

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة غرداية



كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

الصدمة النفسية والتوجه نحو الحياة لدى المصابين بسكتة دماغية

الخاضعين لإعادة التأهيل

دراسة عيادية لحالتين بمدينة غرداية

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات نيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ:

د. يوسف قدوري

إعداد الطلبة:

● سويد إسماعيل

● فرج الله أبو عبد الفتاح

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الجامعة	الصفة
مراد يعقوب	غرداية	رئيسا
يوسف قدوري	غرداية	مشرفا مقرر
جماد نسبية	غرداية	مناقشا

الموسم الجامعي:

2020-2019/1441-1440هـ

# إهداء

إلى من غمرتنا بحنانها و أنارت قلبنا بفيض دعائها... إليك يا أمي أطال الله في عمرك

إلى من شقا من أجل أن يفتح لنا درب الحياة... إليك يا والدي الكريم

إلى جميع الإخوة بدون استثناء

إلى جميع أفراد العائلتين الكريمتين... كبيرهما وصغيرهما... إلى كل أفراد عائلة

سويد وفرج الله

إلى كل من علمنا وساندنا و أناردرب العلم طوال مشوارنا الدراسي

إلى كل من وسعهم قلبينا... فلو قضينا عمرنا في الشكر سنقول في آخر المطاف أننا لم نوفي.

إسماعيل و أبو عبد الفتاح

# شكر وعرفان

الحمد لله حمد الشاكرين والصلوة والسلام على رسولنا الكريم نبينا محمد

ﷺ وعلى آله وصحبه أجمعين

نتقدم بأسمى عبارات الشكر والتقدير لأستاذنا المشرف الدكتور يوسف

قدوري على دعمه وتشجيعه لنا، وعلى ملاحظاته وتوجيهاته خلال إشرافه

على هذه الدراسة

كما نتقدم بالشكر والتقدير لعمال مطبعة العبور للصحة العقلية بمتليلي

والمركز الطبي الاجتماعي لمستخدمي الجماعات المحلية لولاية غرداية

كما نشكر كل أساتذة علم النفس العيادي بدون استثناء على

مجهوداتهم القيمة طوال سنوات الدراسة الجامعية

نتقدم بالشكر إلى كل من وسعهم قلوبنا ونساهم قلمنا.

## ملخص الدراسة:

تناولت هذه الدراسة موضوع الصدمة النفسية والتوجه نحو الحياة لدى المصابين بسكتة دماغية، حيث تعتبر السكتة الدماغية من أهم الأمراض المزمنة والخطيرة على مجتمعنا لما تخلفه من معاناة نفسية وإعاقة حركية تعكس مدى صعوبة تقبل الوضع ما بعد السكتة الدماغية، فجاءت هذه الدراسة لإبراز تطور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند ضحايا السكتة الدماغية ودرجة توجههم نحو الحياة.

وللتحقق من صحة الفرضيات تم اتباع المنهج العيادي (دراسة الحالة) لحالتين مصابتين بسكتة دماغية تم اختيارهما بطريقة قصدية، ولتحقيق فرضيات الدراسة تم الاستعانة بمجموعة من التقنيات العيادية تتمثل في المقابلة العيادية النصف موجهة ومقياس الصدمة النفسية لدافيدسون ومقياس التوجه نحو الحياة لشاير وكارفر، وعند تحليل المعطيات وتفسيرها توصلنا لإجابة عن تساؤل الدراسة والتي تقول بأنه: يطور المصاب بالسكتة الدماغية أعراض اضطراب ما بعد الصدمة PTSD كما ينظر المصاب بالسكتة الدماغية للحياة بتشاؤم.

**الكلمات المفتاحية:** السكتة الدماغية، الصدمة النفسية، اضطراب ما بعد الصدمة، التوجه نحو الحياة.

### Résumé de l'étude:

La présente étude traite du problème des traumatismes psychologiques ainsi que des conséquences causées par les AVC sur la vie des personnes ayant subi ce type de traumatisme.

L'AVC est, socialement, une des maladies chroniques les plus graves de par les souffrances psychologiques et les incapacités motrices qu'elle peut engendrer, les personnes ayant subi des AVC acceptent difficilement leur nouvelle situation, L'objectif de cette étude est de mettre en évidence le développement des symptômes du PTSD chez les victimes d'AVC, et d'analyser l'influence de cette maladie sur vie quotidienne des victimes et sur la nouvelle vision qu'ils ont de leur vie.

Afin de s'assurer de la validité des différentes hypothèses nous avons utilisé l'approche clinique pour deux cas victimes d'AVC sciemment choisis.

Afin de vérifier les hypothèses de l'étude, un ensemble de techniques a été utilisé tels que l'interview clinique dirigée, l'échelle de traumatisme psychologique de Davidson ainsi que le test d'orientation de vie de Shire et Carver.

Lors de l'analyse et de l'interprétation des données, nous sommes arrivés à la conclusion suivante; une personne ayant subi un AVC développe les symptômes du PTSD, et voit la vie avec pessimisme.

**Mots clés:** accident vasculaire cérébral, traumatisme, PTSD, orientation de vie.

فهرس المحتويات:

الصفحة	العنوان
	الاهداء
	الشكر
	ملخص الدراسة
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
1	مقدمة
3	الإطار النظري للدراسة
4	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
5	1. إشكالية الدراسة
8	2. الفرضيات
8	3. أهداف الدراسة
9	4. أهمية الدراسة
9	5. دوافع الدراسة
9	6. التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة
10	7. الدراسات السابقة
17	8. التعقيب على الدراسات السابقة
19	الفصل الثاني: السكتة الدماغية
20	تمهيد

20	1. بنية الدماغ
23	2. وظيفة الدماغ
24	3. مفهوم السكتة الدماغية
25	4. نسبة الانتشار
25	5. أنواع السكتات الدماغية
27	6. أسباب الإصابة بالسكتة الدماغية
30	7. مظاهر السكتة الدماغية
31	8. التغيرات الوظيفية التي تكون بعد السكتة الدماغية
32	9. المآلات النفسية
33	10. التشخيص
34	11. العلاج
35	12. الشفاء المبكر
35	13. إعادة التأهيل
38	خلاصة الفصل
39	الفصل الثالث: اضطراب ما بعد الصدمة والتوجه نحو الحياة
40	تمهيد
40	1. مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة
42	2. مصطلحات مرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة
44	3. النظريات المفسرة لاضطراب ما بعد الصدمة
46	4. أشكال اضطراب ما بعد الصدمة

46	5. مراحل اضطراب ما بعد الصدمة
47	6. عوامل الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة
47	7. أعراض اضطراب ما بعد الصدمة
49	8. الاضطرابات المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة
51	9. تشخيص الصدمة النفسية
51	10. العلاج
56	11. مفهوم التوجه نحو الحياة
57	12. التوجه نحو الحياة وعلاقته ببعض المصطلحات الأخرى
60	13. النظريات المفسرة للتوجه نحو الحياة
62	14. أبعاد التوجه نحو الحياة
63	15. مظاهر التوجه نحو الحياة
64	16. مصادر التوجه نحو الحياة
64	17. صفات المتوجهين نحو الحياة
65	18. معوقات التوجه نحو الحياة
66	خلاصة الفصل
67	الاطار التطبيقي للدراسة
68	الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة
69	تمهيد
69	1. منهج الدراسة
70	2. الدراسة الاستطلاعية

70	3. مجموعة البحث
71	4. أدوات الدراسة
73	5. حدود الدراسة
74	6. الدراسة الأساسية
75	الفصل الخامس: عرض وتحليل وتفسير النتائج
76	تمهيد
76	1. تقديم الحالة الأولى
76	2. تحليل الحالة الأولى
80	3. تفسير الحالة الأولى
83	4. تقديم الحالة الثانية
83	5. تحليل الحالة الثانية
87	6. تفسير الحالة الثانية
89	7. الاستنتاج العام
91	خلاصة
92	المراجع
98	الملاحق

فهرس الجداول:

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
72	يوضح تصحيح مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدافيدسون	1
78	نتائج الحالة الأولى في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدافيدسون	2
80	نتائج الحالة الأولى في مقياس التوجه نحو الحياة لشاير وكارفر	3
85	نتائج الحالة الثانية في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدافيدسون	4
86	نتائج الحالة الثانية في مقياس التوجه نحو الحياة لشاير وكارفر	5

مقدمة

## مقدمة:

يتحكم الدماغ بحركة الجسم ويعالج المعلومات القادمة من العالم الخارجي ويمكننا من التواصل مع الآخرين، لهذا يعتبر الدماغ أحد أكثر الأجزاء دقة في الجسم، ولذلك فقد يؤدي انقطاع الدم عنه ولو لفترة قصيرة جدا إلى حدوث سكتة دماغية.

هته الأخيرة تخلف معاشا نفسيا صعبا عند ضحاياها بسبب الخبرة الصدمية المؤلمة وآثارها النفسية والجسدية، فضلا عن ذلك تفرض على الضحية واقعا جديدا يتمثل في الوضع ما بعد السكتة الدماغية وصعوبة التكيف معه الذي يفقدها تكيفها الاجتماعي والعائلي، بما فيها التوظيف الجسدي بسبب حالات العجز العصبي والجسدي والحركي.

فالآثر الناجم عنها والتي تكون من دون سابق انذار تفوق قدرة الفرد على التحمل فتخلق لديه ما يسمى بالصدمة النفسية والتي تتطور إلى اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، كما تعمل السكتة الدماغية على تغيير نظرة الفرد للأشياء فيصبح غير قادر على التعامل معها كما من قبل، ومنه تغير نظرتة للحياة مما قد تخفض درجة توجهه نحو الحياة.

ولذلك يتمحور الهدف العام من دراستنا حول تطور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى المصابين بسكتة دماغية ونظرة المصاب للحياة ما بعد الإعاقة التي خلفتها السكتة، حيث قسمت الدراسة إلى جانبين رئيسيين هما:

جانب نظري: تضمن مقارنة نظرية احتوت على كل ما يتعلق بالسكتة الدماغية واضطراب ما بعد الصدمة والتوجه نحو الحياة، حيث تم تقسيم الجانب النظري إلى ثلاثة فصول كما يلي:

الفصل الأول: والذي يتضمن الاطار العام للدراسة والذي تم فيه عرض إشكالية الدراسة والفرضيات، أهداف الدراسة، أهمية الدراسة، دوافع الدراسة والدراسات السابقة.

الفصل الثاني: والذي تضمن السكتة الدماغية والذي تعرضنا فيها إلى الجانب التشريحي للدماغ ومفاهيم حول السكتة الدماغية بالإضافة إلى أنواع السكتات وطرق التشخيص والعلاج وإعادة التأهيل.

الفصل الثالث: تطرقنا فيه بصفة عامة إلى اضطراب ما بعد الصدمة بشيء من التفصيل وكذلك تم التطرق فيه إلى المتغير الثاني وهو التوجه نحو الحياة.

جانب تطبيقي: وتضمن ما يلي:

الفصل الرابع: تم فيه التطرق للإجراءات المنهجية ويتعلق بتعريف منهج الدراسة المتبع، مجموعة الدراسة، حدود الدراسة، أدوات الدراسة، الدراسة الاستطلاعية والدراسة الرئيسية.

الفصل الخامس: تضمن عرض حالات الدراسة التي مثلت مجتمع البحث مع إعطاء تحليل لكل حالة ومناقشة النتائج في ضوء فرضيات الدراسة.

الإطار النظري

للدراسة

# الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1. إشكالية الدراسة
2. الفرضيات
3. أهداف الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. دوافع الدراسة
6. التعاريف الإجرائية
7. الدراسات السابقة
8. التعقيب على الدراسات السابقة

## 1. الإشكالية:

يُعرّف الانسان بكونه مجموعة من الوظائف المقبولة تشكل وحدة حية وملقاة في فضاء مدة زمنية معينة، انطلاقاً من ولادته لغاية وفاته، فجهازه العصبي كيان ديناميكي رائع يتكون من حوالي تريليون خلية، ومن المعروف أن معظم خلايا أجسامنا تموت وتستبدل بأخرى كل بضعة أسابيع أو شهور، إلا أن الخلية العصبية في الجهاز العصبي لا تنقسم أو تتكاثر بعد أن نولد، فتعتبر الخلايا الدماغية خلايا نبيلة، بمعنى أنها غير قابلة للتجديد بشكل طبيعي مثل باقي الخلايا، حيث يولد الانسان وهو يحمل عدداً محدداً من هذه الخلايا العصبية وهي المسؤولة عن الوظائف العصبية.

كما أن هذه الخلايا بحاجة دائمة إلى التزود بالدم عن طريق الأوعية الدموية بشكل متواصل لكي تتمكن في الاستمرار في أداء وظائفها بشكل سليم، وللأوعية الدموية بدورها أيضاً والتي تغذي هذه الخلايا خاصيتها المحددة، فشرايين فصي الدماغ مهمتها تزودها بالدم وأي تلف في أي من تفرعات هذه الشرايين قد ينتج عنه أعراض تنبئ بتلف شديد أو توقف تام للعمليات الإدراكية بشكل محدد.

فحدوث توقف مفاجئ لتدفق الدم أو الأوكسجين بشكل خاص لجزء من أنسجة الدماغ وخلاياه العصبية فإن ذلك يؤدي إلى ضرر، ومنه إلى خلل في الأداء الوظيفي لعضو الجسم الذي تتحكم فيه هذه الخلايا، وقد يؤدي هذا الضرر إلى اختلالات تتمثل في صعوبة النطق واضطرابات في المشي، والضعف في أطراف الجسم، وتشوش الرؤيا، لتبدأ سلسلة من ردود الفعل التي تؤدي إلى موت الخلايا، وحتى تلك الخلايا المحيطة بالخلايا المصابة يمكنها أن تتعرض للضرر أيضاً وهذا ما يسمى بالسكتة الدماغية أو (STROKE) بالإنجليزية أو (Accident vasculaire cérébral AVC) بالفرنسية.

"السكتة الدماغية تحدث حين يتعرض جزء من الدماغ للضرر نتيجة نقص تدفق الدم إليه أو تمزق وعاء دموي، أي حدوث نزيف في الدماغ، وهي متميزة للغاية لدرجة ابتكر معها الإغريق القدماء مصطلح السكتة (apoplexy)، وهو الاسم القديم لها باللغة الإنجليزية، وما لا شك فيه أن السكتة ليست عرضاً، بل غالباً ما تنتج عن عقود من تمزق واهتراء وانسداد الأوعية التي تغذي الدماغ بالدماء". (ريتشارد لاين ليندي، 2014، ص2)

وتؤدي السكتات الدماغية إلى انهيار المصاب جراء التغيرات السريعة والساحقة التي شملت مختلف مجالات الحياة، فهذه السكتات الدماغية التي لم يسلم منها كافة طبقات المجتمع والتي تحدث في كل نقطة من نقاط العالم التي قد تجعل من السليم المعافى شخصا مقعدا، أو ذو إعاقة دائمة، فهمها ارتقى مجال الطب فإنه يعجز في كثير من الأحيان عن مساعدة ضحايا السكتة الدماغية من الشفاء الكلي والرجوع إلى الحالة الطبيعية مثلما كان الحال قبل وقوعها، ومما لاشك فيه أن هنالك عدد لا يستهان به من هؤلاء الأفراد الذين بقيت عليهم آثار هذه السكتة الدماغية، مما قد يسبب لهم ضيق وقلق كبيرين كونهم لم يولدوا بتلك الإعاقات أو العاهات، مما قد يولد لديهم مختلف المشاعر السلبية تجاه ذواتهم، كما أنه من الصعب تقبل الأمر والعيش دون تفكير في الموضوع، معبرا عن ذلك بالفزع والحزن والاكتئاب، وقد تحدث تأثيرات تفوق تأثيرات الحياة الضاغطة، ويعود ذلك إلى عدم وجود خبرات مماثلة لدى الفرد في التعامل مع هذه الأزمة.

فالقدر على التحمل ليست واحدة عند الجميع مع الأخذ بعين الاعتبار طبيعة الاستعداد النفسي لدى الشخص، ومن هنا يمكن القول أن مدى القدرة على تحمل الاحباطات والمثيرات قد تترجم التمتع بالصحة النفسية والتوظيف النفسي الجيد للآليات الدفاعية، وبذلك الاستجابة بشكل مفرط لهذه المثيرات يوقعنا في الصدمة (Trauma) والتي هي وقوع أذى أو ضرر يحدث اضطرابات أو خللا في البنى والتراكيب وفي الوظائف وذلك لوقت كبير أو قصير وفقا لدرجة شدتها.

"فالصدمة هي أي حادث يهاجم الانسان ويخترق الجهاز الدفاعي لديه مع إمكانية تمزيق حياة الفرد بشدة، وقد ينتج عن هذه الحادث تغيرات في الشخصية، أو مرض عضوي إذا لم يتم التحكم فيه والتعامل معه بسرعة وفاعلية، كما تؤدي الصدمة إلى نشأة الخوف العميق والعجز والرعب". (عبد الخالق، 1998، ص15)

"وتتراوح نسبة الأفراد من سكان العالم الذين يواجهون حادثة صادمة واحدة على الأقل خلال حياتهم بين 50 – 90%". (Roberts et all, 2011, p41)

ولكن هذه الأعراض تبقى وتستمر في بعض الحالات، وعند استمرارها لأكثر من شهر يتم تحديدها والتعامل معها باعتبارها حالة مزمنة وهذا ما يسمى باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (Post traumatic stress disorder PTSD).

"واضطراب ما بعد الصدمة هو حالة من الفوضى طويلة الأمد للحياة النفسية للفرد والتي تؤثر على تفكيره وسلوكه، فهو الحالة النفسية التي تضم ظواهر عقلية وعصبية متعددة نتيجة لصدمة شديدة". (Damia et all, 2011, p135)

فاضطراب ما بعد الصدمة بمثابة رد فعل للصدمة النفسية، التي تتطوي على الخوف الشديد والعجز أو الرعب، بالإضافة إلى استمرار إعادة تجربة الحادث الصادم والتجنب المستمر للمؤثرات المرتبطة بالصدمة وزيادة الاثارة باستمرار، ومع استمرار اضطراب ما بعد الصدمة يصبح الفرد غير قادر على رؤية الصدمة كحدث محدود الوقت بل يتطور الأمر فتكون له آثار سلبية على حياته ومستقبله.

ففي دراسة كل من Merriman C, Norman P, Barton J (2007) تحت عنوان: أعراض اضطراب ما بعد الصدمة التالية للسكتة الدماغية، كشفت أن 50% لديهم أعراض ما بعد الصدمة النفسية، و30% لديهم أعراض ما بعد الصدمة مع اضطرابات أخرى.

فأزمات الحياة والظروف التي يعيشها المصاب بالسكتة الدماغية تعد عاملا مهما وأساسيا في خلق بعض الاضطرابات لديه، فواقع الحياة والصراعات التي يعيشها من الممكن أن تهز كيانه بالكامل، إلا أن هنالك اختلاف بين الأفراد في تفسيرهم للواقع الذي يعيشونه كما يختلفون في طريقة رؤيتهم وتوجههم نحو الحياة.

"والتوجه نحو الحياة أحد مظاهر الصحة النفسية، فهو النظرة الإيجابية والميل للتفاؤل والاقبال على الحياة والتوقع العام بحدوث أشياء أو أحداث جيدة بدرجة أكبر من حدوث أشياء سيئة". (Scheier, 1956, p7)

إن التوجه نحو الحياة يعني الإحساس الإيجابي بحسن الحال، كما يرصد بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستوى رضا المرء عن ذاته وعن حياته بشكل عام وسعيه

المتواصل لتحقيق أهداف شخصية وذات قيمة ومعنى بالنسبة له، كما يرتبط التوجه نحو الحياة بكل من الإحساس العام بالسعادة والسكينة والطمأنينة النفسية.

"والتوجه نحو الحياة له جانب كبير من الأهمية بالنسبة للفرد والمجتمع، فهو وسيلة يتعرف فيها الإنسان على حياته وبأنه له قيمة وهو المجال الذي يعبر فيه عن قدراته ومواهبه والشعور بأنه يبدي نفعاً لمن حوله، فتقدير الإنسان لنفسه يرجع إلى حد كبير إلى تقدير من حوله في المجتمع الذي يعيش فيه". (همفريز، 1956، ص7)

ومنه ومن خلال العرض السالف ذكره حول كل من الإصابة بالسكتة الدماغية واضطراب ما بعد الصدمة والتوجه نحو الحياة يقودنا إلى طرح التساؤلات الآتية:

- هل يطور المصاب بالسكتة الدماغية أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) وكيف ينظر المصاب بالسكتة الدماغية للحياة؟.
- هل يعاني ضحايا السكتة الدماغية من إعادة معايشة الحدث الصدمي في شكل تناذر التكرار وتناذر التجنب والتناذر الاعاشي العصبي؟.
- ما درجة التوجه نحو الحياة لدى المصابين بالسكتة الدماغية؟.

## 2. الفرضيات

- يطور المصاب بالسكتة الدماغية أعراض اضطراب ما بعد الصدمة PTSD كما ينظر المصاب بالسكتة الدماغية للحياة بتشاؤم.
- يعاني ضحايا السكتة الدماغية من إعادة معايشة الحدث الصدمي في شكل تناذر التكرار وتناذر التجنب والتناذر الاعاشي العصبي.
- درجة التوجه نحو الحياة لدى المصابين بالسكتة الدماغية منخفضة.

## 3. أهداف الدراسة:

- تحقيق فرضيات الدراسة السالف ذكرها.
- إثراء المعرفة وزيادة الرصيد النظري والمساهمة في توفير دراسة نفسية حول الصدمة النفسية والتوجه نحو الحياة لدى المصابين بسكتة دماغية.

- الكشف عن مدى تأثير السكتة الدماغية على المريض من ناحية ردود أفعالها الانفعالية والوجدانية والسلوكية كاستجابة لحدث الصدمة ومعايشة الحدث الصادم، والتوجه الحياتي للفرد.

- الكشف عن المعاناة النفسية والجسدية التي يعيشها المصاب بسكتة دماغية.

#### 4. أهمية الدراسة:

- تقديم دراسات سابقة حول الصدمة النفسية والتوجه نحو الحياة لدى المصابين بسكتة دماغية للباحثين.

- تسعى للكشف عن تطور اضطراب ما بعد الصدمة لدى المصابين بالسكتة الدماغية و توجههم نحو الحياة.

- الإضافة العلمية في هذا المجال (السكتة الدماغية) خاصة للبيئة الجزائرية التي تفتقر لمثل هذه الدراسات.

#### 5. دوافع الدراسة:

إن اختيارنا لموضوع الصدمة النفسية والتوجه نحو الحياة لدى المصابين بسكتة دماغية كان إلى عوامل عديدة من بينها:

- نعت الانتباه لتزايد عدد ضحايا السكتة الدماغية.

- الرغبة الشخصية في التعرف على هذه الفئة والتقرب منها ومعرفة المزيد عنها.

- معرفة تطور اضطراب ما بعد الصدمة لدى المصابين بسكتة دماغية وتأثير السكتة على توجههم نحو الحياة.

- علاقة الموضوع باختصاص علم النفس العيادي.

- اشباع الفضول العلمي من حيث تناول هذ الموضوع.

#### 6. التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة:

**السكتة الدماغية:** هي توقف جزء من الدماغ عن القيام بمهامه جراء موت بعض الخلايا نتيجة نزيف أو خثرة في الشريان المغذي له، ويتمثل نوعها في هذه الدراسة على أنها سكتة دماغية إقفارية - صمية - (AVC ischémique) في الجانب الأيسر من الدماغ مما أدت إلى شلل نصفي للجانب الأيمن.

اضراب ما بعد الصدمة: هو الدرجة التي يتحصل عليها الفرد المتعرض لسكتة دماغية نتيجة تطبيق مقياس PTSD لدافيدسون والتي تتضمن الأعراض الكلاسيكية والمتمثلة في تناذر التكرار وتناذر التجنب والتناذر العصبي الاعاشي.

التوجه نحو الحياة: هو الدرجة التي يتحصل عليها الفرد المتعرض لسكتة دماغية نتيجة تطبيق مقياس التوجه نحو الحياة لشاير وكارفر والمتضمن السمات التي يرى الأشخاص من خلالها الجوانب المشرقة من الحياة.

### 7. الدراسات السابقة

تعتبر مرحلة مراجعة الدراسات السابقة من أهم المراحل المساعدة على حل مشكلة البحث لما لها من اسهامات في التوجيه وضبط المتغيرات.

#### أولاً: دراسات حول الصدمة النفسية:

#### (1) دراسة TARRIER N, O'NEILL P, BURNS A, FARAGHER B (ماي 1998)

تحت عنوان: هل يحدث اضطراب ما بعد الصدمة بعد السكتة الدماغية: دراسة أولية

تمت الدراسة في قسم علم النفس العيادي بمستشفى شمال مانشستر العام، المملكة المتحدة، هدفت الدراسة إلى البحث ما إذا كانت الأعراض النفسية المتسقة مع اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) يمكن أن تحدث بعد السكتة الدماغية كنتيجة لحدث مفاجئ وغير متوقع للتوتر الداخلي المهدد للحياة، تم من خلالها تقييم 61 مريضاً الذين عانوا من أول سكتة دماغية أو نوبة نقص التروية العابرة باستخدام التدابير السريرية، أظهرت النتائج أن 80% كانت لديهم أعراض الصدمة النفسية، فيما 9,6% من المرضى لديهم اضطراب ما بعد الصدمة الحاد، وبالتالي نستنتج أن اضطراب ما بعد الصدمة يمكن أن يحدث بعد السكتة الدماغية.

