كلمة شكر

بداية نشكر الله عزوجل الذي سهل علينا الصعوبات وفتح لنا باب النجاح والتوفيق في إتمام هذا العمل.

كما نشكر الأستاذة المشرفة "زريوح آسيا" لقبولها الإشراف على هذا البحث وعلى تفانيها في عملها ومساعدتنا بتوجيهاتها ونصائحها، كما أشكر كل أساتذة كلية العلوم الاجتماعية قسم علم النفس.

وإلى كل أساتذتي من الابتدائي إلى الجامعي على كل ما بذلوه من مجهودات قيمة في سبيل العلم والنجاح ونشكر كل من كانت له مساهمة في إتمام هذا العمل المتواضع.

وإلى جميع طلبة السنة الثانية ماستر علم النفس العيادي والصحة العقلي دفعة 2012-2013 بجامعة مستغانم.

الإهداء

إلى قرة عيني أبي وأبي وكل إخوتي

إلى كل العائلة الكبيرة.

إلى تلك العيون الطيبة والقلوب الطاهرة التي باركتنا بدعواتها.

إلى كل الأصدقاء.

إلى كل من يذكرهم القلب دوما وإن نسيهم القلم.

إلى كل طلبة السنة الثانية ماستر علم النفس العيادي والصحة العقلية.

دفعة 2012-2013

المجادي عبد الله

الـــجـــمـهـوريـة الـــجـــزائـريـــة الـديـــمـقـراطية الـشـعبيـــة

وزارة التعـــلـيـــم العـــالـي والبحـــث العلمـــي

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم –

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي والصحة

موضوع المذكرة:

القلق عند مرضى العيون المقبلون على العملية الجراحية

دراسة ميدانية لأربع حالات بمستشفى احمد فرانسيس- وادي رهيو

من إعداد الطالب:

* لمجادي عبد الله

آسيا

الأستاذة المؤطرة:

* زريوح

أعضـــــاء اللجنـــــة:

* بـــوزيـــــدي هـــدى: مناقشة رئيسية.

* بلـــعبـــاس نـاديـــة: مناقشة.

* زريـــــوح آسيـــا: مؤطرة.

السنة الجامعية: 2012 – 2013

الفصل الاول : مدخل للدراسة

*الاشكالية

*الفرضيات

* اهمية واهداف البحث

*تحديد المفاهيم

*الدراسات السابقة

1- الإشكالية:

إن أي خلل في وظائف أعضاء جسم الإنسان المختلفة قد يؤدي إلى انفعالات وحالات القلق ومن بينها العين.

تعد العينان من أرقى الأجهزة وأدقها تركيبا في هذا الكون باعتبارها عضوا جد حساس وشديد التأثر بالميزات الخارجية.

فوظيفة الرؤية تعتبر جزء مهما في حياة الفرد، فهي تلعب دورا هاما في علاقة الفرد مع نفسه ومع الآخرين.

فإذا ما حدث شيء لهذا العضو من مرض أو حوادث أو تعرض إلى أخطار خارجية تعرض إلى إصابات قد تكون مقلقة في معظم الأحيان، وقد تؤدي إلى فقدان البصر في بعض الحالات وبالتالي إلى تحديد العضو والرؤية وخلق نوع من القلق لدى المريض وعليه يعيش الفرد فاقدا للراحة النفسية وتنتج لديه حالة من القلق بما في ذلك القلق من نقصان النظر وعدم الرؤية الواضحة ومن التشويه برؤية ناقصة والقلق من جراحة العيس واستئصالها.

وبما أن الإنسان يشكل وحدة متكاملة حيث لا يمكن الفصل بين الجسم والنفس، فإن أي خلل على مستوى العين قد يؤدي إلى اختلال التوازن النفسي، فقد تولد له اضطرابات نفسية مختلفة فيكون في حالة قلق، وككل الأمراض قد نجد في أمراض العيون بعض الأمراض البسيطة التي يمكن معالجتها عن طريق الأدوية، وأمراض أخرى لا يمكن معالجتها بالأدوية وتتطلب إجراء عملية جراحية للعلاج.

ولكن بمجرد سماع المريض لكلمة العملية الجراحية يعيش حالة من الاضطراب النفسي، هذا قبل العملية الجراحية .

وبهذا يمكن طرح التساؤل التالي:

-هل يعيش مرضى العيون قلق قبل العملية الجراحية؟

مما يؤدي الى طرح التساؤلات الجزئية التالية:

- ما طبيعة القلق الذي يعيشه مرضى العيون المقبلون على العملية الجراحية؟

- هل تختلف درجة القلق عند مرضى العيون المقبلون على العملية الجراحية حسب كل مريض؟.

2- الفرضيات:

- الفرضية العامة:

فعلا يعيش مرضى العيون قلق قبل العملية الجراحية.

- الفرضيات الجزئية:

- طبيعة القلق لدى مرضى العيون المقبلون على العملية الجراحية هو قلق حاد.

- تختلف درجة القلق عند مرضى العيون المقبلون على العملية الجراحية حسب كل مريض.

3- دوافع اختيار البحث:

1. رغبة في الإسهام ولو بالقليل في إثراء البحث العلمي .
2. الرغبة في الإسهام في موضوع القلق لدى مرضى العيون.
3. الرغبة في توسيع المعارف والاهتمامات السابقة.
4. النقص الملحوظ في الاهتمام بالجانب النفسي فيما يخص مرضى العيون.
5. التعايش مع مرضى العيون المقبل على العملية الجراحية.

- أهداف البحث:

- نيل شهادة الماستير والتخرج.
- الكشف عن القلق عند مرضى العيون.
- محاولة مساعدة المرضى وذلك بالتخفيف من حدة القلق.
- إبراز دور المختص النفساني في مساعدة المرضى.

4- التعاريف الإجرائية:

1. القلق: هو إنفعال واضطراب نفسي يظهر في شكل توتر وخوف ينتاب المرء وهذا بدافع مثيرات خارجية يمكن أن تكون معلومة أو مجهولة.

2. العين: العين عبارة عن كرة موضوعة بداخل تجويف خاص به داخل الجمجمة ويخرج منها من الخلف العصب البصري الذي ينقل الإحساس التي تنكبح عن العين إلى مراكز الإبصار بالمخ.

3. العملية الجراحية: هي فعل جراحي والعمليات الجراحية جد مختلفة من حيث الصعوبة والخطورة والمدة وهذا حسب الحالات.

5- الدراسات السابقة:

إن معظم الدراسات التي أجريت حول الخصائص الانفعالية للمعاقين بصريا لم ترتكز على سبب الإعاقة أو درجة شدة الإصابة بل تناولت الجانب الانفعالي لكل الفئات مهما كانت مسبباتها ودرجة شدتها، ومن هذه الدراسات نجد ما يلي:

1- دراسة براون: طبق **براون** في بحثه سنة 1938 اختبارين من اختبارات الشخصية على 218 كفيفا تتراوح أعمارهم بين 16 و 22 اختبارين من اختبارات الشخصية مبصرا من طلبة وطالبات المدارس العليا وقد استخدم الاختبارين التاليين:

1- The clarck revision of the thurstone personality schedules a neurotic inventory.
2- The neyman kholstedt test and introversion extroversion questionnaire.

وقد أظهرت المقارنة بين نتائج المجموعتين بالنسبة إلى الاختبار الأول أن المكفوفين أكثر تعرضا للاضطرابات النفسية من المبصرين.

أما الاختبار الثاني الخاص بالإنطوائية الانبساطية فقد أوضحت الدراسة عدم وجود فروق بين المجموعتين[1].

2- دراسة wallace Eugene: وصل هذا الباحث إلى أن نسبة الأطفال المصابين بعيوب في البصر أكبر يكون بين المشردين من نسبتها بين تلاميذ المدارس العاديين مما جعله يقترح أن عيوب البصر تؤدي إلى عدم راحة أصحابها وعدم تكيفهم في المدرسة مما يؤدي إلى التشرد، كما بينت الدراسة أن فقد إحدى العينين كان يتبعه الشجار وعدم الطاعة وسرعة الاستشارة والقسوة على الآخرين، كما لوحظ أن المراهق المصاب بنقص البصر يحاول حماية نفسه والتغلب على الصعوبات التي تقابله بالالتجاء إلى العدوانية[2].

3- دراسة Fraiberg (1972): بين هذا الباحث أن الشعور بالقلق يبدأ لدى المعاق بصريا منذ العام الثاني أو الثالث من عمره، وأنه يزداد بازدياد الاعتماد على الآخرين.

[1] لطفي بركات أحمد: تربية المعوقين في الوطن العربي، دار النشر، الهلال، دت، ص194، 1685.
[2] مختار حمزة: سيكولوجية المرضى وذي العاهات، 1964، ص150.

ولقد فرق **Fraiberg** بين نوعين من القلق:

أ- قلق الانفصال: وهو قلق المعاق بصريا من انقطاع العلاقة بينه وبين الأفراد الذين يعتمد عليهم في تدبير شؤون حياته وفي إمداده بالمعلومات البصرية، ومن هؤلاء الأفراد: الوالدان، والأخوة، والأصدقاء.

ب- قلق الفقدان الكلي للبصر: وهذا النوع خاص بضعاف البصر من المعاقين بصريا الذين يخشون فقدان البقية من بصرهم ويصبحوا مكفوفين كليا.

4- دراسة Miller (1970): لقد أوضح **ميلر** أن قلق المعاق بصريا يرجع إلى نقص ثقته فيما يتعلق بكفاءته الاجتماعية ومظهره الشخصي وعدم قدرته على التكيف مع كف البصر، كما أن القلق يزداد لدى المعاق بصريا في مرحلة المراهقة[1].

- دراسة متعلقة بقلق العملية الجراحية:

إن عملية الإعداد النفسي قبل إجراء العملية هامة جدا لذلك قام كلا من **Fain** وزملاؤه بدراسة تعرض فيها إلى دراسة المشاكل النفسية والاضطرابات التي يعيشها المريض قبل مرحلة العملية الجراحية ومدى تأثيرها على كيانه النفسي الجسدي، كما تعرض إلى أهم الأعراض والمظاهر المصاحبة للقلق في هذه المرحلة كالصمت، الحيرة، الانطوائية، الوسواس، الاكتئاب، الانزعاج، سرعة الإثارة، الخوف، إلى جانب العدوانية والإلحاح المستمر على القيام بالعملية الجراحية[2]

أما **Levine و Titchner** فقد قاما بدراسة على عينة شملت 84 مريضا راشدين مقبلين على إجراء العملية الجراحية، وقد اتبعوا قبل العملية وبعدها وحتى بعد خروجهم من المستشفى لمدة 6أشهر وقد أشار هذان الباحثان من خلال ملاحظتهما أن المرضى الذين أظهروا توترا وانقباضا قبل إجراء العملية الجراحية ظهرت عليهم علامات الراحة والهدوء بعد العملية، في حين المرضى الذين تميزوا بحالة من الهدوء والسكون أظهروا بعد العملية الجراحية نوعا من التوتر والانعزال. انطلاقا من هذه الدراسة أعطى الباحثان أهمية قصوى للاعتناء بهؤلاء المرضة المقبلين على العملية الجراحية بالتخفيض من حدة قلقهم باعتبار أن

[1] كمال سالم سيسالم: نفس المرجع السابق، ص73.

[2] Coldefy (J.M) : Psychologie appliqué à la chirurgie,éd, médicale, Flammarion ; Paris, 1963, p17.

لهذه الخطوة أهمية كبيرة في مساعدة المريض في الخروج من حدة قلقهم باعتبار أن لهذه الخطوة أهمية كبيرة في مساعدة المريض في الخروج من دائرة القلق[3].

وفي نفس الإطار قام كل من **(Cohen et Alt)** بتجربة على عينة 200 مريض مقبل على إجراء العملية الجراحية وقد استخدما في ذلك تقنيات منها دراسة الأحلام، الاستبيانات، والاستجوابات، وتوصلا إلى تصنيف المرضى في ثلاث مجموعات. تتمثل المجموعة الأولى في وجود مرضى منفعلين من الناحية النفسية قبل إجراء العملية الجراحية مما أدى بها إلى السير في ظروف غير حسنة. أما المجموعة الثانية فتتمثل في مرضى مصابين بأمراض غير خطيرة وتتميز بالتدهور، حيث أهم ما يميزهم هو حالة الاكتئاب التي أدت فيما بعد إلى عرقلة سير العملية الجراحية. والمجموعة الثالثة حالتهم النفسية والصحية متهورة أو أكثر خطورة من الأولى وما يميزهم هو عدم الفعالية. ولقد توصل الباحثان إلى أن العملية الجراحية تعتبر تجربة تؤثر بصورة واضحة على الحالة النفسية لكل فرد على إجرائها مهما اختلفت نوعية الإصابة[2].

[3] Ibid, p57.
[4] Ibid, p58-67.

الفصـــل الثـــانـــــى: القلق

1- تعريف القلق

2- أنواع القلق

أ:القلق الموضوعي

ب:القلق العصابي

3- اسباب القلق

4- اعراض القلق

5- مظاهر ومكونات القلق

6- قياس القلق

7- الاساس الفزيولوجي للقلق

8- النظريات المفسرة للقلق

9- علاج القلق

1- تعـريـف القلــق:

ان ظاهرة القلق تسيطر سيطرة تامة على اهتمام علماء النفس لما لها من تأثير فعال على اضطرابات الوظائف النفسية والجسمية. وهو اهتمام لم تحظ به من قبل باعتبار ان المفكرين يرون ان القلق هو سمة العصر الحديث.

وقد تعددت تعاريف القلق باختلاف وجهات نظر الباحثين وطريقة تناولهم لهذا الموضوع :

1-ان فرويد freud يقول : " إن كلمة القلق باللاتينية تعني ضيقا كبيرا .

فالقلق هو تلك الظاهرة التي تقوم بإخراج الضيق الذي يحدث على مستوى الجهاز التنفسي"[1].

2- اما احمد انور عكاشة فيعرفه بانه " شعور غامض غير سار بالتوقيع والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الاحساسات يأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد"[2].

3- ويشير مصطلح القلق في (علم النفس" الى " احساس غير سار وعميق يكون محددا بخطر كبير نكون امامه بدون قوة ، هذه الحالة تكون مصحوبة بتحولات اعاشية عصيبة neruo végétive قد تولد مشاكل وجودية كالخلافات العائلية او ازمة البطالة او تولد من صراع داخلي عند كبت العدوانية مثلا او حتى من فقدان موضوع الحب الذي يوقظ احساسا بالتخلي يكون نتيجة لتجارب ماضية مؤلمة".

4- اما honzel وnazat: فيعتبران " القلق بمثابة وجدان غامض له علاقة اما بحالة صدمية انية واما بانتظار خطر متوقع بموضوع غير محدد"[3].

5- **نعيم الرفاعي** :" يشير القلق الى حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يهدده ، وهو ينطوي على توتر انفعالي تصحبه اضطرابات فيزيولوجية مختلفة"[4].

6- تعاريف القلق حسب المدرسة السلوكية:

أ- تعريف مورر: Morer 1939 : " القلق خبرة تمر بها الذات طالما هي في حالة صراع مع مكنونات الذات العليا " القلق" التي تظل في حالة حيوية وقوة دافعة بطبيعة الواقع الاجتماعي الذي يمثله ويظل يعاقب الذات على كل سلوك يبدوا خارجا عن المألوف ، فالعصابي طفل لم

[1] Sigmund freud : introduction la psychanalyse .paris. P.U.F.1965.p.374.
[2] احمد انور عكاشة: الطب النفسي المعاصر مكتبة انجلو المصرية ط1. 1976.ص124
[3] Nazat et Honzel(D) : PSYCHOLOGIE DE L'enfant et de l'adolescent .éd.maison.paris.1983
[4] نعيم الرفاعي: الصحة النفسية دراسة سيكولوجية التكيف، مطبعة طربين دمشق، ط2 1969، ص261

يتعلم تعلما مناسبا أو هو تعلم كيف لا يتعلم لاستمرار فترة المقاومة ولاسلبية بسبب سوء التربية[5].

ب- تعريف Beck : 1990 : إن القلق إحساس شعوري غامض وتوقع السوء .وتكون الحالة متزامنة ومستمرة مع توتر دائم وعدم ارتياح وانشغال بكوارث المستقبل وإخفاء الماضي، والقلق ربما يكون خبرة عامة تماما وربما على وجه الخصوص بواسطة التفاعل الاجتماعي أو الاهتمام بالذات الجسدية" [1]

أنـواع القلــق :

معظم العاملين في العنف المرضي يقسمون القلق إلى نوعين :

- قلق موضوعيobjective ansciety .
- قلق عصبي.neuroti ansciety

أ- القلق الموضوعي : تقول عن القلق بانه موضوعي حينما يدرك الفرد مصدر قلقه خارجي عن نفسه ، فكما يقول فرويد : القلق تجربة انفعالية مؤلمة تنجم عن ادراك لخطر قائم في العالم الخارجي [2]، ففرويد يرى مع ان القلق مؤلم وان الفرد يرغب في القلق عليه الا انه مفيد له ، اذ انه يعمل كاشارة خطر للانا ، وهذا الاخير يتخذ اجراءاته لمواجهة الخطر سواء كان باطنيا او خارجيا [3] .

وبهذا فليس كل قلق مرضا بالضرورة لان الإنسان معرض للقلق الموضوعي والعادي يوميا ، وهو يبعث فيه الحماس والحيوية لانجاز أعماله .

ب- القلق العصابي :

مصدره داخلي وسببه لاشعوري ، فهو خوف غامض غير مفهوم يعرفه الباحث نعيم الرفاعي بقوله : انه حالة القلق الشديد ، ويبدوا حادا ولا يتصل بموقف خاص ومعين ويبدوا في سلسلة من الأعراض تعبر عن تكيف غير مناسب مع الظروف المحيطة التي يعيش ضمنها الفرد [4] .

يرى فرويد إن هذا النوع من القلق يصنف إلى ثلاثة أقسام وهي :

---

[5] مصطفى غالب : تغلب على القلق ، بيروت ، ط5 ، 1983م ، ص[81] .

[1] رسالة ماجستير : علاقة القلق بالزمر الدموية ، 2001م ، ص[26] .

[2] كالفن هول : اصول علم النفس الفرويدي ، ترجمة محمد فتحي الشنيطي ، دار النهضة العربية ، بيروت ، 1970م ، ص[73-74] .

[3] نفس المرجع السابق : ص[74]

[4] 1- **نعيم الرفاعي :**الصحة النفسية ، دراسة في سيكولوجية التكيف ، ط2 ، مطبعة طربين ، دمشق ، ص242-243 .

1- القلق الهائم الطليق : يسميه فرويد بالقلق المتوقع ، انه حالة من الخوف ، والفرد هنا مستعد للتعلق بأي فكرة مناسبة كما أن هذا النوع من القلق يؤثر في أحكام الفرد ويؤدي إلى توقع الشر المصاب هنا يفسر كل ما يحدث له على انه نذير سوء .

2- قلق المخاوف المرضية : انها مخاوف تبدوا غير معقولة ، فرغم شعور المريض بغرابتها الا انه لا يستطيع التخلص منها كالخوف من الاماكن المغلقة او الخوف من الحيوانات .....الخ .

ويختلف قلق المخاوف المرضية عن القلق الهائم الطليق في إن هذا الأخير قلق غامض لا يتعلق بشيء معين، أما قلق المخاوف المرضية فليس خوفا معقولا، كما اننا لا نجد احيانا ما يبرره، وهو ليس خوفا شائعا بين الناس .

3- قلق الهستيريا: هنا قد يبدو القلق واضحا أحيانا كما انه يبدو غير واضح **في بعض** الأحيان الأخرى، ونحن لا نستطيع عادة أن نجد مناسبة أو خطرا معينا يبرر ظهور نوبات القلق في الهستيريا، ويرى فرويد أن أعراض القلق مثل: الرعشة والإغماء والاضطراب وخفقان القلب وصعوبة التنفس تحل محل القلق أو يصبح غير واضح .

ينسب فرويد إلى هذه الأعراض الهستيرية التي يسميها معدلات القلق نفس الأهمية الإكلينيكية التي ينسبها إلى القلق في الأمراض العصابية الأخرى التي يظهر فيها القلق بصورة واضحة[1].

وهناك من يصنف القلق إلى صنفين :

أ – قلق خارجي المنشأ :

وهو عبارة عن استجابة دفاعية عادية كرد فعل لضغط نفسي أو خطر، كما يجعل الفرد يشعر بالاضطراب ويتعلم الإحساس بالخوف كلما واجه موقف خطر او ضغطا .

ب- قلق داخلي المنشأ :

هذه الحالة من القلق هي عبارة عن مرض، وضحاياها قد ولدوا باستعداد وراثي، وهذا النوع يبدأ عادة بنوبات تداهم المصابين به دون إنذار أو سبب ظاهر، وهو ما يسمى بنوبات الهلع[2].

[1] فرويد : الكف والعرض والقلق ، إشراف محمد عثمان نجاتي ، ط4 ، دار الشروق ، مصر ، 1989م ، ص12

[2] عزت شعلان : مرض القلق ، مطابع الرسالة ، الكوت ، 1988 ، ص12

4- أسباب القلق :

يعد القلق من اخطر المشاكل التي تهدد الإنسانية ، فهو باتي في مقدمة الأمراض النفسية جميعها، كما انه يصاحب كل الأمراض الجسمية، لذا على الفرد أن يبذل كل الجهود والسعي بجد للابتعاد عن القلق وطرده من الأفكار، إلا انه قبل القيام بهذا العمل ينبغي معرفة الأسباب المؤدية إلى القلق والتي يمكن حصرها فيما يلي:

أ- الأسباب النفسية :

إن العديد من الأفراد بمختلف أعمارهم وأجناسهم معرضون للقلق فحتى إذا حاول الفرد إخفاء قلقه وكبته فان أعراضه تظهر في شكل اضطرابات نفسية وبدنية لا يمكن إخفاءها ، حيث الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة إلى مكانة الفرد وأهدافه والتوتر النفسي الشديد والأزمات والمتاعب بالعمل والمنزل او الخسائر المادية المفاجئة والشعور بالظلم أو العجز والذنب وكذا المخاوف المتعلقة بالممتلكات والمستقبل ...تعود إلى الكبت بدلا من التقدير الواعي بظروف الحياة ، وأحيانا قد يؤدي الكبت إلى القلق،وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد[1].

ب- الأسباب الاجتماعية :

وهي الأسباب المتعلقة بالحياة العامة، فالإنسان يتعرض في حياته إلى العديد من المتاعب والمشكلات التي تجعله فريسة للقلق، فضغوط الحياة المتمثلة في المواقف والإحداث غير السارة تثير انفعالنا وتتسبب في متاعب نفسية، ومن هذه المواقف نذكر الظروف المعيشية الصعبة والقاسية نتيجة الكوارث الطبيعية، كالزلازل والفيضانات[2].

وكذلك المشكلات العلائقية بين الناس كالنزاعات العقائدية والعرقية، والظلم والقهر الجماعي، وانتهاك حقوق الإنسان .....إلخ[3].

ج- العوامل الوراثية :

اثبتت الدراسات على التوائم المتماثلة أن للوراثة تأثيرا كبيرا في تحديد بعض خصائص السلوك كالعدوانية والتقلب العاطفي والمزاج ....كما أنها تحدد الذكاء ومدى ثبات الجهاز

[1] لطفي عبد العزيز الشربيني : القلق ، دار النهضة العربية للنشر ، د ت ، ص47.
[2] نفس المرجع : ص 30.
[3] نفس المرجع : ص 47.

العصبي الإعاشي وكذلك مدى الانبساط أو الانغلاق في الشخصية , كما وجد أن الفروق الفردية بين التوأم في صفة العصابية تحددها الوراثة بنسبة 80% والبيئة بنسبة 20 % .[4]

كما توصلت بعض الدراسات إلى أن نسبة (15-17) % من أقارب مرضى القلق مصابون بالقلق أيضا . وتفيد الدراسات في حدوث القلق لدى 50% من التوائم المتشابهة و25% من التوائم غير المتشابهة[5].

د- عوامل أخرى: ليست من صنع الإنسان ولا الطبيعة، بل هي نابعة من أعماق الفرد نفسه نجد من بينها:

* طريقة التفكير الخاطئة في أمور الحياة عامة والأمور الشخصية خاصة ، نتيجة لتعلم خاطئ في مراحل مبكرة من حياة الفرد، فالشخص الذي يتوقع دوما حدوث مكروه له أو لديه انطباع بأن الحياة مليئة بالمفاجآت والمواقف الصبغة غالبا ما يعني حالة قلق مزمنة لا مبرر لها .

* ينتج القلق عن إفقاد الفرد لمعنى وجوده. على الفرد أن يعيش وجوده ويفهم معناه لكي يتسنى له تحقيق إنسانيته، وإن فشله في هذا المجال يدفع به إلى معاناة القلق الخوف من المستقبل لكون الإنسان هو المخلوق الوحيد الذي يفهم معنى الزمن، ماضيه وحاضره ومستقبله، وبتطلعاته وتنميانه يتوقع ما لا يعرف مما يهدد وجوده وإنسانيته، وهو يعلم نهايته حتما، ولكن لا يعرف متى و أين وكيف، لذلك فهو يتوقعه فجائيا، وهذا المصير يثير في نفسه القلق والضغط.

4-اعراض القلق: فيمكننا حصر اعراض القلق في:

أ- الاعراض الجسمية :

وتشمل الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة ، وتوتر العضلات والنشاط الحركي الزئد و الأزمات العصبية مثل اختلاج الفم، مص الابهام، والصداع المستمر وتصبب العرق بالاضافة الى الشعور بالضيق والدوار والقيء واضطراب النوم وزيادة في افراز الغدد وارهاق الحواس مع شدة الحساسية للصوت والضوع غيرهما[1].

اضطرابات بولية تتمثل في الام بطنية حوضية، الام كيسية مع او بدون تكرار التبول.

