جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

جامعة محمد بوضياف – المسيلة

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس

الرقم التسلسلي: \2023

مستوى جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء

دراسة ميدانية بمركز الديوان الوطني للأعضاء المعوقين الاصطناعية ولواحقها فرع المسيلة ومستشفى الزهراوي بولاية مسيلة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الليسانس في شعبة علم نفس تخصص : **علم نفس عيادي**

إعداد الطلبة:

مرزوقي صفاء

سراي منار خديجة

هلال أسماء سلمى

إشراف الدكتور:

عبد الحميد شحام

السنة الجامعية:2022\2023

الإهداء

الحمد لله وكفى والصلاة على الحبيب المصطفى وأهله ومن وفى أما بعد الحمد لله الذي وفقنا لتثمين هذه الخطوة في مسيرتنا الدراسية بمذكرتنا هذه ثمرة الجهد والنجاح بفضله تعالى مهداة إلى الوالدين الكريمين حفظهم الله وأدامهما نورا لدروبنا و رفيقات المشوار اللاتي قاسمتني لحظاته ولكل الأحبة على قلوبنا رعاهم الله ووفقهم كما أتقدم بجزيل الشكر لكل من أساتذة التخصص كما نخص بأسمى عبارات الشكر والتقدير للدكتور الأستاذ المشرف على مذكرتنا الدكتور شحام عبد الحميد لما قدمه لنا من جهد ونصائح طيلة انجاز هذا البحث ونسأل الله أن يجعله نبراسا لكل طالب علم

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة مستوى جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء بمركز الديوان الوطني للأعضاء المعوقين الاصطناعية ولواحقها فرع المسيلة ومستشفى الزهراوي بولاية المسيلة

اختيرت عينة الدراسة بطريقة قصديه ،وشملت 20 شخص مبتوري الأعضاء ولتحقيق أهداف الدراسة قمنا بإتباع المنهج الوصفي ، استخدمنا مقاييس صمموا لقياس متغيرات الدراسة ،كما على الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية spss في تحليل البيانات وقد لخصت الدراسة فيما يلي :

- مستوى جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء بولاية المسيلة مرتفعة.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء تعزى لمتغير الجنس.
- – توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء تعزى لمتغير السن.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء تعزى لمتغير العضو المبتور.

الفهرس:

المحتويات	الصفحة
الاهداء	
ملخص الدراسة	
الفهرس	
المقدمة	أ
الجانب النظري	
فصل تمهيدي :الاطار العام للدراسة	
الاشكالية	9-11
تساؤلات الدراسة	11
الفرضيات	12
دوافع اختيار الموضوع	12
أهداف البحث	12
أهمية البحث	13
تحديد المفاهيم إجرائيا	13
دراسات سابقة	14-16
فصل الثاني : جودة الحياة	
تمهيد	17
نبذة تاريخية عن جودة الحياة	17-18
مفهوم جودة الحياة	18-19
الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة	19-21
أبعاد جودة الحياة	21-22
مكونات جودة الحياة	22-23

مظاهر جودة الحياة	23
قياس جودة الحياة	23-24
خلاصة	24
فصل الثالث : بتر الاعضاء	
تمهيد	25
تعريف البتر الأعضاء	25-26
أسباب بتر الأعضاء	26-29
أنواع بتر الأطراف	29-30
انعكاسات البتر على الأفراد	30-33
مشكلات مبتوري الأعضاء	34-38
مراحل ردود الفعل الناتجة عن البتر	38-42
التأهيل بعد البتر	42-43
دور الأخصائي النفسي في عملية تأهيل المبتور	43
خلاصة	43
فصل الرابع : الجانب التطبيقي	
تمهيد	44
منهج الدراسة	44
دراسة الاستطلاعية	45
الدراسة الاساسية	45
عينة الدراسة الأساسية	45
ادوات الدراسة	46
الأساليب الإحصائية المستعملة.	48-47
فصل الخامس: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها	

عرض الفرضية الاولى ومناقشتها	51
عرض الفرضية الثانية ومناقشتها	52-53
عرض الفرضية الثالثة ومناقشتها	53-55
الخاتمة	56
قائمة المراجع	57-59

فهرس الجداول :

رقم	محتويات الجدول	صفحة
01	يبين معامل قيم ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبيان ككل	47
02	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس	47
03	يبين صدق المقارنة بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا على استبيان جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء	48
04	يوضح دلالة الفروق في جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء بين الفئات الثلاث	51
05	بين الذكور والإناث في جودة الحياة لدى مبتوري "U" يوضح دلالة الفروق الأعضاء	53
06	بين الذكور والإناث في جودة الحياة لدى مبتوري "U" يوضح دلالة الفروق الأعضاء	54

مقدمة

إن الحياة عبارة عن مراحل نمائية حياتية اجتماعية ونفسية متتالية تبدأ بمرحلة الولادة وتنتهي بمرحلة الموت ولكن من زاوية أخرى مختلفة تماما من شخص لآخر باختلاف نظرته إليها ودرجة تقييمها بجودتها وكيفية التعامل مع انفعالاتها الإيجابية والتغلب على سلبياتها كما تتأثر جودة الحياة النفسية لدى المبتورين بمجموعة متنوعة من الانفعالات كالسعادة والغضب والخوف والقلق وغيرها كلها انفعالات يختبرها بني البشر .

فهذه الأخيرة تلعب دورا في تحديد نوعية حياة الإنسان وتتحكم بسلوكه ومدى توافقه مع نفسه لذلك فان مصطلح جودة الحياة مصطلح نسبي يختلف من شخص لآخر بحسب معايير كل شخص وتعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها إدراك الفرد لوضعه في الحياة ضم محتواه الثقافي ونظام القيم الذي يعيش بداخله في علاقته مع محتوى أهدافه وتوقعاته ؛ مصالحه بحيث أكد الكثير من الباحثين والدارسين ؛ أن جودة الحياة هي نظام معقد يضم عدة مجالات منها المجال النفسي ، الاجتماعي ،البدني كما يتضح أيضا أن هناك اتفاق بين الباحثين في تحديد أربع مؤشرات لجودة الحياة والمتمثلة في المؤشرات الجسدية والنفسية والاجتماعية والمادية كما أن الانفعالية السلبية هي جملة من الانفعالات النفسية سلبية المنشأ تظهر لدى الكثير منا ومما لاشك أنها ترتبط بجملة من المثيرات التي تؤدي إلى ظهورها ولعل أبرزها هي صورة الجسم الغير سليم الذي يعاني من إعاقات خلفية أم حدثت نتيجة ظروف الحياة ومن بين هذه الأخيرة البتر الذي يعتبر أهم شيء يحدث اختلال في صورة الجسم هذا ما هذا ما ركزنا عليه في دراستنا دراسة جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء فقد تطرقنا في هذه الدراسة إلى مجموعة الفصول أولها فصل

فصل الثاني تحدثنا إلى جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء حيث عرضنا بعض الصعوبات التي تواجه جودة الحياة، مفهومها نشأتها، وتطورها وعوامل تشكلها كذلك إلى مبادئ ومظاهر جودة الحياة كما تطرقنا إلى الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة وأبعادها كذلك وأنواعها ومقوماتها، والمعوقات .

وفي الفصل الثالث تحدثنا بتر الأعضاء عرضنا بعض الصعوبات التي تواجه مبتوري الأعضاء، مفهومه ، وانعكاسات وأسباب تشكلها كذلك إلى أنواع ومشاكل جودة الحياة كما تطرقنا إلى دور الأخصائي النفسي في عملية تأهيل المبتور .

اما الجانب التطبيقي للدراسة فجاء في جزئين احتوى الجزء الاول منها على توضيح اجراءات المهجية للدراسة من دراسة استطلاعية ودراسة اساسية وكيفية اختيار العينة والختام بالاساليب الاحصائية في تحليل النتائج .

في حين احتوى الفصل الاخير على عرض النتائج وفقا لفروض وأشكالية الدراسة حيث تم تحليلها وتفسيرها والوصول الى خلاصة وبعض قتراحات المتعلقة بالدراسة .

الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

الإشكالية:

رغم التقدم والتطور العلمي الذي وصل إليه العالم ، فمشكلة الإعاقة بكل أشكالها ما زالت أكثر المشكلات التي يهتم بها العلماء، حيث عرفت البشرية هذه الإعاقة منذ أن وجد الإنسان على هذه الأرض وهي مشكلة قديمة ومستمرة في كافة المجتمعات المتقدمة والمتخلفة على حد سواء حيث لا يخلو أي مجتمع من وجود أفراد معاقين غير أن نظرة المجتمعات إلى هؤلاء المعاقين ورعايتهم اختلفت من عصر إلى أخر،كما اختلفت أيضا في أوجه تقديم الخدمات النفسية والتأهيلية لهم والإعاقة مشكلة إنسانية ذات أبعاد متعددة ومختلفة ، منها الطبي والاجتماعي والتأهيل والنفسي ،وقد تزايد عدد المعاقين في العصر الحديث رغم ما شهده ميدان الطب من تقدم كبير وذلك نتيجة عوامل وأسباب متعددة من أمراض وكوارث وحروب ،والتي تسببت في حدوث هذه الإعاقة ،فهذه الأخيرة هي فقدان أو قصور وظيفي جسمي أو حركي وقد يكون كليا أو جزئيا ،فالمعاق إذن هو الشخص الذي فقد عضوا أو قدرة أو مهارة أو أكثر تجعله عاجزا بشكل مستمر عن القيام بنشاطات اليومية وتحقيق الذات والاستقلالية ووضع مشاريع مستقبلية ،وقد أكدت المنظمة العالمية للصحة :أن ما يقارب **10 %** من مختلف المجتمعات تعاني من إعاقات مختلفة تتفاوت درجتها وشدتها بين البسيطة والمتوسطة والشديدة وذلك حسب سبب ونوعية الإعاقة ،وقد تكون منفردة في نوع واحد أو مركبة ومتعددة تصيب أكثر من وظيفة مما يزيد من عمق العجز والقصور الوظيفي .

(سي بشير: ص 13 .2017)

حيث نجد معظم الأفراد يعانون من عجز عضلي أو عصبي أو عجز عظمي وإصابتهم من استخدام أجسامهم بشكل طبيعي. ومن الإعاقات الجسمية الحركية التي تواجه مشاكل حساسة ومعقدة نجد فئة مبتوري الأطراف إحدى فئات هذه الإعاقة ،حيث أن الإعاقة الجسمية تؤثر بشكل واضح على شخصية المبتور ،فالبتر هو عبارة عن فقدان احد أو بعض الأطراف نتيجة مرض مزمن أو حادث ما ،حيث يؤدي إلى فقدان الوظيفة المرتبطة بهذا العضو فقدانا دائما مما يؤثر على حياة الفرد النفسية والجسمية والاجتماعية ،ومن

ثم على توافقه الاجتماعي والنفسي في الأسرة والعمل والمجتمع ككل ،بحيث تخلق لديه صدمة نفسية تؤدي به إلى حالة من المعاناة والألم النرجسي والتي قد تتسبب في تعرضه ومعايشته لحل المشكلات النفسية وارتفاع مستواها لدى بعض الفئات المبتورة الأطراف حيث أصبحت هذه المشكلات ظاهرة من ظواهر الحياة الإنسانية يخبرها الإنسان في مواقف وأوقات مختلفة تتطلب منه توافقا أو إعادة توافق مع البيئة ، وليس بالضرورة أن تكون المشكلات النفسية ظاهرة سلبية ، وبالتالي لا يستطيع الفرد الإحجام عنها أو الهروب منها ،لان ذلك يعني نقص فعاليات الفرد وقصور كفاءته ، وبالتالي أصبحت حياة الإنسان اليوم لا تخلو من التوتر والضيق والمعاناة الناشئة عن الإحباط والضغوطات النفسية ، فالحياة اليومية مليئة بالظواهر والمشاكل النفسية التي تؤثر على سلوك كل فرد في المجتمع طوال مراحل حياته .

ويعني وجود عوامل خارجية تؤثر على الشخص المبتور سواء بكليته أو على جزء منه بدرجة توجد لديه إحساسا بالتوتر أو تشويها في تكامل شخصيته وحينما تزداد حدة الضغوط فان ذلك يفقد الشخص المبتور قدرته على التوازن ويقوم بتغيير نمط سلوكه عما هو عليه إلى نمط جديد ، وبالتالي تعيق تكيفه مع نفسه ومع المجتمع ، وذلك لما لها من تأثير داخلي وخارجي على حياته الشخصية ، والتي قد ينتج عنها ضعف القدرة على إحداث الاستجابة المناسبة للموقف ، وما يرافقها من اضطرابات انفعالية نفسية وفسيولوجية تؤثر سلبا في جانب أو أكثر من جوانب حياته منها النفسية والجسمية والاجتماعية والمهنية، وبالتالي تؤدي به إلى خلق مشكلات عدة تنعكس سلبا على نظرته إلى نفسه وأفكاره ومعتقداته وإدراك الشخص المبتور لذاته والأهداف التي يسعى لتحقيقها ،كما أن تقدير الذات تعد من العوامل الأساسية في إدراك الفرد لذاته بصورة ايجابية أو سلبية ، فهو الذي يوجه أفعال الفرد في المواقف المختلفة ، وعلى أساسه تفسر الخبرات التي يمر بها الفرد وتحدد توقعاته الناتجة من ذاته ومن الآخرين ، والذي يعمل على تحقيق الاتساق المتواصل بين سلوكه ونظرته لذاته سلبية كانت هذه النظرة أو ايجابية ، حيث يرى هامشك: أن تقدير الذات هو حكم الفرد على أهميته الشخصية ، فالأشخاص الذين لديهم تقدير ذات مرتفع يعتقدون أنهم ذوو قيمة وأهمية ،

وإنهم جديرون بالاحترام والتقدير ،كما أنهم يثقون بصحة أفكارهم ، أما الأشخاص الذين لديهم تقدير ذات منخفض فلا قيمة أو أهمية في أنفسهم ويعتقدون أن الآخرين لا يقبلونهم ويشعرون بالعجز.

