

The Islamic University–Gaza
Research and Postgraduate Affairs
Faculty of education
Master of community mental health



الجامعة الإسلامية - غزة
شئون البحث العلمي والدراسات العليا
كلية التربية
ماجستير صحة نفسية مجتمعية

وهم الأطراف وعلاقته بالانفعالات النفسية لحالات البتر

(دراسة وصفية تحليلية)

**Phantom limb and its relationship to
psychological emotions of amputations cases**

(Analytical and descriptive study)

إعداد الباحث

فريد خضر بحر

إشراف

الدكتور

عبد الفتاح عبد الغني الهمص

قُدِّمَ هَذَا الْبَحْثُ إِسْتِكْمَالًا لِمَتَطَلِبَاتِ الْحُصُولِ عَلَى دَرَجَةِ الْمَاجِسْتِيرِ فِي (الصحة النفسية
المجتمعية) بِكُلِّيَةِ (التربية) فِي الْجَامِعَةِ الْإِسْلَامِيَّةِ بِغَزَّةِ

جماد الأولى/1438هـ - فبراير/2017م

إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

وهمُ الأطرافِ وعلاقتهِ بالانفعالاتِ النفسيةِ لحالاتِ البتر

Phantom limb and its relationship to psychological emotions amputations cases

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هو نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمّت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة ككل أو أي جزء منها لم يقدم من قبل الآخرين لنيل درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أي مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

Declaration

I understand the nature of plagiarism, and I am aware of the University's policy on this.

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted by others elsewhere for any other degree or qualification.

Student's name:	فريد خضر بحر	اسم الطالب:
Signature:	فريد خضر بحر	التوقيع:
Date:		التاريخ:



هاتف داخلي: 1150

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

الرقم: ج س ع/35/

التاريخ: 2017/02/19م

نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة شئون البحث العلمي والدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحث/ فريد خضر عبد بحر لنيل درجة الماجستير في كلية التربية/ برنامج الصحة النفسية المجتمعية وموضوعها:

وهم الأطراف وعلاقته بالانفعالات النفسية لحالات البتر
(دراسة وصفية تحليلية)

وبعد المناقشة العلنية التي تمت اليوم الأحد، 21 جمادى الأولى 1438 هـ الموافق 2017/02/19م الساعة الواحدة ظهراً في قاعة الاجتماعات بمبنى القدس، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

.....	مشرفاً و رئيساً	د. عبد الفتاح عبد الغني الهمص
.....	مناقشاً داخلياً	د. جميل حسين الطهراوي
.....	مناقشاً خارجياً	د. خميس عبد الكريم الإسي

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحث درجة الماجستير في كلية التربية/ قسم الصحة النفسية المجتمعية.

واللجنة إذ تمنحه هذه الدرجة فإنها توصيه بتقوى الله ولزوم طاعته وأن يسخر علمه في خدمة دينه ووطنه.

والله ولي التوفيق ،،،



نائب الرئيس لشئون البحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. عبد الرؤوف علي المناعمة

ملخص الدراسة باللغة العربية

هدفت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين وهم الأطراف والانفعالات النفسية (الغضب، الخجل، القلق) لدى حالات البتر. كما وهدفت إلى تحديد مستويات وهم الأطراف والانفعالات النفسية (الغضب، الخجل، القلق) لدى حالات البتر والفروق الإحصائية فيها التي تعزى لمتغيرات الدراسة الديموغرافية (الجنس، العمر، مكان البتر، مدة البتر، سبب البتر، الحالة الاجتماعية) لدى حالات البتر. استخدم الباحث الأدوات التالية للوصول إلى النتائج: مقياسي وهم الأطراف، والانفعالات النفسية وكلاهما من إعداد الباحث. تكونت عينة الدراسة من (127) حالة من حالات بتر الأطراف في محافظات قطاع غزة، ممن حصلوا على أعلى الدرجات في مقياسي وهم الأطراف، والانفعالات النفسية. واستخدم الباحث طريقة العينة القصدية في اختيار عينة الدراسة. اعتمد الباحث المنهج الوصفي التحليلي.

أهم نتائج الدراسة: وجود علاقة طردية ايجابية بين الدرجة الكلية لوهم الأطراف والدرجة الكلية للانفعالات النفسية والتي وصفت بالمرتفعة. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى وهم الأطراف تُعزى للمتغيرات (الجنس، العمر، مكان البتر بالجسم، مدة البتر، سبب البتر، الحالة الاجتماعية) لدى حالات البتر. وكذلك توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الانفعالات النفسية تُعزى للمتغيرات (الجنس، العمر، مكان البتر بالجسم، مدة البتر، سبب البتر، الحالة الاجتماعية) لدى حالات البتر.

أهم توصيات الدراسة: إعداد برامج إرشادية للتدريب على أساليب الاسترخاء والتحصين التدريجي للتقليل من حدة التوتر والغضب بعد التعرض لحالة البتر. تفعيل برامج المشاريع التشغيلية والتأهيل المهني لحالات البتر للوصول بهم للاستقلالية والتكيف النفسي المجتمعي في حياتهم اليومية. التوعية الإعلامية بحقوق ذوي الإعاقة وأهمية دمجهم في المجتمع.

Abstract

The study aimed to determine the relationship between the phantom limb and psychological emotions (anger, shyness, anxiety) among amputation cases. It also aimed to determine the levels of phantom limbs and psychological emotions (anger, shyness, anxiety) among amputation cases and the statistical differences attributable to changes in the demographic variables of the study (gender, age, place of amputation, period of amputation, cause of amputation, marital status) among amputation cases. The researcher used the following tools to reach the findings: phantom limb scale and psychological emotions scale, both prepared by the researcher. The study sample consisted of (127) amputation cases in the Gaza Strip who received the highest scores on the phantom limb and the psychological emotions scales. The researcher used the intentionality sampling method in selecting the study sample and adopted the analytical-descriptive approach.

Study most important findings: There was a high positive direct correlation between the total score of the phantom limb scale and the that of the psychological emotions scale. There were statistically significant differences at the level of phantom limb attributed to the variables of (gender, age, place of amputation in the body, period of amputation, cause of amputation, marital status) among amputation cases. There were also significant differences at the level of psychological emotions attributed to the variables of (gender, age, place of amputation in the body, period of amputation, cause of amputation, marital status) among amputation cases.

Study most important recommendations: The study recommends the preparation of guidelines for relaxation training and gradual fortification techniques so as to reduce the tension and anger after exposure to the amputation case. Activation of employment projects and programs of vocational rehabilitation for amputation cases to attain their independence and the psychological and societal adaption in their daily lives. Media awareness raising of rights of persons with disabilities and the importance of integrating them into the society.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ فِي الْأَرْضِ وَلَا فِي أَنْفُسِكُمْ إِلَّا

فِي كِتَابٍ مِنْ قَبْلِ أَنْ نَبْرَأَهَا إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ ﴾

(الحديد: 22)

الإهداء

إلى طبِّ القلوبِ ودوائِها، وعافيةِ الأبدانِ وشفائِها، ونورِ البصائرِ وضيائِها، إلى خيرِ معلمٍ على وجهِ هذهِ البسيطةِ، إلى سيدِ المرسلين، وخاتمِ النبيين، إلى المبعوثِ رحمةً للعالمين ... سيدنا محمدٍ عليه أفضلُ الصلاةِ والتسليمِ.

إلى أرواحِ شُهادِنَا، الذين ارتَقَوْا إلى العُلى، إلى من نَزَفَتْ جِراحُهُم على ترابِ هذا الوطنِ الصامِدِ، فنَبَتَتْ شقائقُ النُعمانِ. وأخص بالذِكرِ إخوتي الشهيدين أحمدَ ومحمودَ بحرَ الذين أسألُ اللهَ أن يجمعني بهما في مستقرِ رحمتهِ.

إلى أسرانا البواسلِ خلفِ القضبانِ، يا من ضَحَيْتُمْ بِحُرَيْتِكُمْ لنحيا بأمنٍ وسلامِ.

إلى والدي و والدي الحبيبين مهجة قلبي، والنور الذي أهتدي به في حياتي.

إلى زوجتي الصابرة وأبنائي الأقمارِ.

وإن كنتُ أنسى فلا أنسى تقديمَ خالصِ الامتنانِ والشكرِ، لمن كانوا عينةً هذا البحثِ، من

الأبطالِ ذوي البترِ، وكانوا كونهً وفضاءً اللامتناهي، وكانوا وطناً في عطائهم.

وأخيراً لِكُلِّ من تُسَعِدُه إنجازاتي، من الأهلِ، والأقاربِ، والأصدقاءِ، والزملاءِ والزميلاتِ، ولكلِّ

مَنْ ساندني، وحثني على تجاوزِ مصاعبِ الحياةِ،،

أهدي لكم جميعاً ثمرةً جُهدِي المتواضعِ ،،،،

شكرٌ وتقديرٌ

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على الرسول الأمين، محمد صلى الله عليه وسلم وعلى آله وصحبه أجمعين، وبعد فإنني: انطلاقاً من قوله صلى الله عليه وسلم: "من لا يشكر الناس لا يشكر الله ومن لا يشكر القليل لا يشكر الكثير" (متفق عليه). وشعوراً بواجب الشكر والعرفان فإنه يغمر قلبي ويلهج لساني بالشكر لله تعالى والثناء عليه أن وفقني إلى إتمام هذا العمل فإن أصبت فمنه وحده لا شريك له، وإن أخطأت فمن نفسي والشيطان والله منه براء..

أتقدم بالشكر الجزيل للجامعة الإسلامية التي منحتني فرصة البحث العلمي، وأتقدم بخالص شكري العميق المزين بالتقدير والوفاء إلى كل من أثنى جوانب هذه الدراسة المتواضعة سواءً برأي، أو توجيه، أو نصيحة، وفي مقدمة هؤلاء أتقدم بخالص شكري وتقديري إلى مشرفي وأستاذي الفاضل الدكتور عبد الفتاح الهمص الذي منحني الوقت، والجهد، والاهتمام طوال فترة البحث، والذي أحاط هذه الدراسة بتوجيهاته، وخبرته العالية لإخراجها بأفضل صورة ممكنة، وأرجو أن أكون قد وفقت في تقديم ما يرضي خاطره، ويسر نفسه، وما يليق باسمه الذي كان لي عظيم الشرف أن أزينَ به صدر أطروحتي العلمية.

كما وأتقدم بخالص شكري للأستاذين الفاضلين اللذان تكرما بقبول مناقشة الرسالة، الدكتور خميس الإسي حفظه الله ونفع به، والدكتور جميل الطهراوي حفظه الله ونفع به، والذي كان له الفضل والاسهام في بروز فكرة الدراسة، كما أنّ الشكر موصول إلى أساتذتي الرائعين المتألقين في قسم علم النفس الذين أمدوني بخبراتهم العلمية طوال فترة الدراسة، كما يقتضي مني المقام توجيه تحية شكر وتقدير إلى جميع الأساتذة الذين تفضلوا بتحكيم أدوات الدراسة وتقديم النصح والمشورة. ولا يفوتني أن أقدم تقديري وشكري إلى أحبائي وأصدقائي من ذوي البتر الذين كانوا لي سنداً وعوناً مستمراً و لهم الحظ الوافر كعينة لهذه الدراسة المتواضعة والتي أتمنى أن يستفيدوا منها في حياتهم الاجتماعية. ولا أنسى شكري واحترامي الموصولين إلى العاملين في مركز الأطراف الصناعية بغزة، ومؤسسة رعاية أسر الشهداء والجرحى، وجمعية السلامة الخيرية الذين سهلوا لي عملية تطبيق أدوات الدراسة. ولا يسعني كذلك إلا أن أتقدم بالشكر الجزيل، والتقدير العظيم أولاً وأخيراً إلى أمي الغالية وأبي العزيز اللذان كانا يحفونني بالدعاء، والعتاء اللامحدود، أطال الله في عمرهما ومنعهما بالصحة والعافية، وأحمدُ الله عز وجل وأشكره على توفيقه لي بإتمام هذا العمل، وأسأله تعالى أن يجعله خالصاً لوجهه الكريم.

الباحث: فريد خضر بحر

فهرس المحتويات

أ.....	إقرار
و.....	الإهداء
ز.....	شكر وتقدير
ح.....	فهرس المحتويات
ك.....	فهرس الجداول
م.....	فهرس الأشكال والرسوم التوضيحية
ن.....	فهرس الملاحق
1.....	الفصل الأول الإطار العام للدراسة
2.....	1.1 المقدمة:
5.....	1.2 مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:
5.....	1.3 أهداف الدراسة:
6.....	1.4 أهمية الدراسة:
7.....	1.5 مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية:
11.....	الفصل الثاني الإطار النظري
13.....	المبحث الأول وهم الأطراف (Phantom limbs)
13.....	2.1.1 تمهيد:
16.....	2.1.2 تفسيرات ظاهرة وهم الأطراف (الطرف الشبح):
17.....	2.1.3 أعراض وهم الأطراف:
18.....	2.1.4 التقنيات العلاجية:
20.....	2.1.5 تعقيب:
21.....	المبحث الثاني الانفعالات النفسية
21.....	2.2.1 تمهيد:
21.....	2.2.2 مفهوم الانفعالات النفسية:
24.....	2.2.3 جوانب الانفعالات:
27.....	2.2.4 الغضب: (Anger)
44.....	2.2.5 الخجل: (Shyness emotional)
53.....	2.2.6 القلق: (Anxiety)
84.....	المبحث الثالث حالات البتر Amputation cases
84.....	2.3.1 تمهيد:

85	2.3.2 تعريف البتر:
85	2.3.3 حالات البتر:
86	2.3.4 أسباب البتر:
89	2.3.5 أنواع البتر:
91	2.3.6 عملية التأهيل لحالات البتر:
94	2.3.7 خبرات البتر الصادمة والتكيف:
95	2.3.8 الصدمة والتكيف الجماعي:
96	2.3.9 العوامل المؤثرة على التكيف النفسي والاجتماعي لدى حالات البتر:
97	2.3.10 التكيف والصحة النفسية:
99	2.3.11 المتغيرات المؤثرة في نتائج ما بعد البتر:
100	2.3.12 الصورة الذهنية عند حالات البتر:
101	2.3.13 صورة الجسم:
102	2.3.14 دور الأطراف الإصطناعية:
104	2.3.15 تعقيب:
105	الفصل الثالث الدراسات السابقة
106	3.1 تمهيد:
106	3.2 دراسات تناولت وهم الأطراف وحالات البتر:
115	3.3 دراسات تناولت الانفعالات النفسية (الغضب، الخجل، القلق):
129	3.4 تعقيب على الدراسات السابقة:
136	3.5 ما يميز هذه الدراسة عن غيرها من الدراسات:
137	3.6 فرضيات الدراسة:
138	الفصل الرابع إجراءات الدراسة
139	4.1 تمهيد:
139	4.2 منهج الدراسة:
139	4.3 مصادر المعلومات:
140	4.4 مجتمع الدراسة:
140	4.5 عينة الدراسة:
141	4.6 وصف الخصائص والبيانات الشخصية لأفراد العينة:
143	4.7 أدوات الدراسة:
143	4.8 خطوات بناء أدوات الدراسة:

144.....	4.9 صدق وثبات مقاييس أدوات الدراسة "Validity":
148.....	4.10 الصدق البنائي: "Structure Validity"
148.....	4.11 ثبات مقياس السمات الشخصية: "Reliability"
149.....	4.12 المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة:
150.....	4.13 خطوات الدراسة:
150.....	4.14 صعوبات الدراسة:
152	الفصل الخامس تحليل نتائج الدراسة وتفسيرها
153.....	5.1 تمهيد:
153.....	5.2 المحك المعتمد في الدراسة:
154.....	5.3 النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة وفرضياتها:
182.....	5.4 تعقيب عام على نتائج الدراسة:
184.....	5.5 توصيات الدراسة:
185.....	5.6 دراسات مقترحة:
189	المصادر والمراجع
211	الملاحق

فهرس الجداول

- جدول (4.1): يوضح توزيع وتصنيف مجتمع الدراسة في قطاع غزة 140
- جدول (4.2): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب الجنس 141
- جدول (4.3): يوضح الفئات العمرية لأفراد عينة الدراسة 141
- جدول (4.4): يوضح مكان البتر بالجسم لأفراد عينة الدراسة 142
- جدول (4.5): يوضح مدة البتر لأفراد عينة الدراسة 142
- جدول (4.6): يوضح سبب البتر لدى أفراد عينة الدراسة 142
- جدول (4.7): يوضح الحالة الاجتماعية لأفراد عينة الدراسة 143
- جدول (4.8): يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس 145
- جدول (4.9): يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس 147
- جدول (4.10): يوضح معامل الارتباط بين درجة كل مقياس من مقاييس الأداة والدرجة الكلية للأداة 148
- جدول (4.11): نتائج معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لمقاييس الأداة 149
- جدول (5.1): يوضح المحك المعتمد في الدراسة 154
- جدول (5.2): يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والقيمة الاحتمالية لمستوى وهم الأطراف 154
- جدول (5.3): يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والقيمة الاحتمالية لأبعاد مستوى الانفعالات النفسية. 155
- جدول (5.4): نتائج اختبار " بيرسون " للعلاقة بين وهم الأطراف والانفعالات النفسية 157
- جدول (5.5): نتائج اختبار T للعينتين المستقلتين (Independent Samples T Test) للتعرف على الفروق مستوى وهم الأطراف لدى حالات البتر تُعزى لمتغير الجنس 158
- جدول (5.6): نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للتعرف على الفروق في مستوى وهم الأطراف لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير العمر 159
- جدول (5.7): نتائج LSD للمقارنات الثنائية 160
- جدول (5.8): يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للتعرف على الفروق في مستوى وهم الأطراف لدى حالات البتر تُعزى لمتغير مكان البتر 161

- جدول (5.9): نتائج LSD للمقارنات الثنائية 161
- جدول (5.10): يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للتعرف على الفروق في مستوى وهم الأطراف لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير مدة البتر 162
- جدول (5.11): نتائج LSD للمقارنات الثنائية 163
- جدول (5.12): يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للتعرف على الفروق في مستوى وهم الأطراف لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير سبب البتر 164
- جدول (5.13): نتائج LSD للمقارنات الثنائية 164
- جدول (5.14): يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للتعرف على الفروق في مستوى وهم الأطراف لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية 165
- جدول (5.15): نتائج LSD للمقارنات الثنائية 165
- جدول (5.16): نتائج اختبار T للعينتين المستقلتين (Independent Samples T Test) للتعرف على الفروق مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات البتر تُعزى لمتغير الجنس 167
- جدول (5.17): نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للتعرف على الفروق في مستوى الانفعالات النفسية (الغضب، الخجل، القلق) لدى حالات البتر تُعزى لمتغير العمر 168
- جدول (5.18): نتائج LSD للمقارنات الثنائية 169
- جدول (5.19): نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للتعرف على الفروق في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات البتر تُعزى لمتغير مكان البتر 171
- جدول (5.20): نتائج LSD للمقارنات الثنائية 172
- جدول (5.21): نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للتعرف على الفروق في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير مدة البتر 174
- جدول (5.22): نتائج LSD للمقارنات الثنائية 174
- جدول (5.23): نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للتعرف على الفروق في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير سبب البتر 176
- جدول (5.24): نتائج LSD للمقارنات الثنائية 177
- جدول (5.25): نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للتعرف على الفروق في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات البتر تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية 179
- جدول (5.26): نتائج LSD للمقارنات الثنائية 180

فهرس الأشكال والرسوم التوضيحية

شكل (2.1): يوضح متغيرات الدراسة 12

فهرس الملاحق

- ملحق (1): قائمة بأسماء السادة المُحكَمين 212
- ملحق (2): رسالة تسهيل مهمة 213
- ملحق (3): الصورة الأولى لمقياس وهم الأطراف (للمحكَمين) 214
- ملحق (4): يوضح مقياس الانفعالات النفسية الصورة الأولى (للمحكَمين) 216
- ملحق (5): الصورة النهائية لمقياس وهم الأطراف والانفعالات النفسية 219

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1.1 المقدمة:

عَرَفَت البشرية ذوي الإعاقة مُنذُ أن وُجِدَ الإنسان على هذه الأرض، وهي ظاهرة قديمة ومستمرة، في كافة المجتمعات المتقدمة والمتخلفة على حدٍ سواء، حيث لا يخلو أي مجتمع من وجود أفراد لديهم نقص معين في الجوانب الحياتية، غير أن نظرة المجتمعات إلى ذوي الإعاقة ورعايتهم اختلفت من عصر إلى آخر، كما اختلفت المجتمعات في أوجه تقديمها للخدمات النفسية والتأهيلية.

وتترك الحروب آثاراً متعددة على جميع مناحي الحياة ومن أهم هذه الآثار الإعاقات "حيث تعد الإعاقة مشكلة قديمة ومستمرة بدأت منذ وجد الإنسان، ولقد أخذت صوراً وأشكالاً وأحجاماً مختلفة عبر تاريخها الطويل ولأن الإعاقة لا تفرق بين مجتمع وآخر لذلك فقد أولت الشرائع السماوية وفي مقدمتها الدين الإسلامي اهتماماً بالضعفاء والمرضى والعاجزين فمكنتهم من تحقيق أهدافهم في التعليم والثقافة والتكافل الاجتماعي" (الشمري، 2002م، ص2).

ويرى الباحث أن العجز الجسمي مشكلة إنسانية اجتماعية ذات أبعاد متعددة، ومتداخلة، منها الطبي والنفسي والاجتماعي والتأهيلي، وكانت أول حالة بتر هي حالة معاذ بن عمرو بن الجموح في معركة بدر الكبرى. وأول امرأة قاتلت وقطعت يدها هي نسيبة بنت كعب الأنصارية في معركة حديقة الموت، حيث هاجمت مسيلمة الكذاب في عقر مقره وضربها حارسه وقطع يدها. وقد تزايدت أعداد ذوي الاحتياجات الخاصة في العصر الحديث رغم ما شهده ميدان الطب من تقدم كبير؛ وذلك نتيجة عوامل التلوث والأوبئة والكوارث والحروب التي خلّفت أعداداً كبيرة منهم، ممن يعانون من عجز أو إصابة أدت إلى بتر جزئي أو كلي من أطرافهم حرمتهم من استخدام أجسامهم بشكل طبيعي.

"ومن الإعاقات التي تواجه مشاكل حساسة ومعقدة، حالات البتر، وما يصاحبها من فقدان العضو، حيث تُعطل حواس الفرد، ويعجز العضو عن القيام بوظائفه؛ مما يشكل مشكلة ثلاثية جسمية، ونفسية، واجتماعية، تؤثر على الفرد، وعلى محيطه الذي يعيشه؛ حيث تخلق لديه صدمة انفعالية تؤدي به إلى حالة من اليأس والمعاناة" (حنا، 1997م، ص209).

ويرى الباحث أنّ البتر من الإعاقات الجسدية المرتبطة بالحركة، والتي لها صفة الدوام، و تؤثر على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية، سواء كان ذلك التأثير كلياً أو نسبياً. ويُعد البتر حالة من العجز يفقد الفرد فيها أحد أطرافه كلها أو بعضها وقد يكون ذلك خلقياً أو نتيجة الحوادث أو الحروب، أو جراحياً لتفادي خطورة بعض الأمراض التي تستلزم عملية البتر. وقد ركزت العديد من الدراسات والأبحاث الأجنبية على وهم الأطراف مثل دراسة ستريت وآخرون (Streit F, others, 2015)، و دراسة كاتلان وآخرون (Catalan M, Others, 2014)، و دراسة نسيم وآخرون (Nasim, others, 2010).

"ويتعايش نحو 15% من سكان العالم مع شكل ما من أشكال العجز، منهم 2% إلى 4% ممن يواجهون صعوبات كبيرة في القيام بوظائفهم العادية. وقد بلغت معدلات انتشار العجز على الصعيد العالمي مستويات تفوق التقديرات السابقة التي أجرتها منظمة الصحة العالمية"

(موقع منظمة الصحة العالمية، 2016م)

"إن ذوي الإعاقة هم أحد فئات المجتمع التي لا بد من الاهتمام بهم، وتأهيلهم التأهيل الأنسب، والحرص الدائم على الوصول إلى استراتيجيات وطنية شاملة تخدم التطور الحضاري، وتحد من التهميش الاجتماعي والبطالة، وتساهم في التنمية البشرية الشاملة والدائمة" (دائرة الإحصاء المركزية، 2014م، ص 20).

وحالات البتر لديهم عدد كبير من المخاوف النفسية والاجتماعية التي تحتاج إلى معالجة، كذلك توفير الرعاية الشاملة بصورة أفضل، ولا بد من توعية كلاً من المجتمع، ومقدمي الرعاية الصحية والأسرة للاحتياجات النفسية والاجتماعية الإضافية لمبتوري الأطراف (Bhutani S, Others, 2016, p.9).

لذلك يرى الباحث أنّه يجب تسليط الضوء على حالات البتر والتي تحتاج إلى رعاية وعناية من ساعة الإصابة وبعدها من متابعة سريرية، ونفسية، واجتماعية، حتى يستطيع المصاب أن يعود بما تبقى له من قدرات إلى ممارسة حياته الطبيعية كأى فرد في المجتمع.

كما ويؤدي البتر إلى حدوث صدمة انفعالية شديدة، ينشأ عنها شعور عام بالخسارة باعتبار أن مبتور الأطراف فقد عضوا مهما من جسده فيبدأ يغير مفهومه عن ذاته بإنشاء أفكار جديدة تظهر لديه (علوان، 2006م، ص 273).

ومما لا شك فيه أن الفئات الاجتماعية التي تواجه مشاكل معقدة، وحساسة في مختلف المجتمعات هي فئة المعاقين، حيث إنّ الإعاقة عموماً والبتر خصوصاً يُمثل مشكلة جسمية،

اجتماعية، ونفسية، تؤثر على الأفراد، وعلى محيطهم، وبالتالي يُترك الفرد مع تسلسل من الأفكار يتولد عنها غالباً معاناة قد تصل لدرجة الاضطراب. ويشمل هذا الاضطراب نموذجاً أشمل يتكون من الأبعاد البيولوجية، والنفسية، والاجتماعية، تدخل في إطار النموذج الذي يُسمى النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي (psychosocial-Bio-model)، وتكون الأبعاد الثلاثة منظومة يؤثر كل منهما في الآخر (الليل، 1998م، ص45).

ويشير الباحث إلى أنّ وهم الأطراف الناتج عن حادث البتر للشخص يؤدي إلى تأثيرات وتغيرات انفعالية تنعكس على صحته النفسية وتكيفه الشخصي والاجتماعي، مما قد يسبب أحياناً لديه فقدان الشعور بالطمأنينة والأمن، ويسهم في زيادة شعوره بالعجز، والقصور، والاختلاف عن الآخرين.

ويجب على الأطباء الاكلينكيين رصد مبتوري الأطراف على مدى فترة زمنية أطول في المرحلة الأولى بعد الجراحة. ومن الأهمية بمكان تقييم القلق والتدخلات التي تستهدف المعتقدات والأفكار المتعلقة بالمظهر، والتي قد تكون ذات فائدة لهذه الفئة من الحالات. (Atherton R & Robertson N, 2005, p. 1201-1209)

وتمثل الصدمات النفسية (16%) من عبء المرض الإجمالي في العالم، مما يجعلها سبباً رئيسياً للوفيات والأمراض وخاصة في الدول النامية (Bhutani S, Others, 2016, p.9) والاضطرابات الانفعالية هي السبب الرئيسي للعجز في جميع أنحاء العالم، وتسبب هذه الاضطرابات العديد من المشكلات النفسية مثل الغضب، الاكتئاب، واضطراب ما بعد الصدمة الذي يرجع إلى التغيرات الهرمونية والعصبية (Gu, 2016, p. 6).

ومن هذه الانفعالات: الغضب، الخجل، و القلق، وهذا ما تحاول الدراسة أن تسلط الضوء عليه من خلال فصول الدراسة بدءاً بالفصل الأول والذي يتحدث عن: أهداف الدراسة وتساؤلاتها. وبذلك يعد موضوع وهم الأطراف وعلاقته بالانفعالات النفسية لحالات البتر من الدراسات النادرة، والذي لا ينبغي إغفاله، و يتوجب إدراجه ضمن التفسيرات الوصفية والتحليلية في دراسات نوعية قليلة في مرحلتي الماجستير والدكتوراه، ولهذا المفهوم الحق بل والأولوية حيث أنه يظهر على السطح ويبرز بين الدراسات النفسية أسوة بباقي المفاهيم العلمية الأخرى التي تلقى اهتماماً بالغاً في مجال الدراسات النفسية والترىوية في وقتنا الحالي.

1.2 مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

كون الباحث من المختصين في مجال تأهيل وتدريب ذوي الإعاقة، وفي مجال الإرشاد والتوجيه النفسي، وهو أحد أفراد المجتمع الأصلي المكلوم، وقد تعرض الباحث كبقية إخوان له من قِبَل الاحتلال الصهيوني لانفجار أدى إلى بتر في كف يده اليمنى، ورغم ذلك فقد أثر إلا وأن يقوم بمتابعة هذه العينة والوقوف عن كثب لما يعانيه من خلل جسمي، ونفسي، وتحديدًا ظاهرة وهم الأطراف، وما يترتب بها من انفعالات نفسية ومن أهمها: (الغضب، الخجل، القلق)، وهذا الواقع جعل من المهم دراسة وهم الأطراف لحالات البتر في ظل عدم توفر قاعدة بيانات متكاملة عن هذه الظاهرة، ومدى تأثير المتغيرات الانفعالية المختلفة على هذه العينة في قطاع غزة. ومن هنا جاءت فكرة الدراسة الحالية والتي تتمثل مشكلتها في السؤال الرئيس التالي:

ما علاقة وهم الأطراف بالانفعالات النفسية لحالات البتر؟

وينبثق عن السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

- 1- ما مستوى وهم الأطراف لدى حالات البتر؟.
- 2- ما مستوى الانفعالات النفسية (الغضب، الخجل، القلق) لدى حالات البتر؟.
- 3- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين وهم الأطراف والانفعالات النفسية (الغضب، الخجل، القلق) لدى حالات البتر؟.
- 4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في وهم الأطراف تُعزى للمتغيرات الديموغرافية (الجنس، العمر، مكان البتر، مدة البتر، سبب البتر، الحالة الاجتماعية) لدى حالات البتر؟.
- 5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في الانفعالات النفسية تُعزى للمتغيرات الديموغرافية (الجنس، العمر، مكان البتر، مدة البتر، سبب البتر، الحالة الاجتماعية) لدى حالات البتر؟.

1.3 أهداف الدراسة:

- تهدف إلى الإجابة على تساؤلات الدراسة وذلك للتعرف على علاقة وهم الأطراف بالانفعالات النفسية لحالات البتر.
- التعرف على مستوى وهم الأطراف لدى حالات البتر.

- التعرف على مستوى الانفعالات النفسية (الغضب، الخجل، القلق) لدى حالات البتر.
- الكشف عن العلاقة بين وهم الأطراف والانفعالات النفسية (الغضب، الخجل، القلق) لدى حالات البتر.
- معرفة الفروق بين وهم الأطراف و المتغيرات الديموغرافية (الجنس، العمر، مكان البتر بالجسم، مدة البتر، سبب البتر، الحالة الاجتماعية) لدى حالات البتر.
- معرفة الفروق بين الانفعالات النفسية (الغضب، الخجل، القلق) وعلاقتها بالمتغيرات الديموغرافية (الجنس، العمر، مكان البتر بالجسم، مدة البتر، سبب البتر، الحالة الاجتماعية) لدى حالات البتر.

1.4 أهمية الدراسة:

تتبع أهمية هذه الدراسة كونها الدراسة الأولى التي تبحث في موضوع وهم الأطراف وعلاقته بالانفعالات النفسية لحالات البتر في فلسطين - في حدود علم الباحث - كذلك من أهميتها في التخفيف من أعراض الغضب، والخجل، والقلق. من خلال بيان الأساليب والتقنيات العلاجية، إضافة إلى تعزيز القدرة على ضبط النفس وبالتالي التأثير الإيجابي على اتجاهات الأفراد نحو ذواتهم ونحو الآخرين، مما يساعدهم على النمو النفسي والاجتماعي السوي. كما تُعد هذه الدراسة من الدراسات العربية النادرة في هذا المجال، فلم يجد الباحث إلا القليل من هذه الدراسات التي أجريت في المجتمعات الغربية والعربية على فئة حالات البتر، لذلك فإن هذه الدراسة لها أهمية كبيرة على الجانبين النظري والتطبيقي موضحة فيما يلي:

أولاً/ الأهمية النظرية:

- 1- طبيعة الموضوع الذي تتناوله الدراسة وهو وهم الأطراف وعلاقته بالانفعالات النفسية لحالات البتر حيث تفتقر البيئة الفلسطينية إلى مثل هذه الدراسات التي تناولت مثل هذا الموضوع، وذلك في حدود علم الباحث.
- 2- تُمثل هذه الدراسة إسهاماً جديداً في إثراء المكتبات العلمية في فلسطين، والوطن العربي، وذلك نظراً لندرة الدراسات المشابهة في حدود علم الباحث.
- 3- إلقاء الضوء على التغيرات الانفعالية لدى حالات بتر الأطراف، والتركيز على الجوانب الشخصية، لما لهذه الفئة من خصوصية وأهمية تتعلق ببرامج تأهيل إرشادية ومجتمعية.

ثانياً/ الأهمية التطبيقية:

- 1- توجيه أنظار الباحثين إلى دراسة مثل هذا الموضوع، وموضوعات جديدة لمواكبة التطور المعرفي والعلمي في ميدان علم النفس والصحة النفسية المجتمعية.
- 2- يأمل الباحث أن يستفيد الدارسون، والباحثون، والمهتمون بفئة مبتوري الأطراف الذين يعانون من وهم الأطراف من نتائج هذه الدراسة، والانطلاق من هذه النتائج لموضوعات جديدة.
- 3- أن يستفيد الأخصائيين النفسيين من هذه الدراسة في وضع برامج إرشادية وتأهيلية فعالة لمساعدة مبتوري الأطراف في تخطي أزماتهم بعد التعرف على متطلباتهم واحتياجاتهم النفسية والاجتماعية.
- 4- الاهتمام بقدرات وإمكانات مبتوري الأطراف واستثمارها في المجتمع الفلسطيني.

1.5 مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية:

- وهم الأطراف:

عرفه "أندريو" (Tobin): "بأنه الزوائد الشبحية (النهايات العصبية) التي تُرصد بشكل مؤلم مكان البتر وهذا الألم ناتج من الارتباك في خريطة الدماغ عن الجسم" (Tobin, 2014, p 3).

- تعريف الباحث:

هو إحساس الذين بترت، أو فقدت أطرافهم، أنّ أطرافهم المبتورة، أو المفقودة، لا تزال تلتصق بالجسم، وتتحرك بشكل مناسب مع أجزاء أخرى من الجسم.

- **التعريف الإجرائي:** هي الدرجة التي يحصل عليها المفحوصين في مقياس وهم الأطراف المُعد في هذه الدراسة.

- الانفعالات النفسية:

هي: "حالة جسميّة نفسيّة تائّرة، أو حالة من الاهتياج العام تفصح عن نفسها في شعور الفرد وجسمه وسلوكه ، ولها القدرة على حفزه على النشاط ، وبذا يكون الفزع والهلع من الانفعالات" (راجع، 1999م، ص122).

- تعريف الباحث:

هو اضطراب غير منتظم يشمل الفرد كله، ويؤثر في سلوكه، وخبرته الشعورية، ووظائفه الفسيولوجية، وفي جميع أنشطته التي يقوم بها، سواء كانت أوجه نشاط نفسية، أو اجتماعية؛ بمعنى أنها حالة عدم اتزان نفسي وفسيولوجي، وهو ينشأ في الأصل عن مصدر نفسي.

- **التعريف الإجرائي:** هي الدرجة التي يحصل عليها المفحوصين في مقياس الانفعالات النفسية المُعد في هذه الدراسة.

البتر:

والتعريف يتبناه الباحث في دراسته الحالية:

هو ازالة جزء من الجسم ويأخذ نمطين: بتر جراحي، وبتر صدمي.

(Ruth wittman–Price,et al.2013,p.186)

وفي تعريف موسوعة الصحة العليا: "البتر هو استئصال جراحي مقصود لأحد أطراف أو جزء من الجسم، يتم من خلالها تنفيذ إزالة الأنسجة المصابة لتخفيف الألم".

(Encyclopedia of Senior Health, 2009)

حالات البتر:

"هم الأشخاص الذين فقدوا أحد أطرافهم أو أكثر ونتج عنه إعاقة حركية أثرت على أدائهم لأدوارهم مما يتطلب تأهيلهم مهنيًا، واجتماعيًا، ونفسيًا" (توفيق، 1995م، ص113).

- حدود الدراسة:

- **الحد الموضوعي:** تتحدد الدراسة الموضوعية من خلال كشف العلاقة بين وهم الأطراف و الانفعالات النفسية (الغضب، الخجل، القلق) لدى حالات البتر.

- **الحد البشري:** اختار الباحث (150) حالة (ذكور وإناث) من الأشخاص الذين تعرضوا لحوادث أدت لبتر في أجزاء مختلفة من الجسم (علوي، سفلي، علوي وسفلي معاً) ، جزاء الحوادث والحروب والأمراض.

- **الحد المكاني:** تم إجراء هذه الدراسة على حالات بتر الأطراف في قطاع غزة.

- **الحد الزمني:** تم تطبيق أدوات الدراسة الحالية خلال عام (1437هـ-2016م).

ولمعالجة هذا الموضوع اتبع الباحث الخطة التالية: قام بتقسيم الدراسة إلى جانبين: جانب نظري، وآخر تطبيقي، وقبلهما فصل مدخل الدراسة؛ الذي يحتوي على إشكالية الدراسة وفرضياتها، ثم أهمية وأهداف الموضوع، تليها دوافع اختيار الموضوع، وأخيراً حدود الدراسة.

أما الجانب النظري فقد جاء في الفصل الثاني، وتكون من مبحثين، المبحث الأول خصص لوهم الأطراف (Phantom limbs)، وقد تمّ التطرق من خلاله إلى: تمهيد، تعريف ظاهرة وهم الأطراف (لغة، واصطلاحاً، تعريف الباحث، والتعريف الإجرائي)، تعقيب الباحث على تعريفات وهم الأطراف، تفسيرات ظاهرة وهم الأطراف (الطرف الشبح)، كيف تتشكل هذه الظاهرة وعلاقتها بالألم الوهمي، ومسببات الألم الوهمي، الآثار النفسية التي تلي حدوث ظاهرة الألم الوهمي، النظريات المفسرة لوهم الأطراف، نهاية بخلاصة خاصة للمبحث بتعقيب الباحث.

أما المبحث الثاني في الفصل الثاني فقد تمّ التعرف على الانفعالات النفسية من خلال: تمهيد، تعريف الانفعالات النفسية (لغة، واصطلاحاً، تعريف الباحث، التعريف الإجرائي)، تعقيب الباحث على تعريفات الانفعالات النفسية، أنواع الانفعالات النفسية، أسباب ومصادر الانفعالات النفسية، النظريات المفسرة للانفعالات النفسية، وقد تناول الباحث ثلاثة انفعالات نفسية لأهميتها، وارتباطها بعينة الدراسة "حالات البتر"، وهي: الغضب، الخجل، القلق، وما تشتمل عليه من مفاهيم، وأسباب، والنظريات النفسية المفسرة لها، وبيان المنظور الإسلامي لهذه الانفعالات، نهاية بتعليق عام على النظريات النفسية المفسرة للانفعالات النفسية.

ثمّ ينتهي هذا الفصل بالمبحث الثالث الذي يتحدث عن "حالات البتر" وذلك من خلال تناول الباحث للموضوعات التالية: تقديم، تعريف البتر (لغة، واصطلاحاً، وتعريف الباحث)، مفهوم البتر، وتعريفاته، وأسبابه، ومن ثمّ التطرق للإعاقة الحركية المترتبة على عملية البتر في الأطراف، أنواع الخدمات التأهيلية المقدمة لذوي حالات البتر، العوامل المؤثرة على التكيف النفسي، والاجتماعي لدى حالات البتر، المتغيرات المحددة لنتائج ما بعد البتر، الأطراف الاصطناعية، ويختم الباحث بخلاصة على ما جاء في هذا المبحث.

أما الفصل الثالث فقد استعرض فيه الباحث الدراسات السابقة، وقد قسمها الباحث إلى ثلاثة عناصر وهي: الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت وهم الأطراف، الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت الانفعالات النفسية (الغضب، الخجل، القلق)، ومن ثمّ التعقيب على هذه الدراسات، وربطها بموضوع الدراسة الحالية من حيث: أوجه الاتفاق، والاختلاف، وما أضافته الدراسة الحالية إلى المكتبة العلمية، ثم صعوبات الدراسة، ويليها الفروض.

أما الجانب التطبيقي فتكون من فصلين: الأول وهو الفصل الرابع جاء بعنوان الإجراءات المنهجية للدراسة وتم التطرق فيه بعد التمهيد إلى: منهج الدراسة، مجتمع الدراسة، عينة الدراسة، أدوات الدراسة، الأساليب الإحصائية المستخدمة، خطوات إجراء الدراسة نتائج الدراسة. أما الفصل الخامس والأخير من الجانب الميداني تعلق بمناقشة فرضيات الدراسة وتفسير النتائج العامة من خلال تمهيد ثم مناقشة فرضيات الدراسة كل واحدة على حدة، ثم تفسير النتائج العامة، لتكون متبوعة بخاتمة للدراسة، والتوصيات، والمقترحات ثم قائمة المراجع، والملاحق الخاصة بموضوع الدراسة.

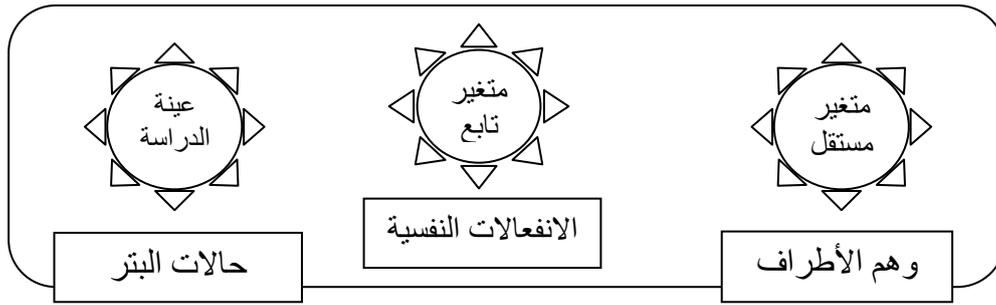
الفصل الثاني الإطار النظري

الفصل الثاني

الإطار النظري

- تقديم:

استعرض الباحث في هذا الفصل متغيرات الدراسة والتي تشتمل على متغيرين أساسيين وهما: المتغير المستقل ويتمثل في وهم الأطراف وموضحاً من خلال المبحث الأول، والمتغير التابع ويتمثل في الانفعالات النفسية وموضحاً من خلال المبحث الثاني. كما تناول الباحث أيضاً الفئة المستهدفة ألا وهي عينة الدراسة متمثلة في حالات البتر وموضحة من خلال المبحث الثالث. ويوضح الشكل (2.1) متغيرات الدراسة.



شكل (2.1): يوضح متغيرات الدراسة

المبحث الأول وهم الأطراف (Phantom limbs)

2.1.1 تمهيد:

إنَّ أشكال ومظاهر الإعاقة تمر بثلاث مراحل: الخلل (impairment) ومن ثم العجز (disability) وأخرها الإعاقة (handicap)، والتي يُمكن أن تُصيب الإنسان سواء في مراحل تكوينه الأولى أو تلك التي يُمكن أن تنتج بسبب الحروب أو الحوادث البيئية، أو الأمراض، لذلك فهي تتطلب من المجتمعات التركيز على جوانب تأهيله حتى لا يتحول العجز إلى إعاقة تحول وتمنع الإنسان من أن يعيش حياة طبيعية، ومن أن يستفيد مما تبقى له من قدرات وإمكانيات في أداء وظيفة مناسبة؛ تحقق له ذاته، وتجعله إنساناً قادراً على العطاء بدلاً من أن يكون عالة على المجتمع وقوة معطلة فيه. ومن هذه المظاهر ظاهرة وهم الأطراف (Phantom limbs) والتي تناولها الباحث من خلال هذا المبحث من خلال التطرق إلى: تعريف وهم الأطراف (لغةً، واصطلاحاً، تعريف الباحث، التعريف الإجرائي)، تعقيب الباحث على تعريفات وهم الأطراف، النظريات المفسرة لوهم الأطراف، تعقيب الباحث على النظريات المفسرة لوهم الأطراف، التقنيات العلاجية، خلاصة المبحث.

أ- وهم الأطراف لغةً:

من الناحية الدوائية: "وهم الشخص بأن أحد أطرافه لا يزال موجوداً بعد البتر، يصاحبه أحياناً ألم يُطلق عليه (ألم الطرف الوهمي)" (Collins Corpus, 2014).

ويُعرّف من الناحية الطبية: "هو شعور صاحب الطرف المبتور كأنه موجود كجزء من الجسم بعد أن تمّ بتره. والإحساس غالباً ما يكون مؤلم من وجود مثل هذه الأطراف" (American Heritage, 2016).

ب- وهم الأطراف اصطلاحاً:

"الأحاسيس التي يتصورها الشخص في الطرف المبتور، وهي ناتجة من الأحاسيس العصبية التي تنتهي في الجذع، والذي يستمر بنقل رسائل مضللة إلى الدماغ" (Diagram Group, 2008).

كما عرفه "توبين" (Tobin): "أن الزوائد الشبكية (النهايات العصبية) التي تظهر بشكل مؤلم مكان البتر، وهذا الألم ناتج من الارتباك في خريطة الدماغ عن أعضاء الجسم" (Tobin, 2014, p 3).

ويقصد بـ«آلام الطرف الوهمي»، هي تلك التي يشعر بها الشخص مبتور الأطراف كما لو كانت ناجمة عن الطرف المبتور فعلياً، والتي تحدث عندما تقوم الخلايا العصبية في منطقة البتر بإرسال رسائل ألمية للمخ، وتسجل هذه الآلام بدرجة كبيرة عند حالات البتر، لكنها في ثلث هذه الحالات تستمر وتؤثر على جودة الحياة لدى المرضى الذين تعرضوا للبتر. (Catalan M, Others, 2014)

والبتر هو: إزالة جزء أو كل جزء من الجسم والجلد الذي يحيط بها، يمكن أن يحدث البتر بسبب حادث، أو التعرض لهجوم من حيوان، أو في ميدان المعركة، وكذلك يتم تنفيذ البتر أيضاً بإجراء العمليات الجراحية. وذلك لمنع انتشار الغرغرينا نتيجة مضاعفات هجمة الصقيع، والإصابة بمرض السكري، وتصلب الشرايين، أو أي مرض آخر يسبب خلل في الدورة الدموية، وكذلك يتم تنفيذ البتر أيضاً لمنع انتشار سرطان العظام وللحد من فقدان الدم والعدوى في الشخص الذي يعاني من ضرر لا يمكن إصلاحه شديد إلى أحد أطرافه. وعند الجراحين بإجراء عملية بتر وقطع عموماً من فوق المنطقة التالفة أو المصابة بحيث يبقى جزء من الأنسجة السليمة والعظام، بحيث تكون ملائمة فيما بعد لارتداء طرف صناعي.

(medterms medical dictionary,2016)

- تعريف الباحث:

هو إحساس الذين بترت، أو فقدت أطرافهم، أنّ أطرافهم المبتورة، أو المفقودة، لا تزال تلتصق بالجسم، وتحرك بشكل مناسب كما يرسمها الدماغ في صورة الجسم.

- **التعريف الإجرائي:** هي الدرجة التي يحصل عليها المفحوصين في مقياس وهم الأطراف المُعد في هذه الدراسة.

تعقيب الباحث على تعريفات وهم الأطراف:

يتضح من التعريفات السابقة أنّ الألم الوهمي (phantom limb pain)، أو ما سماه الباحث في هذه الدراسة "وهم الأطراف" هو شعور وهم يتشابه مع ما ينتاب الأشخاص في حال فقدان شخص عزيز؛ فيخيل لهم أنهم يسمعون صوت فقيدهم بعد أن توفي. ويرجح علماء

الأعصاب أن السبب وراء استمرار هذا الشعور الوهمي بالألم إلى أن التركيب العصبي للدماغ ما زال يعمل كما كان قبل البتر، فيرسل الدماغ إشارات إلى الطرف المبتور وكأنه موجوداً، ولأنه لا توجد تغذية أحاسيس راجعة من الطرف الذي بتر، فإن الدماغ يُكثف من إرسال إشارات العصبية إلى هذا الجزء وبالتالي يتكون توهم الألم وهو ما أطلق عليه الباحث في دراسته تسمية "وهم الأطراف".

وقد أشارت إلى هذا الموضوع " كريستين" بقولها: "إنَّ ظاهرة وهم الأطراف تعود إلى إحساس الدماغ بأن التركيب العصبي ما زال يعمل كما كان قبل البتر، فيرسل الدماغ إشارات إلى الطرف المبتور وكأنه موجود، ولأنه لا توجد تغذية أحاسيس راجعة من الطرف الذي بتر، فإن الدماغ يكثف من إرسال إشارات العصبية إلى هذا الجزء، وهذا التكتيف للإشارات ينتج عنه ظاهرة الشبح أو ألم الشبح ويصف العلماء الألم الناتج عن طرف الشبح بأنه ألم حارق أو تشنجي أو وخزي، ويمكن أن يتفاوت من كونه منقطعاً وخفيفاً إلى مستمر وعنيف" (Kristin, 2002, p. 33).

وبعد حدوث البتر ينتج احساس وهمي أو ألم وهمي في نهاية الطرف المبتور، من الممكن أن تكون مقلقة للغاية بالنسبة للأشخاص الذين لديهم بتر في الأطراف، وقد استُخدمت البحوث التي أجريت مؤخراً لمعالجة الظواهر الوهمية باجراء التجارب على الأطراف الوهمية. (MacLachlan M, Others, 2003, P. 59)

وقد ذكرت "جويل ويروس" (Joel & Bruce): "بأنَّ الدراسات تُعطي ما نسبته بين (50%) إلى (85%) من حالات البتر تعاني من آلام الأطراف الوهمية، وما بين (5%) إلى (10%) يعانون من آلام شديدة، ويشعر ما يقارب (5%) إلى (10%) من الأفراد ذوي الأطراف المبتورة بهذه الأحاسيس الوهمية" (Joel A. Delisa & Bruce M., 2004, p.520).

وتشير دراسة حديثة أن الألم الناجم قد يكون من تغيرات في الدماغ لدى مبتوري الأطراف، واضطراب في اللدونة غير القادرة على التأقلم كأساس عصبي للألم وهمي، وهذه النتائج تضيف معلومات قيمة عن إعادة تنظيم القشرية بعد البتر (Flor, Others, 2013).

والغالبية العظمى من هذه الأحاسيس تكون مؤلمة، وفي معظم الحالات يشعر هؤلاء الأشخاص بأن أطرافهم قَصُرَتْ، بل ويبدو لهم أنها في مواقف مشوهة ومؤلمة. حتى وقت قريب، كانت النظرية السائدة أن سبب الشعور بالأطراف الوهمية هو التهاب النهايات العصبية المقطوعة وتشكيلها لأورام عصبية ترسل الإشارات الكهربائية إلى مناطق الألم في الدماغ. وقد

أعدت العلاجات على أساس هذه النظرية ولكنها باءت بالفشل. ولكن لم يمر وقت طويل حتى ظهرت أبحاث جديدة أجريت على هذا النطاق لتؤكد من جديد هذه النظرية، رغم أن العلماء لم يتوصلوا بعد إلى تفسير قاطع لهذه الظاهرة، إلا أنه توجد أبحاث علمية أخرى تنسب هذا الأمر إلى تعديلات معقدة تحدث على مستوى الدماغ يسببها انعدام تيارات الإحساس من العضو المبتور" (Vaso A, Others, 2014, p 1384).

"وهم الأطراف" شكل لغزاً منذ فترة طويلة، و النظريات القديمة فسرت الظاهرة على انها جزء من عملية حداد في الذات بحسب التنظير الفرويدي لحالات البتر، وفي الوقت الحاضر، التفسير المعتاد هو أن الزوائد الوهمية - التي تُرصد بشكل مؤلم في مكان الطرف المبتور - ينتج نوع من الارتباك في خريطة الدماغ عن طبيعة الجسم (Tobin, 2014, p 5).

والألم المزمن هو عنصر ثانوي منتشر ويؤثر على العديد من حالات البتر، بالإضافة إلى غيرها من التحديات التي تفرضها طبيعة البتر، يمكن أن الألم يكون له عواقب وخيمة على الصحة والأداء، بما في ذلك احتمالات انخفاض العمل والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية. (Millstein, Others, 1985, p. 69)

2.1.2 تفسيرات ظاهرة وهم الأطراف (الطرف الشبح):

هذه الظاهرة الشائعة لدى ذوي البتر والتي يشعر الشخص فيها بوجود الطرف المبتور، ويتصرف على أساس وجودها؛ فقد ينزل من السرير معتمداً عليها، أو يمد يده لامسك شيء. وقد يتعدى ذلك بأن يشعر بآلام حادة في الطرف المبتور سواء ألم بالحرق، أو التشنجات، أو الالتهاب، وقد يشعر بالبرد، والحر، والبلل؛ كما لو كان الطرف الحقيقي موجود.

(موقع مجلة العلوم، 1999م)

- أهم التفسيرات:

1. ما يرجعه العلماء إلى أن الشبكات العصبية المسؤولة عن ادراك الجسد حسيا تكون مبنية داخل الدماغ كما يؤكدون على أن (70%) من الحالات نجد لديها الطرف الشبح.
2. وتفسر كريستين (2002) ظاهرة وهم الأطراف بأنها: "تعود إلى إحساس الدماغ بأن التركيب العصبي ما زال يعمل كما كان قبل البتر، فيرسل الدماغ إشارات إلى الطرف المبتور وكأنه موجود، ولأنه لا توجد تغذية أحاسيس راجعة من الطرف الذي بُتر، فإنّ الدماغ يُكثف من إرسال إشاراته العصبية إلى هذا الجزء، وهذا التكثيف للإشارات ينتج عنه

ظاهرة الشبح أو ألم الشبح. ويصف العلماء الألم الناتج عن طرف الشبح بأنه ألم حارق، أو تشنجي، أو وخزي. ويمكن أن يتفاوت من كونه متقطعاً، وخفيفاً إلى مستمر، وعنيف" (Kristin, 2002, p 33).

3. "غالبية مبتوري الأطراف ما زالت تشعُر أطرافهم المفقودة كما لو أنها لا تزال موجودة، ولقد أُجريت العديد من التجارب لمعرفة ماهية أحاسيس ألم الأطراف، وما هو أصل هذه الأحاسيس؟ وفي الوقت الحالي لا يوجد توافق واسع بين الباحثين إلا أنهم ذكروا أن ظاهرة الألم الوهمي للطرف يأتي من أعلى إلى أسفل، وهي تنجم عن فقدان المدخلات الحسية والتي تسببها اللدونة القشرية غير القادرة على التأقلم" (Vaso, 2014, p1384).

ويُفسر الباحث ظاهرة وهم الأطراف بأنها إحساس وهمي في النهايات العصبية للطرف المبتور عقب عملية أو حادث البتر، ناتج عن الصور والخبرات التي يحتفظ بها الدماغ عن أجزاء الجسم. وتُعتبر متلازمة الأطراف الوهمية إحساساً يتولد عند الأشخاص الذين بُترت أحد أطرافهم؛ حيث يحسون أنّ أطرافهم المبتورة لا تزال ملتصقة بأجسامهم، وتتحرك بشكل مناسب مع أجزاء أخرى من الجسم.

2.1.3 أعراض وهم الأطراف:

هو ألم يشمل ظاهرة معقدة لطائفة واسعة من الأعراض تتراوح من وخز إلى حرقان وحكة وألم. وخلال السنوات العشر الماضية حقق الباحثون تقدماً في عدد من الأعراض لتفسير ألم الأطراف الوهمية، ثلاثة من أبرز تلك الأعراض هي:

- 1) اللدونة غير القادرة على التأقلم: التغيرات غير القادرة على التأقلم في القشرة الحسية الأولية بعد البتر.
- 2) استقبال الحس العميق: صراع بين إشارة وردت من بتر في الساق والمعلومات التي تقدمها الرؤية حيث تعمل على إرسال الأوامر الحركية إلى الطرف المبتور.
- 3) الذاكرة والتخزين: ذكريات حية عن موقف أطرافهم التي برزت بعد البتر. (موقع ويكيبيديا، آخر تحديث يناير 2017م)
- 4) وفي (2009م) أجرى عالم العلاج الطبيعي لوريمر موسلي وبيتر بروجر Lorimer Moselely و Peter Broujir تجربة شارك فيها سبعة من مبتوري الأذرع، قام العالمان فيها بتشجيع المشاركين على تأدية حركات مستحيلة بأطرافهم الوهمية وذلك باستخدام صور مرئية للتحكم بالأطراف الوهمية و قد نجح أربعة أشخاص من السبعة المشاركين في تأدية

الحركات المستحيلة ، و تشير هذه الدراسة إلى أنه تم تغيير التمثيل العصبي في الدماغ لهذه الأطراف المبتورة فاستطاعوا تأدية حركات من المستحيل على أصحاب الأطراف الطبيعية تأديتها و ذلك في غياب ردود الفعل من الجسم ، و هذه التجربة توسع مفهومنا حول مرونة الدماغ و أن الدماغ قادر على تغيير نفسه لاحقاً عن طريق عمليات داخلية بحتة. (موقع ويكيبيديا، آخر تحديث يناير 2017م)

يمكن أن يكون هناك إدراك للألم دون استثارة النهايات العصبية، ويمكن أن يكون هناك ادراك للألم دون أن يكون مصدر لهذا الألم، ويمكن أن يسمع الانسان صوت جرس دون أن يكون مصدر لهذا الصوت، ولدينا دليل مادي وقاطع إلى هذا: الذين يفقدون جزءاً من أطرافهم عن طريق البتر، بعضهم يظل يشعر بالألم في مكان الجزء المبتور وكأنه موجود فعلاً، فإذا كانت قدمه اليمنى قد بترت فإنه يشعر بالألم صادر عن قدمه اليمنى رغم أنها غير موجودة، وبهذا يفقد تعريف الألم الشق الأول من التعريف وهو الاحساس الأساسي، ويبقى لدينا فقط الاستجابة للألم وخبرة الألم والمعاناة من الألم دون أن يكون هناك مصدر لهذا الألم (صادق، 1986م، ص 17-18).

2.1.4 التقنيات العلاجية:

- العلاجات الدوائية:

وتقتصر علاجات آلام الأطراف الوهمية عادة على مسكنات الألم العادية ومضادات الاكتئاب. ولا يحظى أصل هذه الآلام بقدر كاف من الفهم. وقد يكون هناك العديد من العوامل التي تؤدي إلى الألم، بما في ذلك تضرر النهايات العصبية الموجودة في منطقة البتر، و حدوث تغيرات في المناطق الدماغية المرتبطة بالطرف المبتور.

- العلاجات اللادوائية:

واستخدم فريق جامعة "أكسفورد" تقنية التصوير بالرنين المغناطيسي لدراسة كيفية ارتباط الألم الوهمي الذي يشعر به مبتورو الأذرع بالتغيرات الحاصلة في أدمغتهم. (موقع مجموعة نون العلمية، 2014م)

- العلاجات الجراحية:

وأجريت تجربة حالة المريض الذي يعاني من آلام وهمية منهكة في الطرفين السفليين على الرغم من وجود نظام الجهد المستمر (SCS)، عن طريق تركيب أذرع كربونية تحتوي على أسطوانات فوق الجلد بنهاية الطرف السفلي المبتور، من ثم توصيله مع نظام موجات

كهرومغناطيسية متواصل للتخفيف من آلام المريض، وبعد مرور سنة واحدة على هذه العملية، أفادت الحالة بحدوث تغطية أو حد من ألمه الوهمي في أطرافه السفلية.

(Bunch, Others,2014.p7)

ويوصى بعض الباحثين بعدم اعتماد العلاج بالمرآة كخيار أولي في معالجة وهم الأطراف، لعدم وجود مستوى أدلة كافي كمؤشر لنجاحته، وهناك حاجة لإجراء المزيد من الأبحاث لتقييم تأثير هذا العلاج على الألم الوهمي، والأطراف الاصطناعية، وصورة الجسم، وتوحيد معايير القياس البروتوكولية (5, p. Barbin, 2016).

"وحتى هذا الوقت لا يوجد شفاء تام من الألم الوهمي للأطراف، والطرق الطبية والجراحية لا تجلب سوى راحة مؤقتة، وأقل من (1%) من المستطلعين حققوا استفادة دائمة من خلال طرق العلاج المختلفة" (3, p. Modirian, others,2009).

وعند علاج مبتوري الأطراف، فإنه من الضروري أن يتعرف الأطباء ليس فقط التغيرات الجسدية المتعلقة بالبتير فقط، ولكن هناك أيضا سلسلة من بعض القضايا الاجتماعية، العاطفية والنفسية والاقتصادية التي لها تأثير على إعادة تأهيل المريض، التغيرات التي فرضتها طبيعة البتير، وهناك عدة أسباب لفقدان الأطراف، أو البتير، قد يكون هذا البتير بسبب الورم، خلقياً، الإصابات، المرض، أو العدوى التي قد تحدث دون أي إشعار مسبق أي فجائياً.

(Belon, Vigoda, 2014, p. 53)

2.1.5 تعقيب:

ومما سبق ذكره يستخلص الباحث أن وهم الأطراف يتشكل في صورتين مختلفتين ولكن مرتبطتين في مسار واحد، الصورة الأولى لوهم الأطراف تكون حسية و تتشكل في الدماغ وتلعب والنهايات العصبية المُستقبلات الحسيّة دوراً كبيراً في ترسيخ الاحساس بالطرف المبتور ، والصورة الثانية لوهم الأطراف تتشكل عن طريق الخبرات و الصور المُخزنة في الذاكرة بأن الطرف ما زال موجوداً - مع العلم بعدم وجوده واقعياً - ، و بالتوافق مع الصورة الأولى ينتج ما يسمى بالألم الوهمي الذي يظهر على شكل انفعالات نفسية تأخذ أشكالاً متعددة تحكمها درجة الصلابة النفسية لحالات البتر، ودرجة التكيف مع الطرف المبتور فيما بعد.

قد تقدمت التكنولوجيا ونظم المعلومات الخاصة بالحبلى الشوكي وعلم الأعصاب ولاقت تشجيعاً على مدى السنوات القليلة الماضية. ومع ذلك بعد مراجعة الأدبيات تبين عدم وجود حالات موثقة جيداً قد لاقت نجاحاً في العلاج من ألم الطرف الوهمي في النسخ والمجلدات من أنظمة المعلومات التي ذكرت سابقاً بهذا الشأن (Bunch, Others,2014.p7).

المبحث الثاني الانفعالات النفسية

2.2.1 تمهيد:

ينتج عن بتر الأطراف تغير في قدرة الشخص على الإحساس و قدرته على التعامل مع الأشياء مما يؤثر على التواصل و المشاركة الاجتماعية ، وذلك الفقد سوف يؤثر على الحالة الانفعالية، وتكون استجابة الشخص للبتز معقدة فهي تعتمد على طبيعة الإنسان وشخصيته ومعتقداته.

وإن حياة الانسان بدون انفعالات أو في ظل غيابها لا يكون فيها أي استقصاء للحقيقة، لذا فالإنسان اللامبالي أو عديم الاكتراث للواقع الموضوعي المحيط به، غير قادر على ممارسة دوره في الحياة بكل ثقة واقتدار وتحقيق ما يرنو إليه (بني يونس، 2004 م، ص 314).

عادة عندما يفقد الشخص الطرف يكون في حالة صدمة وعدم تصديق و في حالة فقدان الطرفين معاً يكون في حالة يأس. وعادة ما يصاحب الشخص مشاعر مؤلمة مختلفة مثل: الغضب، الإحساس بالذنب، الإنكار، فقدان الأمل، الخجل ، القلق وغيرها. وفي بعض الأحيان يعرض المريض هذه المشاعر على الأخصائي، فالأخصائي هنا لابد من مواجهتها عن طريق نقاشات مفتوحة مليئة بالصدق والاحترام والتعامل مع فريق عمل للتقليل من الحالات النفسية التي قد يتعرض لها. فالبتز لا يؤثر فقط على الوظائف الجسدية بل يؤثر أيضا على نظرتة المستقبلية و مدى ارتياح وتقبل المريض لحياته اليومي، وفي هذا المبحث سنتناول مفهوم الانفعالات النفسية كما عرفه بعض العلماء والباحثين في الميدان النفسي والاجتماعي ، كذلك وجهة النظر الاسلامية لمفهوم الانفعالات. وسنبحر في بعض الانفعالات النفسية الهامة والمصاحبة لحالات بتر الأطراف الناتجة عن الحوادث والحروب والأمراض المزمنة ، ألا وهي الغضب، الخجل ، القلق.

