

العوامل المساهمة في مقياس قلق العجز لدى الطلاب المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية

إعداد

مها أشرف يوسف

باحثة ماجستير بقسم الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة حلوان

إشراف

أ.د وفاء محمد عبد الجواد

أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة حلوان

أ.م.د/ سارة عاصم رياض

أستاذة الصحة النفسية المساعد
كلية التربية - جامعة حلوان

مستخلص البحث

هدف البحث الحالي إلى التعرف على البناء العاملي لقلق العجز، الذين بلغ عددهم (150)، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي (السيبي - المقارن)، وطبقت الباحثة مقياس قلق العجز (إعداد الباحثة) على عينة من طلاب المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد من خصائص العينة مكتوبة العدد 150 والمتوسط والانحراف المعياري 3.25 درجة، وأسفرت النتائج عن انتظام قلق العجز في عدة عوامل هي: (الأفكار السلبية، فقدان الأمل، الشعور بالفشل، ضعف الضبط الانتباهي) وأسفرت النتائج على عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الطلاب المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في قلق العجز تعزى للنوع (ذكور - إناث)، ودرجة الإصابة (بسيطة - متوسطة - شديدة)، والمستوى التعليمي (جامعي - متوسط - أقل من المتوسط) والتفاعلات الثنائية والثلاثية بينهم.

الكلمات المفتاحية:

- قلق العجز؛ المتغيرات الديموجرافية.

Abstract

The current research aims to identify the factorial structure of disability anxiety, who numbered (150), and the researcher used the descriptive (causal - comparative) method. And the standard deviation is 3.25 degrees, and the results revealed that disability anxiety was regular in several factors: (negative thoughts, loss of hope, feeling of failure, poor attentional control). The results revealed that there were no statistically significant differences between the mean scores of students with multiple sclerosis in disability anxiety. Attributable to gender (males-females), degree of infection (simple-moderate-severe), educational level (university-intermediate-below average) and the two- and three-way interactions between them.

keywords :

- Disability Anxiety؛ Demographic Variables.

مقدمة البحث:

يمر الطالب بالعديد من المراحل التعليمية المختلفة، حيث تزداد في المستوى التعليمي بزيادة النمو العقلي للإنسان، إن الطالب عندما ينجح ويتخطى مرحلة الثانوية العامة يقوم بإعداد نفسه إلى المرحلة الجامعية التي تعتبر من أهم المراحل الدراسية التي يمر بها الطالب في حياته؛ حيث أنها تعمل على مساعدة الطالب في تحديد مستقبله وتحديد مسار حياته، حيث أن الحياة الجامعية تعتبر من أكثر المراحل حيوية وممتعة ومن أكثرها أهمية، وتقوم بتوفير الكثير من الفرص والأنشطة التي تساعده في تشكيل شخصيته وتكوين ذاته، وتساعده على النجاح وأساليب مواجهة التحديات التي تواجه حياته وتسهل عليه فرص التفاعل الإيجابي مع المجتمع الذي يعيش فيه؛ حيث أن المرحلة الجامعية تعتبر الخطوة الأولى لحياة الطالب الجديدة التي تجبره على اكتساب مهارات جديدة لمواكبة الحياة والضغوط والمشكلات التي يمكن أن يتعرض لها. إن المرحلة الجامعية تجبر الطالب على التعامل مع عدد كبير من الطلاب من مختلف الأنداء ولهم أنماط شخصية مختلفة، من خلال تعامله معهم خلال المرحلة الجامعية التي يقضونها سوياً في الجامعة. ويظهر ذلك من خلال تفاعلهم مع بعضهم البعض في مواقف تعليمية واجتماعية مختلفة وفي هذه المواقف لا بد من تعاون كل طالب مع الآخر حتى يقوموا بالنجاح الفعال والإيجابي في هذه المواقف المختلفة التي يمرون بها.

يعد التصلب اللويحي المتعدد من الأمراض المناعية المزمنة التي تؤثر على الجهاز العصبي المركزي (الدماغ، الحبل الشوكي والأعصاب البصرية؛ ونظراً لعدم اكتشاف علاج شافٍ نهائي فهو يعد من الأمراض المزمنة. التي تؤدي في كثير من الأحيان إلى حالة من الإنهاك، إذ يقوم جهاز المناعة في الجسم بإتلاف الغشاء الميالين المغلف للأعصاب، ووظيفته حمايتها والحفاظ عليها من التلف أو التآكل للغشاء مما يترتب عليه الكثير من المضاعفات والتشوهات التي قد تصل إلى العجز الكامل في حالة التأخر في التشخيص والبدء في العلاج المثبط للمناعة. إن الانتشار السريع للأمراض المزمنة والعبء النفسي والاجتماعي والاقتصادي لرعاية المصابين بها أدى بالباحثين إلى الاهتمام بالمتغيرات الفاعلة في المرض المزمن سواء المتغيرات التي تنتج جراء الإصابة بهذا المرض على الصعيد الاجتماعي أي ما تخلفه من آثار اجتماعية كسوء العلاقات الاجتماعية داخل أو خارج الأسرة، والاقتصادية حيث يُجبر المريض في بعض الأحيان على ترك العمل أو التقاعد، وهذا ما يؤدي إلى تغير في المستوى الاقتصادي وكذلك التأثير على المجال العلمي، وهذا ما يؤدي إلى تأخر في التحصيل الأكاديمي، خاصة إذا كانت الإصابة في مرحلة الشباب الأولى حيث بداية العمل والإنتاج، ويعتبر التصلب

اللويحي المتعدد من الأمراض المزمنة التي تتجم من عدة أسباب غير محددة وغير معروفة على مستوى العالم، ورغم الفرضيات والعوامل النظرية التي يربط بعضها المرض بعوامل وراثية أو بيئية أو نفسية، إلا أنه لا يوجد سبب واضح يؤدي إلى الإصابة بهذا المرض مما أدى بالأخصائيين والباحثين في علم الأعصاب والجهاز العصبي إلى ضرورة البحث في الأسباب أكثر من خلال الدراسات والبحوث والاكتشافات، ومن ناحية أخرى اهتم باحثون آخرون بالأعراض النفسية التي تصيب المصاب بهذا المرض والتي تمثلت في الاكتئاب، الإحباط، الاضطرابات المعرفية والإدراكية، الخوف من الموت، قلق العجز. وكما ذكر الاتحاد الدولي لمرضى التصلب المتعدد (2019)، إنه من ضمن الاضطرابات النفسية قلق العجز ويأتي قلق العجز من ميكانيزم حدوث الهجمة أو الانتكاسة وهي كما عرفها العلماء والأطباء أنها عبارة عن نوبة تدوم لأكثر من (48) ساعة تظهر فيها أعراض مختلفة وأشد من الطبيعية، بعضها يزول أثرها بعد تلقي العلاج الذي يحتوي على الكورتيزون، والبعض من شدته وتكراره يذهب أثره جزئياً وآخر لا يزول أثره، وهنا يحدث تلف كلي للعصب المصاب بالهجمة/الانتكاسة (EDSS) بما يتعلق بشدة المرض ونسبة العجز فقد قيم المرضى باستخدام السلم الموسع لحالات العجز وهو يعتمد على النواحي الوظيفية في قسمه الأول، وعلى القدرة على الحركة في قسمه الأخير، ويُدرج السلم من 0 إلى 10 وقد بلغت نسبة العجز في المرضى 85% حتى 4.5 و15% للإصابات فوق (5-10) ويحتاج مصاب التصلب المتعدد خاصة وأنه في مرحلة حرجة وفي بداية حياته ليرسم مستقبله يصطدم بهذا الذي أطلق عليه العلماء "القاتل الصامت" إلى دعم وتوجه إيجابي ليعينه على المواجهة (شحادة، 2011).

مشكلة البحث:

انبثقت المشكلة من معاناتي الشخصية حيث تعرضت للإصابة بالتصلب اللويحي المتعدد منذ (2016) وكانت من أكثر مخاوفي وإلى الآن هو القلق والخوف من العجز ومن خلال تجربتي الشخصية مع المرض وأيضًا تعاملي مع بعض الفئات من المصابين لاحظت أنه من أكثر المخاوف هو تقادي حدوث الانتكاسات التي تسبب العجز سواء المؤقت أو الدائم، وأيضًا إرشادات الأطباء والأدوية التي أصبحت متداولة الآن ما هي إلا عبارة عن علاج مثبت ومنظم للجهاز المناعي حتى لا يحدث انتكاسات وتنتهي بالعجز، ومن هنا نستطيع أن نقول أن كل ما يدور حول التصلب هو محاولة تقادي العجز فكيف بنا ألا يكون قلق العجز أحد أكبر الاضطرابات النفسية التي نواجهها؟ كما تتمثل مشكلة البحث من ندرة في الدراسات التي تناولت المرض في حد ذاته وأعراضه النفسية مثل القلق والخوف من العجز وانخفاض نوعية جودة الحياة، والذي يؤثر على التحصيل الأكاديمي نظرًا لتأثير المرض على القدرات المعرفية والإدراكية والحركية، وقد توصلت دراسة قدمها (salter et al.,2010) إلى ارتباط فقدان التنقل بشكل مستقل بانخفاض الحالة الاجتماعية والاقتصادية لدى الأشخاص المصابين بمرض التصلب اللويحي المتعدد، كانت هذه الارتباطات كبيرة مع فقدان الحركة المعتدل، ودعم العلاج المبكر، وهذا بدوره يؤثر على حالة المصاب النفسية.

وتوصلت دراسة (A.cecil janssens et al.,2004) إلى ارتباط تصورات المخاطر قصيرة المدى وخطورة الاعتماد على الكرسي المتحرك بشكل كبير بالقلق والاكتئاب والضييق المرتبط بالمرض لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد، تؤكد النتائج على أهمية إبلاغ المرضى الذين يعانون من اضطرابات مزمنة بالتنبؤ قصير المدى بالعواقب المهمة طويلة المدى للمرض، ومن خلال عرض الباحثة لمشكلة الدراسة ومعاناة المرضى وتأثير ذلك على صحتهم النفسية وندرة الدراسات التي تناولت الجوانب النفسية والاجتماعية للمرضى، وبناءً على الدراسات التي تم عرضها في حدود علم الباحثة تم التوصل إلى اكتشاف أنه يوجد ندرة في دراسة المتغيرات والعينة رغم وجود المعاناة.

ويمكن صياغة المشكلة في التساؤلات التالية :

- 1- هل تنتظم بنية قلق العجز في عدة عوامل لدى طلاب الجامعة؟
- 2- هل توجد فروق في قلق العجز لدى الطلاب المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد تُعزى لاختلاف النوع(ذكور، إناث)؟

- 3- هل توجد فروق في قلق العجز لدى الطلاب المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد تعزى لدرجة العجز (بسيطة -متوسطة- شديدة)؟
- 4- هل توجد فروق في قلق العجز لدى الطلاب المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد تعزى لمستوى التعليم (جامعي- متوسط- أقل من متوسط)؟

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى :

- 1- معرفة العوامل التي تكون قلق العجز.
- 2- الكشف عن الفروق في قلق العجز تعزى إلى النوع ودرجة العجز ومستوى التعليم.

أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث في أهمية الجانب الذي يتصدى له، وتتضح هذه الأهمية فيما يلي:

أولاً : الأهمية النظرية:

- 1- ندرة الدراسات التي تناولت قلق العجز كمتغير مستقل حيث وجدت الباحثة في بعض الدراسات الاجنبية عن نسبة العجز وحتميته أو احتمالته والقلق بصفة عامة والاكثاب، لذلك أردنا تسليط الضوء على هذا الجانب من القلق وتم عمل استطلاع رأي مبسط وكان الأغلب يؤيد أن هذا الجانب من القلق أكثر ما يعاني منه.
- 2- الإشارة إلى إحدى المشكلات النفسية التي يشعر بها المصابين وهي قلق العجز، حيث أنها تعتبر مشكلة لدى كثيرًا من المصابين بحسب بعض الاستبيانات التي تم إجرائها على بعض المصابين.
- 3- الإصرار الكبير على نقل معاناة هذه الشريحة من المجتمع.

