وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة يحي فارس – المدية –

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم الاجتماع

القلق وجودة الحياة لدى أمهات ذو أطفال ذوي إعاقة حركية.

مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي

من إعداد الطالبتان:

- دلال سعيدون.
- فاطمة زناينى.

إشراف الأستاذة:

– شكراوي عبد القادر فتيحة

2022/2021


بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وتقدير

نتوجه بالشكر والحمد والثناء أولا وأخيرا إلى الجلي العلي، إلى خالق السماوات والأرض، الذي أهدانا نعمة البصر والبصيرة، ووفقنا في درب دراستنا وأنار لنا طريق العلم ووفقنا إلى انجاز هذا العمل، فألف حمد وألف شكر لك يا الله.

ونتقدم بالشكر الجزيل إلى من أمدنا بيد العون في هذا العمل، الأستاذة المشرفة "شكراوي عبد القادر فتيحة"

كما لا ننسى شكر كل من ساهم في انجاز هذا العمل من قريب أو من بعيد



إهداء

إلى السند و القلب الذي لا يشيخ أبي من تحققت الأحلام اليه

و به دمت شامخا لي يا أبي إلى من علمتني أنه لا شئ يأتي

بدون تعب و تلك هي لذة الحياة أمي قرة عيني

إلى من سهرت مع دمعتي ومن كانت سبب ضحكتي من

كانت لي نور للأحلام خليدة

إلى من قاسمتني تعب و سهرت من أجلي رفيدة دمت لي سندا

و حبا لا يفنى



دلال

إهداء

إلى قبس النور و العطاء الرباني الذي طالما كان ينتظر نجاحي إلى أن وفته المنية والدي الغالي " رحمه الله " و أسكنه فسيح جنانه .إلى أعز و أغلى إنسانة في حياتي التي أنارت دربي بنصائحها ، التي كانت و لم تيأس و كانت بحرا صافيا يجري بفيض الحب و البسمة إلى من زينت حياتي بضياء البدر، و شموع الفرح، إلى من منحتني القوة و العزيمة، لمواصلة الدرب و كانت سببا في مواصلة دراستي إلى من علمتني الصبر و الاجتهاد إلى الغالية على قلبي، أمي الغالية أدام الله عليها نعمة الصحة و أطال في عمرها . إلى زوجي من جسد الحب بمعانيه فكان السند و العطاء قدم لي الصبر و الأمل لن أقول شكرا بل سأعيش الشكر معك دائما إلى المحبة التي لا تنضب و الخير بلا حدود إلى من شاركتهم حياتي إلى الذين من ظفرت بهم هدية من الأقدار،

إخوة فعرفوا معنى الأخوة إلى إخوتي" محمد، سيد علي، و زوجاتهم "إلى أخواتي العزيزات " حنان، نبيلة، زهرة، سعيدة و أزواجهم ."إلى الأعين التي أستمد منهم القوة و الاستمرار فلذات كبدي ابنتي " تقوى " و ابني " عبد الإلاه " و إلى براعم العائلة الكل باسمه إلى من ساعدني و علمني و لو بحرف أسأل الله العلي القدير أن ينفعنا به و يمدنا توفيقه.

فاطمة

❖ **ملخص:**

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى القلق وجودة الحياة لدى أمهات ذو أطفال ذوي إعاقة حركية.

في ضوء بعض المتغيرات: "المستوى التعليمي، الاقتصادي، الاجتماعي...الخ، ونوع إعاقة الطفل"، واستخدمنا منهج دراسة حالة.

تكوّنت عيّنة الدراسة من 6 حالات، تمّ اختيارهنّ بطريقة عشوائية .. ولجمع البيانات استعملنا وسائل الدراسة التالية: "المقابلة نصف الموجهة، مقياس جودة الحياة لدى الأمهات، ومقياس القلق.

❖ **Summary** :

The study aimed to identify the level of anxiety and quality of life of mothers with children with motor disabilities.

In light of some variables: "the educational level, economic, social...etc, and the type of child's disability", we used a case study method.

The study sample consisted of 6 cases, they were chosen randomly.. To collect the data, we used the following study methods: “the semi-guided interview, the maternal quality of life scale, and the anxiety scale.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

المحتوى	الصفحة
البسملة	/
شكر وتقدير	/
إهداء	/
إهداء	/
فهرس المحتويات	/
فهرس الجداول والأشكال	/
مقدّمة	4-1
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
1. إشكالية	8-6
2. فرضيات الدراسة.	8
3. أهداف الدراسة	8
4. أهمية الدراسة.	5
5. المفاهيم الإجرائية والاصطلاحية	10-6
6. الدراسات السابقة:	21-11
الفصل الثاني: القلق	
1. لمحة تاريخية عن القلق	26-23
2. تعريف القلق	28-27
3. مكونات القلق	29-28

4. أنواع القلق	33-29
5. أسباب القلق	37-33
6. أعراض القلق	39-38
7. النظريات المفسرة للقلق	40
8. قياس القلق.	49-45
9. علاج القلق	52-49
الفصل الثالث: جودة الحياة	
تمهيد	54
1. نبذة تاريخية عن نشأة مصطلح جودة الحياة	55
2. تعريف جودة الحياة.	56
3. صعوبة تعريف مفهوم جودة الحياة.	57-56
4. أبعاد جودة الحياة.	61-57
5. مظاهر جودة الحياة.	64-61
6. مكونات جودة الحياة ومؤشراتها.	65-64
7. معوقات جودة الحياة.	66
8. جودة الحياة لدى الاسر التي لديها أبناء معاقين.	67-66
الفصل الرابع: الإعاقة الحركية	
❖ تمهيد	69
1. مفهوم الإعاقة الحركية	70

2. أسباب الإعاقة الحركية	72-70
3. تصنيف إعاقة الحركية:	74-72
4. حاجات القلق	75-74
5. خصائص الإعاقة الحركية	78-75
6. التأهيل النفسي للمعاق حركيا	79-78
7. المشكلات الناتجة عن الإعاقة الحركية:	80
8. الضغوطات التي يتعرض إليها المعاق حركيا	82-81
9. العوامل المؤثرة على استجابات المعاقين حركيا.	83-82
10. أهمية الجماعة في حياة المعاق	83
❖ خلاصة الفصل	84
الجزء التطبيقي	
الفصل الخامس: الدراسة الميدانية	
1. منهج الدراسة	87
2. وسائل القياس	98-87
3. مجموعة الدراسة	100-99
❖ خلاصة الفصل	101
الفصل السادس: عرض النتائج وتحليلها	
1. المقابلة نصف الموجهة	115-103
2. تحليل ومناقشة النتائج	115

3. الاستنتاج العام	119-118
خاتمة	121-120
قائمة المراجع	126-122
الملاحق	162 -127

-

فهرس الجداول

فهرس الجداول:

الجدول	الصفحة
الجدول رقم 1 يوضح كيفية تصحيح سمة القلق	93
الجدول رقم 2 يوضح كيفية تصحيح سمة القلق	93
الجدول 3 يمثل كيفية تصحيح درجة القلق	94
جدول رقم 4 يوضح مستويات أبعاد مقياس جودة الحياة	97
جدول 5 يوضح العبارات الايجابية والسلبية للمقياس	97
جدول رقم 6 يوضح معاملات الثبات لأبعاد جودة الحياة	98
جدول يوضح نتائج تطبيق مقياس سيبلجبر على المفحوصة (ز، ص) .	104
جدول يوضح نتيجة تطبيق مقياس جودة الحياة :	105
عرض نتائج مقياس سبيلجبر المفحوصة (ر ، ص) :	107
–جدول يوضح نتيجة تطبيق مقياس جودة الحياة :	108
- نتائج تطبيق مقياس سيبيلجر:	109

تطبيق مقياس جودة الحياة :	**110**
عرض نتائج المقياس حالة القلق:	**111**
عرض نتائج المقياس سمة القلق :	**111**
عرض نتائج مقياس جودة الحياة:	**111**
عرض نتائج حالة القلق للمفحوصة (س.ب)	**112**
عرض نتائج سمة القلق للمفحوصة (س.ب)	**112**
عرض نتائج مقياس جودة الحياة :	**113**
عرض نتائج مقياس حالة القلق للمفحوصة (س.ع) :	**114**
عرض نتائج مقياس سمة القلق للمفحوصة (س.ع) :	**115**
عرض نتائج مقياس جودة الحياة علي العينة (س.ع) .	**115**

مقدمة:

❖ **مقدمة:**

لا يكاد أي مجتمع يخلو من وجود أشخاص معاقين حركيا إذ تلعب المهارة الحركية دور بالغ الأهمية في حياة الإنسان ، خاصة إذا كانت في مرحلة الطفولة فهي لها أيضا دور في النمو المعرفي الذي يعتمد على قدرة الفرد على التنقل و الحركة و التعامل مع المحيط بكل تعقيداته ، فتؤثر بذلك على مراحل نمو الطفل مثل المشي أو الحبو، فينعكس ذلك ليس على الطفل فقط أيضا على أسرته من الناحية النفسية من الناحية الاجتماعية ومن الناحية الاقتصادية.

فإصابة الطفل بإعاقة حركية يعتبر بداية سلسلة من الاضطرابات النفسية لدى الأسرة خاصة الأم وما يصاحبها الشعور بالذنب والخجل والغضب والقلق والحزن ولوم الذات و إلقاء اللوم على الآخرين ، والخوف من المستقبل فضلا عن استبعاد الوالدين لإمكانية بعض النجاحات لطفلهما المعاق حيث تختفي أمل النجاح في عدة مجالات في الحياة مثل الدراسة والزواج مما ينتج عنه قلق من وجود هذه الإعاقة في الأسرة ، إضافة إلى الجانب الاجتماعي الذي يرى أن الإعاقة وصمة اجتماعية مما ينتج عنه حالة الرفض للوالدين لهذه الإعاقة كما يلعب الجانب الاقتصادي دورا مهما في حياة والدين الطفل المعاق فتقدم وسائل الحياة و تعقدها ابرز واقعا صعبا على المعاق و أسرهم خاصة فيصبح الطفل المعاق يحتاج إلى رعاية خاصة من جانب طبي و مدرسي ، وهذا يرتبط بنوعية حياة الوالدين وجودتها من الناحية المهنية ، البيئية ، النفسية الجسدية ، فتصبح تشكلا قلقا للوالدين في كيفية تحقيق هذه المطالب .

مما أدى إلى ضرورة البحث مفهوم جودة الحياة في علم النفس الذي هو مطلبا إنسانيا ملحا خصوصا و انه جانب من جوانب علم النفس الايجابي ، حيث يهدف إلى دراسة المتغيرات المؤثرة في جودة حياة الإنسان ، تقييم الفرد لمؤشراته الموضوعية في حياة الإنسان كالدخل والعمل والتعليم ، وذلك في وقت محدد و في ظل ظروف معينة ، ويظهر ذلك بوضوح في مستوى السعادة والشقاء الذي يكون عليه .

وهذا ما دفعنا إلى البحث في هذه الدراسة إلى إبراز العلاقة بين جودة الحياة و الإعاقة الحركية في ظهور القلق عند ام الطفل المعاق حركيا .

وقد احتوت هذه الدراسة على بابين تمثل الباب الأول في الجانب النظري أما الباب الثاني الباب التطبيقي.

تناولنا في الباب الأول على مقدمة البحث، فاشكاليته، ثم طرح مختلف فرضياته، وتحديد المفاهيم الرئيسية، ويضمن الجانب النظري أربعة فصول ،تطرقنا في الفصل الأول منه إلى القلق من حيث لمحته التاريخية وتعريفه و أنواعه ومقاييسه و علاجاته و و تفسير نظريات علم النفس له .

أما الفصل الثاني قد شمل جودة الحياة حيث تطرقنا فيه إلى لمحة تاريخية عن جودة الحياة كذلك صعوبة تعريف جودة الحياة و أبعاد جودة الحياة و نموذج تفسير و تقدير جودة الحياة أيضا مظاهر جودة الحياة و مكوناتها و إبعادها و مؤشراتها و المبادئ التي تعتمد عليها جودة الحياة كذلك معوقات جودة الحياة إضافة إلى ذلك جودة حياة الأسر التي لديها أبناء معاقين وفي الأخير خلاصة الفصل .

أما الفصل الثالث تطرقنا فيه إلى الإعاقة الحركية من حيث مفهومها و خصائصها و الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة الحركية إضافة إلى تصنيف الإعاقة الحركية و من ثم حاجات المعاق حركيا ومن ثم التأهل النفسي للمعاق حركيا و المشكلات الناتجة عن الإعاقة الحركية و من ثم الضغوطات التي يتعرض إليها المعاقين حركيا و أسرهم و في الأخير أهمية الجماعة في الحياة المعاق ومن ثم خلاصة الفصل .

اما الباب الثاني فتمثل في الجانب التطبيقي لهذه الدراسة والذي شمل فصلين الذي تم التطرق فيه الى منهج الدراسة و تعريفه و وسائل القياس في هذه الدراسة والذي تمثلت في المقابلة النصف موجهة و مقياس سيبلربجر للقلق و مقياس جودة الحياة كذلك، تم التطرق إلى حدود الدراسة من حيث إطارها المكاني و ألزماني و خصائص عينة الدراسة ومن ثم خلاصة الفصل .

أما الفصل الأخير تم التطرق فيه لعرض وتحليل نتائج العينة الدراسة ومن ثم مناقشة النتائج و في الأخير الاستنتاج العام انطلاقا من فرضيات الدراسة و في الأخير خاتمة هذه الدراسة .

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة

1. إشكالية الدراسة.
2. فرضيات الدراسة.
3. أهداف الدراسة.
4. أهمية الدراسة.
5. المفاهيم الإجرائية والاصطلاحية.
6. الدراسات السابقة.

7. إشكالية الدراسة:

إن الإحساس بالقلق هو رد فعل طبيعي ذو فائدة في المواقف التي تواجه الإنسان بتحديات جديدة ، في حين يواجه الإنسان بمواقف معينة فانه من الطبيعي أن يحس الإنسان بمشاعر عدم الارتياح و التوجس، وتعتبر ردود الأفعال هذه هدفا هاما حيث أنها تنبهنا للاستعداد لمعالجة الموقف المتوقع .

ولكن أعراض القلق المرضي تختلق اختلافا كبيرا عن أحاسيس القلق الطبيعية المرتبطة بموقف معين ، و خاصة إذا كان الموقف متعلق بصورة يومية في حياة الشخص ، فمثلا الإعاقة الحركية للطفل ستثير حالة قلق في وسط الآسرة خاصة الأم.

إن الأمومة هي حلم جميع النساء، حيث يعتبر ميلاد لطفل في الأسرة حدثا سعيدا، واليوم الذي يُكشف فيه إعاقة طفل يكون له أثر تحطيمي ويؤدي إلى تغير جذري في المسار النفسي والاجتماعي والاقتصادي للأسرة، وتضع الوالدين والأم خاصة أمام واقع مر سواء كانت الإعاقة جسدية كالإعاقة الحركية، فالإعاقة الحركية هي القصور أو العجز المزمن أو العلة المزمنة التي تؤثر على قدرات الشخص الجسمية أو النفسية أو العقلية والاجتماعية لتجعله غير قادر على أداء بعض الأعمال والمهارات والتعامل مع الغير وغير قادر على إشباع احتياجاته بما يؤدي إلى عدم قدرته على أداء وظائفه الأساسية، حيث يشير **أدلر Adler** إلى ذلك حيث يرى "أن القصور البدني يستلزم تغيير في الحياة النفسية، ومن أوضح التغييرات التي نلاحظها؛ عدم الشعور بالأمن في كثير من المواقف، وعدم الاطمئنان والقلق ناتجة عن التنظيم الكلي للحياة". **(أبو النجا، بدران، 2003: 14)**

وهذا ما جعل أفراد أسرة الطفل المعاق يعيشون توترات وضغوطات، و هو الأثر الذي يحدثه الفرد على أسرته خاصة إذا كان معاقا ، فتأثيرات الإعاقة لا تقتصر فقط المعاق وحده ولكنها تمتد إلى جميع أفراد عائلته بدرجات متفاوتة ، فاغلبا ما تجد الأسرة نفسها تبحث عن خدمات تربوية خاصة ، اجتماعية و اقتصادية لابنها في المجتمع ينظر إلى المعاق بنظرة

سلبية وبهذا يرى **كوفمان 1972** أن الإعاقة الحركية وصمة اجتماعية وثقافية ، يحاول المعنيون إخفائها ، لكن مجرد وجودها يجعلهم في موقف ضعف ، ويضع المعاقيين وأسرهم في موقف غير ملائم وغير طبيعي.

حيث يرى **(Hauser – crant F Hewat feile, 2006)** ,أن والدي الطفل المعاق تظهر لديهم بعض الاضطرابات النفسية كالقلق ، حيث يعد القلق من ابرز الاستجابات النفسية نتيجة لإصابة الطفل بإعاقة حركية ، و انعدام التقبل الأسري او الاجتماعي، وتغير المفاجئ الذي حدث للأسرة الذي يعبر عنه بصورة من الصراع خاصة لدى الأم، وحسب **لازاروس Lazarus** 1988، فإن الكيفية التي يستجيب بها الفرد للموقف الضاغط تعتبر المؤشر الأول على الصحة النفسية والجسدية وليس الموقف بحد ذاته. **(لازاروس وفولكمان 1993)**

واليوم الذي تكشف فيه الأم إعاقة الطفل، يحدث لها تغيّر جذري في المسار النفسي، الاجتماعي والاقتصادي لها، بحيث يضعها في واقع مر؛ كون المسؤولية الأكبر تقع عليها، وبالتالي جودة الحياة لها تكون غير ثابتة.

ويرى المنسي وكاظم **(2006 :44)** أنّ الشعور بجودة الحياة يمثل أمرا نسبيا، لأنّها مرتبطة بالفرد مثل المفهوم الإيجابي للذات والرضا عن الحياة وعن العمل، والحالة الاجتماعية والسعادة التي يشعر بها الفرد، كما يرتبط ببعض العوامل الموضوعية التي يمكن أن تلاحظ وتقاس ويحكم عليها مباشرة، مثل الإمكانيات المادية المتاحة والدخل والنظافة والحالة الصحية والحالة السكنية والوظيفية، مستوى التعليم وغير ذلك من العوامل التي تؤثر على الفرد.

فقد عرّفت منظمة الصحة العالمية جودة الحياة بأنّها إدراك الفرد لوضعه في الحياة وفي سياق الثقافة واتّساق الفهم الّتي يعيش فيها.

وبناء على ما سبق، فإنّ كل مشكل لدى الطفل المعاق حركيا ومتطلباته يؤثر نفسيا على أمّه، وهو ما قد يؤثر في جودة الحياة لديها، وهذا ما جاءت دراستنا للكشف عنه، وذلك بطرح التساؤلات التالية:

←**ما مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين حركيا؟**

←**هل توجد علاقة بين مستوى جودة الحياة و الإعاقة الحركية في ظهور القلق لدى أمهات أطفال ذوي إعاقة حركية ؟**

←**ما فعالية جودة الحياة في خفض القلق لدى أمهات الأطفال المعاقين حركيا؟**

8. فرضيات الدراسة:

←كلما كان مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين حركيا منخفضا كلما زادت نسبة القلق لديهم.

←نعم توجد علاقة بين مستوى جودة الحياة و الإعاقة الحركية في ظهور القلق لدى أمهات أطفال ذوي إعاقة حركية .

←تلعب جودة الحياة الجيدة دورا مهما في خفض نسبة القلق لدى أمهات ذو أطفال ذوي إعاقة حركية .

9. أهداف الدراسة:

- التعرف على مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين حركيا.
- معرفة الفروق الإحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين حركيا في المستوى التعليمي، الاجتماعي والاقتصادي.
- التعرف على فعالية مستوى جودة الحياة على انخفاض الشعور بالقلق.

10. أهمية الدراسة:

- في دراستنا هذه نسلط الضوء على مستوى جودة حياة أمهات الأطفال المعاقين حركيا، الّذين أصبحوا مشكلا يؤرق المجتمع بصفة عامة والأم بصفة خاصة.

- الاهتمام بمعاناة وقلق أمهات الأطفال المعاقين حركيا.
- إبراز دور الأم في حياة الطفل المعاق حركيا، كونها أكثر الأفراد قلقا على ابنها ومستقبله.
- محاولة إيجاد حلول لخفض درجة القلق ، وتحسين مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين حركيا.

11. المفاهيم الإجرائية والاصطلاحية:

1.5 جودة الحياة:

- **لغة:** أصلها من الفعل "جاد" – جودة وجُودة، صار جيدا وهو ضد الرديء، فعل الجيّد وجوّد الشيء: جعله جيّدا. وأجاد: أتى بالجيّد. **(المنجد في اللغة العربية والأعلام، 1994)**
- **التعريف الاصطلاحي:** يعرف **منسي وكاظم (2006)** جودة الحياة بأنّها شعور الفرد بالرضا والسعادة وقدرته على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورقي الخدمات الّتي تُقدّم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حس إدارته للوقت والاستفادة منه.

2.5 –الاعاقة :

عرّفتها منظمة الصحة العالمية هي حالة من عدم القدرة على تلبية لمتطلبات أداء دوره الطبيعي في الحياة المرتبط بعمره وجنسه وخصائص الاجتماعية والثقافية وذلك نتيجة الإصابة أو العجز في الأداء الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية. **(روسان، 2001: 64)**

5-3الإعاقة الحركية: هي حالة تعد من مقدرة الفرد على القيام بوظيفة واحدة أو أكثر من وظائف الّتي تعتبر العناصر الأساسية لحياته اليومية ومن بينها العناية بالذات أو ممارسة العلاقات الاجتماعية؛ وهي عدم القدرة على استخدام الفرد لأجزاء جسمه في أداء الحركات

الطبيعية كالمشي والجري والتنسيق بين حركات الجسم المختلفة بسبب إصابة جسمية في العمود الفقري وعضلاته أو الجهاز العصبي أو نتيجة عوامل وراثية وتؤثر هذه الإعاقة في نموه العقلي أو الانفعالي وتحدّ من التكيف الاجتماعي. **(الشريف، 2011: 418)**

3.5 القلق: هو شعور بعدم الارتياح، مثل التوتر أو الخوف، يمكن أن يكون خفيفًا أو شديدًا.. وقد يتعرض به أي شخص.

4.5 القلق حالة: نتبنى تعريف سيبجلبر 1975، هو حالة انفعالية تتصف هو حالة انفعالية تتصف بأحاسيس طارئة ********** من التوتر والإدراك والعصبية المصحوبة بنشاطات من الجهاز العصبي الذاتي (لاإرادي)، ويختلف قلق الحالة من حيث: حدثه وحدوثه عبر الزمن كدالة عن الإجهاد الذي يلازم الفرد. **(********** 1975، عن قاسم حسين 2002)**

5.5 المعاق حركيا: نتبنى من خلال دراستنا هذه التعريف الذي وضعه والسهو **Walshoo**، الذي عرّف المعاق حركيا بأنّه الشخص الّذي لديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه بشكل طبيعي نتيجة مرض أو إصابة العضلات أو فقدان في القدرة الحركية أو الحسية أو كليهما معا في الأطراف العليا أو السفلى أحيانا أو في الاختلال في التوازن الحركي أو بتر في الأطراف، ويحتاج هذا الشخص إلى برامج طبية ونفسية واجتماعية وتربوية ومهنية لمساعدته في تحقيق أهدافه الحياتية والعيش بأكبر قدر من الاستقلالية.

12. الدراسات السابقة:

1.6 الدراسات السابقة في القلق :

يعد القلق من المشكلات الشائعة لدى الكثير الناس إن يكن اغلبهم ، حيث تتعدد صوره و تختلف مظاهره و يظهر عند الناس دون سبب واضح ، وينتهي إلى عجز الشخص بقيام أو النهوض بأعباء الحياة و مسؤولياتها الطبيعية و يعرض صحته النفسية إلى الخطر . وبهذا يعد القلق لب كل المتاعب النفسية التي يعاني منها الإنسان و يدفع به إلى المواقف الحرجة ، إلى إن يتصرف فيها بصورة تزعجه وتزعج الآخرين (مخيمر 2002،) .

كما ان القلق في علم النفس الحديث مكانة بارزة فهو مفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية و العقلية والعرض الجوهري المشترك في الاضطرابات النفسية ، بل و في أمراض عضوية شى ، ويعد القلق محور العصاب و ابرز خصائصه حيث يساهم في تكوين من "30بالمائة إلى 40 بالمائة من الحالات التي تعاني من الاضطرابات العصابية تقريبا .

(عبد الخالق ، 2007) .

- **دراسة مرسي 1983 بعنوان علاقة سمة القلق بالعصابية:**

حيث هدفت الدراسة الى بحث علاقة سمة قلق بالعصابية. وتكونت عينة الدراسة من 82 طالبا سعوديا ، والذين يدرسون مقرارات في علم النفس بكلية التربية بجامعة الملك سعود و تتراوح أعمارهم بين 18–25 سنة . استخدم مرسي ثلاثة مقاييس للقلق الصريح و هي تقيس سمة قلق ، مقاييس أيزنك للعصابية . وتم معالجة البيانات إحصائيا باستخدام معامل بارسون .

وبينت النتائج وجود علاقة بين القلق و العصابية ، وهي دالة إحصائيا ، و أظهرت نتيجة التحليل العاملي لمصفوفة تفاعلات الارتباط أن القلق عرض شائع في العصابية ولكن القلق ليس هو العصابية تماما .

يتبين من دراسة مرسي و التي درست علاقة سمة قلق بالعصابية من خلال استخدامه لعدة مقاييس ان القلق مرتبط بالعصابية بمعني ان العصابية يشيع فيها القلق بشكل واضح.

- **دراسة (عبد الخالق و حافظ ،1988):**

بعنوان "حالة القلق وسمة القلق لدى عينات من المملكة العربية السعودية"، هدفت الدراسة إلى محاولة الكشف عن حالة القلق و سمة القلق لدى عينة البحث. تكونت عينة الدراسة من (196) طالباً من طلاب الجامعة ، و 122 طالباً من الثانوية العامة، 116 طالبة من الثانوية العامة، و82 مدرساً من الملتحقين بدورة تدريب بكلية التربية في جامعة الملك سعود. واستخدم الباحثان مقياس القلق (الحالة –السمة) لسبيلبرجر . واستخدم الباحثان المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري واختبار (ت) ومعامل ارتباط بيرسون في التحليل الإحصائي .

وأوضحت نتائج الدراسة أن المدرسين قد حصلوا على أقل درجة في مقياس حالة القلق وسمة القلق، أما طلاب الثانوية العامة فقد حصلوا على أعلى المتوسطات في المقياس نفسه، ولكن الفروق بين طلبة الجامعة وطلبة الثانوية غير جوهرية في المقياس، وقد حصلت طالبات الثانوية على درجات أعلى من الذكور في مقياس القلق نفسه.

هنا يمكن القول أن تلك الدراسة والتي تعدت المستويات الأكاديمية لدى أفراد العينة بينت أن ارتفاع مستوى القلق لدى الطلبة الثانويين بشكل عام أكثر من المعلمين ، في حين أن مستوى القلق كان لدى الطالبات أعلى منه لدى الطلاب وهذا يخالف ما توصلت له دراسة. **(الليل ، 1997)**

- **دراسة (مرسي، 1988):**

بعنوان " دراسة مقارنة لمستوى القلق و علاقته بتحديد الهوية لدى المراهقين من المدخنين وغير المدخنين" .

حيث هدفت الدراسة إلى دراسة القلق في علاقته بتحديد الهوية لدى المراهقين من المدخنين وغير المدخنين. وتكونت عينة الدراسة لدى (مرسي) من 171 طالباً من الذكور بجامعة الزقازيق من كليات الآداب والتربية والحقوق، وكان من بينهم 46 من المدخنين و125 من غير المدخنين.

واستخدم (مرسي) مقياس هوية الأنا من إعداد الباحث ، ومقياس القلق الصريح لتيلور

ومقياس الاغتراب (لأحمد خيري حافظ) ، بالإضافة إلى استمارة بيانات عن الطالب تتضمن 80 سؤالا للحصول على بعض المعلومات الديموجرافية، وأسئلة تتعلق بأهم المواقف التي تدفع إلى السلوك التدخيني. وتم معالجة البيانات إحصائياً عن طريقة حساب المتوسط الحسابي، والوسيط، والانحراف المعياري، و اختبار (ت) واختبارات أخرى.. وكشفت الدراسة عن النتائج التالية :

- وجود ارتباط دال بين درجات المراهقين على مقياس هوية الأنا و درجاتهم على مقياس القلق وكذلك عدم وجود فروق دالة بين غير المدخنين و متوسطي التدخين في مستوى القلق ولكنه وجد فروق دالة إحصائياً بين غير المدخنين و مفرطي التدخين في مستوى القلق لصالح مفرطي التدخين .
- تبين عدم وجود فروق دالة بين متوسط درجات المراهقين المدخنين ومتوسط درجات المراهقين غير المدخنين في درجة تحديد الهوية .

هنا يجد الباحث اختلاف نوع عينة الدراسة و إن تناولت موضوع القلق وكانت أيضاً مكونة من جنس واحد وهو الذكور لمحاولة البحث في أثر التدخين على مستوى القلق والتي كان من أهم نتائجها أن الأفراد المفرطين في التدخين تبين ارتفاع مستوى القلق لديهم بناء على نتائج الدراسة أكثر من قرنائهم غير المدخنين.

- **دراسة (النيال، 1991):**

بعنوان "الفروق في كل من حالة القلق وقلق الموت قبل إجراء العملية الجراحية وبعدها".

هدفت الدراسة إلى فحص الفروق في كل من القلق كحالة و قلق الموت قبل إجراء العملية الجراحية و بعدها، و كانت الفرضية الموضوعة من قبل الباحثة أن هناك فروقاً جوهرية في هذين المتغيرين بين مرحلتي قبل إجراء الجراحة وبعدها إذ يرتفعان قبل العملية وينخفضان بعدها.

تكونت العينة للدراسة من 23 مريضاً عضوياً ذكراً كانوا يجرون عمليات جراحية من النوع الكبير، وكان متوسط أعمارهم 2.36 سنة.