2.2.2 مفهوم الانفعالات النفسية:

2.2.2.1 التعريف اللغوي للانفعالات :

انفعال مفرد، والانفعال: تأثر مأخوذ من الفعل انفعل بمعنى. فقد عرّف مجمع اللغة العربية انفعال ومنفعل ب: "تأثر به انبساطاً وانقباضاً".

و يمكن أن نعرف الانفعالات في الاصطلاح: حالة تغيير أو تأثير نفسي تعترى المنفعل بفعل مؤثر.

تعرف الانفعالات بصورة عامة بأنها حالة شعورية حادة تنشأ من مصدر نفسي، ويصاحبها اضطراب قوي يتميز بحالة شديدة من التوتر والتهيج تنتاب الفرد كله وتعتري على سلوكه ووظائفه الفسيولوجية الداخلية، وتساهم في تشكيل خبراته الشعورية (محمود، 2001 م، ص 144).

كما أن للانفعالات أثر قوي في تحريض السلوك وتوجيهه أو إعاقته والتوقف عنه مثلما هي الحال بالنسبة للدوافع الفسيولوجية (الوقفي، 2003م، ص 17).

ويعرف راجح الانفعالات بأنها حالة جسميّة نفسيّة نائرة ، أو حالة من الاهتياج العام تفصح عن نفسها في شعور الفرد وجسمه وسلوكه ، ولها القدرة على حفزه على النشاط ، وبذا يكون الفزع والهلع من الانفعالات (راجح ، 1982م، ص 122).

ومن جهة أخرى يرى الباحث أن الانفعال يرتبط بجوانب الشخصية: كالجانب العقلي والجانب السلوكي والجانب الاجتماعي، وعلى ذلك يُعد الانفعال احد الأسس الهامة في بناء الشخصية فهو يعمل ببناءها بشكل ايجابي اذا تم ضبطه.

كما أنه ليس هناك شك بأن الانفعالات تعد أيضاً أحد الأسس الهامة في بناء الشخصية الإنسانية السوية، إذ تعمل على تحديد وتوجيه السلوك الإنساني ونمو الشخصية بكل ما تحمله من أفكار وعواطف واتجاهات وقيم، وبناء على ذلك فإن الجانب الانفعالي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بجوانب الشخصية الأخرى الجسمية والعقلية والاجتماعية، فبدون الانفعالات تصبح حياة الإنسان باردة بلا حراك فيها (الزعيبي، 2007م، ص 179).

ويقرر بيك (Beck , 2001) أن النظرية المعرفية تهتم اهتماماً بالغاً بالانفعالات لأن الإثارة الانفعالية تعد جزءاً جوهرياً فيما يحققه العلاج المعرفي، معتمداً على تغيير المعارف والأفكار التي أدت إلى هذه الإثارة الانفعالية، فالأفراد المكتئبون يكونون في حالة من الإثارة، ويناقشون موضوعات مثيرة للانزعاج، ولذا يجب إمدادهم بأسس قوية لإعادة البناء المعرفي، وتمثل المرونة في تشجيع الأفراد للتعبير عن انفعالاتهم دوراً مهماً لأنها تبعث على الانسجام وتسهل إدراك المريض للتفاعل بشكل إيجابي مع المعالج، حيث إن معظم تأثيرات العلاج تكون ذات صلة بتعطيل الأنشطة التلقائية للمعتقدات، والأفكار المختلة وظيفياً.

ولابد من الإشارة إلى أن الانفعالات تلعب دوراً رئيسياً في تكوين الإنسان النفسي . وكثير من الاضطرابات النفسية والعقد النفسية واضطرابات السلوك والاضطرابات الجسمية نفسية المنشأ (كالصداع وآلام البطن والضعف الجنسي) تجد تفسيرها في اختناق التعبير الانفعالي الصحيح والمناسب ، وفي الكبت المدمر للانفعالات الإنسانية الطبيعية ، وفي إلتواء التعبير الانفعالي الصحيح . ويقوم العلاج النفسي على بحث واستثارة الانفعالات المختلفة المرضية والتعرف عليها ثم التعبير عنها ومناقشتها دون خوف شديد أو قلق معطل ، وفي جو علاجي يسوده الأمان والطمأنينة . وهذا ما يعرف بالتبصر والوعي الذاتي الانفعالي والعقلي، وكل ذلك يساهم في إعادة التوازن النفسي للإنسان ويحفظ طاقاته النفسية دون تعطيل أو شلل (المالحي، 2012م، ص 46).

وقد قامت يونس (1985 م، ص 148) بتقسيم الانفعالات إلى :

- انفعالات ذات صفة عدوانية، مثل: الغضب والغيرة والكراهية والحقد.
- انفعالات ذات صفة مانعة أو معطلة، مثل: الخوف والقلق والفرع والضيق والندم.
- انفعالات سارة، مثل: الحب والحنان والبهجة والسرور.

وأيضاً قسم "Rogers" الإنفعالات إلى قسمين أساسيين:

- 1- المشاعر المؤلمة أو المقلقة ، تميل تلك المجموعة من المشاعر إلى مصاحبة الجهود وإشباع الحاجة.
- 2- المشاعر الهادئة أو السارة وتميل تلك المجموعة إلى مصاحبة إشباع الحاجة أو الخبرة السارة لذلك نرى أن المجموعة الأولى من المشاعر لها تأثير على تركيز السلوك نحو الهدف، فالخوف مثلاً يثير الكائن الحي باتجاه الهروب من الخطر في حين تركز الغيرة والمنافسة الجهود للتفوق على الآخرين ، وتختلف حدة هذه الإنفعالات وفقاً لمدى ارتباطها بالمحافظة على الذات وتحقيق النمو كما يدركها الفرد (حمزة، 2005م، ص 96).

وتقسم الانفعالات أيضاً من ناحية الأثر الذي تتركه في الفرد إلى: انفعالات سارة كالفرح والزهو، وانفعالات مكدره كالخوف والغضب (محمود، 2001 م، ص 144).

وأراد الباحث الوقوف قليلاً على بعض مشاهد الانفعالات التي وردت في القصص القرآني والسنة النبوية والتي تزخر بالكثير من هذه المواقف ، حيث يوضح (الأشقر، 1999م): إن

الخوف الذي أصاب موسى عليه السلام بعد قتله للقبطي وسماعه نبأ حكم فرعون بقتله وإعدامه ﴿فَأَصْبَحَ فِي الْمَدِينَةِ خَائِفًا يَتَرَقَّبُ﴾ والفرع الذي أصاب داود عليه السلام. حين دخل عليه رجلان لا يعرفهم، تسورا عليه بابه. ﴿إِذْ دَخَلُوا عَلَى دَاوُدَ فَفَزِعَ مِنْهُمْ قَالُوا لَا تَخَفْ﴾ ، والعبوس الذي بان على وجه نبيينا محمد صلى الله عليه وسلم في ملاقاته للأعمى ﴿عَبَسَ وَتَوَلَّى ۖ أَنْ جَاءَهُ الْأَعْمَى﴾ وغيرها من انفعالات الأنبياء، التي ذكرت في القرآن الكريم والتي تتنوع حسب المواقف التي تتفاعل معها النفس البشرية (الأشقر، 1999م، ص 99).

ويذكر دريدن وبوند (Dryden & Bond, 1996, p 28) أنه على الرغم من أن الاتجاه المعرفي يؤكد على تحديد الانفعالات السلبية، والمختلة وظيفيا واستنتاجاتها، إلا أنه لا يقترح تمييز الميكانيزمات المرتبطة بهذه الانفعالات، ويفترض أن محتوى الأفكار والمعتقدات هي الأساس في سلبية الانفعالات، واختلال الوظائف، حيث إن فكرة الفرد عن نفسه بأنه كفاء مثلا تجعله قادرا على التغلب على مشكلات الحياة، ومن ثم تكون انفعالاته إيجابية.

ويشير سدورو (Sdorow, 1995, p 13) إلى أن الاضطرابات النفسية تحدث للأفراد عن طريق المعتقدات السالبة عن الذات، والعالم، والمستقبل، وقد يلوم الأفراد أنفسهم ويميلون إلى المزيد من الأحداث السالبة، وتكون نظرتهم للمستقبل تشاؤمية، وذلك بالنظر إلى ظروفهم، وأساليبهم الخاطئة في التفكير، وبهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى تغيير مثل هذه المعتقدات ومعالجة الاضطرابات النفسية، والاحتفاظ بسجل يومي عن المعتقدات اللاعقلانية في محاولة تعديلها، مما يستوجب تعديل الانفعالات والسلوكيات المرتبطة بها.

ومن هنا نجد أن الله خلق الإنسان وزوده سبحانه بمجموعة من الانفعالات التي يستجيب بها لما يواجهه من مثيرات داخلية وخارجية، ومن الانفعالات القوية في حياة الإنسان انفعال الغضب، الذي يساعد الفرد على الاستجابة لكل ما يدركه من مثيرات تهدد ذاته أو تعرض ما يتعلق به للخطر، فانفعال الغضب يساعد الفرد في المحافظة على كل ما يتعلق به أو يعطيه قيمة في حياته ابتداء من دينه وعقيدته ونفسه وعقله وعرضه وانتهاء بممتلكاته الشخصية والمادية. (الشناوي والدماطي، 1993 م، ص 7).

2.2.3 جوانب الانفعالات :

(1) جانب شعوري ذاتي:

هذا الجانب يخبره الشخص المنفعل ويمكن دراسته عن طريق التأمل الباطني .

و يتأثر إدراك الشخص للموقف بعوامل خارجية موضوعية وعوامل داخلية ذاتية .
والموقف الذي يثير الانفعال قد يكون: منبهاً خارجياً، أو منبهاً داخلياً مثل التذكر والتوقع .
(2) جانب خارجي ظاهر :

يشمل مختلف التعبيرات والأوضاع والألفاظ ونبرات الصوت ،وهذا هو ما يحكم من خلاله عادة على سلوك الآخرين .

(3) جانب فسيولوجي داخلي :

أ) تغيرات تحدث في الدورة الدموية :

- تزداد سرعة نبضات القلب ،مما يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم .
- تنقبض الأوعية الدموية في الأحشاء الداخلية وتوسع في الأطراف والجلد ،مما يؤدي لاندفاع الدم للأطراف وإلى احمرار الوجه .

ب) التغيرات في الأحشاء :

يقل إفراز العصارة المعدية أو ينعدم تماماً مما يؤدي إلى عسر الهضم لدى المنفعل .
(ج) التغيرات في الغدد :

- زيادة نشاط الغدد العرقية مما يؤدي لزيادة إفراز العرق .
- انخفاض نشاط الغدد اللعابية مما يؤدي إلى جفاف الحلق .
- زيادة نشاط الغدتين الكظريتين مما يؤدي إلى نشاط التغيرات التي تحدث أثناء الانفعال ، واستمرارها ومقاومة التعب .

د) تغيرات أخرى :

- زيادة إفراز الكبد للسكر في الدم مما يؤدي لزيادة الطاقة في الجسم التي يحتاجها الانفعال .
- اتساع شعب القصبة الهوائية .
- اتساع حدقة العين .
- زيادة التوتر العضلي .
- انتصاب شعر الرأس (نجاتي، 2001 م، ص 51).

من قواعد السيطرة على الانفعالات:

- 1- نَقَسْ عن انفعالاتك بأعمال مفيدة.
- 2- حوّل انتباهك لأشياء أخرى.
- 3- حاول إثارة استجابات معارضة للانفعال.
- 4- ابعث حالة من الاسترخاء في نفسك.
- 5- تعلم أن تنظر إلى العالم نظرة مرحة.
- 6- تجنب البت في أمورك الهامة أثناء الانفعال.
- 7- تجنب المواقف التي تثير انفعالك إذا عجزت عن ضبط انفعالك (نجاتي، 2001 م، ص 45).

ويشير محمود (2001 م، ص 150) إلى عدد من الاستراتيجيات التي يمكن اتباعها للتخلص من الغضب، وهي كالتالي:

- فهم دوافع الفرد المسببة للغضب ومراعاتها.
- تدريب الفرد على طرق حل المشكلات.
- التدريب على التعاون.
- تجنب فرض القيود على الأفراد دون مبرر.
- تغيير الحالة النفسية.

ويعتقد الباحث أن الأفراد الأسوياء يتميزون بالقدرة على التحكم في انفعالاتهم وعدم التمادي فيها لذلك يتميزون بالصحة الجسمية والنفسية الجيدة، بينما الأفراد الذين لا يتميزون بهذه القدرة تتسم انفعالاتهم بالشدة والحدة فإنهم ينهكون طاقتهم الجسمية ويتعرضون دائماً للأمراض النفسية والجسمية.

ويقول راجح: " يطلق اصطلاح السلوك على مجموع أوجه النشاط النفسي والجسمي والحركي والفسيولوجي واللفظي التي تصدر عن الإنسان وهو يتعامل مع بيئته ويتفاعل معها " (راجح، 1999م، ص 6).

ويذكر البرزنجي أن الانفعال تهيج نفسي ناجم عن اختلال في التوازن بين الكائن الحي والظروف التي يمر بها وأنه بسبب هذا الاختلال تفرز الغدد الصماء هرمونات في الدم تؤدي إلى تحفيز العمليات الوظيفية في أجهزة الجسم مثل نبض القلب والتنفس والتوتر العضلي

والتوتر العصبي ، فوظيفة الانفعال انه يدفع الكائن الحي إلى سلوك معين لإعادة التوازن (البرزنجي، 2007 م، ص 95).

ومن جهة أخرى يؤكد أخرس والشيخ (2007 م، ص 235) بأن يرتبط الانفعال ارتباطاً وثيقاً بجوانب الشخصية: كالجانب العقلي والجانب الحركي والجانب الاجتماعي ، وعلى ذلك يعتبر الانفعال احد الأسس الهامة في بناء الشخصية إذ يعمل على توجيه نموها الوجهة الصحيحة.

وأراد الباحث هنا القول: إن تنشئة الفرد شيئاً فشيئاً في الجانب الانفعالي بالتكامل مع جوانب الشخصية ، مرتبط بتشكل سلوك الفرد وفقاً لهذه الانفعالات، وسيعرض الباحث فيما يلي الإنفعالات التي لها ارتباطاً وثيقاً بالحالات التي تعرضت لبتنر في الأطراف، والتي هي محور القياس والبحث مع عينة هذه الدراسة

2.2.4 الغضب: (Anger)

الغضب استجابة انفعالية عادية تماماً لما يشعر به الإنسان من التهديد أو الإحباط أو المهاجمة، حيث يستعد الجسم البشري بطريقة أوتوماتيكية لرد فعل دماغي من هذه العوامل الخارجية والداخلية، ما يزيد ضربات القلب ويسرع التنفس، كما يزداد إفراز الأدرينالين في الدم، وهكذا يزداد التوتر، وهذا جزء من الشعور الذي يطلق عليه الغضب، الذي يعد عطية منحها الله سبحانه وتعالى للإنسان لتكون منفذاً يُخرج الضغط الزائد، لذلك له فوائد ضخمة إذا أحسن الإنسان إدارته. والغضب انفعال انساني طبيعي يتضمن عملية التفكير بالإضافة إلى الاستجابة الجسمية البدنية، ويعتبر انكار الغضب غير صحي من الناحيتين الانفعالية والجسمية، فالغضب يعتبر احتجاج قوي على الموقف المحبط، واثبات للذات في كثير من الأحيان (أبو جادو، 2007 م، ص 318). ويرى الباحث أيضاً بأن الغضب من الانفعالات البارزة التي تصاحب الشخص الذي تعرض لبتنر في أحد أجزاء جسمه ، في حياته اليومية والتفاعل مع الآخرين. وتحاول الدراسة الحالية أيضاً ربط انفعال الغضب بمتغيرات الدراسة الأخرى وبيان علاقته بالمتغير المستقل "وهم الأطراف" من خلال مقياس صُمم لهذا الغرض . ولعله من المناسب أيضاً أن نتعرف الكيفية التي يعبر بها الأفراد مبتوري الأطراف في هذا المقياس عن غضبهم.

تعريف الغضب لغوياً:

يقول ابن منظور : الْعَضْبُ : نَقِيضُ الرِّضَا . وَقَدْ عَضِبَ عَلَيْهِ غَضِبًا وَمَغْضَبَةً ، وَأَغْضَبْتُهُ أَنَا فَتَعَضَّبَ (ابن منظور، لسان العرب:3262).

ومن مرادفات الغضب:

1. غيظ . الغَيْظُ : الغَضَبُ ، وَقِيلَ : الغَيْظُ غَضَبٌ كَامِنٌ لِلْعَاجِزِ ، وَقِيلَ : هُوَ أَشَدُّ مِنَ الغَضَبِ .

(المصدر السابق،ص:3327)

2. سَخَطٌ : السُّخْطُ وَ السَّخَطُ : ضِدُّ الرِّضَا ، وَسَخِطَ أَي غَضِبَ ، فَهُوَ سَاخِطٌ . وَأَسْخَطَهُ : أَعْضَبَهُ .

(المصدر السابق، ص:1964)

3. حرد . الحَرْدُ : الغَيْظُ وَالغَضَبُ . (المصدر السابق،ص:824)

ويعرّف الغضب في الاصطلاح:

هو "انفعال نفسي حاد، قد ينتج عنه أمور لا تحمد عقباها" (مصطفى، 2009 م، ص 2).

وهو أيضاً "انفعال يحدث عند الشخص عندما تعاق رغبة مهمة لديه، ويتميز بدرجة عالية من النشاط في الجهاز العصبي السمبثاوي، ويتوافق بشعور قوي بعدم الرضا" (الزعيبي، 2007 م، ص 202).

وعرّفت الحسين (2005م، ص143) انفعال الغضب بأنه: "انفعال نفسي طارئ قوي وملاحظ يحدث نتيجة تعرض الذات إلى معوق أو فشل أو حباط، أو شعور بالعجز وقلة الحيلة تجاه ما يواجهها وما يعيق اشباع دوافعها وحاجاتها، ولا سيما تلك المتعلقة بالأمن والحرية والطعام والنوم والاستمتاع والنجاح، والمكانة، والكرامة، وبعد وسيلة أو محاولة لإزالة القيود ووسيلة لجذب الانتباه وتحقيق الهدف أو المراد، ووسيلة للتفيس عن الشعور بالضيق وعدم الارتياح".

وهو "حالة انفعالية تصيب الفرد بصورة حادة أو مفاجأة وتعثّر في سلوكه وخبرته الشعورية ووظائفه الفسيولوجية الداخلية وينشأ في الأصل عن مصدر نفسي (عبد الله وخليفة، 2001م، ص657).

هو انفعالٌ وتوتّرٌ نفسيٌّ، تصحبه متغيّرات فسيولوجية (بدنية)، تثيره دوافع داخلية، ومثيرات خارجية ماديّة ومعنوية مؤذية، ويميل الفرد أثناء الغضب إلى العدوان، وقد ينغمس فيه بحسب الدرجة والموقف المتأزم عبر صورٍ عديدة (السمري، 1997م، ص42).

الغضب هو انفعال غير سار ينتاب الإنسان وينشأ عن حالة من التوتر وتحسبه تغيرات في وظائف الأعضاء الداخلية ومظاهر جسمانية خارجية تعبر عن درجة هذا الانفعال ، و يؤثر على الجسم سلباً أو إيجاباً وذلك حسب نوع الغضب ودرجة حدته (توفيق، 1998 م، ص 978).

وجاء في معجم علم النفس والتربية أن الغضب هو: "استجابة انفعالية يثيرها بوجه خاص التدخل والإهانة والتهديد، وتتميز ببعض الخصائص مثل السلوك العدواني والتغيرات التي تبدو على الوجه" (معجم علم النفس والتربية، ص14).

أما عز الدين توفيق يعرفه على أنه : " انفعال مؤلم تصحبه تغيرات فسيولوجية مثل احمرار الوجه وارتجاف الأطراف واضطراب الحركة والكلام ، وقد ترافقه سلوكيات خارجية مثل : السب والضرب والقتل والانتقام " (توفيق، 1995 م، ص378).

ولقد عرف سييلبيرجر انفعال الغضب عن طريق تمييزه بين طبيعة ودرجة انفعال الغضب، ويفرد لكل منهما مصطلح هما: الغضب كحالة والغضب كسمة، فالغضب كحالة يشير إلى حالة عاطفية تتركب من أحاسيس ذاتية تتضمن التوتر والانزعاج والإثارة والغضب، أما الغضب كسمة فيشير إلى ميل أو تهيج أو سمة ثابتة نسبياً في الشخصية، بحيث يكون لدى الفرد ميل ثابت نسبياً للاستجابة لمواقف الحياة المختلفة بطريقة يغلب فيها حالة الغضب(عبد الرحمن وعبد الحميد، 1998م، ص9)

والغضب أمر طبيعي ، فهو رد فعل غريزي للإحباط أو التعرض لهجوم أو لعدم تلبية توقعاتنا فإن المزاج السيء هو بشكل عام نتيجة و تبعاً لأشلي مونتاجو (Ashley Montague) للإحباط ليس لفعل خاطيء فأنت لم تحصل على ما كنت تتوقع و في محاولة لحل المشكلة تقوم بالتعبير عن مشاعر قوية بدلاً من أن تفكر بطريقة منطقية و لسوء الحظ فإن نوبة الغضب ليست أكثر الطرق فاعلية في حل المشكلات (شيفر وميلمان، 2008م، ص422).

"إن حالات البتر بحاجة أيضاً لمعالجة الغضب والصدمة من بعد حدوث البتر، والتي يمكن أن يكون لها تأثير كبير على الآلام الجسدية التي يشعرون بها، وذلك بالنسبة لبعض المرضى الذين يعانون من آلام يصعب علاجه (Rogers, 2015, dailymail.co.uk/health/article)

والشخصية السوية تحتوي على مجموعة متناسقة من الانفعالات ويعتبر الغضب أحدها، ويؤدي هذا النسق إلى القدرة على ضبط النفس، وحسن التوافق النفسي والاجتماعي، فالميل إلى انفعال الغضب أمر طبيعي من المستبعد استئصاله من سلوك الإنسان بصورة كلية، وإنما يتطلب تدريبه على الضبط الانفعالي والسيطرة الذاتية (الخالدي، 2001م، ص 242).

فألغضب استجابة انفعالية نتيجة متطلبات ضاغطة يشعر بها كل فرد، فالناس متساوون بها، من حيث النوع إلا أنهم يختلفون بين بعضهم البعض في الدرجة، ويمكن الفرق بين الناس حسب المواقف المثيرة للغضب لديهم، حتى إن أساليب التعبير عن الغضب تتباين بين فرد وآخر، فالمواقف التي تثير الغضب عند فرد قد لا تثير الغضب عند غيره (الخالدي، 2001م، ص 242).

ولهذا يرى الباحث انفعال الغضب أحد أهم الانفعالات الأساسية التي قد ترافق الإنسان طوال حياته، ويظهر في المواقف التي تززع الإنسان، وتعيقه عما يريد في تحقيق حاجاته التي يشعر معها بالراحة النفسية .

وأشار زهران إلى أن انفعال الغضب يتعدى الأطفال وصولاً إلى مرحلة المراهقة والشباب، حيث تتسم مرحلة المراهقة والشباب بانفعالات عنيفة ومتهورة لا تتناسب مع مثيراتها، وقد لا يستطيع المراهق التحكم فيها ولا في المظاهر الخارجية لها، بالإضافة إلى أنها تميز ببعده الثبات الانفعالي (زهران، 1990 م، ص 304).

كما أن لانفعال الغضب مراتب أولها: السخط وعدم الرضا، ثم غضب مع تكبير مع رفع الرأس، يليها البرطمة أي الغضب مع العبوس، يلي ذلك الحنق أي شدة الغيظ مع الحقد (أخرس، والشيخ، 2007 م، ص 250).

ويعد الغضب من أكثر الانفعالات الإنسانية تعقيداً فهو رد فعل عام للإحباط وللمعاملة السيئة أو النظرة السلبية من قبل الآخرين للشخص الذي تعرض لنقص معين في قدراته وأدائه الحركي على وجه الخصوص، وقدردنا أن نواجه الغضب في مناسبات كثيرة في حياتنا إذ أن الغضب هو جزء من حياتنا ، فهو ميل طبيعي في الإنسان وشعور صحي ، لكن عندما يصبح خارج قدرتنا وسيطرتنا عليه قد يقود إلى كثير من المشاكل، سواء في الأسرة أو في مجال العلاقات الشخصية ، وبالتالي ينعكس على جميع أمور حياتنا (بكير، 2001م، ص 54) .

و الغضب كذلك من المشكلات الانفعالية التي اهتم بها العلم في الآونة الأخيرة، بوصفه مشكلة صارت تعد أساسية في حياة الإنسان في مختلف جوانبها. وعرفه كورمير (Cormier,

2005) شعور قوي بعدم الرضا، ويكون موجهاً نحو شخص أو شيء ما، مما يؤدي إلى حدوث حالة انفعالية تسبب الأذى والانزعاج للشخص المعني، ويكون الهدف من هذا الانفعال، حماية الذات من التعرض لمثل هذا الأذى مستقبلاً .

ويشير (وريكات، 2010م، ص32) أن الغضب هو انفعال Emotion، والانفعال خبرة إنسانية عامة ، تحدث لنا يومياً، وتظهر من خلال مظاهر سلوكية تعم آثارها الإنسان جسماً ونفساً.

ويرى الباحث أن الشخص الغاضب عادةً ما يفقد القدرة على إدراك مقومات الموقف المسبب للغضب، بسبب تركيزه على جانب معين من الموقف وجعله محور غضبه . ومن واقع التجربة غالباً ما يكون التركيز والتفكير في جوانب النقص وقلة الأداء بعد حدوث البتر المسبب لهذا النقص أو ما نسميه نوع من الإعاقة.

ويُعد الغضب من المشكلات الانفعالية التي اهتم بها العلم في الآونة الأخيرة، بوصفه مشكلة أساسية في حياة الإنسان في مختلف جنبتها، وقد اختلف الباحثون في تعريفه. إذ يشير الاتجاه المعرفي إلى أن الانفعالات تتضمن مكونات معرفية تقوم على إدراك الفرد ووعيه ومعرفته للموقف المثير للانفعال، ويعكس المنظور البيولوجي على ردود الفعل الفسيولوجية. ومن ناحية أخرى يفسر أفريل الانفعالات باعتبارها أبنية اجتماعية، وقد فسر توجهه هذا على أساس أن للانفعالات وظيفة داخل النظام الاجتماعي، أو أنها ترتبط على الأقل ببعض السلوكيات التي لها مغزى وظيفي، وعلى الرغم من تأكيد أفريل على الأبنية الاجتماعية للانفعال، إلا أنه لم ينكر الأسس البيولوجية المرتبطة بها (عامر، 2005م، ص2).

فانفعال الغضب سلوك يشترك في إنتاجه ثلاثة عوامل رئيسة تشكل كيان الإنسان بأكمله، وهي: العوامل البيولوجية، والعوامل الفكرية الذهنية، والعوامل النفسية، ويمثل العامل الأول الجسد والبدن، والثاني البيئة والعقل، والثالث المشاعر والوجدان (كاظم، 2008م، ص27).

ويشير الباحث في ضوء ما سبق إلى أنّ السيطرة والتحكم في انفعال الغضب وضبط النفس من الأمور بالغة الأهمية لكي ينجح الإنسان في حياته ويستطيع أن يتوافق مع نماذج البشر على اختلاف طباعها وأخلاقها، وأيضاً لكي يتجنب ما يسببه الغضب من اضطرابات نفسية وعضوية متعددة، ويتفادى كثرة التصادم والاحتكاك والذي ينتج عنه خصومات وعداوات كثيرة.

2.2.4.1 أنواع الغضب:

يقسم الغضب إلى نوعين رئيسيين :

الأول: غضب معتدل وصحي: و هو الغضب الذي لا يذهب بصواب الانسان بل يخضع لسيطرته فلا يتمادى و يعد هذ النوع من الغضب رفيق للإنسان في حياته يدعم فيه حسن الخلق وكظم الغيظ و العفو و الإحسان، ففيه الحماية للدين و الوطن و العرض و الحقوق.

أما الثاني: و هو الغضب الجامح و هنا يتحول الغضب كأنفعال من اعتداله الصحي الحميد إلى تصرف مرضي و يتحول إلى شحنة انفعالية و طاقة هائلة توجه إلى التحطيم والتخريب (السمرى، 1997م، ص24).

وذكر (كاظم، 2008م، ص23): أن الناس تجاه الغضب ثلاثة أنواع:

1. التفريط: وهو تبلى مذموم، لأنه يفقد قوة الغضب أو ضعفها، يجعل الانسان لا حمية له، ويوقعه في الاستكانة والتعاس، وعدم تحمل مسؤولية نفسه ولا مسؤولية غيره ممن هم في عهده، سواء كانوا أفراداً أو مجتمعاً أو قيماً اعتبارية.

2. الافراط: وهو أمر مذموم كسابقه، لأنه غضب يتجاوز حقد دفع الشر إلى ايقاع الشر بنفسه والآخرين، وسبب هذا التجاوز غلبة هذه الخصلة الفطرية في الأصل على صاحبها.

3. الاعتدال: الاعتدال في الغضب هو الشكل المطلوب المحمود، لأن قسمة العقلاء والراشدين، ولأنه سلوك الانسان العاقل، ولهذا يسترشد في جميع تصرفاته بوحى العقل والدين ويراعي قيم النظام والمجتمع الذي ينتمي إليه، حينما تتحرك في موجبات الحمية، ويكون رد فعله بشكل يناسب الفعل والحدث، فينبعث غضبه حيث تجب الحمية، وينطفيء حيث يحسن الصبر والحلم.

ويميز نامكا (Namika 2006) بين شكلين من الغضب هما:

1- الغضب الصحي: وهو عبارة عن رد فعل انفعالي منطقي، ومقبول للأذى الجسدي، وسوء المعاملة التي يتعرض لها الفرد، ويحاول من خلاله حماية ذاته، وهذا النوع من الغضب يمكن اعتباره صحي.

2- الغضب غير الصحي: وهو الغضب الناتج عن الأفكار والمشاعر السلبية، والذي يستند إلى أسباب غير مقبولة لتبرير الغضب. وهذا النوع يتطلب وعياً ذاتياً عالياً، للسيطرة عليه و ضبطه ، وفي حال عدم السيطرة عليه فإنه يُعدّ غضب هدام.

2.2.4.2 النظريات المفسرة للغضب :

وقد ظهرت نظريات عديدة في تفسير الغضب، فالنظرية البيولوجية تشير إلى أن الغضب يمكن أن يكون وراثياً، واختلال في الإفرازات الهرمونية (Clayton & Tacker, 2000).

1. النظرية التحليلية:

فترى أنّ الغضب هو أحد أهم مظاهر الغريزة العدوانية لدى الإنسان، ويحتاج الغضب إلى الإشباع، شأنه شأن باقي الغرائز، ويكون الإشباع من خلال التعبير عنه، إما بطريقة إيجابية أو سلبية (عامر، 2005 م، ص 5).

"ينظر مكدوجل والذي يعد أول مؤيدي هذه النظرية للعدوان على أنه غريزة فطرية ويعرفه بغريزة المقاتلة حيث يكون الغضب هو الانفعال الذي يكمن وراءها ولقد افترض فرويد أن اعتداءات الإنسان على نفسه أو على غيره سلوك فطري غير متعلم تدفعه إليه عوامل في تكوينه الفسيولوجي لتصريف العلة العدائية التي تنشأ داخل الإنسان عن غريزة العدوان وتلح في طلب الإشباع ويعتبر فرويد من مؤسسي هذه النظرية، فالنموذج الذي يقدمه فرويد هو خفض التوتر، حيث ينشط سلوك الفرد بفعل المهيجات الداخلية وتجهز عندما يتخذ إجراءً مناسباً من شأنه أن يزيد أو يخفض المهيج". (مجيد، 2012م، ص 12)

2. النظرية المعرفية:

فتشير أن الأفكار التلقائية، واللاعقلانية، والمعتقدات الخاطئة، والتفسير غير المنطقي للأحداث، هي سبب الاضطراب والغضب الذي يشعر به الفرد، وليس الحدث بحد ذاته. فطريقة تفكير الفرد، وتفسيره للمواقف التي يتعرض لها، هي الدافع وراء الغضب (وريكات، 2010 م، ص 54).

وقد حدد إليس Ellis ثلاث بدائل للتعامل مع الغضب وهي:

- كبت الغضب فهو لن يفيد بل يضر الفرد ويصيبه بالأمراض مثل قرحة المعدة وارتفاع ضغط الدم والقلب.
- التعبير الحر عن الغضب وهذا يسبب للفرد المشكلات.
- التعبير عن الغضب بشكل بناء فيعبر الفرد عن غضبه بشكل ناضج فيستمع يره لوجهة نظره ويقتنع برأيه (Ellis ,C,1977,p. 3).

3. النظرية السلوكية:

فترى أن الغضب سلوك متعلم، بطرق مختلفة وعمليات إشرافية، حيث يتم تعزيز هذه السلوكيات، ثم يتم تعميم الغضب، للتعامل مع المواقف المختلفة، للحصول على تعزيزات مشابهة، لتلك التي حصل عليها في الموقف الأصلي (Corey,2001,p 95).

ويرى الباحث أن التحكم في انفعال الغضب والسيطرة على النفس من الأمور بالغة الأهمية لكي ينجح الإنسان في حياته ويستطيع أن يتوافق مع نماذج البشر على اختلاف طباعها وأخلاقها، وأيضاً لكي يتجنب ما يسببه الغضب من اضطرابات نفسية وعضوية متعددة، ويتفادى كثرة التصادم والاحتكاك والذي ينتج عنه خصومات وعداوات كثيرة.

3.2.4.3 أسباب الغضب:

أشار حسين (2007 م، ص 35-36) إلى ثلاث مقومات لانفعال الغضب و التي تتفاعل لتولد الغضب لدى الفرد:

1. المثيرات التي تعمل على استثارة الغضب، وقد تكون هذه المثيرات ذات مصدر خارجي من البيئة الخارجية أو مصدر داخلي مرتبط بذات الفرد.
2. حالة الفرد قبل الغضب، وتتضمن الحالة الجسمية والانفعالية والمعرفية والخصائص النفسية للفرد في الوقت الذي يتعرض فيه للاستفزاز.
3. تقييم وتفسير الفرد للمثيرات التي تستثير الغضب، وقدرة الفرد على التعامل أو التكيف مع هذه المثيرات.

وتذكر دافيدوف (2000 م، ص 119-121) أيضاً عدداً من الأسباب التي قد تؤدي إلى الغضب، وهي كالتالي:

- الاحباط.
- الصراع.
- الألم الجسدي.
- التقريع والاهانة والتهديد.

وذكر موسى (1988 م، ص 123) بعض الأسباب التي تثير الغضب عند الأفراد: التهديدات الجسمية، وفقدان الأمن والمركز الاجتماعي، والعقاب، ومقارنتهم بآخرين، والتدخل في شؤونهم الخاصة.

وقد تلعب العوامل الوراثية دور في زيادة أو نقصان انفعال الغضب، وذلك نظراً لظاهرة لفظية هذا الاستعداد، فلقد عرفت بعض الأمم والقبائل بميلها للمقاتلة أكثر من غيرها، وكذلك الرجال أكثر ميلاً للمقاتلة من النساء، وكذلك تؤثر العوامل البيئية في الغضب مثل: التقاليد، والمعاملة، ودرجة الحرارة، التغذية، والحياة الأسرية (محمد، 2004 م، ص 54).

ولقد قام ملتزم بإحصاء الأسباب التي تؤدي إلى الغضب عن طريق سؤال طلبته، فوجد أن 86% من هذه الأسباب يرجع إلى مواقف أحبط فيها عمل الانسان (زيدان، 1984 م، ص 112).

ومن الأشياء التي تثير الغضب ومن ثم العدوان لدى الفرد الإحباط، والذي ينتج من وجود عائق يمنع تحقيق الهدف، وقد ينتج الإحباط من الصراع والضيق، ومما يثير الغضب ومن ثم العدوان أيضا الألم الجسدي، فيأتي العدوان كرد فعل للألم الجسدي، كما تثير الإهانة والتهديد مشاعر الغضب الشديدة المعدية إلى العدوان (أخرس والشيخ، 2007 م، ص 250).

ويشير عيسوي (1980م، ص 17) إلى أن لانفعال الغضب أضرار كثيرة وخطيرة تجعله جديراً بما يبذل في علاجه من جهود، فالغضب يسبب كثيراً من الأمراض الجسمية والنفسية، كما أنه يعرقل عملية التفكير، ويفسد على الانسان استدلالاته وأحكامه.

ويخلص الباحث مما سبق أن أسباب الغضب يمكن ايعازها لى ثلاث عوامل مختلفة، وهي: العوامل والمؤثرات الخارجية، العمليات الادراكية والمعرفية، والعوامل العاطفية الوجدانية.

2.2.4.4 إدارة انفعال الغضب:

حدد (الزعيبي، 2007م، ص ص 186-187) بعض القواعد التي يمكن من خلالها التحكم في الانفعالات بصورة عامة، وانفعال الغضب بصورة خاصة، وهي كالتالي:

- تصريف الانفعالات بأعمال مفيدة، فالانفعالات تولد في الجسم طاقة زائدة تساعد الشخص في انجاز أعمال مهمة في حياته إذا أحسن الاستفادة منها.
- تزويد الشخص بمعلومات ومعارف عن المنبهات المثيرة للانفعال بهدف مساعدته على تخفيض شدة الانفعال، والتغلب على ما يصاحبه من اضطراب.
- البحث عن استجابات معارضة لاستجابة الانفعال (الكف بالنقيض).

- عدم تركيز الشخص على الأشياء المثيرة للانفعال، فالشخص الذي لا يستطيع التحكم في انفعالاته عن طريق البحث عن الجوانب الايجابية في الشيء مصدر الانفعال، فانه يمكنه أن يغير اهتمامه عن هذا الشيء إلى الأشياء المهمة التي تساعده على الهدوء.

- عدم اصدار الأحكام على الأمور المهمة في حياة الانسان أثناء فترة الانفعالات، لأن الشخص يكون في حالة عدم استقرار أثناء الانفعالات، وبالتالي تكون رؤيته للأمور والحكم عليها غير صحيحة.

وأشار (حسين، 2007 م، ص 118) إلى أن معظم برامج إدارة الغضب تتضمن ثلاث مراحل أساسية، وهي كالتالي:

أولاً/ الاعداد المعرفي:

وفي هذه المرحلة يتم التركيز على تعلم قيم الأفراد المشاركين في برامج ادارة الغضب، أسباب الغضب، والمكونات العرفية والانفعالية والسلوكية للغضب والناجئ المترتبة عليه.

ثانياً/ اكتساب المهارة:

وفي هذه المرحلة يتم التدريب الأفراد على تعلم مهارات المواجهة مثل: التعليمات الذاتية، والتدريب على حل المشكلات، والتدريب على الاسترخاء، والتدريب على المهارات الاجتماعية، وذلك من خلال تعليم الأفراد مجموعة من الاستجابات الاجتماعية التوافقية والايجابية التي يمكنهم القيام بها عندا يواجهون بمواقف استقرارية أو احباطية تستثير الغضب لديهم، كما أن التدريب التوكيدي يتيح للأفراد التدريب على حصيلة من السلوكيات الجديدة التي تساعدهم على حل الصراعات بطرق ملائمة ومقبولة.

ثالثاً/ تطبيق التدريب:

حيث يتم ممارسة وتطبيق المهارات التي تعلمها الفرد وذلك من خلال لعب الأدوار في الواقع الحي أو على مستوى التخيل.

2.2.4.5 أساليب التغلب على الغضب :

1. فهم دوافع الطفل :

من أهم أسباب الغضب عند الفرد عدم إشباع حاجاته ورغباته ،وبذلك يكون البحث عن هذه الحاجات ومحاولة إشباعها ذا أثر هام في التغلب على الغضب .

2. تدريب الطفل على حل مشكلاته :

لأن العجز يولد انفعال الغضب لدى الطفل ،لذلك يكون تعليمه كيفية التفكير في حل مشكلاته بدلاً من الغضب أسلوباً فاعلاً في التخلص من الغضب .

3. تدريب الطفل على التعاون :

إن الذي ينشأ على تحقيق رغباته فقط دون المبالاة بحاجات الآخرين ورغباتهم يكون دائم التصادم معهم ،مما يثير انفعال الغضب لديه بشكل متكرر .

وبذلك يكون تدريبه على التعاون والتوفيق بين رغباته ورغبات الآخرين معينا على التقليل من المواقف التي تثير انفعال الغضب لديه .

4. تجنب فرض القيود بلا مبرر .

5. تغيير الحالة النفسية :

هذه الطريقة مفيدة فقط في تخفيف حالات الغضب الطارئة، لكنها لا تفيد في تجنب الغضب .

وتتمثل هذه الطريقة في لفت انتباه الطفل لأمر سار بدلاً من التركيز على الموضوع الذي يثير غضبه (نجاتي، 2001 م، ص32).

وإذا لم يتم التعبير عن الغضب خارجياً لأي سبب من الأسباب فإنه سيتحول داخلياً إلى مشاعر الاكتئاب والذنب والخجل والقلق أو البلادة (عبد الله وخليفة، 2001م، ص658).

كما وأن التوعية المسبقة لأي موقف يتعرض له الفرد ويتوقع أن يزيد فيه انفعاله، له دور هام في خفض الغضب لديه (كفاي والنيال، 2000 م، ص 24).

وأشار (Bill ,2004,p.1) إلى أن الفرد ممكن أن يتحكم في غضبه بأن يخفض صوته ويقول لنفسه بأنه هو الذي يجعل نفسه يغضب، ويتعلم مهارات جديدة للتحكم في الغضب، كتغيير طريقة التفكير، والاسترخاء ثم يحاول اغلاق فمه عند الغضب ويسأل نفسه ما جدوى الغضب.

ويبدو أن الغضب هو أكثر الحالات تصلباً وعناداً بين كل الحالات المزاجية التي يرغب الناس في الهروب منها. إذ إنه يصعب السيطرة عليه وهو أكثر الحالات غواية و حضاً على

العواطف السلبية ، ذلك لأن المونولوج الداخلي الذي يحث على الغضب و المبرر أخلاقياً يملأ عقل الغاضب بالذرائع المقنعة ليصب جام غضبه (العقاد، 2001م، ص 77).

ويرى الباحث بأنه دوماً يورث الغضب آثار مدمرة على الشخص الغاضب ذاته صحياً ونفسياً وأيضاً اجتماعياً من خلال إيذاء المحيطين به، لأن الغضب يفقد السيطرة على عقله وتصدر منه اقوالاً و أفعالاً يندم عليها كثيراً فيما بعد عندما ينتهي موقف الغضب .

2.2.4.6 الغضب في المنظور الإسلامي:

لقد اهتم الإسلام بهذا الانفعال وأولاه عناية خاصة نظرا لما يعدي إليه الإفراط فيه من مشكلات بين الناس، إذ من المتوقع أن يفضي الغضب الشديد إلى العدوان والظلم والعنف المقيت، وحين نجد أن أثر انفعال الخوف يرتد إلى الفرد الخائف على ذاته، فإن أثر الغضب يتجاوز الغضب إلى غيره ممن وقع عليهم غضبه، والتاريخ حافل بالحروب التي عانت البشرية من ويلاتها بسبب الغضب الذي قد تتوقد ناره لأسباب غير ذات قيمة (الشناوي، 1993 م، ص 8).

ولقد ذم القرآن الكريم الكفار من أهل مكة بما تظاهروا به من حمية الكبر والفخر والبطر والتعننت الصادر عن الغضب بالباطل لنعرتهم الجاهلية، وامتدح المعمنين بما أنزل الله عليهم من سكينه ووقار جعلتهم لا يغضبون لذاتهم بل يغضبون لربهم ودينهم (الشناوي، 1993 م، ص 8).

والغضب من الصفات التي نهى عنها النبي الرحيم صلى الله عليه وسلم، وكلنا يذكر قصة ذلك الأعرابي الذي جاء ليأخذ النصيحة من الرسول فأمره ألا يغضب فقال زدني قال لا تغضب فقال زدني قال لا تغضب... ولا زال النبي يكرر هذا الأمر حتى انتهى الأعرابي عن السؤال. إن هذه الكلمة يطلقها علماء الغرب اليوم بعدما اكتشفوا ما تحمله من أسرار وفوائد ودلالات، إنها (لا تغضب) والتي كررها النبي مراراً للأعرابي حتى خُيل له أن الإسلام يتلخص في هذه العبارة الرائعة (لا تغضب)، وهناك أحاديث كثيرة تحدث فيها نبي الرحمة، منها قوله صلى الله عليه وسلم: «إن الغضب من الشيطان وإن الشيطان خلق من النار وإنما تطفأ النار بالماء فإذا غضب أحدكم فليتوضأ» ، وهنا نود التعرّيج على مفهوم الغضب ومسبباته كسلوك انفعالي له ارتباط مباشر بالأشخاص الذين تعرضوا للبت ، حيث عرّف العلماء الغضب بتعريفات كثيرة، منها ما ذكره الإمام الغزالي فقال أن الغضب هو: «غليان دم القلب بطلب الانتقام» (الغزالي،ص: 1054).

وكذلك الراغب الأصفهاني عرف الغضب بأنه: «ثوران القلب وإرادة الانتقام» (الأصفهاني: ص374)، أما ابن الملقن فقال أنه: «فوران القلب وغليانه لإرادة الانتقام» (ابن الملقن، ص: 167). هذه التعريفات وإن اختلفت بعض ألفاظها إلا أنها أجمعت على أن الغضب حالة نفسية تصيب الإنسان عند حدوث بعض الأمور المهيجة له، فينتج عنه ارتفاع ضغط الدم، وتغير اللون وانتفاخ العروق، فحقيقته أنه جمرة يلقيها الشيطان في قلب الآدمي، وكذلك ما ورد في السنة النبوية، فعن أبي سعيد الخدري رضي الله عنه قال: قال النبي صلى الله عليه وسلم في شأن الغضب أنه: «جمرة في قلب ابن آدم أما رأيتم إلى حمرة عينيه وانتفاخ أوداجه». (الترمذي، د ت، رقم الحديث: 2191).

وينقسم انفعال الغضب كما يرى علماء الدين إلى نوعين:

1. الغضب المحمود:

وهو ما كان لله تعالى، ولا يكون محموداً إلا في حال عدم تجاوزه للحدود الشرعية، فلا يعدي إلى ظلم ولا إلى انتهاك حرمة الله أو إلى التجسس أو الأذى (محمود، 2001 م، ص 28-30).

ويكون للحق إذا اعتدى على الإنسان بدون وجه حق على ماله أو نفسه، أو عرضه، أو ولده، فهذا الغضب يكون مستساغاً شرعاً، وقد يكون واجباً، لكن يجب أن يتصرف أثناء غضبه هذا بحدود دينه، وبما يوافق الحق والعدالة (مصطفى، 2009 م، ص 84).

2. الغضب المذموم:

المذموم من الغضب هو الإفراط فيه، ويكون بغلبة هذه الصفة حتى يخرج عن سياسة العقل والدين والطاعة، ولا يبقى للمرء معها بصيرة ونظر وفكر ولا اختيار بل يصير في صورة المضطر (محمود، 2001 م، ص 28-30).

2.2.4.7 علاج الغضب من منظور التربية الإسلامية :

يؤكد الباحث على أن تعاليم الدين الإسلامي تدعو الفرد المسلم إلى التحلي بجميل الأخلاق وفضائلها ، ومنها الصبر على الشدائد والاحتمال والعفو عند المقدرة ، وكظم الغيظ ، حيث جاء في الذكر الحكيم قوله تعالى : «الَّذِينَ يُنْفِقُونَ فِي السَّرَّاءِ وَالضَّرَّاءِ وَالْكَاطِمِينَ الْغَيْظَ وَالْعَافِينَ عَنِ النَّاسِ وَاللَّهُ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ» . [آل عمران،: 134]

وكذلك في الحديث الشريف الذي رواه الصحابي أبي هريرة رضي الله عنه أن رجلاً قال للنبي صلى الله عليه وسلم أوصني. قال: لا تغضب، فردّد مراراً، قال: لا تغضب» (البخاري، د.ت، رقم 6116).

وذكرت سعد الدين (2003 م، ص 196) في علاج الغضب من المنظور الاسلامي إلى أن الفزالي قام بعرض بعض الطرق الارشادية الدينية التي تعين على علاج الغضب، حيث ذكر أن الغضب يعالج بمعجون العلم والعمل، ويتضمن العلم ستة أمور هي:

- أن يتفكر الغاضب في ثواب كظم الغيظ والعفو والحلم.
 - أن يخوف نفسه بعقاب الله.
 - أن يحذر نفسه عاقبة العداوة والانتقام في الدنيا والآخرة.
 - أن يفكر في قبح صورته عند الغضب بأن يتذكر صورة غيره عند الغضب، ويتفكر في قبح الغضب نفسه.
 - أن يذكر نفسه بالألا يطيع الشيطان في الانسياق وراء غضبه.
 - أن يذكر نفسه بأن الأمور تجري على ما يريد الله عز وجل للانسان لا ما يريده لنفسه.
- أما العمل فيتضمن ثلاث أمور هي:
- القول باللسان أعوذ بالله من الشيطان الرجيم.
 - الجلوس إذا كان الغاضب واقفاً، والاضطجاع اذا كان جالساً، والاقتراب من الأرض التي خلق منها الانسان ليغرف أنه من التراب وإلى التراب.
 - الوضوء أو الاعتسال بالماء.

يقول الشيخ عبدالرحمن السعدي في تفسير الآية الكريمة: ﴿الذين ينفقون في السراء والضراء﴾ أي: في حال عسرهم ويسرهم، إن أيسروا أكثروا من النفقة، وإن أعسروا لم يحتقروا من المعروف شيئاً ولو قل. ﴿والكاظمين الغيظ﴾ أي: إذا حصل لهم من غيرهم أذية توجب غيظهم - وهو امتلاء قلوبهم من الحنق، الموجب للانتقام بالقول والفعل -، هؤلاء لا يعملون بمقتضى الطباع البشرية، بل يكظمون ما في القلوب من الغيظ، ويصبرون عن مقابلة المسيء إليهم. ﴿والعافين عن الناس﴾ يدخل في العفو عن الناس، العفو عن كل من أساء إليك بقول أو فعل، والعفو أبلغ من الكظم، لأن العفو ترك المؤاخذة مع السماح عن المسيء،

وهذا إنما يكون ممن تحلى بالأخلاق الجميلة، وتخلّى عن الأخلاق الرذيلة ، وممن تاجر مع الله، وعفا عن عباد الله رحمة بهم ، وإحساناً إليهم ، وكراهة لحصول الشر عليهم ، وليعفو الله عنه، ويكون أجره على ربه الكريم ، لا على العبد الفقير ، كما قال تعالى: ﴿فمن عفا وأصلح فأجره على الله﴾.

ثم ذكر حالة أعم من غيرها ، وأحسن وأعلى وأجل ، وهي الإحسان ، فقال [تعالى]:
﴿والله يحب المحسنين﴾ والإحسان نوعان: الإحسان في عبادة الخالق. [والإحسان إلى المخلوق، فالإحسان في عبادة . وهذا ما ذكره النبي صلى الله عليه وسلم في الحديث الطويل فعن أبي هريرة رضي الله عنه قال: قال النبي صلى الله عليه وسلم: " أن تعبد الله كأنك تراه ، فإن لم تكن تراه فإنه يراك " (البخاري، د.ت، رقم 49)، وأما الإحسان إلى المخلوق ، فهو إيصال النفع الديني والدنيوي إليهم ، ودفع الشر الديني والدنيوي عنهم ، فيدخل في ذلك أمرهم بالمعروف ، ونهيهم عن المنكر، وتعليم جاهلهم ، ووعظ غافلهم ، والنصيحة لعامتهم وخاصتهم ، والسعي في جمع كلمتهم ، وإيصال الصدقات والنفقات الواجبة والمستحبة إليهم، على اختلاف أحوالهم وتباين أوصافهم ، فيدخل في ذلك بذل الندى وكف الأذى ، واحتمال الأذى ، كما وصف الله به المتقين في هذه الآيات ، فمن قام بهذه الأمور، فقد قام بحق الله وحق عبيده (السعدي، المكتبة الشاملة).

كما أن لعلماء المسلمين إسهامات واضحة في التعامل مع مشكلة الغضب ، وذلك من خلال كلامهم في الأدب وحُسن الخُلق ، فعلى سبيل المثال اهتم الإمام أبي حامد الغزالي في كتابه النفيس (إحياء علوم الدين) بالأخلاق والأدب ، كما أن ابن رجب قد أولى اهتمامه أيضاً في كتابه القيم (جامع العلوم والحكم) في الأخلاق والأدب ، وابن مفلح المقدسي في كتابه الشهير (الآداب الشرعية) ركز على الأخلاق ومحاسنها ، وغيرهم الكثير من علماء المسلمين الذين كان لهم السبق في الحديث عن مشكلة الغضب وكيفية كبح جماح الغضب مستندين بذلك على القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة . وفي ثنايا المبحث ستكون هناك وقفات علاجية من خلال ما قاله علماء السلف رحمهم الله تعالى .

أولاً - الإستعاذة بالله من الشيطان الرجيم :

قال تعالى : ﴿وَمَا يَنْزَعُكَ مِنَ الشَّيْطَانِ نَزْعٌ فَاسْتَعِذْ بِاللَّهِ إِنَّهُ سَمِيعٌ عَلِيمٌ﴾ [سورة الأعراف،

{200

وعن سليمان بن سرد قال : ” كنت جالسا مع النبي صلى الله عليه وسلم ورجلان يستبان فأحدهما احمر وجهه وانتفخت أوداجه فقال النبي صلى الله عليه وسلم : إني لأعلم كلمة لو قالها ذهب عنه ما يجد ، لو قال : أعوذ بالله من الشيطان ذهب عنه ما يجد . فقالوا له إن النبي صلى الله عليه وسلم قال تعوذ بالله من الشيطان فقال وهل بي جنون ” (البخاري، د.ت، رقم: 3040)

فهذا هو العلاج الأول ، أن يستعيز المسلم بالله تعالى من الشيطان الرجيم ، حتى لا يترك له مجال أن يمتلكه الغضب .

ثانياً - تغيير الحال:

عن أبي ذر رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: ” إذا غضب أحدكم وهو قائم فليجلس فإن ذهب عنه الغضب وإلا فليضطجع ” . (البخاري، د.ت، رقم: 4151) ويقول ابن رجب: ” إن المعنى في هذا أن القائم متهيئ للانتقام ، والجالس دونه في ذلك ، والمضطجع أبعد عنه ، فأمره بالتباعد عن حالة الانتقام ” (ابن رجب، ص: 365)

ثالثاً - السكوت :

عن ابن عباس عن النبي صلى الله عليه وسلم قال : ” إذا غضب أحدكم فليسكت ” قالها ثلاثاً . وهذا أيضاً دواء عظيم للغضب ، لأن الغضبان يصدر منه حال غضبه من القول ما يندم عليه في حال زوال غضبه كثيراً من السباب وغيره مما يعظم ضرره ، فإذا سكت زال هذا الشر كله عنه ” (سنن أبي داود، د.ت، رقم: 4777).

رابعاً - الوضوء :

عن عطية السعدي قال : ” قال رسول الله صلى الله عليه وسلم إن الغضب من الشيطان وإن الشيطان خلق من النار وإنما تطفأ النار بالماء فإذا غضب أحدكم فليتوضأ ” . (سنن أبي داود ، د.ت، حديث رقم: 4152)

2.2.4.8 حكم تصرف الغاضب:

الغضب لا يعذر الغاضب ولا يعفيه عن مسؤولية تصرفاته، فتصرفاته كلها معتبرة وعليها أحكام وعقوبات، فإذا أتلّف مالا فإنه يضمن المال الذي أتلّفه، وإذا قتل نفساً فإنه يقتص منه، وإذا تلفظ بالكفر فيحكم عليه بالردة عن الإسلام حتى يتوب، وإذا طلق زوجته فإن طلاقه يقع إلا في حالة واحدة إذا كان الغاضب فاقداً الوعي لا يدري ما يقول، فإنه في هذه الحالة لا يقع

الطلاق (الصغير، 2004 م، ص 30)، وهذا ما ذكر بالحديث الشريف، فعن عائشة رضي الله عنها أنها قالت: سمعت رسول صلى الله عليه وسلم يقول: «لا طلاق ولا عتاق في إغلاق» (سنن أبي داود، د.ت، رقم: 2193). وهكذا فتصرفاته معتبرة وتقع عليه مسؤولية تلك التصرفات.

ومن خلال اطلاع الباحث في الدراسات استخلص أن الأفراد الأسوياء يتميزون بالقدرة على التحكم في انفعالاتهم- والغضب من أهمها- وعدم التماذي فيها لذلك يتميزون بالصحة الجسمية والنفسية الجيدة، بينما الأفراد الذين لا يتميزون بهذه القدرة تتسم انفعالاتهم بالشدة والحدة فإنهم ينهكون طاقتهم الجسمية ويتعرضون دائماً للأمراض النفسية والجسمية، و الوازع الديني للفرد، والتربية منذ الصغر خير ضابط لهذه الانفعالات مهما تعاظمت شدتها.

2.2.5 الخجل: (Shyness emotional)

2.2.5.1 تمهيد:

يُعد الخجل من أحد أهم الانفعالات التي تصاحب الفرد خلال احتكاكه بالمجتمع وتتفاوت درجاته من فرد لآخر حسب بناء الشخصية و التنشئة الأسرية، ولعل الصدمات النفسية أو التشوهات الجسمية التي يتعرض لها الفرد من خلال حياته تزيد من حالة الارتباك والتوجس في التفاعل و التعامل مع باقي أفراد المجتمع الذي يعيش فيه.

ويُعتبر الخجل من الموضوعات الهامة في التفاعل الاجتماعي بجميع صورته، وتباين نطاقه ليشمل علاقات الصداقة، والعلاقات الأسرية وعلاقات العمل، فهو يؤثر في التوافق النفسي والاجتماعي للأفراد ، و يعرقل التواصل البناء فيما بينهم، و ذلك عندما يصل إلى درجات مرتفعة تفوق الانسان في تعبيره عن ذاته أمام الآخرين تفقده ثقته بنفسه، مما يزيد في المشاعر السلبية التي تتراكم نتيجة ذلك (Hoyos,2006,p 147).

وتتخلص مشكلات الشخص الخجول فيما يعانیه من اضطرابات لدى وقوفه في موقف يتعامل فيه مع الآخرين سواء في المناسبات الاجتماعية أو عند الحاجة للتعبير عن نفسه حيث تتناوبه مشاعر عدم الارتياح والرغبة في الهروب من الموقف ونقص القدرة في التعبير عن النفس ، والخجل -وخاصة إذا كان بصورة مرضية- يعتبر أحد الأسباب الشخصية النفسية التي تعوق الفرد عن إشباع حاجاته وعن تحقيق التوافق الناجح المنشود. وهنا يستعرض الباحث ماهية الخجل وتعريفاته النفسية ، وأهم مظاهره وأشكاله والتقنيات المستخدمة للتخفيف منه، والنظريات المفسرة للخجل.

تعريف الخجل لغوياً:

خجل، كفرح، استحياء ودهش وبقي ساكناً لا يتكلم ولا يتحرك ، والخجل محركه أن يتلبس الأمر على الرجل فلا يدري كيف المخرج منه (القاموس المحيط ، 1978 م، ص 1281).

الخجل اصطلاحاً :

إنّ معظم تعريفات الخجل تدور حول القلق الزائدة من المواقف الاجتماعية وفي أثناءها ، ويرجع هذا الاختلاف في وجهات النظر الخاصة بتعريف الخجل إلى طبيعته المركبة تبعاً لأنماط الشخصية المختلفة ، ومن هذه التعريفات :

عرف السمدونى الخجل بأنه مجموعة متألفة من الاتجاهات والمشاعر التي تتدخل في قدرة الفرد ، ونجعله يتأثر انفعالياً بالآخرين في المواقف الاجتماعية (عبد المعطي، 2001 م، ص 324).

ويعرفه الدريني أيضاً بأنه الميل إلى تجنب التفاعل الاجتماعي ، مع المشاركة في المواقف الاجتماعية بصورة غير مناسبة ويكون الخجل مصحوباً بعدة مظاهر منها : الشعور بالقلق وعدم الارتياح وهو ما يؤدي إلى الصمت والانسحاب من مواقف التفاعل الاجتماعي ويكون أيضاً مصحوباً بالشعور بالحساسية للذات والتعاسة والانشغال بالذات (الدريني، 1988م، ص 7).

يعرف علماء النفس والاجتماع الخجل بأنه مرض اجتماعي ونفسي يسيطر على مشاعر الفرد منذ الطفولة ويؤثر على طاقاته الفكرية وإمكاناته الإبداعية وقدراته العقلية ، ويشل قدرته في السيطرة على سلوكه وتصرفاته(غالبا، 1989 م، ص 10).

كما عرف جونز،برجز، سميث (1986) الخجل بأنه استجابات تدل على عدم الراحة والكف والقلق والتحفظ في وجود الآخرين، ويؤكدون أيضاً بأن الخجل يتعلق بشكل أساسي بالتهديد في المواقف الاجتماعية الشخصية (Jons, Briggs and smith,1986 : p 626).

وعرفه كل من تيرنر، وبيدل، وتانسلي بأن الأفراد الخجولين يصفهم عامة الناس بأنهم من تظهر عليهم مشاعر عدم الارتياح والتوتر في المواقف الاجتماعية ، ويبدو عليهم أنهم يحجمون عن المشاركة في المحادثة الاجتماعية ، وعلى الرغم من أنهم في حقيقة الأمر يتوقون إلى الانخراط في الحديث مع الآخرين (حمادة وعبد اللطيف، 1999 م، ص 128).

ويرى الباحث أن معظم التعريفات أكدت على أهمية المواقف الاجتماعية بوصفها المثير الأساسي لردود الأفعال التي تتسم بالخجل، وتؤكد أيضاً على أن الخجل يتصف بقلّة الاستجابات التفاعلية أثناء وجود الخجول مع الآخرين. ومنه يمكن القول أن الخجل هو حالة انفعالية تتسم بالشعور بالخوف والقلق وعدم الارتياح، والارتباك في المواقف الاجتماعية، حيث يؤثر على شخصية الفرد وقدراته وإنتاجه ودراسته.

والخجل يسبب الكثير من المشاكل ويؤدي الى سوء تكيف ويبعد الطفل عن الاخرين ويؤدي الى شعورهم بالخوف وعدم اتصالهم بالآخرين ويؤدي الى صعوبة في تكيفهم مع الاخرين والى قلة الثقة بالنفس وتجنب الاخرين والتردد في كل موقف يتعرضون له والخجل يسبب لصاحبه شعور دائم بالقلق وعدم الراحة (الفحل، 2009 م، ص 78).

ويقول (عبد الرازق، 2005 م) أن هناك طريقة يستجيب الكثيرون لها وهي طريقة التدرج البطيء ، التي يصاحبها الاسترخاء لأن التدريب على الاسترخاء يساعد في زيادة اكتساب الإنسان الشعور بالسيطرة على ذاته وبالهدوء في مواجهة الإخاطر، لو كانت مجرد خيال، فالفائدة من هذا العلاج السلوكي هي إزالة المخاوف من العقول بالتدرج (عبد الرازق، 2005 م، ص 47).

2.2.5.2 الاتجاهات و الآراء المفسرة للخجل:

أوضحت النيال وأبو زيد (1999م) أن هناك اتجاهات مفسرة لظاهرة الخجل، ومن أهم هذه الاتجاهات ما يلي:

1- الاتجاه التحليلي:

ويفسر هذا الاتجاه الخجل في ضوء انشغال الأنا بذاته، لياخذ شكل النرجسية، فضلا عن اتصاف الخجول بالعدائية والعدوان.

2- إتجاه التعليم الاجتماعي:

فيه يعزو الخجل إلى القلق الاجتماعي، والذي يثير أنماطا متباينة من السلوك الانسحابي، وعلى الرغم أن النتيجة الطبيعية للانسحاب والتفادي تتمثل في خفض معدلات القلق، ومن ثم الخجل إلا أنه يمنع فرصة تعلم المهارات الاجتماعية الملائمة ، بل ويمتد ليكون عواقب معرفية تظهر في شكل توقع الفشل في المواقف الاجتماعية وحساسية مفرطة للتقويم السلبي من قبل الآخرين وميل مزمن لتقويم الذات تقويما سلبيا.

3- الاتجاه البيئي الأسرية:يرجع البعض الخجل إلى عوامل بيئية أسرية متمثلة فيما يمارس الوالدين من أساليب معاملة، كالحماية الزائدة والنقد المستمر، إلى جانب التهديد الدائم بالعقاب الذي من شأنه أن يجعل مشاعر الجبن والخوف تتفاقم لدى الطفل، ويؤيد زيلر ورور (ziller rorer) 1985 إن الخجل يثير ويثار عن طريق ادراك البيئة.

