذ منه ويعطيه، والاستفادة من قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن (عماشة، 2013).

ويرى (الدسوقي، وجبريل، 2011: 221-222) أن موضوع التعاون والمساندة الاجتماعية يشكل رافداً من بين الروافد المتنوعة التي تفرعت في مجال بالغ الخصوبة والثراء، واصطلح الباحثون على تسمية سيكولوجية العلاقات بين الأشخاص، وهو مجال واسع يهتم بالعلاقات الاجتماعية التي لها الأثر الواضح في مجالات الحياة المختلفة.

وتعد المساندة الاجتماعية ظاهرة اجتماعية نفسية قديمة قدم الإنسان نفسه، ولم يهتم بها الباحثون إلا مؤخراً بعد ما خطوه من آثار هامة في مواقف الشدة والإجهاد النفسي، وما تقدم به من تخفيف لنتائج الضغوط والشدائد والمواقف العصبية (المدهون، 2004).

وتعود البداية الحقيقية لدراسة المساندة الاجتماعية، والتوجهات النظرية المفسرة لها في الأدبيات التربوية إلى أعمال كل من كاسل (Cassel) وكوب (Cobb) حيث وضحا في ورقتيهما أهمية العلاقات والمساندة الاجتماعية في حياة الأفراد باعتبارها مصدر هام في تحقيق الصحة النفسية، أي أنها تسهم في تحقيق التوافق الانفعالي والاجتماعي لديهم (بشارة ، 2014).

لذا حظي موضوع المساندة الاجتماعية باهتمام كبير من الباحثين - خاصة في المجتمعات الأجنبية- لدراساتها والتعرف على أبعادها ومصادرها وتأثيراتها المختلفة في إشباع الحاجات النفسية والتخفيف من الآثار السلبية للضغوط التي يتعرض لها الفرد في بيئته، وان كانت لم تتل الاهتمام الكافي في البيئة العربية إلا منذ فترة قصيرة (عثمان، 2001: 143).

ويشير الدسوقي وجبريل (2011) إلى أن مصطلح المساندة الاجتماعية ظهر حديثاً في العلوم الإنسانية، حيث صاغوا اصطلاح شبكة العلاقات الاجتماعية (Net Work Social) الذي يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح المساندة الاجتماعية والذي يطلق عليه البعض مسمى الإمكانيات الاجتماعية (Social Provisions) والذي يراه البعض الآخر على انه إمدادات اجتماعية (Social provisions) وقد حددوا مكونات الإمدادات الاجتماعية في الود والاندماج والعطاء والقيمة والارتباط والتوجه.

2.2.2 مفهوم المساندة الاجتماعية

تعرف المساندة في اللغة بأنها السند والاعتماد، وفي اللغة الإنجليزية يقصد بالمساندة بأنها التأييد والمساعدة والدعم والتشجيع ((القط، 2010: 10)). كما ورد في القاموس المحيط "ساند" بمعنى عاضد وكانف وكافا على العمل، ويحمل معنى المساندة في طياته معنى المعاوضة والموازرة وشد الأزر والتقوية والمساعدة والتشجيع على مواجهة المواقف وتحدي الصعاب (الفاخري، 2007). وسند - سَنَدٌ - سُنُوداً وتساند إليه: اعتمد عليه سَنَدٌ الشيء: دعمه ووثقه سَائِدَه مساندة وسناداً الرجل عاضدة على العمل، ومساندة: المساندة في الحرب هي أن تسند قوة كالمدفعية مثلا قوة أخرى كالمشاة (الرازي، 1986).

وعلى الرغم من تعدد المفاهيم الخاصة بالمساندة الاجتماعية، إلا أن معظم التعريفات المرتبطة بها تشير إلى تقديم المساعدات المادية أو المعنوية للفرد التي تتمثل في أشكال التشجيع أو التوجيه أو العون المادي (دياب، 2006).

حيث يبين (العدواني، 2014) أن المساندة الاجتماعية تعبر عن مدى وجود أو توافر أشخاص يمكن للفرد أن يثق فيهم، ويعتقد أنهم في وسعهم أن يعتنوا به ويحبوه ويقفوا بجانبه عند الحاجة. وتعرف المساندة الاجتماعية بأنها عمليات المساعدة - على اختلاف أشكالها وصورها- التي يتلقاها الفرد من الآخرين أو يقدمها لهم، وتسهم في تيسير طريقة أو أكثر لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي (عثمان، 2001).

والمساندة الاجتماعية هي مصدر من مصادر الأمن النفسي الذي يحتاجه الفرد من عالمه الذي يعيش فيه عندما يشعر أن هناك ما يهدده، ويشعر أن طاقته قد استنفذت أو أجهدت، وأنه عاجز عن مواجهة الخطر أو يحمل ما يقع عليه من إجهاد وأنه يحتاج إلى مدد وعون ومساعدة من الآخرين (الشناوي وعبد الرحمن، 1994)، (المدهون، 2004).

وتشير المساندة الاجتماعية إلى المعلومات المدركة التي تقود الفرد الذي تتم رعايته على أنه محبوب يتم احترامه، وأن لديه شبكة قوية من العلاقات الاجتماعية، ويوجد بينهم تواصل فعال الأمر الذي يؤدي إلى التوافق النفسي والشعور بالصحة النفسية (Grann & Jacobson, 2005).

كما يقصد بها الدعم الانفعالي والمادي والأدائي الذي يتلقاه الفرد من قبل الآخرين المحيطين به - الأسرة والأصدقاء والجيران، وزملاء العمل أو المدرسة ومدى قدرة الفرد على تقبل وإدراك هذا الدعم (السوسي وعبد المقصود، 2000).

ويرى مالون وزاريت (Malone & Zarit 1995) أن المساندة الاجتماعية تعني التواصل الداعم والإيجابي مع الآخرين وتعد مظهراً للعلاقات بين الأفراد والتي تؤدي بالمتلقي إلى الاعتقاد بأنه مقدر وله قيمة من قبل الآخرين.

كما يقصد بها ذلك النظام الذي يتضمن الروابط الاجتماعية الثابتة بمجموعة من الناس، يمكن الاعتماد عليهم والوثوق بهم ليمنحوا الفرد المساندة العاطفية، ويقدموا له العون ويكونوا ملاذاً له وقت الحاجة (Caplan, 1981).

والمساندة الاجتماعية: تعني وجود أو توفر الأشخاص الذين يمكن للفرد أن يثق فيهم، وهم أولئك الذين يتركون لديه انطباعاً بأنهم في وسعهم أن يعتنوا به، وأنهم يقدرونه ويحبونه (Sarason et al, 1983: 129).

كما تعرف المساندة الاجتماعية بأنها عمليات المساعدة -على اختلاف أشكالها وصورها- التي يتلقاها الفرد من الآخرين أو يقدمها لهم، وتسهم في تيسير طريقة أو أكثر لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي (عثمان، 2001: 143).

ويعرفها سيدني (Sidney) المشار إليه في علي (2001) بأنها رعاية متصلة لها ثلاثة مكونات أساسية هي:

1- مساندة عاطفية تقود إلى الاعتراف الصريح بأنه أو أنها تهتم به أو تحبه.

- 2- المساندة المختلطة بالاحترام أن له احتراماً وتقديراً وقيمة من الآخر.
- 3- مساندة متداخلة بين الشخص والآخر تقود إلى الاعتراف الصريح بأن الفرد يحس بموقعه في شبكة الاتصال المشترك بالآخر، أو بقرار الاعتراض أو كليهما.
- ويرى كابن (1981: 413) Caplan أنه يقصد بالمساندة الاجتماعية ذلك النظام الذي يتضمن الروابط والتفاعلات الاجتماعية طويلة المدى مع الآخرين الذين يمكن الاعتماد عليهم والوثوق بهم ليمنحوا الفرد السند العاطفي، ويقدموا له العون ويكونوا ملاذاً له وقت الشدة.

2.2.3 مصادر المساندة الاجتماعية:

يشكل وجود الأطفال المعاقين داخل المنزل، عامل قلق لدى الأسرة العادية، وكذلك وجود الضغوطات النفسية الهامة والفعالة، والتي يمكن أن تهدد الأسرة من العديد من النواحي. حيث تشير العديد من الدراسات إلى أن وجود الأطفال المعاقين في الأسرة، يمكن أن يؤدي إلى مشاكل خاصة تتمثل بالقلق الزائد، والخوف والتوتر، وسرعة الغضب، لدى جميع أفراد الأسر Shirani et al, (2015).

وفي هذا السياق يبين (العثمان والبيلاوي، 2012) أن الطفل ذو الإعاقة عادة ما يغير الأسرة كوحدة اجتماعية بطرق مختلفة، فقد يصاب الآباء والأبناء بالصدمة وخيبة الأمل والغضب والقلق والابتئاب والشعور بالذنب والحيرة كرد فعل، وهذا أقل مما يواجهه، كما قد تتغير العلاقات بين أفراد الأسرة إما بشكل سلبي أو إيجابي، فآثر مثل هذا الحادث يكون كبيراً وليس من المحتمل أن تبقى الأسرة كوحدة كما كانت من قبل، وخاصة عندما يعاني الآباء من أحلام اليقظة والتخيلات المحتملة للمرحلة الجديدة من الرعاية الأبوية، فالتخيلات المفرحة تتعدل بواسطة الخبرة الحقيقية للرعاية الوالدية، فعلى الآباء اتخاذ أنواع مختلفة من الالتزام تجاه كل منهما وتجاه الطفل أيضاً.

خاصة وأن وجود طفل ذو إعاقة في الأسرة يضاعف الضغوط الأسرية، ويصبح بداية لسلسلة من الهموم النفسية التي لا تحتمل، وتبادلاً للاتهامات واختلاف الأداء ولوم الذات والآخرين ويزيد من سيادة نزعات التشاؤم، والانكسار النفسي وتحطيم الثقة في الذات وتعطيل الإرادة فوجوده يهدد الاستقرار الانفعالي للأسرة (العثمان والبيلاوي، 2012).

ويمكن الحصول على المساندة الاجتماعية من مصادر مختلفة، فهناك مصادر رسمية مثل (المؤسسات- النادي - المدرب- وسائل الإعلام)، ومصادر غير رسمية (الأب - الأم - الأخوات - الأصدقاء- الزملاء- الأقارب - الجمهور)(العلمي ومرجان، 2008)، حيث تختلف مصادر المساندة الاجتماعية للفرد باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها، ففي مرحلة الطفولة تتمثل المساندة في الأسرة، وفي مرحلة المراهقة تتمثل في جماعات الرفاق، وفي مرحلة الرشد تتمثل في الزوج أو الزوجة وعلاقات العمل والأبناء، وتأتي المساندة من مصدرين رئيسيين هما: الأسرة والعمل(الصبيان، 2003).

فهي تختلف في حالات السواء عن حالات المرض، كما تختلف باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد، وفي بعض الحالات تتدخل بعض المصادر الرسمية كالفرق الطبية في حالة المرض، أو الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين والمسؤولين في السجون والإصلاحات (السوالقة، 2016).

ويبين (محمود، 2009: 265) أن أبرز مصادر المساندة الاجتماعية هي:

- 1.المساندة الاجتماعية من الأسرة: هي تقديم العون والمساندة من الأسرة للفرد وشعوره بالأمان النفسي لوجوده بينهم واحترامهم ومحبتهم له.
- 2.المساندة الاجتماعية من الأصدقاء: هي وجود الفرد وسط أصدقاء يشعر بالراحة معهم ويشاركهم اهتمامات الحياة والحصول على المساعدة منهم عند الحاجة.
- 3.المساندة الاجتماعية من المعلمين: هي تلك المساعدة والعون التي يمكن للمعلمين تقديمها للفرد مما يعزز ثقته بنفسه ويساعده على الإنجاز والابتكار، ويحقق التوافق النفسي والاجتماعي.

ويلخص نوربك (Norbeck) مصادر المساندة الاجتماعية في ثمانية مصادر هي (الزوج أو الزوجة، والأسرة والأقارب، والأصدقاء، والجيران، وزملاء المدرسة أو العمل، وموفرو الخدمات الوقائية، والمرشدون أو المعالجون، والأطباء أو المرشدون النفسيون والاجتماعيون) (عثمان، 2001)، حيث تؤثر العلاقات الاجتماعية على جميع جوانب الحياة والمساندة التي يقدمها الآخرون يمكن أن تحسن كل من الصحة البدنية والنفسية وجودة الحياة (العلمي ومرجان، 2008).

2.2.4 المساندة الاجتماعية في الإسلام:

الإسلام دين الرحمة والتعاون والمودة، ولقد دعانا الإسلام إلى الإيثار والتكافل والتراحم، كما عنى الإسلام بتنظيم العلاقة بين المسلم وأخيه، ووضع لهذه العلاقة ضوابط، كما حث على المساندة الاجتماعية في القرآن والسنة النبوية المطهرة، (عماشة، 2013) قال تعالى ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ ذَكَرٍ وَأُنْثَىٰ وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا ۗ إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللَّهِ أَتْقَاكُمْ ۗ إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ خَبِيرٌ﴾، (الحجرات: 13)، وقال في موضع آخر ﴿وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ وَاتَّقُوا اللَّهَ إِنَّ اللَّهَ شَدِيدُ الْعِقَابِ﴾ (سورة المائدة : 2).

وفي هذا السياق يرى (دياب، 2006) أن الإسلام أهتم بالتكافل والرحمة والمساندة بين الناس، والأمر بالإحسان للوالدين لما ينتابهم من كبر وضعف ووفاء لبعض ما قدما للابن، ثم ينتقل إلى ذي القربى واليتامى، والمساكين، والجار القريب، والجار الأجنبي، وابن السبيل. كما يفرض الإسلام على القادرين زكاة في أموالهم ترد إلى الفقراء من المسلمين.

فالإسلام دين الرحمة والتعاون والمودة والتكافل والتعاقد والتأزر، والتعاون على البر والتقوى وعدم التعاون على الإثم والعدوان ويحرم الظلم والبغي والفساد في الأرض، كما أنه يدعو إلى التراحم بين الناس والدعوة إلى الخير والأمر بالمعروف والنهي عن المنكر، فالإسلام يدعو إلى الإحسان للآخرين والإحسان المعنوي والمادي (الفاخري، 2007).

فالمساندة الاجتماعية لها دور عظيم في التخفيف لمن يقعون تحت ضغوط الحياة وقد تكون المساندة بالكلمة الطيبة أو بالنصح، أو بتقديم معلومات مفيدة، أو بقضاء الحاجات، أو بتقديم المال، والإسلام يدعو إلى الخير، وإلى المودة، وإلى التراحم، وإلى التعاون في الخير، وإلى الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر، كما ينهى عن الظلم، وعن البغي، والعدوان، وعن التعاون على الإثم، والعدوان. وهذه الأمور والنواهي تفشي المحبة بين الناس والتي يتوجها برضا الله سبحانه وتعالى والوصول إلى طمأنينة النفس (دياب، 2006).

2.2.5 أبعاد المساندة الاجتماعية:

تتعدد صور المساندة الاجتماعية فقد تأخذ شكل المساندة الانفعالية (الرعاية والثقة والتجاوب)، أو قد تكون مساندة بالمعلومات (بإعطاء الفرد معلومات أو تعليمه مهارات تساعد في حل مشكلاته)، أو قد تكون مساندة من خلال التدعيم الأدائي (المساندة في العمل والمساعدة المالية)، أو قد تكون مساندة بالتقدير (زايد، 2013: 6839). والمساندة التقديرية تمد الفرد بالعائد أو بالتعبيرات الإيجابية والمعلومات المناسبة لعملية التقييم الذاتي من خلال عملية المقارنة الاجتماعية، ويسمى هذا النمط من المساندة أيضا بالمساندة التقييمية، حيث تساعد الفرد على بناء مشاعره الخاصة بتقييم ذاته وتكاملها، وتبرز أهمية هذا النوع من المساندة في مرحلة إدراك المشقة (شويخ والحويلة، 2012: 661).

وقد تكون مساندة متعلقة بتعزيز التحصيل الدراسي أو زيادة التوافق الأسري والمدرسي، كما تستخدم أيضا المساندة الاجتماعية في العمل على إكساب الشباب الموهوبين المهارات الابتكارية والتعمق المعرفي والمهاري في مجالي الموهبة والتفوق (زايد، 2013: 6839).

وتشير نتائج الدراسات إلى وجود اختلاف في تحديد أبعاد المساندة الاجتماعية وذلك باختلاف الأساليب المنهجية والتعريفات الإجرائية لمفهومها، ألا أن هناك أبعاد وجدت اتفاقا في آراء الكثير من علماء النفس والاجتماعي الذين اعتبروا هذه الأبعاد هامة وأساسية وهي المساندة (بالمعلومات، الإجرائية، النفسية، الانفعالية، السلوكية، التقييمية) (الغلمي ومرجان، 2008).

ويرى كابلان (1976) Caplan المشار إليه في (شويخ والحويلة، 2012)) أن المساندة الاجتماعية ما هي إلا إمداد مباشر من قبل المحيطين يوجه الفرد نحو تحقيق أهداف مرغوبة، ويميز الباحثون بين أربعة أنواع هي:

- 1- الإمداد المعلوماتي، ويشمل النصيحة والمعلومات.
- 2- الإمداد الوسيلي: المختص بالمساعدات المادية والخدمات.
- 3- الإمداد التقديري: المتمركز على قيمة الفرد.
- 4- الإمداد الاجتماعي: المتمثل في شعور الفرد بأنه ما زال عضو لإطار الاجتماعي المحيط به.

في حين يشير إبراهيم (2001) إلى أن المساعدة الاجتماعية تتضمن غالباً أربعة أنواع هي:

- المساعدة الوجدانية.
- المساعدة التقييمية.
- المساعدة المعلوماتية.
- المساعدة الأدائية.

أما الدسوقي، وجبريل (2011) فقد اقترحوا ثلاثة أنواع من المساعدة الاجتماعية هي:

- 1-المساعدة الشخصية.
- 2-المساعدة داخل المؤسسات
- 3-المساعدة بين المؤسسات.

في حين حدد فوكس وآخرون (Vaux et al, 1987) خمسة أبعاد للمساعدة الاجتماعية هي:

1. المساعدة العاطفية.
2. المساعدة العملية.
3. المساعدة الصحية.
4. المساعدة المالية.
5. النصح والإرشاد.

كما تحدث (Scheafer et al, 1981: 381) المشار إليه في (دياب، 2006) عن ثلاثة أبعاد للمساعدة الاجتماعية هي:

- المساعدة الانفعالية وتتضمن توفير المودة والتأييد
- المساعدة الاقتصادية وتتضمن تزويد الفرد بالخدمات والمساعدات المباشرة،
- المساعدة المعرفية وتتلخص بتقديم النصائح وتوجيهات تساعد الفرد في حل مشكلاته وتعطيه تغذية راجعة عن سلوكه.

أيضاً حددها السرسى وعبد المقصود (2000) المساعدة الاجتماعية في أربعة أنماط رئيسية هي:

- المساعدة الانفعالية: التي تنطوي على الرعاية والثقة والقبول.
- المساعدة المعلوماتية: التي تنطوي على إعطاء معلومات أو تعليم مهارة تؤدي إلى حل مشكلة أو موقف ضاغط.
- المساعدة الأدائية أو بالفعل: التي تنطوي على المساعدة في العمل والمساعدة بالمال.

كما أشار محمد (2013: 1420) إلى أن هناك نوعان أساسيان من المساندة الاجتماعية:

1. **المساندة الرسمية:** تأتي من خارج دائرة الفرد الحميمة من الأصدقاء وأفراد العائلة والجيران، حيث يأتي الدعم الرسمي من أولئك الأفراد والمؤسسات إلى توفر الخدمات والمساعدة مثل مقدمي الرعاية الصحية والأخصائيين الاجتماعيين ومديري الحالات وأصحاب المتاجر وغيرهم في الأوساط الاجتماعية.
2. **المساندة غير الرسمية:** شبكات الدعم غير الرسمية تتكون من الأسرة وأفراد العائلة والأصدقاء والجيران، هذه المجموعات تقدم الدعم العاطفي الفعال.

بينما حددت عماشة (2013) أنواع للمساندة على النحو الآتي:

1. **المساندة المادية: Instrumental Support:** هي مساندة مباشرة وفعالة في المواقف، ويحصل عليها الفرد من مساعدة الآخرين بالأموال والأدوات، أو مشاركته في تحمل المواقف وتخفيف المسؤولية وتقليل الخسائر، وتقديم المساعدة المادية في صورة هدايا أو منح أو أشياء عينية.
 2. **المساندة الانفعالية (الوجدانية - المعنوية): Emotional Support:** هي مساندة نفسية معنوية يجدها الفرد في وجود الناس معه ومشاركتهم له في أحزانه وأفراحه، وتعاطفهم معه واتجاهاتهم نحوه واهتمامهم بأمره مما يجعله يشعر بالثقة في نفسه وفي الناس، فيزداد فرحاً في السراء ويزداد صبراً في الضراء.
 3. **المساندة المعرفية (المعلوماتية): Informational Support:** هي المساندة التي تتمثل في تقديم الاقتراحات والمشورة والنصائح والتوجيهات والمعلومات المفيدة من جانب المحيطين به لمساعدة الفرد على فهم المواقف الضاغطة من حوله بطريقة موضوعية وتساعده في حل مشكلاته بأسلوب علمي هادف (عماشة: 2013).
- المساعدة المعرفية:** مثال التوجيه وإعطاء النصح وتعلم مهارات والمساعدة في حل المشكلات (القط، 2010: 10)، ويقصد بها التزويد بالنصيحة، والإرشاد أو المعلومات المناسبة للموقف بغرض مساعدة الفرد في فهم موقفه أو التعايش مع مشاكل البيئة أو مشاكله الشخصية،

وأيضاً تزوده بالإرجاع المناسبة لما ينبغي أن يقوم به لمواجهة المشكلة (شويخ والحويله، 2012: 661).

وهناك صنف من أشكال المساندة الاجتماعية إلى الآتي:

- **الدعم العاطفي:** هو تقديم التعاطف والاهتمام والمودة والمحبة والثقة والقبول والألفة والتشجيع، أو الرعاية.

- **المساندة العاطفية:** وتشير إلى الأشياء التي يقوم بها الأفراد وتشعرهم بالراحة وتنمي أحاسيسهم بالجدارة والقيمة الذاتية (مثال) التشجيع والتجاوب (القط، 2010: 10).

- **الدعم الملموس:** هو تقديم المساعدة المالية والسلع المادية أو الخدمات، ويسمى أيضاً الدعم الفعال (الجوهري)، وهذا شكل من أشكال الدعم الاجتماعي يتضمن الجانب الملموس من خلال مساعدة الآخرين مباشرة.

- **المساندة المادية:** وهي المساعدة الملموسة التي يقدمها الآخرون (مثال) التزويد بالنقود والمساعدة في رعاية الأبناء (القط، 2010: 4 - 5).

- **الدعم المعلوماتي:** هو تقديم التوجيه والمشورة والاقتراحات، أو المعلومات المفيدة لشخص ما.

- **دعم الرفقة أو الأصدقاء:** هو نوع من الدعم الذي يعطي الشخص الشعور بالانتماء الاجتماعي، ويمكن ملاحظة ذلك عن وجود أصدقاء لمشاركتهم في الأنشطة الاجتماعية (محمد، 2013: 1421).

- **المساندة السلوكية:** وهي المشاركة في المهام والأداء والجهود للمساعدة في مواجهة المواقف (القط، 2010: 11).

وتجدر الإشارة إلى أن هناك طرقاً عدة يمكن بها لهذه الأنواع المختلفة من المساندة الاجتماعية أن تخفف من الضغوط، أيّاً كان نوعها، وتتحدد في الآتي:

1. ربما كان لها تأثير مباشر على نظام الذات والذي يزيد من تقدير الذات والثقة بها.
2. كذلك، ربما لها تأثير مباشر على النظام العقلي الانفعالي، إذ يولد التفاعل الاجتماعي المساند درجة من المشاعر الإيجابية تخفف من القلق والاكتئاب.
3. كما أن الفرد يدرك الأحداث الخارجية على أنها أقل ضغطاً (مشقة)، عندما يشعر أن المساندة والمساعدة متوافرتان، ومن ثم فإنه سيتمكن من مواجهة الحدث الضاغط (عبد الرزاق، 1998).

2.2.6 العوامل المؤثرة على المساندة الاجتماعية:

أشار الغلمي ومرجان(2008) إلى أن هناك بعض العوامل التي تؤثر في المتلقي الفعلي للمساندة الاجتماعية من الآخرين وتم تحديدها فيما يلي:

- خصائص المتلقي مثل :
 - أ. المتغيرات الاجتماعية (الجنس، العمر، الطبقة الاجتماعية).
 - ب. الاستعدادات والميول الشخصية مثل الحاجة إلى (الاستقلالية- الانتماء- تقدير الذات- الانبساطية-المهارات الاجتماعية).
 - خصائص الشخص الذي يقدم المساندة ومنها مستوى الفائدة ومهارات المساندة.
 - خصائص الضغوط التي تواجه المتلقي.
 - خصائص البيئة التي تصل كل من البيئة الطبيعية والبناء التنظيمي للبيئات والشبكات الاجتماعية.
- بينما يرى محمد (2013: 1424) أن أبرز العوامل المؤثرة على المساندة الاجتماعية هي:
- القيم الثقافية المرتبطة بالعلاقات الاجتماعية: الاختلافات الثقافية موجودة في طبيعة وديناميات العلاقات الاجتماعية.
 - الاتجاهات المرتبطة بالسعي نحو المساعدة أو المساندة.
 - خصائص شبكات الدعم المتنوعة.
 - وضع المهاجرين: قد يشعر المهاجرون الجدد بمزيد من التهميش بسبب عدم وجود الروابط الاجتماعية والعوائق اللغوية والعزلة الاجتماعية.

2.2.7 أهداف المساندة الاجتماعية:

يشير كل من الطراونه والصبيين (2015) إلى أن أهم أهداف المساندة الاجتماعية تتمثل في تقديم المعونة اللازمة التي تأخذ أشكالاً مختلفة كالأفكار والخبرات والإمكانيات التي يحتاجها الفرد أو المجموعة، ودعم الجوانب الإيجابية لدى الفرد والأعضاء في المجموعة، والمساندة للأعضاء والمجموعة في مواجهة الصعوبات التي تواجه الحياة الاجتماعية، وتحقيق الأهداف الفردية والجماعية.

في حين يرى زايد (2013) أن أهداف المساندة الاجتماعية تتحدد في ثلاثة مجموعات رئيسية، تصاغ من خلالها مجالات ونوعية المساندة وهي تتمثل في:

- مساعدة الفرد على تعبئة طاقاته لحل المشكلات التي يتعرض لها.
- المساهمة في أداء المهام المطلوبة من الفرد.
- تزويد الفرد بالموارد المادية والمهارية ومقومات التوجيه والإرشاد حتى يواجه أحداث الحياة الضاغطة.

2.2.8 شروط تقديم المساعدة الاجتماعية:

إن عملية تقديم المساعدة الاجتماعية للأفراد تتم وفق شروط وأن أبرز هذه الشروط هي:

2.2.8.1 كمية المساعدة: ويقصد بها أن يكون معدل المساعدة الاجتماعية معتدلاً عند تقديمها للمتلقي، حيث أن الزيادة في كمية المساعدة قد يؤدي إلى اعتمادية المتلقي وسلبيتها.

2.2.8.2 التوقيت المناسب لتقديم المساعدة: يحتاج الكثير من المهارات لدى مانحي المساعدة الاجتماعية، بحيث تكون في وقتها المناسب، حتى تؤدي إلى نتائج جيدة على المتلقي.

2.2.8.3 مصادر المساعدة: لا بد من أن تتوفر لدى مانح المساعدة بعض الخصائص، التي تتمثل في المرونة والنضج والفهم الكامل لطبيعة المشكلة التي يمر بها المتلقي، حيث يساهموا بفعالية في تقديم المساعدة له.

2.2.8.4 كثافة المساعدة: يقصد بها تعدد مصادر المساعدة الاجتماعية لدى المتلقي، مما قد يساهم سريعاً في حل مشكلته التي يمر بها، ويساعده على تخطي الأزمات المختلفة في حياته.

2.2.9.5 نوع المساعدة: تتمثل في القدرة والمهارة والفهم لدى مانحي المساعدة، في تقديمها بما يتناسب مع ما يدركه ويرغبه المتلقي لطبيعة المساعدة التي تقدم إليه وتتناسب مع تصرفاته وسلوكياته.

2.2.8.6 التشابه والفهم المتعاطف: يمكن تقبل المساندة الاجتماعية بشكل أفضل في حالة التشابه النفسي والاجتماعي للمانح والمتلقي، وبخاصة إذا كانت الظروف التي يمران بها متشابهة (أحمد ويسري، 2016)

2.2.9 أهمية المساندة الاجتماعية:

تعتبر المساندة الاجتماعية أحد المصادر الهامة للأمن الذي يحتاجه الإنسان من عالمه الذي يعيش فيه، بعد لجوئه إلى الله -سبحانه وتعالى- عندما يشعر أن هناك ما يهدده، ويشعر أن طاقته قد استنفدت ولم يعد بوسعه أن يقف ضد هذا الخطر المهدد له، وأنه في حاجة ماسة إلى معاونة ومساعدة، وشد أزر وعون من الخارج، وخاصة عندما يريد أن يأتي هذا العون من أقرب الناس إليه (دياب، 2006: 7).

ويعد أسلوب المساندة الاجتماعية من أهم الأساليب التي تحدثت عنها الدراسات المختلفة، ومنها دراسة (عبود، 2009) و(حسنين، 2009)، حيث أكدت نتائجها على أهمية استخدام أسلوب المساندة الاجتماعية، للأفراد الذين يواجهون مشكلات في شبكة العلاقات الاجتماعية تحت وطأة ضغوط الحياة، وأيضاً أهمية استخدام المساندة الاجتماعية لتنمية المهارات الاجتماعية والابتكارية للأفراد الذين يعانون من المشكلات الانفعالية (زايد، 2013: 6839).

وعن أهمية المساندة الاجتماعية يشير عبد الرازق (1998) إلى أن المساندة الاجتماعية تقوم بمهمة حماية تقدير الشخص لذاته، وتشجعه على مقاومة الضغوط التي تفرضها عليه أحداث الحياة المؤلمة. فالمساندة الاجتماعية قد تلعب دوراً هاماً في الشفاء من الاضطرابات النفسية، كما تسهم في التوافق الإيجابي والنمو الشخصي للفرد، وكذلك تقي الفرد من الأثر الناتج عن الأحداث الضاغطة أو أنها تخفف من حدة هذا الأثر.

وترى هانج وآخرون (Huang et al (2014 أن المساندة الاجتماعية تساهم بشكل فعال في تقليل درجة الاكتئاب والتوتر للأشخاص الذين ينتسبوا للأقليات العرقية.

ويؤكد بريهام وكاسين (1990: 107) Breham & Kassin على أهمية المساندة الاجتماعية في تعميق تقدير الفرد واحترامه لذاته وتشجيعه على مواجهة أحداث المواقف الحياتية (الدسوقي، وجبريل، 2011: 221-222).

ويشير محمد (2013: 1419) إلى أن المساندة الاجتماعية لها تأثيرها على الصحة العقلية والبدنية طوال فترة الحياة، وربما تكون ذات أهمية خاصة في وقت لاحق في الحياة، حيث لها تأثير على الصورة النمطية السلبية لدى كبار السن والمسنين المرتبطة بالعزلة وعدم الرغبة في التفاعل الاجتماعي.

كما ذكر سارافينو (1994) Sarafino المشار إليه في (شويخ والحويله، 2012: 661) أن المساندة الاجتماعية تتعلق بمدى اعتقاد الفرد بأن البيئة المحيطة به من أشخاص ومؤسسات ما هي إلا مصادر للدعم الفعال، فهي عملية تقويمية لمدى إدراك الفرد لعمق وكفاية علاقاته مع الآخرين، فكلما أقر الفرد بكفاية هذه العلاقات ازداد الدور الفعال للمساندة الاجتماعية على الصحة، ومن ثم فإن هذا المتغير له دورين مهمين هما:

الدور الأول: الدور المباشر ويظهر من خلال المساندة الاجتماعية التي تقدم للفرد ويدركها على نحو واقعي بصورة مباشرة.

الدور الثاني: الدور غير المباشر ويظهر من خلال تنميتها ودعمها للأدوار الإيجابية للمتغيرات النفسية الأخرى (كالصلابة النفسية، والتفائل، وتقدير الذات)، للتخفيف من شدة وقع الأحداث الشاقة على الفرد.

ويرى القط (2010: 4 - 5) أن المساندة الاجتماعية تحقق العديد من الجوانب الإيجابية، فالمساندة الاجتماعية بجوانبها المعرفية والاجتماعية ساعدت المرضى على اختلاف أمراضهم، كما ساعدت على حماية الأطفال المصابين بالمرض العقلي من التشرذم، وكذلك ساعدت الأطفال الذين تعرض والديهم للقتل مما ترتب عليه تخفيف الأعباء الصحية والعقلية عنهم، كما أن المساعدة الاجتماعية من المعلم والمدير والأخصائي النفسي والأقران يساعد الطالب في استكمال تعليمه الجامعي.

2.2.10 وظائف المساندة الاجتماعية

تسهم المساندة الاجتماعية في توفير الراحة النفسية، حيث أن التفاعل الاجتماعي المساند يولد درجة من المشاعر الإيجابية التي تحقق الصحة النفسية وتخفف المعاناة من بعض الاضطرابات النفسية كالقلق، والاكتئاب والوحدة النفسية، كما أن لها وظائف نمائية عندما يكون لدى الفرد شبكة من العلاقات الاجتماعية الحميمة التي تساعده على تحقيق التوافق الإيجابي، ولها وظيفة وقائية في مساعدة الفرد على مواجهة الأحداث الخارجية التي يدركها على أنها شاقة وتمثل ضغوط(السرسي وعبد المقصود، 2000).

ويرى (الخولي، 2005: 174) أن المساندة الاجتماعية لها دورين أساسيين في حياة الفرد وعلاقته بالآخرين:

1. الأول: دور إنمائي: يتمثل في أن الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية متبادلة مع الآخرين ويدركون أن هذه العلاقات موضوع ثقة يسير ارتقاؤهم في اتجاه السواء ويكونوا أفضل من الآخرين الذي يفتقدون لهذه العلاقات.

2. الثاني: دور وقائي: ويتمثل في أن المساندة الاجتماعية لها أثر مخفف لنتائج الأحداث الضاغطة، فالأشخاص الذين يمرون بمشكلات تتفاوت استجاباتهم لتلك المشكلات تبعا لوجود مثل هذه العلاقات الودية والمساندة الاجتماعية كما وكيفا.

كما أنه يمكن القول إن المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين ضغوط الحياة وتصور الانتحار لها وظيفتان هما:

- الوظيفة العلاجية: تتمثل الوظيفة الأولى في المساندة الاجتماعية الحقيقية، فحينما يقع الفرد تحت ضغط وإدراك أنه يستطيع الركون إلى شخص ما للمساعدة فإن هذا من شأنه أن يخفف من الضغوط الواقعة عليه (Sarason & Sarason, 1986).

- الوظيفة الوقائية: تتمثل الوظيفة الثانية للمساندة الاجتماعية في الوقاية من الاضطرابات فهي ضد التأثيرات السلبية للضغوط على الصحة لدى الأفراد (زايد، 2013).

في حين يضيف حجازي (2015: 4.8) وظيفة أخرى للمساندة الاجتماعية تتمثل في الوظيفة النمائية: وذلك عندما يكون لدى الفرد شبكة علاقات اجتماعية حميمة تساعده على تحقيق التوافق الإيجابي.

في حين يبين الخولي (2005) أن المساندة الاجتماعية تتميز بعدة وظائف يمكن إيجازها في الفئات الستة التالية:

1. المساعدة السلوكية: وتشير إلى المشاركة في المهام والأعمال المختلفة بالجهد البدني.
2. المساعدة المادية: وتتمثل في النقود والأشياء المادية.
3. التفاعل الحميم: ويشير إلى بعض سلوكيات الإرشاد غير الموجه كالإنصاف والتعبير عن التقدير، والرعاية والفهم.
4. العائد أو المردود: ويعني إعطاء الفرد مردوداً عن سلوكه وأفكاره ومشاعره.
5. التوجيه: كما يتمثل في توجيه النصيحة وإعطاء المعلومات أو التعليمات.
6. التفاعل الاجتماعي الإيجابي: ويشير إلى المشاركة في التفاعلات الاجتماعية بهدف المتعة والاسترخاء.

2.2.11 النظريات المفسرة لمفهوم المساندة الاجتماعية:

هناك العديد من النظريات التي فسرت دوافع ومحفزات المساندة الاجتماعية، والتي تتحدث فيها عن وجود عوامل داخلية وخارجية تتعلق بالحافزية والدافعية للمساندة.

حيث يرى أصحاب التحليل النفسي أن الصحة النفسية الجيدة تتمثل في قدرة الأنا على التوافق بين أجهزة الشخصية المختلفة ومطالب الواقع في الوصول إلى حل للصراع الذي ينشأ بين أجهزة الشخصية التي تحدث عنها (فرويد) أو بين الصراع الذي ينشأ بين هذه الأجهزة ومطالب الواقع، غير أنهم يرون أن الإنسان لا يستطيع أن يصل إلا إلى تحقيق جزئي لصحته النفسية إذ لا يستطيع أن يحصل على السعادة والتقدم معاً (حسنين، 2004: 44).

كما ويرى سوليفان (Sullivan) صاحب نظرية العلاقات الشخصية المتبادلة أن الشخصية هي نمط مستمر نسبياً للمواقف الشخصية المتبادلة التي تميز الحياة الإنسانية، وأن الفرد لا يوجد ولا ويستطيع أن يوجد بمعزل عن العلاقات بالآخرين (الدسوقي، وجبريل، 2011). كما أن الفرد في جميع مراحل نموه لديه إمكانات داخلية تجعله واعياً بجوانب معينة في علاقاته مع الآخرين في نطاق بيئته وتجعله

قادرا على التفاعل معها، مما يوضح أن أي اضطراب في العلاقة المتبادلة بين الفرد والمجتمع الذي يعيش فيه يؤدي إلى نشوء القلق (السرسري وعبد المقصود، 2000).

في حين يرى بولبي (Bowlby) مؤسس نظرية الارتباط (Attachment) أن المساندة الاجتماعية التي يقدمها الأهل والأصدقاء لا تعوض التآكل عن النقص الكبير الذي حدث له بسبب الموت، لأنه فقد الشكل الذي يمثل الارتباط (إبراهيم، 2001).

ومن خلال ما سعى إليه (كابلان) في نظريته عن أنظمة المساندة ودورها في الصحة النفسية للمجتمع، فإن المساندة الاجتماعية تتضمن نمطاً مستديماً من العلاقات المتصلة أو المنقطعة التي تلعب دوراً هاماً في المحافظة على وحدة النفس والجسم للفرد عبر حياته، حيث أوضح من وجهة نظره أن الشبكة الاجتماعية للفرد تزوده بالإمدادات الاجتماعية النفسية وخاصة في ظل الأحداث الضاغطة، وذلك للمحافظة على صحته العقلية والنفسية ((Caplan, 1981).

وتجدر الإشارة أن هناك مجموعة من النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية هي:

أولاً: نظرية التبادل الاجتماعي Social Exchange Theory:

صاغ هذه النظرية ثيبوت وكيلي (Thibaut & Kelly) وذلك لتفسير العوامل الدافعة للانضمام للجماعة (محمود، 2009). وترى هذه النظرية أن العلاقات بين الأفراد هي تبادل الفوائد بينهم، وهنا تفترض أن الأفراد في العلاقات التبادلية يقومون بتقديم الفائدة مع توقع تلقيها بنفس الوقت، وتوقع النظرية إن وجود أي اضطرابات في توقع تلقي المساندة أو تقديمها سوف يؤدي إلى أوجاع نفسية سيئة (عماشة، 2013).

وبين السيد (2014: 1981) أن هذه النظرية تؤكد أن التفاعل الاجتماعي بين الأفراد أو الهيئات الجماعية يمكن وصفه على أنه محاولات للوصول إلى الحد الأقصى من المكافآت المادية وغير المادية.

وعلى الرغم من أن هذه النظرية لم تحدد طبيعة الحاجات التبادلية فقد أشارت إلى أن الفرد يقيم الإشباع التي يحصل عليها من الجماعة في ضوء محكين هما:

- **محك المقارنة الشخصي:** ويتمثل في تحقيق الحد الأدنى من الإشباع من خلال العضوية في الجماعة.

- **محك المقارنة بين البدائل:** ويقصد به مقارنة الإشباع التي يتم الحصول عليها من علاقات معينة، بالإشباع التي يمكن الحصول عليها من خلال علاقة أخرى بديلة، ويسعى الفرد نحو العلاقة التي تحقق له أكبر قدر من الإشباع في ضوء ما يتلقاه من إصابات وتكاليف مادية ونفسية (محمود، 2009).

ثانياً: أنموذج الأثر الرئيس للمساندة الاجتماعية: يصور هذا الأنموذج المساندة من وجهة نظر (سوسيولوجية - علم الاجتماع) المساندة الاجتماعية في ضوء عدد وقوة علاقات الفرد بالآخرين في بيئته الاجتماعية بمعنى درجة التكامل الاجتماعي للفرد أو حجم وتركيب الشبكة الاجتماعية للفرد بأنها قد ترفع من مستوى الصحة النفسية بتقديم أدوار ثابتة باعثة على المكافأة، والارتقاء بالسلوك الصحي، والإبقاء على أداء ثابت خلال فترات التغيير السريع (دياب، 2016).

ثالثاً: نظرية التعلق الوجداني: Emotional Attachment: للعالمين بولبي وانسيورث (Bowlby & Anisworth) حيث يعتقد أن أسلوب التعلق نمط ثابت من الشخصية يتم إدراكه معرفياً وسلوكياً ووجدانياً (محمود، 2009)، وبناءً على هذه النظرية يسعى الفرد إلى البحث عن مختلف أشكال التعلق المقدمة من الآخرين (عماشة، 2013: 695)، وقد يكون لخبرات التعلق وحدث نوع من المساندة تضمينات مؤثرة في الشخصية والارتقاء الاجتماعي، كما أن للعلاقات القائمة بين الفرد والقائمين على رعايته خلال مراحل النمائية المختلفة تكون مهمتها تقديم المساندة له (بشارة وآخرون، 2014). وتعد هذه النظرية من النظريات التي لها تضمينات مهمة بالنسبة لتطبيقات العيادة الإكلينيكية في مجال علاج الاضطرابات الانفعالية وبناء على هذه النظرية نجد أن الإنسان جُبِل على البحث عن مختلف أشكال التعلق المقدمة من الآخرين، وتهتم هذه النظرية بالعلاقات والروابط التي تنمو بين الوليد والقائمين على رعايته خلال مراحل حياته المختلفة والتي تكون مهمتها التزويد بالمساندة والأمن للطفل (محمود، 2009).

