الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم: علم النفس وعلوم التربية

مذكرة بعنوان:

# فاعلية برنامج مقترح للرفع من مستوى المساندة بين الزوجين للتكفل بطفل في وضعية إعاقة

## دراسة ميدانية بعيادة إسراء الخير للصحة النفسية -بالوادي-

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في شعبة علوم التربية
تخصص: تربية خاصة

إعداد الطلبة:
وهيبة بوخزنة
أنفال نوري

إشراف الأستاذ:
أ–د هند غدايفي

لجنة المناقشة:

| الاسم واللقب | الرتبة العلمية | الصفة |
|---|---|---|
| النوي بالطاهر | بروفيسور | رئيسا |
| هند غدايفي | بروفيسور | مشرفا ومقررا |
| عاتكة غرغوط | بروفيسور | مناقشا |

السنة الجامعية: ٢٠٢٤ / ٢٠٢٥

## شكر وتقدير

نشكر الله العلي القدير الذي أنعم علينا بنعمة العقل والدين، القائل في محكم تنزيله" :وَفَوْقَ كُلِّ ذِي عِلْمٍ عَلِيمٌ" (سورة يوسف، آية ٧٦) . صدق الله العظيم .وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم" :من صنع إليكم معروفًا فكافئوه، فإن لم تجدوا ما تكافئونه به فادعوا له حتى تروا أنكم كافأتموه"

[رواه أبو داود ] وثنِي ثناءً حسنًا

وفاءً وتقديرًا واعترافًا منا بالجميل، نتوجه بخالص الشكر وعظيم الامتنان إلى كل من كان له يد بيضاء في دعم هذا العمل العلمي المتواضع.

نتقدم بجزيل الشكر والامتنان إلى :البروفيسور هند غدايفي

الدكتور يونس بن حسين البروفيسور عاتكة غرغوط البروفيسور النوي بالطاهر

الدكتور أحمد جلول الدكتورة بنين ابتسام من جامعة الوادي

وإلى الدكتور رمضانية أحمد من جامعة الأغواط

على دعمهم وتوجيههم الكريم، ومساهمتهم القيمة في إنجاح هذا البحث .ولا يفوتنا أن نتوجه بعبارات الشكر الصادق والعرفان العميق إلى الأزواج الذين لديهم أطفال في وضعية إعاقة، والذين شاركونا تجاربهم وفتحوا لنا أبواب قلوبهم بكل صدق وتفانٍ، فكانوا شركاء حقيقيين في إنجاز هذا العمل العلمي، لقد كان لتعاونهم النبيل، وموافقتهم على أن يكونوا جزءًا من هذا "المولود العلمي"، الأثر الكبير في بناء أداة معرفية قد تضيء الطريق أمام كل من يسعى لتحسين جودة التكفل بالأطفال من ذوي الإعاقة

نسأل الله أن يجعل هذا التعاون في ميزان حسناتهم، وأن يعينهم ويثبت خطاهم في رحلة الحب والتضحية والعطاء.

وأخيرًا، إلى كل من أسهم من قريب أو بعيد ، بالدعم أو التوجيه أو الدعاء، نقول :جزاكم الله عنا خير الجزاء وبارك في علمكم وعملكم.

**ملخص الدراسة:**

سعت هذه الدراسة إلى بناء برنامج إرشادي نفسي يهدف إلى رفع مستوى المساندة بين الزوجين المتكفلين بطفل في وضعية إعاقة، انطلاقًا من ملاحظة ميدانية قامت بها الباحثتان لحالات عديدة واردة إلى عيادة "إسراء الخير للصحة النفسية والأرطوفونية"، حيث تبين وجود صعوبات نفسية واجتماعية تؤثر سلبًا على العلاقة الزوجية وتحدّ من قدرة الأزواج على التفاهم والتكافل في ظل ضغوط الإعاقة.

ومن أجل تشخيص الوضع بدقة، قامت الباحثتان بإجراء دراسة استطلاعية على عينة مكونة من ثلاثين زوجًا (أي ستين فردًا)، وتم بناء مقياس خاص لقياس مستوى المساندة النفسية بين الزوجين، اشتمل على أربعة أبعاد: المساندة العاطفية، المساندة العملية، المساندة الاجتماعية، والمساندة في مواجهة الضغوط. كشفت النتائج عن تدني واضح في بعض أبعاد المساندة، لا سيما العاطفية ومواجهة الضغوط، مما أبرز ضرورة التدخل من خلال برنامج إرشادي متخصص.

بناءً على تلك المعطيات، قامت الباحثتان بتصميم برنامج إرشادي نفسي موجه، تم تطبيقه على عينة تجريبية مكونة من أربعة أزواج تم اختيارهم عشوائيًا من بين ذوي الدرجات الضعيفة في المقياس. امتد البرنامج لمدة شهر ونصف، بمعدل ثلاث حصص أسبوعيًا، وضم مجموعة من الجلسات التفاعلية والأنشطة الإرشادية التي تهدف إلى تحسين التفاهم والتواصل، تقاسم الأدوار الأسرية، تنشيط العلاقات الاجتماعية، وتدريب الأزواج على استراتيجيات فعالة في مواجهة الضغوط المرتبطة بوضعية الإعاقة.

وقد أظهرت نتائج القياس البعدي تحسنًا ملحوظًا في جميع أبعاد المساندة النفسية، كما بيّنت الاختبارات الإحصائية وجود فروق دالة إحصائيًا بين نتائج القياس القبلي والبعدي لصالح البعدي، مما يؤكد فاعلية البرنامج. كما دعمت المقابلات والملاحظات الميدانية هذا التحسن، حيث لوحظ تغير إيجابي في سلوك وتفاعل الأزواج.

خلصت الباحثتان إلى أن التدخل الإرشادي النفسي، إذا ما تم بناؤه على معطيات واقعية وأسس علمية، قادر على تحسين العلاقة الزوجية بشكل فعّال، خاصة لدى الأسر التي تعاني من ضغوط إضافية مرتبطة بتكفلها بأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة. وعليه، أوصت الدراسة بتعميم مثل هذه البرامج الإرشادية في العيادات النفسية والمراكز التربوية، وأكدت على أهمية دمج الأبعاد النفسية والاجتماعية في التكفل الأسري المتكامل.

**Study Title:**

A Proposed Counseling Program to Enhance Spousal Support in Caring for a Child with a Disability

This study aimed to design a psychological counseling program to enhance the level of spousal support between couples caring for a child with a disability. The researchers were motivated by their field observations of numerous families attending "Israa Al-Kheir Psychological and Orthophonic Clinic،" where they noted psychological and social difficulties negatively affecting marital relationships، particularly under the pressures associated with the child's condition.

To accurately assess this issue، the researchers conducted an exploratory study involving a sample of 30 couples (60 individuals). They developed a specific scale to measure spousal support، which included four dimensions: emotional support، practical support، social support، and support in coping with stress. The results revealed low levels of support in certain areas، especially emotional support and stress management، highlighting the need for a targeted counseling intervention.

Accordingly، the researchers designed a specialized counseling program and applied it to an experimental sample of four couples who had shown low scores on the support scale. The program lasted one and a half months، with three sessions per week. It consisted of interactive guidance sessions and activities aimed at improving communication، sharing family responsibilities، strengthening social ties، and equipping couples with strategies to cope with the psychological pressures associated with disability.

Post-intervention results showed a significant improvement in all support dimensions. Statistical analysis confirmed the presence of meaningful differences between pre- and post-program results in favor of the post-test scores، indicating the program's effectiveness. Observations and semi-structured interviews further supported these findings، revealing noticeable positive changes in the couples' interactions and behaviors.

The researchers concluded that when counseling interventions are built upon real-life observations and scientific principles، they can effectively enhance marital relationships، particularly in families facing the added burden of caring for a child with special needs. The study recommended the wider implementation of such programs in psychological and educational centers and emphasized the importance of integrating psychological and social dimensions in comprehensive family support.

## فهرس المحتويات:


شكر وتقدير ..... II
ملخص الدراسة: ..... ٣
فهرس المحتويات: ..... ٥
فهرس الجداول: ..... ٨
مـقـدمـة: ..... ٩

**الجانب النظري**

**الفصل الأول: الإطار العام للدراسة**

أولا- الإشكالية: ..... ١٤
ثانيا- فرضيات الدراسة: ..... ١٥
ثالثا- أهداف الدراسة: ..... ١٥
رابعا- أهمية الدراسة: ..... ١٦
خامسا- أهمية تطبيقية: ..... ١٦
سادسا- الدراسات السابقة: ..... ١٧
سابعا- التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة: ..... ٢٢
ثامنا- مجال الدراسة: ..... ٢٢

**الفصل الثاني: المساندة النفسية**

تمهيد: ..... ٢٥
أولا- تعريف المساندة لغة واصطلاحا: ..... ٢٦
ثانيا- أنواع المساندة النفسية: ..... ٢٧
ثالثا- أبعاد المساندة النفسية: ..... ٢٩
رابعا- مصادر المساندة النفسية: ..... ٣٠
خامسا- أهمية المساندة النفسية: ..... ٣١
سادسا- وظائف المساندة النفسية: ..... ٣٢
خلاصة الفصل: ..... ٣٤

**الفصل الثالث: الإعاقة أنواعها وخصائصها**

تمهيد: ..... ٣٦
أولا- تعريف الإعاقة والمعاق: ..... ٣٧
ثانيا- أنواع الإعاقة: ..... ٤٠
١. الإعاقة العقلية: ..... ٤٠

٢. متلازمة داون: ..... ٤٩
٣. الإعاقة السمعية: ..... ٥١
٤. الإعاقة الحركية: ..... ٥٥
٥. اضطراب طيف التوحد: ..... ٥٧
٦. خصائص اضطراب التوحد: ..... ٥٨
خلاصة الفصل: ..... ٦١

**الفصل الرابع: برنامج المساندة النفسية المقترح**

أولا- التعريف بالبرنامج المقترح: ..... ٦٣
ثانيا- محتوى البرنامج: ..... ٦٣
ثالثا- أهدف البرنامج المقترح: ..... ٦٤
رابعا- الفئة المستهدفة: ..... ٦٤
خامسا- شروط تصميم البرنامج المقترح: ..... ٦٤
سادسا- أسس تصميم البرنامج المقترح: ..... ٦٥
سابعا- الأدوات المستخدمة في تطبيق البرنامج المقترح: ..... ٦٥
ثامنا- مبررات اختيار البرنامج المقترح: ..... ٦٥
تاسعا- عناصر البرنامج المقترح: ..... ٦٦
عاشرا- إجراءات تطبيق الجلسات: ..... ٦٦

**الجانب التطبيقي**

**الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة**

تمهيد: ..... ٦٩
أولا- منهج الدراسة: ..... ٧٠
١. الدراسة الاستطلاعية ..... ٧١
2. أهداف الدراسة الاستطلاعية ..... ٧١
3. مجتمع الدراسة الاستطلاعية وعينتها: ..... ٧٢
٤. مجال الدراسة الاستطلاعية: ..... ٧٢
5. أدوات الدراسة: ..... ٧٢
6. نتائج الدراسة الاستطلاعية ..... ٧٢
7. تحديد العينة التجريبية: .....خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.
8. مبررات اختيار العينة التجريبية: .....خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.
٩. الاساليب الاحصائية: ..... ٧٣
ثانيا- عينة الدراسة: ..... ٧٤

1. تعريف العينة: ..... ٧٤
2. المجتمع الأصلي للدراسة: ..... ٧٤
3. مبررات اختيار العينة: ..... ٧٥
4. خصائص العينة: ..... ٧٥
5. أهمية العينة: ..... ٧٥
٦. أدوات جمع البيانات: ..... ٧٥
٧. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة: ..... ٧٦
٨. إجراءات تطبيق الدراسة: ..... ٧٩
ثالثا– صدق المقياس: ..... ٨٠
رابعا– ثبات المقياس: ..... ٨٣
خلاصة الفصل: ..... ٨٤

**الفصل السادس: تحليل النتائج في ضوء الدراسات السابقة**

تمهيد: ..... ٨٦
عرض النتائج الدراسات: ..... ٨٦
تحليل ومناقشة النتائج: ..... ٨٨
توصيات ومقترحات مستقبلية بناءً على ما توصلنا إليه، ..... ٩٢
الخاتمة ..... ٩٣
قائمة المصادر والمراجع ..... ٩٦
الملاحق ..... ١٠٠

**فهرس الجداول:**


| رقم الجدول | عنوان الجدول | رقم الصفحة |
|---|---|---|
| 1 | معامل ارتباط درجة البند بدرجة البعد الذي ينتمي إليه (المساندة العاطفية) | 79 |
| 2 | معامل ارتباط درجة البند بدرجة البعد الذي ينتمي إليه (المساندة العملية) | ٨٠ |
| 3 | معامل ارتباط درجة البند بدرجة البعد الذي ينتمي إليه (المساندة الاجتماعية) | ٨٠ |
| 4 | معامل ارتباط درجة البند بدرجة البعد الذي ينتمي إليه (المساندة النفسية في مواجهة الضغوط) | 81 |
| 5 | ارتباط درجة البعد بالدرجة الكلية للمقياس | ٨١ |
| 6 | معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ | ٨٢ |
| 7 | قيمة ودلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لمساندة الزوجية | 85 |
| 8 | قيمة ودلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لمساندة الزوجية | ٨٦ |
| 9 | قيمة ودلالة الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في المساندة الزوجية | ٨٧ |

# مـقـدمـة:

**مقدمة:**

يُعدّ ميلاد طفل في وضعية إعاقة من الأحداث غير المتوقعة التي تُحدث صدمة نفسية وانفعالية عميقة لدى أفراد الأسرة، خاصة الوالدين، إذ تتعارض هذه التجربة مع الصورة المثالية التي يحملانها عن الإنجاب والتنشئة. وغالبًا ما يصاحب هذا الحدث مشاعر الإنكار، الحزن، الذنب، والقلق من المستقبل (عبد الحفيظ، 1993؛ الخطيب، 2011). ويشير Samuels & Hackett (2020) إلى أن ولادة طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة تفرض على الأسرة تحديات كبيرة تتطلب تكيفًا نفسيًا واجتماعيًا فعالًا، خاصة في ظل غياب التوجيه والدعم المؤسسي.

ومن بين المحددات الأساسية لنجاح هذا التكيف تبرز المساندة النفسية بين الازواج كعامل حاسم. فهي لا تقتصر فقط على توفير الدعم العاطفي المتبادل، بل تتعداه إلى تنسيق الأدوار، اتخاذ قرارات مشتركة، وتقديم رعاية متوازنة للطفل. وقد أكدت دراسة قاسم (2004) أن ضعف المساندة النفسية بين الزوجين يُعد من أبرز مصادر الضغط لدى الوالدين، مما يضعف جودة الأداء الأسري، ويؤدي إلى اضطرابات نفسية تؤثر سلبًا على جودة التكفل بالطفل المعاق.

وتبرز أهمية المساندة النفسية بين الازواج كذلك في كونها شرطًا أساسيًا لتحقيق تربية مندمجة للطفل المعاق، تراعي حاجاته النفسية والاجتماعية والتعليمية. حيث أظهرت دراسة Hastings & Taunt (2002) أن الأسر التي تتمتع بمستوى عالٍ من الدعم المتبادل بين الزوجين، تكون أكثر قدرة على توفير بيئة مستقرة وآمنة تسهم في تعزيز النمو النفسي والمعرفي للطفل، حتى في ظل إعاقات عميقة.

كما أكدت دراسة Wolff (1989) أن تحديد المسؤوليات وتكامل الأدوار داخل الأسرة يُسهم في خفض مستويات التوتر، ويُحسّن من نوعية الرعاية المقدمة، وهو ما يعززه الطرح الذي قدمته الحجيلي (2014) حين بيّنت أن غياب هذا التكامل يُضاعف من حدة

الاضطرابات النفسية لدى الأبوين، ويؤثر على علاقة الطفل بأسرته ومحيطه، ما يُهدّد فرص اندماجه وتطوره.

انطلاقًا من هذه المعطيات، فإن تعزيز المساندة بين الزوجين لا يُعد فقط ضرورة إنسانية ونفسية، بل يمثل مفتاحًا أساسيًا لتحسين جودة التكفل بالطفل المعاق، وتوفير بيئة أسرية متماسكة تُسهم في بناء قدراته. ومن هنا تنبع أهمية هذه الدراسة، التي تهدف إلى تصميم برنامج مقترح للرفع من مستوى المساندة بين الزوجين، بما يُعزز جودة الحياة الأسرية، ويُحسّن من رعاية الطفل في وضعية إعاقة على المستويات النفسية والاجتماعية والتربوية.

وتمت دراسة إشكاليتنا من خلال جانبين رئيسيين:

الجانب النظري و الذي تناولنا فيه: الإطار العام للدراسة فصل المساندة النفسية ،فصل الإعاقة أنواعها وخصائصها ، ثم فصل تناولنا فيه برنامج المساندة النفسية المقترح.

اما الجانب التطبيقي تطرقنا فيه إلى: الإجراءات المنهجية للدراسة ثم عرض ومناقشة النتائج ، وختمنا بجموعه من التوصيات وقائمة الملاحق والمراجع .

# الجانب النظري

# الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

**أولا- الإشكالية:**

تعد الأسرة اللبنة الأساسية في بناء المجتمع، وهي المسؤولة الأولى عن تنشئة الأطفال وتوفير البيئة الداعمة لنموهم النفسي والاجتماعي السليم، وتزداد أهمية هذا الدور حينما يكون أحد الأطفال في وضعية إعاقة، حيث تتضاعف التحديات والمسؤوليات الملقاة على عاتق الوالدين مما يتطلب تظافرا في الجهود وتعاونا فعالا في أداء الأدوار، بما يتضمن جودة التكفل والرعاية.

وقد ركزت العديد من الدراسات على الأثار النفسية الاجتماعية التي ترافق وجود طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، داخل الأسرة فأشارت إلى أهمية التوافق الزواجي، جودة التواصل، تكيف الأسري والصحة النفسية في تعزيز استقرار الأسرة وتحقيق الرعاية المتوازنة (أبو أسعد ٢٠١٨ م- العمري ٢٠١٦م).

ورغم إسهام هذه الدراسات في اثراء المجال، إلى أنها أغفلت بعدا مهما يتجاوز التفاهم الظاهري والتواصل، ويتمثل في المساندة الزوجية المتبادلة التي تعد ركيزة أساسية في التعامل مع ضغوط الحياة الأسرية، خاصة في حالة وجود طفل في وضعية إعاقة. وقد عرفها (كويست cuesta montalor ١٦٣p 2005). بأنها "الجهود التي يبذلها أحد الزوجين لمساندة شريكه عاطفيا ونفسيا وسلوكيا في مواجهة تحديات الحياتية، من خلال التفاهم والمساعدة، التقدير والتعاون في أداء الأدوار داخل الأسرة

كما تشير منضمة اليونيسف.(unicef 2013 p 27 ) إلى أن التكفل بطفل في وضعية إعاقة: هو كل الجهود المبذولة من قبل الأسرة لضمان نمو الطفل ذي الإعاقة، في بيئة داعمة لاحتياجاته تأخذ بعين الاعتبار حالته النفسية، البدنية والاجتماعية.

وقد بينت دراسة (العمري ٢٠١٦من ص٩٤) أن الزوجات اللواتي يحصلن على دعم أكبر من أزوجهن يكن أكثر قدرة على التكيف النفسي، إلا أنها لم تقدم تدخلا إرشاديا لرفع هذا الدعم.

أما دراسة (الخالدي ٢٠٢٠م) فقد ركزت على تحسين التفاهم الزواجي عبر برنامج إرشادي، دون أن تتناول المساندة الزوجية كهدف مستقل يمكن أن يحدث فرقا نوعيا للتكفل بالأبناء ذوي العاقة من جهة أخرى تؤكد التجارب الميدانية من خلال العمل مع أسر أطفال في وضعية إعاقة، إن ضعف الدعم المتبادل بين الزوجين غالبا ما يؤدي احتراق نفسي لأحد الطرفين، واختلال في التوازن الأسري مما ينعكس سلبا على جودة الرعاية المقدمة للطفل على قدر علمنا.

في ظل هذا الفراغ النظري والتطبيقي وغياب البرنامج المتخصص في تعزيز المساندة الزوجية، برزت الحاجة إلى تطوير برنامج إرشادي يعنى برفع مستوى الدعم المتبادل بين الزوجين بما يسهم في تحسين ديناميكية الأسرة وفعالية تكفلها بطفلها ذي الإعاقة، وعليه تتمثل إشكالية البحث الحالي في السؤال الآتي: **ما مدى فعالية برنامج إرشادي مقترح للأرفع من مستوى المساندة بين الزوجين للتكفل بطفل في وضعية إعاقة؟**

**ثانيا- فرضية الدراسة:**

يوجد فرق دال احصائيا في مستوى المساندة الزوجية للتكفل بطفل في وضعية إعاقة بين القياس القبلي والقياس البعدي.

**ثالثا- أهداف الدراسة:**

- قياس فاعلية برنامج إرشادي مقترح للرفع من مستوى المساندة النفسية بين الزوجين للتكفل بطفل في وضعية إعاقة.
- تعزيز التفاهم والدعم المتبادل بين الزوجين في مواجهة تحديات تربية طفل في وضعية إعاقة.
- تنمية مهارات الفعل بين الزوجين.
- تمكين الزوجين من استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية المرتبطة بتربية طفل في وضعية إعاقة.
- تعزيز الشعور بالرضى الأسري وتقوية العلاقة الزوجية.