(ذيب وقطناني: 2010 ص 172)

وبالتالي هنا تؤدي بالشخص المبتور بالشعور بالذنب والفشل والإحباط وخيبة أمل ، والشعور بعدم الأمن وتدني اعتبار الذات وتوقع الخطر والتفكير السلبي اتجاه المستقبل ، حيث أكدت بعض الدراسات إلى أن الآثار النفسية التي يواجهها المبتور بشكل عام تتضمن : الانسحاب من مواقف التفاعل الاجتماعي وانخفاض تقدير الذات لديهم مقارنة مع الأفراد العاديين حول المشكلات التي يعاني منها الشخص المعاق تمثلت في عدم الثقة بالنفس ،وعدم شعور الفرد المعاق بإنسانيته والشعور بالإحباط وعدم الرضا عن النفس والاستقرار النفسي ، ومن بين الدراسات التي أكدت على وجود علاقة بين الضغط النفسي وتقدير الذات لدى مبتوري الأطراف نجد دراسة عبد الرحيم شادلي (**2017**): حول انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على انعكاسات البتر على الحالة النفسية للمبتور ، وكذا التعمق في فهم الكيفية التي يؤثر بها البتر على توظيفه النفسي من خلال دراستنا هذه أننا قادرون على معالجة جانب من جوانبها من خلال الإجابة على الأسئلة الإجرائية للدراسة و المتمثلة في :

التساؤلات:

- ما هو مستوى جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء ؟
- هل توجد فروق إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة وفقا لمتغير الجنس ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة وفقا لمتغير السن ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة وفقا لمتغير العضو المبتور ؟

الفرضيات:

- ما هو مستوى جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء بمركز الديوان الوطني للأعضاء المعوقين الاصطناعية ولواحقها فرع المسيلة ومستشفى ولاية مسيلة.
- هل توجد فروق إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء.
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة وفقا لمتغير الجنس .
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة وفقا لمتغير السن .
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة وفقا لمتغير العضو المبتور.

دوافع اختيار الموضوع:

- **الذاتية:**

الرغبة والاهتمام الشخصي في دراسة موضوع مبتوري الأطراف

الرغبة في إجراء دراسة تهتم بالجانب النفسي لدى مبتوري الأطراف

- **الموضوعية:**

تزايد نسبة حدوث وانتشار موضوع البتر بصورة واسعة في مجتمعنا الحالي

فهم نظرة الراشدين مبتوري الأطراف لذواتهم وتقديرهم لها في هذه المرحلة نتيجة البتر وما ينعكس في حياتهم الشخصية .

أهداف الدراسة :

يهدف البحث بشكل أساسي الي التأكد من وجود دلالة إحصائية لمستوى جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء ويمكن تلخيص الاهداف الجزئية ف :

- التحقق من وجود فروق إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء تبعا لمتغير السن
- التحقق من وجود فروق إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء تبعا لمتغير الجنس

- التحقق من وجود فروق إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء تبعا لمتغير العضو

- **. أهمية الدراسة :**

تتجلى أهمية الدراسة من خلال طبيعة الموضوع الحساس التي تعالج موضوعا يلقي الضوء على فئة اجتماعية ولتغيير النظرة السلبية من طرف المجتمع تبرز هذه الأهمية في متناول الجوانب النفسية ومدى انعكاس هذه العملية على سلوكهم وحياتهم وجودة حياتهم بعد هذا التغيير الفيزيولوجي.

كما يعالج هذا الموضوع مجموعة من الدراسات السابقة حول الصدمة النفسية وتأثير كل من البتر والانفعالية على الحياة لديهم والجوانب النفسية لدى هذه الفئة.

تحديد المفاهيم إجرائيا :

- **جودة الحياة :**

تعريف الإجرائي لجودة الحياة: تعني جودة خصائص الإنسان من حيث تكوينه النفسي والجسمي والمعرفي ودرجة توقعاته مع ذاته ومع الآخرين الاجتماعي والأخلاقي ؛ ويعرفها فرانك بأنها حسن توظيف الإمكانيات العقلية والإبداعية وإثراء وجدانه ليتنامى بعواطفه ومشاعره وقيمته الإنسانية و هي مجموع الدرجات التي يحصل عليها مبتوري الأطراف في مقياس جودة الحياة.

- **البتر:** هو فقدان جزء من أحد الأطرف أو فقدان معظم أو جميع الأطراف، أو هو استئصال جزئي أو كلي لأحد الأطراف.
- **مبتوري الأعضاء:**

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

دراسات سابقة:

- **الدراسات الأجنبية:**

دراسة ديووهوبنر(1994) بعنوان جودة الحياة لدى المراهقين:

طبقت على عينة مكونة من 222 طالبا من الصفوف الثامن والعاشر والثاني عشر من مدارس الولايات المتحدة الأمريكية ؛ تم تطبيق مقياس الرضا عن الحياة وبعض مقاييس الشخصية مختارة ؛ توصلت الدراسة الى وجود ارتباط جوهري بين المراهقين ودرجة رضاهم عن حياتهم ؛ وكانت الفروق في الرضا عن الحياة عير متأثرة بالعمر الزمني و لا بالنوع ولكنه متأثر بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة .

(علي نعيسة :2012 ص 160)

دراسة شيك (1993) بعنوان جودة الحياة والسعادة النفسية في المدارس الصينية:

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الهدف من الحياة كبعد من أبعاد جودة الحياة والسعادة النفسية لدى عينة مكونة من 500 طالب جامعي وتوصلت إلى وجود علاقة ايجابية من الحياة والسعادة النفسية.

(محمدي ، بوعيشة : 2013 ص 9)

دراسة كومنيس (1997) بعنوان تصميم مقياس جودة الحياة لذوي صعوبات التعلم:

هدفت الدراسة إلى تصميم مقياس جودة الحياة لتلاميذ ذوي صعوبات التعلم من الأطفال والمراهقين في المدى العمري (11 إلى 18)؛ وتكون المقياس من 35 بندا تندرج ضمن بعدين أساسيين ؛ حيث يقيس البعد الأول جودة الحياة الموضوعية ؛ وتندرج تحته سبعة أبعاد فرعية وهي الارتياح المهني ؛ الصحة الإنتاجية ؛ الألفة ؛ الأمان والمكانة الاجتماعية والإشباع الوجداني ؛ أما البعد الثاني فيقيس جودة الحياة الذاتية ويندرج ضمنه بعدين فرعيين وهما بعد الأهمية والذي يركز على شعور الطفل نحو بعض جوانب

حياته المتعددة من حيث درجة الأهمية التي تمثلها ؛ وبعد الرضا عن الحياة وقد أعطى المقاييس مؤشرات دالة لصدقه التلازمي ؛وذلك من خلال الارتباط بين درجات التلاميذ على المقياس ودرجاتهم على بعض المقاييس القلق

(جخراب ؛عبد الحفيظي: 2016 ص 476)

دراسات عربية :

دراسة محمد عبد الله إبراهيم وسيدة عبد الرحيم الصديق(2006) بعنوان دور الأنشطة الرياضية في جودة الحياة لدى طلبة جامعة السلطان قابوس:

استهدفت هذه الدراسة معرفة دور الأنشطة الرياضية على مستوى جودة الحياة لدى طلبة جامعة قابوس في ضوء متغير النوع (الذكر ؛والأنثى) والتخصص (إنساني ؛علمي) والتي تم قياسها بمقياس ذا ستة أبعاد ,لتحقيق أهداف الدراسة قام الباحثان بتحري الخصائص السيكومترية لقياس جودة على عينة قوامها (123)طالبا وطالبة ؛ حيث تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي ؛وقد أظهرت النتائج أن جميع البنود لها معاملات ارتباط دالة إحصائيا مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه ؛ كما وجاءت مؤشرات الصدق التمييز للبنود مرضية عموما . أما في مجال الثبات تم حساب معامل ألفا لكل بعد من أبعاد المقياس ؛ وتبين أن قيم الثبات للأبعاد الستة مرتفعة لقد أشارت النتائج الى وجود فروق ذات دلالة لصالح الطلبة الذين يمارسون الأنشطة الرياضية وهدفت أيضا لمعرفة مستوى مفهوم جودة الحياة لدى الطلبة فتبين الفروق في متوسط درجات الطلبة على مقياس جودة الحياة والوسطى الفرضي كانت أداة دلال في جميع أبعاد المقياس وهي جودة الحياة الأسرية والاجتماعية ؛ وجودة شغل وقت الفراغ وجودة التعليم والدراسة وجودة الصحة النفسية ؛كما أشارت النتائج على عدم وجود تأثير دال إحصائيا في متغير النوع والتخصص وفي التفاعل الثنائي بين النوع والتخصص.

(برهي و د, صدي: 2006 ص 277–278).

دراسة شاهر خالد سليمان (2008) بعنوان قياس جودة الحياة لدى عينة من طلاب جامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية وتأثير بعض المتغيرات عليها:

هدفت الدراسة إلى تطوير وتقنيين مقياس جودة الحياة من إعداد الباحث على عينة من طلاب جامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية وتأثير بعض المتغيرات عليها وهدفت هذه الدراسة لمعرفة مستوى جودة الحياة لدى طلاب في ضوء متغيري التخصص (علمي وأدبي) ؛ والتقدير الدراسي (جيد جيد ؛ جدا مقبول)واستخدمت الدراسة مقياس من إعداد الباحث ؛إذ طبق على عينة قدرها(649) طالبا وطالبة جامعيا 319 أدبيا و 330 علميا من جامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية.

(شاهر: 2008 ص 117)

دراسة علي كاظم والبهادلي (2006)بعنوان مستوى جودة الحياة لدى طلاب الجامعة:

إذ هدفت الدراسة لمعرفة مستوى جودة الحياة ودور متغير البلد والنوع و التخصص في جودة الحياة إذ طبقت على 400 طالبا جامعيا و 182 طالبا من جامعة ليبيا و 218 طالبا من جامعة عمان وأشارت النتائج بشكل عام إلى أن مستوى جودة الحياة كان مرتفعا في بعدين هما جودة الحياة الأسرية والاجتماعية ؛وجودة التعليم والدراسة ومتوسط في بعدين في الصحة النفسية وجودة الجانب العاطفي ؛ما أشارت النتائج إلى وجود تأثير دال إحصائيا في متغير البلد والنوع.

(كاظم والبهادلي: 2006 ص 67)

فصل الأول: جودة الحياة

تمهيد

لا ريب أن الكائن البشري لا تنصر مقومات حياته في تأمين الحاجات الأساسية و الضرورية لبقائه بل تتعدى ذلك إلى ما يشمل كل ما يحسن جودة الحياة للفرد ،تتجلى بالأساس في قياس وفهم وبناء مكامن القوة لدى الإنسانية وصولا وتوجيه الافراد والجماعات والمجتمعات نحو سبيل الأفضل نحو الحياة المتوازنة والجيدة بالتركيز على التمكين الشخصي وحسن الحال الذاتي في الحياة ، وتختلف وجهات النظر حول مفهوم جودة الحياة وفقا لذات الشخص ، أي مايدركه الشخص وفقا لمتغيرات البيئة .

1. نبذة تاريخية عن جودة الحياة :

الفكرة الأولية لجودة الحياة بدأ ظهورها في المناقشات التاريخية لفلاسفة اليونان (أرسطو سقراط بلاتوه) حول طبيعة جودة الحياة ومواصفاتها؛ ورغم أن مؤشرات جودة الحياة بدأ في الظهور من خلال تطور فكرة المؤشرات الاجتماعية خلال الستينات إلا أن لها جذور في وسائل القياس الاقتصادية خلال القرنيين 18 ؛19 وأوائل العشرين؛ هذه المؤشرات المبكر وما حولها انقسمت على نوعين من المؤشرات الكمية والمؤشرات النوعية.

وتطورت دراسات جودة الحياة حيث كانت تركز على موضوع واحد دون النظر إلى علاقة بعوامل أخرى وقد رصدت الدراسة حول موضوع جودة الحياة ثلاث جوانب هامة هي الأول بعد سنة 1970 قل الاهتمام في المملكة المتحدة بدراسات جودة الحياة والبحث عن تعريفها ضمن المناطق الحضرية والريفية على العكس من الدول الأخرى التي زاد فيها الاهتمام حول كيفية بحث وفهم المواضيع.

الثاني عالميا حظيت جودة الحياة بشيعة في الأوساط الطبية على الرغم من ذلك المدخل المتبع كان يغفل عوامل كثيرة مؤثرة في الصحة وقد تطورت نتيجة ظهور تيار جديد على يد مارتن سيلجمان وزيادة على ذلك فأن أعضاء من منظمة الصحة العالمية عام 1947 اقترحوا مفهوم ضمنيا لجودة الحياة وتوجه

هذا المفهوم الى الرعاية الصحية عندما تم تعريف الصحة حالة صحية جيدة تشمل الجوانب الفسيولوجية والعقلية والاجتماعية وفي سنة 1978 وسعت هذا المصطلح سنة 1992 لتبدأ الدراسات فيه.

(شيخي 2013 ص 86)

2. تعرف جودة الحياة:

الجودة لغة:

أصلها من الفعل جاد؛ الجودة؛ جاد؛ جود؛ جودة أي صار جيدا؛ وهو الرديء؛ وجود الشيء أي حسنه وجعله جيدا.

ويضيف (**ابن منظور:1998 ص 215**) عن الجودة في اللغة من الفعل؛ جود؛ الجيد نقيض الرديء؛ والجمع؛ وجاد الشيء جودة أي صار جيدا؛ وقد جاد جودة وأجاد أتى بالجيد من القول أو الفعل.

