

بحوث قسم علم النفس

تنمية الحيوية الذاتية وقوة الإرادة كمدخل لخفض الألم النفسي
وانعكاساته السيكوفسيولوجية لدى عينة من مبتوري الأطراف

أ.م.د/ هشام محمد كامل
استاذ علم النفس المساعد
كلية الآداب- جامعة المنيا
مستخلص الدراسة

د/ محمد عيد جلال
مدرس علم النفس
كلية الآداب- جامعة السويس

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج لتنمية الحيوية الذاتية وقوة الإرادة لخفض الشعور بالألم النفسي وانعكاساته السيكوفسيولوجية لدى عينة من الافراد مبتوري الأطراف، حيث تكونت عينة الدراسة من (7) من الافراد مبتور الاطراف، وتم استخدام المنهج شبه التجريبي (تصميم المجموعة الواحدة)، واعتمدت الدراسة على مقياس الحيوية الذاتية (إعداد: فاطمة الزهراء، ٢٠٢٠)، ومقياس قوة الإرادة من إعداد الباحثين، ومقياس الشعور بالألم النفسي من إعداد الباحثين، وكذلك قائمة الاضطرابات السيكوسوماتية (إعداد أبو النيل، ٢٠٠٨)، فضلاً عن تصميم برنامج ارشادي لتنمية الحيوية الذاتية وقوة الإرادة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج المستخدم في تنمية الحيوية الذاتية وقوة الإرادة، كما اتضحت قدرته علي خفض الشعور بالألم النفسي، والانعكاسات السيكوفسيولوجية لدى عينة من الافراد مبتوري الاطراف، وأسفرت النتائج أيضاً عن وجود فروق ذات دلالة احصائية بين القياس القبلي والبعدي في (مقياس الحيوية الذاتية، وقوة الإرادة، ومقياس الشعور بالألم النفسي) في اتجاه القياس البعدي مما يؤكد فاعلية وأثر البرنامج المستخدم في الدراسة.

الكلمات المفتاحية : الحيوية الذاتية- قوة الإرادة- الشعور بالألم النفسي - مبتوري الأطراف .

Abstract :

The study aimed at the effectiveness of a program for developing vitality and willpower to feel psychological pain and its psychophysiological repercussions. The study was conducted in a sample of amputee individuals, where the sample is a sample of (7) amputee individuals, and the semi-experimental approach was used (one group design), the study was based on the vitality scale self-esteem (prepared by: Fatimah Al-Zahraa, 2020), the measure of willpower from advanced research, the measure of feeling psychological pain from researchers, the psychosomatic research list (prepared by Abu El-Nil, 2008), as well as the design of a counseling program for the development of self-vitality and willpower, The results of the study revealed the effectiveness of the program used in the development of self-vitality and willpower, and its ability to reduce the feeling of psychological pain and psychophysiological repercussions in a sample of amputee individuals, and the results also resulted in the presence of statistically significant differences between the pre and post measurements in (the self-vitality scale). , willpower, and the measure of feeling psychological pain) in

the direction of the telemetry, which confirms the effectiveness and impact of the program used in the study.

Keywords:

Subjective vitality – willpower – feeling psychological pain – amputees

مقدمة الدراسة:

تعد فئة المعاقين حركياً من أكثر الفئات الاجتماعية التي تواجه مشاكل معقدة وحساسة في مختلف المجتمعات، حيث إن الإعاقة عموماً والبتير خصوصاً يمثل مشكلة جسمانية اجتماعية ونفسية تؤثر على الأفراد وعلى المجتمع، حيث يشعر المبتور بمعاناة قد تصل لدرجة الاضطراب ويشمل هذا الاضطراب نمودجا يتكون من الأبعاد البيولوجية والنفسية والاجتماعية. فإن الإعاقة عموماً والبتير خصوصاً يمثل مشكلة جسمانية اجتماعية ونفسية تؤثر على الأفراد وعلى محيطهم وبالتالي يترك الفرد مع تسلسل من الأفكار يتولد عنها غالباً معاناة قد تصل لدرجة الاضطراب (Broderick, P & Korteland, 2002)، ويشمل هذا الاضطراب نمودجا أشمل يتكون من الأبعاد البيولوجية والنفسية والاجتماعية تدخل في إطار النمودج الذي يسمى النمودج البيولوجي النفسي الاجتماعي وتكون الأبعاد الثلاثة منظومة يؤثر كل منهما في الآخر (محمد الليل، ١٩٩٨، ٤٥).

وقد دلت الدراسات علي أن الأفراد مبتوري الأطراف تتحول حياتهم إلي معاناة نفسية قاسية (Bryant, F, & Yarnold, R. 1995) سواء علي المستوي النفسي أو العصبي والفسولوجي، فنجد أن أغلب من فقد جزءاً من جسده يحدث له خللاً نفسياً وعصبياً

(Byrne, B. 2016)، ويؤدي أيضاً إلى كثير من الألام النفسية والتحديات مثل: (الاضطرابات السيكوسوماتية، الجرح النرجسي، العضو الشبهي، اختلال الوظيفة الجنسية، الإهمال العاطفي، تغير في مستوى الأدرينالين والاكتئاب، الاستثارة الانفعالية، ضغط الدم).

[https://doi.](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2013.11.006)

[org/10.1016/j.bbi.2013.11.006](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2013.11.006)

وبهذا نجد أن العجز الجسمي "بتر الأطراف أو جزء منها" قد يؤثر سلباً على شخصية الفرد المعوق من الناحية النفسية والاجتماعية، حيث أن فكرة المرء عن ذاته لا تتكامل أو تنتظم إلا من خلال صورة الجسم (Bottesi, G, Ghisi 2015)، ولا سبيل إلى إعادة هذا التكامل والاتساق بين الذات والجسم إلى حالته الأولى إلا بالإرشاد والتأهيل وتنظيم إدراكه نحو ذاته ووضع الجديد ومساعدته في الاستفادة قدر الإمكان من طاقاته وقدراته المتبقية والتخفيف من وطأة الألم النفسي العصبي الذي يعانيه (حسن عبدالجواد، ١٩٩٥، ٣؛ Breines, J. & Rohleder, 2014).

فقد اهتمت الدراسات العصبية بمجالات البتر الناتج عن مرض السكري فبعد إجراء دراسة على ١٤ حالة من مرضى السكري الذين أجريت لهم عمليات بتر، ومقارنة طبقة الجلد في الجزء المتبتر مع طبقة الجلد في الجزء السليم، وجد العلماء أن معدل تغير طبقة الجلد في الجزء المصاب أسرع منها في الجزء السليم، وأيضاً فإن معدل تدفق الدم لهذا الجزء أقل من المعدلات الطبيعية؛ مما يؤدي إلى إنتاج بروتين الكولاجين بشكل غير طبيعي فيؤدي إلى ضعف الجلد وحدوث التقرحات. في حين أن المصابون بمرض السكري من النوع الثاني هم الأكثر عرضة للإصابة بهذه التقرحات، خاصة إذا لم تتم متابعة حالتهم في ما يتعلق بضغط الدم ومستويات الكوليسترول في الدم، والوزن المرتفع (Charles, S, Mather, M, & Carstensen 2003).

ويعرف الألم النفسي وفقاً لتعريف الجمعية الدولية لدراسة الألم بوصفه خبرة حسية وانفعالية سيئة متعلقة بضرر نسيجي فعلي أو كامن، يصحبه إحساس أو شعور سلبي بعد الراحة والمعاناة، وهو أيضاً حالة نفسية ذاتية أو خبرة غير سارة International Association for the study of pain, 1979، صادرة من الجهاز العصبي حادة أو بسيطة يشعر بها المريض في جسمه عامة، فضلاً عن الثورة الهرمونية التي تحدث داخل جسد الفرد الذي خضع لعملية البتر خاصة (John T.,2010)

ويعرف الألم بيولوجياً بوصفه انعكاسات تنتقل عبر الأعصاب المنتشرة في الجسم من مكان الإصابة تحديداً علي هيئة نبضات وإشارات كهربائية إستغاثية إلي مراكز الحس والتحكم اللاإرادية في المخ، والذي بدوره يعيدها أوامر إلي كافة الأجهزة الحيوية المتحكمة لإعانة ذلك العضو المصاب بما يتلائم وإصابته، ويصاحبه بعض الاضطرابات كالقلق والاكتئاب وبعض الاضطرابات النفسية والتغيرات الفسيولوجية، وردود أفعال تلقائية تتناسب مع شدة الألم المستثار يتضمن معدلات ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم والاستثارة الانفعالية والتوتر (Crosby, A. 2018)، ويُعدُّ الألم النَّاجم عن البتر وضرر الأعصاب (ألم الاعتلال العصبي) شائعاً، حيث يحدث ألم الاعتلال العصبي في غضون ٧ أيام من البتر عادةً، والذي يُوصف عادةً بأنه يشبه الألم الناجم عن إطلاق النار أو ألم حارق، ويمكن أن يستمرُّ لفترة طويلة غالباً، ويمكن أن يكون شديداً أو متقطعاً فقد تكون الأعصاب قد تضررت من إصابة أو عند قطعها خلال البتر. يشتمل علاج آلام الأعصاب على العلاجات النَّفسية والطرق الجسدية ومضادات الاكتئاب والأدوية المضادة للاختلاجات (Morse, J. 2011 ؛ Nahaliel, S, Sommerfeld, 2014)، ويسمى الرابط بين الخلايا العصبية التشابك العصبي، وهو عبارة عن فراغٍ صغيرٍ تجتاز المواد الكيميائية (الناقلات العصبية Neurotransmitters) من خلاله فجوةً صغيرةً، وتصل إلى الخلية العصبية التالية، مما يسمح للإشارة بالاستمرار في الانتقال من خلية إلى أخرى. يتمُّ إرسال

إشارة من قوس الانعكاس إلى المخ لتحفيز إحساسه بالألم (Neff, K. D, Tóth- 2019) (https://doi.org/10.1016/j. Osman, A., Wong, J 2012؛ Király, comppsych.2013.12.014.

وتعد الحيوية الذاتية من الخصائص الأساسية الدافعة للإنسان باتجاه تحقيق الذات لاسيما ذوي المعاناة والأحداث الضاغطة، والتقدير الايجابي لها، وتقلل في نفس الوقت من احتمال المعاناة من القلق والضغط، وتزيد من القدرة على تحمل الألم والمعاناة من القلق والاكتئاب والضغط، وتزيد من القدرة على تحمل الألم والمعاناة واعتبارها جزءاً أصيلاً في الحياة يمكن تجاوزه بطرق المواجهة الايجابية (Chen, F ,2007)

لذا تعد التنمية الحيوية والخصال الإيجابية في الشخصية أمراً ضرورياً للإنسان، فهي تعتبر الحصن القوي الذي يقي الشخص من الضغوط ونوباتها السلبية. (Seligman, 2002,8)، ولمتوري الأطراف نظرة خاصة تجاه الحياة التي يعيشونها وتجاه أنفسهم وتجاه المجتمع الذي يعيشون فيه، ويعتبر الدعم المقدم لهم سواء مقدما من الأسرة والأقارب والأصدقاء، وغيرها من مصادر الدعم الأخرى، بمثابة جودة الحياة التي يطمح إليها كل مصاب. (Brown, T. A. 2014).

كما أن إرداة الحياة وتغلب الشخص على العقبات التي تواجهه يكون صعب من دون تقديم خدمات مساندة ودعم إيجابي، ويؤكد فرانكل (Frankl, 1990:48) أن معنى الحياة هو الشيء الأساسي الذي يساعد الإنسان على البقاء حتى في أسوأ الظروف، كما يساعده على تجاوز ذاته والتوجه بإيجابية في الحياة والتوجه نحو المستقبل بتفاؤل من خلال اكتشافه للجوانب الإيجابية والقدرات والإمكانات التي بداخله بدلاً من تركيزه على الجوانب السلبية في شخصيته وذلك بهدف التأقلم مع المشكلات والتخفيف من الألم النفسي (صالح فؤاد، ٢٠٢٠)

وأشار (Carstensen , L. & Charles,S. 2003) أن إرادة الحياة تعبير قوي وصادق علي امتلاك الفرد القدرة علي التعبير الصادق عن نفسه والوعي الذاتي والقدرة علي الاختيار والقدرة علي التحرر من الضغوط ومواجهتها، فضلاً عن أنها إرادة العيش وتدفعه نحو البقاء والتكيف مع الشدائد (عبدالمعزم، ٢٠١٨)

<https://doi.org/10.1023/A:1024569803230>.

مشكلة الدراسة:

إن تخفيف حدة الضيق والألم النفسي الناتج عن الحوادث والمشكلات أو الأمراض وتحسين ما يتبعه من اضطرابات ومعالجة الاختلالات هو الهدف الأساسي لمداخل كل من الارشاد النفسي والعلاج النفسي، وإن تدخلات علم النفس الإيجابي تركز علي الهناء النفسي ودعم جودة الحياة وتنمية نقاط القوة في الشخصية، وتعزيز العلاقات الهادفة... إلخ فقد تم إعداد مجموعة من المداخل التطبيقية لعلم النفس الايجابي والعلاج القائم علي الهناء أو العافية الجسمية Physical Wellbeing" أو الرفاهة النفسسية Well being therapy والعلاج القائم علي جودة الحياة Quality of live والعلاج المتمركز علي نقاط القوة Strength based therapy والعلاج المتمركز علي إرادة الحياة. فإرادة الحياة هي أصل الوجود الانساني وهي واحدة من القضايا الملحة للفرد حيث عليه أن يدرك دور المسؤولية المرتبط بالحياة في إرادته (مني مصطفى، ٢٠١٢)

وينتشر السكري بنسبة عالية حيث أن النسبة العالمية لمرض السكري هي ٦٪ نسبة مرض السكر بالولايات المتحدة ٦,٣٪ و ٤٪ في استراليا و ٩,٢٪ في مصر، وتتوقع منظمة الصحة العالمية بزيادة عدد مرضى السكر بحلول عام ٢٠٢٥ حتى يصل الى ٣٠٠ مليون نسمة، ويتم عملية بتر كل ٣٠ ثانية في مكان ما في العالم منها ٤٠: ٧٠٪ من عمليات البتر بسبب مرض

السكر، حيث أن السكر هو السبب الرئيسي لعمليات البتر في الطرف السفلي في معظم أنحاء العالم، وأن من ٦٠ : ٧٠٪ من كل حالات البتر في هذا الطرف في جميع أنحاء العالم سببها السكر، ومريض السكر معرض للبتر أكثر من أي شخص آخر، ففي كل ٣٠ ثانية يتم بتر قدم شخص ما في العالم بسبب السكر، والأسوأ من ذلك أن حوالي نصف مرضى السكر الذين يخضعون للبتر لا يعيشون أكثر من ٣ سنوات بعد البتر وحوالي الثلثين لا يكملون خمسة أعوام. ويتعرض ما يزيد عن مليون شخص في العالم للفقدان، ويوجد في الولايات المتحدة وحدها نحو مليوني شخص بأطراف مبتورة، وتوضح الدراسات أن تلك الأعداد سوف تصل إلى ضعفها بحلول عام ٢٠٥٠، وتعد العناية النفسية بهؤلاء المرضى حجر أساس في إمكانية عودتهم إلى الحياة الطبيعية، حيث يتعرض ما يزيد عن ٣٠٪ من هؤلاء المرضى لاكتئاب حاد. ومن خلال بعض الأساليب سيتمكن مرضى البتر من الوصول للمرحلة الآمنة، والعودة للحياة بشكل أقرب للطبيعية، ويمر مريض البتر بأربع مراحل، يمكن من خلالها تفهم ما يشعر به والتعامل معه بطريقة تخفف من شعوره باليأس والإحباط، حيث يبدأ الأمر بالإنكار ثم الغضب ثم المساومة، وأخيراً القبول .

<https://doi.org/10.1080/10705510701301834>.

لذلك تتعاطم أهمية تنمية قوة الإرادة كمدخل لخفض الشعور بالألم النفسي لدى الأفراد مبتوري الأطراف، وفي ضوء تحليل التراث اتضح لنا تعاطم مشكلة الدراسة وأهمية تنمية قوة الإرادة لتلك العينة .

إذ ينتج عن الألم النفسي بعض التغيرات الجسمية والنفسية والاجتماعية تمنعه من الاستمتاع بالحياة وممارسة الأنشطة والعيش بهدوء وسكينة واطمئنان، ويرتبط بالضغط والإهمال العاطفي والرقى الوجداني وتشوه صورة الجسد والإدراك السلبي للأحداث وكثيراً من الأعراض الأخرى (كاظم العادلي، عمار هاشم، ٢٠١٤)

فالآلام الحسية الجسدية لمرضي البتر يرافقها مشاعر سلبية تتفاعل معا لتزيد من تدهور حالة المريض نفسياً وتجعل نجاح عملية التأهيل صعبة، وأن الألم الجسدي والألم النفسي يشتركان في بعض الآليات العصبية الأساسية وأن الأفراد الأكثر حساسية لنوع واحد من الألم يكونون أيضاً أكثر حساسية تجاه الآخر وأن العوامل التي تزيد أو تقلل نوعاً ما من الألم تغير النوع الآخر بطريقة مماثلة (Eisenberger, 2012)، كما أن الألم المزمن هو تجربة ظاهرية ناتجة عن تفاعلات بيولوجية ونفسية واجتماعية، ويؤثر على الصورة الذاتية والحياة الأسرية ويحرم الأفراد من هويتهم، ومهنتهم، وعلاقاتهم الصحية، والنفسية ونوعية الحياة، كما أنه وصمة عار اجتماعية، ويؤدي إلى الاكتئاب والقلق والغضب والعزلة الاجتماعية (Angheluta & lee (2011).

ولقد سعت الدراسة الراهنة إلى استقراء وتحليل الدراسات المختلفة عبر مواقع البحث العلمي للوقوف على دراسة مفهوم قوة الإرادة، والتعرف على طبيعة مفهوم الشعور بالألم النفسي، وتنمية مفاهيم ايجابية كالإرادة والقوة والتحمل والمثابرة والأمل والرضا وتحسين الحياة، ومن تلك الدراسات دراسة (Van Pelt, 2012) التي اهتمت بالتأكيد على تطوير الذات واكتشاف جوانب القوة بالشخصية وتمييزها وتدعيم الأهداف والآمال المستقبلية وتدعيم المعاني الايجابية والسعي إلى تحقيقها تحقيقاً للصحة النفسية. كما أن المعاني الايجابية تزيد من المشاعر الايجابية وأن تحقيق الهوية الشخصية يستلزم تحقيق المعنى الذي يمثل المكون الجوهرى للشخصية كما يؤكد (Wong Tate & Harden, 2012) أن المعاني الايجابية والرضا عن العمل يساعد على تحقيق جودة الحياة، كما يرى (Fillion et.al, 2009) أن العلاج بالمعنى يساعد على الرضا عن الحياة وتحسين جودة الحياة. في حين أن تعلم العلاج بالمعنى أيضاً يساعد على تنمية الشخصية وتحسين جودة الحياة ويمثل جانب وقائي ويؤدي دور إيجابي في تحقيق الصحة النفسية الايجابية، وعلى الجانب الآخر فقد اتفقت آراء معظم الباحثين في مجال الإعاقة على أن الإعاقة تفرض عليهم سوء التوافق الانفعالي الاجتماعي، إلى جانب ما ينتج عن هذه الإعاقة من

صعوبات في عمليات النمو والتفاعل الاجتماعي. وفي اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكتمال الذاتي. (Kang & Koh, 2009 ؛ 2008, Melton& Schulenberg)

لذلك تتخذ هذه الدراسة من مبتوري الاطراف عينة لها، فالافراد مبتوري الاطراف في حاجة ماسة إلى تنمية مستوى قوة الارادة لديهم كي يتمكنوا من خفض الشعور بالألم النفسي، فضلاً عن إعداد مقياس لقياس قوة الارادة والشعور بالألم النفسي، إذ في ضوءها يبدأ تصميم برنامج لتنمية قوة الارادة كمدخل لخفض الشعور بالألم النفسي، وفي ضوء القياسين القبلي والبعدي للعينة التجريبية يتم الوقوف على تحسن مستوى قوة الارادة، وما يترتب على ذلك من خفض الشعور بالألم النفسي لدى الافراد مبتوري الاطراف، كما أن البحث عن مستويات تفكير أكثر قدرة على مواجهة هذه التحديات يتطلب التمكّن من ممارسة انماطاً من التفكير تتطلب صفات جديدة تنطوي على الابداع والابتكار، وامتلاك البصيرة النافذة والناقدة للمعارف المتنوعة التي تمارس التفكير وفق منظور ذو آفاق واسعة (علي والمشهداني، ٢٠١٣، ١٣)

ومن هنا تأتي الحاجة إلى تنمية الحيوية الذاتية وقوة الارادة إذ تتضح أهمية الخبرات الإنسانية الإيجابية *experience Positivehuman* في الحفاظ على الإنسان ووقايته من الإصابة بالاضطرابات النفسية والأمراض الجسمية، وتنشيط جهاز المناعة لديه، وهنا نكون بصدد تدعيم المفاهيم المعاصرة للصحة النفسية الإيجابية *Current Concepts of Positive mental health* كما جاء في كتاب ماري جا هودا *Marie Jahooda* ويؤكد الصبوة أنه يمثل دراسة حالة حقيقية لأسس الفهم العلمي للتنعم النفسي – *Psychological well being* وليس مجرد غياب الكرب النفسي والمعاناة منه. (الصبوة، ٢٠١٠، ٨)

وأكدت كثير من الدراسات فعالية العلاج بالمعنى في تنمية الشخصية والارادة، فضلاً عن دورها في

علاج كثير من الاضطرابات النفسية، كما أكدت نتائج عديد من الدراسات العربية فعالية العلاج بالمعنى في تحسين وتنمية الشخصية وعلاج كثير من الاضطرابات مثل القلق والاكتئاب وقلق الموت والعصائية والشعور بالذنب واللامبالاة والوسواس القهري والفراغ الوجودي والغضب والاعتراب وخواء المعنى وفقدان الهدف من الحياة والاهمال العاطفي وتشوه صورة الجسد والاختلالات العصبية والاضطرابات الفسيولوجية المتعددة كدراسة:

(Tate, A & Dia, 2013, Mosalanegad, 2013, Jacob, 2013, Ackerman , 2013؛ Passon ,2012, Ulrichova ,2012؛ Sauer ,2012 ؛ Dogan; Sampaz,2012؛ Neff, K. D. 2003؛ Rude, S, & Kirkpatrick, K. 2007؛ <https://doi.org/10.1037/pa.s0000629>)

لذا كان من المهم معرفة مستوى الألم النفسي ومحاولة التخفيف منه بتنمية الحيوية الذاتية ورفع قوة الإرادة لدي مبتوري الأطراف، حيث نبعت مشكلة الدراسة الراهنة من رافدين أساسيين هما :

أولاً: الرافد الشخصي : حيث لاحظ الباحثان أن معاناة بعض مبتوري الأطراف من العديد من المشكلات وسوء التوافق النفسي والاجتماعي نتيجة ما يتعرضون له من ضغوط على المستوى النفسي والاجتماعي، حيث يرون بأن البتر إعاقه تحد من نمو قدراتهم وإمكانياتهم الخاصة وأن الآمال والطموحات التي بنوها لأنفسهم قبل الإصابة قد تبددت وأن حياتهم أصبحت تعتمد على مساعدة الآخرين لهم، كما يسودهم نوع من الترقب الحذر لمستقبلهم القادم وتخوفهم من مستوى الخدمات المقدمة لهم وأن تغير المظهر العام لشكل أجسامهم نتيجة الإعاقه يشعروهم بالإحراج أمام الآخرين ولذلك يحاولون إخفاءها بالابتعاد عن الآخرين، بالإضافة الي الاهتمام والرغبة في

التعرف على هذه الفئة عن قرب ورفع الألم النفسي عنهم وتنمية القوة والصبر لديهم.

ثانياً: الرافد البحثي: حيث تم الاطلاع على ما ورد من مراجع ومجلات عبر زيارة المكتبات والمواقع البحثية المختلفة، وكان نتيجة مراجعة المراجع والمجلات العلمية الوقوف على الدراسات السابقة.

وفي ضوء ما تقدم تثير مشكلة الدراسة التساؤل التالي:-

"ما مدى فعالية برنامج لتنمية الحيوية الذاتية وقوة الارادة كمدخل لخفض الألم النفسي وانعكاساته السيكوفسيولوجية لدى عينة من مبتوري الاطراف؟" وتتفرع منه مجموعة من التساؤلات:

- هل توجد فروق دالة احصائية بين متوسطات رتب درجات افراد عينة الدراسة في القياس القبلي والقياس البعدى في قوة الإرادة؟
 - هل توجد فروق ادلة احصائية بين متوسطات رتب درجات عينة الدراسة في القياس القبلي والبعدى على مقياس الحيوية الذاتية؟
 - هل يختلف مستوي (الشعور بالألم النفسي والانعكاسات السيكوفسيولوجية) لدى مبتوري الاطراف باختلاف القياسين القبلي والبعدى للبرنامج ؟
 - هل توجد فروق دالة احصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد عينة الدراسة في القياس البعدى والقياس التتبعى في متغيرات الدراسة؟
- أهداف الدراسة: تهدف الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية :-

- التعرف علي مدى فعالية برنامج انتقائي لتنمية الحيوية الذاتية وقوة الارادة كمدخل لخفض الألم النفسي وانعكاساته السيكوفسيولوجية لدى عينة من مبتوري الاطراف، وذلك من خلال الاهداف التالية :
- أ- الكشف عن اختلاف مستوى قوة الارادة لمبتوري الاطراف باختلاف القياسين القبلي والبعدى.

ب- الكشف عن تباين مستوي الشعور بالألم النفسي لمبتوري الاطراف بتباين القياسين القبلي والبعدي

ج- الكشف عن اختلاف قوة الارادة والشعور بالألم النفسي لدي مبتوري الأطراف بتباين القياس البعدي والتتبعي

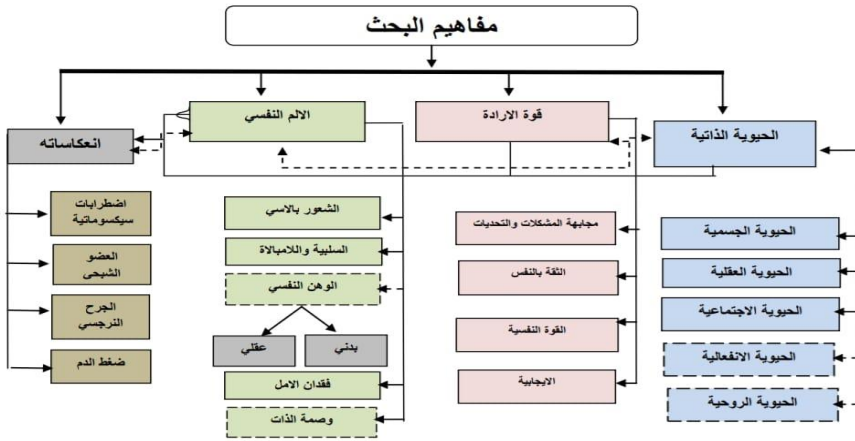
د- بناء مقياسين لقياس قوة الارادة والشعور بالألم النفسي لمبتوري الأطراف .

أهمية الدراسة :تتمثل أهمية الدراسة من خلال فحص المتغيرات التالية :

- أهمية المجال البحثي: تعزى أهمية هذه الدراسة لوقوعها في عدة مجالات بحثية وهي علم النفس الإيجابي من خلال تنمية تحدى الذات، وعلم النفس الإرشادي من خلال الاعتماد على العديد من فنيات الإرشاد النفسي بهدف تنمية الحيوية الذاتية وقوة الإرادة كمدخل لخفض الشعور بالألم النفسي، والذي يقع ضمن اهتمامات علم النفس الإرشادي. بالإضافة إلى لفت انتباه الجهات المعنية والمختصة بضرورة التكفل والإهتمام بمؤلاء الافراد ذوي الإعاقة (مبتوري الاطراف)
- أهمية المتغيرات: تقاس أهمية أى دراسة من خلال المتغيرات التي تناولها من حيث ندرتها أو شيوعها، حيث يمثل كل من قوة الارادة والشعور بالألم النفسي لدى مبتوري الاطراف متغيرات حيوية ينبغي تناولها في ضوء ما تركه من آثار على شخصية الفرد وأيضاً زيادة الحيوية الذاتية وأهميتها.
- الأهمية المنهجية: ويتمثل ذلك في توظيف المنهج الإكلينيكي، فضلاً عن توظيف المنهج شبه التجريبي (التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة) والذي يتفق مع طبيعة وهدف الدراسة الحالية.
- الأهمية السيكومترية: وتتمثل الأهمية السيكومترية في إعداد مقياسين إحداهما لقياس قوة الارادة، والأخر لقياس الشعور بالألم النفسي عند الأفراد مبتوري الاطراف.
- الأهمية الإرشادية: وتتمثل في بناء برنامج تدريبي لعينة من مبتوري الأطراف لتنمية الحيوية الذاتية وقوة الارادة لخفض الشعور بالألم النفسي وانعكاساته السيكوفسيولوجية،

وذلك من خلال استخدام فنيات ومبادئ كلا من الإرشاد النفسي وعلم النفس الإيجابي.

