وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب

كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

اضطراب ما بعد الصدمة و تأثيره على المرونة النفسية لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف

دراسة عيادية لحالة واحدة بمستشفى أحمد مدغري عين تموشنت

من إعداد وتقديم الطالبة: **تحت إشراف الأستاذة:**

بنـي اسمهان **د. زاوي أمال**

تمت المناقشة علنا أمام اللجنة المناقشة المكونة من:

الاسم واللقب	الصفة	الرتبة
سعدون سمية	رئيسا	استاذ محاضر أ
د .زاوي امال	مشرفا ومقررا	استاذ محاضر أ
بن عيسى رحال نوال	مناقشا	استاذ محاضر أ

السنة الجامعية 2026/2025

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de La Recherche Scientifique
Université Ain Temouchent -Belhadj Bouchaib
Faculté des lettres, langues et sciences sociales

الترخيص بإيداع مذكرة الماستر

أنا الأستاذ(ة) المشرف(ة): زاوي أمال

على مذكرة التخرج في الماستر والموسومة بـ: الضوابط حامية العدمة وأثره على الدعوة المتسجلة بمجري الأعراس في الجزائر.

من انجاز الطالب (بين):

1 بن [illegible]

2 .....

ميدان: [illegible]

شعبة: [illegible]

تخصص: .....

أشهد أن الطالب(بين) قد قام(ا) برفع كل التحفظات المطلوبة من طرف لجنة المناقشة. وبإمكانه(ما) إيداع النسخة الالكترونية المصححة على مستوى المستودع الرقمي لجامعة عين تموشنت.

امضاء المشرف

الاسم واللقب

د. زاوي أمال

امضاء رئيس اللجنة

الاسم واللقب

أ. سعدون سمية

عين تموشنت في: .....

تأشيرة رئيس القسم

جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
قسم العلوم الاجتماعية

سني الحبيب
رئيس قسم العلوم الإجتماعية

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

التصريح الشرفي

الخاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لانجاز بحث علمي
(القرار رقم 1082 المؤرخ في 27 ديسمبر 2020 الذي يحدد القواعد المتعلقة بالوقاية من السرقة العلمية ومكافحتها)

أنا الممضي أسفله،

الطالب (ة): .....بلعي اسماء.....

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: .....H196330.56..... الصادرة في تاريخ: .....2021/09/19.....

دائرة: .....عين تموشنت.....ولاية.....عين تموشنت.....

والمسجل بكلية الآداب و اللغات و العلوم الاجتماعية

قسم: .....علوم انسانية.....

شعبة: .....علوم انسانية..... **تخصص:** .....عيادي.....

والمكلف بإنجاز مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر أكاديمي، الموسومة بعنوان:

.....واقع ابعاد الهوية وتأثيرها على الهوية الأنثوية.....
.....لدى عينة من المطلقات من ذوي الاسكوي.....
.....

أصرح بشرفي أن ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقية المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في انجاز مذكرة الماستر المذكورة أعلاه.

عين تموشنت في: 2021/06/28

امضاء المعني

Scanné avec CamScanner

ملخص الدراسة:

هدفت هده الدراسة الى معرفة تأثير اضطراب مابعد الصدمة على المرونة النفسية لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف، حيث تمثلت عينة الدراسة في حالة واحدة سنها 59 سنة من جنس أنثى ، أرملة ومبتورة الطرف السفلي(الرجل) بسبب مرض السكري ومتواجدة بمستشفى أحمد مدغري – عين تموشنت- حيث استخدمنا المنهج العيادي بأدواته حيث وظفنا المقابلة العيادية والملاحظة العيادية كما استخدمنا مقياسي **مقياس دافيدسون (Davidson) لاضطراب ما بعد الصدمة و مقياس المرونة النفسية (HER)**

وقد توصلنا الى أن الحالة تعاني من آلام نفسية ناتجة عن صدمة البتر، وكانت النتيجة ظهور اضطراب الاكتئاب لديها، حيث أثر البتر على مرونتها النفسية وتركها مع أعراض ما بعد الصدمة من التجنب واستعادة الخبرة والإثارة، ومجموعة أعراض سلوكية وجسدية وفكرية وعاطفية بسبب ما وصلت اليه (الإعاقة الجسدية)، كما أنها تعاني من مشاعر النقص والحزن المرتبطة بالخسارة ، وهذا ما أدى إلى الفشل في التكيف مع واقعها الجديد الذي يشهد نقص القدرات البدنية مما أدى إلى انخفاض قدرتها على أداء الوظائف والأنشطة.

كلمات مفتاحية: اضطراب ما بعد الصدمة؛ المرونة النفسية؛ بتر الأطراف؛ مرضى السكري.

Absctarct :

The aim of this study was to investigate the impact of post-traumatic stress disorder on psychological resilience in diabetic patients who have undergone amputation. The study sample consisted of a single 59-year-old female patient, a widow who had undergone lower limb amputation (leg) due to diabetes and was admitted to Ahmed Madghari Hospital – Ain Temouchent. We employed a clinical approach using clinical interviews and clinical observation, as well as the Davidson Post-Traumatic Stress Disorder Scale and the Psychological Resilience Scale (PRS)
We concluded that the patient was suffering from psychological distress resulting from the trauma of amputation. The outcome was the emergence of depressive disorder, as the amputation affected her psychological resilience and left her with post-traumatic symptoms of avoidance, re-experiencing and arousal, as well as a range of behavioural, physical, cognitive and emotional symptoms due to the extent of (physical disability). She also suffers from feelings of inadequacy and grief associated with the loss, which has led to a failure to adapt to her new reality characterised by reduced physical abilities, resulting in a diminished capacity to perform daily functions and activities.

Keywords: post-traumatic stress disorder; psychological resilience; limb amputation; diabetic patients.

إهداء

بسم الله الرحمن الرحيم:

"و قل اعملوا فسيرى الله عملكم و رسوله و المؤمنون"

صدق الله العظيم

لا يطيب الليل إلا بشكر الله و لا يطيب النهار إلا بطاعته و لا تطيب اللحظات إلا بذكره و لا تطيب الآخرة إلا بعفوه، اللهم صل و سلم على سيدنا محمد عليه الصلاة و السلام ، بذكر خير الآنام أهدي هذا العمل المتواضع الى من كلله الله بالهيبة و الوقار الى من علمني العطاء دون انتظار الى من أحمل اسمه بكل افتخار:"أبي الغالي" ارجوا من الله أن يمد في عمرك لترى ثمارا قد حان وقت قطافها بعد طول انتظار.

الى التي رفع الله مقامها و جعل الجنة تحت أقدامها ، الى من أنجبت و سهرت و ربت، الى قدوتي في الحياة و نبراس أملي و تألقي " أمي نبع الحنان".

الى بسمة الحياة و سر الوجود الى من كان دعائها سر نجاحي و حنانها بلسم جراحي "جدتي الغالية".

الى سندي و ساعدي، الى من لا أقوى على فراقها الى من كانت عونا لي و سبب شجاعتي لمواصلة دراستي أختي الحبوبة " نسرين".

- الى كل من ساندوني من قريب أو بعيد شكرا جزيلا.

اسمهان

شكر وامتنان

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، وبتوفيقه تذلل الصعوبات.

أتقدم بالشكر والاحترام للأستاذة الفاضلة الدكتورة " **زاوي امال** " على ما قدمته لي من نصائح وتوجيهات قيمة، وكان لها الفضل في تصحيح مساري خلال انجاز هذا العمل وتحسينه والوصول به الى المستوى المطلوب .لك مني فائق الاحترام والتقدير ،

كما أشكر الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة الكرام على عناء تقويم مذكرتي،

وجميع أساتذة قسم علم النفس. أسأل الله أن يجازيكم خير الجزاء.

و من أعماق قلبي أشكر عائلتي العزيزة التي كانت الحضن الدافئ والسند الحقيقي،

ولكل من وقف بجانبي ولو بكلمة طيبة... بدعوة صادقة... أو بدعم صامت.

لكم جميعا مني كل الحب والتقدير والاحترام.

شكري الخاص للحالات التي قابلتها خلال فترة تربصي

و العاملين في مستشفى احمد مدغري بعين تموشنت على التسهيلات التي قدموها لي .

قائمة المحتويات

العنوان	الصفحة
شكر	أ
اهداء	ب
ملخص الدراسة	ت
الجانب النظري	
الفصل الأول : الاطار العام للدراسة	
مقدمة	1
اشكالية الدراسة	2
تساؤلات الدراسة	3
فرضيات الدراسة	3
أهمية الدراسة	4
أهداف الدراسة	5
منهج الدراسة	6
الدراسات السابقة والتعقيب عليها	7
الفصل الثاني: اضطراب ما بعد الصدمة	
تمهيد	13

تاريخ مصطلح اضطراب ما بعد الصدمة و نشأته	13
مفهوم الصدمة	14
أنواع الصدمة	17
مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة	19
أعراض اضطراب ما بعد الصدمة	20
تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة	22
عوامل الاصابة باضطراب ما بعد الصدمة	23
اشكال اضطراب ما بعد الصدمة	24
مراحل اضطراب ما بعد الصدمة	25
الأفعال المستحبة الغير مستحبة لمن يعاني من الصدمة	26
العلاج	27
خلاصة الفصل	29
الفصل الثالث: المرونة النفسية	
تمهيد	32
نبذة تاريخية عن المرونة النفسية	32
مفهوم المرونة النفسية	33
المفاهيم المرتبطة ب المرونة النفسية	35
النظريات المفسرة للمرونة النفسية	39

مصادر المرونة النفسية	42
العوامل التي تعزز المرونة النفسية	44
طرق بناء المرونة النفسية	46
مقومات المرونة النفسية	47
صفات الأفراد ذوي المرونة النفسية	47
أهمية المرونة النفسية	49
خلاصة الفصل	51
الفصل الرابع : مرض السكري والبتر	
تمهيد	54
I. البتر	
تعريف البتر	54
أنواع البتر	55
الطرق المتبعة في عملية البتر	56
أسباب البتر	57
الأعراض المصاحبة للبتر	58
العلاج	58
الأثار النفسية للبتر	59
ردود الفعل الناتجة عن البتر	60

المشاكل المترتبة عن بتر الأطراف	61
التأقلم بعد البتر	62
خلاصة	64
II. مرض السكري	
تمهيد	69
تعريف مرض السكري	69
احصائيات عن مرض السكري	69
أنواع مرض السكري	70
أسباب الإصابة بمرض السكري	71
اعراض مرض السكري	73
مضاعفات داء السكري	74
التشخيص	74
تاثير السكري على الحالة النفسية	75
علاج داء السكري	77
خلاصة	79
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية	
الدراسة الاستطلاعية	80

الدراسة الأساسية	87
الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج	
عرض نتائج الدراسة	90
تحليل ومناقشة نتائج الدراسة	96
خاتمة	105
توصيات و اقتراحات	106
قائمة المصادر و المراجع	110
قائمة الملاحق	115

قائمة الجداول

العنوان	الصفحة
جدول (01) يوضح الفرق بين مرونة الأنا وقوة الأنا	32
جدول (02) يوضح الفرق بين الصلابة النفسية والمناعة النفسية.	33
جدول (03) يوضح الفرق بين الاتزان الانفعالي و الهدوء الانفعالي	34
جدول رقم (4) يوضح خصائص حالة الدراسة	41
جدول (05): توزيع فقرات مقياس المرونة النفسية	74
جدول رقم (06) يوضح سير المقابلات العيادية مع الحالة	77
جدول رقم (07) نتائج مقياس دافيدسون (إجهاد ما بعد الصدمة)	80
جدول رقم (08) نتائج مقياس المرونة النفسية	84

الجانب النظري

مقدمة:

تعد الأمراض المزمنة من أبرز القضايا الصحية التي تشغل الباحثين والممارسين في مجالات الطب والصحة النفسية، نظرا لما تسببه من معاناة مستمرة وتأثيرات بعيدة المدى على الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية للفرد .ومن بين هذه الأمراض،مرض السكري اذ يعتبر شبح يهدد صحة الفرد.

لقد أصبح عدد المصابين بمرض السكري يتزايد بشكل سريع ، وذلك من خلال دراسات متعددة حيث وصلت نسبة انتشاره إلى 17.5 % الا أن هذا الداء لا يؤثر على الجانب الجسدي فقط، بل يؤثر أيضا على الجانب النفسي للمصاب ، حيث اصبح مريض السكري يمر بالعديد من التغيرات الحياتية و يدخل في الكثير من الصراعات النفسية الناجمة عن الحوادث و الأخطار كالبتر مثلا ، الذي يحدث له صدمة نفسية و هذا ما نسميه اضطراب ما بعد الصدمة ، التي بدورها تؤثر على الفرد و سلوكياته و أنماط تفكيره و على سماته الشخصية . و علم النفس الإكلينيكي يهدف إلى تحقيق الشفاء و إن لم يكن فعلى الأقل التكيف في البيئة المحيطة به و التأقلم مع هذه الأعراض ، الأمر الذي يؤدي إلى استقرار حالته الجسمية و النفسية .و موضوع دراستنا هو اضطراب ما بعد صدمة و تاثيره على المرونة النفسية لمريض السكري مبتور الاطراف.

لقد يشعر المريض باختلاف كبير في أداء نشاطاته اليومية و الزامية مداومة العلاج حيث يحس المريض بالعجز و النقص .ومن هنا نجد أن للمرونة النفسية أهمية بارزة في تمكين المريض من تقبل مرضه، أيضا مزاولة العلاج رغم الصعوبات التي يواجهونها وكل ما يعقيهم في حياتهم اليومية فهي تعتبر أساس التكيف و تأقلم المرضى وتعاملهم مع حالتهم بشكل إيجابي .ومن هذا المنطلق حاولت هذه الدراسة معرفة العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والمرونة النفسية لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف .

لهدا تناولنا في هده الدراسة موضوع مرض السكري والاضطرابات النفسية التي تخلفها صدمة البتر لأحد الأطراف لدة المرضى حيث خصصنا لها خمس فصول.

اشتمل الفصل الاول على مدخل للدراسة عرضنا فيه اشكاليتنا مع الفرضيات التي ستعمل كأجوبة مؤقتة لها، كما خصصنا فصلا كاملا لمرض السكري عرضنا فيه مفهوم واسباب هذا المرض وايضا ما قد يخلفه من انتكاسات جسمية قد تكلّف المريض بتر اطرافه.

وللبتر ايضا خصصنا عرضا كاملا عرضنا فيه

الفصل الأول:

مدخل الى الدراسة

***اشكالية الدراسة**

*** تساؤلات الدراسة**

***فرضيات الدراسة**

***أهداف الدراسة**

***أهمية الدراسة**

***المفاهيم الإجرائية للدراسة**

***منهج الدراسة**

***الدراسات السابقة**

التعقيب على الدراسات السابقة

1/ الاشكالية:

يعيش الإنسان خلال حياته مواقف مختلفة، منها السارة و منها المؤلمة، و يتعرض لعدة حوادث، و يتلقى أنباء ، وهذه كلها تسبب صدمات تؤثر بطريقة ما على حالتهم الجسمية و النفسية . ولكن ردود فعل الأفراد تتفاوت لهذه الصدمات، هناك من يتأثر بصدمات بسيطة و هناك من لا يتأثر حتى في اشد الّصدمات .و العملية الجراحية كعملية البتر لمريض السكري هي اعتداء ذي أهداف علاجية علي جسد المريض ، و تشكل صدمة له لأنه في مواجهة الموت ومن الخطأ اعتقاد أن قلق الجراحة ينتهي بمجرد الخروج من غرفة العمليات بل يحدث خلل في الحالة النفسية للمريض بعد العملية و تنعكس أثار عصبية و نفسية جراء عملية البتر.

لا تقل الصحة النفسية أهمية عن الصحة الجسدية، حيث تبرز أهمية المرونة النفسية، التي تعتبرمن عواملُ المرض، التحكم في الانفعالات، إدارة الضغوط، الالتزام بخطة العلاج بشكل متوازن. فالمرونة النفسية تعزز من قدرة الفردُ المهمة التي تساعد على تخفيض حدة التوتر والقلق.

من جهة أخرى، يظهر اضطراب ما بعد الصدمة كعامل نفسي مهم يتداخل مع المرونة النفسية في التأثير على قدرة المريض على مواجهة المرض و التكيف مع مرضه خاصة بعد تعرضه للبتر. و قد يؤدي إلى تذبذب في مستويات السكر وزيادة خطر المضاعفات .وعليه فإن التغيرات النفسية الاجتماعية الناتجة عن الاصابة بمرض السكري تختلف من مريض الى اخر. حيث هناك عدة دراسات تناولت هذا الموضوع منها : دراسة منى عبد الله البحراني و عبد الفتاح محمد الخواجة .سنة 2011 - بعنوان: إضطراب ما بعد الصدمة لدى طلاب جامعة السلطان قابوس في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية. وكان هدفها انتشار ضغوط ما بعد الصدمة و وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث في مجال الأعراض السلوكية لصالح الذكور. وايضا دراسة لرميا سعدي وآخرون **سنة**: 2016 - بعنوان: اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف. هدفت إلى التعرف على مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف، والكشف عن الفروق في هذا الإضطراب تبعا لبعض المتغريات (الحالات الاجتماعية، المستوى التعليمي، مكان البتر) . كما جاءت دراسة بختي نصيرة سنة 2016 لدراسة نمط السلوك السائد وعلاقته بالمرونة النفسية لدى المصاب بداء السكري - هدفت إلى معرفة العلاقة بين النمط السلوك السائد والمرونة النفسية لدى الشخص المصاب بداء السكري. كما أجرت .Susana Pedras & al سنة 2019 أعراض الإجهاد الصدمي بعد بتر الاطراف السفلى عند مرضى السكري دراسة طولية - هدفت إلى التركيز على تطور أعراض الاجهاد الصدمي بعد البتر بسبب مرض مزمن مثل مرض السكري.

وبناء على ما سبق نطرح الاشكالية التالية:

- **هل يؤثر اضطراب ما بعد الصدمة على المرونة النفسية لدى مبتوري الاطراف من مرضى السكري؟**

من التساؤل الرئيسي نطرح التساؤلات الفرعية:

2/ تساؤلات الدراسة :

التساؤلات الفرعية:

- ما مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف من مرضى السكري ؟
- ما مستوى المرونة النفسية لدى مبتوري الأطراف من مرضى السكري؟
- كيف يؤثر بتر الأطراف الناتج عن مرض السكري على التكييف النفسي للفرد؟
- هل يسهم انخفاض المرونة النفسية في زيادة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف؟
- ما هي الآليات النفسية التي يعتمد عليها مبتوري الأطراف للتكيف مع الصدمة ؟

3/ الفرضيات :

➢ **الفرضية العامة :**

توجد علاقة ما بين اضطراب ما بعد الصدمة و مستوى المرونة النفسية لدى مبتوري الأطراف من مرضى السكري

➢ **الفرضيات الفرعية :**

- يعاني مبتوري الأطراف من مرضى السكري من مستوى مرتفع من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة .
- يعاني مبتوري الأطراف من مرضى السكري من انخفاض نسبي في المرونة النفسية نتيجة الصدمة الجسدية و النفسية .
- كلما انخفضت المرونة النفسية لدى الفرد زادت حدة اضطراب ما بعد الصدمة .
- تساعد المرونة النفسية المرتفعة على التكيف بشكل أفضل مع تجربة بتر الأطراف

4/ أهمية الدراسة:

الأهمية النظرية :

- تساهم هذه الدراسة في اثراء المعرفة في مجال علم النفس العيادي من خلال دراسة العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة و المرونة النفسية لمبتوري الأطراف من مرضى السكري .
- تساعد الدراسة في توضيح كيفية تاثير الصدمات النفسية الناتجة عن بتر الأطراف على قدرة الفرد على التكيف النفسي و مواجهة الضغوط.
- تبيان الاطار العلمي لفهم المتغيرات النفسية المرتبطة بمرض السكري و مضاعفاته خاصة بتر الأطراف.
- فتح المجال أمام دراسات مستقبلية تتناول العوامل النفسية التي تساعد المرضى على التكيف مع الاعاقة الجسدية.

الأهمية التطبيقية :

- تساعد هذه الدراسة الأخصائيين النفسيين على فهم الحالة النفسية لمبتوري الأطراف من مرضى السكري.
- المساهمة في اعداد برنامج علاجي و ارشادي يهدف الى تقليل أعراض اضطراب ما بعد الصدمة و تعزيز المرونة النفسية لدى المرضى.
- افادة المؤسسات الصحية و المستشفيات الى ضرورة الاهتمام بالجانب النفسي الى جانب العلاج الطبي لمرضى السكري الذين تعرضوا لبتر الأطراف .
- المساعدة في توعية اسر المرضى بكيفية دعمهم نفسيا و مساعدتهم على التكيف مع وضعهم الجديد.

5/ أهداف الدراسة :

الهدف العام :

التعرف على تاثير اضطراب ما بعد الصدمة على مستوى المرونة النفسية لدى مبتوري الأطراف من مرضى السكري

الأهداف الفرعية :

- التعرف على مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف من مرضى السكري .
- التعرف على مستوى المرونة النفسية لدى مبتوري الأطراف من مرضى السكري.
- الكشف عن العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة و المرونة النفسية لدى هذه الفئة من المرضى .