الجودة الحياة اصطلاحا:

يعني جودة خصائص الإنسان من حيث تكوينه النفسي والجسمي والمعرفي ودرجة توقعاته مع ذاته ومع الآخرين الاجتماعي والأخلاقي ؛ ويعرفها فرانك بأنها حسن توظيف الإمكانيات العقلية والإبداعية وإثراء وجدانه ليتنامى بعواطفه ومشاعره وقيمته الإنسانية

وتكون النتيجة وهي جودة المجتمع ويتم هذا من خلال الأسرة والمدرسة والجماعات والعمل من خلال التركيز على ثلاثة محاور هامة هي التعليم والتدريب ؛ وتظهر جودة الحياة كل الرضا وعدم الرضا الذي يختبره الفرد بخصوص حياته وهي أيضا ما يعكس تأثيرات المرض وعلاجاته قرارات الرعاية الصحية على الحياة اليومية للمريض في محاولة التقرب من وجهة نظره .

وتعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها إدراك الفرد لوضعه في الحياة ضم محتواه الثقافي ونظام القيم الذي يعيش بداخله في علاقته مع محتوى أهدافه وتوقعاته ؛ مصالحه

يعرفها دودسن جودة الحياة على أنها الشعور الشخصي لكفاءة وإيجاد التعامل مع التحديات ؛ أما وبيري فيعرفها على أنها السعادة الكبيرة العامة التي تنتج عن التقييم الذاتي والموضوعي للسعادة الجسمية

والمادية والاجتماعية والانفعالية معا جنبا إلى جنب بما يتفق مع مستوى النمو الشخصي للفرد وأنشطته الهادفة والتي تقييمها جميعا من منطق جميعا من منطق ما لدى الفرد من نسق قيمي .

يعرفها هجيرتي مصطلح جودة الحياة يشير إلى وجود حياة الفرد بصفة عامة وليس لجزء محدد منها دون الأخر لذلك فهو يرى أنه حتى وأن تم تقييم جودة الحياة إلى أبعاد فأنه ينبغي ان تعكس هذه الأبعاد المركبة والصورة الكلية بجودة الحياة .

كما نجد ايمرسون يعرفها بأنها رضا الفرد عن قيمته وأهدافه واحتياجاته من خلال تحقيقه لقدراته وإمكاناته وأسلوب حياته.

كما يعرفها بروشكي وفابيان بأنها دالة للظروف البيئية الواقعية التي يعيش فيها الفرد وكذلك الكيفية التي يشعر ويدرك بها هذه لظروف.

تعريف رينيه وآخرون جودة الحياة هي إحساس الفرد بالسعادة والرضا في ضوء ظروف الحياة الحالية؛ وأنها تتأثر بأحداث الحياة ؛ وتغير حدة الوجدان والشعور وأن الارتباط بين جودة الحياة الموضوعية والذاتية يتأثر باستبصار الفرد .

تعريف العدلي جودة الحياة قد تتمثل لدى البعض بامتلاك الثورة التي تحقق لهم السعادة في حين يرى البعض الأخر أن الحياة الجيدة وهي التي يتوافر فيها فرص العمل والدراسة ؛ ويراها آخرون الحياة التي يتمكن فيها الفرد من الحصول على مبتغياه دون عناء أو جهد.

(قشقوش: 2018 ص 62)

تعريف حسن مصطفى عبد المعطي : يعرف جودة الحياة على أنها تعريف عن الإدراك الذاتي للفرد و تقييمه للنواحي المادية المتوفرة في حياته و مدى أهمية كل جانب منها بالنسبة للفرد في وقت محدد و في ظل ظروف معينة ، و يظهر بوضوح في مستوى السعادة أو الشقاء الذي يكون عليه ، و يؤثر بدوره على تعاملات الفرد و تفاعلاته اليومية

3. الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة :

الاتجاه الفلسفي:

تناول الفلاسفة مفهوم جودة الحياة بوصفه دافعا أساسيا للسلوك الإنساني ؛ حيث قدموا أفكارا تتفق حول معنى هذا المفهوم على أنه يأتي من خلال وجوده مع أشخاص آخرين أو نقيض ذلك وهو العزلة والتفكير الفردي المنعزل ؛وأشار أرسطو بأن على الفرد أن يتحلى بالفضائل حتى يصل بحياته إلى السعادة ويشعر بجودتها ؛ ويرى أن للإنسان مجموعة كبيرة من القدرات يستعملها للوصول الى غايته في الحياة ؛ أما الفلاسفة العرب والمسلمين أشاروا إلى جودة الحياة وهي السعادة الأرضية التي ترتبط بالمال والحياة للوصول بالإنسان إلى غاياته وملذاته التي اعتبرها الفارابي ملذات زائلة ؛ وأشار ابن سينا إلى أن جودة الحياة تأتي من خلال قدرات الفرد وتدبره لأموره العائلية ؛ إذ يرى أن سياسة النفس أصعب على الفرد من أي سياسة فهو يقوم اد ما نجح الرجل في سياسة نفسه فأنه يستطيع أن يؤسس مدينة بأكملها .

الاتجاه الاجتماعي:

يرى ألمير هانكيس 1984 أن جودة الحياة قد بدأت منذ فترة طويلة وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد ؛ معدلات الوفيات ؛ معدل ضحايا المرض ؛ نوعية السكن ؛ المستويات التعليمية لأفراد المجتمع إضافة إلى مستوى الدخل ؛ وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى أخر وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم بيه الفرد وما يجنيه الفرد من عائد مادي من وراء عمله والمكانة المهنية للفرد وتأثيره على الحياة ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على الرضا او عدم الرضا العامل عن عمله

الاتجاه النفسي:

إن الحياة بالنسبة هي ما يدركه منها ؛ حتى أن تقيم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته كالدخل ؛ المسكن ؛العمل ؛ والتعليم يمثل انعكاسا مباشرا لإدراك الفرد لجودة الحياة في وجود هذه المتغيرات بالنسبة لهذا الفرد وذلك وفي وقت محدد وفي ظل ظروف معينة ؛ ويظهر ذلك في مستوى السعادة والشقاء الذي يكون

عليه ويرتبط بمفهوم جودة الحياة العديد من المفاهيم النفسية منها القيم والإدراك الذاتي والحاجات ومفهوم الاتجاهات ومفهوم الطموح ومفهوم التوقع إضافة إلى مفاهيم الرضا ؛ التوافق ؛ الصحة النفسية ويرى البعض أن جوهر جودة الحياة يمكن في إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة

الاتجاه الطبي :

ويهدف هذا الاتجاه الى تحسين جودة الحياة الأفراد الذين يعانون من أمراض جسمية مختلفة؛ او نفسية أو عقلية وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية؛ وتعتبر جودة الحياة من الموضوعات الشائعة للمحاضرات التي تتعلق بالوضع الصحي وفي تطوير الصحة ان تطوير جودة الحياة هو الهدف المتوقع لمقدمي الخدمة الصحية؛ تقييم حاجة الناس لجودة الحياة تشمل أيضا تقييم احتياجات حتى ولو لم يكن هناك تشخيص لمرض معين أو مشكلة.

(عمرون: 2016 ص 31-32)

1. أبعاد جودة الحياة :

تحدد مجدي ثلاثة أبعاد لجودة الحياة وهي كالتالي:

جودة الحياة الموضوعية: وتتمثل بما يوفره المجتمع من إمكانيات مادية إلى جانب الحياة الاجتماعية الشخصية للفرد.

جودة الحياة الذاتية: والتي تعني كيفية شعور كل فرد بالحياة الجيدة التي يعيشها أو مدى الرضا والقناعة عن الحياة؛ ومن ثم الشعور بالسعادة.

جودة الحياة الوجودية: وتعني مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والتي من خلالها يمكن للفرد أن يعيش حياة متناغمة؛ والتي يصل فيها إلى الحد المثالي في إشباع حاجاته البيولوجية والنفسية؛ كما يعيش في توافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع.

ويرى روزون أن جود الحياة تتضمن أربعة أبعاد أساسية تضمنها المقياس الذي أعده لهذا الغرض وهي الضغط النفسي المدرك والعاطفة والوحدة النفسية والرضا .

وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن مفهوم جودة الحياة العالمي يتكون من عدة أبعاد مثل الحالة النفسية والحالة الانفعالية والرضا عن العمل والرضا عن الحياة والمعتقدات الدينية والتفاعل الأسري والتعليم والدخل المادي وهذا يتكون جودة الحياة من خلال الإدراك الذاتي للفرد عن حالته العقلية وصحته الجسمية وقدرته الوظيفية ومدى فهمه للأعراض التي تعتريه ويذكر إن هناك إجماع على وجود أربعة أبعاد رئيسية لجودة الحياة وهي:

البعد الجسمي: وهو خاص بالأمراض المتصلة بالأعراض

البعد الوظيفي: وهو خاص بالرعاية الطبية ومستوى النشاط الجسمي

البعد الاجتماعي: وهو خاص بالاتصال والتفاعل الاجتماعي مع المحيطين

البعد النفسي:وهو خاص بالوظائف المعرفية والحالة الانفعالية والإدراك العام للصحة والصحة النفسية والرضا عن الحياة والسعادة.

(مسعودي: 2015 ص 27)

2. مكونات جودة الحياة:

من خلال التعريف المعروض سابقا يتضح أن جودة الحياة لدى الفرد لا ترتبط بمحدداته الشخصية فقط ؛ ولا بالمجالات وموضوعات الحياة المختلفة وإنما بالمتغيرات المرتبطة بالأفراد الذين يكونون في مجال إدراكه الشخصي (كالآباء والأمهات الأخوة ....) وجودة الحياة تشمل كافة جوانب الحياة التي يدركها الفرد .

فمكونات جودة الحياة عبارة عن ثلاث محاور وهي:

المكونات الذاتية:

التقييم الشخصي من خلال الرضا والسعادة عن الحياة الفعلية التي يعيشها الفرد بينما يرتبط الإحساس بحسن الحال بالانفعالات.

المكونات الموضوعية:

التقييم الوظيفي؛ وملاحظة المشاركة الظروف والأحداث البيئية والتفاعل في الأنشطة اليومية وتقرير المصير والتحكم الشخصي وأوضاع الدور والتعلم والمهنة والمسكن.

المكونات الخارجية:

المنبهات الاجتماعية ومستوى المعيشة ومستوى العمل وتوقعات الحياة. القدرة على الاستفادة من المصادر البيئية المتاحة الاجتماعية منها المساندة الاجتماعية والمادية .

(بهلالي: 2018 ص18)

3. مظاهر جودة الحياة:

هناك خمسة مظاهر رئيسة لجودة الحياة؛ ويتضمن كل مظهر بعض المكونات الفرعية على النحو التالي:

- العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال ويتضمن هذا المظهر العوامل المادي ا
- لموضوعية وحسن الحال .
- إشباع الحاجات والرضا عن الحياة؛ ويتضمن إشباع وتحقيق الحاجات والرضا عن الحياة. إدراك الفرد للقوى والمتضمنات الحياتية وإحساسه بمعنى الحياة؛ ويشمل القوى والمتضمنات الحياتية وإحساسه بمعنى الحياة .
- الصحة والبناء البيولوجي وإحساس الفرد بالسعادة؛ ويتضمن هذا المظهر الصحة والبناء البيولوجي والسعادة.
- جودة الحياة الوجودية وهي الوحدة الموضوعية والذاتية لجوانب الحياة كما أنها تمثل جودة الحياة الأكثر عمقا داخل النفس.

(أبو الحسن عبد السلام؛ بحيرى: 2015 ص 6)

4. قياس جودة الحياة :

قسم وكلاند 2000 أنواع قياس جودة الحياة إلى ثلاث أنواع وهي عالمي؛ عام ؛خاص .

القياس العالمي:

وتم تصميم أسلوبه العام من أجل قياس جودة الحياة بصورة متكاملة وشاملة؛ وقد يكون سؤالا وحيدا يتم سؤاله للشخص لحساب مقياس جودة الحياة بصورة عامة له مثل مقياس فلاناجان لجودة الحياة إلي يسأل الناس عن رضاهم عن 15 مجالا من مجالات الحياة .

المقياس العام:

له أمور مشتركة مع القياس العالمي وصمم من أجل مهام وظيفية؛ في الرعاية الصحية تم تحديده ليكون بصورة شاملة مثل احتمالية تأثير المرض أو أعراض هذا المرض على الحياة المرضى .

ويطبق المقياس الخاص على مجموعة كبيرة من السكان ؛ والميزة الكبرى لهذا المقياس هي تغطية شاملة كذلك حقيقية أنه يسمح بعمل مقارنة مجموعات مختلفة من المرضى ؛أما عيوب هذا المقياس فانه لا تعطي عناوين ذات صلة بمرض معين .

المقياس الخاص بالمرضى: تم تطويره لمراقبة ردة الفعل للعلاج في حالات خاصة ؛ وهذه الخطوات محصورة لمشاكل حساسة للتغيير وكذلك فئة التصور لديهم في الربط مع تعريف معنى جودة الحياة .