رابعاً: **الأنموذج الواقي (المخفف)**: يعتبر المساندة الاجتماعية أحد المتغيرات النفسية الاجتماعية المعدلة، أو الملطفة، أو الواقية للعلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والإصابة بالمرض على اعتبار أن المساندة ترتبط سلبياً بالمرض، فمن خلال المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من أعضاء أسرته وأصدقائه، والمتمثلة في العلاقات الدافئة الحميمة تقل نسبة الأشخاص الذين يتعرضون للإصابة بالمرض (دياب، 2016).

خامساً: **نظرية النشاط (النظرية التنموية): Development Theory**: تركز هذه النظرية على أهمية النشاط الاجتماعي في حياة الفرد وترى أن النشاط الاجتماعي هو أساس الحياة لجميع الأفراد وفي مختلف الأعمار، وتؤكد هذه النظرية على أهمية العلاقات الاجتماعية ووجود معيشة اجتماعية مساندة ومشبعة (السيد، 2014).

كما وقد قدم المهداوي (2012) كما هو مشار إليه في (طنطاوي، 2016) مجلد للعديد من الرؤى النظرية التي فسرت معنى المساندة الاجتماعي كالتالي:

النظرية البنائية: The Structural تدعم المساندة الاجتماعية وجود شبكة من العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد تزيد في حجمها، وتوظف لخدمته للوقاية من الآثار النفسية الضارة لمواجهة الحياة الضاغطة.

النظرية الوظيفية: The Function Theory تركز على شعور الفرد داخل شبكة العلاقات الاجتماعية بالتقدير والاحترام، وأيضاً مدى التزامه نحو الآخرين.

النظرية الكلية: The General Theory تهتم هذه النظرية بمدى إدراك الفرد الكلي بالخصائص الشخصية التي تؤثر عليه في شبكة العلاقات الاجتماعية وأيضاً مدى رضا الفرد عن مصادر المساندة له من داخل الشبكة.

وترى الباحثة أن حاجة الفرد إلى العيش مع الآخرين هي إحدى الحاجات النفسية الاجتماعية الملحة التي تدفعه إلى الانتماء والتفاعل سواء مع الأسرة أو الأصدقاء أو المؤسسات لتسهيل مستلزمات

معيشته بطريقة تساعده في مواجهة ضغوطات الحياة وبالتالي تحقيق هدفه في الوصول إلى حالة من الأمن النفسي للفرد .

2.2.12 العلاقة بين المساندة الاجتماعية والصحة النفسية:

من خلال ما سعى إليه كابلان (Kaplan) في نظريته عن أنظمة المساندة ودورها في الصحة النفسية للمجتمع فإن المساندة الاجتماعية تتضمن نمطاً مستديماً من العلاقات المتصلة أو المتقطعة التي تلعب دوراً هاماً في المحافظة على وحدة النفس والجسم للفرد عبر حياته، حيث أوضح أن الشبكة الاجتماعية للفرد تزوده بالإمدادات الاجتماعية النفسية، وخاصة في ظل الأحداث الضاغطة وذلك للمحافظة على صحته العقلية والنفسية (حلاوة وعبد الكريم، 2012).

إن المساندة الاجتماعية تنمي أنماط التفاعل الإيجابي ومشاعر المشاركة الفعالة مع الآخرين (رزيقة ومقاتلي، 2013)، حيث أن المساندة ترتبط بالصحة والسعادة النفسية لذا فهي تعتمد على العلاقات الاجتماعية المتبادلة بين الأشخاص التي قد تمثل جوهر المساندة الاجتماعية مشاركة وجدانية أو الإمداد بالمعارف والمعلومات أو السلوكيات والأفعال التي يقوم بها الفرد بهدف مساعدة الآخرين في مواقف الأزمات أو المساهمة المادية (حسين، وعباس، 2014).

وفي هذا المجال يؤكد ارجايل (Argyle, 2001) أن الصحة عنصر مهم من عناصر السعادة، وأنها ترتبط بالسعادة ارتباطاً قوياً، وأن ارتباط السعادة بالحالة الصحية يظهر درجة أعلى لدى النساء وكبار السن، وأنها ترتبط بطول العمر عند الأفراد الأصحاء، وأن السعداء يتمتعون بقدر أوفر من الصحة ويقاومون الأمراض بصورة أفضل.

وكما أن السعادة مطلب للنفس البشرية فهي أيضاً مؤشراً للصحة النفسية للفرد والمجتمع، حيث تقاس الصحة النفسية بمدى قدرة الفرد على التأثير في بيئته والتكيف مع الحياة بما يؤدي به إلى قدر معقول من الإشباع والكفاءة والسعادة (النتشة، 2015).

والمساندة الاجتماعية تعد مصدراً من مصادر الأمن - الذي يعتبر من الحاجات الأولية لدى الكائن الحي وفقاً للتدرج الهرمي للحاجات عند ماسلو-الذي يحتاجه الإنسان من عالمه الذي يعيش فيه بعد

لجونه إلى الله سبحانه وتعالى، فعندما يشعر الفرد أن هناك ما يهدده ويشعر أن طاقته قد أجهت أو أوشكت على النفاذ وأنه لم يعد يستطيع مجابهة الخطر وأنه في حاجة ماسة إلى مد يد العون والمساعدة ممن حوله (الفاخري، 2007). لذلك تعتبر المساندة الاجتماعية مصدراً من مصادر العمل الاجتماعي الفعال الذي يحتاجه الإنسان، حيث يؤثر حجم المساندة الاجتماعية ومستوى الرضا عنها في كيفية إدراك الفرد لضغوط الحياة المختلفة، وأساليب مواجهتها وتعامله مع هذه الضغوط، كما أنها تلعب دوراً في إشباع الحاجة للأمن النفسي وخفض مستوى المعاناة الناتجة عن شدة الأحداث الضاغطة وذات أثر في تخفيف حدة الأعراض المرضية (لولي، 2016).

هذا وقد أوضح كترون ورسيل (1990) Cutrona & Russell كما هو مشار إليه في (العدوانى، 2014) أن المساندة الاجتماعية تخفف من حدة وقع الضغوط على الفرد وتزيد من شعوره بالثقة والقيمة من خلال ما يدركه الفرد من علاقات تمثل سندا اجتماعياً بالنسبة له، وإن للمساندة الاجتماعية أهمية في التخفيف من الآثار النفسية المرتبطة بخبرة التقاعد عن العمل نهائياً.

وبيين (عثمان، 2001) أن الأشخاص السعداء أكثر تقدماً للعون والمساندة الاجتماعية للآخرين بطرق متعددة، ففي إحدى التجارب تطوع (47%) من المفحوصين الذين كانوا في حالة مزاجية حسنة أي كانوا سعداء تطوعوا للتبرع بالدم مقارنة ب(17%) فقط من عينة غير السعداء.

ولهذا فإن الحكم على درجة الشعور بالسعادة الشخصية يأتي من الأفراد أنفسهم وبحسب تقييمهم لمشاعرهم بشكل عام وليس فقط في اللحظة الآنية، كما أن الشعور بالسعادة ينبئ بمستوى الصحة النفسية العامة (جان، 2008).

وقد أجمعت بعض الدراسات على وجود علاقة بين انخفاض مستوى المساندة وزيادة الاضطرابات، فقد بينت دراسة خضر والشناوي (1987) وجود علاقة ارتباطيه بين انخفاض مستوى المساندة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة وبين الميل العصابي، والإحساس بالوحدة، كذلك دراسة ماهون وآخرين (1994) Muhan et al التي بينت وجود علاقة ارتباطيه بين الإحساس بالوحدة النفسية لطلاب الجامعة وبين غياب المساندة الاجتماعية من جهة الأسرة (علي، 2000).

وهذا ما أكده فرويد وبيرلنجهام (Freud & Burlingham) من خلال دراسة حول الأسرة والطفل والخبرات الصادمة في ظل الحرب العالمية الثانية فوجدا أن الأطفال الذين كانوا في معية أسرهم أثناء قصف لندن بصحة نفسية أفضل من أولئك الذين وضعوا في الملاجئ دون أسرهم(حسنين، 2004: 58).

2.4 الصحة النفسية

2.4.1 مقدمة

إن عالم اليوم مليء بالضغوط النفسية والاجتماعية والانفعالات المستمرة والتي قد تؤثر على صحة الإنسان سواء الجسدية أو النفسية، حيث أصبح التحول الحضاري وتغير أنماط الحياة والتعرض لوسائل الإعلام الخارجية من العوامل التي تساعد على إحداث تغييرات كبرى في السلوك الاجتماعي والنفسي للشخص، ونتيجة لهذا فقد بدأت أعداد المرضى النفسيين تتزايد يوماً على مستوى العالم بالرغم من الجهود المضنية لمكافحة هذه المشكلة والعمل على تعزيز قدرة الإنسان على الشعور بالسعادة وإيمانه بقيمه المختلفة في الحياة وتكوين علاقات صادقة مع الآخرين وكذلك قدرته على العودة إلى حالته الطبيعية بعد التعرض لأي صدمة أو ضغط نفسي.

وفي هذا السياق يرى بن الشيخ وبالزبن (2014) أن وظيفة الحياة النفسية بمختلف عناصرها تسعى إلى تكيف المرء مع ظروف بيئته الاجتماعية والمادية، وغايتها تحقيق حاجات الإنسان، وهي تتحقق عادة بالتعامل مع البيئة المتغيرة، وهذا التغير يثير مشكلات يقابلها الإنسان بحالات التفكير والانفعال ومختلف أنواع السلوك، ولكن التغييرات التي تحدث قد تكون شديدة لدرجة خارجة عن الحدث -مثل الحروب والنزوح- الذي يقود عقل الفرد على مقابله والتكيف معه، وهنا تنشأ الحالات المرضية، ولهذا كان لا بد من تعاون الوظائف النفسية المختلفة، ولا بد من تقويتها لمقاومة التغييرات العادية، ومن الضروري فوق ذلك أن يكون هناك شعور إيجابي بالسعادة والكفاية وهذا الشعور هو في العادة الدليل على تمتع الفرد بصحة نفسية.

ويعد علم الصحة النفسية من العلوم الحديثة من حيث المنهج، إلا أنه يعتبر قديماً قدم الإنسانية نفسه من حيث ما يتناوله من موضوعات (الإبراهيم، 2007).

حيث أن علم الصحة النفسية في النهاية هو: علم التكيف أو التوافق النفسي الذي يهدف إلى تماسك الشخصية ووحدها، وتقبل الفرد لذاته، وتقبل الآخرين له، بحيث يترتب على هذا كله شعور بالسعادة والراحة النفسية (بن الشيخ وبالزين، 2014).

ويرى رضوان (2002: 22) أن الفرد يتمتع بصحة نفسية جيدة عندما يتمكن من بناء علاقاته الاجتماعية بشكل فعال، ويتمكن من التوافق والاندماج مع أفراد مجتمعه، وعندما يستطيع تكيف حياته الخاصة مع الظروف المعقدة والمتنوعة للمحيط، وعندما يتمكن فضلاً عن ذلك من تقرير مصيره وتحقيق التوازن بين إمكانياته البيولوجية الوراثية والنفسية والجسدية ومتطلبات البيئة التي ينشأ فيها أو يوجد فيها علاقات اجتماعية.

ويرى الفاخري (2007) أن الصحة النفسية هي الشرط اللازم توفرها حتى يتم التوافق بين الفرد ونفسه، وكذلك بينه وبين العالم الخارجي توافقاً يؤدي إلى أقصى ما يمكن من الكفاية والسعادة لكل من الفرد والمجتمع.

حيث تسعى الصحة النفسية جاهدة إلى الوصول بالفرد للرضا والانسجام النفسي والاجتماعي والروحاني لتحقيق مستويات عالية من العلم والمعرفة، وبالتالي لا يمكن للعلم أن يحقق أهدافه بعيداً عن الصحة النفسية، ولا يمكن أن تتحقق أهداف الصحة النفسية بعيداً عن العلم والمعرفة (أبوالمعمرين، 2008).

ويرى علي (2004) أن الصحة النفسية تتضمن: التوافق النفسي، والصحة الجسمية، والهدوء النفسي، والطمأنينة، والصحة النفسجسمية، والاجتماعية، والشعور بالانتماء، والتقبل، والالتزان الانفعالي، والثقة بالنفس، وتحقيق الذات، والسلوك المعياري، والشعور بالأمن، والضبط الذاتي.

ويبين حسين وعلام (1998) أن الدراسات الحديثة تركز اهتمامها في الوقت الراهن على معرفة الخصائص النفسية للفرد التي تكون بمثابة عوامل مساعدة وذلك للمحافظة على الصحة النفسية وسلامة الأداء النفسي رغم التعرض المباشر للأحداث الضاغطة في الحياة بصفة مستمرة.

ويؤكد رضوان (2002) أن هناك عوامل متنوعة تلعب دوراً في تحقيق الصحة النفسية وتتميتها، ويشكل البحث في هذه العوامل وتحديد الأساس الذي يقوم عليه علم الصحة النفسية بصورة خاصة، ومن هذه العوامل الكيفية التي يدرك فيها الفرد المواقف والخبرات والأحداث التي يمرون بها، والأساليب التي يقيمونها فيه، وهذا يؤدي إلى وجود القلق.

وكون الدراسة الحالية جاءت للبحث في الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وكون هذه الفئة من الناس قد تكون الأكثر عرضة للعديد من العوامل المؤثر على الصحة النفسية لديهم، خاصة وأن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يصابوا كثيراً بالاضطرابات النفسية المختلفة الناتجة عن وجود الإعاقة، حيث أنهم أكثر عرضة للاضطرابات النفسية مثل الوحدة النفسية والقلق والاكتئاب والعدوانية والتي تنتج عن عزلتهم عن الجماعة وخوفهم من الاندماج في المجتمع، إضافة إلى قدراتهم المحدودة، وعلى الوالدين التواصل الفعال مع تلك الفئة جيداً حتى يتحقق لها الصحة النفسية السوية مثل أقرانهم، وهذا يترتب عليه معاناة الوالدين أحياناً من بعض الاضطرابات النفسية الناتجة عن عدم قدرتهم على تحقيق هذا التوافق النفسي لأبنائهم، مما ينعكس سلباً على صحتهم النفسية.

2.4.2 مفهوم الصحة النفسية:

حظي مفهوم الصحة النفسية باهتمام الكثير من الباحثين في مجال علم النفس والصحة، كما أجريت في هذا الصدد عدة دراسات وعدة أبحاث علمية، وهناك عدة تعريفات لهذا المفهوم (بوعود، 2014). ولكن بالرغم من ذلك إلا أنه ليس من السهل وضع مفهوم للصحة النفسية لأن هذا التعريف يرتبط ارتباطاً وثيقاً بتحديد معنى السواء واللاسواء في علم النفس، وأصبح مصطلح الصحة النفسية شائعاً بين عامة المتقنين شأنه في ذلك شأن غيره من مصطلحات علم النفس (علي وشريت، 2004).

وهذا ما أشارت إليه أبو العمرين (2008) التي بينت أن مفهوم الصحة النفسية ما يزال غامضاً ويثير الكثير من الجدل، وذلك لأن هذا المفهوم يستند لمسلمة فلسفية قوامها المغايرة بين الجسد

والعقل، وفي إطار هذه المسلمة الفلسفية نجد العديد من الآراء المختلفة التي ناقشت مفهوم الصحة النفسية.

وفي هذا الخصوص أشار جبريل وأحمد (1996) فيما يتعلق بمفهوم الصحة النفسية إلى وجود محاولات هدفت إلى تحديد هذا المفهوم، ويمكن تقسيمها إلى قسمين:

- يذهب **القسم الأول** من تلك المحاولات للنظر إلى الصحة النفسية من حيث الخلو أو البرء من أعراض المرض النفسي أو العقلي، ويعني هذا أننا نعرف الصحة النفسية بانتفاء المرض، ويغلب هذا الاتجاه على الأطباء، ويعاني هذا الاتجاه من صعوبات تتبع من عدم تحديد خصائص وصفات معينة للصحة النفسية يمكن بواسطتها التثبت من توافر الصحة النفسية.
- ويذهب **القسم الثاني** من تلك المحاولات إلى طريق إيجابي تشترك فيه جميعها ولكنها تختلف في التفاصيل، وضمن هذا الاتجاه يمكن تعريف الصحة النفسية بأنها حالة إيجابية توجد عند الفرد وتكون في مستوى قيام وظائفه النفسية بمهامها كما يبدو ذلك في عدد من المظاهر.

ويرى الدايري والعبدي (1999) أن الصحة النفسية للفرد مفهوم طولي تبدأ منذ الصغر من حالات (الإشباع-الإحباط) وتستمر بعمليات التطبيع الاجتماعي وبالخبرات السارة وغير السارة ويتحقق التوازن (مبدأ الثبات) وعدم تحقيق التوازن... الخ من مثيرات في بيئة الفرد وثقافته.

لذا قامت منظمة الصحة العالمية بتعريف الصحة النفسية بأنها تتحدد على أساس مدى تكامل طاقات الفرد الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية، بما يحقق له الشعور بالسعادة والرفاهية مع أفراد المجتمع الذي يعيش فيه، وهي بالتالي لا تتحدد فقط على أساس الشفاء من المرض أو الاضطراب النفسي وإنما حالة من الاكتمال الجسدي والنفسي والاجتماعي لدى الفرد (الإبراهيم، 2010).

ويشير بوفاتح وابن بوقرين (2016: 76) إلى أن منظمة الصحة العالمية تعرف الصحة النفسية على أنها حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز، ومن أهم آثار هذا التعريف أن شرح الصحة النفسية يتجاوز مفهوم انعدام الاضطرابات أو حالات العجز النفسية، والجدير بالذكر أن الصحة النفسية جزء أساسي لا يتجزأ من الصحة.

وتوضح بوعود (2014) كلمة صحة (La sante) مشتقة من الكلمة اللاتينية (Sanitas) والتي تعني الحالة المرضية للفرد جسدياً ونفسياً. وتعرفها المنظمة العالمية للصحة (O.M.S): حالة كاملة من السلام - الجسدي-والنفسى والاجتماعي، وهي لا تقتصر على غياب المرض أو الإعاقة. في الوقت ذاته فإن ماسلو (Maslow) يشير إلى أن الصحة تظهر مدى توافق الشخص مع تحقيقه لذاته، مما يسمح له بفهم أفضل للذات والواقع، والتعبير التلقائي للانفعالات وتحقيق أهداف حياته.

والصحة النفسية من منظور إسلامي هي: قدرة الفرد على تجريد نفسه من الهوى، وإخلاص العبودية لله تعالى، بالمحبة والطاعة والدعاء والخوف والرجاء والتوكل مع القدرة على تهذيب النفس والسمو بها من خلال أداء التكاليف التي شرعها الله كذلك القدرة على التفاعل مع البيئة التي يعيش فيها، فيسلك فيها السلوك المفيد والبناء بالنسبة له ولمجتمعه، وبما يساعد على مواجهة الأزمات والصعوبات التي تواجهه بطريقة إيجابية دون خوف أو قلق، وتقبل ذاته وواقع حياته والتوافق مع المجتمع الذي يعيش فيه (بوعود، 2014).

ويعرف زهران (1982: 77) الصحة النفسية بأنها حالة دائمة نسبياً، يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً (شخصياً وانفعالياً مع بيئته) ويشعر فيها بالسعادة مع نفسه، ومع الآخرين، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عادياً، بحيث يعيش بسلام.

ويعرفها كفاقي (1990) على أنها حالة من التوازن والتكامل بين الوظائف النفسية تؤدي بالفرد إلى أن يسلك بطريقه تجعله يتقبل ذاته ويقبله مجتمعه بحيث يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا والكفاية.

ويعرفها القوصي (1970) المشار إليه في العمرين (2008) بأنها التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة، مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ عادة على الإنسان ومع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية.

وهي حالة من التوازن النفسي والسلوكي والقدرة على التكيف والاستقلالية وتحمل المسؤولية في أداء الواجب نحو الله والنفس والآخرين، والشعور بالراحة والرضا في الحياة العامة والخاصة ومواجهة المواقف الصحية وضغوط الحياة (حسنين، 2004: 11).

والصحة النفسية تعني التوافق أو التكافل بين الوظائف المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ على الإنسان مع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية (المدهون، 2004).

ويرى كفاي (1990: 81) أن الصحة النفسية هي حالة من التوازن والتكامل بين الوظائف النفسية للفرد تؤدي إلى أن يسلك الفرد بطريقة تجعله يتقبل ذاته ويقبله المجتمع وبحيث يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا والكفاية.

ويرى تشيلي (1986) Shelley أن الصحة النفسية هي المجال المخصص في الطب النفسي لفهم التأثيرات النفسية التي تساعد على أن يكون الأفراد أصحاء، وتوضح لهم لماذا يمرضون وكيف يكون رد فعلهم في حالة المرض، والأطباء النفسيون يدرسون مثل هذه الأمور ويعملون على التدخل للحفاظ على صحة الناس ويحاولون تحسين نظام الصحة النفسية لديهم.

والصحة النفسية حسب ما يبين علي وشريت (2004) هي تلك الحالة النفسية التي تتسم بالثبات النسبي والتي يكون فيها الفرد متمتعاً بالتوافق الشخصي والاجتماعي والانتزان الانفعالي، وأن يتميز بالقدرة والسيطرة على العوامل التي تؤدي إلى الإحباط أو اليأس والعيش في وفاق وسلام مع نفسه من جهة، ومع غيره في محيط الأسرة أو العمل أو المجتمع الخارجي من جهة أخرى. وبالتالي يمكن القول إن من لا يستطيع السيطرة على العوامل التي تؤدي إلى الإحباط أو اليأس والعيش في وفاق وسلام، سيعاني بالتالي من اضطرابات نفسية متفاوتة الشدة، مما يؤثر على قدرة تمتع الفرد بالصحة النفسية ويكون ذا شخصية مضطربة.

والصحة النفسية هي: الصفات الإنسانية والمهارات الحياتية كالوظائف الإدراكية والتقدير الإيجابي للذات والمهارات الاجتماعية ومهارات حل المشكلات والقدرة على التعامل مع المشاكل والتغيرات

والضغوط الحياتية، وعلى التأثير في البيئة الاجتماعية والقدرة على العمل بفعالية وإنتاجية والمساهمة الفعالة في المجتمع المحلي، كما أنه حالة من العافية النفسية والعاطفية والروحية (Llopis, 2005).

وفي ضوء ما تم ذكره ترى الباحثة أن الصحة النفسية لأي فرد تتأثر بمجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية والبيئية، وأن الصحة ليست مجرد انعدام الاضطرابات النفسية والخلو من المرض، بل هي جزء لا يتجزأ من الصحة، حيث أنه لا تكتمل الصحة بدون الصحة النفسية. ولم يعد مفهوم الصحة النفسية مقصوراً على الخلو من الأمراض وإنما تجاوز ذلك إلى اعتبار الشخص صحيحاً إذا استطاع التوفيق بين حاجات البدن وحاجات الروح.

2.4.3 الإسلام والصحة النفسية:

اهتم الإسلام بصحة الإنسان بشكل عام، وجاءت نصوص الآيات القرآنية والأحاديث النبوية مبيّنة لمكانة الصحة وأثرها على الفرد والمجتمع، قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "المؤمن القوي خير وأحب إلى الله من المؤمن الضعيف وفي كل خير، احرص على ما ينفعك واستعن بالله ولا تعجز" (صحيح مسلم)، فقوة المؤمن تمنحه القدرة للقيام بواجباته الدينية والدنيوية على أكمل وجه والدلائل المشيرة لأهمية الصحة في الإسلام كثيرة (بوعود، 2014)، فالإسلام يهدف إلى بناء شخصية الفرد بمجمل أبعادها المادية والنفسية والروحية بتكامل وشمول، ويرسم له خارطة الحياة اليومية بمختلف أنشطتها وفعاليتها ويربط أعمال الدنيا مع الآخرة تقوم على أساس الثواب والعقاب، وتحاول أن ترقى وتسمو به من الواقعية والطبيعية إلى مراحل أعلى من الإيمان واليقين والاطمئنان والتسليم المطلق (التلاحمة، 2007).

حيث لم يعد مفهوم الصحة النفسية مقصوراً على الخلو من الأمراض وإنما تجاوز ذلك إلى اعتبار الشخص صحيحاً من الناحية النفسية إذا توافرت فيه مجموعة من الخصائص مثل الفاعلية والكفاءة والمرونة وتوافر علاقات اجتماعية سوية وتحمل المسؤولية والقدرة على مواجهة الظروف الصعبة وغير ذلك (أبو العمري، 2008).

ويبين القاضي (1982) أن الإسلام يقرر أن الإنسان أهم مخلوقات الله (في الأرض)، فقد اصطفاه وجعله خليفة في الأرض وعليه أن يحقق رسالته في هذه الحياة- عن طريق عمارة الأرض طبقاً

لمنهج الله تعالى وأن يقيم العدالة بين الناس جميعاً وأن يقيم دين الله في المجتمع الإسلامي وأن يعمل على إسعاد البشرية أفراداً وجماعات - وهذا كله يحتاج إلى شخصيات سوية مؤمنة بربها وبنفسها قوية من كل جانب من جوانبها، ومن هنا كانت عناية الإسلام بالصحة النفسية واضحة جلية حتى تخرج المسلم الذي يستطيع أن يحقق رسالة الله في هذه الحياة، والإسلام عني بالناحية الإنسانية - كما عني بالناحية العلاجية على أروع ما يكون.

وترى التلاحمة (2007) أن العقيدة الدينية الإسلامية تتعامل مع مجمل أبعاد الشخصية الإنسانية في آن واحد، وبشكل متوازن وهذا يبعد الشخصية عن الفصام والتعارض والتناقض، ويحقق السلام الحقيقي للإنسان من خلال سلام الذات وسلام الضمير، فلا ينقسم الإنسان بين العقل والجسم عند محاولة الجمع بينهما، وقد ميز الإسلام بين النفس المؤمنة والنفس الكافرة بأن القرآن أطلق عليهما لفظ (الحي) و(الميت) قال تعالى: ﴿أَوْمَنْ كَانَ مَيِّتًا فَأَحْيَيْنَاهُ وَجَعَلْنَا لَهُ نُورًا يَمْشِي بِهِ فِي النَّاسِ كَمَنْ مَثَلُهُ فِي الظُّلُمَاتِ لَيْسَ بِخَارِجٍ مِنْهَا كَذَلِكَ زُيِّنَ لِلْكَافِرِينَ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ﴾ (الأنعام، آية 122).

ويرى (بوعود، 2014) أن منهج الإسلام يقوم في تحقيق الصحة النفسية على تقوية مجموعة من الأبعاد في الإنسان هي (العقيدة، والعبادات، والأخلاق، والمعاملات)، وذلك من خلال ثلاثة أساليب من التربية، تتلخص فيما يلي:

الأسلوب الأول: يعنى بتقوية الجانب الروحي في الإنسان، عن طريق الإيمان بالله وعبادته وتوحيده وأداء العبادات المختلفة من صلاة وصيام وزكاة وغير ذلك.

الأسلوب الثاني: يعنى بالسيطرة على الجانب البدني في الإنسان وذلك بالتحكم في الدوافع بإشباعها عن طريق الحلال وتحريم إشباعها عن طريق الحرام، مثل إشباع الدافع الجنسي عن طريق الزواج وتحريم إشباعه عن طريق الزنا.

الأسلوب الثالث: يعنى بتعليم الإنسان مجموعة من الخصال والعبادات الضرورية لنضجه الانفعالي والاجتماعي ولنمو شخصيته، وإعدادة لتحمل مسؤولياته في الحياة.

وتشير أبو العميرين (2008) إلى أن المنهج الإسلامي يعتبر من أقوى ما يعين الجماعات والأفراد على التمتع بالصحة النفسية وذلك من خلال النقاط التالية:

1. ربط المنهج الإسلامي الفرد بهدف سام فجعل غاية حياته عبادة الله سبحانه وتعالى وحده قال تعالى ﴿وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ﴾ (الذاريات: أية 56)، فهذا الجانب وحده يمثل قمة ما يساعد الفرد على تحقيق التوافق والصحة النفسية، فالمسلم لا يعيش أي نوع من القلق لأنه يعرف غاية حياته.

2. القلق والخوف والاكتئاب إنما هي في الواقع نتيجة الإحساس بانعدام الأمن، فالمسلم قد أغناه الله من فضله بأمن يستقيه من الإيمان وطمأنينة تزوده بها العبادات وذكر الله، قال تعالى ﴿الَّذِينَ آمَنُوا وَلَمْ يَلْبِسُوا إِيمَانَهُمْ بِظُلْمٍ أُولَئِكَ لَهُمُ الْأَمْنُ وَهُمْ مُهْتَدُونَ﴾ (الأنعام، أية: 82). حيث أن الأمن النفسي والطمأنينة ضرورة لتحقيق الصحة النفسية وأن الأمنيين متفائلون سعداء متوافقون في مجتمعهم ومبدعون في أعمالهم، بينما غير الأمنيين معرضون للانحرافات النفسية والأمراض السيكوسوماتية (حسنين، 2004).

3. تزود الشريعة الإسلامية الغراء بما يكفي لحماية حياة الإنسان من الضرر ولذلك فهي تمثل ركناً أساسياً على طريق الوقاية من المرض النفسي ذلك أن الفقهاء يحددون مقاصد الشريعة في المحافظة على البدن والنفس والعقل والنسل والمال (أبو العمرين، 2008).

وأخيراً يرى أبو مرق (2003) أن الشخصية السوية في الإسلام هي الشخصية المتوازنة التي تستطيع التوفيق بين حاجات البدن وحاجات الروح، ولا يوجد في الإسلام رهبانية تمنع اجتماع الدوافع البدنية وتعمل على كبتها، وليس في الإسلام إباحية مطلقة تعمل على الإشباع التام للدوافع البدنية، وإنما الشخصية السوية هي التي تجمع فيها توازنات القوى الإنسانية البدنية منها والروحية. فالمؤمن يعلم بأن الله معه فلا يشعر بالقلق، وإذا دعا الله يستجيب له، وهو يرتبط دائماً بربه في أعماله، وإذا أصابته مصيبة يذكر الله، فالإيمان يغمر صاحبه بالطمأنينة والراحة النفسية.

2.4.4 خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية :

تتميز الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية بعدة خصائص تميزها عن الشخصية المرضية، حيث يحدد زهران (1982) أهم خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية على النحو الآتي:

1. **التوافق:** ويشمل التوافق الشخصي ويتضمن الرضا عن النفس، والتوافق الاجتماعي ويشمل التوافق الأسري والمدرسي والمهني والاجتماعي بمعناه الواسع.

2. **الشعور بالسعادة مع النفس:** ودلائل ذلك الشعور بالسعادة والراحة النفسية لما للفرد من ماضٍ نظيف وحاضر سعيد ومستقبل مشرق.
3. **الشعور بالسعادة مع الآخرين:** حب الآخرين والثقة فيهم واحترامهم وتقبلهم، والاعتقاد في ثقتهم المتبادلة، ووجود اتجاه متسامح مع الآخرين "التكامل الاجتماعي".
4. **تحقيق الذات واستغلال القدرات:** فهم النفس والتقييم الواقعي الموضوعي للإمكانيات والقدرات والطاقات، وتقبل نواحي القصور وتقبل الحقائق المتعلقة بالقدرات والفروق الفردية.
5. **القدرة على مواجهة مطالب الحياة:** النظرة السليمة الموضوعية للحياة ومطالبها ومشكلاتها اليومية، والعيش في الحاضر والواقع والبصيرة والمرونة الإيجابية في مواجهة الواقع.
6. **التكامل النفسي:** ويشمل الأداء الوظيفي الكامل المتكامل المتناسق للشخصية ككل، والتمتع بالصحة ومظاهر النمو العادي.
7. **السلوك العادي:** ويشمل السلوك السوي المعتدل المألوف الغالب على حياة غالبية الناس العاديين.
8. **العيش في سلامه وسلام:** من خلال التمتع بالصحة النفسية والجسمية والاجتماعية.
9. **حسن الخلق:** ودلائل ذلك الأدب والالتزام وطلب الحلال واجتتاب الحرام وبشاشة الوجه وبذل المعروف وكف الأذى وإرضاء الناس في السراء والضراء.

أما مياسا(1997) والهابط(1989) والمشار إليهما في (التلاحمة، 2007) فيشير إلى أن الصحة النفسية تتضمن ثلاث سمات وخصائص هي:

1. **قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع مجتمعه:** توافقاً من شأنه أن يخلق السلام والاطمئنان، أي أن يكون هناك انسجام بين غرائز الفرد وبين اتجاهاته العقلية، وهذا يتطلب التوافق بين الوظائف النفسية أي أن لا يعاني الفرد من الصراعات النفسية التي توجد بين نزعتين متعارضتين، ويستطيع الفرد التخلص من هذه الصراعات عن طريق الحسم في مواجهة المشكلات، واللجوء إلى الله والالتزام بأوامره وطاعته.
2. **قدرة الفرد على مواجهة الأزمات النفسية العادية:** التي تطرأ على الإنسان بصبر وثبات، فهناك أمور كثيرة تصادف الإنسان في حياته وتعرضه للآزمات النفسية، والإنسان الذي يتمتع بالصحة النفسية هو القادر على مواجهة هذه الآزمات.

3. إحساس الفرد بالسعادة والرضا، أي أن يكون الفرد سعيداً بنفسه والآخرين ويشعر بالرضا عن ذاته وعن مجتمعه، والذي يثري هذا الرضا هو الأيمان بالله فهو يبعث في القلب الطمأنينة والارتياح واليقين والتفاؤل، وهذه السمة مرتبطة بالسمتين السابقتين، حيث لا يمكن أن يكون الفرد سعيداً راضياً إلا إذا كان متوافق بين وظائفه النفسية المختلفة وقادراً على مواجهة الأزمات التي تصادفه في حياته.

2.4.5 مظاهر الصحة النفسية :

تبين أبو العمرين (2008) أن هناك بعض المؤشرات التي تظهر تمتع الفرد بصحة نفسية سليمة، حيث يجب توافر بعض العلامات أو السمات وهي:

1. غياب الصراع النفسي الحاد (الصراع الخارجي والداخلي).
2. النضج الانفعالي: بحيث يعبر الفرد عن انفعالاته بصورة متزنة بعيدة عن التعبيرات البدائية والطفلية.
3. الدافعية الإيجابية للإنجاز، التي تدفع الفرد للقيام بأعمال تحقق له النجاح.
4. التوافق النفسي المتمثل في العلاقة المتجانسة مع البيئة، بحيث يستطيع الفرد الحصول على الإشباع اللازم لحياته مع مراعاة ما يوجد في البيئة المحيطة من متغيرات.

2.4.6 دور الأسرة في تكوين الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية :

غالبا ما ترتبط الضغوط الأسرية بتعرض الأسرة لحادث ضاغط يؤثر على حياتها، ويجعلها في حالة عدم توازن وارتباك وذلك بما يفرضه عليها من ممارسات مفاجئة، وغير متوقعة تحتاج إلى إعادة تنظيم شامل لحياتها، وتستمر حالة عدم التوازن إذا لم تتحرك الأسرة بطرق فعالة لمواجهة هذه الضغوط (العثمان والبيلاوي، 2012)، لذا فإن الصحة النفسية للأسرة تتحدد في المقام الأول بمدى قدرة الأسرة على مواجهة الضغوط ونجاح الزواج والسعادة في الحياة الزوجية (البيلاوي، 1987).

وفي هذا السياق تعد الخبرة الأسرية أولى الخبرات وربما أهمها في حياة الإنسان عامة وفي مرحلة الطفولة خاصة، حيث تحدد تلك الخبرة إلى حد كبير مفهوم الذات لدى الطفل ومستوى استقلاليته،

وفي إطار الأسرة لا يتأثر الأبناء بالوالدين فحسب وإنما يتأثرون بالتفاعل مع إخوتهم (جبريل واحمد، 1996).

لذا تعتبر الأسرة أهم عوامل التنشئة الاجتماعية: فهي الممثلة الأولى في الثقافة وقوى الجماعات تأثيراً في سلوك الفرد، وهي التي تسهم بالقدر الأكبر في الإشراف على النمو الاجتماعي للطفل وتكوين شخصيته وتوجيه سلوكه، وللأسرة وظيفة نفسية واجتماعية هامة فهي المدرسة الأولى للطفل وهي العامل الأول في صبح سلوك الطفل بصبغة اجتماعية (خماش، 2007).

ويجمع علماء النفس وعلماء الاجتماع على أهمية التفاعل بين الأطفال وآبائهم وأمهاتهم في تنشئتهم الاجتماعية خاصة في السنوات الأولى من العمر، ويشيرون إلى أهمية التنشئة الاجتماعية في نمو مختلف الوظائف النفسية لدى الطفل، حيث تقوم الأسرة بدور بالغ الأهمية في إنماء مجموعة من المظاهر السلوكية التي تكون طبيعة الطفل البشرية (عبد الغفار وإسماعيل، 1983).

ويجمل زهران (2005) دور الأسرة في الصحة النفسية للطفل فيما يلي:

- الأسرة تؤثر على النمو النفسي (السوي وغير السوي) للطفل، وتؤثر في تكوين شخصيته وظيفياً ودينامياً، فهي تؤثر في نموه النفسي ونموه العقلي ونموه الانفعالي ونموه الاجتماعي.
- الأسرة السعيدة تعتبر بيئة نفسية صحية للنمو تؤدي إلى سعادة الطفل وصحته النفسية.
- الأسرة المضطربة تعتبر بيئة نفسية سيئة للنمو، فهي تكون بمثابة مرتع خصب للانحرافات السلوكية والاضطرابات النفسية والاجتماعية.
- الخبرات الأسرية التي يتعرض لها الطفل في السنوات الأولى من عمره تؤثر تأثيراً هاماً في نموه النفسي.

2.4.7 جوانب الشخصية

يبين (خماش، 2007) أن هناك عدد من الجوانب للصحة النفسية هي:

- **الجانب الاجتماعي:** وهو يزود الفرد بالمبادئ والقيم الأخلاقية السليمة ولا بد من ممارسة مستمرة داخل المدرسة وخارجها حتى ينمو هذا الجانب الهام من جوانب الشخصية.

- **الجانب الجسمي:** تظهر أهمية التربية الرياضية والألعاب والمباريات التي تؤدي إلى تنمية الجانب الجسمي والعقلي والحركي من شخصية الفرد، ولا يمكن أن يكون هناك نمو متوازن في جوانب الشخصية دون أن يزاول الفرد رياضة معينة.
- **الجانب العقلي:** تظهر أهمية هذا الجانب في العلوم التي تتناول الجانب الفكري من الشخصية من طبيعة وكيمياء وإحصاء وهذه العلوم تثير قدرات التفكير والتخيل والتصور والإدراك.
- **الجانب الروحي والديني:** لا يمكن أن يغفل هذا الجانب لأنه لا حياة بدون الزاد الروحي، وإدراك قدرة الخالق وصلة الإنسان بربه ودينه.
- **الجانب الانفعالي والأخلاقي:** وهو يزود الفرد بالمبادئ والقيم الأخلاقية السليمة ولا بد من ممارسة مستمرة داخل المدرسة وخارجها حتى ينمو هذا الجانب الهام من جوانب شخصية كل فرد.

2.4.8 مناهج الصحة النفسية

هناك ثلاثة مناهج للصحة النفسية تتمثل في:

- 2.4.8.1 **المنهج العلاجي Remedial** : يهدف علم الصحة النفسية من بين ما يهدف إلى الدراسة العلمية للتوافق والصحة النفسية، كما يهتم بدراسة حالات سواء التوافق واختلال الصحة النفسية بمختلف أنواعها وتصنيفاتها، ومن هنا كان أحد أهدافه العمل على علاج حالات سوء التوافق ودعم السواء للعودة بها إلى حالة التوافق والسواء، ولذا فإنه يتعامل مع اضطرابات صحة الفرد النفسية، ويكون ذلك عن طريق المنهج العلاجي بأساليبه ومدارسه المختلفة(علي وشريت، 2004).
- 2.4.8.2 **المنهج الوقائي Preventive**: الذي يقوم على أساس اكتشاف الضغوط والأزمات والمشكلات في وقت مبكر ومساعدة الناس في التغلب عليها قبل أن تتعقد ويزداد خطرها ثم توضيح الطرق والوسائل التي توفر للفرد الظروف المناسبة التي تجعله ينعم بالصحة النفسية (الإبراهيم، 2010).

- 2.4.8.3 **المنهج الإنشائي Constructive** : وهو طريقة بنائه تستخدم مع الأسوياء وصولاً بهم إلى أقصى درجة ممكنة من الصحة النفسية (علي وشريت، 2004)، ويقصد به توظيف ما لدينا من معرفه نفسيه في تحسين ظروف الحياة، ومساعدة الناس على تنمية قدراتهم وميولهم

ومواهبهم، والاستفادة منها في العمل والإنتاج والإبداع فيما يعود عليهم بالنفع وعلى المجتمع بالخير فيشعرون بالكفاءة وتنمو صحتهم النفسية ويعيشون سعادة.

2.4.8.4 النظريات التي بحثت في الصحة النفسية :

هناك العديد من النظريات والاتجاهات التي فسرت الصحة النفسية للأفراد ومن أهمها:
أولاً: الاتجاه التحليلي: يؤمن أصحاب هذا الاتجاه بوجود حياة نفسية لا شعورية، كما يؤمنوا بأن الإنسان يولد وهو مزود بغرائز ودوافع معينة وأعطوا قيمة كبيرة لماضي الفرد وخبرات الطفولة، واعتبر فرويد (Freud) أن نمو الدوافع الجنسية هو المحدد الأساسي للشخصية فيما بعد، فإذا سار نمو الغرائز الجنسية في الخط الطبيعي لها كانت النتيجة السواء والصحة النفسية (الإبراهيم، 2007). وتجدر الإشارة إلى أن هذه النظرية تركز على الخبرات في مرحلة الطفولة، وفي بداية التحليل النفسي كان مفهوم الصحة النفسية يعرف باعتباره نقيضاً للمرض، فكان مجرد غياب الأعراض ثم أصبح يعني غياب أنواع الصرع اللاشعوري المعطلة لإمكانات الفرد في قطاعي الإنجاز والحب الناضج بحيث يمكن تعريف الصحة النفسية بحسب فرويد (Freud) بأنها القدرة على الحب والعمل والاستمتاع بالعمل الخلاق، فالصحة النفسية وفقاً للتحليل النفسي ليس نقيضاً أو إلغاء لما هو طفلي أو لا شعوري وليس امتثالاً لواقع جامد، بل هو تفاعل دينامي خلاق بين هذه المكونات جميعها، وفي ضوء ذلك يعرف فرويد (Freud) الصحة النفسية بقوله أينما يتواجد الهو تتواجد الأنا، وتحرص هذه النظرية على متطلبات الواقع الاجتماعي الذي يعمل على التوافق بين عناصر الشخصية الثلاثة الهو والانا و الأنا الأعلى (بن الشيخ وبالزين، 2014).