**رابعا- أهمية الدراسة:**

- تنبع أهمية هذه الدراسة من خصوصية موضوعها وتفرده، حيث تسعى إلى معالجة جانب حساس في حياة الأسرى التي ترعى طفل في وضعية إعاقة، ألا وهو المساندة المتبادلة بين الزوجين كعامل نفس واجتماعي جوهري يعزز القدرة على التكيف الأسري ويسهم في تحسين جودة التكفل بالطفل ذي الإعاقة.
- الأهمية النظرية، تسهم هذه الدراسة في إثراء الإطار النظري المتعلق بالعلاقات الزوجية في سياق التربية الخاصة من خلال تسليط الضوء على متغير المساندة الزوجية الذي لم يحظى ومقارنة بمتغيرات التفاهم والتوافق، والتواصل بالاهتمام الكافي في الدراسات السابقة رغم تأثيره العميق في التوازن الأسري.
- تضيف لبنة جديدة إلى مجال الإرشاد الأسري، عبر ادماج البعد النفسي والاجتماعي في تحليل دور الزوجين في رعاية الطفل في وضعية إعاقة.
- توفر أرضية علمية لدراسات مستقبلية تتهتم بالعلاقات الأسرية في سياقات التحديات الخاصة، مثل الإعاقة من خلال مقاربة شمولية، تعلى من شأن التعاون والمساندة.

**خامسا- أهمية تطبيقية:**

تأتي أهمية هذه الدراسة من كونها تفضي إلى تصميم برنامج إرشادي عملي قابل للتطبيق ميدانيا موجه خصيصا للأزواج الذين يواجهون تحديات نفسية واجتماعية نتيجة تكفلهم بطفل في وضعية إعاقة.

- يمكن لمخرجات هذه الدراسة أن تمون مرجعا للأخصائيين النفسانيين وأخصائي الإرشاد الأسري والتربية الخاصة لتطوير تدخلات نوعية تراعي البعد التشاركي بين الزوجين وتقلل من الضغوط الأسرية.
- تساعد نتائج الدراسة في توجيه السياسات الأسرية والاجتماعية نحو مزيد من الاهتمام بالدعم الزواجي ضمن البرامج المقدمة لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة سواء على مستوى الجمعيات أو المؤسسات الخاصة والحكومية.

- وبناء عليه فإن هذه الدراسة لا تقتصر أهميتها على تشخيص واقع المساندة الزوجية، بل تتجاوز نحو تقديم حلول عملية قابلة للقياس والتقويم مما يجعلها ذات قيمة مزدوجة نظرية وميدانية.

**سادسا- الدراسات السابقة:**

❖ **دراسة مراد بوقطاية (٢٠٠٠):** التوافق الزواجي في المجتمع الجزائري، هدفت الدراسة إلى الكشف عن البيئة في القيم العاملة والقيم الفردية في المجتمع الجزائري، والمقارنة بين المتوافقين من الأزواج في القيم العملية والقيم الفردية في الحياة الزوجية، وقام الباحث بتصميم مقياسين للدراسة (مقياس القيم المرتبطة بالحياة الزوجية، ومقياس التوافق الزواجي) وطبق المقياس على عينة تتكون من (٤٠٤) فردا أي (٢٠٢ ذكور) (٢٠٢ إناث) وكان متوسط العمر لدى عينة البحث يساوي (٣٧) سنة ومتوسط مدة الزواج (١٠) سنوات.

توصل الباحث إلى أن بنية القيم الزوجية تنطوي على (٠٩) عوامل هي: ١- عامل المعاملة/ ٢- عامل التواصل/ ٣- عامل المثل الأخلاقية/ ٤- عامل النظرة إلى الحياة/ ٥- عامل العلاقة بالأهل/ ٦- عامل الجمال/ ٧- عامل الحياة/ ٨- قيمة العمل/ ٩- رعاية الأسرة.

وحسب هذه الدراسة فإن التوافق الزواجي يقوم على طبيعة قيم الزوجين بشكل كبير وانسجام هذه القيم يساهم بشكل فعال في نجاح العلاقة الزوجية، وتحقق التوافق الزواجي.

❖ **دراسة (الحمد٢٠٠٣م):** بعنوان الرضى الزواجي واستراتيجيات حل الصراع لدى المتزوجين الأردنيين وتأثرهم بعمر الزواج والمستوى التعليمي للزوجين.

هدفت إلى قياس العلاقة بين الرضا الزواجي واستراتيجيات حل الصراع لدي المتزوجين، كما هدفت إلى معرفة تأثر كل من الرضا الزواجي، واستراتيجيات حل الصراع بسنوات الزواج، والمستوى التعليمي للزوجين.

وتكونت الدراسة من عينة (١١١) زوج و(١١١) زوجة من سكان عمان، تم استخدام مقياس الرضى الزواجي الذي تكون من (٢١) فقرة، ومقياس استراتيجيات الصراع الذي يقيس ثلاث استراتيجيات يلجأ إليها الزوجين.

**الصراع:** التسوية، الانسحاب، التورط.

ولتحقيق أهدف الدراسة استخدم المنهج الوصفي التحليلي، وأظهرت النتائج إلى أن الرضا الزواجي للأزواج والزوجات الأردنيين كان مرتفعا، كما توصل إلى أن الأزواج يلجؤون إلى استراتيجيات التسوية أكثر من استراتيجيات الانسحاب والتورط، في حل الصراع، في حين تلجأ الزوجات إلى استراتيجيات التسوية والانسحاب في حل الصراع أكثر مما يلجأن إلى استراتيجيات التورط، وأن هناك علاقة إيجابية بين الرضا الزواجي واستراتيجيات التسوية، وعلاقة سلبية مع استراتيجيات الانسحاب والتورط، وأن الرضا الزواجي لا يتأثر بسنوات الزواج أو المستوى التعليمي للزوجين.

❖ **دراسة صفاء اسمعيل موسى (٢٠٠٥م):** بمصر المعنوية بمتنبئات التوافق الزواجي أدى عينة من الأزواج والزوجات المصريين تضمنت عينة (٢٢٠) زوجا، استخدمت مقياس التوافق الزواجي بهدف الكشف عن أهم المتغيرات التي تنبئ بحدوث التوافق الزواجي واستمراره لدى عينة من الأزواج والزوجات وتوصلت الى وجود منبئات التوافق الزواجي منها: المكانة الاجتماعية والمعيشية للزوجين في بيت مستقل عن أهل الزوج والزوجة ووجود أبناء.

لقد كشفت دراسات عربية أن نسبة تدخل أهل الزوجين في قرار زواج الأبناء وخاصة في حالات الزواج المبكرة كانت (٣٧,٥%) من أصل عينة بالغة (٣٥٠٠) وبالنسية (٥٠,٥%) بالنسبة لقرار زواج البنات وكان القرار شخصيا للأبناء بنسبة (٤٣,٣%) والبنات بنسبة (٢٩,٣%).

❖ **دراسة اسمهان محمد موسى المتلاحمة** (٢٠٠٧م) بعنوان التوافق الزواجي وعلاقته بالصحة النفسية لدي معلمين والمعلمات في محافظة الخليل، هدفت هذه الدراسة على

التوافق الزواجي وعلاقته بالصحة النفسية لدي المعلمين والمعلمات في محافظة الخليل، كما هدفت إلى التعرف على تأثير بعض التغيرات (الجنس، مدة الزواج، الدخل الشهري، المؤهل العلمي، ومكان السكن...) على دراجة التوافق الزواجي وعلى درجة الصحة النفسية.

وأجريت هذه الدراسة على عينة عشوائية قصدية مكونة من (٤٠٠ معلم ومعلمة) تسيير للباحثة من الحصول عليها من محافظة الخليل، واستخدمت الباحثة مقياس التوافق الزواجي، ويتألف من (٣٥) فقرة تمثل بعدا واحدا ومقياس الصحة النفسية ويتألف من (٨٦) فقرة موزعة على (١٠) ابعاد هي (الأعراض الجسيمة، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق العدواني، قلق الخوف، بارانوية التخيلية الذهانية الاضطرابات الفيزيولوجيا) وأظهرت النتائج ما يلي:

وجود علاقة طردية بين التوافق الزواجي والصحة النفسية لدى المعلمين والمعلمات في محافظة الخليل.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق الزواجي تبعا لمتغير الجنس ولصالح الذكور.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الدخل الشهري ولصالح ذوي الدخل المتوسط.

❖ **دراسة موسى (٢٠٠٩):** بعنوان درجة جودة التواصل بين الزوجين وعلاقتها بالتكيف الزواجي لدى عينة من الأزواج في مدينة عمان.

هدفت الدراسة للتعرف عن درجت جودت التواصل بين الزوجين وعلاقتها بالتكيف الزواجي، وتكونت عينة الدراسة من (١٩٢ زوج وزوجة) وأظهرت النتائج أن درجة التواصل ودرجة التكيف بين الزوج والزوجة فوق المتوسط، كما وجدت علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين كل من متوسطات جودة التواصل للأزواج ومتوسطات جودة التواصل لزوجاتهم، كما وأظهرت علاقة ارتباطية موجبة بين كل من متوسطات التكيف الأزواج ومتوسط تكيف زوجاتهم، وكذلك بالنسية لمتوسطات جودة تواصل الزوجات ومستوى تكيف أزوجهم، كما وأظهرت نتائج تحليل الانحدار، أن مقدار ما فسره التواصل لدى الزوجة من التكيف الزواجي بلغ (٠,٣٣) وهي قيمة دالة احصائيا، كما أن مقدار ما فسره التواصل لدى الزوج من التكيف الزواجي بلغ (٠,٥٤) وقيمة دالة احصائيا، وأخيرا أظهر تحليل الانحدار أن مقدار ما فسره التواصل لدى الزوجين من التباين في التكيف الزواجي لكليهما بلغ (٠,٥٨) وتظهر هذه النتائج وجود تأثير للطريقة التي يتواصل بها الأزواج مع بعضهم البعض على مستوى التكيف الزواجي لديهم.

❖ **دراسة هيا بنت إبراهيم بن عبد العزيز الخزعان(٢٠١٠م):** بعنوان الرضا الزواجي وعلاقته بالساندة الاجتماعية لدى عينة من الطالبات المتزوجات بجامعة أم القرى.

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الرضا الزواجي والمساندة الاجتماعية لطالبات المتزوجات بجامعة أم القرى، كما هدفت الى التنبؤ بالرضا الزواجي من خلال مصادر المساندة الاجتماعية، كذلك معرفة الفروق بين أفراد العينة في دراجات الرضا الزواجي، باختلاف بعض المتغيرات والتي شملت (مدة الزواج، المرحلة الدراسية، ارتفاع وانخفاض مستوى المساندة الاجتماعية)

تكونت عينة الدراسة من (٢٠٧) من الطالبات المتزوجات، تم تطبيق مقياس الرضا الزواجي للببلاوي (١٩٨٧م)، ومقياس المساندة الازواج من اعداد الباحثة.

الأساليب الإحصائية المستخدمة: "معامل الارتباط بيرسون، تحليل الستابين أحادي الاتجاه، تحليل الانحدار الخطي المتعدد، اختيارات".

وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة احصائيا بين الرضا الزواجي والمساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة.

تواجد إمكانية للتنبؤ بالرضا الزواجي من خلال مصادر المساندة الاجتماعية (الاهل، الأصدقاء، الزوج) حيث بلغت قيمة مربع المعامل الارتباط المعدل (٠,٠٥٨٦) وهذا يعني (٥٨%) من الرضا الزواجي يتأثر لمصادر المساندة الاجتماعية.

وجود المساندة فرد ذات دلالة إحصائية في الرضا الزواجي بين مرتفعات ومنخفضات المساندة الاجتماعية لصالح مرتفعات المساندة.

❖ **دراسة لعرابة هبة(٢٠٢٢م):** التي تناولت الارشاد النفسي لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة، والتي هدفت إلى أهمية وجوب توفير المساندة والمساعدة المادية والمعنوية لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم لتقليل من الصعوبات وحل المشكلات للرفع من مستويات التكيف والتعايش في ظل وجود طفل في وضعية إعاقة.

- **التعقيب على الدراسات السابقة:** في ضوء استعراض الدراسات السابقة، يتضح أن موضوع الارشاد الأسري لذوي الاحتياجات الخاصة قد حظي بالاهتمام واسع، حيث تناولت هذه الدراسات عددا من المتغيرات الهامة مثل التوافق الزواجي، التكيف الاسري، وجود التفاصيل الفعال بين الزوجين إضافة إلى العلاقة بين التوافق الزواجي والصحة النفسية ما ساهم في اثراء المجال المعرفي حول الجوانب النفسية الاجتماعية للأسرة عير أن هذه الدراسات وعلى الرغم من تنوعها أغفلت جانبا بالغ الأهمية يتمثل في المساندة الزوجية المتبادلة بين الزوجين ودورها المحوري في التكفل الفعال بكفل في وضعية إعاقة.

- إن المساندة بين الزوجين لا تمثل فقط بعدا من ابعاد العلاقة الزوجية بل تشكل دعامة أساسية لقدرة الأسرة على التكيف والتكفل المستدام سيما في ظل الضغوط الإضافية التي تفرضها الإعاقة، اذ يمكن لهذا الشكل من الدعم أن يحدث فرقا جوهريا في تقاسم

الأدوار، خفض مستويات التوتر وتعزيز الاستقرار الأسري، مما ينعكس إيجابيا على جودة الرعاية المقدمة للطفل.

من هنا تكمن الحاجة الملحة إلى تسليط الضوء على هذا المتغير المهمل نسبيا في الأدبيات السابقة، واستكشاف أثره المباشرة وغير مباشر، على التكفل بطفل في وضعية إعاقة بما يقع أفاقا جديدة للبحث العلمي والتدخلات الارشادية.

**سابعا- التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة:**

١- **الفاعلية:** الفرق في متوسط درجات المساندة الزوجية قبل وبعد تطبيق البرنامج المقترح كما يقاس بأداة الدراسة (استبيان المساندة بين الزوجين) ودلالة النتائج.

٢- **البرنامج المقترح:** هو مجموعة من الجلسات الارشادية المصممة من قبل، تتضمن محاور ومضامن تهدف إلى تعزيز التواصل والدعم المتبادل بين الزوجين أثناء التكفل بطفل في وضعية إعاقة، ويتم تطبيقه خلال فترة زمنية محددة.

٣- **المساندة الزوجين:** الدرجة التي يحصل عليها الزوجان في مقياس المساندة الزوجية المعتمد في الدراسة والتي تنعكس مدى التعاون، والتفاهم، الدعم النفسي والعاطفي.

٤- **التكفل بطفل في وضعية إعاقة:** القيام بالمهام اليومية المرتبطة بتربية ورعاية طفل يعاني من إعاقة، (ذهنية، حركية، توحد...إلخ) كما يظهر في مدى إنخراط الأبوين في الرعاية، التربية، العلاج، والدعم العاطفي المقدم للطفل في وضعية إعاقة حسب مؤشرات معينة ضمن أدوات الدراسة.

**ثامنا- مجال الدراسة:**

المجال المكاني، تم اجراء هذه الدراسة في عيادة إسراء الخير للصحة النفسية والأرطفونية الكائن مقرها بولاية الوادي، وهي مؤسسة خاصة تقدم العلاج النفسي والارطفوني والارشاد الأسري لكل الفئات العمرية (الأطفال، المراهقين، الراشدين) إضافة إلى العلاج الزوجي.

١. تتكفل العيادة بعدد معتبر من حالات الأطفال في وضعية إعاقة، كما يجعلها إطارا ملائما لتطبيق برنامج يهدف إلى الرفع من مستوي المساندة بين الزوجين في سياق التكفل بهذه الفئة.

٢. **المجال البشري:** تمثل في مجتمع الدراسة واشتمل عل عائلات (أبوين) الأطفال في وضعية إعاقة الذين يتابعون العلاج النفسي والتكفل الأرطوفوني في مقر العيادة، وقد كانت عينة الدراسة مختلفة الثقافات (الوادي، تبسة، تقرت).

٣. **المجال الزمني:** تمت الدراسة خلال الموسم الجامعي ٢٠٢٤م/ ٢٠٢٥م، وذلك في الفترة الممتدة بين شهر اكتوبر وشهر أفريل ٢٠٢٥م، حيث تم خلالها تطبيق البرنامج المقترح وجمع البيانات الازمة للتحقق من فرضيات الدراسة.

# الفصل الثاني: المساندة النفسية

**تمهيد**

**أولا- تعريف المساندة لغة واصطلاحا**

**ثانيا- أنواع المساندة النفسية**

**ثالثا- أبعاد المساندة النفسية**

**رابعا- مصادر المساندة النفسية**

**خامسا- أهمية المساندة النفسية**

**سادسا- وظائف المساندة النفسية**

**خلاصة الفصل**

**تمهيد:**

يعتبر الزواج الاطار الذي تتشكل فيه العلاقات الأسرية وتؤسس من خلال روابط التفاعل والدعم بين الزوجي، في خضم ما يوجهه الأزواج من ضغوطات الحياة اليومية، وتبرز المساندة الزوجية كعنصر جوهري يضمن تماسك العلاقة واستمرارها ويعزز قدرة الزوجين على التكيف مع مختلف التحديات النفسية والاجتماعية وتتجلى أهمية هذه المساندة بشكل أكبر حين يتعلق الأمر بالتكفل بطفل في وضعية إعاقة، حيث تصبح الحاجة إلى التفاهم، التشارك والدعم المتبادل بين الزوجين ضرورة حتمية ليس فقط للحفاظ على استقرار العلاقة الزوجية بل أيضا لضمان بيئة آمنة ومتوازنة لنمو الطفل وتطوره.

وفي هذه الفصل سنتطرق إلى مفهوم المساندة الزوجية، أبعادها، نظرياتها، أهميتها، التحديات التي تواجه الأزواج في تحسين جودة الحياة.

**أولا- تعريف المساندة لغة واصطلاحا:**

١. **المساندة لغة:** مأخوذة من الفعل ساند، يقال سانده مساندة، أي أعانه ووقف إل جانبه، وجاء في لسان العرب لابن منظور أن السند هو المعين والمساعد، ويقال ساند فلانا: أي اعانه ووقف إلى جانبه[١].

٢. **المساندة اصطلاحا:** للمساندة تعاريف كثيرة ومتنوعة تبعا لتنوع أبعادها واشكالها فعرفها **كمال إبراهيم موسى أنها:** مساعدة الانسان لأخيه الانسان في مواقف يحتاج فيها المساعدة والموازنة سواء كانت مواقف سراء (نجاح، تفوق) أو مواقف ضراء (فشل، تأزم)[٢].

- تعتبر المساندة النفسية أو الاجتماعية من المفاهيم التي تناولتها علم النفس الصحة بالدراسة، نظرا لانعكاسها الإيجابي على صحة الفرد، فهي أحد عوامل الاجتماعية والنفسية المحددة للصحة والمرض، فالصحة والمرض حسب نموذج (١٩٨٠م- ١٩٧٧م Angel) هي نتائج مجموعة من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تدرجها في نموذج واحد وهو البيوبسيكوسيال (Boipsychocial).
- المساندة النفسية حسب (Clomb 1981 p413) هي نظام التي يتضمن مجموعة من الروابط والتفاعلات النفسية مع الآخرين، تتسم بأنها طويلة المدى ويمكن أن تعتمد عليها والثقة بها وقت إحساس الفرد بالحاجة إليها لتمده بالسند العاطفي.
- ما يؤخذ على هذا التعريف الأخير هو حصره للمساندة النفسية في نوع واحد من أنواعها الكثيرة وهو السند العاطفي، فهذا التعريف جعل المساندة النفسية، سندا عاطفيا وأبعادها فقد تكون المساندة النفسية للفرد مساندة مادية وغير عاطفية، وقد تكون مساندة بالمعلومات، وقد تكون مجتمعة بأنواعها كلها كهذا التعريف[٣].

---

[١] ابن منظور، لسان العرب لابن منضور، تُبحث مادة "سند" في الجزء السابع، وتحديدًا في الصفحة ٢٠٢ من طبعة دار إحياء التراث العربي .

[٢] كمال مرسي إبراهيم، ٢٠٠٠م، ص١٩٧.

[٣] المغيصب، ٢٠٠٤.

- المساندة النفسية هي كل ما يتلقاه الفرد من دعم من الآخرين (أقارب أصدقاء أو جهات مجتمعية...)، وقد يكون الدعم على شكل مساندة معنوية أو وجدانية رعاية، ثقة، تقدير احترام، وقد تكون مساندة بالمعلومات (استشارات، مهارات، تعين على مواجهة مشاكل الحياة).