ثانياً: الأهمية التطبيقية :

- 1- مساعدة المصاب على التعرف أكثر بالمرض وكيفية التعامل معه.
- 2- عمل برامج إرشادية لتخفيف من حدة قلق العجز.
- 3- إثراء البيئة السيكومترية بمقاييس جديدة مثل مقياس قلق العجز.

مصطلحات البحث:

قلق العجز :

قلق العجز (Medeiros,2018).

إنه حالة من الخوف والترقب من حدوث انتكاسة وتترك أثر عضوي يصيب المريض بالعجز الوظيفي ويفقد استقلالته لبعض الوقت أو للأبد، ويحدد ذلك شدة الهجمة ودرجة سلامة الأعصاب المصابة.

التصلب اللويحي المتعدد:

هو مرض تدريجي للجهاز العصبي المركزي يمكن أن يؤدي إلى تأثيرات شديدة التباين على الحركة والوظيفة الحسية. (Karparkin H, Siminovich-Blok,2022)
هو مرض انتكاسي عصبي ، على الرغم من أنه يصيب النساء بشكل أساسي، إلا أنه أكثر حدة عند الرجال ويسبب تغيرات حركية وإدراكية وعاطفية. كان الهدف من هذه الدراسة هو تحديد العلاقة المحتملة بين التغيرات الحركية والمعرفية والعاطفية.
(2023 Cuerda-Ballester M et al,)

تعرف النوبة بأنها الفترة الزمنية التي تظهر فيها أعراض عصبية جديد أو تفاقم الأعراض الموجودة سابقاً لمدة تتجاوز 24 ساعة حيث يزيد الفاصل الزمني بين نوبة وأخرى الشهر قد تترك لدى المصاب أثر أو تخنفي تماماً. (Pelissier, Drokhamm, 2003).

وذكرت زكيري (2017) وتعرف أنه تقاوم للأعراض السابقة للمرض عند المصاب وتحدث هذه الانتكاسات الكاذبة بسبب عدة عوامل محفزة ومن أهمها ارتفاع درجة الحرارة، الاكتئاب، الإمساك، الإرهاق عادة ما تستمر هذه الأعراض لحين زوال العامل المحفز.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

أولاً: القلق وقلق العجز

مقدمة:

القلق هو الحالة التي يمر بها الفرد إذا تهدد أمنه وعند تعرضه للخطر أو إذا لقي إهانة أو إحباطاً لمساعاه أو تعرض لموقف صعب أو أصيب بمرض مزمن تطوراته غير متوقعة، وان كان لها توقع فمن المحتمل أن يكون سيء يتسبب له بإعاقة أو عجز كلي أو جزئي، والقلق من أكثر المصطلحات الشائعة في مجال علم النفس عمومًا، والكتابات الخاصة بمجال الصحة النفسية خصوصًا، ومع ذلك فإن هذا المصطلح لم يكن شائعًا حتى عقد الثلاثينات من هذا القرن، وربما يعود الفضل في إعادته إلى "فرويد" حيث استخدمه مؤسس التحليل النفسي في محاضراته التمهيدية الأولى (1916-1917) وفي محاضراته التمهيدية الأخرى (1932-1933) ومع أن القلق بالدرجة الأولى خبرة انفعالية مكدره أو غير سارة، بل ومؤلمة من الناحية الوجدانية يعانيها الفرد في الموقف الذي يتعرض فيه لمثيرات تثير القلق، فكثيرًا ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية الشعورية بعض المظاهر الفسيولوجية، خاصةً عندما تكون نوبة القلق حادة، مثل ازدياد ضربات القلب، ارتفاع ضغط الدم، الأرق، فقدان الشهية، زيادة افراز العرق. ويهتم علماء النفس بالتفرقة بين خبرة القلق وخبرة الخوف وخبرة التوتر، وذلك بسبب التشابه الواضح بين أعراضهم وما يمكن أن يحدث لذلك من خلط بينهم، وأوضحوا أن الخوف والتوتر ينشأ كل منهما عن التعرض لمثير أو موضوع محدد ومعلوم، أما القلق ينشأ عن مثير غير محدد فإذا كان الموضوع الذي يثير خوفه أو توتره محدد، فإنه يجد صعوبة في تحديد الموضوع الذي يثير قلقه.

مفهوم القلق

وعرفه راجح (1986) بأنه انفعال مركب من الخوف وتوقع الشر، غير أنه يختلف عن الخوف من ناحيتين: 1- فهو خوف من خطر محتمل غير مؤكد الوقوع يخوف الطالب من نتيجة الامتحان، أو خوف المريض من الموت.

وعرفه أيضًا بأنه خوف معتقل محبوس لا يستطيع أن ينطلق في مجراه الطبيعي كالهرب أو الاختفاء أو الهجوم، إنه انفعال مؤلم تشعر به حين لا نستطيع أن نفعل شيئًا حيال موقف مخيف يهددنا بالخطر.

عرفه فرويد (1989) القلق هو شيء نشعر به ونسميه حالة وجدانية بالرغم من أننا نجهل أيضًا ما هو الوجدان والقلق، من حيث هو شعور وجداني، حاله مكدره جدًا، وليس كل كدر يمكن أن يسمى قلقًا، فهناك مشاعر وجدانية أخرى مثل التوتر أو الألم أو الحزن لها. ويعرفه أيضًا أنه حالة انفعالية لها صفات معينة، وكثيرًا ما يستخدم الباحثون لفظ القلق ليعين حالة التوتر الخفيف التي يشعر بها الفرد عند أحد طرفيه، والذي من الممكن أن يصل إلى حالة الرعب عند الطرف الآخر.

أعراض القلق:

1- الأعراض العامة الشائعة للقلق

يحدد الدليل التصنيفي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الرابع (DSMIV,2000) أعراض القلق العام على أنها:

- 1- قلق مفرط ويستمر لأكثر من ستة أشهر، والقلق يكون حول أحداث أو نشاطات (مثل العمل والأداء المدرسي).
- 2- يجد المريض أنه من الصعب السيطرة على قلقه.
- 3- يتسبب القلق باضطراب سريري واضح وتدهور في العمل.
- 4- الاضطراب ليس بسبب تأثيرات فسيولوجية أو مواد (مثل إساءة استعمال الأدوية، والعقاقير) أو ظروف طبية عامة (مثل: زيادة نشاط الغدة الدرقية) ولا يحدث بشكل خاص خلال اضطراب المزاج، أو اضطراب النمو المنتشر (DSMIV,2000).

وفي دراسة أخرى صنفت أعراض القلق إلى نوعين هما:

أ- الأمراض البدنية

- ضربات زائدة أو سرعة في دقات القلب.
- نوبات من الدوخة والإغماء.
- تتميل في اليدين أو الذراعين أو القدمين.
- غثيان أو اضطراب المعدة.
- الشعور بألم في الصدر.
- فقد السيطرة على الذات.

ب: الأعراض النفسية

- نوبة هلع
- الاكتئاب
- الانفعال
- عدم القدرة على الإدراك (مهدي وآخرون، 2012).

تتركز الأعراض النفسية للقلق في عدم القدرة على اتخاذ القرار بسهولة وصعوبة التذكر، ولقد وصلت العديد من الدراسات إلى أن القدرة على التركيز خلال أداء واجب معين يتطلب حالة نفسية طبيعية، وأن حالة الشدة ينتج عنها القلق من كفاءة الأداء بشكل عام، وتظهر الأعراض النفسية للقلق في العديد من الأشكال منها الأفكار التسلطية: معناه كلمات أو أفكار متكررة غير مرغوب فيها تطرح نفسها على الذهن بإلحاح ويكون التخلص منها عسيراً وهي في العادة أفكار منهجية عدوانية أو متعلقة بدوافع يصعب التحكم فيها. (فاتح والخضر، 2021).

وهناك أيضاً أعراض أخرى نذكر منها الآتي:-

الأعراض الانفعالية: منها سرعة التهيج، الشعور بالانهيار، والإحساس بالهم والحزن الدائم.

الأعراض المعرفية: اضطراب التفكير، وعدم المقدرة على التركيز وضعف الانتباه.

الأعراض السلوكية: والتي نذكر منها التوتر العضلي، الإحساس بالتعاسة، وذلك بدوره يؤثر على الإدراك الحركي وتزداد حدة هذه الأعراض مع اضطراب الضغوط، الخوف من الأماكن الواسعة. الأعراض الاجتماعية: تجنب التواصل مع الآخرين، العزلة، الاكتئاب.

أنواع القلق:

تعددت تسميات القلق حسب المواقف التي تثير القلق لدى الرد، فمنها قلق الامتحان، القلق التحذيري، قلق العجز، قلق الموت، قلق السمة وقلق الحالة.

قلق الحالة:

قد يسمي بالقلق الموضوعي وهذا النوع من القلق أقرب منه إلى الخوف، مثل خوف الفرد من الظلام، الخوف من الأماكن العالية، أي لدى الفرد خبرة انفعالية مؤلمة من الظلام منذ الطفولة. وهو الإحساس بالتوتر الذي ينبأ الفرد حين يكون مقدماً على عمل ما أو يكون مترقباً لحدث أو لخبر، أي هذا النوع الطبيعي يزول بزوال الموقف وهذا ما اتفق عليه كل من "كاتل وشاير" لتصورهما لحالة القلق لطرف أو حالة انفعالية ذاتية أو مواقف مؤقته أقرب ما تكون إلى حالة الخوف الطبيعي ويشعر بها كل إنسان في مواقف التهديد ما يؤدي إلى تنشيط جهازهم العصبي المستقل، ويهيئهم لمواجهة مصدر التهديد ما يؤدي إلى تنشيط

شده الحالة تبعًا لما يستشعره كل فرد من درجة الخطورة في المواقف التي يواجهها، كما تزول بزوال مصدر الخطورة أو التهديد، تتغير حالة القلق في شدتها وتتذبذب عبر الزمن تبعًا للمواقف المهددة للفرد. وفسره سبيلبرجر بأنه حالة انفعالية غير سارة تتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والكدر أو الهم وتنشيط أو إثارة الجهاز العصبي اللاإرادي أو موقف على أنه يمكن أن يحدث الأذى أو الخطر أو التهديد بالنسبة له، وتختلف حالة القلق في الشدة وتتغير عبر الزمن بوصفها دالة لكمية مواقف المشقة التي تقع على الفرد وتضغط بشدة عليه.

قلق السمة:

هو خوف داخلي المصدر غير مفهوم لا يعرف له الفرد أصلًا أو سببًا ولا يستطيع أن يجد له مبررًا موضوعيًا أو سببًا واضحًا صريحًا فهو خوف أسبابه لا شعورية مكبوتة.

"حسب سبيلبرجر" يسمى قلق السمة بالقلق العصابي أو المزمن، وهو استعداد طبيعي أو اتجاه سلوكي يجعل القلق يعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية.

هو سمة في الشخصية ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك وإن كان يمكن استنتاجها من تكرار ارتفاع حالة القلق لدى الفرد عبر الزمن وشدة هذه الحالة، كما أن الأشخاص ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق كالعصابيين مثلاً قابلون لإدراك العالم على أنه خطر مهدد أكثر من الأفراد ذوي الدرجات المنخفضة.

