



دور المساندة الاجتماعية في تقبل الإعاقة لدى الأفراد ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة

The role of social support in disability acceptance among individuals with acquired mobility disabilities

Le rôle du soutien social dans l'acceptation du handicap chez les personnes ayant un handicap moteur acquis

د. سعيدة زرقاق

مخبر تربية-تكوين-عمل، جامعة الجزائر 2

تاريخ الإرسال: 2024-10-21 - تاريخ القبول: 2024-12-17 - تاريخ النشر: 2024-12-19

ملخص

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن دور المساندة الاجتماعية التي يحظى بها الأفراد من ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة في تقبل الإعاقة لديهم. ولهذا الغرض، أجريت الدراسة على عينة تتكون من 112 فردا من ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة. وبعد جمع البيانات بتطبيق كل من مقياس المساندة الاجتماعية ومقياس تقبل الإعاقة، تمت معالجتها إحصائيا ثم تحليلها ومناقشتها على ضوء الفرضيات المقترحة. وقد أظهرت النتائج، أن الأفراد الذين تلقوا مساندة اجتماعية من قبل أسرهم وأصدقائهم حققوا مستويات أعلى في تقبل الإعاقة لديهم مقارنة مع الذين لم يتلقوا دعما أو رعاية من قبل محيطهم الاجتماعي.

الكلمات الدالة: الإعاقة؛ الإعاقة الحركية المكتسبة؛ تقبل الإعاقة؛ المساندة الاجتماعية.

Abstract

The present study aims to reveal the role of social support in disability acceptance among individuals with acquired motor disabilities. The study was conducted on a sample composed of 112 individuals with acquired motor disabilities. After collecting data by administering the Social Support Scale and the Disability Acceptance Scale, the data were analyzed statistically, then discussed in the light of the proposed hypotheses. Results showed that individuals who received social support from family and friends achieved higher levels of disability acceptance compared to those who did not receive support or care from their social environment.

Keywords: disability; acquired motor disability; disability acceptance; social support.

Résumé

La présente étude vise à révéler le rôle du soutien social reçu par les personnes ayant un handicap moteur acquis dans l'acceptation de leur handicap. À cette fin, l'étude a été menée sur un échantillon composé de 112 personnes ayant un handicap moteur acquis. Après avoir collecté des données en leur appliquant l'Échelle de Soutien Social et l'Échelle d'Acceptation du Handicap, les données ont été analysées statistiquement, puis discutée à la lumière des hypothèses proposées. Les résultats ont montré que les personnes qui recevaient un soutien social de leur famille et de leurs amis atteignaient des niveaux plus élevés d'acceptation de leur handicap par rapport à celles qui ne recevaient pas de soutien ou de soins de leur environnement social.

Mots-clés: handicap; handicap moteur acquis; acceptation du handicap; le soutien social.

مقدمة

تشير الإحصائيات إلى أن عدد الأشخاص ذوي الإعاقة في تزايد مستمر بغض النظر عن سبب الإعاقة أو نوعها (وراثية كانت، أو مكتسبة). ورغم تضافر الجهود العلمية في كافة أنحاء العالم من أجل مواجهة أخطار مختلف الإصابات والوقاية منها والكشف عن أسبابها، إلا أن هذه الشريحة لا تزال بأمرّ الحاجة إلى المزيد من البحوث والدراسات التي تهدف بالأساس إلى إدماجها في المجتمع، وممارسة مختلف النشاطات بل والمشاركة في التنمية. فأصبح اليوم موضوع الإعاقة مركز اهتمام العديد من البحوث والدراسات، فمنها تلك التي تهتم بأسباب الإعاقة وأنواعها، ومنها التي تركز على طرق التكفل بالمعوقين كالتكفل الطبي، والوظيفي، والنفسي، والاجتماعي، والمهني، وكذلك الجانب القانوني للمعوقين. (Hamonet, 2010)

يصاحب الإصابة بالإعاقة مواجهة العديد من المشكلات النفسية والانفعالية والسلوكية، والعجز عن ممارسة مختلف نشاطات الحياة الاجتماعية. وبالتالي، يكون الأشخاص ذوو الإعاقة بأمرّ الحاجة إلى المساندة الاجتماعية من قبل مختلف الأطراف، لما لها من دور في تخفيف آثار الإصابة بالإعاقة ومساعدتهم على تقبل الإعاقة. وهذا ما سنحاول الإجابة عليه من خلال هذه الدراسة، أي معرفة دور المساندة الاجتماعية التي يتلقاها ذوو الإعاقة الحركية المكتسبة في تقبل الإعاقة لديهم، خاصة أن للمساندة الاجتماعية عدة أدوار يستفيد منها ذوو الإعاقة. فقد بينت بعض الدراسات أن الأشخاص الذين يحظون بمساندة اجتماعية قوية يتمتعون بالصحة النفسية. هذا



من جهة، ومن جهة أخرى، أجمعت دراسات عديدة على دور المساندة الاجتماعية في الحفاظ على الصحة الجسمية والنفسية والعقلية. فهي تعزز تقدير الذات وتساعد على التخفيف من الآثار السلبية للإصابة بالإعاقة، إضافة إلى دورها العلاجي، حيث إنه كلما حظي ذو إعاقة بمساندة اجتماعية، زادت استجابته للعلاج مقارنة مع الذين لا يتلقونها. كما تساعده على تقبل العلاج، أي أنه كلما كان تكفل الأولياء بالمصاب أفضل، ساهم ذلك في تعزيز وتقبل العلاج. (De Blic, 2007)

وانطلاقاً من ذلك، نحاول من خلال هذه الدراسة الإجابة على التساؤلات التالية:

- ما هو مستوى المساندة الاجتماعية التي يتلقاها أفراد العينة؟
- هل توجد فروق في مستويات المساندة الاجتماعية التي يتلقاها أفراد العينة وفقاً لمتغير السن والحالة العائلية ودرجة الإعاقة لديهم؟
- ما هو مستوى تقبل الإعاقة الذي حققه أفراد العينة؟
- هل توجد فروق في مستويات تقبل الإعاقة لدى أفراد العينة وفقاً لمتغير السن والحالة العائلية ودرجة الإعاقة لديهم؟
- هل للمساندة الاجتماعية دور في تقبل الإعاقة لدى أفراد العينة؟ أي، هل كلما تلقى الأفراد ذوو الإعاقة الحركية المكتسبة مساندة اجتماعية، ساهم ذلك في تقبلهم للإعاقة؟
- فرضيات الدراسة: للإجابة عن التساؤلات المطروحة، نصوغ الفرضيات التالية:
- يميل مستوى المساندة الاجتماعية التي يتلقاها أفراد العينة إلى الاعتدال.
- توجد فروق في مستويات المساندة الاجتماعية التي يتلقاها أفراد العينة وفقاً لمتغير السن والحالة العائلية ودرجة الإعاقة لديهم.
- يميل مستوى تقبل الإعاقة الذي يحققه أفراد العينة إلى الاعتدال.
- توجد فروق في مستويات تقبل الإعاقة لدى أفراد العينة وفقاً لمتغير السن والحالة العائلية ودرجة الإعاقة لديهم.
- كلما تلقى الأفراد ذوو الإعاقة الحركية المكتسبة مساندة اجتماعية، ساهم ذلك في تقبلهم للإعاقة.