(فواطمية : 2021 ص 9)

خلاصة

نجد ان جودة الحياة التي تم تناولها جذور واصل تاريخي فهي تعبير شائع ومستخدم عندما يتعلق الامر بشؤون الفرد والمجتمع ، كما انها تعكس مدى امكانية استمتاع الفرد بحايته في اطار التزام المتبادل بينه وبين المجتمع

فصل الثاني: بتر الأعضاء

تمهيد:

يعد البتر من بين الإعاقات الجسمية والحركية الناتجة عن مختلف الأمراض والحوادث المسببة له، فهو خبرة صعبة يعيشها الأفراد ويواجهون معها تحديات نفسية واجتماعية في التكيف والتوافق مع غياب الأعضاء الدائمة فبتر الطرف هو بمثابة فقدان لأحد أطراف الجسم سواء كان في الأعضاء العلوية أو السفلية أو كليهما باعتباره مشكلة جسمانية واجتماعية ونفسية تؤثر على حياة المبتور وذاتيته بحيث يخلف أثارا وإصابات وأضرار على شخصيته في حد ذاته وعلى المجتمع ككل أي أنه يمس الجوانب الجسمية والنفسية وكذا الاجتماعية وبالتالي تؤدي بالشخص المبتور إلى خلق صدمة نفسية يتعايش معها ، ففي هذا الفصل سنتطرق إلى مفهوم بتر الأعضاء وأسبابه –أنواعه وتأثيراته على حياة الأفراد والى أهم المشكلات الناتجة عنه ، وكذا التعرف على عملية التأهيل بعد البتر .

1. مفهوم بتر الأعضاء:

يعرف رين (1995) البتر بأنه حالة مكتسبة ناتجة عن فقد أحد أطراف الجسد بسبب الإصابات أو الأمراض أو الجراحة أو الحروب أو غياب أحد الأطراف لأسباب خلقية .

عرفه علي وعبد الهادي: بأنه حالة من العجز الجسمي تحدث للفرد في أي مرحلة من مراحل عمره ،وهو عبارة عن استئصال جزء من أجزاء جسمه لإنقاذ حياته أو لتحسين أداء العضو الذي تمنعه الإصابة من القيام بوظيفته

(القاضي: 2009 ص 80)

البتر جراحيا: هو تدخل جراحي يقتضي نزع عضوا كاملا أو قسم من العضو ويكون ذلك ضروريا لسلامة العضو المتبقي ومكافحة الألم.

البتر نفسيا: هو تشوه بسبب عدوان خارجي ناتج عن فقدان عضو أو طرف من الجسد وهذا الفقدان ينتج عنه صدمة نفسية .

ومنه يتضح أن البتر هو فقدان العضو نفسه وبالتالي فقدان وظيفة هذا العضو التي وجد من أجلها ويترتب عنه إعاقة جسمية حركية. وهذا ما يسبب صدمة نفسية للمريض مما يؤثر على حياته الشخصية والاجتماعية والمهنية بدرجات متفاوتة حسب نوع البتر وحالته.

(سيد سليمان: 2001 ص 171)

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

(خضر بحر: 2017 ص 8)

أما مبتوري الأطراف : هم الأشخاص الذين فقدوا أحد أطرافهم أو أكثر ، ونتج عنه إعاقة حركية أثرت على أداءهم لأدوارهم مما يتطلب تأهيلهم مهنيا واجتماعيا ونفسيا .

تعريفه إجرائيا: هم الأشخاص الذين بترت أطرافهم بشكل جزئي أوكلي بفعل الأمراض المزمنة أو الحوادث والحروب نتج عنه خلل في الأداء الحركي والوظيفي الأمر الذي يتطلب إعادة تأهيل جسمي ونفسي واجتماعي بهدف تحقيق التكيف والدمج في المجتمع .

2. أسباب بتر الأعضاء :

يعتبر البتر للأطراف العلوية اقل انتشارا من البتر للأطراف السفلية أي نسبة انتشار الأطراف السفلي 82 %. 70% من البتر يعود للأمراض و 22% يعود للإصابات و 4% عيوب خلقية وهي تشوهات و4% للأورام.

(الغرير: 2009 ص 69)

- **أولا: الأمراض المزمنة:**

تنتج عن خلل في وظيفة العضو بسبب الإصابة التي تظهر على هيئة أورام خبيثة سرطانية حيث يتم بتر العضو أو الطرف للمحافظة على جسد الإنسان والحد من انتشار المرض إلى بقية أجزاء الجسم .

ويمكن أن تؤدي أمراض مثل انسداد الشرايين أو السكري إلى موت الأنسجة في أحد أطراف الجسم ، وهذا قد يعني ضرورة بتر هذا الطرف لاستئصال النسيج الميت فقد يوصي مقدم الرعاية الصحية بالبتر، في حال أوصى مقدم الرعاية الصحية بالجراحة للمريض فان قرار إجرائها من عدمه يرجع للمريض نفسه يساعد هذا البرنامج على تكوين فهم أفضل عن فوائد ومخاطر هذه الجراحة واخذ قرار ببتر الرجل أو الطرف السفلى أمر صعب وسوف تبذل جهود مكثفة عدة مرات للحفاظ على الطرف السبب الرئيسي للبتر هو السكري أو داء الشرايين المحيطة والذي قد يتسبب إما بالألم وإما بسوء وظيفة الطرف وإما بالتورمات ، يعمل الجراح خلال البتر على استئصال كل الأنسجة الميتة.

التورمات: إذا لم تنجح معالجة التورمات بالأشعة فان البتر يصبح حلا مؤكدا وعندها يجب إن يكون البتر من خلال أو أعلى المفصل المجاور للتورم من الجهة الأقرب إلى جذع الإنسان فمن أهم المخاطر في أي نوع من الجراحات وهي تتضمن العدوى عميقة أو على مستوى الجلد وقد يكون هناك ضرورة لإعطاء المضادات الحيوية على اجل طويل في حال شملت العدوى العظم.

النزيف: إما في أثناء أو بعد العملية.

أمراض جلدية: قد تكون مؤلمة.

ترتبط المخاطر والمضاعفات الأخرى بخصوصية هذه الجراحة وهي نادرة لكن من المهم معرفتها قد لا يلتئم مكان البتر بشكل مناسب وقد يحدث إحساس شبحي أو ا لم يشبه هذا الإحساس كما لو أن الرجل لا زالت موجودة رغم أنها غير موجودة وقد يكون هذا الإحساس مغلقا لو شعر المريض بألم يأتي من الرجل لم يعد موجودا فمثلا يمكن للمريض أن يشعر بألم في قدمه حتى ولو استأصلت الرجل جراحيا ورغم العلاجات الطبية والجراحية الأفضل حاليا إلا انه يصعب التحكم بهذا النوع من الألم .

- **ثانيا:الحوادث**

الحوادث بأنواعها كحوادث المرور ، الحوادث المنزلية ، وحوادث العمل خاصة الحروق الناتجة عن الكهرباء حيث تمثل 20 %من حالات البتر .

ونجد نوع آخر من الحوادث الذي يسبب الشلل النصفي الجانبي يدعى بالحوادث الوعائية الدماغية .

ويؤكد فهمي أن حوادث المرور مسؤولة عن 5،8 % من المعاقين في العالم وحوادث العمل بنسبة 4.5 %من المعاقين في العالم أي (15.5) مليون فرد في العالم ، كما توجد حوادث أخرى كالزلازل والحروب والرياضة .

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

- **ثالثا: الحروب**

تزداد فيها نسبة البتر بسبب استخدام أسلحة مختلفة تؤثر على جسم الإنسان وينتج عنها العديد من الإصابات.

(القاضي: 2009 ص 81)

وقد يكون للسياسة واستقرار الأحوال في بلد ما أو عدم استقرارها دخل في اختلاف أنواع البتر من بلد لآخر .... فالبلاد التي كانت تخضع للاستعمار وتوجد بها حروب تنتشر حقول الألغام والانفجارات التي تؤدي إلى البتر.

(الغرير،النوايسة: 2009 ص 70)

وتحدث كرستين عن أسباب البتر والتي من أهمها:

أعراض الأوعية الدموية : تعوق التدفق الدموي وسريان الدورة الدموية ووصولها للأطراف ووجود التهاب في الأقدام .

مرض السكري : الذي يؤثر على سكر الدم فيقلل من قدرة الجسم على معالجة أي قصور يحدث .

التهابات العظام

الجلطات والإصابة ببعض السرطانات التي قد تؤدي للبتر .

(القاضي: 2009 ص 80)

3. أنواع بتر الاعضاء :

حسب مكان البتر يصنف البتر تبعا للعضو المبتور ويتضمن نوعين رئيسين هما :

- **البتر في الأطراف السفلية :**

بتر القدم: ويتضمن بتر أصابع القدم ويتمثل في بتر منتصف القدم أو بتر القدم كاملة أو أي جزء منه..

بتر الساق : وهذا البتر يكون تحت الركبة ويشتمل على أي بتر يتم من الركبة حتى الكاحل .

فصل الركبة: ويحدث هذا البتر عند مستوى الكاحل.

بتر الفخذ: ويتم فوق الركبة ويشتمل على بتر أي جزء من الفخذ من عند الحوض حتى مفصل الركبة.

- **البتر في الأطراف العلوية :**

بتر اليد أو جزء منها: بما فيها الأصابع أو الإبهام أو جزء من اليد تحت الرسغ .

البتر المفصلي (المعصم): ويتم بتر العضو عند مستوى الرسغ .

بتر عظمة الساعد : ذلك الذي يحدث تحت الكوع حتى الرسغ الساعد بأكمله .

بتر عظمة العضد: فوق الكوع حتى الكتف أي في الجزء العلوي من الذراع.

فصل الكتف: بتر يتم عند مستوى الكتفين مع بقاء نصل الكتف وقد يتم استئصال عظمة الترقوة أو لا.

بتر الكتف بأكمله مع فصله وعظمة الترقوة .

(صبري: 2016 ص20،21)

- **حسب السبب :**

البتر البدائي (الأولي): ويكون في مستوى منخفض وذلك للسيطرة على العدوى ، حيث عندما يكون العضو متأذيا بشدة كسبب انقطاع الشرايين الأساسية والأعصاب ولا أمل للعضو في الحياة وفي القيام بالوظيفة التي وجد من أجلها .

البتر الثانوي (النهائي): ويكون بعد انتهاء البتر الأولي عندما يحدث موت متأخر في العضو بسبب نقص في الإرواء الدموي حتى يكون الجزء المتبقي من البتر نموذجيا ومن بين الطرق المتبعة فيه الطريقة المفصلية والطريقة الدائرية وطريقة التغطية بشريحة من الجلد.

(سيد سليمان: 2001 ص 177)

4. انعكاسات البتر على المبتور :

في الواقع سأتطرق للبتر مهما كانت أسبابه ومستوياته من حيث كونه فعل يتم تجسيده في إطار جراحي أين تفشل كل العلاجات التي كانت تهدف للحفاظ على التكامل الجسمي للفرد وهكذا يفرض البتر نفسه كحل أخير يتم اللجوء إليه للحفاظ على حالة المصاب مهما كان نوعها (مرض أو صدمة) ونظرا لهذا هناك انعكاسات تتوزع عبر مراحل قبل وأثناء وبعد العملية وهي كما يلي :

- **قبل العملية :**

قبل بداية العملية يتمثل الإجراء الأول في إعلام المريض أو أهله بقرار البتر وهذا القرار ضروري جدا لأنه يسمح بأخذ موافقة المريض مما يساعده على تقبل وضعيته الجديدة فيما بعد ، كما يسمح له أيضا بتفادي الانعكاسات السلبية للبتر وأمام هذا الإجراء هناك وضعيتان نموذجيتان يتم مواجهتهما عادة : حيث يتم في الوضعية الأولى مناقشة قرار البتر في إطار استعجالي وقد يكون المريض فاقدا للوعي أحيانا ، وهنا إن تعذر إعلام المريض فمن الضروري إعلام احد أفراد عائلته إن كان ذلك ممكنا أما في الوضعية الثانية وهي الأكثر توترا فيكون عادة التدخل الجراحي مبرمجا وغالبا ما يكون هناك وقت كافي لإعلام المريض ومناقشة قرار البتر

معه ، ومن المعروف انه حينما يكون البتر مفروضا على المريض دون توفر الوقت الكافي لتقبله أو استيعابه فان ذلك سينعكس سلبيا على حالته فيما بعد .

وبالإضافة إلى ذلك يمثل كل من التخدير والتسكين جوانب ملموسة تحوز على اهتمام المريض في هذه المرحلة ، وهنا ينبغي تكييف نمط ملائم من التخدير لحالة المريض الصحية ولانشغالاته ، فان لم يتم التخدير بشكل صحيح فان ذلك سينعكس أيضا بالسلب على حالة المريض فيما بعد .

- **أثناء العملية :**

بعد ذلك يأتي يوم العملية أين ينقل المريض للجناح الجراحي وعموما يعتمد التجسيد التقني للتدخل الجراحي على قواعد ، تقنيات ومعدات مرتبطة بعملية البتر ، يعرفها الجراحون ويلتزمون بها والشكل الذي يرجى منحه لنهاية الطرف المبتور وهو تمكين المريض فيما بعد من استخدام المعدات وهي مسائل يتم التفكير فيها والعمل عليها منذ بدء التدخل الجراحي وحتى نهايته ، أين يتم تجفيف الجرح من النزيف وإغلاق الجلد إلا في الحالات المسماة ب أين تترك نهاية الطرف المبتور مفتوحة ليتم غلقها فيما بعد من خلال تدخل آخر وأخيرا إجراء فحص بالأشعة وتطبيق نوع معين من التضميد على نهاية الطرف المبتور .

