

عمادة الدراسات العليا

جامعة القدس

فاعلية برنامج شفاء الجروح في تخفيف أعراض القلق والضغط والاكتئاب
لدى الأشخاص ذوي البتر

سها فتحي حلس

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1441هـ / 2020م

فاعلية برنامج شفاء الجروح في تخفيف أعراض القلق والضغط والاكتئاب لدى الأشخاص ذوي البتر

إعداد

سها فتحي حلس

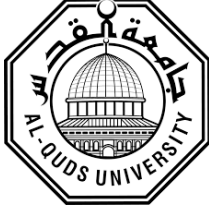
بكالوريوس علم الاجتماع - جامعة الأقصى - غزة

إشراف

د.أنور عبد العزيز العبادسة

قدم هذا البحث استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية/مسار العلاج النفسي/ كلية الصحة العامة/ جامعة القدس.

1441هـ - 2020 م



جامعة القدس
عمادة الدراسات العليا
كلية الصحة العامة

إجازة الرسالة

فاعلية برنامج شفاء الجروح في تخفيف أعراض القلق والضغط والاكتئاب
لدى الأشخاص ذوي البتر

إعداد الطالبة: سها فتحي حلس
الرقم الجامعي: 21720348

المشرف: د. أنور عبد العزيز العبادسة

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ 2020/06/06 م من أعضاء لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم وتواقيعهم.

1- رئيس لجنة المناقشة: د. أنور عبد العزيز العبادسة : التوقيع :

2- ممتحننا داخلياً: د. بسام أبو حمد : التوقيع :

3- ممتحننا خارجياً: د. ياسر أبو جامع : التوقيع :

القدس - فلسطين

1441هـ - 2020م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿وَقُلْ رَبِّ زِدْنِي عِلْمًا﴾

(طه: ١١٤)

إهداء

إلى من أحمل اسمه بكل فخر، إلى أبي الذي افتقدته، إلى من يرتعش قلبي لذكراه.
.....إلى روح والدي الطاهرة

إلى ينبوع الصبر والتفاؤل والأمل إلى الطيبة والحنان

.....أمي الغالية

إلى رمز العطاء والوفاء والدعم

.....زوجي العزيز

إلى روحي ونبض حياتي أبنائي الأعزاء

.....(دينا، مهند، محمد، غيداء، مؤيد، ليان)

إلى سندي في الحياة

.....إخوتي وأخواتي

إلى كل من وقف بجاني وأعطاني التفاؤل والأمل

.....زملائي وصديقاتي العزيزات

إلى كل من ساهم في هذا الغرس ولو بكلمة طيبة أو بدعاء بظهر الغيب

عرفاناً لهم بهذا الفضل أهدي ثمرة جهدي هذا.

الإقرار

أقر أنا معدّ الرسالة بأنها قدمت لجامعة القدس، لنيل درجة الماجستير، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة، باستثناء ما تم الإشارة له حيثما ورد، وأن هذه الرسالة، أو أي جزء منها، لم يقدم لنيل درجة عليا لأي جامعة أو معهد آخر.

سها فتحي حلس
صيا

التوقيع:

سها فتحي حلس

التاريخ: 2020/06/06م

شكر وتقدير

الحمد لله الذي أعانني على إنجاز وإتمام هذا العمل الصعب والشاق والذي لم يكن بالإمكان القيام به لولا فضل الله واصراري ومساعدة المخلصين الأوفياء الذين وقفوا إلى جانبي وساندوني ومنحوني الثقة والأمل والتفاؤل ولم ييخلوا بالدعاء لي بالنجاح والتوفيق.

بداية أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى جامعتي الغراء التي تحمل اسم قدس الأقداس جامعة القدس أبو ديس ذلك الصرح العلمي العظيم والشامخ.

إلى أساتذتي الأفاضل كل الشكر والتقدير والاحترام.

وتقديرًا واعترافًا مني أتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى الدكتور الفاضل/ أنور عبد العزيز العبادسة على تفضله بقبول الإشراف على هذه الدراسة، فكان خير موجه لي وكانت لتوجيهاته القيمة وملاحظاته البناءة أكبر الأثر في إخراجها إلى حيز الوجود.

كما يسعني أن أتوجه بالشكر والتقدير والاحترام إلى الإدارة العامة للصحة النفسية المجتمعية ودائرة خدمات الصحة النفسية وأخص بالذكر مراكز الصحة النفسية في عيادات الصوراني وغرب غزة وأبو شباك العاملين في برنامج شفاء الجروح على ما بذلوه من جهود وتعاون في سبيل انجاز هذا العمل.

وأخص بالذكر قسم البحث العلمي التابع للإدارة العامة للصحة النفسية لما أبدوه من تعاون مثمر في إنجاح هذا العمل المتواضع .

إلى أولئك الذين يحملون جروحهم أوسمة عز وفخار على صدورهم إلى عينة الدراسة من الأشخاص ذوي البتر الذين قبلوا مشكورين فكرة المشاركة في برنامج شفاء الجروح وإجراء هذه الدراسة عليهم .

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على " مدى فعالية برنامج شفاء الجروح في تخفيف أعراض القلق والضغط والاكتئاب لدى عينة من الأشخاص ذوي البتر، وتكونت عينة الدراسة من (60) من الأشخاص ذوي البتر، وتكونت العينة من مجموعتين ضابطة وتجريبية مناصفة (30) لكل منهما، اعتمدت الباحثة المنهج التجريبي، وقد تم استخدام مقياس القلق والضغط والاكتئاب (DASS) وقد قام بإعداده زيجموند وسنيث، وكذلك البرنامج الإرشادي شفاء الجروح، والمقابلات الفردية للأشخاص ذوي البتر، كما تم استخدام الأساليب الإحصائية الوصفية والاستدلالية التي تلائم أهداف الدراسة، وخاصة تحليل التباين المتكرر وتحليل التباين.

وقد توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في أعراض القلق والضغط والاكتئاب بين متوسطي المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي، كما أكدت الدراسة على وجود فروق دالة إحصائية في القلق والضغط والاكتئاب تعزي إلى القياسات المتكررة (قبلي، بعدي، تتبعي) لدى المجموعة التجريبية لصالح القياس القبلي، وعدم تأثر فاعلية البرنامج في خفض القلق والضغط والاكتئاب بالمتغيرات الديموغرافية (العمر، المؤهل العلمي، الحالة الاجتماعية، العمل، تاريخ الإصابة)، أي أن البرنامج فعال بصرف النظر عن الخصائص الديموغرافية للحالة .

وتعزو الباحثة فاعلية البرنامج إلى أن هؤلاء الأشخاص من ذوي البتر يعانون من أعراض القلق والضغط والاكتئاب من تأثير عملية البتر، وهم بحاجة ماسة لبرنامج شفاء الجروح والذي أظهرت النتائج مدى فاعليته في تخفيف تلك الأعراض النفسية، لذا توصي الباحثة ببناء وحدات إرشادية نفسية بمؤسسات رعاية ذوي الإعاقة مهمتها توفير البرامج الإرشادية بشكل مستمر لمواجهة الأخطار النفسية التي ترافق إعاقة البتر، وتفعيل برامج المشاريع التشغيلية والتأهيل المهني لحالات البتر للوصول بهم للاستقلالية والتكيف النفسي المجتمعي في حياتهم اليومية، والتوعية الإعلامية بحقوق ذوي الإعاقة وأهمية دمجهم في المجتمع.

Abstract

The current study aimed to identify "the effectiveness of the wound healing program in relieving symptoms of anxiety, stress and depression in a sample of persons with amputation. The study sample consisted of (60) persons with amputation , and the sample consisted of two equal and experimental control groups (30) each, The researcher adopted the experimental approach ,and the Anxiety, Stress, and Depression Scale (DASS) was used and prepared by Zigmond and Seneth, as well as the wound healing pilot program and individual interviews for persons with amputation, and descriptive and inferential statistical approach were used that suit the study objectives, especially frequent variance analysis and covariance analysis.

The study found that there were no statistically significant differences at the level of significance ($0.05 \geq \alpha$) in the symptoms of anxiety, stress and depression between the mean of the control and experimental group in the post-measurement, and the study also confirmed the presence of statistically significant differences in anxiety, stress and depression attributable to repeated measurements (pre, post, and traceability) the experimental group in favor of pre-measurement, and the effectiveness of the program in reducing anxiety, stress and depression was not affected by demographic variables (age, educational qualification, marital status, work, injury history), meaning that the program is effective regardless of the demographic characteristics of the condition.

The researcher attributes the effectiveness of the program to the fact that these people of amputation suffer from symptoms of anxiety, stress and depression from the effect of amputation, and they are in urgent need of a wound healing program, which results showed the extent of its effectiveness in relieving these psychological symptoms, so the researcher recommends building psychological counseling units in care institutions with disabilities Its mission is to continuously provide counseling programs to confront the psychological dangers that accompany amputation impairment, activate operational projects programs and vocational rehabilitation for amputation cases to reach them for independence and societal psychological adaptation in their daily lives, and informational awareness of the rights of persons with disabilities and the importance of integrating them into society.

الفصل الأول

مقدمة

الفصل الأول

1.1 مقدمة

يتعرض الإنسان لإعاقات جسدية كثيرة منها بتر بعض أو كل أطرافه منذ بدء الخليقة حتى يومنا هذا، بسبب ما يشهده العالم من صراعات وحروب وكوارث طبيعية وأمراض وإصابات عمل وحوادث طرق سببت لهم إعاقات جسدية وعجزاً متفاوتاً في نسبته بين شخص وآخر، فخلقت مخزوناً هائلاً من المعاناة الانسانية والأضرار النفسية والجسدية التي تصاحبهم طوال حياتهم .

لازال الشعب الفلسطيني يعيش تحت الاحتلال منذ عقود، وقد نتج عن بطشه العديد من الإعاقات ومن هؤلاء الأشخاص ذوي البتر الذين ربما يعانون من مشكلات جسدية ونفسية مستديمة.

وكجزء ومكون رئيس من الوطن الفلسطيني، فإن قطاع غزة المحاصر يعتبر المكان الأكثر فقراً وكثافة سكانية، حيث تعرض في السنوات الاثنى عشر الأخيرة لأحداث الانقسام، و لثلاث حروب متتالية استخدم خلالها الاحتلال أسلحة الفتك والدمار الشامل والمحرمة دولياً، والتي تتنافى مع كل المعايير الأخلاقية والإنسانية، والتي تركت اثراً على الأصعدة والمناحي الحياتية والاقتصادية والاجتماعية والنفسية كافة، وأدت إلى ارتفاع الآلاف من الشهداء، ووقوع عشرات الآلاف من الجرحى.

ويُعاني 70% من سكّان قطاع غزة المُحاصَر من انعدام الأمن الغذائي، كما أن 33.8% منهم يعيشون تحت خط الفقر المدقع، ويعاني أيضاً من زيادة في نسبة البطالة حيث بلغت نسبتها حوالي 46% (المركز الفلسطيني للإعلام، 2020).

ولم يتوقف الشعب الفلسطيني عن ابتداع وابتكار أشكال وأساليب متعددة من المقاومة، ومنها على سبيل المثال مسيرات العودة وكسر الحصار التي انطلقت في الثلاثين من آذار 2018 كنوع من أنواع المقاومة الشعبية الواسعة بأدوات سلمية قابلها الاحتلال باستخدام الرصاص الحي والمتفجر الذي أوقع العديد من الشهداء والجرحى وبعضهم قد تم إجراء عملية بتر عضو أو أكثر من أطرافهم.

ومنذ انطلاقها وحتى 29/3/2019 استشهد (266) شهيد و(30398) إصابة منها (16027) تم التعامل معها في المستشفيات، وحالات أشخاص ذوي البتر بلغ عددهم (136) حالة منها (122) أطراف سفلية، و(14) أطراف علوية (وزارة الصحة، نظم المعلومات، 2019-2018).

كما أشار مركز الأطراف الصناعية بأن الأشخاص ذوي البتر في قطاع غزة نتيجة الحروب وغيرها المسجلين لديها بلغ عددهم حوالي (1600) شخص في 2019 (مركز الأطراف الصناعية، 2019). ويعتبر البتر في حد ذاته نوعاً من أنواع الإعاقة، يمر خلالها الفرد المتضرر بمراحل متعددة، قد تغير منظومة الإحساس بالأمن والسلام (القاضي، 2009:3).

كما ويؤدي البتر الى حدوث صدمة إنفعالية شديدة ينشأ عنها شعور عام بالخسارة باعتبار أن الأشخاص ذوي البتر فقدوا عضواً مهماً من جسدكم فبدأوا بتغيير مفهومهم عن ذاتهم بإنشاء أفكاراً جديدةً حولها (علوان، 2005).

ولا شك أن للبتر تأثير سلبي على وضعهم النفسي والاجتماعي والصحي، وقد جاء ذلك في دراسة (بكير، وآخرون، 2019) أن هناك بعض الآثار النفسية المترتبة على البتر، كما أن هناك شعوراً بالعجز والنقص وصعوبة في التكيف والتأقلم، بجانب التأثير السلبي على الأداء الوظيفي والمهني.

وقد يعاني الأشخاص ذوي البتر من أعراض نفسية مثل القلق والضغط والاكتئاب، حيث يعتبر القلق النفسي من أهم الأعراض والاضطرابات النفسية التي يصاب بها ذوو البتر وتؤثر على جوانب حياتهم النفسية.

كما يعرف الضغط على أنه "عدم قدرة الفرد على التكيف مع الحياة الاجتماعية كمتطلبات الحياة نتيجة إدراك عقلي خاطئ للأمور الحياتية مما يسبب قلق وتوتر عاطفي"

ويعتبر الاكتئاب من الاضطرابات الشائعة على مستوى العالم برمته، حيث يؤثر على أكثر من 300 مليون شخص. ويختلف الاكتئاب عن التقلبات المزاجية العادية والانفعالات العاطفية التي لا تدوم طويلاً، كاستجابة لتحديات الحياة اليومية، وقد يصبح الاكتئاب حالة صحية خطيرة تؤثر على حالة الشخص النفسية والجسدية .

وقد أكدت دراسة على، الغرة (2019) على أن هناك علاقة للأعراض النفسية لأبعاد القلق والأعراض الجسدية والاكتئاب، كما أكدت على أن أعلى معدل ظاهر هو القلق .

يعاني مبتورو الأطراف من الضغوط الجسدية والنفسية لذلك فهم بحاجة لتوفير الدعم النفسي والدعم التقني المتمثل في توفير الأطراف الصناعية لهم، ولعلاج هؤلاء الجرحى تم عقد جلسات علاج نفسي جماعية لهم ضمن برنامج "شفاء الجروح"، والتي تضمنت التفريغ النفسي، والتعبير عن الذات، وتعلم أساليب التكيف الصحية ومهارات حل المشكلة، وأساليب الاسترخاء وكيفية التعامل مع أقرانهم الذين تعرضوا لصدمات ومشاكل حياتية وما نتج عنها من إعاقات.

يعتبر برنامج "شفاء الجروح" طريقة جديدة للحد من مستوى التوتر والأعراض النفسية بين الأشخاص ذوي البتر، كما يتميز هذا البرنامج بطابعه المجتمعي، وتتفذه عيادات الصحة النفسية المجتمعية المنتشرة في جميع محافظات قطاع غزة بالتعاون مع اللجنة الدولية للصليب الأحمر، حيث يتم من خلال هذا البرنامج عقد جلسات من قبل فريق من المختصين من الأطباء والتمريض والاختصاصيين النفسيين والاجتماعيين بالإضافة إلى تنظيم زيارات منزلية لذوي البتر كنوع من إشراك الأسرة في هذا البرنامج.

من هنا جاء هدف هذه الدراسة وهو التعرف على مدى فاعلية برنامج شفاء الجروح في تخفيف أعراض القلق والاكتئاب والضغط لدى الأشخاص ذوي البتر.

1.2 مشكلة الدراسة:

قطاع غزة لا يزال يرزخ تحت وطأة الحصار الخانق من جميع جهاته، حيث أصبح سجنا لمليونين من المواطنين.

وذكرت منظمة الصحة العالمية، أن الصحة النفسية للفلسطينيين تتأثر جراء التعرض للعنف وظروف الاحتلال المزمن، حيث يشكل اعتلال الصحة النفسية أحد أهم التحديات التي تواجه الصحة العمومية، موضحة أن حوالي 210 ألف مواطن يعانون من اضطرابات صحية نفسية وخيمة أو متوسطة في قطاع غزة.

وتشكل خبرة بتر لأحد الأطراف أحد أهم التأثيرات السلبية النفسية والاجتماعية التي تؤثر على الأشخاص ذوي البتر، وقد جاء ذلك في دراسة (بكير وآخرون، 2019) بأن هناك آثار مترتبة نفسية على البتر، كما أن هناك شعور بالعجز والنقص وصعوبة في التكيف والتأقلم بجانب الأداء الوظيفي والمهني.

كما أشارت دراسة (Rajiv, 2009) بأن هناك وجود لاضطراب القلق والاكتئاب لدى الأشخاص ذوي البتر .

لكن هناك فجوة معرفية في مجال التدخلات الإرشادية المعرفية للأشخاص ذوي البتر فجاءت هذه الدراسة استجابة للمساهمة في سد هذا النقص في المعلومات من خلال قياس فاعلية برنامج شفاء الجروح كبرنامج إرشادي يساهم في تخفيف أعراض القلق والضغط والاكتئاب لدى الأشخاص ذوي البتر، وكون الباحثة تعمل منذ ثلاث سنوات مع ذوي البتر فقد آثرت أن تتابع هذه الفئة وتقف على أعم الأعراض التي يعانون منها ومدى فاعلية برنامج شفاء الجروح في تخفيف تلك الأعراض.

وهنا جاءت فكرة الدراسة الحالية والتي تتمثل مشكلتها في السؤال الرئيس التالي:

" ما مدى فاعلية برنامج شفاء الجروح في تخفيف أعراض القلق والضغط والاكتئاب لدى عينة من الأشخاص ذوي البتر؟ "

ويتفرع من السؤال الرئيس الأسئلة التالية:

1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق والضغط والاكتئاب في القياس البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة؟.

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق والضغط والاكتئاب بين القياسات المتعددة (قبلي، بعدي، تتبعي) لدى المجموعة التجريبية؟.

3- هل تتأثر فعالية البرنامج في خفض القلق والضغط والاكتئاب بحسب المتغيرات الديمغرافية (العمر، الجنس، التحصيل الدراسي، الحالة الاجتماعية، الوضع الاقتصادي، سبب الإصابة، تاريخ الإصابة) ؟

4-ما مدى رضى الأشخاص ذوي البتر عن برنامج شفاء الجروح ؟

1.3 اهداف الدراسة:

• الهدف العام:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج شفاء الجروح في تخفيف أعراض القلق والضغط والاكتئاب لدى عينة من الأشخاص ذوي البتر.

• الأهداف الفرعية:

1- التعرف على الفروق في أعراض القلق والضغط والاكتئاب في القياس البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة .

2- التعرف على الفروق في خفض أعراض القلق و الضغط والاكتئاب التي تعزى إلى القياسات المتعددة لدى المجموعة التجريبية .

3- التعرف على أثر المتغيرات الديمغرافية على فاعلية برنامج شفاء الجروح .

4- التعرف على مدى رضى الاشخاص ذوي البتر عن برنامج شفاء الجروح؟

1.4 مبررات الدراسة وأهميتها:

يحتاج الأشخاص ذوو البتر إلى توفير رعاية شاملة بصورة أفضل، ولابد من توعية المجتمع ومقدمي الرعاية الصحية والأسرة للاحتياجات النفسية والاجتماعية الإضافية لمبتوري الأطراف (Bhutani S, Others, 2016).

تتبع أهمية الدراسة ومبرراتها من الموضوع الذي تناولته الدراسة وهي فاعلية برنامج شفاء الجروح الذي تنفذه الإدارة العامة للصحة النفسية بالتعاون مع الصليب الأحمر .

ونظرا لقلّة الدراسات التي تناولت موضوع فاعلية برنامج دعم نفسي اجتماعي في البيئة العربية عموما والبيئة الفلسطينية بشكل خاص فإن الباحثة تأمل ان تكون هذه الدراسة بمثابة إضافة إلى التراث السيكولوجي وإسهام جديد في إثراء المكتبات العلمية في الوطن العربي وفلسطين .

- تسهم هذه الدراسة وتوصياتها في إفادة العاملين في مجال الصحة النفسية على تقديم خدمات نفسية أفضل لدى فئة ذوي البتر من خلال برنامج دعم نفسي اجتماعي لهم.
- تساهم هذه الدراسة في إفادة العاملين في المؤسسات الخاصة والحكومية المهتمة بحالات البتر باستخدام هذه البرامج في تخفيف حدة أعراض القلق والضغط والاكتئاب، ولتقديم خدمات نفسية اجتماعية أفضل لذوي البتر.

1.5 حدود الدراسة

• الحد المكاني:

تمت هذه الدراسة على محافظات قطاع غزة.

• الحد الزمني:

تم اجراء الدراسة في عام 2019 - 2020.

1.6 مصطلحات الدراسة:

مفهوم الفاعلية

تعرف الفاعلية أنها إحدى معايير قياس نجاح المنظمات في تحقيق أهدافها والوصول إلى غاياتها، وبلوغ رسالتها والالتزام برؤيتها والتمسك بقيمها (الكبيسي، 2010).

برنامج شفاء الجروح

برنامج يستفيد منه الأشخاص ذوو البتر (نتيجة الاصابة الجسدية أو المضاعفات المرتبطة بمرض السكري) في مركز الاطراف الصناعية ومستشفيات وزارة الصحة، ومراكز الصحة النفسية المجتمعية التابعة لوزارة الصحة من الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي وذلك لتسهيل وتحسين إعادة التأهيل البدني والنفسي والاجتماعي، ويتم ذلك بالشراكة بين اللجنة الدولية للصليب الاحمر من جانب

ومركز الاطراف الصناعية والإدارة العامة للصحة النفسية المجتمعية من جانب آخر لتعزيز الوصول ونوعية الصحة النفسية والاجتماعية في مستويات مختلفة من الاهتمام (اللجنة الدولية للصليب الاحمر، 2019).

وصف البرنامج:

يعتبر برنامج شفاء الجروح برنامج تدخل إرشادي يهدف الى تخفيف مشاعر القلق والضغط والاكتئاب وإعادة دمج أشخاص ذوي البتر في المجتمع ليصبحوا أكثر استقلالية واعتماداً على أنفسهم ، التدخل يكون خلال عشر جلسات، جلسة اسبوعياً، حيث يتم استخدام (DASS) لتقييم مشاعر القلق والضغط والاكتئاب قبل البرنامج وبعده وبعد شهرين للمتابعة.

قام بإعداده فريق من المختصين من الأطباء والتمريض والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين العاملين في الإدارة العامة للصحة النفسية بالتعاون مع اللجنة الدولية للصليب الاحمر.

الضغط النفسي Stress

ذهب علي (2000) إلى أن "الضغوط ماهي إلا سلسلة من الأحداث الخارجية التي يواجهها الفرد نتيجة تعامله مع البيئة المحيطة به، والتي تفرض عليه سرعة التوافق في مواجهته لهذه الأحداث لتجنب الآثار النفسية والاجتماعية السلبية والوصل إلى تحقيق التوافق" (علي، 2000:86).

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه :"الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس (DASS)".

القلق Anxiety

القلق هو شعور عام بالفزع والخوف من شر مرتقب وكارثة توشك أن تحدث، والقلق استجابة لتهديد غير محدد كثيراً ما يصدر عن الصراعات اللاشعورية ومشاعر عدم الأمن والنزاعات الغريزية الممنوعة المنبعثة من داخل النفس، وفي الحالتين يهيئ الجسم وتتسارع النفس ونبضات القلب، فتتوتر العضلات، إمكانياته لمواجهة التهديد (بحر، 2017).

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه :" الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس (DASS) .

الاكتئاب Depression

يعرف بيك (1967) الاكتئاب على "أنه تغير محدد في المزاج ووجود مشاعر الحزن والوحدة واللامبالاة ومفهوم سالب عن الذات مصاحب لتوبيخ الذات ولومها مع الرغبة في الهروب والاختفاء والموت وتغيرات في النشاط كما يبدو في صعوبة وفقدان للشهية" (Beck,1967:6).
وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه : "الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس (DASS)".

البتر Amputation

عرفه علي و عبد الهادي (1997) بأنه حالة من العجز الجسمي تحدث للفرد في أية مرحلة من مراحل عمره وهو عبارة عن استئصال جزء من أجزاء جسم الإنسان تتم هذه العملية لإنقاذ حياته أو لتحسين أداء العضو الذي تمنعه الإصابة من القيام بوظيفته .

الفصل الثاني

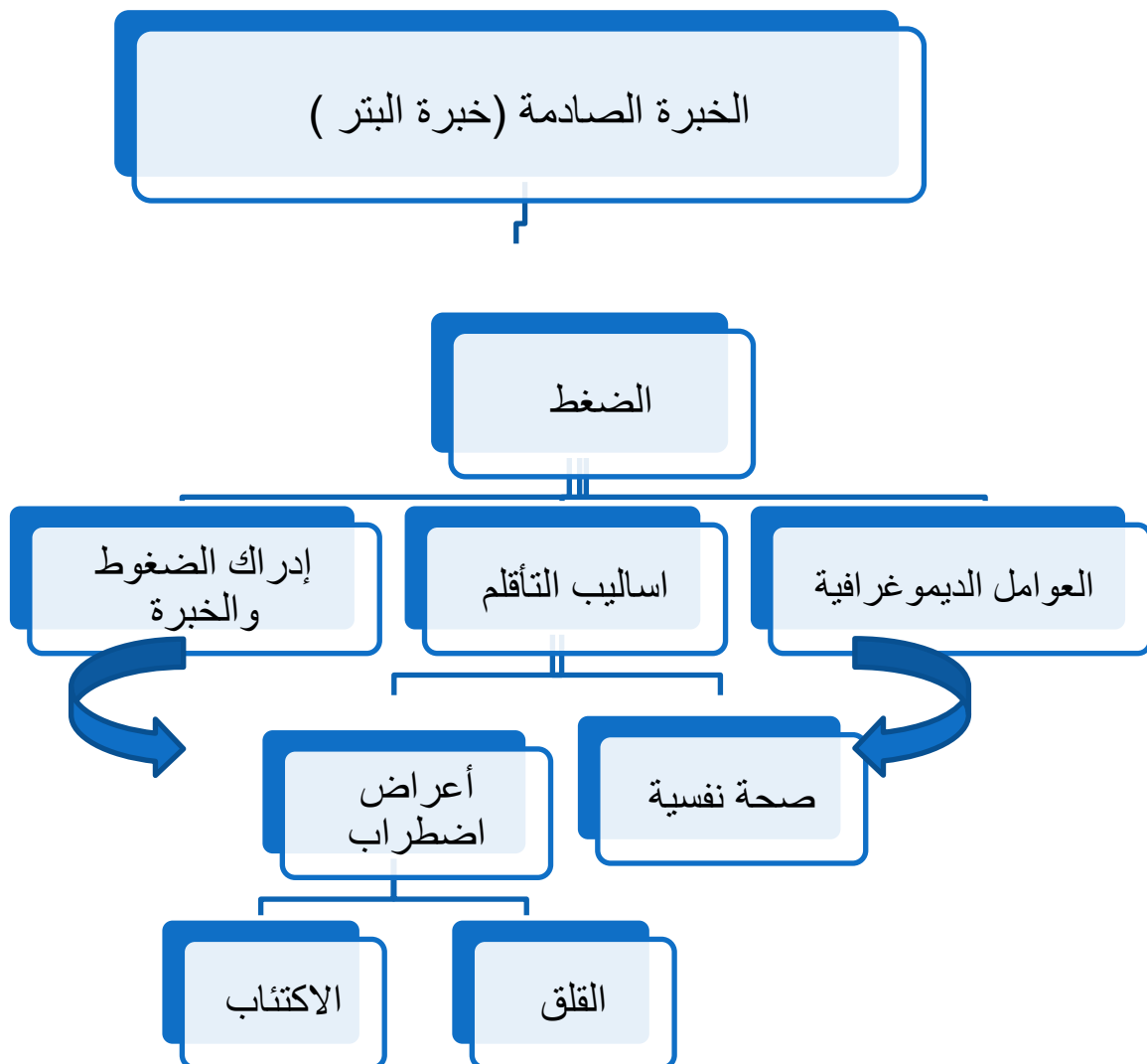
الإطار النظري

- ❖ خبرة البتر.
- ❖ الضغوط النفسية .
- ❖ خبرة البتر والقلق .
- ❖ خبرة البتر والاكتئاب .
- ❖ التدخل بعد البتر وبرنامج شفاء الجروح .

الفصل الثاني

الإطار النظري

الاطار المفاهيمي:



- تقوم الباحثة بتناول الاطار المفاهيمي الذي يوضح أن خبرة بتر أحد الاطراف تعد واحدة من أهم الخبرات الصادمة التي يتعرض لها الفرد في حياته.
- وتوضح الباحثة دور التكيف النفسي السلبي في زيادة الضغوط التي يتعرض لها الشخص ذوي البتر وتؤكد مدى قدرة الفرد على التأقلم مع الضغوط يركز على أساليب التأقلم الايجابية وإدراك الضغوط .
- حيث أن التأقلم الإيجابي سيؤدي إلى صحة نفسية أفضل للفرد في حين أن زيادة الضغوط ستؤدي إلى ظهور أعراض الاضطراب مثل القلق والاكتئاب .

2.1 خبرة البتر

2.1.1 تمهيد

عرفت الإعاقة منذ وجود الإنسان على هذه الأرض، حيث لا يخلو أي مجتمع من وجود أفراد ذوي إعاقة فيه، ويعتبر البتر في حد ذاته إعاقة لما فيه من فقدان لأحد أعضاء الجسم، وقد تمثل الإعاقة عموماً، والبتر خصوصاً مشكلة جسمانية واقتصادية واجتماعية ونفسية، وتترك آثارها على الأفراد والمجتمع عامة.

وتعاني جميع المجتمعات من وجود الأشخاص ذوي البتر، ولكن نسبة انتشارهم تختلف من مجتمع لآخر، فغالباً ما يكون البتر في المجتمعات يعود لأسباب خلقية ، أو أمراض، أو حوادث أو حروب (Tierney, 2006).

وقد أورد (John C.Racy, 2008) أن البتر يشكل تهديداً ثلاثياً، يتمثل في فقدان الإحساس، وفقدان الوظيفة للطرف أو الجسد، وحدث خلل في صورة الجسد.

وفي ملاحظات مسحية إحصائية للجنة الوطنية الأمريكية (2009): (أن البتر في الدول الصناعية الكبرى يكون غالباً في الأعمار الكبيرة لأسباب الحالة الصحية أما الأسباب الشائعة للبتر لدى الأعمار الصغيرة هي الناتجة عن العمل سواء كهرباء أو ميكانيك أو كيميائيات أو جروح) .

وقد أظهرت الإحصاءات أيضا بأن السبب الشائع للبتير في الدول غير الصناعية هي الصدمات الناتجة عن الصراعات العسكرية والعنف المدني الأهلي، والتي تطل الصحة العامة للأفراد بالبتير والقتل والجروح (Paul Kennedy, 2012).

وترى الباحثة أن المجتمع الفلسطيني يتميز بخصوصية العوامل المؤدية للبتير؛ وذلك بسبب الاعتداءات الإسرائيلية المستمرة التي أدت بشكل واضح لظهور هذه الشريحة من الأشخاص ذوي البتر، خاصة أثناء الحروب الثلاثة الأخيرة، والمواجهات المستمرة مع جنود الاحتلال على حدود غزة والقصف الجوي المستمر على منازل الأمنيين في جولات العدوان المستمرة والمواجهات الأخيرة مع الاحتلال في مسيرات العودة والتي خلفت عددا من حالات الأشخاص ذوي البتر .

ومما لا شك فيه أن البتر يؤدي إلى إحداث تغيرات في مسار حياة الشخص ذي البتر، فيظهر لديه بعض المشكلات النفسية والاضطرابات التي غالباً ما تكون بحاجة لتدخل المختصين؛ من أجل التخفيف من وطأة هذه الآثار النفسية وخلق قدرة على التكيف مع ظروف وتبعات البتر .

2.1.2 تعريف البتر:

أورد كل من أبو غالي (2014) Bassert, M, Joanna M, Dennis, (2014) Ruth ، Wittman Price, et (2013)، القاضي (2009)، علي وعبد الهادي (1997)، Rains (1995) تعريفاً للبتير وقد اتفق جميعهم على أن البتر هو حالة من الإزالة أو الفقد لأي جزء أو طرف لإنقاذ حياة الفرد أو لتحسين أداء العضو الذي تمنعه الإصابة من القيام بوظيفته .

وقد عرفته أبو غالي (2014) بأنه حالة من حالات العجز التي يفقد فيها الفرد أحد أطرافه أو بعضها أو كلها، إما بالجراحة أو الحوادث أو الحروب، نتج عن ذلك إعاقة حركية أثرت على أداء الشخص لأدواره الاجتماعية .

وتناولت دراسة القاضي (2009) البتر على أن خبرة البتر هي حدث يعيشه بعض الأفراد ويستمر معه لأنه يرتبط بمظاهر إشكالية متنوعة بعضها نفسي والآخر حركي والثالث متعلق بالنواحي الاجتماعية أو الاقتصادية وقدرة هذا الشخص على كسب عمله .

ومن خلال ما سبق ترى الباحثة أن البتر : هو عملية فقد أحد أو كل أطراف الشخص، أو استأصل جزء من إحديهما، ونتج عن ذلك إعاقة جسمية منعه من القيام بوظائفه وبأدواره الاجتماعية، كما أثرت على توافقه وتكيفه مع البيئة والأسرة والمجتمع أو مع ذاته.

2.1.3 أنواع البتر:

صنف كل من الأزهرى وأبو هشيمة (2010) والشريف (2011) ومعافي (2013) أنواع البتر إلى بتر للأطراف العلوية وبتر للأطراف السفلية حيث أورد الأزهرى وأبو هشيمة (2010) إلى أن البتر مقسم إلى : بتر الطرف العلوي، بتر في الطرف السفلي، بتر في الطرفين العلويين، بتر في الطرفين السفليين، بتر في الطرف العلوي مع بتر في الطرف السفلي (البتر المختلط).

وأضاف الشريف أن أنواع البتر تتمثل في بتر الأطراف السفلية وتشمل: بتر القدم (بتر الأصبع القدم، بتر منتصف القدم)، بتر الساق، بتر الفخذ، فصل الركبة، فصل الحوض.