1. الإطار النظري للدراسة

1.1. الإعاقة الحركية المكتسبة

تعتبر الإعاقة حالة من عدم القدرة على تلبية الفرد لمتطلباته وأداء دوره الطبيعي في الحياة وفقاً لعمره وجنسه وخصائصه الإجتماعية والثقافية، وذلك نتيجة للإصابة أو العجز في أداء الوظائف الفسيولوجية أو الإجتماعية. أما الإعاقة الحركية، فهي حالة من الضعف العصبي أو العظمي أو العضلي، أو قد تكون حالة مرضية مزمنة تتطلب التدخل العلاجي، مما يؤدي إلى إعاقة الفرد عن القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي (العزة، 2000، ص 390). فالإعاقة الحركية هي تلك الإعاقة التي يعاني صاحبها من العجز البدني نتيجة لأسباب وراثية أو إصابة بحادث أو مرض، مما يحد من حركته ونشاطه، حيث تؤثر عليه في مختلف جوانب الحياة وتعيقه عن التكيف مع مجتمعه. (رياض، 2001، ص 21)

وأكثر ما يميز ذوي الإعاقة الحركية، مهما اختلف نوع الإعاقة أو حدتها، هو صعوبة الحركة (التنقل، تحريك الأشياء..) أو استحالة الحركة كلياً. (Leibovici, 1978, p 27)

إن الإعاقة الحركية المكتسبة تعد مشكلة جسمية وصحية مهما كانت المرحلة العمرية التي حدثت فيها أو الأسباب التي نتجت عنها. وهي الإعاقة التي تحدث غالباً نتيجة لعوامل بيئية أو بسبب أمراض مختلفة تسمى بالإعاقة المكتسبة. وهذه الأخيرة هي تلك الإعاقات التي لا تولد مع الشخص وتحدث له في مراحل عمرية مختلفة، وغالباً ما تكون أسبابها بيئية. (السيد فهي، 1995، ص 25)

فالإعاقة الحركية المكتسبة تأتي بعد اختبار الفرد للحياة العادية، بحيث يتعود على الحركة والنشاط والمشى بصفة طبيعية، ويتقدم في نواحي مختلفة من انشغالاته أو مشاريعه، خاصة إذا كانت الحركة هي أساس النجاح في أعماله، حتى تصادفه أو تفاجئه الإعاقة نتيجة لأحد الأسباب التي سبق ذكرها، فتسبب له عجزاً بترك آثار تحول دون مواصلته الطريق لتحقيق أهدافه المسطرة. وهذا ما أشارت إليه (وايس، 1965) (Weiss) أن الإعاقة المكتسبة تحدث اضطراباً في أنماط الحياة المألوفة، وأن الإعاقة التي لا تولد مع الشخص، تشعره بالخسارة، وهذا الشعور يصبح عاملاً يجب مراعاته. (الخطيب، 1998، ص

(254)



فالإعاقة الحركية المكتسبة إذن حدث جديد على حياة الفرد لم يتعود عليه ولم يكن يتوقعه. وأهم أسبابها الأمراض، والحوادث، والإصابات المختلفة. فعندما يتعرض الفرد لظروف كهذه، فإنه يفقد فيها بعض أجزاء جسمه أو تفقد القدرة على القيام بوظيفتها مثل حوادث المرور، أو حوادث العمل بسبب الآلات والعمل في المصانع، أو حوادث المنزل. (الصفدي، 2007، ص91)

2.1. تقبل الإعاقة

يعتبر تقبل الإعاقة موقفاً إيجابياً يتخذه ذو إعاقة تجاه إعاقته، يترجمه رضاه عن الإعاقة، رغم ما لها من آثار سلبية قد تمس مختلف نواحي الشخصية في سعيه لتحسين حالته. فتقبل الإعاقة ومنه تقبل الذات لدى ذي إعاقة عملية صعبة، إذ تشوه الإعاقة الصورة التي يكوّنها الفرد عن ذاته مما يصعب على هذا الأخير تقبل إعاقته وذاته. رغم أنّ الصورة الإيجابية وفكرة الفرد الحسنة عن نفسه تساعده ليس فقط في توجيه سلوكه وفي دفعه إلى النجاح، بل قبل ذلك في تقبل الذات. فيمكن القول أن تقبل الإعاقة لدى ذي إعاقة يحتل أهمية خاصة، إذ يحدد إحساسه اتجاه نفسه و إعاقته بطبيعتها ودرجتها، بل و يحدد عملية تكيفه في جميع المجالات.

يعبر الفرد عن مدى تقبله لذاته عموماً ولإعاقته خصوصاً بما يصدر عنه من استجابات وما تتضمنه استجاباته من مواقف وسلوكات، نلخص أهمها فيما يلي:

- تقبل الآلام الناجمة عن الإعاقة: يشعر ذو إعاقة جسدية أنه محروم من المزايا الجسمية الضرورية للحياة عامة أو للعمل بصفة خاصة، والتي كان يتمتع بها قبل الإصابة. فيصبح يعاني، وتزداد معاناته، بتلك الآلام الجسمية والنفسية الكبيرة التي تنتج عن عاهته أو عن عجزه الوظيفي والتي تبدو في:

- الآلام الجسمية التي يعاني منها ذو إعاقة جسدية، والتي تنتج عنها آثار وضغوطات جسدية ونفسية صعبة التحمل والتقبل، خاصة في غياب تحسن حالته.