- **بعد العملية :**

بعد ذلك يدخل المريض الذي أصبح مبتورا في مرحلة ما بعد العملية وهنا تبدأ تظهر **انعكاسات (أو تأثيرات) البتر على جميع مستويات حياته وهي كما يلي :**

المستوى الجسمي:

في هذا المستوى يواجه المبتورين عادة نوعين من الآلام يرتبط النوع الأول بالآلام التي تحدث في موقع البتر أي على مستوى نهاية الطرف المبتور وتنتج هذه الآلام مباشرة اثر التعرض لتعقيدات على مستوى نهاية الطرف المبتور ، أما النوع الثاني فهو مرتبط عادة بما يسمى (الطرف الشبح وآلامه والذي يظهر مبكرا ومباشرة بعد حدوث البتر عن استمرار أو عودة ظهور إحساس المبتور بالطرف الذي تم بتره أما الآم الطرف الشبح فهي

تعبر عن مجموعة الآلام التي يمكن أن يحس بها المبتور في الطرف الذي تم بتره ، وهي متلازمة الم معقدة تتكون من عدة أحاسيس

(تشنجات ، انقباضات) ويتدخل في علاج المبتور عادة مجموعة من المتخصصين أين يبدأ التكفل بيه مباشرة بعد العملية ، حيث يتم التكفل من جهة بالعوامل التي قد تؤثر على نتائج تلك العملية كوضعية جسم المريض ووضعية نهاية الطرف المبتور فيه ، أما من جهة أخرى فيتم التكفل بإعداد المبتور لمواجهة التحديات التي يفرضها عليه البتر بحيث يتم مثلا مساعدته على استرجاع قوته العضلية والحركية لإعداد العضو المصاب على الاستمرار في وجه الصعوبات المرتبطة ببداية استخدام المعدات واستخدام الأطراف الاصطناعية ويكون استخدام الطرف الاصطناعي تبعا لمستوى البتر ولوضعية نهاية

الطرف المبتور حيث يكون هذا الأخير بدوره موضعا للتغيرات المرتبطة بالشكل والحجم ولذلك يتم صنع مأخذ الطرف الاصطناعي في البداية حسب أبعاد نهاية الطرف المبتور .

المستوى النفسي:

على المستوى النفسي يعاش كل من المرض أو الحادث، الاستشفاء، الجراحة، الإصابة...الخ على أنها عوامل ضاغطة قد تتجاوز القدرات التوافقية للمبتور كما تعاش تجربة البتر حيث يمس البتر الشخص في تكامله الجسمي ويخل بتوازنه وأوجه حياته المختلفة (نشاطاته اليومية والمهنية ، حياته العلائقية والاجتماعية ...الخ) وبالإضافة لذلك يتعرض المبتور لتغيرات نفسية داخلية عنيفة لان البتر يمس مباشرة كلا من مخططه الجسمي وصورته الجسمية ويؤدي ذلك لاضطراب صورته التي كونها عن نفسه وعن حياته مما يتطلب منه الدخول في سيرورة حداد لتجاوزه ما كان عليه سابقا وتقبل ما هو عليه حاليا (بعد البتر) وان صورة الجسم لها علاقة مباشرة بشعور الشخص بذاته وبتقديره لها وان كانت صورة الجسم معطى أساسي في معادلة بناء الشخص لذاته أو أناه وان كان ذلك الشخص يحب ذاته فان إصابة البتر وهي إصابة للجسم ولصورته ولاناه ، تؤدي مباشرة لإصابة نرجسية لإصابة في حبه لنفسه ولجرح نرجسي عميق وذلك بما تسببه من نقص ومن عدم اكتمال وغالبا ما نلاحظ مثل هذه الإصابات النرجسية لدى أفراد تعرضوا لإصابات جسمية أدت لإعاقتهم

أو تشوههم وعادة ما تؤدي هذه الإصابات إلى نقص تقديرهم لذاتهم (أو حتى احتقارهم) لذاتهم وعادة ما يختفي وراء كلماتهم حزن وألم كبير أثناء تعبيرهم عن أنفسهم حيث يتولد لديهم إحساس بألم وبالحزن وبالقهر والاكتئاب ونقص تقدير الذات ولومها والشعور بالذنب .

المستوى الاجتماعي:

هنا قد يفقد المبتور حسب درجة إصابته عمله أو يرغم على الأقل على تغيير وظيفته أو مهنته ، وبالإضافة لذلك قد يتطلب البتر حسب درجة العجز إجراء تعديلات في المسكن ، السيارة ....الخ. مما يعرض المبتور لمشكلات جديدة مرتبطة بالسكن وبالتنقل وكذا يواجه صعوبات من الناحية الاقتصادية وخاصة إذا كان المبتور أب عائلة وقد تؤثر تلك الصعوبات في المال والتنقل على حياة المبتور وتؤدي به إلى الانعزال عن المجتمع وعن الانطواء وخاصة إذا ما كانت هنالك تغيرات وصراعات عائلية ، وإذا لم تتفهم عائلته وضعيته وخاصة إذا لم يحظى بالدعم الاجتماعي والتكفل الملائم بوضعيته ومن الأمور التي اتفق عليها علماء النفس أن هناك عوامل متعددة تعمل على خلق الشعور بالنقص والضعف عند الراشد المصاب بالبتر ، ويساهم في إبراز هذه الحالة أفراد المجتمع ، فهم يفترضون أن المصاب بنقطة الضعف إنسان اقل منهم ولا يرى الكثيرون من أفراد المجتمع مانعا من إظهار هذا الشعور بكل قوة وإشعار المصاب انه شخص ناقص أوتا فه ، وانه يجب أن يخجل من نفسه وقد يحدث كل هذا للمصاب من اقرب الأقربين إليه . فعلى أفراد المجتمع أن يتقبلوا أفراد فئة المبتورين بقلب صادق وبدون نفاق ويتظاهر هذا التقبل أساسا من خلال احترام المبتور (وليس الشفقة عليه) ومن خلال الثقة في قدراته ويتجسد هذا الاحترام في سلوكيات الأفراد وردود فعلهم نحو المبتور ، ولكي تتغير سلوكيات الأفراد وردود فعلهم ينبغي أن تتغير صورتهم الذهنية عن المبتور ، ولكي تتغير صورتهم الذهنية عن المبتور ينبغي أن تتغير تصوراتهم المسبقة عن البتر وعن المبتور وعن الطريقة التي ينبغي أن يتعاملوا بها معه ، تلك التصورات التي ترسمها من دون شك ثقافة المجتمع في عقول المنخرطين فيه .

(شادلي : 2017 ص 192–210)

5. مشكلات مبتوري الأطراف:

ترتبط عملية بتر جزء من جسم الإنسان بمظاهر متنوعة بعضها نفسي والبعض الآخر حركي وأيضا متعلق بالنواحي الاجتماعية أو الاقتصادية وقدرة الشخص على كسب عمله وأيضا على استخدامه للأجهزة التعويضية وخاصة في عمليات التأهيل بعد البتر ومن بين هذه المشكلات ما يلي :

- **المشكلات النفسية :**

تنتاب المصاب بالبتر الكثير من المشاعر النفسية السلبية التي تؤثر عليه وعلى توافقه مع من حوله ومن أهم المظاهر النفسية لهذه المشكلات قد تظهر على شكل رفض قبول المصاب للبتر وذاته الجديدة ومقاومته لواقعه الجديد والشعور بالنقص وانخفاض قيمته لذاته سواء كما يراها هو أو كما يراه فيها المحيطين أو كما يتمنى أن يراها مع ظهور مشاعر جديدة كنتيجة لحدوث البتر في بعض الأحيان كالشعور بالذنب لاعتقاد البعض بان ذلك انتقام السماء لخطا ارتكبه الفرد ، كما قد يكون هناك ميلا من جانب المصاب بالبتر للنكوص لسلوك الاعتماد على الغير كذلك فان حالة البتر والاحتياجات الفردية التي تعمل للمحافظة على الفرد تزيد من اعتماده على الآخرين ، وقد يحاول المصاب بالبتر في كثير من الأحيان استخدام ميكانيزمات للهروب من الواقع المؤلم الذي يثير قلقه وتوتره كالتعويض والإسقاط والإنكار، فيبدو في ظاهرة شبح الطرف المبتور أو توهم وجود الطرف المبتور.

(سهيل خلف: 2012 ص 25)

ولقد حاول العديد من علماء النفس الانتماء إلى سمات محددة وقد لخصها كليمك في الآتي الشعور الزائد بالنقص مما يعوق تكيفه الاجتماعي والشعور الزائد بالعجز مما يولد لديه الإحساس بالضعف والاستسلام للإعاقة مع عدم الشعور بالأمن مما يولد لديه القلق والخوف من المجهول ، حيث ينتج عدم الاتزان الانفعالي مما يولد لديه مخاوف وهمية مبالغ فيها مع سيادة مظاهر السلوك الدفاعي وأبرزها الإنكار والتعويض والإسقاط والأفعال العكسية والتبرير.

- **المشكلات الجسمية:**

يحصل الفرد من خلال الوظائف التي تؤديها له أعضاؤه وأطرافه على إشباع معين كما تؤدي هذه الأعضاء وظائف للإنسان كالإمساك بالأشياء أو الحركة وسهولة التنقل مما يضفي عليه شعور بالرضا ، كما أن الإنسان بكمال أعضائه يستطيع ممارسة النشاط البدني ومزاولة الرياضة العادية والهوايات والقيام بالرحلات وتناول الطعام وغيرها ، إلا أن الإنسان المصاب بالبتر لأحد أعضائه أو أكثر من عضو يفقد وظيفة من وظائف هذا العضو ، ولا يستطيع الحصول على الإشباع من النشاط الحركي للإنسان ، وهكذا لا يستطيع أداء هذه الواجبات وبالتالي فانه يجد أمامه أحد الحلول التالية:

- أن يتجنب القيام بالنشاط أو العمل .
- أن يعوض العضو المبتور عن طريق استغلال الأطراف المتبقية لديه بأقصى طاقة بدنية ممكنة.
- أن يؤدي الوظيفة بالاستفادة من الطرف الاصطناعي الذي يحل محل الطرف المبتور ويحتمل أن يستخدم المصاب بالبتر الحلول الثلاثة البديلة في فترات متفاوتة ويتوقف ذلك على الموقف الذي يواجهه كما أن استخدام أي جهاز تعويضي يتضمن بالضرورة درجة معينة من الإخفاق من حيث الوظيفة البنية نتيجة لثلاث عوامل تقع خارج نطاق سيطرة المصاب بالبتر ومنها :
- إن أي عيب آو قصور في تصميم الجهاز أو تركيب كأجزائه أو عدم صلاحية الطرف المبتور ينشا عنه إخفاق وظيفي .
- في حالة الشخص حديث البتر فانه لم يبلغ مرحلة كافية من إحراز التآزر العصبي العضلي بحيث يستطيع السيطرة على الطرف الصناعي سيطرة تامة يقابله أيضا حالة الإخفاق الوظيفي.
- عادة ما تكون الأجهزة التعويضية غير مريحة بالنسبة للشخص المبتور ومن الناحية الفيزيولوجية يتضح أن منطقة البتر تستجيب لمثيرات الألم أكثر منها بالنسبة للطرف الآخر .
- المشكلات الاجتماعية : وهي المواقف التي تضطرب فيها علاقات الفرد بمحيطه داخل الأسرة وخارجها خلال أدائه لدوره الاجتماعي أو يمكن أن نسميه بمشكلات سوء التكيف مع البيئة الاجتماعية الخاصة لكل فرد ويمكن أن نوجزها في :

- **المشكلات الأسرية :**

إن إعاقة الفرد هي إعاقة لأسرته في نفس الوقت حيث إن الأسرة بناء اجتماعي يخضع لقاعدة التوازن ، ووضع المبتور في أسرته يحيط بعلاقاتها قدر من الاضطرابات طالما كانت إعاقته تحول دون كفايته في أداء دوره الاجتماعي .

(سيد فهمي: 2001 ص 135)

كما أن سلوك المبتور المسرف في الغضب أو القلق أو الحساسية أو الاكتئاب أو حتى الابتهاج يقابل بسلوك مسرف بدوره في الشعور بالذنب أو الشعور بالحيرة ، وبالقدر الذي تهدد حالة الإعاقة سلامة المبتور وبالقدر الذي يزيد من الحماية الزائدة والمسرفة من المحيطين به وهو الأمر الذي يقلل من توازن الأسرة وتماسكها واثر ذلك على قيام الأسرة بوظيفتها الطبيعية نحو تنشئة باقي أبنائها . وأكثر المشكلات الأسرية حدة هي تلك المشكلات المرتبطة بالإصابة المفاجئة لرب الأسرة وما يترتب على ذلك من آثار على مستوى معيشتها واضطراب علاقاتها .

- **المشكلات الترويحية :**

إن البتر يؤثر على قدرة المعاق على الاستمتاع بوقت الفراغ ، حيث تتطلب منه طاقات خاصة لا تتوفر عنده . وعليه فانه حتى إذا حاول المبتور الاستفادة من أوقات الفراغ في الاستمتاع بها من خلال استغلال بقية أعضاؤه فانه يواجه مشكلة في التنقل إلى الأماكن الترويحية نظرا لصعوبة ذلك وعدم وجود أجهزة ترويح خاصة بالمعاقين حيث نجد أن هذه الأجهزة تكون معدة للأصحاء فحسب مما يزيد من عزلة المبتور وشعوره بالنقص.

(سهيل خلف: 2012 ص 26)

- **مشكلات العلاقات الاجتماعية :**

تمثل جماعات الصداقة حاجة أساسية للفرد خاصة في المراحل الأولى من العمر واثر العلاقات الصحية المباشرة على النمو الاجتماعي السليم وبالقدر الذي تتجانس فيه سمات أعضاء الجماعة بالقدر الذي يتحقق لكل

عضو فيها النمو والشعور بالسعادة ومن ثم يقوم شعور المعوق بالمساواة مع زملائه وعدم شعور هؤلاء بكفايته لهم يؤدي إلى اتجاهات سلبية لينطوي المعوق على نفسه وينسحب من هذه الجماعات .

- **مشكلات العمل :**

قد تؤدي الإعاقة إلى ترك المبتور لعمله أو إلى تغيير دوره إلى ما يتناسب وضعه الجديد فضلا عن المشكلات التي تترتب على الإعاقة في علاقاته برؤسائه وزملاؤه أو مشكلات آمنة وسلامته ، فالعمل إنتاج باجر والإنتاج الزائد اجر مرتفع بل طريق إلى تولي مناصب رئيسية في العمل وكسب مكانة اجتماعية مرموقة عن طريق العمل ، ومن ثم كان اثر الإعاقة أثرا مزدوجا على الدخل والمكانة معا .