4- الاتجاه الوراثي:

ويعزي فيه الخجل إلى شق وراثي تكويني، فيميل بعض الأطفال إلى التعرض للضوضاء والرغبة في الانطلاق ، في حين يميل البعض الآخر إلى السكون والانفراد، ويستمر ملازما لسلوك الطفل طوال حياته، وفي مراحل العمر التالية. ولذا فمعاملة الطفل الخجول وراثيا بطرق الممارسات الوالدية السالبة، وقد يجعله معرضا للمعاناة من الخجل وراثيا بطرق الممارسات

الوالدية السالبة، قد يجعله معرضاً للمعاناة من الخجل المزمن، وهذا ما أكدته دراسة آشر 1987 (Asher) بأن هناك أطفال يتسمون بالخجل من الناحية الوراثية، وقد ظهر ذلك بوضوح من خلال استجاباتهم الفيزيولوجية (النيال، وأبو زيد، 1999 م، ص 26).

2.2.5.3 أنواع الخجل:

وهي عديدة من أبرزها:

1- خجل مخالطة الآخرين: ويتمثل في شكل نفور من الزملاء أو الأقارب وامتناع أو تجنب للدخول في محاورات وتعتمد الابتعاد عن أماكن تواجدهم، ويرغب الطفل في الاختلاط بأطفال يصغرونه سناً، أو الذين يشبهونه في خجله وانطوائه (ملحم، 2004 م، ص 306).

2- خجل الحديث :

يحبذ الطفل الخجول الالتزام بالصمت، وتقنصر إجاباته على الرفض أو القبول، أو إعلان عدم المعرفة للأهواء التي يسأل فيها، ولا ينظر في الغالب إلى من يحدثه، ويغلب عليه التلعثم والضعف، وهناك من الأطفال من يخجل أثناء الحديث عن بعض الموضوعات كالزواج (الشرييني، 1994 م، ص 106).

3- خجل الاجتماعات:

يكتفي الطفل بالحديث مع أفراد أسرته أو بعض أقرانه، ويبتعد عن المشاركة في الاجتماعات أو رحلات (ملحم، 2004 م، ص 306).

4- خجل المظهر :

وقد يظهر على الطفل سلوك الخجل عندما يرتدي ثوبا جديداً، أو يحمل حقيبة جديدة، كما يظهر عليه مثل هذا السلوك عندما يتناول طعاماً في الشارع العام (ملحم، 2004 م، ص 306).

5- خجل التفاعل مع الكبار:

يخجل الطفل حينما يبدأ حوار بينه وبين المدرسين، أو مديرة مدرسة، أو عندما يستقبل أصدقاء والده أو والدته، أو عند إبلاغ بعض الأمور للكبار بناء على طلب الوالدين (الشرييني، 1994 م، ص 108).

6- خجل حضور الاحتفالات أو المناسبات :

هناك من الأطفال من يخجل من حضور الأفراح أو حفلات النجاح، ويفضل العزلة والابتعاد عن مواقع مثل هذه المناسبات (الشربيني، 1994، م، ص 108).

وقد ميز بيلكونس (pilkonis) بين نوعين من الخجل:

1- الخجل العام : ويتميز صاحبه بعيوب في الأداء مثل الحرج عند ممارسة المظاهر السلوكية العامة، وبالتالي يفشل في ممارستها.

2- الخجل الخاص : ويتميز صاحبه بالشعور الذاتي بعدم الارتياح، وبالاستشارة الداخلية، وبالقلق والحساسية الزائدة للذات، وبالخوف من التقييم السلبي (عبد المعطي، 2001 م، ص 396)

أما ايزنك (eysenck) فصنفه إلى نوعين:

1- الخجل الاجتماعي الانطوائي :

ويتميز الفرد بالعزلة ولكن مع القدرة على العمل بكفاءة مع الجماعة إذا اضطر لذلك.

2- الخجل الاجتماعي العصابي :

ويتميز صاحبه بالقلق الناتج عن الشعور بالحساسية المفرطة نحو الذات والشعور بالوحدة النفسية، مع وجود صراعات

نفسية بين رغبة في تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين وخوفه منها (مايسة، ومدحت، 1999 م، ص 17).

ومما سبق يستنتج الباحث بأن مشكلة الخجل أنه يتصور أنه محور انتباه العالم، وأن الجميع يراقب حركاته وسكناته، ولذلك تراه غارقاً في تفسير الأفعال وما وراءها والنظرات ومغزاها والكلمات ومرادها. وبالتالي هو متوتر من الخارج، ومضطرب من الداخل بصورة مرهقة تدفعه إلى تجنب مثل هذه اللقاءات الاجتماعية حتى لا ينشغل كثيراً بتفاصيلها، وتفسيرها، لاسيما أن الحديث عن أناس فقدوا جزءاً عزيزاً من أجسامهم لذلك نجد اختلافاً في نظرتهم لأقرانهم في المجتمع ومرتبطة بدرجة التأقلم والاندماج فيه.

2.2.5.4 صفات الشخص الخجول:

- تتحدد بعض صفات الخجول كما يلي:
- أكثر قلقاً وتوتراً.
- أقل لباقة وثقة في التداخل والتفاعل الاجتماعي.
- الميل إلى العزلة.
- الانشغال بالذات وتأمل ما فيها من نقص.
- الميل للصمت حين خروجه عند الجماعة. (حبيب، 1992 م، ص 66)

2.2.5.5 مكونات الخجل:

1. المكون الانفعالي: و يظهر من خلال تنبيه الأحاسيس النفسية التي تدفع الفرد إلى استجابة التفادي والانسحاب بعيداً عن مصدر التنبيه، كخفقان القلب واحمرار الوجه وبرودة اليدين.
2. المكون المعرفي: حيث أشار ايزنك Eysenck بأنه "انتباه مفرط للذات، ووعي زائد بالذات، وصعوبات في الاقناع والاتصال".
3. المكون السلوكي: المتمثل في نقص السلوك الظاهر ويركز على الكفاءة الاجتماعية للأشخاص الخجولين ويتصفوا بنقص في الاستجابات السوية.
4. المكون الوجداني: المتمثل في الحساسية، وضعف الثقة بالنفس واضطراب المحافظة على الذات. (النيال وأبوزيد، 1999 م، ص 14-16).

2.2.5.6 أعراض الخجل ومظاهره:

رغم تعدد أعراض الخجل ومظاهره، فإن ثم ما يجمع بينها في زمرة أعراض تختلف نسبيتها من فرد لآخر ومن مستوى لآخر، ومن مثير لآخر، ومن تلك الأعراض ما يلي:

1. الأعراض الفيزيولوجية Physiological symptoms
(احمرار الوجه، جفاف الحلق، زيادة خفقان القلب).
2. الأعراض الاجتماعية Social symptoms
(ضعف القدرة على التفاعل أو التواصل، تفضيل الوحدة، الرغبة في الانسحاب).
3. الأعراض الانفعالية والوجدانية Emotional symptoms
(التوتر ، الخوف ، ضعف الثقة بالنفس).

4. الأعراض المعرفية Cognitive symptoms

(قلة التركيز ، تداخل الأفكار ، ضعف قدرة الفهم).

وعليه فإن جملة تلك الأعراض لا تحدث دفعة واحدة، بل يحدث بعضها وفقاً لشدة الموقف، وطبيعة الشخص نفسه، ودرجة حال الخجل (النيال، وأبو زيد، 1999 م، ص 22).

أما أسباب الخجل فيمكن إجمالها بالتالي :

- 1- الأسباب الوراثية :فالأبوين الخجولين غالباً ما يعدون أطفالاً خجولين وتدخل الوراثة بشكل قوي فيها وتحمل استعداد كبيراً فيجبر الأطفال على هذا الأسلوب وتكون اتصالاتهم الاجتماعية محدودة والتحدث مع الآخرين يتسم بالخوف وعدم الثقة حيث يظهر الأفراد الخجل الشديد منذ الطفولة لدى مقابلتهم للغرباء أو تعرضهم لمواقف غير مألوفة لديهم .
- 2- الأسباب البيولوجية : إن فسيولوجية الدماغ عند الأفراد تهيؤهم للاستجابة لظاهرة الخجل .
- 3- الأسباب الاجتماعية : التنشئة الاجتماعية : التنشئة الاجتماعية غير السليمة في البيت والمدرسة ومكان العمل غالباً ما تقدم أشخاصاً خجولين (السبعوي، 2005 م، ص 60).
- 4- الأسباب النفسية : إن الشعور بعدم الأمان يؤدي بالأشخاص غير الآمنين بعدم الشعور بالطمأنينة ، وهذا ينتج عنه عدم الثقة بالذات والاعتماد على الآخرين . كما إنهم مشغولون بمحاولة الشعور بالأمن وتجنب الإحراج وعدم ممارسة المهارات الاجتماعية فعندئذ يشكل الخجل دائرة مفرغة بالنسبة لهم ويصبحون أكثر خجلاً بسبب نقص المهارات الاجتماعية والمعلومات الايجابية من الآخرين (الزغبى، 2005 م، ص ص 71-73).

ومن الأسباب المؤثرة في الخجل أيضاً:

العاهات والنقص العضوي:

وقد يعاني بعض الأطفال من مشاعر النقص نتيجة عاهات جسمية بارزة تساعد على أن ينشأوا خجولين ميالين للعزلة، ومن ذلك ضعف البصر، ضعف السمع، التأتأة والجلجة في الكلام، أو الشلل الجزئي أو العرج، أو السمنة المفرطة أو طول القامة المفرط، أو ظهور البثور في الوجه، وقد يعاني الطفل من مشاعر النقص غير الواقعي الذي يتصوره في أحد أعضاء جسمه ولا يراه غيره، ولا يجد في اقناعه أي دليل أو مناقشة، كما قد يعاني الطفل الخجول نتيجة اشعار البيئة له بالنقص لعدم وسامته، أو عدم تناسق تقاطيع وجهه وسوء منظره، أو لضعف قدرته العقلية، وبذلك يعتري الطفل الشعور بالنقص عندما يجد نفسه عاجزاً عن أن يحل ما

يعرض له من مشاكل ويصاحبه من انفعالات الخوف والقلق، والتردد، وعدم القدرة على اتخاذ القرار، أو التصرف في المواقف، فيبدو عديم الكفاءة ضعيف الثقة بالنفس (جرجس، 1996 م، ص 60).

ويرى شوقي (1989 م، ص ص 7-8) أن كل دوافع الخجل و التردد و الخوف متأتية من ضعف في بنیان الشخصية وعدم الثقة بالنفس تبدأ من تجارب الإنسان و احتكاكه وسط المجتمعات ودراسة تلك المجتمعات المتعددة وأغلب العقد النفسية هي في الواقع جاءت من ايعازات لاشعورية متخاذلة تضعف إرادة المرء بلا مبرر فتخلق عدة أنواع من العقد ونقص ظاهر في الشخصية.

2.2.5.7 النصائح العلاجية للخجل:

لخص (المالح، 1995 م) بعض النصائح العلاجية لحالات الخجل عند الأطفال و التي تفيدهم في المناسبات الاجتماعية وهي كالآتي:

- 1- تجنب إطلاق التسميات والأوصاف غير المفيدة مثل الخجول، خوفاً، ضعيف، وغير ذلك.
- 2- تجنب عقاب الطفل وإهانته أمام الآخرين قدر الإمكان.
- 3- وفر للطفل مزيداً من فرص التدريب في المنزل ولمدة عشر دقائق يومياً أو خمسة تتطلب منه أن يتحدث عن موضوع أو قصة أو غيرها أمام الأهل أو الاصدقاء مع تقبل أدائه ولا تكثر من الملاحظات في المراحل الأولى من التدريب.
- 4- اترك للطفل الحرية في اكتشاف ما حوله بنفسه وهو يتعلم من الخطأ و التجربة .
- 5- تذكر أن تكون عوناً للطفل وموجوداً حين الحاجة وأن يفهم الطفل ذلك عند مواجهته لموقف اجتماعي صعب.
- 6- لا تبخل في تشجيع الطفل ومكافأته على سلوكه الاجتماعي الجيد واجعل المكافآت مباشرة وغير بعيدة زمنياً لأن الطفل لا يفهم الزمن كما يفهمه الكبار (المالح، 1995 م، ص 13)

2.2.5.8 تعقيب:

يرى الباحث أن الشعور بالاختلاف عن الآخرين من الناحية الجسدية والحسية يجعل من هؤلاء الأشخاص على اختلاف أنواع إعاقاتهم وخصوصاً الحركية ، حساسين و خجولين وميالين للانسحاب من المجتمع وخاصة إذا كانت الظروف الاجتماعية غير واعية وغير متفهمة لقضاياهم العادلة، غير أن تربيتهم وتعليمهم وفتح الفرص أمامهم للتعبير والمشاركة كفيل بتبديد هذه السلوكيات غير الطبيعية وتبديد فكرة العجز وتحقيق الثقة بالنفس والابداع في مجالات شتى والذي يؤكد صحة هذا الرأي هو أن الكثير من ذوي الإعاقة الذين حققوا انجازات كبيرة في مجال العلوم والفنون و الرياضة وغيرها ولم تقف إعاقتهم أمام إصرارهم وتحديهم وانتصارهم، الأمر الذي يجعلهم على درجة لا بأس بها من الصحة النفسية العامة.

2.2.6 القلق : (Anxiety)

2.2.6.1 تمهيد:

الحياة اليومية تواجهنا بمواقف كثيرة تتطلب الجهد والرد الصحيح ، والقلق انفعال و باعث إيجابي للتكيف مع الواقع ومتطلباته ، وتكمن المشكلة عند زيادة كمية القلق أو استمراره فترة طويلة ، وهنا يعتبر القلق مرضاً واضطراباً ، لأنه يعطل الإنسان ويرهقه ويجعل حياته اليومية مؤلمة ومزعجة ، ويجعل أعصابه مشدودة ومتوترة ، كما أن الإحساس بالقلق والترقب فترة طويلة يؤدي إلى المزاج السيئ والإرهاق واستنزاف الطاقة ونقص الإنتاجية.

وإنّ القلق هو من المشاعر الإنسانية الأساسية مثله مثل الفرح والحزن والخوف و الغضب، ويعني القلق الشعور بالتوتر والترقب والإحساس بالخطر العام وهو يعني أيضاً عدم الاطمئنان، وتُعد دراسة القلق من الموضوعات الهامة التي نالت حظاً وثيراً في الدراسات النفسية ولا زالت تحتل مكان الصدارة في البحوث النفسية والإكلينيكية، خاصة ونحن نعيش في عصر غامض محفوف بالتغيرات الاجتماعية والاقتصادية ولا يعتبر القلق السمة المميزة لعصرنا الحالي فقط، فالقلق قديم قدم الإنسانية، فالحياة البدائية لم تكن خالية من القلق، إلا أنّ القلق في العصر الحديث، أصبح إشارة لظاهرة مرضية، يتعرض لها الأفراد بمستويات مختلفة، ولأسباب مختلفة، مثل: فقدان الاطمئنان والأمان النفسي وفقدان القدرة على إشباع الحاجات النفسية والبيولوجية وتحقيق الأهداف.

والقلق بوجه عام هو نتيجة من النتائج المترتبة على حدوث البتر وصدمة بل في أغلب الأحيان يتحول من مجرد نتيجة إلى سبب يؤدي إلى ظهور الكثير من المظاهر العصبية والنفسية لدى حالات بتر الأطراف هذا ومن واقع تجارب الباحث العملية في مضمار التأهيل المجتمعي لذوي الإعاقة و في التعامل مع هذه الفئة وتأهيلها تم ملاحظة وجود اضطرابات عامة لدى هذه الفئة ومن أبرزها القلق كاضطراب واسع له دوافعه ومسبباته.

ويُعد القلق من أكثر المصطلحات الشائعة في مجال علم النفس عموماً، وفي مجال الصحة النفسية خصوصاً. فالقلق حقيقة من حقائق الوجود الإنساني وجانب دينامي هام في بناء الشخصية ومتغير أساسي من متغيرات السلوك، وعلى الرغم من كونه خبرةً غير سارة يمكن أن تؤدي إلى تصدع الشخصية، إلا أنّ وجوده بقدرٍ مناسب يعد ضرورةً للتكامل النفسي، لأنّه يخدم أغراضاً هامة في حياة الإنسان وينبه الفرد للخطر قبل وقوعه (الجزائري، 2004م، ص 20).

ويتناول هذا المبحث القلق من خلال عرض الموضوعات التالية: مفهوم القلق وتعريفاته، وأسبابه، وأعراضه، ومستوياته، وأنواعه، وتفسيرات بعض المدارس وعلماء النفس، والفرق بين القلق وبعض المفاهيم، بالإضافة إلى طرق قياسه وعلاجه ومدى انتشاره، وأخيراً سيتمّ التحدث عن القلق من منظور إسلامي.

2.2.6.2 مفهوم القلق:

القلق لغة:

إن المعنى اللغوي هي لكلمه قلق : قلق الشيء قلقاً أي حركه فلم يستقر في مكان واحد، اضطرب وانزعج فهو قلق (المعجم الوسيط ج 1: 18).

من ذلك يتبين أن القلق هو الاضطراب في النفس (مضطرب البال) والجسم (الحركة وعدم الاستقرار).وتقول العرب أقلق الشيء أي حركه في مكانه. وقلق القوم السيوف أي : حركوها في أغمادها، إذاً القلق هو الحركة والاضطراب، وهو عكس الطمأنينة.(السباعي،1999:11)

وقيل أن كلمة القلق (anxious) مشتقة من الكلمة اللاتينية (anxius) وتعني متكرر البال حول أمر غير محقق في المستقبل، وهي مرتبطة بأصل معناه . يضغط بشدة أو يخنق.(ماركس،1999م، ص 13)

القلق اصطلاحاً:

تعريف ماسرمان (Masserman) الذي يرى أنّ القلق هو: "عبارة عن حالة من التوتر الشامل، الذي ينشأ من خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد للتكيف" (بهاء الدين، 2008 م، 184).

والقلق هو شعور عام بالفزع والخوف من شر مرتقب وكارثة توشك أن تحدث ، والقلق استجابة لتهديد غير محدد كثيراً ما يصدر عن الصراعات اللاشعورية ومشاعر عدم الأمن والنزاعات الغريزية الممنوعة المنبعثة من داخل النفس وفي الحالتين يهيئ الجسم ويتسارع النفس ونبضات القلب ، فتتوتر العضلات، إمكانياته لمواجهة التهديد (فراج ،2006م، ص 219).

ويُعرّفهُ زهران (2005م، ص484): "هو حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبها غامض، أو أعراض نفسية جسمية. ويكون المريض وكأنّ لسان حاله يقول: شاعر بمصيبة قادمة".

تعريف عبد الفتاح (2004 م، ص 52): "عدم الاستقرار العام نتيجة للضغط النفسي الذي يقع على عاتق الفرد، مما يسبب اضطراباً في سلوكه ويصاحبه مجموعة من الأعراض النفسية والجسمية".

تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM VI): القلق حالة مرضية تتصف بالشعور بالرعب وبوجود عدد من الأعراض يشترط توفر ثلاث منها على الأقل هي: وجود صعوبة في التركيز، وسرعة الانفعال، وتوتر العضلات وإجهادها، واضطرابات النوم، كما تصاحبها أعراض عضوية تشير إلى النشاط الزائد للجهاز العصبي اللارادي (حجازي، 2015م، ص15).

تعريف منسي: تعريف شامل للقلق مفاده بأنّ القلق عبارة عن إحساس الفرد بالرعب المستمر والخوف نتيجة لقيم معينة بحيث يحملها الفرد بداخله، أو من أحداث خارجية لا تبرر وجود هذه الإحساس، فالقلق قد يعني مجموعة أحاسيس ومشاعر انفعالية يدخل فيها الخوف والألم والتوقعات السيئة وهو خبرة انفعالية مؤلمة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء دون أن يستطيع تحديده بدقة أو بوضوح (منسي، 1998م، ص36).

ويُعرّفهُ عكاشة بأنه شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر ، و يكون مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللارادي، يأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد ، أو الشعور بنبضات القلب، وذلك مثل الضيق في التنفس أو الصداع (عكاشة، 1988م، ص 107).

ويُعرّفهُ عثمان بأنه شعور غامض غير سار فيه توجس وخوف وتوتر وتحفز مصحوب ببعض الإحساسات الجسمية كضيق النفس والشعور بنبض القلب (عثمان، 2000 م، ص 10) .

ويُعرّفهُ فرويد: " حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يتملك الإنسان، ويسبب له كثيراً من الكدر والضيق والألم، والقلق يعني الانزعاج، والشخص القلق يتوقع الشر دائماً، ويبدو متشائماً، ومتوتر الأعصاب، ومضطرباً. كما أنّ الشخص القلق يفقد الثقة بنفسه، ويبدو متردداً عاجزاً عن البث في الأمور، ويفقد القدرة على التركيز " (عثمان، 2001م، ص18).

وترى العناني بأنه إشارة إنذار نحو كارثة توشك أن تقع وإحساس بالضيق في موقف شديد الدافعية ، مع عدم التركيز والعجز عن الوصول إلى حل مثمر (العناني، 2000م، ص 112).

كما يُعرّفهُ هارولد بأنه حالة من عدم الاتزان المستمرة تنشأ بسبب وجود صراع داخلي فيما بين الاستجابات الإنفعالية (هارولديندفنك، 1997م، ص 124).

وإن القلق من العوامل الأساسية للصحة النفسية، إذ يُعد من الانفعالات الأساسية التي تصيب الإنسان، ويشكل المفهوم الأساسي في علم الأمراض النفسية والعقلية، والعرض الجوهري في الاضطرابات النفسية، وفي أمراض عضوية كثيرة، كما يعد القلق أيضاً محور العصاب والاضطراب النفسي (حبيب، 1991م، ص 162).

وقد ثبت أن درجة تقدير الفرد لذاته تتحدد بمقدار خلوه من القلق، وعدم الاستقرار النفسي، بمعنى انه كلما كان الفرد متمتعاً بصحة نفسية جيدة ساعده ذلك على النمو نمواً طبيعياً وكان تقديره لذاته مرتفعاً، أما إذا كان الفرد من النوع القلق غير المستقر فان فكرته عن ذاته تكون منخفضة، وبالتالي ينخفض تقديره لذاته (الديب، 1999 م، ص 15).

ويرى الباحث القلق ليس انفعالاً يشيع بين الناس فحسب، بل هو خاصية عامة وعالمية يتعرض لها جميع الأفراد بدرجات متفاوتة ، كلٌ حسب طاقته النفسية وخبراته المكتسبة في الحياة.

وقد أكد فرويد على عمومية القلق بقوله " لعلمي لا أحتاج شخصياً أن أعرفكم بموضوع القلق، فكل منا دون استثناء قد عانى واختبر هذا الإحساس أو على الأحرى هذه الحالة الوجدانية الانفعالية مرة أو أكثر في حياته " (إبراهيم، 1991 م، ص 14)

وقد أوضح هذا المعنى لوغال كما أكد على إن البيئة مؤثرة في القلق، فالتلميذ يتكون قلقه من قلق أسرته وقلق معلميه بالإضافة إلى النزعة القلقة الموجودة لديه حيث قال "أن المنابع الانفعالية لأننا وقواها الفكرية قد تدفع إلى ذروة القلق و الازدواجية" (لوغال، 1988م، ص ص 29-40).

و قال زهران " هو حالة من توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، و يصاحبها خوف غامض وأعراض نفسيه وجسميه" (زهران، 1978 م، ص 397).

وهنا إشارة إلى قلق السمة بقوله نزعة قلقية، و معنى ذلك أنه قد تكون شخصية الفرد تتسم بتلك النزعة وبذلك يمكن أن يقال عنه أن لديه سمة قلق . و القلق يؤثر في النمو الاجتماعي والنمو المعرفي للفرد كما إنه يتأثر بمستوى القلق عند الوالدين وبأسلوب التعامل المتبع تجاههم، وأشارت إلى ذلك دراسة شايبين Chapin (1989م) بأن درجة القلق المعتدلة تساعد على التعلم وحسن الأداء (اسماعيل، 1989 م، ص 383).

كما أن القلق انفعال يكاد يكون ملازم لكل فرد كبيراً كان أم صغيراً، يتفاوت في حدته ويختلف في نوعيته حسب المواقف التي يمر بها وتؤثر في الفرد بحسب شخصية هذا الفرد الذي يتعرض للمواقف وكيفية فهمه وتفسيره لها (عبد الخالق، 1994 م، ص 9).

2.2.6.3 مؤشرات وجود القلق :

هناك مؤشرات ثلاث تشير إلى وجود القلق وهذه المؤشرات هي :

- 1- وجود الاجتهاد والتوتر والشكوك المرتبطة بوجود الإنسان والتي تؤثر في حياة الناس أجمعين.
- 2- توافر الظروف والحالات المتصلة بمرحلة نمو المراهق وما يتصل بها من مأزق.
- 3- المصاعب المرتبطة بالمشكلات التي لم نجد لها حلاً بعد في حياة المراهق والتي تمتد إلى أيام الطفولة المبكرة (الحافظ، 1990 م، ص 126).

2.2.6.4 أنواع القلق:

1. القلق الطبيعي: objective anxiety

يستعمل بعض الناس كلمة القلق للتعبير عن حالة من الشعور بالتوتر الداخلي أو الخوف أو التوجس، وحتماً عانى كل انسان من القلق الطبيعي، ويعني معنى الكلمة، حتى وأن لم يستطع وضع هذا المعني في كلمات، ان القلق شعور طبيعي و متوقع ومقبول، تحت ظروف معينة مثل مواجهة المخاطر الجسدية والمعنوية و شدائد الحياة التي يتعرض لها كل إنسان ، والتي تتضمن تهديداً لسلامته أو صحته أو ماله أو احترامه ، والقلق هو أحد الوظائف الهامة للدماغ ، والتي تعمل على بقاء الإنسان وله وظيفة هامة وهى تجنيد كل طاقات الإنسان الجسدية والعقلية لمواجهة الموقف المثير للقلق ، وذلك عن طريق رفع درجة التنبيه الذهني وتنبيه الجهاز العصبي أو السمبثاوي ، وتنبيه بعض الغدد الصماء لإفراز هرمونات مثل

الأدرينالين وغيره ، لذا نرى أن القلق الطبيعي يساعد على التكيف ويشكل حافزاً على حل المشاكل الحياتية ومواجهتها (أبو حجلة، 2002 م، ص 21).

وهذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف، لأن مصدره يكون واضح المعالم لدى الفرد، ويوضح فرويد في نظريته أن القلق والخوف ما هما إلا ردود أفعال في موقف معين، فالخوف استجابة لخطر خارجي معروف، والقلق استجابة لخطر داخلي معروف، فالقلق هو من جهة توقع صدمة، ومن جهة أخرى تكرر للصدمة ، في صورة مخففة، فعلاقة القلق بالتوتر ترجع إلى حالة الخطر ، بينما تحديد القلق و عدم وجود موضوع له يرجعان إلى حالة الصدمة التي يسببها العجز، وهي الحالة التي يتوقع حدوثها في حالة الخطر (عثمان، 2001 م، ص 21).

وتؤكد مياسة بقولها إن الأشخاص الذين تثقتهم بأنفسهم تكون عالية وقائمة على خبرة واسعة فهم محبوبين وأقوياء يكون مدى بعدهم عن القلق أوسع من المدى الذي يكون عند أصحاب الثقة الضعيفة بأنفسهم وخاصة إذا كانوا ذوو بنية جسمية هزيلة. (مياسة، 1997 م، ص 144)

وقد أكد فرويد على عمومية القلق بقوله " لعلمي لا أحتاج شخصياً أن أعرفكم بموضوع القلق، فكل منا دون استثناء قد عانى واختبر هذا الإحساس أو على الأحرى هذه الحالة الوجدانية الانفعالية مرة أو أكثر في حياته" (ابراهيم، 1991 م، ص 14).

2. القلق العصابي: Neurotic anxiety

يأتي القلق العصابي بأشكال متعددة، بحسب شدته وضاروته، فيكون إما حالة انفعالية شديدة أو يتزايد لدرجة أن يستجيب الجسم بالقشعريرة والرعدة، وتوتر عضلات الجسم، أو يتحول في الحالات المتقدمة إلى نوبة حادة من الانزعاج و الذعر، فالذعر درجة أشد من درجات القلق. وإذا كانت أنواع القلق العصابي تتفاوت بحسب الشدة فإنها تتفاوت أيضاً من حيث استمرارها، فقد يجيء مفاجئاً و سريعاً (كما في حالات الذعر) أو يجيء بطيئاً على فترات ممتدة، ويستمر أحياناً فترات قصيرة، أو قد يبقى فترات طويلة إلى أن يتحول إلى حالات دائمة، و إلى سمة مستقرة من سمات الشخصية (ابراهيم، 2002 م، ص 13).

ويسمى هذا النوع بالقلق المرضي، ويكون متجاوزاً في شدته أو مدته ما يقتضيه السبب، فهو غير متناسب مع السبب، و في كثير من الأحيان لا يكون له سبب خارجي واضح للمريض و الآخرين، وكأنه ناجم عن سبب داخلي غير معروف، و يتخذ سيراً خاصاً به غير متأثر بالظروف الخارجية للمريض سواء كانت جيدة أم سيئة ، و يعتبر هذا النوع من القلق

عكس القلق الطبيعي فهو يضعف القدرة على التكيف و يقلل من كفاءة الشخص المصاب، لأنه بحد ذاته يصبح عنصراً شاغلاً للمريض عن أي مواجهة فعالة، ومستنفذاً للطاقة النفسية و الجسدية ، كما أن شعوره مؤلم نفسياً، إذ يحرم المصاب من الاستمتاع من مباحج الحياة أو الاستفادة من فرصها (أبو حجلة،2002 م، ص 21-22)

2.2.6.5 2.2.6.5 الخوف والقلق:-

القلق يختلف عن الخوف حيث يشير القلق إلى حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يتهدهده وهو ينطوي على توتر انفعالي تصاحبه اضطرابات فسيولوجية مختلفة . بينما يشير الخوف إلى حالة نفسية توجد عند الشخص حين يتهدهده خطر ما ، وينطوي أيضاً على توتر انفعالي واضطرابات فسيولوجية مختلفة ويمكن توضيح أوجه الاختلاف بين القلق والخوف العادي في النقاط التالية :-

1- مصدر القلق ليس له وجود في العالم الخارجي ويكتنفه الغموض ، بينما مصدر الخوف أمور خارجية يواجهها الفرد .

2- يكون القلق على مستوى اللاشعور ، أما الخوف فيكون على مستوى الشعور .

3- يبقى القلق غالباً رغم زوال مثيره ، والخوف يزول بزوال مثيره .

4- القلق هائم لا يتناسب مع موضوعه ، أما الخوف متناسب من حيث الشدة مع موضوعه .

5- ينشأ القلق كرد فعل لوضع محتمل غير قائم ولكنه متوقع ، بينما الخوف ينشأ كرد فعل لوضع مخيف قائم فعلاً .

6- توجد في القلق صراعات ، بينما الخوف لا توجد فيه صراعات .

7- استجابة القلق تدوم طويلاً ، أما الخوف فاستجابته عابرة مؤقتة .

8- الإثارة التي تركها القلق على الجسد أقوى عمقاً وتأثيراً ، بينما في الخوف لا تكون الآثار خطيرة (الكحيمي وآخرون ، 2007م، ص 25).

كما أوضحت (العناني، 2005م، ص100) الفرق بين الخوف والقلق:

يصعب التمييز بين القلق والخوف في حالات كثيرة وذلك بسبب أوجه التشابه بينهما ويبدو الشبه واضحاً في الجوانب الآتية:

- في كل من الخوف والقلق يشعر الفرد بوجود خطر يتهدهده.

- أيضاً في كل من الخوف والقلق يشعر الفرد بحاله انفعاليه تتطوى علي التوتر والضغط.
- كل منهما يحفز الفرد لبذل الطاقه لحمايه نفسه.
- كل منهما يصاحبه عدد من التغيرات الجسميه.

2.2.6.7 النظريات المفسرة للقلق:

تعددت النظريات المفسرة لاضطراب القلق، وقد يرجع هذا التعدد أو الاختلاف إلى التوجهات النظرية المتنوعة التي تهتم بتفسير هذا الاضطراب، فيرى بعض علماء تلك النظريات أن اضطراب القلق يرجع إلى عوامل وراثية، ويرى البعض الآخر أن اضطراب القلق يرجع لبث الرغبات في اللاشعور . بينما يذهب فريق ثالث إلى أن اضطراب القلق يرجع إلى أنه تعلم خاطيء ويجب علاجه باعتباره سلوكاً مضطرباً بينما يعتبر البعض أن اضطراب القلق يرجع إلى جوانب معرفية ومعتقدات مشوهة. وأخيراً هناك من يرى هذا الاضطراب يرجع إلى إدراكات سلبية من جانب الشخص ذاته للعالم المحيط به ، وبناء على ذلك سوف يعرض الباحث هذه النظريات المتنوعة التي اهتمت بتفسير السلوك المضطرب بشيء من التفصيل.

من خلال استعراض التعريفات السابقة تظهر تصنيفات القلق وهي:

- **القلق الخارجي (الواقعي أو الصحيح أو السوي):** وهي محاولة الفرد تحقيق التوافق الاجتماعي إلا أنه يواجه من المحيط البيئي بعدم الأمن الاجتماعي أو بالرفض الاجتماعي للإنسان.
- **القلق العصابي أو المرضي داخلي المنشأ:** وهو نوع من القلق لا يدرك المصاب مصدر علته حيث يشعر بالخوف الغامض دون مبرر موضوعي وهو قلق مَرَضِي، ويسمي بالقلق الهائم، أو الطليق الذين يتمثل بعدم الارتياح، ترقب المصائب، وهو شعور مستمر ودائم لدي الفرد (فايد، 2003: 49).

2.2.6.8 أسباب القلق:

- تتعدد أسباب القلق بتعدد وجهات النظر لرواد علم النفس عندما يتحدثون عن العوامل التي تؤدي إلى القلق، وفيما يلي عرض لتلك الأسباب:
- **الأسباب الوراثية:** إنَّ مستوى القلق عند الأفراد يعتمد على كيفية عمل الوظائف، وبعض الآليات الفسيولوجية، فليس غريب أن تكون هناك فروق وراثية بين الأفراد، كما هو الحال

في كثير من الخصائص الجسمية كلون العينين مثلاً، ويبدو أنّ العوامل الوراثية لها دور مهم، بل ومن المحتمل أن يكون أكثر العوامل أهمية في تحديد القلق، هذا ما بينته الدراسات المختلفة أنّ الوراثة تلعب الدور الهام والأساسي في الاستعداد للقلق، فقد دلت النتائج أنّ نسبة القلق في التوائم المتشابهة التي تعدّ متماثلة في كل الجوانب بسبب توفر الطبيعة الوراثية نفسها تصل إلى (50%) بينما تصل إلى (4%) في التوائم غير المتشابهة وحوالي (15%) في آباء وإخوة مرضى القلق، كما دلت النتائج أيضاً أنّ نسبة من يعانون من سمات القلق من بين الحالات غير المتشابهة (عبد الله، 2001م، ص 150).

- **الاستعداد النفسي (الضعف النفسي العام)**، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، والتوتر النفسي الشديد، والأزمات أو المتاعب أو الخسائر المفاجئة والصدمات النفسية، والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه، والمخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة، والشعور بالعجز والنقص، وتعود الكبت بدلاً من التقدير الواعي لظروف الحياة. وأحياناً قد يؤدي فشل الكبت إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة. ومن الأسباب النفسية كذلك الصراع بين الدوافع والاتجاهات، والإحباط، والفشل اقتصادياً، أو زواجياً، أو مهنيّاً، والحلول الخاطئة، وكثرة المحرمات (الثقافية Taboos) (زهران، 2005م، ص 485).

- **مواقف الحياة الضاغطة** كالضغوط الحادة الناجمة عن نمط الحياة الحديثة والتغيرات المتتالية، والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهجم ومواقف الضغط والوحدة والحرمان وعدم الأمان واضطراب وتفكك الجو الأسري (العناني، 2000م، ص 120).

- **مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة**، ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراعات في الماضي، والطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل القسوة والتسلط والحماية الزائدة والحرمان، واضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين.

- **التعرض للحوادث والخبرات الحادة** (اقتصادياً أو عاطفياً أو تربوياً)، والخبرات الجنسية الصادمة وخاصة في الطفولة والمراهقة، والإرهاق الجسمي والتعب والمرض، وظروف الحرب.

- التفكير في المستقبل، حيث يساعد ذلك في استرجاع ذكريات الماضي المؤلمة والتفكير المبالغ فيه في ضغوط الحياة العصرية، وطموح الإنسان وسعيه لتحقيق أهدافه (العناني، 2000م، ص120).

- الطرق الخاطئة لتجنب الحمل والحيلة الطويلة خاصة الجماع الناقص.

- عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات.

- ربط سيجموند فرويد (Freud) بين القلق وبين إعاقة "الليبيدو" من الإثباع الجنسي الطبيعي، ووجود عقدة أوديب أو عقدة إليكترا وعقدة الخشاء (غير المحلولة). وأرجع أدلر (Adler) القلق إلى عقدة النقص، ومشاعر النقص عند الفرد سواء مشاعر النقص الجسمي، أو المعنوي، أو الاجتماعي وإلى تهديد أسلوب حياته. وعزا أوتورنك (Rank) القلق إلى صدمة الميلاد فهي تؤدي إلى باكورة القلق (Prototype of anxiety) أو القلق الأولي (Primary anxiety)، وأرجعت كارين هورني (Horney) القلق إلى ثلاثة عناصر هي الشعور بالعجز والشعور بالعداوة والشعور بالعزلة.

- يرى السلوكيون أنّ القلق استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة، ثم تعميم الاستجابة بعد ذلك (زهران، 2005م، ص486). حيث يرجع أنصار المدرسة السلوكية أمثال الباحثين دولار، وميلر، وبافلوف اضطرابات السلوك عامة واضطراب القلق خاصة إلى تعلم سلوكيات خاطئة من البيئة التي يعيشون فيها وتساهم الظروف الاجتماعية التي ينشأ فيها الطفل إلى تدعيم تلك السلوكيات والعمل على استمرارها وبقائها، كما تلعب الضغوط البيئية دوراً هاماً في حدوث أي اضطراب أو تفهمه (فايد، 2001م، ص57).

- يعتقد المعرفيون أن المكون الأساسي للقلق هو المكون المعرفي الذي يشير إلى أفكار المسترشد والصورة الذهنية ذات الطبيعة المهددة، فهي تعتبر القلق تقييماً معرفي للخطر يتضمن انفعالات غير سارة، حيث أكد بيك وأميري أن القلق استجابة انفعالية لتقييم المثيرات المهددة (سليمان، 2003م، ص72).

الأسباب عند العيسوي:-

يرى أن القلق ينشأ بسبب رد فعل شرطي للألم أي أنه استجابة شرطية للألم الناتج عن حالة الخوف التي يمر بها. وهو بذلك يفسر الإصابة بالقلق في ضوء نظرية التعلم الشرطي. (العيسوي، 1996 م، ص 78).

2.2.6.9 أعراض القلق:

1. **الأعراض الجسمية:** وتشمل: الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة، وبرود الأطراف وتوتر العضلات، والنشاط الحركي الزائد، واللازمات العصبية الحركية بالإضافة إلى تصبب العرق وعرق الكفين وارتعاش اليدين، وبرودة الأطراف وشحوب الوجه، وسرعة النبض والخفقان، ارتفاع ضغط الدم، الصداع المستمر واضطرابات في المعدة وسرعة ضربات القلب، فقدان الشهية، الدوار والغثيان والقيء والشعور بالضيق في الصدر (زريقة، 2011م، ص31)؛ (جبل، 2000م، ص131).

2. **الأعراض النفسية:** وتشمل: القلق العام والقلق على الصحة والعمل والمستقبل، والعصبية والتوتر العام والشعور بعدم الراحة، والحساسية النفسية الزائدة، وسهولة الاستثارة، والهياج، وعدم الاستقرار، والخوف بصفة عامة، والخوف الذي قد يصل إلى درجة الفزع، والشك، والارتباك، والتردد في اتخاذ القرارات، والهم، والاكتئاب العابر، والتشاؤم، والانشغال بأخطاء الماضي، وكوارث المستقبل، وتوهم المرض، والشعور بقرب النهاية، والخوف من الموت (زهرا، 2005م، ص487).

3. **أعراض معرفية:** القلق يؤثر على التفكير والإدراك والتعلم، أنه يميل إلى إنتاج الارتباك، والتشوه في الإدراك، وليس فقط من الزمان والمكان، ولكن أيضاً في الأشخاص، ومعاني الأحداث. ويمكن لهذه التشوهات أن تتداخل مع التعلم عن طريق خفض التركيز، والحد من التذكر، وإضعاف القدرة على ربط عنصر بآخر (Sadock, 2008, p237).

2.2.6.10 مستويات القلق:

يقسم بازوفيتير (Basaowiter) مستويات القلق إلى ثلاثة مستويات:

1. المستوى المنخفض:

يحدث حالة التنبيه العام ويزداد تيقظه وترتفع لديه الحساسية للأحداث الخارجية وتزداد القدرة على المقاومة والتحفز على المواجهة، فالقلق هنا بمثابة الإشارة والإنذار لخطر وشيك الوقوع. ويشار إلى هذا المستوى من القلق بأنه إنذار لخطر على وشك الوقوع، ويظهر من هذا المستوى أنّ درجة القلق ترتفع عندما يحدث تنبيه عام للفرد، أي في البيئة التي يعيش فيها ويعتبر هذا المستوى من القلق، قلق عادي عند الفرد لأنّ وظيفته تنبيه لخطر على وشك الوقوع (شاذلي، 2001م، ص110).

2. المستوى المتوسط:

يُصبح الفرد هنا أكبر قدرة على السيطرة ويزداد السلوك في مرونته وتلقائيته، وتزداد قوة الفرد على الابتكار ويزداد الجهد المبذول للمحافظة على السلوك المناسب والملائم في مواقف الحياة المتعددة.

3. المستوى العالي:

هنا يحدث اضمحلال وانهيار للتنظيم السلوكي للفرد، ويصبح الفرد غير قادر على التمييز الدقيق بين المنبهات الضارة وغير الضارة، ويظهر ذلك في صورة المصاب بالقلق العصابي في ذهوله، وتشتت فكره، ووحده، وسرعة تهيجه، وعشوائية سلوكه. (عثمان، 1994م، ص28). ويرى الباحث أن هذه النظريات تباينت في تفسيرها للقلق، وأن التفسيرات لا تعمل منعزلة عن بعضها البعض، بل في تكامل وتفاعل مستمرين، فإدراك الموقف وتقييم خطورته يثير التفكير والانفعال والسلوك.

2.2.6.11 أنواع القلق وتصنيفاته:

يُقسم الباحثون القلق إلى عدة تقسيمات، أهمها ما يلي:

التصنيف الأول للقلق : تصنيف فرويد صاحب مدرسة التحليل النفسي الذي صنفه إلى ثلاثة أنواع:

1. القلق الموضوعي (Objective Anxiety):

ويُسمى أيضاً بالقلق الواقعي، وهو قلق شعوري أقرب إلى مفهوم الخوف العادي، إذ يُدرك الفرد مصدر خارجي في بيئته يهدده، وربما يكون هذا المصدر واقعياً، فعلياً أو متوقفاً محتملاً، ومن أمثلة القلق الذي يعترى الفرد نتيجة اختبار أجري له، فهذا القلق يُنتج عن إدراك الفرد لخطر ما في بيئته، ويكون للقلق في هذه الحالة وظيفة إعداد الفرد لمقابلة هذا الخطر بالقضاء عليه أو تجنبه، أو بإتباع أساليب دفاعية إزائه ويلاحظ أنّ هذا القلق الموضوعي العادي دوراً بالغ الأهمية في حياة الفرد والجماعة لما له من وظائف دفاعية وتوجيهية للسلوك، فهو يساعدنا على تحديد مشكلاتنا واتخاذ القرارات اللازمة بشأنها ويمدنا بالقدر اللازم من التحفز لتحرير الطاقة النفسية وتركيزها وتركيزها لمواجهة المشكلات وتجنب الخطر (صبره وآخرون، 2004م، ص99-100).

فهذا النوع من القلق له فائدة لما له دور بالغ في جعل الفرد يعمل من أجل تجنب الخطر، ففي هذه الحالة يصبح هذا النوع من القلق ذا أهمية في حياة الفرد واستمرارها، ويكون أقرب إلى الخوف، لأن أسبابه واقعية ومعلومة المصدر، لذا نجد الفرد يعمل من أجل تجنب هذه الأسباب للوصول إلى الراحة النفسية، ويكون مُشترك لدى عامة الناس.

2. القلق العصابي (Neurotic Anxiety):

يتميّز القلق العصابي (المرضي) بأن مصدره داخلي وأسبابه لاشعورية ومكبوتة، وغير معروفة ولا يتناسب مع الظروف التي تدعوا إليه، كما أنه يعوق التوافق والإنتاج والتقدم، فهو يُستثار عند إدراك الفرد بأنّ غرائزه قد تجد منفذاً لها للخارج، أي أنّه ينشأ عندما يُهدد "الهُو" ومكبواته بالتغلب على الدفاعات "الأنا" وإشباع النزوات الغريزية التي لا تتوافق بهذا المعنى، وإنذار يُطلق "للأنا"، والذي عليه اللجوء إلى الحيل الدفاعية مثل: الكبت، التبرير، الإسقاط، النكوص، للتعامل مع الوضعية المولدة للتوتر والضيّق، وعليه كلما كان القلق شديداً ومتوتراً كلما كان مرضياً ومؤشراً للاضطراب (موسى و زقار، 2002م، ص102-103).

3. القلق الخلقي (Moral Anxiety):

يحدث نتيجة الصراع الذي يحدث داخل الشخص، وليس الصراع بين الشخص والعالم الخارجي؛ أي أنّه ناتج عن ضمير الشخص، وخوفه منه عند قيامه بسلوكيات تُخالف عادات، وتقاليده المجتمعي الذي يعيش فيه. والقلق الخلقي كامن داخل تركيبة الشخص، وعادة يظهر عقب حالات الإحباط المرتبطة "بالأنا الأعلى" التي تتسجم مع القيم الاجتماعيّة (منسي، 2001م، ص42-43).

ويرى الباحث أنّ القلق الخلقي يحدث نتيجة الصراعات بين دوافع "الهُو" و"الأنا" و"الأنا الأعلى" وذلك يرجع إلى تأنيب ضمير الفرد، وخوفه من القيام بسلوك يخالف القيم ومعايير المجتمع الذي يعيش فيه، وعادة ما يصاحب هذا النوع من القلق مشاعر الإحساس بالذنب.

التصنيف الثاني للقلق (الحالة والسمة):

بحسب تصنيف كاتل (Catel, 1960) وهو أول من أشار إلى تصنيف القلق إلى حالة وسمة، وتابع الباحث سبيلبرجر (Spielberger, 1972) هذه التفرقة ووضعها في إطار نظري كما يلي:

أ. **القلق حالة:** يُشير إلى وضع طارئٍ وقتي عند الفرد يحدث له إذا تعرض لأحد الموضوعات التي تثير هذا القلق، واختفاء هذه الموضوعات بالقضاء عليها والابتعاد عنها تنتهي حالة القلق، وتتفاوت شدة هذه الحالة حسب درجة التهديد أو الخطر التي يدركها الفرد والتي يحتويها الموقف المهدد (صبره وآخرون، 2004م، 92).

ب. **القلق سمة:** وهي تشير إلى استعداد ثابت نسبياً لدى الفرد. على الرغم من تميّز هذا الاستعداد بقدر أكبر من الاستقرار بالمقارنة إلى حالة الاستعداد، فإنّ هناك فروقاً فردية بين الأفراد في تهيئتهم لإدراك العالم باعتباره مصدراً للتهديد، وفي ميلهم إلى الاستجابة للأشياء بأسلوب خاص يمكن التنبؤ به، ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك، بل قد تستنتج من تكرار ارتفاع حالة القلق وشدتها لدى الفرد على امتداد الزمان، ويتميّز الأفراد ذوو الدرجات المرتفعة في سمة القلق كالعصابيين المضطربين نفسياً، مثال على ذلك ميلهم إلى إدراك العالم باعتباره خطراً يُهدد حياتهم، وهؤلاء هم أكثر الأفراد تعرضاً للمواقف العصبية (حبيب، 1991م، ص165).

يتضح من التصنيف السابق للقلق أن القلق كسمة يتمثّل في جانب الاستعداد للقلق في المواقف المختلفة، أما بالنسبة للقلق كحالة فإنه يتمثّل في جانب القلق الذي يشعر به الفرد في موقف معين ويزول بزوال الموقف، كما أنه كلما كانت سمة القلق على درجة عالية من الشدة لدى الفرد ، ازداد احتمال ظهور ارتفاع في حالة القلق في المواقف المهددة لهذا الفرد.

تصنيفات أخرى للقلق:

- **من حيث مدى وعي الفرد به:** حيث ينقسم القلق إلى قلق شعوري يعي الفرد بأسبابه ويمكن تحديدها والتصدي لها وغالباً ما يزول بزوال تلك الأسباب، وقلق لاشعوري لا يفتن الفرد إلى مبرراته ودواعيه رغم سيطرته على سلوكه.
- **من حيث تأثيره على مستوى أداء الفرد لواجباته ومهامه:** هناك قلق مسير ومنتشط للأداء وقلق مثبط أو مضعف للأداء.
- **من حيث مدى تأثيره على توافق الفرد وصحته النفسية:** ويصنف القلق هنا إلى قلق عادي واقعي وقلق عصابي مرضي (صبره و آخرون، 2004م، ص98-99).

هناك أنواع أخرى من القلق نذكر منها:

• **القلق العام (General anxiety):**

هو القلق الشامل حيث يتخلل جوانب عديدة من حياة الفرد، وهذا القلق حر (free) طليق (floating)، بمجال (specific) غير محدد الموضوع، ولكنه من ناحية أخرى يمكن أن يكون محددًا بمجال معين أو بموضوع خاص، أو تأثيره مواقف ذات قدر من التشابه كالامتحان، والجنس، ومواجهة الناس، والموت (حبيب، 1991م، ص165).

• **قلق الدراسة (Study Anxiety):**

هو انفعال مكتسب مركب من أبعاد وهي: كراهية الدراسة، وصعوبة الدراسة، ورفض الدراسة، وتوتر الأداء الدراسي، وإهمال الدراسة، وملل الدراسة، وقصور مهارات الدراسة (زهرا ن، 2000م، ص184).

كما يُعرّف قلق الدراسة على أنه: "قلق موضوعي يرتبط بنقص مهارات الدراسة مثل: مهارة التخطيط، ومهارة التنظيم، ومهارة الاستماع، ومهارة التساؤل، ومهارة القراءة، ومهارة التلخيص" (Callis & Dickey, 1980, p238).

• **قلق الامتحان (Test Anxiety):**

هو انفعال مكتسب مركب من أبعاد هي: رهبة الامتحان، وارتباك الامتحان، وتوتر أداء الامتحان، وانزعاج الامتحان، ونقص مهارات الامتحان، واضطراب أخذ الامتحان (زهرا ن، 2000م، ص184).

ويُسمى أحياناً بقلق التحصيل وهو نوع من القلق المرتبط بمواقف الاختبار. بحيث تثير هذه المواقف في الفرد شعورًا بالخوف، والهَم الكبير عند مواجهة الاختبارات. ويتولد قلق الاختبار في عمر مبكر نتيجة لاتجاهات المعلمين والوالدين والأطفال الآخرين، وهو شائع لدى جميع التلاميذ. إنَّ قلق الامتحان يتضمن جانبين أساسيين هما: الجانب المعرفي والجانب الانفعالي (حبيب، 1991م، ص165).

• **قلق الاتصال (Communication Anxiety):**

ويُقصد به قلق الحديث أمام الناس، ويتصل هذا النوع من القلق بالمواقف الاجتماعية الخاصة بإلقاء الأحاديث أمام جمهور عام من الناس، ويلاحظ أنَّ عدد كثير من الناس ينظرون إلى الحديث في مواجهة الجمهور بكثير من القلق، والخشية، والارتباك نتيجة الخوف من

الإخفاق أو التفكير في احتمال الوقوع في خطأ ما أثناء الحديث، ولقلق الاتصال أربعة أنواع هي: قلق الاتصال الجمعي، الجماعي، الثنائي، العام (حبيب، 1991م، ص165).

• قلق الموت (Death Anxiety):

نوع خاص من القلق العام، يُشير إلى حالة انفعالية مكدرّة، ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول كل ما يتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه، ومن الممكن أن تُثير أحداث الحياة هذه الحالة الانفعالية غير السارة وترفع من درجتها (عبد الخالق، 1998م، ص361).

• القلق الوجودي (Existential Anxiety):

القلق الوجودي لا يقصد به القلق العصابي الذي يدل على اضطراب انفعالي، وإنما يقصد به ذلك النوع من القلق اليسير الذي ينتاب كل الذين يتحملون مسؤوليات وجودهم، إنه ليس سوى التوتر بين الآن والمستقبل، وهذا ما يذهب إليه فريدريك بيرلز (-1893 Frederick Perls, 1970) في قوله " أن القلق هو الهوية بين الحاضر والمستقبل، فكما ابتعدت عن ركيزة الحاضر المؤكدة بأمنه، وانشغلت بالمستقبل عانيت من القلق (الطيب، 1989م، ص39).

• القلق الاجتماعي (Social anxiety):

حالة تنتج من احتمال حدوث التقييم بين الأفراد سواء على المستوى الواقعي أو تخيل أوضاع اجتماعية ويشمل:

أ- قلق التفاعل (Interaction anxiousness):

ويشير إلى القلق الاجتماعي الناتج عن التفاعل المتوقع (Contingent Interaction) ويشمل الخجل، قلق المواعدة، قلق اشتهاة الآخر، وبعض حالات قلق العلاقات الشخصية.

ب- قلق المواجهة (Audience anxiousness):

ويشير إلى القلق الاجتماعي الناتج عن المواجهات غير المتوقعة (Noncontingent Encounters) ويشمل قلق الحديث، وقلق الاتصال، وقلق المسرح (الرشيدي، 1997م، ص260).

• قلق العنوسة (Spinsterhood anxiety):

وهو ذلك القلق النوعي المستقبلي المتعلق بشعور الفتاة بالخوف من عدم زواجها، وتلغفها المفرد للزواج، وشعورها الدائم بالندم على فرصها الضائعة في الزواج، وعدم رضاها على وضعها الاجتماعي الحالي، وإحجامها عن حضور المناسبات الاجتماعية الأخرى خشية سؤالها عن حالتها الزوجية، فضلاً عن الأعراض الفسيولوجية المصاحبة لهذا النوع من القلق (مرسى، 2006م، ص8).

• قلق المستقبل (Future anxiety):

ويُعرّف قلق المستقبل بأنه: "خبرة انفعالية غير سارة يتملك الفرد خلالها خوف غامض نحو ما يحمله الغد الأكثر بعداً من صعوبات، والتنبؤ السلبي للأحداث المتوقعة والشعور بالانزعاج، والتوتر، والضيق عند الاستغراق في التفكير فيها، والشعور بأن الحياة غير جديرة بالاهتمام، مع الشعور بفقدان الأمن، أو الطمأنينة نحو المستقبل (عشري، 2004م، ص145).

2.2.6.12 تفسير القلق عند بعض علماء النفس:

أولاً: تفسير فرويد للقلق:

اهتم فرويد (Frude) بدراسة ظاهرة القلق، وحاول أن يعرف سبب نشأته عند الفرد. فهو يرى أن القلق هو المشكلة المركزية في العصاب، ولذلك عرفه بأنه: "شيء ما يشعر به الإنسان أو حالة انفعالية نوعية غير سارة لدى الكائن العضوي، ويتضمن مكونات ذاتية وفسيولوجية وسلوكية" (أحمد، 2003م، ص79).

كما يرى "أنّ القلق عادة ما يكون بداية للأمراض العصابية والذهانية، فالفرد عندما يشعر بالقلق يواجه موقفاً يود التخلص منه بسرعة، فيعيش التوتر الذي لا يستطيع تحمله لفترة طويلة ومن هنا فإنه يلجأ إلى كبت الصراع ثم ينكص (يرتد) إلى مرحلة من داخل طفولته حيث يستخدم الحيل الدفاعية المميزة لهذه المرحلة ومن ثم تتولد لديه الأعراض العصابية أو الذهانية تبعاً للمرحلة التي ارتد إليها" (محمد، 2002م، ص273).

"فعندما تهدد الذكريات والرغبات المكبوتة بالظهور من مستوى اللاشعور إلى مستوى الشعور، فإنّ القلق يحصل ليكون (إشارة إنذار) إلى الأنا" (صالح و الطارق، 1998م، ص264).

أنواع القلق عند فرويد (Frude):

1. القلق الموضوعي: يحدث حينما يدرك الفرد أنّ مصدر القلق خارجي، ويعرف فرويد القلق الموضوعي بأنه: "رد فعل لخطر خارجي معروف، فمصدر الخطر في القلق الموضوعي يوجد في العالم الخارجي، وهو خطر محدد. فمثلاً الخوف من سيارة مسرعة قد لا يسيطر عليها سائقها، أو الخوف من قرب امتحان آخر العام، يعتبر قلقاً موضوعياً. وأطلق فرويد على القلق الموضوعي السمات التالية: القلق الواقعي (Real Anxiety)، القلق الحقيقي (TrueAnxiety)، القلق السوي (Normal Anxiety). وهذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف، لأنّ مصدره يكون واضح المعالم لدى الفرد. ويوضح فرويد في نظريته أنّ القلق والخوف ما هما إلا ردود أفعال في موقف معين. فالخوف استجابة لخطر خارجي معروف، والقلق هو استجابة لخطر داخلي غير معروف. فالقلق هو من جهة توقع صدمة، ومن جهة أخرى تكرار للصدمة في صورة مخففة، فعلاقة القلق بالتوقع يرجع إلى حالة الخطر، بينما تحديد القلق وعدم وجود موضوع له يرجعان إلى حالة الصدمة التي يسببها العجز وهي الحالة التي يتوقع حدوثها في حالة الخطر (عثمان، 2001م، ص20).

2. القلق العصابي: يُعرّف على أنّه: "خوف غامض غير مفهوم، لا يستطيع الشخص أن يشعر به أو يعرف سببه، فهو رد فعل غريزي داخلي. ويتضح من هذا التعريف أنّ مصدر القلق العصابي يكمن داخل الشخص في الجانب الذي يطلق عليه "الهو (ID)"، فيخاف الفرد من أنّ تغرقه، أو تسيطر عليه نزعة غريزية لا يمكن ضبطها أو التحكم فيها. وقد تدفعه ليقوم بعمل، أو يفكر في أمر قد يعود عليه بالأذى" (عثمان، 2001م، ص21).

ويميز فرويد بين ثلاثة أنواع من القلق العصابي وهي: القلق الهائم الطليق وقلق المخاوف المرضية وقلق الهستيريا. كما فرق فرويد "بين القلق العصابي أو المرضي والقلق الموضوعي"، فالأول: ينتج من خطر كامن في الدوافع الغريزية، في حين أنّ الثاني: يكون ناتجاً أو كامناً في العالم الخارجي، وحين يدرك الفرد أنه عاجز عن مواجهة الأخطار؛ فإنه يستشعر نوعاً من القلق" (غانم، 2006م، ص46).

ويُلاحظ هنا أنّ القلق العصابي يُعتبر قلق مرضي وذو مصدر داخلي، فالصراع بين أجهزة الشخصية هو الذي يستثيره وأسبابه لا يمكن للفرد أن يدركها لأنها لا شعورية وغير معروفة، وهذا النوع من القلق ينشأ عندما يريد "الهو" إشباع النزوات الغريزية التي لا يوافق

عليها "الأنا الأعلى" والتي تمّ كبتها من طرف "الأنا"، وبالتالي القلق يقوم بإنذار "الأنا" والذي يستعمل الحيل الدفاعية من أجل مواجهة الموقف المولد للضيق.

3. القلق الخلقي (Moral Anxiety): هو نوع من الخوف الموضوعي، حيث إنّه يرتبط بخوف محدد المعالم، إلا أنّه ليس خارجي المصدر، بل يكون مصدره الأنا الأعلى ويبدو في صورة إحساس الأنا بالذنب أو الخجل الناتجين عن تهديد الهو وذلك في الحالات المتعلقة بالضمير أو القيم والتقاليد الأخلاقية (Davison & Neale & Kring, 2003, p23).

ثانياً: تفسير القلق عند أوتورنك (Otto Rank):

يُفسر أوتورنك القلق على أساس الصدمة الأولى وهي صدمة الميلاد، فانفصال الوليد عن الأم هو الصدمة الأولى التي تثير لديه القلق الأولى. فالطعام يستثير لدى الطفل القلق لأنّه يتضمن انفصلاً عن ثدي الأم، والذهاب إلى المدرسة يثير القلق لأنّه يتضمن الانفصال عن الأم. وكذلك الزواج يثير القلق لأنّه يتضمن الانفصال عن الأم. فالقلق في رأي أوتورنك هو الخوف الذي تتضمنه الانفصالات المختلفة، ويذهب أوتورنك إلى أنّ: "القلق الأولى يتخذ صورتين تستمرّان مع الفرد في جميع مراحل حياته، هما: خوف الحياة، وخوف الموت. إنّ خوف الحياة هو قلق من التقدم والاستقلال الفردي الذي يهدد الفرد بالانفصال عن علاقاته وأوضاعه، أما خوف الموت فهو قلق من التوتر وفقدان الفردية، وضياع الفرد في المجموع، أو خوفه من أن يفقد استقلاله الفردي إلى حالة الاعتماد على الغير (عثمان، 2001م، ص21).

ويرى أوتورنك (Otto Rank): "أنّ صدمة الميلاد تُعد مصدراً لمعظم القلق الذي يشعر به الفرد في مستقبل حياته وعلى أساس التهديد بأنّه منفصل عن مأوى الحب والأمن، وبيّن أنّ الإرادة أهم قوة حيوية في تكامل الشخصية أو تفككها، وأنّ العصابي شخص معتمد وغير ناضج انفعالياً، ولم تتطور إمكانياته من الضبط، ومن تأكيد الذات" (غانم، 2006م، ص46).

ثالثاً: تفسير القلق عند ماي (May):

القلق عند ماي هو توجس يصحبه تهديد لبعض القيم التي يتمسك بها الفرد، وتعتقد أنّها أساسية، وترى ماي أنّ للقلق أساسين هما: الاستعداد الفطري، والأحداث الخاصة التي تستحضر القلق عن طريق التعلم بأنواعه المختلفة، وأنّ استجابة القلق تكون سوية إذا كانت متناسبة مع الخطر الموضوعي. والخوف عند ماي عبارة عن استجابة متعلمة لخطر محلي لا يشكل تهديد للقيم الأساسية للفرد (عثمان، 2001م، ص22).

وترى ماي (May): "أنَّ القلق حالة ذاتية يدرك فيها الفرد أنَّ وجوده يمكن أن يتحطم ويفقد فيها نفسه وعالمه، فالقلق هو تهديد للحضور الوجودي للفرد يرجع إلى التصادم الأساسي والجوهري بين الوجود والتهديد بعدم الوجود" (العطية، 2008م، ص61).

رابعاً: تفسير القلق عند كارل يونج (Carl Jung):

يعتقد يونج (Carl Jung): "أنَّ القلق عبارة عن: "رد فعل يقوم به الفرد حينما تعزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي، واللاشعور الجمعي من السمات المميزة لنظرية يونج. ففي اللاشعور الجمعي تختزن الخبرات الماضية المتراكمة عبر الأجيال والتي مرت بالأسلاف القدامى والعنصر البشري عامةً. فالقلق هو خوف من سيطرة اللاشعور الجمعي غير المعقولة التي مازالت باقية فيه من حياة الإنسان البدائية، كما يعتقد أنَّ الإنسان يهتَم عادة في تنظيم حياته على أسس معقولة منظمة وأنَّ ظهور المادة غير المعقولة من اللاشعور الجمعي يعتبر تهديداً لوجوده" (عثمان، 2001م، ص22).

خامساً: تفسير القلق عند ألفريد أدلر (Alfred Adler):

كان أدلر (Alfred Adler) يؤمن بالتفاعل الدينامي بين الفرد والمجتمع، وهذا التفاعل يؤدي إلى نشأة القلق. ويرى أنَّ الطفل يشعر عادة بضعف وعجز بالنسبة للكبار والبالغين بصفة عامة، وللتغلب على هذا العجز يسلك طريق السوية. فالإنسان السوي يتغلب على شعوره بالنقص والقلق عن طريق تقوية الروابط الاجتماعية التي تربط الفرد بالآخرين المحيطين به. ويستطيع الفرد أن يعيش بدون أن يشعر بالقلق إذا حقق هذا الانتماء إلى المجتمع الذي يعيش فيه (المرجع السابق: عثمان، ص22).

سادساً: تفسير القلق عند هاري سوليفان (Harry Sullivan):

يعتقد سوليفان (Harry Sullivan) أنَّ شخصية الطفل تتكون من خلال التفاعل الدينامي مع البيئة المحيطة به، فتربية الطفل وتعليمه تؤدي إلى إكسابه بعض العادات السلوكية التي يستحسنها الوالدان، والتي تستثير في نفس الطفل الرضا والطمأنينة. ويرى سوليفان القلق هو حالة مؤلمة للغاية تنشأ من معاناة عدم الاستحسان في العلاقات البينشخصية. ويعتقد أنَّ القلق حين يكون موجوداً لدى الأم تنعكس آثاره في الوليد لأنَّه يستحث القلق من خلال الارتباط العاطفي بين الأم ووليدها.