مفاهيم الدراسة: نتطلع في هذا المقام بصياغة التعريف الإجرائي لكل مفهوم من مفاهيم الدراسة (الحيوية الذاتية - قوة الإرادة - الشعور بالألم النفسي وانعكاساته السيكوفسيولوجية (ضغط الدم- زيادة ضربات القلب- الاستثارة الانفعالية- الاعتلال العصبي، ..الخ)، وسوف نستعرض فيما يلي التعريف الاجرائي لكل منهما :-



شكل رقم (١) تصور لمفاهيم البحث (إعداد: الباحثان)

اولا: **الحيوية الذاتية Subjective Vitality** : عرفها ريان وفريدريك (Ryan & Frederick, 1997) بأنها "حالة من الشعور الايجابي بالتنبه واليقظة والفاعلية والامتلاء بالطاقة والنشاط والتحمس، كما تعبر عن "حالة من الشعور الايجابي بالحياة والطاقة التي تعرب عن نفسها في صيغة التحمس والامتلاء بالحياة والاحساس بالقوة والشعور بالاقنتدار ويعتقد بأنها تجسيد لمشاعر الكفاءة والانتعاش وكون المرء فعالاً ومنتجاً ونشطاً، كما أنها امتلاك الفرد لمقومات

التحمس للحياة والاقبال عليها بحمة وفاعلية، وقدرته على ضبط وتنظيم انفعالاته وسلوكه وتجعله يشعر بالقدرة على التأثير في مسار الأحداث الحياتية والاندماج في الحياة بنشاط وفاعلية Ryan (Frederick, 1997)؛ محمد سليم، ٢٠١٦، ١٨٢)

ثانياً: مفهوم قوة الارادة : willpower

الإرادة Volition: هي العملية المعرفية التي يقرر من خلالها الفرد القيام بعمل معين ويلتزم به. ويتم تعريفها على أنها محاولة هادفة وواحدة من الوظائف النفسية البشرية الأساسية، والتي تشمل العاطفة (الشعور أو الحس)، والدافع (الأهداف والتوقعات)، والإدراك (التفكير)، ويمكن تطبيق العمليات الإرادية بوعي، أو يمكن إجراؤها آلياً كعادات بمرور الوقت. وتتضح أهمية تنمية ارادة الحياة (رغم أنها لم تنل الاهتمام الكافي من علماء النفس خاصة لدي مبتوري الاطراف) في أنها خطوة هامة لإعادة التوازن النفسي والاستقرار وحسن تقدير الذات وتخطي العقبات وإعادة الثقة بالنفس وتخطي الأزمات والتشاؤم لتحسين جودة الحياة النفسية عن طريق تخطي الألم النفسي الناتج عن الضغوط والحوادث الجسيمة التي تعرضوا لها. (هاني فؤاد، ٢٠٢١)

فلقد اهتم علم النفس الإيجابي منذ بداية عهده بدراسة وتحليل فعالية صيغ التدخل الإيجابي التي تقوم على تحسين وزيادة رضا الفرد عن جنبات حياته، وكذا إطالة عُمر الإنسان، وتحسين وتجويد نوعية الحياة التي يجيهاها، وكذا تعظيم وتعزيز آرائه في مختلف سياقات مواقف الحياة المختلفة. (Seligman, 2002)، هذا ويقوم علم النفس الإيجابي على نظرية أو فرضية منطقية تنطلق من كيفية تعلم الفرد كيف يحقق لنفسه حياة صحية ونفسية مقنعة وجيدة وممتعة أيضاً. حيث يري(فينهوفن وآخرين، ٢٠٠٢) لكي تكون سعيداً بمعنى الكلمة فإنك في حاجة لكي تشعر بالرضا عن ماضيك وحاضرك ومستقبلك. وأن يكون لديك إرادة قوية وعزيمة وإصرار (Veenhoven, R. & Bunting, B., 1996)

وتتكون الإرادة من مجموعة من القدرات المعرفية، وتتميز بأنها حرة وليست حتمية، فالكثير من الناس يؤمنوا بأن لدينا إرادة حرة، وإن لم يكن لدينا إرادة حرة نصبح غير مؤهلين لتحمل مسؤولية أفعالنا، ولا يوجد شيء مثل الإرادة الحرة للإنسان وهذا ما جعل للحياة قيمة، بإضافة شرط القوة "Condition Power" وذلك معناه أن نفعل ما نختاره وأيضاً نختار ما نفعل، فنحن لدينا إرادة حرة إذا كان لدينا قوة لتنفيذ ما نرغب في الوصول إليه، والعكس صحيح فنحن ذوي إرادة منخفضة إذا لم نستطع الوصول الي ما نرغب إليه (سارة حسام الدين، ٢٠١٤)

وفي ضوء تحليل التعريفات النظرية والاطلاع على المقاييس السابقة، وفي ضوء تحليل المفردات الواردة للمفهوم في الدراسات السابقة والأدبيات السيكلوجية، تم الإبقاء على المفردات الواردة عبر المصادر سالفة الذكر والتي حصلت على نسبة معامل شيوع بلغ (٨٠٪) فأكثر كالتالي :

جدول (١) معامل الشيوع المفردات الأكثر تكرارا لمفهوم قوة الارادة الواردة في (التعريفات - النظريات - الدراسات السابقة - المقاييس السابقة)

م	مفردات ومكونات قوة الارادة ذات الشيوع الأعلى	معامل الشيوع
١.	مواجهة المشكلات والتحديات	86 %
٢.	الثقة النفس	83 %
٣.	القوة النفسية	81 %
٤.	الايجابية والرضا عن الحياة	80 %

وفي ضوء ما سبق يمكن صياغة التعريف الاجرائي لمفهوم قوة الارادة على النحو التالي "مدى ما يمتلكه الفرد من قوة تمكنه من مجابهة المشكلات والتحديات متبوعا بالثقة في النفس بشكل يعكس قدرته على الصمود أمام المشكلات والايجابية في مجابهة التحديات وتكون بمثابة المحرك الاساسي ضد قيود الاحباط والصراع ويتمثل ذلك في الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس قوة الارادة المستخدم في الدراسة الراهنة".

ثالثاً: مفهوم الشعور بالألم النفسي : يعرف الألم النفسي بأنه عبارة عن مجموعة من الأحاسيس التي تنعكس سلبياً على الفرد موضع الألم في المجالات النفسية والفسولوجية والاجتماعية (حليمة الحمداني، ٢٠٠٩، ص٦)، ويحدث نتيجة حاجات نفسية مكبوتة، على سبيل المثال، الحاجة إلى الحب والاستقلالية والانتماء والإنجاز، أو الحاجة إلى تجنب الأذى، وكان هنري موريه أول من قام بوصف الحاجات النفسية في عام ١٩٣٨ على أنها حاجات تُحَفِّز السلوك البشري. Murray (HA, 2008) إذ تنتقل الاشارات الكهربائية عبر الأعصاب المنتشرة في الجسم إلى مراكز الحس والتحكم اللاإرادية في المخ، والذي بدوره يعيدها أوامر إلى كافة الأجهزة الحيوية المتحكمة لإعانة ذلك العضو بما يتلائم وإصابته (Neff, K. D, Tóth-Király, 2019) ؛ (Wong Tate &Harden,2012؛Breines, J. & Rohleder,2014

وفي ضوء تحليل التعريفات النظرية، والاطلاع على المقاييس السابقة، وفي ضوء تحليل المفردات الواردة للمفهوم في الأدبيات السيكولوجية استطاع الباحثان الابقاء على المفردات الواردة عبر المصادر سالفة الذكر والتي حصلت على معامل شيوخ (٨٠٪) فأكثر كالتالي :

جدول (٢) معامل الشيوخ المفردات الاكثر تكرارا لمكونات مفهوم الشعور بالألم النفسي الواردة (التعريفات - النظريات - الدراسات السابقة - المقاييس السابقة)

م	مفردات ومكونات مفهوم الألم النفسي	معامل الشيع
١	الشعور بالأسي النفسي	%85
٢	الوهن النفسي	%84
٣	السلبية واللامبالاة	%83
٤	فقدان الأمل	%82
٥	وصمة الذات	%80

وبناء على ما سبق يمكن صياغة التعريف الإجرائي الشعور الألم النفسي بأنه: مدى شعور الفرد بالأسي والكرب النفسي واحساسه بالوهن والضعف النفسي عند مجابهة التحديات والمعوقات مصحوبا بالسلبية واللامبالاة وفقدان الأمل والنظرة المتدنية للذات، ويقاس المفهوم إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها افراد عينة الدراسة على المقياس المستخدم في تلك الدراسة.

الانعكاسات السيكوفسيولوجية للألم النفسي

الانعكاسات السيكوفسيولوجية (النفس-جسدية) Psychosomatic Symptoms: إن اصطلاح نفس-جسدية Psychosomatic كلمة جديدة نوعا ما، فقد استخدمت لأول مرة عام 1922 في الكتابات الطبية الألمانية، ثم استخدمتها الدكتورة هيلين (Helen Dunbar Flanders) في مؤلفها الضخم "الكلاسيكي" والأكثر شهرة في هذا المجال ألا وهو الانفعالات والاضطرابات الجسدية ويعد هذا المفهوم من المفاهيم العلمية السليمة نظراً لأنه يعبر بالضبط عن طبيعة التفاعل بين الجسد والنفس (محمد حسن غانم، 2011)، في حين يعرفها آخرون بأنها اضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الانفعالي دوراً مهماً وقوياً وأساسياً، وعادةً ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبي الإلاردي (أحمد عكاشة ٢٠١٠).

ويعرفها الباحثان بأنها اضطرابات عضوية ناتجة عن عدم قدرة الفرد على التنفيس والتعامل مع التوترات النفسية المتراكمة التي تسببها مواقف وضغوط انفعالية أو اجتماعية أو اقتصادية أو صحية (عقب البتر) ويكون الفرد عاجزاً عن التعبير عنها أو إخراجها، وبالتالي فإنها تعمل في الداخل مما يؤثر على أعضاء الجسم ووظائفه.

ويعرف الباحث الاضطرابات السيكوسوماتية إجرائياً بأنها الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس الأعراض السيكوسوماتية المستخدم في البحث الحالي.

رابعاً: الأفراد مبتوري الأطراف

يعرف البتر بأنه حالة من العجز الجسدي تحدث للفرد في أي مرحلة من مراحل عمره، وهو عبارة عن استئصال جزء من أجزاء الإنسان يتم لإنقاذ حياته أو لتحسين أداء العضو الذي تمنعه الإصابة من القيام بوظيفته. (علي، وعبدالهادي، ١٩٩٧)، والبتر هو إزالة أحد أطراف الجسم (إزالة العضو كاملاً أو جزء منه) بعد إصابة جسدية أو جراحة، وهي وسيلة لمكافحة ألم أو مرض في الطرف المصاب بسبب سرطان أو غرغرينا.

أما عن التعريف الإجرائي للبتر: فهم أولئك الأفراد المصابون بفقد أحد الأطراف العليا أو السفلى أو جزء منها أو كلاهما نتيجة الأمراض (داء السكري) مما تجعل حياة الفرد أكثر صعوبة بل وتزيد من حدة مشكلاته الحياتية.

الإطار النظري لمفاهيم الدراسة

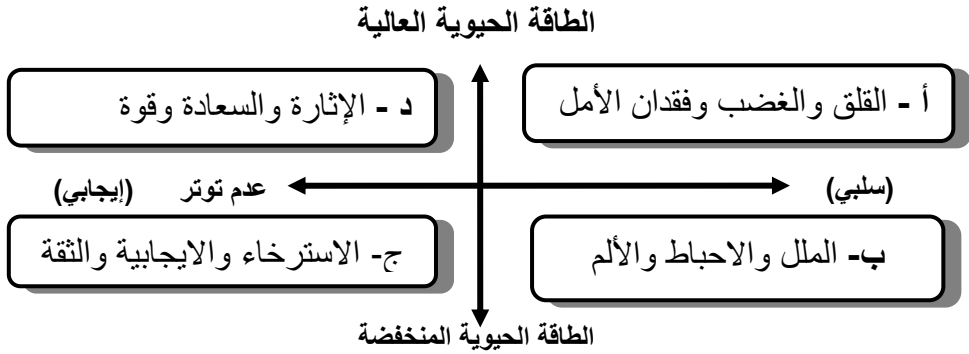
أولاً: الحيوية الذاتية Subjective Vitality :

يمكن القول بأن الطاقة النفسية أو الحيوية الذاتية في مجال علم النفس استخدمت علي نحو مرادف لمصطلحات مثل (الدافع Drive، التنشيط Activation، الاستثارة Arousal) ومن المعلوم أن تنشيط الذهن قد يسبب تنشيط الجسم ولكن قد لا يكون سبباً لذلك. وينظر إلى الطاقة النفسية على أنها أكثر من كونها نوعاً من النشاط أو الحيوية والشدة لوظائف العقل وهي أساس الدافعية كما أن الطاقة النفسية يمكن ان تتخذ الشكل الايجابي أو السلبي ويتوقف ذلك

على طبيعة الانفعالات أو الأحداث مصدر الطاقة، فالإثارة والسعادة مصدران للطاقة الإيجابية، أما القلق والغضب فانهما مصدران للطاقة السلبية، فمن خلال الحيوية الذاتية يمكن تنمية بعض السمات والخصائص (الإثارة Excitement، المتعة Happiness، التحدي Challenge، القلق الميسر Anxiety، الثقة بالنفس Self-confidence، الطموح Aspiration، التصور العقلي Mental Imagery). (Ryan et.al, 1997) لذلك يرتبط التوتر النفسي والادراك السلبي للأحداث والضغط ارتباطاً وثيقاً بالطاقة النفسية، فالتوتر النفسي يحدث عندما يدرك الفرد عدم قدرته على التوازن بين ما مطلوب عمله وحالته ومقدرته على مواجهه هذا التحدي. (Kevin, 2013)

ويري الباحثان أن الحيوية تصف جانباً ديناميكياً من الرفاهية والعوامل النفسية والجسدية للفرد، حيث ترتبط الحيوية بالصحة النفسية والبدنية الجيدة، ويتمتع الأفراد ذوى المستوى العالى من الحيوية بالشعور بالطاقة العالية واليقظة والنشاط وقدر عالٍ من الحماس الذى يوجهونه نحو الأنشطة التى يشاركون فيها، حيث تتأثر الحيوية بالعوامل العقلية والبدنية والنفسية مثل مشاعر الصراع مقابل الإرادة، وبالعوامل الجسدية مثل حالات التعب أو النظام الغذائي. (Peterson & Seligman, 2004, 274)

فترتفع الطاقة الحيوية الذاتية وعندما تتوازن المهارات مع القدرات يسهم ذلك في الارتقاء في مستوى الأداء وتحقيق الأهداف وتزداد قوة الإرادة وكل النواحي الايجابية من إصرار وعزيمة واسترخاء والوصول إلى السعادة كما يتبين بالشكل التالي:



شكل (٢) يوضح علاقة ارتفاع وانخفاض الطاقة الحيوية الذاتية بالضغط

والحيوية الذاتية بوصفها الشعور الإيجابي بالانتباه والفاعلية، والامتلاء بالطاقة والنشاط والحماس، ويرى (Kubzansky, & Thurston, 2007) أنها شعور الفرد بالطاقة والحماس والكفاءة الذاتية، والقدرة على ضبط الانفعالات، والتمتع بمستوى عال من الرفاهية النفسية؛ أو أنها امتلاك طاقة جسدية وعقلية (Deci & Ryan, 2008). وتتدور الحيوية الذاتية حول الأبعاد الآتية:

١- **الحيوية البدنية (Physical vitality)** وهي تجسيد لحالة الصحة والعافية البدنية للشخص بالطاقة الحيوية لإنجاز المهام والأنشطة بحمة ونشاط، وهي حالة ليست مطلوبة في الأنشطة الرياضية فقط، بل أكثر أهمية في واقع الأمر لتمكين الشخص من العمل المثمر وأداء مهام الحياة اليومية والعطاء (Kevin, 2013)

٢- **الحيوية الذهنية (Mental vitality)** وتعني امتلاك الشخص للقدرة واللياقة والطاقة الذهنية، التي تمنح التفكير المتزن الهادئ والحساسية للثغرات والمشكلات والتوجه المعرفي المرتكز على حل المشكلات.

٣- **الحَيوية الانفعالية (Emotional vitality)** تتضح في مستوى كفاءة الفرد الانفعالية وما يكمن وراءها من مهارات الحساسية الانفعالية، والربط الانفعالي، والتعبير الانفعالي على المستويين: اللفظي وغير اللفظي؛ فضلاً عن تبني الشخص لاتجاهات نفسية إيجابية نحو الحياة تجعله مبهج ومتحمس ويشعر بالرضا وراحة البال، بغض النظر عن منغصات الحياة وظروفها العصبية. كما أنها التعلق النشط بالعالم مع قدرة عالية على الربط والتنظيم الانفعالي مصحوباً بالشعور بحسن الحال والرضا العام. (Tajer, 2012, 325)

٤- **الحَيوية الاجتماعية (Social vitality)** وتشير إلى أن الانفعالات سواء كانت سلبية أو إيجابية تأتي من التواصل الاجتماعي في عالم الخبرة الاجتماعية المتنوعة والواسعة؛ إذ لدى البشر حاجات اجتماعية مدججة في بنيتهم العقلية، وأن الانفعالات البشرية الإيجابية والسلبية لا يتم التعايش معها أو مع خبرتها إلا في المواقف الاجتماعية، وأثناء التفاعل الاجتماعي الفعلي أو المتخيل مع البشر. (Shedroff, 2010)

٥- **الحَيوية الروحية: Spiritual vitality** حيث يقصد بها قدرة الفرد على التعلق بكل ما هو خير وجدير بالقيمة والتقدير في العالم والكون (Kubzansky, & Thurston, 2007)

وتعد نظرية التقرير الذاتي من النظريات المعرفية التي حظيت بالاهتمام، إذ إن كل من ديسي وريان Deci وRyan افترضاً نظرية للتقرير الذاتي باعتبارها منظوراً متعدد الأبعاد للدافعية وهي بديل قوي للدراسات أحادية البعد للدافعية، إذ تفترض أنماطاً متعددة من الأسباب الكامنة وراء سلوك الفرد، والتي يمكن ترتيبها على متصل التقرير الذاتي، Self Determination Continuum إذ في النهاية العليا هناك الدافعية الداخلية، Intrinsic Motivation التي تعبر عن صورة الدافعية الأكثر تقريراً للذات، والتي تشمل القيام بالسلوكيات بسبب المتعة

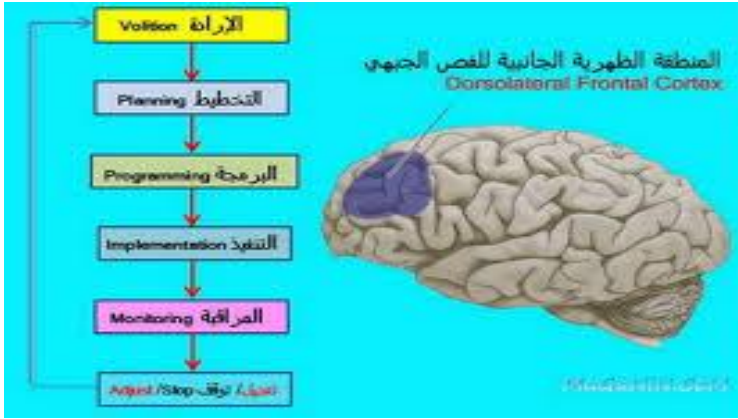
والرضا المتأصلة فيها، والنمط الثاني من الدافعية هو الدافعية الخارجية Extrinsic Motivation والتي تعبر عن المشاركة والانخراط في نشاط ما لأسباب خارج ذلك النشاط، وهناك أنماط متعددة للدافعية الخارجية، تتنوع في مستوى تقرير الذات، وتتراوح ما بين مستوى متدن لتقرير الذات الى مستوى عالٍ من التقرير الذاتي، وأقل صور الدافعية الخارجية تقريراً للذات هي دافع التنظيم الخارجي External Regulation ، والذي يتضمن القيام بالسلوك من أجل الحصول على الثواب أو تجنب العقاب، والصورة الثانية من الدافعية الخارجية هي التنظيم غير الواعي Interjected Regulation الذي يعرف بالمشاركة في نشاط ما استناداً الى ما تمليه البيئة من عناصر تم تدويتها بحيث أصبحت جزءاً من بنية الذات مقررة بشكل غير ذاتي، ومثل هذا التكامل المتنافر لمتطلب البيئة يقدم طريقة للقيام بالسلوكيات خارج حدود الشعور بالذنب وضرورة الالتزام، ويظهر هذا النمط من الدافعية عندما يواجه الفرد ضغوطات من أجل اداء مهمة ما، ويكون مصدر هذا الضغط من داخل الفرد كالشعور بالخل لعدم القيام بالسلوك (إيمان معاذ، ١٩٩٧، ٤٦؛ Kevin, 2013)

ثانياً: قوة الارادة " روىء نظرية "

في ضوء الإطلاع على عدد من الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت مفهوم قوة الإرادة، وتباينت آرائها تارة، واتفقت آرائها تارة أخرى حول ذلك المفهوم، ومن ثم فقد تبين لنا تعريف قوة الارادة بعدة اتجاهات من خلال الدراسات التي اتبحت للباحثين الإطلاع عليها، ومن ثم قمنا بالتعبير عنها كما حتى نتلاشى تكرار التعريفات العلمية لمفهوم " قوة الارادة "

والإرادة Volition هي العملية المعرفية التي يقرر من خلالها الفرد القيام بعمل معين ويلتزم به. ويتم تعريفها على أنها محاولة هادفة وواحدة من الوظائف النفسية البشرية الأساسية، والتي تشمل العاطفة (الشعور أو الحس)، والدافع (الأهداف والتوقعات)، والإدراك (التفكير).

ويمكن تطبيق العمليات الإرادية بوعي، أو يمكن إجراؤها آليًا كعادات بمرور الوقت. وتعرف قوة الإرادة بأنها: مدى استعداد الفرد لبذل أقصى ما في وسعه للتغلب على الأزمات التي تقابله مع التخطيط للمستقبل مع النظر للحياة نظرة تفاؤلية تدعو للتمسك بها والرغبة في البقاء لتحقيق أهداف معينة، ومعنى آخر فإن من لديه إرادة عالية تكون لديه فرصة أكبر للنجاح في تحقيق أهدافه. والإرادة فسيولوجيا تعني العمليات العقلية والمعرفية العليا كالتخطيط والبرمجة والتنفيذ والمراقبة فيستطيع الفرد من خلالها التوجه نحو الموضوع أو التوقف عنه (Schwartz; Wehmeyer. 1997. 248).



شكل (٣) العمليات المعرفية بالمخ التالية للإرادة

كما تشير إلى تمتع الفرد بالرغبة في البقاء والقدرة على استخدام قوته في تحقيق أهدافه الحياتية مع القدرة على مقاومة الضغوط الحياتية والتمتع بالأمل مع القدرة على الاستمتاع بمتع الحياة بشكل يجعل الحياة شيئاً ممتعاً يبعث على الارتياح النفسي، وقد تطرق في التعريف لعدة أبعاد أو أنواع وهي: إرادة البقاء، وإرادة المقاومة، وإرادة الأمل، وإرادة الاستمتاع بالحياة، وإرادة الحياة وعدم اليأس وتقوي الأمل لتحقيق طموحات الذات (خليل، ١٩٩٦)، فالإرادة هي جوهر الإنسان، وشخصية الإنسان تكمن في إرادته. والبعض الآخر فضل النظر إلى الإرادة على أنها إرادة العيش

مثل دراسة (Daniela, 2009) الذي تناول المفهوم باعتباره دافع أو موجه داخل الانسان يدفعه للبقاء والرغبة في الوجود. وقد تبلور المفهوم ليصبح نظرية شبة متكاملة في الإرادة الذاتية عام ١٩٨٥ عندما اقترحا ديسي وريان Ryan Deci نظريتهما في الإرادة الذاتية، وتضمنت النظرية كلا من إرادة الفشل، وإرادة النجاح لمن أراد أن يتحدى نفسه وتكون لديه العزيمة والقوة الذاتية. وهناك من تناول المفهوم على أنه شرط القوة كما في دراسة دانيال (Daniela, 2009) الذي تناول المفهوم على أنه الدافع القوي والمحرك الأساسي للبقاء والرغبة في الوجود .

وقد عرف المركز القومي للبحث والتدريب الإرادة الذاتية على أنها قدرة الأفراد على الاختيار بين البدائل بحيث تكون اختياراتهم في إطار من الحرية المطلقة، وإلا تكون ناتجة عن قوى أو ضغوط معينة. وترتبط الإرادة الذاتية بمجموعة من المفاهيم الأساسية مثل الإرادة الحرة وحق الاختيار وإدارة الشخصية والتوجيه الذاتي والمسئولية الفردية وغيرها، وتبني الإرادة الذاتية على مجموعة من الاحتياجات الأساسية للأفراد هما الاستقلالية والكفاءة الشخصية والعلاقات مع الاخرين. (National research&Training center, 2003)

فالإرادة هي القوة النفسية الكامنة داخل الذات، والتي يمكن أن نسميها بإرادة العمل التي تبعث على التحرك والعمل، هذا بالإضافة إلى أن الإرادة محاطة بالجانب الوجداني (الانفعالي) أي الدافع للعمل بموجب ما يفعله الفرد. والإرادة البشرية هي إرادة نسبية بينما إرادة الله مطلقة، فهي إرادة خاصة به فقط، أما الإرادة النسبية منها إرادة الشر، وإرادة إيجابية وأخرى سلبية. (الخولي، ٢٠١٤، ١٣٢)

كما عرفت إرادة الحياة بأنها تمتع الفرد بالرغبة في البقاء والقدرة علي استخدام القدرات، وكذلك استخدام القوة في تحقيق الاهداف الحياتية ومقاومة الضغوط والاستمتاع بالامل

والارتياح النفسي ومنها (إرادة الاستمتاع بالحياة، وإرادة البقاء، وإرادة القوة، وإرادة المقاومة، وإرادة الأمل) (قاسم نادر، ٢٠١٥)

وعلى ذلك فإن مواجهة المعاناة بشجاعة يحفظ للحياة معناها وقيمتها، ويمكن للإنسان أن يواجه المعاناة من خلال الإرادة وتحويل الألم لإنجاز وأن يتخذ من الذنب فرصة لتغيير نفسه، وأن يتخذ من زوال الحياة دافعاً ليتصرف بشكل أكثر مسئولية في الحياة. (Durbin, 2005: 68)

وهناك خمس مراحل أساسية لتشكيل قوة الإرادة وهي: معرفة الذات- تقييم الذات، وضع خطة للوصول للهدف- العمل على تحقيق الهدف- الوصول للهدف (Hoffman, 2004, 163)

أما ضعف الإرادة يأتي من العديد من الأسباب ومنها: الافتقار لوجود أهداف يحددها الانسان في حياته- الافتقار للمثل العليا والمعايير المناسبة- التردد الناتج عن رغبة الفرد في عمل شيء والإحجام عن تحمل سلبياته في نفس الوقت- العجز عن الاختيار بين البدائل المختلفة- عدم تحمل الفرد لمسئولية قراراته/ اختياراته- عدم القدرة على كسر العادات أو تحطيتها- عدم القدرة على مقاومة الرغبات أو الدوافع وهو ما يؤدي الي التوجه السلبي في الحياة عامة. ويمكن تشكيل الإرادة القوية من خلال عدة خطوات هي:

١. تحديد أهداف بعيدة نسبياً، ومجموعة من المبادئ المجردة تريد الوصول إليها.
٢. وضع مجموعة من البدائل (المسارات البديلة) كحلول للوصول على هذه الأهداف والبدائل المجردة.
٣. تنشيط الدوافع الداخلية المحفزة لإتمام هذا العمل والوصول لهذه الأهداف والمبادئ المجردة.
٤. المثابرة ضد العقبات التي تواجهك أثناء الوصول لهذه الأهداف والمبادئ (مصطفى، ٢٠١٥، ٢٩).

كما أن هناك مؤشرات تدل على الإرادة القوية وهي:

١. الإلتزام الخلقى أو ما نطلق عليه بالمسئولية الأخلاقية سواء في الأقوال أو في الأفعال.
 ٢. الاستقلالية والايجابية ويقصد بهما حرية الفكر والرأى واتخاذ القرار، فصاحب الإرادة القوية لديه من الخبرات والمدركات العقلية والنضج الفكري ما يجعله قادراً على اتخاذ قراراته بنفسه والتعبير عنها بمنتهى الحرية، وكذلك فهو صاحب هوية لا يقبل التنازل عنها ويفرض اى قوى تريد فرض هيمنتها عليه.
 ٣. الابتكار ويقصد به التجديد ورفض التقليد، فصاحب الإرادة القوية إنسان مبتكر ذو تفكير ناقد.
 ٤. الوعى بالوجود النافع مع العالم ومع الاخرين والقدرة على الانتاج
 ٥. التفتح الذهني والنضج العقلي والنمو الثقافى (السيد، رمضان، ٢٠٠٦، ٩).
- وقد يحدث في بعض الأحيان أن تتعرقل إرادتنا الحرة عندما نعجز عن تحديد ما نحتاجه أو ما يجب فعله حقاً فقد تكون لديك الرغبة في القراءة ومشاهدة التلفاز معاً ولكنك لا تعلم اى العاملين أهم من الاخر أو لعل هذا من أصعب أنواع الصراع المعيق لحرية الافراد وهذا لأننا نعلم أنه يجب الاختيار ولكننا لا نعلم ماذا نختار أو كيف نختار، وبالتالي عنصرى الإرادة الحرة هنا هم المعرفة بقيمة حريتنا، وامتلاكنا للقوة حتى نستطيع تنفيذ هذه الحرية والحصول على ما نريد (Eddy,2001,310).

قوة الارادة وبعض المتغيرات النفسية الايجابية

١- قوة الإرادة وقوة الأنا: تعرف قوة الانا بانها تلك السمة المصدرية التي تعبر عن ذاتها في الاتزان النفسي، وفي تلك القدرة على التغلب على المصاعب الانفعالية، ومن هذا التوازن النفسي الذي هو صميم قوة الأنا تكون القدرة على تجاوز إحباطات الحياة، ويكون الإحساس بالكفاية الشخصية، وامتلاء الذات، والقدرة على المضي إلى المستقبل من غير خوف من المجهول وبغير

إجهاد نفسي أو مخاوف مرضية تعوق الحركة والمبادأة. (Ghlout et al, 2010). وتستطيع الأنا القوية أن تتحكم في ضبط الدوافع الداخلية وتذكر وجودها وحاجاتها للإشباع كما تدرك أيضا ظروف البيئة الخارجية ومعايير المجتمع وما يفرضه من أوامر ونواهي للسلوك ذات صلة مباشرة أو غير مباشرة للدوافع الأولية، وبالتالي فهي لديها القدرة على التحكم في إشباعها أو يتصدى لإحباط نشاطها، أن الجانب الإيجابي من قوة الأنا والدرجة المرتفعة عليه لدى الفرد تلعب دورا في سلوكه الاجتماعي الإيجابي، لأنها تعبر عن قوته وتوازن دوافعه وضبطه لنفسه في المواقف التي تتطلب تحطي حواجز ذاتية ليساعد الآخرين. (David, 2009)

وهناك عدد من المعايير الدالة على قوة الأنا، منها القدرة على تحمل التهديد الخارجي، ومدى الإحساس بمشاعر الذنب، ومدى تأثير الكبت، والتوازن بين الصلابة والمرونة، والتخطيط والضبط، وتقدير الذات. (حمدان فضة، ٢٠٠٠، ١٧٩)، كما تتسم شخصية الأفراد ذوي قوة الأنا المرتفعة بعدد من الخصائص تتمثل في: النضج الانفعالي والاستقرار والانضباط والمثابرة والواقعية وتحمل المسؤولية، بينما يتضمن انخفاض قوة الأنا نقصا في السيطرة على البيئة وفي كبح الذات وفي الوعي المعرفي الذي يعوق قدرة الفرد على معالجة الضغوط والمشكلات الأمر الذي يساعد على تفكك الشخصية وعدم توازنها. (Fromm, 2015) ويكشف أصحاب الدرجة المرتفعة على قوة الأنا عن مستوى من التكامل الدينامي والضبط الانفعالي الذي وصل إليه، أما الدرجة المنخفضة فتتشعب بصفات ضعف القدرة على تحمل الإحباط وتقلب الاتجاهات، والميل، سهولة الاستئثار الانفعالية الزائدة، المراوغة في تحمل المسؤولية، والمعاناة من القلق والانزعاج، وعدم الرضا عن العالم من حولهم ومن أسرهم، وأن أصحاب الدرجة المرتفعة في قوة الأنا لا يصابون بالعصاب إلا إذا تعرضوا إلى ظروف بالغة العنف، وإذا كان صاحب الدرجة العالية من قوة الأنا قد يصاب بالعصاب فإن رصيده من قوة الأنا يساعده على التحسن والشفاء منه بسرعة. (Sproke, et al., 2008)

٢- قوة الارادة والصلابة النفسية: تعرف الصلابة النفسية بانها اعتقاد عام للفرد نحو فاعليته وقدرته على استخدام كل المصادر النفسية والاجتماعية المتاحة كي يدرك ويفسر ويواجه أحداث الحياة الضاغطة، وتشكل الصلابة النفسية من عدة مكونات وهي (الالتزام، التحكم، القدرة على اتخاذ القرارات والاختيار بين بدائل مختلفة، التحكم المعرفي" أي القدرة على تفسير الأحداث الضاغطة"، القدرة على المواجهة الفعالة وبذل الجهد مع دافعية كبيرة للإنجاز والتحدى. (مخيمر، ٢٠٠٢). فالصلابة النفسية تعبر عن القدرة على التعامل بفاعلية مع الضغوط النفسية والقدرة على التكيف مع التحديات والصعوبات اليومية والتعامل مع الإحباط والصدمات النفسية والتفاعل بسلاسة مع الآخرين. (Kilmer, & Tedeschi 2005: 231)

وتُضيف سوزان كوبازا Kobasa أن الأفراد الأكثر صلابة أكثر قدرة على مواجهة ومقاومة الضغوط وأقل مرضاً وأكثر مرونة ونشاطاً وكفاءة. لذلك يُختلف الأفراد في قدرتهم على مواجهة الآثار الناتجة عن الإعاقة باختلاف السمات الإيجابية كالصلابة النفسية. وعلى ذلك فإن خصائص الشخصية- لا الحالة العضوية- هي التي تجعل الإنسان قادراً على مقاومة أحداث الحياة الشاقة (في: الدبور، ٢٠٠٧: ٣٣).