ثانياً: الاتجاه السلوكي: اهتم بهذا الاتجاه مجموعة ضخمة من كبار علماء النفس (ثورندايك ووطسون وبافلوف وسكندر)، حيث أن لكل منهم رؤية خاصة ومفاهيم تباينت من عالم لآخر ولكن يجمعهم إطار عام متسع ومهم، ويتسم تيار السلوكية بالعلمية والعملية وبيتعد عن كل ما هو غيبي ويتعامل مع المحسوس والقابل للقياس من سلوك الإنسان والحيوان، فالسلوك عندهم متعلم من البيئة، وعملية التعلم تحدث نتيجة وجود دافع ومثير واستجابة، بمعنى إذا وجد الدافع والمثير حدثت الاستجابة (السلوك) ولكي يقوى الربط بين المثير والاستجابة لا بد من التعزيز، أما إذا تحركت الاستجابة دون تعزيز فإن ذلك يؤدي إلى إضعاف الرابطة بين المثير والاستجابة، أي إضعاف

التعلم، إن الصحة النفسية تبعاً لهذه النظرية يمكن أن تخضع لقوانين التعلم فإذا اكتسب الفرد عادات تلاؤم ثقافة مجتمعه فهو في صحة نفسية سليمة وإذا فشل في اكتساب عادات لا تتناسب مع ما هو متعارف عليه في المجتمع ساءت صحته النفسية (الشمري، 2013).

وتعرف المدرسة السلوكية الصحة النفسية بأن يأتي الفرد السلوك المناسب في كل موقف حسب ما تحدده الثقافة والبيئة التي يعيش في كنفها، فالمحك المستخدم هنا للحكم على صحة الفرد النفسية محك اجتماعي، فالسلوكية تعتبر البيئة المنزلة الأولى واعتبرها من أهم العوامل التي تعمل على تكوين الشخصية (بن الشيخ وبالزين، 2014).

ثالثاً: النظريات الوجودية: ظهر المذهب الوجودي في أوروبا كاستجابة للظروف الحرجة التي كان يعاني منها الإنسان في القرن التاسع، وقد جاءت تمثل آراء العديد من المفكرين في فروع المعرفة، من الذين رأوا العودة للوجود، والنظرة إلى الفرد ككل متكامل بنفسه (أبو عيطة، 2002)، ويرى أصحاب هذا المذهب إن الصحة النفسية هي أن يعيش الإنسان وجوده، ومعنى أن يعيش الإنسان وجوده هو أن يدرك معنى هذا الوجود، وأن يدرك إمكاناته وأن يكون حراً في تحقيق ما يريد وبالأسلوب الذي يختاره، وأن يدرك نواحي ضعفه وأن يقبلها، وأن يكون مدركاً لطبيعة هذه الحياة بما فيها من متناقضات وأن ينجح في الوصول إلى تنظيم معين من القيم ليحمله إطاراً مرجعياً في حياته (الشمري، 2013).

رابعاً: النظريات الإنسانية: يرى أصحاب الاتجاه الإنساني أن القلق ينتج عن شيء مرعب ناتج عن تهديد لمفهوم الذات، أو عن شيء ما يعيق أو يهدد بإعاقة الإشباع للحاجات النفسية الأساسية للفرد مثل حاجة الإنسان إلى الشعور بالأمن والحب والتقدير والإنجاز مما يؤثر على الصحة النفسية للأفراد (عيسوي، 2002). ويعد أبراهام ماسلو (Maslow) الأب الروحي لمذهب علم النفس الإنساني بالإضافة إلى البورت (Allport) وجميس (James) وماي (May) وروجرز (Rogers) وغيرهم، ويخالف هذا المذهب الصورة التشاؤمية والسلبية التي أقرها التحليل النفسي الذي يؤمن بوجود حياة نفسية لا شعورية، كما يؤمن بأن الإنسان يولد وهو مزود بغرائز، ويرفض آلية السلوكية التي على أساسها يفسر سلوك الإنسان، ومن أهم منطلقات المذهب الإنساني أنه يدعو إلى الاهتمام بالقيم والأهداف الإنسانية، وحرية الاختيار ومسؤوليته، والعلاقات الاجتماعية، وتحقيق الذات والحب، والابتكار، والمضمون، والنضج الشخصي والإشباع النفسي، لأن ذلك يسهم في تحقيق وجود

الصحة النفسية للوجود الإنساني (إسماعيل، 2001). والصحة النفسية كما يراها (ماسلو) هي تحقيق الذات، ويذهب (ماسلو) إلى أن أصحاب الشخصية السوية يتميزون بخصائص معينة بالقياس إلى غير السوي، ويعتقد أنه إذا اقتصرنا دراسة الأخصائيين النفسيين على العجزة والعصابيين ومتخلفي النمو فإنهم بالضرورة سيقدمون علماً عاجزاً (أبوالمعمرين، 2008).

خامساً: الاتجاه المعرفي: ينظر أصحاب هذا الاتجاه لشخصية الفرد على أنها نظام من العوامل والسمات، مثل القدرات، والاهتمامات، والاتجاهات، والانفعالات، والعمليات العقلية التي تنمو خلال المراحل العمرية المختلفة من الطفولة حتى سن البلوغ، كما ينظر أحد روادها (Ellis) إلى أن الناس واقعيين وغير واقعيين، وأن معتقدات الناس تؤثر في سلوكهم، وأن الناس عرضة للمشاعر السلبية، مثل القلق بسبب تفكيرهم اللاواعي وحالتهم الانفعالية التي يمكن التغلب عليها بتنمية قدرة الفرد العقلية، وزيادة درجة إدراكه (أبو عيطة، 2002)، ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن القلق ينتج عن تقييم الفرد لموقف مهدد يتضمن هذا التقييم عناصر رمزية متوقعة، وهو رمزي لأنه يثار بواسطة الأفكار والقيم والأنظمة المعرفية بدل الأحداث المحسوسة والمباشرة. أي أن أصل القلق هو الأفكار اللامنطقية الموجودة عند الإنسان ونظرته تجاه الأشياء والحوادث وهذا بدوره ينعكس على الصحة النفسية للأفراد (عيسوي، 2002).

2.5 الدراسات السابقة

2.5.1 الدراسات العربية

مقدمة

بعد مراجعة الباحثة للدراسات السابقة التي اهتمت بموضوع المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية بصورة عامة، عثرت الباحثة على بعض الدراسات التي تناولت موضوع المساندة الاجتماعية وموضوع الصحة النفسية على حدة، ومن الملفت للنظر أن الباحثة لم تعثر على دراسات تناولت موضوع هذه الدراسة بشكل مباشر - في حدود علم الباحثة - خاصة عند الحديث عن المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة، والدراسات التي تم الحصول

عليها عن طريق المراجع، والدوريات المتخصصة، والمجلات، ورسائل الماجستير قامت الباحثة بعرضها وفقا لتاريخ نشرها من الأحدث إلى الأقدم على النحو التالي:

المحور الأول: دراسات تتعلق بالمساندة الاجتماعية وعلاقتها ببعض المتغيرات :

- أجرت أحمد ويسري(2016) دراسة هدفت التعرف إلى تأثير المساندة الاجتماعية على تنمية المهارات الحياتية لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة، وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات الديمغرافية في المملكة العربية السعودية ، وتكونت عينة الدراسة من (206) أسرة سعودية لديها ابن واحد على الأقل من ذوي الاحتياجات الخاصة(إعاقة ذهنية)، وتم تطبيق استبانة المساندة الاجتماعية والمهارات الحياتية من إعداد الباحثين، وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة في المساندة الاجتماعية تبعا لمتغيرات الدراسة، حيث كانت الفروق تبعا لمتغير تعليم الأب لصالح الآباء الحاصلين على الشهادة المتوسطة أو أقل، كما كانت الفروق تبعا لمتغير تعليم الأم لصالح الأمهات الحاصلات على الشهادة المتوسطة أو أقل، وكانت الفروق تبعا لمتغير عمر الأب لصالح الآباء ذوي السن (أقل من 40 سنة)، وتبعا لمتغير تعليم الأم لصالح الأمهات ذوات السن (أقل من 40 سنة)، وتبعا لمتغير عدد أفراد الأسرة لصالح الأسر (7 أفراد فأكثر)، وتبعا لمعدل الدخل الشهري لصالح الأسر ذات الدخل المنخفض، وتبعا لمتغير عمر ذوي الاحتياجات الخاصة لصالح الأبناء ذوي السن (6 سنوات إلى أقل من 9 سنوات). ووجود علاقة ارتباطيه بين محاور المساندة الاجتماعية لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة وبين المهارات الحياتية. كما تبين اختلاف نسبة مشاركة المتغيرات المؤثرة على المساندة الاجتماعية لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة، واختلاف نسبة مشاركة المتغيرات المؤثرة على تنمية المهارات الحياتية لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة.

- هدفت دراسة طنطاوي (2016) التعرف إلى القدرة التنبؤية للمساندة الاجتماعية بجودة الحياة التي تتوفر للأمهات الأطفال المرضى المصابين بأنيميا البحر المتوسط(التلاسيميا)، وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات الديمغرافية في جمهورية مصر ، حيث طبقت الدراسة على عينة مكونة من (90) سيدة من أمهات الأطفال المصابين بأنيميا البحر المتوسط(التلاسيميا) المترددات على العيادة الخارجية بقسم أمراض الدم لمستشفى بنها التخصصي للأطفال ، وذلك وفق مجموعة من المتغيرات الديمغرافية وقد أعدت الباحثة مقياسين للتحقق من فروض الدراسة وهما مقياسا للمساندة الاجتماعية وآخر لجودة الحياة، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين جودة الحياة والمساندة الاجتماعية، كما تبين

وجود علاقة سالبة تبعا لمتغير عدد الأفراد الذين تعولهم الأسرة بمعنى كلما قل أفراد الذين تعولهم الأسرة كلما زاد إدراك الأم لجودة الحياة.

- كذلك هدفت دراسة **حجازي (2015)** التعرف إلى فاعلية التدخل المهني باستخدام العلاج الأسري لتحقيق المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، حيث طبقت الدراسة على عينة مكونة من (20) تلميذ من التلاميذ ذوي الإعاقة العقلية البسيطة من مدرسة التربية الفكرية بدسوق، تتراوح أعمارهم ما بين (13-18) سنة، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: المقابلات المهنية، وسجلات وملفات التلاميذ المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، ومقياس المساندة الاجتماعية للتلاميذ المعاقين عقلياً جميعها (إعداد الباحث)، وأتبعت الدراسة المنهج شبه التجريبي، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي على أبعاد استمارة المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

- أيضاً هدفت دراسة **غنيم (2015)** التعرف إلى الضغوط وأساليب مواجهتها وعلاقتها بالصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مصر ، وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (60) أم، (30) أم لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، و(30) أم لأطفال عاديين تتراوح أعمارهم بين (25 - 48 عام) ، أظهرت النتائج وجود فروق بين أمهات الأطفال العاديين وأمهات الأطفال التوحديين في الضغوط النفسية، وفي بعد التفاعل السلبي على مقياس مواجهة أحداث الحياة الضاغطة لصالح أمهات الأطفال التوحديين، وفي التصرفات السلوكية والتفاعل الإيجابي لصالح أمهات الأطفال العاديين، كما أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق في أبعاد الالتزام، والتحدي، والتحكم، على مقياس الصلابة النفسية، لصالح أمهات الأطفال العاديين، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق على مقياس المساندة الاجتماعية لصالح أمهات الأطفال العاديين، كما توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الضغوط وأساليب مواجهتها بالصلابة النفسية وأبعادها لدى عينة أمهات الأطفال العاديين، ووجود علاقة ارتباطية بين الضغوط وأساليب مواجهتها بالمساندة الاجتماعية وأبعادها لدى عينة أمهات الأطفال العاديين.

-أجرت أبو قوطه (2013) دراسة هدفت التعرف إلى مستوى قلق الحمل والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى النساء ذوات المواليد بعيب خلقي، والكشف عن العلاقة بين هذه المتغيرات في فلسطين، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة استخدمت الباحثة مقياس الحمل ومقياس المساندة الاجتماعية من إعدادها، ومقياس الصلابة النفسية من إعداد (عماد محمد مخيمر). وقامت الباحثة بتطبيق المقاييس على عينة مكونة من (150) امرأة سبق لها ولادة طفل بعيب خلقي بمحافظة خانيونس، وكان من أهم النتائج أن (29.30%) من عينة الدراسة من ذوات المواليد بعيب خلقي يشعرون بقلق منخفض، بينما كان (41.30%) يشعرون بقلق متوسط، وكان (29.30%) يشعرون بنسبة مرتفعة من القلق، كذلك تبين أن (24.70%) من العينة يدركن أن لديهن مستوى منخفض من المساندة الاجتماعية، بينما كان (42%) منهن يدركن بأنهن يتلقين مساندة متوسطة، وكان (33.30%) يدركن بأنهن يتلقين مساندة مرتفعة. كما أظهرت النتائج أن (30.70%) يتمتعن بصلابة نفسية منخفضة، و(33.30%) منهن يتمتعن بصلابة نفسية متوسطة، و(36%) يتمتعن بصلابة نفسية مرتفعة، كذلك أظهرت النتائج وجود علاقة سلبية بين قلق الحمل والمساندة الاجتماعية، في حين تبين انه لا توجد علاقة بين قلق الحمل والدرجة الكلية للصلابة النفسية وبعد التحكم، بينما ظهرت علاقة بين قلق الحمل وبعدي الالتزام والتحدي. أيضا أظهرت النتائج انه لا توجد فروق في مستوى قلق الحمل والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية تعزى لمتغير عدد مرات الحمل، ونوع الولادة، وعدد الأطفال المعاقين، والقرابة من الزوج، ووجود مرض مزمن، والمستوى التعليمي.

- كما هدفت دراسة شاش (2013) التعرف على صراع الدور وعلاقته بالضغوط النفسية والمساندة الاجتماعية لدى أمهات الأطفال المعاقين العاملات وغير العاملات، تكونت عينة الدراسة من (115) من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة (العقلية والبدنية والسمعية والبصرية) العاملات وغير العاملات، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس صراع الدور والمساندة الاجتماعية (إعداد الباحثة)، ومقياس الضغوط النفسية إعداد (السرطاوي والشخص، 1998)، وتوصلت الدراسة إلى وجود تأثير دال إحصائياً لعمل الأم على كل من صراع الدور والضغوط النفسية والمساندة الاجتماعية، وكانت أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العاملات أقل رضا عن المساندة الاجتماعية عن الأمهات غير العاملات، ووجود تأثير دال إحصائياً لنوع الإعاقة على صراع الدور وكانت أمهات المعاقين بدنياً وسمعياً أكثر معاناة لصراع الأدوار، بالإضافة إلى ضغط الأمراض النفسية والعضوية

والمصاحبات الأسرية والاجتماعية وكانت أمهات الأطفال ذوي الإعاقة البدنية والسمعية والبصرية
كن أقل رضا عن المساندة المدرسية والمجتمعية.

- كما أجرت شقير (2013) دراسة هدفت للتعرف إلى فاعلية برنامج تكاملي للمساندة الاجتماعية من خلال الدمج الأسري وأثره في تحسين درجة الأمن النفسي وخفض درجة الكذب، أجريت الدراسة على حالة كفيفة تبلغ من العمر (15) سنة عبر الدردشة بالإنترنت الشات، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس المساندة الاجتماعية، ومقياس الأمن النفسي، ومقياس الكذب (إعداد الباحثة)، وأتبعَت الدراسة منهج دراسة الحالة، وتوصلت الدراسة إلى وجود كفاءة عالية للبرنامج العلاجي وفعالية عالية حيث ارتفعت درجة المساندة الاجتماعية خاصة الأسرية منها واستمرار تأثير البرنامج في التحسن بعد نهاية التطبيق بشهر.

- أيضاً هدفت دراسة التميمي (2013) التعرف إلى المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة حياة أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة بمرحلة التدخل المبكر في المملكة العربية السعودية ، وقد تكونت عينة الدراسة من (220) فرداً من آباء وأمهات ممن لديهم طفل ذو إعاقة، وملتحق بأحد برامج التدخل المبكر، منهم (113) أباً، و(107) أمماً ، وقد تراوحت أعمارهم ما بين (20-50 سنة)، وقد أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة الاجتماعية وشعور أولياء الأمور بجودة حياتهم الأسرية، كما أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة بين آباء الأطفال ذوي الإعاقة وأمهاتهم بمرحلة التدخل المبكر في شعورهم بالرضا عن جودة حياتهم الأسرية لصالح الآباء، كما كانت هناك فروق دالة إحصائية بين أولياء أمور ذوي صعوبات التعلم، وكل من أولياء أمور ذوي الإعاقة الفكرية وذوي اضطرابات التوحد في شعورهم بالرضا عن جودة حياتهم الأسرية لصالح أولياء أمور ذوي صعوبات التعلم.

-في حين هدفت دراسة الصفدي (2013) التعرف إلى العلاقة بين كل من المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى زوجات الشهداء والأرامل بمحافظة غزة- فلسطين، كما هدفت التعرف على مستوى كل من المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية وقلق المستقبل لديهن، كما هدفت أيضاً إلى فحص العلاقة والفروق لعدد من المتغيرات الاجتماعية، والديموغرافية، والسياسية،

على كل من المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية وقلق المستقبل. وتم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من (492) مستجيبة من زوجات الشهداء والأرامل بمحافظة غزة، بواقع (422) (زوجة شهيد) و(92)، (أرملة)، واستخدمت الباحثة ثلاثة مقاييس هي: مقياس المساندة الاجتماعية " ومقياس الصلابة النفسية" من إعداد الباحثة، ومقياس قلق المستقبل من إعداد أحمد جبر (2012) وكان من أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين غالبية أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية وغالبية أبعاد مقياس الصلابة النفسية. كذلك تبين وجود علاقة ارتباطية سالبة (عكسية) دالة إحصائياً لدى عينة زوجات الشهداء بين القلق العام، وجميع أبعاد مقياس الصلابة النفسية، وكذلك بين الدرجة الكلية لقلق المستقبل، وبعد التحدي. كذلك بينت النتائج وجود علاقة ارتباطية سالبة (عكسية) دالة إحصائياً لدى عينة الأرامل بين بعد القلق العام، وكل من بعد التحكم، وبعد التحدي، وكذلك الدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل. كذلك أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين زوجات الشهداء، والأرامل لصالح الأرامل على الدرجة الكلية للصلابة النفسية وكذلك على بعدي الالتزام والتحدي. كذلك أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين المستجيبات ذوات الدرجة المرتفعة، والمستجيبات ذوات الدرجة المنخفضة على مقياس الصلابة النفسية، في جميع أبعاد مقياس قلق المستقبل.

-كما هدفت دراسة القطراوي (2013) التعرف إلى مستوى (المساندة الاجتماعية - الإهمال) والرضا عن خدمات الرعاية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً في محافظات قطاع غزة، ولتحقيق هدف الدراسة قام الباحث باختيار عينة للدراسة تكونت من (200) معاقاً حركياً من أصل المجتمع الأصلي، واستخدم الباحث ثلاثة مقاييس هي: مقياس الصلابة النفسية، ومقياس المساندة الاجتماعية، ومقياس الرضا عن خدمات الرعاية وجميعها من إعداد الباحث، وقد خرجت الدراسة بمجموعة من النتائج أهمها: وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين متوسطي كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى المعاقين حركياً. في حين تبين انه لا يوجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الصلابة النفسية أو المساندة الاجتماعية أو الرضا عن خدمات الرعاية لدى المعاقين حركياً ترجع لمتغير الجنس. كما أظهرت النتائج فرق جوهري فقط في مستوى الصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً ترجع لمتغير السن ولم تظهرها في المساندة الاجتماعية أو الرضا عن خدمات الرعاية لذات المتغير.

-كما هدفت دراسة **الهلول ومحيسن (2013)** إلى تعرف علاقة المساندة الاجتماعية بالرضا عن الحياة والصلابة النفسية لدى المرأة الفلسطينية فاقدة الزوج، تكون مجتمع الدراسة من (7194)، تم أخذ عينة من (129) امرأة ممن فقدن أزواجهن، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحثان مقياس المساندة الاجتماعية والرضا عن الحياة والصلابة النفسية، وبعد التحقق من ثبات الأدوات وصدقها تم تطبيقها على عينة الدراسة، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية والرضا عن الحياة والصلابة النفسية لدى المرأة فاقدة الزوج، كما أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية والرضا عن الحياة والصلابة النفسية تعزى لنوع الفقدان (شهيد - غير شهيد) في حين وجدت فروق في متغيرات الدراسة تعزى لنوع السكن (مستقل - مشترك) كذلك كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق في الرضا عن الحياة لدى المرأة فاقدة الزوج تعزى للعمر ولصالح كبيرات السن، ووجود أثر دال للمساندة الاجتماعية على الرضا والصلابة النفسية.

-أيضاً هدفت دراسة صباح وعبد الحق (2013) التعرف إلى علاقة الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين بالعلاقات الأسرية، وتكونت عينة الدراسة (121) أسرة لأطفال معاقين ملتحقين بمراكز المعاقين على مستوى ولايتي وهران وشلف، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين إعداد (السرطاوي والشخص)، واستبيان العلاقات الأسرية لدى أسر المعاقين (إعداد الباحثين)، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطيه بين الضغوط النفسية والعلاقات الأسرية، ووجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين والعلاقات بين الوالدين والعلاقات بين الأخوة والعلاقات بين الآباء والأبناء.

-كما هدفت دراسة **شعبان (2012)** التعرف على أثر برنامج إرشادي على تنمية الذكاء الوجداني والمساندة الاجتماعية على تلاميذ ذوي الإعاقة البصرية، وتكونت عينة الدراسة من (52) طالب وطالبة، تتراوح أعمارهم ما بين (8-14.5) سنة، وقد تم تطبيق مقياس المساندة الاجتماعية (إعداد الباحث)، ومقياس الذكاء الوجداني (إعداد بار-أون)، وأتبعت الدراسة المنهج شبه التجريبي، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق في مقياس المساندة الاجتماعية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

-في حين هدفت دراسة العثمان والبيلاوي (2012) التعرف إلى طبيعة العلاقة بين كل من المساندة الاجتماعية والتوافق الزوجي من ناحية والضغوط النفسية التي تعاني منها أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد من ناحية أخرى، وتكونت عينة الدراسة من (96) أما لأطفال ذوي اضطراب التوحد في المملكة العربية السعودية، وقم تم تطبيق مقياس الضغوط كما يدركها أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد والمقياس الشامل للتوافق الزوجي، ومقياس المساندة الاجتماعية كما تدركها أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وقد كشفت النتائج عن علاقة سلبية بين المساندة الاجتماعية والضغوط لدى أمهات ذوي اضطراب التوحد، وكذلك وجود علاقة سلبية بين التوافق الزوجي والضغوط لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد تعزى إلى جنس الطفل لصالح أمهات الأطفال الذكور، ووجود فروق في الضغوط تعزى لشدة الإعاقة لصالح أمهات الأطفال ذوي التوحد الشديد، ووجود فروق في الضغوط تعزى للمستوى الاقتصادي لصالح أمهات الأطفال ذوات المستويات الاقتصادية الدنيا، ووجود فروق في الضغوط تعزى للمستوى التعليمي لصالح أمهات الأطفال ذوات المؤهل (ثانوي فأقل).

-أيضاً هدفت دراسة دياب (2006) التعرف إلى دور المساندة الاجتماعية كأحد العوامل الواقية من الأثر النفسي الناتج عن تعرض الفرد للأحداث الضاغطة، وتحديد التأثير السلبي للأحداث الضاغطة على الصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين. وقد تكونت عينة الدراسة من (550) طالب وطالبة من طلبة المرحلة الثانوية، وتراوحت أعمارهم بين (15 سنة إلى 19 سنة)، وكانت الأدوات المستخدمة عبارة عن استبانة الصحة النفسية واستبانة المساندة الاجتماعية واستبانة الأحداث الضاغطة. وقد كانت أهم نتائج الدراسة تعرض المراهقين الفلسطينيين لأنماط متعددة من الأحداث الضاغطة، وأنه توجد علاقة عكسية دالة إحصائياً بين درجات الأحداث الضاغطة التي تعرض لها المراهقون والمساندة الاجتماعية، كما كشفت عن وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات منخفي الأحداث الضاغطة ومتوسط درجات مرتفعي الأحداث الضاغطة بالنسبة لحجم المساندة الاجتماعية لدى المراهقين، والفروق كانت لصالح منخفي الأحداث الضاغطة، وأنه توجد علاقة طردية دالة إحصائياً بين درجات الصحة النفسية للمراهقين ودرجات المساندة الاجتماعية، وتوجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات منخفي حجم المساندة

الاجتماعية ومتوسط درجات مرتفعي حجم المساندة الاجتماعية بالنسبة للصحة النفسية لدى المراهقين، والفروق كانت لصالح مرتفعي حجم المساندة الاجتماعية، كذلك بينت أنه توجد علاقة عكسية قوية دالة إحصائياً بين درجات الصحة النفسية للمراهقين ودرجات الأحداث الضاغطة، وأظهرت وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات منخفضي الأحداث الضاغطة ومتوسط درجات مرتفعي الأحداث الضاغطة بالنسبة للصحة النفسية لدى المراهقين، والفروق كانت لصالح منخفضي الأحداث الضاغطة، وأخيراً بينت أن المساندة الاجتماعية عامل وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية.

- كما هدفت دراسة **تفاحة (2005)** التعرف إلى مستوى الشعور بالوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية من الآباء والأقران لدى الأطفال العميان مع بيان العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية، وبيان أثر الجنس والإقامة على الإحساس بالوحدة والمساندة الاجتماعية، تكونت عينة الدراسة من (120) طفلاً أعمى نصفهم من الذكور، والنصف الآخر من الإناث، كذلك نصفهم من المقيمين داخل المدرسة، والنصف الآخر من المقيمين خارج المدرسة، تتراوح أعمارهم ما بين (9 - 12 سنة) في جمهورية مصر العربية، طبق عليهم مقياس الوحدة النفسية، ومقياس المساندة الاجتماعية، وتوصلت الدراسة إلى ارتفاع مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى الأطفال العميان، وأنه يوجد ارتباط سالب بين الوحدة النفسية ومساندة كل من الآباء والأقران، كما كشفت أن الإناث أكثر شعوراً بالوحدة النفسية من الذكور، والمقيمون داخل المدرسة أكثر شعوراً بالوحدة من المقيمين خارجها، وبينت أنه يوجد تفاعل دال بين الجنس والإقامة على مستوى الشعور بالوحدة النفسية، وعلى مستوى مساندة كل من الآباء والأقران، كما أزهرت أنه يقل مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى الأطفال العميان من خلال التأثير المشترك بين مساندة الآباء ومساندة الأقران.

المحور الثاني : دراسات تتعلق بالصحة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات :

- هدفت دراسة السيد (2012) التعرف إلى فاعلية برنامج للأنشطة اللاصفية في تحسين الصحة النفسية لدى الأطفال المعاقين عقلياً، أجريت الدراسة على عينة مكونة من (16) طفلاً من المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في فصول التربية الفكرية بمدرسة الإمام علي بن أبي طالب الابتدائية بمحافظة

الإحساء، وتتراوح أعمارهم ما بين (8-12) عام، ومعامل ذكائهم من (50-70)، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: استمارة جمع البيانات الأولية عن الطفل المعاق عقلياً، ومقياس الصحة النفسية، وبرنامج الأنشطة الصفية (إعداد الباحث)، واختبار ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الرابعة، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً في رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي.

-هدفت دراسة عبد الحليم والطيب (2010) للتعرف إلى استراتيجيات تحمل الضغوط النفسية لدى المعاقين بصرياً بولاية الخرطوم وعلاقتها ببعض المتغيرات، وتكونت عينة الدراسة من (200) معاق بصري تم اختيارهم مناصفة بين الذكور والإناث تتراوح أعمارهم بين (22-32) عام، وأتبعته الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، وتوصلت الدراسة إلى أن المعاقين بصرياً يمارسون الاستراتيجيات الإيجابية لتحمل الضغوط بدرجة كبيرة، ويمارس الذكور الاستراتيجيات الإيجابية بدرجة أكبر من الإناث، بينما تمارس الإناث المعاقات بصرياً الاستراتيجيات السلبية بدرجة أكبر من الذكور، ولا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات ممارسة استراتيجيات تحمل الضغوط ومستوى المؤهل العلمي للمعاق بصرياً.

-كما هدفت دراسة البحيري (2010) التعرف إلى فاعلية برنامج إرشادي لتحسين دافعية الإنجاز وأثره في الصحة النفسية لدى عينة من الأطفال المكفوفين، وتكونت عينة الدراسة من (100) طفل مكفوف تراوحت أعمارهم ما بين (9-12) سنة، وأتبعته الدراسة المنهج التجريبي، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في تنمية دافعية الانجاز وتحسين الصحة النفسية لدى عينة الدراسة من الأطفال المكفوفين.

- كما هدفت دراسة العرعر (2010) التعرف إلى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون وعلاقتها ببعض المتغيرات، وتكونت عينة الدراسة من (461) أمماً من أمهات ذوي متلازمة داون، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: استبانة الصحة النفسية إعداد الباحث، ومقياس التوافق الزوجي (إعداد اللدعة)، ومقياس التدين (إعداد موسى)، وتوصلت الدراسة إلى ارتفاع مستوى الصحة النفسية لأمهات الأطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى

الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير (جنس المعاق في الأسرة، صلة القرابة بين الزوجين، عمر الأم عند ولادة طفل معاق، تعليم الأم)، كما وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير (درجة الإعاقة، ترتيب المعاق في الأسرة، المستوى الاقتصادي في الأسرة، عدد الأبناء في الأسرة، عمر الأم الحالي، عمل الأم).

-أيضاً هدفت دراسة أبو رزق (2008) التعرف إلى مستوى الضغوطات النفسية التي يعاني منها والدا الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في الضفة الغربية، والتعرف إلى الفروق في الضغوطات النفسية لدى الوالدين تعزى إلى متغيرات (الجنس، وعمر الوالدين، والمستوى التعليمي، والدخل الشهري للعائلة، ومكان السكن، وصلة القرابة بين الوالدين)، وقد طبقت هذه الدراسة على عينة قصدية عشوائية مكونة من (154) أب وأم لأطفال يعانون من الإعاقة العقلية أعمارهم تراوحت ما بين (4 سنوات) ولغاية (15 سنة)، شكلت الأمهات فيها (90 أما) والآباء (94 أباً)، وقد استخدم الباحث استبانة من إعداد (حمزة، 1993) لقياس استجابة الوالدين للإعاقة العقلية لدى الأبناء، وقد توصلت الدراسة إلى أن مستوى الضغوط النفسية التي يعاني منها والدي الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في الضفة الغربية بلغت (3.10) معبرة عن درجة مرتفعة، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغط النفسي لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة العقلية تعزى لصلة القرابة للطفل. وتبعاً لمتغير مكان السكن، كذلك وجود فروق في مستوى الضغط النفسي تعزى للمستوى التعليمي للوالدين لصالح الفئة (أمي). وتبعاً لمتغير الوضع الاقتصادي لصالح الفئة التي لديها دخل شهري أعلى من العائلات ذات الدخل الأقل. وتبعاً لمتغير عمر الوالدين ولصالح الفئة العمرية (31 - 40 سنة).

-كذلك هدفت دراسة راضي (2008) التعرف إلى علاقة الصلابة النفسية بكل من الالتزام الديني والمساندة الاجتماعية لدى أمهات شهداء انتفاضة الأقصى في محافظات قطاع غزة. حيث أجريت الدراسة على عينة تكونت من (361) أما من أمهات الشهداء. وقد استخدمت الباحثة الأدوات التالية: استبانة الصلابة النفسية. واستبانة الالتزام الديني. واستبانة المساندة الاجتماعية، ومن نتائج الدراسة تبين أن مستوى الصلابة النفسية لدى أمهات الشهداء بدرجة مرتفعة وبمتوسط نسبي (85.74)، أيضاً تبين وجود علاقة ارتباطيه إيجابية بين مستوى الصلابة النفسية والالتزام الديني

والمساندة الاجتماعية لدى أمهات الشهداء، كما تبين انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى أمهات شهداء انتفاضة الأقصى تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية للشهيد، والمستوى التعليمي للأُم، ومتغير مكان السكن، ونمط الشهادة.

- كما وهدفت دراسة **بنهان (2008)** التعرف إلى الذكاء الانفعالي وعلاقته بالصحة النفسية لدى المعاقين سمعياً، تكونت عينة الدراسة من (60) طالباً وطالبة من المعاقين سمعياً تراوحت أعمارهم ما بين (16-19) سنة، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: قائمة تقدير الذكاء الانفعالي الإشاري للمعاقين سمعياً، واستمارة جمع البيانات الأولية عن أفراد العينة وكلاهما من إعداد الباحثة، ومقياس الصحة النفسية إعداد (هاشم، 2004)، وأتبعَت الدراسة المنهج الوصفي، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين الذكاء الانفعالي والصحة النفسية لدى أفراد العينة.

- أيضاً هدفت دراسة **المغاري (2005)** للتعرف على تأثير الإعاقة السمعية على الصحة النفسية للوالدين في قطاع غزة، وتكونت عينة الدراسة من جميع الأطفال المسجلين بمدارس الصم في قطاع غزة، واستخدمت الدراسة مقياس الصحة النفسية المعدل، واتبعَت المنهج الوصفي التحليلي المقطعي، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق لصالح الأمهات أي أن مشكلات الصحة النفسية للأمهات أعلى منها لدى الآباء، كما انه لم توجد فروق دالة إحصائياً في الصحة النفسية بين متوسطي درجات مجموعتي كل من الآباء والأمهات ذوي الأطفال المعاقين 1-2 طفل وذوي الإعاقة 3 فأكثر، وعدم وجود فروق في الصحة النفسية بين مجموعتي آباء الذكور وآباء الإناث من الأطفال المعاقين، كما ووجدت فروق في الصحة النفسية بين الأمهات لصالح أمهات الإناث من الأطفال المعاقين سمعياً، وعدم وجود فروق بين درجات آباء الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة النفسية وفقاً لدرجات الإعاقة السمعية لأبنائهم، في حين وجدت فروق في الصحة النفسية لصالح أمهات الأطفال متوسطي الإعاقة السمعية، وعدم وجود فروق بين درجات آباء أو أمهات الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة النفسية وفقاً لمكان السكن، ووجود فروق بين درجات كل من آباء وأمهات الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة النفسية وفقاً لمستوياتهم التعليمية.

- أيضاً هدفت دراسة **حسنيين (2004)** إلى معرفة العلاقة بين الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية ومعرفة دور المساندة الأسرية في حماية الطفل كي يتمتع بصحة نفسية جيدة كما تهدف إلى محاولة توفير بعض الأفكار المتعلقة بموضوع الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل في فلسطين ، وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (450) طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين 10 - 12 عاماً تم اختيارهم عشوائياً ، واستخدمت الباحثة اختبار الصدمة، واختبار ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) واختبار المساندة الأسرية، واختبار العصاب، واختبار روتر لقياس الصحة النفسية. وأظهرت النتائج وجود فروق إحصائية بين الأطفال الذين تلقوا مساندة أسرية كبيرة وبين الأطفال الذين تلقوا مساندة أسرية قليلة بالنسبة للصحة النفسية لصالح الذين تلقوا مساندة أسرية كبيرة، وأن البنات أظهرن صحة نفسية أعلى من البنين وأن هناك فروقا دالة إحصائية بين الأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة كثيرة والأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة قليلة لمستوى العصاب لصالح الأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة كثيرة، وأنه لا توجد فروق دالة بين الأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة كثيرة والذين تعرضوا لخبرات صادمة قليلة بالنسبة لمستوى الصحة النفسية.

- كما أجرى **المدهون (2004)** دراسة هدفت إلى البحث في المساندة الاجتماعية كما يدركها المعوقون حركيا بمحافظة غزة وعلاقتها بصحتهم النفسية، وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (140) معاقا من الجنسين، واستخدم الباحث مقياسين الأول لقياس المساندة الاجتماعية من إعداد السمدوني(1997) والثاني لقياس الصحة النفسية من إعداد الطارق(1999)، وأسفرت النتائج عن وجود علاقة إيجابية دالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية والصحة النفسية، كذلك تبين وجود فروق تبعاً لمتغير الجنس في المساندة الاجتماعية للمعاقين حركيا من حيث أبعاد الصحة النفسية حيث جاءت الفروق لصالح الإناث ذوات المساندة الاجتماعية المرتفعة.

-وهدف دراسة **جبريل واحمد (1996)** التعرف إلى الفروق في الصحة النفسية بين إخوة المعاقين وإخوة غير المعاقين، كما هدفت إلى تبين ما إذا كانت هناك فروق في الصحة النفسية لدى إخوة المعاقين إلى جنسهم أو جنس إخوتهم المعاقين ونوع الإعاقة لديهم في الأردن. وتكونت عينة الدراسة من (553) فردا (281) من إخوة المعاقين، و(272) من إخوة غير المعاقين، استخدم مقياس الصحة

النفسية، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة في الصحة النفسية بين إخوة المعاقين ونوع الإعاقة، إذ كان مستوى الصحة النفسية أعلى لدى الذكور منه لدى الإناث من إخوة المعاقين، كما كان أعلى لدى إخوة المعاقين سمعياً منه لدى إخوة المعاقين بصرياً وعقلياً، وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق بين إخوة المعاقين تعزى إلى جنس الأخ المعاق.

- كما هدفت دراسة **يعقوب ويحيى (1995)** كما هو مشار إليها في (العثمان والبيلاوي، 2012) التعرف إلى العلاقة بين الضغوط النفسية والدعم الاجتماعي لدى آباء وأمّهات الأطفال ذوي الإعاقات في عُمان، بينت النتائج أن والدي الطفل ذو الإعاقة يعانون من ضغوط نفسية شديدة منها الأسى والحزن والألم والشعور بالذنب والاكنتاب، وأنه كلما ارتفعت درجة الشعور بالضغوط النفسية احتاج الوالدان إلى مساندة اجتماعية أكبر، وأيضاً توجد علاقة سلبية بين درجة الضغوط ودرجة الدعم الاجتماعي.

2.5.2 الدراسات الأجنبية :

المحور الأول : الدراسات التي تتعلق بالمساندة الاجتماعية :

-هدفت دراسة **جي إم و آخرون (2015)** إلى التحقق من العلاقة بين الرفاهية النفسية والدعم الاجتماعي بين آباء الأطفال الذين يعانون من إعاقات ذهنية. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي من خلال اختيار عينة من (30) من أولياء أمور الذين يعانون من إعاقات فكرية. وتكونت أدوات الدراسة من استبانتين تم إعدادهما خصيصاً من أجل هدف الدراسة وتم توزيعهم على أولياء الأمور. توصلت الدراسة إلى أن هناك تأثير على ناحية الرفاهية النفسية والدعم الاجتماعي لدى أولياء أمور الأطفال الذين يعانون من إعاقات ذهنية. حيث أظهرت نتائج الدراسة أن الأمهات يقدمن دعم اجتماعي أقل مقارنة بآباء الأطفال المعاقين ذهنياً. وأوصت الدراسة بضرورة وجود متخصصين في التعامل مع الأطفال المعاقين ذهنياً وعدم ترك الأمر لملي الكامل علي عاتق أولياء الأمور.

-هدفت دراسة هولاندة و آخرون (2015) إلى التعرف إلى قنوات الدعم الاجتماعية للأشخاص المعاقين جسدياً في البرازيل، وإلى كيفية مساعدة تلك القنوات في تقديم التسهيلات لذوي الإعاقة في الحصول على الرعاية الصحية. حيث استخدم الباحثون المنهج الوصفي من خلال مقابلة (120) معاق من أجل تعبئة استبياناً أعد خصيصاً من أجل هدف البحث. وبعد تعبئة الاستبيانات، توصل الباحثون إلى أن أكثر أشكال الدعم المقدمة للمعاقين هي من ساكني المدينة التي يسكنون بها وهي مدينة بو بيسوا في البرازيل. وتوصل الباحثون أيضاً إلى أن المعاقين جسدياً يجدون صعوبات في تطوير علاقات اجتماعية مع أشخاص آخرين وذلك بسبب الإعاقة. وأظهرت الدراسة أن نسبة (50%) من المعاقين يعتمدون على الأشخاص داخل العائلة من أجل مساعدتهم. وكشفت الدراسة أن الأشخاص المعاقين يواجهون صعوبات في الوصول إلى الخدمات الصحية.

-هدفت دراسة (Huang, Yu- Ping et al., 2012) إلى تناول السياق الاجتماعي وخبرات التحدي لدى أمهات الأطفال المعاقين بتايوان ، ولا سيما الشلل الدماغي ، وتحديد القيود أمام رعاية الأمهات للطفل المعاق ولا سيما فيما يتعلق بعلاقة الأم بالطفل ،والقاء الضوء على أهمية دور الأسرة في دعم الأمهات، واكتشاف طرق الاهتمام والرعاية وتعزيز التكيف والتحفيز الإيجابي في الرعاية ،وبالتالي خلق سياق علاجي يقلل من الضغوط المحتملة على الأمهات ،وتكمن أهمية الدراسة الحالية في أنها تقدم الحافز للممرضات لاكتشاف طرق جديدة لإعادة بلورة الممارسة العلاجية مع الأسر والأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة ،واعتمدت الدراسة في منهجها على المقابلات الشخصية ،وذلك على عينة قوامها (15) أما تقدم الرعاية لطفل يعاني من الشلل الدماغي (بدءاً من الوليد وحتى سن 18 عاماً) ،وأُسفرت نتائج الدراسة عن أربعة أنماط لخبرات الرعاية : (1) عبء الخبرة كمقدم الرعاية الرئيسي الوحيد،(2) إدارة التحديات بواسطة موازنة المتطلبات ،(3) التهميش من قبل الآخرين ،(4) تشجيع الدعم من الأخصائيين ،حيث واجهت الأمهات عبء إدارة قيود الرعاية في سياقات لا تدعم أبنائهن أو تعتبرهم مساهمين هامين في الأسرة والمجتمع بوجه عام ، وتشير النتائج أيضاً إلى عدم وجود دعم في الأسرة التي تعتبر الإعاقة وصمة عار .