- التشوهات المرئية الجسمية التي تصاحب الإعاقة الجسمية، والتي تزداد بروزاً باستخدام الأدوات التعويضية التي يفرضها القصور الوظيفي. وتكون لدى ذي إعاقة صورة جسدية مشوهة تؤثر سلباً في تقبل الإعاقة. فقد تبين أن رفض الإعاقة يعد واحداً من المشاكل الأساسية التي يعاني منها ذو إعاقة جسدية، ويرجع

ذلك إلى تشوه الصورة الجسمية لديه. (Wall,1986, p98)



- يعجز الشخص ذو إعاقة عن إشباع مختلف حاجاته البدنية والنفسية والاجتماعية بسبب قصوره. يشعر ذو إعاقة بالتعبية إلى الغير وينجم عن ذلك الشعور بالقلق والخوف، ما يزيد من حدة الشعور بالعجز والمنع في تحقيق الاعتماد الكامل على النفس. كما يشعر ذو إعاقة بالإحباط مع ما لذلك من آثار نفسية واجتماعية. خاصة وأن الإعاقة بما تحمله من شروط الموقف الإحباطي تؤدي إلى تفسير الإحباط تفسيراً ذاتياً. وتجعله يرجع فشله إلى أسباب ذاتية وليس إلى أسباب موضوعية وخارجية. ويعبر عن ذلك من خلال ثورات الغضب وتوجيه اللوم إلى ذاته، وهو أمر يبرر به رفضه للإعاقة، خاصة العجز والتعبية.

- تقبل الاستجابة الاجتماعية: يعتبر تفاعل الفرد ذي إعاقة خاصة بالمحيطين به مهما بالنسبة إليه، لأن سلامة صحته العقلية تتوقف على قدرته على تقبل الآخرين والانسجام معهم. (Wall, 1986, p 104). ولأن التفاعل بين الفرد ذي إعاقة والمحيطين به يعكس استجاباتهم ومواقفهم نحو الإعاقة ونحو هذا الفرد. ومما تجدر الإشارة إليه أن مواقف المجتمع واتجاهاته نحو الإعاقة وذوي الإعاقة الحركية المكتسبة غالباً ما لا تكون معتدلة، فهي مشحونة بالانفعالات والعواطف المعبرة عن الجهل. مما يؤدي إلى انحراف الاستجابة إما بالحماية والشفقة أو بالتحقير والتهميش.

بالإضافة إلى الرفض الصريح، تتصف استجابة المحيطين بذوي إعاقة بالتذبذب في معاملته، إذ في حين يبالغ البعض في خدمته وحمايته من خلال تدليله والشفقة المفرطة عليه، رغم ما للشفقة المفرطة، مهما كانت صادقة، من دور في إثارة مشاعر الاختلاف والضعف. يميل آخرون إلى تحاشيه والابتعاد عنه أو إلى اللامبالاة بعجزه وعاهته وإهماله، وقد يبدأ الاضطراب في التعامل مع ذي إعاقة في أسرته (فتاحين، 1991).

وبغض النظر عن شكل الاستجابة مُفْرِطَة كانت أم مُفْرِطَة، فإن ذي إعاقة غالباً ما يرفضها وقد يعبر عن رفضه إما بالعدوانية وإما بالعزلة والانسواء على الذات، مما يزيد حدة آثار الإعاقة أي الضرر النفسي-الاجتماعي الناجم عن العاهة أو القصور.

-السعي إلى تجاوز الإعاقة: يسعى الشخص ذو إعاقة عادة إلى تجاوز عجزه أساساً بالعمل على تعويضه، ذلك أنه رغم معاناة ذي إعاقة من الاختلاف والعجز الذي يشعره بالنقص، فإن الشعور بالنقص بالإضافة إلى كونه عاماً بين الناس-كما يؤكد



أدلى- وليس دائما علامة على الشذوذ، فقد يكون سببا في كل ما يحققه الإنسان من تحسن، إذ يدفع الفرد لتعويضه إلى بذل مجهود أكبر أو توجيه طاقته نحو اتجاه غير الإعاقة بالنسبة إلى ذي إعاقة وذلك بإثارة اهتمامات وأهداف بديلة ويجعل التعويض أهم الاستجابات المعبرة عن تكيف ذي إعاقة. (عبد الرّحيم وبشاي، 1980، ص749)

كما يساعد التعويض أيضا الفرد ذا إعاقة على التغلب على ضعفه مما يجعل الضعف طريقا للقوة، شريطة أن لا يقود الميل إلى التغلب على الضعف إلى المبالغة في التعويض، لأن ذلك يدفع ذي إعاقة إلى تجاوز حدوده الضرورية، مما يعرضه للإحباط ويصبح غير نافع في استخدام قواه. (Foulquie, 1971, p 86)

كما يساعد تقبل الإعاقة بآثارها المختلفة المصاب على التحكم في الذات، وهو عامل مهم في استقرار الحالة وفي النجاح في مختلف المجالات من قاعة التدريب الوظيفي إلى الحياة الدراسية والمهنية. (Lefèbvre, 1974, p 30)

3.1.3. المساندة الاجتماعية

على الرغم من تعدد المفاهيم الخاصة بالمساندة الاجتماعية، إلا أن معظم المقاييس المرتبطة بها تشير إلى تقديم المساعدات المادية أو المعنوية للفرد التي تتمثل في أشكال التشجيع أو التوجه أو المشورة. وقدم الباحثون تعريفات لمفهوم المساندة الاجتماعية وتباينت هذه التعريفات من حيث العمومية والتنوعية، فقد ركز البعض على العلاقات الاجتماعية المتبادلة بين الأشخاص وركز البعض الآخر على جوانب محددة في هذه العلاقات باعتبارها تمثل جوهر المساندة، كالمشاركة الوجدانية أو الإمداد بالمعارف والمعلومات أو السلوكيات والأفعال التي يقوم بها الفرد بهدف مساعدة الآخرين في مواقف الأزمات وكذلك المساهمات المادية. وربما ترجع جذور مفهوم المساندة الاجتماعية إلى علماء الاجتماع، حيث تناولوا هذا المفهوم في إطار اهتماماتهم بالعلاقات الاجتماعية، عندما قدموا مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية والذي يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح المساندة الاجتماعية.

تعتمد المساندة الاجتماعية في تقديرها على إدراك الأفراد لشبكاتهم الاجتماعية باعتبارها الأطر التي تشتمل على أولئك الأشخاص الذين يثقون فيهم ويستندون على علاقاتهم به". (الشناوي وعبد الرحمن، 1994، ص3)؛ كما يشير كوب Cobb إلى أن المساندة



الاجتماعية هي "المعلومات التي تجعل الشخص يعتقد أنه محل عناية وتقدير من الآخرين، وأنه عضو في شبكة الاتصال والالتزام المتبادل". (رضوان وهريدي، 2001، ص 85). ولقد اتفق في تعريفها كل من كوهين Cohen، وسيم Syne، وسكتر Schetter، وسارسون Sarason بأنها "تفاعل الفرد في علاقاته مع الآخرين".

