



أثر تقنيات التكفل النفسي في تخفيف القلق لدى المراهق

المعاق حركياً

The effect of psychological well-being techniques in alleviating anxiety in a physically impaired adolescent

عبد المالك بنضوره¹، مكي محمد²⁻³

¹ جامعة وهران 2 محمد بن أحمد (الجزائر)، abdelmalikj@gmail.com

² جامعة وهران 2 محمد بن أحمد (الجزائر)، mekkipsychologie@yahoo.fr

³ مخبر وسائل التقصي وتقنيات العلاج لاضطرابات السلوك

تاريخ القبول: 2021/04/06

تاريخ الاستلام: 2020/02/13

ملخص:

هدفت الدراسة التعرف على " أثر تقنيات التكفل النفسي في تخفيف القلق لدى المراهق المعاق حركياً"، حيث قامت الدراسة على مجموعة مكونة من أربعة أفراد، مراهقين معاقين حركياً، من ولاية أدرار - الجزائر، وقد انطلق الباحث من الإشكالية التالية: هل لتقنيات التكفل النفسي أثر في تخفيف القلق لدى المراهق المعاق حركياً؟ وكانت الأدوات المستخدمة في الدراسة هي: اختبار القلق لسبيلبرجر بضرعيه قلق الحالة وقلق السمة، وبرنامج التكفل النفسي من إعداد الباحث، حيث تم التطبيق القبلي لاختبار القلق، على مجموعة الدراسة، وبعدها تم تطبيق تقنيات التكفل النفسي في برنامج علاجي مكون من 12 جلسة، وفي الأخير تم التطبيق البعدي لاختبار القلق، وبعد المقارنة بين النتائج القبلي والبعدي، توصلت الدراسة إلى وجود انخفاض في نتائج قلق الحالة والسمة لكل أفراد مجموعة الدراسة.

كلمات مفتاحية: تكفل نفسي؛ قلق؛ إعاقة حركية.

Abstract: The aim of this study was to "The effect of psychological well-being techniques in reducing anxiety in the physically disabled." The study was conducted on four cases of adolescents with disabilities from the state of Adrar, Algeria, and the researcher proceeded from the following question: Does psychological well-being techniques affect the anxiety of the disabled? The quasi-experiential approach was used, where the psychological application of the anxiety test, the anxiety test, and the 12-session treatment program were applied. After the application, the post-application of psychological tests was applied. The study concluded that psychological well-being techniques the anxiety of the physically disabled, Where there was a significant decrease in the four cases.

Keywords: Psychological guarantee; anxiety; physically disabled.

1. - مقدمة: يجب أن نهتم بالمعاقين كما نهتم بالأسوياء، فهم في أمس الحاجة إلى التكفل النفسي والرعاية والتربية والتأهيل، للاستفادة من قدراتهم، وتمكينهم من القيام بواجباتهم نحو المجتمع، الذي يعيشون فيه.

وقد بينت العديد من الدراسات الارتباط بين العجز الجسدي والأداء الحركي حيث يتضح التفاعل السلبي بين المعاق والبيئة التي يعيش فيها والآخرين، وقد أصبحت الإعاقة تعني في كثير من الأحيان عدم القدرة على أداء مختلف الأنشطة والمهام بالإضافة إلى الحواجز المادية والاجتماعية التي تزيد من إحساسه بالنقص والعجز والشعور باليأس والقلق والاكتئاب (بغيجة، 2005: 20).

ولهذا أصبح من الضروري الاهتمام والتكفل بالأفراد المعاقين من كل الجوانب: النفسية والجسمية والصحية والتعليمية. وتوجد العديد من الدراسات التي تهتم بالمعاقين في مجال علم النفس، ودراستنا الحالية تتمحور حول تقنيات التكفل النفسي للمراهق المعاق حركياً.

الإشكالية:

تحدّ الإعاقة الحركية مثل باقي الإعاقات من قدرة الفرد على ممارسة حياته الطبيعية بشكل عادي، فتشعره بالنقص والقلق، وتكون له صورة سلبية عن ذاته، وبالخصوص في مرحلة المراهقة التي ينتبه فيها المراهق لصورته الجسمية وشكله.

إن الإعاقة الحركية ذات تأثير سلبي على تقبل الفرد لصورة ذاته، ولسلوكه وتصرفاته المختلفة المصحوبة بالقلق، وخاصة الشعور بالنقص الناشئ عن القصور العضوي، وعليه يمكن لتقنيات التكفل النفسي أن يكون لها دور فعال في التخفيف من أثر الإعاقة الحركية.

والتكفل هو تعبير يشمل كل المقاربات الفردية والجماعية في مختلف الحقول العلاجية التربوية والبيداغوجية والاجتماعية، فقد يكون علاجاً نفسياً، أو علاجاً نفسياً حركياً، أو حتى تكفلاً مؤسسياً (كور وجلي، 2010: 59).

ويرى عزت عبد الهادي وسعيد حسني 1999، أن التكفل هو مجموع الخدمات النفسية التي تقدم إلى الفرد ليتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقاً لإمكانياته وقدراته الجسمية وميوله بأسلوب يشبع حاجاته ويحقق تصوره لذاته، ويتضمن عدة ميادين أسرية وشخصية ومهنية واجتماعية (بوزياني، 2012: 16).

ودراستنا الحالية تسعى لتخفيف القلق لدى المراهق المعاق حركياً عن طريق التكفل النفسي، حيث طرحت إشكالية بحثنا كالتالي:

هل للتكفل النفسي أثر في تخفيف قلق الحالة لدى المراهق المعاق حركياً؟

هل للتكفل النفسي أثر في تخفيف قلق السمة لدى المراهق المعاق حركياً؟

الفرضيات:

للتكفل النفسي أثر إيجابي في تخفيف قلق الحالة لدى المراهق المعاق حركياً.