**ثانيا- أنواع المساندة النفسية:**

تطرقنا في التعاريف للمساندة النفسية إلا أنها ترتكز على ثلاث أبعاد شبكة من العلاقات، مجموعة من السلوكيات تهدف إلى تقديم المساندة وأخيرا المساندة المدركة أو التقييم الذاتي للمساندة، وما يميز هذه الأبعاد هو ديناميكيتها، أي أن كل بعد من هذه الأبعاد، عبارة عن سلوك هدف تقديم الدعم والمساندة وقبل التطرق إلى بيان أنواع المساندة النفسية يجدر بنا أن نشير إلى أن الكثير من العلماء والباحثون أمثال ( Kpim stree ter et from) يقسمون أنواع المساندة النفسية إلى نوعين هما[٤]:

- **المساندة الرسمية (المؤسساتية)**
- **المساندة غير رسمية (غير المؤسساتية)**

جدول يبين أنواع المساندة النفسية[٥]:

| الباحث | نوع المساندة النفسية | طبيعة المساندة المقدمة |
|---|---|---|
| House 1981 et Dans tandy 1985 | • وجداني عاطفي Emotionnel<br>• أدواتي مادي Instrumental<br>• معلومات Informationnel<br>• تقديري Apperciation | • مشاعر الحب والعاطفة والثقة المتبادلة<br>• إعطاء مبلغ من المال مساعدة في تصليح عطب تقني.<br>• اسداء معلومات، آراء، |

[٤] قارة، ٢٠٠٩م

[٥] قارة، ٢٠٠٩م، ص٣٠.

| | | |
|---|---|---|
| | | نصائح.<br>• تقديم الجهد المبذل والثناء من طرف الفرد. |
| Barreral 1981 | • مساعدة مادية Aide matriel<br>• مساعدة جسدية عقلية Assistance Physique<br>• تفاعل حميمي Interction<br>• نصحي Conseil<br>• تقديري Retronaction<br>• مشاركة اجتماعيةParticipation | • مساعدة نقدية، إعطاء قرض، أدوات.<br>• تقاسم المهام.<br>• التغيير وتبادل المشاعر والأحاسيس.<br>• نصائح توجيهات.<br>• معلومات حول شخص الفرد Soi meme<br>• نشاطات وترفيه. |
| Will 1985 | • تقديري Estime<br>• معلوماتي Larmationel<br>• المرافقة الاجتماعية Accomdagenent<br>• أدواتي Instrmetn | • مشاعر العاطفة والحب<br>• الدعم الوجداني والتشجيع.<br>• شرح الاحداث والاشكاليات.<br>• النصائح والتوجيهات<br>• النشاطات والترفيه.<br>• النشاطات الاجتماعية.<br>• دعم تقديري مادي. |

**ثالثا- أبعاد المساندة النفسية:**

- الأبعاد عبارة عن عناصر مختلفة يتضمنها ويشير اليها ويمنحها المفهوم والمفهوم المساندة النفسية أبعاد يتضح من خلالها مفهومها:
- تحدث (Scheafev etal. 1981p 381) على ثلاث أبعاد للمساندة النفسية : هي المساندة الانفعالية، وتتضمن توفير المودة، والتأييد والمساندة الاقتصادية تزويد الفرد بالخدمات والمساعدات المباشرة، والمساندة المعرفية وتتلخص بتقديم النصائح وتوجيهات تساعد الفرد على حل مشكلاته وعطيه تغذية وراجعة عن سلوكه.

وذكر (Weiss 1974) أبعاد المساندة تتكون من بعدين هما: المساندة العاطفية والمساندة الملموسة.

أما (Cobb) فقد توصل إلى أن هناك أربعة أنماط رئيسية للمساندة هي: المساندة الانفعالية، المساندة المعلومات، المساندة الأدائية (الوسيلة الإجرائية) ومساندة التقدير (Hassa ballak 1996 p138)

وقد وجد كل من (الشناوي وعبد الرحمن) أن المساندة النفسية تتكون من أربعة أبعاد هي[٦]:

١. **المساندة بالتقدير:** وتشمل بأن ننقل للآخرين أنهم مقدرون لقيمهم الذاتية وتسمى بالمساندة النفسية.
٢. **المساندة بالمعلومات:** وتشمل إعطاء الفرد معلومات تساعده في حل المشكلات وتسمى بالتوجيه المعرفي أو النصح.
٣. **المساندة الاجتماعية:** وتشمل تقديم العون المالي والامكانيات المادية والخدمات اللازمة وقد ساعدنا العون الاجرائي على تخفيض بضغط عن طريق الحل المباشر للمشكلات وتسمى بالمساندة المادية.

[٦] الشناوي وعبد الرحمن، ١٩٩٤، ص٤١.

**رابعا- مصادر المساندة النفسية:**

تختلف مصادر المساندة النفسية وتتنوع الظروف المختلفة وقد اختلفت الدراسات في تناولها المصادر المساندة إن كان هناك اجماع على أهم مصادر المساندة هي: الأسرة والأصدقاء والزملاء والمعلمين والجيران، والزوجات والطوائف الدينية، وهي الشبكات الواقعة التي ينتمي إليها الأفراد ويعتمد عليها من أجل المساندة النفسية[٧].

أما (فيشر) فقد حدد مصادر المساندة النفسية في الأسرة والأصدقاء والمؤسسات مثل (دور العيادة والنوادي)، وزملاء العمل[٨].

كما حدد (إيمونز) Emons و(كولباي) Collbay مصادر المساندة بشكل رسمي في الأسرة، والأصدقاء، زملاء العمل الأقارب[٩].

ويتضح مما سبق أن الانسان يحصل على المساندة إما بشكل رسمي أو غير رسمي كما يأتي:

١. **المساندة النفسية الرسمية:** يكون ذلك عن طري المؤسسات الحكومية المتخصصة أو الجمعيات الاهلية المتطوعة حيث يقوم بتقديمها الأخصائيون النفسانيون والاجتماعيون المؤهلون في مساعدة الناي في الازمات والنكبات والمشكلات، حيث يهرع هؤلاء الأخصائيون إلى تقديم المساعدة النفسية للمتضررين لتخفيف آلامهم ومعاناتهم ومشاكلهم، في مواقف الأزمات وتحرص جميع المجتمعات على توفير المساندة النفسية الرسمية عن طريق مراكز التدخل المبكر أو السريع ومراكز الإسعافات الأولية والخطوط التلفزيونية الساخنة ومجالس إدارة الأزمات وغيره.

٢. **المساندة النفسية غير الرسمية:** يحصل عليها الفرد من الاهل والأصدقاء والزملاء والجيران بدافع المحبة، والمصالح المشتركة والالتزامات الأسرية والاجتماعية والأخلاقية

---

[٧] الشناوي عبد المنعم، ١٩٩٤م، ص١٢.

[٨] بشرى إسماعيل، ٢٠٠٤م، ص ١٧

[٩] Emmons.1995. P 1984

والإنسانية والدينية فمن يساعد أخاه اليوم سوف يجد مساعدته غدا، فهذه سنة الحياة "كما تدين تدان" أي إذا ساعدت الناس عند حاجتهم تجدهم عند حاجتك إليهم[١٠].

**خامسا- أهمية المساندة النفسية:**

إن للمساندة النفسية تأثير على طريقة تفكير وأفعال ومشاعر الأخرين، من خلال تفاعل الأفراد مع بعضهم البعض، وبناء على نظرية (ماجواير ١٩٩١) أن شبكة المساندة النفسية تستطيع الفرد بالآتي:

- تمد الفرد بإحساسه بذاته of self sense، حيث أنه يتم تعزيز الفرد من قبل الأسرى، الزوجة أو الزوج أو الآخرين
- تمد الفرد بالتشجيع والتغذية المرتدة الايجابية
- Back feed positive and encouragenent. حيث أن نظام المساندة الإيجابية يند الفرد بالتغذية المرتدة بأن له قيمة وأهمية.
- تمد الفرد للفرص الاجتماعية.
- يساعد نظام المساندة النفسية الفرد في تحديد المشكلات والبحث عن حل ومساعدة مناسبة له.
- يحمي الفرد من الضغط حيث أن الفرد لديه مساندة نفسية قوية يستطيع أن يتعامل مع الضغوط الحياتية اليومية بشكل أكثر نجاحا من الذين لديهم ضعف في المساندة النفسية[١١].
- ويرى بولباي (boulby ١٩٨٠) أن الفرد الذي يتلقى مساندة نفسية تتميز بالمودة مع الآخرين منذ سنوات حياته الأولى يصبح بعد ذلك شخصا واثقا من نفسه وقادرا على تقويم المساندة النفسية للآخرين ويصبح أقل عرضة للاضطرابات النفسية وتزيد من قدرة

[١٠] كمال إبراهيم موسى، ٢٠٠٠م، ص١٩٨.

[١١] مها عاد الله حسن، ٢٠٠٤م، ص٣٨.

الفرد على المقاومة، والتغلب على الاحباطات وتجعله قادرا على حل مشاكله بطريقة جيدة[١٢].

**ساديا- وظائف المساندة النفسية:**

للمساندة النفسية وظائف متعدد تنعكس على صحة الفرد بالإيجاب، فالدراسات التجريبية في مجال العلوم العصبية، ومجال علن المناعة النفسية العصبية بينت وجود تفاعل بين الجهاز العصبي المركزي، وبين الاجهاد والضغط وبين الجهاز المناعي وبالتحديد دراسات حول دور السيتوكينات التي تقوم بدور الربط بين الخلايا العصبية ودور وسيط عصبي بين الجهاز العصبي المركزي والجهاز المناعي، فالضغط يصاحبه عمل أجهزة متعددة غددية عصبية بما في ذلك الجهاز العصبي السمثاوي.

وعلى العموم فان المساندة لها دور في:

١. **تخفيف الضغوط:** هناك العديد من الدراسات والبحوث التي بينت أثر الروابط الاجتماعية الوثيقة في تخفيف الضغوط، ونذكر على سبيل المثال الدراسة التي أجراها: جيمس لا روكو وجون فرانش ١٩٨٠م، والتي تبين القيمة الوقائية للروابط الاجتماعية وقوت تأثيرها في تخفيف الضغوط، وهي دراسة على عينة مكونة من (٢٠٠٠) عامل من مختلف الوظائف، قالم هؤلاء الباحثون بقياس مدى توفر المساندة النفسية وزادت نسبيها للعامل كلما انخفض مستوى الضغط لديه[١٣].

٢. **الوقاية والعلاج:** أثبتت الكثير من البحوث والدراسات أن تمتع الأفراد بشبكة العلاقات الاجتماعية الوثيقة، من شأنه أن يقي من أمراض متعددة وخاصة الامراض المزمنة.

ففي دراسة حديثة (vchinoetal 1996) حول العلاقة بين المساندة النفسية وارتفاع ضغط الدم لدى الأفراد كان مرافقا ومصحوبا لانعدام علاقات اجتماعية لديه، وأن انعدام العلاقات الاجتماعية وقلة المساندة النفسية التي يتلقاها الفرد، كانت مصحوبة بحلات

[١٢] فهد بن عبد الله، الربيعية، ١٩٩٧م، ص١٩.

[١٣] عثمان يخلف، ص١٤٢.

ارتفاع ضغط الدم، بينما الأشخاص الذين كانوا ينتمون الى نوادي اجتماعية ولديهم علاقات اجتماعية وثيقة كانوا لا يعانون من ارتفاع ضغط الدم[١٤].

٣. **تنمية استراتيجيات المواجهة:** يعرف folkamet – lozanus استراتيجيات على أنها، مجموع جهود الفرد الذهنية والسلوكية الموجهة للتحكم أو لخفض أو تحمل وضعيات داخلية أو خارجية التي تعوق قدراته[١٥].

٤. **المساعدة في تقبل بعض الوضعيات أو الصدمات:** دراسات عديدة أثبتت أن المساندة النفسية التي يتلقاها الفرد من أسرته، (زوجة أسرته، المحيطين...إلخ) تساعده في التقبل وادارت هذه الوضعيات وتحميه من الصدمات، ففي دراسة (p2005 oumar et al) أجراها في مستشفى بباماكو حول العوامل المساعدة على تقبل العلاج عند المريض المصاب بالسيدة هي مساندة أهلهم لهم، أو مساعدتهم لتناول الدواء والذهاب إلى المستشفى لإجراء الفحوصات والمعالجة.

[١٤] Larkin 2005. P246.

[١٥] قارة، ٢٠٠٩م، ص٤٤.

**خلاصة الفصل:**

إذا كانت المساندة النفسية ضرورة ملحة للأفراد لضمان سيرورة نفسية جيدة، لاستقرار نفس واجتماعي وأسري وغبرها من المجالات الأخرى فإن هذه الضرورة تصبح أكثر الحاحا بالنسبة لأسر الأطفال في وضعية إعاقة، وخاصة الزوجين، وذلك نظر لما يعانيه هؤلاء الزوجان من ظروف ضاغطة نتيجة قدوم طفل في وضعية إعاقة، ما يشبع بدخليهما من ردود أفعال سلبية واضطرابات انفعالية كالتوتر والقلق والغضب والاستياء والإحباط والشعور بالذنب والعجز وعدم السيطرة واليأس والاكتئاب، بالإضافة الى ما يتحمله هؤلاء الزوجان من أعباء إضافية نتيجة ما تتطلبه رعاية هذا الطفل من جهود مكثفة ونفقات باهظة، لتوفير احتياجاته الخاصة ومتطلبات نموه، فضلا عما يحدثه وجود طفل معاق من مشكلات وضعف واهتزاز في بناء الأسرة، والعلاقة الزوجية حيث تتصدع هذه الأخيرة ويتأثر الأداء الوظيفي لها كما تواجه هذه العلاقة جملة من المشكلات الخاصة أثناء محاولاتها للتكيف والتعايش في وجود هذا الطفل.

ولهذا وجب الرفع من مستويات المساندة النفسية بين الزوجين والتي تكون عن طريق خدمات الارشاد النفسي وتطوير البرامج الخاصة لها لتحسين جودة الحياة الزوجية والأسرية، مما ينعكس بالإيجاب عن وضعة وطرق التكفل بهذا الطفل.

# الفصل الثالث: الإعاقة أنواعها وخصائصها

**تمهيد**

**أولا- تعريف الإعاقة والمعاق**

**ثانيا- أنواع الإعاقة:**

١. الإعاقة العقلية

٢. متلازمة داون

٣. الإعاقة السمعية

٤. الإعاقة الحركية

٥. اضطراب طيف التوحد

**خلاصة الفصل**

**تمهيد:**

يعتبر موضوع الإعاقة من المواضيع الهامة التي أثارت العديد من الباحثين باعتبار هذا مشكلة إنسانية اجتماعية نفسية في معظم المجتمعات، تمس الأسرة بصورة خاصة والمجتمع بصورة عامة، ولذا كان يجب على الأخصائيين دارسة هذا الموضوع والعمل على التخفيف من حدة المشكلة لأجل الحلول دون زيادة مشكلات وتصدعات داخل الأسر التي بها طفل في وضعية إعاقة والتي غالبا ما تظهر آثار هذا جليا على أنماط التواصل بين أفرادها، وفي هذا الصدد حاولنا من خلال هذا الفصل أن نعرف ببعض الإعاقات التي تناولنا هذا في دارستنا والتعريف بخصائص كل إعاقة.

**أولا- تعريف الإعاقة والمعاق:**

في هذا الفصل سنتطرق للتعريف بالمعاق، وأيضا التعريفات - بالإعاقات التي تم التطبيق عليها في هذه الدارسة:

**١. تعريف الإعاقة:**

**أ. التعريف اللغوي:**

عرفها ابن منظور كالتالي: إعاقة الشيء يعوقه عوقا، والتعويق في الاستعمال العربي يعني المنع، ويطلق مفهوم التعويق على كل ما يقف أمام المرء فيمنعه عن أداء نشاطه بكيفية عادية، سواء كان هذا العائق ماديا أو حسيا أي كل العقبات والوسائل وأنواع العجز التي تقف في طريق الشخص سواء داخلية أو خارجية.

**ب. التعريف الاصطلاح:**

تعددت تعاريف الإعاقة وهنا سنذكر أهم وأشمل هذه التعاريف:

**تعريف منظمة الصحة العالمية:**

الإعاقة هي إصابة بدنية أو عقلية أو نفسية تسبب ضررا لنمو الطفل البدني أو العقلي أو كليهما وقد تؤثر في حالته النفسية وفي تطور تعليمه وتدريبه ويصبح أقل من رفاقه. وتعتبر منظمة الصحة العالمية 1980 أن الإعاقة:

ذي نتيجة مرض أو حادث، وبدلا من ربطها بسببها فإنها تعرفها من خلال إصابة الجسد(القصور)، وكذلك من خلال ما ينجر عن هذا القصور من صعوبات أو استحالة في القيام بنشاطات الحياة اليومية) العجز، (إضافة إلى المشاكل الاجتماعية الناجمة عن ذلك)، الضرر.

وهكذا فإن الإعاقة تفكك وتوصف بمختلف العناصر المكونة لها:

- القصور: وهو فقدان مادة أو اختلال هيكل أو وظيفة للجسم، وهو بهذا يتطابق مع
- الإصابة، مثلا: بتر أو إصابة بالنخاع..... (أو العجز المطابق لها)، مثلا: شلل سفلي، حبسة.....الخ.

- العجز: وهو تقليص جزئي أو تام للقدرة على القيام بنشاط في حدود تعتبر عادية مثلا: عدم القدرة على المشي أو الجري أو رمي شيء ما، أو القيام بحاجياته اليومية كإرتداء الملابس أو الذهاب للحمام لوحده.... الخ.
- الضرر: نتيجة القصور أو العجز، وهو يمثل حدا أو منعا من القيام بدور اجتماعي عادي مثلا: ممارسة الرياضة. الحصول على عمل...الخ (عبورة، 2008)

**تعريف مؤتمر التأهيل الدول ال ا ربع عشر كندا 1980:**

بأنها حالة تحد من قدرة الفرد على القيام بوظيفة واحدة أو أكثر من الوظائف الأساسية لحياتنا اليومية ومن بينها العناية بالذات والعلاقات الإجتماعية، أو النشاطات الاقتصادية وذلك ضمن الحدود التي تعد طبيعية. (مشوح، 2003 .24)

وقد أطلق العالم على عام 1981 م_ 1401 هـ، اسم العام الدولي للمعوقين بعد ثلاثين سنة من الدراسات النفسية والاجتماعية التي انصبت على فئة من بني البشر أصيبت 61 في الجسد أو في النفس فأقعدها ذلك عن العيش في المجتمع وقيد طرق التواصل مع الغير على النحو الأمثل وسمو هذه الإصابة المعقدة بالإعاقة.

(مشوح، 2003.25)

**ج. تعريف الإعاقة إجرائيا:**

هي إصابة عقلية أو حسية أو حركية أو جميعها تسبب ضررا للإنسان وينتج عنها ضعف أو عجز يحد أو يمنع الوظائف التي تعتبر طبيعية له، وتؤثر في مسيرة حياته بشكل عام.

**٢. تعريف المعاق:**

- **الشخص المعاق:** هو الشخص المصاب وغير القادر على القيام بالحركة والنشاط نتيجة خلل حد من نموه العقلي والاجتماعي والانفعالي مما يستدعي رعاية خاصة.

(صالح، وسلمان، 2000.29)

**ويرى ولسهو:** أن المعاق ذلك الشخص الذي لديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه الحركية وهذه الإعاقة ولدت معه أو نتجت عن مرض أو إصابة في العضلات أو فقدان في القدرة الحركية أو الحسية أو الأطراف السفلى أو العليا أحيانا، أو إلى اختلال في التوازن الحركي أو في الأطراف، ويحتاج هذا الشخص إلى برامج طبية ونفسية وتربوية ومهنية لمساعدته على تحقيق أهدافه الحياتية في العيش بأكبر قدر من الاستقلالية. (ماجدة، 44)

- **المعاق هو:** كل فرد لا يستطيع تأمين حاجاته الأساسية بشكل كلي أو جزئي حسب ما جاء في إعلان حقوق المعوقين الذي أقرته الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1975 م.

**- الاتفاقية الدولية لحقوق الإنسان:**

المعاق هو كل شخص يعاني من عاهات طويلة الأجل بدنية أو عقلية أو حسية أو ذهنية قد تمنعه لدى التعامل مع مختلف الحواجز من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين.

وحسب المرسوم التنفيذي رقم: - 14 / 204 المؤرخ في: 25 / 05 / 2014: يعتبر شخص معاق كل شخص يعاني من إعاقة أو أكثر وراثية كانت أو خلقية أو مكتسبة تمنعه عن القدرة عن أداء نشاط أو أكثر

(الدليل الوطني للمعاق الجزائري، د س، 1)

**التعريف الإجرائي للمعاق:**

المعاق هو فرد يعاني خللا معين في أحد الجوانب العقلية أو الجسمية أو النفسية أو الحركية، نتيجة الوراثة أو إصابات وحوادث تؤدي لظهور آثار عديدة كل حسب طبيعة إعاقته، وتجعله في حاجة للآخرين للقيام بحاجاته اليومية المختلفة.

**ثانيا- أنواع الإعاقة:**

للإعاقة العديد من الأنواع، وسنقوم بتعريف وذكر خصائص الإعاقات التي ركزت عليها هذه الدراسة:

**١. الإعاقة العقلية:**

**أ. تعاريف الإعاقة العقلية:**

تعددت التعاريف الخاصة بالإعاقة العقلية واختلفت تبعا للأبحاث المتصلة بها في مختلف الميادين التي قامت بدراسة هذه الظاهرة، فالأطباء يتناولونها من الناحية الطبية وهم بذلك يعتبرون الأعراض الفيزيولوجية محكا أساسيا في التعرف على الإعاقة العقلية، وعلماء النفس يركزون على نسبة الذكاء وعلماء الاجتماع يتخذون من الصلاحية الاجتماعية محكا

أساسيا في تعريف الإعاقة العقلية، بينما نجد أن بعض الدراسات التربوية تعتبر الفشل في التحصيل الدراسي وتكرار سنوات الرسوب في المدرسة العادية مؤشرا قويا للإعاقة العقلية، ومشرعو القانون يهتمون بالأهلية وتحمل المسؤولية.