- فهم كيفية تأثير الصدمة الناتجة عن بتر الأطراف على قدرة المريض على التكيف النفسي مع وضعه الجديد.
- المساهمة في لفت الانتباه الى أهمية الدعم النفسي لمبتوري الأطراف من مرضى السكري .

6/ تعاريف الإجرائية للمفاهيم الأساسية :

- **اضطراب ما بعد الصدمة** :عبارة عن مجموعة أعراض و اضطرابات تظهر بعد الصدمة مثل صعوبة في النوم ،قلة التركيز ،الغضب الزائد ، الارتجاف ، العزلة والانطواء، الحزن ،العدوانية ، و تكون مرتبطة بأحداث تثير أو ترمز للصدمة. وهو الدرجة التي تتحصل عليها الحالة على مقياس PTSD
- **المرونة النفسية . :** هي القدرة على استعادة التوازن بعد أي فشل أو صدمة، وهي واحدة من أهم مهارات الحياة التي يحتاجها الفرد لحماية وجوده في عالم اليوم، وكثيرا ما يستخدم مصطلح المرونة لوصف سمة شخصية مستقرة، أو القدرة التي تحمي الأفراد من الأثار السلبية للمخاطر والمحن". و هي القدرة على التكيف مع الاحداث الصادمة والمحن والمواقف الضاغطة المتواصلة وهي عملية مستمرة يظهر من خلالها الفرد سلوكا تكيفيا إيجابيا في مواجهة المحن والتحديات التي تواجهه. وهي الدرجة التي تتحصل عليها الحالة على مقياس المرونة النفسية.
- **مريض السكري**: هو شخص مصاب بمرض السكري الذي يحدث بزيادة نسبة السكر في الدم، و هذا الداء مزمن يرافق الشخص المصاب مدى الحياة ،و بإمكانه أن يؤدي إلى إصابات خطيرة لأعضاء كثيرة و التي تعرف بمضاعفات داء السكري
- **البتر** :هو عملية جراحية تتمثل في فقد أحد أعضاء الجسم و يكون غالبا أصبع اليد أو القدم ،أو الذراع أو اليد ،و يكون نتيجة التعرض لحادث أو مرض..

7/ الدراسات السابقة :

دراسة منال الشيخ (2006) دمشق ، سوريا . بعنوان الدراسة : اضطرابات الضغوط التالية للصدمة النفسية الناتجة عن حوادث الطرق .**هدفت** الى تشخيص أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة النفسية الأطفال الذين تعرضوا لحوادث الطرق في دمشق أعمارهم تتراوح بين (12-7) سنة حيث يبلغ عددهم (302طفل) .**استخدموا** مقياس لردود فعل الأطفال لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة من إعداد الباحثة. وجاءت **نتائج الدراسة** لتبين عدم وجود فرق بين الذكور و الإناث المصابين في حوادث المرور

في الأعراض الحادة للاضطراب ، و ثبتت أن الإناث أكثر عرضة لاضطرابات ما بعد الصدمة من النوع المزمن من الذكور ، و ثبتت وجود فرق بين المصابين الذكور و الإناث الذين تتراوح أعمارهم من (6-7) سنوات المصابين بحوادث المرور في التعرض لاضطرابات ما بعد الصدمة و ثبت أن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (12-10) سنة هم أكثر تعرضا لاضطراب ما بعد الصدمة من الذين تتراوح أعمارهم من (9-7) سنوات .

دراسة هدي عمر صالح عمر2010 بعنوان الدراسة : اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى النساء بمعسكر عطاش و دريج بجنوب السودان حيث قامت هدى عمر صالح بدراسة ميدانية على عينة متمثلة في **300** امرأة حيث تم اختيارها بطريقة عشوائية و باستخدام مقياس إضطراب ما بعد الصدمة الذي أعده الدكتور مصطفى مجاهد سنة 2008 م على حسب معايير الدليل التشخيصي الرابع للأمراض النفسية ، و قد قام الباحث بتقنينه على البيئة السودانية. أظهرت **نتائج الدراسة** :نسبة إضطراب ما بعد الصدمة مرتفعة وسط النساء معسكري دريج و عطاش بجنوب دارفور حاليا جنوب السودان و توصلت إلى عدم وجود علاقة إرتباطية بين عمر نساء و المستوى التعليمي و إضطراب ما بعد الصدمة و عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إضطراب ما بعد الصدمة حسب الحالة الاجتماعية عند نساء ذاك المعسكر ، و توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إضطراب ما بعد الصدمة و نوع الاعتداء على النساء (جسدي ، جنسي ،نفسي ، لا يوجد)

دراسة منى عبد الله البحراني و عبد الفتاح محمد الخواجة :2011 بعنوان الدراسة: إضطراب ما بعد الصدمة لدى طلاب جامعة السلطان قابوس في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية .قامتكل من منى عبد الله البحراني و عبد الفتاح محمد الخواجة بدراسة مدى أعراض ما بعد الصدمة على عينة من طلبة جامعة السلطان قابوس تمثلت في (512) طالب. أظهرت **نتائج الدراسة**مستوى انتشار ضغوط ما بعد الصدمة بسيط و وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث في مجال الأعراض السلوكية لصالح الذكور ، و كذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين طلاب الكليات العلمية الذين يعيشون مع والداهما معا و بين الذين انفصلا والداهما في مجال الأعراض الوجدانية و المعرفية لصالح الطلاب الذين والداهما منفصلين.

دراسة (عبدلي عامر2015) بعنوان الدراسة: الضغوط النفسية وعلاقتها باضطراب ما بعد الصدمة لدى مرضى السكري. هدفت الى التعرف على مستوى الضغط النفسي لدى مرضى السكري وعلاقته باضطراب ما بعد الصدمة .

دراسة بختي نصيرة (2016) بعنوان الدراسة: نمط السلوك السائد وعلاقته بالمرونة النفسية لدى الراشد المصاب بداءالسكري على عينة قصدية تكونت من 50 مصاب بداء السكري من مختلف الجنسين (ذكورو اناث) تراوحت أعمارهم ما بين 53-21سنة. هدفها الاساسي كان معرفة العلاقة بين النمط السلوك السائد والمرونة النفسية لدى الراشد المصاب بداء السكري .

دراسة رميا سعدي وآخرون (2016) بعنوان الدراسة: اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف نتيجة الأزمة السورية في ضوء بعض المتغيرات، دراسة ميدانية في مشفى زاهي أزرق في مدينة الالذقية، هدفت هذه الدراسة الى التعرف على مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف في مشفى زاهي أزوق في مدينة الالذقية، والكشف عن الفروق في هذا الإضطراب تبعا لبعض المتغريات (الحالات الاجتماعية، المستوى التعليمي، مكان البتر) ، وتكونت عينة الدراسة من 40 فردا من مبتوري الاطراف، وقد اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي مع استخدامها لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدافيدسون، تعريب الدكتور عبد العزيز، وتوصلت نتائج الدراسة الا أن نسبة 14% من أفراد العينة يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة بدرجة مرتفعة، و42.5% بدرجة متوسطة، و42.5% بدرجة منخفضة، كما اشارت النتائج الا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة تبعا لمتغريات البحث (الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي،مكان البتر)

دراسةSusana Pedras et autre:(2019) بعنوان الدراسة: أعراض الاجهاد الصدمي بعد بتر الاطراف السفلى عند مرضى السكري دراسة طولية، هدفت هذه الدراسة الا بحث حمدود ركز على تطور أعراض الاجهاد الصدمي بعد البتر بسبب مرض مزمن مثل مرض السكري، قامت هذه الدراسة إبجراء تحليل ما إذا كانت اسرتاتيجيات المواجهة وأعراض القلق والاكتئاب والمتغريات الاكلينيكية والرسوم الاجتماعية مرتبطة بأعراض الاجهاد الصدمي على عينة من المرضى بلغ قوامها 144مريضا من الذين خضعوا لنسبة أقل بتر للأطراف، وتم ذلك من خلال تصميم طويل بثلاثة تقييمات: شهر و احد T1، ستة أشهر 2 Tوعشرة أشهر 3 Tبعد عملية البتر، مع تطبيق مقياس القلق والاكتئاب في المستشفى النسخة البرتغالية HADS واستبيان طرق المواجهة لتقييم اسرتاتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة P-WOC إضافة الى تطبيق مقياس أتثري الاحداث المنقح R-IES لتقييم اعراض الاجهاد الصدمي الصادر عنDSM IV- ، وتوصلت نتائج الدراسة الى أن أعراض االجهاد الصدمي سائدة خلال فترة التقييم الأولى 1 Tولوحظ اضطراب ما بعد الصدمة احتمال في 13.9% من المرضى مع وجود الأمل وارتفاع مستوى أعراض القلق وبروز الاسرتاتيجيات التي تركز على العاطفة السلبية التي سامهت في ظهور الاجهاد الناتج عن الصدمة، وكانت

الاعراض في الفترة الممتدة ما بين T1و T 2حرجة، أما بعد العشرة أشهر فقد كانت الاعراض تميل الى الانخفاض.رون، 2016)

8/ التعليق على الدراسات السابقة :

تعددت الدراسات في هذا الموضوع لكن بمتغيرات مختلفة كالجنس و الأعراض و العوامل وكذلك دراسات على صدمات مختلفة كالزلازل و الاغتصاب و حوادث الطرق ،.... كما تعددت الدراسات المرتبطة بمرض السكري و لكن على حسب لم نجد دراسات تشير إلى مريض السكري بعد صدمة البتر و الاضطرابات الناتجة عنها ،و لذا قمنا بجمع دراسات على اضطراب ما بعد الصدمة و دراسات على مرض السكري.

من حيث الهدف هدفت جميع الدراسات الى البحث عن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الاطراف مع الكشف عن الفروق في هذا الاضطراب تبعا لبعض المتغريات ، كما سعت بعض الدراسات الى الكشف عن طبيعة العلاقة بين اضطراب ما بعد صدمة البتر و المرونة النفسية . استخدمت جميع الدراسات المنهج الوصفي التحليلي مع اختيارها للعينة بطريقة قصدية لانها تخدم المنهج المتبع وكذا طبيعة الموضوع المدروس، واستندت جميع الدراسات على الاساليب الاحصائية في تحليلها للنتائج المتوصل اليها، مع استعانتها بأدوات لقياس المتغريات المدروسة كل وطبيعة المتغير المدروس والاهداف المرجوة.

الفصل الثاني

اضطراب ما بعد الصدمة

- تمهيد
- تاريخ نشوء مصطلح إضطراب ما بعد الصدمة
- تعريف الصدمة
- أنواع الصدمات
- عصاب الصدمة
- مفهوم إضطراب ما بعد الصدمة.
- أعراض اضطرب ما بعد الصدمة
- تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة
- عوامل الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة
- أشكال باضطراب ما بعد الصدمة
- مراحل باضطراب ما بعد الصدمة
- المشكلات المصاحبة الاضطراب ما بعد الصدمة
- العلاج
- خلاصة

تمهيد :

إن الحياة الإنسانية عرضة دائما لتهديدات المحيط الذي يتواجد فيه ،و مع الوقت يدرك موضوعية هذه التهديدات و حقيقتها ،كما يدرك أن أمال نجاحه أكبر من احتمالية موته ،و تترسخ لديه فكرة الموت المؤجل ، إلى أجل غير مسمى ، وما تزيل عن ذهنه فكرة التأجيل و تدفعه بالتفكير في احتمالية الموت في أية لحظة أو ضمن فترة من الزمن . المواجهة مع الموت فجأة أي الصدمة النفسية،حين يجد نفسه معرض لحادث أو تجربة مخيفة، و خارجة عن سيطرته و يتواجه مع الموت كحادث سيارة مثلا أو ضحية اعتداء أو مشاهدة حادث مروع في هذا الفصل المتعلق باضطراب ما بعد الصدمة سنحاول إلقاء الضوء عن مختلف المفاهيم و التعاريف حول الصدمة و اضطراب ما بعد الصدمة .

1/ تاريخ مصطلح اضطراب ما بعد الصدمة ونشأته :

ان الضغوطات والأزمات والمشاكل سواء كانت من صنع البشر أو الطبيعة في هذه الحياة تولد لدى الإنسان توترا يهدد نفسيته مما يجعل احتمال إصابته بأمراض نفسية متعددة .أوضح (شالز فيجلي figly)إن الحضارة الفرعونية من خلال الكتابات المصرية القديمة تضمنت ردود لأفعال إنسانية لأحداث صادمة و ذالك ما لمحت له كتابات(كونوسبيروس kunespypres) عام 1900 قبل الميلاد .أما في الحضارة الإغريقية حيث كتب هيرودوت أن جنديا أصيب بالعمى بعد مشاهدته موت أحد الجنود في معركة المارثون عام 490 قبل الميلاد حيث بقي الجندي أعمى طوال حياته (Bureau de L'unicef en algerie ,p 29) . كما أ ورد ملحمتي (الاليادة Iliad و الأوديسيا Odessey لهوميروس) أن أبطال في الحرب عانوا من أعراض ما بعد الصدمة ، كما عان المحاربون من هلع أثناء الحرب ، أما من جهة أخرى فقد أورد لنا الأدب العالمي وصف لحالة هوتسبور Hotspur في رواية الملك الرابع عشر الانجليزي ويليام شكسبير حيث كان يعاني من أعراض تشبه بشكل كبير أعراض اضطراب ما بعد الصدمة . أما في القرن 19كان لشاركو باع في تطور المصطلح عند ملاحظته لأفراد يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة ، و كذلك الحال عند الحالات النفسي الألماني إميلكريبلين مفهوم " عصاب الرعب " ليشير لحالات الناجين من حوادث القطار و الحرائق أما في القرن 20 فقد شهد المصطلح تطورا بسبب ما حدث من حروب و كوارث حيث اكتشف الأمريكيون " العصاب الصدمي " من طرف(Oppenhiem . H) بسبب حوادث السكك الحديدية .

أما(بيار جاني Gany piare) و فرويد سماها "العصاب الصدمي" و أما(مايرز s'Mayer)فقد أطلق على الاضطراب اسم " صدمة القذائف "، حيث افترض أيضا (كاردنر kardiner)أن كل هذه المفاهيم السابقة

الذكر تصب في معنى واحد ألا و هو اضطراب ما بعد الصدمة،حيث قدم(ريجلر Rejler) مصطلح سماه "عصاب التعويضات " ليشير إلى حالات العجز بعد حوادث السكك الحديدية و نتج عنه من سن قانون التعويضات في روسيا 1881 م . ففي خضم هذه التجاذبات الإصلاحية فقد قدم(أدلر Adler) مصطلح " المضاعفات النفسية التالية للصدمة "ليصف حالة الأفراد الناجون من حريق وقع في بوسطن الأمريكية ، أما (سبيجل و جرينكر Gerinker) في دراستهم لحالة الجنود العائدون الذين يعانون من الأعراض فقد سماهما ب (عصاب الحرب) . أما عن تطور المصطلح في التصنيفات العالمية فمنذ أن وضعه كريبلين في مؤلفه المشهور بالطب النفسي عام 1883م اقترحت تصنيفات أخرى CIM10 و عرف اضطراب ما بعد الصدمة في النسخة الثانية من DSMما عدا النسخة الأولى 1952 و النسخة الثانية 1962 حيث ظهر المصطلح تحت وحدة التشخيصية **Disorder Stress Traumatic** تحت ترقيم (.8 808). في CIM 10 سنة 1993 و ضعة في جزء الخامس لاضطرابات النفسية و اضطرابات السلوك : رد فعل حاد لعامل ضاغط مسجل تحت رقم (43.0 .) F حالة الضغط ما بعد الصدمة مسجل تحت رقم (.1 43 .)F تغير دائم في الشخصية بعد تجربة كارثية مسجل تحت رقم (62.0 .)F أما في TR3-DSM سنة 1994 و TR4-DSM سنة 2000 فيؤكدان على أنه متلازمات و أنماط ذات دلالة اكلينكية . (ترول تيموثي ، ترجمة: طعيمة داود زين الدين 2007، ،ص 215) .

2/ مفهوم الصدمة النفسية :

تشتق كلمة الصدمة في اللغة العربية من الفعل: صدم يصدم صدما أي ضرب جسمه و أصابه والصدمة هي الضربة. (هاجر :2021، ص.21)

مصطلح" **Trauma** "بمعنى الصدمة النفسية أي الرضخ، جمع صدمات نفسية "**Traumata**"مأخوذ من اليونانية القديمة ويعني: "الجرح" أو "الإصابة . من مرادفاتها بالفرنسية"**Traumatisme** "المخصصة على الأدق للحديث على الآثار التي يتركها جرح ناتج عن عنف خارجي.

- ✓ **الصدمة النفسية:** هي الدرجة الكلية التي يتحصل عليها الفرد في مقياس دافيد سون لاضطراب الصدمة النفسية، المستخدم في الدراسة.

ابتكر مصطلح الصدمة النفسية(**psychique traumatisme**) وتمت صياغته في علم النفس المرضي في نهاية القرن التاسع عشر من طرف الطبيب النفسي الألماني(**Oppenheim Herman**).

أثار صدور المؤلف الأول ل Oppenheim اعتراض Charcot الذي نفى استقلالية الأعراض المرتبطة بالعصاب الصدمي، و ربطها بالهستيريا، بالنوراستينيا، أو بالهستيريو- نوراستينيا (...) وقد كانت سنة 1889 محطة هامة لإدخال مصطلح الصدمة النفسية للعالم العلمي، ففي جويلية ناقش(**Pierre janet)** أطروحته للدكتوراه و الاداب حول الآلية النفسية**l'automatisme psychologique**) ، حيث عرض 21 حالة عصابية نتجت لدى أغلبهم بفعل صدمة نفسية وعلى مستوى الإمراضية حدد تفكك الوعي " (**désagrégation de la conscience**الذي يبدو سمة مميزة لهؤلاء المرضى المصدومين .....، فهم غير قادرون على الانفصال عن الذكرى المرتبطة بصدمتهم والتي تبدو خاصة ، ما قبل شعورية، وغير قابلة للتحول الفكرة ، كما سمى تذكر ألأحاسيس الصور والمحن باسم "الفكرة الثابتة "حيث تستثار صور تخمينات، إعادة معايشات وتصرفات بدائية غير توافقية، بينما يستمر الجزء المتبقي من الوعي في استلهام تخمينات وأفعال أكثر بنائية ، ويعطي حيزا لتخمينات، مشاعر وأفعال توافقية .....في شهر أوت من نفس السنة انعقد بباريس مؤتمرين: علم النفس الفيزيولوجي والتنويم المغناطيسي أين قام Janet بمعارضة ":Bernheim فهل كل الحالات أم فقط المرضى هم من يمكن إخضاعهم للتنويم المغناطيسي"؟، وأين عرض كل من Burot و(Bourruحالتهم المسماة M التي شفيت من عصابها من خلال إعادة معايشة ظرف حياتي تحت تأ ثير التنويم المغناطيسي وقد جاء (Sigmund Freud (الذي كان مشغول البال بعلاجه اليومي لمريضته الأولى دون أن ينسى المرور على مدرسة Nancy لزيارة Bernheim منافس Charcotفي مجال التنويم المغناطيسي ليقوم Freud بمعالجة مريضته تلك من خلال إعادة معايشة الصدمة تحت تأ ثير التنويم المغناطيسي كما قام بتكييف مصطلحات Jenet القائلة "بتفكك الوعي "وبالحادث الصدمي المتطفل الذي يتصرف من خلال "آثاره الذكرية فما يحدث صدمة حسب رأي Freud هو الخبرة المصادفة لمشاعر معذبة جدا غير قابلة للتفريغ مباشرة من خلال التصرفات كالبكاء، وغير قابلة للتفريج فيما بعد من خلال التداعيات.

- ✓ **الصدمة في الطب النفسي** : هي تجربة غير متوقعة التي لا يستطيع المرء تقبلها للوهلة الأولى ،و لا يفيق من أثرها إلا بعد مدة ،و قد تصيبه بالقلق يولد العصاب المعروف بعصاب الصدمة .(بداد ميمونة،2017،ص14).
- ✓ **تعريف الصدمة :trauma** تعني الجرح في اليونانية وتشتق من فعل ثقب على جرح مع كسر،ومن مرادفاا بالفرنسية **traumatisme** المخصصة على الأدق للحديث على الآثار ،التي يتركها جرح ناتج عن عنف خارجي. على مجمل المتعضي ولا تبرز دوما فكرة تمزق أو إصابة

الغشاء الجلدي . إذ يشار إلى الحديث مثلا عن الصدمات الجمجمية الدماغية المقفلة .(جان لا بلانش – بو نتاليس ، ترجمة: مصطفى حجازي2002، ، ص 300) .

و **طبيا** : هي التي تؤذي الجسم ، و قد تسبب جروحا أوكسورا أو حروقا .....الخ (عبد المنعم حنفي1994، ، ص 924) كما لوحظ إن مصطلحي **traumatisme trauma** لا يستعملان في الطب كمترادفتين و اقتبس التحليل النفسي المصطلحين ، مع أننا عند فرويد لا نصادف إلا صدمة **trauma** ناقلا إلى الصعيد النفسي المعاني الثلاثة التي يتضمناها أي :

- **الصدمة العنيفة** و معنى الكسر أو الإصابة و معنى الآثار على مجمل المتعضي . (جان لا بلانش – بو نتاليس ،ترجمة: مصطفى حجازي ، ،2002 ص 300).