ويعرفها كابن Caplan بأنها "النظام الذي يتضمن مجموعة من الروابط والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين تنسم بأنها طويلة المدى ويمكن الاعتماد عليها والثقة بها وقت إحساس الفرد بالحاجة إليها لتمده بالسند العاطفي". (علي، 2000، ص 9)

ولقد أكد كل من خان Kahn، وانتونيسي Antonucci على أن المساندة الاجتماعية لها ثلاث مقومات هامة هي: العاطفة، والتفاعل، وتقديم العون أو المساعدة وبهذا يعرف كل من خان وانتونيسي المساندة الاجتماعية التي تتمثل في أوسع معانها بما نستقبله من مشاعر العاطفة والود والحب، وتعبيرات القبول والتفاعل، والمبادرة في تقديم المساعدة المباشرة، أو العون المادي أو النصيحة والمشورة. ويعرفها أيضا كل من جونسن وسارسون Johnson & Sarson بأنها "إحساس الفرد بالقيمة، وتقدير الذات، والاحترام من خلال السند العاطفي الذي يستمد من الآخرين وقت حاجته إليهم" (علي، 2000، ص 9)

كما يعرفها د. المغيصيب (د.ت) أن المساندة الاجتماعية يقصد بها "كل ما يتلقاه الفرد من دعم من الآخرين (أقارب، أصدقاء، جهات مجتمعية... إلخ) وقد يكون هذا الدعم على شكل مساندة انفعالية (رعاية، ثقة، تجارب، تقدير، احترام... إلخ) وقد تكون مساعدة بالمعلومات (استشارات أو مهارات تعين على مواجهة مشاكل الحياة اليومية). ويعرف ثويت Thoit المساندة الاجتماعية بأنها "مجموعة الأشخاص الذين يمثلون جزءا من شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد، ويقدمون له الدعم الوجداني والمساعدة الأدائية". (رضوان وهريدي، 2001، ص 86). كما يعرف الشناوي وعبد الرحمن المساندة الاجتماعية بأنها "تلك العلاقات القائمة بين الفرد وآخرين والتي يدركها على أنها يمكن أن تعاضده عندما يحتاج إليها". (الشناوي وعبد الرحمن، 1994، ص 4)

وبغض النظر عن التعاريف السابقة يرى باريرا Barrera أن هناك ثلاثة معاني أو مفاهيم للمساندة الاجتماعية تتمثل في:



الغمير الاجتماعي: وفقا لهذا المفهوم فإن المساندة الاجتماعية تشير إلى العلاقات أو الروابط الاجتماعية التي يقيمها الأفراد مع الآخرين ذوي الأهمية في بيئتهم الاجتماعية.

المساندة الاجتماعية المدركة: ينظر إلى المساندة الاجتماعية وفقا لهذا المعنى باعتبارها تقويما معرفيا للعلاقات الثابتة مع الآخرين.

المساندة الفعلية: ويشير هذا المفهوم إلى المساندة الاجتماعية باعتبارها تلك الأفعال التي يؤديها الآخرين بهدف مساعدة شخص معين.

وتشير كاترونا " إلى أن مراجعة الأنساق التصنيفية للمساندة تكشف عن درجة عالية من الاتفاق بين المؤلفين، على الرغم من اختلاف المصطلحات التي يستخدمونها، وتخلص إلى أن هناك خمس مكونات أساسية للمساندة تظهر في معظم هذه النماذج وهي:

- المساندة الوجدانية التي تبدو في إظهار الشعور بالراحة.
- التكامل الاجتماعي الذي يشير إلى مساندة شبكة العلاقات الاجتماعية كعضوية في جماعة.
- مساندة التقدير من خلال دعم الشعور بالكفاءة الشخصية وتقدير الذات.
- المساعدة المادية المتمثلة في تقديم خدمات أو أشياء عينية.
- المساعدة المعرفية، مثل التوجيه وإعطاء النصيحة. (رضوان وهريدي، 2001، ص 85)

وبالنسبة لمؤشرات المساندة الاجتماعية، فقد حددها هاوس House في أربعة سلوكيات ترتبط بعضها ببعض، تتمثل في كل من: التعاطف، والمساعدة في أداء عمل أو مهمة صغيرة، وإعطاء معلومات أو تعليم أو مهارة أو المساعدة في حل مشكلة، وإعطاء الشخص معلومات تساعد على تقويم أدائه. (رضوان وهريدي، 2001، ص 85)

وبغض النظر عن مؤشرات تبقى المساندة كما استخلص كوهن وسايمن من خلال دراسة لهما عام 1985م بأن للمساندة الاجتماعية دور في الصحة النفسية والبدنية للفرد، وأن هناك نموذجا يفسر كيفية تأثير المساندة الاجتماعية على الصحة وهو نموذج الآثار الرئيسية للمساندة الاجتماعية ويقوم هذا النموذج على مسلمة مفادها أن المساندة



الاجتماعية ذات تأثير إيجابي على الصحة النفسية والبدنية للفرد، (الشناوي وعبد الرحمن 1994، ص36).

2. الإجراءات المنهجية للدراسة

1.2. منهج الدراسة

طبيعة الموضوع فرضت الاعتماد على المنهج الوصفي، باعتبار أن الدراسة تهدف أساساً إلى معرفة دور المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الأفراد ذوو الإعاقة الحركية المكتسبة في تقبل الإعاقة لديهم، وذلك من خلال التحليل الإحصائي لنتائج تطبيق كل من مقياس المساندة الاجتماعية ومقياس تقبل الإعاقة على أفراد العينة.

2.2. عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (112) فرداً ذوي إعاقة حركية مكتسبة، حيث يتوزعون كما يلي:

الجدول رقم (01): خصائص أفراد العينة

المتغير	فئات المتغير	التكرارات	النسب المئوية
فئات السن	30-20	10	8.9%
	40-30	32	28.6%
	50-40	48	42.9%
	60-50	22	19.6%
الحالة العائلية	أعزب	28	25%
	متزوج	84	75%
درجة الإعاقة	ضعيفة	64	57.1%
	متوسطة	30	26.8%
	شديدة	18	16.1%

3.2. أدوات الدراسة: تم الاعتماد على مقياسين:

مقياس المساندة الاجتماعية: يقيس المساندة الاجتماعية لذوي الإعاقة الحركية المكتسبة، ويتكون من (16) بنداً، حيث تم الاعتماد في إعداد هذا المقياس على دراسة أذار عبد اللطيف في دراسة العلاقة بين الدعم الاجتماعي وحالة الخجل لدى المعوقين حركياً. (عبد اللطيف، أبو فخر، 2007)



مقياس تقبل الإعاقة: يقيس تقبل الإعاقة لذوي الإعاقة الحركية المكتسبة، يتكون من خمسة عشرة (15) بنداً، حيث اعتمدت الباحثة في إعداد هذا المقياس على مقياس تقبل الإعاقة في دراسة (فتاحين، 2004).