ويذهب سوليفان (Harry Sullivan) إلى أنَّ هدف الانسان هو خفض حدة التوتر الذي يهدد أمنه. وتنشأ التوترات من مصدرين: توترات ناشئة عن حاجات عضوية وتوترات تنشأ

عن مشاعر القلق، وخفض التوترات الناشئة عن القلق يعتبر من العمليات الهامة في نظرية سوليفان والتي أطلق عليها " مبدأ القلق". والقلق في نظر سوليفان هو أحد المحركات الأولية في حياة الفرد، وهبناء وهدام في الوقت نفسه. فالقلق البسيط يمكن أن يغير الانسان ويبعده عن الخطر. أما القلق الشامل الكلي فإنه يؤدي إلى اضطراب كامل في الشخصية، ويجعل الشخص عاجزاً عن التفكير السليم أو القيام بأي عمل عقلي. وقدم سوليفان مصطلحاً هو "نظام الذات" (Self System). ويعتقد أن نظام الذات يتشكل في صورة فردية بواسطة القلق الناجم عن عدم رضا الآباء وموافقتهم وعن مشاعر الطمأنينة الناجمة عن محبة الآباء ورضاهم (عثمان، 2001م، ص23).

سابعاً: تفسير القلق عند كارين هورني (Karen Horney):

تفسر هورني (Karen Horney) مصدر القلق الأساسي الذي يؤدي إلى العصاب على: "أن قلق الطفل الأساسي هو شعوره بفقدان الحب والعطف في المرحلة الأولى من حياته ولذلك يميل إلى إظهار الكره والعداء نحو والديه ونحو الأشخاص الآخرين. ولما كان الطفل يعتمد على والديه فهو لا يستطيع إظهار دوافع العدوان الموجهة نحوهما، مما يؤدي إلى القلق. فالشعور العدواني نحو الوالدين يولد القلق، وهذا يؤدي إلى كبت الشعور العدواني، وكبت هذا الشعور يؤدي إلى شعور الطفل بالعجز، وعدم القدرة على الدفاع. (أبو أسعد و عربيات، 2012م، ص96).

وتؤكد هورني (Karen Horney): "أن كل فرد يملك بداخله إمكانيات ايجابية وكذلك أيضاً في البيئة الاجتماعية التي توفر له الحب والعطف، يجد نفسه أمام فرصة لاكتشاف قيمته من خلال الآخرين وتقديرهم له في الوقت نفسه يحقق تقديره لذاته واحترامه لها، أما في حالة الاضطراب في تلك البيئة الاجتماعية وعدم توفيرها لتلك المطالب الأساسية له؛ فإنه يتعرض للقلق الذي تسميه "بالقلق الأساسي"، والذي تعرفه بأنه: "الإحساس الذي ينتاب الطفل بعزلته وقلة حيلته في عالم يحفل بإمكانيات العداوة". إن العوامل السلبية الموجودة في البيئة التي يعيش فيها الطفل هي التي تؤدي به إلى الشعور بعدم الأمان، ومن أمثلة تلك العوامل: عدم احترام حاجات الطفل، الافتقار إلى التوجيه الحقيقي، الاتجاهات المتضاربة في المعاملة، الإهمال، اللامبالاة، والجو المعادي وما إلى ذلك" (غنيم، 1975م، ص557).

وتعتبر هورني (Karen Horney): "أن الطبيعة البشرية قابلة للتغيير للأحسن طالما أنها تمتلك الصفات الإيجابية وما دام هناك القدرة والرغبة في تنمية إمكانيات الفرد لأن يصبح إنساناً

وديعاً بعيداً عن التوتر والاضطراب في علاقته مع الآخرين. حيث أنّ الشخصية الإنسانية يمكن أن تتغير، وليس الطفل وحده هو المرن القابل للتغيير والتشكل بل جميعنا لدينا القدرة على التغيير ما دمنا على قيد الحياة مدعّمين بالخبرة والتجربة" (غنيم، 1975م، ص556).

ثامناً: تفسير القلق عند ايريك فروم (Erich Fromm):

يرى فروم (Erich Fromm): "أنّ الطفل يقضي فترة طويلة من الزمن معتمداً على الكبار وخاصة والديه، وهذا الاعتماد يقيد به بقيود يلتزم بها حتى لا يفقد حنانها، وبازدياد نمو الطفل يزداد تحرره واعتماده على نفسه. والذي يولد شعوراً بالعجز والقلق نتيجة ما يود إنجازه من الأعمال وعدم اكتمال قدراته لانجازه هذه الأعمال. وهكذا يرى فروم أنّ القلق ينشأ عن الصراع بين الحاجة للتقرب من الوالدين والحاجة إلى الاستقلال" (عثمان، 2001م، ص23).

ويرى فروم (Erich Fromm) أيضاً: "أنّ اعتماد الطفل على والديه من جهة، ونزوعه إلى الاستقلال من جهة أخرى سبباً لأصل القلق، بالإضافة إلى عامل آخر من بين العوامل التي ذكرتها هورني، وهو النقد وعدم الاستحسان الذي يواجهه من أب قاس، أو أم شديدة، أو مجتمع غير واع" (الرفاعي، 2003م، ص215).

تاسعاً: تفسير القلق عند دولارد و ميللر (Dollard & Miller):

وقد أشار دولارد و ميللر (Dollard & Miller): "أنّ اضطراب السلوك عامة، واضطراب القلق خاصة، يرجع إلى تعلم سلوكيات خاطئة في البيئة التي يعيش فيها الفرد، وتسهم الظروف الاجتماعية التي ينشأ فيها إلى تدعيم تلك السلوكيات والعمل على استمرارها ويقائها" (كفافي، 1990م، ص349).

والقلق عند دولارد و ميللر (Dollard & Miller): "حالة غير سارة يعمل الفرد على تجنبها والقلق يعتبر دافعاً مكتسباً أو قابلاً للاكتساب. ويحدث القلق نتيجة الصراع، والصراع قد يأخذ الكثير من الأشكال مثل صراع الإقدام والإحجام، أو صراع الإقدام - الإقدام، أو صراع الإحجام - الإحجام. إلا أنّ هذا الصراع يولد حالة من عدم التوازن تؤدي إلى القلق ولا يكون هناك مفر من هذا الصراع حتى يعود الاتزان مرة أخرى، والقلق ما هو إلا دافع عندما يزداد إلى حد معين يؤدي إلى تدهور في الأداء والعكس صحيح" (عثمان، 2001م، ص25).

عاشراً: تفسير القلق عند كاتل وشاير (Cattel, Shayer):

يُعتبر ريموند كاتل (Cattel) أول من ميز بين القلق كحالة والقلق كسمة، حيث كشفت الأبحاث التحليلية العاملية لكاتل و شاير (Cattel, Shayer) عن وجود نوعين من مفاهيم القلق أطلق عليهما سمة القلق (Trait Anxiety)، وحالة القلق (State Anxiety) وهما أكثر أنواع القلق شيوعاً في التراث النفسي. وقد عرّف كاتل القلق كحالة أنّه: "يُشير إلى وضع طارئٍ وقتي عند الفرد يحدث له إذا تعرض لأحد الموضوعات التي تُثير هذا القلق، واختفاء هذه الموضوعات بالقضاء عليها، والابتعاد عنها، تنتهي حالة القلق. وتتفاوت شدة هذه الحالة حسب درجة التهديد، أو الخطر، التي يدركها الفرد، والتي يحتويها الموقف المهدد. (صبره، 2004م، ص92).

وتصوّر حالة القلق كظرف أو حالة انفعالية ذاتية موقفية ومؤقتة أقرب ما تكون إلى حالة الخوف الطبيعي، ويشعر بها كل الناس في مواقف التهديد مما يؤدي إلى تنشيط جهازهم العصبي المستقل، ويهيئهم لمواجهة مصدر التهديد. وتختلف شدة الحالة تبعاً لما يستشعره كل فرد من درجة خطورة الموقف الذي يواجهه، كما تزول بزوال مصدر الخطورة أو التهديد. وتتغير حالة القلق في شدتها وتذبذب عبر الزمن تبعاً للموقف المهدد للفرد. (عثمان، 2001م، ص25).

وهي حالة انفعالية مؤقتة تختلف من لحظة إلى أخرى وسرعان ما تزول هذه الحالة بزوال مصدر التهديد (حسين، 2007م، ص19).

وهذا ما أكده سبيلبرجر (Spielberger) حينما أشار بقوله: "أنّ سمة القلق تشير إلى الفروق الثابتة نسبياً في القابلية للقلق. وسمة القلق تشير إلى الاختلافات بين الناس في ميلهم إلى الاستجابة تجاه المواقف التي يدركها كمواقف مهددة، وذلك بارتفاع شدة القلق. وسمة القلق تتأثر بالمواقف بدرجات متفاوتة، حيث أنّها تنشط بواسطة الضغوط الخارجية التي تكون مصحوبة بمواقف خطيرة محدودة (عثمان، 2001م، ص26).

وتُشير سمة القلق إلى الفروق الثابتة نسبياً في الميل إلى القلق وهذه الفروق تنشأ عن اختلاف ردود الأفعال تجاه المواقف المدركة بأنّها مهددة (حسين، 2007م، ص18).

ويؤكد عبد الخالق (1994م، ص19) أنّ سمة القلق لا تظهر مباشرة في السلوك، وأنّ كان يمكن استنتاجها من تكرار ارتفاع حالة القلق لدى الفرد عبر الزمن وشدة هذه الحالة.

يتضح من العلاقة بين حالة القلق وسمة القلق أن الاستعداد أو التهيؤ للقلق يظل كامناً (كسمة القلق) ويستثار فقط بمثيرات مهددة (كحالة القلق) وتأخذ هذه العلاقة شكل المنحنى (عثمان، 2001م، ص26).

ولقد أقرَّ كلُّ من كاتل (Cattel) و شاير (Shayer) المشار إليهما لدى (الخطيب، 1989م، ص54): أنه عندما يوصف شخص لديه نزوع قوي ناحية الشعور بالقلق ولا علاقة له بالمثيرات التي سببت حالة القلق، أو أنَّ هذا الشخص يعيش حالة من القلق فقط من موقف معين يرتبط بشكل كمي وكيفي بالمثيرات الخارجية، حيث توصف الحالة الأولى بأنَّها سمة القلق، أما الحالة الثانية فإنَّها القلق كحالة وقتية مرتبطة بالموقف.

الحادي عشر: تفسير القلق عند مورر (Morer):

تعتمد نظرية مورر (Morer) على المنهج السلوكي كأساس لتعلم واكتساب دافع سلوك القلق؛ وذلك تحت ظروف معينة وقد عرف القلق بأنه رد فعل شرطي لمنبه مؤلم، قد يكون هذا المنبه من الداخل أو الخارج، فيثير توتر وتنبه لأجهزة الجسم فيستجيب الإنسان بما يساعده على تخفيف هذا الشعور وتجنب الألم (عبد الرحمن، 1998م، ص17).

ويرى مورر (Morer): "أنَّ القلق العصابي له دور هام في نشأة العديد من الاضطرابات السلوكية، وأنَّ القلق هو اللولب المحرك للعصاب، وذهب إلى القول بأنَّ أعراض العصاب ما هي إلا سلوك دفاعي لتخفيف القلق، وإذ يرى بأنَّ الإنسان يرتكب بعض الأفعال الغير مرغوب فيها التي لا يرضى عنها الناس فيحاول إخفاؤها ولكنه يدرك بأن أمره سيُكشف يوماً فيشعر عند ذلك بالقلق وتأنيب الضمير، وأنَّ الشخص العصابي يسلك عادةً سلوكاً غير مقبول اجتماعياً ولذلك فهو يسعى إلى إشباع رغباته وبالتالي يعمل على إيذاء غيره وهو أيضاً لا ينتقد بتقاليد أو قيم مجتمعه، كما أنه يفشل في كبت شهواته التي لا يرضى عنها، لذلك يشعر بالضيق والقلق والذنب (أبو جهل، 2003م، ص25).

وتخلص نظرية مورر (Morer) للقلق إلى: "أنَّ الإنسان يرتكب بعض الأفعال المُحرمة أو الممنوعة ويخفي أخطاؤه عن الناس ويتكرر ارتكابه لها ولا يكشف عن حقيقة أمره للآخرين، ولكنه يدرك في الوقت نفسه أنه مهما أنكر فلا بد أن يكتشف أمره يوماً ما، ويعرفون أنه قد غشهم وخدعهم فيشعر بالقلق" (أبو هين، 1988م، ص33).

والقلق: "هو أساس جميع الأمراض النفسية، وهو أيضاً أساس جميع الانجازات الإيجابية في الحياة" وهو "باتفاق جميع مدارس علم النفس الأساس لكل اختلافات الشخصية واضطرابات

السلوك" (حسين، 2007م، ص13). ويعتبر (Spence) من أوائل من قال بالجوانب الإيجابية للقلق حيث رأى أنّ القلق ما هو إلا دافع مكتسب له القدرة على شحذ الكائن الحي (الأنصاري، 2004م، ص4). فحالة القلق ملازمة لكل فرد منا ولكن بدرجات مختلفة، وهو ضروري لتواصل مسيرة الانجازات والإبداع في الحياة، فهو دافع هام في اتجاه تحقيق النجاح. فالقلق ينشط سلوك الفرد ويحرره، والقلق عامل توجيهي لتحقيق هدف معين، والقلق يمكن أن يعتبر صفة تعزيزية بعد انجاز العمل (عثمان، 2001م، ص26). ولكن إذا بلغ مستوى أو درجة هذا القلق حداً زائداً يتحول إلى قلق مرضي، ولكل من القلق السوي والقلق المرضي درجات متعددة ومستويات مختلفة (عبد الخالق، 1994م، ص11-12).

2.2.6.13 طرق قياس القلق:

يُعد القلق سمة من سمات الشخصية، والتي يمكن قياسه كغيره من السمات الأخرى، وهناك طريقتان لقياس القلق:

1. الطرق الإسقاطية:

يَعرض الفاحص على مفحوصه في هذه الطريقة مثير غامض ويطلب منه تفسيره والاستجابة له، وهكذا بعد إعطاء التعليمات الخاصة بكل رائز، ومن بين أشهر الاختبارات الإسقاطية ما يلي:

• اختبار الروشاخ (Rorschach):

هو عبارة عن بقع حبر مختلفة الأشكال في عشرة ألواح تقدم للمفحوص الواحدة تلو الأخرى، مع تقديم تعليمات الاختبار للإدلاء بأحاسيسه ومخاوفه من خلال هذه الألواح، وقد أنشأ هذا الاختبار في سنة (1920م) من طرف السايكاتري السويسري هيرمان رورشاخ (موسى وآخرون، 2002م، ص43).

• اختبار تفهم الموضوع (TAT):

يتكون الاختبار أصلاً من (31) لوحة تشمل مشاهد في وضعيات مختلفة، وعلى ظهر كل لوحة رقم يشير إلى ترتيبها ضمن اللوحات الأخرى للرائز، وأحرف باللغة الانجليزية تشير إلى الفئة التي تقدم لها اللوحة، وتقدم للمفحوص الواحدة تلو الأخرى كذلك، وإعطاء التعليمات اللازمة والمحددة، ومن خلال هذه اللوحات يروي المفحوص قصته التي يُسقط من خلالها

أحاسيسه ومخاوفه. وقد أنشأ هذا الاختبار سنة (1935م) من طرف الطبيب الأمريكي هنري موراي (موسى وآخرون، 2002م، ص53).

2. الطرق الموضوعية:

يَتَّبَع مصمم الاختبار في هذه الطريقة أسلوب الاستعانة بتقارير عن سلوك الفرد فيقوم بوضع أسئلة أو عبارات، تَمَثِّل الموضوع أو المظاهر المختلفة للسمة المراد قياسها منها (الاستبيان)، واكتُشفت هذه الطريقة خلال الحرب العالمية، والذي وضع مجموعة من الأسئلة تشبه تلك التي يضعها أو يسألها الأولى من طرف العالم وود ورت (Wood Warth)، وهي من أهم الأخصائيين النفسانيين، لفحص الجنود من الناحية الانفعالية، ومن جملة هذه الاختبارات: الاختبارات الموضوعية التي تقيس القلق (محروس وآخرون، 1998م، ص25).

2.2.6.14 علاج القلق:

يُعتبر القلق من أكثر الاضطرابات الانفعالية استجابة للعلاج، ويختلف العلاج حسب شخصية الفرد ودرجة شدة القلق وكذا الإطار النظري للمعالج، فيأخذ بذلك عدة أنواع:

1. العلاج النفسي التحليلي:

يَنْظُر التحليل النفسي إلى المريض على أنه إنسان يعيش صراعاً بين ثلاث قوى وهي: الهو والأنا والأنا الأعلى، وترى أن القلق غالباً ما يكون عرضاً لبعض الاضطرابات النفسية إلا أن حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطراباً نفسياً أساسياً (زهران، 1998م، ص397).

يَهْدَف العلاج النفسي التحليلي لتقوية "أنا" المريض باعتباره الجزء المسيطر على رغبات ونزوات "الهو" والمنسق بينها وبين ضوابط "الأنا الأعلى" وتطوير شخصية المريض وتحقيق التوافق باستخدام التداعي الحر، وهذا من أجل الوصول إلى الكشف عن الرغبات المكبوتة التي تسبب الصراع وتستعمل كذلك لهذا الغرض طريقة تحليل الأحلام لتفكيك رموز المكبوتات (صبره وآخرون، 2004م، ص106).

يُلاحَظ أن العلاج التحليلي يساعد المريض على الاستبصار بصراعاته اللاشعورية مع محاولة التكيف وتعديل الأهداف وتنمية القدرات، ويتبين أن العلاج التحليلي يهدف إلى حل الصراعات المكبوتة وهذا عن طريق استعمال أساليب وأدوات التحليل النفسي كالتداعي الحر وتفسير الأحلام.

2. العلاج السلوكي:

يقوم العلاج السلوكي على مسلمة بأنَّ القلق يحدث نتيجة في اشتراط خبرة ماضية حدثت للمريض تثير لديه القلق، فمثلاً كشخص تعرض لعضة كلب في طفولته ليلاً في الظلام لذلك ارتبط لديه القلق، لذلك فإنَّ جهد المعالج السلوكي ينصب على فك هذا الاشتراط حيث يتم استخدام وسائل العلاج السلوكي، كالتحصين التدريجي أو الغمر وغيرها وذلك بتدريب مريض القلق العصابي على استجابات الاسترخاء العضلي في حضور مثيرات القلق حضوراً واقعياً (جبل، 2000م، ص138).

يظهر أنَّ العلاج السلوكي يُركز على القلق على أنه يحدث نتيجة لمثير، إما أن يكون هذا المثير خبرة ماضية حدثت في حياة المريض أو خبرات أخرى تثير لديه القلق ويعتمد المعالج أساليب عدة منها الاسترخاء، التحصين التدريجي، التعزيز.

3. العلاج البيئي:

يعتمد هذا العلاج على تعديل العوامل البيئية التي تؤثر في المريض مثل تغيير نوع العمل، وتخفيض الضغوط البيئية، ومثيرات التوتر، وكذلك تعديل البيئة الأسرية من حيث اتجاهاتها نحو المريض، إرشاد أفراد الأسرة لتغيير أنماطها السلوكية، والعلاج الاجتماعي، والرياضي، والرحلات، والصدقات، والموسيقى، كلها تُساعد المريض على الشفاء (الداهري، 1994م، ص87).

يظهر هذا العلاج في تعديل العوامل البيئية التي تؤثر في المريض كتغيير المهنة وإيجاد الجو الأسري الذي يساعد المريض على العلاج.

4. العلاج الذاتي:

هو ذلك الأسلوب الذي يمارسه الشخص دون تدخل خارجي، فالعلاج الذاتي يعطي للشخص الفرصة ليفعل كل شيء بنفسه من خلال الترغيب والترهيب والمكافأة والعقاب وهذا الاتجاه يعود إلى زمن قديم في عبارات "سقراط" إعرف نفسك بنفسك. وقد تطور العلاج الذي يقوم على تنمية قدرات الشخص بواسطة طريقة الباحث كارل روجرز (K. Rogers) والعلاج عن طريق ملاحظة الذات، يمكن للفرد الكشف عن خبايا حالته وبالتالي السيطرة عليها (الشربيني، 1977م، ص145-146).

يُلاحظ الباحث أنّ هذا العلاج يعتمد على الذات فقد يتمّ بدون تدخل أو مساعدة خارجية، فالفرد يعالج نفسه بنفسه، إذ أنّه عن طريق ملاحظة الذات، يمكن للفرد الكشف عن مشاكله وبالتالي السيطرة عليها بالحديث الإيجابي مع ذاته، فكل فرد يمكن أن يتخلص من القلق الذي يمتلكه وهذا بتغيير أفكاره والأسلوب الذي يفكر به. فالعلاج الذاتي يعتمد على مناقشة الأفكار غير المنطقية عند المريض وإحلالها بأفكار منطقية بدلاً منها، وبذلك تتغير انفعالات المريض؛ وهذا بدوره يؤدي إلى تغيير سلوكه المرضي.

2.2.6.15 القلق من المنظور الإسلامي:

القلق قديم قدم آدم عليه السلام ولقد حدثنا القرآن الكريم عن حالة القلق التي شعر بها آدم وحواء عندما أكلا من الشجرة التي نهاهما الله عنها فقال تعالى: ﴿وَيَا آدَمُ اسْكُنْ أَنْتَ وَزَوْجُكَ الْجَنَّةَ فَكُلَا مِنْ حَيْثُ شِئْتُمَا وَلَا تَقْرَبَا هَذِهِ الشَّجَرَةَ فَتَكُونَا مِنَ الظَّالِمِينَ * فَوَسَّسَ لَهُمَا الشَّيْطَانُ لِيُبْدِيَ لَهُمَا مَا وُورِيَ عَنْهُمَا مِنْ سَوَاتِهِمَا وَقَالَ مَا نَهَاكُمَا رَبُّكُمَا عَنْ هَذِهِ الشَّجَرَةِ إِلَّا أَنْ تَكُونَا مَلَائِكَةً أَوْ تَكُونَا مِنَ الْخَالِدِينَ * وَقَاسَمَهُمَا آتَى لَكُمَا لَيْمَن النَّاصِحِينَ * فَدَلَاهُمَا بِعُرْوٍ فَلَمَّا ذَاقَا الشَّجَرَةَ بَدَتْ لَهُمَا سَوَاتُهُمَا وَطَفِقَا يَخْصِفَانِ عَلَيْهِمَا مِنْ وَرَقِ الْجَنَّةِ وَنَادَاهُمَا رَبُّهُمَا أَلَمْ أَنْهَكُمَا عَنْ تِلْكَ الشَّجَرَةِ وَأَقُلْ لَكُمَا أَنَّ الشَّيْطَانَ لَكُمْ عَدُوٌّ مُبِينٌ * قَالَا رَبَّنَا ظَلَمْنَا أَنْفُسَنَا وَإِنَّ لَنَا تَغْفِيرًا لَنَا وَتَرْحَمًا لَنَكُونَنَّ مِنَ الْخَاسِرِينَ﴾ [سورة الأعراف، 19-23].

وفي هذه الآيات وصف دقيق لحالة القلق بمفهومه النفسي الحديث، وهو الشعور بالخوف الزائد من شر متوقع وإحساساً بالعجز عن مواجهة هذا الشر، فأدم عليه السلام عندما أكل من الشجرة وعصا أمر ربه، شعر بالذنب وأنتابه خوف زائد من فقدان حب الله ومن المجهول الذي ينتظره بعد ذلك. كما وصف القرآن الكريم مختلف درجات القلق، والخوف الطبيعي عند الإنسان، وما يصاحبها من أعراض عضوية في الجسم، وهذه الدرجات هي تصاعديّة على الشكل الآتي:

- الضيق النفسي: قال الله تعالى: ﴿وَلَقَدْ نَعَلِمَ أَنَّكَ يَضِيقُ صَدْرُكَ بِمَا يَقُولُونَ ﴿ فَسَبِّحْ بِحَمْدِ رَبِّكَ وَكُنْ مِنَ السَّاجِدِينَ ﴿ وَاعْبُدْ رَبَّكَ حَتَّى يَأْتِيَكَ الْيَقِينُ﴾ [سورة الحجر، 97-99].
- الخوف: قال الله تعالى: ﴿أَشْحَهَّ عَلَيْكُمْ ۖ فَإِذَا جَاءَ الْخَوْفُ رَأَيْتَهُمْ يَنْظُرُونَ إِلَيْكَ تَدُورُ أَعْيُنُهُمْ كَالَّذِي يُغَسِّقِي عَلَيْهِ مِنَ الْمَوْتِ﴾ [سورة الأحزاب، 19].
- الجزع: (قلة الصبر) قال الله تعالى: ﴿إِذَا مَسَّهُ الشَّرُّ جَزُوعًا﴾ [سورة المعارج، 19].

- الهلع: (قلة الصبر مع شدة الحرص في كل شيء) قال الله تعالى: ﴿إِنَّ الْإِنْسَانَ خُلِقَ هَلُوعًا إِذَا مَسَّهُ الشَّرُّ جَزُوعًا * وَإِذَا مَسَّهُ الْخَيْرُ مَنُوعًا * إِلَّا الْمُصَلِّينَ﴾ [سورة المعارج، 19-22].
- الرعب: أعلى درجة من الهلع قال الله تعالى: ﴿إِذْ يُوْحَىٰ رَبُّكَ إِلَى الْمَلَائِكَةِ أَنِّي مَعَكُمْ فَتَبَتُوا الَّذِينَ آمَنُوا سَأَلْتِي فِي قُلُوبِ الَّذِينَ كَفَرُوا الرَّعْبَ﴾ [سورة الأنفال، 12]. وقال تعالى في موضع آخر: ﴿وَقَذَفَ فِي قُلُوبِهِمُ الرَّعْبَ فَرِيقًا تَقْتُلُونَ وَتَأْسِرُونَ فَرِيقًا﴾ [سورة الأحزاب، 26].
- الفرع: (الذعر)، وهو أعلى درجة من الهلع. قال الله تعالى: ﴿لَا يَحْزَنُهُمُ الْفَرَعُ الْأَكْبَرُ وَتَتَلَقَّاهُمُ الْمَلَائِكَةُ هَذَا يَوْمُكُمْ الَّذِي كُنْتُمْ تُوعَدُونَ﴾ [سورة الأنبياء، 103].
- الذهول: وهو حالة ضياع عقلية خفيفة، نتيجة الخوف الشديد، قال الله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ اتَّقُوا رَبَّكُمُ إِنَّ زَلْزَلَةَ السَّاعَةِ شَيْءٌ عَظِيمٌ يَوْمَ تَرَوُنَّهَا تُذْهِلُ كُلَّ مَرْضِعَةٍ عَمَّا أَرْضَعَتْ وَتَضَعُ كُلُّ ذَاتِ حَمْلٍ حَمْلَهَا﴾ [سورة الحج، 1].
- السكر: أي الضياع وهو حالة ضياع عميقة نتيجة الخوف الشديد، قال الله تعالى: ﴿وَتَرَى النَّاسَ سُكَارَىٰ وَمَا هُمْ بِسُكَارَىٰ وَلَٰكِنَّ عَذَابَ اللَّهِ شَدِيدٌ﴾ [سورة الحج، 2].

ويرى الباحث أن هناك عدة أسباب للقلق من الناحية الدينية ومنها:

- ضعف الإيمان: فالمؤمن قوي الإيمان لا يعرف القلق. قال الله تعالى: ﴿مَنْ عَمِلَ صَالِحًا مِنْ ذَكَرٍ أَوْ أَنْفَىٰ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهٗ حَيَاةً طَيِّبَةً﴾ [سورة النحل، 97]. ويقوى الإيمان بعمل الطاعات، وترك المعاصي وقراءة القرآن، وحضور مجالس الصالحين، وحبهم، والتفكير في خلق الله تعالى.
- الخوف على الحياة وعلى الرزق: فهناك من يخاف الموت فيقلق بسبب ذلك، ولو أيقن أن الآجال بيد الله ما حصل ذلك القلق. والبعض يخاف على الرزق ويصيبه الأرق وكأنه ما قرأ قوله تعالى: ﴿إِنَّ اللَّهَ هُوَ الرَّزَّاقُ ذُو الْقُوَّةِ الْمَتِينُ﴾ [سورة الذاريات، 58]. ولم يسمع قول الله عز وجل: ﴿وَمَا مِنْ دَابَّةٍ فِي الْأَرْضِ إِلَّا عَلَى اللَّهِ رِزْقُهَا﴾ [سورة هود، 6]. ولا يعني ذلك أن يجلس الإنسان في بيته ينتظر أن تمطر السماء ذهباً، بل يسعى وبفعل الأسباب امتثالاً لقوله تعالى: ﴿فَامْشُوا فِي مَنَاكِبِهَا وَكُلُوا مِنْ رِزْقِهِ﴾ [سورة الملك، 15]. ويتوكل على الله ﴿وَمَنْ يَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ﴾ [سورة الطلاق، 3].

– **المصائب:** من موت قريب أو خسارة مالية أو مرض عضال أو حادث أو غير ذلك، لكن المؤمن شأنه كله خير إن أصابته سراء شكر فكان خيراً له وإن أصابته ضراء صبر فكان خيراً وجزاء الصبر أن الله يأجره ويعوضه خيراً مما أصابه. فيجب أن يعلم أن ذلك بقدر الله وقضائه، وما قدر الله سيكون لا محالة لو اجتمع أهل الأرض والسماء أن يردوه ما وجدوا إلى ذلك سبيلاً. عندما ترسخ هذه العقيدة في نفس الإنسان فإنه يرضى وتكون المصيبة عليه برداً وتكون المحنة منحة فكم من مشكلة أصابت إنسان وجعلت منه رجلاً قوياً صامداً وعلمته التحمل بعد أن كان في نعمة ورغد لا يتحمل شيئاً وغيرت من نظرتة للحياة وأصبح سداً أمام المعضلات.

– **المعاصي والانحراف عن الطريق المستقيم الذي أراده الله لنا:** وهي سبب كل بلاء في الدنيا والآخرة، وهي سبب مباشر لحدوث القلق، قال الله تعالى: ﴿وَمَا أَصَابَكَ مِنْ سَيِّئَةٍ فَمِنْ نَفْسِكَ﴾ [سورة النساء، 79].

– **الغفلة عن الآخرة والتعلق بالدنيا والجهل بالسبب الحقيقي لخلق الإنسان:** حيث يسعى لإشباع الحاجات الجسدية بشكل مفرط على حساب الحاجات النفسية والروحية ولكن من يتفكر ويتصور نعيم الجنة بكل أشكاله فإنه تهون عليه المشاكل وينشرح صدره وينبعث الأمل والتفاؤل عنده.

ومن الملاحظ أن مصطلح القلق لم يرد في القرآن الكريم كما هو، وإنما ورد بعدة معانٍ وفي عدة مناسبات حيث يقول تعالى: ﴿لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ﴾ [سورة البلد، 4]، ويقول تعالى: ﴿فَلْيَعْبُدُوا رَبَّ هَذَا الْبَيْتِ * الَّذِي أَطْعَمَهُمْ مِنْ جُوعٍ وَآمَنَهُمْ مِنْ خَوْفٍ﴾ [سورة قريش، 3-4]. ويشير (الشريف، 1987م، ص64) في هذا المقام إلى أن القلق ورد ذكره بعدة معاني في القرآن الكريم في الآيات التالية:

﴿أَنَّ الْإِنْسَانَ خُلِقَ هَلُوعاً إِذَا مَسَّهُ الشَّرُّ جَزُوعاً﴾ [سورة المعارج، 19-20].

﴿سَوَاءٌ عَلَيْنَا أَجْرَعْنَا أَمْ صَبَرْنَا مَا لَنَا مِنْ مَّحِيصٍ﴾ [سورة إبراهيم، 21].

﴿فَأَذَاقَهَا لِبَاسَ الْجُوعِ وَالْخَوْفِ بِمَا كَانُوا يَصْنَعُونَ﴾ [سورة النحل، 112].

﴿إِذْ دَخَلُوا عَلَى دَاوُدَ فَفَزِعَ مِنْهُمْ﴾ [سورة ص، 22].

﴿وَمَنْ يَرِدْ أَنْ يَضِلَّهُ يُجْعَلْ صَدْرَهُ ضَيْقاً حَرَجاً﴾ [سورة الأنعام، 125].

﴿وَقَذَفَ فِي قُلُوبِهِمُ الرُّعْبَ﴾ [سورة الأحزاب، 26].

2.2.6.16 تعقيب:

يستنتب الباحث من هذا المبحث أن العيش مع اضطرابات القلق لا يعتبر أمراً هيناً، وخصوصاً في وجود سبب مستديم يتمثل في البتر أو العجز الحركي، فإن لم يتم التغلب على انفعال القلق، فقد يؤثر على التفاعل مع الأصدقاء والعائلة، وكذلك على الإنتاجية في العمل وعلى جودة الحياة بشكل عام، إلا أن هناك طرقاً صحية للتغلب على اضطرابات القلق، حتى وإن كانت مزمنة وموجودة دائماً في حياتنا اليومية، وأهم هذه الطرق العلاج الذاتي الذي يعتمد على الحديث الإيجابي مع الذات بهدف التصدي للقلق بالهمة العالية ومحاربة الأفكار السلبية.

المبحث الثالث

حالات البتر Amputation cases

2.3.1 تمهيد :

بتر الأطراف العلوية و السفلية ينتج عنه تغير في قدرة الشخص على الإحساس والانتقال من مكان لآخر وقدرته على تأدية أنشطة الحياة اليومية، وقدرته على التعامل مع الأشياء مما يؤثر على التواصل والمشاركة الاجتماعية ، وذلك الفقد سوف يؤثر على تقدير الذات والإحساس بالفعالية. وتكون استجابة الشخص للبتر معقدة فهي تعتمد على طبيعة الإنسان وشخصيته ومعتقداته، وعادةً عندما يفقد الشخص الطرف يكون في حالة صدمة وعدم تصديق و في حالة فقدان الطرفين معاً يكون في حالة يأس. وكذلك يصاحب الشخص مشاعر مؤلمة مختلفة مثل: الغضب، الإحساس بالذنب، الإنكار، فقدان الأمل، الخجل، و القلق وغيرها فالبتر لا يؤثر فقط على الوظائف الجسدية بل يؤثر أيضا على مدى ارتياح وتقبل المريض للحياة، ومدى استعداده للتأقلم مع الوضع الجديد بعد حدوث البتر، واستعداده لعملية التأهيل المتكاملة التي تمكنه من الاندماج بالمجتمع بشكل يتلاءم مع قدراته.

والعامة تؤثر تأثيرا سيئا في اتجاهات الفرد وميوله وتؤدي إلى زيادة حساسيته والشعور بالنقص عندما يقارن حالته الجسمية بحالة الأفراد الآخرين، وينشأ عن الشعور بالنقص فقدان الثقة بالنفس والعجز عن التكيف مع الموقف الجديد، حيث يجعل منه العجز شخصا متواكلا سلبيا(مجيد، 2008م، ص207).

وقد اعتبر (john C.Racy,2008,p 68) بأن البتر يشكل تهديد ثلاثي حيث التهديد الاول هو فقدان الاحساس والتهديد الثاني فقدان الوظيفية للطرف او الجسد والتهديد الثالث هو حدوث خلل في صورة الجسد.

وفي ملاحظات مسحية احصائية للجنة الوطنية الامريكية(2009م):"أنّ البتر في الدول الصناعية الكبرى يكون غالبا في الاعمار الكبيرة لأسباب الحالة الصحية أما الاسباب الشائعة للبتر لدى الاعمار الصغيرة هي الناتجة عن العمل سواء كهرباء او ميكانيك او كيموايات او جروح".

وقد أظهرت الاحصاءات أيضاً بأن السبب الشائع للبتر في الدول الغير صناعية هي الصدمات الناتجة عن الصراعات العسكرية والعنف المدني والأهلي والتي تطل الصحة العامة للأفراد بالبتر والقتل والجروح (Paul Kennedy, 2012, p35).

2.3.2 تعريف البتر:

هو نزع عضو أو قطعة من عضو ويحدث بالتحديد على مستوى المفاصل والعضلات والألياف التي تربط المفاصل الموجودة على مستوى العضو المبتور (Antoine.Caron,2006,p50).

و "هو إزالة جزء أو طرف من خلال العظم" (John Ebenazar, 2003, p433).

وأيضاً عرفه علي و عبد الهادي بأنه: "حالة من العجز الجسمي تحدث للفرد في أي مرحلة من مراحل عمره وهو عبارة عن استئصال جزء من أجزاء جسم الإنسان يتم لإنقاذ حياته أو لتحسين أداء العضو الذي تمنعه الإصابة من القيام بوظيفته" (علي و عبد الهادي،1997م، ص18).

وعرفه " Rains " هو: "حالة مكتسبة (Acquired Condition) ناتجة عن فقد أحد أو غياب أحد أطراف الجسم بسبب الإصابات أو الأمراض أو الجراحة أو الحروب لأسباب (Corgentiol limb deficiency) خلقية يحدث عند ولادة رضيع بدون أحد أطرافه" (Rains, 1995, p41).

2.3.3 حالات البتر:

"هم الأشخاص الذين فقدوا أحد أطرافهم أو أكثر ونتج عنه إعاقة حركية أثرت على أدائهم لأدوارهم مما يتطلب تأهيلهم مهنيًا، واجتماعيًا، ونفسيًا" (توفيق، 1995م، ص11).

ويعرّفهم الباحث بأنهم: الأشخاص الذين فقدوا جزء أو كل من أطرافهم العلوية أو السفلية نتيجة حوادث أو حروب أو أمراض، نتج عنه نسبة من العجز جسدي، يستدعي عملية تأهيل متكاملة.

ويعرّف الباحث "حالات البتر" إجرائياً:

هم الأشخاص الذين بُترت أطرافهم بشكل جزئي أو كلي بفعل الأمراض المزمنة أو الحوادث والحروب، نتج عنه خلل في الأداء الحركي والوظيفي، الأمر الذي يتطلب إعادة تأهيل جسدي ونفسي واجتماعي بهدف تحقيق التكيف والدمج في المجتمع.

وبحسب اطلاع الباحث وخبرته من واقع الدراسات في مجال تأهيل ذوي الإعاقة وجد أن البتر ينتج عن أسباب خلقية، أو وراثية، أو مكتسبة، وغالباً ما تنحصر حالات البتر في ثلاثة

أسباب رئيسية وهي: الأمراض المزمنة، الحوادث، الحروب، وسيتناول الباحث كل مسبب لحالات البتر بشيء من التفصيل في هذا المبحث.

2.3.4 أسباب البتر:

أولاً: الأمراض المزمنة:

تنتج عن خلل في وظيفة العضو بسبب الإصابة التي تظهر على هيئة أورام خبيثة سرطانية، حيث يتم بتر العضو للمحافظة على جسد الإنسان، والحد من انتشار المرض إلى بقية أجزاء الجسم (صالح، 1999م، ص185).

وفي تعريف موسوعة الصحة العليا: "البتر هو استئصال جراحي مقصود لأحد أطراف أو جزء من الجسم، يتم من خلالها تنفيذ إزالة الأنسجة المصابة لتخفيف الألم".

(Encyclopedia of Senior Health, 2009)

ويمكن أن تؤدي أمراض مثل انسداد الشرايين أو السكري إلى موت الأنسجة في أحد أطراف الجسم. وهذا قد يعني ضرورة بتر هذا الطرف لاستئصال النسيج الميت. قد يوصي مقدم الرعاية الصحية بالبتر. في حال أوصى مقدم الرعاية الصحية بالجراحة للمريض، فإن قرار إجرائها من عدمه يرجع للمريض نفسه. يُساعدُ هذا البرنامجُ التنقيفي على تكوين فهم أفضل عن فوائد ومخاطر هذه الجراحة. وأخذُ قرار ببتير الرجل أو الطرف السفلي أمرٌ صعب. وسوف تُبذل جهودٌ مكثفةٌ عدّة مراتٍ للحفاظ على الطرف. السبب الرئيسي للبتر هو السكري أو داء الشرايين المُحيطة، والذي قد يتسبب إما بالألم وإما بسوء وظيفة الطرف وإما بالغرغرينة. يعمل الجراح خلال البتر على استئصال كل الأنسجة الميتة أو الآخذة بالموت. و من الأهداف التأهيلية للبتر هي تخفيف الألم وتعزيز إلتئام الجرح وزيادة مقدرة الشخص على أداء نشاطاته اليوميّة.

1. التورمات أو الغرغرينا:

إذا لم تتجح معالجة التورمات بالأشعة فإن البتر يصبح حلاً مؤكداً وعندها يجب أن يكون البتر من خلال أو أعلى المفصل المجاور للتورم من الجهة الأقرب إلى جذع الإنسان ، على كل حال فقد دلت الإحصائيات أن هذا النوع من أسباب البتور قليل جداً ولا يزيد عن 2,2 % من البتور بشكل عام في البلدان المتقدمة.(موقع أورثو لايفكو، 2015م)

تُلاحظُ بعض المخاطر في أي نوع من الجراحات، وهي تتضمن:

- 1- العدوى، عميقة أو على مستوى الجلد. وقد يكون هناك ضرورة لإعطاء المضادات الحيوية على أجلٍ طويل في حال شملت العدوى العظم.
- 2- النزف، إما في أثناء أو بعد العملية.
- 3- ندبة جلدية قد تكون مؤلمة أو قبيحة.

ترتبط المخاطر والمضاعفات الأخرى بخصوصية هذه الجراحة. وهي نادرة، لكن من المهم معرفتها. قد لا يلتئم مكان البتر بشكلٍ مناسب. وقد يحدث إحساس "شبحي" أو ألم. يُشبه هذا الإحساس كما لو أنّ الرجل لا زالت موجودة رغم أنها غير موجودة. وقد يكون هذا الإحساس مُقلقاً لو شعر المريض بألم يأتي من جزءٍ من الرجل لم يعد موجوداً. فمثلاً، يمكن للمريض أن يشعر بالألم في قدمه حتى ولو استُصلت الرجلُ جراحياً. ورغم العلاجات الطبية والجراحية الأفضل حالياً، إلا أنه يصعب التحكم بهذا النوع من الألم.

(موقع أورثو لايفكو، 2015م)

وبحسب اطلاع الباحث قد تؤدي بعض الأمراض مثل السكري أو انسداد الشرايين إلى موت في أنسجة الأطراف. وإذا قرّر الفريق الطبي أو مُقدّم الرعاية الصحية بأنّ جريان الدم إلى الطرف لا يُمكن تحسينه، فقد يكون البتر ضرورياً، تختلف الحاجة لمقدار ما يُبتر من الرجل بحسب مقدار ما تلف من الطرف أو ما يكون تحت حُطورة التلف، قد يشملُ البتر أصابع القدم أو الجزء الأمامي من القدم أو الرجل تحت الركبة أو الرجل فوق الركبة على سبيل المثال. وهذا يعتمدُ على عمر المريض ونوع عمله وحالته الصحية، بالإضافة لعوامل صحية أخرى مرتبطة بسلامة المريض.

ثانياً: الحوادث:-

الحوادث بأنواعها كحوادث المرور، الحوادث المنزلية، وحوادث العمل خاصة الحروق الناتجة عن الكهرباء حيث تمثل 20% من حالات البتر (7, p. 2004, curelli).

ونجد نوع آخر من الحوادث الذي يسبب الشلل النصفي الجانبي يدعى بالحوادث الوعائية الدماغية (3, p. 2010, saint.joseph).

كما تسبب حوادث السقوط تقطع على مستوى الحبل الشوكي فتؤدي إلى شلل حقيقي.

ويؤكد فهمي أن حوادث المرور مسؤولة عن 8.5% من المعاقين في العالم، و حوادث العمل بنسبة 4.5% من المعاقين في العالم أي (15.5) مليون فرد في العالم، كما توجد حوادث أخرى كالزلازل والحروب، والرياضة (فهمي، 2005 م، ص ص 43-44).

الحوادث المرورية هي من الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى بتر الأطراف سواء السفلية أو العلوية لدى الشباب. وقد وجد أن 75% من حالات بتر الأطراف العلوية هي نتيجة للحوادث المرورية ويحدث معظمها لدى الرجال في الفئة العمرية بين 15-45 عاماً. أما حالات البتر في الأطراف السفلية فإن الحوادث تعتبر السبب الثاني بعد الأمراض كالسكري. وتبلغ نسبة البتر في الأطراف السفلية بسبب الحوادث 20% من جميع حالات البتر.

(موقع مجلة المنال، 2016م)

يعزو الباحث أسباب التعرض للإصابة بالبتر أو الإعاقة ليس فقط لأسباب خلقية أو وراثية، ولكن هناك أسباب مكتسبة من أهمها حوادث المرور، أو السقوط من المرتفعات أو إصابات العمل والمصانع وما قد يتعرض له الأشخاص من إصابات بليغة أو إعاقة دائمة ، نتيجة لفقد جزء من أحد أطراف الجسم.

ثالثاً: الحروب:

يؤكد الباحث بأن سياسة الظلم والاستبداد التي تمارسها بعض الدول الكبرى والمسيطرة عسكرياً وتكنولوجياً على الكثير من دول العالم الثالث، قد ورّثت وخلفت حروباً متلاحقة للسيطرة إما على الأرض أو الثروات أو من توجّه عقدي مزيف، و مازال الصراع القائم بين الحق والباطل مستمراً إلى قيام الساعة، وأشارت بعض الدلائل إلى أن بعض الأهداف في قطاع غزة تعرضت خلال الحروب الثلاث الأخيرة، للقصف الجوي والبري بالقنابل الضخمة و الصواريخ الموجهة الفتاكة التي تصنف عالمياً باعتبارها من الأسلحة المحرمة دولياً، وما يعزز هذه الدلائل كثرة الإصابات المتمثلة ببتر الأطراف السفلية أو العلوية بدرجات متفاوتة بالجسم.

وقد أظهرت الإحصاءات أيضاً بأن السبب الشائع للبتر في الدول الغير صناعية هي الصدمات الناتجة عن الصراعات العسكرية والعنف المدني الاهلي والتي تطال الصحة العامة للأفراد بالبتر والقتل والجروح (Paul Kennedy, 2012,p.352).

وتحدث كرسطين (9, p. 2006, cristian) أسباب البتر والتي من أهمها:

- عدم جريان الدم في دورته الطبيعية وانحباسه عن بعض المناطق في الجسم ووجود التهاب في الأقدام.
- مرضى السكر خاصة لديهم احتمالات لخطر البتر عالية.
- الاصابة ببعض السرطانات قد تقود للبتر.
- اصابات ناتجة عن الحروب.
- بتر ناتج عن اعاقات خلقية.
- اصابات ناتجة عن حوادث طرق او حوادث يتعرض فيها الجسم لصددمات وارتطامات.
- بتر ناتج عن العديد من الجروح والالتهابات والأمراض.

2.3.5 أنواع البتر:

أولاً: البتر في الأطراف السفلية:

يكون لأحدهما أو للطرفين معاً ويشتمل على:

• بتر القدم **Foot Amputation**:

- 1- بتر أصبع أصبع القدم أو أكثر من أصبع.
- 2- بتر منتصف القدم
- 3- بتر القدم بأكمله أو جزء منه.

• بتر الساق **Transtibial**:

ويكون تحت الركبة ويشتمل على أي بتر من الركبة حتى الكاحل.

• فصل الركبة **Knee Disarticulation**:

يحدث هذا البتر عند مستوى الركبة.

• بتر الفخذ **Trans Femoral**:

ويشتمل على بتر أي جزء من الفخذ من عند الحوض وحتى مفصل الركبة .

• فصل الحوض **Hip Disarticulation**:

يكون من عند مفصل الحوض مع الفخذ بأكمله .

ثانياً: البتر في الأطراف العلوية:

إما يكون بتر طرف واحد أو الأثنين معا ويشتمل على :

• بتر اليد أو جزء منها Hand Amputation :

بما فيها الأصابع أو الإبهام أو جزء من اليد تحت الرسغ.

• فصل الرسغ Wrist Disarticulation :

يتم بتر العضو عند مستوى الرسغ.

• بتر عظمة الساعد Transradial :

وذلك الذي يحدث تحت الكوع حتى الرسغ أو الساعد بأكمله.

• بتر عظمة العضد transshumeral :

فوق الكوع حتى الكتف أو في الجزء العلوي من الذراع.

• فصل الكتف shoulder Disarticulation :

يتم البتر عند مستوى الكتفين مع بقاء نصل الكتف وقد يتم استئصال عظمة الترقوة أو عدم استئصالها (Tierney,2006,p. 48).

و يستخلص الباحث مما سبق في موضوع أسباب البتر ، بأن معظم حالات البتر تتعرض لعجز جزئي أو كلي يعيقهم عن ممارسة أنشطتهم و وظائفهم المعتادة في حياتهم اليومية، مقارنةً مع وضعهم السابق قبل حدوث البتر. وكان لابد أن نستعرض المشكلات التي يعاني منها ذوي البتر من إعاقة حركية مكتسبة و قصور بدني يصاحب الفرد مدى الحياة.

ثالثاً: الإعاقة الحركية:

من نعم الله على العبد أن يهبه الكمال الجسمي والبدني، وأن يهبه بالمقابل القدرة على معرفة نفسه، والقدرة على وضعها الموضع اللائق بها، حيث أن جهل الإنسان وعدم معرفته لقدراته يجعله يقيم ذاته تقييماً خاطئاً، فإما أن يعطيها أكثر من حقها ، واما يقلل من قيمتها ، غير أنه في كل مجتمع من المجتمعات فئات تتطلب تكفاً خاصاً بها من أجل تحقيق تكيفها بالبيئة التي تعيش فيها ، وهي فئة ذوي الإعاقة، حيث تمثل الإعاقة كل شيء يحول دون فعل الشخص لما يريده ولا يمكنه ممارسة حياته بشكل سوي وخاصة الأنشطة اليومية ومن بينها خدمة الذات، الأنشطة التعليمية، العلاقات الاجتماعية (حمزة، 1976 م، ص 3).

وتعرف أيضاً الإعاقة الجسدية بأنها قصور وظيفي أو خلل عضوي موضوعي يؤثر على أداء الفرد في ظروف معينة، ويحتاج إلى تدخل علاجي أو حتى تعديلات في البيئة (الوقفي، 2003م، ص17).

يعرف الفرد المصاب بالإعاقة الحركية المكتسبة على انه ذلك الفرد الذي تعوق حركته ونشاطه الحيوي فقدان أو خلل أو عاهة أو مرض أصاب عضلاته أو مفاصله أو عظامه بطريقة تحد من وظيفتها العادية وبالتالي تؤثر على تعليمه وإعالتة لنفسه (فهمي، 2005م، ص54).

وخلص الباحث إلى أن الإعاقة الحركية تتمثل في أي إصابة سواء كانت بسيطة أو شديدة تصيب الجهاز العصبي المركزي، أو الهيكل العظمي، أو العضلات وتسبب عجز جزئي أو كلي و التي تستدعي خدمات خاصة.

2.3.6 عملية التأهيل لحالات البتر:

التأهيل يأخذ أشكالاً وأنماطاً مختلفة، حيث يعرفه (Paul Kennedy,2012:p.351)

هو:

الحفاظ على مستوى مقبول من الوظيفية التي تسمح للأفراد لإنجاز أهدافهم وتسهيل لصحتهم الشخصية وتحسين مشاركتهم في المجتمع، وتحسين لجودة الحياة سواء مع الطرف الصناعي او بدونه، حيث يعيد الشخص للحياة مرة أخرى.

ويعرّف الباحث عملية تأهيل مبتورو الأطراف:

هو مجموعة الخدمات والأنشطة والمعينات الاجتماعية والنفسية والطبية والتربوية والتعليمية والمهنية التي تمكن ذوي البتر من ممارسة حياتهم باستقلالية وحرية .

قدمت العلوم السلوكية في الميدان العلاجي النفسي أساليب و طرقاً علاجية فعالة في معالجة هذه الاجتماعي، لكن - المتلازمات العضوية النفسية المنشأ و إعادة تأهيل المصاب على المستوى النفسي في العالم العربي لا يوجد اهتماماً كبيراً بالرعاية النفسية للناس، ولا بالوسائل المطلوبة لإحتواء تأثير الكروب والصدمات عليهم (ابراهيم، 1994 م، ص 72).

وترى عبيد بأن التأهيل يجب أن يتم ضمن الإطار الاجتماعي والبيئة التي يعيش فيها المعوق ، والتأهيل مسؤولية اجتماعية وليست مسؤولية جماعة أو فئة معينة ، والتأهيل يجب أن

يعطي الثقة بالنفس وتحقيق الكفاية الشخصية والاجتماعية والمهنية للمعاق ، وأن يتقبل المعاق كما هو (عبيد، 2001م، ص 58).

ويهدف التأهيل أيضاً إلى تحرير المبتور من مسألة نظرة المجتمع إليه، إذا كانت هذه النظرة مصدراً لمتاعبه، ويشجعه على الاستقلالية والتعويض حتى يشعر بالأمن والطمأنينة، فكثيراً ما يببالغ المبتور في تقدير القيود التي ستفرضها الإعاقة دون أن ينظر إلى مواهبه ومؤهلاته التي يمكن أن يستفيد منها (فالح، 1983م، ص 104).

ويؤكد الباحث بأن هناك أساليب وأنواع متعددة لإعادة تأهيل الأشخاص ذوي البتر، والتي تستدعي وجود فريق تأهيل متخصص يعمل بشكل منظم لتقديم أعلى مستوى من الخدمة للفرد المصاب، بهدف الوصول به إلى التأقلم مع الوضع القائم وتحسين أدائه ومنع حدوث تدهور صحي ، وتتلخص في المجالات التالية:

2.3.6.1 أنواع التأهيل:

1. التأهيل النفسي: هو التأهيل الذي يساعد الفرد المعاق على مواجهة المشكلات النفسية الأسرية والاجتماعية وتحديد أسبابها ومعالجتها.
 2. التأهيل الطبي: هو التأهيل الذي يعيد الفرد المعاق إلى أعلى مستوى وظيفي ممكن من الناحية الجسدية والعقلية.
 3. التأهيل الأكاديمي: هو التعليم المصمم خصيصاً ليناسب حاجات الفرد المعاق.
 4. التأهيل المهني: هو التأهيل الذي عن طريقه يحصل الفرد المعاق على الخدمات المهنية كالتوجيه والتدريب المهني.
 5. التأهيل الاجتماعي: هو التأهيل الذي يساعد الفرد المعاق على التكيف الاجتماعي بغرض دمجها في المجتمع.
- ويشير الباحث من خلال خبرته في ميدان التأهيل لذوي الإعاقة وخاصة الحركية منها على أهمية التأهيل الحركي والذي يستلزم تدخله بعد حدوث الضرر أو القصور الجسمي بشكل عام وحالات البتر بشكل خاص، وكذلك العوامل المؤثرة على فاعلية العلاج التأهيلي، والتي يستعرضها فيما يلي:

2.3.6.2 أهمية التأهيل الحركي :

1. استعادة المدى الحركي للمفصل.
2. استعادة القوة العضلية والوظيفية الطبيعية للمفصل .
3. زيادة استعادة العضلات والمفاصل المصابة لوظائفها في اقل وقت ممكن .
4. التخلص من الألم .
5. زيادة معدل التئام العظام .
6. زيادة سرعة تصريف التجمعات الدموية.

2.3.6.3 فريق التأهيل الذي يتدخل مع حالات البتر :

يعتمد إعادة التأهيل على فريق طبي يشرف على وضع الخطة العلاجية المناسبة لتأهيل المريض، و يعمل فريق تأهيلي متكامل مع مبتوري الأطراف و ذوي الإعاقة مكون من :

- 1- المعالج الوظيفي: يتركز عمله حول مساعدة المريض للحصول على استقلالية في كل جوانب حياته وان يمتلك الرضى عن نفسه عبر تطوير مهاراته .
- 2- الممرض: يكمن دوره في تقديم الدعم الصحي ومنع انتشار المرض، كما يساعد المريض في التكيف مع مرضه بتقديم رعاية مباشرة عبر الملاحظة والتقييم وتسجيل الأعراض وردود فعل المريض وتطور حالته ، كما يساعد الجراح أثناء العملية وفي العلاج والفحوصات وفي التأهيل.
- 3- المعالج الطبيعي: يقدم خدمة تساعد الاشخاص على استعادة أدائهم ، وتحسن حركتهم، وتخفيف الالم ، كما يساعد على الحد من الاعاقة الجسدية وعلى استعادة اللياقة والصحة للأفراد.
- 4- الأخصائي الاجتماعي: يساعد المبتورين على العمل بأفضل طريقة للتعامل مع بيئتهم وحل مشاكلهم الشخصية والعائلية ،ومسائل العلاقات عموماً ومشاكل السكن والعمل أيضاً.
- 5- الاخصائي النفسي: يساعد المريض على التوافق عاطفياً ونفسياً مع حياته ، وقد يساعد الطبيب والجراح في طريقة التعامل مع المرض او الجروح، وعلى ضوء تقييمه للمريض وتشخيصه للحالة، يحدد هل سيدخله علاج فردي أم عائلي ام جماعي ويقوم بتصميم

برنامج لتعديل السلوك للعمل عليه (Joan E. Edelman ,Kevin Carroll, 2006,p.)
(6)

2.3.6.4 مبادئ عملية التأهيل للفرد المبتور:

- 1- احترام وتقدير الفرد المبتور والتعامل معه كوحدة متكاملة لها كيانها المستقل، الثقة بإمكانياته المتبقية.
- 2- يقوم على مبدأ تكافؤ الفرص بين أفراد المجتمع عن طريق تهيئة الفرص للمعوقين ليعيشوا حياتهم الخاصة حتى لا يكونوا عالة على المجتمع .
- 3- تحرير المبتور من مسألة نظر المجتمع إليه.
- 4- تشجيع المبتور على الاستقلالية والتعويض حتى يشعر بالأمن الطمأنينة (علي و عبد الهادي،1997، م، ص 50).

2.3.6.5 الهدف من إعادة التأهيل:

- تحسين المهارات الحركية واستعادة أنشطة الحياة اليومية.
- تعزيز قوة العضلات والتحمل والسيطرة عليها.
- تهيئة المبتور لاستخدام الأطراف الصناعية.
- بعد العمليات الجراحية الحد من الألم الوهمي.
- المساعدة على إعادة التكيف مع هيئة جديدة لصورة جديدة.
- تقديم المشورة لتعزيز التغذية والصحة والشفاء. (Pohjolainen & etal,2007)

2.3.7 خبرات البتر الصادمة والتكيف:

- خبرة البتر كفقدان تتطلب من الشخص توظيف جهود التكيف جميعها من اجل الوصول لمستوى مناسب للتوافق، ولكن الفقدان عامة يختلف عن الصدمات الاخرى بعدة سمات :
- الفقد هو حدث خاص يحدث في الحال .
 - يدخل في الفقد اختفاء، سواء لشخص أو موضوع أو لجزء من جسدك ولا رجوع له .
 - التكيف مع الفقد يحتاج مجهودات تكيفية تعمل لفترات طويلة ومستمرة قد يتبعها نتائج تؤثر على سير حياة الفرد (Norman S. Zeinder,1996,p 55).

ويوضح (Kleber,1995,p 304) بأن المجتمع يزود الناس بأدوات في علاقته مع تأثيرات ما بعد الخبرات الصادمة، هذه الأدوات هي عبارة عن القيم والأعراف والرموز والطقوس التي تشكل الأفكار والعواطف التي تخلق فرص وطرق فردية للتوافق.

2.3.8 الصدمة والتكيف الجماعي :

وقد أوضحت العديد من الدراسات بان التكيف الجماعي لجماعة من الناس في مواجهة الضغوط والصدمات يكون له نتائج ايجابية ففي دراسة لموريس واخرين Morris (Et.al,1976) وجدوا ان تعرض مجموعات من الناس للضغوطات والصدمات يزيد الدعم الاجتماعي بينهم وانهم في حالة الخطر والخوف يطورون بينهم درجة عالية من الترابط.

وتؤكد كليبر على ان المخاطر والضغوط اذا واجهت الجماعة معا تساهم في تكيف اسرع مما لو كانوا افراد متفرقين وقد برهنت على ذلك من خلال دراسة أخرى ل Lansisalmi,and (Peiro ,JM. Et ,AL, 2000) على مجموعات عمل في مؤسسة فيها اشخاص متعددي الثقافات قاسوا لديهم استجابات التكيف الجماعي تجاه المخاطر العامة والضغوطات التي تواجههم، فوجدوا بأن هناك استجابات تكيف جماعية لم تكن الثقافة هي الوسيط الوحيد في التأثير عليها ، وانما المخاطر والضغوط كان لهما النصيب الاكبر.

و التأقلم يعرف بأنه التغيير الحاد في معرفة الشخص بعد تعرضه للصدمة، بحيث يتمكن الأفراد من التعامل مع المتطلبات الداخلية والخارجية الناتجة عن ذلك، ويكون الهدف من التأقلم هو السيطرة على التغيير الذي حدث جراء الصدمة، وفي الغالب يتكون هذا التغيير من التي يتبناها الشخص (فهمي، 1976 م، ص 49).

وذكر (عثمان، 2002 م، ص 10) أن الباحثين حددوا خمسة عوامل تؤثر على استجابة المصاب لتجربة الحرب الصادمة وهي:

- 1- العوامل البيولوجية.
- 2- المستوى التطوري لدى الفرد في وقت حدوث الصدمة أي تطور المستوى الإنفعالي والاجتماعي والمعرفي للفرد في وقت الحرب.
- 3- شدة الضغط المتولد من الصدمة.
- 4- السياق الاجتماعي .
- 5- ضغوط الحياة السابقة للصدمة.

وأشار قوته في دراساته عن تجارب الإنتفاضة الفلسطينية بأن التجربة الصادمة تولد مستوى عالي من العصابية والميل إلى المواقف الخطرة وتدني النظرة إلى الذات ولكنها لا تؤثر على الذكاء والإبداع لدى المصدومين .

وفي دراسة (Karelson & Elinperg, 2000) أشاروا إلى صياغة إطار يتعلق بمفاهيم تأثير التجارب الصادمة والحرب بسؤال وهو لماذا تبقى المعاناة والأعراض المرضية في حين أن تجربة الحرب كتجربة صادمة تنتهي.

ويحدد الباحثون ثلاثة عوامل لحدوث التجربة الصادمة لدى الفرد :

1- الحدث (الحرب - الكارثة) تمثل تجربة بالغة السلبية.

2- عدم القدرة على التحكم بما حدث.

3- فجائية الحدث (Quota, 2002 ,p. 23).

2.3.9 العوامل المؤثرة على التكيف النفسي والاجتماعي لدى حالات البتر:

التوافق أو التكيف ما بعد البتر ليست محدودة فقط بالجانب الجسمي للبتر نفسه بل تتأثر بعوامل أخرى منها المهنية والاجتماعية النفسية والعاطفية ويعتمد ذلك على نوع البتر والعمر والجنس وعلى فهم وطبيعة ادراك الإعاقة.

وتعتمد إعادة تأهيل مبتوري الأطراف السفلية وتركيب الأطراف الصناعية إلى حد كبير على عملية التكيف النفسي والحالة الانفعالية للمريض، وفقدان أحد الأطراف هو غاية التحدي، ويمكن أن يسبب المشاكل الجسدية والنفسية المختلفة، مثل الاكتئاب، والقلق، ونوعية الحياة، الاستياء من صورة الجسم والتغيرات في مفهوم الذات والهوية هي الدارجة لحالات البتر السفلي. وكان من مصلحة هذه الحالات أن يتم التعامل معهم وتعديل المتغيرات والصعوبات الناشئة ومعالجة المشاكل النفسية، ومن المهم بالنسبة لهم تقبل التعديلات في صورة الجسم ودمجها في هويتهم، الذي هو الدافع الأساسي في مسألة مفهوم الذات الجديد (Panyi, Others, 2015).

وتأتي مرحلة التوافق كمرحلة أخيرة لمعركة التكيف التي يخوضها الشخص للحفاظ على التوازن النفسي الاجتماعي وتحقيق حالة من إعادة الاندماج من خلال تحقيق تقدير الذات الايجابي ومفهوم الذات واحترام النفس ومحاولة تحقيق المواقف الايجابية تجاه نفسه والآخرين وتجاه الاعاقة نفسها (Paul Kennedy, 2012 ,p. 352).

وقد اثبتت دراسة (Bruce Rybarczyk et al,2004,p. 944) من خلال ملاحظات اكلينيكية لأربع حالات بتر بان الاشخاص ذوي البتر وهم في تجاربهم وخبراتهم في التكيف النفسي التغلب والسيطرة على التغييرات النفسية التي تطرأ عليهم فيما ما بعد البتر يسمى اكتئاب ما بعد البتر وتغييرات في صورة الجسم وفي احساسات وآلام الطرف الشبح وتغييرات في الدعم الاجتماعي.

وقد وجدت بعض الدراسات ان استخدام استراتيجيات التكيف الايجابية مهم لدى المبتورين حيث يسرع في حصول التكيف النفسي مثل استراتيجية استخدام الدعابة وتحديد المعاني للجوانب الايجابية للخبرة والمقارنة الاجتماعية الفعالة ودور النماذج ، وان يدركوا بأن البتر لن يعيقهم عن العمل والحياة.