ووردت كلمة الصدمة في معجم أوكسفورد الانجليزي طبعة 1995 بأنها هزة عاطفية ناتجة عن حادثة مؤلمة ،تؤدي أحيانا إلى اضطراب عصبي . و مدلول هذه الكلمة للشخص العادي أنها حادثة مأساوية مؤثرة فيه و مسببة للإحباط . لم يتم إدراج حالةPTSD حالة نفسية في أل DSM. the American of Disorders 4 psychiatric Associationإلا في سنة .1980(جلادين ماكماهون، ترجمة: رنا النوري، 2002.ص) .

جمعية مقاييس اضطراب إجهاد ما بعد الصدمة في المرجع الإحصائي لتشخيص الاضطرابات العقلية عن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية **Mental of Manual Statistical Diagnostic** هي: حدث أو تجربة معاشة في حياة الشخص ،يتحدد بشدته ، و بالعجز الذي يجد الشخص فيه نفسه عن الاستجابة في الملائمة حياله ، و بما يثيره في التنظيم النفسي من اضطرابات و أثار دائمة مولدة للمرض .

تتصف الصدمة من الناحية الاقتصادية بفيض من الاثارات تكون مفرطة بالنسبة لطاقة الشخص على الاحتمال و بالنسبة لكفاءته في السيطرة على هذه الاثارات و ارصائها نفسيا . (جان لا بلانش – بو نتاليس ، ترجمة: مصطفى حجازي، ص 300)

و **الصدمة في الطب النفسي** : هي تجربة غير متوقعة التي لا يستطيع المرء تقبلها للوهلة الأولى ،و لا يفيق من أثرها إلا بعد مدة ،و قد تصيبه بالقلق يولد العصاب المعروف بعصاب الصدمة .(عبد المنعم حنفي ، ،1994ص 3- 924).

3/ أنواع الصدمات :

1) **الصدمات الرئيسية** :هي الخبرات الجلية في حياة أي فرد تصادفه باكرا و تكون لها أثار نفسية حاسمة لا يمكن أن تستحدثها أي صدمة أخرى و هي أنواع :

- **صدمة الميلاد** :تعتبر الولادة أول وضعية خطيرة يعيشها الإنسان و التي تصبح قاعدة لكل قلق فيما بعد،لذا تعتبر صدمة الميلاد صدمة و أشهر من تحدث عنها **Rank Otto** سنة ،**1923**و اعتبر الميلاد حدث تحزن له نفس الطفل و يصيبه القلق الشديد و الذي يكون أصل القلق لاحقا، و اعتبرها النموذج الأولي أو نواة لكل عصاب ، فخروج الطفل من جنته الأولى بانتزاعه من الحياة الرحمية له النمط الأولي لكل قلق . و إن الصدمة النفسية تنشط مباشرة القلق البدائي و تسبب العصاب الصدمي حيث يعمل خطر الموت الخارجي على إثارة التحقيق العاطفي لذكرى الميلاد التي لم تتحقق لحد الآن لا شعوريا .

فمن خلال الأحلام المزعجة التي تظهر. في العصاب الصدمي يتكرر إنتاج صدمة الميلاد بطريقة نموذجية تحت قناع الحادث الصادم الراهن مع بعض التفاصيل المتعلقة به . فعندما تفتقد شخصا عزيزا مهماكان جنسه فإن هذا الفراق يحي ذكرى الفراق الأساسي مع الأم ، فيباشر عمل نفسي مؤلم يهدف إلى فصل الليبيدو عن هذا الشخص المفقود و هو ما يتوافق مع التكرار النفسي لصدمة الميلاد .

- **صدمة الفطام** :بتعاقب الإشباع و الإحباط عند الطفل منذ الولادة ،فعلاقة الرضيع بالثدي كموضوع جيد تعقبه علاقة به كموضوع سيء أثناء الفطام و يرسم صور هوامية تجعل هذه المواضيع سيئة أو جيدة ،و قد لا ترتبط الصورة فعلا بحقيقتها و من هنا ينبع القلق و العصاب و ترى ميلاني كلاين أن الأم تؤمن له التغذية و العلاقة مع العالم الخارجي ،و في نفس الوقت هي منبع كل أنواع الهجر حيث تسهم في صدمة الميلاد و صدمة الفطام و مبدأ ميلاني كلاين هو الانشطار بين الهوام و الواقع و بين الموضوع الجيد و السيئ و القلق و العدائية . (كور وغلي محمد أمين - مساهمة في دراسة محاولة الانتحار عند المراهق بعد تعرضه لصدمة فشل، ص350)
- **صدمة البلوغ :** تعتبر أزمة نفسية و هي الانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد و تحدث فيها تغيرات فيزيولوجية و نفسية مرتبطة بالنضج الجنسي حيث مع حدوث هذه التغيرات الجسمية يحس بمشاعر لم تكن من قبل و يقوم بتصرفات يحس إزائها بأنه مختلف تماما ،و ربما تكون في هذه المرحلة من نموه استجابات تكون لها تأثيرات مهمة على حياته النفسية و تظل معه بقية عمره .(أحمد النابلسي، 2002، ص424) .

2) **صدمات الحياة :**و هي التجارب التي يمر بها الفرد أو الأحداث التي يتعرض لها وتسبب له صدمة نفسية و هي أنواع :

- **صدمة الطفولة** : قد تكون أحداث مؤلمة منفردة تحدث في الطفولة ، كالعمليات الجراحية التي تجري للطفل دون إعداد نفسي أو الاعتداء الجنسي أو موت أحد الوالدين أو كليهما أو اختفاؤه ،هذه قصيرة الأمد و قد تكون طويلة الأمد كانفصال الوالدين و المعاملة القاسية التي يتلقاها من بيئته و يرى **فرويد Freud**أن كل الأمراض منشؤها صدمات الطفلية، صدمات ناتجة عن معايشة حدث صدمي تنتج عن أحداث طبيعية عنيفة خارجة عن نطاق الفرد كالكوارث الطبيعية مثل الفيضان و الزلزال ،كما قد تكون بفعل الإنسان كالحروب و حوادث المرور و غيرها .
- **صدمة ناتجة عن سماع خبر مؤلم دون معايشة الحدث** :كسماع الفرد بموت أحد المقربين له مما يؤثر على نفسيته بالرغم مع عدم حضوره أثناء الوفاة ، و عموما كل ما يعيشه الشخص من حادث يتخطى الإطار المألوف لتجربة إنسانية و إن يكن هذا الحدث مؤلما لدى أي فرد مثل التهديد الخطير على الحياة الشخصية أو الجسد أو على الزوجة و الأولاد ،أو رؤية الجريمة قتل أو اعتداء جنسي أو غيرها .
- **صدمة المستقبل أو الصدمة الحضارية:** تكون كنتيجة للإفراط في الإثارة و يحدث ذلك عندما يضطر الفرد إلى التصرف بشكل يتجاوز مداه ألتكيفي أي قدرت الفرد على التكيف أو التأقلم و لا يمكن تحقيق التكيف الناجح إلا عندما يكون مستوى الإثارة معقولا و بدون إفراط في الزيادة أو النقصان و لهذا يحذر من الإفراط في إثارة الاحتياجات الأمر الذي يؤدي إلى انهيار الجسد ،فالتقليل من الإثارة أساس لتحقيق التنمية السليمة . (كوروغلي محمد أمين- مساهمة في دراسة محاولة الانتحار عند المراهق بعد تعرضه لصدمة فشل، ص51 -névrose de trauma)

3) **عصاب الصدمة:** هي مجموعة من الاضطرابات الانفعالية التي تظهر على الشخص عقب صدمة قاسية يختبرها الفرد عاطفيا أو جسميا حيث يتعرض لمؤثرات وجدانية بليغة الأثر على مشاعره أو لدى تعرضه لأضرار جسمانية قد تؤدي بحياته .(مدحت عبد الرزاق الحجازي، 2012 ، ص 268) حيث يتذكر الصدمة بشيء من الخوف والمرارة وقد يعاني من كوابيس ويبدأ في الانسحاب و تصبح عواطفه متبلدة وقد يتهيج كثيرا. (طارق كمال ، ،2006 ص45) .و هي أمراض نفسية ناتجة عن حوادث أي صدمات من يفاجأ بحدث خطير يفقد معه السيطرة على الموقف لأن الصدمة تولد كميات من التوتر تنصرف في صورة أعراض مرضية أهمها تعطل وظائف الأنا المختلفة أو ضعفها، و أزمات انفعالية

قهرية يغلب عليها القلق و الغضب و الأرق و اضطراب في النوم مصحوب بأحلام يتكرر فيها موقف الصدمة و قد يسترجع المريض موقف الصدمة في حالة اليقظة في خياله و أفكاره و وجدانه (فرج عبد القادر طه ، ،2000 ص325).

4/ مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة : كلمة PTSD هي اختصار العبارة Post Traumatic Stress Disorderو قد تم ترجمتها إلى العربية تحت اسم اضطراب ضغط ما بعد الصدمة .

1. **مفهومها حسب بعض المؤلفين و العلماء** :

- **حسب :النابلسي (1991):** هو رد فعل شديد على الحادث الصادم(. كروك 1992 . Crocq,) Lعرفها بأنها حالة عصابية منظمة و دائمة و غير محددة ، و تتأثر أو تظهر بعد التعرض لصدمة نفسية أين يحس الفرد من خلالها بأن حياته مهددة . فيد ومان (,1994 :) fidman انه عرفه اضطراب ينتج عن تعرض الفرد إلى صدمة نفسية أو جسدية شديدة فيها خطورة على حياتة . (يرازانو(1994:)etal Ursano) .

عرف الأحداث الصادمة بأنها أحداث خطيرة ومفاجئة وغير متوقعة تتسم بقواها الشديدة وتختلف في دوامها من حادة إلى مزمنة وتسبب الخوف والقلق والانسحاب والتجنب .(سيلامي (1998 :) Sillamy,N), حالة ضغط متولدة عن حدث انفعالي "عنيف " مثل عدوان نفسي ، حادث خطير أو كارثة طبيعية ، حيث يعيد المصدوم معايشة الحدث على شكل أحلام متكررة و نجد أحيانا مشاعر الذنب و الإحساس باقتراب الموت . (حيمي أحمد ياسين- مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى أعوان الحماية المدنية ، ص 29) .

- **سيغموند فرويد:** هو نمط من العصاب تظهر فيه الأعراض اثر صدمة انفعالية ترتبط عموما بوضعية أحس الشخص فيها أن حياته مهددة بالخطر،وهو يتخذ في لحظة الصدمة شكل نوبة قلق عارمة قد تجر لحالات من الهياج والذهول أو الخلط العقلي ،وينتج لنا تطوره اللاحق،الذي يأتي غالبا بعد فترات السكينة "حيث ميز بين عاملين بأن الصدمة عامل مفجر يكشف عن بنية سابقة ، والعامل الثاني لأن عامل ظهور الأعراض بشكل متكرر يساعد على تثبيت الصدمة (جان لا بلانش – بو نتاليس. ترجمة: مصطفى حجازي ، ،2002 ص، ص335 ، 336)
- **فسترليغ (2005:)Vasterling. J ,**: عرفها هو أحد اضطرابات القلق ،يتطور كاستجابة لتجربة صدمية،حيث الخواص المميزة له هي إعادة المعايشة ، سلوكيات التجنب ، فرط في التيقظ.(حيمي أحمد ياسين -مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى أعوان الحماية المدنية ، ص 30) و مفهومها حسب **5**

DSM هي وضع هذا الدليل التشخيصي لهذا الاضطراب محور خاص به و الذي يتضمن أهم الإضطرابات التي تدخل في مجال الصدمة حيث يعرفه :

هو إضطراب تابع لفئة الصدمة و الإضطرابات المتعلقة بالإجهاد حيث قسم إضطراب ما بعد الصدمة إلى اضطراب ما فوق الستة سنوات و إضطراب الأطفال أقل من ستة سنوات حيث يتضمن إضطراب ما بعد الصدمة معانات الشخص المباشرة من حادث صدمي أو يتضمن التعرض للموت أو التهديد بإصابة خطيرة ة أو مشاهدة أشخاص أو أفراد من العائلة أو أصدقاء في موقف عنيف و غير مقصود يهدد بالسلامة الجسدية لهم حيث أن التعرض الشديد لتفاصيل الحادث يساعد على حدوث إضطراب ما بعد الصدمة على سبيل المثال :أفراد الشرطة و الحماية المدنية الذين يقومون بقايا البشرية من جراء الكوارث ،حيث يكون تذكر لحادث صدمي و تكرار التعرض لأحلام مؤلمة مع ردود فعل فصامية على سبيل المثال ذكريات الماضي حيث يشعر الفرد كأن الحادث الصدمي يعاود و يكرر الحدوث أو عدم القدرة على تذكر جانب من الحادث و يعتبر هذا التصنيف أنه يلاحظ ردود فعل فيزيولوجية عند التعرض لمثيرات خارجية أو داخلية تشبه الحادث الصدمي أو ترمز لجانب منه و يكون هناك تجنب أو محاولة تجنب الذكريات المؤلمة سواءا في ذاته أو مع الأخرين حيث يكون هناك أفكار سيئة و مبالغ فيها . مع وجود لوم الذات ، بالإضافة إلى ذلك فأدرج التصنيف الحالة العاطفية السلبية (خوف ، رعب ، عدم السعادة و الرضا)و يلاحظ نوبات من الغضب و العدوان اللفظي أو الجسدي اتجاه أشخاص أو أشياء مع التهور أو العدوان على الذات مع وجود مشاكل في التركيز .(حيمي أحمد ياسين، - مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى أعوان الحماية المدنية ، ص 25)

5/ أهم أعراض اضطرب ما بعد الصدمة :

- **من 0 إلى 72 ساعة بعد الحادثة :**

1. **أعراض جسدية** : صدمة - غثيان - برد- رجفة –ظاهرة التبول اللاإرادي-لامبالاة- خفقان القلب –إغماء – صداع-صعوبة في النوم إثارة حالات سابقة كأزمة صدرية . أفكار و تهيؤات:لما أنا ؟ -لا يمكن أن يكون صحيحا –لا أفهم ما يحدث – لا أصدق ذلك –مازلت حيا –هل كان بإمكاني المساعدة -يجب الاتصال بالشرطة –كوابيس – صور مقحمة عن الحادث.
2. **أعراض عاطفية** : غضب – حزن - شعور بالذنب – شعور بالإخفاق – إنكار –ارتياح - لامبالاة- خوف .

3 **أعراض سلوكية** :تجنب المرور بمكان الحادث – البكاء – سلوك غير مألوف أو غير لائقة - زيادة الشهية أو قلتها – التحدث أو التراجع –الاعتماد على الأدوية – قلة التركيز .(جلادين ماكماهون . ترجمة: رنا النوري ،2002، ص27)

❖ **من 72 ساعة إلى 6 أسابيع بعد الحادث :**

1 **أعراض جسدية** : صداع-توتر –إجهاد –اضطرابات في النوم و تقلبات في نظامه - طفح جلدي – تغيرات في درجة الحرارة – حساسية مفرطة – نوبات ذعر - معاودة حدوث حالات سابقة كأزمة صدرية . أفكار و صور ، لا أستطيع التوقف عن التفكير في الأمر – إلى متى يستمر الحال –كان من الممكن أن أموت –لماذا أنا ؟ –لا أفهم ما يحدث – لا أصدق ذلك –مازلت حيا – هل كان بإمكاني المساعدة -كوابيس – العالم ليس آمن و من الممكن تكرار ذلك - يؤات مقحمة عن الحادث -ومضات من الماضي ..

2 **أعراض عاطفية** : الغضب –اليأس-الارتياح - - خوف - القلق - الذعر .

3 **أعراض سلوكية** : العزلة -تجنب الناس ،الأماكن ،التلفاز،المذياع – سلوكيات غير مألوف كالصراخ - - مشكلات بسبب قلة الأكل و الشرب –المبالغة في العمل والمبالغة في حماية العائلة .(جلادين ماكماهون.ترجمة: رنا النوري ، 2002 ، ص29)

❖ **من 6 أسابيع إلى 6 أشهر بعد الحادث :**

1 **أعراض جسدية** : اضطراب في النوم - نوبات ذعر – أعراض إجهاد مزمنة – حسد – حزن - معاودة حدوث حالات سابقة كالأزمة صدرية - اضطرابات معوية –شعور بالكرب – شعور الغضب – شعور بالذنب – شعور بالخجل . أفكار و تهيؤات :هل ستتحسن حالتي – من الممكن أن أفقد وظيفتي – من الممكن تكرار ما حدث – ومضات عن الحادث .

2 **أعراض سلوكية** : تصرفات غير لائقة – تقلبات في الشهية – تدهور في العلاقات – تغيير في نمط الحياة -تفادي الجميع –الهلع –العزلة – تعاطي العقاقير موصوفة – الإكثار من التدخين .

❖ **من 6 أ شهر إلى سنة :** ظهور هذه الأعراض بعد مرور6 أشهر إلى سنة ،كما يمكن تكرار بعض الأعراض الذعر و الخوف و تصبح اعتيادية .(جلادين ماكماهون . ترجمة: رنا النوري ،2002،ص 30) .

6/ تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة :

يعد الشخص معرضا لصدمة إذا توفرت فيه ما لا يقل عن حالتين من الأتي :

تعرضه أو شهوده لتجربة موت ، أو تعرضه لإصابة خطيرة أو تهديد سلامته أو سلامة الآخرين . إذا تضمنت استجابته الهلع و اليأس و الذعر . يستمر الشعور بالصدمة لدى الشخص عند تعرضه لحالة أو أكثر من الحالات التالية :

- إرغام العقل على تذكر حادث ما ، إما بالتفكير بها أو بتخيلها .
- الأحلام و الكوابيس المتعلقة بالحادث .
- الشعور كأن الصدمة تعاود الحدوث فعلا وكيفية التعامل معها ،يسمى فهذا الشعور ب"وميض الماضي
- ." معانات الكرب النفسي لأي إشارة تذكر بالحادثة الأصلية.(جلادين ماكماهون. ترجمة: رنا النوري 2002، ، ص21) و يقول "فرانك باركنسون parkinson Frank " خبير بريطاني صاحب كتاب ضغط ما بعد الصدمة في موضوع الصدمات فان ردود الأفعال تأتي في أي وقت بسبب :مذاقات :طعام ،مشروبات . روائح : مطاط ،مواد مطهرة ، العرق ،الطعام ....ملموسات :معادن ، جلود .
- تجنب كل ما يعييد ذكرى الصدمة ،و يظهر في تجنب تفكير و الإحساس بالصدمة ، و التحدث عن كل ما يتعلق بها ،و تجنب الأنشطة و الأمكنة التي تذكر بالحادث .
- يمكن فقدان الذاكرة بسبب بعض الأحداث و تظهر أعراض ذلك في الشرود و فقدان الرغبة في ممارسة الأنشطة مصحوبة بالانعزالية، فيراودهم شعور بعدم فهم الآخرين لهم أو عدم القدرة على محبتهم، و يصابون في قصور الرؤية المستقبلية يتوقعون حياة قصيرة
- .يضيف فرط النشاط المصحوب بصعوبة في النوم، و هذا يسبب لهم توترا و أعراض أخرى كنوبات غضب عارمة أو صعوبة في التركيز، كما يشعرون بنوع من الحذر المبالغ فيه، كأن يتوقع المشكلات قبل حدوثها ، بل ينتظرون حدوثها .(جلادين ماكماهون . ترجمة: رنا النوري ،2002، ص ، ص ،22، 23) .

استنادا إلى مقاييس التشخيص لل DSM 4يظن إصابة الشخص بال ptsd إذا استمرت أعراضه أكثر من شهر أو إذا تسببت هذه الأعراض بالكرب و عدم الانسجام في حياته الاجتماعية أو العلمية أو في علاقاته الزوجية و العائلية تعد الحالة حادة إذا استمرت مدة شهر، و مزمنة إذا امتدت 3 أشهر أو أكثر و بعض المختصين يطلب تمديد الشهر إلى 6 أسابيع . إن تأخر أعراض الصدمة أمر طبيعي، فقد تظهر بعض الأعراض أو كلها بعد 6 أشهر أو سنة من وقوع الحادث.تعد متأخرة . (جلادين ماكماهون . ترجمة: رنا النوري ، ،2002 ص 24) .7/ **عوامل الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة :** ظهور الاضطراب لا يستند إلى عامل واحد و تقسم إلى ثلاث أصناف :

1 **عوامل مهيئة** : و هي موجودة قبل وقوع الحدث الصدمي منها :

- **السن**: حسب kissler و زملائه (2005) فإن انتشار PTSD مدى الحياة يتزايد بشكل تدريجي حسب السن : (6.3%) لدى الأفراد ما بين (18 – 29) سنة (8.2%)لدى الأفراد مابين(44-33) سنة (9.2%)لدى الأفراد ما بين (49-45) سنة .وي) Boudarene.M) على أن الفترة العمرية (50-40) هي فترة أساسية في الحياة وهي فترة تِؤكد خاصة قابلية للإصابة واستدل بتفشي الأمراض السيكوسوماتية لدى المسنين
- **الجنس** :تشير أغلب الدراسات إلى أن النساء أكثر عرضة للإصابة أكثر من الذكور. (PTSD)
- **المستوى السوسيو اقتصادي** : حيث وجدت دراسة (بريسلي Breslau)أن انخفاض المستوى السوسيو اقتصادي يشكل عامل فعال مقارنة مع العناصر السوسيو ديمغرافية كالعرق والوضع الزواجي والمستوى التعليمي.
- **وجود عوامل ضاغطة قبل وقوع الحدث الصدمي :**مثل المشاكل الزوجية ،وفاة الوالدين أو احدهما ،وكذا العنف الأسري وزنا المحارم وكل هذه العوامل تساعد على إضعاف المقاومة وآليات التكيف لدى الشخص.
- **الصدمات السابقة:** مثل التعرض لاعتداء جنسي أو جسدي أو موت أحد الوالدين في سن مبكرة ،حيث تدل البحوث إلى أن المصابين بالاضطراب يزيد احتمال أن يكونوا تعرضوا في طفولتهم لمشاكل و ذلك قبل السن العاشرة .