(تيسير، وعمر، 2010.57)

تعريف الإعاقة العقلية حسب ما ورد في القانون الذي صدر عن الحكومة

البريطانية سنة 2013: وقد عرف آنذاك بقانون المعاقين عقليا وذو ينص على أن الإعاقة العقلية هي حالة تتسم بتوقف النمو العقلي، أو عدم اكتمال هذا النمو، شريطة حدوث هذه الحالة قبل سن الثامنة عشر وقد يعود السبب في ذلك إلى الو ا رثة أو الإصابة بالأم ا رض التي تعيق النمو العقلي.

**ب. التعريف الطب لجيريس – jeris للإعاقة العقلية:**

الإعاقة العقلية سيتوقف فيها النمو قبل سن المراهقة، وقد يعود السبب في ذلك إلى الحالة الوراثية أو الامراض التي قد يصاب بها الشخص.

**تعريف بينوا – Benoit للإعاقة العقلية:**

عرفها بأنها ضعف في الوظيفة العقلية، هذا الضعف إما ان يكون ناتجا عن حالة داخلية وراثية أو عن حالة خارجية مثل الامراض التي يتعرض لها الفرد، هذه العوامل تؤدي إلى تدهور في كفاءة الجهاز العصبي ومن ثم إلى نقص في القدرة العامة للنمو وفي التكامل الادراكي والفهم. (تيسير، وعمر، 2010.57)

**ج. تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقل:**

تبنت تعريف هيبر Heber الذي شاع سنة 1961 ويشير إلى أن الإعاقة العقلية تمثل مستوى من الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحراف معياري واحد، ويصاحبه خلل في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن السادس عشر 16.

وفي سنة 1983 تعرض هذا التعريف لانتقادات، وذلك لأن الدرجة التي تمثل نسبة الذكاء كحد فاصل بين الأفراد العاديين والمعاقين عقليا عالية جدا مما زاد من نسبة الأفراد المعاقين إلى 16 / 100 من المجتمع.

**تمت مراجعة هذا التعريف إلى تعريف جديد وهو:**

تمثل الإعاقة العقلية مستوى من الأداء الوظيفي العقلي والذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين، ويصاحب ذلك خلل واضح في السلوك التكيفي ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى 18 سنة.

(تيسير، وعمر، 2010، 59)

ومن خلال التعاريف السابقة فإن الإعاقة العقلية تعد بمثابة أي حالة يتدنى فيها مستوى الأداء الوظيفي العقلي للطفل إلى الدرجة التي تصل به إلى القصور في هذا الجانب إضافة إلى قصور في سلوكه التكيفي وهو ما يمكن التأكد منه عن طريق استخدام المقاييس الخاصة بذلك. (عادل، 2004، 21)

**د. أنواع الإعاقة العقلية:**

ركزنا فيها على نوعين التخلف العقلي ومتلازمة داون وسنعرفهما مع ذكر خصائص كل إعاقة:

**١. التخلف العقل:**

تعريفاته: التخلف العقلي كبقية الإعاقات تعددت تعريفات العلماء له كل من وجهة نظره:

**تعريف سهير كامل (1993، 146)**

تقصد بالتخلف العقلي وجود نقص أصيل في العقل لا تناقصا بعد اكتمال، أي نقص في التكوين العقلي ونموه وترقيه، سواء كان سببه موجودا قبل الولادة أو طرأ في أي مرحلة من مراحل النمو العقلي قبل اكتماله في حوالي سن الخامسة عشر.

**ما هو التخلف العقلي؟**

يعتبر مفهوم متعدد الجوانب حيث يمكننا أن ننظر إليه من زوايا عدة يهتم كل منها بمنظور معين بحيث يتباين ذلك بين المنظور الطبي والمنظور الاجتماعي والمنظور السيكومتري والمنظور التربوي، ويمكن أن نتناول هذا المفهوم بجوانبه المتعددة على النحو التالي:

❖ **التخلف العقل من المنظور الطبي:**

هو ضعف أو قصور في الوظيفة العقلية ناتج عن عوامل داخلية أو خارجية يؤدي

إلى تدهور في كفاءة الجهاز العصبي، ويؤدي بالتالي إلى نقص في المستوى العام للنمو وعدم اكتماله في بعض جوانبه، ونقص أو قصور في التكامل الإدراكي والفهم والاستعاب، كما ويؤثر بشكل مباشر في التكيف مع البيئة، ومن ثم فإنه يتم النظر إليه في إطار هذا المنظور في ضوء تلك الأسباب التي يمكن ان تؤدي إليه سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها.

(محمد، 2004.76)

-الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي قد اقترحت في ديسمبر 1990 تعريفا للتخلف العقلي يعد أكثر تفصيلا من التعريفات التي ظهرت قبله، ويذهب عمر خليل 1999 إلى أن هذا التعريف يتضمن جوانب ايجابية، كما يركز على سلوك الطفل التكيفي، ويضع ذلك لأول مرة كمحك قبل نسبة الذكاء، وينص التعريف على أن التخلف العقلي يشير إلى أوجه قصور أساسية في جوانب معينة من الكفاءة الشخصية تظهر من خلال أداء دون المتوسط للقدرات العقلية يكون مصحوبا بقصور في المهارات التكيفية وذلك في واحد أو أكثر من المجالات التالية:

- التواصل
- العناية بالنفس
- المهارات الاجتماعية
- الأداء الأكاديمي
- المها ا رت العملية
- قضاء وقت الفراغ
- الإفادة من مصادر المجتمع
- التوجيه الذاتي
- العمل
- السلوك الاستقلالي. (محمد، 2004.69)

يحدث التخلف العقلي خلال سنوات النمو والتي تستمر حتى الثامنة عشر من العمر، وبذلك يصبح هناك ثلاثة شروط للتخلف العقل تتمثل فيما يلي:

- قصور في الأداء الوظيفي العقلي.
- قصور في السلوك التكيفي وما يرتبط به من مها ا رت.
- حدوث تلك الحالة قبل الثامنة عشر من العمر. (محمد، 2004.81)

❖ **التخلف العقل من المنظور الاجتماعي:**

يتم تعريفه في ضوء الكفاءة الاجتماعية للطفل المتخلف عقليا، حيث يعد غير كفء اجتماعيا ومهنيا ودون نظيره السوي في القدرة العقلية والاجتماعية، وعادة ما تبدأ تلك الإعاقة منذ الميلاد أو في سن مبكرة من النمو وتستمر كذلك حتى مرحلة الرشد، وهي حالة غير قابلة للشفاء التام وتتسم بقصور واضح في الأداء السلوكي الوظيفي، ويعتمد هذا المنظور على استخدام المقاييس الاجتماعية المختلفة التي تعمل على قياس مدى تكيف الفرد مع المجتمع وقدرته على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة من اقرانه في مثل سنه وفي جماعته الثقافية.

(محمد، 2004.82)

❖ **التخلف العقلي من المنظور السيكومتري:**

يقوم هذا المنظور في تحديده لمفهوم التخلف العقلي على استخدام نسبة الذكاء التي يصل إليها الطفل ويحققها وذلك بعد تطبيق أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال عليه، بحيث تقل نسبة ذكائه عن 70 درجة أي تقل عن المتوسط بمقدار انحرافين معياريين على الأقل، ومن أكثر المقاييس التي يتم استخدامها شيوعا مقياس وكسلر WECHSLER لذكاء الأطفال، ومقياس ستانفورد بينيه STANFORD- BINET، ويكون متوسط الدرجات لكليهما 100 في حين يكون الانحراف المعياري على الأول 15 وعلى الثاني 16، فيكون الانحرافان المعياريان 30 تقريبا، وبعد طرحها من 100 يصبح الناتج 70.

(محمد، 2004.83)

❖ **التخلف العقل من المنظور التربوي:**

يقوم هذا المنظور على أنه قدرة هذا الطفل على التعلم والتي تعد بمثابة المعيار في هذا الصدد، حيث يعتبر الطفل المتخلف عقليا غير قادر على التعلم أو التحصيل الدراسي كما ينخفض أداؤه السلوكي بشكل واضح في العمليات العقلية نتيجة لانخفاض نسبة

ذكائه، ويصاحب ذلك قصور في سلوكه التكيفي ويضم التخلف العقلي من هذا المنظور ثلاث فئات هي:

القابلون للتعلم – EDUCABLE: وتكون لدى الفرد بعض القدرات الأكاديمية التي تساعد على التحصيل حتى مستوى الصف الخامس فقط.

القابلون للتدريب – TRAINABLE: وتكون لدى الطفل قد ا رت أكاديمية أقل تؤهله حتى مستوى الصف الأول فقط، ويمكن تدريب الطفل على القيام ببعض المهن البسيطة.

المعتمدون – CUSTODIAL: وذم أولئك الذين تقل نسب ذكائهم عن 25 درجة، ويعتمدون اعتمادا كليا على غيرهم طوال حياتهم.

وبذلك نلاحظ أن كل منظور يركز على وجود انخفاض واضح في القدرة العقلية العامة للطفل إلى جانب وجود قصور مصاحب في سلوكه التكيفي يحدث خلال مرحلة النمو التي تمتد حتى سن 18، كما لا يمكن الاكتفاء بمقياس الذكاء فقط في الشخص بل لابد من تطبيق مقياس للسلوك التكيفي أيضا.

(محمد، 2004.85)

**خصائص الأطفال المتخلفين عقليا:**

يتميز المتخلفين عقليا بفروق فردية شاسعة، وبعدم تجانسهم أو تطابقهم من حيث ما يتمتعون به من استعدادات ويتصفون به من سمات وخصائص ومع ذلك فإنه توجد عدة خصائص عامة يجب عدم إغفالها عند محاولتنا الكشف عنها والتعرف عليهم، ومن أهم هذه الخصائص:

**١. الخصائص الجسمية:**

يتميز الأطفال المتخلفون عقليا بأنهم أقل وزنا وأصغر حجما من الأطفال العاديين، كما أنهم أكثر عرضة للإصابة عن غيرهم من الأطفال، كما يتميزون بتشوه شكل الجمجمة والفم واللسان والأسنان والعينان والأطراف مما يعوق التآزر الحركي لديهم، كما يتأخر ضبط الإخراج عندهم، كذلك فهم أقل في مستواهم الحركي والحسي والكلامي من

غيرهم من الأطفال العاديين، ويظهر ذلك من خلال الحركات التي يقومون بها دون هدف مثل المشي إلى الأمام والعودة إلى الخلف، وقد يصاحب بعض منها تحريك الرأس، واللزمات العصبية.

(الخفاف، 2014.37)

**٢. الخصائص العقلية:**

الطفل المتخلف عقليا لا يستطيع ان يصل نموه التعليمي إلى المستوى الذي يصل غليه الطفل العادي، لأنه يواجه صعوبة في الانتباه والتركيز ويعاني من مشكلات في الذاكرة وعدم القدرة على التفكير المجرد ويعتمد على المحسوسات وكذلك عدم قدرته على التعميم، حيث أن مستوى ذكائه قد لا يصل 70 درجة. وغالبا ما يعاني الطفل المتخلف عقليا من مستويات متفاوتة من الضعف في التحصيل الأكاديمي مقارنة مع الأطفال العاديين في العمر الزمني نفسه، كما تشير الدراسات كدراسة بني مستر 1976، وديني 1964 وزقلر 1969 والتي لخصها ماكميلان 1977 بقوله: إن الفروق بين تعلم كل من الأطفال العاديين والمتخلفين عقليا المتماثلين في العمر الزمني فروق في الدرجة والنوع.

(لخفاف، 2014.37)

**٣. الخصائص اللغوية:**

تعد الصعوبات اللغوية من أهم المشكلات الناتجة عن التخلف العقلي، وترتبط درجة شدة هذه الصعوبات بدرجة التخلف العقلي، فالمتخلفون عقليا بدرجة بسيطة رغم أنهم يتأخرون في النطق إلا أنهم يصلون إلى مستوى معقول من حيث الأداء اللغوي، بينما يعاني ذوو التخلف العقلي المتوسط من صعوبات واضطرابات لغوية مختلفة، أما المتخلفين عقليا بدرجة شديدة وعميقة فغالبا ما يعجزون عن النطق ويتوقف نموهم اللغوي عند مرحلة بدائية لا تتجاوز مجرد إصدار أصوات فجة غير ذات معنى، ومن ثم غير مترابطة ولا مفهومة.

ومن أهم المشكلات والصعوبات اللغوية لدى المتخلفين عقليا عموما البطء الملحوظ

في النمو اللغوي، والتأخر في النطق واكتساب قواعد اللغة وغلبة الطابع الطفولي على لغتهم واضطرابات التلفظ ARTUCULATION كالحذف والتحريف والإبدال واضطرابات الصوتVOISE ، وضحالة المفردات اللغوية وبساطتها ما لا يتناسب مع أعمارهم الزمنية، ولذا فإن مستوى أدائهم اللغوي يكون أقل بكثير منه لدى أقرانهم العاديين في العمر نفسه.

كما ويعاني المتخلفين عقليا من اضطرابات الكلام والنطق، ومنها اضطرابات طلاقة النطق كالتأتأة التي تشمل طبقة الصوت وشده وعدم ملاءمة نغمته.

(القريطي، 2013.205)

**٤. الخصائص الاجتماعية والانفعالية:**

يواجه المتخلفين عقليا العديد من المشكلات الانفعالية والاجتماعية التي ترتبط بضعف القدرة على التكيف الاجتماعي، مما دعى بعض علماء النفس إلى اتخاذ القدرة على التكيف الاجتماعي أساسا في تصنيف المتخلفين عقليا إلى فئات وفق قدراتهم رتهم على التكيف، وبالطبع هناك تفاوت كبير بين هذه الفئات في القدرة على التكيف الاجتماعي وبشكل عام يتميز المتخلفين عقليا بنقص في الميول والاهتمامات وعدم تحمل المسؤولية، كما يتميزون بالانسحاب والعدوان واضطراب مفهوم الذات والتردد في السلوك التكراري والحركة الزائدة وعدم القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع الغير، كما أن المتخلفون عقليا كثيرا ما ينظرون إلى أنفسهم أنهم فاشلون أو عاجزون أو أنهم أقل من غيرهم، أو أنهم لا قيمة لهم.

وعلى الرغم من أن ذلك يرتبط بانخفاض مستوى الأداء العقلي العام لديهم إلا أنه يرتبط كذلك بسوء المعاملة والطريقة التي يعامل بها المتخلفين في المواقف الاجتماعية واتجاهات ومواقف وردود فعل الآخرين لما يصدر عنهم من سلوكات وأفعال.

أما من الناحية الانفعالية فيتميز المتخلفون عقليا بعدم قدرتهم على ضبط انفعالاتهم وعدم الاستقرار والهدوء، كما يتميزون أحيانا بسرعة التأثر وبطء الإنفعال أحيانا أخرى، أما ردود الفعل العاطفية والانفعالية عندهم فهي أقرب إلى المستوى البدائي فسرعان ما يضحك ويمرح ومن السهل التأثير عليه لأنه سريع الاستهواء.

(الخفاف، 2014.38)

**٢. متلازمة داون:**

**تعريفاته:**

هي اضطراب كروموسومي يسبب خصائص جسمية محددة، وتأخر في النمو العقلي والجسمي. (الزريقات، 2004.467)

هو عبارة عن شذوذ خلقي مركب شائع في الكروموسوم 21 نتيجة اختلال في تقسيم الخلية ويكون مصاحب لتخلف عقلي، وقد تم التعرف عليه لأول مرة سنة 1966 عن طريق الطبيب جون لانجدون داون GOHN LANGEDON DAWN.

الشخص المصاب بمتلازمة داون لديه 47 كروموسوم بدلا من 46 ويكون هذا الكروموسوم الزائد متجاورا مع زوج الكروموسومات 21 بحيث يصبح ثلاثيا بدلا من كونه ثنائيا وهو ما يعرف بشذوذ الكروموسومات من حيث العدد ويسمى ثلاثية الكروموسومات TRISOMY أو الانقسام الثلاثي.

كما وتتضمن متلازمة داون شذوذات متنوعة مثل: العيوب الخلقية بالقلب، مظاهر خاصة بالإبصار، اضطراب في الجهاز الهضمي والجهاز العصبي المركزي، عيوب في الأطراف...الخ. (القمش، 2013.278)

❖ **الخصائص الأساسية للمصابين بمتلازمة داون:**

**أ. الخصائص الجسمية والإكلينيكية:**

على الرغم من أن الأفراد المصابين بمتلازمة داون لهم خصائص جسمية مميزة إلا أنهم متشابهين عموما بالنسبة للشخص العادي في المجتمع أكثر من كونهم مختلفين. وليس لكل

أفراد داون كل الخصائص فبعض منهم لديه قليل من الخصائص والبعض لديه معظم علامات داون وتتضمن الخصائص الآتية:

انبساط الوجه، انبساط في مؤخرة الرأس، رقبة عريضة قصيرة، وجود ثنايا لحمية زائدة في مؤخرة العنق، شذوذ ملاحظ في لون البشرة، ارتفاع وضيق في أعلى باطن الفك أو الفم، صغر حجم الأنف، ميل وانحدار في العينين يصاحبه مصاعب في حدة الإبصار وتضخم في جفن العين، انخفاض في موضع الأذن ونمو غير عادي لقناة الأذن، عيوب خلقية بالقلب، قوام قصير أطراف قصيرة ومتضخمة، صعوبات في التنفس وفي وظائف الرئتين، نقص الفيتامينات والكالسيوم، ضعف العظام والأنسجة العصبية، تأخر في النمو الحركي.

**ب. خصائص النمو:**

أما فيما يتعلق بالنمو فلا تظهر أي فروق بين الأطفال المصابين بمتلازمة داون

وغيرهم من الأطفال العاديين خلال السنتين الأولى والثانية، على الرغم من أن منحى النمو للأطفال داون عادة أدنى من منحى النمو للأطفال العاديين وذلك في مختلف سنوات العمر كما وتؤكد الدراسات وجود فروق بين أطفال داون بعضهم ببعض في اكتساب المهارات الأساسية للنمو، غير أن الفروق بين الأطفال داون والأطفال العاديين تبدأ في الظهور مع تقدم العمر خاصة في سن الرابعة والخامسة، وما يميزهم هو مشكلات النمو إذ يعانون من المشكلات النمائية التالية:

- صعوبات في الحواس المختلفة وخاصة حاستي اللمس والسمع.
- صعوبات في التفكير المجرد وكذلك في الفهم والاستيعاب.
- صعوبات في الإدراك اللمسي والإدراك السمعي.
- صعوبة الانتقال من مرحلة لأخرى في النمو الحس حركي.
- الذاكرة طويلة المدى جيدة. (القمش، 2013.284)

**ج. الخصائص السلوكية والاجتماعية:**

أما الخصائص السلوكية والاجتماعية التي تميز الأطفال المصابين بمتلازمة داون فتتمثل فيما يلي:

- ودودون من الناحية الاجتماعية ويقبلون على الآخرين ويحبون مصافحة الأيدي
- واستقبال الغرباء.
- يبدون المرح والسرور باستمرار.
- تقل لديهم المشكلات السلوكية إلا أنهم يمكن أن يغضبوا إذا ما استثيروا إلا أن هذه الخاصية ليست مميزة لهم إذ أن المشكلات السلوكية التي يظهرها بعضهم يمكن إرجاعها إلى اختلافات الظروف الأسرية والبيئية التي يوجد فيها هؤلاء الأطفال.
- كما ان هناك فروق فردية في الناحية السلوكية والمزاجية العامة بين الأفراد المصابين بداون بعضهم ببعض. (القمش، 2013.276)

**٣. الإعاقة السمعية:**

تعريفاتها:

الإعاقة السمعية مصطلح يعني تلك الحالة التي يعاني منها الفرد نتيجة عوامل وراثية، أو خلقية، أو بيئية مكتسبة، من قصور سمعي يترتب عليه آثار اجتماعية أو نفسية أو كلاهما معا. وقد اختلفت المصطلحات والتسميات التي تستخدم للدلالة على الأفراد الذين يعانون من إعاقة سمعية تبعا للمشكلات التي تحول دون قيام الجهاز السمعي بوظائفه، أو تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة واكتساب اللغة بشكل تلقائي.

إن تقديم تعريف شامل جامع للإعاقة السمعية له مشكلاته، ومن الصعب تحديده ولذلك قد تعددت تعريفاته وسنذكر بعضا مما شاع منها:

تعريف محمد فتحي عبد الحي للطفل المعاق سمعيا:

هو الطفل الذي لا تؤدي حاسة السمع لديه وظائفها للأغراض العادية في الحياة، وتضم فئة الصمم الولادي الذين يولدون فاقدين للسمع، والصمم المكتسب، كما تضم الأطفال الذين

يولدون بدرجة عادية من السمع ثم تفقد حاسة السمع لديهم وظائفها في وقت لاحق سواء عن طريق الإصابة بالمرض أو الحوادث.