ويعرفه ماي 1950 بأنه "عبارة عن رد فعل لتهديد يتسم أو يتصف بعدم التناسب مع الخطر الحقيقي، ويتضمن الكبت وبعض الصراعات ولا يستطيع الشخص فهم بوضوح الأسباب التي أدت لقلقة وتوتره". (بن جاب الله وآخرين ، 2011)

ويعرف هذا النوع أيضًا بالقلق العصابي، واتفق أيضاً راجح (1968) مع المفهوم السابق في أنه داخلي المصدر ولا يعرف الفرد له أصل ولا يجد له مبررًا موضوعيًا أو سببًا واضحًا فهو خوف أسبابه لا شعورية مكبوتة، ثم أنه تثيره مثيرات غير كافية، فإن كانت المثيرات كافية بدا الخوف عنيفًا مستمرًا، وبما أنه خوف غير ذي موضوع معين لذا فهو يبدو في صورة توجس هائم طليق يتأهب لأن يلقي بنفسه على كل شيء يتخذ منه علة لوجوده، والقلق العصابي عرض مشترك في جميع الأمراض النفسية والعقلية لكنه في عصاب القلق أظهر الأعراض الأكثر بروزًا، فهو أشد عنفًا وأطول بقاءً، فترى المريض يتوقع الشر من كل شيء ومن كل مصدر، ويرى في كل حدث نذير سوء، ويؤول كل ظن على أسوأ وجه له، ولا يرى الجانب الإيجابي في الأمور ولا ينتظره، على سبيل المثال إن سافر قدر أن القطار سيصطدم، وإن سافر بالطائرة قدر أنها ستسقط، وإن رأى في الطريق سيارة الحريق فهي ذاهبة لإطفاء بيته، دائم القلق على صحته وعمله ومستقبله، حياته كلها خوف وتشاؤم، ومن الأعراض النفسية الأخرى أيضًا سرعة الهياج وضعف قدرة المصاب

على التركيز وشروود الذهن والهبوط بين آن وآخر، هذا فضلاً عن التردد والتشكك وتزاحم الأفكار المزعجة على المصاب، مع فقد الشهية والأرق والتوتر ومن الطبيعي أن تؤدي كل تلك الأعراض والتي تتدرج تحت مسمى النوراستتيا.

القلق الخلفي:

الأنا الأعلى والتي تعتبر مصدر الخطر في حالة القلق الخلفي وهو الذي يهدد إذ قامت بفعل معين، فإنه ينشأ بصورة أساسية من الخوف من الوالدين وعقابهما.

الفروقات بين القلق الطبيعي والقلق المرضي (قلق السمة وقلق الحالة)

حالة القلق هي حالة انفعالية غير سارة تنسم بمشاعر ذاتية من الهم والكرب وتنشيط الجهاز العصبي اللاإرادي، وتحدث عندما يتعرض الشخص لمثير معين أو موقفٍ ما على أنه يمكن أن يحدث الأذى بنسبة له، وتختلف حالة القلق وشدته عبر زمن إلى آخر بوصفها دالة لكمية مواقف المشقة التي تضغط بشده على الفرد، أما القلق كسمة فهو ثابت ولا يظهر مباشرة في السلوك يمكن استنتاجها من تكرار ارتفاع حاله القلق عند الفرد عبر الزمن وشدتها كما أن الأشخاص المصابين بالقلق ولديهم القلق مرتفع بشدة قابلون على إدراك العالم على أنه خطر ومهدد أكثر من الأشخاص ذوي الدرجات المنخفضة؛ لذلك الأفراد القلقون أكثر الناس عرضة للمواقف الصعبة ويميلون إلى إرجاع الخبرات الخاصة بحالة القلق وهي ارجاعات ذات شدة مرتفعة، وتكرار كبير عبر الزمن بالمقارنة بالأشخاص الأقل قلقاً.

قلق العجز:

القلق والخوف من العجز يعد أحد أكبر مخاوف عينة الدراسة حيث وكما سوف يتم الإشارة إليه أن التصلب اللويحي المتعدد "هو مرض التهابي مزمن ومزبل للميالين يؤثر على الوظائف الإدراكية والعاطفية، يعاني حوالي 50% من مرضى التصلب اللويحي المتعدد من درجة ما من الضعف النفسي؛ نظراً لظهوره في سن الرشد (وهي فترة من الحياه يكون فيها الفرد نشطاً مهنيًا واجتماعيًا. (جاد الله، 2017).

وفي صدد ذلك أجريت دراسة بعنوان "دراسة حول سن البدء ودرجة العجز في التصلب اللويحي لدى عينة من المرضى في سوريا، والتي كان هدفها دراسة سن بدء الأعراض، ونسبة العجز عند المرضى ومقارنة ذلك بالدراسات العالمية، وأيضاً إلى معرفة وجود أي تزايد في نسبة حدوث المرض، الخلاصة من هذه الدراسة فيما يتعلق بشدة المرض ونسبة العجز فقط قيم المرضى باستخدام السلم الموسع (EDSS) لحالات العجز وهو يعتمد على النواحي الوظيفية في قسمه الأول وعلى القدرة على الحركة في قسمة الأخير، ويدير السلم من (0 إلى 10) وقد بلغت نسبة العجز في عينة هذه الدراسة 85% EDSS 0 إلى 4.5 و15%.

للإصابات فوق 5-10 أما الدراسات العالمية الموجودة التي تبحث في نسبة العجز مثل دراسة جنوب ويلز ودراسة كليفلاند من الولايات المتحدة الجدول والمخطط ثمانية والتي كان من عناصرهما الأساسية دراسة نسبة العجز وشدة المرض، ولكنهما لا تميزان بين الذكور والإناث فقد وصلت نسبة العجز إلى نسب متساوية تقريباً بين المجموعتين حتى 4.5 - 5 من 10 بدون تفوق أحدهما على الأخرى.

وبالمقارنة بين نتائج دراستنا من شدة المرض ودرجة العجز والدراسات الأخرى المذكورة يتبين أن النسبة ترجح الإصابات الأخف نسبياً في سوريا حيث يقع غالبية المرضى في فئة المرضى ذوي درجة العجز المنخفضة (شحاده، 2011)

وهذا ما وضحته دراسة Cuerda-Ballester M, et al., (2023) هذه دراسة وصفية وقائمة على الملاحظة ومستعرضة، مع 67 مريضاً مصاباً بمرض التصلب العصبي المتعدد (20 رجلاً و 47 امرأة) ، تم إعطاؤهم الاستبيانات التالية: مقياس حالة الإعاقة الموسع (EDSS) ، اختبار المشي لمدة دقيقتين (MWT2) ، بيرج مقياس التوازن، وجرد بيك للاكتئاب (BDI-II) ، وجرد قلق سمات الحالة (STAI) وجرد الأعراض قبل الجبهية (PSI) لتحليل المستوى المعرفي ، ومؤشر كتلة الجسم (BMI) والنسبة المئوية من كتلة العضلات، فضلاً عن ذلك، تم إجراء تحليل الانحدار لدراسة العلاقة بين المتغيرات. نتائج. لم يتم العثور على فروق ذات دلالة إحصائية بين الرجال والنساء في أي من المتغيرات. فيما يتعلق بالعلاقة بين المعلمات، كان تحليل الانحدار ذو دلالة إحصائية، حيث أظهر تأثير العمر على أداء المشي والتوازن ($\beta \cong -0.4$ ، $p < 0.05$) ؛ بالإضافة إلى ذلك، كانت هناك علاقة بين اختبار المشي لمدة دقيقتين MWT2 وجرد قلق سمات الحالة STAI A / S ، مما يشير إلى أن كلاً من التقدم في السن وحالة القلق المرتفعة يمكن أن تؤثر على أداء المشي. من ناحية أخرى، أظهرت أعراض الفص الجبهي علاقات معتدلة مع كل من القلق والاكتئاب ($\beta \cong 0.6$ ، $p < 0.05$) ؛ وبالتالي، يمكن أن تؤدي المستويات العالية من القلق والاكتئاب إلى زيادة التغيرات في الفص الجبهي. الاستنتاجات. هناك علاقة بين المتغيرات الحركية والعاطفية. خاصة، يرتبط قلق الحالة بمقاومة المشي. لم يتم العثور على علاقة بين الاكتئاب والتغيير المعرفي والتوازن أو القدرة على المشي. فقط العمر له تأثير في هذه العلاقات.

أسباب القلق:

وقد أشار المطيري (2005) إلى أن أسباب القلق تنقسم إلى:

عوامل بيولوجية:

للقلق النفسي أعراض تظهر نتيجة زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه السمبثاوي والباراسمبثاوي، ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنورأدرينالين في الدم، ومن

علامات تنبيه الجهاز السبمثاوي هو ارتفاع ضغط الدم وزيادة ضربات القلب أما ظواهر الجهاز الباراسمبثاوي كثرة التبول، الإسهال، ووقوف الشعر، وللوراثة دور في هذا القلق فكثيراً ما يكون هناك تاريخ مرضي في الأسرة (الوالدين) وهذا يدل على اضطراب البيئة التي ينشأ منها المريض.

عوامل نفسية واجتماعية:-

تعددت أسباب القلق بعدد النظريات النفسية المفسرة له كما يلي :

حيث أرجع فرويد القلق إلى: صراعات داخلية لا شعورية وهي عبارة عن قوة داخلية تتصارع مع بعضها البعض مما يسفر عنها حدوث أعراض مرضيه، وميز فرويد بين نوعين من القلق السوي والقلق المرضي . أما عن ادلر فقد أرجع القلق إلى الشعور بالنقص ومحاولته للتفوق وقد أشار إريك فروم إلى أن القلق ينشأ نتيجة لحدوث صراع بين الحاجة للفرد والاستقلال من جانب الوالدين، أما أنصار المدرسة السلوكية: فيرجعون اضطرابات السلوك عامة واضطرابات القلق خاصة إلى تعلم سلوكيات غير صحيحة في البيئة التي ينشأون بها وللظروف الاجتماعية دور في تدعيم تلك السلوكيات واستمرارها.

الضغوط البيئية ودورها في حدوث اضطراب القلق: للضغوط البيئية دور في حدوث أي اضطراب أو تفاقمه ويوجد نوعان وهما: الضغوط المباشرة، الضغوط غير مباشرة، وهنا لا بد من الإشارة إلى أن الضغوط البيئية وحدها غير كافية في حدوث الاضطراب، ولكن إذا اشتدت مع وجود استعداد مرضي وغياب عوامل المقاومة كل هذا يعمل على ظهور المرض، وأشار عبد الكافي (2012) في ذكر أسباب القلق للإنسان في العصر الحديث عديدة ومنها، السعي الدائم إلى الحصول على مستوى اجتماعي واقتصادي أفضل مما يسبب للإنسان مزيداً من القلق، الخوف من المستقبل يسبب توتراً خاصاً وشديداً، تغير العلاقات الاجتماعية المستمر الذي يسبب القلق والتوتر، الظهور بمظهر المهموم الذي لا حيلة له، العصبية الشديدة تجاه المشاكل التي تسبب القلق، الانزعاج من صوت جرس الباب أو الهاتف أو الخطابات.

النظريات المفسرة للقلق:

تعددت اتجاهات القلق تعدداً كبيراً وذلك لتعدد مدارس علم النفس المختلفة التي حاولت تفسير ظاهرة القلق وسوف نتناول فيما يلي عرض لهذه النظريات المختلفة:

القلق عند مدرسة التحليل النفسي:

نظريه سيجمون فرويد:

قد بدأت الدراسة العلمية للقلق منذ بداية القرن العشرين فقد بحث العلماء في علاقته بالاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية وبحثوا في العوامل التي تنمي عند

بعض الناس الانحرافات السلوكية والتي لا تنمي عند البعض الآخر. ويعد (فرويد) أول من أشار إلى الدور الهام الذي يقوم به القلق في نشوء الأمراض العصبية والمحرك الأساسي لجميع الاضطرابات والانحرافات.

وقد كان لفرويد نظريتان في دراسة القلق:

حيث فسر في نظريته الأولى: بأن القلق نتيجة للكبت الذي يحول الليبدو إلى قلق وهذا التحول يتم بطريقة فيسيولوجية بحثه وأهم ما يلاحظ في هذه النظرية أن القلق لا يسبب الاضطراب بل هو نتيجة له فالذي يحدث أولاً هو الاضطراب الذي يؤدي إلى الكبت وهذا بدوره يؤدي إلى القلق.