وحسب دراسة ل(Oaksford et.al., 2005,p. 57) وجد أن المبتورين يستخدمون (5) استراتيجيات تكيف لتسهيل التوافق النفسي وهي : - تجنب عقلي للخبرة - البحث عن دعم من عدة مصادر - استخدام الدعابة - استراتيجيات معرفية تساعدهم على اعادة تأطير أو خلق معنى للخبرة - و مجهودات للتكيف مع صعوبات عملية.

ولقد وجد العلماء أن عدم اشباع الحاجات النفسية هي اساس مشاكل التكيف التي تواجهنا، بمعنى ان الشخصية لا تتحقق لها الصحة النفسية السليمة والتي تهدف الى توافق الفرد مع بيئته، اذا اشبعت هذه الحاجة وشعر الفرد بأن حاجاته قد أشبعت فعلاً (زيدان، 1984م، ص 37).

2.3.10 التكيف والصحة النفسية:

يعد - التكيف - أو التوافق - من أهم المؤشرات الدالة على الصحة النفسية، فإذا لم يتمكن الفرد من تحقيق التكيف مع شروط وظروف بيئته تسوء صحته النفسية، والعكس صحيح. فالصحة النفسية هي نتاج عملية تكيف ناجحة، لذا يرى فهمي أن علم الصحة النفسية هو علم التكيف أو التوافق النفسي الذي يهدف إلى تماسك الشخصية ووحدها وتقبل الفرد لذاته، وتقبل الآخرين له بحيث يترتب على ذلك كله الشعور بالراحة النفسية (فهمي، 1995م، ص 9).

ويربط مغاريوس الصحة النفسية بدرجة نجاح الفرد في التوافق الداخلي بين دوافعه ونوازعه المختلفة، إضافة إلى درجة نجاحه في التوافق الخارجي بما تتضمنه علاقاته ببيئته المحيطة بما فيها من موضوعات وأشخاص (مغاريوس، 1989م، ص:71).

تظهر معتمدة على قد ويرى رايسي بأن ردود الفعل الغير متوقعة المكتسبات الثانوية التي قد تنتج عن البتر، فإذا كانت الإعاقة تعمل على تحسن الوضع المالي أو الاجتماعي فذلك قد يعمل على (Racy J,moor Ws,et al, 1989:98). تعزيز التكيف النفسي وتقبل البتر

ويصنف فهامي مجالات التكيف في أربعة نقاط رئيسة هي:

– التوافق الاجتماعي Social Adjustment :

ويعني القدرة على عقد صلات اجتماعية ناجحة مع من يعاشرونه أو يعملون معه من الناس، وهذا يعني أن يتوافق الفرد مع البيئة التي يعيش فيها بجميع عناصرها المادية والاجتماعية وبصفة مستمرة. ومما لا شك فيه أن التوافق الاجتماعي يتضمن القدرة على المشاركة الاجتماعية واكتساب المهارات الاجتماعية والاتجاهات الإيجابية نحو الجماعة التي يعيش فيها الفرد.

– التوافق الانفعالي Emotional Adjustment :

ويقصد بالتوافق الانفعالي " أن يكون الفرد راضياً عن نفسه غير كاره لها أو نافراً منها أو ساخطاً عليها أو غير واثق منها، وأن تتسم – بالتالي – حياته بالخلو من التوترات والصراعات النفسية المقترنة بمشاعر الذنب والقلق والنقص.

– التوافق الأسري Family Adjustment :

ويقصد به قدرة الفرد على التعايش في الجو الأسري بعيداً عن المشكلات العائلية مع القدرة على تحمل المسؤولية والاحتفاظ بعلاقة حميمة مع أفراد الأسرة.

– التوافق الصحي Health Adjustment :

بين دوافعه وحاجاته ومتطلبات بيئته ومحيطه الاجتماعي يوصف بأنه متوافق – متكيف – وأن ذلك يعني أنه يتمتع بصحة نفسية عالية تمكنه من التكيف والاندماج بالمجتمع المحيط بسهولة.

ويعني القدرة على التكيف مع الأمراض المختلفة والتوتر المصاحب لها من خلال اتباع الأساليب والتعليمات الصحية بما يسمح للفرد ممارسة الحياة بشكل طبيعي، والتوافق الصحي يعطي مؤشراً عن الحالة الصحية للفرد بما يوجب العناية الصحية به عند سوء التوافق الصحي (فهامي، 1995 م، ص 11).

و يعرّج الباحث بقوله أنه كلما زادت درجة تكيف الفرد كلما زاد مستوى الصحة النفسية، وأن الشخص الذي يوازن انفعالاته يتمتع بشخصية سوية و قوية.

2.3.11 المتغيرات المؤثرة في نتائج ما بعد البتر:

يرى (Kevin Carroll et.al 2006,p. 7) بأن هناك عدة عوامل ومتغيرات تحدد مدى تأثير البتر على المبتورين ومدى تكيفهم مع وضعهم الجديد أهمها : ميكانيزمات التكيف الخارجية والداخلية - سمات الشخصية ما قبل البتر - مستوى النضج - الجنس - العمر - التعايش مع الحالة الطبية - الدعم الاجتماعي المتاح - المرونة - الاحساس بالكفاية النفسية - البتر حال كونه مفاجئ او مخطط له - تحمل الألم .

وأهم خمسة متغيرات مُحددة لنتائج ما بعد البتر لدى ذوي البتر ما ذكرته Ws,et al, (Racy J,moor 1989,p. 98) وآخرين: (العمر، الشخصية، الدعم الاجتماعي والنفسي والمتغيرات الاقتصادية والعمل).

1- العمر:

ترتبط درجة الصعوبات النفسية بالبتر بشكل متوازي مع اعتبارات أخرى مرتبطة بمراحل العمر، فالطفل المولود بالبتر يتعلم التكيف مع الصعوبات أسرع من الكبار ويتكيف مع الطرف الصناعي افضل من الآخرين ، بينما البتر في المراهقة يعتبر خطر حقيقي على الصحة النفسية للشخص لأنه يدمج في مرحلة المراهقة بالهوية الجنسية .

و بالنسبة للشباب فوق 18 سنة تعتمد استجاباتهم لفقدان الطرف على أسباب ومستوى درجة الاعاقة والمرونة الجسمية والثقة الاجتماعية . وأما الراشدين الكبار يؤثر البتر عليهم بارتباطه بعوامل مشاكل الكبر من الصحة والمرض والعزلة الاجتماعية والوضع المالي والعمل .

2- نمط الشخصية:

لطبيعة الشخصية دور مهم ومؤثر في التعامل مع مشكلة البتر عند الأفراد، فالشخصية النرجسية ترى فقدان الطرف كإهانة شديدة ، وحط لكرامتها، حيث تعتبر أن المظهر الجسمي والقوة أساس مهم لحياتها، بينما الشخصية الاعتمادية قد يرونها دور الضحية والمرض فهو يخفف عنها المسؤوليات والضغوط ، بينما الشخصيات الاكتئابية قد تعبر عن نفسها بمعاقبة النفس والشعور بالذنب والخجل.

3- الدعم النفسي الاجتماعي:

والوالدين هم المصدر الأساسي للدعم الاجتماعي والنفسي وخاصة للأطفال والمراهقين ويعتبر الشريك عند الكبار المتزوجين اهم مصدر للدعم وخاصة الذين يتحملون المسؤولية.

4- المتغيرات الاقتصادية والعمل:

يعتبر الاشخاص الذين يعتمدون على مهاراتهم الحركية والذين فقدوا أطرافهم هم عرضة لردود فعل مؤذية ، والأشخاص الذين لا يعتمدون على المهارات الحركية في العمل قد تكون لديهم صعوبات نفسية وعاطفية أقل .

ردود الفعل الغير متوقعة قد تظهر معتمدة، ويرى Racy J,moor Ws,et al, 1989,p. 98 بان على المكتسبات الثانوية التي قد تنتج عن البتر، فإذا كانت الإعاقة تعمل على تحسن الوضع المالي أو الاجتماعي فذلك قد يعمل على تعزيز التكيف النفسي وتقبل البتر.

5- نوع البتر:

يؤثر بتر الاطراف العلوية على المشاركة في النشاطات اليومية كون اليدين تعتبر أداة أولية تستخدم في التفاعل مع البيئة والآخرين والأطراف السفلية تؤثر على الأداء عموماً وعلى الحركة خاصة. وفي دراسة لBurger&Marincek,1997 على 228 شخص لديهم بتر أطراف سفلى وظهر ما نسبته 60% من المشاركين حيث انخفضت نشاطاتهم التي كانوا يمارسونها في وقت فارغهم عن السابق ، كما أن غالبية المشاركين اظهروا بأنهم يقضون معظم اوقات فارغهم في البيت مع محدودية التفاعل الاجتماعي.

2.3.12 الصورة الذهنية عند حالات البتر:

يرجح الباحث بأن القصور الجسمي له انعكاسات متعددة عند الأفراد المبتورين خاصة الذين لحقت بهم الإعاقة بعد سنوات من التمتع بجسم سليم غير مشوه ، و يؤدي دوراً هاماً في تكوين صورة ذهنية خاصة عن أجسامهم، حيث يؤد هذا الخلل الجسمي العديد من المشكلات التي يتعرض لها الفرد في التفاعل مع أقرانه في المجتمع الذي يعيش فيه، مما قد يؤثر على الصورة التي يكونها عن نفسه من خلال علاقات متبادلة مع الآخرين.

والصورة الذهنية لدى المعاق عن جسمه وشكله وقدراتها والقدرات الأخرى المرتبطة بها، وأي إعاقة في هذه القدرات تهدد الإنسان في حاضره ومستقبله، وتؤدي إلى اضطراب قدراته الإنسانية وإلى ظهور العديد من المشاكل (عبده، وحلاوة، 2001م، ص 95).

وهذا ما أكدته العديد من الدراسات كدراسة (القاضي، 2009م) على وجود قصور في تكوين الصورة الجسمية وتكوين مفهوم سلبي لهذه الصورة الناتج بالتحديد عن الإعاقة.

و أيضاً يؤكد (صبحي سليمان، 2007م) أن الاضطرابات الشخصية ترجع أساساً إلى التغيير الذي يطرأ على الجسم ، فاضطراب الصورة الجسمية يؤدي إلى القلق عند المعاق ويؤدي إلى ظهور الاستجابات العصبية، ذلك أن تشويه صورة الجسم يدل على أنه تشويه للذات، والحزن على فقد جزء من الجسم في حالة البتر تشبه فقد أشخاص أعزاء لدى الفرد المعاق جسماً (صبحي، سليمان، 2007 م، ص 92).

يقول روجر باركر (Roger.Barker) أن شعور المعاق بأنه عضو في جماعة للأقليات تخضع كغيرها من (الأقليات للضغوط الاجتماعية، والاقتصادية، وهذا الشعور ينمي المظاهر الانفعالية التي تكافح فيها الأقليات في سبيل الاحتفاظ ببقائها، ولخص شعور المعاق في الشعور بالنقص، والعجز وعدم الأمن وعدم الاتزان الانفعالي (صالح، الدايري، 2005 م، ص 70).

وذكر (حمزة، 1976م) أن "الشخص المصاب الآن كان بالطبع سليماً قبل الإصابة، و في أثناء سلامته كان له نظرة خاصة إلى العجزة وذوي العاهات. وهذه النظرة وهذه القيم التي كانت في ذهنه ولا شك تستمر بعد إصابته ، ف يبدأ ينظر إلى نفسه بنفس الطريقة التي كان ينظر بها إلى المصابين، أي يشعر أنه أقل من الشخص السليم" (حمزة، 1976 م، ص 57).

2.3.13 صورة الجسم:

هي التمثل الداخلي لمظهرنا الخارجي وإدراك الشخص لصورة جسده وهي صورة عقلية لاشعورية وتعكس خبرة الشخص مع صور جسمه (Nancy McCoy, 2009,p 41).

ويرى الباحث من واقع خبرته أن الطرف المبتور من الجسم يظل حاضراً في الذاكرة والخبرات المخزنة، وحين يتوهم الشخص بوجود هذا الطرف لاستخدامه بالواقع تظهر عليه بعض الانفعالات اللاشعورية التي تتفاوت حدتها حسب درجة التكيف مع البتر.

2.3.14 دور الأطراف الإصطناعية :

إن تركيب الطرف الصناعي لحالة البتر يُعد من العمليات الأساسية لمستقبلها الحركي وعودتها الى الحياة الطبيعية، فالطرف الصناعي يؤدي الى تخفيف الإعاقة الحركية و يلعب دوراً إيجابياً من الناحية النفسية لحالة المريض.

بفضل التقدم في تكنولوجيا الأطراف الصناعية أصبح عدد كبير من المعاقين بوتر الأطراف يمارسون أنواع مختلفة من الأنشطة (مسعود، 2002 م، ص 101).

لمحة تاريخية: بدأت فكرة الأطراف الصناعية بعد الحرب العالمية الثانية وكانت ألمانيا من أوائل الدول التي بدأت بفكرة تصنيع هذه الأطراف. وكانت مادة الخشب أول مادة أولية استخدمت وكانت تحفر جذوع الأشجار ويفرغ محتواها بأشكال هندسية أنبوبية أو مربعة ومن ثم بدأت فكرة الطرف المتحرك ذات المفصل حيث تمكن المصاب من عطف وبسط الطرف العلوي أو السفلي (مفصل حوض . ركبة . عنق القدم - معصم - مرفق) بشكل جزئي حتى منتصف السبعينات حيث قامت البلدان الصناعية بتطوير هذه الفكرة وهذه الصناعة حيث حلت مادة البلاستيك (Orthocryl) بدلاً من المادة الخشبية لخفض الوزن وسهولة التصنيع ، وعندها بدأت صناعة الأطراف تتطور بشكل فعال من حيث الشكل ومن حيث الميكانيكية.

يشعر كل من أجرى عملية بتر بحالة من الحزن و الاكتئاب و الرفض للواقع الجديد بخسارة أحد أطرافه. ولكن هذا الرفض للإعاقة يصبح دافعا قويا للاستمرار في الحياة و استعادة أنشطة الحياة الطبيعية مع الطرف الاصطناعي .

إن الفشل في إعادة تنظيم الجسم بعد تشويبه عن طريق البتر لأحد أعضاء الجسم يؤدي إلى وللطرف الصناعي دور في حل هذا الصراع، ومشكلات سوء التوافق النفسي واضطراب صورة الجسم وإعادة التوافق النفسي والاجتماعي له لكي يكون مشاركا وإعادة بناء شخصية الفرد وفعالاً في جميع جوانب الحياة المستقبلية في محيطه الأسري والاجتماعي، فالطرف الصناعي يؤكد أيضاً أن المبتور يمتلك قدرات لا تتوافر لدى العاديين فيساعد الطرف الصناعي على إعادة تنظيم صورة الجسم وتقبل الإعاقة بسهولة، وتحقيق أهداف الفرد المبتور واستعادة مكانته السابقة في المجتمع (patterson,2004,p 58).

إن الإعاقة الجسمية كما في حالات البتر تعطل حواس الفرد وأعضاء الحركة عن قيامها بوظائفها، وتلقي أعباء إضافية على موارد الشخص وكفاءاته الأخرى، وتتسم هذه الفئة بزيادة الحساسية نتيجة لشعورهم بالنقص عند مقارنة حالتهم الجسمية بحالة الآخرين، مما قد ينشأ

عنه عادة فقدان الثقة ولكن مع ظهور عملية التأهيل ووجود الأطراف الصناعية ، بالنفس والعجز عن التكيف في المجتمع وللطرف الصناعي أهمية كبيرة في مساعدة الفرد ، كان لها أثر كبير في الحد من هذه المشكلات المبتور على تحسين صورة الجسم لديه مما ينعكس إيجاباً على تقييمه ونظرتة لذاته. (الهوري، 1998 م، ص 32).

من الممكن إحداث تغيير عند المصاب، وذلك بمساعدته أن يعيش في عالمه الواقعي وأن يفكر تفكيراً موجهاً منتجاً، وأن يواجه مشكلاته بشجاعة وأن يفكر في تحسين جميع أحواله وكافة الطرق، و أن يستعين بالأجهزة التعويضية وما يقترح عليه من أطراف صناعية، أو سماعات صوتية أو ما شابه ذلك وأنه لا يزال يمتلك رصيذاً كبيراً من القدرات المختلفة ون لم يشعر به من قبل، إلا أن هذا الرصيد يعوض عليه ما فقده بسبب الإصابة، وعلى ذلك فهو لا يزال رجلاً كاملاً، وله أهمية كبرى في المجتمع الذي يعيش فيه، و إن إصراره على مقارنة نفسه بغيره بين كل حين وآخر بالشخص السليم لا يعود عليه أو على غيره بأي فائدة تذكر (حمزة، 1976 م، ص 59).

و تذكر القرا في دراستها بأن تأهيل هؤلاء المبتورين يجب ان يتم التنسيق بين كل أعضاء فريق التأهيل للتعامل مع هؤلاء الاشخاص، وبالنسبة للمعالجين النفسيين في الفريق يجب ان يكونوا مختصين في التأهيل خاصة لخصوصية التعامل مع هذه الفئة وحاجة هذه الفئة لعلاج طويل الأمد وتصميم خطة علاجية تجمع بين العناية الطبية وتقديم الدعم الاجتماعي وتعزيز ميكانيزمات التكيف الايجابية ودعم جودة الحياة، وتقبل خبرة البتر الصعبة والتي لها تأثيرات نفس اجتماعية ومهنية ومالية وجنسية طويلة المدى على المريض الى عائلته ومحيطه (القرا، 2015 م، ص 90).

2.3.15 تعقيب:

الأسرة لها الدور الأساسي في التعامل مع الشخص الذي تعرض للبتير في أحد أطراف جسمه ، و تكون هي مصدر الدعم الأساسي له نفسياً و اجتماعياً و اقتصادياً فالعجز أو الإعاقة لا تحول بينه و بين تحقيق أهدافه وطموحاته وآماله بل هي دافع نحو التقدم والإبداع وإثبات وجوده كعضو فعال في المجتمع فالمعاق معاق العقل ولو أدركنا هذا لتمكنا من الاستفادة من مواهبهم وقدراتهم لصالح المجتمع الذي يلعب دور مهم في رعايتهم وتلبية احتياجاته فهناك نماذج بارزة تخطت إعاقتها وأخذت تشق طريقها الى العلياء، واضعة نصب أعينها إن الإعاقة ليست عقبة صعبة التخطي، ومن الواقع الذي نعيش فيه نرى الكثير من ذوي الإعاقة استطاعوا التغلب على هذه الإعاقة بالإصرار، كذلك الدعم المعنوي والمادي والأجهزة التعويضية، والمشاريع الصغيرة تعتبر حافز مساعد للارتقاء بأداء الشخص الذي تعرض لقصور جسمي وصدمة نفسية ، بحيث يكون قادر على مواصلة الحياة بصفاء وأقل عناء ممكن.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

3.1 تمهيد:

قام الباحث بالاطلاع على الدراسات العربية والأجنبية السابقة في المجالات التربوية والنفسية والطبية والمُثرية للدراسة الحالية والمرتبطة بها من حيث بعض المتغيرات المرتبطة بالانفعالات ، والاهداف وبعض النتائج، ويتضح من خلال هذه الدراسات أنها تناولت متغيرات مختلفة وحصلت على نتائج أيضاً مختلفة ومتنوعة، وتناول الباحث عينة الدراسة وهم حالات البتر الناتجة عن الأمراض والحوادث والحروب، وتطرق بعمق إلى المتغير المستقل في الدراسة الحالية وهو "وهم الأطراف" والذي يعتبر مصطلحاً حديثاً في المجال العلمي، وعلاقته بالمتغير التابع " الانفعالات النفسية" التي تناولت انفعال: الغضب، الخجل، القلق. كي يتوصل الباحث إلى أفاق علمية جديدة تُضاف إلى ميدان البحث العلمي، و قد قام الباحث بعرض الدراسات حسب التسلسل الزمني من الحديث للقديم، على النحو الآتي:

أولاً/ دراسات تناولت وهم الأطراف وحالات البتر .

ثانياً/ دراسات تناولت الانفعالات النفسية (الغضب، الخجل، القلق).

3.2 دراسات تناولت وهم الأطراف وحالات البتر:

1. دراسة تريفليان (Trevelyan, Others, 2016):

بعنوان: "تصورات الألم الوهمي للأطراف السفلية لحالات البتر وتأثيرها على جودة الحياة: دراسة نوعية"

هدفت الدراسة لاستكشاف التجارب الوصفية المعاشة من قبل مبتوري الأطراف السفلية الذين عانوا من ألم الطرف الوهمي (PLP)، وفهم كيف يؤثر (PLP) على جودة الحياة، ولتحديد ما إذا كان مبتوري الأطراف يشعرون بالألم الوهمي للأطراف وإمدادهم بمعلومات كافية عنه، استُخدم المنهج الوصفي النوعي، وتقع تحت النموذج البنائي، ويتألف من المقابلات المهيكلة شبه مستعرضة، وأجريت مقابلات مع عينة قصدية من (15) مبتوري الأطراف السفلية، بعد (1-3) أشهر من الجراحة وتم أخذ افاداتهم من التجارب السابقة والحالية عن الألم الوهمي للأطراف مرة واحدة، وكانت المقابلات الصوتية المسجلة، سُجلت حرفياً وتحليلها باستخدام تحليل الإطار. وأجريت مقابلات في حين كان المشاركون المرضى المقيمين في وحدة

إعادة تأهيل مبتوري الأطراف في لندن، وخلصت النتائج إلى أنه قد تم تحديد ستة مواضيع رئيسية أثناء تحليل، والتي كانت ثلاث منها مرتبطة بالألم الوهمي للأطراف، ويبلغ عنها في هذا المقال (أشباح حقيقية وبدنية، ويعيشون مع الشكوى من الوهم)، وكان للألم الوهمي للأطراف العديد من الصفات المؤلمة. ورأى وهم حقيقي مرتبط بالأنشطة الحركية، وكان للألم الوهمي للأطراف تعبيرات مختلفة للمبتورين، وكما أن الظروف يمكن أن تؤثر على جودة الحياة. وكانت المعلومات المقدمة حول الألم الوهمي للأطراف كافية للدلالة على ذلك.

2. دراسة (أبو القمصان، 2016م):

بعنوان: " نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بفاعلية الذات لدى مبتوري الأطراف في الحرب الأخيرة على غزة "حرب عام 2014"

هدفت الدراسة إلى التعرف على نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بفاعلية الذات لدى مبتوري الأطراف في الحرب الأخيرة على غزة "حرب عام 2014"، وتأثيرها على بعض المتغيرات (الجنس، مكان البتر، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، الحالة الاجتماعية، العمر)، وتمثلت في عينة قصدية من (40) شخص من مبتوري الأطراف، وطبقت الباحثة (مقياس نمو ما بعد الصدمة) من إعداد تيدشي وكالهن وترجمة وتقنين عبد العزيز ثابت، و(مقياس فعالية الذات) من إعداد الباحثة و استخدمت الباحثة في المعالجة الإحصائية عدداً من المقاييس وهي (التكرارات والنسب ، و اختبار T.Test، تحليل التباين، المتوسطات الحسابية، معامل ارتباط بيرسون وسبيرمان براون، والتجزئة النصفية، معامل ارتباط ألفا كرونباخ، الصدق الذاتي). للتحقق من صدق الأدوات وقياسها، وأظهرت النتائج أن المتوسط الحسابي لنمو ما بعد الصدمة كان متوسطاً، كما وأظهرت النتائج أن المتوسط الحسابي لفاعلية الذات كان فوق المتوسط، وبينت وجود علاقة طردية متوسطة ذات دلالة احصائية بين نمو ما بعد الصدمة وفعالية الذات لدى مبتوري الأطراف في الحرب على غزة، ولا توجد فروق ذات دلالة احصائية في نمو ما بعد الصدمة تعزى لكل من (الجنس، مكان السكن، المستوى التعليمي، مكان البتر ، الحالة الاجتماعية، والمستوي الاقتصادي)، كما أظهرت عدم وجود فروق في فعالية الذات لدى مبتوري الأطراف تعزى لكل من (الجنس، مكان السكن، المستوى التعليمي، مكان البتر ، الحالة الاجتماعية، والمستوي الاقتصادي) في حين أظهرت النتائج وجود فروقاً واضحة في فعالية الذات في البعد الانفعالي تعزى لمكان السكن لصالح المنطقة الوسطى، كما وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في البعد الانفعالي لدى مبتوري الأطراف تعزى إلى المستوى التعليمي لصالح المستوى الجامعي فأكثر.

3. دراسة ستريت وآخرون (Streit F, others, 2015):

العنوان/ "التوافق بين ظاهرة الوهم وألم الطرف المتبقي في البتر المزدوج: دليل مساهم في تمييز العوامل الفردية المشتركة"

هدفت الدراسة إلى معرفة كيف يطور مبتوري الأطراف المزدوجة الوهم ، أو بقايا ألم الطرف المبتور ، كذلك كشف الفروق الفردية والاختلافات في درجة الألم، وتكونت عينة الدراسة من (122) ذوي البتر المزدوج، لمعرفة هل هناك دور محتمل للعوامل الوراثية، وفرضية وجود نزعة فردية قوية للتوافق الداخلي للفرد فيما يخص ظاهرة الألم، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود توافق داخل الفرد عند (116) بنسبة (95%) من المرضى، طوروا وهم الأطراف PLP، و 110 مريضاً أي نسبة (90%) طوروا بقايا ألم الطرف المبتور RLP، و أيضاً قد لوحظ التوافق الداخلي للفرد مرتفع لتجاهل المؤثرات العصبية. وقد لوحظ ارتباط خفيف بين التاريخ السابق للحالات، ودرجة التأثير بوهم الأطراف وبقايا ألم الطرف المبتور، وجود توافق داخلي مرتفع لدي الفرد في ظاهرة الألم يعزى للنزعة الفردية والخبرات في تطوير وهم الأطراف وبقايا ألم الطرف المبتور، وكشفت الدراسة بوجود ارتباط متوسط بين وهم الأطراف وبقايا ألم الطرف المبتور يتضمن عوامل مميزة ومشاركة لنفس الظاهرة وهذا يسهل دراسة و فحص هذه الظواهر والأسباب الكامنة خلفها لدى حالات البتر .

4. دراسة دورموس (Durmus D, Others, 2015):

بعنوان: "العلاقة بين استخدام الطرف الاصطناعي والأعراض النفسية لدى مبتوري الأطراف الذكور"

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الأعراض النفسية للمرضى الذكور مبتوري الأطراف الذكور مع الضوابط الصحية وتحديد العلاقة بين هذه الأعراض النفسية ووهم الأطراف وخصائص استخدام الطرف الاصطناعي، وقد شملت عينة الدراسة (104) متطوعين (51) منهم مرضى، و (53) من الأصحاء، تم تسجيل البيانات الديموغرافية بما في ذلك العمر، الطول، الوزن، مرة منذ البتر، ومدة استخدام الطرف الاصطناعي، والرضا من نتائج الاستبيان المتعلقة الأطراف الاصطناعية، وتم قياس الألم الوهمي في نطاق التمثيل المرئي (VAS) visual analysis scale. وتم قياس الأعراض النفسية باستخدام الأعراض المرجعية -90- R، بمقياس بيك للاكتئاب، ومؤشر جودة النوم بيتسبرغ، ومقياس روزنبرغ لاحترام الذات ، و مقياس القلق كسمة وحالة، وتم تحديد العلاقات المتبادلة بين الزمن المنقضى منذ البتر، ومدة

استخدام الطرف الاصطناعي والرضا من نتائج استبيان الطرف الاصطناعي ونتائج المقياس النفسي، وأشارت النتائج إلى أن المرضى الذين بترت أطرافهم سجلوا درجات أعلى في القلق الرهابي، حالة القلق، السمات الشخصية درجات القلق واضطراب النوم، و تم تحديد أي اختلاف من حيث الأعراض النفسية بين الألم الوهمي، وتوجد مجموعات ألم وهمي، يوجد ارتباطات سلبية كبيرة بين الوقت المنقضى منذ البتر، ومدة استخدام الطرف الاصطناعي، مدة الاستخدام الطرف الاصطناعي بشكل يومي، ورضا بين نتائج استبيان الطرف الاصطناعي والأعراض النفسية.

5. دراسة سريفاستافا وشادهوري (Srivastava K, & Chaudhury S, 2014):

بعنوان: "إعادة التأهيل بعد البتر: نموذج تدخلات المعالجة النفسية من منظور هندي"

الجوانب النفسية للتكيف المبتورين متعددة، ولم تُؤخذ في نظام العلاج الحالي، ولا يوجد أي دليل في البحوث الحالية للتدخل النفسي ومخرجاته من منظور هندي، وتكونت عينة الدراسة من (173) مريضاً تم أخذهم عشوائياً على التوالي من مبتوري الأطراف الذين حضروا إلى وحدة التدخل والعلاج النفسي، قُسموا إلى مجموعتين، (ن = 90) للعلاج كمجموعة العادية ، (ن = 83) كمجموعة الضابطة، وتم استبعاد المرضى الذين يعانون من اضطراب ذهاني من الدراسة، تمثلت أدوات الدراسة في مقياس كارول للاكتئاب (CRSD)، ومقياس-سمة القلق المقنن (STAI)، مقياس صورة الجسم للبتر (ABIS)، وأثر مقياس الحدث (IES) جنباً إلى جنب مع الجدول الزمني للمعلومات المصممة خصيصاً والتي كانت تُدار بشكل فردي، وقد تم تطوير نظام وحدة العلاج النفسي للتدخل، تم إعطاء المرضى في مجموعة PIM ست جلسات العلاج، ومعالجة مجالات محددة للقلق. تم تقييم جميع المرضى على نفس الأدوات بعد شهرين من العلاج. وأظهر التحليل أن بعد العلاج لوحظ وجود تدني كبير في درجات على CRSD، STAI، ABIS، و IES في المجموعة PIM. على مجموعة جامعة الضابطة، ولوحظ انخفاض كبير فقط في ABIS، وكانت وحدة التدخل النفسي المقترحة من قبل الباحثين فعالة في تخفيف الضيق النفسي والاكتئاب، والقلق، وكانت إلى حد كبير متفوقة على الطريقة التقليدية المتبعة في إدارة مبتوري الأطراف الآن.

6. دراسة كاتلان وآخرون (Catalan M, Others, 2014):

بعنوان: "علاج وهم الأطراف بطريقة الواقع الافتراضي المعزز"

هدفت الدراسة تقليل الشعور بالألم الوهمي عن تطبيق تقنيات الواقع المعزز وألعاب الفيديو، لمعالجة الآلام الناجمة عن إحساس وهم الأطراف لدى (14) مريضاً مبتوري الذراع، حيث دعي المرضى وهم من السويد وسلوفينيا إلى استخدام عضوهم المبتور لقيادة سيارة عبر لعبة فيديو لسباقات السيارات، وأكدت نتائج الدراسة، أنه في نهاية (12) جلسة شملتها التجربة، تراجع حدة الألم بنسبة 32 %، كما تقلصت وتيرة هذه الأوجاع بنسبة (61%) خلال النوم و(43%) خلال اليقظة، تم خلال التجربة معالجة أربعة مرضى بالمسكنات، ووجد أن اثنين منهم قلصا بدرجة كبيرة جرعات علاجهما، وأشارت الدراسة إلى أن التحسن المسجل بقي بعد (6) أشهر من نهاية التجربة، وتمكن الباحثون عن طريق هذه التجربة، من إعادة تشغيل مناطق في المخ مستخدمة لتحريك الذراع بعد البتر، وذلك حتى تعطي شعوراً للمخ أن هذا العضو مازال فعالاً.

7. دراسة كوتشر وآخرون (Couture, Others, 2012):

بعنوان "التعامل مع بتر الأطراف السفلية الناتجة عن مرض الأوعية الدموية في المستشفى، التأهيل، وضبط الأهداف"

هدفت الدراسة لاستكشاف استراتيجيات المواجهة المستخدمة لحالات البتر السفلي وعلاقتها تعديل وإعادة التأهيل في المستشفى، وإعداد المنزل، واشتملت عينة الدراسة على (16) من الأفراد الذين لديهم بتر في الأطراف السفلية، بسبب المرض و الأوعية الدموية حسب الاستبيانات المعبئة، بما في ذلك طرق التأقلم استخدم استبيان (WCQ)، أثناء العلاج في المستشفيات ، في نهاية إعادة التأهيل، وبعد خروجهم بمدة (2-3) أشهر من إعادة التأهيل، وكما شاركوا في ثلاث مقابلات باستخدام منهج التحليل مايلز وهويرمان، وأشارت النتائج إلى أن ضبط النفس استخدمت في استراتيجية التكيف، تليها البحث عن الدعم الاجتماعي وإعادة التقييم الإيجابي، وقد تم تحديد ثلاث استراتيجيات إضافية للمواجهة غير موجودة في البيانات النوعية WCQ، وتقدم ملحوظ في تعلم أشياء جديدة، واستخدام الفكاهة، بالإضافة التعامل مع والهروب والتجنب كانت مرتبطة بمشاكل التكيف مع إعادة التقييم الإيجابي ، البحث عن الدعم الاجتماعي، وحل مشكلة الألم المزمن ارتبط بتعديل إيجابي، واستنتجت الدراسة أن استراتيجيات التأقلم المستخدمة في التعامل مع بتر الأطراف فيما يبدو تختلف باختلاف البيئات، وبالتالي يدل على تعقيد عملية التأقلم لحالات البتر السفلي نتيجة لأمراض الأوعية الدموية.

8. دراسة سريفاستافا (Srivastava, Others, 2011):

بعنوان: "العوامل النفسية بعد البتر"

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العوامل النفسية الهامة لدى حالات البتر، وتعديل جوانب حياة الفرد الهامة المرتبطة بالإعاقة، وقد أجريت هذه الدراسة على (50) مريضاً من الذكور على التوالي يتعالجوا في مركز الأطراف الاصطناعية، وتم تنفيذ خط الأساس والتقييم النفسي بعد العلاج خارج المستشفى والقلق ومقياس الاكتئاب (HADS)، وكانت تُدار محاور أعراض الصدمة (TSI) جنباً إلى جنب مع مؤشر ميون من الأنماط الشخصية (MIPS)، وأعطيت العلاج النفسي لهم بناءً على وصفة العلاج المقترحة من قبل الباحثين، وتم تحليل البيانات بمساعدة SPSS، وكشفت النتائج فروق ذات دلالة إحصائية في درجات على (HADS)، قبل وبعد العلاج، وعلى أعراض الصدمة السائدة التجنب الدفاعي والاكتئاب لوحظت لا بد من تخفيض فوق من مستوى، وكانت أنماط الشخصية السائدة التمرکز حول الذات، وركزت داخلياً في الأساليب المحفزة، والتفكير الذي يقود لأنماط للتفكير السليم، وأساليب الهيمنة والتحكم في التصرف، وجود تغير كبير بعد العلاج على درجة من القلق، أن أبعاد الشخصية المتعلقة بالإحسان والمطابقة أظهرت تأثير جوهري بعد العلاج على مقياس الاكتئاب، وكانت النتائج أشارت أن التقييم النفسي والتدخل يجب تضمينها كجزء من إدارة ما بعد البتر.

9. دراسة نسيم وآخرون (Nasim, others, 2010):

بعنوان: "وهم الأطراف وعلاقته بمبتوري المحاربين القدامى"

هدفت الدراسة إلى تحديد وتيرة الآلام الوهمية والأحاسيس الوهمية بين ضحايا الحرب الإيرانية وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية مثل (استخدام الطرف الصناعي، القلق، الاكتئاب)، وتكونت عينة الدراسة من (96) شخص من قدامى المحاربين الذين لديهم بتر، وبيّنت النتائج أنّ الذين تعرضوا للبتر قبل (9-7) سنوات عانوا عن الألم الوهمي والأحاسيس الوهمية، ونسبة (40.6 %) منهم كانت لديهم درجة في الأحاسيس الوهمية في بتر الأطراف العلوية، وكشفت الدراسة أنه لا يوجد علاقة بين القلق والاكتئاب يعزى لمكان البتر في الجسم، وكذلك وجود انخفاض في درجة الألم الوهمي والأحاسيس الوهمية للأشخاص الذين يستخدمون الطرف الاصطناعي.

10. دراسة ماريسول وآخرون (Marisol A, Others, 2009):

بعنوان: "الألم المزمن المصاحب لفقدان الأطراف العلوية"

هدفت الدراسة لوصف شدة وانتشار أنواع الألم الذي يصاحب فقدان الأطراف العلوية، مثل: وهم الطرف المبتور، الألم المتبقي، الظهر، الرقبة، وألم الطرف الصناعي، وطبق الباحثون الدراسة على (104) شخص لديهم فقدان للأطراف العلوية مضى عليهم 6 أشهر فأقل بعد حدوث البتر وانتهاء التدابير والتدخلات العلاجية السريرية، ونوعية الحياة الصحية ذات الصلة، وأشارت النتائج إلى أن (90%) تقريبا من المستجيبين عانوا من الألم، و(76%) أشاروا إلى أكثر من نوع واحد من الألم. و كان وهم الطرف المبتور و الألم الوهمي للأطراف الاصطناعية والألم الأكثر انتشارا (79% و 71% على التوالي)، تليها الظهر (52%) والعنق (43%)، وألم الأطراف الاصطناعية (33%). وعلى الرغم من الألم الأطراف الاصطناعية الأقل انتشاراً، أفيد أن تتسبب في أعلى مستويات التدخل وأيام العجز المرتبطة الألم. كان بنوعية الحياة المبلغ عنها ذاتيا أقل بكثير بالنسبة للأفراد مع كل نوع من الألم مقارنة مع تلك دون أي ألم. ولم يرتبط الألم الوهمي للأطراف بالعمر، والوقت المنقضي للبتر، وسبب البتر مع الألم.

11. دراسة مودريان وآخرون (Modirian, others, 2009):

بعنوان: "وهم الأطراف لدى البتر الثنائي في الأطراف العلوية"

هدفت الدراسة لتتبع العوامل في مجال الصحة على وجود الألم الوهمية ومدى الإحساس لدى البتر الثنائي في الأطراف العلوية، وشملت عينة الدراسة (140) من مبتوري الأطراف العلوية الثنائية الناتجة من الحرب في إيران، وقد فحصت هذه الدراسة المستعرضة المواضيع بدقة من قبل اختصاصي الطب الطبيعي. وتم اخذ افادة المرضى الذين يعانون من وجود الألم الوهمي والأحاسيس، والتردد، وسجلت شدة هذا الشعور، وأشارت النتائج أن (82%) من مبتوري الأطراف الذين مضى على اصابتهم (6) سنوات فأقل عانت من إحساس وهمي، بما في ذلك (53.9%) عانوا بدرجة متفاوتة من وهم الأطراف في نهاية الطرف المبتور، و كانت الظواهر الوهمية تتردد في الأطراف العلوية اليمنى، وأفادت (51.2%) أنهم "دائما" كان لديهم الإحساس بأطرافهم الوهمية، ولوحظ وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإحساس الوهمي ومستوى البتر في نهاية الطرف المبتور.

12.دراسة موراي وفوكس (Murray& Fox, 2009):

بعنوان: "الرضا عن صورة الجسد لمبتوري الأطراف السفلية"

هدفت هذه الدراسة إلى تناول العلاقة بين صورة الجسد وارتداء الطرف الاصطناعي لمبتوري الأطراف السفلية، تبعاً للفروق بين الجنسين، وتم عمل استبانة بطريقة التواصل الالكتروني وأخذ الاجابات من المفحوصين بشأن صورة الجسد ووهم الأطراف، النتائج: قد لوحظ معدل الارتباطات السلبية المضطربة عالية بين الرضا عن صورة الجسم و الطرف الاصطناعي، ولم توجد فروق بين الجنسين في ذلك، وتم الكشف عن علاقات أخرى أيضاً، بما في ذلك علاقة طردية ارتداء الطرف الاصطناعي مع ساعات الاستخدام وارتباطات سلبية بين ارتداء الطرف الاصطناعي وتجربة الألم الوهمي، ولوحظت اختلافات قوية بين الجنسين في ذلك.

13.دراسة هيرش وآخرون (Hirsh AT, others, 2009):

بعنوان: "الفروق بين الجنسين في الألم والأداء النفسي للأشخاص مبتوري الأطراف"

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة الفروق بين الجنسين في مستوى الألم الثانوي المعيق لدى الأشخاص الذين يعانون من فقدان أطرافهم، واشتملت عينة الدراسة المسحية على (72%) من الرجال والباقي إناث، وأظهر المشاركون نسبة المعاناة من ظاهرة وهم الأطراف، والأحاسيس الوهمية، أكمل المشاركون أيضاً تدابير التدخل، والتعامل والمعتقدات المتعلقة بالألم، وأشارت النتائج إلى أن نسبة الذكور أكبر من نسبة الإناث (86%) مقابل (77%) على التوالي عانت من وجود ظاهرة وهم الأطراف ، ولا توجد فروق في الجنسين يعزى لسبب البتر، لا توجد فروق بين الجنسين في وجود الأحاسيس الوهمية، في المقابل وأشارت النتائج إلى أن نسبة الإناث أكبر من نسبة الذكور عموماً في متوسط شدة الألم والتدخل من الذكور، وكذلك الإناث أيضاً أكبر بكثير في استخدام بعض استراتيجيات التعامل مع الألم، والمعتقدات والخبرات المتعلقة بعدة جوانب من الألم.

14.دراسة فيليبس وآخرين (Phelps et al,2008):

بعنوان: " أهمية العلاج المعرفي للتكيف في السنة التالية للبتر "

هدفت الدراسة إلى معرفة أهمية العلاج المعرفي للتكيف في السنة التالية للبتر، وتكونت عينة الدراسة من (٨٣) من البالغين الذين بُترت أطرافهم حديثاً، وأظهرت نتائج

الدراسة: أن الاكتئاب وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة كانت بنسبة (15-20%) لدى أفراد عينة الدراسة ولم يبلغ عن مستويات منخفضة نسبياً من النمو بعد الصدمة. كما أظهرت نتائج الدراسة أهمية العلاج المعرفي في التدخلات العلاجية، وتوقعت حدوث نمو إيجابي في المعالجة المعرفية للصدمة بعد 12 شهراً .

15.دراسة كيتز (Ket. A, 2008):

بعنوان: "خبرة ألم الأطراف الوهمية لدى المرضى الذين يعانون البتر الناتج من الحرب"

هدفت الدراسة للكشف عن تجربة ألم الطرف الوهمي للمرضى الذين يعانون من بتر مؤلم متعلق بالقتال أو الحروب. ووصف مدى انتشار وخصائص وهم الأطراف، وكشف فعالية الطرق الطبية والعلاج الذاتي القياسية التي مبتوري الأطراف المؤلمة مع اصابات القتال، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي وكانت أداة الدراسة الاستبيان بأثر رجعي، وتم التطبيق في العيادة الخارجية لمبتوري الأطراف في مركز طبي عسكري، وكانت عينة الدراسة عبارة عن (30) من أفراد الجيش، الذين تعرضوا لبتر واحد أو أكثر في أطرافهم في مدة أقل من (5) سنوات، وتراوح أعمارهم من (18-50)، وشارك (77%) من المشاركين الذين عانوا من وهم الأطراف منذ البتر، وكان وهم الأطراف لديهم منقطع، وأفاد (78%) من الأفراد الذين عانوا من وهم الأطراف في الأسبوع الأول على الأقل، (68%) من المشاركين من الذين عانوا من وهم الأطراف يتلقون العلاج من مقدمي الرعاية الصحية. أن العلاج الطبي الأكثر شيوعاً لديهم، على الرغم من أن بعض المرضى ذكروا أن طرق العلاج الذاتي مثل تقنيات الاسترخاء ترك أثر أكبر في تخفيف الآلام الوهمية في الأطراف.

16.دراسة كافناج (Cavanagh SR, Others, 2006):

بعنوان: "المضاعفات النفسية والانفعالية للبتر الجراحي"

هدفت الدراسة إلى جمع البيانات عن انتشار اضطراب ما بعد الصدمة الإجهاد (PTSD) وغيرها من الاضطرابات النفسية بعد البتر، تم اشراك بعض الحالات من مستشفى التأهيل الشمالي الشرقي، وتم اجراء المقابلات السريرية وعمل تقييم منظم. وتشير البيانات إلى أن عمليات بتر جراحية المخطط الناتجة عن مرض مزمن لا تؤدي في كثير من الأحيان إلى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، في المقابل تشير البيانات إلى أن البتر الناتج عن حادث عرضي قد يؤدي إلى ارتفاع معدل اضطراب ما بعد الصدمة، بشكل جزئي بسبب الضغط النفسي الذي يترتب على الحادث.

3.3 دراسات تناولت الانفعالات النفسية (الغضب، الخجل، القلق):

أ- دراسات تناولت الغضب:

1. دراسة (وادي، 2016م):

بعنوان " مكونات انفعال الغضب وعلاقته بالتوافق الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الاعدادية بمحافظة غزة"

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى مكونات انفعال الغضب ومستوى التوافق الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الاعدادية بمحافظة غزة، كما هدفت الكشف عن العلاقة بين مكونات انفعال الغضب ومستوى التوافق الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الاعدادية في مكونات انفعال الغضب، ومتوسط التوافق الدراسي تبعاً للمتغيرات التالية (الجنس، المنطقة، المرحلة التعليمية)، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت عينة الدراسة من (382) تلميذ وتلميذة من تلاميذ المرحلة الاعدادية من مدارس شرق وغرب محافظة غزة، واستخدمت الباحثة في الدراسة الأدوات التالية: مقياس انفعال الغضب (اعداد أحمد حمزة)، ومقياس التوافق الدراسي من اعداد الباحثة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن: مستوى مكونات انفعال الغضب كان مرتفعاً، وأن مستوى التوافق الدراسي كان مرتفعاً أيضاً، وبينت الدراسة وجود علاقة عكسية بين متوسط مكونات انفعال الغضب والتوافق الدراسي لدى طلاب المرحلة الاعدادية، وعدم وجود فروق في الجنس على مقياس مكونات انفعال الغضب، ووجود فروق بين الجنسين لصالح الاناث على مقياس التوافق الدراسي، ووجود فروق بين طلاب شرق وغرب غزة على مقياس انفعال الغضب لصالح طلاب شرق غزة، ووجود فروق بين طلاب شرق وغرب غزة على مقياس التوافق الدراسي لصالح طلاب غرب غزة، وعدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين جميع المراحل التعليمية على مقياس مكونات انفعال الغضب و مقياس التوافق الدراسي.

2. دراسة (الخواودة وجرادات، 2014م):

بعنوان: "أثر برنامج علاج معرفي سلوكي في تخفيض الغضب وتحسين استراتيجيات التعامل معه"

هدفت هذه الدراسة إلى استقصاء أثر برنامج علاج معرفي سلوكي في تخفيض الغضب وتحسين استراتيجيات التعامل معه لدى عينة من طلاب الصف الأول الثانوي العلمي، وتكون مجتمع الدراسة من (254) طالباً من طلاب الصف الأول الثانوي في مدرسة كلية الحسين

الثانوية في عمان، وتم اختيار عينة الدراسة التي تكونت من (36) طالباً عينوا عشوائياً في مجموعتين : تجريبية تكونت من 18 طالباً، وضابطة تكونت من (18) طالباً، لتحقيق أهداف الدراسة استخدم مقياس الغضب كحالة، ومقياس آخر لاستراتيجيات التعامل مع الغضب، وبناءً على درجات أفراد مجتمع الدراسة على مقياس الغضب كحالة، تلقت المجموعة التجريبية برنامج علاج معرفي سلوكي تكون من (10) جلسات، أما المجموعة الضابطة فلم تتلق أي معالجة، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن المجموعة التجريبية أظهرت انخفاضاً أعلى بشكلٍ دالٍ، في الغضب وتحسناً أعلى بشكلٍ دالٍ في استراتيجيات التعبير المباشر عن الغضب، والتمعن، و التوكيد، وتبديد الغضب مقارنة مع المجموعة الضابطة. ولم تظهر هناك فروق دالة بين متوسطات درجات المجموعتين على بعدي البحث عن الدعم الاجتماعي والتجنب.

3. دراسة (حلمي، 2014م) :

بعنوان: "الغضب عند الشباب وعلاجه من منظور التربية الإسلامية"

هدفت الدراسة إلى التعرف على أسباب الغضب عند الشباب، وبيان آثاره ، وأساليب علاجه من منظور التربية الإسلامية، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وتوصل الباحث إلى جملة من النتائج، وكان من أبرزها: لا توجد علاقة بين الغضب والوراثة، بينما يتأثر الفرد بالبيئة الخارجية والظروف المحيطة، حيث أن الأسرة التي تعيش حياة تسودها توترات انفعالية، وتعاني من كثرة الخلافات والشجار، من شأنها أن تؤثر على شخصية الأبناء، فيغلب عليهم التوتر وسرعة الغضب، ومن أبرز أسباب غضب الشباب، معاملة الشاب أنه لا زال طفلاً، وانتهاك خصوصيته و افتحامها، والسخرية منه ومن أفعاله، وتحكم الكبار به، وتأنيبه وتوبيخه، والنصح المتكرر، وكذلك علاج الغضب يتكون من شقين: الأول قبل وقوع الغضب، وذلك بدفعه بالابتعاد عن أسبابه، فهو أسلوب وقائي، وأما الشق الثاني يكون من خلال العلاج الفعلي عند وقوعه.

4. دراسة (الشريف، 2014م):

بعنوان: "سلوك الغضب وعلاقته بأساليب التنشئة الأسرية لدى طلبة المرحلة الثانوية في عمان"

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى سلوك الغضب وعلاقته بأساليب التنشئة الأسرية لدى طلبة المرحلة الثانوية في عمان، واستخدم الباحث المنهج الدراسة الوصفي

تحليلي، وتكونت عينة الدراسة من (310) طالباً وطالبة تم اختيارهم عشوائياً من مجتمع الدراسة، واستخدم الباحث مقياس الغضب، ومقياس لأساليب التنشئة الأسرية، ويحتوي على ثلاثة أبعاد هي: الأسلوب الديمقراطي، والأسلوب التسلطي، والأسلوب التسيبي، وأظهرت الدراسة أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية في سلوك الغضب تعزى لمتغير الجنس ولصالح الذكور، وعدم وجود فروق ذات دلالة تعزى لأثر الصف، ووجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين سلوك الغضب والأسلوب التسلطي.

5. دراسة (حمام، 2013م):

بعنوان: "فاعلية برنامج الوساطة الطلابية في القدرة على حل المشكلات و التحكم بالغضب لدى الوسطاء في المرحلة الأساسية العليا"

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج الوساطة الطلابية في القدرة على حل المشكلات و التحكم بالغضب لدى الوسطاء في المرحلة الأساسية العليا في المدارس التابعة لوزارة التربية و التعليم العالي، واستخدمت الباحثة المنهج التجريبي من خلال فاعلية برنامج تدريبي، وتألفت عينة الدراسة الكلية من (260) طالب و طالبة من طلاب الصف التاسع الأساسي، واستخدمت الباحثة برنامج الوساطة الطلابية: إعداد الباحثة و مقياس حل المشكلات : (إعداد ديزريلا و نيزي) ترجمة وتقنين الغصين، ومقياس التحكم بالغضب: من اعداد الباحثة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات مقياسي حل المشكلات، والتحكم بالغضب لدى أفراد المجموعتين التجريبيتين (الإناث) ، و (الذكور) بين القياس القبلي و البعدي لصالح القياس البعدي، وكذلك يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في درجات مقياسي حل المشكلات، والتحكم بالغضب بين أفراد المجموعة التجريبية (الإناث)، و المجموعة التجريبية (الذكور)، في القياس البعدي لصالح الذكور، كما ويوجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات مقياس التحكم بالغضب، لدى أفراد المجموعة التجريبية (الذكور)، بين القياس البعدي، و التبعي لصالح القياس البعدي.

6. دراسة (الشهري، 2013م):

بعنوان: "فاعلية برنامج تعليمي مستند إلى نظرية الذكاء الانفعالي في تحسين إدارة الغضب و التحصيل لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم في المملكة العربية السعودية"

هدفت الدراسة للكشف عن فاعلية برنامج تعليمي مستند إلى نظرية الذكاء الإنفعالي في تحسين إدارة الغضب و التحصيل لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم في المملكة العربية

السعودية، واستخدم الباحث برنامج تعليمي مستند إلى نظرية الذكاء الانفعالي كمنهج للدراسة: ، وتكونت عينة الدراسة من (60) طالباً من طلبة ذوي صعوبات التعلم من مدارس وزارة التربية والتعليم في منطقة المدينة المنورة بالمملكة العربية السعودية ممن تنطبق عليهم شروط تشخيص صعوبات التعلم و الملحقين بغرف المصادر في تلك المدارس، وصمم الباحث مقياس إدارة الغضب كأداة للدراسة من خلال الرجوع إلى الأدب النظري والدراسات السابقة، وجرى التحقق من دلالات صدقه وثباته، كما قام الباحث بإعداد اختبارين للتحصيل في مادة اللغة العربية والرياضيات من كتاب الصف السادس الابتدائي، وقام الباحث بتصميم البرنامج التدريبي مستنداً إلى نظرية الذكاء الانفعالي، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس إدارة الغضب، للطلبة ذوي صعوبات التعلم، تعزى للبرنامج التعليمي ، ولصالح المجموعة الضابطة، كما أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة لدرجات التحصيل الدراسي للطلبة ذوي صعوبات التعلم، تعزى للبرنامج التعليمي، ولصالح المجموعة التجريبية.

7.دراسة (الدوسري، 2012م):

بعنوان: "العفو وعلاقته بانفعال الغضب لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى بمكة المكرمة"

هدفت الدراسة إلى معرفة درجة كل من العفو بأبعاده المختلفة وانفعال الغضب كحالة وسمة لدى طالبات جامعة أم القرى، ومعرفة مقدار واتجاه العلاقة بين العفو بأبعاده المختلفة وانفعال الغضب كحالة وسمة لدى طالبات جامعة أم القرى، وللإجابة على تساؤلات الدراسة والتحقق من فرضياتها استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي، وتكونت عينة الدراسة من عينة عشوائية بلغت (467) طالبة من طالبات جامعة أم القرى فرع الزاهر، ولتحقيق هذه الأهداف قامت الباحثة بتطبيق مقياس العفو من إعداد موليت (Mullet, 2007)، وترجمة وتقنين الباحثة، ومقياس الغضب كحالة وكسمة لسبيلبيرجر ولندن ترجمة وتقنين محمد عبد الرحمن وفوقية عبد الحميد (1998)، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن هنالك انخفاضاً في درجة بُعد استمرارية الشعور بالاستياء لدى عينة الدراسة، في حين ترتفع درجة بُعد الحساسية للظروف، أما بالنسبة لدرجة بُعد الرغبة في العفو لدى عينة الدراسة فهي درجة معتدلة، كما وأن هنالك انخفاضاً في درجة الغضب كحالة والغضب كسمة لدى عينة الدراسة، وكذلك وجود علاقة ارتباطية ايجابية منخفضة جدا ذات دلالة إحصائية بين العفو (بعد استمرار الشعور بالاستياء) وانفعال الغضب كحالة وكسمة، بالإضافة لعدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً

بين العفو (بعد الحساسية للظروف) وانفعال الغضب كحالة وكسمة، ووجود علاقة ارتباطية سالبة منخفضة جدا ذات دلالة إحصائية بين العفو (بعد الرغبة في العفو) وانفعال الغضب كحالة وكسمة.

8.دراسة (ريشان والعداري،2012م):

بعنوان: "أثر أسلوب السيودراما في فض الغضب لدى طلبة المرحلة المتوسطة"

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على أثر أسلوب السيودراما في خفض الغضب لدى طلبة المرحلة المتوسطة من خلال الفرضية الآتية: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية على الاختبارين القبلي والبعدي على مقياس الغضب. استخدم الباحثان أسلوب السيودراما في خفض الغضب لدى عينة الدراسة. تكونت عينة الدراسة الحالية من (30) طالباً من طلبة المرحلة المتوسطة ممن حصلوا على درجات عالية على مقياس الغضب. واستخدم الباحث مقياس الغضب (cas) من إعداد (Williams E. Snell, Jr)، بعد القيام بترجمته واستخراج المعايير السيكمترية وتقنيه ليتلاءم مع البيئة العراقية ومع عينة الدراسة الحالية عمرياً وسيكولوجياً. نتائج الدراسة: توصلت الدراسة الحالية إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية على الاختبارين القبلي والبعدي على مقياس الغضب المستخدم في هذه الدراسة باستخدام الاختبار التائي لعينة واحدة.

9.دراسة لوبيز (Lopez, 2008):

هدفت الدراسة للكشف عن المعاملة الوالدية إيجابياً أو سلبياً مع سلوكيات الغضب لدى طلبة المرحلة الثانوية. عينة الدراسة: تكونت الدراسة من (349) طالباً وطالبة. أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة مقياس أساليب المعاملة الوالدية. نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة أن هناك علاقة ترابطية إيجابية بين سلوكيات التنشئة الجيدة (نمط التنشئة الديمقراطي) وبين السلوكيات الاجتماعية الجيدة لدى هذه الفئة، كما أشارت نتائج الدراسة أيضاً أن ممارسات التنشئة الوالدية السلبية (مثل نمط التنشئة التسلطي) تساهم في تطوير الطلاب لسلوكيات الغضب والعصيان.

10.دراسة جونز و جولي (Johns & Jolly,2005):

هدفت الدراسة إلى معرفة هناك علاقة بين التنشئة الأسرية والغضب لدى المراهقين ومن أجل التعرف على آثار البنية العائلية والمستوى المادي والمستوى الأكاديمي والدعم

الوالدي، على مستوى الغضب للمراهقين في المرحلة الثانوية. عينة الدراسة: تكونت من (163) مراهقاً ومراهقة، (73) من الذكور و (90) من الإناث، من أبناء المطلقين وأبناء الأسر العادية من المرحلة الثانوية في ست مدارس. أدوات الدراسة: تم تطبيق مقياس الغضب. نتائج الدراسة: أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين تعزى لأثر التنشئة الأسرية للأسر العادية ظهر من خلال الغضب، ومستوى الدعم الوالدي للأبناء، ولم تظهر فروق جوهرية بين الجنسين.

ب- دراسات تناولت الخجل:

1. دراسة (القطروس، 2013م):

بعنوان: "خبرات الإساءة و علاقتها بالخجل لدى المراهقين"

هدفت الدراسة للكشف عن العلاقة بين خبرات الإساءة و ظاهرة الخجل، والتعرف على الفروق في مستوى الخجل نتيجة لاختلاف (الجنس-المستوى الاقتصادي-المستوى التعليمي)، وشملت عينة الدراسة (657) طالباً و طالبة من طلاب الصف العاشر بمحافظة غزة، وطبق الباحث من أدوات الدراسة: مقياس خبرات الإساءة (إعداد د. عماد مخيمر، د. عماد عبد الرزاق، 1988م)، ومقياس الخجل (للدريني، 1998م)، وتوصلت نتائج الدراسة: لوجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين خبرات الإساءة من الأب و مستوى الخجل أي أنه كلما زادت الإساءة زاد الخجل، والعكس صحيح، ووجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين خبرات الإساءة من الأم و مستوى الخجل أي أنه كلما زادت الإساءة زاد الخجل، والعكس صحيح.

2. دراسة (العنزي، 2013م) :

بعنوان: "المكونات الفرعية للثقة بالنفس والخجل"

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن المكونات الفرعية للثقة بالنفس والخجل، ومنهج الدراسة: دراسة ارتباطية عاملية، وتكونت عينة البحث من (342) من طلاب الهيئة العامة للتعليم التطبيقي وطالباتها (كلية التربية الأساسية) بواقع (175) من الذكور و (167) من الإناث، وكانت الأدوات المستخدمة مقياس الثقة بالنفس ومقياس الخجل (من إعداد الباحث).

وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود أربعة عوامل فرعية مكونة للثقة بالنفس، وثلاثة عوامل فرعية مكونة للخجل، كما كشفت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق دالة إحصائية في الثقة بالنفس بين الجنسين، في حين أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية على مقياس

الخلج إلى جانب الإناث، كما كشفت المصفوفات الارتباطية عن علاقات موجبة بين متغيرات الثقة بالنفس بعضها ببعض ومتغير الاجتماعية في مقياس الخلج، وكذلك علاقات موجبة بين متغيرات الخلج، كما أسفرت النتائج عن علاقات سالبة بين متغيرات الثقة بالنفس والخلج. وكشف التركيب العاملي عن استخراج عاملين: أحدهما للثقة بالنفس، والآخر للخلج عند عينات الذكور والإناث والجنسين معاً. ونوقشت النتائج على ضوء التراث العلمي للثقة بالنفس والخلج.

3. دراسة (شبرم، 2013م):

بعنوان: "مستوى الطموح وعلاقته بالخلج لدى المعاقين حركياً"

هدفت الدراسة للتعرف على العلاقة الارتباطية بين المتغير التابع (مستوى الطموح) والمتغير المستقل (الخلج) لدى الطلبة المعاقين حركياً في المرحلة الدراسية المتوسطة، وقد تكونت عينة الدراسة من (36) طالباً وطالبة من المعاقين حركياً في المرحلة الدراسية المتوسطة تم اختيارهم بطريقة قصدية من مجتمع البحث الكلي المكون من (187) دارساً ودارسة في معهدي السعادة والمنار للعوق الفيزياوي في بغداد لسنة (2012م - 2013م)، و الباحث اعتمد عينة إحصائية مكونة من (114) طالباً وطالبة لمقياس مستوى الطموح و(109) طالب وطالبة لمقياس الخلج من المدارس الاعتيادية في بغداد من المرحلة الدراسية المتوسطة بالإضافة إلى عينة البحث الأساسية الطلبة المعاقين حركياً لغرض عمليات التحليل الإحصائي الخاصة باستخراج صدق البناء للمقياسين، واستخدم الباحث أداتين لقياس مستوى الطموح والخلج لدى الطلبة المعاقين حركياً، فقام الباحث بإعداد تلك الأدوات بعد أتباع الخطوات اللازمة لإعدادهما، وتوصل البحث بعد أن تم تحقيق أهدافه إلى النتائج الآتية: يتصف الطلبة المعاقون حركياً بمستوى طموح فوق المتوسط، وكذلك يتصف الطلبة المعاقون حركياً بمستوى خلج دون المتوسط، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الطموح لدى الطلبة المعاقين حركياً تبعاً للجنس (ذكوراً- إناثاً) ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الخلج لدى الطلبة المعاقين حركياً تبعاً للجنس (ذكوراً- إناثاً)، وتوجد علاقة ارتباطية سالبة (عكسية) جزئية متوسطة بين مستوى الطموح والخلج لدى الطلبة المعاقين حركياً.

4. دراسة (شهاب، 2011م):

بعنوان: "خلج الطفل المعوق الأسباب و العلاج" (دراسة ميدانية في مدينة بغداد)

هدفت الدراسة للتعرف على أكثر الأسباب أهمية التي تسبب الخلج للطفل المعوق، و وضع مجموعة التوصيات للحد من هذه المشكلة، وحددت الباحثة (30) طالب وعينة البحث

من طلبة معهد السعادة للعوق الفيزيائي (البدني)، وأهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة وبعد استخراج الوزن النسبي و التسلسل المرتبي لكل الأسباب حول شعور الطفل المعوق بالخلج فكانت: عندما اسقط على الأرض أشعر بالخلج (٩٤)، عندما أكون في موقف يتوجب عليّ فيه سمع نقد و لوم الآخرين أو تتوجه الأنظار لي (٧٨،٨)، عندما أستقبل زوار لا أعرفهم في البيت أو المعهد أشعر بالخلج (٧٨،٨)، عندما تسخر المعلمة مني أثناء الدرس أشعر بالخلج (٧٧،٧)، عندما يرفض طلبي من قبل الآخرين ولا أجد اهتمام أشعر بالخلج (٧٥،٥).

5. دراسة (خميس، 2010م):

بعنوان: "السلوك المظهري وعلاقته بالخلج لدى طالبات كليات التربية الرياضية في جامعات الفرات لأوسط"

هدفت الدراسة للتعرف على مستوى السلوك المظهري والخلج لدى طالبات المرحلة الأولى في كليات التربية الرياضية في جامعات الفرات الأوسط (بابل - القادسية - كربلاء)، والتعرف على نوع العلاقة بين السلوك المظهري والخلج لدى عينة البحث، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي بأسلوب المسح، أما عينة البحث فتكونت من (67) طالبة من ثلاث كليات من كليات التربية الرياضية وهي (بابل ، القادسية ، كربلاء)، واستخدمت الباحثة من أدوات الدراسة: الملاحظة ، الاستبانة (مقياسي السلوك المظهري والخلج) من اعداد الباحثة، وكانت نتائج الدراسة: ملاحظة الباحثة من خلال هذا العمل البحثي امتلاك عينة البحث لمستوى منخفض من السلوك المظهري ومستوى مرتفع من الخجل، ووجود علاقة عكسية بين السلوك المظهري والخلج لدى الطالبات عينة البحث.