واستخدمت (النيال) مقياس لحالة القلق و مقياس لقلق الموت، وتم تطبيقهما مرتين؛ الأولى قبل إجراء الجراحة بأربع وعشرين ساعة و الثانية بعد إجراء الجراحة بخمسة أيام.

وأشارت النتائج إلى وجود فروق جوهرية في مقياس حالة القلق و قلق الموت بين حالتي قبل الجراحة و بعدها.

هنا يتضح أن دراسة (النيال، 1991) والتي اختلفت فيها العينة عن كثير من الدراسات السابقة حيث كانت العينة من المرضى، والتي اقتصرت على جنس واحد وهو الذكور والذين خضعوا لإجراء عمليات جراحية كبرى واللافت للنظر هنا أنه كانت الفروق جوهرية في حالة القلق وقلق الموت قبل وبعد العملية وذلك لصالح قبل العملية في ارتفاع مستوى القلق .

- **دراسة (القشيش، 1991)**

بعنوان "سمة القلق و علاقتها بالبيئة الاجتماعية".

حيث هدفت الدراسة إلى كشف عن العلاقة بين كل من مستوى التحضر و الجنس من ناحية و درجة القلق المحددة من مقاييس القلق من ناحية أخرى .

واستخدمت (القشيش) مقياس أعراض القلق ، و مقياس تيلور للقلق، و مقاييس أخرى.

تكونت عينة الدراسة من 500 فرداً نصفهم ذكور ونصفهم إناث وتم اختيار العينة عشوائياً من بين طلبة الثاني الثانوي بمحافظة القاهرة و الإسكندرية .

واستخدمت (القشيش) عدة أساليب إحصائية منها اختبار (ت) و تحليل التباين المزدوج، والتحليل العاملي. وبينت نتائج الدراسة أنه يزداد مستوى القلق بزيادة التحضير كذلك إن الإناث أكثر قلقاً من الذكور وذلك في الحالة والسمة، و كذلك في الميل العصابي والقابلية للإيماء.

من تلك الدراسة نجد أنه توجد علاقة مباشرة بين سمة القلق و البيئة الاجتماعية حيث أنها أثبتت بناءاً على المقاييس المستخدمة في الدراسة أن مستوى القلق يزداد بزيادة التحضر

وهذا يتشابه مع ما توصلت إليه دراسة (الليل ،١٩٩٧ . (كذلك بينت أن الإناث أكثر قلق من الذكور بناءاً على نتائج المقاييس نفسها .

- **دراسة (عبد الباقي، 1993)**

بعنوان "مسببات القلق، خبرات الماضي والحاضر ومخاوف المستقبل".

حيث هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على أسباب القلق ما بين خبرات الماضي والحاضر ومخاوف المستقبل .

تكونت عينة الدراسة من 239 شخصاً منهم 33 ذكرا و206 أنثى من مستويات تعليمية مختلفة ومن جنسية مصرية وسعودية .

واستخدم (عبد الباقي) مقياس للقلق قامت بإعداده و عمل صدق وثبات له.. واستخدمت من الناحية الإحصائية التحليل العاملي واختبار (ت).. و كانت نتائج البحث على النحو التالي :

- الإناث أكثر قلقاً من الذكور .
- مستوى القلق يزداد بزيادة العمر ، بمعنى أن الأعمار الأقل هي أقل قلقاً و الأعمار الأكبر
- هي أعلى قلقاً .
- عدم وجود فروق جوهرية في مستوى القلق بين المتعلمين تعليماً جامعياً و تعليماً أعلى من
- جامعي .
- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى القلق يعزى للجنسية. (مصريات، سعوديات).
- قلق الحاضر أعلى من قلق المستقبل و قلق المستقبل أعلى من قلق الماضي .

هنا يتضح أن (الباحثة) حاولت التعرف على مسببات القلق المختلفة لدى أفراد العينة المعنيين و التي تفوق فيها عدد الإناث عن الذكور بكثير والتي كان من نتائجها ارتفاع مستوى

القلق لدى الإناث أكثر من الذكور ومن الجدير بالذكر هنا أن تلك الدراسة وضحت اختلاف مستويات القلق بين الماضي والحاضر والمستقبل وأكثر تلك المستويات هو قلق الحاضر .

- **التعقيب على دراسات السابقة للقلق:**

أكدت الدراسات على أن القلق هو درجات في حياة الشخص تتغير درجاته بتغير المتغيرات حسب النتائج التي أظهرتها الدراسات السابقة في القلق حسب وسائل قياس علمية التي تمثلت في المقاييس.

2.6 الدراسات السابقة في الإعاقة الحركية:

دراسة هرن Harren 1973: حاولت هذه الدراسة الكشف عن الآثار النفسية الّتي تُحدثها الإعاقة وهي:

- تؤدي الإعاقة الحركية إلى سوء التكيّف وبالتالي إلى تخلّف الأداء أو اكتساب مبادئ خاطئة للمكان والزمان.
- تؤدي الإعاقة الحركية على اضطرابات سيكولوجية، كالانطواء، شدة الحساسية، العزلة والقلق.

دراسة رقوسك وهانا Regousk et Hanna 1991: قامت هاتين الباحثتين بدراسة تحليلية لتقدير الذات كسمة من سمات الشخصية وللمشاركة الاجتماعية كنظام اجتماعي وثقافي، وتوصلتا أنّ للمعاقات مستوى منخفض لتقدير الذات، وأنّ لهنّ مشاركة محدودة النشاطات الاجتماعية والثقافية عن العربوزي ربي 2001.

دراسة تيري Terri 2002: أوضحت نتائج دراسة تيري لعيّنة من الأطفال المعاقين أنّ لديهم تصوّر سلبي مما يؤثر على كفاءتهم الاجتماعية وذلك قد يعيق تفاعلاته الاجتماعية. أيضا بيّنت الدراسة أنّ الأطفال المعاقين هم أقل مشاركة في الأنشطة الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين.

دراسة هنشاو Hinshaw 1994: أظهرت أنّ المعاقين لهم اتجاهات سلبية اتّجاه الآخرين، وخاصة مع أفراد العائلة، ويتميّزون بالعدوانية وينسبون فشلهم إلى عوامل خارجية.

دراسة بيس Paisse 1992: تهدف إلى معرفة أهم السمات الشخصية للمعاق حركيا، ولقد توصّلت إلى النتائج التالية:

- انعدام الأمن النفسي العاطفي، والّذي يعود إلى الشعور بالدونية وفشله في التعويض الاضطراب الانفعالي بسبب التبعية للغير، وعدم القدرة على الاستقلال.
- **تعقيب على الدراسات الخاصة بالإعاقة الحركية:**

ومن خلال كل هذه الدراسات التي تناولت موضوع المعاقين و إتجاهاتهم النفسية والإجتماعية ، أن الإعاقة تترك آثار نفسية على المعاقين كالشعور بالدونية و نقص تقدير الذات و الإحباط و القلق و الإكتئاب.

2.6 الدراسات السابقة في جودة الحياة:

أ. الدراسات العربية:

- دراسة حسين (2010): هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تقبل الوالدين لطفلهما المعاق ومعرفة العلاقة بين تقبل الوالدين وعلاقته بجودة الحياة، وكذلك التعرف إلى درجة الاختلاف في إدراك الوالدين لجودة الحياة بناء على اختلاف نوع الإعاقة: "عقلية، جسدية، حسية". وتكونت عينة الدراسة من (30) من أباء وأمهات الأطفال المعاقين عقلياً، و(30) من آباء وأمهات الأطفال المعاقين سمعيا، و(30) من أباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الحسية، وأسفرت نتائج الدراسة إلى وجودة علاقة موجبة دالة إحصائياً بين ادراك الوالدين لجودة الحياة وتقبلهم لطفلهم المعاق، وايضاً بينت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات مرتفعي جودة الحياة ومنخفضي 56جودة الحياة في درجة تقبلهم لطفلهم المعاق؛ لصالح مرتفعي جودة

الحياة، كذلك كشفت نتائج الدراسة إلى أنه يختلف تقبل الوالدين للطفل المعاق اختلافاً دالاً إحصائياً باختلاف نوع الإعاقة: (عقلية، جسدية، حسية)، كما وتوصلت نتائج الدراسة إلى الاختلاف في جودة الحياة (الاستقرار في المستوى الاقتصادي الدخل، والاستقرار الاجتماعي وتكوين علاقات مع الآخرين) باختلاف نوع الإعاقة.

- دراسة طه (2011م): هدفت الدراسة إلى الكشف عن جودة الحياة لدى والدي الطفل الأصم وعلاقتها بالشعور بالسعادة لدى هؤلاء الأطفال الصم ومقارنة ذلك بالأطفال العاديين ووالديهم، وتكونت عينة الدراسة من (40) طفلاً وطفلة ذوي إعاقة سمعية (صم) مع والديهم، و(50) طفلاً وطفلة عاديين مع والديهم، وقد استخدمت الباحثة عدة مقاييس: مقياس جودة الحياة إعداد زينب شقير(2010م)، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات آباء الأطفال العاديين وآباء الأطفال الصم وأمهاتهم في الإحساس بجودة الحياة وذلك في اتجاه آباء الأطفال العاديين، كذلك قد بينت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أمهات الأطفال العاديين وأمهات الأطفال الصم في درجة الشعور بجودة الحياة في اتجاه أمهات الأطفال العاديين، في حين كشفت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أمهات الأطفال العاديين وآباء الأطفال الصم في الإحساس بجودة الحياة، بينما أظهرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأبناء الصم لآباء مرتفعي الإحساس بجودة الحياة، ومتوسطات رتب درجات الأبناء الصم لآباء منخفضي الإحساس بجودة الحياة على مقياس الاحساس بالسعادة في كل من بعد الأسرة والدرجة الكلية في اتجاه الأبناء الصم لآباء مرتفعي الإحساس بجودة الحياة.
- دراسة شاهين؛ وخليل (2012م): هدفت الدراسة إلى التعرف إلى دور خدمات الرفاه الاجتماعي التأهيلية في تحسين جودة الحياة لدى أسر المعاقين عقلياً في القدس من وجهة نظر الوالدين، وتكونت عينة الدراسة من (204) من أولياء أمور المعاقين عقلياً

المعروفين لمكتب الرفاء الاجتماعي في القدس الذين يتلقون خدمات تأهيلية للعام(2011_2012م)، وقد 57كشفت نتائج الدراسة أن الدرجة الكلية لجودة الحياة لدى أسرة المعاق عقلياً من وجهة نظر الوالدين كانت متوسطة وبنسبة بلغت (66.7%)، وأن المجال الإرشاد والصحة النفسية حصل على أعلى درجة في جودة الحياة، يليه مجال التوعية بالحقوق، ثم المجال الاجتماعي، وأخيرا المجال الاقتصادي الذي حصل على أدنى درجة في جودة الحياة، كما أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05 (a>في درجة جودة الحياة لدى أسر المعاق عقلياً من وجهة نظر الوالدين تبعاً لاختلاف الجنس للمعوق في المجال الاجتماعي، ومجال الإرشاد والصحة النفسية، والمجال الاقتصادي، بينما كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية في مجال التوعية بالحقوق لصالح الإناث، كذلك بينت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة جودة الحياة لدى أسرة المعاق عقلياً من وجهة نظر الوالدين تبعاً لاختلاف عمر المعاق في المجال الاجتماعي، ومجال الإرشاد والصحة النفسية، ومجال التوعية بالحقوق، في حين كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية في المجال الاقتصادي، بحيث كلما تقدم العمر بالمعاق عقلياً؛ كلما كانت جودة الحياة لديه أقل في الجانب الاقتصادي، كما أسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة جودة الحياة لدى أسرة المعاق عقلياً من وجهة نظر الوالدين تبعاً لاختلاف درجة الإعاقة، وعدد المعاقين في البيت، ودخل الأسرة، وولي الأمر (الأب الأم) في جميع المجالات.

ب. الدراسات الأجنبية التي تناولت متغير جودة الحياة:

- دراسة بالدجا وجابلونسكا(2007) Baleja & jablonsk : هدفت الدراسة إلى تصور المعرفة المعاصرة لحالة الصحة النفسية وجودة الحياة للأمهات القائمات برعاية الأطفال المعاقين عقلياً كعوامل مرتبطة بجودة الرعاية الوالدية، وقد أظهرت نتائج الدراسة إلى أن الرعاية الوالدية تعتبر شاقة وطويلة الأمد، وكذلك كشفت نتائج الدراسة أن رعاية

الأطفال المعاقين عقليا لها تأثير سلبي على كل من الحالة الصحية النفسية وجودة الحياة لمقدمي الرعاية لهم، كما أسفرت نتائج الدراسة أن أباء الأطفال المعاقين عقلياً يعانون من الاكتئاب واضطراب القلق، والأرق والشعور بالذنب والوحدة والعزلة الاجتماعية في كثير من الأحيان أكثر من أباء الأطفال الأصحاء، في حين توصلت نتائج الدراسة إلى وجود الكثير من جوانب الرعاية الوالدية التي تبدو ضاغطة، وهي ليست العوامل الوحيدة المرتبطة بمستوى أداء الطفل والحالة الصحية لأحد الأبوين، ولكنها أيضاً ترتبط بوجود صعوبة في الحصول جليسة أطفال، الوضع المالي، ونقص الدعم العاطفي من الشريك أو الأصدقاء، وتغيير خطط المستقبل، والقيود التي تفرض على الحياة الاجتماعية.

- دراسة ماكتافش وآخرون : (2007)هدفت الدراسة إلى إلقاء الضوء على وجهات نظر مقدمي الرعاية الأسرية من (الآباء، والآباء بالتبني، والأخوة)، للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية عن معنى جودة الحياة وتأثير السلوك في بنائها، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الصحة الشخصية وتحقيق الحاجة الأساسية كانوا عناصر أساسية لجودة الحياة، كذلك كشفت نتائج الدراسة أن الموارد المالية، ونوعية الراحة والصحة، والمخاوف المعينة التي تصيب الأسرة من وجود طفل معاق، يعتبر من العوامل الأساسية التي لها القدرة على تسهيل أو تقييد جودة الحياة.
- دراسة أرنو وآخرون :(2008) Arnaud, et al : هدفت الدراسة إلى تحديد نوع وشدة الإعاقة لدى الطفل المعاق، والتعرف على الخصائص النفسية والاجتماعية والاقتصادية لدى المعاق وأسرته، وتكونت عينة الدراسة من (818) طفلاً مصاباً بالشلل الدماغي، وتم اختيارهم من 7 دول من دول أوروبا، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن معدلات استجابة الوالدين كانت 93% لكافة المجالات، وقد كان الأباء والأمهات لديهم توتر ومعاناة ناتجة من طبيعة إعاقة ذويهم
- **تعقيب على الدراسات السابقة الخاصة بجودة الحياة:**

اهتمت الدراسات السابقة بمحاولة الوصول إلى تعريف شامل ودقيق عن جودة الحياة الذي هو مصطلح و محتوى جديد في علم النفس الإيجابي، ومعرفة أهم الأبعاد التي تشكل جودة الحياة لدى الشخص وكيفية تأثيرها على نفسية الفرد في وجود بعض المتغيرات.

الفصل الثاني:

القلق

1. لمحة تاريخية عن القلق.
2. تعريف القلق.
3. مكونات القلق.
4. أنواع القلق.
5. أسباب القلق
6. أعراض القلق.
7. النظريات المفسرة للقلق.
8. قياس القلق.
9. علاج القلق.

1. لمحة تاريخية عن القلق:

يعتبر القلق احد أهم المشاعر الأساسية في تكوين النفس البشرية، كالإحساس بالخطر وعدم الاطمئنان، ويرافق هذا الإحساس الداخلي أعراض جسمية متعددة مرتبطة بتكوين الجسم من الناحية الكيميائية والعضوية. ويرتبط تاريخ القلق بالفرد منذ بدايته الأولى، إلاّ أنّ هذا الشعور تعرض للعديد من التغيرات النوعية التي ارتبطت بصورة مباشرة بتصورات التي حققها العقل البشري؛ فالإنسان البدائي كان مضطرا لمواجهة مصاعب الحياة ليضمن البقاء، أما الإنسان المعاصر فإنّه لا يحتاج إلى مثل تلك المواجهات لضمان بقائه، لكنه يخضع لمواجهات جديدة تؤدي به إلى حالات من القلق المستمر ؛ إذن القلق ليس مفهوما جديدا فإنّما تمتد جذوره إلى البدايات الأولى للفكر الإنساني، ويؤكد ذلك **كريتزك 1956** بأن مفهوم القلق موجود في الكتابات الهيروغليفية المصرية القديمة، كذلك في العصور الوسطى عند الفيلسوف العربي ابن حزم، الّذي أكّد على وجود القلق كشرط أساسي للوجود الإنساني، ونجد أنّ مصطلح القلق لم يكن موجودا سابقا في معجم اللغة العربية؛ بل وُجد حديثا.. نسبيا، وهناك من التعبيرات التي تصف هذا الشعور بشكل تقريبي مثل: "الخوف، الوجد، عدم الاطمئنان، الترقب، الحذر وغير ذلك من التعبير المستعمل.

أما في أوروبا فقد اقترح الطبيب **crulle**R في قرن الثامن عشر مصطلح العصاب nourosis على أعراض القلق والاضطرابات الجسمية واضطرابات التفكك، وقد رأى **كولن** أنّ العصاب اضطراب عضوي سببه خلل في الجهاز العصبي يؤدي إلى تصرفات عصبية شاذة.

ومع بداية القرن العشرين، أخذت وجهة النظر الطبية العضوية بخصوص العصاب تتغير تدريجيا لتحل محلها نظرة "**فرويد**" النفسية العضوية، ولقد أبقى فرويد على المصطلح ولكنّه غيّر من تفسيره، حيث ينظر إلى العصاب على أنّه ليس ناتج عن أسباب عضوية؛ بل عن سبب نفسي هو القلق، فعندما تبدأ الذكريات والرغبات المكبوتة بالظهور من مستوى اللاشعور

إلى مستوى الشعور، فإنّ القلق يحصل ليكون "إشارة إنذار " إلى الأنا؛ وما السلوك العصابي إلا تعبير عن القلق أو دفاعه ضده.

تمّ قبول هذه النظرية بشكل واسع، واعتمدت أساسا في تصنيف العصاب في معظم تصانيف الطب النفسي، حيث اعتمد التصنيف الطبي الأمريكي بصورته الثانية dsm-5 كتصنيف مرضي، وعرف بأنّ القلق هو الخاصية الأساسية التي تميز العصاب، وقد عُبّر عنه بشكل مباشر عن طريق الحيل الدفاعية النفسية.. وبهذا يكون المعني قد اعتمد على وجهة نظر "فرويد".

كما أن التصنيف البريطاني للأمراض بصورته الثامنة (icd.8) ميّز بين ثلاثة أصناف من الاضطرابات العقلية: "الذهان، العصاب والتخلف العقلي"، واعتمد في التفريق بين الشخص العصابي والشخص الذهاني على عامل أساسي هو وجود قلق.

فالمصاب بالذهان يعاني اضطرابات نفسية حادّة تقطع صلته بالعالم الخارجي، في حين يبقى الفرد العصابي مدرك لحالته وعالمه غير أنّه يعاني من التوتر وعدم الارتياح ويشعر بالأسى لأنه بعيد عن الحياة التي يرغب فيها.

وظهر بعد ذلك اتّجاه معارض لوجهة النظر هذه؛ أي العصاب كمصطلح وكمفهوم وخاصة لدى السلوكيين، وكان النقد الأساسي الموجه هو أنّ القلق يمكن ملاحظته في حالات قليلة جدا بين أولئك الذين يطلق عليهم أنهم مصابون بالعصاب، كما انه قائم على أساس الاستدلال وليس على حقيقة تمت ملاحظتها، ولهذا وجود عدد من العلماء من بينهم كراسناره **crasner** اولمن **ullman 1975** الّذين يقولون أنّ النظام التصنيفي الثابت يجب أن يكون قائم على الاستدلال او الاستنتاج مادام هذا الاستنتاج يمكن ان يختلف من منظور الى أخر وبالتالي فان القلق غير مقتصر على الأشخاص الذين نسميهم عصبيون بل يحس به الأشخاص العاديين و المصابون بالذهان و المكتئبون والمنحرفون جنسيا وهذه الشمولية تجعل من

الصعب استعمال معيار تشخيصي للقلق فان الجميع يحس به فكيف نميز بين العصابي وغير العصابي.

وفي ظل هذه الاختلافات قامت جمعية الطب النفسي الأمريكي بمراجعة تصنيفها بصورة ثانية، وأصدرت في الثمانينات تصنيفا جديدا للأمراض بصورة الثالثة و تم تغيير مصطلح العصاب من الصورة الثانية وتم استبداله بمصطلح اضطرابات القلق **anxiety siorders**

إن هذا التغيير له جوانب تطبيقية المهمة في ميدان الطب النفسي و هذا الانتقال في المفاهيم يعتبر تغيير كبير من الناحية النظرية. فالعصاب مصطلح فرويدي قائم على نظرية التحليل النفسي ونظرية النفسية الدينامية، أما مصطلح اضطراب القلق فانه يحرر نفسه من المحددات التي كانت من المفروضة نظريا وتقليديا على مصطلح العصاب.

ولكي يتضح هذا التغيير سنقوم بوضع التصنيف الأمريكي بصورته الثانية الصادر في 1968، الخاص بتصنيف العصاب.. كمحور راجع في التصنيف وشمل الأنماط التالية:

- عصاب القلق
- العصاب الهستيري
- عصاب المخاوف او الرهاب
- عصاب الوسواس
- العصاب الاكتئابي
- عصاب الوهن العصبي
- عصاب تجريد الشخصية (الاغتراب بذات و الجسم و المحيط)
- عصاب المراق (الهابيوندريا)

اما في الصورة الثالثة من التصنيف الذي صدر في 1980، فقد تم تغيير مصطلح العصاب وحل محله مصطلح اضطرابات القلق وحدد على الأنماط التالية:

- اضطربات المخاوف الشادة او الرهاب.
- حالات القلق اضطرابات الفزع اضطرابات القلق العام و اضطراب الوسواس القهري.
- اضطراب الإجهاد لما بعد حالات الأذى الجسمي.

فيما يضيف آخرون اضطرابات القلق كالتالي:

- اضطراب الرهاب "الفوبيا ".
- اضطراب الفزع panic.
- اضطراب الوسواس.
- اضطراب القلق العام.
- اضطراب القلق النموذجي.

أما الصورة الرابعة للتصنيف dsm التي صدرت سنة **1994**، فقد صنف اضطرابات القلق إلى 11 نوعا؛ منها الفزع، الرهاب، الوسواس القهري، الرهاب الاجتماعي، ضغوط مع بعد الشدة واضطراب الضغط الحاد.

ونظرا لكون القلق ظاهرة قائمة أطلق على هذا العصر عصر القلق، وأصبحت منيرة لدى الإنسان الذي يعاني من العوامل النفسية المؤثرة في حياته اليومية ومطالبه الاجتماعية، فالمجتمعات العصرية أصبحت تعرف انتشار الأمراض النفسية كالقلق والوسواس والاكتئاب والاضطربات العصابية والاضطربات الذهانية والنفسية عموما، فالصحة النفسية ترتبط بدرجة ما يعانيه الفرد من مشاعر القلق.

ومنه.. مفهوم القلق عرف انتشارا من خلال العديد من الدراسات وقد أوضح نايزو ندر انه منذ **1950** وحتى التسعينات تم انجاز **2700** دراسة عن القلق، واستخدمت فيه أكثر من **120** طريقة مختلفة لتحديده وقياسه.

2. تعريف القلق

في اللغة العربية تقول العرب اقلق المرء شئ اي حركه من مكانه , واقلق القوم السيوف اي حركوها في غمدها , والقلق اذن هو اضطراب الحركة وهو عكس الطمأنينة التي اشار اليها القران الكريم في الحديث عن النفس المطمئنة "يا ايتها النفس المطمئنة ارجعي الى ربك راضية مرضية " **(غانم، 20)**

يعرفه "**فرويد** " حالة ابتئاس يصاحبها تفريغ شحني حركي.

كما يعرفه "**تشابلن**" بأنّه خوف قوي ساحق أو خوف مزمن مستمر لدرجة الرعب، يصاحبها رجفة وإرهاق وإشفاق من المستقبل بدون داع.

يضيف **انجلشن** أنّه حالة انفعالية مع مزيج من التوقع من شر مقبل، يصاحبها خوف ملحوظ مستمر وشعور بالتهديد دون تحديد سبب واضح. **(سباعي , 2010, 2013)**

ويعرفه **جرنكر وروبنرز** على إن القلق خبرة عميقة من الخوف و التوجس يدركها الفرد كشيء ينبع من داخله ولا يمت بصلة إلى موقف تهديد خارجي واقعي. ويضيف ان الكائن الحي الذي يعاني القلق ويستجيب بشكل عميق كما لو يواجه موقف بين الحياة والموت , وذلك تحت شروط معينة ترتبط بدرجات عالية او دقيقة من الخطر اي ان القلق استجابة تدل على حالة داخلية ذات معنى للشخص الذي يختبرها وتكون استجابات القلق بين الخوف البسيط وبين الرعب المستمر و تتميز هذه الاستجابات بالتوتر وعدم الاستقرار والارتعاش و سرعة النبض و كثرة العرق.

ويعرفه **ابراهيم اسماعيل (2001)** بأنه حالة من الاضطراب والتوتر الشامل يصيب الفرد نتيجة شعوره بالتهديد والخوف من أشياء غير محددة او غير واضحة.

أما **إبراهيم شادلي (2001)** يقول بأنّه حالة توتر شاملة ومستمرة نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبه خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية.

ويُعرف القلق كذلك أنه شعور من التوجس والخوف والتوتر الذي ربما يرتبط بشيء، او يكون عامل لا يرتبط بشيء معين؛ فالفرد القلق يحمل أفكارا مزعجة حول مخاطر لا يعلم مصدرها، وعادة ما يكون مزيج من الأعراض التالية: ضربات القلب، ضيق تنفس، ارق، صعوبة في التركيز، شعور بتعب والتوتر. **(وود و وود، 1996)**

ويرى ايزاك وماركس 1978 أن القلق هو انفعال مكدر مرتبط بشعور بخطر محدق واضح للمشاهد، والخوف شعور مماثل جدا ينشا كاستجابة طبيعية لخطر أو تهديد واقعين، والجبن يشير إلى ميل دائم لإظهار الخوف. **(مذكرة استراتجيات التعامل)**

القلق شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف و التحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية وعدم القدرة على التركيز و الانتباه والشعور بعدم الاستقرار . **(حسن غام، 9)**

3. مكونات القلق

1.3 مكون انفعالي :emotional

هو مكون وجداني متمثل في مشاعر الخوف والفزع و التوجس والتوتر والهلع الذاتي والانزعاج .

2.3 مكون معرفي cognitive :

ويتمثل في التأثيرات السلبية لهذه المشاعر على قدرة الشخص على الإدراك السليم للموقف والتفكير الموضوعي، والانتباه والتركيز والتذكر وحل المشكلة؛ فيستغرق الانشغال بالذات والشك في مقدرته على الأداء الجيد، والشعور بالعجز وعدم الكفاءة والتفكير في عواقب الفشل والخشية من فقدان التقدير.

3.3 مكون فيزيولوجي

ويتمثل في حالة الخوف من الاستثارة وتنشيط الجهاز العصبي المستقل او اللاارادي مما يؤدي الى تغيرات فيزيولوجية عديدة منها ارتفاع ضغط الدم وانقباض الشرايين الدموية، وزيادة ضربات القلب وضيق التنفس.

ويذهب بعض الباحثيين من أمثال روبش 1963 الى انه يمكن تميز القلق بصورة واضحة عن الحالات الانفعالية الأخرى من حيث الأعراض الفيزيولوجية .

ويتشابه القلق مع الخوف في كثير من الأعراض، ويرى بعض الباحثين ان الخوف عبارة عن شعور ينصب على الحاضر، حيث يبدو كرد فعل لمثيرات محددة ظاهرة وواقعية، بينما ينظرون الى القلق على انه شعور بهم غامض، او خوف مستمر من المستقبل، وان هذا الشعور ينصب على المستقبل أكثر من الحاضر، حيث يتوقع الشخص ان شيئا ما يهدد أمنه واستقراره وان هذا شئ لا يمكنه تفاديه، كما يعجزه عن تحديده تحديدا واضحا.

4. أنواع القلق:

يمكن للقلق ان يكون شاملا يتخلل جوانب عديدة من حياة الفرد , و هائما طليقا غير محدد للموضوع , ويسمى القلق العام ولكنه من ناحية اخرى يمكن ان يكون محددا بمجال معين او موضوع خاص , او تثيره مواقف ذات قدر من التشابه كامتحان او الجنس ومواجهة الناس والموت.

وفي الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية يشتمل القلق على ست فئات فرعية وهي كما يلي:

- المخاوف غير الطبيعية phobie وتشمل الخوف من الأماكن الواسعة والمفتوحة والمخاوف الاجتماعية والمخاوف البسيطة .
- الوسواس القهري .

- الهلع .
- القلق العام .
- الانعصاب التالي للصدمة .
- القلق الغير نمطي . **(الواحد ابراهيم، 2014: 165).**

كما أن أنواع وأشكال القلق متعددة أبرزها:

1.4 قلق اضطراب القلق العام:

هذا الاضطراب هو الوحيد الذي استخدم كلمة القلق في تسميته فهو على الاساس قشرته القلق ولبه قلق ,ولا يمكن ان يتخذ عنوان افضل من هذا و هذا القلق يتمثل باعراض طويلة المدى لا تقل عن ستة اشهر متواصلة الحدوث ,من افكار ومشاعر وسلوكيات مصبوغة بالقلق والترقب والحذر , واستشعار مصادر خطر غير واقعية وغير منطقية .**(وليد، عدنان ,محمد، 24:2004)**

2.4 القلق الموضوعي العادي:

يطلق عليه اسم القلق الواقعي او القلق السوي، ويحدث هذا في مواقع التوقع او الخوف من فقدان شئ مثل القلق المتعلق بالنجاح في عمل جديد او وامتحان.