اضطرابات عصبية تتلخص غالبا في فرط التهيج العصبي العضلي " ردود فعل حادة واسعة النطاق، فرط التوتر العضلي، تظاهرات تكرزية الشكل "ونلاحظ شبه دوار، هروب

[4] حسين عزة : الطب النفسي ، دار القلم ، بيروت ، ط 3، 1986، ص 102

[5] محمد فيصل خير الرزاد : الامراض العصابية والذهانية و الاضطرابات السلوكية ، دار القلم ، بيروت ، 1984 ، ص76 .

[1] العناني عبد الحميد: الصحة النفسية، دار الفكر، عمان الطبعة الثانية 2003م

الساقين، صداعات مختلفة تعرق اشتدادي ويمكن ان تلاحظ احلام مقلقة، كوابيس واستيقاضات ليلية متكررة، ويدعى الشخص القلق غالبا الإحساس بتعب متفاوت الشدة[2].

وكذلك الأعراض النفسية حيث يرى ياسين عطوف "1984" ان كل حركة في جسم الإنسان تعتمد كلية على الجهاز العصبي فكل شيء منبعه الجهاز العصبي "الحركة الافكار" فهو مسؤول عن كافة الصور الحياتية لنا، بدء من التنفس وانتهاء بالدورة الدموية والنشاط الذهني واللاشعوري لذا تظهر الاعراض النفسية للقلق في عدد من الاشكال اما الشعور بالضغط والكدر مرفوقا بشعوره بالعجز وشعور بالعزلة، الانفراد او الشعور بالخوف ويميل الفرد اثناء اصابته بحالة القلق الى توقع الشر والمصائب ويظهر لديه توتر الاعصاب والاضطراب وقد ترتبط حالة القلق بأفكار او موضوعات خاصة منها الموت فيتأثر سلوكه تأثيرا قويا[1].

ب- الاعراض النفسية:

ويشعر دائما بعدم الراحة وعدم الاستقرار والانشغال باخطاء الماضي وسرعة التهيج وضعف القدرة على التركيز وشرود الذهن والهبوط بين ان واخر وضعف القدرة على العمل والانتاج وسوء التوافق الاجتماعي والسلوك غير المضبوط والمتزن مع التردد الشاد والتشكك.[2]

ج- الأعراض السيكوسوماتية :

الأعراض السيكوسوماتية ما هي إلا مجرد مخارج يعبر من خلالها المرضى عن قلقهم وصراعاتهم المكبوتة، وأهمها: ارتفاع ضغط الدم، الذبحة الصدرية، جلطة شرايين القلب الربو، الروماتيزم (التهاب المفاصل)، الداء السكري، القرحة المعدية ....الخ.

وفي الحالات التي يستمر فيها الصراع النفسي مدة أطول ويصبح القلق شديد غير محتمل، عادة ما تتحول هذه الأعراض إلى ما يسمى بعصاب الأعراض névrose organique كعصاب الجهاز الهضمي وعصاب القلق وعصاب الجهاز البولي والتناسلي، وعصاب المعدة والأمعاء ...إلى غيرها من الاعصبة التي تصيب مختلف مناطق وأجهزة الجسم.

5- مظاهر ومكونات القلق:

وهكذا فان القلق يشتمل على هذه المكونات هي:

---

[2] د.مطيع رئيف سلسمان : الامراض النفسية المعاصرة دار النفائس الطبعة الاولى 2001م

[1] محمد ياسين عطوف علم النفس الاكليني دار الملايير بيروت1984م

[2] عبد الرحمان الوافي : الوجيز في الامراض العقلية والنفسية المطبوعات الجامعية الجزائر.

1- مكون انفعاليEmotional او وجداني يتمثل في مشاعر الخوف والفزع والتوجس والتوتر والهلع الذاتي والانزعاج.

2- مكون معرفي Congnitive ويتمثل في التأثيرات السلبية لهذه المشاعر على مقدرة الشخص على الادراك السليم للموقف والتفكير الموضوعي والانتباه والتركيز والتذكر وحل المشكلة فيستغرقه الانشغال بالذات والشكفي مقدرته على الاداء الجيد والشعور بالعجز وعدم الكفاءة والتفكير في عواقب الفشل والخشية من فقدان التقدير.

3- مكون فيزيولوجي Physiological ويتمثل فيما يترتب على حالة الخوف من استثارة وتنشيط للجهاز العصبي المستقل او اللارادي مما يؤدي الى تغيرات فسيولوجية عديدة منها ارتفاع ضغط الدم وانقباض الشرايين الدموية وزيادة معدل ضربات القلب وسرعة التنفس والعرق ويذهب بعض الباحثين من امثال Ruebusk 1963 الى انه يمكن تمييز القلق بصورة واضحة عن الحالات الانفعالية الاخرى بوجود المصاحبات الفسيولوجية[1].

6-قياس القلق:

يعتبر القلق كغيره من سيمات شخصية يمكن قياسه بطرق متنوعة، حيث اتبع المهتمون لقياس سيمات الشخصية المختلفة، انواع من الاستراتيجيات بداية باستعمال منهج الملاحظة، وبعدها اعتمدوا على المقابلة الشخصية كما نشئت العديد من الاختبارات والاستبيانات الشخصية والتي اصبحت تستخدم حاليا بكثرة، كما نجد ان البعض اعتمدوا على الطرق الاسقاطية مثل الروشاخ واخيار تفهم الموضوع وتعتبر الاختبارات من بين الطرق الشائعة لقياس قلق الموت والتي يوجد منها الان مالا يقل عن 25اختبار، ومن بين اهم هذه الاختبارات نجد مقباس Templer-Das والذي اعتمدنا عليه في بحثنا هذا.

7- الأساس الفيزيولوجي للقلق :

ينشأ القلق النفسي من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعه الوادي وقرب الودي ومن ثم تزيد نسبة الادرينياليين والنور أدرينالين في الدم من تنبيه الجهاز الودي فيرتفع ضغط الدم وتزيد ضربات القلب وتجحظ العينان ويتحرك السكر في الكبد وتزيد نسبته في الدم مع شحوب في الجلد وزيادة إفراز العرق وجفاف الحلق، وأحيانا ترتجف الأطراف ويعمق التنفس.

[1] الصحة النفسية والتوافق النفسي لصبره محمد علي واشرف محمد عبد الغني شريت دار المعرفة الجامعية الاسكندرية 2004(ص90)

أما ظواهر نشاط الجهاز القرب ودي فاهمها كثرة التبول والإسهال ووقوف الشعر وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية والنوم، والمركز الأعلى لتنظيم الجهاز العصبي اللاإرادي هو الهيبوتلاموس (تحت المهاد)، وهو مركز التعبير عن الانفعالات وعلى اتصال دائم بالمخ الحشوي في السطح الانسي للمخ، وهو المركز المسؤول عن الشعور الذاتي بالانفعال كذلك، فالهيبوتلاموس على اتصال بقشرة المخ لتلقي التعليمات منها للتكيف مع المنبهات الخارجية، ومن ثم توجد الدائرة العصبية المستمرة بين قشرة المخ و الهيبوتلاموس والمخ ألحشوي، ومن خلال هذه الدائرة العصبية نعبر ونحس بانفعالاتنا، وإذا أخذنا بعين الاعتبار أن هذه الدائرة العصبية تعمل من خلال سيالات وشحنات كهربائية وكيميائية وان النواقل العصبية : السيروتويين ، الكاتيكول انرولامين ، النور أدرينالين ، الدوبامين و التي تزيد نسبتها في هذه المراكز عن أي جزء أخر من المخ مع وجود الاستيل كولين في قشرة المخ، وان النظريات الحديثة في أسباب معظم الأمراض النفسية والعقلية هي اضطراب هذه الهرمونات العصبية[1].

كل ذلك يجعلنا نؤمن بأنه من الممكن التأثير في الانفعالات المختلفة خصوصا القلق والاكتئاب بإيجاد نوع من التوازن في هذه النواقل، وهو ما يحدث بالعقاقير المضادة للقلق والاكتئاب، بل إن الجلسات الكهربائية تحدث تأثيرها بتغيير الشحنات الكهربائية وبالتالي النواقل العصبية، وأحيانا نلجأ إلى قطع الألياف العصبية المواصلة بين قشرة المخ والهيبوتلاموس والمخ ألحشوي لتقليل الانفعالات الشديدة، وذلك عن طريق عملية جراحية.

8- النظريات المفسرة للقلق:

أ- المدرسة التحليلية:

1- نظرية فرويد: (1937):

يعتبر فرويد من بين الاوائل الذين بحثوا موضوع القلق، فحسب رايه القلق ناتج عن الصراع القائم بين قوتين في النفس: قوة الغرائز التي يعبر عنها باللهو، والقوة المقابلة لها وهى قوة المعايير الأخلاقية. والمعبر عنها بالذات العليا وهنا تصبح الانا موضوع الخطر اذ ينشط الصراع بسبب عجز الانا تجاه الهو وتجاه الذات العليا وينتج عن هذا الصراع حالات قلق[2].

من هذا يتضح لنا ان القلق ينتج بسبب الصراع بين ما يريده الفرد و ما يرفضه فى نفس الوقت.

[1] مصطفى غالب : تغلب على القلق ، مكتبة الهلال ، 1983 ، بيروت ، ط5 ، ص15-17 .
[2] محمود البستاني :دراسات في علم النفس ،المجلد الثاني ،دار البلاغة ،1988،ص 89

2- نظرية الفرد آدلر: (1927) :

يرى آدلر أن القلق يرجع إلى طفولة الإنسان الأولى معتقدا أن سبب نشأته هو القصور الناجم عن عدم الشعور بالأمن ،معتمدا في تفسيره الأول على القصور العضوي، ثم عممه ليشمل القصور بمعناه المعنوي أو الاجتماعي. من هنا نلاحظ اهتمامه بأهمية التربية التي يتلقاها الطفل في أسرته.

فحسب آدلر عادة ما يشعر الطفل الصغير بعجزه وضعفه ونقصه اتجاه الأشخاص المحيطين به. هذا الشعور يجعله يقوم بمحاولات كثيرة للتغلب على هذا الشعور، فالشخص السوي يتغلب على هذا الشعور بالنقص بتقوية الروابط الاجتماعية عن طريق العمل الاجتماعي النافع ومحبة الناس.

3- نظرية كارل يونغ(1938) :

يعتقد يونغ أن القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى و خيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي. فالقلق هو الخوف من سيطرة محتويات اللاشعور الجمعي غير المعقول التي لا زالت باقية فيه من حياة الإنسان البدائية[1].

ويعتقد يونغ بان الانسان يهتم عادة بتنظيم حياته على اسس معقولة منظمة ، وان ظهور المادة غير المعقولة من اللاشعور الجمعي يعتبر تهديدا لوجوده[2].

ب- نظرية بيار جانيه (1910) Pierre Janet :

وهي نظرية موضوعية ، فحسب بيار جانيه " القلق يدخل ضمن الصنف الواسع للاضطرابات الملانخولية "[3] .

إذ أن القلق يعتبر حالة عاطفية تولد بعد الإخفاق، فلما يفشل الفرد في مشروع ما فان هذا الفشل سيؤدي به إلى القلق، ويقول أن استجابة الإخفاق تكون بعد فشل المجهود، فالأرواح العاطفية تخطا وتقوم بالاستجابة مبكرا، فالانفعالية إذن عبارة عن عادة أخلاقية للقيام بالاستجابة للإخفاق مبكرا[4].

إلا انه تبقى نظرية بيار جانيه محدودة إذ لا يمكن الاعتماد عليها في تفسير القلق، وذلك لان القلق لا يحدث دائما أثناء الإخفاق.

---

[1] سيغموند فرويد :الكف و العرضوالقلق ،إشراف محمد عثمان نجاتي ،دار الشرق مصر،ط 1989،ص36

[2] **Young (G.C) :** Psychology and Religion , New – York , Conn Yale university press , 1938, p.13.

[3] **Bouronier (J) :** Angoisse, Paris , P.U.F., p.67.

[4] **Bouronier (J) :** Angoisse, Paris , P.U.F., p.67.

ج- النظرية السلوكية :

تعتمد هذه النظرية على الاشراط في تفسير الاضطرابات، وحسب هذه النظرية فالقلق ما هو إلا اسلوب متعلم، ونستطيع أن نحدث القلق بواسطة اشراط تجريبي، ومن الباحثين السلوكيين المفسرين للقلق نجد:

1- العالمان ميلر و دولارد (1957) :

يجسد ميلر و دولارد مفاهيمها الأساسية في التعلم على كيفية اكتساب القلق والخوف، فهما يريان ان الخوف دافع مكتسب، أي دافع ثانوي مشتق من الالم ويورد العالمان النفسيان التجربة التالية كمثال على كيفية اكتساب دافع الخوف ويقولان ان الفار عن طريق اقتران الغرفة البيضاء المثير الشرطي بالصدمة الكهربائية المثير الطبيعي اصبح يستجيب في خوف الاستجابة الشرطية للغرفة البيضاء المثير الشرطي ، واصبح الخوف من الغرفة البيضاء دافعا مكتسبا يمكن عن طريق خفضه ان يتعلم الحيوان استجابات جديدة تبعا لمبدا التدعيم الثانوي.

كما يريان ان هناك تشابها كبيرا بين خوف الفار من الغرفة البيضاء وبين المخاوف الوهمية والقلق الذي يشعر به الانسان وعملية التعلم التي تسبق الاعراض العصابية ، فالانسان يتعلم قلقه ومخاوفه بنفس الطريقة[1].

2- نظرية Selye :

إننا نفاجأ عندما نعلم بان تعبير الشدة النفسية "Stress" لا يعود الى اكثر من اربعين سنة عندما اطلقه العالم Selye عقب دراسته لتأثير هذه الشدة على الحيوان وتحديده لردود الفعل الجسدية التي تحثها لدى الحيوان امام الارهاق ، ولقد ذكر Selye عوامل عديدة للشدة من بينها: عوامل جسدية متمثلة في الحوادث والالام ....، عوامل اجتماعية متمثلة في المشاكل المهنية والظروف الحياتية الصعبة التي تخلق عند الفرد مشاكل وازمات نفسية كالقلق والمخاوف على انواعها مستديمة وملازمة للفرد[2].

3- نظرية واطسن (1939):

يرى باننا لا يمكن ان نجعل الكلب نيوراستينيا، وذلك بواسطة الشروط والظروف التي نربيه عليها ، كما يمكننا ان نجعله قلقا بنفس الشروط.

[1] مصطفى غالب : مرجع سابق ، ص72 .
[2] محمد احمد النابلسي : مبادئ السيكوسوماتيك و تصنيفاته ، دار الهدى ، ط1 ، ص23،25 .

ان هذه النظرية لم تميز بين القلق و الخوف، اذ نجد بان هناك خلطا بينهما، لان التجربة التي اعتمد عليها علماء النفس لهذه النظرية هي التجربة السلوكية وتتمثل في احداث خوف شديد للطفل او للحيوان وذلك من اجل التوصل الى تعلم السلوك الذي يحدث الخوف بواسطة الاشراط[3].

د- نظرية المدرسة السلوكية الحديثة " شافير و دروكس ":

يرى اصحاب هذه النظرية ان القلق المرضي ناتج عن القلق العادي، فقد يتعرض الطفل للخوف والتهديد الذي يتبع بعدم التكييف ويترتب عنه حالة انفعال وتوتر وعدم استقرار، ومن جهة اخرى حماية الطفل المفرطة فيما بعد عندما يواجه العالم الخارجي يشعر بالخطر.

اكد اصحاب هذه المدرسة على العوامل الاستعدادية التي تتمثل في الوراثة، الضعف العام في الجهاز العصبي، الشذوذ في تركيب بعض اعضاء الجسم، وتؤكد السلوكية الحديثة ان الخوف من عدم تاكيد الذات والعجز عن التعبير الانفعالي يعتبران سببين رئيسيين من اسباب القلق[1].

ه – نظرية سبنسير كولز Koolz (1978) :

يعرف هذا الباحث عصاب المخاوف والقلق بانه استجابة وجدانية مباشرة سريعة للرسائل او الاحساسات الغريبة التي لا ندري ماهيتها ولا نستطيع تفسيرها.

9- علاج القلق :

يتوقف علاج القلق على امكانيات المعالج ومدى تحكمه في التقنيات العلاجية، كذلك يجب مراعاة شدة القلق التي يعاني منها المريض، ويمكن عرض اهم الاساليب العلاجية وهي:

1- العلاج النفسي :

وتعود جذوره الى فرويد وطريقة العلاج هذه تعتمد على نظريات التحليل النفسي، وعلى الاهتمام بكشف القناع عن اسرار الطفولة المبكرة وخبراتها المنسية المكتوبة، وجعل المريض يتفهم جذور القلق الذي يعاني منه مع دفعة الى الشفاء والايحاء غير المباشر وتقوية ارادته[2].

2- العلاج السلوكي :

---

[3] Bouronier (J) : Angoisse, Paris , P.U.F., p.81.

[1] **الدباغ فخري :** اصول الطب النفسي ، بيروت ، دار الطباعة ، 1983 ، ص135 .

[2] **عبد الرحمن عيسوي :** علنف ومشكلات الفرد ، د ت ، ص175 .

يعتمد هذا العلاج على فكرة تعليم المريض كيفية التخلص من القلق و المواقف الضاغطة بتغيير استجاباته للتوترات المختلفة[3].

ويستخدم العلاج السلوكي لإزالة المنعكس الشرطي المرضي المتعلق بالقلق والقضاء على اللازمات العصبية الحركية وذلك عن طريق تمرين المريض على الاسترخاء ثم اعطائه منبهات اقل من ان تصدر قلقا اما بتمرينات الاسترخاء الرياضية او تحت تأثير عقاقير خاصة بالاسترخاء ثم اعطاء منبهات من اجل ان تصدر قلقا او تسبب الما وتزيد المنبه تدريجيا حتى يستطيع المريض مواجهة موقف الخوف وهو في حالة استرخاء ودون اظهار علامات القلق. وهنا ينطفئ المنعكس الشرطي المرضي وتكون فعلا منعكسا سويا[4] .

3- العلاج الكهربائي :

اثبتت التجارب ان الصدمات الكهربائية لا تفيد في علاج القلق النفسي الا اذا كان مصحوبا بأعراض اكتئابية شديدة، وهنا سيختفي الاكتئاب، فالمنبه الكهربائي يفيد احيانا في بعض حالات القلق المصحوبة بأعراض جسمية .

4- العلاج الكيميائي :

يستعمل هذا النوع من العلاج في حالات القلق الشديد وفيه تعطى للمريض بعض العقاقير التي تقلل من التوتر العصبي مثل: الفاليوم، الهيروبابيت، كما تعطي للمريض بعض العقاقير الخاصة بالهرمونات العصبية في مراكز.

[3] **حامد عبد السلام الزهران:** الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، ط2 ، القاهرة ، 1977 .
[4] **مصطفى لطفي و عبد العزيز الشربيني :** كيف تتغلب على القلق ، المشكلة و الحل ، بيروت ، دار النهضة العربية للطباعة و النشر ، 1989 ، ص204 .

الفصـل الثـالـث: العين

- تشريح وفسيولوجيا العيـن.
- عمليّة الرّؤيـــة.
- أمراض العين وعلاجهـــــــا
  1) إنفصال الشبكيّة .
  2) الجلوكوما.
  3) سادة العين أو الكتاراكت
  4) الظّفرة.
  5) الحول.

1- شريح و فسيولوجيا العين:

تعتبر العين من الأعضاء الحسيّة بالغة التّعقيد. تنمو العين في شكل نتوء الجزء من التّجويف الثالث من المخ.

العين عبارة عن كرة قطرها حوالي 2.5سم(جسم كروي) موضوع بداخل تجويف خاص به، داخل الجمجمة تدعى الحجاج ويخرج منها من الخلف العصب البصري الذي ينقل الإحساسات التي تنطبع على العين إلى مراكز الإبصار بالمخ.

"وتدور العين داخل التّجويف بواسطة عضلات ست هي: المنحرفة السّفليّة والعلويّة والمستقيمة الأنسيّة والوحشيّة والسفليّة والعلويّة"[1]. ويتكوّن جدار العين من ثلاث طبقات مختلفة من الأنسجة يختلف كل منها عن الآخر في التّركيب باختلاف الوظيفة وهي من الخارج للدّاخل.

1-الطبقة الخارجيّة : تتكوّن من جزأين:

1-الصّلبة: وهي طبقة بيضاء اللّون تميل إلى الزّرقة قليلا وتكوّن 6/5 الطّبقة الخارجيّة. سمكها حوالي 1ملم وهي معتمة وسطحها الخارجي أملس وهو شديد الحساسيّة لوفرة النّهايات العصبيّة الحسيّة فيه، وتعمل الصّلبة على حماية الأجزاء الدّاخليّة للعين[2].

1- القرنيّة: الجزء الأمامي من الطّبقة الخارجيّة لجدار العين وهي شفافة وتحمي القزحيّة وبؤبؤ العين، يبلغ سمك القرنيّة حوالي نصف ميليمتر عند المركز، ووظيفة القرنيّة هي السّماح للأشعّة البصريّة بالدّخول إلى الحجرة الأماميّة للعين وحماية العين من العدوى بسبب طبقة الدّموع الخفيفة التي تغطّي القرنيّة وتعطي حماية كبيرة للعين ضدّ البكتيريا والتلوّث والأتربة[3].

2- <u>الطّبقة الوسطى:</u> تتكوّن من:

1- <u>القزحيّة:</u> تكون ما يشبه الحجاب الحاجز بين الحجرة الأماميّة وبوسطها أنسان العين، وهو الذي يتحكّم في كميّة الضّوء الدّاخل للعين ويتكوّن من عدّة طبقات من الخلايا التي تحتوي بعضها على الصّبغة التي تعطي القزحيّة لونها. وبذلك تمثّل القزحيّة ذلك الجزء الملوّن من العين وتبدو وظيفتها في تضييق وتوسيع بؤبؤ العين حسب كميّة الضّوء السّاقط عليها. فيصبح بؤبؤ العين ضيّقاً عندما تكون كميّة الضّوء السّاقط على العين شديدة، مثل الضّوء الشّديد

[1] **خليل المعايطة**، وآخرون: <u>الإعاقة البصريّة</u>، دار الفكر، عمّان، 2000، ط1، ص13.
[2] **منى صبحي الحديدي**: <u>مقدمة في الإعاقة البصريّة</u>، دار الفكر، عمّان، 1991، ط1، ص38.
[3] **خليل المعايطة**، وآخرون: نفس المرجع السّابق، ص14.

المفاجئ والأيّام الحارّة، ويصبح واسعاً عندما تكون كميّة الضّوء على العين ضعيفة، كاللّيل والأوقات التي تنقطع فيها الإضاءة[1].

1- ***الجسم الهدبي:*** يمتدّ الجسم الهدبي من القزحيّة أماما وحتّى معتمة المشيمة خلفاً. وهناك زوائد هدبيّة تغطّي الجسم الهدبي وتتكّون من صنفين من الخلايا التي تحتوي على مكوّنات صبغيّة عديدة وتحوي داخلها أوعيّة دمويّة، ويعمل الجسم الهدبي على إفراز السّائل المائي والمساعدة في تصريفه وفي التّكيّف البصري[2].

2- ***المشيمة:*** هي غشاء أسود اللّون أملس، يتألّف من أوعية دمويّة، يبطن الصّلبة إزاء نصف العين الخلفي. يحدّه في الأمام خط دائرة مشرشر ويقع أمام خط إستواء العين بقليل فيدعى بالمنطقة المنشاريّة وهو مكان تمادي المشيمة مع المنطقة الهدبيّة، وتثقب المشيمة في الخلف فوهة يدخلها العصب البصري[3].

3- **الحدقة (إنسان العين)، (البؤبؤ):** هي عبارة عن فتحة صغيرة مستديرة سوداء تظهر في مركز القزحيّة، ويتغيّر اتساعها نتيجة قوّة الضّوء أو ضعفه[4].

4-الطّبقة الدّاخليّة: تسمّى الشّبكيّة. الشّبكيّة عبارة عن غشاء عصبي يتراوح سمكه حوالي0.1ملم في المستوى الأمامي وبالضّبط في مستوى "L'ora-Semata" المنطقة المنشاريّة وحوالي 0.23 ملم في مستوى القطب الخلفي ويصبح أكثر رقّة عند المنطقة الصّفراء .إنّ الشّبكيّة تتغذّى عن طريق المشيمة Choriode، وهي تتكوّن من عدّة طبقات.

الخارجيّة: وهي عبارة عن غشاء صبغي والتي توقف الأشعة الضّوئيّة الآتية من الخارج أو الدّاخل، أمّا الطّبقة الدّاخليّة فهي شفافة وتتكوّن من ثلاثة عناصر:

-العناصر المستقبلة للإحساس البصري وهي (العصي –المخاريط).

-الخلايا ثنائيّة القطب Les cellules bipolaires.

-الخلايا العقديّة Les cellules ganglionnaires.

إنّ المخاريط والعصي يختلفان في الشّكل. العصي مرتبطة بالضّوء حيث تكون حساسة لأي قاعدة ضوئيّة، أمّا المخاريط فلا تعمل إلاّ انطلاقا من ضوء مرتفع وهي تسمح برؤية

[1] نفس المرجع السّابق، ص14.
[2] **منى صبحي الحديدي:** نفس المرجع السّابق، ص38.
[3] **محمد فائز المط:** الجسم البشري، مؤسّسة الرّسالة، بيروت، 1989، ط1، ص285.
[4] **ماجدة السّيد عبيد:** تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصّة، دار صفاء، عمّان، 2000، ط1، ص139.

الأشكال والألوان[1] في مركز الشّبكيّة وبالضّبط في النّقطة الصّفراء لا يوجد إلاّ المخاريط والتي تنقص كلّما ابتعدنا عن النّقطة الصّفراء، وبذلك نجد ما يدعى بالعصي.

إنّ المخاريط والعصي تلعبان دوراً هامّاً وأساسيّاً في الإدراك البصري حيث أنّها تستقبل مميّزات الرّمز الضّوئي والتي يتلقّاها عبارة عن رموز بيوكهربائيّة وهي رموز من نفس الطّبيعة تشكّل لنا ما يسمّى (المعلومة) تنتظم بها التّصرّفات.