للتكفل النفسي أثر إيجابي في تخفيف قلق السمة لدى المراهق المعاق حركياً.

أهداف الدراسة:

التعرف على أثر تقنيات التكفل النفسي من حيث قلق الحالة.

التعرف على أثر تقنيات التكفل النفسي من حيث قلق السمة.

معرفة أثر التكفل النفسي لدى المراهق المعاق حركياً.

أهمية الدراسة: تسهم الدراسة في مساعدة المراهق المعاق حركياً، في تخفيض

القلق، وتمكن المعاق من تعلم مهارات جديدة متمثلة في فنيات العلاج المعرفي

السلوكي، كما تكسب المعاق التعامل مع الإعاقة الحركية.

حدود الدراسة:

الحدود الزمانية: في سنة: 2015.

الحدود المكانية: تمت الدراسة في حدود المنطقة الجغرافية "قصور بلدية زاوية

كنتة، ولاية أدرار.

الحدود البشرية: تمت الدراسة على أربع حالات يعانون من إعاقة حركية، تم

اختيارهم بصفة قصدية.

المصطلحات الإجرائية:

البرنامج: يتكون برنامج الدراسة الحالية من 13 جلسة، وثلاث فنيات من العلاج

المعرفي السلوكي وهي: فنية الاسترخاء، وفنية الواجبات المنزلية، وفنية المراقبة

الذاتية. ويستهدف مجموعة الدراسة، المتكونة من المراهقين المعاقين حركياً.

التكفل النفسي: التكفل النفسي في دراستنا هو عبارة عن ثلاث فنيات

"الاسترخاء، الواجبات المنزلية، المراقبة الذاتية" يتم تعليمها للمجموعة بالتدريب

حسب البرنامج، بهدف تخفيض القلق لدى المراهق المعاق حركياً.

القلق: تلك الحالة النفسية المولدة للضيق والحرج في المواقف اليومية لمجموعة

الدراسة بسبب الإعاقة الحركية، وتقاس درجات القلق المرتفعة حسب اختبار

سبيلبرجر للقلق.

الإعاقة الحركية: هي العاهات والتشوهات في الأطراف السفلية والعلوية للمراهقين الذين تجرى عليهم هذه الدراسة، والتي تسبب لهم الإزعاج والمعاناة والقلق، وتحد من تحركاتهم ونشاطاتهم اليومية.

2. - الإطار النظري:

1.2 - الإعاقة الحركية:

تعريف الإعاقة الحركية: تمثل الإعاقة الحركية حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدراتهم الحركية، أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي، ويستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة (الروسان، 1998: 139).

ويمكن تعريفها على أنها "عجز الفرد عن الحركة والتنقل بسهولة ويسر مع طلب العون في بعض الأحيان سواء كان عن طريق الغير أو عن طريق أدوات مساعدة بسبب اختلال الجهاز الحركي، والجهاز البدني، مما قد يتطلب معه زيادة العبء والاعتماد على بعض الأجهزة المساعدة (السيد، 2008: 18).

"والشخص المعوق حركياً نعني به ذلك الفرد الذي شلت حركته وتناقص نشاطه الحيوي بسبب فقدان أو خلل أو عاهة أو عطب في موضع أصاب عضلاته أو مفاصله أو عظامه بطريقة تحد وظيفتها العادية" (غزال، 2008: 206).

التطور التاريخي لتأهيل ذوي الإعاقات الجسمية "الحركية": من قبل لم يكن المعوقون مقبولين اجتماعياً، بل كانوا يعانون من الإساءة والرفض، والإعاقة الجسمية تطال الإنسان منذ القدم، فشلل الأطفال عرف منذ أكثر من خمسة آلاف سنة (الخطيب، 1998: 35).

وقد ظهرت بعض الكتابات عن الشلل الدماغي منذ 1497 إلا أن الجراح البريطاني وليام لتل قدم أول وصف عيادي عام 1843.

وبعد ما كان شلل الأطفال من أكثر أسباب الإعاقة الحركية شيوعاً في الأربعينيات من القرن الماضي، فقد تم القضاء عليه تقريباً في بعض دول العالم في سنة 1966، وبعدها قام كل من وليام جاورز Gowers ، وليام أوسلر osler

بإجراء بعض الدراسات وإلقاء محاضرات حول الشلل الدماغي. ثم طور برونسون كروثرز Grother بعض الأساليب لمعالجة الشلل الدماغي (الخطيب، 1998: 36).

وأسس فيلبس أول مؤسسة خاصة لتأهيل الأشخاص الذين يعانون من الشلل الدماغي، ومع بداية القرن العشرين انبثقت البرامج التدريبية والتربوية نتيجة القناعة بأن الجراحة والرعاية الجسمية لا تكفيان، ثم ازداد الإحساس بتدعيم ذوي الإعاقات الجسمية والحركية، بعد ما كان ذوي الإعاقات الجسمية الشديدة يمكثون في البيوت أو المستشفيات (الخطيب، 1998: 37).

2.2 - القلق:

التعريف اللغوي: القلق في اللغة العربية من قلق قلقا: أي لم يستقر في مكان واحد ولم يستقر على حال واضطرب وانزعاج فهو قلق (السيد، 2009: 60).
تعريف القلق اصطلاحا: القلق يشير إلى تلك الحالة النفسية التي تحدث حيث يشعر الفرد بوجود خطر يهدده، يكون منطويا على توتر انفعالي مع اضطرابات فسيولوجية (الداهري، 2005: 325).