أما معافي (2013) فترى بأن بتر الأطراف العلوية يشمل:

بتر اليد (اليد كلها أو الأصابع فقط أو أي أصبع) فصل الرسغ، بتر عظمة الساعد، بتر عظمة العضد .

2.1.4 أسباب البتر:

ذكر Adrian cristian (2006) أسباب البتر متمثلة في عدم جريان الدم في دورته الطبيعية وانحباسه عن بعض المناطق في الجسم ووجود إلتهاب في الأقدام، مرضى السكر (خاصة لديهم احتمالات لخطر البتر عالية)، مرض السرطانات، إصابات ناتجة عن (الحروب، حوادث طرق، أو حوادث يتعرض فيها الجسم لصدمات وارتطامات)، بتر ناتج عن إعاقات خلقية.

2.1.5 نسبة انتشار البتر:

واجهت الباحثة صعوبة أثناء البحث عن نسبة البتر في قطاع غزة حيث أنها حصلت على نسبة ذوي الاحتياجات الخاصة من نظم المعلومات لوزارة الصحة الفلسطينية (2018) والتي بلغت في قطاع

غزة (50.070) حالة وشكل الأفراد الذين لديهم صعوبة في الحركة أعلى نسبة حيث كانت 44.2% من إجمالي ذوي الاحتياجات المسجلين .

تم الحصول على عدد الأشخاص ذوي البتر من مركز الأطراف الصناعية حيث يبلغ عدد المسجلين لديها (1600) شخص (مركز الأطراف الصناعية، 2019).
كما سجلت OCHA في تقريرها أن عدد الأشخاص ذوي البتر من مسيرات العودة هو (137) شخص (OCHA, 2019).

2.1.6 أثر خبرة البتر على الشخص الذي تعرض للبتر:

تترك عملية البتر آثارًا جسدية واجتماعية ونفسية على الشخص ذي البتر خاصة، وعلى المجتمع المحيط فيه عامة، فتتأثر جميع الجوانب الحياتية للفرد، حيث ذكرت معافي (2013) أن الشخص ذا البتر يتأثر وجدانياً، ويتمثل ذلك في عدم الشعور بالأمان والشعور بالوحدة والظلم والإحساس بالاكنتاب والقلق، كما يتأثر جسمانياً، ويتمثل في التهابات الجلدية وضعف المناعة، كما يؤثر البتر عليه من الناحية الروحانية، ويتمثل ذلك في فقدان الأمل، كما يتأثر سلوكياً وذلك بالميل إلى العزلة والانسحاب والحساسية المفرطة وقلة العلاقات الاجتماعية.

وترى الباحثة أن تجربة البتر يترتب عليها العديد من الآثار على الفرد بشكل أكبر من التعرض لأية صدمة أخرى، وبالتالي تؤثر على صحته النفسية والعقلية، حيث ينتج عنها أيضاً آثاراً سلبية على حياة الفرد المبتور أطرافه كالاكتئاب والقلق والضغط والذي سوف تتطرق له بنوع من التفصيل لاحقاً.

2.1.7 مراحل ردود الفعل الناتجة عن خبرة البتر الصادمة:

إن الأشخاص الذين يتعرضون لتجربة البتر الصادمة يظهرون ردود الأفعال التالية:

مرحلة الإنكار:

غالبًا ما تكون ردود الفعل لدى هؤلاء الأشخاص هو الإنكار والرفض لما حدث، وذلك نتيجة إخباره من طرف ليس له علاقة بالشخص المبتور، كالطبيب المعالج بأنه قد تعرض لبتر أحد أطرافه، ويكون المبتور رافضاً لواقع جسمه الحالي لإدراكه أن وضع البتر نهائي لا عودة فيه، وترى خلف (2012) أن الإنكار قد يكون نتيجة فهم الفرد ذي البتر للواقع والحقيقة المؤلمة، وبعض الأفراد الذين يقبلون

وضعهم الجديد تستمر معهم حالة الإنكار بين فترة وأخرى، ويتكلم الفرد بواقعية شديدة عن وضع جسده الجديد حتى يهرب من الواقع أو حتى ينكر شدة إعاقته ومدى تأثيرها .

مرحلة الغضب:

إن الشخص ذو البتر يزداد غضبه نظرًا لاضطراب خطته في الحياة، لدرجة توجيه الكراهية نحو الأفراد الذين يتمتعون بحياتهم في ظل جسد سوي، ويكون الفرد مضطرب السلوك ويميل إلى خلق المشاكل للعائلة والأطعم الطبية التي تتعامل معه، لأنه بذلك يعبر عن مشاعره السلبية وتكون مقاومته تجاه البيئة التي تحيط به متمثلة في صعوبة تقبل الأطراف الصناعية (القاضي، 2009).

وإن بعض الأشخاص ذوي البتر إذا شعروا أنهم مرفوضون من الآخرين عبروا عن ذلك برفضهم للطرف الصناعي، ولسوء الحظ فإن الأفراد المحيطين بالأشخاص ذوي البتر تتولد لديهم أحيانًا مشاعر سيئة إذا اعتقدوا أن الغضب الذي يظهره الشخص ذا البتر بمثابة هجوم شخصي عليهم، وهذا من إحساس الشخص ذي البتر بالغضب.

مرحلة المساومة:

يتولد لدى الشخص ذي البتر رغبة في تأجيل العودة إلى روتين الحياة العادي ورغبة في أن يمكث فترة أطول في المستشفى، ويظهر رغبته الملحة في الشفاء أو بالأخص يتمنى لو يعود الجزء المفقود من جسمه، مهما عظم أو ارتفعت قيمة ما يدفعه من ثمن مقابل رجوع جسده إلى السواء (أبو القمصان، 2016).

مرحلة الاكتئاب:

إن اعتراف الشخص ذي البتر بواقعه الجديد يدفعه إلى عدم إنكار إعاقته والواقع الذي لا يمكن أن يتغير، وتحل حالة الاكتئاب محل مشاعر الغضب والإحباط، ويعتبر البتر من الأسباب النفسية ذات المنشأ العضوي للاكتئاب (زيدان، 2018).

مرحلة التقبل:

وهي من المراحل المهمة من حياة الشخص ذي البتر حيث تتحقق هذه المرحلة عندما يصبح لدى ذلك الشخص قدرة على استخدام آليات التكيف وقبول الواقع الجديد دون غضب أو رفضه (Arcel & Etal, 1988).

2.1.8 ضغوط البتر (الصحية، الاجتماعية، الاقتصادية، النفسية) :

ترتبط عملية بتر جزء من جسم الإنسان بضغوط متنوعة صحية، حركية، اجتماعية أو اقتصادية أو نفسية، كما تتعلق بقدرته على كسب قوته و استخدام الأجهزة التعويضية وبخاصة في عملية التأهيل بعد بتر جزء أو حدوث بتر.

وقد تناول كل من القاضي (2016)، عثمان (2000)، وكاهوت (1985) موضوع الضغوط التي يعاني منها الأشخاص ذوي البتر حيث إن عملية البتر تترك ضغوطاً على الفرد لا تقل خطورة عن الضغوط التي تنتج عن أي صدمة أخرى وقد ينتج عنها اضطرابات نفسية أو عصبية تؤثر على صحة الفرد النفسية والعقلية، يطرأ تغيير على السلوك والوجدان والروح والمعرفة، مما يؤثر على حياة الافراد المبتورين، وأكد كاهوت (1985) أن بعض الأفراد الذين يتقبلون وضعهم الجديد تستمر معهم حالة الإنكار بين فترة وأخرى، ويقول عثمان (2000) أن بعض المبتورين إذا شعروا أنهم مرفوضون من الآخرين عبروا عن ذلك برفضهم للطرف الصناعي.

وقد اتفق كل من القاضي (2016)، الرنتيسي (2008)، أبو النصر (2005)، محمد والسيبي (2011)، الرويشدي (2001)، حسن وحسين (2006)، دسوقي (1991)، عبد المعطي (1992) على أن أهم الضغوط التي يعاني منها الاشخاص ذوي البتر تتمثل في الضغوط الصحية، الاجتماعية، الاقتصادية والنفسية والتي تتمثل فيما يلي:

1/ ضغوط صحية ومشكلات استخدام الأجهزة التعويضية :

إن الإنسان المصاب بالبتر لأحد أعضائه أو أكثر من عضو فإنه يفقد وظيفة من وظائف هذا العضو ولا يستطيع الحصول على الإشباع وبالتالي لا يستطيع أداء هذه الواجبات لذلك فإنه يجد أمامه أحد الحلول التالية:

1. أن يتجنب القيام بالنشاط أو العمل المنوط اليه .
2. أن يقوم الشخص ذوي البتر بتعويض العضو المبتور منه عن طريق استغلال الأطراف المتبقية لديه بأقصى طاقة بدنية ممكنة.
3. يؤدي الوظيفة بالاستفادة من الطرف الصناعي الذي يحل محل الطرف المبتور .
وأن يستخدم المصاب بالبتر الحلول الثلاثة البديلة في فترات متفاوتة ويتوقف ذلك على الموقف الذي يواجهه (الرنيتسي، 2008).

2/ الضغوط الاجتماعية:

وهي المواقف التي تضطرب فيها علاقات الفرد بمحيطه داخل الأسرة وخارجها خلال أدائه لدوره الاجتماعي أو يمكن أن نسميه بضغوط سوء التكيف مع البيئة الاجتماعية الخاصة لكل فرد، ويرى فهمي (1998) أن من أهم الضغوط الاجتماعية التي يعاني منها الأشخاص ذوو البتر هي :

أ. الضغوط الأسرية :

تعتبر الأسرة البناء الاجتماعي الذي يخضع لقاعدة التوازن وتتميز بالتساند والتكامل والاستمرار ووضع المعاق في أسرته لابد أن يحيط علاقاتها بقدر غير يسير من الاضطراب في أداء دوره الاجتماعي داخل الأسرة وافتقار المعاق لأداء دوره يشكل عبئا على أدوار الآخرين فضلاً عن ردود الأفعال السلبية لعجزه عن هذا الأداء (فهمي، 1998).

ب. ضغوط ترويحية :

تؤثر الإعاقة على قدرة المعاق في الاستمتاع بوقت الفراغ، سواء بالنشاط الترويحي الذاتي أو بالنشاط الترويحي الجماعي فممارسة المعوق لأي نوع من أنواع النشاط يتطلب طاقات خاصة قد لا تتوفر عنده، كما أن أجهزة الترويح العامة معدة أساساً للأصحاء، فضلاً عن العقبات التي تصادف المعوق عند ارتياد أماكن الترويح أو الحدائق العامة والأندية وما شابه ذلك (أبو النصر، 2005).

ج. مشكلات العلاقات الاجتماعية:

تعتبر القاضي (2016)، ومحمد والسيبي (2011) أن أهم الضغوط التي يتعرض لها الأشخاص ذوو البتر هي ضغوطات لها صلة بالحياة الاجتماعية، حيث إن جماعات الصداقة تمثل حاجة أساسية للفرد خاصة في المراحل الأولى من العمر، وأثر علاقات الصلابة المباشرة على النمو الاجتماعي السليم، وبالقدر الذي تتجانس فيه سمات أعضاء الجماعة بالقدر الذي يتحقق لكل عضو فيها النمو والشعور بالسعادة ومن ثم يقوم شعور المعاق بالمساواة مع زملائه وعدم شعور هؤلاء بكفايته لهم، مما يؤدي إلى اتجاهات سلبية لينطوي المعاق على نفسه وينسحب من هذه الجماعات .

3. الضغوط الاقتصادية :

تتسبب الإعاقة عن طريق البتر في كثير من الضغوط الاقتصادية بالنسبة للشخص المصاب بالبتر وبالنسبة لأسرته ولمجتمعه حيث تطرق الرويشدي (2001) إلى تلك الضغوط ورأى أن المصاب قد يكون العائل الوحيد للأسرة، وبالتالي تفقد الأسرة مصدر رزقها وقد لا يستطيع المصاب العودة إلى عمله لاحقاً، وكذلك يتطلب العلاج تكاليف باهظة ترهق ميزانية الأسرة، حيث أنه يحتاج إلى عمليات وأجهزة تعويضية تمكنه من الحركة وأداء دوره في الحياة.

وترى الباحثتان محمد والسيبي (2011) أن من أهم الضغوط التي يتعرض لها الأشخاص ذوو البتر ضغوطات تتبع حالة العمل وضغوطات لها صلة بالتغيرات على صورة الجسد، حيث تؤدي الإعاقة إلى ترك المعاق لعمله، أو إلى تغيير دوره إلى ما يتناسب مع وضعه الجديد، فضلاً عن المشكلات التي تترتب على الإعاقة في علاقاته برؤسائه وزملائه، أو مشكلات أمنه وسلامته .

4- الضغوط النفسية Stress:

ينتاب المصاب بالبتر الكثير من الضغوط النفسية التي تؤثر عليه وعلى توافقه مع من حوله، حيث تناول كل من حسن وحسين (2006)، دسوقي (1991) موضوع الضغوط النفسية، والتي عرفها حسن وحسين على أنها : قدرة الفرد على التكيف مع البيئة، وتقديره بأنها شاقة ومرهقة وتنفوق قدرته للتعامل معها، مما يعرضه للإصابة بأمراض عدة.

واعتبر دسوقي (1991) الضغوط النفسية أنها : "مجموعة من التراكمات النفسية والبيئية والوراثية والمواقف الشخصية، نتيجة للالزمات والتوترات والظروف الصعبة أو القاسية التي يتعرض لها الفرد،

وتختلف من حيث شدتها، كما تتغير عبر الزمن، تبعا لتكرار المواقف الصعبة التي يصادفها الفرد بل أنها قد تبقى وقتا طويلا إذا ما استمرت الظروف المثيرة له، وتترك آثارا نفسية على الفرد (دسوقي، 1991: 203-204) .

من التعريفات السابقة ترى الباحثة بأن الضغط النفسي هو رد فعل جسدي ونفسي لأي تغيير أو تحدي يتطلب استجابة .

كما أن موضوع الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها يعتبر محل العديد من الدراسات حيث توصلت دراسة عبد المعطي (1992) أن المصريين أكثر معاناة لضغوط أحداث الحياة وذلك بسبب ما يتبعونه من أساليب مواجهتها كالميل إلى أسلوب التجنب والإنكار إلى جانب حدوث الإلحاح والاقتحام القهري .

كما أظهرت الدراسة أن الاندونيسيين أقل معاناة لضغوط أحداث الحياة من المصريين، لاتباعهم أساليب الالتفاف إلى اتجاهات وأنشطة أخرى وإقامة العلاقات الاجتماعية والعمل من خلال الحدث.

وقد ذكر النعاس (2008) سببين للضغوط، داخلية: وتكون نابعة من المعتقدات والأفكار الخاطئة وهي افتراضات غير واقعية، وخارجية: وهي المواقف للضغوط مثل ضغوط القيم والمعتقدات والمبادئ والصراع بين العادات والتقاليد التي يتمسك بها الفرد وبين الواقع مما يسبب له ضغوط عالية، وتتحدد الضغوط بالموقف الذي يسبب الصراع بين القيم والواقع .

وذكر توتمان (Totman, 1990) أن الضغوط تعود في الأساس لأسباب اجتماعية وليست مرتبطة بأسباب جسمية فيزيائية، وأهم مصدرين للضغوط النفسية: تغييرات الحياة المؤلمة كموت قريب أو التعرض للسجن أو التعرض لخسارة مالية، وقد تؤدي هذه الأحداث المؤلمة إلى العزلة، والمصدر الآخر هو شخصية الفرد وعدم قدرته على إقامة علاقات اجتماعية، وعدم المشاركة والتفاعل مع الآخرين، ومواجهة الضغوط التي يتعرض لها، فبعض الأفراد لديهم القدرة على التعامل مع الضغوط التي تواجههم بواقعية والبعض الآخر يستسلم لها.

وذكر الدحاحة (2010) أربعة مصادر للضغط النفسي وهي:

- 1- البيئة، مثل: الطقس، الإزعاجات، التلوث وغيرها.
- 2- العوامل الفسيولوجية، مثل: مراحل النمو المختلفة، المرض، الإصابات، ضعف التغذية، اضطرابات النوم، وآلام المعدة والقلق الناتجة بسبب تهديدات البيئة الاجتماعية والتغيرات الطارئة.
- 3- الضغوطات الاجتماعية، مثل: المواعيد، المشكلات المالية العمل، إلقاء المحاضرات، فقدان الأقران والأصدقاء، متطلبات الوقت والاستفادة منه.
- 4- طريقة التفكير؛ فإن العقل يفسر تغيرات البيئة، والجسم يحدد متى يستجيب كحالة طارئة.

الطرف الشبحي:

هي ظاهرة شائعة لدى ذوي البتر، حيث يشعر الشخص بوجود الطرف المبتور ويتصرف على أساس وجودها فقد ينزل من السرير معتمداً عليها أو يمد يده لإمساك شيء، أو يدير جانبه خوفاً من أن تصدم يده أو رجله بالحائط أو الباب (الفرا، 2015).

وتوجد عدة تفسيرات للطرف الشبحي أهمها ما يرجعه العلماء إلى أن الشبكات العصبية المسؤولة عن إدراك الجسد حسيّاً تكون مبنية داخل الدماغ ويؤكدون على أن 70% من الحالات نجد لديها الطرف الشبحي (مجلة العلوم، 1999).

ويفسر (Kristin, 2002) ظاهرة الطرف الشبحي أنها تعود إلى إحساس الدماغ بأن التركيب العصبي ما زال يعمل كما كان قبل البتر، فيرسل الدماغ إشارات إلى الطرف المبتور كأنه موجود، ولأنه لا توجد تغذية أحاسيس راجعة من الطرف الذي بُتر، فإن الدماغ يكثف من إرسال إشارته العصبية إلى هذا الجزء، وهذا التكثيف ينتج عن ظاهرة الشبح أو ألم الشبح، ويصف العلماء الألم الناتج عن الشبح بأنه ألم حارق أو تشنجي أو وخزي ويمكن أن يتفاوت من كونه متقطعاً وخفيفاً إلى مستمر وعنيف.

ويعاني الشخص ذو البتر من الألم وأحاسيس طرف الشبح بمعنى أن الطرف الذي بتر ما زال موجوداً بحجمه وشكله أيضاً، وتبدأ هذه الأحاسيس وما يرافقها من الألم بعد البتر بوقت قصير، ولكنه أحياناً يظهر بعد أسابيع أو أشهر ويلزم الفرد من فترة تمتد لسنوات، غالباً ما تزول هذه الظاهرة مع مرور الوقت أو قد تعالج بمضادات التشنج ومضادات الاكتئاب (Jerffy, 2002).

وقد أوضح نسيم وآخرون (Nasim, others, 2010) أن الذين تعرضوا للبتر قبل (7-9) سنوات عانوا من الألم الوهمي والأحاسيس الوهمية ونسبة (40%) منهم كانت لديهم درجة في الأحاسيس الوهمية في بتر الأطراف العلوية، كما أشاروا الى وجود انخفاض في درجة الألم الوهمي والأحاسيس الوهمية للذين يستخدمون الطرف الاصطناعي .

كما توصلت دراسة كاتلا وآخرون (Catalan M, others, 2014) الى تراجع حدة آلام الطرف الشبكي بنسبة (32%)، وتقلصت وتيرة هذه الأوجاع بنسبة (61%) خلال النوم و(43%) خلال اليقظة وقد أشارت الى أن التحسن المسجل بقي بعد 6 أشهر من نهاية الدراسة .

كما أشارت دراسة بحر(2017) إلى وجود علاقة طردية إيجابية بين الدرجة الكلية لوهم الأطراف والدرجة الكلية للانفعالات النفسية والتي وصفت بالمرتفعة، وأكدت الدراسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى وهم الأطراف تعزى لمتغيرات (الجنس، العمر، مكان البتر بالجسم، مدة البتر، سبب البتر، الحالة الاجتماعية) لدى حالات البتر .

ومن وجهة نظر الباحثة أن ظاهرة الطرف الشبكي قد تفسر من ناحية سيكولوجية على أنها تعود لأحد مراحل الصدمة الخمسة التي سبق ذكرها، وهي مرحلة الإنكار حيث يحدث تثبيت للفرد في هذه المرحلة فيبقى لفترة طويلة في حالة إنكار للبتر ويتصرف وكأن الطرف المبتور لا يزال موجوداً فعلاً، ويبقى الدماغ يرسل إشارات عصبية تعزز من وجود هذا الجزء، كذلك ترى الباحثة أن هذه الفئة من أكثر وأهم الفئات التي بحاجة للتدخل النفسي والاجتماعي.

2.2.2 خبرة البتر والقلق Anxiety

2.2.1 تمهيد

تعد الاضطرابات النفسية من العوامل التي تنزع سعادة الإنسان وسعادة وأمن المحيطين به أيضاً، فهي قد تصيب الأسرة بأكملها بنوع من التعاسة وضيق الصدر، في حين أنها إعاقة لإنتاجية الفرد وإبداعه وإسهامه في العمل.

وقد يقال أن الاضطرابات النفسية والعقلية هي أمراض عصرية حديثة أو أنها لا توجد في المجتمعات المتقدمة إلا أنها في الحقيقة وجدت منذ وجد الإنسان وتعرف عليها علماء اليونان وفلاسفتهم ثم تناولها علماء العرب والمسلمين بالفحص والتشخيص والعلاج (غانم، 2006).

ويعد القلق من أكثر المصطلحات الشائعة في مجال علم النفس عموماً، وفي مجال الصحة النفسية خصوصاً، فالقلق حقيقة من حقائق الوجود الإنساني وجانب دينامي هام في بناء الشخصية ومتغير أساسي من متغيرات السلوك، وعلى الرغم من كونه خبرة غير سارة يمكن أن تؤدي إلى تصدع الشخصية إلا أن وجوده بقدر مناسب يعد ضرورة للتكامل النفسي، لأنه يخدم أغراضاً هامة في حياة الإنسان وبنه الفرد للخطر قبل وقوعه (الجزائري، 2004).

و يعتبر القلق سمة العصر، حيث أصبحت الضغوط النفسية تنتج عن جميع مناحي الحياة، وخاصة في المناطق التي تعيش حروب وصراعات، ونحن كشعب مثال على إحدى أهم مناطق الصراع في العالم، وحجم التهديد اليومي لسير حياة البشر هائل بخاصة في غزة، وفي كل مناحي الحياة، وهذا يستدعي ارتباط القلق لدى الفلسطيني تجاه المستقبل والصحة والحياة والموت وهذا جميعه خطر محقق وتهديد دائم لحياة البشر .

كما يعتبر القلق النفسي من أهم الأعراض والاضطرابات النفسية التي يصاب بها ذوو البتر وتؤثر على جوانب حياتهم النفسية، ويؤثر سلباً على أدائه المهني وعلاقاته الاجتماعية .

وقد أكدت بعض الدراسات والتي منها دراسة القرا (2015)، ودراسة (2010) Murray Craig، أن 20 % من ذوي البتر لديهم أعراض القلق و أنه يستمر معهم لسنوات عديدة بعد البتر، وأن القلق البسيط والمتوسط في الفترات الأولى هو استجابة طبيعية لحالة الاستشفاء التي يتعرض لها الأشخاص ذوي البتر، حيث بيئة الاستشفاء تبعث على القلق وتجعل الأشخاص يخشون فقدان

السيطرة، كما أن عدم وجود مرونة استراتيجيات التكيف في الفترة الأولى تشكل أساس الاستجابة للقلق الشديد، لذلك من المهم للشخص أن يعبر عن مشاعره ومعاناته، كما يلعب الدعم الاجتماعي والنفسي دوراً في خفض القلق .

وقد أوردت نتائج دراسة القرا (2015) على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين خبرات البتر وقلق الموت وأبعاده لدى مبتوري الأطراف وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات قلق الموت وأبعاده لدى المبتورين تعزى للمتغيرات (العمر، المؤهل العلمي، الحالة الاجتماعية، الدخل الشهري، طبيعة حالة البتر)، كما لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت واستراتيجيات التكيف مع المواقف الضاغطة لدى الأشخاص ذوي البتر .

والقلق بوجه عام هو نتيجة من النتائج المترتبة على حدوث البتر وصدمة، بل في أغلب الأحيان يتحول من مجرد نتيجة إلى ظهور الكثير من المظاهر العصبية والنفسية لدى حالات بتر الأطراف، وهذا من واقع تجارب الباحثة وخبرتها مع تلك الفئة تم ملاحظة وجود أعراض عامة لهذه الفئة من أبرزها القلق كاضطراب واسع له دوافعه ومسبباته .

وسوف نتناول الباحثة القلق من خلال الموضوعات التالية مفهوم القلق وتعريفه، اسبابه، وأعراضه، وأنواعه، وتفسيرات بعض المدارس وعلماء النفس، والفرق بين القلق وبعض المفاهيم.

2.2.2 مفهوم القلق:

القلق لغة:

إن المعنى اللغوي هي لكلمة قلق : قلق الشيء قلقاً أي حركة فلم يستقر في مكان واحد، اضطرب وانزعج فهو قلق (المعجم الوسيط ج1: 18).
وذكر القلق في لسان العرب (لابن منظور) بأنه الانزعاج أو أنه ما لا يستقر في مكان واحد وهو لا يستمر على حالة والحدة (المطيري، 2005: 278).

القلق اصطلاحاً:

تعددت تعريفات القلق حيث أورد كل من زهران (1997)، عبد الخالق (1998)، محمد عثمان (1989) القلق بأنه حالة توتر شامل نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي، قد يحدث

ويصحبها خوف غامض وتوتر مصحوب ببعض الاحاسيس الجسمية الفسيولوجية ناجم عن أسباب بيولوجية أو اجتماعية أو نفسية .

- وقد عرف عبد الخالق(1998) القلق على أنه : انفعال غير سار وشعور مكرر بتهديد أو هم مقيم وعدم راحة واستقرار وهو كذلك إحساس بالتوتر والشديد والخوف الدائم اللا مبرر له من الناحية الموضوعية، وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول، كما يتضمن استجابة مفرطة لمواقف لا تعني خطراً حقيقياً والتي قد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية .

أما تعريف محمد عثمان (1989) للقلق فهو حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويسبب له كثير من الكدر والضيق والألم .

- ومن خلال ما سبق ترى الباحثة أن القلق هو حالة من التوتر والشعور الغامض غير السار، وهذا الشعور يكون مصحوباً بخوف غير مبرر وعدم الاطمئنان وينبع عن أسباب فسيولوجية ونفسية واجتماعية ويأخذ عدداً من الأعراض المصاحبة لذلك.

2.2.3 أنواع القلق :

1- القلق الطبيعي :

ويكون مصدر الخوف في هذا النوع خارجياً وموجوداً بالفعل، وهو قلق واقعي طبيعي وهذا القلق يحدث للأسوية في مواقف الانتظار والامتحانات أو مواجهة خطر حقيق يحدق بحياة الفرد (داود، وآخرون، 1992).

ويعتبر هذا القلق صحي وغير مرضي، وهو مطلوب في حياة الفرد والذي من المفروض أن يتزود به الإنسان وغالبا ما تكون معه الحياة طبيعية ولا حياة بدونه، وإذا اختفى من حياة الفرد أصبح مريضاً متبلد الوجدان يحتاج للعلاج (أبو عزب، 2008).

2- القلق العصابي:

وقد ذهب إليه أصحاب المدرسة التحليلية حيث ينشأ نتيجة محاولة المكبوتات الإفلات من اللاشعور والنفاذ إلى الشعور والوعي، ويكون القلق هنا بمثابة إنذار بأن يحشد دفاعه، وتكون المثيرات هنا غير محددة حيث تكون تلك المثيرات داخلية لا شعورية بعيدة عن إدراك الفرد.

والقلق العصابي هو الخوف من أن تخرج الحوافز الغريزية للهو عن دائرة السيطرة، وهو يتضمن الخوف من العقاب الذي سيحدث، أي أنه توتر داخلي لا مبرر له، وهو حالة تهيو نفسي وبدني لمحاربة خطر مبالغ فيه وغير موجود، بحيث لا يتفق هذا التوتر مع الظروف المؤدية له (حمادي، 2012).

3- القلق العام:

وهو القلق المتعارف عليه على أنه مرض مستقل حر غير محدد الموضوع، ولكنه من ناحية أخرى يمكن أن يكون محددا بمجال معين أو بموضوع خاص، ويعبر عنه بأنه شعور غامض غير سار يتسم بالتوجس والخوف والتوتر ويصاحبه بعض الإحساسات الجسمية والنفسية (حبيب، 1991).

4- القلق الخلقي:

قد يحدث نتيجة الصراع داخل الشخص نفسه وليس الصراع بين الشخص والعالم الخارجي، أي أنه ناتج عن ضمير الشخص وخوفه منه عند قيامه بسلوكيات مخالفة لعادات وتقاليد الأسرة والمجتمع، فالقلق الخلقي كامن في داخل تركيبة الفرد ويظهر بعد حالات الإحباط المرتبطة بالأنأ الأعلى التي تتسجم مع القيم الاجتماعية (منسي، 2001).

وترى الباحثة أن القلق الخلقي يحدث نتيجة الصراعات بين دوافع "الهو" و"الأنأ" و"الأنأ الأعلى" وذلك يرجع إلى تأنيب ضمير الفرد، وخوفه من القيام بسلوك يخالف القيم ومعايير المجتمع الذي يعيش فيه، وعادة مايصاحب هذا النوع من القلق مشاعر الإحساس بالذنب.

5- القلق الثانوي

وهو القلق المصاحب للأعراض المرضية الشديدة كالهستيريا والفصام وغيرها من الأمراض النفسية (محمد، 1993).

-ومن ناحية أخرى صنف القلق في الدليل التشخيصي للاضطراب العقلي الخامس (DSM 5) لعدة أنواع نذكرها كالتالي:

(اضطراب قلق الانفصال، الضمان الانتقائي، الرهاب النوعي، اضطراب القلق الاجتماعي، اضطراب الهلع، رهاب الساح، اضطراب القلق المعمم، اضطراب القلق المحدد بمادة لها دواء، اضطراب القلق بسبب حالة طبية، اضطراب القلق المحدد الآخر، اضطراب قلق غير محدد). (الحمادي، 2002).

ويذكر محمد (2005) عدد من أنواع القلق والتي منها:

(القلق العام، القلق الظاهر، القلق الواعي والقلق الغير واعي، القلق الحاد، القلق المزمن). (محمد، 2005).

وترى الباحثة أن هناك أنواع أخرى من القلق وهي كالتالي:

(قلق المستقبل، قلق الامتحان، قلق الموت، القلق من المرض، قلق الأماكن المرتفعة، قلق الأماكن المغلقة أو الواسعة، القلق الاجتماعي).

2.2.4 أعراض القلق حسب DSM5 :

A. الكثير من القلق أو القلق على مدى أكثر من ستة أشهر، هذا القلق موجود في معظم الوقت فيما يتعلق بالعديد من الأنشطة.

B. عدم القدرة على التحكم في هذه الأعراض

C. تحدث على الأقل ثلاثة من الأعراض التالية:

ملاحظة: مطلوب عنصر واحد فقط في الأطفال.

1. الأرق

2. الإرهاق بسهولة

3. مشاكل التركيز

4. التهيج

5. توتر العضلات.

6. مشاكل في النوم.

D. أعراض تؤدي إلى مشاكل في الأداء والوظيفة.

E. الأعراض ليست بسبب الأدوية والمخدرات وغيرها من مشاكل الصحة الجسدية

F. لا تتناسب الأعراض بشكل أفضل مع مشكلة نفسية أخرى مثل اضطراب الهلع

لم تحدث أي تغييرات رئيسة في تشخيص اضطراب القلق العام منذ نشر DSM-IV-TR سوى تغييرات طفيفة تشمل صياغة معايير التشخيص.

2.2.5 أسباب القلق:

تتعدد أسباب القلق بتعدد وجهات النظر لرواد علم النفس فقد تحدث عنها عبد الله (2006)، فايد (2001) محمد (2004)، البنا (2006) والمتمثلة في الأسباب البيولوجية والوراثية، النفسية والأسباب الاجتماعية وهي كالتالي:

1- العوامل البيولوجية والوراثية:

يرى غانم (2015) أن السبب وراء اضطراب القلق من الناحية البيولوجية يعود إلى اختلاف في الناقلات العصبية، وزيادة مواد الكاتيكولامين في الدم، وازدياد نشاط البقعة الزرقاء الموجودة في النخاع المستطيل وانخفاض في تركيز حامض (جاما بيوتريك)، وازدياد ناقل السيوتوفين العصبي، أما عبدالله (2006) فقد أكد أن العوامل الوراثية لها دور مهم بل من المحتمل أن يكون من أكثر العوامل أهمية في تحديد القلق، وهذا ما بينته الدراسات المختلفة أن الوراثة تلعب الدور الهام والأساسي في الاستعداد للقلق، فقد دلت النتائج أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة التي تعد متماثلة في كل الجوانب يصل بها الاضطرابات نسبة 50%، بينما تصل إلى 4% في التوائم غير المتشابهة وحوالي 15% في آباء وأخوة مرضى القلق .

2- العوامل النفسية:

تعددت النظريات المفسرة لاضطراب القلق، وقد يرجع هذا التعدد أو الاختلاف إلى التوجهات النظرية المتنوعة التي تهتم بتفسير هذا الاضطراب، فيرى بعض علماء تلك النظريات أن اضطراب القلق يرجع إلى عوامل وراثية، ويرى البعض الآخر أنه يرجع لبث الرغبات في الشعور، بينما يذهب فريق ثالث إلى أن اضطراب القلق يرجع إلى أنه تعلم خاطئ، ويجب علاجه باعتباره سلوكا مضطربا، بينما يعتبر البعض أنه يرجع إلى جوانب معرفية ومعتقدات مشبوهة وأخيراً هناك توجه يرى أن هذا الاضطراب يرجع إلى إدراكات سلبية من جانب الشخص ذاته للعالم المحيط به، وبناءً على ذلك سوف تعرض الباحثة هذه النظريات المتنوعة التي اهتمت بتفسير السلوك المضطرب بشيء من التفصيل :

- نظرية التحليل النفسي:

يرى فرويد أن القلق شعور ينشأ تلقائياً كلما طغى على النفس وابل من التغيرات الشديدة التي لا يمكن السيطرة عليها أو التخلص منها، وفي البداية رأى فرويد أن القلق هو الطريقة التي يتبعها الفرد لتخفيف حجم الطاقة الليبيدية التي جرى منعها من الظهور المباشر، ويجدر الإشارة هنا أن (فرويد) وزملاءه اهتموا بالقلق على أنه أحد أعراض الصراع الجنسي لذلك ساد بينهم أن أصل القلق جنسي، وبناءً على ذلك فسر (فرويد) القلق على أن له أصول جنسية، فعند كبت الأفكار الجنسية أو الاندفاعات الليبيدية نجد أن هذه الأفكار والاندفاعات تتحول إلى التمثيل الرمزي في صورة قلق (عثمان، 2001).