وبداخل العين توجد الأجسام التّالية:

-عدسة العين (الجسم البلّوري): تقع العدسة البلّوريّة خلف القزحيّة وأمام الجسم الزّجاجي وتتعلّق بواسطة أربطة هدبيّة، ويتراوح قطر العدسة حوالي9إلى10ملم، أمّا سمكها فيبلغ حوالي4إلى5ملم. والعدسة محدّبة من الجانبين إلاّ أنّ الوجه الخلفي أكثر تحدّباً من الوجه الأمامي. تعمل العدسة على التّكيّف لرؤية الأشياء بوضوح على مسافات مختلفة كما تعمل أساساً على الانكسار.

يحفظ السّائل المائي جدران العين ويبقيها مشدودة بضغط داخلي ثابت يتراوح بين 16-22ملم. ويفرز السّائل المائي في الحجرة الخلفيّة ثمّ يتّجه إلى الحجرة الأماميّة من خلال الحدقة ويتمّ تصريفه من خلال الحجرة الأمامية ويمرّ خارج العين عبر فراغات تسمّى فراغات **فونتانا** ومنها إلى قناة **شلم** التي تنقله إلى الأوردة المائيّة ومنها إلى الأوردة فوق الصّلبيّة ثمّ يصبّ السّائل في الأوردة الهدبيّة الأماميّة ثمّ التّيار الوريدي العام للعين[2].

-الخلط المائي: هو مائع لا لون له برّاق كالماء يملأ المسافة الكائنة بين القرنيّة والجسم البلّوري، وتنقسم هذه المسافة بواسطة القزحيّة إلى مسكنين أو غرفتين تشتركان بواسطة الحدقة.

فالغرفة الأماميّة لها جداران: أمامي وخلفي. ويتألّف الجدار الأمامي من وجه القرنيّة الخلفي ومن الاتحاد القرني الصّلبي، ويتألّف الجدار الخلفي من وجه القزحيّة الأمامي ومن قسم مركزي من الجسم البلّوري يوافق الحدقة والغرفة الخلفيّة صغيرة تحدّها في الأمام القزحيّة، وفي الوحشي الجسم الهدبي، وفي الوراء الجسم الزّجاجي، وفي الأنسي الجسم البلّوري[1].

---

1 Bedford(M.A): Atlas en couleurs de diagnostique ophtalmologie, éd.; Malome, 1982, p34.

2 منى صبحي الحديدي: نفس المرجع السّابق، ص39.

1 محمد فائز المط: نفس المرجع السّابق، ص290.

-الجسم الزّجاجي: هو مادة لزجة شفافة هلاميّة تملأ جوف العين الواقع خلف البلّورة. وهو محاط بالغشاء الزّجاجي الرّقيق جدّاً والذي يحدث من تكاثف الطّبقات المحيطيّة من الجسم الزّجاجي. يبدي في الأمام حفرة تسمّى الحفرة البلّوريّة تسكنها البلّورة والجسم الهدبي، ويجاور في المحيط والخلف الغشاء العصبي، ويحوي في مركزه قناة تسمّى قناة كلوكة تمتدّ من الحلمة البصريّة إلى منتصف البلّورة[2].

-الضّغط الدّاخلي للعين: هو الضّغط المعرّض له السّائل الموجود بالغرفة الأماميّة، وهو حوالي20إلى30ملليمترمن الزّئبق في العين العاديّة[3].

-بالإضافة إلى هذا توجد للعين كذلك الأعضاء الملحقة الواقيّة، وهي:

- ملحقات العين:

***الأجفان:** عبارة عن حجاب نسيجي متحرّك يغطّي العين من الأمام ويحميها من المؤثّرات الخارجيّة، ولكل عين جفنان: علوي وسفلي. ويتألّف الجفن من سبع طبقات وغدد وأوعيّة دمويّة وأعصاب وأهداب. ويحتوي الجفن العلوي على العضلة الرّافعة له وتعمل الأجفان على حماية العين من الأخطار الخارجيّة كالغبار والضّوء الشّديد، كما أنّها تقوم بتنظيف العين عن طريق الدّموع[4].

***الجهاز الدّمعي:** يتكوّن الجهاز الدّمعي من الغدد الدّمعيّة والقنوات الدّمعيّة، وتقع الغدّة الدّمعيّة في الجهة الوحشيّة العلويّة تحت العظم الجبهي حيث تقوم غدّة الدّمع بإفراز الدّموع، وهي سائل ملحي يغسل سطح العين، ثمّ ينصرف إلى الأنف من خلال القنوات الدّمعيّة، وهي تحتوي على مادة قاتلة للبكتيريا[5].

***الملتحمة:** وهي غشاء رقيق يغطّي بياض العين (أي الجزء الأمامي من الصّلبة) ثمّ يمتدّ إلى الجفنين مبطهما من الدّاخل. ويسمّى الجزء الذي يغطّي القزحيّة (الملتحمة المقليّة) وذلك الذي يبطن الجفنين(الملتحمة الجفنيّة) وبين الإثنين فراغ يسمّى أحياناً (الكيس الملتحمي)[1].

* **عملية الرّؤية:** يتألّف الضّوء من أشعّة تسير في خطوط مستقيمة، وعندما تسقط هذه الأشعّة على جسم ما فإنّها تنعكس عنه بزاوية إنعكاس تساوي زاوية السّقوط، وإذا إرتدّت (إنعكست)

---

[2] نفس المرجع السّابق، ص290.

[3] خليل المعايطة، وآخرون، نفس المرجع السّابق، ص16.

[4] أكرم عنبري: التّلخيص في أمراض العين، مطبعة جامعة دمشق، 1991، ص38، 39.

[5] محمد رفعت، وأخرون: أمراض العيون، دار المعرفة، بيروت، 1974، ط1، ص10.

[1] كاظم ولي آغا: علم النّفس الفسيولوجي، دار الآفاق الجديدة، بيروت، 1981، ط1، ص134.

هذه الأشعة عن جسم ما وجاءت إلى العين[2] فإنّ للعين عدسات (البلّورة والقرنيّة) وعضلات لتركيز ضبط العدسات وحاجز (الحدقة) يتحكّم في كميّة الضّوء الدّاخل من خلال العدسات. كما توجّه كرتا العين نحو المشهد المرئي بواسطة جملة عضليّة مؤلّفة من ثلاثة أزواج من العضلات التي ترتكز على كلّ كرة عينيّة والتي تقوم بوظيفة تحريك كرتي العينين للأعلى والأسفل، والأنسي والوحشي، وحركات دورانيّة. أمّا وظيفة تركيز كرتي العينين فتتحكّم بها عضلة دائريّة تحيط بعدسة العين لتقوم بتضييقها وهي العضلة الهدبيّة، حيث تتحكّم درجة تقبض الحدقة بكميّة الضّوء الدّاخلة للعين، ويشرف على جميع هذه الوظائف العضليّة مراكز عصبيّة في جذع الدماغ التي تقع تحت إشراف القشرالبصري[3].

عند سقوط حزمة من الأشعة على العدسة التي تحتوي على سائل تختلف كثافته عن كثافة الهواء، وبفعل إختلاف الكثافة تنكسر حزم الأشعة لتتجمّع جميعاً على الشّبكيّة. وهذا الأمر يتمّ في العين السّليمة، حيث تتكوّن صور الجسم المرئي مقلوبة على الشّبكيّة[4]. ثمّ تقوم العناصر الحسّاسة للضّوء في الشّبكيّة بتحويل الخيال البصري إلى سيّالات عصبيّة وتعمل في الضّوء الخافت، وتتمثّل هذه العناصر في العصيّات والمخاريط، حيث تفسّر العصيّات اللّون الأبيض والأسود، أمّا المخاريط فتقوم بكشف الألوان وتعمل في الضوء القويّ. ويوجد في كلّ شبكيّة نحو125مليون عصيّة ومخروط. ويتجّه من العين إلى الدّماغ نحو1.6 مليون ليف بصري تقريباً، ففي الأقسام المحيطة بالشّبكيّة تتّصل أعداد كبيرة من العصيّات وقليل من المخاريط باللّيف العصبي البصري نفسه، لذلك تكون حدّة البصر في تلك الأقسام المحيطيّة من الشبكيّة ضعيفة جدّاً. بينما يتّصل كل مخروط بليف عصبي بصري واحد في مركز الشّبكيّة التي يبلغ قطرها نحو نحو نصف ملم، وهي تحتوي على المخاريط فقط. لهذا تعدّ المنطقة المركزيّة من الشّبكيّة مركز حدّة البصر وتحليل الألوان[1].

وتتألّف الطّبقة الدّاخليّة من مجموعات من الخلايا العصبيّة التي تنقل السيّالات العصبيّة إلى العصب البصري عبر النّقطة العمياء (تجمع الألياف أو المحاور العصبيّة) والعصب البصري والعصب الثاني من الأعصاب القحفيّة، ونشير إلى أنّه ينبغي علينا أن نميّز بين النّقطة العمياء والنّقطة الصّفراء. فالنّقطة العمياء هي مكان تجمّع المحاور العصبيّة، أمّا النّقطة

[2] ماجدة السّيد عبيد: نفس المرجع السّابق، ص141.
[3] منير البيطار، وآخرون: الفيزيولوجيا البشريّة، منشورات جامعة دمشق، 1993-1994، الجزء الثّاني، ص376
[4] ماجدة السّيد عبيد: نفس المرجع السّابق، ص141.
[1] منير البيطار، وآخرون: نفس المرجع السّابق، ص376.

الصّفراء فهي أكثر المناطق حساسيّة في الشّبكيّة (تتكوّن من الأجسام الخلويّة)، وعند هذه النّقطة الصّفراء تتجمّع الحزم من الأشعة الضّوئيّة، أمّا المرحلة الأخيرة في آلية الإبصار فتتّم عندما تنتقل السيّالات العصبيّة من النّقطة العمياء عبر العصب البصري إلى المراكز الحسيّة في الدّماغ ويكون من مهمّات هذه المراكز تعديل وضع الصّورة، حيث أنّها تصل إلى الدّماغ مقلوبة ومن ثمّ العمل على ترجمتها وإدراك ماهيّة الجسم المرئي وكذا إعادة الصّورة إلى وضعها الطّبيعي[2].

2-أمراض العين:

يتّضح لنا ممّا تقدم من عرض لأجزاء العين أنّ كل جزء مسؤول عن وظيفة محدّدة يؤدّيها، وأنّ أي أذى أو مرض يصيب هذا الجزء يؤثّر تأثيرا مباشراً على مدى فعاليته وأدائه لوظيفته. هذا، ويختصّ كل جزء من أجزاء العين بأنواع معيّنة من الأمراض التي يصاب بها، وبالتّالي بأشكال معيّنة من الإعاقة البصريّة، وفيما يلي بعضاً منها:

1/انفصال الشّبكيّة:

***1*- تعريف:** ينتج انفصال الشّبكيّة عن جدار مقلة العين عن ثقب في الشّبكيّة ممّا يسمح للسّائل بالتّجمّع، الأمر الذي ينتهي إلى انفصال الشّبكيّة عن الأجزاء التي تتّصل بها[3].

إنّ الشّبكيّة تلتصق بغشاء صبغي، وهذا الالتصاق الضّعيف قد يجعل من الشّبكيّة والغشاء الصّبغي ينفصل بعضهما عن بعض مشكلاً ما يسمّى بانفصال الشّبكيّة.

إنّ هاتين الطّبقتين تستطيعان أن تنفصلا مؤدّيتان بذلك إلى تراكم للسّائل بينهما، هذا الأخير الذي يأتي عادة من الجسم الزّجاجي ويمرّ عبر هذا الانفصال، ونادراً ما يأتي هذا السّائل من القنوات الدّمويّة وقد يكون الانفصال أوليّاً أو ثانويّاً لرض ما أو مرض عيني.

2-أنواع إنفصال الشّبكيّة:

أ-إنفصال الشّبكيّة الأوليLe D.R.Idiopathique: ويعتبر الأكثر انتشارا، تتراوح نسبته بين85%إلى 90%، يبدأ بوجود ثقب أو تمزّق. هذا الأخير الذي يكون سبب حدوث انفصال خلفي للجسم الزّجاجي الذي يضغط على الشّبكيّة. المرحلة الأولى من هذا الانفصال هي مرحلة التّمزّق قابلة للعلاج الوقائي عن طريق اللّيزرLe laser، هذا التّمزّق وبتراكم السّائل تدريجيّاً الذي بدوره يشقّ الوريقتين الدّاخليّة والخارجيّة للشبكيّة، وهذه هي مرحلة انفصال الشّبكيّة (هنا

[2] ماجدة السّيد عبيد: نفس المرجع السّابق، ص141

[3] ***منى صبحي الحديدي***:نفس المرجع السّابق ، ص47.

تتطلّب تدخّلاً جراحيّاً). قد يشغل هذا الانفصال كل الشّبكيّة محدثاً بذلك نقصاً حاداً في الرّؤية وخاصة عندما يصيب النّقطة الصّفراء، والشّخص بذلك يشتكي من فقدان مفاجئ للرّؤية أو تغيّراً في الرّؤية السّابقة فيرى بذلك نقطة سوداء أو وميضاً.

إنّ ميكانيزم انفصال الشّبكيّة الأولي يعتمد على ثلاثة عوامل:

1.التّمزّق الشّبكي.

2.سائل تجويف الجسم الزّجاجي الذي يمرّ عبر التّمزّق.

3.القوّة الكافيّة التي تحطّم الاتصال بين الشّبكيّة والغشاء الصّبغي وتسمح بمرور السّائل من الأمام إلى خلف الشّبكيّة.

إنّ الجسم الزّجاجي قادر على أن يمارس فعل القوّة وبنفس الطّريقة التي تسبّب تمزّقات الشّبكيّة، فإن لم نكافح هذه العوامل الثلاث. فإنفصال الشّبكيّة يتطوّر، وأكبر قسم من الشّبكيّة ينفصل في بضعة أيّام أو بضعة ساعات[1].

أ- انفصال الشّبكيّة الثّانوي: وهو عدة أنواع.

1. -انفصال الشّبكيّة الكيسي Les D.R.Tumoraux: إنّ الورم السّليم أو الخبيث للمشيمة يحمل مظاهر مختلفة، فهو عبارة عن انسحاب الشّبكيّة تاركاً وراءه ورماً غير متحرّك بدون انطباق شبكي وبدون تمزّق، ولا يسمح بمرور الأشعة الضّوئيّة.

2. -انفصال الشّبكيّة بسبب دوائي Le D.C. à cause médicale: وهو عدّة أنواع.

انفصال الشّبكيّة الالتهابي Le D.R. inflammatoire:

-يوجد في تناذر بيشي Syndrome de Bechet.

-التهاب العين السّمباتي Ophtalmie sympathique، وهو عبارة عن إنسحاب شبكي عامّة بدون تمزّق ويتراجع هذا عن طريق أجسام مضادة.

أ- انفصال الشّبكيّة الرّاجع إلى مرض الشّبكيّة السّكري الذي يتطلّب علاجاً جراحيّاً.

ب- انفصال الشّبكيّة الرّاجع إلى H.T.A (Rétinophatic œdémateuse).

ت- التهاب الشّبكيّة الرضي Le D.R.Traumatique.

ويكون بعد التّدخل الجراحي في حالة سادة العين(cataracte) ويظهر بعد أشهر قليلة. أنّ التّنبؤ هنا يكون سلبيّاً.

[1] ***Bedford (M.A)***, op.cit, p.35, 36.

كما قد يكون بعد جرح ما أو دخول جسم غريب في العين حيث نجد دائماً رباط الجسم الزّجاجي يمارس ضغطاً على الشّبكيّة[1].

3. أسباب انفصال الشّبكيّة:

1-حسر النّظر القوي: أكثر من 60%من انفصال الشّبكيّة يكون بسبب حسر النّظر القوي حيث أنّ انفصال الشّبكيّة يكون أكثر انتشارا أو مبكّراً عند حسير النّظر. فعين هذا الأخير مدّة وهذا ما يفسّر تمدد كل أغشية العين بما فيها الشّبكيّة. وهذا ما يلخّص الإتلافات المشيميّة الشّبكيّة وإنحلالات الجسم الزّجاجي والذي يؤدّي بذلك إلى انفصال الشّبكيّة.

إنّ انفصال الشّبكيّة عند حسير النّظر القوي تكون في سن 16-18سنة، فحسير النّظر القوي هو من 12-15 dioptries، وهذا ما يفسّر إنفصال الشّبكيّة عندهم بخطورة.

كما أن آفات الشّبكيّة المحيطيّة منتشرو وكثيرة وثنائيّة حيث أنّها تصيب العينين معاً، ونجد أساساً عند حسير النّظر القوي:

-انفصال الشّبكيّة بثقب النّقطة الصّفراء.

-التّمزّقات الاستوائية الكبيرة.

-التّمزّقات العملاقة وعادة انقلابات شبكيّة.

2-الأفاكيا: هي عبارة عن غياب الجسم البلّوري الذي ينزع في حالة سادة العين، فنزع الجسم البلّوري يصاحبه انفصال خلفي للجسم الزّجاجي، وبالتّالي الشّبكيّة بسبب الضّغط النّاتج، وقد يكون انفصال الشّبكيّة في هذه الحالة إمّا مبكرّاً (أقل من شهرين) أو متأخراً.

كما أنّ انتزاع الجسم البلّوري عند حسير النّظر القوي ينذر بالخطر (D.R).

3-العمر: انفصال الشّبكيّة عند الشّيخوخة يكون بسبب هشاشة الشّبكيّة.

4- تصلّب الشّرايين.

5-تشوّهات ولاديّة.

6-الوراثة. الوراثة ضروريّة ولكن دراسة هذا العامل معقّدة لأنّ حسر النّظر نفسه يعتبر مرضاً وراثيّاً حيث أن 35% من الحالات هي عائلية .

7- وحسب weekers يكون انفصال الشّبكة أكثر انتشاراً في الصّيف، إذن الأشعّة الضّوئيّة قد تكون من بين الأسباب[1] .

[1] Sarraux (H): abrégé d'ophtalmologie, éd. Masson, 1982, p. 22-26.

و بصفة عامة الانحلال المشيمي الشبكي قد يكون بسبب: حصر النّظر القوّي، الشّيخوخة، الوراثة، العوامل الأخرى .

4-الأعراض- الأعراض الوظيفيّة :

إنّ الأعراض الوظيفيّة هي إمّا إحساس بحاجز أو ستار un voile في منطقة معيّنة من الحقل البصري وإمّا بإحساس شيء مشوّه أو إحساس ينقص في شدّة الرّؤية، إحساس بذبذبات طائرة أو ببعض الشّعيرات المتحرّكة في مساحة واضحة عند الشّخص الذي يعاني من حسر النّظر القوّي أو عند الشّخص الكبير السّن.

هذه الإحساسات قد تعتبر تافهة غير أنّ غزارتها تجعلنا ننذر بوجود حلقة مشوّهة (جسم كبير يطفو في مركز الجسم الزّجاجي).

شرارات ضوئيّةDes phospheine، والأمر هنا يتعلّق ببريق ضوئي عنيف وكثيف قد يتجدّد لنا في بضعة دقائق في نفس المكان، هذه الشّرارات الضّوئيّة يأتي بسبب تشنّج الشّبكيّة من طرف الجسم الزجاجي وهذا في وقت تكوين تمزّقات، ونلاحظ هذه الشّرارة الضّوئيّة في الإطار المعاكس لإطار وجود التّمزّق الشّبكي وبعد أيّام تتبع هذه الأعراض عامّة إشارات تفسّر إنفصال الشّبكيّة وهي:

-حذف قسم من الحقل البصري، وهو القسم الذي تنفصل فيه الشّبكيّة وهي عبارة عن ستار أسود قد يكون سفليّاً أنفيّاً لانفصال حدث جبهي علوي، سفلي لانفصال علوي والعكس صحيح.

-نقص شدّة النّظر العنيفة لا تحدث إلاّ إذا مسّ الإنفصال النّقطة الصّفراء، قد سبق برؤية غير واضحة للأشياء، عندما يتسلسل السّائل في النّقطة الصّفراء.

بعض المرضى لا يشتكون إلاّ في المرحلة التي يكون فيها الإنفصال تامّاً حيث يمسّ النّقطة الصّفراء[1].

5-العلاج:

1-العلاج الوقائي: يتطلّب اختيار متسق لمحيط الشّبكيّة عند الأشخاص الذين يعانون من (حسر النّظر، فقد الجسم البلّوري، أو عند المصابين بانفصال الشّبكيّة في عين واحدة)، وخاصّة عند الذين يعانون من رض الكرة العينيّة وخاصّة إذا كان مرتبطاً بنزيف الجسم الزّجاجي، وكذا

1Hullo (A) : Ophtalmologie, Pré-internat, E.M.C.Ophtamologie, 1985, p.[48] [1]

sarraux h : op.cit .p.130 [1]

عند الأشخاص الذين تلقّوا نزع جسم غريب داخل العين والذين يسبّبون في انفصال خلفي للجسم الزّجاجي، وهذا ما يؤدّي بدوره إلى انفصال الشّبكيّة.

2-العلاج الجراحي: في حالة انفصال الشّبكيّة، العلاج يكون جراحيّاً فقط حيث يمرّ بعدّة مراحل:

-التّصحيح الدّقيق للتّمزّقات الشّبكيّة عن طريق اللّيزر.

-الضّغط على الصّلبة والذي يسمح بإعادة التصاق الوريقتين المنفصلتين سابقاً، ويكون إمّا عن طريق جيب من الصّلبة الصّفائحي وهذا لتعيد اتصال المشيمة بالشّبكيّة أو عن طريق الرّباط يوضع فوق الصّلبة حول العين كلّها، ويعيد بذلك التصاق الشّبكيّة بالمشيمة هذا إلى جانب بعض التّدخلات المكمّلة في حالة نزيف الجسم الزّجاجي.

غير أنّ هذا العلاج قد يدخل بعض التّعقيدات وخاصّة في حالة وجود ضغط كبير عندما نربط العين بالرّباط فقد يؤدّي هذا الرّباط في حالة شدّته إلى صعوبة في حركة العين Hypertonie oculaire، أو اضطرابات الجسم الزّجاجي الذي قد تؤدّي في حالة الخطورة إلى نزيف للجسم الزّجاجي (مع خطر الضغط على الشّبكيّة). وكذلك انتصاب دموي مشيمي بسبب وجود Hypotonie، وكذا تعفّن ما بعد العمليّة الجراحيّة (رفض تقنيّة معيّنة من الحصر)[1].

2/الجلوكوما (المياه السّوداء أو الماء الأزرق):

1-تعريف: الجلوكوما أو ما يعرف باسم المياه السّوداء: هي زيادة حادة في ضغط العين ممّا يحد من كميّة الدّم التي تصل إلى الشّبكيّة ويؤدّي إلى تلف الخلايا العصبيّة، وبالتّالي العمى إذا لم تكتشف الحالة وتعالج مبكّراً[2].

حيث أنّ في حالة حدوث المرض تظهر الحدقة كما لو كان لونها أخضراً مائلاً إلى الاصفرار والاسم الشّعبي للجلوكوما "الماء الأخضر" و"الأزرق". والظّاهرة الأساسيّة للجلوكوما التي تحدّد بقيّة أعراضها الأخرى هي ارتفاع ضغط العين الذي يؤدّي حليمة العصب البصري إلى الخلف تدريجيّاً وبالتّالي يؤدّي إلى ضمور العصب وتقلّص مجال البصر

[1] hullo a :op.cit.p50

[2] منى صبحي الحديدي: نفس المرجع ص45

وتردي الأوديما في الشّبكيّة[3]. والجلوكوما يعرف بأنّه ارتفاع التّوتر داخل العين فوق معدّله الطّبيعي الذي يتراوح بين 15-22 مم زئبق.

والجلوكوما ينتج عن ازدياد إفراز السّائل المائي الموجود في القرنيّة الأماميّة، أو يقلّ تصريفه نتيجة لانسداد القناة الخاصّة بذلك ، ممّا يؤدّي إلى ازدياد إفراز السّائل المائي الموجود في القرنيّة الأماميّة ، أو يقلّ تصريفه نتيجة القناة الخاصّة بذلك ، مما يؤدّي إلى ازدياد الضّغط داخل مقلة العين[4].

2-أنواع الجلوكوما:

1-الرّزق المكتسب:

أ-الرّزق الشّبانيّ: يصادف هذا النّوع اليفعان وهو عبارة عن ازدياد التّوتر داخل العين تصحبه تناذرات متعدّدة، منها فقدان القزحيّة، ويقول قناذر أكسنقلد أنّه عبارة عن خيوط رفيعة أو عريضة تمدّ من القزحيّة إلى القرنيّة وعلى الأجفن على الحافة الأماميّة لحلقة شوالية وتنكس الإشيليوم الصّباغي للقزحيّة والجسم الهدبي وترسّبه على وجه القرنيّة الباطن وفي الجونيز Tradeculumi وإعاقته لمرور الخلط المائي وسمي بالزرق الصّباغي.

ب-الزّرق التّالي: يطلق على كل زرق حاد أو مزمن ناجم عن علّة في العين وعلى الأخص في آفات قسم العين الأمامي. ففي هذه العلل يزداد توتر العين رويدا و بمرور الزّمن يؤثّر على العين ويخلّل وظائفها البصريّة دون أن ترافقه أعراض التهابية.

ج-الزرق المطلق: هو نهاية لكل زرق لم يعالج أو فشلت معالجته[1].

2-زرق العين الولادي أو الجلوكوما الوراثي عند الطّفل:

هو مرض خلقي أو حادث أثناء الطّفولة يصيب العينين عادة، ويظهر عند الأطفال الذين ولدوا في حالة عدم النّمو الكافي لقناة شليم أو انسدادها، كما أنّه يتميّز بارتفاع الضّغط الدّاخلي للعين الذي إذا استمر يعمل على توسّع وتمدّد الطّبقات الخارجيّة للعين فتظهر القرنيّة واسعة كرد على زيادة الضّغط داخل العين. ويصحب هذا التّوسّع تقطع وتخرب في الغشاء القاعدي

[3] حسن اكرم صادق : العين والعناية بها، دار العربية للعلوم، 1988، ط1، ص54

[4] **كمال سالم سيسالم:** نفس امرجع السّابق، ص45.

[1] **حسن كمال صادق** : نفس المرجع السّابق، ص165.