ويعرفه أنس شكشك: على أنه حالة انفعالية غير سارة لدى الكائن العضوي، ويتضمن مكونات ثلاثة: ذاتية، وعضوية، وسلوكية، وهو حالة من الخوف الغامض الذي يملك الإنسان ويسبب له الضيق والألم (شكشك، 2009: 10).
وقد تعدد تعريفات القلق، وهذا حسب الزاوية أو الوجهة التي ينظر منها الباحث، ولكنها تتفق على أنها حالة غير سارة، وحالة من الاضطراب الانفعالي الذي يتميز بالخوف مما قد يحدث، وتؤثر على الفرد.

التفسير النظري للقلق:

القلق في نظرية التحليل النفسي: إن فرويد من أوائل من تحدث عن القلق، ويوجد عند فرويد نوعين من القلق: القلق الموضوعي: وهذا النوع من القلق مصدره خارجي، القلق السوي، وهذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف لأنه واضح بالنسبة إلى الفرد.

يرى فرويد أن القلق والخوف ما هو إلا ردة أفعال في موقف معين، فالخوف استجابة لخطر خارجي معروف، والقلق هو استجابة لخطر داخلي، غير معروف، فالقلق هو من توقع صدمة ومن جهة أخرى تكرار للصدمة في صورة مخففة، فعلاقة القلق بالتوقع ترجع إلى حالة الخطر بينما تحديد القلق وعدم وجود موضوع له يرجعان إلى حالة الصدمة التي يسببها العجز وهي الحالة التي يتوقع حدوثها في حالة الخطر (فرج، 2009: 129).

القلق العصابي: يعرفه "فرويد" على أنه شعور غامض غير سار بالتوقع، ويكون مصحوبا ببعض الإحساسات الجسمية، والخوف والتوتر، ويأتي في نوبات متكررة ويقسمه إلى ثلاثة أنواع وهي:

القلق الهائم الطليق: في هذا النوع من القلق الأشخاص المصابون به يتوقعون الأسوء، فهو يتعلق بأشياء خارجية.

قلق المخاوف المرضية: هذه المخاوف تبدو وكأنها غير معقولة ولكن المصاب لا يفسر معناها، وهذا القلق يتعلق بشيء خارجي معين (فرج، 2009: 130).

. ولكن "رانك" يعتبر القلق ينتج من الفرد في التمييز أو التفرد وخوفه من الانفصال بمن ارتبط بهم، ويفسر رانك جميع حالات القلق على أنها حالات قلق الميلاد بحيث يكون الانفصال عن الأم هي صدمة القلق الأولي، فتصبح فيما بعد كل أشكال الانفصال تسبب القلق، أما "أدler" بعد ما طور نظريته الخاصة أرجع القلق النفسي الى الشعور بالدونية والشعور بالنقص كدافع أساسي للعصاب (فرج، 2009: 131).

علاج القلق:

العلاج السلوكي: وهو علاج نفسي، أثبت نجاحه في معالجة القلق والمخاوف الشديدة، وقبل أن يمتد إلى معالجة المخاوف والأماكن المفتوحة، تم تجريب العلاج السلوكي على المخاوف البسيطة، وتطور في الثمانينات تطورا واضحا وخاصة الأساليب المعرفية للمخاوف المعقدة، وبالأخص المخاوف الاجتماعية،

والقلق العام، والهلع، وطرق العلاج السلوكية كثيرة وهي أكثر من 40 طريقة (الخالدي، 2006: 221).

العلاج الطبي: يمكن أن يعطى العلاج الدوائي لمرضى الكدر أو نوبات الهلع والقلق الذي قد يمنعهم من المشاركة في العلاج النفسي ومن مثل هذه الأدوية والعقاقير: "Alprazolam" وهو من عائلة "Benzodiazepine" وكذلك من أنواع معينة من مضادات الاكتئاب منها على وجه الخصوص "Imipramine الإميبرامين والكلوميبرامين Clomipramine "للذان يساهمان في ضبط نوبات الهلع، ويعتبر الاميبرامين أكثر ملائمة لعلاج القلق وكذلك البرازولام في الحالات التي لا تستجيب للعقاقير السابقة (الخالدي، 2006: 223).

وجاء في المعجم التربوي، أن القلق البسيط يستجيب للعلاج، وخاصة الذي لم تمض عليه مدة طويلة، كما أنه من الصعب علاج الاستجابات المزمنة وخاصة تلك التي يتسبب فيها المحيط والأسرة، ومن الصعب علاج المرضى به خاصة الذين اعتمدوا على العقاقير والعلاج النفسي (القيسي، 2006: 244).

3. - الدراسات السابقة:

31. - دراسة غلاب والدسوقي 1996م هدفت إلى مقارنة الأطفال المصابين بالشلل والعاديين. واشتملت العينة على 121 طفلاً قسّمت إلى مجموعتين: المجموعة الأولى اشتملت على 65 طفلاً من الأطفال المصابين بالشلل، والمجموعة الثانية تكونت من 56 طفلاً من العاديين. وكانت الأدوات المستخدمة في البحث هي: اختبار القلق (كحالة، وكسمة) لدى الأطفال. وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال العاديين والمصابين بشلل الأطفال في اختبار القلق. (القحطاني، 2009: 99)

3. 2 - ودراسة الربضي 1990م: التي هدفت إلى التعرف على مشكلات المعوقين حركياً في الأردن، حيث قام الباحث باختيار عينة عشوائية من مدينتي إربد والمفرق اشتملت على 71 طالباً وطالبة، وأشارت النتائج إلى أن أبرز المشكلات التي

يعاني منها المعوقون تمثلت في عدم الثقة بالنفس، والقلق، والإحباط، وعدم مقدرة المعوق على الحركة (القحطاني، 2009: 99).

3.3 - دراسة روبرت وآخرين 2000: هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق، وقد تكونت عينة الدراسة من 26 مريضاً ممن يعانون من اضطراب القلق، وتم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعة تجريبية، عدد أفرادها 14 مريضاً، ومجموعة ضابطة عدد أفرادها 12 مريضاً، وأظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً بعد الانتهاء من البرنامج لصالح المجموعة التجريبية (ضيف الله الغامدي، 2013: 217).