#### (2) دراسة Bayeri A (سبتمبر 1998):

تحت عنوان: اضطراب ما بعد الصدمة بعد نزيف تحت العنكبوتية

تمت الدراسة في قسم الطب السلوكي في مستشفى الأمل بسالفورد، المملكة المتحدة، هدفت هذه الدراسة للكشف عن الصدمة النفسية واضطراب ما بعد الصدمة لدى المرضى المصابين بسكتة دماغية نتيجة نزيف تحت العنكبوتية وتمدد الأوعية الدموية، تمت مراجعة 28 حالة من حالات المرضى تم من خلالها تشخيص الصدمة النفسية وبعض الاضطرابات النفسية، لتظهر النتائج أن 60% لديهم أعراض الصدمة النفسية، كما أنه في 50% وجد أن القلق هو المشكلة الرئيسية، وأن 32% من المرضى استوفوا المعايير التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية.

### (3) دراسة Mathilde Hedlund, Marianne Carlson (2002 – 2005)

تحت عنوان: الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة بعد نزيف تحت العنكبوتية الوعائي فيما يتعلق بالاعتلال مدى الحياة.

جرت الدراسة ما بين 2002 و 2005 في مستشفى جامعة أوبسالا، السويد، هدفت هذه الدراسة للكشف عن الصدمة النفسية واضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب لدى المصابين بنزيف تحت العنكبوتية التي خلفت لهم إعاقة دائمة، تمت الدراسة على 93 مريض، حيث أشارت النتائج الرئيسية لهذه الدراسة أن الاضطرابات النفسية شائعة لديهم، ولا سيما أعراض الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة والتي ظهرت هذه الأخيرة على 41% من المرضى، ومنه استنتجت هذه الدراسة أن الاكتئاب واضطرابات ما بعد الصدمة موجودة بنسبة كبيرة لدى المرضى بعد 7 أشهر من الحادثة.

### (4) دراسة Bruggimann L, Staub F, Bogousslavsky J (فيفري 2006)

تحت عنوان: أعراض الإجهاد ما بعد الصدمة المزمن بعد السكتة الدماغية غير المزمنة

تمت الدراسة في مستشفى جامعة لوزان، سويسرا، موضوع الدراسة تمحور حول تحديد ما إذا كانت الأعراض المرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) موجودة بعد عام واحد من السكتة الدماغية غير المزمنة ودراسة العلاقة بين (PTSD) والمتغيرات المعرفية، أقيمت الدراسة على 49 مريض بالسكتة الدماغية، حيث أظهرت النتائج 15 مريض (31%) لديهم

اعراض اضطراب ما بعد الصدمة، ومنه تم الاستنتاج من هذه الدراسة أن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة تبدو شائعة في المرضى الذين يعانون من سكتة دماغية ويرافقها حالة الاكتئاب والقلق.

### (5) دراسة Childrik R, Tarin, Perry (سبتمبر 2006)

تحت عنوان: اضطراب ما بعد الصدمة وتصورات المرضى مع مرور الوقت بعد احتشاء عضلة القلب ونزيف تحت العنكبوتية

تمت الدراسة في قسم الطب السلوكي في مستشفى الأمل، سالفورد، المملكة المتحدة، هدفت هذه الدراسة من التحقق من أعراض الصدمة النفسية وتصورات المرضى في الأشخاص الذين يعانون من الصدمة الطبية الحادة من احتشاء عضلة القلب (MI) أو نزيف تحت العنكبوتية (SAH)، تمت الدراسة على 17 عينة من (MI) و 27 عينة من (SAH)، تم جمع البيانات في غضون أسبوع ثم 6 أسابيع ثم 3 أشهر، كان معدل انتشار اضطراب ما بعد الصدمة من إجمالي العينة 16% في أسبوعين و 35% في 6 أسابيع و 16% في 3 أشهر، ومنه تم استنتاج أنه تغير كل من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وتصورات المرض بشكل ملحوظ مع مرور الوقت.

### (6) دراسة Merriman C, Norman P, Barton J (أكتوبر 2007)

تحت عنوان: أعراض اضطراب ما بعد الصدمة التالية للسكتة الدماغية

تمت الدراسة في جامعة شيفيلد، المملكة المتحدة، من خلال هذه الدراسة تم التطرق إلى عوامل الخطر الديموغرافية والطبية والنفسية وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة بعد السكتة الدماغية، تمت الدراسة على 102 مريض الذين عانوا من السكتات الدماغية خلال العام السابق للدراسة، من خلال ملئ استبيانات خاصة بي أعراض ما بعد الصدمة ومجموعة من اضطرابات النفسية مثل (القلق، الاكتئاب، التأثير السلبي، الانفصال، والتقييمات الإدراكية)، كشفت هذه الدراسة أن 50% لديهم أعراض ما بعد الصدمة النفسية، و 30% لديهم أعراض ما بعد الصدمة مع اضطرابات أخرى.

**(7) دراسة Field EL, Norman P, Barton J (جانفي 2008)**

تحت عنوان: التقييمات المعرفية وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة بعد السكتة الدماغية

تمت الدراسة في وحدة علم النفس لجامعة شيلفيد، المملكة المتحدة، هدفت هذه الدراسة إلى دراسة الارتباطات بين التقييمات المعرفية وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة التالية للسكتة الدماغية، تمت الدراسة على 81 عينة حيث شملت استبيان التقييمات المعرفية أي (الادراك السلبي حول الذات وحول العالم واللوم الذاتي) وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة، ثم تم تقييم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة مرة أخرى بعد 3 أشهر (70 عينة)، تم استنتاج أنه يوجد ارتباطات كبيرة في مقاييس الادراك السلبي حول الذات والعالم وشدة أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة.

**(8) دراسة Noble AJ, Baisch S, Allen L, Kane P, Schenk T (ديسمبر 2008)**

تحت عنوان: تفسير اضطراب ما بعد الصدمة وانخفاض جودة الحياة لدى مرضى نزيف تحت العنكبوتية على المدى القصير والطويل

تمت الدراسة في قسم علم النفس لجامعة دورهام ستوكتون، إنجلترا، يقلل نزيف تحت العنكبوتية من جودة حياة لدى المرضى على المدى القصير والطويل، المشاكل العصبية وحدها لا يمكن أن تفسر هذا التخفيض، لهذا هدفت هذه الدراسة ما إذا كان اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) يقدم تفسير لانخفاض جودة الحياة، تمت هذه الدراسة على عينة تتشكل من 105 مريض نزيف تحت العنكبوتية، حيث أظهر النتائج أنه 37% تم التشخيص بأن لديهم اضطراب ما بعد الصدمة، ومنه تم استنتاج أن اضطراب ما بعد الصدمة يسبب لدى بعض المرضى الذين يعانون من نزيف تحت العنكبوتية على الرغم من النتائج السريرية الجيدة نسبياً في خفض جودة الحياة.

**(9) دراسة Wang X, Chung MC, Hyland ME, Bahkeit M (جويلية 2011)**

تحت عنوان: اضطراب ما بعد الصدمة والاصابة بالأمراض النفسية التالية للسكتة الدماغية

تمت الدراسة في جامعة ليدز متروبوليتان، المملكة المتحدة، هدفت هذه الدراسة لتعزيز فهمنا لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأمراض النفسية المشتركة بعد السكتة الدماغية وخاصة مسارات هذه الأمراض مع مرور الوقت، استكمل مرضى السكتة الدماغية (عدد 90 عينة) استبيان تقييم أعراض الصدمة والإصابة بالأمراض النفسية المشتركة، تم إعادة تقييم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأمراض النفسية المشتركة حوالي 3 أشهر بعد السكتة الدماغية (78 عينة)، حيث أظهرت النتائج أن شدة اضطراب ما بعد الصدمة ما بعد السكتة الدماغية ازدادت بشكل ملحوظ في حين انخفضت معدلات الإصابة بالأمراض النفسية الأخرى بشكل ملحوظ وخاصة صعوبة تحديد المشاعر.

### 10) دراسة Noble AJ, Baisch S, Covey J, Nath F (أوت 2011)

تحت عنوان: مخاوف المرضى الذين يعانون من نزيف تحت العنكبوتية واضطراب ما بعد الصدمة

تمت الدراسة في معهد الطب النفسي، كلية الملك في لندن، إنجلترا، هدفت إلى دراسة المخاوف من تكرار حدوث نزيف تحت العنكبوتية (SAH) مرة أخرى، وتقييم اضطراب ما بعد الصدمة، تم تقييم العينة 1 (عدد 82) بعد 3 أشهر من الإصابة ب(SAH) باضطراب ما بعد الصدمة والادراك والخوف من التكرار والمعتقدات المتعلقة بالصحة في المستقبل، وتم تقييم العينة مرة أخرى (عدد 60) بعد 18 شهرا باضطراب ما بعد الصدمة، أظهرت النتائج أنه 34% لديهم اضطراب ما بعد الصدمة في مرة الأولى كما أنهم أكثر تشاؤما بشأن فرصهم في الإصابة ب(SAH)، أما في المرة الثانية ارتفعت النسبة إلى 36%.

### 11) دراسة Edmondson D, Goldfinger JZ, Fei K, Horowitz CR (أوت 2012)

تحت عنوان: اضطراب ما بعد الصدمة والالتزام بالأدوية لدى الناجين من السكتات الدماغية والهجمات الإقفارية العابرة

تمت الدراسة في المركز الطبي لجامعة كولومبيا، نيويورك، هدفت إلى الكشف عن اضطراب ما بعد الصدمة لدى المصابين بالسكتة الدماغية العابرة وما مدى التزامهم بتعاطي الأدوية، تمت الدراسة على عينة عددها 535 من الذين أصيبوا بسكتة دماغية واحدة على

الأقل في السنوات الخمس السابقة للدراسة، أظهرت النتائج أنه 18% لديهم اضطراب ما بعد الصدمة كانوا ملتزمين بتناول الأدوية، فيما 41% لديهم اضطراب ما بعد الصدمة لم يكونوا ملتزمين بتناول الأدوية، حيث أن هنالك ارتباط متدرج بين شدة اضطراب ما بعد الصدمة وعدم الالتزام بالدواء.

### 12) دراسة Descomdes S و Leuy P و Jehel L و Favrole P (أفريل 2013)

تحت عنوان: التنبؤ باضطراب ما بعد الصدمة بعد السكتة الدماغية (دراسة تجريبية)

تمت الدراسة في قسم الأعصاب بمستشفى تيفون فرنسا، هدفت إلى التحقيق في وتيرة التنبؤ باضطراب ما بعد الصدمة بعد 6 أشهر من السكتة الدماغية غير التعويضية (IS) أو هجوم نقص تروية عابرة (TIA)، تمت الدراسة على 40 مريض (65% منهم ذكور، متوسط العمر 52)، أظهرت النتائج أنه 25% لديهم اضطراب ما بعد الصدمة، كما كانت النساء أكثر توترا، ومنه تم استنتاج من خلال هذه الدراسة أنه قد تظهر أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى المصابين بالسكتة الدماغية، خصوصا عند النساء وكذلك الذين يعانون من اعتلال نفسي مسبق.

### 13) دراسة Rinkel GJ, Passier PE, Post MW (سبتمبر 2013)

تحت عنوان: اضطراب ما بعد الصدمة: بعد 3 سنوات من نزيف تحت العنكبوتية

الوعائي

تمت هذه الدراسة في المركز الطبي الجامعي أوترخت، هولندا، تطرقت إلى مدى انتشار اضطراب ما بعد الصدمة بعد 3 سنوات من حدوث (SAH) والعلاقة مع نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى المرضى الذين يعيشون بشكل مستقل، تمت الدراسة على 143 مريض، أكمل 94 (65,7%) مريض فقط الدراسة، التي شمل استبيان حول كل من اضطراب ما بعد الصدمة، ومقياس جودة الحياة، ومقياس نوعية الحياة، أظهرت النتائج أنه 26% تم تشخيصهم بأن لديهم اضطراب ما بعد الصدمة، ومنه تم استنتاج أنه حتى بعد 3 سنوات كان واحد من كل 4 مرضى يعاني اضطراب ما بعد الصدمة والذي ارتبط بانخفاض نوعية وجوده الحياة.

**(14) دراسة Hütter BO, Kreitschmann-Andermahr I (أفريل 2014)****تحت عنوان: نزيف تحت العنكبوتية كصدمة نفسية**

تمت الدراسة في قسم علم النفس العصبي بمستشفى جامعة إيس دويسبورغ، ألمانيا، هدفت هذه الدراسة للكشف عن الصدمة النفسية لدى المصابين بالصدمة الدماغية تحديدا المصابين بنزيف تحت العنكبوتية (SAH)، من خلالها تم فحص 45 مريضا وذلك عن طريق استبيان نوعية الحياة "بيك الكساد" (النسخة الألمانية) ومقابلة سريرية لتشخيص اضطراب الصدمة النفسية، أظهرت النتائج 37% لديهم صدمة نفسية و16% مريض لديهم خوف كبير، ومنه تم الاستنتاج من هذه الدراسة ظهور الصدمة النفسية لدى معظم المصابين ب (SAH)، وعليه فإن التسريع في التدخلات النفسية العلاجية مطلوب لمنع ظهور اضطرابات ما بعد الصدمة بعد (SAH).

**(15) دراسة Kiphuth IC, Utz KS, Noble AJ1, Köhrmann M, (نوفمبر 2014)**

**تحت عنوان: زيادة انتشار اضطراب ما بعد الصدمة في المرضى بعد نوبة نقص تروية العابر**

تمت الدراسة في قسم أمراض الأعصاب بجامعة فريدرش ألكساندر، نورمبرغ ألمانيا، هدفت هذه الدراسة للكشف عن بعض الاضطرابات النفسية المتمثلة في اضطراب ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب، وكذلك دراسة نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة لدى المرضى الذين يعانون من نقص التروية العابر (TIA)، تمت الدراسة على 211، أكمل 108 مريض فقط البيانات كاملا، حيث أظهرت النتائج أنه 32 (29,6%) مريض لديهم اضطراب ما بعد الصدمة، وعليه تم الاستنتاج أنه تزيد تجربة TIA من خطر الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة وما يرتبط بها من القلق والاكتئاب وانخفاض في جودة الحياة.

ثانيا: دراسات حول التوجه نحو الحياة:

دراسة Amy & Barbara (2014)

تحت عنوان: العلاقة بين المشاركة في الأنشطة والادراك الصحي والضغط والتوجه نحو الحياة لدى المرضى

هدفت هذه لدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المشاركة في الأنشطة والادراك الصحي والضغط والتوجه نحو الحياة لدى عينة من المرضى، حي تكونت عينة الدراسة من 675 مريض تتراوح أعمارهم من 18 إلى 91 سنة، أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين المشاركين في الأنشطة والادراك الصحي الأمثل، وانخفاض الضغط، والتوجه الإيجابي نحو الحياة، بينما أشارت النتائج إلى أن عدم المشاركة في الأنشطة تؤثر سلبا على الصحة العامة، والتوجه السلبي نحو الحياة، كما أظهرت الدراسة أن الاناث حصلن على درجات أعلى من الذكور على مقياس الضغط.

#### 8. التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال الاطلاع ومراجعة الدراسات السابقة والتي تتسق مع دراستنا الحالية من خلال تناول جزء كبير منها خصوصا فيما يتعلق بمتغير اضطراب ما بعد الصدمة، أكدت كلها على وجود اضطراب ما بعد الصدمة بعد التعرض للسكتة الدماغية أما في ما يخص متغير التوجه نحو الحياة لم نجد دراسات تناولت المصابين بالسكتة الدماغية، فتم التطرق إلى دراسات تناولت المعاقين حركيا والمرضى، فأظهرت وجود علاقة تتمثل في ارتفاع درجة التوجه الحياتي بالرغم من الاعاقات لدى العينة.

كما تعددت أنواع الأدوات المستعملة للحصول على البيانات والمعلومات الخاصة بالدراسات مع الاختلاف في عينات البحث المستخدمة في الدراسات السابقة والمتمثلة في حجمها ونوعها وكذلك يتحدد هذا التنوع في ضوء أهداف البحث ومتغيراته والمنهجية المتبعة.

كما أن أغلب الدراسات التي تناولت موضوع الدراسة ركزت على مختلف العينات ولكنها في بيئات غير البيئة الجزائرية ، لذلك تأتي دراستنا الحالية كدراسة أصلية في بيئة محلية فكانت هذه الدراسة على مستوى ولاية غرداية.

كما أظهرت نتائج الدراسات السابقة تباين فيما بينها ويعود إلى الاختلاف من الناحية الخلفية النظرية للدراسة وحجم العينة وخصائصها والإجراءات المتبعة.

# الفصل الثاني: السكتة الدماغية

## تمهيد

1. بنية الدماغ
  2. وظيفة الدماغ
  3. مفهوم السكتة الدماغية
  4. نسبة الانتشار
  5. أنواع السكتات الدماغية
  6. أسباب الإصابة بالسكتة الدماغية
  7. مظاهر السكتة الدماغية
  8. التغيرات الوظيفية التي تكون بعد السكتة الدماغية
  9. المآلات النفسية
  10. التشخيص
  11. العلاج
  12. الشفاء المبكر
  13. إعادة التأهيل
- خلاصة الفصل

**تمهيد:**

يحتاج الدماغ إلى الامداد بالدم بشكل مستمر لتمكين نشاطه السليم، وتحدث السكتة عندما يتوقف بشكل مفاجئ تدفق الدم والاكسجين لجزء من أنسجة الدماغ وخلاياه العصبية مسببة ضرر لوظائف الجسم وهذا ما سنتطرق إليه من خلال فصلنا هذا.

**1. بنية الدماغ:**

الدماغ هو مركز العقل الذي يميز الانسان عن باقي المخلوقات الحية، بصورة خاصة الحيوانات، وهو أهم أجزاء الجهاز العصبي.

يعرفه حمدان بأنه: "كتلة رخوة رمادية اللون من الخارج بيضاء من الداخل محمية داخل الجمجمة بعدة طبقات متتالية عظمية صلبة، ليفية ثم لينة هلامية، يتكون من نوع خاص من الخلايا تسمى الواحدة منها نيرونات (neurone) أو الخلية العصبية، ويتراوح مجموعها ما بين 100 - 1000 بليون خلية عصبية، تخطط وتوجه وتتحكم في حياة الانسان". (حمدان، 1986، ص7)

يبلغ وزن الدماغ حوالي 2% من وزن جسم الانسان البالغ، حيث يبلغ وزنه الوسطي حوالي 1200 غرام عند الرجل البالغ و1100 غرام عند المرأة.

يتكون الدماغ من ثلاثة أقسام وهي الدماغ الأساسي والدماغ المتوسط والدماغ الخلفي:

**1.1 الدماغ الأساسي: يتكون من:**

**أولاً: المخ أو الدماغ الكبير:** وهو أكبر أجزاء الدماغ في الانسان ويتكون من كتلتين كبيرتين تدعيان نصف كرة المخ تتصلان مع بعضهما البعض بجسر من الألياف العصبية يدعى الجسم الجاسئ (الثقفي).

ويخترق المخ منخفضات عديدة تسمى الأخاديد، يكون بعضها عميقا ليقسم المخ إلى عدة فصوص حيث تسمى هذه الأخيرة حسب موقعها من عظام الجمجمة وهي:

**الفصان الجبهيان الأيمن والأيسر:** ويمثلان ثلث سطح المخ في الإنسان، وفيهما مراكز الحركة ومراكز الأفكار والعواطف.

**الفصان الصدغيان الأيمن والأيسر:** يقعان تحت الفصوص الثلاثة ويوجد فيهما مركز السمع والشم والنطق.

**الفصان الجداريان الأيمن والأيسر:** ويقعان في وسط الجمجمة عند السقف، وتوجد فيهما مراكز الذاكرة والحس العام والضغط واللمس، وتكثر فيهما مناطق المشاركة المتصلة ببقية الفصوص.

**الفصان القذاليان (القفويان) الأيمن والأيسر:** يقعان في مؤخرة الجمجمة على خيمة المخ وتوجد فيهما مراكز البصر. (الزيات، 1998، ص ص 107 - 108)

**ثانيا: الدماغ البيني:** يحتوي على المهاد وما تحت المهاد بين الدماغ المتوسط ونصف كرة المخ، ويتكون المهاد من نويات وظيفتها إيصال الرسائل العصبية التي لها علاقة بالحس والانفعال إلى قشرة الدماغ.

**ثالثا: الجهاز اللمبي أو الحافي:** سمي بالجهاز الحافي نسبة لوقوعه على حواف نصفي الكرتين المخيتين الكبيرتين، وتحيط تراكيبه أو مكوناته بالدماغ الخلفي مثل السوار الذي يحيط بالمعصم.

ويقوم الجهاز اللمبي بوظائف سيكو فيسيولوجية حيوية في مختلف العمليات المعرفية والسلوكية والانفعالية للإنسان. (الزيات، 1998، ص 109)

**رابعا: الخلايا العصبية:** وهي الوحدات التركيبية والوظيفية للأجهزة العصبية التي تنقل السائلات العصبية عبر الجسم، تختلف هذه الخلايا من حيث الشكل والحجم إلا أنها تملك سمات مشتركة، يشكل جسم الخلية القسم الأكبر من الخلية العصبية إذ يحتوي على نواة كبيرة ومعظم السيتوبلازم، ويتوزع في هذا الأخير عدد من الأجسام كالميتاكندري وجهاز جولجي بالإضافة إلى حبيبات كبيرة غير منتظمة تسمى جسيمات نيسل، وهذه الجسيمات أجزاء من الشبكة الأندوبلازمية والرايبوسومات الموجودة عليها وهي تؤدي دورا كبيرا في

تصنيع البروتينات، كما تتفرع من جسم الخلية العصبية امتدادات سيتوبلازمية تتمثل في التفرعات الشجرية والليف العصبي. (ناصر العبيدلي، 2016، ص ص 17- 18)

**خامسا: شرايين الدماغ:** تحتاج الخلايا العصبية إلى الأكسجين والغلوكوز (السكر) من أجل القيام بعملها والحفاظ على حياتها، وكونها لا تمتلك خاصية تخزين الطاقة فإنها تعتمد بشكل كلي على الدم لتأمين احتياجاتها من الأكسجين والطاقة لحظة بلحظة.

يتدفق الدم إلى الدماغ عبر أربعة أوعية دموية أساسية تضم شريانين فقريين وشريانين سباتيين، يدخل الشريان الفقريان الجمجمة عبر العمود الفقري ويزودان جدع الدماغ والمخيخ بالدم بشكل أساسي، في المقابل يدخل الشريانان السباتيان الجمجمة من أمام العنق ويزودان نصفي كرة المخ بالدماء بشكل أساسي.

تلتقي الشرايين الأربعة في شكل شبه دائرة، ما يساهم في الحفاظ على تدفق ملائم للدم في حالة انسداد شريان ما، للأسف تختلف فعالية دائرة الشريانين من شخص لآخر، وغالبا لا تحمي الناس من أعراض السكتة في حال انسداد واحد من الشرايين الأساسية.

(سمير أبو حامد، 2009، ص ص 14- 15)

### 2.1 الدماغ المتوسط: ويتكون من جزئين مهمين هما:

**أولا: السويقتان المخيتان:** وهي خيوط من الألياف العصبية تربط الدماغ الأمامي بالدماغ الخلفي.

**ثانيا: الأجسام التوأمية الأربعة:** وهي أربعة بروزات تحتوي على مراكز الاحساسات السمعية والبصرية.

**3.1 الدماغ الخلفي:** يشير إليه البعض بجدع الدماغ ويقوم بأدوار متعددة منها توصيل المعلومات إلى المخ ويتكون من:

**أولاً: المخيخ:** وهو جسم صغير يقع أسفل نصفي كرة المخ وخلف النخاع المستطيل، ويسمى أيضاً بالدماغ الصغير، وله دور هام في تنظيم الحركات الإرادية، كما يحافظ على توازن الجسم بالتعاون مع العضلات.

**ثانياً: القنطرة:** وتقع فوق النخاع المستطيل على الوجه السفلي للدماغ، وهي الجسر الذي ينقل السوائل العصبية من قشرة المخ إلى كرة المخيخ، وتحتوي على أصول الأعصاب الدماغية.

**ثالثاً: النخاع المستطيل:** ويقع أسفل المخ والمخيخ حيث يصل النخاع الشوكي بأجزاء الدماغ، وتتقاطع أغلب الأعصاب المحركة داخل النخاع المستطيل لتكوّن ما يشبه الأهرامات، وتوجد داخله أنوية أصول كثير من الأعصاب الدماغية، ويقوم النخاع المستطيل بعدة وظائف مهمة منها نقل المعلومات الحسية من النخاع الشوكي إلى الدماغ وينقل السوائل العصبية الحركية من الدماغ إلى النخاع الشوكي.

(الشقيرات، 2005، ص 138 - 139)

## 2. وظيفة الدماغ:

تتمثل أهم وظائف الدماغ فيما يلي:

- المحافظة على استمرار العمليات الحيوية وردات الفعل المهمة مثل التنفس ودقات القلب بشكل تلقائي للمحافظة على حياة الانسان.
- تنظيم عملية انتاج الطاقة اللازمة للنبضات العصبية الحركية التي تستخدم في النشاط الحركي أو لعمل الغدد المتنوعة في الجسم.
- التنسيق بين نشاطات الجسم المختلفة بشكل يؤدي إلى التكامل والترابط والاتزان.
- استقبال المعلومات من جميع الأجهزة الحسية وإصدار الأوامر الحركية.
- اتخاذ القرارات وإصدار الأوامر للاستجابة بسلوك معين لمتطلبات المواقف المختلفة.