في حين يؤكد هورني Horney على أهمية دراسة العلاقات الإنسانية في نشأة القلق، فعندما تكون العلاقات الإنسانية للطفل غير ملائمة ينشأ لديه قلق قاعدي (أساسي) حيث يصفه (هورني) على أنه شعور بالعزلة والعجز في عالم عدائي، ويرى أن الشخص العصابي كون لنفسه صورة مثالية عن ذاته كوسيلة للهروب من مشكلاته مع الآخرين ومن القلق القاعدي لعزلته وعجز ذاته الواقعية (أبو جاموس، 2009).

مما سبق ممكن القول ترى الباحثة أن نظرية التحليل النفسي استندت إلى الأساس التحليلي، حيث أكدت على أن الفرد يكون في حالة قلق مستمرة طوال حياته بسبب الحالة المستمرة في الصراع الداخلي بين مكونات شخصيته الأساسية وبين ما يواجهه من متطلبات اجتماعية واقتصادية وبيئية .

- النظرية السلوكية:

تنظر هذه النظرية إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد وتحت شرود التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي، والسلوكيون يختلفون عن التحليليين حيث إنهم لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية، ويفسرون القلق في ضوء الاشتراط الكلاسيكي، وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي، ويصبح المثير الجديد قادر على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي (كفاي، 1990).

وترى الباحثة أن القلق النفسي من وجهة نظر علماء المدرسة السلوكية عبارة عن استجابات سلوكية متعلمة لخطر غامض أو رد فعل شرطي لمنبه مؤلم، كما ترى أنهم يعتمدون في تفسيرهم للقلق على مبادئ التعلم، ولعل أهم ما أكدوه أن القلق النفسي هو استجابة شرطية مؤلمة تحدد مصدر القلق

النفسي عند الفرد كما أن القلق النفسي عندهم يقوم بعمل مزدوج فهو دافع من ناحية ومصدر للتعزير من ناحية أخرى، ولقد عاب الكثيرون على هذه النظرية تركيزها المبالغ فيه على التعلم والمحددات البيئية وإهمالها للعوامل البيولوجية والمعرفية ونتج عن ذلك ما يعرف بنظرية التعلم الاجتماعي والتي دمجت العمليات المعرفية بالإطار السلوكي.

- النظرية المعرفية:

تقوم النظرية المعرفية على فكرة أن الانفعالات التي يبدئها الناس، إنما هي ناتجة عن طريقتهم في التفكير، ولهذا ركزت على عدم عقلانية التفكير وتشويه الواقع كأسباب أساسية للمرض النفسي، فالنظرية المعرفية ترفض ما تنادي به مدرسة التحليل النفسي من أن اللاشعور مصدر الاضطراب النفسي، وكذلك ما تنادي به المدرسة السلوكية، حيث يرى "بيك" Beck أن ردود الفعل الانفعالية ليست استجابات مباشرة ولا تلقائية وإنما يجري تحليل للمثير الخارجي للمثيرات وتفسيرها من خلال النظام المعرفي، وقد ينتج عن ذلك عدم الاتفاق بين النظام الداخلي والمثيرات الخارجية مما يتسبب في الاضطراب السلوكي، وهو نمط من الأفكار الخاطئة أو غير المنطقية التي تسبب الاستجابات السلوكية غير التوافقية، وفيما يتعلق بنشأة واستمرار الاضطرابات النفسية عامة والقلق خاصة، يعتبر نموذج "بيك" أكثر النماذج المعرفية أصالة وتأثير حيث يمثل الصيغة المعرفية حجر الزاوية في نظرية "بيك"، فجميع الأفراد لديهم صيغ معرفية تساعدهم في استبعاد معلومات معينة غير متعلقة ببيئاتهم، والاحتفاظ بمعلومات أخرى ايجابية (فايد، 2001).

كما يشير محمد (2000) إلى أن النموذج المعرفي يقوم على فكرة مؤداها أن ما يفكر فيه الفرد وما يقوله حول نفسه وكذلك اتجاهاته وآرائه لها صلة وثيقة بسلوكه الصحيح أو بسلوكه المرضي، وأن ما يكسبه الفرد خلال حياته من معلومات ومفاهيم وصيغ يستخدمها جميعاً في التعامل مع المشكلات النفسية المختلفة التي قد تعترض حياته.

وقد فسرت النظرية المعرفية القلق من خلال الأفكار الخاطئة والإدراك الخاطئ لدى الفرد والذي يقود إلى سلوك خاطئ، فوجود أفكار لاعقلانية لدى الفرد يترتب عليها القلق، وقد يفسر القلق على أنه رد فعل لعدم قدرة الفرد على تحقيق أهدافه أو شعوره بخيبة الأمل والفشل، وكما يفسر على أنه أسلوب لحياة الفرد الذي اختار لنفسه هدفاً غير اجتماعي أو غير ممكن التطبيق ولا يرتبط بالواقع مما يؤدي إلى الفشل فيحدث القلق (الكعبي، 1997).

كما يذكر الرشدي و آخرون (2001) أن تفسير النظرية المعرفية لاضطراب القلق النفسي هو التركيز على التأثيرات المعرفية، فهذه النظرية تركز على الحساسية الكبيرة للإشارات المنبهة بالخطر لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب القلق النفسي، ويؤدي بهم تفسير تلك الخبرات بطريقة مهددة إلى تفاقم القلق النفسي الذي يؤول إلى تطور أعراض يستجيبون حيالها لمزيد من القلق النفسي، وترتكز التفسيرات المعرفية لاضطرابات القلق النفسي أساساً على إطار عام من المفاهيم والمبادئ التي تؤكد على أن بعض الأفراد يبدون مشكلات خاصة بمعالجة المعلومات المتعلقة بالتهديد.

وترى الباحثة أن "بيك" يوضح بأن الاضطرابات النفسية تنشأ كنتيجة لعدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي الذي يميز ذلك النظام، ويبدأ في الاستجابة للمواقف والأحداث المختلفة انطلاقاً من تلك المعاني التي يعطيها له، وقد تكون هناك ردود فعل إنفعالية متباينة للموقف الواحد باختلاف الأفراد، بل من جانب الفرد نفسه في أوقات مختلفة، كذلك فإن كل موقف أو حدث يكتسب معنى خاصاً، يحدد استجابة الفرد الانفعالية تجاهه، وتتوقف طبيعة الاستجابة الانفعالية أو الاضطراب الانفعالي لدى الفرد على إدراكه لذلك الموقف أو الحدث، فحينما يشعر الفرد مثلاً بأنه فقد شيئاً ما، له قيمته، فإنه عادة ما يشعر بالحزن، وحينما يتوقع تحقيق مكاسب معينة فإنه يشعر بالسرور والسعادة، أما حينما يشعر بالتهديد فإن ذلك يؤدي به إلى القلق النفسي، كما تفسر نظرية "بيك" المعرفية ذلك بأنه أنماط من التفكير المشوهة، والخطأ في تقييم المواقف من ناحية خطورتها وما يترتب على ذلك، من تكوين مركبات معرفية نشطة تحول مؤثرات البيئة إلى مصادر للقلق النفسي فتؤدي بالتالي إلى الشعور بالقلق النفسي وظهور أعراضه.

ولهذا نجد أن الأفكار الخاطئة والإدراك الخاطئ لدى المريض يقوده إلى سلوك خاطئ، فوجود أفكار خاطئة لديه تتعلق بحياته وعلاقاته وتصوراتهِ عن الحياة قد تقوده إلى سلوكيات خاطئة، مما يترتب على ذلك ظهور القلق النفسي الذي يوجد لديه.

وهذا ما يقود الباحثة القول بأن الوضع الجديد للشخص ذي البتر يكون لديه أفكار خاطئة وإدراك خاطئ حول علاقاته الاجتماعية والأسرية، مما يقوده إلى سلوك خاطئ يؤثر على حياته العملية والمهنية، ويترتب ذلك على استمرار الشعور بالقلق النفسي وظهور أعراضه.

- النظرية الإنسانية:

يرى الإنسانون أن القلق هو الخوف من المستقبل وما قد يحمله من أحداث تهدد وجوده أو إنسانيته، ولهذا فإنه من المثير الأساسي للقلق هو فشل الإنسان في تحقيق أهدافه وفشله في اختيار أسلوب حياته وخوفه في أن يحيا الحياة التي يريدها (عبد الغفار، 1990).

وقد قام أصحاب هذا التيار بدراسة مشكلات وموضوعات ذات معنى بالنسبة لوجود الإنسان ورسالته، كالإدارة وحرية الاختيار، المبادرة والمسئولية والتلقائية والانفتاح على العالم والقيم وتحقيق الذات، ويرون أن القلق يحدث إما من أحداث راهنة حاضرة أو متوقعة مستقبلاً بحيث تمثل هذه الأحداث تهديداً لوجود الإنسان وإنسانيته، ويعوق اعتدائه إلى مغزى ومعنى الحياة وتحول دون تحقيقه لذاته، لهذا فإن القلق من منظور التيار الإنساني يرتبط بحاضر الفرد ومستقبله ومدى تحقيقه لذاته وليس بأحداث ماضية في حياته (القريطي، 1998).

ويرى محمد (2004) أن الأسباب النفسية كذلك مواقف الحياة الضاغطة وعدم التطابق بين الذات والواقعية والتعرض للخبرات الحادثة والخوف الشديد وفقدان أحد المقربين للشخص، وكذلك ما يتعرض له الفرد من الاحباطات تساعد على ظهور أعراض الاكتئاب .

من خلال ما سبق ترى الباحثة أن هناك اختلاف في تفسير القلق بين المدارس المختلفة، حيث رأت المدرسة التحليلية أن القلق ينشأ من خلال كبت الأفكار الجنسية والاندفاعات اللبيفية والصراع بين الهو والأنا الأعلى، في حين ترى المدرسة السلوكية أن القلق متعلم ومكتسب من البيئة المحيطة بالفرد ويفسرون القلق بأنه ارتباط يثير الخوف بالمثير الأصلي ليحدث القلق، أما أصحاب المدرسة المعرفية فهم يرون أن القلق ينشأ من خلال الأفكار الخاطئة التي يكونها الفرد عن نفسه وعن الآخرين " الأفكار اللاعقلانية "، أما المدرسة الإنسانية فهم يرون أن القلق ينشأ من خلال أحداث راهنة واقعية أو مستقبلية تهدد حياة الإنسان وإنسانيته.

وهذا الاختلاف في وجهات النظر حول تفسير القلق هو نتيجة لمفهوم القلق الذي هو أكثر تعقيداً، وهذه الاختلافات والزيادات للمفسرين والمدارس تؤدي إلى الاتجاه الصحيح نحو التكامل في تحديد ماهية القلق وأسبابه وطرق علاجه، حيث تميل العلاجات والتفسيرات الحديثة إلى الجمع بين أكثر من مدرسة للوصول إلى الشمولية في التفسير والعلاج لاضطراب القلق.

3- العوامل الاجتماعية:

للضغوط الحضارية والثقافية والبيئة الحديثة دور في بروز القلق ومطالب ومطامح المدنية المتغيرة والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهم ومواقف الضغط وعدم الأمن، وكذلك اضطراب الجو الأسري وتفككها يساعد في ظهور القلق (البناء، 2006).

ومن العوامل الاجتماعية الخاصة بقطاع غزة عدم توفر فرص عمل للشباب العاديين وكذلك المعاشية وتوقع الحروب بشكل مستمر، والتفكير بالمستقبل باستمرار وغيرها.

من خلال ما سبق ترى الباحثة أنه لا بد أن تتوفر عدة أسباب لظهور القلق، فلا بد من وجود أسباب بيولوجية أو وراثية ولا نهمل الأسباب النفسية التي تلعب دوراً مهماً في ظهور القلق والجوانب الاجتماعية ولهذه العوامل التي لا يستهان بها انعكاس على أهالي قطاع غزة حيث الوضع الصعب الذي يعيشه الأشخاص داخل القطاع من حصار ووضع اقتصادي سيء وحروب متتالية شكلت العديد من الشهداء والاصابات وحالات البتر، ناهيك عن حالات البتر من الحوادث ومرضى السكر، والوراثة، وهذه الشريحة من اشخاص ذوي البتر تعاني من صعوبة في التأقلم مع الوضع الجديد بعد البتر والذي بدوره يتولد لديهم القلق النفسي.

2.3 خبرة البتر والاكتئاب : Depression

2.3.1 تمهيد

من الوهلة الأولى التي يذكر فيها اسم الاكتئاب، يتبادر إلى الذهن أنه تلك الهالة السوداء التي تحيط بإنسان يئس من الحياة وما فيها من مسرات، فلا يهمه إن كانت موجودة تلك المسرات أم لا، هذا إن صح التعبير عن رأي يطلقه عامة الناس على هذا المصطلح، في حين تختلف النظرة وإن كانت نفسها ولكنها في قالب مدروس ومنظم عند الدارسين والمختصين في مجال علم النفس.

يعتبر الاكتئاب من العلل الشائعة على مستوى العالم برمته، حيث يؤثر على أكثر من 300 مليون شخص. ويختلف الاكتئاب عن التقلبات المزاجية العادية والانفعالات العاطفية التي لا تدوم طويلاً، كالاستجابة لتحديات الحياة اليومية، وقد يصبح الاكتئاب حالة صحية خطيرة .

2.3.2 تعريف الاكتئاب:

يعرف بيك (1967) الاكتئاب على أنه : "تغير محدد في المزاج، ووجود مشاعر الحزن والوحدة واللامبالاة، ومفهوم سالب عن الذات مصاحب لتوبيخ الذات ولومها مع الرغبة في الهروب والاختفاء والموت وتغيرات في النشاط كما يبدو في صعوبة وفقدان للشهية " (Beck,1967:6).

ويعرفه ابراهيم (1998) على أنه استجابة تثيرها حادثة مؤلمة كالفشل في علاقة أو خيبة أمل، أو فقدان شيء مهم كالعمل أو وفاة إنسان عزيز تؤثر على مناحي الحياة الأساسية لديه (ابراهيم، 1998).

كما أوضح الدكتور جمال فرويز استشاري الطب النفسي أن مرض الاكتئاب يعني نقص إفراز المخ لهرمونات الدوبامين (Dopamine)، السيروتونين (Serotonin) ومع نقص تلك الهرمونات يتم إفراز مادة النورادرينالين (Noradrenaline) ومن ثم تظهر أعراض الاكتئاب (الصحة النفسية، الكونسلتو، 2018).

ويذكر النجمة (2008) بأن الاكتئاب هو جملة الأعراض المؤلمة والمحزنة التي يشعر بها الفرد والتي تتضح من خلال وصفه لحالته المزاجية بالحزن واليأس، وأنه شخص سيء كثير الخطأ يكره ذاته ولا

يقبل شكله، فقد المتعة في الحياة ولذتها، وفقد شهيته للطعام وأصبح أكثر قلقاً وأرقاً، وصار أكثر شعوراً بالوحدة.

ويعرفه ملحم (2001) بأنه اضطراب نفسي يشعر فيه الشخص بالقلق والحزن والتشاؤم، وغالباً ما يشعر بالذنب أو العار كما يقلل الشخص من ذاته.

ويشير محمد (2005) بأنه حالة نفسية لها تعبيراتها الخارجية المتعددة التي يتضمن العبوس، فإلى جانب ارتسام علامات الحزن والأسى على الشخص المكتئب فإنه يرفض العالم الخارجي ولا يستطيع أن يتعامل بنجاح مع الآخرين.

أما أبو جاموس (2009) فيرى أن الاكتئاب حالة من الألم النفسي الذي يكون مرتبطاً بخبرة ذاتية سيئة أو وجدانية والتي تظهر على الإنسان المصاب بالاكتئاب بصورة أعراض سلوكية وفسولوجية من انكسار النفس والكآبة والشعور بالذنب والقلق.

من خلال ما سبق ترى الباحثة من وجهة نظرها أن تعريف الاكتئاب هو حالة نفسية تصيب الفرد وهي نسبية تتضح من خلال عدة أعراض منها الحزن واليأس وعدم القدرة على التعامل مع البيئة الخارجية للفرد وفقدان للشهية وصعوبة النوم ويصبح الفرد أكثر شعوراً بالوحدة والاغتراب.

2.3.3 أعراض الاكتئاب:

يحدد DSM-5 أعراض الاكتئاب في النقاط التالية:

- يجب أن يكون الفرد يعاني من خمسة أعراض أو أكثر خلال نفس فترة الأسبوعين، وأن يكون أحد الأعراض على الأقل إما (1) مزاج مكتئب أو (2) فقدان الاهتمام أو المتعة.

1- مزاج مكتئب معظم اليوم، كل يوم تقريباً.

2- تقلص الاهتمام أو المتعة بشكل ملحوظ في جميع الأنشطة، أو معظمها تقريباً، معظم اليوم تقريباً كل يوم.

3- انخفاض كبير في الوزن عند عدم اتباع نظام غذائي أو زيادة الوزن، أو انخفاض أو زيادة الشهية كل يوم تقريباً.

4- تباطؤ التفكير وتقليل الحركة الجسدية (يمكن ملاحظتها من قبل الآخرين، وليس مجرد مشاعر ذاتية من الأرق أو التباطؤ).

5- التعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريباً.

6- مشاعر العدم أو الذنب المفرط أو غير المناسب كل يوم تقريباً.

7- تقل القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم التردد، كل يوم تقريباً.

8- أفكار متكررة عن الموت، أو تفكير انتحاري متكرر بدون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

9- للحصول على تشخيص للاكتئاب، يجب أن تتسبب هذه الأعراض في اضطراب أو ضعف كبير سريريًا في مجالات العمل الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات العمل المهمة، كما يجب ألا تكون الأعراض ناتجة عن تعاطي المخدرات أو حالة طبية أخرى.

2.3.4 أسباب الاكتئاب :

مازال المشتغلون في مجال علم النفس والصحة النفسية والطب النفسي يبحثون عن الحقائق الآمنة خلف مسببات الاضطرابات النفسية عامة والاكتئاب خاصة، فقد أوردوا أن الأسباب التي تؤدي إلى الاكتئاب خمسة نماذج، وهي أسباب بيولوجية، وديناميكية نفسية، وسلوكية، ومعرفية، وأسرية.

وقد بينت الدراسات أن العوامل الجينية تشكل ما نسبته (50%) من التباين في اضطرابات المزاج، أما النماذج البيو كيميائية فتفسر الاكتئاب على أنه عدم توازن هرموني، وتصف النماذج الدينامية النفسية الحديثة الاكتئاب على أنه فقدان ناتج عن عجز في مرحلة الطفولة، وتمزق في الروابط الانفعالية مع مقدم الرعاية الأساسي، والنتيجة فقدان تقدير الذات، وقد لا يتولد للفرد إحساس داخلي بالقيمة الذاتية، مما يدفعه إلى الاعتماد على مصادر خارجية لإثبات قيمته الذاتية، وعند فقدان هذه المصادر الخارجية يصبح الفرد مكتئباً (جرادات، 2012).

2.3.4.1 الأسباب البيولوجية

1- أسباب وراثية:

أورد كل من الميلادي (2004)، زهران (1997) والقريطي (1998) أن الأسباب الحقيقية للاكتئاب تكمن في العوامل الوراثية حيث اتفق كل من الميلادي (2004)، وزهران (1997) على أن العوامل الوراثية تلعب دوراً مؤثراً في الإصابة بالاضطرابات الوجدانية، وأن هناك عوامل في الجينات الوراثية لها دور هام في الإصابة بالاكتئاب، ويقول إن بعض الدراسات وجدت أن 50% من حالات الاضطرابات الوجدانية (ثنائي القطب) يكون فيها أحد الوالدين مصاباً بالمرض نفسه، ويذكر أنه إذا كان أحد الوالدان " الأب أو الأم " مصاب بهذا المرض فإن طفلهما يكون عرضة للإصابة بنسبة 25 - 30%، أما إذا كان الوالدين مصابين فإن طفلهما يكون عرضة للإصابة بالمرض بنسبة ترتفع من 50-60%، وأن إصابة أحد التوائم بالاكتئاب يرفع نسبة حدوث الاكتئاب في التوأم الآخر بنسبة 70% (الميلادي، 2004).

ويرى القريطي (1998) أن هناك شيوفاً في الاضطرابات الوجدانية عامة والاكتئاب خاصة بين التوائم المتشابهة والأقارب حيث يذكر أن نتائج الدراسات التي أجرتها منظمة الصحة العالمية أظهرت وجود اضطراب وجداني لدى أقرباء مرضى الاكتئاب بنسبة (48%) من إجمالي عينات الدراسات السابقة .

وترى الباحثة أن الدراسات السابقة التي اهتمت بالعوامل الوراثية للاكتئاب قد وضحت أن لها دوراً نسبياً في الإصابة بالاكتئاب وهذا الدور مهماً في تفسيره، حيث أثبتت أن تعرض توأم للإصابة فإن نسبة إصابة التوأم الآخر تصل إلى 70%، أما إن كان أحد الوالدين مصاباً بهذا الاضطراب فإن طفله لديه فرصة كبيرة للإصابة به، وإن كان الوالدان مصابين بالاكتئاب فإن نسبة إصابة طفلهما تصل إلى 60%، وأن الدراسات السابقة أظهرت أن إصابة أحد الأقارب بهذا الاضطراب تسهم في إصابة أحد أفراد الأسرة بالإصابة بالاضطراب، **ومن هنا ترى الباحثة** أن العوامل الوراثية لها دور مهم في الإصابة بالاضطرابات النفسية عامة والاكتئاب خاصة.

2- أسباب بيولوجية عضوية:

تناول كل من شاذلي (2001)، والميلادي (2004) الأسباب البيولوجية العضوية كمسبب من مسببات الاكتئاب .

حيث يرى شاذلي (2001) أن النقص في معدلات بعض المواد الكيميائية في المخ مثل السيروتينين يؤثر على المزاج، كذلك التحكم في التصرفات .

ويرى الميلادي (2004) أن الدراسات أثبتت أن حدوث خلل في المثبرات العصبية بالجهاز العصبي التي تقوم بنقل الإشارات العصبية من خلية عصبية لأخرى هو المسئول عن الإصابة بالاكتئاب النفسي، وأرجعت تلك الدراسات إلى أن هناك خللاً في إفراز بعض الهرمونات تؤدي إلى خلل واضطراب الخلايا العصبية التي تحتوي على المثبرات الكيميائية مما يؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب .

وقد بينت وزارة الصحة الفلسطينية (2017) أن نقص فيتامين D يؤدي إلى خلل في بعض الناقلات العصبية مما يؤول الفرد للإصابة بالاكتئاب والشعور بالضيق بشكل مستمر، ويظهر ذلك عند الحوامل والمرضعات بنسبة تصل 90 - 100% منهن.

2.3.4.2 الأسباب النفسية

اختلف كل من القريطي (1998)، زهران (1997)، الوقفي (1998) وغانم (2002) في سبب الاكتئاب النفسي حيث يرى القريطي (1998) أن بعض سمات الشخصية تكون أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب والتي منها الشخصية المنطوية الانسحابية والتي تتسم بالخلل، وتلك الشخصيات التي ليس لها اهتمامات بالآخرين ولديها عدد محدد من الأصدقاء وغير ذلك من سمات الشخصية السلبية التي تكون عرضة للاكتئاب.

في حين يرجع زهران (1997) الاكتئاب لأسباب نفسية أهمها الصراعات اللاشعورية والإحباط والفشل وخيبة الأمل، وكذلك الخبرات الصادمة والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات، وكذلك التربية الخاصة للأطفال وسوء التوافق، وعدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي وبين مفهوم الذات المثالية.

ويذكر الوقفي (1998) أن المدرسة السلوكية تذهب بالقول بأن أساليب التفكير المعرضة للإصابة بالاكتئاب تكتسب من الخبرات التكيفية في الطفولة، وأن الأطفال الذين تتميز علاقاتهم بالديهم بالسوء والحرمان يتجهون إلى تطوير الاكتئاب مستقبلاً.

ويذكر غانم (2002) أن الاكتئاب ينتج من خلال نظرة الفرد إلى نفسه ثم إلى العالم والمستقبل نظرة تشاؤمية، وهذه النظرة التشاؤمية تتبع من حقيقة مفادها أن المكتئب في مجريات حياته يراها قليلة للغاية، بحيث تصل بالمكتئب إلى درجة العجز عن مساعدة ذاته، وذلك حسب المدرسة المعرفية أما أصحاب المدرسة التحليلية ترى أن نمط الشخصية الذي يحاول كبت وتحويل انفعالاته إلى الداخل يكون عرضة للاكتئاب أكثر من نمط الشخصية الذي يعبر عن انفعالاته بطرق مختلفة .

كما يفسر على أنه نكوص للمرحلة الفمية السادية والتطور الجنسي للشخصية، وأن المكتئب يحمل شعوراً متناقضاً تجاه الحب الأول وهو للألم ونتيجة للإحباط وعدم الإشباع في مراحل النمو الأولى يتولد عند الفرد الكراهية والالتحام والنبذ، وعند إصابته بصدمة ما سواء فقدان أو حادثة ما فإنه ينكص لحاجاته الأولية وينشأ لديه الاحباط والاكتئاب (عكاشة، 2008: 426).

ويرى علماء هذه المدرسة أن الشخصية التي تحاول كبت وتحويل الانفعالات إلى داخل الشخص هي الأكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب من تلك الشخصية التي تحاول التعبير عن الانفعالات بالطرق المختلفة، وأن الذين مروا بتجربة أو حدث صادم مهم في مرحلة مبكرة من العمر يكونوا أكثر عرضة للاكتئاب من غيرهم، حيث تستثير المشاعر المؤلمة الحاضرة مشاعر الفقد القديمة، وأن الأنا الأعلى يرفض هذه المشاعر ويحولها إلى الذات، وبالتالي يحدث الاكتئاب الذي هو في حقيقته لوم وتأنيب وإرهاق الذات (غانم، 2006).

وافترضت تلك المدرسة أن الاكتئاب يشبه الحزن ويختلف عن السوداوية في مسألة اتهام الذات، حيث ينقلب العدوان في الحالات التي تقدم على الانتحار إلى الذات، وقد أرجع حالة السوداوية إلى النكوص إلى الرحلة الفمية، حيث يرتد المريض إلى مرحلة الطفولة التي لا يستطيع فيها أن يفرق بين نفسه وبيئته بسبب التناقض الوجداني فيتحرر جزء من طاقة الليبيدو لتعزيز العدوان الموجه نحو الذات (موسى، 1993: 435).

-أما المدرسة السلوكية فتري أن تفسير اضطراب الاكتئاب يختلف من عالم لآخر وذلك حسب التطور النظري، حيث يرى بافلوف أن السلوك العصابي يتم تعلمه من خلال مبادئ التشريط، إلا أن تلك النظرة قد تغيرت على يد علماء آخرون يتبعون تلك المدرسة أمثال آيزنك الذي يرى أن هناك اختلافاً وراثياً بين الأفراد في تكوين الأفعال المنعكسة، وأن الأمراض والاضطرابات النفسية تتكون من أفعال منعكسة خاطئة تنشأ من تفاعل البيئة والوراثة .

في حين يرى ليونستيم (Lewinsetm, 2001) أن حالات البؤس التي يعاني منها المكتئب ترجع إلى النقص في التدعيم الإيجابي، أو الزيادة في العقاب، ويحدث الاكتئاب كذلك عندما تزيد الحساسية للظروف المكروهة أو عندما يرتفع معدل حدوث تلك الظروف الخاصة إذا كان الفرد يفتقر إلى المهارات الضرورية التي ينهي بها هذه الأحداث، بمعنى أن تفسير السلوك يعتمد على مفهوم التدعيم (التعزيز) وبخاصة خفض التعزيز الإيجابي الذي من شأنه أن يترك الأثر السلبي نتيجة لعدم وجود أو خفض المعزز الإيجابي والذي يكون من نتائجه البؤس واليأس .

-بينما نظرة المدرسة المعرفية للاكتئاب فيعتقد "بيك" أن الأفراد المكتئبين هم الذين يخلقون الاكتئاب بأنفسهم عن طريق نزعتهم إلى التفكير السلبي أو ما سماه الأفكار اللاعقلانية حيث يلجأ هؤلاء الأشخاص لتبرير أي فشل يواجههم بأسباب شخصية متعلقة بهم أنفسهم، ويهملون أو يقللون من دور الظروف التي أحاطت بهذا الفشل (عبد اللطيف، 1997).

في حين يرى سليجمان أن التعرض لإحداث خارجة عن نطاق السيطرة وإدراكها في إطار العجز المتعلم أو قلة الحيلة يؤدي إلى توقعات عن فقدان السيطرة على الأحداث التالية في المستقبل، وتؤدي هذه التوقعات إلى حالة من القصور تتمثل في العجز وقلة الحيلة ويدرك نفسه عاجزاً عن السيطرة على المواقف والأحداث.

ويذكر أصحاب هذه المدرسة أن الإدراكات المعرفية لدى الأفراد المكتئبة يسيطر عليها العمليات المفرطة في الحساسية، وهذه الإدراكات تحدد طريقة الاستجابة، فهم يميلون إلى تضخيم أخطائهم والعوائق التي تعترض مسارهم (بوقرين، 2009).

- كما يرى أصحاب المدرسة الانسانية أن مريض الاكتئاب لديه فكرة من ذاته تجعله يشعر بالضعف، وهذه الفكرة تكون أكبر مما تتحمله ذاته فيحاول أن يثبت لنفسه أنه أحسن مما يشعر بكل السبل والامكانيات، وغالباً ما ينجح في ذلك ويستمر في هروبه من مواجهة نفسه ومشكلاته، فإذا شعر بانتهاء إمكانياته وأحس بالضعف وحقارة فكرته عن نفسه فإنه يصاب بالاكتئاب (جلال، 1986) .

ويرون أيضاً وخاصة فرانكل أن الفراغ الوجودي هو عرض رئيس في الاكتئاب، ويرجع هذا الفراغ إلى فقدان محتوم على الإنسان يكون من شقين: الأول فقدان الإنسان لغرائزه الحيوانية التي كانت تمثل المعنى والطمأنينة والأمن، وأما الثاني فهو فقدان بمعنى من خلال مسامرة وتقليد الغير بما يحمل هذا التقليد من تناقضات تنفي عنه صفة المعنى (مكاوي، 1997).

كما يرون أن الاكتئاب هو توقف شعور الفرد بالزمن الذاتي وبوجوده، وهذا الرأي يوضح مدى التغير الذاتي تجاه الشعور بالوقت والزمن عند المكتئبين، ويرون أيضاً أنه من الصعب على المكتئب أن يرى مجاله الإنساني الأصيل للخبرة المعاشة بالدقة والوضوح الكاملين ولا يستطيع أن يترجم خبرته الرئيسية التي يحصل عليها إلى مفاهيم منتظمة (عبد الصاحب، 2011).

من خلال ما سبق ترى الباحثة أن الأسباب الأساسية في تكوين الاكتئاب يرجع إلى خلل في نمط الشخصية وعدم قدرة الفرد في التحكم في انفعالاته، وعدم القدرة على التحكم في التفكير السليم، إلى جانب نمط التربية للأطفال والخبرات الصادمة التي تعرض لها الفرد، وعدم قدرته على التكيف معها.

2.3.4.3 الأسباب الاجتماعية:

ويرى السلوكيون أن الاكتئاب ينتج عن نقص التعزيز الإيجابي للسلوكيات، وتعلم سلوكيات خاطئة. أما المعرفيون فينظرون إلى الاكتئاب على أنه نتيجة مباشرة للأفكار السلبية، أو اللاعقلانية. ويعتقد المنظرون في مجال الأنظمة الأسرية أن الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين والشباب يحدث على الأرجح عندما يشعرون أنهم غير محبوبين وغير آمنين، وعندما يعيشون في أسر تسودها خلافات وتفاعلات سلبية بين أفرادها (Atkinson & Hornby, 2002).

ويذكر عكاشة (2008) أن بعض الدراسات كشفت عن أن الضغوط الحياتية تلعب دوراً مهماً، ولكنه محدود في حدوث الاكتئاب، حيث ترى تلك الدراسات أن هناك أحداثاً ضاغطة تسبق حدوث أول نوبة لاضطراب الوجدان أكثر من النوبات التالية، وربما الاحتمال في كون الضغوط التي صاحبت أول نوبة قد أحدثت تغيرات مستمدة من الناحية البيولوجية للمخ، وقد تشمل هذه التغيرات فقدان بعض الخلايا العصبية وتغير المثبرات الكيميائية، لذا يصبح الفرد أكثر عرضة لنوبات الاكتئاب.

ويذكر أبو فايد (2010) أن هناك أساليب اجتماعية تؤدي إلى الاكتئاب من بينها الأساليب الوالدية اللاسوية في التنشئة كإهمال الأبناء ونبذهم والقسوة الشديدة عليهم، وكذلك الخصائص المزاجية الاكتئابية للوالدين أو أحدهما، وكذلك التفكك الأسري والانفصال المبكر عن الوالدين أو بينهما والخلافات الأسرية داخل الأسرة نفسها أو بين الأسرة والبيئة الاجتماعية. **من خلال ما سبق ترى الباحثة أن للعوامل الاجتماعية دوراً مهماً للإصابة بالاكتئاب، حيث ترى سوء المعاملة الوالدية والتفكك الأسري يضعان الفرد على طريق الاكتئاب كذلك عدم قدرة الفرد على التكيف مع ظروف**

الحياة الضاغطة، ونقص المهارات الاجتماعية لمواجهةها تؤثر في الإصابة بالاكتئاب وكذلك طريقة تأثير الفرد بالمحيط الاجتماعي من حوله وتأثره بذلك المحيط يساعد في الإصابة بالاكتئاب.

وبعد الاطلاع على الدراسات ذات العلاقة بالاكتئاب مع حالات البتر وجد أن دراسة Rajiv, Singh, et al (2009) قد أكدت على وجود اضطراب الاكتئاب والقلق لدى ما يقرب 19% من العينة وقد كان القلق أكثر شيوعاً عند المرضى صغار السن، كما وجد انخفاض للقلق والاكتئاب بعد حدوث التفريغ النفسي في جلسات التأهيل ولكنه رجع مرتفعاً مرة أخرى بعد انتهاء التفريغ، ولم يظهر تأثير لعوامل الجنس والعمر على متغير القلق والاكتئاب .