3.4 - دراسة ميكل وآخرين 2003: هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فعالية العلاج المعرفي الجماعي في علاج مرضى القلق، كان عددهم 52 تم تقسيمهم إلى مجموعات، كل واحدة شملت من 4 إلى 6 من المرضى، ويتضمن البرنامج 14 جلسة، وكانت الأدوات المستخدمة استبيان التقدير الذاتي للقلق، التقييم الاكلينيكي من خلال المقابلة، وأوضحت نتائج الدراسة أن هناك تحسناً دالاً احصائياً بعد تطبيق البرنامج (ضيف الله الغامدي، 2013: 215).

35 - دراسة بزواز وآخرين 2001: هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة العلاج المعرفي السلوكي والتغذية المرتدة في علاج مرضى القلق وقد تكونت عينة الدراسة من 30 مريضاً من الأشخاص الذين تم تشخيصهم باضطراب القلق، والأدوات المستخدمة في هذه الدراسة مقياس هاميلتون للقلق ومقياس بيك للاكتئاب، وأظهرت نتائج هذه الدراسة تحسناً دالاً لصالح العينة التي تلقت برنامج العلاج المعرفي السلوكي. (ضيف الله الغامدي، 2013: 217).

■ **التعليق على الدراسات السابقة:** لم تتعدد المواضيع المعالجة في الدراسات، حيث كان القلق عند المعاقين حركياً هو الغالب، أما من حيث الأدوات المستعملة في الغالب اختبار القلق، ومن حيث المنهج المستخدم فكان المنهج الشبه التجريبي وهذا في كل الدراسات السابقة، كما أن هذه الدراسات السابقة تشترك مع الدراسة الحالية في تخفيف القلق، والعلاج المعرفي السلوكي.

4. - الإجراءات التطبيقية:

1.4 - منهج الدراسة: المنهج المتبع هو المنهج الشبه التجريبي، والذي يناسب هذا النوع من الدراسات، حيث يكون القياس القبلي للاختبارات النفسية، قبل تنفيذ البرنامج ثم القياس البعدي للاختبارات النفسية، وهذا من أجل معرفة أثر البرنامج العلاجي.

2. 4 - خصائص مجموعة الدراسة: كل أفراد المجموعة مراهقون من جنس الذكور، ويشتركون في الإعاقة الحركية، واستعمال الأدوات المساعدة مثل العكاز والحزام، كل المجموعة خضعت للبرنامج العلاجي المكون من تقنيات التكفل النفسي.

3. 4 - الأدوات المستخدمة:

1.3.4 - إختبار القلق:

أ - تعريفه: هو اختبار موضوعي أعده سبيلبرجر، وقام بترجمته إلى العربية وتقنيته الدكتور عبد الرقيب أحمد، وهو عبارة عن أداة لدراسة القلق لدى البالغين، الأسوياء والمرضى المصابين بأمراض نفسيه أو عضوية.

ب - أهمية الاختبار: تكمن أهمية هذا الاختبار في استعماله لمقياسين منفصلين للقلق يعتمدان على أسلوب التقدير الذاتي لقياس: حالة القلق(ط1) وسمة القلق(ط2) (ممدوح، 2001: 98).

ج - مكوناته وتعليماته: ويتكون المقياس الأول (1): والذي يقيس مفهوم حالة القلق من 20 عبارة تتمثل تعليماته في إجابة المفحوص عما يشعر به في التو واللحظة ويرمز له ب(ط1).

ويتكون المقياس الثاني (2): والذي يقيس سمة القلق من 20 عبارة تتمثل تعليماته في أن يصف المفحوص ما يشعر به بوجه عام ويرمز له بالرمز (ط2) (ممدوح، 2001: 98).

د - طريقة تصحيحه: تتراوح قيمة درجات الاختبار من 20 كحد أدنى إلى 80 كحد أقصى للمقياس.

وكلا المقياسين يتكون من أربع بدائل:

المقياس الأول (ط1): بدائله هي مطلقاً، أحياناً، كثيراً، كثيراً جداً.

المقياس الثاني (ط2): بدائله هي مطلقاً، أحياناً، غالباً، دائماً.

الجدول 01 يبين مستويات القلق:

مستوى القلق	الدرجات
لا يعاني المخصوص من القلق	20
يعتبر قلق خفيف	من 20 إلى 40
يعتبر قلق حاد	من 41 إلى 60
يعتبر قلق شديد	من 61 إلى 80

ه - صدق الاختبار: قد تم تطبيق هذا الاختبار في البيئة العربية في عدة بحوث، ويذكر ممدوح مختار: أن الباحث نقل بنود مقياس حالة وسمة الاختبار في صورتها الأولية إلى اللغة العربية والتعليمات الخاصة بها، وقد طبع كل مقياس على ورقة منفصلة، جرب كل من المقياسين على 80 طالبة من جامعة الكويت، وذلك على عينتين كل منهما أربعين فرداً للاطمئنان إلى وضوح صياغة البنود والتعليمات وملاءمتها للبيئة العربية، بلغت عينات التقنية الكلية التي استخدمتها الباحثة حوالي 1820 فرداً مقسمة على عينات مختلفة (ممدوح، 2001: 99).

و - ثبات المقياس: في البيئة العربية حسب ثبات الاختبار بعدة طرق:

- إعادة الاختبار: أعيد على العينة بفواصل 12 يوم، 17 يوم، وحسب معامل ارتباط بيرسون بين نتائج التطبيقية وكان معامل الثبات بهذه الطريقة 0,88 وهي قيمة موثوق بها.

- التجزئة النصفية: أما التجزئة النصفية حيث حسب معامل الارتباط بين جزئي المقياس (الفردى - الزوجي) (ممدوح، 2001: 99).