٣- تقدير الذات وقوة الارادة: تنوعت تعريفات تقدير الذات بتنوع زوايا الرؤى، فمنها التي اعتبرت أن تقدير الذات يتمثل في التقييم الذي يصنعه الفرد لذاته في شكل الموافقة والقبول أو الرفض بناء علي محصلة خبراته من النجاح والفشل مقارنة بمستوي طموحه وبالمقارنة مع الآخرين (7: 2000, Stacy ؛ 135: 2001, Woolfolk ؛ فيوليت فؤاد؛ وعبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٢: ١٩٤؛ 7: 2004, Nello)، وأخرى تنظر إلي تقدير الذات باعتباره حكم الفرد تجاه نفسه وإلي أي مدي يعتقد أن لديه القدرات والإمكانيات المناسبة التي تشعره بأهميته في الحياة (18: 1995, Crozier ؛ معتر عبد الله ، ١٩٩٨ ، ٧٠ ؛ Porter, 2002: 195). وتعريفات وأخرى تنظر إلي تقدير الذات علي أنه مجموعة من القيم والمشاعر التي تملكها

حول أنفسنا والتي تتضمن اتجاه الفرد الايجابي أو السلبي نحو ذاته. Maria &harnish, 299: 2000؛ Pawel, 2001: 5؛ Smith,2002: 87؛ علي حمدان , 2002: 45؛ (Douglas, 2006: 3؛ Alejandra, 2004: 12). ومن أهم العوامل الداعمة لقوة الارادة عند الفرد ارتفاع مستوى تقدير الذات، ومن ثم فإن من أهم خصائص الأفراد الذين يتمتعون بتقدير ذات مرتفع أنهم يشعرون بالأهمية والمسئولية تجاه أنفسهم والآخرين، ويتصرفون بالاستقلالية، ولا يقعون تحت تأثير الاخرين بسهولة، ويعترفون بقدراتهم ومواهبهم وفخوروهم بما يفعلون، ولديهم القدرة على المخاطرة ومواجهة التحديات، ولديهم القدرة العالية على تحمل الإحباط، ويتمتعون بالقدرة على التحكم العاطفي في الذات، ويشعرون بالتواصل مع الاخرين، ويركزون على الحاضر والمستقبل ولا يهتمون بالماضي ولكن يتعلمون من أخطائهم في الماضي، ولا يشعرون بالتهديد عند مساعدة الاخرين على النجاح (عبد الفتاح، 2015، 387).

في حين ترتبط جودة الحياة بالرضا عن الحياة والارادة فيشير Counteny& Steplen& Duggan (2003) أن جودة الحياة تعتمد على المكونات الذاتية والمكونات الموضوعية التي تعكس ارادة الحياة، كما أكد جاب الله، هريدي (2001) على النظرة المتفائلة للمستقبل والمرتبطة بما حققه الفرد من انجازات في ضوء الماضي والحاضر، كما وضع Lynch (2006)،Michalak & Yatham& Lam(2007) ارتباط جودة الحياة بالسعادة والتفاؤل كما تناول جودة الحياة ومعنى الحياة حيث أن نوعية الحياة تتضمن الخطط التي يعدها الشخصي لحياته، وتنفق مع المعنى لديه وأهدافه المستقبلية، والتي تبعث لديه الإحساس بمعنى الحياة. Kalitesi & Yalnizlik & Skiler (2004).

وأكد فرانكل (2004: 22) أن العلاج بالمعنى لتنمية الارادة يستند إلى ركائز أساسية،

تتمثل في:

أ- حرية الإرادة **Freedom of Will**: والتي تتضمن موضوع الحتمية في مقابل الحتمية الشاملة **Determinism Versus Pan -Determinism**. بما يجعل الفرد واعياً بالتزامه بمسئوليته، وأن تترك له حرية اتخاذ القرار بشأن إدراكه لنفسه كشخص مسئول يتحمل مسؤوليته باختياره لأهدافه في الحياة، وأن للحرية قيود وأن للحرية مفهوم سلبى يتطلب تكمله إيجابية وهي المسؤولية التي تتضمن معنى أمامه، ولذلك فإن إدراك الفرد للحرية يكون قاصراً إذا كانت بلا مسئولية.

ب- إرادة المعنى **The will to Meaning**: وتشمل نظرية الواقعية، والتي بدورها تتمايز عن إرادة القوة واللذة، والقوة الأولية لدى الإنسان، والتي تفيد محاولته الدائمة في البحث عن المعنى وقد أوضح فرانكل (١٩٧٨) أن إرادة المعنى هي محاولة لإنسان الدائمة للبحث عن المعنى، وهي القوة الأساسية في حياته، وإن بحث الإنسان عن المعنى يشير إلى إرادة المعنى

ج- معنى الحياة **Meaning of life**: وهي تتضمن موضوع النسبية في مقابل الذاتية، وفيما يلي وصف موضوعي لأسس العلاج بالمعنى. كما أن معنى الحياة يجعل الحياة غنية بالمعاني **Meaningfulness**، وأن الحياة بدون معنى يشعر الفرد باللا قيمة أو الإحساس بالخواء أو الفراغ الوجودي **Existential Vacuum**.

ومن جهة أخرى يشير معنى الحياة إلى معنيين: الأول هو كل ما له أهمية أو دلالة ويشمل الأفكار التي تتعلق بشئ ما، أو حدث ما أو خبرة ما وهنا معنى الحياة يشير إلى تفسير أحداث الحياة بشكل عام، أما المعنى الثاني: فيشير إلى أهداف ودوافع الفرد المرتبطة بأحداث الحياة، وعليه يمكن فهم معنى الحياة على أنه تفسير لحياة الفرد ودوافعه وأهدافه (Kim, 2000:13)

وفي ذات السياق يؤكد وونج (٢٠١٠) أن العلاج بالمعنى والإرشاد المتمركز حول المعنى له أهميته في تدعي الأفراد ذوي المشكلات الكبيرة، وعلى هذا فإن إيجاد المعنى من خلال الألم

باستخدام العلاج بالمعنى كوسيلة لتجنب الشعور بالذنب ذات أهمية في العلاج بالمعنى لدى المرشدين النفسيين (Tate et al, 2013)

ثالثاً: مفهوم الشعور بالألم النفسي Psychological pain

هو شعور بغيض (أو معاناة) ينشأ من أصل نفسي وليس جسدي. وصفه إدوين إس. شنايدمان، وهو رائد في مجال دراسة السلوك الانتحاري، بأنه حجم الأذى الذي يتعرض له الإنسان. إنها معاناة ذهنية؛ عذاب ذهني. (Shneidman ES, 1996)

ولكن قد يطلق عليه أيضاً مصطلح الشدة الذهنية أو الشدة العاطفية أو الألم النفسي أو الألم الاجتماعي أو الألم الروحي أو المعاناة. على الرغم من أن هذه المصطلحات ليست مترادفة بشكل واضح، فقد خلصت مقارنة منهجية واحدة لنظريات ونماذج الألم النفسي والشدة النفسية والشدة العاطفية والمعاناة إلى أن كل مصطلح مما سبق يصف الشعور البغيض ذاته بشكل عميق، ويُعتقد بأن الألم النفسي هو جانب لا مفر منه من جوانب الوجود الإنساني. (Shattell, 2009; Macdonald G, Leary, 2005)

ويمكن وصف الألم النفسي بأنه مجموعة واسعة من التجارب الذاتية التي تتميز بأنها بمثابة إدراك للتغيرات السلبية التي تتعرض لها الذات والتي تؤثر على وظائفها، والتي تُرافقها مشاعر سلبية، أو بأنه تجربة ذاتية منتشرة.. مختلفة عن الألم الجسدي الممكن تحديده في كثير من الأحيان إذ أنه يرتبط بمنبهات جسدية ضارة، أو شعور دائم وغير مُستدام وبغيض ينتج عن التقييم السلبي لعجز أو خلل في الذات (Orbach I, Mikulincer M, Sirota P, 2003 Mee (S, Bunney BG, Reist C, 2006)

ويشير (Stewart, 2003) إلى أن الألم النفسي ينشأ من تجاربنا في الحياة وينمو بسبب دافع التفاعل الاجتماعي، وأنه ينشأ من مصادر عديدة أهمها تدني الصحة الجسمية أو فقد جزء من

أجسامنا، والصحة النفسية التي تتضمن علاقة الفرد بذاته وعلاقاته الاجتماعية مع الآخرين، والتي يترتب عليها الشعور بالنبذ والتهميش والشعور بالخسارة والظلم، والشعور بالذنب وفقدان الأمل في الحياة وضياح المعني (عبد الكريم جمعة، عمار فرحان، ٢٠١٥، ٤١٠). .

فالألم النفسي بمثابة تجربة سيكولوجية تشتمل على الإحساس بالمعاناة وترتبط بمتاعب الجسد، كما أن الألم الجسدي يصاحب ألم نفسي وقد يؤدي الألم النفسي إلى ألم في الجسد (صادق، ١٩٨٦، ص ٢٦). وأن ذل الشعور الحسي والنفسي غير المستحب الذي يصاحب إصابة أنسجة الجسم أو التعبير عن الإصابة التي تؤثر على المريض هو قمة الألم العصبي النفسي. ويرى (Shneidman, 1996) أن الألم النفسي أو الألم العقلي أو الألم العاطفي هو شعور غير سار (معاناة) من أصل نفسي غير جسدي، أي أن مقدار الأذى الذي تتعرض له كإنسان، إنها معاناة نفسية، وعذاب عقلي (Meerwijk & Weiss, 2011)

إن الألم العقلي والألم النفسي هي مصطلحات محددة تستخدم للإشارة إلى نفس البنية، وأن الألم النفسي يعرف بأنه تجربة ذاتية تتميز بإدارة المشاعر السلبية القوية والتغيرات في الذات ووظائفها، وللألم النفسي أبعاد منها: عدم السيطرة، القطيعة، الفيضانات العاطفية، الارتباك، التباعد الاجتماعي أو الاهمال، والفراغ. ويرى دودي وبيلي (Doody & Bailey, 2019) أن الألم ظاهرة ذاتية وفسولوجية ونفسية معقدة يمكن أن تكون حادة أو مزمنة ويمكن تصنيفها حسب سببها ضمن تجربة الألم، ويصف مفهوم الألم الكلي العوامل الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحية التي تؤثر على تجربة الألم. (Verrocchio et al, 2016).

حيث تقوم الخلايا العصبية الهرمية المثيرة في القشرة المخية الحديثة بتلقي إشارات كهربائية من كل خلية عصبية ذات مدخلات نتيجة للثورة الهرمونية التي تتم عقب البتر من آلاف المشابك المثيرة في حالة من إثارة الألم الحسي العصبي الذي لا يهدأ ويحدث خللاً عصبياً يستشعر الفرد من

خلاله الألم العصبي أو النفسي، وتلعب الخلايا العصبية دورًا تنبئيًا دون توليد إحساسات فعلية. من خلال هذه الآلية، يمكن للخلايا العصبية أن تتنبأ بتنشيطها في مئات البيئات المستقلة. بعد ذلك، مما دفع بعض الباحثين إلى اقتراح الفروع المتغصنة كمعرفات أنماطك مستقلة (2004 Poirazi et al.، 2003 Polsky et al.)، بالمقارنة مع شبكة متعددة الطبقات من الخلايا العصبية بدون التشعبات النشطة، فإن الفوائد الوظيفية والنظرية للشبكات العصبية ذات التشعبات النشطة غير واضحة مصاب (Breines, J. & Brown, T. A. 2014)؛ (Rohleder, 2014).

ومن خلال استطلاع الباحثان لآراء عدد من أساتذة علم النفس ومن خلال عمل استبيان عن طبيعة مفهوم الألم النفسى لدى الافراد مبتوري الاطراف، ومن خلال فحص الأدبيات السيكولوجية يتبين أن هذا المفهوم يتشكل من بعض العوامل النفسية التي تمثل الوقود الحيوى لشعور الفرد مبتورى الأطراف بالألم النفسى وهي:

١- **الوهن النفسى: psychasthenia** هو حالة نفسية بدنية يعانها الفرد، وتبدو في إحساسه المستمر بالإرهاق والتعب والضعف ونقص الحيوية لأدنى عمل يقوم به مهما كان بسيطاً على الرغم من أخذه كفايته من الراحة، وتتعدد أعراض الوهن النفسى لتشمل:

- اضطراب الحساسية: كصداع متصل أو متقطع وحساسية مفرطة وإحساسات متوهمة لا أساس عضويًا لها
- اضطرابات حسية: كزيادة في حساسية الشخص وطين في الأذنين.
- اضطرابات حشوية ذات منشأ نفسي: كارتخاء الأمعاء وتقلصات المعدة ومغص معوي واضطرابات في إفرازات المعدة والأمعاء والكبد، إضافة إلى الإمساك. واضطرابات في التنفس والربو الكاذب.

▪ اضطرابات عصبية - نفسية متنوعة: مثل الأرق والتهدج العصبي والاكتئاب، وضعف أو خور في العزيمة وسرعة التعب، وصعوبة البدء في عمل ما وتشتت الانتباه وضعف التركيز، فضلاً عن الشعور بالضيق والتبرم والشكوى الدائمة، وعدم الرغبة في القيام بأي عمل من الأعمال مع توقع الانهيار في كل وقت، والحساسية المفرطة للضوء وللأصوات إلى درجة أن دقائق المنبه في الحجرة تفرق، واضطرابات في الأوعية الدموية وهبوط أو ارتفاع مفاجيء في ضغط الدم وضعف جنسي عام(حنان سعيد السيد، ٢٠٢٠)

وتتنوع أشكال الوهن النفسي لتأخذ نوعين: الأول: تتمثل الشكوى في زيادة التعب بعد أدنى مجهود عقلي يقوم به الفرد، يصاحبه انخفاض في الأداء الوظيفي أو القدرة في التعامل مع مطالب الحياة اليومية، وتتجلى أعراض هذا النوع في صعوبة التركيز في الأعمال التي يقوم بها الفرد، والشعور بأن دماغه لا يحمل أي فكرة من الأفكار ك(الخواء الذهني). والنوع الثاني: إحساس بالضعف البدني والإجهاد المستمر بعد القيام بأدنى جهد، حيث يصاحبه أحاسيس بالآلام العضلية وتوترها وعدم القدرة على الاسترخاء.(نائل أخرس، 2016)

(٢) الأسى النفسي **psychological exponential** يشير "ريندر Rinder,2004 للأسى النفسي بأنه "حالة انفعالية مختبرة من قبل الفرد للاستجابة لضغوط معينة ينتج عنها أذى دائم أو مؤقت للفرد" (السيد كامل منصور، ٢٠١٢، ٥٩)، أو أنه الميل إلى خبرة سلبية، التي يشعر خلالها الأفراد بعدم الرضا عن أنفسهم وعن الحياة بشكل عام (أمينة قويدر، ٢٠١٤، ٥٦؛ إيمان سمير الأخرس، ٢٠١٩، ٤٥)، فالأسى ضائقة عاطفية تعانيتها عندما يتم أخذ شخص ما أو شيء قريب منك وهي تجربة متعددة الأوجه يمكن أن تؤثر عليك جسدياً وعاطفياً واجتماعياً وروحانياً (" 5: 2014، press)، ومن جهه أخرى يرى أنه تجربة عاطفية يمر بها الفرد نتيجة حدث غير متوقع فتؤدي إلى ردود فعل نفسية وسلوكية واجتماعية وجسدية) (Boerner , 2015)

(٣) الشعور باليأس وفقدان الأمل **feeling hopeless** حيث ينشأ اليأس من ظروف ضاغطة لا يمكن تعديلها مثل الفشل في العلاقات أو العمل، والخلافات الأسرية المزمنة، وموت

أحد الوالدين، والإصابة بالمرض، فيؤدي إلى انخفاض تقديره لذاته وإلى مزيد من اليأس والتشاؤم وعدم الرغبة في الاستمرار في الحياة (عماد محمد مخيمر، ٢٠٠٣ : ٦٢٣) .

ويعكس فقدان الأمل انفعال ناتج عن انقطاع أمل أو ناتج عن إحباط شديد الأثر، ويعاني فاقد الأمل من الخمول والبلادة، ونقص شديد في النشاط والحيوية، حيث لا يتكلم كأنه أخرس، ولا يجيب كأنه أصم، ولا يبذل أدنى مجهود في أي عمل، حيث يسيطر عليه الخوف الدائم، قد يصرخ أحياناً بلا سبب واضح، وقد يعتدي على الغير، وقد يلطم على وجهه، أو يؤدي نفسه كل ذلك بسبب ما يعتريه من اضطرابات داخلية، وخوف ورعب، وقد ينسحب فاقد الأمل من الجماعة فيعتزهم، ويتعد عن الأصدقاء، ويرتاب من الناس ويقطع كل صلة بهم، ويحيا في عالم الوهم والخيال، وفاقد الأمل يقع فريسة الإحساس بالذنب، واللوم الشديد لنفسه، فقد يعتقد أنه هو السبب في موت ابنه، ويتهم نفسه بشتى الاتهامات، وتسود الدنيا في عينه، وأحياناً يوجه لومه إلى العالم الخارجي، أو إلى نفسه فيقدم على الانتحار، كما أن فاقد الأمل لا يقدر على تحمل أي صدمة من الصدمات، فيقع فريسة الأمراض والعلل (الفرماوي، ٢٠٠٩، ١٥٩؛ Vanden Boss, 2007)

٤) **وصمة الذات Self stigma** : وتؤثر سلباً على الافراد حيث انها تعمل على انخفاض تقدير ذاتهم وتؤدي الى انخفاض مستوى الفاعلية الذاتية والرضا عن الحياة، وتعرف وصمة الذات انها الاتجاه الاجتماعي السلبي الذي يتعلق بخصائص الفرد التي يمكن اعتبارها قصوراً عقلياً او بدنياً او اجتماعياً فالوصمة تعكس الرفض والنبذ الاجتماعي وتشكل تمييز بين الافراد ، وتتكون وصمة الذات من ثلاثة مستويات: تقبل الفرد للأفكار النمطية المشاعة عنه بين أفراد المجتمع- تطابق هذه الأفكار مع الذات- إنخفاض مستوى تقدير الذات (Boyle, 2013؛ Fung et al, 2007؛ Kato, Takada, & Hashimoto, 2014)

الانعكاسات السيكوفسيولوجية

يري عبدالمعطي (٢٧، ٢٠٠٣) أن الاضطرابات السيكوفسيولوجية مجموعة من الأعراض والشكاوى التي تكون الأعراض فيها طبية واضحة تماماً ويدخل ضمنها اضطراب أو خلل أو إصابة بعض الأعضاء أو الأجهزة في جسم المريض، ولكنها ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمتغيرات وعوامل نفسية أبرزها العوامل الدافعية، والعوامل الانفعالية والوجدانية، والضغط البيئية، ومن أمثلة هذه الاضطرابات: الربو الشعبي، وقرح المعدة والأمعاء، وضغط الدم الجوهرى وأمراض الشريان التاجي، والصداع النصفي، والتهاب المفاصل الروماتيزمي، والطفح الجلدي، والأكزيما، وتضخم الغدة الدرقية، وهذه الاضطرابات تحتاج إلى علاج نفسي إلى جانب العلاج الجسمي.

كما أنها اضطرابات جسمية موضوعية، ذات أساس وأصل نفسي) بسبب النواحي الانفعالية تصيب المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي. (حامد زهران، ٢٠٠٥، ٤٧٥)

وعرفت أيضاً بأنها: "مجموعة من الاستجابات الفسيولوجية التي أطلق عليها رد الفعل الطارئ وهي بمثابة أعراض تتضمن تغيرات تحدث لأجهزة الجسم الهضمي، التنفسي، والبولي، والقلب والأوعية الدموية... الخ، ويلاحظ انعكاس تأثير هذه التغيرات بصورة مباشرة على المخ والعضلات" (سالم ونجيب، ٢٠٠٢، ٣٤٥).

ويري آخرون أنها مجموعة من الأمراض العضوية الموضوعية المزمنة التي تصيب بعض وظائف الجسم وترجع لأسباب نفسية وتقاوم أشكال العلاج الطبي المعروفة وتظهر بعد تعرض الفرد لتجارب مؤلمة لفترات طويلة أو تعرضه لتجربة صادمة. (أبو حسين، ٤٦، ٢٠١٢؛ الفريجات، ٢٠١٦، ١١).

ويري ريبير (Reber, 1995) أن هناك ثلاث فئات فرعية للاضطرابات السيكوفسيولوجية وهي:

١. الاضطرابات المرتبطة بشخصية الفرد بوجه عام، كالأشخاص القلقين جداً لديهم معدلات مرتفعة لاضطراب الجهاز التنفسي.
٢. الاضطرابات المرتبطة ارتباطاً وثيقاً بأسلوب حياة الفرد، مثال ذلك الأشخاص الذين يعملون في مهمة تتضمن ضغوطاً شديدة نجد لديهم زيادة في معدلات ضغط الدم المرتفع واضطرابات وظائف المعدة.
٣. الاضطرابات التي تظهر أساساً على شكل ردود أفعال زائدة لمواد معينة أو ظروف خاصة، مثل الاستهداف أو الحساسية الجلدية (المشعان، ١٩٨٨، ص ٧٩).

وأهم الأعراض الجسمانية والسيكولوجية المصاحبة للألم النفسي

- استجابة الجلد لجهاز الجلفانومتر: إن الانفعالات تسهل مرور التيار الكهربائي في الجسم ويمكن قياس هذا التيار بجهاز الجلفانومتر، وفيه يمسك الشخص أسلاك هذا الجهاز الحساس بيده وتكمل الدائرة الكهربائية بسلك آخر يمسكه بيده الأخرى فيتذبذب مؤشر الجهاز مبيناً مدى الحالة الانفعالية للشخص.
- ضغط الدم وتوزيعه: في حالة الانفعال يحدث ارتفاع في ضغط الدم وتغير في توزيعه بين سطح الجسم ودخله.
- سرعة ضربات القلب: إن ضربات القلب تزداد في حالة الانفعال وهذه الظاهرة عامة في غالبية الناس.
- اتساع حدقة العين: يؤثر الاضطراب الانفعالي في سيل اللعاب، فتقل كميته ويجف الفم والحلق في حالات الفزع والغضب.
- حركة المعدة والأمعاء: يحدث في حالات كثيرة أن يصاب الفرد من شدة الانفعال بالإسهال أو الإمساك.

- تغير كيمياء الدم: عند تحليل الدم في الحالات الانفعالية نجد أن هناك تغيّر كيميائياً فيتغير منسوب السكر في الدم وكذلك الأدرينالين (Jacob, Tate, A & Dia, 2013, Ulrichova, 2012 Passon, 2012, Ackerman, 2013, 2013 (Dogan; Sampaz, 2012؛ Sauer, 2012؛ تصنيف الأعراض السيكوسوماتية:

وضع ألكسندر (Alexander, 1950) قائمة بسبعة أمراض سيكوسوماتية وهي ضغط الدم الأولى، القرحة الهضمية، التهاب المفاصل الروماتزمي، الغدة الدرقية وفرط نشاطها، الربو الشعبي، القولون، والتهاب الجلد العصبي، وبعدها قدم نظام التصنيف الدولي التاسع للأمراض قائمة للأمراض السيكوسوماتية متضمنة الآتي:

١. الأمراض السيكوسوماتية المتضمنة ضرراً في الأنسجة مثل: الربو، التهاب الجلد الأكريما، القرحة المعدية، القولون المخاطي، القولون المتقرح، طفح الجلد، مرض الأرق النفسي الاجتماعي.
٢. الأمراض السيكوسوماتية غير المتضمنة ضرر في الأنسجة مثل: تصلب الرقبة وهو داء في الرقبة بصعوبة الالتفات، احتياج الهواء فواق وزيادة معدل التنفس والكحة النفسية والتثاؤب، اضطرابات القلب والأوعية الدموية، كحة سببها نفسي، بلع الهواء، القيء، وعسر الهضم الناتج عن سبب نفسي وصر الأسنان وتآكلها. (Corsini, R. J,) (1987,P. 938

وتوجد هذه الاضطرابات لدى الأفراد بأشكال متعددة منها:

- اضطراب الجهاز العصبي: كإحساس الأطراف الكاذب، الصداع النفسي.
- اضطراب الجهاز الدوري: كالذبحة الصدرية، عصاب القلب، انخفاض ضغط الدم او ارتفاعه، الإغماء.

- اضطراب الجهاز الغددي: مثل مرض السكر، البدانة، التسمم الدرقي (فرط إفراز الغدة الدرقية).
- اضطراب الجهاز التنفسي: كالربو الشعبي، الحساسية الأنفية المزمنة، التهاب مخاطية الأنف.
- اضطراب الجهاز الهضمي: كالتهاب القولون العصبي، قرحة المعدة، التهاب المعدة، الشراهة، التقيؤ العصبي، الإمساك والإسهال المزمن.
- اضطراب الجهاز التناسلي: مثل العنة (الضعف الجنسي عند الرجل) والقذف المبكر، والقذف المعوق أو البطيء، البرود الجنسي عند المرأة، اضطراب الحيض، الإجهاض المتكرر، الولادة العسرة.
- اضطراب الجهاز البولي: احتباس البول، كثرة مرات التبول، سلس البول (التبول اللاإرادي).
- اضطراب الجهاز العضلي الهيكلي: آلام الظهر، التهاب المفاصل الروماتزمي، اضطرابات العضلات، ضعف الهمة.
- اضطرابات الجلد: الارتيكاريا، الحكاك (الهرش)، الأكزيما العصبية، سقوط الشعر، فرط العرق، الحساسية، حب الشباب. (حامد زهران، ٤٧٨، ٢٠٠٥).

رابعاً: ميتوري الأطراف "رؤى نظرية"

يعتبر البتر خبرة نفسية سيئة وصعبة يعيشها الأفراد ويواجهون معها تحديات نفسية واجتماعية وجسمية أيضاً في التكيف والتوافق، فمنهم من يتعدى تلك المشكلات ومنهم من يحدث له خللاً نفسياً وعصبياً يؤدي أيضاً الي كثير من التحديات (الاضطرابات السيكسوماتية،

الجرح النرجسي، العضو الشبهي، اختلال الوظيفة الجنسية، الاهمال العاطفي، تغير في مستوى الادرنالين). (Brown, T. A. 2014).

وتعرف (سمية أبو موسى, ٢٠٠٨, ٩٧) المبتورين: بأنهم الأفراد الذين لحقت بهم الإعاقة بأحد الأطراف أو أكثر، ويكون ذلك عن طريق النقص الكامل للطرف أو الجزء منها والشلل لطرف أو أكثر لحقت هذه الإعاقة بالمعاق منذ الولادة أو نتيجة إصابته أثناء العمل أو تعرضه لأحد الحوادث، فهي تؤدي بالتالي إلى عدم إمكان المعاقب الإعاقة الجسدية من ممارسة السلوك العادي في المجتمع.

ويعرف (حسن عبد الجواد بدر، ١٩٩٥, ٨) مبتور الأطراف: بأنه ذلك الشخص الذي انحرفت أو نقصت قدراته الجسمية سواء الأطراف العلوية أو الأطراف السفلية بدرجة ما بحيث أصبح بعدها عاجزا عن الاستقرار في عمله أو الاستمرار فيه دون تقديم خدمات إرشادية أو تأهيلية له، وسوف نركز في هذا البحث على حالات البتر: وهم أولئك الأفراد المصابين بفقد الأطراف العليا أو السفلى أو جزء منهما أو كلاهما نتيجة مرض السكري، مما تجعل حياة الفرد أكثر صعوبة، بل وتزيد من حدة مشكلاته النفسية والاجتماعية والمهنية.

محددات الأفراد مبتورى الأطراف: البتر لغة: القطع، وسيف باتر وبتار: قاطع والأبتر المقطوع الذنب والذي لا عقب له، وكل أمر منقطع من الخير. واصطلاحا: يقصد به إزالة أو عدم نمو الأطراف أو جزء منها والبتر إما أن يكون ولاديا أو مكتسبا وقد يكون نتيجة لحوادث الطرق، حوادث الحرائق، حوادث الصناعة، حوادث الملاعب، حوادث السقوط، الإصابات في ميادين القتال والحروب، والكوارث الطبيعية مثل: البراكين والزلازل، والأورام والأمراض الخبيثة مثل: السرطان أو السكري. (وفاء، ٢٠٠٦)

أنواع البتر: يحدث البتر في الأطراف في الأطراف العلوية أو الأطراف السفلية:

أولاً: البتر في الأطراف السفلية: ويكون لأحدهما أو للطرفين ويشتمل على:

* بتر القدم Foot Amputation : (بتر أصبع القدم أو أكثر من أصبع - بتر منتصف القدم - بتر القدم بأكمله أو أي جزء منه)

- بتر الساق Transtibial ويشتمل على أي بتر من الركبة حتى الكاحل.

- فصل الركبة Knee Disarticulation يحدث هذا البتر عند مستوى الركبة.

- بتر الفخذ Trans Femoral ويشتمل على بتر أي جزء من الفخذ من عند الحوض حتى مفصل الركبة.

- فصل الحوض Hip Disarticulation يكون من عند مفصل الحوض مع الفخذ بأكمله.

ثانياً: البتر في الأطراف العلوية: ويكون إما بتر طرف واحد أو للطرفين معا ويشتمل على:

• بتر اليد أو جزء منها Hand Amputation بما فيها الأصابع أو الإبهام أو جزء من اليد تحت الرسغ.

• فصل الرسغ Wrist Disarticulation يتم فيه بتر العضو عند مستوى الرسغ.

• بتر عظمة الساعد Transradial وذلك الذي يحدث تحت الكوع حتى الرسغ.

• بتر عظمة العضد Trasshumeral وذلك الذي يحدث فوق الكوع حتى الكتف.

• فصل الكتف Shoulder Disarticulation يتم البتر عند مستوى الكتف مع بقاء نصل الكتف وقد يتم استئصال عظمة الترقوة أو عدم استئصالها. (القاضي، ٢٠٠٩: ٩٧)

الأثار النفسية والجسمية لبتر الأطراف المكتسب

الشعور بالعضو الشبهي: ويقصد بالألم الطرف الوهمي تلك التي يشعر بها الشخص المبتور الأطراف كما لو كانت ناجمة عن الطرف المبتور. وهي تحدث عندما تواصل الخلايا العصبية في منطقة البتر إرسال رسائل ألم للدماغ. غالباً ما يظهر هذا العضو مباشرة بعد العملية الجراحية بالتالي يشعر المبتور بإحساس غريب وهو الاحساس بوجود العضو أي كما أنه ما زال فيعتبر ذلك العضو كجزء لم يتجزأ منه، وهو في الحقيقة أكيدة إلى غاية أنهم يريدون في بعض الأحيان الوصول إلى أشياء باستعمالهم لليد الوهمية، أو النزول من السرير اعتماداً على القدم الوهمية الغير موجودة" وفسترت كنمط لوضعه الجديد ويتم هذا على مستوى الجهاز العصبي المركزي الذي لم يتكيف أو لم يتعود بعد على الصورة الجديدة للجسد وبالتالي فياحساس الجهاز العصبي بوظيفة هذا العضو مازال موجود، فالمصابون بهذه الظاهرة يعبرون عنها بإحساسات لمسية وظهور ألأم على مستوى العضو مصاب. (Jacob, Mosalanegad, 2013, Tate, A &Dia, 2013, Ulrichova ,2012 Passon ,2012,؛ Ackerman , 2013 2013, Rude, ؛Neff, K. D. 2003؛ Dogan;Sampaz,2012 ؛ Sauer ,2012؛ (S, & Kirkpatrick, K. 2007

الشعور بالجرح النرجسي: فالنرجسية هي حب صورة الذات وتشمل فترة التي يبدأ فيها الفرد بغير جسمه الخاص

على أنه منبع حب، وهي مرحلة طبيعية في نمو الشخصية على أنها تكملة لبداية الأنانية أو التمرکز حول الذات، ويرى أن المرض يخضع الفرد إلى حالة إنطواء نحو الذات وخصوصاً والشعور بالدونية عدم الرضا عن حالتهم وكذلك شكواهم ومعاناتهم، إذا فالجرح النرجسي هو تعبير يستعمل عند شخص يري صورته الجسمية لا أهمية لها ويقدر ذاته ويحط من قيمة ما يقوم به لذلك يقال عن الجرح النرجسي "أنه شعور يقوم على دونية فعله

الشعور الزائد بالعجز: يستكن المبتور للواقع ويحاول إستخدام ضعفه لجلب عطف الآخرين، وكذلك فقد إحترامه لنفسه حيث يجد في عاهته حجة لكي يتنصل من دوره في حياته ولا يجد بؤسا في العيش عالة على الآخرين.