وهو قلق حقيقي يشعر به الفرد ,حيث يدرك مصدر الخطر الذي يهدد أمنه ويكون هذا المصدر واقعيا وفعليا ومتوقع الحدوث , كالقلق من نتيجة الاختبار و القلق عن الصحة , حيث يشعر الفرد ببعض التوتر والضيق , وهذا النوع من القلق له دور مهم في حياة الفرد ,كما انه يمتلك عدة وظائف دفاعية وتوجيهية عن السلوك حيث يمد الفرد بالطاقة اللازمة للتحفيز وتحرير الطاقة النفسية اللازمة للمواقف؛ اي انه قلق شعوري اقرب إلى مفهوم الخوف العادي، اذ يدرك الفرد مصدر خارجي في بيئته يتهدده، وربما يكون هذا المصدر واقعيا فعليا او محتملا، ويكون للقلق في هذه الحالة وظيفة إعداد الفرد لمقابلة هذا الخطر بالقضاء عليه

او مواجهته، او بإتباع أساليب دفاعية إزائه، ويلاحظ هذا القلق الموضوعي العادي دورا بالغا في حياة الفرد والجماعة لما له من وظائف دفاعية وتوجيهية للسلوك، فهو يساعدنا على تحديد مشكلاتنا واتخاذ قرارات اللازمة بشأنها ويمدنا بالقدر اللازم من التحفيز بشأنها. (يامنة، صابر، هبة،: 2017: 74).

3.4 **القلق العصابي :**

يتميز القلق العصابي المرضي بان مصدره داخلي وأسبابه لا شعورية ومكبوتة، وغير معروفة ولا يتناسب مع الظروف التي تدعو اليه، كما انه يعوق التوافق والانتاج والتقدم، فهو يستثار عند إدراك الفرد بان غرائزه تجد منفذا لها للخارج أي انه ينشأ عندما يهدد الهو ومكبوتاته بالتغلب على الدفاعات الأنا وإشباع النزوات الغريزية التي لا يوافق بهذا المعنى، وإنذار يطلق للانا والذي عليه اللجوء إلى الحيل الدفاعية مثل: الكبت، التبرير، الإسقاط والنكوص للتعامل مع الوضعية المولدة للتوتر.

ويكون مصدره داخل الفرد نفسه لكنه لا يعرف أصلا او يجد له مبرر موضوعيا او سببا صريحا، فهو خوف أسبابه مكبوتة لا شعورية انه قلق هائم طليق غامض، ويأخذ هذا القلق تربص الفرص لكي يتعلق بأية فكرة واي شئ خارجي؛ اي ان هذا القلق تربص الفرص لكي يتعلق بأية فكرة او شئ خارجي، ونعني أنّ هذا القلق يميل عادة إلى إسقاط على الأشياء الخارجية، ويتمثل القلق العصابي في النزعات الغير مرغوبة والذكريات و الافكار المؤلمة التي كتبها الفرد في لا شعوره لعدم قبولها اجتماعيا لانها تعوق اشباع الحاجة الى الانتماء والتي يؤدي ظهورها الى تعرض للعقاب , وهو كذلك خوف مزمن من دون مبرر موضوعي مع وجود أعراض نفسية و جسمية إلى حد كبير، ومن ثم فانه يعتبر قلقا مرضيا.. وللقلق العصابي أنواع:

القلق الهائم الطليق:

هو عبارة عن خوف عام شائع طليق مستعد لان يتعلق بأي فكرة مناسبة وهو يؤثر في أحكام الفرد ويؤدي إلى توقع الشر.

- **قلق المخاوف المرضية:**

وهو الخوف من الحيوانات او الاماكن المرتفعة او المغلقة او الماء وهي مخاوف تبدو غير معقولة ولا يستطيع المريض ان يفسرها , وهي بالرغم من شعور المريض بغرابتها الا انه لا يستطيع التخلص منها .

4.4 قلق الهستيريا:

يبدو القلق واضحا أحيانا وفي بعض الأحيان يبدوا غير واضحا ونحن لا نستطيع عادة أن نجد مناسبة او خطر معين يبرر ظهور نوبات القلق في الهستريا , ويرى فرويد أن الأعراض الهسترية مثل الرعشة و اضطراب خفقان القلب انها تحل محل القلق .

5.4 قلق الانفصال:

هو نوع اخر من القلق سيطر على الطفل حينما ينفصل عن الأم في مرحلة متقدمة من العمر بسبب عملية الفصام او الموت او الطلاق او غيابها، حيث يظهر على الطفل حالة من البكاء والصراخ المستمر، يكون ذلك خاصة بين الشهر السادس والعاشر حين يكون للطفل القدرة على تمييز الذي قامت به الام . **(نفس المرجع السابق)**

6.4 قلق المستقبل:

يعتبر قلق المستقبل احد الهواجس التي تؤرق المجتمعات نظرا لتغيرات التي عصفت بالأفراد وجعلت المستقبل مبهما، فأكثر ما يخشاه الناس هو المجهول وغالبا ما تجد النظرة العامة للمستقبل سلبية في ظل اضطراب الحياة، وازدياد حدة المشاكل الحياتية، وتسارع الأحداث السياسية والضغوط الاقتصادية، إضافة الى الاحباطات التي نمر بها في أوجه الحياة المختلفة، ويظهر قلق المستقبل كسمة نفسية نتيجة للتغيرات المجتمعية المتصاعدة التي تمر بها

المجتمعات التي ارتبطت بالعديد من المجالات المجتمعية، السياسية، الاقتصادية والاجتماعية .

7.4 القلق من الغريب و القلق الاجتماعي:

هو القلق عند الاجتماع أو التفاعل مع الناس غير المعروفة هو مرحلة مشتركة في النمو عند الشباب , بالنسبة للآخرين فانه قد يستمر حتى بعد سن البلوغ ويصبح قلق الاجتماعي آو الإرهاب اجتماعي، القلق من الغريب لدى الأطفال الصغار ليس خوف، بل خوف مطورة بشكل مناسب من قبل الأطفال الصغار والأطفال قبل سن المدرسة من أولئك الذين من الآباء أو من أفراد الآسرة في البالغين، والخوف الزائد من الأشخاص الآخرين ليست مرحلة تنموية مشتركة , بل هو دعا القلق الاجتماعي .

5. أسباب القلق :

لم تخلو أي مدرسة من مدراس علم النفس أو الطب النفسي من التعرض لشرح أسباب القلق بشكل عام ومن أهم هذه الأسباب:

1.5 العامل الوراثي و التنشئة واثر الضغوط النفسية المتراكمة :

لقد دلت الدراسات على أن أبناء المصابين بالقلق يطورون هذه الاضطرابات, بشكل أكثر من بقية الناس , ويمكن أن يستدل من ذلك بشكل جزئي على الأقل أن هناك بنية نفسية موروثة قابلة للإصابة , إلا إن التعلم الناتج عن التنشئة والظروف الاجتماعية يلعب دورا في ظهور المرض أو عدم ظهوره وقد وجد أن ابتعاد الطفل عن والديه يؤدي إلى القلق , كما أن التنشئة التي تحمل بين طياتها الحذر الدائم و الحرص الشديد و الحماية الزائدة من قبل الوالدين , يمكن أن يؤدي إلى زيادة الإصابة بالقلق , كما أن المتطلبات الكبيرة التي يتوقعها الوالدان مثل : التحصيل الدراسي و توجيه الانتقادات المستمرة للطفل سعيا للمثالية , قد تكون عوامل تساهم في تكوين القلق , كما عدم الشعور بالأمان خلال سنوات الأولى للطفل بسبب الإهمال أو النبذ أو الهجر عن طريق الطلاق أو الموت , آو الإيذاء النفسي أو الجسدي أو الجنسي ,

و العنف الأسري بكافة أشكاله يمكن أن تؤدي بالطفل بالشعور بعدم الأمن , وبالتالي تولد فيه القلق النفسي كطفل أو بعد بلوغه .

كما ان التنشئة التي تتصف بعدم اعطاء الفرصة للطفل عن التعبير عن ذاته , واستمرار كبت مشاعره تخلق لديه في المستقبل شعور بالدونية والخضوع التي قد تولد القلق النفسي , ووقوع الفرد تحت مؤثرات نفسية حادة او مزمنة تتراكم عبر السنوات يمكن ان تكون العامل المرسب او المساعد في الوصول الى اضطراب القلق.

ان وجود مثل هذه المؤثرات لايعني بالضرورة حدوث مرض نفسي الا ان حدوثها لدى افراد ذو النفسية المهيئة ,و التي لديها استعداد وراثي و تضافرت الظروف في التنشئة والاحوال الاجتماعية والبيئة معها , تكون فرص حدوث الاضطربات النفسية اكبر اضطراب القلق العام . **(وليد عدنان محمد ص 30 2008)**

2.5 الاسباب النفسية:

وتتمثل في الاستعداد النفسي والضعف النفسي العام , و الشعور بالتهديد الداخلي او الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد واهدافه و التوتر النفسي الشديد و المتاعب او الخسائر المفاجئة والصدمات النفسية والعور بالذنب و العجز والنقص **(مجدي احمد , ص 150 ,2006)**

وكذلك الاحباط و الصراع فالتوتر و القلق يعدان محصلة طبيعة لفشلنا سواء في ارضائنا لرغباتنا ودوافعنا و طموحتنا ام في فض المواقف الصراعية . **(راضي الوقفي ,1988 , 624-623)** .

كما يرجع القلق ايضا الى الخبرات الطفولية المكبوتة و الصراعات النفسية التي لا يحلها الفرد حلا ناجحا , وقد افاض معظم المحللين النفسيين في اثر هذه الصراعات فالاندفاعات و الافكار غير المقبولة تكون عادة من طبيعة جنسية او عدوانية يمكن ان تهدد الانا و تصل الى الشعور المفعم بالمكبوتات و تقوم الاليات الدفاعية بحماية الذات من هذه التهديدات لكن

حساب خلق من القلق لدى الفرد . (**رضا الوقفي , 1998 , 423**) . (**راضي الوقفي 1998 423**) .

وينشا القلق من عجز الفرد عن حل صراعه بالطريق المباشر و بواسطة إحدى وسائل التعويض وما أعراض الاضطراب النفسي إلا تعبير عن القلق غير محتمل وفي نفس الوقت وسيلة للتخلص منه. (**انتصار يونس , 1993 , ص 392**) .

إضافة إلى ما سبق هناك أسباب أخرى للقلق من بينها:

- مواقف الحياة الضاغطة ويمثلها الضغط الحضاري و الثقافي و البيئي الذي يؤثر سلبا في شخصية الفرد .
- مشكلات الطفولة و المراقبة والشيخوخة و الطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل القسوة و التسلط و الحماية الزائدة و غيرها و اضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين . (**عبد الرحمان الوافي , 2007 , ص 252**) .
- عدم تطابق الذات الواقعية و الذات المثالية و عدم تحقيق الذات .
- الطرق الخاطئة لتجنب الحمل و الحيطة الطويلة خاصة الجماع الناقص .
- التعرض للحوادث و الخبرات الحادة .
- الضغوط المدرسية و الجامعية و العمل في المنزل , وبين الأصدقاء و في البنية الخارجية التي أصبحت مملوءة بملوثات الماء و الهواء و الارض .
- عجز الفرد في تحقيق ذاته الذي يتمثل في استخدام مواهبه و مهارته في الوصول الى اهدافه و اشباع رغباته بشعوره بالدونية و الفراغ النفسي الامر الذي يعرضه للقلق الشديد.
- دور الأسرة في تعليم الفرد اسلوب معينا في التفاعل مع الاخرين فمثلا الحرمان العاطفي و رفض الطفل يؤدي الى عجزه عن وزن وتقدير الاخرين و اختلال علاقته الاجتماعية مما يؤثر في تقديره لذاته و ينمي عنده الشعور بالقلق .

(**انتصار يونس , 1993 , 391**) .

3.5 الأسباب البيولوجية:

ينشا القلق نتيجة اضطراب في عمل الجهاز العصبي المستقبل السمباتي و الباراسمباتي بحيث يدفع هذا الاضطراب الى زيادة إفراز مادة الادرينالين و النورادرينالين في الدم , بحيث يزيد هذا الاضطراب في ضربات القلب و الصعوبة في التنفس و ارتفاع الضغط الدموي ، توتر عضلي رجفة دوران الإحساس بالضغط على الصدر واضطراب الهضم ...الخ ، وبالتالي فان اضطراب الهرمونات العصبية يسبب أو يساهم في حالة القلق.

ويعتقد ان المدرات العصبية التي تشمل اللوزة و الحصين تشكل القلق عندما تواجه بالمنبهات المكروهة و الضارة المحتملة مثل الروائح و الاطعمة الكريهة ، يظهر التصوير المقطعي بالانبعاث البوزيتروني زيادة تدفق الدم في اللوزة ، وقد اعلن المشاركين في هذه الدراسة عن اصابتهم بقلق معتدل . وهذا قد يشير الى ان القلق هو الية وقائية تهدف الى منع الكائن من الانخراط في السلوكيات الضارة المحتملة .

وبناء على البحوث التي تمت على المراهقين والأطفال الرضع وجدوا ان جزء (nucleus accumbens) هو أكثر حساسية من سائر الناس عندا اختارو لجعل هذا العمل هي التي تحدد ما اذا كانت حصلة على مكافاة ، هذا يشير الى وجود صلة بين الدوائر المسؤولة عن الخوف وايضا المكافاة في الناس القليقين ، كما يشير الباحثون إحساس بالمسؤولية ، في سياق من عدم اليقين (نتائج احتمالية) تقود النظام العملي الكامن وراء الدافع المشهي بقوة اكبر في كبح مزاجه من المراهقين غير المقيدين .(**يامنة ،صابر ، هبة ،ص 90 , 2017**).

4.5 الأسباب الاجتماعية :

وتشمل قائمة التطور الحضارية و الثقافية و البيئة الحديثة و المطالب والمطامح الحديثة المتغيرة ، اذ نجد تعدد الأعباء و المشاكل على الإنسان ، في هذا العصر وبالتالي تعدد الوجهات التي يجب التعلم معها و دورها لقوانين التي من المفروض أن يخضع لها سواء في العمل أو في الشارع أو الحياة ، كما ان هناك الكثير من المحضورات و الممنوعات التي يتوجب الابتعاد عنها ، لان من يقترب منها يتعرض للعقاب ، وهذه الحياة الحديثة من اعباء

المسؤوليات تحتاج من الفرد القدرة و الطاقة النفسية كبيرة التكليف معها وضغوط الحياة وقد تكون فردية يتاثر بها الفرد الذي يقع عليه العب ء لوحده او جماعة تؤثر على قطاع كبير من الناس في وقت واحد مثال : الكوارث والحروب وما يترتب عنها من ماسي وشتى الأزمات . **(لطفي ، ص 26 ، 1976)** .

و من الأسباب الرئيسية للقلق :

1-اللا امن :

إن السبب الحقيقي للقلق هو انعدام الشعور الداخلي بالأمن عند الطفل وكذلك الشكوك تعتبر مصدر أخر للقلق .

2-عدم الثبات في معاملة الطفل :

سواء كان من المعلم في المدرسة أو الأبوين في البيت و اللذان يتصفان بعدم الثبات في المعاملة و اللذان يكونان في سبب أخر في القلق .

3-الكمال المثالية :

إن التوقعات الكبار من الأطفال في أن تكون انجازاتهم تامة وغير ناقصة تشكل مصدرا من مصادر القلق عندهم ويأتي القلق الأطفال بسبب عدم قيامهم بالعمل المطلوب منهم بشكل تام .

4-الإهمال :

يشعر الطفل بأنهم غير امنين عندما لا يكون هناك حدود واضحة و محددة في محيط المعاملة معهم .

5-النقد :

إن النقد الموجه من رفاق الراشدين لأطفال يجعلهم يشعرون بالقلق والتوتر ، حيث يبدأ الأطفال يشعرون بالشكوك ، يشكون بأنفسهم ، فالتحدث عنهم و عن سيرهم يقودهم إلى القلق

الشديد خاصة إذ عرف الأطفال بان الآخرين يقومون بعملية التقييم لهم و محاكمتهم بطريقة ما . **(شيقر وملمان ، ص 85 ، 2006)** .

6. **أعراض القلق** : تصنف أعراض القلق إلى نصفين أساسيين هما :

- الأعراض النفسية .
- الأعراض الجسمية .
- الأعراض النفجسمية .

1.6 الأعراض الجسمية : وتتمثل في:

- الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية و النشاط و المثابرة .
- توتر العضلات و النشاط الحركي الزائد و الأزمات العصبية الحركية.
- برودة الأطراف و تصيب العرق ، اضطرابات معدية .
- اتساع حدقة العين و اضطراب في عملية الإخراج و التبول.
- الصداع المستمر.
- اضطراب التنفس والشعور بالضيق في الصدر .
- اضطراب الوظيفة الجنسية للرجال والبرود الجنسي للنساء .
- الأزمات العصبية الحركية والمتمثلة.
- ارتفاع ضغط الدم.
- فقدان الشهية وعسر الهضم، المغص الشديد.
- ارتجاف الصوت و تقطعه .
- القلق العام و القلق على الصحة و العمل و المستقبل .
- الاكتئاب العابر و التشاؤم .
- –شرود الذهن و ضعف القدرة على العمل .
- شعور بالخوف الدائم مع عدم معرفة مصدره.
- الانشغال بأخطاء الماضي .**(محمد عبد الحميد ، ص 116 ، 2001)**.

2.6 الأعراض النفسية: وتتمثل في:

- القلق العام و القلق على الصحة و العمل و المستقبل .
- الاكتئاب العابر و التشاؤم .
- شرود الذهن و ضعف القدرة على العمل .
- شعور بالخوف الدائم مع عدم معرفة مصدره.
- الانشغال بأخطاء الماضي.
- –شدة التوتر مع الخجل وزيادة الحساسية لرأي الغير.
- الشعور بتأنيب الضمير لكل صغيرة وكبيرة .
- التردد في اتخاذ القرارات بسرعة .
- سرعة الإثارة وعدم الاستقرار والشعور بانعدام الأمن والراحة .

3.6 الأعراض النفسجسمية:

تتمثل فيما يطلق عليه بالأمراض السيكوسوماتية أي تلك الإمراض العضوية التي يسببها القلق أو يلعب دورا هاما في نشأتها أو في زيادة أعراضها مثل:

- الذبحة الصدرية و الربو الشعبي وتصدع الشرايين التاجية .
- روماتيزم المفاصل والبول السكري وقرحة المعدة والقولون العصبي .
- الصداع النصفي و فقدان الشهية العصبي .

ويضيف عطوف ياسين 1981 عددا من الاضطرابات من الاضطرابات الفيزيولوجية والتي من بينها برودة الأطراف وارتجافها وخصوصا الأيدي اضطرابات النوم اضطرابات التنفس فقدان الشهية والصداع والشعور بالدوار والدوخة كما يشبع أيضا آلام الرقبة والظهر وحدوث الرعشة و الألم عند القيام بأي حركة وربما يظهر عدم الاستقرار والصعوبة في الإتيان بالحركة الدقيقة وحدوث رجفة للصوت ، يضاف إلى ذلك حدوث اضطراب في الوظيفة الجنسية عند الرجل والذي يظهر في تأخر القذف أو العجز عن البقاء منتصبا لبعض الوقت ، أو عدم

القدرة على الانتصاب نهائيا ، بينما يظهر عند المرأة في صورة عن الإعراض للفعل الجنسي .

أما الاضطرابات السيكوباثولوجية فتظهر في الشعور بالخوف الشديد، وتوقع الأذى والمصائب ، وعدم القدرة على التركيز والانتباه ، و الإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والعجز ، وعدم الثقة و الطمأنينة ، والرغبة في الهروب من الواقع عند مواجهة اي موقف من مواقف الحياة . **(صبرى محمد على ، اشرف محمد عبد الغني ، 2004، 103).**

7. النظريات المفسرة للقلق :

اختلفت نظريات علماء النفس في تفسيرها للقلق ، وذلك لكونه مفهوم شديد التركيب ، وتكوينه النظري المتشابك مع غيره من التكوينات ، ومن بين النظريات التي عملت على فهم وتفسير القلق حيث نجد منها :

1.7 نظرية التحليل النفسي (psychoanalytic theory) :

يعد فرويد من الأوائل الذين بحثوا في موضوع القلق بحثا واسعا وحاول ان يبرز علاقته بالعصاب وله في دراسة موضوع القلق نظريتان تختلف احدهما على الأخرى اختلافا جوهريا ، فخرج بنظريته الأولى عام (1917-1916) وقرر فيها علاقة وثيقة بين القلق والحرمان الجنسي ، فالذين يشكون من الحرمان الجنسي يعانون غالبا من مشاعر القلق و أكد أن الرغبة الجنسية تضعف حين يحل القلق محلها ، وهكذا اتجه فرويد في هذه النظرية إلى أن القلق يتولد بسبب كبت الدوافع الجنسية وإحاطتها أو عدم إشباعها ، فحين تمنع الرغبة الجنسية من الإشباع تتحول هذه الطاقة إلى قلق .

لكن فرويد عدل ارائه حول القلق وخرج بنظريته الاخيرة التي شرحها في كتابه القلق ان كلا من القلق العصابي و القلق الموضوعي رد فعل لحالة خطر و الفرق بينهما هو ان الاول يرجع الى خطر غريزي داخلي ، اما الثاني يرجع الى خطر خارجي موضوعي معروف و ليس القلق هذا ناتج عن التحول المباشر للبيدوا بل هو رد فعل فعل للاخطار الخارجية فالشعور بالخطر

ينتج بسبب تراكم تنبيهات الغريزية الجنسية مع عدم قدرة الفرد على اشباعها بسبب عجزه من العقاب و العنصر الاساسي المكون للخطر هو ازدياد التنبيه دون ان يكون الفرد قادر على السيطرة عليه ازاءه بالعجز . **(سيجموند فرويد ، ،35)**

أما ادلر لم يتناول مشكلة القلق تناولا منظما غير أننا نستطيع أن نلمس من كتاباته أن فكرة الشعور بالنقص واعتبره الدافع عنده تتضمن معنى القلق ، فقد اهتم بالشعور بالنقص واعتبره السبب الرئيسي للأمراض العصابية ، وهو بذلك إنما ينسب الشعور بالنقص نفس الدور الهام الذي ينسبه فرويد والمحللون النفسانيون الآخرون إلى القلق .

ويمهد هذا الشعور بالنقص إلى قيام الفرد بكثير من المحاولات للتغلب على هذا الشعور ويتغلب الإنسان السوي على شعوره بالنقص ، آو القلق بتقوية الروابط التي تربطه بالناس المحيطين به و بالإنسانية بوجه عام عن طريق العمل الاجتماعي النافع و محبة الناس و صداقتهم ، ويستطيع الإنسان أن يعيش بدون أن يشعر بالقلق إذا حقق هذا الانتماء إلى الإنسانية ، إما الشخصيات العصابية فتقوم بمحاولات تعويضية عصابية لرض التخلص من الشعور بالنقص وتهدف هذه المحاولات التعويضية إلى تحقيق الأمن عن طريق التفوق والسيطرة على الآخرين . (**سيجموند فرويد، ، 36**) .

اما كارل هورني ترى ان القلق العصابي او المرضي والقلق الأساسي ينشا نتيجة صراع بين رغبة الطفل في احترام الوالدين باعتماد عليهم و انهم مصدر الحنان والعطف و رغبته في التمرد عليهما نتيجة لما يصيب منهما من مقومات واحباطات ، ويعجز الطفل عن حل هذا الصراع فيكبت العدوان في نفسه ولا يواجهه الى مصدر الخطر ، ثم تصبح هذه العادة استجابة يقابل بها كل خطر يواجهها فيكون خضوعا ميالا الى الانصياع مسالما في كل المواقف التي ينبي له ان يكون غير ذلك لان العداء في نظره قد يترتب عليه الحرمان من العطف الشخص الذي اعتدى عليه والذي كان في بداية الأمر (والديه) و من هنا يشعر بالقلق من فقدان والعطف والحنان .

كما ترى ان العامل الذاتي يتكون من شعور الفرد بخطر عظيم محدق به مع شعوره بالعجز أمام هذا الخطر ، ورأت أن المصدر الخطر الذي يثير القلق هو شدة الدوافع العدوانية في حين فرويد يركز على الدوافع الجنسية وتختلف كذلك مع فرويد فهي ترى أن الخطر الذي يثير القلق ليس هو مجرد زيادة التنبيه والإثارة الصادرة عن العدوان بل هو الخوف الفرد فهي ترى أن الخطر الذي يثير القلق ليس هو مجرد زيادة النبيه والإثارة الصادرة عن الدوافع العدوان بل هو خوف الفرد من توجيه العدوان الأشخاص الذين لديهم أهمية في حياته .

2.7 النظرية السلوكية :

القلق في نظر السلوكيين استجابة مكتسبة فقد نتج عن القلق العادي تحت ظروف معينة، ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك.

ولان المدرسة السلوكية مدرسة تعلم فإنها تنظر إلى القلق على انه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط التدعيم الايجابي و التدعيم السلبي.

يركز السلوكيين الراديكليون إجمالا على عملية التعلم ، ويؤكدون بان الإنسان يتعلم القلق والخوف والسلوك المرضي كما يتعلم السلوك السوي ، ويركز الاوائل عن السلوكين الراديكالين من امثال واطسن على ان العمليات التعلم تتم عن طريق اقتران عن المثير طريق اقتران بين المثير الشرطي و المثير الطبيعي وبالتالي يستجيب الفرد لظاهرة الخوف والقلق ويصبح الخوف من المؤثر الشرطي من المثير الطبيعي وبالتالي يستجيب الفرد لظاهرة الخوف او القلق ويصبح الخوف من المؤثر الشرطي دافعا مكتسبا ، و عن طريق مبدا التعميم في التعلم الخوف او القلق يلاحظ ان المثيرات الشبيهة لتلك التي تعلم الكائن الحي ان يخاف او يقلق منها و الاكثر شبها بها هي الاكثر اثارة للقلق او الخوف .

ولا تختلف نظرية سكنر كثيرا عن مسار التفسير الاشتراطي الكلاسكي ، حيث يرى ان السلوك اجمالا بما في ذلك السلوك غير سوي المرضي كنتيجة لمرور الفرد بخبرات مثيرة للقلق عززت بدرجة جعلت منها مثيرا قويا و مستمرا لمثل هذه الاضطرابات.

ومع تطور النظرة الى المفهوم القلق وفقا للتطور في المدرسة السلوكية ، حيث حاول السلوكيون الجدد الخروج من الدائرة الضيقة لفكر واطسن اخذين في اعتبارهم العمليات العقلية كعوامل وسيطة بين المثير و الاستجابة ، و لعل من اهمهم كل من دولارد وميلر حيث نظرا الى القلق كنتاج لتوقع الالم والذي يرتبط بلمثيرات الخارجية من الجانب العمليات الداخية من جانب اخر .

وقد تطور الفكر السلوكي بظهور نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا الذي اكد على اهمية التفاعل المتبادل بين المثيرات الخاصة الاجتماعية منها ، والسلوك ، و العوامل الشخصية العقلية المعرفية و الانفعالية الوجدانية ، وبذلك يرى ان ظهور القلق وان عبر عن استجابات بمثيرات خارجية مؤلمة ، فان هذا الارتباط يبقى ارتباطا جزئيا مرتبطا من جانب اخر بالسمات الشخصية العقلية منها والوجدانية ولعل من اهمها مشاعر عدم الكفاية التي تعمل كمعزز ذاتي للقلق .

3.7 **النظرية المعرفية :**

يمثل علم النفس المعرفي اتجاها قويا في علم النفس المعاصر حيث اثر على العديد من المنظرين من مدارس مختلفة و من ذلك سوليفان في المدرسة التحليلية وباندور في المدرسة السلوكية ، كما تعددت الاتجاهات المعرفية وتعددت اغراضها ، ولعل مايهمنا في هذا المجال هو القلق و الاضطرابات النفسية ، و يعتبر جورج كيلي من علماء النفس الذين اعطو المعرفة الإنسانية وزنا في تفسير الشخصية في حالتي السواء و المرض ، حيث يرى ان اي حدث قابل لمختلف التفسيرات وهذا يعني ان تعرض الانسان للقلق يمكن تفسيره باكثر من طريقة حتى للحالة الواحدة ، كما يرى ان العمليات التي بها الشخص توجه نفسيا بالطرق التي يتوقع فيها الأحداث وعلى اعتبار ان عملية القلق ليست الا عملية توقع وخوف من المستقبل.(**انجلر انجلر ، 1411، ص 71)**

ويرى بيك القلق انفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيرا معبرا عن التقويم او تقديم لخطر محتمل ، ويرى أن أعراض القلق والمخاوف تبدو معقولة للمريض الذي تسود

تفكيره موضوعات الخطر ، و التي قد يعتبر عن نفسها من خلال تكرار التفكير المتصل بها و انخفاض القدرة على التمعن او التفكير المتعقل فيها و تقويمها بموضوعية ، هذا يؤدي الى إدراك اي مثير او موقف كمهدد ، فانتباه المريض يبدو مرتبط بتصور او مفهوم الخطر مع انشغال البال الدائم بالمثيرات الخطيرة ، وبسبب تثبت او توقف معظم انتباه المريض المفاهيم او المثيرات المتصلة بالخطر ، فانه يفقد كثيرا من القدرة على ان ينقل فكره إلى عمليات داخلية ا والى مثيرات أخرى خارجية ، فموضوع الخطر مبالغ فيه ، مع الميل إلى التهويل الماسي والأخطار الافتراضية وجعلها مساوية للأخطار الحقيقية. **(باترسون ، 1990 ، ص 54)** .