أما في نظرية (فرويد) الثانية: فقد عدل فرويد عن رأيه الألوأؤكد أن القلق يؤدي إلى الكبت لا العكس، وبأن للقلق دور هام في تكوين الأعراض العصبية، ومن ثم لم يعد في رأيه نتيجة إلى تحول الليبدو بل نتيجة لرد فعل خطر غريزي حالي وما قد تؤدي إليه الرغبة الغريزية من أخطاء خارجية، ويعتقد فرويد بأن لحظة الميلاد الأول الذي يتعرض له الفرد والخبرة المؤلمة الأولى التي ينشأ عنها القلق الذي يعتبر النموذج الأصلي لكل حالات القلق التي تأتي في حياة الفرد.

نظرية "كارن هورني في تفسير القلق:

أقامت (هورني) نظريتها في الشخصية على أساس الإمكانيات الإيجابية الموجودة في البيئة التي تعطي الحب وتوفر العطف والحنان فيجد الفرد الفرصة لاكتشاف قيمته من خلال الآخرين وينال احترامهم وتقديرهم، أما عندما لا تقي البيئة الاجتماعية بهذه المطالب الأساسية فإن الفرد يتعرض للقلق الذي تسميه (هورني) بالقلق الأساسي، وترجع (هورني) أسباب القلق إلى كبت المشاعر العدوانية منذ الطفولة وقد يحدث كبت هذه المشاعر في أي مرحلة من العمر المكبوتة منذ الطفولة القلق الأساسي للفرد. كما تتفق مع فرويد) في أن القلق والخوف رد فعل انفعالي للخطر وهي ترى أن هناك اختلافاً بين القلق والخوف. فالخوف وفق (هورني) هو رد فعل لخطر واقعي وأما القلق فهو رد فعل غامض غير معروف وفي حالة الخوف يكون الخطر خارجياً أما في حالة القلق فيكون الخطر ذاتياً وتهتم (هورني) بهذا العامل الذاتي المصاحب للقلق والذي يميزه عن الخوف وهي ترى أن هذا العامل الذاتي يتكون من شعور الفرد بخطر كبير مع شعوره بالعجز أمام هذا الخطر كما ترى أن بعض العوامل النفسية الداخلية تقوم بإيجاد الخطر أو تقوم بتعظيمه، إن شعور الفرد بالعجز يكون متوافقاً علي اتجاه الفرد نفسه لذلك فهي ترى بأن شدة القلق تكون مناسبة لمعنى الموقف عند الفرد (الفيثوري، وآخرون، 2014)

نظرية أدلر:

يعتبر "ألفريد ادلر (1976) أحد التلاميذ فرويد الأوائل الذين عملوا على نشر التحليل النفسي وقد ساهم في إثراء نظرية التحليل النفسي بأرائه وأعماله الكثيرة وإذا كان س.فرويد يرجع القلق إلي علة وحيدة وهي تفرغ الطاقة الجنسية أي الي "الليبدو" وبالتالي فإن السلوك الإنساني برمته تحركه مجموعة من الغرائز الفطرية فإن ادلر (1976) يري أن السلوك الإنساني تحركه الحوافز الاجتماعية، وبالتالي فإن الإنسان كائن اجتماعي ولا يستطيع أن يكون غير ذلك. يرجع أدلر (1976) القلق إلى عقدة الشعور بالدونية أو عقدة القصور وقد كان في بداية الأمر يركز على القصور المعنوي أيضًا والذي يتضمن المتغيرات الاجتماعية التي تؤثر على الطفل كالتربية والمعاملة الوالدية إلى غير ذلك من المتغيرات الموجودة في البيئة الاجتماعية، إن الإنسان كائن شعوري وهو يدرك عوامل سلوكه ويشعر بنقائصه وبما أن توين "الفرد ادلر " الأساسي كان في الطب العضوي ثم انتقل إلي الطب النفسي فإنه بدأ نظريته في مجال علم النفس الشواذ وهي نظرية اقتصادية إلى أبعد الحدود بمعنى أن المفاهيم الأساسية التي بني عليها نظريته قليلة.

نظرية هاري ستاك سوليفان H.S.SULIVAN:

يعتبر هاري ستاك مبتكر نظرية جديدة في علم النفس تعرف ب"نظرية العلاقات الشخصية المتبادلة في الطب النفسي" ويرى سوليفان أن الشخصية كيان فرضي لا يمكن ملاحظته ودراسته بمعزل عن المواقف الشخصية المتبادلة وعلي الرغم من ذلك فإن الشخصية مركز دينامي لعمليات عديدة تحدث متتابعة على شيء من التداخل وهذا هو وجه الصعوبة في دراسة الشخصية، ويبدأ سوليفان بمفهومه المألوف للكائن العضوي كنظام للتوتر يمكن. نظريًا. أن يتراوح بين حدود الارتخاء التام أو الانشراح ويفضل "سوليفان أن يسميه بالتوتر المطلق الذي يتمثل في حالات الهلع البالغ. وهناك مصدران راسيان للتوتر في نظر سوليفان هما: التوترات الناشئة عن حاجات الكائن العضوي و- التوترات الناتجة عن الحصر، ويسعى الشخص دائما إلى خفض التوتر عن طريق التحكم في أسبابه من خلال التفاعل المتبادل بينه وبين مكونات البيئه الخارجية التي هي مصدر إشباع حاجاته العضوية والنفسية، ويهتم سوليفان بالعلاقات الاجتماعية بين الطلب وبين الأشخاص المهيمين في بيئته وخاصة الأم ويرى أن تنشئة الطفل الاجتماعية وتربيته وتعليمه تتلخص في اكتساب الطفل لبعض الأعمال والعادات التي يستحسنها والابتعاد عن بعض الأعمال والعادات التي لا يستحسنها الوالدان، نستج من ذلك أن السلوكيات التي تؤدي إلى رضا الوالدين ينتج عنها الانشراح أما الأعمال والسلوكيات التي تؤدي إلى عدم رضا الوالدين يتولد منها التوتر وبالتالي ينشأ عنها القلق وهذه الفروق بين السلوكيات هي التي تجعل الطفل يفرق بين أنواع السلوك المقبول اجتماعيًا والسلوك الغير مقبول وبذلك تتكون لديه القدرة على تجنب العقاب ويتمتع بحالة الانشراح.

ويربط سوليفان القلق بالتوتر الناتج عن أخطار حقيقية أو وهمية تهدد أمن الفرد والتي إذا ما زاد حددها أدى ذلك إلى تعطيل قدرة الفرد على إشباع حاجاته وأدت إلى اضطراب علاقاته الشخصية المتبادلة وأدت كذلك إلى الخلط في التفكير وتختلف شدة الحصر باختلاف خطورة التهديد وفاعلية عمليات الأمن التي تكون في حوزة الشخص.

ويعتقد سوليفان أن القلق هو المؤثر التربوي الذي يكتسب أهمية قصوى في الحياة، ويمثل المكانة الأولى فيها. وينتقل القلق إلى الطفل عن طريق الأم من خلال تعاملها معه ويبدو ذلك في نظراتها ونغماتها ولا يفسر سوليفان كيفية انتقال القلق من الأم إلى الطفل وإنما يفترض أنه يتم عن طريق عمليات وجدانية يكتنفها الغموض. وبواسطة هذا القلق الذي ينتقل للطفل عن طريق الأم تصبح كل الخبرات المتلاحقة مشحونة بالقلق، وهكذا نجد سوليفان يركز على العلاقات الاجتماعية في نشوء القلق وخاصة علاقة الطفل بأمه التي هي الوسطة الأولية لذلك (سعد الله، 2009).

القلق عند المدرسة السلوكية:

أبوزيد والحسيني وآخرون (2014) عن خير الزراد(2005) أن القلق عند السلوكيون مكتسب خلال عملية التعلم من خلال الاشتراطات ويشير السلوكيون في تفسير القلق أن القلق مكتسب من خلال العمليات التعليمية الأخرى، وهذا الخوف المكتسب من خلال الاشتراطات وهذا الخوف المتسبب يولد السلوك الهروبي، وبالتالي يعتبر هذان السلوكان ناجحان لأنهما يكسبان التعزيز من خلال خفض مستوى القلق. وفي ذكر التعلم الشرطي فإنهم يشيرون إلى القلق بأنه استجابة خوف اشتراطية والفرد غير واعٍ بالمثير الطبيعي لها ويشيرون أن الاستجابة في القلق تصبح مرضية إذا بلغت مستوى عالي من الشدة عند الأشخاص العاديين، ويؤكد كلا من (دولار وميلر) أن الصراع الانفعالي الشديد أساس الاضطرابات السلوكية، ويقصدون بالصراع هنا الصراع اللاشعوري الذي يلعب دوراً كبيراً في تكوينه والكبت هنا عبارة عن استجابة متعلقة نتعلمها بالطريقة نفسها التي بها غيرها من الاستجابات إذ أن هناك من الأفكار والذكريات ما هو مرتبط بمثيرات مؤلمة والكبت يؤدي إلى خفض التوتر، لكن بشكل وقتي وبدوره يجعل من الصعب تحديد مصدر القلق. وهذا يجعله عملية غير ناضجة تؤدي إلى خفض التوتر وقتياً ولا تزيله بشكل دائم بل تعمل على زيادته إذ أن جهل الفرد بالعوامل المسببة لقلقه تقل قدرته على التحكم فيه مما يجعل الفرد يلجأ إلى أساليب سلوكية أغلبها لاشعوري؛ لتؤدي إلى التخفيف من حدة القلق يطلق عليهم الحيل الدفاعية المتمثلة في: الإسقاط، التقمص، والتبرير وهما في نظر "ميلر ودولار" أساليب سلوكية متعلقة تدعمها الوظيفية التي تؤديها من حيث خفض التوتر الناشئ عن القلق وهو ناشئ بدوره عن أساليب التربية الخاطئة.

نظرية الدافع:

أبو زيد وآخرون (2014) عن نجاة:1993)

تدرجت وجهة نظر "تاليور واسبنس" حول القلق فيما عرف بنظرية الدافع وهذا على أساس أن القلق يرتبط بالدافع الذي يوجه السلوك ويدفع الشخص للعمل، وقد افترض أصحاب هذا الاتجاه أن الإنسان عندما يقوم بعمل فيشعر بالقلق. لكن الدراسات أثبتت أن القلق لا يؤدي إلى تحسن الأداء في كل الأعمال على كل المستويات حيث توصل العالمان من خلال دراستهما بأن الأفراد ذوي القلق المنخفض يكونوا أكثر إنجازاً في الأعمال الصعبة عنه لدى الأفراد ذوي القلق المرتفع.

وأشارت دراسة "لوكس بالمو" إلى أن أداء الأشخاص ذوي مستوى القلق المرتفع يضعف في المواقف التي يشعرون فيها بتقويم الآخرين لهم بغض النظر عن مستوى صعوبة العمل الذي يؤديونه، وقد وجد أن أداؤهم يزداد سوءاً كلما أخطأنا أخطاءهم وأخبرناهم بها وفي حين لم يتأثر أداء الأفراد ذوي القلق المنخفض ويعلق "ساراسون" على هذه النتائج بأن ضعف أداء الأفراد ذوي القلق المرتفع للأعمال المعقدة في المواقف التي يشعرون أنهم أقل نكاهاً من الأشخاص ذوي القلق تعزى إلى تضخيمهم لهذا التهديد.

القلق عند المدرسة الإنسانية :

ورد أبو زيد وآخرون (2014) عن الزيود (2002) أشار أصحاب هذه المدرسة أن القلق ينشأ عن خوف الإنسان من المستقبل بما قد يحمله من أحداث وآلام تهدد كيانه ووجوده، ويرون أيضاً أن الشخص خلال مسيرته الحياتية تواجهه مواقف تثير قلقه وكذلك تثير خوفه من مواجهة الفشل وما ينطوي عليه من مخاطر، ويضيف (ثورن) أن كل فرد لديه سجل تراكمي بعدد مرات الفشل وأيضاً عدد مرات النجاح التي حقها، وإذا كانت كفة الفشل هي الراجحة فيكون الفرد عرضة للقلق.

