



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة غرداية

مخبر الارشاد النفسي وتطوير
أدوات القياس في الوسط المدرسي.

كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية
قسم علم النفس و علوم التربية و الأطفونيا

الألم النفسي وآليات التعامل لدى مبتوري الأطراف بسبب السكري

دراسة عيادية لخمس حالات بمستشفى تريشين إبراهيم لولاية غرداية

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في علم النفس تخصص علم النفس العيادي
إعداد الباحثة: حمادي خولة. تحت إشراف: أ.د مزاور نسيمه.
لجنة المناقشة:

| رقم | الاسم و اللقب | الرتبة | الجامعة | الصفة |
|-----|---------------------|----------------------|---------|--------------|
| 1 | جمعة أولاد حيمودة | أستاذ التعليم العالي | غرداية | رئيسا |
| 2 | نسيمه مزاور | أستاذ التعليم العالي | غرداية | مشرفا و مقرا |
| 3 | أمال بن عبد الرحمان | أستاذ التعليم العالي | غرداية | عضوا |
| 4 | يسمينه تشعبت | أستاذ محاضر " أ " | غرداية | عضوا |
| 5 | علي قويدري | أستاذ التعليم العالي | الأغواط | عضوا |
| 6 | محمد سليم خميس | أستاذ التعليم العالي | ورقلة | عضوا |

الموسم الجامعي: 2022-2023

شكر وعرافان

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات

إلى صاحبة الفضل والإحسان أستاذتي المشرفة الأستاذة الدكتورة: مزاور نسيمه

عرفانا بالجميل وتقديرا لرحابة صدرها وتوجيهاتها الحكيمة

إلى الروح الطاهرة الأستاذ الدكتور: قشار محمد بن بايoub رحمه الله

عرفانا وتقديرا للدعم والمساندة

إلى أساتذتي بقسم علم النفس تقديرا لمنحهم العلم والخبرة

إلى مبتوري الأطراف اعترافا مني بثقتهم

إلى كل من مد لي يد العون وسانديني من قريب أو من بعيد

طيلة إنجاز هذا العمل

إهداء

إلى والدي الذي رسمني بنوره وأنار دربي

إلى والدتي التي لونتني بأناملها الذهبية ولونت مساري

إلى أحباب قلبي اخواني وأختي فراشتي

إلى استاذتي المحترمة مزاور نسيمه

إلى النفس البريئة رحمه الله أستاذي المحترم قشار محمد بن بايوب

إلى الباحث عن ثمرة مجهودي عليها تكون بذرة لمشروعك

إلى مبتوري الأطراف

أهديكم تحياتي وعملي عله ينتفع به

شكرا لكل من ساندي بكل موقف جميل ترك بداخلي أثرا.

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية الى معرفة إن كان يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من الألم النفسي والمتمثل في (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي)، ومعرفة آليات التعامل المستخدمة من طرفهم لمواجهة الألم النفسي، حيث شملت العينة (05) حالات من مبتوري الأطراف بسبب السكري من كلا الجنسين حيث تتراوح أعمارهم بين (44-72 سنة)، وبالاعتماد على المقابلة العيادية النصف الموجهة، الملاحظة العيادية، مقياس الألم النفسي (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) المعد من طرف الباحثة ومقياس آليات التعامل ل"فولكمان و لازاروس" وبعد تطبيق المقاييس أظهرت النتائج أنه:

✓ يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من الألم النفسي.

✓ يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من الاكتئاب.

✓ يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من القلق.

✓ يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من الضغط النفسي.

✓ الآليات المستخدمة من طرف مبتوري الأطراف بسبب السكري موجهة نحو الانفعال.

الكلمات المفتاحية: الألم النفسي، الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي، آليات التعامل، مبتوري الأطراف.

Abstract:

The current study aims to find out whether or not diabetic amputees suffer from psychological pain represented in (depression, anxiety, stress), and to identify the coping mechanisms they use to cope with psychological pain. the sample included (05) cases of diabetic amputees from both sexes, ranging in age from (44-72 years), and based on the semi-guided clinical interview, clinical observation, the psychological pain scale (depression, anxiety, stress) prepared by the researcher and the coping mechanisms scale of "Folkman and Lazarus" and after applying the scales The results showed that:

- Diabetic amputees suffer from psychological pain.
- Diabetic amputees suffer from depression.
- Diabetic amputees suffer from anxiety.
- Diabetic amputees suffer from psychological stress.
- The mechanisms used by diabetic amputees are emotion-oriented.

Keywords: psychological pain, depression, anxiety, stress, coping mechanisms, amputees.

قائمة المحتويات

| | |
|-----|---|
| ب | شكر وعرفان..... |
| ج | إهداء..... |
| III | ملخص..... |
| III | فهرس المحتويات..... |
| 1 | مقدمة..... |
| | الفصل الأول: الإطار التمهيدي للدراسة |
| 04 | 1. إشكالية الدراسة..... |
| 09 | 2. فرضيات الدراسة..... |
| 09 | 3. دوافع الدراسة..... |
| 10 | 4. أهمية الدراسة..... |
| 11 | 5. أهداف الدراسة..... |
| 11 | 6. التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة..... |
| 13 | 7. الدراسات السابقة والتعقيب عليها..... |
| | القسم الأول : الإطار النظري للدراسة |
| | الفصل الثاني: الألم النفسي |
| 36 | تمهيد..... |
| 36 | 1. مفهوم الألم النفسي..... |
| 40 | 2. أشكال الألم النفسي..... |
| 66 | 3. النماذج المفسرة للألم النفسي..... |
| 75 | 4. قياس الألم النفسي..... |
| 80 | خلاصة..... |
| | الفصل الثالث: آليات التعامل |
| 81 | تمهيد..... |
| 81 | 1. مفهوم آليات التعامل..... |
| 85 | 2. أنماط آليات التعامل..... |
| 92 | 3. النماذج المفسرة لآليات التعامل..... |

| | |
|-----|---|
| 99 | 4. قياس آليات التعامل..... |
| 105 | خلاصة |
| | الفصل الرابع: البتر بسبب السكري |
| 106 | تمهيد |
| 106 | 1. مفهوم البتر بسبب السكري..... |
| 119 | 2. شخصية (المصاب بالسكري، المبتور)..... |
| 121 | 3. إنعكاسات البتر على المصاب بالسكري..... |
| 126 | 4. آليات التعامل لدى المبتور..... |
| 128 | خلاصة |
| | القسم الثاني: الإطار التطبيقي للدراسة |
| | الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة |
| 129 | تمهيد |
| 129 | 1. منهج الدراسة..... |
| 130 | 2. الإطار الزماني و المكاني للدراسة..... |
| 130 | 3. مجموعة الدراسة..... |
| 134 | 4. أدوات الدراسة..... |
| 145 | خلاصة |
| | القسم الثالث: عرض وتحليل النتائج |
| | الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج |
| 146 | تمهيد |
| 146 | 1. عرض وتحليل النتائج..... |
| 146 | 1.1 عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى..... |
| 156 | 2.1 عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية..... |
| 163 | 3.1 عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة..... |
| 172 | 4.1 عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة..... |
| 181 | 5,1 عرض وتحليل نتائج الحالة الخامسة..... |
| 189 | 2. مناقشة نتائج الدراسة..... |

| | |
|-----|--|
| 189 | 1.2 مناقشة النتائج الخاصة بمتغير الألم النفسي |
| 197 | 2.2 مناقشة النتائج الخاصة بمتغير آليات التعامل |
| 201 | 3. الاستنتاج العام |
| 204 | 4. الاقتراحات |
| 205 | المراجع |
| 219 | الملاحق |

قائمة الجداول:

| | |
|-----|---|
| 44 | الجدول رقم (01) أعراض الإكتئاب. |
| 110 | الجدول رقم (02) تصنيفات مرضى السكري. |
| 133 | الجدول رقم (03) توزيع خصائص العينة. |
| 136 | الجدول رقم (04) محاور وأهداف المقابلة العيادية. |
| 139 | الجدول رقم (05) درجات الألم النفسي. |
| 140 | الجدول رقم (06) نتائج صدق الإتساق الداخلي لمقياس الألم النفسي. |
| 141 | الجدول رقم (07) نتائج الثبات (الفاكرومباخ) لمقياس الألم النفسي. |
| 143 | الجدول رقم (08) نتائج صدق الإتساق الداخلي لمقياس آليات التعامل. |
| 144 | الجدول رقم (09) نتائج الثبات (الفاكرومباخ) لمقياس آليات التعامل. |
| 152 | الجدول رقم (10) نتائج تطبيق مقياس الألم النفسي على الحالة الأولى. |
| 153 | الجدول رقم (11) نتائج تطبيق مقياس آليات التعامل على الحالة الأولى. |
| 159 | الجدول رقم (12) نتائج تطبيق مقياس الألم النفسي على الحالة الثانية. |
| 160 | الجدول رقم (13) نتائج تطبيق مقياس آليات التعامل على الحالة الثانية. |
| 168 | الجدول رقم (14) نتائج تطبيق مقياس الألم النفسي على الحالة الثالثة. |
| 169 | الجدول رقم (15) نتائج تطبيق مقياس آليات التعامل على الحالة الثالثة. |
| 177 | الجدول رقم (16) نتائج تطبيق مقياس الألم النفسي على الحالة الرابعة. |
| 178 | الجدول رقم (17) نتائج تطبيق مقياس آليات التعامل على الحالة الرابعة. |
| 185 | الجدول رقم (18) نتائج تطبيق مقياس الألم النفسي على الحالة الخامسة. |
| 186 | الجدول رقم (19) نتائج تطبيق مقياس آليات التعامل على الحالة الخامسة. |

قائمة الملاحق:

| | |
|-----|--|
| 219 | الملحق رقم (01) قائمة المحكمين لمحاوّر المقابلة العيادية. |
| 219 | الملحق رقم (02) المقابلة التمهيديّة. |
| 223 | الملحق رقم (03) شبكة الملاحظة. |
| 224 | الملحق رقم (04) قائمة المحكمين لمقياس الألم النفسي. |
| 225 | الملحق رقم (05) الإستمارة الموجهة للمحكمين. |
| 229 | الملحق رقم (06) مقياس الألم النفسي المعد من طرف الباحثة. |
| 232 | الملحق رقم (07) مقياس آليات التعامل ل"فولكمان و لازاروس". |
| 236 | الملحق رقم (08) المقابلات الخاصة بالحالة الأولى. |
| 245 | الملحق رقم (09) المقابلات الخاصة بالحالة الثانية. |
| 251 | الملحق رقم (10) المقابلات الخاصة بالحالة الثالثة. |
| 258 | الملحق رقم (11) المقابلات الخاصة بالحالة الرابعة. |
| 265 | الملحق رقم (12) المقابلات الخاصة بالحالة الخامسة. |
| 273 | الملحق رقم (13) صور توضّح آثار البتر بسبب السكري على المستوى الجسدي. |

مقدمة

مقدمة:

تشهد الآونة الأخيرة ارتفاعا كبيرا في انتشار الأمراض المزمنة، حيث أصبح تشخيصها يستلزم وجود واندماج عدة تخصصات والتي من شأنها أن تحدد الأسباب المباشرة والغير مباشرة في ظهورها. ففي الجزائر وحسب معطيات المسح، فقد بلغت نسبة المصابين بالأمراض المزمنة بين الأفراد الذين بلغت أعمارهم 15 سنة فأكثر حوالي 14% من بينهم 10% صرحوا بإصابتهم بمرض واحد، بينما 4% صرحوا بكونهم مصابون بأكثر من مرض مزمن. كما بلغ نصيب الاناث من بين إجمالي المصابين 60%.

(مليك، 2019، صفحة 15)

ولأن من خصائص المرض المزمن الاستمرارية والتعقيد، جعلنا بحاجة الى دليل أو منظومة صحية مؤهلة ذات صفة تشاركية بمختلف التخصصات الطبية للمساهمة في التخفيف من حجم المعاناة الجسدية، النفسية، الاجتماعية، والمادية المهددة لكيان الفرد بالدرجة الأولى والمجتمع بالدرجة الثانية. ومن بين الأمراض المزمنة التي تحتل الصدارة هي الإصابة بالسكري وما يندرج عنه من مضاعفات، والتي من شأنها أن تعرقل معيشة المصاب بدءاً من حياته اليومية البسيطة الى الأمور المهنية المعقدة، حيث تصل المضاعفات الى درجة البتر وفقد أحد أطراف الجسم، مما يسبب جرح نرجسي وتشوه للصورة الجسمية مع ظهور ألم نفسي يمكن أن يستمر إن لم تتخذ الإجراءات اللازمة للتخفيف منه وكذا اللجوء الى آليات التعامل الفعالة لتحقيق التكيف مع الوضعية الجديدة، حيث أن تأثير هذه الآليات لا يقتصر على تغيير الحالة النفسية للمصابين إيجاباً فقط بل يمتد ليشمل التأثير الإيجابي في حالتهم الجسمية والصحية معا.

فمفهوم الألم النفسي يضم مختلف الأعراض الإكلينيكية الظاهرة والخفية، ولكون الدراسة الحالية ذات منظور عيادي فهي ترى أن الألم النفسي يشمل الأعراض ذات الصبغة الحتمية وهي كالتالي: الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي، وهذا استنادا لمجموع الدراسات التي تصب في الموضوع بالإضافة الى الخلفية النظرية التي تبنتها الباحثة.

وفي هذا السياق الخاص بظهور الألم النفسي من خلال الأعراض السابقة يتوجب على المصاب بالمرض المزمن (السكري) اللجوء الى مختلف آليات التعامل بإعتبارها جهود معرفية وسلوكية دائمة التغير، مميزة لفردانيته.

فالإصابة بالسكري ومن ثم التعرض لعملية البتر، يجعل من وضعية الحالة تعيش تحديا واضحا خاصة عند وجود مشاكل في التكيف وعدم استخدام آليات التعامل الفعالة والمناسبة للتخفيف من الألم النفسي، فتقييم هذا الأخير خطوة ضرورية، وهذا نظرا لما يخلفه البتر من تشوهات على مختلف المستويات مما يجعل التقييم مرحلة أساسية ذات بعد مستقبلي.

ونظرا لما يخلفه هذا الداء على نفسية المصاب ومضاعفاته المؤدية للبتر صار من الضروري القيام بدراسة تهدف إلى التقرب أكثر من الراشدين المصابين بداء السكري والتعرف على انعكاساته في حياتهم اليومية والنفسية خاصة المبتورين منهم حيث تم الاعتماد في هذه الدراسة الحالية على كل من مقياس الألم النفسي المعد من طرف الباحثة ومقياس آليات التعامل ل " لازاروس وفولكمان، 1984".

و هذا ما سنكشفه ونتطرق إليه في دراستنا هذه، حيث اشتملت الدراسة على جانبين النظري والتطبيقي والمهمشان على طريقة "apa" الإصدار السادس: **الجانب النظري**: و يحتوي على أربع فصول: **الفصل الأول**: تم فيه تقديم الدراسة من حيث تحديد إشكالياتها، أهميتها، أهدافها، التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة والتطرق إلى الدراسات السابقة التي تصب في الموضوع والتعليق عليها أما الفصول الموالية فقد خصصت لمراجعة المعلومات النظرية التي تتناول متغيرات الدراسة الحالية وفيها تم التطرق لأهم العناصر الكفيلة بتوضيح أبعاد الموضوع وبناء خلفية تساهم في تفسير النتائج فيما بعد.

ففي **الفصل الثاني**: تطرقنا إلى " الألم النفسي "، قمنا أولا بتعريفه، ثم توضيح أشكاله المتمثلة في (الاكتئاب، القلق والضغط نفسي)، التعرف على أهم النماذج المفسرة له وكيفية قياسه، **الفصل الثالث**: تناولنا فيه "آليات التعامل"، قدمنا تعريفا له ولأنماطه، الإشارة لأهم النماذج المفسرة له وكيفية قياسه،

الفصل الرابع: تطرقنا الى "البتز بسبب السكري"، أين قمنا بتقديم تعريف له، ومعرفة شخصية (المصاب بالسكري، المبتور) وكذا انعكاسات البتر بالإضافة الى آليات التعامل لدى المبتور.

أما الجانب التطبيقي: و يحتوي على فصلين: **الفصل الخامس:** بعنوان "الإجراءات المنهجية للدراسة"، تطرقنا فيها إلى المنهج المستعمل في الدراسة، ذكر الإطار المكاني والزمني لها، حيث قمنا بذكر معايير انتقاء مجموعة الدراسة مع تقديم وصف لها، تناولنا أيضا الأدوات المستعملة في جمع المعلومات، وعرض كيفية تطبيقها وتحليلها.

أما في **الفصل السادس:** تناولنا "عرض وتحليل النتائج" الخاصة بالمقابلات التي أجريناها مع الحالات الخمسة وتقديم مجمل التفسيرات ومناقشتها بالإستناد إلى الجانب النظري والدراسات السابقة وفي الأخير ختمنا الدراسة باستنتاج عام مع وضع اقتراحات في ضوء النتائج المتحصل عليها وكذا الإشارة إلى قائمة المراجع المعتمد عليها بالإضافة إلى قائمة الملاحق.

الفصل الأول:

الإطار التمهيدي للدراسة

تمهيد

1. إشكالية الدراسة.
2. فرضيات الدراسة.
3. دوافع الدراسة.
4. أهمية الدراسة.
5. أهداف الدراسة.
6. التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة.
7. الدراسات السابقة والتعليق عليها.

خلاصة

1. إشكالية الدراسة :

رغم التقدم التكنولوجي الذي تشهده وسائل الطب الوقائية والعلاجية، إلا أن هذا لم يمنع من الانتشار الهائل للأمراض المزمنة والتي تعرف بخاصية الاستمرار والتعقيد، فهي تترك آثارا بالغة في مختلف نواحي حياة المريض.

ويعد الاكتئاب والقلق أكثر الأعراض شيوعا وملازمة عند المرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة، فهما اضطرابان أساسيان للألم ويمكن أن يؤديا الى تعقيد المرض المزمن، بحيث يشكلان واقعا ملموسا في التشخيص السريري.

(صقور، 2018، صفحة 337)

كما يعتبر الحداد إستجابة طبيعية عند فقدان والخسارة، فالأشخاص ذوو الأمراض المزمنة يعايشون فقدان وظيفة من وظائف الجسم، قد يؤدي الى فقدان أو تغيير الدور والمكانة الاجتماعية، هذا إضافة الى استجابات أخرى كالضغط والتوتر الذي يتعلق بدرجة التهديد التي يشكلها المرض على الحياة أو الاستقلالية أو فقدان الدور، الخوف والقلق والاكتئاب والإنكار التام مما يخلق نوعا من العدائية الموجهة نحو الذات أو الغير.

(Simon D, 2007, p. 34)

ومن بين الأمراض المزمنة والتي تترأس القائمة: الإصابة بالسكري فهو عبارة عن اضطراب في امتصاص وهضم المواد الكربوهيدراتية حيث يبقى الفرد يعاني من مشاكل تنظيم مستوى السكر في الدم، هذا من الناحية الجسمية بالإضافة الى ظهور اضطرابات نفسية مصاحبة له حيث:

تناولت دراسة "Nalib Off" إمكانية تشخيص الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكري باستخدام بطارية " منسيوتا متعددة الأوجه للشخصية MMPI" وخلصت الدراسة الى أن الاكتئاب والقلق النفسي والإعياء المرضى من بين الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكري. (Nalib, 1982, p. 7)

كما تناولت دراسة "MC-Quaid" بعنوان المزاج (القلق، الاكتئاب، المخاوف المرضية) ومرض السكري، قدر عدد العينة ب (80 فرد) بحيث أن 40 منهم مريض بالسكري والباقي عينة ضابطة سوية، طبق عليهم قائمة الأعراض السكاترية وكانت النتائج أن: الأسوياء تحصلوا على درجات منخفضة في القلق والمخاوف المرضية ومضى السكري تحصلوا على درجات مرتفعة في الاكتئاب والقلق.

(MC-Quaid, 1999, p. 22)

من الملاحظ من هاتين الدراستين التأكيد عن وجود هذه الأعراض المصاحبة فهي تدعى حسب "شيلي تايلور" بالوجدانية السلبية ومن المظاهر المميزة لها: المزاج السيء، القلق، الكآبة والعدوانية.

(تايلور، 2008، صفحة 353)

أو بتسمية أخرى "الألم النفسي" المصاحب للأمراض المزمنة كالإصابة بالسكري، حيث يعتبر الألم من أكثر الظواهر التي يكتنفها الغموض، فهو في الأساس خبرة سيكولوجية تعتمد درجة الاحساس به و بما يسببه من عجز بشكل كبير على طريقة تفسيره ، فالألم هو ذلك الشعور الحسي و النفسي غير المستحب، الذي يصاحب إصابة أنسجة الجسم أو التعبير عن الإصابة التي تؤثر على المريض.

(فوزي، 2006، صفحة 6)

فدراسة سيكولوجية الألم خطوة ثانوية في المجتمع العربي، لكونها لا تلقى الاهتمام الكافي والمتساوي كما هو الحال في مراحل تطور المرض الجسدي والجوانب المتعلقة به، ثم إن خبرات الألم الفردية عادة ما تكون على درجة من التنوع والتباين والتعقيد بحيث يتعذر تفسيرها من خلال بروفيل شخصي واحد، مما جعل دراستنا الحالية تتجه نحو المنظور العيادي المستند على دراسة حالة.

ومع أن الإصابة بالمرض المزمن وبالأخص داء السكري يمكن أن تصاحبه هذه الأعراض والتغيرات على مختلف المستويات فإنه في حالة عدم اتباع حمية صحية مناسبة بالإضافة الى وعي المصاب بالداء ومضاعفاته يمكنه أن يؤدي الى أكثر من ذلك كالتعرض الى البتر.

حيث أن عملية بتر قدم السكري تكلف المركز الاستشفائي الجامعي بوهران (CHUO) تكاليف باهضة، ويعاني مرضى السكري عبر كامل التراب الوطني الجزائري من نقص في البنى المتخصصة بالتكفل (من حيث العدد، القدرة على الاستشفاء)، ومن نقص في الفرق متعددة التخصصات، مما يؤدي غالبا لتعقيدات، فالمشكلات المتعلقة بالبتر لا تتوقف عند نقص البنى المتخصصة أو صعوبة الاستشفاء أو إرتفاع تكاليف العملية والأدوية، بل تمتد تلك المشكلات لمرحلة ما بعد العملية لترتبط هذه المرة بالعمل على توفير الظروف الملائمة لتسهيل عملية تأقلم المبتور مع حالته الجديدة وذلك بعد أن يتم بتره وارساله لمنزله مصحوبا بتلك العاهة المستديمة، ولا شك أن ذلك يتطلب وجود شبكة منظمة ومنسقة من المختصين.

(شادلي، 2017، صفحة 42)

ولأن علاج مرض السكري أو التخفيف من حدة مضاعفاته لا يتوقف فقط على أخذ الأدوية بل يتعداه إلى تبني أسلوب حياة يومي، وهذا من خلال استخدام آليات التعامل المناسبة لتحقيق التكيف، والجدير بالذكر أن أي إنسان عندما يحاول التعامل مع بعض الأحداث الضاغطة (كالإصابة بالسكري ومضاعفاته المسببة للبتر) باستخدام مجموعة من الآليات المتنوعة فإن ذلك يعتمد على خصائصه النفسية، وطبيعة الأحداث ذاتها، فمن الأفراد من يستطيع التعامل مع الحدث بمرونة وروية، يتحمل، يتكيف، ويحسن إدارته، ومنهم من يتعامل معه على نحو متصلب وسلبي ويدركه كأنه تهديد وخطر وهو ما يزيد حدة شعورهم بالألم النفسي.

وعلى ذلك يزداد الاهتمام منذ عدة سنوات بالوسائل والطرق التي يلجأ إليها الفرد لدرء الخطر الذي يواجهه يوميا في حياته والتي تخلف ألاما خاصة تلك المتعلقة بالجانب النفسي، وسمى علماء النفس هذه الوسائل بآليات التعامل **Coping Style** وهي الآليات التي يستخدمها الأفراد لتجنب الموقف الضاغط أو التهرب منه أو التقليل من شدته بغية الوصول إلى حالة التوازن، فقد عرفها "لازاروس وفولكمان" **Lazarus and Folkman** " من خلال النظرية التفاعلية بأنها المساعي والجهود المعرفية والسلوكية دائمة التبدل للتعامل مع المطالب أو المقتضيات النوعية الخارجية والداخلية أو الداخلية والخارجية معا والتي تستنزف احتياطات الفرد أو تتجاوزها.

(سعيد، 2002، صفحة 165)

هذه الآليات تتناسب مع شخصية الفرد وقدراته، و مع حجم الألم النفسي المصاحب لتجربة البتر مثلا، حيث يشكل هذا الأخير لدى مبتوري الأطراف بسبب السكري محورا أساسيا في دراستنا الحالية، وعلى الرغم من أن الألم حقيقي وتسببه إصابات جسمية، إلا أن هناك عوامل نفسية هامة فالضغوط والأفكار السالبة تسهم في الإبقاء على خبرة الألم وتجدر الإشارة الى أن التعرف وتعديل هذه العمليات اللا تكيفية يمكن ان يقلل من مشكلة الألم بشكل دال.

(هوفمان، 2012، صفحة 221)

فتأثير آليات التعامل لا يقتصر على تغيير الحالة النفسية للمرضى إيجابا فقط بل يمتد ليشمل التأثير الإيجابي في حالتهم الجسمية والصحية معا.

(شويخ، 2012، صفحة 177)

حيث أكدت دراسات الطب للأمراض المزمنة أن إدراك الفرد لإصابته بمرض مزمن يتطلب إجراء موائمت نفسية عميقة، وهنا تعد آليات التعامل أكثر تأثيرا من غيرها.

(YONG, 1998, p. 35)

وهذا ما بينته دراسة "Tuncay;2008" أن (79%) من مرضى السكري كانوا قد عانوا القلق، والأغلبية أفصحوا أن آليات التعامل الأكثر توازنا كانت التقبل، التدين، التنفيس، الدعم العاطفي، وقد اعتمد مرضى النمط الأول على آلية الحس الفكاهي، التنفيس الانفعالي، بينما اعتمد مرضى النمط الثاني على آلية التركيز على المشكلة. (Tuncay, 2008, p. 6)

أما دراسة (الشادلي، 2017) فقد أظهرت أن البتر انعكس في حد ذاته في شكل نقص جسمي (مرتبط بفقدان الأطراف المبتورة)، نقص في القدرات الجسمية، استجابة ضغط حادة والشعور بالحزن والاكتئاب ناجم عن جرح نرجسي مرتبط بادراك وتقبل حالة النقص وعدم الاكتمال الجسمي، كما أن المبتور يستجيب على مستوى نفسي داخلي لواقع تعرضه للبتر، ويتكيف مع ذلك الواقع بطريقة تابعة أساسا لتاريخه الشخصي ولنمط توظيفه النفسي.

(شادلي، 2017، صفحة 324)

وبناء على ما سبق، ومن اطلاع الباحثة على الجانب النظري المرتبط بالموضوع وما لمستته من انعدام للدراسات العربية التي حاولت تسليط الضوء على متغيرات الموضوع وعلى العينة المختارة، ومن دوافع

البحث أيضا ما لمستته الباحثة من قلة الوعي الصحي لدى مبتوري الأطراف بسبب السكري وثقافتهم بالأمر الطبية المتعلقة بالداء ما يزيد من الألم النفسي ويؤثر سلبا على آليات التعامل المعتمدة من طرفهم، وفي هذا السياق من التفكير تتناول الدراسة الحالية الألم النفسي الناجم عن التعرض للبتر بسبب السكري وآليات التعامل التي يتبناها المبتور، وبهذا تتحدد مشكلة الدراسة كالآتي:

✓ هل يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من الألم النفسي؟

✓ هل يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من الاكتئاب؟

✓ هل يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من القلق؟

✓ هل يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من الضغط النفسي؟

✓ ما هي الآليات المستخدمة من طرف مبتوري الأطراف بسبب السكري؟

وللإجابة عن هذه التساؤلات إقترحنا مجموعة من الفرضيات والتي سنشير إليها في العنصر الموالي.

2. فرضيات الدراسة:

- ✓ يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من الألم النفسي.
- ✓ يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من الاكتئاب.
- ✓ يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من القلق.
- ✓ يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من الضغط النفسي.
- ✓ الآليات المستخدمة من طرف مبتوري الأطراف بسبب السكري موجهة نحو الانفعال.

3. دوافع الدراسة:

- باعتبار أن موضوع الدراسة كان مقترح من طرف مشرفتي وهو موضوع جد مهم في الجانب العيادي، إلا أن الدافع كان في تغيير وإختيار العينة انطلاقاً من:
1. خلال فترة دراستي الجامعية أنجزت مذكرتين شملت فئة مرضى السكري، وما لاحظته هو المضاعفات التي تؤدي إليها الإصابة بالسكري من بتر للأطراف وما يسببه من تغيرات على المستوى الجسمي، النفسي، الاجتماعي، ومختلف جوانب الحياة، مما دفعني الى اختيار هذه العينة بالذات وإجراء الدراسة الحالية بمنهج عيادي يناسب التخصص من جهة، ويتعمق في دراسة الحالات من جهة أخرى.
 2. ارتفاع عدد حالات مبتوري الأطراف بسبب مضاعفات السكري.
 3. الرؤية الاعتمادية التي يتبناها مبتوري الأطراف بمعنى " الحياة أصبحت تعتمد على مساعدة الآخرين".
 4. تشوه صورة الجسم لدى فئة المبتورين مخلفةً مشاعر يسودها الخوف، الإحراج، انخفاض تقدير الذات، الانسحاب والعزلة عن المجتمع.
 5. من خلال اطلاع الباحثة لمختلف المواضيع التي شملت متغيرات الدراسة، لم تجد دراسات أملت بالموضوع سواء العربية أو الأجنبية.

6. عدم الاهتمام بالجانب العلاجي النفسي لفئة المبتورين من طرف مؤسسات الدولة، فمن خلال الدراسة الحالية تأمل الباحثة في رفع مستوى الوعي والتأهيل وجعل الحالات تتقبل الإعاقة وتكيف معها من خلال ممارسة النشاطات بشكل أقرب لما كانوا عليه وهذا ما على المراكز القيام به.
7. غياب الثقافة الصحية لدى المحيطين بالحالة لأهمية الدعم والمساندة المقدمة من طرفهم.
8. من الممكن تقديم صورة علمية للقائمين في وزارة الصحة لابتكار خطط وبرامج إرشادية نفسية، تساعد مبتوري الأطراف بسبب السكري على تخفيف الألم النفسي وبالتالي تحسن حالتهم وتحقيق التكيف والتوازن النفسي لديهم.

4. أهمية الدراسة:

1. تكمن الأهمية العلمية لهذه الدراسة في أنها تتناول موضوع السكري والبت.
2. يمكن أن تقدم هذه الدراسة صورة علمية للمهتمين والعاملين في المجال النفسي والطبي وذلك لتقديم برامج وخطط علاجية من شأنها مساعدة المرضى على التكيف الجيد مع البتر.
3. يمكن الاستفادة من هذه الدراسة في إعداد برامج إرشادية، تساعد مرضى السكري في تبني آليات تعامل أكثر فائدة لمواجهة الضغوط النفسية المتعلقة بمرضهم.
4. إثراء مجال البحث خاصة وأن الدراسات العربية التي تناولت الألم النفسي وآليات التعامل عند مبتوري الأطراف بسبب السكري شبه معدومة (في حدود علم الباحثة).
5. فتح المجال لتحسين التصور النظري والعملية للمعالجين بتطوير وسائل التشخيص وتقنيات التعامل مع الحالات والوضعيات المرضية لضمان تكفل شامل وفعال.
6. تحاول الدراسة الحالية لفت انتباه المؤسسات الصحية الى أهمية الحالة النفسية لمبتوري الأطراف بسبب السكري وخاصة الأخصائيين الذين يعملون على توفير التأهيل لهذه الفئة.
7. إمكانية أن تكون الدراسة خلفية ومنطلق لدراسات بمتغيرات جديدة عند نفس العينة أو عند عينات مختلفة.

5. أهداف الدراسة:

1. التعرف على إذا ما كان يعاني مبتوري الأطراف بسبب بالسكري من الألم النفسي.
2. التعرف على إذا ما كان يعاني مبتوري الأطراف بسبب بالسكري من الاكتئاب.
3. التعرف على إذا ما كان يعاني مبتوري الأطراف بسبب بالسكري من القلق النفسي.
4. التعرف على إذا ما كان يعاني مبتوري الأطراف بسبب بالسكري من الضغط النفسي.
5. التعرف على آليات التعامل المستخدمة من طرف مبتوري الأطراف بسبب بالسكري.

6. التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة:

1.6. الألم النفسي:

حسب (Boureau) الألم النفسي هو ظاهرة نفسية-جسمية لأنه عبارة عن سيورة نفسية تأتي كاستجابة لاعتداء معين يصيب الجسم.

(Boureau, 1988, p. 8)

إذ ينطلق إدراك المريض للألم على أنه خبرة معقدة: فهو ليس مجرد رد فعل لتلف جسمي، بل نتيجة لما يولده الألم من آثار نفسية وسلوكية.

(تايلور، 2008، صفحة 486)

التعريف الاجرائي للألم النفسي:

هو خبرة انفعالية غير سارة يمر بها الفرد بسبب إصابة عضوية وهي البتر بسبب السكري حيث تظهر على شكل اكتئاب، قلق وضغط نفسي.

ويعبر عنه من خلال الدرجة التي يتحصل عليها مبتوري الأطراف بسبب السكري في مقياس الألم النفسي المعد من طرف الباحثة.

2.6. آليات التعامل :

حسب "Lazarus and Folkman" (للأزاروس وفولكمان) هي التغيير في المجهودات المعرفية، السلوكية، والانفعالية من أجل إدارة المطالب الداخلية أو الخارجية التي يقيمها الفرد أنها ترهق أو تفوق إمكانياته. (Lazarus and Folkman, 1984, p. 141)

التعريف الاجرائي للآليات التعامل:

جميع المجهودات المعرفية، السلوكية، والانفعالية التي يوظفها مبتوري الأطراف بسبب السكري للتكيف مع الوضعية الجديدة التي فرضها البتر عليهم. ويعبر عنها من خلال الدرجة التي يتحصل عليها مبتوري الأطراف بسبب السكري في مقياس آليات التعامل لـ "Lazarus and Folkman" (للأزاروس وفولكمان).

3.6. مبتوري الأطراف بسبب بالسكري:

تركز الباحثة من خلال هذه الدراسة الحالية على أن السبب الرئيسي من عملية البتر هو السكري حيث أن الهدف منه تخفيف الألم وتعزيز التئام الجرح وزيادة مقدرة الشخص على أداء نشاطاته اليومية.

التعريف الاجرائي لمبتوري الأطراف بسبب السكري :

هم الأفراد الذين تم تشخيصهم، وتصنيفهم على أنهم مصابون بالسكري، من قبل أطباء معتمدين، وثبتت إصابتهم بهذا المرض إكلينيكيًا، وتم بسببه بتر أحد الأطراف أو جزء منه، ممن تتراوح أعمارهم بين 44-72 سنة.

7. الدراسات السابقة :

قامت الباحثة بالبحث والاطلاع على مختلف الخلفيات النظرية الخاصة بمتغيرات الدراسة الحالية، أسفرت نتائج هذا الاطلاع الى عدم وجود دراسات تناولت متغيرات الدراسة مجتمعة (الألم النفسي، آليات التعامل، البتر بسبب السكري) ما يجعلها نقطة بداية لدراسة متغيرات جديدة ضمن هذا الطرح، وعليه سيتم التطرق الى عدد من الأبحاث القريبة لموضوعنا منها العربية، المحلية والأجنبية، مع التركيز على أهم العناصر (صاحب الدراسة، السنة، البلد، العنوان، الهدف، المنهج، العينة، الأدوات، وصولا الى النتائج)، هذا التلخيص سيمنحنا نظرة عامة حول الدراسات وكذا مقارنة عناصرها بالدراسة الحالية ويثريها خاصة وأن البحث العلمي ذو صبغة استمرارية وتواصلية، بحيث سنتطرق اليها بشكل مرتب إنطلاقا من التسلسل الزمني لها.

وقد تم تلخيص الدراسات السابقة والتي لها علاقة بموضوع الدراسة الحالية على النحو التالي:

✓ الدراسات السابقة المتعلقة بالألم النفسي (وأشكاله) والسكري.

✓ الدراسات السابقة المتعلقة بآليات التعامل والسكري.

✓ الدراسات السابقة المتعلقة بالألم النفسي وآليات التعامل والبتر.

1.7. الدراسات السابقة المتعلقة بالألم النفسي (وأشكاله) والسكري:

1.1.7 دراسة "Lloyd and Brown,2000" بريطانيا:

بعنوان: الاكتئاب والسكري.

هدفت الدراسة الى التعرف على نسبة انتشار القلق والاكتئاب لدى عينة من الراشدين المصابين بالنمط الأول من السكري منذ ولادتهم والمصابين بالنمط الثاني من السكري. المنهج: المنهج الوصفي.

العينة: المرضى المصابين بالسكري حيث تزيد أعمارهم عن 18 سنة.

الأدوات: نموذج معلومات ديمغرافية قصيرة، مقياس الأعراض الخاصة بالقلق والاكتئاب.

النتائج: إستجابة العينة للمقاييس مرتفعة حيث وصلت الى (96%) وأظهرت النتائج أن انتشار الأعراض السيكولوجية عالية حيث بلغ من المشاركين مستويات تراوحت بين شديدة ومتوسطة من القلق والاكتئاب كما أنه وجد الذكور يميلون لإظهار أعراض الاكتئاب بشكل متوسط الى شديد بينما الإناث أظهرن أعراض قلق ما بين متوسط الى شديد بالإضافة الى وجود ارتباط ذو دلالة إحصائية بين الاكتئاب والقدرة على ضبط مستوى السكر.

(Lloyd CE, 2002, p. 188)

2.1.7 دراسة "حسن فقيه، 2002" بالسعودية:

بعنوان: دراسات اكلينيكية سيكومترية للأعراض النفسية المصاحبة للأمراض المهددة للحياة. هدفت الدراسة الى التعرف على الفروق بين مرضى السرطان والأصحاء في حدة الأعراض النفسية، وهل تختلف حدة هذه الأعراض باختلاف موقع الإصابة وباختلاف جنس المريض. المنهج: منهج وصفي.

العينة: أجريت الدراسة على عينة (150) مريض سرطان، و(150) أصحاء. الأدوات: تم استعمال مقياس قائمة مراجعة الأعراض المختصرة (SCL 90)، مقياس الحالة المزاجية (Beek) اختبار تفهم الموضوع (TAT). النتائج: كشفت الدراسة على أنه:

- ✓ مرضى السرطان أكثر اكتئاباً، قلقاً، خوفاً وعدواناً من الأصحاء.
- ✓ وجود فروق بين المرضى حسب الإصابة بنوع المرض في الاكتئاب، والأبعاد التي تقيسها قائمة الأعراض المختصرة، مما يدل على أن نمط الإصابة يؤثر في الحالة النفسية للمريض.
- ✓ وجود فروق دالة إحصائية بين الجنسين من مرضى السرطان في الاكتئاب والأبعاد التي تقيسها قائمة الأعراض المختصرة لصالح الذكور.

(فقيه، 2002، صفحة 56)

3.1.7 دراسة "سعيد رضوان، 2002" بغزة:

بعنوان: القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات.

هدفت الدراسة الى التعرف على مستوى القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات (السلوك الديني، تاريخ المرض، الجنس).

المنهج: المنهج الوصفي التحليلي.

العينة: 267 مريض سكري (111 ذكر، 156 أنثى).

الأدوات: مقياس القلق ومقياس السلوك الديني.

النتائج: توصلت الدراسة الى أنه: يعاني مرضى السكري من آثار القلق المترتبة على مضاعفات السكري. (سعيد، 2002، صفحة 167)

4.1.7 دراسة "Talon Jean Marc,2005" بفرنسا:

بعنوان: الاكتئاب والسكري (نمط 2) دراسة تتبعية ل 41 مريض.

هدفت الدراسة الى الكشف عن مدى وجود وحدث الاكتئاب كاضطراب مصاحب للسكري.

المنهج: الوصفي.

العينة: أجريت الدراسة على 41 حالة مقيمة بالمستشفى (21 انثى، 20 ذكر) بمتوسط عمر 61 سنة، يتراوح بين 36 الى 83 سنة، وبمتوسط عمر الإصابة مقدر ب 12 سنة.

الأدوات: فحص عيادي لدراسة الملفات والخصائص الاجتماعية والديمغرافية بالإضافة الى الاستبيان الدولي العقلي العصبي المصغر، مقياس تقدير الاكتئاب، مقياس القلق ل "هاملتون"، مقياس تقدير التباطؤ العصبي، مقياس التكيف الاجتماعي، مقياس "بيك"، مقياس تقدير الانفعالية، مقياس تقدير الهوس الخفيف، مقياس تقدير العدوانية.

النتائج: كشفت الدراسة على المستوى النفسي أن 21 مريض يعاني من الاضطرابات المزاجية (حسب مقياس "بيك" فان 5 منهم يعاني من اكتئاب شديد بخصائص سوداوية)، و22 حالة تعاني الاكتئاب (8 حالات اكتئاب خفيف، 13 حالة اكتئاب معتدل، حالة واحدة اكتئاب شديد).

(Marc, 2005, p. 8)

5.1.7 دراسة " جاسم المرزوقي، 2008" بالامارات:

بعنوان: الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر (السكري).

هدفت الدراسة الى التعرف على طبيعة العلاقة بين عدد من المتغيرات ومستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري.

المنهج: منهج وصفي.

العينة: أجريت الدراسة على 119 مصاب بالسكري.

الأدوات: تم استعمال مقياس القلق ل"سبيدجر"، مقياس الاكتئاب ل"بيك"، مقياس الضغط النفسي من اعداد الباحث، مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية ل"الريحاني".

النتائج: كشفت الدراسة على أنه:

✓ عدم وجود علاقة بين القلق ومستوى السكر في الدم لدى المرضى المصابين بالسكري.

✓ توجد علاقة بين الاكتئاب ومستوى السكر في الدم لدى المرضى المصابين بالسكري.

✓ توجد فروق في مستوى السكر في الدم تعزى لمتغير الضغط النفسي لدى العينة.

(المرزوقي، 2008، صفحة 133)

6.1.7 دراسة "تهاني طالب وآخرون، 2016" ببغداد:

بعنوان: الألم النفسي لدى المصابين بالأمراض المناعية الجلدية (البهاق، الثعلبة).

هدفت الدراسة الى التعرف على مستوى الألم النفسي لدى مرضى الجلدية.

المنهج: منهج وصفي.

العينة: أجريت الدراسة على عينة تم اختيارها بالطريقة العشوائية الطبقية حيث بلغت (152) مريض،

بواقع (64 من الذكور و88 من الاناث).

الأدوات: تم استعمال مقياس الألم النفسي المعد من طرف الباحثين.

النتائج: كشفت الدراسة على أنه:

يوجد مستوى عالي من الألم النفسي لدى أفراد عينة البحث من المرضى.

(تهاني وآخرون، 2016، صفحة 159)

7.1.7 دراسة " شلاوشي، 2017" بالجزائر:

بعنوان: الاستجابة الاكتئابية لدى الأطفال المصابين بداء السكري المعتمد على الأنسولين.

هدفت الدراسة الى التعرف على الاستجابة الاكتئابية لدى الأطفال المصابين بداء السكري المعتمد على

الأنسولين، وذلك بالتعرف على معاشهم الجسدي، النفسي، الانفعالي، السلوكي والمعرفي.

المنهج: المنهج العيادي.

العينة: تكونت من 4 حالات مصابين بداء السكري النمط الأول.

الأدوات: المقابلة النصف موجهة، اختبار TAT.

النتائج: أسفرت النتائج على أن الأطفال المصابين بداء السكري لديهم استجابة اكتئابية متمثلة في

مجموعة من الأعراض الجسدية، النفسية، الانفعالية، السلوكية والمعرفية.

(شلاوشي، 2017، صفحة 225)

8.1.7 دراسة "سام صقور، 2018" بسوريا:

بعنوان: شدة الألم وأثرها في الحالة الانفعالية وجودة الحياة لدى عينة من مرضى السرطان.

هدفت الدراسة الى قياس شدة الألم وتقييم انعكاسه على الحالة الانفعالية (القلق والاكتئاب) وعلى جودة

الحياة لدى عينة من مرضى السرطان.

المنهج: منهج وصفي.

العينة: أجريت الدراسة على عينة مكونة من (42) مريض ومريضة.

الأدوات: تم استعمال سلم "التمثيل البصري" لقياس شدة الألم، مقياس الجانب الانفعالي للألم (الاكتئاب، القلق)، مقياس انعكاس الألم على جودة الحياة.

النتائج: كشفت الدراسة على أن:

✓ شدة الألم عند المرضى من كلا الجنسين تقدر بأنها متوسطة.

✓ يتغير أثر الألم في الحالة الانفعالية في بعد القلق حسب الجنس لصالح الاناث، ولا يوجد اختلاف بين الجنسين في بعد الاكتئاب.

✓ وجود علاقة واضحة وجلية بين الحالة الانفعالية (القلق والاكتئاب) وجودة الحياة.

(صقور، 2018، صفحة 325)

9.1.7 دراسة "جهاد براهيمية، 2018" بالجزائر:

بعنوان: الرعاية الصحية وعلاقتها بالألم النفسي لدى مرضى السرطان.

هدفت الدراسة الى التعرف على العلاقة بين مناخ الرعاية الصحية والألم النفسي لدى المرضى المراجعين لمؤسسات مكافحة السرطان.

التعرف على الفروق في مستوى الألم النفسي وفقا لمتغير الجنس، السن، نوع العلاج، مدة الإصابة. المنهج: منهج وصفي.

العينة: أجريت الدراسة على عينة مكونة من (230) مريض ومريضة بمركز مكافحة السرطان.

الأدوات: تم استعمال مقياس الألم النفسي (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) (DASS21) واستبيان مناخ الرعاية الصحية مرفق بتقنية الملاحظة والمقابلة.

النتائج: كشفت الدراسة على أنه:

✓ وجود فروق دالة في مستوى الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي وفقا للسن والجنس وذلك بارتفاعها لدى الإناث مقارنة بالذكور.

✓ وجود فروق دالة في مستوى الضغط لحساب المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي.

(براهمية، 2018، صفحة 119)

❖ دراسة "حمادي ومزاور، 2022" بالجزائر:

بعنوان: الألم النفسي لدى مبتوري الاطراف بسبب السكري.

هدفت الدراسة الى معرفة إن كان يعاني مبتوري الاطراف بسبب السكري من الألم النفسي و المتمثل في (الاكتئاب،القلق،الضغط النفسي).

المنهج: المنهج العيادي (دراسة حالة).

العينة: أجريت الدراسة على حالتين من مبتوري الأطراف السفلية.

الأدوات: تم استعمال المقابلة العيادية "نصف موجهة"، مقياس الألم النفسي (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) (DASS21).

النتائج: كشفت الدراسة على أنه:

✓ يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من الألم النفسي.

✓ يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي).

(حمادي ومزاور، 2022، صفحة 556)

2.7 الدراسات السابقة المتعلقة بآليات التعامل والسكري:

1.2.7 دراسة "Smari and Valtysdottir" ، 1997" بايسلندا:

بعنوان: التعامل مع الضغط النفسي والسيطرة على السكري.

هدفت الدراسة الى تقييم أثر أسلوب المواجهة على التكيف الانفعالي للمرض.

المنهج: المنهج العيادي (دراسة حالة).

العينة: أجريت الدراسة على 120 مصاب بداء السكري.

الأدوات: تم استعمال قائمة مواجهة المواقف الضاغطة، مقياس "القلق والاكتئاب".

النتائج: كشفت الدراسة على أن:

الذين يلجئون لتفضيل آلية التعامل المركزة على المشكل يتنبعون بنتيجة انفعالية ايجابية ملائمة، في حين

الذين اختاروا بصفة عامة آليات التعامل المركزة على الانفعال بينت النتائج معاناتهم من اضطرابات

تكيف انفعالي (حالات قلق واكتئاب).

(Smari and Valtysdottir, 1997, p. 151)

2.2.7 دراسة "فاز أزروق، 1997" بالجزائر:

بعنوان: الكفالة النفسية للمصابين بداء السكري: استراتيجيات المقاومة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي

الاجتماعي.

هدفت الدراسة الى التعرف على استراتيجيات المقاومة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي الاجتماعي.

المنهج: المنهج العيادي (دراسة حالة).

العينة: أجريت الدراسة على 07 مصابين بداء السكري (02 ذكر، 05 أنثى).

الأدوات: تم استعمال المقابلة العيادية، مقياس اختبار المقاومة، سلم التقرير الذاتي للقلق، معامل تقدير الذات، سلم فاعلية الذات.

النتائج: كشفت الدراسة على أن:

الاستراتيجيات التي تركز على المشكل في عملية المقاومة يمكنها أن تقود الى التخفيض من مستوى الضغط السيكولوجي الذي ينشأ من الإصابة بمرض السكري، وبالتالي توفير طريقة أكثر ملائمة للتوافق السيكولوجي مع وضعية المرض.

(أزروق، 1997، صفحة 223)

3.2.7 دراسة " نوارة مصاري، 2003" بالجزائر:

بعنوان: إستراتيجيات المقاومة عند المصابين بداء السكري الخاضع للأنسولين (دراسة مقارنة).

هدفت الدراسة الى الكشف عن استراتيجيات المقاومة الموظفة من طرف مجموعتين من المرضى بداء السكري الخاضع للأنسولين، احدهما أصيبت بالسكري في سن مبكرة (06-12 سنة) والأخرى أصيبت به في سن الرشد (18-20 سنة).

المنهج: التصميم البعدي.

العينة: أجريت الدراسة على 45 فرد من المصابين بداء السكري الخاضع للأنسولين (25 من الفئة الاولى و20 من الفئة الثانية).

الأدوات: تم استعمال قائمة استراتيجيات المقاومة للمواقف الضاغطة ل"اندلر وباركر".

النتائج: كشفت الدراسة على أنه:

لا يوجد اختلاف بين المصابين بالسكري في سن مبكرة عن المصابين في سن الرشد في استعمالهم لاستراتيجيات المقاومة.
(مصاري، 2003، صفحة 149)

4.2.7 دراسة "أمينة قريط ، 2006" بالأردن:

بعنوان: نوعية الحياة الصحية، الدعم الاجتماعي واستراتيجيات التكيف لدى المرضى المصابين بالسكري من النمط الثاني.

هدفت الدراسة إلى تحديد مستويات التكيف والدعم الاجتماعي، ونوع الحياة الصحية لدى مرضى السكري من النمط الثاني.

المنهج: المنهج الوصفي.

العينة: تكونت من (151) فردا (77 ذكورا و 74 إناثا)، تتراوح أعمارهم بين 30-78 سنة، جرى اختيارها عشوائيا من (8) مراكز صحية.

الأدوات: استخدمت المقابلة الشخصية، استمارة عن المعلومات الديمغرافية، وثلاثة استبيانات، هي فهرس لقياس نوع الحياة، مقياس الدعم الاجتماعي واستبيان لقياس التكيف.

النتائج : كشفت الدراسة ما يلي:

✓ وجود علاقة دالة بين نوع الحياة و العمر، والوضع الاجتماعي، والمهنة، والدخل، والتكوين الأسري، ومضاعفات السكري، ونوع العلاج المتبع، إضافة إلى ذلك تبين أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين نوع الحياة والدعم المقدم من الزوج والزوجة، والآباء، والأجداد والإخوة والأخوات، وزملاء العمل والأصدقاء.

✓ وجود علاقة دالة بين مستوى التكيف والعمر، والمهنة، المضاعفات، ومدة الإصابة بالسكري، كما تبين أن هناك علاقة دالة بين التكيف ونوع الحياة.

(قريط، 2006، صفحة 68)

5.2.7 دراسة "نعيمة طايبي، 2007" بالجزائر:

بعنوان: التعامل مع الضغط النفسي عند المصابات بمرض القلب والمصابات بداء السكري "دراسة مقارنة".

هدفت الدراسة الى الكشف عن مدى تأثير كل من مرض القلب وداء السكري على الجانب النفسي للمصابات به، وبالتحديد كيفية تعاملهن مع الضغط النفسي الناجم عن المرض.

المنهج: المنهج الوصفي المقارن.

العينة: أجريت الدراسة على 50 مصابة بداء السكري (25 منهن مصابات بداء السكري من النمط الأنسولين، 25 منهن مصابات بداء السكري من النمط الغير أنسولين)

الأدوات: تم استخدام مقياس آليات التعامل ل"بولهان، 1994".

النتائج: كشفت الدراسة على:

✓ عدم وجود فروق دالة ما بين المصابات بداء السكري من النمط الأنسولين وبين المصابات بداء السكري من النمط الغير أنسولين في استخدامهن لآليات التعامل مع الضغط النفسي.

✓ عدم وجود فروق دالة احصائيا ما بين المصابات بمرض القلب والمصابات بداء السكري في استخدامهن لآليات التعامل مع الضغط النفسي.

(طايبي، 2007، صفحة 128)

6.2.7 دراسة "حنان سليمان، 2009" بمصر:

بعنوان: المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مريض السكر النمط الأول دراسة سيكومترية إكلينيكية.

هدفت إلى التعرف على أنواع المساندة التي يمكن تقديمها لمريض السكر، وكذا التعرف إلى جنس المريض في إدراكه للمساندة الاجتماعية المقدمة له.

الفصل الأول: الإطار التمهيدي للدراسة

المنهج: المنهج الوصفي.

العينة: تكونت من 101 مصابا بداء السكري.

الأدوات: تم استخدام مقياس المساندة الاجتماعية لمريض السكر، مقياس جودة الحياة (من إعداد الباحثة: حنان سليمان).

النتائج: كشفت الدراسة على أنه:

- ✓ يمكن لبعض أنواع المساندة الاجتماعية التي تقدم من بعض مصادر المساندة دون غيرها أن تتنبأ بالدرجة الكلية لجودة الحياة وأبعادها، وكانت على الترتيب المساندة بالمعلومات من قبل الأسرة، يليها المساندة النفسية من قبل الأصدقاء، يليها المساندة المادية من قبل الأسرة.
- ✓ توجد فروق دالة بين الذكور والإناث من مرضى السكري في إدراك المساندة من قبل الأصدقاء لصالح الإناث.

(سليمان، 2009، صفحة 196)

7.2.7 دراسة "رمالي حبيبة، 2012" بالجزائر:

بعنوان: استراتيجيات المواجهة ومركز التحكم لدى مرضى السكري.

هدفت الدراسة الى التعرف على نوعية كل من استراتيجيات المواجهة ومركز التحكم لدى مرضى السكري وذلك لتقديم الكفالة المناسبة لهم.

المنهج: المنهج العيادي (دراسة حالة).

العينة: أجريت الدراسة على 08 مرضى (04 ذكور، 04 اناث).

الأدوات: تم استعمال المقابلة العيادية ومقياس استراتيجيات المواجهة ل "بولهان" ومقياس مركز التحكم ل "علاء الدين كفاي".

النتائج: كشفت الدراسة على أن:

- ✓ يستخدم المصابين بداء السكري استراتيجية آتھام الذات.
 - ✓ يلجأ المصابين من ذوي التحكم الخارجي الى استراتيجية إعادة التقييم الايجابي والتي تندرج ضمن الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال.
 - ✓ يلجأ المصابين من ذوي التحكم الداخلي الى الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل.
- (رمالي، 2012، صفحة 167)

8.2.7 دراسة "نرمين غريب، 2014" بسوريا:

- بعنوان: استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري.
- هدفت الدراسة الى التعرف على استراتيجيات المواجهة والكشف عن مجالات الضغوط النفسية التي تواجه مرضى السكري.
- المنهج: المنهج الوصفي التحليلي.
- العينة: أجريت الدراسة على عينة قوامها 345 مريض (95 مريض سكري نوع الأول، 250 مريض سكري نوع الثاني).
- الأدوات: تم استعمال مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية ومقياس الضغوط النفسية (كلاهما من اعداد الباحثة: نرمين غريب).
- النتائج: كشفت الدراسة على أن:
- ✓ المصابين بداء السكري يتعرضون لضغوط متعلقة بالعلاج بالمرتبة الأولى، ثم الضغوط المالية، الأسرية، الاجتماعية.
 - ✓ يستخدم مرضى السكري النوع الأول الاستراتيجيات السلبية.
 - ✓ يستخدم مرضى السكري النوع الثاني الاستراتيجيات الايجابية. (غريب، 2014، صفحة 305)

8.2.7 دراسة "بن سكريفة مريم، 2015" بالجزائر:

بعنوان: أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المصابين بداء السكري النوع الثاني. هدفت الدراسة الى التعرف على أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المصابين بداء السكري النوع الثاني.

المنهج: المنهج الوصفي.

العينة: أجريت الدراسة على 202 مريض (93 ذكر، 109 أنثى).

الأدوات: تم استعمال مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي المعد من طرف "كارفر".

النتائج: كشفت الدراسة على أن:

المصابين بداء السكري النوع الثاني يستخدمون أساليب مقاومة الضغط النفسي المركزة على الانفعال (تشثيت الانتباه، اللجوء للدعم الانفعالي، التنفيس، التدوين ولوم الذات) بشكل كبير مقارنة بأساليب مقاومة الضغط النفسي المركزة على حل المشكل.

(بن سكريفة، 2015، صفحة 231)

10.2.7 دراسة "حمادي ومزاور، 2021" بالجزائر:

بعنوان: الكفاءة الذاتية و علاقتها بآليات التعامل لدى مرضى السكري.

هدفت الدراسة الى الكشف عن العلاقة بين آليات التعامل والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري بنوعيه. المنهج: المنهج الوصفي.

العينة: أجريت الدراسة على 54 مريض من الجنسين (إناث، ذكور).

الأدوات: تم استعمال مقياس الكفاءة الذاتية العامة "الرالف شفارتزر"، ومقياس آليات التعامل "لفولكمان و لازاروس".

النتائج: كشفت الدراسة على أن:

✓ مستوى الكفاءة الذاتية منخفض لدى عينة الدراسة.

✓ آليات التعامل المستخدمة من طرف العينة موجهة نحو الانفعال.

(حمادي ومزاور، 2021، صفحة 1059)

3.7 الدراسات السابقة المتعلقة بالألم النفسي وآليات التعامل والبت:

1.3.7 دراسة "مهيرة سهيل خلف، 2012" بغزة:

بعنوان: مبتورو الأطراف خلال الحرب على غزة (دراسة اكلينيكية).

هدفت الدراسة الى التعرف على الحياة النفسية لدى مبتوري الأطراف والكشف عن معاناة هذه الفئة من خلال معرفة صراعاتهم ومخاوفهم ومعرفة الآليات المستخدمة في التكيف مع الحياة الجديدة بالإضافة الى الكشف عن وجود قلق المستقبل لدى عينة الدراسة.

المنهج: الاكلينيكي (دراسة حالة).

العينة: تكونت من 4 أفراد مبتوري الأطراف من أصل 148 فرد تعرض للبت في محافظة غزة.

الأدوات: الملاحظة العيادية، المقابلة العيادية، دراسة حالة، استمارة دراسة حالة لذوي الاحتياجات الخاصة ومقياس قلق المستقبل.

النتائج: توصلت الدراسة الى أن افراد العينة يعانون من قلق المستقبل ويغلب عليهم الطابع التشاؤمي واتضح آلية الكبت بشكل كبير وذلك نابع من الحاجة الى الإنجاز والحاجة الى المساندة والطمأنينة.

(خلف، 2012، صفحة 180)

2.3.7 دراسة "عطاف أبو غالي، 2014" بغزة:

بعنوان: المساندة الاجتماعية وعلاقتها بمعنى الحياة لدى حالات البتر في محافظات غزة.

هدفت الدراسة الى الكشف عن المساندة الاجتماعية وعلاقتها بمعنى الحياة لدى حالات البتر في محافظات غزة، وكذا التعرف على مستوى كل من المساندة الاجتماعية ومعنى الحياة لديهم.

المنهج: المنهج الوصفي التحليلي.

العينة: تكونت من 128 حالة من مبتوري الأطراف.

الأدوات: مقياس المساندة الاجتماعية ومقياس معنى الحياة من (اعداد الباحثة).

النتائج: توصلت الدراسة الى أن هناك مستوى جيد لكل من المساندة الاجتماعية ومعنى الحياة لدى حالات البتر.

(أبو غالي، 2014، صفحة 15)

3.3.7 دراسة " Desteli and all، 2014" بتركيا:

بعنوان: مقارنة بين مبتوري الأطراف العلوية ومبتوري الأطراف السفلية (من منظور نفسي-اجتماعي).

هدفت الدراسة الى معرفة الاستجابات النفسية لمبتوري الأطراف العلوية بالمقارنة مع مبتوري الأطراف السفلية من حيث التكيف مع الطرف الصناعي، التكيف الاجتماعية، القلق والاكتئاب، صورة الجسم.

المنهج: الوصفي.

العينة: أجريت الدراسة على 58 مبتور (20 فرد من مبتوري الطرف العلوي، 38 فرد من مبتوري

الطرف السفلي).

الأدوات: تم استعمال مقياس التكيف مع البتر "Trinity"، مقياس التكيف الاجتماعي، مقياس القلق والاكتئاب "HADS"، مقياس صورة الجسم المنقح "ABIS-R".

النتائج: كشفت الدراسة على أنه:

✓ مستوى التكيف مع البتر والتكيف الاجتماعي لدى مبتوري الأطراف السفلية أعلى بكثير من

مستوى التكيف لدى مبتوري الأطراف العلوية.

✓ مستوى القلق والاكتئاب وصورة الجسم لدى مبتوري الأطراف العلوية أعلى منه لدى مبتوري الأطراف السفلية.

(Desteli, 2014, p. 735)

4.3.7 دراسة "زهية خليل القرا، 2015" بغزة:

بعنوان: خبرة البتر الصادمة واستراتيجيات التكيف وعلاقتها بقلق الموت لدى حالات البتر في الحرب الاخيرة على غزة.

هدفت الدراسة الى التعرف على خبرة البتر الصادمة واستراتيجيات التكيف وعلاقتها بقلق الموت لدى حالات البتر وبعض المتغيرات الديمغرافية.

المنهج: الوصفي التحليلي.

العينة: تكونت من 52 فرد مبتور.

الأدوات: مقياس الخبرات الصادمة، مقياس استراتيجيات التكيف، مقياس قلق الموت.

النتائج: توصلت الدراسة الى وجود علاقة طردية ذات دلالة احصائية بين خبرات البتر الصادمة واستراتيجيات التجنب والهروب لدى مبتوري الأطراف.

(القرا، 2015، صفحة 08)

1.1.1 دراسة "ياسمين لطرش، 2015" بالجزائر:

بعنوان: التوظيف النفسي والتعبير عن الألم في حالة مرض سرطان الثدي (دراسة عيادية لتسع حالات).

هدفت الدراسة الى التعرف على إن كان:

✓ التعبير عن الألم مرتبط بنوعية العقلنة.

✓ التعبير عن الألم مرتبط بالآليات الدفاعية التي تستخدمها المصابات.

المنهج: المنهج العيادي المعتمد على دراسة حالة.

العينة: أجريت الدراسة على النساء المصابات بسرطان الثدي حيث تراوحت أعمارهن ما بين 10-43 سنة (9 حالات).

الأدوات: تم استعمال المقابلة العيادية "النصف موجهة"، اختبار تفهم الموضوع "TAT"، سلم الألم لـ "Saint Antoine".

النتائج: كشفت الدراسة على أنه:

✓ كلما كانت العقلنة ذات نوعية جيدة كلما كانت القدرة على التعبير عن الألم أسهل.

✓ نوعية الآليات الدفاعية تساهم في تسهيل القدرة على التعبير عن الألم.

(لطرش، 2015، صفحة 180)

6.3.7 دراسة "عبد الرحيم شادلي، 2017" بالجزائر:

بعنوان: انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف (دراسة حالات من منظور نفسي عيادي).

هدفت الدراسة الى التعرف على انعكاسات التعرض للبتر على الحالة النفسية للمبتور بعد مدة من تعرضه للبتر وكذا التعمق في فهم الكيفية التي يؤثر بها البتر بالإضافة الى التعرف على دور أهم العوامل المتدخلة لتحديد شكل الاستجابة.

العينة: أجريت الدراسة على 3 أفراد من الذكور تراوحت أعمارهم بين 24-33 سنة حيث تشابه سبب البتر لديهم ونوعه ومستواه.

الأدوات: المقابلة العيادية (النصف موجهة) والملاحظة الحرة (ملاحظة الايماءات، الاستجابات الغير لفظية وردود الفعل الانفعالية) بالإضافة الى اختبار تفهم الموضوع (T A T).

النتائج: كشفت النتائج عن:

- ✓ تشابه استجابات الحالات حيث عرضوا جميعا استجابة ضغط حادة.
 - ✓ انعكس التعرض للبتير في شكل نقص جسمي، شعور بالحزن والاكتئاب.
 - ✓ يستجيب المبتور على مستوى نفسي داخلي لواقع تعرضه للبتير، ويتكيف مع ذلك الواقع بطريقة تابعة أساسا لتاريخه المرضي ولنمط توظيفه النفسي.
- وجود عوامل تساهم في تعقيد شكل استجابة المبتور والمتعلقة بشدة درجة البتر وما نتج عنها من ثقل لدرجة العجز والاعاقة.