- **المشكلات الاقتصادية :**

تتسبب الإعاقة عن طريق البتر في كثير من المشكلات الاقتصادية بالنسبة للشخص المصاب بالبتر ، وبالنسبة لأسرته ولمجتمعه ومن بين المشكلات الاقتصادية ما يلي :

- قد يكون المصاب بالبتر هو العائل الوحيد للأسرة وبالتالي يفقد هو وأسرته مصدر رزقه
- تتطلب عملية العلاج نفسها وإجراء الجراحات إذا لزم الأمر أموالا طائلة سواء لدفع تكاليف الإقامة في المستشفيات أو أجور الأطباء أو ثمن الدواء .
- تسبب إقامة المصاب بالبتر في المستشفى لفترة طويلة لتلقي العلاج إلى تعطله إجباريا عن العمل وبالتالي يرهق ميزانية الأسرة .
- قد يؤدي هذا الموقف بالأسرة إلى الاستدانة لمواجهة نفقات الإصابة بالبتر وما يترتب عليه كم من مشكلات تعطل عن العمل لفترة طويلة .
- قد تحول الإصابة بالبتر دون أداء الفرد لعمله السابق لإصابته بالطريقة التي كان يؤديها بها أو إلى عدم قدرته نهائيا على أداء هذا العمل وذلك يتطلب تأهيله لعمل آخر وهذا يتطلب وقتا وما لا يزيد من الأعباء الاقتصادية للأسرة .

- بعد إجراء البتر للفرد فانه يحتاج إلى أجهزة تعويضية معينة حتى يتمكن الفرد من الحركة وأداء دوره وهي تتكلف أموالا كثيرة فانه باستمرار في حاجة إلى تغيير هذه الأجهزة سواء لعدم مناسبتها للعضو المصاب بعد فترة من الزمن أو لتلفها.

6. مراحل ردود الفعل الناتجة عن البتر :

فالأشخاص الذين يواجهون هذه التجربة الأليمة يظهرون ردود الأفعال التالية

- **مرحلة الإنكار:**

وهي طريقة للتعامل مع الأوضاع المؤلمة حيث يكون الإنكار كدفاع مؤقت لمواجهة الأخبار الصادمة الغير متوقعة وفي الغالب يساعد الشخص على الدخول في المراحل الأخرى للحداد .

(خليل القرا: 2015 ص 85)

غالبا ما يكون رد الفعل لدى هؤلاء الأشخاص هو الإنكار والرفض لما حدث ، وغالبا ما يكون رد الفعل هذا نتيجة إخباره من طرف ليس له علاقة بالشخص المبتور كالطبيب المعالج بأنه قد تعرض لبتر احد أطرافه ، ويكون المبتور رافضا لواقع جسمه الحالي لإدراكه أن وضع البتر نهائي لا عودة فيه . وينتج الإنكار نتيجة فهم الإنسان المبتور للواقع والحقيقة المؤلمة .

ويقول (**Kohout 1985 .24**) بعض الأفراد الذين يقبلون وضعهم الجديد تستمر معهم حالة الإنكار بين فترة وأخرى ، ويتكلم الفرد بواقعية شديدة عن وضع جسده الجديد حتى يهرب من الواقع أو حتى ينكر شدة إعاقته ومدى تأثيرها عليه .

- **مرحلة الغضب :**

حيث يمتلئ المريض بالغضب نظرا لاضطراب خططه في الحياة والحسد للآخرين ، لدرجة توجيه الكراهية نحو الأفراد الذين يتمتعون بحياتهم في ظل جسد سوي ، وفي هذه المرحلة يكون الفرد صعب السلوك ويميل إلى خلق المشاكل للعائلة والطاقم الطبي الذي يتعامل معه ، لأنه بذلك يعبر عن مشاعره السلبية ويغضب أحيانا

المبتور إذا اعتقد أن أحد من أفراد الطاقم الطبي اتخذ قرارا ما دون الرجوع إليه وتكون مقاومته تجاه البيئة التي تحيط به متمثلة في صعوبة تقبل الأطراف الاصطناعية .

ويقول (**عثمان: 2000 ص11**)أن بعض المبتورين إذا شعروا أنهم مرفوضين من الآخرين عبروا عن ذلك برفضهم للطرف الاصطناعي .

ولسوء الحظ أن الأفراد المحيطين بالمبتورين يتولد لديهم أحيانا مشاعر سيئة إذا اعتقدوا أن الغضب الذي يظهره المبتور بمثابة هجوم شخصي عليهم ، وهذا يزيد من إحساس المبتور بالغضب

- **مرحلة المساومة :**

يتولد لدى المبتور رغبة في تأجيل العودة إلى روتين الحياة العادي ورغبة في أن يمكث فترة أطول في المستشفى. ويظهر الفرد المبتور رغبة ملحة في الشفاء أو بالأخص يتمنى لو يعود الجزء المفقود من جسمه، مهما عظم أو ارتفع قيمة ما يدفعه من ثمن مقابل رجوع جسده إلى السواء .

- **مرحلة الاكتئاب:**

اعتراف المبتور بواقعه الجديد يدفعه إلى عدم إنكار إعاقته والواقع الذي لا يمكن أن يتغير ، وتحل حالة الاكتئاب محل مشاعر الغضب والإحباط .

- **مرحلة التقبل:**

تتحقق هذه المرحلة عندما يصبح لدى المبتور قدرة على استخدام آليات التكيف وقبول الواقع الجديد دون غضب أورفض .

(احمد دلالة: 2015 ص 45)

وفي الأخير نستنتج بان المراحل التي يمر بها الشخص المبتور بعد الصدمة كالإنكار والغضب إلى أن يصل للتقبل ، هي مكونات تبقى لديه ، لان الفقدان الجسدي عامل يحافظ على هذه المراحل إلى أن يستطيع الشخص المبتور أن يستخدم وسائل التكيف والتأقلم لديه حتى الوصول إلى مرحلة التعايش والتأقلم مع الوضع الجديد .

7. التأهيل بعد البتر:

إن فقدان أحد الأطراف ينتج عنه العجز الدائم وهذا العجز يؤثر على المريض وعلى الصورة الذاتية والرعاية الذاتية والتنقل والحركة أي أن حالة البتر في حاجة ماسة إلى عملية التأهيل لمساعدته للوصول إلى أعلى مستوى وظيفي ممكن وتحسين نوعية الحياة له فالتأهيل هنا هو تلك العملية المنظمة والمستمرة التي تهدف إلى الوصول بالفرد المعاق إلى درجة ممكنة من النواحي الصحية والاجتماعية والنفسية آو هو مساعدة الفرد في الحصول على أعلى درجة من الاستفادة من النواحي الجسدية والاجتماعية والنفسية والمهنية والاقتصادية التي يمكنه الحصول عليها .

(سراج الدين هلال: 2009 ص77)

ومن مبادئ عملية التأهيل للفرد المبتور ما يلي:

- احترام وتقدير الفرد المبتور والتعامل معه كوحدة متكاملة لها كيانها المستقل ، الثقة بإمكانياته الخاصة .
- يقوم على مبدأ تكافؤ الفرص بين أفراد المجتمع عن طريق تهيئة الفرص للمعوقين ليعيشوا حياتهم الخاصة حتى لا يكونوا عالة على المجتمع .
- تحرير المبتور من مسالة نظر المجتمع إليه .
- تشجيع المبتور على الاستقلالية والتعويض حتى يشعر بالأمن والطمأنينة .
- والهدف من إعادة التأهيل هو تهيئة المبتور لاستخدام الأطراف الاصطناعية وبعد العمليات الجراحية الحد من الألم الوهمي والمساعدة على إعادة التكيف مع هيئة جيدة لصورة جديدة وتعزيز قوة العضلات والتحمل والسيطرة عليها ....الخ .

وللتأهيل أنواع وهي تتمثل في :

- **التأهيل الطبي :**

الذي هو إعادة الشخص المبتور إلى أعلى مستوى وظيفي ممكن من الناحية الجسدية

عن طريق استخدام المهارات الطبية للتقليل من العجز أو إزالته والذي يهدف إلى تحسين أو تعديل الحالة الجسمية للمعاق بشكل يمكنه من استعادة قدرته على العمل والقيام بما يلزمه من نشاطات الرعاية الذاتية في الحياة العامة ويتضمن وسائل وخدمات تتمثل في :

- **العلاج بالأدوية والعقاقير الطبية:** إن الأدوية والعقاقير تساعد في شفاء المريض من كثير من الأمراض ،كما يمكن أن تكون وسيلة وقائية ضد مختلف الإعاقات وكذا العلاج بالعمليات الجراحية واستبدال الأطراف المصابة بأطراف صناعية ويطلق عليها اسم الأجهزة التعويضية والتي تتبع للمبتور استعادة أقصى ما يمكن من قدراته البدنية والصحية بما في ذلك تعويضه عن الأطراف التي فقدها لتمكينه الوصول إلى درجة من الاعتماد على نفسه .
- **العلاج الطبيعي :** يتضمن إعادة تدريب وتأهيل الأطراف ومنها ما تبقى من الأطراف المصابة وخاصة بعد تثبيت الأطراف الصناعية عليها وتقوية العضلات والمفاصل للأعضاء المصابة حتى يتم العلاج الطبي في حدود قدرات وإمكانات المصاب ، وتقوم الرياضة التأهيلية بدور بارز في مجال الطب الطبيعي لأنها تساعد المبتور على استعادة لياقته العامة في الحياة ولياقته البدنية وكفاءته الحيوية.

(حلمي ، فرحات: 1998 ص 43)

- **التأهيل النفسي :**

هو التأهيل الذي يساعد الفرد المعاق على مواجهة المشكلات النفسية الأسرية والاجتماعية وتحديد أسبابها ومعالجتها وهو عملية التأهيل الشاملة والتي تقوم بتقديم الخدمات النفسية التي تهتم بتكيف الشخص المعاق مع نفسه من جهة ومع العالم المحيط بيه من جهة أخرى ،كما يهدف أيضا إلى تحقيق الذات وتقديرها وتقبل الإعاقة من طرف المبتور وتخفيض حالة القلق والحيرة والحزن الذي كثيرا ما يتطور إلى الاكتئاب

(سراج الدين هلال: 2009 ص 105-106)

- **التأهيل الاجتماعي :**

هو ذلك الجانب الذي يرمي إلى مساعدة الشخص المبتور على التكيف مع متطلبات الأسرة والمجتمع وتخفيف أية أعباء اجتماعية واقتصادية قد تعوق عملية التأهيل الشاملة وبالتالي تسهيل إدماجه أو إعادة إدماجه في المجتمع الذي يعيش فيه ليستطيع أن يندمج ويشارك في نشاطات الحياة المختلفة في المجتمع .

(السيد عبيد: 2000 ص 64)

- **التأهيل المهني :**

هو عملية ديناميكية متناسقة متكاملة تهدف إلى استثمار قدرات العاجز إلى أقصاها لإكسابه انسب المهارات المهنية ليتمكن بها من المعيشة الاستقلالية على درجة مناسبة من التوافق الاجتماعي والتي تشمل تقديم الخدمات المهنية كالتدريب المهني والتشغيل المتخصص الذي يمكن الشخص المبتور من أن يصبح عضوا مسهما في المجتمع ويحسن التوافق السيكولوجي بزيادة تقدير الذات ورفع الروح المعنوية.

(سراج الدين هلال:2009 ص 144)

8. دور الأخصائي النفسي في عملية تأهيل المبتور:

يركز الأخصائي النفسي في عمله على مساعدة الفرد المعاق المبتور على التعايش مع قدراته المحدودة المتعلقة بإعاقته وكذلك في التغلب على الإحباط وعدم الثقة ، إذ أن التأهيل النفسي هو إعادة تكيف الفرد من الناحية النفسية فمن المعروف أن حياة الإنسان عبارة عن تفاعلات مستمرة بين شخصيته والبيئة التي يعيش فيها ويستهدف هذا التفاعل إيجاد التوازن والتوافق بين حالته الجسمية والنفسية والاجتماعية وبين ما تتصف به ظروف البيئة من صفات تؤثر في صحته ونفسيته وتعامله مع الآخرين وحينما يختل هذا التوافق مع البيئة بدرجة كبيرة يصعب معها على الإنسان أن يواجهه بمفرده ، وعندما يحتاج إلى خدمات من غيره تساعده على إعادة التكيف أو إعادة التوافق ويقوم الأخصائي النفسي على تخفيض التوتر والكبت والقلق الذي يعاني منه الشخص المبتور وضبط عواطفه وانفعالاته والمساعدة في تنمية الشعور بالقيمة وتقدير الذات واحترامها والسعي إلى تحقيق أقصى درجة ممكنة من درجات تحقيق الذات ويقوم

بمساعدة الشخص المبتور (المعاق) على فهم وتقدير خصائصه النفسية ومعرفة إمكاناته الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية وتطوير اتجاهات ايجابية سليمة نحو الذات وتعديل بعض العادات السلوكية الخاطئة ، ويقوم بالتشخيص النفسي وتقييم شخصية المبتور بما في ذلك التأثير النفسي للإعاقة أو المرض وتقييم قدراته واتجاهاته وذلك بالقيام بإجراء مقابلات مع المبتور وتوظيف بعض الاختبارات عليه هذا بهدف فحص ردود الفعل النفسية والعاطفية .

(**السيد عبيد: 2000 ص51–58**)

خلاصة:

نستخلص إلى أن البتر عبارة عن فقدان الشخص لأحد أطرافه ذلك نتيجة لأسباب عدة كوجود حوادث وأمراض وكذا الكوارث الطبيعية أي انه بمثابة تهديد ثلاثي يشمل فقدان الوظيفة والإحساس وكذا فقدان صورة الجسم ، فلا بد على الأفراد أن يحسنوا التصرف مع المبتورين والتكفل والعناية بهم .وذلك بإعادة تأهيلهم نفسيا واجتماعيا .