الدّاخلي للقرنيّة "غشاء"descerements" وبعدم شفافيّة القرنيّة، وهي العلامات المميّزة لضغط العين عند الأطفال[2].

إنّ زرق العين الوراثي يظهر قبل 9أشهر من عمر الرّضيع في 88%من الحالات، وهناك75%من الحالات تشخّص في الشّهور الأولى من الحياة، و60%في السّنة الأولى، كما أنّنا نشير إلى أنّ الذّكور معرّضون مرتين أكثر من الإناث للإصابة بهذا المرض.

3-الأسباب:

1-الأسباب الأوّليّة:

-عجز الطّبقة الجينيّة الوسطى عن فتح زاوية الغرفة الأماميّة.

-بقاء جزء من الطّبقة الجينيّة الوسطى في زاوية الغرفة الأماميّة.

- ارتكاز غير طبيعي للعضلة الهدبيّة في منطقة الجونيز.

2-الأسباب الثانويّة:

- نزيف داخل العين.

-التهاب القزحيّة والمشيمة.

- تناذر Struve Weber زرق طفيلي أحادي الجانب مع ورم دموي في الوجه والمخيخ[3].

4-أعراض الجلوكوما:

من أعراض هذا المرض:

- رؤية ألوان مصدر النّور، وقد نشاهد هذه الألوان حول ضوء السّيارة.

- ألم في العين، وصداع في الرّأس.

- تغبيش في الإبصار وبطء العين في القدرة على التكيّف للظّلام فإذا دخل في مكان مظلم احتاج إلى وقت طويل قبل أن يستطيع تمييز ما حوله من أشياء.

- يحتاج المريض كذلك إلى تغيير نظّارة القراءة مرّات.

- قد يحدث أن يجد المريض نفسه غير قادرعلى تمييز الأشياء الموجودة حوله

- بكيانه كلّه، فهو يرى الجزء الأعلى من الأشياء ولا يرى الجزء الأسفل وقد

- يصاحب ذلك إحساس مستمر بثقل العين مع ألم ضعيف[1].

---

[2] Rob Richard. M: L'ophtalmologie en pratique pédiatrique courante, Médecine et science, paris, 1982, p42.

[1] عبد الوهّاب عمّوري، خالد الحسن: أمراض العيون، منشورات جامعة حلب، كليّة الطّب 1982-1983، ط1.

5-العلاج:

إنّ علاج الجلوكوم هو العمل تخفيض ضغط العين المرتفع إلى المستوى الطّبيعي الذي لا يؤثّر على جريان الدّم بصورة طبيعيّة في داخل كرة العين. هذا يتم عن طريق التّشخيص المبكّر ومن ثمّ الابتداء بالعلاج.

ويكون العلاج عبر خطين هما:

أ-العلاج بواسطة القطرات الحبوب: والهدف من القطرات هو إمّا زيادة قابليّة نضوج السّائل من القنوات وإمّا تخفيض إفراز السّائل من الجسم الهدبي، وتكون كميّة القطرات أو الحبوب متناسبة مع شدّة المرض وحدّة الاستجابة للعلاج. فإذا انخفض الضّغط إلى المستوى المطلوب على المريض أن يستعمل الأدوية بصورة مستمّرة، وربّما طول حياته لأنّ الحالة لديه مزمنة. وكذلك يجب عليه مراجعة الطّبيب بصورة دوريّة للتّأكّد من مستوى ضغط العين العلاج وزيادة العلاج وإنقاصه استنادا إلى مستوى الضّغط. وفي حالة فشل القطرات والحبوب في جعل مستوى الضّغط بالمستوى المطلوب فإنّه يحتاج إلى اللّجوء إلى الطّريقة الثّانيّة وهي إجراء العمليّة الجراحيّة.

أ-إجراء العمليّة الجراحيّة: الهدف من هذه العمليّة هو إيجاد أو خلق ثقب بين الحجرة الأماميّة وبين الأنسجة الرّخوة تحت المنظّمة ليتمّ منه تسريب السّائل المائي بنسبة أكبر ممّا تستطيعه الثّقوب الطّبيعيّة، فإنّ هذا الثّقب المصطنع سيخفض من ضغط العين بالتّأكيد، وفي هذا الصّدد هناك حقيقة مهمّة وهي أنّ العمليّة الجراحيّة أو الأدويّة لا تستطيعان أن ترجعا.

ب-الرّؤية: التي فقدت قبل بداية العلاج، بل إنّ الهدف كلّه هو الحفاظ على ما تبقّى من الرّؤية. ولكن من المؤسف أن بعض النّاس يطلقون على هذا المرض بالماء الأسود لأنّه مرض لا شفاء منه ويؤدّي إلى العمى في كلّ الأحوال. لكنّ في الحقيقة لا يوجد ماء أسود أو أيّ لون آخر داخل العين، بل كلّ ما هنالك هو إرتفاع ضغط العين ومن الممكن معالجته وإنقاذ البصر من مضاعفاته إذا تمّ تشخيصه مبكّراً مثله كمثل أي مرض آخر[1].

---

[2] خليل المعايطة، وآخرون: نفس المرجع السّابق،ص59.

[1] حسن أكرم صادق: نفس المرجع السّابق، ص85.

3/سادة العين أو الكتاراكت La cataracte:

1-تعريف:

هي عبارة عن عدم شفافيّة الجسم البلّوري Cristallin حيث يصبح هذا الأخير لا يمرّر الأشعّة الضّوئيّة. وبذلك عدم رؤية الصّورة، كما قد تصيب الكتاراكت عيناً واحدة أو العينين معاً[2].

فالجسم البلّوري عبارة عن عدسة ثنائيّة التحدّب، شفافة، تتمركز بين القزحيّة التي توجد في الأمام والجسم الزّجاجي الذي يوجد في الخلف. هذه العدسة تكون مشدودة بألياف الجسم الهدبي Corps ciliaireويتراوح قطرها حوالي 10مم[3].

في حالة الرّاحة، الأربطة التي تمسك الجسم البلّوري تكون ممتدّة والجسم البلّوري يكون منظّماً للرؤية البعيدة وفي حالة الرّؤية القريبة هذه الأربطة ترتخي وتحدب الجسم البلّوري.

يتكوّن الجسم البلّوري من ألياف أماميّة خلفيّة موزّعة على شكل صفائح متمركزة وهو يحتوي على منطقة مركزيّة (النّواة) ومنطقة القشرة محدّدة بكبسولة.

عند الشّاب يرتبط الجسم الزّجاجي بشدّة مع الجسم البلّوري عن طريق غشاء شفّاف، هذا الارتباط الذي يرتخي عند الكبر[4].

2- أنواع سادة العين:

تتنوّع سادة العين حسب موقعها في الجسم البلّوري وحسب سببها.

أ- تنوّع سادة العين حسب موقعها:

قد يسمح المقطع العيني المحقّق بمصباح ذي فتحة La lampe à fente بمعرفة موقع اللاّشفافيّة في الجسم البلّوري وتكون إمّا جزئيّة أو كاملة، وبذلك نميّز:

- سادة العين النّوويّة (لاشفافيّة النّواة).
- سادة العين القشريّة (لاشفافيّة قشرة أو محيط الجسم البلّوري).
- سادة العين التحت الكبسولة الخلفيّة على شكل خيال.
- سادة العين القطبيّة الأماميّة أو الخلفيّة.

[2] Hullo (A): op.cit.p70.
[3] Sarraux (H): op.cit. P135.
[1] Hullo (A): op.cit.p70

كما أنّ سادة العين قد تكون منفردة وهذا يكفي لتفسير نقص شدة النّظر أو تكون مرتبطة بمرض آخر (كزرقة العين المزمن، ومرض الانحلال الشّيخوخي للنّقطة الصّفراء).

ب-تنوّع سادة العين حسب سببها:

1-سادة العين الفطريّةLa cataracte congénitale.

يولد الشّخص بها وهو عادة ما يظهر بجلاء في العين على شكل ضبابة بيضاء في الحدقة ويكون إمّا ثنائيّاً أو أحاديّاً، وقد تكون إمّا منفردة أو مصطحبة بتشوّهات جسميّة أخرى مثلا:

تناذر لوي، أمراض الغدّة النّخاميّة...ونادراً ما تصحب بحول (في سادة العين الأحاديّة).

فقد يعرف هذا النّوع إمّا لأسباب حمليّة: إصابة الأم في الأسبوعين الأوّلين (بحصبة ألمانيّة)، هذا ما يؤدّي إلى سادة العين الكاملة أو النّوويّة والتي تصطحب بالتهاب المشيمة والشّبكيّة وأمراض أخرى، وبالأخص قلبيّة.

كما أنّ إصابة الأم بالسّفلس الفطري قد تؤدّي إلى سادة العين.

- وقد تكون هذه لأخيرة عامل لزملة أو تناذرBonnevie أوLowe.

- أو تكون وراثيّة النّوويّة أو كاملة حيث يكون التّنبؤ حسناً نسبيّاً.

2-سادة العين الثّانويّة:

أ-سادة العين المرضيّة: قد تكون سادة العين مرتبطة بمرض عام حيث نستطيع أن نجدها عند الأشخاص الحاملين لهذه الأمراض:

- داء السّكر: توجد عند الشّخص قبل 45 سنة وتطوّرها سريع.

- داء الكزاز.

- الكلاكتوزيميLa Galactosémie: عند الرّضيع وهي عبارة عن داء وراثي يمنع استعمال كلاكتوز الحليب.

- كذلك سادة العين المرتبطة ببعض التّناذرات: المنغوليّة إلى جانب سادة العين الورميّة (الورم الخبيث للمشيمة)[1].

[1] Hullo (A): op.cit.p72.

ب-سادة العين الرّضديّةLes cataractes traumatiques: وهي تنقسم بدورها إلى ثلاثة أنواع:

1-سادة العين عن طريق ثقب: حيث كل جرح لكبسولة الجسم البلوري عن طريق سكين أو سهم إما رضدية أو عملية تدخل بدلك كتاراكت أولا في مستوى الثقب أو الجرح إذا كان الجرح تلقائيا و صغيرا، و بعدها إلى كتاراكت بيضاء كاملة بعد بضعة أسابيع إلى عدة شهور.

2- *سادة العين عن طريق جسم غريب:* وقد تكون داخل العين بصفة عامة أو داخل الجسم البلوري بصفة خاصة .

3-سادة العين عن طريق الرض: حيث أن رض الكرة العينية قد يدخل بعد أشهر قليلة آفات رضدية مرتبطة (بآفة القزحية ، زيادة الضغط في العين ، آفات مشيمية شبكية) وهذا ما يعقد و يدهور وظيفة الرؤية.

ج- سادة العين عن طريق عوامل فزيائية: وهي استثنائية و قد تكون كتاراكت عن طريق الحرارة أو عن طريق تكهرب قوي الفولط أو عن طريق الأشعة (Rayon X) ويكون علاجها وقائيا أكثر مما هو طبي.

د-سادة العين التسممية : هي نادرة الانتشار وقد تكون عن طريق استعمال الأدوية Corticoïdes إلى جانب الأدوية المستعملة لأمراض أخرى مثلا.الأزمة الحادة التي قد تدخل سادة العين الثنائية. وسادة العين القشرية الخلفية ويظهر الخلل في:

- السلوك البصري (منعكس اتباع الضوء) .
- استجابة للضوء الشديد
- عدم وجود منعكس صورة حركة Réflexe-photo moteur.
- وجود حكة في العين دلالة على عدم الرؤية الجيدة أو دلالة على العمى .

ه-سادة العين المكتسبة :

1- **متعلقة بالشيخوخة:** و هي أكثر انتشارا وقد تكون عامة ثنائية و تمس الكبير في السن[1]. أعراضها تتنوع بإدراك لون أبيض وراء الحدقة و كدلك نقص شدة النظر واحساس بضبابة.

[1] Taylor Asbury. Daniel Vaugman: Ophtalmologie générale, éd. Médicale internationales.1988

هدا النقص التدريجي قد يصل إلى استهلاك إدراك ضوئي بسيط[2]. وقد تكون إما قشرية أو نووية حيت لا يرى المصاب جيدا في النهار ولكن رؤيته تتحسن في المساء لأنها نووية.

2- **بسبب مرض عيني:** قد تتطور سادة العين كنتيجة مباشرة لمرض عيني، هذا الأخير الذي يؤدي إلى اضطراب فيزيولوجية الجسم البلوري كحالة التهاب العنبة المكرر حيت أن الكتاراكت تبدأ في الطبقات التحت الكبسولة الخلفية ثم تقتحم ثانويا كل الجسم البلوري.

وأسباب هذا النوع من الكتاراكت هو التهاب العنبة المزمن أو المتكرر، زرقة العين، التهاب الشبكية الصبغي و كذا انفصال الشبكية.

3-الأسباب:

هناك أنواع من الساد، وجميعها تحدث من جراء حدوث تغير في التركيب الكيماوي في طبيعة البروتين الذي يكون نسيج العدسة(الجسم البلوري) مما يؤدي إلى فقدان شفافية النظر.

هذا التغيير قد يحدث من جراء الشيخوخة، أو حدوث شد على العين أو حالات رضية أو جارحة. كذلك قد يحدث الساد عن بعض الأمراض التي تصيب الجسم كمرض السكر.

ومن الممكن ان يصاب الاطفال حديثو الولادة بالساد من جراء إصابتهم بأمراض وراثية أو تشوهات جنينية.

من احدى ظواهر الشيخوخة في الانسان وفي بعض الحيوانات فقدان شفافية العدسة، وهذا ما يسمى بالساد الشيخوخي وهو أكثر أنواع الساد شيوعا، وهو يبدأ في العقد السادس من العمر، اكن في بعض الحالات يحدث مبكرا وربما في العقد الخامس من العمر.

الأطفال متل البالغين قد يحدث لهم في أي عمر ساد و عندما يحدث دلك في الأطفال وخصوصا في حديثي الولادة فإنه يكون على الأغلب بسبب أمراض وراثية وأهمها اصابتهم بالحصبة الألمانية وهم داخل أرحام أمهاتهم[1].

4- أعراض سادة العين :

- نقص تدريجي في شدة الرؤية (كلما كانت الكتاراكت متطورة كلما زاد نقص الرؤية).
- ازدواج البصر الأحادي.
- ضبابة بيضاء على مستوى الحدقة (وهو من أهم أعراض الكتاراكت).
- اضطراب الرؤية المرتبط بعدم انكسار الأشعة الضوئية في حالة الضوء الشديد[2].

[2] Sarraux (H) :op.cit. P.154.
[1] حسن أكرم صادق: نفس المرجع السّابق، ص70،71.

5- علاج الكتاراكت (الساد) :

العلاج الحقيقي يعتمد على الجراحة، ومن الواجب عدم المبادرة الى اجراء العملية الجراحية قبل اكتمالها، وقبل عجز المريض عن القيام بأعماله الاعتيادية الضرورية اليومية إلا في حالة ما اذا كان هناك سبب يعجل بإجرائها مثل ظهور الجلوكوم، بعد اجراء العملية وفي حال نجاحها، أو حصولها دون اشتراكات. فعلى المريض أن يستعمل نظارات طبية، إذ بدونها يبقى نظره ضعيفا، فالعدسة لها وظيفة في عملية الرؤية ونزعها عن طريق استخراج الكتاراكت يفقد العين هده الوظيفة، مما يدفعنا الى استبدال وظيفتها بنظارات طبية أو بعدسة لاصقة بقوة تتراوح بين 10و12 و حدة بصرية (طول نظر) وفي السنوات الأخيرة لجأ الأطباء إلى زرع العدسة داخل العين (مكان الكتاراكت) وهده العملية تتم في نفس الوقت الذي نستخرج فيها الكتاراكت، وقد حققت نجاحا باهرا في الفترات الأخيرة.

غير أن بعض العمليات الجراحية للكتاراكت لا تخلو من ظهور اشتراكات أثناء وبعد العملية، تؤثر بشكل أو بآخر على النظر وعلى نجاح العملية عموما، ومن هده الإشتراكات: الجلوكوم، نزيف داخل العين ، خروج السائل الزجاجي ، انفصال الشبكية ، التهابات داخلية و خاصة في طبقة القزحية[1].

4/الظفرة pterygium:

1-تعريف:

الظفرة هي امتداد الملتحمة على القرنية بشكل مثلث (قاعدته في الملتحمة ورأسه في القرنية) وهو يصيب بشكل خاطئ متوسطي العمر، وقد يأتي أحيانا عند الصغار.

في أغلب الأحيان يسبق ظهور الظفرة تغير في المكان الذي تنبت فيه حيث يبدأ بالاصفرار والتضخم أو النتوء في الملتحمة قريب من حد القرنية، يدعى هذا التغير pingucula ما يلبث بعد فترة وجيزة أن يكتسي بعد النقاط البيضاء من الكالسيوم يتجه هذا التغير نحو القرنية وحالما يؤسس فيها ويأخذ في الامتداد يدعى الظفرة.

---

[2] Hullo (A): op.cit.p.61.

[1] حسن علي حسن: العين أمراضها ووقايتها، الدّار العالميّة، بيروت، 1986، ط1، ص145، 146

2- أنواع الظفرة :

قد تكون الظفرة في عين واحدة أو في كلا العينين .

1- الجهة الداخلية للعين : الظفرة تنمو في أكثر الأحيان من هذه الجهة .

2- الجهة الخارجية للعين : نمو الظفرة من هده الجهة أقل

3- كلا الجهتين في العين الواحدة : نمو الظفرة فيها حالات نادرة .

3- أسباب الظفرة :

السبب الحقيقي غير معروف، وهناك عدة نظريات متباينة حول ماهيته، لكن هناك شيء واحد متفق عليه من طرف الجميع وهو أن:

- التعرض الدائم للشمس

- للغبار.

- للريح وما شابهها يساعد في ظهور الظفرة ويعزز هدا الاعتقاد ظهور الظفرة بكثرة في البلاد الحارة نسبيا، وندرتها في المناطق الباردة. وتطور الظفرة بشكل عام بطئ جدا قد يمتد لعدة سنوات، وفي بعض الحالات يصل الى درجة معينة من النمو يتوقف عندها عن التطور تلقائيا أو العكس قد يتطور فجأة بشكل ملفت للنظر .

4- أعراض الظفرة :

يشكو المريض المصاب بالظفرة من :

- احمرار على مستوى الظفرة يزداد خاصة عند السهر والتعب والحزن و بعد البكاء وبعد الحمام وعند الاقتراب من النار.

- وكأن شيئا ما داخل عينه، فما يتعلق بالنظر الظفرة لا تؤثر على حدة النظر إلا عندما تنمو بشكل يغطي قسما من البؤبؤ، وهذا لا يتم إلا بعد مرور سنوات عديدة على ظهور الظفرة.

5- علاج الظفرة:

ليس هناك من علاج للظفرة بسبب عدم معرفة السبب الذي أدى إلى ظهورها، غير أن ذلك لا يمنع من استعمال بعض الأدوية المسكنة المخففة للأعراض السابقة وخاصة تلك الأدوية التي تخفف من الاحمرار ومن الحكة في العين.

أما العلاج النهائي فهو العملية الجراحية، وفي معظم الحالات تتم تحت بنج موضعي وفي العيادة وليست بحاجة الى استشفاء.

غير أن عددا كبيرا من الظفرة يعاود من جديد حتى بالأفضل الطرق المتبعة، وهنا لابد من اعادة العملية أكثر من مرة، وحتى للجوء الى عملية زرع بأخذ قسم من الملتحمة من نفس العين أو من العين الأخرى و زرعه مكان الظفرة المستأصلة[1].

5/ الحول :

1- تعريف :

هناك من عرف الحول بأنه انحراف ظاهر ثابت في المحور البصري لإحدى العينين مهما كان اتجاه الرؤية، وتتبع العين الحولاء العين السليمة في جميع حركاتها محافظة على زاوية ثابتة، وقد يكون الحول في أول أمره دوريا و ذلك أثناء التعب عند الأطفال المصابين بمد البصر hypermétrope وثابتا عندما تكون الرؤية ضعيفة في إحدى العينين[1].

ويعتبر الحول عرضا حركيا ذي تركيبين، تركيب حركي moteur، بحيث تسمى إحدى العينين بالعين المنحرفة أما العين الأخرى فتسمى بالعين الثابتة، وتركيب حسي sensorielle ويتمثل في تشوش الرؤية بالعينين[2].

2- **أنواع الحلول :** حسب اتجاه الانحراف ينقسم الحول الى :

1- متقارب (convergents) : عندما تنحرف العينين الى الداخل

2- متباعد (divergents) : عندما تنحرف إلى الخارج .

3- العمودي (verticaux) يكون الانحراف في مستوى عمودي

1- الحول المتقارب: أنواعه أربعة :

أ- الحول بتفاوت الانكسار في العينين (anisometropie): أحد العينين لديه انكسار للأشعة مختلف عن الأخرى مصحوبة سواء بمد البصر(hypermétropie)، لابؤرية (astigmatisme)، نقص النظر(myopie)، فتكون الرؤية غير واضحة.

ونجد الخلل في الأوساط الشفافة أو في الشبكية، ويحدث هدا الحول في السنوات الأولى من الحياة.

ب- الحول التكيفي (Accomodatif): يظهر هذا النوع متأخرا عند بداية الحياة المدرسية، ويتحسن عن طريق استعمال النظارات.

---

[1] حسن علي حسن: نفس المرجع السّابق،ص111، 112.

[1] عدنان رضا سعيد: الوجيز في أمراض العين، ج2، مطبعة جامعة دمشق، 1961، ص131.

[2] Lanthony (p): Dictionnaire du strabisme, 2eme semestre malonie, 1983, p157.

ج- حول من أصل شللي (paralytique): إن الشلل الخفيف الذي يظهر في السنوات الأولى يعرقل اكتساب الرؤية بالعينين بشكل طبيعي، والحول هنا يبقى رغم زوال الحول الخفيف، و يظهر هذا الحول بعد الصدمة، كمرض معد، أو مشكل في النمو نتيجة صدمة ولادية.

د-الحول الوراثي: أكثر من 50%من الحول يكون وراثيا، في هذه الحالات التحسن لا يكون كاملا.

2- الحول المتباعد:

أقل انتشارا من المتقارب يكون عند الأطفال، الكبار أو الراشدين. ويبدأ من عمر معين (ما بين 6 إلى 7 سنوات)، نستطيع تقسيمه إلى ثلاث أنواع:

أ – الحول المتباعد بقصر النظر: وهو متكرر جدا .

ب- الحول المتباعد بغطش بصري (Amblyopie): تفاوت الانكسار في العينين أو مرض في العينين.

ج- الحول المتباعد بأصل مركزي (D'origine central): يكون بتجاوز التباعد. إن الحول المتباعد يتطور ببطيء، فهو غير منظم و يختلف حسب رؤية الموضوع من قريب أو من بعيد، ويختلف من اختبار لآخر، هدا الحول غير المنتظم يستطيع أن يصبح دائما أو يتطور تجاه الحول المتلف أو الغطش البصري. ويكون الأساس العلاجي نفسه كالحول المتقارب بإعادة التدريب وتمارين تقويم البصر.

3- الحول العمودي: يكون الانحراف عموديا، وهو شلل خفيف يرجع إلى مشاكل في الولادة أو بعدها، وقد يؤدي أحيانا إلى شلل في الوظيفة الإحدى العينين. وهنا يجب الذكر أن العملية الجراحية تكون أكثر تعقيدا، لأنها تخص بثمانية عضلات عوض أربعة عضلات[1].

3- أسباب الحول:

-أسباب بصرية: من أهمها سوء انكسار لمحاور العين و التي نجدها بكثرة عند الأطفال المصابين بمد البصر و عند المصابين بحسر البصر.

-أسباب عضوية : كالأمراض التي تصيب مقلة العين، الشبكية و الأعصاب البصرية ، فإذا ظهرت هذه الأمراض في سن مبكرة فإنها تؤدي إلى ظهور حول متقارب Strabisme

[1] Sarraux h : op.cit.p.165

convergent، أما إذا ظهرت هذه الأمراض عند الراشدين فإنها تؤدي إلى حول متباعد Strabisme divergent .

- أسباب ناتجة عن شلل حركي عينيّ: إن أي شلل في إحدى العضلات المحركة للعين يؤدي حتما إلى حول ، كما ينمك أن يكون هدا الشلل خلقيا نتيجة لقصر العضلات مثلا[2].

4- الأعراض :

-أعراض بصرية : وتتمثل في خلل الرؤية بالعينين حيت يمكن للأحول أن يرى في كل من لعينين، دون أن يشكو من تشوهات بصرية وظيفية كانت لا بد أن تحدث كظهور الشفع Diplopie وتداخل الصور Confusion، وفي الواقع أن الأحول لا يشكو من هده الأعراض لأن الدماغ يبطل الصورة التي تأتيه من العين المحولة، فلولا هذه الآلية لكان يجب أن يشكو المريض من الشفع لارتسام خيال الجسم في اللطخة الصفراء للعين المثبتة، وبجوار اللطخة الصفراء في العين الحولاء و منه انطباع صورة جديدة من الدماغ بالتالي ظهور الشفع، ومع مرور الزمن يتولد كسل في العين المحولة ويحدث ما يسمى Amblyopie ex-anopsia[1].

-أعراض حركية : وتتمثل في انحراف لمحاور العين ، تكون على عدة أشكال.

-حسب موقعه: يكون الحول علويا Strabisme sconvergentأو سفليا Déorsumvergent ونجد في بعض الأحيان الحول المختلط.

-حسب اتجاهه: تكون المحاور متقاربة عند المصاب بالحول المتقارب داخل أو تكون المحاور متباعدة عند المصاب بالحول المتباعد الخارج.

- حسب ثباته: إدا كان التثبيت في نفس العين وكانت العين الأخرى دائما محولة تسمى ب Monoculaire . أما إذا كان التّثبيت متناوبًا فيسمّى بالحول المتقارب[2].

5- علاج الحول :

علاج الحول دائما يكون بواسطة الطبيب الذي يستعمل النظارات والتمارين الخاصة بعضلات العين و الجراحة[3].