(شادلي، 2017، صفحة 07)

7.3.7 دراسة "سارة نعاب، 2017" بالجزائر:

- بعنوان: استراتيجيات المواجهة وعلاقتها بسرطان الثدي.
- هدفت الدراسة الى معرفة مدى استعمال مستأصلات الثدي لاستراتيجيات المواجهة على حسب متغير السن والحالة المدنية.
- المنهج: المنهج الوصفي.
- العينة: اشتملت على 50 مريضة (مستأصلة الثدي).
- الأدوات: مقياس استراتيجيات المواجهة ل"بولهان، 1994".
- النتائج: أظهرت أن المريضات يتبنين استراتيجيات المواجهة بمختلف أشكالها حيث لا يؤثر السن في استعمالها بقدر ما تؤثر الحالة المدنية، فالعازبات يتبنين الاستراتيجيات المركزة على الانفعال بشكل أكبر من المتزوجات.

(نعاب، 2017، صفحة 77)

8.3.7 دراسة "Sideli, and all، 2017" بايطاليا:

بعنوان: آليات التعامل والتكيف النفسي لدى المصابين بالحروق .

هدفت الدراسة الى وصف آليات التعامل التي يستخدمها المصابين بالحروق وتحليل تأثيرها على عدم الرضى عن صورة الجسم ونوعية الحياة.

المنهج: المنهج الوصفي.

العينة: اشتملت على 69 مصاب.

الأدوات: التقرير الذاتي العيادي، مقياس صورة الجسد.

النتائج: أظهرت أن المصابين يلجؤون لآلية التجنب، وأن آليات التعامل لها دور في تعديل التكيف النفسي خاصة في المراحل المبكرة من التأهيل والتعافي من الحروق.

(Sideli and all, 2017, p. 151)

9.3.7 دراسة "حموده حسن عبد العال، 2018" بغزة:

بعنوان: الضغوط النفسية لدى مبتوري الأطراف جراء العدوان الإسرائيلي على قطاع غزة.

هدفت الدراسة الى التعرف على مستوى الضغوط النفسية لدى مبتوري الأطراف جراء العدوان الإسرائيلي على قطاع غزة 2014.

كما تهدف الى معرفة الفروق في مستوى الضغوط النفسية تبعا للمتغيرات التالية: (الجنس، مكان البتر، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، العمر).

المنهج: منهج وصفي.

العينة: 51 فرد من مبتوري الأطراف في محافظات قطاع غزة.

الأدوات: مقياس الضغوط النفسية من إعداد الباحث: حموده حسن.

النتائج:

✓ يوجد مستوى متوسط من الضغوط النفسية لدى مبتوري الأطراف جراء العدوان الإسرائيلي على قطاع غزة 2014م.

✓ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط النفسية لدى مبتوري الأطراف تعزى لكل من (الجنس، الحالة الاجتماعية، مكان البتر والمستوى التعليمي).

✓ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط النفسية لدى مبتوري الأطراف تعزى لمتغير (العمر) لصالح الفئة العمرية (18-30) عام. (حموده، 2018، صفحة 343)

10.3.7 دراسة " رضا مسعودي، 2019" بالجزائر:

بعنوان: الألكستيميا لدى النساء المبتورات الثدي من جراء الإصابة بالسرطان.

هدفت الدراسة الى معرفة معدلات انتشار الألكستيميا لدى النساء المبتورات الثدي من جراء الإصابة بالسرطان. (الألكستيميا هي صعوبة في تحديد الانفعالات ووصفها)

المنهج: منهج وصفي.

العينة: اشتملت على 50 امراة مصابة.

الأدوات: مقياس الألكستيميا (TAS20).

النتائج: أظهرت أن إنتشار الألكستيميا عند النساء المبتورات الثدي مرتفع بنسبة تقدر (86%).

(مسعودي، 2019، صفحة 449)

4.7 التعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من خلال الدراسات السابقة أهمية موضوع الألم النفسي، آليات التعامل، حيث تم التطرق إلى كلا المتغيرين وكذا الربط بينهما سواءا لدى عينة المصابين بالسكري أو لدى المبتورين ، كما يتضح عدم وجود

دراسة سابقة للموضوع الحالي بمتغيراته مجتمعة معاً (الألم النفسي، آليات التعامل، البتر بسبب السكري)، وعليه سنحاول أن نبرز أهم النقاط التي استخلصت من هذه الدراسات:

1.4.7 من حيث الهدف:

يلاحظ في الدراسات التي اهتمت بموضوع الألم النفسي كانت تهدف إلى معرفة نسبة الانتشار، المستوى ومدى وجوده، بالإضافة إلى الفروق وطبيعة العلاقة التي تربطها بمتغيرات أخرى وكذا التطرق إلى عينة السكري بشكل خاص.

و يلاحظ في الدراسات التي اهتمت بموضوع آليات التعامل كانت تهدف إلى التعرف عليها والتطرق إلى عينة السكري بشكل خاص.

أما بالنسبة للدراسات التي اهتمت بموضوع الألم النفسي وآليات التعامل والبتر فيلاحظ انها كانت تهدف إلى التعرف إلى الألم النفسي وطبيعة آليات التعامل المستخدمة من طرف المبتورين بشكل خاص.

والدراسة الحالية تهدف إلى معرفة إن كان:

✓ يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من الألم النفسي.

✓ يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من الاكتئاب.

✓ يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من القلق.

✓ يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من الضغط النفسي.

✓ التعرف على آليات التعامل المستخدمة من طرف مبتوري الأطراف بسبب السكري.

2.4.7 من حيث العينة:

اختلفت العينات في الدراسات السابقة من دراسة إلى أخرى سواء من حيث العدد، الجنس، السن، الإصابة بالسكري، سبب البتر، بالإضافة إلى البيئة التي تنتمي إليها العينة.

أما ما تمتاز به دراستنا الحالية هو اختيار العينة بشكل قصدي وهم: مبتوري الأطراف بسبب السكري، وهذا ما جعل موضوع دراستنا معدوم حيث لم يتم التطرق له من حيث المتغيرات مجتمعة معا بعينة الدراسة.

كما نشير الى البيئة التي تنتمي إليها عينة الدراسة الحالية بأنها بيئة صحراوية محافظة.

3.4.7 من حيث المنهج و الأدوات:

استخدمت معظم الدراسات المنهج الوصفي التحليلي سواء لدراسة العلاقة الارتباطية أو لإجراء مقارنة، أما عن المنهج العيادي فقد تم استخدامه بمعدل 8 دراسات من أصل 30 دراسة، كما وتعددت المقاييس المستخدمة في الدراسات وهذا طبقا لهدف الدراسة وعدد العينة منها ماهو جاهز ومنها ما تم اعداده من طرف الباحثين.

وفي الدراسة الحالية استخدمنا المنهج العيادي (دراسة حالة)، واعتمدنا على مقياس:

✓ الألم النفسي من اعداد الباحثة.

✓ آليات التعامل "لفولكمان و لازاروس" (Lazarus and folkman).

و هذا لمعرفة الألم النفسي وطبيعة آليات التعامل المستخدمة من طرف مبتوري الأطراف بسبب السكري.

خلاصة الفصل:

إن للبحث العلمي خطوات وأساليب متبعة ينبغي على الباحث التطرق إليها بشكل منهجي منظم، فمن خلال الطرح السابق تم تقديم فكرة عامة لما نحن بصدد دراسته، التعرف على المشكلة الحالية وبلورتها ومن ثم صياغة فرضيات مناسبة لها والتوقف عند كل عنصر وإعطاءه حقه من الشرح، تبني مجموعة من الدراسات السابقة وإعتبارها الخطوة الأولى والمصدر الأول للإنطلاق ومن ثم التعقيب عليها بما يناسب دراستنا الحالية.

القسم الأول

الإطار النظري للدراسة

الفصل الثاني: الألم النفسي

تمهيد

1. مفهوم الألم النفسي.
2. أشكال الألم النفسي.
 - 1.2 الاكتئاب:
 - 1.1.2 تعريف الاكتئاب.
 - 2.1.2 الخصائص الاكلينيكية للاكتئاب.
 - 3.1.2 قياس الاكتئاب.
 - 2.2 القلق:
 - 1.2.2 تعريف القلق.
 - 2.2.2 الخصائص الاكلينيكية للقلق.
 - 3.2.2 قياس القلق.
 - 3.2 الضغط النفسي:
 - 1.3.2 تعريف الضغط النفسي.
 - 2.3.2 الخصائص الاكلينيكية للضغط النفسي.
 - 3.3.2 قياس الضغط النفسي.
3. النماذج المفسرة للألم النفسي.
4. قياس الألم النفسي.

خلاصة

تمهيد:

الألم قبل كل شيء هو شعور فردي يختلف كثيرا من شخص لآخر إذ تتداخل فيه عوامل بيولوجية، نفسية واجتماعية فتحدد مستواه وردة الفعل عليه، وباعتبار أن الألم النفسي ظاهرة معقدة سنتطرق في هذا الفصل الى معرفته ومعرفة أشكاله المتمثلة في الاكتئاب، القلق، والضغط النفسي وكيف تظهر خصائصه الاكلينيكية، ومن ثم التعرف على أهم النماذج المفسرة للألم النفسي وكذا طرق قياسه.

1. مفهوم الألم النفسي:

يعتبر الألم من أكثر الظواهر التي يكتنفها الغموض، فهو في الأساس خبرة سيكولوجية، وتعتمد درجة الاحساس به وبما يسببه من عجز بشكل كبير على طريقة تفسيره.

(تايلور، 2008، صفحة 482)

ولمعرفة مفهوم الألم النفسي سنتطرق لمجموعة من التعاريف وهي كالتالي:

حسب (عادل صادق، 1986) "الألم هو احساس تصاحبه استجابات غير مستحبة واي استجابة تحدث بفعل مؤثر وهذان هما شقا أي احساس مؤثر واستجابة، المؤثر هو المنبه أو الباعث أو الحافز أو السبب والاستجابة هي الخبرة التي يعيشها وخبرة الألم هي خبرة معاناة والمعاناة هي حالة نفسية اذن الألم هو خبرة نفسية".

(عادل، 1986، صفحة 15)

الألم ظاهرة عصبية نفسية معقدة ذات وجوه متعددة الأبعاد (حسية، عاطفية، معرفية، سلوكية) وقابل لتغيير بواسطة عوامل عديدة منها ما هو متعلق بالفرد "عوامل عصبية، فيزيولوجية، نفسانية" ومنها ما هو مرتبط بالمحيط "عوامل اجتماعية".

(دورون و بارو، 1996، صفحة 355)

حسب (Kroner, 1996) الألم حدث بيولوجي-نفسى-اجتماعي معقد، له مكوناته النفسية والسلوكية والفيزيولوجية. (Kroner, 1996, p. 30)

فالألم هو احساس غير سار، وهو معاناة في الجسم أو العقل، مرتبط بضرر أو مرض. يمكن أن يسبب الألم حالة من الجمود للفرد وشعور بالضغط والارهاق.

(Strong, 1999, p. 216)

حيث وضع الفيزيولوجي العصبي (R. Melzak) تعريف متكامل للألم فهو عبارة عن ظاهرة معقدة متعددة الأبعاد، تتكون من عدة مركبات مترابطة كلياً فيما بينها

(Duplan, 2002, p. 267)

وتمحورت هذه التركيبات حسب (Boureau, 1988) على ما يلي:

✓ **التركيبية الحسية:** تتوافق مع الآلية الفيزيولوجية-العصبية التي تكشف عن الرسالة المؤلمة من خلال خاصيتها، استمراريتها، شدتها وموضعها في الجسم.

✓ **التركيبية الانفعالية:** تتمثل بالحالة المزعجة التي يشعر بها المريض مع امكانية تطورها الى حالة أكثر تعقيداً كالقلق والاكتئاب.

✓ **التركيبية المعرفية:** تشير الى العمليات العقلية ومن خلالها تتحدد السلوكيات المتبناة من قبل المريض، اما بتجاهل المرض او التعايش معه.

✓ **التركيبية السلوكية:** تشمل التعبيرات اللفظية من صراخ وغير لفظية كالتهييج، تبرز هذه التركيبية من خلال الأنشطة اليومية الاعتيادية، كالشهية للطعام، النوم، القدرة الجنسية... الخ.

التركيبية الاجتماعية: تتجلى بطرق متنوعة حسب نمط الشكوى، اذ يرتبط الألم بالحالة المهنية، الوسط الاجتماعي، المستوى الدراسي ونظام التأمين الصحي.

(صقور، 2018، صفحة 336)

ويعتبر (محمود فوزي، 2006) الألم هو ذلك الشعور الحسي والنفسي غير المستحب الذي يصاحب اصابة أنسجة الجسم، أو التعبير عن الاصابة التي تؤثر على المريض. (فوزي، 2006، صفحة 06)

حسب (محمد عبد الله، 2012) الألم خبرة ذاتية تتضمن أحاسيسنا، انفعالاتنا، أفكارنا وسلوكنا وبما أن الألم خبرة ذاتية فربما يكون التعريف الأمثل له هو ما يجربنا به المريض.

(عبد الله، 2012، صفحة 425)

يرى (Gellman, 2013) الألم هو ظاهرة حسية ضارة توفر معلومات للكائن الحي حول حدوث أو تهديد بالضرر، فالألم تجربة متعددة الأبعاد والتي تنتج من تفاعل معقد بين المكونات البيولوجية والنفسية ويتأثر كذلك بعوامل سلوكية واجتماعية.

(Gellman, 2013, p. 40)

✓ **البعد الحسي:** هو مجموع الاحساسات التي تسمح لنا بتحديد موقع الألم، نوعه، مدته وشدته ففي مجال الممارسة العيادية يطرح المختص على المريض "صف لنا بماذا تحس؟"

✓ **البعد المعرفي:** يشمل السياقات الذهنية مثل الانتباه، الذاكرة، ويطرح السؤال التالي: "ما هو الألم حسب تفكيرك؟"

✓ **البعد السلوكي:** يعبر عنه بمجموع التظاهرات اللفظية وغير اللفظية الصادرة عن الشخص المريض.

✓ **البعد الانفعالي:** يتم التعبير عنه حسب شدة الألم ومدى ازمانه، يظهر في شكل خوف، قلق، اكتئاب.

(Pérrier & Fondras, 2004, p. 10)

كما تعرف الجمعية العالمية لدراسة الألم The International Association for the Study of Pain (IASP) الألم على أنه "خبرة مزعجة من الاحساس والمشاعر ترتبط بتضرر فعلي أو ممكن للأنسجة أو يتم وصفه بمفاهيم مثل هذا التضرر". (جميل، 2016، صفحة 411)

وعليه فان الألم النفسي "هو خبرة نفسية وتجربة سيكولوجية تشتمل على الاحساس بالمعاناة وترتبط بمتعاب الجسد وعذابه، والجسد الذي يتعذب هو جسد يعاني ألما والنفس التي تتعذب هي نفس تعاني ألما".

(عادل، 1986، صفحة 26)

يرى كل من (David & Jacob, 1997) ان الألم النفسي هو خبرة شخصية.

(Jacob & David, 1997, p. 3)

فكل فرد منا يحمل في ذاته مفهوم الألم ويعيشه كتجربة ذاتية، فبالرغم من تعرض الأشخاص لمثيرات مدركة (حسية-عصبية) إلا أنهم لا يتجاوبون بنفس الطريقة، اذ تختلف الاستجابة للألم من فرد لآخر وذلك حسب حالته الانفعالية، الوجدانية، ومدى حافزته.

(Diagne, 1998, p. 5)

وحسب (Boureau) الألم النفسي هو ظاهرة نفسية-جسمية لأنه عبارة عن سيرورة نفسية تأتي كاستجابة لاعتداء معين يصيب الجسم.

(Boureau, 1988, p. 08)

إذ ينطلق ادراك المريض للألم على أنه خبرة معقدة: فهو ليس مجرد رد فعل لتلف جسمي، بل نتيجة لما يولده الألم من اثار نفسية و سلوكية.

(تايلور، 2008، صفحة 486)

حيث نجد أن التعبيرات المؤلمة عند المريض تتأثر بإدراكه وفهمه لبيئته الثقافية، الاجتماعية، العائلية وخبراته السابقة عن الألم فالعوامل البيولوجية، النفسية، الثقافية والاجتماعية تسهم في إدراك المريض وتعبيره عن الألم. (Cathébras, 2009, p. 521)

في دراسة اجراها (Wade,1990) هنالك خمسة أحاسيس أساسية مصاحبة لإدراك الألم: الاكتئاب، القلق، الحرمان، الغضب والخوف التي يعبر عنها المريض على شكل اعراض.

(Wade J. B., 1990, p. 303)

يؤدي الألم عادة الى تدني مستوى نشاط الفرد، والى تراجع في قدراته الحركية ويشكل هذا التحول عنصراً هاماً من خبرة الألم كما تميل ردود الأفعال الانفعالية لمن يعانون من الآلام المزمنة الى القلق والاكتئاب، وهي ردود فعل تعتبر جزءاً لا يتجزأ من خبرة الألم.

(تايلور، 2008، صفحة 479)

بعد التطرق الى مختلف التعريفات الخاصة بالألم النفسي فيمكننا تعريفه في الدراسة الحالية على أنه خبرة انفعالية غير سارة يمر بها الفرد بسبب إصابة عضوية حيث تظهر على شكل اكتئاب، قلق وضغط نفسي.

2. أشكال الألم النفسي:

1.2 الاكتئاب:

يعكس الاكتئاب مشاعر اليأس وفقدان الأمل، التي غالباً ما تصاحب خبرات الألم طويلة الأمد، والتي لا تستجيب للعلاج فالألم وحده ليس كافياً لتطوير الاكتئاب لكنه يؤدي الى تدني مستوى نشاط الفرد واحساسه بالسيطرة مما يقود الى الاكتئاب.

والاكتئاب بدوره يغذي خبرة الألم نفسه أو يزيد من احتمالات حدوث السلوكيات المرتبطة بالألم كترك العمل.

(تايلور، 2008، صفحة 492)

للاكتئاب تعريفات متعددة لاختلاف وجهة نظر العلماء واختلاف توجهاتهم النظرية بالإضافة الى التعديلات المستمرة في الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية DSM والتصنيف العالمي

للأمراض العقلية ICD وعليه سنتطرق لأهم التعريفات حسب التسلسل الزمني ومن ثم نستنج التعريف المناسب والذي سنتبناه للدراسة الحالية والتي ساهمت في بناء مقياس الألم النفسي المعتمد عليه.

1.1.2 تعريف الاكتئاب:

تشير الدراسات الى أن ما يزيد عن نصف المصابين بألم مزمن يعانون من الاكتئاب فاستمرار الاعراض لفترة طويلة يعني حتما اصابة صاحبها بحالة الاكتئاب النفسي.

(سوانسون، 2000، صفحة 51)

اذ يعرف على أنه استجابة لا تكيفية مبالغ فيها وتتم بوصفها نتيجة منطقية لمجموع التصورات والادراكات السلبية للذات أو الموقف الخارجي أو المستقبل أو للعناصر الثلاث مجتمعة.

(المحمداوي، 2008، صفحة 91)

حيث يرى (هوفمان، 2012) الاكتئاب بوجه عام هو نتاج استراتيجيات المواجهة اللا تكيفية للضغط مع وجهة النظر السلبية عن الذات وعن العالم وعن المستقبل والتركيز الإنتباهي الشديد عن المظاهر السالبة للمثير.

(هوفمان، 2012، صفحة 168)

يعرفه (Beck, 1987) أنه أحد الاضطرابات الوجدانية التي تتسم بحالة من الحزن الشديد، وفقدان الحب وكراهية الذات، الشعور بالتعاسة، فقدان الأمل وعدم القيمة، نقص النشاط والاضطراب المعرفي المتمثل في النظرة السلبية للذات، وانخفاض تقديرها، وتشويه المدركات وتحريف الذاكرة، توقع الفشل في كل محاولة ونقص التفاعلية.

(Beck, 1987, p. 120)

يشير "الزيور، 1975" الى أن الاكتئاب حالة من الألم النفسي يصل في الميلاخوليا الى حرب من الجحيم والعذاب المصحوب بالإحساس بالذنب الشعوري، انخفاض ملحوظ في تقدير الذات ونقصان في النشاط العقلي الحركي والحشوي. (أحمد، 2018، صفحة 474)

الفصل الثاني: الألم النفسي

ومن المظاهر الواضحة لحالة الميلائنخوليا في النبذ الواضح المؤلم الشديد العميق وإلقاء الاهتمام الخارجي وفقدان المقدرة على الحب وكف كل الأنشطة وتهميط كل مشاعر النظر للذات تظهر في تأنيب الذات وتتجمع في موقع العقاب الهدياني، يشترك اتباع "فرويد" في تأكيد النكوص الى المستوى الفموي في تطور اللبيدو يزيد مركزية الذات وتوتر التناقض الوجداني ويشل المقدرة على الحب فتظهر الكراهية، هذه تؤدي المشاعر مقفرة فاذا اتجهت للذات كان الاكتئاب. (كامل، 1998، صفحة 21)

المعهد الأمريكي للصحة العقلية على أنه عبارة عن خلل في سائر الجسم والأفكار والمزاج ويؤثر على نظرة الانسان لنفسه ولما حوله من أشخاص وما يحدث من أحداث بحيث يفقد المريض توازنه الجسدي والنفسي والعاطفي. (حجازي، 2013، صفحة 11)

يعرفه "أحمد عبد الخالق" بأنه حالة انفعالية عابرة أو دائمة تتصف بمشاعر الانقباض، الحزن، الضيق وتشيع فيها مشاعر كالهلم، الغم، الشؤم، القنوط، الجزع، اليأس، العجز وتترافق هذه الحالة مع أعراض تمس الجوانب الانفعالية، المعرفية، السلوكية والجسمية، تتمثل في نقص الدافعية، عدم القدرة على الاستمتاع، فقدان الوزن، ضعف التركيز، نقص الكفاءة والأفكار الانتحارية.

(عبد الخالق، 2011، صفحة 168)

2.1.2 الخصائص الاكلينيكية للاكتئاب:

حسب ICD-10 (التصنيف الدولي للأمراض النفسية):

يعاني الشخص عادة من انخفاض في المزاج، فقد التلذذ(الاستمتاع) والاهتمام بالأشياء وانخفاض في الطاقة يؤدي الى سرعة التعب ونقص النشاط ويشيع الشعور بالتعب الشديد حتى بعد أقل مجهود، ومن الأعراض الشائعة الاخرى:

(أ) ضعف التركيز والاهتمام.

(ب) انخفاض احترام الذات والثقة بالنفس.

(ت) أفكار عن الشعور بالذنب أو فقدان القيمة.

الفصل الثاني: الألم النفسي

- (ث) يبدو المستقبل مظلمًا مع نظرات تشاؤمية.
 (ج) تنتاب المريض رغبة في إيذاء نفسه أو الانتحار.
 (ح) يضطرب النوم.
 (خ) تضعف الشهية للطعام.

(ICD-10، 1999، صفحة 129)

يتم تحديد الاكتئاب في ICD-10 (التصنيف الدولي للأمراض النفسية) من خلال عدد معين من الأعراض التي توجد مع بعضها في الوقت نفسه وينبغي ان تستمر موجودة عبر فترة زمنية معينة ولا يمكن تفسيرها بأية أمراض أو أوضاع أخرى.

جدول رقم (01): أعراض الاكتئاب. (جميل، 2016، صفحة 180)

| الدافعي Motivational | التخيلي Imaginative المعرفي Cognitive | النفسي - الإعاشي Psycho- Vegetative | الانفعالي Emotional | السلوكي/الحركي Behavior/Motoric صورة الظهور |
|--|---|---|---|--|
| توجهات نحو الفشل، سلوك انسحابي أو تجنب، الهروب أو تجنب تحمل المسؤولية، خبرة فقدان السيطرة، مشاعر العبء الثقيل، اليأس والانسحاب | إتجاه سلبي نحو الشخص نفسه، واتجاه المستقبل (تصورات تخيلية للمأزق) التشاؤم، النقد الذاتي المستمر، عدم الثقة، توهم المرض، بطء التفكير | عدم الاستقرار الداخلي، التوتر، الاستثارة، بكاء، تعب، ضعف، أرق، تغيرات مزاجية عبر اليوم، حساسية للطقس، فقدان الشهية والوزن | مشاعر القنوط أو الانقباض، اليأس، التشتت، فقدان الأمان، الذنب، العداوة، الهم، الشعور بفقدان السند، مشاعر | وضعية الجسد: واهنة، انحناء في الظهر، تراخ، تباطؤ في الحركة، اهتياج، عدم هدوء، عصبية، حك اليدين وما يشبه ذلك. تعابير الوجه: |

الفصل الثاني: الألم النفسي

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| وجه حزين، باك، مهموم، التواء زاوية الفم، تجاعيد معمقة، تعابير جامدة وعصبية أحيانا ومتأرجحة التوتر. | فقدان الأحاسيس (العواطف) البعد عن المحيط. | واللبيدو، أوجاع إعاشية عامة من بينها ضغط على الرأس وآلام في المعدة واضطرابات هضمية. | ومشقة فيه، مشكلات في التركيز، انشغال دائري، توقع العقوبات أو الكوارث، تصورات هذيانية | وصولاً حتى الانتحار أو ازدياد التعلق بالآخرين |
| الكلام: منخفض، على الوتيرة نفسها، بطيء، انخفاض عام في النشاط قد يصل للسبات، القليل من التنوع، محدودية مجال الحركة، مشكلات عند المواجهة العملية لمشكلات الحياة اليومية، فقدان الاهتمام، فقدان الدافعية، مشاعر الإرهاق الزائد والعبء الثقيل، انسحابية. | عند التشخيص لا بد من الانتباه الى ضغط الدم ومستوى السكر في الدم ونقص الكالسيوم والى نسبة الحديد ونقص السيروتونين والأدرنالين أو الفرط فيهما. | على نحو التصورات الآتمة وتصورات الفقر، تصورات عدم الكفاية، تصلب أو جفاف في مستوى الطموح، أفكار عديمة حول المآزق وفقدان الهدف الخاص من الحياة، أفكار انتحارية. | | |

التعليق على الجدول رقم (01): تظهر أعراض الاكتئاب حسب "جميل، 2016" على مستوى الجوانب التالية: الجانب السلوكي الحركي (من خلال وضعية الجسد، تعابير الوجه، كيفية الكلام)، الجانب الانفعالي (مختلف المشاعر التي توحى باليأس)، الجانب النفسي الإعاشي (اضطرابات في النوم والأكل)، الجانب التخيلي المعرفي (تصورات سلبية موجهة للذات)، الجانب الدافعي (إنعدام الدافع والمرور الى الفعل الانتحاري).

الفصل الثاني: الألم النفسي

- قام " Blackburn and Cottraux, 2001 " بتحديد دقيق لأعراض الاضطراب حيث تتمثل في:
- الاكتئاب هو تناذر يطغى عليه المزاج السوداوي الذي يتجسد في التعبير اللفظي وغير لفظي للانفعالات الحزينة أو الحصرية كما تحتوي على العديد من الاضطرابات التي تؤثر على الكثير من الوظائف:
- ✓ اضطرابات الوظائف الإعاشية: الأرق زيادة أو انخفاض، التغذية زيادة أو انخفاض، فقدان الليبيدو، انخفاض الطاقة.
 - ✓ اضطرابات الوظائف المعرفية: فقدان تقدير الذات، التردد، التشاؤم، اليأس، ظهور أحلام مزعجة، مواقف سيكولوجية سلبية على العموم.
 - ✓ اضطرابات الوظائف الارادية (الحافزية): عجز في النشاط، فقدان الاهتمام والاستمتاع، الرغبة في الهروب بواسطة الانتحار.
 - ✓ اضطرابات سلوكية: اثباط نفسي حركي أو تهيجه، انخفاض السلوكيات النشطة المنتجة وزيادة السلوكيات السلبية والغير منتجة.
- بالإضافة الى درجة معينة من التحطم النفسي أو البدني الذي لا يظهر في المقام الأول.

(Blackburn & Cottraux, 2001, p. 2)

حسب الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية الاصدار الخامس:

A. تواجد خمسة أو أكثر من الاعراض التالية لنفس الأسبوعين والتي تمثل تغيرا عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الاعراض يجب ان يكون اما (1) مزاج منخفض أو (2) فقد الاهتمام أو المتعة.

(1) مزاج منخفض معظم اليوم، يعبر عنه اما ذاتيا (الشعور بالحزن أو بالفراغ أو باليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين.

(2) انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريبا، ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين.

(3) فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، كسب الوزن أو انخفاض الشهية أو زيادتها كل يوم تقريبا.

(4) أرق أو فرط نوم كل يوم تقريبا.

(5) هياج نفسي حركي أو خمول كل يوم تقريبا (ملاحظ من قبل الآخرين وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتململ أو البطء).

(6) تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريبا.

(7) أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب والذي قد يكون توهميا كل يوم تقريبا، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضا.

(8) انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم كل يوم تقريبا (أما بتعبير شخصي أو بملاحظة الآخرين).

(9) أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط) أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

B. تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

C. لا تعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى.

(DSM5, 2013, p. 75)

الاكتئاب هو رد فعل متأخر للمرض المزمن وذلك لأن المريض كثيراً ما يحتاج الى بعض الوقت حتى يستوعب أبعاد الحالة التي يعاني منها، فأتثناء المرحلة الحادة من المرض وعقب التشخيص مباشرة يكون على المريض اتخاذ قرارات ملحة: فقد يدخل المستشفى أو ينتظر المعالجة. ولا تكمن أهمية الاكتئاب فيما

يتسبب به من ضيق ومعاناة فحسب وإنما فيما يمكن أن يخلفه من آثار في الاعراض واحتمالات تأهيل المريض أو شفائه.

(تايلور، 2008، صفحة 519)

من خلال ما سبق واستنادا الى معايير التشخيص تعرف الباحثة الاكتئاب "هو شكل من أشكال الألم النفسي وهو عبارة على استجابة لا تكيفية، تظهر من خلال الأعراض التي تمس الجانب السلوكي الحركي، الجانب الانفعالي، الجانب النفسي الإعاشي، الجانب التخيلي المعرفي، الجانب الدافعي".

3.1.2 قياس الاكتئاب:

قد يشكل قياس الاكتئاب عند المريض المزمّن مشكلة: فالعديد من العلامات الجسمية للاكتئاب، كالتعب وقلة النوم وفقدان الوزن، قد تكون نفسها علامات للمرض أو آثار جانبية للمعالجة، فإذا كانت الاعراض الاكتئابية تعزى للمرض أو العلاج فقد لا تكون دلالتها واضحة، وبالتالي قد يبقى الاكتئاب دون علاج، وتبدو هذه المسألة مشكلة حقيقية بصورة خاصة في الأمراض التي تصيب وظائف الدماغ، كالسرطان والجلطة الدماغية والسكري والايذز والصرع.

ومن الصعوبات الأخرى أمام التشخيص والعلاج المناسبين، غياب معايير تشخيص الاكتئاب عند مثل هؤلاء المرضى، ففي كثير من الحالات يبقى الاكتئاب دون علاج وذلك لسبب بسيط وهو أن الكثير من الناس يفترضون بأن شعور المريض بالاكتئاب بعد تشخيصه بمرض مزمن هو أمر متوقع وطبيعي، وأن اعتقاد الشخص الذي يقوم على رعاية المريض المزمّن بأن الاكتئاب أمر متوقع وأنه نتيجة منطقية للمرض، ربما يؤدي إلى حرمان المريض من المعالجة النفسية المثمرة.

(تايلور، 2008، صفحة 520)

مقياس هاميلتون: (Hamilton Depression Scale) يرمز له اختصاراً (HAMD)

يحتوي المقياس على 17 عبارة يتم من خلالها تقدير حالة الاكتئاب، مدى وجودها، مشاعر الذنب، أفكار الانتحار، الأرق المبكر والمتوسط والمتأخر، النشاط وتباطؤ العمليات العقلية والتهيج، القلق،

الفصل الثاني: الألم النفسي

الأعراض الجسمية للقلق، اضطرابات المعدة والأعراض الجسدية العامة، الأعراض الجنسية، وساوس المرض، نقص الوزن والتبصر.

(Hamilton, 1967, p. 179)

من أكثر المقاييس تقديرا للإكتئاب من قبل الفاحص.

يتيح المقياس تشخيص الاضطرابات الاكتئابية وتقدير مدى شدتها.

يتم من خلاله اختبار مدى فاعلية غالبية مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة، وذلك من خلال التعديلات في الدرجات المحققة عليه.

يعد مقياس هاملتون للاكتئاب (Hamilton ;1986) الأداة التقليدية في التقييم لتقدير شدة الأعراض الاكتئابية وهذا على الرغم من أن غالبية المستخدمين غير راضين عن البنود (الاختيار، الصياغة) وعن فئات التقييم (التدرج) ومع ذلك قلما نجد اليوم دراسة في الاكتئاب لا تأخذ "HAMD" بعين الاعتبار.

(جميل، 2016، صفحة 196)

مقياس الاكتئابية: (Depressivity Scale)

هو مقياس ألماني من إعداد (Zerssen) وله صيغتان متكافئتان تتألف كل منهما من 16 بند. يقوم المفحوص بتقييم مدى انطباقها عليه.

يقيس هذا المقياس الأعراض الاكتئابية وتعكر المزاج الاكتئابي والقلق المثار (أو المتهيج).

للمقياس معايير ثبات وصدق جيدة. (Zerssen.D, 1976, p. 9)

مقياس بيك: قائمة بيك للاكتئاب

تم تصميم القائمة في صيغتها الأولى عام 1961 استنادا الى الملاحظات العيادية للمرضى الاكتئابين، وتم تحديد أكثر الأعراض أو الشكاوى انتشارا لديهم وجعلت في 21 بندا تقيس المزاج. الحزين، التشاؤم،

الفصل الثاني: الألم النفسي

الفشل، عدم الرضى، مشاعر الذنب، البكاء، التهيج أو القابلية للإثارة، الانسحاب الاجتماعي، عدم القدرة على اتخاذ القرار، اضطرابات النوم، فقدان الشهية والوزن.. الخ.

لم يتم الاستناد إلى خلفية نظرية معينة في إعداد القائمة، ومن هنا يمكن أن تكون مقبولة من قبل الإكلينكيين والمختصين النفسيين الأطباء من الاتجاهات النظرية المختلفة الذين يهتمون بالقياس، ولا تتأثر قدرة القائمة التنبؤية بالسن أو بالجنس أو بالتقسيم التصنيفي الطبي النفسي.

وتعتبر النسخة المعربة لأحمد عبد الخالق من أدق النسخ استخداما حيث قام بتعريبها وتقنينها ونشرها سنة 1996 بتصريح من آرون-بيك.

ومن مميزات هذه الصيغة المعربة خضوعها لإجراءات تعريب دقيقة، الترجمة والترجمة العكسية، التطبيق التجريبي على مفحوصين يتقنون اللغة العربية واللغة الانجليزية وتطبيق الصيغتين عليهم، حيث بلغ معامل الارتباط بين الصيغتين 0.96.

تعتبر القائمة سهلة التطبيق لا تحتاج لأكثر من عشر دقائق للأشخاص "العاديين"، وقد يستغرق تطبيقها فترة أطول في حال كون المفحوص مكتئبا ويعاني من كف الدافعية أو نقص في القدرة على اتخاذ القرار أو عندما يكون المفحوص متقدما في السن.

(رضوان، 2003، صفحة 15)

أما في البيئة الجزائرية قام "بشير معمرية، 2010" بتقنين قائمة آرون بيك الثانية للاكتئاب على عينات من الجنسين حيث تم التحصيل على الخصائص السيكو مترية للمقياس من خلال حساب معامل الصدق بثلاث طرق: الصدق التمييزي، الصدق الاتفاقي، الصدق التعارضي وحساب الثبات بطريقتين: طريقة إعادة تطبيق الاختبار وطريقة تطبيق القائمة وتصحيحها وتقدير درجة المفحوص.

يتبين من معاملات الصدق والثبات التي تم الحصول عليها، أن قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب تتميز بشروط سيكو مترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية مما يجعلها صالحة للاستعمال بكل اطمئنان سواء في مجال البحث النفسي أو مجال التشخيص العيادي. (بشير، 2010، صفحة 101)

2.2 القلق:

يعد القلق من أكثر الشكاوى التي يراجع بسببها المرضى العلاج فهو يمكنه أن يكون عارما في شدته ويتوافق مع عدد كبير من الأعراض الجسدية الكثيفة، الا أن القلق كذلك هو شعور غير نوعي بدرجة كبيرة يظهر في سياق الكثير من الشكاوى النفسية.

(جميل، 2016، صفحة 236)

ولقلق تعريفات متعددة لاختلاف وجهة نظر العلماء واختلاف توجهاتهم النظرية بالإضافة الى التعديلات المستمرة في الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية DSM والتصنيف العالمي للأمراض العقلية ICD وعليه سنتطرق لأهم التعريفات حسب التسلسل الزمني ومن ثم نستنتج التعريف المناسب والذي سنتبناه للدراسة الحالية والتي ساهمت في بناء مقياس الألم النفسي المعتمد عليه.

1.2.2 تعريف القلق:

القلق استجابة شائعة تظهر مباشرة بعد تشخيص المرض، حيث تخور قوى العديد من المرضى ويجسسون بالعجز إزاءها يمكن أن ينطوي عليه المرض المزمن من تغير في حياتهم ومن احتمالات الموت، وقد يظهر القلق على فترات متقطعة أثناء المرض حيث لوحظ تدني ضبط الغلوكوز وزيادة الاعراض لدى مرضى السكري الذين يعانون من القلق.

(تايلور، 2008، صفحة 518)

يعرفه قاموس علم النفس الطبي: القلق يعبر عن ألم وتعب داخلي ناتج عن الشعور بالخوف من شيء مجهول غير حاضر وكذا توقع خطر خارجي لا يملك الفرد أمامه أي وسيلة للمواجهة.

(sillamy, 1999, p. 74)

حسب "Freud. S" القلق هو نوع من الانفعال المؤلم يكتسبه الفرد خلال المواقف التي يصادفها، فهو يختلف عن بقية الانفعالات الأخرى غير السارة كالشعور بالإحباط أو الغضب أو الغيرة لما يسببه من تغيرات جسمية داخلية يحس بها الفرد وأخرى خارجية تظهر على ملامحه بوضوح.

(الخالدي، 2002، صفحة 116)

حسب "Servant. D" هو إدراك وتوقع للخطر والتهديد خلال وضعية معينة، يمكن أن يصبح مبالغ فيه فيصعب السيطرة عليه مما يولد صعوبات في التكيف عند الشخص.

(Servant, 2007, p. 196)

يرى "George. F" أن القلق ظاهرة طبيعية موجودة في الحياة كما هي ظاهرة مهمة، وتعتبر إشارة نفسية مرضية حيث يظهر القلق المرضي أكثر شدة وتكرارا واستمرارا من القلق العادي وغير متناسب مع الحدث، كما انه يشل جهود التكيف لدى الفرد ويعرقل الوظائف النفسية، الاجتماعية والفيزيولوجية لديه.

(George, 2010, p. 79)

القلق اضطراب نفسي يتمثل في رد فعل نفسي جسدي بحيث يصحب الفرد من الناحية النفسية شعورا بالتوتر الشديد، الانزعاج، الضيق، الخوف من موضوع مجهول عند تعرض الفرد لموقف مهدد وهذا الشعور يكون مصحوبا بصراع داخلي وموجة من الأفكار المؤلمة التي لا تتوقف ولا يتحكم فيها الفرد، أما من الناحية الجسمية يظهر ضيق في التنفس، زيادة ضربات القلب، الاعياء، التعب الشديد، اضطراب النوم والأكل، آلام في المعدة والأطراف، الشعور بالصداع وغيرها نتيجة لاستثارة الجهاز العصبي.

(عباس، 2015، صفحة 23)

تشير "النبال" أن القلق هو المفهوم المركزي في علم الامراض النفسية والعقلية والعرض الجوهري المشترك في الاضطرابات النفسية، كما أنه السمة المميزة لعديد من الاضطرابات السلوكية.

(سعيد، 2002، صفحة 13)

توصل "سبيلبرجر، Spiellberger" الى التمييز بين جانبيين للقلق يشمل أولهما على سمة القلق في حين الجانب الثاني هو القلق كحالة، حيث هذا الأخير هو عبارة عن حالة انفعالية موقفية مؤقتة وتعتمد بصورة أساسية ومباشرة على الظروف الضاغطة وتختفي هذه الحالة مع اختفاء مصدر التهديد، بمعنى يشير القلق كحالة اذن الى حالة انفعالية مؤقتة أو حالة الكائن الإنساني التي يتسم بها داخليا وذلك لمشاعر التوتر والخطر المدركة شعوريا والتي تزيد من نشاط الجهاز العصبي الذاتي فتظهر علامات حالة القلق وتختلف حالات القلق هذه في شدتها وتقلبها معظم الوقت.

(نايت، 2018، صفحة 269)

أما القلق كسمة فهو يعد استعدادا سلوكيا مكتسبا في معظمه ويستمد اصوله وخبراته طفولية مبكرة مؤلمة تظل كامنة في شخصية الفرد ولصيقة به أكثر من كونها مرتبطة بحجم التهديد في المواقف أو الموضوعات التي يستجيب لها بالتوتر وتنطوي على كل هذا الخطر الأمر الذي يجعل الفرد ذو القلق المرتفع أكثر استهدافا لاستشعار الخطر وفقدان الاستقرار وتوقع الشر من موضوعات أو مواقف لا تنطوي على كل هذا الخطر.

(ياسين، 2015، صفحة 35)

2.2.2 الخصائص الاكلينيكية للقلق:

ان الإحساس بالقلق يكون مشتركا بين الحالات العادية والمرضية اين يكون الاختلاف في الشدة والدرجة، وجب معرفة إذا ما كان القلق يشكل الصورة الجوهرية أو الثانوية عند الحالة المرضية لهذا إن وجود القلق كعرض رئيسي عند الحالة لا ينفى اشتراكه مع اضطراب آخر.

ويشخص القلق المعمم حسب ICD-10 (التصنيف الدولي للأمراض النفسية):

السمة الأساسية هي قلق عام مستديم ولكنه لا يقتصر أو حتى يسيطر بشدة في حالة بيئية خاصة (أي أنه يطفو بجرية فوق كل المواقف).

الفصل الثاني: الألم النفسي

وكما هي الحال بالنسبة لاضطرابات القلق الأخرى فإن الأعراض المهيمنة في كل حالة تتباين تباينا كبيرا، ولكن يشيع الإحساس بالعصبية طوال الوقت، بالرعدة، التوتر العضلي، العرق، الدوار، الخفقان، الدوخة، حس الانزعاج أعلى البطن وقد يقلقه ويجعله متشائما، التفكير بأنه شخص أو أحد أقربائه سوف يمرض قريبا أو يصاب في حادثة، ذلك بالإضافة الى مخاوف وتوقعات سيئة أخرى ويشيع هذا المرض بمعدل أكثر بين النساء ويرتبط عادة بوجود حالات كرب بيئية مزمنة اما مساره فمتباين ويميل الى ان يكون متذبذبا ومزمنا، والدلائل التشخيصية كالتالي:

يشترط أن يعاني الشخص من أعراض قلقية أولية في أغلب الأيام ولمدة عدة أسابيع متصلة على الأقل، وعادة لمدة شهر، تشمل هذه الأعراض عادة عناصر من:

أ- توجس (مخاوف بشأن مشاكل في المستقبل، إحساس بالانفعال، صعوبة في التركيز، الشعور بعدم الكفاية لدرجة أنه على شفير الهاوية. الخ).

ب- توتر حركي (تململ، صداع عصبي، رعشة، عدم القدرة على الاسترخاء).

زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل (دوار، عرق، سرعة ضربات القلب أو سرعة التنفس، إحساس بانزعاج أعلى البطن، دوخة، جفاف بالفم.. الخ).

(ICD-10، 1999، صفحة 150)

حسب الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية الاصدار الخامس:

A. قلق زائد وانشغال (توقع توجس) يحدث أغلب الوقت لمدة ستة أشهر على الأقل، حول عدد من الأحداث أو الأنشطة (مثل الأداء في العمل أو المدرسة).

B. يجد الشخص صعوبة في السيطرة على الانشغال.

C. يصاحب القلق والانشغال ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الستة التالية (مع تواجد بعض الأعراض على الأقل لأغلب الوقت لمدة الستة أشهر الأخيرة).

1. تململ أو شعور بالتقييد أو بأنه على الحافة.

2. سهولة التعب.
 3. صعوبة التركيز أو فراغ العقل.
 4. استشارة.
 5. توتر عضلي.
 6. اضطراب النوم (صعوبة الدخول في النوم أو البقاء نائما أو النوم المتلطم ولا مرضي).
- D. يسبب القلق أو الانشغال القلبي أو الأعراض الجسدية احباطا سريريا أو انخفاضا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات أخرى هامة من الأداء.
- E. لا يعزى الاضطراب للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلا إساءة استخدام عقار، دواء) أو حالة طبية أخرى (مثلا فرط نشاط الدرق).
- لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بمرض عقلي آخر، كالقلق أو الانشغال حول حصول هجمات الهلع في اضطراب الهلع، التقييم السلبي، كما في اضطراب القلق الاجتماعي، العدوى والوساوس الأخرى، كما في الوسواس القهري وما يذكر بالأحداث المؤلمة، كما في اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، وليس الانفصال عن شخص متعلق به كما اضطراب القلق، اكتساب الوزن كما في القمه العصبي، الشكاوي الجسدية، في اضطراب العرض الجسدي، ظهور العيوب المتصورة في اضطراب تشوه شكل الجسم، وجود مرض خطير في اضطراب قلق المرض، او محتوى الأوهام في الفصام أو الاضطراب التوهمي.

(DSM5، 2013، صفحة 97)

من خلال ما سبق واستنادا الى معايير التشخيص تعرف الباحثة القلق "هو شكل من أشكال الألم النفسي وهو عبارة على استجابة لا تكيفية مستمرة غير متناسبة مع الحدث الضاغط".

3.2.2 قياس القلق:

يرتفع القلق عندما يتوقع الفرد تغيرا جوهريا في نمط حياته نتيجة المرض أو علاجه أو عندما يشعر بالاعتمادية على أخصائي الصحة، أو عند توقعه عودة النوبة المرضية أو حين يفتقر للمعلومة الصحيحة حول طبيعة مرضه أو علاجه، والمحزن في الأمر أن هذا الموقف الأخير ليس نادر الحدوث ومع أن القلق الذي يعزى للمرض مباشرة قد يقل مع الوقت، إلا أن القلق حول احتمال ظهور مضاعفات والأبعاد المستقبلية للمرض وأثره على نواح حيوية من حياة الفرد مثل العمل والترؤيح ربما يزيد مع الوقت وعليه فقد نحتاج الى تقييم مثل هذا القلق ومعالجته من خلال:

(تايلور، 2008، صفحة 715)

المقابلة التشخيصية للاضطرابات النفسية (DIPD):

هي مقابلات مبنية برهنت فاعليتها في التشخيص التصنيفي وبالتحديد في مجال اضطرابات القلق، إذ تحتوي على سبيل المثال الى جانب التشخيص الفتوي على تقييم لمعلومات أخرى أيضا مهمة للتخطيط للعلاج: أسئلة حول نشوء ومجرى إشكالية القلق وحول عوامل التأثير الموقفى والاستعرافى ومقاييس تفصيلية لتقدير شدة الأعراض المنفردة، ويتم استقصاء هرميات المواقف الرهابية وقوائم العوامل الوسيطة للقلق اللازمة لتنفيذ مواجهة المثيرات في الموقف.

(جميل، 2016، صفحة 260)

مقياس " آرون بيك وزملاؤه، 1993 " للقلق "BAI":

يعد مقياس بيك لأعراض القلق (1990) مقياسا يقيس القلق والمصمم بناء على الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية النسخة الثالثة، والنسخة الثالثة المعدلة والمتعلقة باضطرابات القلق بمدى عمري يتراوح بين (17-76) سنة.

يتكون المقياس من (21) عبارة وصفية تقيس شدة أعراض القلق وفقا للأعراض الموصوفة في الدليل التشخيصي والاحصائي الثالث للاضطرابات العقلية عام (1980) والدليل التشخيصي والاحصائي

الثالث المعدل للاضطرابات العقلية عام (1987) وتقيس الجوانب المختلفة للقلق على مدرج من أربعة نقاط (أبدا (0)، بشكل خفيف (1)، معتدل (2)، شديد (3).

يتراوح زمن التطبيق بين (5-10) دقائق ان كان تطبيق المقياس فرديا، و(10) دقائق إذا كان تطبيقه جماعيا، حيث ان الدرجة الكلية للمقياس تكون بجمع الدرجات ليكون الحد الأعلى للدرجات (21*3=63) نقطة.

(ياسين، 2015، صفحة 49)

مقياس القلق ل "سبيلبرجر، 1970":

تميزت هذه القائمة عن غيرها من مقاييس القلق بمقياس لكل من سمة وحالة القلق معا، إذ تتكون القائمة من صورتين كل صورة تحتوي على (20) عبارة، الأولى تقيس "حالة القلق" التي يعيشها المفحوص في الوضعية الآنية، حيث (10) عبارات مصاغة صياغة إيجابية و(10) الأخرى سلبية، وتقابلها أربع إجابات تحدد درجة القلق (التسلسل حسب الترتيب: مطلقا، الى حد ما، وسط، كثيرا).

والصورة الثانية تقيس "سمة القلق" وهي حالة ثابتة نسبيا وتقابل كل من هاته العبارات إجابات تحدد درجة القلق حسب الترتيب التالي: (مطلقا، أحيانا، غالبا، دائما) تختلف طريقة التصحيح لكل من العبارات السالبة والعبارات الموجبة والتي تساوي 20 ونضربها في أربعة عدد الإجابات فنحصل على مجموع 80، ولمعرفة درجة القلق عند المفحوصين نقوم بجمع الدرجات المتحصل عليها لكل صورة على حدي، وذلك بمراعاة العبارات السالبة.

(بولكويرات، 2018، صفحة 73)

3.2 الضغط النفسي:

يستخدم مصطلح "Stress" في علم النفس والطب النفسي على نطاق واسع للدلالة على الضغوط النفسية وآثارها على الصحة النفسية، والضغوط لا يمكن رصدها ولكن آثارها تظهر في صورة ردود أفعال.

(واكد، 2019، صفحة 13)

الفصل الثاني: الألم النفسي

وللضغط النفسي تعريفات متعددة لاختلاف وجهة نظر العلماء واختلاف توجهاتهم النظرية بالإضافة الى التعديلات المستمرة في الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية DSM والتصنيف العالمي للأمراض العقلية ICD وعليه سنتطرق لأهم التعريفات ومن ثم نستنج التعريف المناسب والذي سنتبناه للدراسة الحالية والتي ساهمت في بناء مقياس الألم النفسي المعتمد عليه.

1.3.2 تعريف الضغط النفسي:

معظم التعريفات المعاصرة للضغط تركز على العلاقة ما بين الفرد والبيئة، فالضغط هو ما ينشأ عن عمليات التقييم التي يقوم بها الفرد أي تقييم ما إذا كانت امكانياته الذاتية كافية لمواجهة مطالب البيئة، فالضغط يتقرر اذن بمدى الانسجام ما بين الفرد وبيئته.

(تايلور، 2008، صفحة 296)

حسب "هانز سيلبي، Seleye Hans" فقد أشار الى ان الضغط النفسي عبارة عن مجموعة من الأعراض تتزامن مع التعرض لموقف ضاغط وهو استجابة غير محددة من الجسم نحو المتطلبات البيئية. اذن هو استجابة فيزيولوجية ترتبط بعملية التكيف، فالجسم يبذل مجهودا لكي يتكيف مع الظروف الخارجية والداخلية محدثا نمطا من الاستجابات الغير نوعية التي تحدث حالة من السرور والألم.

(بن سكريفة، 2018، صفحة 58)

وعليه عرف الضغط النفسي بأنه استجابة تكيفية تحدثها الفروق الفردية بين الأفراد وتسهم العمليات النفسية فيها لهذا فهي تنتج عن أي حدث بيئي أو موقف أو حادثة وتحتاج الى مزيد من الجهد النفسي والجسدي الفيزيائي للفرد.

(عبيد، 2008، صفحة 20)

فالضغوط البيئية ليست كافية لإحداث المرض ولكنها إذا وجدت تؤدي الى تفاقم الداء، فقد تعجل بظهوره وتزيد من شدة أعراضه وتضعف المقاومة وقدرة المريض على المواجهة.

وتتحدد شدة الاستجابة للضغوط عن طريق العوامل الوسيطة، كما تعتمد نوعية الاستجابة على نوع عملية التكيف، ويضيف أن التهديد أو التغلب على المشكلات يعتمد على النشاط المعرفي للتقييم ولكل تقييم نمط معين من الاستجابة.

(عسكر، 2008، صفحة 152)

حسب "ريتشارد لازاروس، Lazarus Richard" ان الضغط يحدث نتيجة التفاعل بين الفرد والبيئة المحيطة، وأنه لا يمكن تعريف الضغوط بشكل موضوعي، وأنا نحس بالضغوط عندما ندرك موقفا ما يفوق المصادر التكوينية للشخص كما أنه أشار الى الاختلافات الفردية في كيفية استجابة الأفراد لنفس الحدث.

(Davison, 1996, p. 191)

حيث ان الضغوط الناتجة من الجوانب النفسية لا يمكن قياسها بصورة مباشرة وانما يستدل عليها من ردود الفعل أو من معرفتنا للمواقف التي يمر بها الفرد.

حسب "سبيلجر، Spielger" كلمة ضغوط تشير الى الاختلافات في الظروف والأحوال البيئية التي يترتب عليها ضيق وتهديد نفسي قد يصل الى درجة معينة من الخطر على الفرد.

(النوايسة، 2013، صفحة 4)

يركز هذا التعريف على الظروف البيئية المحيطة بالإنسان وتكون ضاغطة لكن بعض الظروف البيئية رغم خطورتها يمكن اعتبارها غير خطيرة بسبب ما يملكه الشخص من سمات شخصية تؤثر على إدراك لتلك الظروف وإقناع نفسه بعدم وجود خطر وينظر للحدث على أساس أنه أمر طبيعي ويعبر على ذلك باستجابات إيجابية تقلل من حدة الموقف الضاغطة.

(بن سكريفة، 2018، صفحة 60)

حسب "موراي، Murray" الضغط النفسي يمثل المؤثرات الأساسية وهذه المؤثرات توجد في بيئة الفرد فبعضها مادي يرتبط بالموضوعات والآخر بشري يرتبط بالأشخاص.

(النوايسة، 2013، صفحة 20)

حسب "إبراهيم عبد الستار" يشير مفهوم الضغط في أبسط معانيه الى أي تغيير داخلي أو خارجي من شأنه ان يؤدي الى استجابة انفعالية حادة ومستمرة بعبارة أخرى تمثل الأحداث الخارجية بما فيها ظروف العمل أو التلوث البيئي أو السفر أو الصراعات الأسرية ضغوطا مثلها مثل الاحداث الداخلية أو التغيرات العضوية كالإصابة بمرض أو الأرق أو التغيرات الهرمونية الدورية.

(عبد الستار، 1998، صفحة 119)

حسب "غريب عبد الفتاح" يشير مفهوم الضغط الى عملية نفسية بيولوجية معقدة تتكون من العناصر التالية:

- ✓ إن هذه العملية تبدأ بموقف أو مثير ضار أو خطر بطبيعته ويسمى بالموقف الضاغط.
- ✓ إذا تم تفسير الموقف الضاغط من جانب الفرد كخطر أو تهديد فان قلقا استجابي سوف يستثار ويشير لفظ ضاغط الى المواقف والمثيرات التي توصف بطريقة موضوعية بدرجة من الخطر الفسيولوجي أو النفسي.

(غريب، 1999، صفحة 354)

حسب "زينب شقير" تعتبر الضغوط النفسية مجموعة من المصادر الخارجية والداخلية الضاغطة والتي يتعرض لها الفرد في حياته وينتج عنها ضعف قدرته على احداث استجابة المناسبة للموقف وما يصاحب ذلك من اضطرابات انفعالية وفسيولوجية تؤثر على جوانب الشخصية الأخرى.

(شقير، 2002، صفحة 4)

على الرغم من الكتابات المختلفة حول موضوع الضغط النفسي من جانب المهتمين بالصحة النفسية والبدنية إلا أن عبارة مفهوم الضغط أو الضغوط لا تعني الشيء نفسه لهم جميعا ومع ذلك يمكن القول

ان العامل المشترك في تعريفات العديد من المهتمين والباحثين في المجالين المذكورين هو الحمل الذي يقع على كاهل الكائن الحي وما يتبعه من استجابات من جانبه ليتكيف أو يتوافق مع التغير الذي يواجهه وتكمن المشكلة في إيجاد تعريف محدد للمفهوم في أنه تكوين فرضي وليس شيء ملموسا واضح المعالم من السهل قياسه.

(عسكر، 2000، صفحة 17)

2.3.2 الخصائص الاكلينيكية للضغط النفسي:

من أشهر التصنيفات لأعراض الضغط النفسي تصنيف " باربارا بارهام، 1994، Barbara Braham " حيث قسمها الى:

1. الأعراض الجسدية:

- ✓ التعرق المفرط والتوتر العالي.
- ✓ الصداع بأنواعه (نصفي، دوري، توتري).
- ✓ ألم في العضلات (خاصة في الرقبة) آلام الظهر (خاصة الجزء السفلي منه) والتهاب الجلد.
- ✓ عدم الانتظام في النوم (الأرق، النوم المفرط، الاستيقاظ المبكر على غير العادة).
- ✓ الإمساك أو الإسهال وأوجاع البطن (عسر الهضم، القرحة والتغير في الشهية).

2. الأعراض الانفعالية:

- ✓ سرعة الانفعال وتقلب المزاج.
- ✓ العصبية وسرعة الغضب.
- ✓ العدوانية واللجوء الى العنف.
- ✓ الشعور بالاحتراق النفسي.

✓ الاكتئاب وسرعة البكاء.

3. الأعراض الذهنية:

✓ النسيان وصعوبة في التركيز وفي اتخاذ القرار.

✓ الاضطراب في التفكير و تزايد عدد الأخطاء.

✓ انخفاض في الدافعية للقيام بالأعمال والأشغال.

✓ إصدار احكام غير صائبة.

4. الأعراض الخاصة بالعلاقات الشخصية:

✓ عدم الثقة الغير مبررة في الآخرين.

✓ نسيان المواعيد أو الغائها قبل فترة وجيزة.

✓ مراقبة ومتابعة أخطاء الآخرين ولوم الآخرين.

✓ تبني سلوك واتجاه دفاعي في العلاقات مع الآخرين.

✓ التفاعل مع الآخرين بشكل آلي (غياب الاهتمام الشخصي والتفاعل ببرودة مع الآخرين).

(السيد، 2001، صفحة 30)

يرى "شيفر، Schafer" أن كثيرا من الناس تظهر لديهم علامات الضغط النفسي بشكلها السلوكي أكثر من أشكالها الانفعالية أو المعرفية.

حيث يقسم الاستجابات السلوكية للضغط النفسي تنقسم الى قسمين:

مظاهر مباشرة: وهي انعكاسات فورية للتوتر الداخلي من الفرد المضغوط مثل:

✓ حدة الطبع.

الفصل الثاني: الألم النفسي

- ✓ ارتفاعية التصرف.
- ✓ الحديث أكثر من العادة.
- ✓ سهولة تخوفه.
- ✓ التمتمة والتلثم في الحديث.
- ✓ شحذ الأسنان.
- ✓ صعوبة الجلوس لفترة من الزمن نتيجة لعدم تركيزه على موضوع الجلسة.
- ✓ التهجم اللفظي.
- ✓ حدة الطبع وسرعة الاستثارة.
- ✓ الانسحاب وتجنب كل ما يخص مشكلته.
- ✓ الدخول في نوبات بكاء.

(Schafer, 1992, p. 110)

مظاهر غير مباشرة: وهي التي تعكس زيادة سلوكيات معينة كطريقة يستعملها الفرد للتحرر من الألم الذهني والجسدي للضغط مثل:

- ✓ زيادة في التدخين.
- ✓ زيادة في استهلاك الكحول.
- ✓ زيادة استخدام الأدوية الطبية لتخفيف التوتر.
- ✓ الهروب من خلال النوم وباستخدام عقاقير منومة أو مشاهدة التلفزيون.
- ✓ استخدام عقاقير ممنوعة.
- ✓ تكرار زيارة الطبيب.

(Schafer, 1992, p. 111)

الفصل الثاني: الألم النفسي

كما ان للضغط النفسي أنواع وهي:

الضغط النفسي الإيجابي: هو عبارة عن التغيرات والتحديات التي تفيد نمو المرء وتطوره (كالتفكير مثلاً) وهذا النوع من الضغط يحسن من الأداء العام ويساعد على زيادة الثقة بالنفس.

الضغط النفسي السلبي: أو الضيق فهو عبارة عن الضغوطات التي يواجهها الفرد في العائلة أو العمل أو في العلاقات الاجتماعية، وتؤثر هذه الضغوطات سلباً على الحالة الجسدية والنفسية وتؤدي إلى عوارض مرتبطة بالضغط النفسي كالصداع وآلام المعدة والظهر، التشنجات العضلية، عسر الهضم، الأرق، ارتفاع ضغط الدم والسكري.

(عبيد، 2008، صفحة 25)

من خلال ما سبق واستناداً إلى معايير التشخيص تعرف الباحثة الضغط النفسي "هو شكل من أشكال الألم النفسي وهو عبارة على استجابة لا تكيفية، تظهر من خلال الأعراض التي تمس الجانب الجسدي، الجانب الانفعالي، الجانب النفسي الذهني، الجانب الخاص بالعلاقات الاجتماعية".

3.3.2 قياس الضغط النفسي:

لقد استخدم الباحثون مؤشرات عديدة لقياس الضغط ومن هذه المؤشرات التقارير الذاتية أو الضغط المدرك والتغير في ظروف المعيشية والمعاناة الوجدانية، كما استخدموا المقاييس السلوكية مثل أداء المهمات تحت تأثير الضغط ومقاييس الاستثارة الفسيولوجية مثل القابلية التوصيلية للجلد ومعدل نبض القلب، ضغط الدم، العلامات أو المؤشرات البيوكيماوية وخصوصاً الارتفاع في مستوى الكورتيزول والكاتيكولامين وقد أثبتت هذه المقاييس فعاليتها في قياس الضغط في جميع الحالات.

(تايلور، 2008، صفحة 308)

مقياس الضغط المدرك:

يعتبر الكثير من الباحثين أن الضغط المدرك يشكل أفضل وسيلة لقياس الضغط من الأدوات التي تقيس تعرض الأفراد لأحداث معينة تسبب الضغط ولتحقيق ذلك قام "كوهن وزملائه" بتطوير أداة لقياس الضغط المدرك.

(تايلور، 2008، صفحة 326)

ويتكون من 14 بند منها 7 إيجابية و 7 سلبية وقيس الضغوط الناجمة من التوقعات بالنسبة لأحداث المستقبل والضغط الناجم من ظروف الحياة المرهقة، العبارات الإيجابية (1-2-3-8-11-12-14) والعبارات السلبية (4-5-6-7-9-10-13) وتأخذ العبارات درجات (1-2-3-4-5) وتمثل الدرجة الكلية التي يتحصل عليها الفرد درجته في الضغط النفسي المدرك.

(هنداوي، 2020، صفحة 18)

نظام تحليل الضغط:

وضع هذا النظام مخبر البحوث "بسان فرانسيسكو"، تتضمن هذه الأداة 144 سؤال وتحتوي في نفس الوقت تقييماً لنسبة مصادر الضغط النفسي (ضغط القيام بعمل، ضغط علاقات الأشخاص ببعضهم البعض، السلوكيات الخاصة بنمط (A) واستكشاف مختلف العوامل الموجودة في مصادر الضغط، وذلك لإيجاد مختلف الحلول التي تعمل على التخفيف من الضغط النفسي.

(صندلي، 2012، صفحة 50)

تقييم ضغط آدم:

هو عبارة عن استبيان وضع من طرف باحثين من جامعة "سان دييغو" وهو يعمل على التمييز بين الضغط المزمّن والضغط الثانوي، وبين الضغط المرتبط بالعمل والغير مرتبط به.

ويرى "ويليام بلوكر" أن هناك طرقاً كثيرة لقياس الضغط نذكر منها:

الفصل الثاني: الألم النفسي

✓ قوائم التحكم المتعددة.

✓ اختبارات إسقاطية تعتمد على بقع الحبر.

✓ سلم هاملتون لتقدير القلق.

بالإضافة الى مختلف القياسات الموضوعية للضغط التي تجري في المخابر وتشمل هذه الأخيرة قياس النشاط الكهربائي للمخ عن طريق مخطط عمل الدماغ (ECG) والطاقة العضلية بواسطة مخطط الطاقة (ENG) واستجابة الجلد للكهرباء الناتجة عن التفاعل الكيميائي وقياس ضغط الدم، الهرمونات الأدرنالية، الوظائف المعدية والمعوية.