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية

تمهيد:

بعد أن تطرقنا إلى الجانب النظري، نعرض هذا الفصل في مدخل الجانب الميداني بعنوان الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، فالبحث العلمي يعتمد على الجانبين جانب نظري وآخر ميداني يصل من خلاله الباحث إلى تأكيد أو نفي ما وضعه من فرضيات والوصول إلى الإجابة على إشكالية الدراسة، فالجانب التطبيقي يعتمد فيه على عدة إجراءات بدء من ظروف العينة وكيفية اختيارها، ثم ما يتبعها من إجراءات البحث وأدوات جمع البيانات ليصل إلى التقنيات الإحصائية المستخدمة أثناء الدراسة, وهذا ما يساعد الباحث على تحقيق النتائج بقوة تفسيرية يستمدها من الجانب التطبيقي، إذ يعتبر هذا الجانب الجسد الرابط بين الجانب النظري والنتائج المتوصل إليها من خلال الدراسة.

1. المنهج المستخدم في الدراسة:

يعرف المنهج على أنه التنظيم الصحيح لسلسلة من الأفكار العديدة إما من أجل الكشف عن الحقيقة حيث نكون جاهلين لها، وإما من أجل البرهنة عليها للآخرين حين نكون بها عارفين.

يختلف المنهج باختلاف مشكلة الدراسة والأهداف العامة والنوعية التي نستهدف تحقيقها، لذلك سيعتمد هذا البحث على المنهج الوصفي التحليلي لانسجامه مع معطياته وأهدافه.

وحسب "رجاء أبو علام"((المنهج الوصفي يعرف بانه الطريقة المنتظمة لدراسة حقائق راهنة متعلقة بظاهرة أو موقف أو أفراد أو أحداث أو أوضاع معينة، بهدف اكتشاف حقائق جديدة أو التحقق من صحة حقائق قديمة وأثارها والعلاقة التي تتصل بها وتفسرها وتكشف الجوانب التي تحكمها))

(أبوعلام، 2004، ص132)

2. الدراسة الاستطلاعية:

قبل الشروع في التطبيق الدراسة الأساسية قمنا بإجراء الدراسة الاستطلاعية لتمهد لنا الطريق الذي سوف نسلكه في الدراسة الأساسية وهذا لما فيه من فوائد وكانت عينة الدراسة من متشفى الزهراوي بولاية المسيلة حيث قمنا بتطبيق مقابلة أولى على عينة قوامها 7 أشخاص وكانت الانطلاقة الأولى في شهر مارس 2023 ، وقد أفادتنا هذه الدراسة في حصر ببعض جوانب الموضوع ، مع إن هذه الدراسة لا تعطي قيمة ثابتة إلا أنها تبقى خطوة مهمة للدراسة الأساسية وتعينا واجهة عن كيفية تطبيق وتمكننا من صلاحية أداة الدراسة .

- **حدود الدراسة الاستطلاعية** :
- **الحدود المكانية:** ولاية المسيلة
- **الحدود البشرية:** تشمل عينة الاستطلاعية على 7 مبتوري أعضاء بالمسيلة.
- **الحدود الزمنية** : تم تطبيق الدراسة في شهر مارس 2023

3. الدراسة الأساسية:

- **حدود الدراسة:**
- **الحدود المكانية:** بمركز الأعضاء بمركز الديوان الوطني للأعضاء المعوقين الاصطناعية ولواحقها فرع المسيلة مستشفى الزهراوي بولاية المسيلة....
- **الحدود الزمنية:** من افريل2023 إلي ماي2023

4. عينة الدراسة وكيفية اختيارها:

تكونت عينة الدراسة من 20مبتوري الأعضاء، وتم اختيار العينة بالطريقة القصدية ،حيث ارتأينا أن هذه الطريقة هي الأنسب حتى نجمع عينة البحث المتمثلة في مبتوري الأعضاء

.أداة الدراسة :

لأغراض جمع البيانات اللازمة فقد تم الاعتماد على استبيان خاص لتحقيق أهداف الدراسة، وذلك من خلال الاطلاع على العديد من الدراسات السابقة والاستفادة منها في بناءه، وٱلذي كان من الأدوات المكشوفة الهدف، حيث كان ذلك واضح من طبيعة الأسئلة، حيث قسم الاستبيان الى محورين.

محور يحوى الشق الأول من الاستبيان المعلومات الشخصية للطلبة وخصص الجانب الثاني لأسئلة جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء من 46 سؤال واستبيان تم وضعها من قبل الطلبة بمساعدة الأستاذة المشرفة بعد الاطلاع على الأدبيات السابقة وبعد تعديل الاستبيان تم عرضه على مجموعة من أساتذة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة المسيلة، وكانت الاستجابة على هذا الاستبيان خماسية وبعد تحكيمه من قبل المختصين كخطوة أولية وهي صدق المحكمين تم حساب خصائصه السيكومترية.

- **الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء:**

تم توزيع الاستبيان على عينة استطلاعية قوامها 20 لأجل معرفة صدق وثبات أداة الدراسة.

1. ثبات أداة الدراسة:

لقياس مدى ثبات أداة الدراسة استخدم الطلبة معادلة الفا كرونباخ للتأكد من ثبات أداة الدراسة، حيث طبقت الأداة على عينة استطلاعية والجدول رقم(02) يوضح معاملات ثبات أداة الدراسة.

جدول رقم (01) يبين معامل قيم ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبيان ككل

الاستبيان	عدد البنود	معامل الثبات الكلي
جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء	46	0.82

يتضح من الجدول أن معامل الثبات استبيان جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء مرتفع، حيث بلغ (0.82) الإجمالي فقرات الاستبيان وهذه النتائج تدل على ثبات الاستبيان وهذا ينصح بتطبيق الاستبيان على عينة الدراسة.

2. صدق أداة الدراسة:

حساب صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي) الضغط النفسي: تم ترتيب درجات الاستبيان للدراسة الاستطلاعية تنازليا وتم اختيار 27 بالمائة من الفئة العليا و27 بالمائة من الفئة الدنيا، وبعد ذلك تم حساب الفروق بين المجموعتين عن طريق اختبار (ت).

الجدول رقم (02): يبين صدق المقارنة بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا على استبيان جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء

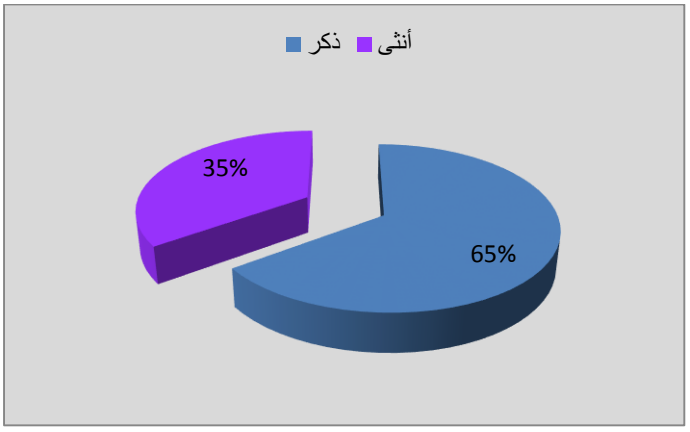
المجموعات	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار"ت"	درجة الحرية	قيمة (SIG)	الدلالة الإحصائية
المجموعة العليا	**05**	176,400	12,1161	**8.91**	**08**	**0.00**	**دالة إحصائيا**
المجموعة الدنيا	**05**	126,000	3,6056				

من خلال الجدول نلاحظ النتائج المحصلة والتي تمثل المتوسط الحسابي للفئة العليا على استبيان جودة الحياةيساوي (176.4)، في حين كان المتوسط للفئة الدنيا يساوي (126.0).أما الانحراف المعياري للفئة العليا يساوي (12.11) وللفئة الدنيا يساوي (3.60)، وفيما يلي قيمة (ت) لمعرفة الفروق بين المجموعتين بلغت (8.91) ومنه نلاحظ أنه يوجد فروق بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا عند مستوى الدلالة (0.01)، وذلك لأن الدلالة المعنوية (Sig) تساوي (0.00) وهي أقل من (0.01) ومنه فإن استبيان جودة الحياةيتمتع بدرجة عالية من الصدق

3-1 خصائص عينة الدراسة:

*** يمثل الجدول رقم(03) ،والشكل رقم (01) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس**

الجنس	التكرار	%النسبة المئوية
ذكر	13	65%
أنثى	07	35%
المجموع	50	100%



نلاحظ من الجدول التمثيل البياني أعلاه أن أفراد عينة الدراسة كانوا اغلبهم ذكور إذا نجد 65٪ ذكور و35٪ إناث

3. الأساليب الإحصائية المستعملة:

تم تطبيق جملة من الأساليب الإحصائية في تحليل نتائج الدارسة موضوع البحث ,بالاستعانة ببرنامج الرزم الإحصائية (spss) الأساليب التالية:

- النسب المئوية
- المتوسط الحسابي
- الانحراف المعياري
- معامل الفاكرونباخ
- اختبار كروسكال واليس Kruskal- wallis Test (**Nonparametric Kruskal – Wallis Test**
- اختبار مان وتني **Mann–Whitney Test** لعينتين مستقلتين لدلالة الفروق

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة الأساسية ومناقشة فرضيتها :

عرض النتائج حسب الفرضيات

1. عرض النتائج ومناقشة الفرضية الأولى
2. عرض النتائج ومناقشة الفرضية الثانية
3. عرض النتائج ومناقشة الفرضية الثالثة

تمهيد:

إن عملية القيام بأي بحث علمي لموضوع ما يتبع أسس وسبل منهجية معينة تساعد الباحث على تنسيق عناصر بحثه بأسلوب علمي منظم **حيث** يلخص هذا الفصل عرضا لنتائج الدراسة ، وذلك من خلال الإجابة على فرضيات الدراسة، بهدف التعرف جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء، وقد تم إجراء المعالجات الإحصائية للبيانات المتجمعة من أداة الدراسة باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للدراسات الاجتماعية (SPSS) للحصول على نتائج والقيام بتفسيرها ومناقشتها في ضوء فرضيات الدراسة والإطار النظري.

نعرض في الفصل الحالي نتائج الدراسة الأساسية وتحليلها وفقا لمتغيرات البحث, وعلى هذا الأساس تتم مناقشة الفرضيات التي وضعت في بداية البحث كإجابات مؤقتة لتساؤلات البحث الحالي.

1- عرض نتائج الفرضية الأولى

عرض ومناقشة و تفسير نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء مرتفعة، ومن أجل التحقق من هذه الفرضية قامت الباحثان بحساب الفروق في متوسط رتب جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء بين المستويات الثلاث (مرتفع، متوسط، منخفض). وتم معالجة البيانات وفق أسلوب اختبار كروسكال واليس Kruskal- wallis Test (**Nonparametric Kruskal – Wallis Test**) وهو اختبار لا معلمي لدراسة الفروق بين المجموعة. وهو بديل للاختبار ألمعلمي ANOVA Test اختبار تحليل التباين الأحادي، وتم الاعتماد عليه لعدم تحقق شرط اعتدالي التوزيع بين المجموعات الثلاثة في عينة بحثنا.

الجدول رقم: (04) يوضح دلالة الفروق في جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء بين الفئات الثلاث

جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء	اختبار كروسكال واليس					
مستويات الجودة للحياة	**العينة**	**متوسط الرتب**	**المتوسط الحسابي**	**اختبار كا^2**	**قيمة المعنوية sig**	**الدلالة الإحصائية**
المرتفع	**08**	**16,50**	**167,000**	**16.75**	**0.00**	**دالة إحصائيا**
المتوسط	**07**	**9,00**	**141,714**			
المنخفض	**05**	**3,00**	**126,000**			

- يتضح من الجدول رقم(03) وجود فروق دالة إحصائيا في متوسطات الرتب في مستوى جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء بين الفئات الثلاث (مرتفع ، متوسط ،ومنخفض) إذ نجد المتوسط

الحسابي لفئة مرتفعي استخدام الانترنت بلغت(167.00) ولفئة متوسط جودة الحياة (141.71) وللفئة منخفضي الجودة (126.00) ونجد قيمة إذ كا^{2}قدرت بـ (16.75) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة α (0,01)، وهذا يعني أن الفروق تعود لصالح فئة مرتفعي جودة الحياة، وهذا ما يجعلنا نقبل بفرضية البحث والتي مفادها جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء مرتفعة .

- درجة جودة الحياة لدى مبتورين الأعضاء مرتفعة و هذا راجع إلى الوازع الديني الذي تحظى به هذه الفئة و الايمان بأقدار الله و تخطي مرحلة الإنكار و الغضب و الاكتئاب و تقبل الواقع و التكيف مع الحياة الجديدة ، بالإضافة إلى ذلك التكيف مع الحالة الجسدية و تجد عنده القبول لذاته الجديدة خصوصا بإعادة التأهيل الطبي للمؤتمر إلى أعلى مستوى وظيفي يمكن من الناحية الجسدية عن طريق استخدام الجهازات الطبية للتقبيل من العجز مما يجعله يستعيد قدراته للعمل مما يجعل لذلك المبتور في حالة تقبل للواقع و التكيف معه .

نجد الطلبة يقدرون مستوى جودة الحياة لديهم في المستوى المرتفع.