من هنا ترى الباحثة من خلال خبرتها وتعاملها مع حالات البتر أن هناك العديد من حالات البتر تعاني من أعراض اضطراب الاكتئاب النفسي نتج ذلك من فقدان أحد الأطراف، وشعور الشخص ذي البتر بالعجز والإحباط من وضعه الجديد كما ترى الباحثة أن تلك الفئة تحتاج لتدخل وبرامج تأهيلية للتخفيف من حدة الأعراض وممارسة الحياة اليومية بشكل سليم.

2.4 التدخل النفسي الاجتماعي لدى الأشخاص ذوي الالبتر

2.4.1 تمهيد

إن فقدان أحد الأطراف يُنتج العجز الدائم، وهذا العجز يؤثر على المريض وعلى الصورة الذاتية والرعاية الذاتية والتنقل (الحركة)، أي أن الشخص ذا البتر بحاجة ماسة إلى عملية التأهيل والتدخل العلاجي لمساعدته للوصول إلى أعلى مستوى وظيفي ممكن وتحسين نوعية الحياة له (القاضي، 2009).

ويعتبر التأهيل من أهم التدخلات العلاجية لحالات البتر والذي يعرفه علي، وعبد الهادي (1997) التأهيل بعد البتر بأنه: "مجموعة العمليات والأساليب التي يقصد بها التقويم، وإعادة توجيه الأشخاص نحو الحياة السوية".

ويعرف التأهيل على أنه تلك العملية المنظمة والمستمرة والتي تهدف إلى إيصال الفرد المبتور إلى أعلى درجة ممكنة من النواحي الطبية والاجتماعية والنفسية والتربوية والمهنية والاقتصادية التي يستطيع الوصول إليها.

وعرف Paul Kennedy (2012) التأهيل بأنه الحفاظ على مستوى مقبول من الوظيفية التي تسمح للأفراد لإنجاز أهدافهم وتسهيل لصحتهم الشخصية وتحسين مشاركتهم في المجتمع، وتحسين لجودة الحياة سواء مع الطرف الصناعي أو بدونه، حيث يعيد الشخص للحياة مرة أخرى.

2.4.2 طرق العلاج النفسي لدى الأشخاص ذوي البتر:

قد يحتاج الأشخاص ذوي البتر للعديد من طرق العلاج والتأهيل النفسي للتكيف والتأقلم مع وضعهم الجديد، ولما يتعرضون له من خبرات صادمة من البتر، وسوف تقوم الباحثة بالتطرق إلى موضوعات متنوعة حول أنواع التأهيل، وأهدافه، والمبادئ التي تقوم عليها عملية التأهيل لدى ذوي البتر:

2.4.3 أنواع التأهيل:

ذكر بحر (2017) أن للتأهيل أنواعاً متعددة وهي كالتالي :

- 1- **التأهيل النفسي:** هو التأهيل الذي يساعد الفرد من ذوي الإعاقة على مواجهة المشكلات النفسية والأسرية، والاجتماعية، وتحديد أسبابها ومعالجتها.
- 2- **التأهيل الطبي:** هو التأهيل الذي يعيد الفرد ذا الإعاقة إلى أعلى مستوى وظيفي ممكن من الناحية الجسدية والعقلية.
- 3- **التأهيل الأكاديمي:** هو التعليم المصمم خصيصاً ليناسب حاجات الفرد ذوي الإعاقة.
- 4- **التأهيل المهني:** هو التأهيل الذي عن طريقه يحصل الفرد المعاق على الخدمات المهنية كالتوجيه والتدريب المهني.
- 5- **التأهيل الاجتماعي:** هو التأهيل الذي يساعد الفرد المعاق على التكيف الاجتماعي بغرض دمجهم في المجتمع .

2.4.4 أهداف التأهيل:

تهدف عملية التأهيل إلى مساعدة ذوي البتر لالتئام الجروح وتحسين الرعاية كما تعني بتحسين المهارات الحركية واستعادة أنشطة الحياة اليومية وتعزيز قوة العضلات والتحمل والسيطرة عليها ، وتهيئة ذوي البتر لاستخدام الطرف الصناعي والحد من الألم الوهمي بعد العمليات الجراحية، كما تهدف لتقديم المشورة وتعزيز التغذية والصحة والشفاء (Pohjolainen& etal, 2007).

2.4.5 مبادئ عملية التأهيل للشخص ذي البتر :

ذكر علي، وعبد الهادي (1997) مبادئ عملية التأهيل للشخص ذي البتر والمتمثلة في احترام وتقدير ذوي البتر والتعامل معه كوحدة متكاملة لها كيانها المستقل، تهيئة الفرص لذوي البتر ليعيشوا حياتهم الخاصة حتى لا يكونوا عالة على المجتمع ، تحرير ذوي البتر من نظرة المجتمع له وتشجعه على الاستقلالية والتعويض حتى لا يشعر بالأمن والطمأنينة .

2.4.6 أسس برامج الرعاية والتأهيل للأشخاص ذوي البتر:

ترتكز برامج الرعاية والتأهيل لمبتوري الأطراف على عدة أسس ذكرها أبو النصر (2005) وهي مساعدة الأشخاص ذوي البتر بقبول الوضع الجديد بنفس راضية أو بأقل الآلام الممكنة، ومساعدتهم على إعادة ترتيب حياتهم، تدعيم شعورهم بالأمن في الحاضر والمستقبل، كما تعتمد على مساعدتهم للتخلص من مشاعر النقص والعجز والخجل والسلوك الاعتمادي على الآخرين في كل صغيرة وكبيرة، وتوفير الأجهزة التعويضية والتدريب عليها، وتقديم المساعدات المادية لهم ولأسرهم في حالة الحاجة إلى ذلك، وتقديم الإرشاد النفسي والاجتماعي لهم ولأسرهم لمساعدتهم على التوافق النفسي والاجتماعي مع الوضع الجديد، كما أن هذه البرامج تركز على زيادة الوعي المجتمعي بحاجات ومشكلات المعاقين ومنهم الأشخاص ذوي البتر بهدف تعريف المجتمع بكيفية معاملتهم ومساعدتهم بالشكل السليم والمناسب.

وتشير الباحثة من خلال تجربتها الميدانية في تأهيل الأشخاص ذوي البتر على أهمية التأهيل كونه يساعد في تقبل إعاقته ويساهم في اكتسابهم المهارات الجديدة، وينمي بعض القدرات لديهم خلال تبادل وتشارك المعارف مع الأصدقاء في جلسات التأهيل، كما يقوم برنامج التأهيل على مساعدة الأشخاص ذوي البتر على تحسين وضعهم النفسي من خلال الفعاليات المستمرة والأنشطة الخاصة بهم، كما تعمل برامج التأهيل على تأهيل الأشخاص ذوي البتر من خلال بعض الدورات والمهارات لمساعدتهم على بناء المشاريع الخاصة بهم وإدارتها بشكل جيد وناجح.

2.4.7 خبرات البتر الصادمة والتكيف :

خبرة البتر كفقدان تتطلب من الشخص توظيف جهود التكيف جميعها من أجل الوصول لمستوى مناسب للتوافق، ولكن الفقدان عامة يختلف عن الصدمات الأخرى، حيث أن الفقد هو حدث خاص يحدث في الحال، ويدخل الفقد في اختفاء سواء الشخص أو موضوع أو لجزء من جسده ولا رجوع له، كما أن التكيف مع الفقد يحتاج لمجهودات تكيفية تعمل على فترات طويلة ومستمرة، وقد يتبعها نتائج تؤثر على سير حياة الفرد (Norman S. Zeinder, 1996).

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

2.4.8 الصدمة والتكيف الاجتماعي:

وقد أوضحت العديد من الدراسات بأن التكيف الجماعي لجماعة من الناس في مواجهة الضغوط والصدمات يكون له نتائج ايجابية، ففي دراسة موريس وآخرون (Morris Et.al,1976) وجدوا أن تعرض مجموعات من الناس للضغوطات والصدمات يزيد الدعم الاجتماعي بينهم وأنهم في حالة الخطر والخوف يطورون بينهم درجة عالية من الترابط.

وتؤكد كلير على أن المخاطر والضغوط إذا واجهت الجماعة معاً تساهم في تكيف أسرع مما لو كانوا أفراد متفرقين، وقد برهنت على ذلك من خلال دراسة أخرى لـ (Lansisalmi, and Peiro, JM,Et AL, 2000) على مجموعات عمل في مؤسسة فيها أشخاص متعدّدو الثقافات القاسم المشترك لديهم استجابات التكيف الجماعي تجاه المخاطر العامة والضغوطات التي تواجههم، فوجدوا أن هناك استجابات تكيف جماعية لم تكن الثقافة هي الوسيط الوحيد في التأثير عليها، وإنما المخاطر والضغوط هي التي كان لهما النصيب الأكبر .

والتأقلم يعرف على أنه التغير الحادث في معرفة الشخص بعد تعرضه للصدمة، بحيث يتمكن الأفراد من التعامل مع المتطلبات الداخلية والخارجية الناتجة عن ذلك، ويكون الهدف من التأقلم هو السيطرة على التغير الذي حدث جراء الصدمة، وفي الغالب يتكون هذا التغير من المتطلبات التي يتبناها الشخص(فهمي، 1976).

ولكن لاحظت الباحثة من خلال خبرتها مع هؤلاء الأشخاص خلال الأربع سنوات الماضية أن الأشخاص ذوي البتر بانتهاء برنامج الدعم النفسي (شفاء الجروح) يكونوا قد استطاعوا تكوين جماعة خاصة بهم يتواصلوا ويجتمعوا باستمرار وهم بذلك يستطيعون التكيف من الضغوط والمخاطر التي يواجهونها في حياتهم.

كما ترى الباحثة أن العديد من حالات البتر تعاني من أعراض اضطراب القلق والتي تتمثل في القلق العام والقلق من المستقبل، والذي بدوره أثر على أدائهم الوظيفي والعلاقات الاجتماعية ونظرتهم للحياة

وقد تم التعرف على تلك الأعراض بعد اجراء المقياس القبلي للحالات (DASS) ملحق رقم (2)، وتحتاج تلك الفئة إلى التدخل لعلاج تلك الأعراض فمنها يحتاج إلى علاج نفسي والبعض علاج اجتماعي وفي حالات صعبة تحتاج إلى العلاج الكيميائي بجانب العلاج النفسي والاجتماعي، لذا ستطرق الباحثة للحديث عن علاج القلق والاكتئاب لدى الأشخاص ذوي البتر.

علاج القلق :

ترى الباحثة أن العيش مع اضطراب القلق لا يعتبر أمراً هيناً، خصوصاً في وجود سبب مستديم يتمثل في البتر أو العجز الحركي، فإن التغلب على انفعال القلق فقط يؤثر على التفاعل مع الاصدقاء والعائلة، وكذلك في الإنتاجية في العمل وعلى جودة الحياة بشكل عام إلا أن هناك طرقاً صحية للتغلب على اضطراب القلق، حيث إن اضطراب القلق من أكثر الاضطرابات النفسية استجابة للعلاج، وذلك حسب درجة هذا القلق لدى الفرد وشخصيته وخلفية المعالج النظرية والتطبيقية، لذلك يأخذ العلاج عدد من الاتجاهات والتي منها:

1- العلاج الكيميائي:

ويتم هذا العلاج من خلال إعطاء المصاب بالقلق عقاقير مهدئة، والتي من أهمها مشتقات (Benzodiazepine) والتي يهدف من إعطائها تهدئة المريض من خلال تأثيرها على الجهاز العصبي لديه ومن هذه العقاقير كذلك (Valium)، حيث يتسبب هذا العقار في استرخاء عضلات الجسم لدى المصاب باضطراب القلق (Pierre, 1995).

أما حديثاً فإن علاج القلق دوائياً يعتمد على مضادات الاكتئاب SSRs مثل (paroxetine, sertraline, escitalopram) (Sanchez c,et 2014)

2- العلاج النفسي:

حيث يأخذ العلاج النفسي لاضطراب القلق عدد من الجوانب والاتجاهات، وذلك تبعاً للمدارس التي يتم من خلالها وضع البرامج والتقنيات المستخدمة في التخلص من هذا الاضطراب، ونذكر منها مدرسة التحليل النفسي والتي تسعى إلى تبصير المريض بصراعاته اللاشعورية، مع محاولة التكيف وتعديل الأهداف وتنمية القدرات، وذلك باستخدام فنية التداعي الحر، وكذلك تفسير الأحلام التي تسعى لتفكيك رموز المكبوتات (صبرة، وآخرون، 2004).

أورد جبل (2000) أن المدرسة السلوكية تذهب في علاج القلق من خلال خلق مثير جديد بدل المثير المضلل وذلك باستخدام عدد من التقنيات التي يستخدمها المعالج النفسي والتي منها التحصين التدريجي أو الغمر وكذلك تدريب المصاب على التخلص من القلق بممارسة الاسترخاء والتعزيز.

أما أصحاب المدرسة المعرفية فهم يسعون إلى محاولة تغيير النظم المعرفية الخاطئة وإبدالها بالأفكار العقلانية البديلة والتي من خلالها يتم تعديل سلوك المريض.

ويشمل العلاج النفسي بشكل عام الإرشاد الفردي والوالدي والزواجي والجماعي وذلك حسب مستوى القلق لدى الشخص.

3- العلاج الاجتماعي

وبأتى هذا العلاج بعد دراسة حالة المصاب والبيئة المحيطة به والتي من خلالها يمكن تشخيص مصادر القلق وتلافي تلك الأسباب بتغيير الوضع الأسري أو المحيط الاجتماعي الخاص به سواء بالمدرسة للطفل أو العمل أو منطقة السكن أو حالة البيت (أبو الخير، 2001).

يتميز العلاج الاجتماعي بإشراك الأسرة في العلاج من حيث تغيير أنماطها السلوكية المسببة للقلق إن وجد وإيجاد تعديل في تلك الأنماط إلى جانب التمتع بالرفاهية والرحلات والصدقات وسماع الموسيقى للمصاب، وكذلك اصطحابه إلى المناسبات الاجتماعية مما يساعد في الشفاء من القلق (الداهري، 1999).

وفي دراسة للحوامة وآخرون (2008) تشير إلى أن المساندة الاجتماعية ساهمت في الحد بدرجة كبيرة من القلق والاكتئاب لدى العشرات من الذين يعانون من البتر بسبب المرض، والمرضى الذين يعانون من بتر فوق الركبة.

من خلال ما سبق ترى الباحثة أن أساليب العلاج التي يجب استخدامها لابد أن تراعي حالة القلق نفسه عند الفرد سواء من شدته وقوته أو من حيث سببه إن وجد، وكذلك التقنية المناسبة لتلك الحالة والتي يمكن لها أن تساعد في تسريع عملية الشفاء، فبعض الحالات المرضية لا يمكن أن يتناسب معها الغمر كما هو في العلاج السلوكي وذلك حرصاً على حياة المريض خاصة الذي يعاني من الأماكن المرتفعة أو غيرها، وأن بعض حالات العلاج بالتحليل النفسي فإنها تستهلك وقتاً وجهداً ومالاً كثيراً وأن بعض الحالات وأسرها تسعى للتسريع في العلاج، وأن بعض الحالات القلقة ليس لديها

أفكار لاعقلانية فهي لا يمكن لها الاستجابة لأساليب العلاج المعرفي، ولكن ترى الباحثة أن العلاج الاجتماعي مهم جداً مشتركاً مع العلاج النفسي لينتكون لدينا علاج شامل لحالات القلق.

2.4.9 علاج الاكتئاب:

ترى الباحثة أن علاج الاكتئاب لا بد له من تكامل ثلاثة أنواع من العلاجات ألا وهي العلاج الدوائي، والعلاج النفسي، ثم العلاج الاجتماعي، وهذه العلاجات سوف نقوم بالحديث عنهم بشيء من التفصيل:

1- العلاج الطبي الدوائي:

لقد انقسم المعالجون للاكتئاب طبياً إلى قسمين أحدهما علاج بالعقاقير والآخر بالصدمات الكهربائية، أما بالنسبة للعلاج بالعقاقير والتي هي عبارة عن مجموعة من المهدئات والعقاقير الدوائية والتي منها منشطات الجهاز العصبي والمركبات ثلاثية الحلقات ومثبطات الأنزيم المؤكسد للأمينيات بالإضافة إلى مضادات الاكتئاب، وتستعمل مع الحالات التي يصعب التقدم معها وتكون شديدة الإصابة بالاكتئاب (حمودة، 1990).

أما حديثاً فإن علاج الاكتئاب دوائياً يعتمد على مضادات الاكتئاب مثل (paroxetine, sertraline, escitalopram) (Sanchez c, et 2014).

أما القسم الثاني: فهو العلاج بالصدمات الكهربائية ويستخدم هذا العلاج مع حالات الاكتئاب الشديدة والمصاحب لها ميل انتحارية حيث تعمل هذه الصدمات على تعديل عمل الهيبيو ثلاموس (وهو المركز الأعلى الذي يتحكم في الجهاز العصبي اللاإرادي (عكاشة، 1998: 383).

2- العلاج النفسي:

تتباين العلاجات النفسية للاكتئاب بتباين وجهات النظر في تفسير وتشخيص هذا الاضطراب فكل مدرسة نفسية لها أساليب تساعد في تخفيف حدة الاكتئاب والقضاء عليه ويهدف هذا العلاج إلى تحسين قدرات المريض الفكرية والمهنية والاجتماعية والسلوكية ويكون ذلك عن طريق أنواع متعددة من العلاج النفسي أهمها:

أولاً: العلاج النفسي التحليلي:

يبحث هذا النوع من العلاج في العوامل الدفينة في طفولة الفرد المعتمدة في أساساً على الجنسية الطفلية والصدمات التي تلقاها المريض في الخمس سنوات الأولى من حياته مع عمليات التداعي الحر، وتفسير الأحلام والتحول والكشف عن العمليات الدفاعية اللاشعورية (عكاشة، 1998: 121).

ويرجع الفضل إلى علماء التحليل النفسي في الكشف عن أهمية العلاقة المهنية (الطرح بين المريض -المعالج) وبمدى ما تكون عليه العلاقة الطردية من قوة تسمح بقبول المعالج كآخر وبالتالي قبول الموقف العلاجي نفسه وتحقق المعرفة ويكون الشفاء (عسكر، 1988).

ثانياً: العلاج السلوكي:

يعتبر أصحاب هذه المدرسة أن الأمراض النفسية عادات خاطئة يتعلمها الفرد كي يقلل من درجة التوتر، حيث يستخدم المعالج تقنيات تعديل السلوك السلبي بمعنى إضفاء السلوك غير المرغوب فيه والعمل على بناء فعل شرطي أو سلوك آخر مرغوب فيه (عكاشة، 1998: 131).

وقد استخدم الباحثون في هذه المدرسة عدداً من التقنيات التي تساعد في علاج الاكتئاب والتي منها أسلوب التحصين التدريجي وأسلوب التدريب التوكيدي السلوكي وأسلوب النمذجة (زيدان، 2018).

ثالثاً: العلاج المعرفي:

ينظر المعالجون المعرفيون للاكتئاب أنه مفاهيم خاطئة يدركها ويكونها الفرد عن ذاته، لذلك يجب أن يعمل المعالج على تعديل تلك المفاهيم الخاطئة واستبدالها بمفاهيم أخرى إيجابية، ويعتمد العلاج المعرفي على إكساب المريض معارف إيجابية عن ذاته والمجتمع (الشناوي، 1991).

رابعاً: العلاج الاجتماعي :

ويكون هذا العلاج من خلال مساعدة المريض اجتماعياً وحل مشكلاته الاجتماعية وإحداث التغييرات البيئية المناسبة للتقليل من معاناته، وهذه البرامج الاجتماعية تتداخل مع البرامج السلوكية والمعرفية في بعض أهدافها كزيادة التعزيز والمهارات التي تساعد على علاج الاكتئاب اجتماعياً ويكون للأسرة والمؤسسات المدنية دور بارز في هذا الجانب في سرعة نجاح العلاج وقدرة المريض على مساعدة نفسه للتعافي (Rehm, 2003).

وترى الباحثة من خلال خبرتها العملية مع الأشخاص ذوي البتر أن العلاج النفسي والتدخل الاجتماعي مع الاسرة يساهم في رفع وتعزيز الروح المعنوية لذوي البتر، ويساعد في عملية الشفاء وتقبلهم لأنفسهم وتأقلمهم مع وضعهم الصحي والجسدي الجديد .

2.4.10 وصف برنامج شفاء الجروح:

برنامج يستفيد منه الأشخاص ذوي البتر (نتيجة الخبرة الصادمة أو المضاعفات المرتبطة بمرض السكري) في مركز الأطراف الصناعية ومستشفيات وزارة الصحة ومراكز الصحة العقلية المجتمعية التابعة لوزارة الصحة من الصحة العقلية والدعم النفسي والاجتماعي لتسهيل وتحسين إعادة التأهيل البدني والنفسي والاجتماعي ويتم ذلك بالشراكة بين اللجنة الدولية للصليب الأحمر ومركز الأطراف الصناعية ووزارة الصحة لتعزيز الوصول، ونوعية الصحة العقلية والرعاية النفسية والاجتماعية في مستويات مختلفة من الاهتمام (اللجنة الدولية للصليب الاحمر، 2019) .

كما يعتبر برنامج شفاء الجروح برنامج دعم نفسي اجتماعي للأشخاص ذوي البتر مكون من عدد ثمانية جلسات في كل أسبوع جلسة، مقدمة من فريق مختص مكون من الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والأطباء والتمريض العاملين في مراكز الصحة النفسية التابعة للإدارة العامة للصحة النفسية وهي ستة مراكز موزعة على محافظات قطاع غزة حيث يطبق كل مركز مجموعة مكونة من (10) أشخاص من ذوي البتر .

الفصل الثالث

المنهجية والاجراءات

- منهجية الدراسة
- مجتمع الدراسة
- حجم عينة الدراسة
- أدوات الدراسة
- خطوات الدراسة
- اخلاقيات الدراسة
- جمع وتحليل البيانات
- معوقات الدراسة

الفصل الثالث

المنهجية والاجراءات

توطئة : تعد منهجية الدراسة واجراءاتها محورا رئيسا للدراسة برمتها، ويتم من خلالها انجاز الجانب العملي التطبيقي من البحث، حيث يتتال هذا الفصل وصفا مفصلا لكل الاجراءات التي قامت بها الباحثة لتنفيذ وانجاز هذه الدراسة، ومن ذلك تعريف : منهج الدراسة، ووصف مجتمع الدراسة، وإعداد أداة الدراسة، والتأكد من صدقها وثباتها.

كما يحتوي هذا الفصل على بيان إجراءات الدراسة والاساليب الإحصائية التي استخدمتها الباحثة في تحليل البيانات واستخلاص النتائج.

وفيما يلي وصف لهذه الإجراءات:

3.1 منهجية الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي لوصف وتحليل وتفسير الظاهرة دونما تدخل فيها، وهو ما يناسب أهداف الدراسة، حيث أن هذا المنهج يركز على وصف ورصد موضوع الدراسة، ثم القيام بعملية تحليلية لنتائجها، ودراسة متغيراتها، وإمكانية الربط بينها، وصولا لاستخلاص النتائج والعبر والتوصيات.

3.2 مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من الأشخاص ذوي البتر الذين تتراوح أعمارهم من 18 عاماً فما فوق والبالغ عددهم (1600) شخصاً (مركز الأطراف الصناعية، 2019).

3.3 حجم عينة الدراسة:

تكوّنت عينة الدراسة من (60) فرداً من الأشخاص ذوي البتر، المشاركين في برنامج شفاء الجروح في الدورة (2019/2)، وقد تم الحصول على هذه العينة من الجهات المعنية بهذه الفئة ألا وهي (مركز الأطراف الصناعية، جمعية السلامة الخيرية، أطباء بلا حدود)، مقسمين مناصفة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، حيث تم توزيع أداة الدراسة عليهم في التطبيقين القبلي والبعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية والتطبيق التتبعي للمجموعة التجريبية.

3.4 أدوات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة التي تتمثل في قياس فاعلية برنامج شفاء الجروح في تخفيف أعراض القلق والضغط والاكتئاب لدى الأشخاص ذوي البتر، تم استخدام ما يلي:

- 1- مقياس (DASS) لقياس القلق والضغط والاكتئاب من إعداد (زيجموند وسنيث، 1961).
- 2- البرنامج المقترح من إعداد الإدارة العامة للصحة النفسية بالتعاون مع اللجنة الدولية للصليب الأحمر .
- 3- المقابلات الفردية

أولاً: مقياس (DASS) لقياس القلق والضغط والاكتئاب.

قام بتصميم هذا المقياس (Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F، 1995) .

وهو مقياس القلق والضغط والاكتئاب (DASS-21)، وقام (رشيد، 2014) بتعريبه وتجريبه على البيئة الجزائرية عام 2014، وتم تطبيقه على البيئة الفلسطينية عام 2016 حيث طبق في الإدارة العامة للصحة النفسية ضمن برنامج مساعدة المساعدين على فريق من الأطباء والتمريض والاختصاصيين.

وهو عبارة عن مجموعة من ثلاثة مقاييس للتقرير الذاتي مصممة لقياس الحالات العاطفية للقلق والضغط والاكتئاب.

يحتوي كل مقياس من المقاييس الثلاثة DASS-21 على (7) عناصر ، مقسمة إلى فروع فرعية ذات محتوى مماثل.

يقيس مقياس القلق الإثارة اللاإرادية وآثار العضلات الهيكلية والقلق الظرفي والتجربة الذاتية لتأثير القلق.

مقياس الضغط حساس لمستويات الإثارة المزمنة غير المحددة.

و يقيم صعوبة الاسترخاء ، والإثارة العصبية ، والاضطراب بسهولة / الإثارة ، العصبي / الإفراط في رد الفعل وعدم الصبر .

مقياس الاكتئاب يقيم خلل الأداء ، واليأس ، وانخفاض قيمة الحياة ، واستتكار الذات ، وقلة الاهتمام / المشاركة ، والاضطرابات ، والقصور الذاتي.

يتم احتساب درجات القلق والضغط والاكتئاب من خلال جمع الدرجات للعناصر ذات الصلة.

يعتمد DASS-21 على مفهوم الأعراض بدلاً من المفهوم القاطع للاضطراب النفسي.

1-الصدق البنائي Structure Validity

تم حساب معاملات الارتباط بيرسون بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (1): معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس

الرقم	البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1.	الضغط	*.920	0.000
2.	القلق	*.846	0.000
3.	الاكتئاب	*.853	0.000

* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.01$.

يوضح جدول (1) معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.01$ وبذلك يعتبر المقياس صادق لما وضع لقياسه.

2. صدق الاتساق الداخلي Internal consistency:

تم حساب معاملات الارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، ويتضح ذلك من خلال الجداول التالية:

جدول (2): معامل الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات بعد الضغط والدرجة الكلية للبعد

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1.	وجدت صعوبة في الاسترخاء والراحة	.583*	0.000
2.	كنت أميل إلى رد فعل مفرطة للظروف والأحداث	.401*	0.014
3.	شعرت بأنني استهلك الكثير من الطاقة العصبية (شعرت لأنني استهلك الكثير من قدرتي على تحمل التوتر العصبي)	.641*	0.000
4.	شعرت بأنني مضطرب ومنزعج	.587*	0.000
5.	أجد صعوبة في الاسترخاء	.536*	0.001
6.	كنت لا استطع تحمل أي شيء يحول بيني وبين ما أرغب في القيام به	.467*	0.005
7.	شعرت بأنني أميل إلى الغيط بسرعة	.630*	0.000

* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

يوضح جدول (2) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد الضغط والدرجة الكلية للبعد، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$ وبذلك يعتبر البعد صادقاً لما وضع لقياسه.

جدول (3): معامل الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات بعد القلق والدرجة الكلية للبعد

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1.	شعرت بجفاف في حلقي	.637*	0.000
2.	شعرت بصعوبة في التنفس (شدة التنفس السريع ،اللهتان بدون القيام بمجهود جسدي مثلا)	.351*	0.028
3.	شعرت برحفة (باليدين مثلا)	.546*	0.001
4.	كنت خائفاً من مواقف قد أفقد فيها السيطرة على أعصابي وأسبب إحراجا لنفسي	.635*	0.000
5.	شعرت بأنني على وشك الوقوع في حالة من الرعب المفاجئ بدون سبب	.553*	0.001
6.	شعرت بضربات قلبي بدون مجهود جسدي (زيادة في معدل الدقات، أو غياب دقة قلب مثلاً.	.623*	0.000
7.	شعرت بالخوف بدون أي سبب وجيه	.494*	0.003

* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.01$.

يوضح جدول (3) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد القلق والدرجة الكلية للبعد، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$ وبذلك يعتبر البعد صادقاً لما وضع لقياسه.

جدول (4): معامل الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات بعد الاكتئاب والدرجة الكلية للبعد

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1.	لم يبدو لي بإمكانني الإحساس بمشاعر إيجابية على الإطلاق	.696*	0.000
2.	وجدت صعوبة في أخذ المبادرة بعمل الأشياء	.519*	0.002
3.	شعرت بأن ليس لدي أي شيء انتطلع اليه	.778*	0.000
4.	شعرت بالحزن والغم	.481*	0.004
5.	فقدت الشعور بالحماس لأي شيء	.677*	0.000
6.	شعرت بأن قيمتي قليلة كشخص	.470*	0.004
7.	شعرت بأن الحياة ليس لها معنى	.481*	0.004

* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

يوضح جدول (4) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد الاكتئاب والدرجة الكلية للبعد، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$ وبذلك يعتبر البعد صادقاً لما وضع لقياسه.

3-الصدق الذاتي:

يتم حساب الصدق الذاتي من خلال الجذر التربيعي لمعامل الثبات لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (5) الصدق الذاتي للمقياس

م	البعد	عدد الفقرات	الصدق الذاتي
1.	الضغط	7	0.845
2.	القلق	7	0.840
3.	الاكتئاب	7	0.885
	الدرجة الكلية للمقياس	21	0.917

واضح من النتائج المبينة في جدول (5) ارتفاع قيم الصدق الذاتي للأبعاد كافة، وللدرجة الكلية للمقياس، وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة كبيرة من الصدق اطمأنت الباحثة إلى تطبيقه على عينة الدراسة الفعلية.

• ثبات المقياس:

تم التحقق من ثبات المقياس من خلال طريقتين وذلك كما يلي:

أ- معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha Coefficient :

تم استخدام طريقة ألفا كرونباخ لقياس ثبات المقياس. وتشير النتائج الموضحة في جدول (6) أن قيمة معامل ألفا كرونباخ مرتفعة لكل بعد حيث تتراوح بين (0.706، 0.784). كذلك كانت قيمة معامل ألفا كرونباخ لجميع فقرات المقياس (0.841). وهذا يعنى أن معامل الثبات مرتفع ودال إحصائياً.

جدول (6) معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات المقياس

م	البعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
1.	الضغط	7	0.714
2.	القلق	7	0.706
3.	الاكتئاب	7	0.784
	الدرجة الكلية للمقياس	21	0.841

ب - طريقة التجزئة النصفية Split Half Method:

تم تجزئة فقرات المقياس إلى جزأين (الفقرات ذات الأرقام الفردية، والفقرات ذات الأرقام الزوجية) ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجات الفقرات الفردية ودرجات الفقرات الزوجية وبعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط باستخدام معادلة جتمان حيث أن عدد الفقرات الفردية لا يساوي عدد الفقرات الزوجية، وتم الحصول على النتائج الموضحة في جدول (7).

جدول (7) : طريقة التجزئة النصفية لقياس ثبات المقياس

م	البعد	معامل الارتباط	معامل الارتباط المعدل	مستوى الدلالة
1.	الضغط	0.572	*0.731	دال إحصائيا
2.	القلق	0.532	*0.698	دال إحصائيا
3.	الاكتئاب	0.539	*0.728	دال إحصائيا
	الدرجة الكلية للمقياس	0.697	*0.822	دال إحصائيا

*تم استخدام معادلة جتمان حيث أن عدد الأسئلة الفردية لا يساوي عدد الأسئلة الزوجية

من خلال النتائج الموضحة في جدول (7) أن قيمة معامل الارتباط المعدل مرتفعة وداله إحصائياً. وبذلك تأكدت الباحثة من صدق وثبات المقياس، حيث أصبح المقياس في صورته النهائية (21) فقرة. انظر ملحق رقم (1).

اختبار التوزيع الطبيعي Normality Distribution Test :

تم استخدام اختبار شبيرو ولك Shapiro-Wilk لاختبار ما إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي من عدمه، وكانت النتائج كما هي مبينة في جدول (8).

جدول رقم (8) يوضح نتائج اختبار التوزيع الطبيعي

القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار	المجموعة	التطبيق
0.447	0.966	ضابطة	قبلي
0.698	0.976	تجريبية	
0.319	0.960	ضابطة	بعدي
0.142	0.944	تجريبية	
0.522	0.969	تجريبية	تتبعي

واضح من النتائج الموضحة في جدول (8) أن القيمة الاحتمالية (Sig.) أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وبذلك فإن توزيع البيانات يتبع التوزيع الطبيعي حيث تم استخدام الاختبارات العلمية للإجابة عن تساؤلات الدراسة.

ثانياً: البرنامج الإرشادي:

أولاً: وصف البرنامج:

يعتبر برنامج شفاء الجروح برنامج تدخل إرشادي يهدف الى تخفيف مشاعر القلق والضغط والاكتئاب وإعادة دمج أشخاص ذوي البتر في المجتمع ليصبحوا أكثر استقلالية واعتماداً على أنفسهم ، التدخل يكون خلال عشر جلسات، جلسة اسبوعياً، حيث يتم استخدام (DASS) لتقييم مشاعر القلق والضغط والاكتئاب قبل البرنامج وبعده وبعد شهرين للمتابعة.

قام بإعداده فريق من المختصين من الأطباء والتمريض والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين العاملين في الإدارة العامة للصحة النفسية بالتعاون مع اللجنة الدولية للصليب الاحمر.

أ- أهداف البرنامج

يهدف برنامج التدخل الإرشادي إلى:

1- اختبار فاعلية البرنامج في تخفيف أعراض القلق والضغط والاكتئاب لدى الأشخاص ذوي

البتر بقطاع غزة ومحاولة إحداث التوافق النفسي والمعرف والانفعالي لهم من خلال الأقران.

2- محاولة التخفيف من حدة الآثار السلبية الناتجة عن حالة البتر.

4- استخدام التكتيكات العلاجية الإرشادية المناسبة والأكثر فعالية للتخفيف من أعراض القلق

والضغط والاكتئاب لدى ذوي البتر.