(صندلي، 2012، صفحة 50)

في الحقيقة لا توجد وسيلة قياس مناسبة لكل المجتمعات لقياس الضغوط، لذلك تختلف وسائل وطرق قياس الضغوط باختلاف المجتمعات وباختلاف المجال الذي تعد له المقاييس فهناك مقاييس تستهدف قياس الضغوط المهنية، مقاييس أخرى أعدت لقياس الضغوط الأكاديمية لدى الطلاب، مقاييس أعدت لقياس الضغوط الأسرية وضغوط الوالدين كما ان المقاييس المستخدمة في قياس الضغوط تختلف باختلاف العمر الزمني للأفراد فهناك مقاييس تقيس الضغوط لدى الأطفال والمراهقين والراشد.

(عبيد، 2008، صفحة 40)

جدول أحداث وصعوبات الحياة:

يعد هذا الجدول من بين أساليب التقييم شائعة الاستخدام في دراسة مصادر المشقة الحياتية، ويحتوي هذا الجدول على مقابلة شخصية تغطي أكثر من 200 من الأنواع المختلفة من مصادر المشقة ولما كانت هذه المقابلة شبه مقننة فقط فالمقابل يسمح له بطرح أسئلة لتغطي مصادر المشقة التي ربما تحدث لعدد قليل من الأفراد فقط، بعد المقابلة يقوم المقيمون بتقييم شدة وتكرار كل من أبعاد مصادر المشقة فلقد تم تصميم مقياس أحداث وصعوبات الحياة لقياس عدد من المشكلات في تقييم المشقة الحياتية بما في ذلك الحاجة الى تقييم مدى أهمية أي من الأحداث الحياتية في سياق ظروف الحياة التي يعيش فيها الفرد، ومن

بين الأهداف الأخرى لهذا المقياس استبعاد الأحداث التي يمكن أن تكون مجرد نتائج للأعراض وفي النهاية يحتوي المقياس على مجموعة من الأساليب التي تساعد على التأريخ الدقيق لبداية حدوث أحد مصادر المشقة، وتوصل الباحثون من خلال استخدام هذه الطريقة الأكثر دقة في التقييم الى أن مصادر المشقة في الحياة تنبأ عمليا بحدوث نوبات القلق والاكتئاب والفصام.

(الحويلة، 2016، صفحة 163)

3. النماذج المفسرة للألم النفسي:

1.3 نموذج التحليل النفسي:

قام "Freud.S" في كتابه "مدخل الى النرجسية" بالتعمق في أفكاره حول الألم وذلك بتناوله للآثار النفسية الناتجة عن الألم والتمثلة في فقدان الاهتمام بالعالم الخارجي والقيام بإعادة الاستثمارات من جديد وفقدان القدرة على الحب، بالإضافة الى القيام بتمثيل المنطقة المصابة (على مستوى الجسد) حيث يقول " انه من المعروف على المستوى العالمي أن الشخص الذي يعاني من ألم عضوي أو انزعاج يفقد اهتمامه بالأشياء التي تنتمي للعالم الخارجي وليس لها علاقة بمعاناته، كما نلاحظ أنه يسحب اهتمامه اللييدي من مواضيع الحب وأنه سيتوقف عن الحب مادامت معاناته مستمرة وإذا حاولنا تفسير هذه الحالة في اطار نظرية اللييدو، نقول أن الشخص المريض يقوم بسحب استثماراته اللييدية موجهها إياها نحو (الأنا) إلا أنه يعيد توزيعها من جديد وذلك بعد شفائه.

(Pedinielli & Rouman, 1997, p. 96)

وفي محاولة لتلخيص الفكر الفرويدي حول الألم قامت "Aubert" بتقديم تفسير تتناول من خلاله كيفية تطور الألم وانتقاله من مصطلح طبي الى مصطلح تحليلي، بداية من سنة 1884 الى غاية سنة 1920 تحول الألم من مفهوم الى مصطلح هذا التحول الذي نال اهتماما آنذاك تجاوز الاهتمام بالتحليل النفسي فدراسة "Freud" للألم (من وجهة نظر تحليلية) قادته الى تناول هذه الظاهرة من ثلاثة زوايا مختلفة: وجهة النظر الموقعية، الاقتصادية، الدينامية:

الفصل الثاني: الألم النفسي

فمن وجهة نظر الموقعية يعد الألم ذو أصل خارجي إلا أنه يؤثر داخل الجهاز النفسي، فهو عبارة عن إدراك خارجي وداخلي في نفس الوقت وهو عبارة عن شبه نزوة، وباعتباره تابعا للموقعية نقول إن الألم يختلف كلياً عن مفهوم عدم اللذة.

من وجهة نظر الاقتصادية يعد الألم بمثابة ظاهرة اقتصادية تتميز بارتفاع في التوتر.

أما من وجهة نظر دينامية فنقول أن الألم ينتج عن علاقات صراعية بين "الأنا" و"الأنا الأعلى" كما ينتج عن ادخال العلاقات "السادية- المازوشية" عقب التقمصات الأولى وبالرجوع الى وجهة النظر الاقتصادية نجد أن للاستثمار المرتفع لتصور الموضوع المفقود آثار تتمثل في تسببه في خلل على مستوى التطور الداخلي (للجهاز النفسي) فبعد حدوث الهزة الصدمية يصبح التسيير الاقتصادي للجهاز النفسي قائماً ومرتكزاً على مدى التوازن ما بين القوى القادرة على ربط الطاقة الفائضة نتيجة للاختراق الأول، فالألم هو بمثابة ضربة مزدوجة فهي في نفس الوقت اختراق ورد فعل لهذا الاختراق.

(Kotobi, 2009, p. 62)

قد يظهر الألم النفسي كرد فعل لخسارة عاطفية ويأتي الألم النفسي كرمز لهذه الصراعات العاطفية المكبوتة عن طريق تحويلها الى أعراض عضوية والتي من شأنها أن تهدأ تلك الصراعات العاطفية في اللاوعي وبذلك يكون الألم النفسي هو الثمن الذي يدفعه الانسان لتهدئة صراعاته العاطفية المكبوتة في اللاوعي، وقد يستخدم الألم النفسي كتعبير رمزي عن الدوافع المحرمة سواء كانت عدوانية أو جنسية والتي لا يجد أصحابها وسيلة مباشرة للتعبير عنها الا عن طريق الألم النفسي.

(Thomas & Kenneth, 2004, p. 39)

قدم "Engle" نظرية عرفت باسم نظرية الألم النفسي المنشأ للإشارة الى ذلك الألم الذي يحدث في غياب الأسباب العضوية أو الاثارة الطرفية، فمنذ لحظة الميلاد يكون لدى الفرد حصيلة من خبرات الألم التي يتعرضون لها بسبب الإصابة أو التعرض لمثيرات ضارة، ومع النمو يكتسب الألم معناه من خلال السياق الذي يحدث فيه ويصبح هذا السياق قادراً على استدعاء خبرات الألم في غياب التضرر أو الإصابة. (حساسين، 2019، صفحة 446)

الفصل الثاني: الألم النفسي

يرى "Szasz" أن الألم النفسي ينشئ نتيجة لتهديد سلامة الجسم، فالتهديدات التي يتعرض لها الجسم قد لا يلاحظ وجودها في الواقع لذا تدرك "الأنا" هذه التهديدات على شكل ألم نفسي، لقد استخدم في نظريته المفاهيم الفرودية " الأنا، الأنا الأعلى، الهو " ولأن "الأنا" جزء من النظام النفسي ولها اتصال مباشر مع الواقع وهي المنسق بين النظامين الآخرين، فإنه يفترض أن "الأنا" تدرك الجسم كشيء مادي والألم ينشأ عندما تدرك بصورة عقلية وعاطفية بأن هناك خطر يهدد سلامة الجسم ويشير " Szasz " بأن هناك 3 مستويات تدرك بها " الأنا " التهديدات:

✓ المستوى الأول: معايشة تجربة معاناة حقيقية يتعرض لها الجسم كما يحصل في حالة الامراض العضوية.

✓ المستوى الثاني: تستخدم المعاناة الألم كوسيلة اتصال مع الآخرين لطلب المساعدة واستجداء عطفهم.

✓ المستوى الثالث: وهو الأكثر تعقيدا، هنا الألم يستمر باعتباره رمزا للرفض والنبذ وان تكرار الشكوى قد يصبح شكلا من أشكال العدوان وأن استمرار هذه التجربة قد تساعد الشخص على تخفيف شعوره بالذنب وتكفر عن ذنوبه وخطاياها.

(هادي، 2017، صفحة 578)

2.3 نظرية بوابة التحكم:

الافتراض الرئيسي لهذه النظرية هو أن للمتغيرات النفسية والمعرفية (والتي تتأثر بدورها بالعوامل الاجتماعية والثقافية) لها تأثير على العمليات الفيزيولوجية المرتبطة بادراك الألم والاستجابة له.

فهذه النظرية هي أول محاولة منظمة لوضع نموذج تكاملي يعتمد على تفاعل العوامل البيولوجية والنفسية لتفسير الألم وقد اقترح هذه النظرية "Melzack & wall" ووفقا لهذه النظرية لا ينظر للألم باعتباره خبرة حسية تعتمد فقط على درجة التضرر الحادث في النسيج الحي، ولكن ينظر إليه باعتباره خبرة متعددة الأبعاد تتكون من جوانب حسية وانفعالية وتقديرية، حيث يفترض وجود ميكانيزمات فيزيولوجية

الفصل الثاني: الألم النفسي

عصبية معقدة في كل من الحبل الشوكي والمخ تعمل على تعديل إشارات الألم الواردة فقبل أن تصل هذه الإشارات الى المخ تمر ببوابة عصبية موجودة في القرن الظهري للحبل الشوكي وهذه البوابة يمكن فتحها وغلقها وفق نشاط نسبي في ألياف ناقلة صغيرة وكبيرة حيث ان نشاط الألياف الكبيرة يعمل على إعاقه نقل رسائل الألم (بغلاق البوابة) بينما نشاط الألياف الصغيرة يعمل على تسهيل نقل إشارات الألم (بفتح البوابة)، وبناء على ذلك فإن المدخلات الحسية يمكن تعديلها من خلال تحقيق التوازن في نشاط الألياف الصغيرة والكبيرة، وبالإضافة الى تأثير ميكانيزم البوابة بنشاط الألياف الصغيرة والكبيرة فإنه يتأثر أيضا بالتعليمات الهابطة من المخ، فتقترح هذه النظرية أن المراكز العليا في المخ والمسؤولة عن المعرفة والوجدان تؤثر في نقل إشارات الألم من منطقة الإصابة الى المخ حيث ان هذه المراكز تقوم بتنشيط أنظمة معينة تعمل على تعديل عمل البوابة العصبية.

(حساسين، 2019، صفحة 449)

إن درجة قيام البوابة بزيادة وإنقاص الانتقال الحسي للألم تتحدد بالنشاط النسبي في الألياف العصبية، وبالتأثيرات الآتية من المخ ولذلك فإن العمليات النفسية كالتوتر، القلق، الترقب والخبرات الماضية تمارس تأثيرا قويا في عملية الألم ولذا فإن ثمة اهتماما متزايدا من جانب النظرية بالمتغيرات النفسية والمعرفية.

(Gillian, 1995, p. 141)

اذ اقترح "Melzack" نظرية مكملة لنظرية التحكم بالبوابة اسمها نظرية (المصفوفة العصبية) ووفقا لهذه النظرية يوجد بالمخ شبكة عصبية تعمل على تكامل المعلومات من مصادر عديدة لكي يتم الإحساس بالألم، والمدخلات الأساسية لهذه المصفوفة لا تتضمن المدخلات الحسية فقط ولكن تشمل أيضا مدخلات مرحلية أخرى من مناطق المخ المسؤولة عن المعرفة والوجدان وكذلك أيضا أنظمة تعديل الضغوط الجسمية، تؤكد هذه النظرية على دور العوامل النفسية في خبرة الألم كما انها أثارت العديد من الأبحاث المعملية والاكليينكية.

(Melzack, 1999, p. 121)

تعتبر الميكانيزمات النفسية والعصبية المتضمنة في البعد الوجداني للألم جزء مهم من خبرة الألم، حيث يتكون هذا البعد من مشاعر غير سارة وعواطف سلبية ترتبط بقلق مستقبلي تسمى بالانفعال الثانوي، تتفاعل شدة الإحساس بالألم مع الفترة التي يستغرقها الألم في التأثير على المشاعر غير السارة المدركة وفي الانفعال الثانوي الناجم وذلك من خلال شبكة مركزية من الأبنية الدماغية التي تقوم بمعالجة المعلومة المدركة حيث يتم على مستوى القشرة الدماغية دمج المعلومة المدركة داخل إطار الخبرة المؤلمة مما يسبب في إثارة العواطف القوية التي يخبرها الفرد أثناء الألم.

(لطرش، 2015، صفحة 24)

إن نظرية بوابة التحكم لا ترى في الإحساس بالألم مجرد عملية عضوية ميكانيكية تسير في خط مستقيم من مناطق الحس بالجلد ثم الى المخ عبر الحبل الشوكي، ولكنها ترى أن ثمة عوامل خارجية سيكولوجية بالأساس تؤثر في المدخلات الحسية وتشكل ما يشبه البوابة التي تتحكم في مرور النبضات الحسية الى المخ، وبالتالي تنفي الآلية الفيزيولوجية لحدوث الألم ويستجيب الجهاز العصبي للمتغيرات الخارجية.

(حسني، 2015، صفحة 208)

3.3 النموذج المعرفي السلوكي:

ذهب "Fordyce" الى أن سلوكيات الألم يتم تعلمها من خلال الاشتراط الكلاسيكي والاجرائي والافتراض الرئيسي في هذا النموذج أن ما يترتب على سلوكيات الألم من تعزيز سيؤثر في تشكيل هذه السلوكيات بعد ذلك فعلى سبيل المثال ووفقا لمبادئ الاشتراط الكلاسيكي يمكن لاستجابة الألم ان تشتت على الأقل جزئيا ببعض المثيرات، فاذا اقترنت مثيرات الألم مع مثيرات طبيعية لمرة عديدة فإن المثيرات الطبيعية ستكون قادرة على إثارة استجابة الألم.

(حساسين، 2019، صفحة 451)

ومع زيادة التوجه نحو العوامل المعرفية ودورها في التأثير على خبرة الألم ظهر النموذج المعرفي السلوكي لتفسير الألم بأنه خبرة ذاتية تتضمن أحاسيس وانفعالات وأفكار الفرد وسلوكه، ويرى التوجه أن التعريف الأمثل للألم هو ما يخبر به المريض.

إذ يتميز هذا النموذج بالمرونة حيث يمكن استخدامه لتفسير معظم أشكال الألم المختلفة، كما يتميز بالشمولية حيث يتعامل مع الألم من منطلق التفاعل المتبادل بين العوامل البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية كما ساعد هذا النموذج على ظهور أساليب علاجية مقننة تعتمد على تعليم المرضى مهارات معرفية سلوكية معينة تساعدهم على إدارة آلامهم.

اقترح "Turk and all" هذا النموذج، أشاروا أن الاستجابات المعرفية مثل الأفكار والمعتقدات والتوقعات تلعب دورا مهما في إدراك الألم والتوافق معه بدلا من التركيز على اسهام العوامل المعرفية أو السلوكية في إدراك الأعراض يكون التركيز في هذا النموذج على العلاقة التبادلية بين العوامل الجسمية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية والسلوكية ووفقا لذلك فإن منظور المريض لأعراضه يعتمد على اتجاهاته الفطرية ومعتقداته ومخططاته الغريزية، والتي تتفاعل بشكل تبادلي مع العوامل الوجدانية والتأثيرات الاجتماعية والاستجابات السلوكية والمظاهر الحسية علاوة على ذلك فإن سلوك المرضى يمكن أن يستدعي استجابات من الآخرين وذلك من خلال ردود أفعال الأفراد المهمين في حياة المرضى وهذه الاستجابات يمكن أن تدعم أنماط التفكير والمشاعر التوافقية وغير التوافقية.

(حساسين، 2019، صفحة 458)

4.3 النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي:

ظهر هذا النموذج كرد فعل على اطروحات النموذج البيو طبي بشكل خاص والذي فسر المرض من بعد واحد وهو البعد البيولوجي، في حين جاء النموذج البيو نفسي الاجتماعي كنموذج براديغمي نسقي يفسر المرض من خلال نسق كلي لمجموعة من الأبعاد (النفسية، البيولوجية، الاجتماعية) حيث يرى أن المرض يفسر من التفاعل القائم بين هذه الابعاد نظريا وتطبيقيا.

(بغول و دعيش، 2014، صفحة 146)

الفصل الثاني: الألم النفسي

يتعامل النموذج البيولوجي النفس-اجتماعي مع الألم باعتباره ظاهرة معقدة يمكن تفسيرها في ضوء ثلاث مجموعات من المتغيرات وهي المتغيرات البيولوجية، المتغيرات السلوكية المعرفية والمتغيرات البيئية (الاجتماعية)، وقدم هذا النموذج نظام يمكن من خلاله فهم طبيعة التفاعل بين هذه المتغيرات وفهم الألم المستمر والمتواصل لدى المريض يجب التعرف على طبيعتها والمتمثلة في:

✓ المتغيرات البيولوجية: وتشتمل هذه المتغيرات على العوامل المرتبطة بوجود ضرر فعلي في النسيج الحي، وقد أشارت الملاحظات الإكلينيكية والأبحاث العلمية أنه لا يمكن الاعتماد على العوامل البيولوجية وحدها لتفسير خبرة الألم والاستجابة للعلاج.

✓ المتغيرات المعرفية السلوكية: تشمل العوامل السلوكية المعرفية التي يمكن أن تؤثر على الألم ثلاث مجموعات من المتغيرات المعرفية والتي تتضمن إعادة التشكيل والتقدير والتغيرات الوجدانية (المزاج، القلق والاكتئاب) والمتغيرات السلوكية التي تشمل أنماط الأنشطة اليومية والاستجابة السلوكية للألم.

المتغيرات البيئية: وتشتمل على كل من البيئة الحالية للفرد والبيئة الاجتماعية بشكل عام، فعندما يظهر المريض سلوك ألم فإنه سوف يحصل على استجابات من الآخرين المهمين بالنسبة له. هذه الاستجابات يمكن أن تدعم سلوك الألم وبالتالي تزيد احتمال تكرار هذا السلوك.

(حساسين، 2019، صفحة 468)

5.3 النموذج الاجتماعي الثقافي:

لقد تواترت دراسات السيسولوجيا في تأكيد ان فكرة الألم هو ظاهرة معقدة، تتأثر بالبناء الاجتماعي والثقافي والموروث التاريخي لكل مجتمع وأن القدرة على تحمل الألم تتباين وفقا لمجمل تلك العوامل.

حيث طرح "Cecil Helman" مجموعة من القضايا المتعلقة بالأبعاد الثقافية للألم وهي:

✓ لا تستجيب كل الجماعات الاجتماعية والثقافية للألم بطريقة متماثلة.

✓ إن كيفية تصور الناس واستجاباتهم للألم نحو أنفسهم أو نحو الآخرين تتأثر بالعوامل الثقافية.

✓ تتأثر استجابة الناس للألم واتجاههم نحو طلب الرعاية الطبية الرسمية أو الشعبية بالعوامل الثقافية.

ويقترح "Cecil Helman" بالإضافة الى القضايا الثلاثة المعاصر تمييزا بين الألم الخاص والألم العام فيقول ان ردود الفعل نحو الألم ليست غريزية أو لا ارادية وانما تسير في سياق اجتماعي وتتضمن مكونا اراديا وهو عملية البحث أو عدم البحث عن وسيلة لتخفيف الألم، وطلب مساعدة الآخرين في ذلك وثمة جماعات اجتماعية أو ثقافية تفضل الرزانة في مواجهة الألم ومن ثم تجعل من الألم شأنا خاصا، في حين تعبر جماعات أخرى عن الألم بصورة علنية ويعد أمرا مقبولا في السياق الاجتماعي والثقافي للجماعة وعلاوة على ذلك تلعب المعتقدات والقيم الثقافية دورا في تطبيع خبرات الألم (أي جعلها أمرا طبيعيا معتادا) والتي قد تبدوا لجماعات أخرى إشكالية كبيرة.

(Gillian, 1995, p. 150)

كما يلعب الدين من ناحية أخرى دورا مهما في تقبل الألم ومواجهته وثمة آليات دينية متنوعة للتكيف مع الألم، منها طلب الدعم الروحي من رجال الدين والمشاركة في الطقوس الدينية والتماس الشفاء والتحول من دين الى دين والحقيقة أن لتلك الآليات نتائج سلبية وإيجابية، ففي دراسة عن حرب الخليج الأولى اجراها مجموعة من الباحثين بإشراف "Pargament, 1994" وجدوا أن بعض الأنشطة الدينية التي تستخدم لمواجهة الألم مثل التماس الدعم الديني لها تأثيرات إيجابية في حين أن أنشطة أخرى مثل عدم الرضى الديني كان لها تأثيرات سلبية ويبدو أن سلبية النتائج أو ايجابية يرتبط بعمق إيمان الفرد بالآلية التي يلجأ إليها.

(حسني، 2015، صفحة 217)

يعتبر المجتمع هو المسؤول عن السلوك حيث يعتقد أصحاب النظرية الاجتماعية الثقافية أن الأمراض النفسية والمشكلات التي يعيشها الفرد هي نتاج الأمراض الاجتماعية ويدعم هؤلاء وجهة نظرهم بالإشارة الى الضغوط التي يفرضها التغيير السريع في المجتمع على الفرد وان المواقف التي تثير الصراع يؤدي به الى تعريض شخصيته الى الأمراض والمشكلات النفسية.

(هادي، 2017، صفحة 578)

6.3 نموذج علم الأعصاب:

يرى هذا النموذج أن الاضطرابات العقلية ترتبط بالعمليات الزائفة في المخ وهناك قدر كبير من الدراسات السابقة التي تتناول المخ والاضطرابات السلوكية والعقلية، فنجد على سبيل المثال أن هذه الدراسات تربط بين بعض أنواع الاكتئاب والمشاكل الخاصة بالنواقل العصبية في المخ كما يمكن عزو اضطراب القلق الى عيب في الجهاز العصبي اللاإرادي يجعل من السهل استثارة الشخص.

هناك بعض الناقلات العصبية التي ترتبط بالاضطرابات السلوكية والعقلية وتشمل (الدوبامين Dopamine، النوريبينيفرين Norepinephrine، السيروتونين Serotonin)، النوريبينيفرين ناقل عصبي يتصل بالجهاز العصبي الليمبثاوي حيث يكون له دور في خلق حالات من الاستثارة الشديدة وبالتالي يمكن أن يكون له دور في اضطراب القلق وغيره من الحالات المرضية المتعلقة بالمشقة، ويمكن أن يكون لكل من الدوبامين والسيروتونين دور في الإصابة بالاكتئاب والفصام، وهناك ناقل عصبي آخر مهم في المخ وهو حمض جاما-امينوبوتيريك (Gamma aminobutyric acid GABA) حيث يثبط هذا الحمض النبضات العصبية في معظم مناطق المخ ويمكن أن يكون له دور في الإصابة باضطرابات القلق. (الحويلة، 2016، صفحة 101)

تعد اللوزة منطقة مهمة بالنسبة للانتباه للمثيرات الانفعالية البارزة وتذكر الذكريات المتعلقة بالانفعالات فهي تعد أحد أهم بنية المخ بالنسبة لباحثي علم الامراض العقلية، إذا اخذنا في الاعتبار أن جميع الاضطرابات النفسية لا تخلو من مشكلات الانفعالات فنجد على سبيل المثال أنه عند عرض صور لوجوه تحمل انفعالات على الأشخاص المصابين بالاكتئاب يكون معدل النشاط في اللوزة أكثر منه في الأشخاص الغير مصابين بالاكتئاب.

عندما يتعرض الانسان للضغط النفسي يؤدي الهيبوثلامس الى اطلاق عامل افراز الهرمون موجه القشرة (كورتيكوتروبين CRF) الذي يتواصل بعد ذلك مع الغدة النخامية، بعد ذلك تقوم الغدة النخامية بإفراز هرمون موجه للقشرة النخامية وينتقل هذا الهرمون عبر الدم ليصل الى الغدد الكظرية، ويشار الى

الفصل الثاني: الألم النفسي

الطبقات الخارجية للغدد الكظرية باسم القشرة الكظرية وهي المنطقة التي تساعد على افراز هرمون الكورتيزول وكثيرا ما يشار اليه بهرمون المشقة.

(الحويلة، 2016، صفحة 101)

4. قياس الألم النفسي:

يعد تقييم وقياس الألم النفسي مهمة صعبة لأنه يقوم على أساس تقييم موضوعي لظاهرة ذاتية، حيث أن كل مريض يشعر بالألم النفسي بطريقته وحسب خبراته السابقة.

1.4 التاريخ المرضي: مقابلة الألم ودفتر يوميات الألم:

تمثل مقابلة الألم العنصر الأساسي لتشخيص الألم، وفي المقابلة لابد من الحصول على معلومات حول المظاهر التالية:

- ✓ مشكلة الألم ومجراه (المعالجة حتى الآن، الأدوية على سبيل المثال).
- ✓ التوضع، مدة وشدة وتكرار الألم.
- ✓ العوامل المثيرة للألم.
- ✓ الظروف المقوية للألم وعواقب الألم. (جميل، 2016، صفحة 423)
- ✓ سلوك التجنب.
- ✓ المشكلات الإضافية كالاختلاط النفسية المرضية.
- ✓ المجالات الخاصة من المشكلات.
- ✓ بيانات حول الوضع الاجتماعي، التأهيل، حول وضع العمل وحول القدرة على العمل او التقاعد.

الفصل الثاني: الألم النفسي

ويعد دفتر يوميات الألم مصدر مهم ومكمل للمعلومات يتضمن تسجيل تكرار ومدة وشدة الألم عبر فترة زمنية.

(جميل، 2016، صفحة 423)

2.4 المقابلة السريرية المقننة الخاصة بالاضطرابات في الدليل التشخيصي والاحصائي:

يحتاج اخصائيو الصحة النفسية في بعض الأحيان الى جمع معلومات موحدة وخاصة من أجل اصدار أحكام تشخيصية تستند الى نظام الدليل التشخيصي والاحصائي وهذا ما يحتويه هذا النوع من المقابلة. حيث أن استجابة المريض على أحد الأسئلة تحدد السؤال التالي كما تحتوي أيضا على تعليمات مفصلة حول متى وكيف يمكن التعمق في التفاصيل ويتم تصنيف معظم الأعراض على مقياس ثلاثي للشدة، كما توجد إرشادات في جدول المقابلة بترجمة تصنيفات الأعراض مباشرة الى تشخيصات، حيث أثبتت نتائج عدة دراسات أن هذا النوع من المقابلة تحقق ثباتا جيدا بالنسبة لمعظم فئات التشخيص.

(الحويلة، 2016، صفحة 159)

3.4 مقياس الألم متعدد الأبعاد "MPI":

يتكون المقياس من 3 أجزاء، تتضمن 13 مقياس فرعي حيث يشمل الجزء الأول على شدة الألم الشخصية وتعكر المزاج الانفعالي المرتبط بالألم، الاضرار في مجالات مهمة من الحياة والمقدار المدرك ذاتيا من التحكم بالحياة اليومية الخاصة والدعم الاجتماعي المعاش. (جميل، 2016، صفحة 426)

يقيس الجزء الثاني الاستجابات المتعلقة بالألم لأشخاص مرجعيين مهمين، والجزء الثالث مستوى النشاط العام وهو مناسب جدا لطرح الدلائل المتعلقة بإجراءات نفسية علاجية الخاصة بالألم، حيث يمكن أن يتم عمل بروفييل خاص لكل مريض للأضرار الناجمة عن الألم وللعوامل المحافظة على الاستمرارية.

(جميل، 2016، صفحة 426)

4.4 قوائم الألم (Pain Inventories):

قد أدى التأكيد على الجوانب الجسدية والنفسية والسلوكية للألم الى الدفع باتجاه تطوير قوائم دقيقة ومتطورة في قياس خبرات الألم، ساعدت مختصي علم النفس الاكلينيكي الصحي كثيرا في مجالات التشخيص والعلاج، حيث طور (Turk and Rudy) أداة متعددة المحاور لقياس الألم (Multiaxial Assessment of Pain-MAP): تضم معلومات نفسية و اجتماعية و سلوكية من شأنها أن تساعد في مجال تشخيص كبار السن وعلاجهم، و عدة أدوات للحصول على تقارير من الوالدين حول خبرات الألم عند أبنائهم وتكمن أهمية هذا المنحنى في القياس أنه يعي أهمية إدراك المريض للألم، كما أنه ينطلق من إدراك الألم أنه خبرة معقدة: فهو ليس مجرد رد فعل لتلف جسمي، بل نتيجة لما يولده الألم من آثار نفسية و سلوكية.

(تايلور، 2008، صفحة 484)

5.4 قائمة مينيسوتا متعددة الأوجه لقياس الشخصية (MMPI):

هي استبانة مطولة تقيس الأعراض النفسية والجسمية عند المريض، تزودنا ب 14 مقياس كل منها يقيس بعدا في الشخصية، وقد استطاعت هذه القائمة أن تميز ثبات عالي بين أنواع مختلفة من مرضى الألم، مما يجعلها أداة تشخيصية مهمة بيد الأطباء العاملين في هذا المجال، حيث أن مرضى الألم المزمن اظهروا ارتفاع في الدرجات على 3 مقاييس فرعية من الاختبار وهي: توهم المرض، الهستيريا، الاكتئاب، ويشار الى هذه المجموعة من العوامل الثلاثة عادة ب " المثلث العصبي " وذلك لأنها تتكرر في بروفيلات الشخصية للمرضى العصبيين ويعكس الاكتئاب مشاعر اليأس وفقدان الامل، التي غالبا ما تصاحب خبرات الألم طويلة الأمد والتي لا تستجيب للعلاج، فالألم وحده ليس كافي لتطوير الاكتئاب لكنه يؤدي الى تدني مستوى نشاط الفرد وإحساسه بفقدان السيطرة مما يقود الى الاكتئاب والاكتئاب بدوره يغذي خبرة الألم فهو يثير الألم نفسه أو يزيد من احتمالات سلوكيات الألم كترك العمل.

وتحتوي النسخة المنقحة من هذا المقياس على عدة تغييرات تهدف الى تحسين صدق هذه النسخة وقبولها، ويوضح كم هائل من الأبحاث السابقة أن النسخة تتميز بالثبات وبمدى ملائم من معيار الصدق

الفصل الثاني: الألم النفسي

التشخيصي عندما يتم الربط بينها وبين التشخيصات التي يتوصل إليها الأطباء السريريون والقيم التصنيفية التي يحددها الأزواج.

(الحويلة، 2016، صفحة 168)

6.4 مقياس الألم النفسي: (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) DASS21:

صمم المقياس من طرف "Lovi-bond, 1995" بجامعة نيو ساوث ويلز (سيدني، أستراليا)، يتكون المقياس في صورته الأصلية على 42 بند لقياس الانفعالات الوجدانية السلبية، ليتم تطويره بعدها واصدار نسخة مختصرة عنه تتألف من 21 بند، تتمحور على ثلاثة مقاييس فرعية:

✓ مقياس الاكتئاب: يحتوي على 14 بند لتقييم اضطراب المزاج، فقدان الأمل، الشعور باليأس، انخفاض قيمة الحياة، احتقار الذات، فقدان الاهتمام والمشاركة، فقدان الاستمتاع، قصور ذاتي، العجز، الكسل والخمول.

✓ مقياس القلق: يحتوي على 14 بند لتقييم الاستثارة الذاتية، القلق الموقفي، الأعراض الجسمية والحركية.

✓ مقياس الضغط النفسي: يحتوي على 14 بند لتقييم القابلية للاستثارة والهيجان، صعوبة الاسترخاء، التوتر.

7.4 استبيان قياس الألم ل (Saint- Antoine) QDSA:

يعتبر من المقاييس التي تسمح بالتقييم الذاتي للألم بجوانبه الحسية والانفعالية ووصف شدة الألم الذي يشعر به الفرد، يستخدم الاستبيان مع المراهقين والراشدين الذين لديهم قدرة على التواصل، كما يحتاج تطبيقه إلى مستوى فهم عالي وتعاون من طرف المفحوص، فهو يسمح له بالتعرف على الكلمات التي تصف الألم الجسدي الذي يشعر به الفرد والتغيير الذي أحدثه في نشاطاته اليومية وحالته المزاجية.

الفصل الثاني: الألم النفسي

يحتوي الاستبيان على ستة عشر (16) مجموعة مقسمة إلى فئتين (فئة حسية وأخرى نفسية) مصنفة من A إلى P تسمح بوصف التجربة المؤلمة، استخدم هذا استبيان في العديد من الدراسات على عينات تعاني من الألم الحاد أو المزمن، ومن هذه الدراسات يمكن ان نذكر دراسة (Michael and all,1997) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية بين الاكتئاب والألم المزمن.

(نورا، 2014، صفحة 308)

8.4 مقياس أعراض قلق الألم:

أعد المقياس من طرف (Mc craken and all, 1992) لقياس الأعراض المعرفية، السلوكية والفيزيولوجية للقلق المتعلق بالألم، ويتكون من أربعين (40) عبارة يتم الاجابة عليها بتدرج من 6 نقاط بطريقة "ليكرت" من 0 الى 5. يتميز المقياس بدرجة عالية من الصدق والثبات سواء على عينات إكلينيكية أو غير إكلينيكية.

9.4 مقياس الجانِب الانفعالي للألم (HADS):

صمم من قبل "Zigmond and Snaith"، استخدم في العديد من اللغات (الإنجليزية، الفرنسية، البرتغالية) لكي يقيم القلق والاكتئاب عند المرضى المقيمين بالمستشفى، يتألف من 14 بنداً موزعة على النحو الآتي:

7 بنود تقيس القلق، وهي البنود الفردية ومثلها تقيس الاكتئاب وهي البنود الزوجية.

توجد بنود ايجابية وبنود سلبية تأخذ الدرجات (0-1-2-3) على التوالي والسلبية بالعكس، ودرجة المقياس الكلي 42 درجة وتتراوح درجاته بين (0-21) لكل بعد منفصل، تشير درجات المرضى التي تراوح (0-7) الى عدم وجود اضطراب، والدرجات بين (8-11) الى أن الحالة مشكوك فيها والدرجات بين (11-21) الى أن الاضطراب مؤكد، يقدم هذا المقياس نتائج مهمة على الخطة الاكلينيكية ويعد مادة فعالة للمقارنة بين المجموعات المفحوصة، ويتمتع بحساسية عالية للتغيرات التي تجرى خلال المرض.

(صقور، 2018، صفحة 354)

خلاصة الفصل:

أهم خطوات البحث العلمي تةضیح ما تصب فيه الدراسة، وذلك من خلال الإطار النظري والخلفية النظرية التي يتبناها الباحث.

حيث تطرقت الباحثة فيما سبق الى مفهوم الألم النفسي فهو عبارة عن خبرة انفعالية غير سارة يمر بها الفرد بسبب إصابة عضوية حيث تظهر على شكل اكتئاب، قلق وضغط نفسي، ومن ثم التعرف على خصائصهم الاكلينكية وكيفية قياسهم، مع التطرق لأهم النماذج المفسرة للألم النفسي بداية من: نموذج التحليل النفسي، نظرية بوابة التحكم، النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، النموذج الاجتماعي الثقافي وفي الأخير نموذج علم الأعصاب.

ولأن تقييم وقياس الألم النفسي مهمة صعبة لأنه يقوم على أساس تقييم موضوعي لظاهرة ذاتية، حيث أن كل مريض يشعر بالألم النفسي بطريقته وحسب خبراته السابقة، فإن الباحثة إنتقت مجموعة من المقاييس لتحقيق ذلك.

الفصل الثالث: آليات التعامل

تمهيد

1. مفهوم آليات التعامل.
2. أنماط آليات التعامل.
3. النماذج المفسرة لآليات التعامل.
4. قياس آليات التعامل.

خلاصة

تمهيد:

باعتبار أن الألم النفسي ظاهرة معقدة فإنه يستلزم على المصاب به أن يطور من الطرق التي يلجأ إليها للتخلص منه وللوصول الى حالة من التوازن النفسي.

فتقييم المرض المزمن كالكسري بأنه مصدر تهديد وتحدي من شأنه أن يقود المريض إلى القيام بمحاولات تهدف إلى التعامل من أجل التكيف وتبني آليات تسمح للوصول إلى استقرار نفسي من خلال تقبل مضاعفات الداء والمتمثلة في البتر.

حيث أن استراتيجيات التعامل تكون أكثر فاعلية عندما تتناسب مع نوع المشكلة أو المشكلات التي يواجهها المريض، فالمريض الذي يتمتع بمثل هذه التعددية في استراتيجيات التعامل يكون أقدر على عمليات الموائمة من ذلك الذي لا يملك سوى أسلوب واحد للتعامل.

(تايلور، 2008، صفحة 526)

اذن فمسألة تحديد استراتيجيات التعامل الأكثر فعالية في إدارة الأمراض المزمنة هي مسألة معقدة وتعتمد على أي من جوانب الموقف الضاغظ يحاول الفرد التكيف معه وبأي مرحلة من مراحل عملية التكيف. وعليه سنتطرق في هذا الفصل الى مفهوم آليات التعامل ومعرفة أنماطها وكذا النماذج المفسرة لها بالإضافة الى كيفية قياس آليات التعامل.

1. مفهوم آليات التعامل:

لمعرفة مفهوم آليات التعامل سنتطرق الى مصطلح التعامل أولاً، حيث يشير التعامل الى عملية إدارة المطالب (الخارجية أو الداخلية) التي تقيم من قبل الفرد بأنها شاقة أو تفوق إمكانياته، فالتعامل يتكون من الجهود التي توجه نحو العمل وتلك التي تتم على المستوى النفسي من أجل إدارة (ضبط أو تحمل أو تقليل أو تخفيف) مطالب البيئة الداخلية والخارجية والصراع بين هذه المطالب.

يشمل هذا التعريف للتعامل على عدة مظاهر مهمة، أولها أن العلاقة بين التعامل والحدث المسبب للضغط تتسم بالديناميكية فالتعامل يشتمل على سلسلة من التفاعلات ما بين الفرد الذي يمتلك

الفصل الثالث: آليات التعامل

مجموعة من الإمكانيات، القيم، الالتزامات وما بين البيئة المحددة بمصادرها ومطالبها وقيودها، وبذلك فإن التعامل ليس مجرد فعل يقوم به الفرد في وقت معين ولكنه مجموعة استجابات تحدث عبر الزمن خلال التأثير المتبادل الذي يحدث بين الفرد وبيئته.

أما المظهر الثاني المهم في تعريف التعامل فهو اتساعه، فالتعريف كما هو واضح يجمع عددا كبيرا جدا من الأفعال وردود الفعل الانفعالية لدى مواجهة الظروف الضاغطة فهو يتضمن إذن الإشارة الى ردود الفعل الانفعالية بما في ذلك الغضب أو الكآبة التي يمكن اعتبارها جزءا من عملية التعامل وكذلك الأفعال التي تتم طواعية لمواجهة الحدث وفي المقابل فإن عمليات التعامل يتم تعديلها عن طريق الإمكانيات المتوفرة لدى الفرد.

(تايلور، 2008، صفحة 352)

حسب "Moos and Billing": التعامل يكمن في الإدراك، وهو سلوك يلجأ إليه الفرد لتخفيض الضغط والتعديل في التوتر الناجم عنه.

(Moss, 1988, p. 279)

حسب "Lazarus and Folk man": يعرفان التعامل كمجموعة مجهودات معرفية وسلوكية موجهة للتحكم أو تخفيض المطالب الداخلية والخارجية التي تهدد أو تتعدى مصادر الفرد.

(Servant, 2007, p. 10)

التعامل هو مستوى فاعلية الفرد الاجتماعية وما يؤدي إليه من إشباع لحاجات الفرد، فالفرد الأكثر توافقا هو الأكثر قدرة على إشباع حاجاته من خلال قدرته الاجتماعية، وهو الفرد الذي يتمتع بمستوى أعلى من الصحة النفسية.

(الموصللي، 2007، صفحة 114)

كما يعرف التعامل في علم النفس من خلال زاويتين أساسيتين، الأولى وتشمل الوظائف النفسية المختلفة التي تظهر لدى الفرد مثل: الإحساسات، الدوافع، العواطف، التعلم، التخيل والإدراك، أما الثانية فتشمل دراسة الإنسان من حيث آلية عمله في شروط محيطه.

الفصل الثالث: آليات التعامل

إذا يمكن تعريف التعامل بشكل مختصر بأنه مجموعة ردود الأفعال التي يعدل بها الفرد بناءه النفسي أو سلوكه ليستجيب لشروط محيطه.

(الزغلول والمومني، 2011، صفحة 393)

بعد التعرف على مصطلح "التعامل" سنتطرق الى آلياته، وبما أن المصطلح "Coping" أجنبي فإننا نجد عدة مصطلحات تقابله في اللغة العربية ولكن معناها يؤدي الى نفس الوظيفة واستنادا للمسح الذي قام به الباحث "سهيل مقدم" لمختلف الدراسات "العربية والأجنبية" التي تناولت موضوع التعامل فقد توصل الى أنه " مهما يكن في أمر الاختلافات في تسمية المفهوم إلا أن معناها يتطابق مع بعضها البعض".

(مقدم، 2010، صفحة 86)

وعليه نعتمد في دراستنا الحالية على أن مفهوم آليات التعامل يصب في نفس معنى كل من: أساليب التعامل، أساليب المقاومة، استراتيجيات التعامل، استراتيجيات المواجهة.

حسب "Jacques Postel" يعرف آليات التعامل أنها عمليات أو إجراءات فعالة يقوم بها الفرد من خلال تقييمه لقدراته ولمواقف الحياة وخاصة المواقف الضاغطة مع النجاح في استعمال هذه العمليات أو الإجراءات.

(Postel, 1998, p. 109)

حسب "مريم بن سكريفة" يعرفان أساليب المقاومة أنها هي الطريقة والوسيلة التي يستخدمها الأفراد في تعاملهم مع الضغوط الواقعة عليهم، كما أن هاته الأساليب تتمثل في مجموعة السلوكيات، الأنشطة المعرفية أو النفسية أو البدنية أو الاجتماعية التي يقوم بها الفرد من أجل التخفيف من مستوى الضغط والتكيف معه سواء كانت تلك الأنشطة عن قصد أو عن غير قصد.

(بن سكريفة، 2015، صفحة 242)

حسب "الزغلول والمومني" يعرف استراتيجيات التعامل أنها مجموعة من الأساليب المعرفية والسلوكية التي يستخدمها الفرد مع المواقف والأحداث، التي تكون أساليب إيجابية مثل التركيز على المشكلة وحلها أو أساليب سلبية مثل التجنب والانسحاب والنكران.

(الزغلول والمومني، 2011، صفحة 396)

حسب "Lazarus and Folkman" يعرف استراتيجيات المواجهة أنها التغيير في الجهود المعرفية والسلوكية، والانفعالية من أجل إدارة المطالب الداخلية أو الخارجية التي يقيمها الفرد أنها ترهق أو تفوق إمكانياته.

(Lazarus and Folkman, 1984, p. 141)

مما سبق نستنتج أن آليات التعامل هي عملية شعورية يوظفها الفرد للتعامل مع الحدث المثير سعياً منه لتحقيق الراحة النفسية فرغم اختلاف المصطلحات إلا أنها تصب في نفس المعنى.

وعند الحديث عن آليات التعامل لابد من الإشارة إلى ثلاثة متغيرات أساسية وهي كالتالي:

✓ مصادر التعامل: ويقصد بها تلك المهارات التي يمتلكها الفرد وتلعب دوراً إيجابياً في المواقف الضاغطة المتعددة، وتمثل هذه المهارات في مدى ثقة الفرد بنفسه ونظرته لنفسه وللعالم الخارجي، كذلك وقد تظهر من خلال مرونة العمليات العقلية المستخدمة والقدرة على الاتصال والتواصل مع الآخرين.

✓ أساليب التعامل: وتظهر من خلال انسحاب الفرد أو ميله تجاه الآخرين وإمكانية إقراره بوجود مشكلة ما أو القدرة على إنكارها.

جهود التعامل: وتمثل ردود الفعل الداخلية والخارجية الصادرة عن الفرد تجاه المواقف الضاغطة وقد تكون هذه الردود موجهة نحو الذات أو البيئة أو كليهما معا عن طريق محاولة تغيير خصائص الشخصية والمعتقدات والعادات السلوكية.

(الزغلول والمومني، 2011، صفحة 394)

2. أنماط آليات التعامل:

قبل التطرق لأنماط آليات التعامل لابد أن نشير لملاحظة مفادها أن لكل باحث مختص بهذا المجال يستخدم تصنيفات وتسميات انطلاقاً من الخلفية النظرية التي يتبناها وبالتالي نجد اختلافات أيضاً تعود لحداثة الدراسة، طبيعتها، تصور المنهج وخصائص العينة المعتمد عليها.

وعليه يمكن تقسيم أنماط التعامل العامة الى نوعين هما: التعامل المتمركز حول حل المشكلة والتعامل المتمركز حول الانفعال، إن جهود التعامل التي تركز على حل المشكلة تتضمن القيام بمحاولات تهدف الى القيام بعمل شيء إزاء الظروف الضاغطة التي تشكل مصدر أذى أو تهديد أو تحد للفرد، أما التعامل المتمركز حول الانفعال فيتضمن الجهود الموجهة لتنظيم الانفعالات التي تنشأ عن التعرض للحدث الضاغط.

(تايلور، 2008، صفحة 365)

نجد حسب كل من "المومني والزغلول، 2011" أن أنماط آليات التعامل مصنفة كالتالي:

(الزغلول والمومني، 2011، صفحة 394)

✓ آليات التعامل الإيجابية (الآليات التي تركز على التقدير، الآيات التي تركز على المشكلة، الآليات التي تركز على الانفعالات).

✓ آليات التعامل السلبية (العدوانية، التجنب والهروب، التحويل، النكوص، أحلام اليقظة).

آليات التعامل الإيجابية: وهي المهارات الإيجابية في التعامل مع الصدمة التي من الممكن أن يتعلمها الفرد كما يمكن استخدامها بمرونة وفقاً لمتطلبات الموقف وتحدد في المهارات الأساسية التالية:

الآليات التي تركز على التقدير:

تهدف الى مساعدة الفرد على فهم الموقف أو الحدث الصدمي واستبصاره وذلك من خلال عملية التقويم وإعادة التقويم، التي تعد شكلاً من أشكال المواجهة وتتكون مما يلي:

الفصل الثالث: آليات التعامل

✓ التحليل المنطقي والتهيو العقلي: تكون من خلال تركيز الانتباه على جانب واحد من الخبرة الصدمية في وقت واحد ثم تجزئة المشكلة الكلية الى عناصر صغيرة يمكن التحكم بها مستعينا بالخبرات السابقة الناجحة التي تمكن الفرد فيها من تخطي التجارب الصعبة.

✓ إعادة التوجيه المعرفي: هي أحد الاستراتيجيات المعرفية القائمة على مساعدة الفرد في تقبل الحقيقة الأساسية للحدث الضاغط من خلال إعادة بناء الحقيقة بطريقة تصبح فيها مقبولة أو معقولة للفرد.

الآليات التي تركز على المشكلة أو كما ميزها "Lazarus" بالمواجهة النشطة: وفيها يسعى الفرد الى تغيير الموقف مباشرة بغرض تعديل أو استبعاد مصدر الضغط وكذلك التعامل مع الآثار الملموسة للمشكلة، بمعنى تنطوي على التعامل بشكل مباشر مع المواقف الشاقة ومن ثم العمل على إيجاد وسيلة لحلها ومن الأمثلة على هذا النوع من المواجهة وضع خطة عمل أو التركيز على الخطوة التالية لحل المشكلة، وتعتبر المواجهة المرتكزة على المشكلة بشكل عام الأكثر احتمالا لأن تكون فعالة وذلك عندما يكون هناك شيء يمكن القيام به للسيطرة على مصدر المشقة أو معالجتها.

(شويخ، 2012، صفحة 153)

ومن الآليات المتبعة في هذا النوع من التعامل: (السيد، 2000، صفحة 215)

✓ البحث عن معلومات أو طلب النصيحة: أي البحث عن معلومات أكثر حول الموقف أو الحصول على التوجيه من شخص مسؤول والتحدث معه.

✓ اتخاذ الإجراءات العملية لحل المشكلة: تهدف هذه العملية الى خلق إحساس لدى الفرد بالثقة والكفاءة وتقدير الذات.

✓ السعي الى الحصول على اثابات بديلة: البحث عن بدائل للخسارة والضرر عن طريق تغيير الأنشطة وعمل خطط قريبة المدى للتعامل مع المشكلات الناجمة عن الحدث الضاغط.

الفصل الثالث: آليات التعامل

الآليات التي تركز على الانفعالات: تكون من خلال التركيز على مهارات ضبط المشاعر والانفعالات التي تستثيرها الخبرة الصدمية، حيث تنطوي على التعامل مع الانفعالات المحيطة بمصدر المشقة، وتشمل محاولات إعادة تقييم إيجابي لمصدر المشقة لرؤية الموقف بصورة أكثر إيجابية، إضافة الى أن الأفراد الذين يتخذون منحي المواجهة المرتكزة على الانفعال يعتمدون على تقبل الموقف، البحث عن مساندة وجدانية، التنفيس عن انفعالاتهم، الانخراط في الأنشطة الروحانية كالتأمل، وتعتبر هذه المناهج أكثر فعالية عندما يكون هناك شيء يمكن القيام به للسيطرة على موقف المشقة أو معالجتها.

(شويخ، 2012، صفحة 153)

ومن الآليات المتبعة في هذا النوع من التعامل: (السيد، 2000، صفحة 307)

✓ التنظيم الوجداني: من خلال ضبط الانفعالات عند التعامل مع المواقف الضاغطة أو الأفكار الاقتحامية ومساعدة الفرد في السيطرة على مشاعره.

✓ التفريغ الانفعالي: يكون من خلال صرف مشاعر الغضب كالتدريب على الاسترخاء، ممارسة الأنشطة الفنية والرياضية وما الى ذلك.

✓ التقبل الواقعي: من خلال تقبل الموقف على حاله والتسليم به، وأن ما حدث قد أصبح من الماضي ولا يمكن تغييره وإنما البحث عن كيفية التكيف معه.

✓ الدعم الاجتماعي: يتم من خلال استثمار شبكة العلاقات الاجتماعية كمصدر من مصادر القوة الذاتية، يتكون من عدة أبعاد (الدعم المادي، العاطفي، التقييمي، المعلوماتي) حيث تشير العديد من الدراسات الى أهمية الدعم الاجتماعي في التخفيف من آثار الحدث الصدمي والضغط النفسية بالإضافة الى دوره الهام في تجاوز الصدمة.

آليات التعامل السلبية: وهي المهارات السلبية في التعامل مع الصدمة التي من الممكن أن يستخدمها الفرد وتتمثل في نقص جهد الفرد في التعامل مع الموقف الضاغط والافراط في ممارسة أنشطة أخرى

الفصل الثالث: آليات التعامل

كالنوم، عزل الذات، الانكار، الانسحاب المعرفي العقلي، الاستغراق في أحلام اليقظة والتفكير في أشياء وموضوعات بعيدة عن المشكلة حيث تتحدد أهمها فيما يلي:

✓ العدوانية: يبذل الفرد جهودا عدوانية بهدف تغيير الواقع حيث تظهر عليه العديد من الاستجابات (كالغضب، العدوان، الإحباط) بمعنى يقوم الفرد باللجوء الى العدوان على شخص أو شيء آخر لتعويض فشله.

✓ التجنب والهروب: يلجأ الفرد له عند عدم توفر القدرات اللازمة لمواجهة الحدث أو الموقف، فالبعض قد يلجأ الى استخدام العقاقير المخدرة بحثا عن الهروب من الموقف الضاغط وهذه الطريقة قد تتناسب مع بعض الصفات الشخصية للعديد من الأفراد.

✓ التحويل: وتعني التعامل مع الضغوط عن طريق صرف التوتر من خلال الجسم (ككثرة التبول، الإفراط في الاكل، كثرة التدخين، الإفراط في الجنس).

✓ النكوص: يعتبره "يونغ" بأنه العملية الوحيدة التي يقابل بها الفرد المواقف التي تصل صعوبتها الى حد لا يستطيع التغلب عليه.

✓ أحلام اليقظة: وتعني هروب الفرد من عالم الواقع الى عالم الخيال لأجل اشباع حاجاته ورغباته.

نشير كذلك الى أنه لم يميز الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSM4) كثيرا بين ميكانيزمات الدفاع وآليات التعامل مع الضغوط وإعتبر أن كل منها عمليات نفسية آلية تحمي الفرد ضد القلق والشعور بالأخطار الداخلية ومن الضغوط، وغالبا لا يكون الأفراد واعين بهذه العمليات أثناء عملها، ويقسم هذه الوظائف وآليات التعامل إلى سبع مستويات هي:

(السيد، 2000، صفحة 317)

المستوى التكيفي المرتفع: تحتوي نتائج هذا المستوى من الوظائف الدفاعية على أفضل تكيف أثناء معالجة الضغوط والتعامل معها، وعادة ما تطون هذه الدفاعات ميسرة للإشباع وتسمح بقدر من المشاعر والأحاسيس الواعية والشعورية بالظهور، كما تحقق أفضل توازن بين الدوافع المتصارعة ومن

الفصل الثالث: آليات التعامل

أمثلتها: التطلع أو الترقب، الانتماء، الايثار أو الغيرة، الفكاهة، توكيد الذات، ملاحظة الذات، التسامي أو الإعلاء، القمع.

مستوى الكف العقلي: من المحتمل أن يحتفظ الفرد في هذا المستوى بالأفكار المهددة والمشاعر والذكريات والأمنيات والمخاوف خارج الشعور أو الوعي ومن أمثلتها: الازاحة أو الإبدال، التفكك والانفصال، التعقل والمعالجة الفكرية، العزلة والاعتزاب، الكبت، الإبطال (الإلغاء).

المستوى المنخفض لتشويه الصور العقلية وتحريفها: يتصف هذا المستوى بتشويه الصور العقلية عن الذات والجسم والآخرين والتي من الممكن أن تستخدم في تنظيم تقدير الذات ومن أمثلة دفاعات هذا المستوى: عدم التقدير، التقديس أو التكميل المثالي للشيء، المبالغة في القدرة.

مستوى الإنكار أو التنصل من المسؤولية: يتصف هذا المستوى باحتفاظ الفرد بالضغوط، الدوافع، الأفكار والانفعالات غير المقبولة، وتكون مسؤولية الفرد عن أفعاله خارج الوعي أو الشعور مع عدم نسبة هذه الأفعال الى أسباب خارجية ومن أمثلة ذلك: انكار الذات، الإسقاط، التبرير.

المستوى الرئيسي لتشويه الصور العقلية: يتسم هذا المستوى بتحريف جسيم للصور العقلية وبعدم نسبة هذه الصور للذات أو الآخرين ومن أمثلتها: تقسيم وانشطار الصور العقلية عن الذات والآخرين.

مستوى الأداء (المستوى العملي): يتميز هذا المستوى بوجود الوظائف الدفاعية التي تتعامل مع الضغوط الداخلية والخارجية بالعمل أو الانسحاب ومن أمثلتها: التجسيد، الانسحاب، الشكوى من رفض المساعدة، العدوان الكامن.

مستوى عدم التنظيم الدفاعي: يتسم هذا المستوى بالفشل في تنظيم الدفاعات المناسبة لمواجهة الضغوط ويقود هذا المستوى الى انتكاسة وانحيار واضح وصريح، من أمثلتها: الاسقاط التوهمي، انكار الذات، التحريف أو التشويه.

من خلال مراجعة الجانب الأدبي لمختلف التصنيفات، تبين أنه لا يوجد إجماع على عدد ونوع الأبعاد المستخدمة لآليات التعامل ونظرا لكون تصنيف "لازاروس وفولكمان" هو أكثر تداولاً جعلنا نختاره في دراستنا الحالية وبالتالي التطرق له بشكل مفصل.

الفصل الثالث: آليات التعامل

حيث يعرفانها بأنها: "التغيير في المجهودات المعرفية والسلوكية، والانفعالية من أجل إدارة المطالب الداخلية أو الخارجية التي يقيمها الفرد أنها ترهق أو تفوق إمكانياته.

(Lazarus and Folkman, 1984, p. 141)

اذ قاما كلاهما بتوزيع قائمة أساليب التعامل المعروفة بـ " The ways of coping Checklist" المؤلفة من 69 بند على 100 فرد تتراوح أعمارهم بين 45 و64 سنة بغرض الكشف عن مختلف أساليب التعامل لديهم خلال مدة زمنية تقدر بسبعة أشهر، فتوصلا إلى وجود نمطين ثابتين للتعامل هما : التعامل المتمركز حول المشكل والتعامل المتمركز حول الانفعال.

التعامل المتمركز حول المشكلة:

وتنطوي على التعامل بشكل مباشر مع المواقف الشاقة، ومن ثم العمل على إيجاد وسيلة لحلها، حيث تعتبر بشكل عام الأكثر احتمالا لأن تكون فعالة.

(شويخ، 2012، صفحة 152)

فهي مجموعة الجهود السلوكية و المعرفية للفرد لتغيير أو تعديل الوضعية الضاغطة، هذا الشكل من التعامل يشمل عاملين رئيسيين : التعامل مع الحدث الذي يترجم بالجهود من اجل تغيير الوضعية من جهة و عزل المشكل الذي يترجم بالبحث عن الوسائل (كالمعلومات، المساعدة) و التي تسمح بتحقيق هذا الهدف من جهة أخرى .

(Fischer, 2006, p. 280)

بمعنى أن الفرد يسعى إلى تغيير الموقف مباشرة بغرض تعديل أو استبعاد مصدر الضغط وكذلك التعامل مع الآثار الملموسة للمشكلة، ويأخذ هذا النوع من التعامل أشكالا تتمثل في:

✓ البحث عن معلومات أو طلب النصيحة :أي البحث عن معلومات أكثر حول الموقف، أو الحصول على توجيه من شخص مسؤول والتحدث مع شخص آخر وطلب المساعدة.

✓ اتخاذ إجراء حل المشكلة :وتشمل إعداد خطط بديلة واتخاذ تصرف محدد للتعامل مع الموقف، وتعلم مهارات موجهة نحو المشكلة والتفاوض للتوفيق لحل المشكلة.

✓ تطوير مكافأة :عن طريق تغيير أنشطة الفرد وإيجاد مصادر جديدة للرضا، كبناء علاقات اجتماعية، استقلالا ذاتيا، وتنمية وجهة ذاتية.

يتبين مما سبق أن جمع المعلومات يساعد في الكشف عن طبيعة المشكل والعناصر الغامضة مما يؤدي إلى إيجاد استجابة مناسبة وملائمة لحل المشكلة.

التعامل المتمركز حول الانفعال :

وتنطوي على التعامل مع الانفعالات المحيطة بمصدر المشقة، وتعتبر من المناهج الأكثر فعالية، فهي مجموعة الجهود التي تسعى للتخفيف و تحمل الحالات الانفعالية المثارة من الوضعية الضاغطة، توجد العديد من التعبيرات لهذا الشكل من المواجهة: التجنب (عدم التفكير في المشكل)، الإنكار، التهويل... الخ إذ تعتبر أكثر السياقات الموجهة نحو النشاط البين نفسي لتعديل الانفعالات الناجمة عن الضغط بالتفكير في أمور أخرى.

(Baily, 2013, p. 350)

هذا الشكل من التعامل يطلق عليه أيضا التعامل المخفف بمعنى أخذ المسافة، التجنب و كل المحاولات و المساعي لتنظيم ردود الأفعال الانفعالية و الشعور بالتحسن دون البحث عن حل للمشكل.

(Didier, 2004, p. 51)

من المهم جدا أن نعرف أن آليات التعامل ليست في حد ذاتها جيدة أو سيئة، ولكن الذي يجعل هناك فرق هو السياق الذي يتم فيه تنفيذها.

فمسألة تحديد آليات التعامل الأكثر فعالية في ادارة الأمراض المزمنة هي مسألة معقدة، وتعتمد على أي من جوانب الموقف الضاغط يحاول الفرد التكيف معه، وبأي مرحلة من مراحل عملية التكيف، وعلى الرغم من هذا الحرص الشديد في فهمنا لطبيعة هذه المسألة، يمكننا أن نستنتج بصورة عامة أن التعامل

النشط مع المرض يرتبط بالتكيف الجيد، بينما يرتبط النمط التجنبي بسوء التكيف، حتى مجرد ادراك الفرد لذاته على أنه شخص يجيد التعامل يمكن أن يحسن من التعامل مع المرض المزمن.

(تايلور، 2008، صفحة 526)

3. النماذج المفسرة لآليات التعامل:

تعددت النماذج التي تناولت آليات التعامل حسب توجه اصحابها والتيار الذي ينتمي اليه، سنتطرق في هذا العنصر من البحث الى أهم النماذج المفسرة لآليات التعامل:

1.3 النموذج البيولوجي .

2.3 النموذج التحليلي .

3.3 النموذج التفاعلي .

1.3 النموذج البيولوجي:

بالاستناد إلى هذا النموذج، تم تحديد مفهوم التعامل كاستجابة سلوكية فطرية أو مكتسبة لمواجهة الخطر، والمعيار الأساسي لنجاح التعامل عند الحيوان يتمثل في بقاءه حيا.

فأولى المساهمات التي قدمت في مجال بحوث الضغط كان الوصف الذي قدمه " وولتر كانون" لاستجابة الكر أو الفر، فعندما تدرك الكائنات العضوية بأنها تتعرض للتهديد يتم تنبيه الجسم بسرعة ويصبح مدفوعا بتأثير من الجهاز العصبي السمبثاوي/الودي، جهاز الغدد الصماء، هذه الاستجابات الفيزيولوجية تعمل على تهيئة العضوية لمهاجمة مصدر التهديد أو الهرب، وهي بذلك تدعى استجابة الكر أو الفر.

(تايلور، 2008، صفحة 396)

حيث ينشط الجهاز العصبي السمبثاوي أثناء حالات الطوارئ، ونتيجة لتنشيطه تحدث زيادة في اليقظة، الاستثارة والتعبئة، وتسمى هذه الاستجابة في كثير من الاحيان بجهاز المحاربة أو المكافحة، وتشمل الآثار

الفصل الثالث: آليات التعامل

التي نشعر بها عندما ينشط هذا الجهاز زيادة في معدل ضربات القلب، زيادة في التنفس، وزيادة نشاط الغدة الدرقية. وفي المقابل يعمل جهاز الباراسمبثاوي على تهدئة استجابة الجسم والاسترخاء ورجوع انظمتنا الجسمية مرة أخرى الى التوازن والوظيفة الطبيعية.

(شويخ، 2012، صفحة 130)

واعتبر "كانون" أن استجابة الكر أو الفر من الناحية المبدئية استجابة تكيفية، لأنها تجعل العضوية قادرة على تقديم الاستجابة بسرعة عند تعرضها للتهديد، كما من ناحية ثانية أن الضغط قد يسبب الأذى للعضوية لأنه يعطل الوظائف الانفعالية والسيكولوجية، ويمكن أن يسبب مشاكل صحية مع مرور الوقت، وتحديدًا فعندما يستمر الضغط قويا فإنه يمهد الطريق لظهور المشاكل الصحية.

(تايلور، 2008، صفحة 296)

من خلال هذا النموذج نرى أن تركيز "كانون" يصب في الدور البيولوجي للانفعال و ما يمكن احداثه داخل فيزيولوجية الجسم، بالإضافة الى مختلف الآليات التي يتبناها الفرد اتجاه المواقف الضاغطة من أجل تحقيق التكيف معها.

أما "هانز سيلبي" فقد تطرق الى اعراض التكيف العامة أو بما تسمى متلازمة التكيف العام من خلال أعماله التي تمثلت في الكشف عن تأثير الهرمونات الجنسية على الوظائف الفيزيولوجية والآثار الضاغطة التي تظهر نتيجة لما كان يحدثه من تدخلات.

حيث أوضح أنه عند تعرض العضوية لمثير يسبب الضغط، فإنها تقوم بحشد امكانياتها للعمل والاستجابة التي تصدر عنها بحد ذاتها غير محددة، أي أنها تختلف باختلاف مسببات الضغط وهذا يعني أن الفرد سيقدم نفس النمط من ردود الأفعال الفيزيولوجية بغض النظر عن سبب التهديد.

ومع مرور الزمن ومع تكرار أو استمرار التعرض للضغط يتعرض النظام (الجسم) الى عوامل التمزق والاهتراء.

(تايلور، 2008، صفحة 297)

الفصل الثالث: آليات التعامل

وتتكون أعراض التكيف العامة أو "متلازمة التكيف العام" من ثلاث مراحل:

- مرحلة التنبيه (الانذار): وفيه يتهيأ النظام (الجسم) ويصبح مستعد للتعامل مع التهديد.
- مرحلة المقاومة: مختلف الجهود المبذولة للتعامل مع التهديد.
- مرحلة الانهك: فشل النظام في التخلص من التهديد رغم استنفاد جميع المصادر والمحاولات لتحقيق التكيف، وعليه يظهر التلف الفيزيولوجي ومع التعرض الدائم والمتكرر للتهديد (الضغط) يصبح الفرد عرضة لمختلف الأمراض.

من خلال هذا الطرح يمكن أن نقول أن النموذج البيولوجي لم يعطي تفسير شامل للظاهرة، فقد اكتفى فقط بالجانب الفيزيولوجي دون التطرق إلى مختلف الجوانب النفسية، العقلية، المعرفية، البيئية والاجتماعية وهو ما أشار إليه "لازاروس وفولكمان" في معرض مناقشتهما لهذا النموذج انه بسيط و ينقصه الغنى و التعقد المعرفي و الانفعالي الذي يعتبر جزء لا يتجزأ من العمل الإنساني.