4.2. التقنيات الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات

- تقنيات الإحصاء الوصفي: التكرارات والنسب المئوية، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري...
- اختبار كا².
- اختبارات للفروق
- اختبار تحليل التباين

وقد تمت المعالجة الإحصائية باستخدام نظام SPSS.

3. عرض وتحليل نتائج الدراسة

من أهم النقاط التي تحاول الدراسة الحالية الإجابة عنها دور المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الأفراد ذوو الإعاقة الحركية المكتسبة في تقبل الإعاقة لديهم.

1.3. نتائج مستوى تقبل الإعاقة لدى أفراد العينة

لقد تبين من خلال المعالجة النظرية أن تقبل الإعاقة لدى الشخص ذي إعاقة يحتل أهمية خاصة، إذ يحدد إحساسه اتجاه نفسه وإعاقته بطبيعتها ودرجتها بل ويحدد أيضاً عملية تكيفه في جميع المجالات. كما يساعد الشخص على تقبل ذاته ككل خاصة أنه مما توصل إليه Rogers (1966) من تجربته الخاصة والعملية، أنّ الإنسان إذا تقبل ذاته كما هي أصبح قادراً على التغيير. وانطلاقاً من ذلك افترضت الباحثة ميل أغلب مستويات تقبل الإعاقة لذوي الإعاقة الحركية المكتسبة إلى الاعتدال. وللتحقق من صحة ذلك، استخدمت الباحثة اختبار كا² لمعرفة ما هو المستوى الأغلب، والجدول الموالي يعرض نتائج الاختبار.



الجدول رقم (02): مستوى تقبل الإعاقة لدى أفراد العينة

مستوى الإعاقة	مستوى الإعاقة	التكرارات المشاهدة	النسبة المئوية	التكرارات المتوقعة	قيمة "كا"	مستوى الدلالة
مستوى ضعيف	0.05	30	26.78	37.3	6.5	
مستوى متوسط		50	44.64	37.3		
مستوى عالي		32	28.57	37.3		
المجموع		112	100	112		

وتوضح نتائج الجدول رقم (02) أعلاه أن قيمة إختبار كا² مقدرة بـ (6.5) وهي قيمة دالة عند ($\alpha=0.05$) أي أنه توجد فروق بين المستويات الثلاثة لتقبل الإعاقة لدى أفراد العينة وهي فروق تعود لصالح الاعتدال، باعتبار أن أغلب أفراد العينة كان مستوى تقبلهم للإعاقة متوسطاً، أي أن المستوى المتوسط هو الأكثر انتشاراً بين أفراد العينة. وقد يرجع ذلك حسب الباحثة إلى درجة الإعاقة الحركية التي كانت لدى أغلب أفراد العينة متوسطة.

ولمحاولة التعرف على مدى ارتباط هذه النتيجة أو تأثرها بعض العوامل الشخصية كالسن والحالة العائلية ودرجة الإعاقة، فقد تم أولاً التأكد من افتراض وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في مستويات تقبل الإعاقة لذوي الإعاقة الحركية المكتسبة وفق السن، الحالة العائلية ودرجة الإعاقة.

2.3. نتائج الفروق في مستويات تقبل الإعاقة لدى أفراد العينة

للتعرف على مدى تأثير هذا الاعتدال في مستوى تقبل الإعاقة لدى أغلب أفراد العينة، لجأت الباحثة إلى قياس الفروق في نتائج تقبل الإعاقة تبعاً لبعض العوامل الشخصية، استخدمت الباحثة اختبارات الفروق، فجاءت النتائج كما تعكسها الجداول التالية:

- الفروق في مستويات تقبل الإعاقة لدى أفراد العينة وفق السن

تشير نتائج الجدول أعلاه إلى أن قيمة اختبار تحليل التباين للفروق مقدرة بـ (8.27) وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.01$) أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية والفروق تعود لصالح العمال الذين يتراوح سنهم بين (20-30) سنة، وتعتبر هذه النتيجة على أن الفئة الشابة هي التي تبدي تقبلاً للإعاقة أكثر مقارنة بالآخرين، وبالتالي يمكن القول أن الفرضية تحققت.



الجدول رقم (3): توزيع الفروق في مستويات تقبل الإعاقة لدى أفراد العينة وفق السن

فئات السن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الفروق	مستوى الدلالة
30-20 سنة	56,6	7,22	8.27	0.01
40-30 سنة	54,93	10,92		
50-40 سنة	47,2	12,32		
60-50 سنة	41,9	8,65		

- الفروق في مستويات تقبل الإعاقة لدى أفراد العينة وفق الحالة العائلية يبدو من الجدول أعلاه أن قيمة إختبار "ت" لعينتين مستقلتين قدرت بـ (0.55) وهي قيمة غير دالة إحصائياً، مما يعبر على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج تقبل الإعاقة حسب الحالة العائلية. أي أن المتزوجون والعزاب لا يختلفون في تقبل الإعاقة، فبالنسبة للحالة العائلية إذن لم تتحقق الفرضية التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات تقبل الإعاقة لذوي الإعاقة الحركية المكتسبة وفق الحالة العائلية.

الجدول رقم (4): توزيع الفروق في مستويات تقبل الإعاقة لدى أفراد العينة وفق الحالة العائلية

الحالة العائلية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الفروق	مستوى الدلالة
أعزب	50.29	12.62	0.55	غير دالة
متزوج	48,85	11,77		

3.2.3. الفروق في مستويات تقبل الإعاقة لدى أفراد العينة وفق درجة الإعاقة لقد أوضح التحليل الإحصائي للبيانات أن قيمة تحليل التباين مقدره بـ(3.02)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى $(\alpha=0.05)$ ، تؤكد وجود فروق في مستويات تقبل الإعاقة لدى أفراد العينة حسب درجة الإعاقة، مع الإشارة إلى أن هذه الفروق قد جاءت لصالح الأفراد الذين يعانون من إعاقة ضعيفة، أي أن هذه الفئة أكثر تقبلاً للإعاقة مقارنة بالفئة التي تعاني من إعاقة متوسطة أو إعاقة شديدة، أي أنه كلما زادت درجة الإعاقة كلما انخفض مستوى تقبل الإعاقة لديه، وهي نتيجة تحققت معها الفرضية.