5. - وصف تقنيات التكفل النفسي:

هذه التقنيات تم استعمالها على اتباع برنامج منتظم على شكل حصص يستفيد منها المعاق حركياً، بصورة دورية كما سيأتي توضيح ذلك وتطبيقه على مجموعة الدراسة.

1.5 - المراقبة الذاتية:

أكدت العديد من الدراسات أن للمراقبة الذاتية أهمية كبيرة في نجاح المهارات الأخرى، ومن بين هذه الدراسات دراسة هاركل 2000، ودراسة ميتشنيوم 1997، ودراسة سترينبرج 1999، كما أنها تشير إلى قدرة الفرد على ملاحظة مستوى تقدمه في ضوء الأهداف المحددة لعمل ما، كما تساعد على الاحتفاظ بالهدف، ومعرفة ما تم إنجازه، واتخاذ القرار في التقدم نحو الهدف (القحطاني، 2009: 88).

ويرى شقير "أن مراقبة الذات تتطلب من الفرد إجراء ملاحظات لسلوكياته والمواقف التي تظهر فيها، والأسباب التي تؤدي إليها وكذلك ملاحظة النتائج المترتبة على سلوكه وملاحظة الأحداث الخارجية التي تأخذ صورة تقبل ذاتي" (شقير، 2002: 216).

2.5 - الاسترخاء:

يقول عبد الستار إبراهيم "أن التدريب على الاسترخاء يؤدي إلى تغير في مفاهيم المرضى عن ذاتهم، فيصبحون بعد تعلم الاسترخاء أكثر ثقة في النفس" (عبد الستار، 2000: 167).

وفي هذا الصدد يقول شكشك "أن الإنسان الذي يرفه حياته لا بدا أن يلاقي استرخاءً في جسمه" ويقول أيضاً "ولكي تهدأ أعصابك، وتصحح أخطاءك، وتحل مشكلتك، وتقضي على ما يقلقك، وتبدأ حياة سعيدة هادئة حاول التريث

والهدوء والاسترخاء حتى تسجل انتصارك على معوقات نفسك وقيودك الداخلية، وتحرر منها بالعمل الصالح. " (شكشك، 2009: 67).

3.5 - الواجبات المنزلية:

وفيما يخص التكفل النفسي والعلاج بالعمل والواجبات المنزلية، يرى رشوان "أن العمل يعتبر ضرورة جسمية لكي يتحرك المعاق وتنشط فيزيولوجيته، ويعتبر ضرورة عقلية ونفسية تشعره بقيمته وبدوره في محيطه، وبالتالي هو ضرورة ووسيلة من وسائل العلاج لمن يعاني من اضطرابات نفسية، لأن الاستغراق في العمل يصرف المريض عن التفكير في مرضه، ويقلل توتره وقلقه. فالعمل يخفف المرض، ويبعد الملل، وبه يتفاعل ويتوافق وينسجم مع الآخرين" (رشوان، 2009: 214).

وتقديم الواجبات المنزلية في شكل تعاقد بين العميل والمعالج، تعني إلى أي مدى يستخدم العميل ما تعلمه من أنماط ومهارات في جلسات العلاج لجعل العميل أكثر جرأة وشجاعة في مواجهة القلق والغضب، وتكون في الغالب من الجلسة الثانية، وأن يدون ملاحظاته أثناء الأداء من حيث النجاحات والصعوبات التي تلقاها (عبد العظيم، 2008: 183).

ويقول شكشك " أننا لا نشعر بالقلق مطلقاً في الساعات التي نملؤها بالعمل، لكن عندما نتاح لنا استراحة حتى ولو كانت قليلة نرى جيش القلق قد هاجمنا واستولى علينا بالرغم منا مهما قاومناه" (شكشك، 2009: 69).

والواجبات المنزلية تتمثل في تحديد مجموعة من السلوكيات والمهارات التي يتعين أداؤها من قبل المريض سواء في المنزل أو المدرسة ويتم تحديدها في نهاية كل جلسة، كما يتم تقييمها مع بداية الجلسة التالية، على أن يتم التدريب عليها في بداية جلسات العلاج، ويتم اختيار نوع الواجبات بما يتناسب مع هدف العلاج (شقير، 2002: 222).

في الواجبات المنزلية: نأمر العميل بتطبيق التمرينات التي تدرب عليها، في أوقات الفراغ.

نبين من خلال المراقبة الذاتية كيف يتم تسجيل المواقف المقلقة في كراس صغير.

نناقش مع العميل في كل حصة المواقف التي كان ينتابه فيها القلق من أجل التخلص منها خلال مدة البرنامج.

في كل حصة نقوم بمراجعة للحصة التي كانت قبلها، في نهاية كل حصة نكلف العميل بعدة أعمال وهي: القيام بترتيب الغرف في البيت، الخروج مع الزملاء. 6. خطة برنامج التكفل النفسي:

يقوم الباحث بإجراء المقابلة لجمع المعلومات وهذا قبل تطبيق البرنامج، ثم القيام بالقياس القبلي أي قبل تطبيق البرنامج المجدول والإجراءات على مجموعة الدراسة، وهذا القياس يكون باستعمال مقياس القلق لسبيلبرجر بفرعيه، وبعد ذلك يتم تطبيق البرنامج المكون من التقنيات الثلاث التالية: تقنية الاسترخاء والواجبات المنزلية والمراقبة الذاتية، بعد التنفيذ الذي يدوم لمدة شهرين، يقوم الباحث بالقياس البعدي على المجموعة، لملاحظة الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس القلق لسبيلبرجر بفرعيه.