عدم شعور المبتور بالأمن والإطمئنان نحو حالته الجسمية: لا يطمئن للجري والوثب وقد يحدث إضطراب في الإدراك لعدم قدرة المبتور على التقدير الواقعي، كما أنه يشعر بعدم الإطمئنان للغير للفتاوت في إتجاهات وإستجابات الآخرين نحوه، وعدم وجود أدنى إنسجام بينهما وعدم الإطمئنان للنفس فهو في حالة تردد وتذبذب وحيرة، بالإضافة إلي استخدام الحيل الدفاعية كالانكار والرفض، والاضطرابات السيكوسوماتية(الالتهابات الجلدية وفقدان الاحساس بالوقت، وضعف المناعة والحساسية المفرطة). (كاظم العادي، ٢٠١٤؛ أحمد القمصان، ٢٠١٦، ١١٠)

الاعتلال العصبي أو ضعف الأعصاب **Neuropathy** هو أحد المشاكل التي تؤثر على الأعصاب الطرفية للمريض مما قد يسبب بعض الآلام للمريض، وكذلك قد يؤثر على حركة المريض وقدرته على القيام بالعديد من الأنشطة اليومية، لذا يبحث مرضى ضعف أو اعتلال الأعصاب عن أفضل علاج للمساعدة في التغلب على شدة هذه الأعراض ومن ضمنها أفضل دواء لتقوية الاعصاب.، كما أن هناك الاعتلال العصبي السكري **Diabetic neuropathy** هو نوع من تَلَف الأعصاب وأحد مُضاعفات السكري بسبب ارتفاع سكر الدم حيث يؤدي الي ضعف جدران الأوعية الدموية التي تغذي الأعصاب بالأكسجين والعناصر المغذية مما يؤدي إلى اعتلال العصب وإعاقه قدره علي إرسال الاشارات العصبية وينقسم الي(اعتلال الأعصاب المحيطية **peripheral neuropathy** - الاعتلال العصبي المستقلي **autonomic neuropathy** - الاعتلال العصبي الداني **proximal neuropathy** - اعتلال العصب الأحادي - الاعتلال العصبي البؤري **focal neuropathy**)

Osman, 2012؛ Neff, K. D, Tóth-Király, 2019)(neuropathy
(A., Wong, J

ويعر المريض بثلاث مراحل: ١- مرحلة الصدمة: وهي مرحلة قصيرة، وفيها يزيد النبض في ضغط الدم وح ارة الجسم وتسارع في ضربات القلب وانتكاس عام للأنسجة ومن هنا تبدأ مرحلة الخطر، وأول وسيلة دفاعية هي زيادة واضحة في إفراز الادرينالين الذي يكون له دور مؤقت وسريع فيعمل على تحقيق التوازن العضوي للفرد، أما في حالات الألم الشديدة فوجد أن الهيبوثلامس يحث الغدة النخامية على إفراز هرمون منشط للغدة الكظرية الذي يحث بدوره قشرة الغدة الكظرية على إفراز هرمون الكورتيزون الذي يعمل على زيادة مقاومة الجسم فيصحو المصاب ليدخل في المرحلة الثانية من الصدمة. ٢- مرحلة المقاومة: وفيها يتحقق قدر من التوافق وتختفي الأعراض ويتجدد بناء الأنسجة وتستمر هذه المرحلة أياماً أو شهوراً أو سنين بحسب نوع المحنة وشدتها وتنتهي بزوال المحنة المسببة لها أو الشفاء منها أو تصاب الغدة الكظرية بعجز في إفراز الكورتيزون مما يؤدي إلى ضعف مقاومة الجسم ثانية ويدخل الفرد في المرحلة الثالثة. ٣- مرحلة الإجهاد أو الانهيار وفيها يستنفذ الجسم طاقاته وتفشل الوسائل الدفاعية للجسم فتظهر علامات الإعياء تدريجياً وتتوقف قدرة الفرد على التوافق وعلى عملية إعادة بناء الأنسجة ويهزل الفرد، وذلك بسبب توقف الجهاز العصبي السمبثاوي عن إنتاج الطاقة وقد يصاحب ذلك أعراض اكتئاب أو سلوك ذهاني أو مرض جسمي وربما الموت أحياناً، وفي هذه المرحلة تفشل الغدة النخامية في إفراز هرمون الكورتيزون مما يؤدي إلى إعطائه عن طريق الفم وذلك في الحالات النفسية الشديدة.(هناء شويخ، ٢٠١٤؛ عبلة كحيل، ٢٠١٩، ١٥٧)

الدراسات السابقة:

هدفت دراسة سليم (٢٠١٦) إلى دراسة الحيوية الذاتية وعلاقتها بسمات الشخصية الاجتماعية الايجابية والتفكير المفعم بالأمل لدى معلمي التربية الخاصة بلغت (١٠١) معلم ومعلمة، وبعد تطبيق مقاييس الدراسة وتحليل البيانات أظهرت النتائج وجود علاقة موجبة دالة احصائياً بين الحيوية الذاتية وسمات الشخصية الاجتماعية الايجابية، ووجود علاقة دالة احصائياً

بين الحيوية الذاتية والتفكير المفعم بالأمل، كما لا يوجد فروق ذات دلالة احصائية في الحيوية النفسية ترجع الى اختلاف الجنس (ذكور- اناث) (سليم، ٢٠١٦ ، ١٧١)

وأجريت دراسة نائل محمد عبد الرحمن (2016) بهدف التعرف على طبيعة العلاقة بين الوهن النفسى واليقظة الذهنية، كما تم إعداد برنامج تدريبي لتنمية اليقظة الذهنية لعينة من طلاب الجامعة، لفحص تأثير فاعلية اليقظة الذهنية في خفض الوهن النفسى، وتكونت العينة من 200 طالب من جامعة الجوف، وأجريت لهم دراسة ارتباطية وأظهرت النتائج وجود ارتباط سالب ودال احصائيا بين اليقظة الذهنية وأعراض الوهن النفسى لدى أفراد العينة وتم تطبيق برنامج تدريبي لليقظة الذهنية

كما جاءت دراسة عبد الفتاح (٢٠٢٠) بعنوان الامتنان وجودة الحياة كمنبئ بالحياة الذاتية لدى طلاب كلية التربية جامعة المنيا، وهدفت التعرف على مدى اسهام الامتنان وجودة النوم في التنبؤ بالحياة الذاتية لدى طلاب كلية التربية، والتعرف على الاختلاف في الحيوية الذاتية بين الذكور والإناث، والتعرف على مدى اختلاف ديناميات الشخصية والبناء النفسى للحالات الأكثر ارتفاعاً والأقل انخفاضاً في الحيوية الذاتية، وتكونت العينة من (٢٨١) طالباً بجامعة المنيا، وتوصلت الدراسة الي أنه يمكن التنبؤ بالحياة الذاتية من الامتنان وجودة النوم، وتوجد فروق غير دالة احصائياً بين متوسطات درجات الذكور والإناث في الحيوية الذاتية، اختلاف ديناميات الشخصية والبناء النفسى للحالة الأكثر حيوية ذاتية عن الحالة الأقل حيوية ذاتية من منظور المنهج الاكلينيكي باستخدام اختبار تفهم الموضوع T.A.T.

كما اهتمت دراسة أبو غزالة (٢٠٠٧) بمعرفة فعالية الإرشاد بالمعنى في تخفيف أزمة الهوية وتحسين المعنى الإيجابي للحياة لدى طلاب الجامعة واستند البرنامج إلى الأسس النظرية وفنيات العلاج بالمعنى والتعرف على أثره في تخفيف أزمة الهوية، وتحقيق المعنى الإيجابي للحياة واشتملت العينة

على (٣٠) طالب (١٥) طالب مجموعة تجريبية، (١٥) طالب مجموعة ضابطة، واستند البرنامج إلى فنيات العلاج النفسي وهي الحوار السقراطي، تعديل الاتجاهات، خفض التفكير، تحسين الذات التعويضي، المسرحيات النفسية القائم على المعنى وانتهت الدراسة الى فعالية البرنامج الإرشادي في تخفيف أزمة الهوية وتحقيق المعنى الإيجابي.

في حين قام البهاص (٢٠٠٩) باختبار فعالية برنامج إرشادي قائم على فنيات العلاج بالمعنى في خفض قلق العنوسة وتحسين معنى الحياة وتكونت العينة من (٢٠) طالبه من طالبات الدراسات العليا المتأخرات في سن الزواج ثم تقسيمهم إلى (١٠) مجموعة تجريبية، (١٠) مجموعة ضابطة واستخدام مقياس قلق العنوسة ومقياس معنى الحياة، وأسفرت النتائج عن فعالية البرنامج الإرشادي القائم على فنيات العلاج بالمعنى في خفض قلق العنوسة وتحسين معنى الحياة لدى طالبات الدراسات العليا واستمرار أثر البرنامج خلال المتابعة

وتناول محمد النحاس (٢٠٠٩) تحسين جودة الحياة الطالب باستخدام برنامج إرشادي قائم على نظرية الاختيار لدى طالبات الثانوي بمدينة الاسماعيلية وتكونت عينة الدراسة من (٢١) طالب واستخدام مقياس جودة الحياة من إعداده وأسفرت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في تحسين جودة الحياة لدى طلاب المجموعة الإرشادية (البعد الوجداني والبعد المعرفي والبعد الاجتماعي) وتمثل جودة حياة الطالب الذاتية، وفي أبعاد (بيئة الفصل أو المساندة الاجتماعية وأدوار المعلم) وتمثل جودة الحياة الموضوعية واستمر تأثير البرنامج الإرشادي خلال فترة واهتم كل من Tremblay; Bairati Dumont; Gagnon; Fillion; Duval; & Breitbart(2009) بتأثير التدخل المستند على المعنى على الرضا عن العمل وجودة الحياة من الممرضات في وحدة العناية المركزية، حيث أن الممرضات بوحدة العناية المركزة يواجهون العديد من الصعوبات والتحديات المتعلقة بطبيعة عملهم، ولذا استند التدخل العلاجي إلى تعلم العلاج بالمعنى وفقاً لفرانكل وأثر التدريب على فنيات العلاج بالمعنى على تحسين الرضا عن الحياة وجودة

الحياة لدى ممرضات الرعاية المركزة بثلاث مناطق بكندا وتكونت عينة الدراسة من (٥٦) مشاركة ومجموعة ضابطة (٥٣) وأسفرت الدراسة عن فعالية العلاج بالمعنى في تحسين الرضا عن العمل في حين لا زالت جودة الحياة كما هي لعدم القدرة على التعايش للظروف الطارئة لطبيعة العمل بالعناية المركزة.

وتناول فانبلت (2010) Van pelt القلق والاضطرابات الاكتئابية لدى الأطفال وكيف يمكن لفلسفة العلاج بالمعنى أن تؤثر على الصحة النفسية حيث يؤكد أن لطبيعة عمله لمدة ٢٠ عاماً في مجال طب المراهقين يجذر من القلق والاكتئاب لدى الشباب والسبيل للخروج من ذلك يكون بتدعيم الجانب الإيجابي وتنمية الذات والمعنى الإيجابي ونحتاج كعالمين بالمعنى إلى إبراز إرادة المعنى التي تحرك الإنسان نحو النمو ومعايشه الصحة النفسية الإيجابية من خلال البرامج التي تنمي الشخصية.

وقدم باسون (2012) Passon العلاج بالمعنى والتحليل الوجودي في علم النفس الإرشادي كمدخل وقائي وعلاجي للاحتراق النفسي حيث استخدم العلاج بالمعنى والتحليل الوجودي في التخلص من الاحتراق النفسي ومعايشه السعادة وأن الشخص لديه إرادة داخلية وأسفرت الدراسة عن فعالية العلاج بالمعنى والتحليل الوجودي في معايشة الشخص بفاعلية وتكوين علاقات ذات معنى مع الآخرين.

وأسفرت دراسة النجار (١٩٩٧) التي هدفت لمعرفة أثر الإعاقة الجسمية (بالشلل السفلي) على تقدير الذات والتوافق النفسي الاجتماعي بين معاقني الانتفاضة وأقرانهم من إعاقات أخرى، وبين المعاقين جسمياً ومن غير المعاقين، وتكونت عينة الدراسة من (١٤) معاقاً بالشلل السفلي من الذكور بسبب إصابات الانتفاضة، و(٣٥) معاقاً من الذكور بسبب حوادث أخرى، و(٨٠) فرداً من غير المعاقين، واستخدم الباحث مقياس تقدير الذات للباحث (أحمد صالح:

(١٩٨٨) واختبار التوافق الشخصي والاجتماعي للباحث (علي الديب: ١٩٨٨) وطبق على بيئة قطاع غزة وتوصل الباحث لوجود فروق دالة إحصائية بين المعاقين جسميا (الشلل السفلي) بسبب الانتفاضة وبين المعاقين بسبب حوادث أخرى في تقدير الذات والتوافق النفسي الاجتماعي لصالح معاقى الانتفاضة. كما أشارت النتائج لوجود فروق دالة إحصائية بين المعاقين جسميا (أمراض وحوادث أخرى) وغير المعاقين في تقدير الذات والتوافق النفسي الاجتماعي لصالح غير المعاقين. وتوجد فروق دالة إحصائية في تقدير الذات والتوافق النفسي الاجتماعي لذوي الدخل المرتفع، ولا توجد فروق دالة إحصائية في تقدير الذات والتوافق النفسي الاجتماعي تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

أما الهدف من دراسة وليامس (٢٠٠٤) وصف الإسناد النفسي الاجتماعي والمعايشة الاجتماعية على مدى سنتين بعد بتر الطرف السفلي، وتكونت عينة الدراسة من (٨٩) مبتور في الأطراف السفلى وتمت متابعتهم من خلال الاتصال بهم بعد شهر من البتر ثم بعد ٦ أشهر، ثم بعد ١٢ شهر، ثم بعد ٢٤ شهر، وكانت النتيجة مستوى عالي من التوافق النفسي الاجتماعي خلال هذه السنتين من إجراء عملية البتر.

بينما هدفت دراسة حسن (٢٠٠٦) إلى التعرف على الأبعاد السيكودينامية لمبتوري الأطراف والأصحاء في صورة الجسم وتقدير الذات، وتكونت العينة من (٣٠) شخصا، (١٥) أصحاء، و(١٥) مبتوري الأطراف واستخدمت الباحثة منهج الإكلينيكية الانتقائية، واستخدمت أدوات سيكومترية تمثلت في اختبار تقدير الذات ومقياس صورة الجسم، واختبارات إكلينيكية "المقابلة الإكلينيكية"، اختبار تفهم الموضوع، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق في السيكوديناميات بين مبتوري الأطراف والأصحاء.

أما دراسة القاضي، (٢٠٠٩) هدفت هذه الدراسة للتعرف على قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة وتأثير بعض المتغيرات "الجنس، الحالة الاجتماعية، وجود أبناء أم لا، مكان البتر، سبب البتر، مدة الإصابة، وتكونت عينة الدراسة من (٢٥٠) حالة بتر وهي عينة عشوائية طبقت عليها أدوات الدراسة بعد إجراء الصدق والثبات عليها، وهي (مقياس قلق المستقبل، ومقياس صورة الجسم، ومقياس مفهوم الذات) وهي من إعداد الباحثة وتوصلت النتائج الي وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل وصورة الجسم، بين قلق المستقبل ومفهوم الذات. ولا توجد فروق دالة إحصائية في قلق المستقبل لدى حالات البتر في جميع المتغيرات. ولا توجد فروق دالة إحصائية في صورة الجسم لدى حالات البتر في جميع المتغيرات ما عدا متغير (مدة الإصابة) وذلك لصالح ذوي الإصابة الأقل من سنة. ولا توجد فروق دالة إحصائية في مفهوم الذات لدى حالات البتر في جميع المتغيرات.

واجرى (أبو سكران، ٢٠٠٩) لدراسة الكشف عن العلاقة بين التوافق النفسي والاجتماعي ومركز الضبط (الداخلي - الخارجي) للمعاقين حركيا في قطاع غزة، حيث اتبع الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي حيث تكونت عينة الدراسة من (٣٦٠) معاقا من مختلف الإعاقات الحركية مثل (الشلل الدماغي، الشلل الرباعي، القدم المسطحة، تقوس الساقين... الخ) وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: وجود علاقة ارتباطية بين التوافق النفسي والاجتماعي ومركز الضبط (الداخلي - الخارجي) لدى أفراد العينة. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق النفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا تبعا لمتغير الجنس لصالح الذكور، وتبعا لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح المتزوج، وتبعا لمتغير درجة الإعاقة لصالح الإعاقة البسيطة، وتبعا لمتغير الحالة الاقتصادية لصالح من يعمل. ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مركز الضبط للمعاقين حركيا تبعا للمتغيرات (الجنس، الحالة الاجتماعية، درجة الإعاقة، سبب الإعاقة).

• ثانيا: الدراسات التي أهتمت بدراسة الشعور بالألم النفس لدى الافراد مبتور الاطراف:

لقد أجرى هامبتون (Hampton, 1999) دراسة لمعرفة علاقة كل من متغيرات العمر ودرجة الإعاقة وتاريخ بداية الإعاقة وعلاقة العمل والمستوى التعليمي والدعم الاجتماعي بجودة الحياة لدى المعاقين في تايلاند اعلى عينة من (١٤٤) معاقا منهم (١٢٢) من الرجال، و(٢٢) من السيدات، وتراوحت أعمارهم بين (١٦ - ٣٥) سنة، توصلت إلى أن الأشخاص الذين يعملون في وظائف يرتضونها وعلى مستوى عال من التعليم ويحصلون على الدعم الاجتماعي، ويرون أنفسهم في صحة جيدة يميلون إلى الارتفاع على مقاييس جودة الحياة، بينما ينخفض من يدركون أنفسهم بصورة سلبية، وتقل علاقتهم بالآخرين أو بالمحيط البيئي.

وفي دراسة أجراها سامي محمد موسى هاشم (٢٠٠١) لقياس جودة الحياة لدى عينة من المعوقين والمسنين وطلاب الجامعة بمصر، على عينة مكونة من مجموعة من المعوقين جسيميا بدرجة بسيطة أو متوسطة تراوحت أعمارهم من (٢٥ - ٤٠) سنة وعددهم (٦٢) معوقا، وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين ذوي الإعاقة البسيطة وذوي الإعاقة المتوسطة في جودة الحياة، حيث يبدو ذوو الإعاقة المتوسطة أقل إدراكا لجودة الحياة وأنهم أقل سعادة ورضا عن الحياة من ذوي الإعاقة البسيطة، كذلك وجود ارتباط قويا بين جودة الحياة والتكيف والتماسك الأسري.

وكشفت دراسة (Barlow et al, 2006) عن فعالية برنامج إرشادي لتنمية الشعور بجودة الحياة النفسية لدي عينة من الآباء ممن لديهم أبناء من ذوي الإعاقات الجسمية، مكونة من (٩٥) فرداً قسموا إلى مجموعتين، تجريبية (٤٩) فرداً، وضابطة (٤٦) فرداً، وتوصلت إلى فعالية البرنامج الإرشادي المقدم في تنمية كل من مستوى الفعالية النفسية ونمو مهارات التحكم وزيادة الدافعية وخفض حدة الاضطرابات النفسية والسلوكية.

أما دراسة بردجيت يونج وآخرون (Bridget, Young, et al, 2007) التي هدفت إلى معرفة مدى إدراك الأطفال المعاقين لمفهوم جودة الحياة، على عينة من (٢٨) طفلاً، منهم (١٥) ذكور) و(١٣ إناث) و(٣٥ من أولياء الأمور)، وقد تبين بأن هناك عوامل مهمة تساهم في جودة الحياة للمعاقين وتشمل (حياة المنزل، الجيران، أعضاء العائلة من غير أولياء الأمور، علاقات الأصدقاء، الألم، الراحة، ومسكن المعاق، وتوافر معايير الأمن والسلامة، والموازنة المالية المخصصة له، والوقت المتوفر له).

فروض الدراسة : صاغ الباحثان فروض الدراسة الحالية علي النحو التالي:

- ١- توجد فروق دالة احصائية بين متوسطات رتب درجات عينة الدراسة في القياس القبلي والبعدي على مقياس الحيوية الذاتية.
 - ٢- توجد فروق دالة احصائية بين متوسطات رتب درجات افراد عينة الدراسة في القياس القبلي والقياس البعدي في قوة الإرادة.
 - ٣- يختلف مستوي (الشعور بالألم النفسي والانعكاسات السيكوفسيولوجية) لدى مبتوري الأطراف باختلاف القياسين القبلي والبعدي للبرنامج
 - ٤- لا توجد فروق دالة احصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد عينة الدراسة في القياس البعدي والقياس التبعي في متغيرات الدراسة
- محددات الدراسة: وتمثلت تلك المحددات فيما يلي:**

- ١- المحددات الموضوعية: تمثلت في المتغيرات التي تتناولها: الحيوية الذاتية، قوة الإرادة، الشعور بالألم النفسي، مبتوري الأطراف
- ٢- المحددات البشرية: تم تطبيق أدوات الدراسة على الأفراد من عمر (٢٣:٣٧) عام من مبتوري الأطراف

٣- المحددات الزمنية: طُبِق البحث في شهر يناير ٢٠٢١

٤- المحددات المكانية: أحد مراكز العلاج الطبيعي بمحافظة المنيا.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

أولاً : منهج الدراسة: اعتمدت هذه الدراسة المنهج شبه التجريبي (التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة)، والذي تمثل في تطبيق البرنامج الإرشادي لتنمية الحيوية الذاتية وقوة الإرادة لخفض مستوى الشعور بالألم النفسي وانعكاساته السيكوفسيولوجية وقياس بعض المؤشرات الفسيولوجية مثل ضغط الدم لدي عينة من مبتوري الأطراف من خلال القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج.

ثانياً : عينة الدراسة:

(أ) **عينة الدراسة الاستطلاعية :** تتكون عينة الدراسة الاستطلاعية من (٣٥) فرد من الافراد مبتوري الاطراف حيث تراوحت أعمارهم ما بين (١٩ - ٤٥) عام، بمتوسط عمري (٢٧,١٤) وانحراف معياري (٤,٦٠)، وكان الهدف من تلك العينة هو الوقوف على مدى مناسبة مقياس الدراسة، فضلاً عن التأكد من سلامة الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة من خلال حساب صدق وثبات الاختبارات.

(ب) **خصائص عينة البرنامج:** تكونت عينة البرنامج من (٧) أفراد من الأفراد مبتوري الأطراف تتراوح أعمارهم من ٢٣-٣٧ عام بمتوسط عمري قدره (٣١,٠٩) وانحراف معياري(١,٩)، ممن لديهم انخفاض مستوى الحيوية الذاتية وانخفاض قوة الإرادة لديهم، وارتفاع درجاتهم على مقياس الشعور بالألم النفسي حيث طبق عليهم البرنامج الإرشادي لتنمية الحيوية الذاتية وقوة الإرادة كمدخل لخفض الشعور بالألم النفسي وجميعهم ممن تم بتر جزء من الطرف السفلي لديهم (القدم أو جزء منه بسبب السكري ومضاعفاته) ومن محافظة المنيا.

شروط اختيار عينة الدراسة: تم اختيار عينة الدراسة وفقا لشروط محددة منها:

- العمر الزمني للحالات (٢٣-٣٧) من الذكور فقط
- سبب البتر هو مضاعفات السكري وليس أي أسباب أخرى أو حوادث
- أن تكون مدة الإصابة بالسكري منذ أكثر من عام، وأن يكون البتر تم من حوالي شهر فقط قبل تطبيق البرنامج
- والحالة الزوجية لعينة البرنامج (من المتزوجين)، ومراعاة المستوي الاجتماعي الاقتصادي المتوسط
- الحالة الصحية (أن يكون السكري فقط هو المعاناة الاولي وباقي المضاعفات تابعة للسكري)
- البتر فقط في الأطراف السفلية
- جميع المشاركين يعانون من اضطرابات سيكسوماتية عقب البتر بالإضافة الي متابعة قياس ضغط الدم

ثالثاً: أدوات الدراسة : اشتملت أدوات الدراسة أولاً علي استمارة بيانات خاصة بالعينة المطبق عليهم البحث الحالي لوصف حالتهم النفسي ومتابعة مدي التحسن أثناء تطبيق البرنامج بالإضافة الي:

أولاً: مقياس الحيوية الذاتية(إعداد: فاطمة الزهراء محمد المصري، ٢٠٢٠).

حيث قامت فاطمة الزهراء، ٢٠٢٠ بإعداد مقياس يتكون في صورته النهائية من (٥ أبعاد) تشتمل على(٦٢ مفردة) تهدف إلى قياس الحيوية الذاتية لدى ذوى الإعاقة الحركية بجامعة حلوان، ويقوم المفحوص داخل المقياس باختيار إجابة واحدة لكل مفردة من المفردات وذلك وفقاً للتدرج الثلاثي(دائماً- أحياناً- أبداً) حيث تعطى العبارات الموجبة(١-٢-٣) بينما يعكس اتجاه التصحيح للعبارات السالبة وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (٦٢-١٨٦)، وتشير الدرجة

العليا إلى ارتفاع الحيوية الذاتية، وقامت الباحثة بالتحقق من الخصائص السيكمومترية للمقياس للتحقق والمقياس صالح للتطبيق.

الخصائص السيكمومترية للمقياس

أ: **صدق المقياس:** يعرف إدجارتون صدق المقياس بأنه المدى الذي تكون به أداة القياس مفيدة لهدف معين، كما يرى كرونباخ Cronbach ، 1960 صدق المقياس أنه بقدر إكتمال تفسير درجة الإختبار للسمة المعنية، والثقة في هذا التفسير بقدر صدق الإختبار(صفوت فرج، ٢٤٠٠، ٢٠١٢) حيث قامت بعمل الصدق التلازمي، وصدق المقارنة الطرفية وصدق المحك وتراوحت المعاملات بين (٠.٧٩٠:٠.٦١٠) وكانت دالة عند ٠,٠٠١ وقام الباحثان بحساب صدق المقياس (الحيوية الذاتية) في الدراسة الحالية كما يلي:

١. **الصدق التمييزي:** تم حساب الصدق التمييزي على عينة قوامها (٣٥) فرداً من مبتوري الأطراف، وذلك باستخدام اختبار مان ويتني Mann-Whitney اللابارامتري للتحقق من دلالة الفروق بين عينتين مستقلتين؛ وذلك للتحقق من دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات (١٠) أطفال من مرتفعي الأداء و(١٠) أطفال من منخفضي الأداء على المقياس وأبعاده الفرعية (الحيوية البدنية، الحيوية الذهنية، الحيوية الانفعالية، الحيوية الاجتماعية، الحيوية الروحية) بتقسيم ٢٧٪ للأدائين المرتفع والمنخفض، كما بالجدول:

جدول (٣) نتائج اختبار مان ويتني Mann-Whitney للفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد.

مجموعتي أعلى الأداء وأدنى الأداء على مقياس الحيوية الذاتية.

المحاور	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان ويتني (U)	قيمة (Z)	تفسير الدلالة
الحيوية البدنية	مرتفعي الأداء	١٠	١٥,٥٠	١٥٥,٠٠	٠,٠٠٠	٤,٣٥٩	(٠,٠٠٠) دالة عند ٠,٠٠١
	منخفضي الأداء	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠			
الحيوية الدهنية	مرتفعي الأداء	١٠	١٥,٥٠	١٥٥,٠٠	٠,٠٠٠	٣,٨١٤	(٠,٠٠٠) دالة عند ٠,٠٠١
	منخفضي الأداء	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠			
الحيوية الانفعالية	مرتفعي الأداء	١٠	١٥,٥٠	١٥٥,٠٠	٠,٠٠٠	٤,٠٥١	(٠,٠٠٠) دالة عند ٠,٠٠١
	منخفضي الأداء	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠			
الحيوية الاجتماعية	مرتفعي الأداء	١٠	١٥,٥٠	١٥٥,٠٠	٠,٠٠٠	٤,١٩٤	(٠,٠٠٠) دالة عند

٠,٠٠١			٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	منخفضي الأداء	
(٠,٠٠٠)	-		١٥٥,٠٠	١٥,٥٠	١٠	مرتفعي الأداء	الحيوية الروحية
دالة عند ٠,٠٠١	٤,٠٤٧	٠,٠٠٠	٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	منخفضي الأداء	
(٠,٠٠٠)	-		١٥٥,٠٠	١٥,٥٠	١٠	مرتفعي الأداء	المقياس ككل
دالة عند ٠,٠٠١	٣,٧٩٠	٠,٠٠٠	٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	منخفضي الأداء	

يتضح من خلال الجدول أن قيم (Z) المحسوبة بلغت (-٤,٣٥٩، -٣,٨١٤، -٤,٠٥١، -٤,١٩٤، -٤,٠٤٧، -٤,٠٥٤، -٤,٠٥٩، -٣,٧٩٠)، وجميع هذه القيم دالة إحصائيًا عند ٠,٠٠١، ويشير إلى وجود فروق بين متوسطي رتب درجات منخفضة ومرتفعي الأداء في الحيوية الذاتية وأبعادها الفرعية، لصالح المجموعة الأعلى (مرتفعي الأداء)؛ مما يدل على القدرة التمييزية للمقياس في التعرف على المجموعات المتباينة في الأداء.

(٢) **صدق الاتساق الداخلي:** قام الباحثان بالتحقق من الصدق لمقياس الحيوية الذاتية من خلال حساب معامل الارتباط بين البنود والدرجة الكلية للمقياس، كما بالجدول التالي:

جدول (٤) معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية لمقياس الحيوية الذاتية (ن = ٣٥)

الارتبا ط	بن د	الارتبا ط	بن د	الارتبا ط	بن د	الارتبا ط	بن د	الارتبا ط	بن د	الارتبا ط	بن د
0.79 **	5 6	0.70 **	4 5	0.69 **	3 4	0.69 **	2 3	0.81 **	1 2	0.70 **	1
0.71 **	5 7	0.63 **	4 6	0.70 **	3 5	0.65 **	2 4	0.66 **	1 3	0.64 **	2
0.59 *	5 8	0.74 **	4 7	0.64 **	3 6	0.69 **	2 5	0.75 **	1 4	0.66 **	3
0.81 **	5 9	0.80 **	4 8	0.66 **	3 7	0.71 **	2 6	0.64 **	1 5	0.82 **	4
0.66 **	6 0	0.80 **	4 9	0.78 **	3 8	0.78 **	2 7	0.64 **	1 6	0.52 *	5
0.73 **	6 1	0.69 **	5 0	0.72 **	3 9	0.72 **	2 8	0.81 **	1 7	0.70 **	6
0.81 **	6 2	0.55 *	5 1	0.76 **	4 0	0.76 **	2 9	0.66 **	1 8	0.72 **	7

		0.76	5	0.67	4	0.67	3	0.73	1	0.83	8
		**	2	**	1	**	0	**	9	**	
		0.68	5	0.51	4	0.51	3	0.75	2	0.69	9
		**	3	*	2	*	1	**	0	**	
		0.81	5	0.64	4	0.73	3	0.64	2	0.73	1
		**	4	**	3	**	2	**	1	**	0
		0.66	5	0.73	4	0.75	3	0.66	2	0.75	1
		**	5	**	4	**	3	**	2	**	1

* دال عند (٠,٠٥)

** دال عند (٠,٠١)

ويتضح من الجدول رقم (٤) أن معظم معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية للمقياس

دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١). إذ تراوحت المعاملات من (٠,٨٣- ٠١,٠).