الجدول رقم (05): توزيع الفروق في مستويات تقبل الإعاقة لدى أفراد العينة وفق درجة الإعاقة

درجة الإعاقة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الفروق	مستوى الدلالة
ضعيفة	51,15	10,95	3.02	دالة عند 0.05
متوسطة	46,9	13,88		
شديدة	46,16	11,19		

3.3. نتائج مستوى المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة

بينت عدة دراسات أن للمساندة الاجتماعية أي مساندة الزوج (ة) والعائلة والمجتمع ككل تأثير في صحة وراحة ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة النفسية كما أشار كل من لوكونت وسافار ص (20) وأكدته كل من (Héту et Getty, 1990; Gingras, 1997)، الأمر الذي جعلنا نتسأل عن مستوى شعور أفراد عينتنا بهذه المساندة. حيث استخدمت الباحثة اختبار ك² لقياس الفروق بين المستويات الثلاثة للمساندة الاجتماعية، من خلال مقارنة التكرارات المشاهدة بالتكرارات المنتظرة، والجدول رقم (06) يعرض نتائجه.

الجدول رقم (06): مستوى المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة

مستوى الدلالة	قيمة ك ²	التكرارات المتوقعة	النسب المئوية	التكرارات المشاهدة	مستوى المساندة الاجتماعية
0.01	8.64	37.3	26.78	30	مستوى ضعيف
		37.3	46.42	52	مستوى متوسط
		37.3	26.78	30	مستوى عالي
		112	100	112	المجموع

ويتوضح أن قيمة ك² المحسوبة مقدرة بـ (8.64)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، والفروق تعود لصالح الأفراد ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة الذين حققوا المستوى المتوسط من المساندة الاجتماعية، باعتبار أن مستوى المساندة الاجتماعية لدى أغلب أفراد العينة معتدل، وهو ما اقترحتة الفرضية القائلة بميل المساندة الاجتماعية لذوي الإعاقة الحركية المكتسبة إلى الاعتدال.

وفيما يلي محاولة التعرف على الفروقات بين مستويات المساندة الاجتماعية التي حظي بها أفراد العينة وفقاً لبعض العوامل الشخصية كالسن، والحالة العائلية ودرجة الإعاقة.



4.3. نتائج الفروق في مستويات المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة

وللتعرف على مدى تأثير مستويات المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة ببعض العوامل الشخصية، تم استخدام اختبار تحليل التباين واختبار "ت" لعينتين مستقلتين، فجاءت النتائج كما يلي:

الفروق في مستويات المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة وفق السن لقياس الفروق في مستويات المساندة الاجتماعية لذوي الإعاقة الحركية المكتسبة وفق السن، لجأت الباحثة إلى استخدام اختبار تحليل التباين الذي تظهر نتائجه في الجدول رقم (07) أدناه:

الجدول رقم (07): توزيع الفروق في مستويات المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة وفق السن

مستوى الدلالة	قيمة الفروق	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	فئات السن
0.05	3.03	13,3	56,2	20-30 سنة
		11,88	65,18	30-40 سنة
		8,18	66,87	40-50 سنة
		10,25	64,45	50-60 سنة

يتبين أن قيمة الفروق مقدرة بـ (3.03) وهي قيمة دالة عند مستوى (0.05)، ما يؤكد وجود فروق في نتائج المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة وفق السن، وهي فروق لصالح فئة الذين تتراوح سنهم بين [40-50] سنة، وترى الباحثة أن ذلك قد يعود إلى أن هذه الفئة أغلبهم متزوجون، أي أنهم يحظون بمساندة الزوج (ة) مقارنة مع العزاب.

الفروق في مستويات المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة وفق الحالة العائلية وللتحقق من وجود فروق في نتائج المساندة الاجتماعية لذوي الإعاقة الحركية المكتسبة وفق الحالة العائلية، تم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين، ويتضح من خلال المعالجة الإحصائية أن قيمة اختبار الفروق مقدرة بـ (- 1.96) وهي قيمة دالة عند مستوى (0.05)، ما يؤكد وجود فروق في نتائج المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة، والفروق تعود لصالح المتزوجين، أي أن المتزوجين حققوا نتائج أعلى في المساندة الاجتماعية أي يحظون بدعم الزوج (ة) مقارنة مع العزاب.



الجدول رقم(8): توزيع الفروق في مستويات المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة وفق الحالة العائلية

مستوى الدلالة	قيمة الفروق	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الحالة العائلية
دالة عند 0.05	1.96-	9.65	62.57	أعزب
		10,72	65,76	متزوج

الفروق في مستويات المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة وفق درجة الإعاقة لقياس الفروق في مستويات المساندة الاجتماعية لذوي الإعاقة الحركية المكتسبة حسب درجة الإعاقة، استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين الذي تتبين نتاجه في الجدول الموالي بعد المعالجة الإحصائية القائمة على المقارنة بين المتوسطات الحسابية للنتائج الثلاثة للإعاقة (ضعيفة، متوسطة وشديدة):

الجدول رقم (9): توزيع الفروق في مستويات المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة وفق درجة الإعاقة

مستوى الدلالة	قيمة الفروق	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الإعاقة
دال عند 0.01	4.21	11,25	62,57	ضعيفة
		8,02	67,11	متوسطة
		9,54	68,76	شديدة

فقد تبين من المقارنة بين المتوسطات الحسابية للمستويات الثلاثة للإعاقة (ضعيفة، متوسطة وشديدة) أن قيمة الفروق (4.21) دالة عند مستوى (0.01)، تؤكد وجود فروق في مستويات المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة لصالح الذين يعانون من إعاقة شديدة أي الذين تتراوح نسبة العجز لديهم (IPP) بين [50%-70%].

5.3. نتائج العلاقة بين المساندة الاجتماعية وتقبل الإعاقة

كان الهدف الأساسي من هذه الدراسة هو معرفة دور المساندة الاجتماعية التي يحظى بها ذوو الإعاقة الحركية المكتسبة في تقبل الإعاقة لديهم، وللتعرف على مدى وجود علاقة بينهما لدى أفراد العينة قد تم حساب معامل الارتباط بيرسون، حيث جاء معامل الارتباط كما يعكسه الجدول الآتي:



الجدول رقم (10): نتائج العلاقة بين المساندة الاجتماعية وتقبل الإعاقة لدى أفراد العينة

العلاقة بين المساندة الاجتماعية وتقبل الإعاقة	
ارتباط بيرسون	,388
مستوى الدلالة	,05
العينة	112

يبدو جليا من خلال النتائج التي يعرضها الجدول أعلاه المتعلقة بالعلاقة بين المساندة الاجتماعية التي حظي بها أفراد العينة وتقبل الإعاقة أن معامل الارتباط بينهما مقدر ب (0.388) وهي قيمة دالة عند مستوى (0.05)، أي أن العلاقة بينهما قوية، ما يعني أنه كلما حظي ذو إعاقة بمستوى عال من المساندة الاجتماعية، كلما ساهم ذلك في تقبل الإعاقة لديه.