6. دراسة (جعفر، 2007م):

بعنوان: "الخلج وعلاقته بتقدير الذات والوحدة النفسية"

هدفت الدراسة للكشف عن طبيعة العلاقة الارتباطية بين الخجل وتقدير الذات والوحدة النفسية والتعرف على درجة انتشاره، واستخدم الباحث المنهج الوصفي، الارتباطي، بلغ حجم العينة (2453) طالبا وطالبة موزعين على مجموعتين الأولى وتضم طلبة المستوى الأول وعددهم (6769) وأما المستوى الرابع فقد بلغ عددهم (5289) من جامعة دمشق، بينما المجموعة الثانية وتضم طلبة جامعة عدن، وقد بلغ عدد الطلبة في المستوى الأول (663)، وأما المستوى الرابع فقد بلغ عددهم (586) طالبا وطالبة، وقد استخدمت الباحثة مقياسي الخجل وتقدير الذات من إعدادها، بينما اعتمدت الثالث مقياس الوحدة النفسية من إعداد راسل وآخرون

تعريب وتقنين خضر الشناوي(1988)، وكانت نتائج الدراسة توصلت لوجود علاقة ارتباطيه سالبة بين الخجل وتقدير الذات لدى طلبة جامعتي دمشق وعدن، ووجود علاقة ارتباطيه موجبة بين الخجل والوحدة النفسية لدى طلبة جامعتي دمشق وعدن، ووجود علاقة ارتباطيه سالبة بين تقدير الذات والوحدة النفسية لدى طلبة جامعتي دمشق وعدن، وكذلك تباين مستويات انتشار الخجل والوحدة النفسية بين طلبة جامعتي دمشق وعدن، ووجود فروق في الخجل والوحدة النفسية لصالح طلبة جامعة دمشق بينما في تقدير الذات لصالح طلبة جامعة عدن.

7. دراسة كوبلان و آرمر (Coplan&Armer, 2005):

بعنوان: "دور المفردات المعبرة كوسيلة معادلة بين الخجل وسوء التوافق"

هدفت الدراسة إلى معرفة دور المفردات المعبرة كوسيلة معادلة بين الخجل و سوء التوافق، وقد تكونت عينة الدراسة من (82) طفلاً ، (39) ذكر، و(43) أنثى، وكانت أداة الدراسة من خلال المقابلة الشخصية لكل عينة الدراسة بشكل منفرد لتقييم مفرداتهم المعبرة عن الخجل، وأظهرت نتائج الدراسة أنه لا يوجد علاقة هامة بين الخجل و المفردات المعبرة عنه.

ت- دراسات تناولت القلق:

1. دراسة بهوتاني (Bhutani S, Others, 2016):

بعنوان: "التعايش مع بتر الأطراف: وارتباطاته بالقلق والاكتئاب"

هدفت الدراسة إلى تقييم وربط صدمة البتر على الصحة العقلية للمريض وذلك في محيط ريفي شمال الهند، وشملت هذه الدراسة مستعرضة الاشخاص الذين خضعوا لتجربة البتر المؤلمة، وطبق الباحثون استبيان شبه منظم لكل مشارك الدراسة بعد موافقة لفظية واعية منهم داخل المستشفى، وكان الاستبيان جزئين. الجزء الأول جمع المعلومات الاجتماعية والشخصية والعجز المرتبط بالمريض وتضمن الجزء الثاني مقياس القلق الاكتئاب (HADS)، والنتائج أظهرت أن القلق والاكتئاب حصل على درجات متوسطة على التوالي. مع طول وقت الإقامة الأصلية للمرضى الداخليين، والناس الذين ساندوا حالات البتر، وعدد المُمرضين، وعدد المتابعات السنوية، ونوع الأسرة ، الإحساس بالألم والتفاؤل والارتياح التأهيل وبتر الأطراف السفلى ارتبط بشكل كبير مع مستويات القلق في المرضى. مستوى الاكتئاب ارتبط بشكل ملحوظ فقط مع الإحساس بالألم.

2. دراسة رايشل وآخرون (Raichle & others, 2015) :

بعنوان: "القلق الجراحي العام والألم الحاد ما بعد الجراحة وعلاجه بالمسكنات لحالات البتر السفلي"

هدفت هذه الدراسة إلى كشف العلاقة بين القلق قبل الجراحة وبعد العملية الجراحية والألم الوهمي المتبقي في الأطراف، والعلاج المسكن المستخدم لدى عينة من الأشخاص الذين يخضعون للبتر السفلي، وتكونت عينة الدراسة من (69) من الأشخاص البالغين الخاضعين للعلاج بالمستشفى، تم تقييم متوسط الألم والقلق للمشاركين خلال الأسبوع السابق قبل البتر الجراحي، وطبق الباحثون مقياسي الأحاسيس الوهمية (RPL) ووهم الأطراف (PLP)، مع استخدام المسكنات خلال (5) أيام بعد الجراحة، وأشارت النتائج لوجود ارتباط جزئي بين القلق الزائد قبل الجراحة، ووهم الأطراف خلال (5) أيام بعد الجراحة، كما ارتبط القلق قبل الجراحة بشكل كبير مع متوسط تصنيفات الأحاسيس الوهمية (RPL) فقط في اليوم التالي بعد العملية الجراحية، وجود توازن في القلق قبل وبعد الجراحة باستخدام المسكنات العلاجية لحالات البتر السفلي.

3. دراسة (القرأ، 2015م):

بعنوان: "خبرة البتر الصادمة واستراتيجيات التكيف وعلاقتها بقلق الموت لدى حالات البتر في الحرب الأخيرة على غزة"

هدفت هذه الدراسة للتعرف على خبرة البتر الصادمة واستراتيجيات التكيف وعلاقتها بقلق الموت لدى حالات البتر بعد الحرب الأخيرة على غزة وبعض المتغيرات الديمغرافية (الجنس والحالة الاجتماعية وطبيعة البتر والدخل الشهري والمستوى العلمي) وقد تم تطبيق الدراسة على عينة من ذوي البتر، مكونة من 52 شخص من سن 18 سنة وما فوق، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، وكذلك استخدمت الباحثة للإجابة على أسئلة الدراسة الأدوات التالية: مقياس الخبرات الصادمة لعبد العزيز ثابت ومقياس استراتيجيات التكيف تقنين سمير قوته ومقياس قلق الموت لأحمد عبد الخالق تقنين ناهده العرجا على البيئة الفلسطينية، وكانت أهم نتائج الدراسة ما يلي: عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة احصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في درجات خبرات البتر الصادمة لدى مبتوري الأطراف في قطاع غزة تعزى للعمر والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي ولمستوى الدخل الشهري ولطبيعة حالة البتر (والفروق كانت لصالح الاطراف السفلية) عدم وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين خبرات

البتر الصادمة واستراتيجيات التكيف باستثناء وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين خبرات البتر الصادمة واستراتيجية (التجنب والهروب) لدى مبتوري الأطراف في قطاع غزة، وهذا يدل على أنه كلما ازديت تعرض مبتوري الأطراف من خبرات البتر الصادمة كلما أدى الى استخدام استراتيجية التجنب والهروب لديهم والعكس صحيح، كذلك عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة احصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في استراتيجيات التكيف مع الخبرات الصادمة لدى مبتوري الأطراف في قطاع غزة تعزى للعمر والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي ومستوى الدخل ولطبيعة حالة البتر، وعدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين خبرات البتر وقلق الموت وأبعاده التالية (الخوف من الموتى والقبور، الخوف مما بعد الموت، الخوف من الأمراض المميتة، الانشغال بالموت وأفكاره) لدى مبتوري الأطراف في قطاع غزة بعد الحرب الأخيرة، وأيضاً عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة احصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في درجات قلق الموت وأبعاده التالية (الخوف من الموتى والقبور، الخوف مما بعد الموت، الخوف من الأمراض المميتة، الانشغال بالموت وأفكاره) لدى مبتوري الأطراف في قطاع غزة تعزى للعمر والمؤهل العلمي والحالة الاجتماعية و الدخل الشهري ولطبيعة حالة البتر، بالإضافة لعدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت واستراتيجيات التكيف مع المواقف الضاغطة لدى حالات البتر بعد الحرب الأخيرة في قطاع غزة، ولا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين استراتيجيات التكيف كعامل وسيط وقلق الموت لحالات البتر في الحرب على قطاع غزة.

4. دراسة كاظمي وآخرون (Kazemi, Others, 2013):

بعنوان: "القلق والاكتئاب لدى حالات البتر الذين يعانون من الألم الوهمي: دراسة مقارنة مع الألم المزمن غير الوهمي"

ألم الأطراف الوهمية تُعد حالة شائعة بعد بتر الأطراف، التي من المحتمل أن تؤثر على نوعية الحياة. و تهدف الدراسة إلى تقييم القلق والاكتئاب في المرضى الذين يعانون من بتر الأطراف الذين يعانون من ألم الأطراف الوهمية، ومقارنة هذه الاضطرابات النفسية مع أن المرضى الذين يعانون من عدم وجود آلام وهمية مزمنة، وتكون اجمالي عينة الدراسة من (16) من مبتوري الأطراف الذكور الذين يعانون من ألم الأطراف الوهمية، و (24) من الذكور المرضى بنفس تطابق العمر مع الألم المزمن غير الوهمي في هذه الدراسة، التي أجريت في أحد عيادات طهران في إيران، و تم استخدام النسخة الفارسية التحقق من القلق المستشفى وعلى نطاق والاكتئاب (HADS) للمقارنة بين الاضطرابات النفسية - القلق والاكتئاب - بين مجموعتي الدراسة، وكان متوسط الدرجة الكلية في القلق أقل بكثير في المرضى الذين يعانون

من ألم الأطراف الوهمية ، وانتشار القلق وكان أيضا أقل في مجموعة ألم الأطراف الوهمية ، وكان متوسط الدرجة الكلية الاكتئاب في المرضى الذين يعانون ألم الأطراف الوهمية منخفض، ومجموعة التي تعاني الألم المزمن الاكتئاب كان مرتفع لديهم، وبالتالي فإن انتشار الاكتئاب كان أقل في المرضى الذين عانوا من ألم الأطراف الوهمية.

5.دراسة (بودي، 2013م):

بعنوان: "قلق الحالة والسمة دراسة مقارنة بين مرحلتى الجامعية و الثانوية"

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى وجود حالة وسمة القلق في جيل الشباب كما درس مدى انتشاره بينهم ، ومدى تأثير المستوى التعليمي للوالدين على وجود هذا الاضطراب في جيل الأبناء، وقد اختيرت عينة الدراسة من طلبة وطالبات المرحلة الثانوية والجامعية بدولة البحرين بلغ قوامها (766) طالب وطالبة وذلك بعد استبعاد الاستمارات الغير مكتملة، وتمت الدراسة باستخدام استبانة خاصة بالمعلومات الشخصية، واستبانة خاصة باختبار "حالة وسمة القلق للكبار" تأليف سيبليبرجر وآخرون تعريب وإعداد عبد الرقيب البحيري، وذلك للتأكد من صحة الفروض، وأشارت نتائج الدراسة إلى: وجود حالة قلق و سمة قلق لدى كل من طالبات وطلاب المرحلتين الثانوية والجامعية، كما أوضحت النتائج أن هناك فروق بين المرحلتين لصالح طلاب المرحلة الثانوية، حيث أن الجامعيين أعلى نسبةً في حالة القلق وكذلك في سمة القلق من طلبة المرحلة الثانوية، أما عن الفروق بين الجنسين فكانت لصالح الذكور، حيث أظهرت النتائج أن نسبة القلق عند الإناث أعلى منها عند الذكور، وأخيراً كشفت الدراسة أن مستوى تعليم الوالدين المنخفض له أثرٌ واضح في وجود حالة القلق وسمة القلق عند الأبناء.

6.دراسة (آدم، 2010م):

بعنوان: "أثر سمتي القلق والغضب على عمليات الذاكرة (التذكر ، الاسترجاع ، النسيان)"

هدف هذا البحث بشكل عام إلى الكشف عن أثر سمتي القلق والغضب على عمليات الذاكرة (التذكر ، الاسترجاع ،النسيان) لدى عينة من معلمي المرحلة الأساسية في محافظتي دمشق ودير الزور، بلغ حجم العينة (474) طالب وطالبة موزعة بالتساوي (254) من الذكور و (220) من الإناث مسحوبة بالطريقة العشوائية البسيطة، من طلبة السنة الثالثة ، استخدمت الباحثة ثلاث أدوات وهي مقياس سمة القلق إعداد سيبليبرج ، تعريب وترجمة الدكتور أحمد عبد الخالق، ومقياس الغضب إعداد سيبليبرج ، تعريب وترجمة الدكتور عبد الفتاح القرشي، وأشارت النتائج إلى وجود فروق بين الجنسين في أدائهم على مقياس سمة القلق

لصالح الإناث وعلى مقياس سمة الغضب لصالح الذكور، كما كشفت النتائج عن أثر سمة القلق المرتفعة والمتوسطة على عمليات الذاكرة (التذكر ، الاسترجاع ، النسيان)، وكذلك أثر سمة الغضب على المرتفعة والمتوسطة على عمليات الذاكرة (التذكر ، الاسترجاع) ولم تجد أي أثر لسمة الغضب لسماوات الغضب على عملية النسيان.

7. دراسة (القحطاني، 2009م) :

بعنوان: "دور ممارسة الألعاب في خفض القلق لذوي الإعاقات الجسدية الحركية بمؤسسة رعاية الأطفال المشلولين بالطائف"

هدف البحث إلى دراسة الفروق بين قياسات مستوى القلق لدى المجموعة التجريبية من ذوي الإعاقات الجسدية الحركية (قبلي، بعدي) تطبيق برنامج اللعب، وقياس حجم الأثر الذي يحدثه برنامج اللعب في مستوى القلق لدى المجموعة التجريبية من ذوي الإعاقات الجسدية الحركية، وللتحقق من صحة الفرض تم استخدام اختبار إشارات الرتب " ويلكسون " Wilcoxon Signed Ranks Test لإظهار الفروق بين متوسطات رتب القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة (لمقياس القلق)، وأشارت نتائج الدراسة إلى أنه لا يوجد تأثير دال إحصائياً لمتغير اللعب على القلق لدى ذوي الإعاقات الجسدية الحركية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات التطبيق القبلي ومتوسطات رتب درجات التطبيق البعدي لمقياس القلق لدى للأطفال بعد البرنامج.

8. دراسة رجييف سنغا (Rajiv singah, et al, 2009):

بعنوان: "أعراض القلق والإكتئاب بعد بتر الأطراف السفلى والعلوي"

هدفت هذه الدراسة للتعرف على زمن حدوث القلق والاكتئاب لدى حالات البتر خلال ثلاث سنوات بعد البتر، وتكونت عينة الدراسة من (68) شخص تعرضوا للبتر والاستشفاء لفترات طويلة، وطبق عليهم اختبار القلق والاكتئاب الاستشفائي، وقد أظهرت النتائج وجود اضطراب القلق والاكتئاب لدى ما يقرب 19% من العينة وقد كان القلق أكثر شيوعاً عند المرضى صغار السن، كما وجد انخفاض للقلق والاكتئاب بعد حدوث التفريغ النفسي في جلسات التأهيل ولكنه رجع مرتفعاً مرة أخرى بعد انتهاء التفريغ. ولم يظهر تأثير لعوامل الجنس والعمر على متغير القلق والاكتئاب.

9. دراسة حوامدة وآخرون (Hawamdeh Z, Others, 2008):

بعنوان: "تقييم القلق والاكتئاب بعد بتر الطرف السفلي لدى المرضى الأردنيين"

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مدى انتشار القلق والاكتئاب بين مبتوري الأطراف السفلية الأردنية وخصائصهم السريرية المختلفة والبيانات الاجتماعية والديموغرافية (الجنس، الحالة الاجتماعية، والدعم الاجتماعي والدخل ونوع ومستوى البتر، والاحتلال)، وتكونت عينة الدراسة من (56) مريضاً من ذوي البتر السفلي الأحادي مع متوسط مدة (8.4 ± 5.75) سنة. تم اشراكهم في تطبيق أدوات الدراسة من عيادات المرضى المقيمين والخارجين من مستشفى الجامعة الأردنية، مركز رويال فرح إعادة التأهيل، ومستشفى البشير في عمان، الأردن. أجاب المشاركون على الاستبيان الذي تضمن مجموعة من الأسئلة التي تطلب معلومات موجزة عن المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية وخصائص البتر. تم تقييم مستوى والقلق لكل مريض ومقياس الاكتئاب (HADS)، وبينت النتائج انتشار القلق وأعراض الاكتئاب (37% و 20%) على التوالي. ومن العوامل المرتبطة ارتفاع معدل انتشار الأعراض النفسية لصالح الإناث، والافتقار إلى الدعم الاجتماعي والبطالة وبتر الصدمة أو الحوادث، وبصالح الزمن الأقصر منذ حدوث البتر، وبتر تحت الركبة. وقد تأكدت هذه النتائج عن طريق تخفيض كبير من القلق والاكتئاب لعشرات المرضى الذين تلقوا الدعم الاجتماعي، والمرضى الذين يعانون من بتر بسبب المرض، والمرضى الذين يعانون من بتر فوق الركبة. ولم يوجد انتشار للألم عند الأشخاص الذين لديهم أطراف اصطناعية.

10.دراسة (الشبؤون، 2007م):

بعنوان: "القلق وعلاقته بالاكتئاب عند المراهقين"

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين القلق حالة بوصفه والقلق بوصفه سمة وبين الاكتئاب لدى المراهقين من تلاميذ الصف التاسع من التعليم الأساسي في مدارس مدينة دمشق الرسمية، كما يهدف إلى معرفة الفروق بين المراهقين في القلق بوصفه حالة والقلق بوصفه سمة و بين الاكتئاب تبعاً لمتغير الجنس (إناث و ذكور)، قد تكونت عينة الدراسة من (655) طالبة من تلاميذ الصف التاسع الأساسي، موزعين إلى (303) ذكور و (352) إناث طالبة تم اختيارهم بطريقة عشوائية طبقية من مدارس مدينة دمشق الرسمية، وطُبق عليهم اختبار حالة وسمة القلق للكبار STAI من إعداد عبد الرقيب أحمد البحيري (2005) واختبار الشعور بالاكتئاب لدى المراهقين من إعداد الباحثة بعد أن قامت الباحثة بتطبيقه على عينة استطلاعية تأكدت من صدقه وثباته، وأظهرت نتائج الدراسة: وجود ارتباط بين القلق

بوصفه حالة والقلق بوصفه سمة وبين الاكتئاب لدى ، مراهقي عينة البحث جميعاً حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه حالة و الاكتئاب (0.63) بينما بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه سمة و الاكتئاب (0.69)، وكذلك وجود ارتباط بين القلق بوصفه حالة والقلق بوصفه سمة وبين الاكتئاب لدى المراهقين من الجنسين ، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه حالة و الاكتئاب عند الذكور (0.63) بينما بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه حالة والاكتئاب عند الإناث (0.67)، في حين بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه سمة والاكتئاب عند الذكور (0.64) بينما بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه سمة و الاكتئاب عند الإناث (0.70)، وتبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في القلق بوصفه حالة، كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في القلق بوصفه سمة وذلك لصالح الإناث، وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الاكتئاب وذلك لصالح الإناث.

3.4 تعقيب على الدراسات السابقة

يتضمن هذا الجانب تلخيصاً للدراسات المتعلقة (وهم الأطراف، و الانفعالات النفسية بمتغيراتها الفرعية: الغضب، الخجل، القلق) وموقف البحث الحالي منها من حيث الأهداف ومناهج البحث المستخدمة والعينات والأدوات ومن ثم ما توصلت إليه هذه الدراسات من نتائج مع توضيح أوجه الاختلاف والتشابه، مع العلم أن الباحث لم يجد أي دراسة عربية تشبه تماماً دراسته الحالية. فقد امتازت الدراسة الحالية في تناولها لمتغيرات لفئة خاصة من فئات المجتمع الفلسطيني الهامة والذين يعانون من عجز متفاوت في النشاط الحركي ألا وهم حالات البتر ، وذلك نظراً لأهمية هذه الفئة التي تعيش في ظل ظروف حياتية معيشية مختلفة بعد التعرض للبتر، والتي قد تنعكس على وضعهم النفسي والاجتماعي، وفي هذا الفصل استعرض الباحث الدراسات السابقة المتعلقة بمتغيرات الدراسة الحالية والتعقيب عليها بشكل علمي ومنطقي.

3.4.1 تعقيب على الدراسات التي تناولت وهم الأطراف وحالات البتر:

1. من حيث الموضوع:

بعد الاطلاع على الدراسات السابقة تبين أن هناك اهتماماً بموضوع وهم الأطراف وحالات البتر لدى الباحثين في الدول الأجنبية والعربية وخاصة في السنوات الأخيرة، حيث تمت دراسته من حيث علاقته بمتغيرات عديدة، فهناك عدة دراسات تناولت وهم الأطراف وحالات

البتير وتأثيرها على جودة الحياة ومنها دراسة (Trevelyan, Others, 2016)، وهناك دراسات تناولت وهم الأطراف وعلاقتها ببعض الأبعاد النفسية ومنها دراسة (أبو القمصان، 2016م)، ودراسة (Durmus D, Others, 2015)، ودراسة (Srivastava K, & Chaudhury S, 2014, p.6) (Cavanagh SR, Others, 2006).

وهناك دراسات تناولت علاقتها بمتغيرات أخرى تتعلق بالتقنيات العلاجية، مثل دراسة (Couture, Others, 2012)، التي اقترحت استراتيجيات للتأقلم والتأهيل لحالات البتير، ودراسة (Catalan M, Others, 2014) التي تحدثت عن العلاج بتقنيات الواقع المعزز وألعاب الفيديو، ودراسات تناولت وهم الأطراف المتعلق بالأطراف العلوية مثل دراسة (Marisol A, Others, 2009)، ودراسة (Modirian, others, 2009).

2. من حيث متغيرات الدراسة:

هناك دراسات سابقة طرحت الموضوع حسب متغيرات الدراسة ومنها: وهم الأطراف وحالات البتير بصورة الجسد كدراسة (Murray & Fox, 2009)، والمقارنة بين بتر الأطراف المخطط لها مثل الأمراض كدراسة (Couture, Others, 2012)، والناجمة عن الحروب والحوادث كدراسة (Nasim, others, 2010)، والعلاج المعرفي في السنة التالية للبتير كدراسة (Fhelps & others, 2008)، ونمو ما بعد الصدمة كدراسة (أبو القمصان، 2016م)، الفروق بين الجنسين وعلاقته بالألم الوهمي كدراسة (Hirsh AT, others, 2009)، و العلاج المعرفي للتكيف مثل دراسة (Phelps et al, 2008)، في حين تناولت الدراسة الحالية متغير الانفعالات النفسية كمتغير تابع للمتغير المستقل وهو وهم الأطراف.

3. من حيث السنة:

تفاوتت سنة الدراسات السابقة فيما بينها إلا أن بعض الدراسات تشابهت في سنة الصدور مثل دراسة (Trevelyan, Others, 2016)، (أبو القمصان، 2016م)، وتشابهت دراسة (Streit F, others, 2015)، (Durmus D, Others, 2015)، وكما وتشابهت دراسة (Srivastava K, & Chaudhury S, 2014)، ودراسة (Catalan M, Others, 2014)، وتشابهت أيضاً دراسة (Marisol A, Others, 2009)، (Modirian, others, 2009)، (Murray & Fox, 2009)، (Hirsh AT, others, 2009)، من ثم دراسة (Couture, Others, 2012)، (Srivastava, Others, 2009).

(Cavanagh SR, ، (Phelps & others,2008) ،(Nasim, others, 2010)، 2011)
(Others, 2006) من حيث سنة الصدور .

4. من حيث الأهداف:

تتوعدت أهداف الدراسات السابقة التي تناولت وهم الأطراف والألم الوهمي وحالات البتر بالبحث والدراسة على النحو التالي:

هدفت بعض الدراسات إلى التعرف إلى تأثير وهم الأطراف على جودة الحياة مثل دراسة (Trevelyan, Others, 2016)، و كذلك دراسة (Streit F, others,2015) و (Nasim, others, 2010) ، (Modirian, others,2009)،(Ket. A, 2008) التي هدفت إلى معرفة تطور الوهم لدى مبتوري الأطراف، في حين هدفت أخرى إلى التعرف على مستويات المشكلات والعوامل النفسية والانفعالية المرتبطة بوهم الأطراف وحالات البتر ومنها دراسة (أبو القمصان، 2016م)، ودراسة (Srivastava K,& Chaudhury S, 2014) ودراسة (Srivastava, Others, 2011)، و(Hirsh AT, others, 2009) ودراسة (Cavanagh SR, Others, 2006)، كما وهدفت دراسة (Phelps & others,2008)، إلى معرفة أهمية العلاج المعرفي للتكيف في السنة التالية للبتر

، وهدفت دراسة (Catalan M, Others, 2014) لمعالجة الآلام الناجمة عن إحساس وهم الأطراف من خلال تطبيق تقنيات الواقع المعزز وألعاب الفيديو صورة الجسم ، وهدفت دراسات أخرى أيضاً إلى المقارنة بين الأطراف المخطط لها والنتيجة عن الأمراض والنتيجة عن الحروب والحوادث كدراسة (Nasim, others, 2010)، ودراسة (Ket. A, 2008)، وهدفت دراسة (Fhelps & others,2008) لأهمية العلاج المعرفي في السنة التالية للبتر.

5. من حيث العينة:

اجتمعت وتشابهت عينات الدراسة في الدراسات السابقة على فئة وهم الأطراف وحالات البتر دراسة (Murray& Fox,2009)، (Couture, Others, 2012)،(Ket. A, 2008)، (Hirsh AT, others, 2009)، (Fhelps & others,2008)،(أبو القمصان، 2016م).

6. من حيث الأدوات:

تفاوتت أدوات الدراسات السابقة فيما بينها على أن بعض الدراسات أجمعت على مقياس وهم الأطراف وحالات البتر كدراسة (Streit F, others,2015)، ودراسة (Modirian,

(others,2009) ، (Hirsh AT, others, 2009)، و (Trevelyan, Others, 2016) ، في حين دراسة (Murray& Fox, 2009) و (Srivastava K,& Chaudhury S, 2014) استخدمت مقياس صورة الجسد، ودراسة (Catalan M, Others, 2014) طبقت مقياس تقنيات الواقع الافتراضي المعزز ، في حين دراسة دراسة (Couture, Others, 2012) استخدمت استبيان (WCQ)، واستخدم (Phelps & others,2008) العلاج المعرفي في السنة التالية للبت، في حين استخدم (Durmus D, Others, 2015) مقياس الألم الوهمي ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس روزنبرغ لاحترام الذات ، و مقياس القلق كسمة وحالة في معالجة بعض المشكلات النفسية المصاحبة لوهم الأطراف.

3.4.2 تعقيب على الدراسات تناولت إنفعال الغضب:

1. من حيث متغيرات الدراسة:

تمت دراسة الموضوع من حيث علاقته بمتغيرات عديدة ومنها: مكونات انفعال الغضب وعلاقته بالتوافق الدراسي مثل دراسة (وادي، 2016م)، والتنشئة الأسرية والغضب كدراسة (Johns&Jolly,2005)، ودراسة (Lopez,2008) ودراسة (الشريف،2014م)، أسلوب السيكودراما في خفض الغضب كدراسة (ريشان ، العذارى ، 2012م)، العفو والغضب كدراسة (الدوسري، 2012م)، فاعلية برنامج تعليمي مستند إلى نظرية الذكاء الإنفعالي في تحسين إدارة الغضب و التحصيل كدراسة (الشهري، 2013م)، فاعلية برنامج الوساطة الطلابية في القدرة على حل المشكلات و التحكم بالغضب كدراسة (حمام ، 2013م)، الغضب عند الشباب وعلاجه من منظور التربية الإسلامية كدراسة (حلمي، 2014م)، أثر برنامج علاج معرفي سلوكي في تخفيض الغضب وتحسين استراتيجيات التعامل معه كدراسة (الخالدة ،جرادات، 2014م).

2. من حيث السنة:

تفاوتت سنة الدراسات السابقة فيما بينها، دراسة (Johns&Jolly,2005)، ودراسة (Lopez,2008) ودراسة (الشريف،2014م). ودراسة (وادي، 2016م)، في حين تشابهت دراسة (ريشان ، العذارى ، 2012م)، ودراسة (الدوسري، 2012م)، وتشابهت دراسة (الشهري، 2013م)، ودراسة (حمام ، 2013م)، وتشابهت دراسة (حلمي، 2014م)، ودراسة (الخالدة ، جرادات، 2014م).

3. من حيث الأهداف:

هدفت بعض الدراسات إلى تعرف على علاقة إنفعال الغضب ببعض المتغيرات لدى أفراد عينة الدراسة: كدراسة (وادي، 2016م)، ودراسة (Johns&Jolly,2005)، ودراسة (Lopez,2008)، ودراسة (الشريف،2014م)، ودراسة (ريشان ، العذارى ، 2012م)، ودراسة (الدوسري ،2012)، ودراسة(حلمي،2014م)، بينما هدفت دراسة إلى وضع برامج علاجية لإدارة الغضب(الشهري ،2013م)، ودراسة (حمام ،2013م)، ودراسة(الخالدة ،جرادات، 2014م).

4. من حيث الأدوات:

تعددت المقاييس والأدوات المستخدمة من قبل الباحثين في الدراسات السابقة، إلا أنه تم استخدام مقياس الغضب ومقياس التنشئة الأسرية (Johns&Jolly,2005)، واستخدمت دراسة (وادي، 2016م) مقياس الغضب ومقياس التوافق الدراسي، ودراسة (Lopez,2008) ودراسة (الشريف،2014م)، واستخدم (ريشان ،العذارى ،2012م) استخدموا مقياس السيكوودراما، واستخدم (الدوسري ،2012م) مقياس العفو، واستخدام (الشهري ،2013م)، ودراسة (حمام ،2013م)، ودراسة (الخالدة ،جرادات، 2014م) فاعلية برنامج إرشادي لتخفيض الغضب، و طبق (حلمي،2014م) أساليب لعلاج الغضب عند الشباب من منظور التربية الإسلامية.

3.4.3 تعقيب على الدراسات السابقة التي تناولت إنفعال الخجل:

1. من حيث الموضوع:

تمت دراسة موضوع انفعال الخجل من حيث علاقته بمتغيرات عديدة ومنها: سوء التوافق كدراسة (Coplan&Armer, 2005)، الوحدة النفسية كدراسة (جعفر،2007م)، السلوك الظاهري كدراسة (خميس ،2010م)، الخجل أسبابه وعلاجه كدراسة (شهاب ،2011م)، مستوى الطموح كدراسة (شبرم ،2013م)، الثقة بالنفس كدراسة (العنزي ،2013م)، خبرات الإساءة كدراسة (القطروس،2013م).

2. من حيث السنة:

تفاوتت سنة الدراسة السابقة فيما بينها إلا أن بعض الدراسات تشابهت في سنة الصدور مثل دراسة (شبرم ،2013م)، ودراسة (القطروس،2013م)، ودراسة (العنزي ،2013م)، في

حين اختلفت دراسة (Coplan&Armer, 2005)، ودراسة (جعفر، 2007م)، ودراسة (خميس، 2010م)، ودراسة (شهاب، 2011م) من حيث سنة الصدور.

3. من حيث الأهداف:

تتوعدت أهداف الدراسات السابقة التي تناولت إنفعال الخجل بالبحث والدراسة على النحو التالي: هدفت بعض الدراسات إلى التعرف على مستويات الخجل لدى أفراد عينة الدراسة، مثل: دراسة (Coplan&Armer, 2005)، ودراسة (شهاب، 2011م).

في حين هدفت أخرى إلى البحث في علاقة الخجل ببعض المتغيرات: مثل دراسة (جعفر، 2007م)، ودراسة (خميس، 2010م)، ودراسة (القطروس، 2013م)، ودراسة (العنزي، 2013م)، ودراسة (شبرم، 2013م).

4. من حيث العينة:

اجتمعت عينات الدراسة في الدراسات السابقة على فئة الطلبة كدراسة (شبرم: 2013)، ودراسة (القطروس، 2013م)، ودراسة (العنزي، 2013م)، ودراسة (Coplan&Armer, 2005)، ودراسة (جعفر، 2007م)، ودراسة (خميس، 2010م)، ودراسة (شهاب، 2011م).

5. من حيث الأدوات:

تعددت المقاييس والأدوات المستخدمة من قبل الباحثين في الدراسات السابقة، إلا أنه تم استخدام مقياس الخجل في دراسة: (شبرم، 2013م)، ودراسة (القطروس، 2013م)، ودراسة (العنزي، 2013م)، ودراسة (Coplan&Armer, 2005)، ودراسة (جعفر، 2007م)، ودراسة (خميس، 2010م)، ودراسة (شهاب، 2011م).

في حين استخدم سوء التوافق كدراسة (Coplan&Armer, 2005)، الوحدة النفسية كدراسة (جعفر، 2007م)، السلوك الظاهري كدراسة (خميس، 2010م)، الخجل أسبابه وعلاجه كدراسة (شهاب، 2011م)، مستوى الطموح كدراسة (شبرم، 2013م)، الثقة بالنفس كدراسة (العنزي، 2013م)، خبرات الإساءة كدراسة (القطروس، 2013م).

3.4.4 تعقيب على الدراسات السابقة التي تناولت إنفعال القلق:

1. من حيث الموضوع:

تمت دراسة الموضوع من حيث علاقته بمتغيرات عديدة ومنها:

تمت دراسة موضوع القلق من حيث علاقته بمتغيرات عديدة ومنها: الاكتئاب كدراسة (الشبؤون، 2007م)، (Hawamdeh & et al, 2008)، (Kazemi, Others, 2013)، (Rajiv singah, et al, 2009)، دور ممارسة الرياضة البدنية كدراسة (القحطاني، 2009م)، الغضب كدراسة (آدم، 2010م)، مقارنة سمة وحالة القلق كدراسة (بودي، 2013م)، وأشارت دراسة (Raichle & others, 2015) لعلاقة القلق بالألم الحاد ما بعد الجراحة وعلاجه.

2. من حيث السنة:

تفاوتت سنة الدراسة السابقة فيما بينها إلا أن بعض الدراسات تشابهت في سنة الصدور مثل دراسة دراسة (الشبؤون، 2007م)، ودراسة (Rajiv singah, et al, 2009)، دراسة (القحطاني، 2009م)، وكذلك دراسة (Raichle & others, 2015). في حين اختلفت دراسة (آدم، 2010م)، ودراسة (بودي، 2013م)، من حيث سنة الصدور.

3. من حيث الأهداف:

تنوعت أهداف الدراسات السابقة التي تناولت إنفعال القلق بالبحث والدراسة على النحو التالي:

هدفت بعض الدراسات إلى التعرف على مستويات القلق لدى أفراد عينة الدراسة، مثل: دراسة كدراسة (آدم، 2010م)، ودراسة (بودي، 2013م).

في حين هدفت أخرى إلى البحث في علاقة القلق ببعض المتغيرات: مثل دراسة (الشبؤون، 2007م)، دراسة (Hawamdeh & et al, 2008)، ودراسة (القحطاني، 2009م).

4. من حيث العينة:

اجتمعت عينات الدراسة في الدراسات السابقة على فئة الطلبة كدراسة (الشبؤون، 2007م)، ودراسة (آدم، 2010م)، ودراسة (بودي، 2013م)، وفئة حالات البتر كدراسة (Rajiv singah, et al, 2009).

5. من حيث الأدوات:

تعددت المقاييس والأدوات المستخدمة من قبل الباحثين في الدراسات السابقة، إلا أنه تم استخدام مقياس القلق في دراسة (الشبؤون، 2007م)، ودراسة (Hawamdeh & et al, 2008)، ودراسة (Rajiv singah, et al, 2009)، ودراسة (القحطاني، 2009م)، ودراسة

(آدم، 2010)، ودراسة (بودي، 2013م)، واستخدم (Raichle & others, 2015) مقياسي الأحاسيس الوهمية (RLP) ووهم الأطراف (PLP)، في حين استخدم سمات الشخصية كدراسة (كرميان، 2007م)، الاكتئاب كدراسة (Patricia Vuijk et al 2007)، ودراسة (الشبؤون، 2007م)، ودراسة (Hawamdeh & etal, 2008)، ودراسة (Rajiv singah, et al, 2009)، دور ممارسة الرياضة البدنية كدراسة (القحطاني، 2009م)، الغضب كدراسة (آدم، 2010م)، مقارنة سمة وحالة القلق كدراسة (بودي، 2013م).

3.5 ما يُميز هذه الدراسة عن غيرها من الدراسات:

- أن عينة الدراسة من حالات البتر وهي فئة ليست بالقليلة في مجتمعنا خصوصاً وأننا نتعرض للعدوان الإسرائيلي بشكل مستمر ومتواصل ويتعرض الكثير من أبناء شعبنا إلى الإصابات والصدمات النفسية والانفعالات، لذلك فإن هذه الفئة التي ارتكزت عليها هذه الدراسة للتخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن حدوث البتر. وهذا ما تناولته بعض الدراسات مثل: دراسة كاظمي وآخرون (Kazemi, Others, 2013)، ودراسة كافناج (Cavanagh SR, Others, 2006).
- تناولت الدراسة متغير فريد وجديد ألا وهو "وهم الأطراف"، وقد استخدم الباحث له مقياس مُحكَم، ولم تتناوله أي من الدراسات العربية، سوى بعض الدراسات الأجنبية مثل: دراسة سريفاستافا وشادهوري (Srivastava K, & Chaudhury S, 2014)، ودراسة دورموس (Durmus D, Others, 2015).
- أن الفئة العمرية من فئات عينة الدراسة من (15-30) سنة وهي الفئة التي سجلت أعلى درجات على مقياس وهم الأطراف وكذلك مقياس الانفعالات النفسية خاصة القلق، لأنهم في مرحلة عمرية تتطلع للمستقبل و الطموح، وتعتبر فترة تقلبات في المزاج مصحوبة بتغيرات في مظاهر الجسم ووظائفه مما يؤدي للشعور بعدم التوازن وتنسم بوجود بعض الاضطرابات مثل القلق والغضب والخوف من المستقبل.
- استخدم الباحث في الدراسة أدوات جديدة مُحكَّمة من إعدادهما مقياسي وهم الأطراف والانفعالات النفسية، مع عينة الدراسة الحالية ألا وهم حالات البتر.

بعد إطلاع الباحث على الدراسات السابقة الخاصة بمتغيرات الدراسة، فقد تمّ الاستفادة منها على النحو التالي:

1. بلورة مشكلة البحث وتحديد أهميتها.
2. الإفادة منها في تحديد الإطار النظري للدراسة الحالية.
3. التعرف على الوسائل الإحصائية المناسبة التي تتلاءم مع طبيعة البحث.
4. الاطلاع على الدراسات الوصفية التي تعتمد على الأدوات التي تقيس الانفعالات بشكل عام، وكذلك الدراسات الأجنبية التي تناولت الظواهر والمتغيرات المتعلقة بهم الأطراف والإفادة منها في بلورة الدراسة الحالية وبنائها.
5. صياغة فرضيات الدراسة.

3.6 فرضيات الدراسة:

- ❖ لا توجد علاقة بين وهم الأطراف والانفعالات النفسية (الغضب، الخجل، القلق) لدى حالات البتر.
- ❖ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى وهم الأطراف تُعزى للمتغيرات (الجنس، العمر، مكان البتر بالجسم، مدة البتر، سبب البتر، الحالة الاجتماعية) لدى حالات البتر.
- ❖ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الانفعالات النفسية تُعزى للمتغيرات (الجنس، العمر، مكان البتر بالجسم، مدة البتر، سبب البتر، الحالة الاجتماعية) لدى حالات البتر.

الفصل الرابع إجراءات الدراسة

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

4.1 تمهيد:

يتناول هذا الفصل وصفاً للإجراءات والخطوات المنهجية التي اتبعتها الباحثة في هذه الدراسة من أجل تحقيق أهدافها والوصول إلى النتائج المرجوة منها، وقد تمثّلت في اختيار منهج الدراسة ومجتمع الدراسة وعينة الدراسة وأداة الدراسة من حيث بناءها والتأكد من صدقها وثباتها، بالإضافة إلى الأساليب الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات للوصول إلى النتائج، وأخيراً خطوات الدراسة التي تمّ إتباعها، وبعض الصعوبات التي واجهت الباحثة، وفيما يلي وصف لهذه الإجراءات:

4.2 منهج الدراسة:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة قام الباحث باستخدام المنهج الوصفي التحليلي، حيث يُعرّف بأنه: "المنهج الذي من خلاله يمكن وصف الظاهرة موضوع الدراسة، وتحليل بياناتها، وبيان العلاقات بين مكوناتها، والآراء التي تطرح حولها، والعمليات التي تتضمنها، والآثار التي تُحدثها" (أبو حطب و صادق، 2010م، ص104-105).

ومن خلال هذا المنهج حاول الباحث وصف الظاهرة موضوع الدراسة، وتحليل بياناتها، والعلاقة بين مكوناتها، والآراء التي تُطرح حولها، والعمليات التي تتضمنها، والآثار التي تُحدثها.

4.3 مصادر المعلومات:

تمّ استخدام مصدرين رئيسيين من مصادر المعلومات وهي:

• **المصادر الثانوية:** تمّ الرجوع إلى مصادر البيانات الثانوية لمعالجة الإطار النظري للبحث، والتي تتمثل في الكتب، والمراجع العربية والأجنبية ذات العلاقة، والدوريات، والمقالات، والتقارير، والأبحاث، والدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة، والبحث، والمطالعة في مواقع الانترنت المختلفة.

• المصادر الأولية: لمعالجة الجوانب التحليلية لموضوع البحث، تمَّ جمع البيانات الأولية من خلال مقياسي وهم الأطراف والانفعالات النفسية كأدوات رئيسة للبحث، صممت خصيصاً لهذا الغرض، وقد تمَّ تفريغ وتحليل البيانات باستخدام البرنامج الإحصائي "SPSS".

4.4 مجتمع الدراسة:

يُعرَّف بأنَّه: جميع مفردات الظاهرة التي يدرسها الباحث، وبذلك فإنَّ مجتمع الدراسة يتكون من جميع الأفراد الذين لديهم حالات بتر في أطراف مختلفة من الجسم، والذين تتراوح أعمارهم من (15-62) سنة والبالغ عددهم (829) شخصاً، منهم (700) شخصاً من الذكور و (129) شخص من الإناث، من مختلف محافظات قطاع غزة، والمسجلين في السجلات الرسمية لمركز الأطراف الصناعية بغزة من عام (2007م) وحتى عام (2015م)، ويشكلون موضوع مشكلة الدراسة، والجدول (4.1) يوضح توزيع وتصنيف مجتمع الدراسة.

جدول (4.1): يوضح توزيع وتصنيف مجتمع الدراسة في قطاع غزة

سبب البتر	ذكر	أنثى	المجموع
سكري وأمراض أخرى	234	86	320
حروب	388	35	423
حوادث	78	8	86
المجموع	700	129	829

4.5 عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من عينتين وهما:

1. العينة الاستطلاعية:

اشتملت العينة الاستطلاعية على (30) شخصاً من حالات البتر، تمَّ اختيارهم بطريقة عشوائية بغرض تقنين أداة الدراسة، والتحقق من صلاحيتها لتطبيقها على العينة الأصلية، من خلال اختبار صدق الاتساق الداخلي، والصدق البنائي، وثبات الاستبانة بالطرق الإحصائية الملائمة، علماً بأنَّ العينة الاستطلاعية لم يتم احتسابها ضمن عينة الدراسة الفعلية.

2. العينة الفعلية:

قام الباحث باستخدام أسلوب العينة القصدية لاختيار مفردات العينة من مجتمع الدراسة والذي تكون من الأشخاص الذين لديهم بتر في أطراف مختلفة من الجسم، وتكونت من (150)

شخصاً، وقد طبق الباحث أدوات الدراسة على أفراد العينة، هذا وقد بلغ عدد الاستبانات التي جمعها من أفراد العينة (127) منهم: (92) من الذكور و(35) من الإناث، أي بما نسبته (84.0%)، وقد استخدم طريقة العينة العشوائية في الاختيار بطريقة الحصص من أفراد العينة المتيسرة عند تطبيق المقاييس، والتي يُعرَّفها (الأغا والأستاذ، 2000م) بأنها: "مجموعة الأفراد المتوافرة لدى الباحث عند تطبيق مقاييس الدراسة، وتسمى أيضاً العينة المتاحة"، وهذه كانت من أحد الصعوبات التي واجهت الباحث أثناء اختيار العينة العشوائية. وتعتبر هذه النسبة جيدة لتطبيق الإجراءات والأدوات الإحصائية.

4.6 وصف الخصائص والبيانات الشخصية لأفراد العينة:

الجنس: يوضح الجدول (4.2) أنّ ما نسبته (72.44%) من عينة الدراسة هم من جنس الذكور، وما نسبته (27.56%) هم من جنس الإناث.

جدول (4.2): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية%
ذكر	92	72.44%
أنثى	35	27.56%
المجموع	127	100.0

الفئات العمرية: يوضح الجدول (4.3) أنّ ما نسبته (52.75%) هم من الذين أعمارهم من (15-30) سنة، وما نسبته (33.85%) هم من الذين أعمارهم من (31-45) سنة، وما نسبته (13.40%) أعمارهم من (46-62) سنة.

جدول (4.3): يوضح الفئات العمرية لأفراد عينة الدراسة

الفئة العمرية	التكرار	النسبة
من 15 - 30 سنة	67	52.75%
من 31 - 45 سنة	43	33.85%
من 46 - 62 سنة	17	13.40%
المجموع	127	100.0%

مكان البتر بالجسم: يوضح الجدول رقم (4.4) أنّ ما نسبته (48.81%) هم من الذين مكان البتر لديهم علوي، وما نسبته (39.37%) هم من الذين مكان البتر لديهم سفلي، وما نسبته (11.82%) هم من الذين مكان البتر لديهم سفلي وعلوي معاً.

جدول (4.4): يوضح مكان البتر بالجسم لأفراد عينة الدراسة

النسبة	التكرار	مكان البتر
%48.81	62	البتر العلوي
%39.37	50	البتر السفلي
%11.82	15	علوي وسفلي معاً
100.0	127	المجموع

مدة البتر: يوضح جدول (4.5) أنّ ما نسبته (29.92%) هم من الذين مدة البتر لديهم أقل من سنة، وما نسبته (41.73%) هم من الذين مدة البتر لديهم من (1- 5) سنوات، وما نسبته (28.35%) هم من الذين تتراوح مدة البتر لديهم أكثر من (5) سنوات.

جدول (4.5): يوضح مدة البتر لأفراد عينة الدراسة

النسبة	التكرار	مدة البتر
%29.92	38	أقل من سنة
%41.73	53	من 1 سنة إلى 5 سنوات
%28.35	34	من 5 سنوات فأكثر
%100.0	127	المجموع

سبب البتر: يوضح الجدول (4.6) أنّ ما نسبته (77.16%) هم من الذين سبب البتر لديهم نتيجة الحروب، وما نسبته (14.96%) هم من الذين سبب البتر لديهم نتيجة الحوادث، وما نسبته (7.88%) هم من الذين سبب البتر لديهم نتيجة الأمراض وذلك في الجدول رقم (6).

جدول (4.6): يوضح سبب البتر لدى أفراد عينة الدراسة

النسبة المئوية%	العدد	سبب البتر
%77.16	98	حروب
%14.96	19	حوادث
%7.88	10	أمراض
100.0	127	المجموع

الحالة الاجتماعية: يوضح الجدول (4.7) أنّ ما نسبته (22.83%) من الغير متزوجين (أعزب)، وما نسبته (69.29%) من المتزوجين، وما نسبته (7.88%) هم من المطلقين.

جدول (4.7): يوضح الحالة الاجتماعية لأفراد عينة الدراسة

النسبة المئوية%	العدد	الحالة الاجتماعية
22.83%	29	أعزب
69.29%	88	متزوج
7.88%	10	مطلق
100.0	127	المجموع

4.7 أدوات الدراسة:

تُعد الاستبانة أكثر وسائل الحصول على البيانات من الأفراد استخداماً أو انتشاراً، وتُعرَّف الاستبانة بأنها: "أداة ذات أبعاد، وينود تستخدم للحصول على معلومات، أو آراء يقوم بالاستجابة لها المفحوص نفسه، وهي كتابية تحريرية" (الأغا والأستاذ، 2004م، ص116). وقد تم استخدام مقياسين وهما:

- مقياس وهم الأطراف (إعداد الباحث).
- مقياس الانفعالات النفسية (إعداد الباحث).

4.8 خطوات بناء أدوات الدراسة:

1. الاطلاع على الأدب التربوي والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة، والاستفادة منها في بناء الاستبانة، وصياغة فقراتها.
2. تحديد الأبعاد الرئيسة التي شملها المقياس.
3. تحديد الفقرات التي تقع تحت كل بعد.
4. تمّ تصميم المقياس لقياس "وهم الأطراف وعلاقته بالانفعالات النفسية لدى حالات البتر" وهي: المقياس الأول/ مقياس وهم الأطراف ويتكون من (19) فقرة، والمقياس الثاني/ الانفعالات النفسية ويتكون من (58) فقرة، فيكون إجمالي عدد الفقرات في المقياسين هو (77) فقرة، أنظر ملحق (3،4).
5. تمّ عرض أدوات الدراسة على المشرف، والأخذ بمقترحاته وتعديلاته الأولية.
6. تمّ عرض أدوات الدراسة على (10) محكمين من الأكاديميين في كليات التربية، والمختصين في الجامعة الإسلامية، جامعة الأقصى، وجامعة القدس المفتوحة. والملحق (1) يُبين أسماء المحكمين.

7. في ضوء آراء المحكمين تم تعديل بعض الفقرات من مقياسي وهم الأطراف والانفعالات النفسية من حيث الحذف، أو الإضافة والتعديل، أنظر ملحق (3،4) لتستقر فقرات أدوات الدراسة للمقياسين في صورتها النهائية على (70) فقرة، أنظر ملحق (5).

4.9 صدق وثبات مقاييس أدوات الدراسة "Validity":

▪ صدق الأداة (المقياس):

يُقصد بصدق المقياس: "التأكد من أنها سوف تقيس ما أعدت لقياسه"، أي يقصد بالصدق: "شمول الاستقصاء لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها، ومفرداتها من ناحية ثانية، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها" (عبيدات وآخرون، 2001م، ص44).

▪ - مقياس وهم الأطراف:

يهدف إلى التعرف على وهم الأطراف ويتكون من (14) فقرة، وتقع إجابته في ثلاث استجابات (نادراً، أحياناً، دائماً)، وتتراوح الدرجة لكل فقرة ما بين (3 درجات)، و (درجة واحدة) بمعنى إذا كانت الإجابة نادراً (1)، أحياناً (2)، دائماً (3)، ووفقاً للمقياس تكون القيمة (2) هي الدرجة المتوسطة التي يتم القياس عندها للتعرف على مستوى وهم الأطراف لدى حالات البتر. جميع الفقرات كانت سالبة باستثناء أربع (4) فقرات إيجابية وهي (6، 8، 13، 14).

تمّ التأكد من صدق المقياس بطريقتين هما:

▪ صدق المحكمين "الصدق الظاهري":

عُرِضَت أداة الدراسة على (10) محكمين من الأكاديميين والمتخصصين في كلية التربية، وأقسام علم النفس في بعض الجامعات الفلسطينية بغزة (الإسلامية والأقصى، والقدس المفتوحة) وبلغ عدد فقرات المقياس (19) فقرة. تمّ إجراء التعديل على بعض فقرات المقياس تبعاً لآرائهم، وهي الفقرات (6، 7، 9، 11، 12، 13، 14)، وحذف (5) فقرات من مقياس وهم الأطراف، وهي (15، 16، 17، 18، 19) لتصبح عدد فقرات المقياس (14)، أنظر ملحق (3).

▪ صدق الاتساق الداخلي "Internal Validity":

يُقصد بصدق الاتساق الداخلي: "مدى اتساق كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس الذي تنتمي إليه هذه الفقرة"، وقد تمّ حساب الاتساق الداخلي للمقياس، وذلك من خلال

حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس، والدرجة الكلية للمقياس كما هو موضح في الجدول (4.8).

جدول (4.8): يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس

#	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)	#	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
.1	0.605	*0.000	.8	0.484	*0.007
.2	0.621	*0.000	.9	0.765	*0.000
.3	0.566	*0.001	.10	0.646	*0.015
.4	0.534	*0.002	.11	0.630	*0.001
.5	0.590	*0.000	.12	0.711	*0.001
.6	0.610	*0.000	.13	0.811	*0.002
.7	0.714	*0.000	.14	0.662	*0.016

• الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

• قيمة r الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (28) تساوي (0.374).

يوضح جدول (4.8) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات البُعد والدرجة الكلية للمقياس، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك تُعتبر الأبعاد صادقة لما وضعت لقياسه.

▪ الصدق البنائي (Structure Validity):

لم يحسب الباحث الصدق البنائي لمقياس وهم الاطراف وذلك لأنه اعتبر أن جميع فقرات المقياس هي بُعد واحد.

▪ ثبات مقياس وهم الأطراف "Reliability":

يُشير الثبات إلى: "مدى اتساق نتائج المقياس، فإذا حصلنا على درجات متشابهة عند تطبيق نفس الاختبار على نفس المجموعة مرتين مختلفتين، فإننا نستدل على ثباتها" (علام، 2010م، ص466).

وقد تم التحقق من ثبات أداة الدراسة من خلال طريقتين وذلك كما يلي:

أ - معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha Coefficient):

تمَّ استخدام طريقة ألفا كرونباخ، حيث تبين أنَّ قيمة معامل ألفا كرونباخ لجميع الفقرات (0.747)، وهذا يعني أنَّ معامل الثبات مرتفع ودال إحصائياً.

ب - طريقة التجزئة النصفية (Split Half Method):

حيث تمَّ تجزئة فقرات الاختبار إلى جزأين: (الأسئلة ذات الأرقام الفردية، والأسئلة ذات الأرقام الزوجية)، ثمَّ تمَّ حساب معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية، ودرجات الأسئلة الزوجية، وبعد ذلك تمَّ تصحيح معامل الارتباط بمعادلة سبيرمان براون (Spearman-Brown) = معامل الارتباط المعدل وفقاً للمعادلة التالية: $R_{Correct} = \frac{2R}{1+R}$ ، حيث R معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية، وقد تبين أنَّ قيمة معامل الارتباط تساوي (0.579) وقيمة معامل الارتباط المعدل سبيرمان براون (Spearman-Brown) تساوي (0.733) وهذا يدل على أنها مرتفعة ودالة إحصائياً، وبذلك يكون المقياس في صورته النهائية كما هو موضح في الملحق (5) قابل للتوزيع، ويكون الباحث قد تأكد من صدق وثبات مقاييس الدراسة، مما يجعله على ثقة عالية بصحة الأداة المستخدمة، وصلاحيتها لتحليل النتائج، والإجابة عن أسئلة الدراسة، واختبار فرضياتها.

■ مقياس الانفعالات النفسية (الغضب، الخجل، الفلق):

يهدف إلى التعرف على الانفعالات النفسية، ويتكون من (61) فقرة، وتقع إجابته في ثلاثة استجابات (نادراً، أحياناً، دائماً)، وتتراوح الدرجة لكل فقرة ما بين (3 درجات)، و (درجة واحدة) بمعنى إذا كانت الإجابة نادراً (1)، أحياناً (2)، دائماً (3)، ووفقاً للمقياس تكون القيمة (2) هي الدرجة المتوسطة التي يتم القياس عندها للتعرف على مستوى الانفعالات النفسية. جميع الفقرات كانت سالبة.

وقد تمَّ التأكد من صدق المقياس بطريقتين:

1- صدق المحكمين "الصدق الظاهري"

عُرِضَت أداة الدراسة على (10) محكمين من الأكاديميين والمتخصصين في كلية التربية، وأقسام علم النفس في بعض الجامعات الفلسطينية بغزة (الإسلامية والأقصى، والقدس المفتوحة) وبلغ عدد فقرات المقياس (61) فقرة. تمَّ إجراء التعديل على بعض فقرات المقياس تبعاً لآرائهم،

وهي الفقرات (5، 6، 7، 9، 10، 15، 18، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 30، 31، 34، 36، 37، 38، 40، 43، 44، 46، 48، 50، 51، 52، 54، 59، 60)، وحذف (5) فقرات من مقياس الانفعالات النفسية وهي (13، 19، 29، 35، 37) لتصيح عدد فقرات المقياس (56)، أنظر ملحق (5) قابل للتوزيع.

2- صدق الاتساق الداخلي: " Internal Validity "

اعتمد الباحث العينة الاستطلاعية في احتساب صدق الاتساق الداخلي والبالغ عددهم (30) مفردة من المحققين الجنائيين، وقد تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس، وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات البعد والدرجة الكلية له، كما هو في الجدول (4.9).

جدول (4.9): يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس

القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	#	القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	#	القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	#
القلق			الخجل			الغضب		
*0.000	0.742	.1	*0.000	0.626	.1	*0.005	0.498	.1
*0.004	0.507	.2	*0.016	0.435	.2	*0.000	0.654	.2
*0.000	0.675	.3	*0.012	0.452	.3	*0.001	0.571	.3
*0.000	0.696	.4	*0.003	0.520	.4	*0.000	0.644	.4
*0.000	0.734	.5	*0.038	0.381	.5	*0.000	0.732	.5
*0.043	0.372	.6	*0.001	0.572	.6	*0.000	0.614	.6
*0.000	0.671	.7	*0.001	0.577	.7	*0.001	0.559	.7
*0.004	0.508	.8	*0.001	0.585	.8	*0.009	0.470	.8
*0.002	0.539	.9	*0.000	0.728	.9	*0.002	0.540	.9
*0.003	0.527	.10	*0.000	0.726	.10	*0.000	0.622	.10
*0.007	0.481	.11	*0.000	0.704	.11	*0.005	0.498	.11
*0.001	0.582	.12	*0.000	0.598	.12	*0.006	0.486	.12
*0.011	0.455	.13	*0.000	0.736	.13	*0.001	0.573	.13
*0.001	0.586	.14	*0.010	0.462	.14	*0.019	0.424	.14
*0.000	0.695	.15	*0.002	0.534	.15	*0.036	0.384	.15
*0.001	0.578	.16	*0.005	0.495	.16	*0.000	0.818	.16
*0.010	0.465	.17	*0.006	0.493	.17	*0.000	0.528	.17
*0.012	0.454	.18	*0.007	0.483	.18	*0.000	0.565	.18
*0.021	0.419	.19	*0.000	0.615	.19			

• الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

• قيمة r الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 28 تساوي 0.374

يوضح جدول (4.9) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات البعد والدرجة الكلية لكل بعد، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) وبذلك تعتبر الأبعاد صادقة لما وضعت لقياسه.

4.10 الصدق البنائي : "Structure Validity"

وللتحقق من الصدق البنائي تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس كما في جدول (4.10).

جدول (4.10): يوضح معامل الارتباط بين درجة كل مقياس من مقاييس الأداة والدرجة الكلية للأداة

#	الانفعالات النفسية	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية (sig)
1.	الغضب	0.882	*0.000
2.	الخجل	0.894	*0.000
3.	القلق	0.929	*0.000

- الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).
 - قيمة r الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 28 تساوي 0.374
- يتضح من جدول (4.10) أن جميع معاملات الارتباط في جميع أبعاد المقياس دالة إحصائياً، وبدرجة قوية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) وبذلك تعتبر جميع أبعاد المقياس تقيس ما وضعت لقياسه.

4.11 ثبات مقياس السمات الشخصية: "Reliability"

وقد تم التحقق من ثبات أداة الدراسة من خلال طريقتين وذلك كما يلي:

أ-معامل ألفا كرونباخ:(Cronbach's Alpha Coefficient)

تقوم هذه الطريقة على أساس احتساب معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية لفقراته، والتعرف على معدلات الثبات.

ب-طريقة التجزئة النصفية: (Split Half Method)

حيث تم تجزئة فقرات الاختبار إلى جزئين (الأسئلة ذات الأرقام الفردية، والأسئلة ذات الأرقام الزوجية)، ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية، ودرجات الأسئلة الزوجية، وبعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط بمعادلة سبيرمان براون = معامل الارتباط

المعدل وفقا للمعادلة التالية: $R_{Correct} = \frac{2R}{1+R}$ ، حيث R معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية.

والجدول رقم (4.11) يبين نتائج الثبات وفقاً لطريقة معاملات ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية لمقاييس الدراسة:

جدول (4.11): نتائج معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لمقاييس الأداة

#	الانفعالات النفسية	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	معامل الارتباط	معامل الارتباط المعدل
-1	الغضب	18	0.832	0.657	0.793
-2	الخجل	19	0.843	0.675	0.806
-3	القلق	19	0.843	0.646	0.785
	الدرجة الكلية للانفعالات النفسية	56	0.932	0.828	0.906

ويتبين لنا من النتائج الموضحة في جدول (4.11) أن قيمة معامل ألفا كرونباخ للدرجة الكلية للمقياس تساوي (0.932) وهذا يدل على أنه قيمة مرتفعة مما يدل على أن الثبات مرتفع ودال إحصائياً، كما يتبين لنا أن قيمة معامل الارتباط المعدل (سبيرمان براون) (Spearman Brown) مرتفع ودال إحصائياً، بذلك يكون المقياس في صورته النهائية كما هي في الملحق (5) قابل للتوزيع، ويكون الباحث قد تأكدت من صدق وثبات مقاييس الدراسة، مما يجعلها على ثقة تامة بصحة الأداة المستخدمة، وصلاحيتها لتحليل النتائج، والإجابة عن أسئلة الدراسة، واختبار فرضياتها.

4.12 المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

تم تفريغ وتحليل الاستبانة من خلال برنامج التحليل الإحصائي "Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)".

تم استخدام الأدوات الإحصائية الآتية:

- النسب المئوية، والتكرارات، والوزن النسبي: يستخدم هذا الأمر بشكل أساسي لأغراض معرفة تكرار فئات متغير ما، ويتم الاستفادة منها في وصف عينة الدراسة المبحوثة.
- اختبار ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) واختبار التجزئة النصفية؛ لمعرفة ثبات فقرات المقياس.

- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient)؛ لقياس درجة الارتباط، ويقوم هذا الاختبار على دراسة العلاقة بين متغيرين، وقد تم استخدامه لحساب الاتساق الداخلي، والصدق البنائي للمقياس، والعلاقة بين المتغيرات.
- اختبار T في حالة عينة واحدة (T-Test) لمعرفة ما إذا كان متوسط درجة الاستجابة قد وصل إلى الدرجة المتوسطة وهو (2)، أم زاد أو قل عن ذلك، ولقد تم استخدامه للتأكد من دلالة المتوسط لكل فقرة من فقرات المقياس.
- اختبار T في حالة عينتين (Independent Samples T-Test) لمعرفة ما إذا كان هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين مجموعتين من البيانات المستقلة.
- اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance - ANOVA) لمعرفة ما إذا كان هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين ثلاث مجموعات، أو أكثر من البيانات.

4.13 خطوات الدراسة :

1. قام الباحث بعرض الأدبيات المتعلقة بوهم الأطراف والانفعالات النفسية لدى حالات البتر في قطاع غزة.
2. قام الباحث بتطوير أدوات القياس.
3. قام الباحث بالتحقق من صدق و ثبات المقاييس.
4. توزيع أدوات القياس على العينة الفعلية.
5. تحليل البيانات و تفسيرها، والخروج بالنتائج والتوصيات.

4.14 صعوبات الدراسة:

وجد الباحث صعوبة في الوصول لجميع أفراد عينة المجتمع حيث مازال جزءاً منهم يتلقى العلاج في الخارج ومنهم من لم يتردد بشكل منتظم على المؤسسات، كما أنّ التعامل مع بعض المؤسسات التي تعطي خدمة لهذه الفئة لم يكن سهلاً في الاجراءات، ولم تتوافر إحصائية رسمية مفصلة بأعداد الجرحى لدى وزارة الصحة الفلسطينية، إلا أن بعض المؤسسات تعاونت وسهلت تطبيق أدوات البحث مع العينة منها مركز الأطراف الصناعية، وجمعية السلامة الخيرية، ومؤسسة أسر الشهداء والجرحى، كما وتوجه الباحث لبعض من الحالات في بيوتهم. ومن الصعوبات أيضاً انخفاض المستوى التعليمي لدى بعض أفراد العينة حيث استلزم من الباحث الشرح والتفسير من أجل تعبئة الاستبانات، ومن الصعوبات أيضاً أن بعض حالات

الأفراد ذوي بتر الأطراف العليا استدعى من الباحث تعبئة الاستبانات عنهم. من الصعوبات أيضاً محاولة اقناع البعض منهم بان هذا البحث علمي وليس واره أي منافع مادية او خدماتية من الممكن تقديمها لهم، ومن الصعوبات أيضاً هو الحصول على دراسات سابقة حديثة في جوهر هذا الموضوع ولهذه المتغيرات ، وخاصة في متغير وهم الأطراف وعلاقته بمتغيرات الدراسة الأخرى، فغالبية الدراسات تمحورت حول المتغيرات الفرعية مثل القلق والخجل والغضب. وهذا خلق صعوبة في اعطاء تفسيرات وربط النتائج بمعطيات بحثية سابقة، كما أن الباحث وجد صعوبة في ايجاد دراسات حديثة بنفس متغيرات الدراسة، لا سيما المتغير المستقل "وهم الأطراف" لم يجد الباحث له دراسات عربية سوى بعض الدراسات الأجنبية.