"فعلى سبيل المثال فإن خلايا اللغائف الواقعة خلف مركز الدماغ تجعلنا ندرك المثيرات الحسية، بينما تتحكم خلايا اللغائف الواقعة في مقدمة الدماغ في قدرتنا الحركية الإرادية، إن

الموصلات الأساسية التي تنقل المعلومات بين الخلايا المختلفة داخل فصي المخ هي أيضا ثابتة بين أدمغتنا وكنتيجة لذلك فنحن بشكل عام قادرين على التفكير والشعور بشكل مشابه". (جيل تور، 2019، ص32)

### 3. مفهوم السكتة الدماغية:

**تعريف منظمة الصحة العالمية:** "تحدث السكتة الدماغية بالطريقة ذاتها التي تحدث بها النوبة القلبية، ولكنها تحدث في الدماغ، فإذا توقف الدم عن التدفق إلى الدماغ يفقد الدماغ امداداته من الأكسجين والمغذيات فيتسبب ذلك في تلف النسيج الدماغي وهو ما نسميه بالسكتة الدماغية". (منظمة الصحة العالمية، 2006، ص8)

**تعريف Richard:** "السكتة الدماغية هي توقف جزء من الدماغ عن العمل بسبب حدوث مشاكل في تدفق الدم، مما يؤدي إلى الإصابة بالأعراض الكلاسيكية للسكتة الدماغية مثل الوهن المفاجئ في الذراع والساق في نفس الجانب من الجسم".

(ريتشارد، 2014، ص4)

**تعريف Sam Maddox:** "تحدث السكتة الدماغية عندما يتم اعتراض إمداد الدم في الدماغ بشكل مفاجئ، أو عندما ينفجر الوعاء الدموي في الدماغ، ولا يمكن للخلايا العصبية الموجودة في المنطقة المتأثرة من الدماغ تأدية وظيفتها وتموت خلال دقائق بسبب نقص الأكسجين، كما يوصف الشخص الذي يفقد تدفق الدم إلى القلب بأنه يعاني من سكتة قلبية وبالمثل فإن الشخص الذي يفقد تدفق الدم إلى الدماغ أو يحدث له نزيف مفاجئ في الدماغ يوصف بأنه يعاني من سكتة دماغية". (سام مادوكس، 2017، ص59)

**تعريف angelelli:** " السكتة الدماغية كانت تعرف سابقا باسم (الحادثة الوعائية الدماغية) *accident vasculaire cérébral AVC* تحدث عندما يتوقف أو تتعرقل شدة تدفق الدم إلى أحد أجزاء الدماغ، مما يحرم أنسجة المخ من الأكسجين الضروري ومواد التغذية الحيوية الأخرى، ومن جراء ذلك تتعرض خلايا المخ للموت خلال دقائق قليلة".

(angelelli., 2004, p55)

"السكتة الدماغية مصطلح عام يجمع بين العديد من الكيانات المتميزة على كل من الجانب الفسيولوجي والأمراض المسببة له، فيشير المصطلح من ناحية إلى نوبة دماغية (نزفية أو اقفارية) تعبر عن نفسها سريريا من خلال عجز عصبي عابر أو دائم، ومن ناحية أخرى آفة وعائية شريانية أو نادرا وريدية مسؤولة عن هذا العجز". (Bousser&mas,2009, p2)

**تعريف سمير أبو حامد:** "من الناحية الطبية تسمى السكتة أيضا بالحادث الوعائي الدماغى وتدعى بالعامية بالجلطة الدماغية، وتعرف بحدوث اضطراب مفاجئ في التروية الدموية لجزء من الدماغ يظهر في شكل عجز في وظيفة عصبية أو أكثر، حركية أو حسية أو استعرافية". (سمير أبو حامد، 2009، ص17)

ومنه فالسكتة الدماغية هي عبارة عن خلل في حركة وجريان الدم في الأوعية والشرايين جراء انسداد أو تخثر أو نزيف في أوعية الدماغ مما يغير من ميوعة وشدة وتركيز الدم وحركته ينجم عن هذا الاضطراب الدموي نقص التغذية الدموية وبالتالي نقص الأكسجين الوارد مع الدم مما يؤدي لتضرر وموت الخلايا العصبية في هذا الجزء من الدماغ مؤثرا على وظائف الأعضاء التي يتحكم فيها هذ الجزء.

و"يتواصل النصف الأيمن من الكرة المخية والنصف الأيسر بواسطة حزمات من الألياف العصبية تعبر من جانب إلى آخر في الجسم، ونتيجة لذلك يتحكم القسم الأيسر من الدماغ بالجزء الأيمن من الجسم، فيما يتحكم الجزء الأيمن منه بالجانب الأيسر من الجسم، ولذا ففي حال أصابت سكتة دماغية النصف الأيسر من الدماغ فهي تسبب في حدوث أعراض (مثل الوهن) في الجانب الأيمن من الجسم". (ريتشارد، 2014، ص7)

#### 4. نسبة الانتشار:

تعتبر السكتات الدماغية السبب الرئيسي الثالث في الوفيات بعد أمراض القلب والسرطانات، كما تعتبر السبب الأول لحالة العجز الجسدي وفقدان الاعتماد على الذات،

فحسب احصائيات منظمة الصحة العالمية يصاب كل سنة حوالي 15 مليون شخص بالسكتة الدماغية، وبالتالي تصل نسبة الإصابة حوالي 250 حالة لكل 100 ألف شخص.

### 5. أنواع السكتات الدماغية:

يرتبط نوع السكتة الدماغية حسب كل من شدة السكتة وكذلك نوع الزيف، وبما أن أي جزء في نظام الأوعية الدموية يمكن أن يواجه إما انسداداً أو نزيفاً فإننا نشهد أنواعاً مختلفة من السكتات الدماغية:

#### 1.5 السكتات الدماغية حسب الشدة:

**أولاً: السكتة الدماغية الشديدة:** تتوقف آثار السكتة الدماغية على الجزء المصاب في الدماغ، وعلى مدى شدة إصابته، فالسكتة الدماغية يمكن أن تصيب جزءاً واحداً فقط من الجسم مثل الوجه أو الذراع أو الساق، كما يمكن أن تصيب أحد جانبي الجسم بالشلل التام، فالسكتة البالغة الشدة يمكن أن تسبب الموت المفاجئ، وأبرز أعراضها الآنية هو الضعف المفاجئ في الوجه أو الذراع أو الساق، وغالباً ما يتركز هذا الضعف في جانب واحد من الجسم، كذلك الارتباك أو صعوبة التكلم أو صعوبة فهمه للكلام، صعوبة الرؤية بإحدى العينين أو بكليتهما، صعوبة المشي، الشعور بالدوار وفقدان التوازن والتناسق، الصداع الشديد، الإغماء وفقدان الوعي.

**ثانياً: السكتة الدماغية الخفيفة (العابرة):** تكون سمات السكتات الدماغية الخفيفة مشابهة لسمات السكتات الدماغية الشديدة ولكنها أخف حدة، وتستمر لمدة قصيرة فحسب تقل عادة عن الساعة الواحدة، وكثيراً ما يتعافى المريض منها دون علاج، وهذه السكتات الدماغية البسيطة تعد علامات إنذار، فمعظم من يصابون بسكتات دماغية خفيفة يصابون لاحقاً بسكتات دماغية شديدة.

**ملاحظة:** قد يصاب المرء بسكتة دماغية شديدة دون أن يكون قد سبق وأصيب بسكتة دماغية خفيفة.

## 2.5 السكتة الدماغية حسب نوع الانسداد والنزيف:

**أولاً: السكتة الدماغية نتيجة الانسداد (السكتة الإقفارية):** يشكل هذا النوع من السكتات 80% من مجمل السكتات، تحدث نتيجة تضيق شريين الدماغ أو انسدادها مما يسبب انخفاض تدفق الدم إلى الدماغ وبالتالي يؤدي إلى موت الخلايا، ويوجد نوعين من السكتة الدماغية الإقفارية وهي:

**جلطة المخ:** تحدث نتيجة الإصابة بمرض تصلب الشرايين المسؤولة عن توريد الدم إلى الدماغ، وهو مرض تتسد فيه الشرايين بسبب تراكم الترسبات الدهنية.

**سكتة دماغية صمية:** تحدث عندما تكون خثرة أو جسم آخر والتي تتفصل عن موقعها في جدران الشريان ثم يحملها تيار الدم إلى الدماغ فتؤدي إلى انسداد أحد الأوعية الدموية الحيوية، الاسم العلمي لهذه الظاهرة هو "الانصمام"، فعندما تستقر الخثرة في الوعاء الدموي وتسد وصول الدم والأكسجين إلى الدماغ تؤدي إلى تضرر أنسجة الدماغ ومنه يصاب الفرد بالسكتة الدماغية.

**ثانياً: السكتة الدماغية نتيجة النزيف (السكتة النزفية):** وتشكل 20% من مجمل السكتات، تحدث هذه السكتة عندما يبدأ أحد الأوعية الدموية في الدماغ بالنزيف الذي قد يحدث نتيجة بعض الحالات الطبية التي تؤثر على الأوعية الدموية مثل ارتفاع ضغط الدم، ونميز نوعان من السكتة الدماغية النزفية:

**نزيف داخل الدماغ:** يحدث عندما ينفجر وعاء دموي داخل أنسجة الدماغ فيؤدي هذا النزيف إلى ضرر في أنسجة الدماغ وبالتالي موت الخلايا العصبية، وكذلك الخلايا العصبية الموجودة حول منطقة التسرب الدموي لعدم حصولها على كمية كافية من الدم فتتضرر هي الأخرى.

**نزيف تحت الطبقة العنكبوتية:** وهو نزيف دماغي نتيجة انفجار في "أم الدم"، وأم الدم هي انتفاخ وتوسع كيسي يشبه البالون يظهر في جدران الشريان، وإذا نمت أم الدم إلى درجة

كبيرة وصارت رقيقة الجدران فقد تتمزق، وعندها يحدث نزيفا دمويا بين الدماغ وأغشيته (السحايا).

في بعض الأحيان يمكن تشخيص أمهات الدم قبل حدوث النزيف الدموي، فالصداع المفاجئ الذي يظهر فجأة بلا سبب قد يكون إشارة مبكرة لسكتة نزفية.

(amarenco. P, 2009, p 493- 495)

### 6. أسباب الإصابة بالسكتة الدماغية:

من الصعب في الحال تحديد سبب إصابة شخص ما بالسكتة الدماغية، فعلى الرغم من أننا نعرف الكثير عن الأسباب إلا أن الدليل غالبا ما يختفي في المراحل الأولى، ومن بين أبرز هاته الأسباب ما يلي:

**1.6 التصلب العصيدي:** "ويكون مسؤولا عن حوالي 30% من السكتات، وهو السبب الأكثر توافرا لحدوث السكتات الإقفارية بعد سن الخامسة والأربعين ويتضاعف احتمال حدوث السكتة بسبب التصلب العصيدي كل عشرة سنوات بعد الخامسة والخمسين".

(سمير أبو حامد، 2009، ص25)

والتصلب العصيدي هو عبارة عن تصلب للشرايين يحدث في عمر مبكرة حين تبدأ بقع دهنية بالظهور في جدار الوعاء الدموي، ويتقدم المرء في السن يمكن لهذه البقع أن تلحق ما يكفي من الضرر لتسبب تخثرا في الدم داخل الشريان وبالتالي حدوث السكتة.

**2.6 الصمات القلبية المنشأ:** وهي مسؤولة عن حدوث حوالي 20% من السكتات بعد سن الأربعين، وعن غالبية السكتات قبل سن الأربعين، حيث تنطلق الصمات المتشكلة داخل جوف القلب أو المتشكلة على جدرانه الداخلية لتصل لأحد شرايين الدوران الدموي الدماغية لتسبب حدوث السكتة.

**3.6 ارتفاع ضغط الدم:** أظهرت دراسات حديثة أن التغيرات في معدل ضغط الدم يساهم في الإصابة بالسكتات الدماغية أكثر من بقاء مستوى الضغط ثابتا، فارتفاع ضغط

الدم من حين لآخر في ما يعرف بارتفاع ضغط دم العرضي يحمل معه زيادة في خطر الإصابة بالسكتة الدماغية، فحين يدفع الدم عبر الدورة الدموية بضغط كبير يلحق ضررا بجدران الشرايين، لذا يصبح تصلب الشريين وتختثر الدم أكثر احتمالا.

**4.6 تسلخ شرايين الدماغ:** يصيب الشباب بين عمر 25- 40 سنة، ويكون مسؤولا عن 5- 10% من السكتات في هذه الشريحة العمرية.

يصيب التسلخ الشريان السباتي الباطن بشكل أساسي والشريان الفقري بنسبة أقل، يحدث تسلخ بين طبقات جدران الشريان نتيجة التعرض للضرب على العنق أو القيام بحركة رأس مفاجئة، مما يؤدي بدوره لتضييق أو انسداد الفوهة الداخلية للشريان.

**أمراض القلب:** هنالك العديد من أمراض القلب تكون مسؤولة عن تشكل أو انطلاق الصمات من أجواف أو جدران القلب.

"فمثلا يعد الرجفان الأذيني مشكلة القلب الأكثر شيوعا، وهي تزيد من خطر الإصابة بالسكتة الدماغية، ويشيع هذا المرض بين المتقدمين في السن، ويصيب شخصا من أصل عشرين شخصا ممن تجاوزوا الخامسة والستين من العمر، وتحدث المشكلة حين يخفق القلب بشكل غير منتظم ما يزيد من خطر تكوين تخثرات دموية في القلب".

(ريتشارد، 2014، ص32)

**5.6 التدخين:** التدخين هو عامل محفز لتطور تصلب الشرايين وزيادة مستويات عوامل التخثر، وأيضا يساعد على الضرر الذي ينشأ في بطانة الأوعية الدموية، حيث يجعل التدخين صفيحات الدم أكثر لزوجة مما يزيد من احتمال تكون تخثرات في الدورة الدموية.

**6.6 داء السكري:** تكمن خطورة داء السكري في كونه يتطور خلسة من غير أن يكتشف في السنوات الأولى من تطوره، حيث يتم اكتشاف السكري عند حوالي 7% من المصابين بالسكتات، كما تحدث السكتات بأعمار أصغر عند مرضى السكري حيث يزيد

خطر الإصابة بالسكتة الدماغية 10 مرات قبل 55 سنة مقارنة بغير المصابين بداء السكري.

**7.6 البدانة:** تعتبر السمنة من عوامل الخطر حيث يتضاعف خطر تعرض البدين للسكتة الدماغية بحوالي 1,5 مرة، فغالبا ما يتواجد عند البدين أكثر من عامل خطر للسكتات الدماغية مثل ارتفاع سكر الدم، وارتفاع الضغط الشرياني، وارتفاع كوليسترول، وهذا ما يضاعف خطر حدوث السكتة الدماغية عدة مرات.

**8.6 تناول حبوب منع حمل الفموية:** تعتبر حبوب منع الحمل مؤهلة لحدوث السكتات وإن بشكل طفيف عند النساء دون الخامسة والثلاثين من العمر، ويزيد هذا الخطر عند استمرار تناول المرأة لهذه الحبوب بعد سن الخامسة والثلاثين.

**9.6 الكحول والعقاقير:** الإفراط في شرب الكحول هو عامل خطر للإصابة بالسكتة الدماغية والنزيف الدماغي، كذلك تسبب العقاقير على اختلاف أنواعها عند ادمانها مثل التي تستخدم لتحسين الأداء الرياضي سكتات لدى الشباب. (Elisabeth, 2009, p p 14- 22)

### 7. مظاهر السكتة الدماغية:

حين يتوقف تدفق الدم إلى جزء من الدماغ مسببا الإصابة بالسكتة الدماغية تظهر الأعراض بشكل فوري ما يمنح الدليل الأول للتشخيص، فقد تشمل أعراض السكتة الدماغية على ما يلي:

- شلل تام (فالج) أو جزئي في أحد شقي الجسم، وقد يصيب نصف الوجه أيضا.

والفالج هو التعبير عن السكتة تصيب مركز الحركة القشري أو الألياف الناقلة للأوامر الحركية من مركز الحركة هذا إلى العضلات في الشق المقابل للجسم، وهناك علميا ثلاثة أنواع من السكتات تتظاهر بفالج هي السكتة التي تصيب مركز الحركة القشري في أحد نصفي الكرتين المخيتين والسكتة التي تصيب الألياف الناقلة للأوامر الحركية في البنى الدماغية العميقة (تحت القشرة) والسكتة التي تصيب هذه الألياف عند مرورها في جدع الدماغ. (سمير أبو حامد، 2009، ص42)

- الضعف العضلي في الذراع أو الوجه، بينما تكون إصابة الطرف السفلي خفيفة، وتنجم عن احتشاء المنطقة الحركية القشرية المسيطرة على حركات الفم والطرف العلوي بسبب إصابة الشريان المخي المتوسط.
- ظهور اضطراب في التوازن والمشي، حيث يجد المريض صعوبة في التحكم والتناسق في حركاته، عادة ما يترافق مع ذلك دوار وغثيان وصداع قفوي.
- غياب أو ضعف حاسة اللمس أو حدوث خدر أو تنمل في أحد شقي الجسم كما قد تصيب نصف الوجه أيضا.
- اضطراب في الكلام يظهر على شكل صعوبة في تسمية الأشياء أو في لفظ الكلمات أو في الفهم ويدعى ذلك بالحبسة.
- فقدان رؤية، عادة ما يكون عابر في إحدى العينين، وينجم ذلك عن انسداد الشريان المغذي لشبكة العين بسبب السكتة الدماغية.
- إضرابات بصرية تأخذ شكل صعوبة القراءة وفهم الكلمات وإدراك الألوان أو تكون رؤية مزدوجة بسبب إصابة مركز حركة العينين في جدع الدماغ.
- اضطرابات في الذاكرة يترافق عادة معها نقص التركيز والانتباه.
- الصداع الشديد المترافق بأعراض عصبية، علما أنه في بعض الحالات تأتي الأعراض العصبية لوحدها دون صداع.
- بعض أشكال نوبات الصرع.
- فقدان وعي عابر يستمر لعدة دقائق يترافق مع بدء ظهور أعراض السكتة الدماغية.
- فقدان وعي متواصل، قد يحدث منذ اللحظة الأولى لحدوث السكتة الدماغية أو بعد فترة تقدر بساعات أو حتى أيام. (anderson. T, 1990, p21)

### 8. التغيرات الوظيفية التي تكون بعد السكتة الدماغية:

- 1.8 الوظائف الحركية:** وجود شلل أو ضعف عضلات الجذع الواحد، تصلب العضلات، مشاكل في التنسيق والتوازن، هذه التغيرات لها تأثير على التغيرات في المواقف أثناء الاستلقاء، الجلوس، الوقوف، المشي، الانتقال.

**2.8 وظائف الاتصال:** عندما يصاب الشخص على الجانب الأيسر من الدماغ الذي يكون فيه مركز اللغة فإنه يعاني في الكلام، فيفقد المريض كلياً أو جزئياً القدرة على استخدام اللغة للتعبير عن رغباته وفهم اللغة المنطوقة إليه.

**3.8 اضطرابات البلع:** الصعوبة في البلع بسبب مشكلة عمل أعضاء المضغ والشفاه، اللسان، سقف الحلق، واضطراب الاستثارة العاكسة للبلع، وذلك بسبب ضعف وانخفاض تنسيق عضلات الفم والبلعوم.

**4.8 الإحساس:** قد تكون انخفاضات في الإحساس في أجزاء الجسم المختلفة، فبعض المرضى قد لا يعانون من الألم والوخز، ويرجع ذلك إلى تضرر منطقة الإحساس في الدماغ أو نتيجة الإعاقة لطرف الجسم.

**5.8 التصور المكاني:** عندما يصاب الشخص على الجانب الأيمن من الدماغ تظهر ظاهرة تسمى "الإهمال" حيث يجهل المريض وجود جانب واحد من الجسم، لذلك لا يمكنه الكشف أو الاستجابة للمؤثرات الكبيرة التي هي في بعض المجال البصري (جانب واحد من المجال البصري).

**6.8 السلوك:** وجود إما فرط النشاط والعدوانية والحكم غير الصحيح الذي قد يؤدي إلى اتخاذ قرارات خاطئة وحتى بعضها متناقض عن المنطق والمقبول، وإما هنالك ارتباك والميل إلى انعاس والخمول.

**7.8 التعب:** الكثير يشعرون بالتعب الشديد لفترة طويلة بعد السكتة الدماغية، في بعض الأحيان هذه طريقة الدماغ للشفاء من الصدمة، كذلك الجهد المطلوب للتكلم والتركيز متعب جداً. (Marie-Joëlle Cossi, 2012, p p 23- 25)

## 9. المآلات النفسية:

تصيب السكتات الدماغية المتقدمين في السن والذين يعانون من مشاكل صحية التي قد تعقد من عملية التعافي ما يؤدي إلى ظهور مشكلات نفسية لدى المصابين بسكتة دماغية تتمثل فيما يلي:

**1.9 الاكتئاب:** يعد ظهور أعراض الاكتئاب أمرا شائعا جدا بعد الإصابة بالسكتة الدماغية، وتصيب حوالي نصف المصابين في مرحلة التعافي، إذ تسبب السكتة الدماغية صدمة للجهاز البنيوي تؤدي إلى خسارة المصاب العديد من قدراته فيجد المرء أن حياته كلها انقلبت رأسا على عقب بسبب السكتة، فالشعور بأعراض الاكتئاب ردة فعل طبيعية على ذلك، ولكن قد يكون الاكتئاب أحيانا شديد يصل إلى درجة الاضطراب في بعض الحالات.

**2.9 التغيرات العاطفية:** يعاني الكثير من تغيرات عاطفية بعد اصابتهم بسكتة دماغية، ويعود ذلك إلى تعرض مركز العاطفة في الدماغ للضرر أو لأن المشاكل التي يواجهونها أثرت بهم كثيرا، فتظهر صعوبات في العواطف والمشاعر التي يعربون عنها في شكل غير مماثل للحالة، فمثلا يبكي المصاب بسكتة دماغية أثناء موقف مفرح، أو يضحك أثناء موقف يدعو للحزن.

**3.9 الخرف:** تعد السكتة الدماغية هي المسبب الأكبر للخرف بعد مرض الزهايمر، خصوصا إن أصيب المريض بعدد من السكتات الدماغية.

**4.9 التبدلات المزاجية:** أظهرت بعض الدراسات عن حدوث تغيرات في شخصية المريض ومزاجه، ولا يعد مستغربا لأن هذا النوع من السلوك يخضع للجزء الذي يتضرر من الدماغ بفعل السكتة، كما أنهم يكونوا منزعجين من بطء عملية التعافي، وقد تتحسن هذه التغيرات بعد مرور بضعة أشهر، ولكن قد تستمر إلى الأبد.

(ريتشارد لاين، 2014، ص 70 - 74)

## 10. التشخيص:

على المريض التوجه للمستشفى عند الإصابة بوحدة أو أكثر من العلامات المنذرة، لأن ذلك سيسمح للطبيب بوضع التشخيص من جهة وتطبيق العلاجات الملائمة للحد من تطور السكتة من جهة أخرى، ومن أجل تقييم الوضع الطبي والتوصل إلى تشخيص دقيق وموثوق به يجب القيام بالفحوصات التالية:

**1.10 التصوير الطبقي المحوري للدماغ CT:** يعتبر التصوير الطبقي المحوري للدماغ الإجراء الأولي والضروري أمام مجرد الشك بوجود سكتة دماغية، فهو عبارة عن فحص بالأشعة السينية التي تسمح لتشخيص نوع السكتة الدماغية والتميز بين السكتة الإقفارية والسكتة النزفية وكذلك أي موقع في الدماغ.

**2.10 التصوير بالرنين المغناطيسي:** يعتبر تصوير الدماغ بالمرنان المغناطيسي إجراء أكثر تطوراً ودقة من التصوير الطبقي المحوري، فيسمح بأخذ مقاطع على عدة مستويات، كما يسمح بتقديم عدد من المعلومات التشخيصية التي لا يستطيع الطبقي المحوري تقديمها.

**3.10 EEG:** هذا الاختبار يتحقق من النشاط الكهربائي للدماغ من خلال أقطاب كهربائية على فروة الرأس.

**4.10 الدوبلر:** هو جهاز يستخدم مبدأ الأمواج فوق الصوتية لدراسة شرايين الجسم المختلفة ومنها شرايين العنق والدماغ، وهو استقصاء أساسي عند مريض السكتة الإقفارية، لأنه يساعد في تحديد سبب التصلب العصيدي للشرايين كعامل مباشر مسبب للسكتة الإقفارية.

**5.10 دوبلر داخل الجمجمة:** هذا الاختبار يقوم بتقييم حالة الأوعية الدموية في الدماغ ويتحقق من سرعة تدفق الدم داخلها، هذا الاختبار مشابه للدوبلر لكنه يتم في الجمجمة والعنق.

**6.10 اجراء التخطيط الكهربائي للقلب:** يعتبر اجراء روتيني لكل مرضى السكتات بغض النظر عن نوعها، لأنه يساهم بكشف السبب القلبي للسكتات الإقفارية من خلال تحري اضطرابات نظم القلب وتأثير ارتفاع ضغط الشرياني على عضلة القلب.

(سمير أبو حامد، 2009، ص ص 59 - 66)

**11. العلاج:**

قبل التطرق للعلاج يمكن طرح التساؤل التالي: هل من الممكن الشفاء من السكتة الدماغية؟، إن درجة الشفاء تعتمد أولاً على نوع السكتة وشدتها ومكان وحجم أنسجة الدماغ التالفة بسبب السكتة الدماغية، بالإضافة الشفاء يعتمد على برنامج إعادة التأهيل الكافي ودرجة الدعم الذي يتمتع به من البيئة المباشرة له (الاسرة والمجتمع).

يتم علاج السكتة الدماغية الإقفارية من خلال التخلص من الإعاقة واستعادة تدفق الدم في الدماغ، أما في حالة السكتة النزفية يحاول الأطباء منع حدوث تمزق ونزيف في أمهات الدم وحدث تشوهات في الأوعية الدموية.