4. مناقشة نتائج الدراسة

تبين لنا من خلال المعالجة النظرية والدراسة الميدانية التي أجريناها، أنه فعلا للمساندة الاجتماعية التي حظي بها ذوو الإعاقة الحركية المكتسبة دور كبير في تقبل الإعاقة لديهم، وتعتبر هذه الأخيرة هامة جدا في عملية التكيف في جميع المجالات. فمن خلال التحليل الاحصائي تبين لنا مايلي:

- فيما يخص نتائج تقبل الإعاقة، وبالنسبة للفرضية التي نصت على أن مستوى تقبل الإعاقة لذوي الإعاقة الحركية المكتسبة يميل إلى الاعتدال، وبينت نتائج اختبار كا² أن المستوى الغالب هو المتوسط أي أن مستوى تقبل الإعاقة لدى أغلب أفراد العينة كان معتدلا، وبالتالي تحققت الفرضية، وقد يعود ذلك كما أشرنا سابقا إلى درجة الإعاقة الحركية التي كانت لدى أغلب أفراد العينة متوسطة.

- وفيما يتعلق بنتائج الفروق في مستويات تقبل الإعاقة حسب السن والحالة العائلية ودرجة الإعاقة، فقد تبين من خلال التحليل الاحصائي أنه بالنسبة لمتغير السن، كانت الفروق دالة احصائيا وتعود لصالح الفئة التي يتراوح سنها بين (20- 30) سنة التي أبدت تقبلا للإعاقة أكثر مقارنة مع فئات السن الأخرى؛ كما جاءت الفروق دالة في مستويات تقبل الإعاقة لدى أفراد العينة وفقا لدرجة الإعاقة، حيث كانت لصالح الأفراد الذين يعانون من إعاقة ضعيفة، أي أنهم أكثر تقبلا للإعاقة؛ في حين لا توجد



فروق دالة في تلك المستويات حسب الحالة العائلية، حيث لا يختلف المتزوجون عن العزاب في تقبلهم للإعاقة.

وفيما يتعلق بنتائج المساندة الاجتماعية، فقد تحققت الفرضية التي نصت على أن مستوى المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة يميل إلى الاعتدال، وهو ما تبين من نتائج التحليل الإحصائي في الجدول (06)، أي أن أغلب أفراد العينة حظوا برعاية وعناية من قبل الأسرة والأصدقاء والزملاء والمجتمع ككل، وترى الباحثة، أنه من الطبيعي أن يحظى المصاب بإعاقة باهتمام ومساندة ودعم...؛ وهذا مؤثر إيجابي، فالمساندة أو الدعم الذي يتلقاه المصاب سواء من قبل العائلة أو الأصدقاء أو المجتمع ككل يساعد على تخطي آثار الإصابة النفسية و يعينه على تقبلها والعودة إلى ممارسة مختلف نشاطاته بقدر المستطاع، ليثبت أنه رغم الإصابة أو القدرات المحدودة يتمكن من العودة إلى ممارسة حياته وإثبات وجوده ككل بالإضافة إلى ما يمكن للمساندة الاجتماعية التي يحظى بها الفرد من إشباع للعديد من حاجاته (العاطفية والمعرفية...)(Jacobson, 1986).

وفيما يخص الفروق بين مستويات المساندة الاجتماعية التي حظي بها أفراد العينة وفقا للسن، والحالة العائلية ودرجة الإعاقة، فقد بين التحليل الإحصائي أنه بالنسبة للفروق وفق السن، جاءت الفروق دالة وهي لصالح فئة الذين تتراوح سنهم بين [40-50] سنة؛ كما جاءت الفروق دالة في مستويات المساندة الاجتماعية وفق الحالة العائلية، حيث حظي المتزوجون بمساندة اجتماعية أكثر مقارنة مع العزاب، وذلك لما يحظون به من دعم الزوج(ة) مقارنة مع العزاب حيث اتضح للباحثة خلال الدراسة الاستطلاعية من مقابلات مع الفريق الطبي العامل على إعادة التكيف الطبي للمصابين بالإعاقة، أن مساندة العائلة وخاصة مساندة الزوج(ة) ضرورية في مراحل علاجه وبعد خروجه من المستشفى و تتفق مع ما تشير الدراسات إليه حول أهمية المساندة الاجتماعية في إعادة التكيف لدى المصابين، حيث بين كل من (Gatchel et Gardea, 1999) أن هناك علاقة بين العودة إلى ممارسة العمل بعد الإصابة بالإعاقة والمساندة التي يتلقاها الفرد من قبل عائلته، فالمتزوجون تمكنوا من العودة إلى ممارسة العمل أسرع مقارنة مع العزاب والمطلقين. كما تتفق هذه المستويات مع ما توصل إليه كل من (Turgeon, Boisvert)



et Tremblay, 1999) الذين يؤكدون أن الزوج(ة) شريك يؤثر على سيرورة إعادة التكيف لذوي الإعاقات، بغض النظر عن تفسيراتها العديدة فإن النتيجة تؤكد الفرضية.

- وبالنسبة للفروق في مستويات المساندة الاجتماعية وفق درجة الإعاقة، فقد تبين أن الذين يعانون من إعاقة شديدة أي الذين تتراوح نسبة العجز لديهم (IPP) بين [50%-70%] يحظون بمساندة اجتماعية أقوى، فهي الفئة التي أكثر حاجة إلى المساعدة والدعم والمساندة لعجزها أكثر عن الاستقلال مما يجعلها تابعة أكثر للمحيطين؛ فالمبتورون مثلاً لا يتمكنون من استعادة كل النشاطات اليومية مما يجعلهم يحتاجون أكثر إلى دعم ومساعدة الأسرة و الأصدقاء و الزملاء.