4.7 النظرية الفزيولوجية:

يعتقد اصحاب هذه النظرية ان الانفعال و التوتر يولدان من تغيرات جسمية وفزيولوجية ، وحسب هذه النظرية ، القلق يحدث نتيجة زيادة ملحوظة في نشاط الجهاز العصبي الارادي بنوعيه السمبتاوي و الباراسمبتاوي ، فتزيد بذلك نسبة الاندرينالين والنورادرينالين في الدم من تنبيه الجهاز السمبتاوي ، فتزيد بذلك نسبته فيرتفع ضغط الدم وتزيد ضربات القلب ، وتزيد نسبة السكر في الدم ، مع شحوب في الجلد وزيادة إفراز العرق وجفاف الحلق مع كثرة التبول ، ولقد تبين أصحاب هذه النظرية من أطباء وعلماء وباحثين فزيولوجين ان مركز الانفعالات موجودة في الدماغ وبالضبط على مستوى النواة اللوزية التي تعمل باتصال مه الهيبوتلاموس و مركز الارتسام التي تتلقى التعليمات الانفعالية من طرف النواة اللوزية ، ثم يعمل على تكييفها ومعالجتها مع المنبهات الخارجية على مستوى مناطق مختلفة من القشرة المخية.

فهذه النظرية ركزت في تفسيرها للقلق على العوامل الفيزيولوجية والإفرازات التي تحدث في جسم الإنسان والتي تحدث في جسم الإنسان والتي تؤثر على الدماغ وبالتالي تثير أعراض القلق المختلفة.

نستخلص من هذه النظريات ان القلق حالة من انفعالية غير سارة لدى الفرد ، تؤثر على علاقاته الشخصية وفي مستوى ادائه نتيجة موقف ضاغط التي يواجهه في حياته فنجد النظرية

التحليلية ارجعت سبب القلق الى الطاقة كالجنسية التي تعرضت الى الحرمان وعدم الاشباع و كذا الى الصدمات الي يتعرض اليها الفرد في مراحل نموه التي تسمى بقلق الانفصال وكذا شعور الفرد بالنقص الذي يدل على قلقه ، اما المدرسة السلوكية ترى ان القلق متعلم من خلال التجارب التي يمر بها في حياته ، فالقلق استجابة مكتسبة اثناء عملية تعلم الفرد ، اما نظرية المعرفية فترى ان القلق مصدره هي الافكار اللاعقلانية التي يكونها الفرد عن الموضوع ، حيث هذه الافكار في الحقيقة لا تثير القلق .

8. قياس القلق:

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

1) الطرق الاسقاطية:

تعتبر الأساليب الاسقاطية الأدوات الهامة التي يستعين بها السيكولوجي لكشف الجوانب المختلفة في الشخصية ، وتشخيص حالات الفرد السوية و المرضية ، ومعرفة ما يعانيه من مشكلات اي اساليب الاسقاطية هي واحدة من ادوات عديدة يستخدمها السيكولوجي في اصدار الاحكام والتقديرات وفي وصف وفهم العديد من البيانات المتنوعة و المعطيات المختلفة ليكون افتراضاته و تنبؤاته عن الحالة يعرض الفاحص على المفحوص في هذه الطريقة مثير غامض ويطلب منه تفسير والاستجابة له ، وهكذا بعد إعطاء تعليمة الخاصة بكل ركائز و بين أشهر الاختبارات الاسقاطية نجد:

- **اختبار رورشاخ:**

وضع هيرمان رورشاخ الطبيب النفسي السويسري اختباره بقع الحبر بعد تجارب استغرقت عشرة أعوام ، بدا عام 1911 في محاولة لاستخدام المنبهات غير محددة المعنى ، تسمح بانطلاق مكونات اللاشعور و التعبير عنها وانتهي إلى استخدام بقع الحبر ، ولم يكن رورشاخ أول من استخدم بقع الحبر كمادة اختبار نفسي ، حيث استخدمت منذ القرن التاسع عاشر في دراسة الخيال و الذكاء ، ولكن نشاطه في هذا المجال هو الأبرز مما جعل الفضل ينسب إليه

في استخدام بقع الحبر في تشخيص وتقييم الشخصية . (**فرج، صفوت ، 2007، ص 54**) .

هو عبارة عن بقع حبر مختلفة الأشكال في عشرة ألواح تقدم للمفحوص الواحد تلو الأخر، مع تقديم تعليمة الاختبار للإدلاء بأحاسيسه ومخاوفه من خلال هذه الألواح ، وقد انشأ هذا الاختبار في سنة 1920 من طرف هيرمان سويسري .**(عبد الرحمان سي موسى ، 2002 ، ص 42)**.. وتختلف أساليب تطبيق اختبار رورشاخ عند الاخصائين وبشكل عام تتم عملية كما يلي:

يعطي الأخصائي اللوحة الأولى للمفحوص ، ويقول له : "اخبرني بما تراه في هذه البطاقة" : ماذا يمكن ان يكون معناها لك ، ليست هناك إجابة صحيحة أو خاطئة ، فقط اخبرني بما يبدو لك ويتم إعطاء المفحوص جميع البطاقات اللاحقة بالترتيب .

يقوم الفاحص بتسجيل كل ما يقوله المفحوص حرفيا ، بما في ذلك الفترة الزمنية التي يستغرقها المفحوص في الإجابة على الإجابة على كل البطاقة .

ويقوم الفاحص بملاحظة وضعية البطاقة عند كل استجابة عليها ، إضافة إلى ذلك يقوم بتسجيل اي تعليقات عفوية ، او علامات استغراب ، بعد انتهاء مرحلة الأداء ينتقل إلى مرحلة الاستفسار او الاستقصاء ، ويتم في هذه المرحلة تذكير المفحوص بجميع استجابته السابقة ، واحدة تلو الأخرى ، ويسال عما أوحى له بكل استجابة منها ، وهذه فرصة يمكن للمفحوص ان يثري استجاباته او يوضحها ، وطلب من المفحوص تحديد المكان الذي تغطيه استجاباته المختلفة عل كل بطاقة. **(اسماعلي ، صابر ، موسى ، 110 ،2017)**

- **اختبار تفهم الموضوع (tat) :**

يتكون الاختبار من 31 لوحة تشمل مشاهد في وضعيات مختلفة ، و لوحة واحدة بيضاء لا تحمل أي صورة ، و 30 لوحة تحمل صور غامضة غير واضحة بالأبيض والأسود وعلى كل لوحة رقم يشير إلى ترتيبيها ضمن لوحات الأخرى للرائز ، وأحرف بالغة الانجليزية تشير إلى الفئة التي تقدم لها اللوحة ، وتقدم للمفحوص الواحدة تلوى الأخرى كذلك ، و إعطاء

التعليمة اللازمة والمحددة ، و من خلال هذه اللوحات يروي المفحوص قصته التي يسقط من خلالها أحاسيسه و مخاوفه ، وقد انشأ هذا الاختبار سنة 1935 من طرف الطبيب البيوكميائي الأمريكي **هنري موراي** .

وقد تم اختبار تفهم الموضوع على يد **مورغان وموراي** سنة **1935** ، بهدف الكشف عن خصائص الشخصية الأساسية للمفحوص ، حيث يرى موراي أن الشخص عندما يحاول تفسير موقف اجتماعي معقد فانه يميل لان يكشف عن دوافعه وحاجاته و مخاوفه ، بالقدر الذي يتحدث عن الظاهرة التي يرتكز فيها حيث يكون الشخص بعيدا عن مراقبته لذاته ، طالما يعتقد انه يقوم بمجرد شرح وقائع موضوعية لا ترتبط به .

و اختبار تفهم الموضوع يتكون من سلسلة من الصور بالونين الأبيض و الأسود و بعضها صور فوتوغرافية وبعضها الأخر رسوم يدوية ، و تتوزع هذه الصور على فئات مختلفة من المفحوصين بينهم ذكور و بينهم ألاناث ، و بينهم الراشدون اضافة الى الاحداث ، مع وجود صور مشتركة بين كل الفئات ، و حين يطبق هذا الاختبار على فئة ما من المفحوصين يقتصر على عشرين صورة او بطاقة بينها بطاقة واحدة بيضاء لا يظهر عليها اي رسم او صورة و لكن يطلب الى المفحوص ان يتخيل صورة مماثلة لها ويؤلف حولها قصة كاملة ، ويوجد شكل لهذا الاختبار خاص بالاطفال تعرض معظم بطاقاته صورا للحيوانات بدلا من الصور البشرية و يرمز له بالرمز (c.a.t) كما توجد اشكال اخرى لهذا الاختبار منها ماهو خاص بالجانحين ومنها ماهو خاص باملونين ويرهم ، بعض الصور الخاص بالاولاد (b) وبعض الصور خاص بالفتيات (g) ، وبعضها خاص بالرجال (m) ، وبعضها خاص بالنساء (f) الرموز الخاص بالجنس المفحوص ، (bm) تخص الذكور– اولاد ، رجال k (gf) تخص الاناث – فتيات وسيدات (m) .(تخص الذكور فوق سن 14) : (f) تخص البنات فوق سن 14 ، (b) تخص الاطفال الى سن 14 ، (g) تخص البنات الى سن (bg) تخص الصبيان والبنات الى سن 14 .

ويتم بتحليل مضمون موضوعات القصص في فئتين هما:

- القوى التي يكون مصدرها بطل القصة ، و الذي غالبا ما يتوحد معه المفحوص .
- القوى التي يكون مصدرها البيئة او المجال الذي تروي فيه الاحداث، و تصنف الاحداث الى 06 فئات وهي كالتالي:

←البطل

←الدوافع و الميول

←القوى في بيئة البطل

←النتائج

←الموضوع الذي يعكس التفاعل بين البطل و البيئة

←الاهتمامات و العواطف

2) الطرق الموضوعية:

و سميت بالموضوعية لعدم تاثر نتيجة الاختبار المفحوص بالذاتية المصحح او بالعوامل الشخصية المؤثرة فيه فلا يعطي المفحوص درجة لا يستحقها لاي عامل مؤثر ، بل لابد وان يتحكم المصحح اثناء التصحيح الى معايير ثابتة و دقيقية و واضحة حتى ياخذ المفحوص ما يستحقه في الامتحان دون زيادة او نقصان .

يتبع مصمم الاختبار قي هذه الطريقة اسلوب الاستعانة بتقارير عن السلوك الفرد فيقوم بوضع اسئلة او اعتبارات ، تمثل الموضوع او المظاهر المختلفة للسمة المراد قياسها منها الاستبيان ، واكتشفت هذه الطريقة خلال الحرب العالمية الاولى من طرف العالم وود ورث والذي وضع مجموعة من الاسئلة تشبه تلك التي يضعها او يسالها الاخصائيين النفسانيين لفحص الجنود من الناحية الانفعالية ، و من جملة هذه الاختبارت اختبار(spelberger) وهي من اهم الاختبارت الموضوعية التي تقيس القلق. (**محمد محروس واخرون ، 1998، 25)** .

كذلك توجد مقياس تايلور للقلق الصريح ، المقياس مكون من 50 عبارة ، يجيب عنها المفحوص (بنعم ، لا) ، المقياس بعد التطبيق ، تعطى درجه واحدة من الإجابة (نعم)

وصفر الإجابة (لا) وبعد كذا نجمع الدرجات الدرجة نهائية، فمثلا لو حصل المفحوص على 27 درجة فانه يساوي يعاني من القلق شديد.

ونجد أيضا مقياس هاميلتون لتقدير مدى القلق المقياس مكون من 14 عبارة ، يقدر فيها الفاحص وجود أعراض عن طريق استجواب المفحوص و يكون تقدير وفق الدرجات تتراوح من صفر الى 4 ، وصفر لا توجد أعراض = 1 ، أعراض طفيفة =2 أعراض متوسطة =3 أعراض شديدة= 4 شديدة جدا ، وبعد جمع درجات ، نفسر الدرجة من خلال جدول تقدير درجات القلق ، مثلا لو حصل المفحوص علة 18= درجة فانه يعاني من قلق متوسط و هكذا.

كذلك نجد مقياس القلق A من إعداد **كوستيلو وكومري 1967** وقام غريب عبد الفتاح بإعداده و تقنيته باللغة العربية و إعداد معايير ثابتة لفئات عديدة من الأفراد ، ويتكون المقياس الأصلي من تسع عبارات فقط استخلصت من العديد من الدراسات العاملية لمئات العبارات التي القلق .

9. علاج القلق:

تتبع في العلاجات الحديث للقلق عدة أساليب وذلك وفق إمكانيات المعالج ومدى درايته بالتقنيات و الوسائل العلاجية المتاحة للمريض ، وذلك حسب شدة القلق التي تعاني منها الحالة باعتبار القلق العصابي أكثر الأمراض النفسية استجابة للعلاج ومن أهم التوصيات العلاجية نجد مايلي:

1.9 العلاج النفسي (PSYCHOTHERPY):

- **العلاج بالتحليل النفسي :**

ينظر التحليل النفسي إلى مريض على انه إنسان يعيش صراعا بين ثلاث قوى وهي "**ألهو والأنا والأنا الأعلى**"، وترى ان القلق غالبا ما يكون عرضا لبعض الاضطرابات النفسية الا ان

حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطرابا نفسيا اساسا . (**حامد عبد السلام** ، ، **397**)

ويفيد التحليل النفسي في اظهار الذكريات المطمورة وتحديد اسباب القلق الدفينة في اللاشعور و تنفيس الكبت و حل الصراعات الاساسية .(**عبد الحميد محمد شاذلي** ، ،**117**).

ينظر التحليل النفسي الى المريض على انه انسان يعيش صراعا بين ثلاث قوى هي الهو (الغرائز) ، و الانا (المجتمع) ، و الانا الاعلى (المثل و القيم) ، ويهدف العلاج بالتحليل النفسي الى تقوية انا المريض و تحديد اسباب القلق الدفينة في اللاشعور ، ويتم ذلك عن طريق التداعي الحر ، تفسير الاحلام وزلات اللسان . (**محمد علي** ، ، **108**)

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

2.9 العلاج السلوكي :

يقوم العلاج السلوكي على مسلمة بان القلق يحدث نتيجة في اشتراط خبرة ماضية حدثت للمريض تثير لديه القلق ، فمثلا كشخص تعرض لعضة كلب في طفولته ليلا في الظلام لذلك ارتبط لديه القلق ، لذلك فان جهد المعالج السلوكي ينصب على فك هذا الاشتراط حيث يتم استخدام وسائل العلاج السلوكي ، كالتحصين التدريجي آو الغمر وغيرها وذلك بتدريب مريض القلق العصابي على استجابات الاسترخاء العضلي في حضور مثيرات القلق حضوريا واقعيا . (**محمد جبل** ، ، **138**) .

يستخدم بوجه خاص في حالات الخوف العصابي ، ويعتمد على التخلص من الفعل المرضي و تكوين فعل سوي وذلك بان يمرن المريض الاسترخاء (اما بتمارين الاسترخاء او

بعقار الاسترخاء) ثم تعرض عليه منبهات اقل من ان تصدر قلقا او تسبب الما ثم زيادة منبهات بالتدريج حتى يستطيع المريض مواجهة موقف الخوف و بذلك يتحقق له الشفاء. **(محمد عبد الله : 157) .**

فيظهر ان العلاج السلوكي يركز على القلق انه يحدث نتيجة لمثير ، اما ان يكون هذا المثير خبرة ماضي حدثت في حياة المريض او خبرات اخرى تثير لديه القلق و يعتمد التحصين التدريجي ، معالج أساليب عدة منها الاسترخاء ، التحصين التدريجي ، التعزيز .

3.9 العلاج الكيميائي:

و يستخدم في حالات القلق الشديد و المزمن و يعتمد على إعطاء المريض لبعض العقاقير التي تخفض من حدة القلق والتوتر العصبي.

هو تقديم العقاقير المهدئة للفرد و التي يطلق عليها (Tranquillisant)و أهمها مشتقات (benzodiazépaine) ومنها الفاليوم (valium) وتمستا (temesta) و غيرها و الهدف منها هو الأثر المهدئ الذي تحدثه على الجهاز العصبي حيث تخفف من القلق كما تسبب في استرخاء عضلات الجسم.

من هنا نلاحظ ان علاج القلق بالطريقة الكيميائية يبدأ بإعطاء المريض العقاقير المنومة يبدأ بإعطاء المريض العقاقير المنومة و المهدئة في بداية الأمر ، حيث تعمل على تقليل من التوتر العصبي بعد ان تتم الراحة الجسمية يبدأ العلاج النفسي.

4.9 العلاج الطبي:

وذلك باستخدام المسكنات و المهدئات والعقاقير المضاد للقلق وقد وجد ان العلاج النفسي المختصر مع استخدام العقاقير النفسية الوهمية كان فعالا كذلك استخدام التنبيه الكهربائي والعلاج المائي في بعض الأحيان . **(محمد شاذلي ، ، 119) .**

الفصل الثالث:

جودة الحياة

❖ تمهيد:

1. نبذة تاريخية عن نشأة مصطلح جودة الحياة.
2. تعريف جودة الحياة.
3. صعوبة تعريف مفهوم جودة الحياة.
4. أبعاد جودة الحياة.
5. مظاهر جودة الحياة.
6. مكونات جودة الحياة ومؤشراتها.
7. المبادئ التي تعتمد عليها جودة الحياة.
8. معوقات جودة الحياة.
9. جودة الحياة لدى الأسر الّتي لديها أبناء معاقين.

❖ خلاصة الفصل.

❖ **تمهيد:**

يُعد موضوع جودة الحياة من الموضوعات المرتبطة بعلم النفس، وهي من المتغيرات النفسية الهامة التي تقيس مدى رفاهية الفرد وكذلك المجتمعات. فجودة الحياة هي مدى شعور الفرد بالرضا والسعادة والرفاهية من خلال إشباع حاجاته النفسية وتحقيق أهدافه وقيمه توافقها مع المجتمع، وشعوره بالقناعة عن حياته نجمع ما يحدث له.. وهذا ما سنذكره في هذا الفصل.

9. نبذة تاريخية عن نشأة مصطلح جودة الحياة:

يعد تحديد الجذور التاريخية لمفهوم جودة الحياة من الأمور الصعبة؛ فمفهومها حديث نسبيا، إلا أن المدقق في الاصول والجذور التاريخية العميقة من حيث سياق الاستخدام والجوهر المعني له، ويظهر ذلك من خلال تحدّث المصريين القدماء عن الحياة الجيدة (جودة الحياة) بصور شتى مثل إنجاب الأطفال باعتباره دليلا على تحسين جودة الحياة، ثمّ عبّر عنه في الفلسفة الإغريقية عند أرسطوا، حيث ناقش موضوع السعادة وحياة الترف، وأشار إلى أن هناك عاملين رئيسيين في الاستمتاع بالحياة؛ أحدهما قدرة الفرد على الشعور بالمتعة والثاني هو استخدام العقل، وأن فقدان الشعور بالرضا عن الحياة ليس في حد ذاته اضطرابا؛ ولكنّه كثيرا ما ترتبط به الاضطرابات النفسية الأخرى، كالقلق، الاكتئاب، الفصام، الإعاقات والأمراض الجسمية والنفسجسمية(.) .

حيث افترض ارطوا ان السعادة مشتقة من فاعلية ونشاط الروح، وبالتالي تتحقق حياة سعيدة.

وكذلك حظي مفهوم جودة الحياة Quality of life باهتمام كبير في مجالات الطب وعلم الاجتماع والاقتصاد، وحديثا في مجال علم النفس ويشير هارمان إلى أن هذا المفهوم ظهر في منتصف الستينات من القرن العشرين، ثم شاع. اسخدامه في الدراسات المختلفة كأحد المؤشرات الدالة على الاهتمام برفاهية الفرد في كافة المجالات من خلال التركيز على زيادة الإنتاج والرخاء الاقتصادي والتقدم العلمي والتكنولوجي.

وزاد اهتمام الباحثين في مجال الصحة النفسية أمثال هارمان بمفهوم جودة الحياة كمفهوم مرتبط بعلم النفس الايجابي والذي جاء استجابة إلى أهمية النظرة الإيجابية في حياة الأفراد . ويعد مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الإيجابية التي اهتم بها علم النفس،فيرى الباحث أن هذا الاهتمام يدل على اهمية هذا المفهوم ومدى تأثيره على جميع الجوانب لدى الفرد.

10. تعريف جودة الحياة:

أ. التعريف اللغوي:

أصلها من الفعل جاد – جودة وجُودة، اي صار جيدا، وهو ضد الرديء، فعل الجيّد وجوّد الشيء: جعله جيّدا وأجاد: أتى بالجيّد **(المنجد في اللغة العربية والأعلام، 1994)**

ب. التعريف الاصطلاحي:

يعرف منسي وكاظم (2006)جودة الحياة بأنها شعور الفرد بالرضا والسعادة وقدرته على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورُقي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حس إدارته الوقت والاستفادة منه.

في حين عرفت منظمة الصحة العالمية جودة الحياة لأنها إدراك الفرد لوضعه في الحياة وفي سياق الثقافة واتساق الفهم الذي يعيش فيه، ومدى تطابق او عدم تطابق ذلك مع أهدافه، كذلك يعرفها الشرافي (2013) جودة الحياة لانها هي شعور الفرد بالرضا عن ذاته والآخرين والاستمتاع بالحياة من خلال إشباع حاجاته الداخلية والخارجية المتمثلة في الجوانب النفسية والاجتماعية والجسمية وصحة المجتمع والشعور بالسعادة للوصول إلى حياة متناغمة بين ذات الإنسان والآخرين.

11. صعوبة تعريف مفهوم جودة الحياة:

يُعد تعريف مفهوم جودة الحياة من المهام الصعبة، وذلك يعود إلى:

1) يعد تعريف جودة الحياة من المهام الصعبة نظرا لما يحمله من جوانب متعددة، كما ان مستخدمي هذا المفهوم لم يتفقوا بعد على معنى محدد لهذا المصطلح، ويرجع ذلك إلى حداثة هذا المفهوم.
2) لا يرتبط هذا بمجال محدد من مجالات الحياة أو بفروع العلم؛ إنما هو مفهوم موزع بين العلماء والباحثين بمختلف اختصاصاتهم.
3) تطرق هذا المفهوم للاستخدام في العديد من العلوم، حيث يستخدم أحيانا للتعبير عن الرقي في مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع .كما يستخدم للتعبير عن إدراك الأفراد لمدى قدرة هذه الخدمات على إشباع حاجاتهم المختلفة.

4) إنّ مفهوم جودة الحياة يتغير بتغير الزمان وبتغير حالة الفرد النفسية، والمرحلة العمرية الّتي يمر بها، فالسعادة تحمل معاني متعددة للفرد نفسه في المواقف المختلفة،

ويتضح للباحث فيما سبق أنّ صعوبة تحديد مفهوم جودة الحياة ترجع إلى حداثة هذا المفهوم وتناوله واستخدامه في أكثر من مجال، كما وأن جودة الحياة مفهوم متغير لأنه يعتمد على وجهه نظرة كل فرد واحتياجاته وكذلك على ثقافة المجتمع.

12. أبعاد جودة الحياة:

- البعد الذاتي: ويقصد به مدى رضا الشخص بالحياة وشعور الشخص بالسعادة.
- البعد الموضوعي: ويشمل الصحة البدنية، العلاقات الاجتماعية، الأنشطة المجتمعية، العمل، فلسفة الحياة، وقت الفراغ، مستوى المعيشة، العلاقات الأسرية والصحة النفسية.

(صقر سعيد فؤاد بنات، قلق الانجاب وعلاقته بجودة الحياة لدى الأسر التي لديها أبناء ذوي إعاقة سابقة، علم النفس العيادي، الجامعة الإسلامية، غزة، أفريل، 2018، رجب 1439)

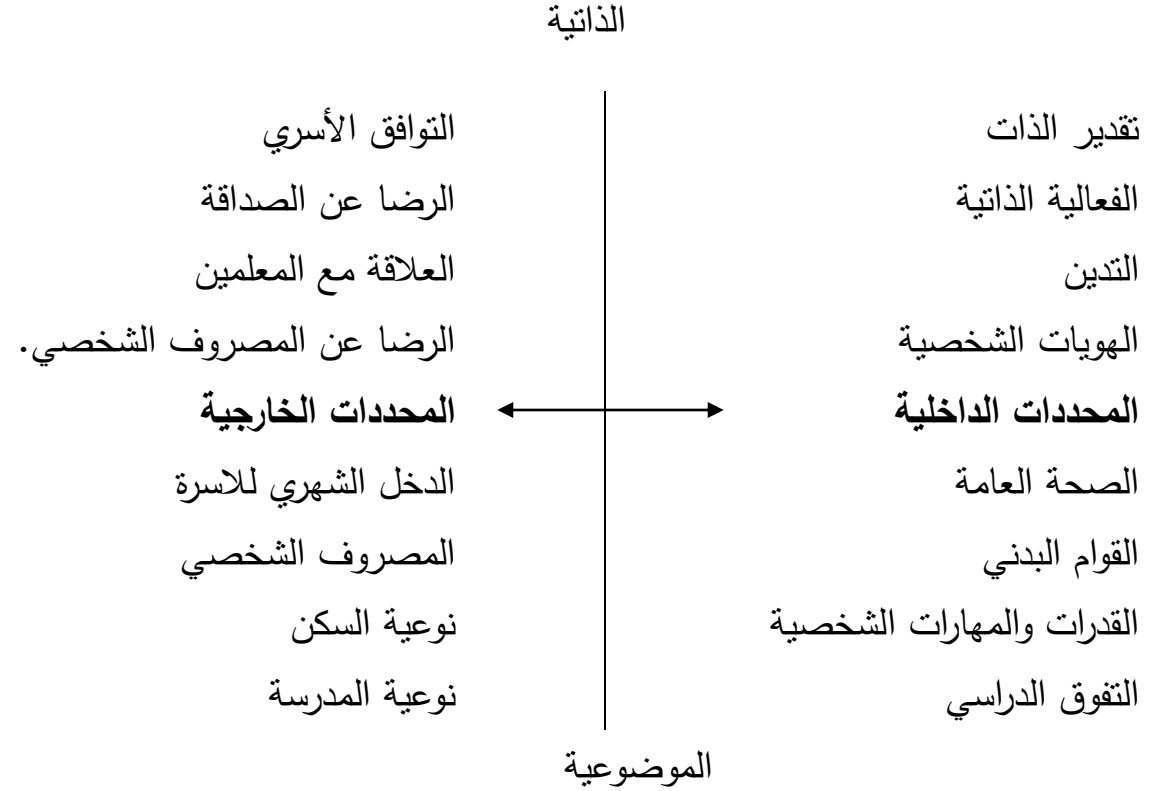
ويشير كاظم والبهادلي (2006) أن أبو سريع ةآخرون (2006) يقترحون نموذجا لتفسير وتقير جودة الحياة، يعتمد على تصنيف المتغيرات المؤثرة في تشكيل جودة الحياة موزعة على بعدين متعامدين، يشمل البعد الأفقي قطبي توزيع محددات جودة الحياة حسب كمونها

داخل الشخص أو خارجه وتسمى بعد المحددات الشخصية الداخلية في مقابل المحددات الخارجية.

ويمثل البعد الرأسي توزيع تلك المحددات وفق أسس قياسها وتقدير مدى تحققها، والتي تتوزع ما بين أسس ذاتية يقدرها الفرد من منظوره الشخصي كما يدركها ويشعر بها إلى أسس موضوعية تشمل الاختبارات والمقاييس ومقارنة الشخص بغيره أو بمتوسط جماعته المعيارية،

أو اعتمادا على معايير كمية وكيفية أخرى مثل: الملاحظة ومقاييس التقدير،و يسمى بعد الذاتية في مقابل الموضوعية.

ويتضمن الشكل بعض الأمثلة لمحددات جودة الحياة، والشكل الآتي يبين ذلك:



تصور أبو سريع وآخرين (2006)، لتصنيف محددات جودة الحياة وفق موقعها (داخلية خارجية) دخل الشهري وطريقة قياسها (ذاتية، موضوعية)، كذلك يوجد لجودة الحياة ثلاثة أبعاد تتمثل فيما يلي:

- **جودة الحياة الموضوعية:**

وتعني ما يوفره المجتمع لأفراده من إمكانيات مادية جانب الحياة الاجتماعية الشخصية للفرد.

- **جودة الحياة الذاتية:**

وتعني كيف يشعر الفرد بالحياة الجيدة الّتي يعيشها أو مدى الرضا والقناعة عن الحياة والسعادة بها.

- **جودة الحياة الوجودية:**

وتعني مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والّتي من خلالها يمكن للفرد أن يعيش حياة متناغمة ويصل إلى الحد المثالي في إشباع حاجاته البيولوجية والنفسية كما يعيش في توافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع.

ويقدم فيليش وبيري نموذجا ثلاثيا لأبعاد جودة الحياة على النحو التالي:

أ. ظروف الحياة:

وهي مجموعة من الظروف الحياتيه القابلة للقياس الموضوعي من قبل ذوي الخبرة وتشمل الظروف الشخصية والصحة البدنية والظروف المعيشية والأحوال المادية والعلاقات الاجتماعية والانشطة الوظيفية الاجتماعية والاقتصادية.

ب. الرضا عن الحياة:

وتتضمن شعور الفرد والارتياح والرضا عن ظروف حياته.