(Lazarus and Folkman, 1984, p. 141)

وأن هذا النموذج مبني على الأعمال التي طبقت على الحيوانات بهدف تحديد الافرازات الهرمونية للغدد الصماء، لذلك فهو يفتقر إلى اجراءات على عينات انسانية من أجل اظهار دور العوامل السيكولوجية والاجتماعية بشكل واضح.

2.3 النموذج التحليلي:

ينطلق النموذج التحليلي من فكرة مفادها أن سلوك الانسان يتحدد بعوامل نفسية داخلية وأخرى متعلقة بالعلاقات بين الأشخاص وهو افتراض يسمى ب"الحتمية النفسية"، وتعتبر سلوكيات الأفراد موجه لاشباع حاجات بيولوجية وغريزية، لذلك يرى "فرويد" أن السلوك ليس عشوائيا بل هو محدد بالتجارب الماضية للفرد.

ولقد تم تناول هذا النموذج من وجهتي نظر : متعلقة بدفاعات الأنا، وسمات الشخصية .

دفاعات الأنا : لقد تم تشبيه التعامل بدفاعات الأنا حيث عرفت على أنها جملة من العمليات المعرفية اللاشعورية تهدف إلى التقليل أو إزالة كل ما من شأنه أن يثير تطوير القلق.

(Lazarus and Folkman, 1984, p. 121)

فالقلق حسب نظرية "سبيلرجر" يعتبر عملية انفعالية تشير الى تتابع الاستجابات المعرفية السلوكية التي تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغوط.

(بن سكريفة، 2018، صفحة 66)

و تتمثل الاستجابات التي ترمي إلى التخفيض من شدة القلق في ما يلي:

- الإنكار: هنا الفرد يدرك الحقيقة ، و لكن ينكر العوامل التي لا يمكن تحملها مثل: حالات المرض الخطير.
 - العزل: ينحصر سير التفكير، أي منع التفكير فيما يترتب عن وضعيته.
 - العقلنة: الفرد يبحث عن تفسير متناسق منطقي لما يحدث له .
- وحسب "فيانت" فإن المعيار الأساسي لآليات التعامل متعلق بنوعية السيرورات (مرونتها، درجة تكيفها مع الواقع) وأن آليات الدفاع عبارة عن تشوهات معرفية متواجدة بفضل الانتقاء الطبيعي وهذا من أجل التخفيف عن الصراعات وحالات القلق الناتجة عن تغيرات الوسط الداخلي أو الخارجي، فهي آليات دفاعية لاشعورية وقد وصفها بأربع مستويات:
- دفاعات ذهانية كالإنكار الذهاني والاسقاط الهذيان.
 - دفاعات غير ناضجة كالاسقاط والوساوس.
 - دفاعات عصابية كالكبت والتبديل.
 - دفاعات ناضجة كالتصعيد والفكاهة. (بغيجة، 2006، صفحة 105)

الفصل الثالث: آليات التعامل

فبالرغم من هذا النموذج يركز على ردود فعل الأشخاص تجاه الأحداث الضاغطة، إلا انه يبقى ناقصا لكونه يعتبر التعامل كنظام دفاعي لإحداث التوازن الانفعالي دون البحث عن حلول للمشاكل الناتج عن الضغوط كالإصابة بالمرض مثلا .

سمات الشخصية: تنطلق هذه النظرية من فكرة الفروق الفردية، ومن ثم مفهوم التعامل بالنسبة لهذا النموذج ما هو إلا عدد من مكونات سمات الشخصية الإنسانية، فتعرف السمة على أنها: استعداد وميل الفرد للاستجابة بأسلوب خاص في المواقف المتنوعة التي تواجهه في حياته، أما عن التعامل فيعرف من منظور نظريات السمات على أنه ميل واستعداد للتعامل أو معالجة وضعية ضاغطة ومرهقة بأسلوب يميز كل فرد عن الآخر.

مما سبق يتضح أن مفهوم هذا الإتجاه للتعامل والسمات متقارب من منطلق أن كلاهما أسلوبان يظهران في تفاعل الفرد مع المؤثرات الداخلية والخارجية .

ولكن يبدو من الصعب أن نتناول التعامل من وجهة نظر ثابتة، حيث أكد العديد من الباحثين أمثال: " فولكمان، كوهن، لازاروس" أن مقاييس سمات الشخصية ضعيفة لتحديد آليات التعامل المستخدمة وهذا للأسباب التالية :

أ- الطبيعة المتعددة لأبعاد آليات التعامل فالمرضى مثلا: يواجه ضغوطات مختلفة وفي الوقت نفسه عليه أن يحافظ على توازنه الإنفعالي، مع الحفاظ على العلاقة الجيدة مع العائلة، هذه الاهتمامات متنوعة لا يمكن التنبؤ بها بمقياس أحادي البعد مثل: سمة ما للشخصية.

ب- الطابع المتحرك و المتغير لسيرورة التعامل: في هذه الحالة فالآليات تتأثر بمحتوى الوضعيات الضاغطة فسمات الشخصية لوحدها غير قادرة على جعل الفرد يواجه هذه الوضعيات .

يظهر لنا من خلال ما تم عرضه أن هذا النموذج يعتبر أن الفرد يتصرف دائما بنفس الشكل مع مختلف المواقف الضاغطة، ولكن مفهوم التعامل لا يتحدد بالاستعدادات الشخصية الثابتة فقط بل أيضا بالأساليب السلوكية المتبعة من طرف الفرد في الوضعيات الضاغطة المختلفة.

3.3 النموذج التفاعلي:

أو ما يسمى بالنموذج المعرفي فهو يهتم بالتفاعلات الحالية بين الشخص والبيئة بمعنى الجهود المعرفية والانفعالية والسلوكية المبذولة من قبل الأشخاص للتعامل مع المواقف المؤلمة.

و لكون العلاقة بين الشخص والبيئة علاقة دينامية ومتغيرة فالنظرية التفاعلية تستند على اتجاهين :
السياق التقييمي المعرفي والسياق التكيفي (آليات التعامل).

السياق التقييمي المعرفي : هو مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد، حيث أن تقدير كم التهديد ليس مجرد إدراك مبسط للعناصر المكونة للموقف، ولكنه رابطة بين البيئة المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية مع الضغوط، وبذلك يستطيع الفرد تفسير الموقف.

فالفرد يمتلك بالمحيط الخارجي بشكل مباشر، لتلبية مطالبه، ومن خلال تداخل علاقته مع هذه البيئة يقيم الضغوطات المفروضة عليه أنها تتعدى إمكانياته وتهدد راحته النفسية، فتشكل له وضعية ضغط يحاول مواجهتها.

وحسب لازاروس و آخرون (Lazarus and all,1984) يوجد شكلين للتقييم المعرفي :

أ- التقييم الأول : و يطلق عليه أيضا الضغط المدرك حيث يحاول الفرد التعرف على الحدث وكذا تحديد مستوى التهديد الذي يمثله، ويعتمد في هذه العملية التقديرية على أسلوبه المعرفي وخبراته.

(يخلف، 2001، صفحة 52)

ب- التقييم الثانوي: في هذه المرحلة يقوم الفرد بتقييم مدى قدرة إمكانياته الشخصية على مواجهة الموقف الضاغط ، وهو احد المحددات التي تلعب دورا في تحديد التكيف النفسي.

(Arthur, 2003, p. 51)

السياق التكيفي (آليات التعامل) : في هذه المرحلة يلجأ الفرد إلى استعمال آليات معرفية سلوكية لمواجهة الموقف الضاغط ،وقد صنفت آليات التعامل إلى نوعين أساسيين : النوع الأول يشمل اتخاذ

الفصل الثالث: آليات التعامل

إجراءات عملية مباشرة لتغيير الموقف الضاغط وتتسم بطبيعة سلوكية تعتمد أسلوب حل المشكلات، أما النوع الثاني عبارة عن فعل غير مباشر ذو طبيعة انفعالية .

حسب "لازاروس و فولكمان" تتأثر سياقات التقييم للعلاقة فرد-محيط بالمصادر الشخصية و المصادر المحيطة، وهذا ما يشرح لنا لماذا نفس الحدث الضاغط يمكن أن يقيم من شخص على أنه خطر يهدده ويعد كتحدي من طرف شخص آخر.

فتفسير وإدراك الأحداث موضوع أساسي بالنسبة لهما في كيفية التأثر بالضغط النفسي، أو كيفية استجابة الفرد له "لأن طريقة التفسير السلبية والعاجزة تزيد من الضغط النفسي ونتائجه السلبية سلوكيا وجسديا ونفسيا، أما التفسير الايجابي وإدراك الموقف كتحد إضافة الى الإدراك الجيد للمصادر أو الذخيرة الصحية التي يحتفظ بها الفرد كي يستعملها في هذه المواقف تستطيع أن تقلل من الضغط النفسي أو ربما تحوله الى حافز جيد للإنجاز".

(Lazarus and Folkman, 1984, p. 06)

نرى من خلال هذا النموذج أن آليات التعامل عبارة عن آليات دفاعية شعورية تركز على المشكل المطروح عن طريق التعامل معه والتخطيط لتغييره أو التكيف مع الموقف المعاش، فالفرد عبارة عن مستجيب فعال، ينشغل في جهود متواصلة كي يحقق التكيف أو كي يعيد توازنه.

(Schafer, 1992, p. 56)

4. قياس آليات التعامل:

من خلال النماذج النظرية السابقة لآليات التعامل نجد أن مختلف العلماء اجتهدوا في وضع مقاييس لتلك الآليات باختلاف توجهاتهم، ورغم هذا الاختلاف فإن هدف العلماء واحد وعليه سنتطرق لأهم المقاييس التي صممت لقياس آليات التعامل.

1.4 قائمة مقياس طرق الكوين "1980":

المعد من طرف "لازاروس وفولكمان" ويتكون من 67 بند، يتفرع الى 8 مقاييس فرعية تتضمن كل واحد منها مجموعة من البنود وهي كالتالي:

هناك ثمانية سلامم تحتية ، يحتوي كل واحد على عدد معين من البنود و هي :

1. التخطيط لحل المشكل: بما في ذلك البحث عن المعلومات، مثل : "ركزت فقط على ما سأفعله لاحقاً" .

2. روح المواجهة : مثل : "قمت بشيء لم أكن اعتقد أنه يصلح ، و لكنني قمت به على الأقل" .

3. أخذ المسافة: مثل "تصرفت و كان شيئاً لم يحدث" .

4. إعادة التقييم الإيجابي: مثل: "خرجت من المشكلة بشكل أحسن مما دخلت به فيها"

5. تأنيب الذات : مثل : "أدركت أنني المتسبب في المشكل" .

6. الهروب / التجنب: مثل: "نمت أزيد من العادة" .

7. البحث عن السند الاجتماعي: مثل: "قبلت عطف و تفهم شخص ما" .

8. التحكم في الذات : مثل : "حاولت أن أحتفظ بمشاعري بنفسني" .

و يشير السلمين التحتيين الأولين إلى الاستراتيجية المركزة حول المشكل ، أما الست الباقية فتشير الى الاستراتيجية المركزة حول الانفعال. (Paulhan, 1994, p. 101)

2.4 استبيان أساليب المواجهة "WCC"، 1988:

المعد من طرف " لازاروس و فولكمان " يتكون الاستبيان من 66 بند تقيس آليات التعامل المعرفية والسلوكية التي سيستخدمها الأفراد للتعامل مع المواقف الضاغطة، يضم ثمانية أبعاد أساسية هي:

1. التحدي: الجهود العدائية في مواجهة الموقف الضاغط .
2. الابتعاد: الابتعاد عن الموقف للتقليل من أهميته .
3. ضبط الذات: تنظيم الفرد لانفعالاته و سلوكياته .
4. طلب المساعدة الاجتماعية: سعي الفرد للحصول على المساندة سواء كانت مادية، معرفية، أو إجتماعية في أوقات الضغوط.
5. تحمل المسؤولية: إدراك الفرد لدوره في حل المشكلة .
6. الهروب: تجنب الموقف الضاغط .
7. حل المشكلة: جهود يقوم بها الفرد لتحليل المشكلة.
8. إعادة التقييم الايجابي: إعطاء معنى إيجابي. (حسين، 2006، صفحة 112)

3.4 قائمة المواجهة المتعدد الأبعاد "1989":

أعدّه "كارفر و سيشير" وتتكون من 53 عبارة موزعة على ثلاثة عشر بعدا منها:

- خمسة أبعاد تقيس جوانب من استراتيجيات مواجهة مرتكزة على المشكلة.
- خمسة أبعاد تقيس جوانب من استراتيجيات مواجهة مرتكزة على الانفعال.
- ثلاثة أبعاد تقيس استراتيجيات المواجهة السلبية.

وفيما يلي لمحة عن الأبعاد الثلاثة عشر:

1. المواجهة الفعالة: يشير إلى قيام الفرد بخطوات فعالة في محاولة للتخفيف أو القضاء على الحدث الضاغط.

2. التخطيط : التفكير في كيفية مواجهة الحدث الضاغط بإتباع أفضل الخطوات للتعامل مع المشكلة.
3. قمع الأنشطة التنافسية : تجنب الفرد أن يصبح مشتتاً عن طريق أحداث أخرى.
4. طلب المساندة الاجتماعية: الجهود التي يقوم بها الفرد طلباً للمساعدة والنصيحة والمعلومة من قبل الأشخاص المحيطين.
5. إعادة التفسير الإيجابي : محاولة إيجاد الفرد معنى و تفسير جديد.
6. التقبل : تقبل الفرد للموقف الضاغط نظراً لعدم وجود ما يمكنه القيام به نحوه أو تغييره.
7. التحول إلى الدين : الإكثار من ممارسة العبادات.
8. التركيز على الانفعالات : يشير إلى المحاولات التي يقوم بها الفرد لخفض الانفعالات السلبية الناتجة عن الموقف الضاغط.
9. الإنكار : يتمثل في عدم الاعتراف بوجود المشكلة.
10. التبعاد السلوكي: التوقف عن بذل أي مجهود في المواقف الضاغطة.
11. التبعاد العقلي: اللجوء إلى أحلام اليقظة أو الإفراط في الأكل أو مشاهدة التلفزيون في لتجنب التفكير في الموقف الضاغط.
12. تعاطي الكحول والمخدرات : تشير إلى اللجوء إلى المخدرات او الكحول لخفض التوتر الناتج عن المواقف الضاغطة.

(حسين، 2006، صفحة 115)

4.4 قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة " CISS، 1990 " :

المعد من طرف " اندلر و باركر " ويتكون من 48 عبارة تتضمن ثلاثة أبعاد لمواجهة الضغوط:

الفصل الثالث: آليات التعامل

1. استراتيجيات مرتكزة على المشكلة.

2. استراتيجيات مرتكزة على الانفعال.

3. استراتيجيات مرتكزة على التجنب (الأحجام).

(Schweitzer, 2002, p. 76)

5.4 مقياس أساليب التعامل مع الضغوط للراشدين " 1993":

المعد من طرف "موس وروولف" ويتكون من 48 بند موزع على ثمانية أبعاد فرعية تعكس ثمانية أساليب في التعامل مع المواقف الضاغطة، أربعة منها تسمى الأساليب الإقدامية وتشمل:

1 التحليل المنطقي.

2 إعادة التقييم الايجابي.

3 البحث عن المعلومات والمساعدة.

4 حل المشكلة.

أما الأبعاد الأربعة الأخرى فتسمى بالأساليب الإحجامية وتتضمن:

1 الاحجام المعرفي.

2 التقبل والاستسلام.

3 البحث عن الاثبات والمكافآت البديلة.

4 التنفيس الانفعالي.

(العالي، 2020، صفحة 58)

6.4 مقياس استراتيجيات التعامل "1994":

المعد من طرف "بولهان وآخرون" ويحتوي على 29 بند، يضم خمسة مستويات ولكل مستوى عدد معين من البنود وهي:

1. استراتيجية حل المشكل.

2. استراتيجية التجنب.

3. استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي.

4. استراتيجية إعادة التقييم الايجابي.

5. استراتيجية اتهام الذات.

(Paulhan, 1994, p. 113)

7.4 مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي "1997":

المعد من طرف "كارفر" حيث يتكون من 28 فقرة يقابلها أربع بدائل، يختار المستجيب إحداها، تقيس 14 أسلوب من أساليب المقاومة وفيما يلي وصف لكل أسلوب من الأساليب التي يقيسها المقياس:

1- أسلوب تشتيت الإنتباه الذاتي: هو لجوء الفرد الى نشاطات تقلل من تفكيره في المشكلة وتشتت إنتباهه عنها.

2- أسلوب التدبر النشط: هو القيام بجهود فعالة للتعامل مع الموقف واتخاذ إجراءات تحسن الحل.

3- الإنكار: بحيث يتصرف الفرد وكأن الأمر لم يحدث، ويرفض تصديق أن ما حدث قد حدث فعلا.

4- اللجوء للكحول: بحيث يهرب الفرد من مواجهة المشكلة الى تعاطي مواد تساعد على نسيان الحدث.

5- اللجوء للدعم الانفعالي: يلجأ الفرد الى الآخرين والتحدث إليهم للحصول على الدعم العاطفي.

- 6- اللجوء للدعم الأدائي: يلجأ الفرد الى الآخرين لمساعدته في التغلب على المشكلة التي تواجهه عن طريق محاولة الحصول على النصح والمساعدة من الآخرين حول ما ينبغي القيام به.
- 7- عزل الذات: التخلي عن محاولة معالجة المشكلة.
- 8- التنفيس: هو الحديث عن المشكلة وتفريغ الإنفعالات المرتبطة بها.
- 9- إعادة التشكيل الايجابي: أي تناول الموقف من جوانبه الايجابية عن طريق البحث عن ما هو جيد فيه ومحاولة النظر الى المشكلة من منظور ايجابي.
- 10- التخطيط: هو وضع برنامج محدد بخطوات معينة لكيفية التعامل مع الموقف والخروج بأسلوب حول ما ينبغي القيام به.
- 11- الفكاهة: هي الاستهانة بالموقف وسرد النكت حوله.
- 12- القبول: تقبل الفرد حقيقة وجود المشكلة، والأخذ والتعايش مع الظروف المرتبطة بهذه المشكلة.
- 13- التدين: يلجأ الفرد فيه الى معتقدات دينية يؤمن بها، على أمل أن يحقق له الخلاص من المشكلة.
- 14- لوم الذات: فيه يحمل الفرد ذاته وزر المشكلة ويؤنبها فينتقد نفسه ويلوم ذاته حول ما حدث.

(بن سكريفة، 2015، صفحة 248)

خلاصة

تطرت الباحثة فيما سبق إلى مفهوم آليات التعامل بشكل مفصل، فهي عملية شعورية يوظفها الفرد للتعامل مع الحدث المثير سعياً منه لتحقيق الراحة النفسية فرغم اختلاف المصطلحات إلا أنها تصب في نفس المعنى، فمسألة تحديد استراتيجيات التعامل الأكثر فعالية في إدارة الأمراض المزمنة هي مسألة معقدة وتعتمد على أي من جوانب الموقف الضاغط يحاول الفرد التكيف معه وبأي مرحلة من مراحل عملية التكيف.

وقبل التطرق لأنماط آليات التعامل أشرنا أن لكل باحث مختص يستخدم تصنيفات وتسميات إنطلاقاً من الخلفية النظرية التي يتبناها وبالتالي نجد اختلافات أيضاً تعود لحداثة الدراسة، طبيعتها، تصورها المنهجي وخصائص العينة المعتمد عليها.

وعليه تم تقسيم أنماط التعامل إلى نوعين هما: التعامل المتمركز حول حل المشكلة والتعامل المتمركز حول الانفعال، إن جهود التعامل التي تركز على حل المشكلة تتضمن القيام بمحاولات تهدف إلى القيام بعمل شيء إزاء الظروف الضاغطة التي تشكل مصدر أذى أو تهديد أو تحد للفرد، أما التعامل المتمركز حول الانفعال فيتضمن الجهود الموجهة لتنظيم الانفعالات التي تنشأ عن التعرض للحدث الضاغط.

كما تعددت النماذج التي تناولت آليات التعامل حسب توجه أصحابها والتيار الذي ينتمي إليه، تطرقنا إلى أهم النماذج المفسرة (النموذج البيولوجي، النموذج التحليلي، النموذج التفاعلي) ومن خلالها تم انتقاء أهم المقاييس التي صممت لتحقيق ذلك.

الفصل الرابع: البتز بسبب السكري

تمهيد

1. مفهوم البتز بسبب السكري.

1.1 مفهوم السكري.

2.1 سيكولوجية مرضى السكري.

3.1 مفهوم البتز.

4.1 سيكولوجية المبتورين.

2. شخصية (المصاب بالسكري، المبتور).

3. انعكاسات البتز على المصاب بالسكري.

4. آليات التعامل لدى المبتور بسبب السكري.

خلاصة

تمهيد

يعتبر مرض السكري من الأمراض التي تتطلب المراجعة الجدية والمستمرة واتباع التعليمات الطبية فهو من الاضطرابات الأيضية التي ترتبط اما بخلل في افراز الأنسولين أو بمقاومته على مستوى أنسجة الخلايا، مما ينتج عنه مضاعفات مزمنة كالبتر.

ولأن عملية البتر لها انعكاسات على حياة المبتور خاصة النفسية منها فإن الامر يتطلب استدعاء ذوي الخبرة من المختصين للتدخل في عملية المساعدة على تحقيق التكيف والتوازن النفسي، حيث سنتطرق من خلال هذا الفصل على مجموعة من النقاط المهمة والمتعلقة بإشكالية الدراسة ومتغيراتها بشكل يساهم في تحليل وتفسير النتائج فيما بعد.

1. مفهوم البتر بسبب السكري:

1.1 مفهوم السكري:

تسجل الجزائر حسب التقرير الصادر عن الاتحاد الدولي للسكري (FID) ، في عام 2017 " 1.8 مليون مصاب" كما تسجل سنويا ما بين 17 إلى 20 ألف إصابة جديدة بالسكري، بمعدل 50 إصابة يوميا.

(وزارة الصحة والسكان، 2011، صفحة 03)

فالسكري عبارة عن اضطراب في امتصاص وهضم المواد الكربوهيدراتية حيث يبقى الفرد يعاني من مشاكل في تنظيم مستوى السكر في الدم.

وداء السكر البولي هو الاسم الكامل لداء السكري وهو مشتق من كلمة يونانية تعني "نوع العسل" يصف ذلك رائحة بول الشخص المصاب.

(كلير، 2006، صفحة 09)

فتعرفه المنظمة العالمية للصحة OMS: هو حالة الإفراط السكري ويعني زيادة معدل الغلوكوز في الدم، وهذا الداء من الأمراض المزمنة والوراثية والتي تتوقف على عوامل وراثية وهو الأكثر شيوعا.

حسب "شيلي تايلور" هو حالة عجز مزمن في العمليات الأيضية، ينجم عن إفراز كميات غير كافية من الأنسولين أو عدم استخدامه بصورة صحيحة، فخلايا الجسم كي تقوم بوظائفها تحتاج الى الطاقة والمصدر الرئيسي لهذه الطاقة هو "الجلوكوز": وهو السكر الناتج عن هضم الأطعمة التي تحتوي على النشويات فيجري الدم مزودا بالخلايا بالطاقة التي تحتاجها، ويتم إفراز هرمون الأنسولين من خلايا بيتا في البنكرياس التي ترتبط بالمستقبلات الواقعة على أطراف الخلية، وتعمل بصورة أساسية كمفتاح يسمح للجلوكوز بالدخول الى الخلايا، وعندما لا يكون إفراز الأنسولين كافيا يبقى الجلوكوز في الدم بدلا من دخوله للخلايا مما ينجم عنه حالة تسمى " هيوجلاسيميا Hypoglycemia " فيحاول الجسم التخلص من الجلوكوز الزائد في الوقت الذي لا تتلقى فيه الخلايا ما تحتاجه من الجلوكوز فترسل بإشارتها للهيپوثالاموس بأن ثمة حاجة للطعام.

(تايلور، 2008، صفحة 620)

حيث تم تصنيف داء السكري حديثا إلى أربعة أنواع:

1.1.1 النوع الأول (Type 1):

وهو الذي يعتمد على الأنسولين في علاجه ويعرف أيضاً بالشبابي، وناتج عن وجود عوامل جينية تؤدي إلى مناعة ذاتية يقوم فيها جهاز المناعة بإنتاج أجسام مضادة تستهدف خلايا البنكرياس (خلايا بيتا) المسؤولة عن إفراز الأنسولين وتقوم بتدميرها، مما يؤدي إلى عدم أو نقص في إفراز الأنسولين. هذا النوع غالباً ما يصيب الأطفال والشباب، ويكون مصحوباً بنحافة الجسم.

(بن سعد، 2008، صفحة 16)

ويسمى أحيانا النمط المعتمد على الأنسولين وهو اضطراب حاد، عادة يظهر في الطفولة المتأخرة أو المراهقة المبكرة ويرجع الى أسباب جينية، يعتقد بأنه ينشأ عن اضطراب في المناعة الذاتية وقد يحدث بسبب عدوى فيروسية إذ يخطئ جهاز المناعة ويتعامل مع "جزر لانجرهانز" في البنكرياس على أنها أجسام غريبة ويقوم بتدميرها مما يجعلها عاجزة عن إنتاج الأنسولين. (تايلور، 2008، صفحة 68)

2.1.1 النوع الثاني (Type 2):

وهو الغير معتمد على الأنسولين ويعرف أيضاً بالكهل، ويشكل هذا النوع أكثر من 90% من حالات الإصابة بداء السكري، وهو ناتج عن خلل في استجابة المستقبلات للأنسولين مع مقاومة الجسم له، فلا يقوم الأنسولين بوظيفته - وإن كان يفرز طبيعياً من البنكرياس - هذا النوع غالباً ما يصيب كبار السن.

يحدث عادة بعد سن الأربعين وهو النمط الأكثر شيوعاً وفي هذا النوع فإن الجسم قد ينتج الأنسولين ولكن ليس بالقدر الكافي أو أن الجسم قد لا يتجاوب مع الأنسولين المنتج، وينشأ على الأغلب بسبب نمط الحياة ويتضمن اضطراب في ايض الجلوكوز، وفي التوازن بين انتاج الأنسولين واستجابة الجسم له واتضح أن هذا التوازن قد يتعرض للاختلال بسبب عوامل تساهم في حدوثه منها السمنة والتعرض للضغط.

(تايلور، 2008، صفحة 68)

3.1.1 مرض السكري الثانوي (Secondary)

يحدث هذا النوع نتيجة لوجود مرض أو إصابة أثرت في الخلايا المفرزة للأنسولين في البنكرياس، مثل:

- التهاب المزمن للبنكرياس.
- أورام الغدة فوق كلوية (Pheochromocytoma).
- استئصال البنكرياس في حالة ظهور أورام سرطانية.
- بعض أمراض الغدد الصماء: مرض العملاقة، فرط إفراز الغدة الدرقية.
- متلازمة كوشينج (Cushing Syndrome). (بن سعد، 2008، صفحة 21)

4.1.1 سكر الحمل (Gestational Diabetes)

يحدث سكري الحمل عند 2% الى 3% من النساء الحوامل غير المصابات بالسكري وخاصة في الثلث الأخير من الحمل، وهنا تكون خلايا بيتا البنكرياسية غير كافية لسد الحاجات المتزايدة من الأنسولين

الفصل الرابع: البتر بسبب السكري

لدى الحوامل. وتعود نسبة السكر الى مستوياتها العادية خلال الأسابيع التالية للولادة، لكن يمكن أن يتطور المرض لدى عدد من المرضى بعد 5 الى 15 سنة.

(زلوف، 2011، صفحة 81)

ويلخص الجدول التالي التصنيفات المختلفة لمرض السكري وأهم الخصائص الإكلينيكية المميزة لكل نوع:

جدول رقم (02) يوضح تصنيفات مرض السكري. (نوار، 2014، صفحة 41)

| الصورة السريرية | السكري المعتمد على الأنسولين (نوع 1) | السكري غير المعتمد على الأنسولين (نوع 2) |
|-------------------------------------|---|---|
| أ-الأعراض | | |
| 1- البول والعطش | ++ | + |
| 2- الوهن والضعف | ++ | + |
| 3-النهم مع فقدان الوزن | ++ | - |
| 4-غشاوة في البصر | ++ | ++ |
| 5-الحكة الفرجية عند النساء | + | ++ |
| 6-الاعتلال العصبي المحيطي السكري | + | ++ |

الفصل الرابع: البتر بسبب السكري

| | | |
|---|---|----------------------------------|
| | ++ | 7- معاودة البول الليلي في الشباب |
| ++ | - | 8- لاعرضي |
| | | ب- الخصائص |
| غالبا في المسنين, أحيانا في (الشباب) | غالبا شبابي, أحيانا في المسنين | 1- العمر |
| أكثر حدوثا | اقل حدوثا | 2- الوراثة العائلية |
| بطيئة, طوال فصول السنة | حادة, غالبا في فصل الشتاء | 3- البداية |
| خفيفة أو غير موجودة | حادة | 4- الاعراض |
| سكر فقط | سكر واسيتون | 5- البول |
| لا يحدث الا نادرا | كثير الحدوث | 6- الحمض الكيتوني السكري |
| منخفض, طبيعي أو زائد | منخفض أو غير موجود | 7- مستوى انسولين الدم |
| الغذاء و أحيانا الأقراص, واستعمال الأنسولين عند البدء وفي أوقات الشدة | الاستخدام الدائم للأنسولين مع اتباع الحمية الغذائية وممارسة الرياضة | 8- العلاج |
| *نقص الأنسولين جزئيا وارتفاع معدل العوامل المضادة لفعل الأنسولين. | *نقص الأنسولين المطلق ناجم عن تلف الخلايا التي تفرزه في البنكرياس, بسبب | 9- السبب |

| | | |
|--|--|--|
| | مرضي مناعي ذاتي او حمى مثل الحصبة الألمانية. | |
|--|--|--|

2.1 سيكولوجية مرضى السكري:

ان المرض المزمن قد يتطلب إحداث تغييرات دائمة في الأنشطة الجسمية، المهنية والاجتماعية أضف الى ذلك يتوجب على من يعانون من مرض مزمن أن يتوحدوا من الناحية النفسية مع الدور المرضي إذا ما أرادوا التكيف مع اضطراباتهم.

وبعد تشخيصهم بمرض مزمن كثيرا ما يواجه المرضى أزمة تتخللها حالة من عدم التوازن الجسمي والنفسي-الاجتماعي، حيث يكتشفون أن أساليبهم الاعتيادية في التكيف مع المشكلات ليست فعالة، وعندما لا تستجيب المشكلات المصاحبة للأمراض المزمنة لجهود التعامل عندها تكون النتيجة مبالغة في الأعراض ودلالاتها، وفي محاولات التعامل غير الواضحة او المحددة وفي اتجاهات العصائية وسوء العواقب الصحية وقد يسيطر القلق، الخوف والاكئاب بشكل مؤقت.

(تايلور، 2008، صفحة 517)

كما تأخذ ردة فعل المريض خلال مرحلة الأزمة الأشكال التالية :

✓ الصدمة: فللوهلة الأولى يستقبل المريض خبر إصابته بالمرض المزمن كمرض السكري - وكأنه يخص شخصاً آخر، فيبدو بحالة من الدهول وقد يفقد وعيه بسبب عدم توقعه الإصابة بالمرض.

✓ الإنكار: وهو أسلوب دفاعي يلجأ له المريض إما بسبب رفض التشخيص المرضي أو بسبب حاجته لامتلاك القوة لمواجهة الأمر.

✓ الإرتباك: وذلك بسبب نقص المعلومات التي يمتلكها المريض عن مرضه وحيرته بما يتوجب عليه فعله.

✓ الخوف: وتظهر في هذه المرحلة بعض التخيلات عن أسوأ ما يمكن أن يواجهه في فترة المرض، مما يشكل ضغطاً نفسياً كبيراً على المريض.

✓ التجنب: يتجنب المريض في هذه المرحلة التفكير بالمرض، وقد يتجنب الكلام أو مناقشة الأمر مع الآخرين.

✓ الغضب والحزن: يبدأ المريض بطرح الاسئلة عن سبب إصابته بالمرض دون غيره (لماذا انا، ماذا فعلت)، فيبكي كثيراً ويشعر بالكراهية والغضب والحزن.

✓ الشعور بالذنب: ويكون إما بسبب شعوره بخذلان أفراد عائلته او بسبب عدم قدرته على التكفل بهم كما من قبل وتحمل مسؤوليتهم، فهو لم يعد قادراً على رعايتهم ووصوله لمرحلة المرض المزمن بسبب تقصيره بالعلاج.

✓ التعامل مع الجهول: وذلك بسبب مستقبل المرض الذي يكتنفه الغموض، وعدم وجود تصور واضح من قبل المريض حول ما عليه أن يفعل أو ما يكون عليه.

✓ التعامل مع ردود فعل: وتشمل الخوف من نظرة الآخرين والمجتمع له كعضو لم يعد قادراً على العطاء، والخوف من فقدان المكانة الاجتماعية.

(التميمي، 2006، صفحة 16)

حيث يعتبر عدد من الباحثين رفض مريض السكري للمرض مرحلة اعتيادية يجب أن يمر بها المريض من أجل أن يتقبل حالته فيما بعد، ويمكن أن يكون الرفض طريقة ميكانيكية يلجأ إليها شعور الشخص لمواجهة الأنباء السيئة التي يمكن أن تكون أكثر من قدرته على التحمل فيصاب بانهايار نفسي. وبعد الرفض يتجه الى القبول التدريجي للحالة بالسرعة التي يستطيع المريض مواكبتها ويكون الرفض في الأسابيع الأولى وحتى في الشهور الأولى بعد تشخيص مرض السكري تشخيصاً طبيعياً، ولكن إذا تم التشخيص منذ أكثر من 6 أشهر وتواصل رفض المريض للحالة المرضية وعدم تقبل العلاج فهذا يعني ان المريض في حالة انكار للمرض وللحالة التي يعيشها فيهمل صحته ويتأخر في اتجاه الخطوات اللازمة للعلاج مما يزيد من احتمالات مضاعفات المرض وتفاقمه على المدى القصير.

ما إن يخرج مريض السكري من دائرة مشاعر الرفض والإنكار حتى يجد نفسه يواجه مشاعر الغضب، فقد يشعر المريض بالغضب لمواقف لا تبدو لها أي علاقة بالسكري وي طرح بذلك تساؤلات عديدة مرتبطة بإمكانية شفاؤه: مضاعفات المرض كبتت أحد أطرافه.

ولأن الإصابة بمرض السكري تجعل مستوى القلق يرتفع، فإنه يظهر القلق المفرط على شكل حالات شدة في التوتر، عدم الاستقرار، سرعة الشعور بالتعب أو الإجهاد طيلة الوقت، صعوبة في التركيز والارتباك والنسيان، حالات الهياج، اضطرابات النوم وتوتر العضلات.

كما ويعتبر المصاب بمرض السكري- كغيره من المرضى المزمنين- أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب ويمكن أن يصاب المريض به بعد تشخيص مرض السكري مباشرة أو وبعد أن يمر بمشاعر الرفض والغضب.

وقد يصاب المريض بالاكتئاب بعد سنوات من إصابته بمرض السكري، كما قد ينشأ من الشعور بالاختلاف والبعد عن أفراد العائلة والأصدقاء وعدم تلقي المساندة المناسبة. ومن أولى أعراض الاكتئاب التي تظهر على مريض السكري فقدان المتعة والبهجة، اضطرابات النوم كالاستيقاظ عدة مرات أثناء الليل للحاجة الماسة إلى التبول، فقدان شهية المريض للطعام أو زيادتها مما قد يزيد أو ينقص من وزن الجسم. وقد يعاني بعض المصابين بالسكري بمشاعر الذنب وتأنيب الضمير ويشعر بأنه لا يستطيع أن يفعل شيئاً صحيحاً أبداً مما يزيد الأمر سوءاً فتراوده الأفكار الانتحارية أو الرغبة في إيذاء نفسه، هذا المؤشر ينبئ بضرورة التكفل النفسي والاجتماعي بمريض السكري لمساعدته لتجاوز المرض ولتقبل العلاج بالشكل المناسب.

(نوار، 2014، صفحة 31)

على الرغم من حقيقة أن غالبية المرضى المزمنين يعانون على الأقل من بعض ردود الفعل السلوكية السلبية كنتيجة للمرض إلا أن معظم هؤلاء لا يبحثون عن العلاج النفسي لأعراضهم بأية صورة من الصور، وعوضاً عن ذلك نجدهم يعودون إلى مصادرهم وإمكاناتهم الذاتية والاجتماعية لحل مشكلاتهم والتخفيف من ضيقهم النفسي.

(تايلور، 2008، صفحة 525)

3.1 مفهوم البتر:

مما لا شك فيه أن السكري يؤدي الى إحداث تغيرات في مسار حياة المصاب خاصة وان تعرض للبتر بسبب مضاعفات الداء حيث تظهر لديه مجموعة من المشكلات النفسية والاضطرابات التي تستدعي تدخل المختصين من اجل مساعدته على تحقيق التكيف والتوازن النفسي.

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

(سيد سليمان، 2001، صفحة 176)

وهو نزع عضو أو جزء من عضو، ويحدث البتر بالتحديد على مستوى المفاصل بالإضافة الى إصابة العضلات، والألياف التي تربط المفاصل الموجودة على مستوى العضو المبتور.

(Caron, 2006, p. 50)

حيث اعتبر بأنه يشكل تهديد ثلاثي حيث التهديد الأول هو فقدان الإحساس والتهديد الثاني فقدان الوظيفة للطرف أو الجسد أما التهديد الثالث فهو حدوث خلل في صورة الجسد.

(Racy, 2008, p. 1986)

وحسب "الشاذلي" فإن البتر هو فعل يتم تحسيده في إطار مداخلة جراحية أين تفشل كل العلاجات التي كانت تهدف للحفاظ على التكامل الجسمي للفرد، وهكذا يفرض البتر نفسه كـ "حل أخير" يتم اللجوء إليه للحفاظ على حالة المصاب مهما كان نوعها.

(شاذلي، 2017، صفحة 192)

الفصل الرابع: البتر بسبب السكري

ويعتبر البتر للأطراف العلوية أقل انتشارا من البتر لأطراف السفلية أي نسبة انتشار بتر الأطراف السفلية حوالي 82%.

✓ 70% من البتر يعود للأمراض المزمنة.

✓ 22% يعود للإصابات.

✓ 4% عيوب خلقية.

✓ 4% للأورام.

(أبو القمصان، 2016، صفحة 41)

اما عن أنواع البتر فقد تم تصنيفها كالتالي:

1.3.1 البتر في الأطراف السفلية: ويكون لأحدهما أو للطرفين ويشتمل على:

✓ بتر القدم: بتر إصبع القدم أو أكثر من إصبع.

✓ بتر منتصف القدم.

✓ بتر القدم بأكمله أو أي جزء منه.

✓ بتر الساق: ويشتمل على أي بتر من الركبة حتى الكاحل.

✓ فصل الركبة: يحدث هذا البتر عند مستوى الركبة.

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

✓ فصل الحوض: " يكون من عند مفصل الحوض مع الفخذ بأكمله.

2.3.1 البتر في الأطراف العلوية: ويكون إما بتر طرف واحد أو الإثنين معا ويشتمل على:

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

- ✓ فصل الرسغ: يتم فيه بتر العضو عند مستوى الرسغ.
- ✓ بتر عظمة الساعد وذلك الذي يحدث عند الكوع حتى الرسغ.
- ✓ بتر عظمة العضد وذلك الذي يحدث فوق الكوع حتى الكتف.
- ✓ فصل الكتف: يتم البتر على مستوى الكتف مع بقاء نصل الكتف وقد يتم استئصال عظمة الترقوة أو عدم استئصالها.

(الأطرش، 2018، صفحة 340)

4.1 سيكولوجية المبتورين:

على المدى القصير فإن آليات الدفاع التي يستخدمها المبتور تعتبر ضرورية وطبيعية، لكونها تسمح له بالتغلب على الآلام النفسية.

(Kristin, 2002, p. 61)

حيث أن عملية البتر تؤدي الى تغيير حقيقي في مجال الدفاع نتيجة للصدمة ومن خلالها يستخدم المبتور دفاعات جد بدائية "كالإنكار" وبرزت التظاهرات العدوانية فيواجه الأفراد تجربة البتر المؤلمة بظهور ردود أفعال تتمثل فيما يلي:

الإنكار: وهي كآلية دفاع مؤقتة لمواجهة الأخبار الصادمة الغير متوقعة كالبت، فمن خلال هذه الآلية يحاول المصاب إنكار هذا القرار النهائي، وعدم تقبل هذه الخبرة لمعرفة التامة للحقيقة المؤلمة التي سينجر عنها هذا البتر.

الغضب: وهو عكس الإنكار حيث يدرك المبتور ما يحصل من فقدان لأحد أطراف جسمه ومن تغيرات على حياته في مختلف المستويات مسقطا ذلك على المحيطين به، فبعد التشخيص والإعلان عن "صدمة البتر" يشعر المصاب بموجة غضب موجهة نحو الطاقم المسؤول عن العملية، حيث أن هذا الغضب ناتج عن الصدمة وليس بسبب الطاقم.

التجنب: آلية لإخفاء الحقيقة المؤلمة ورغم أنها آلية أكثر وعياً من الإنكار إلا أنها غير واقعية فكلاهما يهدفان الى إخفاء الحقيقة وعدم مواجهتها من خلال التجنب عن الحديث عنها أو رؤية الجزء المبتور أو حتى المشاركة في الأنشطة التي يمكن أن تذكره بمدى عجزه.

الشعور بالذنب: حيث يشعر المبتور بالذنب جراء البتر، يمكن أن يكون هذا الشعور إيجابياً ونشطاً من خلال إعادة تقييم المبتور لذاته وجعله أكثر إدراكاً لما سوف يواجه مستقبلاً فتتحول عقدة الذنب الى حالة توتر ناتجة عن تحمل المسؤولية، كما يمكن أن يكون هذا الشعور سلبياً ساكناً فيبقى المبتور رهين تجربته الصادمة والمؤلمة دون أن يدرك ويحاول التخفيف من حدة الأمر.

الاكتئاب: يظهر حين يتقبل المبتور واقعه الجديد دون رفض أو إنكار حيث أن البتر حقيقة لا يمكن تغييرها ولا يمكن تجاهلها خاصة عند التفكير بالجزء المفقود وأثره على الصورة الجسدية للمصاب، والاكتئاب هنا ليس استجابة حزن للفقد فقط وإنما يحتاج الى تكفل نفسي ودعم أسري كبير لتحقيق أهداف التأهيل والتكيف مع الوضعية الجديدة المفروضة.

القلق: هو استجابة طبيعية لحالة الاستشفاء التي يتعرض لها المبتور، فالبيئة الاستشفائية وعدم المرونة في آليات التعامل والتكيف تشكل استجابة للقلق بدرجات متفاوتة حيث يلعب الدعم النفسي، الاجتماعي، الأسري دوراً في التخفيف من حدته.

يمكن تلخيص استجابات الأفراد الذين تعرضوا للبتر من خلال الدراسات الى ما يلي:

استجابات تعويضية سليمة: حيث يتقبل الشخص القصور الناتج عن عجزه ويحاول أن يقلل منها بالتعويض ولا يبدي تجنب لإعاقته.

استجابات تعويضية مفرطة: يظهر خلالها الشخص عدوانية زائدة واستياء من النقد.

استجابات الإنكار: حيث يتجنب مناقشة المشاكل المتصلة بعجزه ونواحي القصور الفعلية.

استجابات دفاعية: يستخدم فيها الأشخاص أساليب التبرير والاسقاط لإعطاء أسباب مقبولة اجتماعياً لتصرفاته وإخفاء الأسباب الحقيقية ولإلقاء اللوم على المحيط.

استجابات انسحابية: يتجنب التواصل الاجتماعي ويسيطر عليه الشعور بالدونية والعدوانية فيلجأ للعزلة.

(القرأ، 2015، صفحة 82)

بعد التعرف على كل من مفهوم السكري والبتر والسيكولوجية الخاصة بأفراده سنسعى للدمج بينهما لتحديد عينة الدراسة الحالية حيث أن:

ما يثير الدهشة هو أن الكثير من مرضى السكري -خصوصاً من النمط الثاني- لا يدركون حقيقة المخاطر الصحية التي قد يواجهونها، فقد وجد من خلال استفتاء حديث أن ثلث المرضى المشخصين بمرض السكري فقط كانوا يدركون أن أمراض القلب هي من بين المضاعفات الخطيرة لهذا المرض، مما يعطي دلالة واضحة على أهمية التوعية والتثقيف في التعامل مع هذا المرض.

(تايلور، 2008، صفحة 625)

ومن مضاعفات السكري الخطرة حدوث ما يسمى بـ "الغرغرينا" Gangrene "على مستوى الأطراف فيشكل نسبة (5-10%) من حالات البتر خاصة على مستوى الأطراف السفلية، حيث تبدأ التعفنات على مستوى أصابع الأرجل ثم تنتشر على كامل الجسم إذا لم تعالج في أسرع وقت.

(Caron, 2006, p. 296)

فإذا لم تنجح معالجة التورمات بالأشعة فإن البتر يصبح حلاً مؤكداً وعندها يجب أن يكون البتر من خلال أو أعلى المفصل المجاور للتورم من الجهة الأقرب إلى جذع الإنسان، على كل حال فقد دلت الإحصائيات أن هذا النوع من أسباب البتر قليل جداً ولا يزيد عن 2.2% من البتر بشكل عام في البدان المتقدمة.

(بجر، 2017، صفحة 86)

وعليه فإن الباحثة تركز من خلال هذه الدراسة الحالية على أن السبب الرئيسي من عملية البتر هو السكري حيث أن الهدف منه تخفيف الألم وتعزيز التئام الجرح وزيادة مقدرة الشخص على أداء نشاطاته

اليومية، من خلال استعمال مختلف آليات التعامل للحفاظ على مستوى مقبول من الأداء سعياً منه لتحسين وتحقيق جودة الحياة لدى المبتور (بسبب السكري).

2. شخصية (المصاب بالسكري، المبتور):

إن الإصابة بالسكري ومن ثم التعرض لعملية البتر، يجعل من وضعية الحالة تعيش تحدياً واضحاً خاصة عند وجود مشاكل في التكيف وعدم استخدام آليات التعامل الفعالة والمناسبة للتخفيف من الألم النفسي.

ولأن صدمة الإصابة بالسكري بالإضافة إلى صدمة البتر من شأنها أن تؤثر على شخصية الحالة فإنها تظهر من خلال ما يلي:

- ✓ استجابات سلوكية عنيفة كالعدوانية الموجهة نحو الذات.
- ✓ استجابات الاكتئاب وسلوكيات القلق والحصر بالإضافة إلى الغضب والتوتر.
- ✓ سوء التكيف الاجتماعي من خلال الانسحاب وظهور مشاكل على المستوى العلائقي.
- ✓ الانطوائية من خلال تجنب الاحتكاك مع الآخرين وإهمال الذات وعدم تقبل الإصابة وكذا البتر.
- ✓ ظهور مشاكل على مستوى العلاقات الجنسية.
- ✓ عدم التوازن النفسي حيث يعتبر عامل أساسي في عملية التكيف والانجاز العادي للأعمال اليومية.
- ✓ بعد عملية البتر يصبح المبتور أمام مشاكل الاعتمادية والتبعية والتي تخلق عقدة النقص بداخله وعقدة الذنب لكونه مصدر إزعاج للمحيط الخاص به.

✓ في بعض الحالات ونتيجة لعدم تقبل ما آلت إليه الإصابة بالسكري من مضاعفات والمتمثلة في البتر وتشويه للصورة الجسمية، فإنه يلجأ المبتور الى الانتحار كوسيلة للتخلص من حالة الألم النفسي الذي يعيشه.

فحسب "Alexander; F" إن مرضى السكري يحتفظون باتجاهات اعتمادية طفلية والتي تتحول إلى عدوان موجه للجسد بسبب أنها تحبط من طرف الآخرين، وتزيد نسبة السكر في دم هؤلاء حينما يتخلون مؤقتاً عن مطالبهم الاعتمادية، كما تتمثل من جهة ثانية في السلبية حيث أن ذلك يدل على الرغبة القوية في العودة إلى حالة الطفولة المبكرة التي تتسم بحنين شديد إلى إطعام الآخر له، وذلك الحنين يطلق كميات كبيرة من السكر في الدم.

(عدوان، 2014، صفحة 66)

كما أوضحت "Kirsten" أن وجود المرض العضوي يرتبط دائماً بزيادة درجة الإقدام على الانتحار مثل: الصداع، تصلب الشرايين، السكري المعتمد على الأنسولين، فحسب دراستهم التتبعية ل(1682) مصاب بالسكري، أظهرت النتائج أن: توفي 168 مصاب بحالة انتحار (انتحار 3 مصابين باستخدام الأنسولين، 4 مصابين باستخدام الوسائل العنيفة، 5 مصابين استخدموا السم، كما أبدى الكثير عن رغبتهم في الانتحار).

(Kirsten & Anders, 1994, p. 210)

أما "دانبار" فقد حددت شخصية المصابين بداء السكري في النقاط التالية:

من حيث المعطيات الفردية:

✓ هؤلاء الأفراد يعيشون في صراع شبه حاد مع آبائهم، وغالبا ما يستمر الصراع مدى الحياة.

✓ يميلون للعزوبية وتحديد النسل في حالة الزواج، لأنهم حتى إن تزوجوا يعيشون في حالة من

الانفصال.

من حيث التوافق العام:

الفصل الرابع: البتر بسبب السكري

- ✓ المستوى التحصيلي مرتفع نسبيا.
 - ✓ يتهربون من المسؤولية، خاصة أنهم يعانون من صعوبة في اتخاذ القرار في المسائل المهمة.
 - ✓ صعوبة الاحتفاظ بالعلاقات الشخصية مع الآخرين.
 - ✓ يعانون من صعوبات جنسية مع ميول جنسية مثلية. (عيادي، 2016، صفحة 163)
 - وترى (القرأ) أن المبتورين ذوي:
 - ✓ مزاج اكتئابي معظم الوقت.
 - ✓ انخفاض كبير في الاهتمامات أو الإحساس بالمتعة في ممارسة الأنشطة المختلفة.
 - ✓ انخفاض واضح في الوزن وفي بعض الحالات تكون هناك زيادة في الوزن.
 - ✓ أرق في النوم أو إفراط في النوم.
 - ✓ هياج حركي مع الإحساس بعدم الاستقرار أو خمول حركي مع الإحساس ببطء الإيقاع.
 - ✓ التعب وفقد الطاقة.
 - ✓ الإحساس بعدم القيمة ولوم النفس مع الإحساس بالذنب.
 - ✓ ضعف القدرة على التفكير وضعف التركيز مع التردد وعدم القدرة على إتخاذ القرارات.
 - ✓ التفكير في الموت إما بتمني الموت أو التفكير في الانتحار، التخطيط له أو محاولة الانتحار.
- (القرأ، 2015، صفحة 84)

3. انعكاسات البتر على المصاب بالسكري:

إن البتر تجربة صادمة لها انعكاساتها على مدى الحياة خاصة وإن كان ذلك بسبب مرض مزمن خلفته مضاعفاته كالسكري، والذي يفرض على المصاب تغيير شامل لجوانب حياته للتكيف معه أو على الأقل التعامل مع التغيير بشكل ايجابي، فمن بين الانعكاسات التي يفرضها البتر على المصاب:

على المستوى الجسمي:

آلام على مستوى نهاية الطرف المبتور، وظهور ما يسمى بآلام الطرف الشبكي فهو: ظاهرة تعود الى إحساس الدماغ بأن التركيب العصبي ما زال يعمل كما كان قبل عملية البتر، يرسل الدماغ إشارات الى الطرف المبتور وكأنه موجود ولعدم وجود تغذية راجعة فإن الدماغ يكثف من إرسال إشارات منتجاً ظاهرة ألم الشبكي، حيث يصف العلماء هذا الألم بأنه حارق، تشبكي، وخز، تتفاوت درجته من متقطع وخفيف الى مستمر وشديد.

(Kristin, 2002, p. 33)

الالتحاق بمراكز التأهيل والمحاولة على حصول على أطراف صناعية مناسبة للحالة من أجل تحقيق التكيف، فمن خلال الدراسة التي أجراها (Murray, 2005) باستعمال المقابلات وتحليلها لمجموعة من المبتورين المستخدمين للأطراف الاصطناعية، وجد أن استخدام (الطرف الاصطناعي) ساهم في تفادي الوصمة الاجتماعية والتي بدورها مكنتهم من الاندماج مع المجتمع متخطين حاجز العجز الذي فرضته هذه الإعاقة.

(Murray, 2005, p. 425)

على المستوى النفسي:

✓ صورة الجسم ومخطط الجسم:

حسب "Anzieu": تنتمي صورة الجسم للسجل الهوامي (الخيالي) فهي لا شعورية وقاعدتها عاطفية، ويجب أن يتم تمييزها عن مخطط الجسم المأخوذ من سجل حسي، حركي وفكري، فهو ما قبل شعوري وقاعدته عصبية، حيث أنه في الحالة الأولى يعاش الجسم على أنه الوسيلة الأولى للعلاقة مع الآخر، أما في الحالة الثانية فيستعمل الجسم كأداة في المكان وعلى الأشياء.

(Anzieu, 1976, p. 301)

إن كانت صورة الجسم معطى أساسي في معادلة بناء الشخص لذاته أو "أناه"، وإن كان ذلك الشخص يجب "أناه" فإن إصابة البتر (وهي إصابة للجسم ولصورته ول "أناه") تؤدي مباشرة لإصابة نرجسية (لإصابة في حبه لنفسه) ولجرح نرجسي عميق.

(شادلي، 2017، صفحة 202)

حيث توصلت نتائج دراسة "القاضي، 2009"، التي بعنوان (قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة) الى وجود علاقة دالة احصائيا بين متغيرات البحث فقلق المستقبل يزداد لدى حالات البتر كلما كانت صورة الجسم سلبية وكلما كان مفهوم الذات سلبيا.

(القاضي، 2009، صفحة 133)

هذا الجرح النرجسي يظهر على شكل مجموعة من الاستجابات من بينها الاكتئاب، القلق، والضغط النفسي وهو ما يعبر عنه في الدراسة الحالية بالألم النفسي، بالإضافة الى مجموعة من الاستجابات (كأنخفاض في تقدير الذات، التوتر، الانسحاب الاجتماعي، انعدام قيمة الصورة النرجسية للذات).
فدراسة "زيد الحوامدة، 2008" بالأردن، بعنوان: القلق والاكتئاب لدى مبتوري الأطراف السفلية الأردنيين، أظهرت نتائجها: ارتفاع معدل القلق والاكتئاب لدى مبتوري الأطراف السفلية، كما أن العوامل الاجتماعية والديمقراطية لها أهمية في تحقيق التكيف النفسي.

(Hawamdeh, 2008, p. 627)

✓ عمل حداد:

يقوم المبتور بعمل حداد من خلال مجموعة من المراحل والتي أجمع عليها ذوي الاختصاص العيادي:

المرحلة الأولى: مرحلة الصدمة وهي رفض صريح لخبر فقدان (البتر) وعدم تقبل الواقع.

المرحلة الثانية: مرحلة الإنكار والمصحوبة بتفريغ انفعالي يسمح بتقبل جزئي لواقع البتر.

المرحلة الثالثة: مرحلة الاكتئاب وإدراك المبتور لفكرة فقد أحد أجزاء أطرافه، مع الإحساس بالذنب

الأخيرة: مرحلة إعادة التنظيم من خلال تقبل فقدان الموضوع ومحاولة التكيف مع الوضعية الجديدة. إن سيرورة الحداد هي خطوة ضرورية بالنسبة للمبتور، تسمح له بتقبل صورته الجديدة، ترميمها، المرور لوضعية جديدة تتمثل في تقبل البتر، دمج صورة جسم جديدة وبالتالي تطوير صورة جسم جديدة والعودة بها للحياة اليومية، التطلع للمستقبل بثقة، بمسؤولية، باستقلالية وبدون مشاعر النقص والتبعية مما يجعله من جديد مؤهلاً وقادراً على مواجهة تعقيدات وتقلبات الحياة التي لا مفر منها.

(شادلي، 2017، صفحة 207)

✓ اضطراب ما بعد الصدمة:

فهو رد فعل شديد على الحدث الصادم، يتميز بثلاثة أصناف كبرى من الأعراض (إعادة إحياء التجربة، التجنب والتحاشي، إثارة مفرطة وعدم التركيز)، حيث أكدت دراسة "Copuroglu، 2010" على ضرورة علم الأطباء باحتمالية ظهور اضطراب ما بعد الصدمة لدى المبتورين سواء في مرحلة مبكرة أو متأخرة من عملية البتر وأن يراعوا الوضع النفسي للحالات.

(Copuroglu, 2010, p. 90)

كما أن دراسة "Yalniz, 2010" ببلجيكا، بعنوان: اضطراب الاجهاد الحاد واضطراب ما بعد الصدمة التالي لصدمة البتر، أوضحت النتائج أن 36.3% من الحالات بحاجة الى استشارة نفسية وبعد الاستشارة وجد أن 22.7% من الحالات بحاجة الى علاج نفسي لمعالجة اضطراب الضغط الحاد.

(Yalniz, 2010, p. 90)

✓ الكفاءة الذاتية:

يتجنب الأشخاص أحيانا المواقف والأنشطة التي تعتبر كتهديد لهم في حين يلتزمون بتنفيذ المهام التي يشعرون بكفاءتهم تجاهها، فالكفاءة الذاتية تعني الاعتقاد بقدرتنا على انجاز وتنفيذ ما نرغب انجازه، هذا الاعتقاد هو أحد العناصر الرئيسية في التوافق النفسي والرفاه الجسدي ووضع استراتيجيات للتقييم الذاتي لتغيير السلوك.

(Merhan, 2010, p. 137)

فقد أظهرت بعض الدراسات أن مرضى الألم يتباينون في كفاءتهم الذاتية وأن هذا التباين يؤثر في بعض المتغيرات المرتبطة بالألم، فالمرضى الذين يظهرون درجات مرتفعة في الفعالية الذاتية يظهرون مستويات منخفضة من الألم النفسي، الكدر النفسي، النتائج السلبية، عتبات مرتفعة للألم وتحمل أكثر للألم.

(فالق وعدوان، 2021، صفحة 49)

كما يرى "Gill" بأن إرتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري من شأنه أن يؤدي لتحسين سلوك الرعاية الذاتية ويرفع من مستوى مراقبة السكر في الدم، فالكفاءة الذاتية لا تتوقف عند سن معين، بل هي في تطور مستمر عند الفرد مادام يقوم بتجارب لاكتساب مهارات جديدة، فالرفع من معتقدات الكفاءة الذاتية من شأنه أن يحسن من السيطرة على نسبة السكر في الدم وإدارة الرعاية الذاتية، وقد يكون هذا ما يعلل ارتفاع مستوى الالتزام الصحي لدى العينة.

(Gill, 2013, p. 53)

✓ على المستوى الاجتماعي:

الجانب الوظيفي: قد يضطر المبتور لتغيير وظيفته والاستغناء عن هواياته لاسيما تلك التي تحتاج الجزء المبتور.

الجانب السكني: إجراء كل التعديلات الضرورية للمسكن لتوفير الراحة الممكنة للمبتور وتمكينه من التكيف مع البتر، بما في ذلك وسيلة النقل المتاحة.

الجانب الاقتصادي: صعوبة من الناحية الاقتصادية لعدم توفر الإمكانيات المادية يشكل عائق أمام المبتور يحول بينه وبين تحقيق وإشباع للحاجات الضرورية للحالة، ناهيك ان كان المبتور عنصر فعال داخل الأسرة والمصدر الأول لتحقيق الرزق.

حيث هدفت دراسة "Craig، 2000" التعرف الى مدى انتشار حالات البتر للأطراف السفلية الناجمة عن داء السكري في أستراليا، وذلك من خلال تحليل قاعدة بيانات المستشفيات الوطنية لكل إقليم،

فخلصت النتائج أن بتر الأطراف السفلية المتعلقة بداء السكري يشكل تكلفة صحية شخصية وعامة كبيرة في أستراليا. (Craig, 2000, p. 354)

ويبقى الطرف الصناعي يستنزف المصادر المالية للمبتور باعتباره طرف قابل للتلف والتغيير بمرور الزمن، أما نظرة المجتمع لهذه الفئة فهي من أكثر المشاكل التي تواجههم، حيث لديهم الاعتقاد السائد أن التشوه الجسدي وصمة مخيبة وعالة على المجتمع بسبب العجز الذي تخلفه هذه العاهة، وهذا ما أكدته دراسة (مزلق، 2009) حيث أسفرت نتائجها عن تقبل الحالات لإعاقتهم بسبب البتر وإعتبار المجتمع مصدر للألم.

(خلف، 2012، صفحة 59)

4. آليات التعامل لدى المبتور بسبب السكري:

إذا قرر الفريق الطبي أن البتر ضروري فإنه يختلف مقدار ما يبتر على حسب درجة وخطورة التلف، ويعتمد ذلك على حسب عمر المصاب بالسكري، نوع عمله، بالإضافة الى عوامل صحية أخرى مرتبطة بسلامة المصاب، هذا ويرجع استعمال نوع آليات التعامل مع البتر الى مجموعة من الخصائص التي يتحلى بها المبتور وهنا نشير الى الفروق الفردية، بالإضافة الى خصائص أخرى يمكن الإشارة إليها من خلال مجموعة من الدراسات التالية:

أظهرت نتائج دراسة "أزروق" أن المصابين بالسكري يستخدمون آليات التعامل التي تركز على الانفعال أكثر مما يستخدمون آليات التعامل التي تركز على المشكل، فهم يستعملون في عملية المقاومة ضد المرض أسلوب الهروب والتجنب كالرغبة في تغيير الوضعية بتمني حدوث معجزة، رفض تقبل ما حدث، تجنب الحضور بين الآخرين، كما يستعملون بشكل كبير أسلوب توبيخ الذات الى جانب أسلوب الهروب من مواجهة المشكل.

(أزروق، 1997، صفحة 214)

ولكن بعد تقديم العلاج أدرك المصابون أن هذا النوع من الآليات يقودهم الى نتائج سلبية وبالتالي أظهرت النتائج مرة أخرى الاستراتيجيات التي تركز على المشكل في عملية المقاومة يمكنها أن تقود الى التخفيض من مستوى الضغط السيكولوجي الذي ينشأ من الإصابة بمرض السكري، وبالتالي توفير طريقة أكثر ملائمة للتوافق السيكولوجي مع وضعية المرض.

كما أن دراسة "Pucher,1999" بالنمسا، بعنوان: التعامل مع البتر وآلام الأطراف الوهمية، كشفت نتائجها على وجود ارتباط كبير بين آليات التعامل والألم لدى المرضى الذين يعانون من البتر حيث كلما كان التعامل بشكل أفضل مع الحسارة فإن الألم يقل.

(Pucher, 1999, p. 379)

وتشير دراسة "بغيجة، 2006" على المعاقين حركيا أنه كلما كانت آليات التعامل متمركزة حول المشكل يكون مستوى القلق والاكتئاب منخفض، ويرتفع كلاهما عند استخدام آليات التعامل المتمركزة حول الإنفعال.

(بغيجة، 2006، صفحة 18)

بالإضافة الى استخدام جميع مبتوري الأطراف آلية دفاع بالدرجة الأولى "الكبت" يليها التبرير والاسقاط، وذلك نابع من الحاجة الى الإنجاز والحاجة الى المساندة والطمأنينة.

(خلف، 2012، صفحة 180)

حسب دراسة "Oaksford,2005" وجد أن المبتورين يستخدمون مجموعة من آليات التكيف لتسهيل التوافق النفسي وهي عبارة عن: التجنب العقلي، البحث عن الدعم والسند، الدعابة، آليات معرفية لإعادة المعنى للخبرة، مجهودات التكيف.

(Oaksford, 2005, p. 266)

ومن زاوية أخرى تعتبر المساندة الاجتماعية مصدر دعم نفسي واجتماعي وأحد أبعاد مقياس آليات التعامل التي تندرج ضمن آليات التعامل المتمركزة حول المشكل.

فقد أكدت دراسة "أبو غالي" أن مستوى المساندة الاجتماعية جيد لدى حالات البتر وذلك راجع لطبيعة المجتمع وثقافته ولطبيعة التنشئة الأسرية.

(أبو غالي، 2014، صفحة 25)

وفي الدور الوقائي يكون للمساندة أثرا مخففا لنتائج الأحداث الضاغطة، فالأشخاص الذين يمرون بأحداث مؤلمة تتفاوت استجاباتهم المؤلمة (القلق أو الاكتئاب) لتلك الأحداث تبعا لتوفر مثل هذه العلاقات الودودة والمساندة، حيث يزداد احتمال التعرض للاضطرابات النفسية كلما نقص مقدرا المساندة الاجتماعية كما ونوعا وقد أضحى هذا التأثير معروفا بنموذج الأثر الملطف للمساندة أو فرض التخفيف. (السيد، 2000، صفحة 319)

خلاصة

تطرقت الباحثة فيما سبق إلى مفهوم البتر وسببه وإعتبار أن السبب الرئيسي من عملية البتر هو السكري حيث أن الهدف منه تخفيف الألم وتعزيز التئام الجرح وزيادة مقدرة الشخص على أداء نشاطاته اليومية، من خلال استعمال مختلف آليات التعامل للحفاظ على مستوى مقبول من الأداء سعيا منه لتحسين وتحقيق جودة الحياة لدى المبتور (بسبب السكري).