من وجهة نظر الظاهرية:

أشار أبو زيد وآخرون (2014) عن مرسى (2002) تم تفسير القلق من هذا الاتجاه الظاهرياتي: بأن التوتر الذي يصدر عن المفهوم المنظم للذات ذلك عندما يستشعر أن إدراك بعض الخبرات سيكون مدمر لنظامه وهذا الاستشعار لا يكون عن وعي كامل بل يكون إدراك، فالقلق إذاً يتضمن تهديداً رئيساً للذات وتتصدى الدفاعات لتلافيه، ويرى "روجرز" وهو من أبرز ممثلي هذا الاتجاه بأن الشخص العصابي شخص لم يكن صادقاً مع نفسه ومع عملية تقويمه الذاتي للخبرات فهو لم يحافظ على تقدير الآخرين لهذه الخبرات، ومن ثم ينشأ القلق حيث يتعارض مفهوم الفرد لذاته مع خبراته.

الدراسات السابقة التي تناولت قلق العجز:

في دراسة قدمها **Cecile, Janssen et al, (2004)** بعنوان إدراك الخطر النذير في مرضى التصلب المتعدد: العلاقة مع القلق والاكتئاب والضيق المرتبط بالمرض، كان الهدف من الدراسة هو التحقيق في تأثير إدراك المخاطر النذير على القلق والاكتئاب والضيق المرتبط بالمرض لدى مرضى التصلب المتعدد (MS). تم تقييم المخاطر المتصورة والخطورة المتصورة لمدة عامين ، و 10 سنوات، والتنبؤ مدى الحياة بالاعتماد على الكرسي المتحركة، وحالة الإعاقة، والقلق، والاكتئاب، والضيق المرتبط بالأمراض في 101 مريضاً. تم قياس الضيق على أنه تطفل وتجنب الأفكار والمشاعر المتعلقة بمرض التصلب العصبي المتعدد. وتوصلت النتائج إلى أن المرضى الذين لديهم تصورات أعلى للمخاطر لمدة عامين أو 10 سنوات أو مدى الحياة انزعجوا من مزيد من التطفل على الأفكار والمشاعر المتعلقة بالتصلب المتعدد. فقط التصور الأعلى لخطر الاعتماد على الكرسي المتحركة لمدة عامين كان مرتبطاً بشكل كبير بمستويات أعلى من القلق والاكتئاب والتجنب. وبالمثل ، كان الإدراك الأعلى لخطورة الاعتماد على الكرسي المتحركة مرتبطاً باستمرار بمزيد من التطفل والتجنب ، ولكن الجدية المتصورة فقط لاحتمال الاعتماد على الكرسي المتحركة لمدة عامين كانت مرتبطة بشكل كبير بالقلق والاكتئاب. كانت جميع العلاقات مستقلة عن حالة الإعاقة التي تم تقييمها سريرياً.

و دراسة **G Tsivgoulis et al. Acta Neurol Scand. (2007)** ارتباطات مقياس حالة الإعاقة الموسع مع القلق والاكتئاب في مرضى التصلب المتعدد الخارجيين. الأهداف: قمنا بتقييم المقطع العرضي للارتباطات بين الاكتئاب والقلق مع العمر والجنس ومدة المرض والمستوى التعليمي ودرجة الإعاقة والعلاج باستخدام مضاد للفيروسات بيتا في المرضى الخارجيين الذين يعانون من التصلب المتعدد الانتكاس والهاجع (RRMS) خلال مرحلة مستقرة سريرياً من مرضهم. **المواد والطرق:** تم قياس حالة الاكتئاب التي تم تسجيلها في قائمة Beck للاكتئاب (BDI) ، وأعراض القلق التي تم تقييمها باستخدام مخزون القلق للسماح للحكومية (STAI) ومستوى الإعاقة الذي تم قياسه بواسطة مقياس حالة الإعاقة الموسع (EDSS) في 86 مريض RRMS على التوالي. الاستنتاجات: حالة الإعاقة هي عامل مستقل ولكن متوسط للاكتئاب والقلق لدى مرضى التصلب العصبي المتعدد.

وأشارت دراسة أخرى في المملكة المتحدة **Kyrena H Jones et al , (2012)** دراسة استقصائية عبر الإنترنت من خلال سجل MS في المملكة المتحدة بعنوان الإعاقة الجسدية والقلق والاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بمرض التصلب العصبي المتعدد. مقدمة عن الدراسة: من المعروف أن الأشخاص المصابين بالتصلب المتعدد لديهم معدل انتشار مرتفع نسبياً لكل من القلق والاكتئاب. أفادت دراسات العلاقة بين الإعاقة الجسدية والصحة العقلية لدى الأشخاص المصابين بمرض التصلب العصبي المتعدد نتائج مختلطة، مما يدل على

الحاجة إلى مزيد من العمل. الطرق: بين مايو 2011 وأبريل 2012 ، أكمل 4516 شخصاً مقياس منها مقياس تأثير التصلب المتعدد MSIS-29 (الإصدار 1) ومقياس القلق والاكتئاب بالمستشفى HADS عبر موقع الإنترنت المخصص لـ UK MS Register في غضون 7 أيام. وأسفرت عن: أن هناك علاقة إيجابية بين الإعاقة الجسدية والقلق والاكتئاب ، وأن الإعاقة الجسدية تؤثر على القلق والاكتئاب بدرجات متفاوتة، وأن التأثيرات تختلف باختلاف الجنس والعمر ومسار المرض ومدة المرض. كما أسفرت عن أن الإعاقة الجسدية هي مؤشر على القلق والاكتئاب ، وأن هناك عوامل أخرى قد تخفي مدى هذا التأثير. سواء كانت أسباب القلق والاكتئاب تفاعلية أو عضوية أو مزيجاً ، فمن الضروري أن تحظى الصحة العقلية بالاهتمام الواجب في رعاية الأشخاص المصابين بالتصلب المتعدد حتى يمكن تلبية جميع احتياجاتهم.

- ودراسة (Abdullah Al-Asmi et al. BMC Neurol (2015) وتزامن القلق والاكتئاب بين الحاضرين المصابين بالتصلب المتعدد في مستشفى الرعاية الثالثة في عمان. خلفية: عادة ما يتم الإبلاغ عن القلق والاكتئاب والضعف الوظيفي من قبل الأشخاص المصابين بالتصلب المتعدد (PwMS) ولكن لم تظهر أي بيانات ، على حد علمنا ، من السكان العرب المسلمين. تهدف الدراسة إلى التحقيق في انتشار القلق والاكتئاب والإعاقات ذات الصلة بين PwMS الذين يحضرون الرعاية الثالثة في مستشفى جامعة السلطان قابوس (SQUH) ، أحد المستشفيات الحضرية في عمان. وأسفرت عن النتائج الآتية : الإعاقة وأعراض القلق والاكتئاب شائعة بين الحاضرين PwMS في مستشفى الرعاية الثالثة في عمان. لم يتم الإبلاغ عن مثل هذه المتغيرات النفسية والاجتماعية الناشئة عن السكان غير الغربيين. نظرًا لأن هذه المتغيرات هي مؤشرات قوية لعبء مرض التصلب العصبي المتعدد، هناك حاجة إلى بذل جهود حثيثة لمعالجة مثل هذه الاختلالات النفسية والاجتماعية في خوارزميات رعاية PwMS في الجزء العربي الإسلامي من العالم.

كما أشارت دراسة قدمتها (Elaine Butier et al (2016) مراجعة منهجية للقلق بين المصابين بالتصلب المتعدد مقدمة: التصلب المتعدد (MS) هو مرض عصبي مزمن، مما يشكل تحديات نفسية كبيرة. كان الغرض من هذه المراجعة المنهجية هو تحديد العوامل المرتبطة بالقلق لدى الأشخاص المصابين بمرض التصلب العصبي المتعدد الهدف من الدراسة : فحص قوة الأدلة للعوامل المرتبطة بأعراض القلق وتحديد قيود الدراسات الحالية. الطريقة: حققت مائة وثلاثون دراسة معايير الاشتمال وتم تضمينها في المراجعة. ثم تم إجراء توليف سردي. وجد أن القلق مرتبط بمجموعة متنوعة من العوامل الديموغرافية والجسدية والنفسية والمعرفية والاجتماعية. كانت النتيجة الثابتة أن القلق كان مرتبطاً بشدة بمستوى عالي من الإعاقة وانخفاض نوعية الحياة. كما تم العثور على ارتباط قوي بين القلق والاكتئاب الملخص: تمت مناقشة الآثار المترتبة على هذه النتائج وتم تحديد نموذج

أولي لفهم القلق في سياق مرض التصلب العصبي المتعدد. بالنظر إلى التداخل بين القلق والاكتئاب ، يُقترح نهج علاج عبر التشخيص. في ضوء أوجه القصور في الدراسات الموجودة ، يتم تقديم اقتراحات للبحث في المستقبل.

دراسة تجريبية (2020). Wallis OC, de Vries J et al. بعنوان إعادة المعالجة وإزالة الحساسية بمساعدة حركات العين (EMDR) للقلق لدى مرضى التصلب المتعدد: مقدمة: غالبًا ما يعاني مرضى التصلب المتعدد (MS) من مستويات عالية من القلق ، وتحديدًا بشأن المستقبل (غير المتوقع) المتعلق بمرض التصلب العصبي المتعدد. يمكن أن تسبب المخاوف بشأن التدهور الجسدي والمعرفي تمثيلات عقلية مخيفة لـ "سيناريوهات أسوأ الحالات" في المستقبل. يتزايد الدليل على قابلية تطبيق إعادة معالجة إزالة حساسية حركة العين باستخدام الفلاش للأمام على القلق. هدفت إلى: تفحص الدراسة (الاستئارة الثنائية لحركة العين EMDR) كخيار علاجي لمرضى التصلب المتعدد الذين يعانون من القلق المرتبط بشكل خاص بمشاكل التصلب المتعدد في المستقبل. الطريقة: تم علاج ثمانية مرضى من مرضى التصلب العصبي المتعدد يعانون من القلق بجلسة واحدة إلى ثلاث جلسات من العلاج الإشعاعي البسيط (EMDR) بهدف سريع للأمام. تم تقييم آثار العلاج باستخدام استبيانات عن القلق والاكتئاب والقلق والتجنب المعرفي ونوعية الحياة في ثلاث نقاط زمنية: قبل العلاج ، وبعد العلاج المباشر ، والمتابعة لمدة ثلاثة أشهر. أسفرت عن النتائج الآتية: ظهر تحسن كبير بعد العلاج مقارنة بالعلاج المسبق للقلق والاكتئاب والقلق. في تحليل سلسلة الحالات، أظهر جميع المشاركين، باستثناء واحد، اختلافًا مهمًا سريريًا في القلق. الخلاصة: قبل التوصية بالتنفيذ على نطاق أوسع ، يجب فحص قيمة ال EMDR ذات الأهداف السريعة للقلق في مرض التصلب العصبي المتعدد. ومع ذلك ، يمكن اعتبار النتائج الإيجابية في هذا المشروع التجريبي واعدة وحافزًا للدراسات المستقبلية.

ودراسة (2022) Safanah AISaeed et al. Front Immunol بعنوان التعب والاكتئاب والقلق بين مرضى التصلب المتعدد المتقنون.

الخلفية: التصلب المتعدد (MS) هو مرض التهابي مرتبط بآثار ضارة: بما في ذلك الاكتئاب والقلق والتعب ، والتي قد تؤثر على النشاط البدني ونوعية الحياة (QOL) بين مرضى MS (pwMS). تهدف هذه الدراسة إلى تقييم مدى انتشار الاكتئاب والقلق والإرهاق بين الأشخاص الذين لا يعانون من إعاقة جسدية في المملكة العربية السعودية ، وإثبات أي ارتباط بين هذه العوامل والنشاط البدني وكذلك QOL. وأسفرت عن النتائج الآتية : أن الاكتئاب والقلق والإرهاق يميلون إلى الترابط والتجمع معًا بين pwMS في مجموعتنا. ومع ذلك ، لا يرتبط الإرهاق بكثافة النشاط البدني الذي يتم القيام به. نتائج هذه الدراسة مهمة لتحسين الإدارة السريرية لمرضى التصلب العصبي المتعدد.