ت. القيم الشخصية والطموح الشخصي:

وتعني الأهمية النسبية التي يقدرها الفرد لكل ظرف من ظروف حياته المختلفة مثل الخبرات المادية والرفاهية الاجتماعية والصحة البدنية والعاطفية والأنشطة الحياتية. **(نفس المرجع السابق)**

بينما قسم الشرافي (2013: 8) أبعاد جودة الحياة إلى:

1. **الصحة الجسمية:** ويقصد بها مدى تمتع الفرد بالعمليات الحيوية لوظائف الجسم وخلوّها من الأمراض الّتي تعيق حياته.
2. **الصحة الاجتماعية:** ويقصد بها محصلة التفاعل الاجتماعي وإدراكه السلوك المتبادل بينه وبين الآخرين وقدرته على تكوين علاقات متميزة بين أفراد الجماعة التي ينتمي إليها.
3. **الصحة النفسية:** ويصد بها قدرة الفرد وإدراكه لجوانب الحياة المعاشة التي يتمتع بها أو يعاني منها على الصعيد السياسي والاقتصادي والتعليمي والصحي، وقد اشتمل مفهوم جودة الحياة في موسوعة علم النفس Encyclopedie of psycology على مجموعة من الأبعاد لخصها كل من ويستر وآخرون على أنها سبعة محاور وهي كالآتي:

- **التوازن الانفعالي:** حيث يتمثل في ضبط الانفعالات الايجابية والانفعالات السلبية؛ كالحزن والكآبة والقلق والضغوط النفسية.
- الحالة الصحية للجسم.
- الاستقرار المهني: يتمثل في الرضا عن العمل أو الدراسة وهو بعد هام في جودة الحياة.
- الاستقرار الأسري: وتواصل العلاقات داخل البناء الأسري.
- **الاستقرار الاقتصادي:** وهو ما يرتبط بدخل الفرد الذي عينيه على مواجهة الحياة.
- **التواؤم الجنسي:** ويرتبط ذلك بما يتعلق بصورة الجسم وحالة الرضا في المظهر والشكل العام. (أمينة، 2014: 22)

وقد أوضح بولينغ وآخرون أن المؤشرات الذاتية هي الأكثر أهمية في تحديد جودة الحياة من المؤشرات الموضوعية، فالجوانبا لاجتماعية الدالة على الترابط الاجتماعي والسلوك الاجتماعي وغيرها من متغيرات الحياة النفسية من العوامل التنبئية لجودة الحيتة عند الأفراد، كما أن جودة الحياة ترتبط ارتباطا غيجابيا مع إشباع الحاجات وعلى وفق المؤشرات التالية:

- مستوى إشباع الحاجات (واطي، معتدل، مرتفع)
- الوقت الذي نشبع فيه هذه الحاجات، وهل كان إشباع الحاجات في أوقاتهاالمناسبة أو أن إشباع الحاجة جاء بعد أن مر الوقت عليها ولم يعد إشباعها مجديا.
- تسلسل إشباع الحاجات (مبارك، ب.ت: 717-718)

ويتضح للباحث مما سبق أن جودة الحياة متعددة، فهي تختلف من شخص لآخر وذلك وفقا لإدراك كل شخص لجوانب حياته والظروف الحالية التي يمر بها، وكذلك وفقا لثقافة المجتمع والخدمات التي يقدمها المجتمع، كما ويميل الباحث إلى رأي بولينغ وآخرون بأنّ البعد الذاتي من أهم أبعاد جودة الحياة لأنه كلما أشبعت حاجات الفرد وكان إشباعها في الوقت المناسب، فإن ذلك يزيد من جودة الحياة لديه بشكل إيجابي وذلك يعتبر المؤشر والبعد الذاتي مهم جدا في تحديد جودة الحياة لأنه من المؤشرات النفسية المنبئة بجودة الحياة.

5. مظاهر جودة الحياة:

وتشير خلف الله (2015) أن عبد المعطي (2007) د اقترح خمسة مظاهر رئيسية لجودة الحياة، تتمثّل في خمس حلقات ترتبط فيها الجوانب الموضوعية والذاتية وهي كالتالي:

أ. العوامل المادية الموضوعية:

والتي تشمل الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع لأفراده إلى جانب الفرد وحالته الاجتماعية والزواجية والصحية والتعليمية، حيث تعتبر هذه العوامل عوامل سطحية في التعبير عن جودة الحياة،إذ ترتبط بثقافة المجتمع وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع هذه الثقافة.

ب. حسن الحال:

ويعتبر هذا بمثابة مقياس عام لجودة الحياة، ويعتبر كذلك مظهرا سطحيا للتعبير عن جودة الحياة، فكثير من الناس يقولون بأن حياتهم جيدة ولنهم يخزنون معنى حياتهم في مخازن داخلية لا يفتحونها لأحد

ت. إشباع الحاجات وتحقيقها:

وهو أحد المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة، فعندما يتمكن المرء من إشباع حاجاته، فإن جودة الحياة عنده ترتفع وتزداد، وهناك حاجات كثيرة يرتبط بعضها بالبقاء كالطعام والمسكن والصحة، ومنها ما يرتبط بالعلاقات الاجتماعية كالحاجة للأمن والانتماء والحب والقوة والحركية وغيرها من الحاجات التي يحتاجها الفرد والتي يحقق من خلالها جودة حياته.

ث. الرضا عن حياته:

ويعتبر الرضا عن الحياة أحد الجوانب الذاتية لجودة الحياة، فكونك راضيا فهذا يعني أن حياتك تسير كما ينبغي، وعندما يشبع الفرد كل توقعاته واحتياجاته ورغباته، يشعر حينها بالرضا.

ج. القوى والمتضمنات الحياتية

قد يرى البعض أن إدراك القوى والمتضمنات الحياتية بمثابة مفهوم أساسي لجودة الحياة، فالبشر كي يعيشوا حياة جيدة لابد لهم من استخدام القدرات والطاقات والانشطة الابتكارية الكامنة داخلهم من أجل القيام بتنمية العلاقات الاجتماعية وأن ينشغلوا بالمشروعات الهادفة، ويجب أن يكون لديهم القدرة على التخطيط، واستغلال الوقت ما إلى ذلك وهذا كله بمثابة مؤشرات لجودة الحياة.

ح. معنى الحياة:

يرتبط معنى الحياة بجودة الحياة كلما شعر الفرد بقيمته وأهميته للمجتمع وللآخرين وشعر بإنجازاته ومواهبه،وأن شعوره قد يسبب نقص أو افتقاد الآخرين له،فكل ذلك يؤدي إلى إحساسه بجودة الحياة.

خ. الصحة والبناء البيولوجي:

وتعتبر حاجات جودة الحياة التي تهتم بالبناء البيولوجي للبشر والصحة الجسمية تعكس النظام البيولوجي لأن أداء خلايا الجسم ووظائفها بشكل يجعل الجسم في حالة صحية جيدة وسليمة.

د. السعادة:

وتتمثل بالشعور بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات، وهي الشعور بالبهجة والاستمتاع واللذة، وهي نشوة يعر بها الفرد عند إدراكه لقيمة ومتضمنات حياته مع استمتاعه بالصحة الجسمية. **(الهنداوي، 2010، 23)**

ذ. جودة الحياة الوجودية:

وهي الوحدة الموضوعية لجوانب الحياة وهي الأكثر عمقا داخل النفس وإحساس الفرد بوجوده، وهي بمثابة النزول لمركز الفرد، والتي تؤدي بالفرد إلى إحساسه بمعنى الحياة الذي يعد محور وجوده، فجودة الحياة الوجودية هي التي يشعر من خلالها الفرد بوجوده وقيمته من خلال ما يستطيع أن يحصل عليه الفرد من عمق للمعلومات البشرية المرتبطة بالمعايير والقيم الجوانب الروحية والدينية التي يؤمن بها الفرد، والتي يستطيع من خلالها تحقيق وجوده. **(الهنداوي، 2010: 43)**

6. مكونات جودة الحياة ومؤشراتها:

إن الشعور بجودة الحياة مفهوم نسبي يختلف من شخص لآخر من الناحيتين النظرية والتطبيقية استنادا إلى المعايير التي يعتمدها الأفراد لتقويم الحياة ومتطلباتها، والتي غالبا ما تتأثر بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد مكونات جودة الحياة مثل القدرة على التفكير واتخاذ القرارات والقدرة على التحكم وإدارة الظروف المحيطة والصحة الجسمية والنفسية والظروف الاقتصادية والاجتماعية والمعتقدات الدينية والقيم الثقافية والحضارية التي يحدد من خلالها الأفراد الأشياء المهمة والأكثر أهمية،، والتي تحقق سعادته في الحياة ويشير أبو حمادة (2015) أن مكونات جودة الانسان في الوطن العربي التي يشترك فيها كل بنو البشر فيما يأتي:

- تكوين أسرة (برضا الرجل والمراة وإرادتهما الحرة)
- الرعاية الاجتماعية والصحية خاصة (الأطفال، المسكين، المعاقين)
- مستوى معيشي لائق (الغذاء والكساء والمسكن)
- العمل
- التعلم (المجاني في المرحلة الأساسية والمكسب للقيم والمهارات والتوجهات الاجتماعية المحفزة للنهضة والمستثمر مدى الحياة)
- حق الجماعات العرقية في الحفاظ من ثقافتها الخاصة وتنميتها.
- تكوين الجمعيات والمنظمات العرقية في الحفاظ على ثقافتها الخاصة وتنميتها وممارسة نشاطها بحرية.المشاركة في إدارة الشؤون العامة في المجتمع.

وقد حدد فلوفيد (1990) مؤشرات جودة الحياة فيما يلي:

- الاحساس بجودة الحياة حالة شعورية تجعل الفرد يرى نفسه قادرا على إشباع حاجاته المختلفة (الفطرية والمكتسبة) والاستمتاع بالظروف المحيطة به.
- المؤشرات النفسية: وتتبدى في شعور الفرد بالقلق والاكتئاب أو التوافق مع المرض أو الشعور بالسعادة والرضا.

- المؤشرات الاجتماعية: وتتضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية.
- المؤشرات الجسمية والبدنية: وتتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية والتعايش مع الآلام والنوم والشهية في تناول الغذاء والقدرة الجنسية.

المبادئ التي تعتمدها جودة الحياة وهي مايلي:

- إن جودة الحياة مرتبطة بمجموعة من الاحتياجات الرئيسية للإنسان وبمدى قدرته على تحقيق أهدافه في الحياة.
- إن معاني جودة الحياة تختلف باختلاف وجهات النظر الإنسانية، بمعنى أنها تختلف من شخص إلى آخر، ومن عائلة إلى أخرى ومن برنامج إلى آخر.
- إن مفهوم جودة الحياة له علاقة قوية ومباشرة في البيئة التي يعيش فيها الإنسان.
- إن مفهوم جودة الحياة يعكس التراث الثقافي للانسان وللأشخاص المحيطين به.

إن هذه المبادئ مشتركة بين الشخص الطبيعي والشخص المعاق (المشاقية، 36:2014)

ويتضح للباحث أنه بالرغم من الاختلاف بين الباحثين على مفهوم جودة الحياة إلا انه يتضح بأن هناك اتفاق على وجود مبادئ مشتركة يكن أن تكون بين الأشخاص الأسوياء والمعاقين.

7. معوقات جودة الحياة:

هناك العديد من الأسباب التي تعوق الانسان عن الشعور بمعنى الحياة وقلة الوازع الديني، وعدم توفير الرعاية الصحية الكاملة للأفراد، وافتقاد الكثير من الأفراد القدرة على التصرف في مواقف الحياة المختلفة والتأخير التكنولوجي وقلة الخدمات المقدمة للأفراد. **(خطاب، 2015: 367)**

8. جودة الحياة لدى الأسر التي لديها أبناء معاقين:

تقاس حضارة الأمم والمجتمعات بجودة الحياة لدى الأفراد بشكل عام، والفئات المهمشة كالمعاقين وأسرهم والمسنين وذوي الأمراض المزمنة بشكل خاص، ويعتبر مفهوم جودة الحياة من المفاهيم التي دخلت حديثا على مجال التربية الخاصة والحياة الاجتماعية، إذ يعبر عن مدى الاهتمام بكافة أفراد المجتمع وتحقيق الرفاه لهم. **(أبو الرب، عبد الأحمد، 2013: 431)**

ثم أصبح مفهوم جودة الحياة من أهم المفاهيم العملية التي برزت في مجال الدراسات الخاصة بالإعاقة الذهنية، وذلك بعد أن اتجه العديد من الأشخاص المعاقين وأسرهم في المجتمعات المتقدمة إلى المطالبة بحقوقهم والعمل على تطوير مستقبلهم وتحسين علاقاتهم وتواصلهم مع الآخرين.

فقد حاول الباحثون والمهتمون في مجال تقديم الخدمات الاجتماعية دراسة مفهوم جودة الحياة بشكل واسع كمحاولة منهم لدعم قضية الدمج الاجتماعي للأشخاص المعاقين ذهنيا. **(القلاف، 2012: 2)**

فإن الاحساس بجودة الحياة من القضايا في حياة الانسان نظرا لأنها تعد نقطة البداية لكثير من المشكلات التي يمكن أن يعانيها ويعيشها ويشكوا منها هذا الانسان لأنه كثيرا ما يترتب على إحساس الفرد بانخفاض مستوى جودة الحياة مشكلات عديدة في حياته كالاكتئاب والعزلة الاجتماعية والوحدة النفسية والقلق. **(النجار، والطلاع، 2014: 213)**

نجد أن هناك علاقة بين جودة الحياة والأسرة، فالأسرة هي وحدة المجتمع الأولى وهي الوسيط أو حلقة الوصل بين الفرد والمجتمع وعند وجود طفل معاق داخل الأسرة فإنّه يؤثر على تكيف الاخوة والاخوان وعلى كافة أعضاء الأسرة ويفرض قيودا مادية واجتماعية ومعنوية اتجاه الأسرة. **(خلف الله، 2015: 1)**

وتشير دراسة موريسي وآخرون (2007) بأن ولادة طفل معاق يتطلب إعادة النظر من قبل الأسرة في مهامها وأدوارها، وكذلك إعادة النظر في الموارد المالية لديها، ويرى الباحث أن وجود طفل معاق في الأسرة يشكّل ضغطا على الوالدين وعلى جميع الأسرة بشكل عام، كما ويترك أثره على التكيف الأسري ومدى صلابتهم وجودتهم، وأن الأسر التي لديها أبناء ذوي إعاقة ينظرون إلى الحياة نظرة تختلف عن الآخرين، وتظهر لديهم أعراض من القلق والاضطرابات النفسية الأخرى.

الفصل الرابع:

الإعاقة الحركية.

❖ تمهيد

1. مفهوم الإعاقة الحركية.
2. خصائص الإعاقة الحركية.
3. أسباب الإعاقة الحركية.
4. تصنيف الإعاقة الحركية.
5. حاجات المعاق.
6. التأهل النفسي للمعاقين حركيا.
7. المشكلات الناتجة عن الإعاقة الحركية.
8. أهمية الجماعة في حياة المعاق.

❖ خلاصة الفصل.

❖ **تمهيد:**

تغيّر مفهوم الإعاقة الحركية بصفة جذرية خلال هذه المدة الأخيرة، فبعد أن كان النّاس ينظرون إليها على أنّها عاهة دائمة عقلية كانت أم جسدية، أصبح اليوم الشخص الّذي يعاني من عجز إنسان عادي لكن له احتياجات خاصة فقط وتلعب المهارات الحركية دورا بالغ الأهمية في حياة الإنسان فهي ضرورية لتأدية كافّة النشاطات في الحياة اليومية، وتعتبر أساسية في تأدية الواجبات الحياتية والمهنية كذلك، حيث تلعب دورا حيويا في النمو المعرفي الّذي يعتمد على قدرة الفرد في التنقل والحركة والتعامل مع المحيط بكل تعقيداته وتناقضاته، فحدوث الإعاقة الحركية أنّ المعاق فقد القدرة على القيام ببعض الأعمال؛ فلا تقتصر فقط على صعوبة التّنقل، بل تشمل وظائف الأطراف الّتي تعتمد على عملية التحرك، فتُؤثر الإعاقة الحركية على سلوك الفرد وتصرفاته، حيث يصبح الشعور بالنقص والعجز عاملا فعّالا في النمو النفسي للفرد وتنشأ عنها نفسية مختلفة تُعيق الحياة الطبيعية للفرد.

1. مفهوم الإعاقة الحركية:

1.1 تعريف الإعاقة: عرّفتها منظمة الصحة العالمية هي حالة من عدم القدرة على تلبية لمتطلبات أداء دوره الطبيعي في الحياة المرتبط بعمره وجنسه وخصائص الاجتماعية والثقافية وذلك نتيجة الإصابة أو العجز في الأداء الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية. **(روسان، 2001: 64)**

2.1 تعريف الإعاقة الحركية: هي حالة تعد من مقدرة الفرد على القيام بوظيفة واحدة أو أكثر من وظائف الّتي تعتبر العناصر الأساسية لحياته اليومية ومن بينها العناية بالذات أو ممارسة العلاقات الاجتماعية؛ وهي عدم القدرة على استخدام الفرد لأجزاء جسمه في آداء الحركات الطبيعية كالمشي والجري والتنسيق بين حركات الجسم المختلفة بسبب إصابة جسمية في العمود الفقري وعضلاته أو الجهاز العصبي أو نتيجة عوامل وراثية وتؤثر هذه الإعاقة في نموه العقلي أو الانفعالي وتحدّ من التكيف الاجتماعي. **(الشريف، 2011: 418)**

3.1 تعريف المعاق حركيا: هو الفرد الّذي لديه إعاقة جسدية تمنعه من القيام بالحركات اليومية بشكلها الطبيعي نتيجة إصابة أدّت إلى ضمور العضلات أو نتيجة مرض معيّن وقد يكون فقدان الحركة مصحوب بفقدان حسي أيضا. **(الصفدي، 2007: 18)**

2. أسباب الإعاقة الحركية:

هناك العديد من الأسباب المؤدية إلى الإعاقة الحركية سواء كانت هذه الأسباب مكتسبة أو مستمدة من البيئة الوراثية ومن هذه الأسباب هي:

- **نقص الأكسجين ANOXAI:** عن الدماغ الطفل سواء كان هذا الطفل في مرحلة ما قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها؛ لأنّ ذلك يؤدي إلى الشلل.
- **العوامل الوراثية:** أي خلل في كروموسومات ينتقل من الآباء إلى الأبناء حيث يحدث هذا الخلل إعاقة جسدية لدى الطفل.

- **عمل الريزوس RH:** تعني به الاختلاف دم الأم عن دم الجنين **(داهري، 2005: 46)**
- القداج: ولادة الأطفال الخداج تعني عدم اكتمال نموهم وذلك بسبب ولا تندم قبل اكتمال المدة الزمنية.

1.2 أسباب ما قبل الولادة:

من المعروف أنّ المكوّنات الجينية مركبة لجنين مركبة من النواة الخلايا (الحيوان المنوي والبويضة) في تركيب يطلق عليه الكروموزومات ويحمل كل كروموزوم عددا من الجسيمات الدقيقة الّتي تحمل الصفات الوراثية والّتي تعرف بالموروثات (الجينات).

يتكوّن ***** الخلية الأولى للجنين من ست وأربعين كروموزوم تنتظم في ثلاثة وعشرون زوجا، إثنا وعشرون زوجا من هذه الكروموزومات متشابهة تماما يطلق عليها (الصفات العادية) في حين يحدّد الزوج الباقي جنس الجنين، ويُطلق عليه كروموزوم الجنس، احتمالا الخطأ في كلتا المجموعتين ينتج عنها الإعاقة الحركية. **(الصفدي، 2007: 19)**

- **الحمل:** حالة تسمم الحمل نتيجة تورم القدمين عند الأم وارتفاع ضغط الدم وجوه كمية كبيرة من البروتين في الحول في الشهور الثلاثة الأخيرة من الحمل تعرض الأم لإشعاع أثناء الحمل.
- **سوء تغذية الأم الحامل:** تعرقل نمو الجنين وتطوّره من النمو العقلي، وتناول العقاقير.
- **تعرض الأم إلى أمراض معدية:** الحصبة الألمانية. **(فهمي، 2007: 67)**

2.2 أسباب أثناء الولادة:

- تحدث عوامل أثناء الولادة تسبب حالات من الإعاقة.
- الولادة المبكرة (قبل الموعد الطبيعي).
- الولادات المتعسّرة.

- إصابة الجنين ببعض الميكروبات. **(أبو نصر، 2005: 35)**

3.2 أسباب ما بعد الولادة:

ونقصد بها العوامل البيئية الّتي تلعب دورا مهما واضحا في حدوث الإعاقة.

- انتشار الأوبئة والأمراض المعدية.
- المرض وحوادث المنزل والعمل وحوادث الطرقات.
- السموم مثل الّتي تنتج عن دخول أكسيد الكربون إلى الجسم أو عن طريق استنشاق مواد اللعق أو التعرض للرصاص.
- الحروق الشديدة على مستوى بعض الأطراف، ما يفقدها القدرة على وظيفتها بشكل سليم. (الداهري، 2005: 64)

3. تصنيف إعاقة الحركية:

يمكن تصنيف الإعاقة الحركية الّتي تحدث عند الكائن الحي بشكل عام من المشكلات الّتي ترجع عادة إلى فترة الحمل، وهي ما يتعرض له الإنسان في البداية وأثناء وجوده في رحم أمه أو أثناء عملية الولادة أو نتيجة أخطاء تقع من طرف الطبيب وغيرها من الصعوبات محدّدة تحدث بعد الولادة الّتي يتعرض لها الفرد، ويمكن تصنيف هذه الإعاقات إلى ما يلي:

1.3 **الشلل المخي:** هو العجز العصبي حركي ناتج عن خلل عضوي في مراكز ضبط الحركة في المخ وينقسم شلل المخي وفقا إصابة بعض أجزاء الجسم على النحو التالي:

- **الشلل المنفرد:** هذه الحالة تكون بشلل طرف واحد فقط عند الإنسان، أما باقي الأطراف فإنّها تعمل بشكل سليم أي أنّ هذا الشلل جزئي فقط.
- **الشلل الجانب الواحد:** في هذه الحالة تكون الإعاقة في جانب واحد فقط من الجسم قد تكون اليد اليمنى أو الرجل اليمنى أو الرجل اليمنى فقط هي الّتي تعرضت للإصابة، أما باقي أعضاء الجسم سليمة.

- **الشلل الثلاثي:** هذا النوع من الشلل أشدّ من النوع الثاني حيث يكون الشلل فيه لطرف عامل ثمّ جزء من الطرف الثاني كأن يكون الشخص لديه شلل في الجانب الأيسر وجزء من الأيمن اليد أو الرجل الأيمن وجزء من رجل الأيسر.
- **الشلل النصفي السفلي:** في هذه الحالة تكون الرجلان فقط مصابتين بالشلل.
- **شلل الجانبين:** وهنا تكون الساقان والذراعان مصابتين بالشلل.
- **الشلل المزدوج (الرباعي):** تتأثر الأطراف الأربعة في هذه الحالة بالشلل إلاّ أنّه في الكثير من الأحيان نجد الشلل في جانب أكثر من الجانب الآخر، قد يكون الشلل واضحا في الجهة اليمنى أكثر من اليسرى أو العكس. **(عمر فواز، 2010: 194-195)**

2.3 إصابة الحبل الشوكي: يمتد الحبل الشوكي من قاعدة الجمجمة إلى أسفل الظهر ويعتبر جزء من الجهاز العصبي المركزي يقوم الحبل الشوكي بوظيفة رئيسية للكائن الحي وهي الوظائف الحسية والحركية إذ عن طريقه يصل الإحساس إلى الدماغ وإنّ إصابة هذا الحبل يسبب شللا في الأطراف الأربعة أو الأطرف السفلية ممّا يؤدي إلى فقدان الحركة. **(عبيد، 1999: 105)**

3.3 الصرع: هو اضطراب يصيب الجهاز العصبي في المخ نتيجة حدوث زيادة النشاط الكهربائي لخلايا المخ مما يؤدي إلى حدوث تشنجات عضلية.

4.3 الاستقصاء الدماغي: يمكن تعريف حالة الاستقصاء بالحالة التي تجمع فيها السائل المخي الشوكي في المنطقة ملامسة المخ، عندما تتراكم السائل المخي الشوكي في بطينات المخ ويؤدي هذا إلى تضخم الجمجمة وأعراض أخرى، وهذا يؤدي إلى الإعاقة العقلية الشديدة

والصرع وذلك نتيجة اضطراب في عملية تكوين السائل فيزداد حجمه وتضطرب دورته. **(سليمان، 2001، ص167)**

4. حاجات المعاق:

ان الاحتياجات الأساسية للفرد المعاق حوليا كثيرة وتتعدد نذكر منها اهمها:

أ. **تصنيف كاردينال:**

- الحاجة للحب.
- الحاجة الى علاقات الامن مع السلطة.
- الحاجة الى موافقة الأقران.

ب. **تصنيف (ابراهيم الغمري)** الى ثلاثة اقسام:

- الحاجات الفيزيولوجية الغذاء الماء الراحة الماوى
- الحاجات الاجتماعية التعاطف القبول
- حاجات اشباع الذات التحكم الاستقلال الانجاز **(تبيع وغنيم 2016 ص128)**

ت. **حاجيات الصحة والتاهيلية:**

- العلاج
- الرعاية البدنية
- اجهزة تعويضية
- الجرعة والتنقل كرسي للتنقل وسيلة للتواصل ارتداء الملابس **(غزال 2016 ص 187-191)**

- **الحاجات النفسية للمعاق حركيا:**

الحاجة الى الارشاد النفسي الحاجة الى توفير اجواء نفسية موجبة للمعافين تقديم التشجيع والدعم النفسي إشراكهم في خبرات سارة.

- **الحاجات التربوية للمعاق حركيا:**

هم بحاجة الى مناهج دراسية واساليب تعليمية مناسبة الحاجة الى التعزيز الايجابي و ..... عن اساليب العقاب المختلفة تجزئة المعرفة والمهارات المقدمة اليهم **(النوايسة 2013 : 210-212)**

- **الحاجات الصحية والتوجهية للمعاق:**

أ- احتياجات بدنية :

من خلال الرعاية البدينة و تشمل كل خدمات تعمل على تحسين الحالة الصحية و استعادة اللياقة البدنية ان امكن ذلك و تتضمن العلاج ، و الاجهزة التعويضية و تقويم الاعضاء و أي تجهيزات اخرى تساعد المعوق على استعادة استقلاليته البدنية .

ب- احتياجات ارشادية :

مثل الاهتمام بالنفسية و المساعدة على التكيف و تنمية الشخصية .

5. خصائص الإعاقة الحركية:

تتميز العاقة الحركية الجسمية في تفكير المعاصر لانها متفاوتة ومتغايرة، ولا يجمع بينهما ناظر بعينه، ذلك ان كل اعاقة حركية موجودة في شخص ما تعطيه تميز عن اشخاص اخرين، وفي مجال الاجتماعي يعتبر معوقا اذا لم يكن لديه قدرة على الاستجابة لمتطلبات حياته اليومية في مجتمع معين بصورة عادية.

أ. الخصائص الجسمية للمعاق حركيا:

1-اضطرابات في نمر عضلات الجسمي.

2-مشكلات العناية بالذات والنشاطات في الحياة اليومية

3-ضعف في التآزر والتوازن الحركي.

4-تعابير وجه غير عادية.

5-سيلان اللعاب من الفم.

6-صعوبة في الانخراط الاجتماعي.

7-ضعف المهارات الدقيقة؛ مثل عدم مسك القلم بطريقة صحيحة.

8-ضعف المهارات الكبيرة مثل عدم القدرة على المشي. **(غنيم، وعنيم، 2016: 44-45)**

ب. الخصائص العصبية للمعاق:

لدى هؤلاء الأطفال مشاكل تتعلق بتلف الدماغ او خلل وظيفي في عمل الخلايا الحركية كما ان لديهم مشاكل خاصة بالحبل الشوكي ومشكلات في المجال الرؤيا والسمع الناتجة عن اصابات عصبية مسببة بأمراض مثل؛ التهاب السحايا والسل والحصبة الالمانية والزهري.. وغيرها مسؤولة عن احداث إتلاف في الجهاز العصبي، مثل هؤلاء الاطفال بحاجة لمعالجة الامراض التي قد تكون مسؤولة في اعاقتهم الحركية بدء من التطعيم الثلاثي وتشخيص العلاج التهيلي والتدريب، وقد تنتج مشاكل عصبية لديهم عن سوء التغذية والحرمان وتعرضهم لإصابة الراس والرضوض والكسور في الجسم. **(العزة، 2009: 192)**

ت. الخصائص النفسية للمعاق:

تتباين الخصائص السلوكية عند المعوقين حركيا حسب نوع الإعاقة وبالرغم من ذلك توجد خصائص سلوكية مشتركة بينهما، وتتأثر هذه الهصائص بآراء الاخرين وأحكامهم التي يصدرونها على الشخص المعاق، فنوعية معاملة الاخرين للشخص المعوق ونظرتهم إليه وكيفية إدراكهم للإعاقة تلعب دورا في عدم ظهور القلق إذا كانت معاملة ايجابية، أما إذا كانت سلبية فقد تسبب القلق والتوتر واضطراب الشحصية لدى المعوق.. ويمكن تقسيمها إلى:

- الانسحاب والخجل
- الانطواء على الذات
- الاكتئاب والحزن
- عجم الرضا عن الذات
- الشعور بالعجز والاعتمادية والقلق. **(غنيم وغنيم، 2016: 41-42)**

ث. الخصائص التعليمية للمعاق حركيا:

تعتمد على الخصائص الجسمية والنفسية والعصبية، حيث أن هؤلاء الاطفال لديهم مشاكل في الانتباه وصعوبات في التركيز والتذكر والاسترجاع والحفظ، ونقص في تآزر حركات الجسم، وصعوبات في محال التعليمي ،حيث انهم لا يتعلمون بسهولة، حيث لديهم مشكلات في حاسة السمع والبصر احيانا، فهم بحاجة على مناهج واستراتيجية تربوية خاصة تعتمد على تبسيط والانتقال من السهل إلى الصعب، ومن البسيط على المركب، والاعتماد على النمذجة وتشكيل السلوك وتقييم التعزيز الايجابي، التغذية الراجعة والمهرارات والمهمات المطلوب منهم القيام بها. (العزة، 2009: 198)

ج. الخصائص الاجتماعية للمعاق حركيا:

لديهم مشكلات في عادات الطعام والملبس وقضاء الحاجة (عدم التحكم في البول ومشاكل المثانة)

- الانطواء الاجتماعي والعزلة وقلة التفاعل الاجتماعي والانسحاب.
- نظرة المجتمع بالدونية لهذه الفئة
- تصاحب الاعاقة لازمات قد تكون محل استهجان واستهزاء الآخرين.
- حدوث مشاكل مع الخوة والاخرين
- الانسحاب والاعتماد على الاخرين. **(المواسية، 2013: 211)**

- الخصائص اللمهنية للمعاق حركيا
- لا يستطيعون الالتحاق بالاعمال التي تحتاج لمهارات عالية
- لا يستطيعون القيام بأعمال شاقة
- تؤثر الاعاقة البدنية على ميول المعاقين مهنيا. **(المواسية، 2013: 217)**

6. التأهيل النفسي للمعاق حركيا:

هو العملية التي تسعى من خلالها إلى مساعدة المعاق حركيا على استعادة التوازن النفسي له بتقبل الاعاقة، والتعايش معها ومع الواقع، والتاهيل النفسي يمثل جانب من جوانب عملية التاهيل الشاملة، والتي تتضمن التأهيل الطبي والاجتماعي والأسري، ويتعامل التاهيل النفسي مع الانسان مباشرة ودون وسيط والاعاقة الحركية لها عدة صور تتنوع بين البسيط و الشديد مما يجعل عملية تتباين درجة الاعاقة، ووقت وقوعها وتأهيل المصابين بإعاقات حركية مكتسبة الذين كانوا اسوياء وأصيبوا بالعجز.. هؤلاء يحدث تحول كامل في كيانهم وتتغير صفاتهم النفسية وخصائصهم الجسدية وحالاتهم الانفعالية وغيرها مما يستلزم تأهيلا نفسيا سريعا والذي ينبغي ان يكون مرنا ودوريا متماشيا مع عمر الاعاقة والهدق في النهاية هو إحداث توازن وتوافق نفسي لدى المعاق. **(علي محمد، 2010: 328)**

- **دور الإرشاد الأسري في الإعاقات الحركية:**

تعتبر التعامل مع الأهل وإعلامهم بوجود إعاقة عند ابنهم من أهم المشكلات التي تواجه الأخصائي،فليس من السهل إبلاغ أهلهم عن وجود اعاقى حركية عند ابنهم، حيث كل اسرة تتوقع طفلا سليما معافا، ولذلك يجب مراعاة ما يلي قبل إبلاغ أهل بالإعاقة:

- التاكد من وجود اعاقة وشدتها وطبيعتها ولو كان ذلك بتكرار الفحوصات عدة مرات.
- البدء بالجوانب الايجابية للطفل.
- إبلاغ اكثر الاشخاص وعيا من اقرباء الطفل

- العمل على المماطلة في الابلاغ اذا كان ضروريا الوصول على أقناع ان الطفل معوق.
- إعطاء الاهل معلومات عن ابنهم بشكل غير مبالغ فيه.
- توضيح مستقبل الاعاقة. **(عصام مهدي الصفدي، 2007: 153)**

- **اكتشاف الإعاقة وردود فعل الوالدين:**

تعتبر اللحظ التي يتم الاكتشاف فيها االاعاقة في الاسرة مرجلة حاسمة في حياة الاسرة وافرادها، وتعود اهمية هذه المرحلة من احيث انها تقود ‘لى إحداث تغيير جذري في حياة الاسرة على مسار الاحياة النفسية الاجتماعية الاقتصادية وحتى السلوكية للوالدين ولكل فرد من افراد الاسرى.