الفصل الخامس

تحليل نتائج الدراسة وتفسيرها

الفصل الخامس

تحليل نتائج الدراسة وتفسيرها

5.1 تمهيد:

قام الباحث في هذا الفصل بتقديم عرض تفصيلي للنتائج التي تمّ التوصل إليها من خلال تطبيق أدوات الدراسة، وتفسير ومناقشة النتائج من خلال الإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من فرضياتها، بالإضافة إلى وضع التوصيات والمقترحات المتعلقة بالدراسة.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على وهم الاطراف وعلاقته بالانفعالات النفسية لحالات البتر، والوقوف على متغيرات الدراسة الديموغرافية التي اشتملت على (الجنس، العمر، مكان البتر، مدة البتر، سبب البتر، الحالة الاجتماعية) في محافظات قطاع غزة، حيث قام الباحث بإعداد وبناء أداة الدراسة الخاصة التي تتضمن مقياسي وهم الأطراف والانفعالات النفسية المستخدمين بالدراسة.

وقد تمّ تحكيم مقياسي وهم الأطراف والانفعالات النفسية المستخدمين بالدراسة من قبل مجموعة من الخبراء من أساتذة جامعيين مختصين في مجال علم النفس، انظر ملحق رقم (1) وقد تمّ تطبيق هذه الأداة على عينة الدراسة من حالات البتر، ولقد قام الباحث بجمع البيانات وتحليلها تحليلًا إحصائيًا، باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) للحصول على نتائج الدراسة التي سيتم عرضها وتحليلها في هذا الفصل.

5.2 المحك المعتمد في الدراسة :

لتحديد المحك المعتمد في الدراسة، فقد تم تحديد طول الخلايا في مقياس ليكرت الثلاثي من خلال حساب المدى بين درجات المقياس $(3-1=2)$ ، ومن ثم تقسيمه على أكبر قيمة في المقياس للحصول على طول الخلية أي $(2/3=0.67)$ ، وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس (بداية المقياس وهي واحد صحيح) وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما هو موضح في الجدول (5.1): (التميمي، 2004م، ص42).

جدول (5.1): يوضح المحك المعتمد في الدراسة

طول الخلية	الوزن النسبي المقابل له	درجة الموافقة
من 1 - 1.67	من 33.3% - 55.67%	منخفضة
أكبر من 1.67 - 2.34	أكبر من 55.67% - 78.00%	متوسطة
أكبر من 2.34 - 3.00	أكبر من 78.00% - 100.0%	كبيرة

ولتفسير نتائج الدراسة والحكم على مستوى الاستجابة، اعتمد الباحث على ترتيب المتوسطات الحسابية على مستوى المجالات للأداة ككل، ومستوى الفقرات في كل مجال، وقد حدد الباحث درجة الموافقة حسب المحك المعتمد للدراسة.

5.3 النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة وفرضياتها:

ينص السؤال الرئيس على ما يلي: ما علاقة وهم الأطراف بالانفعالات النفسية لدى حالات البتر؟

وللإجابة على هذا السؤال قام الباحث بالإجابة على أسئلة الدراسة الفرعية التالية والتحقق من فرضياتها:

1. النتائج المتعلقة بالسؤال الأول وتفسيرها:

ما مستوى وهم الأطراف لدى حالات البتر في قطاع غزة؟

وللإجابة على هذا التساؤل، تم استخدام اختبار One Sample T Test للعينة واحدة للتعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط تقديرات أفراد عينة الدراسة والدرجة المتوسطة وهي (2) وفقاً للمقياس المستخدم، وقد تم احتساب المتوسط الحسابي والوزن النسبي للمجالات وترتيبها تبعاً لذلك :

جدول (5.2): يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والقيمة الاحتمالية لمستوى وهم الأطراف

القيمة الاحتمالية (Sig)	قيمة الاختبار (t)	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.000	38.235	79.33	0.112	2.38	الدرجة الكلية لمستوى وهم الأطراف

* قيمة t الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية "126" تساوي ± 1.96

ويتضح من خلال الجدول رقم (5.2) الدرجة الكلية لمستوى وهم الأطراف فقد حصلت على متوسط حسابي نسبي قدره (79.33%) والقيمة الاحتمالية (sig) تساوي (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة 0.05، مما يدل على أن مستوى وهم الأطراف لدى حالات البتر كان كبيراً وفقاً للمقياس المستخدم.

ويعزو الباحث تلك النتيجة إلى وجود ظاهرة وهم الأطراف بدرجة كبيرة لدى حالات البتر والتي ترتبط بالجانب النفسي والفسولوجي لديهم، وكما أن الوهم مرتبط بدرجة التكيف النفسي والاجتماعي وجودة الحياة، كما ذكرت دراسة (Trevelyan, Others, 2016)، بأن الظروف يمكن أن تؤثر على جودة الحياة الأمر الذي ينعكس على ارتفاع درجة وهم الأطراف لدى المبتورين، وخصوصاً في المراحل الزمنية الأولى بعد التعرض للبتر، واتفقت نتيجة الدراسة مع دراسة (Streit F, others, 2015) التي ذكرت أن الأعصاب والمخ والخبرات المخزنة التي ما زالت تعمل وتتحكم في حركة نهايات الأطراف المبتورة، واتفقت تلك النتيجة مع تفسير دراسة (Kristin, 2002) التي أوضحت أن ظاهرة وهم الأطراف بأنها تعود إلى إحساس الدماغ بأن التركيب العصبي ما زال يعمل كما كان قبل البتر، وأن الدماغ يظل محتفظاً بصورة السابقة للجسم السليم لفترة طويلة، واتفقت نتائج الدراسة مع دراسة (Murray & Fox, 2009)، التي ذكرت أن الطرف الاصطناعي يعزز وجود وهم الأطراف، كذلك معدل الارتباطات السلبية المضطربة عالية في الرضا عن صورة الجسم.

2. النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني وتفسيرها:

ما مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات بتر الأطراف في قطاع غزة ؟

وللإجابة على هذا التساؤل، تم استخدام اختبار One Sample T Test للعينة واحدة للتعرف على ما اذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط تقديرات أفراد عينة الدراسة والدرجة المتوسطة وهي (2) وفقاً للمقياس المستخدم، وقد تم احتساب المتوسط الحسابي والوزن النسبي للمجالات وترتيبها تبعاً لذلك :

جدول (5.3): يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والقيمة الاحتمالية لأبعاد مستوى الانفعالات النفسية.

#	الانفعالات النفسية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	قيمة الاختبار (t)	القيمة الاحتمالية (Sig)	الترتيب
1.	الغضب	2.39	0.411	79.67	10.693	0.000	2
2.	الخجل	2.36	0.347	78.67	11.691	0.000	3
3.	القلق	2.45	0.418	81.67	12.132	0.000	1
	الدرجة الكلية للانفعالات النفسية	2.40	0.347	80.00	12.990	0.000	

* قيمة t الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية "126" تساوي 1.96 ±

ويتضح من خلال الجدول رقم (5.3) أن جميع متوسطات أبعاد الانفعالات النفسية المختلفة كانت متقاربة من حيث المتوسطات الحسابية، أما الدرجة الكلية للمقياس ككل فقد

حصلت على متوسط حسابي نسبي قدره (80.00%) والقيمة الاحتمالية (sig) تساوي (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، مما يدل على أن مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات البتر كان كبيراً وفقاً للمقياس المستخدم.

ويبدل الباحث على هذه النتيجة بجملة من التغيرات النفسية التي تطرأ لدى حالات البتر بعد وقوع صدمة البتر بمختلف أسبابها، نظراً لفقدان جزء عزيز من الجسم بحيث يحدث ارتباك في روتين الحياة اليومية والنظرة المستقبلية والوظيفية، وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (Durmus D, Others, 2015) أشارت نتائجها إلى أن المرضى الذين بترت أطرافهم سجلوا درجات أعلى في القلق الرهابي، حالة القلق، السمات الشخصية درجات القلق واضطراب النوم، وكذلك اتفقت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (Rajiv singah, et al, 2009) حيث توصلت إلى أن الأشخاص الذين تعرضوا للبتر، ومكثوا فترة طويلة بالاستشفاء كانت نسبة القلق مرتفعة لديهم.

أما ترتيب أبعاد مقياس الانفعالات النفسية حسب المتوسطات الحسابية فقد كانت كالتالي:

1. البعد الأول: الغضب، فقد حصل على المرتبة الثانية بوزن نسبي قدره (79.67%)، مما يشير على أن بعد الغضب جاء بدرجة كبيرة.
2. البعد الثاني: الخجل، فقد حصل على المرتبة الثالث بوزن نسبي قدره (78.67%)، مما يشير على أن بعد الخجل جاء بدرجة كبيرة.
3. البعد الثالث: القلق، فقد حصل على المرتبة الأولى بوزن نسبي قدره (81.67%)، مما يشير على أن بعد القلق جاء بدرجة كبيرة.

ويعزو الباحث ذلك إلى جملة التغيرات الناتجة في الأداء الوظيفي و الحركي للجسم بعد حدوث البتر، وخاصة إذا كان الشخص لم يصل للاستقلالية الذاتية في حياته اليومية، والبتر يجعل الفرد في حاجة إلى الآخرين والاعتماد عليهم لتلبية احتياجاته لأن هذا الاعتماد فيه تذكير بالواقع المؤلم، لذلك يشعر بالضيق والانفعال لاعتماده الزائد على الآخرين، كرد فعل نتيجة لهذا الواقع، ويعزو الباحث أيضاً وجود الانفعالات إلى الاغلاق المتكرر للمعابر التي تطمح من خلالها عينة الدراسة للسفر والعلاج وتركيب أطراف صناعية حديثة، وتتفاوت درجة الانفعالات المتمثلة بـ (الغضب، الخجل، القلق) نسبياً بين الذكور والاناث، واتفقت نتيجة هذه الدراسة مع دراسة (Durmus D, Others, 2015) وأشارت النتائج إلى أن المرضى الذين بترت أطرافهم سجلوا درجات أعلى في القلق الرهابي وبعض الأعراض النفسية، كما واتفقت هذه

النتيجة مع دراسة (الشريف، 2014م) التي أظهرت الدراسة أن هناك فروق ذات دلالة احصائية في سلوك انفعال الغضب تعزى لمتغير الجنس، ولصالح الذكور، كما و اختلفت مع ودراسة (الدوسري، 2012م) التي أظهرت أن هنالك انخفاضاً في درجة الغضب كحالة والغضب كسمة لدى عينة الدراسة.

3. النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث وتفسيرها:

هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين وهم الأطراف والانفعالات النفسية (الغضب، الخجل، القلق) لدى حالات البتر؟.

وللتحقق من هذا السؤال تم التحقق من الفرض التالي:

" لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين وهم الأطراف والانفعالات النفسية (الغضب، الخجل، القلق) لدى حالات البتر "

وللتحقق من من هذا الفرض تم استخدام اختبار بيرسون للتعرف على العلاقة بين وهم الأطراف والانفعالات النفسية (الغضب، الخجل، القلق) لدى حالات البتر فكانت النتائج حسب الجدول (5.4).

جدول (5.4): نتائج اختبار " بيرسون " للعلاقة بين وهم الأطراف والانفعالات النفسية

الانفعالات النفسية					وهم الأطراف
الانفعالات النفسية	القلق	الخجل	الغضب	المؤشرات الاحصائية	
0.772	0.793	0.752	0.772	معامل الارتباط	وهم الأطراف
*0.000	*0.000	*0.000	*0.000	القيمة الاحتمالية (.Sig)	

* معامل الارتباطدال عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

من النتائج الموضحة في جدول (5.4) تبين أن معامل الارتباط للدرجة الكلية لمستوى وهم الأطراف والانفعالات النفسية يساوي (0.772) والقيمة الاحتمالية (.Sig) المقابلة لاختبار "بيرسون" تساوي (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، مما يدل على وجود علاقة ارتباطية بينهما وهي علاقة ايجابية.

ويعزو الباحث هذه العلاقة إلى أن ظاهرة وهم الأطراف تتأثر بشكل طردي كبير ومتزامن مع الانفعالات النفسية المتمثلة ب (الغضب، الخجل، القلق)، ويساهم في ذلك درجة التوافق النفسي وجودة الحياة، والخبرات السابقة فيما قبل حدوث البتر، حيث أن الاصطدام بالواقع الجديد بعد البتر يجعل التأقلم وتلاشي هذه الخبرات فيه صعوبة جمة، ويأخذ وقتاً طويلاً في

التكيف، ومع ذلك فإن التقنيات الطبية والنفسية أيضاً في رفع درجة التكيف، وهذا التفسير يأتي متفقاً مع دراسة (Trevelyan, Others, 2016)، كما اختلفت الدراسة الحالية بهذه النتيجة مع دراسة (Srivastava K,& Chaudhury S, 2014).

4. النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع وتفسيرها:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى وهم الأطراف لدى حالات بتر الأطراف تُعزى للمتغيرات (الجنس ، العمر ، مكان البتر بالجسم ، مدة البتر، سبب البتر، الحالة الاجتماعية) ؟

ولإجابة عن هذا التساؤل تحقق الباحث من ست فرضيات وهي كما يلي:

الفرض الأول من فروض الدراسة الذي ينص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى وهم الأطراف لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير الجنس.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار t للعينتين المستقلتين لاختبار الفروق مستوى وهم الأطراف لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير الجنس، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.5)

جدول (5.5): نتائج اختبار T للعينتين المستقلتين (Independent Samples T Test) للتعرف على

الفروق مستوى وهم الأطراف لدى حالات البتر تُعزى لمتغير الجنس

الدلالة الاحصائية	القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار (t)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الجنس	
دال احصائياً	0.000	5.099	0.361	2.46	92	ذكر	الدرجة الكلية لمستوى وهم الأطراف
			0.435	2.31	35	أنثى	

• قيمة t الجدولية عند درجة حرية "125" ومستوى دلالة 0.05 تساوي ± 1.96

تبين من الجدول أن القيمة الاحتمالية (.Sig) للدرجة الكلية لمستوى وهم الأطراف تساوي (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وقيمة t المحسوبة تساوي (5.099) وهي أكبر من قيمة t الجدولية والتي تساوي (1.96) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى وهم الأطراف لدى حالات البتر تُعزى لمتغير الجنس ومن خلال مقارنة المتوسطات تبين أن الفروق لصالح الإناث.

ويعزو الباحث تلك النتيجة في علاقة وهم الأطراف إلى الحالة البيولوجية والسيكولوجية لكل من الاناث والذكور وطبيعية التقبل والتكيف والخبرات نحو صدمة الاصابة بالبتير عند الاناث بشكل أكبر من الذكور، بحيث يقع عليهن مسؤوليات اجتماعية كبيرة وخصوصاً المتزوجات، كذلك لديهن فرصة أقل من الذكور في ممارسة أساليب تفرغ الانفعالات والأنشطة الرياضية والتواصل مع البيئة المجتمعية، وفي مثل هذه الظروف تكون الاناث أكثر انفعالاً وتمرداً على الواقع الذي يعيشون فيه، وتتفق تلك النتيجة مع دراسة (Hirsh AT, others, 2009)، واختلفت مع دراسة (Murray & Fox, 2009).

الفرض الثاني من فروض الدراسة الذي ينص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى وهم الأطراف لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير العمر.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في مستوى وهم الأطراف لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير العمر، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.6).

جدول (5.6): نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للتعرف على الفروق في مستوى وهم الأطراف لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير العمر

الدلالة الاحصائية	القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار (f)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
دال احصائياً	0.000	7.738	0.781	2	1.563	بين المجموعات	الدرجة الكلية لمستوى وهم الأطراف
			0.100	124	12.522	داخل المجموعات	
				125	14.085	المجموع	

• قيمة f الجدولية عند درجة حرية "2، 124" ومستوى دلالة 0.05 تساوي 3.06

تبيّن من الجدول أن القيمة الاحتمالية (.Sig) للدرجة الكلية لمستوى وهم الأطراف تساوي (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وقيمة f المحسوبة تساوي (7.738)، وهي أكبر من قيمة f الجدولية والتي تساوي (3.06) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى وهم الأطراف لدى حالات البتر تُعزى لمتغير العمر وللتعرف على الفروق لصالح من تكون تم استخدام اختبار LSD والنتائج حسب الجدول التالي.

جدول(5.7): نتائج LSD للمقارنات الثنائية

62-46	45-31	30-15	
			30-15
		0.02123	45-31
	0.043241	*0.06278	62-46

* الفروق دال احصائيا عند مستوى دلالة 0.05

من خلال الجدول تبين عدم وجود فروق بين الذين أعمارهم تتراوح من (15-30) سنة مقارنة مع الذين أعمارهم من (31-45)، كما تبين وجود فروق بين الذين أعمارهم تتراوح من (15-30) سنة مقارنة مع الذين أعمارهم من (46-62) ولصالح الذين أعمارهم من (15-30)، كما وتبين أيضا عدم وجود فروق بين الذين أعمارهم تتراوح من (31-45) سنة مقارنة مع الذين أعمارهم من (46-62).

ويرى الباحث أن مرحلة العمرية (15-30)، هي مرحلة المراهقة والشباب ويكون فيها تغيرات فسيولوجية وانفعالية وأكثر تأثراً بصدمة البتر بحيث تُسهم في ارتفاع درجة وهم الأطراف، وذلك يرجع أيضاً للخبرات المكتسبة التي تزيد من درجة الوهم، واتفقت النتيجة مع دراسة (Ket. A, 2008)، كما اختلفت هذه النتيجة مع دراسة (Marisol A, Others, 2009).

الفرض الثالث من فروض الدراسة الذي ينص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى وهم الأطراف لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير مكان البتر.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في مستوى وهم الأطراف لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير مكان البتر، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.8).

جدول (5.8): يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للتعرف على الفروق في

مستوى وهم الأطراف لدى حالات البتر تُعزى لمتغير مكان البتر

الدلالة الاحصائية	القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار (f)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
دال احصائياً	0.000	10.302	1.003	2	2.007	بين المجموعات	الدرجة الكلية لمستوى وهم الأطراف
			0.097	124	12.078	داخل المجموعات	
				126	14.085	المجموع	

• قيمة f الجدولية عند درجة حرية "2، 124" ومستوى دلالة 0.05 تساوي 3.06

تبيّن من الجدول أن القيمة الاحتمالية (.Sig) للدرجة الكلية لمستوى وهم الأطراف تساوي (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وقيمة f المحسوبة تساوي (10.320)، وهي أكبر من قيمة f الجدولية والتي تساوي (3.06) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى وهم الأطراف لدى حالات البتر تُعزى لمتغير مكان البتر، وللتعرف على الفروق لصالح من تكون تم استخدام اختبار LSD والنتائج حسب الجدول التالي.

جدول (5.9): نتائج LSD للمقارنات الثنائية

الأثنين معاً	البتر السفلي	البتر العلوي	
			البتر العلوي
		*0.17123	البتر السفلي
	*-0.20231	0.03391	الأثنين معاً

* الفروق دال احصائياً عند مستوى دلالة 0.05

من خلال الجدول تبين أنه يوجد فروق بين الذين لديهم حالات بتر علوية مقارنة مع الذين لديهم حالات بتر سفلية ولصالح الذين لديهم حالات البتر العلوية، كما تبين عدم وجود فروق بين الذين لديهم حالات بتر علوية مقارنة مع الذين لديهم حالات بتر في الجزأين العلوي والسفلي معاً، كما وتبين أيضاً وجود فروق بين الذين لديهم حالات بتر سفلية مقارنة مع الذين لديهم حالات بتر في الجزأين العلوي والسفلي معاً ولصالح الجزأين العلوي والسفلي معاً.

ويمكن تفسير هذه ارتفاع درجة وهم الأطراف لدى حالات البتر العلوي، والجزأين العلوي والسفلي معاً نظراً للحاجة المتكررة لاستخدامها في الحياة اليومية بشكل أكبر، مما يجعل خبرات

وصورة الطرف المبتور حاضرة باستمرار، وانفقت دراسة (Streit F, others,2015) مع هذه النتيجة حيث أظهرت وجود تأثير بوهم الأطراف وبقايا ألم الطرف المبتور، ووجود توافق داخلي مرتفع لدي الفرد في ظاهرة الألم يعزى للنزعة الفردية والخبرات في تطوير وهم الأطراف وبقايا ألم الطرف المبتور لدى حالات البتر المزدوج ولكن تتخفف لدى الأشخاص الذين يستخدمون الطرف الاصطناعي، ويتفق هذا التفسير مع دراسة (Nasim, others, 2010)، ودراسة (Marisol A, Others,2009).

الفرض الرابع من فروض الدراسة الذي ينص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى وهم الأطراف لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير مدة البتر.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في مستوى وهم الأطراف لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير مدة البتر، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.10).

جدول (5.10): يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للتعرف على الفروق في

مستوى وهم الأطراف لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير مدة البتر

الدلالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار (f)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
دال احصائياً	0.000	17.308	1.537	2	3.074	بين المجموعات	الدرجة الكلية لمستوى وهم الأطراف
			0.088	124	11.011	داخل المجموعات	
				126	14.085	المجموع	

• قيمة f الجدولية عند درجة حرية "2، 124" ومستوى دلالة 0.05 تساوي 3.06

تبين من الجدول أن القيمة الاحتمالية (.Sig) للدرجة الكلية لمستوى وهم الأطراف تساوي (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وقيمة f المحسوبة تساوي (17.308)، وهي أكبر من قيمة f الجدولية والتي تساوي (3.06) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى وهم الأطراف لدى حالات البتر تُعزى لمتغير مدة البتر، وللتعرف على الفروق لصالح من تكون تم استخدام اختبار LSD والنتائج حسب الجدول التالي.

جدول (5.11): نتائج LSD للمقارنات الثنائية

أقل من سنة	سنة فأقل	5-1	أكثر من 5
	0.17123*		
	-0.03214	0.143412	

* الفروق دال احصائياً عند مستوى دلالة 0.05

من خلال الجدول تبين أن وجود فروق بين الذين مدة بترهم تتراوح من (سنة فأقل) مقارنة مع الذين مدة بترهم من (1- 5) سنوات ولصالح الذين (سنة فأقل)، كما تبين عدم وجود فروق بين الذين مدة بترهم تتراوح من (سنة فأقل) مقارنة مع الذين مدة بترهم أكثر من (5) سنوات، كما وتبين أيضاً عدم وجود فروق بين الذين مدة بترهم تتراوح من (1- 5) سنوات مقارنة مع الذين مدة بترهم من أكثر من (5) سنوات.

ويفسر الباحث ذلك بأن درجة وهم الأطراف تكون مرتفعة لحالات الأقل من سنة، فيكون الدماغ لم يكن قد تأقلم بعد على الوضع الجديد القائم للطرف المبتور، ولكن هذا الوهم يقل تدريجياً مع المدة الزمنية، وذلك للوصول إلى مستوى متقدم من التكيف والتأقلم مع الطرف المبتور، وتتفق (Marisol A, Others,2009) واختلفت مع دراسة (Modirian, others,2009) مع دراسة

الفرض الخامس من فروض الدراسة الذي ينص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى وهم الأطراف لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير سبب البتر.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في مستوى وهم الأطراف لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير سبب البتر، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.12).

جدول (5.12): يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للتعرف على الفروق في مستوى وهم الأطراف لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير سبب البتر

الدالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار (f)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
دال احصائياً	0.000	11.297	1.085	2	2.171	بين المجموعات	الدرجة الكلية لمستوى وهم الأطراف
			0.096	124	11.914	داخل المجموعات	
				126	14.085	المجموع	

• قيمة f الجدولية عند درجة حرية "2، 124" ومستوى دلالة 0.05 تساوي 3.06

تبيّن من الجدول أن القيمة الاحتمالية (.Sig) للدرجة الكلية لمستوى وهم الأطراف تساوي (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وقيمة f المحسوبة تساوي (11.297)، وهي أكبر من قيمة f الجدولية والتي تساوي (3.06) مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى وهم الأطراف لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير سبب البتر، وللتعرف على الفروق لصالح من تكون تم استخدام اختبار LSD والناتج حسب الجدول التالي.

جدول (5.13): نتائج LSD للمقارنات الثنائية

أمراض	حوادث	حروب	
			حروب
		-0.02213	حوادث
	*-0.13959	*-0.15732	أمراض

* الفروق دال احصائياً عند مستوى دلالة 0.05

من خلال الجدول تبين أن عدم وجود فروق بين الذين سبب بترهم الحروب مقارنة مع الذين سبب بترهم حوادث، كما تبين وجود فروق بين الذين سبب بترهم الحروب مقارنة مع سبب بترهم أمراض ولصالح الذين بترهم أمراض، كما وتبين أيضاً وجود فروق بين الذين سبب بترهم حوادث مقارنة مع الذين سبب بترهم أمراض ولصالح الذين سبب بترهم أمراض.

ويعزو الباحث تلك النتيجة إلى أنّ وهم الأطراف يوجد بشكل أكبر عند حالات البتر الناتج عن الأمراض، وذلك لعدم التقبل أو التكيف مع الوضع المترتب على عملية البتر الجراحي، وتتفق مع هذه النتيجة دراسة (Couture, Others, 2012) التي دلّت على تعقيد عملية

التأقلم لحالات البتر السفلي نتيجة لأمراض الأوعية الدموية، ولكن اختلفت مع ما ذكرته نتائج دراسة (Marisol A, Others, 2009).

الفرض السادس من فروض الدراسة الذي ينص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى وهم الأطراف لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في مستوى وهم الأطراف لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.14).

جدول (5.14): يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للتعرف على الفروق في

مستوى وهم الأطراف لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

الدلالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار (f)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
دال احصائياً	0.000	16.580	1.486	2	2.972	بين المجموعات	الدرجة الكلية لمستوى وهم الأطراف
			0.089	124	11.113	داخل المجموعات	
				126	14.085	المجموع	

• قيمة f الجدولية عند درجة حرية "2، 124" ومستوى دلالة 0.05 تساوي 3.06

تبيّن من الجدول أن القيمة الاحتمالية (.Sig) للدرجة الكلية لمستوى وهم الأطراف تساوي (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وقيمة f المحسوبة تساوي (16.580)، وهي أقل من قيمة f الجدولية والتي تساوي (3.06) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى وهم الأطراف لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وللتعرف على الفروق لصالح من تكون تم استخدام اختبار LSD والنتائج حسب الجدول التالي.

جدول (5.15): نتائج LSD للمقارنات الثنائية

غير ذلك	متزوج	أعزب	
			أعزب
		-*0.13125	متزوج
	-0.04123	-0.09214	غير ذلك

* الفروق دال احصائياً عند مستوى دلالة 0.05

من خلال الجدول تبين أن وجود فروق بين الذين هم غير متزوجين مقارنة مع الذين هم متزوجين ولصالح المتزوجين، كما تبين عدم وجود فروق بين الذين هم الغير متزوجين مقارنة مع الذين هم غير ذلك، كما وتبين أيضاً عدم وجود فروق بين الذين هم متزوجين، مقارنة مع الذين الذين هم غير ذلك.

ويفسر البحث هذه النتيجة بأن المتزوجين هم الأكثر تأثراً بوهم الأطراف نظراً للأعباء الاجتماعية والنفسية الملقاة على عاتقهم بعد حدوث البتر وكيف هي نظرة الأسرة له بالوضع الجديد، والدور الوظيفي السابق له في الحياة اليومية يجعله يسترجع خبراته نحو الطرف المبتور، ولم يجد الباحث دراسات تتفق مع الدراسة الحالية لأنها تقدرت بمتغيراتها، ولكن اختلفت مع دراسة (أبو القمصان، 2016م) في عدم وجود فروق بنمو ما بعد الصدمة لدى حالات البتر يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

5. النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس وتفسيرها:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات البتر تُعزى للمتغيرات (الجنس ، العمر ، مكان البتر بالجسم ، مدة البتر، سبب البتر، الحالة الاجتماعية) ؟

ولإجابة عن هذا التساؤل تحقق الباحث من ست فرضيات وهي كما يلي:

الفرض الأول من فروض الدراسة الذي ينص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير الجنس.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار t للعينتين المستقلتين لاختبار الفروق مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات البتر تُعزى لمتغير الجنس، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.16).

جدول (5.16): نتائج اختبار T للعينتين المستقلتين (Independent Samples T Test) للتعرف

على الفروق مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات البتر تُعزى لمتغير الجنس

الانفعالات النفسية	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار (t)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الدلالة الاحصائية
الغضب	ذكر	110	2.49	0.342	2.454	0.000	دال احصائياً
	أنثى	16	2.28	0.399			
الخجل	ذكر	110	2.23	0.333	3.088	0.000	دال احصائياً
	أنثى	16	2.49	0.414			
القلق	ذكر	110	2.32	0.41	2.436	0.000	دال احصائياً
	أنثى	16	2.57	0.48			
الدرجة الكلية لمستوى الانفعالات النفسية	ذكر	110	2.3	0.339	2.346	0.000	دال احصائياً
	أنثى	16	2.5	0.408			

• قيمة t الجدولية عند درجة حرية "124" ومستوى دلالة 0.05 تساوي ± 1.96

تبيّن من الجدول أن القيمة الاحتمالية (.Sig) للدرجة الكلية لمستوى الانفعالات النفسية تساوي (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وقيمة t المحسوبة تساوي (2.346) وهي أكبر من قيمة t الجدولية والتي تساوي (1.96) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات البتر تُعزى لمتغير الجنس و من خلال المتوسطات بان الفروق لصالح الإناث. أما بالنسبة لبعد الغضب من خلال المتوسطات كانت الفروق لصالح الذكور، وفي بعد الخجل والقلق فقد تبين من خلال المتوسطات بأن الفروق لصالح الإناث.

ويعزو الباحث تلك النتيجة إلى اختلاف الأوضاع التي تعرض لها كلاً من الجنسين وما نتج عن هذه المعاناة من اضطرابات وتغيرات جسمية لكلا الجنسين ، و اتفقت النتيجة مع دراسة (آدم 2010) التي أشارت نتائجها إلى وجود فروق بين الجنسين في أدايم على مقياس سمة القلق لصالح الإناث وعلى مقياس سمة الغضب لصالح الذكور، ولا شك أن المعاناة والظروف القاسية لدى الجنسين متشابهة وكلاهما تعرض للبتر وفقد جزء من أجزاء جسمه وبالتالي تحدث تغيرات في شكل الجسم يترتب عليها بعض الانفعالات المصاحبة مثل القلق والغضب الخ، ولكن الإناث تختلف عن الذكور في شدة الانفعالات والناحية العاطفية، وقد اتفقت تلك النتيجة مع نتيجة دراسة (الشبيون، 2007) حيث أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في القلق بوصفه سمة وذلك لصالح الإناث، وكذلك اتفقت مع

دراسة (Hawamdeh Z, Others,2008) التي أظهرت ارتفاع معدل انتشار الأعراض النفسية لصالح الإناث، واتفقت أيضاً مع دراسة (بودي، 2013م) حيث أظهرت نتائجها أن نسبة القلق عند الإناث أعلى منها عند الذكور، واتفقت مع دراسة (العنزي، 2013م) التي أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية على مقياس الخجل لصالح الإناث وجاءت تلك النتيجة أيضاً مختلفة مع دراسة (شبرم، 2013م) التي بينت أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الخجل لدى الطلبة المعاقين حركياً تبعاً للجنس (ذكوراً- إناثاً)، وأيضاً اختلفت مع دراسة (وادي، 2016م) والتي أظهرت عدم وجود فروق في الجنس على مقياس مكونات انفعال الغضب.

الفرض الثاني من فروض الدراسة الذي ينص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الانفعالات النفسية (الغضب، الخجل، القلق) لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير العمر.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في مستوى وهم الأطراف لدى حالات البتر تُعزى لمتغير العمر، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.17).

جدول (5.17): نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للتعرف على الفروق في مستوى

الانفعالات النفسية (الغضب، الخجل، القلق) لدى حالات البتر تُعزى لمتغير العمر

الانفعالات النفسية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة الاختبار (f)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الدلالة الاحصائية
الغضب	بين المجموعات	3.277	2	1.639	11.955	0.000	دال احصائياً
	داخل المجموعات	16.858	123	0.137			
	المجموع	20.135	125				
الخجل	بين المجموعات	3.387	2	1.694	17.820	0.000	دال احصائياً
	داخل المجموعات	11.689	123	0.095			
	المجموع	15.076	125				
القلق	بين المجموعات	4.11	2	2.055	14.255	0.000	دال احصائياً
	داخل المجموعات	17.732	123	0.144			
	المجموع	21.842	125				
الدرجة الكلية لمستوى الانفعالات النفسية	بين المجموعات	1.027	2	0.514	4.493	0.000	دال احصائياً
	داخل المجموعات	14.059	123	0.114			
	المجموع	15.086	125				

• قيمة f الجدولية عند درجة حرية "2، 123" ومستوى دلالة 0.05 تساوي 3.06

تبيّن من الجدول أن القيمة الاحتمالية (Sig.) للدرجة الكلية لمستوى الانفعالات النفسية تساوي (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وقيمة f المحسوبة تساوي (4.493)، وهي أقل من قيمة f الجدولية والتي تساوي (3.06) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات البتر تُعزى لمتغير العمر وكذلك في جميع المجالات، وللتعرف على الفروق لصالح من تكون تم استخدام اختبار LSD والنتائج حسب الجدول التالي.

جدول (5.18): نتائج LSD للمقارنات الثنائية

الانفعالات النفسية	العمر	30-15	45-31
الغضب	30-15		
	45-31	0.11234	
	62-46	*0.16278	0.10230
الخجل	30-15		
	45-31	0.04321	
	62-46	*0.15333	0.97412
القلق	30-15		
	45-31	0.11198	
	62-46	*0.17231	0.04321
الدرجة الكلية للانفعالات النفسية	30-15		
	45-31	0.12345	
	62-46	*0.22341	0.09653

* الفروق دال احصائيا عند مستوى دلالة 0.05

من خلال الجدول تبين التالي:

بالنسبة لبُعد الغضب: تبين أن عدم وجود فروق بين الذين أعمارهم تتراوح من (15-30) سنة مقارنة مع الذين أعمارهم من (31-45)، كما تبين وجود فروق بين الذين أعمارهم تتراوح من (15-30) سنة مقارنة مع الذين أعمارهم من (46-62) ولصالح الذين أعمارهم من (15-30)، كما وتبين أيضا عدم وجود فروق بين الذين أعمارهم تتراوح من (31-45) سنة مقارنة مع الذين أعمارهم من (46-62).

بالنسبة لبعد الخجل: تبين أن عدم وجود فروق بين الذين أعمارهم تتراوح من (15-30) سنة مقارنة مع الذين أعمارهم من (31-45)، كما تبين وجود فروق بين الذين أعمارهم تتراوح من (15-30) سنة مقارنة مع الذين أعمارهم من (46-62) ولصالح الذين أعمارهم من (15-30)، كما وتبين أيضا عدم وجود فروق بين الذين أعمارهم تتراوح من (31-45) سنة مقارنة مع الذين أعمارهم من (46-62).

بالنسبة لبعد القلق: تبين أن عدم وجود فروق بين الذين أعمارهم تتراوح من (15-30) سنة مقارنة مع الذين أعمارهم من (31-45)، كما تبين وجود فروق بين الذين أعمارهم تتراوح من (15-30) سنة مقارنة مع الذين أعمارهم من (46-62) ولصالح الذين أعمارهم من (15-30)، كما وتبين أيضا عدم وجود فروق بين الذين أعمارهم تتراوح من (31-45) سنة مقارنة مع الذين أعمارهم من (46-62).

بالنسبة للدرجة الكلية للانفعالات النفسية: تبين أن عدم وجود فروق بين الذين أعمارهم تتراوح من (15-30) سنة مقارنة مع الذين أعمارهم من (31-45)، كما تبين وجود فروق بين الذين أعمارهم تتراوح من (15-30) سنة مقارنة مع الذين أعمارهم من (46-62) ولصالح الذين أعمارهم من (15-30)، كما وتبين أيضا عدم وجود فروق بين الذين أعمارهم تتراوح من (15-30) سنة مقارنة مع الذين أعمارهم من (46-62).

ويرى الباحث أن المرحلة العمرية (15-30)، هي مرحلة المراهقة والشباب ويكون فيها تغيرات فسيولوجية وانفعالية متعلقة بالنظرة المستقبلية للواقع الجديد، وصورة الجسم كيف ستكون، وهذه الفئة أكثر تأثراً بصدمة البتر بحيث تُسهم في ارتفاع درجة الانفعالات النفسية بأبعادها، وانفقت هذه النتيجة مع دراسة (Rajiv singah, et al, 2009)، وكذلك ارتفاع نسبة الغضب لدى حالات البتر في مرحلة الشباب حيث جاء التفسير متفقاً مع دراسة (حلمي، 2014م) التي بينت أن من أبرز أسباب غضب الشباب، معاملة الشاب أنه لا زال طفلاً، وانتهاك خصوصيته وافتحامها، والسخرية منه ومن أفعاله، و لكن اختلفت مع دراسة (Kazemi, Others, 2013)، في حين أن حالات البتر ضمن الفئة العمرية (31-45) و(46-62) لم يسجلوا تأثراً ملحوظاً على مقياس الانفعالات النفسية، وذلك يرجع لمستوى النضج الانفعالي والخبرات السابقة المكتسبة التي تُسهم في توازن الانفعالات، واختلفت النتيجة مع دراسة (القر، 2015م) التي أظهرت عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين خبرات البتر وقلق الموت، واختلفت مع دراسة (كرميان، 2007م).

الفرض الثالث من فروض الدراسة الذي ينص على:
لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات البتر تُعزى لمتغير مكان البتر بالجسم.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات البتر تُعزى لمتغير مكان البتر بالجسم، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.19)

جدول (5.19): نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للتعرف على الفروق في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات البتر تُعزى لمتغير مكان البتر

الانفعالات النفسية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة الاختبار (f)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الدلالة الاحصائية
الغضب	بين المجموعات	2.296	2	1.148	7.495	0.000	دال احصائياً
	داخل المجموعات	18.839	123	0.153			
	المجموع	21.135	125				
الخشى	بين المجموعات	1.06	2	0.530	4.651	0.000	دال احصائياً
	داخل المجموعات	14.016	123	0.114			
	المجموع	15.076	125				
القلق	بين المجموعات	1.163	2	0.582	3.459	0.000	دال احصائياً
	داخل المجموعات	20.679	123	0.168			
	المجموع	21.842	125				
الدرجة الكلية لمستوى الانفعالات النفسية	بين المجموعات	1.128	2	0.564	4.970	0.000	دال احصائياً
	داخل المجموعات	13.958	123	0.113			
	المجموع	15.086	125				

• قيمة f الجدولية عند درجة حرية "2، 132" ومستوى دلالة 0.05 تساوي 3.06

تبيّن من الجدول أن القيمة الاحتمالية (.Sig) للدرجة الكلية لمستوى الانفعالات النفسية تساوي (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وقيمة f المحسوبة تساوي (4.970)، وهي أقل من قيمة f الجدولية والتي تساوي (3.06) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات البتر تُعزى

لمتغير مكان البتر، وللتعرف على الفروق لصالح من تكون تم استخدام اختبار LSD والنتائج حسب الجدول التالي.

جدول (5.20): نتائج LSD للمقارنات الثنائية

الانفعالات النفسية	مكان البتر	العلوي	السفلي
الغضب	العلوي		
	السفلي	*0.17435	
	الاثنين معا	0.03423	*-0.15631
الخجل	العلوي		
	السفلي	*0.18654	
	الاثنين معا	0.97765	*-0.14533
القلق	العلوي		
	السفلي	*0.15743	
	الاثنين معا	0.00453	*-0.16732
الدرجة الكلية للانفعالات النفسية	العلوي		
	السفلي	*0.17435	
	الاثنين معا	0.02314	*-0.15332

* الفرق دال احصائيا عند مستوى دلالة 0.05

من خلال الجدول تبين التالي:

بالنسبة لبعد الغضب: وجود فروق بين الذين لديهم حالات بتر علوية مقارنة مع الذين لديهم حالت بتر سفلية ولصالح الذين لديهم حالات البتر العلوية، كما تبين عدم وجود فروق بين الذين لديهم حالات بتر علوية مقارنة مع الذين لديهم حالات بتر في الجزأين العلوي والسفلي معا، كما وتبين أيضاً وجود فروق بين الذين لديهم حالات بتر سفلية مقارنة مع الذين لديهم حالات بتر في الجزأين العلوي والسفلي معا ولصالح الجزأين العلوي والسفلي.

بالنسبة لبعد الخجل: وجود فروق بين الذين لديهم حالات بتر علوية مقارنة مع الذين لديهم حالت بتر سفلية ولصالح الذين لديهم حالات البتر العلوية، كما تبين عدم وجود فروق بين الذين لديهم حالات بتر علوية مقارنة مع الذين لديهم حالات بتر في الجزأين العلوي والسفلي معا، كما وتبين أيضاً وجود فروق بين الذين لديهم حالات بتر سفلية مقارنة مع الذين لديهم حالات بتر في الجزأين العلوي والسفلي معا ولصالح الجزأين العلوي والسفلي.

بالنسبة لبعد القلق: وجود فروق بين الذين لديهم حالات بتر علوية مقارنة مع الذين لديهم حالات بتر سفلية ولصالح الذين لديهم حالات البتر العلوية، كما تبين عدم وجود فروق بين الذين لديهم حالات بتر علوية مقارنة مع الذين لديهم حالات بتر في الجزأين العلوي والسفلي معا، كما وتبين أيضا وجود فروق بين الذين لديهم حالات بتر سفلية مقارنة مع الذين لديهم حالات بتر في الجزأين العلوي والسفلي معا ولصالح الجزأين العلوي والسفلي.

بالنسبة للدرجة الكلية للانفعالات النفسية: وجود فروق بين الذين لديهم حالات بتر علوية مقارنة مع الذين لديهم حالات بتر سفلية ولصالح الذين لديهم حالات البتر العلوية، كما تبين عدم وجود فروق بين الذين لديهم حالات بتر علوية مقارنة مع الذين لديهم حالات بتر في الجزأين العلوي والسفلي معا، كما وتبين أيضا وجود فروق بين الذين لديهم حالات بتر سفلية مقارنة مع الذين لديهم حالات بتر في الجزأين العلوي والسفلي معا ولصالح الجزأين العلوي والسفلي.

يستخلص الباحث أن الانفعالات النفسية بجميع أبعادها سجلت درجات أعلى لدى حالات البتر العلوي، ولم يتأثر مبتوري الأطراف السفلية، وجاءت الفروق أيضاً لصالح البتر السفلي والعلوي معاً مقارنة بالبتر السفلي وجاءت النتيجة متفكّة مع دراسة (Rajiv singah, et al, 2009)، ولأن الأداء الوظيفي لحالات البتر العلوي والبتر المزوج في الحياة اليومية يتأثر بشكل مباشر لاسيما أن الأطراف الالكترونية المتوفرة في قطاع غزة ليست مواكبة للتطور التكنولوجي الحديث حتى يستقل الشخص ذاتياً واجتماعياً، الأمر الذي يزيد من درجة الانفعالات النفسية المتمثلة بـ(الغضب، الخجل، القلق) ولكن بنسب متفاوتة، ومن الجدير ذكره أن المساندة الاجتماعية ودعم الأقران والبرامج الإرشادية تُسهم كثيراً في خفض حدة الانفعالات كما ذكرت دراسة سابقة وهي (Srivastava K, & Chaudhury S, 2014)، واختلفت مع دراسة (القرأ، 2015م) التي أظهرت الفروق لصالح حالات البتر السفلي.

الفرض الرابع من فروض الدراسة الذي ينص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات البتر تُعزى لمتغير مدة البتر.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات البتر تُعزى لمتغير مدة البتر، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.21).

جدول (5.21): نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للتعرف على الفروق في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير مدة البتر

الانفعالات النفسية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة الاختبار (f)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الدلالة الاحصائية
الغضب	بين المجموعات	2.996	2	1.498	10.158	0.000	دال احصائياً
	داخل المجموعات	18.139	123	0.147			
	المجموع	21.135	125				
الخلج	بين المجموعات	1.629	2	0.815	7.450	0.000	دال احصائياً
	داخل المجموعات	13.447	123	0.109			
	المجموع	15.076	125				
القلق	بين المجموعات	2.312	2	1.156	7.673	0.000	دال احصائياً
	داخل المجموعات	18.53	123	0.151			
	المجموع	20.842	125				
الدرجة الكلية لمستوى الانفعالات النفسية	بين المجموعات	1.573	2	0.787	7.159	0.000	دال احصائياً
	داخل المجموعات	13.513	123	0.110			
	المجموع	15.086	125				

• قيمة f الجدولية عند درجة حرية "2، 123" ومستوى دلالة 0.05 تساوي 3.06

تبين من الجدول أن القيمة الاحتمالية (.Sig) للدرجة الكلية لمستوى الانفعالات النفسية تساوي (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وقيمة f المحسوبة تساوي (7.159)، وهي أقل من قيمة f الجدولية والتي تساوي (3.06) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات البتر تُعزى لمتغير مدة البتر، وللتعرف على الفروق لصالح من تكون تم استخدام اختبار LSD والنتائج حسب الجدول التالي.

جدول (5.22): نتائج LSD للمقارنات الثنائية

الانفعالات النفسية	مدة البتر	سنة فأقل	5_1
الغضب	سنة فأقل		
	5_1		*0.19415
	5 سنوات فأكثر		*0.18541
الخلج	سنة فأقل		0.12312
	5_1		*0.20345

5_1	سنة فأقل	مدة البتر	الانفعالات النفسية
0.10322	*0.22312	5 سنوات فأكثر	القلق
		سنة فأقل	
	*0.19415	5_1	
0.12312	*0.18541	5 سنوات فأكثر	الدرجة الكلية للانفعالات النفسية
		سنة فأقل	
	*0.23141	5_1	
0.12563	*0.19321	5 سنوات فأكثر	

* الفرق دال احصائيا عند مستوى دلالة 0.05

ومن خلال الجدول تبين التالي:

بالنسبة لبعد الغضب: وجود فروق بين الذين مدة بترهم تتراوح من أقل من سنة مقارنة مع الذين مدة بترهم من (1- 5) سنوات ولصالح الذين أقل من سنة، كما تبين وجود فروق بين الذين مدة بترهم تتراوح من أقل من سنة مقارنة مع الذين مدة بترهم من (1- 5) سنوات ولصالح الذين مدة بترهم أقل من سنة، كما وتبين أيضا عدم وجود فروق بين الذين مدة بترهم تتراوح من (1- 5) سنوات مقارنة مع الذين مدة بترهم من أكثر من (5) سنوات.

بالنسبة لبعد الخجل: وجود فروق بين الذين مدة بترهم تتراوح من أقل من سنة مقارنة مع الذين مدة بترهم من (1- 5) سنوات ولصالح الذين أقل من سنة، كما تبين وجود فروق بين الذين مدة بترهم تتراوح من أقل من سنة مقارنة مع الذين مدة بترهم من (1- 5) سنوات ولصالح الذين مدة بترهم أقل من سنة، كما وتبين أيضا عدم وجود فروق بين الذين مدة بترهم تتراوح من (1- 5) سنوات مقارنة مع الذين مدة بترهم من أكثر من (5) سنوات.

بالنسبة لبعد القلق: وجود فروق بين الذين مدة بترهم تتراوح من أقل من سنة مقارنة مع الذين مدة بترهم من (1- 5) سنوات ولصالح الذين أقل من سنة، كما تبين وجود فروق بين الذين مدة بترهم تتراوح من أقل من سنة مقارنة مع الذين مدة بترهم من (1- 5) سنوات ولصالح الذين مدة بترهم أقل من سنة، كما وتبين أيضا عدم وجود فروق بين الذين مدة بترهم تتراوح من (1- 5) سنوات مقارنة مع الذين مدة بترهم من أكثر من (5) سنوات.

بالنسبة للدرجة الكلية للانفعالات النفسية: وجود فروق بين الذين مدة بترهم تتراوح من أقل من سنة مقارنة مع الذين مدة بترهم من (1- 5) سنوات ولصالح الذين أقل من سنة، كما تبين وجود فروق بين الذين مدة بترهم تتراوح من أقل من سنة مقارنة مع الذين مدة بترهم

من (1- 5) سنوات ولصالح الذين مدة بترهم أقل من سنة، كما وتبين أيضا عدم وجود فروق بين الذين مدة بترهم تتراوح من (1- 5) سنوات مقارنة مع الذين مدة بترهم من أكثر من (5) سنوات.

ويخلص الباحث مما سبق إلى أن درجة النفسية المتمثلة بـ(الغضب، الخجل، القلق) كانت مرتفعة لدى الأشخاص الذين تعرضوا لصدمة البتر خلال سنة فأقل مضت على بترهم، ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى الارتباك والصدمة النفسية، والخوف من المستقبل الوظيفي والاجتماعي وعدم التكيف بعد مع الوضع الجديد، وهذا التفسير يتفق مع ما توصلت إليه دراسة (Hawamdeh Z, Others, 2008)، ودراسة (Durmus D, Others, 2015)، كما وتشير دراسة (Srivastava K, & Chaudhury S, 2014) بأن التدخلات الاكلينيكية والنفسية في وقت مبكر بعد حدوث البتر له أثر كبير في انخفاض معدل الانفعالات والصدمة النفسية.

الفرض الخامس من فروض الدراسة الذي ينص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات البتر تُعزى لمتغير سبب البتر.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير سبب البتر، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.23)

جدول (5.23): نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للتعرف على الفروق في مستوى

الانفعالات النفسية لدى حالات بتر الأطراف تُعزى لمتغير سبب البتر

الانفعالات النفسية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة الاختبار (f)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الدلالة الاحصائية
الغضب	بين المجموعات	3.015	2	1.508	10.831	0.000	دال احصائياً
	داخل المجموعات	17.12	123	0.139			
	المجموع	20.135	125				
الخجل	بين المجموعات	2.186	2	1.093	10.430	0.000	دال احصائياً
	داخل المجموعات	12.89	123	0.105			
	المجموع	15.076	125				
القلق	بين المجموعات	4.285	2	2.143	15.010	0.000	دال احصائياً
	داخل المجموعات	17.557	123	0.143			
	المجموع	21.842	125				

الانفعالات النفسية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة الاختبار (f)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الدلالة الاحصائية
الدرجة الكلية لمستوى الانفعالات النفسية	بين المجموعات	1.128	2	0.564	4.638	0.000	دال احصائياً
	داخل المجموعات	14.958	123	0.122			
	المجموع	16.086	125				

• قيمة f الجدولية عند درجة حرية "2، 123" ومستوى دلالة 0.05 تساوي 3.06

تبيّن من الجدول أن القيمة الاحتمالية (.Sig) للدرجة الكلية لمستوى الانفعالات النفسية تساوي (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وقيمة f المحسوبة تساوي (4.638)، وهي أكبر من قيمة f الجدولية والتي تساوي (3.06) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات البتر تُعزى لمتغير سبب البتر، وللتعرف على الفروق لصالح من تكون تم استخدام اختبار LSD والنتائج حسب الجدول التالي.

جدول (5.24): نتائج LSD للمقارنات الثنائية

الانفعالات النفسية	سبب البتر	حروب	حوادث
الغضب	حروب		
	حوادث	-*0.22213	
	أمراض	-0.12634	-*0.18919
الخجل	حروب		
	حوادث	-0.01210	
	أمراض	-*0.17654	-*0.16543
القلق	حروب		
	حوادث	-0.11210	
	أمراض	-*0.16754	-*0.15431
الدرجة الكلية للانفعالات النفسية	حروب		
	حوادث	-0.00231	
	أمراض	-*0.16542	-*0.17542

* الفروق دال احصائياً عند مستوى دلالة 0.05

من خلال الجدول تبين التالي:

بالنسبة لبُعد الغضب: وجود فروق بين الذين سبب بترهم الحروب مقارنة مع الذين سبب بترهم حوادث ولصالح حالات الحوادث، كما تبين عدم وجود فروق بين الذين سبب بترهم الحروب مقارنة مع سبب بترهم أمراض، كما وتبين أيضاً وجود فروق بين الذين سبب بترهم حوادث مقارنة مع الذين سبب بترهم أمراض ولصالح الذين بترهم أمراض.

بالنسبة لبُعد الخجل: عدم وجود فروق بين الذين سبب بترهم الحروب مقارنة مع الذين سبب بترهم حوادث، كما تبين وجود فروق بين الذين سبب بترهم الحروب مقارنة مع سبب بترهم أمراض ولصالح الذين بترهم أمراض، كما وتبين أيضاً وجود فروق بين الذين سبب بترهم حوادث مقارنة مع الذين سبب بترهم أمراض ولصالح الذين بترهم أمراض.

بالنسبة لبُعد القلق: عدم وجود فروق بين الذين سبب بترهم الحروب مقارنة مع الذين سبب بترهم حوادث، كما تبين وجود فروق بين الذين سبب بترهم الحروب مقارنة مع سبب بترهم أمراض ولصالح الذين بترهم أمراض، كما وتبين أيضاً وجود فروق بين الذين سبب بترهم حوادث مقارنة مع الذين سبب بترهم أمراض ولصالح الذين بترهم أمراض.

بالنسبة للدرجة الكلية للانفعالات النفسية: عدم وجود فروق بين الذين سبب بترهم الحروب مقارنة مع الذين سبب بترهم حوادث، كما تبين وجود فروق بين الذين سبب بترهم الحروب مقارنة مع سبب بترهم أمراض ولصالح الذين بترهم أمراض، كما وتبين أيضاً وجود فروق بين الذين سبب بترهم حوادث مقارنة مع الذين سبب بترهم أمراض ولصالح الذين بترهم أمراض.

ويستخلص الباحث من تلك النتائج أن الفروق جاءت لصالح الأمراض بالدرجة الأولى وبليها الحوادث ومن ثم الحروب، و هذا يدل على أن البتر الجراحي الناتج عن الأمراض المتمثلة بتلف الأوعية الدموية أو السكري يزيد مستوى الانفعالات النفسية مثل الغضب والخجل والقلق، وذلك لعدم التقبل أو التكيف أو الرفض للواقع الجديد مع البتر، واتفقت النتيجة مع دراسة (Couture, Others, 2012) حيث استنتجت الدراسة أن استراتيجيات التأقلم المستخدمة في التعامل مع بتر الأطراف فيما يبدو تختلف باختلاف البيئات، وبالتالي يدل على تعقيد عملية التأقلم لحالات البتر السفلي نتيجة لأمراض الأوعية الدموية، وأظهرت نتيجة المقارنات أن البتر الناتج عن الحوادث يأتي في الدرجة الثانية أو المتوسطة من حيث وجود الانفعالات لدى حالات البتر لأن الأمر يعود لبُعد القضاء والقدر وخارج نطاق الإرادة كحوادث الطرق أو السقوط من علو أو اصابات العمل، فدرجة الايمان والرضا تلعب دوراً كبيراً في خفض حدة الانفعالات بأبعادها، وجاءت النتيجة متفقة مع دراسة (Cavanagh SR, Others, 2006)

التي أشارت إلى أن البتر الناتج عن حادث عرضي قد يؤدي إلى ارتفاع معدل اضطراب ما بعد الصدمة، ولكن بشكل جزئي بسبب الضغط النفسي الذي يترتب على الحادث، وفي المستوى الأخير جاءت الانفعالات منخفضة لدى حالات البتر الناتج عن الحروب، ويفسر الباحث ذلك بوجود مساندة اجتماعية عالية، وتعزيز ودعم نفسي مستمر من بداية الإصابة، كذلك البعد الديني والايمان بالصير على الابتلاء واليقين على الله تعالى بأن الجزء المبتور قد سبق إلى الجنة، وافتقت النتيجة مع دراسة (أبو القمصان، 2016)، ودراسة (القرأ، 2015م).

الفرض السادس من فروض الدراسة الذي ينص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات البتر تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات البتر تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، والنتائج مبينة في جدول رقم (5.25)

جدول (5.25): نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للتعرف على الفروق في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات البتر تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

الانفعالات النفسية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة الاختبار (f)	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الدلالة الاحصائية
الغضب	بين المجموعات	1.104	2	0.552	3.390	0.000	دال احصائياً
	داخل المجموعات	20.031	123	0.163			
	المجموع	21.135	125				
الخلج	بين المجموعات	3.05	2	1.525	15.597	0.000	دال احصائياً
	داخل المجموعات	12.026	123	0.098			
	المجموع	15.076	125				
القلق	بين المجموعات	1.203	2	0.602	3.585	0.000	دال احصائياً
	داخل المجموعات	20.638	123	0.168			
	المجموع	21.841	125				
الدرجة الكلية لمستوى الانفعالات النفسية	بين المجموعات	2.185	2	1.093	10.416	0.000	دال احصائياً
	داخل المجموعات	12.901	123	0.105			
	المجموع	15.086	125				

• قيمة f الجدولية عند درجة حرية "2، 123" ومستوى دلالة 0.05 تساوي 3.06

تبين من الجدول أن القيمة الاحتمالية (Sig.) للدرجة الكلية لمستوى الانفعالات النفسية تساوي (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وقيمة f المحسوبة تساوي (10.416)، وهي أكبر من قيمة f الجدولية والتي تساوي (3.06) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات البتر تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وللتعرف على الفروق لصالح من تكون تم استخدام اختبار LSD والنتائج حسب الجدول التالي.

جدول(5.26): نتائج LSD للمقارنات الثنائية

الانفعالات النفسية	الحالة الاجتماعية	أعزب	متزوج
الغضب	أعزب		
	متزوج	-*0.17254	
	غير ذلك	-0.00924	-0.11159
الخجل	أعزب		
	متزوج	-*0.24312	
	غير ذلك	-0.12214	-0.13123
القلق	أعزب		
	متزوج	-*0.16875	
	غير ذلك	-0.08765	-0.04123
الدرجة الكلية للانفعالات النفسية	أعزب		
	متزوج	-*0.19125	
	غير ذلك	-0.07654	-0.03212

* الفروق دال احصائيا عند مستوى دلالة 0.05

من خلال الجدول تبين التالي:

بالنسبة لبعد الغضب: وجود فروق بين الذين هم الغير متزوجين مقارنة مع الذين هم متزوجين ولصالح المتزوجين، كما تبين عد وجود فروق بين الذين هم الغير متزوجين مقارنة مع الذين هم غير ذلك، كما وتبين أيضا عدم وجود فروق بين الذين هم متزوجين، مقارنة مع الذين هم غير ذلك.

بالنسبة لبعد الخجل: وجود فروق بين الذين هم الغير متزوجين مقارنة مع الذين هم متزوجين ولصالح المتزوجين، كما تبين عد وجود فروق بين الذين هم الغير متزوجين مقارنة مع

الذين هم غير ذلك، كما وتبين أيضا عدم وجود فروق بين الذين هم متزوجين، مقارنة مع الذين هم غير ذلك.

بالنسبة لبعد القلق: وجود فروق بين الذين هم الغير متزوجين مقارنة مع الذين هم متزوجين ولصالح المتزوجين، كما تبين عد وجود فروق بين الذين هم الغير متزوجين مقارنة مع الذين هم غير ذلك، كما وتبين أيضا عدم وجود فروق بين الذين هم متزوجين، مقارنة مع الذين هم غير ذلك.

بالنسبة للدرجة الكلية للانفعالات النفسية: وجود فروق بين الذين هم الغير متزوجين مقارنة مع الذين هم متزوجين ولصالح المتزوجين، كما تبين عدم وجود فروق بين الذين هم الغير متزوجين مقارنة مع الذين هم غير ذلك، كما وتبين أيضا عدم وجود فروق بين الذين هم متزوجين، مقارنة مع الذين هم غير ذلك.

تبين من جدول المقارنات أن الفروق في الانفعالات النفسية بأبعادها جاءت لصالح المتزوجين في مثير الحالة الاجتماعية، ويفسر الباحث ذلك بالواقع الجديد الذي سيعيشه الشخص مع البتر وصعوبة التأقلم والتكيف داخل الأسرة والمجتمع المحيط من حيث الاستقلالية الذاتية خلل في جودة الحياة، مما يضطر هذا الشخص للجوء وطلب المساعدة ممن حوله، وكذلك التفكير في الوضع الاقتصادي والمستقبل الوظيفي يزيد من حدة الانفعالات النفسية لا سيما انفعال الغضب، واختلفت النتيجة مع دراسة (القرأ، 2015م)، ودراسة (أبو القمصان، 2016م).

5.4 تعقيب عام على نتائج الدراسة:

في الدراسة الحالية تم الكشف عن مستوى وهم الأطراف والانفعالات النفسية وعلاقة كل منهما ببعض، وكذلك علاقة كل منهما ببعض المتغيرات الديموغرافية، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وقام أيضاً باستخدام أداة الدراسة من إعدادة وهي مقياسي وهم الأطراف والانفعالات النفسية.

وقد اتضح في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية:

1. بلغ الوزن النسبي لمستوى الانفعالات النفسية (79.33%) وهو يُعدُّ مرتفعاً حسب المحك المعتمد في الدراسة.
2. بلغ الوزن النسبي لمستوى وهم الأطراف (80.00%) وهو يُعدُّ أيضاً مرتفعاً حسب المحك المعتمد في الدراسة.
3. أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى وهم الأطراف لدى حالات البتر تُعزى لمتغير الجنس ومن خلال مقارنة المتوسطات تبين أن الفروق لصالح الذكور.
4. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى وهم الأطراف لدى حالات البتر تُعزى لمتغير العمر ومن خلال مقارنة المتوسطات تبين أن الفروق لصالح المرحلة العمرية (15-30).
5. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى وهم الأطراف لدى حالات البتر تُعزى لمتغير مكان البتر ومن خلال مقارنة المتوسطات تبين أن الفروق لصالح البتر العلوي، من ثم الجزأين العلوي والسفلي معاً.
6. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى وهم الأطراف لدى حالات البتر تُعزى لمتغير مدة البتر ومن خلال مقارنة المتوسطات تبين أن الفروق لصالح المدة (سنة فأقل).
7. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى وهم الأطراف لدى حالات البتر تُعزى لمتغير سبب البتر ومن خلال مقارنة المتوسطات تبين أن الفروق لصالح حالات البتر الناتج عن الأمراض.
8. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى وهم الأطراف لدى حالات البتر تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، ومن خلال مقارنة المتوسطات تبين أن الفروق لصالح المتروجين.

9. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الانفعالات النفسية لدى حالات البتر تُعزى لمتغير الجنس، ومن خلال مقارنة المتوسطات تبين أن الفروق لصالح الذكور في بُعد الغضب، وتبينت الفروق لصالح الاناث في بُعد الخجل وبُعد القلق.
10. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الانفعالات النفسية بأبعادها الثلاثة لدى حالات البتر تُعزى لمتغير العمر، ومن خلال مقارنة المتوسطات تبين أن الفروق لصالح الذين أعمارهم تتراوح من (15-30).
11. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الانفعالات النفسية بأبعادها الثلاثة لدى حالات البتر تُعزى لمتغير مكان البتر بالجسم، ومن خلال مقارنة المتوسطات تبين أن الفروق لصالح البتر العلوي، من ثم الجزأين العلوي والسفلي معاً.
12. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الانفعالات النفسية بأبعادها الثلاثة لدى حالات البتر تُعزى لمتغير مدة البتر، ومن خلال مقارنة المتوسطات تبين أن الفروق لصالح (سنة فأقل).
13. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الانفعالات النفسية بأبعادها الثلاثة لدى حالات البتر تُعزى لمتغير سبب البتر، ومن خلال مقارنة المتوسطات تبين أن الفروق لصالح الذين بترهم بسبب الأمراض، ومن ثم بسبب الحوادث والحروب على التوالي.
14. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الانفعالات النفسية بأبعادها الثلاثة لدى حالات البتر تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، ومن خلال مقارنة المتوسطات تبين أن الفروق لصالح المتزوجين.