---

[2] **Hugonier (R), Hugonier (S):** Strabismes, Hétérophories, Paralysies oculomotrices, 3eme. Ed. Massonet. Paris, 1970, P 145, 149.

[1] **عدنان رضا سعيد**: نفس المرجع السّابق، ص128، 129

[2] **Goddee (D), jolly**.op.cit.p.1-2.

هناك بعض أنواع الحول التي يتطلب فيها التدخل الجراحي ويتم عن طريق التخدير الموضعي أو العام، وقبل القيام بالعملية الجراحية يجب معرفة نوع الحول ودرجته، قوة ابصار العينين، سن الطفل، نقول عن جراحة الحول أننا نقوي أو ننقص من عمل العضلة.

فالهدف منه هو تغيير وضعية الارتكاز للعضلات[1]. وتكون العملية الجراحية في الحول إنسي (متقارب) بإرجاع ارتكاز العضلة المستقيمة الإنسية إلى الخلف لتخفيف التقارب مع تقصير العضلة المستقيمة الوحشية لتقوية التبعيد إذا لم يكن العمل على العضلة الإنسية وحدها. أما الحول الوحشي (المتباعد) فتكون العملية بإرجاع ارتكاز العضلة المستقيمة الوحشية إلى الخلف لتخفيف التباعد و تقصير العضلة المستقيمة الإنسية لتقوية التقريب إذا لم يكف العمل على العضلة المستقيمة الوحشية وحدها[2].

[1] **أحمد السّعيد يونس**، مصري عبد الحميد، حنورة:رعاية الطّفل المعوّق، دار الفكر العربي،1991، ط2، ص20.
[2] **عدنان رضا سعيد:** نفس المرجع السّابق، ص131، 132.

الفصل الرابع: العملية الجراحية

*العملية الجراحية

*انواع العملية الجراحية

*القلق وعلاقته بالعملية الجراحية

تمهيد:

من بين مراحل العلاج، الجراحة التي تعتبر فرع من الفروع الطب المتخصص في علاج الأمراض بالعمليات الجراحية، وتعتبر آخر مرحلة يلجأ إليها الطبيب المعالج بعد العلاج الكيميائي أو علاجات أخرى. كما أن كل عملية جراحية تستدعي فترة الاستشفاء لا يمكننا الفصل فيها.

والطفل عند قيامه بعملية جراحية يجب أن يمر بجميع هذه المراحل، المرض، الاستشفاء وعليه تليها مرحلة الجراحة كآخر سبيل للشفاء وكتجربة إضافية للتجارب السابقة (فحوص طبية، حقن، أخذ عينة الدم...).

ولكن في هذه المرحلة يخص الأمر تدخل على مستوى جسمه الذي يوقظ لديه قلق البشر، قلق الخصاء وفقدان جزء هام من جسمه، كل هذا مغذي بخياله الفائض والغير محدود، عليه فإن كل عملية مهما كانت بساطتها وسهولتها إلا أنها توقظ لدى الطفل نفس مشاعر القلق والتوتر والانفعال. مثلما مثل العملية الجراحية الجد مهمة أو المعقدة.

1-تعاريف العملية الجراحية:

- العملية الجراحية هي علم المعالجة بعض الأمراض، بعض الجروح أو بعض عيوب الجسم عن طريق تدخلات يدوية أو أدوية[1].

- علم الطب الذي يتمثل في تطبيق بالبيد العارية أو مسلحة بأدوات، تغيرات على جسم حي...تسمح الجراحة بتغير مسار الجروح أو الأمراض حينما يكون العلاج الطبي غير كافي أو غير فعال.

باستطاعتها أن تطبق على حالات مختلفة: صدمات، أورام، اضطرابات وظيفية[2].

- وهي جزء من الطب الإنساني والحيواني الذي يتمثل في علاج حالات مرضية أو جرح معالجة التشوه عن طريق تدخل يدوي أو دوائي على الجسم وأجزائه الداخلية[3].

ومن خلال التعاريف المختلفة للجراحة نلاحظ أنها علم يستلزم فعل يدوي وإذا رجعنا إلى أصل الكلمة التي هي من اليونانية (Keirugai) نجد أنها تعني عمل يدوي.

[1] Dictionnaire quilet de la langue française, librairie. Aristide quillet, Paris. 1975. P93.
[2] Dictionnaire encyclopédique l'arousse, librairie L'arousse, Paris. 1975. P93.
[3] Dictionnaire Hachette encyclopédique illustre. Hachette, Paris. 1975. P93.

بهذا لا نستطيع أن نعرف الجراحة بدون تعريف الفعل الجراحي العملية الجراحية أو التدخل الجراحي الذين لهم نفس المعنى.

من وجهة النظرية الطبية تعتبر العملية الجراحية "كل تدخل جراحي مطبق على الجسم الحي عن طريق أدوات بعد شرط يسمح بمسك دخول في المجال الجراحي... مختلف أنواع الجراحة التي هي تقنيات وأساليب نسميها كذلك علمية"[1].

الفعل الجراحي:

"هو مجموعة الحركات التي تتولى والتي تشكل العملية الجراحية من شرط الجلد وحتى الخياطة"[2].

"وهو كل فعل ميكانيكي على جزء من الجسم الحي بصدد تغيره، قطعة أو نزعة"[3].

2-أنواع العملية الجراحية:

تصنف الجراحات إلى عدة أصناف:

1- الجراحة العاجلة:

وهي إجراء سريع في حالة الطوارئ كالكسور وإصابات الحوادث والنزف وانسداد الجهاز التنفسي والأمراض الحادة بالبطن.

2- الجراحة الاختيارية:

في الجراحات الاختيارية يختار الوقت المناسب للمريض ليختار أفضل المستشفيات وأكثرها ملائمة لإجرائها، وأكثر العمليات الجراحية هي اختيارية ولا تجري في عجلة، وهذا بعد إنقضاء وقت كافي لإجراء الفحوص اللازمة لمعرفة مدى المرض نوع الجراحة المطلوبة، ولتحضير المريض وتقويته قبل إجرائها بإتباع نظام معين في التغذية وتناولها بعض الأدوية.

3- الجراحة الشبه عاجلة:

وهذا النوع من العمليات يتم إجرائها في غضون وقت محدد فاستئصال بعض الأورام مثلا لا يمكن تأجيله، وإن كان من الجائز السماح بمدة لا تزيد على أسبوعين لتقوية المريض وعمل الفحوص اللازمة.

وتختلف مدة التأجيل، باختلاف المريض والمرض، ومن المؤكدات الجراح لا يتعجل في إجراء الجراحة إلا إذا كان ذلك في مصلحة المريض[1].

[1] Dictionnaire Médical, MANUILAL, MANUILA..A NICOULIN M7ème edition. Masson. Paris. 1996 ; p125.
[2] Nouveau larousse Médical. Edition la rousse. France. 1980. P70.
[3] Le petit Robert I Robert Paris; 1992, p45.

كما أنه هناك أنواع كثيرة من الجراحات منها:

*** الجراحة المقفلة:** التي لا تحتاج إلى شق الجلد كإصلاح الكسور وغيرها من أمراض العظام والمفاصل.

*** الجراحة المفتوحة:** لا تحتاج إلى شق الجلد، وهذا هو النوع المقصود بكلمة عملية جراحية عادية.

*** الجراحة الكشفية:** هي التي يلجأ إليها الطبيب عندما يعجز عن تشخيص المرض بالفحص الخارجي والفحوص المعملية والتصويرية بالأشعة فيفتح الجراح مكان المرض لفحص الأعضاء الباطنة مباشرة وربما إجراء علاجا جراحيا في الوقت نفسه وهي تتضمن:

- الجراحة الشخصية: وهي فحص الأعضاء الباطنة بعد إدخال أجهزة خاصة من فتحات الجسم الطبيعية أو خلال قطع صغير بالجلد وبهذا يتحاشى الجراح إجراء جراحة كشفية كبيرة[2].

3- القلق وعلاقته بالعملية الجراحية:

إن العملية الجراحية تسبقها فترة استشفاء في المستشفى يتم من خلالها التحضير للعملية الجراحية.

ويرى الباحثون في مجال الاستشفاء أن الأساليب والعوامل التي تلعب دورا في استثارة القلق لدى المريض خلال إقامته في المستشفى، ومن أهمها عامل تغير المحيط إذ أن المريض سوف يعيش فترة معينة في إطار مختلف كل الاختلاف عن الإطار العائلي الذي كان يعيش فيه سابقا، نظرا إلى الوضعية الجديدة التي آل إليها بحيث يجد نفسه في سرير مرقم بين عدد من المرضى الموجودين معه عكس ما كان عليه في الحياة اليومية، وهذا ما يولد لدى المريض القلق والحيرة والارتباط، وقد يتضاعف هذا القلق حينما يشعر بالعزلة وشبه الإقامة الجبرية مقيدا بأوامر وقوانين. وبهذا تصبح الإقامة في المستشفى ذات تأثير سلبي في نفسية المريض لحرمانه من الاختلاط بالمحيط الذي ألفه قبل دخوله.[3]

وهذا ما يؤثر في الناحية النفسية للمريض مما يزيد في إبراز رعب وقلق المريض وتبعث فيه الشعور بالملل والضجر، وكذا المعاملة غير الإنسانية للفرقة الطبية بالمستشفى. ويشير **Coldfey** سنة 1963 إلى أن المريض خلال إقامته بالمستشفى يشعر وكأنه في سجن. فهذا

---

[1] إبراهيم أبو النجاة وعيسى حمدي المادني ولويس دوس، موسوعة الطبية، الجزء الخامس (ت.ج)، القاهرة، ص241.

[2] إبراهيم أبو النجاة وعيسى حمدي المادني ولويس دوس، موسوعة الطبية، الجزء الخامس (ت.ج)، القاهرة، ص242.

[3] Revue hospitalière de la France, n°227- Janvier 1975, p31.

الشعور ناجم عن النظام الجديد الذي يخضع له كتغير أوقات النوم، ونوعية الطعام، بالإضافة إلى طريقة المعاملة التي تتميز بالسلبية إلى جانب الحديث سوى عن المرض والعمليات الجراحية، وهذا ما يزيد من حدة القلق.[1]

لقد اهتمت **أنا فرويد A.Freud** بالقلق وعلاقته بالعملية الجراحية حيث أعطت أهمية ودورا للشخصية والتكوين النفسي في استثارة القلق قبل إجراء العملية الجراحية، إذ تقول: "إن نوعية العملية الجراحية أو الخطورة التي يتوقع المريض التعرض إليها هي التي تعطي قيمة كبيرة للحالة الانفعالية القلقة التي يعاني منها المريض إلى جانب استعداده الشخصي والنفسي اللذان يعملان على إثارة القلق"[2]

فالفرد المقبل على إجراء العملية الجراحية لأول مرة ينتابه القلق الشديد قبل إجرائها، وهذا راجع إلى كونه يجهل مصيره بعد هذه العملية، فالآلام التي يشعر بها المريض في هذه المرحلة بالإضافة إلى خوفه من عواقب العملية ومن الصعوبات التي سوف يتعرض إليها تكون لديه صورة من القلق تترجم في صورة تجربة نفسية مؤلمة يشعر من خلالها أنه سوف لن يجني منها سوى آثار سلبية تهدم كيانه النفسي والعضوي[3]

فالمريض في هذه المرحلة يتخيل أشياء كثيرة رهينة، وهذا ما يزيد في حدة قلقة فهو يتوقع حدوث تعقيدات أثناء القيام بالعملية الجراحية كما يتخيل قاعة العمليات وما فيها من أجهزة ستمس جسده مع تصوره المقلق لحالته الجسمية بعد العملية الجراحية وما يطرأ عليه من تغير جسمي كالنقص الفيزيولوجي، بالإضافة إلى تخيله لفشل الجراح في العملية الجراحية. [4]

---

[1] **Coldefy** (J.M): Psychologie appliqué à la chirurgie, éd, flammarion, paris, 1963, p90.
[2] **Held** (R): De la psychanalyse à la médecine psychosomatique, éd, payot, paris, 1986, p353.
[3] [4] **Lacombe** (M): Précis de soin aux malades de chirurgie pré-opératiores, éd, Lamane pivot, 1ère partie, p149.
[4] **Coldefy** (J.M): Approche psychiatrique de la pratique médical et chirurgicale, éd, pivot, 1974, p203.

الجانب التطبيقي

1- تقديم مكان البحث

2- تحديد عينة البحث وشروط اختيارها.

3- المنهج المتبع.

4- تحديد التقنيات المستعملة.

1- تقديم مكان البحث:

لقد تم إجراء بحثنا هذا بمصلحة طب العيون بالمستشفى أحمد فرانسيس بوادي رهيو ولاية غليزان وفيما يلي وصف موجز للمكان.

- تحديد المكان الجغرافي للمستشفى:

يقع مستشفى أحمد فرانسيس بدائرة وادي رهيو ولاية غليزان وهو يحتوي على 13 مصلحة.

- مكان مصلحة طب العيون بالنسبة للهيئات الإدارية المنتمية للمركز:

مصلحة طب العيون تعتبر ثالث مصلحة في التسلسل الموقعي وذلك بعد المرور بمصلحة جراحة الرجال ثم مصلحة جراحة النساء وتليها مصلحة طب العيون.

* أما فيما يخص الترتيب الإداري فهي تحتل المرتبة 03 من 13 مصلحة، كما تقوم ببعث الحالات إلى المصالح الأخرى للتكفل بها.

- النظام الداخلي للمصلحة من الناحية الإدارية والطبية:

يقوم بتسيير المصلحة مجموعة من العمال منهم رئيس المصلحة، أطباء مساعدين، أثناء متربصين ممرضين، عمال إداريين. المختصة النفسية. المساعدة الاجتماعية.

- اختصاص وصلاحيات المركز:

تحتوي مصلحة طب العيون على طابقين هي كالتالي:

1- **الطابق الأرضي:** يوجد فيه مكتب الأخصائية النفسانية، مكتب الطبيب المخدر مكتب للفحص المرضي المزاولين لعلاجهم عن طريق المواعيد ومكتب خاص بالمساعدة الاجتماعية ومكتب رئيس المصلحة.

2- **الطابق الأول:** ويوجد فيه قسم بالعمليات الجراحية والإنعاش ومكتب مراقب قسم العمليات الجراحية وفيه أيضا قاعة للفحص والتضميد.

كما تحتوي هذه المصلحة على آلات وتقنيات للفحص وإجراء العمليات الجراحية ويبدأ العمل في المصلحة على الساعة الثامنة صباحا يتابع كل طبيب مجموعة من المرض حسب نوع المرض.

2- تحديد عينة البحث وشروط اختيارها:

1- تعريف العينة:

حسب M. Angers...1996 فإن العينة تختار حسب طبيعة البحث العلمي في العلوم الإنسانية، حيث إذا لم نستطيع دراسة المجموع الكلي للأفراد نقوم باختيار جزء منهم فقط مع التأكيد بأن الجزء المختار يمثل المجموع، فهذا الجزء من المجموعة هو العينة، حيث أن القيام بمسح شامل لمجتمع البحث يتطلب جهدا ووقتا كبيرين ولأن الأفراد يختارهم الباحث تبعا لعوامل معينة منها طبيعة الموضوع وغرض البحث وبغية الحصول على نتائج دقيقة ومعمقة[1].

2- شروط اختيار العينة:

للحصول على عينة البحث لجأنا إلى مصلحة طب العيون بمستشفى احمد فرانسيس وادي ارهيو، كما سبق ذكره، وتكونت عينة بحثنا من 04 حالات من الجنسين وقد اختيرت بطريقة قصدية التي تستعمل كثيرا في الدراسات النفسية، وقد تم اختيار العينة وفق معايير محددة ومتمثلة لمتغيرات البحث وهي:

* **السن**: يتراوح السن ما بين 20 سنة و45 سنة أي خصصناه لفئة الراشدين فقط، لسهولة التواصل بيننا وبين المرضى.

*** الجنس**: العينة متكونة من الجنسين، بينهما 02ذكور، 02إناث، وهذا للمقارنة بين اختلاف القلق بينهما.

*** نوع المرض:** لم نحدد نوع المرض لكن خصصناه فقط للأمراض التي تعالج عن طريق العملية الجراحية، حيث تتكون العينة من 04 مرضى يعانون من إصابة بصرية سواء في عين واحدة أو كلتا العينين.

- الاستشفاء: كل المرضى اخترناهم في عينتنا هم مقيمين بالمستشفى.

أما فيما يخص العينات التي تطلب الفحص فهي تختلف حسب نوع المرض وتتمثل في انفصال الشبكية، الكتاراكت، ورم العين، الجلوكوما، الحول، أمراض ناتجة عن الصدمات.

[1] M. Angers : Initiation pratique à la méthode des sciences humaines, collection technique des recherches, Ed lacine Québec. 1996. P41.

*** العملية الجراحية:** فقد اشترطنا في عينة بحثنا أن تكون لم تجرى لهم العملية بعد، لأن العينة تهمنا قبل إجراء العملية، وذلك حتى نتمكن من التحقق من فرضياتنا.

وهكذا كان اختيار العينة وفق المعايير السابقة وطبقت عليها المقابلة العيادية النصف موجهة، ورائز القلق. وكانت النتائج كما سيأتي ذكرها لاحقا.

3- المنهج المتبع:

1- المنهج العيادي:

اعتمدنا في بحثنا على المنهج العيادي لأنه حسب (Rondal, j.p . 1983) العيادة هي بمثابة الملاحظة العميقة المستمرة لحالات خاصة والتي من خصائصها دراسة كل حالة على انفراد[1].

ويرى بيرون R. Perron1979 "أن المنهج العيادي يهدف إلى معرفة السير النفسي والبناء الحاذق للوقائع النفسية"[2].

كما يؤكد دانيال لاغاش D. Lagache "أن المنهج العيادي هو تناول السيرة في منظورها الخاص كذلك التعرف على مواقف وتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاول بذلك إعطاء معنى للتعرف على بنيتها وتكوينها كما يكشف عن الصراعات التي تحركها ومحاولات الفرد لحلها"[3].

2- دراسة حالة:

اعتمدنا في بحثنا هذا على الطريقة المستعملة في معظم بحوث علم النفس الإكلينيكي وهي طريقة دراسة حالة.

وتعتبر دراسة الحالة استطلاعية في منهجها، فهي تركز على الفرد، وتهدف إلى التوصل إلى وضع الفروض، إن دراسة الحالة هي الإطار الذي ينظم ويقيم فيه الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها عن الفرد، وذلك عن طريق المقابلة والتاريخ الاجتماعي والفحوص الطبية والاختبارات السيكولوجية، أي أن دراسة الحالة هي المجال الذي يتيح

[1] Rondal (j.p) : Eléments de psychologie générale. Introduction à la psychologie générale. Belgique. 1983. P21.

[2] Les problèmes de la presse dans les démarches de la psycholoqie. Revue psycho- Française N° 24. 1979. Parie. P69.

[3] M. Reaclin : Les méthodes en psychologie. Paris P.U.F. 1992, 2ème éd. P113.

للإكلينيكي جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات والبيانات عن المريض وعن مشكلاته حتى يتمكن من إصدار حكم قيم نحو ..... بصددها[1].

ويعرفها أيضا العالم F. Boutonier "أنها الفحص العميق لحالة فردية وذلك انطلاقا من ملاحظة وضعية معينة وربطها بتاريخ المفحوص إذ يسمح ذلك بفهم سلوكه في كل معاشه"[2].

4- تحديد التقنيات المستعملة:

1- تعريف المقابلة:

المقابلة الإكلينيكية هي نوع من المحادثة تتم بين المريض والأخصائي النفسي الإكلينيكي في موقف مواجهة، حسب خطة معينة، غايته الحصول على معلومات عن سلوك المريض والعمل على حل المشكلات التي يواجهها والإسهام في تحقيق توافقه الشخصي، وبناء على ذلك، تصاغ الأسئلة التي تهدف إلى الحصول على معلومات عن تاريخ وخصائص شخصية المريض وطبيعة المشكلة المطروحة[3].

وتعتبر من التقنيات التي لا يمكن الاستغناء عنها عند القيام بأي عمل علمي ويرى عطوف محمود ياسين 1986" أن المقابلة العيادية هي أول الطرق الأساسية التي يعتمد عليها المختص العيادي في الاتصال بالمفحوص والحصول على معلومات خاصة به قصد تقديم المساعدة النفسية له.

وهو يقول أيضا أن المقابلة تقنية من تقنيات جمع المعلومات في العلوم الاجتماعية بشكل عام والبحوث الإكلينيكية على وجه الخصوص، فهي تساعد الباحث على الفهم الشامل للمشكلة التي يدرسها وتتيح للمفحوص فرصة التعبير الحر عن آرائه وأفكاره واتجاهاته[4].

والمقابلة العيادية، توجد بثلاثة أنواع:

1- المقابلة الحرة.

[1] فيصل عباس، أضواء على المعالجة النفسية (النظرية والتطبيق). دار الفكر اللبناني بيروت. سنة 1994. الطبعة الأولى. ص94.

[2] S. Mazella : La dynamique d'une consultation de psychologie pour enfant. Alger O.P.U. 1984. P20.

[3] فيصل عباس، أضواء على المعالجة النفسية (النظرية والتطبيق). دار الفكر اللبناني بيروت. سنة 1994. الطبعة الأولى. ص102.

[4] عطوف محمود ياسين، علم النفس الإكلينيكي، بيروت، دار العلم للملايين، سنة 1986، الطبعة الثانية، 299-300.

2- المقابلة الموجهة.

3- المقابلة نصف الموجهة.

وقد وقع اختيارنا في هذا البحث على المقابلة نصف الموجهة كونها تسمح لنا بالتزود بدليل مقابلة يحتوي جملة من الأسئلة المحددة الأهداف والتي نسعى بها إلى جعل المفحوص يجيب بحرية موجهة وإلى الاحتفاظ بصميم الموضوع وعدم الخروج عن نطاق إشكالية بحثنا من جهة أخرى.

- تعريف المقابلة النصف الموجهة:

نعرف على أنها تلك تعتمد على دليل المقابلة والتي ترسم خطتها مسبقا بشيء من التفصيل وتوضع لها تعليمة محددة يتبعها جميع من يقوم بالمقابلة لنفس الغرض وفيما تحدد الأسئلة وصياغتها وترتيب توجيهها وطريقة إلقائها بحيث تكون في ذلك بعض المرونة، بعيدا عن أي تكلف[1].

وقد احتوت المقابلة العيادية نصف الموجهة على أسئلة قسمت على شكل محاور وهي:

- المحور الأول: ويشتمل البيانات الشخصية.

ويعتبر هذا المحور بمثابة مقدمة للدخول في صميم الحوار مع المريض

- المحور الثاني: محور خاص بمعايشة المريض لمرضه.

وهي تشمل أسئلة حول ظروف الإصابة بالمرض واكتشافه ورد الفعل بد اكتشافه.

- المحور الثالث: محور خاص بسمات القلق.

خاص بالواقع المعيشي النفسي للمريض، والهدف منه معرفة المكانة التي يحتلها المرض في حياة المريض.

[1] محمد خليفة بركات، عيادات العلاج النفسي والصحة النفسية، 1976، ص126.

- **المحور الرابع:** محور عن الواقع المعيشي العائلي والاجتماعي.

خاص بالعلاقات العائلية والاجتماعية لمعرفة مدى تأثير المرض على الحياة العائلية والاجتماعية للمريض.

- **المحور الخامس:** محور تقييم لمدة الاستشفاء.

وتشمل أسئلة حول ظروف الاستشفاء.

- **المحور السادس:** محور خاص بمعايشة المريض للعملية الجراحية.

ويتضمن أسئلة حول ظروف العملية الجراحية والحالة النفسية للمريض.

- **المحور السابع:** محور خاص بالنظرة المستقبلية.

ويضم النظرة المستقبلية قصد معرفة مدى تأثير المرض على الحياة المستقبلية.

- الاختبارات النفسية:

تعتبر الاختبارات النفسية كوسيلة للكشف عن الحياة الداخلية للحالة، وبواسطتها يمكننا الوصول إلى رغبات وأحاسيس ودوافع الحالة، وكذا إحاطتها وقلقها، وبالتالي مختلف الجوانب النفسية التي لا يمكن فهمها وملاحظتها من خلال ملاحظتها، وهي أننا بصدد دراسة القلق عند المصابين بداء الربو استعملت اختبار "تايلور" للقلق.

- اختبار تايلور للقلق الصريح: "MAS" "Manifest Anxiety Scol"

1- تعريفه: يطلق عليه اسم "MAS" اختصار "Manifest Anxiety Scol" استعمله تايلور Taylor ولهذا يطلق عليه اسم اختبار تايلور للقلق، وهو مكون من 50 فقرة مقتبسة من اختبار مينوسات المتعددة الأوجه، كما أجريت عليه عدة بحوث لمعرفة مدى صلاحيته لقياس متغير القلق، وهو اختبار يتألف من 05 سؤال: 38 سؤال في اتجاه الخاصية (القلق) و12 سؤال عكس اتجاه الخاصية.

2- صدقه: أثبت الباحثان "تنلس Tenils" و"نيل Neal" عام 1955 أنه يرتبط ارتباطا وثيقا باختبارات أخرى تقيس متغير القلق أهمها:

* اختبار "مودلين" للقلق.
* اختبار "برلس".
* اختبار "ولش".
* اختبار "دين".

وكل هذه الاختبارات لنبثقت من اختبار "مينوسوتا" وكانت معاملات ارتباطها متقاربة اتضح من الدراسة التي قام بها "مارك دركي Mark Derkie" أن مقياس تايلور يرتبط ارتباطا بأغلب تقديرات المعالجين للمظاهر المختلفة للقلق.

3- ثباته: طبق تايلور الاختبار مرتين متتاليتين، وتبين له أن درجة الثبات تتراوح ما بين (081-089)، وقد استعمل "محمد غالي" طريقة إعادة اختبار لدراسة مدى ثباته، وكان المعامل (086) في المرة الأولى، و(083) في المرة الثانية، وعليه تبين أن هذا المقياس أداة صالحة إلى حد كبير لقياس القلق.