في بداية الحديث عن الطفل المعاق في الأسرة أسرد عبارة كانت أطلقتها احد الأمهات في حديثها عندما تأكد ان طفلها معاق قالت: "**عندما عرفت ان طفلي معاق أحسست أن شيئا بداخلي قد مات**".. هذه العبارة تعطي صورة عن شدة الألم والصدمة اللذان يشعر بهما الوالدان وخصوصا الأم عندما تستقبل نبأ إعاقة طفلها إن الشعور بالصدمة ليس متساويا بين الآباء بل نستطيع القول أنه يتراوح في شدته بين فرد وآخر وبين أسرة وأخرى إذن ردود الفعل تختلف من أسرة إلى أخرى، إلا أن غالبية الأسر تمر بمراحل انفعالية متشابهة.

ينبغي التأكيد على أن هذه الانفعالات ليست مرضية بل هي طبيعية وربما صحية أيضا ما دامت ضمن حدود معينة. **(عصام حمدي الصفدي، 2007: 153 – 154)**

7. المشكلات الناتجة عن الإعاقة الحركية:

- **الإحساس الدائم بالنقص:**

إن الشعور بالنقص يحمل صاحبه استجابة بالخوف الشديد والقلق والاكتئاب وإحساس الفرد بأنه مختلف عن الاخرين وينتج عنه الميل عن قلة التقدير الذاتي خاصة المواقف التي تستلزم

المنافسة، وقد يكون عند المعاق عقدة بالنقص؛ وهي الاستعداد اللاشعوري المكبوت وينشأ من تعرض الفرد لمواقف كثيرة ومتعددة تشعره بالعجز والفشل والسلوك الذي نشأ من عقدة النقص، غالبا ما يكون سلوكن غير مفهوم.

- **الشعور الزائد بالعجز:**

وهو يخلق نمطا من المعاقين الذي يستسلم للواقع ويحاول استعطاف الآخرين ويتخلى عن أدواره الاجتماعية والحياتية.

- **عدم الشعور بالأمل والاطمئنان:**

سواء نحو الحالة الجسمية فهو لا يستطيع الحركة والمشي كالآخرين، كذلك عدم الاطمئنان للغير للتفاوت في الاستجابات الحركية.

- **الاستعمال غير الموفق في ميكانيزمات الدفاع:**

حيث يلجأ إليها المعوق في مختلف المواقف الحياتية كالإسقاط، ويحوّل انفعالاته غير السوية نحو أفراد الأسرة والآخرين، ويستعمل العدوان كذلك على نفسه، ويقوم بالسلوك التعويضي والانكار والاستعلاء على الآخرين، كما يقوم على مخالفة الآخرين والانطواء.

- **المشاكل الاجتماعية:** نلخصها فيما يلي:
  - المشاكل الأسرية.
  - مشاكل العمل.
  - مشاكل الصداقة.
  - المشاكل الاقتصادية.
  - مشاكل تعليمية.
  - المشاكل الطبية والعلاجية.

- الحواجز البنائية.
- مشاكل التأهيل المهني.

8. الضغوطات التي يتعرض إليها المعاق حركيا:

إن تفاعل أي فرد مع أسرته لا يقل أهمية عن أي تأثير الّذي تمارسه الأسرة على أفرادها ويتضح الأثر الذي يحدثه الفرد على أسرته خاصة إذا كان معاق.

فتأثيرات الإعاقة والمشكلات الناتجة عنها لا تقتصر على المعاق وحده، ولكنها تمتد إلى جميع أفراد الأسرة بدرجات متفاوتة، فالإضافة إلى الضغوط والصعوبات التي تواجهها الأسرة في تربية الأبناء، فإن أسر المعاقين تواجه ضغوطا إضافية ناتجة عن الابن أو الابنة المعاقة، وغالبا ما تجد هذه الأسر نفسها في وضع صعب يفرض عليها البحث عن خدمات تربوية واجتماعية واقتصادية لابنها في مجتمع ينظر إلى الإعاقة والمعاقين نظرة سلبية.

وعندما يكون أحد الأفراد معوقا فإنّ الوالدين خاصة يعملون ما بوسعهم لتمكينه من الاندماج في الوسط الاجتماعي، ويتضح ذلك من خلال التأثير المتبادل بين الطرفين.

ويأخذ أشكالا متعددة وتعتمد استجابة الاسرة للإعاقة على عدد العوامل من أهمها الإمكانيات المتوفرة والتي تساعد على التكيف مع المصيبة التي حدثت والتي تمثلها الإعاقة.

وتمثل الإمكانات المالية أهمية كبرى لما تتطلبه طبيعة الإعاقة من موارد مالية للأسرة، من خلال تكاليف العلاج أو الجراحة أو الأعضاء التعويضية لذلك فإن عدم توفرها قد يؤدي إلى ضغوط على الأسرة والفرد المعاق.

وقد كشفت بعض الدراسات أن اتجاهات الأسرة نحور ابنها المعاق تتمثل في عدة مراحل، تبدأ بالصدمة ثم الانكار ويظهر ذلك في رفض الأسرة بإعاقته ابنها والتشكيك في رأي المختصين ثم الغضب ثم تتأكد الإعاقة واخيرا الشعور باللوم والذنب والحزن.. ثم مرحلة التقبل والتعامل مع الإعاقة. (عثمان لبيب فراج، 1986: 7)

وتتضمن هذه المعاملة اتجاهات متباينة وتؤثر على نمو المعاق.. من هذه الاتجاهات:

- اتجاه الحماية الزائدة.
- اتجاه الإهمال.
- اتجاه التذليل.
- اتجاه التذبذب.

9. العوامل المؤثرة على استجابات المعاقين حركيا.

هناك العديد من العوامل المترابطة التي تؤثر على استجابة المعوق حركيا.. منها:

أ. السن عند حدوث الإعاقة.

فالفرد الذي تحدث له الإعاقة في فترة الطفولة تقلل من احتكاكه لبيئته، ويترتب عن ذلك أن نموه النفسي يتصف بالتجنب وعدم الاندماج.

ب. الجنس

من الطبيعي أن جنس المعاق يؤثر على الأداء والتعوض والاعتماد على الذات نظرا لما تحمله الإعاقة من آثار على الجنين بدرجات متفاوتة، فالتشوه مصلا أو الإصابة في أحد الأطراف يكون أشد تأثيرا على الأنثى.

ت. الاتجاه النفسي والاجتماعي للمعاق:

إذا كان المعاق مدعوما من أسرتع كما اشرنا سابقا سيتمكن من نجاوز الصدمة ومواجهة الموقف، أما إذا كان ينتمي إلى أسرة غير مستقرة وغير راعية سيحدث له عكس ذلك.

ث. السمات الشخصية:

لها أثر على مختلف الاستجابات التي يقوم بها المعاق، فهي ترجع إلى الظروف التي تنشأ فيها وطبيعة السلوكات التي تصدر عنه، والتي ترجع إلى عجزه الجسمي، لكن اذا نظرنا إلى أبعد من ذلك نجد أن المميزات الوراثية وكذلك التجارب الشخص الحياتية وتفاعله اليومي مع الآخرين قبل الحادثة له أثر على طبعه وسلوكه اتجاه الفرد والمجتمع.. **إضافة إلى:**

ج. اتجاه الزملاء في المدرسة والعمل نحو الإعاقة.

ح. اتجاه العاملين في برامج تقويم المعاقين.

خ. اتجاه المجتمع نحو المعوق

10 أهمية الجماعة في حياة المعاق:

يحتاج أي فرد من الأفراد إلى جماعة ينتمي إليها وتعبر جماعة الأصدقاء من الجماعات الأولية التي يتفاعل معها الفرد ولها تأثير على التوافق الناجح للمعاق وذلك يعتمد على تفاعلهم وأفعالهم واتجاههم السليم نحو المعاق. وتنعكس عليه سلبيا فتشعره بعدم الأمن واليأس والارتباك والشعور بالذنب مما يخفض من احترامه لذاته ويزيد من أعباءه على الآخرين.

❖ **خلاصة الفصل:**

الإعاقة الحركية أنواع.. تختلف باختلاف مرجع الإعاقة، قد تكون الإصابة في الجهاز العصبي أو إصابة عضلية أو أمراض مزمنة.

وتنعكس على الشخص المعاق على عدة مستويات، منها النفسية منها الاجتماعية، مما يستدعي الرعاية الخاصة عن طريق التكفل الأسري والتأهيل الجسدي والدمج الاجتماعي المهني.

الإطار التطبيقي

الفصل الخامس:

الدراسة الميدانية

1. منهج الدراسة :

دراسة حالة تعرف على أنها منهجا لتنسيق و تحليل المعلومات التي يتم جمعها عن الفرد والبيئة التي يعيش فيها. أو هي عبارة عن تحليل دقيق للموقف العام للقرد والبيئة و الأسباب التي دعت إلى الدراسة كان تكون لديه مشكلة عاجلة والبحث عن الأسباب عدم التكيف التي أدت إلى حدوث المشكلة من حيث القيام بتحليل المعلومات عن الفرد والبيئة .

أيضا هي عبارة عن تقرير شامل يعده الأخصائي ، ويحتوي علة معلومات وحقائق تحليلية وتشخيصية عن حالة العميل الشخصية والاجتماعية و المهنية والصحية ، و علاقة كل الجوانب بظروف وصعوبات وضعه الشخصي ، و كذلك فان التقرير يتضمن تفسيرات وتأويلات والتفسيرات التي خرجت بها الجلسات الإرشادية .(**لطيف متولي ، 21، 2016**).

ويعرفه **أديب خالدي** على انه :" منهج يعتمد على الملاحظة المعمقة للأفراد الذي يواجهون مشاكل معينة والتعرف قدر الإمكان " (**اديب محمد خالدي ، 16 ، 2006**) .

2. وسائل القياس :

تم الاعتماد في هذه الدراسة على وسلتين في منهج دراسة حالة المتبع في هذه الدراسة و تتمثل في مقابلة نصف موجهة ، ومقياس القلق لسيلبيرجر و مقياس جودة الحياة و الهدف من ذلك معرفة درجة القلق و جودة الحياة لدى أمهات ذوي أطفال ذو إعاقة حركية .

1.2 المقابلة نصف الموجهة :

ان طبيعة البحث الذي نحن بصدد القيام به استدعى ثم اختيار نموذج المقابلة النصف موجهة لانها اكثر التقنيات استعمالا من طرف الباحثين من جهة، وتخدم موضوع الدراسات من جهة اخرى ، بحيث هذا النوع من المقابلة يجنبنا التوجه المباشر حيث يترك المفحوص يتكلم مباشرة بعد طرح السؤال ، و الفاحص يستمع اليه .

وتؤكد توليت في تعريفها للمقابلة العيادية بالقول " انها مبنية بطريقة محكمة تحدد للمفحوص مجال السؤال و تعطيه نوعا من الحرية في التعبير وهي ان يكون المفحوص حرا في الاجابة ككل في اطار السؤال المطروح ، و تكون اسئلة الباحث في المقابلة النصف مواجهة مهياة من قبل الفاحص متبعا تسلسلا مسبقا "(**chiland ، 95 ، 1989)**

كما يعرفها احمد حسن الرفاعي على أنها " لقاء بين الفاحص و المفحوص بحيث يقوم الفاحص بطرح مجموعة من الأسئلة على المفحوص ، التي تعطي له معلومات و توضيحات وافية كافية حتى يتمكن من تصنيفها و تحليلها ، و تبرير الإجابات مع تركه للمفحوص يعبر بكل تلقائية " **(احمد حسن الرفاعي ، 23، 2005)** .

ويعرف سامي محمد ملحم المقابلة الموجهة على أنها " تعني أنها المقابلة التي تحتوي على نوعين المغلق والمفتوح فيها تعطى الحرية للمقابل بطرح السؤال بصياغة أخرى ، و الطلب من المستجيب المزيد من التوضيح " **(سامي محمد ملحد ، 120، 2006)** .

وقد احتوت المقابلة على المحاور التالية متكاملة فيما بينها و تمثلت في:

- **المحور الأول:** وهو محور البيانات الشخصية ، يتضمن الأسئلة التالية : الاسم ، اللقب : العمر ، مكان الإقامة ، المستوى الدراسي .
- **المحور الثاني:** هو محور الحالة المرضية للطفل ، ونهدف من خلاله إلى معرفة مرحلة التطورية لإعاقة الحركية للطفل و كيفية ظهور هذه الإعاقة .
- **المحور الثالث:** وهو محور العلائقي الحياة الأسرية والاجتماعية للام ، والهدف منها معرفة تأثير الأسرة و المجتمع ككل على الناحية النفسية لام المعاق حركيا .
- **المحور الرابع:** هو محور الحالة السيكوسوماتية ، والهدف منها معرفة مدى تقبل الأم لإعاقة الحركية لابنها .

- **المحور الخامس:** وهو المحور نظرة المريض للمستقبل، يهدف إلى معرفة مدى تأثير الطفل المعاق حركيا في الخوف من المستقبل لدى الأم.

2.2 مقياس سبيلبجر للقلق :

- **تعريفه:** عبارة عن بنود، عن مجموعة من البنود تعمل على قياس حالة قلق وسمة القلق ، وهو قائمة أعدها كل من (**hushen gusuush spielberger**) عام 1970، وقد استخدم هذا الاختبار في كثير من الدراسات عند الأسوياء، وعند المرضى النفسيين، ولقد تميزت هذه القائمة عن غيرها بمقياس سمة حالة القلق معا ترجمت النسخة التي اعتمدنا عليها من طرف الدكتور محمد سعد الدين سنة 1985 **(سبلجير جورستش ، 1985، 04)** .
- **مفهوم حالة قلق:**

تصور حالة قلق نظريا كظرف او حالة انفعالية متغيرة ، تعتري كيان الانسان وتتميز بمشاعر ذاتية من التوتر و التوجس يدركها الفرد بوعي ويصاحبها النشاط في الجهاز العصبي المستقل و قد تتغير حالة القلق في شدتها و تذبذبها عبر الزمن .

- **سمة القلق:**

سمة القلق فتشير الى القابلية في فروق القلق ، تشير الى اختلافات الناس في ميلهم على الاستجابة اتجاه المواقف التي يدركونها كمواقف مهددة وذلك بارتفاع في شدة القلق .

وسمة القلق كمفهوم سيكولوجي له خصائص ، ومجموعة من المكونات أطلق عليها اتكس " الدوافع " وقد أشار كامبل على أنها : " استعدادات سلوكية مكتسبة ، وقد عرف تنكس تلك الدوافع بالاستعدادات التي تبقى كامنة ، حتى تنشطها مؤشرات خارجية . **(نفس المرجع السابق)**

- **تعليمته:**

- **تعليمة الصورة الأولى:**

إليك مجموعة من العبارات التي يمكن أن تصف ذاتك، إقراء كل عبارة ثم ضع علامة (x) في الدائرة المناسبة التي تبين ما تبين ما تشعر به حقيقة لان هذا الوقت بالذات ليس هناك أجوبة صحيحة أو خاطئة ، لا تضيع وقتا طويلا أمام كل عبارة بل قدم الإجابة التي تصف شعورك .

- **هدفه:**

يهدف الرائز إلى جمع بعض الصفات الانفعالية العقلية و الصفات الحسية الحركية للفرد ، و يسمح بتحديد وضعية بالنسبة للأفراد الجماعة التي ينتمي اليها ، كما يهدف الى معرفة حالة وسمة القلق لدى الفرد ويساعد على التقرير السريع و الصادق لدرجة القلق .(نفس المرجع السابق ، 22) .

وصف المقياس:

إن هذه القائمة من أكثر القوائم تقدير القلق ، و أوسعها استخداما في البحث العلمي ، والممارسة العيادية لأنها تتصف بجميع الخصائص السيكومترية للمقياس الجيد وتتكون القائمة من صورتين، وكل صورة تحتوي على عبارة .

1) **الصورة الأولى :**

تقيس حالة القلق التي يعيش بها المفحوص في الوضعية الآتية ، بحيث لها 20 عبارة مصاغة ، صياغة ايجابية تحدد درجة القلق ، وتسلسل 01 إلى 04 بخصوص الموجبة أما السالبة تسلسل من 04 إلى 10 .

وإذا كانت العبارة موجبة فهي تعبر عن انخفاض درجة القلق ، و تتبع هذه الاجابات الترتيب التالي : مطلقا ، دائما ، غالبا ، دائما . (**مقدم عبد الحفيظ ، 78، 1993**).

2) الصورة الثانية :

تقيس سمة القلق وهي حالة ثابتة نسبيا فنجد أنها مصاغة في ثمانية عبارات ايجابية ، واثني في عشر الباقية السلبية .

يقابل كل منها أربع إجابات ، تحدد درجة القلق والتسلسل حسب تسلسل الصورة الأولى وتتبع هذا الترتيب: مطلقا، أحيانا، غالبا، دائما. (مقدم عبد الحفيظ، 1993 ،78 (

- **كيفية تطبيقه :**

صمم هذا المقياس ليطبق بطريقة فردية أو جماعية كما يمكن للفرد أن يطبقه على نفسه بنفسه ، أما فيما يخص الوقت فإن تطبيق الاختبار على الكليات ي تطلب من 06 دقائق إلى 08 دقائق للانتهاء من كل مقياس (الحالة)، وسمة حوالي 15 دقيقة للانتهاء من الصورتين معا، يطبق أو لا مقياس حالة القلق،ثم يعقبه تطبيق مقياس سمة القلق.

- **ثبات المقياس:**

تشير دراسات " سبيلجبر " وزملاءه أن الارتباط جوهري موجب بين مقياس الحالة القلق وسمة القلق، أي أن الأفراد من ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق يميلون إلى أن يكشفوا عن ارتفاع في حالة القلق .ويعتمد ارتفاع حالة القلق في موقف معين على المدى الذي يدرك فيه

الفرد هذا على انه مهدد، على أساس من خبراته السابقة والاتساق الداخلي للمقياس سمة القلق وحالة القلق مرتفع لكن ثبات الاستقرار فهو مرتفع فقط لمقياس سمة .

وقد تم حساب ثبات المقياس ، حيث كانت قيم ثبات سمة القلق تتراوح بين 0.73 و 0.86 للذكور ، وبين 0.76 و 0.77 للإناث .

أما قيم معاملات الثبات لمقياس حالة القلق فقد تراوحت بين 0.33 و 0.54 للذكور وبين 0.16 و0.31 للإناث . **(أمينة كاظم 1970)**

- **صدق المقياس:**

اعتمد صدق المقياس سمة القلق في صيغته الأمريكية على الصدق التلازمي حيث يعتمد هذا النوع من الصدق على درجة ارتباط درجات المقياس بمحك خارجي .وقد استخدم " تابلور " و كاتل " و" شاير" كمحكمات للصدق التلازمي لمقياس سمة قلق، حيث كانت معاملات الارتباط بينهما : 0.75 ،0.77 ، 0.8.3 .

وقد استخدم صدق المفهوم لقياس صدق قائمة حالة القلق حيث يتسق مفهوم القلق كحالة وقتية متغيرة مع النتائج المقياس ، وذلك بقياس قدرة المقياس على التمييز بين مستوى القلق لمجموعة من الأفراد في مواقف مختلفة الشدة .

وقد استخدم فاروق عثمان 1993 في قياس صدق قائمة حالة القلق طريقة الصدق التلازمي و ذلك بإيجاد العلاقة الارتباطية بين صدق قائمة القلق و الاغتراب، ة وتؤكد نتائج انه يوجد ارتباط موجب بين حالة قلق و الاغتراب .(0.56)وكلا القمتين لمعاملات الارتباط دال إحصائيا عند مستوى 0.01 .

- **طريقة التصحيح:**

كما وضحنا سابقا عن تنقيط العبارات الموجبة،و العبارات السالبة فالموجبة من 04 إلى 01 ، أما السالبة فتنقط من 01 إلى 04 و الجدولان التاليان يوضحان ذلك .

العبارة	ارقامها	المجموع	تنقيطها			
السالبة	4، 6 7 9 12 13 14 17 3	09	مطلقا	أحيانا	قليلا	كثيرا
			1	2	3	4
الموجبة	1 2 5 8 10 11 15 16 18 19 20	11	4	3	2	1
المجموع		20				

الجدول رقم 1 يوضح كيفية تصحيح سمة القلق .

العبارات	ارقامها		تنقيطها			
السالبة	2 3 4 5 8 9 12 14 15 17 18 20	12	مطلقا	قليلا	احيانا	كثيرا
			1	2	3	4
الموجبة	**1 6 7 10 11 13 16 19**	08	مطلقا	قليلا	احيانا	كثيرا
			4	3	2	1
المجموع		20				

الجدول رقم 2 يوضح كيفية تصحيح سمة القلق .

الفئة	الدرجة	مستوى اللقلق

1	20-0	خالية من القلق -
2	40-20	قلق طبيعي
3	60-40	قلق فوق المتوسط
4	80-60	قلق الشديد

الجدول 3 يمثل كيفية تصحيح درجة القلق

صدق المقياس

تعد أداة القياس صادقة إذا كانت تقيس ما تدعى قياسه (عبد الفتاح محمد دويدار، 1999: 216)، وتوجد عدة طرق للتحقيق من صحة الاختبار، وقد اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على أكثر من طريقة للتحقق من صدق مقياس الامتثال العلاجي في:

صدق المحكمين:

تم عؤرض المقياس في صورته الأولية على الأساتذة المحكمين الذين بلغ عددهم 5 أساتذة جامعيين، قد ارفقنا القياس بمقدمة وضعنا فيها الهدق من المقياس وكذا الاشكالية ومن ثم التعريف الاجرائي للامتثال ثم تم عرض فقرات المقياس.

تم التأكد من صدق المقياس عن طريق النحكمين، حيث وجدنا أن كل بنود الاختبار تحصلت على موافقة تتجاوز 70 مما يدل على ان هذا المقياس صادق، ومن ثم يكن الاعتماد عليه في جميع البيانات.

وهدفنا في هذه العملية هو معرفة:

- مدى قياس العبارة التي وضعت لقياسه.

- مدى ملائمة الصياغة اللغوية ومناسبتها لأفراد العينة.
- سهولة التطبيق والتنقيط والمدة الزمنية للتطبيق.

- **ثبات المقياس**

لقد جاءت درجة الثبات من خلال تطبيق المقياس وإعادة تطبيقه ب 0.825 ICC (intra class) عند مستوى الدلالة 0.01، وهو ما يعطيه درجة ثبات عالية ويجعله صالح للتطبيق.

تم اختيار المقياس بطريقة التجزئة النصفية للتعرف على ثبات المقياس، وكانت النتائج حسب معامل بيرسون للارتباط الذي تحدد بقيمة 0.60 عند مستوى الدلالة الإحصائية 0.01 مما يدل على ثبات الاختبار وصالح للاستعمال والتطبيق.

- **مقياس نوعية الحياة:**

حتى نتعرف على نوعية حياة الخاصة بمرضى السكري تم اعتماد مقياس فاطمة الزهراء الزروق عام (2008)

تعليمة المقياس:

نصت تعليمة الاختبار على ان العبارات الموجودة فيه هي عبارات نصف طريقة السلوك اليومي ، ويمكن الاجابة عليها باختيار واحدة فقط وفق سلم رباعي يضع فيه المفحوص علامة (*) مام واحدة من هذه الاختبارات (دائما، أحيانا، نادرا، أبدا) مع التأكيد أنه ليس هناك اجابات صحيحة وأخرى خاطئة، وأنه ليس هناك وقت محدد للاجابة على الختبار والمطلوب فقط هو الاجابة على كل العبارات.

تصحيح وتفسير النتائج:

فيما يتعلق بتصحيح الاختبار فإن تقدير الدرجات يكون من (1-4) بالشكل التالي:

في حالة العبارات الموجبة تقدر العبارات ب (4) بالنسبة لدائما، (3) بالنسبة لأحيانا، (2) بالنسبة لنادرا، (1) بالنسبة إلى (أبدا)، وفي العبارات السالبة فإن التقدير يتم بشكل عكسي من (1) بالنسبة لدائما إلى (4) بالنسبة لأبدا، وتقدر الدرجات الدنيا والقصوى بالنسبة للأبعاد الفردية الستة كنا يلي:ذ

الصحة الجسدية والاستقلالية الذاتية، والمحيط : تقدر الدرجة القصوى في كل منها ب (20) درجة بينما تقدر الدرجة الدنيا ب (5) درجات.

الصحة النفسية: الدرجة القصوى هي (48) درجة بينما الدنيا هي (12) درجة.

العلاقات الاجتماعية: تقدر الدرجة القصوى لهذا البعد ب (47) درجة بينما تقدر الدرجة الدنيا ب (11).

الجانب الديني والتوجه نحو الحياة، الدرجة القصوى (52) بينما الدنيا (13)

تفسر النتائج في الابعاد الستة أعلاه حسب قربها وابتعادها عن متوسط النظري لدرجات في كل بعد حيث قسمت الدرجات المتحصل عليها في كل بعد من الاختبار إلى ثلاث مستويات: ضعيف، متوسط، مرتفع وذلك حسب ما يلي:

الأبعاد	المستويات	التنقيط
الصحة الجسدية	ضعيف	من 5 إلى 10
	متوسط	من 11 إلى 15 نقطة
	مرتفع	من 16 إلى 20 نقطة
الصحة النفسية	ضعيف	من 12 إلى 24 نقطة
	متوسط	من 25 إلى 36 نقطة
	مرتفع	من 37 إلى 48 نقطة
الاستقلالية الذاتية	ضعيف	من 5 إلى 10 نقاط

	متوسط	من 11 إلى 15 نقطة
	مرتفع	من 16 إلى 20 نقطة
العلاقات الاجتماعية والزواجية	ضعيف	من 11 إلى 22 نقطة
	متوسط	من 23 إلى 31 نقطة
	مرتفع	من 32 إلى 44 نقطة
البيئة والمحيط	ضعيف	من 5 إلى 10 نقاط
	متوسط	من 11 إلى 15 نقطة
	مرتفع	من 16 إلى 20 نقطة
الجانب الديني والتوجه في الحياة	ضعيف	من 13 إلى 26 نقطة
	متوسط	من 27 إلى 37 نقطة
	مرتفع	من 40 إلى 52 نقطة

جدول رقم 4 يوضح مستويات أبعاد مقياس جودة الحياة

جدول 5 يوضح العبارات الايجابية والسلبية للمقياس

العبارات الايجابية	**.3.4.18.19.20.21.22.23.24.25.28.29.31.32.38 39.40.41.42.43.44.45.46.47.48.49.50.51**
العبارات السلبية	**27...1.2.5.6.7.8.9.10.11.12.13.14.15.16.17.26 30.33.34.35.36.37**

الخصائص السيكوميترية لمقياس جودة الحياة:

الصدق: يشير الصدق إلى مدى صلاحية الختبار او المقياس في قياس ما وضع لقياسه، ومن بين اشهر طرق حساب الصدق ما يسمى بالصدق التكويني او البنائي، الذي يتم حسابه عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية. (مجدي الدسوقي، 1998)

ولحساب صدق الباحثة الزروق لحساب نوعين من الصدق؛ الصدق التكويني والتمييزي الذي يعتمد على تحليل البنود، وبالنسبة للصدق التكويني حسب معاملات الارتباط بين درجة

كل بند والدرجة الكلية في الاختبار ككل، وقد اسفرت نتائج تحليل البنود من معرفة مدى صدقها التمييزي على تحديد مجموعة البنود التي يمكن الاحتفاظ بها، لتمتعها بقدرة مقبولة على التمييز من خلال معاملات ارتباط دالة بينهما، وبني البعد الموجود فيه، والبنود المستبقة بعد دجراسة الصدق التمييزي حسب كل بعد.