تعقيب على ما تم عرضه من دراسات سابقة:

على حد علم الباحثة أن معظم الدراسات التي تناولت القلق بصفة عامة سواء العربية أو الأجنبية بها ندرة من حيث الربط بين القلق والعجز والنوع (ذكور-إناث) مما أدى لقيام الباحثة بالدراسة الحالية، لمعرفة مدى ارتباط القلق بالشعور بالعجز والنوع (ذكور-إناث).

فروض البحث:

وفي ضوء الدراسات والبحوث السابقة التي تم الاطلاع عليها، تم تحديد الفروض التي يسعى البحث الحالي إلى التحقق منها فيما يلي:

- 1- تنتظم بيئة قلق العجز لدى الطلاب المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في عدة عوامل (تم التحقق من هذا الفرض من خلال استخدام التحليل العاملي الاستكشافي).
- 2- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الطلاب المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في قلق العجز تعزى للنوع (ذكور -إناث).
- 3- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الطلاب المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في قلق العجز تعزى لدرجة الإصابة (بسيطة-متوسطة-شديدة).

محددات البحث:

وتتمثل تلك المحددات فيما يلي:

1. **المحددات الموضوعية:** تمثلت في المتغيرات التي يتناولها البحث.
2. **المحددات البشرية:** تم تطبيق أدوات الدراسة على عينة من الطلاب المصابين بالتصلب المتعدد.
3. **المحددات الزمنية:** طُبّق البحث في الفصل الدراسي الثاني للعام الدراسي لحالي 2023.
4. **المحددات المكانية:** جمعية رعاية مرضى التصلب اللويحي بمصر - مترددي عيادة التصلب اللويحي بالقصر العيني -مترددي عيادة التصلب اللويحي المتعدد بمعهد ناصر-مترددي عيادة التصلب اللويحي بالحسين).

إجراءات البحث:

تمثلت إجراءات البحث الحالي في العناصر التالية:

منهج البحث:

تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي - السببي المقارن، إذ يعتمد المنهج الارتباطي على جمع البيانات حول متغيراته(قلق العجز- الكفاءة الأكاديمية - المناعة النفسية)، وتحديد العلاقة بينها ووصف العلاقة وصفاً كمياً، وتم استخدام المنهج السببي المقارن للتعرف على الفروق بين المتغيرات التي تعزى للنوع (ذكور- إناث)، ودرجة الإصابة (بسيطة- متوسطة - شديدة)، والمستوى التعليمي(جامعي- متوسط - أقل من المتوسط).

2. عينة البحث: انقسمت عينة البحث إلى:

أ- **العينة الأولية:** تمثل عينة التحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات المستخدمة في البحث، و تحديد مدى وضوح العبارات، وقابليتها للقراءة ، والزمن اللازم للإجابة عليها، الذين بلغ عددهم (150) طالب وطالبة مصابين بالتصلب اللويحي المتعدد ، بلغ متوسط عمرهم الزمني 24.6 سنة ، بانحراف معياري قدره 3.25 درجة. والجدول (1) يوضح المؤشرات الإحصائية لعينة البحث الأولية.

جدول (1) المؤشرات الإحصائية الوصفية للعينة الأولية

العينة	حجم العينة (ن)	متوسط العمر (م)	الانحراف المعياري للعمر(ع)
النوع	95	23.02	7.2
	55	25.4	3.4
	150	24.6	3.25
المستوى التعليمي	100	22.8	3.9
	10	25.8	2.4
	40	25.05	3.11
	150	24.6	3.25
	40	24.09	0.11
	90	25.12	3.2

3.5	22.8	20	شديدة	درجة
3.25	24.6	150	كلي	الإصابة

ب. العينة النهائية: وهي العينة الأساسية التي تم تطبيق أدوات البحث عليها، والخروج من خلالها بمجموعة من النتائج والتوصيات، وتتكون من (196) طالب و طالبة مصابين بالتصلب اللويحي المتعدد بجامعة حلوان، و بلغ متوسط عمرهم الزمني 25.91 سنة ، بانحراف معياري قدره 5.61 درجة، والجدول (2) يوضح المؤشرات الإحصائية الوصفية للعينة النهائية.

جدول (2) المؤشرات الإحصائية الوصفية للعينة النهائية

الانحراف المعياري للعمر (ع)	متوسط العمر (م)	حجم العينة (ن)	العينة	
7.2	24.1	152	إناث	النوع
3.4	26.2	44	ذكور	
5.61	25.91	196	كلي	
3.2	23.2	143	جامعي	المستوى التعليمي
1.4	25.3	15	متوسط	
5.2	24.1	38	أقل من المتوسط	
5.61	25.91	196	كلي	
0.2	24.7	66	بسيطة	درجة الإصابة
2.5	25.2	116	متوسطة	
8.7	22.7	14	شديدة	
5.61	25.91	196	كلي	

ثالثاً: الأدوات:

- مقياس قلق العجز ، إعداد/ الباحثة

الخصائص السيكومترية لمقياس قلق العجز، إعداد/ الباحثة:

قامت الباحثة بالتحقق من ثبات المقياس باستخدام عدة طرق: التجزئة النصفية، وألفا كرونباخ، كما هو موضح بالجدول (3).

معامل ثبات التجزئة النصفية	معامل ثبات جوتمان	معامل ألفا	تصحيح الطول - سبيرمان - براون
0.81	0.88	0.83	0.98

ويتضح من الجدول (3) أن المقياس يتمتع بمعاملات ثبات مرتفعة، مما يؤكد صلاحية المقياس للتطبيق.

صدق المقياس:

أ. صدق الحكمين

تم عرض المقياس في صورته الأولية على عدد من الحكمين من أساتذة علم النفس التربوي والصحة النفسية، وطلب من السادة الحكمين بالحكم على ما إذا كانت العبارة تحت كل بند تعبر عن هذا الجانب في ضوء التعريف الإجرائي، وكذلك التفضل بإضافة أي مقترح أو تعديل، وقد وضعت الباحثة محك 85% كمحك لقبول نسبة الاتفاق على كل بند من البنود، وتمثلت ملاحظات السادة الحكمين فيما يلي:

- ضرورة تشكيل بعض العبارات حتى يسهل فهمها بالشكل الصحيح.
- ضرورة تعديل بعض العبارات المركبة.

ب. صدق المقارنة الطرفية:

تم حساب صدق المقارنة الطرفية من خلال تقدير قيمة ت لدلالة الفروق بين متوسط درجات (42) من الطلاب (مرتفعي الأداء)، و (42) من الطلاب (منخفضي الأداء) على المقياس، إعداد/الباحثة، وكانت النتائج كالتالي

جدول (4) الصدق التمييزي لمقياس قلق العجز، إعداد/الباحثة

الدلالة	درجات الحرية	قيمة "ت"	الانحراف المعياري منخفضي الأداء	الانحراف المعياري مرتفعي الأداء	متوسط درجات منخفضي الأداء	متوسط درجات مرتفعي الأداء
0.01	82	29.096	3.85	1.01	59.04	93.28

يتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات مرتفعي ومنخفضي الأداء على المقياس ، إعداد/ الباحثة عند مستوى دلالة 0.01؛ ما يدل على القدرة التمييزية العالية للمقياس لصالح مرتفعي الأداء .

ب. الصدق العامي لمقياس قلق العجز ، إعداد/ الباحثة

1. خطوات التحليل العامي الاستكشافي: مر حساب التحليل العامي بنفس الخطوات سابقة الذكر:

أ. تبويب البيانات ورصدها.

ب. حساب معاملات الارتباط بين المفردات والدرجة الكلية للاختبار: قبل تقدير التحليل العامي تم حساب معاملات الارتباط بين المفردات والدرجة الكلية للاختبار، وذلك على عينة قوامها (150) طالب وطالبة ، والجدول (4) يوضح معاملات الارتباط بين المفردات و الدرجة الكلية للاختبار .

جدول (5) معاملات الارتباط بين المفردات و الدرجة الكلية للمقياس، إعداد/الباحثة

المفردة	الارتباط بالدرجة الكلية للاختبار	المفردة	الارتباط بالدرجة الكلية للاختبار	المفردة	الارتباط بالدرجة الكلية للاختبار
1	.599**	16	.637**	31	.756**
2	.526**	17	.617**	32	.534**
3	.564**	18	.628**	33	.475**
4	.679**	19	.701**	34	.801**
5	.634**	20	.724**	35	.691**
6	.369**	21	.444**	36	.169*

" العوامل المساهمة في مقياس قلق العجز لدى الطلاب المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في ضوء بعض

المتغيرات الديموغرافية

.801**	37	.699**	22	.270**	7
.691**	38	.551**	23	-.058	8
.169*	39	.342**	24	.446**	9
.691**	40	-.157	25	.698**	10
		.632**	26	.518**	11
		.667**	27	.519**	12
		.617**	28	.731**	13
		.121	29	.471**	14
		.645**	30	.616**	15

*دالة عند 0.05 ** دالة عند 0.01

ويتضح من الجدول (5) أن معاملات الارتباط جميعها دالة عند مستويي دلالة 0.05، و 0.01، وتم حذف (3) مفردات (8-25-29) لعدم ارتباطهم بالدرجة الكلية للمقياس، وأصبح عدد المفردات بعد إجراء الاتساق الداخلي كما هو (37) مفردة.

2. إجراء التحليل العاملي الاستكشافي للمقياس، إعداد/ الباحثة.

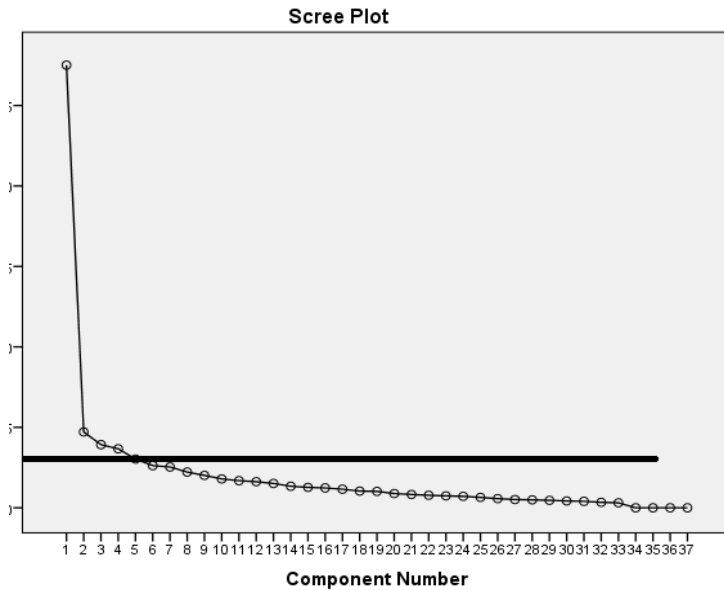
قامت الباحثة بإجراء التحليل العاملي الاستكشافي Exploratory Factor Analysis باستخدام برنامج الحزم الإحصائية في العلوم التربوية و النفسية (SPSS) v.21 على عينة قوامها (150) طالب وطالبة كما هو موضح في وصف العينة الأولية للدراسة.

وتم الاستناد على محك كايزر Kaisr Cretria، واستخدام طريقة المكونات الأساسية Principle Component، وإجراء التدوير المائل Promax Rotation.