-وهدف دراسة برينتانو (Brentano,2011) إلى تناول الأبعاد الأخلاقية لتعامل أسر ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال المعاقين سمعياً ،وهي رسالة ماجستير غير منشورة بجامعة لندن ، كلية العلوم الاجتماعية، وقد أظهرت نتائج الدراسة أهمية إيجاد الدعم الاجتماعي والدعم الثقافي لأسر المعاقين سمعياً، حيث أن آباء الأطفال الصم الذين تم تشخيصهم حديثاً يحتاجون إلى توفير المعلومات والخبرات التي تمكنهم من مواجهة متطلبات واحتياجات طفلهم المعاق سمعياً ، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، حيث أوضحت نتائج الدراسة أنه يمكن اكتساب تلك الخبرات بصورة أفضل من خلال تفاعلاتهم مع غيرهم من الأسر عن طريق تنظيم المناقشات الواسعة لعرض مشكلاتهم وتبادل المهارات والخبرات، كما أوضحت نتائج الدراسة أن الأبعاد الأخلاقية لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة تساعد في توفير الدعم المهني للوصول إلى مستوى أفضل في التعامل مع أطفالهم والوصول إلى خدمات الرعاية المجتمعية المناسبة ودرجة الإعاقة السمعية ، وهذا يتطلب توفير المعلومات عن أسر المعاقين سمعياً وتنويع سبل الاتصال بين الأسر والمهنيين خصوصاً تلك الأسر التي تم تشخيص الإعاقة السمعية لأطفالهم حديثاً لتوفير الفهم وإمكانية الوصول والاختيار للموارد .

-كما هدفت دراسة ديفز وجفاديابين (Davis & Gavidia-Payne (2009 إلى فحص أثر الدعم الذي تتلقاه أسر ذوي الإعاقة على جودة حياة تلك الأسر على عينة تكونت من (64) أسرة استرالية تتراوح أعمار أطفالهم ما بين(3-5) سنوات، وكانوا يعانون من تأخر نمائي أو إعاقة فكرية، وقد كان متوسط أعمار أولياء الأمور تتراوح ما بين(25- 65) سنة، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطه موجبة بين الدعم بأشكاله المختلفة وجودة حياة تلك الأسر، كما توصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أولياء الأمور في رضاهم عن جودة حياتهم الأسرية لصالح أولياء الأمور صغار السن، كما أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أولياء الأمور وفقاً لمتغير صغر وكبر حجم الأسرة في الرضا عن جودة حياتهم الأسرية لصالح أولياء الأمور ممن أسرهم صغيرة الحجم.

- كما هدفت دراسة روبرتس (Roberts (2008 التعرف إلى الدور الذي تؤديه سلوكيات الأطفال التوحديين في إثارة الضغوط لدى آبائهم ودور مجموعات المساندة في تخفيفه، تكونت عينة الدراسة من

(75) أباً وأماً ممن هم مسؤولين عن تقديم الرعاية بشكل أساسي للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، قدم الآباء والأمهات معلومات عن سلوكيات تكيف أطفالهم المصابين بالتوحد وعن شبكات دعم الأسرة وضغوط الوالدين وتكيفهم، وقد كشفت النتائج عن أن سلوكيات تكيف الأطفال المصابين بالتوحد كانت مرتبطة بشكل سلبي مع سلوكيات الآباء والأمهات التي قامت بالتركيز على الاستمرار في البحث واستخدام الدعم الاجتماعي واحترام الذات والقوة العاطفية، آراء الآباء والأمهات في الدعم الذي تلقتة أسرهم كانت مرتبطة بشكل إيجابي مع سلوكيات الآباء والأمهات التي ركزت على تكيف الأسرة وفريق العمل والمعنى الإيجابي للموقف، كما تبين وجود علاقة بين سلوكيات الطفل المصاب بالتوحد وبين ضغوط الوالدين.

- أيضاً قام **ديسون (1997) Dyson** بدراسة حول آباء وأمهات المعاقين حركياً وتأثير الضغوط الوالدية والأداء الوظيفي والمساندة الاجتماعية حيث هدفت الدراسة إلى التحقق من تأثير الإعاقة على مستوى ضغط الوالدين وطبيعة العلاقات والتفاعلات الأسرية والأداء الوظيفي للنسق الأسري ودور الدعم والمساندة الاجتماعية بصورة طبيعية في تخفيف تلك الضغوط ومساندة الأسرة ومساعدتها على القيام بوظائفها بصورة طبيعية، وتكونت عينة الدراسة من (30) زوجاً وزوجة من آباء وأمهات الأطفال المعاقين حركياً و(32) زوجاً وزوجة من آباء وأمهات الأطفال العاديين، وكانت أدوات الدراسة شاملة على مقياس الضغوط النفسية والاجتماعية والتفاعلات الأسرية. وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية بين آباء وأمهات الأطفال المعاقين وأقرانهم العاديين، وكان آباء الأطفال المعاقين حركياً أكثر معاناة من كثير من صور الضغوط النفسية والمادية، كما اتضح أيضاً أن هناك العديد من الجوانب السلبية في التفاعلات الأسرية داخل أسر الأطفال المعاقين نظراً لان وجود الطفل المعاق حركياً في الأسرة يؤدي إلى اضطراب وقلق.

- كذلك قام **مارجليت وآخرون (1992) Margalit et al** بدراسة عن أسر المعاقين جسمياً أو حركياً وأهمية بعض العوامل مثل المواجهة والإحساس بالترابط بين أفراد الأسرة والمناخ الأسري، واشتملت عينة الدراسة على (78) أسرة لدى كل منها طفل معاق و(83) أسرة ليس لديها طفل معاق. وأسفرت نتائج الدراسة عن أن الوالدين في أسر المعاقين اقل إحساساً بالترابط الأسري والانسجام كما أنهم غالباً ما يتحاشون مواجهة المشكلات والتغلب عليها، كما أوضحت نتائج الدراسة أن المناخ الأسري في هذه

الأسر يشوبه عدم التركيز على العلاقات والتفاعلات الأسرية، وعدم وضوح هذه العلاقات وقلة الفرص المتاحة للنمو النفسي للأبناء، ويقل مستوى الاتفاق بين الآباء والأمهات بصورة ملحوظة كما أن هذه الأسر أقل دعماً ومساندة اجتماعية لأفرادها في مواجهة الإعاقة، وتوضح نتائج الدراسة أيضاً أن إتاحة الفرصة بين أفراد الأسرة للإحساس بالتماسك والترابط يزيد من قوة الوالدين في مواجهة الضغط النفسي وتحقيق التوافق والصحة النفسية لدى أبنائها من المعاقين حركياً.

- كما قام دين وآخرون (Dean et al (1990) كما هو مشار إليها في السرسى وعبد المقصود، (2000) بدراسة لمعرفة الدور الوقائي للمساندة الاجتماعية من مصادر مختلفة على الشعور بالاكتئاب، وذلك على عينة مكونة من (997) مبحوثاً من الجنسين منهم (499) من الذكور و(498) من الإناث، ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (50 - 85) سنة، مستخدماً عدة أدوات تضمنت، مقياس الأعراض الاكتئابية، ومقياس للمساندة الاجتماعية التعبيرية، ومقياس لأحداث الحياة، وقد أظهرت النتائج أن أحداث الحياة تؤثر بشكل إيجابي ودال إحصائياً على زيادة الأعراض الاكتئابية، كما أن انخفاض المساندة الاجتماعية أدى إلى زيادة الأعراض الاكتئابية، بينما ارتبطت المساندة الاجتماعية المرتفعة بظهور أعراض اكتئابية أقل.

المحور الثاني : الدراسات التي تتعلق بالصحة النفسية :

- هدفت دراسة سميث وكريزيواز (2014) إلى تحديد مستوى الصحة النفسية والجسمية لدى الآباء الذين لديهم أطفال لديهم احتياجات صحية خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية. اتبع الباحث المنهج الوصفي. وكانت أدوات الدراسة عبارة عن استبانات تم توزيعها على عينة قوامها (646) من أولياء أمور الأطفال المعاقين. كشفت الدراسة بعد تحليل الاستبانات المرجعة من أولياء الأمور إلى أن أولياء أمور الأطفال الذين لديهم احتياجات خاصة يعانون من نسب عالية من أعراض الاكتئاب ومن نسب ضعيفة من الصحة النفسية. حيث أن الآباء لا يلقون بالألوان إلى نشاطات الحياة اليومية الترفيهية وبالتالي هذا ما يجعلهم يعانون من الاكتئاب وتدني مستويات الصحة النفسية.

- وهدفت دراسة آن وآخرون (2011) إلى معرفة تأثير بعض الظروف الاجتماعية (الدعم الاجتماعي والمحنة المالية) على الصحة النفسية لدى المعاقين الشباب في استراليا. حيث قام الباحثون

بمقارنة تلك الظروف الاجتماعية على الأشخاص المعاقين الذين يعانون من أمراض عقلية والأشخاص الغير معاقين ويعانون من أمراض عقلية. واستخدم الباحثون المنهج الوصفي التحليلي وذلك بعمل مسح لبيانات لعينة قوامها 3,392 شخص تتراوح أعمارهم ما بين 15-29. وتضمنت الدراسة وجود 475 من الذين يعانون من إعاقات. وكشفت الدراسة بعد عمل مسح وتحليل لبيانات العينة، أن الأشخاص الذين يعانون من إعاقات هم الأشخاص الذين يعانون من أمراض عقلية أكثر من الأشخاص غير معاقين. ويرجع الباحث إلى أن تلك المعاناة من الأمراض النفسية راجعة للوضع المادي السيئ وعدم وجود مساندة اجتماعية. ويوصي الباحثون بأنه من الممكن الحد من الأمراض العقلية التي يعاني منها المعاقين وذلك من خلال معالجة مسألة استبعادهم الاجتماعي.

- أيضاً هدفت دراسة ماسترسون (Masterson, Marilyn, 2011) الاستطلاعية إلى تناول الحزن المزمن لدى عينة مكونة من (6) أمهات لأطفال من ذوي الشلل الدماغى، وكيفية تواجهه وتغيره عبر سنوات التشخيص الأولي للإعاقة، واعتمدت الدراسة على استخدام المنهج النوعي، المتمثل في استمارات استطلاع، والتقارير الذاتي، واستمارة استبيان كينديل حول الحزن المزمن، واستمارة تقييم العوامل الديموجرافية، واستمارة الشكاوي المحتملة للشلل الدماغى، والمقابلات الشخصية مفتوحة النهاية التي تستهدف: الخبرات الشخصية للحزن المزمن، مثيرات الحزن المزمن، الأدوار، الدعم، المسؤوليات، وجودة الحياة، الشعور بالعزلة، الخوف من المستقبل، الإحباط، فقدان الأمل، الإجهاد، الحزن، العوامل المادية، الشعور بالذنب، والغضب، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن العزلة شعور يتغير باختلاف الوقت وفقاً إلى مدى تقديم الأمهات للرعاية الكاملة، كما توجد علاقة ارتباطيه بين الخوف من المستقبل وعمر الأطفال، فكلما صغر عمر الأطفال كلما زاد الخوف من المستقبل، ولكن يتبدل الأمر إلى فقدان الأمل لدى بعض الأمهات عندما يصل الطفل إلى سن الرشد.

- كما هدفت دراسة تيرا (Terra, Vera et al., 2011) إلى تناول أثر الإعاقة على حياة الأطفال والأسرة، وتحديد جودة حياة أمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغى والصراع معاً مقارنة بالأطفال ذوي الشلل الدماغى فقط بدون مرض الصرع في البرازيل، وتكونت عينة الدراسة من (30) أمماً لأطفال معاقين، وقسمت عينة الدراسة إلى مجموعتين، المجموعة التجريبية ويبلغ قوامها

(12)، والمجموعة الضابطة (18) من الأمهات العاديين للأطفال بدون إعاقات، واعتمدت الدراسة على استخدام استمارة تقييم جودة الحياة، وأثبتت نتائج الدراسة صحة فرضية الدراسة الأساسية ومفادها الحياة مقارنة بأمهات الأطفال العاديين، كما سجلت أمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي والصرع مستويات منخفضة على مقياس جودة الحياة مقارنة بأمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي فقط.

- أيضاً هدفت دراسة داهليك (Dahlbeck, David et.al. 2010) إلى دراسة التحديات التي يتعرض لها آباء الأطفال المعاقين، من زيادة الضغوط، وقلة شبكات الدعم الاجتماعي، ووجود قيود مالية، وانخفاض الرضا بالحياة، لذلك ركزت الدراسة على آباء الأطفال ذوي الشلل الدماغي للتعرف على أثر العاطفة الإيجابية، الرضا بالعلاقات، والفروق بين الشريك، الدعم الاجتماعي، والضغوط المالية، ودعم المجتمع الديني على شعورهم بالرضا بالحياة والضغوط، وذلك على عينة قوامها (233) أمًا، (53) أباً لأطفال ذوي شلل دماغي، واعتمدت الدراسة على استخدام اختبارات (ت)، والانحدار الخطي المتعدد، حيث أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية هامة على الضغوط لصالح الأمهات، حيث تسجل الأمهات مستويات مرتفعة من الضغوط مقارنة بالآباء، كما توجد علاقة ارتباطيه بين العاطفة الإيجابية ومستويات الرضا بالحياة، كما توجد علاقة ارتباطيه سالبة بين العاطفة الإيجابية وانخفاض مستويات الضغوط.

- كما هدفت دراسة أبو ركة (Abu Rukba (2005) التعرف إلى العلاقة بين الصلابة النفسية والصحة النفسية لدى أمهات متلازمة داون، كما هدفت إلى تحديد مستوى الصلابة النفسية والصحة النفسية والكشف عن اثر بعض المتغيرات الاجتماعية الديمغرافية، وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (180) أم من الأمهات اللاتي يتابعن أطفالهن بمتلازمة داون في جمعية الحق في الحياة بمدينة غزة، وقد استخدم الباحث مقياس الصلابة النفسية، ومقياس الأعراض السيكوباتولوجية (-90-SCL R) لقياس الصحة النفسية، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين مستوى الصلابة النفسية والصحة النفسية لدى أمهات متلازمة داون. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي للأمهات لصالح الأمهات اللاتي أنهين التعليم الجامعي والثانوي والأساسي، ولكل من عمر المرأة، وعمر الطفل، وجنسه.

- كما استهدفت دراسة هاستنجز (2003) Hastings التعرف إلى المشكلات السلوكية لدى الطفل والصحة النفسية للوالدين وارتباطهما بالضغط لدى آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وما إذا كان هناك اختلاف بين الأمهات والآباء في شدة تلك الضغوط، حيث شارك في الدراسة (19) مبحوث من أمهات وآباء الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وأشارت النتائج إلى أن الأمهات أعلى في معدل القلق مقارنة بالآباء، وأشارت التحليلات إلى أن المشكلات السلوكية لدى الطفل والصحة النفسية لدى الوالدين كلاهما يرتبط بالضغط لدى الأمهات وليس بالضغط لدى الآباء.

- أيضاً قام كل من فارني وآخرون (1990) Varni et al كما هو مشار إليه في المدهون، (2004) بدراسة حول العوامل الأسرية كمنبئات للصحة النفسية السوية للأطفال المعاقين حركياً على عينة قوامها (42) طفلاً من المعاقين عيوب خلقية أو مكتسبة في الأطراف ممن تتراوح أعمارهم الزمنية من (6-14) سنة، وكانت أدوات الدراسة مشتملة على مقياس المناخ الأسري ومقياس العوامل المزاجية للطفل. وأظهرت النتائج ارتفاع درجة الصحة النفسية للأطفال الذين يعيشون في أسر تتميز بالتماسك والعلاقات بين أعضائها، كما تتسم بالنظام والدعم الاجتماعي، والمساندة الاجتماعية ووضوح الرؤية الدينية، وينخفض فيها مستوى الصراعات الأسرية، كما اتضح أيضاً أن التوافق الشخصي والاجتماعي للمعاق يتأثر بالعوامل الأسرية والمزاجية والاجتماعية وعوامل الصحة النفسية في الأسرة ويتفاعلها معاً.

2.5.3 التعقيب على الدراسات السابقة العربية والأجنبية.

من خلال إطلاع الباحثة على الدراسات والأبحاث السابقة التي تناولت موضوع الدراسة والمتعلق بالمساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبين للباحثة أن معظم الدراسات التي اطلعت عليها تركز على المساندة الاجتماعية بصورة خاصة أو الصحة النفسية كمتغير مستقل خاصة لدى أسر المعاقين أو إخوتهم، بينما لم يكن هناك دراسة واحدة جمعت بين المساندة الاجتماعية والصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة خاصة في المجتمعات العربية، ومن الدراسات التي تطابقت مع بعض متغيرات الدراسة الحالية مثل دراسة

(المدهون، 2004) ولكنها اختلفت في طبيعة العينة المستهدفة، حيث هدفت إلى البحث في المساندة الاجتماعية كما يدركها المعوقون حركياً بمحافظة غزة وعلاقتها بصحتهم النفسية، وبالتالي كانت هي الدراسة الأقرب للدراسة الحالية من حيث المتغيرات المستهدفة في هذه الدراسة والمتمثلة في المساندة الاجتماعية والصحة النفسية مع اختلاف الفئة المستهدفة (والدي الأطفال) وهي الأهم.

اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في أن هناك اهتماماً متزايداً من الباحثين والمتخصصين بدراسة الصحة النفسية، وكذلك دراسة المساندة الاجتماعية، حيث هدفت العديد من الدراسات السابقة بدراسة المساندة الاجتماعية لدى المعاقين أو أسرهم وعلاقتها بعدد من المتغيرات ومنها دراسة (أحمد ويسرى، 2016)، ودراسة (طنطاوي، 2016)، ودراسة (غنيم، 2015)، ودراسة (حجازي، 2015)، ودراسة (أبو قوطه، 2013)، ودراسة (شاش، 2013)، ودراسة (الصفدي، 2013)، ودراسة (القطراوي، 2013)، ودراسة (الهلول ومحيسن، 2013)، ودراسة (صباح وعبد الحق، 2013)، ودراسة (التميمي، 2013)، ودراسة (شقيير، 2013)، ودراسة (العثمان والبيلاوي، 2012) ودراسة (شعبان، 2012)، ودراسة (هولاندة وآخرون، 2015)، ودراسة (جي أم وآخرون، 2015)، ودراسة (Huang، 2012)، ودراسة (Brentano، 2011)، ودراسة (دين وآخرون، 1990).

بينما هدفت العديد من الدراسات السابقة بدراسة الصحة النفسية لدى المعاقين أو أسرهم وعلاقتها بعدد من المتغيرات ومنها دراسة (أبو رغبة، 2015)، ودراسة (سميث وكريزيوز، 2014)، ودراسة (السيد، 2012)، ودراسة (آن وآخرون، 2011)، ودراسة (Terra، 2011)، ودراسة (Masterson، 2011)، ودراسة (Dahlbeck، 2010)، ودراسة (البحيري، 2010)، ودراسة (العرعير، 2010)، ودراسة (عبد الحلیم والطيب، 2010)، ودراسة (أبو رزق، 2008)، ودراسة (راضي، 2008)، ودراسة (بنهان، 2008)، ودراسة (المغاري، 2005)، ودراسة (المدهون، 2004)، ودراسة (حسنين، 2004)، ودراسة (جبريل وأحمد، 1996)، ودراسة (هاستجس، 2003)، ودراسة (فارني وآخرون، 1990).

تميزت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في المقاييس المستخدمة حيث أعدت الباحثة مقياساً للصحة النفسية وآخر للمساندة الاجتماعية ليتناسب مع والدي الأطفال ذوي الإعاقة، وذلك لعدم ملائمة المقاييس الموجودة لقياس الصحة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى والدي الأطفال ذوي

الإعاقة، وهذا أيضا ما يميز الدراسة الحالية، كذلك تميزت الدراسة في تناول معظم الإعاقات لدى أسر ذوي الإعاقة وليس إعاقة واحدة .

أيضاً امتازت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في طبيعة العينة المستهدفة حيث تبين للباحثة أن غالبية الدراسات استهدفت عينات من الطلبة سواء في المدارس أو الجامعات وذلك لسهولة حصر مجتمع الدراسة، وسهولة جمع البيانات ومنها دراسة (حجازي، 2015)، ودراسة (هولاندة وآخرون، 2015)، ودراسة (شقيير، 2013)، ودراسة (شعبان، 2012)، ودراسة (دياب، 2006)، ودراسة (حسنين، 2004)، بعكس الدراسات التي تهتم بوالدي الأطفال ذوي الإعاقة ومنها دراسة كل من (أحمد ويسرى، 2016)، ودراسة (طنطاوي، 2016)، ودراسة (غنيم، 2015)، ودراسة (أبو قوطة، 2013)، ودراسة (شاش، 2013)، ودراسة (صباح وعبد الحق، 2013)، ودراسة (العثمان والبيلاوي، 2012)، ودراسة (العرعير، 2010)، ودراسة (أبو رزق، 2008)، ودراسة (ديفز وجفاديابين، 2009)، ودراسة (روبرتس، 2008)، ودراسة (ديسون، 1997)، ودراسة (مارجلينيت وآخرون، 1992)، ودراسة (أبو ركة، 2005)، ودراسة (هاستنجس، 2003)، ودراسة (جي أم وآخرون، 2015)، ودراسة (سميث وكريزيواز، 2014)، ودراسة (التميمي، 2013)، ودراسة (2011 Masterson)، ودراسة (Dahlbeck, 2010)، حيث تواجه هذه الدراسات مشاكل متعددة خاصة في المجتمعات الشرقية التي غالبا ما ترفض التعاون في إجراء مثل هذه الدراسات، وهذا ما يميز الدراسة أيضا عن الدراسات السابقة.

كما وتنوعت **المناهج المتبعة** في الدراسات السابقة حيث أتبعته العديد من الدراسات السابقة المنهج شبه التجريبي ومنها دراسة (حجازي، 2015)، ودراسة (شعبان، 2012)، كما وأتبعته العديد من الدراسات المنهج الوصفي ومنها دراسة (جي إم وآخرون، 2015)، ودراسة (هولاندة وآخرون، 2015)، ودراسة (سميث وكريزيواز، 2014)، بينما أتبعته دراسة (عبد الحليم والطيب، 2010) المنهج الوصفي الارتباطي، وأتبعته دراسة (شقيير، 2013) منهج دراسة الحالة، كذلك أتبعته دراسة (البحيري، 2010) المنهج التجريبي، بينما أتبعته دراسة (بنهان، 2008) ودراسة (جي إم وآخرون، 2015)، ودراسة (سميث، 2014) المنهج الوصفي، أما عن دراسة (المغاري، 2005) ودراسة (آن وآخرون، 2011) فقد أتبعته المنهج الوصفي التحليلي .

استفادت الباحثة من بعض الدراسات السابقة في بناء أدوات الدراسة خاصة دراسة (دياب،2006)، و(القط، 2010)، و(مختار، 1994)، و(عميرة، 2010)، وذلك من أجل بناء مقياس المساندة الاجتماعية، كذلك استفادت من دراسة (دياب، 2006)، و(أبو العميرين، 2008)، و(التلاحمة، 2007)، و(أبو هين، 2000)، في بناء مقياس الصحة النفسية، حيث قامت الباحثة ببناء أدوات دراستها لتتناسب مع طبيعة العينة المستهدفة في الدراسة الحالية.

الفصل الثالث

• الطريقة والإجراءات

1.3 منهج الدراسة

2.3 مجتمع الدراسة

3.3 عينة الدراسة

4.3 أدوات الدراسة

5.3 إجراءات الدراسة

6.3 متغيرات الدراسة

7.3 المعالجة الإحصائية

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتضمن هذا الفصل وصفاً لمنهج الدراسة، ومجتمعها وعينتها. كما يعطي وصفاً مفصلاً لأداتا الدراسة وصدقهما وثباتهما، وكذلك إجراءات الدراسة والمعالجة الإحصائية التي استخدمتها الباحثة في استخلاص نتائج الدراسة وتحليلها.

1.3 منهج الدراسة

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي لمناسبته لطبيعة هذه الدراسة. حيث تم استقصاء آراء والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل حول المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية من وجهة نظرهم.

2.3 مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل، والبالغ عددهم (3732) معاق من كلا الجنسين، وذلك حسب إحصائيات شبة رسمية صادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2016)، حيث تشمل الإحصائية الأطفال المعاقين الذين تقل أعمارهم عن (18) سنة، وذلك كما هو وارد في الجدول (1.3).

جدول (1.3) توزيع أفراد مجتمع الدراسة تبعاً للمناطق السكنية.

الرقم	التجمع	عدد ذوي الصعوبة/ الإعاقة
1	الخليل	1,881
2	دُورًا	334
3	مُخَيَّمِ الفَوَّار	81
4	يَطَّا	925
5	الظَّاهِرِيَّة	328
6	السَّمُوع	183
	المجموع	3732

3.3 عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (373) (أب وأم) من والدي الأطفال ذوي الإعاقة المتواجدين في محافظة الخليل، تم اختيارهم بطريقة العينة الطبقية العشوائية تبعاً لطبقة التجمع، وتشكل العينة ما نسبته (10%) من مجتمع الدراسة، ولسهولة حصر عينة الدراسة توجهت الباحثة للمؤسسات العاملة مع ذوي الاحتياجات الخاصة في تلك المناطق، وقد تم اختيار أفراد العينة بالتعاون مع تلك المؤسسات على النحو التالي:

جدول (2.3) توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً للمؤسسات العاملة مع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.

الرقم	الاسم	العنوان	العدد
1	جمعية الكفيف الخيرية	الخليل	40
2	جمعية التأهيل الاجتماعي	مخيم الفوار	40
3	مدرسة الجنوب للصم والبكم	يطا	30
4	مدرسة الأمل للصم والبكم	الخليل	42
5	برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي (CBR)	يطا	28
6	مركز بلدية السموع المجمع	السموع	22
7	مدرسة راشد ابن أُل مكتوم	الخليل	48
8	مركز بلدية يطا المجتمعي	يطا	60
9	مضارب البدو	يطا	30
10	مركز الرجاء للتربية الخاصة	الخليل	30
11	جميعه بنت الريف	دورا	33
	المجموع		373

وبعد إتمام عملية جمع البيانات وصلت حصيلة الجمع (393) استبانة. استبعد منها (7) استبيانات بسبب عدم صلاحيتها للتحليل الإحصائي لكي تصبح عينة الدراسة التي تم إجراء التحليل الإحصائي عليها (332) مبحوثاً، كما أنه تم استبعاد جميع الحالات من منطقة الظاهرية، وبيّن الجدول (3.3) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي، ومعدل الدخل، ومكان السكن، وعمر الابن المعاق، ونوع الإعاقة للإبن.

جدول (3.3) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي، ومعدل الدخل، ومكان السكن، وعمر الابن المعاق، ونوع الإعاقة.

المجموع	النسبة المئوية	العدد	المتغير	
332	78.6	261	ثانوية فاقل	المؤهل العلمي
	10.8	36	دبلوم	
	10.5	35	بكالوريوس فأعلى	
	15.4	51	اثنين	
	16.3	54	ثلاثة فأكثر	
332	36.7	122	1499 شيكل فاقل	مستوى الدخل
	41.9	139	1500 - 3000 شيكل	
	21.4	71	أكثر من 3000 شيكل	
332	50.6	168	مدينة	مكان السكن
	34.9	116	قرية	
	9.0	30	مخيم	
	5.4	18	مضارب البدو	
332	18.1	60	5 سنوات فاقل	عمر الابن المعاق
	39.5	131	بين 6 - 11 سنة	
	42.5	141	بين 12 - 18 سنة	
332	23.2	77	عقلية	نوع الإعاقة للابن
	18.1	60	حركية	
	20.8	69	بصرية	
	21.1	70	سمعية	
	11.1	37	نطقية	
	5.7	19	متعددة	

4.3 أدوات الدراسة :

تم استخدام أداتين في هذه الدراسة، وهما مقياس المساندة الاجتماعية، ومقياس الصحة النفسية، وفيما يلي وصف لكل مقياس:

1.4.3 مقياس المساندة الاجتماعية.

للتعرف إلى المساندة الاجتماعية قامت الباحثة ببناء مقياس خاص من خلال الرجوع للعديد من الدراسات والبحوث وقد تمثلت في دراسة (دياب، 2006)، و(القط، 2010)، و(مختار، 1994)، و(عميرة، 2010)، بالإضافة إلى الأدب التربوي المتعلق بموضوع الدراسة، كذلك تم الرجوع والاطلاع على عدد من مقاييس المساندة الاجتماعية والاستفادة منها وقد تمثلت في مقياس المساندة الاجتماعية لدى أمهات ضعاف العقول (القط، 2010). وقد تكون مقياس المساندة الاجتماعية الذي أعدته الباحثة في صورته الأولية من (67) فقرة، تقيس خمسة أبعاد من المساندة الاجتماعية، وبعد إخضاع المقياس للتحكيم من قبل المحكمين تم إجراء التعديلات اللازمة على المقياس وملائمة فقراته لأغراض الدراسة، حيث خرجت الباحثة بمقياس مكون من (34) فقرة. موزعة على أربعة أبعاد كما هو وارد في الجدول (4.3):

جدول (4.3) يبين توزيع أبعاد الدراسة على فقراتها.

الرقم	البعد	عدد الفقرات
1	المساندة من قبل الأصدقاء	8
2	المساندة من قبل الأسرة	8
3	المساندة من قبل المؤسسة	10
4	المساندة من قبل الجيران	8
	المجموع	34

1.1.4.3 تصحيح المقياس:

يتضمن هذا المقياس في تقدير الشخص لنفسه بطريقة ذاتية، أي كما يرى نفسه، ويتضمن المقياس (34) فقرة. وقد بنيت الفقرات بالاتجاه الإيجابي والسلبي حسب سلم خماسي وأعطيت الأوزان للفقرات كما هو آت: (بدرجة كبيرة جدا: خمس درجات، بدرجة كبيرة: أربع درجات، بدرجة متوسطة: ثلاث

درجات، بدرجة قليلة: درجتين، بدرجة قليلة جداً: درجة واحدة). وقد طبق هذا السلم الخماسي على جميع الفقرات باستثناء الفقرات السلبية حيث صلحت بطريقة عكسية وهي (6، 12، 24، 33). وللتعرف إلى تقديرات أفراد العينة وتحديد درجة (المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل)، وفق قيمة المتوسط الحسابي تم حساب المدى (5-1=4)، ثم تم تقسيمه على (4) للحصول على طول الخلية الصحيح (5/4 = 0.80)، وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في الإستبانة (أو بداية الإستبانة وهي الواحد الصحيح) وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما هو واضح في الجدول (5.3) :-

جدول (5.3): يوضح طول الخلايا.

الدرجة	المستوى	الرقم
منخفضة جداً	بين 1 - 1.80	1
منخفضة	بين أكثر من 1.80 - 2.60	2
متوسطة	بين أكثر من 2.60 - 3.40	3
مرتفعة	بين أكثر من 3.40 - 4.20	4
مرتفعة جداً	بين أكثر من 4.20 - 5	5

2.1.4.3 صدق مقياس المساندة الاجتماعية:

تم التأكد من صدق المقياس بصورته الأولية في الدراسة الحالية بعرضه على (اثني عشر) محكماً من المختصين والمهتمين بالبحث العلمي - مرفق قائمة بأسماء المحكمين - ملحق رقم (1) قبل التعديل، للتأكد من ملائمة كل فقرة من فقرات المقياس للمجال الذي وضعت فيه، وملائمة صياغة كل فقرة لغوياً ووضوحها بالنسبة للمبحوث، وملائمة كل فقرة من فقرات المقياس لمستوى المبحوث/ة، وإبداء أية ملاحظات أخرى بشكل عام، وبعد جمع آراء المحكمين - مرفق قائمة بأسماء المحكمين - ملحق رقم (2) بعد التعديل، كان هناك اتفاق بينهم على صلاحية المقياس ومقروئيته، في ضوء الإطار النظري الذي بني على أساسه المقياس.

ومن ناحية أخرى تم التحقق من الصدق بحساب مصفوفة ارتباط فقرات الأداة مع الدرجة الكلية، وذلك كما هو واضح في الجدول (6.3) والتي بينت أن جميع قيم معاملات الارتباط للفقرات مع

الدرجة الكلية لكل فقرة دالة إحصائياً، مما يشير إلى تمتع الأداة بالصدق العملي، وأنها تشترك معاً في قياس المساندة الاجتماعية.

جدول (6.3) نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات المساندة الاجتماعية مع الدرجة الكلية لكل بعد.

المساندة من قبل الأسرة			المساندة من قبل الأصدقاء		
الدلالة الإحصائية	قيمة ر	الفقرات	الدلالة الإحصائية	قيمة ر	الفقرات
0.000	0.841**	9	0.000	0.715**	1
0.000	0.811**	10	0.000	0.812**	2
0.000	0.807**	11	0.000	0.854**	3
0.000	0.479**	12	0.000	0.813**	4
0.000	0.682**	13	0.000	0.699**	5
0.000	0.834**	14	0.000	0.199**	6
0.000	0.744**	15	0.000	0.601**	7
0.000	0.843**	16	0.000	0.77**	8
المساندة من قبل الجيران			المساندة من قبل المؤسسة		
الدلالة الإحصائية	قيمة ر	الفقرات	الدلالة الإحصائية	قيمة ر	الفقرات
0.000	0.798**	27	0.000	0.746**	17
0.000	0.886**	28	0.000	0.841**	18
0.000	0.793**	29	0.000	0.853**	19
0.000	0.849**	30	0.000	0.844**	20
0.000	0.854**	31	0.000	0.802**	21
0.000	0.736**	32	0.000	0.552**	22
0.004	0.156**	33	0.000	0.775**	23
0.000	0.709**	34	0.000	0.472**	24
			0.001	0.182**	25
			0.000	0.329**	26

تشير المعطيات الواردة في الجدول (6.3) أن جميع قيم ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية لكل بعد دالة إحصائياً، مما يشير إلى تمتع الأداة بصدق عالي وأنها تشترك معاً في قياس المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل.

3.1.4.3 ثبات مقياس المساندة الاجتماعية:

قامت الباحثة باحتساب ثبات الأداة عن طريق قياس ثبات التجانس الداخلي (Consistency): وهذا النوع من الثبات يشير إلى قوة الارتباط بين الفقرات في أداة الدراسة، ومن أجل تقدير معامل التجانس استخدمت الباحثة طريقة (كرونباخ ألفا) (Cronbach Alpha). والجدول (7.3) يبين نتائج اختبار معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا على أبعاد الإستبانة:

جدول (7.3) يبين نتائج اختبار معامل الثبات كرونباخ ألفا على أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية.

الرقم	البعد	عدد الفقرات	كرونباخ ألفا
1	المساندة من قبل الأصدقاء	8	0.843
2	المساندة من قبل الأسرة	8	0.848
3	المساندة من قبل المؤسسة	10	0.775
4	المساندة من قبل الجيران	8	0.839
	الدرجة الكلية للأبعاد	34	0.900

يتضح من الجدول (7.3) أن قيمة معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا لأبعاد المقياس بلغت (0.84) لبعد المساندة من قبل الأصدقاء، و(0.85) لبعد المساندة من قبل الأسرة، وبلغت (0.78) على بعد المساندة من قبل المؤسسة، و(0.84) لبعد المساندة من قبل الجيران، في حين بلغت قيمة معامل الثبات على الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية (0.90) وهذا يشير إلى أن الأداة تمتع بدرجة عالية من الثبات.

2.4.3 استبانة الصحة النفسية.

للتعرف إلى درجة الصحة النفسية قامت الباحثة ببناء مقياس خاص من خلال الرجوع للعديد من الدراسات والبحوث وقد تمثلت في دراسة (دياب، 2006)، و(أبو العميرين، 2008)، و(التلاحمة، 2007)، و(أبو هين، 2000)، بالإضافة إلى الأدب التربوي المتعلق بموضوع الدراسة، كذلك تم الرجوع والاطلاع على عدد من مقاييس الصحة النفسية والاستفادة منها وقد تمثلت في استبانة الصحة النفسية للمهات الأطفال ذوي متلازمة داون (العرعير، 2010). في حين تكون المقياس الذي أعدته

الباحثة في صورته الأولية من (43) فقرة، تقيس أربعة أبعاد من الصحة النفسية، وبعد إخضاع المقياس للتحكيم من قبل المحكمين، تم إجراء التعديلات على المقياس وملائمة فقراته لأغراض الدراسة، حيث خرجت الباحثة بمقياس مكون من (30) فقرة. موزعة على أربعة أبعاد كما هو وورد في الجدول (8.3):

جدول (8.3) يبين توزيع أبعاد الدراسة على فقراتها.

الرقم	البعد	عدد الفقرات
1	البعد الشخصي	8
2	البعد الاجتماعي	6
3	البعد الجسدي	8
4	البعد الانفعالي	8
	المجموع	30

1.2.4.3 تصحيح المقياس:

يتضمن هذا المقياس في تقدير الشخص لنفسه بطريقة ذاتية، أي كما يرى نفسه، ويتضمن المقياس (30) فقرة. وقد بنيت الفقرات بالاتجاه الإيجابي والسلبي حسب سلم خماسي وأعطيت الأوزان للفقرات كما هو آت: (بدرجة كبيرة جدا: خمس درجات، بدرجة كبيرة: أربع درجات، بدرجة متوسطة: ثلاث درجات، بدرجة قليلة: درجتين، بدرجة قليلة جدا: درجة واحدة). وقد طبق هذا السلم الخماسي على جميع الفقرات. باستثناء الفقرات 1 حيث صلحت بطريقة عكسية وهي (4، 6، 7، 8، 9، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30). وللتعرف إلى تقديرات أفراد العينة وتحديد درجة (الصحة النفسية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل)، وفق قيمة المتوسط الحسابي تم حساب المدى (5-1 = 4)، ثم تم تقسيمه على (4) للحصول على طول الخلية الصحيح ($5/4 = 0.80$)، وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في الاستبانة (أو بداية الاستبانة وهي الواحد الصحيح) وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما هو واضح في الجدول (9.3) :

جدول (9.3): يوضح طول الخلايا.

الدرجة	المستوى	الرقم
منخفضة جدا	بين 1 - 1.80	1
منخفضة	بين أكثر من 1.80 - 2.60	2
متوسطة	بين أكثر من 2.60 - 3.40	3
مرتفعة	بين أكثر من 3.40 - 4.20	4
مرتفعة جدا	بين أكثر من 4.20 - 5	5

2.2.4.3 صدق مقياس الصحة النفسية:

تم التأكد من صدق المقياس بصورته الأولية في الدراسة الحالية بعرضه على (اثني عشر) محكماً من المختصين والمهتمين بالبحث العلمي - مرفق قائمة بأسماء المحكمين - ملحق رقم (1) قبل التعديل، للتأكد من ملائمة كل فقرة من فقرات المقياس للمجال الذي وضعت فيه، وملائمة صياغة كل فقرة لغوياً ووضوحها بالنسبة للمبحوث، وملائمة كل فقرة من فقرات المقياس لمستوى المبحوث/ة، وإبداء أية ملاحظات أخرى بشكل عام، وبعد جمع آراء المحكمين - مرفق قائمة بأسماء المحكمين - ملحق رقم (2) بعد التعديل كان هناك اتفاق بينهم على صلاحية المقياس ومقروئيته، في ضوء الإطار النظري الذي بني على أساسه المقياس.

ومن ناحية أخرى تم التحقق من الصدق بحساب مصفوفة ارتباط فقرات الأداة مع الدرجة الكلية، وذلك كما هو واضح في الجدول (10.3) والتي بينت أن جميع قيم معاملات الارتباط للفقرات مع الدرجة الكلية لكل فقرة دالة إحصائياً، مما يشير إلى تمتع الأداة بالصدق العاملي، وأنها تشترك معاً في قياس الصحة النفسية.

جدول (10.3) نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات الصحة النفسية مع الدرجة الكلية لكل بعد.

البعد الجسمي			البعد الشخصي		
الدلالة الإحصائية	قيمة ر	الفقرات	الدلالة الإحصائية	قيمة ر	الفقرات
0.000	0.796**	15	0.000	0.708**	1
0.000	0.779**	16	0.000	0.659**	2
0.000	0.780**	17	0.000	0.597**	3

0.000	0.768**	18	0.000	0.629**	4
0.000	0.839**	19	0.000	0.375**	5
0.000	0.797**	20	0.000	0.573**	6
0.000	0.746**	21	0.000	0.743**	7
0.000	0.731**	22	0.000	0.692**	8
البعد الانفعالي			البعد الاجتماعي		
الدلالة الإحصائية	قيمة ر	الفقرات	الدلالة الإحصائية	قيمة ر	الفقرات
0.000	0.474**	23	0.000	0.510**	9
0.000	0.551**	24	0.000	0.542**	10
0.000	0.665**	25	0.000	0.384**	11
0.000	0.811**	26	0.000	0.491**	12
0.000	0.784**	27	0.000	0.490**	13
0.000	0.836**	28	0.000	0.337**	14
0.004	0.820**	29			
0.000	0.768**	30			

تشير المعطيات الواردة في الجدول (10.3) أن جميع قيم ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية لكل بعد دالة إحصائياً، مما يشير إلى تمتع الأداة بصدق عالي وأنها تشترك معاً في قياس الصحة النفسية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل.

3.2.4.3 ثبات مقياس الصحة النفسية:

قامت الباحثة باحتساب ثبات الأداة عن طريق قياس ثبات التجانس الداخلي (Consistency): وهذا النوع من الثبات يشير إلى قوة الارتباط بين الفقرات في أداة الدراسة، ومن أجل تقدير معامل التجانس استخدمت الباحثة طريقة (كرونباخ ألفا) (Cronbach Alpha). والجدول (11.3) يبين نتائج اختبار معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا على أبعاد الإستبانة:

جدول (11.3) يبين نتائج اختبار معامل الثبات كرونباخ ألفا على أبعاد مقياس الصحة النفسية.

الرقم	البعد	عدد الفقرات	كرونباخ ألفا
1	البعد الشخصي	8	0.779
2	البعد الاجتماعي	6	0.748
3	البعد الجسمي	8	0.907
4	البعد الانفعالي	8	0.864
	الدرجة الكلية للأبعاد	30	0.922

يتضح من الجدول (11.3) أن قيمة معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا لأبعاد المقياس بلغت (0.78) على البعد الشخصي، و(0.75) على البعد الاجتماعي، وبلغت (0.91) على البعد الجسمي، و(0.86) على البعد الانفعالي، في حين بلغت قيمة معامل الثبات على الدرجة الكلية للصحة (0.92) وهذا يشير إلى أن الأداة تمتع بدرجة عالية من الثبات.