- جدول (01) يبين ملخص برنامج استخدام تقنيات التكفل النفسي المستعملة:

الوقت المستغرق	طبيعة الجلسة	ملخص الجلسة والفنيات المستخدمة	الهدف من الجلسة
50د	فردية	تقديم استمارة جمع المعلومات الخاصة بالحالة استعمال أسلوب الحوار من أجل التعرف أكثر على البرنامج، الذي هو عبارة عن بعض التقنيات المستعملة لفائدة الحالة، وتقدير الوقت المستغرق، تم الاتفاق في نهاية كل حصة على تاريخ ويوم الحصة	التعرف على الحالة وجمع المعلومات التعرف على البرنامج

		الموالية.	
60 د	جماعية	تقديم اختبار القلق كحالة و سمة، بحيث يتم إجراؤه بشقيه، والحصول على النتائج القبلية للحالات. تم التعريف بالإعاقة الحركية، أسبابها وكيف يمكن تجاوزها، ومخاطرها.	تقديم الاختبارات النفسية التعريف بالإعاقة الحركية
50 د	جماعية	محاولة التعرف على القلق مع الحالة، حيث تم التوضيح بأنه حالة تنتاب الإنسان مصحوبة بالتغيرات الداخلية وحتى الخارجية، وقد يكون مؤقتاً يرتبط بأماكن وأشياء محدودة، وقد يكون دائماً. تعلم تقنية المراقبة الذاتية بينا للعميل أنه يستطيع أن يراقب ذاته بنفسه، وذلك بتسجيل المواقف التي ينتابه فيها القلق وتم تكليف العميل بالواجب المنزلي باستعمال كراسة خاصة بالمراقبة الذاتية لتسجيل مواقف القلق	التعرف على القلق التعرف على تقنية مراقبة الذات
50 د	فردية	مناقشة الواجب المنزلي المتعلق بالمراقبة الذاتية أي مناقشة المواقف المسجلة في الكراس اليومية، حسب كل حالة واختلافها عن الأخرى، ومن بين المواقف المسجلة " في حصة الرياضة كي يخرجوا صحابي يلعبوا أنا وحدي نقعد. " عند السؤال في القسم نخاف يطلب مني الوقوف للإجابة وتوضيحها. "	مراجعة الواجب المنزلي

50د	فردية	<p>في القاعة التي تتوفر على السرير، والإضاءة المعتدلة قمنا بالتطبيق الفعلي للاسترخاء، حيث الاستلقاء على الظهر والتنفس بعمق وبراحة. حيث ركزنا على المناطق العلوية الرأس والرقبة والذراعين، حيث تعلم العميل كيفية تقليص وبسط يديه عدة مرات بطريقة منتظمة، وهكذا مع الرأس والرقبة، رغم بعض الصعوبة في التنفيذ من طرف الحالة.</p> <p>تقديم الواجب المنزلي في الاسترخاء المتعلم لكل حالة، على أن تمارس الحالات ما تم تعلمه.</p>	تعلم الاسترخاء للمناطق العلوية
50د	فردية	<p>مراجعة الواجب المنزلي في الاسترخاء للمناطق العلوية مواصلة تقنية المراقبة الذاتية عن طريق المواقف والأوقات التي ينتاب القلق فيها العميل تقديم الواجب المنزلي</p>	مراجعة الواجب المنزلي مراقبة الذات
50د	فردية	<p>مراجعة الواجب المنزلي في المراقبة الذاتية تعليم الاسترخاء المناطق الوسطى الصدر والبطن والحوض تقديم الواجب المنزلي في استرخاء المناطق الوسطى</p>	مراجعة الواجب المنزلي تعلم الاسترخاء في المناطق الوسطى
50د	فردية	<p>التكلم عن الواجب المنزلي في المناطق الوسطى مناقشة مواقف القلق المسجلة في</p>	مراجعة الواجب المنزلي المراقبة الذاتية نشاطات منزلية

		كراس المراقبة الذاتية التكلم على أهمية الانشغال وملئ الفراغ إعطاء واجب منزلي : المطالعة وتنظيم الغرف	
50 د	فردية	مراجعة الواجب المنزلي في المطالعة وتنظيم الغرف والانشغال. والفائدة من ملئ الفراغ تعلم الاسترخاء في المناطق السفلية من الجسم الأطراف السفلى (الساقين والقدمين). إعطاء واجب منزلي في يتعلق بالمناطق السفلية	مراجعة الواجب المنزلي تعلم استرخاء المناطق السفلية.
50 د	فردية	مناقشة الواجب المنزلي في المناطق السفلية من الجسم تعلم الاسترخاء الكلي للجسم الواجب المنزلي في الاسترخاء الكلي للجسم	مناقشة الواجب المنزلي تعلم الاسترخاء العام
60 د	فردية	مراجعة ومناقشة الواجب المنزلي في الاسترخاء الكلي للجسم مواصلة المناقشة في المواقف المسجلة في إطار المراقبة الذاتية طبقاً لما يسجله الفرد في الكراس الخاص به. إعطاء واجب منزلي بنشاطات وأعمال يومية	مراجعة الواجب المنزلي المراقبة الذاتية
60 د	جماعية	مراجعة الواجب المنزلي كالمطالعة والنشاطات ذكر ومناقشة البرنامج العلاجي وفوائده وتقييمه. حيث اختلفت	مراجعة الواجب المنزلي.