- **ثبات الاختبار:**

اعتمدت الباحثة في حساب معامل ثبات الاختبار على حساب معاملات ثبات ابعاد فرعية موجودة فيه، وحساب معامل الثبات لكل اختبار وذلك باستعمال معامل آلفا كرونباخ، وباستخدام برنامج التحليل الحصائي للبيانات الخاصة للعلوم الاجتماعية SPSS.

البعد	معامل الثبات
الصحة الجسدية	**0.55**
الصحة النفسية	**0.79**
الاستقلالية الذاتية	**0.75**
العلاقات الاجتماعية	**0.77**
البيئة والمحيط	**0.56**
الجانب الديني والتوجه نحو الحياة	**0.79**
الاختبار ككل	**0.70**

جدول رقم 6 يوضح معاملات الثبات لأبعاد جودة الحياة

- **معاملات الثبات لاختيار جودة الحياة والابعاد الفرعية**

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه ان معظم الابعاد في الاختبار تتمتع بمعامل ثبات مقبول، ما عدا البعدين الخاصين بالصحة الجسدية والبيئة المحيطية، حيث انخفضل معامل ثباتهما عن 0.70.

يعد معاملا مقبولا لثبات مقاييس الشخصية بشكل عام، ومع ذلك فانه يمكن قبول معاملات الثبات، التي تنخفض عن 0.70 وتزيد عن 0.50 مادامت طبيعة الاختبارات الشخصية وطبيعة ما تقيسه تقتضي شيئا من التنازل عن معاملات الثبات العالية. (أحمد عبد الخالق، 1993)

3. مجموعة الدراسة :

إن اختيار مجموعة البحث يتطلب جهدا ووقتا طويلا لأن أفراد البحث يتم اختيارهم من طرف الباحث تبعا لعوامل معينة تتمثل في طبيعة الموضوع و غرض البحث وهذا يهدف الوصول إلى نتائج دقيقة ومعمقة واستعملنا في هذه الدراسة العينة القصدية أو العمدية، فمجموعة البحث لهذه الدراسة تمثلت في أمهات ذوي أطفال ذو إعاقة حركية .

4. حدود الدراسة :

1.4 الإطار المكاني:

عادة طبيعة الدراسة أو البحث المراد القيام به هو الذي يحدد المكان الذي تقع فيه الدراسة، ذلك أن الدراسة تجري على أشخاص معينين لا يمكن الالتقاء معهم إلا في أماكن معينة، لذلك تم إجراء هذا البحث في المؤسسة الاستشفائية بقصر البخاري، في قسم الأطفال وقد تم اختيار هذه المؤسسة لقربها ، وكذلك لسهولة التواجد بها.

2.4 الإطار الزماني :

تمت مقابلة المرضى يوم الثلاثاء 31 مايو، حيث تم الاتفاق معهم على تطبيق المقابلة النصف موجهة و المقياس في حصة واحدة تم إعطاء كل حالة من 45 دقيقة إلى ساعة ، استغرق وقت تطبيق المقياس 20 دقيقة .

❖ **خلاصة الفصل :**

لقد تم التعرض في هذا الفصل بعرض المنهج المتبع في الدراسة، و طريقة قيام الجانب التطبيقي من خلال الشرح والتفصيل في كل خطوا ت الدراسة ، ،كما تترق إلى حدود الدراسة ومجموعة الدراسة وشروط انتقائها ، والفصل في التقنيات المستعملة في البحث هذا وتعليل وتبرير اختيارها ، بالإضافة إلى عرض كيفية تنقيط وتصحيح لمقياس سبيلبرجر للقلق ، وذلك بغية الوصول إلى نتائج موضوعية قابلة للتحليل.

الفصل السادس:

عرض النتائج وتحليلها

1-عرض و تحليل نتائج الحالات

2- مناقشة النتائج .

3-الاستنتاج العام .

1. المقابلة نصف موجهة:

السيدة (ز، ص) البالغة من العمر 48 سنة ، المقيمة بدائرة أولاد عنتر بقصر البخاري ، ليس لديها مستوى تعليمي ، ربت بيت ، تمت الإعاقة الحركية لابنتها سنة 2008.

أخبرتنا الأم آن الطفلة أصيبت بإعاقة حركية في سن 4 سنوات ، أن هي الطفلة الثالثة التي تصاب بإعاقة حركية حيث أخواتها " محمد ، كوثر" حيث قالت " انا عندي ثلاثة ولادي معوقين ، و ليت تتقلق من حالة ولادي كي طيحو ولادي نبكي "

" كي تلحق مرحلة يطيحو و لادي منقدرلهاش و متقبلتهاش مهما حاولت ".

تعيش المفحوصة (ز، ص) مع أولادها الخمسة ، اثنين منهم في حالة صحية جيدة أما الثلاثة الباقون يعانون من إعاقة حركية تصيبهم في سن الرابعة تعيش حياة مضطربة بسبب إعاقة أبنائها حيث صرحت المفحوصة أن إعاقة أبنائها شكلت صعوبة في حياتها تعاني منها نتيجة إعاقة أبنائها الثلاثة .

اخبرننا الأم أنها عانت من صدمة إعاقة أبناءها الواحد تلو الآخر و لم تتقبل الامر .

صرحت الأم أنها تشعر بالاهانة وان قيمتها ليست محققة في بلدها .

مطمئنة لقضاء الله و انه هو الرحيم .

اخبرتنا الام (ز،ص) ان صحتها في حالة من التدهور حيث انها تعاني من ضغط الدم والسكري و الأعصاب و مشاكل في الظهر و ذلك بسبب حالة ابنتها حيث قالت " انا صحتي راحت من المعفرة تاع بنتي " نحس بسطر عظيم ومن حالة المادية تاع راجلي مقدرتش نروح لطبيب و لا نشري دواء وصحتي متساعدنيش ندير شغلي في دار صرحتنا الام انه منذ زاوجها لم تشعر بسعادة اونها حزينة دائما حيث قالت " انا ملي تزوجت و انا

حزينو و نبكي كل يوم ، نشوف روحي مهيونة و نصبر روحي بواش قال ربي انأ تربيت في دار القران " .

كما أن لديها علاقات طيبة مع الأشخاص حيث قالت " حتى و المرض تاع بنتي نحب الضياف كي يجوني نحس الملائكة تدخل لدار " والحمد الله راجلي ودارنا مدعميني ودائما واقفين معايا حتى بناتي يجو يعاونوني "

لكنها تعاني من علاقة جنسية ضعيفة حيث تتم المعاشرة مرة واحدة في الشهر وذلك انعكاسا للوضع والضغط المادي والصحي للأسرة .

ايضا تعاني من مشكل الموصلات و نقص الامكانيات من اجل توصيل الطفلة الى المستشفى وان البيئة الطبية لا تشعر بالمريض ولا بوالي المريض حيث قالت " الطبى مايحسوش بيا و ميفهمونيش واش بيها بنتي " .

صرحت الام بدرجة ايمانها حيث قالت " انا صح مقريتش بصح تربيت في دار القران ونعرف ربي مليح

-عرض نتائج مقياس سيبلجلبر :

	سمة قلق		سمة قلق
	المجموع	**41**	
	مستوى القلق	**قلق فوق المتوسط .**	

جدول يوضح نتائج تطبيق مقياس سيبلجبر على المفحوصة (ز، ص) .

- **تحليل نتائج مقياس سبلجبر على المفحوصة (ز، ص) :**

قمنا بتطبيق مقياس سبلجبر على أم الطفلة المعاقة (ز، ص) بعد المقابلة مباشرة بعد ان قرانا عليها تعليمة المقياس ، كما شرحنا للام ماهية هذا المقياس وشرعنا في تسجيل الإجابات و ذلك بسبب المستوى التعليمي للام .

بينت النتائج المتحصل عليها من خلال المقياس أن الأم (ز، ص) تتميز بحالة قلق طبيعي وذلك بدرجة 35 من 80 درجة حيث استعانت بالعبارات الموجبة التي تنقط 1 للتعبير عن الهدوء و الأمان الاطمئنان وذلك في كل من البنود 1، 2 ،5، 8 ،10 ،11، 15، 20 .كما أجابت على البنود السالبة التي تنقط ب 2 و ذلك للتعبير بالتأسف و التوتر، و شعورها بالقلق في كل من البنود 9 و 12 .

أما النتائج المتحصل عليها في مقياس قلق سمة هي 41 من 80 درجة اي قلق فوق المتوسط ، أي أن الأم تعاني من حالة من القلق نتيجة وجود الإعاقة الحركية لابنتها .

- **تطبيق مقياس جودة الحياة:**
- **حالة (ز ، ص)**

-جدول يوضح نتيجة تطبيق مقياس جودة الحياة :

البعد	المجموع	المستوى
الصحة الجسدية	6	ضعيف
الصحة النفسية	31	متوسط
الاستقلالية الذاتية	16	متوسط
العلاقات الاجتماعية و الزواجية	36	مرتفع
البيئة والمحيط	10	ضعيف
الجانب الديني والتوجه نحو الحياة	52	مرتفع

- **الحالة الثانية (ر، ص) :**

المقابلة نصف موجهة :

السيدة (ر ، ص) ، تبلغ من العمر 39 سنة ، الساكنة بقصر البخاري ، المستوى التعليمي سنة ثالثة ، تمت الإعاقة في السنة الأولى لطفلة بسبب ارتفاع درجة الحرارة .

تمت الإعاقة في السنة الأولى بسبب ارتفاع درجة الحرارة مما أدى إلى إعاقة حركية

حيث قالت " بنتي تعوقت في عامها الأول طلعتلها الحمى ، في الأول متقبلتهاش لكن بعدها رضيت بقضاء ربي مهما كان الحال راهي بنتي "

تعيش السيدة (ر، ص) مع أربعة بنات رتبة البنت المصابة هي الثالثة ، علاقة جيدة مع بناتها ومنظمة حيث و فيما يخص ردة فعل الآهل على الإعاقة تم تقبلها حيث قالت الأم "رفيف نشوفها كيما هي كيما بناتي نقوم بيها و بحجاتها كيف كيف كيما بناتي " .

صرحت الام بان لديها خوف من قلق المستقبل حيث قالت " كي نشوفها نخاف ملي جاي نخاف نموت و معنديش لمن نخليها نتمنى تموت قدامي و منموتش قبلها " .

اخبرتنا الام ان تعاني من الأرق و صعوبة في النوم و ذلك بسبب احتياج الطفلة للام حيث قالت " منرقدش كامل في الليل نبات قاعدة معاها نقلبها نرفدها "

ترى الأم نفسها بصورة مميزة حيث " نشوف روحي ربي يحبني ميزني على عبادو **و** بتلاني حمد الله " .

كما قالت أيضا أن زوجها بعيد عنها بسبب مكان العمل فهو يعمل في الصحراء مما نتج عنه فوضى في حياة الأم حيث قالت " راجلي بعيد تسما نرفد بناتي و نهبط لدار شيخي ونعاود نطلعهم في الويكاند و ليت نعيا من هذا الوضع نحس روحي منيش مستقرة كل خاطرة وين " مع لي انا برانية جاية من تيبازة وهنا عقلية تاع مجتمع مهيش كيما تاعنا نحس روحي منعرفش

" وعلى جال بناتي كي روح بابهم نولي انا الراجل و مسؤليتهم عليا و هذا يزدلي ضغط كبير في حياتي بصح كي نتفكر خبزنو وباش نعيشوهوم مليح نقول حمد الله " نرتاح كي نروح لدارنا لانها جاية في الطبيعة نريح فيها نحس الهواء يدخلني و زيد حنا عائلة كاملة ساكنين في نفس الحومة " .

-عرض نتائج مقياس سبيلجبر المفحوصة (ر ، ص) :

سمة قلق		حالة قلق	
المجموع	42	المجموع	55
مستوى	فوق المتوسط	مستوى	فوق المتوسط

تحليل نتائج المفحوصة (ر، ص) :

قمنا بتطبيق مقياس سبلجبر على أم الطفلة المعاقة (ر، ص) بعد المقابلة مباشرة بعد ان قرانا عليها تعليمة المقياس ، كما شرحنا للام ماهية هذا المقياس وشرعت في الاجابة .

بينت النتائج المتحصل عليها من خلال المقياس أن الأم (، ص) تتميز بحالة قلق فوق المتوسط وذلك بدرجة55 من 80 درجة حيث استعانت بالعبارات الموجبة التي تنقط 1للتعبير عن الهدوء و الأمان الاطمئنان وذلك في كل من البنود 13 و 16 .كما أجابت على البنود السالبة التي تنقط ب 3 و ذلك للتعبير بالتأسف و التوتر ، و شعورها بالقلق في كل من البنود 4و 6 و 14 و 17 و 3 .

أما النتائج المتحصل عليها في مقياس قلق سمة هي 42 من 80 درجة أي قلق فوق المتوسط ، أي أن الأم تعاني من حالة من القلق نتيجة وجود الإعاقة الحركية لابنتها .

-جدول يوضح نتيجة تطبيق مقياس جودة الحياة :

البعد	المجموع	المستوى
الصحة الجسدية	12	متوسط
الصحة النفسية	27	متوسط
الاستقلالية الذاتية	19	مرتفع
العلاقات الاجتماعية و الزواجية	31	متوسط
البيئة والمحيط	10	ضعيف
الجانب الديني والتوجه نحو الحياة	50	مرتفع

- **الحالة 3 :**

المقابلة نصف الموجهة للمفحوصة (ا ، ج)

تبلغ من العمر 29 سنة ، لديها طفلة واحدة و هي المصابة باعاقة حركية تبلغ من العمر 4 سنوات ، تمت الإعاقة من الولادة حيث يوجد تشوه خلقي في نخاع الشوكي للطفلة حيث قالت " بنتي كي زادت زادت معوقة " كانت واعرة عليا و متقبلتهاش باسكو اول مرة نكون ام و كي كنت جاتني بنتي معوقة قالولي نخاع شوكي تاعها مشوه " و انا خدامة عيت بزاااااف متعاونة فيها انا و باباها الحق قاسم معايا كلش " وليت نخاف نزيد ذراري ويجوني في نفس الحالة تغيضني عمري كي يشوفوها الناس ويقولولي مسكينة كي يلحق العيد ونشوفها هكاك نتمنى لوكان جات كيما ذراري كامل تعيد كيما ذراري كامل .

- **نتائج تطبيق مقياس سيبيلجر:**

حالة قلق		سمة قلق	
المجموع	38	المجموع	38
مستوى القلق	قلق طبيعي	المستوى	قلق طبيعي .

- **تحليل النتائج :**

بتطبيق مقياس سبلجبر على أم الطفلة المعاقة (ا، ج) بعد المقابلة مباشرة بعد أن قرانا عليها تعليمة المقياس ، كما شرحنا للام ماهية هذا المقياس وشرعت في الإجابة .

بينت النتائج المتحصل عليها من خلال المقياس أن الأم (ا، ج) تتميز بحالة قلق طبيعي وذلك بدرجة38 من 80 درجة حيث استعانت بالعبارات الموجبة التي تنقط 1للتعبير عن الهدوء و الأمان الاطمئنان وذلك في كل من البنود 11 و 16 و 2 و 5 .كما أجابت على البنود السالبة التي تنقط ب 3 و ذلك للتعبير بالتأسف و التوتر ، و شعورها بالقلق في كل من البنود 4و 6 و 14 و 17 و 3 .

أما النتائج المتحصل عليها في مقياس قلق سمة هي 38 من 80 درجة أي قلق طبيعي ، أي أن الأم تعاني من حالة من القلق طبيعية نتيجة وجود الإعاقة الحركية لابنتها .

- **تطبيق مقياس جودة الحياة :**

البعد	المجموع	المستوى
الصحة الجسدية	**10**	**ضعيف**
الصحة النفسية	**27**	**متوسط**
الاستقلالية الذاتية	**16**	**مرتفع**

العلاقات الاجتماعية و الزواجية	**34**	**مرتفع**
البيئة والمحيط	**10**	**ضعيف**
الجانب الديني والتوجه نحو الحياة	**45**	**مرتفع**

- **الحالة الرابعة:**
- البيانات الشخصية :
  - الاسم: هـ عمر الام :40
  - المستوى الدراسي : السادسة ابتدائي.
  - عدد الاطفال: 3
  - رتبة الطفلة المعاقة : الاولى
  - اسباب الاعاقة: عدم صعود الاكسيجين الى الدماغ عند الولادة

مستوى المعيشي: متوسط.

- عرض نتائج المقابلة نصف الموجهة للمفحوصة (هـ.ع) .

كانت الام متعاونا معنا اثناء المقابلة فقمنا بقراءة الاسئلة عليها فتجاوبت معنا، كما ذكرت الام ان نمو اميرة كان طبيعي جدا في السنوات الاولي بالنسبة لاقرانها لكن عند بلوغ السنتين لم تمشي حيث ذكرت (هنا بديت النشك او ديتها للطبيب قالي بنتك معاقة نصدمة او متقبلتش كامل الاعاقة او خليتها عند امي او مبعد حمدة ربي او ستغفرت او بديت نتقبلها)كذلك ذكرت "كرهت الطبيب او مزدتش رحت ليه منحبش نسمع اسمو).

وسألنا الأم عن مدى اهتمامها ب اميرة قالت (معاملة خاصة بالنسبة لاخوتها مام هي حاجة خاصة) اخوتها متقيلبن الاعاقة .

كذلك الاب متقبل الاعاقة حيث ذكرت (معاوني فيها او يحبها بصح نديها وحدي للطبيب بسبب عمله)

اخوتها متقبلين الاعاقة كما ذكرت الام ان عائلتها متقبلا للاعاقة لكن عائلة الاب غبر متقبلا "اميرة"

كما صرحت الام انها ليس لديها قلق المستقبل علي اميرة و ذكرت(ربي ارحم بها عليا هذي حاجة ربي)

ليس للام اي مرض عضوي ولم تكن متقبلة الانجاب للمرة الثانية الا بعد مدة كما ذكرت ان علاقتها الزوجية جيدة واصبح لديها بعض القلق .

- عرض نتائج المقياس حالة القلق:

المجموع	51
مستوى القلق	قلق فوق المتوسط

- عرض نتائج المقياس سمة القلق :

المجموع	51
مستوى القلق	قلق فوق المتوسط

- عرض نتائج مقياس جودة الحياة:

الابعاد	النتيجة	المستوى
الصحة الجسدية	3	ضعيف
الصحة النفسية	30	متوسط
الاستقلالية الذاتية	12	مرتفع
العلاقات الاجتماعية والزواجية	35	مرتفع
البيئة و المحيط	10	متوسط
الجانب الديني و التوجه نحو الحياة	19	ضعيف

- **الحالة الخامسة :**
- **البيانات الشخصية :**
  - الاسم :س
  - العمر 50:
  - المستوى الدراسي : ابتدائي
  - عدد الاطفال :3
  - اسباب اعاقة الطفلة :فطري
- **عرض نتائج المقابلة نصف الموجهة للمفحوصة (س.ب) :**

حيث قمنا بقراءة اسئلة المقياس على المفوصة وكانت متجاوبة معنا؛ حيث سرحت الام ان نمو فاطمة الزهراء كان طبيعي لكن في عمر السنة بدات اشكال الاعاقة بالظهور وعند اخظها الى الطبيب فقال انها معاقة وسببها (الاعصاب) حيث ذكرت ان ردت فعلها كانت هادئة ومتقبلة للاعاقة كما قالت (حاجت ربي الحمد الله) قاطمة الزهراء محبوبة من طرف اخوتها وكذلك اسرتها.. كما ذكرت (هي فرحتي او هي لي تريحني بعد القران)

وذكرت الام ان حالتها الصحية ليست جيذة بسبب بعض الامراض المزمنة وكذلك لرعاية ابنتها كما ذكرت ان زوجها جد متعاون معها وانه متقبل لحالة ابنته وانها راضية على حياتها الزوجية لانها تحظي بالاستقرار .

- عرض نتائج حالة القلق للمفحوصة (س.ب)

المجموع	34
مستوى القلق	قلق طبيعي

- عرض نتائج سمة القلق للمفحوصة (س.ب)

المجموع	36

مستوى القلق	قلق طبيعي

عرض نتائج مقياس جودة الحياة :

الابعاد	النتيجة	الستوى
الصحة الجسدية	4	ضعيف
الصحة النفسية	48	مرتفع
الاستقلالية الذاتية	22	مرتفع
العلاقات الاجتماعية والزواجية	36	مرتفع
البيئة و المحيط	9	ضعيف
الجانب الديني و التوجه نحو الحياة	51	مرتفع

- الحالة السادسة:

البيانات الشخصية :

- الاسم: س
- العمر 60
- المستوى الدراسي :بدون مستوى
- عدد الابناء : 6

- عرض نتائج المقابلة النصف الموجهة للمفحوصة (س .ع)

عندما قبنا بالمقابلة مع المفحوصة لم تكن متعاونة معنا لانها ذكرت (منحبش نتفكر واش جاز عليا) وبعد مدة قرانا عليها الاسئلة وبدات في الاجابة عليها حيث ذكرت بان شكيب هو الاصغر وكان سبب اعاقته خطا عند الولادة ولم تتقبل الاعاقة ابدا (جتني صدمة او طلعلي الضغط) وكذلك زوجها لم يتقبل اعاقة ابنه ذكرت (قالي وليدك وحدك وحتي خوتو متقبلوه ش و ميحبوهش)

كذلك اصبحت الام غير قادرة علي رعاية شكيب بسبب الامراض المزمنة وكذلك السن كما ذكرت انا لا تحظى باى اهتمام عائلي وعلاقتها مع زوجها غير جيدة وكذلك ظروفها المعيشية السيئة وذكرت (نتمنى بموت شكيب قبلي مكاش لي بحبوا ومهتم بيه حتي باباه رافضو)

-عرض نتائج مقياس حالة القلق للمفحوصة (س.ع) :

المجموع	57
مستوى القلق	فوق المتوسط

- عرض نتائج مقياس سمة القلق للمفحوصة (س.ع) :

المجموع	70
مستوى القلق	شديد

عرض نتائج مقياس جودة الحياة علي العينة (س.ع) .

الابعاد	المستوى
الصحة الجسدية	ضعيف
الصحة النفسية	متوسط
الاستقلالية الذاتية	مرتفع
العلاقات الاجتماعية والزواجية	مرتفع
البيئة و المحيط	متوسط
الجانب الديني و التوجه نحو الحياة	ضعيف

2. تحليل مناقشة النتائج:

بينت نتائج الدراسة بأنه توجد علاقة بين جودة الحياة لدى الأم ووجود إعاقة حركية لدى الطفل في ظهور القلق لدى أم المعاق حركيا، و يمكن أن يعود ذلك اى اشتراك العينة في وجود إعاقة حركية لأطفالهم مما يصعب سير الحياة اليومية لديهم، وأكدت نتائج الدراسة أن مستوى جودة الحياة لدى آم المعاق لكلما كانت مرتفعة كلما قلت نسبة القلق لدى الأم .و أظهرت النتائج أن مستوى جودة الحياة يختلف من أم معاق حركيا إلى أخرى حيث كل أم تعيش مستوى معين من جودة الحياة انطلاقا من جوانب متعددة في حياتها، منها الجانب الصحي حيث أن الأمهات الذين يعانون من أمراض جسدية أثرت هذه الأمراض في خفض جودة الحياة لديهم و الجانب النفسي إذ آن هناك من تعاني من نقص الثقة في نفسها و كبتها لمشاعرها ، وكلما كانت لها درجة عالية من الاستقلالية الذاتية كلما كانت درجة جودة الحياة

مرتفع لديها كلما كانت جودة حياة الأم عالية كعدم الاتكال على الآخرين في حمل مسؤولية ابنها المعاق ، كما يصاحب هذه الجوانب الجانب ألزواجي والاجتماعي الذين اظهر انه كلما كان هناك توافق اجتماعي واسري كلما كانت جودة الحياة جيدة حيث يلعب الدعم الأسري و الاجتماعي لأم في تقبلها لإعاقة ابنها، كما أن الجانب البيئي والمحيط يلعب دورا نفسيا مهما لدى الأم فكلما كان المناخ جيد كلما قلل صعوبة تحمل احتياجات الطفل المعاق وتوفر الهياكل التي تساعد في تلبية احتياجاته مثل النقل، و يدعم كل هذه الجوانب الجانب الديني حيث يساعد على استقرار النفسية وشعورها بالرضي وبحكم أن العينة كانت ديانتها الإسلام فساعد الرضا بالقضاء والقدر على تقبل صورة أن طفلها معاق حركيا.

يحقق المستوى الجيد لجودة الحياة آم المعاق حركيا فعالية في خفض القلق، فإذا كانت جودة حياة الأم منخفضة فهذا دل على قلة جودة جوانب حياتها من صحتها إلى نفسيتها إلى علاقاتها اجتماعية إلى بيئتها وجانبها الديني فإذا كان هناك خلل في احد هذه الجوانب هو أيضا يعتبر عامل لظهور القلق فتصاحبها الإعاقة الحركية لطفل فيرتفع مستوى ظهور القلق في حياة الأم ، و ينعكس هذا الحال حسب نتائج الدراسة إذا كانت جودة حياة أم المعاق حركيا جيدة تصبح الإعاقة الحركية للطفل تعتبر العامل الذي يتسبب في ظهور قلق طبيعي.. وهكذا نكون قد اجبنا على تساؤلات إشكالية هذه الدراسة التي تمثلت في:

- ما مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين حركيا؟
- هل توجد علاقة بين مستوى جودة الحياة والإعاقة الحركية في ظهور القلق لدى أمهات أطفال ذوي إعاقة حركية ؟
- ما فعالية جودة الحياة في خفض القلق لدى أمهات الأطفال المعاقين حركيا؟

وتأكدنا من فرضيات الدراسة التي تمثلت في:

←كلما كان مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين حركيا منخفضا كلما زادت نسبة القلق لديهم.

←نعم توجد علاقة بين مستوى جودة الحياة و الإعاقة الحركية في ظهور القلق لدى أمهات أطفال ذوي إعاقة حركية.

←تلعب جودة الحياة الجيدة دورا مهما في خفض نسبة القلق لدى أمهات ذو أطفال ذوي إعاقة حركية.

3. الاستنتاج العام :

إنّ ما يمكن استخلاصه من النتائج المتحصل عليها من الحالات الست التي تم التطرق لهما في الجانب التطبيقي من البحث ، بهدف الكشف عن تاثير جودة الحياة والاعاقة الحركية لدى الطفل في ظهور القلق لدى الام ، تم التاكد بان هناك علاقة بين جودة الحياة و الاعاقة الحركية في ظهور القلق لدى ام الطفل معاق حركيا، وبالتالي تحققت الفرضية الاولى القائلة كلما كان مستوى جودة الحياة لدى امهات الاطفال المعاقين حركيا منخفضا كلما زادت نسبة القلق لديهم .حيث تم التحصل في العينة ..... توجد لديهم قلق ، نتيجة وجود اعاقة حركية لدى الطفل وانخفاض مستوى جوة الحياة لديهم . وذلك نتيجة الضغوطات والقلق من المستقبل الذي تصنعه الاعاقة الحركية للطفل في حياة الام خاصة وهم يحتاجون الى رعاية خاصة يتم تحقيقها فقط اذا كان مستوى جودة الحياة عالي.

اما الفرضية الثانية القائلة ان المستوى العالي في جودة حياة الام يخفف من القلق لدى ام الطفل المعاق حركيا حيث ان الحالة الثالثة من العينة هي التي اكدت هذه الفرضية حيث ان لها مستوى عالي في جودة الحياة و قلق طبيعي، ومنه بعد تحليل كل حالة على حدى، واستنادا على المقابلة النصف موجهة و مقياس سبيلبرجر للقلق و مقياس جودة الحياة الذي تم تطبيقه على فئة امهات الاطفال ذوي اعاقة حركية الذي بلغ عددهم ثمانية ، كان الهدف بذلك من هذه الدراسة الاجابة على الفرضيات:

- كلما كان مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين حركيا منخفضا كلما زادت نسبة القلق لديهم.
- تلعب جودة الحياة الجيدة دورا مهما في خفض نسبة القلق لدى أمهات ذو أطفال ذوي إعاقة حركية .

حيث كانت الاجابة :

- يؤثر المستوى المنخفض في جودة الحياة لدى الامهات في ظهور القلق لدى امهات الاطفال ذوي الاعاقة الحركية
- يعمل المستوى العالي في جودة الحياة على خفض مستوى القلق لدى الام .

ولتحقق من هذه الفرضيات تم القيام بدراسة ميدانية في المؤسسة الاستشفائية بقصر البخاري ، عل ى عينة تتكون من 06 من حالات و كانت النتائج التي التوصل اليها من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة ان الفرضية الاولى تحققت عند 5 حالات نتيجة المستوى المنخفض لجودة الحياة لديهم و وجود اعاقة حركية لدى اطفالهم اما الفرضية الثانية التي احتوت ان المستوى العالي لجودة الحياة يخفض من القلق عند امهات الاطفال ذوي الاعاقة الحركية ، حيث كان لها مستوى جودة حياة عالي و قلق طبيعي .

وعلى ضوء هذا الاستنتاج تم التمكن في نهاية هذا البحث البسيط اثبات تلك الفرضيات التي كانت تقود هدا البحث طيلة العام.

خاتمة

خاتمة:

لقد كان هذا البحث احدى المواضيع الهامة والتي تمس الامهات بالاخص والاسرة عامة , فالاعاقة تقتحم حياة الامهات بصورة مفاجئة و تعرقل مسار حياتهم حيث تصاحبهم اضطربات نفسية منها القلق الذي يعتبر الاكثر انتشارا بين الامهات اللواتي لديهم اطفال معاقين بنسبة عالية كما ان الاعاقة تؤثر علي الحالة النفسية للام وكذلك تصبح لديها جودة الحياة منخفضة لهذا تطرقنا الى ههذا الموضوع الذي يدور حول القلق وعلاقته بالجودة الحياة لدي الامهات الاطفال المعاقين حركيا .