5.3 إجراءات تطبيق الدراسة:

تم إتباع الإجراءات التالية من أجل تنفيذ الدراسة:

- القيام بحصر مجتمع الدراسة والمتمثل في جميع الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل.
- بناء أدوات الدراسة بعد اطلاع الباحثة على مجموعة من الأدوات المستخدمة في مثل هذه الدراسة.
- القيام بالإجراءات الفنية والتي تسمح بتطبيق أدوات الدراسة، وذلك من خلال الحصول على إحصائيات أعداد المعاقين في محافظة الخليل، وتوزيع أدوات الدراسة.
- اختيار عينة الدراسة من مجتمع الدراسة بطريقة عشوائية طبقية.
- تم التأكد من صدق أدوات الدراسة من خلال عرضها على إثني عشر محكماً.
- توزيع أدوات الدراسة على العينة، في الفصل الثاني للعام الدراسي (2017م) باليد وأجاب المبحوثين على الأدوات بوجود الباحثة، وكان كل مقياس مزود بالتعليمات والإرشادات الكافية لتساعدهم على كيفية الإجابة عن الفقرات.
- لم تحدد الباحثة زمناً محدداً للإجابة عن المقياسين إلا أن معظم المبحوثين قد تمكنوا من الإجابة على فقرات المقاييس في زمن قدره (20 - 30) دقيقة.
- تم إعطاء المقاييس الصالحة أرقاماً متسلسلة وإعدادها لإدخالها للحاسوب.

- تم تصحيح المقاييس وتفريغ البيانات وتعبئتها في نماذج خاصة.
- استخدمت البرنامج الإحصائي SPSS لتحليل البيانات واستخراج النتائج.

6.3 متغيرات الدراسة

1.6.3 المتغيرات الديمغرافية:

(المؤهل العلمي، ومعدل الدخل، ومكان السكن، وعمر الابن المعاق، ونوع الإعاقة للإبن).

1.6.3 المتغير المستقل: المساندة الاجتماعية.

2.6.3 المتغير التابع: الصحة النفسية .

7.3 المعالجة الإحصائية

تمت المعالجة الإحصائية اللازمة للبيانات، وتم استخدام الإحصاء الوصفي باستخراج الأعداد، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدى أفراد العينة واستجاباتهم على المقاييس (المساندة الاجتماعية، والصحة النفسية)، وقد فحصت فرضيات الدراسة عن طريق الاختبارات الإحصائية التحليلية التالية: اختبار (ت) (t-test)، وتحليل التباين الأحادي (one – way anova) واختبار (LSD) ومعامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation). كما استخدم معامل الثبات كرونباخ ألفا لحساب ثبات الأداة، وذلك باستخدام الحاسوب باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

الفصل الرابع

1.4 نتائج الدراسة

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

يتضمن هذا الفصل عرضاً كاملاً ومفصلاً لنتائج الدراسة، وذلك للإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من صحة فرضياتها.

1.4. نتائج السؤال الأول: ما درجة المساندة الاجتماعية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل؟

للإجابة عن سؤال الدراسة الأول تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة المساندة الاجتماعية وأهم أبعادها من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل، وذلك كما هو واضح في الجدول (1.4).

جدول (1.4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة المساندة الاجتماعية وأهم أبعادها.

رقم	البعد	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
1	المساندة من قبل الأصدقاء	332	3.04	0.88	الثالثة	متوسطة
2	المساندة من قبل الأسرة	332	3.40	0.90	الأولى	مرتفعة
3	المساندة من قبل المؤسسة	332	3.17	0.80	الثانية	متوسطة
4	المساندة من قبل الجيران	332	2.67	0.92	الرابعة	متوسطة
الدرجة الكلية للأبعاد		332	3.07	0.65	متوسطة	

يتضح من الجدول (1.4) أن الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل جاءت بدرجة متوسطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي على الدرجة الكلية للأبعاد (3.07) مع انحراف معياري قدره (0.65). كذلك تبين أن أهم أبعاد المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تمثلت في (المساندة من قبل الأسرة) حيث جاءت في المرتبة الأولى بدرجة مرتفعة وبمتوسط حسابي قدره (3.40)، وجاءت في المرتبة الثانية (المساندة من قبل المؤسسة) بدرجة متوسطة وبمتوسط حسابي قدره (3.17)، وجاءت في المرتبة الثالثة (المساندة من قبل الأصدقاء) بدرجة متوسطة أيضاً وبمتوسط حسابي قدره (3.04). وجاءت في المرتبة الرابعة والأخيرة (المساندة من قبل الجيران) بدرجة متوسطة أيضاً وبمتوسط حسابي قدره (2.67).

ولتفصيل النتائج السابقة حسب الفقرات قامت الباحثة باستخراج الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لأبعاد المقياس كما يلي:

أولاً: المساندة من قبل الأصدقاء

تم استخراج الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات المساندة من قبل الأصدقاء، وذلك كما هو واضح في الجدول (2.4).

جدول (2.4) الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات لمستوى المساندة من قبل الأصدقاء.

الرقم	الفقرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
1.	أشعر بتقدير الأصدقاء لي لرعاية ابني المعاق	332	3.43	1.25	مرتفعة
2.	يدعمني الأصدقاء لإشراك ابني في برامج رعاية المعاقين	332	2.88	1.33	متوسطة
3.	يسانديني الأصدقاء عند التفكير في مستقبل ابني المعاق	332	2.79	1.34	متوسطة
4.	يسانديني الأصدقاء في تلبية حاجات ابني المعاق	332	2.61	1.40	متوسطة
5.	يشاركنا الأصدقاء في الكثير من مناسباتنا الاجتماعية	332	3.14	1.24	متوسطة
6.	أشعر بأن أصدقائي وزملائي تخلوا عني بسبب إعاقة ابننا	332	4.17	1.16	مرتفعة
7.	أستطيع الاعتماد على الأصدقاء في تصريف بعض أموري	332	2.33	1.25	منخفضة
8.	الأصدقاء يعطوننا المساندة العاطفية التي نحتاجها	332	2.92	1.25	متوسطة

يتضح من الجدول (2.4) أن أهم فقرات المساندة من قبل الأصدقاء لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تمثلت في الفقرة رقم (6) والتي تنص على (أشعر بأن أصدقائي وزملائي تخلوا عني بسبب إعاقة ابننا) بمتوسط حسابي قدره (4.17) معبرة عن درجة مرتفعة، وجاء في المرتبة الثانية الفقرة رقم (1) (أشعر بتقدير الأصدقاء لي لرعاية ابني المعاق) بمتوسط حسابي قدره (3.43) معبرا عن درجة مرتفعة، بينما جاء في المرتبة الثالثة الفقرة رقم (5) (يشاركنا الأصدقاء في الكثير من مناسباتنا الاجتماعية) بمتوسط حسابي قدره (3.14) معبرا عن درجة متوسطة، في حين جاء في المرتبة الأخيرة الفقرة رقم (7) (أستطيع الاعتماد على الأصدقاء في تصريف بعض أموري) بمتوسط حسابي قدره (2.33) معبرة عن درجة منخفضة.

ثانيا: المساندة من قبل الأسرة

تم استخراج الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات المساندة من قبل الأسرة، وذلك كما هو واضح في الجدول (3.4).

جدول (3.4) الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات لمستوى المساندة من قبل الأسرة.

الرقم	الفقرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
9.	تساعدني أسرتي في تعديل سلوكيات ابني المعاق	332	3.83	1.18	مرتفعة
10.	تشعرنني أسرتي بالرضا والقوة	332	3.86	1.18	مرتفعة
11.	أعتمد على نصائح أسرتي في حل مشاكل ابني المعاق	332	3.64	1.27	مرتفعة
12.	أشعر بالحزن عندما أجد أسرتي لا تسانديني	332	2.29	1.33	منخفضة
13.	تتقبل أسرتي مشاعري السلبية المرتبطة بابني المعاق	332	3.36	1.31	متوسطة
14.	يدعمني أفراد أسرتي لتوفير احتياجات ابني المعاق	332	3.50	1.32	مرتفعة
15.	تحد أسرتي من احتياجاتها لإشباع احتياجات ابني المعاق	332	3.32	1.39	متوسطة
16.	تشاركني أسرتي في تعليم ابني أساليب العناية اليومية	332	3.39	1.38	متوسطة

يتضح من الجدول (3.4) أن أهم فقرات المساندة من قبل الأسرة لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تمثلت في الفقرة رقم (10) والتي تنص على (تشعرنني أسرتي بالرضا والقوة) بمتوسط حسابي قدره (3.86) معبرة عن درجة مرتفعة، وجاء في المرتبة الثانية الفقرة رقم (9) (تساعدني أسرتي في تعديل سلوكيات ابني المعاق) بمتوسط حسابي قدره (3.83) معبرا عن درجة مرتفعة، وجاء في المرتبة الثالثة الفقرة رقم (11) (أعتمد على نصائح أسرتي في حل مشاكل ابني المعاق) بمتوسط حسابي قدره (3.64) معبرا عن درجة مرتفعة أيضا، في حين جاء في المرتبة الأخيرة الفقرة رقم (12) (أشعر بالحزن عندما أجد أسرتي لا تسانديني) بمتوسط حسابي قدره (2.29) معبرة عن درجة منخفضة.

ثالثا: المساندة من قبل المؤسسة

تم استخراج الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات المساندة من قبل المؤسسة، وذلك كما هو واضح في الجدول (4.4).

جدول (4.4) الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات لمستوى المساندة من قبل المؤسسة.

الرقم	الفقرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
17.	أعتمد على آراء المختصين في تربيته لابني المعاق	332	3.68	1.29	مرتفعة
18.	يوفر لي مشرفو المؤسسة طرق إكساب ابني المهارات الحياتية	332	3.49	1.37	مرتفعة
19.	يزيد المتخصصون معارفي ومعلوماتي عن حالة ابني المعاق	332	3.56	1.33	مرتفعة
20.	يحاول مشرفو المؤسسة تصحيح أفكارني عن إعاقة ابني المعاق	332	3.56	1.27	مرتفعة
21.	يقدم لي مشرفو المؤسسة المشورة للتعامل مع مشكلات ابني المعاق	332	3.42	1.39	مرتفعة
22.	تقدم المؤسسة المساعدات المادية المناسبة	332	2.24	1.45	منخفضة
23.	يساعدني المتخصصون في تدريب ابني للاعتماد على نفسه	332	3.30	1.36	متوسطة
24.	العون المادي الذي يقدم لنا غير كاف لتلبية احتياجات ابننا المعاق	332	2.88	1.62	متوسطة
25.	الخدمات الصحية المقدمة غير متاحة بالقدر الكافي	332	3.17	1.43	متوسطة
26.	يشاركني التأمين الصحي تكاليف الرعاية الصحية لابني المعاق	332	2.43	1.41	منخفضة

يتضح من الجدول (4.4) أن أهم فقرات المساندة من قبل المؤسسة لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تمثلت في الفقرة رقم (17) والتي تنص على (أعتمد على آراء المختصين في تربيته لابني المعاق) بمتوسط حسابي قدره (3.68) معبرة عن درجة مرتفعة، وجاء في المرتبة الثانية الفقرتين رقم (19 و 20) (يزيد المتخصصون معارفي ومعلوماتي عن حالة ابني المعاق و يحاول مشرفو المؤسسة تصحيح أفكارني عن إعاقة ابني المعاق) بمتوسط حسابي قدره (3.56) لتعبر عن درجة مرتفعة، وجاء في المرتبة الثالثة الفقرة رقم (18) (يوفر لي مشرفو المؤسسة طرق إكساب ابني المهارات الحياتية) بمتوسط حسابي قدره (3.49) معبرة عن درجة مرتفعة أيضاً، في حين جاء في المرتبة الأخيرة الفقرة رقم (29) (يشاركني التأمين الصحي تكاليف الرعاية الصحية لابني المعاق) بمتوسط حسابي قدره (2.43) معبرة عن درجة منخفضة.

رابعاً: المساعدة من قبل الجيران

تم استخراج الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات المساعدة من قبل الجيران، وذلك كما هو واضح في الجدول (5.4).

جدول (5.4) الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات لمستوى المساعدة من قبل الجيران.

الرقم	الفقرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
27.	يشاركني جبراني في تنمية خبرات ابني المعاق	332	2.27	1.38	منخفضة
28.	يساندني جبراني لتجديد عزيمتي في التعامل مع ابني المعاق	332	2.33	1.31	منخفضة
29.	يتعاون جبراني معي في الحد من استهزاء الآخرين بابني المعاق	332	2.59	1.36	منخفضة
30.	يتعاون جبراني معي لحماية ابني من المخاطر اليومية	332	2.78	1.39	متوسطة
31.	يساعدني جبراني في أداء مسؤولياتي نحو ابني المعاق	332	2.28	1.29	منخفضة
32.	تعوضني الخدمات التي يقدمها الجيران عن الأقارب	332	2.16	1.27	منخفضة
33.	أشعر بأن جبراني يتجنبون التعامل معي	332	3.92	1.31	مرتفعة
34.	تشعرنى مساعدة الجيران بالارتياح	332	3.00	1.41	متوسطة

يتضح من الجدول (5.4) أن أهم فقرات المساعدة من قبل الجيران لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تمثلت في الفقرة رقم (33) والتي تنص على (أشعر بأن جبراني يتجنبون التعامل معي) بمتوسط حسابي قدره (3.92) معبرة عن درجة مرتفعة، وجاء في المرتبة الثانية الفقرة رقم (34) (تشعرنى مساعدة الجيران بالارتياح) بمتوسط حسابي قدره (3.00) معبراً عن درجة متوسطة، وجاء في المرتبة الثالثة الفقرة رقم (30) (يتعاون جبراني معي لحماية ابني من المخاطر اليومية) بمتوسط حسابي قدره (2.78) معبراً عن درجة متوسطة أيضاً، في حين جاء في المرتبة الأخيرة الفقرة رقم (32) (تعوضني الخدمات التي يقدمها الجيران عن الأقارب) بمتوسط حسابي قدره (2.16) معبرة عن درجة منخفضة.

2.4 نتائج السؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات المساعدة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغيرات (المؤهل العلمي، ومعدل الدخل، ومكان السكن، وعمر الابن المعاق، ونوع الإعاقة)؟ وانبثق عن هذا السؤال الفرضيات الصفرية (1-5) وفيما يلي نتائج فحصها:

2.4.1 نتائج الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات المساعدة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

للتحقق من صحة الفرضية الثالثة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة المساعدة الاجتماعية تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، وذلك كما هو واضح في الجدول (6.4).

جدول (6.4): المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة المساعدة الاجتماعية تبعاً لمتغير المؤهل العلمي.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المؤهل العلمي	المتغير
0.88	3.00	261	ثانوية فاقل	المساعدة من قبل الأصدقاء
1.03	3.17	36	دبلوم	
0.74	3.18	35	بكالوريوس فأعلى	
0.92	3.39	261	ثانوية فاقل	المساعدة من قبل الأسرة
0.92	3.41	36	دبلوم	
0.77	3.46	35	بكالوريوس فأعلى	
0.81	3.10	261	ثانوية فاقل	المساعدة من قبل المؤسسة
0.58	3.57	36	دبلوم	
0.78	3.33	35	بكالوريوس فأعلى	
0.91	2.68	261	ثانوية فاقل	المساعدة من قبل الجيران
1.16	2.74	36	دبلوم	
0.74	2.52	35	بكالوريوس فأعلى	
0.65	3.04	261	ثانوية فاقل	الدرجة الكلية
0.74	3.22	36	دبلوم	
0.50	3.12	35	بكالوريوس فأعلى	

يتضح من الجدول (6.4) وجود تقارب في متوسطات درجات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل على اختلاف مؤهلاتهم العلمية. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (7.4).

جدول (7.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في

درجات المساندة الاجتماعية وفقا للمؤهل العلمي.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
المساندة من قبل الأصدقاء	بين المجموعات	1.747	2	0.873	1.121	0.327
	داخل المجموعات	256.431	329	0.779		
	المجموع	258.178	331			
المساندة من قبل الأسرة	بين المجموعات	0.185	2	0.093	0.113	0.893
	داخل المجموعات	268.927	329	0.817		
	المجموع	269.112	331			
المساندة من قبل المؤسسة	بين المجموعات	7.906	2	3.953	6.347	0.002**
	داخل المجموعات	204.910	329	0.623		
	المجموع	212.816	331			
المساندة من قبل الجيران	بين المجموعات	0.949	2	0.474	0.559	0.572
	داخل المجموعات	279.195	329	0.849		
	المجموع	280.144	331			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	1.151	2	0.576	1.376	0.254
	داخل المجموعات	137.679	329	0.418		
	المجموع	138.831	331			

* دالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$. ** دالة إحصائية بدرجة عالية عند مستوى $(\alpha \geq 0.01)$.

يتضح من الجدول (7.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعا لمتغير المؤهل العلمي على الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء بعد (المساندة من قبل المؤسسة)، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية (1.376) عند مستوى الدلالة (0.254)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة على بعد

(المساندة من قبل المؤسسة) قامت الباحثة باستخدام اختبار (LSD) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (8.4).

جدول (8.4): نتائج اختبار (LSD) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير المؤهل العلمي.

المتغير	المؤهل العلمي	ثانوية فاقل	دبلوم	بكالوريوس فأعلى
المساندة من قبل المؤسسة	ثانوية فاقل		-0.46897*	-0.23087
	دبلوم			0.23810
	بكالوريوس فأعلى			

يتضح من الجدول (8.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق في درجات (المساندة من قبل المؤسسة) من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعاً لمتغير المؤهل العلمي أن الفروق كانت بين المبحوثين الذين مؤهلاتهم (ثانوية فاقل) وبين المبحوثين الذين مؤهلاتهم (دبلوم) لصالح المبحوثين الذين مؤهلاتهم (دبلوم)، وهذا يدعو إلى قبول الفرضية الصفرية الثالثة على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى، في حين تم رفضها على بعد المساندة من قبل المؤسسة.

2.4.2 نتائج الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغير مستوى الدخل.

للتحقق من صحة الفرضية الثانية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة المساندة الاجتماعية تبعاً لمتغير مستوى الدخل، وذلك كما هو واضح في الجدول (9.4).

جدول (9.4): المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة المساندة الاجتماعية تبعاً لمتغير مستوى الدخل.

المتغير	مستوى الدخل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المساندة من قبل الأصدقاء	1499 شيكل فاقل	122	2.88	0.85
	1500 - 3000 شيكل	139	3.04	0.84
	أكثر من 3000 شيكل	71	3.31	0.96
	1499 شيكل فاقل	122	3.27	0.89

0.91	3.41	139	1500 – 3000 شيكل	المساندة من قبل الأسرة
0.88	3.59	71	أكثر من 3000 شيكل	
0.91	3.06	122	1499 شيكل فاقل	المساندة من قبل المؤسسة
0.76	3.14	139	1500 – 3000 شيكل	
0.63	3.44	71	أكثر من 3000 شيكل	
0.88	2.53	122	1499 شيكل فاقل	المساندة من قبل الجيران
0.85	2.82	139	1500 – 3000 شيكل	
1.07	2.60	71	أكثر من 3000 شيكل	
0.67	2.93	122	1499 شيكل فاقل	الدرجة الكلية
0.59	3.10	139	1500 – 3000 شيكل	
0.67	3.23	71	أكثر من 3000 شيكل	

يتضح من الجدول (9.4) وجود اختلاف في متوسطات درجات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل على اختلاف مستوى دخل أسرهم. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (10.4).

جدول (10.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في

درجات المساندة الاجتماعية وفقا لمستوى الدخل.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
المساندة من قبل الأصدقاء	بين المجموعات	8.447	2	4.224	5.564	0.004**
	داخل المجموعات	249.731	329	0.759		
	المجموع	258.178	331			
المساندة من قبل الأسرة	بين المجموعات	4.641	2	2.320	2.887	0.057
	داخل المجموعات	264.471	329	0.804		
	المجموع	269.112	331			
المساندة من قبل المؤسسة	بين المجموعات	6.673	2	3.336	5.325	0.005**
	داخل المجموعات	206.143	329	0.627		
	المجموع	212.816	331			
المساندة من قبل الجيران	بين المجموعات	6.225	2	3.112	3.738	0.025*
	داخل المجموعات	273.919	329	0.833		
	المجموع	280.144	331			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	4.301	2	2.150	5.259	0.006**
	داخل المجموعات	134.530	329	0.409		
	المجموع	138.831	331			

* دالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$. ** دالة إحصائية بدرجة عالية عند مستوى $(\alpha \geq 0.01)$.

يتضح من الجدول (10.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجات المساعدة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعا لمتغير مستوى الدخل على الدرجة الكلية للمساعدة الاجتماعية وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء بعد (المساعدة من قبل الأسرة)، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للمساعدة الاجتماعية (5.529) عند مستوى الدلالة (0.006)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية للمساعدة الاجتماعية وباقي الأبعاد الأخرى قامت الباحثة باستخدام اختبار (LSD) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (11.4).

جدول (11.4): نتائج اختبار (LSD) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعا لمتغير مستوى الدخل.

المتغير	مستوى الدخل	1499 شيكل فاقل	3000 - 1500 شيكل	أكثر من 3000 شيكل
المساعدة من قبل الأصدقاء	1499 شيكل فاقل		-0.15905	-0.43383*
	3000 - 1500 شيكل			-0.27479*
	أكثر من 3000 شيكل			
المساعدة من قبل المؤسسة	1499 شيكل فاقل		-0.07757	-0.37678*
	3000 - 1500 شيكل			-0.29921*
	أكثر من 3000 شيكل			
المساعدة من قبل الجيران	1499 شيكل فاقل		-0.29800*	-0.06843
	3000 - 1500 شيكل			0.22957
	أكثر من 3000 شيكل			
الدرجة الكلية	1499 شيكل فاقل		-0.16736*	-0.29995*
	3000 - 1500 شيكل			-0.13259
	أكثر من 3000 شيكل			

يتضح من الجدول (11.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق في درجات (المساعدة من قبل الأصدقاء، والمساعدة من قبل المؤسسة) تبعا لمتغير مستوى الدخل أن الفروق كانت بين المبحوثين الذين مستوى دخل أسرهم (1499 شيكل فاقل، و3000 - 1500 شيكل) وبين المبحوثين الذين مستوى دخل أسرهم (أكثر من 3000 شيكل) لصالح المبحوثين الذين مستوى الدخل (أكثر من 3000 شيكل)، وكانت على بعد (المساعدة من قبل الجيران)

بين المبحوثين الذين مستوى دخل أسرهم (1499 شيكل فاقل) وبين المبحوثين الذين مستوى دخل أسرهم (1500 - 3000 شيكل)، وكانت على (الدرجة الكلية) بين المبحوثين الذين مستوى دخل أسرهم (1499 شيكل فاقل) وبين المبحوثين الذين مستوى دخل أسرهم (1500 - 3000 شيكل، وأكثر من 3000 شيكل) لصالح المبحوثين الذين مستوى دخل أسرهم (1500 - 3000 شيكل، وأكثر من 3000 شيكل)، وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية الثانية على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء بعد (المساندة من قبل الأسرة) حيث تم قبولها على هذا البعد.

2.4.3 نتائج الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغير مكان السكن.

للتحقق من صحة الفرضية الثالثة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة المساندة الاجتماعية تبعاً لمتغير مكان السكن، وذلك كما هو واضح في الجدول (12.4).

جدول (12.4): المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة المساندة الاجتماعية تبعاً لمتغير مكان

السكن.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	مكان السكن	المتغير
0.93	3.08	168	مدينة	المساندة من قبل الأصدقاء
0.80	3.10	116	قرية	
0.98	2.68	30	مخيم	
0.71	2.75	18	مضارب البدو	
0.91	3.31	168	مدينة	المساندة من قبل الأسرة
0.81	3.46	116	قرية	
1.14	3.46	30	مخيم	
0.87	3.72	18	مضارب البدو	
0.78	3.26	168	مدينة	المساندة من قبل المؤسسة
0.78	3.22	116	قرية	
0.77	2.64	30	مخيم	
0.89	2.93	18	مضارب البدو	

0.99	2.64	168	مدينة	المساندة من قبل الجيران
0.82	2.72	116	قرية	
0.83	2.84	30	مخيم	
0.96	2.29	18	مضارب البدو	
0.68	3.07	168	مدينة	الدرجة الكلية
0.55	3.12	116	قرية	
0.76	2.91	30	مخيم	
0.71	2.92	18	مضارب البدو	

يتضح من الجدول (12.4) وجود تقارب بين متوسطات درجات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل على اختلاف أماكن سكنهم. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (13.4).

جدول (13.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات المساندة الاجتماعية وفقاً لمكان السكن.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدالة الإحصائية
المساندة من قبل الأصدقاء	بين المجموعات	6.070	3	2.023	2.632	0.050*
	داخل المجموعات	252.108	328	.7690		
	المجموع	258.178	331			
المساندة من قبل الأسرة	بين المجموعات	3.824	3	1.275	1.576	0.195
	داخل المجموعات	265.287	328	0.809		
	المجموع	269.112	331			
المساندة من قبل المؤسسة	بين المجموعات	11.272	3	3.757	6.115	0.000**
	داخل المجموعات	201.544	328	0.614		
	المجموع	212.816	331			
المساندة من قبل الجيران	بين المجموعات	3.841	3	1.280	1.520	0.209
	داخل المجموعات	276.303	328	0.842		
	المجموع	280.144	331			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	1.533	3	0.511	1.221	0.302
	داخل المجموعات	137.298	328	0.419		
	المجموع	138.831	331			

* دالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$. ** دالة إحصائية بدرجة عالية عند مستوى $(\alpha \geq 0.01)$.

يتضح من الجدول (13.4) انه لا توجد وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعاً لمتغير مكان السكن على الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء بعدي (المساندة من قبل الأصدقاء، والمساندة من قبل المؤسسة)، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية (1.221) عند مستوى الدلالة (0.302)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة على بعدي (المساندة من قبل الأصدقاء، والمساندة من قبل المؤسسة) قامت الباحثة باستخدام اختبار (LSD) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (14.4).

جدول (14.4): نتائج اختبار (LSD) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير مكان السكن.

المتغير	مكان السكن	مدينة	قرية	مخيم	مضارب البدو
المساندة من قبل الأصدقاء	مدينة		-0.01614	0.40074*	0.33408
	قرية			0.41688*	0.35022
	مخيم				-0.06667
	مضارب البدو				
المساندة من قبل المؤسسة	مدينة		0.04645	0.62702*	0.33036
	قرية			0.58057*	0.28391
	مخيم				-0.29667
	مضارب البدو				

يتضح من الجدول (14.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق في درجات (المساندة من قبل الأصدقاء، والمساندة من قبل المؤسسة) تبعاً لمتغير مكان السكن أن الفروق كانت بين المبحوثين الذين أماكن سكنهم (مدينة، وقرية) وبين المبحوثين الذين أماكن سكنهم (مخيم) لصالح المبحوثين الذين أماكن سكنهم (مدينة، وقرية)، وهذا يدعو إلى قبول الفرضية الصفرية السابعة على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء الأبعاد (المساندة من قبل الأصدقاء، والمساندة من قبل المؤسسة) حيث تم رفضها على هذه الأبعاد.

2.4.4 نتائج الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغير عمر الابن المعاق.

للتحقق من صحة الفرضية الرابعة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة المساندة الاجتماعية تبعاً لمتغير عمر الابن المعاق، وذلك كما هو واضح في الجدول (15.4).

جدول (15.4): المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة المساندة الاجتماعية تبعاً لمتغير عمر الابن المعاق.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	عمر الابن المعاق	المتغير
0.94	3.14	60	5 سنوات فأقل	المساندة من قبل الأصدقاء
0.83	3.04	131	بين 6 - 11 سنة	
0.91	2.99	141	بين 12 - 18 سنة	
0.90	3.50	60	5 سنوات فأقل	المساندة من قبل الأسرة
0.78	3.49	131	بين 6 - 11 سنة	
0.99	3.26	141	بين 12 - 18 سنة	
0.74	3.41	60	5 سنوات فأقل	المساندة من قبل المؤسسة
0.70	3.37	131	بين 6 - 11 سنة	
0.83	2.89	141	بين 12 - 18 سنة	
0.93	2.68	60	5 سنوات فأقل	المساندة من قبل الجيران
0.85	2.79	131	بين 6 - 11 سنة	
0.96	2.55	141	بين 12 - 18 سنة	
0.69	3.18	60	5 سنوات فأقل	الدرجة الكلية
0.51	3.17	131	بين 6 - 11 سنة	
0.71	2.92	141	بين 12 - 18 سنة	

يتضح من الجدول (15.4) وجود اختلاف في متوسطات درجات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل على اختلاف العمر لأبنهم المعاق. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (16.4).

جدول (16.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات المساعدة الاجتماعية وفقا لعمر الابن المعاق.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدالة الإحصائية
المساعدة من قبل الأصدقاء	بين المجموعات	1.053	2	0.526	0.674	0.511
	داخل المجموعات	257.125	329	0.782		
	المجموع	258.178	331			
المساعدة من قبل الأسرة	بين المجموعات	4.425	2	2.212	2.750	0.065
	داخل المجموعات	264.687	329	0.805		
	المجموع	269.112	331			
المساعدة من قبل المؤسسة	بين المجموعات	19.755	2	9.877	16.832	0.000**
	داخل المجموعات	193.061	329	0.587		
	المجموع	212.816	331			
المساعدة من قبل الجيران	بين المجموعات	4.080	2	2.040	2.431	0.090
	داخل المجموعات	276.064	329	0.839		
	المجموع	280.144	331			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	5.287	2	2.644	6.513	0.002**
	داخل المجموعات	133.543	329	0.406		
	المجموع	138.831	331			

* دالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$. ** دالة إحصائية بدرجة عالية عند مستوى $(\alpha \geq 0.01)$.

يتضح من الجدول (16.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجات المساعدة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعا لمتغير عمر الابن المعاق على الدرجة الكلية للمساعدة الاجتماعية وبعد (المساعدة من قبل المؤسسة) في حين تبين انه لا توجد فروق على وباقي الأبعاد الأخرى، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للمساعدة الاجتماعية (6.513) عند مستوى الدلالة (0.002)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية للمساعدة الاجتماعية وبعد (المساعدة من قبل المؤسسة) قامت الباحثة باستخدام اختبار (LSD) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (17.4).

جدول(17.4): نتائج اختبار (LSD) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعا لمتغير عمر الابن المعاق.

المتغير	عمر الابن المعاق	5 سنوات فاقل	بين 6 - 11 سنة	بين 12 - 18 سنة
المساندة من قبل المؤسسة	5 سنوات فاقل		0.03567	0.51730*
	بين 6 - 11 سنة			0.48163*
	بين 12 - 18 سنة			
الدرجة الكلية	5 سنوات فاقل		0.00878	0.26125*
	بين 6 - 11 سنة			0.25247*
	بين 12 - 18 سنة			

يتضح من الجدول (17.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق في درجات (المساندة من قبل المؤسسة والدرجة الكلية للمساندة) تبعا لمتغير عمر الابن المعاق أن الفروق كانت بين المبحوثين الذين عمر ابنهم المعاق (5 سنوات فاقل، وبين 6 - 11 سنة) وبين المبحوثين الذين عمر ابنهم المعاق (بين 12 - 18 سنة) لصالح المبحوثين الذين عمر ابنهم المعاق (5 سنوات فاقل، و بين 6 - 11 سنة)، وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية الرابعة على الدرجة الكلية وبعد (المساندة من قبل المؤسسة)، في حين تم قبولها على باقي الأبعاد الأخرى.

2.4.5 نتائج الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغير نوع الإعاقة للابن.

للتحقق من صحة الفرضية الخامسة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة المساندة الاجتماعية تبعا لمتغير نوع الإعاقة للابن، وذلك كما هو واضح في الجدول (18.4).

جدول (18.4): المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة المساندة الاجتماعية تبعا لمتغير نوع الإعاقة للابن.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	نوع الإعاقة للابن	المتغير
0.87	3.04	77	عقلية	المساندة من قبل الأصدقاء
0.84	2.79	60	حركية	
0.98	3.24	69	بصرية	
0.86	2.96	70	سمعية	
0.78	3.27	37	نطقية	
0.78	2.90	19	متعددة	
1.08	3.16	77	عقلية	المساندة من قبل الأسرة
0.57	3.64	60	حركية	
0.96	3.33	69	بصرية	
0.91	3.26	70	سمعية	
0.62	3.69	37	نطقية	
0.80	3.76	19	متعددة	
0.79	3.11	77	عقلية	المساندة من قبل المؤسسة
0.70	3.32	60	حركية	
0.76	3.30	69	بصرية	
0.89	2.83	70	سمعية	
0.66	3.45	37	نطقية	
0.77	3.27	19	متعددة	
0.87	2.74	77	عقلية	المساندة من قبل الجيران
0.75	2.59	60	حركية	
0.98	2.65	69	بصرية	
0.95	2.44	70	سمعية	
1.04	2.99	37	نطقية	
0.89	2.88	19	متعددة	
0.74	3.01	77	عقلية	الدرجة الكلية
0.45	3.09	60	حركية	

0.68	3.13	69	بصرية
0.71	2.87	70	سمعية
0.47	3.35	37	نطقية
0.45	3.20	19	متعددة

يتضح من الجدول (18.4) وجود اختلاف في متوسطات درجات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل على اختلاف نوع الإعاقة لدى ابنهم. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (19.4).

جدول (19.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في

درجات المساندة الاجتماعية وفقا لنوع الإعاقة للابن.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدالة الإحصائية
المساندة من قبل الأصدقاء	بين المجموعات	9.201	5	1.840	2.410	0.036*
	داخل المجموعات	248.976	326	.7640		
	المجموع	258.178	331			
المساندة من قبل الأسرة	بين المجموعات	15.200	5	3.040	3.903	0.002**
	داخل المجموعات	253.912	326	0.779		
	المجموع	269.112	331			
المساندة من قبل المؤسسة	بين المجموعات	14.075	5	2.815	4.618	0.000**
	داخل المجموعات	198.741	326	0.610		
	المجموع	212.816	331			
المساندة من قبل الجيران	بين المجموعات	8.931	5	1.786	2.147	0.060
	داخل المجموعات	271.213	326	0.832		
	المجموع	280.144	331			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	6.494	5	1.299	3.199	0.008**
	داخل المجموعات	132.337	326	0.406		
	المجموع	138.831	331			

* دالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$. ** دالة إحصائية بدرجة عالية عند مستوى $(\alpha \geq 0.01)$.

يتضح من الجدول (19.4) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$

في درجات المساعدة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعا لمتغير نوع الإعاقة للابن على بعد (المساعدة من قبل الجيران)، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للمساعدة الاجتماعية (2.147) عند مستوى الدلالة (0.060)، حيث تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في درجات المساعدة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعا لمتغير نوع الإعاقة للابن على الدرجة الكلية للمساعدة الاجتماعية وباقي الأبعاد الأخرى حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للمساعدة الاجتماعية (3.199) عند مستوى الدلالة (0.008)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة قامت الباحثة باستخدام اختبار (LSD) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (20.4).

جدول (20.4): نتائج اختبار (LSD) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعا لمتغير نوع الإعاقة للابن.

المتغير	نوع الإعاقة للابن	عقلية	حركية	بصرية	سمعية	نطقية	متعددة
المساعدة من قبل الأصدقاء	عقلية		0.24567	-0.20179	0.08198	-0.22955	0.13602
	حركية			0.44746*	-0.16369	0.47523*	-0.10965
	بصرية				0.28377	-0.02776	0.33781
	سمعية					-0.31153	0.05404
	نطقية						.365580
	متعددة						
المساعدة من قبل الأسرة	عقلية		0.48304*	-0.17262	-0.09821	0.52510*	-0.60244*
	حركية			0.31042*	0.38482*	-0.04206	-0.11941
	بصرية				0.07440	-0.35248	-0.42982
	سمعية					0.42688*	-0.50423*
	نطقية						-0.07735
	متعددة						
المساعدة من قبل المؤسسة	عقلية		-0.20887	-0.18931	0.28208*	0.34086*	-0.16589
	حركية			0.01957	0.49095*	-0.13198	0.04298
	بصرية				0.47139*	-0.15155	0.02342
	سمعية					0.62293*	-0.44797*

0.17496						نطقية	الدرجة الكلية
						متعددة	
-0.19217	-	0.14085	-0.11841	-0.07482		عقلية	
-0.11735	-0.26102	0.21567	-0.04359			حركية	
-0.07376	-0.21743	0.25926*				بصرية	
-0.33302*	-					سمعية	
0.14367						نطقية	
						متعددة	

يتضح من الجدول (20.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق في درجات (المساندة من قبل الأصدقاء) تبعا لمتغير نوع الإعاقة للابن أن الفروق كانت بين المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (حركية) وبين المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (بصرية، ونطقية) لصالح المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (بصرية، ونطقية).

وكانت على بعد (المساندة من قبل الأسرة) بين المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (عقلية) وبين المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (حركية ونطقية ومتعددة) لصالح المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (حركية ونطقية ومتعددة)، كذلك كانت بين (حركية) وبين (بصرية وسمعية) لصالح (حركية)، وأيضا بين (سمعية) وبين (نطقية ومتعددة) لصالح (نطقية ومتعددة).

وكانت على بعد (المساندة من قبل المؤسسة) بين المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (عقلية) وبين المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (سمعية) لصالح المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (عقلية) وبين (عقلية) و(نطقية) لصالح (نطقية)، كذلك كانت بين (حركية) وبين (سمعية) لصالح (حركية)، وأيضا بين (سمعية) وبين (نطقية ومتعددة) لصالح (نطقية ومتعددة).

وكانت على (الدرجة الكلية) بين المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (عقلية) وبين المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (نطقية) لصالح المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (نطقية) وبين (بصرية) و(سمعية) لصالح (بصرية)، كذلك كانت بين (سمعية) وبين (نطقية ومتعددة) لصالح (نطقية ومتعددة).

وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية الخامسة على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء بعد (المساندة من قبل الجيران) حيث تم قبولها على هذا البعد.

3.4 نتائج السؤال الثالث: ما درجة الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل؟

للإجابة عن سؤال الدراسة الأول تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمعرفة درجة الصحة النفسية وأهم أبعادها لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل، وذلك كما هو واضح في الجدول (21.4).

جدول (21.4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الصحة النفسية وأهم أبعادها.

رقم	البعد	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
1	البعد الشخصي	332	3.35	0.79	الثالثة	متوسطة
2	البعد الاجتماعي	332	3.43	0.59	الأولى	مرتفعة
3	البعد الجسدي	332	3.21	1.12	الرابعة	متوسطة
4	البعد الانفعالي	332	3.42	1.00	الثانية	مرتفعة
الدرجة الكلية لأبعاد الصحة النفسية		332	3.35	0.73	متوسطة	

يتضح من الجدول (21.4) أن الدرجة الكلية للصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل جاءت بدرجة متوسطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي على الدرجة الكلية للأبعاد (3.35) مع انحراف معياري قدره (0.73). كذلك تبين أن أهم أبعاد الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تمثلت في (البعد الاجتماعي) حيث جاء في المرتبة الأولى بدرجة مرتفعة وبمتوسط حسابي قدره (3.43)، وجاء في المرتبة الثانية (البعد الانفعالي) بدرجة مرتفعة أيضاً وبمتوسط حسابي قدره (3.42)، بينما جاء في المرتبة الثالثة (البعد الشخصي) بدرجة متوسطة وبمتوسط حسابي قدره (3.35). وجاء في المرتبة الرابعة والأخيرة (البعد الجسدي) بدرجة متوسطة أيضاً وبمتوسط حسابي قدره (3.21).

ولتفصيل النتائج السابقة حسب الفقرات قامت الباحثة باستخراج الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لأبعاد المقياس كما يلي:

أولاً: البعد الشخصي

تم استخراج الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات البعد الشخصي وذلك كما هو واضح في الجدول (22.4).

جدول (22.4) الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات لمستوى البعد الشخصي.

الرقم	الفقرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
1	رغم أن الحياة مليئة بالضغوط إلا أن السعادة تلازمي	332	3.17	1.16	متوسطة
2	أشعر بالسعادة لأن حياتي جديدة بأن تُعاش	332	3.32	1.06	متوسطة
3	أشعر بالسعادة لأنني قادرة/ة على حل مشاكلي	332	3.43	1.18	مرتفعة
4	أشعر بأنني أعاني من بعض المشكلات النفسية	332	3.34	1.40	متوسطة
5	أشعر بأنني راضى/ة عن نفسي برغم ضغوط الحياة	332	3.67	1.05	مرتفعة
6	ليس لدي عزيمة وإرادة في إيجاد معنى لحياتي	332	3.53	1.30	مرتفعة
7	منذ فترة واليأس يملأ حياتي	332	3.58	1.33	مرتفعة
8	أشعر بالخوف من المستقبل	332	2.77	1.51	متوسطة

يتضح من الجدول (22.4) أن أهم فقرات البعد الشخصي لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تمثلت في الفقرة رقم (5) والتي تنص على (أشعر بأنني راضى/ة عن نفسي برغم ضغوط الحياة) بمتوسط حسابي قدره (3.67) معبرة عن درجة مرتفعة، وجاء في المرتبة الثانية الفقرة رقم (7) (منذ فترة واليأس يملأ حياتي) بمتوسط حسابي قدره (3.58) معبرا عن درجة مرتفعة، بينما جاء في المرتبة الثالثة الفقرة رقم (6) (ليس لدي عزيمة وإرادة في إيجاد معنى لحياتي) بمتوسط حسابي قدره (3.53) معبرا عن درجة مرتفعة كذلك، في حين جاء في المرتبة الأخيرة الفقرة رقم (8) (أشعر بالخوف من المستقبل) بمتوسط حسابي قدره (2.77) معبرة عن درجة متوسطة.

ثانياً: البعد الاجتماعي

تم استخراج الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات البعد الاجتماعي وذلك كما هو واضح في الجدول (23.4).

جدول (23.4) الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات لمستوى البعد الاجتماعي.

الرقم	الفقرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
9	أشعر بالخوف عندما أكون لوحد	332	3.31	1.46	متوسطة
10	أشعر بأن الآخرين راضين عني	332	3.39	1.16	متوسطة
11	أحاول أن أتصرف بطريقة من خلالها يتقبلني أقربائي	332	3.44	1.19	مرتفعة
12	أشعر أحيانا بالخجل من مقابلة الآخرين	332	3.89	1.31	مرتفعة
13	أظهر للآخرين بأنني سعيدة ولكنني غير ذلك	332	3.08	1.38	متوسطة
14	أشعر بالأمان عندما أكون مع الآخرين	332	3.45	1.17	مرتفعة

يتضح من الجدول (23.4) أن أهم فقرات البعد الاجتماعي لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تمثلت في الفقرة رقم (12) والتي تتص على (أشعر أحيانا بالخجل من مقابلة الآخرين) بمتوسط حسابي قدره (3.89) معبرة عن درجة مرتفعة، وجاء في المرتبة الثانية الفقرة رقم (14) (أشعر بالأمان عندما أكون مع الآخرين) بمتوسط حسابي قدره (3.45) معبرا عن درجة مرتفعة، وجاء في المرتبة الثالثة الفقرة رقم (11) (أحاول أن أتصرف بطريقة من خلالها يتقبلني أقربائي) بمتوسط حسابي قدره (3.44) معبرا عن درجة مرتفعة كذلك، في حين جاء في المرتبة الأخيرة الفقرة رقم (13) (أظهر للآخرين بأنني سعيدة ولكنني غير ذلك) بمتوسط حسابي قدره (2.08) معبرة عن درجة متوسطة.