	<p>إجابات المفحوصين في ذكر بعض الفوائد منها: "تعلمت حوايج كثيرة" هذه الأمور التدريبية خير لي من الجلوس في الدار، " تعرفت على الحوايج التي كنت نخاف منها كيف تصبح بسيطة" تقديم الاختبار النفسي البعدي في آخر جلسة (اختبار القلق بشقيه حالة وسمة. (النتائج موضحة في جدول تفسير النتائج)</p>	<p>الاستفادة من البرنامج. تقديم الاختبارات النفسية البعديّة.</p>
--	---	--

7. - عرض ومناقشة نتائج الدراسة:

عرض نتائج الفرضيات ومناقشتها:

7.1 - مناقشة الفرضية الأولى: للتحقق من الفرضية التي تشير إلى "أن لبرنامج تقنيات التكفل النفسي أثر في تخفيف قلق الحالة لدى المراهق المعاق حركياً"، استخدم الباحث اختبار حالة القلق لسبيلبرجر، وكانت نتائج الاختبار القبلي والبعدي لمجموعة الدراسة كما يلي:

الجدول 03 يبين نتائج الفرضية الأولى

حالة القلق	الحالة الأولى	الحالة الثانية	الحالة الثالثة	الحالة الرابعة
قياس قبلي	60	69	59	64
قياس بعدي	39	35	30	38

من خلال الجدول يتضح الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي لأفراد المجموعة، مثلاً تحسنت الحالة الأولى على الدرجة (60) في القياس القبلي والتي

تعتبر حسب جدول مستويات القياس "قلقا حادا"، وفي القياس البعدي تحصلت على الدرجة (39) والتي تعتبر "قلقا خفيفا" حسب جدول مستويات القياس. وكما نلاحظ من خلال الجدول الحالة الثانية في القياس القبلي كان لديها قلق حالة شديد وانخفض في القياس البعدي إلى قلق حالة خفيف. والحالة الثالثة من قلق الحالة الحاد في القياس القبلي إلى قلق الحالة الخفيف في القياس البعدي.

والحالة الرابعة من قلق الحالة الشديد في القياس القبلي إلى قلق الحالة الخفيف في القياس البعدي.

من خلال نتائج الدراسة يمكن القول بتحقيق الفرضية الأولى والتي تشير إلى أن لتقنيات التكفل النفسي أثر في تخفيض قلق الحالة لدى المراهق المعاق حركياً، وهذا الانخفاض كان بسبب تقنيات التكفل النفسي التي كانت عبارة عن برنامج علاجي معرفي سلوكي، كله نشاط وتدريب واكتساب مهارات جديدة، وفي هذا الصدد يقول شكشك " أننا لا نشعر بالقلق مطلقاً في الساعات التي نملؤها بالعمل " (شكشك، 2009: 69)، كما أن نتائج الدراسة الحالية تتوافق مع الدراسات السابقة ومنها، دراسة ميكل وآخرين 2003: حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فعالية العلاج المعرفي الجماعي في علاج مرضى القلق، كان عددهم 52، ويتضمن البرنامج العلاجي 14 جلسة، وكانت الأدوات المستخدمة هي استبيان التقدير الذاتي للقلق، و المقابلة، وأوضحت نتائج الدراسة أن هناك تحسناً دالاً إحصائياً بعد تطبيق البرنامج (الغامدي، 2013: 215).

2.7 - مناقشة الفرضية الثانية: للتحقق من هذه الفرضية والتي تشير إلى "إن لبرنامج تقنيات التكفل النفسي أثر في تخفيض قلق السمة لدى المراهق المعاق حركياً"، قام الباحث بالقياس القبلي قبل أن يقوم بتطبيق تقنيات التكفل النفسي على مجموعة الدراسة، ثم قام بتطبيق الاختبار وذلك بعد نهاية برنامج تقنيات التكفل وكانت نتائج الاختبار القبلي والبعدي كما يلي:

الجدول 04 يبين نتائج الفرضية الثانية

سمة القلق	الحالة الأولى	الحالة الثانية	الحالة الثالثة	الحالة الرابعة
قياس قبلي	62	67	57	66
قياس بعدي	37	36	30	40

ومن خلال استعراض النتائج يتضح أن هناك تحسناً في النتائج البعدية مقارنة بالنتائج القبلية لكل مجموعة الدراسة، حيث انخفض معدل قلق السمة في كل مجموعة الدراسة، لقد كانت نتائج القياس القبلي منحصرة في القلق الشديد، والحاد، حسب جدول مستويات القياس. وبعد تطبيق البرنامج كانت نتائج القياس البعدي لكل أفراد المجموعة في مستوى القلق الخفيف. ومن هنا يتضح صدق الفرضية الثانية والتي مفادها أن لبرنامج التكفل النفسي أثر في تخفيض قلق السمة لدى المراهق المعاق حركياً، مما يدل على نجاح وتأثير تقنيات التكفل النفسي المطبقة على شكل برنامج على المجموعة، ويرى الباحث أن هذا الانخفاض كان نتيجة تقنيات التكفل النفسي المستعملة والتي هي عبارة عن برنامج معرفي سلوكي، وهذا ما يوافق الدراسات السابقة مثل دراسة روبرت وآخرين 2000: حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق، وقد تكونت عينة الدراسة من 26 مريضاً ممن يعانون من اضطراب القلق، تم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية، ومجموعة ضابطة، وأظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً بعد الانتهاء من البرنامج لصالح المجموعة التجريبية. (ضيف الله الغامدي، 2013: 217).

كما أن هذا البرنامج يحتوي على الاسترخاء، والاسترخاء يعتبر طاردا للقلق وفي هذا الصدد يقول شكشك " يمكن لمريض القلق أن يستفيد من التدريب على

الاسترخاء إلى القدر الذي تتضاد فيه استجابة الاسترخاء مع استجابة القلق، ويمكن التدريب على الاسترخاء في المكتب ثم يمارسه المريض كواجب منزلي" (شكشك، 2009: 87).

ومن خلال التأكد من الفرضيتين الأولى والتي تشير إلى وجود أثر إيجابي لتقنيات التكفل النفسي في خفض قلق الحالة للمراهق المعاق حركياً، والفرضية الثانية التي تشير إلى وجود أثر إيجابي لتقنيات التكفل النفسي في تخفيض قلق السمة لدى المراهق المعاق حركياً، يتضح لنا أن لتقنيات التكفل النفسي أثر إيجابي في تخفيض القلق بشكل عام للمراهق المعاق حركياً.