2 **عوامل مفجرة** : تتعلق بخصائص الحادث الصدمي و بكل ما هو موجود أثناء الحادث الصدمي و التي يؤثر في الشخص المصاب بالاضطراب منها :

- **طبيعة الصدمة :** كيف حدثت الصدمة و سببها يلعبان دورا في حدوث اضطراب ما بعد الصدمة .
- **شدة الصدمة :**كلما كان ا لحدث الصدمي شديد أو مفاجئا و غير معتاد كلما زاد احتمال تطور الاضطراب
- **التقدير الذاتي لخطورة الحدث :** حيث وجدت بعض الدراسات أن التقدير الفردي لتهديد الحياة عامل تنبؤي لتطور الاضطراب .

3 **عوامل الاستمرارية أو المخففة من تطور أعراض الاضطراب** :و هي مجموعة العوامل التي تقع بعد الحادث الصدمي مما تساهم في استمرارية الأعراض أو في تلاشيها منها :

- **الدعم الاجتماعي** : حيث يضم حسب Steptoe 1991 ثالث مكونات و هي:

- ❖ **الحميمية الانفعالية و التعاطف** : أي أن يعرف شخصا أو عدة أشخاص يتحدث إليهم عن همومه في جو من التفاهم .
- ❖ **المساندة المادية و الخدماتية** : تقديم المعلومات أو النصائح عبر مثلا شخص مقتدر،طريقة معاملة بالإيجاب لحد الاضطراب .
- ❖ **المعايشة الجماعية للصدمة** يؤدي بالتكافل و التماسك عكس المعايشة الفردية .
- ❖ **الآثار الجسدية المتبقية** هي إحدى العناصر المسببة لتفاقم و ضعية المصاب و ما ينجم عن مشاهدة مواقف الحدث الصدمي من خلال تلك الآثار .

الأثر السلبي للصدمة على العلاقة الأسرية و الزوجية أو الاجتماعية (طلاق ،صراعات عائلية ، تفكك شبكة الأصدقاء.(حيمي أحمد يسين- مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى أعوان الحماية المدنية مذكرة، ص 38) .

8/**أشكال اضطراب ما بعد الصدمة :** لها ثلاث أشكال

- **الشكل الحاد :** و هو يبدأ مباشرة بعد حدوث الصدمة ، و يستمر لفترة تصل إلى 6 أشهر ، و إمكانات الشفاءكبيرة .
- **الشكل المزمن:** في هذا الشكل تستمر الأعراض أكثر من ستة أشهر ، و تحتاج لفترة أطول من العلاج
- **الشكل المتأخر:** و لا تظهر الأعراض في هذا الشكل مباشرة بعد حدوث الصدمة بل تمر في فترة .(كمون ركود) قد تمتد إلى أشهر أو سنوات ، و يحتاج لعلاج طويل و معقد .

9/ **مراحل اضطراب ما بعد الصدمة :**

- **مرحلة الرفض** : و تتميز بالانفعال الشديد و الصراخ.
- **مرحلة الإنكار :** وتختلط فيها مشاعر النقمة و الخوف و يرفض طلب العون بسبب إنكاره وقوع الحادث أصلا
- **مرحلة الإثارة :** الحساسية اتجاه الأصوات فيسهل ترويعهم ، و هذا يؤدي إلى الأرق و كذلك يصبحون أكثر حيطة و حذر.
- **مرحلة التجنب :** يحاول الابتعاد عما يذكر بالتفاصيل ، و قد يعاني من فقدان القدرة على التركيز ،و الشعور بالعزلة و انعدام المشاعر و العواطف ، و يتجنب التفكير بالمستقبل بحجة اقتراب أجلهم . (جلادين ماكماهون .ترجمة: رنا النوري ، 2002 ، ، ص ،32)

- **مرحلة محاولة الانسحاب و السيطرة على القلق :** عند البعض يمكن أن تترافق هذه المرحلة بتعاطي الكحول أو المخدرات أو إفراط بالتدخين أو تناول المهدئات . مرحلة التأرجح بين النكران و التبلد.
- **مرحلة التقبل و الاحتواء :** و هي المرحلة الأخيرة و فيها يحدث التحسن في الاستجابة ، مع اضطراب المزاج و كثيرون يبدون تكيف مع المرحلة ، و تتحسن أحوالهم مع تطور العلاج . (غسان يعقوب ، 1999 ، ص 11- 67.....80) ..

10/ المشكلات المصاحبة الاضطراب ما بعد الصدمة PTSD: إن اضطراب ما بعد الصدمة قد يصاحب بالعديد من المشكلات التي تزيد من تعقيد الحالة النفسية للفرد والتي هي كالآتي:

- **النوبات العنيفة :** حيث تظهر بشكل عنيف عند التعرض للمواقف المشابهة للموقف الصادم وقد نلاحظ ارتفاع درجة حرارة المصاب.
- **السلوك الانزوائي**: قد نلاحظ أن المصاب يفضل البقاء وحيدا ولا يميل للاندماج حتى أنه يحبس نفسه في غرفته أحيانا.
- **الاكتئاب :** حيث نلاحظ عدم تمتع المصاب بالاضطراب بالنشاطات بالإضافة إلى تغييره لبرنامجه اليومي تماما ليصبح زاهدا في أي نشاط مع لوم النفس عن ما وقع لنفسه.
- **الميول الانتحارية**: هي مشكل خطير يجب التعامل معه بجدية و تكثيف المراقبة لمن يظهر هذه الميول
- **العنف الشديد :** حيث نلاحظ ردود أفعال عنيفة نحو الآخرين وكذا المحاولين إخراجه منا لقوقعة .
- **الإسراف الكحولي أو الإدمان :**إن الإسراف في المخدرات والمشروبات الكحولية ظنا أنه يخفف الألم حيث نلاحظ أن الثقافة الدينية تلعب دور في الحد من هذه المشكلة
- **الشعور بالغربة** :نلاحظ شعور المصاب بالاضطراب بالغربة والعزلة مع اعتقاده أن الآخرين لا يفهمونه مما ينتج عنه الابتعاد عن الأصدقاء والأهل مما يطرح أمامنا حتمية الدعم الاجتماعي والأسري والنفسي من اجل تكفل علاجي أحسن
- **انخفاض الإنتاجية:** يفضل المصاب بالاضطراب الانسحاب حيث تخفض دافعيته للعمل وأداء مهامه اليومية وصعوبات القيام بوظائف كانت في السابق ممتعة ومحبذة للفرد
- **نوبات البكاء ورثاء الذات** :حيث نلاحظ أن الفرد قد يغرق في نوبات من البكاء تكون أحيانا صامتة وأحيانا أخرى مع صراخ

- **الموت المؤقت للعاطفة :** هي إحدى ميكانيزمات الدفاع التي يلجأ إليها الضحايا لاستعادة السلام الداخلي ولكنها في الحقيقة تقتل معنى الحياة لديهم (غسان يعقوب :1999،ص.63.....57).

11/ الأفعال المستحبة لمساعدة من يعاني من الصدمة أو إجهاد ما بعد الصدمة بشكل خاص :

- ❖ التعبير عن مشاعرك .
- ❖ التحدث عما حدث كلما احتجت إلى ذلك .
- ❖ طلب المساعدة من الأصدقاء و الزملاء .
- ❖ استمع بطريقة و دية إلى من يريد التحدث معك .
- ❖ عش حياة عادية قدر الإمكان .
- ❖ حافظ على برامجك اليومية .

12/ الأفعال غير المستحبة :

- ❖ اللجوء إلى المسكرات و التدخين .
- ❖ إخفاء مشاعرك .
- ❖ الابتعاد عن العمل .
- ❖ ارتداء قناع الغضب و سرعة الانفعال لإخفاء مشاعرك .
- ❖ كتم المشاعر ، الخوف من طلب المساعدة . (جلادين ماكماهون . ترجمة: رنا النوري 2002، ، ص 32)

13/ العلاج :

i. **العلاج النفسي :** يجب عمل جلسات علاج يشرح فيها الطبيب الحالة للمريض ويساعده على تذكر الحوادث الأليمة دون خوف .التفريغ الانفعالي (طارق كمال، 2006 ، ص45) .

وأثبتت الأبحاث أن أفضل الطرق لمساعدة الطفل والمراهق على تجاوز آثار الصدمة ألا يكتمها أو يكبتها وأن يشجع على مواجهتها ويأن له الفرص للتعبير عنها وسردها كما عايشها بتفاصيلها ويعبر عن مشاعره فيها وقع من أحداث وبتسلسل فانه يواجه المشكلة ويتعامل معها على أنها حقيقة وبذلك يسيطر عليها وتتلاشى مخاوفه منها .

وأثبتت الأبحاث من الأفضل أن يعبر عنها كتابة ، فيرتب أحداث الصدمة بالتسلسل من البداية إلى النهاية ، و هذا يعتبر في حد ذاته نوع من تنظيم الفوضى التي يعاني منها واستخدام اللغة و تعبيرها ويساعده على ترتيب

التشتت الذي يعيشه و يكتسب وضوحا في رؤيته للأحداث التي وقعت ، و يرمم الصدع و الشرخ الذي أحدثته الصدمة في ذهنه و عواطفه . و يمكن تسجيل تجاربه و مشاعره على أشرطة تسجيل .

- توعيته فيما يتعلق برد فعله و انطباعاته و انعكاس أحداث الصدمة على نفوسهم و تفكيرهم مع انعكاسات المتشاة بين الذين تعرضوا لمثل هذه الأحداث
- تشجيعه على استرجاع الصور و المناظر التي تقتحم ذاكرته أي يسترجعها بإرادته و عن قصد ، و يكرر هذه المحاولات و كذا يستعيد السيطرة تدريجيا و يتخلص من مخاوفه .
- إدارة القلق :يتطلب استخدام تمارين الاسترخاء الجسدي لأن الاسترخاء يقوي و ينشط القدرات الذهنية و التنفس بعمق، و آلية التفكير الإيجابي و التخيل بأنه في مكان جميل يسوده الطمأنينة و الراحة و الهدوء، و استعادة الثقة بالذات .(مريم سليم، 2010 ،ص 584)

ii. **العلاج المعرفي** : يتلخص في دحض المعتقدات الراسخة و كذا الأفكار الأوتوماتيكية و كذا المعتقدات الافتراضية لدى المصابين و تعديلها و المساعدة على التخلص من الأفكار اللاعقلانية و اللاواقعية التي ترافق التعرض للصدمة .

iii. **العلاج النفسي الجماعي** : مشاركة المرضى بأفكارهم و مشاعرهم و كل أعضاء المجموعة يساعدون بعضهم البعض حيث يجدون الأعضاء المشاركة في المشاكل و الصعوبات التي تواجههم أسهل مع أشخاص يعانون مثلهم ، و لهذا فان العلاج الجماعي قد يكون فعال و مفيد لهم.

iv. **العلاج ألصدمي :**و هي طريقة في الطب و علم النفس ألعقاقيري ،حيث ينطلق التشخيص من حالة المرء عن تعرضه لصدمة عاطفية شديدة أو ناشئة في أعقاب عملية جراحية ،و القصد من وراء هذا النوع من العلاج هو إحداث الصدمات بواسطة التيار الكهرباء لكي تؤثر في الجهاز العصبي و التفعيل في معدل الإفراز الهرموني (خليل أبو فرحة، ،2000 ص 162) .

v. **العلاج الدوائي :** وصف أدوية و عقاقير بهدف التقليل من الاضطرابات المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة على غرار القلق و الاكتئاب ، بحيث تكون هذه الأدوية تحت إشراف طبيب مختص لتجنب الآثار الجانبية لها من خلال تحديد كمية و نوع الجرعات .(غسان يعقوب ، ،1999 ص 142) .

خلاصة:

و بعد التطرق في هذا الفصل إلى ما تعلق بالبنية المفاهمية لاضطراب ما بعد الصدمة، فإن عملية البتر تعتبر كذلك اعتداء و صدمة و تهديد لحياة المريض و يكون إما نتيجة مرض أو حادث و هذا ما سنتطرق إليه في الفصل الموالي و نتعرف عليه.

الفصل الثالث

المرونة النفسية

- تمهيد .
- نبذة تاريخية عن المرونة النفسية .
- مفهوم المرونة النفسية .
- .مفاهيم مرتبطة ب المرونة النفسية .
- النظريات المفسرة للمرونة النفسية.
- مصادر المرونة النفسية.
- العوامل المؤثرة في المرونة النفسية .
- طرق بناء المرونة النفسية .
- مقومات المرونة النفسية .
- الصفات التي يتصف بها الأفراد ذوي المرونة النفسية .
- أهمية المرونة النفسية .
- المرونة النفسي .عند مريض السكري
- خلاصة الفصل

تمهيد:

تتمثل المرونة النفسية في قدرة الفرد على الاستمرارية والتكيف ومواجهة الأحداث بطريقة مفعمة بالإيجابية متحديا أصعب الظروف، فالأفراد المرنون لا يتركون مجال للاحداث السلبية والضغوطات الحياتية أن تهزمهم وتسحق مقومات صمودهم النفسي .

في هذا الفصل سوف يتم التطرق إلى :مفهوم المرونة النفسية وبعض المفاهيم المرتبطة بها والنظريات التي قامت بتفسيرها، إضافة الى مصادر المرونة النفسية و العوامل المؤثرة،و كذلك مقوماتها و طرق بناءها وتم التطرق أيضا الى الصفات التي يتصف بها الافراد ذوي المرونة النفسية وثمراتها و فوائدها و في ختام الفصل تم التطرق الى المرونة النفسية عند مرضى السكري.

1. نبذة تاريخية عن المرونة النفسية :

من أجل الفهم العميق والدقيق لمفهوم المرونة يجب معرفة تطورها عبر التاريخ فهو أمر معقد نظرا لطبيعته الديناميكية وتعداد استخدامه في تخصصات مختلفة وكذا علاقته بحياتنا اليومية .ترجع بدايات الاهتمام بمفهوم المرونة النفسية الى نحو خمسين عاما مضت،وقد كان هذا الاهتمام محدودا و ضيق النطاق، يقتصر على مجموعة صغيرة من الباحثين الذين خصصوا مسيرتهم المهنية لدراسة هذا المفهوم وتحليل الظواهر المرتبطة به، وتركزت الابحاث في تلك الفترة على فهم أليات التكيف والنجاة لدى الاقراد في مواجهة الضغوط مع اغفال كبير للعوامل البيئية و الاجتماعية المحيطة. لكن لاحقا توسع الاهتمام ليشمل تأثير الظروف المعيشية والمخاطر البيئية، خاصة فيما يتعلق بالشباب الذين أظهروا قدرة ملحوظة على التكيف مع التحديات الاقتصادية والمشكلات النفسية وضغوط الحياة المختلفة.(زكي، ،2022 ص27 .)

يشير أبو حلاوة (2013) الى أن جارميزي (1973) أول من نشر نتائج بحث عن المرونة النفسية، حيث استخدم ما يسمى بعلم الوبائيات، اذ يدرس كل من يتعرض للمرض أولا يتعرض له، وطرق الكشف عن أسباب الخطورة وكيفية وقايتها والتي تساعدنا في تحديد مفهوم المرونةالنفسية. (الهاشمية، ،2017ص12 .)

وتطور المفهوم أيضا مع ايميويرنر(1982) واحدة من الأوائل الذين استخدموا مصطلح المرونة النفسية في العقد السابع من القرن العشرين،حيث درست مجموعات من الأطفال من عائلات فقيرة ومدمنة للكحول أويعاني بعض أبنائهم من مرض نفسي، وكان كثيرا من أباء هؤلاء الأطفال لا يعملون، فلاحظت أن ثلثي هؤلاء الأطفال يظهرون سلوكا عدوانيا وتخريبيا وتشير"ايميويرنر" الى أن ربع هؤلاء الأطفال لم يظهروا مثل هذا

السلوك العدواني والتخريبي ونجحوا في حياتهم المهنية،و يطلق عليهم أطفال ذوي المرونة النفسية الذين يمتلكون سمات تجعلهم مختلفون عن أقرانهم. (بريص، ،2022 ص 16).

عند ظهور علم النفس الايجابي على يد "مارتنسليجمان" بدأ يظهر مفهوم المرونة النفسية بقوة، عندما كان يمارس دوره كرئيس لجمعية علم النفس الأمريكية عام 1997 حيث بدأ يطالب علماء النفس بتوجيه قدراتهم ومواهبهم نحو محاولة فهم مصادر المرونة، أي قدرة الانسان على التكيف جسديا ونفسيا مع أي حالة طارئة يمربها، والتي تمكنه كذلك من استعادة الحيوية جراء بلاء لحق به. (زكي، ،2022 ص27 .)

رأى رواد علم النفس الايجابي ألا يقتصر البحث في المرونة النفسية لدى الأفراد الذين يعانون ويمروا بضغوطات وصعوبات في حياتهم اليومية، بل البدء من التوسع في استخدام هذا المفهوم لكي يصبح نقطة رئيسية في حياة كل فرد سواء كان يواجه خبرات سيئة وصعوبات أم لا ، فنحن جميعا نمر بدرجة من الضغوط و التحديات كل يوم في حياتنا، وتختلف في تحديد درجة هذه الضغوط للفرد وتأثيرها عليه أيضا لا يمكننا التنبؤ بمن سيكون قادرا على مواجهة تلك الصعوبات ومن لا يقدر ،لذلك يجب أن يتمتع الجميع بقدر من المرونة(أبو عجيلة و سالمة، ،2017 ص17 .)

2- مفهوم المرونة النفسية :

تعددت تعاريف المرونة النفسية وسنعرض أبرزها على النحو التالي :

-يعرفها حامد عبد السالم زهران بأنها حالة دائمة نسبيا، يكون الفرد فيها متوافقا نفسيا وشخصيا وانفعاليا واجتماعيا أي مع نفسه ومع بيئته ،و يكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وامكاناته الى اقصى حد ممكن،ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة. (زهران، ،2005 ص9 .)

حيث يركز هذا التعريف على المرونة كحالة من التوافق الشامل والمستمر في مختلف أبعاد الشخصية، كما يبرز أهمية التوازن بين الذات والبيئة المحيطة، ويعكس رؤية شاملة للمرونة كقدرة على الانجازو التكيف الذاتي في الوقت ذاته .

تعد المرونة النفسية بمثابة العملية الديناميكية التي بموجبها يظهر الأفراد تكيفا سلوكيا إيجابيا عندما يواجهون محن شديدة تعترض حياتهم. (المالكي، ،2012 ص05 .)

بينما يرى محمد السعيد أبو حلاوة على أنها عملية التوافق الجيد والمواجهة الايجابية للشدائد، صدمات، نكبات، أو ضغوط نفسية التي يواجهها البشر، مثل المشكلات الاسرية، مشكلات العلاقات مع الاخرين، المشكلات الصحية الخطيرة، ضغوط العمل، المشكلات المالية، كما تعني المرونة النفسية القدرة على التعافي من التأثيرات

السلبية لهذه الشدائد او المشكلات و الاحداث الضاغطة و القدرة على تخطيها بشكل إيجابي ومواصلة الحياة بفعالية. (أبو حلاوة، ،2013 ص3 .)

حيث يعد هذا التعريف أكثرها شمولا،اذ لا يكتفي بالاشارة الى التكيف، بل يربط المرونة النفسية بقدرة الفرد على التعافي والاستمرار، مما يغطي نطاقا واسعا من الضغوط الحياتية التي تواجه الافراد .كما أنها تدل على عملية نشطة متغيرة، تبرز تحديدا في أوقات الشدة،و تركز على التكيف الايجابي كسمة رئيسية تساعد الفرد على اجتياز الازمات . فالمرونة النفسية هي القدرة على التكيف مع الاحداث الصادمة مثل المحن والمواقف الضاغطةُ وخلافا هي عملية مستمرة يظهر من خلالها الفرد سلوكا تكيفيا إيجابيا في مواجهة المحن المشكلات والصدماتُ المتواصلة، ومصادر الضغط النفسي. (العزري، ،2016 ص9 .) وعرفت أيضا على أنها الاستجابة الانفعالية والعقلية التي تمكن الانسان من التكيف بالتوسط او القابلية للتغير او الاخذ بأيسر الحلول كما تتضمن القدرة على التوافق والتعديل لمواجهة الصراع والاحباط، و ذلك لحل المشكلات بدلا من تجميدها على النظم القديمة، والرغبة في التعليم وفي التغيير والتجريب. (شاهين، ،2016 ص294 .)

كما أنها بناء ديناميكي متعدد الابعاد يدمج بين التفاعل ثنائي الاتجاه وبين الافراد وبيئاتهم داخل السياقات المختلفة سواء كانت الاسرة او الرفاق ، أو المدرسة، أوالمجتمع. (مبارك، ،2023 ص68 .)