4- طريقة تصحيحه: تتبع نفس التقديرات التي سار عليها تايلور، وهي تعطي درجة واحد لكل إجابة بنعم، والجدول الآتي يفسر نتائج هذه الدراسة:

الفئة	الدرجة	مستوى القلق
أ	16 – 0	خالي من القلق
ب	20 – 17	قلق بسيط
ج	26 – 21	قلق نوعا ما
د	29 – 27	قلق شديد
هـ	50 – 30	قلق شديد جدا

الغرض من تطبيقه هو جعل جانب من نتائج التطبيق ذات طابع كمي ويزيد من التأكيد على النتائج، والقدرة على تحليلها[1].

[1] مصطفى غالب، سبيل الموسوعة النفسية، التغلب على القلق، دار ومكتبة الهلال، بيروت، 1984.

- مفاتيح لتصحيح اختبار "تايلور":

رقم السؤال	الإجابة	رقم السؤال	الإجابة
01	نعم	26	نعم
02	نعم	27	نعم
03	نعم	28	نعم
04	لا	29	نعم
05	لا	30	نعم
06	نعم	31	نعم
07	نعم	32	نعم
08	نعم	33	نعم
09	نعم	34	نعم
10	نعم	35	نعم
11	نعم	36	نعم
12	نعم	37	نعم
13	لا	38	نعم
14	لا	39	نعم
15	نعم	40	لا
16	نعم	41	نعم
17	لا	42	لا
18	نعم	43	نعم
19	لا	44	لا
20	نعم	45	نعم
21	نعم	46	نعم
22	لا	47	نعم
23	نعم	48	لا
24	نعم	49	نعم
25	نعم	50	لا

دراسة الحالات

بطاقة المعلومات عن الحالة الأولى:

الاسم: نسيمة

اللقب: و

السن: 25سنة

الجنس: أنثى

المستوى الدراسي: الثالثة ثانوي

الوضعية الاجتماعية: متوسطة

المهنة: لا تعمل

الحالة المدنية: عزباء

عدد الإخوة: 05

مرتبها بين الإخوة: 03

مكان الإقامة: عمي موسى ولاية غليزان

تاريخ دخول المستشفى: 2013/04/20

- البجانب العيادي:

المرض: مصابة بمرض الكتاراكت

أمراض أخرى: السكر

السوابق الطبية الجراحية: لا شيء

- تاريخ إجراء المقابلات:

المقابلة الأولى: 2013/04/**20**

المقابلة الثانية: 2013/04/21

المقابلة الثالثة: 2013/04/22

المقابلة الرابعة: 2013/04/23

- تقديم الحالة:

ولدت بعمي موسى ولاية غليزان، تبلغ من العمر 25سنة فهي ماكثة بالبيت، غير متزوجة تنتمي إلى عائلة متوسطة المستوى، تتكون من أب وأم وخمسة إخوة (03ذكور، 02بنات) وهي تحتل المرتبة الثالثة بعد اثنين ذكور.

- سمات الحالة:

*** الهيئة:** تبدو الحالة في هيئة سيئة فهي نحيفة الجسد، قصيرة القامة وبيضاء البشرة.

*** الملامح:** توحي ملامح الحالة بالحزن العميق وهي دائمة التفكير والشرود.

*** النظرة:** نظراتها كئيبة وترافقها الشرود الذهني.

*** اللباس:** الحالة كانت ترتدي لباس عادي إلا أنها تبدو غير مبالية بالمظهر الخارجي.

*** الكلام:** لغة الحالة كانت منظمة ومفهومة كما كانت قليلة الكلام وكلامها محدود حسب الأسئلة.

- الحالة والمحيط العائلي والجو العلائقي:

تعد الحالة الابنة الثالثة بعد اثنين ذكور وقبل بنت وذكر من عائلة متوسطة المعيشة، الحالة منعزلة تماما عن نفسها، هي ليست لديها علاقات اجتماعية أو صداقات.

- علاقة الحالة مع الأب:

يبلغ الأب من العمر 62سنة يعمل تاجرا، يعب المزاج والطبع لا يتعامل مع أولاده إلا نادرا، يحب التحكم بكل الأمور دون تدخل أي أحد والعلاقة بينهما تكاد تنعدم، فهي لا تجرؤ على الكلام معه، ليس خوفا وإنما حقدا، ولكن العلاقة تغيرت بعد المرض حتى أصبح يقترب منها ويسألها إن كانت بحاجة إلى أي شيء.

- علاقة الحالة مع الأم:

تبلغ من العمر 50سنة، ماكثة في البيت وتهتم فقط بشؤون المنزل فالحالة كانت ترفض كل من يقترب منها خاصة الأم بسبب عدم الاهتمام بها ونقص الرعاية والحنان منها ولكن تحسن علاقتهما بعد المرض وأصبحت لا تفارقها.

- علاقة الحالة بالإخوة:

علاقة عادية، فهي لا تكلمهم وهم أيضا لا يحاولون ذلك خوفا من صدها لهم، ولكن الحالة لم تكن تكره إخوتها وإنما ترفض الحديث معهم لأن طباعها هكذا.

- طفولة الحالة:

الحالة عند ولادتها لم تلق النوع اللازم والكافي من الرعاية والحنان من طرف والديها وهذا ما جعلها تشعر بنوع من الرفض لها وهذا ما أدى بها إلى انعزالها وانطوائها على نفسها وترفض كل من يحاول الاقتراب منها وهي لم تعش حياتها كباقي الأطفال.

- المراهقة:

الحالة المنعزلة تماما على نفسها وبالتالي فهي ليست لديها علاقات عاطفية تعتمد وتكره كل من هو من الجنس لآخر، إضافة إلى هذا فالحالة لا تفكر في الزواج ولا تتمنى ذلك.

- بداية المرض:

أصيبت الحالة بمرض السكري منذ 06سنوات تقريبا، وذلك بعد فشلها في شهادة البكالوريا، ومنذ ذلك الوقت بدأت حدة البصر تمثل عندها بسبب مضاعفات مرض السكري إلى أن أدى إصابتها بمرض الكتاراكت، فأصبحت تعيش حالة نفسية جد سيئة بسبب المرض وكذلك فقدانها لدراستها.

- الموقف العائلي:

تقول الحالة انه بعد المرض تغيرت معاملة والدي لي فأصبحا يقتربان مني فأبي يسألني إن كنت بحاجة إلى شيء، وأمي لا تفارقني أبدا وتسهر على تلبية طلباتي.

- الموقف الشخصي من المرض:

الحالة بعد إصابتها مرض السكري ومرض الكتاراكت وجدت صعوبة كبيرة في التكيف مع الوضعية الحالية وتبدو عصبية وقلقة، تتأثر بسرعة أثناء الحديث عن نفسها ومكانتها.

- المقابلات مع الحالة:

*** المقابلة الأولى:** كانت بتاريخ 2013/04/20 دامت حوالي 35دقيقة كان اول لقاء مع الحالة صعب جدا، لأنها رفضت الكلام معي كانت في قلق وتوتر وملامح شاحبة وحزينة مما جعلني أجد صعوبة في إقناعها وبعد عناء توافق على المقابلة. فطلبت أن أتعرف عليها في هذه المقابلة بما أنها كانت غير مرتاحة، فهدأتها قليلا ثم أخذت منها البيانات الأولية وحددت معها برنامجا للمقابلات والمواعيد.

*** المقابلة الثانية:** كانت بتاريخ 2013/04/21 دامت حوالي 45دقيقة في هذه المقابلة الحالة أن تحدثني عن ولادتها وفترة طفولتها، فنظرت إلي وابتسمت باستهزاء وقالت: أنا لم أعش كباقي الأطفال، وهذا راجع إلى نقص الرعاية والاهتمام بعد ولادتها من طرف أوليائها وهذا ما أثر على نفسية الحالة وأكسبها سلوكا غير عادي، حيث عرفت الكره والحقد لكل المحيطين بها، وخاصة أفراد أسرتها، إضافة للمعاملة السيئة من طرف زملائها في المدرسة خاصة الذكور، وكانت تفضل الوحدة وحرمت نفسها من اللعب مع باقي الأطفال.

*** المقابلة الثالثة:** كانت بتاريخ 2013/04/22 دامت حوالي 45دقيقة تحدثت الحالة عن دراستها وعلاقتها مع زملائها حيث قالت أنها كانت ترفض كل الصداقات والعلاقات الاجتماعية خاصة الذكور كما تحدثت عن حبها للدراسة وأملها في النجاح في شهادة البكالوريا وباقتراب الموعد أصبحت لا تأكل ولا تشرب ولا امتنعت حتى عن النوم ولكن للأسف فشل الحالة رغم الجهد المبذول هذا ما ولد لها صدمة كبيرة وأدى إلى إصابتها السكري ونتيجة لمضاعفات المرض وعدم اهتمامها بصحة أدى إلى وصايتها بنقصان في حدة الرؤية إلى أن أصابت بمرض الكتاراكت، كما تم التحدث عن ظروف الاستشفاء وعلاقتها بالمرض والممرضين حيث قالت أنها لا تهتم بهم حسب قولها، كما تطرقنا إلى العملية الجراحية حيث قالت أنها قلقة بشأن نجاحها لأن إصابتها في العين أثرت فيها أكثر من مرض السكري لأنه عضو حساس حسب قولها وتأمل في الشفاء سريعا منه.

*** المقابلة الرابعة:** الحالة تبدو عصيبة وقلقة وتتأثر بسرعة أثناء الحديث عن نفسها وعن معاناتها، كما أنها خجولة، تميل إلى السكوت، لا تحب المرح والضحك فهي حزينة وكئيبة،

كما أنها تجد صعوبة في التكيف مع إصابتها وفقدانها لدراستها حيث كان حديثها منصبا على دراستها التي ضاعت منها وطفولتها التعيسة.

خلاصة المقابلات والملاحظات العيادية:

من خلال تتبعنا لتاريخ الحالة، وتاريخ مرضها وحياتها الاجتماعية والعلائقية تبين أن الحالة عاشت طفولة صعبة، حيث حرمت من التعرف على موضوع الحب والتعلق الأول، الذي يمثله الوالدان وهذا ما أثر عليها وجعلها تضطرب نفسيا وتعيش نوعا من الانعزال والانطواء على الذات إضافة إلى كرها للآخرين واضطراب علاقاتها الاجتماعية في مرحلة المراهقة، فهي لا تؤمن بالعلاقات العاطفية ولا تفكر بتاتا في الزواج، وبعد الصدمة التي تعرضت لها بإصابتها بداء السكري جراء فشلها في شهادة البكالوريا أدى إلى حدوث صدمة أخرى وإصابتها على مستوى العين بمرض الكتاراكت.

اختيـــار "تـــايلـــور"' لقيـــاس شـــدة القلـــق:

الاسم واللقب : و . نسيمة

السن : 25 سنة

المكان : مصلحة طب العيون بمستشفى احمد فرانسيس

عدد مرات "نعم" : 34

عدد مرات "لا" : 16

- أجب عن الأسئلة **بنعم** أو **لا**، وذلك بتلوين مربع أحدهما أو وضع خط فيه:

الرقم	الســـــؤال	نعم	لا
01	نومي قلق ومتقطع	X	
02	لدي بعض المخاوف كأن أخاف من أشياء أكثر من غيري	X	
03	كانت تمر أيام لا أنام فيها بسبب الهم	X	
04	لا أعتقد أنني أكثر عصبية من الآخرين		X
05	نادرا ما تحدث لي كوابيس أثناء النوم	X	
06	كثيرا ما أعاني من آلام معدية	X	
07	كثيرا ما ترتعش يداي أثناء العمل	X	
08	كثيرا ما أعاني من إسهال		X
09	كثيرا ما يشغلني الشغل والمال		X
10	كثيرا ما أشعر بالغن	X	
11	غالبا ما أخاف أن يظهر علي الخجل		X
12	أشعر دائما بالجوع		X
13	أنا واثق من نفسي لأقصى درجة		X
14	لا أشعر بالتعب بسرعة		X
15	أشعر أحيانا بعدم الاستقرار الداخلي لدرجة أنني لا أستطيع النوم	X	
16	أشعر بالعصبية عندما أكون في انتظار شخص أو أي شيء	X	
17	أنا هادئ باستمرار ولا شيء يغضبني		X
18	أشعر أحيانا بقلق كبير إلى درجة لا أستطيع الجلوس على الكرسي لمدة طويلة	X	
19	أنا دائما سعيد في كل وقت		X
20	صعب علي الانتباه والتركيز الجيد لمدة معينة أثناء أدائي لعمل أو واجب	X	
21	كثيرا ما أشعر بالقلق على شيء ما	X	
22	عندما تصادفني أشياء أو مشاكل صعبة فإنني أبتعد عنها		X
23	أرغب في أن أكون مثل الناس الآخرين	X	
24	غالبا ما أجد نفسي مشغولا لا على شيء	X	

25	أحسب أحيانا بأنني شخص دون فائدة	X	
26	أحس أحيانا أنني جد عصبي إلى درجة الانفجار	X	
27	أعاني من فرط التعرق في أيام البرد		X
28	الحياة بالنسبة لي تعب ومضايقة	X	
29	أنا مشغول وخائف دائما من سوء الحظ أو وقوع شيء مؤلم	X	
30	عادة ما أخجل من نفسي	X	
31	كثيرا ما أحس بأن قلبي يدق دقات جامدة وصدري ضيق	X	
32	أبكي بسهولة	X	
33	أخاف أحيانا من أشخاص أو حاجات أعرف أنها لا يمكن أن تضايقني	X	
34	دائما أجد نفسي مشغولا بكل شيء	X	
35	أعاني دائما من الصداع	X	
36	أحيانا أجد نفسي منشغلا ومهتما بشكل غير معقول بحاجات غير هامة		X
37	لا أستطيع الانتباه إلى درجة واحدة فقط	X	
38	إنني أرتبك بسهولة أثناء القيام بعمل	X	
39	أحس أحيانا أنني عديم الفائدة على الإطلاق	X	
40	أنا شخص قوي جدا		X
41	عندما ارتبك أعرق، وهذا يضايقني جدا	X	
42	أنا لا أخجل		X
43	أنا حساس أكثر من أغلب الناس الآخرين	X	
44	لم يحمر وجهي أبدا من الخجل		X
45	أشعر أحيانا أن المصائب كلها تتراكم علي لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها والتخلص منها	X	
46	عندما أقوم بأي عمل فإنني أقوم به وأنا متضايق جدا	X	
47	أنا غالبا ما أحلم بأشياء أفضل وإنني لا أبوح بهذا لأحي أحد	X	
48	أنا أشعر دائما بأن يداي ورجلاي دافئة بقدر كاف		X
49	ليست لدي ثقة بنفسي	X	
50	قليلا ما تحدث لي حالة إمساك تضايقني	X	

تحليل نتائج اختبار تايلور للقلق:

إن مستوى القلق عند الحالة **و. نسيمة** يضف في مستوى القلق شديد جدا، وهذا ما يظهر في الدرجة التي تقترب بـ34. ما يتناسب الفئة الرابعة (30،50) وبالتالي فإن الحالة تقاس من قلق شديد وهذا راجع للصداع الذي تعيشه والذي يتمثل في قلق داخلي ظهر في الأعراض الفيزيولوجية التالية:

* البكاء عند التحدث عن مرضها ومصيرها المجهول.
* عدم استطاعتها في التحكم في النوم وهذا راجع لعدم الاستقرار الداخلي.
* العصبية المفرطة إلى درجة الانفجار.
* عادة ما أحس أن قلبي يدق جامدة وبأن صدري ضيق.
* أغاني دائما من الصداع.

الأعراض النفسي:

* لدي بعض المخاوف كأن أخاف من غيري.
* كانت تمر أيام لا أنام فيها بسبب الهم.
* كثيرا ما أشعر بالغم.
* تعرضي لقلق ومتقطع.

تقرير عام حول الحالة الأول:

من خلال نتائج المقابلات والملاحظات العيادية واختبار تايلور للقلق تبين وجود قلق شديد جدا، وبالتالي وجود صراع نفسي داخلي أدي بالحالة النظر إلى الحياة نظرة تشاؤمية وكذا شعورها بالإحباط فيما يخص مصيرها ومستقبلها وذلك يظهر من خلال:

* أحس بأنني شخص بدون فائدة.
* أحس بأنني عديم الفائدة على الإطلاق.

إذن الحالة تعاني من القلق الشديد جدا والاضطراب في حياتها اليومية، كما تعيش صدمة فراغ عاطفي وحرمان جعلها تفقد إلى الحركة والانطواء على الذات وجعل علاقاتها محدودة بحيث تتميز بعدم النضج الوجداني العاطفي وعدم التكيف الاجتماعي.

بطاقة المعلومات عن الحالة الثانية:

الاسم: محمد

اللقب: ع

السن: 45سنة

الجنس: ذكر

المستوى الدراسي: لا شيء

الوضعية الاجتماعية: فقير

المهنة: حمال

الحالة المدنية: متزوج

عدد الإخوة: 06

مرتبها بين الإخوة: 01

مكان الإقامة: الحمادنة ولاية غليزان

تاريخ دخول المستشفى: 2013/04/25

- البجانب العيادي:

المرض: انفصال في الشبكية

أمراض أخرى: لا شيء

السوابق الطبية الجراحية: عملية جراحية على الغدة الدرقية

- تاريخ إجراء المقابلات:

المقابلة الأولى: 2013/04/**26**

المقابلة الثانية: 2013/04/27

المقابلة الثالثة: 2013/04/28

المقابلة الرابعة: 2013/04/29

- تقديم الحالة:

ولد الحالة بالحمادنة ولاية مستغانم، يبلغ من العمر 45سنة فهو يعمل حمالا بأسواق الخضر، كما أنه لم يلتحق بالمدرسة، متزوج وأب لثلاثة أولاد وبنتين، ينتمي إلى عائلة فقيرة جدا تتكون من أب متوفي وأم وستة إخوة كلهم يعيشون في بيت واحد.

- سمات الحالة:

* **الهيئة:** الحالة "محمد" ذو بنية جسدية ضعيفة، متوسط القامة، أسمر البشرة.

* **الملامح:** ملامح وجهه تدل على الشقاء والتعب والخوف من هذه الوضعية.

* **النظرة:** الخجل يظهر في عينيه مرفوق بقلق واكتئاب.

* **اللباس:** يرتدي الحالة "محمد" ثيابا بالية قديمة ورثة.

* **الكلام:** واضح ومفهوم.

- الحالة والمحيط العائلي والجو العلائقي:

يعد الحالة الابن الأول وهو أكبر إخوته وبعده أربعة بنات وولدان، ضمن عائلة فقيرة بعد وفاة والده تكفلت أمه بتربيتهم التي لم ترضى أن تتزوج للمرة الثانية، وعندما كبر "محمد" تقاسم تربية إخوته الصغار مع أمه.

- علاقة الحالة مع الأب:

يذكر الحالة أن والده كان قبل وفاته مثقفا وواعيا رغم أنه لم يلتحق بالمدرسة، وكان حنونا يقول: ربانا على الأخلاق الحميدة والطاعة وحب الناس واحترامهم.

- علاقة الحالة مع الأم:

علاقتي بأمي علاقة طيبة، فهي بالنسبة لي آلام الأم والأب والصديق وكل شيء لم تعد الزواج واهتمت بنا وأكملت طريق والدي في تعليمنا القيم والإخلاص السامية.

- علاقة الحالة بالآخرين:

أنا أشعر أني والدهم كوني أكبرهم، فأنا مسؤول عنهم وهم يكنون لي كل التقدير والاحترام كما قدمته لهم، كما أننا نشاطر بعضنا البعض الهموم والمشاكل.

- طفولة الحالة:

في هذه المرحلة يقول الحالة بأن طفولته تميزن بوفاة والده وتولت والدتهم تربيتهم، ورغم هذا الحالة أن طفولته كانت عادية ولا يذكر أي شيء أو حدثا هاما في هذه المرحلة.

- المراهقة:

يصف مراهقته بالعادية، ففي هذه الفكرة لم يشعر أبدا بالتغيرات التي يمكن أن تحدث لمن هم في هذا السن.

- بداية المرض:

يقول أنه كانت آلام على مستوى العين وكان يعتبرها من كثرة التعب في العمل والنوم الغير الكافي نتيجة الذهاب باكرا إلى الأسواق للعمل ومع مرور الوقت أصبحت الرؤية تقل لديه ما دفعه إلى زيارة طبيب العيون بمستشفى أحمد فرانسيس وهو الذي أخبره بمرضه بعد معاينته.

- الموقف العائلي من المرض:

يقول "محمد" أن عائلته وخاصة أمه وزوجته تقاسمتا المعاناة وكل أفراد عائلته من أولاده وإخوته يخففون عنه وهم مستعدون لأكثر من ذلك.

- الموقف الشخصي من المرض:

الحالة متقبل لمرضه ومتعايش معه.

- المقابلات مع الحالة:

*** المقابلة الأولى**: كانت بتاريخ 2013/04/26 دامت حوالي 30دقيقة تم فيها التعرف على الحالة من خلال أسئلة استفسارية للحصول على بعض المعلومات عن حياته الصحية والنفسية وذلك بعد التعريف بنفسي وبعملي، وكذلك الإطلاع على ملفه الطبي فوافق بكل سرور، ثم قال جئت إلى المستشفى بعد معاينة الطبيب وبعد أن وجد حالتي خطيرة طلب مني المكوث بالمستشفى من أجل القيام بمزيد من الفحوصات والإطلاع على حالته عن قرب وهذا قبل إجراء العملية الجراحية.

*** المقابلة الثانية:** كانت بتاريخ 2013/04/27 دامت 45دقيقة، تناولنا فيها الحياة الشخصية للحالة بما فيها الطفولة والمراهقة وكذلك تحدث عن أوضاعه المزرية، كما تطرقنا إلى بداية

المرض وتطوره (وكذلك عن علاقته العائلية وخاصة مع زوجته حيث يقول أنها جد متفهمة ولا تطالبني بما لا طاقة لديه، فهي تقدر الظروف المادية وكذلك تحدث عن أولاده ومدى حبه لهم وأنه مستعد ليعمل ليلا ونهارا من أجل أن يكملوا دراستهم) الذي يراه نتيجة الإهمال منه وعدم الإسراع في زيارة الطبيب والعلاج عندما كان يحس بآلام الذي ربطها نتيجة الأوضاع الاقتصادية الصعبة، كما تحدثنا عن علاقاته العائلية خاصة الزوجة حيث يقول أنها متفهمة ولا تطالبني بما لا طاقة لي به فهي تقدر ظروفي المادية، وتكلم عن حبه لأولاده وأمنيته بأن يكملوا دراستهم وأيضا حبه لأمه وإخوته وقال بأنه محظوظ لأنه يعيش وسط عائلته متماسكة.

* **المقابلة الثالثة:** 2013/04/28 دامت 40دقيقة تحدثنا عن الظروف الاستشفائية والمكوث بالمستشفى حيث قال أنه لا يشعر بالراحة لأنه لا يريد البقاء كثيرا في المستشفى لأن عائلته بحاجة إليه وعن علاقته بالمرضى قال لا أحب التواصل كثيرا أفضل النوم على التواصل مع المرضى وتطرقنا إلى العملية الجراحية حيث قال أنه لا يحبها إلا أنها أمر لابد منهم كما قال أنه يذكر دائما في يوم العملية وأنه قلق من نجاحها كما قال أنه يشعر بنوع من الخوف والتشاؤم عندما يفكر في المستقبل.

* **المقابلة الرابعة:** تمت في تاريخ 2013/04/29 دامت 30دقيقة، خصصت هذه المقابلة لإجراء اختبار تايلور في البداية شرحت نوعية هذا الاختبار للحالة فوافق بدون تردد ومن ثم بدأ في الإجابة عن الأسئلة، حيث كان يطلب مني شرح السؤال لمرات قبل أن يبدأ في الإجابة (ثقافته المحدودية).

- الملاحظات العيادية:

كان الاتصال "ع. محمد" سهلا منذ البداية، غير أنه يبدو عليه الخجل خاصة من وضعيته الاقتصادية وحالة الفقر التي يعيشها يجيب على الأسئلة بإجابات قصيرة وجمل متقطعة، ولا يتكلم إلا إذا سألته، كان هادئا بطيء الحركة ظل وجهه شاحبا يبدو متعبا، أما عن أفكاره فكانت واقعية وخالية من الانفعالات أما عن علاقته مع المحيط فهو يفضل كثيرا البقاء إلى جانب عائلته وخاصة أولاده.

- خلاصة المقابلات والملاحظات العيادية:

نستنتج من خلال المقابلات والملاحظات العيادية أن "ع. محمد" يعاني من مرض انفصال الشبكية كما أنه يعاني من تدهور في الأوضاع الاقتصادية خاصة أن عمله غير مستقر وعائلته كلها فقيرة ولا يستطيع مساعدته وأولاده في سن حرجة مما يجعله يعاني من اضطراب نفسي ويظهر عليه القلق خاصة عندما يكون لديه مشاكل مادية، مما يزيد من تفاقم مرضه.