ومن خلال نتائج البحث التى تم التوصيل اليها وجدنا اعاقة الاطفال تسبب القلق ونقص في جودة الحياة وذلك لاسباب عديدة منها عدم تكيف الام مع حالة طفلها وشعورها بنقص ابنها وخوفها من أي مضعافات اخرى وكذلك قلق المستقبل علي طفلها ووجدنا ان درجة القلق مرتفعة لدي الامهات وكذلك انخفاض جودة الحياة لذا يجب الاهتمام بحالة الام النفسية لانهم بحاجة الي الدعم نفسيا من طرف الاسرة وكذلك المجتمع ليتمكنو من الاعطاء الافضل لاطفالهم والاستقرار النفسي .

وقد تم قدر المستطاع التقرب من هاته الفئة في الجانب التطبيقي ,وقد تم في النهاية انه يجب الاخذ الحالة النفسية للام وتوفير الشروط الملائمة لتسهيل سيرورة حياتهم ولتخفيف من ضغوطاتهم .

قائمة المراجع

❖ **قائمة المراجع:**

1. علي السيد فهمي, (2010)، سيكولوجية ذوي الاعاقات (الحركية . السمعية .البصرية. العقلية). دط، دار الجامعة الجديدة ، الإسكندرية . مصر . للكتاب, مصر.

2. غنيم أحمد صبري، وغنيم, محمد صبري ، (2016) الإعاقة الحركية بين التعليم و التفكير دط ، دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع ، الإسكندرية ، مصر .

3. القمش مصطفى نوري والمعايطة. خليل عبد الرحمان . (2007), سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (مقدمة في التربية الخاصة), ط1, دار المسيرة للنشر والتوزيع

4. على محمد . السيد فهمي (2008) . الإعاقة الحركية . دط . مركز الإسكندرية 94 الطباعة ، عمان .

5. لاروس, 1999

6. العزة، سعيد حسني ، (2009) المدخل الى التربية الخاصة (للأطفال ذوي الحاجات الخاصة المفهوم – التشخيص) . أساليب التدريس ، ط2 . دار الثقافة للنشر والتوزيع .

عبد الله, هشام إبراهيم ، (أكتوبر 2008)، جودة الحياة لدى عينة من الراشدين عمان، الأردن.

7. المليجي ، حلمي . (2001) . مناهج البحث في علم النفس ، دار النهضة العربية، بيروت لبنان

8. منسي محمود عبد الحليم, أحمد سهير كامل ، (2002) أسس البحث العلمي في المجالات النفسية و الاجتماعية التربية, دط مركز الإسكندرية للكتاب ، مصر.

9. النجار، يحي محمود (جانفي 2012). فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الأمن النفسي لدى المعوقين حركيا، جامعة الأقصى قسم علم النفس, كلية التربية ,المجلد20 عدد 01 .

10. النوايسة، فاطمة عبد الرحيم . (2013) ، ذوي الإحتياجات الخاصة (التعريف يهم وإرشادهم) ، ط1، دار المناهج للنشر والتوزيع ، عمان، الأردن.

11. الهمص صالح إسماعيل عبد الله (2010) قلق ولادة الامهات في المحافظات لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة ، رسالة ماجستير كلية التربية وغزة .

12. الهنداوي, محمد حامد إبراهيم . (2011)، الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظة غزة, رسالة مكملة لنيل درجة الماجستير جامعة الأزهر, غزة.

13. .الروسان فاروق(2001) ، سيكولوجية الاطفال غير العاديين ، مقدمة التربية الخاصة ، دار الفكر الطباعة و النشر ، عمان.

14. سيد سليمان عبد الرحمان (2001)، سيكولوجية الاحتياجات الخاصة – خصائص و سمات – مكتبة زهراء الشرق قاهرة ، مصر.

15. شريف عبد الفتاح عبد المجيد (201) ،التربية خاصة و برامجها العلاجية ، مكتبة الانجلو مصرية ، القاهرة ، مصر شيخي مريم (2014)، طبيعة العمل و علاقتها بجودة الحياة ، دراسة ميدانية في ظل المتغيرات ، رسالة ماجستير ، جامعة تلمسان ، الجزائر .

16. صفدي عصام (2003) ، الاعاقة الحركية و الشلل الدماغي ،15،دار النشر البازوري 14. 13. 12. 11. 10.عمان ، الاردن.

17. عبد الخالق أحمد محمد (2008) ، الصبغة العربية لمقياس نوعية الحياة الصادر على منظمة الصحة العالمية .

18. نتائج الاولية دراسة نفسية . مجلة 18 قسم علم النفس . جامعة الكويت 16. .

عبد العزيز عمر فؤاد (2010) ، مقدمة التربية خاصة ، طه، دار المسيرة لنشر و التوزيع ، عمان..

19. عبد الهادي ابو شمالة (2017) جودة الحياة و علاقتها بتقدير الذات و المهارات الحياتية لدى زوجات الهداء في قطاع غزة ،رسالة ماجستير مجامعة الازهر مصر عدودة،

20. صليحة (2005): الكفاءة الذاتية و علاقتها بالالتزام للعلاج بجودة الحياة لدى مرضى

21. علي محمد سيد فهمي (2010)، سيكولوجية ذوي الاعاقة الحركية و السمعية و البصرية و العقلية ، دار جامعة الجديدة الاسكندرية ، مصر

22. فهمي محمد سيد (2007) ،التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة ، دار الوفاء للنشر الاسكندرية ، مص.

23. صالح، رباب عبد الكريم (2015م). جودة الحياة وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، مجلة دراسات تربوية واجتماعية، المجلد(21)، العدد الثاني،

24. طه، نجاة فتحي(2013م). جودة حياة الوالدين وعلاقتها بسعادة ابنائهم الصم، مجلة علم النفس، المجلد (26(، العدد (97).

25. روحي مروح(2007م). الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة على اخوة الاشخاص المعاقين الدراسة ميدانية"، ط1، مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، الامارات.

26. عبدالله، هشام ابراهيم(2008م). جودة الحياة لدى عينة من الراشدين في ضوء بعض التغيرات الديموجرافية، مجلة كلية التربية جامعة الزقازيق، المجلد الرابع عشر، العدد الرابع.

27. امينة، حرطاني (2014م). جودة الحياة لدى الأمهات وعلاقتها بالمشكلات السلوكية عند الأبناء "دراسة وصفية تحليلية في وجود بعض المتغيرات: من آلام عمل الام المستوى التعليمي للام، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة وهران, الجزائر

28. بخش، اميرة طه(2007م). جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المعاقين بصريا والعاديين بالمملكة العربية السعودية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة .

29. أحمد بن عبدالله (2009م). جودة الحياة وقلق المستقبل لدى طلاب المرحلة الجامعية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، السعودية .

30. جابر، جابر؛ عطا، اسماء؛ ابراهيم، اماني (2013م). اثر برنامج قائم على مفاهيم جودة الحياة بابعادها المختلفة على تقدير الذات لذوي صعوبات التعلم بالمدرسة الابتدائية، مجلة العلوم التربوية، العدد الثالث.

31. الجوالدة، فؤاد عيد(2013م). فاعلية برنامج تربوي قائم على نظرية العقل في تحسين جودة الحياة للاطفال ذوي الاعاقات التطورية والفكرية، دراسات العلوم التربوية، المجلد(40).

32. وردة حسن(2010م)، جودة الحياة وعلاقتها بتقبل الوالدين لطفلهما المعاق، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة، مصر .

33. خلف الله، عذبه صلاح(2015م). جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بمراكز التربية الخاصة محلية الخرطوم، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا الخرطوم.

34. الداهري، صالح حسن(2005م)، مبادئ الصحة النفسية، ط1، دار وائل للنشر، الأردن. درويش، ولاء حمادة(2013م). جودة الحياة لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين، المؤتمر الدولي الرابع، كلية ذهبية.

35. الراضي، بدور بنت عبدالله(2011م). جودة الحياة وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى طالبات المرحلة الثانوية في مدينة الرياض، جامعة الامام محمد بن سعود الاسلامية، السعودية. والتوزيع، الاردن .رياض الأطفال، جامعة الاسكندرية .

36. السرطاوي، عبد العزيز؛ المهيري، عوشه؛ عبدات، روحي؛ طه، بهاء (2012م). جودة الحياة لدى الاشخاص ذوي الإعاقة وغير الإعاقة في دولة الامارات العربية المتحدة، المجلة الدولية للابحاث التربوية، العدد36.

الملاحق

- **دليل المقابلة النصف موجهة :**

1. المحور الأول: البيانات الشخصية.

- الاسم :
- اللقب :
- السن :
- السكن :
- المستوى الدراسي :
- بداية إعاقة الطفل :

2. المحور الثاني: الحالة المرضية للطفل .

- كيفاش حتي صرات الإعاقة الحركية .؟
- هل تقبلتي لإعاقة الحركية تاع الطفل تاعك ؟
- شحال تبدلت حياتك بعد الإعاقة تاع وليدك ؟

3. المحور الثالث: الجانب العلائقي، الحياة الأسرية و الاجتماعية .

- هل تقبل أفراد الأسرة وليدك المعاق حركيا ؟
- هل زوجك يدعمك ويشاركك في رعاية طفلك المعاق ؟
- واشن هي الصعوبات لي واجهتيها في المجتمع بحكم انو وليدك معاق ؟

4. المحور الرابع : الحالة السيكوسوماتية .

- ترقدي مليح في الليل ؟
- هل تحسي بالتعب و الإرهاق من تربية الخاصة لوليدك المعاق حركيا ؟
- هل تأثرت صحتك الجسدية بسبب الإعاقة تاع الطفل نتاعك ’؟

5. المحور الخامس : نظرة المريض إلى ذاته

- كيفاش تشوفي روحك كي ربي رزقك بطفل معاق حركيا ؟

6. المحور السادس : نظرة المريض للمستقبل .

- كيفاش تشوفي مستقبل وليدك ؟
- هل عندك امل انو وليدك يبرى ؟
- مقياس سبيليجر للقلق

ملحق رقم 2

-سمة القلق

الإسم واللقب:

تاريخ ومكان الإزدياد:

القسم:

التعليمات:

إليك مجموعة من العبارات التي يمكن أن تصف ذاتك ، إقرأ كل عبارة ثم ضع علامة (×) في الدائرة المناسبة، التي توضح كيف تشعر عموما، ليس هنالك أجوبة صحيحة أو خاطئة ،لا تضيع وقتا طويلا، قدم الإجابة التي شعورك .

رقم	العبارات	مطلقا	احيانا	غالبا	دائما
1	اشعر بأنني ادخل السرور على الآخرين				
2	اتعب بسرعة				
3	اشعر بالملل				
4	أتمنى لو كنت سعيدا مثلما يبدو الآخرين				

5	افقد السيطرة على الأشياء				
6	اشعر براحة				
7	انأ هادئ الأعصاب				
8	اشعر بان المصاعب تتراكم علي ولا استطيع التغلب عليها				
9	اشعر إنني اقلق بسرعة .				
10	انأ سعيد				
11	أميل إلى تهويل الأمور				
12	ينقصني الشعور بثقة في النفس				
13	اشعر بالأمان				
14	أحاول تجنب مواجهات الأزمات والصعوبات				
15	اشعر بالحزن				
16	اشعر بالرضي				
17	تجول بذهني بعض الأفكار التافهة				
18	تؤثر في خيبة الأمل بشدة ولا استطيع إن أبعدها عن ذهني				
19	انأ شخص مستقر				
20	أصبح في حالة من التوتر و الاضطراب عندما أكثر في ميولي و اهتماماتي				

ملحق 3

-حالة القلق.

الاسم واللقب:

تاريخ ومكان الازدياد:

القسم:

التعليمات:

إليك مجموعة من العبارات التي يمكن أن تصف ذاتك ، إقرأ كل عبارة ثم ضع علامة (×) في الدائرة المناسبة التي

تبين ما تشعر به حقيقة لأن في هذا الوقت بالذات ليس هناك أجوبة صحيحة أو خاطئة، لا تضيع وقتا طويلا

أمام كل عبارة، بل قدم الجواب الذي يصف مشاعرك بشكلها الأفضل.

رقم	العبارات	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما
1	اشعر بالهدوء				
2	اتعب بالأمان				
3	اشعر بالتوتر				
4	أشعر بالأسف				
5	اشعر بالاطمئنان				
6	اشعر بالاضطراب				
7	اشعر بالانزعاج لاحتمال وقوع كارثة				
8	اشعر بالراحة				
9	اشعر بالقلق .				

10	اشعر بالسرور				
11	أشعر بالثقة بالنفس				
12	اشعر بالنرفزة				
13	اشعر بالتوازن				
14	أشعر بتوتر الزائد				
15	اشعر بالاسترخاء				
16	اشعر بالرضي				
17	اشعر بضيق				
18	اشعر بأنني مستثار جدا				
19	اشعر بالسعادة العميقة				
20	اشعر أنني ادخل السرور على الآخرين				

4-ملحق تصحيح مقياس القلق

الحالة الاولى

		سمة قلق	
ط		العبارة	الإجابة	التنقيط
		01	احيانا	3
		02	غالبا	3
		04	كثيرا	4

05	أحيانا	3	
06	أحيانا	2	
07	قليلا	3	
08	مطلقا	1	
09	أحيانا	3	
10	مطلقا	04	
11	**أحيانا**	**1**	
12	**احيانا**	**3**	
13	**مطلقا**	**4**	
14	**احيانا**	**3**	
15	**مطلقا**	**1**	
16	**كثيرا**	**1**	
17	**قليلا**	**2**	
18	**مطلقا**	**1**	

19		**مطلقا**	**4**
20		**كثيرا**	**4**

الحالة الثانية :

1	غالبا	2		1	غالبا	3
2	غالبا	3		2	دائما	4
3	أحيانا	3		3	أحيانا	3
4	دائما	4		4	مطلقا	1
5	أحيانا	2		5	أحيانا	3
6	غالبا	2		6	مطلقا	4
7	غالبا	2		7	أحيانا	2
8	مطلقا	4		8	دائما	4
9	غالبا	2		9	دائما	4
10	أحيانا	2		10	أحيانا	2
11	دائما	1		11	دائما	1
12	غالبا	2		12	أحيانا	3
13	مطلقا	1		13	أحيانا	2
14	أحيانا	3		14	دائما	4
15	أحيانا	2		15	أحيانا	3
16	احيانا	2		16	احيانا	2

17	احيانا	3		17	احيانا	3
18	غالبا	3		18	احيانا	3
19	احيانا	2		19	احيانا	2
20	احيانا	2		20	احيانا	3

الحالة الثالثة :

	سمة قلق				
العبارة	**التنقيط**		**العبارة**	**الإجابة**	**التنقيط**
01	**01**		**01**	**احيانا**	**3**
02	**01**		**02**	**غالبا**	**3**
03	**3**				
04	**1**		**04**	**كثيرا**	**4**
05	**1**		**05**	**أحيانا**	**3**
06	**1**		**06**	**أحيانا**	**2**
07	**1**		**07**	**قليلا**	**3**
08	**3**		**08**	**مطلقا**	**1**

09	3		09	احيانا	3
10	1		10	مطلقا	04
11	1		11	احيانا	1
12	2		12	احيانا	3
13	3		13	مطلقا	4
14	1		14	احيانا	3
15	1		15	مطلقا	1
16	3		16	كثيرا	1
17	3		17	قليلا	2
18	3		18	مطلقا	1
19	مطلقا		4		
20	كثيرا		4		

الحالة الثالثة

	سمة قلق		
ط	العبارة	الإجابة	التنقيط
	01	احيانا	3

		02	غالبا	3
		04	كثيرا	4
		05	أحيانا	3
		06	أحيانا	2
		07	قليلا	3
		08	مطلقا	1
		09	احيانا	3
		10	مطلقا	04
		11	**احيانا**	**1**
		12	**احيانا**	**3**
		13	**مطلقا**	**4**
		14	**احيانا**	**3**
		15	**مطلقا**	**1**

16	كثيرا	1	
17	قليلا	2	
18	مطلقا	1	
19	مطلقا	4	
20	كثيرا	4	

الحالة الرابعة

سمة قلق

العبارة	الإجابة	التنقيط	
01	دائما	01	
02	دائما	04	
03	احيانا	03	
04	مطلقا	01	
05	مطلقا	04	
06	احيانا	02	
07	مطلقا	01	
08	احيانا	03	

09	غالبا	03	
10	دائما	01	
11	مطلقا	01	
12	مطلقا	01	
13	دائما	01	
14	دائما	01	
15	غالبا	02	
16	دائما	01	
17	مطلقا	01	
18	مطلقا	01	
19	احيانا	02	
20	احيانا	02	

الحالة الخامسة

	سمة قلق		
ط	العبارة	الإجابة	التنقيط

01	مطلقا	04		
02	مطلقا	04		
03	دائما	04		
04	احيانا	03		
05	مطلقا	04		
06	دائما	04		
07	غالبا	03		
08	مطلقا	04		
09	دائما	04		
10	احيانا	02		
11	دائما	01		
12	دائما	04		
13	دائما	04		
14	دائما	04		
15	مطلقا	04		

01	دائما	**16**	
03	غالبا	**17**	
04	دائما	**18**	
04	مطلقا	**19**	
04	دائما	**20**	

الحالة السادسة

	سمة قلق

التنقيط	الإجابة	العبارة	
02	غالبا	01	
01	دائما	02	
04	دائما	03	
02	غالبا	04	
01	دائما	05	
02	غالبا	06	
04	دائما	07	

		08	احيانا	03
		09	دائما	04
		10	احيانا	03
		11	دائما	01
		12	دائما	04
		13	احيانا	03
		14	دائما	04
		15	غالبا	03
		16	دائما	01
		17	غالبا	03
		18	دائما	04
		19	دائما	01
		20	دائما	01

4- ملحق مقياس جودة الحياة

التعليمة :

نضع بين يديك هذا الاستبيان الذي يدخل في إطار البحث العلمي للجامعة وهو يستهدف دراسة نوعية الحياة لدى أمهات ذو أطفال ذوي إعاقة حركية ، و نرجو منك الإجابة عنه المقياس التالي بوضع علامة في الخانة التي تناسبك .

ملحق تصحيح مقياس جودة الحياة :

الحالة الأولى : (ز ، ص)

جدول تصحيح مقياس جودة الحياة للحالة ثانية : (ص ، ر)

الحالة الثالثة

الحالة الرابعة

- العبارات	- الاجابة	- التنقيط
- 01	- احيانا	- 02

الرقم	العبارات					
1	أتعرض للإصابة أكثر من غيري					
2	أجد صعوبة في القيام بأعمال التي تتطلب جهد بدني					
3	اخذ الوقت الكافي في تناول الطعام					
4	اخذ الوقت الكافي في النوم					
5	أجد صعوبة في أن أنام بعمق					
6	شكلي لا يعجبني					
7	اشعر بالخوف دون سبب محدد					
8	عندما اغضب لا أتمكن من ضبط تصرفاتي					
9	اشعر بالغليان داخلي لا استطيع التعبير عنه					
10	اشعر بالرغبة في البكاء					
11	اغضب بشدة عندما أتعرض للانتقاد أمام الناس					
12	عندما اغضب افقد صوابي ولا يمكنني ضبط تصرفاتي					
13	اشعر بالقلق عندما أكون في وسط غرباء					
14	اشعر بالكآبة					
15	اشعر بأنني اقل شانا من الآخرين					
16	اشعر بالحاجة إلى مزيد من الثقة النفس					
17	أشكو من فقدان القدرة على التركيز					
18	احرص على إتقان أي عمل أقوم به حتى ولو كلفني ذلك وقتا وجهدا إضافيا					
19	أمارس عملي بارتياح و اشعر بالرضي عنه					
20	اهتم بمظهري الذي هو جزء مني					

21	احرص على أن يكون عملي دقيقا و منظما				
22	أتمكن من معالجة المشاكل في عملي دون مساعدة احد				
23	أحب أن أكون محاط بالناس				
24	أحب التواجد في الأماكن التي يكثر فيها النشاط والحيوية				
25	استمتع بالتحدث إلى الناس				
26	من الصعب علي أن أجد أصدقاء				
27	أميل إلى الشك في نوايا الآخرين				
28	اشعر بالاستمتاع عند تواجدي في الحفلات والمناسبات الاجتماعية				
29	اتلقى الدعم من طرف العائلة				
30	يخطط زوجي (زوجتي) لحياته دون إشراكي في ذلك				
31	يهتم زوجي (زوجتي) بمشاعري				
32	يحرص زوجي (زوجتي) على إرضائي				
33	أعاني من مشاكل عاطفية في علاقتي الزوجية				
34	تزعجني التغيرات المفاجئ في المناخ				
35	ابتعد عن الأماكن التي يكثر فيها الصخب				
36	لا أطيق الازدحام في الشوارع و الطرقات				
37	اشعر بتوتر شديد عند انتظار الحافلة				
38	احتفظ بهدوئي عند اختناق حركة سير السيارات				

39	احرص على تأدية الصلاة في وقتها				
40	الجأ إلى الدعاء والصلاة في الأوقات الصعبة				
41	اهتم بمتابعة الحصص الدينية				
42	احرص على قراءة القران				
43	أؤمن بفكرة أن الصبر مفتاح الفرج				
44	احرص على صيام الأيام التطوعية				
45	اسلم أمري إلى الله				
46	احرص على إرضاء الله قبل نفسي				ا
47	اشكر الله حتى في الأوقات الصعبة				
48	انأ متفائل بالنسبة للمستقبل				
49	أتوقع حدوث أمور حسنة				
50	أتوقع حدوث أمور حسنة حتى في الظروف الصعبة				
51	تتحقق الأمور بالطريقة التي اريد				

- 02	- احيانا	- 02
- 03	- نادرا	- 03
- 04	- نادرا	- 03
- 05	- دائما	- 01
- 06	- ابدا	- 04
- 07	- نادرا	- 03
- 08	- ابدا	- 04
- 09	- ابدا	- 04

العبارة	الإجابة	التنقيط
1	دائما	1
2	دائما	1
3	دائما	1
4	أحيانا	2
5	دائما	1
6	أحيانا	2
7	أبدا	4
8	نادرا	3
9	نادرا	3
10	دائما	1
11	أبدا	4
12	نادرا	3
13	نادرا	3
14	أحيانا	2
15	أحيانا	2
16	أبدا	4
17	أحيانا	2
18	دائما	4
19	أبدا	1
20	نادرا	2
21	أحيانا	3
22	دائما	4
23	دائما	4

24	أحيانا	3
25	دائما	4
26	نادرا	3
27	أبدا	4
28	أحيانا	4
29	دائما	4
30	نادرا	3
31	أحيانا	3
32	أحيانا	3
33	أحيانا	2
34	نادرا	3
35	أحيانا	2
36	دائما	1
37	دائما	1
38	أحيانا	3
39	دائما.	4
40	دائما	4
41	أحيانا	3
42	أحيانا	3
43	دائما	1
44	نادرا	3
45	دائما	4

46	دائما	4
47	دائما	4
48	نادرا	4
49	دائما	4
50	أحيانا	3
51	أبدا	1

- 10	- احيانا	- 02
- 11	- احيانا	- 02
- 12	- ابدا	- 04
- 13	- ابدا	- 04
- 14	- ابدا	- 04
- 15	- ابدا	- 04
- 16	- ابدا	- 04
- 17	- احيانا	- 02
- 18	- احيانا	- 03
- 19	- دائما	- 04
- 20	- دائما	- 04
- 21	- دائما	- 04
- 22	- دائما	- 04
- 23	- دائما	- 04
- 24	- دائما	- 04
- 25	- دائما	- 04

العبارة	الإجابة	التنقيط
1	نادرا	3
2	أحيانا	2
3	أحيانا	3
4	أحيانا	3
5	دائما	1
6	احيانا	2
7	بدا	4
8	احيانا	2
9	احيانا	2
10	دائما	1
11	أحيانا	2
12	نادرا	3
13	نادرا	3
14	أحيانا	2
15	أحيانا	2
16	أبدا	4
17	أحيانا	2
18	دائما	4
19	أبدا	1
20	دائما	4
21	دائما	4
22	دائما	4
23	أحيانا	3

24	أحيانا	3
25	أحيانا	2
26	أحيانا	2
27	أبدا	4
28	أحيانا	2
29	دائما	4
30	نادرا	3
31	أحيانا	3
32	أحيانا	3
33	أحيانا	2
34	نادرا	3
35	أحيانا	2
36	دائما	1
37	دائما	1
38	أحيانا	3
39	دائما.	4
40	دائما	4
41	أحيانا	3
42	أحيانا	3
43	دائما	1
44	نادرا	3
45	دائما	4

46	دائما	4
47	دائما	4
48	نادرا	4
49	دائما	4
50	أحيانا	3
51	أبدا	1

- 26	- ابدا	- 01
- 27	- ابدا	- 04
- 28	- دائما	- 04
- 29	- دائما	- 04
- 30	- دائما	- 04
- 31	- دائما	- 04
- 32	- دائما	- 04
- 34	- نادرا	- 03
- 35	- دائما	- 01
- 36	- دائما	- 01
- 37	- احيانا	- 02
- 38	احيانا	- 02
- 39	دائما	- 04
- 40	- دائما	- 04
- 41	- دائما	- 04
- 42	- دائما	- 04

العبارة	الإجابة	التنقيط
1	دائما	1
2	دائما	1
3	دائما	1
4	أحيانا	2
5	دائما	1
6	أحيانا	2
7	أبدا	4
8	نادرا	3
9	نادرا	3
10	دائما	1
11	أبدا	4
12	نادرا	3
13	نادرا	3
14	أحيانا	2
15	أحيانا	2
16	أبدا	4
17	أحيانا	2
18	دائما	4
19	أبدا	1
20	نادرا	2
21	أحيانا	3
22	دائما	4
23	دائما	4

24	أحيانا	3
25	دائما	4
26	نادرا	3
27	أبدا	4
28	أحيانا	4
29	دائما	4
30	نادرا	3
31	أحيانا	3
32	أحيانا	3
33	أحيانا	2
34	نادرا	3
35	أحيانا	2
36	دائما	1
37	دائما	1
38	أحيانا	3
39	دائما.	4
40	دائما	4
41	أحيانا	3
42	أحيانا	3
43	دائما	1
44	نادرا	3
45	دائما	4

46	دائما	4
47	دائما	4
48	نادرا	4
49	دائما	4
50	أحيانا	3
51	أبدا	1

- 43	- دائما	- 04
- 44	- دائما	- 04
- 45	- دائما	- 04
- 46	- دائما	- 04
- 47	- دائما	- 04
- 48	- دائما	- 04
- 49	- دائما	- 04
- 50	- دائما	- 04
- 51	- احيانا	- 3

الحالة الخامسة

-

- العبارات	- الإجابة	- التنقيط
- 01	- أحيانا	- 02

- 02	- دائما	- 01
- 03	–احيانا	- 03
- 04	- ابدا	- 01
- 05	- دائما	- 01
- 06	- ابدا	- 01
- 07	- ابدا	- 01
- 08	- نادرا	- 03
- 09	- دائما	- 01
- 10	- احيانا	- 02
- 11	- احيانا	- 02
- 12	- احيانا	- 02
- 13	- ابدا	- 04
- 14	- دائما	- 04
- 15	- احيانا	- 02
- 16	- ابدا	- 01
- 17	- احيانا	- 02
- 18	- نادرا	- 02
- 19	- نادرا	- 02
- 20	- ابدا	- 01
- 21	- نادرا	- 02
- 22	- ابدا	- 01
- 23	- دائما	- 04

- 24	- دائما	- 04
- 25	- دائما	- 04
- 26	- ابدا	- 04
- 27	- ابدا	- 04
- 28	- دائما	- 04
- 29	- ابدا	- 04
- 30	- دائما	- 04
- 31	- ابدا	- 01
- 32	- ابدا	- 01
- 33	- دائما	- 01
- 34	- احيانا	- 02
- 35	- احيانا	- 02
- 36	- احيانا	- 02
- 37	- احيانا	- 02
- 38	- احيانا	- 02
- 39	- دائما	- 01
- 40	- دائما	- 01
- 41	- دائما	- 01
- 42	- دائما	- 01
- 43	- دائما	- 01
- 44	- دائما	- 01
- 45	- دائما	- 01

- 46	- دائما	- 01
- 47	- دائما	- 01
- 48	- احيانا	- 03
- 49	- احيانا	- 03
- 50	- احيانا	- 03
- 51	- ابدا	- 01

الحالة السادسة

- العبارات	- الاجابة	- التنقيط
- 01	- ابدا	- 04
- 02	- ابدا	- 04
- 03	- احيانا	- 02
- 04	- احيانا	- 02
- 05	- احيانا	- 02
- 06	- دائما	- 04
- 07	- غالبا	- 02
- 08	- غالبا	- 02
- 09	- دائما	- 04
- 10	- احيانا	- 03
- 11	- دائما	- 04

- 12	- احيانا	- 03
- 13	- ابدا	- 01
- 14	- نادرا	- 02
- 15	- ابدا	- 01
- 16	- ابدا	- 01
- 17	- احيانا	- 03
- 18	- دائما	- 01
- 19	- احيانا	- 02
- 20	- دائما	- 01
- 21	- احيانا	- 02
- 22	- احيانا	- 02
- 23	- دائما	- 01
- 24	- دائما	- 01
- 25	- دائما	- 01
- 26	- ابدا	- 01
- 27	- نادرا	- 02
- 28	- دائما	- 01
- 29	- دائما	- 01
- 30	- ابدا	- 04
- 31	- دائما	- 01
- 32	- دائما	- 01
- 33	- احيانا	- 03

- 34	- نادرا	- 02
- 35	- احيانا	- 03
- 36	- احبانا	- 03
- 37	- احيانا	- 03
- 38	- احيانا	- 03
- 39	- دائما	- 01
- 40	- دائما	- 01
- 41	- احيانا	- 02
- 42	- دائما	- 01
- 43	- دائما	01
- 44	- احيانا	- 02
- 45	- دائما	- 01
- 46	- دائما	- 01
- 47	- دائما	- 04
- 48	- احيانا	- 02
- 49	- دائما	- 01
- 50	- دائما	- 01
- 51	- احيانا	- 02