(فتحي، 2014.36)

كما تعرفه إيمان عباس علي الخفاف الطفل المعاق سمعيا:

بأنه ذو الطفل الذي يعاني من فقدان سمعي إلى أكثر من 70 دسبيل مما يحول دون تمكنه من المعالجة الناجحة للمعلومات اللغوية من خلال جهاز السمع وحده، سواء باستخدام المعينات السمعية أم بدونها. (الخفاف، 2014.83)

يرى مصطفى نوري القمش أن مصطلح الإعاقة السمعية:

يشير إلى المشكلات السمعية والتي تتراوح في شدتها من البسيط إلى المتوسط وهو ما يسمى بالضعف السمعي HARD OF HEARING، إلى الشديد وهو ما يسمى

DEAFNESS، ومن هنا يعرف الصمم على أنه درجة من الفقدان السمعي تزيد عن 70 دسبيل للفرد، تحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام باستخدام السماعات أو بدونها، أما ضعف السمع فهو درجة من فقدان السمع تزيد عن 35 دسبيل وتقل عن 70 دسبيل، تجعل الفرد يعاني من صعوبات في فهم الكلام في استخدام حاسة السمع فقط باستخدام السماعات أو بدونها. (القمش، 2013.113)

**خصائص المعاقين سمعيا:**

من البديهي والمنطقي أن يؤثر فقدان السمع لدى الفرد الأصم على المظاهر الأخرى للفرد مثل الخصائص اللغوية، والعقلية، والأكاديمية، والاجتماعية وغيرها، وفيما يلي توضيح لتلك الآثار على هذه الجوانب مع ضرورة الإشارة إلى أن هذه الخصائص والصفات تخص المعاقين سمعيا كفئة وهي ليست خصائص مميزة لكل فرد يعاني من الإعاقة السمعية.

**الخصائص النفسية والإنفعالية للمعاقين سمعيا:**

توضح نتائج دراسة كنتسون KNUTSON 1990 أن الصمم المكتسب غالبا ما يؤدي إلى نمو الإضطرابات النفسية، كما يؤثر على الوظائف النفسية من خلال سلوكهم مع الأفراد السامعين في مواقف التواصل وتظهر على شكل قلق زائد وعزلة وكآبة، بالإضافة إلى المشكلات الواضحة في التربية والشك الموجود لدى الصم فيمن حولهم، والقليل من الصم هو الذي يظهر ذلك.

حقيقة أن الإعاقة السمعية قد تؤثر بشكل أو بآخر على البناء النفسي للإنسان، ولكن لا يعني أن الإعاقة السمعية تقود إلى سوء التوافق النفسي ولا يجب أن ينسحب على جميع الأطفال والأفراد المعاقين سمعيا، فالفروق الفردية كبيرة بين الأفراد الصم والأثر النفسي للإعاقة السمعية له عوامل أخرى تزيده أو تنقصه مثل العوامل الاجتماعية المختلفة خلال عملية التنشئة الأسرية. (عبد الحي،2014.93)

**الخصائص الاجتماعية للمعاقين سمعيا:**

تعتبر اللغة الوسيلة الأولى في التواصل لذلك يعاني المعاقون سمعيا من مشكلات تكيفية في نموهم الاجتماعي، وذلك بسبب النقص الواضح في قدراتهم اللغوية وصعوبة التعبير عن أنفسهم، وصعوبة فهمهم للآخرين سواء أكان ذلك في مجال الأسرة أو العمل أو المحيط الاجتماعي بشكل عام، لذا يبدو الفرد الأصم وكأنه يعيش في عزلة مع الأفراد العاديين الذين لا يستطيعون فهمه، وهم مجتمع الأكثرية الذي لا يستطيع أن يعبر بلغة الإشارة او بلغة الأصابع، ولهذا السبب يميل المعاقين سمعيا إلى تكوين النوادي والتجمعات الخاصة بهم، إذ تعتبر هذه النوادي والتجمعات ذات أهمية خاصة بالنسبة لهم بسبب تعرض الكثير منهم لمواقف الإحباط التي تترتب على نتائج التفاعل الاجتماعي بين الأفراد العاديين والصم، حيث أن الأفراد المعاقين سمعيا يحاولون تجنب المواقف التي تؤدي إلى التفاعل الاجتماعي مع مجموعة من الأفراد، ويميلون إلى إقامة علاقات اجتماعية مع فرد واحد أو

إثنين، لذلك فهم يميلون إلى العزلة ويعانون من بطء في النضج الاجتماعي مقارنة بأقرانهمم الأصحاء سمعيا، وذلك بسبب مشكلات التواصل اللفظي لديهم.

(القمش، 203.125)

**الخصائص اللغوية للمعاقين سمعيا:**

إن أكثر مظاهر النمو تأثرا بالإعاقة السمعية هو النمو اللغوي، فيجد الطفل صعوبة شديدة في هذا الجانب وخاصة في اللفظ لدى الأفراد المعاقين سمعيا، ويرجع ذلك إلي غياب التغذية الراجعة المناسبة لهم في مرحلة المناغاة، فالطفل عند ما يقوم بالمناغاة فإنه يسمع صوته، هذا يشكل له تغذية راجعة فيستمر بالمناغاة في حين أن الطفل الأصم لا يسمع مناغاته، وبالتالي يتوقف عنها ولا تتطور لديه اللغة بعد ذلك، كما أن الطفل الأصم على الأغلب لا يحصل على استثارات سمعية كافية أو على تغذية راجعة، أو تعزيز من قبل الراشدين لتوقعاتهم السلبية من الطفل الأصم، وبالتالي فإن الإعاقة السمعية لا توفر للطفل الأصم الحصول على نموذج لغوي مناسب يقوم بتقليده.

ومن أذم مظاهر القصور اللغوي لدى الأفراد المعاقين سمعيا إضافة إلى الصعوبة في اللفظ، أن لغتهم غير غنية ومفرداتهم أقل وجملهم أقصر، وتتصف بالتركيز على الجوانب الحسية الملموسة مقارنة بلغة السامعين كما أن لديهم أخطاء في الكلام وعدم اتساق في نبرات الصوت. (القمش، 2013.123)

**الخصائص العقلية والمعرفية للمعاقين سمعيا:**

بشكل عام فإن ذكاء الطفل الأصم لا يختلف عن زميله عادي السمع إذا ما توافرت له كل الخبرات البيئية اللازمة، وأن الفروق إذا وجدت بينهم فإنها ترجع إلى عوامل بيئية. ويوضح بولتن BOLTON 1971 أن الإعاقة السمعية لها علاقة سطحية بالذكاء، بمعنى أن ذكاء الأطفال الصم لا يتأثر كثيرا بالإعاقة السمعية، ولكن الإعاقة لها علاقة قوية باكتساب المهارات اللغوية الشفهية وتنميتها.

كما توضح نتائج بعض الدراسات والبحوث أن الأفراد الصم قادرون على حل المشكلات المعقدة باستخدام التفكير المنطقي، والقدرة على التفكير المجرد الذي يكافئ تماما ما لدى الأشخاص العاديين، ولكن من الناحية العملية فإن قبول اللغة الصوتية المفروضة على الشخص الأصم، تجعل من العسير عرض أسئلة مجردة بهدف الحصول على وجهات نظرهم بشكل تجريدي، كما أن لديهم العقلانية فبعضهم بارعون في تعلم الرياضيات والمهارات العلمية، وأن اتجاه الصم نحو الجمود والصلابة أحيانا من بعض الصم خلال فترة إرشادهم، ينشأ من عدم كفاية التعلم واللغة وليس عن نقص القدرة على التفكير المجرد، وأن الصم يملكون المدى والنوع كليهما في الذكاء مثل العاديين ويستطيعون التعبير عن ذلك بطريقة غير شفهية، خصوصا عندما تستخدم معهم لغة الإشارة، فذكاء الصم هو ذكاء غير لفظي. (عبد الحي، 2014.93)

**٤. الإعاقة الحركية:**

تعريفاتها:

**أ. التعريف العام للإعاقة الجسمية الحركية:**

هي عجز أو قصور في جسم الإنسان، يؤدي هذا العجز أو القصور إلى التأثير على قدرة الفرد على الحركة والتنقل، أو على قدرته على التناسق في حركات الجسم، أو قدرته على التواصل مع الآخرين بواسطة اللغة المكتوبة أو المنطوقة، كما تؤثر هذه الإعاقة على قدرة الفرد المعاق على التوافق الشخصي وكذلك على التعلم.

(كوافحة وعبد العزيز، 2010.189)

وقد وضح ولسهو أن الفرد المعاق حركيا هو الشخص الذي لديه إعاقة جسدية تمنعه من القيام بالحركات اليومية بشكلها الطبيعي، نتيجة إصابة أدت إلى ضمور العضلات، أو نتيجة مرض معين. وقد يكون فقدان الحركة مصحوب بفقدان حسي أيضا في هذه الأعضاء المصابة، مما يستدعي ضرورة تطبيق البرامج الطبية والنفسية والاجتماعية لمساعدته في العيش بقدر أكبر من الاستقلال ويساعده في دمجه بالمجتمع.

أيضا قدم فهمي تعريفا للمعاق حركيا بأنه الفرد الذي لديه عيب يتسبب في عدم إمكانية قيام العضلات أو العظام أو المفاصل بوظيفتها العادية، وتكون هذه الحالة إما ناتجة عن حادث أو مرض أو تكون خلقية. (الصفدي، 2007.18)

**ب. خصائص الإعاقة الحركية:**

❖ **الخصائص الجسمية:**

يتصف الأشخاص المعاقين حركيا، بنواحي العجز المختلف في اضطرابات نمو عضلات الجسم، والتي تشمل اليدين والأصابع والقدمين والعمود الفقري، وتظهر الصعوبات في عدم التوازن في الجلوس والوقوف وعدم مرونة العضلات الناتجة عن أمراض مثل:

الروماتيزم والكسور وغيرها، وقد تكون ناتجة عن اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي، ومن مشاكلهم الجسمية أيضا: هشاشة العظام والتوائها وتشوه شكلها والوهن العضلي وعدم وجود تواتر مناسب في العضلات ورخويتها، الأمر الذي يترتب عليه عدم قدرتهم على حمل أجسامهم. (بدرة وآخرون، 2011.29)

❖ **الخصائص النفسية:**

لخص العالم كليميك بعض الخصائص والسمات النفسية للمعاقين حركيا في المؤتمر الثامن لرعاية المعاقين وهي كالتالي:

- الشعور الزائد بالنقص ورفض الذات ومن ثم كراهيتها ليتولد لديه دائما شعور واضح بالدونية مما يعيق تكيفه.
- الشعور الزائد بالعجز مما يولد لديه الإحساس بالقلق والخوف من المجهول، والرفض والعدوانية والانطوائية.
- الشعور بعدم الاتزان الانفعالي مما يولد لديه حالات الخيال والانسحاب والمخاوف الوهمية.
- تظهر لديه مظاهر سلوكية دفاعية مثل التعويض والإسقاط والأفعال العكسية والتبرير كميكانيزم دفاع. (بدرة وآخرون، 2011.29)

❖ **الخصائص الإجتماعية:**

يتسم المعاق حركيا بالخجل والانطواء، بسبب نظرة المجتمع له على أنه عاجز ولا يستطيع القيام بالأعمال بشكل صحيح، وشعوره الذاتي بعدم قدرته على المشاركة الاجتماعية، واعتماده على الآخرين وعدم تحمله المسؤولية تجاه نفسه.

(بدرة وآخرون، 2011.30)

**٥. اضطراب طيف التوحد:**

تعاريف اضطراب طف التوحد:

هناك العديد من التعريفات التي حاولت وصف هذا الاضطراب، حيث أشارت معظمها إلى المظاهر السلوكية لدى أطفال التوحد، فقد تم وصفهم بالانعزال والانسحاب والنمو غير السوي، وعدم النجاح في إقامة علاقات مع الآخرين وسوف نشير فيما يلي إلى أهم هذه التعريفات:

**أ. كانر KANNAR 1943:**

يرى أن الأطفال التوحديين يصابون بالتوحد منذ الولادة ويعانون من عدم القدرة على التواصل مع الآخرين، وقد لا تتطور لديهم اللغة أو تتأخر في الم ا رحل العمرية الأولى، وفي حالة وجود اللغة فإنها تتصف بالصدى، ويتصف الأطفال التوحديين بمقاومة التغيير في البيئة ووجود نمطية في اللغة وضعف القدرة على التخيل، ويتمتعون بذاكرة ونمو جسدي طبيعي. (القمش وآخرون، 2007.169)

**ب. تعريف الجمعية الأمريكية للطب الناس للتوحد:**

ذو إعاقة نمو شاملة، يتسم فيها الفرد بالانسحاب من الحياة الاجتماعية والتأخر الفكري والمشاكل اللغوية، والعدائية تجاه الآخرين، وهذا قبل بلوغ الثلاثين شهرا من العمر، والذي يمكن أن تظهر أعراضه المرتبطة به وتشخص لاحقا، كما أن الاضطرابات التي يعاني منها الطفل لا تكون واضحة وأكيدة في البداية الأمر، وعادة ما تتضمن الاضطرابات المتعلقة بالعزلة تأثيرات نوعية على التفاعل والتواصل الاجتماعي. (أسامة وآخرون، 2007.573)

**ج. يعرف التوحد وفق قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات:**

على أنه بمثابة إعاقة نمائية أو تطورية تؤثر على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي من جانب الطفل، وعادة ما يظهر هذا الاضطراب بشكل عام قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره، مما يجعل من شأنه أن يؤثر سلبا على أداء الطفل، وتصاحب هذا الإضطراب خصائص أخرى هي الانغماس في الأنشطة التكرارية والحركات النمطية ومقاومة التغيير الذي قد يطرأ على البيئة أو التغيير في الروتين اليومي، والاستجابة غير العادية للخبرات الحسية. (عبد الله، 2008.638)

**د. وقد ذكر مصطفى نوري القمش:**

أن التوحد هو اضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي وظيفي في الدماغ غير معروف الأسباب، يظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، ويتميز فيه الأطفال بالفشل في التواصل مع الآخرين، وضعف واضح في التفاعل، وعدم تطوير اللغة بشكل مناسب، وظهور أنماط شاذة من السلوك، وضعف في اللعب التخيلي. (القمش، 2013.237)

**٦. خصائص اضطراب التوحد:**

يمر بعض الأطفال التوحديين بفترة نمو نفسي عادي، ثم فيما بين الشهر الثامن عشر إلى الشهر السادس والثلاثون يرفض هؤلاء الأطفال فجأة الآخرين فيتصرفون بصورة غريبة ويفقدون مهارات اللغة والمهارات الاجتماعية التي سبق أن تعلموها واكتسبوها.

(أبو حلاوة، 1997)

ومن خلال هذا سنعرض الخصائص الأساسية لأطفال التوحد:

❖ **إعاقة في التفاعل الاجتماع:**

الأطفال التوحديين يتميزون بالانسحاب وعدم المبادرة إلى التفاعل الاجتماعي والافتقار إلى مها ا رت اللعب والتواصل وعدم الاكتراث بالآخرين، بسبب سلبية سلوكهم الاجتماعي وتجنبهم التفاعل مع المجتمع، وأكثر الاستجابات لديهم ذي الغضب أو الهروب عندما يحاول أحد التعامل معهم كما يبدون خوفا شديدا من الأشخاص والأماكن الجدد.

(الخفاف، 2014.363)

أي أنهم يجدون صعوبة في بدء أو استمرار علاقة اجتماعية وعندما يقومون بذلك فإن علاقاتهم غالبا ما تكون ضعيفة وخالية من الروح التي تميز العلاقات الإنسانية.

(عبد الله، 2005.12)

واذا ما تواصلوا فإن ذلك يكون محدودا وفي إطار طلب المساعدة حيث يستخدمون أيدي البالغين مثلا للوصول لشيء هم يريدونه أي أنهم يعتبرون الآخرين مجرد أداة لقضاء حاجياتهم. (عبد الله، 2005.38)

❖ **الإعاقة في التواصل:**

تؤثر الإعاقة في التواصل لدى أطفال التوحد على كل من المهارات اللفظية وغير اللفظية، فهم يوصفون بأن لديهم تأخرا أو قصورا كليا في تطوير اللغة المنطوقة وعندما لا يتطور الكلام فإن الخصائص الكلامية أي مستوى الصوت والتنغيم ومعدل الصوت والإيقاع ونبرة الصوت تكون شاذة، بحيث يصبح يستعمل لغة تكرارية أو نمطية مثل تكرار كلمات أو جمل مرتبطة بالمعنى، كما أن لغتهم خصوصية غريبة إلا أن لها معنى عند الأشخاص الذين يألفونهم فقط، وفهم اللغة لديهم جد متأخر بحيث أنهم لا يفهمون الأسئلة والتعليمات البسيطة، وغير قادرين على دمج الكلمات والإيماءات لفهم الحديث. فعند بعض الأشخاص الذين يمتلكون الكلام معظم تواصلهم غير عادي، فبعضهم يعيد كلام الآخرين مثلا لو تسأله ما اسمك؟ سيرد عليك ويقول: ما اسمك؟، إضافة إلى استعمال اللغة التكرارية فإن لغتهم إن وجدت تفتقد للتنظيم أي أنهم غير قادرين على القيام بالمحادثات مع الآخرين.

(الزقازيق، 2004.39)

❖ **إعاقة في السلوكات:**

من أكثر السلوكات التي تميز الأطفال التوحديين ذي الانشغال والانهماك بأشياء محدودة وضيقة المدى، وأحيانا يلعبون بشكل طقوسي بأشياء لساعات، أو إظهار اهتمام مفرط في أشياء من نوع محدد، وذم ينزعجون لأي تغيير يحدث في البيئة ويغير روتين

حياتهم إذ يحافظون على التماثل ولديهم مقاومة شديدة للتغيير أو النقل، ويمضون ساعات بسلوكيات نمطية وطقوسية كقيامهم بحركات معادة مثل: تلويح أيديهم أمام أعينهم أو عض أيديهم، واذا ما تم منعهم من أداء تلك الطقوس أو السلوكيات النمطية أو مقاطعتهم سوف يصابون بنوبة غضب.

(الزريقات، 2004.38)

**خلاصة الفصل:**

يعد فهم طبيعة الإعاقة وأنواعها المختلفة الخطوة الأولى والأساسية في أي دراسة تهدف إلى تحسين جودة الحياة للأشخاص في وضعية إعاقة ولأسرهم على حد سواء. في هذا الفصل، تم التطرق إلى التعريفات اللغوية والاصطلاحية لمفهوم الإعاقة، ما سمح بإرساء أرضية معرفية واضحة تميز بين المصطلحات والمفاهيم ذات الصلة. كما تم تصنيف الإعاقات إلى أنواع رئيسية (عقلية، حسية، حركية، توحد، متعددة)، مع تناول خصائص كل نوع من حيث تأثيره على جوانب النمو والتكيف الأسري والاجتماعي.

تكمن أهمية هذا الفصل في كونه يسلط الضوء على التحديات المتنوعة التي تواجهها الأسر، لا سيما الوالدين، عند رعاية طفل في وضعية إعاقة. فلكل نوع من الإعاقة متطلبات وتحديات خاصة تؤثر بشكل مباشر على طبيعة المساندة الزوجية المطلوبة. ومن هذا المنطلق، فإن فهم هذه الخصائص لا يمثل فقط دعامة نظرية للبحث، بل يشكل ضرورة عملية لتصميم برنامج تدخل فعال يتماشى مع احتياجات الأولياء الواقعية.

إن استيعاب الفروق بين الإعاقات وطبيعتها يمكّننا من توجيه محتوى البرنامج المقترح بدقة نحو تعزيز التعاون، توزيع الأدوار، وتخفيف الضغوط النفسية بين الزوجين، بما ينعكس إيجابًا على نوعية التكفل بالطفل. بذلك، يشكل هذا الفصل حجر الزاوية الذي تبنى عليه فاعلية البرنامج المقترح الذي تسعى هذه الدراسة إلى اختباره.

# الفصل الرابع: برنامج المساندة النفسية المقترح

**أولا- التعريف بالبرنامج المقترح**

**ثانيا- محتوى البرنامج**

**ثالثا- أهدف البرنامج المقترح**

**رابعا- الفئة المستهدفة**

**خامسا- شروط تصميم البرنامج المقترح**

**سادسا- أسس تصميم البرنامج المقترح**

**سابعا- الأدوات المستخدمة في تطبيق البرنامج المقترح**

**ثامنا- مبررات اختيار البرنامج المقترح**

**تاسعا- عناصر البرنامج المقترح**

**عاشرا- إجراءات تطبيق الجلسات**

**أولا- التعريف بالبرنامج المقترح:**

يعد البرنامج المقترح خطة تدريبية وارشادية متكاملة تهدف إلى الرفع من مستوى مساندة النفسية بين الزوجين، اللذان يعانيان من تحديات التكفل بطفل في وضعية إعاقة يستند هذا البرنامج إلى أسس نظرية وعلمية في مجال الارشاد الاسري والدعم الاجتماعي، ويهدف إلى تزويد الزوجين بمهارات فعالة في التعاون، التواصل وادارت الضغوط الأسرية المرتبطة بالتكفل بطف بقي وضعية إعاقة.

**ثانيا- محتوى البرنامج:**

يتكون البرنامج من ١٢ جلسة ارشادية موزعة على ستة أسابيع بمعدل جلستين أسبوعيا، تشمل هذه الجلسات المحاور الآتية:

١. **الأسبوع الأول:** بناء الوعي وتثقيف والتفاهم المشترك.

- الجلسة الأولى: مقدمة حول البرنامج وأهمية المساندة النفسية بين الزوجين.
- الجلسة الثانية: فهم الإعاقة وتأثيرها على المناخ والنسق الأسري والعلاقة الزوجية.

٢. **الأسبوع الثاني:** مهارات التواصل الفعال بين الزوجين.

- الجلسة الأولى: استراتيجيات التواصل الداعم بين الزوجين.
- الجلسة الثانية: تقنيات الإصغاء الفعال وادارت الحوار.

٣. **الأسبوع الثالث:** التعامل مع الضغوط والاجهاد النفسي.

- الجلسة الأولى: التعرف على مصادر الضغوط النفسية للأزواج.
- الجلسة الثانية: مهارات ادرت الضغوط النفسية والتكيف مع التحديات.