"وعند إعاقة تدفق الدم إلى الدماغ تموت بعض خلايا الدماغ على الفور بينما تظل الخلايا الأخرى معرضة للخطورة وغالبا ما يمكن انقاذ الخلايا التالفة بواسطة التدخل المبكر من خلال تقديم دواء لتبيد الجلطة يسمى منشط مولد البلازمين في الأنسجة (T-PA) في حالة إعطائه خلال ثلاث ساعات من بدء السكتة الدماغية، وللأسف يصل 3 إلى 5% فقط ممن يعانون من سكتة دماغية إلى المستشفى في الوقت المناسب لتلقي الدواء".

(سام مادوكس، 2017، ص59)

توجد علاجات دوائية يمكن تقديمها لمريض السكتة النزفية بغرض منع حدوث سكتة ثانية وذلك من أجل السيطرة على ارتفاع ضغط الدم الشرياني، ويوجد أيضا علاجات دوائية يمكن تقديمها لمريض السكتة الإقفارية بغرض منع حدوث سكتة ثانية، تدعى هذه العلاجات بالعلاجات الوقائية أو طويلة الأمد ويجب أن يتناولها المريض مدى العمر وتهدف أساسا إلى السيطرة على العوامل المسببة وعوامل الخطر الوعائية.

(Elisabeth, 2009, p p 47- 61)

## 12. الشفاء المبكر:

غالبا ما يعوض الدماغ التلف الذي تسببه السكة الدماغية، وقد تستأنف بعض الخلايا التي لم تمت تأدية وظائفها، وفي بعض الأحيان تقوم منطقة واحدة من الدماغ بوظائف منطقة أخرى بها تلف بسبب السكة الدماغية.

"توضح إرشادات الشفاء العامة أن نسبة 10% من الناجين يصلون إلى الشفاء التام تقريبا، كما أن نسبة 25% من الناجين يصلون للشفاء مع اعاقات بسيطة، وتعاني نسبة 40% من إعاقة متوسطة إلى خطيرة تتطلب الرعاية الخاصة، وتحتاج نسبة 10% إلى الرعاية في درارعاية أو منشأة للرعاية على المدى الطويل، فيما تموت نسبة 15% بعد وقت قصير من السكة الدماغية". (سام مادوكس، 2017، ص60)

### 13. إعادة التأهيل:

إعادة التأهيل الطبي هو عملية مشتركة للمريض والأسرة وفريق متعدد التخصصات الذي يبذل جهودا كبيرة لاستعادة أكبر قدر ممكن من الوظائف التي تأثرت نتيجة للسكة الدماغية.

رغم أن عملية التأهيل لا تمنع حدوث آثار السكة الدماغية إلا أنها تعطي الشخص القوة والقدرة والثقة لكي يستطيع مواصلة الأنشطة اليومية بالرغم من آثار السكة الدماغية، وقد تشمل هذه الأنشطة ما يلي: مهارات الرعاية الذاتية مثل تناول الطعام والاعتناء بالنفس والاستحمام ولبس الملابس، والمهارات الحركية مثل الحركة أو المشي أو التنقل على كرسي متحرك، ومهارات التواصل والمهارات الإدراكية والمهارات الاجتماعية للتفاعل مع الآخرين.

"فعملية التأهيل هي مجموعة العلاجات الفيزيائية والاستعرافية والتحريرية التي تقدم للمريض وتهدف إلى مساعدته على استعادة العجز العصبي كما تهدف على مساعدة المريض على الاستخدام الأمثل للقدرات العصبية المتبقية".

(سمير أبو حامد، 2009، ص27)

إن عملية إعادة التأهيل تختلف من مريض لأخر، فيحدد فريق الرعاية الحاجات الفردية للمريض وطموحاته حيث يتشكل هذا الفريق من:

**1.13 الأطباء:** اختصاص السكتات الدماغية، وعادة ما يكون الطبيب هو المسؤول عن الاستشارة، ويكون دوره تشخيص الإصابة بالسكتة الدماغية والتعامل مع المضاعفات الطبية، وعادة ما يكون الطبيب هو قائد الفريق أيضا.

**2.13 فريق التمريض:** لا تتحصر مهمة فريق التمريض في المساعدة بالنشاطات اليومية مثل الاستحمام والمساعدة في لبس الملابس والأكل، بل يقدم أيضا المعلومات والنصائح والدعم، ففي كثير من الوحدات المختصة بالسكتة الدماغية يكمل الممرضون عمل المعالج المختص في الجناح.

**3.13 المعالج الفيزيائي:** يركز فريق العلاج الفيزيائي على حركات ووضعيات تهدف إلى الحفاظ على الأطراف بدءا من القدرات الأساسية، فالمهمة الأولى للمعالج الفيزيائي هي منع حدوث اختلالات مفصلية وتنفسية وذلك بالقيام بتمارين تحريك للمفاصل وبالتمارين التنفسية في الأيام الأولى للسكتة والمريض مستقل في سريره، بعد ذلك يقوم المعالج الفيزيائي بتمارين استعادة المشي عندما تسمح الحالة العامة والعصبية للمريض، ليركز بعدها على حركات أكثر تعقيدا، فالهدف من العلاج الفيزيائي ليس تقوية العضلات فقط كذلك حث مراكز الدماغ على استعادة وظائفها الارادية. (petit, 1997, p p 40- 44)

**4.13 المعالج الوظيفي:** يقوم بعلاج الوظائف وذلك بتأهيل وظائف اليد الحركية التي يفقدها المريض بسبب السكتة الدماغية، وهذا لا يعني اجراء تمارين لتقوية عضلات اليد وعودة الحركة الطبيعية لليد والأصابع فحسب بل يتعداه إلى إعادة تعليم المريض المهارات الحركية والمهنية التي فقدها بسبب تأثير البرامج الحركية وذاكرتها وتوزع الفراغ للأشياء.

**5.13 الأخصائي النفسي:** كما نعلم أن المصابين بالسكتة الدماغية تظهر لديهم صعوبات حركية، خصوصا المصابين بالشلل النصفي، لدى تكون مهمة الأخصائي النفسي بإعادة الثقة للمريض وتشجيعه على تحمل مرضه، وتعيده على القيام ببعض الأعمال البسيطة، وعليه فللمعالجة النفسية أهمية كبيرة حتى بعد شفاء المريض.

**6.13 معالج النطق واللغة:** يلجأ المريض المصاب بالحبسة إلى المصحح اللغوي الذي يركز هدفه الأول على استعادة المريض التواصل اللفظي مع الآخرين، وفي حال عدم التمكن من ذلك يعمل المصحح اللغوي على تطوير آليات جديدة تسمح بالتواصل دون استخدام اللغة وذلك باستخدام الحركات ووضعيات الجسم وتعابير الوجه.

لا يوجد مواعيد ثابتة يمكن عندها توقع تحقيق نسبة معينة من التحسن، فالأمر يختلف من مريض لآخر، ولكن عموماً يتحسن المصاب بعجز خفيف إلى متوسط بسرعة أكبر من المصاب بعجز شديد، وكذلك الحال بالنسبة للأعمار الشابة التي تميل لتحقيق درجة أكبر من التحسن مقارنة بنفس درجة الإصابة عند الأعمار المتقدمة، حيث يحتاج المفلوج ستة أشهر للوصول إلى الدرجة القصوى من التحسن، ويحتاج ما بين سنة ونصف إلى السنتين لاستعادة الوظائف الحركية لليد مثل مسك الأشياء بأعمال الحياة اليومية، ويحتاج المصاب بحبسة إلى حوالي السنتين لاستعادة القدرة على التواصل مع الآخرين، ويمكن بعد هذه الفترة أن يتابع التحسن ولكن بشكل بطيء. (Elisabeth, 2009, p p 65- 87)

## خلاصة الفصل:

تحدث السكتة الدماغية أو الحادثة الوعائية عند وجود انسداد في أوعية الدم في الدماغ (السكتة الدماغية الاقفارية) أو عندما يحدث تمزق للأوعية الدموية في الدماغ (السكتة الدماغية النزفية)، حيث لها تأثيرات معقدة حسب موقع الإصابة التشريحية وشدتها، وآثارها النفسية والاجتماعية والمهنية والأسرية خصوصا التي تسبب الإعاقة الدائمة، كما أنه لهذه السكتات برنامج علاجي للتكفل بها يشمل العلاج الطبي (الدوائي والجراحي) إلى التأهيل الحركي (العلاج الفيزيائي الحركي) الذي يعد أهم العلاجات لهذه الفئة.

# الفصل الثالث: اضطراب ما بعد الصدمة

## والتوجه نحو الحياة

تمهيد

1. لمحة تاريخية لاضطراب ما بعد الصدمة
2. مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة
3. مصطلحات مرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة
4. النظريات المفسرة لاضطراب ما بعد الصدمة
5. أشكال اضطراب ما بعد الصدمة
6. مراحل اضطراب ما بعد الصدمة
7. عوامل الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة
8. أعراض اضطراب ما بعد الصدمة
9. الاضطرابات المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة
10. تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة
11. العلاج
12. مفهوم التوجه نحو الحياة
13. التوجه نحو الحياة وعلاقته ببعض المصطلحات الأخرى
14. النظريات المفسرة للتوجه نحو الحياة
15. أبعاد التوجه نحو الحياة
16. مظاهر التوجه نحو الحياة
17. مصادر التوجه نحو الحياة
18. صفات المتوجهين نحو الحياة
19. معوقات التوجه نحو الحياة

## تمهيد :

يتعرض الانسان في حياته إلى تهديدات عديدة، وهو يعتقد بقدرته على تجاوز هذه التهديدات والأخطار، لكن مع الوقت وعند تعرضه للتهديد يدرك الانسان موضوعية هذه التهديدات وحقيقتها عند مواجهة الموت والتي من خلالها يتعرض لصدمة نفسية تزيل عن ذهنه فكرة هذا التجاوز، ومنه سنحاول خلال فصلنا هذا التطرق إلى اضطراب ما بعد الصدمة وإلقاء الضوء على مختلف المفاهيم، لنتطرق بعدها إلى متغير التوجه نحو الحياة.

## 1. مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة:

عند تصفح بعض المراجع العربية وجدنا أن ترجمة مصطلح (Post Traumatic stress Disorder PTSD) إلى اللغة العربية لم يلقى إجماعاً حيث هنالك عدة ترجمات منها:

- حسب محمد نجيب الصبوة "اضطراب المشقة النفسية التالية للصدمة". (نجيب، 2000، ص 79)
  - حسب محمد النابلسي "اضطراب الشدة النفسية عقب التعرض للصدمة". (النابلسي، 1991، ص 21)
  - حسب غسان يعقوب "اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة" ويسميه اختصاراً "اضطراب ما بعد الصدمة". (يعقوب، 1999، ص 10)
  - حسب حمود بن هزاع الشريف "اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية". (حمود، 2006، ص 04)
  - حسب جمعة سيد يوسف "اضطراب كرب ما بعد الصدمة". (روبرت، 2006، ص 281)
- حيث تم اختيار ترجمة غسان يعقوب (اضطراب ما بعد الصدمة) في هذا البحث.

فتعرفه منظمة الصحة العالمية (WHO): في التصنيف الدولي العاشر بأنه: "استجابة مرجأة أو ممتدة لحدث أو موقف ضاغط مستمر لفترة قصيرة أو طويلة، ويتصف بأنه ذو طبيعة مهددة أو فاجعة، ويحتمل أن يسبب في حدوث ضيق وأسى شديدين غالباً لدى أي فرد يتعرض له". (حجازي، 2004، ص 10)

تعريف يونس-دكتور في علم النفس في الجامعة الأردنية:- "هو اضطراب ينتج عن تعرض الفرد إلى صدمة نفسية، وهو رد فعل شديد ومتأخر للضغط عادة، وقد يكون من الشدة بحيث يصبح مرهقا، ويتميز باستمرارته وإعادة خبرة الحدث الصدمي والتجنب المتواصل للمثيرات المرتبطة بالصدمة، والتراخي في القدرة على الاستجابة، والمعاناة من أعراض الاستثارة الدائمة، وقد يؤثر هذا الاضطراب في سلامة الأفراد وبشكل جدي في النواحي الاجتماعية والأكاديمية والمهنية". (يونس محمد، 2005، ص 23)

عرفه الألمعي أنه: "اضطراب نفسي ينشأ بسبب صدمة مادية أو نفسية أو كليهما، مصادر تلك الصدمة قد تكون التعرض أو مشاهدة أحداث قاسية تهدد الحياة أو السلامة البدنية أو التوافق النفسي، بحيث تتجاوز تلك الأحداث قدرة الدفاعات النفسية للمريض على التحمل". (جودة منيرة، 2016، ص 40)

"هو رد فعل شديد للحادث الصادم ويتميز رد الفعل هذا بثلاثة أصناف كبرى من الأعراض هي إحياء التجربة، التجنب، إثارة مفرطة". (النابلسي، 1991، ص 189)

تعريف sillomg: حالة ضغط متولدة عن حدث انفعالي عنيف مثل عدوان نفسي، حادث خطير أو كارثة طبيعية مثل الزلزال، والفرد المصدوم يعيد معايشة الحدث على شكل أحلام متكررة، ويكون باستمرار في حالة انذار، أحيانا نجد مشاعر الذنب والاحساس باقتراب الموت". (N.Sillamg, 1998, p205)

تعريف vasterling: "هو أحد اضطرابات القلق يتطور كاستجابة لتجربة صدمية حيث الخواص المميزة له هي إعادة معايشة سلوكيات التجنب، تبلد الاستجابة، وفرض التيقظ". (vasterling, 2005, p3)

وعليه فإن اضطراب ما بعد الصدمة هو عبارة عن رد فعل أو استجابة متأخرة ناتجة عن التعرض للفرد لحدث أو خبرة صادمة مفاجئة تمثل تهديدا لسلامته الجسدية والنفسية، وتفوق قدرته على التحمل، تجعله عاجزا، حيث تفقد تقديره لذاته.

## 2. مصطلحات مرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة:

**1.2 الأحداث الصادمة (الحدث الصادم):** تعرف بأنها: "أحداث خطيرة ومركبة ومفاجئة، تتسم بقوتها الشديدة أو المتطرفة وتسبب الخوف والقلق والانسحاب والتجنب، والأحداث الصدمية كذلك ذات شدة مرتفعة وغير متوقعة وغير متكررة وتختلف في دوامها من حادة إلى مزمنة ويمكن أن تؤثر في شخص بمفرده كحادثة سيارة أو جريمة من جرائم العنف وقد تؤثر في المجتمع كله كما هو الحال في الزلازل أو الأعصار".

(أحمد عبد الخالق، 1998، ص45)

ومنه الحدث الصدمي حادث غير اعتيادي فجائي فيه مشاهد مريعة ولقاء خاطئ مع الموت.

**2.2 الصدمة النفسية:** عرفها معجم مصطلحات التحليل النفسي على أنها: "حدث في حياة الفرد يتحدد بشدته وبالعجز الذي يجد الشخص نفسه فيه والاستجابة الملائمة حياله، بما يثيره التنظيم النفسي من اضطراب وآثار دائمة مولدة للمرض، وتتصف الصدمة من الناحية الاقتصادية بفيض من الآثار تكون مفرطة بالنسبة لطاقة الشخص على الاحتمال وبالنسبة لكفاءته في السيطرة على هذه الآثار". (laplanche, 1997, p300)

" حدث في حياة الشخص يتحدد بشدته وبالعجز الذي يجد فيه الشخص نفسه غير قادر على الاستجابة الملائمة حياله وبما يثيره في التنظيم النفسي من اضطراب وآثار دائمة مولدة للمرض، وتتصف الصدمة من الناحية الاقتصادية بفيض من الآثار تكون مفرطة بالنسبة لطاقة الشخص على الاحتمال وبالنسبة لكفاءته في السيطرة على هذه الآثار وإرصانها نفسياً". (لابلنش وبنطاليس، 1987، ص300)

ومما سبق نستنتج أن الصدمة النفسية هي عبارة عن حدث خارجي أو داخلي مفاجئ يفوق قدرة الفرد على التحمل ويجعله عاجزاً، حيث يفقد تقديره لذاته، ونوه أن استجابة الأفراد للحدث الصادم تختلف حسب نوعية الشخصية.

**3.2 العصاب الصدمي:** "ظهر مصطلح العصاب الصدمي في نهاية القرن 19 على يد الألماني herman appenheim حيث استعمله لوصف الاستجابات الانفعالية الناتجة عن

حوادث السكك الحديدية، كما يشير إلى أنه بالرغم من عدم وجود علاقة مباشرة ما بين هذه الحوادث وحوادث الحرب، هذه الأخيرة التي دفعت ب Janet ثم Freud لوضع نظريتهما - إمرضة الصدمة- فإن مفهوم عصاب الحرب والذي ظهر بعد المصطلح الصدمي بسنوات ما هو في النهاية إلا هوية عيادية وشكل جديد للعصاب الصدمي". (Crocq, 1999, P216)

ومنه العصاب الصدمي تعرض شديد للصدمة وبشكل مباشر باستبعاد ضغوط الحياة اليومية من عصاب الحروب والكوارث.

**4.2 الخبرة الصادمة:** تعرف بأنها: "أحداث أو تجارب أو خبرات مر بها الشخص وقد لا يظهر تأثيرها فوراً بل في مراحل لاحقة من حياة الانسان". (كوفيل، 1986، ص136)

وعرفتها اليونيسف: "أحداث مفاجئة وغير متوقعة تكون خارج حدود الخبرة الإنسانية العادية تهدد أو تدمر صحة الفرد أو حياته، يستجيب لها الفرد بالخوف الشديد".

(اليونيسف الإقليمي، 1995، ص22)

وقد عرفتها ريتشمان: "بأنها الحدث السريع والخطير الذي يكون خارج نطاق التحمل ويؤدي إلى صعوبات في الرجوع إلى الحالة الطبيعية السابقة للحدث".

(زقوت، 2000، ص10)

**5.2 التناذر النفسو صدمي:** هو مصطلح اقترحه الفرנקوفيون لحل الجدل حول مصطلح العصاب الصدمي ومصطلح PTSD، ويرون أنه يغطي جزءاً كبيراً من العصاب الصدمي واضطراب ما بعد الصدمة، كما يضم العديد من الأبعاد الأخرى وخاصة الأعراض المصاحبة والتغيير في الشخصية في أوقات لاحقة، أما الأعراض الخاصة في هذا التناذر هي تناذر التكرار وتناذر التجنب. (Jehel L, 2006, p41)

## 3. النظريات المفسرة لاضطراب ما بعد الصدمة:

## 1.3 نظريات التحليل النفسي:

لقد أولت نظريات التحليل النفسي اهتماما للخبرة الصدمية، كما استخدمت المفاهيم السيكودينامية في تفسير الاضطرابات المرتبطة بالصدمة، ففكرتها وضع نموذج نفسي واجتماعي لتفسير اضطرابات ما بعد الصدمة حيث أن مصير الصدمة يتوقف من جهة على حدتها وطبيعتها ومن جهة أخرى على شخصية الفرد المصدوم ودور البيئة، إذ كلما كانت العوامل النفسية والبيئية ملائمة كلما كان الفرد المصدوم قادرا على تخطي آثار الصدمة واستعادة التكيف إلى حد معقول. (يعقوب، 1999، ص 45)

كما أرجع فرويد سبب هذا الاضطراب إلى انبعاث المشكلات التي كان يعاني منها المصدوم في الطفولة واستخدامه لإنزيمات الدفاع للسيطرة على القلق، وأن أي مكاسب أو محفزات خارجية من بيئة الفرد كالتعاطف والمحفزات المالية هي التي تعزز هذه الاضطرابات.

في حين أنا فرويد أضافت المجهول عند الأطفال في استيعاب الحقيقة، أين الحدث الصدمي يضيف ترجمة خطيرة بمعنى ترجمة موازية أو انحراف.

(Pascale Brillon, 2004, p67-68)

## 2.3 المدرسة السلوكية:

أولاً: حسب نموذج الاشراف الكلاسيكي لبافلوف: يفسر اضطراب ما بعد الصدمة إلى حدوث نوع من التعلم الشرطي الكلاسيكي لتجربة الشعور بالخوف والرعب، فالمرأة التي تعرضت للاغتصاب نجدها تخاف من السير في الشارع لأنه تم الاعتداء عليها هناك، وهنا ينمو سلوك التجنب والابتعاد عن المثيرات المخيفة فذلك يحدث نوع من التعزيز السلبي يتمثل في خفض حدة الشعور بالخوف عن طريق الابتعاد عن مصدر الخوف ومن هنا يحدث نوع من التعميم السلبي على جميع مثيرات الحادث الصدمي.

(ميخائيل أسعد، 1994، ص ص 58-59)

ثانياً: حسب نموذج الاضطراب الاجرائي لسكينر: فحسب هذا الاشراف الفرد يكون قادر على التحرك والرد على منبهات البيئة الخارجية بالشكل الذي يراه مناسباً، وكلما كانت هذه الاستجابة صحيحة ومرضية يكون التعزيز مكافأة وحافز لاستمرار العمل وهذا ما يؤدي إلى تعزيز السلوكيات التجنبية لمختلف الوضعات الصدمية وكذلك جميع مثيرات الحادث الصدمي لأن الفرد يكافئ بتقليص استجابة الخوف وكذلك بالتقليل من حدة التوتر والقلق.

(يعقوب، 1999، ص74)

ومنه نستنتج أن النظرية السلوكية اعتمدت في تفسيرها لاضطراب ما بعد الصدمة على العامل الاستعدادي للفرد والبيئة المحيطة به وأيضاً على أهمية التعلم بنوعه الإشرافي والإجرائي في تحديد السلوك السوي أو المضرب، فالتعلم الخاطيء والسلبى لتجربة عاشها الفرد بهلع وخوف يولد استجابة مرضية.

### 3.3 المدرسة المعرفية :

يتحدد اضطراب ما بعد الصدمة حسب أهم رواد النموذج المعرفي على كيفية إدراك معنى الخطر عند الفرد وكيف تظهر لديه المعاناة، وهذا يتوقف على نظرة الشخص إلى ذاته والعالم، ومن هنا تدخل القيم والمعتقدات والمخططات المعرفية التي تميز كل فرد على الأخر حيث تؤدي الصدمة إلى زعزعة هذه البنيات المعرفية الشخصية.

فحسب فاو Faو وزملائه (1989) الأحداث الصدمية تعمل على تهديد الافتراضات العادية أو السوية حول مفهومنا للأمن فينجم عن ذلك أن الحدود بين الأمان والخطر تصبح غير واضحة فيؤدي إلى تكوين بنية كبيرة للخوف في الذاكرة البعيدة المدى وبالتالي يصبح الفرد غير قابل على التنبؤ وضعف السيطرة على حياته وهذا ما يؤدي إلى زيادة في حدة القلق. (بركو مزوز، 2016، ص 79)

### 4.3 المدرسة النفس الاجتماعية:

ترى هذه النظرية أن مصير الصدمة يتوقف من جهة على حدثها وطبيعتها وطول مدتها وسرعة بداية وقوع الصدمة ومن جهة أخرى على شخصية المصدوم ودور البيئة

الاجتماعية- الثقافية، فعندما تكون العوامل النفسية والبيئية مناسبة وداعمة يكون المصدوم أقدر على تخطي آثار الصدمة.

كما ترى أن هنالك عدة عوامل سابقة تسهم في الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة مثل ضغوط ما قبل الصدمة الحياتية المستمرة والتاريخ النفسي، جنس الفرد، الإساءة في فترة الطفولة، الطبقة الاقتصادية، وتدني المستوى التعليمي.

(مكتب الانماء الاجتماعي، 2001، ص40)

#### 4. أشكال اضطراب ما بعد الصدمة:

**1.4 اضطراب ما بعد الصدمة الحاد:** حسب جمعية الطب النفس الأمريكي تبدأ مباشرة بعد حدوث الصدمة، ويجب أن تستمر الأعراض لمدة قد تصل إلى 6 أشهر.

**2.4 اضطراب ما بعد الصدمة المزمن:** تستمر هنا الأعراض بعد انقضاء مدة 6 أشهر من بداية الصدمة.

**3.4 اضطراب ما بعد الصدمة المتأخر:** تظهر فيه الأعراض بعد فترة طويلة من الكمون قد تصل إلى مدة شهر أو عدة سنوات.

#### 5. مراحل اضطراب ما بعد الصدمة:

تتلخص مراحل اضطراب ما بعد الصدمة فيما يلي:

**مرحلة الانفصال الشديد:** ويدخل فيها الصراخ والاحتجاج والنقمة والرفض والخوف الشديد وفترات من التفكك والذهان.

**مرحلة النكران والتبلد وعمليات التجنب:** لكل ما يذكر بالحدث بالإضافة إلى الانسحاب وتعاطي الكحول والمخدرات كوسيلة للسيطرة على الخوف والقلق.

**مرحلة التآرجح بين النكران والتبلد والأفكار الدخيلة:** والتي تترافق مع حالة من اليأس والاضطرابات الانفعالية.

مرحلة العمل من خلال الصدمة: حيث تصبح الأفكار والصور الدخيلة أخف وطأة ويصبح التعامل معها ممكناً بينما يشتد النكران والتبلد وتبرير استجابات القلق والاكتئاب والاضرابات الفيزيولوجية.

مرحلة التقبل: يحدث فيها التحسن النسبي في الاستجابة ولكن المريض لا يصل إلى هذا التحسن بشكل كامل إذ تستمر لديه بعض الاضطرابات المزعجة.

(يعقوب، 1999، ص ص 68 - 69)

### 6. عوامل الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة (عوامل الخطر):

يمكن تقسيم عوامل المخاطرة إلى ثلاثة أنماط:

#### 1.6 عوامل مهينة: وهي عوامل موجودة قبل وقوع الحدث الصدمي وتضم ما يلي:

السن: يري mboudarene أنه من الطبيعي أن تؤخذ خاصية السن بالحسبان، فاحتمال التعرض لعدد كبير من الأحداث الصدمية لدى الشخص المسن أمر مفروغ منه، والدليل على ذلك هو انتشار عدد كبير من الأمراض السيكوسوماتية في هذه الشريحة من المجتمع. (anaut, 2003, p27)

الجنس: تشير أغلب الدراسات أن الإناث أكثر عرضة للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة من الذكور، وهذا يعني أن النساء أكثر هشاشة من الرجال.