جدول (٥) معاملات الارتباط بين الابعاد والدرجة الكلية لمقياس الحيوية الذاتية (ن=٣٥)

الدرجة الكلية	المعامل
	أبعاد المقياس
**0.75	الحيوية البدنية
**0.70	الحيوية الذهنية

الحيوية الانفعالية	0.69**
الحيوية الاجتماعية	0.73**
الحيوية الروحية	0.76**

ويتضح من الجدول أن معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستوي دلالة (٠,٠١). إذ تراوحت المعاملات من (٠,٧٦-٠,٠١).

ثالثاً: ثبات المقياس: قام الباحثان بالتحقق من ثبات المقياس باستخدام طريقتين هما: التجزئة النصفية (باستخدام معادلتَي جوتمان، وتصحيح الطول لسبيرمان براون) ومعامل ألفا-كرونباخ، على عينة قوامها (٣٥) فرداً من مبتوري الاطراف، وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (٦) معاملات ثبات مقياس المهارات الحوية الذاتية = ٣٥.

الابعاد	عدد المفردات	معامل التجزئة النصفية		معامل جوتمان	معامل ألفا-كرونباخ
		قبل التصحيح	بعد التصحيح		
الحيوية البدنية	١٤	٠,٧٧٩	٠,٨٧٨	٠,٨٦١	٠,٨٩٠
الحيوية الدهنية	١٢	٠,٧٨٢	٠,٨٧٨	٠,٨٧٨	٠,٨٦٤
الحيوية الانفعالية	١١	٠,٧٢٢	٠,٨٤٠	٠,٨٣٥	٠,٧٧٦

٠,٩٢٩	٠,٩١٧	٠,٩٢٨	٠,٨٦٤	١٤	الحيوية الاجتماعية
٠,٨٦٩	٠,٨٤٩	٠,٨٥٠	٠,٦٤٩	١١	الحيوية الروحية
٠,٩٣٩	٠,٩١٨	٠,٩٢١	٠,٨٥٣	٦٢	المقياس ككل

ويتضح من خلال الجدول (٦) أن قيم معاملات ثبات المقياس وأبعاده الفرعية باستخدام طريقتي التجزئة النصفية ومعامل ألفا-كرونباخ تراوحت ما بين (٠,٥٢٨-٠,٩٣٩)، وهي معاملات ثبات عالية، مما يؤكد صلاحية المقياس للتطبيق والاستخدام.

ثانياً: مقياس قوة الارادة: من إعداد الباحثين

يهدف المقياس إلى تشخيص قوة الارادة عند الافراد مبتوري الاطراف حيث مر إعداد هذا المقياس بعدة مراحل تمثلت المرحلة الأولى في تحديد الروافد الأساسية لمقياس قوة الارادة من المراجع العربية والأجنبية، والنظريات السابقة، والمقاييس السابقة التي تناولت قوة الارادة كي تتمكن من تشكيل وعاء يضم عدد كبير من بنود المقياس، ثم تاتي المرحلة الثانية والتي تمثلت في إعداد الاستبانة المفتوحة وتطبيقها على عينة من الافراد مبتور الاطراف بغرض التعرف على مفهوم قوة الارادة من وجه نظرهم، والتعرف على أكثر السمات والخصائص المرتبطة به، وذلك من اجل بناء مقياس لقياس قوة الارادة عند الافراد مبتور الاطراف، ويمكن اجمال أوجه الاستفادة من الروافد السابقة لبناء مقياس قوة الارادة في تحديد مكونات مقياس قوة الارادة وحصر مكوناته حيث أعطيت الأولوية للمفردات المشتركة بين الروافد السابقة ذات الشيوع الأعلى (٨٠ % فاكثر) بحيث تعكس أقصى تمثيل قوة الارادة لدى الافراد مبتوري الاطراف. وفيما يلي تمثيل مكونات مقياس قوة الارادة.

جدول (٧) المكونات الأكثر شيوعاً لمفهوم قوة الإرادة الواردة عبر (النظريات والدراسات السابقة- المقاييس السابقة- التعريفات الإجرائية- الاستبانة المفتوحة)

متوسط معامل الشيوع	الاستبانة المفتوحة	التعريفات الإجرائية	المقاييس السابقة	الدراسات السابقة والنظريات	المصدر المكونات
% 86	% 85	% 87	85 %	% 88	مواجهة المشكلات والتحديات
% 83	% 82	% 84	84 %	% 86	الثقة النفس
% 81	% 80	% 81	% 83	% 84	القوة النفسية
% 80	% 0.80	0.80 %	0.81 %	% 0.80	الإيجابية

- المقياس في صورته النهائية: بناءً على ما سبق تم إعداد مقياس قوة الإرادة ليضم مختلف الخصائص، وذلك بغرض معرفة مستوى قوة الإرادة لدى الأفراد مبتوري الأطراف وبذلك يصبح عبارات المقياس (٢٤ عبارة).
- تحديد بدائل الاستجابة: تم اختيار البدائل الثلاثية حتى يتسنى تحديد الأفضل لانطباق البنود عليهم، ولكي يكون هناك مرونة أكبر في اختيار الإجابات كانت تلك البدائل كالتالي (أوافق - أحياناً - لا أوافق).
- تصحيح المقياس: يتم تصحيح المقياس في صورته النهائية وفق للمفتاح التالي :

أ- العبارات الإيجابية: وتصحيحها: (أوافق= ٣ درجات، احياناً = ٢ درجتان، لا اوافق= درجة واحدة)، والعكس بالنسبة للعبارات السلبية وبذلك تصحح الدرجة العظمى (٣) $(24 \times 72 = 24 \times 1)$ درجة، وتشير إلى ارتفاع مستوى قوة الإرادة عند الافراد مبتوري الاطراف، وتصحح الدرجة الدنيا $(24 \times 1) = 24$ درجة وتشير إلى انخفاض مستوى قوة الإرادة عند الافراد مبتوري الأطراف
حساب الكفاءة السيكومترية للمقياس

أولاً: صدق المقياس: تم التحقق من صدق المقياس من خلال الأتي :

(١) صدق البناء والتكوين: يكتسب المقياس صدقه من خلال إعداده في نطاق ما أسفرت عنه النظريات، والبحوث السابقة، والاستفادة من نتائجها في وضع تعريف إجرائي لقوة الإرادة ومكوناته الفرعية، وقد تم اشتقاق مفردات المقياس، وصياغة بنوده في ضوء ما تم الإطلاع عليه في الدراسات السيكولوجية، والمقاييس السابقة المتعلقة بقوة الإرادة وأعراضه وخصائصه المختلفة، والتعريفات الإجرائية السابقة، وعمل استبانته مفتوحة وهي جميعاً تشكل المصادر المعرفية النظرية والتطبيقية، فيصبح المقياس صادقاً في ضوء صدق البناء والتكوين .

(٢) صدق المحكمين: تم عرض بنود المقياس على عدد من المحكمين من أستاذة علم النفس بغرض التأكد من مدى ملائمة بنود المقياس من حيث الصياغة والوضوح، وإبداء الرأي العلمي بصدد عبارات المقياس ومدى تمثيلها للبعد الذي تندرج تحته، حيث أشار بعض المحكمين إلى عمل بعض التعديلات الخاصة بالصياغة، واستبعاد البعض الأخر من العبارات التي لم تحظ بنسبة اتفاق أكثر من ٩٠ % حيث بلغ عدد العبارات المحذوفة (٥ عبارات)، وبلغت عبارات المقياس في صورته النهائية (٢٤) عبارة .

٣) **الصدق التمييزي:** تم حساب الصدق التمييزي على عينة قوامها (٣٥) فرداً من مبتوري الأطراف، وذلك باستخدام اختبار مان ويتني Mann-Whitney اللابارامتري للتحقق من دلالة الفروق بين عينتين مستقلتين؛ وذلك للتحقق من دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات (١٠) أطفال من مرتفعي الأداء و(١٠) أطفال من منخفضي الأداء على المقياس وأبعاده الفرعية، بتقسيم ٢٧٪ للأدائين المرتفع والمنخفض، كما بالجدول:

جدول (٨) نتائج اختبار مان ويتني Mann-Whitney للفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد

مجموعتي أعلى الأداء وأدنى الأداء على مقياس قوة الإرادة.

المحاور	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان ويتني (U)	قيمة (Z)	تفسير الدلالة
مواجهة المشكلات والتحديات	مرتفعي الأداء	١٠	١١,٥٠	١١٥,٠٠	٠,٠٠٠	٣,٨١٤	(٠,٠٠٠) دالة عند ٠,٠٠١
	منخفضي الأداء	١٠	٣,٥٠	٣٥,٠٠			
الثقة النفس	مرتفعي الأداء	١٠	١١,٥٠	١١٥,٠٠	٠,٠٠٠	٣,٠٥١	(٠,٠٠٠) دالة عند

٠,٠٠١			٣٥,٠٠	٣,٥٠	١٠	منخفضي الأداء	
(٠,٠٠٠)	-		١١٥,٠٠	١١,٥٠	١٠	مرتفعي الأداء	القوة النفسية
دالة عند ٠,٠٠١	٣,١٩٤	٠,٠٠٠	٣٥,٠٠	٣,٥٠	١٠	منخفضي الأداء	
(٠,٠٠٠)	-		١١٥,٠٠	١١,٥٠	١٠	مرتفعي الأداء	الايجابية
دالة عند ٠,٠٠١	٣,٠٤٧	٠,٠٠٠	٣٥,٠٠	٣,٥٠	١٠	منخفضي الأداء	
(٠,٠٠٠)	-		١١٥,٠٠	١١,٥٠	١٠	مرتفعي الأداء	المقياس ككل
دالة عند ٠,٠٠١	٣,٧٩٠	٠,٠٠٠	٣٥,٠٠	٣,٥٠	١٠	منخفضي الأداء	

يتضح من خلال الجدول أن قيم (Z) المحسوبة قد بلغت (-٣,٨١٤، -٣,٠٥١، -٣,١٩٤، -٣,٠٤٧، -٣,٧٩٠)، وجميع هذه القيم دالة عند مستوى ٠,٠٠١، ويشير إلى وجود فروق بين متوسطي رتب درجات منخفضي ومرتفعي الأداء على مقياس قوة الارادة وأبعاده الفرعية، لصالح

المجموعة ذات المتوسط الأعلى (مرتفعي الأداء)؛ مما يدل على القدرة التمييزية للمقياس في التعرف على المجموعات المتباينة في الأداء.

٤) صدق الاتساق الداخلي: قام الباحثان في الدراسة الحالية بالتحقق من الصدق لمقياس قوة الارادة من خلال حساب معامل الارتباط بين البنود والدرجة الكلية للمقياس، وكانت قيم معاملات الارتباط المتبادلة بين درجة البند والدرجة الكلية، كما بالجدول التالي:

جدول (٩) معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية لمقياس قوة الارادة (ن=٣٥)

الارتباط	بند	الارتباط	بند	الارتباط	بند	الارتباط	بند	الارتباط	بند	الارتباط	بند
0.6 **9	6	0.7 **1	5	0.6 **6	4	0.7 **1	3	0.6 **7	2	0.7 **9	1
0.6 **8	12	0.7 **7	11	0.7 **5	10	0.7 **3	9	0.6 **4	8	0.5 *5	7
0.7 **3	18	0.6 **9	17	0.7 **2	16	0.7 **2	15	0.8 **1	14	0.6 **6	13
0.8 **1	24	0.5 *5	23	0.7 **6	22	0.7 **6	21	0.6 **6	20	0.7 **2	19

* دال عند

** دال عند (٠,٠١)

(٠,٠٥)

ويتضح من الجدول أن معظم معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستوي دلالة (٠,٠١). إذ تراوحت المعاملات من (٠,٨١ - ٥٥.٠).

جدول (١٠) معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس قوة الإرادة (ن=٣٥)

الدرجة الكلية	المعامل
	أبعاد المقياس
0.71**	مواجهة المشكلات والتحديات
0.68**	الثقة النفس
0.66**	القوة النفسية
0.72**	الإيجابية

ويتضح من الجدول أن معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستوي دلالة (٠,٠١). إذ تراوحت المعاملات من (٠,٧٢ - ٦٦.٠).

ثانياً : ثبات المقياس: تم التحقق من ثبات المقياس بأكثر من طريقة نحو مزيد من التيقن والدقة من سلامة المقياس، فقد تم حساب معامل الفا-كرونباخ، فضلاً عن الاعتماد على طريقة إعادة التطبيق بفواصل زمني خمسة عشر يوماً بين التطبيقين وذلك بالنسبة للمقياس ككل إضافة إلى مقياسه الفرعية، ونتائجه كما يلي:

جدول (١١) معاملات ثبات مقياس قوة الإرادة بطريقة ألفا كرونباخ وإعادة التطبيق (ن=٣٥)

إعادة التطبيق	ألفا كرونباخ	المعامل أبعاد المقياس
**0.70	**0.68	مواجهة المشكلات والتحديات
**0.74	**0.70	الثقة النفس
**0.67	**0.71	القوة النفسية
**0.72	**0.82	الاجابية
**0.71	**0.73	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول السابق ارتفاع معاملات الثبات للمقياس الكلي وكذلك مكوناته الفرعية مما يؤكد ذلك على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع ويجعله صالحا للتطبيق .

ثانيا: مقياس الشعور بالألم النفسي: إعداد الباحثين

يهدف المقياس إلى تشخيص الشعور بالألم النفسي عند الأفراد مبتوري الأطراف حيث مر إعداد هذا المقياس بعدة مراحل تمثلت المرحلة الأولى في تحديد الروافد الأساسية لمقياس الشعور بالألم النفسي عند الافراد مبتوري الاطراف من المراجع العربية والإجنبية، والنظريات السابقة، والمقاييس السابقة التي تناولت الشعور بالألم النفسي عند الافراد مبتوري الاطراف، كي تتمكن من تشكيل وعاء يضم عدد كبير من بنود المقياس، ثم تاتي المرحلة الثانية والتي تمثلت في إعداد الاستبانة المفتوحة وتطبيقها على عينة من الافراد مبتوري الأطراف بغرض التعرف على أكثر السمات، والخصائص المرتبطة بمفهوم الشعور بالألم النفسي لدى الأفراد مبتوري الأطراف، وذلك من أجل بناء مقياس لقياس الشعور بالألم النفسي عند الأفراد مبتوري الأطراف.

ويمكن إجمال أوجه الاستفادة من الروافد السابقة لبناء مقياس الشعور بالألم النفسي في تحديد مكونات مقياس الشعور بالألم النفسي وحصر مكوناته، حيث أعطيت الأولوية للمفردات المشتركة بين الروافد السابقة ذات الشيع الأعلى بحيث تعكس أقصى تمثيل الشعور بالألم النفسي لدى عينة الدراسة مبتوري الأطراف

جدول (١٢) المكونات الأكثر شيوعاً لمفهوم الشعور بالألم النفسي عبر (النظريات والدراسات السابقة - المقاييس السابقة - التعريفات الاجرائية - الاستبانة المفتوحة)

متوسط معامل الشيع	الاستبانة المفتوحة	التعريفات الإجرائية	المقاييس السابقة	الدراسات السابقة والنظريات	المصدر المكونات
% 85	% 82	% 83	% 85	% 90	الشعور النفسي بالأسي
% 83	% 82	% 82	% 84	% 83	الوهن النفسي
% 82	% 81	% 81	% 82	% 82	السلبية واللامبالاة
% 81	% 81	% 80	% 80	% 81	فقدان الامل
% 80	% 80	% 80	% 80	% 80	وصمة الذات

- **المقياس في صورته النهائية:** بناءً على ما سبق تم إعداد مقياس الشعور بالألم النفسي ليضم مختلف الخصائص، وذلك بغرض معرفة مستوى الشعور بالألم النفسي لدى الافراد مبتور الاطراف، وبذلك يصبح جميع عبارات المقياس (٢١ عبارة).
- **تحديد بدائل الاستجابة :** تم اختيار البدائل الثلاثة حتى يتسنى تحديد الأفضل لانطباق البنود عليهم ولكي يكون هناك مرونة أكبر في اختيار الإجابات، وكانت تلك البدائل كالتالي (أوافق – أحياناً – لا أوافق) ، ويتم تصحيح المقياس في صورته النهائية وفق للمفتاح التالي:
(أ) - العبارات الايجابية: وقد تم تصحيحها كالتالي: (أوافق= ٣ درجات، أحياناً = ٢ درجتان، لا اوافق= درجة واحدة)، والعكس بالنسبة للعبارات السلبية وبذلك تصبح الدرجة العظمى (٣ × ٢١) = ٦٣ وتشير إلى ارتفاع مستوى الشعور الألم النفسي عند الافراد مبتوري الأطراف، وتصبح الدرجة الدنيا (١ × ٢١) = ٢١ وتشير إلى انخفاض مستوى الشعور الألم النفسي عند الأفراد مبتوري الاطراف عينة الدراسة .

حساب الكفاءة السيكومترية :

أولاً: صدق المقياس :تم التحقق من صدق المقياس من خلال الاتي :

- (١) **صدق البناء والتكوين:** يكتسب المقياس صدقه من خلال إعداده في نطاق ما أسفرت عنه النظريات، والبحوث السابقة، والاستفادة من نتائجها، حيث تم اشتقاق مفردات المقياس، وصياغة بنوده في ضوء ما تم الإطلاع عليه في الأدبيات السيكلوجية، والمقاييس السابقة المتعلقة بالشعور الألم النفسي، والتعريفات الإجرائية السابقة، وعمل استبانة مفتوحة وهي جميعاً تشكل المصادر المعرفية النظرية والتطبيقية، ومن ثم يصبح المقياس صادقاً في ضوء ما يسمى صدق البناء والتكوين .

(٢) **صدق المحكمين:** تم عرض بنود المقياس على عدد من المحكمين من أستاذة علم النفس بغرض التأكد من مدى ملائمة بنود المقياس من حيث الصياغة والوضوح، وإبداء الرأي العلمي بصدد عبارات المقياس، ومدى تمثيلها للبعد الذي تندرج تحته، حيث أشار بعض المحكمين إلى عمل بعض التعديلات الخاصة بالصياغة، واستبعاد البعض الآخر من العبارات التي لم تحظ بنسبة اتفاق أكثر من ٩٠ % حيث بلغ عدد العبارات المحذوفة (٤ عبارات)، وبلغت عبارات المقياس في صورته النهائية (٢١) عبارة .

(٣) **الصدق التمييزي:** تم حساب الصدق التمييزي على عينة قوامها (٣٥) فرداً من مبتوري الأطراف، وذلك باستخدام اختبار مان ويتني Mann-Whitney اللابارامتري للتحقق من دلالة الفروق بين عينتين مستقلتين؛ وذلك للتحقق من دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات (١٠) أطفال من مرتفعي الأداء و(١٠) أطفال من منخفضي الأداء على المقياس وأبعاده الفرعية بتقسيم ٢٧٪ للأدائين المرتفع والمنخفض، كما بالجدول:

جدول (١٣) نتائج اختبار مان ويتني Mann-Whitney للفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد

مجموعتي أعلى الأداء وأدنى الأداء على مقياس الشعور بالألم النفسي.

المحاور	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان ويتني (U)	قيمة (Z)	تفسير الدلالة

(٠,٠٠٠) دالة عند ٠,٠٠١	-	٠,٠٠٠	١٠٥,٠٠	١٠,٥٠	١٠	مرتفعي الأداء	الشعور بالأسي النفسي
			٣٥,٠٠	٣,٥٠	١٠	منخفضي الأداء	
(٠,٠٠٠) دالة عند ٠,٠٠١	-	٠,٠٠٠	١٠٥,٠٠	١٠,٥٠	١٠	مرتفعي الأداء	الوهن النفسي
			٣٥,٠٠	٣,٥٠	١٠	منخفضي الأداء	
(٠,٠٠٠) دالة عند ٠,٠٠١	-	٠,٠٠٠	١٠٥,٠٠	١٠,٥٠	١٠	مرتفعي الأداء	السلبية واللامبالاة
			٣٥,٠٠	٣,٥٠	١٠	منخفضي الأداء	
(٠,٠٠٠) دالة عند ٠,٠٠١	-	٠,٠٠٠	١٠٥,٠٠	١٠,٥٠	١٠	مرتفعي الأداء	فقدان الامل
			٣٥,٠٠	٣,٥٠	١٠	منخفضي الأداء	
(٠,٠٠٠)	-	٠,٠٠٠	١٠٥,٠٠	١٠,٥٠	١٠	مرتفعي	وصمة

الذات	الأداء				دالة عند
	منخفضي الأداء	١٠	٣,٥٠	٣٥,٠٠	٣,٠٤٧ ٠,٠٠١
	مرتفعي الأداء	١٠	١٠,٥٠	١٠٥,٠٠	
المقياس ككل	منخفضي الأداء	١٠	٣,٥٠	٣٥,٠٠	٠,٠٠٠ ٣,٧٩٠
	مرتفعي الأداء	١٠	١٠,٥٠	١٠٥,٠٠	(٠,٠٠٠) دالة عند ٠,٠٠١

يتضح من خلال الجدول السابق أن قيم (Z) المحسوبة قد بلغت (-٤,٣٥٩، -٣,٨١٤ - ، ٤,٠٥١، ٤,١٩٤ - ، ٤,١٩٤ - ، ٤,٠٤٧ - ، ٣,٧٩٠ -)، وجميع هذه القيم دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٠١، الأمر الذي يشير إلى وجود فروق بين متوسطي رتب درجات منخفضي ومرتفعي الأداء على مقياس الشعور بالألم النفسي وأبعاده الفرعية، لصالح المجموعة ذات المتوسط الأعلى (مرتفعي الأداء)؛ مما يدل على القدرة التمييزية للمقياس في التعرف على المجموعات المتباينة في الأداء.

٤) **صدق الاتساق الداخلي:** قام الباحثان في الدراسة الحالية بالتحقق من الصدق لمقياس الألم النفسي من خلال حساب معامل الارتباط بين البنود والدرجة الكلية للمقياس، وكانت قيم معاملات الارتباط المتبادلة بين درجة البند والدرجة الكلية، كما بالجدول التالي:

جدول (١٤) معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية لمقياس الشعور بالألم النفسي (ن = ٣٥)

الارتبا ط	بن د	الارتبا ط	بن د	الارتبا ط	بن د	الارتبا ط	بن د	الارتبا ط	بن د	الارتبا ط	بن د
0.69	2	0.71	1	0.66	1	0.68	9	0.67	5	0.73	1
**	1	**	7	**	3	**		**		**	
		0.77	1	0.71	1	0.73	1	0.64	6	0.81	2
		**	8	**	4	**	0	**		**	
		0.69	1	0.72	1	0.72	1	0.75	7	0.66	3
		**	9	**	5	**	1	**		**	
		0.53	2	0.76	1	0.76	1	0.66	8	0.72	4
		*	0	**	6	**	2	**		**	

* دال عند

** دال عند (٠,٠١)

(٠,٠٥)

ويتضح من الجدول أن معظم معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية للمقياس دالة

إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١). إذ تراوحت المعاملات من (٠,٨١ - ٥٣,٠).

جدول (١٥) معاملات الارتباط بين الابعاد والدرجة الكلية لمقياس الشعور بالالم النفسي

(ن=٣٥)

الدرجة الكلية	المعامل أبعاد المقياس
**0.68	الشعور بالأسي النفسي
**0.66	الوهن النفسي
**0.76	السلبية واللامبالاة
**0.72	فقدان الامل
**0.71	وصمة الذات

ويتضح من الجدول أن معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستوي دلالة (٠,٠١). إذ تراوحت المعاملات من (٦٦.٠ - ٠,٧٦).

ثانياً: ثبات المقياس: تم التحقق من ثبات المقياس بأكثر من طريقة نحو مزيد من التيقن والدقة من سلامة المقياس، فقد تم حساب معامل الفا-كرونباخ، والتجزئة النصفية، وذلك بالنسبة للمقياس ككل إضافة الى مقاييسه الفرعية، ويمكن تلخيص تلك الطرق وما أسفرت عنه من نتائج في الجدول التالي:

جدول (١٦) طرق التحقق من ثبات مقياس الشعور بالألم النفسي (ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية (ن=٣٥)

التجزئة النصفية	ألفا كرونباخ	المعامل أبعاد المقياس
**0.70	**0.68	الشعور بالأسى النفسي
**0.74	**0.70	الوهن النفسي
**0.67	**0.71	السلبية واللامبالاة
**0.72	**0.82	فقدان الأمل
**0.71	**0.73	وصمة الذات
**0.71	**0.73	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول السابق ارتفاع معاملات الثبات للمقياس الكلي وكذلك مكوناته الفرعية مما يؤكد ذلك على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع ويجعله صالحاً للتطبيق .

رابعاً: قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصبية والاضطرابات الجسمية:

مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية وهو المقياس الفرعية لقائمة كورنل (1986) اعددها: كيف برودمان (Keeb Brodman) وألبرت. اردمان (Albert J. Erdman) وهارولد. ج. ولف (Harold G. Wolf)، وبول مسكوفيتزش (Paul F. Miskovits) (1986) وعربها وأعددها للبيئة المحلية محمود أبو النيل ٢٠٠٨، وتتكون القائمة في صورتها النهائية المختصرة من ٨٢ سؤالاً تتوزع على تسعة مقاييس فرعية كما في الجدول التالي:

جدول (١٧) قائمة كورنل للنواحي العصبية والسيكوفسيولوجية

م	المقياس الفرعي	البنود	م	المقياس الفرعي	عدد الأسئلة
١	سؤال تمهيدي	١	٦	استجابات الذعر الباثولوجية	٤٦-٣٩
٢	عدم التوافق، ومشاعر الخوف	١٩-٢	٧	أعراض سيكوسوماتية أخرى	٦١-٤٧
٣	استجابات باثولوجية (خاصة الاكتئاب)	٢٦-٢٠	٨	الأعراض السيكوسوماتية الخاصة بالمعدة والأمعاء	٦٦-٦٢
٤	استجابات عصبية وقلق	٣٣-٢٧	٩	الشك والحساسية المفرطة	٨٢-٦٧
٥	أعراض سيكوسوماتية أخرى	٣٨-٣٤		العضو الشبحي - الجرح النرجسي - ضغط الدم	استمارة خاصة

وتدرج الإجابة في ثلاث مستويات (دائماً=2 درجات، وأحياناً=1 وأبداً=0)

صدق وثبات مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية: حيث قام معد القائمة (أبو النيل، 2008) بحساب معاملات ارتباط بيرسون لقياس العلاقة بين بنود مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية، وذلك على عينة تألفت من (40 فرد) وكانت جميعها طردية مرتفعة ذات دلالة احصائية بين (٠.٨٣- ٧٤.٠). كما قام بعمل معادلة ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية وصحح بمعادلة سبيرمان بروان وكانت محصورة بين (٠.٨٧- ٧٢.٠). وجميعها مرتفعة مما يحقق ثبات وصدق القائمة.

كما قام الباحثان في الدراسة الحالية بحساب **صدق القائمة** بالانساق الداخلي بين البنود والدرجة الكلية للمقياس الفرعي وتراوحت معاملات الارتباط بين (٠,٦٣ - ٠,٧٧). علي عينة الدراسة مما يؤكد الوثوق في نتائجها.

كما قام الباحثان بحساب **ثبات القائمة** بحساب معامل الفا- كرونباخ، والتجزئة النصفية، وتراوحت معاملات الارتباط بين (٠,٦٩ - ٠,٨٢) لذا تتمتع القائمة بمعامل ثبات مرتفع وصالحة للتطبيق .

رابعاً: برنامج تنمية الحيوية الذاتية وقوة الارادة: إعداد الباحثين

البرنامج عبارة عن: "عملية مُحَطَّطَةٌ ومُنظَّمَةٌ في ضوء أُسُسٍ علميَّةٍ؛ لتقديم الخدمات المعرفيَّة السلوكيَّة المباشرة، وغير المباشرة فردياً وجماعياً لجميع مَنْ تضمنتهم الدراسة" (حامد زهران، ٢٠٠٢، ٤٩٩).

ويُعرَّف البرنامج بأنَّه: "مُحَطَّطٌ تتابعي من المعلومات المترابطة والمتسلسلة، ويتخلَّلها أنشطة تعليميَّة وأساليب تقييم ملائمة، ويتمُّ تقديمها من خلال خطة زمنيَّة مرنة، ولكي يقوم المرشد النَّفسيُّ بتقديم خدماته الإرشاديَّة، عليه أن يُراعي مطالب النُّمو، وكذلك حاجات كُلِّ مرحلة، والعمل على إشباعها عن طريق تصميم البرامج الإرشاديَّة مع توضيح الهدف". وهناك العديد من الفنيات التي يمكن استخدامها والاعتماد عليها في تحقيق أهداف البرنامج الإرشادي أو العلاجي، ومنها: المحاضرات، المناقشات، لعب الدور، والنمذجة، والواجبات المنزليَّة، والتعزيز هذا إلى جانب الاستعانة ببعض الأدوات (محمد اللقاني، ١٩٩٩، ٣٩).

وينظر "روجرز" بإيجابية إلى الطبيعة الإنسانيَّة، وإلى الفرد على أنَّه اجتماعي، ولديه دوافع تدفعه إلى الأمام؛ بهدف تحقيق الذات، فضلاً عن تأكيد "روجرز" على أن الفرد حُرٌّ في اختيار

سلوكه ومسئول عمّا يتخذ من قرارات، وأنّ الإطار الاجتماعي الذي يعيش فيه الفرد هو المسئول عمّا يعرّض له من اضطرابات، ويؤكد " روجرز " على قيمة الإنسان؛ فالمرشد لا يقود المسترشد، بل يؤكد على قدرته في حل مشكلاته، ويُعدّ جوًّا من الود، والتسامح، والتقبُّل، والذي يتيح فرصة التعبير عن مشكلاته، والاستبصار الهادف بما (علي عبد النبي، ٢٠٠٧، ١٨٦).

الأهداف العامة البرنامج: يهدف البرنامج إلى تنمية الطاقة الحيوية وقوة الإرادة ويستدل عليها من خلال زيادة الدرجات المعبرة عن مستوي (الحيوية الذاتية وقوة الإرادة الذي أعده الباحثين) وذلك بفعل التعرض لتأثيرات برنامج لتنمية الحيوية الذاتية وقوة الإرادة معتمداً على بعض أساليب وفتيات الإرشاد النفسي .

ب - الأهداف الفرعية للبرنامج:

- تعريف المشاركين بمفهوم الحيوية الذاتية وقوة الإرادة، وأسباب ضعفها، وكيفية رفع مستواها.
- محاولة الوصول بمؤلاء المشاركين إلى درجة معقولة من المستوي الأمثل في الحيوية وقوة الإرادة، ومن ثم رفع مستوي الصحة النفسية لديهم وتخفيف الألم النفسي وتوابعه.
- مساعدة المشاركين على الاستبصار بأنفسهم والتعرف على الطاقات الكامنة لديهم.
- مساعدة المشاركين على استثمار نقاط القوة لديهم، والعمل على تقوية نقاط الضعف لديهم.
- تزويد أفراد العينة بالأسس والمهارات التي تساعدهم على قوة الإرادة لتحقيق التوازن النفسي والاجتماعي.
- تنمية الاتجاهات الإيجابية لدي العينة نحو ذواتهم وزيادة الطاقة الجسمية والعقلية والروحية والانفعالية والاجتماعية.
- مساعدة المشاركين في التخلص من المشاعر السلبية والتجارب السلبية وزيادة التقبل والنظرة الايجابية للحياة.
- إكساب المشاركين مهارات حل المشكلات بأسلوب فعال واتخاذ القرار.
- تنمية الجوانب الإيجابية وإكساب المشاركين مهارات إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين بصفة عامة.