يتميز هذا التعريف بتركيزه على الابعاد الاجتماعية والبيئية، ويبرز المرونة النفسية كمحصلة تفاعل بين الفرد ومحيطه، وهذا ما يفتح المجال لفهمها ضمن سياقات ثقافية واجتماعية أوسع.

تعد المرونة النفسية أيضا احدى السمات الشخصية الاساسية التي تسهم في تعزيز التكيف الايجابي للفرد،وذلك من خلال دعم استقراره الانفعالي وإيجاد بيئة نفسية داخلية متوازنة، على الرغم من تعرضه لمتغيرات نمائية كانت أو مهددات بيئية قد تؤثر سلبا في تكيفه النفسي ، كما تعد مؤشرا على الفروق الفردية في التعامل مع مثيرات الضغط و التوتر، اذ أن استجابات الافراد تختلف تبعا لخصائصهم النفسية والسمات المزاجية و المعرفية، فبينما يتمكن بعض الافراد من توظيف استراتيجيات لمواجهة التكيفية الفعالة، حيث يظهر أخرون استجابات أقل تكيفا قد تنعكس سلبا على مستوى أدائهم النفسي الاجتماعي. (جيران، إبراهيم ، ،2024 ص648 .)

في ضوء التعريفات السابقة يمكن النظر للمرونة النفسية على أنها قدرة الفرد على التكيف مع الظروف الصعبة التي قد يمر بها في حياته اليومية، كالضغوط والمشكلات والصدمات، وتظهر هذه القدرة في الطريقة التي يتعامل بها الشخص مع التحديات، حيث يحاول فهم الموقف والتأقلم معه بدلا من الاستسلام له، كما تساعد

المرونة النفسية الانسان على تعديل أفكاره وسلوكياته، بحيث يحقق توازنا بين ما يحتاجه وبين ما تفرضه عليه الحياة من متغيرات، ويستمر في السعي نحو أهدافه بروح إيجابية دون أن يفقد قدرته على العطاء والتقدم.

3-المفاهيم المرتبطة بالمرونة النفسية :

لقد تعددت المصطلحات التي لها علاقة بمفهوم المرونة النفسية و ذلك لتوسعها وأهميتها الكبيرة، سيتم عرضها على النحو التالي :

i. مرونة الأنا :

تعد مرونة الأنا أحد المفاهيم المحورية في علم النفس، وتشير الى قدرة الفرد على التكيف مع الضغوط والتغيرات، وفقا للجمعية النفسية الأمريكية، هي عملية التكيف الايجابي والتأقلم الفعال و الملائمة النفسية الجيدة في مواجهة المصاعب والمحن و مختلف التحديات، سواء كانت أزمات حادة أو ضغوط حياتية يومية، مثل الخلافات الأسرية ، أو مشاكل صحية كالإصابة بمرض ما، و تتمثل في قدرة الفرد على التعافي من أثار هذه الأزمات وتجاوزها بطريقة بناءة ، مع الاستمرار في أداء وظائفه الحياتية بشكل طبيعي وفعال (حمدان ،2020، ص 347.)

ii. قو ة الأنا :

وفي هذا السياق، يستخدم مفهوم قوة الأنا كمؤشر دال على مرونة الأنا ،وينظر اليه بوصفه أحد الأسس الرئيسية للصحة النفسية ، وتشير قوة الأنا الى قدرة الفرد على التفاعل بفعالية مع معطيات الواقع ، و الحفاظ على التوازن الانفعالي و الامتثال للمطالب الاجتماعية، فضلا في القدرة على تنظيم الانفعالات والتعبير عنها بشكل ملائم في مختلف المواقف، سواء تلك التي تثير مشاعر الغضب أو الرضا، الأمر الذي يسهم في تعزيز الصحة النفسية وتحقيق التكيف الشخصي و الاجتماعي. (شقورة، ،2012 ص 11 .)

والجدول التالي يوضح الفرق بين كلاهما :

جدول (01) يوضح الفرق بين مرونة الأنا وقوة الأنا

العنصر	مرونة الأنا	قوة الأنا
المفهوم الأساسي	قدرة الفرد على التكيف الايجابي مع الأزمات والضغوط، و الرجوع لوضعه الطبيعي بعد الصدمة	قدرة الفرد على التعامل مع الواقع بفعالية، وتنظيم انفعلاته ،و الحفاظ على توازنه النفسي والاجتماعي
الوظيفة النفسية	ساعد في التكيف مع التغيرات والضغوط اليومية أو المفاجئة كالإصابة بإحدى الأمراض أو فقدان شخص	تسهم في ضبط النفس،وتحقيق التوازن بين الرغبات الشخصية والمتطلبات الخارجية أو الاجتماعية,
الأهمية لدى مرضى السكري	مريض السكري يتجاوز صدمة المرض ويتأقلم مع العلاج، ويتعلم كيفية التعامل مع الحمية و الانسولين، ويستمر في حياته بشكل طبيعي	رغم الضغط النفسي من المرض، لا يسمح له بالتأثير على عمله أو علاقاته، بل ينظم وقته واحتياجاته الصحية بكل وعي,

iii. الصلابة النفسية :

ويقصد بها مجموعة من السمات التي تتمثل في اعتقاد عام لدى الفرد في فاعليته وقدرته على استغلال كل المصادر النفسية و البيئية المتاحة،كي يدرك بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة إدراكا غيرمشوه و يفسرها بطريقة منطقية ،ويتعايش معها على نحو إيجابي وتتضمن ثلاثة أبعاد "الالتزام، التحكم، التحدي ". (حسين، 2017، ص51 .)

iv. المناعة النفسية:

تعرف المناعة النفسية على أنها منظومة نفسية معرفية متكاملة، تتكون من موارد داخلية تشمل الإمكانات المعرفية، الدافعية الذاتية،والقدرات السلوكية التنظيمية ،تعمل جميعها على دعم الفرد وتمكينه من مواجهة التحديات والمواقف الضاغطة، والحد من أثارها السلبية، وتكتسب هذه المناعة أهمية خاصة لدى الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة كمرض السكري، خصوصا الحالات التي تتطلب علاجا بالأنسولين، اذ تساعدهم على التكيف مع متطلبات المرض والتقليل من أثاره النفسية،

والحفاظ على توازنهم النفسي رغم التحديات اليومية المرتبطة بحالتهم الصحية.(جعفر ، ،2023 ص 460)

جدول (02) يوضح الفرق بين الصلابة النفسية والمناعة النفسية.

العنصر	الصلابة النفسية	المناعة النفسية
المفهوم الأساسي	اعتقاد الفرد بقدرته على التعامل الايجابي مع الضغوط	منظومة داخلية تعزز مقاومة الضغوط والحد من أثارها السلبية
الوظيفة النفسية	تفسير منطقي للضغوط والتعايش معها بفعالية	تمكين الفرد من التكيف مع المواقف الصعبة
الأهمية لدى مرضى السكري	تقليل الأثر النفسي وتساعد مرضى السكري على التكيف مع العلاج بالأنسولين	تعزز القدرة النفسية على المواجهة والتعايش مع المرض

v. الاتزان الانفعالي:

يشير الى قدرة الفرد على تنظيم استجاباته الوجدانية بصورة متزنة وواعية، بحيث يتمكن من ضبط مشاعره المختلفة والتفاعل مع المواقف الحياتية بشكل مرن يتناسب مع طبيعة الحدث، وتعد هذه القدرة من المؤشرات المهمة للمرونة النفسية، حيث تساعد الفرد لا سيما مرضى السكري ، على التكيف مع الضغوط النفسية والجسدية الناتجة عن المرض، مما يسهم في تعزيز الاستقرار النفسي.

vi. الهدوء الانفعالي :

هو مؤشر على النضج الانفعالي، ويعبر عن قدرة الفرد على مواجهة مختلف الظروف الحياتية ،بما في ذلك المواقف الضاغطة أو المحبطة، بدرجة عالية من الاتزان والطمأنينة النفسية، ويشمل هذا الهدوء القدرة على تنظيم الانفعالات السلبية كالغضب والقلق، وتعزيز الانفعالات الايجابية كالرضا والبهجة و الانشراح، بطريقة تعكس الوعي الذاتي والضبط الداخلي.ويعد الهدوء الانفعالي من العوامل الأساسية التي تتيح للفرد استبصارا أوضح بالمواقف، مما يسمح له باتخاذ قرارات أكثر عقلانية واستجابة أكثر توافقا. (الصفدي، ،2013 ص28 .)

والجدول التالي يوضح الفرق بينهما

جدول (03) يوضح الفرق بين الاتزان الانفعالي و الهدوء الانفعالي

العنصر	الاتزان الانفعالي	الهدوء الانفعالي
المفهوم الأساسي	قدرة الفرد على ضبط مشاعره بتوازن ووعي.	حالة من الهدوء والثبات في مواجهة الضغوط
الوظيفة النفسية	يساعد على التنظيم الانفعالي والتكيف.	يخفف التوتر ويحافظ على الاستقرار النفسي
الأهمية لدى مرضى السكري	يعزز الالتزام بالعلاج وتحمل الضغوط المرضية.	يقلل القلق المرتبط بالمرض ويحسن نوعية الحياة.

vii. التو افق الإيجابي :

يقصد به قدرة الشخص على الاندماج والتكيف مع بيئته الاجتماعية ومع ذاته، بحيث يتمكن من تحقيق حياة خالية من الأزمات و الاضطرابات، ويعني هذا قبول الفرد لنفسه كما هو،مع تقبل الأخرين وتفاعل إيجابي معهم

viii. التفكير الإيجابي :

مجموعة استراتيجيات في الشخصية توجد بدرجات متفاوتة عند البشر منها التفاؤل والذكاء الوجداني والرضا وتقبل الذات غير المشروط، والكفاءة الشخصية والانجاز وتحقيق الذات والمشاركة الوجدانية والعطاء والتشجيع على املودة والتفتح و الانفتاح على الخبرة ومهارات التفاعل الاجتماعي،والتطلع نحو المستقبل وغيرها من الاستراتيجيات التي من شأنها تجعل الفرد أكثر مسؤولية و تحضرا. (العازمي، ،2022 ص 150)

ix. القدرة على التكيف :

يشير هذا المفهوم الى مجموعة من العمليات النفسية و السلوكية و الاجتماعية التي تمكن الفرد من التعامل بمرونة وفعالية مع المتغيرات، الضغوط، أو الأمراض التي قد تؤثر على توازنه النفسي والاجتماعي،وتتمثل هذه القدرة في استعداد الشخص لإعادة تنظيم أفكاره ومشاعره وسلوكياته بما

يتناسب مع الظروف الجديدة، بحيث ينجح في تقليل أثر الضغوط السلبية،ويستعيد توازنه الداخلي، بل وقد يتمكن من النمو الشخصي والتطور الايجابي من خلال التجربة الصعبة

4.النظريات المفسرة للمرونة النفسية :

شهدت محاولات العلماء لتفسير مفهوم المرونة النفسية تباينا واضحا ،مما أدى الى ظهور العديد من وجهات النظر التي تناولت هذا المفهوم من زوايا مختلفة و فسرته بطرق متعددة ومن بين هذه النظريات نذكر :

- **نظرية رتشاردسون** :

نظرية ريتشاردسون في المرونة النفسية تعد من النظريات الحديثة التي تعد اطارا نظريا مهما لفهم كيفية تكيف الأفراد مع التحديات والضغوط النفسية، تركز هذه النظرية على التوازن الديناميكي بين الجوانب البيولوجية و النفسية والروحية، وتفسر كيف يعيد الأفراد بناء أنفسهم بعد الأزمات، حيث تفترض أن الانسان يولد بحالة من التوازن الداخلي (بيولوجيا ونفسيا و روحيا)، عندما يعترض لضغوط كالصدمات ،الخسارة،أو الاجهاد اليومي، يختل هذا التوازن مما يدفع الفرد الى إعادة التكامل لاستعادة الاستقرار. (بزوبيري، ،2022 ص 621 .)

فحسب نظريته الضغوط النفسية، سواء كانت متوقعة أو مفاجئة، فهي تشكل تهديدا لحالة التوازن النفسي للفرد، كما أن إدراك الفرد لتلك الضغوطات أوالصدمات والأمراض، فالتفاعل معها سواء عبر الأفكار أو المشاعر السلبي يحدد مدى تأثره بها، وعليه فان نجاح الفرد في تجاوزه لهذه الضغوط يسهم في تعزيز توازنه النفسي، وتدعيم مرونته الايجابية ،مما يجعله أكثر قدرة على التكيف مستقبلا. (العزري، ،2017 ص23)

اذ نستنتج أن نظرية ريتشاردسون من الاسهامات المهمة في فهم المرونة النفسية من منظور تكاملي شامل، حيث جمعت بين الجوانب البيولوجية والنفسية والروحية ، وهو ما يميزها عن غيرها من النظريات التي ركزت على جانب واحد فقط، وقد قدمت هذه النظرية تصورا ديناميكيا للمرونة النفسية باعتبارها عملية مستمرة تتأثر بتفاعل الفرد مع بيئته وليست مجرد سمة ثابتة، كما أنها توضح كيفية تجاوز الأزمات الصحية و الضغوط المرتبطة بالمرض هذا بدوره يعزز من النمو الشخصي والقدرة على التكيف، ما يدعم فكرة أن المرونة النفسية ليست فقط أداة مواجهة، بل وسيلة لتقدير الذات وتحقيق المعنى.

❖ **نظرية التحليل النفسي (سيجموند فرويد):**

أشار سيجموند فرويد،مؤسس التحليل النفسي، الى أن الجهاز النفسي يتكون من ثلاث مكونات أساسية - :**الهو**: وهو الجزء الغريزي من النفس، يمثل الهو الرغبات الفطرية والدوافع البيولوجية مثل الجوع، العطش، الجنس، العدوان وغيرهم، يعمل الهو وفق مبدأ اللذة أي يسعى الى اشباع الفوري للحاجات دون اعتباراللواقع أو العواقب

-الأنا: يمثل الأنا الجانب الواعي والمنطقي من النفس، ويبدأ بالتكوين بعد الهو، يمثل الأنا مبدأ الواقع، أي انه يسعى الى تحقيق رغبات الهو و لكن بطريقة واقعية و مقبولة اجتماعيا،فهو المسؤول عن التوفيق بين متطلبات الهو، وضوابط الأنا الأعلى، ظروف الواقع

-الأنا الأعلى: يمثل الأنا الأعلى الضمير الأخلاقي والمعايير الاجتماعية التي يكتسبها الفرد من مجتمعه، يعمل الأنا كسلطة داخلية تقيم الأفعال وتدفع الفرد التصرف وفقا للقيم والمبادئ .حسب **فرويد** فالنمو النفسي السوي يسهم في بناء أنا متماسك وقادر على إدارة الصراعات الداخلية والخارجية بفعالية، ما يجعل منه عنصرا حاسما في تكوين الشخصية المتزنة، وتتحقق هذه الحالة من التوازن النفسي عندما يحدث حالة توازن بين مكونات الجهاز النفسي، بحيث لا يهيمن أحدهما على الأخر بصورة مفرطة، ويعد الانتقال التدريجي من استخدام أساليب دفاعية بدائية الى استراتيجيات أكثر نضجا في التعامل مع التحديات ،ويعد مؤشرا على تطور وظائفُ الأنا ، وهذا بدوره يسهم في تعزيز قدرة الفرد على التوافق مع بيئته ومواجهة الضغوط(الشمراني، بن كدسه، ،2022 ص 763)

حيث يرى **فرويد** أن التوافق في الشخصية ما هو الا حصيلة نهائية لإمكانية تحقيق الذات وتفادي المعاناة عبر الواقع الاجتماعي، الذي تتحدد عبره السمات الجوهرية للشخصية، فالسلوك التوافقي هو السلوك الذي يهدف الى تجاوز التحديات البيئية أو الصعوبات والمواقف المختلفة، كما أن الأساليب التوافقية التي يكتسبها تعد استجابات نمطية يعتمد عليها لإشباع احتياجاته، وارضاء دوافعه، وتخفيف حدة توتراته، كما يشير الى أن درجة التكيف و الاستعداد تعتبر من الجوانب الأساسية للمرونة النفسية لدى الفرد. (الحمداني، ،2018 ص 75 .)

نستنتج من خلال هذه النظرية التي تأسست ضمن إطار التحليل النفسي الكلاسيكي، فهي تقدم رؤية عميقة للبنية النفسية للفرد، حيث أنها تتيح إدراكا للأليات التي تساهم في التكيف والمرونة، اذ أن تركيز فرويد على دور" الأنا " في الموازنة بين القوى الداخلية المتعارضة، اذ يسلط الضوء على العمليات النفسية التي تعزز قدرة الفرد على مواجهة الضغوط والتغيرات، الا أن هذه النظرية قد لا تغطي كافة جوانب المرونة النفسية بمفهومها المعاصر، خاصة فيما يتعلق بالعمليات المعرفية والادراكية والموارد الإيجابية كتقدير الذات والتفاؤل، ومع ذلك

تظل الأسس التي وضعها فرويد ذات قيمة كبيرة في تتبع بدايات المرونة النفسية، مما يفتح المجال أمام دمجها مع نظريات حديثة لتقديم تصور أكثر شمولية للمرونة النفسية باعتبارها سمة متعددة الجوانب

- **.نظرية النمو النفسي الاجتماعي النمو (اريك أريكسون)**

يفيد اريكسون أن البيئة الاجتماعية التي تحتوي الانسان مقترنة بالتفاعل مع عمليات النضج البيولوجي التي تطرح أمام كل فرد مجموعة من الأزمات يتعين عليه تجاوزها وحلها بصورة إيجابية، وانتظام مسار نموه النفسي والاجتماعي، اذ يمر الانسان خلال مختلف مراحل حياته بفترات حرجة أو حساسة، اذ لا بد من أن يتوصل الى حل لتجاوزها بطريقة إيجابية قبل أن يواجه أزمة أخرى، فكل مرحلة من مراحل النمو تتميز بصراعات وأزمات تحتاج الى معالجات وحلول من خلال التعامل معها بطريق تكيفية تتناسب مع هذه المرحلة,

فوفقا لمبدأ التخلق المتعاقب فكل مرحلة من مراحل النمو بالنسبة لإريكسون لها مهامها الحياتية، والنجاح أو الفشل في تحقيق هذا له أثره الهام على النمو في المراحل التالية، فمن خلال نظرية اريكسون يمكن النظر الى انه وصف للقوة الاجتماعية والتاريخية التي تؤثر في قوة ومرونة او ضعف وصلابة الأنا. (الحمداني، 2018، ص77 .)

تبرز أهمية هذه النظرية في كونها تسلط الضوء على الدور الحيوي الذي تلعبه البيئة الاجتماعية والتجارب الحياتية في تشكيل شخصية الانسان عبر مراحل نموه المختلفة، فهي تميزت بدمجها بين العوامل النفسية والاجتماعية في تفسير النمو الانساني، على عكس بعض النظريات التي ركزت فقط على الجوانب البيولوجية أو النفسية البحتة .

- **النظرية الانسانية(كارل روجرز):**

يركز هذا المنظور على أهمية نظرة الفرد لذاته، ومشكلاته الاساسية وفاعليته وحريته في اتخاذ قراراته لحل مشكلاته، ويركز بصفة عامة على الكشف عن السبل التي تؤدي بالفرد الى التكيف وتحقيق اقصى فاعلية لذاته . اذ يرى روجرز أن سلوك الفرد مدفوع بقوة ورغبة في المحافظة على النفس وتطويرها، اذ يسعى الانسان باستمرار لاستكشاف قدراته ويعمل على تحقيقها وهذاما يطلق عليه روجرز تحقيق الذات، حيث يرى إذا كان تصورة الذات مرنة، وواقعية بالشكل الذي يسمح للوعي بتقييم كل خبرات الكائن الحي، عندها سنكون في موقع قادرين على التوحد مع تلك الخبرات ومتابعتها بهدف تعزيزها ،كخبرات الطفولة.فعندما يصبح الأطفال مدركين بذواتهم،فانهم يتطور لديهم بشكل تلقائي الحاجة التي سماها روجرز الاحترام الايجابي.(الحمداني، 2018، ص 78)

تركز نظرية روجرز على قدرة الفرد على فهم ذاته وتحقيقها من خلال اتخاذ قرارات فعالة وواعية تنبع من إدراك داخلي صادق، وهذا ما يتقاطع بوضوح مع مفهوم المرونة النفسية التي تشير الى قدرة الفرد على التكيف مع المواقف الصعبة بشكل مرن ومتزن

5. .مصادر المرونة النفسية:

1.5.الموارد الشخصية الذاتية: وهي التي تعتبر الأكثر أهمية والتي تشمل السمات الشخصية سيتم شرحها على النحو التالي

- :**التصميم**: كسمة نفسية تعني الاصرار على تحقيق الأهداف رغم التحديات، من خلال القدرة على المواجهة دون فقدان الأمل و الاستمرار نحو تحقيق الأفضل

- .الثقة بالنفس: والتي تعتبر احدى السمات الجوهرية في الشخصية التي تبدأ في التكون منذ مراحل الطفولة المبكرة، و لها علاقة قوية بقدرة الفرد على التكيف النفسي والاجتماعي، كما أنها تتأثر بشكل كبير بقدراته العقلية والجسمية والنفسية. (المخزومي، ،2002 ص122– .)