5- إعادة دمج أشخاص ذوي البتر في المجتمع ليصبحوا أكثر استقلالية واعتماداً على أنفسهم.

ويتحقق ذلك من خلال الأهداف الإجرائية التالية:

1- زيادة وعي وإدراك ذوي البتر بالمتغيرات النفسية التي لها علاقة بحالتهم النفسية وتأثير ذلك على الحالة الصحية.

2- مناقشة الأفكار اللاعقلانية التي تؤثر على حالة ذوي البتر المعرفية والانفعالية، ودفعهم نحو التفكير بأسلوب عقلائي منطقي من خلال الأقران.

3- إقناع ذوي البتر من خلال الأقران بأن الأفكار والمعتقدات ذات الصلة بحادثة البتر هي التي تؤدي حتماً إلى أعراض القلق والضغط والاكتئاب وبالتالي تؤثر على حالتهم الصحية.

4- مساعدة ذوي البتر على كيفية استثمار الإمكانات المتاحة لديهم والمتاحة في المجتمع المحلي بهدف مواجهة المشكلات وتدعيم القيم الإيجابية وذلك من خلال نماذج سابقة من الأقران.

ب- خطوات إعداد البرنامج الإرشادي:

1- البرنامج معد مسبقاً من قبل فريق متخصص في الإدارة العامة للصحة النفسية بالتعاون مع الصليب الأحمر الدولي، وتعتبر الباحثة واحدة من الفريق ومطبق على مجموعات تابعة لمراكز الصحة النفسية الموزعة على محافظات قطاع غزة وهي ست مجموعات وستقوم الباحثة بإجراء الدراسة على ثلاث مجموعات .

2- أخذ الموافقة من الإدارة العامة للصحة النفسية والمجتمعية لتطبيق الدراسة .

3- أخذ الموافقة من لجنة هلسنكي على القيام بإجراء هذه الدراسة .

4- اخذ الموافقة من أفراد المجموعة بتطبيق الدراسة .

ج- محتوى البرنامج الإرشادي: ملحق (3)

1- المخرجات المتوقعة من البرنامج:

أ- التحويل المضاد للطاقة السلبية الناتجة عن حادث البتر.

ب- النظر للذات نظرة إيجابية.

ج- ضبط وتنظيم وإدارة الانفعالات السلبية.

د- تعلم فنيات مواكبة الحياة وتطورها من حولهم، وزيادة فاعلية توقعاتهم للأحداث.

2- أسس اختيار المحتوى:

- تم اختيار محتوى البرنامج الإرشادي (شفاء الجروح) وفقاً للأسس التالية:
- تناسق وتكامل موضوعات البرنامج مع مخرجات البرنامج المحققة للأهداف المنشودة.
- تنوع وشمول بالفنيات الإرشادية المختلفة، في تنمية المهارات والمعارف المتعلقة بموضوعات البرنامج.
- استخدام أساليب إرشادية محققة للفنيات الإرشادية.
- القابلية للتعميم.

مراحل تطبيق البرنامج:

1- مرحلة التمهيد:

التي اعتمدت على خلق أواصر الألفة والثقة بين المرشدة والمسترشدين، حيث تجلت هذه المرحلة في الجلسات الأولى من البرنامج، والتي يتم من خلالها التعارف بين المرشدة والمسترشدين، وتعريفهم بالبرنامج الإرشادي وأهدافه وماهيته وتوقعاتهم نحوه، وهذه المرحلة تؤسس للدخول في عمق الجلسات الإرشادية.

2- مرحلة الانتقال:

تتجلى هذه المرحلة بالجلسات التي تتناول موضوع دعم الأقران في التخفيف من حدة أعراض القلق والضغط والاكتئاب، والتعرف على أهميته في بناء العوامل والأسس التي تقوي الفرد من الإصابة بالمشكلات النفسية.

3- مرحلة الارشاد والتوجيه:

وهي المرحلة التي يتم فيها العمل من خلال استخدام مجموعة الفنيات الإرشادية والأساليب والاستراتيجيات التدريبية التي تعمل على الحد من أعراض القلق والاكتئاب، وتعزيز الإدارة الشخصية، وذلك في محاولة لتدعيم فاعلية شفاء الجروح، حيث تمثلت الفنيات الإرشادية في (التفريغ الإنفعالي - الحوار والمناقشة - تحديد الأفكار التلقائية وتصحيحها - تقييم السلوك - الإلزام بالسلوك - التخيل).

4- مرحلة غلق البرنامج:

وهي المرحلة قبل الأخيرة والتي يتم فيها التأكد من الوصول للأهداف الرئيسية للبرنامج والوصول للنتائج المرجوة في الوصول إلى درجة مقبولة من اكتساب المهارات والقدرات الخاصة بالتخفيف من أعراض القلق والاكتئاب وذلك من خلال البرنامج، وذلك باستخدام وسائل وأساليب التقييم المناسبة، وتم تطبيق القياس البعدي في هذه المرحلة.

5- مرحلة المتابعة:

وهي المرحلة النهائية حيث تم التحقق من مدى استمرارية النتائج الإيجابية التي تم التوصل إليها بعد تطبيق البرنامج، وتم ذلك من خلال تطبيق القياس التتبعي بعد شهرين من تطبيق القياس البعدي.

إجراءات تطبيق البرنامج:

1- تم تحديد العينة من ذوي البتر بعد الحصول على تلك العينة من (مركز الأطراف الصناعية،

-جمعية السلامة الخيرية، أطباء بلا حدود

2- إجراء القياس القبلي بعد اختيار العينة من خلال:

-حساب متوسطات درجات العينة للمجموعة التجريبية - الضابطة، على مقياس (القلق والضغط والاكتئاب DASS).

- مقارنة متوسطات المجموعتين (تجريبية- ضابطة) للتحقق من تكافؤ العينة.

3- معالجة المجموعة التجريبية، وإجراءات القياس البعدي، والتي تتم من خلال:

- تقييم الخدمات الارشادية بالجلسات.

- تطبيق مقياس (القلق والضغط والاكتئاب DASS) على العينة التجريبية والضابطة والحصول على المتوسطات لتكون القياس البعدي لبرنامج شفاء الجروح .

- مقارنة المقياس القبلي مع المقياس البعدي للمجموعة التجريبية.

- مقارنة متوسطات المقياس البعدي للمجموعة التجريبية مع الضابطة.

4- إجراء القياس التتبعي من خلال:

- تطبيق مقياس (القلق والضغط والاكتئاب DASS) على العينة التجريبية بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج .

- مقارنة متوسط درجات المجموعة التجريبية على القياسين البعدي والتتبعي لمقياس (القلق والضغط والاكتئاب DASS)، للتحقق من الاحتفاظ بالأثر للبرنامج.

5- أساليب التقييم: والتي اعتمدت على أربع أنواع من التقييم:

- **تقييم قبلي:** قبل بدء تنفيذ البرنامج من خلال أدوات القياس الخاصة (القلق والضغط والاكتئاب (DASS).
- **تقييم مرحلي:** للتحقق من وصول أفراد العينة لدرجات الحسم من اكتساب مهارات شفاء الجروح والتخفيف من حدة أعراض القلق والضغط والاكتئاب.
- **تقييم بعدي:** بعد انتهاء البرنامج من خلال أداة قياس (القلق والضغط والاكتئاب (DASS).
- **تقييم تتبعي:** استخدام مقياس (القلق والضغط والاكتئاب (DASS) بعد مرور شهرين على انتهاء البرنامج.

ثالثاً - مقابلات فردية مع الأشخاص ذوي البتر:

- ستقوم الباحثة بإجراء مقابلات فردية مع عدد من الأشخاص ذوي البتر للتعرف على مدى رضاهم عن برنامج شفاء الجروح وذلك من خلال عرض مجموعة من الأسئلة والتي تتلخص في التالي :
- كيف اثر البرنامج على صحتك النفسية؟
 - كيف اثر البرنامج على علاقاتك الاجتماعية ؟
 - إلى أي مدى خفف البرنامج من الأعراض التي كنت تعاني منها قبل البدء بالبرنامج؟
 - مامدى تفاعلك مع افراد المجموعة خلال البرنامج وبعد الانتهاء منه؟

3.5 خطوات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة عن أسئلتها، تم إتباع الخطوات والإجراءات التالية:

1. الاطلاع على الأدبيات والدراسات السابقة من كتب وأبحاث محكمة ورسائل ماجستير ذات علاقة بموضوع الدراسة.
2. حصلت الباحثة موافقة من الادارة العامة للصحة النفسية لقياس فاعلية البرنامج .
3. أخذ الموافقة الرسمية من الجامعة للتطبيق.
4. أخذ الموافقة الرسمية من لجنة هلسنكي لإجراء الدراسة .
5. تطبيق المقياس على عينة استطلاعية للضبط الإحصائي مكونة من (30) شخص من ذوي البتر.
6. اختيار أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة والتي تتكون من (60) شخص وأخذ موافقتهم على إجراء الدراسة عليهم.

7. تم تطبيق البرنامج المقترح على عينة الدراسة المستهدفة وهي المجموعة التجريبية والمكونة من 30 شخص مقسمة إلى ثلاث مجموعات .

8. تم التطبيق البعدي على المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

9. تم تقصي الفروق بين أداء المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج.

10. كما قامت الباحثة بمقابلة بعض أفراد العينة بشكل فردي للتعرف على مدى رضاهم عن البرنامج بعد الانتهاء منه .

11. رصد النتائج ومعالجتها إحصائياً وتحليلها وتفسيرها.

12. تم تفسير النتائج وبناءً على ذلك تم تقديم التوصيات والمقترحات.

أخلاقيات الدراسة:

قامت الباحثة بالحصول على الموافقات اللازمة من جامعة القدس " الدراسات العليا" لاجراء الدراسة، كما حصلت على موافقة الادارة العامة للصحة النفسية، ولجنة هلسنكي للبحث العلمي، كما حصلت الباحثة على موافقة المشاركين في هذه الدراسة وضمن حقوقهم وضمن السرية والخصوصية علما بأن المعلومات ستستخدم فقط لأغراض البحث العلمي، وأنه لا يطلع عليها سوى الباحث والمشرفين على الدراسة، كما أكدت الباحثة التزامها المطلق بأدبيات وأخلاقيات البحث العلمي.

العينة الاستطلاعية:

تم اختيار (30) شخصاً من ذوي البتر، من الأشخاص المشاركين في برنامج شفاء الجروح للدورة (2019/1) بغرض التأكد من صلاحية أداة الدراسة واستخدامها لحساب الصدق والثبات، والتحقق من صلاحيتها للتطبيق على العينة الفعلية، وقد تم استبعادها في عينة الدراسة التي تم التطبيق عليها.

3.6 جمع وتحليل البيانات:

تم جمع البيانات من خلال تطبيق أداة الدراسة (DASS) القبلي والبعدي على أفراد العينة التجريبية والضابطة، المكون عددهم من (60) شخص والمقياس التتبعي لأفراد العينة التجريبية، كما استخدمت الباحثة أسلوب المقابلات الفردية، وقد تم عمل نموذج بيانات لادخال البيانات ومعلومات الاداة بإشراف الباحثة من ثم تحليلها من خلال الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 26)، في إجراء التحليلات الإحصائية والمتمثلة في الأساليب الإحصائية اللازمة لمعرفة تكرار فئات متغير ما ووصف عينة الدراسة والعلاقة بين

المتغيرات، وتم استخدام الاساليب الاحصائية في التحليل مثل: النسب المئوية والتكرارات والإحصاء الوصفي" المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري" حيث يستخدم هذا الأمر بشكل أساسي لأغراض معرفة تكرار فئات متغير ما، ويفيد في وصف بيانات عينة الدراسة، ومعامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient) لإيجاد صدق الاتساق الداخلي، والصدق الذاتي للتأكد من صدق المقياس، طريقة التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ لإيجاد معامل الثبات، واختبار شيبورو ولك Shapiro-Wilk لاختبار ما إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي من عدمه، واختبار t لعينتين مستقلتين (Independent Samples T Test) لدراسة الفروق الاحصائية بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة، واختبار (Repeated Measures Test) للعينات المرتبطة، واختبار تحليل التباين (Analysis of Covariance (ANCOVA)

3.7 معوقات البحث

- 1- اختيار موضوع الدراسة: من حيث كثرة تداوله من قبل الباحثين وطرق التعامل معه إلا أن الباحثة قد تناولته من منظور مختلف عن الآخرين من حيث العمل على التعرف على فاعلية برنامج شفاء الجروح في تخفيف أعراض القلق والاكتئاب لدى الأشخاص ذوي البتر.
- 2- اختيار مجتمع العينة : واجهت الباحثة صعوبة في الحصول على إحصائيات لعدد الأشخاص ذوي البتر في قطاع غزة، والعثور على العينة التي تم تقييمها من قبل مختصين في مراكز الصحة النفسية والمجتمعية وأنهم يعانون من أعراض القلق والضغط والاكتئاب، وصعوبة اختيار العينة الضابطة في الوقت الذي يتعرض فيه الأشخاص ذوي البتر للتدخلات من قبل المؤسسات الداعمة نفسياً من لحظة عملية البتر .
- 3- إجراء المقياس التتبعي للعينة التجريبية وصعوبة الوصول للعينة بعد 3 أشهر من التدخل .

الفصل الرابع

النتائج والتحليل

- نتائج السؤال الأول ومناقشتها
- نتائج السؤال الثاني ومناقشتها
- نتائج السؤال الثالث ومناقشتها

الفصل الرابع

النتائج والتحليل

شرعت الباحثة في هذا الفصل بعرض تفصيلي للنتائج التي تم التوصل إليها من خلال تطبيق أداة الدراسة، بالإضافة إلى تفسير ومناقشة ما توصلت إليه من نتائج:

الوصف الإحصائي لعينة الدراسة وفق العوامل الديموغرافية

جدول (9): توزيع أفراد العينة الضابطة حسب العوامل الديموغرافية

العينة الضابطة (ن=30)		العوامل الديموغرافية	
النسبة المئوية %	العدد		
83.3	25	ذكر	الجنس
16.7	5	أنثى	
10.0	3	أقل من 20 سنة	العمر
43.3	13	من 20 الى 30 سنة	
26.7	8	من 30 الى 40 سنة	
20.0	6	أكبر من 40 سنة	
16.7	5	الشمال	مكان السكن
76.7	23	غزة	
3.3	1	الوسطى	
3.3	1	رفح	
36.7	11	أعزب	الحالة الاجتماعية
63.3	19	متزوج	

العينة الضابطة (ن=30)		العوامل الديموغرافية	
النسبة المئوية %	العدد		
13.3	4	اعدادي فأقل	التحصيل الدراسي
23.3	7	ثانوي	
63.4	19	جامعي	
-	-	يعمل	الوضع الاقتصادي
100.0	30	لا يعمل	
6.7	2	حادث طرق	سبب البتر
66.7	20	قصف اسرائيلي	
3.3	1	مرض سكري	
23.3	7	مسيرات عودة	

- بلغ عدد الذكور في العينة الضابطة 25 أي بنسبة 83.3% من حجم العينة في حين بلغ عدد الإناث 5 أي نسبة 16.7% من حجم العينة.
- بلغ متوسط الأعمار في العينة الضابطة 10% (أقل من 20 سنة)، ومن 20 إلى 30 سنة كانت النسبة 43.3%، بينما من 30 إلى 40 سنة بلغت النسبة 26.7%.
- كان معدل أفراد العينة الذين يقطنون في منطقة الشمال 16.7%، بينما في غزة 76.7%، أما في الوسطى 3.3%، ونسبة 3.3% في رفح.
- أظهرت الدراسة توزيعاً للحالة الاجتماعية لأفراد العينة الضابطة حيث كانت نسبة 36.7% (للأعزب)، ونسبة 63.3% (للمتزوج).
- كان من أفراد العينة 13.3% تحصيلهم الدراسي (إعدادي فما أقل)، بينما نسبة 23.3% (للتانوي)، أما (الجامعي) فكانت نسبته 63.4%.
- بالنسبة للوضع الاقتصادي كانت النسبة للذي لا يعمل 100%.
- بلغت نسبة 6.7% لسبب البتر بسبب (حادث طرق)، أما (القصف الاسرائيلي) فبلغت نسبتها 66.7%، ونسبة 32.3% (للمسيرات العودة)، أما (مرض السكري) فبلغت النسبة الى 3.3%.

جدول رقم (10): توزيع أفراد العينة التجريبية حسب العوامل الديموغرافية

العينة التجريبية (ن=30)		العوامل الديموغرافية	
النسبة المئوية %	العدد		
100.0	30	ذكر	الجنس
–	–	أنثى	
30.0	9	أقل من 20 سنة	العمر
33.3	10	من 20 إلى 30 سنة	
36.7	11	من 30 إلى 40 سنة	
–	–	أكبر من 40 سنة	
33.3	10	الشمال	مكان السكن
66.7	20	غزة	
–	–	الوسطى	
–	–	رفح	
30.0	9	أعزب	الحالة الاجتماعية
70.0	21	متزوج	
46.7	14	إعدادي فأقل	التحصيل الدراسي
33.3	10	ثانوي	
20.0	6	جامعي	
16.7	5	يعمل	الوضع الإقتصادي
83.3	25	لايعمل	
6.7	2	حادث طرق	سبب البتر
26.6	8	قصف اسرائيلي	
0	0	مرض سكري	
66.7	20	مسيرات العودة	

من الجدول (10) السابق تبين:

- بلغ عدد الذكور في العينة التجريبية 30 أي بنسبة 100% من حجم العينة.
- بلغ متوسط الأعمار في العينة الضابطة 30% (أقل من 20 سنة)، ومن 20 إلى 30 سنة كانت النسبة 33.3%، بينما من 30 إلى 40 سنة بلغت النسبة 36.7%.
- كان معدل أفراد العينة الذين يقطنون في منطقة الشمال 10%، بينما في غزة 66.7%.
- أظهرت الدراسة توزيعاً للحالة الاجتماعية لأفراد العينة الضابطة حيث كانت نسبة 30% (للأعزب)، ونسبة 70% (للمتزوج) .
- كان من أفراد العينة 46.7% تحصيلهم الدراسي (إعدادي فما أقل)، بينما نسبة 33.3% (للتانوي)، أما (الجامعي) فكانت نسبته 20%.
- بالنسبة للوضع الاقتصادي كانت النسبة للذي لا يعمل 83.3% ، بينما الذي يعمل فنسبته 16.7%.
- بلغت نسبة 6.7% لسبب البتر بسبب (حادث طرق)، أما (القصف الاسرائيلي) فبلغت نسبتها 26.6%، ونسبة 66.7% (لمسيرات العودة).

نتائج تحليل فقرات المقياس:

قامت الباحثة بتحليل نتائج فقرات المقياس للعينتين الضابطة والتجريبية للقياسات المتعددة (قبلي، بعدي، تتبعي) وذلك للوقوف على الوزن النسبي لبعد الضغط وبعد القلق وبعد الاكتئاب من خلال استخدام التكرار، النسب المئوية، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، والوزن النسبي.

أولاً - المجموعة الضابطة

1- تحليل فقرات بعد " الضغط.

تم استخدام التكرار، والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي، النتائج موضحة في جدول (11).

جدول (11): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل

فقرة من فقرات بعد " الضغط " - المجموعة الضابطة قبلي

م	الفقرة		لا ينطبق علي بتاتا	ينطبق علي بعض الشيء او قليلا من الاوقات	ينطبق علي بدرجة ملحوظة او بعض الاوقات	ينطبق علي كثيرا جدا او معظم الاوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1.	وجدت صعوبة في الاسترخاء والراحة	التكرار	6	10	9	5	1.43	1.01	47.78
		النسبة	20.0	33.3	30.0	16.7			
2.	كنت اميل الى رد فعل مفرطة للظروف والاحداث	التكرار	4	6	10	10	1.87	1.04	62.22
		النسبة	13.3	20.0	33.3	33.3			
3.	شعرت بانني استهلك الكثير من الطاقة العصبية (شعرت لأنني استهلك الكثير من قدرتي على تحمل التوتر العصبي)	التكرار	3	8	9	10	1.87	1.01	62.22
		النسبة	10.0	26.7	30.0	33.3			
4.	شعرت بأنني مضطرب ومنزعج	التكرار	11	6	9	4	1.20	1.10	40.00
		النسبة	36.7	20.0	30.0	13.3			
5.	اجد صعوبة في الاسترخاء	التكرار	8	7	11	4	1.37	1.03	45.56
		النسبة	26.7	23.3	36.7	13.3			
6.	كنت لا استطع تحمل أي شيء يحول بيني وبين ما ارجب في القيام به	التكرار	3	12	9	6	1.60	0.93	53.33
		النسبة	10.0	40.0	30.0	20.0			
7.	شعرت بانني اميل الى الغيظ بسرعة	التكرار	8	9	9	4	1.30	1.02	43.33
		النسبة	26.7	30.0	30.0	13.3			

- من خلال الجدول السابق أظهرت النتائج أن أعلى نسبة لمستوى الضغط للمجموعة الضابطة في

المقياس القبلي كانت (62.22) والتي تمثل الفقرة " شعرت بأنني استهلك الكثير من الطاقة العصبية

(شعرت أنني استهلك الكثير من قدرتي على تحمل التوتر العصبي) .

- وأقل نسبة كانت عند (43.33) عند فقرة (شعرت بأنني أميل إلى الغيظ بسرعة).

جدول (12): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل

فقرة من فقرات بعد " الضغط " - المجموعة الضابطة بعدي

م	الفقرة	لا ينطبق علي بتاتا	ينطبق علي بعض الشيء او قليلا من الاوقات	ينطبق علي درجة ملحوظة او بعض الاوقات	ينطبق علي كثيرا جدا او معظم الاوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1.	وجدت صعوبة في الاسترخاء والراحة	التكرار	13	9	5	0.93	1.01	31.11
		النسبة	43.3	30.0	16.7			
2.	كنت اميل الى رد فعل مفرطة للظروف والاحداث	التكرار	4	11	11	1.50	0.90	50.00
		النسبة	13.3	36.7	36.7			
3.	شعرت بانني استهلك الكثير من الطاقة العصبية (شعرت أنني استهلك الكثير من قدرتي على تحمل التوتر العصبي)	التكرار	4	7	11	1.77	1.01	58.89
		النسبة	13.3	23.3	36.7			
4.	شعرت بأنني مضطرب ومنزعج	التكرار	10	9	7	1.17	1.05	38.89
		النسبة	33.3	30.0	23.3			
5.	اجد صعوبة في الاسترخاء	التكرار	13	11	4	0.83	0.91	27.78
		النسبة	43.3	36.7	13.3			
6.	كنت لا استطع تحمل أي شيء يحول بيني وبين ما ارجب في القيام به	التكرار	4	13	11	1.37	0.81	45.56
		النسبة	13.3	43.3	36.7			
7.	شعرت بانني اميل الى الغيظ بسرعة	التكرار	8	12	7	1.17	0.95	38.89
		النسبة	26.7	40.0	23.3			

- أظهرت النتائج من خلال الجدول السابق أن أعلى نسبة لمستوى الضغط للمجموعة الضابطة في المقياس البعدي هي (58.89) للفقرة " شعرت بانني استهلك الكثير من الطاقة العصبية (شعرت لأنني استهلك الكثير من قدرتي على تحمل التوتر العصبي)، في حين ان أقل نسبة كانت (27.78) للفقرة " اجد صعوبة في الاسترخاء".

- من خلال ما سبق لاحظت الباحثة أن فقرة " شعرت بأنني استهلك الكثير من الطاقة العصبية (شعرت أنني استهلك الكثير من قدرتي على تحمل التوتر العصبي)"، أخذت أعلى نسبة في المقياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة، وتفسر الباحثة ذلك إلى حجم الضغوط الجسدية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية التي يعيشها الأشخاص ذوي البتر بعد خبرة البتر.

2- تحليل فقرات بعد " القلق " - المجموعة الضابطة

تم استخدام النسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي، النتائج موضحة في جدول (13).

جدول (13): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات بعد " القلق " - المجموعة الضابطة قبلي

م	الفقرة	لا ينطبق علي بتاتا	ينطبق علي بعض الشيء او قليلا من الاوقات	ينطبق علي درجة ملحوظة او بعض الاوقات	ينطبق علي كثيرا جدا او معظم الاوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1.	شعرت بجفاف في حلقي	8	10	11	1	1.17	0.87	38.89
		26.7	33.3	36.7	3.3			
2.	شعرت بصعوبة في التنفس (شدة التنفس السريع، اللهتان بدون القيام بمجهود جسدي مثلا)	9	10	6	5	1.23	1.07	41.11
		30.0	33.3	20.0	16.7			
3.	شعرت برجفة (باليدين مثلا)	8	14	3	5	1.17	1.02	38.89
		26.7	46.7	10.0	16.7			
4.	كنت خائفا من مواقف قد أفقد فيها السيطرة على اعصابي واسبب احراجا لنفسي	6	8	10	6	1.53	1.04	51.11
		20.0	26.7	33.3	20.0			
5.	شعرت بانني على وشك الوقوع في حالة من الرعب المفاجئ بدون سبب	14	6	8	2	0.93	1.01	31.11
		46.7	20.0	26.7	6.7			
6.	شعرت بضربات قلبي بدون مجهود جسدي (زيادة في معدل الدقات، او غياب دقة قلب، مثلا)	8	10	6	6	1.33	1.09	44.44
		26.7	33.3	20.0	20.0			
7.	شعرت بالخوف بدون أي سبب وجيه	16	5	7	2	0.83	1.02	27.78
		53.3	16.7	23.3	6.7			

- تبين من الجدول السابق أن أعلى نسبة للقلق للمجموعة الضابطة عند المقياس القبلي كانت (51.11) والتي مثلت الفقرة " كنت خائفا من مواقف قد أفقد فيها السيطرة على اعصابي واسبب احراجا لنفسي " .

- في الوقت الذي كانت أقل نسبة عند (27.78) والتي مثلت الفقرة " شعرت بالخوف بدون أي سبب وجيه " .

جدول (14): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل

فقرة من فقرات بعد "القلق" - المجموعة الضابطة بعدي

م	الفقرة		لا ينطبق علي بتاتا	ينطبق علي بعض الشيء او قليلا من الاوقات	ينطبق علي درجة ملحوظة او بعض الاوقات	ينطبق علي كثيرا جدا او معظم الاوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1.	شعرت بجفاف في حلقي	التكرار	11	8	7	4	1.13	1.07	37.78
		النسبة	36.7	26.7	23.3	13.3			
2.	شعرت بصعوبة في التنفس (شدة التنفس السريع، اللهتان بدون القيام بمجهود جسدي مثلا)	التكرار	10	10	7	3	1.10	0.99	36.67
		النسبة	33.3	33.3	23.3	10.0			
3.	شعرت برجفة (باليدين مثلا)	التكرار	11	7	8	4	1.17	1.09	38.89
		النسبة	36.7	23.3	26.7	13.3			
4.	كنت خائفا من مواقف قد أفقد فيها السيطرة على اعصابي واسبب احراجا لنفسي	التكرار	7	6	9	8	1.60	1.13	53.33
		النسبة	23.3	20.0	30.0	26.7			
5.	شعرت بانني على وشك الوقوع في حالة من الرعب المفاجئ بدون سبب	التكرار	15	7	8	-	0.77	0.86	25.56
		النسبة	50.0	23.3	26.7	-			
6.	شعرت بضربات قلبي بدون مجهود جسدي (زيادة في معدل الدقات، او غياب دقة قلب ،مثلا)	التكرار	14	8	7	1	0.83	0.91	27.78
		النسبة	46.7	26.7	23.3	3.3			
7.	شعرت بالخوف بدون أي سبب وجيه	التكرار	16	8	6	-	0.67	0.80	22.22
		النسبة	53.3	26.7	20.0	-			

- اظهرت نتائج الجدول السابق لمستوى القلق في المجموعة الضابطة للمقياس البعدي أعلى نسبة عند (53.33) عند الفقرة " كنت خائفا من مواقف قد أفقد فيها السيطرة على اعصابي واسبب احراجا لنفسي " .

- بينما أقل نسبة لنفس العينة والمقياس تبينت (22.22) والتي تمثلت في فقرة " شعرت بالخوف بدون أي سبب وجيه".

- من خلال ما سبق لاحظت الباحثة أن أعلى نسبة كانت لنفس الفقرة ألا وهي "كنت خائفا من مواقف قد أفقد فيها السيطرة على اعصابي وأسبب احراجاً لنفسي" للمقياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة ، وأن أقل نسبة كانت عند فقرة " شعرت بالخوف بدون أي سبب وجيه"، وترى الباحثة أن ذلك يعود إلى الشعور بعدم الامان والإحباط والنقص والتفكير السلبي لدى الأشخاص ذوي البتر .

3- تحليل فقرات بعد "الاكتئاب" - المجموعة الضابطة

تم استخدام النسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي، النتائج موضحة في جدول (15).

جدول (15): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات بعد "الاكتئاب" - المجموعة الضابطة قبلي

م	الفقرة	لا ينطبق علي بتاتا	ينطبق علي بعض الشيء او قليلا من الاوقات	ينطبق علي بدرجة ملحوظة او بعض الاوقات	ينطبق علي كثيرا جدا او معظم الاوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1.	لم يبدو لي بإمكاناتي الاحساس بمشاعر ايجابية على الاطلاق	10	3	11	6	1.43	1.17	47.78
		33.3	10.0	36.7	20.0			
2.	وجدت صعوبة في اخذ المبادرة بعمل الاشياء	10	6	6	8	1.40	1.22	46.67
		33.3	20.0	20.0	26.7			
3.	شعرت بأن ليس لدي أي شيء اتطلع اليه	11	10	3	6	1.13	1.14	37.78
		36.7	33.3	10.0	20.0			
4.	شعرت بالحزن والغم	3	11	11	5	1.60	0.89	53.33
		10.0	36.7	36.7	16.7			
5.	فقدت الشعور بالحماس لأي شيء	7	11	7	5	1.33	1.03	44.44
		23.3	36.7	23.3	16.7			
6.	شعرت بان قيمتي قليلة كشخص	19	5	3	3	0.67	1.03	22.22
		63.3	16.7	10.0	10.0			
7.	شعرت بان الحياة ليس لها معنى	8	5	11	6	1.50	1.11	50.00
		26.7	16.7	36.7	20.0			

- أظهرت النتائج أن أعلى نسبة لمستوى الاكتئاب كانت (53.33) للفقرة " شعرت بالحزن والغم" للمقياس القبلي في المجموعة الضابطة.

- بينما كانت أقل نسبة عند (22.22) للفقرة " شعرت بان قيمتي قليلة كشخص" لنفس المقياس ونفس المجموعة .

جدول (16): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل
فقرة من فقرات بعد "الاكتئاب" - المجموعة الضابطة بعدي

م	الفقرة		لا ينطبق علي بتاتا	ينطبق علي بعض الشيء او قليلا من الاوقات	ينطبق علي بدرجة ملحوظة او بعض الاوقات	ينطبق علي كثيرا جدا او معظم الاوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1.	لم يبدو لي بإمكانني الاحساس بمشاعر ايجابية على الاطلاق	التكرار	10	13	4	3	1.00	0.95	33.33
		النسبة	33.3	43.3	13.3	10.0			
2.	وجدت صعوبة في اخذ المبادرة بعمل الاشياء	التكرار	7	7	14	2	1.37	0.93	45.56
		النسبة	23.3	23.3	46.7	6.7			
3.	شعرت بأن ليس لدي أي شيء اتطلع اليه	التكرار	9	11	6	4	1.17	1.02	38.89
		النسبة	30.0	36.7	20.0	13.3			
4.	شعرت بالحزن والغم	التكرار	7	10	9	4	1.33	0.99	44.44
		النسبة	23.3	33.3	30.0	13.3			
5.	فقدت الشعور بالحماس لأي شيء	التكرار	15	8	6	1	0.77	0.90	25.56
		النسبة	50.0	26.7	20.0	3.3			
6.	شعرت بان قيمتي قليلة كشخص	التكرار	20	6	4		0.47	0.73	15.56
		النسبة	66.7	20.0	13.3	-			
7.	شعرت بان الحياة ليس لها معنى	التكرار	14	10	4	2	0.80	0.92	26.67
		النسبة	46.7	33.3	13.3	6.7			

- تبين من الجدول السابق أن أعلى نسبة كانت عند (45.56) وذلك للفقرة "وجدت صعوبة في اخذ المبادرة بعمل الاشياء" للمقياس القبلي للاكتئاب في المجموعة الضابطة .
- بينما أقل نسبة كانت (15.56) للفقرة "شعرت بان قيمتي قليلة كشخص".
- لاحظت الباحثة مما سبق ان أقل نسبة لمستوى الاكتئاب كانت للفقرة "شعرت بان قيمتي قليلة كشخص" للمقياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة وتفسر ذلك إلى الثقة والإرادة لدى الأشخاص ذوي البتر وشعورهم بأنهم أبطال وقدموا إصابتهم فداء للوطن .

ثانيا: المجموعة التجريبية

1- تحليل فقرات بعد " الضغط

تم استخدام التكرار، والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي، النتائج موضحة في جدول (17).

جدول (17): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات بعد " الضغط " - المجموعة التجريبية قبلي

م	الفقرة	لا ينطبق علي بتاتا	ينطبق علي بعض الشيء او قليلا من الاوقات	ينطبق علي بدرجة ملحوظة او بعض الاوقات	ينطبق علي كثيرا جدا او معظم الاوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1.	وجدت صعوبة في الاسترخاء والراحة	7	8	12	3	1.37	0.96	45.56
		23.3	26.7	40.0	10.0			
2.	كنت اميل الى رد فعل مفرطة للظروف والاحداث	4	5	8	13	2.00	1.08	66.67
		13.3	16.7	26.7	43.3			
3.	شعرت بانني استهلك الكثير من الطاقة العصبية (شعرت لأنني استهلك الكثير من قدرتي على تحمل التوتر العصبي)	3	7	10	10	1.90	0.99	63.33
		10.0	23.3	33.3	33.3			
4.	شعرت بأنني مضطرب ومنزعج	3	7	16	4	1.70	0.84	56.67
		10.0	23.3	53.3	13.3			
5.	اجد صعوبة في الاسترخاء	8	7	14	1	1.27	0.91	42.22
		26.7	23.3	46.7	3.3			
6.	كنت لا استطع تحمل أي شيء يحول بيني وبين ما ارجب في القيام به	5	9	9	7	1.60	1.04	53.33
		16.7	30.0	30.0	23.3			
7.	شعرت بانني اميل الى الغيط بسرعة	6	8	8	8	1.60	1.10	53.33
		20.0	26.7	26.7	26.7			

- أما بالنسبة للمجموعة التجريبية فمن خلال الجدول السابق أظهرت النتائج أن أعلى نسبة لمستوى الضغط عند (66.67) للمقياس القبلي كانت للفقرة " كنت أميل الى رد فعل مفرطة للظروف والاحداث".