المستوى السوسيو اقتصادي: وجدت دراسة breslau أن انخفاض المستوى السوسيو اقتصادي يشكل عاملاً قوياً ومؤثراً مقارنة مع عناصر ديمغرافية أخرى مثل العرق، الوضع الزواجي، ومستوى التعليم. (brillon, 2004, p93)

وجود عوامل ضاغطة قبل وقوع الحدث الصدمي: مثل التوترات الزوجية، فقدان عمل، انهاك مهني، فهي عوامل تساهم في اضعاف المقاومة وآليات التكيف لدى الضحية.

وجود درجات عالية من العصبية: من بين الذين يتعرضون لأحداث صدمية وجد أن الذين لديهم درجات عالية من العصبية هم الأكثر عرضة للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة على إثر التعرض لحدث صدمي. (yehuda, 2010, p88)

**2.6 عوامل مفجرة:** وهي جملة العوامل المرتبطة بخصائص الحدث الصدمي والظرف المزامنة له، وكذلك استجابات الفرد له أُنذاك، ويمكننا أن ندرج هذه العوامل في العناصر التالية:

**طبيعة الصدمة (الحدث الصدمي):** "مثلا يرتبط الاغتصاب غالبا بتطوير اضطراب ما بعد الصدمة لاحقا، فحوالي 50% من ضحايا الاغتصاب يطورون PTSD". (jehel, 2006, p50)

**شدة الصدمة:** هنالك علاقة بين شدة الصدمة والاستجابة المرضية، فكلما كان الحدث الصدمي شديدا ومفاجئا وغير معتاد كلما زاد احتمال تطوير أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

**التقدير الذاتي لخطورة الحدث:** فشدة التهديد المدرك تساهم في استجابة الخوف والرعب لدى الفرد، فقد وجدت بعض الدراسات أن تقدير الفرد لتهديد الحياة عامل تنبؤي لتطوير اضطراب ما بعد الصدمة. (jehel, 2006, p51)

**نوع الحدث الصدمي:** إن التعرض لأحداث صدمية تتضمن هجومات عنيفة يزيد من احتمال الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة مقارنة مع التعرض لكوارث طبيعية.

**3.6 عوامل استمرار أو تلاشي PTSD:** وهي جملة العوامل التي تقع بعد الحدث الصدمي، وقد تساهم في استمرارية الأعراض أو تلاشيها منها:

- الدعم الاجتماعي والمتمثل في الحميمية الانفعالية والتعاطف والمساعدة المادية أو الخدماتية، تقديم النصائح والمعلومات.
- عندما تتم معايشة حدث صدمي بصورة جماعية يؤدي ذلك إلى التماسك والتكافل.
- المتابعات القانونية والجنائية تشكل عموما إحدى التجارب المؤلمة الإضافية بالنسبة للضحية.

- الآثار الجسدية المتبقية تشكل أحد العناصر المسببة لتفاقم الأعراض ما بعد الصدمة.  
(brillon, 2004, pp 94- 95)

### 7. أعراض اضطراب ما بعد الصدمة:

تظهر أعراض اضطراب ما بعد الصدمة مباشرة أو بعد عدة شهور، وتصيب الانسان في كل الأعمار بما فيها الأطفال والنساء، فهناك قواسم مشتركة بين الأفراد المصدومين والتي تتمثل في الأعراض التالية:

**1.7 الأعراض الحسية:** وهي عبارة عن تدفق فائض من الاستجابات الانفعالية ناجمة عن منبهات داخلية أو خارجية تحمل في طياتها أشكال الحادث، وأهم هذه الاستجابات ما يلي:

**أولاً: الحصر والضغط النفسي:** الشعور بالخوف من أن يصبح مختلاً أو أن يموت بحسرتة، ويظهر القلق على شكل مخاوف مرضية واستجابات غير عادية لمنبهات طبيعية وبذلك فهو يحس بأنه انسان غير عادي يعيش في رعب وفراغ.

**ثانياً: الغضب والتهور:** يتميز انفعاله بالعنف والغضب الشديدين والتذمر من مصيره وهذا ما يجعله يحبذ الابتعاد عن الآخرين من أجل تجنب الاصطدام بهم.

**ثالثاً: اللامبالاة:** لا يهتم بعلاقاته السابقة، كما لا يصبوا إلى تكوين علاقات جديدة، كما أنه لا يطمع إلى مستقبل مزهر حيث تكون نظرتة متشائمة للمستقبل.

**رابعاً: الشرود والسرحان:** حالة يتميز فيها في فقدان الوعي الادراكي الشعوري.

**خامساً: الاكتئاب:** ويعني اضطراب المزاج والاحساس بالحزن الشديد والمستمر بالإضافة إلى الإحساس بالأسى، قد تؤدي إلى ظهور الاكتئاب العصابي البسيط والحاد.

**سادساً: الانهيار:** يتعرض لاضطراب نفسي نتيجة للحادث الصادم يتمثل في نظرتة السيئة للذات.

**2.7 الأعراض السلوكية:** تتمثل عموماً في ضعف النشاط الوظيفي واختلاله وتتجلى هذه الأعراض فيما يلي:

**أولاً: الهيجان:** عدم قدرته على الإحساس بالراحة وإحساس دائم بالضغط.

**ثانياً: العياء:** ينقص نشاط الفرد نتيجة تعرضه للحادث الصادم، وبالرغم من هذا يحس بالتعب الدائم.

**ثالثاً: نوبات البكاء:** يبكي تعبيراً عن حزنه ومعاناته من الحادث الصادم.

**رابعاً: اضطرابات النوم:** يتميز هذا العرض بالديمومة على اختلاف مظاهره، سواء كانت صعوبة الاستغراق في النوم أو الاستيقاظ. (Mini DSM\_4, 2004, p p 215- 218)

**3.7 الأعراض الذهنية:** وتتمثل في:

**أولاً: اضطرابات في الانتباه والتركيز:** إن القلق الذي يعيشه المصدوم والأفكار المصحوبة بالانفعالات الشديدة والمصاحبة لتخيلات وهواجس والوساوس وحالات الخوف الشديد والرعب التي يعيشها من شأنها أن تؤثر على انتباهه وتركيزه.

**ثانياً: اضطرابات الذاكرة:** غير قادر على تذكر كل خبراته وذكرياته خاصة تلك المتعلقة بالحدث الصادم، كما يعمل على تجنبها على قدر المستطاع وهذا يؤثر على عمل ذاكرته.

**4.7 الأعراض الجسمية:** وتتمثل في:

**أولاً نقص الوزن:** يكون وزنه ناقص لفقدان الشهية.

**ثانياً: آلام جسدية:** آلام في الجسم، آلام في الرأس والبطن والصدر، صعوبات في التنفس، ضعف العضلات، فقدان النشاط، آلام في العيون، ارتجاف في الأطراف.

(أبو هين، 2000، ص ص 2- 6)

**ثالثاً: انتفاضات جسدية:** يحدث نشاط مفرط للجهاز العصبي الإعاشي حيث ينتفض لأقل ضجة ولا يستطيع النوم مع وجود اضطرابات هضمية، إلى وجود تناذر التكرار المرضي.

رابعاً: تكرار سلوكي حركي: مصاحب بحركات دفاعية أو عدائية وكأنه يتعرض للكارثة من جديد.

### 5.7 مظاهر التكرار: وتتمثل في:

أولاً: الذكريات المتكررة: فالحدث الصدمي لا يمحي من ذاكرة المصدوم وإنما تعمل هذه الخبرة على إعادة الذكريات والأحداث واعادتها إلى شعوره مما يجعله يحس بالضيق والقلق.

ثانياً: الكوابيس: يتخلل نومه كوابيس وأحلام مفزعة ومرعبة.

(Bernadr. D, 1997, p 162- 165)

### 8. الاضطرابات المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة:

إن اضطراب ما بعد الصدمة غالباً ما تصاحبه اضطرابات سيكولوجية أخرى، إذ أثبتت بعض الدراسات أن نسبة الأفراد المصابين باضطراب ما بعد الصدمة والذين يعانون من اضطرابات أخرى (القلق، الاكتئاب، تعاطي المواد الخطيرة، الجسدية) بلغت 80% مقابل 35-50% لدى الأفراد الذين لا يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة ولديهم هذه الاضطرابات. (jolly, 2000, p16)

وهناك اضطرابات نفسية يمكنها أن تغطي على أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ويأتي في مقدمتها الاكتئاب، ويأتي في المرتبة الثانية سلوكيات التعاطي المرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة، ويأتي في المرتبة الثالثة خطر الانتحار، بالإضافة إلى ذلك هنالك اضطرابات أخرى تصاحب الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة ومنها الخوفات المرتبطة عادة بالحدث الصدمي، وصعوبات علائقية وصعوبات مهنية.

### 9. تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة:

يتم تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة بالاعتماد على المعايير الموجودة في DSM5 وهي بمثابة المرجع الأساسي، ونجد هذه المعايير ضمن الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والاجهاد تحت ترقيم (F43.10)

**المعيار A:** التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت أو الإصابة الخطيرة أو العنف الجنسي عبر واحد أو أكثر من الأعراض التالية:

- التعرض المباشر للحادث.
- المشاهدة الشخصية للحادث عند وقوعه للآخرين.
- المعرفة بوقوع الحادث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين في حالات الموت الفعلي أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، فالحادث الصادم يجب أن يكون عنيفا أو عرضيا.
- التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحادث الصادم (على سبيل المثال أول المستجيبين لجمع البقايا البشرية، ضباط الشرطة الذين يتعرضون بشكل متكرر لتفاصيل الاعتداء على الأطفال).

**ملاحظة:** لا يتم تطبيق المعيار A4 إذا كان التعرض من خلال وسائل الاعلام الإلكترونية والتلفزيون والأفلام المصورة، إلا إذا كان هذا التعرض ذا صلة بالعمل.

**المعيار B:** وجود واحد أو أكثر من الأعراض التالية المرتبطة بالحادث الصادم والتي بدأت بعد الحادث الصادم:

- الذكريات المؤلمة المتكررة وغير الطوعية عن الحادث الصادم.
- ملاحظة:** عند الأطفال الأكبر سنا من 6 سنوات قد يتم التعبير عن طريق اللعب المتكرر حول المواضيع أو جوانب الحادث الصادم.
- أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم أو الوجدان في الحلم بالحادث الصادم.
- ملاحظة:** عند الأطفال قد يكون هناك أحلام مخفية دون محتوى يمكن التعرف عليه.
- ردود فعل تفارقية على سبيل المثال ومضات الذاكرة حيث يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان الحادث الصادم يتكرر (قد تحدث ردود فعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفا هو فقدان كامل للوعي بالمحيط).

**ملاحظة:** في الأطفال قد يحدث إعادة تمثيل محدود للصدمة خلال اللعب.

- الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم.
- المعيار C:** تجنب ثابت للمحفزات المرتبطة بالحدث الصادم، وتبدأ بعد وقوع الحدث الصادم كما يتضح من واحد مما يلي أو كلاهما:
  - تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة والأفكار أو المشاعر، أو ما يرتبط بشكل وثيق مع الحدث الصادم.
  - تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأماكن، الأحاديث، الأنشطة، الأشياء، والمواقف) التي تثير الذكريات المؤلمة والأفكار أو المشاعر عن الحدث أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.
- المعيار D:** التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصادم والتي بدأت أو تفاقمت بعد وقوع الحدث الصادم كما يتضح من اثنين أو أكثر مما يلي:
  - عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم (عادة بسبب النساوة التفارقية ولا يعود لعوامل أخرى مثل إصابات الرأس، الكحول، المخدرات).
  - معتقدات سلبية ثابتة ومبالغ بها أو توقعات سلبية ومبالغ بها حول الذات والآخر أو العالم (على سبيل المثال أنا سيء، لا يمكن الوثوق بأحد، العالم خطير بشكل كامل).
  - المدركات المشوهة عن سبب أو عواقب الحدث الصادم والذي يؤدي بالفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه بنفسها أو غيرها.
  - الحالة العاطفية السلبية المستمرة (على سبيل المثال الخوف والرعب والغضب والشعور بالذنب أو العار).
  - تضاءل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة.
  - مشاعر بالنفور والانفصال عن الآخرين.
  - عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال عدم القدرة على تجربة السعادة والرضا أو مشاعر الحبة).

**المعيار E:** تغيرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصادم والتي تبدأ وتتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتوضح من اثنين أو أكثر مما يلي:

- سلوك متوتر ونوبات الغضب (دون ما يستفز أو يستفز بشكل خفيف) والتي عادة ما يعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.
- التهور أو سلوك تدميري للذات.
- التيقظ المبالغ فيه.
- استجابة عند الجفل مبالغ فيها.
- مشاكل في التركيز.
- اضطراب النوم (على سبيل المثال صعوبة في الدخول للنوم، أو البقاء نائماً، أو النوم المتوتر).

**المعيار F:** مدة الاضطراب (معايير E, D, C, B) أكثر من شهر واحد.

**المعيار G:** يسبب الاضطراب احباطا سريريا هاما أو ضعف في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية وغيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

**المعيار H:** لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية مثل الأدوية أو الكحول أو حالة طبية. (جهاد محمد، 2014، ص ص 112 - 116)

## 10. العلاج:

وجدت بعض الدراسات أن العلاجات النفسودينامية قد تكون مفيدة في علاج اضطراب ما بعد الصدمة، بينما دراسات أخرى وجدتها غير فعالة، إذ لا توجد نظرية واضحة حول الرابط الموجود بين المحافظة على الأعراض والاقترحات العلاجية، كما لا يوجد دليل على فعالية التحليل في خفض خطر الازمان باستثناء نظرية الصدمة ل horowitz.

(jehel, 2006, p209)

وعموماً في العلاج في النفسودينامي المختصر يتم التركيز على الحدث الصدمي نفسه، ومن خلال حديث المريض عنه أمام معالج هادئ ومتعاطف دون أن ينطق أحكاماً

فإن ذلك المريض يبلغ أكبر معاني التناغم الذاتي ويطور دفاعات واستراتيجيات مواجهة أكثر تكييفاً وينجح أكثر في تعديل انفعالاته. (scott, 2003, p6)

إلى أنه في الحالات الشديدة لا يتم السعي للمقابلات وأن التقنيات المتوفرة في هذه الحالات هي وصف الأدوية والسعي لتقنيات جسمية. (lebigot. M, 2001, p 245)

ويركز العلاج السلوكي على العمل على البيئة الضاغطة وتحديد المثير الضاغط وتقليل الاستجابة للمؤثر الضاغط ومن ثم يركز على تحليل ومعالجة الأحداث الطبيعية.

"فيما يعمل العلاج المعرفي السلوكي على مستوى المخططين (معرفي-سلوكي)، ويبحث غالباً على استكشاف نتائج فك الاشرط من أجل تسهيل إعادة البناء المعرفي، بينما تستخدم الذكريات والصور العقلية كمنبهات محرضة لاستجابات يتم الاعتياد عليها".

(clercq. M, 2001, p253)

كما يهدف العلاج الدوائي لمن تعرض للصدمة إلى علاج الأعراض والمظاهر المرضية المصاحبة كالأضطرابات الاكتئابية، كما يساهم في بناء جسر يسمح بالمرور للعلاج النفسي.

## 11. مفهوم التوجه نحو الحياة:

عرفه شاير وكارفر بأنه: "النظرة الإيجابية والاقبال على الحياة والاعتقاد بإمكانية تحقيق الرغبات في المستقبل، بالإضافة إلى الاعتقاد باحتمال حدوث الخير أو الجانب الجيد من الأشياء بدلا من حدوث الشر أو الجانب السيء". (scheier & carver, 1985, P219)

وفي تعريف آخر لهما بأنه: "الميل للتفاؤل أي التوقع العام بحدوث أشياء أو أحداث حسنة بدرجة أكبر من حدوث أشياء أو أحداث سيئة وهي سمة مرتبطة ارتباطا عاليا بالصحة النفسية الجيدة". (ايمان عبد الكريم، 2010، ص245)

تعريف تايجر: "دافع بيولوجي يحافظ على بقاء الانسان ويعد الأساس الذي يمكن الأفراد من وضع الأهداف والالتزامات". (tiger, 1979, p 34)

تعريف فرانكل: "قدرة الانسان على البحث عن المعاني الحياتية المتأصلة في سلوكه ومواقفه". (frankl, 1964, p 43)

تعريف راف: "التأكد على الاستيعاب الواضح لعرض الحياة والاحساس بالاتجاه والقصدية بوصفها مؤشرات للشعور بأن الحياة ذات هدف". (ryff, 1989, p2)

ويعرفه موسى بأنه: "اتجاه من جانب فرد ما نحو الحياة أو نحو أحداث معينة، بميل أحيانا إلى حد مفرط للعيش على الأمل أو نحو التركيز على الناحية المشرقة من الحياة أو الأحداث أو الجانب المفعم بالأمل والخير". (موسى، 2001، ص186)

ويعرفه علي فهمي بأنه: "سمة في الشخصية توسم بأنها رؤية ذاتية إيجابية واستعداد كامن لدى الفرد غير محدود بشروط معينة يمكنه من توقع البشر".

(فهمي علي، 2010، ص 685)

تعريف الدسوقي: "سعي الانسان لتحقيق أهدافه ولإضفاء قيمة لوجوده في الحياة".

(الدسوقي، 1998، ص34)

من خلال التعاريف السابقة يظهر أن التوجه نحو الحياة هو النظرة الإيجابية والاقبال على الحياة والاعتقاد بإمكانية تحقيق الرغبات في المستقبل، فضلا عن الاعتقاد باحتمال حدوث الخير والجانب الجيد من الأشياء بدلا من حدوث الشر أو الجانب السيء.

كما أنه مجموعة من الميول البيولوجية الداخلية التي تدفع الفرد للشعور بالتفاؤل والسعادة والرضا وتظهر بشكل ملحوظ على كل ما يقوم به الفرد من سلوكيات.

## 12. التوجه نحو الحياة وعلاقته ببعض المصطلحات الأخرى:

### 1.12 معنى الحياة:

"الفرد إذا فقد المعنى في حياته فإنه يفقد معه الإحساس بالهدف من الحياة لأن وجود الإنسان يكمن في معنى وجود الهدف الذي يكتشفه، ويسعى إلى تحقيقه، وأن الفرد الذي يفقد المعنى في الحياة يعيش الفراغ الوجودي وهو حالة نفسية تعني الملل والسأم من الحياة ومن ثم تفقد الحياة دلالتها وقيمتها ومغزاها، لأن وجود الإنسان يكمن في معنى وجوده".

(عبد الغفار، 1973، ص63)

من خلال ما سبق ذكره إن طبيعة العلاقة بين التوجه نحو الحياة ومعنى الحياة هي علاقة ذات بعد إدراكي، حيث أن الفرد يدرك معنى حياته وقيمتها ويتجه نحوها باتجاهين إما إيجابيا أو سلبيا، فإن أدراكها بشكل إيجابي كان توجهه نحو الحياة متمثلا بالرضا والسعادة وإدراك لتحقيق الأهداف المرجوة منها، والعكس إن كان إدراكه لها بشكل سلبي فإنه يراها بشكل تشاؤمي وبدون رضا عن كل ما فيها وكأنه في حالة نفسية صعبة وعدم توافق وتكيف مع من يحيطون به.

### 2.12 الاستمتاع بالحياة:

يرى ماكديويل الاستمتاع بالحياة بأنه: "عملية يصدر الفرد من خلالها حكما عاما أو تقييما شخصيا على ظروفه الخاصة مستندا في ذلك إلى محاكات خارجية مرجعية، أو معتمدا على تطلعاته وطموحاته الشخصية". (macdowell, 1987, p185)

ومنه إذا كان الاستمتاع بالحياة يجعل الفرد أكثر سعادة وتسامحا وتصالحا مع ذاته والآخرين من حوله، فإن هذا يدفع إلى علاقة إيجابية تجاه التوجه نحو الحياة، وتصبح حياة الفرد أكثر صفاء وتساميا ورضا عن كل شيء من حيث الأداء والحكم عليها لحياته، وبالتالي يستطيع الفرد مواجهة كل الضغوط التي يمر بها ويكون ناجحا في التعامل معها.

### 3.12 جودة الحياة:

تعرف جودة الحياة بأنها: "قدرة الفرد على الاستمتاع بالإمكانيات المتاحة لديه في الحياة وشعوره بالأمن والرضا والسعادة والرفاهية حتى ولو كان لديه ما يعوق ذلك، وهو يركز على جميع الأفراد بمن فيهم الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة".

(حنان، 2009، ص13)

من خلال التعريف السابق فالعلاقة بين جودة الحياة والتوجه نحو الحياة علاقة ارتباط الجزء بالكل، حيث فهم الفرد ذاته وقدراته وحاجاته وإمكاناته وبالتالي الوصول للتوجه نحو الحياة بكل رضا وسعادة وتفاؤل واتزان نفسي وانفعالي واجتماعي وحتى اقتصادي.

### 4.12 التفاؤل:

يعرفه اليخوفوي بأنه: "توقع قصير المدى بالنجاح في تحقيق بعض المتطلبات في المستقبل". (اليخوفوي، 2002، ص132)

فالمتفائلين يشعرون بالثقة والجرأة وتأكيد الذات والتفكير البناء، ويركزون على الجانب المشرق من الأمور في تقييمهم لموقف معين ومنه فالتوجه نحو الحياة والتفاؤل وجهان لعملة واحدة، لما للتفاؤل من تأثير على جميع الجوانب النفسية والصحية والجسمية والانفعالية للفرد مما يجعل من الفرد شخصا فعالا في محيطه الذي يعيش فيه ووثقا بذاته وقدرته وامكانياته، قادرا على حل مشكلاته بكل سهولة ومرونة، وهذا يشعره بالسعادة والطمأنينة والرضا عن نفسه وعن مجتمعه الذي يعيش به وبالتالي يعطي ما لديه ويفكر بمستقبل مشرق له ولمن حوله.

**5.12 السعادة:**

تعرف بأنها: "حالة من الفرح والهناء والأشباع، تنشأ أساساً من اشباع الدوافع ولكنها تسموا إلى مستوى الرضا النفسي". (متولي، 2006، ص4)

وتعرف أيضاً: "لا تعني فقط غياب المشاعر الاكتئابية ولكنها تعني أيضاً وجود عدد من الحالات الانفعالية والمعرفية التي تتسم بالإيجابية". (joseph, 2004, p 464)

ومنه العلاقة بين السعادة والتوجه نحو الحياة علاقة تشبه الروح بالجسد، فكل منهما مكمل للآخر، ولا يمكن الاستغناء عنه لما للسعادة من تأثير على نفسية الفرد وتوجهه نحو الحياة، حيث يكون الفرد السعيد لديه العديد من السمات مثل الثقة بالنفس والقدرة على التفكير بطريقة واقعية.

**6.12 الرضا:**

يعرف الرضا بأنه: "تقبل الفرد لذاته وأسلوب الحياة التي يحيها في المجال الحيوي الذي يحيط به، فهو متوافق وذاته وأسرته، وسعيد في عمله متقبل لأصدقائه، راض عن إنجازاته الماضية، متفائل بما ينتظره من مستقبل، مسيطر على بيئته، فهو صاحب القرار، قادر على تحقيق أهدافه". (الديب، 1988، ص49)

ومنه فالعلاقة بين الرضا والتوجه نحو الحياة علاقة مترابطة والهدف منها أن الفرد يشعر باتجاهات متعددة تتبين أنها تأخذ مذي إيجابي في الشعور وما يترتب عليه من سلوك إيجابي نحو الاقبال على الحياة والعمل على تحقيق الأهداف واشباع الرغبات والحاجات للوصول إلى حالة الاستقرار والطمأنينة.

**7.12 الأمل:**

يعرفه عبد الصمد بأنه: "إدراك الفرد بأن رغباته وأهدافه يمكن تحقيقها وذلك يدفعه إلى الرغبة والإصرار ومواصلة الكفاح لتحقيق هذه الأهداف، وتكون لدى الفرد قدرة عالية للأداء وقوة الإرادة والشعور بالمتعة". (عبد الصمد، 2005، ص85)

ومنه تظهر طبيعة العلاقة بين الأمل والتوجه نحو الحياة وهي بمثابة الجسر المليء بالتخطيط للغد بشكل أفضل مما يجعل الفرد يدرك ما لديه من قدرات والإرادة للوصول إلى الأهداف التي يريدتها من حياته ويتجه نحوها بكل إيجابية وأمل وتفاؤل وسعادة ورضا.

### 13. النظريات المفسرة للتوجه نحو الحياة:

#### 1.13 نظرية لازاروس lararus:

يشير سيلاي لازاروس xilai lararus (1982) إلى ارتباط التوجه نحو الحياة بالضغط النفسية، وعده عاملاً نفسياً يؤثر على كيان الفرد البنيوي النفسي حيث يحد من قدرته على القيام بأعماله وواجباته على الوجه الأجمل.

وإلى جانب الضغط النفسي يوجد ما يعرف بالضغط الاجتماعي والذي يشير إلى أية ظروف أو مواقف تستدعي تغييراً في أنماط الحياة السائدة لدى الإنسان وأن الضغط النفسي يتولد عن مصادر عدة كالتوتر والاجهاد في العمل وقلة النوم وسوء التغذية وقلة ممارسة الرياضة والافراط في استخدام العقاقير والمضادات الحيوية.