8. - خاتمة: تعتبر الإعاقة الحركية من أهم الإعاقات وأكثرها وضوحاً على المظهر الجسمي، وهذا ما يسبب للفرد المعاق حركياً الشعور بالنقص والقلق في معظم مواقف حياته اليومية، وقد كان للتكفل النفسي المتمثل في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي أثر واضح على مجموعة الدراسة، حيث يعتبر العلاج المعرفي السلوكي من أهم العلاجات النفسية لعلاج القلق، كما أن لتقنية الاسترخاء والواجبات المنزلية الأثر الإيجابي في خفض القلق وهذا حسب الدراسات والبحوث العلمية، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- للتكفل النفسي أثر في تخفيض قلق الحالة وقلق السمة لدى المراهق المعاق حركياً.

- يمكن للمعاق حركياً أن تستبدل نظرتة السلبية عن طريق التكفل النفسي.

- إن فنيات الاسترخاء والواجبات المنزلية والمراقبة الذاتية لها أثر إيجابي في تخفيض القلق لدى المراهق المعاق حركياً.

توصيات الدراسة:

- إقامة بحوث مكثفة حول ذوي الاحتياجات الخاصة عموماً.

- البحث في أصل مشكلة القلق من طرف الباحثين، والعمل على توجيه

المعاقين حركياً وخاصة المراهقين.

- العمل على التنسيق بين الجمعيات والمراكز المتخصصة في الإعاقات مع الباحثين المتخصصين في التربية الخاصة للاستفادة من جديد التأهيل والعلاج.
- النزول إلى الميدان من طرف المتخصصين والفريق الطبي التأهيلي من أجل معاينة الميدان وأسر المعاقين عموماً وذوي الإعاقات الحركية خصوصاً، وتوعيتهم اجتماعياً ونفسياً وأسرياً وثقافياً.
- تصميم دليل عملي في يد النفسانيين العاملين مع المراهقين المعوقين حركياً للتخفيف من معاناتهم.

قائمة المراجع:

1. بغيحة لياس. (2005). استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية "الكوبينغ" وعلاقتها بمستوى القلق والاكتئاب لدى المعاقين حركياً. رسالة ماجستير في علم النفس الاجتماعي، جامعة بوزريعة الجزائر، غير منشورة.
2. بوزياني وفام. (2012). واقع التكفل النفسي للمريض الفصامي داخل المؤسسة الاستشفائية دراسة ميدانية بقسم الأمراض العقلية بسكرة. مذكرة ماستر في علم النفس العيادي، جامعة بسكرة الجزائر.
3. الخالدي أديب محمد. (2006). مرجع في علم النفس الاكلينيكي الفحص والعلاج (الطبعة 1). عمان الأردن: دار وائل للنشر.
4. الخطيب جمال. (1998). مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية (الطبعة 1). عمان الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
5. الدهري صالح حسن. (2005). مبادئ الصحة النفسية (الطبعة 1). عمان الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
6. رشوان حسين عبد الحميد (2009). الإعاقة والمعوقون سلسلة كتب علم الاجتماع 72. مصر: المكتب الجامعي الحديث.
7. الروسان فاروق فارح. (1998). دليل مقياس مهارات القراءة للمعاقين عقلياً. (الطبعة 1). الأردن: دار الفكر للنشر والتوزيع.

8. السيد فهمي علي محمد. (2008). **الإعاقات الحركية بين التشخيص والتأهيل وبحوث التدخل - رؤية نفسية** - مصر: دارالجامعة الجديدة للنشر.
9. السيد فهمي علي. (2009). **علم النفس الصحة والخصائص النفسية الإيجابية والسلبية للمرضى والأسوياء**. شارع الأريطة: دارالجامعة الجديدة للنشر.
10. شقير، زينب محمود. (2002). **علم النفس العيادي والمرضى للأطفال والراشدين (الطبعة 1)**. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع. بيروت، لبنان.
11. شكشك، أنس. (2009). **القلق رهاب العصر أسبابه وعلاجه**. بيروت، لبنان: دار الكتاب العربي.
12. عبد الستار إبراهيم. (2000). **العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث**. مصر: الدار العربية للكتاب.
13. عبد العظيم حسين طه. (2008). **الإرشاد النفسي للأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة**. مصر: دارالجامعة الجديدة للنشر.
14. الغامدي حامد بن أحمد ضيف الله. (2013). **فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق (الطبعة 1)**. مصر: دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر.
15. غزال عبد الفتاح علي. (2008). **سيكولوجية الفئات الخاصة**. الطبعة 1. مصر: ماهي للنشر والتوزيع.
16. فرج عبد اللطيف حسين. (2009). **الاضطرابات النفسية المعصيبة "الخوف، القلق، التوتر"**. (الطبعة 1). عمان: الأردن: دار الخامد للنشر والتوزيع.
17. القحطاني سارة محمد عبد الله المعصوب. (2009). **دور ممارسة الألعاب في خفض القلق لذوي الإعاقات الجسدية بمؤسسة رعاية الأطفال المشلولين بالطائف**. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الطائف. السعودية.
18. القيسي نزار نايف. (2006). **المعجم التربوي و علم النفس**. (الطبعة 1). عمان: الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع ودار المشرف الثقافى.

19. كور وجلي محمد مين. (2010). مساهمة في دراسة محاولة الانتحار عند المراهق بعد تعرضه لصدمة فشل الاسباب واستراتيجيات التكفل النفسي. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة قسنطينة. الجزائر.
20. ممدوح مختار علي. (2001). العلاج السلوكي كألية احتواء وعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية. رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس، جامعة طنطا، مصر.