التمكن من مواجهة الصعوبات: وذلك من خلال القدرة على إدارة التحديات و الاستجابة بمرونة للمواقف الصعبة والمفاجئة .

استثمار الفرص المتاحة:

تشير الى قدرة الفرد على استغلال ما يمتلكه من قدرات وإمكانات داخلية كالمهارات، المعرفية والاجتماعية والانفعالية من أجل تحقيق أهداف و مكاسب تساعده على تجاوز التحديات التي تواجهه

2.5. .المصادر الاجتماعية:

وتتضمن مايلي:

- المساندة الاجتماعية:

هي إدراك الفرد لوجود شبكة من العلاقات الاجتماعية المتماسكة والداعمة، وتتمثل في الأسرة أو الأصدقاء، اذ توفر له الدعم النفسي والمعنوي والوجداني، هذا بدوره يساعده على التكيف مع الضغوط والمواقف الصعبة، و تعزز له الشعور بالقيمة الذاتية والانتماء الاجتماعي.(حسنين، ،2004 ص27 .) فيعبر عن قوة الروابط العاطفية بين أفراد الاسرة ومدى ترابطهم، حيث يقاس التماسك الاسري من خلال مجموعة من المؤشرات

كالترابط العاطفي، و وضوح الحدود داخل الأسرة ،اذ يركز هذا المفهوم على قدرة النظام الأسري من جهة،وبين التقارب والترابط من جهة أخرى. .(Olson, ,2000 145p)

المعتقدات والقيم: تشمل المعايير التي توجه سلوك الأفراد، التي من خلالها يمكن للفرد التعامل مع المواقف الصعبة بفعالية ومرونة، فعندما يمتلك الفرد منظومة ومعتقدات وقيم واضحة، فانه يكون أكثر قدرة على تفسير تلك المواقف بإيجابية، مما يسهم في تعزيز قدرته على مواجهتها والتعايش معها.

4.5.الموارد الثقافية: تشمل المعرفة والثقافة العامة التي يمتلكها الأفراد، والتي تساهم في تعزيز شعورهم بالدعم و الانتماءُ حيث يقصد بكل منهما مايلي:

-المعرفة والثقافة العامة: تعد المعرفة و الثقافة العامة مصدرا مهما للمرونة لانها تزود الفرد بمعلومات وخبرات متنوعةُ تساعده على تفسير المواقف وفهم الأزمات بشكل أعمق،مما تمكنه من التعامل معها بطريقة أكثر فعالية – .**الشعور بالانتماء:** يمثل الشعور بالانتماء لحاجة نفسية أساسية تسهم في تكوين بنية الانسان النفسية، اذ يشعر الفرد بأنه جزء من جماعة، هذا بدوره يعزز لديه مشاعر القبول والتقدير،ما ينعكس إيجابا على ادراكه لذاته وقيمته داخل المجتمع الذي ينتمي اليه،يعتبر الانتماء من أهم مصادر المرونة،حيث يزود الفرد بشبكة دعم عاطفي واجتماعي تساعده على مواجهة التحديات، ويمنحه الشعور بالامان والاستقرار و القدرة على تحقيق التوازن النفسي.(المومن، ،2023 ص 236)

5.5. .المهارات السلوكية و المعرفية: وتشمل مايلي:

-مهارات التعامل مع المشاعر و تنظيم العواطف: تعد مهارات التعامل مع المشاعر وتنظيم العواطف من الركائز الأساسية للمرونة النفسية،اذ تكمن أهمية هذه المهارات في قدرة الفرد على التعرف على مشاعره السلبية(كالحزن،الغضب،القلق وغيرهم)وتفسيرها بشكل صحيح ، و من ثم ادارتها وتنظيمها بدلا من كبتها،و يكتسب مرونة أعلى في التفكير والتفاعل مع الضغوط اليومية..(Gross,2015,4p)

4 - .مواجهة المواقف الصعبة: تعد مواجهة المواقف الصعبة سمة نفسية بارزة يتميز بها الأفراد القادرون على التكيفُ الايجابي مع ضغوط الحياة وتحدياتها ، فوفقا لما أشار اليه، فان هذه السمة ترتبط بامتلاك الفرد لمجموعة من المهارات المعرفية و الانفعالية التي تعزز من مرونته النفسية، فالأشخاص الذين يتصفون بهذه السمة يميلون الى التعامل مع الفشل بروح إيجابية، حيث ينظرون اليه كفرصة للتعلم واكتساب الخبرة، وليس دليل على الاخفاق والعجز، كذلك استخدام أساليب فعالة لحل المشكلات، من خلال التحليل المنطقي للمواقف و التفكير في البدائل الممكنة واتخاذ قرارات مناسبة، وهكذا فان مواجهة المواقف الصعبة، تعد فقط استجابة

ظرفية بل هي سمة مستقرة نسبيا تسهم في دعم قدرة الفرد على الصمود و التعافي في مواجهة مختلف الأزمات. (Reivich&Shatte, 2002, p11) .

6.5.الموارد الموضوعية: وتتضمن:

الموارد الاقتصادية: تعد الموارد الاقتصادية من العوامل الداعمة للاستقرار النفسي، فالقدرة على تلبية الاحتياجات الاساسية ،فعندما يشعر الفرد أن لديه موارد اقتصادية كافية ،فانه يميل الى تطوير سمات نفسية كالشعور بالكفاءة، والقدرة على التخطيط ،والرضا عن الذات،مما ينعكس إيجابا على صحته النفسية. (25 p – .Cicchetti&Luthar, 2000)

الحصول على التعليم: الحق في التعليم لا يقتصرُ على كونه وسيلة لاكتساب المعرفة فقط، بل يمكن التعليم الأفراد من تطوير مهارات التكيف، بلُ تعكس الانفتاح الذهني، و القدرة على التحليل و التفكير النقدي ،كما يجب إيجاد حلول فعالة للمشكلات التي تواجههم،مما يعززمن قدرتهم على التفاعل الايجابي مع التحديات

ُ. **الرعاية الصحية:** تشكل الرعاية الصحية موردا حيويا يدعم التوازن النفسي و البدني و يعزز من الوعي الذاتي والقدرة على التنظيم الذاتي، وهي من المصادر المهمة في بناء المرونة النفسية ،فالحصول على الخدمات الصحية، لا سيما عند الاصابة بأحد الأمراض المزمنة، حيث توفر الرعاية الصحية يسهم في التقليل من الاثار النفسية السلبية، ويوفر بيئة داعمة لاستعادة التوازن.Cicchetti&Luthar, 2000 , 26p)

العوامل التي تعزز المرونة النفسية :هناك مجموعة من العوامل التي تعزز لدى الفرد المرونة النفسية ومن بين هذه العوامل نجد مايلي:

1.6.عوامل على مستوى الفرد : وتتمثل فيما يلي:

- التفكير الايجابي: وهو التركيز على جوانب الحياة الايجابية وتعلم كيفية التعامل مع التحديات، وكيفية معالجة المعلومات وتطبيق المعرفة من خلال إعادة الهيكلة ووجود توقعات نتائج إيجابية والنظرة الايجابية.

-التعامل الايجابي: هو عملية إدارة الظروف، وكذلك إنفاق جهد لحل المشاكل الشخصية، والسعي لتقليل الجهاد والنزاع أو التسامح

-الو اقعية: أي إمكانية توقعأ ووجود توقعات نتائج واقعية، احترام الذات وتقديرها، الثقة، الكفاءة الذاتية والقبول - .**السيطرة السلوكية واللياقة البدنية:** عملية رصد وتقييم وتعديل ردود الفعل العاطفية لتحقيق هدف (تنظيم ذاتي، تعزيز الذات، إدارة ذاتية) وتشمل المواجهة الروحية بناءا على المعتقدات والقيم الدينية لأنها تعتبر شكلا من اشكال التكيف الايجابي. (بن حديد، 2015، ص45)

2.6. .عوامل على مستوى العلاقات الاجتماعية :

-الروابط العاطفة: بناء علاقات قوية ومساندة أفراد العائلة و الأصدقاء يساهم في تحسين التوازن النفسي

- التواصل الفعال: التعبير عن الافكار والمشاعر بشكل واضح ومباشر يساعد في تقليص المشكلات.

- .الدعم المتبادل: تلقي الدعم وتقديم الدعم العاطفي يعزز من الشعور بالانتماء و الاستقرار النفسي

-الرعاية: تخصيص الوقت للاهتمام بالذات وبالأخرين يعزز من الشعور بالرضا النفسي

3.6.عوامل على مستوى المجتمع المحلي:

الانتماء المجتمعي:

يعد الشعور بالانتماء الى المجتمع من العوامل الأساسية التي تعزز من مرونة الفرد النفسية ،وذلك من خلال مشاركته في الأنشطة المجتمعية كالاحتفالات، الفعاليات الثقافية أو الدينية، هذا يجعله يشعر بأنه جزء من نسيج اجتماعي داعم، هذا الانتماء يقلل من مشاعر العزلة ويزيد من الثقة بالنفس والقدرة على التعامل مع التحديات

-العلاقات الاجتماعية والدعم المتبادل: تساعد العلاقات الاجتماعية الواسعة والمتنوعة في توفير مصادر متعددة للدعم العاطفي والمعنوي ،فالتواصل مع أفراد المجتمع وتبادل الخبرات والأفكار يوفر للفرد فرصا للتعلم والنمو، مما يساهم في تعزيز قدرته على مواجهة الأزمات.

-التنظيم المجتمعي: تساهم الأنشطة المنظمة في المجتمع، مثال لجمعيات و الفعاليات الرياضية،و المبادرات الخيرية في خلق بيئة داعمة تمنح الأفراد الفرصة للتعبير عن أنفسهم والتواصل مع الأخرين، هذا التنظيم يخلق مساحات أمنة لتبادل الخبرات و تطوير حلول مشتركة للمشكلات.

التواصل وبناءالروابط: التواصل الفعال بين أفراد المجتمع يعزز من التعاون والفهم المتبادل،يشمل ذلك التواصل مع الجميع بأنهم مسموعون ومشاركون.

القدرة على التكيف: يساعد المجتمع الداعم في تيسير عملية تأقلم الأفراد مع التغيرات الاجتماعية و الاقتصادية . (بن حديد، ،2015 ص46 .) ويمكن استخلاص أن كل العوامل السابقة تشارك في تعزيز المرونة النفسية لدى الفرد.

7. .طرق بناء المرونة النفسية :

قدمت الجمعية الأمريكية لعلم النفس (2010) عشرة طرق لبناءالمرونة النفسية كما يلي

-التعلم من الخبرات السابقة: وذلك من خلال قدرة الفرد على مراجعة تجاربه السابقة، سواء كانت ناجحة أو مليئة بالتحديات،و استخلاص الدروس منها بهدف تحسين مهارات التكيف و اتخاذ قرارات أفضل في المستقبل

-العلاقات الاجتماعية الداعمة: وجود شبكة دعم قوية سواء كانت مع الاخرين بصفة عامة وأعضاء الاسرة و الاصدقاء بصفة خاصة ويعزز الاحساس بالامان و الانتماء،و يخفف من أثار الضغوط.

- .تقبل الازمات: تجنب الاعتقاد بأن الازمات أو الاحداث الضاغطة مشكلات لا يمكن تجنبها، اذ لا بد من النظر الى تلك الازمات كجزء طبيعي من الحياة يمكن التعامل معه، بدال من الاستسلام لها

-تقبل الواقع والظروف التي لا يمكن تغييرها: أ ي القدرة على التكيف مع الواقع والتوقف عن مقاومة ما لا يمكن تغييره، مما يقلل من الضغط النفسي و يسهل التعامل مع مختلف الظروف بمرونة.

وضع أهداف واقعية: أي بمعنى تحديد أهداف قابلة للتحقيق يمنح شعورا بالانجاز و الاندفاع الايجابي باتجاه تحقيقها **- .اتخاذ قرارات حاسمة:** وذلك من خلال القدرة على اتخاذ قرا رات صائبة بدلا من التردد أو الانسحاب عند مواجهة مشكلات

-التطلع لفرص استكشاف الذات بعد الصراع مع الخسارة: يشير الى تحويل الازمات والخسارات الى فرص لفهم أعمق للذات والنمو الشخصي، بعد المرور بتجربة صعبة، يبدأ الفرد في إعادة تقييم أولوياته، معتقداته، مما يقوده لاستكشاف جوانب جديدة من شخصيته.

-تنمية الثقة بالنفس: الايمان بالقدرات الشخصية يعزز من القدرة على مواجهة التحديات وتحمل المسؤولية

-الحفاظ على روح التفاؤل: تبني نظرة إيجابية نحو المستقبل والتوقع بأن الأمور ستتحسن، مما يخفف من الاحباط والقلق والاستبشار وتوقع الأفضل.

-رعاية المرء لعقله و جسده: ويشمل ذلك ممارسة تدريبات منتظمة،معا والانتباه لحاجاته و مشاعره،فضلا من الاندماج في أنشطة الترفيه و الاسترخاء وامتناع الذات، والتأسيس لحياة مرنة ومتوازنة . (شاهين،2017،ص296 .)كما أنه يجب أن يكون الفرد قادرا على الاحتفاظ بسعادته، وأمنه النفسي، وثقته بذاته، وتحملها لمسؤولية،وأن يحافظ على العلاقات الاجتماعية التكيفية مع الاخرين كل ذلك يعمل ويساعد على بناء المرونة النفسية.

8.مقومات المرونة النفسية:

تنمية الكفاءة الشخصية و الاجتماعية: تتطلب المرونة النفسية أن يمتلك الفرد مهارات عقلية و جسمية واجتماعية تمكنه من التكيف مع المواقف المختلفة بفعالية،كلما زادت كفاءة الفرد ،زادت قدرته على التعامل بثقة مع التحدياتُ والمواقف الصعبة.

-القدرة على التعامل مع العواطف: يقصد بها تنمية قدرة الفرد على ضبط مشاعره وادارتها بوعي، بحيث لا يندفع في تصرفاته نتيجة انفعلاته، بل يتصرف بتوازن وهدوء.

–تنمية الاستقلالية الذاتية: بمعنى أن يعتمد الفرد على نفسه في اصدار القرارات التي تتعلق بمستقبله وحياته دون الاعتماد على الاخرين مما ينمي له الاحساس بالمسؤولية والسيطرة على مجريات حياته

-الوعي بالذات وتقديرها: يعني إدراك الفرد لقيمته وقدراته،والثقة بما يستطيع تحقيقه، هذا التقدير دافعا مهم,

-نضج العلاقات الشخصية المتبادلة: تسهم العلاقات الاجتماعية السليمة في تعزيز المرونة النفسية، اذ توفر للفرد الدعم العاطفي والتواصل الفعال، مما يساعده على تجاوز الازمات بشكل أفضل ويحسن من حالته النفسية. (التلاهين، ،2024ص72),

9.الصفات التي يتصف بها الأفراد ذوي المرونة النفسية:

يتميز الافراد ذوي المرونة النفسية بعدة صفات كالاعتماد على الذات، و الابداع، و الثقة بالنفس ،والشعور بالبهجة، و الميول الابداعية، واحترام الذات، والضبط الداخلي، كما أن لديهم مهارات متعددة لحل المشكلات التي يواجهونها بالاضافة إلى السمات الأخرى والمتمثلة فيما يلي:

-القدرة على تقبل النقد والتعلم من الأخطاء,

- القدرة على تحمل السؤولية وتنفيذها.

-الاستبصار: هي قدرة الشخص على قراءة وترجمة المواقف وألأشخاص والقدرة على التواصل بين الأشخاص ومعرفة طريقة الفرد في التكيف مع المواقف المختلفة، مما يجعله يفهم نفسه و الاخرين.

-الاستقلالية: أي الشعور بالاستقلالية و الاعتماد على الذات، والقدرة على صنع و اتخاذ القرار دون الاعتماد على الأخرين، وكذلك الاعتزاز بالذات

-المبادأة: وتشمل قدرة الشخص على بدء التحدي ومواجهة الأحداث، بعد دراسة سريعة وصحيحة وتمثل قدرة الفرد الشعور بادراك النتائج الايجابية الصحيحة والسريعة.

-تكوين العلاقات: وتشمل قدرة الفرد المرن على تكوين علاقات اجتماعية متبادلة، فهي عنصر عطاء وتلقي المساندة الانفعالية ،وتسهم هذه العلاقات في تنمية الشعور بالانتماءت و،فضلا عن كونها مصدرا للشعور بالطمأنينة و الأمن النفسي.

-القيم الموجهة (الاخلاق) : وتشمل البنية الاخلاقية والروحية الصحيحة للشخص المرن،والتي تشمل قدرته على تكوين مفاهيم روحانية،وتطبيقها من خلال تعاملاته مع أفراد مجتمعه ومع خالقه ليكون شخصا مستمتعا بالادراكات روحانية وخلقية في حياته العامة والخاصة. (العازمي، ،2022 ص145)

- القدرة على تقبل النقد والتعلم من الاخطاء: الانسان معرض للوقوع في الخطأ دون أن يشعر، ولهذا هو يحتاج الى ان يستمع ويتقبل النقد برحابة صدر و يتعلم منه لتحسين أدائه فالمرونة تجعل الفرد يستفيد من مختلف الاراء حتى لو كانت متعارضة فلا يؤمن به .

القدرة على اتخاذ القرارات واحساس الشخص بالمسؤولية : يدرس كل موقف بدقة ،و يصبح قادرا على اتخاذ القرارات المناسبة في الأوقات الصحيحة، عدم التردد يعكس القدرة شخصية على اتخاذ القرارات المناسبة بنفسه. (العازمي، ،2022 ص145.)

التصميم والعزيمة: ويتسم الفرد المرن بالمثابرة حتى اكتمال المهمة وتحقيق الهدف، ويكون لديه اعتقاد قوي بالقدرة على حل المشاكل التي تواجهه ويستطيع الفرد المرن أن يكون لديه علاقات إيجابية ليس فقط مع المجتمع الخارجي انما أيضا تشمل قدرته على التواصل مع ذاته. (الغبور، ،2019 ص 67 .)

ويمكن استخلاص من ذلك أن الأشخاص الذين يتمتعون بالمرونة النفسية يتعاملون بفعالية مع المشاعر السلبية، ويسعون الى السيطرة عليها بدلا من أن تسيطر عليهم،يتمزون بقدرتهم على التكيف مع المواقف المختلفة،والتحلي بالصبر والقدرة على تجاوز التحديات، كما انهم يظهرون توازنا بين المشاعر الايجابية والسلبية، مما يتيح لهم مواجهة الأوضاع بروح إيجابية دون تجاهل الجوانب السلبية

10.أهمية المرونة النفسية :

ترجع أهمية المرونة النفسية الى أنها تيهئ الفرد للمواجهة وحسن التصرف والتوافق مع الضغوط النفسية والتهديدات والمخاطر فهي تساعد على التوافق مع مختلف المطالب الانية، والحفاظ على التوازن بين مجالات الحياة، كما تمثل المرونة النفسية حجر الزاوية في الأداء الصحي الشخصي و الاجتماعي للفرد من خلال ضبط النفس أو السيطرة الذاتية لجعل الأداء النفسي و الاجتماعي في أفضل حالة ممكنة، فهي لا تساعد الفرد في

تجاوز الضغوط فحسب،وانما تجعله قادرا على التعامل مع هذه الضغوط بفعالية و الاستفادة منها واعتبارها تحديا يستحق المواجهة و فرصة لاكتساب مهارات والتقدم في الحياة. (السويهري، ،2024 ص 155 .)

وتتلخص أهميتها فيما يلي:

- تعمل على المحافظة على ثبات و اتزان الفرد.

–تساعد الفرد على إعادة تكيفه عندما يتعرض لمواقف ضاغطة.

– تحويل المواقف والضغوطات الى مواقف أقل تهديدا وأكثر إيجابية، مما يجعله أقل عرضة للاثار السلبية المتعلقة بالضغوط الناتجة عن هذه المواقف. (السويهري، ،2024 ص 156 .)

11. المرونة النفسية عند مرضى السكري :

يعتبر مرض السكري من الأمراض المزمنة التي تؤثر بشكل كبير على حياة المصابين به، فهو يتطلب تكيف مستمر مع نمط الحياة الجديد، مما يشكل عبئا نفسيا وجسديا يؤثر على مجريات حياتهم اليومية، فالمرونة النفسية تلعب دورا أساسيا في التخفيف من هذه التحديات، حيث تساعد المرضى على التكيف بشكل أفضل مع متطلبات المرض وتجاوز الصعوبات المرتبطة به، اذ تتيح للمريض التعامل مع القلق والتوتر الناتجين عن مرض السكري، خاصة فيما يتعلق بالخوف من انخفاض مستوى السكر في الدم أو المضاعفات المحتملة، فعندما يمتلك المريض قدرة التكيف معه يكون أكثر استعدادا لتقبل المرض والتعامل معه بطريقة إيجابية، مما ينعكس بشكل مباشر على التزامه بالعلاج وتحسين حالته الصحية، (حسب هللا، ،2024 ص 2 .) فاملرونة النفسية تساعد على تعزيز السلوكيات الصحية، كالمواظبة على النشاط البدني، واتباع نظام غذائي منتظم، و الانظباط في مواعيد الدواء، هذا بدوره يقلل من المضاعفات المزمنة المرتبطة بالسكري ،كأمراض القلب،مشاكل الكلى .وبذلك فان امتلاك مستوى مرتفع من المرونة النفسية لا يعد فقط مؤشرا على التكيف النفسي الجيد، بل يعتبر أيضا ألية وقائية تدعم المريض جسديا ونفسيا في مواجهة مختلف أعباء المرض، وتحسن مسار علاجه على المدى الطويل.