5.5 توصيات الدراسة:

من خلال الاستفادة من الإطار النظري والدراسات السابقة، وفي ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية تقدم الباحث بجملة من التوصيات التي تفيد عينة الدراسة وكل الحالات التي مرت بهذه التجربة ، والقائمين على رعايتهم في المراكز المختلفة في المجتمع الفلسطيني والمتمثلة في النقاط التالية:

- ضرورة توفير الخدمات النفسية والإرشاد النفسي على مستوى المستشفيات والمراكز الصحية لمساعدة الشخص المصاب بالإعاقة الحركية المكتسبة خاصة ذوي البتر المكتسب في تحسين نظرته إلى نفسه، ومساعدته على التكيف بشكل ايجابي والتوافق مع الواقع الجديد الذي فرض عليه ليتحول إلى كتلة من الطاقة وليس الإعاقة.
- تسليط الضوء على ظاهرة وهم الأطراف والتعمق بدراستها من قبل الباحثين المختصين في الميدان الطبي والنفسي.
- تفعيل برامج المشاريع التشغيلية والتأهيل المهني لحالات البتر للوصول بهم للاستقلالية النفسية المجتمعية في حياتهم اليومية.
- ضرورة الالتزام بنصوص قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وقانون العمل الفلسطيني خاصة ما يتعلق بالزام صاحب العمل بتشغيل ما لا يقل عن 5% الأشخاص من ذوي الإعاقة.
- الاهتمام برياضة ذوي الإعاقة وتنمية مواهبهم وقدراتهم، كجزء من التأهيل الوظيفي الحركي بحيث تمنع العضلات المصابة من الضمور، و لما لها من أثر فعال في التفريغ النفسي والانفعالي.
- توفير أطراف صناعية إلكترونية مناسبة لحاجات ذوي البتر .
- الاهتمام بإعداد برامج إرشادية للتدريب على الاسترخاء والتحصين التدريجي للتقليل من حدة التوتر والغضب بعد التعرض لحالة البتر.
- توجيه اهتمام الباحثين للقيام بالمزيد من الدراسات فيما يخص المشكلات النفسية المتعددة عند الأشخاص الذين يتعرضون للبتر بأسبابه المختلفة.

5.6 دراسات مقترحة:

- تقدّم الباحث بالعديد من الدراسات المقترحة لتنمية وتطوير البحث العلمي وهي كما يلي:
- فاعلية برنامج ارشادي في التكيف مع صورة الجسم بعد حدوث البتر.
 - إجراء دراسة تجريبية تعتمد على تقنية الصور المخزنة في الذاكرة للتخفيف من الألم الوهمي، للتأكد من فاعلية هذه التقنية على الجانب الجسمي.
 - دراسة فاعلية برنامج في الرضا عن جودة الحياة للتخفيف من أعراض القلق لدى حالات البتر الاناث.
 - دراسة مدى تأثير أسلوب الحديث الإيجابي مع الذات في التخفيف من حدة الضغوط والانفعالات النفسية المختلفة.
 - برنامج لتنمية مهارة ضبط الانفعالات وعلاقتها بجودة الحياة لدى الشباب المبتورين.
 - التهيئة النفسية لدى حالات البتر الناتج عن الأمراض. (دراسة حالة)

المصادر والمراجع

المصادر والمراجع

القرآن الكريم (تَنْزِيلَ الْعَزِيزِ الرَّحِيمِ).

الأزدي، أبو داود سليمان بن الأشعث بن إسحاق بن بشير. (د.ت). سنن أبي داود، بيروت، لبنان: دار الكتاب العلمية.

البخاري، أبو عبد الله محمد بن إسماعيل. (د.ت). صحيح البخاري، بيروت، لبنان: دار السلام للنشر والتوزيع.

الترمذي، محمد بن عيسى بن سَوْرَة بن موسى بن الضحاك، السلمي. (د.ت). سنن الترمذي، الرياض: مكتبة المعارف للنشر والتوزيع.

أولاً: المراجع العربية:

إبراهيم، بدر. (2003م). مستوى التوجه نحو المستقبل وعلاقته ببعض الاضطرابات لدى الشباب الجامعي. المجلة المصرية للدراسات النفسية. 13 (38)، 16 - 25 .
إبراهيم، عبد الستار. (1991م) القلق قيود من الوهم (سلسلة كتاب الهلال). ع(485)، الأردن: دار الهلال.

إبراهيم، عبد الستار. (2011م). عين العقل- دليل المعالج النفسي للعلاج المعرفي الإيجابي، القاهرة: دار الأنجلو المصرية.

إبراهيم، عماد محمد. (1990م). دراسة للتفكير اللاعقلاني من حيث علاقته بالقلق والتوجه الشخصي لدى عينة من الشباب الجامعي (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية الآداب- جامعة الزقازيق، القاهرة.

أحمد محمد الأزغي. (2005م). مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية والدراسية أسبابها وسبل علاجها. ط1. دار الفكر العربي ، الأردن .

أحمد، سهير كامل. (2003م). الصحة النفسية والتوافق. ط2. الإسكندرية، مصر: مركز الإسكندرية للكتاب.

إحياء علوم الدين لأبي حامد الغزالي، م: 2، ص: 1054.

أخرس، نائل محمد؛ الشيخ، تاج السر عبدالله. (2007م). مدخل إلى علم النفس، الطبعة الأولى، الرياض: مكتبة الرشد.

آدم ، بسماء. (2010). أثر سمّي القلق والغضب على عمليات الذاكرة (التذكر ، الاسترجاع ، النسيان) ، (رسالة ماجستير غير منشورة)، قسم علم النفس - كلية التربية - جامعة دمشق.

أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف، وعريبات، أحمد عبد الحليم. (2012م). نظريات الإرشاد النفسي والتربوي. ط2. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

إسماعيل، محمد عماد الدين (1989م). *الطفل من الحمل إلى الرشد*. ط 1. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع .

الأشقر، سليمان عمر. (1419هـ). *الرسائل والرسالات*. ط 8. عمان: دار النفائس للنشر والتوزيع.

الديب، محمد علي. (1999م). *العلاقة بين تقدير الذات ومركز التحكم والانجاز الأكاديمي في ضوء حجم الأسرة وترتيب الطفل في الميلاد*. الجمعية المصرية للدارسات النفسية. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

السمري ، محمد مصطفى. (1997م). *الغضب وكيف عالجه الإسلام*، المجلة العربية، ع(243)، 42-45.

القاضي، وفاء محمد . (2009م). *قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة* (رسالة ماجستير). الجامعة الإسلامية، غزة.

المدھون ، عبد الكريم . (2003م). *المساندة الاجتماعية كما يدركها المعاقون حركياً وعلاقتها بالصحة النفسية في محافظة غزة*، مجلة الإرشاد النفسي، ع(18)، 137-174.

الأنصاري، أبو محمد عبد الله بن سعد بن أحمد بن أبي جمرة الأزدي الأندلسي. (1923م). *بهجة النفوس وتحطيتها بمعرفة ما لها وما عليها*. شرح مختصر صحيح البخاري، بيروت، لبنان: دار الكتب العلمية.

البخاري .صحيح البخاري، (كتاب الأدب) ، باب ما يجوز من الغضب والشدة لأمر الله تعالى . بدر الدين كمال عبده، محمد السيد حلاوة . (2001م). *رعاية المعوقين سمعياً وحركياً*، القاهرة: المكتب الجامعي الحديث.

البرزنجي، فاروق . (2007م). *الإنفعالات النفسية وعلاماتها البدنية في القرآن الكريم*. بكر، نبرين . (2001م). *فاعلية برنامج للضبط الذاتي في التحكم بالغضب ومركزية الضبط لدى عينة من طالبات الصف الأول الثانوي* (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الأردنية، الأردن .

بني يونس، محمد. (2004م). *مبادئ علم النفس*، الطبعة الأولى، عمان: دار الشروق للنشر.

بهاء الدين، السيد. (2008). الضغط النفسي "مشكلاته وأثره على الصحة النفسية". ط1، دار وفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

بودي، ابتسام بنت محمد. (2013م). قلق الحالة والسمة دراسة مقارنة بين مرحلتين الجامعية و الثانية (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة المدينة العالمية، ماليزيا.

بوعلو، الأزرق. (1993م). الإنسان والقلق. ط1. القاهرة: سينا للنشر.

تهذيب اللغة للأزهري، الجزء الثامن، (ص:16) مادة "غضب"

أبو جادو ، صالح محمد. (2007م). علم النفس التطوري، الطبعة الثانية، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

جبل، فوزي محمد. (2000م). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، ط1، المكتبة الجامعية بالاسكندرية، مصر.

جعفر ، فاكهة. (2007م). الخجل وعلاقته بتقدير الذات والوحدة النفسية (رسالة دكتوراه غير منشورة)، جامعة دمشق، سوريا.

جولمان، دانييل (2002م) الذكاء العاطفي، عالم المعرفة، العدد 262 .

الحافظ ، نوري. (1990م). المراهق. ط2. بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.

حبيب ، مجدي عبدالكريم. (1992م). الخجل كبعد أساسي للشخصية: دراسة ميدانية لدى عينتين من طلاب المرحلة الجامعية، مجلة علم النفس (23)، ص 66-85.

حبيب، مجدي. (1991م). القلق العام والخاص، دراسة عاملية لاختبارات القلق، بحوث مؤتمر السابع لعلم النفس في مصر، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، لانجلوا المصرية، القاهرة.

حجازي، مصطفى. (2004م). الصحة النفسية منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة، بيروت: المركز الثقافي العربي.

أبو حجلة ، نظام (2002). الطب النفسي الحديث، كلية الطب، الجامعة الأردنية، عمان.

حسن ، إيمان حسين السيد (2007م) . الإعاقة الحركية : دراسة في سيكوديناميات مبتوري الأطراف ، المؤتمر العلمي الأول لقسم الصحة النفسية " التربية الخاصة بين الواقع والمأمول "، 15-16.

الحسين، أسماء عبد العزيز. (2005م)، المشكلات النفسية السلوكية عند الأطفال، الطبعة الثانية، الرياض: مكتبة الراشد.

حسين، طه عبد العظيم. (2007م). استراتيجيات إدارة الغضب والعدوان، الطبعة الأولى، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

أبو حطب ، فؤاد؛ و صادق، آمال. (2010م). *مناهج البحث وطرق التحليل الإحصائي*. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.

حلمي، سلطان بن عبد الرؤوف.(2014م). *الغضب عن الشباب وعلاجه من منظور التربية الإسلامية*. كلية الدعوة وأصول الدين. الجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة: السعودية.

حمزة، مختار .(1976م) . *سيكولوجية نوي العاهات*. النشرة (4)، لمؤسسة التأهيل المهني، مصر: دار المعارف.

حمزة، مختار. (2005م). *قلق المستقبل لدى أبناء العاملين بالخارج*. مجلة العلوم التربوية، مصر: دار المعارف.

حنا، مريم وآخرون. (1997م). *رعاية الفئات الخاصة من منظور الخدمة الاجتماعية، سلسلة مجلات الخدمة الاجتماعية (3)*

خميس، شيماء علي (2010م). *السلوك المظهري وعلاقته بالخجل لدى طالبات المرحلة الأولى في كليات التربية الرياضية في جامعات الفرات الأوسط*. مجلة علوم التربية الرياضية، 3(2)، الخوالدة، عثمان عبد الفتاح ، وجرادات، عبد الكريم محمد .(2014م). *أثر برنامج علاج معرفي سلوكي في تخفيض الغضب وتحسين استراتيجيات التعامل معه*. مؤته للدراسات والبحوث، سلسلة العلوم الانسانية والاجتماعية، 9(2).

دافيدوف، ليندا. (2000م). *الشخصية الدافعية والانفعالات*، ترجمة سيد الطواب ومحمود عمر، الطبعة الأولى، القاهرة: الدار الدولية للاستثمارات الثقافية.

الداهري، صالح حسن احمد ، والعبيدي، ناظم هاشم (1994). *الشخصية والصحة النفسية*، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، جامعة بابل، كلية التربية، الشؤون العلمية.

أبي داوود: سنن أبي داوود ، حديث رقم 4151 ، المكتبة الشاملة .

دائرة الإحصاء المركزية، التقرير السنوي 2014، جدول 16، ص: 20 .

راجح .عزت أحمد .(1982م). *أصول علم النفس*. ط:10 . الاسكندرية : المكتب المصري الحديث للنشر والتوزيع .

راجح، أحمد عزت .(1982م). *علم النفس العام*. القاهرة. مكتبة الانجلو المصرية.

راجح، أحمد عزت .(1999). *أصول علم النفس*. ط11، دار المعارف، القاهرة، مصر.

ابن رجب ، جامع العلوم والحكم ، ص: 366 .

الرفاعي، نعيم. (2003م). *الصحة النفسية في سيكولوجية التكيف*، ط14، منشورات جامعة دمشق، سوريا.

- ريشان، حامد قاسم والعداري، طارق، عبد الكاظم .(2012م). أثر أسلوب السيودراما في خفض الغضب لدى طلبة المرحلة (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة البصرة، العراق.
- زاهر، رفيقي .(1988م). قلق العصر. ط1. القاهرة: دار التضامن.
- الزعيبي، أحمد محمد. (2007م). مدخل إلى علم النفس، الطبعة الأولى، الرياض: مكتبة الرشد.
- الزعلان، إيمان حمدي .(2015م). قلق المستقبل وعلاقته بسمات الشخصية لدى الأطفال مجهولي النسب "في مؤسسات الإيواء والمحتضنين لدى أسر بديل (رسالة ماجستير غير منشورة) الجامعة الإسلامية، غزة.
- زغير، رشيد .(2010م). الصحة النفسية والمرضى النفسي والعقلي. ط1. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- زهران، حامد . (1978م). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط2. القاهرة: عالم الكتب.
- زهران، حامد عبد السلام. (2005م). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط4. القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة.
- زيدان، محمد مصطفى. (1984م). الدوافع والانفعالات، الطبعة الأولى، الرياض: مكتبة عكاظ للنشر والتوزيع.
- السباعي، زهير .(1420هـ 1999م). القلق مرض العصر. المجلة العربية. ع(25)، القاهرة، مصر.
- السباعوي ، فضيلة عرفات. (2005م). الخجل الاجتماعي وعلاقته بأساليب المعاملة الوالدية وبعض سمات الشخصية لدى طلبة جامعة الموصل (رسالة دكتوراه غير منشورة) جامعة الموصل ، العراق.
- السعدي، عبد الرحمن (2002م). تيسير الكريم الرحمن في تفسير كلام المنان، ط:1، مكتبة الصفاء، القاهرة.
- سليمان ، ر ، ع. (2003م). درجات تقدير الذات والاكنتاب والقلق لدى الأحداث الجانحين والعاديين في الضفة الغربية بفلسطين (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة القدس، فلسطين.
- سليمان، عنتر. (2007م). البرمجة اللغوية العصبية. دبلوم وممارس معتمد المركز العالمي للبرمجة اللغوية العصبية، الموقع: (WWW. lcnlp .net)
- السمري، محمد مصطفى. (1997م). الغضب وكيف عالجه الإسلام. المجلة العربية، ع(243)، ص42.

سنن الترمذي، كتاب الفتن، باب ما جاء ما أخبر النبي (ص) أصحابه بما هو كائن إلى يوم القيامة، رقم الحديث: 2191.

السيد، عبد الدايم عبد السلام. (1996 م). منظور زمن المستقبل كمفهوم دافعي معرفي وعلاقتة بكل من الجنس والتخصص ، والتحصيل الاكاديمي لدى طلبة كلية التربية جامعة الزقازيق. مجلة دراسات نفسية، 5(4)، 643 - 676.

شاذلي، عبد الحميد محمد. (2001م). التوافق النفسي للمسنين، المكتبة الجامعية، الاسكندرية، مصر.

الشبؤون ، دانيا . (2007م). القلق وعلاقته بالاكتئاب عند المراهقين (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة دمشق، سوريا.

الشربيني، زكريا أحمد. (1994). المشكلات النفسية عند الأطفال، ط1، القاهرة: دار الفكر العربي.

الشريف، بسمة عيد . (2014م). سلوك الغضب وعلاقته بأساليب التنشئة الأسرية لدى طلبة المرحلة الثانوية في عمان. كلية الآداب والعلوم - جامعة عمان الأهلية - عمان، الأردن.

الشمري، مشوح بن هذال الوريك. (2002م). تقويم فعالية برامج التأهيل المهني للمعوقين من وجهة نظر المعوقين والمشرفين ورجال الأعمال (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية نايف للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية.

الشناوي، محمد ؛ الدماطي، عبد الغفار (1993م). مقياس الغضب المتعدد الأبعاد دراسة عاملية، الطبعة الأولى، الرياض: دار الخريجي للنشر والتوزيع.

الشناوي، محمد محروس. (1993م). العملية الإرشادية والعلاجية. جامعة الإمام بن سعود الإسلامية، موسوعة الإرشاد والعلاج النفسي، رقم (3)، السعودية.

شهاب، سحر عدنان . (2011م). خجل الطفل المعوق الأسباب و العلاج (رسالة ماجستير غير منشورة) جامعة بغداد، بغداد.

الشهري، خالد ناصر . (2013م). فاعلية برنامج تعليمي مستند إلى نظرية الذكاء الانفعالي في تحسين إدارة الغضب و التحصيل لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم في المملكة العربية السعودية (رسالة دكتوراه غير منشورة) الجامعة الأردنية، الأردن.

شوية، بوجمعة، حبيبة، ضيف الله (2012م). دور الرياضة في معالجة بعض المشكلات النفسية المصاحبة للإعاقة الحركية المكتسبة (رسالة ماجستير غير منشورة) جامعة الجزائر، الجزائر.

صادق، عادل. (1986م). الألم النفسي والعضوي. القاهرة: الأهرام للنشر والتوزيع.

صالح، عبد المحي محمود حسن. (1999م). متحدو الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.

صالح، قاسم حسن والطارق، علي. (1998م). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية من منظوراتها النفسية والإسلامية. صنعاء: مكتبة الجيل الجديد.

صبره، محمد علي وآخرون. (2004م). الصحة النفسية والتوافق النفسي. (د.ط). الأزارطة، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

الصغير، فالح بن محمد (2004م). حديث لا تغضب دراسة حديثة دعوية نفسية. سلسلة أحاديث في الدعوة والتوجيه (6)، دار ابن الأثير.

الطحان، محمد خالد. (1991م). دراسة العلاقة بين القلق عند الأبناء وكل من الاتجاهات الوالدية في التنشئة والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة. مجلة كلية التربية، 6(6)، جامعة الإمارات، العين.

طه، فرج عبد القادر وآخرون (د ت) معجم علم النفس والتحليل النفسي. ط1. بيروت: دار النهضة العربية.

طه، فرج عبد القادر وآخرون. (د ت). معجم علم النفس والتحليل النفسي. ط1. بيروت: دار النهضة العربية.

الطهراوي، جميل حسن. (2016م): صورة الجسم السلبية لدى مصابي الحرب الفلسطينيين، بحث مقدم لمؤتمر فلسطين الدولي لذوي الإعاقة، غزة.

عائل، فاخر. (1981 م). علم النفس. بيروت: دار العلم للملايين .

عامر، عبد الحافظ (2005م). العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وكل من الغضب والتوتر والأرق عند طلبة الجامعة وأثر برنامج ارشادي في خفضها. رسالة دكتوراه غير منشورة. قسم الارشاد النفسي والتربوي، كلية الدراسات التربوية العليا، جامعة عمان العربية للدراسات العليا: عمان.

عباس، رنا محمد. (1995م). أثر قلق الامتحان في التحصيل الدراسي العام لدى طلبة الصف الثاني ثانوي في المدارس الحكومية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النجاح الوطنية، فلسطين.

عبد الخالق، احمد. (1994م). الدراسة التطورية للقلق - حوليات كلية الآداب - الحولية الرابعة عشر - الرسالة التسعون - ص9، الكويت.

- عبد الرحمن، محمد، عبد الحميد، فوقية. (1993م). مقياس الغضب كحالة وسمة، القاهرة: دار
 قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد السلام، فاروق. (1981م). الخصائص النفسية للمعوقين، مجلة الفيصل، ع(53)، ص 27.
- عبد الفتاح، نيرة غز السعيد. (2004م). مدى فاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي في
 تخفيض القلق والاكتئاب والخوف من الموت لدى عينة من الأطفال مرضى القلب (رسالة
 دكتوراه) معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.
- عبد الله، معتز سيد ؛ خليفة، عبد اللطيف محمد. (2001م). علم النفس الاجتماعي، القاهرة:
 دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد المسيح، شوقي. (1989م). دوافع التردد و الخجل. بغداد: دار الرسالة.
- عبيد، ماجدة السيد. (2001م). مناهج وأساليب تدريس الحاجات الخاصة. عمان: دار صفاء
 للنشر.
- عثمان، فاروق السيد (2001م). القلق وإدارة الضغوط النفسية. ط1. القاهرة: دار الفكر
 العربي.
- عثمان، محفوظ. (2000م). يوم دراسي بعنوان: الصدمة النفسية وآثارها، كلية التربية، جامعة
 الأقصى، غزة، فلسطين.
- العطية، أسماء عبد الله. (2002م). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض بعض
 اضطرابات القلق. (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية التربية - جامعة قطر، قطر.
- العقاد، عصام عبد اللطيف. (2001). سيكولوجية العدوانية وترويضها منحى علاجي معرفي
 جديد، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- العقاد، عصام عبد اللطيف. (2001م). سيكولوجية العدوانية وترويضها منحى علاجي معرفي
 جديد، القاهرة: دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع.
- عكاشة، أحمد. (1988). الطب النفسي المعاصر، ط9، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- علوان، نعمات شعبان. (2005م). علاقة مفهوم الذات بالتوافق الشخصي والاجتماعي لدى
 معاقبي انتفاضة الأقصى.
- علي، علي عبد السلام ، عبد الهادي، أحمد محمد. (1997م). دراسة نفسية لتأهيل فاقد
 أعضاء الجسم عن طريق البتر. مجلة علم النفس. ع(42) ، ص 18.
- علي، علي عبد السلام، عبد الهادي، أحمد محمد. (1997). دراسة نفسية لتأهيل فاقد أعضاء
 الجسم عن طريق البتر. مجلة علم النفس، ع(43)

- العناني، حنان عبد الحميد. (2000م). الصحة النفسية، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر، الأردن.
- العناني، حنان عبد الحميد. (2005م). الصحة النفسية، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر، الأردن.
- العيسوي، جمال مصطفى ، ثاني، حسن محمد .(1996م). أثر القلق على مهارات الأداء اللغوي الشفهي لدى طلاب كليات المعلمين بالمملكة العربية السعودية. مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت.
- فالح، محمد صالح (1983م). القلق و الاكتئاب لدى المقعدين قبل وبعد التأهيل: دراسة اكلينيكية (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة عين شمس، مصر.
- الفحل، نبيل محمد. (2009م) برامج الارشاد النفسي النظرية والتطبيق ،ط1. القاهرة : دار العلوم.
- فرويد، سيجمند .(1989م). الكف والعرض والقلق. ترجمة محمد عثمان نجاتي. ط4. القاهرة: دار الشروق .
- القحطاني، سارة محمد (2009م). دور ممارسة الألعاب في خفض القلق لذوي الإعاقات الجسدية الحركية بمؤسسة رعاية الأطفال المشلولين بالطائف (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- القرأ، زهية .(2015م). خبرة البتر الصادمة واستراتيجيات التكيف وعلاقتها بالقلق الموت لدى حالات البتر في الحرب الأخيرة على غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.
- القطروس، نسرین أحمد .(2013م). خبرات الإساءة و علاقتها بالخجل لدى المراهقين (رسالة ماجستير غير منشورة) جامعة الأزهر، غزة.
- القيسي، نايفة. (2006). المعجم التربوي وعلم النفس ط1. الأردن: دار سامي للنشر والتوزيع.
- كاظم، محمد نبيل .(2008م). كيف نتحرر من نار الغضب ط1. القاهرة: دار السلام للنشر والتوزيع.
- الكحيمي ، وجدان عبدالعزيز ، حمام ، فادية كامل ، مصطفى ،علي أحمد سيد .(2007م) . الصحة النفسية " للطفل والمراهق " الرياض: مكتبة الرشد.
- كرمیان، صلاح .(2007م). سمات الشخصية وعلاقتها بقلق المستقبل (رسالة دكتوراه غير منشورة) الأكاديمية العربية المفتوحة، الدنمارك.

- كفافي ، علاء الدين. (1999م). الإرشاد والعلاج النفسي الأسري، ط1، القاهرة: دار الفكر العربي.
- كوري، جيرالد. (1985م). الإرشاد والعلاج النفسي بين النظرية والتطبيق. ترجمة طالب خفاجي. ط1. المكتبة الفيصلية، المملكة العربية السعودية.
- لسان العرب لابن منظور مادة "غضب".
- لوغال، أندرو. (1988م). القلق والحص. ترجمة وجيه اسعد. دمشق- الجمهورية السورية.
- الليل، محمد جعفر جمل(1998م). علاقة بعض المتغيرات بالقلق العام لدى طلاب وطالبات المرحلة المتوسطة والثانوية في المملكة العربية السعودية. مجلة علم النفس، ع(32)، جامعة أم القرى، بغداد، العراق.
- ماركس، ايزاك م. (1999م). التعايش مع الخوف فهم القلق ومكافحته . ترجمه محمد عثمان نجاتي . ط1. بيروت: دار الشروق.
- المالح، إحسان. (1995م). الخوف الاجتماعي. دمشق: دار الإشراقات.
- مجمع اللغة العربية : معجم علم النفس والتربية ، ص 14 .
- مجيد، سوسن شاكر. (2008م). اتجاهات معاصرة في رعاية وتنمية مهارات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. ط1. عمان : دار صفاء للنشر و التوزيع.
- مجيد، سوسن شاكر. (2012م). العدوان، مفهومه، نظرياته، اشكاله، والفروق بين الجنسين.
- الحوار المتمدن-العدد: 3702 - 4 / 2012 - 19 / 44 - 10:
- محمد حسن علاوي ، أسامة كامل راتب . (1999م). البحث العلمي في التربية الرياضية وعلم النفس الرياضي. القاهرة : دار الفكر العربي .
- محمد عزالدين توفيق.(1995). التأصيل الإسلامي للدراسات النفسية البحث في النفس الإنسانية والمنظور الإسلامي، ص 378.
- محمد، محمد جاسم. (2004م). مشكلات الصحة النفسية وأمراضها وعلاجها، الطبعة الأولى، عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- محمود، عصام نجيب. (2001م). ديناميات السلوك الانساني واستراتيجيات ضبطه وتعديله، الطبعة الأولى، عمان: ار البركة للنشر والتوزيع.
- مرار، نجاه إلياس.(1993م).العلاقة بين القلق الحالة والسمة والتحصيل لدى عينه من طلبه البكالوريوس بالجامعة الأردنية واختلاف ذلك باختلاف الجنس والمستوى الدراسي ونوع الكلية (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الأردنية، الأردن.

مسعود، وائل محمد (2002). *الأجهزة التعويضية والوسائل المساعدة لذوي الإحتياجات الخاصة* - أكاديمية الرياض الخاصة - ، المملكة العربية السعودية.

مصطفى، إبراهيم عبد الرحيم. (2009م). *الانفعالات النفسية عند الأنبياء في القرآن الكريم*، رسالة ماجستير غير منشورة . قسم أصول الدين، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية: فلسطين.

معجم مفردات ألفاظ القرآن للعلامة الراغب الأصفهاني، ص: 374، مادة "غضب" المعين على تفهم الأربعين لابن الملقن (ت: 804هـ) ص: 167.

منسي، محمود عبد الحلیم. (د.ت). *الصحة النفسية وعلم النفس الاجتماعي والتربية الصحية*، ج2، مركز الاسكندرية للكتاب، الاسكندرية ، مصر.

منسي، محمود. (2001م). *علم نفس النمو*، مركز الاسكندرية للكتاب، الاسكندرية، مصر.

موسى، رشاد عبد العزيز. (2002م). *علم نفس الاعاقة*، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.

موسى، عبد الله عبد الحي. (1988م)، *المدخل إلى علم النفس*، الطبعة الثالثة، القاهرة: الدار العربية للنشر والتوزيع.

مياسا، محمد .(1997م). *الصحة النفسية والأمراض النفسية والعقلية*، بيروت: دار الجيل.

نجاتي، محمد عثمان .(2001م) *مدخل إلى علم النفس الإسلامي*، القاهرة: دار الشروق.

النيال، مایسة (1996م). *الخجل وبعض أبعاد الشخصية*، دراسة ارتقائية وارتباطية، مجلة الدراسات النفسية.

النيال، مایسة (1999). *الخجل وبعض أبعاد الشخصية*، دراسة مقارنة في ضوء عوامل الجنس، العمر، الثقافة، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية

هلال، أسماء سراج الدين .(2009م). *تأهيل المعاقين*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

الهوري، ماهر.(1998م). *دراسة تجريبية مقارنة في ديناميات تعيين صورة الجسم، وصورة الذات في فئات إكلينيكية مختلفة* (رسالة دكتوراه) جامعة عين شمس، مصر.

وادي، منى. (2016). *مكونات انفعال الغضب وعلاقته بالتوافق الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية بمحافظة غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية، قسم علم النفس، الجامعة الاسلامية، غزة.

وريكات، طارق. (2010م). أثر برنامج إرشادي في ضبط الغضب وتنمية الاهتمام الاجتماعي وخفض الاكتئاب لدى الأحداث الجانحين (رسالة دكتوراه غير منشورة)، الجامعة الأردنية، الأردن.

الوقفي، راضي. (2003م). أساسيات التربية الخاصة. عمان: جبهة للنشر والتوزيع.
الوقفي، راضي. (2003م). مقدمة في علم النفس، الطبعة الثالثة، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

يونس، انتصار. (1985م). السلوك الانساني، الطبعة الرابعة، القاهرة: دار المعارف للنشر والتوزيع.

ثانياً:المراجع الأجنبية:

- Antoine caron .(2006).*Larousse medical*, 4th edition, impression grafica, Bologne , Italie.
- Atherton R & Robertson N,(2005). *Psychological adjustment to lower limb amputation amongst prosthesis users*, Pages 1201-1209 | Accepted 01 Dec 2005, Published online: 07 Jul 2009.
- Barbin J, Seetha V, Casillas JM, Paysant J, Pérennou D.(2016).*The effects of mirror therapy on pain and motor control of phantom limb in amputees: A systematic review*, Ann Phys Rehabil Med. Vol 2016 Sep; 59, Issue (4):270-5.
- Beak,A(2001). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders , International Universities press . New York, INC .
- Belon HP, Vigoda DF (2014), *Emotional Adaptation to Limb Loss*, Phys Med Rehabil Clin N Am. 2014 Feb;25(1):53-74. doi: 10.1016/j.pmr.2013.09.010.
- Bhutani S, Bhutani J, Chhabra A, Uppal R.(2016). *Living with Amputation: Anxiety and Depression Correlates*, J Clin Diagn Res. 2016 Sep;10(9):RC09-RC12. Epub 2016 Sep 1.
- Bill, B. (2004). *Anger A disabling Emotion*. Retrived March 2, 2015, from <http://www.skysite.org/anger.html>
- Bunch JR, Goldstein HV, Hurley RW.(2014),*Complete coverage of phantom limb and stump pain with constant current SCS system: a case report and review of the literature*, Pain Pract, Volume 2015 Jan; Issue 15(1):E20-6.
- C.D. Murray & J. Fox .(2009). *Body image and prosthesis satisfaction in the lower limb amputee*. Journal: Disability and Rehabilitation, Volume 24, 2002 - Issue 17, P 925-931.

- Cristian Adrian,(2005). *Lower Limb Amputation: A Guide to Living a Quality Life*, 1st edition : Demos medical,Canada. Published by ReadHowYouWant.com
- Carolynn; Levy churls (2002): Effect of participation in physical Activity on body Image of Amputees, American Journal of physical Medicine and Rehabilitation , U.S.A. Issue 81(3):194-201.
- Catalan, Max Ortiz, Nichlas Sander, Morten B. Kristoffersen, Bo Håkansson, Rickard Brånemark,(2014) *Treatment of phantom limb pain (PLP) based on augmented reality and gaming controlled by myoelectric pattern recognition: a case study of a chronic PLP patient*, Journal: Front Neurosci. 2014; 8: 24. Published online 2014 Feb 25.
- Clayton, E. & Tacker, L. (2000), *Anger and Aggression*. Psychological Help. New Jersey: Prentice Hall. ISBN 1-890873-00-4.
- Collins Corpus, .(2014). *Collins English Dictionary*. Complete and Unabridged, 12th Edition.
- Coplan, R,J & Armer, M. (2005): *Talking yourself out of Being shy: shyness Expressive Vocabularg, and Socioemotonal Adjustment in preschool*, Journal of Developmental psychology. Vol 51, (1). Pp,20-41.
- Corey,G. (2001). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. New York: Thomason Brooks Cole. 9th Edition.
- Cormier, S. (2005), *Life Guide; Keys to Emotional Strength*. Florida: Human Service. 1st edition.
- Couture M, Desrosiers J, and Caron C.(2012). *Coping with a Lower Limb Amputation due to Vascular Disease in the Hospital, Rehabilitation, and Home Setting*, ISRN Rehabilitation,Volume 2012, Article ID 179878, 9 pages, <http://dx.doi.org/10.5402/2012/179878>
- Craig ,B, 2000,*Diabetes-related lower-limb amputations in Australia*, The Medical Journal of Australia Vol. 173,pp 352-354.

Davison, Gerald C & Neale, John M & Kring, Ann M (2003): *Abnormal Psychology*, 13th edition, John Wiley & sons, Inc, the United State of America.

Desmond, D & MacLachlan, M, (2006) *Coping Strategies as Predictors of Psychosocial Adaptation in a Sample of Elderly Veterans with Acquired lower limb Amputations*. *Social Science and Medicine*, Vol. 62, pp. 208-216.

Dictionary of the English Language. Fifth Edition. (2016). by Houghton Mifflin Harcourt Publishing Company.

Curelli Anne.(2004), *Pain of the phantom limb: Influence of psychological factors*. Site publisher: Association of Defense and Study of the Persons Amputées. [Www.adepa.fr](http://www.adepa.fr). . Epub Online: March 2, 2014.

Diagram Group, .(2008). *Dictionary of Unfamiliar Words*. Diagram Visual Information Limited. <http://www.thefreedictionary.com/PUBIS>

Dryden, K.& Bond,M(1996): *The therapeutic alliance in rational emotive therapy*, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, Volume 22, Number 3.

Durmus D, Safaz I, Adıgüzel E, Uran A, Sarısoy G, Goktepe AS, Tan AK.(2015). *The relationship between prosthesis use, phantom pain and psychiatric symptoms in male traumatic limb amputees*, *Jour: Compr Psychiatry*, Vol: (59):p 45-53.

Ehsan Modirian, Hadi Shojaei, Mohammad Reza Soroush & Mahdi Masoumi ,(2009), *Phantom pain in bilateral upper limb amputation*, *Journal of Disability and Rehabilitation* Volume 31, 2009 - Issue 22.

Ellis, A. (1977). *Rational - Emotive Therapy: The Clinical And Personality Hypotheses Of R.E.T. And Other Models Of Cognitive Behaviour Therapy*. *The Counseling Psychologists*, 7(1), 1-22 .

Flor H, Diers M, Andoh J, (2013). *The neural basis of phantom limb pain*, *Trends in cognitive sciences*, Volume 17, Issue 7, Pages 307–308

Kazemi Hadi, Shahin Ghassemi,1 Seyed Mohammad Fereshtehnejad, Afshin Amini, Pier Hossein Kolivand, and Taher Doroudi, *Anxiety and*

Depression in Patients with Amputated Limbs Suffering from Phantom Pain: A Comparative Study with Non-Phantom Chronic Pain, Iran, Int J Prev Med. 2013 Feb; 4(2): 218–225.

Hawamdeh, M., Othman, S. and Ibrahim. I. .(2008). *Assessment of anxiety and depression after lower limb amputation in Jordanian Patients, J Neuropsychiatr Dis Treat* Vol.4(3): 627–633.

Bruce R. (2004). *Diversity in adjustment to a leg amputation. Case illustrations of common themes, Disabil Rehabil.* 2004 Jul 22-Aug 5;26(14-15):944-53.

Hirsh AT, Dillworth TM, Ehde DM, Jensen MP.(2009), *Sex differences in pain and psychological functioning in persons with limb loss.* Journal: American Pain Society Volume 2010 Jan 11(1): P 79-86.

Horgan O,& MacLchlan, M., (2004), *Psychological Adjustment to Lower-Limb Amputation: a review . Disability & Rehabilitation, Vol.26, pp 837–850.*

Hoyos, D. (2006). *The Relationship Between Shame and Acculturation Among Latino Chicano Students.* Implications for Social Work Education. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work, 15(1/2), 147- 166.*

Joel A.Delisa,Bruce M.Gans,et,al.(2004), *Physical Medicine and Rehabilitation: Principles and Practice , 1st edition, Lippincott Williams & Wilkins publisher.*

John Briere, Catherine Scott (2006): *Principles Of Trauma Therapy, 1st edition, Sage Publication ,USA.*

John C. Racy, MD,(2008). *Religion, Culture, and Mental Health, J: Clin Psychiatry* 2008;69(12):1986-1986 [book review].

Jones, A. & Jolly, S. (2005). “*Power in North Carolina Parents: Is There a Relation-ship Between Family Style and Adolescent Anger*”. *Association Today.* Vol. (1), (2), pp. 207-213.

Ketz. Ann K,(2008). *The Experience of Phantom Limb Pain in Patients With Combat-Related Traumatic Amputations, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, Volume 89, Issue 6, Pages 1127–1132.*

Kristine .W., .(2002). *effect of participation in physical activity on body image of amputation* ,journal of physical medicine of rehabilitation, U. S. A.Vol.81(3):194-201.

Lansisalmi, h. and Peiro,jm Et,Al,(2000): collective Stress And Coping in the Context of Organizational Culture, European , Journal of Work and Organizational Psychology ,9(4). Pp. 527-559,Ucl Library Services.UK .

Rogers Lois, (2015). *FOR THE DAILY MAIL*. Published & Updated by: mail on line. Reversed on: <http://www.dailymail.co.uk/health/article-2965821/Amputees-constant-agony-lost-limbs.html>.

Lopez, M. (2008). *Prevention of Teenage Defiant Behaviors. Parenting Styles as Protection Factors*. International Journal of Psychology & Psychological Thera-py, Vol. (8), (1), pp. 73-84.

MacLachlan M, Desmond D, Horgan O, (2003). *Psychological correlates of illusory body experiences*, J Rehabil Res Dev, Vol;40(1):59-65.

Marisol A. Hanley, Dawn M. Ehde, Mark Jensen, Joseph Czerniecki, Douglas G. Smith, and Lawrence R. Robinson,(2009),*Chronic Pain Associated with Upper-Limb Loss*, Am J Phys Med Rehabil. Volume: 2009 Sep; Issue 88(9): 742–779.

medterms medical dictionary a-z list, amputation definition, *Last Editorial Review: 5/13/2016*
<http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=12537>

Millstein S, Bain D, Hunter GA. (1985). *A review of employment patterns of industrial amputees--factors influencing rehabilitation*, Prosthet Orthot Int.Aug; 9(2):69-78.

Morris Wn, Morchel S,Bios JI, *Collective coping with stress* Et.Al,(1976) .
J.Pers soc Psychology , Vol :Jun , Issue 33-6: 674-9 .

Nasim M S, Sahar M F, Hadi K, Seyed V SH,(2010), *Phantom limb correlates among amputee war veterans*, Journal: Cognitive Science Volume 2, 2013, Issue 15, p 32-39.

Gu Simeng, Wei Wang, Fushun Wang, and Jason H. Huang.(2016).

Neuromodulator and Emotion Biomarker for Stress Induced Mental Disorders, Neural Plasticity, Volume 2016 , Article ID 2609128, 6 pages.<http://dx.doi.org/10.1155/2016/2609128>

Norman S. Endler, et al, (1996). *Handbook Of coping: theory, Research, Applications*, Illustrated edition, Canada, Willy Sons & Inc. ISBN 10: 0471599468.

Oaksford , Karen et al (2005). *Positive Coping and Stress-Related Psychological Growth Following Lower Limb Amputation*. Journal of Rehabilitation Psychology , Vol 5D(3) , Aug p266-277. Uk.

Panyi LK, Lábadi B. (2015). *Psychological adjustment following lower limb amputation*. Hungarian, journal, Orv Hetil, volume 156(39):1563-8.

Patricia V, Pol A. van L., Alfons A., Anja C. . (2007). *Testing Sex-Specific Pathways From peer victimization to Anxiety and Depression in early Adolescents through a randomized intervention trial*, Journal of Affective Disorders, Vol.100, pp 221- 226.

Patterson, Thomas G. Trivison and Melissa L. McCarthy, Andrew R. Burgess, (2004). *Functional Outcomes Following Trauma-Related Lower-Extremity Amputation*, *J Bone Joint Surg Am*, 2004 Aug; 86 (8): p1636 - 1645 .

Paul Kennedy (2012): *The Oxford Handbook Of Rehabilitation Psychology* , Oxford University Press . Ink . New York.

Phelps, L . et al, (2008). *Importance of Cognitive Processing to Adjustment in the 1st year Following Amputation*. Article in Rehabilitation Psychology, vol, 53(1): p28-38.

Plunkett Scott, W. et al (1999): *Family Stress Events*, Article California State U. Northridge, Department of family Environment, U.S.A.

Pohjolainen, T, Alornt, H (2007): *Physical medicin of Rehabilitation*, The Journal of Bone of Joint surgery Wetterhaha, Kristina, Hanson, J Rehabil Med 2007; 39: p286–292.

- Pucher, W., Kicking, O. .(1999). Coping With Amputation Phantom Limb pain. *Journal Of Psychosomatic Research* .4(46), p379- 383.
- Qouto, samir.(2002). trauma violence and mental helath the palestinian experience stewart michael coping with catastroph, ahand book of disaster mangment routledge. *J: Ambulatory Care Manage*, Vol. 28, No. 1, pp. 75–79.
- Racy J,Moore WS,Malone SJ.et al,(1989). Psychological Adaptation To amputation, Chapter 28 , *Atlas of Limb Prosthetics: Surgical, Prosthetic, and Rehabilitation Principles*. UK.
- Raichle KA, Osborne TL, Jensen MP, Ehde DM, Smith DG, Robinson LR. (2015). *Preoperative state anxiety, acute postoperative pain, and analgesic use in persons undergoing lower limb amputation*. *Clin J Pain*. 8, 699-706
- Rains, J. Hardling, Ritchie David (1995) : *Bailey And Love Short Proctiof Of Surgery*, Ellps (22 edition).
- Riskind J., Alloy L. and Manos M. (2005). *Abnormal Psychology; Current Perspectives*, (5th ed). New York: MC Graw-Hill: New Delhi, India.
- Rolf J.Kleber , Figly, Garson(1995):*Beyond Trauma* ,Plenum Press, New York.
- Ruth Wittman-Price et al.(2013):*Nursing Concept Care Maps for Safe Patient Care*, David company,USA.
- Sadock, Benjamin James & Sadock, Virginia Alcott .(2008). *Concise Textbook of Clinical Psychiatry*, third edition, Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins, USA.
- Saint joseph.(2010), Day of the stroke, hospital group, paris, Friday 29 October 2010 from 9:30 am to 5:00 pm (Hospital Hall)
- Sdorow, L.(1995): *Cognitive Behaviour Modification, psychology*, Chapter 15.

Gu Simeng , Wei Wang, Fushun Wang, and Jason H. Huang Srivastava K, Saldanha D, Chaudhury S, Ryali V, Goyal S, Bhattacharyya D, Basannar D, (2011). *A Study of Psychological Correlates after Amputation*, Med J: Armed Forces India. V 2010 Oct;66(4):367-73.

Statistical Manual of Mental Disorders.(1994).*4th Edition*, &DSM IV Diagnostic American Psychiatric Association.Washington.

Streit F, Bekrater-Bodmann R, Diers M, Reinhard I, Frank J, Wüst S, Seltzer Z, Flor H, Rietschel M,(2015),*Concordance of Phantom and Residual Limb Pain Phenotypes in Double Amputees: Evidence for the Contribution of Distinct and Common Individual Factors*. Journal: American Pain Society Volume 12. 2015, Issue 12, p 1377-85.

Tierney, K. J. (2006). Social inequality, hazards, and disasters, Journal: On risk and disaster: Lessons from Hurricane Katrina, Pub: University of Pennsylvania Press, p109-128. DOI: <https://doi.org/10.17226/11671>

Tobin, Andrew .(2014). *Solved: Mystery of Phantom Limb Pain*. <http://www.haaretz.com/israel-news/science/1.595726>. May 28, 2014 12:36 PM.

Trevelyan EG, Turner WA, Robinson N, (2016) *Perceptions of phantom limb pain in lower limb amputees and its effect on quality of life: a qualitative study*, Br J Pain, Volume 23 jun 2015- Issue 10(2):70-7.

Unwin, J., (2009), *A prospective Study of Positive Adjustment to Lower Limb Amputation*. *Clinical Rehabilitation*, Vol. 23, No. 11,pp 1044-1050 .

Vaso Apostol , Artan Gjika, Skerdi Zahaj, Tefik Zhurda, Gentian Vyshka, Marshall Devor, .(2014). *Peripheral nervous system origin of phantom limb pain*. Volume 155, Issue 7, International Association for the Study of Pain. Published by Elsevier B.V. All rights reserved, P1384–1391.

الملاحق

الملاحق

ملحق (1): قائمة بأسماء السادة المُحكِّمين

م	أسماء المُحكِّمين	التخصص	مكان العمل
1.	أ. د. محمد وفائي علاوي الطو	أستاذ علم النفس التربوي.	الجامعة الإسلامية
2.	أ. د. زياد علي الجرجاوي	أستاذ الصحة النفسية.	جامعة القدس المفتوحة
3.	د. مسعود عبد الحميد حجو	أستاذ الصحة النفسية المساعد.	جامعة القدس المفتوحة
4.	د. أنور العبادسة	أستاذ الصحة النفسية المشارك.	الجامعة الإسلامية
5.	د. عاطف عثمان الأغا	أستاذ علم النفس المشارك.	الجامعة الإسلامية
6.	د. جميل الطهراوي	أستاذ الصحة النفسية المشارك.	الجامعة الإسلامية
7.	د. أسامة عطية المزيني	أستاذ الصحة النفسية المساعد.	الجامعة الإسلامية
8.	د. درداح الشاعر	أستاذ علم النفس المساعد.	جامعة الأقصى
9.	د. نبيل كامل محمد دخان	أستاذ علم النفس المساعد.	الجامعة الإسلامية
10.	د. موسى محمد نجيب	محاضر بجامعة القدس - أبوديس	جمعية المرفأ للصحة النفسية - القدس

ملحق (2): رسالة تسهيل مهمة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



الجامعة الإسلامية - غزة
The Islamic University of Gaza

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا هاتف داخلي: 1150

الرقم: ج س غ / 35 / Ref:

التاريخ: 2016/03/15 Date:

الأستاذ الفاضل/ حازم الشوا حفظه الله،،،،

مدير عام مركز الأطراف الصناعية- غزة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

الموضوع/ تسهيل مهمة طالب ماجستير

تهديكم شئون البحث العلمي والدراسات العليا أعطر تحياتها، وترجو من سيادتكم التكرم بتسهيل مهمة الطالب/ فريد خضر عبد بحر ، برقم جامعي 120140084 المسجل في برنامج الماجستير بكلية التربية تخصص الصحة النفسية والمجتمعية وذلك بهدف تطبيق أدوات دراسته والحصول على المعلومات التي تساعد في إعدادها والتي بعنوان:

وهم الأطراف وعلاقته بالانفعالات النفسية لحالات البتر (دراسة وصفية تحليلية)

والله ولي التوفيق،،،

نائب الرئيس لشئون البحث العلمي والدراسات العليا

د. عبدالرؤف علي المناعمة



صورة إلى:-

✦ الملف.

لا حافز
3/15

ملحق (3): الصورة الأولية لمقياس وهم الأطراف (للمحكمن)



الجامعة الإسلامية - غزة
كلية التربية - قسم علم النفس
الدراسات العليا
ماجستير صحة نفسية مجتمعية

بسم الله الرحمن الرحيم

الأستاذ الدكتور الفاضل/ة _____ المحترم/ة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

يُشرفني أن أضع بين يديك هذا المقياس كأداة لجمع البيانات المتعلقة بالجزء الميداني لدراستي استكمالاً لمتطلبات نيل درجة الماجستير في الصحة النفسية والمجتمعية، وهي بعنوان " وهم الأطراف وعلاقته بالانفعالات النفسية لحالات البتر" بإشراف الدكتور الفاضل/ عبد الفتاح عبد الغني الهمص حفظه الله، ورغبة في الاستفادة من خبرتكم وعلمكم الوفير؛ أرجو التكرم بإفادتي عن مدى ملائمة الأبعاد والفقرات المسجلة، وذلك بوضع إشارة (✓) للفقرات المناسبة، وإجراء التعديل على الفقرات التي تحتاج إلى تعديل، أو اقتراح ما ترونه مناسباً، لتخرج هذا المقياس بصورة مفيدة للقارئ، أملاً في زيادة العائد العلمي للبيانات المدونة، وقد استخدمت الباحثة بدائل مقياس ليكرت الثلاثي (نادراً، أحياناً، دائماً). علماً بأن مشكلة الدراسة تتحدد في التساؤل الرئيس الآتي:

ما علاقة وهم الأطراف بالانفعالات النفسية لحالات البتر؟

وينبثق عن السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

1- ما مستوى وهم الأطراف لدى حالات البتر؟

2- ما مستوى الانفعالات النفسية (الغضب، الخجل، القلق) لدى حالات البتر؟

3- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين وهم الأطراف والانفعالات النفسية (الغضب، الخجل، القلق) لدى حالات البتر؟

4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في وهم الأطراف تُعزى للمتغيرات (الجنس، العمر، مكان البتر، مدة البتر، سبب البتر، الحالة الاجتماعية) لدى حالات البتر؟

5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في الإنفعالات النفسية تُعزى للمتغيرات (الجنس، العمر، مكان البتر، مدة البتر، سبب البتر، الحالة الاجتماعية) لدى حالات البتر؟

– فرضيات الدراسة:

- لا توجد علاقة بين وهم الأطراف و الانفعالات النفسية (الغضب، الخجل، القلق) لدى حالات البتر .
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى وهم الأطراف تُعزى للمتغيرات (الجنس ، العمر ، مكان البتر بالجسم ، مدة البتر، سبب البتر، الحالة الاجتماعية) لدى حالات البتر.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الانفعالات النفسية تُعزى للمتغيرات (الجنس ، العمر ، مكان البتر بالجسم ، مدة البتر، سبب البتر، الحالة الاجتماعية) لدى حالات البتر.

،، مع خالص الشكر والتقدير،،

الباحث:

فريد خضر بحر

التعريف الإجرائي لوهم الأطراف: إحساس الأشخاص الذين بُتِرت أو فُقدت أطرافهم بأن أطرافهم المبتورة أو المفقودة لا تزال تلتصق بالجسم وموجودة، بسبب أن العقل يحتفظ بالصورة النمطية للطرف و يعزز ذلك الإشارات الواردة من النهايات العصبية للطرف المبتور.

الرقم	العبارة	تقيس	لا تقيس
1.	أشعر بوخز أو حرقان في نهاية الطرف المبتور.		
2.	أشعر بخذلان وتخدر في نهاية الطرف المبتور.		
3.	أشعر بالحكة أو التتميل في الجزء المبتور وكأنه موجود.		
4.	أشعر كما لو أنني أحرك أصابعي أو قدمي المبتورة.		
5.	أحس بسخونة أو برودة شديدة في نهاية الطرف المبتور.		
6.	أشعر بأن مقدار الألم في طرفي المبتور يقل بمرور الوقت.		
7.	صورة الطرف المبتور ما زالت حاضرة في ذهني.		
8.	أستخدم الطرف المبتور للقيام ببعض المهارات ناسياً عدم وجوده.		
9.	أرى أطرافي المبتورة موجودة بشكلها الطبيعي في أحلامي.		
10.	أشعر بالضيق عندما أتذكر طرفي المبتور.		
11.	أشعر بالإحباط نتيجة عجز الحركي والوظيفي لغياب أحد أطرافي.		
12.	الشعور بالنقص يزيد من ألمي النفسي.		
13.	أمارس حياتي اليومية بدون طرف صناعي.		
14.	الطرف الصناعي أصبح جزء من شخصيتي.		
15.	أستخدم الطرف الصناعي في المناسبات العامة فقط.		
16.	استخدام الطرف الصناعي يسبب لي التهابات وحساسية في الجلد.		
17.	أحتاج مساعدة الآخرين عند قيامي ببعض المهارات اليومية.		
18.	تساعدني الأجهزة التعويضية في أداء مهامي اليومية بشكل كامل.		
19.	أشعر بالاستقلالية عند استخدامي للطرف الصناعي.		

ملحق (4): يوضح مقياس الانفعالات النفسية الصورة الأولى (للمحكمن)

البُعد الأول: انفعال الغضب.			
التعريف الإجرائي: الغضب هو أحد أهم الانفعالات الأساسية التي قد ترافق الشخص الذي تعرض لبتير في أحد أطرافه ، وهو استجابة انفعالية تظهر في المواقف التي تزعجه و تعيقه عما يريد في تحقيق حاجاته التي يشعر معها بالراحة النفسية.			
الرقم	العبرة	تقيس	لا تقيس
1.	أشعر بأنني شخص عجول أو متهور.		
2.	أغضب بشدة عندما ينتقدني شخص أمام الآخرين بسبب البتير.		
3.	أشعر بالغضب عندما أقارن نفسي بالأصحاء جسمياً.		
4.	أشعر بالغضب عندما أتذكر عجزني الوظيفي.		
5.	أتحكم في نفسي عندما أشعر بالغضب.		
6.	أتعامل مع المشكلات بطريقة واعية.		
7.	لا أهتم بعواقب الأمور عندما أفقد السيطرة على نفسي.		
8.	أشعر بصعوبة في الاسترخاء.		
9.	أتلفظ بألفاظ قاسية عندما أغضب.		
10.	لا أعتذر للآخرين أثناء ثورة غضبي.		
11.	أحطم الأشياء عندما أغضب.		
12.	أشعر بالغضب عندما أعجز عن ممارسة بعض المهام.		
13.	أنزعج من ارتداء الطرف الصناعي.		
14.	أشعر بالغضب عندما يتجاهلني الآخرون.		
15.	أشعر بالغضب عندما يُساعدني شخص ما من باب الشفقة.		
16.	أتوتر عندما أفكر بحياتي المستقبلية.		
17.	أشعر بالضيق عند رؤية الأشخاص ذوي البتير.		
18.	أتحمل مسؤولية مشاعري عندما أغضب.		
19.	أمارس التفريغ الانفعالي عند شعوري بالغضب بالرسم أو الكتابة.		
20.	أصبحت سريع التوتر بعد حدوث البتير.		

البُعد الثاني: انفعال الخجل		
التعريف الإجرائي: هو حالة انفعالية تتسم بالشعور بالخوف وعدم الارتياح، والارتباك في المواقف الاجتماعية، بسبب عجز حركي أو قصور جسمي ، يؤثر على شخصية الفرد وقدراته وإنتاجه ، مقارنة بما قبل التعرض للبت. .		
21.	أشعر بالخجل عندما يُطلب مني أن أتحدث أمام مجموعة من الناس.	
22.	أفضل الوحدة والبعد عن الناس.	
23.	أخجل عند سماع مديح الآخرين لي.	
24.	أخجل من مقابلة شخص بمفردي.	
25.	أخجل من التعامل مع فرد من الجنس الآخر.	
26.	أشعر بالخجل عند زيارة الضيوف لي في منزلي.	
27.	أتردد في اتخاذ القرارات الخاصة بي.	
28.	يصعب عليّ تكوين أصدقاء جدد بعد حدوث البتر.	
29.	أشعر بالخجل عندما يتجاهلني الآخرون.	
30.	أحتاج لشخص يساندني في اتخاذ قراراتي.	
31.	أخجل من تناول الطعام والشراب أمام الآخرين.	
32.	يبتابني شعور بالخجل عندما أقف مع أشخاص لديهم بتر.	
33.	أشعر بالخجل عندما ينتقد الآخرون مظهري.	
34.	أخجل من المشاركة في المناسبات العائلية والاجتماعات بسبب البتر.	
35.	أستطيع التعبير عن مشاعري في أي وقت.	
36.	أتصعب عرقاً خجلاً إذا طلب مني الحديث أمام مجموعة.	
37.	أفضل الصمت إذا جلست بين مجموعة من الناس.	
38.	أشعر بالنقص في أساليب الاتصال والتواصل الناجحة.	
39.	أخجل أن أظهر بمظهر الضعف أمام الآخرين بسبب البتر.	
40.	أخجل عندما ينظر إليّ الآخرون نظرة شفقة بسبب البتر.	
41.	أشعر بأن دائرة أصدقائي تقلصت بعد حدوث البتر.	
42.	أحاول إخفاء طرفي المبتور عن الآخرين.	

البعد الثالث/ انفعال القلق:		
التعريف الإجرائي: هو حالة انفعالية غير سارة تتسم بالفزع والتوتر والتهديد المستقبلي تنتاب الشخص الذي تعرض لبتز في أحد أطرافه ، تؤثر في طريقة تفكيره و سلوكه.		
43.	نومي مضطرب ومتقطع.	
44.	مخاوفي قليلة جداً بالمقارنة بأصدقائي.	
45.	أشعر بالعصبية الزائدة خلافاً للآخرين.	
46.	تنتابني أحلام مزعجه (أو كوابيس) كل عدة ليالي.	
47.	ترتجف يداي عندما أحاول القيام بعمل ما.	
48.	تصيبني نوبات من الغثيان (غمامات النفس).	
49.	أشعر بالتوتر عند التفكير في حياتي الزوجية.	
50.	أستطيع تركيز عند أداء عمل ما.	
51.	أشعر بالهدوء في معظم أوقاتي.	
52.	ينتابني شعور بالخوف والتوتر على شخص أو شيء ما.	
53.	ينتابني شعور بالرغبة عند مواجهة الأزمات.	
54.	أشعر بصعوبة الحياة.	
55.	أشعر بالحساسية الزائدة مقارنة بالآخرين.	
56.	أشعر بخفقان في القلب عند مواجهة حدث ما.	
57.	أفقد التركيز في التفكير بعدة أشياء في آن واحد.	
58.	أشعر بالارتباك عندما يضايقني شخص ما.	
59.	أشعر بالإحباط عند التفكير بمستقبلي المهني.	
60.	يصيبني صداع في غالب الأوقات.	
61.	أبتلع حلقي بكثرة عندما يُطلب مني مهمة ما.	

ملحق (5): الصورة النهائية لمقياسي وهم الأطراف والانفعالات النفسية



الجامعة الإسلامية - غزة
شؤون البحث العلمي والدراسات العليا
كلية التربية - قسم علم النفس
تخصص صحة نفسية مجتمعية

أخواتي و إخواني الأعزاء :

يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان " وهم الأطراف وعلاقته بالانفعالات النفسية لحالات البتر " لنيل درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية من قسم علم النفس بكلية التربية في الجامعة الإسلامية بغزة. وقد تم إعداد أدوات خاصة لهذا الغرض. و أرجو منك قراءة كل عبارة و الإجابة عليها بوضع علامة (X) في المكان الذي تراه مناسباً لك مع العلم أنه لا يوجد إجابات صحيحة و أخرى خاطئة، و لكن حسبما ترى مدى انطباق العبارة عليك بكل صدق و موضوعية .

- ونحيطكم علماً بأن هذه الاستبانة ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط -

،، شاكراً لكم حسن تعاونكم و اهتمامكم ،،

الباحث/ فريد خضر بحر

جوال/ 0592034510

البيانات الأولية :

الجنس: ذكر أنثى.

العمر: _____.

الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج/ة مطلق/ة أرملة/ة .

مدة البتر أقل من سنة من سنة إلى أقل من خمس سنوات خمس سنوات فأكثر .

مكان البتر علوي سفلي علوي وسفلي معاً .

سبب البتر حروب حوادث أمراض.

م	العبارة	نادراً	أحياناً	دائماً
15.	أشعر بوخز و حرقان في نهاية الطرف المبتور .			
16.	أشعر بخذلان وتخدر في نهاية الطرف المبتور .			
3.	أشعر بالحكة أو التتميل في الجزء المبتور وكأنه موجود.			
4.	أشعر كما لو أنني أحرك طرفي المبتور .			
5.	أحس بسخونة أو برودة شديدة في نهاية الطرف المبتور .			
6.	أحس بأن مقدار الألم في طرفي المبتور يقل بمرور الوقت.			
7.	أتصور الطرف المبتور ما زال حاضراً في ذهني.			
8.	أستخدم الطرف المبتور للقيام ببعض المهارات ناسياً عدم وجوده.			
9.	تراودني صورة طرفي المبتور بشكلها الطبيعي في أحلامي.			
10.	أشعر بالضيق عندما أتذكر طرفي المبتور.			
11.	أشعر بالإحباط نتيجة عجزني الوظيفي لغياب أحد أطرافي.			
12.	أشعر أن وهم وجود طرفي المبتور يلازميني.			
13.	أمارس حياتي اليومية رغم بتر طرفي.			
14.	أشعر أن الطرف الصناعي أصبح جزء من شخصيتي.			
15.	أشعر بأني شخص عجول أو متهور .			
16.	أغضب بشدة عندما ينتقدني شخص أمام الآخرين بسبب البتر .			
17.	أشعر بالغضب عندما أقارن نفسي بالأصحاء جسماً .			
18.	أشعر بالغضب عندما أتذكر عجزني الوظيفي.			
19.	يصعب عليّ التحكم في نفسي عند شعوري بالغضب.			
20.	أتعامل مع المشكلات بطريقة غير منطقية.			
21.	أعجز عن التبصر بعواقب الأمور عندما أغضب.			

م	العبارة	نادراً	أحياناً	دائماً
.22	أشعر بصعوبة في الاسترخاء.			
.23	أتلغظ بكلمات قاسية عندما أغضب.			
.24	أرفض الاعتذار للآخرين أثناء ثورة غضبي.			
.25	أحطم الأشياء عندما أغضب.			
.26	أشعر بالغضب عندما أعجز عن ممارسة بعض المهام.			
.27	أشعر بالغضب عندما يتجاهلني الآخرون.			
.28	ينتابني الغضب عندما يساعدني شخص ما من باب الشفقة.			
.29	أتوتر عندما أفكر بحياتي المستقبلية.			
.30	أشعر بالضيق عند رؤية الأشخاص ذوي البتر.			
.31	أعجز عن تحمل مسؤولية مشاعري عندما أغضب.			
.32	أصبحت سريع التوتر بعد حدوث البتر.			
.33	أشعر بالخجل عندما يطلب مني أن أتحدث أمام مجموعة من الناس.			
.34	أفضل البعد عن الناس.			
.35	أخجل عند سماع مديح الآخرين لي.			
.36	أخجل من مقابلة شخص بمفردي.			
.37	أتحرج من التعامل مع فرد من الجنس الآخر.			
.38	أشعر بالارتباك عند زيارة الضيوف لي في منزلي.			
.39	أتردد في اتخاذ القرارات الخاصة بي.			
.40	يصعب علي تكوين أصدقاء جدد بعد حدوث البتر.			
.41	أحتاج لشخص يساعدني في اتخاذ قراراتي.			
.42	أتضايق من تناول الطعام والشراب أمام الآخرين.			
.43	ينتابني شعور بالخجل عندما أقف مع أشخاص لديهم بتر.			
.44	أشعر بالخجل عندما ينتقد الآخرون مظهري.			

م	العبارة	نادراً	أحياناً	دائماً
45.	أرفض المشاركة في المناسبات العائلية و الاجتماعات بسبب البتر.			
46.	أصيب عرفاً إذا طُلب مني الحديث أمام مجموعة.			
47.	أفضل الصمت إذا جلست بين مجموعة من الناس.			
48.	أشعر بالنقص عند التواصل مع الآخرين.			
49.	أحجل ان أظهر بمظهر الضعف أمام الآخرين بسبب البتر.			
50.	أنزعج عندما ينظر إليّ الآخرون نظرة شفقة بسبب البتر.			
51.	أشعر بأن دائرة أصدقائي تقلصت بعد حدوث البتر.			
52.	أحاول إخفاء طرفي المبتور عن الآخرين.			
53.	نومي مضطرب ومقطع.			
54.	مخاوفي كثيرة مقارنة بالآخرين.			
55.	أشعر بالعصبية الزائدة خلافاً للآخرين.			
56.	تنتابني أحلام مزعجه كل عدة ليالي.			
57.	ترتجف يداي عندما أحاول القيام بعمل ما.			
58.	تصيبني نوبات من الغثيان.			
59.	أشعر بالتوتر عند التفكير في حياتي الزوجية.			
60.	أعجز عن تركيز انتباهي عند أداء عمل ما.			
61.	أشعر بالتوجس في معظم أوقاتي.			
62.	ينتابني شعور بالخوف والتوتر عند رؤية مشاهد العنف والقتل.			
63.	ينتابني شعور بالرهبه عندما مواجهة الأزمات.			
64.	أشعر بصعوبة في ممارسة الأنشطة الحياتية.			
65.	أشعر بالحساسية الزائدة مقارنة بالآخرين.			
66.	أشعر بخفقان في القلب عند مواجهة حدث ما.			
67.	أشعر بالارتباك عندما يضايقني أي شخص.			
68.	ينتابني شعور بالإحباط عند التفكير بمستقبلي المهني			
69.	أعاني من صداع في معظم الأوقات.			
70.	أبتلع حلقي بكثرة عندما يطلب مني مهمة ما.			