- بينما أقل نسبة لنفس المقياس كانت للفقرة " أجد صعوبة في الاسترخاء" عند نسبة (42.22).

جدول (18): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل

فقرة من فقرات بعد " الضغط " - المجموعة التجريبية بعدي

م	الفقرة	لا ينطبق علي بتاتا	ينطبق علي بعض الشئ او قليلا من الاوقات	ينطبق علي بدرجة ملحوظة او بعض الاوقات	ينطبق علي كثيرا جدا او معظم الاوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1.	وجدت صعوبة في الاسترخاء والراحة	9	12	9	-	1.00	0.79	33.33
		30.0	40.0	30.0	-			
2.	كنت اميل الى رد فعل مفرطة للظروف والاحداث	10	8	9	3	1.17	1.02	38.89
		33.3	26.7	30.0	10.0			
3.	شعرت بانني استهلك الكثير من الطاقة العصبية (شعرت لأنني استهلك الكثير من قدرتي على تحمل التوتر العصبي)	5	12	8	5	1.43	0.97	47.78
		16.7	40.0	26.7	16.7			
4.	شعرت بأنني مضطرب ومنزعج	10	8	9	3	1.17	1.02	38.89
		33.3	26.7	30.0	10.0			
5.	اجد صعوبة في الاسترخاء	11	11	6	2	0.97	0.93	32.22
		36.7	36.7	20.0	6.7			
6.	كنت لا استطع تحمل أي شيء يحول بيني وبين ما ارجب في القيام به	12	7	9	2	1.03	1.00	34.44
		40.0	23.3	30.0	6.7			
7.	شعرت بانني اميل الى الغيظ بسرعة	15	7	6	2	0.83	0.99	27.78
		50.0	23.3	20.0	6.7			

- أظهرت النتائج بدلالة الجدول السابق أن أعلى نسبة لمستوى الضغط في المقياس البعدي للمجموعة التجريبية كانت عند (47.78)، والتي مثلت الفقرة " شعرت بانني استهلك الكثير من الطاقة العصبية (شعرت لأنني استهلك الكثير من قدرتي على تحمل التوتر العصبي) والتي كانت (63.33) وتعزو الباحثة ذلك للتخيل الإيجابي الذي كان له دوراً مهماً في تغيير الأثر النفسي لحادثة البتر لكي يشعر الأشخاص ذوي البتر بقدر أكبر من الراحة عبر ممارسته لنشاطات مختلفة ضمن جلسات البرنامج، هذا التخيل أدى إلى إحساسهم بالقدرة على السيطرة على الآثار النفسية المؤلمة التي مروا بها بعد حادثة البتر، وكان لاستخدام الرسم والفن أثره في إكسابهم الشعور بالقوة والقدرة على التحمل وهي خبرة سمحت لهم بتحسين التعبير عن الانفعالات والعواطف بصورة أكبر فعالية .

- بينما أقل نسبة كانت عند (27.78) ، وذلك للفقرة " شعرت بانني اميل الى الغيظ بسرعة".

جدول (19): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل

فقرة من فقرات بعد "الضغط" - المجموعة التجريبية تتبني

م	الفقرة	-	لا ينطبق علي بتاتا	ينطبق علي بعض الشيء او قليلا من الاوقات	ينطبق علي درجة ملحوظة او بعض الاوقات	ينطبق علي كثيرا جدا او معظم الاوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1.	وجدت صعوبة في الاسترخاء والراحة	التكرار	14	8	6	2	0.87	0.97	28.89
		النسبة	46.7	26.7	20.0	6.7			
2.	كنت اميل الى رد فعل مفرطة للظروف والاحداث	التكرار	1	7	13	9	2.00	0.83	66.67
		النسبة	3.3	23.3	43.3	30.0			
3.	شعرت بانني استهلك الكثير من الطاقة العصبية (شعرت لأنني استهلك الكثير من قدرتي على تحمل التوتر العصبي)	التكرار	2	3	11	14	2.23	0.90	74.44
		النسبة	6.7	10.0	36.7	46.7			
4.	شعرت بأنني مضطرب ومنزعج	التكرار	10	8	8	4	1.20	1.06	40.00
		النسبة	33.3	26.7	26.7	13.3			
5.	اجد صعوبة في الاسترخاء	التكرار	10	10	8	2	1.07	0.94	35.56
		النسبة	33.3	33.3	26.7	6.7			
6.	كنت لا استطع تحمل أي شيء يحول بيني وبين ما ارجب في القيام به	التكرار	3	17	10	-	1.23	0.63	41.11
		النسبة	10.0	56.7	33.3	-			
7.	شعرت بانني اميل الى الغيظ بسرعة	التكرار	5	8	13	4	1.53	0.94	51.11
		النسبة	16.7	26.7	43.3	13.3			

- تمثلت أعلى نسبة في نتائج الجدول السابق للضغط في المقياس التتبني للمجموعة التجريبية عند (74.44) للفقرة " شعرت بانني استهلك الكثير من الطاقة العصبية (شعرت لأنني استهلك الكثير من قدرتي على تحمل التوتر العصبي) .
- وأقل نسبة كانت عند (28.89) للفقرة " وجدت صعوبة في الاسترخاء والراحة" .
- من خلال ما سبق لاحظت الباحثة أن الفقرة " شعرت بانني استهلك الكثير من الطاقة العصبية (شعرت لأنني استهلك الكثير من قدرتي على تحمل التوتر العصبي) " أخذت أعلى نسبة لمستوى الضغط في المقياسين البعدي والتتبني .

- وأن فقرة "" وجدت صعوبة في الاسترخاء والراحة" كانت أقل نسبة في المقياسين القبلي والتتبعي وتعز الباحث ذلك للتقنيات التي استخدمت في البرنامج من تقنية التفريغ الانفعالي والاسترخاء الذي ساعد الأشخاص ذوي البتر في التفريغ والتخفيف من التوتر العصبي .
وثناء المحتوى الإرشادي المتعلق بالفنيات الإرشادية والأساليب المتبعة في اكتساب المهارات والقدرات والتي طبقت بشكل متكامل وصل أحيانا لدرجة الإتقان.

2- تحليل فقرات بعد " القلق "

تم استخدام النسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي، النتائج موضحة في جدول (20).

جدول (20): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل

فقرة من فقرات بعد " القلق " - المجموعة التجريبية قبلي

م	الفقرة	لا ينطبق علي بتاتا	ينطبق علي بعض الشيء او قليلا من الاوقات	ينطبق علي درجة ملحوظة او بعض الاوقات	ينطبق علي كثيرا جدا او معظم الاوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1.	شعرت بجفاف في حلقي	4	12	7	7	1.57	1.01	52.22
		13.3	40.0	23.3	23.3			
2.	شعرت بصعوبة في التنفس (شدة التنفس السريع ،اللهتان بدون القيام بمجهود جسدي مثلا)	7	11	6	6	1.37	1.07	45.56
		23.3	36.7	20.0	20.0			
3.	شعرت برجفة (باليدين مثلا)	10	7	8	5	1.27	1.11	42.22
		33.3	23.3	26.7	16.7			
4.	كنت خائفا من مواقف قد أفقد فيها السيطرة على اعصابي واسبب احراجا لنفسي	3	5	11	11	2.00	0.98	66.67
		10.0	16.7	36.7	36.7			
5.	شعرت بانني على وشك الوقوع في حالة من الرعب المفاجئ بدون سبب	10	8	8	4	1.20	1.06	40.00
		33.3	26.7	26.7	13.3			
6.	شعرت بضربات قلبي بدون مجهود جسدي (زيادة في معدل الدقات، او غياب دقة قلب ،مثلا)	12	4	6	8	1.33	1.27	44.44
		40.0	13.3	20.0	26.7			
7.	شعرت بالخوف بدون أي سبب وجيه	16	4	6	4	0.93	1.14	31.11
		53.3	13.3	20.0	13.3			

- تبين من خلال الجدول السابق ان أعلى نسبة لمستوى القلق في المقياس القبلي للعينة التجريبية كانت (66.67) للفقرة " كنت خائفا من مواقف قد أفقد فيها السيطرة على اعصابي واسبب احراجا لنفسى" .

- بينما أقل نسبة عند (31.11) للفقرة " شعرت بالخوف بدون أي سبب وجيه" لنفس المقياس .

جدول (21): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات بعد "القلق" - المجموعة التجريبية بعدي

م	الفقرة	لا ينطبق علي بتاتا	ينطبق علي بعض الشيء او قليلا من الاوقات	ينطبق علي بدرجة ملحوظة او بعض الاوقات	ينطبق علي كثيرا جدا او معظم الاوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1.	شعرت بجفاف في حلقي	12	11	4	3	0.93	0.98	31.11
		40.0	36.7	13.3	10.0			
2.	شعرت بصعوبة في التنفس (شدة التنفس السريع، اللهتان بدون القيام بمجهود جسدي مثلا)	15	8	7	-	0.73	0.83	24.44
		50.0	26.7	23.3	-			
3.	شعرت برجفة (باليدين مثلا)	11	7	6	6	1.23	1.17	41.11
		36.7	23.3	20.0	20.0			
4.	كنت خائفا من مواقف قد أفقد فيها السيطرة على اعصابي واسبب احراجا لنفسى	8	11	7	4	1.23	1.01	41.11
		26.7	36.7	23.3	13.3			
5.	شعرت بانني على وشك الوقوع في حالة من الرعب المفاجئ بدون سبب	18	6	4	2	0.67	0.96	22.22
		60.0	20.0	13.3	6.7			
6.	شعرت بضربات قلبي بدون مجهود جسدي (زيادة في معدل الدقات، او غياب دقة قلب، مثلا)	13	10	4	3	0.90	0.99	30.00
		43.3	33.3	13.3	10.0			
7.	شعرت بالخوف بدون أي سبب وجيه	15	9	5	1	0.73	0.87	24.44
		50.0	30.0	16.7	3.3			

- أظهرت النتائج أن أعلى نسبة لمستوى القلق في المقياس البعدي للعينة التجريبية كانت عند (41.11) وذلك للفقرتين " شعرت برجفة (باليدين مثلا)"، "كنت خائفا من مواقف قد أفقد فيها السيطرة على اعصابي وأسبب احراجا لنفسى"، وقد كانت النسبة في القبلي (66.67) وتعزو

الباحثة ذلك الى فاعلية البرنامج وتقنياته في تخفيف حدة اعراض القلق ومساعدة الأشخاص ذوي البتر في القدرة على التحمل والسيطرة على الاعصاب .

- بينما أقل نسبة كانت عند (22.22) للفقرة "شعرت بانني على وشك الوقوع في حالة من الرعب المفاجئ بدون سبب" والتي كانت نسبتها في القبلي (40.00) وذلك دليل على فاعلية البرنامج.

جدول (22): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات بعد "القلق" - المجموعة التجريبية تتبعي

م	الفقرة	لا ينطبق علي بتاتا	ينطبق علي بعض الشيء او قليلا من الاوقات	ينطبق علي درجة ملحوظة او بعض الاوقات	ينطبق علي كثيرا جدا او معظم الاوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1.	شعرت بجفاف في حلقي	التكرار	12	5	11	2	1.10	36.67
		النسبة	40.0	16.7	36.7	6.7		
2.	شعرت بصعوبة في التنفس (شدة التنفس السريع، اللهتان بدون القيام بمجهود جسدي مثلا)	التكرار	12	7	8	3	1.07	35.56
		النسبة	40.0	23.3	26.7	10.0		
3.	شعرت ببرجفة (باليددين مثلا)	التكرار	10	6	6	8	1.40	46.67
		النسبة	33.3	20.0	20.0	26.7		
4.	كنت خائفا من مواقف قد أفقد فيها السيطرة على اعصابي واسبب احراجا لنفسي	التكرار	9	2	13	6	1.53	51.11
		النسبة	30.0	6.7	43.3	20.0		
5.	شعرت بانني على وشك الوقوع في حالة من الرعب المفاجئ بدون سبب	التكرار	12	7	8	3	1.07	35.56
		النسبة	40.0	23.3	26.7	10.0		
6.	شعرت بضربات قلبي بدون مجهود جسدي (زيادة في معدل الدقات، او غياب دقة قلب ،مثلا)	التكرار	16	2	7	5	1.03	34.44
		النسبة	53.3	6.7	23.3	16.7		
7.	شعرت بالخوف بدون أي سبب وجيه	التكرار	14	7	4	5	1.00	33.33
		النسبة	46.7	23.3	13.3	16.7		

- أظهرت النتائج أعلى نسبة لمستوى القلق في المقياس التتبعي للعينة التجريبية عند (51.11)

للفقرة "كنت خائفا من مواقف قد أفقد فيها السيطرة على اعصابي واسبب احراجا لنفسي"

- بينما أقل نسبة كانت عند (33.33) للفقرة "شعرت بالخوف بدون أي سبب وجيه"

-من خلال ما سبق لاحظت الباحثة أن أعلى نسبة لمستوى القلق للفقرة " كنت خائفا من مواقف قد أفقد فيها السيطرة على اعصابي واسبب احراجا لنفسي" كانت في المقاييس الثلاث وتعزو الباحثة ذلك الى الضغوط النفسية والجسدية والاجتماعية والاقتصادية التي تولد لدى الأشخاص ذوي البتر شعور بالإحباط والعصبية وعدم الشعور بالأمان .

3- تحليل فقرات بعد "الاكتئاب"

تم استخدام التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي، النتائج موضحة في جدول (23).

جدول (23): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل

فقرة من فقرات بعد "الاكتئاب" - المجموعة التجريبية قبلي

م	الفقرة	لا ينطبق علي بتاتا	ينطبق علي بعض الشيء او قليلا من الاوقات	ينطبق علي درجة ملحوظة او بعض الاوقات	ينطبق علي كثيرا جدا او معظم الاوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1.	لم يبدو لي بإمكانني الاحساس بمشاعر ايجابية على الاطلاق	10	6	8	6	1.33	1.15	44.44
		33.3	20.0	26.7	20.0			
2.	وجدت صعوبة في اخذ المبادرة بعمل الاشياء	5	8	11	6	1.60	1.00	53.33
		16.7	26.7	36.7	20.0			
3.	شعرت بأن ليس لدي أي شيء انتطلع اليه	9	4	10	7	1.50	1.17	50.00
		30.0	13.3	33.3	23.3			
4.	شعرت بالحزن والغم	4	6	12	8	1.80	1.00	60.00
		13.3	20.0	40.0	26.7			
5.	فقدت الشعور بالحماس لأي شيء	7	12	8	3	1.23	0.94	41.11
		23.3	40.0	26.7	10.0			
6.	شعرت بان قيمتي قليلة كشخص	17	7	6	-	0.63	0.81	21.11
		56.7	23.3	20.0	-			
7.	شعرت بان الحياة ليس لها معنى	11	4	7	8	1.40	1.25	46.67
		36.7	13.3	23.3	26.7			

- من خلال ما سبق أظهرت النتائج أن أعلى مستوى للاكتئاب في المقياس القبلي للعينة التجريبية

كانت عند (60.00) وذلك للفقرة "شعرت بالحزن والغم" .

- أما أقل نسبة كانت عند (21.11) وذلك للفقرة " شعرت بان قيمتي قليلة كشخص" .

جدول (24): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل

فقرة من فقرات بعد "الاكتئاب" - المجموعة التجريبية بعدي

م	الفقرة		لا ينطبق علي بتاتا	ينطبق علي بعض الشيء او قليلا من الاوقات	ينطبق علي درجة ملحوظة او بعض الاوقات	ينطبق علي كثيرا جدا او معظم الاوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1.	لم يبدو لي بإمكانني الاحساس بمشاعر ايجابية على الاطلاق	التكرار	10	10	7	3	1.10	0.99	36.67
		النسبة	33.3	33.3	23.3	10.0			
2.	وجدت صعوبة في اخذ المبادرة بعمل الاشياء	التكرار	10	11	8	1	1.00	0.87	33.33
		النسبة	33.3	36.7	26.7	3.3			
3.	شعرت بأن ليس لدي أي شيء اتطلع اليه	التكرار	15	9	4	2	0.77	0.94	25.56
		النسبة	50.0	30.0	13.3	6.7			
4.	شعرت بالحزن والغم	التكرار	10	8	10	2	1.13	0.97	37.78
		النسبة	33.3	26.7	33.3	6.7			
5.	فقدت الشعور بالحماس لأي شيء	التكرار	12	15	3	-	0.70	0.65	23.33
		النسبة	40.0	50.0	10.0	-			
6.	شعرت بان قيمتي قليلة كشخص	التكرار	17	7	5	1	0.67	0.88	22.22
		النسبة	56.7	23.3	16.7	3.3			
7.	شعرت بان الحياة ليس لها معنى	التكرار	19	6	2	3	0.63	1.00	21.11
		النسبة	63.3	20.0	6.7	10.0			

-أظهرت النتائج بدلالة الجدول السابق أن أعلى مستوى للاكتئاب في المقياس البعدي للعينة التجريبية كانت عند (37.78)، وذلك في الفقرة " شعرت بالحزن والغم"، والتي كانت في القياس القبلي (60.00)، بينما أقل نسبة كانت عند(21.11) للفقرة " شعرت بان الحياة ليس لها معنى"، وتفسر الباحثة ذلك الى فاعلية التقنيات والمهارات التي طبقت في البرنامج وكان لها الأثر على الحالة النفسية لدى الأشخاص ذوي البتر.

جدول (25): التكرار النسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل

فقرة من فقرات بعد "الاكتئاب" - المجموعة التجريبية تتبقي

م	الفقرة		لا ينطبق علي بناتنا	ينطبق علي بعض الشيء او قليلا من الاوقات	ينطبق علي بدرجة ملحوظة او بعض الاوقات	ينطبق علي كثيرا جدا او معظم الاوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
1.	لم يبدو لي بإمكانني الاحساس بمشاعر ايجابية على الاطلاق	التكرار	17	7	5	1	0.67	0.88	22.22
		النسبة	56.7	23.3	16.7	3.3			
2.	وجدت صعوبة في اخذ المبادرة بعمل الاشياء	التكرار	11	10	7	2	1.00	0.95	33.33
		النسبة	36.7	33.3	23.3	6.7			
3.	شعرت بأن ليس لدي أي شيء انتطلع اليه	التكرار	20	4	4	2	0.60	0.97	20.00
		النسبة	66.7	13.3	13.3	6.7			
4.	شعرت بالحزن والغم	التكرار	9	6	11	4	1.33	1.06	44.44
		النسبة	30.0	20.0	36.7	13.3			
5.	فقدت الشعور بالحماس لأي شيء	التكرار	10	8	9	3	1.17	1.02	38.89
		النسبة	33.3	26.7	30.0	10.0			
6.	شعرت بان قيمتي قليلة كشخص	التكرار	19	4	4	3	0.70	1.06	23.33
		النسبة	63.3	13.3	13.3	10.0			
7.	شعرت بان الحياة ليس لها معنى	التكرار	16	6	4	4	0.87	1.11	28.89
		النسبة	53.3	20.0	13.3	13.3			

- أظهرت النتائج بدلالة الجدول السابق أن أعلى مستوى للاكتئاب في المقياس التتبعي للعينة التجريبية كانت عند (44.44) للفقرة " شعرت بالحزن والغم " والتي كانت في البعدي (37.78) وترى الباحثة من النتيجة السابقة أن تلك الفئة من الأشخاص ذوي البتر يحتاجون للاستمرار في المتابعة والتدخلات النفسية لتحسين الحالة النفسية والاجتماعية لديهم .
- بينما أقل نسبة كانت عند (20.00) للفقرة " شعرت بان الحياة ليس لها معنى " وترى الباحثة ان هذه الفقرة تحسنت بسبب الدعم الديني والاجتماعي المستمر للأشخاص ذوي البتر ومما أوجد لديهم معنى جديد للحياة بعد خبرة البتر .
- من خلال ما سبق تبين للباحثة أن أعلى مستوى للاكتئاب في القياسات الثلاث للعينة التجريبية كانت في الفقرة " شعرت بالحزن والغم " .
- وأن أقل نسبة كانت للفقرة " شعرت بان الحياة ليس لها معنى " ، وذلك في القياس البعدي والتتبعي .

4.1 نتائج السؤال الأول ومناقشتها وتفسيرها:

ينص السؤال الأول من أسئلة الدراسة على "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي؟".
للإجابة عن هذا التساؤل؛ قامت الباحثة بالمقارنة بين درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي، وذلك باستخدام اختبار t لعينتين مستقلتين (Independent Samples T Test)، ويتضح ذلك من خلال جدول (26):

جدول رقم (26): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة الاختبار وقيمة ومستوى الدلالة للتعرف إلى الفروق بين درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي

البعد	المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار "t"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
الضغط	ضابطة	30	8.73	3.96	1.036	0.304	غير دال إحصائياً عند 0.05
	تجريبية	30	7.60	4.49			
القلق	ضابطة	30	7.27	3.73	0.750	0.456	غير دال إحصائياً عند 0.05
	تجريبية	30	6.43	4.80			
الاكتئاب	ضابطة	30	6.90	4.12	0.814	0.419	غير دال إحصائياً عند 0.05
	تجريبية	30	6.00	4.43			
المقياس بشكل عام	ضابطة	30	22.90	10.42	0.985	0.329	غير دال إحصائياً عند 0.05
	تجريبية	30	20.03	12.06			

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$ بين درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي، وهذا يدل على عدم وجود فرق معنوي بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة والتجريبية.

وتفسر الباحثة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والتجريبية إلى تعرض تلك الفئة من الأشخاص ذوي البتر إلى تدخلات نفسية واجتماعية من العديد من مؤسسات المجتمع المحلي والمؤسسات الطبية.

4.2 نتائج السؤال الثاني ومناقشتها وتفسيرها:

ينص السؤال الثاني من أسئلة الدراسة على " هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسات المتعددة (القبلي والبعدى والتتبعي)؟".

للإجابة عن هذا التساؤل؛ قامت الباحثة بالمقارنة بين درجات القياس القبلي والبعدى والتتبعي لدى المجموعة التجريبية، وذلك باستخدام اختبار (Repeated Measures Test) للعينات المرتبطة، ويتضح ذلك من خلال جدول (27):

جدول رقم (27): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة الاختبار وقيمة الدلالة ومستوى الدلالة للتعرف إلى الفروق بين الدرجات في القياس القبلي والبعدى والتتبعي لدى المجموعة التجريبية

البعد	القياس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار "F"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
الضغط	القبلي	30	11.43	4.78	8.131	0.001	دال إحصائيا عند 0.01
	البعدى	30	7.60	4.49			
	التتبعي	30	10.13	3.96			
القلق	القبلي	30	9.67	5.63	4.650	0.013	دال إحصائيا عند 0.05
	البعدى	30	6.43	4.80			
	التتبعي	30	8.20	4.55			
الاكتئاب	القبلي	30	9.50	4.32	8.108	0.001	دال إحصائيا عند 0.01
	البعدى	30	6.00	4.43			
	التتبعي	30	6.33	4.06			
المقياس بشكل عام	القبلي	30	30.60	13.34	8.389	0.001	دال إحصائيا عند 0.01
	البعدى	30	20.03	12.06			
	التتبعي	30	24.67	10.39			

يتضح من الجدول السابق رقم (27) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) بين الدرجات في التطبيق القبلي والبعدي والتتبعي، وهذا يدل على وجود فرق معنوي بين متوسطات درجات التطبيق القبلي والبعدي والتتبعي، أي أن البرنامج كان فعالاً في تخفيف أعراض القلق والضغط والاكتئاب لدى الأشخاص ذوي البتر .

تعزو الباحثة فاعلية البرنامج لعدد من النقاط والتي أهمها:

1- أهميته لدى أفراد المجموعة الإرشادية والتي برزت من خلال الاهتمام والتعاون والحرص على الاستفادة بشتى الطرق خلال الجلسات الإرشادية.

2- إدارة الجلسات في تبادل الخبرات بين ذوي البتر أنفسهم وكذلك مع أقرانهم، ومع الباحثة من جانب آخر.

3- ثراء المحتوى الإرشادي المتعلق بالفنيات الإرشادية والأساليب المتبعة في اكتساب المهارات والقدرات والتي طبقت بشكل متكامل وصل أحياناً لدرجة الإتقان.

4- التأكد من وصول الأشخاص ذوي البتر إلى درجات مقبولة من امتلاك المعارف والمهارات.

5- توصيف وتحويل كل جلسة إرشادية لمخرج تمثل بقاعدة عامة أطلق عليها قواعد التعامل مع الأحداث والمواقف الحياتية (قواعد حياة) والتي يسعى من خلالها الفرد إذا ما التزم بها أن تسهل له إدارة المواقف والتعامل مع الأحداث الجارية بما يتماشى مع أفكاره ومعتقداته وقيمه والتي انطلقت منها هذه القواعد مع التعديل بما هو خطأ في هذه الأفكار أو المعتقدات.

وترى الباحثة أن عملية دعم الأشخاص ذوي البتر الذين يعانون من أعراض نفسية " قلق وضغط واكتئاب" قد ساعد كثيراً في الحد والتخفيف من معاناتهم، حيث أن للدعم الاجتماعي دوراً كبيراً في ذلك، حيث أن أهم مجالات علاج القلق والاكتئاب المجال الاجتماعي بحيث يتم مساعدة المريض اجتماعياً وحل مشكلاته وإحداث تغيير في البيئة الاجتماعية المناسبة للتقليل من معاناته، وهذه البرامج الاجتماعية لابد لها أن تتداخل مع برامج سلوكية ومعرفية، ويمكن أن تلعب الأسرة دوراً مهماً في ذلك، إلا أن للأصدقاء والأقران من نفس حالة المريض وتماثلوا للشفاء الدور الأكبر في مساعدة المريض للتعافي من الاضطرابات النفسية .

وجاءت هذه النتائج المتعلقة بالدعم الاجتماعي متفقة مع دراسات كل من الحوامدة وآخرون، (2008)، (Rijiv singah el al, 2009) رجييف سينجا، خلف (2012)، الغمري (2016) التي أشارت إلى أن الأفراد الذين تلقوا دعماً اجتماعياً أصبح لديهم القدرة الفعالة على مواجهة ضغوطات

الحياة والتخلص من حالات القلق والاكتئاب، وأن عدم قدرة الفرد على تلقي الدعم الاجتماعي سواء من الأسرة أو الأصدقاء أو الأقران يزيد درجة القلق والضغط والاكتئاب عنده، لذا تبين درجاتهم أن الذين تلقوا الدعم الاجتماعي قد سجلوا درجات منخفضة مع مقاييس القلق والضغط والاكتئاب، وأصبح لديهم القدرة على التعامل مع البيئة المحيطة بشكل أفضل ولديهم مشاركة وتفاعل وتقبل للذات والآخرين من حولهم، وتغير النظرة التشاؤمية إلى تفاعلية وأصبح عندهم رضا عن الحياة وتوافق نفسي واجتماعي طبيعي، على عكس أولئك الذين لم يتلقوا الدعم الاجتماعي فقد طوروا لديهم الاضطرابات النفسية وزادت درجاتهم على مقاييس الاضطرابات النفسية " القلق والاكتئاب " .

ومن خلال ما سبق يتبين أن للدعم الاجتماعي دوراً بارزاً في تخفيف حدة الأعراض النفسية " القلق والضغط والاكتئاب " .

واتفقت أيضاً مع دراسة لاشيي وآخرون (Lachi,et al, 2014) في أن الحديث عن الذكريات القديمة والحديثة تساعد في تحسين التأثير المتوقع، وذلك من خلال استخدام تحليل المجال بالخبرة الصادمة بعد حالة البتر في تعزيز اليقظة الذهنية لدى ذوي البتر .

واتفقت كذلك مع دراسة خلف (2013) في استخدام توثيق الدعم الاجتماعي والتعبير عن المشاعر السلبية المتعلقة بحالة البتر، والتعبير عن الغضب في تخفيف الاضطرابات النفسية من خلال تطوير القدرة على التعبير عن الانفعال بصوت عالٍ يشمل كل التنوعات الانفعالية المختلفة، وذلك بمساعدة بعض أفراد أسرهم في دراسة خلف (2013)، أما في هذه الدراسة فقد كانت بمساعدة أقرانهم من ذوي البتر .

وقد اتفقت مع دراسة الطهراوي (2013) في استخدام إدارة الغضب والتحكم الانفعالي من خلال استخدام فنية سحب الحساسية، والتي ساعدت أفراد العينة في التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية القلق والاكتئاب .

وكذلك اتفقت مع دراسة القرا (2015) التي استخدمت العلاج المعرفي في تغيير الأفكار وذلك من خلال التعبير عن الذات وما ينتاب الفرد من حزن ناتج عن حالة الفقد وسرد القصص والتجارب مع حالة البتر والعمل على إحلال أفكار إيجابية بدلاً من الأفكار السلبية التي كانت تسود حالة الفرد قبل تطبيق البرنامج .

ومن المهارات التي ساعدت الأشخاص ذوي البتر (مهارة التفريغ الانفعالي) من خلال تمارين وأنشطة البرنامج، وكذلك لقد كان لنشاط الصلصال ولعبة الوجوه دوراً مهماً في تعبيرهم عن انفعالاتهم

المؤلمة التي يمرون بها بعد حالة البتر، فقد تمكنوا من سرد المواقف والخبرات والقصص التي عاشوها بعد حالة البتر وما كانوا سيشعرون به، إذ تتوافر للفرد من خلال سرد قصته الفرصة المناسبة لاكتساب الفهم المعرفي وإدراك الأحداث والقضايا والمشكلات المرتبطة به بصورة واضحة والتي تساعده في التخفيف من حدة الأعراض النفسية " القلق والضغط والاكتئاب " هذا بالإضافة إلى ما يوفره ذلك السرد من فرصة أمام ذوي البتر للتعبير عن مشاعرهم وتمكنهم من السيطرة على القلق والاضطرابات الانفعالية بصورة أكثر إيجابية بحيث أصبح المريض منخرط في الخطة العلاجية بصفته الشخصية ويزداد دوره في التخفيف من حدة تلك الاضطرابات مما يزيد من تقبل الذات والثقة بالنفس وهذا ما يتجانس مع دراسة معافي (2013).

كما وكان للتخيل الإيجابي دوراً مهماً في تغيير الأثر النفسي لحادثة البتر لكي يشعر الأشخاص ذوي البتر بقدر أكبر من الراحة عبر ممارسته لنشاطات مختلفة ضمن جلسات البرنامج، هذا التخيل أدى إلى إحساسهم بالقدرة على السيطرة على الآثار النفسية المؤلمة التي مروا بها بعد حادثة البتر، وكان لاستخدام الرسم والفن أثره في إكسابهم الشعور بالقوة والقدرة على التحمل وهي خبرة سمحت لهم بتحسين التعبير عن الانفعالات والعواطف بصورة أكبر فعالية، وقد كان لبعض نشاطات البرنامج القدرة على مساعدتهم في تواصل الذكريات وقدرتهم على تعديل المعتقدات المدمرة للذات من خلال عكس معتقداتهم في الوقت الحالي.

4.3 نتائج السؤال الثالث ومناقشتها وتفسيرها:

ينص السؤال الثالث من أسئلة الدراسة على "هل تتأثر فعالية البرنامج في خفض القلق والضغط والاكتئاب بحسب المتغيرات الديموغرافية (العمر، السكن، الحالة الاجتماعية، المؤهل العلمي، العمل، تاريخ الإصابة)؟".

للإجابة عن هذا التساؤل؛ قامت الباحثة بالمقارنة بين درجات القياس القبلي والبعدى بعد استبعاد المتغيرات الديموغرافية، وذلك باستخدام اختبار تحليل التباين Analysis of Covariance (ANCOVA)، ويتضح ذلك من خلال جدول (28):

جدول رقم (28): تحليل التباين لمعرفة تأثير فعالية البرنامج في خفض "القلق والضغط والاكتئاب بحسب المتغيرات الديموغرافية

تحليل التباين		اختبار تجانس ميل خط الانحدار		المتغيرات الديموغرافية
قيمة الدالة	قيمة الاختبار	قيمة الدالة	قيمة الاختبار	
–	–	0.007	8.433	العمر
0.489	0.491	0.286	1.187	الحالة الاجتماعية
0.701	0.360	0.706	0.353	المؤهل العلمي
0.890	0.020	0.386	0.779	العمل
0.489	0.492	0.432	0.638	تاريخ الإصابة

من شروط تحليل التباين اختبار تجانس ميل خط الانحدار – يقوم هذا الاختبار بتقويم التفاعل بين المتغير القبلي والمتغيرات الديموغرافية في التنبؤ بالمتغير البعدى، فإذا كان التفاعل دال إحصائياً أي أن قيمة اختبار تجانس ميل خط الانحدار أقل من 0.05 فإن هذا يعني أن نتائج تحليل التباين لا يعتد بها ويجب عدم إجراء تحليل التباين والعكس صحيح.

يتضح من الجدول السابق رقم (28) أن القيمة الاحتمالية لمتغير العمر في اختبار تجانس ميل خط الانحدار دالة إحصائياً – أقل من 0.05 – وبالتالي لا يتم إجراء تحليل التباين، أما باقي المتغيرات

الديموغرافية (الحالة الاجتماعية، المؤهل العلمي، العمل، تاريخ الإصابة) فقد تبين أن القيمة الاحتمالية لهم أكبر من 0.05 وبالتالي يتم تكملة اجراء تحليل التباين لهم.

يتضح من الجدول السابق أيضا أن القيمة الاحتمالية لتحليل التباين للمتغيرات (الحالة الاجتماعية، المؤهل العلمي، العمل، تاريخ الإصابة) أكبر من 0.05 وهذا يعني عدم تأثر فعالية البرنامج في خفض القلق والضغط والاكتئاب بهذه المتغيرات الديموغرافية.

وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة حجازي (2019) والتي اشارت انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياسي (تقدير الذات - صورة الجسم)، تُعزى للمتغيرات الديموغرافية (النوع - العمر - الحالة الاجتماعية - نوع البتر - المستوى التعليمي - المستوى الاقتصادي الاجتماعي).

ودراسة سعدي وآخرون (2016) والتي أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين أفراد العينة على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة تبعاً لمتغيرات البحث (الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، مكان البتر).

ودراسة ابو القمصان (2016) والتي اظهرت عدم وجود فروق في فاعلية الذات ونمو ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف تعزي لكل من (الجنس، الحالة الاجتماعية، مكان البتر، المستوى الاقتصادي، العمر).