اختيـــار "تـــايلـــور"' لقيـــاس شـــدة القلـــق:

الاسم واللقب : ع . محمد

السن : 45 ستة

المكان : مصلحة طب العيون مستشفى احمد فرانسيس

عدد مرات "نعم" : 27

عدد مرات "لا" : 23

- أجب عن الأسئلة **بنعم** أو **لا**، وذلك بتلوين مربع أحدهما أو وضع خط فيه:

الرقم	السـؤال	نعم	لا
01	نومي قلق ومتقطع	X	
02	لدي بعض المخاوف كأن أخاف من أشياء أكثر من غيري		X
03	كانت تمر أيام لا أنام فيها بسبب الهم	X	
04	لا أعتقد أنني أكثر عصبية من الآخرين	X	
05	نادرا ما تحدث لي كوابيس أثناء النوم		X
06	كثيرا ما أعاني من آلام معدية	X	
07	كثيرا ما ترتعش يداي أثناء العمل		X
08	كثيرا ما أعاني من إسهال		X
09	كثيرا ما يشغلني الشغل والمال	X	
10	كثيرا ما أشعر بالغن		X
11	غالبا ما أخاف أن يظهر علي الخجل	X	
12	أشعر دائما بالجوع		X
13	أنا واثق من نفسي لأقصى درجة		X
14	لا أشعر بالتعب بسرعة	X	
15	أشعر أحيانا بعدم الاستقرار الداخلي لدرجة أنني لا أستطيع النوم	X	
16	أشعر بالعصبية عندما أكون في انتظار شخص أو أي شيء	X	
17	أنا هادئ باستمرار ولا شيء يغضبني		X
18	أشعر أحيانا بقلق كبير إلى درجة لا أستطيع الجلوس على الكرسي لمدة طويلة	X	
19	أنا دائما سعيد في كل وقت		X
20	صعب علي الانتباه والتركيز الجيد لمدة معينة أثناء أدائي لعمل أو واجب		X
21	كثيرا ما أشعر بالقلق على شيء ما	X	
22	عندما تصادفني أشياء أو مشاكل صعبة فإنني أبتعد عنها	X	
23	أرغب في أن أكون مثل الناس الآخرين	X	
24	غالبا ما أجد نفسي مشغولا لا على شيء	X	

25	أحسب أحيانا بأنني شخص دون فائدة	X	
26	أحس أحيانا أنني جد عصبي إلى درجة الانفجار	X	
27	أعاني من فرط التعرق في أيام البرد	X	
28	الحياة بالنسبة لي تعب ومضايقة	X	
29	أنا مشغول وخائف دائما من سوء الحظ أو وقوع شيء مؤلم	X	
30	عادة ما أخجل من نفسي	X	
31	كثيرا ما أحس بأن قلبي يدق دقات جامدة وصدري ضيق	X	
32	أبكي بسهولة		X
33	أخاف أحيانا من أشخاص أو حاجات أعرف أنها لا يمكن أن تضايقني		X
34	دائما أجد نفسي مشغولا بكل شيء	X	
35	أعاني دائما من الصداع		X
36	أحيانا أجد نفسي منشغلا ومهتما بشكل غير معقول بحاجات غير هامة	X	
37	لا أستطيع الانتباه إلى درجة واحدة فقط		X
38	إنني أرتبك بسهولة أثناء القيام بعمل		X
39	أحس أحيانا أنني عديم الفائدة على الإطلاق	X	
40	أنا شخص قوي جدا		X
41	عندما ارتبك أعرق، وهذا يضايقني جدا		X
42	أنا لا أخجل		X
43	أنا حساس أكثر من أغلب الناس الآخرين	X	
44	لم يحمر وجهي أبدا من الخجل		X
45	أشعر أحيانا أن المصائب كلها تتراكم علي لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها والتخلص منها	X	
46	عندما أقوم بأي عمل فإنني أقوم به وأنا متضايق جدا		X
47	أنا غالبا ما أحلم بأشياء أفضل وإنني لا أبوح بهذا لأحي أحد	X	
48	أنا أشعر دائما بأن يداي ورجلاي دافئة بقدر كاف		X
49	ليست لدي ثقة بنفسي		X
50	قليلا ما تحدث لي حالة إمساك تضايقني		X

تحليل نتائج اختيار تايلور للقلق:

كما هو ظاهر فإن "ع. محمد" تحصل على 27درجة وهذا ما يتناسب مع الفئة (27،29) مما يدل على أن الحالة تعاني من قلق شديد ويتضح ذلك من خلال الأعراض التالية:

- الأعراض الفيزيولوجية:

* أحس أحيانا أني عصبي.

* أشعر بالتوتر عندما أكون في انتظار شخص أو شيء.

- الأعراض النفسية:

* معاينة من الأرق بسبب وضعيته المزرية.

* عندما تصادفني أشياء أو مشكلة صعبة فإنني أبتعد عنها.

* بالإضافة إلى وجود صراعات وآلام نفسية.

تقرير عام حول الحالة الثانية:

من خلال المقابلات والملاحظات العيادية واختيار تايلور للقلق تبين أن للحالة قلق من العملية الجراحية نتيجة تفكيره في نجاحها أو فشلها وأيضا من تفاقم المرض لديه، كما تتشابه معظم الاضطرابات عند الحالة "محمد" فالمقابلات والملاحظات أظهرت أنه يعاني من الحرمان خاصة من الناحية المادية فهو يعاني من انفصال الشبكية ويعيش في بيت مع عائلة كبيرة تتكون من أمه وإخوته وزوجته وأولاده، كما أن عمله غير ثابت وهذا ما يعود عليه بالضرر وهذا ما أكدته نتائج اختبار تايلور للقلق، فإن الحالة يعيش صراعا نفسيا وصحيا واجتماعيا وما ساعد في الكشف عن ذلك المقابلات العيادية التي اعتمدنا فيها بالدرجة الأولى على الملاحظة الدقيقة لتصرفات وأفكار وأقوال المريض.

بطاقة المعلومات عن الحالة الثالثة:

الاسم: الزهور

اللقب: ط

السن: 20سنة

الجنس: أنثى

المستوى الدراسي: السنة التاسعة أساسي

الوضعية الاجتماعية: متوسطة

المهنة: لا شيء

الحالة المدنية: عزباء

عدد الإخوة: 03 (02 ذكر، 01بنت)

مرتبها بين الإخوة: 02

مكان الإقامة: أولاد سيدي الميهوب ولاية غليزان

تاريخ دخول المستشفى: 2013/05/06

- البجانب العيادي:

المرض: انفصال في الشبكية في العين اليسرى

أمراض أخرى: لا شيء

السوابق الطبية الجراحية: لا شيء

- تاريخ إجراء المقابلات:

المقابلة الأولى: 2013/05/07

المقابلة الثانية: 2013/05/08

المقابلة الثالثة: 2013/05/09

المقابلة الرابعة: 2013/05/10

- تقديم الحالة:

ولدت الحالة بجديوية ولاية غليزان، تبلغ من العمر 20سنة فهي ماكثة بالبيت، لا تملك حرفة يدوية، كما أنها انقطعت عن الدراسة بعد فشلها مرتين في امتحان شهادة التعليم الأساسي، وهي تنتمي إلى عائلة بسيطة المستوى، تتكون من أب وأم مطلقين، تحتل المرتبة الثانية بعد أخت تكبرها ويصغرها ولدان.

- سمات الحالة:

*** الهيئة:** الحالة "الزهور" ذات بنية جسدية قوية، طويلة القامة، سمراء البشرة.

*** الملامح:** ملامح وجهها تدل على الانبساط والمرح.

*** النظرة:** تفاؤلية.

*** اللباس:** ترتدي الحالة لباسا نظيفا ومتناسق الألوان.

*** الكلام:** كلامها في البداية كان سريعا ومصحوبا بإشارة اليدين، لغتها واضحة ومفهومة.

- الحالة والمحيط العائلي والجو العلائقي:

تعد الحالة الابنة الثانية بعد أخت كبرى وولدين بعدها، فهي من عائلة مستواها الاجتماعي متوسط، بعد طلاق والديها وهي لا تتجاوز 15سنة، تكفلت الأم بتربيتهم مع جدتها وأخوالها، أما والدها فلم يتزوج ويزورهم من وقت لآخر ليتفقد أحوالهم.

- علاقة الحالة مع الأب:

يبلغ الأب 45سنة، تفكر الحالة أنه أب حنون وعطوف حيث تصف علاقتها معه بالجيدة لأنها –وكما تقول- تستطيع التحدث إليه دون خجل لأنها هي المفضلة لديه من دون إخوتها، فهو مصدر أمانها وثقتها بنفسها، حيث يكن له الاحترام والتقدير.

- علاقة الحالة مع الأم:

تقول الحالة: "كانت أمي قبل طلاقها حنونة وعلاقتها حميمة يسودها الدفء العائلي، ولكن بعد طلاقها بدأت تقلله علينا نوعا ما خاصة عندما نطالبها بتلبية حاجاتنا اليومية أو نطالبها بالمصاريف.

- علاقة الحالة بالإخوة:

علاقتها بهم عادية هادئة إلا في بعض الأحيان شجار مع أختها الكبرى، لأنها تتدخل في خصوصياتها وتحرض أمها ضدها.

- طفولة الحالة:

في هذه المرحلة تقول الحالة أن طفولتها هي أجل أيام عمرها لأنها كانت يبن أحضان والديها، وكان جم العائلة يسوده التفاهم وتقول: "أتمنى لم يعود والداي لبعضهما حتى تعود تلك الأيام" (يعني نقص الحنان).

- المراهقة:

الزهور في سن المراهقة وهذه الفترة كما تقول تمر دون مشاكل أو تعقيدات.

- بداية المرض:

تقول الحالة بهذا المرض قبل شهر وهذا بعد إصابتها بمسمار حيث أصبحت تشكو جزاء هذا الحادث بذبابة تدور حول عينها، ما دفعها لزيارة طبيب خاص بالعيون للفحص وهو الذي أخبرها بمرضها.

- الموقف العائلي من المرض:

تقول الحالة أن عائلتها مهمومة جدا بسبب مرضها وخاصة والدتها وتعامل معاملة حسنة من طرف أفراد العائلة.

- الموقف الشخصي من المرض:

تقول الحالة أنها متقبلة لمرضها وتضيف يوم اكتشاف المرض بث قاعدة وبكيت بزاف وزت خفت بلاك يلقولي مرض آخر.

- المقابلات مع الحالة:

*** المقابلة الأولى:** كانت بتاريخ 2013/05/07 دامت المقابلة حوالي 40دقيقة، وهنا كان اللقاء الأول، ثم فيه التعرف على الحالة من خلال بعض الأسئلة الاستفسارية للحصول على بعض المعلومات عن حياتها الصحية والنفسية والتعريف بنفسي وبعملي والإطلاع على ملفها الطبي، فقبلت الحالة التعاون معي بكل سهولة.

*** المقابلة الثانية:** كانت بتاريخ 2013/05/08 دامت حوالي 45دقيقة، تناولت في هذه المقابلة الحياة الشخصية للحالة بما فيها طفولتها ومراهقتها، عندما دخلت الغرفة ألقيت التحية على الحالة فردت علي بنبرات تدل على تعبها بالإضافة إلى اصفرار لون بشرتها، طلبت منها إن كانت قادرة على إجراء المقابلة فوافقت بدون تردد، أول ما ابتدأت به الحالة هو التكلم عن طفولتها حيث قالت: "أتمنى لو تعود الأيام كان الفرح والسرور لا يفارقني".

ثم انتقلنا إلى الحديث عن موضوع الحياة الأسرية والعلاقات الاجتماعية للحالة وبدأت بالتكلم عن علاقتها العائلية وعن علاقتها بوالدها الجيدة وهو يحبها ويأتي لزيارتها من وقت لآخر رغم انفصاله عن والدتها بعدها انتقلت إلى التحدث عن علاقتها بإخوتها أنها عادية جدا وكذاك تحدثت عن علاقتها بأمها التي تقول أن أمي طيبة وحنونة معنا فقط تكون قاسية في بعض الأحيان، وكذلك عن علاقتها مع الجيران تقول أنها محبوبة لديهم لأني أحترمهم وأساعدهم متى طلبوا مني ذلك "الجار أوصى به النبي صلى الله عليه وسلم".

*** المقابلة الثالثة:** كانت بتاريخ 2013/05/09 دامت 40دقيقة كان محورها يدور حول بداية المرض وتطوره والعملية الجراحية عند دخولي للحالة وجدتها مستلقية على سريرها تخضع للفحوص من طرف الطبيب المختص الذي يتابعها وعلامة القلق بادية على وجهها بعد الفحص هدأتها قليلا، ثم بدأت تروي لي قصة مرضها وكيف اكتشفته حيث قالت أنها لم تكن تعاني من أي مرض على مستوى عينيها وكان بصرها جيدا. لكن بعد إصابتها بمسمار على مستوى العين قبل شهر أثر على عينيها اليسرى حيث أصبحت منذ تلك الحادثة ترى ذبابة على عينيها ما دفعها لزيارة طبيب العيون الذي أخبرها بإصابتها بمرض انفصال في الشبكية في العين اليسرى وطلب منها إجراء العملية الجراحية حيث قالت منذ ذلك اليوم أصبحت أتقلق بزاف عندما أفكر في المرض والعملية الجراحية وأعاني من اضطرابات في النوم وفقدان الشهية منذ عرضها وقالت أنها تشعر بعجز ونقص بسبب مرضها، كما قالت أنها تذكر كثيرا في العملية الجراحية وتتمنى نجاحها وقالت أنها تود إجراءها بسرعة والخروج في أقصر وقت ممكن، كما تطرقنا محصور بين القصرة مع المرضى والنوم وكذلك هي متضايقة جدا عن معاملة الممرضات الغير العلائقة واللإنسانية وعلاقتها بالمرضى قالت أنها ودية.

*** المقابلة الرابعة:** كانت بتاريخ 2013/05/10 دامت حوالي 30دقيقة خصص هذا اللقاء من أجل إجراء اختبار تايلور للقلق، قدمت لها الاختبار قرأته وأجابت على الأسئلة التي فهمتها والتي تفهمها شرحت لها وأجابت عليها كلها.

الملاحظة المسجلة حول الحالة:

من خلال المقابلات التي أجريتها سجلت بعض الملاحظات عن الحالة حيث كانت "الزهور" أثناء المقابلات تمسك أصابع يدها وتحركها وهذا ما يعكس التوتر والانزعاج (ملامح وجهها تدل مع تعب وفكرة المرض).

وكانت كثيرة الحركة خاصة اليدين والرأس، وكان الاتصال معها سهلا في البداية غير أنها في أول الحصص كانت تبدي بعض التحفظ، حيث كانت لا تجيب إلا إذا سألتها ولكن تحسن الاتصال بمرور الحصص والوقت بدأت تتحدث دون أسئلة، ومرات تتحدث عن أمور تقوم بها وتنتقل من موضوع إلى موضوع، أما عن علاقاتها بالغير فلديها ميل كبير للبقاء مع الآخرين خاصة عائلتها وأصدقائها.

خلاصة المقابلات والملاحظات العيادية:

من خلال تتبعها لتاريخ الحالة وتاريخ مرضها وحياتها الاجتماعية والعلائقية تبين أن الحالة شخصيتها ذات طابع انفعالي إهمالها للمرضى في البداية جعله يتفاقم، كما أن كثرة المشاكل الأسرية أي طلاق والديها جعلها تعيش صراعا داخليا بين محاولة إرضاء أمها والعيش معها وكذلك محاولة إرضاء والدها والبقاء معه هذا ما أدى إلى كثرة الاضطرابات والضغوط النفسية.

اختيـــار "تـــايلـــور"' لقيـــاس شـــدة القلـــق:

الاسم واللقب : ط . الزهور

السن : 20 سنة

المكان : مصلحة طب العيون مستشفى احمد فرانسيس

عدد المرات "نعم" : 23

عدد المرات "لا" : 27

- أجب عن الأسئلة **بنعم** أو **لا**، وذلك بتلوين مربع أحدهما أو وضع خط فيه:

الرقم	السـؤال	نعم	لا
01	نومي قلق ومتقطع		X
02	لدي بعض المخاوف كأن أخاف من أشياء أكثر من غيري		X
03	كانت تمر أيام لا أنام فيها بسبب الهم		X
04	لا أعتقد أنني أكثر عصبية من الآخرين	X	
05	نادرا ما تحدث لي كوابيس أثناء النوم	X	
06	كثيرا ما أعاني من آلام معدية		X
07	كثيرا ما ترتعش يداي أثناء العمل		X
08	كثيرا ما أعاني من إسهال		X
09	كثيرا ما يشغلني الشغل والمال	X	
10	كثيرا ما أشعر بالغن	X	
11	غالبا ما أخاف أن يظهر علي الخجل	X	
12	أشعر دائما بالجوع	X	
13	أنا واثق من نفسي لأقصى درجة		X
14	لا أشعر بالتعب بسرعة	X	
15	أشعر أحيانا بعدم الاستقرار الداخلي لدرجة أنني لا أستطيع النوم	X	
16	أشعر بالعصبية عندما أكون في انتظار شخص أو أي شيء		X
17	أنا هادئ باستمرار ولا شيء يغضبني		X
18	أشعر أحيانا بقلق كبير إلى درجة لا أستطيع الجلوس على الكرسي لمدة طويلة	X	
19	أنا دائما سعيد في كل وقت		X
20	صعب علي الانتباه والتركيز الجيد لمدة معينة أثناء أدائي لعمل أو واجب	X	
21	كثيرا ما أشعر بالقلق على شيء ما	X	
22	عندما تصادقني أشياء أو مشاكل صعبة فإنني أبتعد عنها		X

23	أرغب في أن أكون مثل الناس الآخرين	X	
24	غالبا ما أجد نفسي مشغولا لا على شيء		X
25	أحسب أحيانا بأنني شخص دون فائدة		X
26	أحس أحيانا أنني جد عصبي إلى درجة الانفجار	X	
27	أعاني من فرط التعرق في أيام البرد		X
28	الحياة بالنسبة لي تعب ومضايقة		X
29	أنا مشغول وخائف دائما من سوء الحظ أو وقوع شيء مؤلم	X	
30	عادة ما أخجل من نفسي		X
31	كثيرا ما أحس بأن قلبي يدق دقات جامدة وصدري ضيق	X	
32	أبكي بسهولة		X
33	أخاف أحيانا من أشخاص أو حاجات أعرف أنها لا يمكن أن تضايقني		X
34	دائما أجد نفسي مشغولا بكل شيء		X
35	أعاني دائما من الصداع		X
36	أحيانا أجد نفسي منشغلا ومهتما بشكل غير معقول بحاجات غير هامة	X	
37	لا أستطيع الانتباه إلى درجة واحدة فقط	X	
38	إنني أرتبك بسهولة أثناء القيام بعمل		X
39	أحس أحيانا أنني عديم الفائدة على الإطلاق		X
40	أنا شخص قوي جدا	X	
41	عندما ارتبك أعرق، وهذا يضايقني جدا		X
42	أنا لا أخجل	X	
43	أنا حساس أكثر من أغلب الناس الآخرين	X	
44	لم يحمر وجهي أبدا من الخجل		X
45	أشعر أحيانا أن المصائب كلها تتراكم علي لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها والتخلص منها	X	
46	عندما أقوم بأي عمل فإنني أقوم به وأنا متضايق جدا		X
47	أنا غالبا ما أحلم بأشياء أفضل وإنني لا أبوح بهذا لأحي أحد	X	
48	أنا أشعر دائما بأن يداي ورجلاي دافئة بقدر كاف	X	
49	ليست لدي ثقة بنفسي		X
50	قليلا ما تحدث لي حالة إمساك تضايقني		X

تحليل نتائج اختبار تايلور للقلق:

إن مستوى القلق عند الحالة "ط. الزهور" يصنف في مستوى القلق نوعا ما، وهذا ما يظهر في الدرجة التي تقترب من 23، وهذا ما يتناسب مع الفئة (21،26) وهذا القلق ظهر في الأعراض الفيزيولوجية.

- الأعراض النفسية:

* غالبا ما أحس قلبي يدق دقات جامدة وبأن صدري ضيق.
* صعب علي الاتجاه أو التركيز الجيد لمدة معينة أثناء أدائي لعمل واجب.
* أنا واثقة من نفسي لأقصى درجة.
* أنا شخصية قوية جدا.
* أنا لا أخجل.

- تقرير عام حول الحالة الثالثة:

من خلال نتائج المقابلات والملاحظات العيادية واختبار "تايلور" للقلق تبين وجود قلق نوعا من عند الحالة، كما أنها ذكية وغير خجولة، وينحصر من خلال جرأتها في التحدث عن سوء الأوضاع والمعاملة غير المرضية في كل ما تراه غير مناسب كما أنها منبسطة ومتجاوبة في الحديث ومتفائلة كما يبدو أنها مثقفة.

بطاقة المعلومات عن الحالة الرابعة:

الاسم: رابح

اللقب: ح

السن: 33سنة

الجنس: ذكر

المستوى الدراسي: السنة التاسعة أساسي

الوضعية الاجتماعية: متوسطة

المهنة: بطال

الحالة المدنية: أعزب

عدد الإخوة: 07

مرتبها بين الإخوة: 04

مكان الإقامة: حي الشارة وادي رهيو ولاية غليزان

تاريخ دخول المستشفى: 2013/05/25

- البجانب العيادي:

المرض: مصاب بمرض انفصال الشبكية

أمراض أخرى: لا يوجد

السوابق الطبية الجراحية: لا يوجد

- تاريخ إجراء المقابلات:

المقابلة الأولى: 2013/05/26

المقابلة الثانية: 2013/05/27

المقابلة الثالثة: 2013/05/28

المقابلة الرابعة: 2013/05/28

- تقديم الحالة:

ولد الحالة 'ح. رابح" بوادي رهيو يبلغ من عالمر 33سنة وهو بطال ولا يملك حرفة يدوية أما مستواه الدراسي فهو التاسعة أساسي يبلغ عدد أفراد أسرته 07 ومستواها المعيشي متوسط ويحتل المرتبة 04 في الأسرة بعد آخين وأخت يكبرانه وبعده 03بنات.

- سمات الحالة:

* **الهيئة:** الحالة "رابح" ذات بنية جسدية ضعيفة طويل القامة ونحيف جدا.

* **الملامح:** ملامح وجهه تدل على الانبساط والمرح.

* **النظرة:** تفاؤلية.

* **اللباس:** يرتدي الحالة لباسا نظيفا ومتناسق الألوان.

* **الكلام:** كلام الحالة واضح ومفهوم ومصحوب بإشارات اليدين.

- الحالة والمحيط العائلي والجو العلائقي:

يعد الحالة الابن الرابع في العائلة بعد أخين وأخت يكبرانه، فهو من عائلة مستواها الاجتماعي متوسط، والد الحالة متقاعد عن العمل والوالدة ماكثة في البيت والآخرين الذين يكبرانه متزوجان ويعملان في قطاع التجارة والأخت متزوجة، الحالة و03 أخوات الذين يصغرونه غير متزوجين.

- علاقة الحالة مع الأب:

يبلغ الأدب 68سنة وهو متقاعد عن العمل منذ 08سنوات كان يعمل حارسا في قطاع التربية ويذكر الحالة أن علاقته بوالده جيدة حيث كان حنون عليه وعلى جميع إخوته ولكن بعد كبره في السن نقص هذا الاهتمام من طرف الوالد نظرا لكبر سنه والاهتمام بنفسه فقط.

- علاقة الحالة مع الأم:

تبلغ الأم من العمر 54سنة وهي ماكثة في البيت يقول الحالة أن علاقته جيدة معه وكانت دائما عبارة عن سند له في هذه الحياة ويقول أن أمه كل شيء له في هذه الحياة.

- علاقة الحالة بالإخوة:

علاقته بهم عادية وهادئة لكن في بعض الأحيان بموقع سوء التفاهم مع أخويه الذين يكبرونه.

- طفولة الحالة:

يقول الحالة أن طفولته كانت عادية وجيدة حيث كانت تتسم باللعب والمرح ولم يكن له أي مشاكل في هذه المرحلة ولم تصادفه أي صعوبات ولم يعش أي نقص في الحرمان واللعب.

- المراهقة:

يقول الحالة أن في هذه المرحلة توقف عن الدراسة والشيء الذي يميز هذه المرحلة والعشرية السوداء وما عاشته الجزائر ووادي رهيو من أحدث مأساوية.

- بداية المرض:

يقول الحالة أنه أصبح يعاني من نقص النظر بعد خروجه من الدراسة وخوله عالم البطالة والمشاكل التي أصبح التي أصبح مواجهها بدأ النظر ينقص عنده ما دفعه إلى وضع نظرات واكتشف مرضه قبل شهر عندها ذهب للمعاينة عند الطبيب وهو الذي أخبره بمرضه.

- الموقف العائلي من المرض:

الحالة متقبل لمرضه لأنه أساسا كان يعاني من قبل من نقص النظر.

- المقابلات مع الحالة:

*** المقابلة الأولى:** 2013/05/26 دامت 40دقيقة وهنا كان اللقاء الأول تم فيه التعرف على الحالة من خلال بعض الأسئلة الاستفسارية للحصول على بعض المعلومات عن حياته الصحية والنفسية والتعريف بنفسي والإطلاع على ملفه الطبي، الحالة وافق بصدر رحب على إجراء المقابلة معي.

*** المقابلة الثانية:** 2013/05/27 دامت 45دقيقة في هذه المقابلة طلبت من الحالة أن يحدثني عن ولادته وفكرة طفولته ومراهقته حيث قال أن طفولته كانت عادية كباقي الأطفال أما بخصوص مراهقته فيقول أنه أمضاها في الشارع وهو عاطل عن العمل بسبب توقفه عن الدراسة واتسمت بالظروف المادية الصعبة لعدم ممارسته أي عمل كما تنولنا الحياة الأسرية

والعلاقات الاجتماعية للحالة حيث قال أن علاقته بأسرته وأصدقاءه جيدة لأنه ليس من النوع الذي يخلق مشاكل ولا يفضلها.

*** المقابلة الثالثة:** 2013/05/28 دامت حوالي 40دقيقة كان محورها يدور حول بداية المرض وتطوره حيث يقول أنه منذ صغره كان يعاني نقص في الرؤية ما دفعه إلى وضع نظرات وأن مرضه اكتشفه قبل شهر عندما ذهب للمعاينة عند الطبيب، كما تناولنا العملية الجراحية حيث قال أنه قلق نوع ما منه لكنه قال بأن لديه أمل كبير في الشفاء وقال أنه يتمنى أن تجري بأسرع وقت ممكن، كما تطرقنا إلى ظروف الاستشفاء وقال أنها لا بأس بها وعن معاملات الممرضين له قال لا بأس بها وعن تمضية وقته في المستشفى قال أنه يمضيها في الحديث مع المرضى وفي النوم.

*** المقابلة الرابعة:** 2013/05/29 دامت حوالي 30دقيقة، خصصت هذه المقابلة لإجراء اختبار تايلور في البداية شرحت نوعية هذا الاختبار للحالة فوافق بدون تردد ومن ثم بدأت في الإجابة عن الأسئلة، حيث كان يطلب مني شرح السؤال لمرات قبل أن يبدأ في الإجابة.

- الملاحظات العيادية:

كان الاتصال "ح. رابح" سهلا من البداية واتصاله كان مرفوقا بإشارات اليدين، وهو هادئ أما عن أفكاره فكانت واقعية وخالية من الانفعالات، كما أنه لا يتكلم إلا أن طلبته من ذلك.