3. نتائج التحليل العاملي الاستكشافي: أسفرت نتائج التحليل العاملي لمفردات المقياس عن وجود أربعة عوامل جذرهم الكامن أكبر من الواحد الصحيح، ويتشعب على هذه العوامل (36) مفردة، وتم حذف المفردة رقم (33) لعدم تشعبها على أي عامل من العوامل الأربعة، وفسرت هذه العوامل 53.796% من التباين الكلي المفسر، والجدول (6) يوضح العوامل المستخرجة، وجذورها الكامنة، ونسبة التباين لكل عامل، والنسبة التراكمية للتباين. جدول (6) العوامل المستخرجة، وجذورها الكامنة، ونسبة التباين لكل عامل، والنسبة التراكمية للتباين

العامل	الجذر الكامن	نسبة التباين %	نسبة التباين التراكمية%
الأول	13.754	37.172	37.172

43.539	6.367	2.356	الثاني
48.841	5.302	1.962	الثالث
53.796	4.955	1.833	الرابع



والرسم البياني (1) يوضح عدد العوامل المستخرجة قبل التدوير

**** عدد العوامل في هذا الشكل هو عدد النقاط التي تسبق الخط المستقيم أو تقع على الخط الذي يقطع المنحنى بالعرض.**

ويتضح من الرسم البياني (1) أن عدد النقاط التي تسبق الخط المستقيم أو تقع على الخط الذي يقطع المنحنى بالعرض هي أربعة نقاط، وفيما يلي تفسير لهذه العوامل سيكولوجيًا بعد تدوير المحاور. والجدول (7) يوضح معاملات تشبعات المفردات على العوامل المستخرجة.

جدول (7) معاملات تشبعات المفردات على العوامل المستخرجة

" العوامل المساهمة في مقياس قلق العجز لدى الطلاب المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية

العامل الثالث		العامل الثاني		العامل الأول	
معامل التشبع	المفردات	معامل التشبع	المفردات	معامل التشبع	المفردات
.350	27	.804	1	.877	4
.314	30	.677	2	.813	5
.972	35	.595	3	-.728	6
.972	38	.376	10	-.343	7
.972	40	.576	13	-.464	9
العامل الرابع		.560	14	.644	12
.792	11	.401	21	.908	16
.797	32	.567	22	.614	17
.972	36	.549	23	.433	18
.972	39	.351	24	.779	19
		.448	26	.673	20
				.605	28
				.365	30
				.683	31
				.694	34
				.694	37

ج. 3. تجانس المفردات (الاتساق الداخلي):

ج. 3. 1. حساب معاملات الارتباط بين المفردات ودرجة البعد، ودرجة الكلية للاختبار :

تم حساب معاملات الارتباط بين المفردات و درجة البعد، و الدرجة الكلية للاختبار، وذلك على عينة قوامها (150) طالب وطالبة؛ للتعرف على مدى تجانس مفردات المقياس، و ما إذا كان يقيس سمة واحدة أم سمات متعددة، و جدول () يوضح معاملات الارتباط بين المفردات و درجة البعد ، و الدرجة الكلية للاختبار.

جدول (8) معاملات الارتباط بين المفردات و درجة البعد ، و الدرجة الكلية للمقياس

" العوامل المساهمة في مقياس قلق العجز لدى الطلاب المصابين بالتهرب اللويحي المتعدد في ضوء بعض

المتغيرات الديموغرافية

ويتضح من الجدول (8) أن معاملات الارتباط بين المفردات و الأبعاد ، والدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائيًا عند مستويي دلالة 0.05، و 0.01 مما يؤكد تجانس المفردات و الاتساق الداخلي بينها.

الارتباط بالدرجة الكلية للاختبار	الارتباط بالبعد	المفردة	البعد	الارتباط بالدرجة الكلية	الارتباط بالبعد	المفردة	البعد
.594**	.713**	17	الثاني	.682**	.765**	1	البعد الأول
.530**	.654**	18		.637**	.686**	2	
.560**	.572**	19		-	-	3	
.706**	.743**	20		.367**	.350**	4	
.733**	.809**	21		-	-.176*	5	
.461**	.543**	22		.612**	-.189*	6	
.449**	.481**	23		-	-	7	
.705**	.772**	24		.445**	.361**	8	
.549**	.564**	25		.517**	.558**	9	
.337**	.404**	26		.632**	.745**	10	
.512**	.812**	27		.614**	.682**	11	
.517**	.634**	28	الثالث	.618**	.603**	12	
.535**	.573**	29		.688**	.750**	13	
.170*	.712**	30		.728**	.751**	14	
.170*	.712**	31		.605**	.671**	15	
.517**	.634**	32		.188*	.240**	16	
			الرابع	.646**	.620**	33	
				.755**	.746**	34	
				.664**	.717**	35	
				.691**	.972**	36	

ج. 3. 2. حساب معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد وبعضها، و الدرجة الكلية للمقياس :

تم حساب معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد وبعضها، و الدرجة الكلية للمقياس، وجدول (9) يوضح معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد وبعضها، و الدرجة الكلية للمقياس.

جدول (9) معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد وبعضها، و الدرجة الكلية للمقياس

المحاور	البعد الأول	البعد الثاني	البعد الثالث	البعد الرابع	الدرجة الكلية
البعد الأول	1				
البعد الثاني	.699**	1			
البعد الثالث	.582**	.607**	1		
البعد الرابع	.358**	.491**	.341**	1	
الدرجة الكلية	.911**	.896**	.754**	.558**	1

** دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق تمتع الأبعاد الفرعية بمعاملات ارتباط دالة بينها وبين بعضها، وبين الدرجة الكلية أيضاً عند مستوى دلالة 0.01. ومن ثم يأتي وصف المقياس، إعداد/الباحثة في صورته النهائية كما يلي.

د. الصورة النهائية للمقياس، إعداد/الباحثة

تكون المقياس في صورته النهائية من (36) مفردة موزعة على أربعة أبعاد كما هو مبين بالجدول (10).

جدول (10) الصورة النهائية لمقياس قلق العجز، إعداد/الباحثة

الأبعاد	العدد	المفردات
---------	-------	----------

-10-9-8-7-6-5-4-3-2-1 16-15-14-13-12-11	16	البعد الأول
-23-22-21-20-19-18-17 27-26-25-24	11	البعد الثاني
32-31-30-29-28	5	البعد الثالث
36-35-34-33	4	البعد الرابع

خطوات إجراء البحث:

اتبعت الباحثة عدة خطوات لإعداد البحث الحالي، تمثلت فيما يلي:

خطوات إجراء البحث الأساسية.

شملت خطوات إجراء البحث الحالية ما يلي:

1. تحديد مشكلة البحث و متغيراتها.
2. جمع الأطر النظرية الخاصة بمتغيرات البحث ، وذلك بالاطلاع على الدراسات السابقة، والبحوث التي اهتمت بدراسة هذه المتغيرات: القلق العجز و المناعه النفسية والكفاءة الاكاديمية في البيئتين العربية و الأجنبية.
3. إعداد أدوات البحث في صورتها الأولية.
4. التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات البحث.
5. التطبيق على العينة النهائية.
6. تحليل و استخلاص النتائج.
7. تقديم تفسير علمي للنتائج المستخرجة.
8. الخروج بمجموعة من التوصيات و الاقتراحات في ضوء ما أسفرت عنه نتائج البحث.

ثالثاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة:-

1. المتوسطات والانحرافات المعيارية .
2. اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعات المستقلة.
3. معامل الارتباط بيرسون.
4. التحليل العاملي الاستكشافي.

نتائج البحث ومناقشتها:

تناولت الباحثة في هذا الجزء النتائج التي تم التوصل إليها وتفسيرها في ضوء الدراسات والأدبيات النظرية بفروض البحث.

الفروض ومناقشتها:

1- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الطلاب المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في قلق العجز تعزي للنوع (ذكور- إناث)، ودرجة الإصابة (بسيطة- متوسطة- شديدة)، والمستوى التعليمي (جامعي- متوسط- أقل من المتوسط) والتفاعلات الثنائية والثلاثية بينهم.

" العوامل المساهمة في مقياس قلق العجز لدى الطلاب المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في ضوء بعض

المتغيرات الديموغرافية

جدول (11) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمجموعات البحث على متغير قلق العجز

المتغير	النوع	درجة الإصابة	المستوى التعليمي	العدد (ن)	المتوسط (م)	لانحراف المعياري (ع)
قلق العجز	أنثى	بسيطة	جامعي	44	69.0455	16.26804
			متوسط	3	69.6667	15.50269
			أقل من المتوسط	10	66.5	16.16753
		متوسطة	كلي	57	68.6316	15.96272
			جامعي	63	70.6825	13.62733
			متوسط	6	70.8333	13.76106
			أقل من المتوسط	19	67.9474	12.46093
			كلي	88	70.1023	13.29077
			جامعي	5	70.8	14.46375
	شديدة	متوسط	1	52	0	
		أقل من المتوسط	1	83	0	
		كلي	7	69.8571	14.90446	
		جامعي	112	70.0446	14.64375	
		متوسط	10	68.6	13.89004	
		أقل من المتوسط	30	67.9667	13.63940	
		كلي	152	69.5395	14.33880	
		جامعي	7	63.1429	9.26334	
		متوسط	1	67	0	
ذكر	بسيطة	أقل من المتوسط	1	54	.0	
		كلي	9	62.5556	8.73372	
		جامعي	19	64.3158	12.53020	
	متوسطة	متوسط	3	76	2.64575	
		أقل من المتوسط	6	73.3333	11.91078	
		كلي	28	67.5	12.41713	
		جامعي	5	79.6	18.17416	
	شديدة	متوسط	1	90	0	
		أقل من المتوسط	1	98	.0	
		كلي	7	83.7143	16.58025	
		جامعي	31	66.5161	13.77164	
		كلي				

8.45577	77	5	متوسط	كلي	كلي
15.52878	74	8	أقل من المتوسط		
13.95574	69.0682	44	كلي		
15.55968	68.2353	51	جامعي		
12.72792	69	4	متوسط		
15.79413	65.3636	11	أقل من المتوسط		
15.27514	67.8030	66	كلي		
13.57716	69.2073	82	جامعي		
11.25956	72.5556	9	متوسط		
12.30948	69.2400	25	أقل من المتوسط		
13.08000	69.4741	116	كلي		
16.16443	75.2	10	جامعي		
26.87006	71	2	متوسط		
10.60660	90	2	أقل من المتوسط		
16.76617	76.7857	14	كلي		
14.48526	69.2797	143	جامعي		
12.69871	71.4	15	متوسط		
14.05863	69.2368	38	أقل من المتوسط		
14.21955	69.4337	196	كلي		

جدول (12) تحليل التباين المتعدد (2×3) لمقياس قلق العجز

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	النسبة الفائية	مستوى الدلالة
النوع (ذكور - إناث)	259.095	1	259.095	1.292	.257 غير دالة
درجة الإصابة (بسيطة - متوسطة - شديدة)	1011.920	2	505.960	2.523	.083 غير دالة
المستوى التعليمي (جامعي - متوسط - أقل من المتوسط)	163.991	2	81.996	.409	.665 غير دالة
النوع × درجة الإصابة	993.765	2	496.882	2.478	.087 غير دالة

" العوامل المساهمة في مقياس قلق العجز لدى الطلاب المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في ضوء بعض

المتغيرات الديموجرافية

النوع × المستوى التعليمي	439.527	2	219.763	1.096	.336
غير دالة					
درجة الإصابة × المستوى التعليمي	701.388	4	175.347	.875	.480
غير دالة					
النوع × درجة الإصابة × المستوى التعليمي	384.868	4	96.217	.480	.750
غير دالة					
الخطأ	35690.803	178	200.510		
الكلية	984351.000	196			
الكلية المصحح	39428.138	195			

ويتضح من الجدول السابق: عدم تحقق الفرض البحثي حيث:

لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الطلاب المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في قلق العجز تعزى للنوع (ذكور- إناث)، و درجة الإصابة (بسيطة- متوسطة- شديدة)، والمستوى التعليمي (جامعي- متوسط- أقل من المتوسط) والتفاعلات الثنائية والثلاثية بينهم.