كما اتفقت مع دراسة القرا (2015) والتي أظهرت عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة احصائية في درجات قلق الموت وأبعاده التالية (الخوف من الموتى والقبور، الخوف مما بعد الموت، الخوف من الأمراض المميتة، الانشغال بالموت وأفكاره لدى مبتوري الأطراف في قطاع غزة تعزي (للعمر، المؤهل التعليمي، الحالة الاجتماعية، الدخل الشهري، ولطبيعة البتر) .

وقد اختلفت نتائج الدراسة مع دراسة بحر (2017) والتي أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى وهم الأطراف تعزي للمتغيرات (الجنس، العمر، مكان البتر بالجسم، مدة البتر، سبب البتر، والحالة الاجتماعية) لدى حالات البتر.

ويرجع ذلك الاختلاف لطبيعة ثراء محتوى البرنامج المتعلق بالفنيات الارشادية والأساليب المتبعة في اكتساب المهارات والقدرات والتي طبقت بشكل متكامل حيث ترى الباحثة أن أغلب مبتوري الأطراف بحاجة ماسة لمثل ذلك البرنامج بغض النظر عن العوامل الديموغرافية وهذا ما أظهرته نتائج الدراسة الحالية.

4.4 نتائج السؤال الرابع ومناقشتها وتفسيرها:

ينص السؤال الرابع من أسئلة الدراسة على: " ما مدى رضى الاشخاص ذوي البتر عن برنامج شفاء الجروح

للإجابة على هذا التساؤل قامت الباحثة بإجراء مقابلات فردية لمجموعة من الاشخاص ذوي البتر وكانت على النحو التالي:

- بالنسبة لمدى الرضى عن برنامج شفاء الجروح من قبل الاشخاص ذوي البتر كان هناك رضى كبير لما لذلك البرنامج من تاثير ايجابي على صحتهم النفسية بعد تلقيهم للبرنامج، حيث عبر (م - أ) عن أهمية تقنية التفريغ الانفعالي والاسترخاء كممارسة كانت تتم خلال الجلسات، حيث لها الأثر في تخفيف القلق والتوتر لديه، بالإضافة إلى ما وفره سرد المواقف والقصص والخبرات من فرصة أمامه للتعبير عن مشاعره وتمكنه من السيطرة على القلق والاضطرابات الانفعالية بصورة أكثر إيجابية حيث زاد من تقبله لذاته وثقته بنفسه .
- كما أضاف (م-س) أن للتخيل الايجابي دور مهم في تغيير الأثر النفسي لحادثة البتر لكي يشعره بالقدرة على السيطرة على الآثار النفسية المؤلمة التي مر بها بعد عملية البتر .
- أما بالنسبة للسؤال عن أثر البرنامج على العلاقات الاجتماعية أجاب (م- أ) عبر عن الارتياح العام من القيام بتكوين مجموعة جديدة من الاشخاص ذوي البتر لما يتشاركون فيه من نفس الخبرة، وأشار إلى أنه قد إستفاد كثيراً من تقنية شجرة الحياة والتي من خلالها يستطيع الانسان تحديد دوره ومكانته داخل الأسرة مما عزز لديه القيام بانشاء علاقات اجتماعية.
- ولم يختلف الحال كثيراً للمصاب (م - ر)-مبتور القدم-الذي أجاب على نفس السؤال السابق إذ هو الآخر عاد لحياته الطبيعية والاندماج بين الأهل والأصدقاء وتكوين علاقات جديدة لأصدقاء من ذات الحال.

"الآن فقط عادت الحياة بالنسبة لي.. فقبل إصابتي لم يكن لدي هدف أحيا لأجله". كلمات مغمورة بالسعادة تحدث بها (م-ب) أحد مبتوري الاطراف

الجريح (م - ب) (33 عاماً) الذي فقد قدمه بعيارٍ ناري قبل أشهر، عانى حالة من القلق بعد أن توقف عن ممارسة حرفته المفضلة في طلاء المنازل، إثر إصابته وفقدان قدمه بعيار ناري أطلقه قناص إسرائيلي خلال مشاركته في مسيرات العودة شرق غزة.

لكن تلك المخاوف والشعور بالقلق الذي لازمه لأسابيع سرعان ما تلاشى لدى التحاقه ببرنامج "شفاء الجروح" .

كما أجاب (م - ب) على السؤال عن مدى رضاه عن البرنامج بأن لديه شعوره بالغ بالارتياح لبرنامج شفاء الجروح الذي عزز لديه الاندماج في المجتمع وطور من اهتمامه في الفن التشكيلي الذي كان يمارسه قبل البتر وتوقف عنه بعد الإصابة.

كما اضاف : "تعرفت على مجموعة شبان مصابين وكونت صداقات وعلاقات طيبة معهم، وأهلني البرنامج نفسيًا وعمليًا بالبداية بمهنة تلائم حالتي الصحية".

وأكد أنه يسعى لفتح محل حلاقة بعد أن تعلّم المهارة المطلوبة خلال برنامج شفاء الجروح؛ الذي سيقدم مشاريع صغيرة للجرحى لتوفير حياة كريمة لهم.

أجاب احد المبتورين: "بجد انا تعرضت لكثير من الدعم النفسي يعد اصابتي لكنني لم اشاهد أفضل من هذا البرنامج حيث أنه يتيح لنا الفرصة في التعبير عن مشاعرنا بشكل كبير كما يتيح لنا التعرف على خبرات الآخرين والاستفادة منها، ويعزز ثقتنا بانفسنا، وأصبحت استطيع الخروج من البيت ورؤية الناس بكل ثقة" .

- عبر (م - س) عن رضاه واعجابه بالبرنامج واكد على اهمية استمراره لما له من أهمية في تبادل الخبرات والتخفيف من أعراض القلق والضغط والاكتئاب الذي شعروا به بعد تعرضهم لخبرة البتر الصادمة، وتعزيزه لهم في بناء الثقة والقدرة على الاندماج في المجتمع.

الفصل الخامس

الاستنتاجات والتوصيات

الفصل الخامس

الاستنتاجات والتوصيات

6.1 الاستنتاجات:

1- بينت النتائج المتعلقة بدلالة البرنامج الارشادي على فاعلية برنامج شفاء الجروح، أي أن البرنامج حقق فاعلية عالية في ذلك من خلال تحقق وجود فروق دالة إحصائية في رتب متوسطات المجموعة التجريبية وذلك من خلال المقياس الكيفي الذي قامت به الباحثة في المقابلات الفردية التي قامت بها بعد الانتهاء من البرنامج.

2- بينت النتائج المتعلقة بدلالة البرنامج الارشادي تخفيف أعراض القلق والضغط والاكتئاب " أن البرنامج حقق فاعلية عالية في تخفيف أعراض القلق والضغط والاكتئاب " من خلال تحقق وجود فروق دالة إحصائية في رتب متوسطات المجموعة التجريبية على مقياس DASS " القلق والضغط والاكتئاب " بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

3- وترى الباحثة أن عملية دعم الأشخاص ذوي البتر الذين يعانون من أعراض نفسية " قلق وضغط واكتئاب " قد ساعد كثيراً في الحد والتخفيف من معاناتهم، وذلك لما للدعم الاجتماعي دوراً كبيراً في ذلك، حيث أن أهم مجالات علاج القلق والضغط والاكتئاب المجال الاجتماعي بحيث يتم مساعدة المريض اجتماعياً وحل مشكلاته وإحداث تغيير في البيئة الاجتماعية المناسبة للتقليل من معاناته، وهذه البرامج الاجتماعية لابد لها أن تتداخل مع برامج سلوكية ومعرفية، ويمكن أن تلعب الأسرة دوراً

مهماً في ذلك، إلا أن للأصدقاء والأقربان من نفس حالة المريض وتماثلوا للشفاء الدور الأكبر في مساعدة المريض للتعافي من الاضطرابات النفسية.

4- بينت النتائج بدلالة البرنامج الإرشادي عدم تأثر فعالية البرنامج في خفض القلق والضغط والاكتئاب بالمتغيرات الديموغرافية.

6.2 التوصيات

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة توصي الباحثة :

1- بناء وحدات إرشادية نفسية بمؤسسات رعاية ذوي الإعاقة مهمتها توفير البرامج الإرشادية بشكل مستمر لمواجهة الأخطار النفسية التي ترافق إعاقة البتر.

2- إجراء إحصاءات دورية على مستوى الدولة خاصة بحصر مختلف الإعاقات الحركية كل على حدة الناتجة عن العدوان الإسرائيلي وخاصة إعاقة البتر .

3- عقد ورش العمل، والندوات في الجامعات، والمدارس للتوعية بكيفية التعامل مع الأشخاص ذوي البتر.

4- دمج الأشخاص ذوي البتر في مختلف المؤسسات التعليمية، والعملية، وإشراكهم في برامج ترفيهية تدمجية تعريفية..

5- إقامة المؤتمرات العلمية في الجامعات، والمؤسسات صانعة القرار لتشجيع الباحثين على إعداد الأبحاث الميدانية التي تخص شريحة ذوي البتر .

6- تعميم استخدام البرنامج الإرشادي المقترح في هذه الدراسة، والذي أثبت فاعليته وكفاءته في تخفيف أعراض القلق والضغط والاكتئاب لدى الأشخاص ذوي البتر .

7- إعداد حلقات إرشادية مستمرة لتنمية تقدير الذات لذوي البتر، وتقديمها بشكل مستمر عبر وسائل الإعلام المختلفة من خلال لقاء متخصصين في الإرشاد النفسي، أو عمل مقابلات مع ذوي البتر للحديث عن المشكلات التي تواجههم، وكيفية التعامل معها.

6.3 المقترحات:

في ضوء ما انتهت إليه الباحثة من دراستها تقترح الدراسات التالية:

- 1- دراسة مماثلة على عينات وفئات عمرية مختلفة.
- 2- دراسة نظام المناعة النفسية كعامل مساعد بين الاضطرابات النفسية وقدرة التحمل لدى الأشخاص ذوي البتر.
- 3- دراسة اكلينيكية تستخدم البرنامج الإرشادي الفردي.

المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

- ابراهيم، عبد الستار (1998): الاكتئاب اضطراب العصر الحديث، عالم المعرفة الكويت.
- أبو النصر، مدحت (2005): الإعاقة الجسمية" المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية"، مجموعة النيل العربية، ط1، القاهرة.
- ابو جاموس، اسامة عبد الغني محمد (2009) : الاضطرابات الانفعالية ومهارات حل المشكلات لدى المراهقين، الجامعة الإسلامية - غزة.
- ابو غالي، عطف (2014): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بمعنى الحياة لدى حالات البتر في محافظات غزة، رسالة ماجستير، مجلة الزرقاء للبحوث والدراسات الانسانية، المجلد (14)، العدد2، الاردن.
- ابو فايد، ريم (2010): فاعلية برنامج ارشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاسلامية، غزة.
- الأزهري، منى وأبو هشيمة، منى (2010): التربية البدنية والإعاقات الحركية لذوي الاحتياجات الخاصة (رعاية - تأهيل)، مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة الأولى: القاهرة
- القاضي، وفاء محمد (2009): قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- بحر، فريد (2017) : وهم الاطراف وعلاقته بالانفعالات النفسية لحالات البتر، رسالة ماجستير، جامعة الاسلاميه، غزة .
- محمد، لبيبة، والسبيبي، حنان (2011) : الضغوطات والتكيف الايجابي لدى حالات بتر الأطراف الحديثة العهد، دراسة ماجستير، القاهرة .
- البنّا ، انور حمودة (2008) : المواقف الحياتية الضاغطة لدى طلبة جامعة الاقصى بمحافظة غزة، جامعة الاقصى .

بوقري، مي بنت كامل بنت محمد(2009): اساءة المعاملة البدنية والاهمال الوالدي والطمأنينة النسبية والاكنتاب لدى عينة من تلميذات المرحلة الابتدائية(11-12) بمدينة مكة المكرمة، (رسالة غير منشورة)، جامعة ام القرى، المملكة السعودية.

تونسي، عديلة (2002): القلق والاكنتاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات في مدينة مكة المكرمة، (رسالة غير منشورة)، جامعة ام القرى، المملكة السعودية.

جبل، فوزي محمد (2000): الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، ط1، المكتبة الجامعية بالإسكندرية، مصر.

جرادات، عبد الكريم (2012): انتشار الاكنتاب لدى عينة من الطلبة الجامعيين في الأردن، مجلة جامعة الشارقة، 9 (1)، ص 177-197.

الجزائري، خلود حسين عبدالرازق (2004): المناخ الاسري وعلاقته بالقلق في مرحلة الطفولة (رسالة ماجستير غير منشورة)، معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعة القاهرة ، مصر .

حجازي، غادة عودة (2019): فاعلية برنامج ارشادي لتحسين صورة الجسم لدى مبتوري الاطراف بغزة، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، القاهرة.

حسن، إيمان حسين السيد (2006): صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لدى مبتوري الاطراف، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة سوهاج.

حسين، فايد (2001) : الاضطرابات السلوكية، دار طيبة للنشر والتوزيع ، القاهرة.

حمودة محمود عبد الرحمن (1990): النفس أسرارها وأمراضها، القاهرة، مكتبة الفجالة.

خلف، مهيرة (2012) : مبتوري الاطراف خلال الحرب على غزة "دراسة اكلينيكية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاسلامية، غزة .

الداهري، صالح ، العبيدي، ناظم (1999): الشخصية والصحة النفسية، القاهرة، مؤسسة حمادة ودار الكندة للنشر .

الدحاحة ، باسم (2010) : الإرشاد والعلاج النفسي، العين: مكتبة الفلاح

دسوقي، راوية محمود(1991): فاعلية الذات وعلاقتها بأحداث الحياة الضاغطة وبعض الاضطرابات النفسية لدى المراهقات، مجلة كلية التربية بالزقازيق، مصر .

الرشيدي، بشير واخرون(2001): سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، ط1، مكتب الانماء الاجتماعي، الكويت .

زهران، حامد (1997): الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة.

زهران، حامد (2005): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، القاهرة، عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة .

زيتون، حسن حسين (2003): التدريس نماذج ومهاراته، ط1، القاهرة، عالم الكتب.

سعد، جلال(1986): في الصحة العقلية والامراض النفسية والعقلية والانحراف السلوكي، القاهرة، دار الفكر العربي .

شاذلي، عبد الحميد (2001): الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، ط1، دار النهضة العربية، بيروت.

الشريف، بسمة عيد (2014):سلوك العنف وعلاقته بأساليب التنشئة الاسرية لدى طلبة المرحلة الثانوية في عمان ، كلية الآداب والعلوم، جامعة عمان الاهلية، عمان، الاردن

الشناوي، محمد محروس (1993): العملية الارشادية و العلاجية ، جامعة الامام بن سعود الاسلامية، موسوعة الارشاد والعلاج النفسي عدد (3)، السعودية .

صبرة، محمد علي واخرون (2004): الصحة النفسية والتوافق النفسي، الازارطة، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية .

عبد الخالق، احمد(1998): الصدمة النفسية مع اشارة خاصة الى العدوان العراقي على دولة الكويت.

عبد الغفار، عبد السلام (1990): مقدمة في الصحة النفسية، القاهرة، دار النهضة العربية، مطبوعات جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي، لجنة التأليف والتعريف والنشر .

عبد الله، محمد قاسم (2001): مدخل إلى الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة، ط1، عمان، الأردن.

عبد الصاحب، منتهى (2011): الشعور بالذنب وعلاقته بالاكتئاب، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.

عبد اللطيف حسن إبراهيم (2001): الاكتئاب النفسي دراسة للفروق بين حضارتين وبين الجنسين، دراسات نفسية، المجلد السابع .

عبدالمعطي، حسن مصطفى (1992): ضغوط احداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية وبعض المتغيرات الشخصية، مجلة كلية التربية، العدد 19، جامعة الزقازيق، مصر .

عبيدات، ذوقات وعدس، عبد الرحمن وعبد الحق، وكايد (1993): البحث العلمي مفهومه وأدواته وأساليبه، الرياض، دار أسامة للنشر.

عثمان، فاروق السيد (2001): القلق وإدارة الضغوط النفسية، ط1، القاهرة : دار الفكر العربي .

عكاشة، احمد (1998): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الانجلو المصرية .

عكاشة، أحمد (2008): الطب النفسي الحديث، القاهرة، الانجلو المصرية.

عسكر، عبدالله (1987): الاكتئاب النفسي ومدى فعالية اختيار تفهم الموضوع في تشخيصه (دراسة تحليلية اكلينيكية)، رسالة دكتوراة، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.

علي ، الغرة (2019): مستوى الصحة النفسية لمتضرري مسيرات العودة الكبرى وكسر الحصار، مركز التدريب على ادارة الطوارئ والازمات حياة، الجامعة الاسلامية ، غزة .

علي، علي وعبد الهادي، احمد (1997): دراسة نفسية لتأهيل فاقدى اعضاء الجسم عن طريق البتر ، مجلة نفسية ، العدد (42) ، السنة (11) ، القاهرة ، الهيئة المصرية للكتاب .

علي، على عبد السلام (2000): المساندة الاجتماعية وإحداث الحياة الضاغطة وعلاقته بالتوافق مع الحياة الجامعية لدى طلاب الجامعة المقيمين مع أسرهم والمقيمين فى المدن الجامعية، مجلة علم النفس، العدد(53)، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

غانم، محمد حسن (2002): المساعدة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية والاكئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات إيواء وأسر طبيعية، دراسات عربية في علم النفس، العدد 3، مجلد 1، ص ص 35 - 89.

غانم، محمد حسن (2002): المساعدة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية والاكئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات إيواء وأسر طبيعية، دراسات عربية في علم النفس، العدد 3، مجلد 1، ص ص 35 - 89.

فرويد سيجموند (ترجمة عثمان نجاتي) (1998): الكشف والعرض والقلق، دار الشروق، القاهرة .

القرأ، زهية (2015): خبرة البتر الصادمة واستراتيجيات التكيف وعلاقتها بالموت لدى حالات البتر في الحرب الأخيرة على غزة، رسالة ماجستير، غزة .

القمصان، ألاء (2016م): نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بفاعلية الذات لدى مبتوري الأطراف في الحرب الأخيرة على غزة " حرب عام 2014، (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة.

الكبيسي، وهيب مجيد (2010): الاحصاء التطبيقي في العلوم الاجتماعية، ط1، مؤسسة مصر مرتضى للكتاب العراقي، بيروت .

الكعبي، موزة (1997): ممارسة برنامج مع حالات القلق النفسي، ط1، مكتبة فهد الوطنية، الرياض.

كفافي، علاء الدين (1990): الصحة النفسية، ط3، القاهرة : دار الفكر العربي.

كفافي، علاء الدين وعلاء الدين، جهاد (2006): موسوعة علم النفس التأهيلي - الإصابات، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.

القريطي، عبد المطلب (1998): الصحة النفسية، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.

محمد، سيد فهمي (1998): السلوك الاجتماعي للمعوقين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية

محمد، سيد فهمي (2005): التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

- محمد، عثمان نجاتي (1989): **القران وعلم النفس**، القاهرة، دار الشروق.
- محمد، محمد جاسم (2004) : **مشكلات الصحة النفسية واعراضها وعلاجها**، ط1، عمان : مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع .
- محمود، عبدالله (2006) : **التوافق الزوجي في علاقته ببعض عوامل الشخصية والذكاء الانفعالي**، مجلة كلية التربية بالمنصورة، مصر، تاريخ الزيارة 20 يناير 2013 الساعة الرابعة مساء عن موقع :
- <http://niz.opac.mandumah.com.elib.unizwa.edu.om/cgi bin/koha/opac - download.pl ? biblionumbe r=8319>
- معافي، أسماء (2013): **بتر الأطراف وانعكاساته على المخطط الجسدي لدى المراهق**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
- مكاوي، صلاح فؤاد محمد (1997): **فاعلية برنامج للعلاج بالمعنى في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من الشباب الجامعي**، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامع عين شمس.
- ملحم، سامي(2001): **الارشاد والعلاج النفسي، الاسس النظرية والتطبيقي**، ط1، دار المسيرة الدولية للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الاردن .
- موسى، رشاد (1993): **علم النفس الديني**، دار عالم المعرفة، القاهرة.
- الميلادي، عبد المنعم (2004): **الأمراض والاضطرابات النفسية**، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية.
- الوقفي، راضي (1998): **مقدمة في علم النفس**، دار الشروق، عمان.
- النجمة، علاء الدين (2008): **مدى فعالية برنامج إرشادي نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية بغزة.
- النعاس، عمر (2008): **الضغوط المهنية وعلاقتها بالصحة النفسية**، القاهرة: منشورات جامعة 6 أكتوبر.

- Angela D Ferquson, Beth Sperber Richi and Mari J Gomez,(2004): **Psychological factors after traumatic amputation in landmine survivors**, Disability and Rehabilitayion, Vol.26,14- 15 pages 931938
- Arcel, tibby tata, Simunkovc, Gorana Tocilg (1988): **War Violons, Trauma and The Coping Process**, Rehabilitation Center, Copenhagen Denemark.
- Atkinson, M. & Hornby, G. (2002). Mental health handbook for schools. London: RoutledgeFalmer.
- Beck, A(1967): **The Diagnosis and management of depression**, Philadelphia : university of Pennsylvania press.
- Bhutani S, Bhutani J, Chhabra A, Uppal R.(2016): **Living with Amputation: Anxiety and Depression Correlates**, J Clin Diagn Res. 2016 Sep;10(9):RC09-RC12. Epub 2016 Sep .
- C.D. Murray & J. Fox .(2009). **Body image and prosthesis satisfaction in the lower limb amputee**. Journal: Disability and Rehabilitation, Volume 24, 2002 - Issue 17, P 925-931
- Catalan, Max Ortiz, Nichlas Sander, Morten B. Kristoffersen, Bo Håkansson, Rickard Brånemark,(2014): **Treatment of phantom limb pain (PLP) based on augmented reality and gaming controlled by myoelectric pattern recognition**, a case study of a chronic PLP patient, Journal: Front Neurosci. 2014; 8: 24. Published online 2014 Feb 25.
- Craig Anxiety and Depression in Adults andChildren. Dobson (Ed).
- Cristian Adrian,(2005): **Lower Limb Amputation: A Guide to Living a Quality Life**,1st edition : Demos medical, Canada. Published by ReadHowYouWant.com
- Dennis M, Joanna M,Bassert McCurnin (2014): **Clinical textbook for veterinary technicians**, Missouri ,Elsevier.
- Hawamdeh, Z et al. , (2008) :**Assessment of Anxiety and Depression after Lower Limb Amputation in Jordanian patients**, Neuropsychiatric Disease Treatment, VOl. <https://www.syr-res.com/article/11047.html>

- Jeffrey , M. Sharon Begloy (2002): **The Mind And The Brain**, Harper Collins.
- John C. Racy, MD,(2008): **Religion, Culture, and Mental Health**, J: Clin Psychiatry 2008; 69(12):1986-1986 (book review).
- Kohut, H, and Strozier, C.P (1985): **Self psychology and hunanties reflections on new psychology approach**, New York.
- Kristine .W., .(2002): **Effect of participation in physical activity on body image of amputation**, journal of physical medicine of rehabilitation, U. S. A.Vol.81(3):194-201 .
- Lansisalmi, h. and Peiro,jm Et,Al,(2000): **collective Stress And Coping in the Context of Organizational Culture**, European , Journal of Work and Organizational Psychology ,9(4). Pp. 527-559,Ucl Library Services.UK.
- Lewinsetm, S. (2001). **A search for meaning: Making sense of depression** .Journal of Mental Health, Vol.4, 4, 369-382.
- Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F, (1995): **Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales**. (2nd Ed.)Sydney: Psychology Foundation
- Morris Wn,Morchel ,S,Bios Jl,Et.Al,(1976): **Collective coping with**
- Nasim M S, Sahar M F, Hadi K, Seyed V SH,(2010): **Phantom limb correlates among amputee war veterans**, Journal: Cognitive Science Volume 2, 2013, Issue 15, p 32-39.
- Norman S. Endler,et al,(1996): **Handbook Of coping: theory**, Canada, Willy Sons &Inc., edition Illustrated ,Research, Applications ISBN 10: 0471599468.
- Paul Kennedy (2012): **The Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology**, Oxford University Press. Ink. New York..
- Pohjolainen, T, Alornt, H(2007): **Physical medicin of Rehabilitation**, The Journal of Bone of Joint surgery Wetterhaha, Kristina, Hanson, J Rehabil Med 2007; 39: p286–292

- Rains, J. Hardling, Ritchie David (1995): **Bailey and Love Short Proctic Of Surgery**, Ellps (22 edition).
- Rajiv, singah, et al, (2009): **Depression and anxiety symptoms after lower limb amputation: the rise and fall**, Clinical Rehabilitation, London.
- Rehm, P. (2003). Psychotherapies for Depression. In Kenneth D.
- Ruth Wittman-Price et al.(2013):**Nursing Concept Care Maps for Safe Patient Care**, David company, USA.
- Sadock, Benjamin James & Sadock, Virginia Alcott .(2008): **Concise Textbook of Clinical Psychiatry, third edition**, Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins, USA.
- Sanchez C, Reines EH, Montgomery SA. **A comparative review of escitalopram, paroxetine, and sertraline**: Are they all alike?. Int Clin Psychopharmacol. 2014;29(4):185-196.
- stress**,J.Pers soc Psychology ,Jun ,33-6: 674-9 (PobMEd.com)
- Tierney, Lawrence, Stephen. Jr. (2006): **Current Medical Diagnosis and Treatment**, Librain du Liban.

الملاحق

ملحق رقم (1) استبانة التقييم الأولى

الاستشاري	تاريخ اول استشارة	رقم هوية الحالة	رقم ملف الحالة	عيادة الصحة النفسية
-----------	----------------------	-----------------	----------------	------------------------

معلومات الحالة:

1. الاسم: _____ الهاتف: _____

2. مكان الإقامة

1. رفح ☐ 2. خان يونس ☐ 3. الوسطى ☐ 4. غزة ☐ 5. منطقة الشمال ☐

3. العمر بالسنوات: _____

4. الجنس

1. ذكر ☐ 2. انثى ☐

5. تم التحويل من قبل:

1. الأطراف الصناعية ☐ 2. الاوروبي ☐ 3. الشفا ☐ 4. الاقصى ☐ 5. النجار ☐ 6. ناصر ☐

7. اللاندونيسي ☐ 8. مؤسسات محلية ☐ 9. الرعاية الاولى ☐ 10. الاصدقاء والعائلة ☐ 11. مستشفيات ومراكز صحية اخرى ☐

1 ☐ 4. الأطراف العيادة 1 ☐ 3. الأطراف العلاج الطبيعي 1 ☐ 2. تحويل ذاتي ☐

حدد _____

6. الحالة الزوجية:

1. أعزب ☐ 2. متزوج ☐ 3. مطلق ☐ 4. أرمل ☐ 5. الشريك مفقود او مبعد ☐

7. التعليم:

1. ابي ☐ 2. تعليم أساسي ☐ 3. ثانوية ☐ 4. تدريب مهني ☐ 5. دبلوم ☐

والمهنة _____

1. غير موظف ☐ 2. متقاعد ☐ 3. عامل يومية ☐ 4. وكالة الغوث ☐ 5. حكومة ☐ 6. موظف ☐ 7. مالك عمل ☐

معلومات أخرى متعلقة بالمهنة: _____

9. سبب الحضور لمركز الأطراف

الصناعية:

9. التشخيص:

1. ☐ بتر 2. ☐ إعاقة أخرى تاريخ الإعاقة: _____

10. سبب البتر أو الإعاقة:

1. ☐ بتر بسبب الصراع 2. ☐ بتر بسبب حادث 3. ☐ أسباب متعلقة بمرض السكر 4. ☐ الشلل الخلقي 5. ☐ السرطان

6. ☐ إصابة الحبل الشوكي – الصراع 8. ☐ إصابة الحبل الشوكي اسباب

11. إعاقة أخرى: حدد _____

12. مستوى البتر: (بإمكانك اختيار أكثر من خيار)

☐ بتر من مفصل الورك	☐ اليمين	☐ الشمال	☐ بتر من مفصل الكتف	☐ اليمين	☐ الشمال
☐ بتر فوق الركبة	☐ اليمين	☐ الشمال	☐ بتر فوق الكوع	☐ اليمين	☐ الشمال
☐ بتر من مفصل الركبة	☐ اليمين	☐ الشمال	☐ بتر من مفصل الكوع	☐ اليمين	☐ الشمال
☐ بتر تحت الركبة	☐ اليمين	☐ الشمال	☐ بتر تحت الكوع	☐ اليمين	☐ الشمال
☐ بتر من الكاحل	☐ اليمين	☐ الشمال	☐ بتر من الرسغ	☐ اليمين	☐ الشمال
☐ بتر قدم جزئي	☐ اليمين	☐ الشمال	☐ بتر يد جزئي	☐ اليمين	☐ الشمال

الصحة النفسية والجوانب النفسية ذات الصلة:

1- ديناميات الأسرة، وكيف أثرت الإعاقة على العلاقات داخل الأسرة وما هي مصادر الدعم ومصادر الاحباط وماهي مصادر الضغط الاسري والاهتمامات وشجرة العائلة

2. القضايا النفسية المتعلقة بالبيئة الاجتماعية / المجتمع (الوصمة، العزلة، الاهمال، وعدم الاتصال الاخرين، عدم المشاركة في النشاطات الدينية ... وغيرها)

3- القضايا النفسية العاطفية (تأثير العجز المستمر / مقلق، والعصبية، والكوابيس، والأرق، وعدم القدرة على التركيز، والأرق، ونقص الطاقة، والحزن، وفقدان الاهتمام في الأنشطة و فقدان المتعة، والعزلة وغيرها)

الشكوى الرئيسية (انظر فئات من الشكاوى)

- 1- ☐ شكوى متعلقة بالقلق
- 2- ☐ شكوى متعلقة بالمزاج
- 3- ☐ شكوى متعلقة بالسلوك
- 4- ☐ شكوى جسدية
- 5- ☐ الوظيفة الاجتماعية
- 6- ☐ شكوى متعلقة بالأسرة
- 7- ☐ تعاطي العقاقير
- 8- ☐ غيرها حدد _____ :

4- التأقلم: (مناقشة كيف يمكن للحالة إدارة الضغط والتعامل مع الصعوبات المختلفة التي تم تحديدها سابقا)

5- الناحية الوظيفية ناقش كيف اثرت الإعاقة على وظائف الحالة اليومية وخذ بعين الاعتبار الأمور المتعلقة بالصحة النفسية

ما هي توقعات الحالة من الدعم النفسي والاجتماعي في عيادات الصحة النفسية 6- (الانجازات والمعوقات المتوقعة)

التدخل المتوقع

- 1 ☐ التدخل الفردي
- 2 ☐ المشاركة في مجموعات دعم الاقران
- 3 ☐ مجموعات الدعم الاسري
- 4 ☐ تحويل لعيادات الحكومة
- 5 ☐ تدخلات أخرى حددها _____ :

التحويل لتدخلات نفسية خارج مركز الاطراف

تاريخ التحويل: _____

لمن تم التحويل: _____

الحصول على العلاج	☐ نعم	☐ لا
تحسن مذكور :	☐ نعم	☐ لا
تدخلات فردية	☐ نعم	☐ لا
التاريخ: _____		
التاريخ: _____		

حضرت العائلة جلسات التوعية الاسرية	☐ نعم	☐ لا
التاريخ: _____		

المشاركة في مجموعات دعم الاقران
تاريخ اول جلسة: _____
تاريخ اخر جلسة: _____
العدد الكامل للجلسات _____

ملاحظات:

ملحق رقم (2): مقياس القلق والضغط والاكتئاب

Arabic DASS 21

اسم : التاريخ :

اقرأ كل من النصوص التالية ثم ضع دائرة حول الرقم 0، 1، 2 أو 3 الذي يبين درجة انطباق هذا الشعور عليك في الأسبوع الماضي . لا يوجد اجابات صحيحة او خاطئة . لا تقضي وقتاً طويلاً في أي منها .
استعمل التقديرات التالية :

0 لا ينطبق علي بتاتا

1 ينطبق علي بعض الشيء او قليلا من الاوقات

2 ينطبق علي بدرجة ملحوظة او بعض الاوقات

3 ينطبق علي كثيرا جدا ،أو معظم الاوقات

3	2	1	0	وجدت صعوبة في الاسترخاء والراحة	1
3	2	1	0	شعرت بجفاف في حلقي	2
3	2	1	0	لم يبدو لي بإمكانني الإحساس بمشاعر إيجابية على الإطلاق	3
3	2	1	0	شعرت بصعوبة في التنفس (شدة التنفس السريع ،اللهتان بدون القيام بمجهود جسدي مثلا)	4
3	2	1	0	وجدت صعوبة في أخذ المبادرة بعمل الأشياء	5
3	2	1	0	كنت أميل إلى رد فعل مفرطة للظروف والأحداث	6
3	2	1	0	شعرت برجفة (باليدين مثلاً)	7
3	2	1	0	شعرت أنني أستهلك الكثير من الطاقة العصبية (شعرت لأنني استهلك الكثير من قدرتي على تحمل التوتر العصبي)	8
3	2	1	0	كنت خائفاً من مواقف قد أفقد فيها السيطرة على أعصابي وأسبب إحراجاً لنفسي	9
3	2	1	0	شعرت بأن ليس لدي أي شيء اتطلع اليه	10
3	2	1	0	شعرت بأنني مضطرب ومنزعج	11
3	2	1	0	أجد صعوبة في الاسترخاء	12
3	2	1	0	شعرت بالحزن والغم	13
3	2	1	0	كنت لا أستطع تحمل أي شيء يحول بيني وبين ما أرغب في القيام به	14
3	2	1	0	شعرت بأنني على وشك الوقوع في حالة من الرعب المفاجئ بدون سبب	15
3	2	1	0	فقدت الشعور بالحماس لأي شيء	16
3	2	1	0	شعرت بأن قيمتي قليلة كشخص	17
3	2	1	0	شعرت أنني أميل إلى الغيظ بسرعة	18
3	2	1	0	شعرت بضربات قلبي بدون مجهود جسدي (زيادة في معدل الدقات، أو غياب دقة قلب ،مثلا)	19
3	2	1	0	شعرت بالخوف بدون أي سبب وجيه	20
3	2	1	0	شعرت بأن الحياة ليس لها معنى	21

ملحق رقم (3): جلسات البرنامج

الجلسة الأولى: الجلسة الترحيبية

أهداف الجلسة:

- رحب بالمشاركين وشرح الهدف من هذه المجموعة.
- بدء التواصل الجيد بين المجموعة والميسرين.
- بناء الثقة، وإيجاد شعور بيئة آمنة.
- مناقشة معوقات حضور مجموعات الدعم.
- بدء عقد مجموعة وتكوين هوية خاصة بالمجموعة.