ثالثا: البعد الجسمي

تم استخراج الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات البعد الجسمي وذلك كما هو واضح في الجدول (24.4).

جدول (24.4) الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات لمستوى البعد الجسمي.

الرقم	الفقرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
15	أعاني في كثير من الأحيان من الصداع	332	2.56	1.42	منخفضة
16	أشعر بالإعياء أو الإغماء أو الدوخة	332	3.51	1.45	مرتفعة
17	أشعر بآلام في القلب أو الصدر	332	3.63	1.44	مرتفعة
18	أعاني من الإحساس بآلام أسفل الظهر	332	2.61	1.56	متوسطة
19	أعاني من الإحساس بالغثيان واضطراب المعدة	332	3.45	1.40	مرتفعة
20	لدي شعور بألم في العضلات	332	2.76	1.52	متوسطة
21	أعاني من صعوبة في النقاط أنفاسي	332	3.44	1.38	مرتفعة
22	أعاني من الإحساس بنوبات من السخونة أو البرودة في جسمي	332	3.75	1.35	مرتفعة

يتضح من الجدول (24.4) أن أهم فقرات البعد الجسمي لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تمثلت في الفقرة رقم (22) والتي تنص على (أعاني من الإحساس بنوبات من السخونة أو البرودة في جسمي) بمتوسط حسابي قدره (3.75) معبرة عن درجة مرتفعة، وجاء في المرتبة الثانية الفقرة رقم (17) (أشعر بآلام في القلب أو الصدر) بمتوسط حسابي قدره (3.63) معبرا عن درجة مرتفعة، وجاء في المرتبة الثالثة الفقرة رقم (16) (أشعر بالإعياء أو الإغماء أو الدوخة) بمتوسط حسابي قدره (3.51) معبرا عن درجة مرتفعة كذلك، في حين جاء في المرتبة الأخيرة الفقرة رقم (15) (أعاني في كثير من الأحيان من الصداع) بمتوسط حسابي قدره (2.56) معبرة عن درجة منخفضة.

رابعا: البعد الانفعالي

تم استخراج الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات البعد الانفعالي وذلك كما هو واضح في الجدول (25.4).

جدول (25.4) الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات لمستوى البعد الانفعالي.

الرقم	الفقرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
23	لدي إحساس بضيق عند تناول الطعام في مكان عام	332	3.67	1.36	مرتفعة
24	أكثر من التفكير في إنهاء حياتي	332	4.23	1.31	مرتفعة جدا
25	ألجأ إلى البكاء بسهولة	332	3.18	1.45	متوسطة
26	لدي شعور بأني محبوس/ة أو مقيد/ة الحركة	332	3.28	1.43	متوسطة
27	ألوم نفسي على الأحداث التي تمر بي	332	3.69	1.34	مرتفعة
28	أعاني من عدم القدرة على إتمام أعمالي	332	3.21	1.41	متوسطة
29	أعاني من القلق على الأشياء بصورة مبالغ فيها	332	3.25	1.44	متوسطة
30	أعاني من سرعة الانفعال أو الاضطراب الداخلي	332	2.84	1.45	متوسطة

يتضح من الجدول (25.4) أن أهم فقرات البعد الانفعالي لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تمثلت في الفقرة رقم (24) والتي تنص على (أكثر من التفكير في إنهاء حياتي) بمتوسط حسابي قدره (4.23) معبرة عن درجة مرتفعة جدا، وجاء في المرتبة الثانية الفقرة رقم (27) (ألوم نفسي على الأحداث التي تمر بي) بمتوسط حسابي قدره (3.67) معبرا عن درجة مرتفعة، وجاء في المرتبة الثالثة الفقرة رقم (23) (لدي إحساس بضيق عند تناول الطعام في مكان عام) بمتوسط حسابي قدره (3.67) معبرا عن درجة مرتفعة كذلك، في حين جاء في المرتبة الأخيرة الفقرة رقم (30) (أعاني من سرعة الانفعال أو الاضطراب الداخلي) بمتوسط حسابي قدره (2.84) معبرة عن درجة متوسطة.

4.4 نتائج السؤال الرابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغيرات (المؤهل العلمي، ومعدل الدخل، ومكان السكن، وعمر الابن المعاق، ونوع الإعاقة)؟، وانبتق عن هذا السؤال الفرضيات الصفرية (1-5) وفيما يلي نتائج فحصها:

4.4.1 نتائج الفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

للتحقق من صحة الفرضية السادسة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الصحة النفسية تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، وذلك كما هو واضح في الجدول (26.4).

جدول (26.4): المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة الصحة النفسية تبعاً لمتغير المؤهل العلمي.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المؤهل العلمي	المتغير
0.77	3.32	261	ثانوية فاقل	البعد الشخصي
0.87	3.57	36	دبلوم	
0.81	3.38	35	بكالوريوس فأعلى	
0.59	3.43	261	ثانوية فاقل	البعد الاجتماعي
0.58	3.51	36	دبلوم	
0.61	3.35	35	بكالوريوس فأعلى	
1.14	3.15	261	ثانوية فاقل	البعد الجسمي
0.99	3.52	36	دبلوم	
1.07	3.35	35	بكالوريوس فأعلى	
0.98	3.39	261	ثانوية فاقل	البعد الانفعالي
1.03	3.67	36	دبلوم	
1.15	3.39	35	بكالوريوس فأعلى	
0.71	3.32	261	ثانوية فاقل	الدرجة الكلية
0.75	3.57	36	دبلوم	
0.81	3.37	35	بكالوريوس فأعلى	

يتضح من الجدول (26.4) وجود تقارب في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل على اختلاف مؤهلاتهم العلمية. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (27.4).

جدول(27.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الصحة النفسية وفقا للمؤهل العلمي.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
البعد الشخصي	بين المجموعات	1.960	2	0.980	1.578	0.208
	داخل المجموعات	204.275	329	0.621		
	المجموع	206.235	331			
البعد الاجتماعي	بين المجموعات	0.467	2	0.234	0.666	0.515
	داخل المجموعات	115.523	329	0.351		
	المجموع	115.991	331			
البعد الجسمي	بين المجموعات	5.092	2	2.546	2.033	0.133
	داخل المجموعات	411.943	329	1.252		
	المجموع	417.035	331			
البعد الانفعالي	بين المجموعات	2.593	2	1.297	1.293	0.276
	داخل المجموعات	329.823	329	1.003		
	المجموع	332.416	331			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	1.952	2	0.976	1.848	0.159
	داخل المجموعات	173.799	329	0.528		
	المجموع	175.752	331			

* دالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$. ** دالة إحصائية بدرجة عالية عند مستوى $(\alpha \geq 0.01)$.

يتضح من الجدول (27.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعا لمتغير المؤهل العلمي على الدرجة الكلية للصحة النفسية وباقي الأبعاد الأخرى، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للصحة النفسية (1.848) عند مستوى الدلالة (0.159)، وهذا يدعو إلى قبول الفرضية الصفرية السادسة على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

4.4.2 نتائج الفرضية السابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(0.05 \geq \alpha)$ في متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغير مستوى الدخل.

للتحقق من صحة الفرضية السابعة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الصحة النفسية تبعاً لمتغير مستوى الدخل، وذلك كما هو واضح في الجدول (28.4).

جدول (28.4): المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة الصحة النفسية تبعاً لمتغير مستوى الدخل.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	مستوى الدخل	المتغير
0.73	3.07	122	1499 شيكل فأقل	البعد الشخصي
0.78	3.50	139	1500 - 3000 شيكل	
0.77	3.55	71	أكثر من 3000 شيكل	
0.59	3.36	122	1499 شيكل فأقل	البعد الاجتماعي
0.61	3.48	139	1500 - 3000 شيكل	
0.55	3.43	71	أكثر من 3000 شيكل	
1.14	3.03	122	1499 شيكل فأقل	البعد الجسمي
1.13	3.32	139	1500 - 3000 شيكل	
1.06	3.32	71	أكثر من 3000 شيكل	
1.03	3.28	122	1499 شيكل فأقل	البعد الانفعالي
0.95	3.50	139	1500 - 3000 شيكل	
1.04	3.50	71	أكثر من 3000 شيكل	
0.70	3.19	122	1499 شيكل فأقل	الدرجة الكلية
0.73	3.45	139	1500 - 3000 شيكل	
0.72	3.45	71	أكثر من 3000 شيكل	

يتضح من الجدول (28.4) وجود اختلاف في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل على اختلاف مستوى دخل أسرهم. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (29.4).

جدول (29.4) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الصحة النفسية وفقا لمستوى الدخل.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
البعد الشخصي	بين المجموعات	15.543	2	7.771	13.408	0.000**
	داخل المجموعات	190.692	329	0.580		
	المجموع	206.235	331			
البعد الاجتماعي	بين المجموعات	0.915	2	0.457	1.308	0.272
	داخل المجموعات	115.076	329	0.350		
	المجموع	115.991	331			
البعد الجسمي	بين المجموعات	6.468	2	3.234	2.591	0.076
	داخل المجموعات	410.567	329	1.248		
	المجموع	417.035	331			
البعد الانفعالي	بين المجموعات	3.750	2	1.875	1.877	0.155
	داخل المجموعات	328.666	329	0.999		
	المجموع	332.416	331			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	5.396	2	2.698	5.210	0.006**
	داخل المجموعات	170.356	329	0.518		
	المجموع	175.752	331			

* دالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$. ** دالة إحصائية بدرجة عالية عند مستوى $(\alpha \geq 0.01)$.

يتضح من الجدول (29.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعا لمتغير مستوى الدخل على الدرجة الكلية للصحة النفسية و(البعد الشخصي)، في حين تبين عدم وجود فروق على باقي الأبعاد الأخرى، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للصحة النفسية (5.210) عند مستوى الدلالة (0.006)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية للصحة النفسية وباقي الأبعاد الأخرى قامت الباحثة باستخدام اختبار (LSD) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (30.4).

جدول (30.4): نتائج اختبار (LSD) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعا لمتغير مستوى الدخل.

المتغير	مستوى الدخل	1499 شيكل فأقل	3000 - 1500 شيكل	أكثر من 3000 شيكل
البعد الشخصي	1499 شيكل فأقل		-0.42865*	-0.48241*
	3000 - 1500 شيكل			-0.05375
	أكثر من 3000 شيكل			
الدرجة الكلية	1499 شيكل فأقل		-0.26399*	-0.26527*
	3000 - 1500 شيكل			-0.00128
	أكثر من 3000 شيكل			

يتضح من الجدول (30.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق على الدرجة الكلية و(البعد الشخصي) تبعا لمتغير مستوى الدخل أن الفروق كانت بين المبحوثين الذين مستوى دخل أسرهم (1499 شيكل فأقل) وبين المبحوثين الذين مستوى دخل أسرهم (3000 - 1500 شيكل، أكثر من 3000 شيكل) لصالح المبحوثين الذين مستوى الدخل (3000 - 1500 شيكل، أكثر من 3000 شيكل)، وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية السابعة على الدرجة الكلية و(البعد الشخصي) في حين تم قبولها على باقي الأبعاد الأخرى.

4.4.5. نتائج الفرضية الثامنة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغير مكان السكن.

للتحقق من صحة الفرضية الثامنة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الصحة النفسية تبعا لمتغير مكان السكن، وذلك كما هو واضح في الجدول (31.4).

جدول (31.4): المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة الصحة النفسية تبعا لمتغير مكان السكن.

المتغير	مكان السكن	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
البعد الشخصي	مدينة	168	3.46	0.79
	قرية	116	3.25	0.73
	مخيم	30	3.47	0.79

0.91	2.89	18	مضارب البدو	البعد الاجتماعي
0.61	3.47	168	مدينة	
0.56	3.37	116	قرية	
0.52	3.52	30	مخيم	
0.69	3.25	18	مضارب البدو	
1.16	3.31	168	مدينة	البعد الجسمي
1.14	3.03	116	قرية	
0.83	3.41	30	مخيم	
0.98	3.18	18	مضارب البدو	
1.10	3.43	168	مدينة	البعد الانفعالي
0.91	3.37	116	قرية	
0.62	3.71	30	مخيم	
1.02	3.10	18	مضارب البدو	
0.77	3.42	168	مدينة	الدرجة الكلية
0.69	3.26	116	قرية	
0.45	3.53	30	مخيم	
0.82	3.11	18	مضارب البدو	

يتضح من الجدول (31.4) وجود اختلاف في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل على اختلاف أماكن سكنهم. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (32.4).

جدول (32.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الصحة النفسية وفقاً لمكان السكن.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
البعد الشخصي	بين المجموعات	7.388	3	2.463	4.062	0.007**
	داخل المجموعات	198.847	328	0.606		
	المجموع	206.235	331			
	بين المجموعات	1.523	3	0.508	1.454	0.227

		0.349	328	114.468	داخل المجموعات	البعد الاجتماعي
			331	115.991	المجموع	
0.168	1.692	2.119	3	6.356	بين المجموعات	البعد الجسمي
		1.252	328	410.679	داخل المجموعات	
			331	417.035	المجموع	
0.208	1.524	1.524	3	4.571	بين المجموعات	البعد الانفعالي
		1.000	328	327.845	داخل المجموعات	
			331	332.416	المجموع	
0.067	2.408	1.262	3	3.787	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		0.524	328	171.965	داخل المجموعات	
			331	175.752	المجموع	

* دالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$. ** دالة إحصائية بدرجة عالية عند مستوى $(\alpha \geq 0.01)$.

يتضح من الجدول (32.4) انه لا توجد وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعاً لمتغير مكان السكن على الدرجة الكلية للصحة النفسية وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء بعدي (البعد الشخصي)، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للصحة النفسية (2.408) عند مستوى الدلالة (0.067)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة على (البعد الشخصي) قامت الباحثة باستخدام اختبار (LSD) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (33.4).

جدول (33.4): نتائج اختبار (LSD) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير مكان السكن.

المتغير	مكان السكن	مدينة	قرية	مخيم	مضارب البدو
البعد الشخصي	مدينة		0.21108	-0.01205	0.56572*
	قرية			-0.22313	0.35465*
	مخيم				0.57778*
	مضارب البدو				

يتضح من الجدول (33.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق في درجات (البعد الشخصي) تبعاً لمتغير مكان السكن أن الفروق كانت بين المبحوثين الذين أماكن سكنهم (مدينة، قرية ومخيم) وبين المبحوثين الذين أماكن سكنهم (مضارب

البدو) لصالح المبحوثين الذين أماكن سكنهم (مدينة، قرية ومخيم)، وهذا يدعو لقبول الفرضية الصفرية الثامنة على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء بعد (البعد الشخصي) حيث تم رفضها على هذا البعد.

4.4.6 نتائج الفرضية التاسعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغير عمر الابن المعاق.

للتحقق من صحة الفرضية التاسعة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الصحة النفسية تبعاً لمتغير عمر الابن المعاق، وذلك كما هو واضح في الجدول (34.4).

جدول (34.4): المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة الصحة النفسية تبعاً لمتغير عمر الابن المعاق.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	عمر الابن المعاق	المتغير
0.71	3.15	60	5 سنوات فاقل	البعد الشخصي
0.78	3.48	131	بين 6 - 11 سنة	
0.81	3.32	141	بين 12 - 18 سنة	
0.58	3.31	60	5 سنوات فاقل	البعد الاجتماعي
0.61	3.42	131	بين 6 - 11 سنة	
0.58	3.48	141	بين 12 - 18 سنة	
0.97	3.19	60	5 سنوات فاقل	البعد الجسدي
1.06	3.27	131	بين 6 - 11 سنة	
1.24	3.17	141	بين 12 - 18 سنة	
0.95	3.2729	60	5 سنوات فاقل	البعد الانفعالي
1.05	3.4265	131	بين 6 - 11 سنة	
0.98	3.4770	141	بين 12 - 18 سنة	
0.66	3.2316	60	5 سنوات فاقل	الدرجة الكلية
0.75	3.4003	131	بين 6 - 11 سنة	
0.73	3.3610	141	بين 12 - 18 سنة	

يتضح من الجدول (34.4) وجود اختلاف في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل على اختلاف العمر لأبنهم المعاق. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (35.4).

جدول (35.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الصحة النفسية وفقا لعمر الابن المعاق.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
البعد الشخصي	بين المجموعات	4.764	2	2.382	3.890	0.021*
	داخل المجموعات	201.471	329	0.612		
	المجموع	206.235	331			
البعد الاجتماعي	بين المجموعات	1.146	2	0.573	1.642	0.195
	داخل المجموعات	114.845	329	0.349		
	المجموع	115.991	331			
البعد الجسمي	بين المجموعات	.751	2	0.376	0.297	0.743
	داخل المجموعات	416.284	329	1.265		
	المجموع	417.035	331			
البعد الانفعالي	بين المجموعات	1.761	2	.880	0.876	0.417
	داخل المجموعات	330.655	329	1.005		
	المجموع	332.416	331			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	1.186	2	0.593	1.118	0.328
	داخل المجموعات	174.565	329	0.531		
	المجموع	175.752	331			

* دالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$. ** دالة إحصائية بدرجة عالية عند مستوى $(\alpha \geq 0.01)$.

يتضح من الجدول (35.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعا لمتغير عمر الابن المعاق على الدرجة الكلية للصحة النفسية وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء البعد (الشخصي)، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للصحة النفسية (1.118) عند مستوى الدلالة (0.328)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة على (البعد الشخصي) قامت الباحثة باستخدام اختبار (LSD) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (36.4).

جدول (36.4): نتائج اختبار (LSD) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعا لمتغير عمر الابن المعاق.

المتغير	عمر الابن المعاق	5 سنوات فاقل	بين 6 - 11 سنة	بين 12 - 18 سنة
البعد الشخصي	5 سنوات فاقل		-0.33109*	-0.17123
	بين 6 - 11 سنة			0.15986
	بين 12 - 18 سنة			

يتضح من الجدول (36.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق في درجات (البعد الشخصي) تبعا لمتغير عمر الابن المعاق أن الفروق كانت بين المبحوثين الذين عمر ابنهم المعاق (5 سنوات فاقل) وبين المبحوثين الذين عمر ابنهم المعاق (بين 6 - 11 سنة)، وهذا يدعو إلى قبول الفرضية الصفرية التاسعة على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء (البعد الشخصي) حيث تم رفضها على هذا البعد.

4.4.7 نتائج الفرضية العاشرة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغير نوع الإعاقة للابن.

للتحقق من صحة الفرضية العاشرة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الصحة النفسية تبعا لمتغير نوع الإعاقة للابن، وذلك كما هو واضح في الجدول (37.4).

جدول (37.4): المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة الصحة النفسية تبعا لمتغير نوع الإعاقة للابن.

المتغير	نوع الإعاقة للابن	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
البعد الشخصي	عقلية	77	3.13	0.78
	حركية	60	3.22	0.55
	بصرية	69	3.78	0.90
	سمعية	70	3.21	0.78
	نطقية	37	3.37	0.68
	متعددة	19	3.59	0.72
	عقلية	77	3.26	0.60

0.40	3.33	60	حركية	البعد الاجتماعي
0.71	3.63	69	بصرية	
0.60	3.47	70	سمعية	
0.46	3.37	37	نطقية	
0.56	3.64	19	متعددة	
0.90	2.99	77	عقلية	البعد الجسمي
1.08	3.04	60	حركية	
1.01	3.96	69	بصرية	
1.28	3.02	70	سمعية	
1.01	3.03	37	نطقية	
1.04	3.05	19	متعددة	البعد الانفعالي
0.81	3.00	77	عقلية	
0.92	3.39	60	حركية	
0.86	4.06	69	بصرية	
1.12	3.30	70	سمعية	
0.96	3.41	37	نطقية	الدرجة الكلية
1.04	3.41	19	متعددة	
0.58	3.10	77	عقلية	
0.63	3.24	60	حركية	
0.72	3.86	69	بصرية	
0.78	3.25	70	سمعية	
0.66	3.30	37	نطقية	
0.74	3.42	19	متعددة	

يتضح من الجدول (37.4) وجود اختلاف في متوسطات درجات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل على اختلاف نوع الإعاقة لدى ابنهم. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (38.4).

جدول (38.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الصحة النفسية وفقا لنوع الإعاقة للابن.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
البعد الشخصي	بين المجموعات	19.612	5	3.922	6.852	0.000**
	داخل المجموعات	186.623	326	0.572		
	المجموع	206.235	331			
البعد الاجتماعي	بين المجموعات	6.597	5	1.319	3.932	0.002**
	داخل المجموعات	109.393	326	0.336		
	المجموع	115.991	331			
البعد الجسمي	بين المجموعات	48.862	5	9.772	8.653	0.000**
	داخل المجموعات	368.173	326	1.129		
	المجموع	417.035	331			
البعد الانفعالي	بين المجموعات	43.291	5	8.658	9.762	0.000**
	داخل المجموعات	289.125	326	0.887		
	المجموع	332.416	331			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	24.303	5	4.861	10.463	0.000**
	داخل المجموعات	151.448	326	0.465		
	المجموع	175.752	331			

* دالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$. ** دالة إحصائية بدرجة عالية عند مستوى $(\alpha \geq 0.01)$.

يتضح من الجدول (38.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعا لمتغير نوع الإعاقة للابن على الدرجة الكلية للصحة النفسية وباقي الأبعاد الأخرى حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للصحة النفسية (10.463) عند مستوى الدلالة (0.000)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة قامت الباحثة باستخدام اختبار (LSD) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (39.4).

جدول (39.4): نتائج اختبار (LSD) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعا لمتغير نوع الإعاقة للابلن.

المتغير	نوع الإعاقة للابلن	عقلية	حركية	بصرية	سمعية	نطقية	متعددة
البعد الشخصي	عقلية		-0.08609	-	-0.07240	-0.23688	-0.45737*
	حركية			0.55453*	0.01369	-0.15079	-0.37127
	بصرية				0.56822*	0.40374*	0.18326
	سمعية					-0.16448	-0.38496
	نطقية						-0.22048
	متعددة						
البعد الاجتماعي	عقلية		-0.07298	-	-0.21385*	-0.11630	-0.38278*
	حركية			0.29505*	-0.14087	-0.04332	-0.30980*
	بصرية				0.15418	0.25173*	-0.01475
	سمعية					0.09755	-0.16892
	نطقية						-0.26648
	متعددة						
البعد الجسدي	عقلية		-0.04886	-	-0.02922	-0.03839	-0.06400
	حركية			0.92446*	0.01964	0.01047	-0.01513
	بصرية				0.94410*	0.93493*	0.90932*
	سمعية					-0.00917	-0.03477
	نطقية						-0.02560
	متعددة						
البعد الانفعالي	عقلية		0.39029*	-	-0.30130	-0.41365*	-0.41276
	حركية			0.67437*	0.08899	-0.02337	-0.02248
	بصرية				0.76335*	0.65100*	0.65189*
	سمعية					-0.11236	-0.11147
	نطقية						0.00089
	متعددة						

-0.32923	-0.20131	-0.15419	- 0.76166*	-0.14956		عقلية	الدرجة الكلية
-0.17967	-0.05175	-0.00464	- 0.61210*			حركية	
0.43243*	0.56035*	0.60746*				بصرية	
-0.17503	-0.04711					سمعية	
-0.12792						نطقية	
						متعددة	

يتضح من الجدول (39.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق في درجات (البعد الشخصي) تبعا لمتغير نوع الإعاقة للابن أن الفروق كانت بين المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (عقلية) وبين المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (بصرية، ومتعددة) لصالح المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (بصرية، ومتعددة). وكانت بين (بصرية) وبين (سمعية ونطقية) لصالح بصرية. وكانت على (البعد الاجتماعي) بين المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (عقلية) وبين المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (بصرية وسمعية ومتعددة) لصالح المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (حركية ونطقية ومتعددة بصرية وسمعية ومتعددة)، كذلك كانت بين (حركية) وبين (بصرية ومتعددة) لصالح (حركية)، وأيضا بين (سمعية) وبين (نطقية ومتعددة) لصالح (بصرية ومتعددة). وبين بصرية ونطقية لصالح (بصرية).

وكانت على (البعد الجسدي) بين المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (عقلية وحركية) وبين المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (بصرية) لصالح المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (بصرية)، وبين (بصرية) وبين (سمعية ونطقية ومتعددة) لصالح (بصرية). وكانت على (البعد الانفعالي) بين المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (عقلية) وبين المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (حركية وبصرية ومتعددة) لصالح المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (حركية وبصرية ومتعددة)، وبين (حركية) وبين (بصرية) لصالح (بصرية). وبين (بصرية) وبين (سمعية، ونطقية، ومتعددة) لصالح (بصرية).

وكانت على (الدرجة الكلية) بين المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (عقلية) وبين المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (بصرية) لصالح المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (بصرية) وبين (حركية) و(بصرية)

لصالح (بصرية)، كذلك كانت بين (بصرية) وبين (سمعية ونطقية ومتعددة) لصالح (بصرية). وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية العاشرة على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

5.4 نتائج السؤال الخامس: هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين متوسطات المساندة الاجتماعية وبين متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل؟، وانبثق عن هذا السؤال الفرضية الحادية عشر:

5.4.1 نتائج الفرضية الحادية عشر: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين متوسطات المساندة الاجتماعية وبين متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل.

للتحقق من صحة الفرضية الحادية عشر استخدمت الباحثة معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للعلاقة بين المساندة الاجتماعية وبين الصحة النفسية، وذلك كما هو واضح في الجدول (40.4).

جدول (40.4): نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للعلاقة بين متوسطات المساندة الاجتماعية وبين متوسطات الصحة النفسية.

الدرجة الكلية لصحة النفسية	المتغيرات				
	الانفعالي	الجسمي	الاجتماعي	الشخصي	معامل الارتباط
الأصدقاء	0.105	0.138*	0.255**	0.373**	معامل الارتباط
	0.000	0.012	0.000	0.000	مستوى الدلالة
الأسرة	0.082	0.067	0.275**	0.287**	معامل الارتباط
	0.001	0.227	0.000	0.000	مستوى الدلالة
المؤسسة	-0.231**	-0.085	-0.182**	0.060	معامل الارتباط
	0.016	0.121	0.001	0.274	مستوى الدلالة
الجيران	0.023	0.036	0.257**	0.344**	معامل الارتباط
	0.002	0.514	0.000	0.000	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية	0.001	0.057	0.218**	0.368**	معامل الارتباط
	0.002	0.303	0.000	0.000	مستوى الدلالة

يتضح من الجدول (40.4) وجود علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية وبين الدرجة الكلية للصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل وكذلك وجود علاقة إيجابية بين جميع أبعاد المساندة الاجتماعية وأبعاد الصحة النفسية باستثناء الأبعاد التالية والتي تبين انه لا توجد علاقة بينها، حيث تظهر النتائج انه لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين (بعد المساندة من الأصدقاء) وبين (البعد الانفعالي)، وكذلك بين (بعد المساندة من قبل الأسرة والجيران والدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية) وبين (البعد الجسمي، والبعد الانفعالي)، وكذلك بين (بعد المساندة من قبل المؤسسة) وبين (البعد الشخصي، والبعد الجسمي)، وتبعاً لوجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية فان هذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية الثالثة والعشرون على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء الأبعاد التي تبين عدم وجود علاقة ذات إحصائية بينها.

الفصل الخامس

5.1 مناقشة نتائج الدراسة

2.5 توصيات الدراسة ومقترحاتها

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

يتضمن هذا الفصل مناقشة النتائج التي تم التوصل إليها ، من خلال التحليل الإحصائي لأسئلة الدراسة ، وفرضياتها ، إضافة إلى التوصيات ، في ضوء نتائج هذه الدراسة .

5.1 النتائج :

5.1.1 مناقشة نتيجة السؤال الأول والذي ينص على : ما درجة المساندة الاجتماعية لدى والدي

الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل؟

أشارت النتائج إلى أن الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل جاءت بدرجة متوسطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي على الدرجة الكلية للأبعاد (3.07) مع انحراف معياري قدره (0.65). كذلك تبين أن أهم أبعاد المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تمثلت في (المساندة من قبل الأسرة) حيث جاءت في المرتبة الأولى بدرجة مرتفعة وبمتوسط حسابي قدره (3.40)، وجاءت في المرتبة الثانية (المساندة من قبل المؤسسة) بدرجة متوسطة وبمتوسط حسابي قدره (3.17)، وجاءت في المرتبة الثالثة (المساندة من قبل الأصدقاء) بدرجة متوسطة أيضاً وبمتوسط حسابي قدره (3.04). وجاءت في المرتبة الرابعة والأخيرة (المساندة من قبل الجيران) بدرجة متوسطة أيضاً وبمتوسط حسابي قدره (2.67).

وترى الباحثة أن المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين غير كافية، وذلك لأن الأطفال المعاقين يعتبرون من ذوي الاحتياجات الخاصة، فهم بحاجة إلى الرعاية والمساندة من قبل جميع من يحيطون بهم سواء كانوا الأصدقاء أو الأسرة أو المؤسسات الراعية أو الجيران، فيتوجب على الجميع تقديم المساندة لهؤلاء الأطفال لكي يتغلبوا على الإعاقة ولا يشعرون بالعجز أو النقص، حيث يرى (الدسوقي، وجبريل، 2011) أن موضوع التعاون والمساندة الاجتماعية يشكل رافداً من بين الروافد المتنوعة التي تفرعت في مجال بالغ الخصوبة والثراء، واصطلح الباحثون على تسمية سيكولوجية العلاقات بين الأشخاص، وهو مجال واسع يهتم بالعلاقات الاجتماعية التي لها الأثر الواضح في مجالات الحياة المختلفة.

اتفقت الباحثة مع هذه النتائج حيث أن المساندة الاجتماعية المتمثلة في المساندة الوالدية هي أهم سند اجتماعي في حياة الطفل - والتي تتسم بحب الطفل والاهتمام بما يقوله ويفعله ، كما أن المساندة التي يتلقاها الفرد من أعضاء أسرته وأصدقائه والمتمثلة في العلاقات الدافئة الحميمة تعتبر من أهم مصادر الصحة النفسية للفرد، حيث يؤكد أنه في حال غياب المساندة الاجتماعية فمن الأرجح أن يصبح الفرد عرضه للأمراض النفسية والجسمية، لذا يجب تقديم الدعم النفسي والعمل على تحسين مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة للأطفال المعاقين، كي يتمكنوا من التغلب على الضغوط التي قد تواجههم في الحياة اليومية.

وتتفق نتيجة هذه الدراسة في بعض جزئياتها مع دراسة (أبو قوطة، 2013) فقد بينت أن ما نسبة (42%) من أمهات الأطفال ذوي العيب الخلقي يدركن بأنهن يتلقين مساندة متوسطة، كما اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة شقير (2013) والتي توصلت إلى وجود كفاءة عالية للبرنامج العلاجي وفعالية عالية فقد أدى تطبيق البرنامج العلاجي إلى رفع درجة المساندة الاجتماعية، كما واتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة دياب (2006) في مستوى المساندة الاجتماعية التي تلقاها المراهقين فقد جاء ذلك بدرجة متوسطة.

واختلفت هذه النتيجة مع ما جاءت به دراسة (أبو قوطة، 2013) فقد توصلت إلى أن نسبته النساء ذوات المواليد بعيب خلقي ويشعرن بمستوى منخفض من المساندة الاجتماعية بلغت (24.70%) وكان من نسبته (33.30%) منهن يشعرن بمستوى مرتفع مع المساندة الاجتماعية، ودراسة (الصفدي، 2013) والتي أظهرت أن مستوى المساندة الاجتماعية لدى زوجات الشهداء والأرامل بمحافظات غزة كانت بدرجة جيدة، كما واختلفت مع دراسة (القطراوي، 2013) والتي أظهرت مستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة، وكذلك اختلفت مع نتيجة دراسة (راضي، 2008) والتي أظهرت ارتفاع مستوى المساندة الاجتماعية لأمهات شهداء انتفاضة الأقصى في محافظات غزة، واختلفت مع دراسة (Chen & Silverstein, 2000) والتي بينت أن المساندة الاجتماعية من الأبناء ورضا الأبناء عن المساندة ساهمت بدرجة عالية في حل كثير من الخلافات الزوجية بين الأبوين، ودراسة (Dean et al, 1990) حيث أظهرت أن انخفاض المساندة الاجتماعية أدى إلى زيادة الأعراض الاكتئابية.

5.1.2 مناقشة نتائج السؤال الثاني والذي ينص على : هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغيرات (المؤهل العلمي ، ومعدل الدخل، ومكان السكن، وعمر الابن المعاق، ونوع الإعاقة)؟، ولمناقشة نتيجة السؤال الثاني يجب مناقشة نتائج الفرضيات التالية:

5.1.2.1 مناقشة نتائج الفرضية الأولى والتي تنص على أنه : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

بينت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في درجات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة تبعاً لمتغير المؤهل العلمي على الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء بعد (المساندة من قبل المؤسسة)، حيث كانت الفروق في بعد المساندة من قبل المؤسسة لصالح المبحوثين الذين مؤهلاتهم (دبلوم).

اتفقت الباحثة مع ما سبق وذلك بخصوص عدم وجود الفروق للخبرة التي يكتسبها والدي الأطفال ذوي الإعاقة عبر مراحل نمو وتطور الطفل المعاق، واكتساب الطرق السليمة والملائمة في التعامل معه، وذلك من خلال الندوات والدورات واللقاءات التي تعقدها المؤسسات المحلية، كل هذا قد يكسب المعرفة لوالدي الطفل المعاق بغض النظر عن الدرجة العلمية التي توصل إليها.

أما بالنسبة لوجود فروق في بعد المساندة من قبل المؤسسة لصالح المبحوثين الذين مؤهلاتهم (دبلوم) ربما ترجع هذه الفروق للمتابعة مع المؤسسة من قبل الوالدين والاطلاع المستمر على الخدمات المقدمة من خلال هذه المؤسسات للأطفال المعاقين، وقد يكون حملة مؤهل الدبلوم أكثر صراحة في الاعتراف بشكل مبكر بوجود إعاقة لدى طفله وبالتالي يتلقى علاجاً مبكراً بينما حملة المؤهل الأعلى قد يتأخر في الاعتراف بإعاقة ابنه ، أما حملة الثانوي قد يكون غير واعي للإعاقة .

وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (أبو قوطة، 2013) والتي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الحمل والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى النساء ذوات المواليد بعيب خلقي، كما اتفقت هذه النتيجة في بعض جزئياتها مع دراسة (الصفدي، 2013) في متوسطات أبعاد (دعم الأسرة والأقارب، ودعم المجتمع) والدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية لدى زوجات الشهداء والأرامل في قطاع غزة.

واختلفت نتيجة هذه الدراسة مع دراسة (أحمد ويسرى، 2016)، ودراسة (القطراوي، 2013) والتي أظهرت وجود فروق لآثر المؤهل العلمي في المساندة الاجتماعية عند الدرجة الكلية وأبعادها المختلفة لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة، كما واختلفت هذه النتيجة في بعض جزئياتها مع دراسة (الصفدي، 2013) في متوسطات أبعاد (دعم الأصدقاء، ودعم الجيران) لدى زوجات الشهداء والأرامل في قطاع غزة.

5.1.2.2 مناقشة نتائج الفرضية الثانية والتي تنص على أنه : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغير مستوى الدخل.

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في درجات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعاً لمتغير مستوى الدخل على الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء بعد (المساندة من قبل الأسرة)، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق في درجات (المساندة من قبل الأصدقاء، والمساندة من قبل المؤسسة) تبعاً لمتغير مستوى الدخل أن الفروق كانت لصالح المبحوثين الذين مستوى دخلهم (أكثر من 3000 شيكل)، وكانت على بعد (المساندة من قبل الجيران) لصالح المبحوثين الذين مستوى دخل أسرهم تراوح بين (1500 - 3000 شيكل)، وكانت على (الدرجة الكلية) لصالح المبحوثين الذين مستوى دخل أسرهم تراوح بين (1500 - 3000 شيكل)، وبين الذين مستوى دخل أسرهم، (أكثر من 3000 شيكل).

وتفسر الباحثة ما سبق أن الأطفال ذوي الإعاقة يحتاجون لخدمات متخصصة ووسائل مساعدة لتعينهم على التأقلم مع الحياة ومجرباتها وإن تلك الخدمات تحتاج لإمكانات مادية والتي أحيانا قد تشكل عبئاً اقتصادياً على كاهل الأسرة، وإن الأسر التي تتمتع بإمكانات مادية عالية تتدلل أمامهم تلك الاحتياجات لأن لديهم المقدرة على توفيرها من خلال الإمكانيات المادية المتوفرة، بينما الأسر التي تكون إمكانياتها المادية ضعيفة قد يقف الجانب المادي وعدم توفره حائل بينهم وبين توفير العديد من الاحتياجات للإبن المعاق، وذلك لعدم مقدرتهم المادية على توفيرها.

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية جزئياً مع نتيجة دراسة (العثمان والبيلاوي، 2012) والتي توصلت إلى وجود فروق في الضغوط تعزى للمستوى الاقتصادي لصالح أمهات أطفال التوحد ذوات المستويات الاقتصادية الدنيا.

واختلفت هذه النتيجة مع دراسة (أحمد ويسرى، 2016) تبعاً لمعدل الدخل حيث كانت الفروق لصالح الأسر ذات الدخل المنخفض .

5.1.2.3 مناقشة نتائج الفرضية الثالثة والتي تنص على أنه : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغير مكان السكن.

أظهرت النتائج انه لا توجد وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في درجات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة تبعاً لمتغير مكان السكن على الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء الأبعاد (المساندة من قبل الأصدقاء، والمساندة من قبل المؤسسة) لصالح المبحوثين الذين أماكن سكنهم (مدينة، وقرية).

وتفسر الباحثة النتيجة السابقة والتي أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة تبعاً لمتغير مكان السكن على الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية في الأبعاد (المساندة من قبل الأسرة، والمساندة من قبل الجيران)

بأن الأسرة والجيران يعيشون في نفس المنطقة السكنية والتي تتشكل منها الثقافة حيث تختلف الثقافة من منطقة سكنية لأخرى وذلك أدى لعدم وجود الفروق، بينما تفسر الباحثة الشق الثاني من النتيجة والتي توصلت إلى وجود الفروق في المساندة الاجتماعية في الأبعاد (المساندة من قبل الأصدقاء، والمساندة من قبل المؤسسة) لصالح المبحوثين الذين أماكن سكنهم (مدينة، وقرية)، بأن الأصدقاء والمؤسسة قد تختلف بيئتهم عن البيئة التي يعيش فيها والدي المعاق والذي يؤدي بدوره إلى اختلاف الثقافة والعادات والتقاليد ويؤثر بدوره على المساندة الاجتماعية.

5.1.2.4 مناقشة نتائج الفرضية الرابعة والتي تنص على أنه : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغير عمر الابن المعاق.

كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في درجات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعا لمتغير عمر الابن المعاق على الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية وبعد (المساندة من قبل المؤسسة) في حين تبين انه لا توجد فروق على باقي الأبعاد الأخرى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق في درجات (المساندة من قبل المؤسسة والدرجة الكلية للمساندة) تبعا لمتغير عمر الابن المعاق أن الفروق لصالح المبحوثين الذين عمر ابنهم المعاق (5 سنوات فأقل، و بين 6 - 11 سنة).

وتفسر الباحثة النتيجة السابقة أنه كلما صغر سن المعاق كلما أحتاج إلى رعاية أكثر من الوالدين، فالطفل المعاق يكتسب يومياً مهارات للتعامل مع الحياة اليومية ويكون أكثر حاجة للمساندة الاجتماعية من قبل جميع من يحيطون به، وكذلك الاهتمام الكبير الذي تعطيه المؤسسات التي تهدف للتعامل مع الأطفال المعاقين أكثر من الكبار، وهذا ما يبرر النتيجة السابقة لأن الطفل بحاجة إلى مساندة اجتماعية أكثر ممن هم أكبر منه سناً.

وتتفق نتيجة هذه الدراسة جزئياً مع دراسة (القطراوي، 2013) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق في مستوى المساندة الاجتماعية لدى المعاقين حركياً ترجع لمتغير السن. واختلفت هذه النتيجة مع دراسة (أحمد ويسرى، 2016).

5.1.2.5 مناقشة نتائج الفرضية الخامسة والتي تنص على أنه : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغير نوع الإعاقة للابن.

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في درجات المساندة الاجتماعية من وجهة نظر والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعاً لمتغير نوع الإعاقة للابن على الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية وباقي الأبعاد الأخرى ، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق في درجات (المساندة من قبل الأصدقاء) تبعاً لمتغير نوع الإعاقة للابن أن الفروق كانت لصالح المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (بصرية، ونطقية)، وكانت على بعد (المساندة من قبل الأسرة، والمساندة من قبل المؤسسة) لصالح المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (حركية ونطقية ومتعددة)، وكانت على (الدرجة الكلية) لصالح المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (نطقية، بصرية، نطقية ومتعددة).

وتفسر الباحثة النتيجة السابقة بأن أنواع الإعاقات تختلف في درجتها وشدتها وآليات التعامل معها ولكل نوع من أنواع الإعاقات يتسم بسمات وخصائص معينة، كذلك عدم وعي الناس في التعامل مع كل إعاقة بعينها وبالتالي تحتاج كل منها مساندة اجتماعية تختلف عن أي إعاقة أخرى، وبالتالي تتنوع وتختلف الخدمات والمساندة الاجتماعية التي تقدم لإعاقة معينة عن الإعاقة الأخرى وهذا ما يبرر وجود فروق في المساندة الاجتماعية تبعاً لمتغير نوع الإعاقة.

وتتنفق نتيجة الدراسة الحالية جزئياً مع نتيجة دراسة (شاش، 2013) والتي توصلت إلى أن أمهات المعاقين بدنياً وسمعياً أكثر معاناة لصراع الأدوار، بالإضافة إلى ضغط الأمراض النفسية والعضوية والمصاحبات الأسرية والاجتماعية وكانت أمهات الأطفال ذوي الإعاقة البدنية والسمعية والبصرية كن أقل رضا عن المساندة المدرسية والمجتمعية.