(شلتز، 1983، ص ص 226 - 227)

#### 2.13 نظرية علم النفس الفردي لأدلر:

يرى أدلر أنه يمكن فهم شخصية الفرد من خلال التعرف إلى نمط الحياة أو أسلوب الحياة، وهي مجموعة من الأساليب التي يطورها الفرد في بداية مراحل الحياة، لكي تنظم له خبراته وبالتالي يصبح هؤلاء الأشخاص مبدعين في حياتهم لأنهم حققوا هدف حياتهم وطوروا نمط حياتهم والعكس للذين لم يعرفوا كيف يحققوا نمط حياتهم ويطوروه.

وركز أدلر على العديد من المسلمات في نظريته والتي قد تقود إلى التوجه نحو الحياة بدون الشعور بالنقص وبشكل إيجابي وهي:

- مشاعر النقص والعجز والكفاح من أجل التميز والكمال كبديل لنظرية الجنس.
- الحاجة للحب وهي حاجة يكافح الفرد من أجلها لتحقيق ذاته.

- أسلوب الحياة: يقول أدلر أن الشخص يتخذ لنفسه أسلوب حياة يؤدي إلى تحقيق هدف الحياة وهو تحقيق الذات. (الزبادي والخطيب، 2001، ص ص 67- 68)

### 3.13 نظرية الحاجات:

تطرق ماسلو إلى هرم الحاجات، وهي الحاجة إلى المحافظة على البقاء وهي الحاجات الفيسيولوجية والتي تحافظ على جسم الانسان بمعنى الحفاظ على الحياة العضوية لبقاء البشرية على قيد والحاجة إلى الأمن والعيش في بيئة آمنة مطمئنة، والحاجة للحب والانتماء ومنح الحب للفرد يجعله يتجه نحو الحياة بحب، والحاجة للتعاطف مع الآخرين والحاجة للانتماء، وهي تقوم على الأخذ والعطاء، والحاجة إلى التقدير من خلال احترام الذات وشعور الفرد بكفاية الشخصية بما يدفعه إلى الاقبال على الحياة بنشاط ورضا، والحاجة إلى تحقيق الذات.

وان شعر الفرد بقيمته أقبل وتوجه على الحياة بثقة، وعندما يتم اشباع هذه الحاجات كلها سواء كانت بشكل نسبي أم كلي، هنا يظهر الفرد قدراته للتوجه نحو الحياة بالشكل الإيجابي ويتمكن من حل ما يعترض طريقه من مشكلات بكل سهولة لأنه حقق حاجاته.

(أحمد، 2003، ص ص 387 - 388)

### 4.13 نظرية كاتل:

يعتبر كاتل التوجه نحو الحياة سمة وبمثابة اللبنة الأساسية في بناء الشخصية، وتعد السمة واحدة من أبرز المفاهيم في نظريته، وكانت معظم بحوثه في سمات الشخصية، وفقد ذكر أن بعض السمات تنشأ من خلال البيئة وتأثيراتها ومواقفها وتتأثر بشكل رئيسي بثقافة الانسان ومن هذه السمات التوجه نحو الحياة.

وأكد أن هذه السمات يمكن أن تتأثر وتتغير باختلاف استجابات الفرد، فقد يكون الانسان متفائلا أو متشائما في موقف ما وتكون هذه السمات غير مستقرة وعرضة للتبديل والتغير حسب الظروف.

## 5.13 نظرية شاير وكارفر:

يرى كل من شاير وكارفر (1985) أن التوجه نحو الحياة هو التنظيم أو الضبط السلوكي للذات، وقد عملا على ربط التوجه نحو الحياة بالتفاؤل والتشاؤم، وربطها بتوقعات الانسان للأهداف المستقبلية أو لعواقب الأمور، ويفترض شاير وكارفر أن المشاعر الإيجابية مرتبطة بمدى التوجه نحو الحياة، فالانفعال لا يرتبط فقط بالخبرة الخاصة للتوجه نحو الحياة بل بالتوقعات المتعلقة بالنتائج أيضا، أما المشاعر السلبية فترتبط بالتوقعات السلبية للتوجه نحو الحياة. (scheier, 1987, p 582)

## 14. أبعاد التوجه نحو الحياة:

يرى أبو حلاوة أنه يمكن تحديد تسعة أبعاد عامة تؤدي إلى إمكانية تقييم التوجه نحو الحياة لكل انسان، ويرى أن دور الحياة والخبرات المتباينة التي نتعرض لها في كل مرحلة من مراحل حياتنا تلعب دورا شديدا لأهمية لرؤيتنا حول توجهنا نحو الحياة، وأنه لا يوجد لهذه الأبعاد تنظيم هرمي بل ينظم كل فرد هذه الأبعاد في بناء هرمي خاص به وفق أولوياته ورؤيته الذاتية لأهمية كل قيمة بالنسبة لتوجههم نحو الحياة، ومع ذلك يمكن القول بأن ترتيب هذه الأبعاد حسب أولوياتها يعتمد على الثقافة التي يعيش في اطارها هذا الفرد، وهذه الأبعاد هي:

- الشعور بالتوافق النفسي.
- الشعور بالسلامة والأمن.
- الشعور بالقيمة والجدارة الشخصية والاجتماعية.
- المشاركة الاجتماعية.
- الرضا والسعادة الداخلية.
- الإحساس بالانتماء إلى الآخرين.
- أنشطة الحياة اليومية الهادفة وذات معنى.
- السلامة البدنية والتكامل البدني العام.
- الحياة المنظمة والمقننة. (أبو حلاوة، 2006، ص ص 115- 116)

**15. مظاهر التوجه نحو الحياة:**

يشير عبد المعطي لخمسة مظاهر رئيسية للتوجه نحو الحياة تتمثل في خمس حلقات ترتبط فيها الجوانب الموضوعية والذاتية وهي كالتالي:

**الحلقة الأولى: العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال:** وتشمل الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع لأفراده إلى جانب الفرد وحاجاته الاجتماعية والزوجية والصحية والتعليمية والتي تؤدي إلى حسن الحال.

**الحلقة الثانية: اشباع الحاجات والرضا عن الحياة:** وهو أحد المؤشرات الموضوعية للتوجه نحو الحياة، فعندما يتمكن المرء من اشباع حاجاته الأولية والثانوية فإن توجهه نحو الحياة يرتفع ويزداد، بينما الرضا عن الحياة يعد أحد الجوانب الذاتية للتوجه نحو الحياة، فكونك راضيا فهذا يعني أن حياتك تسير كما ينبغي، وعندما يشبع الفرد كل توقعاته واحتياجاته ورغباته يشعر حينها بالرضا.

**الحلقة الثالثة: إدراك الفرد القوى والمتضمنات الحياتية تزيد من احساسه بمعنى الحياة:** وهي بمثابة مفهوم أساسي للتوجه نحو الحياة، فالبشر كي يعيشوا حياة جيدة لا بد لهم من استخدام القدرات والطاقات والأنشطة الابتكارية الكامنة داخلهم من أجل القيام بتنمية العلاقات الاجتماعية، وأن ينشغلوا بالمشروعات الهادفة، ويجب أن يكون لديهم القدرة على التخطيط واستثمار الوقت وما إلى ذلك وهذا كله بمثابة مؤشرات للتوجه نحو الحياة ومفهوم معنى الحياة بشكل إيجابي.

**الحلقة الرابعة: الصحة والبناء واحساس الفرد بالسعادة:** وهو حاجة من الحاجات الأساسية للتوجه نحو الحياة التي تهتم بالبناء البيولوجي للبشر والصحة الجسمية تعكس النظام البيولوجي، لأن أداء خلايا الجسم بشكل صحيح يجعل الجسم في حالة جيدة وسليمة، وبالتالي فإن السعادة تجعل الفرد يشعر بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات والشعور بالبهجة والاستمتاع واللذة.

**الحلقة الخامسة: جودة الحياة الوجودية:** وهي الأكثر عمقا داخل النفس واحساس الفرد بوجوده، وهي بمثابة النزول لمركز الفرد، والتي تؤدي بالفرد إلى احساسه بمعنى الحياة

الذي يعد محور وجودنا، فجودة الحياة الوجودية هي التي يشعر من خلالها الفرد بوجوده وقيمه. (عبد المعطي، 2005، ص ص 13 - 23)

### 16. مصادر التوجه نحو الحياة:

التوجه نحو الحياة يتحقق من خلال المصادر التالية:

**القيم الإبداعية:** وتشمل كل ما يستطيع الفرد إنجازه، فقد يكون ذلك الإنجاز عملاً فنياً أو اكتشافاً علمياً.

**القيم الخبراتية:** وتتضمن كل ما يمكن أن يحصل عليه الإنسان من خبرات حسية ومعنوية.

**القيم الاتجاهية:** وتتكون من الموقف الذي يتخذه الإنسان أثناء معاناته التي لا يمكن أن يتجنبها كالمرض أو الموت. (علي فهمي، 2010، ص 754)

### 17. صفات المتوجهين نحو الحياة:

هنالك العديد من الصفات للمتوجهين نحو الحياة منها ما هو إيجابي وآخر سلبي وهي كالتالي:

#### 1.17 الصفات الإيجابية:

**الاقبال على الحياة:** ويقصد به الاندفاع نحو الحياة بتقاول وحب للحياة بشكل يتجلى في الرضا والسرور والشعور بالسعادة والرغبة في الاستمرار في الحياة.

**التعاكس الشريف مع الحياة:** ويقصد به الاستمتاع بالكفاح والعمل في مجابهة مواقف الحياة، والرغبة في الانتصار على عقباتها، وعدم الاستسلام لها أو الهروب من مواجهة مشكلاتها مهما كانت الظروف.

**الزهد في هذه الحياة:** من خلال التوجه نحو الحياة بحرص كبير.

## 2.17 الصفات السلبية:

الانصراف والعزوف عن الاستمتاع بها وعدم الاهتمام بأحداثها ومحاولة اعتزالها.

السخط عن الحياة، ويقصد به رفض الحياة رفضاً قاطعاً وعدم الرضا عن الحياة بأي صورة سلبية أو إيجابية، والنظر للحياة بعين السخط والغضب والتشاؤم والرغبة في التخلص من الحياة ذاتها.

## 18. معوقات التوجه نحو الحياة:

**الإحباط:** فالإحباط تجاه المواقف المؤلمة في الحياة قد يؤدي إلى كبت الرغبات وقد يصدر عنه بعض السلوكيات العدوانية التي تعيق التوجه نحو الحياة.

**التشاؤم:** يميل الشخص المتشائم بالتفكير سلبيًا بنفسه وبالآخرين وبالظروف، فهو يعتمد على الأخطاء والمعوقات ووجهات النظر الهدامة وعادة ما يكون موضع انتقاد من الآخرين.

**القلق الاجتماعي:** لقد اكتسب القلق أهمية كبيرة لأن الإنسان بطبيعته يخاف من المجهول ويتطلع إلى المستقبل، ويتبعه إلى كل ما يحقق له أهدافه المستقبلية، ويعد القلق الاجتماعي من أكثر أنواع القلق شيوعاً وانتشاراً بين الأشخاص الطبيعيين.

(عبد الوهاب، 2006، ص ص 272 - 273)

قلق المستقبل: إن المستقبل بعد أن كان مصدراً لبلوغ الأهداف وتحقيق الآمال قد يصبح عند بعض الأفراد مصدراً للخوف أو الرعب، حيث الفرد السوي يرسم لنفسه أهدافاً محددة تحدد نسق طموحاته المستقبلية، والتنبؤ بالأحداث المستقبلية معيار ادراكي حساس للتأقلم الإنساني الفعال. (morrow, 2000, P223)

## خلاصة الفصل:

يتلقى الإنسان خلال حياته العديد من الصدمات والأحداث العنيفة المتكررة والتي بدورها تؤدي إلى اختلال في توازنه النفسي، حيث يستجيب لها الفرد بألم، تاركة أثرا عميقا في نفسه، وهذا ما يسمى اضطراب ما بعد الصدمة، فهته الأخيرة ما هي إلا تعبير عن حالة انفعالية تتسم بالرعب والفرع والهلع يعايشها الفرد نتيجة تعرضه لتجربة عنيفة مؤلمة ومفاجئة، كما لهذه الأحداث والصدمات دورا بعيدا المدى في حياتنا النفسية وفي سلوكياتنا وعلاقتنا مع غيرنا، وفيما نقوم به من خطط في المستقبل القريب والبعيد مما قد تؤثر على توجهنا نحو الحياة.

الإطار التطبيقي

للدراسة

# الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

## تمهيد

1. منهج الدراسة

2. الدراسة الاستطلاعية

3. عينة الدراسة

4. أدوات الدراسة

5. حدود الدراسة

6. الدراسة الأساسية

## تمهيد:

إن الهدف من هذا الجزء هو عرض مختلف الخطوات المنهجية التي اعتمدنا عليها لتحقيق الأهداف المذكورة سابقا من هذه الدراسة، فبعد الإلمام بالجانب النظري، سنتطرق في هذا الفصل إلى الجانب التطبيقي الذي يعتبر جانبا هاما في أي دراسة، بحيث سنتناول فيه أولا منهجية الدراسة ثم عينة الدراسة، أدوات الدراسة، حدود الدراسة، بالإضافة إلى الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية.

## 1. منهج الدراسة:

"المنهج هو الأسلوب الذي يسير على نهجه الباحث لتحقيق هدف بحثه والإجابة على أسئلته أو بعبارة أخرى كيف يحقق الباحث هدفه". (مزيان، 1999، ص14)

وفي إطار الدراسة المقدمة وباعتبار أن طبيعة الموضوع المدروس هي التي تحدد للباحث المنهج الواجب اتباعه، وجدنا أن المنهج العيادي هو الأنسب والأكثر ملاءمة للتحقق من فرضيات دراستنا.

"والمنهج العيادي هو بمثابة الملاحظات العميقة والمستمرة للحالات الخاصة والذي من خصائصه دراسة كل حالة على انفراد". (Ronald, 1991, p21)

فهي "تناول السيرة من منظورها الخاص، وكذلك التعرف على مواقف وتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك التعرف على بنيتها وتركيبها، كما يكشف الصراعات التي تحركها ومحاولات الفرد حلها". (Chahraoui et Benoni, 2003, p16)

ومنه تم الاعتماد في دراستنا هذه على المنهج العيادي وذلك لأن طبيعة الدراسة وأهدافها تفرض علينا استخدام المنهج العيادي، حيث يقوم هذا المنهج على دراسة الحالة باعتبارها الطريقة الأنسب للفهم الشامل للحالة وللحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات عن المفحوص.

## 2. الدراسة الاستطلاعية

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أساسية للقيام بأي بحث علمي وذلك من أجل تحديد الإطار الذي تجري فيه الدراسة، كما أنها أساس المرحلة التحضيرية من البحث وجمع المعلومات حوله.

"وتعتبر الدراسة الاستطلاعية دراسة مسحية استكشافية، إذ هي مرحلة هامة في البحث العلمي نظرا لارتباطها المباشر بالميدان مما يضفي صفة الموضوعية على البحث، كما تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث في دراستها والتعرف عليها". (مروان عبد المجيد، 2000، ص38)

ولتحديد ميدان الدراسة قمنا بزيارة ميدانية للمركز الطبي الاجتماعي لمستخدمي الجماعات المحلية لولاية غرداية بتاريخ: 02 / 02 / 2020، وللمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بمدينة متليلي ولاية غرداية بتاريخ: 04 / 02 / 2020، لاختيار والتعرف على حالات الدراسة، وبعد المقابلة مع الأخصائيين النفسيين ثم اختيار حالتين من المصابين بالسكتة الدماغية الخاضعين لإعادة التأهيل، وذلك لمناسبتهم للدراسة، وبعد تحديد حالات الدراسة تمت عملية تطبيق الإجراءات الميدانية وذلك بالذهاب إلى المؤسسات للعمل مع الحالات، ولقد تمت الدراسة لمدة (15) يوم، بحيث تم العمل معهم من قبلنا بإشراف الأخصائيين المسؤولين، وكانت مدتها الإجمالية حوالي (8) ساعات، تم من خلالها دراسة الحالتين دراسة عيادية كافية.

## 3. مجموعة البحث:

مجموعة البحث تم اختيارها حسب طبيعة البحث، وقد تم اختيارها بطريقة قصدية، حيث تكونت عينة البحث من حالتين (2)، لديهم سكتة دماغية خاضعين لإعادة التأهيل، وتم اختيارهم قصديا من طرف الباحثين وذلك من أجل تحقيق الغرض من الدراسة كالتالي:

**الحالة كمال:** رجل يبلغ من العمر 53 سنة من مواليد مدينة غرداية، متزوج وأب لأربعة أبناء (ثلاثة ذكور وبنات)، مستواه الدراسي ليسانس في الحقوق، حالته الاقتصادية جيدة، يعيش الحالة كمال مع زوجته وأولاده في سكن فردي أرضي في مدينة غرداية.

تعرض الحالة كمال في نوفمبر 2019 إلى سكتة دماغية إقفارية -صمية- (AVC ischémique) في الجانب الأيسر من الدماغ مما أدت إلى شلل نصفي للجانب الأيمن، حاليا السيد كمال يخضع لإعادة التأهيل في مركز خاص بمدينة غرداية.

**الحالة جلول:** رجل يبلغ من العمر 57 سنة من مواليد مدينة غرداية، متزوج وأب لخمس أبناء (3 ذكور وبناتين)، المستوى الدراسي 1 ثانوي، متحصل على شهادة تلميذ (كان يعمل ممرض في المستشفى)، حالته المادية جيدة، يعيش الحالة جلول مع عائلته الممتدة في سكن جماعي.

تعرض الحالة جلول في أوت 2018 إلى سكتة دماغية إقفارية -صمية- (AVC ischémique) في الجانب الأيسر من الدماغ مما أدت إلى شلل نصفي للجانب الأيمن، حاليا الحالة جلول يخضع لإعادة التأهيل في مركز متخصص بمدينة غرداية.

**4. أدوات الدراسة:**

#### 1.4 المقابلة العيادية النصف موجهة:

"المقابلة العيادية من الأدوات الأكثر شيوعا لجمع المعلومات، إذ يستخدمها الباحث العيادي للاتصال مع المفحوص، ونعني بالمقابلة العيادية تبادل الأقوال بين الفاحص والمفحوص، وعلى الفاحص أن يكون ذو آذان صاغية، ويسهل دائما الكلام، آخذا بعين الاعتبار الاتصال غير الشفوي". (Chilland Colette, 1983, p2)

إن طبيعة الدراسة التي نقوم بها تستدعي استعمال المقابلة النصف موجهة لأنها تخدم موضوع دراستنا، حيث اعتمدنا على دليل المقابلة والذي رسمنا خطته مسبقا بشيء من التفصيل، فهي ليست مفتوحة تماما، كما أنه هنالك مرونة تُحدد للمفحوص مجال للسؤال وتعطيه نوعا من الحرية في التعبير في حدود السؤال المطروح.

ولإجراء هذه المقابلة قمنا بصياغة مجموعة من الأسئلة ووضعناها في صورة دليل المقابلة الذي يحتوي على أربعة محاور، حيث كل محور يضم مجموعة من الأسئلة وذلك لجمع أكبر قدر من المعلومات حول العينة، فتلخصت المحاور فيما يلي:

- المحور الأول: بيانات عامة حول العميل.
- المحور الثاني: حول السكتة الدماغية.
- المحور الثالث: حول الصدمة النفسية.
- المحور الرابع: حول التوجه نحو الحياة.

#### 2.4 مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدافيدسون:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدافيدسون Davidson (1987)، ترجمة وتقنين عبد العزيز ثابت (2005)، يتكون المقياس من 17 بندا تماثل الصيغة التشخيصية الرابعة للطب النفسي الأمريكي، حيث تم تقسيم بنود المقياس إلى ثلاثة مقاييس فرعية وهي:

- استعادة الخبرة الصادمة وتشمل البنود التالية: 1، 2، 3، 4، 17.
- تجنب الخبرة وتشمل البنود التالية: 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11.
- الاستثارة وتشمل البنود التالية: 12، 13، 14، 15، 16.

يقابل كل بند من البنود خمس بدائل للإجابة وهي: (أبد، ناذرا، أحيانا، غالبا، دائما)، تعطى كل فقرة وزنا يتراوح بين (0 - 4)، علما أن الإجابة على كل سؤال تنقط كما يلي: (أبد 0، ناذرا 1، أحيانا 2، غالبا 3، دائما 4).

ولكي تستخرج الدرجة الكلية للمقياس تجمع الدرجات الموزونة لل فقرات التي تُكون هذا المقياس لتصنف في الجدول التالي:

#### جدول رقم (1) يوضح تصحيح مقياس الصدمة النفسية لدافيدسون

لا يوجد اضطراب ما بعد الصدمة	من 0 إلى 17
اضطراب خفيف	من 18 إلى 34

اضطراب متوسط	من 35 إلى 51
اضطراب شديد	من 52 إلى 68

(ثابت عبد العزيز، 2007، ص ص 24 - 25)

#### 3.4 مقياس التوجه نحو الحياة (LOT) life orientation test :

"وهو من وضع كل من شاير وكارفر (scheier & carver 1985) لقياس الميل للتفاؤل، ويقصد به التوقع العام للفرد بحدوث أشياء أو أحداث حسنة بدرجة أكبر من حدوث أشياء أو أحداث سيئة، وهي سمة مرتبطة ارتباطا عاليا بالصحة النفسية الجيدة".

(بدر الأنصاري، 1998، ص 4)

تتكون ورقة الإجابة لمقياس التوجه نحو الحياة من (10) فقرات تمت صياغتها بالاتجاهين الموجب والسالب، حيث تدل الفقرات الإيجابية على التفاؤل بينما تدل الفقرات السلبية على التشاؤم، ويقابل كل فقرة من فقرات المقياس خمس بدائل للإجابة وهي: (لا، قليل، متوسط، كثيرا، كثيرا جدا)، تعطى كل فقرة وزنا يتراوح بين (1 - 5)، وتصحح الفقرات الإيجابية بإعطائها الأوزان (1، 2، 3، 4، 5) على التوالي، وتصحح الفقرات السلبية بإعطائها أوزانا معكوسة، أي أن الاستجابات تعطي الأوزان (5، 4، 3، 2، 1) على التوالي، وأرقام بنود المقياس السلبية والتي تعطى أرقام معكوسة هي كما يلي: (6، 7، 10). ولكي تستخرج الدرجة الكلية للمقياس تجمع الدرجات الموزونة للفقرات العشر التي يتألف منها هذا المقياس، ويمكن أن تتفاوت الدرجات من (10) كحد أدنى إلى (50) كحد أعلى، أما المتوسط الفرضي لدرجات المقياس فهو (30).

#### 5. حدود الدراسة :

**الحدود البشرية:** تشمل الحدود البشرية عينة مؤلفة من حالتين (2) مصابتين بسكتة دماغية.

**الحدود المكانية:** طبقت الدراسة في كل من المركز الطبي الاجتماعي لمستخدمي الجماعات المحلية بمدينة غرداية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بمدينة متليلي الشعانبة ولاية غرداية.

**الحدود الزمنية:** تم تطبيق الدراسة خلال الفترة الواقعة بين شهر فيفر و شهر مارس 2020.

### 6. الدراسة الأساسية:

قمنا بإجراء دراستنا خلال الفترة الزمنية الممتدة من شهر فيفري إلى غاية شهر مارس 2020، إذ تم مقابلة كل حالة من الحالتين على حدا، بمعدل أربع حصص لكل حالة دامت حوالي (40) دقيقة للحصة، الحصة الأولى قمنا فيها بتقديم أنفسنا وشرح خطة عملنا مع توضيحنا للحالة لماذا قمنا بهذه الإجراءات، في الحصة الثانية ثم القيام بإجراء المقابلة النصف الموجهة بمكتب المختص النفسي، حيث حاولنا جمع أكبر قدر ممكن من المعطيات والمعلومات عن الحالة وذلك بالاعتماد على دليل المقابلة العيادية، أما في الحصة الثالثة وبعد تحضير الحالة طبقنا عليها مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، بحيث قمنا بإلقاء التعليمات الموجودة في المقياس وقراءة البنود لها ووضع علامة (X) في الخانة المناسبة حسب إجابة العميل، ثم في الحصة الرابعة تم تطبيق مقياس التوجه نحو الحياة بنفس الطريقة السابقة لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

# الفصل الخامس: عرض وتحليل وتفسير النتائج

1. تقديم الحالة الأولى
2. تحليل الحالة الأولى
3. تفسير الحالة الأولى
4. تقديم الحالة الثانية
5. تحليل الحالة الثانية
6. تفسير الحالة الثانية
7. الاستنتاج العام

**تمهيد:**

من خلال هذا الفصل سنتطرق إلى النتائج التي تم التوصل إليها مع الحالتين من خلال المقابلة النصف موجهة وتطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدافيدسون ومقياس التوجه نحو الحياة لشاير وكارفر، حيث سنبدأ بعرض كل حالة على حدة وتحليلها وتفسيرها ثم الاستنتاج العام لجميع الحالات.

**1. تقديم الحالة الأولى: الحالة كمال:**

كمال رجل يبلغ من العمر 53 سنة من مواليد مدينة غرداية، متزوج وأب لأربعة أبناء (ثلاثة ذكور وبنات)، مستواه الدراسي ليسانس في الحقوق، حالته الاقتصادية جيدة، يعيش الحالة كمال مع زوجته وأولاده في سكن فردي أرضي في مدينة غرداية.

تعرض الحالة كمال في نوفمبر 2019 إلى سكتة دماغية إقفارية -صمية- (AVC ischémique) في الجانب الأيسر من الدماغ مما أدت إلى شلل نصفي للجانب الأيمن، حالياً السيد كمال يخضع لإعادة التأهيل في مركز خاص بمدينة غرداية.