- تعريف المشاركين الوسائل والمهارات لتنمية تفتهم بأنفسهم والتعامل الأنسب مع المحن والاضطرابات.

مصادر اعداد البرنامج: قامَ الباحثان بإعدادِ البرنامجِ الحالي، مِنْ خلالِ المراجعةِ والاطلاعِ على التراثِ النَّظريِّ للدراساتِ النفسِيَّةِ، والبحوثِ العلاجيَّةِ، والتي تَمَّ الاعتمادُ عليها في تحديدِ الفنياتِ، والاستراتيجياتِ، والبرامجِ، والدراساتِ، والبحوثِ الَّتِي اهتمَّت بتطبيقِ برامجِ سلوكيَّةِ، وعلاجيَّةِ؛ لعلاجِ اضطراباتِ السلوكِ وتنميةِ المهاراتِ العقليةِ، والاضطراباتِ الأخرى (فتحي الزيات، ١٩٩٨، ٢٠١٠، عبد الفُتَّاح، ٢٠١١، عماد عبد المقصود، ٢٠١٥)، (Brown, 2005; Froelich, Doepfner&Lehmkuhl, 2002 ;Barkley, 2014 ; Dodangi, Vameghi&Habibi, 2017 ;(Farias, Cordeiro, 2017 ; Felden, Bara, Benko, Coutinho& McCracken, 2017 ; Jones, Katz, Jaeggi& Shah, 2018).

أسس بناء البرنامج: اعتمد البرنامج الإرشادي على عدد من الخطوات نجملها في العناصر الآتية :

١. دراسة الأطر النظرية التي تناولت تنمية الحيوية الذاتية وقوة الارادة والشعور بالألم النفسي

٢. الإطلاع على الأساس النظري والعملي في كيفية أداء وتصميم البرامج الإرشادية .

٣. التعرف على البرامج الإرشادية المهمة بتنمية الحيوية والذاتية وقوة الارادة لدى فئات مختلفة من المجتمع .

٤. الإطلاع على البرامج التي اهتمت بتنمية الحيوية الذاتية وقوة الارادة كمدخل لخفض الشعور الألم النفسي لدى عينة من الافراد مبتوري الأطراف .

يستند البرنامج العلاجي إلى أسس ومبادئ العلاج بالمعنى لفرانكل(٢٠٠٤) وأن الإنسان غني بالمعاني الإيجابية ولديه حرية إرادة وإرادة المعنى وهذه الركائز كما يؤكد Lantz (1998) تعتمد على المعنى وأهميته في حياة الشخص، كما تم الاستفادة من البرامج التي طبقت في البحوث والدراسات السابقة عبدالتواب، ١٩٩٨، البهاص، ٢٠٠٩، الحديدي، ٢٠١٢، معوض ومحمد، ٢٠١٣) كمصادر لإعداد البرنامج وقد خلصت أغلب الدراسات إلى أن تحقيق المعنى

Meaning Fullness يرتبط بالصحة النفسية لأنه يضيف على الحياة القيمة والمعنى والدلالة وتعكس السواء النفسي لدى الفرد على النقيض من خواء المعنى الذي يرتبط بالمرض النفسي.

الفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي:

١- فنية تحسين الذات التعويضي: تهدف إلى زيادة إحساس الفرد بالإمكانات المتاحة في جوانب أخرى في حياته، غير التي تبدو بصورة مؤقتة أودائمة كمعطيات ثابتة غير قابلة للتغيير، وعندما يكون من الأفضل تقبل هذه الجوانب كما هي، وتوجيه الفرد إلى جوانب أخرى من الحياة كانت غير مستغلة ليستثمر طاقته المبددة في الألم، ويكتشف إمكانات جديدة في حياته ينمو من خلالها متجاوزاً محنته (بشير، ٢٠١٢)

٢- إعادة البناء المعرفي **Cognitive Re-structure**: وتمثل العنصر الرئيسي في العلاج المعرفي السلوكي وهي عبارة عن إعادة البناء المعرفي والمخططات الفكرية للفرد وهذه المخططات عبارة عن المعتقدات الرئيسية عن العالم والذات والمستقبل ومسؤولة عن التقييم المعرفي للمواقف والأحداث، وذلك عن طريق التعبير عن الذات لفظياً والحديث الإيجابي عن الذات وكل ما يكتسبه أو يتعلمه ويصبح جزءاً من بنيته المعرفية (هاني فؤاد، ٢٠٢١)

٣- التدريب على التعليمات الذاتية **Self- Constructions** وتقوم هذه الفنية علي علي أساس أن الأشياء التي يقوها الناس أنفسهم تحدد باقي تصرفاتهم وأفعالهم، حيث أن سلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته (الحديث الإيجابي أحد هذه الأنشطة لتنمية الحيوية والارادة)

٤- الحوار السقراطي **The Socratic Dialogue**: يستخدمه المعالجون بالمعنى، لتعليم الأفراد كيفية سير حياتهم بواسطة أسئلة تقدم بطريقة حوارية تجعل الأشخاص يجدون استبصاراً جديداً نحو أعراضهم وبالتالي تعديل الاتجاهات الحالية وتنمية اتجاهات جديدة لاكتشاف المعنى في الحياة، ومن خلال الحوار السقراطي يتعلم الأشخاص أن يفصلوا أنفسهم عن الأعراض المرضية لديهم، وأنهم ليسوا ضحايا المرض، ولكنهم لديهم إرادة، ويمتلكون الاختيارات والبدائل المتاحة لتحديد المعنى. ويؤكد فرانكل (1973: 26) أن فنية الحوار

السقراطي كأسلوب في العلاج بالمعنى، يستخدم مع المريض من أجل استشارة المعنى لديه، من خلال توجيه أسئلة حوارية تستشير المريض، وأوضح راس (2010) أهمية الحوار السقراطي كفن أساسية في العلاج بالمعنى من أجل مساعدة الشخص في اكتشاف المعنى في الحياة من خلال الاستبطان الذاتي، واكتشاف الذات والاختيار والتفرد والمسؤولية، والتسامي بالذات.

٥- تعديل الاتجاهات Modification of Attitude: قدم لوكاس Lukas (1984) فنية تعديل الاتجاهات في العلاج بالمعنى بناء على أن الفرد يمكنه أن يتغلب على مشكلاته من خلال الاتجاه الذي يتخذه نحو مشكلته من خلال أحداث تغيير إيجابي في اتجاه العميل نحو ذاته وظروفه ومعتقداته مما يساعده على التغلب على ما يعانيه من مشكلات، وأن يتعايش ويتأقلم مع مالا يمكنه حله (Lukas & Hirsch, 2002: 341)

٦- التحليل بالمعنى: Logo analysis: هو أحد فنيات العلاج بالمعنى والتي طورها كرونباخ على أساس مبادئ العلاج بالمعنى لفرانكل، والتحليل بالمعنى هو: تحليل الخبرات الفرد من أجل البحث عن مصادر ذات معنى جديد، وخلال تقييم هذه الخبرات تصل لخبرات جديدة نكتشف من خلالها رؤية جديدة بالهدف في الحياة.

٧- الحوار والمناقشة Discussion and dialogue وتهدف إلى تلقي المعلومة للمجموعة التجريبية وجعلهن شركاء في المعرفة وذلك من خلال الحوار اللفظي الذي يؤدي في النهاية إلى الحصول على المعرفة وربطها بالمعلومات والخبرات السابقة حيث أنها من أفضل الوسائل في الأتقان ويمكن من خلالها تغيير الاتجاهات والأفكار كما أنها تثير عملية التواصل وتجعله تواسلاً فعالاً.

٨- الاسترخاء: يعرف جابر عبد الحميد، وعلاء كفاي (١٩٩٥) الاسترخاء، بأنه: "حالة خالية من التوتر تتوقف فيها الصراعات الداخلية، وكذلك مشاعر القلق، والغضب، والعدوان، والخوف،

والانزعاج، وتنتشر فيها حالة من الهدوء، والسكينة، (عبد الحميد، كفاي، ١٩٩٥، ٣٢٠)، ويرى هوبارد (Hubbard, 2002) أن الاسترخاء يُستخدَم في خفض التوتُّرات المرتبطة بالقلق، والضغط، والغضب، وحالات الاضطراب السلوكية، وهو حالة من الاستسلام يتوقَّف فيها الفرد عن العمليات الطبيعية للجسم وللعقل، وتتضمن هذه الفنية: التنفس البطيء العميق كَرَدٍ فعلٍ لإنذار الجسم، وزيادة تركيز المعلومات الأساسية أثناء المواقف الضاغطة، ويتضمن الاسترخاء جميع مناطق الجسم، وكلما كان عميقاً ومركَّزاً؛ كان أسلوباً ناجحاً من الأساليب المضادة للانفعالات السلبية، والتي من أهمها: القلق، والغضب، والعدوان، كما يُعدُّ وسيلة أساسية في تنمية التركيز، والتعامل مع اضطرابات السلوك.

٩- حل المشكلات: عبارة عن إجراءات مُنظَّمة يتمكَّن الفرد من خلالها حلَّ المشكلة التي تواجهه، واختيار البديل الأفضل في حلها، كما يُقصدُ به: "قدرة الفرد على اشتقاق نتائج من مقدمات معطاة، وهي نوع من الأداء يتقدَّم فيه الفرد من الحقائق المعروفة؛ للوصول إلى الحقائق المجهولة التي يودُّ اكتشافها، وذلك عن طريق فهم وإدراك الأسباب والعوامل المتداخلة في الاضطرابات التي يقوم بحلها، وهي نشاط حيوي يقوم به الإنسان، ويمارسه على مستويات متنوعة من التعقيد، عندما يُكلَّفُ بأداء واجبٍ مُعيَّن، أو اتخاذ قرارٍ في موضوعٍ مُعيَّن (معمرية، ٢٠١٢، ص ٧٦).

١٠- التعزيز Reinforcement ويعرف بأنه كل ما يتبع السلوك أو يتبع صدور الاستجابة ويؤدي إلى احتمال الاستجابة وتعديلها إذا ما تم تعزيره فهذا يعني زيادة احتمال تكرارها، أو تناقص مرات حدوث السلوك وعلي هذا لجأت الباحثة إلى قيمة التعزيز أما أنها من تأثير إيجابي يعمل على تقوية الدافع وأستكمال خطوات البرنامج والمساهمة في الوصول إلى النتائج المرجوة سواء كان ماديا أو معنويا فضلا عن إحداث قدر من البهجة والسعادة لأفراد المجموعة التجريبية. بالإضافة إلى استخدام التعزيز الذاتي من قِبَل الأفراد المشاركين بالبرنامج؛ حيث يزيد من

الطاقة الإيجابية لديهم، ويزيد أيضًا من قدرتهم على التنظيم، سواءً على مستوى المشاعر، أو الأفكار، أو السلوكيات.

١١- النمذجة **modeling** وتعتبر أحد الفنيات الهامة في تعديل السلوكيات، حيث تتيح الفرصة أمام المسترشد لمشاهدته نموذج سلوكي معين يستدجه ثم يقوم بتقليده، فالهدف من النمذجة توصيل المعلومة بصوره غير مباشرة من أجل إيجاد سلوك جديد أو تغيير أو تعديل سلوكيات متواجده، ويشير "إليس" (Ellis, 1977) إلى: أن لدى الناس اتجاهاتٍ فطريَّةً ومكتسبةً لتقليد الآخرين، ومحاكاتهم في أفكارهم، وسلوكياتهم، وانفعالاتهم، وتصرفاتهم، فهم يغيرون الانفعالات، والأفكار، والمشاعر، والأعمال، وكافة السلوكيات؛ تمثلاً بمؤلاء الذين يدركون أنهم نماذج إيجابية لهم، ورفضهم للنموذج السلبي. وأيضاً النمذجة هي: تقليد سلوك نموذج واقعي يحدث أمام المتعلم، ففيها يقوم النموذج بتأدية السلوكيات المقبولة، والتي يُراد تعلُّمها للفرد في وجوده، ويقتصر دورهُ على مراقبة هذه السلوكيات فقط (الروسان، ٢٠١٢، ص ١٣٦).

١٢- التغذية الراجعة **Feed back** يقصد بها تالمنزلي Home و السلوك أو الانفعالات وذلك من خلال ابراز نقاط القوة ونقاط الضعف وهذه الفنية دور اساسي في تثبيت المعلومة والسلوك .

١٣- الواجب المنزلي **Home assignment** الواجب المنزلي تعتمد علي طلب المسترشد بأحد التكاليفات من الأطفال من أجل توثيق المعرفة ودعم بعض المهارات والمعارف التي تثري البرنامج

وقد اشتمل برنامج العلاج على جلسة تمهيدية و(٢٢) جلسة بمعدل جلستين اسبوعيا مدة كل جلسة (٦٠-٩٠) دقيقة ويوضح جدول (١٨) جلسات البرنامج العلاجي والفنيات المستخدمة

حدول (١٨) جلسات برنامج لتنمية الحيوية الذاتية وقوة الارادة

الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الادوات المستخدمة	الفنيات المستخدمة
تمهيدية	تعارف وتقييم	قياس قبلي وتعارف بين أفراد المجموعة العلاجية	مقاييس الدراسة وعمل كروت للمتابعة (جهاز قياس ضغط دم- تحسن الصورة الذاتية للمبتور)	المحاضرة والمناقشة
الأولى	مبادئ	-تكوين روابط طيبة بين الباحثين والمشاركين -الترحيب بالمجموعة العلاجية وأسباب اختيارهم للمشاركة بالبرنامج	وقدم المعالج نفسه للمجموعة واستخدم لاب توب- جهاز عرض	المحاضرة والمناقشة
الثانية	تحديد المهام	التشجيع نحو المشاركة بالبرنامج العلاجي وتكوين جو من الثقة والألفة. توضيح أهداف البرنامج ومحتواه وحثهم على التعاون والمشاركة بإيجابية شحن الطاقة الايجابية الذهنية	مادة الكترونية (فيلم قصير- صور- أنشطة هادفة)	المشاركة والتعزيز
الثالثة	الضغوط والصدمات	توضيح خصائص معوقات معيشة جودة الحياة وتفسيرات المجموعة العلاجية لذلك. المشكلات التي يعاني منها أفراد المجموعة	أنشطة ومهام (حركية وعقلية) تناسب المبتورين	المناقشة الحوار السقراطي
الرابعة	مشاعري بارادتي	توضيح أهمية قوة الارادة ودورها الإيجابي في الحياة-توضيح المفاهيم الأساسية - وأسس وفنيات العلاج بالمعنى. تنمية الطاقة الحيوية الروحية	عروض الكميبيوتر- بعض الاستبكرات التي تعبر عن المشاعر	المناقشة تحليل المعنى

		والانفعالية		
تعديل الاتجاهات	استخدام الألوان والورق الملون	معرفة جوانب القوة والضعف لديهم. تنمية الطاقة الجسمية والذهنية الثقة بالنفس وقوة الإرادة	أنا قوي	الخامسة
المناقشة والتغذية الراجعة	رسومات - تركيب بازل	أهمية تنمية جوانب القوة وتدعيمها ومحاولة اكتشاف جوانب الضعف التي تحول دون جودة الحياة لديهم. - مساعدة الشخص على تفعيل جوانب القوة والضعف لديه كأنها مشاعر طبيعية. - تنمية الطاقة الروحية	اكتشاف الذات	السادسة والسابعة
إعادة البناء المعرفي	مشاهدة فيلم إيجابي	التخلص من المشاعر السلبية - زيادة مستوى التحدي والاصرار - الصلابة النفسية	فكر لنفسك	الثامنة
المناقشة تعديل الاتجاهات	الورقة والقلم	تنمية قدرة الأفراد على طرح المشاعر السلبية والتنفيس عنها بصدق. القدرة على تجديد الأمل	تخلص من مشاعرك السلبية	التاسعة
المشاركة والنمذجة	دعوة لأشخاص آخرين خارج المجموعة ومشاركتهم	أهمية مشاركة الآخرين في حياتهم. تنمية الطاقة الاجتماعية	الحياة حلوة	العاشر
الحوار السقراطي تحليل المعنى	العباب بسيطة	اكتشاف المعاني وتحقيقها. المعنى الإيجابي للحياة يعكس السعادة وأن فقدان المعنى يعكس الألم النفسي. تنمية الثقة بالقدرات والرضا عن الحياة.	السعادة	الحادية عشر والثانية عشر
التعليمات الذاتية الاسترخاء	الادوات بعض المناسبة	تبني التفاؤل والتوجه نحو المستقبل. التخطيط للمستقبل وتحقيق الآمال والطموحات	التفاؤل	الثالثة عشر

الرابعة عشر	خطط لنفسك البرنامج	تخطيط للمستقبل حسب القدرات الثقة بالنفس - تحويل السلبي الي ايجابي (زيادة التحدي والاصرار والاييجابية)	اوراق ملونة واقلام رصاص ووسائل مساعدة	تحسين الذات التعويضي والمناقشة
الخامسة عشر	عيتلك	استحضار لبعض أفراد العائلة وبناء روابط ايجابية معهم (الطاقة الحيوية الاجتماعية)	صور عائلية والبومات العمل	وتعديل الإتجاهات النمذجة
السادسة عشر	الاصرار والمواصلة	شحذ الهمم لتكملة المسيرة نحو الاهداف والطموحات - العزيمة والاصرار	إعداد الخطط ومراجعتها	الحوار والمناقشة
السابعة عشر	انسي الماضي وانطلق	تحديد اهداف جديدة والعمل علي تحقيقها قوة نفسية و ايجابية عالية التخلص من وصمة الذات	أقلام ملونة وكمبيوتر	اعادة ابناء المعرفي
الثامنة عشر	العزيمة	مواصلة الاتجاه نحو الأهداف الجديدة الاستمرار نحو الهدف	خيوط ولصق ومقص	التغذية الراجعة
التاسعة عشر	ادارة الذات	مساعدة المشاركين لمعرفة مشاعرهم وافكارهم - تغيير النظرة الذاتية واستشراق المستقبل	بازل وكروت مشاعر	اتباع التعليمات
العشرون	ادارة الوقت	كيفية تنظيم الوقت وادارته ادارة الذات والتحكم فيها	ساعة ابيض ورق	اتباع التعليمات
الحادية والعشرون	بارقة أمل	اكتشاف الذات والسعي نحو تحقيق الاهداف الابداع والاستفادة من الماضي	رسومات - وصور	الذات التعويضي
الثانية والعشرون	تقييم	قياس بعدي وانهاء البرنامج	ادوات الدراسة والمقاييس	

خامساً: إجراءات الدراسة: تضمنت الخطوات التي تم اتباعها عند إجراء الدراسة الحالية والبرنامج المستخدم وتم التطبيق في الفترة الزمنية من شهر فبراير الي ابريل ٢٠٢١ علي أطفال الشلل الدماغي بمحافظة المنيا .

خطوات الدراسة: مرت الدراسة بعدة خطوات يمكن اجمالها فيما يلي :

- ١) الإطلاع على النظريات ذات الصلة بمفاهيم الدراسة (الحيوية الذاتية، وقوة الإرادة، والشعور بالألم النفسي)، وتحليل ومناقشة الدراسات السابقة، وذلك بغرض الوقوف على الإطار المرجعي لفروض الدراسة، واستقراء وتحليل المقاييس السابقة ذات الصلة بمتغيرات الدراسة بهدف الإستعانة بها في بناء الأدوات السيكومترية على نحو ملائم لعينة الدراسة، بما تشمله من خصائص نفسية.
- ٢) بناء مقياس قوة الارادة ومقياس الشعور بالألم النفسي لمبتور الاطراف، وإعداد وبناء البرنامج الإرشادي لتنمية الحيوية الذاتية وقوة الارادة لخفض الشعور بالألم النفسي لدى مبتوري الاطراف.
- ٣) اختيار عينة الدراسة من مبتوري الاطراف تمهيداً لتطبيق البرنامج الإرشادي عليهم، ممن حصلوا على درجات تفيد تدنى مستوى الحيوية الذاتية وقوة الارادة، وارتفاع الشعور بالألم النفسي طبقاً لدرجاتهم على المقاييس المستخدمة بالدراسة .
- ٤) تطبيق البرنامج الإرشادي على الافراد مبتوري الأطراف لتنمية الحيوية الذاتية وقوة الارادة لديهم
- ٥) قياس ومتابعة ضغط الدم لدي العينة من خلال الأطباء بالمركز كذلك بعض التقارير الذاتية عن أنفسهم وعمل استمارة متابعة (ضغط الدم - العضو الشبكي - الجرح النرجسي)
- ٦) التطبيق البعدى للأدوات على أفراد عينة الدراسة لمعرفة أثر تطبيق البرنامج عليهم، ثم التطبيق التتبعي لأدوات الدراسة من أجل الوقوف على فاعلية البرنامج واستمرار تطبيقه على أفراد عينة الدراسة .

٧) التحقق من فروض الدراسة ومعالجة النتائج باستخدام الأساليب الإحصائية الملائمة لطبيعة وحجم العينة

٨) تفسير ومناقشة نتائج الدراسة .

سادساً: المعالجة الإحصائية للدراسة :

استخدم برنامج SPSS لمعالجة البيانات حيث اعتمدت الدراسة على عدد من الأساليب الإحصائية للتأكد من صدق وثبات المقاييس المستخدمة في هذه الدراسة، وعدد من الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة متغيرات الدراسة وفق حجم العينة، وفروض الدراسة حيث تمثلت هذه الأساليب في الأتي معامل ارتباط بيرسون، اختبار ويلكوكسون Willcoxon Test، اختبار مان- ويتني Mann-Whitney Test المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية طريقة التجزئة النصفية ومعامل ألفا-كرونباخ

نتائج الدراسة: مُناقشتها وتفسيرها:

نتائج الفرض الأول ونصه " توجد فروق دالة احصائية بين متوسطات رتب درجات عينة الدراسة في القياس القبلي والبعدي على مقياس الحيوية الذاتية " وللتحقق من صحة هذا قام الباحثان باستخدام اختبار ويلكوكسون Willcoxon بهدف إيجاد قيمة (Z) ودالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لاستجابات أفراد عينة الدراسة بين القياسين القبلي والبعدي، ونوضح ذلك في الجدول التالي :

جدول (١٩) نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الحيوية الذاتية (ن=٧).

البيانات	القياس	العدد	متوسط	مجموع	قيمة (Z)	الدلالة	البيانات	
							قبلي	بعد
الحيوية العقلية	الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢,١٢١	٠,٠٣٣ (دال عند ٠,٠٥)	٠	٠
	الرتب الموجبة	٧	٣	٢١			٠	٠
	الرتب المتساوية	٠						
الحيوية الجسمية	الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢,٠٣٢	٠,٠٤١ (دال عند ٠,٠٥)	٠	٠
	الرتب الموجبة	٧	٣	٢١			٠	٠
	الرتب المتساوية	٠						
الحيوية الانفعالية	الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢,٠٣٢	٠,٠٤٣ (دال عند ٠,٠٥)	٠	٠
	الرتب الموجبة	٧	٣	٢١			٠	٠
	الرتب المتساوية	٠						
الحيوية الاجتماعية	الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢,٠٦٠	٠,٠٣٩ (دال عند ٠,٠٥)	٠	٠
	الرتب الموجبة	٧	٣	٢١			٠	٠

قوي	٠,٠٥					الموجبة	ى	
						الرتب المتساوية		
)) ٠,٠٤٢ (دال عند ٠,٠٥)) ٠,٦٤٣ (تأثير قوي	- ٢,٠٣ ٢		٠	٠	٠	الرتب السالبة	قبلى / بعد ى	الحياة الروحية
						الرتب الموجبة		
						الرتب المتساوية		
)) ٠,٠٤١ (دال عند ٠,٠٥)) ٠,٦٤٥ (تأثير قوي	- ٢,٠٤ ١		٠	٠	٠	الرتب السالبة	قبلى / بعد ى	الدرجة الكلية
						الرتب الموجبة		
						الرتب المتساوية		

ويظهر من الجدول أن قيم (Z) بلغت (-٢,١٢١، -٢,٠٣٢، -٢,٠٣٢، -٢,٠٦٠، -٢,٠٣٢، -٢,٠٤١) بالترتيب على مستوى الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس الحيوية الذاتية، وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) مما يعني أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الحيوية الذاتية نتيجة لتعرضهم للبرنامج المستخدم في الدراسة الحالية، كما يدل ذلك على تحقق الفرض الأول، كما أن حجم التأثير الذي أحدثه البرنامج في تحسين مستوى الحيوية الذاتية كبير، وهذا ما تؤكدته قيم معاملات التأثير التي تم حسابها بالمعادلة الآتية:

$$r = \frac{Z}{\sqrt{N}}$$

حيث (r) حجم التأثير، (Z) النسبة المخرجة، (N) حجم العينة، وتراوح قيم حجم تأثير البرنامج في الحيوية الذاتية لدى مبتوري الاطراف ما بين (٠,٦٤٣-٠,٦٧١)، وهي قيم ذات تأثير قوي وفقاً لمحك كوهين (Cohen, 1988) لقيم حجم التأثير (r) = ٠,١ تأثير ضعيف، و (r) = ٠,٣٠ تأثير متوسط، و (r) = ٠,٥٠ تأثير قوي (-Pallant, 2011, 230). حيث تصف الحيوية جانباً ديناميكياً من الرفاهية والعوامل النفسية والجسدية للفرد، حيث ترتبط الحيوية بالصحة النفسية والبدنية الجيدة، ويتمتع الأفراد ذوى المستوى العالى من الحيوية بالشعور بالطاقة العالية واليقظة والنشاط وقدر عالٍ من الحماس الذى يوجهونه نحو الأنشطة التى يشاركون فيها، حيث تتأثر الحيوية بالعوامل العقلية والبدنية والنفسية مثل مشاعر الصراع مقابل الإرادة، وبالعوامل الجسدية مثل حالت التعب أو النظام الغذائي (Peterson & Seligman, 2004, 276)

كما أجمعت الدراسات في هذا المجال على أن الحيوية الذاتية ترتبط بسمات الشخصية الاجتماعية الايجابية والتفكير المفعم بالأمل (عبد الفتاح، ٢٠٢٠؛ سليم، ٢٠١٦، ١٧١)، كما أن الوهن النفسى يرتبط سلباً باليقظة الذهنية، وأن التدخل المستند الى المعنى له تأثير على الرضا عن العمل وجودة الحياة ومواجهة الصعوبات والتحديات، وأن البتر ينتج عنه سوء توافق (النجار، ١٩٩٧)

في حين اجرى (أبو سكران، ٢٠٠٩) دراسة للكشف عن العلاقة بين التوافق النفسى والاجتماعى ومركز الضبط (الداخلي - الخارجي) للمعاقين حركياً وأكد على وجود علاقة ارتباطية بين التوافق النفسى والاجتماعى ومركز الضبط (الداخلي - الخارجي)

كما كشفت دراسة (Barlow et al, 2006) عن فعالية برنامج لتنمية الشعور بجودة الحياة النفسية لدي ذوي الإعاقات الجسمية، وتوصلت إلى فعالية البرنامج المقدم في تنمية كل من مستوى الفعالية النفسية ونمو مهارات التحكم وزيادة الدافعية وخفض حدة الاضطرابات النفسية والسلوكية.

نتائج الفرض الثاني ونصه " توجد فروق دالة احصائية بين متوسطات رتب درجات عينة الدراسة في القياس القبلي والبعدي على مقياس قوة الارادة " وللتحقق من صحة هذا قام الباحثان باستخدام اختبار ويلكوكسون Willcoxon بهدف إيجاد قيمة (Z) ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لاستجابات أفراد عينة الدراسة بين القياسين القبلي والبعدي، ونوضح ذلك في الجدول التالي :

جدول (٢٠) نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الحيوية الذاتية (N=٧).

الإبعاد	القياس	العدد	الرتب متوسط	الرتب مجموع	قيمة (Z)	الدلالة	النتيجة
مواجهة المشكلات والتحديات	قبلي / بعدى	٠	٠	٠	٢,٠٩١	٠,٠٣٩) (دال عند ٠,٠٠١	٠,٧٠٢) (تأثير قوي
	الرتب الموجبة	٧	٣	٢١			
	الرتب المتساوية	٠					

(٠,٦٤٠) تأثير قوي	(٠,٠٣٦) دال عند ٠,٠٥	- ٢,٠١٢	٠	٠	٠	الرتب السالبة	قبلي/ بعدي	الثقة بالنفس
			١٨	٣	٦	الرتب الموجبة		
					١	الرتب المتساوية		
(٠,٦١١) تأثير قوي	(٠,٠٣٩) دال عند ٠,٠٥	- ٢,٠١٠	٠	٠	٠	الرتب السالبة	قبلي/ بعدي	القوة النفسية
			٢١	٣	٧	الرتب الموجبة		
					٠	الرتب المتساوية		
(٠,٦١٣) تأثير قوي	(٠,٠٤٠) دال عند ٠,٠٥	- ٢,٠٣٢	٠	٠	١	الرتب السالبة	قبلي/ بعدي	الاجابية
			٢٠	٤	٥	الرتب الموجبة		
					١	الرتب المتساوية		
(٠,٦١٥) تأثير قوي	(٠,٠٣٨) دال عند ٠,٠٥	- ٢,٠٤١	٠	٠	٠	الرتب السالبة	قبلي/ بعدي	الدرجة الكلية
			٢١	٣	٧	الرتب الموجبة		
					٠	الرتب المتساوية		

ويظهر من الجدول أن قيم (Z) بلغت (-٢,٠٩١، -٢,٠١٢، -٢,٠٣٢، -٢,٠١٠، -٢,٠٣٢، -٢,٠٤١) بالترتيب على مستوى الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس قوة الإرادة، وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) مما يعني أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس قوة الإرادة نتيجة لتعرضهم للبرنامج المستخدم في الدراسة الحالية، كما يدل ذلك على تحقق الفرض، كما أن حجم التأثير الذي أحدثه البرنامج في تحسين مستوي قوة الإرادة مرتفع، وهذا ما تؤكدته قيم معاملات التأثير التي تم حسابها بالمعادلة الآتية:

$$\frac{Z}{\sqrt{n}} = r$$

حيث (r) حجم التأثير، (Z) النسبة المخرجة، (n) حجم العينة، وتراوحت قيم حجم تأثير البرنامج في رفع مستوي قوة الإرادة لدى مبتوري الاطراف ما بين (٠,٦٤٣-٠,٦٧١)، وهي قيم ذات تأثير قوي وفقاً لمحك كوهين (Cohen, 1988) لقيم حجم التأثير (r) = ٠,١ تأثير ضعيف، و (r) = ٠,٣٠ تأثير متوسط، و (r) = ٠,٥٠ تأثير قوي (In: Pallant, 2011, 230-232).

أشار هانتون Hanton إلى أن الفرد الذي يتمتع بالصلابة النفسية يستخدم التقييم واستراتيجيات المواجهة بفعالية وهذا يشير الي أن لدى الفرد مستوى عالي من الثقة النفسية وهكذا فإن ذلك الفرد يقدر الموقف الضاغط بأنه اقل تهديداً، ثم يعيد بناءه إلى شيء أكثر إيجابية(عباس، 2010) وهذا ما حرص عليه الباحثان أثناء البرنامج وهو تقوية الصلابة النفسية لدي أفراد العينة. إذ يعرف حمادة وعبداللطيف الصلابة النفسية بأنها " مصدر من المصادر الشخصية الذاتية لمقاومة الآثار السلبية لضغوط الحياة والتخفيف من آثارها على الصحة النفسية

والجسمية حيث تسهم الصلابة النفسية في تسهيل وجود لك النوع من الإدراك والتقييم والمواجهة الذي يقود إلى التوصل إلى الحل الناجح للموقف الذي خلقته الظروف الضاغطة لأنها مصدرًا من المصادر الشخصية الذاتية لمقاومة الآثار السلبية لضغوط الحياة والتخفيف من آثارها على الصحة النفسية والجسمية حيث يتقبل الفرد التغيرات والمصاعب التي يتعرض لها وهي نوع من التحدي وليس تهديداً (حمادة وعبداللطيف، 2002: 233).