- وفيما يتعلق بنتائج العلاقة بين المساندة الاجتماعية وتقبل الإعاقة، فقد تبين من التحليل الاحصائي أن قيمة العلاقة دالة احصائياً وقوية، حيث كلما حظي ذو إعاقة بمستوى عال من المساندة الاجتماعية، كلما ساهم ذلك في تقبل الإعاقة لديه، وبالتالي تحققت الفرضية. وقد بينت دراسات عديدة أن للمساندة الاجتماعية علاقة بمجموعة من المتغيرات كالفعالية الذاتية وتقدير الذات لذوي الإعاقات، كما أن المساندة الاجتماعية تساهم في تخطي العجز الجسدي الذي يعاني منه ذوو الإعاقات، ومن هذه الدراسات دراسة (Tanimola, Mekande, 2018) التي أظهرت أنه في غياب المساندة الاجتماعية يؤدي إلى سوء تكيف ذوي الإعاقات وتدهور حياتهم، وغالباً ما يكون تقبل الإعاقة متوقفاً على طبيعة ونوعية المساندة الاجتماعية التي يحظى بها ذوو الإعاقات. كما بينت دراسة (Ursula, Nystedt, 2014) أهمية الدعم الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة سواء من قبل الخدمات الصحية والاجتماعية والخدمات التعليمية أو من قبل الأقارب والأصدقاء.

-التوصيات

ومن خلال ما توصلت إليه هذه الدراسة والدراسات الأخرى من نتائج حول دور المساندة الاجتماعية في مساعدة ذوي الإعاقات سواء على تقبل الإعاقة أو على تخطي العجز الجسدي الذي يعانون منه أو على إعادة تأهيلهم وتكليفهم، وبالتالي ممارسة مختلف نشاطات الحياة، نحاول أن نلفت اهتمام مختلف الجهات الناشطة في مجال ذوي الإعاقات (السلطات المعنية، والجمعيات والباحثين ...) إلى تسليط الضوء على دور وأهمية المساندة الاجتماعية لذوي الإعاقات في تحقيق مستويات عالية من تقبل



الإعاقة، وتقدير الذات، وتخطي العجز، وبالتالي العودة إلى ممارسة الحياة والمساهمة في التنمية المجتمعية ككل.

خاتمة

تعتبر شريحة ذوي الإعاقات من أهم الشرائح في المجتمع، وعليه لا بد من بذل جهود كبيرة من أجل إدماجها في المجتمع على مستوى مختلف الأصعدة. فذوو الإعاقات المكتسبة، مهما اختلفت أسباب الإصابة، يجدون أنفسهم في وضعيات صعبة، حيث يواجهون عدة مشاكل بسبب العجز الجسدي الذي طرأ عليهم. لذلك، يحتاجون منذ إصابتهم إلى دعم نفسي واجتماعي من العائلة، والأصدقاء، والمعالجين، ومختلف العاملين على تقديم الخدمات الصحية إلى غاية تجاوزهم آثار إصابتهم. خاصة وأن تقبل الإعاقة يساعد الفرد ذي الإعاقة على التفاعل مع المحيطين به. هذا التفاعل يعكس استجاباتهم ومواقفهم نحو الإعاقة ونحو الفرد ذي الإعاقة. فكلما حظي بمساندة اجتماعية ممن يحيطون به كان لذلك دور في الصحة النفسية والبدنية للفرد. وفي هذا الصدد، جاءت هذه الدراسة كمساهمة متواضعة لتبين دور المساندة الاجتماعية التي تحظى بها هذه الشريحة في مستوى تقبلهم للإعاقة.

المراجع

1. الشناوي عبد الرحمن ومحمد، السيد، 1994. المساعدة الاجتماعية والصحة النفسية/مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية، مكتبة الأنجلو المصري، القاهرة.
2. الصفدي عصام حمدي، 2007. الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن.
3. العزة سعيد حسني، 2000. الإعاقة الحركية والحسية، سلسلة التربية الخاصة، عمان: دار الثقافة.
4. علي عبد السلام علي، 2000. المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الجامعية، مجلة علم النفس ع (53)، القاهرة، 6-19.
5. فتاحين عائشة، 1991. تأثر الثقة في الذات بمعايشة الطفل المصاب بالعجز الحركي لمعاملة الأم. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر.
6. فتاحين عائشة، 2004. دراسة التكيف النفسي- البيداغوجي لدى الموقق جسميا، رسالة دكتوراة، جامعة الجزائر.
7. رياض أسامة؛ وناهد أحمد عبد الرحيم، 2001. القياس والتأهيل الحركي للمعاقين، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.



8. فهدى محمد السيد، 2005. التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، المكتب الجامعي الجديد الإسكندرية.
9. الخطيب، جمال، 1998. مقدمة في الإعاقة السمعية، الطبعة الأولى، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
10. عبد الرحيم، فتحي؛ بشاي حليم، 1980. سيكولوجية الأطفال غير العاديين وإستراتيجية التربية الخاصة، دار العلم، الكويت.
11. رضوان، شعبان وهريدي، محمد، 2001. العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة، مجلة علم النفس، مصر.
12. زبيدي نبيلة، 2022. دور المساندة الاجتماعية في تجاوز العجز لدى ذوي الاحتياجات الخاصة. رسالة دكتوراه، جامعة المسيلة، الجزائر.
13. Hammonet C., 2010. *Les personnes en situation d'handicap*, presses universitaires de France, Paris.
14. Leibovici M, 1978. *Guide des personnes handicapées de leurs parents et de leurs amis*, éditons J-B.Baillière, Paris .
15. De Blic; Damien 2007. *De la Fédération des mutilés du travail à la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés*. Revue française des affaires sociales. Pp 119-140.
16. Nystedt Ursula, 2014. *Support of children with special needs and their families*, dataset, version 10 university of finland.
17. Tanimola Makande, 2011. *Psychological and social adjustment to blindness understanding from two groups of blind people in ILORIN, NIGIRIA*.
18. Wall W.D, 1986. *L'éducation constructive des enfants handicapés et déviants*, Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture, Louvain.
19. Foulquié P., 1971. *Dictionnaire de la langue pédagogique*, PUF, Paris
20. Lefèbre H, 1974. *La production de l'espace*, Anthropos, Paris
21. Héty et Getty, 1990. *Mise au point d'un outil clinique pour la mesure d'incapacités auditives et de handicaps*. JSLPA Volume 18, numéro 2, (Juin).
22. Gelinas D, 1997. *Patient and caregiver communications and decisions*. Neurology, 48, 9-14.
23. Jacobson David E., 1986. *Types and timing of social support*. Journal of Health and social behavior. Vol 27, numéro 3, (septembre).
24. Gatchel R-J; Gardea M-A, 1999. *Psychosocial issues: Their importance in predicting disability, response to treatment, and search for compensation*, Neurologic Clinics of North America, 17(1), 149-166.
25. Turgeon L.; Boisvert J.-M.; Ladouceur R.; Tremblay L., 1999. *Incapacité physique, douleur chronique et vie conjugale : Recension des écrits*. Revue Canadienne de Réadaptation, 12, 273-284.