**2. تحليل الحالة كمال:****1.2 تحليل مضمون المقابلة:**

يقول الحالة كمال والحسرة بادية على وجهه -مع تنهد- أنه تعرض إلى هذه السكتة سنة 2019: حالتي كانت مستقرة لم أتعرض لأي مرض من قبل، وبسؤالنا كيف حدث الأمر قال: جاتني على غفلة حطتني في الأرض فقت على الطبيب يحكي حدايا، أما السبب الذي أدى إلى ظهور هذه السكتة يقول: الضغط انتاع الخدمة والذراري وزاد قالي الطبيب حتى الدخان أثر فيك، صراحة معلوماتي قليلة على هذ السكتة مي نعرف من بكري بلي تشل البنادم كي يتقلق ياسر، فمن خلال حديثه ظهر أنه لم تكن لديه معلومات حول السكتات الدماغية، كما أن التدخين وضغوط العمل هي من سببت له السكتة الإقفارية، كذلك تحدث العميل عن صعوبة كبيرة في تقبل وضعيته بعد معايشة السكتة الدماغية مع صعوبات في التكيف مع الوضع الجديد.

وبسؤالنا حول الأفكار إن كانت تراوده ظهرت على العميل نوبات بكاء أثناء التذكر وقال: إيه كل يوم كي نجي نرقد نتفكر الحالة لي وليت فيها -صمت- إيه هذي هي الدنيا كل واحد واش تعطيه، هل تشعر أحيانا كأنك تعيش تفاصيل هذه السكتة الدماغية قال: راني عايش اللحظات هاديك حياتي كامل من هذك النهار -صمت- هادي حالتي كما راك تشوف، وفيما يخص التركيز قال: إيه صح وليت نطول ما نستوعب الكلام وما نركزش بزاف نحس روجي تايه، عندما يذكرك شيء ما بهذه السكتة قال: وهادي تحتاج هدرة؟ راك تشوف فيا درك فكرتتي فيها راهي نفس راحتلي وتقلقت، تنهد، -صمت-، احمارا في العينين.

ومنه عند انتقالنا إلى أسئلة الصدمة النفسية كانت إجاباته توجي بالتأثير الصدمي، قال أنه دائما يتخيل صور وذكريات والأفكار والأشياء والمشاعر والمواقف التي تذكره بما تعرض له، وغالبا ما يشعر بالرغبة في العزلة، كما تتتابه نوبات من التوتر والغضب من أشياء لا تستدعي ذلك، كما يجد صعوبة في التركيز وأنه دائما يستثار من ألقه الأسباب ويشعر بضيق التنفس عندما يتذكر السكتة الدماغية.

بعد مرور عدة أشهر من الإصابة بالسكتة الدماغية لازال الحالة كمال يتألم من التغيرات التي أحدثتها في حياته، فعند سؤالنا هل تشعر بالغين في هذه الحياة قال: مغبون برك؟؟ حياتي كاملة نخدم على أولادي ومرتي ودرك طحت شكون بيهم؟ الدنيا صعبة ياولدي، هل تشعر بالانزعاج نتيجة التأثيرات الجانبية قال: bien sur بزاف حوايج حرموا عليا ما وليتش نقدر نديرهم وحدي ولازم يعونوني صحتي تعبت وإذا راحت مكاش كيفاه، هل أنت متفائل بالنسبة لمستقبلك قال: ما نكذبش عليك كاره بصح قالك ربي لا تقنطو من رحمة الله، هل تتوقع حدوث ظروف حسنة في المستقبل: زواج أولادي هاهاها -يضحك-، وبسؤالنا هل تؤمن بالفكرة القائلة أن بعد عسري يسرى قال: أكيد حنا مسلمين لازم نامنوا هكا.

بانقلنا إلى الأسئلة المتعلقة بالتوجه نحو الحياة نجد أن السكتة الدماغية خلقت له صعوبات متعلقة بشتى مجالات الحياة اليومية مما يضطره إلى طلب المساعدة من الغير، كذلك صرح الحالة كمال بشعوره بالحيرة والأسف وشعوره بمصير غامض وسيرورة حياته نحو المجهول على الرغم من تقبله لحاله (لا تقنطوا من رحمة الله)، فامتزجت حاله بنوع من التفاؤل والتشاؤم.

## 2.2 تحليل نتائج مقياس اضطراب ما بعد الصدمة للحالة كمال:

جدول رقم (2) يوضح نتائج الحالة كمال في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدافيدسون

الرقم	الخبرة الصادمة	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
1	هل تتخيل صور، وذكريات، وأفكار عن الخبرة الصادمة؟					×
2	هل تحلم أحلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة؟			×		
3	هل تشعر بمشاعر فجائية أو خبرات بأن ما حدث لك سيحدث مرة أخرى؟			×		
4	هل تتضايق من الأشياء التي تذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة؟				×	
5	هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم؟					×
6	هل تتجنب المواقف والأشياء تذكرك بالحدث الصادم؟					×
7	هل تعاني من فقدان الذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت لها؟ (فقدان ذاكرة نفسي محدد).			×		
8	هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك والنشاطات اليومية التي تعود عليها؟			×		
9	هل تشعر بالعزلة وبأنك بعيد ولا تشعر بالحب تجاه الآخرين أو الانبساط؟			×		
10	هل فقدت الشعور بالحزن والحب؟ (أنك متلبد الإحساس)			×		

					هل تجد صعوبة في تخيل بقاءك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقيق أهدافك في العمل، الزواج، وإنجاب الأطفال؟	11
				×	هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائماً؟	12
				×	هل تنتابك نوبات من التوتر والغضب؟	13
				×	هل تعاني من صعوبات التركيز؟	14
				×	هل تشعر بأنك على حافة الانهيار؟ (واصله معاك على الآخر) ومن السهل تشتيت انتباهك؟	15
				×	هل تستثار لأنته الأسباب وتشعر دائماً بأنك متحفز ومتوقع الأسوأ؟	16
				×	هل الأشياء والأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة من ضيق التنفس، والرعدة، والعرق الغزير وسرعة ضربات قلبك؟	17

بعد تطبيق مقياس دافيدسون على الحالة كمال وتنقيطه تحصلنا على مجموع 47، وهي تعتبر درجة متوسطة قريبة للشديدة كما يوضحه جدول تصحيح مقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

تحصلت بنود استعادة الخبرة الصادمة على مجموع 14، فيما تحصلت بنود تجنب الخبرة على مجموع 19، أما بنود الاستثارة فتحصلت على 14، ومنه يمكن القول من خلال نتائج المقياس أن الحالة كمال لديه اضطراب ما بعد الصدمة.

## 3.2 تحليل نتائج مقياس التوجه نحو الحياة:

جدول رقم (3) يوضح نتائج الحالة كمال في مقياس التوجه نحو الحياة لشاير وكارفر

الرقم	العبارات	لا	قليلا	متوسط	كثيرا	كثيرا جدا
1	أتوقع حدوث أمور حسنة حتى في الظروف الصعبة			×		
2	من السهل علي أن أسترخي	×				
3	أنظر إلى الجانب المشرق من الأمور				×	
4	أنا متفائل بالنسبة لمستقبلي		×			
5	أستمتع كثيرا بصحبة أصدقائي		×			
6	لا أتوقع مطلقا أن تسير الأمور في صالحني			×		
7	لن تتحقق الأمور بالطريقة التي أريدها				×	
8	أنا لا أنفعل بسهولة		×			
9	أؤمن بالفكرة القائلة: بعد العسر يسرا					×
10	أتوقع حدوث أمور سيئة في معظم المواقف				×	

بعد تطبيق مقياس التوجه نحو الحياة لشاير وكارفر على الحالة كمال تحصلنا على مجموع 26، وهي تعتبر درجة دون المتوسط كما يوضحه تصحيح المقياس، حيث حصلت البنود الموجبة على 19 نقطة فيما حصلت البنود السالبة على 7 نقاط، ومنه درجة التوجه نحو الحياة لدى كمال منخفضة.

## 3. مناقشة وتفسير الحالة كمال:

تبين من خلال الملاحظات والمقابلة النصف الموجهة وتطبيق المقياسين اضطراب ما بعد الصدمة لدافيدسون والتوجه نحو الحياة لشاير وكارفر مع الحالة كمال وجدنا بأنها تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة ودرجة التوجه نحو الحياة منخفضة.

فبالنسبة لاضطراب ما بعد الصدمة بعد تطبيق المقياس والبيانات المجمعة من المقابلة النصف الموجهة ظهر أن لديه اضطراب ما بعد الصدمة، وذلك من خلال النتائج الموضحة للقيم الظاهرة في تصحيح المقياس والمتمثلة أولاً في: بنود استعادة الخبرة الصادمة حيث تتمثل في إعادة معايشة الخبرة الصدمية المؤلمة لحدث السكتة الدماغية كأهم وأول عرض من الأعراض المميزة لاضطراب ما بعد الصدمة ، فهو يعيد معايشتها على شكل أحلام وكوابيس تكرارية مزعجة، وكذلك ذكريات وأفكار إقحامية والتي لها علاقة مع حدث السكتة الدماغية، وهذا ما يسمى بتناذر التكرار، حيث تقدر قيمة استعادة الخبرة الصادمة ما مجموع 14، بنسبة 70% وهي قيمة كبيرة نوعاً ما.

ثانياً: بعد معايشة الضحية السكتة الدماغية تبنت سلوكيات تجنبية أو بما يسمى تناذر التجنب، والتي تندرج ضمن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة كثاني أهم مجموعة أعراض لها، حيث ظهرت بعض المؤشرات لهذه الفئة من الأعراض في المقابلة النصف الموجهة وكذلك المقياس وذلك من خلال تجنب الأماكن والمواقف التي تذكره بالسكتة الدماغية، وانخفاض في النشاطات والممارسات التي كانت قبل حدث السكتة الدماغية، حيث أظهرت نتائج بنود تجنب الخبرة ما مجموع 19، بنسبة تقدر بـ 67,8% وهي قيمة كبيرة نوعاً ما.

ثالثاً: إضافة إلى ذلك ظهرت لدى الحالة كمال حالة من التوتر والخوف وصعوبات تتعلق بالنوم ونوبات الغضب والهيجان المترافقة بسلوكيات عدوانية، حيث تدخل هذه الأعراض ضمن بنود فرط الاستثارة والتنبية أو بما يسمى التناذر العصبي الاعاشي الناجمة عن حدث السكتة الدماغية، والتي كان مجموعها 14، بنسبة مئوية مقدرة بـ 70%.

"تفسير هذه التناذرات مسألة طرح الضحية -دون توقف- تساؤلات حول دلالة ردود الأفعال تلك أو حول بنية الخوف فتبدو مستوحات من تصور Horwitz بأن كل معلومة غير مهضومة تعود إلى الوعي كي يتم استيعابها، فهذه الإضافة تفسر أعراض إعادة المعايشة وفرط النشاط لدى الضحية". (brillonp, 2004, p61)

وعليه انطلاقاً من قراءة النتائج السالف ذكرها والتي تضم مختلف التصنيفات لبنود اضطراب ما بعد الصدمة نجد أن إعادة معايشة الحدث الصدمي عن طريق تناذر التكرار وتناذر التجنب والتناذر الاعاشي ظهرت لدى الحالة كمال بنسب كبيرة نوعاً ما، ومن خلال

هذه المعطيات يمكن أن نخلص إلى أن الحالة كمال لديه اضطراب ما بعد الصدمة بعد تعرضه لسكتة دماغية.

أما بالنسبة لمتغير التوجه نحو الحياة وبعد تطبيق المقابلة النصف موجهة والمقياس أظهرت النتائج أن الحالة كمال لديه درجة التوجه نحو الحياة منخفضة والمقدرة ب 26، وهذا ما تم ملاحظته من خلال بنود المقياس والمقابلة النصف موجهة، حيث غلبت سمة التشاؤم في كثير من البنود خصوصاً البنود الإيجابية، ويمكن تفسير هذه النظرة التشاؤمية إلى الاعتلالات الجسدية التي سببتها السكتة الدماغية وصعوبة التكيف مع الوضع والاعاقة الناجمة منها، وكذلك العجز الجسدي الحركي الذي ولد لديه الشعور بالنقص.

"فالتشاؤم نزعة منظمة لتكوين توقعات معمة النتائج غير السارة في مجالات حياته المهمة فهو يتصف بتناغم دفاعي أو ثنائي الترقب والتوقع". (scheier, 1987, p579)

"فهو استعداد شخصي أو سمة كامنة داخل الفرد تؤدي إلى توقع السلبي للأحداث".

(marshall, 1992, p62)

حيث عبر الحالة كمال عن رفضه لجسده المعاق والمريض والعاجز الذي فقد تكيفه الطبيعي مما أدى إلى النظرة السلبية لذاته، والتي خلصت إلى تدني في التفاؤل للحياة وارتفاع مستوى التشاؤم مما أدى إلى انخفاض درجة توجهه نحو الحياة.

وعليه يمكن أن نخلص أن الحالة كمال عايشة بعد تجربة السكتة الدماغية صدمة نفسية مؤلمة بالغة الأثر على نفسيته، اتسمت بإعادة معاشته للخبرة الصدمية السلبية والمؤلمة المترتبة عن حدث السكتة الدماغية، والتي تطورت إلى اضطراب ما بعد الصدمة PTSD، إضافة إلى اكتساب الضحية إعاقة حركية تتمثل في شلل نصفي أين أصبحت تعاني من صعوبة التكيف والتعايش وتقبل الوضع ما بعد السكتة الدماغية مما شكل لديها صعوبة في إعادة الانخراط في منظومة الحياة، والتي بدورها أدت إلى انخفاض في درجة توجهه نحو الحياة.

## 4. تقديم الحالة الثانية: الحالة جلول:

جلول رجل يبلغ من العمر 57 سنة من مواليد مدينة غرداية، متزوج وأب لخمس أبناء (3 ذكور وبنيتين)، المستوى الدراسي اثنانوي، متحصل على شهادة تمريض (كان يعمل ممرض في المستشفى)، حالته المادية جيدة، يعيش الحالة جلول مع عائلته الممتدة في سكن جماعي.

تعرض الحالة جلول في أوت 2018 إلى سكتة دماغية اقفارية -صمية- (AVC ischémique) في الجانب الأيسر من الدماغ مما أدت إلى شلل نصفي للجانب الأيمن، حاليا الحالة جلول يخضع لإعادة التأهيل في مركز متخصص بمدينة غرداية.

## 5. تحليل الحالة جلول:

## 1.5 تحليل مضمون المقابلة:

يقول الحالة جلول والراحة بادية على وجهه وعلى حالته النفسية أنه في أوت سنة 2018 تعرض إلى سكتة دماغية حيث قال: جاتني على خدعة فقت بروحي غير في غرفة الإنعاش، أما بسؤالنا على السبب قال: نتكيف ياسر وننتلق بالخف وزيد غير كما حبست الكمية -المخدرات- هذاك الوقت تسما راك عارف الإدمان كي شغل يزيد الزيت على النار، وبسؤالنا إن كانت لديه معلومات سابقة حول السكتة الدماغية قال: إيه عندي معلومات بزاف عليها بحكم خدمتي فرملي، فمن خلال حديث الحالة جلول ظهر أنه يلم بمعلومات كثيرة حول السكتات الدماغية، كما أن التدخين هو السبب الأول الذي أدى به إلى الإصابة بالسكتة الدماغية، كذلك تحدث عن صعوبة كبيرة في تقبل وضعيته بعد معايشة السكتة الدماغية خصوصا في أيامها الأولى، إلا أنه حاليا يشعر بتحسن عما كان عليه سابقا حيث أصبح بإمكانه تحريك أصابع يده ولو بصعوبة.

وبسؤالنا حول إن كانت تراوده أفكار قوية أو تصورات تتعلق بهذه السكتة قال: مينداك نوض منشوع في الليل كي نتفكرها، طحت فطنت في السبيطار مرتي أو ولادي يبكوا حدايا صمت-، هل تشعر أحيانا كأنك تعيش تفاصيل هذه السكتة الدماغية قال: كي نعيط ولا

نتعلق نتفكر واش صرالي بسببها ندخل في حالة مع روعي ونحس ونعيش هذوك ليام المرة إنتاع سرير السببطار، فيما يخص صعوبة التركيز قال: إيه وليت منكرش بزاف، وعندما يذكره شيء ما بالسكتة الدماغية قال: نحس واحد يخفق فيا مش ساهلة والله، يحسن عونهم المرضى لي كنت نداويهم -صمت- ثم تنهد، ومنه عند انتقالنا إلى أسئلة الصدمة النفسية كان إجاباته توحى بالتأثير الصدمي حيث قال بأنه دائما ما تروداه أفكار ذلك اليوم المشؤوم، كما يتذكر صور الأيام الأولى وهو راقد على السرير من دون حركة، كذلك كان يتضايق من الأفكار والأشياء والمشاعر والمواقف التي تذكره بما تعرض له، لديه كذلك صعوبات في التركيز وتشتت ذهني، يستثار من أتفه الأسباب خصوصا إذا كان ذا علاقة بموضوع السكتة الدماغية، كما تشعره بضيق في التنفس.

بعد مرور حوالي 20 شهر من الحادثة قال بأنه يشعر بتحسن جيد لحالته حيث أنه يستطيع السير من غير مساعدة، كما أنه يحرك أطراف أصابعه، حيث عند سؤالنا هل تشعر بالغبن في هذه الحياة قال: الحمد لله أنا أشعر بأني أفضل خصوصا معايا مرتي وأولادي هما السعادة انتاعي، هل تشعر بالانزعاج نتيجة التأثيرات الجانبية قال: هاديك لازم par ce que القدرات إنتاعك تنقص، بزاف حوايج ما تقدرش ديرهم وحدك درك لباس تحسنت ياسر مع العلاج، هل أنت متفائل بالنسبة لمستقبلك قال: جدا جدا هاهاها -ابتسامة عريضة- هل تتوقع حدوث أشياء حسنة في المستقبل: -يبتسم- راه قريب عرس بنتي وزيد ولدي لقي خدمة واش نزيد نطلب من ربي أكثر؟ الحمد لله، هل تؤمن بالفكرة القائلة أن بعد العسر يسرى قال: المرض وهذ حوايج ابتلاء من عند ربي لازم نصبروا باش ربي إيجازينا بما هو أحسن، الصحة والجسم أمانة من عند مولانا لازم نستحفظوا عليها، ومنه بانتقالنا إلى الأسئلة المتعلقة بالتوجه نحو الحياة وبالرغم أن السكتة الدماغية خلقت له صعوبات بشتى مجالات الحياة اليومية إلا أنه أظهر تفاؤل كبير لمستقبل حياته.

## 2.5 تحليل نتائج مقياس اضطراب ما بعد الصدمة:

جدول رقم (4) يوضح نتائج الحالة جلول في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدافيدسون

الرقم	الخبرة الصادمة	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
1	هل تتخيل صور، وذكريات، وأفكار عن الخبرة الصادمة؟				×	
2	هل تحلم أحلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة؟			×		
3	هل تشعر بمشاعر فجائية أو خبرات بأن ما حدث لك سيحدث مرة أخرى؟			×		
4	هل تتضايق من الأشياء التي تذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة؟				×	
5	هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم؟				×	
6	هل تتجنب المواقف والأشياء تذكرك بالحدث الصادم؟					×
7	هل تعاني من فقدان الذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت لها؟(فقدان ذاكرة نفسي محدد).	×				
8	هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك والنشاطات اليومية التي تعود عليها؟		×			
9	هل تشعر بالعزلة وبأنك بعيد ولا تشعر بالحب تجاه الآخرين أو الانبساط؟	×				
10	هل فقدت الشعور بالحزن والحب؟ (أنك متلبد الإحساس)	×				
11	هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقيق أهدافك في العمل، الزواج، وإنجاب الأطفال؟			×		
12	هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائما؟			×		

13	هل تتتابك نوبات من التوتر والغضب؟				×
14	هل تعاني من صعوبات التركيز؟				×
15	هل تشعر بأنك على حافة الانهيار؟ (واصله معاك على الآخر) ومن السهل تشتيت انتباهك؟				×
16	هل تستثار لأنفه الأسباب وتشعر دائما بأنك متحفز ومتوقع الأسوأ؟				×
17	هل الأشياء والأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة من ضيق التنفس، والرعدة، والعرق الغزير وسرعة ضربات قلبك؟				×

بعد تطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة على الحالة جلول وتنقيطه تحصلنا على مجموع 35، حيث تعتبر درجة متوسطة كما يوضحه جدول تصحيح المقياس، فكانت نتائج البنود كما يلي: بنود استعادة الخبرة الصادمة 12، فيما حصلت بنود تجنب الخبرة الصادمة 10، أما بنود الاستثارة 13، ومنه كان للحالة جلول اضطراب ما بعد الصدمة بعد حدث السكتة الدماغية.

### 3.5 تحليل نتائج مقياس التوجه نحو الحياة:

جدول رقم (5) يوضح نتائج الحالة جلول في مقياس التوجه نحو الحياة لشاير وكارفر

الرقم	العبارات	لا	قليلا	متوسط	كثيرا	كثيرا جدا
1	أتوقع حدوث أمور حسنة حتى في الظروف الصعبة		×			
2	من السهل علي أن أسترخي			×		
3	أنظر إلى الجانب المشرق من الأمور				×	
4	أنا متفائل بالنسبة لمستقبلي					×
5	أستمتع كثيرا بصحبة أصدقائي					×

6	لا أتوقع مطلقاً أن تسير الأمور في صالحني	×		
7	لن تتحقق الأمور بالطريقة التي أريدها	×		
8	أنا لا أنفعل بسهولة		×	
9	أؤمن بالفكرة القائلة: بعد العسر يسرا			×
10	أتوقع حدوث أمور سيئة في معظم المواقف		×	

بعد تطبيق مقياس التوجه نحو الحياة على الحالة جلول وتنقيطه تحصلنا على مجموع 42، وهي درجة مرتفعة جداً كما يوضح تصحيح المقياس، حيث كان مجموع البنود الموجبة 31، فيما حصلت البنود السالبة على 11، ومنه فإن درجة التوجه نحو الحياة لدى الحالة جلول مرتفعة.

#### 6. مناقشة وتفسير الحالة جلول:

تبين من خلال الملاحظة والمقابلة النصف موجهة وتطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدافيدسون ومقياس التوجه نحو الحياة لشاير وكارفر مع الحالة جلول وُجد أنها تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة، أما درجة التوجه نحو الحياة مرتفعة نوعاً ما.

فبالنسبة لاضطراب ما بعد الصدمة بعد تطبيق المقياس والبيانات المجمعة من الملاحظات والمقابلة النصف موجهة أظهرت النتائج أن لديه اضطراب ما بعد الصدمة وذلك من خلال النتائج الموضحة للقيم الظاهرة في تصحيح المقياس والمتمثلة أولاً في: استعادة الخبرة الصادمة وذلك بمعايشة الخبر الصادم لحدث السكتة الدماغية كأهم وأول عرض من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والتي ظهرت على شكل أحلام وكوابيس تكرارية مزعجة، كذلك الذكريات والأفكار التي لها علاقة مع حدث السكتة الدماغية، ومشاعر فجائية للسكتة الدماغية، وهذا ما يسمى بتناذر التكرار، وذلك من خلال ما وضحته بنود الخبرة الصادمة والتي كان مجموعها 12 بنسبة مئوية مقدرة بـ 60% والتي هي ذات قيمة أكبر من المتوسط.

ثانياً: أما السلوكيات التجنبية أو بما يسمى تناذر التجنب والتي تتدرج ضمن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة أظهرت نتائج مختلفة حيث كان مجموعها 10 بنسبة مئوية تقدر بـ 35,71%، حيث كان لديه تجنب الأفكار أو المشاعر التي تذكره بالحدث الصادم مرتفع، كما كانت لديه صعوبة في تخيل بقاءه على قيد الحياة لفترة طويلة، أما البنود الأخرى فكانت نسبها منخفضة.

ثالثاً: إضافة إلى ذلك تظهر لدى الحالة جلول صعوبات في النوم مع انتيابه لنوبات من التوتر والغضب مع صعوبات التركيز وتشتت الانتباه، حيث تدخل هذه الأعراض ضمن بنود فرط الاستثارة أو بما يسمى التناذر العصبي الاعاشي والتي كان مجموعها 13 بنسبة مئوية تقدر بـ 65% كقيمة كبيرة نوعاً ما.

"إعادة معايشة الصدمة المرتبطة بهذه الأعراض كانت نتيجة للتبيلات المرتبطة بالحدث والتي تبقى على شكل آثار ذاكريه مثبتة في الذاكرة كأثار حسية تهدد نوعه في وجود عنصر واقعي لتتشيطنها في اليقظة". (damini, 1997, p119)

إضافة إلى أن "التكرار الناتج عن تصور عقلي لخبرة غير مدمجة عقلياً والتي تعيد إنتاج الانفعال الأصلي، فبقدر ما يخفض التوتر الناتج عن شدة الصدمة بقدر ما عكس المعاناة النفسية لحالة الدراسة عند تحدثه عن تجربته الصدمية". (damini, 1997, p122)

وعليه انطلاقاً من قراءة النتائج السالف ذكرها والتي تضم مختلف التصنيفات لبنود اضطراب ما بعد الصدمة نجد أن معايشة الحدث الصدمي عن طريق تناذر التكرار وتناذر التجنب والتناذر الاعاشي ظهرت لدى الحالة جلول بنسب متفاوتة نوعاً ما، ومنه فمن خلال هذه المعطيات يمكن أن نخلص إلى أن الحالة جلول لديه اضطراب ما بعد الصدمة بعد تعرضه لسكتة دماغية.