كما أن الجانب الديني والمشاعري بالبرنامج ساعد الخاضعين للبرنامج على الإحساس بالالتزام أو النية لدفع النفس للانخراط في أي مستجدات تحدث لهم، مع الإيمان بأن ما حدث لهم (البتر) هو قدر من عند الله مما ساعد على رفع روح التحدي والرغبة في إحداث التغيير والقدرة على الصمود والمقاومة. فالأفراد الذين يمتازون بالصلابة النفسية المرتفعة أو قوة الإرادة يتصرفون بأنهم أصحاب ضبط داخلي وقادرون على الصمود والمقاومة ولديهم القدرة على الإنجاز في العمل والقدرة على اتخاذ القرارات السليمة وحل المشكلات والقدرة على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة والتكيف معها ويكون لديهم ميل نحو القيادة والسيطرة والمبادأة وهم الأكثر اقتداراً وذوو نشاط ودافعية أفضل ويتميزون بالحكمة والصبر والتحمل والسيطرة على النفس وبذلك يكون ذوو الصلابة النفسية المرتفعة ملتزمين بالقيم والمبادئ والمعتقدات السليمة والتمسك بها ما يجعل لحياتهم معنى وقيمة إيجابية.

فقد تنوعت الدراسات الخاصة بتقدير الذات بتنوع زوايا الرؤى، فمنها التي اعتبرت أن تقدير الذات يتمثل في التقييم الذي يصنعه الفرد لذاته في شكل الموافقة والقبول أو الرفض بناء على محصلة خبراته من النجاح والفشل مقارنة بمستوي طموحه وبالمقارنة مع الآخرين (Stacy, 2000: 7؛ Woolfolk, 2001: 135؛ فيوليت فؤاد؛ وعبد الرحمن سليمان، 2002: 7؛ 194؛ Nello, 2004: 7)، وأخرى تنظر إلى تقدير الذات باعتباره حكم الفرد تجاه نفسه وإلى أي مدى يعتقد أن لديه القدرات والإمكانيات المناسبة التي تشعره بأهميته في الحياة

(Crozier , 1995: 18؛ معتز عبد الله , ١٩٩٨ , ٧٠؛ Porter, 2002: 195). وتعريفات وأخري تنظر إلى تقدير الذات علي أنه مجموعة من القيم والمشاعر التي نملكها حول أنفسنا والتي تتضمن اتجاه الفرد الايجابي أو السلبي نحو ذاته. Maria &harnish, 2000: 299؛ Pawel, 2001: 5؛ Smith,2002: 87؛ علي حمدان , ٢٠٠٢ : ٤٥؛ Alejandra, 2004: 12؛ Douglas, 2006: 3). ومن أهم العوامل الداعمة لقوة الارادة عند الفرد ارتفاع مستوى تقدير الذات، ومن ثم فإن من أهم خصائص الأفراد الذين يتمتعون بتقدير ذات مرتفع أنهم يشعرون بالأهمية والمسئولية تجاه أنفسهم والآخرين، ويتصرفون بالاستقلالية، ولا يقعون تحت تأثير الاخرين بسهولة، ويعترفون بقدراتهم ومواهبهم وفخورون بما يفعلون، ولديهم القدرة على المخاطرة ومواجهة التحديات، ولديهم القدرة العالية على تحمل الإحباط، ويتمتعون بالقدرة على التحكم العاطفي في الذات، ويشعرون بالتواصل مع الاخرين، ويركزون على الحاضر والمستقبل ولا يهتمون بالماضي ولكن يتعلمون من أخطائهم في الماضي، ولا يشعرون بالتهديد عند مساعدة الاخرين على النجاح (عبد الفتاح، ٢٠١٥، ٣٨٧).

نتائج الفرض الثالث ونصه: "يختلف مستوى الشعور بالألم النفسي والانعكاسات السيكوفسيولوجية لدى الأفراد مبتوري الاطراف باختلاف القياسين القبلي والبعدي للبرنامج".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم معالجة استجابات أفراد عينة الدراسة إحصائيا ($n=7$) على مقياس الشعور بالألم النفسي باستخدام اختبار ويلكوكسون **Willcoxon** بهدف إيجاد قيمة (Z) ودالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لاستجابات أفراد عينة الدراسة بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس الشعور بالألم النفسي ونوضح ذلك من الجدول التالي:

جدول (٢١) قيمة (Z) ودلالاتها الإحصائية للفروق بين القياسين القبلي والبعدي لمقياس الشعور بالألم النفسي.

الإعداد	القياس	العدد	الرتب متوسط	الرتب مجموع	قيمة (Z)	الدلالة	حجم الأثر		
								قبلي	بعدي
الشعور بالأسى	الرتب السالبة	٠	٠	٠	٣,٠١١	٠,٠٥٤) دال عند ٠,٠٠١	٠,٦٤٩) تأثير قوي	قبلي / بعدي	٧
	الرتب الموجبة	٧	٣	٢١					
	الرتب المتساوية	٠							
الوهن النفسي	الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢,٠٢٩	٠,٠٥٢) دال عند ٠,٠٠١	٠,٦٥١) تأثير قوي	قبلي / بعدي	٦
	الرتب الموجبة	٦	٣	١٨					
	الرتب المتساوية	١							
السلبية واللامبالاة	الرتب السالبة	٠	٠	٠	٣,٠١٧	٠,٠٤٩) دال عند	٠,٦١١) تأثير قوي	قبلي / بعدي	٧
	الرتب الموجبة	٧	٣	٢١					

الموجبة	الرتب المتساوية	٠	٠	٠	٠	٠,٠٠١	٠	ى	
								ى	
الرتب السالبة	الرتب الموجبة	الرتب المتساوية	٠	٠	١	٠,٠٦١	-	قبلى / بعد	فقدان الأمل
٠	٥	١	٢٠	٤	٠	٠,٠٠١	٢,١١٠	ى	
الرتب السالبة	الرتب الموجبة	الرتب المتساوية	٠	٠	١	٠,٠٤٥	-	قبلى / بعد	وصمة الذات
٠	٥	١	٢٠	٤	٠	٠,٠٠١	٢,١١٠	ى	
الرتب السالبة	الرتب الموجبة	الرتب المتساوية	٠	٠	٠	٠,٠٥٢	-	قبلى / بعد	الدرجة الكلية
٠	٧	٠	٢١	٣	٠	٠,٠٠١	٢,٠٤١	ى	

ونستنتج من الجدول أن قيمة (Z) دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) ، وأنه

توجد فروق بين القياسين القبلي والبعدى لدى أفراد عينة الدراسة فى اتجاه القياس البعدى مما

يعكس أن هناك تحسناً وتغيراً ملحوظاً طرأ في استجابات أفراد العينة في أدائهم على مقياس الشعور بالألم النفسي بعد تطبيق البرنامج، وفي ضوء ما تقدم عرضه من نتائج يمكن القول أن الفرض الثاني قد تحقق بشكل كلي.

فالآلام الحسية الجسدية لمرضي البتر يرافقها مشاعر سلبية تتفاعل معا لتزيد من تدهور حالة المريض نفسياً وتجعل نجاح عملية التأهيل صعبة، وأن الألم الجسدي والألم النفسي يشتركان في بعض الآليات العصبية الأساسية وأن الأفراد الأكثر حساسية لنوع واحد من الألم يكونون أيضاً أكثر حساسية تجاه الآخر وأن العوامل التي تزيد أو تقلل نوعاً ما من الألم تغير النوع الآخر بطريقة مماثلة (Eisenberger, 2012)، كما أن الألم المزمن هو تجربة ظاهرية ناتجة عن تفاعلات بيولوجية ونفسية واجتماعية، ويؤثر على الصورة الذاتية والحياة الأسرية ويجرم الأفراد من هويتهم، ومهنتهم، وعلاقاتهم الصحية، والنفسية ونوعية الحياة، كما أنه وصمة عار اجتماعية، ويؤدي إلى الاكتئاب والقلق والغضب والعزلة الاجتماعية (Angheluta & lee (2011).

كما وضع (Freud) تشبيهه حتى يميّز الصدمة النفسية من الضغط، حيث شبه الجهاز النفسي بالكرة المغطاة بغشاء مشدود يقوم بصد الإثارة، في هذه الكرة توجد شبكة التمثيلات التي تسري فوقها كميات صغيرة من الطاقة لتعبر عن عمل الجهاز النفسي العصبي، والإثارة العصبية في هذه الحالة تقوم بترشيح كميات الطاقة الآتية من العالم الخارجي ولا يسمح إلا بعبور ما يتوافق وإمكانات هذا الأخير بالشحنات الايجابية، فالضغط الواقع على الافراد المبتورين (وشعورهم بالألم النفسي) مثل الصدمة يعتبران تهديدا للوحدة الجسمية والنفسية، وتقوية الطاقة الحيوية الذاتية وقوة الارادة تكون بمثابة الدرع الواقية لتلك الضغوط إذ يكون محمل الجسم في هذه الحالة محملاً بطاقة قوية وشديدة يستطيع من خلالها التكيف مع الالام والمشاعر السلبية والاضطرابات السيكسوماتية دون أن يخلّ بنظام التمثيلات للوعي, François.Lebigot, (2006, p1).

وإذا كان الضغط هو عبارة عن استجابات وردود فعل سريعة ومباشرة كيف لهذا المصطلح أن يغطي حالة الأزمات، فكل ما يتعلق بالصدمة النفسية للبتر ليس نوعية الحدث الصدمي لكن مواجهة واقع الموت الذي يمكن تسجيل أعراضه في تناذر التكرار والتي تظهر في DSM كـمعيار"ب"وفي هذا التناذر يمكن مشاهدة أعراض تدخل ضمن سجل أعراض الضغط كزيادة نشاط الجهاز العصبي الإعاشي، ولكنها ليست بمرحلة تكيف أو عدم تكيف لوضعية خارجية مهددة وإنما يتعلق الأمر هنا بوضعية مهددة داخلية، ويمكن للحدث الصدمي أن يحدث بطريقتين متقاربتين لكنهما لا يدخلان ضمن نفس الإطار -مواجهة واقع الموت أو خطر الموت يمكن أن يغطي استجابات ضغط أو قلق -مواجهة واقع الموت في أغلب الأحيان تعطي استجابات الصدمة النفسية والتي يمكن أن تظهر في زمنين مختلفين Michel De Clercq, (François.Lebigot, 2001, p14-18) .

وتشير الدراسات إلى أن الألم النفسي والألم الجسدي يشتركان معاً في الآليات الحسية والعصبية الأساسية، وأن الأفراد الأكثر حساسية لنوع واحد من الألم هم أكثر حساسية تجاه الآخر، وأن العوامل التي تزيد أو تقلل نوعاً من الألم تغير النوع الآخر بطريقة مماثلة(Eisenberger,2011)

أما الانعكاسات السيكوفسيولوجية:

جدول (٢٢) قيمة (Z) ودلالاتها الإحصائية للفروق بين القياسين القبلي والبعدي لمقياس الاضطرابات السيكوسوماتية ن=٧.

حجم الأثر	الدلالة	قيمة (Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	القياس		الابعاد	
						الرتب السالبة	الرتب الموجبة		
(٠,٦٦) تأثير قوي	٠,٠٥٤) دال عند ٠,٠٠١	٢,٩ ١	٠	٠	٠	قبلي / بعد ي	الرتب السالبة	عدم التوافق، والخوف	
			٢١	٣	٧				الرتب الموجبة
					٠				الرتب المتساوية
(٠,٦٥) تأثير قوي	٠,٠٥٢) دال عند ٠,٠٠١	- ٢,٨ ٦	٠	٠	١	قبلي / بعد ي	الرتب السالبة	استجابات باثولوجية	
			١٨	٣	٦				الرتب الموجبة
					٠				الرتب المتساوية
(٠,٦٤) تأثير قوي	٠,٠٤٩) دال عند ٠,٠٠١	- ٣,٠ ٩	٠	٠	٠	قبلي / بعد ي	الرتب السالبة	استجابات عصبية وقلق	
			٢١	٣	٧				الرتب الموجبة
					٠				الرتب المتساوية
(٠,٦٧) تأثير قوي	٠,٠٦١) دال عند	- ٢,٧ ٧	٠	٠	٢	قبلي / بعد	الرتب السالبة	أعراض سيكوسوماتية أخرى	
			٢٠	٤	٥				الرتب

	٠,٠٠١					الموجبة	ى	
						الرتب المتساوية		
٠,٦٤٥) (تأثير قوي	٠,٠٤٥) (دال عند ٠,٠٠١	- ٢,٨ ٤	٠	٠	٢	الرتب السالبة	قبلي / بعد ى	استجابات الذعر الباثولوجية
			٢٠	٤	٥	الرتب الموجبة		
						الرتب المتساوية		
٠,٧٠) (تأثير قوي	٠,٠٥٢) (دال عند ٠,٠٠١	- ٢,٥ ٥	٠	٠	٠	الرتب السالبة	قبلي / بعد ى	الأعراض الخاصة بالمعدة والأمعاء
			٢١	٣	٧	الرتب الموجبة		
					٠	الرتب المتساوية		
٠,٦٩) (تأثير قوي	٠,٠٥٢) (دال عند ٠,٠٠١	- ٢,٦ ١	٠	٠	٠	الرتب السالبة	قبلي / بعد ى	أعراض سيكوسوماتية أخرى
			٢١	٣	٧	الرتب الموجبة		
					٠	الرتب المتساوية		
٠,٦٩) (تأثير قوي	٠,٠٥١) (دال	- ٢,٧	٠	٠	٠	الرتب السالبة	قبلي /	الشك والحساسية

المفرطة	بعد ي	الرتب الموجبة	٧	٣	٢١	٨	عند ٠,٠٠١
		الرتب المتساوية	٠				
الدرجة الكلية	قبلي / بعد ي	الرتب السالبة	١	٠	٠	- ٢,٧ ٥	٠,٠٥٢) دال (عند ٠,٠٠١ (٠,٦٣) تأثير قوي
		الرتب الموجبة	٦	٣	٢١		
		الرتب المتساوية	٠				
ضغط الدم	قبلي / بعد ي	الرتب السالبة	١	٠	٠	- ٢,٦ ٧	٠,٠٤٧) دال (عند ٠,٠٠١ (٠,٥٢) تأثير قوي
		الرتب الموجبة	٦	٣	٢١		
		الرتب المتساوية	٠				
العضو الشبحي	قبلي / بعد ي	الرتب السالبة	٢	٢,٥٠	٥,٠٠	- ٢,٥ ٥	(٠,٦٥) ٠,٠٠١ (٠,٥٤) تأثير قوي
		الرتب الموجبة	٤	٢,٥٠	١٠,٠٠		
		الرتب المتساوية	١	٠	٠		

						ة					
المجرح الترجسي	قبلي / بعد ي	الرتب السالبة	١	٢,٠٠	٢,٠٠	الرتب الموجبة	٥	٠	٠		
				١٠,٠	٢,٠٠					٠	٠
				٠	٠						
٠,٥٦٤)	-	٢,٧	٧	٠,٠٠١	(٠,٤٨)	تأثير قوي				

ونستنتج من الجدول أن قيمة (Z) دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) ، وأنه توجد فروق بين القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد عينة الدراسة في اتجاه القياس البعدي مما يعكس أن هناك تحسناً وتغيراً ملحوظاً طرأ في استجابات أفراد العينة في أدائهم على مقياس الشعور بالألم النفسي بعد تطبيق البرنامج

ويذكر (lee & Angheluta,2011) بأن الألم المزمن يعرف على أن تجربة ظاهرية ناتجة عن تفاعلات بيولوجية ونفسية واجتماعية، ويؤثر على الصورة الذاتية والحياة الاسرية ويحرم الأفراد من هويتهم، ومهنتهم، ويؤثر على الصحة النفسية ونوعية الحياة العامة، كما أن وصمة عار اجتماعية، ويؤدي إلى الاكتئاب والقلق والغضب والعزلة الاجتماعية، ويمكن أن تؤدي حالات العجز طويلة الأمد الناتجة عن الام المزمن إلى ضغوط اقتصادية.

وتشير الاحصائيات في المستشفيات العامة أن معظم المرضى المترددين علي العيادات

الطبية وذوي لاصابات الجسدية يعانون من الام نفسية والام عضوية، فلاصابات العضوية او الجسدية كالبتير يترك تغيرات عاطفية وآثاراً نفسية سيئة وأن الآثار النفسي لها انعكاسات علي الجسد وهكذا(Nasr,1997)

وتري النظرية المعرفية Theory Cognitive مسارا محددًا للالم النفسي وأن العامل النفسي يحدد أنماط تفكير ذلك الفرد وطريقة معالجة المعلومات، مما يؤثر في البنية المعرفية لدي ذوي البتر ويحدث لديه اضطرابات عديدة (Wallace & Klahr,1983) من جانب آخر، ينظر بعض الباحثين إلى المعاناة كشكل من أشكال الفراغ بسبب فقدان معنى الحياة، كما أن سبب الاضطرابات النفسية ينشأ نتيجة الفراغ الوجودي، وعليه فلا ينبغي أن يكون اهتمام الفرد الأساسي هو تجنب الألم، والحصول على السعادة، بل رؤية الحياة بمعناها الحقيقي عندها تنتهي المعاناة، فالعلاقة بين الألم الجسدي والمعاناة أو الألم النفسي أو العقلي هي علاقة عكسية، فإذا تم تخفيف الأعراض الحسية أو الجسدية الملموسة يتم غالبًا تخفيف أو زوال الألم العقلي أو النفسي تبعاً لذلك .

في حين يري أصحاب التحليل النفسي أن الألم النفسي ينتج عن التقييم السلبي للذات كعجز الذات، ومشاعر النقص، وينتج عن هذا التقييم الذاتي السلبي عن طريق فقدان شخص أو جزء من الذات، أو الفصل في تحقيق هدف يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالاحتياجات النفسية(2011) (Meerwijk & Weiss،

اذن وفي ضوء ما تقدم عرضه من نتائج المعالجات الإحصائية، يري الباحثان أن مستوى الطاقة الحيوية الذاتية وقوة الارادة لدى الأفراد مبتوري الاطراف يتباين في القياسين القبلي والبعدي، وأن الفروق بين المتوسطات في استجابات مبتوري الأطراف جميعها في الاتجاه البعدي، وبالتالي يمكن القول أن الفرض الأول تحقق بشكل كلي، فقد اعتمد البرنامج الإرشادي عبر

جلساته المختلفة إلى التنوع بين تنمية الحيوية الذاتية وقوة الإرادة ومحاولة لتخفيف الشعور بالألم النفسي وبعض انعكاساته تارة أخرى، فضلاً عن مساعدة أفراد المجموعة التجريبية على دحض التفكير السلبي، وتنمية التفكير الإيجابي ومساعدتهم على الإستبصار بمشكلاتهم بل والعمل على حلها، وتأسيس روح التفاعل الإيجابي أثناء التعامل مع الآخرين، مع تنمية الثقة في قدرتهم على مجابهة تحديات الواقع والتحكم بكل قوة في انفعالاتهم السلبية، ويعد كل ذلك بمثابة مدخلاً قوياً لخفض الشعور بالألم النفسي والتحكم فيه بما يثرى من رفع مستوى الحيوية العقلية والروحية والانفعالية والاجتماعية بشكل قوي وكذلك قوة الإرادة لأفراد المجموعة التجريبية حتى يتشنى لهم دحض المفهوم السلبي للشعور بالألم النفسي، والتعبير عن انفعالاتهم بشكل مناسب انطلاقاً الى افاق الصحة النفسية والتوافق النفسي والاجتماعي .

كما يمكن تفسير النتيجة الحالية عن أهمية تنمية قوة الإرادة كمدخل لخفض الشعور الألم النفسي انطلاقاً من تعدد العوامل التي تشكل قوة الإرادة لدى الافراد مبتور الاطراف لتمثل في قوة الارادة، الثقة في النفس، القوة النفسية، الايجابية فإنه يمكن تفسير النتيجة الراهنة من تنمية قوة الارادة يعد مدخل لخفض الشعور الألم النفسي

وفي ضوء الإطلاع تارة على مفهوم الشعور بالألم النفسي الذي تعكس مدى نجاح وفاعلية البرنامج المستخدم.

حيث يري (Freud) أن حدوث الانعكاسات السيكوفسولوجية والهستيريا والعصاب الصدمي، من خلال تعرض الفرد لحدث مهما في حياته أو لأحداث بسيطة يؤدي تراكمها إلى ظهور أعراض الخوف، الحصر والفرع وأعراض جسدية تحويلية لتكوّن بذلك بقايا رموز للحدث الصدمي .

وترتبط جودة الحياة بالرضا عن الحياة والارادة فيشير Counteny& Steplen& Duggan (2003) أن جودة الحياة تعتمد على المكونات الذاتية والمكونات الموضوعية التي تعكس ارادة الحياة، كما أكد جاب الله، هريدي (٢٠٠١) على النظرة المتفائلة للمستقبل والمرتبطة بما حققه الفرد من انجازات في ضوء الماضي والحاضر، كما وضع Michalak & Lynch (2006), Yatham& Lam(2007) ارتباط جودة الحياة بالسعادة والتفاؤل كما تناول جودة الحياة ومعنى الحياة حيث أن نوعية الحياة تتضمن الخطط التي يعدها الشخصي لحياته، وتنفق مع المعنى لديه وأهدافه المستقبلية، والتي تبعث لديه الإحساس بمعنى الحياة.

Kalitesi & Yalnizlik & Skiler (2004)

فالألم النفسي بمثابة تجربة سيكولوجية تشتمل على الإحساس بالمعاناة وترتبط بمتابع الجسد، كما أن الألم الجسدي يصاحب ألم نفسي وقد يؤدي الألم النفسي إلى ألم في الجسد(صادق، ١٩٨٦، ص٢٦). وأن ذل الشعور الحسي والنفسي غير المستحب الذي يصاحب إصابة أنسجة الجسم أو التعبير عن الإصابة التي تؤثر على المريض هو قمة الألم العصبي النفسي. ويرى Shneidman(1996) أن الألم النفسي أو الألم العقلي أو الألم العاطفي هو شعور غير سار (معاناة) من أصل نفسي غير جسدي، أي أن مقدار الأذى الذي يتعرض له كإنسان، إنها معاناة نفسية، وعذاب عقلي (Meerwijk & Weiss2011)

ويشير الباحثان أنه يتوجب علينا أحياناً العملُ سريعاً لتجنبِ خطرٍ مباشرٍ يهددنا. تلك هي بالضبط الانعكاس (ردّة فعل). حيث يؤدي لمسُ المعدن الساخن إلى تشغيل مستقبلات الألم الموجودة تحت الجلد، وتتحرك نتيجةً لذلك إشارةٌ عصبيةٌ على طول العصب إلى الحبل الشوكي. تنتقل الإشارةُ من خلال خليةٍ عصبيةٍ وسيطةٍ مباشرةً إلى الخلية التي تُعصَّبُ عضلةُ اليد. فليس من الضروري أن يأتي الفعل المنعكس استجابةً للألم. الرضاعة، الابتلاع، التنفس والرّمش وغيرها هي أفعالٌ منعكسةٌ تعمل بنفس الطريقة وهي لا تستوجبُ معالجةَ المعلومات في الدماغ.

رُدُّ الفعل المنعكس اللا إرادي هو عمليةٌ مهمةٌ جدًّا من أجل البقاء على قيد الحياة. هناك العديد من الحالات التي نحتاج فيها إلى القيام بعملٍ سريعٍ من أجل البقاء على قيد الحياة، إذ قد تتطلب معالجة المعلومات في المخ أحياناً وقتاً طويلاً وموارد كثيرة، سبب سرعة ردة الفعل في حالة الشعور بالألم واضح: الابتعاد عن مُسبِّب الألم وهو مصدر الخطر أيضاً. التنفس، الابتلاع والرَّمش هي عمليات روتينية لا تتطلب آليةً معقدةً من العضلات إذ نقوم بها دائماً دون أخطاء تُذكر، ولذلك تمَّ تطوير قوس الانعكاس فيها. كذلك الامر في الدراسة الحالية يجب تنمية الحيوية والارادة لتمثل الحصن الواقي من اثار الضغوط والازمات الصحية

نتائج الفرض الرابع ونصه: " لا توجد فروق دالة احصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد عينة الدراسة في القياس البعدي والقياس التتبعي في متغيرات الدراسة"

بعد حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقاييس الدراسة باستخدام برنامج (SPSS.v.25)، وجد أن هناك مُعدل تغير حاد بين متوسط درجات القياسين البعدي والتتبعي، حيث تراوحت معدلات التغير الحادث ما بين (٠٪ إلى ٢,٣٪)، وهي معدلات ضعيفة ومنخفضة جداً تدل على عدم وجود فروق جوهرية بين القياسين البعدي والتتبعي، ويعني هذا أن هناك استقراراً في درجات عينة الدراسة، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم معالجة استجابات أفراد عينة الدراسة إحصائياً (ن=٧) على مقاييس الدراسة (الحيوية الذاتية- قوة الارادة- الشعور بالألم النفسي- الاضطرابات السيكوسوماتية) باستخدام اختبار ويلكوكسون **Willcoxon** بهدف إيجاد قيمة (Z) ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الترتيب لاستجابات أفراد عينة الدراسة بين القياسين البعدي والتتبعي كما يتبين من الجدول التالي:

جدول (٢٣) نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الدراسة (ن=٧).

المحاور	القياس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	الدلالة
الحيوية الذاتية	بعدي / تتبعي	الرتب السالبة	٣	٣,٠٠	٠,٥٥٧	غير دال إحصائيًا
		الرتب الموجبة	٢	٢,٠٠		
		الرتب المتساوية	٢	٢,٠٠		
قوة الارادة	بعدي / تتبعي	الرتب السالبة	٣	٢,٦٧	١,١٣٤	غير دال إحصائيًا
		الرتب الموجبة	٣	٣,٠٠		
		الرتب المتساوية	١	٠		
الألم النفسي	بعدي /	الرتب	٣	٣,٠٠	-	(٠,٦٥٥)

غير دال إحصائيًا	٠,٤٤٧				السالبة	تتبعي	
		١٢,٠٠	٣,٠٠	٤	الرتب الموجبة		
		.	.	.	الرتب المتساوية		
غير دال إحصائيًا (٠,٤٨٠)	- ٠,٧٠٧	٩,٠٠	٣,٠٠	٣	الرتب السالبة	بعدي/ تتبعي	الاعراض السيكوسوماتية
		١٠,٠٠	٢,٥٠	٤	الرتب الموجبة		
		.	.	.	الرتب المتساوية		
غير دال إحصائيًا (٠,٤٨٠)	- ٠,٧٠٧	٥,٠٠	٢,٥٠	٢	الرتب السالبة	بعدي/ تتبعي	ضغط الدم
		١٢,٥٠	٢,٥٠	٥	الرتب الموجبة		
		.	.	.	الرتب المتساوية		

(١,٠٠) غير دال إحصائياً	٠,٠٠٠	٥,٠٠	٢,٥٠	٢	الرتب السالبة	بعدي/ تتبعي	العضو الشبحي
		١٠,٠٠	٢,٥٠	٤	الرتب الموجبة		
		.	.	١	الرتب المتساوية		
(٠,٥٦٤) غير دال إحصائياً	- ٠,٥٧٧	٢,٠٠	٢,٠٠	١	الرتب السالبة	بعدي/ تتبعي	المجرح الترجسي
		١٠,٠٠	٢,٠٠	٥	الرتب الموجبة		
		.	.	.	الرتب المتساوية		

ويظهر من الجدول أن قيم (Z) بلغت (-٠,٥٥٧، -١,١٣٤، -٠,٤٤٧، -٠,٧٠٧، -٠,٧٠٧، ٠,٠٠، ٠,٧٠٧) بالترتيب على مستوى الدرجة الكلية لكل المقاييس، وهي قيم غير دالة إحصائياً مما يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات مبتوري الاطراف في القياسين البعدي والتتبعي، مما يعني استمرار فعالية وتأثير البرنامج في تنمية الحيوية الذاتية وقوة الارادة لدى عينة الدراسة، كما يدل ذلك على تحقق الفرض الرابع كلياً.

فعند فقد الفرد لحاسة أو جزء من جسمه يمر بأصعب الخبرات التي يمكن أن يمر بها، حيث تقلل من تعرفه للبيئة وتعامله مع المحيطين وممارسته للأنشطة والأعمال اليومية، مما يتسبب في شعوره بالألم النفسي وسوء التكيف النفسي والاجتماعي (القريطي، ٢٠١١)

وترى (E.V.Deurzen) أن الإنسان يكتشف معنى وجوده من خلال أربع مستويات للخبرة التي تتمثل في خبرة حسية في العالم الطبيعي، خبرة ذات طابع اجتماعي أو ما تسميه العالم العام، خبرة شخصية أو العالم الخاص و العالم المثالي. و الإنسان في سعيه لتحقيق معنى الحياة على هذه المستويات الأربعة يجد نفسه مضطرا للاصطدام بمهددات المعنى، حيث يتوقف معنى الحياة لدى الإنسان على مدى نجاحه في مواجهة تلك المهددات، و تقسم هذه المهددات وفقاً لكل مستوى من مستويات الخبرة إلى مهددات الخبرة الحسية التي تظهر في المرض والضعف والموت، مهددات الخبرة العامة التي تظهر في الفشل والهزيمة والعزلة، مهددات الخبرة الخاصة التي تظهر في الخلط وتفكك الذات ومهددات الخبرة المثالية التي تظهر في الخواء واللامعنى، كما ترى أن لكل مستوى من مستويات الخبرة أغراض و أهداف أساسية يسعى الفرد لتحقيقها في سعيه للوصول إلى معنى الحياة وتتمثل هذه الأهداف في أهداف الخبرة الحسية التي تتجسد في اللذة، الحيوية، والقوة، أهداف الخبرة العامة التي تتجسد في النجاح، النفوذ والمجد، أهداف الخبرة الخاصة التي تتجسد في الأصالة والذاتية وأخيرا أهداف الخبرة المثالية التي تتجسد في الحقيقة المطلقة والحكمة (E.V.Deurzen, 1996, p155-156). وهكذا نجد أن تحقيق المعنى وفق نظرية (E.V.Deurzen) يكمن في القدرة على التغلب على مهددات المعنى وتحقيق الأهداف الأساسية التي تعد بنظرها مطلب كل فرد في هذا الوجود Theodor. reik (2008, p2) فالتكوين الهوامي لوضعية مؤلمة مهما كانت شدتها وتأثيرها على نفسية الفرد لا تمثل الصدمة النفسية (Eliane. Ferragut, 2005, p71)، فالعلاقة بين الألم الجسدي والعقلي أو النفسي تؤكد أنه على الرغم من أن هذه المفاهيم ترتبط مع بعضها بعضاً إلى درجة

كبيرة، وأنها ليست متداخلة تماماً، كما يمكن لكل من الألم البدني والنفسي والاكتئاب والقلق أن يؤثر وتتأثر ببعضها. (Courtet, Calati, Rizvi, 2017؛ Courtet, 2018؛ Courtet, Ducasse, Olie, Conejero,

تفسير النتيجة في ضوء محتوى جلسات البرنامج، والمواقف التجريبية المستمدة منه: تميزت
جلسات البرنامج بالتنوع ما بين (معرفية، ووجدانية، وسلوكية حركية)، لتخاطب جوانب متعددة في شخصية الفرد مما تستدعي فيه القوة الجسدية والطاقة المفعمة بالإيجابية، كما تيسر روح القوة والاصرار وعلو الهمة والارادة حيث تضمن البرنامج جلسات لتعزيز للفرد لما لها من نتائج مهمة في تعديل اتجاهات الأفراد نحو أنفسهم، ونحو الآخرين ومشكلاتهم، فضلاً عن تضمن جلسات البرنامج جلسات لمناقشة الأفكار السلبية وتفنيدها وإثبات زيفها واستبدالها بأخرى أكثر ايجابية، ولعل هذا يتفق مع طبيعة الشعور الألم النفسي من حيث كونه مفهوم يعتمد بشكل رئيسي على العمليات المعرفية للفرد، وكيفية تفسيره للأحداث، فضلاً عن ارتباطه بأفكار عقلانية، كما اعتمد البرنامج في بنائه على تنمية الثقة في النفس، وهذه العملية تتضمن تقليل الشعور بالألم النفسي المثار فضلاً عن تأمل الموقف.