5.1.3 مناقشة نتائج السؤال الثالث والذي ينص على : ما درجة الصحة النفسية لدى والدي

الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل؟

أشارت النتائج إلى أن الدرجة الكلية للصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل كانت متوسطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي على الدرجة الكلية للأبعاد (3.35) مع انحراف معياري قدره (0.73). كذلك تبين أن أهم أبعاد الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تمثلت في (البعد الاجتماعي) حيث جاء في المرتبة الأولى بدرجة مرتفعة وبمتوسط حسابي قدره (3.43)، وجاء في المرتبة الثانية (البعد الانفعالي) بدرجة مرتفعة أيضاً وبمتوسط حسابي قدره (3.42)، بينما جاء في المرتبة الثالثة (البعد الشخصي) بدرجة متوسطة وبمتوسط حسابي قدره (3.35). وجاء في المرتبة الرابعة والأخيرة (البعد الجسمي) بدرجة متوسطة أيضاً وبمتوسط حسابي قدره (3.21).

وتفسر الباحثة النتيجة السابقة بأن الوالدين الذين لديهم طفل معاق يعانون من العديد من الضغوطات النفسية والتي تتعلق بالوضع الحالي للطفل المعاق والتفكير بمستقبله ونشأته، وكذلك لأن الطفل المعاق يحتاج للرعاية والاهتمام المستمر من الوالدين، والذين أيضاً لديهم مهامهم في هذه الحياة مثل العلاقات الاجتماعية والعمل وتحديات الحياة التي تواجههم في حياتهم اليومية، كل يتم ترتيبه بما يتناسب مع الطفل المعاق في الأسرة لأنه يحتاج للرعاية، وهذا قد يؤثر نوعاً ما على مستوى الصحة النفسية للوالدين، وهذا ما يبرر المستوى المتوسط من الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة.

وتتفق نتيجة هذه الدراسة في بعض جزئياتها مع دراسة (أبو قوطة، 2013) فقد بينت أن ما نسبته (33.30%) من أمهات الأطفال ذوي عيب خلقي لديهم صلابة نفسية متوسطة، ودراسة (الصفدي، 2013) والتي أظهرت أن مستوى الصلابة النفسية لدى زوجات الشهداء والأرامل بمحافظات غزة كانت بدرجة متوسطة، ومع نتيجة دراسة ديسون (1997) Dyson والتي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية بين آباء وأمهات الأطفال المعاقين وأقرانهم العاديين، وكان آباء الأطفال المعاقين حركياً أكثر معاناة من كثير من صور الضغوط النفسية والمادية، كما اتضح أيضاً أن هناك العديد من الجوانب السلبية في التفاعلات الأسرية داخل أسر الأطفال المعاقين نظراً لان وجود الطفل المعاق حركياً في الأسرة يؤدي إلى اضطراب وقلق.

بينما اختلفت هذه النتيجة مع ما جاءت به دراسة (سميث وكريزيواز، 2014) والتي أظهرت أن أولياء أمور الأطفال الذين لديهم احتياجات خاصة يعانون من نسبة ضعيفة من الصحة النفسية، ودراسة (Varni et al, 1990) وأظهرت النتائج ارتفاع درجة الصحة النفسية للأطفال الذين يعيشون في أسر تتميز بالتماسك والعلاقات بين أعضائها، ودراسة (أبو قوطة، 2013) فقد توصلت إلى أن نسبة النساء ذوات المواليد بعيب خلقي ويشعرن بمستوى منخفض من الصلابة النفسية بلغت (30.70%) وكان من نسبة (36.00%) منهن يشعرن بمستوى مرتفع مع الصلابة النفسية، واختلفت مع دراسة (القطراوي، 2013) والتي أظهرت مستوى مرتفع من الصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة، كما واختلفت مع دراسة دياب (2006) والتي أظهرت أن مستوى الصحة النفسية لدى المراهقين قد جاء بدرجة جيدة، ودراسة (تفاحة، 2005) والتي توصلت إلى ارتفاع مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى الأطفال العميان، واختلف مع دراسة (العرعير، 2010) والتي بينت أن أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون يتمتعن بمستوى عالٍ من الصحة النفسية، واختلفت مع دراسة (أبو رزق، 2008) التي أظهرت وجود مستوى مرتفع من الضغوط النفسية التي يعاني منها والدي الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في الضفة الغربية، وأيضاً اختلف مع دراسة (راضي، 2008) والتي كشفت عن ارتفاع مستوى الصلابة النفسية لأمهات شهداء انتفاضة الأقصى في محافظات غزة.

5.1.4 مناقشة نتائج السؤال الرابع والذي ينص على : هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغيرات (المؤهل العلمي، ومعدل الدخل، ومكان السكن، وعمر الابن المعاق، ونوع الإعاقة للابن)؟، ولمناقشة نتيجة السؤال الرابع يجب مناقشة نتائج الفرضيات التالية:

5.1.4.1 مناقشة نتائج الفرضية السادسة والتي تنص على أنه : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

أظهرت نتائج الدراسة انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في درجات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعا لمتغير المؤهل العلمي على الدرجة الكلية للصحة النفسية وباقي الأبعاد الأخرى.

وتفسر الباحثة ما سبق بعدم وجود فروق في درجات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة تبعا لمتغير المؤهل العلمي على الدرجة الكلية للصحة النفسية وباقي الأبعاد الأخرى، بأن الصحة النفسية للوالدين لم تختلف حسب اختلاف المؤهل العلمي للوالدين، وأن المؤهل العلمي للوالدين لم يؤثر على مستوى الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة، ويفسر ذلك بأن والدي الأطفال ذوي الإعاقة لديهم نفس الاهتمامات في البحث والمعرفة حول إعاقات أبنائهم ويبحثون عن نفس الطرق التي يتم التعامل بها مع أطفالهم ذوي الإعاقة، وهذا ما يبرر عدم وجود فروق لدى الوالدين حسب المؤهل العلمي.

وتتفق نتيجة الدراسة مع دراسة (أبو قوطة، 2013) والتي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الحمل والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى النساء ذوات المواليد بعيب خلقي، كما اتفقت هذه النتيجة في بعض جزئياتها مع دراسة (الصفدي، 2013) في متوسطات البعد (الاجتماعي) والدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى زوجات الشهداء والأرامل في قطاع غزة، كما واتفقت الدراسة الحالية جزئياً مع نتيجة دراسة (العرعير، 2010) والتي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير تعليم الأم، ودراسة أبو ركة (2005) Abu Rukba والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي للأمهات لصالح الأمهات اللاتي أنهين التعليم الجامعي والثانوي والأساسي.

وتختلف نتيجة الدراسة الحالية في بعض جزئياتها عن نتيجة دراسة (الصفدي، 2013) في متوسطات البعد (النفسي) لدى زوجات الشهداء والأرامل في قطاع غزة، ومع دراسة (القطراوي، 2013) والتي أظهرت عدم وجود فروق لآثر المؤهل العلمي في الصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة، كما اختلفت مع دراسة (أبو رزق، 2008) والتي توصلت إلى توجد فروق في مستوى الضغط النفسي تعزى للمستوى التعليمي للوالدين لصالح الفئة (أمي)، ودراسة (راضي، 2008) والتي كشفت عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى أمهات شهداء انتفاضة الأقصى تعزى للمستوى التعليمي للأم. ومع نتيجة دراسة (المغاري، 2005) والتي توصلت إلى وجود فروق بين درجات كل من آباء وأمهات الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة النفسية وفقاً لمستوياتهم التعليمية.

5.1.4.2 مناقشة نتائج الفرضية السابعة والتي تنص على أنه : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغير مستوى الدخل.

كشفت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في درجات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعاً لمتغير مستوى الدخل على الدرجة الكلية للصحة النفسية و(البعد الشخصي)، في حين تبين عدم وجود فروق على باقي الأبعاد الأخرى، وأشارت نتائج المقارنات البعدية للفروق في الدرجة الكلية و(البعد الشخصي) أن الفروق كانت لصالح المبحوثين الذين مستوى الدخل (1500 - 3000 شيكل)، ثم لصالح الذين مستوى الدخل لديهم (أكثر من 3000 شيكل).

وتفسر الباحثة ما سبق بأن الوالدين يقع على عاتقهم توفير مستلزمات ومتطلبات واحتياجات الأطفال ذوي الإعاقة، وإن تلك المستلزمات تحتاج إلى الإمكانيات المادية، فكلما كانت الإمكانيات المادية متوفرة لدى الوالدين كلما تم توفير الاحتياجات المطلوبة للأطفال ذوي الإعاقة والذي بدوره يؤدي إلى تحسن مستوى الصحة النفسية لدى الوالدين، والعكس صحيح فإنه كلما قلت الإمكانيات المادية للوالدين يجدون

صعوبة في توفير احتياجات الأبناء المعاقين، وهذا قد يولد العديد من الضغوط على الوالدين والتي تؤدي بدورها إلى خفض مستوى الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة.

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية جزئياً مع نتيجة دراسة (العثمان والبيلاوي، 2012) والتي توصلت إلى وجود فروق في الضغوط تعزى للمستوى الاقتصادي لصالح أمهات أطفال التوحد ذوات المستويات الاقتصادية الدنيا، ودراسة (العرعير، 2010) والتي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير المستوى الاقتصادي في الأسرة،

5.1.4.3 مناقشة نتائج الفرضية الثامنة والتي تنص على أنه : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغير مكان السكن.

أظهرت النتائج انه لا توجد وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في درجات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعا لمتغير مكان السكن على الدرجة الكلية للصحة النفسية وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء بعدي (البعد الشخصي)، حيث أشارت نتائج المقارنات البعدية للفروق في درجات (البعد الشخصي) تبعا لمتغير مكان السكن أن الفروق كانت) لصالح المبحوثين الذين أماكن سكنهم (مدينة، وقرية ومخيم).

وتفسر الباحثة النتيجة السابقة بأن كل فرد ينتمي لبيئة وثقافة معينة والذي يعتبر هو جزء منها ووالدي الأطفال ذوي الإعاقة كلٌ تختلف بيئاتهم وتتنوع ثقافتهم ومناطق سكنهم، ولكن كل فرد هو جزء أصيل من البيئة التي ينتمي إليها فهو يؤثر بها ويتأثر منها، وإن ثقافة البيئة هي من صنع أفرادها، فكل فرد راضٍ عن بيئته وثقافته التي ينتمي إليها، وقد يكون الاختلاف في الشخصية يؤثر في طبيعة التعامل مع المشكلة حسب وعي الفرد في تعاونه مع الآخرين أو السماح للآخرين في التعاون معه، وهذا ما يبرر عدم وجود فروق في الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة تبعاً لمتغير مكان السكن.

كما وتفسر الباحثة وجود فروق في الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة تبعاً لمتغير البعد الشخصي، بأن كل فرد يطمح للتطوير ويسعى لأن يغير شيئاً ما بداخله ليصل بطفله الذي يعاني من الإعاقة إلى أفضل مستوى ممكن، وهذا ما يفسر وجود الفروق في البعد الشخصي.

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة (أبو رزق، 2008) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغط النفسي لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة العقلية تبعاً لمتغير مكان السكن، ودراسة (المغاري، 2005) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق بين درجات آباء أو أمهات الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة النفسية وفقاً لمكان السكن. وكذلك مع دراسة (راضي، 2008) والتي أزهت عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى أمهات شهداء انتفاضة الأقصى تعزى لمتغير مكان السكن.

5.1.4.4 مناقشة نتائج الفرضية التاسعة والتي تنص على أنه : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغير عمر الابن المعاق.

أظهرت نتائج الدراسة انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في درجات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعاً لمتغير عمر الابن المعاق على الدرجة الكلية للصحة النفسية وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء البعد (الشخصي)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة على (البعد الشخصي)، وأظهرت نتائج المقارنات البعدية للفروق في درجات (البعد الشخصي) تبعاً لمتغير عمر الابن المعاق أن الفروق كانت لصالح المبحوثين الذين عمر ابنهم المعاق (بين 6 - 11 سنة).

وتفسر الباحثة وجود فروق في الصحة النفسية لدى والدي الطفل المعاق على البعد الشخصي بأن الوالدين لديهم إصرار ودافعية ويسعون دوماً لأن يرتقوا بمهارات أبنائهم الذين يعانون من الإعاقة بغض النظر عن العمر الذي يعيش به الطفل المعاق فهم دوماً يتوقعون من أبنائهم الأفضل، وهذا ما يبرر وجود الفروق على البعد الشخصي من أبعاد الصحة النفسية.

وتفسر الباحثة ما سبق أن كل مرحلة عمرية يمر بها الطفل المعاق لها سماتها وخصائصها النفسية التي تميزها عن المراحل الأخرى فالطفل في مرحلة الطفولة المبكرة يحتاج لرعاية وآلية تعامل تختلف عن الأطفال في سن الطفولة المتوسطة والمتأخرة وفترة المراهقة وكذلك المراحل السابقة تتميز كل منها عن الأخرى ويعي والدين الطفل المعاق تلك الخصائص والمراحل العمرية التي يمر بها أبنائهم المعاقين وكذلك لديهم وعي بمتطلبات كل مرحلة منها، ولديهم إدراك تام بأن كل مرحلة تختلف عن المراحل الأخرى، وهذا ما يبرر عدم وجود فروق في الصحة النفسية لدى والدي الطفل المعاق تبعاً لمتغير عمر الطفل المعاق.

وقد اختلفت هذه نتيجة مع دراسة أبو ركة (2005) Abu Rukba والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى أمهات أطفال متلازمة دوان تعزى لمتغير عمر الطفل.

5.1.4.5 مناقشة نتائج الفرضية العاشرة والتي تص على أنه : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تعزى لمتغير نوع الإعاقة للابن.

كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في درجات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل تبعاً لمتغير نوع الإعاقة للابن على الدرجة الكلية للصحة النفسية وباقي الأبعاد الأخرى فقد أشارت نتائج المقارنات البعدية للفروق في درجات (البعد الشخصي) تبعاً لمتغير نوع الإعاقة للابن أن الفروق كانت لصالح المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (بصرية، ومتعددة). وكانت على (البعد الاجتماعي) لصالح المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (حركية ونطقية ومتعددة، وبصرية وسمعية ومتعددة)، وكانت على (البعد الجسمي) لصالح المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (بصرية). وكانت على (البعد الانفعالي) لصالح المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (حركية وبصرية ومتعددة)، وعلى (الدرجة الكلية) كانت لصالح المبحوثين الذين نوع إعاقة ابنهم (بصرية)، وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية الحادية والعشرون على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

وتفسر الباحثة ذلك بأن الإعاقات التي يعاني منها الأطفال متنوعة ومختلفة وكل إعاقة لها متطلباتها واحتياجاتها التي تتفرد بها عن الإعاقات الأخرى، فهناك إعاقات تحتاج إلى رعاية واهتمام من الوالدين بصورة مكثفة، وهناك إعاقات تحتاج إلى رعاية واهتمام بدرجة أقل، وخلال ذلك قد تتأثر الصحة النفسية لدى الوالدين حسب شدة الإعاقة التي يعاني منها أبنائهم.

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية جزئياً مع نتيجة دراسة (العرعير، 2010) والتي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير درجة الإعاقة، ودراسة (المغاري، 2005) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق بين درجات آباء الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة النفسية وفقاً لدرجات الإعاقة السمعية لأبنائهم، في حين وجدت فروق في الصحة النفسية لصالح أمهات الأطفال متوسطي الإعاقة السمعية.

5.1.5 مناقشة نتيجة السؤال الخامس والذي ينص على : هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين متوسطات المساعدة الاجتماعية وبين متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل؟

5.1.5.1 مناقشة نتائج الفرضية الحادية عشر والتي تنص على أنه : لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين متوسطات المساعدة الاجتماعية وبين متوسطات الصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل.

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة إيجابية دالة إحصائية بين الدرجة الكلية للمساعدة الاجتماعية وبين الدرجة الكلية للصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في محافظة الخليل وكذلك وجود علاقة إيجابية بين جميع أبعاد المساعدة الاجتماعية وأبعاد الصحة النفسية باستثناء الأبعاد التالية والتي تبين انه لا توجد علاقة بينها، حيث تظهر النتائج انه لا توجد علاقة دالة إحصائية بين (بعد المساعدة من الأصدقاء) وبين (البعد الانفعالي)، وكذلك بين (بعد المساعدة من قبل الأسرة والجيران) والدرجة الكلية للمساعدة الاجتماعية) وبين (البعد الجسمي، والبعد الانفعالي)، وكذلك بين (بعد المساعدة من قبل المؤسسة) وبين (البعد الشخصي، والبعد الجسمي)، وتبعاً لوجود علاقة إيجابية

ذات دلالة إحصائية فإن هذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية الثالثة والعشرون على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء الأبعاد التي تبين عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بينها. وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأنه مع تقديم الدعم والمساندة الاجتماعية باختلاف أشكالها وطبيعتها من قبل الأصدقاء والأسرة ومؤسسات المجتمع المحلي والجيران، هذا كله يؤدي إلى تحسن في مستوى الصحة النفسية حيث يعمل ذلك على رفع مستوى الثقة لدى ذوي الأطفال المعاقين في محافظة الخليل اتجاه المجتمع.

وتتنفق نتيجة الدراسة الحالية جزئياً مع نتيجة العديد من الدراسات السابقة ومنها (أحمد ويسرى، 2016) والتي توصلت إلى أنه توجد علاقة ارتباطية بين محاور استبانة المساندة الاجتماعية لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة وبين محاور استبانة المهارات الحياتية لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة، ودراسة (طنطاوي، 2016) والتي بينت وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية من أبعاد المساندة الاجتماعية والدرجة الكلية، وبين مقياس جودة الحياة، ودراسة (غنيم، 2015) والتي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الضغوط وأساليب مواجهتها بالصلابة النفسية وأبعادها لدى عينة أمهات الأطفال العاديين، ووجود علاقة ارتباطية بين الضغوط وأساليب مواجهتها بالمساندة الاجتماعية وأبعادها لدى عينة أمهات الأطفال العاديين، ودراسة (التميمي، 2013) والتي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة الاجتماعية وشعور أولياء الأمور بجودة حياتهم الأسرية، كما واتفقت هذه النتيجة مع دراسة (الصفدي، 2013) والتي بينت وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين كل من المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية وقلق المستقبل لدى عينة الأراذل، ودراسة (راضي، 2008) والتي أظهرت وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين مستوى الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى أمهات شهداء انتفاضة الأقصى في محافظات غزة، ودراسة (Abu Rukba, 2005) والتي أظهرت وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مستوى الصلابة النفسية والصحة النفسية لدى أمهات متلازمة داون، ودراسة (المدهون، 2004) والتي أسفرت نتائجها عن وجود علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين المساندة الاجتماعية والصحة النفسية

واختلفت هذه النتيجة مع دراسة (أبو قوطة، 2013) والتي أظهرت عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين قلق الحمل والمساندة الاجتماعية لدى النساء ذوات المواليد بعيب خلقي، كذلك عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين قلق الحمل والصلابة النفسية لدى النساء ذوات

المواليد بعيب خلقي، ومع دراسة (القطراوي، 2013) والتي أظهرت وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين متوسطي كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى المعاقين حركياً، ودراسة (الهلول ومحيسن، 2013) والتي كشفت عن وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً بين المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية والرضا على الحياة لدى المرأة فاقدة الزوج، كما اختلفت مع دراسة (العثمان والبيلاوي، 2012). حيث أظهرت النتائج وجود علاقة عكسية (سلبية) بين المساندة الاجتماعية والضغوط لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، كما اختلفت في بعض جزئياتها مع دراسة (دياب، 2006). حيث أظهرت النتائج عدم وجود علاقة ارتباطية بين درجات الصحة النفسية وأبعاده ودرجات حجم المساندة الاجتماعية لدى المعاقين هذا بالإضافة إلى وجود علاقة عكسية (سلبية) بين درجات الصحة النفسية عند (البعد الإنساني والقيمي) ودرجات حجم المساندة الاجتماعية، ودراسة (تفاحة، 2005) والتي أظهرت وجود ارتباط سالب بين الوحدة النفسية ومساندة كل من الآباء والأقران، واختلفت أيضاً مع دراسة (يعقوب ويحيى، 1995) والتي أظهرت أنه توجد علاقة سلبية بين درجة الضغوط النفسية ودرجة الدعم الاجتماعي لدى آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقات في عُمان.

2.5 التوصيات:

في ضوء النتائج التي توصلت إليها الباحثة في الدراسة الحالية حول المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة ، خلصت إلى التوصيات والمقترحات الآتية :

1.دعوة الأصدقاء إلى الوقوف إلى جانب والدي الطفل ذو الإعاقة، وتقديم التقدير والثناء عليهم في رعايتهم لابنهم، كذلك مشاركة أسرة الطفل ذو الإعاقة في المناسبات الاجتماعية التي توفر لهم أجواء من الارتياح لما يقدمه الأصدقاء من اهتمام بالطفل ذو الإعاقة لدى أصدقائهم حيث أن اعتماد والد الطفل ذو الإعاقة على أصدقائه سواء بالنصيحة أو غيرها يساعدهم في تقبل الطفل ذو الإعاقة بينهم.

2.ضرورة أن تعمل الأسرة على توفير أجواء من الرضا والقناعة اتجاه الطفل ذو الإعاقة لديهم، ومساعدة الطفل ذو الإعاقة في إكسابه بعض السلوكيات الإيجابية التي تجعله يندمج مع الأسرة في أنشطتها، حيث أن النصائح التي يمكن أن تقدمها الأسرة لوالد الطفل ذو الإعاقة قد تساعده في معالجة ما يواجهه من مشكلات في تعامله مع ابنه ذو الإعاقة .

3.ضرورة العمل على توفير مجموعة من البرامج التأهيلية(إرشادية وتنقيفية،برامج الدعم النفسي) تقدمها بعض مؤسسات المجتمع المدني للمعاقين والمجتمع المحلي، بحيث يتم مشاركة الوالدين في تلك البرامج وبالتالي زيادة قدراتهم ومهاراتهم في الانخراط في المجتمع وزيادة إرادتهم في تقبل الحياة والتكيف معها بكل سلبياتها وإيجابياتها،وتوعية أسر ذوي الإعاقة بأهمية استمرارية تلك البرامج التأهيلية عبر المراحل العمرية المختلفة للإعاقة من خلال الوسائل المناسبة وذلك لتحقيق الفائدة المرجوة من التأهيل.

4.العمل على الاهتمام بالصحة الجسمية عند والدي الطفل المعاق وكذلك عند جميع أفراد الأسرة، بما يجعلهم يتمتعون بصحة وعافية تمكنهم من القيام بدورهم المهم اتجاه الطفل المعاق في الأسرة، والمشاركة الاجتماعية مع البيئة المحيطة بهم.

5. أن يقوم رجال الدين بدور أكثر فعالية من خلال الدروس الدينية والخطب في المساجد في توعية المجتمع اتجاه انفعالاته، والعمل على إخراجهم من حالات اليأس التي قد توفر بيئة تدفع بمن يعيش في بيئة طفل معاق بالتفكير بسلبية كالتفكير بإنهاء الحياة، أو كثرة ألوم الذاتي اتجاه أي تقصير يشعرون به اتجاه الطفل المعاق، وتوعيتهم نحو ضبط النفس والسيطرة عليها، وأن ما حل بهم وأصابهم ما هو إلا من عند الله، فعليهم الرضا بقضاء الله وتقبله.

6. الاهتمام بتوفير المعلومات حول الخدمات المتاحة لفئة ذوي الإعاقة وأسره في المجتمع وكيفية الوصول إليها ، والمساهمة في توفير الوسائل والأجهزة المُعينة التي تساعد الأسر على الاندماج والخروج من العزلة .

7. العمل على زيادة المراكز المتخصصة في مجال التأهيل في فلسطين .

8. عمل المزيد من الدراسات والأبحاث العلمية التي تتناول موضوع المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة في فلسطين.

قائمة المصادر والمراجع

أولاً : المراجع العربية :

1. القرآن الكريم ،الحجرات :13
 2. القرآن الكريم ، المائدة :2
 3. القرآن الكريم ،الذاريات : 56
 4. القرآن الكريم ،النمل : 19
 5. القرآن الكريم ،النحل : 53
 6. القرآن الكريم ،الأنعام : 122
 7. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني . (2011).
 8. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني . (2016).
- السلطة الوطنية الفلسطينية، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الشؤون الاجتماعية، مسح الأفراد ذوي الإعاقة، تقرير النتائج الرئيسية، 2011، صفحة 21-18.
- إبراهيم، أسماء عبد المنعم.(2001): المساندة الاجتماعية التقليدية وغير التقليدية في حالات الثكل، دراسة ميدانية، المؤتمر السنوي الثامن لمركز الإرشاد النفسي - الأسرة في القرن 12، جامعة عين شمس، مصر، م(1)، ص ص 13 - 35.
- الإبراهيم، أسماء بدري.(2007): الصحة النفسية لدى عينة من النساء الأردنيات المطلقات، مجلة اريد للبحوث والدراسات، م(11)، ع(1)، ص ص 159 - 187.
- الإبراهيم، أسماء بدري.(2010): الصحة النفسية لدى النساء الأردنيات المعنفات، مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، م(18)، ع(2)، ص ص 229 - 329.
- ابن منظور، أبو الفضل جمال الدين محمد ابن مكرم. (1993): لسان العرب، دار الكتب العلمية، ط1. بيروت.
- أبو العمرين، ابتسام أحمد.(2008): مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظة غزة وعلاقتها بمستوى أدائهم، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- أبو النصر، مدحت.(2009): الإعاقة والمعاق رؤية حديثة، المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة.

أبو رزق، مروان محمد.(2008): **مستوى الضغط النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في المحافظات الشمالية**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس، فلسطين.

أبو ساكور، تيسير. (2014): **دور الإدارات المدرسية في تنمية المسؤولية الاجتماعية للطلبة ذوي الإعاقة في المدارس الحكومية في جنوب الخليل، مجلة التربية، مجلة جامعة الأزهر، مصر، ع(159)، ج(2)، ص ص 591 - 630.**

أبو عيطة، سهام محمد.(2002): **مبادئ الإرشاد النفسي**، ط2، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

أبو فضالة، عبد الرحيم.(2009): **دراسة في واقع المعاقين في المجتمع الفلسطيني أهداف وطموحات، وزارة الشؤون الاجتماعية، الإدارة العامة للتخطيط والدراسات، فلسطين.**

أبو قوطه، إيمان عبد الرحمن.(2013): **قلق الحمل وعلاقته بالمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى النساء ذوات المواليد بعيب خلقي**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، فلسطين.
أبو مرق، جمال.(2003): **سيكولوجية الإنسان في القران والسنة**. مطبعة الرابطة، الخليل، فلسطين.

أبو هين، ف. (ب ت): **مقياس الصحة النفسية إعداد : Leonard,R.Derogatis, Ronald,S.Lipman and Linocovi**

أحمد، إيمان شعبان، بسري، أفنان محمد عمر.(2016): **المساندة الاجتماعية وأثرها على تنمية المهارات الحياتية لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة، مجلة القراءة والمعرفة، مصر، ع(971)، ص ص 1 - 25.**

الأشقر، علاء الدين.(2002): **الخدمات المقدمة للأطفال الصم وعلاقتها بسماتهم الشخصية بمحافظة**، رسالة ماجستير غير منشورة، غزة، الجامعة الإسلامية.

البحيري، محمد (2010): **فاعلية برنامج إرشادي لتحسين دافعية الإنجاز وأثره في الصحة النفسية لدى عينة من الأطفال المكفوفين، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد (38)، العدد (1)، الكويت، ص ص 45-90.**

البيلاوي، إيهاب. (2004). **توعية المجتمع بالإعاقة**. مكتبة الراشد، الرياض، السعودية.

البيلاوي، فيولا.(1987): **مقياس الرضا الزوجي**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.

البسطامي، سلام راضي.(2013): مستوى إدارة استراتيجيات التكيف للضغوط النفسية لدى آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأمهاتهم في محافظة نابلس، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين.

بشارة، موفق سليم.(2014): أنماط تعلق الراشدين وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية، مجلة الطفولة والتربية، جامعة الإسكندرية، مصر، م(6)، ع(18)، ص ص 167 - 205.

بن الشيخ، نصيرة، وبالزين، صفية.(2014): الصحة النفسية وعلاقتها بالأداء الوظيفي لدى عمال المحطة الجهورية للإذاعة والتلفزيون دراسة ميدانية بورقلة، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر. بوعود، أسماء.(2014):التدين والصحة النفسية، مقارنة سيكولوجية دينية، مجلة عالم التربية، م(51)، ع(84)، ص ص 321 - 352.

بوفاتح، محمد، ابن بوقرين، عبد الباقي.(2016): اثر البيئة الاجتماعية والنفسية على الصحة النفسية للعامل: دراسة تحليلية لسبل تعزيز الصحة النفسية في أماكن العمل وتوصيات علمية، مجلة دراسات، الجزائر، ع(38)، ص ص 74-84.

تفاحة، جمال السيد.(2005): الشعور بالوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية من الآباء والأقران لدى الأطفال العميان، مجلة كلية التربية بالمنصورة - مصر، ع(58)، ج(2)، ص ص 124 - 152.

التلاحمة، أسهمان محمد.(2007): التوافق الزوجي وعلاقته بالصحة النفسية لدى المعلمين والمعلمات في محافظة الخليل، جامعة القدس، رسالة ماجستير غير منشورة، فلسطين.

التميمي، أحمد عبد العزيز.(2013): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة حياة أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة بمرحلة التدخل المبكر، مجلة العلوم التربوية-كلية التربية، جامعة الملك سعود، السعودية، م(25)، ع(2)، ص ص 513 - 533.

جبريل، موسى، أحمد، سمر حمدي.(1996): الصحة النفسية لدى أخوة المعاقين، مجلة دراسات- العلوم التربوية، الأردن، م(32)، ع(1)، ص ص 35-51.

جان، نادية سراج.(2008):"الشعور بالسعادة وعلاقته بالتدين والدعم الاجتماعي والتوافق الزوجي والمستوى الاقتصادي والحالة الصحية"، مجلة دراسات نفسية، المجلد(18)، ع(4)، ص ص 601 - 648.

الجمعية العامة للأمم المتحدة.(1989): اتفاقية حقوق الطفل - المادة رقم (1) .

الجمل، سمير سليمان.(2013): دور الإدارات المدرسية في رعاية الإعاقة في المدارس الحكومية في محافظة الخليل، مجلة الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا (امارباك)، الولايات المتحدة الأمريكية، م(4)، ع(8)، ص ص 47 - 62.

حافظ، سلام هاشم .(2006) : معنى الحياة وعلاقته بالقلق الوجودي والحاجة للتجاوز، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة بغداد .

حجازي، حمدي حامد.(2015): التدخل المهني باستخدام العلاج الأسري لتحقيق المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم: دراسة مطبقة على أطفال مدرسة التربية الفكرية بدسوق، مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين - مصر، ع(54)، ص ص 405 - 458.

حسنيين، عائدة عبد الهادي.(2004):الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

حسين، أ، علام، ح.(1998): دراسة تحليلية لمعنى الحياة في علاقته بكل من الصلابة النفسية والتحصيل الدراسي لدى طلاب الجامعة، المجلة التربوية، مصر، ع(13)، ص ص 318 - 277.

حسين، أحمد خيرى، علام، حسن أحمد عمر.(2014): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى طالبات المرحلة الرابعة، مجلة علوم التربية الرياضية - كلية التربية الرياضية - جامعة بابا، العراق، م(7)، ع(6)، ص ص 114 - 124.

حلاوة، محمد السيد، عبد الكريم، محمد الصافي.(2012): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالتوافق النفسي لدى الأطفال المعاقين حركياً، مجلة كلية الآداب، جامعة بنها، مصر، ع(27)، ج(2)، ص ص 481 - 529.

الخطيب، جمال.(1998): مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية، دار الشروق، عمان، الأردن.

خماش، أحمد سليمان.(2007): دراسة لأبعاد شخصية طلبة الدبلوم المهني في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

الخولي، حسام محمد.(2005): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالتوافق الزواجي للأسرة حديثه التكوين - دراسة مقارنة من منظور الخدمة الاجتماعية، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا-مصر، م(2)، ع(34)، ص ص 168 - 193.

الداهري، صالح حسن، والعبيدي، ناظم هاشم. (1999): **الشخصية والصحة النفسية**. دار الكندي، إربد، الأردن.

الدسوقي، إيناس عبد القادر، جبريل، مصطفى السعيد. (2011): **السلوك التعاوني والمساندة الاجتماعية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى طلاب المرحلة الثانوية، مجلة كلية التربية بالمنصورة، مصر، ع(75)، ج(1)، ص ص 220-256.**

دويكات، فخري، ومغربي، عبد الرحمن. (2014): **مدى تضمين حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في منهاج التربية المدنية الفلسطيني في المرحلة الأساسية الدنيا- مرحلة التهيئة من الصف 1-4، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، فلسطين، م(2)، ع(6)، ص ص 173 - 202.**

دياب، مروان عبد الله. (2006): **دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.**

الرازي، محمد بن أبي بكر عبد القادر. (1986): **مختار الصحاح**، مكتبة لبنان، لبنان.

راضي، زينب. (2008): **الصلابة النفسية لدى أمهات شهداء انتفاضة الأقصى وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.**

رزيقة، تقات، مقاتلي، نعيمة. (2013): **المساندة الاجتماعية وعلاقتها باكتساب المهارات الاجتماعية عند المراهقين المضطربين بصريا، مجلة عالم التربية، مصر: س (14)، ع(42).**

رضوان، سامر جميل. (2002): **الصحة النفسية، الطبعة الأولى**. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.

رضوان، شعبان، وهريدي، عادل. (2001): **العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة، مجلة علم النفس، العدد الثامن والخمسون، القاهرة، ص 72-104.**

الريحاني، سليمان. (1985): **التخلف العقلي**، مطابع الدستور التجارية، ط2، عمان، الأردن.

زايد، سامي مصطفى. (2013): **استخدام المساندة الاجتماعية في تنمية التفكير الابتكاري لجماعات الموهوبين، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، مصر، ع(34)، ج(18)، ص ص 6835 - 6884.**

زهران، حامد عبد السلام. (1982): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، عالم الكتب، القاهرة، مصر.

زهران، حامد عبد السلام. (2005): الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، ط4، القاهرة، مصر.

السرسى، أسماء، عبد المقصود، أماني. (2000): المساندة الاجتماعية كما يدركها المراهقون وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية، مجلة كلية التربية، جامعة بنها، مصر، م(10)، ع(44)، ص 196 - 244.

السوالقة، رولا عودة. (2016): المساندة الاجتماعية للفتيات القاصرات المساء إليهن جنسياً، دراسة تجريبية على إحدى دور الرعاية والإصلاح للفتيات في الأردن، مجلة دراسات، العلوم الإنسانية والاجتماعية، الأردن، م(43، ملحق)، ص ص 1881 - 1863.

السيد، أحمد. (2012): فاعلية برنامج للأنشطة اللاصفية في تحسين الصحة النفسية لدى الأطفال المعاقين عقلياً، مجلة الإرشاد النفسي، العدد (31)، مصر، (ص ص 59-107).

السيد، هالة مصطفى. (2014): استخدام المساندة الاجتماعية في تنظيم المجتمع لدعم العلاقات المجتمعية للمسنين، دراسة مطبقة على إحدى مؤسسات رعاية المسنين بمحافظة الإسكندرية، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، مصر، ع(37)، ج(6)، ص ص 1965 - 5015.

سحويل، محمود. (2001). الأطفال الفلسطينيين هم الأكثر تضرراً من العنف والحصار الإسرائيلي ، جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني ، مجلة بلسم ، العدد 316، تشرين أول. 58-56.

شاش، سهير . (2013): صراع الدور وعلاقته بالضغوط النفسية والمساندة الاجتماعية لدى أمهات الأطفال المعاقين العاملات وغير العاملات: دراسة تنبؤية، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد (3)، العدد (2)، جامعة القصيم، السعودية، (ص ص 965-1047).

شعبان، حمدي. (2012): أثر برنامج إرشادي على تنمية الذكاء الوجداني والمساندة الاجتماعية على تلاميذ ذوي الإعاقة البصرية، مجلة كلية التربية، العدد (48)، جامعة طنطا، مصر، (ص ص 530-566).

شقيب، زينب . (2013): فاعلية برنامج تكاملي للمساعدة الاجتماعية من خلال الدمج الأسري وأثره في تحسين درجة الأمن النفسي وخفض درجة الكذب لدى حالة كفيفة عبر الدردشة بالانترنت الشات، مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس، العدد (41)، الجزء (2)، السعودية، (ص ص 57-80).

الشمري، فاضل كردي.(2013): الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف الدراسي لدى طلاب كلية التربية الرياضية، مجلة علوم التربية الرياضية، م(6)، ع(4)، ص ص 113 - 134.

شويخ، هناء أحمد، الحويلة، أمثال هادي.(2012): استراتيجيات المواجهة وأنماط المساعدة الاجتماعية لدى مرضى الأورام السرطانية، دراسة مقارنة بين عينة مصرية وأخرى كويتية، مجلة التربية، جامعة الأزهر، مصر، ع(150)، ج(1)، ص ص 655 - 690.

الصباح، سهير، الحموز، عايد محمد.(2013): مشكلات تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية في المراكز التأهيلية الفلسطينية، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، م(21)، (1)، ص ص 293 - 326.

صباح، عايش وعبد الحق، منصور . (2013): علاقة الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين بالعلاقات الأسرية، المجلة العربية للدراسات التربوية والاجتماعية، العدد (4)، السعودية، (ص ص 79-100).

الصبيان، عبيرمحمد.(2003): المساعدة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة، كلية التربية للبنات، رسالة ماجستير غير منشورة، المملكة العربية السعودية.

الصفدي، رولا مجدي.(2013): المساعدة الاجتماعية والصلابة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى زوجات الشهداء والأرامل بمحافظة غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر، فلسطين.

الطراونة، أحمد عبد الله، الصبحيين، عليا.(2015): أنماط المساعدة الاجتماعية وعلاقتها بالمسؤولية الاجتماعية لدى طلبة جامعة مؤتة، مجلة جامعة الأزهر، مصر، ع(261)، ج(1) ص ص 447 - 466.

طنطاوي، نسرین عادل.(2016): علاقة جودة الحياة بكل من المساعدة الاجتماعية والمتغيرات الديمغرافية لأمهات الأطفال المصابين بأنيميا البحر المتوسط(التلاسيميا)، دراسات عربية في التربية وعلم النفس، السعودية، ع(76)، ص ص 113 - 140.

عبد الحليم، الصادق والطيب، رقية. (2010): استراتيجيات تحمل الضغوط النفسية لدى المعاقين بصرياً بولاية الخرطوم وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة دراسات نفسية، العدد (8)، الجمعية السودانية النفسية، السودان، (ص ص 181-224).

عبد الرازق، عماد بن علي. (1998): المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط في العلاقة بين المعاناة الاقتصادية والخلافات الزوجية، دراسات نفسية، مصر، م(8)، ع(1)، ص ص 13 - 39.

عبد الغفار، محمد عبد القادر، إسماعيل، نبيه إبراهيم. (1983): بعض الاتجاهات الوالدية كما يدركها الأبناء وعلاقتها بالصحة النفسية، مجلة كلية التربية بالمنصورة، مصر، ع(5)، ج(3)، ص ص 35 - 67.

العتيبي، بندر بن محمد الزيايدي. (2007): اتخاذ القرار وعلاقته بكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينة من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف، بحث تكميلي للماجستير، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى .

العثمان، إبراهيم بن عبد الله، الببلاوي، إيهاب عبد العزيز. (2012): المساندة الاجتماعية والتوافق الزوجي وعلاقتها بالضغوط لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، مجلة كلية التربية، عين شمس، مصر، ع(63)، ج(1)، ص ص 739 - 778.

عثمان، أحمد عبد الرحمن. (2001): المساندة الاجتماعية من الأزواج وعلاقتها بالسعادة والتوافق مع الحياة الاجتماعية لدى طالبات الجامعة المتزوجات، مجلة كلية التربية بالزقازيق، مصر، ع(37)، ص ص 19 - 143.

العنواني، ندى نايف. (2014): المساندة الاجتماعية للأسر المتعرضة للأزمات والكوارث من منظور تخطيطي، مجلة دراسات الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، مصر، ع(37)، ج(1)، ص ص 79 - 98.

العرعير، محمد. (2010): الصحة النفسية لدى أمهات أطفال متلازمة داون في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، فلسطين.
عسلي، محمد إبراهيم، وجودة، آمال. (2005): اتجاهات طلاب جامعة الأقصى نحو دمج المعاقين، مجلة كلية التربية، عين شمس، العدد (29)، الجزء (3) ص ص 85 - 125.

عبيد، ماجدة. (2000): السامعون بأعينهم، الإعاقة السمعية، دار صفاء للنشر، عمان، الأردن.
علي، صبره محمد، شريت، أشرف محمد. (2004): الصحة النفسية والتوافق النفسي. دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، مصر.

علي، علي عبد السلام.(2000): المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة المقيمين مع أسرهم والمقيمين في المدن الجامعية، مجلة علم النفس، مصر، س(14)، ع(53)، ص ص 6 - 23.

علي، علي عبد السلام.(2001): المساندة الاجتماعية واتخاذ قرار الزواج واختيار القرين وعلاقتها بالتوافق الزوجي، مجلة دراسات نفسية، م(11)، ع(1)، ص ص 69 - 95.

علي، عبد السلام.(2005): المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، مصر.

علي، فاتن علي حلمي.(2004): الأفكار الخرافية لدى عينة من المجتمع وعلاقتها بالصحة النفسية، مجلة كلية التربية، عين شمس، مصر، ع(82)، ج(1)، ص ص 43 - 95.

عماشة، سناء حسنين.(2013): إسهامات المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالصلابة النفسية لدى المعيلات والمتزوجات وغير المتزوجات من طالبات الجامعة، دراسة ارتباطية مقارنة، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، مصر. ع(51)، ص ص 685 - 740.

عمر، أشواق عبد اللطيف.(2010): تقويم التأهيل النفسي والاجتماعي والمهني للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين وأولياء أمورهم والعاملين في المراكز التأهيلية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس، فلسطين.

عمرو، زياد.(2001): تقرير حول حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة في التشريعات السارية في فلسطين، الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، رام الله، فلسطين.