خلاصة :

من خلال ما تم تناوله في هذا الفصل يتضح أن المرونة النفسية تعد من الاساسيات الضرورية لتطوير شخصية الفرد وتعزيز قدرته على التعامل مع الحياة اليومية وتحدياتها، فهي تساعد على مواجهة المواقف الصعبة

والتغلب على الضغوط بطريقة إيجابية، مما يساهم في الحفاظ على التوازن النفسي و الاستمرار في أداء الأدوار الاجتماعية بثقة وفعالية، وقد تم تسليط الضوء على دور المرونة النفسية في تمكين الأفراد من تجاوز الصعوبات بما في ذلك تلك المرتبطة بالاصابة بالأمراض المزمنة مثل داء السكري، ويعد من الأمراض التي تتطلب من المصاب التكيف المستمر مع نمط حياة جديد يتضمن التزامات وقيود صحية وجسدية ونفسية ، اذ تسهم المرونة في تمكينهم من التعامل مع التغيرات النفسية و الجسدية باتزان ، مما ينعكس بشكل إيجابي على استقراراهم النفسي واالجتماعي، وبما أن المرونة تؤثر بصورة مباشرة على نظرةُ الفرد لذاته ومشاعره تجاه نفسه ، حيث أن ارتفاع مستوى المرونة النفسية يسهم في تعزيز الشعور بالكفاءة والقدرة على السيطرة.

الفصل الرابع

مرض السكري وبتر الأطراف

I. مرض السكري

-1- تعريف السكري

-2- احصائيات عن مرض السكري

-3- أنواع مرض السكري

-4- أسباب الإصابة بمرض السكري-

5- اعراض مرض السكري

-6- مضاعفات داء السكري

-7- التشخيص

-8- تاثير السكري على الحالة النفسية

-9- علاج داء السكري

خلاصة الفصل

II. بتر الأطراف

-1- تعريف البتر

-2 –أنواع البتر

-3- الطرق المتبعة في عملية البتر

-4- أسباب البتر

-5- الأعراض المصاحبة للبتر

- 6- العلاج

-7- الاثار النفسية للبتر على الفرد

-8- ردود الفعل الناتجة عن البتر

-9- المشكلات المترتبة عن بتر الأطراف

-10- التاقلم بعد البتر

تمهيد :

يعتبر البتر خبرة صعبة يعيشها الأشخاص ويواجهون معها تحديات نفسية واجتماعية في التكيف والتوافق مع غياب الأطراف الدائم ولألبد ،فبتر الطرف قد يقود لخلل نفسي واجتماعي سيعانيه الفرد طوال حياته والبعض قد يتجاوزه ،ولكن العلاقة الوظيفية للحياة يشوبها مصاعب وآلام نفسية وجسدية . ويتمثل البتر في قطع و استئصال أحد أطراف الجسم، أو أي جزء من ذلك الطرف ،ويتم ذلك سواء من خلال التعرض لتدخل جراحي أو خلال التعرض لحوادث وصدمات .وقد خصصنا التحدث في هذا الفصل عن مبتوري الأطراف; سيتم في التطرق أيضا الى مرض السكري من مفهومه الى اسبابه وصولا الى كل المشكلات الصحية التي يتسبب بها والتي قد تؤثر على حياته الجسمية والنفسية.

I. مرض السكري:

1-تعريف مرض السكري:

- عبارة عن حالة ارتفاع مزمنة لنسبة السكر أي ارتفاع كمية الغلوكوز في الدم نتيجة لعوامل وراثية وبيئة تتضافر مع بعضه بعض. (محمد رفعت, 1991, ص.12)

– أو هو مرض مزمن يتميز بكثرة التبول والعطش والإحساس بالضعف والوهن وارتفاع مستوى سكر الدم عن المعدل الطبيعي وظهوره في البول. (جنيد ,1988, ص11.)

- وتعرفه Nettina بأنه عبارة عن خلل في عملية تحمل الغلوكوز داخل جسم الإنسان ويكون سبل ذلك هو نقص إفراز الأنسولين من البنكرياس وانعدام إفرازه، أو نقص فعالية الأنسولين، مما يسبل زيادة نسبة السكر في الدم وبالتالي اضطراب في عملية التمثيل الغذائي لكربوهيدرات والبروتينات والدهون (Nettin, 1996, p9).–

Nouveau Larousse médical: هو حالة مرضية تتسم بضياع هام لمادة السكر عبر البول لوجود داء السكري يميزه تواجد السكر في البول، أما داء السكري insipide فيتسم فقط بارتفاع كمية البول أي حجمه، في السكر تتخذ وجود الغلوكوز في البول مع ارتفاعه في الدم، ارتفاعه في البول هو نتيجة الرتفاعه في الدم وهو الصبغة الهرمونية فيه المميزة لهذا الداء عن ارتفاعه بسبل السكر (Dumart et Bournef, 1989, p32)الكلوي نرى من خلال ما سبق ذكره في التعاريف أن داء السكري من الأمراض المزمنة الشائعة في

الوقت الحالي، وهو ناتج عن ازدياد مستوى السكر في الدم ويحد عندما لا يستطيع الجسم إفراز كمية كافية من الأنسولين أو تكون الكمية الطبيعية غير فعالة.

-2 إحصائيات عن مرض السكري:

حسب دراسة أجرتها وزارة الصحة الجزائرية بالتنسيق مع المنظمة العالمية للصحة في سنة 2016/2017 أنه يوجد أكثر من 14%من الجزائريين البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين18و69عاما يعانون من مرض السكري. ويعاني نحو ,1 8 مليون شخص من مرض السكري في الجزائر حسب سنة 2017 الصادر عن الاتحاد الدولي للسكر (FID)والذي نشر في إطار اليوم العالمي لمكافحة داء السكري. في حين تتحد بعض التقارير المحلية عن أن عدد المصابين بالمرض يصل إلى (4 ماليين) شخص، بينما تصل بعض التقديرات إلى (5 ماليين) أما على الصعيد العالمي فيقترب العدد من نصف مليار شخص يعانون حاليا من مرض السكري (450 مليون شخص) إذ يعاني واحد من 11 شخصا من البالغين في العالم من مرض السكري. أما ما يلاحظ في الدراسة التي أجرتها وزارة الصحة الجزائرية ضمن عينة تتكون من 7450 عائلة وتم عرض نتائجها الأربعاء 14نوفمبر2018 بمناسبة إحياء اليوم العالمي لمكافحة مرض السكري. وأظهرت الدراسة أن نسبة الإصابة بداء السكري قد ارتفعت من 8% سنة 2003 إلى 10% سنة 2012 لتبلغ 14% خلال سنة 2017 وأشارت النتائج إلى أن 53,5% من الأشخاص الذين شملتهم الدراسة لم يستفيدوا مرة واحدة من قياس نسبة السكر في الدم وأن 29,7% منهم يعالجون بمادة الأنسولين و78,2% يعالجون بالأدوية التي تتناول عن طريق الفم(net. arbicpost//http 2018) ونرى من خلال ما سبق أن الأرقام الإحصائية في تزايد مستمر مما يستدعي لإقامة برامج توعية بمخاطر مرض السكري وبأهمية الرياضة وأيضا ضرورة القيام بفحوصات دورية للتقليل من مخاطر السكري.

-3 أنواع مرض السكري:

هناك أنواع من مرض السكري جميعها ناتجة عن اختلال في استقبال الغلوكوز، فهناك النوع الأول الذي يعتمد على الأنسولين والنوع الثاني لا يعتمد فيه على الأنسولين وهناك نوع ثانوي ناتج عن وجود علل تؤثر في الخلايا المفرزة للأنسولين والرابع سكر الحمل، وهذا ما سنتطرق له.

أ- <u>النوع الأول</u>: يسمى المعتمد على الأنسولين mellitus diabètes dépendent insuline

حيث أنه لا يوجد أنسولين يفرز من خلال البنكرياس أو أن إفرازه ضعيف جدا يكاد لا يذكر. ونرى من خلال ما سبق أن هذا النوع الأول من السكري يعتمد بالأساس على الأنسولين كعلاج لا يمكن الاستغناء عنه على مدى الطويل

ب- النوع الثاني: ويسمى بغير المعتمد على الأنسولين Diabètes Dépendent Insuline Non Mellitus هو يشكل حوالي 90% من يعانون من مرض السكري تقريبا، ونوع ناتج عن خلل في تحمل السكر حيث أن ذلك يكون بمثابة ارتفاع في نسبة السكر في الدم ولكن بشكل متقطع . (BronnerandSudarth, 1982, p640) ونرى من خلال ماسبق أن هذا النوع لا يعتمد على الأنسولين في مراحله الأولى بل يعتمد على حمية غذائية وبعض الأدوية وكلما نذرت وقلت كفاءة إفراز الأنسولين في البنكرياس تصبح من الضروري أخذ حقن الأنسولين.

أ- **النوع الثالث**: (أو ما يعرف السكر الثانوي) أو المصاحب لأعراض أخرى Mellitus Diabètes syndromes or Condition Otcher With Associated حيث يكون ناتج عن وجود علة مرضية تؤثر على الخلايا المفرزة للأنسولين في البنكرياس وأهم هذه العلل:

- الالتهاب المزمن للبنكرياس.
- أورام الغدد فوق الكلوية romocytoma pheoche.
- استئصال البنكرياس في حالة ظهور أورام سرطانية.

بعض أمراض الغدد الصماء، كمرض acromegoly العملقة.

- فرط إفراز الغدد الدرقية hyperthyroïdisme. كما يحد في حالات التسمم الدرقي، وأيضا تعاطي أدوية قد تأثر في إفرازات هرمونية(عيدروس , 1993 ,ص51) ونرى من خلال ما سبق أن هذا النوع مقترن بحالات مرضية أو عدوى فيروسية أو تسممات ويتطلب تكفل طبي وعلاج معتمد على الأنسولين للحفاظ على الغلوكوز في الدم.

ب- **النوع الرابع**: **سكر الحمل:Mellitus Diabètes Gestationnel**

والذي يحدث في بعض حالات الحمل نتيجة للمتطلبات الضرورية ففي مرحلة الحمل والبعض يسمون هذا النوع بأنه عدم تحمل (Branner and Sudarth , p640,1982)الدم في للكربوهيدرات ونرى من خلال ماسبق أن هذا النوع من السكر ما يعرف بالسكر الحمل أنه قابل للشفاء بعد وضع الجنين ولكن يوجد سكر الحمل من يبقى ملازم للمرأة إذا تدخل العوامل الوراثية فيه.

-4 أسباب الإصابة بمرض السكري: لا تزال أسباب مرض السكري غير معروفة ككل، وأن إفراز الأنسولين لا يمثل السبيل الحقيقي لإلصابة، وذلك لوجود البعض مصابون بالمرض رغم توفر الأنسولين في أجسامهم، ونرى البعض الأخر من العلماء يرجعها إلى أسباب نفسية أي اضطرابات سيكوسوماتية ومن بين هذه الأسباب، سنذكر منها:

4-1 الأسباب العضوية:

4-1-1 أسباب وراثية:

الاستعداد للإصابة بالمرض تكون في بعض الحالات وراثية حيث ينتقل المرض عبر الأجيال من الوالدين إلى الأبناء. والباحث للإصابة بمرض السكري هو وجود قصور في أعمال الغدد الصماء أي الغدد التي تفرز مختلف الهورمونات، غير أن طريقة توارث هذا المرض لا تزال غير واضحة كما أن لا أحد يستطيع أن يؤكد بشكل قاطع انتقاله إلى أبناء المريض بالسكري. ونرى من خلال ما سبق أن للوراثة دور هام في ظهور المرض لذلك من الجيد القيام بفحوصات دورية للأفراد الذين ينتمون لأسرة تعاني من مرض السكري.

4-1-2 السمنة:

هناك علاقة وطيدة بين الجسم والسكري حيث أنه مرض يصيب الإناث أكثر من الذكور وذلك لاستعدادهن لزيادة الوزن كنتيجة طبيعية لتكرار الحمل والولادة فكلما زاد وزن الجسم عن معدله الطبيعي زاد الاستعداد للإصابة بالسكري. (وفاني, 1989 ,ص 18) ونرى من خلال ما سبق أن سوء التغذية وعدم وضع حمية غذائية مع ممارسة الرياضة بانتظام من الأسباب المعجلة في ظهور المرض وأن السمنة أهم مسببات المرض خاصة السكري من النمط الثاني.

4-1-3 تلف البنكرياس: عجز البنكرياس عن إفراز هرمون الأنسولين بسبب الخلل الذي قد يصيب خلايا بيتا B المسئولة عن إفراز الأنسولين أو تلف البنكرياس أثر عملية جراحية كحالة الأورام السرطانية.

4-1-4 عامل السن:تزداد نسبة الإصابة بمرض السكري مع تقدم السن عادة. ونرى من خلال ما سبق أنه ليس بالضرورة الإصابة تكون مع تقدم السن لأن مرض السكري قد يصيب الصغار ومتوسطي العمر لعوامل أخرى.

4-1-5التهاب الغدة الدرقية: كحالات التسمم الدرقي أو المبالغة في إفراز الهرمون الدرقي.

4-1-6 الحمل: قد يتسبب الحمل في ظهور مرض السكري عند بعض الحالات وخاصة اللتي لديهن استعداد وراثي للإصابة(نفس المرجع ,ص19) ونرى من خلال ما سبق أن في فترة الحمل خاصة خلال الفصل الثاني

والثالث من الحمل فإذا كان ارتفاع خفيفا يكون بالتنظيم الغذائي أو بحمية غذائية وإذا كان السكر مرتفع تكون بحمية غذائية مع اخذ جرعات من الأنسولين حسب ما تتطلبه الحالة.

4-1-7 الإصابات الفيروسية: هناك صلة مؤكدة بين الإصابة الفيروسية كالتهاب غدة الكبد "الغدة اللعابية"virale paratidite والجيري varicelle وبين كيفية أداء البنكرياس لوظيفته حيث تم إجراء بعض التجارب عن الحيوانات وذلك بحقنها بمثل هذه الفيروسات اكتشاف إصابتها بمرض السكري إذا أن هذه الفيروسات تؤثر على عمل البنكرياس (دعميش ,2011, ص 87)

4-2 الأسباب النفسية: باعتباره من الأمراض السيكوسوماتية لارتباطه بالجوانب النفسية للمصاب وان السبب الرئيسي للأمراض هو التوتر النفسي لأن التوتر مرتبط باضطراب المناعة الذاتية التي تؤثر على الجوانب الفيزيولوجية في المرض ولقد دلت دراسات السريرية ومخبرية على أن التوتر النفسي له دور كبير في ظهور مرض السكري. ووجد أن في حالة التوتر يفرز الجسم الهورمونات السيتروتيدات القشرية الكظرية والكاتيكولامينات "الأدرينالين والنور أدرينالين"التي تؤثر بدورها على مستويات السكر الموجودة في الدم فترتفع هذه الهورمونات في مستوياته حيث يتعين على الأنسولين حرقه وتمثيله في الجسم. ويرى السيكولوجي "ريتشارد سوريون" من جامعة Duke أن التوتر النفسي لا يرفع فقط من مستوي السكر في الدم بل يثبط من إفراز الأنسولين (العسوى, ,2002 ص،440- 441) ونرى من خلال ما سبق أن العامل النفسي له دور كبير في ظهور المرض أو عدم ظهور فيتعرض الفرد للإجهاد أو الصدمة ما من بإمكانه خلق عدم التوازن في إفراز هورمونات مما يخلق ارتفاع أو انخفاض التام في مستوى السكر في الدم.

-5 أعراض مرض السكري:

1-5 أعراض جسمية: *شدة العطش polydipsie:

والإكثار من شرب المياه بسبب التأثير الأ موزي، حيث أن الزيادة الكبرى في مستوى سكر الدم فوق الحد الكلوي للسكر يتم إفرازها عن طريق الكلى ولكن هذا يحتاج إلى المساء لحملة وبالتالي يؤدي ذلك إلى فقدان كبير للسوائل من الجسم والتي يجب إحلالها عن طريق الماء المتواجد في خلايا الجسم، وهذا بدوره يؤدي إلى الجفاف. (حسين ,1989, ص 16)

* زيادة كمية التبول ولعدة المرات.

*زيوادة الشهية polyphagie وخاصة في الأغذية التي تحتوي على السكريات مثل الحلويات وسكر العظام واللسان.

*نقص ملحوظ في الوزن دون سبب واضح على الرغم من الأكل بشكل طبيعي أو زيادة في الأكل ويرجع هذا إلى زيادة في إفراز هرمون الجلوكاجون glocagon المضاد لعمل الأنسولين. (نفس المرجع ,ص 17). ونرى من خلال ما سبق أن معظم هذه الأعراض تظهر في النوع الأول من مرض السكري الذي يعالج بالأنسولين وخاصة الأطفال تحت 15 سنة ولكن قد لا تظهر تماما أو تظهر بشكل بطيء في النوع الثاني من السكري الذي يعالج عن طريق الأدوية.

2-5 أعراض نفسية: - الحزن المستمر. - الضعف الجنسي ويكون واضح عند الذكور بسبب تأثر الأعصاب. - الشعور بالإحباط. - الشعور بالذنب وعدم القيمة. - انعدام الرغبة في القيام بالأنشطة والهوايات التي كانت محببة الى الشخص في الماضي بما في ذلك الحياة - قلة الطاقة والشعور بالتعب. - الأرق والنهوض مبكرا في الصباح أو النوم لساعات طويلة. - تغيرات في الشهية والوزن(مرجع سابق, ص 16) ونرى من خلال ما سبق أن حدوث هذه الأمراض مدة أسبوع أو أسبوعين على الأقل، يجب على الشخص أن يقوم بمراجعة طبيب نفسي وطبيب عضوي.

-6 مضاعفات مرض السكري:

تحدد مضاعفات مرض السكري لدى نسبة كبيرة من المرض ولكن بدرجات متفاوتة وتلعب في حدوثها عدة أمور منها تاريخ المرض او عدد سنوات ألإصابة وعدم الالتزام بالوصفات العلاجية والزيادة في تناول النشويات.

-لقد حددت منظمة الصحة العالمية لهذه المضاعفات كما يلي :

*مضاعفات حادة: تنتج عن تدهور مفاجئ لمريض السكري مثل غيبوبة السكر وارتفاع السكر الحاد.

*مضاعفات مزمنة: تكون بعد فترة من حدوث المرض وهي: - التغيرات على الأوعية الدموية. - التغيرات على عمل الكليتين. - التغيرات على الجهاز العصبي(مقبل, ,2010 ص 21) ونرى من خلال ما سبق انه كلما زادت مضاعفات المرض حدة زاد تأثيرها السلبي على صحة المريض، وأصبح يعيش حالة من القلق والخوف ويزيد أيضا في صعوبة تقبل مرضه.

-7 التشخيص :

يتم تشخيص مرض السكر عموما بوجود إحدى أمراض مرض السكري مثل إفراط العطش وشرب الماء وكثرة التبول مع ارتفاع مستوى (الجلوكوز في الدم) ويتم من خلال الفحص ألمخبري على أن يكون:

- مستوى السكر في الدم صباحا قبل تناول الطعام أكثر من 126ملغ/دل

- مستوى السكر بعد تناول أكثر 200 ملغ/دل

- مستوى جاليكوزليتد هيموغلوبين-مخزون السكر في الدم (C1HBA)أكثر من 6,5%

- مع العلم انه تراوح مستوى السكر في الدم صباحا قبل تناول الطعام ما بين 100و 126 ملغ/دل وأن بعد تناول الطعام بين 100و 200 ملغ/دل أو مستوى مخزون السكر في الدم بين 5,7 و2,5 يشير إلى احتمال الإصابة بمرض السكري(Inzuchi.E Silvio) ونرى من خلال ما سبق انه من الضروري بعد التشخيص مرض السكري أن يتقيد المريض بالخطة العلاجية لكي يحمي نفسه من تأزم وضعه الصحي.

-8 تأثير مرض السكري على الحالة النفسية:

يعتبر مرض السكري من الأمراض المزمنة ويمثل حالة طويلة الأمد ويحمل دلالات مهددة للحياة وعلى عملية التوافق لدى المريض طوال حياته وتحدد كل مرحلة من مراحل التعايش مع مرضى السكري من خلال ظروف الفرد التي تعيشها ومن خلال مشاعره ومفهومه للخيرات السابقة وما يعرفه عن المرض. عندما يكشف الفرد انه مصاب بالسكري أول ما يتلقى الخبر يصاب بحالة من الخوف الشديد نظرا لما يحمله من معلومات حول المرض قد تكون هذه المعلومات خاطئة وبعد ذلك الانكسار والرفض والتمرد على العلاج والخوف الشديد من مضاعفات المرض وقلق من الموت حسب ما يدركه من خبرات حول خطورة المرض

(Hanis and lustman , 1998 ,p05) . كما أن تشخيص السكري بحد ذاته يعتبر أحد الضغوط النفسية التي تقع على الفرد والأسرة، لما يحمله الناس من معلومات عن مخاطره ومضاعفات يراها المريض من حوله ويسمع عنها. وأيضا عند الإصابة بمرض السكري يؤثر على تكيف المريض مع مرضه خاصة في الفترة الأولى من المرض أو في حالات التقدم وحدوث المضاعفات السكري. وأيضا تأكد بعض الدراسات أن إصابة بمرض السكري في سن مبكر تؤثر على الحالة النفسية للمريض فيخلق لديه توتر واكتئاب أو قلق وخوف من مضاعفات المرض مستقبلا او تعرض لإصابات في الأعضاء والفشل الكلوي وانفصال في الشبكية والمشكلات الجنسية وبتر الأعضاء(سرحان, ,2010 ص270,271) نرى من خلال ما سبق أن الأمراض المزمنة أو الإعاقات لا تؤثر في الناحية الجسدية فقط وإنما تؤثر أيضا وبشكل كبير على الناحية النفسية والانفعالية والمعرفية والاجتماعية للمريض. فان كلمة سكري تمثل هاجس خوف أمام كل فرد نظرا لما يحمله المرض من معاني خاصة في مجتمعنا.