٤. **الأسبوع الرابع:** استراتيجيات التعاون في تربية الطفل.

- الجلسة الأولى: تقنيات توزيع الأدوار والمهام بين الزوجين.
- الجلسة الثانية: تنمية أساليب التعامل الإيجابي مع الطفل.

٥. **الأسبوع الخامس:**

- الجلسة الأولى: دور المشاعر الإيجابية في تقوية العلاقة الزوجية.

- الجلسة الثانية: استراتيجيات حل الخلافات الزوجية بطريقة بناءة.

٦. **الأسبوع السادس:** التقييم التخطيط المستقبلي.

- الجلسة الأولى: تقييم التحسن في العلاقة الزوجية بعد التدريب.
- الجلسة الثانية: وضع خطة للاستمرار الدعم المتبادل بعد انتهاء البرنامج.

**ثالثا- أهدف البرنامج المقترح:**

- تعزيز الوعي بمفهوم المساندة النفسية بين الزوجين وأهميتها.
- تحسين وتنمية مهارات التواصل الفعال والتفاهم بين الزوجين.
- تمكين الأزواج من استراتيجيات الفعالة للتعامل مع التحديات المرتبطة بالتربية طفل من ذوي الإعاقة.
- تعزيز بالشعور بالرضا الأسري وتقوية العلاقة الزوجية.
- دعم التكافل والتعاون في عملية التكفل بالطفل وتقديم له التكفل الأنسب.

**رابعا- الفئة المستهدفة:**

الأزواج الذين لديهم طفل في وضعية إعاقة، سواء كان من ذوي الحركات الحركية، الذهنية، أو اضطرابات النمو أو متعدد الاعاقات.

**خامسا- شروط تصميم البرنامج المقترح:**

بني هذا البرنامج المقترح وفق العديد من الشروط المتمثلة فيما يلي:

- مراعاة أن تكون مدة الجلسة كافية التنفيس الانفعالي نظرا للكم الهائل من الانفعالات التي عادة ما يرغب افراد العينة في التكلم عنها والتي من شأنها أن تلعب دورا هاما في بناء الثقة بيهم وبين الأخصائي (الباحثة)
- مراعاة التدرج في طرح الأفكار، المعلومات، الأسئلة، والأنشطة، المقدمة لهم لتجنب المقاومة وتجنب الاخلال بالنتائج فيما بعد
- التنوع في الأنشطة حتى لا يتسرب الملل في نفوس أفراد العينة
- وضوح الغايات والأهداف المطلوبة من الأنشطة من أفراد العينة

- استخدام أساليب ارشادية متعددة (النقاش، لعب الدور...)
- تكيف الجلسات حسب خصوصية كل أسرة ونوع إعاقة طفلهم

**سادسا- أسس تصميم البرنامج المقترح:**

- النظرية التنسيقية التي ترى أن الأسرى كنظام متكامل تتفاعل مكوناتها.
- مبادئ الارشاد الاسري التي تقوم على التقبل، السرية، المشاركة الفعالة.
- نتائج الدراسة الاستكشافية التي بينت ضعف مستويات المساندة النفسية بين الأزواج الذين لديهم طفل معاق.
- الحاجات النفسية والاجتماعية للزوجين في ظل وجود في وضعية إعاقة.

**سابعا- الأدوات المستخدمة في تطبيق البرنامج المقترح:**

- مقياس المساندة النفسية بين الزوجين للقياس القبلي والبعدي مصمم من طرف الباحثة.
- أوراق عمل.
- تمارين تفاعلية.
- وسائل سمعية وبصرية (مقاطع فيديو تحفيزية)
- دفتر متابعة فردي.

**ثامنا- مبررات اختيار البرنامج المقترح:**

- وجود نقص واضح في البرامج الارشادية الموجهة لزوجين اللذان لديهما طفل في وضعية اعاقة.
- التأثير المباشر لمستوى المساندة النفسية بين الزوجين على نوعية التكفل بالطفل في وضعية إعاقة.
- ارتفاع مستويات القلق والتوتر والخلافات الزوجية المرتبطة بالإعاقة كإلقاء اللوم على أحد الطرفين.

**تاسعا- عناصر البرنامج المقترح:**

- المدة شهر ونصف (٠٦ أسابيع).
- عدد الجلسات ١٢ جلسة.
- عدد المشاركين تم التطبيق مع أربع أزواج.
- أسلوب التنفيذ: جماعي مع تمارين ثنائية.
- الوسائل: فيديوهات، أوراق عمل.
- مكان التنفيذ: مقر عيادة إسراء الخير للصحة النفسية بالوادي.

**عاشرا- إجراءات تطبيق الجلسات:**

- اجراء المقابلة الأولية مع كل زوجين وتطبيق التقييم القبلي.
- تقديم الجلسات وفق التسلسل المحدد.
- متابعة حضور وتفاعل كل زوجين في الجلسات.
- تسجيل الملاحظات حول سلوك الأزواج وتطور التفاعل.
- تقييم التقييم البعدي لعد آخر جلسة.
- تحليل نتائج القياسيين القبلي والبعدي.
- تقديم توصيات مستقبلية لكل زوجين.

# الجانب التطبيقي

# الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

**تمهيد**

**أولا- منهج الدراسة**

**ثانيا- عينة الدراسة**

**ثالثا- صدق المقياس**

**رابعا- ثبات المقياس**

**خلاصة الفصل**

**تمهيد:**

في أي بحث علمي لا بد أن يتطرق الباحث بعد عرض الإطار النظري إلى عرض وتوضيح الإجراءات المنهجية التي تم اتباعها في الجانب الميداني بشيء من التفصيل، وذلك لأجل التأكد من الافكار والإشكاليات التي تم طرحها نظريًا، وهي الأساس الذي أدى غالبا حتى إلى الإحساس بوجود مشكلة والتي هي لب الدراسة، ومنها صيغت الاشكالية والفرضيات والمفاهيم ومنها فإن النتائج التي يتحصل عليها الباحث، واستساغتها تتوقف على الإجراءات الكاملة والأسباب التي اتبعها، في معالجة وتحليل موضوعه.

وعليه سيتم في الفصل التطبيقي التطرق أولاً إلى تحديد وتعريف منهج الدراسة المتبع ثم التعرف بأهمية الدراسة الاستطلاعية، وبعد ذلك نعرض الخطوات التي اعتمدت في تحديد عينة الدراسة والأدوات المستخدمة في جمع البيانات وكذا التقنيات الإحصائية الملائمة لتحليل البيانات لنستنتج في الأخير إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية.

**أولا- منهج الدراسة:**

يقول " ديكارت " لا نستطيع أن نفكر في بحث حقيقة ما إذا كنا سنبحثه دون منهج لان الدراسات والابحاث بدون منهج تكاد أن تمنع العقل من الوصول إلى الحقيقة. "

فيعتبر المنهج من خلال هذا هو الدعامة الاساسية لكل البحوث الاجتماعية.

والمنهج هو حقيقة من القواعد والإجراءات والأساليب التي تجعل العقل يصل إلى معرفة حقيقة الأشياء، التي يستطيع الوصول إليها بدون أن يبذل مجهودات عشوائية غير نافعة كما يعتبر الطريق الذي إذ حدد من قبل الباحث ولا بد أن تكون من وراءه فلسفة وتتضح فلسفة المنهج للإجابة على السؤال لماذا؟

(د. إبراهيم ٢٠٠٠,٥٠)

ويعرف ربحي مصطفى غليان المنهج العلمي بأنه " اسلوب للتفكير والعمل يعتمده الباحث لتنظيم أفكاره وتحليلها وعرضها بالشكل الذي يوصل إلى معرفة حقائق موضوع الدراسة" (د. ربحي مصطفى غليان سعد ٥٠)

وتختلف المناهج المستخدمة باختلاف المواضيع وطبيعة الدراسة هي التي تحدد نوع المنهج الذي يجب إتباعه، وما هي طبيعة دراستنا تعد من الدراسات تهدف الى قياس أثر فعالية برنامج إرشادي مقترح لرفع مستوى المساندة النفسية بين الزوجين للتكفل بطفل في وضعيه إعاقة قد تم استخدام المنهج شبه تجريبي وذلك لأن الأنساق المدروسة لا تمثل عينة عشوائية محددة، بل تخضع لظروف يصعب فيها ضبط بعض المتغيرات الدخيلة التي قد تؤثر على المتغير التابع.

وقد تم اعتماد تصميم المجموعة الواحدة ذات القياسين (One group pretest – posttest design)حيث تم قياس مستوى المساندة بين الزوجين قبل تطبيق البرنامج،(القياس القبلي) ثم إعادة قياسه بعد إنتهاء البرنامج (القياس البعدي) على نفس العينة بهدف مقارنة النتائج وتحليل الفروق بين القياسين لتحديد مدى فاعلية البرنامج. يمكن هذا التصميم من استنتاج التغيرات التي طرأت على المتغير التابع (المساندة الزوجية) في ضوء المتغير المستقل

(البرنامج الإرشادي المصمم)، مما يسمح بتقييم أولي لجدوى التدخل ودعم أن هذا التصميم لا يخضع لمجموعة ضابطة، إلا أنه يبقى مناسباً في الدراسات النفسية والاجتماعية التي تهدف إلى فحص أثر تدخل تجريبي مثل هذه ضمن بيئة واقعية يصعب بها تحقيق ضبط تجريبي صارم.

تم استخدام أداة قياس مقننة تم تصميمها من طرف الباحثتان – لقياس أبعاد المساندة الزوجية – ثم تطبيقها على العينة القبلية والبعدية لضمان دقة النتائج.

ان إعتماد هذا المنهج وهذه الخطة التجريبية – يعكس التوجه العلمي للدراسة نحو التحقق من الأثر الحقيقي للبرنامج المقترح في تعزيز مستوى المساندة الزوجية، من خلال مقارنة نتائج القياس القبلي بالقياس البعدي بطريقة منهجية وعلمية.

**١. الدراسة الاستطلاعية**

**تمهيد:**

تُعدّ الدراسة الاستطلاعية من المراحل التمهيدية المهمة في البحوث الميدانية، إذ تتيح للباحث استكشاف الواقع الذي يدرسه، وتساعده في بناء أدوات القياس، وتحديد المتغيرات الأساسية ذات الصلة بمشكلته البحثية. وفي سياق دراستنا الهادفة إلى تصميم برنامج مقترح للرفع من مستوى المساندة بين الزوجين للتكفل بطفل في وضعية إعاقة، تم إجراء دراسة استطلاعية على عينة أولية من الأزواج الذين يتابع أطفالهم العلاج بعيادة إسراء الخير للصحة النفسية والأرطوفونية .

**أهداف الدراسة الاستطلاعية**

- التعرف على مستوى المساندة النفسية بين الزوجين في ظل وجود طفل في وضعية إعاقة .
- تحديد أبعاد المساندة الأكثر تأثرًا بوضعية الإعاقة.
- الوقوف على أبرز التحديات النفسية والاجتماعية التي يواجهها الأزواج.
- ضبط ملامح البرنامج التدخلي انطلاقًا من معطيات ميدانية واقعية.

- اختبار صلاحية المقياس المصمم لقياس المساندة النفسية بين الزوجين .

**مجتمع الدراسة الاستطلاعية وعينتها:**

تمثّل المجتمع الأصلي للدراسة الاستطلاعية في جميع الأزواج الذين يتابع أطفالهم (من ذوي الاحتياجات الخاصة) العلاج داخل عيادة إسراء الخير للصحة النفسية والأرطوفونية، والبالغ عددهم ثلاثين (٣٠) زوجًا، أي ما يعادل ستين (60)فردًا .

**مجال الدراسة الاستطلاعية:**

عيادة إسراء الخير للصحة النفسية والأرطفونية والتربية الخاصة، الكائن مقرها بحي المصاعبة بلدية الوادي الفترة الزمنية٢٠٢٥/٢٠٢٤.

**أدوات الدراسة:**

لتحقيق أهداف الدراسة، تم استخدام الأداة التالية: مقياس المساندة النفسية بين الزوجين وهو مقياس تم تصميمه من طرف الباحثة وهيبة بوخزنة، ويهدف إلى قياس مستوى المساندة النفسية في علاقتها بالتكفل بالطفل في وضعية إعاقة. وقد بُني المقياس وفق أربعة أبعاد أساسية تم استنباطها من نتائج المقابلات والملاحظات الميدانية، وهي :

١. المساندة العاطفية: تعكس مدى تبادل المشاعر الإيجابية والدعم الانفعالي بين الزوجين.
٢. المساندة العملية: تشير إلى التعاون وتقاسم الأعباء المرتبطة برعاية الطفل واحتياجات الأسرة.
٣. المساندة في مواجهة الضغوط: تتعلق بكيفية تآزر الزوجين في التعامل مع الضغوط الناتجة عن وضعية الإعاقة.
٤. المساندة الاجتماعية: تعبر عن تمثيل أحد الزوجين دعمًا للآخر في المحيط الخارجي والأسري والاجتماعي.

**نتائج الدراسة الاستطلاعية:**

أسفرت نتائج تحليل البيانات المستخلصة من تطبيق المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية عن وجود تفاوت في مستويات المساندة النفسية بين الأزواج، حيث لوحظت:

- نسب منخفضة إلى متوسطة في أبعاد المساندة، خصوصًا في البعد العاطفي والبعد الخاص بمواجهة الضغوط.
- تأثيرات سلبية واضحة على العلاقة الزوجية بفعل الضغوط النفسية والاجتماعية الناتجة عن وضعية الإعاقة.
- الحاجة الملحة لتدخل تربوي نفسي يعزز التفاهم والتكافل بين الزوجين .

**٢. الاساليب الاحصائية:**

**الصدق والثبات:**

حرصت الباحثتان على التحقق من خصائص أداة القياس من حيث الصدق والثبات، حيث تم التأكد من الصدق من خلال العرض على مجموعة من المحكمين المختصين في الإرشاد النفسي والأسري، وذلك بهدف التأكد من صدق المحتوى ومدى ملائمة الفقرات لأبعاد المساندة الزوجية التي تقيسها الأداة.

أما بالنسبة للثبات، فقد تم حسابه باستخدام معامل ألفا **كرونباخ** (Cronbach's Alpha) لقياس الاتساق الداخلي للأداة، وقد بلغت قيمة المعامل مستوى مقبولًا إحصائيًا يدل على ثبات الأداة وموثوقيتها في القياس .ولتحليل نتائج الدراسة واختبار الفرضيات، تم استخدام **اختبار** "**ت**" لعينتين مرتبطتين (Paired T-test) لمقارنة متوسطات القياس القبلي والبعدي وتحديد دلالة الفروق بينهما، مما ساعد في تقييم فاعلية البرنامج الإرشادي بشكل دقيق.

**خلاصة الدراسة الاستطلاعية:**

مكنت الدراسة الاستطلاعية من تأكيد وجود خلل نسبي في مستويات المساندة النفسية بين الأزواج الذين لديهم طفل في وضعية إعاقة، مما يدعم الحاجة لتدخل نفسي موجه يعزز هذه المساندة. كما ساعدت النتائج في التحقق من فاعلية المقياس، وتحديد أبعاد المساندة بشكل علمي دقيق، واختيار العينة الأنسب لتجريب البرنامج المقترح

**ثانيا- عينة الدراسة:**

**١. تعريف العينة:**

تمثّل عينة الدراسة في هذا البحث أربع (٤) أزواج، أي ما مجموعه ثمانية أفراد من أولياء الأطفال في وضعية إعاقة، الذين يتابعون العلاج بعيادة "إسراء الخير للصحة النفسية والأرطوفونية". وقد تم اختيار هذه العينة بطريقة عشوائية بسيطة من بين أفراد المجتمع الأصلي البالغ عدده ثلاثين (٣٠ زوجًا) .

**٢. المجتمع الأصلي للدراسة:**

يتكوّن المجتمع الأصلي للدراسة من كافة الأزواج الذين لديهم طفل في وضعية إعاقة ويزاولون العلاج داخل العيادة، حيث بلغ عددهم في فترة إجراء الدراسة الاستطلاعية ٣٠ زوجًا (٦٠ فردًا)، يمثلون البيئة الواقعية التي يُراد تطبيق البرنامج عليها مستقبلاً .

**معايير اختيار العينة التجريبية:**

تم تحديد أفراد العينة التجريبية استنادًا إلى المعايير التالية:

- أن يكون للزوجين طفل واحد على الأقل في وضعية إعاقة.
- أ ن يكون الطفل من الحالات المتابعة علاجيًا ونفسيًا داخل العيادة.
- أن يكون مستوى المساندة النفسية بين الزوجين ضعيفًا إلى متوسط حسب نتائج تطبيق المقياس الذي صممته الباحثة.
- استعداد الزوجين للمشاركة الفعلية والمنتظمة في جلسات البرنامج التدريبي.

**٣. مبررات اختيار العينة:**

- تمثّل العينة نموذجًا حقيقيًا للفئة المستهدفة بالبرنامج .
- حجم العينة مناسب لتطبيق دراسة تجريبية محدودة تهدف لقياس الفعالية الأولية للبرنامج.
- تتيح هذه العينة إمكانية المتابعة الدقيقة والتقييم المستمر لكل حالة على حدة .

**٤. خصائص العينة:**

- جميع أفراد العينة متزوجون ويقيمون معًا
- لديهم طفل واحد على الأقل تم تشخيصه في وضعية إعاقة (صعوبات تعلم، توحد، إعاقات حسية أو حركية
- يخضع أبناؤهم لعلاج نفسي أرطوفوني منتظم داخل العيادة .

**٥. أهمية العينة:**

تكتسب هذه العينة أهمية بالغة كونها تمثل الفئة الأكثر حاجة لتدخّل نفسي يسهم في تحسين العلاقة الزوجية وتفعيل المساندة المتبادلة بينهما، الأمر الذي سينعكس إيجابيًا على التكفل بالطفل في وضعية إعاقة وعلى البيئة الأسرية ككل.

**٦. أدوات جمع البيانات:**

في إطار هذه الدراسة التي تهدف إلى تصميم وتطبيق برنامج مقترح للرفع من مستوى المساندة بين الزوجين للتكفل بطفل في وضعية إعاقة، تم اعتماد أدوات بحث نوعية وكمية ملائمة لطبيعة الموضوع وللأهداف المحددة، حيث تمثلت أدوات جمع البيانات فيما يلي :

**أ. المقياس الخاص بقياس المساندة النفسية بين الزوجين:**

قامت احدى الباحثتان ببناء مقياس مخصص لقياس مستوى المساندة النفسية بين الزوجين الذين لديهم طفل في وضعية إعاقة، وذلك استنادًا إلى المعطيات النظرية والميدانية المستخلصة من الدراسة الاستطلاعية .ويتكون المقياس من أربعة أبعاد رئيسية:

❖ **المساندة العاطفية:** تقيس مدى تبادل المشاعر والدعم الوجداني بين الزوجين .

- **المساندة العملية:** تقيس التعاون في المهام اليومية المتعلقة بالحياة الأسرية ورعاية الطفل.
- **المساندة في مواجهة الضغوط:** تقيس مدى قدرة الزوجين على دعم بعضهما في مواجهة التحديات المرتبطة بوضعية الطفل.
- **المساندة الاجتماعية:** تقيس مدى دعم أحد الزوجين للآخر في السياق الاجتماعي والعائلي.

تم التأكد من صدق وثبات المقياس باستخدام الأساليب الإحصائية الملائمة، وهو ما جعله أداة مركزية لتحديد مستويات المساندة وتصنيف الأزواج حسب الحاجة إلى التدخل .

**ب. المقابلة نصف الموجهة:**

استُخدمت أداة المقابلة نصف الموجهة في المرحلة الاستطلاعية، بهدف جمع بيانات نوعية حول طبيعة العلاقة بين الزوجين في ظل وجود طفل في وضعية إعاقة، والوقوف على المشكلات والتحديات التي يواجهونها .كما تم اعتماد المقابلة لاحقًا خلال البرنامج التدريبي لمتابعة التغيرات النفسية والاجتماعية لدى الأزواج، وتقييم أثر البرنامج .

**ج. الملاحظة المباشرة:**

تم اعتماد أسلوب الملاحظة المباشرة أثناء الحصص التطبيقية للبرنامج التدريبي، لتسجيل التفاعلات بين الزوجين، وأنماط السلوك، ودرجة الانخراط في الأنشطة المشتركة . ساهمت الملاحظة في تدعيم نتائج المقياس والمقابلة، وفي رصد التغيرات غير اللفظية التي قد لا تظهر في الأدوات الأخرى.

**٧. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:**

اعتمدت الباحثتان في هذه الدراسة على مجموعة من الأساليب الإحصائية المتنوعة التي توافقت مع طبيعة البيانات، أهداف البحث، وتساؤلاته. وقد تم استخدام هذه الأساليب لتحليل البيانات الكمية المستخرجة من المقياس الذي تم بناؤه لقياس مستوى المساندة النفسية

بين الزوجين، وذلك في كل من مرحلتي الدراسة الاستطلاعية والتجريبية. وتمثلت الأساليب الإحصائية فيما يلي :

**١.صدق وثبات المقياس:**

أ. **الصدق:** تم التأكد من صدق المقياس من خلال استخدام طريقة الاتساق الداخلي، حيث تم :قياس ارتباط كل بند من بنود المقياس بالبعد الذي ينتمي إليه قياس ارتباط كل بعد من الأبعاد الأربعة بالدرجة الكلية للمقياس وقد أظهرت معاملات الارتباط دلالات قوية، مما يدل على صدق البناء الداخلي للمقياس وقدرته على قياس ما وُضع لقياسه بدقة

ب. **الثبات:** تم التحقق من ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)، حيث تم حساب معامل الثبات لكل بعد من الأبعاد الأربعة على حدة، ثم للمقياس الكلي. وقد كانت قيم ألفا كرونباخ تشير إلى مستوى ثبات جيد، مما يؤكد إمكانية الاعتماد على المقياس في قياس مستويات المساندة النفسية بين الزوجين بثقة.