على الرغم من حقيقة أن غالبية المرضى المزمنين يعانون على الأقل من بعض ردود الفعل السيكولوجية السلبية كنتيجة للمرض إلا أن معظم هؤلاء لا يبحثون عن العلاج النفسي لأعراضهم بأية صورة من الصور، وعوضا عن ذلك نجدهم يعودون الى مصادرهم وإمكاناتهم الذاتية والاجتماعية لحل مشكلاتهم والتخفيف من ضيقهم النفسي.

فالبتر تجربة صادمة لها انعكاساتها والتي تفرض على المصاب تغيير شامل لجوانب حياته للتكيف معه أو على الأقل التعامل مع التغيير بشكل ايجابي حسب نوع آليات التعامل التي يتبناها، من خلال مجموعة من الخصائص التي يتحلى بها المبتور وهنا نشير الى الفروق الفردية، بالإضافة الى خصائص أخرى تم التطرق اليها سابقا بشكل مفصل.

الإطار التطبيقي للدراسة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد.

1. منهج الدراسة.

2. الإطار الزمني و المكاني للدراسة.

3. مجموعة الدراسة(الاستطلاعية، الأساسية).

4. أدوات الدراسة.

خاتمة.

تمهيد:

بعد التطرق الى الجانب النظري الذي يعتبر الدعامة الأساسية لأي دراسة علمية والذي من خلاله تم التعمق في متغيرات الدراسة.

سنتعرف في هذا الفصل على الإجراءات المنهجية المعتمدة لمعالجة موضوع الدراسة الحالية بشكل ميداني من خلال وصف المنهج المتبع، معرفة الإطار الزمني والمكاني للدراسة، معرفة العينة انطلاقا من الدراسة الاستطلاعية والتي من خلالها سيتم اختيار الظروف والمقاييس الملائمة للقيام بالدراسة الأساسية، معرفة الأدوات المستخدمة في الدراسة والتطرق الى خصائصها السيكو مترية وفي الأخير وضع خلاصة شاملة.

1. منهج الدراسة:

يعد المنهج العيادي أحد المناهج المهمة والأساسية في مجال الدراسات النفسية، ولقد اعتمدنا عليه في الدراسة الحالية باعتباره المنهج الملائم لطبيعة الفرضيات ولكونه يهتم بدراسة الحالات الفردية.

تعرف "لطرش، 2015" المنهج العيادي: على أنه منهج يهدف الى معرفة السير النفسي قصد بناء تركيب معقول للأحداث النفسية التي يعتبر الفرد مصدرا لها.

(لطرش، 2015، صفحة 81)

ويقوم المنهج العيادي على "دراسة حالة" فنظرا لطبيعة موضوع الدراسة وأهدافه، تم الاعتماد عليها وذلك من أجل الفحص المعمق لحالات فردية، بهدف التعرف أولا على الألم النفسي لدى مبتوري الأطراف بسبب السكري والتعمق ثانيا في فهم آليات التعامل التي يتبناها افراد العينة.

حيث تعتبر "دراسة حالة" الطريقة التي تسمح بجمع المعلومات وتفسيرها تبعا لتقنياتها فهي ذلك الوعاء الذي ينظم وقيم فيه المختص الاكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي تحصل عليها من الفرد، عن طريق المقابلة، الملاحظة والتاريخ الاجتماعي للمفحوص. (بومعزوزة، 2017، صفحة 243)

فحسب "عبد الفتاح دويدار" يصل منهج دراسة حالة إلى الوحدة الكلية التاريخية والوحدة الكلية الحالية، ومن ثم يتمكن من الكشف عن الصراعات الأساسية الدينامية عند الشخص، كما يتمكن من إعادة بناء الوحدة الكلية للشروط الحاكمة للسلوك موضوع الدراسة.

(دويدار، 1999، صفحة 109)

2. الإطار الزمني و المكاني للدراسة:

الحدود الزمانية: تم اجراء الدراسة من الموسم الدراسي 2020/2019 الى غاية 2023/2022.

الحدود المكانية: تم اجراء الدراسة بمشفى "تريشين إبراهيم" بولاية غرداية، وبالضبط قسم الجراحة.

والذي أنشأ سنة 2007، حيث يقع في بلدية بنورة _سيدي أعزاز_ يحتوي على عدة مصالح وهي:

مصلحة أمراض التشريح، جراحة عامة وجراحة العظام، علم الأوبئة، الأشعة المركزية، المخبر المركزي، الطب الداخلي، الطب الشرعي، الطب الفيزيائي، طب الكلى، مصلحة الإحياء (الإنعاش) والصيدلية.

3. مجموعة الدراسة:

استهدفت هذه الدراسة فئة الراشدين (لكون أن البتر حصل بعد الإصابة بالسكري ومضاعفاته) من كلا الجنسين، الذين تعرضوا لبتر واحد أو أكثر من أطراف الجسم بسبب الإصابة بالسكري، تم الأخذ بعين الاعتبار الفترة الفاصلة بين التعرض للبتر واجراء الدراسة (لأن أعراض الصدمة النفسية تتظاهر آنيا، بعد فترة كمون، قد تكون عابرة أو مزمنة مع الفرد مدى الحياة).

(شادلي، 2017، صفحة 234)

تم اختيار العينة كل من تتوفر فيه الخصائص المذكورة بالإضافة الى رغبتهم في التطوع والمشاركة في الدراسة الحالية، وعليه من أجل الوصول الى الحالات تم التوجه الى مستشفى "تريشين إبراهيم" بولاية غرداية، والاطلاع على مختلف الحالات التي تعرضت للبتر واختيار بشكل قصدي المبتورين بسبب السكري، ونظرا للظروف الصحية في الفترة 2019-2020 "كوفيد 19" واجهتنا العديد من الصعوبات، من بينها الإجراءات المتبعة من عدم السماح بالتجمعات، الزيارات، إيقاف البحوث الميدانية، بالإضافة الى

تأثر الحالات "تدهور الحالة الصحية المؤدية للوفاة" وبالتالي بقاء حالتين (02) من أصل ستة (06) حالات.

ونظرا للظرف الصحي في الوضع الحالي 2020-2021 وبعد انعقاد (اجتماع لجنة التكوين والأخذ برأي أعضائها) تم السماح للباحثة بدعوة مبتوري الأطراف بسبب السكري من خارج المستشفى ووضع مجموعة من المواعيد من أجل السير الحسن للخطة البحثية في إطار عملي وبمشاركة المختصة النفسية في هذه العملية.

اعتمدنا على طريقة المعاينة الغير احتمالية من نوع المعاينة النمطية (أين قمنا باختيار أفراد تتوفر فيهم خصائص مجتمع البحث، أي يعتبرون بمثابة صورة نمطية لنفس المجتمع الذي استخرجوا منه ثم طلبنا منهم التطوع للمشاركة في الدراسة).

في هذا الصدد يرى " فليك، Flick": أن الذي يحدد إختيار الأفراد في البحوث الكيفية هو ارتباطهم بموضوع البحث وليس تمثيلهم للمجتمع.

(رجاء، 2011، صفحة 183)

1.3 شروط عينة الدراسة:

لكي ينتمي فرد الى عينة الدراسة يجب أن تتوفر فيه الشروط التالية:

1. المرض: الإصابة بالسكري.
2. البتر: تم بتر أحد الأطراف بسبب السكري.
3. الرغبة: الرغبة في المشاركة من خلال الإجابة على أسئلة المقابلة وبنود المقاييس.

2.3 عينة الدراسة الاستطلاعية:

هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى تحقيق ما يلي:

✓ التأكد من توفر عينة الدراسة.

✓ التعرف على صعوبات الميدان، والاستعداد للقيام بالدراسة الأساسية من خلال الاحتكاك المباشر مع عينة الدراسة.

✓ التأكد من وضوح التعليمات الخاصة بأدوات الدراسة ودقتها.

✓ اكتساب خبرة التطبيق.

من خلال أهداف الدراسة الاستطلاعية نزلنا الى الميدان بغية التحقق، وعليه واجهتنا صعوبات تمثلت في عدم وجود مصلحة خاصة بالمبتورين بسبب السكري، عدم وجود الحالات التي تندرج ضمن اطار دراستنا في المصلحة، بالإضافة الى تعقد الحالة النفسية والصحية للحالات مما جعل من الصعب التقرب منها، خاصة مع الوضع الصحي القائم في هذه الفترة "كوفيد 19".

رغم ذلك تم التقرب من (06) حالات والتواصل معهم من أجل تحقيق أهداف الدراسة الاستطلاعية، حيث فقدنا أربع حالات بسبب متغير دخيل (الإصابة ب كوفيد 19).

3.3 عينة الدراسة الأساسية:

نلاحظ من خلال دراستنا الاستطلاعية مجموعة من الصعوبات التي شلت سيرورة العمل، خاصة بعد فقدان الحالات وكما وضحنا سابقا تم الاستعانة بالحالات من خارج المستشفى ووضع مجموعة من المواعيد، حيث تكونت مجموعة الدراسة الأساسية من (05) حالات موزعين على الشكل التالي:

الجدول رقم (03): توزيع خصائص العينة. (من إعداد الباحثة)

| الحالات | الجنس | العمر | العضو المبتور | تاريخ البتر | المهنة قبل البتر | المهنة بعد البتر |
|---------|-------|--------|---------------------|-------------|------------------------------|------------------|
| الأولى | ذكر | 59 سنة | أصابع الرجل اليمنى. | 06 أشهر | سائق شاحنات ذات الوزن الثقيل | لا يوجد |

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

| | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------------|--|-----------|------|---------|
| لا يوجد | حرفية "كروشي وخيطة" | 07 سنوات | الإصبع الكبير للقدم اليسرى. | 57 سنة | أنثى | الثانية |
| لا يوجد | سائق شاحنات | 29 سنة. 22 سنة. 03 سنوات. | البتة الأول: الإصبع الصغير للرجل اليسرى. البتة الثاني: الإصبع الأوسط للرجل اليسرى. البتة الثالث: تحت الركبة للرجل اليمنى. | 72 سنة | ذكر | الثالثة |
| مراقب كاميرات أمنية | موزع سلع | شهرين | الإصبع الصغير للرجل اليسرى | 44 سنة | ذكر | الرابعة |
| لا يوجد | سائق في النقل العمومي | 10 سنوات 04 سنوات | البتة الأول: أصابع الرجل اليمنى باستثناء الإصبع الأوسط. البتة الثاني: تحت الركبة للرجل اليسرى. | 71 سنة | ذكر | الخامسة |

التعليق على الجدول رقم (03): نلاحظ من خلال الجدول أن عدد الحالات المدروسة خمسة ولكل خصائصها من حيث (الجنس، العمر، العضو المبتور، تاريخ البتر، المهنة قبل البتر، المهنة بعد البتر)، لدينا (04) ذكور مقابل امرأة واحدة، تتراوح أعمارهم ما بين 44 سنة و72 سنة، تاريخ البتر متفاوت ما بين شهرين الى (07) سنوات من تاريخ المقابلة، بالإضافة إلى أن كل الحالات كانت تشتغل قبل عملية البتر أما بعده فقد (04) حالات شغلهم ما عدا حالة واحدة فقط.

4. أدوات الدراسة:

تعتبر أدوات الدراسة المفاتيح التي يعتمد عليها الباحث في جمع المعلومات، حيث تم الاستعانة بمختلف الأدوات التي تخدم الموضوع والمتمثلة في: المقابلة العيادية (النصف موجهة)، الملاحظة العيادية، مقياس الألم النفسي المعد من طرف الباحثة، مقياس آليات التعامل لـ "لازاروس وفولكمان" "Lazarus and Folkman".

1.4 المقابلة العيادية (النصف موجهة):

يتم اختيار نوع المقابلة استنادا الى: نوع المعلومات التي يريد الباحث الوصول إليها، الهدف الذي يرغب في تحقيقه بالإضافة الى طبيعة الدراسة.

فالمقابلة العيادية عبارة عن "حوار بين الفاحص والمفحوص، قصد التوصل الى معرفة عميقة حول كل المعطيات النفسية، الاجتماعية، المعرفية وتلعب دور في مجال التشخيص والعلاج النفسي وهي من الأدوات الضرورية لفهم الفرد عن قرب، وإدراك مشاعره اتجاه المواقف التي يواجهها واتجاه المحيطين به، وغاية المقابلة الحصول على المؤشرات التي تساعد السيكلوجي في فهم المشكلة العامة للمفحوص ومعطياتها الهامة وعميقة الدلالة.

(عباس، 1991، صفحة 31)

والمقابلة العيادية النصف الموجهة تهدف الى جعل المفحوص يجيب بحرية، وهي إحدى الوسائل الهامة لجمع البيانات في البحث الإكلينيكي، خاصة تلك التي ترتبط بمشاعر ودوافع الأفراد، كونها بيانات يصعب الحصول عليها.

(العيسوي، 1999، صفحة 49)

حيث اعتمدنا عليها بهدف جمع كافة المعلومات والتي تسمح بالإجابة على تساؤلات الدراسة وأهدافها، ولإجرائها تم تصميم كل مقابلة وفق دليل يحتوي على مجموعة من المحاور والتي بدورها تحتوي على مجموعة من الأسئلة والتي تصب في نفس المقاييس المستعملة في هذه الدراسة وتجدد الإشارة هنا أن

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

الأسئلة التي يحتويها كل محور تم عرضها على أساتذة في تخصص علم النفس وعلى الأخصائيين الممارسين في الميدان (أنظر الملحق 01) ولذلك تعتبر المقابلة العيادية مقننة، أما عن مدة إجرائها كان ما بين (45د الى 50 د) حسب الهدف والحالة المدروسة.

يوضح الجدول التالي مجموعة المقابلات المستعملة، محاورها وأهدافها: (أنظر الملحق 02)

الجدول رقم (04): محاور وأهداف المقابلة العيادية. (من إعداد الباحثة)

| الرقم | عنوان المقابلة | محاور المقابلة | أهداف المقابلة |
|-------|----------------------|---|---|
| 01 | المقابلة التمهيدية. | <ul style="list-style-type: none"> ■ تقديم فكرة عامة حول موضوع الدراسة. ■ الحصول على الموافقة والرغبة في التطوع من الحالات. ■ شرح إجراءات تطبيق الدراسة. ■ بناء علاقة ثقة بين الباحثة والحالات. | <ul style="list-style-type: none"> ■ شرح موضوع الدراسة بشكل عام. ■ انتقاء الحالات بشكل قصدي والحصول على الموافقة من طرفهم. ■ شرح طريقة التطبيق والاطلاع على محتوى المقابلات. ■ الاطلاع على أخلاقيات العمل وسريته. |
| 02 | مقابلة تاريخ الحالة. | <ul style="list-style-type: none"> ■ البيانات العامة للحالة. ■ التاريخ الأسري والشخصي. ■ التاريخ الصحي (الطبي). ■ التاريخ التعليمي والمهني. ■ التاريخ الزوجي والجنسي. | <ul style="list-style-type: none"> ■ جمع بيانات الحالة. ■ التعرف على التطورات التي طرأت على حياة الحالة ومختلف التحديات التي واجهتها بعد الإصابة بالسكري ومن ثم البتر. |

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

| | | | |
|--|--|---|----|
| التعرف على الألم النفسي الذي تخلفه تجربة البتر. | أسئلة حول المرض الحالي وظروف اكتشافه. أسئلة حول ردود الأفعال اتجاه تجربة البتر. تطبيق مقياس الألم النفسي. | مقابلة الألم النفسي لتجربة البتر بسبب السكري. | 03 |
| التعرف على مختلف الآليات التي يتبناها مجموع الحالات للتعامل سواء مع السكري أو البتر. | أسئلة حول كيفية التعامل مع الانفعالات ومع السكري. أسئلة حول كيفية التعامل مع البتر والتحديات التي يفرضها. تطبيق مقياس آليات التعامل. | مقابلة آليات التعامل مع تجربة البتر. | 04 |

التعليق على الجدول رقم (04): نلاحظ من خلال الجدول عدد المقابلات التي تم القيام بها، حيث لكل مقابلة هدف تسعى الباحثة لتحقيقه وذلك من خلال الإجابة على مختلف الأسئلة الخاصة بكل محور من طرف الحالات.

2.4 الملاحظة العيادية:

هي أداة من أدوات البحث العلمي وتعني الإنتباه المقصود والموجه نحو سلوك فردي أو جماعي معين بقصد متابعته ورصد تغيراته ليتمكن الباحث بذلك من: وصف السلوك، تحليله وتقويمه.

(عساف، 1995، صفحة 406)

وتم الاعتماد عليها لكوننا في موقف تفاعلي مع الحالة أثناء المقابلة العيادية، حيث يمكننا ملاحظة مختلف الاستجابات الغير لفظية، الإيماءات، لغة الجسد والعيون، ردود الفعل الانفعالية. وتتم من خلال شبكة الملاحظة: تتضمن مجموعة من العلامات والرموز المتفق عليها لرصد مجموعة من المعطيات والوضعيات والأفعال بشكل علمي مقنن. (حمداوي، 2017، صفحة 134)

وتشمل الملاحظة العيادية في دراستنا الحالية:

1. ملاحظة سلوك الحالة داخل مكتب الأخصائي النفسي (الحركي، التكيفي، اللغوي).
 2. ملاحظة سلوك الحالة أثناء المحادثة، طريقة الكلام ووضعية الانفعالات، النظرات.
 3. ملاحظة الإيماءات والاشارات التي تعتمدها الحالة وفي أي موقف يتم ذلك.
- حيث تم الإعتماد على الشبكة المعدة من طرف الدكتور "كمال بورزق" لكونها تخدم المقاييس المستخدمة وموضوع الدراسة الحالية، وعليه نعتبرها مقننة وقابلة للتطبيق. (أنظر الملحق 03)

3.4 مقياس الألم النفسي: (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي)

التعريف بالمقياس:

نظرا لعدم توفر مقياس مناسب للدراسة الحالية والذي يحتوي على جميع الجوانب المراد دراستها: بمعنى الألم النفسي لدى مبتوري الأطراف بسبب السكري، سعت الباحثة الى بناء المقياس بعد الاطلاع على مختلف الأدبيات والأطر النظرية الخاصة بالموضوع وإنطلاقا من:

- ✓ النسخة الإنجليزية "DASS42" "Depression Anxiety Stress Scales" ل"لوفي بوند" سنة 1995.
- ✓ النسخة المعربة ل" DASS42" حيث قام "لوفي بوند" بترجمة المقياس لعدة لغات منها اللغة العربية وتم التحقق من الخصائص السيكو مترية للنسخة العربية من طرف "بيتر لوفي بوند وميريام توك" حيث اتبع الباحثان جميع الخطوات والاجراءات المنهجية المعمول بها في ترجمة وتكييف المقاييس النفسية.
- ✓ انطلاقا من مقياس "Beck" "بيك" للاكتئاب 1961 والتي قام بتعريبها وتقنينها الدكتور عبد الخالق 1996.
- ✓ انطلاقا من مقياس "Spielberger" "سبيلبيرجر" للقلق 1970.
- ✓ انطلاقا من مقياس "Cohen" "كوهن" للضغط النفسي 1983.

✓ انطلاقاً من الدليل التشخيصي الاحصائي للإضطرابات العقلية "الإصدار الخامس" (DSM5).

وبعد الاطلاع على مختلف المقاييس المذكورة أعلاه تم بناء المقياس ووضعها في قالب يناسب العينة المدروسة وهي "مبتوري الأطراف بسبب السكري".

كما حرصت الباحثة أثناء اعداد المقياس على مراعاة مايلي:

✓ مدى وضوح البنود.

✓ مدى جودة الصياغة اللغوية لفقرات البنود وسهولتها.

✓ مدى قياس كل فقرة لما وضعت لقياسه.

✓ مدى علاقة الفقرة بالبند وبموضوع الدراسة.

يتكون المقياس في صورته الأصلية على 42 بند لقياس الانفعالات الوجدانية السلبية، تتمحور على ثلاثة مقاييس فرعية (أبعاد):

✓ مقياس الاكتئاب: يحتوي على 14 بند لتقييم اضطراب المزاج، فقدان الأمل والشعور باليأس، احتقار الذات، العجز، الكسل، فقدان الاهتمام والاستمتاع.

بنود المقياس الفرعي للاكتئاب: 3، 5، 10، 13، 16، 17، 21، 24، 26، 31، 34، 37، 38، 42.

✓ مقياس القلق: يحتوي على 14 بند لتقييم الاستثارة الذاتية، الأعراض الجسمية والحركية.

بنود المقياس الفرعي للقلق: 2، 4، 7، 9، 15، 19، 20، 23، 25، 28، 30، 36، 40، 41.

✓ مقياس الضغط النفسي: يحتوي على 14 بند لتقييم القابلية للاستثارة والهيجان، صعوبة الاسترخاء، التوتر.

بنود المقياس الفرعي للضغط النفسي: 1، 6، 8، 11، 12، 14، 18، 22، 27، 29، 32، 33، 35، 39.

يكون التقييم باستخدام مقياس ليكرت "Likert scale" من 4 نقاط:

✓ لا ينطبق علي بتاتا(0).

✓ تنطبق علي لحد ما(1).

✓ تنطبق علي بدرجة ملحوظة(2).

✓ تنطبق علي كثيرا(3).

و تقدر أدنى درجة على مقياس الألم النفسي(الاكتئاب،القلق،الضغط النفسي) ب 0 وأقصاها ب 126 درجة.

الجدول رقم (05): درجات الألم النفسي. (من إعداد الباحثة)

| الشدة | الألم النفسي | الضغط نفسي | القلق | الاكتئاب |
|-------------|--------------|------------|-------|----------|
| طبيعي | 25-0 | 14-0 | 7-0 | 9-0 |
| خفيف | 50-25 | 18-15 | 9-8 | 13-10 |
| متوسط الشدة | 75-50 | 25-19 | 14-10 | 20-14 |
| شديد | 100-75 | 33-26 | 19-15 | 27-21 |
| شديد جدا | 101+ | 34+ | 20+ | 28+ |

التعليق على الجدول رقم (05): نلاحظ من خلال الجدول أن درجة الألم النفسي مقسمة على خمسة مستويات (طبيعي، خفيف، متوسط الشدة، شديد، شديد جدا) وذلك من خلال الدرجات المتحصل عليها في أشكاله (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي).

كما وعرضت الباحثة المقياس بصورته الأولية على مجموعة من الممارسين والأساتذة المختصين في علم النفس العيادي (أنظر الملحق 04)، لإبداء ملاحظاتهم حول أبعاد و فقرات المقياس وبناءا على ذلك: قامت الباحثة بإجراء مختلف التعديلات، لتكوين الصورة النهائية لمقياس الألم النفسي.

الخصائص السيكومترية لمقياس الألم النفسي (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي):

1- الصدق :

صدق المحتوى: عرضت الباحثة المقياس بصورته الأولية على مجموعة من الممارسين والأساتذة المختصين في علم النفس العيادي (أنظر الملحق 05)، لإبداء ملاحظاتهم حول أبعاد وفقرات المقياس (والهدف هو الوقوف على دلالات الصدق الظاهري للمقياس ليتناسب مع أغراض الدراسة الحالية)، حيث توصلت النتائج الى وجود اتفاق لأكثر من (85%) لكل بند، تم الاحتفاظ بالبند كما هي من حيث العدد ومن حيث اللغة ومن حيث انتمائها للمقاييس الجزئية.

صدق الاتساق الداخلي: بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الألم النفسي.

الجدول رقم (06): نتائج صدق الاتساق الداخلي لمقياس الألم النفسي. (من إعداد الباحثة)

| الرقم | البعد | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|-------|--------------|----------------|---------------|
| 1 | الاكتئاب | 0.692** | 0.01 |
| 2 | القلق | 0.774** | 0.01 |
| 3 | الضغط النفسي | 0.783** | 0.01 |

التعليق على الجدول رقم (06): يتضح لنا بأن معاملات الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس دالة عند 0.01، ونستنتج أن المقياس يتميز بصدق مرتفع يمكن الوثوق به.

2- الثبات : ألفا كرومباخ.

الجدول (07): يبين نتائج الثبات (الفا كرومباخ) لمقياس الألم النفسي.

الجدول (07): نتائج الثبات (الفاكرومباخ) لمقياس الألم النفسي.

| عدد البنود | معامل ألفا كرومباخ |
|------------|--------------------|
| 67 | 0.771 |

التعليق على الجدول (07) : نلاحظ من خلال الجدول رقم (07) أن معامل الثبات ألفا كرونباخ للألم النفسي بلغ 0.771 كما أظهرت النتائج، وهي قيمة دالة على ثبات المقياس.

4.4 مقياس آليات التعامل:

التعريف بالمقياس:

وضع هذا المقياس كل من لازاروس وفولكمان (Lazarus and Folkman) 1980 وتم تطويره عدة مرات من طرفهما، يحتوي هذا المقياس على سبعة وستون (67) بنداً.

يهتم هذا المقياس بتقدير الأفكار والسلوكيات التي يستخدمها الأفراد اتجاه الضغط الذي يواجهونه خلال حياتهم اليومية، يجيب الأفراد على هذا المقياس حسب أربع درجات من "إطلاقاً" إلى "إلى حد ما" إلى "كثيراً" إلى "كثير جداً".

(نسيمة، 2006، صفحة 113)

هناك ثمانية سلام تحتية ، يحتوي كل واحد على عدد معين من البنود وهي :

✓ التخطيط لحل المشكل: بما في ذلك البحث عن المعلومات، مثل : "ركزت فقط على ما سأفعله لاحقاً".

✓ روح المواجهة : مثل : "قمت بشيء لم أكن اعتقد أنه يصلح ، و لكنني قمت به على الأقل".

✓ أخذ المسافة: مثل "تصرفت و كان شيئاً لم يحدث".

✓ إعادة التقييم الإيجابي: مثل: "خرجت من المشكلة بشكل أحسن مما دخلت به فيها"

✓ تأنيب الذات : مثل : "أدركت أنني المتسبب في المشكل" .

✓ الهروب / التجنب: مثل: "نمت أزيد من العادة".

✓ البحث عن السند الاجتماعي: مثل: "قبلت عطف و تفهم شخص ما".

✓ التحكم في الذات : مثل : "حاولت أن أحتفظ بمشاعري بنفسي" .

و يشير السلمين التحتيين الأولين إلى آليات التعامل المركزة حول المشكل، أما الست الباقية فتشير الى آليات التعامل المركزة حول الانفعال. (Paulhan, 1994, p. 944)

البنود :

✓ التخطيط لحل المشكل : 1 ، 2 ، 26 ، 39 ، 49 ، 52 ، 62 ، 63 .

✓ المواجهة: 5، 6 ، 7 ، 17 ، 28 ، 34 ، 46 ، 48 ، 61 .

✓ أخذ المسافات : 4 ، 12 ، 13 ، 24 ، 32 ، 41 ، 44 .

✓ إعادة التقييم الإيجابي: 15، 20، 23 ، 27 ، 30 ، 36 ، 38 ، 60 .

✓ التحكم في الذات : 10 ، 14 ، 35 ، 37 ، 43 ، 51 ، 54 ، 56 ، 65 .

✓ الهروب / التجنب : 3 ، 11 ، 16 ، 19 ، 21 ، 33 ، 40 ، 47 ، 50 ، 55 ، 57 ،

58، 59، 66، 67.

✓ تأنيب الذات : 9 ، 25 ، 29 ، 53 .

✓ البحث عن السند الاجتماعي : 8 ، 18 ، 22 ، 31 ، 42 ، 45 ، 64 .

(نسيمة، 2006، صفحة 130)

إخترنا هذا المقياس بناء على:

✓ المقياس يكشف العلاقة بين نماذج آليات التعامل والأمراض العضوية المزمنة، ففي دراستنا الحالية نركز على السكري وإعتباره السبب الرئيسي للبتز.

✓ توفر المقياس مترجم إلى النسخة العربية.

✓ تم الإعتماد عليه في العديد من الدراسات لدى عينة السكري ومبتوري الأطراف بشكل منفصل.

✓ قامت الباحثة بحساب الخصائص السيكومترية للمقياس من خلال دراسة بعنوان " الكفاءة الذاتية و علاقتها بآليات التعامل لدى مرضى السكري " لدى عينة مرضى السكري وتوصلت الى النتائج المبينة في ما يلي.

1-الصدق : صدق الاتساق الداخلي بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس .

الجدول (08): يبين نتائج صدق الاتساق الداخلي لمقياس آليات التعامل.(من إعداد الباحثة)

| الرقم | البعد | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|-------|-----------------|----------------|---------------|
| 1 | التخطيط | 0.585** | 0.01 |
| 2 | روح المواجهة | 0.460** | 0.01 |
| 3 | اخذ المسافة | 0.524** | 0.01 |
| 4 | إعادة التقييم | 0.727** | 0.01 |
| 5 | التحكم في الذات | 0.325** | 0.01 |
| 6 | الهروب | 0.296** | 0.01 |
| 7 | تأنيب الذات | 0.337** | 0.01 |
| 8 | البحث عن السند | 0.367** | 0.01 |

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

التعليق على الجدول (08): من خلال الجدول يتضح لنا بأن معاملات الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس دالة عند 0.01 حيث تراوحت بين 0.296 و0.585، ومنه نستنتج أن المقياس يتميز بصدق مرتفع يمكن الوثوق به .

2-الثبات : ألفا كرومباخ.

الجدول (09): نتائج الثبات (الفا كرومباخ) لمقياس آليات التعامل. (من إعداد الباحثة)

| عدد البنود | معامل ألفا كرومباخ |
|------------|--------------------|
| 67 | 0.792 |

التعليق على الجدول (09): نلاحظ من خلال الجدول أن معامل الثبات ألفا كرونباخ آليات التعامل بلغ 0.792 كما أظهرت النتائج، وهي قيمة دالة على ثبات المقياس.

خلاصة:

من خلال ما سبق تم التعرف على مختلف الإجراءات المنهجية المعتمدة لمعالجة الدراسة والوقوف على أهم النقاط المساهمة في إتمامها.

حيث إعتمدنا على المنهج العيادي وبالتحديد على دراسة حالة، فإخترنا بشكل قصدي وعمدي خمسة حالات تتوفر فيهم الشروط المطلوبة وهي: المرض: الإصابة بالسكري، البتر: تم بتر أحد الأطراف بسبب السكري، الرغبة: الرغبة في المشاركة من خلال الإجابة على أسئلة المقابلة وبنود المقاييس.

هذه الأخيرة تم بناء أحدهما من طرف الباحثة وهو الخاص بالألم النفسي وتبني مقياس المعد من طرف لازاروس وفولكمان (Lazarus and Folkman) ، كما وتعرفنا سويًا على خصائصهم السكومترية مع الإشارة إلى محاور المقابلة العيادية وتدعيمها بالملاحظة العيادية، لكوننا في موقف تفاعلي مع الحالات أثناء إجراء المقابلات.

القسم الثالث

عرض و تحليل النتائج

الفصل السادس:

عرض و تحليل النتائج

تمهيد

1. عرض و تحليل النتائج.

1.1 عرض و تحليل نتائج الحالة الأولى.

2.1 عرض و تحليل نتائج الحالة الثانية.

3.1 عرض و تحليل نتائج الحالة الثالثة.

4.1 عرض و تحليل نتائج الحالة الرابعة.

5.1 عرض و تحليل نتائج الحالة الخامسة.

2. مناقشة نتائج الدراسة.

1.2 مناقشة النتائج الخاصة بمتغير الألم النفسي.

2.2 مناقشة النتائج الخاصة بمتغير آليات التعامل.

3. الاستنتاج العام.

4. الاقتراحات.

تمهيد:

بعد التطرق الى الإجراءات المنهجية المعتمدة لمعالجة موضوع الدراسة الحالية بشكل ميداني، سنركز على عرض وتقديم الحالات الخمسة ومن ثم تحليل النتائج ومناقشتها وإعطاء تفسيرات واضحة ومنطقية بالاستناد على ما تم تناوله في الجانب النظري من نظريات و دراسات سابقة لها علاقة بدراستنا الحالية.

1. عرض و تحليل النتائج:

1.1 عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى:

عرض وتقديم الحالة الأولى: (أنظر الملحق 06)

البيانات العامة للحالة:

- الاسم: مجيد.
- السن: 59 سنة.
- الجنس: ذكر.
- الحالة الاجتماعية: متزوج.
- عدد الأولاد: 04 بنات وذكر أصغرهم.
- المستوى الدراسي: لا يوجد.
- المهنة السابقة: سائق شاحنات ذات الوزن الثقيل.
- المهنة الحالية: لا يوجد.
- تاريخ البتر: 06 أشهر.
- العضو المبتور: أصابع الرجل اليمنى.

عرض وتحليل نتائج المقابلات:

المقابلة التمهيديّة:

دامت المقابلة التمهيديّة 30 دقيقة بتاريخ 2022 /03/07 في مكتب الأخصائية النفسية، حيث كان الهدف من إجرائها هو خلق جو من الألفة وكسب ثقة الحالة "الأولى"، وذلك من خلال التطرق الى موضوع الدراسة بشكل عام وشرح جوانب الغموض مع التأكيد على سرية المعلومات.

ولأن المقابلة تمهيديّة، تم أخذ موافقة الحالة وضمن مشاركتها في الدراسة الحالية "معنديش مشكل وتتوكلوا على ربي ولي فيها الخير"، بعد هذه المقابلة سوف نلتقي مجددا بالتاريخ الذي يساعدك، سوف نحدد سويا مواعيد المقابلات الثلاثة المتبقية حيث في كل مقابلة لدينا هدف يجب تحقيقه، ولأن المعلومات سوف يتم نشرها (أعدك أنها ستكون مشفرة، تحمل إسم مستعار وتستخدم في اطار علمي بحث).

الحالة "الأولى" يبلغ من العمر 59 سنة، متزوج وله أطفال، كان يشتغل بوظيفة (سائق شاحنات ذات الوزن الثقيل لشركة خاصة) قبل أن يمر على تجربة البتر والتي فقد خلالها أصابع الرجل اليمنى، حيث أن مقابلتنا له كانت بعد 06 أشهر من تاريخ البتر.

إنسان ذو ملامح طراً عليها الكبر والمعاناة (شيب طاغي ظاهر على الشعر) والتي تجلت في ملامحه أثناء سير المقابلات، خاصة أنه لا يملك عملاً لتحصيل قوة يومه، فهو مسؤول على أسرة متكونة من زوجة وأربعة بنات وذكر أصغرهم، يظهر خلال اللقاء أنه يرتدي ملابس بشكل متناسق فهو يقول: (بناتي هوما لي خيرولي هاذ اللبسة، وش رأيك فيها؟)، يتكلم بلغة واضحة (دارجة مفهومة).

من خلال المقابلات تظهر "الحالة الأولى" معاناة نفسية تجلت في الأجوبة التي تحمل في طياتها الكثير من الألم، كما وتستخدم الحالة مصطلحات مباشرة للدلالة على الألم النفسي، حيث يمكن رصدها من خلال الطرح التالي:

"لقطيع لي ربي بلاني بيه" يقولها بتحسر، دلالة على المعاناة والألم النفسي والجسدي.

يضيف "أول مرة واحد يقصدني باش يعرف وش راني نعاني" البحث عن السند وهو دلالة على المعاناة في ظل غياب دور المختصين.

ويقول أيضا "مانيش مأمّن" دلالة على عدم التقبل والانكار.

كما يستهزأ بقوله "خسرت خدمتي على جال صباع رجلين" دلالة على الاستخفاف، ففقدان الوظيفة أمر كبير ومهم بالمقارنة مع فقدانه للأصابع "بالنسبة له".

"راني حابس بسبته" مشاعر الضياع والتحسر دلالة على وجود ضغط نفسي.

(...صمت...) دلالة على المقاومة، عدم الرغبة ورفض الحديث عن فقدان.

غير أنه يعبر عن عدم وجود عائلته المتمثلة في الإخوة ب"كل واحد وين لاهي في همه" وهو ما نعتبره دلالة على الاكتئاب.

باعتباره قطع شوطا كبيرا للقدوم الى الجنوب الجزائري ذو البيئة المختلفة عن الغرب الجزائري يقول "جاء للصحراء يخدم قطعوله صباعه" عيش معاناة نفسية وهي دلالة على الألم النفسي والفقدان.

ويضيف "جاء يسعى ودر تسعة" (مثل شعبي مع ابتسامة يعلوها الانكسار) دلالة على الألم النفسي.

أيضا "مانيش عاقل، كل شئ محيته من راسي" مسح الذاكرة بشكل عمدي لكونها تحفز الشعور بالألم النفسي وهو رفض للحقيقة فالخبرات راسخة في مخططه المعرفي للذاكرة.

أما بالنسبة لعلاقته مع أهله خاصة عمه بقوله "رفدلي عمي الفأس" (حسرة لوجود الأب أثناء الحادثة) التعرض لصدمة وخبرة سيئة في الماضي.

الشعور بالمسؤولية رغم ضغط الإصابة "تخمامي غي وش نوفر لبناتي وولدي، راني عايش غي ليهم" دلالة على وجود ضغط نفسي.

تُظهر ظروف معرفة الإصابة بالسكري جهل الحالة بقوله "تم بعد عرفت عندي السكر، عرفت ديراكت، مامهدوليش" غياب بروتوكول "الخبر السيئ" في الإعلان عن الإصابة.

التعرض لنوبات الغضب والتهج "بعدها قلبتها عليهم وهو ما يقنعوا فيا" دلالة على الإنكار وعدم التقبل خاصة وأن الخبر بمثابة صدمة نفسية.

مشاعر الاحباط ورفض الطريقة التي إنتهجها الأطباء وإعتبارهم المسؤولين عن التجربة التي خاضها" كي قطعوا جاو يوروني في صلاحه" دلالة على الغضب والتوتر.

نلاحظ أن (كل الوظائف التي التحق بيها تعتمد على الطاقة الجسدية والمجهود العضلي) والتي تعبر على أن الحالة له تصور بأن شخصيته تكمن في صورته الجسدية المفعمة بالطاقة والمجهود العضلي وأن البتر أثر على هذا التصور والذي يظهر في أجوبته اللاحقة.

الرغبة في العمل بشدة راجع لتحمله مسؤولية أولاده مما جعله يعيش حالة ضغط ونفاذ للصبر" دك راني حابس، لخدمة لازمة، بناقي وأيمن مزال يحتاجوني، لازم نخدم مانصبرش أنا هاك" مصطلحات تدل على أن الحالة تعاني من ضغط نفسي.

وبخصوص حياته الجنسية أجاب ب"لا" والإكتفاء بالنفي دلالة على وجود مقاومة وعدم الرغبة في الكلام وذلك لإختصاره في الإجابة.

ويكرر "خلعة" "أنا ما سمعتش، أنا ديراكت قطعوني: لا مشاورة لاهم يجزنون" (حسرة) غياب بروتوكول "الخبر السيئ" في الإعلان عن الإصابة للمرة الثانية وبالتالي تراكم الصدمة وانكارها وعدم التقبل للوضعية الجديدة.

أما بخصوص استشارة المختص النفسي أجاب ب"لا، كنت غي وقتاه نروح لداري" ضغط نفسي من التواجد في المشفى والرغبة في العزلة دلالة على وجود بوادر الاكتئاب ومشاعر الانسحاب في ظل غياب المختصين وعدم التكفل النفسي بالحالة من طرفهم.

وعن رؤيته لذاته يقول "راني عالية على عايلتي" "أنا لي نوقف على عايلتي، شكون لي بيهم؟ غي أنا وأنا راني مضرور (إنكسار) دلالة على الضغط النفسي فهو غير اعتمادي وغير إتكالي.

(...صمت...) (...صمت...) "الصحة واعرة كي تخونك" نلاحظ (إحمرار العينين والشد على أصابع اليد بقوة) دلالة على الألم النفسي.

أما كيف يعتقد أن الآخر يراه "يشوفوني بعين الشفقة" (النظر الى الأسفل) دلالة على مشاعر الحزن والاكتئاب وعدم تقبل تلك الصورة فنظرات الآخرين تخترقه وتشعره بالنقص لفقدانه جزء من جسمه. ويضيف "المجتمع ما يرحم" النظرة التشاؤمية للمحيط دلالة على القلق والاكتئاب والإحساس بالدونية فنظرته لذاته متعلقة بنظرة المجتمع إليه.

الإحساس بالإغتراب الإجتماعي وعدم الإنتماء بقوله "ماكانش لي جاء وقال كش ما يخصه، خاطر أنا براني (...صمت...) دلالة على وجود ضغط نفسي.

"لقطيع أثر عليا بزاف، مانيش نخرج، مانيش نخدم، راني كيما المحبوس، راني مغموم". (وضع اليدين حول الرقبة للتعبير عن الضيق) هذه العبارة تحمل الكثير من الدلالات المعبرة عن وجود ألم نفسي (اكتئاب، قلق، ضغط نفسي) ومعاناة ممزوجة بعزلة وانسحاب ونظرة تشاؤمية للحياة وعدم تقبل للوضعية الجديدة.

الشعور باليأس "الحياة تحتاج للقوة: راني أنا والميت غي كيفكيف" النظرة التشاؤمية للحياة دلالة على الاكتئاب.

نفاذ الصبر "أنا الساس نتاع الدار، لازم نتحرك" دلالة على وجود ضغط نفسي.

الشعور بالنقص الجسمي (مرتبط بفقدان الطرف المبتور) "السكر ماش حاجة كيما لقطيع" دلالة على المعاناة والألم النفسي والجسدي (عدم الاكتمال الجسمي).

يقول "ما أمنتش ودرت ما درت" دلالة على الإنكار وعدم التقبل خاصة وأن الخبر بمثابة صدمة نفسية. "كل واحد يتحمل مسؤوليته" دلالة على تأنيب الذات.

يضيف "مبصح لوكان شاوروني على الأقل" (حسرة) "مشاعر الغضب دلالة على المعاناة والألم النفسي والجسدي.

وجود أعراض إنفعالية "وليت نتقلق ليه ليه" دلالة على القلق.

يقول "ما يخدمش يتطرقله عرق" دلالة على وجود ضغط نفسي وقلق.

إحتقاره لذاته في قوله "كرهت روعي" نظرة سلبية للذات.

"عفت كل شئى وأنا غي قاعد" (إحمرار الوجه وحدة في الصوت) النظرة التشاؤمية للحياة دلالة على الألم النفسي وعدم تقبل الوضعة الراهنة.

"لازم نخدم، لازم نخلصه قبل، لازم نتعلم نمشي بلا بيه" لتأكيد بالإلزامية دلالة على وجود ضغط نفسي.

مشاعر الخوف "نخاف نطيح يضحكوا عليا" نظرة سلبية للذات.

مشاعر الإنسحاب (الهروب) والتفكير في إيجاد حلول لقوله "مرات نرقد بزاف غي باش ما نشوفش كي راهي حالتي، ومرات نبات نايض نخمم" إضطرابات في النوم (النوم الزائد، الأرق) وأعراض ما بعد الصدمة دلالة على الألم النفسي وعدم التقبل.

ظهور أعراض سلوكية كالغضب والشعور بالذنب في قوله "وعلاه وصلت هكا" لوم الذات.

يقول "راني وحدي في داري" دلالة على الاكتئاب باختياره العزلة والانسحاب.

الشعور بالشفقة من خلال قوله "مرات نتقلق من لبنات كي يشوفوني هكا خاطر بيكوا (...صمت...)

(...صمت وإغرورقت عيناه) الرغبة في البكاء، ومرات نتقلق من امرأة كيفاش تقعد تديرلي (بحة في

الصوت) حاسبتني أيمن، صغير ومانعرفش" دلالة عن القلق ووجود مقاومة لصمته بالإضافة الى

الاستصغار الذي مس ذاته خاصة وأن الفعل قامت به شريكته.

إهتزاز صورة الحالة لذاته وللمجتمع نتيجة شعوره بالعجز الذي سببه البتر

أما عن آليات التعامل التي يلجأ إليها الحالة هي آلية التجنب والهروب والتي تقع ضمن آليات التعامل المركزة حول الانفعال، حيث يظهر في اجاباته التي تدل على اختياره العزلة والبقاء وحيدا وتجنب التواجد مع الناس لقوله "راني وحدي في داري"، الهروب من خلال النوم "مرات نرقد بزاف غي باش ما نشوفش

كي راهي حالتي"، الإنكار ورفض تقبل الوضعية الجديدة التي حسب إعتقاده سببها الأطباء في قوله " مبصح لوكان شاوروني على الأقل" "ما أمنتش ودرت ما درت" وهو رفض صريح للحقيقة.

عرض نتائج تطبيق مقياس الألم النفسي:

يبين الجدول أدناه نتائج تطبيق مقياس الألم النفسي على "الحالة الأولى":

الجدول رقم (10): نتائج تطبيق مقياس الألم النفسي على "الحالة الأولى".

| | | |
|----|----------------------------|---------------------------|
| 31 | الاكتئاب | درجة الألم النفسي لكل بعد |
| 27 | القلق | |
| 32 | الضغط نفسي | |
| 90 | الدرجة الكلية للألم النفسي | |

التعليق على الجدول رقم (10): نلاحظ من خلال الجدول أن "الحالة الأولى" يعاني من اكتئاب بمعدل 31 درجة، ومن القلق بمعدل 27 درجة، ومن الضغط النفسي بمعدل 32 درجة، أما الدرجة الكلية للألم النفسي فقد بلغت 90 درجة وهو ما نعتبره شديداً.

عرض نتائج تطبيق مقياس آليات التعامل:

يبين الجدول رقم (11): نتائج تطبيق مقياس آليات التعامل على "الحالة الأولى".

يبين الجدول أدناه نتائج تطبيق مقياس آليات التعامل على "الحالة الأولى":

| | |
|---------|--------------------|
| الدرجات | آليات التعامل |
| 07 | التخطيط لحل المشكل |
| 10 | المواجهة |
| 13 | أخذ المسافات |

| | |
|----|--------------------------|
| 03 | إعادة التقييم الإيجابي |
| 12 | التحكم في الذات |
| 27 | الهروب / التجنب |
| 06 | تأنيب الذات |
| 00 | البحث عن السند الاجتماعي |

التعليق على الجدول رقم (11): نلاحظ من خلال الجدول أن "الحالة الأولى" لجأ الى آلية الهروب والتجنب حيث تحصل على 27 درجة، ثم لجأ الى آلية أخذ المسافة بمعدل 13 درجة، يليها آلية التحكم بالذات فتحصل على 12 درجة، واستعمل آلية المواجهة بـ 10 درجات، كما لجأ الى آلية التخطيط لحل المشكل وتأنيب الذات بمعدل 07 و 06 درجات على التوالي، بالإضافة أنه لم يسعى للبحث عن السند الاجتماعي لكونه تحصل على 00 درجة.

الربط بين نتائج المقابلة والمقياس (01) و(02) (مقياس الألم النفسي وآليات التعامل):

نلاحظ من خلال الإجابات التي صرح بها "الحالة الأولى" أنه يعاني من الألم النفسي فهو ظاهر من تعبيراته المختلفة، فأجوبته تحمل في طياتها الكثير من المصطلحات المباشرة للدلالة عليه والتي رصدناها من خلال الطرح السابق المفصل والمرتبطة بالشعور بالعجز والفشل والفقدان، حيث غلب عليه طابع التشاؤم واليأس وظهور أعراض سلوكية وإنفعالية تشير إلى ضعف مستوى جودة الحياة لديه، بالإضافة الى ما أثبتته نتائج المقياس المعد لذلك حيث ظهر نرى أنه يعاني من اكتئاب بمعدل 31 درجة، ومن القلق بمعدل 27 درجة، ومن الضغط النفسي بمعدل 32 درجة، أما الدرجة الكلية للألم النفسي فقد بلغت 90 درجة وهو ما نعتبره شديداً.

أما بالنسبة للآليات المعتمدة من طرف "الحالة الأولى" فهو يعتمد على آلية التجنب والهروب والتي تقع ضمن آليات التعامل المركزة حول الانفعال والمرتبطة بالحدث الصادم لعدم الإفصاح عن مشاعره، وهذا من خلال إجابته على المقياس المعد لذلك حيث تحصل على 27 درجة (آلية التجنب والهروب)،

وإختياره الصريح للعزلة والبقاء وحيدا وتجنب التواجد مع الناس، كما تمنى أن تحدث له معجزة وأنه لو باستطاعته تغيير ما حدث، بالإضافة الى محاولاته المتكررة لنسيان كل شئى ورفضه الاعتقاد أن البتر حصل معه، فنام أكثر من العادة هروبا من الوضعية الجديدة واتخذ من الحلم وسيلة لتحقيق ذلك ولجأ للخيال بأن الوضعية الجديدة إنتهت وكانت مجرد حلم.

التحليل العام للحالة الأولى:

إنطلاقا من تحليل معطيات المقابلات العيادية والمقاييس الخاصة بالألم النفسي وآليات التعامل، يمكن تلخيص أهم ما كشفت عنه النتائج والتي تُخدم أهداف الدراسة كما يلي:

لاحظنا أن الحالة تعرض لبتر أصابع الرجل اليمنى قبل 06 أشهر، فبالرغم من أن الحادث الذي تعرض له يمكن استدراكه وعلاجه، إلا أن اصابته بالسكري جعلت من البتر خطوة ضرورية وأكيدة حتى ولو لم يتقبل ذلك، حيث يظهر لنا الألم النفسي بأبعاده الثلاثة من خلال:

✓ استخدام مصطلحات مباشرة وصريحة للدلالة على وجود الألم النفسي، نذكر مثال عن كل بعد (الاكتئاب: راني مغموم، القلق: وليت تتقلق ليه ليه، الضغط النفسي: لازم نخدم).

✓ عدم التقبل والانكار الفعلي للوضعية الجديدة.

✓ غياب بروتوكول "الخبر السيئ" في الإعلان عن الإصابة مما شكل صدمة نفسية للحالة.

✓ غياب عمل المختصين قبل ومباشرة بعد عملية البتر، والتي لها دور كبير في عملية الاستشفاء خاصة على المستوى النفسي والانفعالي للحالة.

✓ فقدان الوظيفة والتي تعتبر مصدر رزقه الوحيد وسبب لوجوده "راني أنا والميت غي كيفكيف" كما أن (كل الوظائف التي التحق بيها تعتمد على الطاقة الجسدية والمجهود العضلي) والتي تعبر على أن الحالة له تصور بأن شخصيته تكمن في صورته الجسدية المفعمة بالطاقة والمجهود العضلي وأن البتر أثر على هذا التصور.

✓ الشعور بالنقص والاستصغار أمام عائلته.

- ✓ المقاومة ورفض الحديث عن فقدان.
 - ✓ التفكير منصب كلياً على توفير الضروريات للأسرة والذي يشكل مصدر ضغط.
 - ✓ تأنيب الذات وتحميلها مسؤولية ما آلت إليه الأمور.
 - ✓ النظرة التشاؤمية للحياة، الذات، المجتمع والمستقبل.
 - ✓ وجود اضطرابات في الأكل والنوم.
 - ✓ وجود اضطرابات سلوكية إنفعالية والمتمثلة في الغضب، التوتر و نفاذ الصبر.
 - ✓ وجود اضطرابات معرفية والمتمثلة في تشوه المخطط المعرفي (مسح الذاكرة بشكل عمدي).
- بالإضافة الى ما أكدته نتائج مقياس الألم النفسي فهو يعاني من اكتئاب بمعدل 31 درجة، ومن القلق بمعدل 27 درجة، ومن الضغط النفسي بمعدل 32 درجة، أما الدرجة الكلية للألم النفسي فقد بلغت 90 درجة وهو ما نعتبره شديداً.
- أما عن آليات التعامل التي يلجأ إليها الحالة هي آلية التجنب والهروب والتي تقع ضمن آليات التعامل المركزة حول الانفعال، حيث يظهر ذلك في اجاباته التي تدل على اختياره العزلة والبقاء وحيداً وتجنب التواجد مع الناس "رائي وحدي في داري"، الهروب من خلال النوم "مرات نرقد بزاف غي باش ما نشوفش كي راهي حالتي"، الإنكار ورفض تقبل الوضعية الجديدة التي حسب اعتقاده سببها الأطباء "مبصح لو كان شاوروني على الأقل" "ما أمنتش ودرت ما درت".
- حيث تحصل على 27 درجة (آلية التجنب والهروب)، تظهر في تمنيه حدوث معجزة وأنه لو باستطاعته تغيير ما حدث، كما حاول نسيان كل شئ ورفض الاعتقاد أن البتر حصل معه، فنام أكثر من العادة هروبا من الوضعية الجديدة واتخذ من الحلم وسيلة لتحقيق ذلك ولجأ للخيال بأن الأحداث إنتهت وكانت مجرد حلم ينبغي الاستقاظ منه.

2.1 عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية:

عرض وتقديم الحالة الثانية: (أنظر الملحق 07)

البيانات العامة للحالة:

المحور الأول: البيانات العامة للحالة.

- الاسم: سعيدة.
- السن: 57 سنة.
- الجنس: أنثى.
- الحالة الاجتماعية: أرملة.
- عدد الأولاد: ولد.
- المستوى الدراسي: السادسة ابتدائي.
- المهنة السابقة: حرفية "كروشي وخياطة".
- المهنة الحالية: لا يوجد.
- تاريخ البتر: 07 سنوات.
- العضو المبتور: الإصبع الكبير للقدم اليسرى.

عرض وتحليل نتائج المقابلات:

المقابلة التمهيديّة:

دامت المقابلة التمهيديّة 30 دقيقة بتاريخ 2022/04/11 في مكتب الأخصائية النفسية، حيث كان الهدف من إجرائها هو خلق جو من الألفة وكسب ثقة الحالة "الثانية"، وذلك من خلال التطرق الى موضوع الدراسة بشكل عام وشرح جوانب الغموض مع التأكيد على سرية المعلومات.

ولأن المقابلة تمهيدية، تم أخذ موافقة الحالة وضمنان مشاركتها في الدراسة الحالية " وش عليه"، بعد هذه المقابلة سوف نلتقي مجددا بالتاريخ الذي يساعدك، سوف نحدد سويا مواعيد المقابلات الثلاثة المتبقية حيث في كل مقابلة لدينا هدف يجب تحقيقه، ولأن المعلومات سوف يتم نشرها (أعدك أنها ستكون مشفرة، تحمل إسم مستعار وتستخدم في اطار علمي بحث).

الحالة "الثانية" تبلغ من العمر 57 سنة، أرملة ولها ولد، كانت تشتغل خياطة في منزلها قبل أن تمر على تجربة البتر والتي فقدت خلالها الإصبع الكبير للقدم اليسرى، حيث أن مقابلتنا لها كانت بعد 07 سنوات من تاريخ البتر.

إنسانة ذات ملامح بشوشة، رغم أنها تعاني من عدة أمراض (كولسترول، ارتفاع ضغط الدم، خلل على مستوى الكبد والكلية) إلا أنها مقبلة على الحياة بنظرة تفاؤلية حيث تظهر خلال كل المقابلات بشكل متناسق في اللباس وعفوية في الرد وابتسامة لا تفارق وجهها لذلك استعرنا اسم "سعيدة" للتعبير عن ذلك، كما أنها تتكلم بلغة واضحة (دارجة مفهومة).

فهي مرتاحة في حديثها وكأنها تحتاج للتفريغ وذلك من خلال مشاركتنا لشعورها بإستخدامها لحركات أثناء الحديث ونبرة صوت دافئة، هذه المشاركة للشعور هو جلب للإنتباه وتحقيق تعليقات ايجابية يجعلها تثق وتفتخر بنفسها.

من خلال المقابلات تظهر "الحالة الثانية" أنها لا تعاني من الألم النفسي، حيث يمكن رصد ذلك من خلال الطرح التالي:

يمكننا القول أن كل اجوبتها تبدأ بضحك وتنتهي بإبتسامة، فحتى عندما تطرقنا لوجود أحداث مؤلمة في طفولتها استغربت، وأجابت بمصطلح "يا عزايا" فهو يدل على أن المنطقي بالنسبة لها هو الطفولة السعيدة وليس الأحداث المؤلمة، فهي لم تتقبل مصطلح الألم واستبدلته (باللعب، الطوايش والمشاكسة).
التقبل الصريح للإصابة والبتر بقولها "هاتتأثري تم ومبعد يولي عندك عادي" وهذا دليل على الاستجابة التعويضية السليمة، فرغم غياب بروتوكول "الخبر السيئ" في الإعلان عن الإصابة والبتر إلا أن الحالة

تخطت الأمر وتعايشت مع الصدمة لقولها "نحاولي ورائي عادي" "والفتو المرض نتاعي" "مبعد ترضاي وتوالفي مع الدواء" لكونها حققت التكيف وإندمجت مع المجتمع في السبع سنوات التي مرت.

كذلك تكرر كلمة "عادي أو نورمال" دليل على التخطي والتجاوز، على التقبل وعدم الانكار، فرغم أن هذه المصطلحات تعبر عن ثقافة المجتمع السائدة إلا أننا نراها توحى بالواقعية والتقييم الايجابي للوضعية.

اختيار الاجتماعات العائلية واللمة مع الجيران بدل العزلة أو التجنب وهو دلالة على أن وجود السند يساهم في عملية التكيف والتخفيف من الشعور بالألم النفسي أو على الأقل لا يظهر بشكل صريح.

الإحساس بالأمان والراحة مع المحيطين بها جعلها تندمج وتستثمر علاقاتها الاجتماعية فيما يفيدها.

كما أن لديها نظرة تفاعلية للحياة: (ضحك) دليل على الإستغراب من السؤال "أنا نشوف في كل شئ عادي، مانيش متأثرة، عندي ناسي، جيرانى.." فهي ترى هؤلاء هم الحياة، ولأنهم السند الحقيقي لها فمازالت الحياة أمامها.

بالإضافة أنه لم تتغير نظرتها لذاتها لقولها "رائي نشوف في روحي عادي" فهي لم تحدد ما يدل على النقص ولذلك نعتبر إيجابتها دليل على صلابتها النفسية أمام تجربة البتر.

نلاحظ أن اللقاءات التي تجمعها بالآخر لم تشكل لديها عقدة نقص حول صورتها الجسمة الجديدة فهي تخطت مشاعر الإحراج وعدم الثقة، كما أن البتر مسَّ الإصبع الكبير والذي يمكن إخفائه أو على الأقل لا يقع ضمن نطاق رؤيتها.

كذلك الإحتواء الذي وفره أخوها بشكل خاص جعلها تراه مصدرا لقوتها وعدم شعورها بالعجز.

أما بالنسبة للآليات المعتمدة من طرف "الحالة الثانية" فهي تعتمد على آلية إعادة التقييم الإيجابي والبحث عن السند الاجتماعي واللذان تقعان ضمن آليات التعامل المركزة حول الانفعال، ونجد ذلك يظهر في محاولتها لرؤية الأمور من زاوية أخرى التي تدل على التقييم الإيجابي للوضعية وتقبلها "مبعد

ترضاي"، فالنظرة الإيجابية للحياة جعلتها تتخطى الصعوبات "رائي نتعامل عادي، كينو معنديش أصلا صعوبات".

عدم لوم الذات أو تأنيبها والرضى بالقضاء والقدر" بقا نقول لربي علاه درتلي هاك؟؟ مستحيل" ، اللجوء الى تقوية الجانب الديني للحالة والتضرع الى الله من خلال الدعاء وقراءة القرآن "نختم كتاب ربي" فهي وجدت إيمانا جديدا و اكتشفت ما هو مهم في الحياة.

كما أن الحالة تسعى للبحث عن السند الاجتماعي واللجوء الى العائلة فطلبت النصح من أقربائها لقولها "عيال خويا ولا خويا" وشاركتهم طبيعة أحاسيسها، بالإضافة أنها تفضل أخاها والذي كان سببا في إحتوائها لقولها "خويا لكثرة" دون أن تنسى فضل الآخرين "علاقتي قاع زينة معاهم" وهو ما يدل على الأثر الإيجابي الذي يمنحه السند على حياة المبتورة.

عرض نتائج تطبيق مقياس الألم النفسي:

يبين الجدول أدناه نتائج تطبيق مقياس الألم النفسي على "الحالة الثانية":

الجدول رقم (12): نتائج تطبيق مقياس الألم النفسي على "الحالة الثانية".

| | | |
|----|----------------------------|---------------------------|
| 06 | الاكتئاب | درجة الألم النفسي لكل بعد |
| 11 | القلق | |
| 16 | الضغط نفسي | |
| 33 | الدرجة الكلية للألم النفسي | |

التعليق على الجدول رقم (12): نلاحظ من خلال الجدول أن "الحالة الثانية" لا تعاني من الاكتئاب لكونها تحصلت على 06 درجات فقط، لكنها تعاني من القلق بمعدل 11 درجة، ومن الضغط النفسي بمعدل 16 درجة، أما الدرجة الكلية للألم النفسي فقد بلغت 33 درجة وهو ما نعتبره خفيف.

عرض نتائج تطبيق مقياس آليات التعامل:

يبين الجدول أدناه نتائج تطبيق مقياس آليات التعامل على "الحالة الثانية":

الجدول رقم (13): نتائج تطبيق مقياس آليات التعامل على "الحالة الثانية".

| الدرجات | آليات التعامل |
|---------|--------------------------|
| 04 | التخطيط لحل المشكل |
| 04 | المواجهة |
| 05 | أخذ المسافات |
| 15 | إعادة التقييم الإيجابي |
| 12 | التحكم في الذات |
| 05 | الهروب / التجنب |
| 00 | تأنيب الذات |
| 14 | البحث عن السند الاجتماعي |

التعليق على الجدول رقم (13): نلاحظ من خلال الجدول أن "الحالة الثانية" لجأت الى آلية إعادة التقييم الإيجابي والبحث عن السند الاجتماعي حيث تحصلت على 15 و 14 درجة على التوالي، ثم لجأت الى آلية التحكم في الذات بمعدل 12 درجة، يليها آلية أخذ المسافة وآلية الهروب والتجنب فتحصلت على 05 درجات لكلاهما، واستعملت آلية التخطيط لحل المشكل والمواجهة بمعدل 04 درجات لكلاهما، بالإضافة أنها لم تأنب ذاتها فتحصلت على 00 درجة.

الربط بين نتائج المقابلة والمقياس (01) و(02) (مقياس الألم النفسي وآليات التعامل):

نلاحظ من خلال الإجابات التي صرحت بها "الحالة الثانية" أنها تعاني من الألم النفسي ولكن بدرجة خفيفة فهي تظهر في كل المقابلات مقبلة على الحياة، فأجوبتها تتضمن على الكثير من المصطلحات النفاؤلية والتي رصدناها من خلال الطرح السابق المفصل فهي تحطت الأمر وتعايشت مع الصدمة لكونها حققت التكيف واندججت مع المجتمع في السبع سنوات الماضية، كما أنها تمتلك نظرة تفاؤلية للحياة من خلال الأهل وإعتبارهم السند الحقيقي لها فمازالت الحياة أمامها، بالإضافة الى ما أثبتته نتائج المقياس المعد لذلك حيث نرى أنها لا تعاني من الاكتئاب لكونها تحصلت على 06 درجات فقط، لكنها تعاني من القلق بمعدل 11 درجة، ومن الضغط النفسي بمعدل 16 درجة، أما الدرجة الكلية للألم النفسي فقد بلغت 33 درجة وهو ما نعتبره خفيف.

أما بالنسبة للآليات المعتمدة من طرف "الحالة الثانية" فهي تعتمد على آلية إعادة التقييم الإيجابي والبحث عن السند الاجتماعي واللذان تقعان ضمن آليات التعامل المركزة حول الانفعال حيث طلبت النصح من أقربائها لقولها "عيال خويا ولا خويا" وشاركتهم طبيعة أحاسيسها ، ونجد ذلك يظهر في اجاباتها التي تدل على تقييمها الإيجابي للوضعية وتقبلها "مبعد ترضاي"، فالنظرة الإيجابية للحياة جعلتها تتخطى الصعوبات لقولها "راني نتعامل عادي، كينو معنديش أصلا صعوبات"، وعدم لوم الذات أو تأنيبها والرضى بالقضاء والقدر.

التحليل العام للحالة الثانية:

إنطلاقاً من تحليل معطيات المقابلات العيادية والمقاييس الخاصة بالألم النفسي وآليات التعامل، يمكن تلخيص أهم ما كشفت عنه النتائج والتي تخدم أهداف الدراسة كما يلي:

لاحظنا أن الحالة تعرضت للبتز على مستوى الإصبع الكبير للقدم اليسرى قبل 07 سنوات، يمكننا القول أن هذه السنوات كانت كفيلة للتكيف مع الوضعية الجديدة التي فرضت عليها، فمن خلال أجوبتها المليئة بالعفوية والتي كانت تبدأ بضحك وتنتهي بإبتسامة نرى أنها مقبلة على الحياة.