عميرة، أشرف محمد العربي.(2010): التدخل المهني لطريقة خدمة الجماعة ودعم المساندة الاجتماعية للأيتام المعاقين - دراسة مطبقة على جمعية شمس لرعاية الأيتام المعاقين بالغربية، مجلة دراسات الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، مصر، ع(29)، ج(1)، ص ص 259-239.

عيسوي، عبد الرحمن.(2002): الأمراض النفسية وعلاجها. دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، مصر. الغلمي، نرمين فكري، مرجان، فاطمة حسن.(2008): المساندة الاجتماعية لدى لاعبي ولاعبات كرة السلة، المؤتمر العلمي الدولي الثالث، تطوير المناهج التعليمية في ضوء الاتجاهات الحديثة وحاجة سوف العمل، جامعة الزقازيق، مصر، ص ص 1 - 43.

غنيم، وائل ماهر محمد.(2015):الضغوط وأساليب مواجهتها وعلاقتها بالصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، مجلة الإرشاد النفسي، مصر، ع(44)، ص ص 301 – 361.

الفاخري، سالم عبد الله.(2007): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالتوافق الدراسي - دراسة ميدانية، مجلة الجامعي، النقابة العامة لأعضاء هيئة التدريس الجامعي، ليبيا، ع(14)، ص ص 211 - 228.

فراج، عثمان لبيب.(2002): الإعاقة الذهنية في مرحلة الطفولة، المجلة العربي للطفولة والتنمية، القاهرة، مصر.

القاضي، علي.(1982): الصحة النفسية في الإسلام، مجلة التربية، قطر، ع(50)، ص ص 88 - 90.

القط، جيهان سيد بيومي.(2010): استخدام الممارسة العامة في زيادة المساندة الاجتماعية لدى أمهات ضعاف العقول، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، مصر، ع(28)، ج(1)، ص ص 3 - 32.

القطراوي، حسن عبد الرؤوف.(2013): (المساندة الاجتماعية - الإهمال) والرضا عن خدمات الرعاية وعلاقتها بالصلابة النفسية للمعاقين حركياً بقطاع غزة، الجامعة الإسلامية، فلسطين.(رسالة ماجستير غير منشورة).

القيق، نمر صبح.(2013):فاعلية برنامج قائم على الأنشطة الفنية في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين حركياً، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، شؤون البحث العلمي والدراسات العليا بالجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين، م(21)، ع(1)، ص ص 469 - 502.

كفافي، علاء الدين.(1990): الصحة النفسية، مكتبة هجر، القاهرة، مصر.

كفافي، علاء الدين.(1994): الصحة النفسية، ط3، هجر للطباعة والنشر، القاهرة، مصر.

لولي، شيماء علي محمد.(2016): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالأداء الوظيفي لدى مديري مراكز الشباب، المجلة العلمية للتربية والرياضية البدنية، مصر، ع(76)، ص ص 277 - 300.

محمد، عايدة حماده.(2013): اتجاه الشباب الجامعي نحو المساندة الاجتماعية لشرطة المرور، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، مصر، ع(34)، ج(5)، ص ص 1467 - 1997.

محمود، ماجدة حسين.(2009): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغط النفسية والقلق لدى مريضا سرطان الثدي، دراسات نفسية، مصر، م(19)، ع(2): ص ص 261 - 311.

مختار ، أمينه محمد.(1994) : العلاقة بين المساندة الاجتماعية والعصابية لدى المراهقين ، مجلة البحوث النفسية والتربوية، كلية التربية ، جامعة المتوفية ، مصر ، م(10) ، ع(1) ، ص ص 115-143.

المدهون، عبد الكريم.(2004): المساندة الاجتماعية كما يدركها المعوقون حركيا بمحافظة غزة وعلاقتها بصحتهم النفسية، مجلة الإرشاد النفسي، مصر، ص ص 137 - 174.

المصري، عماد محمد، وقطوف، خالد إبراهيم. (2014): مدى توافر الخدمات المساندة للطلاب المعوقين سمعيا وأسرهم والرضا عنها من وجهة نظر المعلمين وأولياء الأمور، مؤتمر المسؤولية الاجتماعية والأخلاقية والقانونية تجاه رعاية وتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع الفلسطيني، الذي نظمته جامعة القدس المفتوحة/ منطقة دورا التعليمية في الفترة (2014).

المغاري، رائد. (2005): تأثير الإعاقة السمعية على الصحة النفسية للوالدين في قطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس، فلسطين.

مليكة، لويس كامل (1998): الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية، مطبعة فيكتور كيرس، القاهرة، مصر.

نهبان، بديعة (2008): الذكاء الانفعالي وعلاقته بالصحة النفسية لدى المعاقين سمعياً، مجلة كلية التربية، العدد (32)، الجزء (4)، جامعة عين شمس، القاهرة، (ص ص 57-152).

النتشة، رعدة عبد الحميد. (2015): فنيات الحوار وعلاقتها بالسعادة الزوجية من وجهة نظر الأزواج أنفسهم في محافظتي الخليل والقدس، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس، فلسطين. الهلول، إسماعيل، محيسن، عون.(2013):المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالرضا عن الحياة والصلابة النفسية لدى المرأة الفلسطينية فاقدة الزوج، مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، م(2)، ع(11)، ص ص 2207 - 2236.

وزارة الشؤون الاجتماعية، الإدارة العامة لذوي الاحتياجات الخاصة.(2000): دليل خدمات الإعاقة والتأهيل، جمعية الشبان المسيحية، القدس، فلسطين.

يحيى، خولة.(2008): إرشاد اسر ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الفكر، عمان، الأردن.

ثانياً : المراجع الأجنبية :

- Abu Rukba, R.(2005): **The Relationship Between Psychological Hardiness and Mental Health Among Mothers of Children with Down Syndrome**, Master Research –College of Public Health ,Gaza among Mothers and Fathers of Children with Cerebral.
- Argyle, M.(2001):**The physiology of happiness**. London and New York: Rutledge Taylor & Francis Group.
- Brandon, Peter D. & Dennis P. Hogan.(2001): **The Effects of Children with Disabilities on Mothers' Exit from Welfare**. Joint Center for Poverty Research Working Paper Series.
- Breham S, & Kassin, S.(1990): **Social Psychology**. Boston Houghton Mifflin Company.
- Brentano, M.(2011). **Ethical dimensions of dealing with special needs**.
- Brown . c .; Goodman , S. & kupper , L,(1997).**The unplanned journey : When you learn that your child has disability** . NICHCY , News Digest , 20 (3 rd ed) , 5 – 15 .
- Caplan, G.(1981): Mastery of stress: psychosocial aspects. **American Journal of psychiatry**. No(138), pp 413 – 420.
- Chen, X, & Silverstein, M.(2000): Intergenerational Social Support and the Psychological Well-Being of Older Parents in China, **Research on aging**, Vol. (22), No. (1), pp 43 – 65.
- Dahlbeck, David T. (2010): **Life Satisfaction and Stress**.
- Davis, K, & Gavidia-Payne, S.(2009): The impact of child, family, and professional support characteristics on the quality of life in families of young children with disabilities, **Journal of International & Developmental Disability**, Vol (34), No(2), pp 153 – 162.
- Dyson, L.(1997): Fathers and Mothers of school age children whit developmental disabilities parental stress family Functioning, and social support, **American Journal on mental Deficiency**, Vol(102), No(3).
- Grann, V, & Jacobson, J.(2005): Barriers to minority, participation in breast carcinoma prevention trials. **Journal of Cancer**, Vol(104), pp 374- 379.
- Hastings, R.(2003): Child Behavior problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism, **Journal of International Disability Research**, vol(47), No (4.5), pp 231-237.
- Holanda, C., Paes de Andrade, F., Bezerra, M., Nascimento, J., Neves, R. Alves, S., Ribeiro, K. (2015). Support networks and people with physical disabilities: social inclusion and access to health services. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(1):175-184.

Honey, A., Emerson, E., Llewellyn, G. (2011). The mental health of young people with disabilities: impact of social conditions. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 46(1), 1-10. From: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00127-009-0161-y>.

Huang, C. Y., Costeines, J., Kaufman, J. S., & Ayala, C. (2014): Parenting stress, social support, and depression for ethnic minority adolescent mothers: Impact on child development, **Journal of Child and Family Studies**, Vol(23), No (2), pp255-262. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10826-013-9807-1>.

Huang, Y; Kellett, U; St John, W (2012): Being Concerned: Care giving for Taiwanese Mothers of a Child with Cerebral Palsy. **Journal of .Clinical Nursing**, Vol. 21(1-2), pp. 189- 197.

Kobasa, S.C, Maddi, S.R, & Kahn, S.(1982):Hardiness and health. A prospective study. **Journal of personalty and social psychology**, Vol (42), pp168-177.

Llopis, E.J., Barry, M., Hosman, C., Patel, V.(2005): Mental health promotion works: a review. *Promotion and Education*, Vol(2),pp 9-25.

Liu, Jianghong, & Li, Linda.(2013): Parent-Reported Mild Head Injury History and Behavioral Performance n Children At 6 Years , **Brain Injury**. Vol(27), No(11), p1263.

Malone, B, Zarit, S.(1995): Dimension of social Support and Conflicts predictors of Caregiver Depression, **international psycho Geriatrics**, Vol(7),No(1), p25.

Margalit, M, et al.(1992): Coping and coherence among parents with disabled children, **Journal of clinical psychology**, Vol(21), No(1), pp 202 – 209.

Masterson, M. (2011): Chronic Sorrow in Mothers of Adult Children with Cerebral Palsy: An Exploratory , Study. Dissertation, **Abstract International**, Section A .Vol. 71 (7-A), pp. 2660.

Roberts, H.(2008): **The relationships among adaptive behaviors of children with autism spectrum disorder, their family support networks, parental stress, and parental coping**. **Parquets Dissertations and theses (2008), Section(0783), Part 0569 121 Pages**, (Ph, D. Disseration), United States – Tennessee: The University of Tennessee Health Science Center, Publication: AAt 3330305.

Sarason, I.G., Levine, H. M. Bashman, R. B. & Sarason B. R. (1983): Assessing social support. **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol (44), No(1),pp 127-139.

Sarson I , & Sarason B, (1986): Experimentally provided social support, **Journal of personality and social psychology** , Vol (50).

Shelley, F, Taylor,(1986): **Health Psychology, University of California**, New York RC, 49, T35.

Shirani, N ; Taebi, M ; Kazemi, A ; Khalafian, M.(2015): The level of depression and its related factors among the mothers with mentally retarded girl children in exceptional

primary schools Iranian , **Journal of Nursing & Midwifery Research**, Vol(20), No (1), pp 69-74.

Smith, A., Grzywacz, G, (2014). Health and Well-Being in Midlife Parents of Children With Special Health Needs. **American Psychological Association**. 32(3), 303–312.

Terra, Vera C; Cysneiros, Roberta M; Schwartzman, Jose ;S; Teixeira, Maria Cristina T, V; Arida, Ricaro M; Cavalheiro, Esper A; Scorza, Fulvio A; Albuquerque, Marl de. (2011): Mothers of Children with Cerebral Palsy with or Without Epilepsy: A Quality of life. **Journal of .Disability and Rehabilitation**, Vol.33 (5), pp. 384- 388.

Vaux, A, Riedel, S, & Stewart, D.(1987): Modes of social support behaviors (SS-B) scale, **American Journal of community psychology**, Vol(15), No(2), pp 209 – 237.

الملاحق

الملحق رقم (1)

أسماء السادة المحكين للإستبانة قبل التعديل

الرقم	الاسم	الجهة
.1	الدكتور إبراهيم المصري	جامعة الخليل
.2	الدكتور كمال مخامرة	جامعة الخليل
.3	الدكتور نبيل الجندي	جامعة الخليل
.4	الدكتور جمال مرقة	جامعة الخليل
.5	الدكتور محمد عجوة	جامعة الخليل
.6	الدكتور خالد قطوف	جامعة القدس المفتوحة
.7	الدكتور تيسير أبو عرام	جامعة القدس المفتوحة
.8	الدكتور سمير الجمل	جامعة الاستقلال للعلوم الأمنية والعسكرية
.9	الدكتورة رحاب السعدي	جامعة الاستقلال
.10	الدكتور عايد الحموز	جامعة القدس المفتوحة/ إحصائي
.11	الدكتور عمر الريماوي	جامعة القدس
.12	الدكتور سمير شقير	جامعة القدس

الملحق رقم (2)

أسماء السادة المحكمين للإستبانة بعد التعديل

الرقم	الاسم	الجهة
.1	الدكتور إبراهيم المصري	جامعة الخليل
.2	الدكتور كمال مخامرة	جامعة الخليل
.3	الدكتور نبيل الجندي	جامعة الخليل
.4	الدكتور جمال مرقه	جامعة الخليل
.5	الدكتور محمد عجوة	جامعة الخليل
.6	الدكتور خالد قطوف	جامعة القدس المفتوحة
.7	الدكتور تيسير أبو عرام	جامعة القدس المفتوحة
.8	الدكتور سمير الجمل	جامعة الاستقلال للعلوم الأمنية والعسكرية
.9	الدكتورة رحاب السعدي	جامعة الاستقلال
.10	الدكتور عايد الحموز	جامعة القدس المفتوحة/ إحصائي
.11	الدكتور عمر الريماوي	جامعة القدس
.12	الدكتور سمير شقير	جامعة القدس

ملحق رقم (3)

الأداة في الصورة الأولى

أخي المواطن/ اختي المواطنة....

تحية طيبة وبعد....

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان: "المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى والدي الاطفال ذوي الاعاقة في وسط مدينة الخليل وجنوبها"، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي. راجيةً التكرم بالإجابة عن فقرات الإستبانة ووضع إشارة (X) أمام العبارة التي تتفق ووجهة نظرك.

شاكراً لكم جهودكم وأمانتكم العلمية وحرصكم على إنجاز هذه الدراسة، علماً أن إجابتك ستكون سرية، ولا تشكل أي نوع من الاختبار، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

مع خالص شكري لحسن تعاونكم

الباحثة: ريمان حوشيه

إشراف: د. سهير الصباح

البيانات الأولية

ضع دائرة حول الصفة التي تنطبق على حالتك :

- صلة القرابة : 1. الأب 2. الأم
- عمر الأب : 1. أقل من 30 سنة 2. بين 30-45 سنة 3. أكثر من 45 سنة
- عمر الأم : 1. أقل من 30 سنة 2. بين 30-45 سنة 3. أكثر من 45 سنة
- المؤهل العلمي: 1. ثانوية فأقل 2. دبلوم 3. بكالوريوس فأعلى
- عدد أفراد الأسرة : ()
- عدد الأفراد ذوي الإعاقة في الأسرة : ()
- معدل الدخل : 1. أقل من 2000 شيكل 2. بين 2000-4000 شيكل

3. أكثر من 4000 شيكل

- مكان السكن : 1. مدينة 2. قرية 3. مخيم
- جنس المعاق 1. ذكر 2. أنثى
- عمر الإبن المعاق ()
- نوع الإعاقة للإبن 1. عقلية 2. حركية 3. بصرية
- 4. سمعية 5. نطقية 6. متعددة
- 7. أخرى: _____
- ترتيب المعاق في الأسرة : 1. الأول 2. الأوسط 3. الأخير

ثانيا: المساندة الاجتماعية.

يرجى وضع شارة (x) في المربع الذي يتفق ووجهة نظرك أمام كل فقرة من الفقرات:

الرقم	الفقرة	دائما	غالبا	احيانا	نادرا	مطلقا
		تصلح	لا تصلح	اقترح التعديل		
البعد الأول: المساندة من قبل الاصدقاء:						
1-	عندما أحتاج الى المساعدة أجد الاصدقاء من حولي(يقفون بجانبني)					
2-	اشعر بتقدير الاصدقاء لرعاية ابني.					
3-	يدعمني الاصدقاء لاشراك ابني في برامج رعاية المعاقين.					
4-	يساندني الاصدقاء للتفكير في مستقبل ابني.					
5-	تشعرنني مساندة اسر المعاقين الاخرين بالارتياح.					
6-	اشعر بوجود مساندة حقيقية من قبل الاصدقاء.					
7-	يشاركنا كثير من اصدقائنا في الكثير من اهتمامتنا الاجتماعية والعلمية.					
8	علاقتنا مع بعض اصدقائنا علاقة حميمة.					
9	اعتقد ان اصدقائي يشعرون اني احسن مساعدتهم في حل مشاكلهم.					
10	الاصدقاء يعوظننا المساندة الروحية التي نحتاجها					
11	اشعر بان اصدقائي وزملائي تخلوا عني بسبب اعاقه ابننا.					
12	يتكاتف اصدقائتنا معنا اذا حدثت لنا مشكلة					
13	يحرص الاصدقاء على مرافقتنا وتواجدهم معنا					
14	استطيع الاعتماد على الاصدقاء في تصريف بعض اموري في حالة غيابي					
15	الاصدقاء يعوظننا المساندة العاطفية التي نحتاجها.					
البعد الثاني/ المساندة من الاسرة						
1-	تساعدني اسرتي في فهم تصرفات ابني.					
2-	تشعرنني اسرتي بالرضا والقوة.					
3-	اعتمد على نصائح اسرتي في حل مشاكل ابني.					
4-	اشعر بالراحة عندما اطلب المساندة من اسرتي.					
5-	تشاركني اسرتي همومي المتعلقة بابني.					
6-	اشعر بالحزن عندما اجد اسرتي لا تساندني.					
7-	تتقبل اسرتي مشاعري السلبية المرتبطة بابني.					
8	تساعدني اسرتي لنجاحي في التغلب اي مواقف صعب مع ابني.					
9	يدعمني افراد اسرتي لتوفير احتياجات ابني.					
10	تحد اسرتي من احتياجاتها لاشباع احتياجات ابني.					
11	تساندني اسرتي في مراقبة تصرفات ابني.					
12	تشاركني اسرتي في مسؤولياتي نحو ابني.					
13	تساعدني اسرتي في تعديل سلوكيات ابني.					
14	تشاركني اسرتي في تعليم ابني اساليب العناية اليومية.					
15	ألجا الى عضو معين في اسرتي في كثير من الاحيان لطلب النصيحة					
البعد الثالث: المساندة من قبل المؤسسة						
1-	اعتمد على اراء المختصين في تربيتي لابني.					

2-	يوفر لي مشرفيين المؤسسة افكار جديدة للتعامل مع ابني.		
3-	يزيد المتخصصين معارفي ومعلوماتي عن حالة ابني.		
4-	يوفر لي مشرفين المؤسسة طرق اكساب ابني المهارات الحياتية.		
5-	يحاول مشرفيين المؤسسة تصحيح افكاري عن اعاقه ابني		
6-	يخفف مشرفين المؤسسة من حزني على اعاقه ابني		
7-	يشعرنني مشرفين المؤسسة بانني شخصية جديدة بالاحترام لدوري مع ابني.		
8	اشعر بالراحة لتعاون مشرفين المدرسة في رعاية ابني		
9	يشاركني مشرفين المؤسسة في التحدث عن مشكلات ابني		
10	ترشدني مدير/ة المؤسسة للمؤسسات عن خدمات المعاقين		
11	يقدم لي مشرفين المدرسة المشورة للتعامل مع مشكلات ابني		
12	تقدم المؤسسة المساعدات العينية والمادية في المناسبات العامة		
13	يساعدني المتخصصين في تدريب ابني للاعتماد على نفسه.		
14	يوجهني مشرفين المؤسسة نحو السلوك المناسب للتعامل مع ابني		
15	يسانديني مشرفين المدرسة في اتخاذ القرارات المناسبة لابني		

البعد الرابع: المساندة من قبل الجيران

1-	يشاركني جبراني في تنمية خبرات ابني.		
2-	يتعاون جبراني معي لادراك احتياجات ابني.		
3-	يسانديني جبراني لتجديد عزيمتي للتعامل مع ابني.		
4-	يساعدني جبراني لاشراك ابني في الرحلات والحفلات		
5-	يتعاون جبراني معي في الحد من استهزاء الاخرين بابني.		
6-	يتعاون جبراني معي لحماية ابني من المخاطر اليومية.		
7-	يساعدني جبراني في اداء مسؤولياتي نحو ابني.		
8-	تعوضني الخدمات التي يقدمها الجيران عن الاقارب.		
9-	اشعر بان جبراني يتجنبون التعامل معي.		
10-	اشعر بانني معاقب بدون سبب من جبراني		
11-	اشعر بان الجيران ينظرون لنا بتدني بسبب اعاقه ابننا		

البعد الخامس/ المساندة المادية

1-	العون المادي الذي يقدم لنا غير كاف لتلبية احتياجات ابننا المعاق		
2-	تزدونا بعض الجمعيات الاهلية بالمعونات المادية والعينية.		
3-	اشعر ان الخدمات الصحية والاجتماعية غير متاحة بالقدر الكافي		
4-	لا اتلقى مساعدات مالية من المؤسسات المهتمة بحالة ابني		
5-	يزودنا بعض اهل الخير بالهدايا في الاعياد المناسبات الدينية.		
6-	اشعر بان الدعم النفسي والمعنوي اهم بالنسبة لي من الدعم المالي.		
7-	تساعدني الجمعيات الخيرية ماديا للانفاق على ابني		
8-	يشاركني التامين الصحي تكاليف الرعاية الصحية لابني		
9-	يساعدني افراد اسرتي ماليا من وقت لآخر		
10-	يساعدني جبراني ماديا للانفاق على ابني		
11-	يشاركني بعض جبراني تكاليف الرعاية الصحية لابني		

ثالثاً: مقياس الصحة النفسية.

يرجى وضع شارة (x) في المربع الذي يتفق ووجهة نظرك أمام كل فقرة من الفقرات:

الرقم	الفقرة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	مطلقاً
		تصلح	لا تصلح	اقترح التعديل		
أولاً: البعد الشخصي						
1-	رغم ان الحياة مليئة بالضغوط الا ان السعادة تلازمني.					
2-	اشعر بالسعادة لان حياتي جديرة بان تعاش.					
3-	اشعر بالسعادة لاني قادر/ة على حل مشاكلي.					
4-	اشعر بانني اعاني من بعض المشكلات النفسية.					
5-	اشعر بانني راضي/ة عن نفسي برغم ضغوط الحياة.					
6-	اود الذهاب الى طبيب نفسي لكن ظروفني تحول دون ذلك.					
7-	ليس لدي عزيمة وارادة في ايجاد معنى في حياتي.					
8-	منذ فترة واليأس يملأ حياتي.					
9-	أشعر بالخوف من المستقبل.					
10-	اشعر بان مستقبل اسرتي المادي غير مستقر.					
ثانياً: البعد الاجتماعي						
11-	اشعر بالخوف من الاماكن الغريبة او الناس العرباء.					
12-	اشعر بان الاخرين راضين عني.					
13-	اشعر باليأس عندما ارى الاخرين غير سعداء.					
14-	احاول ان اتصرف بطريقة من خلالها يتقبلني اقربائي.					
15-	اشعر بالخوف عندما اكون لوحدي.					
16-	اشعر احياناً بالخجل من مقابلة الاخرين.					
17-	من السهل اكتساب الاصدقاء.					
18-	اظهر للاخرين بانني سعيد/ة ولكنني غير ذلك.					
19-	اشعر بالامان عندما اكون مع الاخرين.					
20-	اشعر بان السعادة الحقيقية عندما اكون مع الاخرين					
ثالثاً: البعد الجسدي						
21-	اعاني من الصداع.					
22-	اشعر بالإعياء أو الإغماء أو الدوخة.					
23	اشعر بآلام في القلب أو الصدر.					
24	اعاني من احساس بآلام أسفل الظهر.					
25	اعاني من حساس بالغثيان وإضطراب المعدة.					
26	لدي شعور بألم في العضلات.					
27	اعاني من صعوبة في إلتقاط أنفاسي.					
28	اعاني من الاحساس بنوبات من السخونة أو البرودة في جسمي.					
29	لدي شعور بضعف في أجزاء من جسمي.					

			لدي شعور بثقل في أذرعِي أو أرجلي.	30
			الإحساس بالخجل والهيبية في وجود الآخرين.	31
رابعاً: الحساسية التفاعلية				
			لدي احساس بضيق عند تناول طعام أو شراب في مكان عام.	32
			أشعر بأن رغبتِي وحياتي العاطفية غير طبيعية.	33
			لدي شعور بالخمول أو قلة النشاط .	34
			اكثُر من التفكير في إنهاء حياتي.	35
			الجأ إلى البكاء بسهولة.	36
			لدي شعور بأني محبوس/ة أو مقيد/ة الحركة.	37
			الوم نفسي على الأحداث التي تمر بي .	38
			اعاني من عدم القدرة على إتمام أعمالي.	39
			لدي إحساس بالوحدة.	40
			لدي إحساس بالإنقباض.	41
			اعاني من القلق على الأشياء بصورة مبالغ فيها.	42
			اعاني من سرعة الإنفعال أو الإضطراب الداخلي.	43

مع خالص الاحترام والتقدير

ملحق رقم (4)

الأداة في صورتها النهائية

جامعة القدس
عمادة الدراسات العليا

أخي المواطن/ أختي المواطنة....
تحية طيبة وبعد....

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان: "المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى والدي الاطفال ذوي الاعاقة في محافظة الخليل"، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي. راجيةً التكرم بالإجابة عن فقرات الإستبانة ووضع إشارة (X) أمام العبارة التي تتفق ووجهة نظرك.

شاكراً لكم جهودكم وأمانتكم العلمية وحرصكم على إنجاز هذه الدراسة، علماً أن إجابتك ستكون سرية، ولا تشكل أي نوع من الاختبار، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

مع خالص شكري لحسن تعاونكم

الباحثة : ريمان حوشيه

إشراف: د. سهير الصباح

البيانات الأولية

ضع دائرة حول الصفة التي تنطبق على حالتك :

• صلة القرابة :

1. الأب 2. الأم

• عمر الأب :

1. أقل من 25 سنة 2. بين 25-45 سنة 3. أكثر من 40 سنة

• عمر الأم :

1. بين 15-25 سنة 2. بين 25-35 سنة 3. أكثر من 35 سنة

• المؤهل العلمي:

1. ثانوية فأقل 2. دبلوم 3. بكالوريوس فأعلى

• عدد أفراد الأسرة :

()

• عدد الأفراد ذوي الإعاقة في الأسرة :

()

• معدل الدخل :

()

• مكان السكن :

1. مدينة 2. قرية 3. مخيم 4. مضارب البدو

• جنس الطفل المعاق :

1. ذكر 2. أنثى

• عمر الابن المعاق :

()

• نوع الإعاقة للابن

1. عقلية 2. حركية 3. بصرية 4. سمعية

5. نطقية 6. متعددة

7. أخرى : _____

• ترتيب الطفل ذو الإعاقة في الأسرة :

1. الأول 2. الأوسط 3. الأخير

ثانيا: المساندة الاجتماعية

يرجى وضع إشارة (x) في المربع الذي يتفق ووجهة نظرك أمام كل فقرة من الفقرات:

الرقم	الفقرة	درجة كبيرة جدا	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جدا
البعد الأول: المساندة من قبل الأصدقاء:						
1	أشعر بتقدير الأصدقاء لي لرعاية ابني المعاق					
2	يدعمني الأصدقاء لإشراك ابني في برامج رعاية المعاقين					
3	يساندني الأصدقاء عند التفكير في مستقبل ابني المعاق					
4	يساندني الأصدقاء في تلبية حاجات ابني المعاق					
5	يشاركنا الأصدقاء في الكثير من مناسباتنا الاجتماعية					
6	أشعر بأن أصدقائي وزملائي تخلوا عني بسبب إعاقة ابننا					
7	أستطيع الاعتماد على الأصدقاء في تصريف بعض أموري					
8	الأصدقاء يعطوننا المساندة العاطفية التي نحتاجها					
البعد الثاني/ المساندة من قبل الأسرة						
9	تساعدني أسرتي في تعديل سلوكيات ابني المعاق					
10	تشعرني أسرتي بالرضا والقوة					
11	أعتمد على نصائح أسرتي في حل مشاكل ابني المعاق					
12	أشعر بالحزن عندما أجد أسرتي لا تساندني					
13	تتقبل أسرتي مشاعري السلبية المرتبطة بابني المعاق					
14	يدعمني أفراد أسرتي لتوفير احتياجات ابني المعاق					
15	نجد أسرتي من احتياجاتها لإشباع احتياجات ابني المعاق					
16	تشاركني أسرتي في تعليم ابني أساليب العناية اليومية					
البعد الثالث: المساندة من قبل المؤسسة						
17	أعتمد على آراء المختصين في تربيته لابني المعاق					
18	يوفر لي مشرفو المؤسسة طرق إكساب ابني المهارات الحياتية					
19	يزيد المتخصصون معارفي ومعلوماتي عن حالة ابني المعاق					
20	يحاول مشرفو المؤسسة تصحيح أفكاره عن إعاقة ابني المعاق					
21	يقدم لي مشرفو المؤسسة المشورة للتعامل مع مشكلات ابني المعاق					
22	تقدم المؤسسة المساعدات المادية المناسبة					
23	يساعدني المتخصصون في تدريب ابني للاعتماد على نفسه					
24	العون المادي الذي يقدم لنا غير كاف لتلبية احتياجات ابننا المعاق					

					الخدمات الصحية المقدمة غير متاحة بالقدر الكافي	25
					يشاركني التأمين الصحي تكاليف الرعاية الصحية لابني المعاق	26
البعد الرابع: المساعدة من قبل الجيران						
					يشاركني جيرياني في تنمية خبرات ابني المعاق	27
					يساندني جيرياني لتجديد عزيمتي في التعامل مع ابني المعاق	28
					يتعاون جيرياني معي في الحد من استهزاء الآخرين بابني المعاق	29
					يتعاون جيرياني معي لحماية ابني من المخاطر اليومية	30
					يساعدني جيرياني في أداء مسؤولياتي نحو ابني المعاق	31
					تعوضني الخدمات التي يقدمها الجيران عن الأقارب	32
					أشعر بأن جيرياني يتجنبون التعامل معي	33
					تشعرنني مساندة الجيران بالارتياح	34

ثالثاً: استبانة الصحة النفسية

يرجى وضع إشارة (x) في المربع الذي يتفق ووجهة نظرك أمام كل فقرة من الفقرات:

الرقم	الفقرة	درجة كبيرة جدا	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جدا
أولاً: البعد الشخصي						
1	رغم أن الحياة مليئة بالضغط إلا أن السعادة تلازمني					
2	أشعر بالسعادة لأن حياتي جديرة بأن تُعاش					
3	أشعر بالسعادة لأنني قادر/ة على حل مشاكلي					
4	أشعر بأنني أعاني من بعض المشكلات النفسية					
5	أشعر بأنني راضى/ة عن نفسي برغم ضغوط الحياة					
6	ليس لدي عزيمة وإرادة في إيجاد معنى لحياتي					
7	منذ فترة واليأس يملأ حياتي					
8	أشعر بالخوف من المستقبل					
ثانياً: البعد الاجتماعي						
9	أشعر بالخوف عندما أكون لوحدي					
10	أشعر بأن الآخرين راضين عني					
11	أحاول أن أتصرف بطريقة من خلالها يتقبلني أقربائي					
12	أشعر أحياناً بالخجل من مقابلة الآخرين					
13	أظهر للآخرين بأنني سعيدة/ة ولكنني غير ذلك					

					أشعر بالأمان عندما أكون مع الآخرين	14
ثالثاً: البعد الجسمي						
					أعاني في كثير من الأحيان من الصداع	15
					أشعر بالإعياء أو الإغماء أو الدوخة	16
					أشعر بآلام في القلب أو الصدر	17
					أعاني من الإحساس بآلام أسفل الظهر	18
					أعاني من الإحساس بالغثيان واضطراب المعدة	19
					لدي شعور بألم في العضلات	20
					أعاني من صعوبة في التقاط أنفاسي	21
					أعاني من الإحساس بنوبات من السخونة أو البرودة في جسمي	22
رابعاً: البعد الانفعالي						
					لدي إحساس بضيق عند تناول الطعام في مكان عام	23
					أكثر من التفكير في إنهاء حياتي	24
					ألجأ إلى البكاء بسهولة	25
					لدي شعور بأني محبوس/ة أو مقيد/ة الحركة	26
					ألوم نفسي على الأحداث التي تمر بي	27
					أعاني من عدم القدرة على إتمام أعمالي	28
					أعاني من القلق على الأشياء بصورة مبالغ فيها	29
					أعاني من سرعة الانفعال أو الاضطراب الداخلي	30
						ما هي طبيعة المساعدة الاجتماعية التي نحتاج إليها ؟
						كيف يمكن أن تتمتع بصحة نفسية من وجهة نظرك ؟

مع خالص الاحترام والتقدير

ملحق رقم (5)

كتاب تسهيل مهمة

Al-Quds University
Faculty of Educational Sciences
Dean's Office



جامعة القدس
كلية العلوم التربوية
مكتب العميد

الرقم: ب د ع/17/12/301
التاريخ: 2017/3/16

نمن يهमे الأمر

الموضوع: تسهيل مهمة

تحية طيبة وبعد،،

تقوم الطالبة : ريمان سعيد محمد حوشية ورقمها الجامعي (21410852)، بدراسة تتعلق برسالة ماجستير، بعنوان

" المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى والدي الاطفال ذوي الاعاقة في محافظة الخليل "

لذا يرجى من حضرتكم تسهيل مهمة الطالبة المذكورة أعلاه والتعاون معها للحصول على المعلومات المطلوبة.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

والله الموفق

د. سهير الصباح
منسق برنامج الارشاد النفسي والتربوي / كلية العلوم التربوية

فهرس الملاحق:

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
169	أسماء السادة المحكين للإستبانة قبل التعديل	1
170	أسماء السادة المحكين للإستبانة بعد التعديل	2
171	الأداة في الصورة الأولى	3
177	الأداة في الصورة الأولى	4
182	كتاب تسهيل المهمة	5

فهرس الجداول

رقم الصفحة	الجدول	الرقم
81	توزيع أفراد مجتمع الدراسة تبعاً للمناطق السكنية.	1.3
82	توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً للمؤسسات العاملة مع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.	2.3
83	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي، ومعدل الدخل، ومكان السكن، وعمر الابن المعاق، ونوع الإعاقة.	3.3
84	توزيع أبعاد الدراسة على فقراتها.	4.3
85	طول الخلايا.	5.3
86	نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات المساندة الاجتماعية مع الدرجة الكلية لكل بعد.	6.3
87	نتائج اختبار معامل الثبات كرونباخ ألفا على أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية.	7.3
88	توزيع أبعاد الدراسة على فقراتها.	8.3
89	طول الخلايا.	9.3
89	نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات الصحة النفسية مع الدرجة الكلية لكل بعد.	10.3
91	نتائج اختبار معامل الثبات كرونباخ ألفا على أبعاد مقياس الصحة النفسية.	11.3
94	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة المساندة الاجتماعية وأهم أبعادها.	1.4
95	الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات لمستوى المساندة من قبل الأصدقاء.	2.4
96	الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات لمستوى المساندة من قبل الأسرة.	3.4
97	الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات لمستوى المساندة من قبل المؤسسة.	4.4
98	الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات لمستوى المساندة من قبل الحيوان.	5.4
99	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة المساندة الاجتماعية تبعاً لمتغير المؤهل العلمي.	6.4
100	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات المساندة الاجتماعية وفقاً للمؤهل العلمي.	7.4
101	نتائج اختبار (LSD) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير المؤهل العلمي.	8.4

101	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة المساندة الاجتماعية تبعا لمتغير مستوى الدخل.	9.4
102	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات المساندة الاجتماعية وفقا لمستوى الدخل.	10.4
103	نتائج اختبار (LSD) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعا لمتغير مستوى الدخل.	11.4
104	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة المساندة الاجتماعية تبعا لمتغير مكان السكن.	12.4
105	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات المساندة الاجتماعية وفقا لمكان السكن.	13.4
106	: نتائج اختبار (LSD) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعا لمتغير مكان السكن.	14.4
107	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة المساندة الاجتماعية تبعا لمتغير عمر الابن المعاق.	15.4
108	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات المساندة الاجتماعية وفقا لعمر الابن المعاق.	16.4
109	نتائج اختبار (LSD) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعا لمتغير عمر الابن المعاق.	17.4
110	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة المساندة الاجتماعية تبعا لمتغير نوع الإعاقة للابن.	18.4
111	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات المساندة الاجتماعية وفقا لنوع الإعاقة للابن.	19.4
112	نتائج اختبار (LSD) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعا لمتغير نوع الإعاقة للابن.	20.4
114	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الصحة النفسية وأهم أبعادها.	21.4
115	الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات لمستوى البعد الشخصي.	22.4
116	الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات لمستوى البعد الاجتماعي.	23.4
117	الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات لمستوى البعد الجسمي.	24.4
118	الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات لمستوى البعد الانفعالي.	25.4
119	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة الصحة النفسية تبعا لمتغير المؤهل العلمي.	26.4
120	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الصحة النفسية وفقا للمؤهل العلمي.	27.4

121	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة الصحة النفسية تبعاً لمتغير مستوى الدخل.	28.4
122	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الصحة النفسية وفقاً لمستوى الدخل.	29.4
123	نتائج اختبار (LSD) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير مستوى الدخل.	30.4
123	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة الصحة النفسية تبعاً لمتغير مكان السكن.	31.4
124	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الصحة النفسية وفقاً لمكان السكن.	32.4
125	نتائج اختبار (LSD) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير مكان السكن.	33.4
126	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة الصحة النفسية تبعاً لمتغير عمر الابن المعاق.	34.4
127	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الصحة النفسية وفقاً لعمر الابن المعاق.	35.4
128	نتائج اختبار (LSD) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير عمر الابن المعاق.	36.4
128	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة الصحة النفسية تبعاً لمتغير نوع الإعاقة للابن.	37.4
130	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الصحة النفسية وفقاً لنوع الإعاقة للابن.	38.4
131	نتائج اختبار (LSD) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير نوع الإعاقة للابن.	39.4
133	نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للعلاقة متوسطات المساندة الاجتماعية وبين متوسطات الصحة النفسية.	40.4

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	المحتويات
أ	إقرار
ب	شكر وتقدير
ج	مصطلحات الدراسة
هـ	الملخص بالعربية
و	الملخص بالإنجليزية
الفصل الأول : خلفية الدراسة	
2	1.1 المقدمة
4	1.2 مشكلة الدراسة
5	1.3 أسئلة الدراسة
6	1.4 فرضيات الدراسة
7	1.5 أهداف الدراسة
8	1.6 أهمية الدراسة
9	1.7 حدود الدراسة
الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة	
11	2.1 مقدمة
13	2.2 مفهوم الإعاقة Handicapping
15	3.2 الإعاقة في فلسطين
16	4.2 أنواع الإعاقة
18	5.2 المراحل النفسية لوالدي ذوي الإعاقة
19	2.2 المساندة الاجتماعية Social Support
19	2.2.1 مقدمة
21	2.2.2 مفهوم المساندة الاجتماعية
23	2.2.3 مصادر المساندة الاجتماعية
25	2.2.4 المساندة الاجتماعية في الإسلام
26	2.2.5 أبعاد المساندة الاجتماعية
30	2.2.6 العوامل المؤثرة على المساندة الاجتماعية

30	2.2.7 أهداف المساندة الاجتماعية
31	2.2.8 شروط تقديم المساندة الاجتماعية
32	2.2.9 أهمية المساندة الاجتماعية
34	2.2.10 وظائف المساندة الاجتماعية
35	2.2.11 النظريات المفسرة لمفهوم المساندة الاجتماعية
39	2.2.12 العلاقة بين المساندة الاجتماعية والصحة النفسية
41	2.4 الصحة النفسية
41	2.4.1 مقدمة
43	2.4.2 مفهوم الصحة النفسية
47	2.4.3 الإسلام والصحة النفسية
49	2.4.4 خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية
51	2.4.5 مظاهر الصحة النفسية
51	2.4.6 دور الأسرة في تكوين الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية
52	2.4.7 جوانب الشخصية
53	2.4.8 مناهج الصحة النفسية
56	2.5 الدراسات السابقة
56	2.5.1 الدراسات العربية
69	2.5.2 الدراسات الأجنبية
76	2.5.3 التعقيب على الدراسات السابقة
الفصل الثالث: طريقة وإجراءات الدراسة	
81	1.3 منهج الدراسة
81	2.3 مجتمع الدراسة
82	3.3 عينة الدراسة
84	4.3 أدوات الدراسة
91	5.3 إجراءات الدراسة
92	6.3 متغيرات الدراسة
92	7.3 المعالجة الإحصائية
الفصل الرابع: تحليل نتائج الدراسة	
94	1.4 نتائج السؤال الأول

99	2.4 نتائج السؤال الثاني
99	2.4.1 نتائج الفرضية الأولى
101	2.4.2 نتائج الفرضية الثانية
104	2.4.3 نتائج الفرضية الثالثة
107	2.4.4 نتائج الفرضية الرابعة
109	2.4.5 نتائج الفرضية الخامسة
114	3.4 نتائج السؤال الثالث
118	4.4 نتائج السؤال الرابع
119	4.1.4 نتائج الفرضية السادسة
121	4.4.2 نتائج الفرضية السابعة
123	4.4.5. نتائج الفرضية الثامنة
126	4.4.6 نتائج الفرضية التاسعة
128	4.4.7 نتائج الفرضية العاشرة
133	5.4 نتائج السؤال الخامس
133	5.4.1 نتائج الفرضية الحادية عشر
الفصل الخامس: النتائج و التوصيات	
136	5.1 النتائج
136	5.1.1 مناقشة نتيجة السؤال الأول
138	5.1.2 مناقشة نتائج السؤال الثاني
138	5.1.2.1. مناقشة نتائج الفرضية الأولى
139	5.1.2.2 مناقشة نتائج الفرضية الثانية
140	5.1.2.3 مناقشة نتائج الفرضية الثالثة
141	5.1.2.4 مناقشة نتائج الفرضية الرابعة
142	5.1.2.5 مناقشة نتائج الفرضية الخامسة
143	5.1.3 مناقشة نتائج السؤال الثالث
144	5.1.4 مناقشة نتائج السؤال الرابع
145	5.1.4.1 مناقشة نتائج الفرضية السادسة
146	5.1.4.2 مناقشة نتائج الفرضية السابعة
147	5.1.4.3 مناقشة نتائج الفرضية الثامنة

148	5.1.4.4 مناقشة نتائج الفرضية التاسعة
149	5.1.4.5 مناقشة نتائج الفرضية العاشرة
150	5.1.5 مناقشة نتيجة السؤال الخامس
150	5.1.5.1 مناقشة نتائج الفرضية الحادية عشر
153	2.5 توصيات الدراسة
155	قائمة المراجع
169	الملاحق
183	فهرس الملاحق
184	فهرس الجداول
187	فهرس المحتويات