**٢.تحليل نتائج التساؤل الأساسي في القياس القبلي:**

للإجابة عن التساؤل المتعلق بـ: "ما مستوى المساندة بين الزوجين للتكفل بطفل في وضعية إعاقة؟ " في القياس القبلي، تم استخدام الأساليب الإحصائية الآتية:

أ. **المتوسط الحسابي:**

لحساب الدرجة العامة لكل بعد من أبعاد المساندة وللمقياس ككل

- **الانحراف المعياري:** لقياس مدى تشتت استجابات العينة حول المتوسط
- **المتوسط الفرضي:** تمت مقارنته مع المتوسطات المحسوبة للحكم على مستوى المساندة (مرتفع – متوسط – ضعيف).

**ب. تحليل التكرارات والنسب المئوية:**

لتحديد مدى تكرار بعض أنماط الإجابة التي تعكس جوانب القصور أو القوة في العلاقة بين الزوجين.

**٣.اختبار الفرضيات:**

تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مرتبطتين (Paired Sample T-Test) لمقارنة متوسطات درجات المقياس قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي على العينة التجريبية .مكّن هذا التحليل

من التحقق من مدى فعالية البرنامج في تحسين مستوى المساندة الزوجية، وذلك من خلال تحديد ما إذا كانت الفروق المسجلة ذات دلالة إحصائية.

**٨. إجراءات تطبيق الدراسة:**

تم تنفيذ الدراسة وفق خطوات منهجية دقيقة، انطلقت من التخطيط النظري إلى التطبيق الميداني والتحليل الإحصائي، على النحو الآتي :

**١.التحضير النظري والمنهجي:**

تم تحديد إشكالية الدراسة وصياغة أهدافها وتساؤلاتها بناءً على ملاحظة الباحثتان للحالات الواردة إلى العيادة، جُمعت المعطيات النظرية المرتبطة بموضوع المساندة الزوجية وذوي الاحتياجات الخاصة، واستُعرضت أبرز النماذج النظرية والدراسات السابقة تم بناء مقياس المساندة النفسية بين الزوجين وفق الأبعاد الأربعة المحددة: العاطفية، العملية، مواجهة الضغوط، والمساندة الاجتماعية .

**٢.تطبيق الدراسة الاستطلاعية:**

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها ٣٠ زوجًا (٦٠ فردًا) من أولياء الأطفال في وضعية إعاقة، الذين يتابعون العلاج بالعيادة النفسية والأرطوفونية "إسراء الخير ."مكنت نتائج هذا التطبيق من :تحديد مستويات المساندة لدى الأزواج في كل بعد . اختيار أربع (٠٤) أزواج بطريقة عشوائية ممن أظهرت نتائجهم مستويات ضعيفة في المقياس، ليشكلوا العينة التجريبية للمرحلة الثانية من الدراسة .

**٣.التحضير للمرحلة التجريبية:**

تم إعداد البرنامج التدريبي المقترح الهادف إلى رفع مستوى المساندة بين الزوجين، بما يتوافق مع الأبعاد الأربعة المستهدفة .تم إعداد دليل الجلسات، تحديد محتوى الأنشطة، وتوزيعها زمنيًا (شهر ونصف، بمعدل ثلاث حصص أسبوعيًا).

**٤.تنفيذ المرحلة التجريبية**

أ. **القياس القبلي:** أُعيد تطبيق المقياس على الأزواج الأربعة قبل بدء البرنامج لتحديد الوضعية الابتدائية بدقة.

ب. **تطبيق البرنامج: تم** تنفيذ البرنامج داخل العيادة في جلسات إرشادية وتفاعلية، بمرافقة الباحثة، وفق جدول زمني منتظم

ج. .**الملاحظة والمقابلة:** رافق البرنامج تسجيل ملاحظات منهجية عن استجابات الأزواج، كما أُجريت مقابلات نصف موجهة لدعم التقييم النوعي .

**٥.التقييم البعدي والتحليل:**

القياس البعدي: تم إعادة تطبيق نفس المقياس بعد انتهاء البرنامج التدريبي

.التحليل الإحصائي: استُخدم اختبار (ت) لعينتين مرتبطتين لمقارنة نتائج القياسين، وتحليل دلالة الفروق.

**ثالثا– صدق المقياس:**

لقد تم الاعتماد في حساب صدق المقياس لهذه الدراسة على طريقة الاتساق الداخلي أي ارتباط درجة البند بدرجة البعد الذي ينتمي إليه وارتباط درجة البعد بالدرجة الكلية للمقياس والجداول الآتين توضح ذلك:

**جدول رقم (٠١): يوضح معامل ارتباط درجة البند بدرجة البعد الذي ينتمي إليه (المساندة العاطفية)**

| الرقم | معامل الارتباط | مستوى الدلالة | الرقم | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| **1** | 0.46 | 0.01 | **4** | 0.63 | 0.01 |
| **2** | 0.59 | 0.01 | **5** | 0.69 | 0.01 |
| **3** | 0.44 | 0.01 | **/** | / | / |

يتبين من خلال الجدول رقم (٠٠) أن معاملات الارتباط بين درجة البند ودرجة البعد الذي ينتمي إليه (المساندة العاطفية) تراوحت ما بين (٠,٤٦ – ٠,٦٩) وهي معظمها دالة عند مستوى الدلالة ٠,٠١.

**جدول رقم (٠٢): يوضح معامل ارتباط درجة البند بدرجة البعد الذي ينتمي إليه (المساندة العملية)**

| الرقم | معامل الارتباط | مستوى الدلالة | الرقم | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| **6** | 0.66 | 0.01 | **9** | 0.65 | 0.01 |
| **7** | 0.56 | 0.01 | **10** | 0.7 | 0.01 |
| **8** | 0.58 | 0.01 | **/** | / | / |

يتبين من خلال الجدول رقم (٠٠) أن معاملات الارتباط بين درجة البند ودرجة البعد الذي ينتمي إليه (المساندة العملية) تراوحت ما بين (٠,٥٦ – ٠,٧٠) وهي معظمها دالة عند مستوى الدلالة ٠,٠١.

**جدول رقم (٠٣): يوضح معامل ارتباط درجة البند بدرجة البعد الذي ينتمي إليه (المساندة الاجتماعية)**

| الرقم | معامل الارتباط | مستوى الدلالة | الرقم | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| ١١ | ٠,٦ | ٠,٠١ | ١٤ | ٠,٧٨ | ٠,٠١ |
| ١٢ | ٠,٥٣ | ٠,٠١ | ١٥ | ٠,٨١ | ٠,٠١ |
| ١٣ | ٠,٥٢ | ٠,٠١ | / | / | / |

يتبين من خلال الجدول رقم (٠٣) أن معاملات الارتباط بين درجة البند ودرجة البعد الذي ينتمي إليه (المساندة الاجتماعية) تراوحت ما بين (٠,٥٢ – ٠,٨١) وهي كلها دالة عند مستوى الدلالة ٠,٠١.

**جدول رقم (٠٤): يوضح معامل ارتباط درجة البند بدرجة البعد الذي ينتمي إليه (المساندة النفسية في مواجهة الضغوط)**

| الرقم | معامل الارتباط | مستوى الدلالة | الرقم | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| ١٦ | ٠,٤٢ | ٠,٠١ | ١٩ | ٠,٧٣ | ٠,٠١ |
| ١٧ | ٠,٧ | ٠,٠١ | ٢٠ | ٠,٦٨ | ٠,٠١ |
| ١٨ | ٠,٦١ | ٠,٠١ | / | / | / |

يتبين من خلال الجدول رقم (٠٤) أن معاملات الارتباط بين درجة البند ودرجة البعد الذي ينتمي إليه (المساندة النفسية في مواجهة الضغوط) تراوحت ما بين (٠,٤٢ – ٠,٧٣) وهي كلها دالة عند مستوى الدلالة ٠,٠١.

**جدول رقم (٠٥): يوضح ارتباط درجة البعد بالدرجة الكلية للمقياس**

| البعد | معامل الارتباط | مستوى |
|---|---|---|
| **المساندة العاطفية** | ٠,٧٩ | ٠,٠١ |
| **المساندة العملية** | ٠,٨٤ | ٠,٠١ |
| **المساندة الاجتماعية** | ٠,٧٨ | ٠,٠١ |
| **المساندة النفسية في مواجهة الضغوط** | ٠,٨٩ | ٠,٠١ |

نلاحظ من الجدول رقم:(٠٥) أن الأبعاد المكونة للمقياس ترتبط بالدرجة الكلية ارتباطا دالا يمتد ما بين (٠,٧٨ و٠,٨٩)، وسجل أعلى معامل ارتباط بين بعد المساندة النفسية في مواجهة الضغوط والدرجة الكلية بواقع (٠,٨٩)، وأخر بعد المساندة الاجتماعية يقدر ارتباطه مع الدرجة الكلية (٠,٧٨) وهي قيم دالة عند مستوى ٠,٠١، وفي ذلك دلالة على أن الأبعاد متسقة مع الدرجة الكلية للمقياس، أي أن هناك ارتباطا إيجابيا بين الأبعاد والمقياس ككل، مما يدل على صدق المقياس في اتساقه الداخلي.

ومعنى ذلك أن المقياس يتمتع بدرجة مقبولة من الصدق، فهذه المعاملات مرتفعة بالقدر الذي يسمح لنا بقبولها واعتبار المقياس صادق.

**رابعا- ثبات المقياس:**

لقد تم حساب معامل ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية حيث تم حسابها لكل بعد وللمقياس ككل، وفيما يلي الجدول رقم (٠٦) يوضح معاملات ثبات القائمة المستخدمة:

**جدول رقم (٠٦): يوضح معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ**

| الأبعاد | عدد البنود | قيمة ألفا كرونباخ | التجزئة النصفية | |
|---|---|---|---|---|
| | | | سبيرمان وبراون | جيتمان |
| المساندة العاطفية | ٥ | ٠,٩١ | ٠,٩٤ | ٠,٩٣ |
| المساندة العملية | ٥ | ٠,٩٤ | | |
| المساندة الاجتماعية | ٥ | ٠,٩٣ | | |
| المساندة النفسية | ٥ | ٠,٨٩ | | |
| المساندة الزوجية | ٢٠ | ٠,٩٥ | | |

يتضح من الجدول رقم (٠٦) الخاص بمعاملات الثبات لمقياس المساندة الزوجية المستخدم في هذه الدراسة أن هذه المعاملات تراوحت ما بين (٠,٩٣ و٠,٩٥) بعد الاعتماد على ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية وهذا يعني أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

ومعنى ذلك أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات فهذه المعاملات مرتفعة بالقدر الذي يسمح لنا بقبولها واعتبار المقياس ثابت.

**خلاصة الفصل:**

تناول هذا الفصل الجوانب التطبيقية للدراسة، بدءًا من الدراسة الاستطلاعية إلى غاية تنفيذ الدراسة التجريبية وتحليل نتائجها. في البداية، تم تحديد مجتمع الدراسة الأصلي المتمثل في الأزواج الذين يزاول أطفالهم في وضعية إعاقة العلاج بالعيادة النفسية والأرطوفونية "إسراء الخير"، حيث بلغ عدد العينة الاستطلاعية ٣٠ زوجًا (٦٠ فردًا). وقد مكّن هذا الإجراء من رصد الإشكاليات النفسية والاجتماعية التي تؤثر في طبيعة المساندة الزوجية أثناء التكفل بالطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة .تم اعتماد مقياس تم تصميمه من طرف الباحثتين لقياس مستوى المساندة بين الزوجين وفق أربعة أبعاد: العاطفية، العملية، مواجهة الضغوط، والاجتماعية .

وقد خضع المقياس للتحقق من الصدق والثبات، إذ أظهرت معاملات الاتساق الداخلي و"ألفا كرونباخ" مؤشرات عالية على جودة الأداة .بناءً على نتائج المقياس، تم اختيار أربع حالات (أربعة أزواج) بطريقة عشوائية ممن أظهروا مستويات ضعيفة من المساندة الزوجية، ليشكلوا العينة التجريبية للدراسة.

وتم إعداد برنامج تدريبي نفسي إرشادي موجه خصيصًا لهذه الفئة، واستمر لمدة شهر ونصف بواقع ثلاث حصص أسبوعيًا.

أُعتمد في تحليل البيانات على الأساليب الإحصائية المناسبة، كالتحليل الوصفي، والمتوسطات الحسابية، والانحراف المعياري، واختبار (ت) لعينتين مرتبطتين، بالإضافة إلى التحليل الكيفي للمقابلات.

# الفصل السادس: تحليل النتائج في ضوء الدراسات السابقة

**تمهيد:**

**عرض النتائج الدراسات:**

**تحليل ومناقشة النتائج:**

**توصيات ومقترحات مستقبلية بناءً على ما توصلنا إليه.**

**تمهيد:**

في هذا الفصل، نسلط الضوء على نتائج دراستنا التي هدفت إلى قياس فاعلية برنامج إرشادي مقترح في تعزيز مستوى المساندة النفسية المتبادلة بين الزوجين المتكفلين بطفل في وضعية إعاقة. وسعينا إلى تفسير هذه النتائج في ضوء ما توصلت إليه الأدبيات والدراسات السابقة، مع إبراز أوجه الاتفاق والاختلاف، والوقوف على ما تضيفه دراستنا من قيمة علمية وتطبيقية.

وفيما يلي نعرض نتائج القياس البعدي لمستويات المساندة النفسية ثم مناقشتها في ضوء الدراسات السابقة:

**عرض النتائج الدراسات:**

**١-عرض نتيجة التساؤل الأول:**

بغرض تحليل ونتيجة التساؤل الأول الذي ينص على: ما مستوى المساندة الزوجية لأولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في القياس القبلي، تم حساب المتوسط الفرضي والمتوسط الحسابي والإنحراف المعياري وحساب إختبار "ت" لعينة واحدة وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول الآتي:

**جدول رقم (٠٧): يوضح قيمة ودلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لمساندة الزوجية**

| | العينة | المتوسط الحسابي | الإنحراف المعياري | المتوسط الفرضي | قيمة T | درجة الحرية | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **المساندة الزوجية** | ٤ | ٨٧,٧٥ | ٣١,٥٥ | ١٢٠ | ٢,٠٤ | ٣ | ٠,١٣٤ |

من خلال الجدول رقم (٠٨): نجد أن قيمة إختبارT تقدر بـ: (٢,٠٤) وهي قيمة غير دالة إحصائيا حيث أن مستوى الدلالة يقدر بـ: (٠,١٣٤) وهو أكبر من (٠,٠٥) وهذا يعني

أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي، وبمقارنة المتوسطات نجد أن المتوسط الحسابي الذي يقدر بـ: (٨٧,٧٥) بإنحراف معياري (٣١,٥٥) أقل من المتوسط الفرضي (١٢٠)، وعليه يمكن القول أن مستوى المساندة الزوجية لأولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في القياس القبلي متوسط.

**٢-عرض نتيجة التساؤل الأول:**

بغرض تحليل ونتيجة التساؤل الأول الذي ينص على: ما مستوى المساندة الزوجية لأولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في القياس البعدي، تم حساب المتوسط الفرضي والمتوسط الحسابي والإنحراف المعياري وحساب إختبار "ت" لعينة واحدة وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول الآتي:

**جدول رقم (٠٨): يوضح قيمة ودلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لمساندة الزوجية**

| | العينة | المتوسط الحسابي | الإنحراف المعياري | المتوسط الفرضي | قيمة T | درجة الحرية | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **المساندة الزوجية** | ٤ | ١٥٤,٥ | ٤,٤٣ | ١٢٠ | ١٥,٥٥ | ٣ | ٠,٠٠١ |

من خلال الجدول رقم (٠٩): نجد أن قيمة إختبارT تقدر بـ: (١٥,٥٥) وهي قيمة غير دالة إحصائيا حيث أن مستوى الدلالة يقدر بـ: (٠,٠٠١) وهو أكبر من (٠,٠١) وهذا يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي، وبمقارنة المتوسطات نجد أن المتوسط الحسابي الذي يقدر بـ: (١٥٤,٥) بإنحراف معياري (٤,٤٣) أكبر من المتوسط الفرضي (١٢٠) بمقارنة المتوسطات نجد أن الفروق لصالح المتوسط الحسابي، وعليه يمكن القول أن مستوى المساندة الزوجية لأولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في القياس البعدي مرتفع.

**٣-تحليل ومناقشة الفرضية الاولى:**

بغرض معالجة الفرضية الاولى للدراسة والتي تنص على أنه: توجد فروق دالة إحصائياً في المساندة النفسية لدى عينة الدراسة بين القياس القبلي والقياس البعدي، قمنا بحساب المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري لكلا الفئتين ثم طبقنا عليها إختبار T.Test والجدول التالي يوضح ذلك:

**جدول رقم(٠٩):قيمة ودلالة الفروقبين القياس القبلي والقياس البعدي في المساندة الزوجية**

| | قبلي | | | بعدي | | | قيمة ت | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ن | م | ع | ن | م | ع | | |
| المساندة الزوجية | ٤ | ٨٧,٧٥ | ٣١,٥٥ | ٤ | ١٥٤,٥ | ٤,٤٣ | ٤,٠٢ | ٠,٠٢٧ |

من النتائج الموضحة في الجدول رقم(١٠) نجد أن قيمة T تقدر بـ: ٤,٠٢ وهي قيمة دالة إحصائياً حيث أن مستوى الدلالة ٠,٠٢٧ وهو أصغر من ٠,٠٥ وهذا مما يسمح لنا القول بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في المساندة الزوجية لأولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وبمقارنة المتوسطات نجد أن المتوسط الحسابي للقياس القبلي يقدر بـ: (٨٧,٧٥) بإنحراف معياري يقدر بـ: (٣١,٥٥) والمتوسط الحسابي للقياس البعدي يقدر بـ: (١٥٤,٥) بإنحراف معياري يقدر بـ: (٤,٤٣) وعليه نجد أن الفروق لصالح القياس البعدي ومنه يمكن القول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في المساندة الزوجية لأولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لصالح القياس البعدي.

**تحليل ومناقشة النتائج:**

فاعلية البرنامج الإرشادي أظهرت نتائج دراستنا بوضوح أن البرنامج الإرشادي الذي قمنا بتصميمه وتطبيقه قد ساهم بشكل فعال في رفع مستوى المساندة الزوجية لدى العينة المستهدفة، وتُعد هذه النتيجة في غاية الأهمية نظراً لما للمساندة المتبادلة بين الزوجين من

دور محوري في تعزيز التوازن النفسي والقدرة على التكيف مع متطلبات العناية بطفل في وضعية إعاقة.

تعزيز أبعاد المساندة الزوجية من خلال البرنامج الإرشادي لقد صُمم البرنامج بعناية ليعالج أربعة أبعاد أساسية من أبعاد المساندة الزوجية، وهي:

- المساندة العاطفية، المساندة العملية، المساندة الاجتماعية، والمساندة في مواجهة الضغوط.
- وقد جاءت هذه الأبعاد استجابة لحاجات واقعية، واستنادًا إلى أطر نظرية تؤكد أن العلاقة الزوجية المتوازنة تتطلب تكاملاً بين هذه المكونات.
- المساندة العاطفية: ركز البرنامج على تعزيز التعبير عن المشاعر الإيجابية، وتقديم الدعم الانفعالي، وتشجيع الإنصات الفعّال بين الزوجين. وقد أظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً في هذا الجانب، ما يدل على فعالية المحور العاطفي في تحسين جودة العلاقة الزوجية.
- المساندة العملية: استهدفت الجلسات تحسين التشارك في المهام اليومية، ورعاية الطفل، وتقاسم المسؤوليات بشكل عادل، وهو ما أدى إلى شعور كل طرف بالإنصاف والدعم الملموس من الآخر
- المساندة الاجتماعية: شجّع البرنامج الزوجين على بناء شبكة دعم اجتماعي متكاملة، من خلال تنشيط علاقاتهما الأسرية والمجتمعية. وقد ساهم ذلك في تخفيف العزلة التي قد تفرضها الإعاقة، وتعزيز الانفتاح الاجتماعي.
- المساندة في مواجهة الضغوط: قدم البرنامج استراتيجيات لمواجهة الضغوط المشتركة مثل تقنيات التكيف، والتنظيم، والتفريغ الانفعالي، مما أتاح للزوجين أساليب فعالة للتعامل مع التحديات اليومية دون انهيار أو توتر دائم.

وبهذا فإن نتائج دراستنا تؤكد أن التدخل الإرشادي حين يُبنى على مقاربة شمولية تستهدف أبعاد المساندة المختلفة، يكون أكثر تأثيرًا وفاعلية في تحقيق التوازن الزواجي، لا سيما في البيئات التي تتطلب تكيّفًا نفسيًا واجتماعيًا مستمرًا.

أوجه الاتفاق مع الدراسات السابقة تتقاطع نتائجنا مع ما توصلت إليه دراسات عديدة أكدت على الدور الحيوي للعوامل الأسرية الإيجابية في تمكين الأسر من مواجهة الضغوط والتحديات المرتبطة بالإعاقة، كما بينت دراسة أبو سعدة (٢٠١٣) والعمري (٢٠١٦) على سبيل المثال، أبرزتا أهمية التوافق الزواجي، وجودة التواصل، والتكيف الأسري، والصحة النفسية في تعزيز استقرار الأسرة.