الأنشطة:

- يقوم الميسرين بالترحيب بالمجموعة، وتقديم كل منهم الآخر.
- شرح أهمية الحضور في الوقت المناسب وإعطاء عدة مواعيد لهم لاختيار موعد مناسب للجميع.
- شرح للمشاركين الهدف من هذه المجموعة، لماذا نحن هنا؟ (ليجد لنفسه مكانا حيث يمكنهم تبادل الخبرات والمشاعر، والصعوبات التي يواجهونها، وليس لنشعر بأننا وحدنا، ولتكوين علاقات داعمة جديدة في بيئة آمنة.
- انشاء التعاقد مع المجموعة والتركيز بشكل رئيسي على السرية (وبمساعدة الفريق والمشاركة في وضع الاتفاق واللوائح المجموعة).

- شرح طبيعة الجلسات والعمل الذي سيكون لديهم وبعض الموضوعات .
- ومن المهم أن نفهم المجموعة أن بعض التحديات والمشاعر للبتر يكون في حضور مجموعات الدعم .وان هناك عدد من المعوقات قد تشمل وصمة العار من مشاكل الصحة النفسية.
- ليس من السهل أن الجلسة في كل مرة تحتاج الى دافعقد تحتاج إلى الخروج إلى اجتماع آخر (تجربة سلبية السابقة) عصبية بشأن ما قد يحدث في مجموعة.
- من المهم أن نعترف هذه التحديات وتحديد الكيفية التي يمكن التغلب عليها كمجموعة ومحاولة إصلاحها.
- مناقشة عواقب عدم حضور الجلسات:
- في رأيك لماذا من المهم أن تشارك في جميع دورات؟
- ما رأيك عواقب عدم حضور جلسات الحوت؟
- ما الذي يمكننا القيام به لتجنب العواقب إذا كان شخص ما يغيب عن جلسة واحدة؟
- مناقشة توقعات المشاركين من الدورات.
- وينبغي أن يذكر الميسر توقعاته كمسهل وكمشارك جدا.
- الاستماع إلى توقعات المشاركين بعناية والكتابة عليها يمكن استخدامها في وقت لاحق في التقييم أو في تلبية احتياجاتهم.

- تحديد توقعات غير واقعية بعناية وإيلاء الاهتمام لتوقعات سلبية وإيجابية.
- 9. مناقشة التحديات التي قد تواجههم في حضور مجموعات .(وصمة عار)
- 10. ذكر موضوع للجلسة القادمة (أخبر قصتك)
- 11. تلخيص الدورة، ومذكرا بما اتفق في الوقت المحدد للجلسة المقبلة.
- 12. إغلاق

الجلسة الثانية: شاركنا قصتك

أهداف الجلسة:

- 1- منح مساحة مفتوحة لأفراد المجموعة ليشاركوا سويًا قصصهم وتجارب البتر الخاصة بهم.
- 2- تنمية الشعور بالانتماء والذي لربما حرم منه الكثيرون منهم.
- 3- وضع عناوين هامة للمناقشة في الجلسات اللاحقة.
- 4- فهم احتياجات المشاركين من خلال قصصهم.
- 5- بناء الثقة بين أفراد المجموعة.

الأنشطة:

شارك قصتك:

قد يكون العديد منهم قلقاً أو رافضاً للمشاركة في اللقاء الأول لذا ساعدهم بافتتاح الحوار بالحديث قليلاً عن نفسك وعن قصتك التي أتيت بها إلى الجلسة، إضافة إلى أهدافك التي رسمتها للمجموعة.

من المهم الحديث عن السرية في هذا الجزء حتى وإن كانت قد ذكرت مسبقاً أثناء وضع قواعد المجموعة في الجلسة السابقة.

أكد على السرية:

تعتبر السرية من أهم العوامل في مجموعات الدعم وتصبح أكثر أهمية في المجموعات الصغيرة. يتشارك الناس عادة قصصهم التي قد تكون محزنة أو مؤلمة، ويحتاجون للكثير من الثقة قبل التعامل بانفتاح مع الأغراب. لذا فمن المهم جداً احترام هذه الثقة والتأكيد على أفراد المجموعة على أهمية الحفاظ على سرية المعلومات والقصص التي تمت مشاركتها من قبل الآخرين.

شجع المشاركة: وتقبل الأفراد الذين لا يرغبون بالمشاركة:

عندما يبدأ المبتورون بمشاركة تجاربهم مع الآخرين الذين يشاركونهم نفس المشكلة، يرى العديد منهم مدى تفهم الآخرين لقصصهم فينمو لديهم الإحساس بالانتماء والذي لربما لم يعيشوه مسبقاً مع الأفراد غير المبتورين.

تعد المشاركة بمثابة أرضية مشتركة تمكن الأفراد من التماثل مع الآخرين والثوق بأنهم ليسوا وحيداً في معاناتهم والصعوبات التي يعيشونها، كما توضح لهم أن أسباب تواجدهم في هذا المكان قد تكون مختلفة من فرد لآخر.

قد يرغب بعض المشاركين في البداية بالاستماع فقط إلى المبتورين الآخرين إذ تحتاج المجموعة إلى بعض الوقت حتى يشعر أفرادها بالراحة الكافية للحديث عن قصصهم وهمومهم، لذا لا تجبر أحداً على الحديث إن لم يرغب بذلك.

لخص الجلسة والمشاعر (أرى بأن البعض منكم يشعر بالغضب، عدم التقبل، الحزن....).

حدد عنوان النقاش للجلسة المقبلة (أو اجعلها إكمال لهذه الجلسة إن لم يكن الوقت كافي للجميع).

ملاحظة: أخبر أفراد المجموعة أن بإمكانهم مشاركة قصصهم عبر الرسم أو الكتابة أو الحديث مباشرة. خذ رأي المجموعة ولا تفرض عليهم الاختيار.

الجلسة الثالثة: الأثر النفسي للبتر (قد تمتد ل 3 جلسات)

1. المشاعر العامة: الخوف والتعب، الحاجة للحماية

2. الفقد والحزن

3. الغضب والعصبية

الشخص الذي فقد أحد أطرافه يخسر جزء من جسده حين يختبر البتر والتغير في الوظائف اليومية والمظهر الخارجي جسدياً، هناك فقدان للطرف، ألم البتر، وأعراض الطرف الشبكي كإحساس بالطرف المفقود. معنوياً هناك الحزن والكآبة والقلق وصورة سيئة عن النفس، هذه التحديات المعروفة هي نواتج فقدان الطرف، وقد تزداد سوءاً في حال وجود ألم في حالة الطرف الشبكي.

الصدمة النفسية التي تتبع خسارة الطرف تتأثر بعمر الشخص، ونوع الطرف، وسبب البتر. في حالات فقدان الطرف فإن الأشخاص غالباً يختبرون مشاعر الإنكار خاصة أولئك الذين لم يتوقعوا ذلك أكثر من غيرهم الذين اختبروا وعانوا طويلاً من مزمن مثل السكري، الإنكار يشمل عد التعرف على الخسارة أو رفض تقبل الفكرة والتأقلم، ردود الفعل هذه تزيد من التفكير السلبي والمشاعر السلبية والألم الجسدي وطلب المساعدة لازم.

الحزن خاصة هو رد فعل منتشر نتيجة البتر، عادي ومتوقع خاصة أنه بعد فقدان الطرف تتغير هوية الشخص ونظرته لنفسه. الحزن يشمل المشاعر والتصرفات وردود الفعل الجسدية، والتغلب عليه يشمل عملية تقبل أن طرفه قد ذهب للأبد، الغضب قد يزيد من الحزن ويطيل مرحلة الشفاء منه. الغضب يحدث عادةً حين يشعر المبتور بانعدام الأمل وفقدان القوى وخاصة حين يكون في موقف الغير مرغوب أو الغير متوقع أو الغير مستحق، وسيفكر وقتها " لماذا يحدث كل هذا لي؟"

حين يحدث البتر، فإن الصورة الجسدية تؤثر على الهوية النفسية والثقة بالنفس، فقدان الطرف بالبتر قد يؤدي إلى مشاكل طويلة الأمد في الصورة الجسدية للمبتور. هذه التغيرات تشمل درجات عالية من الكآبة والقلق، ثقة بالنفس منخفضة، وقلة الرضى عن الحياة بسبب الأفكار السلبية عن مظهر الشخص وتقديره للنفس، بالإضافة لهذا، فقدان الطرف يسبب عادةً شعور الثورة في المريض، وعائلته والمجتمع، وهذه ردة فعل طبيعية وعادية ومنشرة عن رؤية بقايا الطرف، حين يعاني الشخص من فقدان الطرف، يكمن التحدي في معرفته بأن هذا لا يؤثر على دواخله، الذي هو الجزء الأقوى والأكثر قيمة في الأشخاص.

الأفراد المبتورين قد يجدون أن صورتهم السلبية عن أنفسهم تؤثر على العلاقة الجنسية والعلاقات المجتمعية الأخرى، عند مواجهة البتر، فإن الأشخاص الذين يشعرون بالخجل من أنفسهم ومن بقايا الطرف تكون ردات فعلهم بتجنب المجتمع.

تجنب المجتمع أو الانعزال يجلب ويحفز الاكتئاب، الأفراد الذين فقدوا أطرافهم بسبب حادث أو أولئك الذين فقدوا أطرافهم العلوية قد يكونون الأكثر عرضة للاضطراب العاطفي.

أهداف الجلسة

لديك المساحة المفتوحة لمشاركة الأعضاء في أي شيء يتعلق بالعواقب العاطفية الناتجة عن البتر لمعرفة كيف يتأثر الأفراد نفسياً بالبتر

لمشاركة الناس كيف يتم التعامل مع هذه الآثار النفسية

إعطاء المشاركين الوقت الكافي لمشاركة خبراتهم وقصصهم عن البتر

التعرف على الخبرات المشتركة

تحديد عناوين الجلسة التي قد تكون مهمة بالنسبة للمشاركين لمناقشتها معاً مثل (مشاكل النوم، الإدمان، الشعور بالذنب، العصبية، الانسحاب...الخ)

إعطاء مساحة للمجموعة لتقرير المواضيع التي يريدون مشاركتها في الجلسة

الأنشطة:

تفقد كيف كانت الأسابيع الماضية معهم

أخبر المشاركين أن هذا عادي وهذه طبيعة الإنسان في اختبار هكذا عواطف وردات فعل نفسية بعد مواقف حرجة مثل فقدان الطرف

فسر أنه من العادي أن يتأثر الناس بالمواقف الحرجة، ويمكنها أن تخلق ردات فعل عاطفية كالآلم بالقلب، وتؤثر على تفكيرهم وتصرفاتهم وعلاقاتهم مع الآخرين

اسأل المشاركين إن اختبروا أية صعوبات بعد هذه الحادثة، لا تلمهم وأعطهم الوقت ليعبروا، وأظهر التفهم والعون، لو وجدت أن هناك صعوبة في التعبير فابدأ بقصة من عدك عن موقف صعب عانيته وكيف تصرفت وقتها

اسأل المشاركين كيف يتعاملون مع هذه الصعاب: ماذا يساعدهم؟ ما المفيد وما الغير مفيد؟ ناقش أساليب استراتيجيات المواجهة السلبية والإيجابية، وأعط أمثلة

لخص الجلسة وغطي كل النقاشات

اسألهم كيف يشعرون حول هذه الجلسة؟ وإن كان هناك أي شيء يريدون إضافته أو استثناءه في الجلسة القادمة.

ملاحظة: يمكنك استخدام البطاقات الملونة للتعبير عن المشاعر، وأيضا استراتيجيات المواجهة وموائمتهم معاً

الجلسة الرابعة: وصمة الإعاقة:

مقدمة:

تعد الإعاقة أو المرض المزمن مصدر ضيق وإزعاج للفرد يفوق الشكوى الجسدية إذ يكون الفرد مضطراً أيضاً للصراع مع المعنى الاجتماعي لهذه الحالة. عادة لا يتقبل المجتمع الإعاقة أو المرض كثيراً، وينتج عن ذلك أن يصبح الفرد المصاب موصوماً.

تعد الوصمة أمراً شائعاً في صفوف المعاقين تشعرهم بالذهول وتحرمهم من الفرص الاجتماعية، ويعاني العديد منهم على صعيد تقدير الذات.

قد تكون الوصمة خفية وغير ظاهرة كأن يفترض شخص ما بأن المعاق بصرياً أو الشخص ذو الكرسي المتحرك بحاجة إلى مقدم رعاية يعتني بهم وليس إلى زوج/زوجة أو شريك حياة.

على صعيد آخر، إذا رغب أحد أصحاب الإعاقة بالعمل فإنه يتوجب عليه أن يتحلى بالشجاعة والإلهام أكثر من حاجته للإنجاز في عمله بما ينفعه في حياته كما يفعل الآخرون من غير المعاقين.

أهداف الجلسة:

الحديث عن الوصمة المرتبطة بالإعاقة والصحة النفسية في قطاع غزة.

معرفه شعور المشاركين حيال الوصمة.

كيف يمكنهم التكيف معها.

ما الذي يمكننا عمله للتقليل منها.

معرفه إذا ما كانت الوصمة قادمة من الآخرين أم أن لنا دور في زيادتها.

الأنشطة:

اسأل الأفراد عن أسبوعهم الماضي، وكيف كان بالنسبة لهم.
اشرح لهم معنى كلمة وصمة، ثم اسألهم عن مشاعرهم (تقدير منخفض للذات، انعدام القيمة، الخجل، الغضب، انعدام الفائدة، الإحباط، العزلة، الوحدة...).

قم بنقاش جماعي حول هذه المشاعر واطلب منهم أن يحددوا إذا ما كانت نابعة من داخلهم أم من المجتمع.
ناقش معهم الوصمة المرتبطة بالصحة النفسية.

ناقش معهم وسائل التكيف مع تبعات الشعور بالوصمة.

حددوا سوياً وسائل التكيف الإيجابية والسلبية.

اطلب من كل مشارك أن يتحدث عن نقطة قوة وإيجابية موجودة لديه الآن.

ناقش معهم الأمور التي تساعد في تقليل الوصمة. هل لديكم دور كمجموعة في هذا الشأن؟

لخص الجلسة وأجمل كل النقاشات التي طرحت فيها.

اسأل عن شعورهم حول الجلسة، وعن الأمور التي يرغبون بالحديث عنها أو استثنائها في الجلسة المقبلة.

ملاحظة:

يمكن الاستعانة بفيلم قصير في نهاية الجلسة حول شخص معاق ناجح.

يمكن استخدام الألوان الشمعية لرسم مشاعرهم ورد فعل المجتمع تجاه إعاقاتهم، ومن ثم ناقش الرسومات.

مارس تمرين التنفس العميق.

الجلسة الخامسة: الأمور الأسرية

حتى مع وجود مجموعة متنوعة من الخدمات المجتمعية المتاحة اليوم لذوي الإعاقة، غالباً ما يكون مقدمي الرعاية الأولية للأشخاص الذين يعانون من مرض مزمن هم أفراد الأسرة

ينتج من هذا الدور بعض التحديات المشتركة وتشمل: التوتر في العلاقات الأسرية، إدارات الوقت والصراعات، تعطل الأنشطة العائلية، اختلال العلاقات الاجتماعية، والتكاليف الطبية العالية، وصعوبات التفاعل في المدارس للأطفال ومع الآخرين.

مناطق عديدة من الحياة الأسرية يمكن أن تتأثر من الإعاقة مثل: الروتين اليومي، القرارات المالية، المهنة، واستراتيجيات الأبوة والأمومة، والأخوة والعلاقات، والصداقات، والأداء المدرسي.

كما وتتنظر الأسرة لكل هذه الضغوطات كخارجة عن السيطرة وتعتقد الأسرة أنها غير قادرة على تحقيق موارد داعمة، مما قد يضعف العلاقات الأسرية إضافة للآثار السلبية الناجمة عن الإجهاد المتراكم. وثمة مسألة أخرى هي أن رد الفعل على الحوادث الخطيرة على حياة الشخص يمكن أن تنعكس في المشاعر السلبية أو السلوكيات الخاصة به والتي سيكون لها تأثير كبير على العلاقات الأسرية.

أهداف الجلسة:

للسماح للمشاركين لتبادل قضايا الأسرة المتعلقة البتر، (الاكتئاب من الحماية والدعم، قلة الاحترام، والتجاهل وعدم وضوح دور الشخص في أسرته بعد البترالخ).

تبادل الأفكار حول كيفية التعامل والتأقلم مع هذه الأوضاع ان وجدت لدى بعضهم.

تبادل الأفكار حول حل هذه القضايا، (تشجيع المشاركين على زيارة بعضهم البعض).

مساعدهم على فهم أفضل لوضع أسرهم بعد البتر.

الإجراءات:

الترحيب والسؤال كيف كان الأسبوع الماضي بالنسبة لهم.
على لوحة بيضاء يقوم الاخصائي برسم تخطيطي للأسرة .تفسير ذلك للمشاركين .يشرح الخطوط والعلاقات لهم.
اطلب من المشاركين استخدام الأوراق والأقلام وعمل رسم تخطيطي لعائلاتهم بعد البتر مع رسم العلاقات.
بعد الانتهاء يسأل الميسر من يريد التحدث عن ذلك، ونقوم بإعطاء وقت كافي للمناقشة.
الحديث معهم حول أسباب التغيرات في العلاقات بعد حدوث البتر سواء للأفضل او الاسوأ.
طرح الأسئلة عليهم إذا كان لديهم أي أفكار حول كيفية تعزيز العلاقات الأسرية، أو حل بعض المشاكل.
لخص الجلسة وأجمل جميع ما تم نقاشه.
اسأل عن تقييمهم للجلسة وإذا كان لديهم أي موضوع يودون نقاشه في الجلسات القادمة.
ملاحظة: لا تجبر احدا على الحديث وكن مستعدا للتعامل مع ردود الفعل العاطفية.
قم بعمل تمرين التنفس العميق وإذا أمكن قم بعمل الاسترخاء..

الجلسة السادسة: خطوة الى الامام

من الجيد تحديد الاستراتيجيات التي يمكن ان نستفيد منها في الظروف المختلفة ، ان عملية التأقلم يجب ان تتماشى مع الواقع الذي نعيشه وان ندرك ان هناك انواع من التأقلم حسب الوضع الذي نمر فيه وقد لا تكون نفس هذه الاليات مناسبة في ظروف او اوضاع اخرى فمثلا بالنسبة للأشخاص المبتورين عليهم التأقلم بطرق مختلفة خلال 3 مراحل وخلا بضعة شهور مثلا خلال مرحلة تواجدهم بالمشفى ، وخلال عملية التأهيل وبعد ذلك خلال تواجدهم بالبيت .ولكن مرور الشخص بهذه المراحل قد يسهل عليه عملية التأقلم مع البتر ، ولكن ايضا كما يمكن للشخص ان يتقدم في هذه المراحل من الممكن ان يتراجع ايضا.
أهداف الجلسة:

للسماح للمشاركين لتبادل مخاوفهم بشأن المستقبل.
لمعرفة كيفية استخدام حل المشاكل التقنية للتعامل مع هذه المخاوف.
أن يكون قادرا على تحديد معا السياق المناسب الذي يمكنهم طلب المساعدة منه أو رفع احتياجاتهم.
الإجراءات:

تحقق واسأل كيف كان الأسبوع الماضي بالنسبة لهم.
التعبير عن الهدف من جلسة اليوم، وما سيتعلمون منها.
اسأل إذا كان هناك من يرغب في مشاركة مشكلة، واجه وكان قادرا على حلها او بحاجة لرأي حولها.
الحديث عن أسلوب حل المشكلات شرح خطوة بخطوة.
اسأل عن الأشياء التي تتحدى استخدام هذه التقنية.
اطلب من المجموعة إعطاء مثال عن مشكلة والعمل على حلها معا.
تلخيص الدورة، وتغطية جميع المناقشات
نسأل عن شعورهم حول الجلسة؟ وإذا كان هناك أي شيء يودون السؤال عنه وماذا يريدون للجلسة المقبلة.
إبلاغ المشاركين ان هذه الجلسة سيتبعها جلستين قبل الانتهاء.
ملاحظة:

بإمكانك استخدام اللوح القلاب لتوضيح اسلوب حل المشكلات
بإمكانك عمل التنفس العميق وان سمح الوضع أكمل بالاسترخاء

الجلسة السابعة (الإنجازات)

كما تحدثنا عن توقعاتنا من المجموعة الداعمة في الدورة الأولى، فإنه حان الوقت لمعرفة ما إذا كانت هذه الجلسات في مستوى التوقعات، وإذا كانت إنجازات المشاركين خلالها ملموسة.

يمكننا قياس أثر الجلسات باستخدام HADS أو أدوات أخرى، ولكن هذه الجلسة لنسمع منهم عما حققوه على المستوى الشخصي الخاص بهم خلال 9 أسابيع. وهذا سوف يعزز انتمائهم إلى مجموعة وسيدعم استمرارية تواصلهم بعد انتهاء هذه الجلسات.

أهداف الجلسة:

سوف يتبادل المشاركون تجاربهم منذ انضمامهم للمجموعة ويتحدثون كيف انعكست هذه التدخلات في المجموعة على حياتهم.

السماع ومشاركة إنجازات الآخرين والتشجيع على تقليد الايجابي منها.

تشجيع المشاركين لاعتبار أهمية أن يكونوا معا من وقت لآخر

تشجيع الاتصال والتواصل بينهم في وقت لاحق بعد انتهاء الجلسات

الاجراءات:

تحقق واسأل كيف كان الأسبوع الماضي بالنسبة لهم.

ابدأ مع ممارسة الاسترخاء، تحقق مرة أخرى حول كيف يشعرون.

إبلاغ المشاركين ان هذه الجلسة يمكن أن تكون الأخيرة أو ما قبل الأخيرة بناء على رأيهم.

النقاش حول الإنجازات خلال ال 9 أسابيع الماضية.

إعطاء الفرصة لكل من يريد أن يتكلم وتشجيعه وتسليط الضوء على إنجازات جيدة أو أي إنجازات أخرى صغيرة.

الحديث عن الإنجازات الخاصة بك خلال هذه الدورات كجزء من مجموعة.

اسأل إذا كانوا يعتقدون أنه يمكنهم تحقيق أكثر من ذلك؟ وماذا يلزمهم لذلك؟

الحديث عن إنجازات المجموعة هنا.

تخصيص كل الجلسات السابقة، تغطية النقاش اليوم

نسألهم عن رأيهم بالجلسات بشكل عام؟

إبلاغهم حول فعالية التجمع الاجتماعي التي ستجمعهم مع اسرهم ومجموعات أخرى.

اسألهم إذا كانوا يفضلون أن تكون هذه الجلسة الختامية وإذا رغبوا بجلسة أخرى دعهم هم أنفسهم يحددوا الموضوع.

ملاحظة:

خلال الدورة يمكنك استخدام لعبة صغيرة عن التكيف، لذلك عليك أن تطلب من أحد المشاركين أن يقول كلمة سلبية

واحدة ومشارك آخر يقوم بالرد عليه بكلمة أخرى إيجابية مثل (غاضب-راضى، حزين -سعيد، عصبي -هادئ)

هذه اللعبة ستساعدهم دون وعي لرؤية الجانب الإيجابي الآخر.

تقييم DASS البعدي بشكل فردي فليس كل مبتوري الأطراف يمكنهم أن يقوموا بمليء الاستبيان لوحدهم خصوصا

مرضى السكر.

ملحق رقم (4): نموذج الموافقة الأخلاقية على المشاركة في الدراسة

أنا الموقع/ة أدناه، لا مانع لدي من مشاركتي في دراسة: " فاعلية برنامج شفاء الجروح في تخفيف أعراض القلق والضغط والاكتئاب لدى الأشخاص ذوي البتر.

مع العلم أن المشاركة طوعية، ولن يتم الإشارة إلى هوية أي من المشاركين خلال البحث، كذلك سيتم مراعاة الاعتبارات الأخلاقية وكرامة المشاركين، وهذه الدراسة فقط لأغراض البحث العلمي.

التوقيع:

التاريخ:

شاكرين لكم حسن تعاونكم



المجلس الفلسطيني للبحث الصحي
Palestinian Health Research Council

تعزيز النظام الصحي الفلسطيني من خلال مؤسسة استخدام المعلومات البحثية في صنع القرار
Developing the Palestinian health system through institutionalizing the use of information in decision making

Helsinki Committee
For Ethical Approval

Date: 2019/8/5
Name: Soha Fathy Helles

Number: PHRC/HC/592/19

الاسم:

We would like to inform you that the committee had discussed the proposal of your study about:

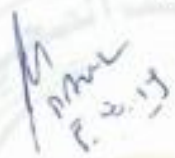
نقدمكم علماً بأن اللجنة قد ناقشت مقترح دراستكم حول:

فاعلية برنامج شفاء الجروح في تخفيف اعراض الغثى والضغط والاكتئاب لدى الاشخاص ذوي البئر

The committee has decided to approve the above mentioned research. Approval number PHRC/HC/592/19 in its meeting on 2019/8/5

ولقد قررت الموافقة على البحث المذكور عليه بالرقم والتاريخ المذكوران عليه

Signature

Member  **Member** 

Chairman 

General Conditions:-

1. Valid for 2 years from the date of approval.
2. It is necessary to notify the committee of any change in the approved study protocol.
3. The committee appreciates receiving a copy of your final research when completed.

Specific Conditions:-



E-Mail: pal.phrc@gmail.com

Gaza - Palestine غزة - فلسطين



التاريخ: 2019/8/19

حضرة الدكتور/ رامي العبادلة
مدير عام تنمية القوى البشرية-وزارة الصحة

تحية طيبة وبعد،،،

الموضوع: مساعدة الطالبة سها فتحي حلس

نشكر لكم دعمكم الدائم لمسيرة العلم والتعليم وخصوصاً دعم كلية الصحة العامة وطلابها، ونود إعلامكم بأن الطالبة المذكورة أعلاه تقوم بعمل بحث كمتطلب للحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية-مسار العلاج النفسي بعنوان:

“فاعلية برنامج شفاء الجروح في تخفيف أعراض القلق والضغط والاكتئاب لدى الأشخاص ذوي البتر“

و نطلب من سيادتكم التكرم بالموافقة على تسهيل مهمة الطالبة في إنجاز هذا البحث والموافقة على جمع البيانات من الإدارة العامة للصحة النفسية التابعة لوزارة الصحة.

و اقبلوا فائق التحية و الاحترام،،،



د. ختام أبو حمد
منسقة برنامج الصحة النفسية
فرع غزة

نسخة

- المندوب



22-9-2019

مدير جمعية السلام الخيرية

أ. محمد دويمة
حفظه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

الموضوع : تسهيل مهمة الباحثة: سهى فتحي حلس

إشارة للموضوع أعلاه ، نأمل من سيادتكم تسهيل مهمة الباحثة سهى فتحي حلس من جامعة القدس-أبوديس المتحققة ببرنامج ماجستير العلاج النفسي، حيث تقوم بإعداد دراسة بعنوان "فاعلية برنامج شفاء الجروح في تخفيف أعراض القلق والضغط والاكتئاب لدى الأشخاص ذوي البتر". ستقوم الباحثة بمقابلة عينة من الأشخاص ذوي البتر وتعبئة الاستبانات اللازمة للدراسة، ودون ان يتعارض ذلك مع مصلحة العمل في الجمعية، ويكون ضمن أخلاقيات البحث العلمي. ودون تحمل الجمعية والمرضى أي أعباء من اجراء هذا البحث.

و تقبلوا فائق الاحترام والتقدير

أ. أسامة جبر عماد

رئيس قسم الأبحاث النفسية. الصحة النفسية

22-9-2019



قائمة الجداول

- جدول (1): معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس 55
- جدول (2): معامل الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات بعد الضغط والدرجة الكلية للبعد 56
- جدول (3): معامل الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات بعد القلق والدرجة الكلية للبعد 57
- جدول (4): معامل الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات بعد الاكتئاب والدرجة الكلية للبعد 57
- جدول (5) الصدق الذاتي للمقياس 58
- جدول (6) معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات المقياس 58
- جدول (7) : طريقة التجزئة النصفية لقياس ثبات المقياس 59
- جدول (8) يوضح نتائج اختبار التوزيع الطبيعي 60
- جدول (9): توزيع أفراد العينة الضابطة حسب العوامل الديموغرافية 68
- جدول (10): توزيع أفراد العينة التجريبية حسب العوامل الديموغرافية 70
- جدول (11): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات بعد "الضغط" - المجموعة الضابطة قبلي 72
- جدول (12): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات بعد "الضغط" - المجموعة الضابطة بعدي 73
- جدول (13): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات بعد "القلق" - المجموعة الضابطة قبلي 74
- جدول (14): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات بعد "القلق" - المجموعة الضابطة بعدي 75
- جدول (15): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات بعد "الاكتئاب" - المجموعة الضابطة قبلي 76
- جدول (16): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات بعد "الاكتئاب" - المجموعة الضابطة بعدي 77
- جدول (17): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات بعد "الضغط" - المجموعة التجريبية قبلي 78
- جدول (18): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات بعد "الضغط" - المجموعة التجريبية بعدي 79
- جدول (19): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات بعد "الضغط" - المجموعة التجريبية تتبعي 80

- جدول (20): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل
فقرة من فقرات بعد "القلق" - المجموعة التجريبية قبلي 81
- جدول (21): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل
فقرة من فقرات بعد "القلق" - المجموعة التجريبية بعدي 82
- جدول (22): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل
فقرة من فقرات بعد "القلق" - المجموعة التجريبية تتبعي 83
- جدول (23): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل
فقرة من فقرات بعد "الاكتئاب" - المجموعة التجريبية قبلي 84
- جدول (24): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل
فقرة من فقرات بعد "الاكتئاب" - المجموعة التجريبية بعدي 85
- جدول (25): التكرار والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل
فقرة من فقرات بعد "الاكتئاب" - المجموعة التجريبية تتبعي 86
- جدول (26): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة الاختبار وقيمة ومستوى الدلالة
للتعرف إلى الفروق بين درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي .. 87
- جدول (27): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة الاختبار وقيمة الدلالة ومستوى
الدلالة للتعرف إلى الفروق بين الدرجات في القياس القبلي والبعدي والتتبعي لدى
المجموعة التجريبية 88
- جدول (28): تحليل التغيرات لمعرفة تأثير فعالية البرنامج في خفض "القلق والضغط والاكتئاب
بحسب المتغيرات الديمغرافية 92

قائمة الملاحق

ملحق رقم (1): استبانة التقييم الأولى	109
ملحق رقم (2): مقياس القلق والضغط والاكتئاب	113
ملحق رقم (3): جلسات البرنامج	114
ملحق رقم (4): نموذج الموافقة الأخلاقية على المشاركة في الدراسة	121
ملحق رقم (5): تسهيل مهمة باحثة	122

فهرس المحتويات

إهداء	ب
الإقرار	أ
شكر وتقدير	ب
ملخص الدراسة	ج
Abstract	د
الفصل الأول	2
1.1 مقدمة	2
1.2 مشكلة الدراسة:	5
1.3 اهداف الدراسة:	6
1.4 مبررات الدراسة وأهميتها:	6
1.5 حدود الدراسة	7
1.6 مصطلحات الدراسة:	7
الفصل الثاني الإطار النظري	10
2.1 الاطار المفاهيمي:	11
2.2 خبرة البتر	12
2.2.1 تمهيد	12
2.2.2 تعريف البتر:	13
2.2.3 أنواع البتر:	14
2.2.4 أسباب البتر:	14
2.2.5 نسبة انتشار البتر:	14
2.2.6 أثر خبرة البتر على الشخص الذي تعرض للبتر:	15
2.2.7 مراحل ردود الفعل الناتجة عن خبرة البتر الصادمة:	15
2.2.8 ضغوط البتر (الصحية، الاجتماعية، الاقتصادية، النفسية):	17
2.3 خبرة البتر والقلق ANXIETY	23
2.3.1 تمهيد	23
2.3.2 مفهوم القلق:	24

25.....	2.3.3 أنواع القلق :
27.....	2.3.4 أعراض القلق حسب DSM5 :
28.....	2.3.5 أسباب القلق:
34.....	2.4 خبرة البتر والاكتئاب : DEPRESSION
34.....	2.4.1 تمهيد
34.....	2.4.2 تعريف الاكتئاب:
35.....	2.4.3 أعراض الاكتئاب:
36.....	2.4.4 أسباب الاكتئاب :
43.....	2.5 التدخل النفسي الاجتماعي لدى الأشخاص ذوي البتر
43.....	2.5.1 تمهيد
43.....	2.5.2 طرق العلاج النفسي لدى الأشخاص ذوي البتر:
44.....	2.5.3 أنواع التأهيل:
44.....	2.5.4 أهداف التأهيل:
44.....	2.5.5 مبادئ عملية التأهيل للشخص ذي البتر :
45.....	2.5.6 أسس برامج الرعاية والتأهيل للأشخاص ذوي البتر:
45.....	2.5.7 خبرات البتر الصادمة والتكيف :
46.....	2.5.8 الصدمة والتكيف الاجتماعي:
49.....	2.5.9 علاج الاكتئاب:
51.....	2.5.10 وصف برنامج شفاء الجروح:
52.....	الفصل الثالث المنهجية والاجراءات
53.....	3.1 منهجية الدراسة:
54.....	3.2 مجتمع الدراسة:
54.....	3.3 حجم عينة الدراسة:
54.....	3.4 أدوات الدراسة:
64.....	3.5 خطوات الدراسة:
65.....	3.6 جمع وتحليل البيانات:
66.....	3.7 معوقات البحث

67.....	الفصل الرابع النتائج والتحليل
87.....	4.1 نتائج السؤال الأول ومناقشتها وتفسيرها:
88.....	4.2 نتائج السؤال الثاني ومناقشتها وتفسيرها:
92.....	4.3 نتائج السؤال الثالث ومناقشتها وتفسيرها:
94.....	4.4 نتائج السؤال الرابع ومناقشتها وتفسيرها :
97.....	الفصل الخامس الاستنتاجات والتوصيات
97.....	6.1 الاستنتاجات:
98.....	6.2 التوصيات
99.....	6.3 المقترحات:
100.....	المراجع:
109.....	الملاحق
125.....	قائمة الجداول
127.....	قائمة الملاحق
128.....	فهرس المحتويات