1- عرض ومناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية على وجود فروق في ذات دلالة إحصائية في مستوى **جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء** تعزى لمتغير العضو. ومن أجل التحقق من هذه الفرضية قام الباحثين بحساب الفروق في متوسطات الرتب لدرجات **جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء**، وتم التحقق من صدق هذه الفرضية باختبار اختبار مان وتني **Mann-Whitney Test**لعينتين مستقلتين لدلالة الفروق بين(الذكور والإناث) وتم الاعتماد على مان وتني كاختبار لا معلمي لعدم تحقق إعتدالية التوزيع الطبيعي في بيانات عينة بحثنا.

جدول رقم(05) يوضح دلالة الفروق "U" بين الذكور والإناث في جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء

المتغير	المجموعات	التكرار	متوسط الرتب	المتوسط الحسابي	قيمةU	قيمة (SIG)	الدلالة الإحصائية
جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء	جزء	11	10,68	148,818	47.5	0.8	غير دالة إحصائية
	كل	09	10,28	146,778			

يتضح من الجدول رقم(06) عدم وجود فروق دالة إحصائيا في متوسطات الرتب لمقياس الرضا **جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء** حسب درجة العضو، إذ قدرت قيمة اختبار مان ويتني (U) بـ 47.5)، وبمستوى معنوية (0.8sig)وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة α (0,05)، وهذا ما يجعلنا نرفض فرضية البحث ونقبل الفرضية الصفرية التي مفادها عدم وجود فروق في مستوى **جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء حسب درجة العضو**..

- لا توجد فروق في جودة الحياة لدى المبتورين الكل و الجزء و هذا لما يتعرض له الفرد في حالة نفسية سواء كان جزءا أو كلا لان القبول أو الرفض للحالة يكون البتر للجزء أو الكل يضفي عليه شعورا بعدم الرضا لان الإنسان بكل أعضائه يستطيع ممارسة النشاطات المختلفة أي لا يستطيع أداء واجباته بصفة كاملة .

2- عرض ومناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثالثة :

نصت الفرضية الثانية على وجود فروق في ذات دلالة إحصائية في مستوى **جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء** تعزى لمتغير الجنس. ومن أجل التحقق من هذه الفرضية قام الباحثين بحساب الفروق في متوسطات الرتب لدرجات **جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء** ، وتم التحقق من

صدق هذه الفرضية باختبار اختبار مان وتني **Mann-Whitney Test**لعينتين مستقلتين لدلالة الفروق بين(الذكور والإناث)

وتم الاعتماد على مان وتني كاختبار لا معلمي لعدم تحقق إعتدالية التوزيع الطبيعي في بيانات عينة بحثنا

جدول رقم(06) يوضح دلالة الفروق "U" بين الذكور والإناث في جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء

المتغير	المجموعات	التكرار	متوسط الرتب	المتوسط الحسابي	قيمةU	قيمة (SIG)	الدلالة الإحصائية
جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء	ذكر	13	10,68	10,54	45.00	0.96	غير دالة إحصائية
	أنثى	07	10,28	10,43			

3-يتضح من الجدول رقم(06) عدم وجود فروق دالة إحصائيا في متوسطات الرتب لمقياس الرضا **جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء** حسب الجنس، إذ قدرت قيمة اختبار مان ويتني (U) بـ 45)، وبمستوى معنوية (0.96sig)وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة α (0,05)، وهذا ما يجعلنا نرفض فرضية البحث ونقبل الفرضية الصفرية التي مفادها عدم وجود فروق في مستوى **جودة الحياة لدى مبتوري الأعضاء حسب الجنس.**

- عدم وجود فروق في جودة الحياة يعزى لمتغير الجنس و هذا راجع إلى كون النفس البشرية واحدة فيما يخص صورة الجسم و تقبلها او رفضها اي لا توجد فروق بين الإناث و الذكور في تقبل صورة الجسم بالإضافة إلى ذلك كون العضو المبتور له مهام في الحياة اليومية بالنسبة للجنس على حد سواء و حسب تعريف منظمة الصحة العالمية بجودة الحياة فهي :"إدراك الفرد لوضعه في الحياة ضمن محتواه الثقافي و نظام القيم الذي يعيش بداخله مع محتوى أهدافه و توقعاته " ، و

حسب **بينيه** فإن جودة الحياة تتأثر بأحداث الحياة أي أن كل المبتورين يتأثرون بالوضع المعاش سواء كانوا إناث أو ذكور لهذا لم نجد هناك فروق في جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس .

الخاتمة

لقد حاولنا في هذه الدراسة تسليط الضوء على مستوى جودة الحياة لدى مبتوري الاعضاء ، حيث أنه يصيب كل الفئات ، لكن نحن استهدفنا فئة مبتوري الاعضاء فبتر االاعضاء يعد من بين الإعاقات الجسمية والحركية ، وذلك لفقدان احد أطراف الجسم ، وهي تمثل مشكلة جسمانية واجتماعية ونفسية ، تترك آثارها على الأفراد والمجتمع لأسباب عدة كالحوادث والأمراض أو إصابات أخرى . حيث نجد هناك من يتقبل جسده وبتر طرفه بطريقة ايجابية ، ويبدأ بالتفكير بمستقبله وطريقة التكيف مع الوضع الجديد ، كما نجد من جهة أخرى من يواجه صعوبات في التكيف فيصبح عرضة لعدة مشكلات مع ذاته ومع مجتمعه ، وانطلاقا من صياغة الإشكالية وتحديد الجانب النظري والتطبيقي لهذه الدراسة والتعرف على الحالة بشكل معمق بواسطة إجراء مقابلة النصف موجهة معها وبحكم اعتمادنا على المنهج الوصفي والذي استخدم تقنية دراسة الحالة

توصلنا في دراستنا هذه إلى أن مبتوري الاعضاء يعاني من القصور الذاتي تجاه حالته الشكلية ،

والشعور بالعجز والدونية ، أي يرى نفسه بأنه مشوه وناقص ، حيث نجده يتمتع بنوع ما من الاستقرار

الذاتي مع الآخرين ، وهذا بعد عملية البتر ، أي أن البتر قد انعكس وتأثر على حالته الجسمية والنفسية وكذلك على الحالة الاجتماعية ، وبالتالي قد يؤثر ذلك على جودة الحياة ففي دراستنا هذه كان جودة الحياة منخفض لدى مبتوري الاعضاء ، ورغم هذا جودة المنخفضة لدى هؤلاء مبتوري الاعضاء يمكن إعادة دمجهم في المجتمع ، وكذلك الحد من الآثار السلبية الناتجة عن هذا البتر وذلك بخلق آليات تكيفية وتاهيلية مع الوضع الجسمي الجديد ، أي تحويل الانعكاس السلبي إلى انعكاس ايجابي ، وخلق نوع من التوازن والاستقرار الذاتي ، أي على الفرد أن يقدر ذاته واحترامها وذلك لما حدث له ، وأن يكون أكثر توافقا سواءا من الناحية النفسية أو الاجتماعية وكل ما يحيط به

المراجع

1. محمدي، فوزية و بوعيشة، أمال.(2013).**معوقات جودة الحياة الأسرية، الملتقى الوطني الثاني حول الاتصال وجودة الحياة في الأسرة،** جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية: قسم العلوم الاجتماعية
2. شاهر، خالد سليمان.(2008)،**قياس جودة الحياة لدى عينة من طالب جامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية وعلاقتها ببعض المتغيرات،** مجلة رسالة الخليج العربي، جامعة تبوك، العدد 1
3. مسعودي، امحمد.(2015)،**بحوث جودة الحياة في العالم العربي،** مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية، جامعة وهران، العدد 20
4. شيخي مريم.(2013) ؛ **طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات ؛ تخصص الانتقاء والتوجيه** .تلمسان .
5. عمرون دليلة .(2016) ؛ **مستوى الطموح وعلاقته بجودة الحياة لدى المرأة العاملة المتأخرة عن الزواج** ؛تخصص علم النفس العيادي ؛جامعة محمد بوضياف المسيلة.
6. عبدا حفيظي ، يحي حجرات ، محمد عرفات .(2016)؛ **تقنين مقياس جودة الحياة لمحمود منسي وعلي كاظم على الطلبة الجامعيين** : دراسة ميدانية بجامعة الجلفة.
7. بخوش نورس حمداني خرفيه.(2015)، جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طالبات جامعة زيان عاشور ؛ تخصص علم النفس التربوي ؛ الجلفة .
8. ابن منظور .(1993) ،لسان العرب ؛ دار الكتب ؛ طبعة الاولى ؛ جزء أول ؛ بيروت .
9. فواطمية محمد ؛ التوجهات النظرية لجودة الحياة ؛ شعبة علم النفس كلية العلوم الاجتماعية ؛ جامعة مستغانم
10. نعيسة رغداء علي.(2012) ،جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين ؛ مجلة جامعة دمشق ؛ المجاد 28 ؛ العدد 1
11. محمد عبد الله ابراهيم وسيدة عبد الرحيم الصديق.(2006)،بعنوان دور الأنشطة الرياضية في جودة الحياة لدى طلبة جامعة السلطان قابوس
12. علي كاظم والبهادلي.(2006) ،بعنوان مستوى جودة الحياة لدى طلاب الجامعة العماليين والليبيين.

13. ابراهيم زاكي قشقوش.(2018) ؛ مقساش **جودة الحياة للمراهقين ضعاف السمع** ؛ قسم الصحة النفسية والارشاد النفسي .جامعي عين الشمس .

14. سميرة أبو الحسن عبد السلام ؛ صفاء محمد بحيري : (2015) ؛ **برنامج باستخدام الكمبيوتر لتنمية الانتباه والادراك عند الطفل الذاتي وأثره على بعض الوظائف المعرفية لديه .**

15. خليفة مهيرة سهيل.(2012) ؛ **مبتور الاطراف خلال الحرب على غزة** ؛ جامعة الاسلامية غزة .

16. فريد خضر بحر.(2017)؛ **وهم الأطراف وعلاقتها بالانفعالات النفسية لحالات البتر:** مكتبة المركزية ؛ غزة ..

17. عبد الرحيم الشادلي .(2016) ؛ **انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف** ؛ تخصص علم النفس العيادي ؛ جامعة محمد خيضر ؛ بسكرة.

18. محمد وفاء أحميدان القاضي.(2009) ؛ **قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة** ؛ الجامعة الإسلامية ؛ غزة .

19. عثمان محفوظ.(2000) ؛ **يوم دراسي بعنوان الصدمة النفسية وآثارها** ؛ كلية التربية ؛ جامعة الأقصى ؛ غزة فلسطين .

20. إبراهيم حلمي وفرحات ليلى.(1998):**التربية الرياضية والترويح للمعاقين** ، القاهرة ، دار الفكر العربي.

21. احمد نايل الغرير و أديب عبد الله النوايسة .(2009)، **الوسائل المساعدة والأجهزة التعويضية للأشخاص المعاقين** ، الطبعة الأولى ، عمان ، دار الشروق للنشر والتوزيع.

22. أسماء سراج الدين هلال.(2009)،**تأهيل المعاقين** ، الطبعة الأولى ، عمان ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

23. زهية خليل القرا.(2015) ،**خبرة البتر الصادمة واستراتيجيات التكيف وعلاقتهما بقلق الموت لدى حالات البتر في الحرب الأخيرة على غزة** ، مذكرة للحصول على درجة الماجستير في التربية تخصص الصحة النفسية والمجتمعية ، الجامعة الإسلامية ، كلية التربية.

24. سي بشير كريمة.(2017)،**مدخل إلى سيكولوجية الإعاقة** ، ب ط ، الجزائر ، مؤسسة كنوز الحكمة للنشر والتوزيع.

25. عايدة ذيب و حسين قطناني: (2010) :**الانتماء والقيادة والشخصية لدىالاطفال الموهوبين والعاديين** ، الطبعة الأولى ، عمان ، دار جرير للنشر والتوزيع .

26. عبد الرحيم شادلي .(2017)، **انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف** أطروحة نهاية الدراسة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي جامعة محمد خيضر بسكرة ، كلية العلوم الإنسانية واجتماعية.

الملاحق:

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded[a]	0	,0
	Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,823	46

T-Test

Group Statistics

	VAR00001	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
tot	1,00	5	176,400	12,1161	5,4185
	2,00	5	126,000	3,6056	1,6125

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	11,524	,009	8,915	8	,000	50,4000	5,6533	37,3634	63,4366
Equal variances not assumed			8,915	4,703	,000	50,4000	5,6533	35,5872	65,2128

Kruskal-Wallis Test

Ranks

	VAR00002	N	Mean Rank
tot	1,00	8	16,50
	2,00	7	9,00
	3,00	5	3,00
	Total	20	

Test Statistics[a,b]

	tot
Chi-Square	16,752
df	2
Asymp. Sig.	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: VAR00002

T-Tes

Group Statistics

	VAR00002	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
tot	1,00	8	167,000	15,9284	5,6315
	2,00	7	141,714	3,6384	1,3752

T-Tes

Group Statistics

	VAR00002	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
tot	1,00	8	167,000	15,9284	5,6315
	3,00	5	126,000	3,6056	1,6125

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	العضو	N	Mean Rank	Sum of Ranks
tot	1,0	11	10,68	117,50
	2,0	9	10,28	92,50

Total	20		

Test Statistics[a]

	tot
Mann-Whitney U	47,500
Wilcoxon W	92,500
Z	-,152
Asymp. Sig. (2-tailed)	,879
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,882[b]

a. Grouping Variable: العضو

b. Not corrected for ties.

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	الجنس	N	Mean Rank	Sum of Ranks
tot	1,0	13	10,54	137,00
	2,0	7	10,43	73,00
	Total	20		

Test Statistics[a]

	tot
Mann-Whitney U	45,000
Wilcoxon W	73,000
Z	-,040
Asymp. Sig. (2-tailed)	,968
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	1,000[b]

a. Grouping Variable: الجنس

b. Not corrected for ties.