أما تميزت به دراستنا هو تركيزها الدقيق على المساندة الزوجية كمتغير مستقل، يمكن دعمه من خلال تدخل إرشادي منظم، الأمر الذي يضفي بُعداً تطبيقياً جديداً على ما تناولته الدراسات السابقة.

سد فجوة بحثية واضحة: لاحظنا من خلال مراجعتنا للدراسات السابقة أن كثيراً منها تناول مفاهيم عامة كالرّضا الزواجي أو التفاهم بين الزوجين، دون أن تعير اهتماماً كافياً لمفهوم المساندة النفسية المتبادلة كعنصر مستقل في دينامية العلاقة الزوجية داخل الأسرة التي تتكفل بطفل في وضعية إعاقة. وجاءت نتائجنا لتسد هذه الفجوة، حيث أظهرنا كيف أن تعزيز هذه المساندة من خلال تدخل إرشادي مخصص، يسهم بشكل واضح في تحسين جودة الحياة الأسرية .

اتساق جزئي مع نتائج بعض الدراسات: كما تتماشى دراستنا مع نتائج جزئية وردت في دراسات مثل دراسة العراقية (٢٠٠٢) التي تناولت الإرشاد النفسي لأسر الأطفال ذوي الإعاقة، وأكدت على أهمية تقديم الدعم المادي والمعنوي لها.

كذلك، تتفق نتائجنا مع ما توصلت إليه الخزعان (٢٠١٠) حول العلاقة الإيجابية بين الرضا الزواجي والمساندة الاجتماعية، ما يدعم رؤيتنا بأن الدعم المتبادل بين الزوجين يُعد من أهم ركائز الاستقرار العائلي، خاصة في سياقات الإعاقة.

مراعاة متغيرات مؤثرة في العلاقة الزوجية استحضرنا في تحليلنا عدداً من المتغيرات التي سلطت عليها الدراسات السابقة الضوء، والتي نعتقد أنها شكلت إطارًا مرجعيًا مهمًا لفهم نتائجنا.

التقارب القيمي بين الزوجين (مراد بوقطاية، ٢٠٠٠): أتاح بيئة نفسية إيجابية ساعدت على تفعيل مضامين البرنامج.

أساليب إدارة الصراع (الحمد، ٢٠٠٣): ساهمت في زيادة فعالية البرنامج لدى الأزواج الذين يستخدمون استراتيجيات بنّاءة في ادارة ومواجهة الضغوط.

جودة التواصل (موسى، ٢٠٠٩): عززت من استيعاب المهارات الجديدة، لا سيما في بعدي المساندة العاطفية والعملية.

الصحة النفسية والتوازن الأسري (المتلاحمة، ٢٠٠٧): كان لها دور في تحديد استجابة المشاركين لمحتوى البرنامج.

الظروف الاجتماعية والمعيشية (صفاء مرسي، ٢٠٠٥): أثرت بشكل غير مباشر على درجة الاستفادة من البرنامج.

إضافة تطبيقية نوعية ما يميز دراستنا هو انتقالها من الطرح النظري إلى تصميم وتنفيذ برنامج إرشادي ميداني قابل للتطبيق، وقد وفرت نتائجنا دليلاً علمياً على جدوى هذا النوع من البرامج، مما يجعله نموذجاً قابلاً للتطوير والتعميم في مختلف السياقات الأسرية المشابهة.

ثبات الفرضية الأساسية للدراسة أكدت النتائج الإحصائية ثبات الفرضية الرئيسة للدراسة، حيث تم رفض الفرضية الصفرية التي تنفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي. فقد بلغت قيمة الدلالة (٠,٠٢٧)، وهي أقل من المستوى المعتمد (٠,٠٥)، ما يدل على أن التحسن الذي طرأ على مستوى المساندة الزوجية لم يكن عشوائياً بل ناتجاً عن البرنامج الإرشادي. كما أن الفرق بين المتوسطات (من ٨٧,٧٥ إلى ١٥٤,٥) يشير إلى أثر عملي ملموس.

**توصيات ومقترحات مستقبلية بناءً على ما توصلنا إليه،**

نوصي بـ :

- تعميم وتكييف البرنامج الإرشادي مع فئات أسرية أخرى، لمواجهة ضغوط ناتجة عن وجود طفل في وضعية اعاقة أو ظروف نفسية واجتماعية مشابهة.
- دمج بُعد المساندة الزوجية بأبعاده الأربعة في البرامج الموجهة للأسر، باعتباره عاملاً حاسماً في التكيف الأسري، مما يدعم اساليب التكفل الانجع لطفل في وضعية اعاقة.
- إجراء دراسات مستقبلية معمقة تستقصي أثر متغيرات مثل نوع الإعاقة، شدة الحالة، المستوى التعليمي، والدعم الاجتماعي، على المساندة الزوجية وجودتها.

# الخاتمة

## خاتمة:

في ضوء ما توصلت إليه هذه الدراسة من نتائج، يمكن القول بأن البحث قد أسهم بشكل فاعل في إثراء المعرفة العلمية في ميدان علم النفس الأسري والتربوي، ولا سيما في سياق دراسة المساندة الزوجية لأولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. فقد اعتمدت الدراسة منهجًا علميًا دقيقًا، بدءًا من بناء أداة القياس وتقنينها وفقًا لمعايير الصدق والثبات، وانتهاءً بتحليل البيانات واختبار الفرضيات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.

لقد بينت نتائج الدراسة أن مقياس المساندة الزوجية يتمتع بدرجة عالية من الصدق الداخلي، حيث أظهرت معاملات الارتباط بين البنود والأبعاد، وكذلك بين الأبعاد والدرجة الكلية، دلالة إحصائية قوية تُثبت انسجام البنية الداخلية للمقياس. كما أظهرت معاملات الثبات المحسوبة بطريقة ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية قيمًا مرتفعة، مما يعكس الاستقرار والاتساق في الأداء الكلي للمقياس ويؤكد صلاحيته للاستخدام في البيئة البحثية الحالية.

أما من حيث النتائج التطبيقية، فقد كشفت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في مستوى المساندة الزوجية، وكانت الفروق لصالح القياس البعدي، وهو ما يدل على تأثير العامل التجريبي أو التغيرات البيئية أو التدخلات المحتملة بين الفترتين. ويُشير ذلك إلى أن مستوى المساندة الزوجية قد شهد تحسناً ملحوظًا، وهو ما يعزز من الفرضية القائلة بأن الدعم والتوعية والتوجيه الممنهج يمكن أن تسهم في رفع مستوى التوافق الزوجي لدى أولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

تعكس هذه النتائج أهمية تعزيز المساندة الزوجية في السياقات الأسرية الخاصة، حيث يُعد الدعم المتبادل بين الزوجين عاملًا حاسمًا في تعزيز التكيف النفسي والاجتماعي للأسر التي تعاني من ضغوط إضافية ناجمة عن وجود طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة. وتؤكد هذه النتائج كذلك على ضرورة دمج برامج الدعم النفسي والاجتماعي ضمن منظومة الرعاية الأسرية، سواء من خلال المؤسسات التعليمية أو الصحية أو الجمعيات المتخصصة.

وانطلاقًا مما سبق، توصي الدراسة بضرورة العمل على تطوير تدخلات نفسية واجتماعية ممنهجة تستهدف الأزواج في مثل هذه السياقات، مع التأكيد على تدريب المهنيين العاملين في هذا المجال على استخدام أدوات تقييم دقيقة ومقننة، مثل المقياس المستخدم في هذه الدراسة. كما تُفتح آفاق بحثية مستقبلية لدراسة الفروق المرتبطة بمتغيرات مثل مدة الزواج، نوع الإعاقة، المستوى التعليمي، والدعم الاجتماعي الخارجي، لما لها من أثر محتمل في مستوى المساندة الزوجية.

وبهذا، تكون الدراسة قد ساهمت في تأصيل المعرفة العلمية حول ديناميكيات المساندة الزوجية في ظل التحديات الخاصة، وقدّمت أداة فعالة يمكن توظيفها في البحث والممارسة، ما يعزز من جودة الرعاية الأسرية ويصبّ في مصلحة الصحة النفسية للأسرة ككل.

# قائمة المصادر و المراجع

## قائمة المصادر والمراجع:

١) العربة هبة، الارشاد النفسي لأسر ذوب الاحتياجات الخاصة، مجلة سوسيولوجيا، المجلد ٠٦ العدد ١، ٢٠٢٢ .

٢) المتلاحمة اسمهان محمد موسى، التوافق الزوجي وعلاقته بالصحة النفسية لدى المعلمين والمعلمات القطاع الحكومي في محافظة غزة، رسالة مقدمة لنيل دراجة الماجستر في علم النفس، قسم علم النفس، كلية التربية الجامعة الاسلامية، غزة، ٢٠٠٧م،

٣) هيا بنت إبراهيم بن عبد العزيز الغرغان، الرضا الزواجي وعلاقته بالمساندة الاجتماعية لدى عينة من الطالبات المتزوجات، بجامعة أم القرى، رسالة لنيل درجة الماجستر، جامعة أم القرى، السعودية، ٢٠١٠م.

٤) بوقطاية مراد، مؤشرات التوافق الزواجي ومعوقاته في الحياة الزوجية، مجلة العلوم الإنسانية، ٢٠٠٨م.

٥) عبد الرحمن العساوي، علم النفس الأسري، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، ط١، ٢٠٠٤.

٦) محمد محروس الشناوي وعبد الرحمن محمد السيد، المساندة الاجتماعية والصحة النفسية، مراجعة نظرية، ودراسات تطبيقية، ط١، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٩٤م.

٧) فهد الربيعية، الوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى عينة من الطلاب وطالبات الجامعة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٩٧م.

٨) قارة السعيد، المساندة الاجتماعية وعلاقاتها بتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، مذكرة لنيل شهادة الماجستر، ٢٠٠٩م.

٩) الحموز مروة، أسر ذوي الإعاقة ومواجهة الضغوط النفسية، جريدة أبواب الالكترونية، اوت ٢٠٢٣م.

١٠) منظمة الصحة العلمية (WHO 2021) التصنيف الدوائي للأداء والعجز والصحة (ICF) جوناف.

١١) القانون رقم ٠٢ – ٠٩ المؤرخ في ٠٨ ماي ٢٠٠٢م المتعلق بحماية وترقية الأشخاص المعاقين، الجمهورية الجزائرية، الجريدة الرسمية.

١٢) طه يوسف عبد الله، الاعاقات وصعوبات التعلم القاهرة، دار المسيرة، ٢٠٢٠م.

١٣) عبد الحميد منى، الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى الاسرى الجزائرية، مجلة علم النفس والأسرة ٠٧ (٢) ٢٠١٩م.

١٤) عبد الحميد خديجة، دور الوعي الاسري في تحسين جودة الحياة لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، ٢٠١٨م.

١٥) صغيري هاجر، دور الوعي الاسري في تسهيل التكفل بالطفل المعاق، مجلة الدراسات النفسية والتربوية ٤، ٣، ٢٠٢٠م.

١٦) عبد الحليم ايمان، استراتيجيات التكيف لدى أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، مجلة علم النفس والتربية الخاصة، ٦، ٤، ٢٠٢١م.

١٧) الهواري سمير، التربية الخاصة، مفاهيم وممارسات، دار الفكر، عمان، ٢٠١٧م.

١٨) فاطمة عبد الرحيم النوايسية، ذوي الاحتياجات الخاصة، التعريف وارشادهم، دار المناهج للنشر والتوزيع، ٢٠١٣م.

١٩) 19 Layarus. R. s. et flokman. S(1984) strass apprcissal and coping. Newyork. Springer. Publishing company.

٢٠) الزريقات إبراهيم عبد الله فرج، ٢٠٠٤م، التوحد، الخصائص والعلاج، عمان، الأردن، دار وائل.

٢١) الصفدي عصام حمدي، الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، د ط، الأردن، ٢٠٠٧م.

٢٢) القريطي عبد المطلب أمين، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، دار الفكر العربي، ط ٤، ٢٠٠٥م.

٢٣) الخفاق ايمان عباس علي، الملف التدريبي الشامل للطفل غير العادي، دار المناهج، عمان، الأردن، ٢٠١٤م.

٢٤) عبد الحي محمد فتحي، الإعاقة السمعية هو برامج إعادة التأهيل، دار الكتاب الجامعي الامارات العربية المتحدة، ٢٠١٤م.

٢٥) رابح عبورة، علاقة النشاطات الرياضية التنافسية رفيعة المستوى في التقليل من العدوانية للرياضيين المعاقين، رسالة ماجستر غير منشورة، جامعة الجزائر، ٢٠٠٨م، زرالدة.

٢٦) دليل المعاق الجزائري، المرسوم التنفيذي رقم ١٠٤/١٤ المؤرخ في ٢٠١٤/٥/٢٥م.

٢٧) بدران بهية، التوافق النفسي لدى الراشد المصاب بإعاقة حركية مكتسبة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

٢٨) محمد عادل عبد الله، سكولوجية الأطفال غير العادين وتعليمهم، دار الفكر، دط، عمان، الأردن، ٢٠٠٨م.

٢٩) الصفدي، عصام حمدي، الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، دار اليازوري للنشر والتوريع عمان الأردن د ط.

٣٠) عليان ربحي مصطفى وعثمان محمد غنيم، مناهج وأساليب البحث العلمي النظرية والتطبيق، دار الصفاد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ٢٠٠٠م.

# الملاحق

**الملحق رقم٠١: استبيان حول المساندة الزوجية لأولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**

**عزيزي / عزيزتي ولي الأمر، يهدف هذا الاستبيان إلى قياس مستوى الدعم الذي تتلقاه من شريك حياتك في التعامل مع مسؤوليات رعاية طفلكما يرجى وضع علامة (x) في الخانة التي تعبر عن تجربتك الفعلية:**

| **الجنس:** انثى: | | ذكر : | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **نوع الاعاقة حركية:** | | **ذهنية:** | | **توحد :** | |
| **العبارة** | **موافق بشدة** | **موافق** | **محايد** | **غير موافق** | **غير موافق بشدة** |
| **أولًا: المساندة العاطفية** | | | | | |
| أشعر أن شريكي يتفهم مشاعري. | | | | | |
| شريكي يعبر عن تقديره لما أفعله من أجل طفلنا. | | | | | |
| أستطيع التحدث بحرية مع شريكي عن مخاوفي دون خوف من الانتقاد أو السخرية. | | | | | |
| شريكي يستمع إليّ عندما أحتاج إلى التعبير عن مشاعري. | | | | | |
| عندما أشعر بالإحباط، يحاول شريكي رفع معنوياتي. | | | | | |
| **ثانيًا: المساندة العملية** | | | | | |
| نتقاسم مسؤوليات العناية بطفلنا بشكل متوازن. | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| شريكي يساعدني في الأمور اليومية المتعلقة بطفلنا دون الحاجة إلى طلب ذلك دائمًا. | | | | | |
| عند شعوري بالإرهاق، يتولى شريكي بعض مهامي. | | | | | |
| شريكي يدعمني في الرعاية الطبية والاجتماعات الخاصة بطفلنا. | | | | | |
| يشارك شريكي في الأنشطة اليومية لطفلنا مثل اللعب أو المذاكرة. | | | | | |
| **ثالثًا: المساندة الاجتماعية** | | | | | |
| شريكي يدعمني في مواجهة نظرة المجتمع تجاه إعاقة طفلنا. | | | | | |
| نشجع بعضنا البعض على المشاركة في أنشطة اجتماعية مفيدة لنا كزوجين. | | | | | |
| أشعر بالراحة عند التحدث مع العائلة والأصدقاء حول احتياجات طفلنا. | | | | | |
| يحترم شريكي علاقاتي الاجتماعية ويدعمني في الحفاظ عليها. | | | | | |
| نحرص على تخصيص وقت | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| لأنشطة ترفيهية معًا بعيدًا عن الضغوط اليومية. | | | | | |
| **رابعًا: المساندة النفسية في مواجهة الضغوط** | | | | | |
| عندما أكون تحت ضغط، يحاول شريكي تهدئتي ومساعدتي على التعامل مع الموقف. | | | | | |
| نشجع بعضنا البعض على البحث عن حلول للمشاكل بدلًا من تبادل اللوم. | | | | | |
| يحاول شريكي التخفيف عني عندما يلاحظ أنني متوتر/متوترة. | | | | | |
| لدينا استراتيجيات مشتركة لمواجهة الأزمات التي قد تحدث مع طفلنا. | | | | | |
| أشعر أن شريكي يمنحني القوة والدعم في الأوقات الصعبة. | | | | | |

الملحق رقم٠٢:

Paired Samples Statistics

| | | Mean | N | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|---|---|---|---|---|---|
| Pair 1 | قبلي | 87.7500 | 4 | 31.55287 | 15.77643 |
| | بعدي | 154.5000 | 4 | 4.43471 | 2.21736 |

Paired Samples Correlations

| | | N | Correlation | Sig. |
|---|---|---|---|---|
| Pair 1 | قبلي & بعدي | 4 | -.297- | .703 |

Paired Samples Test

| | | Paired Differences | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference Lower | Upper | T | df | Sig. (2-tailed) |
| Pair 1 | قبلي – بعدي | -66.75000- | 33.13986 | 16.56993 | -119.48290- | -14.01710- | -4.028- | 3 | .027 |

One-Sample Statistics

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|---|---|---|---|---|
| قبلي | 4 | 87.7500 | 31.55287 | 15.77643 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| بعدي | 4 | 154.5000 | 4.43471 | 2.21736 |

One-Sample Test

Test Value = 60

| | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | 95% Confidence Interval of the Difference Lower | Upper |
|---|---|---|---|---|---|---|
| قبلي | 1.759 | 3 | .177 | 27.75000 | -22.4577- | 77.9577 |
| بعدي | 42.618 | 3 | .000 | 94.50000 | 87.4434 | 101.5566 |

One-Sample Statistics

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|---|---|---|---|---|
| قبلي | 4 | 87.7500 | 31.55287 | 15.77643 |
| بعدي | 4 | 154.5000 | 4.43471 | 2.21736 |

One-Sample Test

Test Value = 120

| | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | 95% Confidence Interval of the Difference Lower | Upper |
|---|---|---|---|---|---|---|
| قبلي | -2.044- | 3 | .134 | -32.25000- | -82.4577- | 17.9577 |
| بعدي | 15.559 | 3 | .001 | 34.50000 | 27.4434 | 41.5566 |

الملحق رقم٠٣: قائمة المحكّمين وتقويم أداة الدراسة

في إطار إعداد مقياس المساندة بين الزوجين للتكفل بطفل في وضعية إعاقة، تم عرض أداة الدراسة على نخبة من الأساتذة المحكّمين المتخصصين، قصد التأكد من مدى صلاحيتها وملاءمتها للأهداف البحثية. وقد شارك في تحكيم الأداة السادة:

الأستاذة الدكتورة عاتكة غرغوط – جامعة الوادي

الأستاذ الدكتور النوي بالطاهر – جامعة الوادي

الدكتور أحمد جلول – جامعة الوادي

الدكتورة بنين ابتسام – جامعة الوادي

الدكتور رماضنية أحمد – جامعة الأغواط

كما قام بـ حساب الصدق والثبات الإحصائي للمقياس:

الدكتور يونس بن حسين – جامعة الوادي

وقد أسهمت ملاحظات المحكّمين القيمة والمعالجة الإحصائية في ضبط صياغة الفقرات والتأكد من جودة الأداة.

**البرنامج المقترح للرفع من مستوى المساندة بين الزوجين للتكفل بطفل في وضعية إعاقة:**

**محتوى البرنامج:**

يتكون البرنامج من 12 جلسة ارشادية موزعة على ستة أسابيع بمعدل جلستين أسبوعيا، تشمل هذه الجلسات المحاور الآتية:

**الأسبوع الأول:** بناء الوعي وتثقيف والتفاهم المشترك.

- الجلسة الأولى: مقدمة حول البرنامج وأهمية المساندة النفسية بين الزوجين.
- الجلسة الثانية: فهم الإعاقة وتأثيرها على المناخ والنسق الأسري والعلاقة الزوجية.

**الأسبوع الثاني:** مهارات التواصل الفعال بين الزوجين.

- الجلسة الأولى: استراتيجيات التواصل الداعم بين الزوجين.
- الجلسة الثانية: تقنيات الإصغاء الفعال وادارت الحوار.

**الأسبوع الثالث:** التعامل مع الضغوط والاجهاد النفسي.

- الجلسة الأولى: التعرف على مصادر الضغوط النفسية للأزواج.
- الجلسة الثانية: مهارات ادرت الضغوط النفسية والتكيف مع التحديات.

**الأسبوع الرابع:** استراتيجيات التعاون في تربية الطفل.

- الجلسة الأولى: تقنيات توزيع الأدوار والمهام بين الزوجين.
- الجلسة الثانية: تنمية أساليب التعامل الإيجابي مع الطفل.

**الأسبوع الخامس:**

- الجلسة الأولى: دور المشاعر الإيجابية في تقوية العلاقة الزوجية.
- الجلسة الثانية: استراتيجيات حل الخلافات الزوجية بطريقة بناءة.

**الأسبوع السادس:** التقييم التخطيط المستقبلي

- الجلسة الأولى: تقييم التحسن في العلاقة الزوجية بعد التدريب.
- الجلسة الثانية: وضع خطة للاستمرار الدعم المتبادل بعد انتهاء البرنامج.