- خلاصة المقابلات والملاحظات العيادية:

نستنتج من خلال المقابلات والملاحظات العيادية أن "ح. رابح" يعاني من مشاكل في الرؤية مثلا وقت طويل، كما أنه يعاني من تدهور في الأوضاع الاقتصادية نتيجة البطالة كما أنه يفكر دائما في المستقبل وما يخبئ له رغم تفاؤله.

اختيـــار "تـــايلـــور"' لقيـــاس شـــدة القلـــق:

الاسم واللقب : ح .رابح

السن : 33 سنة

المكان : مصلحة طب العيون بمستشفى احمد فرانسيس

عدد المرات "نعم": 32

عدد المرات "لا" : 18

- أجب عن الأسئلة **بنعم** أو **لا**، وذلك بتلوين مربع أحدهما أو وضع خط فيه:

الرقم	الســـــؤال	نعم	لا
01	نومي قلق ومتقطع	X	
02	لدي بعض المخاوف كأن أخاف من أشياء أكثر من غيري	X	
03	كانت تمر أيام لا أنام فيها بسبب الهم	X	
04	لا أعتقد أنني أكثر عصبية من الآخرين	X	
05	نادرا ما تحدث لي كوابيس أثناء النوم	X	
06	كثيرا ما أعاني من آلام معدية		X
07	كثيرا ما ترتعش يداي أثناء العمل		X
08	كثيرا ما أعاني من إسهال		X
09	كثيرا ما يشغلني الشغل والمال	X	
10	كثيرا ما أشعر بالغن	X	
11	غالبا ما أخاف أن يظهر علي الخجل	X	
12	أشعر دائما بالجوع	X	
13	أنا واثق من نفسي لأقصى درجة		X
14	لا أشعر بالتعب بسرعة	X	
15	أشعر أحيانا بعدم الاستقرار الداخلي لدرجة أنني لا أستطيع النوم	X	
16	أشعر بالعصبية عندما أكون في انتظار شخص أو أي شيء		X
17	أنا هادئ باستمرار ولا شيء يغضبني	X	
18	أشعر أحيانا بقلق كبير إلى درجة لا أستطيع الجلوس على الكرسي لمدة طويلة	X	
19	أنا دائما سعيد في كل وقت		X
20	صعب علي الانتباه والتركيز الجيد لمدة معينة أثناء أدائي لعمل أو واجب	X	
21	كثيرا ما أشعر بالقلق على شيء ما	X	
22	عندما تصادقني أشياء أو مشاكل صعبة فإنني أبتعد عنها		X
23	أرغب في أن أكون مثل الناس الآخرين	X	
24	غالبا ما أجد نفسي مشغولا لا على شيء		X

25	أحسب أحيانا بأنني شخص دون فائدة		X
26	أحس أحيانا أنني جد عصبي إلى درجة الانفجار	X	
27	أعاني من فرط التعرق في أيام البرد	X	
28	الحياة بالنسبة لي تعب ومضايقة		X
29	أنا مشغول وخائف دائما من سوء الحظ أو وقوع شيء مؤلم	X	
30	عادة ما أخجل من نفسي		X
31	كثيرا ما أحس بأن قلبي يدق دقات جامدة وصدري ضيق	X	
32	أبكي بسهولة		X
33	أخاف أحيانا من أشخاص أو حاجات أعرف أنها لا يمكن أن تضايقني	X	
34	دائما أجد نفسي مشغولا بكل شيء	X	
35	أعاني دائما من الصداع		X
36	أحيانا أجد نفسي منشغلا ومهتما بشكل غير معقول بحاجات غير هامة	X	
37	لا أستطيع الانتباه إلى درجة واحدة فقط	X	
38	إنني أرتبك بسهولة أثناء القيام بعمل	X	
39	أحس أحيانا أنني عديم الفائدة على الإطلاق		X
40	أنا شخص قوي جدا	X	
41	عندما ارتبك أعرق، وهذا يضايقني جدا		X
42	أنا لا أخجل	X	
43	أنا حساس أكثر من أغلب الناس الآخرين	X	
44	لم يحمر وجهي أبدا من الخجل		X
45	أشعر أحيانا أن المصائب كلها تتراكم علي لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها والتخلص منها	X	
46	عندما أقوم بأي عمل فإنني أقوم به وأنا متضايق جدا		X
47	أنا غالبا ما أحلم بأشياء أفضل وإنني لا أبوح بهذا لأحي أحد	X	
48	أنا أشعر دائما بأن يداي ورجلاي دافئة بقدر كاف	X	
49	ليست لدي ثقة بنفسي		X
50	قليلا ما تحدث لي حالة إمساك تضايقني	X	

- تحليل نتائج اختبار تايلور للقلق:

أن مستوى القلق عند الحالة "ح. رابح" يصنف في مستوى القلق الشديد جدا، وهذا ما يظهر في الدرجة التي تقترب ب32، ما يناسب الفئة الرابعة (30،50) وبالتالي فإن الحالة يعاني من قلق شديد وهذا راجع إلى:

* المعاناة من مشاكل في الرؤية منذ وقت طويل.
* النحافة التي تميز جسمه نتيجة التفكير المستمر في المستقبل.
* الأوضاع المادية الصعبة نتيجة البطالة.

وكذلك بعض الأعراض النفسية:

* وجود اضطراب في النوم.
* وجود اضطراب في الأكل.
* الشعور بالقلق نتيجة التفكير.
* الحركة الزائدة نتيجة القلق.

- تقرير عام حول الحالة الرابعة:

من خلال نتائج المقابلات والملاحظات العيادية واختبار تايلور للقلق، تبين وجود قلق شديد جدا وبالتالي وجود صراع نفسي داخلي أدى بالحالة إلى التفكير المستمر والشعور بالإحباط فيما يخص مصيرها ومستقبلها.

عرض النتائج ومناقشة الفرضيات:

من خلال دراسة الحالات توصلنا أن مرضى العيون يعيشون قلق قبل العملية الجراحية بحيث أن كل الحالات لديهم قلق ما يعني يحقق الفرضية العامة.

مناقشة الفرضية الأولى: المتمثلة في طبيعة القلق عند مرضى العيون المقبلون على العملية الجراحية هو قلق حاد.

من خلال دراستنا للحالات لاحظنا أنهم يعانون من قلق حاد وهذا باختلاف حدة القلق من قلق شديد جدا وقلق شديد وهذا ما يعني تحقق الفرضية الأولى.

مناقشة الفرضية الثانية: المتمثلة في: تختلق درجة القلق عند مرضى العيون المقبلون على العملية الجراحية حسب كل مريض.

ومن خلال دراستنا للحالات توصلنا إلى أن درجة القلق تختلف عندهم حسب كل مريض هذا ما يعني تحقق الفرضية وصدقها.

وفي الأخير من خلال دراستنا الإكلينيكية للحالات الأربعة وجدنا أنهم يعانون من نفس الأعراض والتي تدل على القلق المتمثلة في:

- الشعور بالتوتر .
- اضطراب في النوم.
- اضطراب في الأكل والمزاج
- الشعور بالقلق.

اقتراحات وتوصيات:

أخيرا يتوجب علينا ذكر بعض الإقتراحات والتوصيات:

*ضرورة إدخال الكفالة النفسية بالمرضى ضمن البرنامج العلاجي وتوفير الخصائيين النغسانيين لمساعدة المرضى وتحضيرهم للعملية وتعزيز مقاومة المريض وبعث روح الثقة في نفسه ،هذا ما يسهل من عملية العلاج الطبي.

*تفادي بقاء المرضى وقتا طويلا في المستشفى كون أن هذا سيشعرهم بالملل واليأس ويكسبهم نظرة سلبية عن حالتهم الصحية خاصة مع الحالات المزرية التي تعشها المستشفيات.

*وفي حالة تعرض العين لإصابة العين لإصابة ينبغي عدم التهاون والكشف المبكر عن مصدر الإصابة وهذا قبل تدهور الحالة المرضية من أجل التدخل العلاجي الأنسب والمبكر والوقاية خير من العلاج.

*تنصح الأهل بزيارة مرضاهم أو الإتصال بهم والسؤال عن أحوالهم لأن هذا يرفع من معنويات المرضى ويخفف من توترهم وقلقهم الناجم عن المرض.

*نتمنى من الطلبة الإهتمام أكثر بهذا النوع من البحوث ومحاولة التوسع والشمولية فيه والإلمام بمختلف جوانبه وتعميم هذا النوع من الدراسات على مختلف الفئات و المستشفيات.

ملخص البحث:

استهدفت الدراسة الكشف عن القلق لدى مرضى العيون المقبلون على العملية الجراحية ووجود قلق لديهم ومن أجل التوصل إلى هذا اعتمدنا في بحثنا على المنهج العيادي ودراسة الحالة مع تطبيق اختبار القلق الصريح لتايلور وتكونت عينة البحث من 04 حالات يتراوح سن العينة من 20 إلى 45 سنة من الجنسين.

وتمثلت إشكالية بحثنا في طرح التساؤل التالي:

هل يعيش مرضى العيون قلق قبل العملية الجراحية؟

هذه الإشكالية أدت إلى طرح التساؤل .

-ما طبيعة القلق الذي يعيشه مرضى العيون المقبلون على العملية الجراحية؟.

- هل تختلف درجة القلق عند مرضى العيون المقبلون على العملية الجراحية حسب كل مريض؟.

الفرضية العامة:

فعلا يعيش مرضى العيون قلق قبل العملية الجراحية.

الفرضية الجزئية:

- يعاني مرضى العيون المقبلون على العملية الجراحية من قلق حاد.
- -تختلف درجة القلق عند مرضى العيون المقبلون على العملية الجراحية حسب كل مريض.

و قد كشفت الدراسة على تحقق فرضيات البحث و هذا ما تم التوصل إليه في عرض النتائج و تحليلها الفرضيات و صدقها و ختمت الدراسة باقتراحات و توصيات على ضرورة التكفل النفسي بمرضى العيون المقبلون على العملية الجراحية و التخفيف من حدة القلق لديهم من يساهم في نجاح العملية الجراحية.

مـقدمـة:

يعتبر القلق من أهم الاضطرابات التي يعاني منها مرضى العيون المقبلون على العملية نتيجة حساسة العضو ولهذا حاولنا الكشف عن طبيعة القلق عند هؤلاء المرضى كون أن جراحة العين تولد نوعا من التوتر النفسي قبل العملية الجراحية و في بحثنا هذا نحاول دراسة القلق عند مرضى العيون المقبلون على العملية الجراحية وحتى نتمكن من الإلمام بالموضوع قسمنا بحثنا إلى قسمين:

- **القسم النظري:** ويحتوي على 04 فصول:

حيث يعتبر الفصل الأول مدخل عام للدراسة تناولنا فيه كل من: إشكالية البحث، الفرضيات، دوافع اختيار الموضوع،أهداف البحث، التعاريف الإجرائية، الدراسات السابقة.

أما الفصل الثاني خاص بالقلق: تعريفه، أنواعه، أسبابه، أعراضه، مظاهره ومكوناته، قياس القلق، النظريات المفسرة للقلق، علاج القلق.

الفصل الثالث خاص بالعين: تشريح وفسيولوجيا العين، عملية الرؤية، أمراض العين وعلاجها.

الفصل الرابع العملية الجراحية: تعريفها، أنواعها، العملية الجراحية وعلاقتها بالقلق.

- **القسم التطبيقي:** يحتوي على الفصل الخامس وهو يحتوي على جزأين:

الجزء الأول: خاص بمنهجية البحث يحث قدمنا مكان إجراء البحث ، تحديد عينات البحث و شروط إختيارها، المنهج المتبع و التقنيات المستعملة.

الجزء الثاني: خاص بعرض الحالات و تحليل النتائج و مناقشة الفرضيات.

- اقتراحات و توصيات.

- خاتمة

الخـاتـمـة

يعتبر الإنسان وحدة متكاملة بحيث لا يمكن فصل الجانب الجسمي عن الجانب النفسي وهذا باتفاق العلماء على مختلف اتجاهاتنا، فالتأثير بينهما والتفاعل المتبادل،فالإصابة بمرض ما خاصة على عضو حساس كالعين وجراحته تجعل الفرد يعيش حالة من التوتر النفسي قبل العملية بسبب القلق من فشل العملية وفقدان البصر كليا.

وقد توصلنا في بحثنا هذا إلى أن العملية الجراحية تولد حتما قلقا لدى المريض وان حالة وسمة القلق عند مرضى العيون قبل العملية تكون اكبر،غير أن هذه النتائج تبقى محدودة على مستوى أفراد عينتنا فقط ولا يمكن تعميمها لأننا نقيس شيئ قابل للتغيير وفق الظروف والحالة النفسية للفرد.

ما يجب ذكره هو أنه أثناء التطبيق الميداني لم نركز على نتائج العملية الجراحية أي فشلها أو نجاحها لأنها كانت تقريبا كلها ناجحة نظرا لبساطة العملية وحظوظ نجاحها الكبير لتوفر أطباء أكفاء.ثم إن دراستنا هذه تهتم بالعملية الجراحية كعامل في حد ذاته.

كما أننا نشير إلى أنه لم نصادف في المستشفى إلا مريضين منتشرين بكثرة هما "الكتاراكت" و"انفصال الشبكية".

قائمة المراجع:

أ- باللغة العربية:

- لطفي بركات أحمد: تربية المعوقين في الوطن العربي، دار النشر، الهلال، دت، 1685.
- مختار حمزة: سيكولوجية المرضى وذي العاهات، 1964.
- احمد أنور عكاشة: الطب النفسي المعاصر مكتبة انجلو المصرية ط1. 1976.
- نعيم الرفاعي: الصحة النفسية دراسة سيكولوجية التكيف، مطبعة طربين دمشق، ط2 1969.
- مصطفى غالب : تغلب على القلق ، بيروت ، ط5 ، 1983م.
- كالفن هول: أصول علم النفس الفرويدي ، ترجمة محمد فتحي الشنيطي ، دار النهضة العربية، بيروت ، 1970م .
- فرويد : الكف والعرض والقلق ، إشراف محمد عثمان نجاتي ، ط4 ، دار الشروق ، مصر ، 1989م .
- عزت شعلان : مرض القلق ، مطابع الرسالة ، الكوت ، 1988 .
- لطفي عبد العزيز الشربيني : القلق ، دار النهضة العربية للنشر ، د ت .
- حسين عزة : الطب النفسي ، دار القلم ، بيروت ، ط 3، 1986، ص 102
- محمد فيصل خير الرزاد : الامراض العصابية والذهانية و الاضطرابات السلوكية، دار القلم، بيروت ، 1984 .
- العناني عبد الحميد: الصحة النفسية، دار الفكر، عمان الطبعة الثانية 2003م
- د.مطيع رئيف سلسمان : الامراض النفسية المعاصرة دار النفائس الطبعة الأولى 2001م
- محمد ياسين عطوف علم النفس الاكليني دار الملايير بيروت1984م
- عبد الرحمان الوافي : الوجيز في الإمراض العقلية والنفسية المطبوعات الجامعية الجزائر.
- الصحة النفسية والتوافق النفسي لصبره محمد علي واشرف محمد عبد الغني شريت دار المعرفة الجامعية الاسكندرية 2004.
- محمود البستاني :دراسات في علم النفس ،المجلد الثاني ،دار البلاغة ،1988.
- 2 محمد احمد النابلسي : مبادئ السيكوسوماتيك و تصنيفاته ، دار الهدى ، ط1 .
- الدباغ فخري : أصول الطب النفسي ، بيروت ، دار الطباعة ، 1983 .
- عبد الرحمن عيسوي : علنف ومشكلات الفرد ، د ت .

- حامد عبد السلام الزهران: الصحة النفسية والعلاج النفسي،عالم الكتب، ط2، القاهرة، 1977
- مصطفى لطفي و عبد العزيز الشربيني : كيف تتغلب على القلق ، المشكلة و الحل ، بيروت ، دار النهضة العربية للطباعة و النشر ، 1989 .
- خليل المعايطة، وآخرون: الإعاقة البصريّة، دار الفكر، عمّان، 2000، ط1.
- منى صبحي الحديدي: مقدمة في الإعاقة البصريّة، دار الفكر، عمّان، 1991، ط1.
- محمد فائز المط: الجسم البشري، مؤسّسة الرّسالة، بيروت، 1989، ط1.
- ماجدة السّيد عبيد:تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصّة، دار صفاء، عمّان، 2000، ط1.
- أكرم عنبري: التّلخيص في أمراض العين، مطبعة جامعة دمشق، 1991.
- محمد رفعت، وأخرون: أمراض العيون، دار المعرفة، بيروت، 1974، ط1، ص10.
- كاظم ولي آغا: علم النّفس الفسيولوجي، دار الآفاق الجديدة، بيروت، 1981، ط1.
- منير البيطار، وآخرون: الفيزيولوجيا البشريّة، منشورات جامعة دمشق، 1993-1994، الجزء الثّاني.
- حسن اكرم صادق : العين والعناية بها، دار العربية للعلوم، 1988، ط1.
- عبد الوهّاب عمّوري، خالد الحسن: أمراض العيون، منشورات جامعة حلب، كليّة الطّب 1982-1983، ط1.
- حسن علي حسن: العين أمراضها ووقايتها، الدّار العالميّة، بيروت، 1986، ط1.
- عدنان رضا سعيد: الوجيز في أمراض العين، ج2، مطبعة جامعة دمشق، 1961.
- أحمد السّعيد يونس، مصري عبد الحميد، حنورة:رعاية الطّفل المعوّق، دار الفكر العربي، 1991، ط2.
- إبراهيم أبو النجاة وعيسى حمدي المادني ولويس دوس، موسوعة الطبية، الجزء الخامس (ت.ج)، القاهرة.
- فيصل عباس، أضواء على المعالجة النفسية (النظرية والتطبيق). دار الفكر اللبناني بيروت. سنة 1994. الطبعة الأولى.
- عطوف محمود ياسين، علم النفس الإكلينيكي، بيروت، دار العلم للملايين، سنة 1986، الطبعة الثانية، 299-300.
- محمد خليفة بركات، عيادات العلاج النفسي والصحة النفسية، 1976.
رسالة ماجستير : علاقة القلق بالزمر الدموية ، 2001م .

ب- باللغة الفرنسية:

- Coldefy (J.M) : Psychologie appliqué à la chirurgie,éd, médicale, Flammarion ; Paris, 1963,

- Ibid,

- Sigmund freud : introduction la psychanalyse .paris. P.U.F.1965.

- Nazat et Honzel(D) : PSYCHOLOGIE DE L'enfant et de l'adolescent .éd.maison.paris.1983

- Young(G.C) :Psychology and Religion ,New–York ,Conn Yale university press ,

- Bouronier (J) : Angoisse, Paris , P.U.F.,

- Bedford(M.A): Atlas en couleurs de diagnostique ophtalmologie, éd.; Malome, 1982,

- Sarraux (H): abrégé d'ophtalmologie, éd. Masson, 1982,

- Hullo (A):Ophtalmologie,Pré-internat,E.M.C.Ophtamologie,1985,

- Rob Richard. M: L'ophtalmologie en pratique pédiatrique courante, Médecine et science, paris, 1982,

- Taylor Asbury. Daniel Vaugman: Ophtalmologie générale, éd. Médicale internationales.1988

- Lanthony (p): Dictionnaire du strabisme, 2eme semestre malonie, 1983,

- Hugonier (R), Hugonier (S): Strabismes, Hétérophories, Paralysies oculomotrices, 3eme. Ed. Massonet. Paris, 1970,

- Le petit Robert I Robert Paris; 1992,

- Revue hospitalière de la France, n°227- Janvier 1975,

- Held (R): De la psychanalyse à la médecine psychosomatique, éd, payot, paris, 1986,
- Lacombe (M): Précis de soin aux malades de chirurgie pré-opératiores, éd, Lamane pivot, 1ère partie,
M. Angers : Initiation pratique à la méthode des sciences humaines, collection technique des recherches, Ed lacine Québec. 1996.
- Rondal (j.p) : Eléments de psychologie générale. Introduction à la psychologie générale. Belgique. 1983.
- Les problèmes de la presse dans les démarches de la psycholoqie. Revue psycho- Française N° 24. 1979. Parie.
- M. Reaclin : Les méthodes en psychologie. Paris P.U.F. 1992, 2ème éd.
- S. Mazella : La dynamique d'une consultation de psychologie pour enfant. Alger O.P.U.
- Dictionnaire quilet de la langue française, librairie. Aristide quillet, Paris. 1975.
- Nouveau larousse Médical. Edition la rousse. France. 1980.

الفهرس:

- كلمة شكر.....أ
- إهداء.....ب
- ملخص البحث.....ج
- الفهرس.
- المقدمة.....1

- الفصل الأول : مدخل للدراسة

1- الإشكالية.....3
2- الفرضيات 4
3- أهداف ودوافع اختيار البحث.....4
4- التعاريف الإجرائية.....4
5- الدراسات السابقة.....5

- الفصل الثاني: القلق

1- تعريف القلق.....9
2- أنواع القلق.....10
أ: القلق الموضوعي.....10
ب: القلق العصابي.....10
3- أسباب القلق.....11
4- أعراض القلق.....13
5- مظاهر ومكونات القلق.....14
6- قياس القلق.....15
7- الأساس الفيزيولوجي للقلق.....15
8- النظريات المفسرة للقلق.....16
9- علاج القلق.....19

- الفصل الثالث: العين

1- تشريح وفسيولوجيا العين.....22
2- عمليّة الرّؤيــة.....26
3- أمراض العين وعلاجهــا.....27
1) انفصال الشبكيّة 27
2) الجلوكوما.....32
3) سادة العين أو الكتاراكت.....35
4) الظّفرة.....40
5) الحول.....41

- الفصل الرابع: العملية الجراحية.

1- العملية الجراحية.....47
2- أنواع العملية الجراحية.....48
3- القلق وعلاقته بالعملية الجراحية.....49

*** الجانب التطبيقي.**

- الفصل الخامس: دراسة الحالة.

1- تقديم مكان البحث.....52
2- تحديد عينة البحث وشروط اختيارها.....53
3- المنهج المتبع.....54
4- تحديد التقنيات المستعملة.....55
5- دراسة الحالة.....62
6- تحليل نتائج اختبار تايلور للقلق.....92
7- عرض النتائج ومناقشة الفرضيات.....93
8- اقتراحات وتوصيات.....94
- الخاتمة.....95
- الملاحق

اختيـــار "تـــايلـــور"' لقيـــاس شـــدة القلـــق:

- أجب عن الأسئلة **بنعم** أو **لا**، وذلك بتلوين مربع أحدهما أو وضع خط فيه:

الرقم	السـؤال	نعم	لا
01	نومي قلق ومتقطع		
02	لدي بعض المخاوف كأن أخاف من أشياء أكثر من غيري		
03	كانت تمر أيام لا أنام فيها بسبب الهم		
04	لا أعتقد أنني أكثر عصبية من الآخرين		
05	نادرا ما تحدث لي كوابيس أثناء النوم		
06	كثيرا ما أعاني من آلام معدية		
07	كثيرا ما ترتعش يداي أثناء العمل		
08	كثيرا ما أعاني من إسهال		
09	كثيرا ما يشغلني الشغل والمال		
10	كثيرا ما أشعر بالغن		
11	غالبا ما أخاف أن يظهر علي الخجل		
12	أشعر دائما بالجوع		
13	أنا واثق من نفسي لأقصى درجة		
14	لا أشعر بالتعب بسرعة		
15	أشعر أحيانا بعدم الاستقرار الداخلي لدرجة أنني لا أستطيع النوم		
16	أشعر بالعصبية عندما أكون في انتظار شخص أو أي شيء		
17	أنا هادئ باستمرار ولا شيء يغضبني		
18	أشعر أحيانا بقلق كبير إلى درجة لا أستطيع الجلوس على الكرسي لمدة طويلة		
19	أنا دائما سعيد في كل وقت		
20	صعب علي الانتباه والتركيز الجيد لمدة معينة أثناء أدائي لعمل أو واجب		
21	كثيرا ما أشعر بالقلق على شيء ما		
22	عندما تصادفني أشياء أو مشاكل صعبة فإنني أبتعد عنها		
23	أرغب في أن أكون مثل الناس الآخرين		
24	غالبا ما أجد نفسي مشغولا لا على شيء		
25	أحسب أحيانا بأنني شخص دون فائدة		
26	أحس أحيانا أنني جد عصبي إلى درجة الانفجار		
27	أعاني من فرط التعرق في أيام البرد		
28	الحياة بالنسبة لي تعب ومضايقة		
29	أنا مشغول وخائف دائما من سوء الحظ أو وقوع شيء		

	مؤلم		
30	عادة ما أخجل من نفسي		
31	كثيرا ما أحس بأن قلبي يدق دقات جامدة وصدري ضيق		
32	أبكي بسهولة		
33	أخاف أحيانا من أشخاص أو حاجات أعرف أنها لا يمكن أن تضايقني		
34	دائما أجد نفسي مشغولا بكل شيء		
35	أعاني دائما من الصداع		
36	أحيانا أجد نفسي منشغلا ومهتما بشكل غير معقول بحاجات غير هامة		
37	لا أستطيع الانتباه إلى درجة واحدة فقط		
38	إنني أرتبك بسهولة أثناء القيام بعمل		
39	أحس أحيانا أنني عديم الفائدة على الإطلاق		
40	أنا شخص قوي جدا		
41	عندما ارتبك أعرق، وهذا يضايقني جدا		
42	أنا لا أخجل		
43	أنا حساس أكثر من أغلب الناس الآخرين		
44	لم يحمر وجهي أبدا من الخجل		
45	أشعر أحيانا أن المصائب كلها تتراكم علي لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها والتخلص منها		
46	عندما أقوم بأي عمل فإنني أقوم به وأنا متضايق جدا		
47	أنا غالبا ما أحلم بأشياء أفضل وإنني لا أبوح بهذا لأحي أحد		
48	أنا أشعر دائما بأن يداي ورجلاي دافئة بقدر كاف		
49	ليست لدي ثقة بنفسي		
50	قليلا ما تحدث لي حالة إمساك تضايقني		