مناقشة نتائج الدراسة :

تناولت الباحثة في هذا الجزء النتائج التي تم التوصل إليها، وتفسيرها في ضوء الدراسات والأدبيات النظرية التي بفروض البحث: لم تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (2012) ، Kyrena H Jones et al حيث أنها تناولت الفروق في ضوء الجنس والعمر ومسار المرض، وأسفرت على أن التأثيرات تختلف باختلاف الجنس والعمر ومسار المرض ومدة المرض. وهذا ما يختلف مع نتائج الدراسة الحالية كما أسفرت عن أن الإعاقة الجسدية هي مؤشر على القلق والاكئاب. وهذا يختلف مع نتائج الدراسة الحالية حيث أن القلق والخوف من العجز يأتي قبل حدوث الإعاقة أيضًا. واتفقت مع بعض نتائج دراسة (2007) G Tsivgoulis et al. Acta Neurol Scand. التي تناولت الاكئاب والقلق مع العمر والجنس ومدة المرض والمستوى التعليمي ودرجة الإعاقة والاكئاب والقلق مع العمر والجنس ومدة المرض والمستوى التعليمي ودرجة الإعاقة، والتي أسفرت عن حالة الإعاقة هي عامل مستقل ولكن متوسط للاكئاب والقلق لدى مرضى التصلب العصبي المتعدد. وهذا ما اختلف مع دراستنا الحالية لم تأخذ قلق العجز كمتغير مستقل.

وعدم وجود فروق في قلق العجز تعزى إلى النوع ، العمر ، المستوى التعليمي ودرجة الإصابة، ومن منطلق الإطار النظري وأيضًا الإحساس بالمشكلة يرجع إلى طبيعة المرض نفسه حيث أن أعراضه مختلفة من مريض لآخر، تأتي أحيانًا على شكل هجمات، (انتكاسة) والتي بدورها تأتي

بدون سابق إنذار وكثيراً تأتي حتى مع تناول المريض العلاج المثبط للمناعة، وتؤثر على المريض وتسبب له العجز الجزئي أو الكلي، وهذا بدوره يسبب للمريض الخوف والقلق من أن يصاب بالعجز من خلال تعرضه لأي انتكاسة والتي تأتي بدون إنذار كما ذكرنا سلفاً. يصاب المريض بقلق العجز حتى وإن كانت حالته جيدة ودرجة إعاقته بسيطة يخشى أيضاً العجز. يقلق من حدوث العجز مهما كان مستواه التعليمي، عمره، جنسه.

وصف مقياس قلق العجز في صورته النهائية وتقدير درجاته:

أصبح المقياس في صورته النهائية بعد حساب الخصائص السيكومترية مكوناً من (26) مفردة وأمام كل مفردة ثلاثة بدائل هي (دائماً، أحياناً، نادراً).
ويختار الطالب المصاب بديلاً واحداً لكل مفردة من البدائل السابقة. تكون المقياس في صورته النهائية من (36) مفردة موزعة على أربعة أبعاد كما هو مبين بالجدول (10).

المفردات	العدد	الأبعاد
1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11	16	البعد الأول
12-13-14-15-16		
17-18-19-20-21-22-23-24	11	البعد الثاني
25-26-27		
28-29-30-31-32	5	البعد الثالث
33-34-35-36	4	البعد الرابع

جدول (10) الصورة النهائية لمقياس قلق العجز، إعداد/ الباحثة

توصيات البحث:

- في ضوء النتائج التي توصلت إليها الباحثة، توصي الباحثة بالنقاط التالية:
- 1- التأكيد على دراسة قلق العجز لدى عينات مختلفة أخرى بالتصلب اللويحي المتعدد.
 - 2- التأكيد على إجراء بحوث تتناول الآثار النفسية الأخرى التي تؤثر على هذه الفئة من المرضى.
 - 3- الاهتمام بتوعية أهل المريض حيث أنه نادر الحدوث وأعراضه مختلفة من مصاب لآخر.
 - 4- التأكيد على أهمية دور الأهل في المساعدة في التخفيف من حدة آثار وتطور المرض.

بحوث مقترحة:

- وفي ضوء الأطر النظرية والأدبية والنتائج المستخلصة من البحث الحالي، يمكن اقتراح ما يلي:
- 1- دراسة قلق العجز على عينات مختلفة من المرضى (الابتدائية - الإعدادية).
 - 2- القيام بدراسة قلق العجز وعلاقته بمتغيرات أخرى مثل (الاكتئاب) لدى عينه من الطلاب في مرحلة المراهقة.
 - 3- فاعلية برنامج للتخفيف من حدة القلق وتحدي العجز.

المراجع:

- إبراهيم، ريهام وليد (2018). فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تنشيط المناعة النفسية لخفض الحساسية الانفعالية لدي عينة من الأيتام في محافظة خان يونس، رسالة ماجستير، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة الأقصى، فلسطين.
- آغا، محمد شحادة، (2011) دراسة حول سن البدء ودرجة العجز في التصلب اللويحي لدى عينة من المرضى في سوريا .مجلة جامعة دمشق - دمشق للعلوم الحية - مج (27)- العدد الأول.
- الزيود، غسان عبد الكريم (2002) فاعلية برنامج إرشادي جمعي لتخفيف قلق الامتحان لدي عينة من طلبة الصف الأول الثانوي .رساله ماجستير الجامعة الهاشمية.
- الفيتوري، سالم محمد وزيدان، أكرم فتحي (2014). "النظريات المفسرة للقلق" المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة - جامعة المنصورة، مصر، مج (1) ع(2)- ص 343-355.
- الكيلاني، عبد الباري محمد (2015). مستويات القلق وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى طلاب كلية التربية وعلوم الرياضة رسالة ماجستير كلية التربية جامعة طرابلس ليبيا.
- المطيري، معصومة سهيل (2005). الصحة النفسية مفهومها، اضطراباتها. مكتبة الفلاح، طبعة أولى، الكويت، ص 277-282.
- بن جاب الله- مديحة والعايد، سميره وبوعبدالله ، فاطمة (2011). قلق الحالة وقلق السمة لدى الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن من خلال تطبيق اختبار "سبيلبرجر". كلية العلوم الاجتماعية.
- جاد الله، شيماء محمد (2017) الأليكسيمثيا بمرضى التصلب الأنسجة المتناثر؟ التأثير المناسب لبعض الأعراض السريرية والضبط الانتباهي. دورية علمية محكمة، حوليات آداب عين شمس،(45).
- خضرة، مهدي وشهرزاد، زين وصبيبة، مقران (2012) فروق أعراض القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية لدى الراشدين العاديين والمصابين بالقصور الكلوي الخاضعين للغسيل الكلوي"- مذكرة ضمن متطلبات نيل شهادة الليسانس في علوم التربية كلية الآداب والعلوم الاجتماعية -جامعة المسيلة ص26.
- الزراد، فيصل محمد (2005) العلاج النفسي السلوكي. دار العلم للملايين بيروت.

- راجح، أحمد عزت (1968). أصول علم النفس. دار الكاتب العربي للطباعة والنشر الطبعة السادسة.
- زكيري، كريمة (2017) تقدير الذات لدى المرضى المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد، دراسة مكملة لنيل شهاده الماجستير، قسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية - جامعة بوضياف بالمسيلة.
- سعد الله، الطاهر (2009) الإطار النظري لظاهرة القلق وجهة نظر التحليل النفسي " مجلة البحوث والدراسات"، المركز الجامعي بالودي، عدد يناير، ص 248:254.
- عبد الكافي، إسماعيل (2012) القلق والاكتئاب وكيفية التخلص منهما، الدار الثقافية للنشر.
- فاتح، بو صلاح والخضر، بوصولاح (2021). قلق المنافسة وعلاقته بدافعية الإنجاز الرياضي لدى لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة "مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير- معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية. جامعة محمد بوضياف بالمسيلة.
- فرويد، سيجمند (1989) الكف والعرض والقلق، دار الشروق، الكويت.
- مرسي، أبوبكر (2002). أزمة الهوية في المراهقة والحاجة إلى الإرشاد النفس، القاهرة، النهضة المصرية .
- مهاجر، خذارية (2018) قلق الامتحان لدى تلاميذ السنة الخامسة ابتدائي، مذكرة مكملة لنيل رسالة الماجستير، أم البواقي كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، قسم العلوم الاجتماعية جامعة العربي بن مهدي.

-
- Pelissier, J. Labouge, f. (2003). la scleroses the clinical course of multiple sclerosis .reeducation .Ed masson.paris.
- Hennie R Boeijs, A Cecilia J W Janssen. (2004) Department of Methodology and Statistics, Utrecht University, Netherlands. it might happen or it might not': how patients with multiple sclerosis explain their perception of prognostic risk.
- Adams et al, (2000) Ann Neurol 1994;36 Suppl:S73-S79;., Principles of Neurology, 6th ed, pp903-914.
- Al-Asmi A, Al-Rawahi S, Al-Moqbali ZS, Al-Farsi Y, Essa MM, El-Bouri M, Koshy RP, Gujjar AR, Jacob PC, Al-Hodar A, Al Adawi S. Magnitude and concurrence of anxiety and depression among attendees with multiple sclerosis at a tertiary care Hospital in Oman. BMC Neurol. 2015 Aug 5;15:131. doi: 10.1186/s12883-015-0370-9. PMID: 26242758; PMCID: PMC4526206.
- AlSaeed S, Aljouee T, Alkhawajah NM, Alarieh R, AlGarni H, Aljarallah S, Ayyash M, Abu-Shaheen A. Fatigue, Depression, and Anxiety Among Ambulating Multiple Sclerosis Patients. Front Immunol. 2022 Mar 29;13.
- Butler E, Matcham F, Chalder T. A systematic review of anxiety amongst people with Multiple Sclerosis. Mult Scler Relat Disord. 2016 Nov;10:145-168. doi: 10.1016/j.msard.2016.10.003. Epub 2016 Oct 11.
- Cuerda-Ballester M, Martínez-Rubio D, García-Pardo MP, Proaño B, Cubero - L, Calvo-Capilla A, Sancho-Cantus D, de la Rubia Ortí JE. Relationship of Motor Impairment with Cognitive and Emotional Alterations in Patients with Multiple Sclerosis. Int J Environ Res Public Health. 2023 Jan 12;20(2):1387.
- Cuerda-Ballester M, Martínez-Rubio D, García-Pardo MP, Proaño B, Cubero L, Calvo-Capilla A, Sancho-Cantus D, de la Rubia Ortí JE. Relationship of Motor Impairment with Cognitive and Emotional Alterations in Patients with Multiple Sclerosis. Int J Environ Res Public Health. 2023 Jan 12;20(2):1387.

-
- Hennie R Boeije,A cecilie J W janssens.(2004) Department of Methodology and Statistics, Utrecht University, Netherlands. it might happen or it might not':how patients with multiple sclerosis explain their perception of prognostic risk.
- Jones KH, Ford DV, Jones PA, John A, Middleton RM, Lockhart-Jones H, Osborne LA, Noble JG. A large-scale study of anxiety and depression in people with Multiple Sclerosis: a survey via the web portal of the UK MS Register. Plops One. 2012;7(7).
- Keratin H, Siminovich-Blok B, Rashawn J, Langer Z, Winsor S. Effect of - Acupuncture on Sensorimotor Function and Mobility in Patients with Multiple Sclerosis: A Pilot Study. J Integer Complement Med. 2023 Jan;29(1):42-49.
- Salter AR, Cutter GR, Tyry T, Marrie RA, Vollmer T. Impact of loss of mobility on instrumental activities of daily living and socioeconomic status in patients with MS. Curr Med Res Opin. 2010 Feb;26(2):493-500.
- Tsivgoulis G, Triantafyllou N, Papageorgiou C, Evangelopoulos ME, Kararizou E, Sfagos C, Vassilopoulos D. Associations of the Expanded Disability Status Scale with anxiety and depression in multiple sclerosis outpatients. Acta Neurol Scand. 2007 Jan;115(1):67-72.
- Wallis OC, de Vries J. EMDR treatment for anxiety in MS patients: A pilot - (4) .study. Mult Scler J Exp Transl Clin. 2020 Dec 28;6