أما فنيات البرنامج : فقد استطاع الباحثان من خلال سرد القصص وإعادة البناء المعرفي تزويد المجموعة التجريبية بالمعرفة والمعلومات بطريقة مشوقة ومحفزة من خلال مواقف تعليمية تمكن افراد المجموعة التجريبية من خلالها اكتساب الكثير من السلوكيات الإيجابية كالتعاون، والصدق، وحب الآخرين، كما أن افراد البرنامج كانوا يتسابقون لتقديم ملخصا عن كل قصة، وسردها بأسلوب بسيط، والتحدث عن ما اكتسبه من القصة من افكار وسلوكيات أكثر ايجابية.

كما قام الباحثان باستراتيجيات الذات التعويضي أثناء الجلسات وتعزيز ودعم السلوكيات الإيجابية التي أظهرها افراد عينة البرنامج طوال فترة جلسات البرنامج كالانضباط، والمشاركة، والتعاون من خلال التعزيز اللفظي بالكلمات، والمدح، ومن خلال التعزيز المادى بتقديم هدايا بسيطة لأفراد عينة البرنامج، وساعدت هذه الفنية على تعزيز السلوك الإيجابي، ودحض التفكير والسلوك السلبي لأفراد المجموعة التجريبية من خلال تقديم تغذية فورية لسلوكياتهم اثناء جلسات البرنامج.

ومن ثم فقد ساهمت تلك الأساليب التي اتبعتها الباحثة أثناء جلسات البرنامج الإرشادي الى تنمية قوة الارادة وخفض الشعور الألم النفسي الافراد مبتور الاطراف.

في حين اعتمد البرنامج على عدة استراتيجيات ثبتت فاعليتها في برامج ارشادية عدة ومنها استخدام الإستراتيجيات السلوكية التي تؤدي إلى تنظيم المشاعر، والانفعالات المضطربة، والتعبير عنها، وهو ما يؤدي بدوره إلى تحقيق الصحة النفسية لفترات طويلة؛ فضلاً عن أن البرنامج اعتمد في بعض جلساته على تدريب المشاركين على كيفية مواجهة الأفكار السلبية بصورة مستمرة، مع اثبات عدم منطقية هذه الأفكار السلبية، واكتساب طرق جديدة لمواجهة المشكلات، ولعل هذا يفسر جزئياً مدى احتفاظ المشاركين بالبرنامج الإرشادي وبالمكاسب التي حققت طوال فترة جلسات البرنامج.

كما أن توظيف البرنامج لفنية الواجب المنزلي والذي ساعد على تأصيل انتقال أثر التدريب من الجلسات إلى الواقع المعاش، حيث تعتمد هذه الفنية على محاولة ممارسة المهارات والفنيات التي سبق تعلمها اثناء الجلسات ضمن الحياة الواقعية، ثم قيامه بعد ذلك بمحاولة إعادة تذكر لما قام بممارسته، وإبداء رأيه عن سبب نجاح، أو فشل جهوده من خلال مراجعة هذا الواجب، وذلك

انطلاقاً من فكرة أن احتمال استمرار التحسن الذي يتم في الجلسات الإرشادية يكون ضئيلاً إذا لم تتم ممارسة ما تم التدريب عليه في مواقف الحياة الواقعية.

توصيات الدراسة : يوصي الباحثان في هذه الدراسة بما يلي :

١. العمل على عقد دورات تدريبية لتنمية السلوك الإيجابي لطلاب الجامعة ذوي الاعاقات العموما والاعاقات الحركية خصوصاً .
٢. عمل برامج إرشادية لطلاب الجامعة لرفع الروح المعنوية ودحض الأفكار السلبية والألام النفسية .
٣. على وسائل الأعلام زرع روح التفاؤل والأمل في نفوس أبنائنا من طلاب الجامعة لأنهم عماد المجتمع من خلال تقديم برامج تثقيفية تنمي الجانب المعرفي وترفع من الروح المعنوية وتقوى من إرادتهم أمام التحديات .

البحوث المقترحة والتوصيات :

أولاً : البحوث المقترحة :تقترح الدراسة الحالية مجموعة من الدراسات المنبثقة منها في الجوانب التالية:

١. تنمية قوة الارادة كمدخل لتحسين جودة الحياة لدى عينة من طلاب الجامعة المعاقين حركيا
٢. قوة الارادة والرضا عن الحياة كمحددات للتفاؤل لدى عينة من الافراد مبتوري الاطراف
٣. قوة الارادة وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمجرافية لدى عينة من طلاب الجامعة مبتوري الاطراف
٤. الإنانية وقوة الارادة وعلاقتها ببعض سمات الشخصية لدى الافراد مبتوري الاطراف .

المراجع العربية والاجنبية :

- ١ . إبراهيم عبدالستار، (١٩٨٥). ثلاثة جوانب في دراسة الإبداع، مجلد ١٥، العدد ٤، عالم الفكر، الكويت.
- ٢ . أحمد حمزة (١٤٣٢هـ). فاعلية برنامج إرشادي تكاملي في تخفيف العنف لدى عينة من الأطفال الجانحين الأيتام، دراسة تطبيقية على مؤسسة دور التربية (رعاية الأيتام) مصر، المكتبة الألكترونية، www.musanadah.com
- ٣ . أحمد عزت راجح، (١٩٩٩). أصول علم النفس، الإسكندرية، دار المعارف، الطبعة ١١.
- ٤ . أحمد محمد الدبور (٢٠٠٧). مستويات الصلابة النفسية ومدى فاعلية برنامج لتنميتها لدى المعاقين بصرياً. دكتوراه، كلية الآداب - جامعة المنوفية.
- ٥ . أسامة أبوسريع، وعبير محمد أنور، وصفاء إسماعيل مرسى (٢٠٠٦). أثر برنامج تنمية المهارات الحياتية في تجويد جودة الحياة لدى تلاميذ مدارس التعليم العام بالقاهرة الكبرى، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، ١٧-١٩ ديسمبر، عمان.
- ٦ . أمينة قويدر (٢٠١٤). العلاقة بين القمع الانفعالي والأسى النفسي - دراسة ميدانية على طلبة جامعة البليدة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة ابن خلدون ، الجزائر
- ٧ . أنديش الطاهر الفقهي، (١٩٩٩). تحديد بعض العوامل ذات العلاقة بالتوافق النفسي، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة طرابلس.
- ٨ . أنور محمد الشرباوي، (٢٠٠١). علاقة صورة الجسم ببعض المتغيرات لدى المراهقة، رسالة ماجستير، كلية التربية، عين شمس، الزقازيق.
- ٩ . إيمان سمير نصار الأخرس (٢٠١٩). المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأسى النفسي والتفاؤل لدي أهالي المفقودين أثناء الهجرة غير الشرعية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، الجامعة الإسلامية بغزة ، فلسطين .

١٠. بكر فرج نمر (٢٠٠٨). مدى فعالية برنامج علاج نفسي تكاملي في علاج الاكتئاب النفسي، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة المنوفية.
١١. تيسير حسين العيدين (٢٠٠٩). حرية الإرادة في الفكر التربوي والإسلامي، مجلة جامعة الملك سعود للعلوم التربوية والدراسات الإسلامية، السعودية، مجلد (٢١)، عدد (٢)، ص ص ٣٩١ - ٤٣٧.
١٢. جمال الدين بن مكرم الأفريقي بن منظور، (١٩٩٧). لسان العرب، الطبعة ٦، بيروت، دار مادي.
١٣. جمال عطية خليل فايد، (٢٠٠٦). صورة الجسم وعلاقتها ببعض أنماط التفاعلات الاجتماعية لدى التلاميذ في مرحلة الطفولة المتأخرة، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة.
١٤. حامد عبدالسلام زهران، (١٩٨٨). الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتب.
١٥. حسام الدين عزب (٢٠٠٣). برنامج إرشادي لخفض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى عينة من معلمي المستقبل، التعليم للجميع، التربية وآفاق جديدة في تعليم الفئات المهمشة في الوطن العربي، ٢٨-٢٩ مارس، ص ٥٧٥-٦٠٧.
١٦. حسن عبد الجواد عطية بدر (١٩٩٥). فاعلية برنامج للتأهيل النفسي والاجتماعي لمبتوري الأطراف في علاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية، رسالة ماجستير، كلية البنات، جامعة عين شمس.
١٧. حسني علي فايد (٢٠٠٤). شكل الجسم وتقدير الذات المتغيرات الوسيطة في العلاقة بين الكمالية والتشوه العصبي مجلة الإرشاد النفسي، ومركز الإرشاد، العدد ١٥.
١٨. حسني علي فايد، (٢٠١٠). سلسلة في علم النفس دراسات في السلوك والشخصية، الطبعة ١، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، مصر.
١٩. حمدي علي لفرماوي (٢٠٠٩). نظرية الركائز الأربعة للبناء النفسي (فهم سلوك الإنسان في ظلال الفرقان) دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط ١.

٢٠. حنان سعيد السيد (٢٠٢٠). الدور المرتقب للعلوم النفسية في مواجهة زملة أعراض الوهن النفسى الناتج عن جائحة الإصابة بفيروس كوفيد 19 كورونا، مجلة بحوث كلية الآداب، جامعة المنوفية ع١٢٣٤، ج ٣
٢١. حنان مجدي صالح سليمان (٢٠٠٩) المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مريض السكر المراهق دراسة سيكومترية كلينيكية، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
٢٢. خالد حسن الضعيف (٢٠٠٥). تنمية الإيجابية وأثرها في بعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة: دراسة تجريبية، رسالة دكتوراه، كلية البنات، جامعة عين شمس.
٢٣. خميس سالم الراسبي (٢٠٠٦). تجربة وزارة التربية والتعليم في تعزيز جودة حياة المتعلمين بمدارس السلطنة، ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، ١٧-١٩ ديسمبر، عمان.
٢٤. رمضان محمد القذافي (١٩٩٨). الصحة النفسية والتوافق، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، الطبعة ٣.
٢٥. رياض العاسمي (٢٠٠٢). علم النفس المرضى ، دمشق ، مطابع الإدارة السياسية
٢٦. زينب محمود شقير (٢٠٠٥). الشخصية السوية والمضطربة، الطبعة ٣، دار النهضة المصرية، القاهرة.
٢٧. سامي محمد موسى هاشم (٢٠٠١). جودة الحياة لدى المعاقين جسميا والمسنين وطلاب الجامعة، مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، العدد الثالث عشر، السنة التاسعة، ٢٠٠١، ص ١٢٥ - ١٨٠
٢٨. سميرة محمد جمعة أبو موسى (٢٠٠٨). التوافق الزواجي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى المعاقين) رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
٢٩. سميرة شندة (٢٠٠٨). فاعلية برنامج إرشادي انتقائي تكاملي في تنمية مكونات الإيجابية لدى عينة من المراهقين، مجلة القراءة والمعرفة، مصر، عدد ٧٥، ص ٢٠٤ - ٢٦٦.

٣٠. السيد كامل الشربيني منصور (٢٠١٢). الاندفاعية والالكسيثيميا والأسى النفسي لدي عينة من طلاب كلية التربية بالعريش، المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد ٧٦، المجلد ١، مصر .
٣١. صالح حسن الداھري، سفيان صالح نبيل، (١٩٩٧). الذكاء الاجتماعي والقيمة الاجتماعية لدى طلبة علم النفس في جامعة تعز وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي، اليمن.
٣٢. ضياء أحمد حسني الكرد (٢٠١٣). برنامج لتحسين جودة الحياة كمدخل لرفع درجة تقدير الذات لدى المتأخرين دراسيا من طلاب المرحلة الثانوية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس.
٣٣. طه فرج عبدالقادر وآخرون، (٢٠٠٣). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، الطبعة ١، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
٣٤. العارف بالله محمد الغندور (١٩٩٩). أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة، " دراسة نظرية " المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي، جودة الحياة توجه قومي للقرن الواحد والعشرين، جامعة عين شمس، القاهرة، ص ١-١٧٧.
٣٥. عبد العزيز إبراهيم أحمد سليم (٢٠٠٩). فعالية برنامج علاجي في خفض حدة الإعاقة النوعية للغة وأثره في تحسين جودة الحياة النفسية لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية بدمهور، جامعة الإسكندرية.
٣٦. عبد الفتاح محمد (٢٠٢٠). الامتنان وجودة الحياة كمنبئ بالحيوية الذاتية لدى طلاب كلية التربية جامعة المنيا . مجلة البحث في التربية وعلم النفس، المجلد الخامس والثلاثون، ع الأول، ٢٥٧-٣١٦.
٣٧. عبد الكريم جمعة، عمار فرحان (٢٠١٥). الأمل النفسي لدي أعضاء هيئة التدريس في جامعة الأنبار، مجلة جامعة الأنبار للعلوم الإنسانية، كلية التربية للعلوم الإنسانية، جامعة الأنبار، مجلد ٢ .
٣٨. عبد المنعم الحفني (١٩٧٨). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. الجزء الثاني. القاهرة: مكتبة مدبولي.

٣٩. علاء الدين كفاقي، مایسة أحمد النیال (١٩٩٦). صورة الجسم وبعض التغيرات لدى عینات من المراهقات، دراسة ارتقائية ارتباطية عبر ثقافية، مجلة علم النفس، العدد ٣٩.
٤٠. علی وعبد الهادي وأحمد (١٩٩٧). دراسة نفسية لتأهيل فاقد أعضاء الجسم عن طریق البتر، مجلة علم النفس، العدد الثاني والأربعون السنة الحادية عشر، القاهرة، الهيئة المصرية للكتاب.
٤١. علي الديب، (١٩٨٨). التوافق الشخصي والاجتماعي للراشدين، مجلة التربية الجديد، المجلد ٣، العدد ١١.
٤٢. علي مهدي كاظم، وعبدالحالقي البهادلي (٢٠٠٦). جودة الحياة لدى طلبة الجامعة العمانيين والیبیین، دراسة ثقافية مقارنة، ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، ١٧ - ١٩ ديسمبر، عمان.
٤٣. عماد محمد مخيمر (٢٠٠٢). مقياس الصلابة النفسية. القاهرة: الأنجلو المصرية.
٤٤. عماد محمد مخيمر (٢٠٠٣). إدراك الأطفال للأمن النفسي من الوالدين وعلاقته بالقلق والیأس، مجلة الدراسات النفسية، مجلد الثالث عشر، العدد الرابع، مصر.
٤٥. عبد الجواد عبد الفتاح ويوسف، زينب صلاح (٢٠٢١). طاقة المكان للفراغات الداخلية للمسكن كمفردة متعددة الادوار وعلاقتها بتعزيز الحيوية الذاتية لربة الاسرة، مجلة البحوث في مجالات التربية النوعية، المجلد السابع والعدد الخامس والثلاثون . ٧١٣ - ٨٠١.
٤٦. قاسم نادر فتحي، (٢٠١٥). الخصائص السيكومترية لمقياس إرادة الحياة لدى الشباب الجامعي، مجلة الارشاد النفسي، ع ٤٢، صص ١١٠٣ - ١١٢٠.
٤٧. صالح فؤاد محمد الشعراوي (٢٠١٨). فاعلية العلاج بالمعنى في تحسين جودة الحياة لدى عينة من الشباب الجامعي.
٤٨. كاظم العادلي، عمار هاشم (٢٠١٤). الام النفسى لدى الأحداث الجانحين، مجلة العلوم التربوية والنفسية، عدد ١١٠، صص ٢٤٣ - ٢٧٢.

٤٩. فاطمة علي المرخي (٢٠١٣). فاعلية برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة لدى معلمي مرحلة التعليم الأساسي، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس.
٥٠. فايز الحاج (١٩٧٧). الصحة النفسية، جامعة محمد بن سعود الإسلامية، الرياض.
٥١. كمال كامل خليل الفليت (٢٠١٢). فاعلية برنامج إرشادي لتنمية ثقافة الحوار وعلاقتها بتحسين جودة الحياة لدى طلاب الجامعة بفلسطين، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.
٥٢. مجدي عبدالكريم حبيب (٢٠٠٦). فعالية استخدام تقنيات المعلومات في تحقيق أبعاد جودة الحياة لدى عينات من الطلاب العمانيين، ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، ١٧-١٩ ديسمبر، عمان.
٥٣. مجدي محمد الدسوقي، (٢٠٠٦). اضطرابات صورة الجسم الأساليب التشخيص الوقاية والعلاج، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
٥٤. محمد بيومي خليل (١٩٩٦). المساندة الاجتماعية وإرادة الحياة ومستوى الألم لدى المرضى بمرض مُفضي إلى الموت، مجلة علم النفس، العدد ٣٧، السنة العاشرة، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
٥٥. محمد جعفر جمل الليل (١٩٩٨). علاقة بعض المتغيرات بالقلق العام لدى طلاب وطالبات المرحلة المتوسطة والثانوية في المملكة العربية السعودية، مجلة علم النفس، العدد ٣٢، كلية التربية، جامعة أم القرى.
٥٦. محمد جعفر جمل الليل (١٩٩٨). علاقة بعض المتغيرات بالقلق العام لدى طلاب وطالبات المرحلة المتوسطة والثانوية في المملكة العربية السعودية، مجلة علم النفس، العدد ٣٢، كلية التربية، جامعة أم القرى.
٥٧. محمد عبد الطاهر الطيب (١٩٩٠). مبادئ الصحة النفسية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
٥٨. محمد عودة، وكمال مرسى (١٩٨٤). الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام، دار القلم، الكويت.

٥٩. محمود عباس عوض (١٩٩٦). الموجز في الصحة النفسية، القاهرة، دار المعارف
٦٠. محمود محمد إبراهيم عطية (١٩٩٧). التوافق النفسي والاجتماعي للطلاب مع البيئة المدرسية وعلاقته بالتحصيل، رسالة ماجستير في التربية، قسم الإرشاد النفسي، جامعة القاهرة، معهد البحوث والدراسات التربوية.
٦١. محمود محمود، حليلة الحمداني (٢٠٠٩). أثر السلوك التصريحي والاسترخاء في تخفيف الألم النفسي لدى طالبات معهد إعداد المعلمات، بحث منشور، الجامعة المستنصرية
٦٢. مصطفى فهمي (١٩٧٠). الإنسان والصحة النفسية، الأنجلو المصرية، القاهرة.
٦٣. مصطفى فهمي (١٩٩٧). الآثار النفسية لكبار السن في الحساسية الزائدة والإعجاب بالماضي. وإهمال الذات، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
٦٤. مي سليمان الدخيل (٢٠٠٧). صورة الجسم وعلاقتها بفقدان الشهية العصبي والشرة العصبي لدى طالبات جامعة الملك سعود، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الملك سعود، السعودية.
٦٥. ناجي عباس الحشاش (٢٠٠٢). دينامية العلاقة بين المساندة النفسية والاجتماعية وإرادة الحياة والانتساب لدى مرضى الإيدز. رسالة ماجستير، كلية الآداب - جامعة عين شمس.
٦٦. نائل محمد عبد الرحمن أحرس (2016). أثر برنامج اليقظة الذهنية في خفض أعراض الوهن النفسي لدى عينة من طلاب جامعة الجوف. المجلة الدولية للبحوث والتربية ، 4 (2)، 383 – 416
٦٧. نورا عبدالستار (٢٠٠٧). الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لدى طالبات المرحلة الثانوية صورة بمدينة مكة المكرمة ومحافظه جدة، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.
٦٨. هانم مصطفى محمد مصطفى (٢٠٠٨). فاعلية برنامج إرشادي (باستخدام نظرية الاختيار) لتحسين جودة الحياة لدى طلاب المرحلة الثانوية، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة قناة السويس.

٦٩. هاني فؤاد سيد (٢٠٢١). فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالمعني في تنمية الالتوجه الإيجابي نحو الحياة لدي طلبة الجامعة المكفوفين. مجلة البحث العلمي في التربية، العدد الثاني عشر ديسمبر ٢٠٢١ المجلد ٢٢، ص ١-٥٣.
٧٠. هناء يريالة (٢٠١٣). صورة الجسم لدى المصابين بتشوهات ناتجة عن الحروق، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، جامعة محمد خير - بسكرة.
٧١. وفاء محمد احمدان القاضي (٢٠٠٩). قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم وتقدير الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

المراجع الأجنبية

72. AbdulJawad, S. A. & Yousif, Z. S. (2020). The space energy of the interior spaces of the dwelling as a single multi-role and its relationship to enhancing the personal vitality of the head of the family. Journal of Research in the Fields of Specific Education. Vol. (7). Issue (35). 713-801
73. Abdulfatah. (2020). Gratitude and quality of life as predictors of subjective vitality among students of the Faculty of Education, Minia University. Research Journal in education and Psychology. Vol (35). Issue (1). 257-316
74. Barlow, J., Powell, L. & Gilchrist, M. (2006). The influence of the training and support program on the self - efficacy and psychological well-being of parents of children with disabilities :A control trial.

- Complementary Therapy in Clinical Practice, 12(1), PP: 55 – 63.
- 75.Boerner, K., Stroebe, M., & Schut, H., (2015). Theories of Grief and Bereavement. Encyclopedia of Geropsychology, 10-1.
- 76.Boyle, M. P. (2013). Assessment of Stigma Associated with Stuttering: Development and Evaluation of the Self-Stigma of Stuttering Scale (4S). Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 56(5), 1517–1529.
- 77.Bridget, Young, Helen, R, Mary, D, Alla. C,Kathryn. P(2007). QoL study of The health Related QoL Of Disabled children. Vol (49)p. p660-665.
- 78.Chochinov,H. , Hack , T. , Hassard , T. , Krist janson , L. & Harlos , M . (2005). understanding the will to live in patients Nearing Death . Psychosomatics, 46 (1) , 7 -10.
- 79.Cummins, R. A. & McCabe, M. P. (1994). The comprehensive Quality of life scale(com Qol). Instrument development and Psychometric evaluation on college staff and students; Education & Psychological Measurement.vol.(54).issue(2).pp.372-383.
- 80.Daniela , R.(2009).The Living Will - A helpful tool for communication and decision - making regarding

- death and dying. Journal of Therapeutic psychology, 66(8), 585-589.
81. Deci, E; Ryan, R. (1985). Intrinsic Motivation and self - Determination in human behavior . New York , Psychological inquiry, 11(4), 227-268.
82. Deci, E; Ryan, R. (2000). The What and Why of goal pursuits : human need and self determination of behavior . Psychological Inquiry, 8 (9), 225-280.
83. Eddy, N. (2001). Free will and the Knowledge condition, Dissertation for the degree, of doctor of philosophy in the Department of philosophy, Duke university, U.S.A.
84. Field, S & Hoffman, A. (2004). Development of a model for self - determination career development for exceptional individuals . American Journal of Applied Psychology, 17(8), 159-169.
85. Frank, G; Magdeburg, S ; Reimer , J ; Heemann, M. (2003). Aspects of quality of life through end - stage renal disease. Journal of quality of life research: An international journal of life aspects of treatment, care & rehabilitation. 12(2), 103-115.
86. Frankl, V. (1992). Man's search for Meaning . An introduction to logotherapy. Washington square press , New York

87. Frankl, V. (1967). *Psychotherapy and Existentialism*. New York. Published by Bengum Books.
88. Fini, A. A., Kavousian, J., Beig A., & Emami, M., (2010). Subjective vitality and its anticipating variables on students . *Procedia Social and Behavioral Sciences* , (5) 150-156.
89. Nix , G. A., Ryan , R. M., Manly, J. B., & Deci, E. L. (1999). Revitalization through self – regulation: The effects of autonomous and controlled motivation on happiness and vitality. *Journal of Experimental Social Psychology* ,35, pp:266-284.
90. Greenley, J. R. & Greenberg, J. T. (1997). *Measuring Quality of life: A disorders in practical survey Instrument; Social Work*, vol. (42). NO. (3).p.p. 244-254.
91. Hampton, N. Z (1999). *quality of life of people with Substance disorders in Thailand: an exploratory study; journal of rehabilitation*, vol.65, 3 pp 42- 55
92. Karppinen , H; Laakkonen , M ; Strandberg , T ; Tilvis , R & Pitkala , K. (2012). *Will to Live and survival in a lo year follow - up among older people. Oxford Journals*. 41 (6), 789 - 794.
93. Kato, A., Takada, M., & Hashimoto, H. (2014). *Reliability and validity of the Japanese version of the*

- self-stigma scale in patients with type 2 diabetes. *Health Qual Life Outcomes*, 12(1), 179-187
94. Lancet, M. (1999). Will to Live in the terminally ill. *Journal of psychology*. 453 (9181), 816 - 819.
95. Lawton, M.P., Winter, L, Kleban, M.H.& Ruckdeschel, k. (1999). Affect and Quality of Life, *journal of Aging & Health*, vol. 11 (2), pp.169-199.
96. Litwin, M. S. (1999). Measuring Quality of life after prostate Cancer treatment. *Cancer Journal*, vol. (5). Issue (4). pp. 211-214.
97. Macdonald G, Leary MR.(2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain .*Psychological Bulletin* . ٢٣-٢٠٢.(٢) .
98. Martin, J & Marshall, I.(1999). Infusing self - determination instruction into the IEP and transition process.
99. Mee S, Bunney BG, Reist C, Potkin SG, Bunney WE(2006).. Psychological pain: a review of evidence .*Journal of Psychiatric Research*-٦٨٠.(٨)٤٠ .
100. Nationalresearch & Training Center — University of Linois at Chicago.(2003). self Determination Frame work for people with psychiatric disabilities. Chicago, WWW.Psycho . Uic. edu
101. Orbach I, Mikulincer M, Sirota P, Gilboa-Schechtman E.(2003). Mental pain: A

- multidimensional operationalization and definition .Suicide and Life-Threatening Behavior (3) 33
- 102.Press, C.,(2014). Grief Healing Techniques: Step-by-Step Support for Working Through Grief and Loss, Berkeley, California
- 103.Rogerson, R. (1999). Quality of life and city competitiveness; Urban studies, vol (36). pp. 969-986.
- 104.Schwartz,M;Wehmeyer,L.(1997).Self-determination and positive adult outcomes : a follow - up study of youth with mental retardation or learning disabilities. Exceptional children. 63(2),245-255.
- 105.Seligman, M. (2002). Positive psychology, positive prevention and positive therapy. in C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds) (2002). The Handbook of Positive Psychology (pp.3-9). New York : Oxford University Pres
- 106.Shattell MM.(2009). Why does "pain management" exclude psychic pain .?Issues in Mental Health Nursing. ٣٤٤.(٥)٣٠.
- 107.Shneidman ES(١٩٩٦.The Suicidal Mind .Oxford University .Appendix A Psychological Pain Survey .

-
108. Show, E. H. (1997). QoL, and Sustainable development; *Journal of macromarketing*, vol. 17 (1), pp. 132-136.
109. Stanford, E. Ruben, Fong. Shan, Deborah, L. Thomas (2003). Assessing changes in life skills & Quality of life resulting from rehabilitation services. *the Journal of rehabilitation*. vol. (69). Issue. (3). P (4+).
110. Tedeschi, R & Kilmer, R. (2005). Assessing strengths, resilience, and growth to guide clinical interventions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 230-237
111. Ung, KM. et al. (2007). Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 53:408-418.
112. VandenBos, G. R. (Ed.). (2007). *APA Dictionary of Psychology*. Washington, DC, US: American Psychological Association
113. Bottesi, G., Ghisi, M., Altoè, G., Conforti, E., Melli, G., & Sica, C. (2015). The Italian version of the depression anxiety stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 170-181.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.04.005>.

114. Breines, J. G., Thoma, M. V., Gianferante, D., Hanlin, L., Chen, X., & Rohleder, N. (2014). Self-compassion as a predictor of interleukin-6 response to acute psychosocial stress. *Brain, Behavior, and Immunity*, 37, 109–114. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2013.11.006>.
115. Broderick, P. C., & Korteland, C. (2002). Coping style and depression in early adolescence: Relationships to gender, gender role, and implicit beliefs. *Sex Roles*, 46(7–8), 201–213. <https://doi.org/10.1023/A:1019946714220>.
116. Bryant, F. B., & Yarnold, P. R. (1995). Principal-components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis. In *Reading and understanding multivariate statistics*, (pp. 99–136). American Psychological Association.
117. Byrne, B. (2016). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*, (3rd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315757421>.
118. Carstensen, L. L., Fung, H. H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life.

- Motivation and Emotion, 27(2), 103–123.
<https://doi.org/10.1023/A:1024569803230>.
119. Charles, S. T., Mather, M., & Carstensen, L. L. (2003). Aging and emotional memory: The forgettable nature of negative images for older adults. *Journal of Experimental Psychology: General*, 132(2), 310–323.
<https://doi.org/10.1037/0096-3445.132.2.310>.
120. Chen, F. F. (2007). Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(3), 464–504.
<https://doi.org/10.1080/10705510701301834>.
121. Crosby, A. E. (2018). Vital signs: Trends in state suicide rates—United States, and circumstances contributing to suicide—27 states, 2015. *Center for Disease Control and Prevention Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(22), 617–624.
<https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6722a1>.
122. Morse, J. (2011). *The praxis theory of suffering*. In *Philosophies and theories for advances nursing practices*. Jones & Bartlett Learning.
123. Nahaliel, S., Sommerfeld, E., Orbach, I., Weller, A., Apter, A., & Zalsman, G. (2014).
124. Mental pain as a mediator of suicidal tendency: A path analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 944–

951. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.014>.
125. Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure selfcompassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>.
126. Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of selfcompassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908–916. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>.
127. Neff, K. D., Tóth-Király, I., Yarnell, L. M., Arimitsu, K., Castilho, P., Ghorbani, N., Mantzios, M. (2019). Examining the factor structure of the self-compassion scale in 20 diverse samples: Support for use of a total score and six subscale scores. *Psychological Assessment*, 31(1), 27–45. <https://doi.org/10.1037/pas0000629>.
128. O'Connor, B. P. (2000). SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instrumentation, and Computers*, 32(3), 396–402. <https://doi.org/10.3758/BF03200807>.
129. Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P., & Gilboa-Schechtman, E. (2003). Mental pain: A

- multidimensional operationalization and definition. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 33(3), 219–230. <https://doi.org/10.1521/suli.33.3.219.23219>.
130. Osman, A., Wong, J. L., Bagge, C. L., Freedenthal, S., Gutierrez, P. M., & Lozano, G. (2012). The depression anxiety stress Scales–21 (DASS–21). Further examination of dimensions, scale reliability, and correlates: Depression anxiety stress. *Journal of Clinical Psychology*, 68(12), 1322–1338. <https://doi.org/10.1002/jclp.21908>.
131. Paul Schienbery. PH.D: **Cognitive Style & Athletic Performance** LL: Self Talk, 2002. PP3–4.
132. Salim. (2016). Subjective vitality and its relationship to positive social personality traits and hopeful thinking among special education teachers. *Journal of Psychological Guidance*. Issue 47(1) pp.171–262