أما بالنسبة لمتغير التوجه نحو الحياة وبعد تطبيق مقياس التوجه نحو الحياة والمقابلة النصف موجهة أظهرت النتائج بالنسبة للحالة جلول أن درجة التوجه نحو الحياة لديه مرتفعة بمجموع 42، وهذا ما تم ملاحظته من خلال المقابلة النصف الموجهة وبنود المقياس، حيث كانت سمة التفاؤل ظاهرة في كثير من البنود خصوصاً البنود الإيجابية، ويمكن تفسير هذه النظرة التفاؤلية إلى عدة عوامل من أبرزها تحسن حالته الجسدية نوعاً ما، خبرته الكبيرة

في ميدان التمريض وما لاحظته خلال مساره المهني، تقدير الذات القوي الذي يملكه، كذلك الجو الأسري والعائلي الذي يدعمه كثيرا، فكان أكثر توجها واستبشارا للحياة المستقبلية.

وعليه يمكن أن نخلص أن الحالة جلول عايشت بعد تجربة السكتة الدماغية صدمة نفسية مؤلمة بالغة الأثر على نفسيته، والتي تطورت إلى اضطراب ما بعد الصدمة PTSD، إضافة إلى اكتساب الضحية إعاقة حركية تتمثل في شلل نصفي، إلا أن هذه الإعاقة لم تخفض من درجة توجهه نحو الحياة، ولم تشكل لديه صعوبات كبيرة في إعادة الانخراط في منظومة الحياة.

### 7. الاستنتاج العام:

هدفت هذه الدراسة للكشف عن تطور اضطراب ما بعد الصدمة PTSD لدى المصابين بسكتة دماغية ونظرتهم للحياة، حيث نجم عن هذه الخبرة المؤلمة -السكتة الدماغية- مجموعة من التناذرات النفس صدمية المميّزة لحالة اضطراب ما بعد الصدمة أو ما يعرف بPTSD، حيث أثبتت نتائج الدراسة الميدانية أن كل حالة عانت من إعادة معاشتها لحدث السكتة الدماغية على شكل تناذر التكرار، وكذلك ظهور بعض السلوكيات التجنبية أو بما يسمى تناذر التجنب كمحاولة لتفادي تكرار الحدث والمشاهد المرتبطة بالسكتة الدماغية لما تستحضره من معاناة نفسية وانفعالات سلبية ولكن بنسب متفاوتة، وظهور أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبه كمعيار أخير لتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة، ومنه يمكن القول وبعد الاعتماد على المعايير التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة الموصوف في DSM5 ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدافيدسون أن كل من الحالتين في الدراسة ظهر لديهما اضطراب ما بعد الصدمة بأشكاله الثلاثة (تناذر التكرار، تناذر التجنب، التناذر العصبي الاعاشي) ولكن بنسب متفاوتة، مما يدل على أن الفرضية الفرعية الأولى المتعلقة بتحديد فيما إذا كان يعاني ضحايا السكتة الدماغية من إعادة معايشة الحدث الصدمي في شكل تناذر التكرار وتناذر التجنب والتناذر الاعاشي العصبي محققة (مثبتة).

كذلك تم التوصل بعد إجرائنا للدراسة الميدانية إلى نتائج مفادها أن حالتنا الدراسة تأثرا بالوضع ما بعد السكتة الدماغية، حيث ظهرت بعض المؤشرات السلبية والتي تكمن في مجموعة من الصعوبات التي أصبغا يعيشها، من بينها صعوبة التكيف مع الوضع الجديد

مع الشعور بالعجز والنقص، والتي عكست حالة من الأسى والحزن وفقدان معنى الوجود في الحياة نتيجة الإعاقة والوضع ما بعد السكتة، أين عبر الحالة الأولى عن استيائه من الوضعية الجديدة -الإعاقة الحركية ما بعد السكتة الدماغية- مع ظهور بعض الآثار السلبية التي آلت به إلى التشاؤم والسخط عن الحياة والإحباط، وعن شعوره بمستقبل مسدود ومبهم المعالم، والمصير نحو المجهول مع التعبير عن صعوبة التعايش والتكيف وتقبل الإعاقة الناجمة عن السكتة الدماغية، نجم عنه انخفاض في درجة توجهه نحو الحياة، مما يدل على أن الفرضية الثانية المتعلقة بدرجة التوجه نحو الحياة لدى المصابين بالسكتة الدماغية منخفضة محققة (مثبتة).

وعليه ونظرا لتحقق الفرضتين الفرعيتين الأولى والثانية يمكن القول أن فرضية الدراسة الأساسية والتي تنص على أنه: يطور المصاب بالسكتة الدماغية أعراض اضطراب ما بعد الصدمة PTSD، كما ينظر المصاب بالسكتة الدماغية للحياة بتشائم محققة (مثبتة)، إلا أنه يمكن أن تبقى هذه الدراسة في حدود العينة كون مجموعة البحث ليست كبيرة حتى تكون النتائج ممثلة للمجتمع، وذلك بسبب الظروف التي ممرنا بها أثناء القيام بهذه الدراسة بسبب جائحة الكورونا (COVID 19) التي مست وطننا وما نجم عنها، مما صعب علينا القيام بالدراسة بالشكل الجيد والمطلوب، كذلك صعوبة الالتقاء بالعينات خلال هذه الظروف أرغمتنا على الاختصار على عينتين فقط، وعلى الرغم من أن هذه النقاط الأخيرة تعتبر من العيوب والنقائص إلا أنها لا تنقص بالضرورة من أهمية الدراسة كونها يمكن أن تسهم على الأقل في توجيه المختصين إلى التكفل بهذه الفئة وإلى زيادة الوعي والاهتمام بهم، كما يمكن التطرق إلى دراسات نفسية أخرى مثل الاكتئاب والقلق والانتحار على هذه الفئة.

## خلاصة:

انطلقنا في دراستنا هذه والموسومة بعنوان "الصدمة النفسية والتوجه نحو الحياة لدى المصابين بالسكتة الدماغية" بهدف ابراز امكانية تطور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند ضحايا السكتة الدماغية كخبرة معاشه من طرف الضحية في شكل تناذرات (تناذر التكرار وتناذر التجنب والتناذر الاعاشي العصبي)، بالإضافة إلى أثرها البعدية المتمثلة في الآثار الجسدية (الإعاقة) أين تفرض على ضحاياها معاشا نفسيا بالغ الأثر مع التكيف وتقبل الوضع الجديد، أين ينتقلون من جسم سليم إلى جسد عاجز ومعاق مما يقوي لديهم الشعور بالعجز والنقص مما يخفض في درجة توجههم نحو الحياة.

وعلى ضوء النتائج المتوصل إليها بعد الدراسة العيادية للحالتين والتي توصلنا فيها إلى أنه يعاني ضحايا السكتة الدماغية من إعادة معايشة الحدث الصدمي في شكل تناذر التكرار وتناذر التجنب والتناذر الاعاشي العصبي ودرجة التوجه نحو الحياة لدى المصابين بالسكتة الدماغية منخفضة فإنه يمكن القول أنه فعلا يطور المصاب بالسكتة الدماغية أعراض اضطراب ما بعد الصدمة PTSD، كما ينظر المصاب بالسكتة الدماغية للحياة بتشأؤم.

وبناءً عليه يمكن أن نقترح مجموعة من الاقتراحات:

1. ضرورة إجراء دراسة مماثلة بحيث تشمل عينة أكبر، وأن تكون هذه الدراسة كبدائية لدراسات نفسية معمقة لدى المصابين بسكتة دماغية.
2. ضرورة تدعيم دور المختص النفسي في العمل على التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية لدى المصابين بسكتة دماغية ومساعدتهم في تجاوز صدمة المرض ومراعات التحولات التي تحدث أثناء العلاج وكيفية التكفل بها.
3. تشجيع الباحثين على تناول موضوعات تناقش التوجه نحو الحياة.
4. ترجمة الأعمال الأجنبية للعربية في هذا الموضوع لتسهيل سبل البحث فيه.

## المراجع:

## أولاً: المراجع العربية:

- 1) أبو حامد، سمير (2009): "الجلطة الدماغية"، خطوات للنشر والتوزيع، دمشق، ط1.
- 2) أبو هين، فضل (2000): "تأثير الأحداث الحالية على الأسرة والأطفال وكيفية المساعدة والمساندة"، مركز التدريب المجتمعي وإدارة الأزمات، غزة فلسطين، ب ط.
- 3) أحمد عبد الخالق، محمد (1998): "الصدمة النفسية"، لجنة التأليف والتعريب والنشر، الكويت، ط1.
- 4) أحمد عبد الخالق، محمد (2006): "الصدمة النفسية"، رواج الاعلام والنشر، الكويت، ط2.
- 5) أحمد، الزبيدي. والخطيب، هشام (2001): "مبادئ التوجه الإرشادي"، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، ط1.
- 6) أحمد، سهير (2003): "سيكولوجية الشخصية"، مركز الإسكندرية للكتاب، القاهرة، ط1.
- 7) أحمد النابلسي، محمد (1991): "علم نفس الحروب والكوارث"، دار النهضة العربية، بيروت، ط1.
- 8) الأنصاري بدر، محمد (1998): "التفاؤل والتشاؤم المفهوم، القياس، المتعمقات"، لجنة التأليف والتعريب والنشر في جامعة الكويت، الكويت، ب ط.
- 9) بركو، مزوز. و بوفولة، بوخميس (2016): "علم النفس الصدمي"، دار قانة للبشر والتوزيع، باتنة، ط1.
- 10) جهاد محمد، محمد (2014): "الدليل التشخيصي والاحصائي بالعربية DSM5".
- 11) جيل بولتي، تيلور (2019): "الجلطة التي أنارت بصيرتي"، ترجمة نجمة اديس، مسعى للنشر والتوزيع، كندا، ط1.
- 12) حمدان محمد، زيدان (1986): "الدماغ والادراك والتعلم"، دار التربية الحديثة، عمان، الأردن، ط1.
- 13) الدسوقي، كمال (1998): "نخيرة علوم النفس"، الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1.
- 14) روبرت، ليهي (2006): "دليل علمي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية"، ترجمة جمعة سيد يوسف، دار إيتراك، القاهرة ط1.
- 15) ريتشارد لاين، ليدلي (2014): "السكتة الدماغية"، ترجمة هنادي مزبودي، دار المؤلف، الرياض، ط1.
- 16) الزيات، فتحى مصطفى (1998): "الأسس البيولوجية والنفسية للنشاط العقلي المعرفي سلسلة علم النفس المعرفي 3"، دار النشر للجماعات، القاهرة، ط1.

- 17) سام مادوكس (2017): "دليل مصادر الشلل"، مؤسسة كريستوفر ودانا ريف، الولايات المتحدة الأمريكية، ط4.
- 18) شلتز، داون (1983): "نظريات الشخصية"، ترجمة حمد الكربولي وعبد الرحمن القيسي، مطبعة جامعة بغداد، العراق، ب ط.
- 19) الشيقرات، محمد (2005): "مقدمة في علم النفس العصبي"، دار الشروق، الأردن، ب ط.
- 20) عبد السلام، عبد الغفار (1973): "في طبيعة الانسان"، دار النهضة، القاهرة، ط1.
- 21) عبد المعطي، حسن مصطفى (2005): "الارشاد وجودة الحياة في المجتمع المعاصر"، جامعة الزقازيق، مصر، ب ط.
- 22) عبد الوهاب، أماني (2006): "أثر المساندة الاجتماعية الوالدية على الشعور بالرضا عن الحياة لدى الأبناء المراهقين من الجنسين"، المؤتمر السنوي الرابع عشر، مركز الارشاد النفسي، جامعة عين الشمس، مصر، ب ط.
- 23) غسان، يعقوب (1999): "سيكولوجية الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي واضطرابات ما بعد الصدمة"، دار الفرابي، بيروت، ط1.
- 24) كوفيل، والتر (1986): "الأمراض النفسية"، مكتبة الفلاح، الكويت، ط1.
- 25) محمد، الحجازي (1999): "الوجيز في فن ممارسة العلاج النفسي السلوكي"، دار النفائس، بيروت، ط1.
- 26) مروان، عبد المجيد إبراهيم (2000): "أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل"، مؤسسة الوراق، عمان، الأردن، ب ط.
- 27) مزيان، محمد (1999): "مبادئ في البحث النفسي التربوي"، دار الغرب للنشر والتوزيع، وهران، ط1.
- 28) مكتب الانماء الاجتماعي (2001): "سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية واضطراب الضغوط التالية للصدمة"، الديوان الأميري، الكويت، ب ط.
- 29) منظمة الصحة العالمية (2006): "تجنب الإصابة بالأزمات القلبية والسكتات الدماغية"، إدارة التسويق والتوزيع لمنظمة الصحة العالمية، سويسرا.
- 30) ميخائيل، أسعد (1994): "علم الاضطرابات السلوكية"، دار جيل، بيروت لبنان، ط1.
- 31) ناصر حسن صالح، العبيدلي (2016): "الأحياء"، دار التربويون، الكويت، ط2.
- 32) همفريز، التوني (1956): "التوجه المهني للشباب"، ترجمة أحمد زكي محمد، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ط2.
- 33) اليونيسيف (1995): "مساعدة الطفل الذي يعاني من الصدمة النفسية"، الأردن، ب ط.

ثانيا: القواميس والمعاجم:

- 34) لابلنش وبانتاليس (1987): "معجم مصطلحات التحليل النفسي"، ترجمة مصطفى حجازي، المؤسسة الجامعية للنشر، مصر، ط1.
- 35) موسى رشاد، علي (2001): "معجم الصحة النفسية المعاصرة"، الفاروق الحديثة للطباعة والنشر، القاهرة، ط1.

### ثالثاً: الرسائل والمجلات العلمية:

- 36) أبو حلاوة، محمد. السعيد، عبد الجواد (2006): "علم النفس الإيجابي الوقاية والعلاج النفسي"، المكتبة الإلكترونية، أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة.
- 37) ثابت، عبد العزيز. وشعلت، فاضل (2007): "الصددمات النفسية للاحتلال وأثرها على الحزن وكرب ما بعد الصدمة"، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 13، مصر.
- 38) جودة، منيرة (2016): "الخبرات الصادمة لدى أمهات الأيتام وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى الأم والطفل في قطاع غزة"، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- 39) حجازي هاني محمود، محمد (2004): "الخبرة الصادمة وعلاقتها بأعراض الاضطراب وبعض سمات الشخصية لدى أطفال شهداء انتفاضة الأقصى"، رسالة ماجستير منشورة، فلسطين.
- 40) حمود، بن هزاع الشريف (2006): "الآثار النفسية للحوادث المرورية"، مؤتمر التعليم والسلامة المرورية، السعودية.
- 41) زقوت، سمير (2000): "أطفال فلسطين والصدمة النفسية"، مجلة أمواج، العدد 13، نشرة دورية تصدر عن برنامج غزة للصحة النفسية.
- 42) الديب، محمد علي (1988): "العلاقة بين التوافق والرضا عن الحياة لدى المسنين وبين استمرارهم في العمل"، مجلة علم النفس، العدد 6، مصر.
- 43) عبد الصمد فضل، إبراهيم (2005): "الشعور بالسعادة والأمل والرغبة في التحكم لدى عينة من طلاب الدراسات العليا بجامعة المنيا"، دراسة في ضوء علم النفس الإيجابي، مجلة البحث للتربية وعلم النفس، 18(4)، مصر.
- 44) عبد الكريم، ايمان. والدوري، ريان، (2010): "التفاؤل وعلاقته بالتوجه نحو الحياة لدى طالبات كلية التربية للبنات"، مجلة البحوث التربوية، عدد 27، جامعة بغداد.
- 45) علي، فهمي (2010): "التوجه الإيجابي نحو الحياة وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى عينة من طلاب الجامعة من الجنسين"، المؤتمر الإقليمي الثاني لعلم النفس، رابطة الأخصائيين النفسيين المصريين، مصر.
- 46) مجدي، حنان (2009): "المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكر"، رسالة ماجستير غير منشورة، مصر.

- 47) محمد. نجيب الصبوة (2000): "مراجعة نظرية نقدية لأثر اضطراب ما بعد الصدمة والعوامل المرتبطة بها على كفاءة بعض الوظائف النفسية لدى عينات عربية وعالمية من المصدومين: دراسة إكلينيكية"، دار النهضة العربية، لبنان، 41.
- 48) نجوى، اليحفوفي (2002): "التفائل والتشاؤم وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية الديموغرافية لدى طلبة الجامعة"، مجلة علم النفس، عدد 62، الكويت.
- 49) يونس، محمد (2005): "مدى فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلي في خفض مستوى اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى عينة من الطلبة المصابين في الجامعة الأردنية"، مجلة العلوم الإنسانية، 32 (3).

#### رابعاً: المراجع الأجنبية

- 50) Amarenco, P. Bogousslavsky, J. Caplan, L.R. Donnan, G.A. Hennerici, M.G. (2009): "Classification of Stroke Subtypes", Cerebrovasc Dis, 27(5), London.
- 51) American Psychiatric Association (2013): "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)", Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 52) Anderson, T.P (1990): "Studies up to 1980 on Stroke rehabilitation outcomes", London.
- 53) Angelelli, P. Paolucci, S. Bovina, U. contagollo, A. (2004): development of neuropsychiatric symptoms in post stroke pat ion a grass sectional", study-act a psychitre Scand, USA.
- 54) anaut, M (2003): "La résilience: Surmonter les traumatismes", nathan, France.
- 55) Bernard, doray. Claude, louzoun (1997): "les traumatismes dans la psychisme et la culture", édition Eres, France.
- 56) Brillon, P (2004): "Comment aider les victimes souffrant de stress post traumatique", Quebecor, Canada.
- 57) Bousser, MG. & Mas, JL (2009): "Introduction. In: Accidents Vasculaires Cérébraux", Traité de Neurologie, paris.
- 58) Chahraoui, khadidja et benoui (2003): "Méthode évaluation et recherche en psychologie clinique", Paris.
- 59) Colette, chilland (1983): "L' entretien en clinique", presse édition, paris.
- 60) Crocq, L (1999): "Les traumatismes psychiques de guerre", Odile Jaco, Paris.
- 61) Damiani.C (1997), "les victimes violences publiques et crimes privés", Bayard, paris.
- 62) Damian,S.I. Knieling,A. & Ioan.B.G. (2011): "Post-traumatic stress disorder in children", Overview and case study, Romanian Society of Legal Medicine.

- 63) Declercq, M & Lebigot, F (2001): "Les traumatismes psychiques", Masson, paris.
- 64) Elisabeth, Fery Lemonnier (2009): "La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France", Rapport à Madame la ministre de la santé et des sports, Ministère de la sante des sport, France.
- 65) Frankl ,V,E (1964): "Mans Search for Meaning: An Introduction to Logo therapy", odder and Stoughton, London.
- 66) jehel, L. lopez, G. et al (2006): "Psychotraumatologie :Evaluation, clinique, traitements", dunud, Paris.
- 67) Jolly, A (2000): "Evènements traumatiques et état de stress post traumatique : une revue de la littérature épidémiologique", Annales médico-psychologiques, vol158,n5, France
- 68) Joseph et al (2004): "Rabid assessment of wellbeing the short depression – happiness scale a psychology & psychotherapy", journal of theory, Research & practice 77( 4), London.
- 69) Laplanche et Pantalís (1997): "Vocabulaire de la psychanalyse", sous la direction de Daniel Lagache, PUF, édition Delta, Paris.
- 70) Macdowell, I & Newell, C (1987): "Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaire", Oxford University press, Now York.
- 71) Marie-Joëlle Cossi (2012): "Charge des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) à Cotonou (Bénin) : études originales sur l'épidémiologie, les connaissances, les expériences de la maladie et l'itinéraire thérapeutique des survivants d'AVC", Ecole Doctorale n°523 Gay Lussac "Sciences pour l'Environnement", Français.
- 72) Marshall, G.N. Wortman, C.B.Kusulas, J.W. Hervig,Lik. & Vichers,R.R.(1992): "Distinguishing Optimisme frome Pessimisme: Relations to Fundamentals of mood and Person ality", Journal of personality and Social Psychology, 62,1067, UK.
- 73) Mini DSM\_4 (2004): manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, éd Masson, paris.
- 74) Morrow, J (2000): "The relationship of anxiety and future time perspective in male college students", Journal of Anxiety Disorders, 12, (3).
- 75) N, Sillamy (1998): "Dictionnaire encyclopédique de psychologie", Paris.
- 76) Otto, Rank (1976): "Le traumatisme de la naissance", PUF, Paris.
- 77) Petit, H (1997): "Rééducation et Facteur de pronostique de l'hémiplégie vasculaire .quel est l'impact des Facteurs depromostic initiaux de l'hémiplégie vasculaire sur l'efficacité et l'indication de la rééducation", paris.
- 78) Roberts, A.L. Gilman, S.E. Breslau, J. Breslau, N. & Koenen, K.C, (2011): "Race-ethnic differences in exposure to traumatic events, development of posttraumatic stress disorder, and treatment seeking in the United States population", Psychological Medicine, USA.

- 
- 79) Ronald, Deron (1991): "**Dictionnaire du psychologie**", 1ere édition, pairesse, France.
- 80) Ryff , C , D (1989): "**Happiness is every think , or is it**", Explo Mc, paris.
- 81) Scheier, M F & Carver, C S (1985): "**Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies**", Health Psychology, Copyright by Duke University Press, U.S.A.
- 82) Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1987): "**Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health**", Michael E ScheierCarnegie-Mellon UniveresityCharles S, CarverUniversity of Miami, Journal of Personality, 55, 169-210.
- 83) Scott, MJ. Palmer, S (2003): "**Trauma and Post Traumatic Stress Disorder**", Sage Publication Company, London.
- 84) Tiger, L (1979): "**Optimism: The biology of hope**", Simon & Schuster, New-York.
- 85) Vasterling, J. brewin, CR (2005): "**Neuropsychology of PTSD: Biological, cognitive and clinical perspectives**", Guilford Press, New York.
- 86) Yehuda, R (2010): "**Psychological Trauma, Review of psychiatry, 1998**", vol17, American Psychiatric Press, USA.

الملاحق:

أولاً: المقابلة العيادية

المحور الأول: بيانات عامة حول العميل

الاسم: السن: الجنس:

المستوى الدراسي: الحالة المدنية:

الحالة الاقتصادية:

مكان السكن: قرية / مدينة نوع السكن: فردي / جماعي

المحور الثاني: حول السكتة الدماغية

متى تعرضت لهذه السكتة الدماغية؟

هل كانت مفاجئة؟

ما نوع السكتة الدماغية التي أصابتك؟

ما هو السبب حسب رأيك الذي أدى إلى اصابتك بالسكتة الدماغية؟ مثلاً التدخين،

الضغط، مشاكل في القلب؟

هل لديك معلومات في السابق حول هذه السكتة الدماغية؟

المحور الثالث: حول الصدمة النفسية

هل تراودك أفكار قوية أو صور تتعلق بهذه السكتة الدماغية؟

هل تشعر أحياناً كأنك تعيش تفاصيل هذه السكتة الدماغية؟

هل لديك صعوبة في التركيز؟

هل تشعر بضغط شديد حينما يذكرك شيء ما بها؟

## المحور الرابع: حول التوجه نحو الحياة:

هل تشعر بالغبن في هذه الحياة؟

هل تشعر بالانزعاج نتيجة التأثيرات الجانبية؟

هل أنت متفائل بالنسبة لمستقبلك؟

هل تتوقع حدوث ظروف حسنة في المستقبل؟

هل تؤمن بالفكرة القائلة أن بعد عسري يسرا؟

## ثانيا: مقياس الصدمة لدافيدسون:

الجنس: (ذكر - أنثى)

العمر:

الاسم:

الرقم	الخبرة الصادمة	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
1	هل تتخيل صور، وذكريات، وأفكار عن الخبرة الصادمة؟					
2	هل تحلم أحلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة؟					
3	هل تشعر بمشاعر فجائية أو خبرات بأن ما حدث لك سيحدث مرة أخرى؟					
4	هل تتضايق من الأشياء التي تذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة؟					
5	هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم؟					
6	هل تتجنب المواقف والأشياء تذكرك بالحدث الصادم؟					
7	هل تعاني من فقدان الذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت لها؟(فقدان ذاكرة نفسي محدد).					

					هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك والنشاطات اليومية التي تعود عليها؟	8
					هل تشعر بالعزلة وبأنك بعيد ولا تشعر بالحب تجاه الآخرين أو الانبساط؟	9
					هل فقدت الشعور بالحزن والحب؟ (أنك متلبد الإحساس)	10
					هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقيق أهدافك في العمل، الزواج، وإنجاب الأطفال؟	11
					هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائماً؟	12
					هل تنتابك نوبات من التوتر والغضب؟	13
					هل تعاني من صعوبات التركيز؟	14
					هل تشعر بأنك على حافة الانهيار؟ (واصله معاك على الآخر) ومن السهل تشتيت انتباهك؟	15
					هل تستنار لأتفه الأسباب وتشعر دائماً بأنك متحفز ومتوقع الأسوأ؟	16
					هل الأشياء والأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة من ضيق التنفس، والرعدة، والعرق الغزير وسرعة ضربات قلبك؟	17

## ثالثا: مقياس التوجه نحو الحياة لشاير وكارفر

الجنس: (ذكر / أنثى)

العمر:

الاسم:

الرقم	العبارات	لا	قليلا	متوسط	كثيرا	كثيرا جدا
1	أتوقع حدوث أمور حسنة حتى في الظروف الصعبة					
2	من السهل علي أن أسترخي					
3	أنظر إلى الجانب المشرق من الأمور					
4	أنا متفائل بالنسبة لمستقبلي					
5	أستمتع كثيرا بصحبة أصدقائي					
6	لا أتوقع مطلقا أن تسير الأمور في صالحني					
7	لن تتحقق الأمور بالطريقة التي أريدها					
8	أنا لا أنفعل بسهولة					
9	أؤمن بالفكرة القائلة: بعد العسر يسرا					
10	أتوقع حدوث أمور سيئة في معظم المواقف					