- ✓ التقبل الصريح للإصابة والبتير بقولها "هاتتأثري تم ومبعد يولي عندك عادي" وهذا دليل على الاستجابة التعويضية السليمة، فرغم غياب بروتوكول "الخبر السيئ" في الإعلان عن الإصابة والبتير إلا أن الحالة تخطت الأمر وتعايشت مع الصدمة "نحاولي ورائي عادي" والفتو المرض تناعي "مبعد ترضاي وتوالفي مع الدواء".
- ✓ تكرار كلمة "عادي أو نورمال" دليل على التخطي والتجاوز، على التقبل وعدم الانكار، الواقعية والتقييم الايجابي للوضعية.
- ✓ اختيار الاجتماعات العائلية واللمة مع الجيران بدل العزلة أو التجنب.
- ✓ شخصية إجتماعية محبة للمشاركة العائلية والأنشطة الجيرانية.
- ✓ نظرة تفاعلية للحياة:(ضحك) دليل على الإستغراب من السؤال "أنا نشوف في كل شبيء عادي، مانيش متأثرة، عندي ناسي، جيراني..". فهي ترى هؤلاء هم الحياة، ولأنهم السند الحقيقي لها فمازالت الحياة أمامها.
- ✓ صورة الذات: لم تتغير نظرتها لذاتها "رائي نشوف في روجي عادي".
- بالإضافة الى ما أكدته نتائج مقياس الألم النفسي فهي لا تعاني من الاكتئاب لكونها تحصلت على 06 درجات فقط، لكنها تعاني من القلق بمعدل 11 درجة، ومن الضغط النفسي بمعدل 16 درجة، أما الدرجة الكلية للألم النفسي فقد بلغت 33 درجة وهو ما نعتبره خفيف.
- أما بالنسبة للآليات المعتمدة من طرف "الحالة الثانية" فهي تعتمد على آلية إعادة التقييم الإيجابي والبحث عن السند الاجتماعي واللتنان تقعان ضمن آليات التعامل المركزة حول الانفعال، ونجد ذلك يظهر في اجاباتها:
- ✓ محاولتها رؤية الأمور من زاوية أخرى بشكل إيجابي.
- ✓ النظرة الإيجابية للحياة جعلتها تتخطى الصعوبات.
- ✓ عدم لوم الذات أو تأنيبها والرضى بالقضاء والقدر.

✓ اللجوء الى تقوية الجانب الديني للحالة والتضرع الى الله من خلال الدعاء وقراءة القرآن.

✓ اكتشفت ما هو مهم في الحياة .

✓ اللجوء الى العائلة والبحث عن السند الاجتماعي من خلال طلب النصحية والتكلم أكثر عن طبيعة الأحاسيس التي تراودها.

حيث تحصلت على 15 و 14 درجة على التوالي (آلية إعادة التقييم الإيجابي والبحث عن السند)، تظهر في رؤية الجانب الايجابي من البتر بإعتباره زكاة نفس ومحفزاً قوياً للتعلم في الدين وهذا ما تمارسه في أيامها، بالإضافة الى اعتبار العائلة سند مهم لتخطي الوضعية واعتبارهم جرعة أمل ودافع للإقبال على الحياة.

4.1 عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة:

عرض وتقديم الحالة الثالثة: (أنظر الملحق 08)

البيانات العامة للحالة:

- الاسم: عياش.
- السن: 72 سنة.
- الجنس: ذكر.
- الحالة الاجتماعية: متزوج.
- عدد الأولاد: 03 ذكور، 05 إناث.
- المستوى الدراسي: السادسة ابتدائي.
- المهنة السابقة: سائق شاحنات.
- المهنة الحالية: لا يوجد.

- تاريخ البتر: البتر الأول: 29 سنة، البتر الثاني: 22 سنة، البتر الثالث: 03 سنوات.
- العضو المتور: البتر الأول: الإصبع الصغير للرجل اليسرى، البتر الثاني: الإصبع الأوسط للرجل اليسرى، البتر الثالث: تحت الركبة للرجل اليمنى.

عرض وتحليل نتائج المقابلات:

المقابلة التمهيديّة:

دامت المقابلة التمهيديّة 30 دقيقة بتاريخ 2022/12/05 في مكتب الأخصائية النفسية، حيث كان هدفنا من إجرائها هو خلق جو من الألفة وكسب ثقة الحالة "الثالثة"، وذلك من خلال التطرق الى موضوع الدراسة بشكل عام وشرح جوانب الغموض مع التأكيد على سرية المعلومات.

ولأن المقابلة تمهيديّة، تم أخذ موافقة الحالة وضمن مشاركتها في الدراسة الحالية "هيه موافق"، بعد هذه المقابلة سوف نلتقي مجددا بالتاريخ الذي يساعدك، سوف نحدد سويا مواعيد المقابلات الثلاثة المتبقية حيث في كل مقابلة لدينا هدف يجب تحقيقه، ولأن المعلومات سوف يتم نشرها (أعدك أنها ستكون مشفرة، تحمل إسم مستعار وتستخدم في اطار علمي بحث).

الحالة "الثالثة" يبلغ من العمر 72 سنة، متزوج وله أولاد وأحفاد، كان يشغل بوظيفة (سائق شاحنات) قبل أن يمر على تجربة البتر للمرة الثالثة وبأزمة مختلفة حيث فقد المرة الأولى: الإصبع الصغير للرجل اليسرى، المرة الثانية: الإصبع الأوسط للرجل اليسرى، المرة الثالثة: ما تحت الركبة للرجل اليمنى، حيث أن مقابلتنا له كانت بعد 03 سنوات من تاريخ البتر للمرة الثالثة، إذ نلاحظ تعرض الحالة لثلاثة صدمات متتالية ومتراكمة دون طلب للإستشارة النفسية والذي يخلف آثارا على المدى الطويل.

يملك الحالة "الثالثة" ملامح الشيخوخة والكبر وبنية هزيلة تظهر عدم موائمة الطرف الصناعي المستعمل وهو دلالة على البحث عن الصورة الجسدية الكاملة، يستخدم لغة واضحة (دارجة مفهومة) ولغة جسد تشير الى مواجهته لصعوبات في الاسترخاء فرغم موافقته المشاركة معنا في الدراسة إلا أنه كان شديد التوتر (شد اليد بقوة وفرقة الأصابع) وهي من الأعراض الإنفعالية.

من خلال المقابلات تظهر "الحالة الثالثة" معاناة نفسية تجلّت في الأجوبة التي تحمل في طياتها الكثير من الألم، كما وتستخدم الحالة مصطلحات مباشرة للدلالة على الألم النفسي، حيث يمكن رصدها من خلال الطرح التالي:

نلاحظ تكوين مفهوم جديد حول ذاته من أفكار وماعر وإدراكات جديدة حول جسمه لقوله "كنت بصحتي وتاكل على روحي" الحنين الى نشاط الماضي ومقارنته بالحاضر والوضعية الجديدة من شأنه أن يشكل مصدر ضغط نفسي.

غياب الثقافة النفسية للحفاظ على الجسم لقوله "درت شحال من أكسيدو في الطريق وكنت نشوف ياسر الموتى، ركبوني الخلعة والسكر وأنا مش فايق حتى درت التحليل وعرفت روحي فيا السكر" هذا التعرض المباشر والمتكرر للصدمة النفسية المتعلقة برؤية الوفيات على الطرقات دون السعي للتخفيف عنها جعل الحالة تصاب بالسكري كردة فعل لتلك الأحداث.

وعند محاولة معرفتنا عن المسؤول الذي أعلن عن إصابته بالسكري أجاب "هبينة الطبيب هو لي خبرني" غياب بروتوكول "الخبر السيئ" في الإعلان عن الإصابة.

كذلك عدم الاستفادة من تدخل علاجي نفسي "والو، أبدا" والو، راكي دايمن تسقسيني عليه: أني مانعرفوش أصلا" وهو دليل على التأمل والتمعن بتركيز وإهتمام لأسئلة الدراسة وهو ما جعله مصرا و متمسكا برأيه.

وعن السؤال الخاص بالشخصية أجاب "شخصيتي كانت نورمال مبصح مع السكر ولقطع باينة تتبدل" تغير لصورة الذات.

غياب الثقافة الصحية لقوله "خطرات، لوكان جيت نسمعولوا لوكان ماوصلش لهاك" (النظر بحسرة للعضو المبتور) دلالة على تأنيب الذات.

بالإضافة الى أن تشوه صورة الذات مرتبط بتشوه صورة الجسم لقوله "كي راني مقطوع مكاش خدمة أصلا" وهو دلالة على وجود ضغط نفسي بإعتبار أن بتر الطرف هو بتر لحياته بالكامل.

إضطراب صورة الجسم يكون صورة سلبية وبالتالي ينخفض تقدير الذات.

نلاحظ البرود في الحياة الجنسية لقوله "بقاليش، راني بأحفادي" انعدام الرغبة وهو دلالة على الاكتئاب.

أما في ما يخص استجابته للإصابة بالسكري أجاب "ماعندي ما ندير، وش بقا ندير" دلالة على المعاناة والألم النفسي وهو رضوخ للواقع الجديد.

"البتر الأول: أنا السبة، الصبع الصغير تشلفخ وما اعتيتش بيه" غياب الثقافة الصحية وعدم الوعي بخطورة مضاعفات السكري والاعتراف الصريح بمسؤولية ما ترتب عنه وبالتالي لوم الذات.

"البتر الثاني: هنا عاودت نفس الغلطة ولحقت لنفس النتيجة، تاني تشلفخ وقطعوه باش ما تتأزمش أكثر" تكرار اللامبالاة الصحية أدى لنفس العواقب وبالتالي لوم الذات.

"البتر الثالث: قطعولي تحت الركبة، لازم نتقبل خير ما يقطعولي ما أكثر" فكرة التقبل فرضت عليه بشكل قاطع وهو دلالة على المعاناة والألم النفسي والجسدي.

الرغبة في التخلص من الألم الجسدي "أنا المهم يخطيني السطر" تقبل البتر لتحقيق فائدة وهي الشعور بالراحة وبتطرف ما هو إلا بتر للألم الجسدي.

وأضاف "أني نشوف في روعي مليح سيرتو كي خطاني السطر" صورة الذات مرتبطة بالراحة الجسدية.

الحالة تعاني من دعر من الأحداث لقوله "الحياة هي حياة" النظرة التشاؤمية للحياة دلالة على الاكتئاب.

كما صرح حول تعامله مع البتر بأنه إبتلاء لقوله "تعاملت معاه أنه إبتلاء وندير لي نطيق عليه" وهو دلالة على المعاناة والألم النفسي.

ظهور اضطرابات في الاكل "كنت نتشهى وماناكلش قاع ويجبوهالي".

التفكير المتكرر في قوله "مزال نخمم" دلالة على وجود ضغط نفسي.

انعدام الرغبة في تحقيق مشاريع "والو، ماعنديش" وهو دلالة على النظرة التشاؤمية للمستقبل.

بالإضافة الى استعماله مصطلحات مباشرة للألم النفسي أثناء تطبيق المقياسين وهي كالتالي:

قوله "قاعد في الدار" دلالة على الاكتئاب باختياره العزلة والانسحاب. وتأكيده بالقول "الحزن لا بد منه" دلالة على مشاعر الحزن والاكتئاب. نفاذ الصبر ف قوله "الصبر مكاش" و"نتقلق فوق القانون" دلالة على القلق هذه الأعراض الإنفعالية تشير الى وجود المعاناة والألم النفسي.

الوضعية الحالية جعلت منه شخص متشائم لقوله "الساعة دي معندهاش قيمة لحياة" النظرة التشاؤمية للحياة دلالة على الاكتئاب.

نلاحظ أن البتر خلف مخاوف متعلقة بالعمل لقوله "نخاف نخدم" دلالة على وجود ضغط نفسي. بالنظر إلى سن الحالة نرى أنه أصبح يعاني من ضعف الشخصية فهو بدون عمل لا يمكنه أن يكون فردا فعلا وبالتالي عدم كسب محبة الآخرين وعليه فقدان المكانة الإجتماعية.

بالإضافة الى وجود اضطرابات سلوكية إنفعالية "200 بالمية نتوتر" وهو دلالة على التوتر والقلق. وجود مشاعر وعواطف متناقضة تظهر في رغبته للعيش وفي نفس الوقت عدم الرغبة في عيش اللحظة لقوله "مذايبا الوقت يفوت تم تم" وهو دلالة على القلق ومعايشة الضغط النفسي.

ويضيف قائلاً "نفرغ زعاني في العايلة" تحويل مشاعر الغضب وتوجيهها نحو العائلة دلالة على القلق. كما أنه لجأ للنسان لقوله "حاولت ننسى وما قدرتش" دلالة على وجود ضغط نفسي.

أما عن آليات التعامل التي يلجأ إليها الحالة هي آلية التجنب والهروب والتي تقع ضمن آليات التعامل المركزة حول الانفعال، حيث يظهر في اجاباته التي تدل على اختياره العزلة والبقاء وحيدا وتجنب التواجد مع الناس "قاعد في الدار"، الهروب من خلال التفكير الزائد خاصة عند النوم وبالتالي ظهور اضطرابات في النوم كالأرق أو النوم أكثر من العادة، ظهور اضطرابات في الاكل "كنت نتشهى وما ناكلش قاع ويجبوهالي"، يلوم غيره على ما يمر به "نفرغ زعاني في العايلة" ورغم أنه صرح بأنه المسؤول عن ما آلت إليه مضاعفات السكري إلا أنه يحمل الممرض ذلك بقوله "لي نقالي جرحي فات فيا"، كما حاول نسيان كل شيء "حاولت ننسى وما قدرتش" "مادايبا الوقت يفوت تم تم".

عرض نتائج تطبيق مقياس الألم النفسي:

يبين الجدول أدناه نتائج تطبيق مقياس الألم النفسي على "الحالة الثالثة":

الجدول رقم (14): نتائج تطبيق مقياس الألم النفسي على "الحالة الثالثة".

| | | |
|----|----------------------------|---------------------------|
| 35 | الاكتئاب | درجة الألم النفسي لكل بعد |
| 24 | القلق | |
| 33 | الضغط نفسي | |
| 92 | الدرجة الكلية للألم النفسي | |

التعليق على الجدول رقم (14): نلاحظ من خلال الجدول أن "الحالة الثالثة" يعاني من اكتئاب وقلق شديد جدا، فقد تحصل على 35 و 33 درجة لكل من هما، كما يعاني من ضغط نفسي شديد لتحصله على 33 درجة، أما الدرجة الكلية للألم النفسي فقد بلغت 92 درجة وهو ما نعتبره شديد.

عرض نتائج تطبيق مقياس آليات التعامل:

يبين الجدول أدناه نتائج تطبيق مقياس آليات التعامل على "الحالة الثالثة":

الجدول رقم (15): نتائج تطبيق مقياس آليات التعامل على "الحالة الثالثة".

| | |
|---------|------------------------|
| الدرجات | آليات التعامل |
| 00 | التخطيط لحل المشكل |
| 06 | المواجهة |
| 07 | أخذ المسافات |
| 02 | إعادة التقييم الإيجابي |

| | |
|----|--------------------------|
| 05 | التحكم في الذات |
| 26 | الهروب / التجنب |
| 08 | تأنيب الذات |
| 03 | البحث عن السند الاجتماعي |

التعليق على الجدول رقم (15): نلاحظ من خلال الجدول أن "الحالة الثالثة" لجأ الى آلية الهروب والتجنب حيث تحصل على 26 درجة، ولجأ مباشرة الى آلية تأنيب الذات بمعدل 08 درجات، ثم استعمل آلية أخذ المسافة فتحصل على 07 درجات، يليها آلية المواجهة بمعدل 06 درجات، كما تحصل على 05 درجات لاستعماله آلية التحكم في الذات، ولجأ الى آلية البحث عن السند الاجتماعي وآلية إعادة التقييم الإيجابي بمعدل 03 درجات ودرجتين على التوالي، غير أنه من لم يستعمل آلية التخطيط لحل المشكل لكونه تحصل على 00 درجة.

الربط بين نتائج المقابلة والمقياس (01) و(02) (مقياس الألم النفسي وآليات التعامل):

نلاحظ من خلال الإجابات التي صرح بها "الحالة الثالثة" أنه يعاني من الألم النفسي فهو ظاهر من تصريحاته، فأجوبته تحمل في طياتها الكثير من المصطلحات المباشرة للدلالة عليه والتي رصدناها من خلال الطرح السابق المفصل فهو يعاني العجز الذاتي وإنخفاض لتقديره لها والتي تنحصر بنظرة المجتمع له، كما أنه يعاني من الهشاشة في جودة الحياة فأسلوب حياته مضطرب ومشوش ويكتنفه الكثير من الألم النفسي والاجتماعي، بالإضافة الى ما أثبتته نتائج المقياس المعد لذلك حيث نرى أنه يعاني من اكتئاب وقلق شديد جدا، فقد تحصل على 35 و33 درجة لكل من هما، كما يعاني من ضغط نفسي شديد لتحصله على 33 درجة، أما الدرجة الكلية للألم النفسي فقد بلغت 92 درجة وهو ما نعتبره شديد. أما بالنسبة للآليات المعتمدة من طرف "الحالة الثالثة" فهو يعتمد على آلية التجنب والهروب والتي تقع ضمن آليات التعامل المركزة حول الانفعال، وهذا من خلال إجابته على المقياس المعد لذلك حيث تحصل على 26 درجة (آلية التجنب والهروب)، وإختياره الصريح للعزلة والبقاء وحيدا وتجنب التواجد مع

الناس، الهروب من خلال التفكير الزائد خاصة عند النوم وبالتالي ظهور أعراض اضطرابات في النوم كالأرق أو النوم أكثر من العادة واضطرابات في الأكل "الإشتهاء وعدم الأكل"، يلوم غيره على ما يمر به ويرفض الإعتقاد أنه مر على تجربة البتر فحاول نسيان ذلك من خلال التمني بحدوث معجزة أو لو باستطاعته تغيير ما حدث، كما حلم وتخيل أنه في وضعية أحسن مما هو عليه اليوم.

التحليل العام للحالة الثالثة:

إنطلاقاً من تحليل معطيات المقابلات العيادية والمقاييس الخاصة بالألم النفسي وآليات التعامل، يمكن تلخيص أهم ما كشفت عنه النتائج والتي تخدم أهداف الدراسة كما يلي:

لاحظنا أن الحالة تعرض للبتر ثلاثة مرات وبأزمنة مختلفة وفيها فقدت المرة الأولى: الإصبع الصغير للرجل اليسرى، المرة الثانية: الإصبع الأوسط للرجل اليسرى، المرة الثالثة: ما تحت الركبة للرجل اليمنى، حيث أن مقابلتنا له كانت بعد 03 سنوات من تاريخ البتر للمرة الثالثة.

بالرغم من أنه مر على تجربة البتر أكثر من مرة فهو لم يتدارك ما آلت إليه مضاعفات السكري، فعدم إحترام توصيات الطبيب وعدم الحرص الشديد على الوقاية الصحية جعلته يتقبل الوضعية الجديدة فقط لتحقيق منفعة ذاتية وهي التخلص من الألم الجسدي بالدرجة الأولى والألم النفسي بالدرجة الثانية، حيث يظهر لنا الألم النفسي بأبعاده الثلاثة من خلال:

✓ استخدام مصطلحات مباشرة وصریحة للدلالة على وجود الألم النفسي، نذكر مثال عن كل بعد (الاكتئاب: الحزن لا بد منه ، القلق: نتقلق فوق القانون ، الضغط النفسي: مزال نحمم).

✓ التعبير من خلال لغة الجسد والتي تشير الى مواجهة الحالة لصعوبات في الاسترخاء فهو شديد التوتر والقلق.

✓ المقارنة بين الماضي والوضعية الجديدة.

- ✓ تراكم الخبرات السيئة ومعايشتها دون التخفيف عنها شكل صدمة نفسية للحالة "تكرار رؤية الأشلاء المتطيرة على الطرقات".
- ✓ غياب عمل المختصين قبل ومباشرة بعد عملية البتر، والتي لها دور كبير في عملية الاستشفاء خاصة على المستوى النفسي والانفعالي للحالة.
- ✓ تقبل الوضعية الجديدة مقترن بالتخلص من الألم الجسدي.
- ✓ الاعتراف الصريح بالمسؤولية وتأنيب الذات.
- ✓ النظرة التشاؤمية للحياة.
- ✓ وجود اضطرابات في الأكل والنوم.
- ✓ وجود اضطرابات سلوكية إنفعالية.
- ✓ ظهور مشاعر إنفعالية متناقضة بين الرغبة وإنعدامها وأفكار متناقضة بين الإيجابي والسلبي.
- ✓ صورة الذات مرتبط بتحقيق الراحة الجسدية.
- ✓ النظر بحسرة للعضو المبتور.
- ✓ إنعدام ثقافة الالتزام وإتباع الارشادات والتنبيهات المقدمة من طرف الطبيب المختص.
- ✓ تكرار اللامبالاة الصحية وغياب ثقافة الوقاية خير من العلاج.
- ✓ انعدام الرغبة في التطلع للمستقبل.
- ✓ اختياره العزلة والانسحاب وتجنب التواجد مع الآخرين.
- ✓ تحويل مشاعر الغضب وتوجيهها نحو العائلة أو الغير.
- ✓ محاولة النسيان والتمني وجعل من الخيال منفذ للهروب من الوضعية الراهنة.

بالإضافة الى ما أكدته نتائج مقياس الألم النفسي فهو يعاني من اكتئاب وقلق شديد جدا، فقد تحصل على 35 و 33 درجة لكل من هما، كما يعاني من ضغط نفسي شديد لتحصله على 33 درجة، أما الدرجة الكلية للألم النفسي فقد بلغت 92 درجة وهو ما نعتبره شديداً.

أما عن آليات التعامل التي يلجأ إليها الحالة هي آلية التجنب والهروب والتي تقع ضمن آليات التعامل المركزة حول الانفعال، حيث يظهر في اجاباته التي تدل على اختياره العزلة والبقاء وحيدا وتجنب التواجد مع الناس الهروب من خلال التفكير الزائد خاصة عند النوم وبالتالي ظهور اضطرابات في النوم كالأرق أو النوم أكثر من العادة، ظهور اضطرابات في الاكل، يلوم غيره على ما يمر به فرغم أنه صرح بأنه المسؤول عن ما آلت إليه مضاعفات السكري إلا أنه يحمل الممرض ذلك (البتر للمرة الثالثة).

حيث تحصل على 26 درجة (آلية التجنب والهروب)، يظهر ذلك في رفضه الإعتقاد أن البتر حصل معه وفي نفس الوقت تقبله فقط من أجل التخلص من الألم بمعنى معايشة شعورين دفعة واحدة، فحاول نسيان ذلك من خلال التمني بحدوث معجزة أو لو باستطاعته تغيير ما حدث، كما حلم وتخيّل أنه في وضعية أحسن مما هو عليه اليوم.

4.1 عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة:

عرض وتقديم الحالة الرابعة: (أنظر الملحق 09)

البيانات العامة للحالة:

المحور الأول: البيانات العامة للحالة.

- الاسم: فاتح.
- السن: 44 سنة.
- الجنس: ذكر.
- الحالة الاجتماعية: متزوج.

- عدد الأولاد: 02 ذكور، 02 إناث.
- المستوى الدراسي: الثانوي.
- المهنة السابقة: موزع سلع.
- المهنة الحالية: مراقب كاميرات أمنية بمصنع.
- تاريخ البتر: شهرين.
- العضو المبتور: الإصبع الصغير للرجل اليسرى.

عرض وتحليل نتائج المقابلات:

المقابلة التمهيديّة:

دامت المقابلة التمهيديّة 30 دقيقة بتاريخ 2023/01/16 في مكتب الأخصائية النفسية، حيث كان هدفنا من إجرائها هو خلق جو من الألفة وكسب ثقة الحالة "الرابعة"، وذلك من خلال التطرق الى موضوع الدراسة بشكل عام وشرح جوانب الغموض مع التأكيد على سرية المعلومات.

ولأن المقابلة تمهيديّة، تم أخذ موافقة الحالة وضمن مشاركتها في الدراسة الحالية "لوكان مش موافق ما نهدرش قاع"، بعد هذه المقابلة سوف نلتقي مجددا بالتاريخ الذي يساعدك، سوف نحدد سويا مواعيد المقابلات الثلاثة المتبقية حيث في كل مقابلة لدينا هدف يجب تحقيقه، ولأن المعلومات سوف يتم نشرها (أعدك أنها ستكون مشفرة، تحمل إسم مستعار وتستخدم في اطار علمي بحث).

الحالة "الرابعة" يبلغ من العمر 44 سنة، متزوج وله أطفال، يشتغل حاليا مراقب كاميرات أمنية بعدما تخرى عن وظيفته السابقة (موزع سلع) قبل أن يمر على تجربة البتر والتي فقد خلالها الإصبع الصغير للرجل اليسرى، حيث أن مقابلتنا له كانت بعد شهرين من تاريخ البتر.

يظهر على الحالة "الرابعة" علامات التقبل من خلال الحمد المتكرر والهدوء في الإجابة والإعتقاد التام أن ما تعرض له هو زكاة للنفس بالدرجة الأولى (وهي تربية متوارثة خاصة لدى المجتمع الصحراوي)، فيظهر

خلال كل المقابلات بلباس رسمي ومتناسق، لديه رغبة كبيرة في المشاركة والحديث عن التجربة التي تعرض لها كما يمتلك ذاكرة قوية بشأن أحداث البتر لكون التاريخ ليس ببعيد (شهرين) "راه معنديش ياسر ملي تبترت" ومرونته في الرد وعليه فإن كلامه واضح (دارجة مفهومة).

من خلال المقابلات يظهر "الحالة الرابعة" أنه يعاني من الألم النفسي بشكل غير مباشر وخفي، حيث يمكن رصد ذلك من خلال الطرح التالي:

صورة الجسم مرتبطة بمدى تحقيقه للحق من وجهة نظره لقوله "كنت مقدود على روعي، حقي نجيبوا بذراعي"

بالإضافة الى المقارنة بين الماضي والحاضر، والذي نعتبره حنين الى صورة الجسم السابقة فهو حالياً يستعمل العكاز لتحقيق التوازن إلا أن الحنين والوضعية الجديدة يثان في ذات الحالة نوعاً من المعاناة والألم النفسي.

كما يقول "تخمام نتاعي قاع في الدار: مازال للحد الآن ما عنديش الدار وراني نجري عليها" (يسكن في منزل الوالد) دلالة على وجود الضغط النفسي.

ونلاحظ غياب بروتوكول "الخبر السيئ" في الإعلان عن الإصابة بالسكري لقوله "والو، ماجاوني مارحت ما حوست عليهم" فغياب دور المختصين جعل منه هو الآخر لا ينتظر خدماتهم والتي من شأنها أن تخفف من المعاناة النفسية الحالية.

ويمكننا القول أن التعرض للبتر أثمر على نتائج إيجابية بالنسبة له، فرغم فقدان يرى انه ارتاح جسدياً وهذا ما جعله يتقبل الوضعية الحالية "هكا ولا أكثر" ففكرة التقبل فرضت عليه ولو كان له حرية الاختيار لما قبل ذلك لقوله "راقنتلي لي راني فيها ضك: في لخدمة هاذي ارتحت راني متنفس، ما تحتاجش مجهود جسدي كبير ونخلص مليح وعندي امتيازات في كل مناسبة". (مراقب كاميرات أمنية بمصنع) أما بالنسبة إلى ظروفه حين اكتشف إصابته بالسكري صرح بقوله "باينة حتى واحد ما يتقبله خاطر يبقى معاك حتى تموت" وهو دلالة على المعاناة والألم النفسي والجسدي.

وأيضاً قوله "ماتقبلتوش الضربة لولة، تقلقت منو وبقيت خايف ومخلوع" عدم تقبل الإصابة بالسكري والمعاناة النفسية المتمثلة في القلق والخوف.

نلاحظ غياب الثقافة الصحية لدى الحالة جعل من البتر عملية ضرورية "لعشرين يوم هكاك وأنا نحس بالشلطاوماديتش فيها درتلها الماء الحامي حتى بدأ الدم يتحجري وصبعي طاب" ففي هذا الجزء من حديثه هو لوم للذات واعتراف ضمني أنه المسؤول عن ما جرى.

فالتقبل مرتبط بمدى تمسكه بالجانب الديني وإعتبار فقدان زكاة للنفس رغم التصريح بإنكاره للوضعية الجديدة لقوله "نقولك الصح ما تقبلتهاش وكى عادت زكاة نفس معندي كى ندير".

كما إستعمل مصطلح "شرحوني وبعثوني للدار" وهي دلالة على وجود الضغط النفسي وعدم الإستفادة من تدخل علاجي نفسي قبل و مباشرة بعد عملية البتر.

ويقول أيضاً "أنا أثر عليا السكر أكثر من لبتر" وقوله "السكر هو لي طيحي" دلالة على وجود الضغط النفسي.

وفي قوله أيضاً "كيما البنتورة نحبسها مانزيدش نمسها، تعبتني ومانيش نطيق" دلالة على الضغط النفسي والألم الجسدي.

نلاحظ النظرة التشاؤمية للحياة لقوله "الحياة مش كيما بكري، الواحد كان لاباس عليه يمشي ويتحرك" وهي دلالة على الاكتئاب وعدم تقبل الوضعية الراهنة.

كذلك رؤيته للمستقبل متعلقة بتوفير السكن للأولاد في قوله "دوية ويريجوا ولادي" وقوله "ماعندي حتى حاجة باسمي" وهو دلالة على وجود ضغط نفسي.

وجود اضطرابات سلوكية إنفعالية ك"التدخين" دلالة على التوتر.

كما أن التقبل مرهون بالتسليم المطلق للواقع المعاش لقوله "نهار الأول ما تقبلتهاش ودك خلاص لازم تتقبل ماعندك ما تدير".

ظهور مشاعر الإحساس بالذنب والتصريح بها "أنا هو السببة والمسؤول، التهاون: السكر واعر وغدار ومايبانش تم تم" دلالة على لوم الذات.

كذلك ظهور مشاعر إنفعالية لقوله "وليت نتقلق ياسر سيرتو كي يحكمني السطر وتقلق من الجرح طول ما برالي" الإحساس بألم جسدي على مستوى الرجل المبتور (تصلب العضلات)، المعاناة والألم النفسي المتمثل في القلق والضغط الذي يخلفه الألم الجسدي بالإضافة الى خصوصية السكري المتمثلة في التعقيد والزمن الكبير الذي يستغرقه للشفاء من الجروح.

والنظرة التشاؤمية للحياة "دك لحياة شوية ما عندهاش قيمة" دلالة على الاكتئاب وعدم تقبل الوضعة الراهنة.

بالإضافة إلى أنه أصبح يعاني من المشكلات الجنسية لقوله "أنعم، مزال لحد الآن ما قريتهاش" وهو دلالة على المعاناة والألم النفسي والجسدي لكون أن البتر خلف مخاوف مرتبطة بتشوه الصورة الجسمية وبالتالي الخوف من الفشل في الأداء.

أما عن آليات التعامل التي يلجأ إليها الحالة هي آلية التجنب والهروب والتي تقع ضمن آليات التعامل المركزة حول الانفعال، حيث يظهر في اجاباته التي تدل على اختياره العزلة و تجنب التواجد مع الناس بشكل عام حيث أنه يفضل البقاء مع الزوجة و استشارتها في كل الأمور لقوله "ما ماتت وخاوتي متزوجين مالا نستشير لمرا في كل شئ"، نلاحظ أيضا وجود اضطرابات سلوكية إنفعالية وتفرغ للشحنات السالبة من خلال التدخين المستمر، كما أنه رفض الاعتقاد بأن ما حصل له حقيقة وذلك من خلال محاولاته المتكررة للنسيان وتخيله في أنه بوضعية أحسن من التي يعيشها الآن.

عرض نتائج تطبيق مقياس الألم النفسي:

يبين الجدول أدناه نتائج تطبيق مقياس الألم النفسي على "الحالة الرابعة":

الجدول رقم (16): نتائج تطبيق مقياس الألم النفسي على "الحالة الرابعة".

| | | |
|----|----------------------------|---------------------------|
| 23 | الاكتئاب | درجة الألم النفسي لكل بعد |
| 17 | القلق | |
| 27 | الضغط نفسي | |
| 67 | الدرجة الكلية للألم النفسي | |

التعليق على الجدول رقم (16): نلاحظ من خلال الجدول أن "الحالة الرابعة" يعاني من اكتئاب بمعدل 23 درجة، ومن القلق بمعدل 17 درجة، ومن الضغط النفسي بمعدل 27 درجة، أما الدرجة الكلية للألم النفسي فقد بلغت 67 درجة وهو ما نعتبره متوسط الشدة.

نتائج تطبيق مقياس آليات التعامل:

يبين الجدول أدناه نتائج تطبيق مقياس آليات التعامل على "الحالة الرابعة":

الجدول رقم (17): نتائج تطبيق مقياس آليات التعامل على "الحالة الرابعة".

| | |
|---------|------------------------|
| الدرجات | آليات التعامل |
| 04 | التخطيط لحل المشكل |
| 04 | المواجهة |
| 05 | أخذ المسافات |
| 10 | إعادة التقييم الإيجابي |

| | |
|----|--------------------------|
| 13 | التحكم في الذات |
| 19 | الهروب / التجنب |
| 06 | تأنيب الذات |
| 13 | البحث عن السند الاجتماعي |

التعليق على الجدول رقم (17): نلاحظ من خلال الجدول أن "الحالة الرابعة" لجأ الى آلية الهروب والتجنب حيث تحصل على 19 درجة، ثم لجأ الى آلية التحكم بالذات والبحث عن السند الاجتماعي بمعدل 13 درجة لكلاهما، يليها آلية إعادة التقييم الإيجابي فتحصل على 10 درجات، واستعمل آلية تأنيب الذات بـ 06 درجات، بالإضافة أنه أخذ المسافات بمعدل 05 درجات، كما لجأ الى آلية التخطيط لحل المشكل والمواجهة بمعدل 04 درجات لكلاهما.

الربط بين نتائج المقابلة والمقياس (01) و(02) (مقياس الألم النفسي وآليات التعامل):

نلاحظ من خلال الإجابات التي صرح بها "الحالة الرابعة" أنه يعاني من الألم النفسي ولكن بدرجة خفيفة فهو لا يظهر بشكل مباشر وإنما من خلال استعماله للمصطلحات الرمزية للدلالة عنه والتي رصدناها من خلال الطرح السابق المفصل فهو يقارن بين الماضي القريب والحاضر، والذي نعتبره حنين الى صورة الجسم السابقة وأن التقبل مرتبط بمدى تمسكه بالجانب الديني وإعتبار فقدان زكاة للنفس رغم التصريح بإنكاره للوضع الجديدة، بالإضافة الى ما أثبتته نتائج المقياس المعد لذلك حيث نرى أنه يعاني من اكتئاب بمعدل 23 درجة، ومن القلق بمعدل 17 درجة، ومن الضغط النفسي بمعدل 27 درجة، أما الدرجة الكلية للألم النفسي فقد بلغت 67 درجة وهو ما نعتبره متوسط الشدة.

أما بالنسبة للآليات المعتمدة من طرف "الحالة الرابعة" فهو يعتمد على آلية التجنب والهروب والتي تقع ضمن آليات التعامل المركزة حول الانفعال، وهذا من خلال إجابته على المقياس المعد لذلك حيث تحصل على 19 درجة (آلية التجنب والهروب)، حيث يظهر على الحالة مخاوف متعلقة بمستوى الأداء في الحياة الجنسية متجنباً ردة فعل الشريكة، فالتشوه للصورة الجسمية حفز من المشاعر السلبية الموجهة

نحو الذات، كذلك نجد التمنى بإنتهاء الوضعية الحالية محاولا تجسيدها من خلال الخيال أو النسيان ونشير كذلك الى الهروب من المجتمع من خلال العزلة المنزلية أو العمل في بيئة مغلقة.

التحليل العام للحالة الرابعة:

إنطلاقا من تحليل معطيات المقابلات العيادية والمقاييس الخاصة بالألم النفسي وآليات التعامل، يمكن تلخيص أهم ما كشفت عنه النتائج والتي تخدم أهداف الدراسة كما يلي:

لاحظنا أن الحالة تعرض لبتز الإصبع الصغير للرجل اليسرى قبل شهرين، فبالرغم من أن الحادث الذي تعرض له يمكن استدراكه وعلاجه، إلا أن أصابته بالسكري وغياب ثقافة الوقاية الصحية جعلت من البتز خطوة ضرورية وأكيدة، حيث يظهر لنا الألم النفسي بأبعاده الثلاثة من خلال:

✓ استخدام مصطلحات مباشرة وصريحة للدلالة على وجود الألم النفسي، نذكر مثال عن كل بعد (الاكتئاب: حياة ماعندهاش قيمة ، القلق: وليت نتقلق ياسر ، الضغط النفسي: تخمام نتاعي قاع في الدار).

✓ غياب بروتوكول "الخبر السيئ" في الإعلان عن الإصابة مما شكل صدمة نفسية للحالة وبالتالي إنكار الإصابة وعدم تقبل النتائج.

✓ عدم تقبل الإصابة بالسكري والمعاناة النفسية المتمثلة في القلق والخوف.

✓ غياب ثقافة الالتزام وإتباع الارشادات والتبهيئات المقدمة من طرف الطبيب المختص.

✓ تقبل الوضعية الجديدة مقترن بالراحة الجسدية التي خلفها البتز.

✓ التقبل مرتبط بمدى تمسكه بالجانب الديني وإعتبار فقدان زكاة للنفس رغم التصريح بإنكاره للوضعية الجديدة.

✓ المقارنة بين الماضي والحاضر، بين صورة الجسم السابقة والحالية المعتمدة على العكاز لتحقيق التوازن وهو ما يبيث في ذات الحالة نوعا من المعاناة والألم النفسي.

- ✓ غياب عمل المختصين قبل ومباشرة بعد عملية البتر، والتي لها دور كبير في عملية الاستشفاء خاصة على المستوى النفسي والانفعالي للحالة.
 - ✓ التفكير منصب كلياً على السكن و العلاج للأولاد والذي يشكل مصدر ضغط نفسي.
 - ✓ الاعتراف الصريح بالمسؤولية وتأنيب الذات.
 - ✓ المعاناة الجسدية والتي لها أثر على المستوى النفسي والانفعالي للحالة.
 - ✓ وجود اضطرابات سلوكية إنفعالية والمتمثلة في القلق والضغط الذي يخلفه الألم الجسدي المرهون بخصوصية مرض السكري.
 - ✓ اللجوء الى التدخين كوسيلة للتخفيف من القلق والضغط النفسي.
 - ✓ ظهور مشاعر الإحساس بالذنب والتصريح بها ولوم الذات.
 - ✓ النظرة التشاؤمية للحياة.
 - ✓ ظهور مشكلات جنسية متعلقة بمخاوف الفشل في الأداء (بتشوه الصورة الجسمية).
- بالإضافة الى ما أكدته نتائج مقياس الألم النفسي فهو يعاني من اكتئاب بمعدل 23 درجة، ومن القلق بمعدل 17 درجة، ومن الضغط النفسي بمعدل 27 درجة، أما الدرجة الكلية للألم النفسي فقد بلغت 67 درجة وهو ما نعتبره متوسط الشدة.
- أما عن آليات التعامل التي يلجأ إليها الحالة هي آلية التجنب والهروب والتي تقع ضمن آليات التعامل المركزة حول الانفعال لتحصله على 19 درجة (آلية التجنب والهروب)، حيث يظهر ذلك في اجاباته التي تدل على اختياره العزلة المنزلية و العمل في بيئة مغلقة فهو يفضل البقاء مع الزوجة واستشارتها في كل الأمور، كذلك الهروب من خلال التدخين المستمر والمحاولات المتكررة للنسيان وتخيله في أنه بوضعية أحسن من التي يعيشها الآن، كما يظهر على الحالة فالمخاوف المتعلقة بمستوى الأداء في الحياة الجنسية جعلته يتجنب ردة فعل الشريكة لكون أن تشوه صورة الجسم حفز من المشاعر السلبية الموجهة نحو الذات.

5.1 عرض وتحليل نتائج الحالة الخامسة:

عرض وتقديم الحالة الخامسة: (أنظر الملحق 10)

البيانات العامة للحالة:

- الاسم: عبد الغفور.
- السن: 71 سنة.
- الجنس: ذكر.
- الحالة الاجتماعية: متزوج.
- عدد الأولاد: 03 ذكور، 04 إناث.
- المستوى الدراسي: الرابعة ابتدائي.
- المهنة السابقة: سائق في النقل العمومي.
- المهنة الحالية: لا يوجد.
- تاريخ البتر: البتر الأول: 10 سنوات، البتر الثاني: 04 سنوات .
- العضو المبتور: البتر الأول: أصابع الرجل اليمنى بإستثناء الإصبع الأوسط، البتر الثاني: تحت الركبة للرجل اليسرى.

عرض وتحليل نتائج المقابلات:

المقابلة التمهيديّة:

دامت المقابلة التمهيديّة 30 دقيقة بتاريخ 2023/02/13 في مكتب الأخصائية النفسية، حيث كان هدفنا من إجرائها هو خلق جو من الألفة وكسب ثقة الحالة "الخامسة"، وذلك من خلال التطرق الى موضوع الدراسة بشكل عام وشرح جوانب الغموض مع التأكيد على سرية المعلومات.

ولأن المقابلة تمهيدية، تم أخذ موافقة الحالة وضمنان مشاركتها في الدراسة الحالية " هيه معليش، ربي يسهل"، بعد هذه المقابلة سوف نلتقي مجددا بالتاريخ الذي يساعدك، سوف نحدد سويا مواعيد المقابلات الثلاثة المتبقية حيث في كل مقابلة لدينا هدف يجب تحقيقه، ولأن المعلومات سوف يتم نشرها (أعدك أنها ستكون مشفرة، تحمل إسم مستعار وتستخدم في اطار علمي بحث).

الحالة "الخامسة" يبلغ من العمر 71 سنة، متزوج وله 07 أولاد (03 ذكور، 04 إناث)، كان يشتغل سائق في النقل العمومي قبل أن يمر على تجربة البتر مرتين والتي فقد خلالها: البتر الأول: أصابع الرجل اليمنى بإستثناء الإصبع الأوسط (10 سنوات)، البتر الثاني: تحت الركبة للرجل اليسرى (04 سنوات). يظهر على الحالة "الخامسة" علامات التقبل من خلال الحمد المتكرر والهدوء في الإجابة، كما يظهر خلال كل المقابلات بلباس منظم ونظيف، بالإضافة الى امتلاكه ذاكرة قوية بشأن أحداث البتر ومرونته في الرد من خلال انتقاء الكلام المناسب والواضح (دارجة مفهومة).

ولأنه جد وكبير في السن لم يمنعه ذلك من تحمل مسؤولية أسرة كاملة رغم خروج الأولاد من المنزل الكبير، فمن خلال المقابلات يظهر "الحالة الخامسة" أنه يعاني من الألم النفسي بشكل غير مباشر وخفي، حيث يمكن رصد ذلك من خلال الطرح التالي:

وضع مقارنة بين الماضي والحاضر لقوله "بكري مش كي ضك" والذي نعتبره حنين الى الذات السابقة فرغم التكيف الحالي إلا أن الحنين والوضعية الجديدة ييثان في ذات الحالة نوعا من المعاناة والألم النفسي واستعماله لمصطلح "مسؤولية" في حديثه هو دليل على وجود ضغط نفسي.

نلاحظ غياب بروتوكول "الخبر السيئ" في الإعلان عن الإصابة وهو ما صرح به "درت التحاليل و لقاءه 3,5 غرام، خبرني الطبيب بعد".

انعدام الثقافة الصحية حول مضاعفات السكري لقوله "والو، مكانش عندي"، وكذلك انعدام ثقافة الالتزام لقوله " درت الريجيم لي قال لي عليه الطبيب حتى لحق السكر لغرام، هذاك هو عدت ما نتبعش الريجيم، ما عتنيش بروحي نقولك الصراحة".

رغم معرفته بخصوصية المرض (ملازمته مدى الحياة) إلا أنه وقع في متاهة العفن وما يترتب عنه من بتر في قوله "السكر لازم تديرلو الريجيم راه يتسمى رفيق" وكذلك "راه رفيق معندكش كي تديرلو" وهو ما نعتبره دلالة على وجود ضغط نفسي.

أما في الجانب المهني يقول "ماكان حتى حية تعجبك، على حساب الخلصة" عدم وجود الرغبة والحماس في العمل، فهذا الأخير مرتبط بالأجر الذي يتقاضاه بحيث كلما كان مرتفعاً يكون الرضى والعكس صحيح وعليه فإن الوضعية الحالية تفرض قيوداً ألا وهي: عدم توفر منصب عمل وبالتالي عدم تقاضي أجر ومن ثم عدم الرضى وهذا من شأنه أن يشكل مصدر ضغط ومعاناة نفسية فكما أشرنا سابقاً لا يزال مسؤولاً على أسرته.

(البتر الأول: 10 سنوات، أصابع الرجل اليمنى بإستثناء الإصبع الأوسط) "ياك أنا جاتني دمية، جاء الطبيب قالي نلحك لصباع بعد" وجود حسرة على فقدان ممزوجة بتأنيب للذات.

(البتر الثاني: 04 سنوات، تحت الركبة للرجل اليسرى) مع (الإشارة للجزء المبتور) بحسرة دلالة على المعاناة والألم النفسي، يقول "لقيت صبعي قاع هاك محروق (الإصبع الكبير) ومبعد بيس وعدت نتوضاً عليه" غياب الثقافة الصحية لدى الحالة جعل من البتر خطوة ضرورية، ففي هذا الجزء من حديثه هو لوم للذات واعتراف ضمني أنه المسؤول عن ما آلت إليه الأمور.

نلاحظ وجود متغير دخيل أزم الوضعية لقوله "جات كورونا وخرجونا قاع وعطاوني الدواء، عدت نداوي هنا (بمنزله) حتى قعد الميكروب يطلع وكراعي يزراق"، فبعد لومه لذاته بأنه المسؤول شكل ألماً ومعاناة نفسية ومن أجل التخفيف منها أسند مسؤولية ما آلت إليه الأمور الى الظروف الصحية التي إنتشر فيها الفيروس وتبعاته.

يقول أيضاً "قعدت 5 أيام وأنا نستنى في العملية وهو ما مش لاهين بيا وعليها نحاولي" إذ يعبر الحالة في سياق حديثه عن سخطه إتجاه الطاقم الطبي الذي لم يهتم به، فمدة خمسة أيام جعلته يعيش حالة ضغط وقلق كبير قبل عملية البتر وهنا نشير الى الدور الكبير الذي يحدثه الأخصائي النفسي في مثل هذه الحالات.

كذلك عدم الإستفادة من تدخل علاجي نفسي قبل ومباشرةً بعد عملية البتر جعل من الحالة يعيش مجموعة من الإنفعالات التي ستؤثر سلبا على حياته خاصةً مع تقدمه في العمر.

وفي قوله "هي من عند مولانا وрана صابرين، راهي مكتوبة ملي زدنا" دلالة على تقبل داخلي ولكنه رفض ضمني للوضعية الجديدة.

وأيضاً قوله "لقطيع جاء في الرجل معندكش كي تخدم" جعله يعيش عواطف متناقضة بين العمل والخوف منه فهو دلالة على وجود ضغط نفسي، كما يقول "كنت بكري برجليك تخدم دك مكاش كي يمشي الواحد" دلالة على وجود ألم نفسي فهو يرى أن أبسط الأمور لا يمكنه القيام بها كالمشي.

نلاحظ النظرة التشاؤمية للحياة في قوله "حياتنا ماش كيما كنت لا باس عليك" وهو دلالة على وجود الاكتئاب.

ويقول "لجاب ربي المكتوب نتاعه نموت تم بعد" فقدان الرغبة في الحياة وتمني الموت، فرغم أن المكان يعتبر مقدس إلا أن هذا الإلحاح خاصة وأنه يرى بأن مهمته في الحياة اكتملت بقوله "البنيان وكمل والأولاد راهم بولادهم وش يقعد الواحد يدير" نعتبره دلالة رمزية عن الألم النفسي.

ونرى أيضاً التعبير بشكل صريح أن القدر مسؤول عن وضعيته لقوله "مولانا سبحانو" الله غالب حاجة مولانا" فالتناقض في العواطف نعتبره دلالة على الألم النفسي.

يغلب على الحالة مشاعر الندم ولوم الذات راجع للصعوبات التي يواجهها في التنقل بقوله "كانت عندي كروسة، كنت نمشي بيها وكى قطعوني بعته وراي نادم" وهو ما يدل على المعاناة والألم النفسي. "برك السطر في العضلات" المعاناة الجسدية والتي لها أثر على المستوى النفسي والانفعالي للحالة.

أما عن آليات التعامل التي يلجأ إليها الحالة هي آلية البحث عن السند الاجتماعي حيث يظهر في اجاباته بعدم تأثر علاقته مع المحيطين به، اللجوء الى الزوجة لطلب النصح والمساعدة "الزوجة هي لي لا بد تشاركها، هي لي شريكة معاك ياسي". (ملامح الاستغراب وكأن الجواب بديهي وهي الزوجة"، يستمد طاقته للتعامل مع الصعوبات التي فرضها عليه البتر من أولاده "راي بولادي وأحفادي"، السعي

نحو التجمعات ورفض البقاء في المنزل منعزلاً "أني نخرج: كي دارولي لبروتاج (الطرف الإصطناعي) راني نخرج و ندور قاع والحمد لله".

عرض نتائج تطبيق مقياس الألم النفسي:

يبين الجدول أدناه نتائج تطبيق مقياس الألم النفسي على "الحالة الخامسة":

الجدول رقم (18): نتائج تطبيق مقياس الألم النفسي على "الحالة الخامسة".

| | | |
|----|----------------------------|---------------------------|
| 13 | الاكتئاب | درجة الألم النفسي لكل بعد |
| 12 | القلق | |
| 12 | الضغط نفسي | |
| 37 | الدرجة الكلية للألم النفسي | |

التعليق على الجدول رقم (18): نلاحظ من خلال الجدول أن "الحالة الخامسة" يعاني من اكتئاب خفيف بمعدل 13 درجة، ومن قلق متوسط الشدة لتحصله على 12 درجة، ولا يعاني من الضغط النفسي لكونه تحصل على 12 درجة، أما الدرجة الكلية للألم النفسي فقد بلغت 37 درجة وهو ما نعتبره خفيف.

عرض نتائج تطبيق مقياس آليات التعامل:

يبين الجدول أدناه نتائج تطبيق مقياس آليات التعامل على "الحالة الخامسة":

الجدول رقم (19): نتائج تطبيق مقياس آليات التعامل على "الحالة الخامسة".

| | |
|---------|--------------------|
| الدرجات | آليات التعامل |
| 06 | التخطيط لحل المشكل |
| 08 | المواجهة |

| | |
|----|--------------------------|
| 03 | أخذ المسافات |
| 07 | إعادة التقييم الإيجابي |
| 07 | التحكم في الذات |
| 04 | الهروب / التجنب |
| 08 | تأنيب الذات |
| 14 | البحث عن السند الاجتماعي |

التعليق على الجدول رقم (19): نلاحظ من خلال الجدول أن "الحالة الخامسة" لجأ الى آلية البحث عن السند الاجتماعي حيث تحصل على 14 درجة، ثم لجأ الى آلية المواجهة وتأنيب الذات بمعدل 08 درجات لكلاهما، يليها آلية إعادة التقييم الإيجابي والتحكم في الذات فتحصل على 07 درجات لكلاهما، واستعمل آلية التخطيط لحل المشكل بمعدل 06 درجات، بالإضافة أنه استعمل آلية الهروب والتجنب وأخذ المسافة فتحصل على 04 و 03 درجات على التوالي.

الربط بين نتائج المقابلة والمقياس (01) و(02) (مقياس الألم النفسي وآليات التعامل):

نلاحظ من خلال الإجابات التي صرح بها "الحالة الخامسة" أنه يعاني من الألم النفسي ولكن بدرجة خفيفة فهو لا يظهر بشكل مباشر وإنما من خلال استعماله للمصطلحات الرمزية للدلالة عنه والتي رصدناها من خلال الطرح السابق المفصل، بالإضافة الى ما أثبتته نتائج المقياس المعد لذلك حيث نرى أنه يعاني من اكتئاب خفيف بمعدل 13 درجة، ومن قلق متوسط الشدة لتحصله على 12 درجة، ولا يعاني من الضغط النفسي لكونه تحصل على 12 درجة، أما الدرجة الكلية للألم النفسي فقد بلغت 37 درجة وهو ما نعتبره خفيف.

أما بالنسبة للآليات المعتمدة من طرف "الحالة الخامسة" فهو يعتمد على آلية البحث عن السند الاجتماعي والتي تقع ضمن آليات التعامل المركزة حول الانفعال، وهذا من خلال إجابته على المقياس المعد لذلك حيث تحصل على 14 درجة (آلية البحث عن السند الاجتماعي)، وإختياره الصريح

للتجمعات وتفضيل الخروج على البقاء في المنزل ويعتبر نفسه أخطأ حين تخلى عن سيارته التي كانت تلاقية بأصدقائه، إعتبار الزوجة السند والداعم الأول له حيث يشاركها تفاصيل يومه وإن كانت بسيطة، يستشير أولاده في أمور الحياة ويتهجج أثناء إقامة المناسبات خاصة بحضور الأحفاد.

التحليل العام للحالة الأولى:

إنطلاقاً من تحليل معطيات المقابلات العيادية والمقاييس الخاصة بالألم النفسي وآليات التعامل، يمكن تلخيص أهم ما كشفت عنه النتائج والتي تستخدم أهداف الدراسة كما يلي:

لاحظنا أن الحالة تعرض للبت مرتين وبتاريخ مختلف وفيها فقدت المرة الأولى: أصابع الرجل اليماني بإستثناء الإصبع الأوسط، المرة الثانية: تحت الركبة للرجل اليسرى، حيث أن مقابلتنا له كانت بعد 04 سنوات من تاريخ البتر للمرة الثانية.

فرغم أن الحالة تظهر عليه علامات التقبل كالحمد المتكرر والهدوء في الإجابة، إلا أنه يعاني من الألم النفسي بشكل خفيف وخفي حيث يمكننا رصده بأبعاده الثلاثة من خلال:

✓ استخدام مصطلحات مباشرة وصريحة للدلالة على وجود الألم النفسي، نذكر مثال عن كل بعد (الاكتئاب: تمني الموت، القلق: وليت نتقلق كي يخلو الضوء شاعل، الضغط النفسي: تحمل مسؤولية الأسرة كاملة).

✓ المقارنة بين الماضي والوضعية الجديدة.

✓ عدم وجود الرغبة والحماس في العمل.

✓ انعدام الثقافة الصحية حول مضاعفات السكري وأن الوقاية خير من العلاج.

✓ إنعدام ثقافة الالتزام وإتباع الارشادات والتنبهات المقدمة من طرف الطبيب المختص.

✓ السخط إتجاه الطاقم الطبي لعدم تأديتهم واجبه المهني.

- ✓ غياب عمل المختصين قبل ومباشرة بعد عملية البتر، والتي لها دور كبير في عملية الاستشفاء خاصة على المستوى النفسي والانفعالي للحالة.
- ✓ النظر بحسرة للعضو المبتور.
- ✓ المعاناة الجسدية والتي لها أثر على المستوى النفسي والانفعالي للحالة.
- ✓ تأنيب الذات وتحميلها مسؤولية ما آلت إليه تجربة التعرض للبتر تارة والقدر تارة والظروف الصحية التي انتشر فيها الفيروس وتبعاته تارة أخرى.
- ✓ مشاعر الندم لفقدانه وسيلة تنقله والمعاناة النفسية لعدم القدرة على تحقيق أبسط الأمور كالمشي.
- ✓ النظرة التشاؤمية للحياة وفقدان الرغبة فيها.
- ✓ انعدام الرغبة في التطلع للمستقبل وتمني الموت وإعتبار أن مهمته قد إنتهت في هذه الحياة.
- بالإضافة الى ما أكدته نتائج مقياس الألم النفسي فهو يعاني من اكتئاب خفيف بمعدل 13 درجة، ومن قلق متوسط الشدة لتحصله على 12 درجة، ولا يعاني من الضغط النفسي لكونه تحصل على 12 درجة، أما الدرجة الكلية للألم النفسي فقد بلغت 37 درجة وهو ما نعتبره خفيف.
- أما عن آليات التعامل التي يلجأ إليها الحالة هي آلية البحث عن السند الاجتماعي والتي تقع ضمن آليات التعامل المركزة حول الانفعال، حيث يظهر ذلك في اجاباته التي تدل على:
- ✓ إختياره الصريح للتجمعات وتفضيل الخروج على البقاء في المنزل.
- ✓ الندم على تخليه عن سيارته التي كانت تلاقيه بأصدقائه.
- ✓ إعتبار الزوجة السند والداعم الأول.
- ✓ استشارة الأولاد في أمور الحياة.
- ✓ الابتهاج أثناء إقامة المناسبات خاصة بحضور الأحفاد.

حيث تحصل على 14 درجة (آلية البحث عن السند الاجتماعي)، تظهر في مقابلاته المتكررة وحديثه مع أصدقاءه واستقباله تفهم جيرانه لوضعيته الحالية، طلب النصيحة من طرف المحيطين به، فتحصل على المساعدة للإستفادة من الطرف الصناعي وتكلم عن طبيعة أحاسيسه لأقرب أصدقائه والذي أيضا تعرض لتجربة البتر وعليه حاول رؤية الحياة من وجهة نظر مجموعة من الأشخاص يعايشون نفس وضعيته الحالية للإستفادة وتحقيق التكيف نوعا ما.

2. مناقشة نتائج الدراسة:

1.2 مناقشة النتائج الخاصة بمتغير الألم النفسي:

من خلال عرض وتحليل الحالات، نجد أن كل الحالات تعرضت للبتر بسبب السكري ولبتر الطرف السفلي من الجسم (نوع البتر) حيث أظهروا وجود ألم نفسي والمتمثل في الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي، وذلك من خلال التعبير الصريح والمباشر لكمية المعاناة واستخدام مصطلحات تدل على وجوده ماعدا حالة واحدة والتي كانت عكس ذلك.

تصب المصطلحات في المعاني التالية:

- ✓ المعاناة والألم النفسي والجسدي.
- ✓ التعبير بإستعمال الجسد والعيون.
- ✓ الاكتئاب، مشاعر الحزن والانسحاب، الرغبة في العزلة والتجنب.
- ✓ القلق والغضب، الحساسية الزائدة وردود الفعل القوية.
- ✓ الضغط النفسي والتوتر، الخوف والارتباك.
- ✓ عدم التقبل والانكار.
- ✓ الصمت والمقاومة أو رفض الحديث مع اختصار الإجابة.
- ✓ مشاعر فقدان الحسرة.

✓ التعرض للصددمات والخبرات السيئة.

✓ غياب بروتوكول "الخبر السيئ" في الإعلان عن الإصابة.

✓ النظرة التشاؤمية للحياة وعدم التقبل للوضعية الجديدة.

✓ تأنيب الذات والنظرة الدونية لها (الجرح النرجسي للذات) والشعور بالذنب.

✓ النظرة السلبية للمجتمع.

✓ اضطرابات في النوم والأكل.

يقودنا استعمال الحالات لهذه المصطلحات أو ما يدل عليها بالإضافة الى النتائج المتحصل عليها في مقياس الألم النفسي المعد من طرف الباحثة لقبول الفرضيات الفرعية التالية:

✓ يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من الاكتئاب.

✓ يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من القلق.

✓ يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من الضغط النفسي.

حيث أظهرت نتائج الدراسة أنها متسقة مع دراسة كل من:

دراسة "Nalib Off 1982" والتي خلصت الى أن الاكتئاب والقلق النفسي والاعياء المرضي من بين الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكري.

ودراسة "MC-Quaid 1999" فكانت نتائجها أن: الأسوياء تحصلوا على درجات منخفضة في القلق والمخاوف المرضية ومرضى السكري تحصلوا على درجات مرتفعة في الاكتئاب والقلق.

كذلك دراسة "Lloyd & Brown,2000" ببريطانيا والتي أسفرت نتائجها الى أن: إستجابة العينة للمقاييس مرتفعة حيث وصلت الى (96%) وأظهرت النتائج أن انتشار الأعراض السيكولوجية عالية حيث بلغ من المشاركين مستويات تراوحت بين شديدة ومتوسطة من القلق والاكتئاب كما أنه وجد الجنس المذكور أميل لإظهار أعراض الاكتئاب بشكل متوسط الى شديد بينما الجنس المؤنث أظهرن

أعراض قلق ما بين متوسط الى شديد بالإضافة الى وجود ارتباط ذو دلالة إحصائية بين الاكتئاب والقدرة على ضبط مستوى السكر

دراسة " رضوان عبد الكريم، 2002" بغزة حيث توصلت النتائج الى أنه: يعاني مرضى السكري من آثار القلق المترتبة على مضاعفات السكري.

ودراسة "Talon Jean Marc,2005" بفرنسا والتي أظهرت نتائجها على المستوى النفسي أن 21 مريض يعاني من الاضطرابات المزاجية (حسب مقياس "بيك" فان 5 منهم يعاني من اكتئاب شديد بخصائص سوداوية)، و 22 حالة تعاني الاكتئاب (8 حالات اكتئاب خفيف، 13 حالة اكتئاب معتدل، حالة واحدة اكتئاب شديد).

بالإضافة إلى دراسة "حمادي ومزاور، 2022" بالجزائر حيث توصلت النتائج أنه يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي).

قبول الفرضيات الفرعية هو حتما قبول للفرضية الأساسية والمتمثلة في:

✓ يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من الألم النفسي.

وبالتالي نتائج الدراسة الحالية متسقة مع دراسة كل من:

دراسة "مهيرة سهيل خلف، 2012" بغزة والتي أسفرت نتائجها أن افراد العينة يعانون من قلق المستقبل ويغلب عليهم الطابع التشاؤمي واتضح آلية الكبت بشكل كبير وذلك نابع من الحاجة الى الإنجاز والحاجة الى المساندة والطمأنينة.

ودراسة " Desteli and all، 2014" بتركيا حيث كشفت النتائج على أن: مستوى القلق والاكتئاب وصورة الجسم لدى مبتوري الأطراف العلوية أعلى منه لدى مبتوري الأطراف السفلية.

كذلك دراسة "ياسمين لطرش، 2015" بالجزائر والتي أسفرت نتائجها أنه: كلما كانت العقلنة ذات نوعية جيدة كلما كانت القدرة على التعبير عن الألم أسهل، وأن نوعية الآليات الدفاعية تساهم في تسهيل القدرة على التعبير عن الألم.

دراسة "عبد الرحيم شادلي، 2017" بالجزائر حيث أظهرت النتائج عن: تشابه استجابات الحالات حيث عرضوا جميعا استجابة ضغط حادة، انعكس التعرض للبتير في شكل نقص جسمي، شعور بالحزن والاكتئاب، بالإضافة الى وجود عوامل تساهم في تعقيد شكل استجابة المبتور والمتعلقة بشدة درجة البتر وما نتج عنها من ثقل لدرجة العجز والاعاقة.

ودراسة " رضا مسعودي، 2019" بالجزائر توصلت النتائج أن إنتشار الألكستيميا عند النساء المبتورات الثدي مرتفع بنسبة تقدر (86%). (الألكستيميا هي صعوبة في تحديد الانفعالات ووصفها)

يمكن تفسير هذه النتائج إنطلاقا من النماذج المفسرة للألم النفسي، فالنموذج التحليلي النفسي:

يرى أن الألم النفسي يظهر كرد فعل لخسارة ما، كما هو الحال في دراستنا الحالية والتي تركز على تجربة البتر بسبب السكري وفقدان جزء من الجسم، فظهوره ماهو إلا تعبير رمزي عن عدم التقبل و انكار صريح للوضعية الراهنة، حيث لا يجد أصحابها المصابين وسيلة مباشرة للتعبير عنها إلا عن طريق الألم النفسي والمتمثل في الاكتئاب، القلق والضغط النفسي.

ولأن الألم النفسي حسب هذا النموذج ينشأ نتيجة لتهديد سلامة الجسم، فإن حسب " Szasz " هناك 3 مستويات تدرك بها " الأنا " هذه التهديدات:

✓ المستوى الأول: معايشة تجربة وخبرة التعرض الى البتر.

✓ المستوى الثاني: الألم النفسي ماهو إلا وسيلة اتصال بالآخرين لطلب المساعدة.

✓ المستوى الثالث: وهو الأكثر تعقيدا، هنا الألم النفسي يستمر باعتباره رمزا للرفض ويصبح شكلا من أشكال العدوان الموجه نحو الذات أو المجتمع.

أما نظرية بوابة التحكم لا تنظر لألم التعرض للبتير بأنه خبرة حسية تعتمد فقط على درجة التضرر في النسيج الحي، وإنما تنظر اليه باعتباره خبرة متعددة الأبعاد تتكون من جوانب حسية وانفعالية وتقديرية، فالبعد الوجداني للألم جزء مهم من خبرة الألم، حيث يتكون هذا البعد من مشاعر غير سارة وعواطف

سلبية تقع داخل إطار الخبرة المؤلمة التي عايشها الفرد منذ إصابته بالسكري الى مرحلة تعرضه للبتر وما ينجر عنه.

في حين يفسر النموذج المعرفي السلوكي الألم النفسي أنه في الأساس خبرة ذاتية شخصية تعتمد على اتجاهات المتور الفطرية ومعتقداته ومخططاته الغريزية، وهنا نشير الى الفروق الفردية للحالات في كيفية استجابتها لعملية البتر، وكذا ادراكهم لما تولده العملية من آثار نفسية وسلوكية. (خبرة معقدة) فسلوكيات الألم يتم تعلمها من خلال الاشتراط الكلاسيكي والاجرائي طالما يوجد تعزيز لها، وهذا من منطلق التفاعل المتبادل بين العوامل البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية.

في دراسة أجراها (Wade and all,1990) هنالك خمسة أحاسيس أساسية مصاحبة لإدراك الألم: الاكتئاب، القلق، الحرمان، الغضب والخوف التي يعبر عنها المريض على شكل اعراض. ثم إن النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي يفسر الألم النفسي ضمن مجموعة من المتغيرات (المتغيرات البيولوجية، المعرفية السلوكية، البيئية) والتي من شأنها أن تحفز من ظهوره.

✓ المتغيرات البيولوجية: وجود ضرر فعلي في النسيج الحي وهو البتر بسبب السكري.

✓ المتغيرات المعرفية السلوكية: المتغيرات المعرفية وهي ظهور الألم النفسي والمتمثل في (الاكتئاب،القلق والضغط النفسي) أما المتغيرات السلوكية وهي تشمل أنماط الأنشطة اليومية والاستجابات السلوكية للألم.

✓ المتغيرات البيئية: وتشتمل على كل من البيئة الحالية للفرد والبيئة الاجتماعية بشكل عام، فعندما يظهر مبتوري الأطراف سلوك الألم سيتحصلون على استجابات من المحيط، هذه الاستجابات يمكن أن تدعم سلوك الألم وبالتالي تزيد احتمال تكراره.

ويمكننا القول أن أيضا لنموذج علم الأعصاب جزء في تفسير ظهور الألم النفسي فحسب الدراسات السابقة التي تتناول المخ والاضطرابات السلوكية والعقلية، نجد أنها تربط بين بعض أنواع الاكتئاب

والمشاكل الخاصة بالنواقل العصبية في المخ وارتفاع في نشاط اللوزة وأن اضطراب القلق راجع الى عيب في الجهاز العصبي اللاإرادي مما يجعل من السهل استثارة المصاب.

ومن الناقلات العصبية التي ترتبط بالاضطرابات السلوكية والعقلية هي (الدوبامين Dopamine، النوريبيبينفرين Norepinephrine، السيروتونين Serotonin)، فالنوريبيبينفرين ناقل عصبي يتصل بالجهاز العصبي الليمفاوي حيث يكون له دور في اضطراب القلق وغيره من الحالات المرضية المتعلقة بالمشقة، وكل من الدوبامين والسيروتونين دور في الإصابة بالاكتئاب، أما حمض جاما-امينوبوتيريك (Gamma aminobutyric acid GABA) يثبط النبضات العصبية في معظم مناطق المخ وله دور في الإصابة باضطرابات القلق.

نضيف ايضا الى النماذج المفسرة للألم النفسي الظاهر على الحالات (الأربعة) مجموعة من النقاط لتفسير النتائج وهي كالتالي:

✓ إن الإصابة بالسكري ومن ثم البتر تفرض على الحالات إتباع نمط حياة معين وإحداث تغييرات دائمة في الأنشطة الجسمية، المهنية والاجتماعية، فالالتزام يشكل مصدر ضغط والفشل فيه يدعو الى القلق والفقدان (أي الجزء المبتور) يحرم صاحبه من مختلف النشاطات التي تستدعي وجوده والتي تؤدي بدورها الى الانعزال والشعور بالوحدة والاكتئاب.

وإن عملية البتر تؤدي الى تغيير حقيقي في مجال الدفاع نتيجة للصدمة ومن خلالها يستخدم مبتوري الأطراف بسبب السكري دفاعات جد بدائية "كالإنكار" و بروز التظاهرات العدوانية، فعلى المدى القصير تعتبر آليات الدفاع ضرورية وطبيعية، ولكن يكتشف مبتوري الأطراف أن أساليبهم الاعتيادية في التكيف مع المشكلات ليست فعالة، وبالتالي المبالغة في الأعراض ودلالاتها والتي تظهر على شكل ألم نفسي (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي).

✓ أما على مستوى صورة الجسم فإنه: إن كانت صورة الجسم معطى أساسي في معادلة بناء الشخص لذاته أو "أناه"، وإن كان ذلك الشخص يجب "أناه" فإن تعرضه للبتر (وهي إصابة

للجسم ولصورته ول "أناه" تؤدي مباشرة لإصابة نرجسية (إصابة في حبه لنفسه) ولجرح نرجسي عميق.

هذا الجرح النرجسي يظهر على شكل مجموعة من الاستجابات من بينها الاكتئاب، القلق، والضغط النفسي وهو ما يعبر عنه في الدراسة الحالية بالألم النفسي، بالإضافة الى مجموعة من الاستجابات (كأنخفاض في تقدير الذات، التوتر، الانسحاب الاجتماعي، انعدام قيمة الصورة النرجسية للذات).

فحسب نتائج دراسة "القاضي، 2009" توصلت الى أن قلق المستقبل يزداد لدى حالات البتر كلما كانت صورة الجسم سلبية وكلما كان مفهوم الذات سلبيا.

وأسفرت نتائج دراسة "زيد الحوامدة، 2008" بالأردن الى ارتفاع معدل القلق والاكتئاب لدى مبتوري الأطراف السفلية، كما أن العوامل الاجتماعية والديمغرافية لها أهمية في تحقيق التكيف النفسي.

✓ غياب عمل المختصين في كل مراحل البتر ساهم بشكل كبير في ظهور الألم النفسي لدى حالات الدراسة، حيث أكدت دراسة "Copuroglu, 2010" على ضرورة علم الأطباء باحتمالية ظهور اضطراب ما بعد الصدمة لدى المبتورين سواء في مرحلة مبكرة أو متأخرة من عملية البتر وأن يراعوا الوضع النفسي للحالات.

وأوضحت نتائج دراسة "Yalniz, 2010" ببلجيكا أن 36.3% من الحالات بحاجة الى استشارة نفسية وبعد الاستشارة وجد أن 22.7% من الحالات بحاجة الى علاج نفسي لمعالجة اضطراب الضغط الحاد.

✓ يمكن تفسير النتائج أيضا من خلال تدني مستوى الكفاءة الذاتية للحالات، حيث يتجنب مبتوري الأطراف المواقف والأنشطة التي تعتبر كتهديد لهم في حين يلتزمون بتنفيذ المهام التي يشعرون بكفاءتهم تجاهها فقد أظهرت بعض الدراسات أن المرضى الذين يظهرون درجات مرتفعة في الفعالية الذاتية يظهرون مستويات منخفضة من الألم النفسي، الكدر النفسي، النتائج السلبية.

✓ وللجانِب الاجتماعي، الاقتصادي، الوظيفي (وظيفة الطرف المبتور) دور في ظهور الألم النفسي واستمراره، لكون نظرة المجتمع لفئة المبتورين من أكثر المشاكل التي تواجههم، فالاعتقاد السائد أن التشوه الجسمي وصمة مخيبة وعالة على المجتمع بسبب العجز الذي تخلفه هذه العاهة، وهذا ما أكدته دراسة (مزلق، 2009) حيث أسفرت نتائجها عن تقبل الحالات لإعاقتهم بسبب البتر وإعتبار المجتمع مصدر للألم.

وخسارة الطرف المبتور يؤدي الى خسارة الوظيفة والتي تعتبر المصدر الأول والمعيل لأسرة المبتورين، بالإضافة الى الضغط النفسي الذي تتحمله الحالات جراء محاولتهم للتكيف مع الوضعية الجديدة في أبسط نشاطاتهم اليومية.

أما تفسيرنا للحالة الثانية التي لم يظهر أنها تعاني من الألم النفسي فهو راجع الى قيامها وعيشها للحداد بكل مراحلها: المرحلة الأولى: مرحلة الصدمة وهي رفض صريح لخبر الفقدان (البتر) وعدم تقبل الواقع.

المرحلة الثانية: مرحلة الإنكار والمصحوبة بتفريغ انفعالي يسمح بتقبل جزئي لواقع البتر.

المرحلة الثالثة: مرحلة الاكتئاب وإدراك المبتور لفكرة فقد أحد أجزاء أطرافه، مع الإحساس بالذنب.

مرحلة إعادة التنظيم من خلال تقبل فقدان الموضوع ومحاولة التكيف مع الوضعية الجديدة.

فسيرة الحداد هي خطوة ضرورية بالنسبة للمبتور، تسمح له بتقبل صورته الجديدة، ترميمها، والمرور لوضعية جديدة تتمثل في تقبل البتر، دمج صورة جسم وتطويرها والعودة بها للحياة اليومية.

وعليه فإن الحالة تقدر وضعيتها الحالية: بأن البتر ليس بعامل خطر يهدد توازنها النفسي أو الاجتماعي بل هو مظهر جديد للحياة يبعث على التحدي والإنجاز.

بالإضافة الى أن مدة البتر لها دور في عملية التكيف مع الواقع الجديد، حيث اكتسبت الحالة خلال مدة سبعة سنوات العديد من الخبرات التي جعلتها تتخطى الحواجز التي فرضها عليها البتر.

فقدان الحالة للإصبع في الجزء السفلي من الأطراف لم يغير في مفهومها لذاتها (يمكن إخفاءه)، بل نجدها إعتمدت على مصادرها وإمكاناتها الذاتية والاجتماعية لحل مشكلاتها والتخفيف من الضيق النفسي وبالتالي عدم ظهور الألم النفسي.

فالكفاءة الذاتية تعني الاعتقاد بقدرتنا على انجاز وتنفيذ ما نرغب بإنجازه، هذا الاعتقاد هو أحد العناصر الرئيسية في التوافق النفسي والرفاه الجسدي ووضع آليات للتقييم الذاتي لتغيير السلوك.

حيث يرى "Gill" بأن إرتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري من شأنه أن يؤدي لتحسين سلوك الرعاية الذاتية ويرفع من مستوى مراقبة السكر في الدم، فالكفاءة الذاتية لا تتوقف عند سن معين، بل هي في تطور مستمر عند الفرد مادام يقوم بتجارب لاكتساب مهارات جديدة.

ومن المصادر التي اعتمدت عليها الحالة هو الرجوع الى الدين والبحث عن السند العائلي والدعم الاجتماعي، ففي دراسة عن حرب الخليج الأولى اجراها مجموعة من الباحثين بإشراف "Pargament, 1994" وجدوا أن بعض الأنشطة الدينية التي تستخدم لمواجهة الألم مثل التماس الدعم الديني لها تأثيرات إيجابية في حين أن أنشطة أخرى مثل عدم الرضى الديني كان لها تأثيرات سلبية ويبدو أن سلبية النتائج أو ايجابية يرتبط بعمق إيمان الفرد بالآلية التي يلجأ اليها، وهو ما اعتمدت عليه حالتنا.

2.2 مناقشة النتائج الخاصة بمتغير آليات التعامل:

أشارت نتائج الدراسة الحالية أن نوع (طبيعة) الآليات المستخدمة من طرف مبتوري الأطراف بسبب السكري موجهة نحو الانفعال، فمن خلال عرض وتحليل نتائج الحالات الخمسة، نلاحظ استعمالهم للآليات التي تقع ضمن آليات التعامل المركزة حول الانفعال وهي كالتالي:

الحالة الأولى "مجيد": استعمل آلية الهروب والتجنب.

الحالة الثانية "سعيدة": استعملت آلية إعادة التقييم الإيجابي.

الحالة الثالثة "عياش": استعمل آلية الهروب والتجنب.

الحالة الرابعة "فاتح": استعمل آلية الهروب والتجنب.

الحالة الخامسة "عبد الغفور": استعمل آلية البحث عن السند الإجتماعي.

يقودنا استعمال الحالات لمختلف الآليات التي تقع ضمن آليات التعامل المركزة حول الانفعال لقبول الفرضية. (الفرضية محققة).

وعليه أظهرت نتائج الدراسة أنها متسقة مع دراسة كل من:

دراسة "أزروق، 1997" والتي أظهرت نتائجها أن المصابين بالسكري يستخدمون آليات التعامل التي تركز على الانفعال أكثر مما يستخدمون آليات التعامل التي تركز على المشكل، فهم يستعملون في عملية المقاومة ضد المرض أسلوب الهروب والتجنب كالرغبة في تغيير الوضعية بتمني حدوث معجزة، رفض تقبل ما حدث، تجنب الحضور بين الآخرين، كما يستعملون بشكل كبير أسلوب تأنيب الذات إلى جانب أسلوب الهروب من مواجهة المشكل.

دراسة "Smari and Valtysdottir، 1997" بإيسلندا، والتي خلصت الى أن الذين اختاروا بصفة عامة آليات التعامل المركزة على الانفعال بينت النتائج معاناتهم من اضطرابات تكيف انفعالي (حالات قلق واكتئاب).

ودراسة "Oaksford,2005" حيث توصلت النتائج الى أن المبتورين يستخدمون مجموعة من آليات التكيف لتسهيل التوافق النفسي وهي عبارة عن: التجنب العقلي، البحث عن الدعم والسند، الدعابة، آليات معرفية لإعادة المعنى للخبرة، مجهودات التكيف.

كذلك دراسة "حنان سليمان، 2009" بمصر، والتي أسفرت نتائجها الى أنه يمكن لبعض أنواع المساندة الاجتماعية التي تقدم من بعض مصادر المساندة دون غيرها أن تتنبأ بالدرجة الكلية لجودة الحياة وأبعادها، وكانت على الترتيب المساندة بالمعلومات من قبل الأسرة، يليها المساندة النفسية من قبل الأصدقاء، يليها المساندة المادية من قبل الأسرة.

ودراسة "رمالي حبيبة، 2012" بالجزائر، حيث توصلت النتائج الى أنه يستخدم المصابين بداء السكري استراتيجية اتهام الذات، ويلجأ المصابين من ذوي التحكم الخارجي الى استراتيجية إعادة التقييم الايجابي والتي تندرج ضمن الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال.

دراسة "عطاف أبو غالي، 2014" بغزة، والتي خلصت الى أن مستوى المساندة الاجتماعية جيد لدى حالات البتر وذلك راجع لطبيعة المجتمع وثقافته ولطبيعة التنشئة الأسرية.

بالإضافة إلى دراسة "بن سكرينة مريم، 2015" بالجزائر، حيث توصلت النتائج الى أنه المصابين بداء السكري النوع الثاني يستخدمون أساليب مقاومة الضغط النفسي المركزة على الانفعال (تشتيت الانتباه، اللجوء للدعم الانفعالي، التنفيس، التدين ولوم الذات) بشكل كبير مقارنة بأساليب مقاومة الضغط النفسي المركزة على حل المشكل.

و دراسة "زهية خليل القرا، 2015" بغزة، والتي أسفرت نتائجها الى وجود علاقة طردية ذات دلالة احصائية بين خبرات البتر الصادمة واستراتيجيات التجنب والهروب لدى مبتوري الاطراف.

دراسة "أمال سارة نعاب، 2017" بالجزائر، أظهرت النتائج أن المريضات يتبنين استراتيجيات المواجهة بمختلف أشكالها حيث لا يؤثر السن في استعمالها بقدر ما تؤثر الحالة المدنية، فالعازبات يتبنين الاستراتيجيات المركزة على الانفعال بشكل أكبر من المتزوجات.

و دراسة "Sideli, and all، 2017" بايطاليا، والتي خلصت الى أن المصابين يلجؤون لآلية التجنب، وأن آليات التعامل لها دور في تعديل التكيف النفسي خاصة في المراحل المبكرة من التأهيل والتعافي من الحروق.

بالإضافة إلى دراسة "حمادي ومزاور، 2021" بالجزائر، والتي أسفرت نتائجها الى أن آليات التعامل المستخدمة من طرف المصابين بالسكري موجهة نحو الانفعال.

يمكن تفسير هذه النتائج إنطلاقا من أن:

خصوصية حالة المبتور تجعله يتعامل مع الألم النفسي الذي يخلفه البتر على مختلف المستويات بشكل انفعالي، فتقديره للوضعية الراهنة يفرض عليه تجنب التعامل المباشر مع هذا الموقف الضاغط وذلك من خلال الانسحاب، أسلوب الاحجام، وباعتبار أن صدمة البتر تشكل مصدر ضغط فالهروب هو أنسب سلوك ووسيلة للتخفيف منه.

إن التعرض لصدمة البتر وفي ظل غياب شبكة الدعم المتخصصة والمكونة من أخصائين نفسيين لمتابعة مختلف الحالات وتوجيهها لما يناسب قدراتهم جعلهم يلجؤون لمختلف الآليات التي تقع ضمن آليات التعامل المركزة حول الانفعال وبالتالي عدم تحقيق التكيف مع الوضعية الراهنة.

انتقاء آليات التعامل من طرف مبتوري الأطراف تتماشى مع تقديرهم للوضعية الحالية المعقدة من خلال سمات الشخصية الخاصة بهم وخبراتهم الذاتية ومهاراتهم في تحمل صدمة البتر.

ويعتبر لجوء مبتوري الأطراف بسبب السكري الى آلية تعامل دون غيرها، متوقف على تقييمهم للوضعية الجديدة والتي فرضها البتر على حياتهم، فنلاحظ رغم تعرضهم لنفس الموقف (وهو البتر) إلا أنه لكل حالة آلية تناسب: طريقة إدراكهم، ومدى التحكم وفق المصادر الشخصية (مركز التحكم) والخارجية كالسند والدعم الاجتماعي.

فتقبل البتر جعل من الحالة الثانية تختار آلية تتماشى مع وضعيتها الجديدة، ولا يعني التقبل هو تسليم الذات للألم النفسي، وإنما التقبل هو تحفيز مبتوري الأطراف للتحكم في الوضعية الراهنة وإعطاء قيمة للحياة بنظرة تفاؤلية، من خلال إعادة التقييم وذلك بالتركيز على الجانب الايجابي الموجود فالحالة رغم تعرضها للبتر لم تعاني من الألم النفسي في الفترة الحالية وكانت لها نظرة واقعية تفاؤلية حولت التهديد الى تحدي.

و يكون للمساندة في الدور الوقائي أثر مخفف لنتائج الأحداث الضاغطة، فالأشخاص الذين يمرون بأحداث مؤلمة تتفاوت استجاباتهم المؤلمة (القلق أو الاكتئاب) لتلك الأحداث تبعاً لتوفر مثل هذه العلاقات الودودة والمساندة، حيث يزداد احتمال التعرض للاضطرابات النفسية كلما نقص مقدار المساندة الاجتماعية كماً ونوعاً وقد أضحى هذا التأثير معروفاً بنموذج الأثر الملطف للمساندة أو فرض التخفيف.

(السيد، 2000، صفحة 319)

وعليه البحث عن السند والحاجة الى الإستقرار العاطفي له أثر واقعي ناجح على الحالة النفسية للمبتور والذي من شأنه أن يحفز قدرته على التعايش والتكيف مع الوضعية الجديدة، خاصة تلك الشبكة

الإجتماعية ذات النظرة التفاضلية تعزز بشكل إيجابي وتعيد بناء ثقة مبتوري الأطراف حول تقديرهم لذاتهم وتقبلهم للصورة الجسمية الحالية.

ونرى أيضا أن اللجوء الى الدين هو القاسم المشترك في كل المجتمعات رغم إختلاف الديانة ولكن نجد المجتمعات الإسلامية أكثر تقبلا وإيمانا بمفهوم القضاء والقدر.

كذلك خصوصية المجتمع الصحراوي تفرض ثقافة معينة يتخللها التقبل الظاهري من خلال ما يسمى "مكتوب ربي" والإنكار الداخلي والذي يرمز له ب" رانا صابرين، وما عندك ما تدير".

وعندما يحاول مبتوري الأطراف بسبب السكري التعامل مع بعض الأحداث الضاغطة يستخدم مجموعة من الآليات المتنوعة تبعا لخصائصه النفسية وطبيعة إدراكه لتلك الأحداث، فمن الأفراد من يستطيع التعامل مع الحدث بمرونة وروية، فيتحمل الضغط ويتكيف معه ويحسن إدارته كما هو الحال مع الحالة الثانية "سعيدة"، ومنهم من يتعامل معه على نحو متصلب وسلي ويدركه كأنه تهديد وخطر وهو ما يزيد حدة شعورهم بالألم النفسي كما هو الحال مع الحالات الأربعة "مجيد، عياش، فاتح، عبد الغفور".

يمكننا إذاً القول أن استراتيجيات التعامل تكون أكثر فاعلية عندما تتناسب مع نوع المشكلة أو المشكلات التي يواجهها المريض، فالمريض الذي يتمتع بمثل هذه التعددية في استراتيجيات التعامل يكون أقدر على عمليات الموائمة من ذلك الذي لا يملك سوى أسلوب واحد للتعامل.

(تايلور، 2008، صفحة 526)

فمسألة تحديد استراتيجيات التعامل الأكثر فعالية في إدارة الأمراض المزمنة هي مسألة معقدة وتعتمد على أي من جوانب الموقف الضاغط يحاول الفرد التكيف معه وبأي مرحلة من مراحل عملية التكيف.

3. الاستنتاج العام:

تهدف الدراسة الحالية إلى التقرب أكثر من مبتوري الأطراف بسبب السكري بمستشفى "تريشين إبراهيم" لولاية غرداية من خلال التعرف على إذا ما كان يعانون من الألم النفسي وكذا التعرف على طبيعة ونوع آليات التعامل المستخدمة من طرفهم.

ولقد قامت الباحثة بالتطرق إلى مفاهيم متغيرات الدراسة من خلال الفصول السابقة مع إبراز الخلفية النظرية لكل مفهوم، وإعتمدها على المنظور العيادي المستند على دراسة الحالة "المنهج العيادي" وذلك لملائمته موضوع الدراسة، واختيار خمسة حالات من مبتوري الأطراف بسبب السكري بطريقة قصدية، حيث تم تطبيق مقياس الألم النفسي من إعداد الباحثة ومقياس آليات التعامل للآزاروس وفولكمان (Lazarus and folkman)

ولقد خلصت الدراسة الحالية إلى النتائج التالية:

❖ يعاني مبتوري الأطراف بسبب السكري من الألم النفسي والمتمثل في (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي):

وذلك راجع إلى أن ظهوره ماهو إلا تعبير رمزي عن عدم التقبل و إنكار صريح للوضعية الراهنة وقد يصبح شكل من أشكال العدوان الموجه نحو الذات أو المجتمع، حيث لا يجد الحالات وسيلة مباشرة للتعبير عنه إلا عن طريق ظهور أعراضه فهو وسيلة إتصال بالآخرين لطلب الدعم والمساعدة.

ولأنه خبرة ذاتية شخصية معقدة جعل من مبتوري الأطراف يعتمدون على اتجاهاتهم الفطرية ومعتقداتهم وكفائتهم الذاتية، وهنا نشير الى الفروق الفردية للحالات في كيفية استجابتها لعملية البتر، وكذا ادراكهم لما تولده العملية من آثار نفسية وسلوكية.

وراجع أيضا إلى إن الإصابة بالسكري ومن ثم البتر تفرض على الحالات إتباع نمط حياة معين وإحداث تغييرات دائمة في الأنشطة الجسمية، المهنية والاجتماعية، فالالتزام يشكل مصدر ضغط والفشل فيه يدعو الى القلق والفقدان (أي الجزء المبتور) يحرم صاحبه من مختلف النشاطات التي تستدعي وجوده والتي تؤدي بدورها الى الانعزال والشعور بالوحدة والاكتئاب.

يرجع كذلك إلى غياب عمل المختصين في كل مراحل البتر ساهم بشكل كبير في ظهور الألم النفسي لدى حالات الدراسة.

كما أن للجانب الاجتماعي، الاقتصادي، الوظيفي (وظيفة الطرف المبتور) دور في ظهور الألم النفسي واستمراره، لكون نظرة المجتمع لفئة المبتورين من أكثر المشاكل التي تواجههم، فالإعتقاد السائد أن الشوه

الجسمي وصمة مخيبة وعالة على المجتمع بسبب العجز الذي تخلفه هذه العاهة فصورة الجسم معطى أساسي في معادلة بناء الشخص لذاته.

❖ آليات التعامل المستخدمة من طرف مبتوري الأطراف بسبب السكري موجهة نحو الانفعال:

وذلك راجع إلى خصوصية حالة المبتور فهي تجعله يتعامل مع الألم النفسي الذي يخلفه البتر على مختلف المستويات بشكل انفعالي، إذ أن تقديره للوضعية الراهنة يفرض عليه تجنب التعامل المباشر مع هذا الموقف الضاغط وذلك من خلال الانسحاب، أسلوب الاحجام، وباعتبار أن صدمة البتر تشكل مصدر ضغط فالهروب هو أنسب سلوك ووسيلة للتخفيف منه.

وصعوبة المعاش النفسي لديه تساهم في لجوئه إلى تقييم حالته الصحية بتبنيه آلية انفعالية لتنظيم ردود أفعاله ومن أجل الشعور بالتحسن دون حاجته للبحث عن حل جذري للوضعية الجديدة و هنا نتحدث عن خصوصية السكري والبتر وتعقيداتهما.

أيضا إن التعرض لصدمة البتر وفي ظل غياب شبكة الدعم المتخصصة والمكونة من أخصائين نفسيين لمتابعة مختلف الحالات وتوجيهها لما يناسب قدراتهم جعلهم يلجؤون لمختلف الآليات التي تقع ضمن آليات التعامل المركزة حول الانفعال وبالتالي عدم تحقيق التكيف مع الوضعية الراهنة.

فانتقاء آليات التعامل من طرف مبتوري الأطراف تتماشى مع تقديرهم للوضعية الحالية المعقدة من خلال سمات الشخصية الخاصة بهم وخبراتهم الذاتية ومهاراتهم في تحمل صدمة البتر.

ويعتبر لجوء مبتوري الأطراف بسبب السكري الى آلية تعامل دون غيرها، متوقف على تقييمهم للوضعية الجديدة والتي فرضها البتر على حياتهم، فنلاحظ رغم تعرضهم لنفس الموقف (وهو البتر) إلا أنه لكل حالة آلية تناسب: طريقة إدراكهم، ومدى التحكم وفق المصادر الشخصية (مركز التحكم) والخارجية كالسند والدعم الاجتماعي والذي له دور وقائي في التخفيف من نتائج الألم النفسي والمستوى العالي من التكيف الديني.

وفي الختام لا يفوتنا التنويه بأن نتائج هذه الدراسة متعلقة بأفراد العينة وظروف إجراءاتها.

4. الاقتراحات:

1. ألفت الدراسة الضوء على فهم موضوع الألم النفسي وآليات التعامل لدى مبتوري الأطراف بسبب السكري، مما يلفت انتباه الباحثين بدور هذه المتغيرات في تفسير آثار البتر بدل التفسير الطبي البحث.
2. العمل على تخصيص مصلحة خاصة بالمبتورين بسبب السكري.
3. ضرورة التكفل النفسي بالحالات قبل وبعد إجراء عملية البتر.
4. نشر الثقافة الصحية بزيادة الحملات التحسيسية والتوعوية لصالح مبتوري الأطراف بسبب السكري لما لها من أهمية في جعلهم يدركون مدى مسؤوليتهم ودورهم الفعالة في التحكم بوضعيتهم الصحية.
5. تساهم نتائج الدراسة في مساعدة الباحثين المهتمين بفئة مبتوري الأطراف بسبب السكري في إعداد برامج تدريبية لتعزيز معتقدات الفرد الايجابية من خلال تبني آليات التعامل الفعالة.
6. تطوير برامج التأهيل الخاصة بالمبتورين بسبب السكري.
7. العمل على دمج فئة المبتورين بسبب السكري في المجتمع من خلال توفير مختلف الأطراف الصناعية.
8. قلة الدراسات العربية في هذا المجال مما يدعو الباحثين إلى إجراء دراسات أخرى تشتمل على عينة أكبر من مبتوري الأطراف بسبب السكري و كذا ربطها بمتغيرات أخرى (كمرکز الضبط أو التحكم، جودة الحياة ...).
9. إجراء دراسات مقارنة بين حالات البتر بسبب السكري والبتر بسبب آخر (كالجروح، حوادث العمل، ...).
10. إقامة ندوات وملتقيات خاصة بمبتوري الأطراف بسبب السكري ومعالجة بعض المتغيرات ذات الأثر الإيجابي.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

أ. الكتب:

- إبراهيم عبد الستار. (1998). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- أديب الخالدي. (2002). المرجع في الصحة النفسية. غريان: الدار العربية للنشر والتوزيع.
- اس جي هوفمان. (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر "الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية". مصر: دار الفجر للنشر والتوزيع.
- امثال هادي الحويلة. (2016). علم النفس المرضي ط2. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- جاسم المرزوقي. (2008). الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر (السكري). الاسكندرية: العلم والايمان للنشر والتوزيع.
- جميل حمداوي. (2017). مناهج علم النفس وعلم النفس التربوي. المغرب.
- حسن المحمداوي. (2008). دراسة بعض أعراض الاكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية في السويد. مؤسسة النور و الاعلام.
- حسن عبد الغني و وداد محمود الموصللي. (2007). الصحة النفسية. عمان: دار زهران للنشر والتوزيع.
- دايفيد سوانسون. (2000). حول الألم المزمن، ط1. بيروت: الدار العربية للعلوم.
- رضوان سامر جميل. (2016). التشخيص النفسي الاكلينيكي (2) التشخيص النفسي للاضطرابات النفسية (ج1) ط1. الجمهورية اللبنانية- دولة الامارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.
- رولان، فرانسوز دورون و بارو. (1996). موسوعة علم النفس، المجلد 2. بيروت: عويدات للنشر.
- زينب محمود شقير. (2002). مقياس مواقف الحياة الضاغطة ط2. القاهرة: مكتبة النهضة العربية.

- سناء أبو النصير حجازي. (2013). علم النفس الاكلينيكي، ط2. عمان: دار الميسر للنشر.
- سهير أحمد كامل. (1998). دراسات في علم النفس المرضي. مصر: مركز الاسكندرية للكتاب.
- شيلي تايلور. (2008). علم النفس الصحي. الاردن: دار الحامد.
- صادق عادل. (1986). الألم النفسي و العضوي. القاهرة: توزيع الأهرام.
- صالح بن حمد عساف. (1995). المدخل الى البحث في العلوم السلوكية ط1. الرياض: مكتبة العبيكان.
- طه عبد العظيم حسين. (2006). استراتيجيات مواجهة الضغوط التربوية و النفسية ط1. الأردن: دار الفكر.
- عبد الرحمان سيد سليمان. (2001). الاعاقة البدنية (المفهوم، التصنيفات والأساليب العلاجية) ط1. القاهرة: مكتبة زهراء للشرق.
- عبد الرحمن العيسوي. (1999). علم النفس الاكلينيكي. مصر: الدار الجامعية للنشر والتوزيع.
- عبد الفتاح غريب. (1999). علم الصحة النفسية ط1. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الفتاح محمد دويدار. (1999). مناهج البحث في علم النفس، ط2. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- عبد الله حسن فقيه. (2002). دراسات اكلينيكية سيكومترية للأعراض النفسية المصاحبة للأمراض المهتدة للحياة. السعودية: مستشفى الملك عبد الله.
- عثمان يخلف. (2001). علم نفس الصحة، ط1. قطر: دار الثقافة للطباعة و النشر والتوزيع.
- علي عسكر. (2000). ضغوط العمل وأساليب مواجهتها ط2. مصر: دار الكتاب الحديث.
- فاروق عثمان السيد. (2001). القلق وادارة الضغوط النفسية ط1. القاهرة: دار الفكر العربي.

- فاطمة عبد الرحيم النوايسة. (2013). الضغوط و الازمات النفسية وأساليب المساندة. عمان: دار المناهج للنشر و التوزيع.
- فيصل عباس. (1991). الاختبارات النفسية وتقنياتها وإجراءاتها ط1. لبنان: دار الفكر العربي للنشر والتوزيع.
- قاسم محمد عبد الله. (2012). علم نفس الصحة. الاردن: دار الفكر.
- كمال بورزق. (2022). مطبوعة محاضرات منهجية البحث في علم النفس الاكلينيكي. أفلو: المركز الجامعي.
- ليويلين كليز. (2006). الحقائق عن داء السكري ط1. مصر: الدار العربية للفنون.
- ماجدة بهاء الدين عبيد. (2008). الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية. عمان: دار الصفاء.
- محمد بن سعد. (2008). السكري أسبابه مضاعفاته وعلاجه. ابوظبي: مدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية.
- محمد عبد الرحمن السيد. (2000). علم الامراض النفسية والعقلية. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- محمود أبو علام رجاء. (2011). مناهج البحث في العلوم النفسية و التربوية. القاهرة: دار النشر للجامعات.
- محمود ماهر فوزي. (2006). الأم-أسبابه و كيف تتخلص منه؟ القاهرة: دار الهلال.
- مراد علي عسكري. (2008). الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي (ط1). الاسكندرية: دار وفاء للطباعة و النشر.

- منيرة زلوف. (2011). المعاش النفسي للمراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين واثره على التحصيل الدراسي. الجزائر: دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع.
- هناء شويخ. (2012). علم النفس الصحي. مصر: مكتبة أنجلو المصرية.
- وزارة الصحة والسكان. (2011). الجزائر.
- DSM5. (2013). الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية الاصدار الخامس.
- ICD-10. (1999). المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض: تصنيف الاضطرابات النفسية و السلوكية. مصر: منظمة الصحة العالمية (المكتب الاقليمي لشرق المتوسط).

ب. المقالات:

- احسان نصر عطاالله هنداوي. (2020). أثر التدريب على الطمأنينة الانفعالية في خفض الضغط النفسي المدرك والقلق الأكاديمي لدى عينة من طلبة الجامعة. المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد 108(30)، صفحة 1_34.
- أحمد أحمد حساسين. (2019). المناحي المفسرة للألم المزمن وتطبيقاتها العملية. المجلة العلمية لكلية التربية-العدد الثالث، الصفحات 438-477.
- أحمد عبد الخالق. (2011). العوامل المنبئة بمستويات بعض الأعراض الاكتئابية. مجلة جامعة دمشق، صفحة 165_231.
- أسماء عبد المتعال أحمد. (2018). فعالية برنامج ارشادي نفسي ديني في علاج بعض مشكلات الاكتئاب الناتجة عن سوء التوافق النفسي و الدراسي. المجلة التربوية (53)، الصفحات 465-488.
- الطاف عبد الرزاق هادي. (2017). العنف ضد المرأة وعلاقته بالألم النفسي لموظفات جامعة بغداد. مجلة البحوث التربوية والنفسية (العدد 52)، الصفحات 563-587.

- الهاشمي مليك. (2019). واقع الاصابة بالامراض المزمنة حسب الجنس في الجزائر. مجلة الباحث في العلوم الانسانية و الاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.، الصفحات 15-26.
- أم النون و سامية عرعار شلاوشي. (2017). الاستجابة الاكتئابية لدى الأطفال المصابين بداء السكري المعتمد على الأنسولين. مجلة العلوم الاجتماعية (ع24)، الصفحات 225-236.
- امال سارة نعاب. (2017). استراتيجيات المواجهة وعلاقتها بسرطان الثدي. دراسات في العلوم الانسانية والعلوم الاجتماعية ع30، الصفحات 91-77.
- باهية فالح وعدوان. (2021). الفعالية الذاتية المدركة و. مجلة الروائر المجلد 05 (ع01)، الصفحات 47-63.
- جميل سامر رضوان. (2003). الصورة السورية لمقياس بيك للاكتئاب. العلوم التربوية و الدراسات الاسلامية(1)، مجلة جامعة الملك سعود، الصفحات 15-40.
- حبيبة رمالي. (2012). استراتيجيات المواجهة ومركز التحكم لدى مرضى السكري. مجلة دراسات ع2، الصفحات 167-180.
- حسن عبدالعال حموده. (2018). الضغوط النفسية لدى مبتوري الأطراف جراء العدوان الإسرائيلي على قطاع غزة. مجلة مفاهيم للدراسات الفلسفية والانسانية المعمقة ع4، الصفحات 343-365.
- حسين محمد الأطرش. (2018). صورة الجسم وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى مبتوري الأطراف بعد حرب التحرير بمدينة مصراته. المجلة العلمية لكلية التربية - ع4، الصفحات 331-360.
- حمادي ومزاور. (2021). الكفاءة الذاتية و علاقتها بآليات التعامل لدى مرضى السكري. مجلّة الواحات للبحوث و الدراسات المجلد 14 (ع02)، الصفحات 1078-1059.
- حمادي ومزاور. (2022). الألم النفسي لدى مبتوري الأطراف بسبب السكري. مجلة العلوم الاجتماعية، الصفحات 556-565.

- رابح واكد. (2019). الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى السكري "دراسة ميدانية على عينة من مرضى السكري النوع الثاني". مجلة البحوث و الدراسات العلمية (العدد 13)، الصفحات 334-357.
- رضا مسعودي. (2019). الألكستيميا لدى النساء المبتورات الثدي من جراء الإصابة بالسرطان. مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية. جامعة باتنة 1 (مجلد 20 ع02)، الصفحات 449-480.
- سام صقور. (2018). شدة الألم وأثرها في الحالة الانفعالية وجودة الحياة لدى عينة من مرضى السرطان، المجلد 34 ع01. مجلة جامعة دمشق، الصفحات 325-365.
- صليحة بولكويرات. (2018). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من استجابة القلق والاكتئاب لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي. دراسات نفسية (المجلد 90، رقم 01)، الصفحات 64-82.
- طالب تهابي وآخرون. (2016). الألم النفسي لدى المصابين بالأمراض المناعية الجلدية (البهاق، الثعلبية). مركز البحوث النفسية، الصفحات 159-196.
- عبد السلام كريمة نايت. (2018). دراسة الغضب والقلق واستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي المركزة حول الانفعال كعوامل استهدافية للاصابة بارتفاع ضغط الدم الشرياني الأساسي. مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية (المجلد 09، العدد 02، خاص ج1)، صفحة 262_291.
- عبد العظيم إبراهيم حسني. (2015). الألم: مقارنة سوسية-أنثروبولوجية. نقد وتنوير (العدد الثاني)، الصفحات 193-227.
- عطاف أبو غالي. (2014). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بمعنى الحياة لدى حالات البتر في محافظات غزة. مجلة الزرقاء للبحوث والدراسات الانسانية المجلد 14 (ع02)، الصفحات 34-15.

- فواز رافع عقيل الزغلول والمومني. (2011). استراتيجيات التعامل لدى الناجين والأسر المتضررة من تفجيرات فنادق عمان. دراسات، العلوم الانسانية والاجتماعية، المجلد (38 ع 2)، الصفحات 391-411.
- محمد امين بغول و دعيش. (06, 2014). براديعم نسقي في علم النفس الصحة "تمهيد بنيوي للنموذج البيونفسي اجتماعي". العلوم الانسانية (عدد 41)، الصفحات 137-151.
- مريم بن سكريفة. (18, 03, 2015). أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المصابين بالداء السكري النوع الثاني. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، الصفحات 231-254.
- نرمين غريب. (2014). استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية (سلسلة الآداب والعلوم الانسانية) مجلد 36 ع(3)، الصفحات 305-324.
- معمرية بشير. (2010). تقنين قائمة آرون بيك الثانية للاكتئاب . مجلة شبكة العلوم النفسية العربية ع25_26، صفحة 92_105.
- نسيمة بومعزوزة. (مارس, 2017). أساليب المواجهة ومركز التحكم في الضغوط لدى المصابات بسرطان الثدي. مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية ع(04)، الصفحات 237-254.
- يوسف عدوان. (2014). مركز ضبط الصحة عند مرضى السكري. أفاق علمية (ع9)، الصفحات 79-55.
- ت. الرسائل والأطروحات الجامعية:**
- آلاء أبو القمصان. (2016). نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بفاعلية الذات لدى مبتوري الاطراف في الحرب الأخرى على غزة "حرب عام 2014". الجامعة الإسلامية غزة: رسالة ماجستير.
- أسماء عباس. (2015). فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض درجات القلق المعمم لدى عينة من الأطفال المتدربين. جامعة ابي بكر بلقايد: أطروحة دكتوراه.

- أمينة عبد الجواد التميمي. (2006). فاعلية التدريب على استراتيجيات التكيف في خفض القلق والاكتئاب وتحسين مستوى التكيف النفسي لمرضى الفشل الكلوي المزمن. الأردن جامعة اليرموك: أطروحة دكتوراه.
- أمينة قريط. (2006). الدعم الاجتماعي و استراتيجيات التكيف لدى مرضى النوع الثاني من السكري. الجامعة الأردنية للعلوم و التكنولوجيا: رسالة ماجستير.
- جهاد براهيمية. (2018). الرعاية الصحية وعلاقتها بالألم النفسي لدى مرضى السرطان. جامعة ورقلة: أطروحة دكتوراه.
- حنان سليمان. (2009). المساندة الاجتماعية و علاقتها بجودة الحياة لدى مريض السكر. جامعة الرقازيق: رسالة ماجستير.
- خليل زهية القرا. (2015). خبرة البتر الصادمة واستراتيجيات التكيف وعلاقتها بقلق الموت لدى حالات البتر في الحرب الاخيرة على غزة. غزة: رسالة ماجستير.
- رضوان عبد الكريم سعيد. (2002). القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات. الجامعة الاسلامية غزة: رسالة ماجستير.
- ريمه صندلي. (2012). الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة المستعملة لدى المراهق المحاول للانتحار. جامعة فرحات عباس-سطيف-: رسالة ماجستير.
- سعاد العاتي. (2020). أساليب مواجهة الضغوط النفسية وعلاقتها بمستوى الصلابة النفسية لدى طلبة سنة أولى جامعي. جامعة ورقلة: أطروحة دكتوراه.
- سهى ياسين. (2015). الكفاءة السيكومترية لمقياس بيك للقلق على عينات من الأسوياء والمرضى النفسيين. جامعة دمشق: رسالة ماجستير.
- سهيل مقدم. (2010). استراتيجيات التعامل مع مواقف الضغط المهني على ضوء متغيرات الخلفية الفردية لدى أساتذة التعليم الثانوي. جامعة وهران: أطروحة دكتوراه.

- شهرزاد نورا. (2014). علاقة سمات الشخصية والمساندة الاجتماعية بالسلوك الصحي ودورها في التخفيف من الألم العضوي لدى مرضى السكري. الجزائر 2: أطروحة دكتوراه.
- عبد الرحيم شادلي. (2017). انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف (دراسة حالات من منظور نفسي عيادي). الجزائر (جامعة محمد خيضر): أطروحة دكتوراه.
- فاز أزروق. (1997). الكفالة النفسية للمصابين بداء السكري: استراتيجيات المقاومة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي الاجتماعي. جامعة الجزائر: رسالة ماجستير.
- لياس بغيحة. (2006). استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية "الكوبين" وعلاقتها بمستوى القلق والاكتئاب لدى المعاقين حركيا. جامعة الجزائر: رسالة ماجستير.
- مريم بن سكريفة. (2018). أساليب مقاومة الضغط النفسي وعلاقتها بظهور الأمراض البسيكوسوماتية للمعلم. جامعة ورقلة: أطروحة دكتوراه.
- مزاور نسيمة. (2006). ، استراتيجيات مقاومة مرض السرطان (دراسة مقارنة بين المصابين و غير المصابين). جامعة باتنة: رسالة ماجستير.
- مهيرة سهيل خلف. (2012). مبتورو الأطراف خلال الحرب على غزة (دراسة اكلينيكية). الجامعة الاسلامية غزة: رسالة ماجستير.
- نادية عيادي. (2016). دور التفاؤلية الدفاعية والوظيفية في مدى قيام مريض السكري بالسلوك الصحي. جامعة باتنة: أطروحة دكتوراه.
- نعيمة طايبي. (2007). التعامل مع الضغط النفسي عند المصابات بمرض القلب والمصابات بداء السكري "دراسة مقارنة". جامعة الجزائر: رسالة ماجستير.
- نواره مصاري. (2003). إستراتيجيات المقاومة عند المصابين بداء السكري الخاضع للأنسولين (دراسة مقارنة). جامعة الجزائر: رسالة ماجستير.

وفاء القاضي. (2009). قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة. الجامعة الاسلامية (غزة): رسالة ماجستير.

ياسمين لطرش. (2015). التوظيف النفسي والتعبير عن الألم في حالة مرض سرطان الثدي (دراسة عيادية لتسع حالات). جامعة الجزائر: رسالة ماجستير.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

Anzieu, D. (1976). *Les méthodes projectives*. Paris: Presses universitaires de France.

Arthur, M. (2003). *Handbook of psychology*. Canada: Irving .B. Weiner.

Bailly, F. A. (2013). *Comportements humains et managements, 4eme Edition*. France: Pearson.

Beck, D. D. (1987). *Cognitive Behavior Modification of Mood Disorders*. New York: in Forty.

Blackburn & Cottraux. (2001). *Thérapie cognitive de la dépression 3éme édition*. Paris: collection médecine et psychothérapie.

Boureau, F. (1988). *Pratique du traitement de la douleur*. Paris: Institut UPSA de la douleur.

Caron, A. (2006). *Larousse médical. 4 ème édition*. Italie: Balogne: impersion grafica éditoriale printing.

Cathébras, P. (2009). Diversité culturelle et expression de la douleur en rhumatologie. *Rhumatisme 76 (6)*, p. 517_521.

Copuroglu, C. M. (2010). Acute stress disorder and post-traumatic stress disorder following traumatic amputation. *Acta Orthop Belg v76(01)*, pp. 90-93.

Craig, P. b. (2000). Diabetes-related lower-limb amputations in Australia. *The Medical Journal of Australia v173*, pp. 352-354.

Davison, G. C. (1996). *Abnormal psychology*. New York: INC.6.

- Desteli, Y. İ. (2014). Comparison of upper limb amputees and lower limb amputees: a psychosocial perspective. *Eur J Trauma Emerg Surg* 40(06), pp. 735-739.
- Diagne, S. (1998). *Evaluation et prise en charge des douleurs post-opératoires en chirurgie buccale*. Thèse docteur en chirurgie dentaire.
- Didier, T. (2004). *Epuisement professionnel et burnous concepts, Modèles, interventions*. Paris: Dunod.
- Duplan, B. (2002). *Bien soigner le mal de dos*. Paris: Odile Jacob.
- Fischer, G. N. (2006). *Concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris: DUNOD.
- Gellman, M. D. (2013). *Encyclopedia of behavioral medicine*. New York: NY: Springer.
- George, F. (2010). *Stress Consequences Mental Neuropsychological and Socioeconomic*. USA: Elsevier Publication.
- Gill, M. a. (2013). A tool for people with diabetes managed by continuous, subcutaneous insulin infusion. *Journal of Diabetes Nursing Volume 17 N 1*.
- Gillian, A. B. (1995). Transcending the dualisms: towards a sociology of pain. *Sociology of Health and Illness Vol. 17 No. 2*, p. 141_165.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*. 6 (4): pp. 278–96.
- Hawamdeh, Z. M. (2008). Assessment of anxiety and depression after lower limb amputation in Jordanian patients. *Neuropsychiatr Dis Treat* v4(03), pp. 627-633.
- Jacob, L., & David, I. (1997). *the psychology of pain and suffering*. Newyork: springer science.
- Kirsten, O. K., & Anders, G. (1994). "Suicide in Men with IDDM" vol 17(N°3). *Diabetes, care*.

- Kotobi, H. K. (2009). *Vers un nouveau paradigme philosophique de la douleur*. L'harmattan.
- Kristin, w. (2002). *effect of participation in physical activity on body image of amputation*. U.S.A: American journal of physical medicine and rehabilitation.
- Kroner, H. J. (1996). Predicting subjective disability in chronic pain patients. *International Journal of Behavioral Medicine*,3, p. 30_41.
- Lazarus and Folkman, L. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lloyd CE, B. F. (2002, jun 01). Depression and diabetes. *Current Women's Health Reports* 2(3), pp. 188-193.
- Marc, T. J. (2005). *Dépression et diabète type 2*. Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon: thèse de doctorat.
- MC-Quaid, E. (1999). Biofeedback and diabetes control. *journal of pediatric psychiatry VOL 33(4)*, p. 22_39.
- Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain (6)*, pp. 121-126.
- Merhan, F. (2010). *Psychologie positive et personnalité, activations des ressources*. France: Masson Elsevier.
- Moss, R. (1988). *Coping Responses Inventory, Manual Stanford university and Veterans Administration medical centers*. California: Palo Alto.
- Murray, C. D. (2005). The social meanings of prosthesis use v 10(03). *Journal of Health Psychology*, pp. 425-441.
- Nalib, O. (1982). Does the MMPI differentate chronic illness from chronic pain? *VA Medical ctr VOL 31(4)*, pp. 7-13.
- Oaksford, K. (2005). Positive Coping and Stress-Related Psychological Growth Following Lower Limb Amputation. *Journal of Rehabilitation Psychology Vol 5(3)*, pp. 266-277.

- Paulhan. (1994). *Les stratégies d'ajustement, ou « coping »*. Paris: Introduction à la psychologie de la santé.
- Pedinielli, J., & Rouman, G. (1997, 5 2). Douleur et traumatisme: lecture psychanalytique. *Douleur et Analgésie N°03*, pp. 95-100.
- Pérrier, M., & Fondras, J. (2004). *Soins palliatifs*. Paris: Dion.
- Postel, J. (1998). *Dictionnaire de Psychiatrie et de Psychopathologie Clinique*. Paris: Larousse.
- Pucher, I. (1999). coping with amputation and phantom limb pain. *Journal of Psychosomatic Research V46(4)*, pp. 379-383.
- Racy, J. C. (2008). Religion, Culture, and Mental Health [book review]. *J Clin Psychiatry 69(12)*, pp. 1986-1986.
- Schafer, W. (1992). *Stress management for wellness*. Harcourt Brace Jovanovich college publisher.
- Schweitzer, B. M. (2002). *Psychologie de la santé modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod.
- Servant, D. (2007). *Gestion du stress et de l'anxiété*. PARIS: MASSON.
- Sideli and all, L. (2017). ASSOCIATION BETWEEN COPING STRATEGIES AND PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT AFTER SMALL BURN INJURIES. A CROSS-SECTIONAL STUDY. *Clinical Neuropsychiatry v14 (02)*, pp. 151-158.
- sillamy, N. (1999). *Dictionnaire de la psychologue médical*. Paris: larousse.
- Simon D, P.-Y. T. (2007). *Education thérapeutique : prévention et maladie chronique, 1ere edition*. Paris: Masson.
- Smari and Valtysdottir. (1997). Dispositional coping, psychological distress and disease-control in diabetes. Personality and Individual Differences. *Personality and Individual Differences 22(2)*, pp. 151-156.
- Strong, J. (1999). Assessment of pain perception in clinical practice. *manual therapy Vol 4(04)*, p. 216_220.

- Thomas, H., & Kenneth, D. (2004). *PAIN psychological perspective*. New Jersey, London: LAWRENCE ASSOCIATES publishers Mahwah.
- Tuncay, T. I. (2008). the relation between anxiety coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health Qual Life Outcomes*, p. 6_79.
- Wade, & J. B., P. D. (1990). An emotional component analysis of chronic pain. *Pain*, pp. 3 (40), 303-310.
- Wade, J. B. (1990). An emotional component analysis of chronic pain3 (40). *Pain*, pp. 303-310.
- Yalniz, E. (2010). Acute stress disorder and post-traumatic stress disorder following traumatic amputation. *Acta Orthop Belg v76 (01)*, pp. 90-93.
- YONG, J. M. (1998). Against all odds: positive life experiences of people with advanced lateral sclerosis. p. 35_43.
- Zerssen.D. (1976). *Die Paraniod Depressivitaet Skala Weinheim*. Germany: Weinheim.

الملاحق

الملحق رقم (01): قائمة المحكمين لمحاور المقابلة العيادية.

| الإسم واللقب | التخصص | الجامعة |
|---------------------------|-------------------|--------------------------------------|
| أ.د آمال بن عبد الرحمان | علم النفس العيادي | جامعة غرداية |
| المختصة النفسية سمى السيد | علم النفس العيادي | مستشفى "تريشين إبراهيم" ولاية غرداية |
| المختص النفسي مصطفى بارود | علم النفس العيادي | العيادة متعددة الخدمات ولاية غرداية |

الملحق رقم (02): المقابلة التمهيدية.

المحور الأول: تقديم موضوع الدراسة والحصول على موافقة الحالة.

مرحبا بك، أنا باحثة دكتوراه تخصص "علم النفس عيادي" وبصدد إنجاز دراسة حول الألم النفسي وآليات التعامل لدى المبتورين بسبب السكري، اريد الاستعانة بك من أجل الدراسة العلمية البحتة وعليه:

1. هل يوجد لديك استفسارات أو أسئلة تخص موضوع الدراسة؟

2. هل يمكنك تذكر الأحداث التي أدت الى البتر؟

3. كيف تتعامل مع البتر؟

4. هل ترغب في المشاركة ودعمي في هذه الدراسة؟

✓ لا: شكرا على صراحتك، بالتوفيق.

✓ نعم: أشكر دعمك لموضوع دراستي، وعليه سأشرح لك بالتفصيل إجراءات التطبيق وكيفية

التواصل وتحديد المواعيد.

المحور الثاني: شرح إجراءات تطبيق الدراسة والاشارة الى سرية المعلومات.

بعد هذه المقابلة سوف نلتقي مجددا بالتاريخ الذي يساعدك، سوف نحدد سويا مواعيد المقابلات الثلاثة المتبقية حيث في كل مقابلة لدينا هدف يجب تحقيقه.

✓ تحديد موعد المقابلة الأولى: سأطرح عليك مجموعة من الأسئلة تخص الجانب الصحي لديك والتاريخ المرضي الخاص بك حيث من خلاله نعرف التطورات التي طرأت على حياتك ومختلف التحديات التي واجهتها بعد الإصابة بالسكري ومن ثم البتر.

✓ تحديد موعد المقابلة الثانية: سوف نتطرق من خلالها الى الألم النفسي المصاحب لتجربة البتر بسبب السكري، لنعرف كيف يظهر وما هو مستواه عن طريق تطبيق مقياس خاص بذلك يحتوي على مجموعة من البنود لتجيب عليها.

✓ تحديد موعد المقابلة الثالثة: سوف نتطرق من خلالها الى آليات التعامل التي تستخدمها مع تجربة البتر بسبب السكري، حيث سنتعرف عليها عن طريق تطبيق مقياس خاص بذلك يحتوي على مجموعة من البنود لتجيب عليها.

✓ وفي الأخير سننشر المعلومات التي ستدلي بها باسم مستعار ورموز لن يتعرف عليها أحد، وأعدك ان المعلومات سوف تستخدم في إطار علمي.

مقابلة تاريخ الحالة:

المحور الأول: البيانات العامة للحالة.

■ الاسم:

■ السن:

■ الجنس:

■ الحالة الاجتماعية:

■ عدد الأولاد:

■ المستوى الدراسي:

■ المهنة السابقة:

■ المهنة الحالية:

■ تاريخ البتر:

■ العضو المبتور:

المحور الثاني: التاريخ الأسري والشخصي.

■ ما هو الأسلوب أو الطريقة التي اعتمدها والديك في التربية؟

■ كيف هي علاقتك مع: والديك، الإخوة والأخوات، الأولاد؟(العائلة الكبيرة والصغيرة)

■ هل تعرضت لأحداث مؤلمة في طفولتك؟

■ كيف كنت ترى نفسك في السابق من حيث الشكل، التفكير، الشخصية؟

المحور الثالث: التاريخ الصحي (الطبي) مع "خبرة الإصابة بالسكري و تجربة البتر".

■ متى عرفت أنك مصاب بالسكري؟ ومن صرح بخبر الإصابة؟

■ هل كانت لديك معلومات عن مضاعفات السكري؟

■ هل كنت تحرص على إتباع تعليمات الطبيب؟

■ هل استفدت من تدخل علاجي نفسي مباشرة بعد البتر؟

المحور الرابع: التاريخ التعليمي والمهني.

■ كيف كانت دراستك؟

- كيف كانت علاقتك مع الأساتذة، زملاء؟
- هل كنت تعمل وانت تدرس؟ هل جربت شعور البطالة؟
- كم من وظيفة التحقت؟ وأية وظيفة راقت لك بعد عملية البتر؟

المحور الخامس: التاريخ الزوجي والبتر.

- كيف هي علاقتك مع الزوج (ة)؟
- هل وجدت المساندة من طرف الزوج (ة)؟
- هل تعاني من صعوبات في علاقتك الزوجية؟
- هل أثر البتر على حياتك الجنسية؟

المقابلة الخاصة بالألم النفسي:

- كيف كانت ظروفك حين اكتشفت أنك مصاب بالسكري؟
- كيف كانت استجابتك للإصابة بالسكري؟
- صف لي حالتك عند سماعك بخبر البتر؟
- هل استشرت اخصائي نفسي بعد سماعك لعملية البتر؟
- كيف ترى ذاتك في الوقت الحالي؟
- كيف تعتقد الآخر يراك؟
- ماهي نظرتك للمجتمع؟
- هل تخليت عن نشاطاتك بعد عملية البتر؟
- هل غير البتر نظرتك للحياة؟

■ ماهي آفاقك المستقبلية؟

المقابلة الخاصة بآليات التعامل:

■ كيف تعاملت مع الإصابة بالسكري؟

■ في نظرك، من يتحمل مسؤولية ما آلت إليه مضاعفات السكري؟

■ كيف تتعامل مع البتر في حياتك اليومية؟

■ ماهي الصعوبات التي تواجهها في الوقت الحالي؟

■ كيف تتعامل مع هذه الصعوبات؟

■ من أين تستمد طاقتك للتعامل مع هذه الصعوبات؟

■ هل غير البتر من عاداتك الصحية (النوم، الأكل، الرياضة)؟

■ الى من تلجأ لطلب النصح والمساعدة؟

■ هل أثر البتر على علاقتك بالمحيطين بك؟

■ هل لديك مشاريع ترغب في إنجازها؟

الملحق رقم (03): شبكة الملاحظة

- حالة الجسم : نظيف متسخ

- ملامح الوجه : حزينة سعيدة

- شكل الملابس : منسق غير منسق

محور الشكل الخارجي

- علامة مميزة :

- شحوب في الوجه : موجودة غير موجودة

- الإيماءات : موجودة غير موجودة
- التوتر : ظاهر غير ظاهر
- التعب : ظاهر غير ظاهر
- الحزن : ظاهر غير ظاهر
- الشعور بالضيق : ظاهر غير ظاهر
- تطور المرض : ظاهر غير ظاهر
- النقد (الشكوى) : موجود غير موجود

محور المزاج و السلوك

الملحق رقم (04): قائمة المحكمين لمقياس الألم النفسي.

| الإسم واللقب | التخصص | الجامعة |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| أ.د آمال بن عبد الرحمان | علم النفس العيادي | جامعة غرداية |
| د. حمزة خير الناس | طب السكري وأمراض الغدد الصماء | عيادة الحكيم "خير الناس" -غرداية- |
| أ.د عادل عبد الرحمن الصالحي | علم الأعصاب المعرفي | رئيس الجمعية العراقية للعلاج النفسي |
| د. محمد يونس قزاقزه | علم النفس الاكلينيكي | عمان العربية _الأردن_ |
| أ.د يوسف قدوري | علم النفس العيادي | جامعة غرداية |
| المختصة النفسية سمي السيد | علم النفس العيادي | مستشفى "تريشين إبراهيم" _غرداية_ |
| المختص النفسي مصطفى بارود | علم النفس العيادي | العيادة متعددة الخدمات _غرداية_ |

الملحق رقم (05): الاستمارة الموجهة للمحكّمين.

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

شعبة علم النفس

الدرجة العلمية:

الاسم واللقب:

الجامعة:

التخصص:

أستاذي الكريم(ة):

في إطار إعداد بحث علمي لاستكمال متطلبات الحصول على شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، ونظرا للأهمية التي أوليناها لرأيك واستشارتك ارتئينا أن نضع بين يديك أداة قصد تحكيمها وهي عبارة في استبيان يقيس متغير الألم النفسي والمتمثل حسب دراستنا الحالية في الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي.

لذا أرجو من سيادتكم مساعدتي في تحكيم المقياس مراعيًا ما يلي:

- ❖ مدى وضوح البنود.
- ❖ مدى جودة الصياغة اللغوية لفقرات البنود.
- ❖ مدى قياس كل فقرة لما وضعت لقياسه.
- ❖ مدى علاقة الفقرة بالبند.
- ❖ هل توجد فقرات يمكن استبدالها أو تعديلها.
- ❖ ولتسهيل عملية التحكيم ستجدون مجموعة من الجداول يتم وضع علامة وبها خانة لتدوين الملاحظات.

الملاحق

البعد الأول: الاكتئاب

| ملاحظات | علاقة الفقرة بالبند | | | | | مدى قياس الفقرة لما وضع لقياسه | | | | | |
|---------|---------------------|-----|-----|-----|----|--------------------------------|-----|-----|-----|----|---|
| | 100% | 75% | 50% | 25% | 0% | 100% | 75% | 50% | 25% | 0% | |
| | | | | | | | | | | | 3- لا يمكنني الإحساس بمشاعر إيجابية. |
| | | | | | | | | | | | 5- ليس لدي الطاقة الكافية للقيام بأعمالي بعد البتر. |
| | | | | | | | | | | | 10- لم تجري الأمور كما كنت أتوقع بعد عملية البتر. |
| | | | | | | | | | | | 13- أشعر بالحزن بعد عملية البتر بسبب السكري. |
| | | | | | | | | | | | 16- أجد صعوبة في الاهتمام بأي شيء. |
| | | | | | | | | | | | 17- فقدت الثقة بنفسني بعد عملية البتر بسبب السكري. |
| | | | | | | | | | | | 21- الحياة لا قيمة لها بعد عملية البتر. |
| | | | | | | | | | | | 24- لا أستمتع بالأشياء كما كنت قبل البتر. |
| | | | | | | | | | | | 26- أعيش حالة من الغم "الضيق". |
| | | | | | | | | | | | 31- فقدت الحماس لعمل أي شيء. |
| | | | | | | | | | | | 34- أشعر أنني عديم القيمة بعد عملية البتر. |
| | | | | | | | | | | | 37- مستقبلي لا أمل فيه بعد عملية البتر بسبب السكري. |

الملاحق

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | | | | | | | 38- الحياة ليس لها معنى بعد البتر. |
| | | | | | | | | | | | 42- أجد صعوبة في أخذ المبادرة لإنجاز بعض الأشياء. |

| ملاحظات | علاقة الفقرة بالبند | | | | | مدى قياس الفقرة لما وضع لقياسه | | | | | البعد الثاني: القلق. | |
|---------|---------------------|-----|-----|-----|----|--------------------------------|-----|-----|-----|----|----------------------|---|
| | 100% | 75% | 50% | 25% | 0% | 100% | 75% | 50% | 25% | 0% | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 2- أشعر بجفاف في حلقي . |
| | | | | | | | | | | | | 4- أعاني من صعوبة في التنفس (تنفس سريع جداً، الهث بدون القيام بمجهود جسدي). |
| | | | | | | | | | | | | 7- أشعر بتصلب أو ارتخاء للعضلات بعد البتر بسبب السكري. |
| | | | | | | | | | | | | 9- أجد نفسي في مواقف تجعلني قلقاً جداً. |
| | | | | | | | | | | | | 15- ينتابني شعور بالإغماء بعد البتر. |
| | | | | | | | | | | | | 19- أتعرق بشكل ملحوظ بدون سبب. |
| | | | | | | | | | | | | 20- أشعر بالخوف دون أي سبب ظاهر. |
| | | | | | | | | | | | | 23- أصبح لدي صعوبة في البلع بعد البتر. |

الملاحق

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | | | | | | | 25- أشعر بتسارع لنبضات قلبي دون مجهود جسدي. |
| | | | | | | | | | | | 28- أشعر بأنني سأقع في حالة من الرعب. |
| | | | | | | | | | | | 30- أتخوف من التعامل مع الأعمال البيسيطة. |
| | | | | | | | | | | | 36- أشعر بالقلق الشديد بعد البتر بسبب السكري. |
| | | | | | | | | | | | 40- أخاف من فقدان السيطرة على أعصابي واسبب إحراجا لنفسي. |
| | | | | | | | | | | | 41- أحس برجفة في الأطراف (في اليدين مثلاً). |

| ملاحظات | علاقة الفقرة بالبند | | | | | مدى قياس الفقرة لما وضع لقياسه | | | | | البعد الثالث: الضغط النفسي. | |
|---------|---------------------|-----|-----|-----|----|--------------------------------|-----|-----|-----|----|--------------------------------|---|
| | 100% | 75% | 50% | 25% | 0% | 100% | 75% | 50% | 25% | 0% | | |
| | | | | | | | | | | | | 1- أنزعج بسبب أمور تافهة جداً. |
| | | | | | | | | | | | | 6- أصبحت أقوم بردود فعل قوية تجاه المواقف والأحداث. |
| | | | | | | | | | | | | 8- أجد صعوبة في الاسترخاء بعد البتر. |
| | | | | | | | | | | | | 11- وجدت نفسي سريع الاضطراب والانزعاج بعد البتر. |

الملاحق

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | | | | | | 12- أستهلك الكثير من طاقتي العصبية. |
| | | | | | | | | | | 14- أصبح ينفذ صبري بسرعة. |
| | | | | | | | | | | 18- أرى أنني شديد الحساسية. |
| | | | | | | | | | | 22- أجد صعوبة في البقاء هادئاً. |
| | | | | | | | | | | 27- أصبحت أشعر بالانزعاج الشديد. |
| | | | | | | | | | | 29- أجد صعوبة في استعادة هدوئي بعد انزعاجي من شيء ما. |
| | | | | | | | | | | 32- لم أعد أتحمّل مقاطعة الآخرين لأنشطتي . |
| | | | | | | | | | | 33- أصبحت في حالة توتر عصبي بعد البتر بسبب السكري. |
| | | | | | | | | | | 35- أصبحت لا أتحمّل أي شيء يحول بيني وبين رغباتي. |
| | | | | | | | | | | 39- أصبحت قلقاً ومستثار بعد البتر. |

الملحق رقم (06): مقياس الألم النفسي المعد من طرف الباحثة.

- الجنس: - العمر: - المستوى التعليمي:

- تاريخ البتر: - العضو المبتور: - المهنة بعد البتر:

في إطار إنجاز بحث علمي جامعي أضع بين يديك مجموعة من العبارات، تفضل بقراءة كل من العبارات التالية ثم ضع علامة (X) امام الجواب الذي يناسبك بكل صدق وموضوعية.

مع العلم لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة.

| الرقم | العبارات | لا | قليلاً | متوسطاً | كثيراً |
|-------|---|----|--------|---------|--------|
| 01 | أنزعج بسبب أمور تافهة جداً. | | | | |
| 02 | أشعر بجفاف في حلقي. | | | | |
| 03 | لا يمكنني الإحساس بمشاعر ايجابية. | | | | |
| 04 | أعاني من صعوبة في التنفس (تنفسي سريع جداً، الهث بدون القيام بمجهود جسدي). | | | | |
| 05 | ليس لدي الطاقة الكافية للقيام بأعمالي بعد البتر. | | | | |
| 06 | أصبحت أميل إلي ردود فعل قوية تجاه المواقف والأحداث. | | | | |
| 07 | أشعر بتصلب أو ارتخاء للعضلات بعد البتر بسبب السكري. | | | | |
| 08 | أجد صعوبة في الاسترخاء بعد البتر. | | | | |
| 09 | أجدت نفسي في مواقف تجعلني قلقاً جداً. | | | | |
| 10 | لم تجري الأمور كما كنت أتوقع بعد عملية البتر. | | | | |
| 11 | وجدت نفسي سريع الاضطراب والانعراج بعد البتر. | | | | |
| 12 | أستهلك الكثير من طاقتي العصبية. | | | | |
| 13 | أشعر بالحزن بعد عملية البتر. | | | | |
| 14 | أصبح ينفذ صبري بسرعة. | | | | |
| 15 | ينتابني شعور بالإغماء بعد البتر. | | | | |
| 16 | أجد صعوبة في الاهتمام بأي شيء. | | | | |
| 17 | فقدت الثقة بنفسني بعد عملية البتر بسبب السكري. | | | | |
| 18 | أرى أنني شديد الحساسية. | | | | |
| 19 | أتعرق بشكل ملحوظ بدون سبب. | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|----|
| | | | | أشعر بالخوف دون أي سبب ظاهر. | 20 |
| | | | | الحياة لا قيمة لها بعد عملية البتر بسبب السكري. | 21 |
| | | | | أجد صعوبة في البقاء هادئاً. | 22 |
| | | | | أصبح لدي صعوبة في البلع بعد البتر. | 23 |
| | | | | لا أستمتع بالأشياء كما كنت قبل عملية البتر. | 24 |
| | | | | أشعر بتسارع في نبضات قلبي دون مجهود جسدي. | 25 |
| | | | | أعيش حالة من الغم "الضيق". | 26 |
| | | | | أصبحت أشعر بالانزعاج الشديد. | 27 |
| | | | | أشعر بأني سأقع في حالة من الرعب. | 28 |
| | | | | أجد صعوبة في استعادة هدوئي بعد انزعاجي من شيء ما. | 29 |
| | | | | أتحوف من التعامل مع الأعمال البسيطة. | 30 |
| | | | | فقدت الحماس لعمل أي شيء. | 31 |
| | | | | لم أعد أتحمل مقاطعة الآخرين لأنشطتي. | 32 |
| | | | | أصبحت في حالة توتر عصبي بعد عملية البتر. | 33 |
| | | | | أشعر أنني عديم القيمة بعد عملية البتر بسبب السكري. | 34 |
| | | | | أصبحت لا أستطيع تحمل أي شيء يحول بيني وبين رغباتي. | 35 |
| | | | | أشعر بالقلق الشديد بعد البتر. | 36 |
| | | | | مستقبلي لا أمل فيه بعد عملية البتر بسبب السكري. | 37 |
| | | | | الحياة ليس لها معنى بعد البتر. | 38 |
| | | | | أصبحت قلقاً ومستثار بعد البتر. | 39 |
| | | | | أخاف من فقد السيطرة على أعصابي واسبب إحراجا لنفسي. | 40 |
| | | | | أحس برجفة في الأطراف (في اليدين مثلاً). | 41 |
| | | | | أجد صعوبة في أخذ المبادرة لإنجاز بعض الأشياء. | 42 |

وشكراً على تعاونكم.

الملحق رقم (07): مقياس آليات التعامل لللازاروس وفولكمان

(Lazarus and folkman)

تفضل بقراءة كل من العبارات التالية ثم قم برسم دائرة حول الدرجة المناسبة (الرقم المناسب) امام الجواب الذي يناسبك بكل صدق وموضوعية.

| كثيرا جدا | كثيرا | إلى حد ما | إطلاقا | الطرق المستعملة في مواجهة المشاكل |
|-----------|-------|-----------|--------|---|
| 3 | 2 | 1 | 0 | 1- ركزت فقط على ما سأفعله لاحقا في الخطوة التالية |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 2- حاولت تحليل المشكلة لفهمها أكثر |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 3- شغلت نفسي بعمل أو نشاط بديل حتى لا أفكر كثيرا |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 4- شعرت بأن الوقت كفيلا بتغيير الأمور و عليه فما علي إلا الإنتظار |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 5- ناقشت أو بحثت عن حل وسط للاستفادة من الوضعية |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 6- قمت بشيء لم أكن اعتقد انه يصلح ، و لكنني قمت به على الأقل |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 7- حاولت إقناع الشخص المسئول بغية تغيير رأيه |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 8- كلمت شخصا لأتعرف أكثر على الوضعية |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 9- انتقدت نفسي أو وبختها |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 10- حاولت أن أستعجل الأمور و لكنني تركتها نوعا ما موضع بحث |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 11- تمنيت أن تحدث معجزة |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3 | 2 | 1 | 0 | 12- سايرت القدر في بعض الأحيان و كان حظي سيئا |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 13- تصرفت و كأن شيئاً لم يحدث |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 14- حاولت أن احتفظ بمشاعري لنفسي |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 15- نظرت إلى الجانب المستقطب (ملف للنظر) للمشكلة و حاولت أن أرى الجانب الإيجابي للأشياء |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 16- نمت أزيد من العادة |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 17- أظهرت غضبي للشخص (للأشخاص) المتسبب في المشكلة |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 18- قبلت عطف و تفهم شخص ما |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 19- كلمت نفسي عن أشياء ساعدتني في الشعور بالراحة |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 20- ألهمت القيام بشيء إبداعي |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 21- حاولت نسيان كل شيء |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 22- تحصلت على مساعدة مختص |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 23- تغيرت أو تطورت بشكل إيجابي |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 24- انتظرت لأرى ما قد يحدث قبل أن أقوم بأي شيء |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 25- اعتذرت أو قمت بشيء ما لاستدراك نفسي |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 26- وضعت مخطط عملي و اتبعته |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 27- قبلت بشيء إيجابي آخر غير الشيء الذي كنت أريده |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 28- أظهرت مشاعري بطريقة أو بأخرى |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| 3 | 2 | 1 | 0 | 29- أدركت أنني المتسبب في المشكل |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 30- خرجت من المشكلة بشكل أحسن مما دخلت به فيها |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 31- كلمت شخصا بإمكانه فعل شيء ملموس اتجاه المشكلة |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 32- ابتعدت عن المشكلة لبرهة، و حاولت ان ارتاح أو أن أخذ عطلة |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 33- حاولت أن اشعر بتحسن عن طريق الأكل، الشرب، التدخين، تعاطي المخدرات، الأدوية...الخ |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 34- قمت بمجازفة كبيرة أو شيء خطير جدا |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 35- حاولت أن أتصرف بتهور |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 36- وجدت إيمانا جديدا |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 37- أبقيت على اعتزازي و احتفظت بصلابتي |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 38- اكتشفت من جديد ما هو مهم في الحياة |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 39- غيرت أمرا بغرض أن تتقلب الأمور إلى الأفضل. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 40- تجنببت التواجد مع الناس عموما |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 41- لم أترك المشكلة تطغى علي رفضت التفكير فيها كثيرا |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 42- طلبت النصح من شخص قريب أو صديق أحترمه |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 43- لم أترك الآخرين يعلمون أن الأمور كانت سيئة |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 44- سلطت الأضواء على الوضعية، و رفضت أن أكون جديا بخصوصها. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3 | 2 | 1 | 0 | 45- كلمت شخصا عن طبيعة أحاسيسي |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 46- ثبت في مكاني من أجل ما كنت أريده |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 47- لمت غيري من الناس حول المشكلة |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 48- استقدت من تجاربي السابقة إذ كنت في وضعية مماثلة |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 49- عرفت ما يجب عمله، فضاغت جهدي لتحريك الأمور |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 50- رفضت الاعتقاد أن ذلك وقع |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 51- تعهدت نفسي أن الأمور سوف تتحسن |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 52- خرجت بمجموعة حلول للمشكلة |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 53- طالما لم أتمكن من فعل أي شيء فقد قبلت المشكلة |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 54- حاولت أن أبعد مشاعري حتى لا تتداخل كثيرا مع أمور أخرى |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 55- تمنيت لو باستطاعتي تغيير ما حدث أو ما شعرت به |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 56- غيرت أشياء في نفسي |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 57- حلمت أو تخيلت موقفا أو وضعاً أحسن من الذي كنت فيه |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 58- تمنيت لو أن الوضعية تنتهي أو بطريقة تجد حلا |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 59- لجأت للخيال و التمنيات حول إمكانية انقلاب الأمور |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 60- تضرعت إلى الله |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| 3 | 2 | 1 | 0 | 61- حضرت نفسي للأسوأ |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 62- شرد تفكيري إلى ما يمكنني أن أقول أو أقوم به |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 63- فكرت كيف يمكن لشخص أقدره أن يتعامل بهذه الوضعية، ثم اتخذت ذلك نموذجاً. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 64- حاولت أن أرى الأشياء من وجهة نظر شخص آخر |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 65- ذكرت نفسي إلى أي حد يمكن للأشياء أن تسوء |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 66- عدوت أو تمنيت |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 67- جربت شيئاً مختلفاً تماماً عن جميع ما سبق ذكره (لو سمحت أوصفه) |

الملحق رقم (08): المقابلات الخاصة بالحالة الأولى.

المقابلة الأولى: المقابلة التمهيديّة.

دامت المقابلة التمهيديّة 30 دقيقة بتاريخ 2022/03/07، حيث كان الهدف من إجرائها هو خلق جو من الألفة وكسب ثقة الحالة "الأولى"، وذلك من خلال التطرق الى موضوع الدراسة بشكل عام وشرح جوانب الغموض مع التأكيد على سرية المعلومات، أما عن كيفية العرض فقد اخترنا طريقة الجواب لكل سؤال.

فبالنسبة للسؤال: هل يوجد لديك استفسارات أو أسئلة تخص موضوع الدراسة؟

فقد كان رد الحالة "الأولى" كالتالي:

"على حساب وش فهمت راكي حابتي نعاونك في قرابتك لي تهدر على السكر ولقطيع لي ربي بلايني بيه".

"هاذي أول مرة واحد يقصدني باش يعرف وش راني نعاني، هايا بلاك فيها خير"

اما بالنسبة للسؤال: هل يمكنك تذكر الأحداث التي أدت الى البتر؟ وكيف تتعامل معه؟

الرد: "تقول غي لبارح درت العملية، مانيش مأمّن بلي خسرت خدمتي على جال صباع رجلين".

"راني نسيي كيفاش ندير معاه، راني حابس بسبته"

ولأن المقابلة تمهيدية، تم أخذ موافقة الحالة وضمنان مشاركتها في الدراسة الحالية "معنديش مشكل ونتوكلوا على ربي ولي فيها الخير"، بعد هذه المقابلة سوف نلتقي مجددا بالتاريخ الذي يساعدك، سوف نحدد سويا مواعيد المقابلات الثلاثة المتبقية حيث في كل مقابلة لدينا هدف يجب تحقيقه، ولأن المعلومات سوف يتم نشرها (أعدك أنها ستكون مشفرة، تحمل إسم مستعار وتستخدم في اطار علمي بحث).

المقابلة الثانية: مقابلة تاريخ الحالة.

دامت المقابلة لمدة 45 دقيقة بتاريخ 2022/03/08، حيث كان الهدف من إجرائها هو جمع أكبر قدر من المعلومات عن الحالة "الأولى" ومعرفة مختلف التطورات التي طرأت على حياته، وهذا من خلال التطرق الى المحاور وهي كالتالي:

المحور الأول: البيانات العامة للحالة.

■ الاسم: مجيد.

■ السن: 59 سنة.

■ الجنس: ذكر.

- الحالة الاجتماعية: متزوج.
- عدد الأولاد: 04 بنات وذكر أصغرهم.
- المستوى الدراسي: لا يوجد.
- المهنة السابقة: سائق شاحنات ذات الوزن الثقيل.
- المهنة الحالية: لا يوجد.
- تاريخ البتر: 06 أشهر.
- العضو المبتور: أصابع الرجل اليمنى.

المحور الثاني: التاريخ الأسري والشخصي.

- ما هو الأسلوب أو الطريقة التي اعتمدها والديك في التربية؟
"تربينا على القناعة والصرامة، كبرنا على الخدمة وكل واحد يجري على رزقه ويوقف عليه"
"والديا نتاع فلاحه وحصاد" (بحكم أنه ولد وترى في ولاية من الغرب الجزائري).
"لازم قاع الوقت وأنت تخدم على شرك، كانت غي لخدمة لي تلمنا ولا الطابلة، سيدي من صغرنا علمنا نحرثوا واللقمة نجيبوها بعرقنا وعمرنا لا طمعنا في رزق غيرنا (صمت) (هنا تذكر فقدان والديه بالعشرينات من عمره، لم يرد أن يسرد أحداث الفقد) واكتفى بقول "كي يروح الغالي يتبعه رزقه يا بنتي".
- كيف هي علاقتك مع: والديك، الإخوة والأخوات، الأولاد؟(العائلة الكبيرة والصغيرة)
"الوالدين لي كانوا معمرينها راحو وخلات مورايم، حتى الطابلة لي كانت تلاميونا وحرمت علينا"
"كل واحد وين لاهي في همه، كي الخو كي الأخت" (علما أن له 3 إخوة ذكور و4 أخوات)

"لي تزوج تزوج، ولي هجر هجر، ولي جاء للصحراء يخدم قطعوله صباعه، جاء يسعى ودر تسعة (مثل شعبي مع ابتسامة يعلوها الانكسار).

" عندك بناتي ربي يحفظهم ويخليلهم خوهم، ربي عوضني بيه هو لي يرفدني ويرفد إسمي " (آخر العنقود جاء بعد عدة محاولات لمدة 7 سنوات).

■ هل تعرضت لأحداث مؤلمة في طفولتك؟

"مانيش عاقل يا بنتي، أنا كي جيت هنا كل شئ محيته من راسي، كي صغري، كي أهلي، حتى لورث وسمحت فيه.... نعقل نهار قلت نقرأ رفدي عمي الفأس لي كان في يده وقالي هذاك لي بقى " (حسرة لكون أن الأب كان موجود في الحادثة)

■ كيف كنت ترى نفسك في السابق من حيث الشكل، التفكير، الشخصية؟

"لازم يكون الواحد هاك في حياته" (الإشارة باليد على استقامة)

"أنا نشوف في روحي انسان نتاع خدمة، لي جات نخدمها، تاكل على روحي قاع بالسكر ونورمال، وتخمامي غي وش نوفر لبناتي وولدي، راني عايش غي ليهم، يفرحوني".

المحور الثالث: التاريخ الصحي (الطبي) مع "خبرة الإصابة بالسكري و تجربة البتر".

■ متى عرفت أنك مصاب بالسكري؟ ومن صرح بخبر الإصابة؟

"قصتي مع السكر قصة، ماكناش نسمعوا بيه قاع"

"لوكان ماش الأوكسيدو لي درتها في الطريق، ما نعرفش قاع فيا السكر" (وقع الحادث بتاريخ 2017، بسبب جمل) "فطنت في سبيطار، سقساوني على دوايا نتاع السكر، قتلهم ما عنديش أصلا، تم بعد عرفت عندي السكر، بعدما قلبتها عليهم وهو ما يقنعوا فيا".

■ هل كانت لديك معلومات عن مضاعفات السكري؟

"الحق ما كنتش نحوس نعرف، غي بناتي كي يحرصوا عليا يقولولي أتهلا في روحك ولا يصراك أكثر من هاك".

■ هل كنت تحرص على إتباع تعليمات الطبيب؟

"جامي نديرو في راسي، قالولي لازم تعس روحك: تبعد على واحد الصوالح، بصح أنا خاطيني الشكيل".

■ هل استفدت من تدخل علاجي نفسي مباشرة بعد البتر؟

"جاوني الطببة قالولي: درنا لي علينا ولازم تحرص على روحك، محسوب كي قطعوا جاو يوروني في صلاحتي" (لكون الطبيب المسؤول عن البتر لم يستشره في هذه العملية، علما أن الحالة جلبت الى المفشى مغمى عليه بسبب حادث عمل).

المحور الرابع: التاريخ التعليمي والمهني.

■ كيف كانت دراستك؟

"قلت لك عمي قال هذاك ما خص".

ولأن الحالة لم تتلقى تعليما فإننا انتقلنا مباشرة الى السؤال الأخير من هذا المحور.

■ كم من وظيفة التحقت؟ وأية وظيفة راقت لك بعد عملية البتر؟

"أنا خدمت في كل شئ، أبدأي من لفلاحة، البنيان، حمال، خضار، نسوق السيميات..."(كل الوظائف التي التحق بيها تعتمد على الطاقة الجسدية والمجهود العضلي).

"دك راني حابس، لخدمة لازمة" (إحساس بالخيبة والنظر الى الأسفل)

"بناتي وأيمن مزال يحتاجوني، لازم نخدم مانصبرش أنا هاك).

المحور الخامس: التاريخ الزوجي والبت.

■ كيف هي علاقتك مع الزوج (ة)؟

"مررتي ناس ملاح، صابرة معايا، هي لي متهلها في لبنات وأيمن كي كنت نغيب".

■ هل وجدت المساندة من طرف الزوج (ة)؟

"وقفت معايا بنت الناس وقفة عمري ما ننساها، قامت بيا في مرضي حتى لك راهي معايا".

■ هل تعاني من صعوبات في علاقتك الزوجية؟

"لا" والإكتفاء بالنفي.

■ هل أثر البتر على حياتك الجنسية؟

"لا" والإكتفاء بالنفي.

المقابلة الثالثة: المقابلة الخاصة بالألم النفسي.

دامت المقابلة لمدة 50 دقيقة بتاريخ 2022/03/09، حيث كان الهدف من إجرائها هو التعرف على الألم النفسي الذي تخلفه تجربة البتر بسبب السكري لدى الحالة "الأولى"، وذلك من خلال الإجابة على الأسئلة وعلى المقياس الخاص بالألم النفسي المعد من طرف الباحثة.

■ كيف كانت ظروفك حين اكتشفت أنك مصاب بالسكري؟

"ظروفي كانت في السبيطار على جال الأكسيديو لي قلت لك، وعرفت ديراكت ما مهدوليش: وين راه دواك نتاع السكر) الاستهزاء باستخدام تعابير الوجه وتغيير نبرة الصوت للتقليد)، خلعوني لدرجة نسيت بلي راني هنا على جال جمل".

■ كيف كانت استجابتك للإصابة بالسكري؟

"خلعة، ما صدقتش وقتها، واحد في أمان ربي لقي روحه في السبيطار وزيد لها مريض بالسكر، هباينة حتى واحد ما يصدق".

■ صف لي حالتك عند سماعك بخبر البتر؟

"أنا ما سمعتش، أنا ديراكت قطعوني: لا مشاورة لاهم يحزنون" (حسرة)

■ هل استشرت اخصائي نفسي بعد سماعك لعملية البتر؟

"لا، كنت غي وقتاه نروح لداري".

■ كيف ترى ذاتك في الوقت الحالي؟

"راني نشوف في روحي عالة على عايلتي"

"أنا لي نوقف على عايلتي ولا هوما؟ أيمن عاد صغير ولبنات لاهيين في قرايتهم، شكون لي بيهم؟ غي أنا وأنا راني مضرور (إنكسار) (صمت) (صمت) تنهد وقال: "الصحة واعرة كي تخونك" (إحمرار العينين والشد على أصابع اليد بقوة".

■ كيف تعتقد الآخر يراك؟

"يشوفوني بعين الشفقة، خاطر عندي غي لبنات: محسوب يخممو عليهم". (النظر الى الأسفل)

■ ماهي نظرتك للمجتمع؟

"المجتمع ما يرحمش، أبايها من الجيران، نسمع فيهم يقولوا لولدي أيمن: دك تولي معوق كيما بيك" (أبناء الحي أثناء لعب كرة القدم).

"ماكانش لي جاء وقال كش ما يخصه، خاطر أنا براني (صمت) مبصح ما نكذبوش على بعضانا: أنا خوتي وما داروش فيا الخير، ما نستناش من واحد آخر، كثر خير لمرأة راهي واقفة عليها(بحكم هي التي كانت تقوم بمختلف النشاطات في غيابه) ومول الدار لي راه صابري على دراهم الكرية".

■ هل تخليت عن نشاطاتك بعد عملية البتر؟

"لقطع أثر عليا بزاف، مانيش نخرج، مانيش نخدم، راني كيما المحبوس، راني مغموم". (وضع اليدين حول الرقبة للتعبير عن الضيق)

■ هل غير البتر نظرتك للحياة؟

"الحياة تحتاج للقوة، وأنا إذا قعدت بلا خدمة: راني أنا والميت غي كيفكيف".

■ ماهي آفاقك المستقبلية؟

"غي نلقى خدمة تسترني وتستر عايلتي، أنا الساس نتاع الدار، لازم نتحرك".

المقابلة الرابعة: المقابلة الخاصة بآليات التعامل.

دامت المقابلة لمدة 50 دقيقة بتاريخ 2022/03/10، حيث كان الهدف من إجرائها هو التعرف على مختلف الآليات التي يتبناها الحالة "الأولى" للتعامل مع السكري والبتر، وذلك من خلال الإجابة على الأسئلة وعلى المقياس الخاص بآليات التعامل ل "لازاروس وفولكمان".

■ كيف تعاملت مع الإصابة بالسكري؟

"السكر ماش حاجة كيما لقطع، صح أنا كي سمعت المرة الأولى بلي أي بسكر ما أمنتش ودرت ما درت في السبب لدرجة أي نسيت بلي راني داير كسيدا، مبصح عادي كنت ناكل، نشرب، مانخلي والو في خاطري".

■ في نظرك، من يتحمل مسؤولية ما آلت إليه مضاعفات السكري؟

"باينة شكون، كل واحد يتحمل مسؤوليته، مبصح لوكان شاوروني على الأقل". (حسرة)

■ كيف تتعامل مع البتر في حياتك اليومية؟

"كل شيء تبدل، أبايها من الخدمة، وليت نتقلق ليه ليه، واحد كيما أنا يفنى على الخدمة وما يخدمش يتطرطقله عرق، راهي كيما (drogues) كرهت روحي، عفت كل شيء وأنا غي قاعد". (إحمرار الوجه وحدة في الصوت)

■ ماهي الصعوبات التي تواجهها في الوقت الحالي؟

"أول حاجة الخدمة، راني بلا خدمة"

"ثاني حاجة السكنة (في جبل): راني نخم نكري في بلاصة تساعدني، حتى مول الدار راه مساعفني مبصح لازم نخلصه قبل"

"ثالث حاجة راني بالعكاز: لازم نتعلم نمشي بلا بيه، نخاف نطيح يضحكوا عليا".

■ كيف تتعامل مع هذه الصعوبات؟

"راني مخليها لربي وصاي: الله غالب".

■ من أين تستمد طاقتك للتعامل مع هذه الصعوبات؟

"كيما قلت لك: تاكل على ربي، ربي يجيب الخير".

■ هل غير البتر من عاداتك الصحية (النوم، الأكل، الرياضة)؟

"باينة، مرات نرقد بزاف غي باش ما نشوفش كي راهي حالتي، ومرات نبات نايض نخم في أيمن ولبنات وعلاه وصلت هكا"

"الماكلة مانيش نتقلش: لي كاين ذاك هو".

■ الى من تلجأ لطلب النصح والمساعدة؟

"ما نقصد حتى واحد من غير ربي سبحانو".

■ هل أثر البتر على علاقتك بالمحيطين بك؟

"راني وحدي في داري: مرات نتقلق من لبنات كي يشوفوني هكا خاطر بيكوا (صمت) (صمت) وإغرورقت عيناه)، ومرات نتقلق من لمراة كيفاش تقعد تديرلي (بحة في الصوت) حاسبتني أيمن، صغير ومانعرفش".

■ هل لديك مشاريع ترغب في إنجازها؟

"باغي غي نخدم ونستر عايلتي: ماني طالب والو".

الملحق رقم (09): المقابلات الخاصة بالحالة الثانية.

المقابلة الأولى: المقابلة التمهيدية.

دامت المقابلة التمهيدية 30 دقيقة بتاريخ 2022/04/11، حيث كان الهدف من إجرائها هو خلق جو من الألفة وكسب ثقة الحالة "الثانية"، وذلك من خلال التطرق الى موضوع الدراسة بشكل عام وشرح جوانب الغموض مع التأكيد على سرية المعلومات، أما عن كيفية العرض فقد اخترنا طريقة الجواب لكل سؤال.

فبالنسبة للسؤال: هل يوجد لديك استفسارات أو أسئلة تخص موضوع الدراسة؟

فقد كان رد الحالة "الثانية" كالتالي: "والو، ما عنديش"

اما بالنسبة للسؤال: هل يمكنك تذكر الأحداث التي أدت الى البتر؟ وكيف تتعامل معه؟

الرد: "إيه، نتعامل عادي".

ولأن المقابلة تمهيدية، تم أخذ موافقة الحالة وضمنا مشاركتها في الدراسة الحالية " وش عليه"، بعد هذه المقابلة سوف نلتقي مجددا بالتاريخ الذي يساعدك، سوف نحدد سويا مواعيد المقابلات الثلاثة المتبقية

حيث في كل مقابلة لدينا هدف يجب تحقيقه، ولأن المعلومات سوف يتم نشرها (أعدك أنها ستكون مشفرة، تحمل إسم مستعار وتستخدم في اطار علمي بحث).

المقابلة الثانية: مقابلة تاريخ الحالة.

دامت المقابلة لمدة 40 دقيقة بتاريخ 2022/04/12، حيث كان الهدف من إجرائها هو جمع أكبر قدر من المعلومات عن الحالة "الثانية" ومعرفة مختلف التطورات التي طرأت على حياتها، وهذا من خلال التطرق الى مجموعة المحاور وهي كالتالي:

المحور الأول: البيانات العامة للحالة.

- الاسم: سعيدة.
- السن: 57 سنة.
- الجنس: أنثى.
- الحالة الاجتماعية: أرملة.
- عدد الأولاد: ولد.
- المستوى الدراسي: السادسة ابتدائي.
- المهنة السابقة: حرفية "كروشي وخياطة".
- المهنة الحالية: لا يوجد.
- تاريخ البتر: 07 سنوات.
- العضو المبتور: الإصبع الكبير للقدم اليسرى.

المحور الثاني: التاريخ الأسري والشخصي.

- ما هو الأسلوب أو الطريقة التي اعتمدها والديك في التربية؟
- "والو، لاباس، عادي رباونا عادي" تجيب بإبتسامة.
- كيف هي علاقتك مع: والديك، الإخوة والأخوات، الأولاد؟(العائلة الكبيرة والصغيرة)
- "والو، لاباس، عادي ضحك، لعب، زهو، لمات..."
- هل تعرضت لأحداث مؤلمة في طفولتك؟
- "والو، ياعزايا صغر لعب وطوايش" ضحك لتذكرها أحداث الطفولة المشاكسة.
- كيف كنت ترى نفسك في السابق من حيث الشكل، التفكير، الشخصية؟
- "نشوف في روحي نرخف، مرة نزير مرة نرخف على حساب، الشكل عادي، أنا كل شئ عني عادي"

المحور الثالث: التاريخ الصحي (الطبي).

- متى عرفت أنك مصاب بالسكري؟ ومن صرح بخبر الإصابة؟
- "عندي سنين ملي عرفت، كنت نغير على حاجة مش عارفة راني ناسية على واش، حتى قالت لي الطبيبة راه فيك السكر، الطبيبة بعد هي لي خبرتني". (تاريخ الإصابة بالسكري سنة 2008)
- هل كانت لديك معلومات عن مضاعفات السكري؟
- "والو، مرض وخلص، بعد لي وصلت ليه راني نعرف لاباس".
- هل كنت تحرص على إتباع تعليمات الطبيب؟
- "والو، داك لوقت". (قبل البتر)
- هل استفدت من تدخل علاجي نفسي مباشرة بعد البتر؟

"يا هاه، والو والو". (هز الرأس وتحريك إصبع اليد بالنفسي)

المحور الرابع: التاريخ التعليمي والمهني.

■ كيف كانت دراستك؟

(ضحك) "لقراءة شوية، مانيش جايبة روعي في لقراءة.

■ كيف كانت علاقتك مع الأساتذة، زملاء؟

"والو ما نشفاش لداك الوقت".

■ هل كنت تعمل وانت تدرس؟ هل جربت شعور البطالة؟

"والو، والو عادي".

■ كم من وظيفة التحقت؟ وأية وظيفة راقت لك بعد عملية البتر؟

"نخيط في الدار برك" "والو حبست كل شيع، ما عدتش نشوف".

المحور الخامس: التاريخ الزواجي والبت.

ولأن الحالة أرملة لمدة تفوق 30 سنة فإننا حذفنا هذا المحور.

المقابلة الثالثة: المقابلة الخاصة بالألم النفسي.

دامت المقابلة لمدة 40 دقيقة بتاريخ 2022/04/13، حيث كان الهدف من إجرائها هو التعرف على

الألم النفسي الذي تخلفه تجربة البتر بسبب السكري لدى الحالة "الثانية"، وذلك من خلال الإجابة على

الأسئلة وعلى المقياس الخاص بالألم النفسي المعد من طرف الباحثة.

■ كيف كانت ظروفك حين اكتشفت أنك مصاب بالسكري؟

"ظروفي كانت مع لمرض، ياك قلت لك كنت نغير وقالت لي: ياك راه فيك السكر".

■ كيف كانت استجابتك للإصابة بالسكري؟

"هاتتأثري تم ومبعد يولي عندك عادي".

■ صف لي حالتك عند سماعك بخبر البتر؟

"ناضتلي لحمة تريح وتفوح وطولت نعالج فيها حتى قالولي: والو بعد مش نتاع دواء هاذي، نحولك

صبعك خير ما يلحق قاع كراعك، ونحاولي وراي عادي".

■ هل استشرت اخصائي نفسي بعد سماعك لعملية البتر؟

"والو، مكانش ما عندناش".

■ كيف ترى ذاتك في الوقت الحالي؟

"راي نشوف في روجي عادي، والفتو المرض نتاعي".

■ كيف تعتقد الآخر يراك؟

"نورمال، يجوني، يقصروا معايا، عادي".

■ ماهي نظرتك للمجتمع؟

"جيرانا لابس بيهم، نشوفهم عادي".

■ هل تخليت عن نشاطاتك بعد عملية البتر؟

"إيه، حبست لخياطة ومبعد كي لحقت عيني حبست حتى لكروشي".

■ هل غير البتر نظرتك للحياة؟

(ضحك) "أنا نشوف في كل شئ عادي، مانيش متأثرة، عندي ناسي، جيراني..".

■ ماهي آفاقك المستقبلية؟

(ضحك) "وش بقى للمستقبل، هاراكى تشوفي فيا" (ضحك)

المقابلة الرابعة: المقابلة الخاصة بآليات التعامل.

دامت المقابلة لمدة 50 دقيقة بتاريخ 2022/04/14، حيث كان الهدف من إجرائها هو التعرف على مختلف الآليات التي تتبناها الحالة "الثانية" للتعامل مع السكري والبتز، وذلك من خلال الإجابة على الأسئلة وعلى المقياس الخاص بآليات التعامل لـ "لازاروس وفولكمان".

■ كيف تعاملت مع الإصابة بالسكري؟

"تعاملت نورمال، صح تتأثري ومبعد ترضاي وتوالفي مع الدواء".

■ في نظرك، من يتحمل مسؤولية ما آلت إليه مضاعفات السكري؟

"شكون يتحمل يا ويحي، مرض عادي، بقا نقول لربي علاه درتلي هاك؟؟ مستحيل".

■ كيف تتعامل مع البتر في حياتك اليومية؟

"أني نتعامل عادي، ندير وحدي مش حاجة".

■ ماهي الصعوبات التي تواجهها في الوقت الحالي؟

"معنديش والو".

■ كيف تتعامل مع هذه الصعوبات؟

"راني نتعامل عادي، كينو معنديش أصلا صعوبات".

■ من أين تستمد طاقتك للتعامل مع هذه الصعوبات؟

"عيال خويا ولا خويا".

■ هل غير البتر من عاداتك الصحية (النوم، الأكل، الرياضة)؟

"راني نحد قاع لي نحسها تضربي، نرقد بنوم بعد".

■ الى من تلجأ لطلب النصح والمساعدة؟

"خويا لكثرة".

■ هل أثر البتر على علاقتك بالمحيطين بك؟

"والو، علاقتي قاع زينة معاهم".

■ هل لديك مشاريع ترغب في إنجازها؟

"والو، ماعندي لا مشاريع لا والو، نختم كتاب ربي".

الملحق رقم (10): المقابلات الخاصة بالحالة الثالثة.

المقابلة الأولى: المقابلة التمهيديّة.

دامت المقابلة التمهيديّة 30 دقيقة بتاريخ 2022/12/05، حيث كان هدفنا من إجرائها هو خلق جو من الألفة وكسب ثقة الحالة "الثالثة"، وذلك من خلال التطرق الى موضوع الدراسة بشكل عام وشرح جوانب الغموض مع التأكيد على سرية المعلومات.

فبالنسبة للسؤال: هل يوجد لديك استفسارات أو أسئلة تخص موضوع الدراسة؟

فقد كان رد الحالة " الثالثة" كالتالي: "راكي باقا تعرني على لقطيع ياك، هيواه نفيديك على قد لي نطيق"

اما بالنسبة للسؤال: هل يمكنك تذكر الأحداث التي أدت الى البتر؟ وكيف تتعامل معه؟

الرد: "لاباس نتفكر ومرات تغيلي، وكيفا راكي تشوفي بعد".

ولأن المقابلة تمهيدية، تم أخذ موافقة الحالة وضمنان مشاركتها في الدراسة الحالية "هيه موافق"، بعد هذه المقابلة سوف نلتقي مجددا بالتاريخ الذي يساعدك، سوف نحدد سويا مواعيد المقابلات الثلاثة المتبقية حيث في كل مقابلة لدينا هدف يجب تحقيقه، ولأن المعلومات سوف يتم نشرها (أعدك أنها ستكون مشفرة، تحمل إسم مستعار وتستخدم في اطار علمي بحث).

المقابلة الثانية: مقابلة تاريخ الحالة.

دامت المقابلة لمدة 45 دقيقة بتاريخ 2022/12/06، حيث كان الهدف من إجرائها هو جمع أكبر قدر من المعلومات عن الحالة "الثالثة" ومعرفة مختلف التطورات التي طرأت على حياتها، وهذا من خلال التطرق الى مجموعة المحاور وهي كالتالي:

المحور الأول: البيانات العامة للحالة.

- الاسم: عياش.
- السن: 72 سنة.
- الجنس: ذكر.
- الحالة الاجتماعية: متزوج.
- عدد الأولاد: 03 ذكور، 05 إناث.
- المستوى الدراسي: السادسة ابتدائي.
- المهنة السابقة: سائق شاحنات.
- المهنة الحالية: لا يوجد.
- تاريخ البتر: البتر الأول: 29 سنة، البتر الثاني: 22 سنة، البتر الثالث: 03 سنوات.

- العضو المبتور: البتر الأول: الإصبع الصغير للرجل اليسرى، البتر الثاني: الإصبع الأوسط للرجل اليسرى، البتر الثالث: تحت الركبة للرجل اليمنى.

المحور الثاني: التاريخ الأسري والشخصي.

- ما هو الأسلوب أو الطريقة التي اعتمدها والديك في التربية؟
- "رباوي نورمال، تربية زمان وكي توفى الشيباني ولينا مسؤولين".
- كيف هي علاقتك مع: والديك، الإخوة والأخوات، الأولاد؟(العائلة الكبيرة والصغيرة)
- "لاباس، بصح نميل لما أكثر وعندي ولادي قاع كيفكيف".
- هل تعرضت لأحداث مؤلمة في طفولتك؟
- "والو مانيش متذكر ذاك الوقت".
- كيف كنت ترى نفسك في السابق من حيث الشكل، التفكير، الشخصية؟
- "كنت بصحتي وتاكل على روحي ونخمم في المسؤولية والوقت مش مليح ثاني، وشخصيتي كانت نورمال مبصح مع السكر ولقطع باينة تتبدل".

المحور الثالث: التاريخ الصحي (الطبي).

- متى عرفت أنك مصاب بالسكري؟ ومن صرح بخبر الإصابة؟
- "درت شحال من أكسيدو في الطريق وكنت نشوف ياسر الموتى، ركبولي الخلعة والسكر وأنا مش فايق حتى درت التحاليل وعرفت روحي فيا السكر، هباينة الطبيب هو لي خبرني"
- هل كانت لديك معلومات عن مضاعفات السكري؟
- "إيه كان الطبيب يخبرني بيهم".

■ هل كنت تحرص على إتباع تعليمات الطبيب؟

"خطرات، لوكان جيت نسمعوا لوكان ماوصلش لهاك" (النظر بحسرة للعضو المبتور).

■ هل استفدت من تدخل علاجي نفسي مباشرة بعد البتر؟

"والو، أبدا".

المحور الرابع: التاريخ التعليمي والمهني.

■ كيف كانت دراستك؟

"كنت من لولين، قراي ودايمن في المستوى".

■ كيف كانت علاقتك مع الأساتذة، الزملاء؟

"نورمال، علاقة أستاذ بتلميذو وتاني الزملاء قي وقت لقراءة".

■ هل كنت تعمل وانت تدرس؟ هل جربت شعور البطالة؟

"كي رحلنا مالقيتش روعي في لقراءة وحبست وخرجت ديراكت للخدمة: للتويزة".

■ كم من وظيفة التحقت؟ وأية وظيفة راقت لك بعد عملية البتر؟

"تويزة ومبعد سائق، تعجبك لي تدخل الصوارد: وكي راني مقطوع مكاش خدمة أصلا".

المحور الخامس: التاريخ الزواجي والبتر.

■ كيف هي علاقتك مع الزوج (ة)؟

"مليحة الحمد لله".

■ هل وجدت المساندة من طرف الزوج (ة)؟

"إيه، لا بد توقف معايا".

■ هل تعاني من صعوبات في علاقتك الزوجية؟

"والو، مكاش".

■ هل أثر البتر على حياتك الجنسية؟

"بقاليش، راني بأحفادي".

المقابلة الثالثة: المقابلة الخاصة بالألم النفسي.

دامت المقابلة لمدة 50 دقيقة بتاريخ 2022/12/07، حيث كان الهدف من إجرائها هو التعرف على الألم النفسي الذي تخلفه تجربة البتر بسبب السكري لدى الحالة "الثالثة"، وذلك من خلال الإجابة على الأسئلة وعلى المقياس الخاص بالألم النفسي المعد من طرف الباحثة.

■ كيف كانت ظروفك حين اكتشفت أنك مصاب بالسكري؟

"كانت سامطة وشوي صعبة".

■ كيف كانت استجابتك للإصابة بالسكري؟

"عادي، ما عندي ما ندير، وش بقا ندير".

■ صف لي حالتك عند سماعك بخبر البتر؟

البتر الأول: الإصبع الصغير للرجل اليسرى.

"يا حسراه، هذاك قديم: حالي كانت نورمال خاطر أنا السبة، الصبع الصغير تشلفخ وما اعتنيتش بيه".

البتر الثاني: الإصبع الأوسط للرجل اليسرى.

"هنا عاودت نفس الغلطة ولحقت لنفس النتيجة، تاني تشلفخ وقطعوه باش ما تتأزمش أكثر".

البتز الثالث: تحت الركبة للرجل اليمنى.

"أنا في الأول مرضت بكورونا، وكى رىحت شوى لقيت صبعى لكبير تنفخ: بداو ينقولى فيه حتى لىحق للعضم، رجعت لطببى نتاع السكر قالى: لازم ينحولك من لبلاصة الصحىحة باش يجبس لعفن وما يطلعش (العرق تبوشا) ، أىوا داك هو قطعولى تحت الركبة، لازم نتقبل خىر ما يقطعولى ما أكثر، أنا المهم يخطبنى السطر".

■ هل استشرت اخصائى نفسى بعد سماعك لعملىة البتز؟

"والو، راكى داىمن تسقسبنى علىه: أنى مانعرفوش أصلاً".

■ كىف ترى ذاتك فى الوقت الحالى؟

"أنى نشوف فى روى ملىح سىرتو كى خطانى السطر".

■ كىف تعتقد الآخر ىراك؟

"أنى نشوف فىهم ىشوفونى نورمال"

■ ماهى نظرتك للمجتمع؟

"نشوفهم نورمال، مانىش داىر روى ناقص".

■ هل تخلىت عن نشاطاتك بعد عملىة البتز؟

"باىنة، ما عندى حتى نشاط دك".

■ هل غىر البتز نظرتك للحىة؟

"الحىة هى لىة".

■ ماهى آفاقك المستقبلىة؟

"لي عطاها لي ربي نديروها".

المقابلة الرابعة: المقابلة الخاصة بآليات التعامل.

دامت المقابلة لمدة 55 دقيقة بتاريخ 2022/12/08، حيث كان الهدف من إجرائها هو التعرف على مختلف الآليات التي تتبناها الحالة "الثالثة" للتعامل مع السكري والبتز، وذلك من خلال الإجابة على الأسئلة وعلى المقياس الخاص بآليات التعامل ل " لازاروس وفولكمان".

■ كيف تعاملت مع الإصابة بالسكري؟

"تعاملت معاه أنه إبتلاء وندير لي نطيق عليه".

■ في نظرك، من يتحمل مسؤولية ما آلت إليه مضاعفات السكري؟

"ما نحمل حتى واحد، كتبها لي ربي: شوفي قاع لوكان ما تقطعش بسبة السكر في ذاك النهار قدر ربي يتقطع بكسيده و لا، مقطوع مقطوع".

■ كيف تتعامل مع البتر في حياتك اليومية؟

"في الصلاة، مسهلها لك ربي: تميم وتصلي قاعد".

■ ماهي الصعوبات التي تواجهها في الوقت الحالي؟

"والو، ما عنديش" ونظرا لعدم وجود الصعوبات حذفنا الأسئلة الخاصة بها وانتقلنا مباشرة للسؤال التالي.

■ هل غير البتر من عاداتك الصحية (النوم، الأكل، الرياضة)؟

"كنت نتشهي وما ناكلش قاع ويجبوها لي، كنت مرات ما نرقدش ونبقى نخم: هو صح السطر تنحي مبصح مزال نخم"

■ الى من تلجأ لطلب النصح والمساعدة؟

"إبني ولا أمه".

■ هل أثر البتر على علاقتك بالمحيطين بك؟

"والو، عادي".

■ هل لديك مشاريع ترغب في إنجازها؟

"والو، ما عنديش".

الملحق رقم (11): المقابلات الخاصة بالحالة الرابعة.

المقابلة الأولى: المقابلة التمهيدية.

دامت المقابلة التمهيدية 30 دقيقة بتاريخ 2023/01/16، حيث كان هدفنا من إجرائها هو خلق جو من الألفة وكسب ثقة الحالة "الرابعة"، وذلك من خلال التطرق الى موضوع الدراسة بشكل عام وشرح جوانب الغموض مع التأكيد على سرية المعلومات، أما عن كيفية العرض فقد اخترنا طريقة الجواب لكل سؤال.

فبالنسبة للسؤال: هل يوجد لديك استفسارات أو أسئلة تخص موضوع الدراسة؟

فقد كان رد الحالة "الرابعة" كالتالي: "والو، تفضلي أي حاجة راني واجد إن شاء الله".

اما بالنسبة للسؤال: هل يمكنك تذكر الأحداث التي أدت الى البتر؟ وكيف تتعامل معه؟

الرد: "إيه، راه معنديش ياسر ملي تبترت".

ولأن المقابلة تمهيدية، تم أخذ موافقة الحالة وضمن مشاركتها في الدراسة الحالية "لوكان مش موافق ما نهدرش قاع"، بعد هذه المقابلة سوف نلتقي مجددا بالتاريخ الذي يساعدك، سوف نحدد سويا مواعيد المقابلات الثلاثة المتبقية حيث في كل مقابلة لدينا هدف يجب تحقيقه، ولأن المعلومات سوف يتم نشرها (أعدك أنها ستكون مشفرة، تحمل إسم مستعار وتستخدم في اطار علمي بحث).

المقابلة الثانية: مقابلة تاريخ الحالة.

دامت المقابلة لمدة 45 دقيقة بتاريخ 2023/01/17، حيث كان الهدف من إجرائها هو جمع أكبر قدر من المعلومات عن الحالة "الرابعة" ومعرفة مختلف التطورات التي طرأت على حياته، وهذا من خلال التطرق الى المحاور وهي كالتالي:

المحور الأول: البيانات العامة للحالة.

- الاسم: فاتح.
- السن: 44 سنة.
- الجنس: ذكر.
- الحالة الاجتماعية: متزوج.
- عدد الأولاد: 02 ذكور، 02 إناث.
- المستوى الدراسي: الثانوي.
- المهنة السابقة: موزع سلع.
- المهنة الحالية: مراقب كاميرات أمنية.
- تاريخ البتر: شهرين.
- العضو المبتور: الإصبع الصغير للرجل اليسرى.

المحور الثاني: التاريخ الأسري والشخصي.

- ما هو الأسلوب أو الطريقة التي اعتمدها والديك في التربية؟

"تربية توفيرية، الوالدين خدامين وموفرين لنا كل شيء".

■ كيف هي علاقتك مع: والديك، الإخوة والأخوات، الأولاد؟(العائلة الكبيرة والصغيرة)

"علاقة متينة، أنا داي دعوة الخير: في المناسبات قاع نتلاقو نفرحوا ونضحكوا".

■ هل تعرضت لأحداث مؤلمة في طفولتك؟

"والو جامي".

■ كيف كنت ترى نفسك في السابق من حيث الشكل، التفكير، الشخصية؟

"كنت مقدود على روعي، حقي نجبيوا بذراعي وشخصيتي نورمال وتخمم نتاعي قاع في الدار: مازال

للحد الآن ما عنديش الدار وراي نجري عليها". (يسكن في منزل الوالد).

المحور الثالث: التاريخ الصحي (الطبي).

■ متى عرفت أنك مصاب بالسكري؟ ومن صرح بخبر الإصابة؟

"في 2012، كان عندي تحليل لازم نديره تابع للخدمة وكي شافه الطبيب قالي السكر راه عندك طالع

عاود دير التحليل باش نتأكد، وفعلا كان عندي السكر ومش فايق ووليت مع الريجيم نتاعو".

■ هل كانت لديك معلومات عن مضاعفات السكري؟

"إيه علبالي، ياك قارين عليها ويخبرك بيها الطبيب، أصلا أحنا عندنا وراثي "ما" ماتت بيه، هي ثاني

قطعولها".

■ هل كنت تحرص على إتباع تعليمات الطبيب؟

"إيه، لازم".

■ هل استفدت من تدخل علاجي نفسي مباشرة بعد البتر؟

"والو، ماجاوني مارحت ما حوست عليهم".

المحور الرابع: التاريخ التعليمي والمهني.

■ كيف كانت دراستك؟

"كنت متوسط في قرابتي حتى ديت الباك بالمراسلة".

■ كيف كانت علاقتك مع الأساتذة، زملاء؟

"كنت طوايشي ونقرا تاني، زملاء مكاش عندي".

■ هل كنت تعمل وانت تدرس؟ هل جربت شعور البطالة؟

"والو، دخلت للتجارة هي أول ما بديت في حياتي العملية".

■ كم من وظيفة التحقت؟ وأية وظيفة راقت لك بعد عملية البتر؟

"كيما قلت لك بديت بتاجر للمواد الغذائية، فنت على البننتورة، خدمت في شركة اتصالات، خدمت في الأمن"

"راقتلي لي راني فيها ضك: في لخدمة هاذي ارتحت راني متنفس، ما تحتاجش مجهود جسدي كبير ونخلص مليح وعندي امتيازات في كل مناسبة". (مراقب كاميرات أمنية)

المحور الخامس: التاريخ الزوجي والبتر.

■ كيف هي علاقتك مع الزوج (ة)؟

"عادي، كانت وحد الوقت متقلقة مني كي مش خدام ثابت بصح ضك راهي واقفة معايا هي لي تنصحنى بعد: ماديرش ديك، عس روحك".

■ هل وجدت المساندة من طرف الزوج (ة)؟

"إيه الحمد لله".

■ هل تعاني من صعوبات في علاقتك الزوجية؟

"والو، الحمد لله".

■ هل أثر البتر على حياتك الجنسية؟

"أنعم، مزال لحد الآن ما قربتهاش".

المقابلة الثالثة: المقابلة الخاصة بالألم النفسي.

دامت المقابلة لمدة 50 دقيقة بتاريخ 2023/01/18، حيث كان الهدف من إجرائها هو التعرف على الألم النفسي الذي تخلفه تجربة البتر بسبب السكري لدى الحالة "الرابعة"، وذلك من خلال الإجابة على الأسئلة وعلى المقياس الخاص بالألم النفسي المعد من طرف الباحثة.

■ كيف كانت ظروفك حين اكتشفت أنك مصاب بالسكري؟

"ظروفي كنت راجع من لخدمة، نوجد في وحد الدوسي طالبين فيه تحاليل حتى عرفت بلي راني مصاب، وباينة حتى واحد ما يتقبله خاطر يبقى معاك حتى تموت".

■ كيف كانت استجابتك للإصابة بالسكري؟

"ماتقبلتوش الضربة لولة، تقلقت منو ومن الريجيم نتاعو وبقيت خايف ومخلوع".

■ صف لي حالتك عند سماعك بخبر البتر؟

"كنت نخدم بالماشينة لي ترفد السلعة، نهارها قرصت روحي بيها وماحسيتش في كراعي، وكى عاد الضربة ما تباشن تتمم: وحد لعشرين يوم هكاك وأنا نحس بالشلفاط وماديتش فيها درتلها الماء الحامي حتى بدأ الدم يتحجرلي وصبعي طاب، تم رحت للسبيطار وكى عاد عندي لعرف ديراكت شافوني منا شدوني ودارولي الاجراءات نتاع العملية، ونقولك الصبح ما تقبلتهاش وكى عادت زكاة نفس معندي كى ندير".

■ هل استشرت اخصائي نفسي بعد سماعك لعملية البتر؟

"أنا ما حوست على حتى واحد، شرحوني وبعثوني للدار: قالي الطبيب معندك علاه تقعد هنا".

■ كيف ترى ذاتك في الوقت الحالي؟

"أنا أثر عليا السكر أكثر من لبتر، السكر هو لي طيحي وإلا ذاتي هي نفسها".

■ كيف تعتقد الآخر يراك؟

"عادي أصلا هو ما يقولولي راهي زكاة نفس، الله غالب، مكتوب ربي".

■ ماهي نظرتك للمجتمع؟

"عادي كيما قبل البتر كيما بعدو".

■ هل تخلت عن نشاطاتك بعد عملية البتر؟

"كيما البنتورة نحسها مانزيدش نمسها، تعبتني ومانيش نطيق".

■ هل غير البتر نظرتك للحياة؟

"الحياة مش كيما بكري، الواحد كان لاباس عليه يمشي ويتحرك"

■ ماهي آفاقك المستقبلية؟

"دويرة ويريجوا ولادي".

المقابلة الرابعة: المقابلة الخاصة بآليات التعامل.

دامت المقابلة لمدة 55 دقيقة بتاريخ 2023/01/19، حيث كان الهدف من إجرائها هو التعرف على

مختلف الآليات التي يتبناها الحالة "الرابعة" للتعامل مع السكري والبتر، وذلك من خلال الإجابة على

الأسئلة وعلى المقياس الخاص بآليات التعامل ل " لازاروس وفولكمان".

■ كيف تعاملت مع الإصابة بالسكري؟

"نهار الأول ما تقبلتهاش ودك خلاص لازم تقبل ما عندك ما تدير"

■ في نظرك، من يتحمل مسؤولية ما آلت إليه مضاعفات السكري؟

"أنا هو السببة والمسؤول، التهاون: السكر واعر وغدار ومايانش تم تم".

■ كيف تتعامل مع البتر في حياتك اليومية؟

"أني مزال ندواي، نبدل نهار بنهار (الضمادة) وراني في فترة نقاهة ما نخذ ما نخط، زيد وليت نتقلق ياسر سيرتو كي يحكمني السطر وتقلق من الجرح طول ما برالي" الإحساس بالم جسدي على مستوى الرجل المبتور (تصلب العضلات).

■ ماهي الصعوبات التي تواجهها في الوقت الحالي؟

"ما عنديش صعوبات، راني بلوطوي وبخلصتي وما تبدلش ياسر"، نظرا لعدم وجود صعوبات حسب معايشة الحالة لتجربة البتر انتقلنا مباشرة الى السؤال التالي:

■ هل غير البتر من عاداتك الصحية (النوم، الأكل، الرياضة)؟

"أني ناكل الأكل الصحي ودابير ريجيم كل شئ طبيعي، الرقاد أنا من النوع لي بيكر".

■ الى من تلجأ لطلب النصح والمساعدة؟

"ما ماتت وخاوتي متزوجين مالا نستشير لمرا في كل شئ".

■ هل أثر البتر على علاقتك بالمحيطين بك؟

"والو، علاقتي كيما دك كيما قبل".

■ هل لديك مشاريع ترغب في إنجازها؟

" دك حياة شوية ماعندهاش قيمة، عندي أرض الوالد وخصني الدراهم برك وندير فيها مشروع مدام مكاش هاذو (التعبير باستعمال اليد عن المال) رانا حابسين، ماعندي حتى حاجة باسمي".

الملحق رقم (12): المقابلات الخاصة بالحالة الخامسة.

المقابلة الأولى: المقابلة التمهيدية.

دامت المقابلة التمهيدية 30 دقيقة بتاريخ 2023/02/13، حيث كان هدفنا من إجرائها هو خلق جو من الألفة وكسب ثقة الحالة "الخامسة"، وذلك من خلال التطرق الى موضوع الدراسة بشكل عام وشرح جوانب الغموض مع التأكيد على سرية المعلومات، أما عن كيفية العرض فقد اخترنا طريقة الجواب لكل سؤال.

فبالنسبة للسؤال: هل يوجد لديك استفسارات أو أسئلة تخص موضوع الدراسة؟

فقد كان رد الحالة "الخامسة" كالتالي: "والو، ماعنديش".

اما بالنسبة للسؤال: هل يمكنك تذكر الأحداث التي أدت الى البتر؟ وكيف تتعامل معه؟

الرد: "هيه متفكر، راني عادي".

ولأن المقابلة تمهيدية، تم أخذ موافقة الحالة وضمنان مشاركتها في الدراسة الحالية "هيه معليش، ربي يسهل"، بعد هذه المقابلة سوف نلتقي مجددا بالتاريخ الذي يساعدك، سوف نحدد سويا مواعيد المقابلات الثلاثة المتبقية حيث في كل مقابلة لدينا هدف يجب تحقيقه، ولأن المعلومات سوف يتم نشرها (أعدك أنها ستكون مشفرة، تحمل إسم مستعار وتستخدم في اطار علمي بحث).

المقابلة الثانية: مقابلة تاريخ الحالة.

دامت المقابلة لمدة 40 دقيقة بتاريخ 2023/02/14، حيث كان الهدف من إجرائها هو جمع أكبر قدر من المعلومات عن الحالة "الخامسة" ومعرفة مختلف التطورات التي طرأت على حياتها، وهذا من خلال التطرق الى مجموعة المحاور وهي كالتالي:

المحور الأول: البيانات العامة للحالة.

- الاسم: عبد الغفور.
- السن: 71 سنة.
- الجنس: ذكر.
- الحالة الاجتماعية: متزوج.
- عدد الأولاد: 03 ذكور، 04 إناث.
- المستوى الدراسي: الرابعة ابتدائي.
- المهنة السابقة: سائق في النقل العمومي.
- المهنة الحالية: لا يوجد.
- تاريخ البتر: البتر الأول: 10 سنوات، البتر الثاني: 04 سنوات .
- العضو المبتور: البتر الأول: أصابع الرجل اليمنى بإستثناء الإصبع الأوسط، البتر الثاني: تحت الركبة للرجل اليسرى.

المحور الثاني: التاريخ الأسري والشخصي.

- ما هو الأسلوب أو الطريقة التي اعتمدها والديك في التربية؟

"رباونا بالشبي لي كاين مع لفقر، مساكن مكان والو".

■ كيف هي علاقتك مع: والديك، الإخوة والأخوات، الأولاد؟(العائلة الكبيرة والصغيرة)

"مع الوالدين قي دعوة الخير والباقي الحمد لله، الله يطول في أعمارهم".

■ هل تعرضت لأحداث مؤلمة في طفولتك؟

"والو، مكان والو".

■ كيف كنت ترى نفسك في السابق من حيث الشكل، التفكير، الشخصية؟

"بكري مش كي ضك، راكي عارفة الأعزب مش كي لمتزوج: مسؤولية، نشوف في شخصيتي محترم الحمد لله".

المحور الثالث: التاريخ الصحي (الطبي).

■ متى عرفت أنك مصاب بالسكري؟ ومن صرح بخبر الإصابة؟

"في 1999، كنت نسوق في ليل ومعديش خبر بالإبل: صكني واحد في باب الكروسة وماديت فيها ما والو، كنت ناكل التمر ولخلو ومكاش علبالي راه فيا الخلعة، أيا كنت نرش الماء كل خمس دقائق ونحس بغمي يابس كي كنت نخدم أنا وخويا، أيوا تما قلت نروح للطبيب ودرت التحاليل و لقاءه 3,5 غرام، خبرني الطبيب بعد".

■ هل كانت لديك معلومات عن مضاعفات السكري؟

"والو، مكانش عندي".

■ هل كنت تحرص على إتباع تعليمات الطبيب؟

"إيه درت الريجيم لي قال لي عليه الطبيب حتى لحق السكر لغرام،هذاك هو عدت ما نتبعش الريجيم، ما عتنيش بروحي نقولك الصراحة".

■ هل استفدت من تدخل علاجي نفسي مباشرة بعد البتر؟

"والو مكانش والو".

المحور الرابع: التاريخ التعليمي والمهني.

■ كيف كانت دراستك؟

"كنا نقرأ ولكن ضعف نتاع لكتوب وقلة شي ولفقر حبسنا".

■ كيف كانت علاقتك مع الأساتذة، الزملاء؟

"لاباس الحمد لله، المعلمين نتاوعي كي نشوفهم لدك نقولهم يا أستاذ يفرحوا بيا".

■ هل كنت تعمل وانت تدرس؟ هل جربت شعور البطالة؟

"والو، قي كي بطلت لقراية خدمت".

■ كم من وظيفة التحقت؟ وأية وظيفة راقت لك بعد عملية البتر؟

"خدمت التويزة، ميكانيسان، عامل يومي، عساس، النقل العمومي، ماكان حتى حية تعجبك، على حساب الخلصة".

المحور الخامس: التاريخ الزواجي والبتر.

■ كيف هي علاقتك مع الزوج (ة)؟

"لاباس الحمد لله".

■ هل وجدت المساندة من طرف الزوج (ة)؟

"حاجة باينة توقف معايا الزوجة".

■ هل تعاني من صعوبات في علاقتك الزوجية؟

"والو، الحمد لله".

■ هل أثر البتر على حياتك الجنسية؟

"والو، الحمد لله".

المقابلة الثالثة: المقابلة الخاصة بالألم النفسي.

دامت المقابلة لمدة 40 دقيقة بتاريخ 2023/02/15، حيث كان الهدف من إجرائها هو التعرف على الألم النفسي الذي تخلفه تجربة البتر بسبب السكري لدى الحالة "الخامسة"، وذلك من خلال الإجابة على الأسئلة وعلى المقياس الخاص بالألم النفسي المعد من طرف الباحثة.

■ كيف كانت ظروفك حين اكتشفت أنك مصاب بالسكري؟

"ظروفي كانت عادية".

■ كيف كانت استجابتك للإصابة بالسكري؟

"حاجة نناع مولانا، حاجة ربي ما عندك كي دير".

■ صف لي حالتك عند سماعك بخبر البتر؟

"عادية، تقبلت البتر".

(البتر الأول: 10 سنوات، أصابع الرجل اليمنى بإستثناء الإصبع الأوسط) "ياك أنا جاتني دمية، جاء

الطبيب قالي نحللك لصباع بعد"

"البتر الثاني: 04 سنوات، تحت الركبة للرجل اليسرى، وهذا (الإشارة للجزء المبتور): أنا كنت صاد

منهاك (ملتفت للجهة اليمنى) كي دورت لقيت الطابونة طالعة وكي جيت نشوف لقيت صبعي قاع

هاك محروق (الإصبع الكبير) ومبعد يبس وعدت نتوضأ عليه، وهو راه يخدم لداخل وأنا مش جايله
خبر، وليت نداوي فيه عند الفرمللي حتى زراق، دخلوني للسبيطار وقالي الطبيب الجراح لازملك عملية
ونحلي الصبع الكبير، طولت ما برات زاد نحلي الصغير، هنا جات كورونا وخرجونا قاع وعطاوني الدواء،
عدت نداوي هنا بعد (بمنزله) حتى قعد الميكروب يطلع وكراعي يزراق، تم رسلوني بلبرية للطبيب الجراح
وقعدت 5 أيام وأنا نستنى في العملية وهو ما مش لاهين بيا وعليها نحاولي وخدمولي و20 يوم برا مريقل
خيطوني تخياط".

■ هل استشرت اخصائي نفسي بعد سماعك لعملية البتر؟

"والو".

■ كيف ترى ذاتك في الوقت الحالي؟

"عادي، هاذي حاجة ربي رانا متقبلينها، لوكان دارها فيك بنادم تعودي تقولي حاجة غير، هي من عند
مولانا وрана صابرين، راهي مكتوبة ملي زدنا".

■ كيف تعتقد الآخر يراك؟

"والو الحمد لله، مش مأثرة فيا والو".

■ ماهي نظرتك للمجتمع؟

"نشوف فيهم عادي، كي الناس كي أنا كي هوما".

■ هل تخليت عن نشاطاتك بعد عملية البتر؟

"هاضرك خلاص، لقطيع جاء في الرجل معندكش كي تخدم، كنت بكري برجليك تخدم دك مكاش كي
بمشي الواحد".

■ هل غير البتر نظرتك للحياة؟

"حياتنا ماش كيما كنت لابس عليك، مبصح عادي حاجة مولانا".

■ ماهي آفاقك المستقبلية؟

"نضرب حجة، ولجاب ربي المكتوب نتاعه نموت تم بعد".

المقابلة الرابعة: المقابلة الخاصة بآليات التعامل.

دامت المقابلة لمدة 50 دقيقة بتاريخ 2023/02/16، حيث كان الهدف من إجرائها هو التعرف على مختلف الآليات التي تتبناها الحالة "الخامسة" للتعامل مع السكري والبت، وذلك من خلال الإجابة على الأسئلة وعلى المقياس الخاص بآليات التعامل ل " لازاروس وفولكمان".

■ كيف تعاملت مع الإصابة بالسكري؟

"السكر لازم تديرلو الريجيم راه يتسمى رفيق، كلي راك رايع مع واحد مترافق أنت وياه: إذا طلقت عليه الدرك راه يتهلك وليا ساعفتوا راك تمشي كي أنت كي هو، راه رفيق معندكش كي تديرلو".

■ في نظرك، من يتحمل مسؤولية ما آلت إليه مضاعفات السكري؟

"مولانا سبحانو".

■ كيف تتعامل مع البتر في حياتك اليومية؟

"أني نخرج: كي دارولي لبروتاج (الطرف الإصطناعي) راني نخرج و ندور قاع والحمد لله".

■ ماهي الصعوبات التي تواجهها في الوقت الحالي؟

"كانت عندي كروسة، كنت نمشي بيها وكي قطعوني بعثها وراني نادم".

■ كيف تتعامل مع هذه الصعوبات؟

"والو، عادي، مكانش".

■ من أين تستمد طاقتك للتعامل مع هذه الصعوبات؟

"راني بولادي وأحفادي".

■ هل غير البتر من عاداتك الصحية (النوم، الأكل، الرياضة)؟

"والو نورمال، برك السطر في العضلات، ناكل الحمد لله".

■ الى من تلجأ لطلب النصح والمساعدة؟

"الزوجة هي لي لابد تشاركها، هي لي شريكة معاك ياسي". (ملامح الاستغراب وكأن الجواب بديهي وهي الزوجة".

■ هل أثر البتر على علاقتك بالمحيطين بك؟

"والو، نورمال، الله غالب حاجة مولانا".

■ هل لديك مشاريع ترغب في إنجازها؟

"كيما قلت لك، نحج وربي يدي أمانتوا في ديك البقعة".

الملحق رقم (13): صور توضح آثار البتر بسبب السكري على المستوى الجسدي.