-9 علاج داء السكري:

الهدف الأساسي من عالج مرض السكري هو المحافظة على مستواه الطبيعي للسكر في الدم وتفادي مضاعفاته واكتشاف المرض خطوة هامة للحفاظ على صحة المريض.

أ- **التنظيم الغذائي:**

كأول خطوة في العلاج لكن لا توجد حمية مشتركة لجميع المرضى لان الحمية الغذائية مرتبطة بنوع السكر وحسب احتياجات المريض. فالمريض ذو الوزن الزائد أو الذي لا يمارس أعمال مجهدة عليه أن يتناول غذاء محدود القيمة الحرارية والعكس. نري من خلال ما سبق من الضروري إعطاء المريض نسبة معقولة من النشويات والدهون ووجود الفيتامينات والمعادن والغذاء.

ب- **التمارين الرياضية:**

هدفها هو زيادة من حساسية مستقبلات الأنسولين وتساعد على ضبط النظام الغذائي والتخلص من الدهون في الجسم وباعتباره أساسي في علاج مرضى السكري. اذن من الضروري نصح مرضى السكري بالمشي كل يوم نصف ساعة. (André et Bounet,1993,p208)

ج- الأنسولين:

يتم تنظيم السكر في الدم عادة من خلال الحقن المنظم بالأنسولين وتنوعت إجراءات التدخلات المعرفية السلوكية ركز بعضها على مساعدة المرضى على تعلم الحقن الذاتي والبعض الأخر ركز على تدريب المرضى على قياس مستويات السكر في الدم بفاعلية.

ت- **العلاج النفسي:** مريض السكري في حاجة إلى إنسان يفهمه ويستفهم مشاكله ويساعده على إحراز التوافق الناجح مع مرضه أكثر فعلى الطبيب اخذ حالته الوجدانية في الاعتبار والإحاطة بأحواله الأسرية والوظيفية وترشيده وأهله بخصوص ما ينبغي وما لا ينبغي لمثله وعلى النفساني تقديم العلاج المناسب من خلال العلاج النفسي التحليلي.

ث- **العلاج النفسي التحليلي:** يكون عن طريق المحادثة والتحقق من مشاكل الحالة وانطلاقا من سوابق المريض ووضع الفرضيات واختيار العلاج المناسب. (مرجع سابق, ص 190)

ج- **-العلاج المدعم:** يقوم على تشجيع المريض وطمأنته وتوضيح كيف يتعامل مع وضعه وكيف يحمي نفسه وتسهيل عملية التكيف مع المرض.

ح- **-العلاج بتقنية ألاسترخاء** :حيث من خلاله يتمكن المريض من اكتشاف جسمه والتركيز العقلي المتزن وتجنب الضغوط النفسية(إبراهيم, 1996, ص 65) ونرى من خلال ما سبق انه يجب

أن يكون هناك علاج متكامل بين أخصائي نفسي وطبيب مختص بالأمراض الداخلية أو مختص أغذية ومختص خاص بالنشاط رياضي، ليكون هناك نتائج إيجابية لتحسين صحة مريض السكري.

II. بتر الأطراف

1 - تعريف البتر:

•**البتر نفسيا:** هو تشوه بسبب عدوان خارجي ناتج عن فقدان عضو من الجسد وهذا التشوه ينتج عنه صدمة نفسية ومنه يتضح أن البتر هو فقدان العضو نفسه وبالتالي فقدان وظيفة هذا العضو التي وجد من اجلها ويترتب عنه إعاقة جسمية حركية، وهذا ما سبب صدمة نفسية للمريض مما يؤثر على حياته الشخصية والاجتماعية والمهنية بدرجات متفاوتة حسب نوع البتر وحالته(عبد الرحمان, 2001 ,ص176)

•**تعريف أخر**: البتر حالة من العجز يفقد الفرد فيها أحد أطرافه أو بعضها أو كلها، إما بالجراحة أو الحوادث أو خلقيا في حالة التكوين الجبلي الناقص، وهو نوع من الإعاقة المستخدمة والمرتبطة بالتقدم الحضاري، واستخدام الميكنة أو الآلة في الوقت الحاضر وبعض أساليب العلاج. (مريم حنا وآخرون,1997,ص110)

وقد يعرف البتر بأنه إزالة جزء أو طرف من جسم الإنسان وذلك للحفاظ على حياة الفرد نتيجة إصابة أو تشوه خلقي أو أورام ويتم ذلك عن طريق الجراحة(حلمي إبراهيم، وليلى فرحات ,1998,ص 120)

ويعرف ويتمان وآخرون , البتر بأنه إزالة جزء من الجسم ويوجد نمطين من البتر: البتر الجراحي والبتر عبر صدمة. (Wittman , 2013 ,186p)

تعريف البتر .**Amputation**:البتر هو فقدان لأحد أعضاء الجسم ويكون البتر غالبا إصبع اليد أو القدم أو الذراع أو الرجل ويكون نتيجة للتعويض لحادث أو إصابة . وإذا تسببت الحادثة أو الإصابة في البتر الكامل للعضو فيمكن إعادة العضو المبتور مرة أخرى إلى مكانه إذا تما تقديم العناية الملائمة والصحية الفورية لهذا العضو .أما في حالة البتر الجزئي، فإن الأنسجة اللينة تضل متصلة وهذا يعتمد علي حالة الإصابة وقد ينفع إعادة العضو المبتور إلي مكانه وقد لاينفع ذلك(عبد الرحمان الشاذلي 2016 ص21)

كما عرفه Rains هو حالة مكتسبة ناتجة عن فقد أحد الأطراف الجسم بسبب إصابات أو الأمراض الجراحية والحروب ، أوغياب أحد الأطراف لأسباب خلقية يحدث عند والدة رضيع بدون أحد أطرافه . كما عرفه : علي وعبد الهادي :'بأنه حالة من العجز الجسمي تحدث للفرد في أي مرحلة من مراحل عمره ،وهو عبارة عن

إستأصال جزء من أجزاء جسمه لإنقاذ حياته، أو لتحسين أداء العضو الذي تمنعه الإصابة من القيام بوظيفته(أسماء معافي2017ص12.)

•**تعريف أخر:** حالة من العجز الجسمي تحد للفرد في أي مرحلة من مراحل عمره، وهو عبارة عن استئصال جزء من أجزاء جسمه لإنقاذ حياته أو لتحسين أداء العضو الذي يمنعه الإصابة من القيام بوظيفته. (عبد الهادي,1997,ص52) و البتر عبارة عن فقدان طرف من أطراف الجسم سواء كان ذلك الطرف أصبع أو رجل أو غيرها وهذا ناتج عن إصابات مختلفة منها مرض السكري موضوع دراستنا.

-2 أنواع البتر:

تتمثل أنواع البتر فما يلي:

أ- البتر في الأطراف السفلية: ويشمل الطرفين معا أو واحد فقط، بتر القدم Amputation Foot ويشمل جزء من القدم مثل بتر أصبع أو أكثر من أصبع.

- بتر منتصف القدم. - بتر القدم بأكملها أو أي جزء منه.

- بتر الساق Transe tibial: ويكون تحت الركبة ويشتمل على أي بتر من الركبة حتى الكاحل.

- فصل الركبة Désarticulation Keene ويحد هذا البتر عند مستوى الركبة. Tierney .)2006 ,p47

- بتر الفخذ Fémoral Transe ويتم فوق الركبة ويشمل على بتر أي جزء من الفخذ من عند الحوض حتى مفصل الركبة.

- فصل الحوض Désarticulation Hip ويكون من عند مفصل الحوض مع الفخذ بأكمله.

ب -البتر في الأطراف العلوية: ويشمل على:

-بتر اليد أو جزء منها Amputation Hand: أو يشمل الأصابع أو جزء من اليد تحت الرسغ.

-بتر عظمة الساعد Transradial: وذلك يحد تحت الكوع حتى الرسغ أي الساعد بأكمله.

-بتر عظمة العضد Transshumeral: ويشمل البتر فوق الكوع حتى الكتف أي في الجزء العلوي من الذراع. - **فصل الكتف Désarticulation Schoulder**: ويتم عند مستوى الكتفين مع بقاء فصل الكتف(القاضي, ,2009 ص 81) ونرى من خلال ما سبق أن أنواع البتر ترتبط بحساب الإصابة ونوعها، ومدى تطورها في العضو فكل إصابة تطلل بتر عضو ما فإذا أصيب الأصبع ولم يخلق عدوى في العضو أي الرجل فهنا تقتضي الضرورة إلى بتر الأصبع والاحتفاظ بالرجل إذا لم تكن هناك إصابة واضحة.

3-الطرق المتبعة في عمليات البتر :هي كما يلي :

المقصلة ¬. طريقة الدائرية ¬. الطريقة المائلة الهلالية ¬. طريقة المضرب ¬. طريقة التغطية بشريحة من الجلد ¬.ونشير هنا إلى أن البتر يقسم وفقا للمستويات التي تم فيها ذلك من الضروري إختيار المكان المناسب للبتر ، ويعتمد ذلك على الأتي:

* نوع الحركة المطلوبة

*موضع وامتداد النسيج السليم

* موضع الأجهزة التعويضية

* مظهر الجدعة

* الطول: طول الجزء المتبقي من البتر ،ويجب أن تكون العضلات أقصر من العظم الداخلي بمقدار ثالث بوصات ،وذلك لتكوين جيب داخل البتر يسمح بحرية الحركة للمفصل

*شكل الجدعة :يفضل أن يكون مخروطي الشكل ,وخفيف الاستدارة وذلك لان الأطراف الصناعية تعتمد على تحميل الجانبي.

* تغطية الجدعة : يجب أن يغطى طرف العظم بالجلد ونسيج تحت الجلد

*الندبة (أثر الجرح) يفضل أن يكون نهاية الجزء المبتور على هيئة خط حر الحركة وأن يكون عرضيا ،وخاصة في القدم و الساعد بحيث يكون بين العظمتين ، كذلك في الطرف العلوي تكون في نهاية الجرح ،أما في الطرف السفلي فيفضل أن يكون إلى الخلف (صولة طارق2011ص117)

-4- أسباب البتر:

تتعدد أسباب البتر وتختلف حسب المرض وحسب درجة الإصابة وتتمثل هذه فما يلي:

أ- الأمراض Diseases:

•**الأمراض الوعائية الشريانية:** وهي من أكثر الحالات انتشارا حيث تعود أسباب البتر إلى أمراض القلب و الشرايين حيث تؤدي إلى إعاقة تدفق وسريان الدم ووصوله للأطراف، فيقتضي الأمر بتر العضو المتضرر أما فيما يخص السكري، فهو يؤثر على نسبة السكر في الدم والقلب من قدرة الجسم على معالجة أي قصور يحد ،

مما يؤدي إلى تورم في العضو ومن هنا يلجا إلى بتره لتقليل من انتشار تلك الأعراض في العضوية(طاهر, 2017, ص42)

•**الأمراض الالتهابية:** تسبب الالتهابات في الأنسجة المحيطة كالأورام البيضاء والعدوى المنتقلة من الحقن آو بعض أدوات الطبية، وأيضا أمراض المؤدية إلى فقدان نخاع العظام.

.(Bourneuf et Adanant1990 p64)

•**الأمراض الورمية:** مثل الإصابات السرطانية.

ب -العيوب الخلقية: حيث تمثل نسبة انتشارها 04% حيث يولد الطفل بهذه العيوب مثل غياب أحد الأطراف أو حتى قصرها، ويعبر عضو مبتور لأنه يحتاج إلى أطراف اصطناعية، والذي تعتبر معظم أسبابها وراثية وبعضها الأخر لأسباب تعرض الام الحامل لبعض الأمراض والتي بدورها تشوهها مثل تعرضها للإصابة بالحصبة الألمانية أو تسمم بمواد كيماوية، أو تعرض لأشعة X وغيرها(سليمان، ،2001 ص 170) -التعرض للإصابات تتمثل في إصابات ناتجة عن حوادث الطرق أو حوثاد يتعرض فيها الجسم لصدمات وارتطامات(نفس المرجع، ص171) ونرى أن هناك عوامل وأسباب عديدة تزيد من إمكانية درجة الإصابة وكل هذه الأسباب لها تأثير على الحالة النفسية للفرد

-5 الأعراض المصاحبة للبتر:

- الأعراض العضوية: لكل إصابة عضوية تأثيرات وأعراض مختلفة تصيب الصحة إما الجسمية والصحة النفسية وتتمثل هذه الأعراض في ألام العضو المبتور ذاته أو تتمثل في صعوبة تقبل الشخص وضعيته الجديدة، وقد فسرت كنمط لوضعية الجسم وعدم حدوث استدخال الجسم للوضعية الجديدة ويتم هذا على مستوى الجهاز العصبي المركزي الذي يتكيف أو لم يتعود على الصورة الجديدة للجسم، وبالتالي إحساس الجهاز العصبي بوظيفة هذا العضو مازال موجود.(Wolden2004 p159,160 ,)

-الأعراض النفسية: تتمثل الأعراض النفسية في:

- شعور الشخص بالذنب.

- الحزن الشديد وظهور اضطرابات نفسية متمثلة في الاكتئاب.

- الشعور بالفشل وفقدان الأمل.

- مقاومته لواقعه الجديد ورفضه للبتر.

- الميل والانطواء والبعد عن الناس.

- الشعور لنكوص بالنقص وإحساسه بأنه اقل قيمة من الآخرين (طاهر, ,2017 ص50)

ونري من خلال ما سبق أن التكفل النفسي والطبي للأفراد قبل عملية البتر من تأزم وشدة ظهور هذه الأعراض ويخفف منها بعد عملية البتر ويسهل عملية تقبل الفرد لذاته وجسمه بعد البتر ويحسن من حالته النفسية والعضوية ويحسن نظرته نحو المستقبل.

6- العلاج:

يتطلب علاج الأفراد في حالة البتر إلى تدخل مجموعة من المختصين تكون هذه الأخيرة تمس عدة جوانب تستدعي تدخل كل أطراف في العملية العلاجية.

- **العلاج الطبي**: كالعمليات الجراحية والعقاقير الطبية كذلك استبدال أطراف صناعية وكذلك الاستعانة بجميع الوسائل الفنية والطبية كالعلاج الطبي والتمريض والأجهزة التعويضية والطب والجراحة. ويبدأ العلاج منذ دخول المريض للمستشفى حتى يمكن إعادة الفرد إلى أقرب ما يكون عليه قبل الإصابة مباشرة.

- **العلاج النفسي:** ويهدف إلى مساعدة المريض على التوافق مع ذاته بتقبل جسمه والعمل على تغيير أفكاره اللاعقلانية إلى أفكار أكثر منطقية ومساعدته على العيش دون الشعور بالاختلاف أو النقص بالنسبة للآخرين والتوافق مع بيئته وعمل على التخفيف من قلته وتعزيز الثقة بالنفس لتحقيق التوازن والتوافق بين حالته الجسمية والنفسية والاجتماعية.(Thomas,,19751 p 60).

ونرى أن العلاج التكاملي مهمة جدا في مثل هذه الحالات لكن ما يلاحظ أن أغلب العلاجات الموجهة لهذه الفئة يقتصر على العلاج الطبي بدرجة أولى وغياب العلاج النفسي كعلاج أساسي في مثل هذه الحالات وأساسي لإدماج المريض ومساعدته على التكيف مع بيئته.

7- الآثار النفسية للبتر جراء السكري على الفرد:

للسكري تأثير كبير على حياة الفرد منذ تلقيه خبر إصابته بالسكري فيحذر من كل شيء محيط به خوفا من إصابته بالتوتر ، وعند إصابته يزيد قلقه وخوفه، فإذا قرر الطبيب بتر أحد أعضائه هنا يتأزم وضيعه وحالته النفسية فتتراكم هذه العوامل منذ إصابته ببتر عضوه فتترك له هذه الحالة أثار نفسية واجتماعية وجسدية. وهذا ما يؤثر بصفة عامة على جميع جوانب الحياة ومنها.

-الناحية الوجدانية: يحس المريض بحالة من عدم الأمان الذي هو شعور الفرد بأنه غير محبوب داخل الجماعة وغير متقبل من طرفهم ويشعر داخلهم بالخوف والخطر(داوني , وديراني, 1984 ,ص51) و,عزلة الاجتماعية التي هيا العملية التي يصبح فيها الفرد يتجنب ذكرياته المؤلمة التي يرى أنها من الممكن أن تعزز أو تنشط كلما اتسعت دائرة علاقاته الاجتماعية التي كان قد كونها أو سوف يكونها مع الآخرين والوحدة والشعور بالظلم.

-الناحية الجسمية: السكري ضعف في الجهاز المناعي الذي يعتبر منظومة من العمليات الحيوية التي تقوم بها أعضاء وخلايا بغرض التصدي لمواجهة أي ميكروبات في العضو المبتور التهابات قد يصعب شفائها(العادلي,2014,ص18)

-الناحية المعرفية: يصبح الفرد سلبيا في تفكيره، يفقد الإحساس بالوقت ويصبح معتمد على الآخرين بشكل كبير، وتتغير نظرته للمستقبل التي تجعل من الفرد ينظر للأسوء (الأنصاري,2002,ص20) وأيضا تغير في المفاهيم الدينية فتصبح أكثر عمقا.

-الناحية السلوكية: يتغير سلوك المريض فيصبح لديه حساسية للجماعات فيفضل الانطواء على الاندماج ويقلل حديثه مع الآخرين فتجده جالسا في نفس المكان معظم الوقت (Simunkovc & Arcel 1988 p170)

وفي معظم الأحيان يصل المريض الي حالة من الاكتئاب الذي يعتبر حالة من الحزن الشديد المستمر نتيجة الظروف المحزنة الأليمة وتعبر عن شيء مفقود(فهمي,2008,ص203).

يرى الباحثان إن البتر جراء السكري أثار نفسية وجسدية وسلوكية تؤثر على الحياة العامة للفرد فتكفل النفسي والطبي لهذه الحالات يقلل من خطورة هذه الآثار لأن تطورها يؤثر على الحالة النفسية فيؤدي في الغالب إلى الاكتئاب.

إن عملية البتر تترك أثارا نفسية وإجتماعية وجسدية على المبتور خاصة، وعلى المجتمع عامة ،فتتأثر جميع الجوانب الحياتية للفرد . وقد تختلف اراء الباحثين في النواحي التي تؤثر على حياة الفرد المبتور، فبدلا أن تظهر النواحي السلبية لديه، قد تظهر لديه نواحي إيجابية ،كما تزداد لديه الروحانيات ويقبل على الصلاة والعبادات بشكل أكبر من ذي قبل، كذلك قد تظهر لديه حياة إجتماعية جديدة، كأن يشارك في ليجان الصلح ويشارك في المناسبات السعيدة والحزينة هذا قد يظهر لدي بعض الأفراد ونسميه نمو ما بعد الصدمة ، والبعض الأخر قد يطور كرب مابعد الصدمة كأحد الاضطرابات النفسية التي قد تظهر على الفرد المتعرض للصدمة (صدمة البتر)

8-ردود الفعل الناتجة عن البتر :

- **الإنكار. Denegation** : قد يعاني الأشخاص من ردود فعل تتمثل في :

غالبا مايكون رد فعل هؤلاء الأشخاص هو الإنكار والرفض لما حدث لهم ،وهذا نتيجة إخبارهم من طرف ليس له علاقة بالشخص المبتور كالطبيب أو المعالج ،ويكو رفض المبتور رافضا لواقع جسمه الحالي لإدراكه أن وضع البتر النهائي ولا رجعة فيه ، وينتج الإنكار نتيجة فهم الإنسان المبتور للواقع والحقيقة المؤلمة.

- **الغضب :Colere** حيث يمتلئ المريض (المبتور) بالغضب نظرا لاضطراب خططه في الحياة ،لدرجة أنه يوجه الكراهية نحوى الأفراد الذين يتمتعون بحياتهم في ظل جسد سليم ، في هذه المرحلة يكون الفرد صعب السلوك ويميل إلى خلق مشاكل مع المحيطين به سواء عائلته أو في المستشفي ،لانه يعبر عن مشاعره السلبية وشعوره بالنقص ، وهذا ماينعكس فيما بعد على رفض الطرف الاصطناعي
- **مرحلة المساومة :Phase des negocrakus** يتولد لدى المبتور رغبة في المكوث فترة أطول في المستشفى أمال منه أن يشفى أو بالأحرى يتمنى لو يعود الطرف المبتور من جسمه ، مهما ارتفعت قيمة مايدفعه من ثمن مقابل رجوع جسمه إلى السواء
- **مرحلة الاكتئاب :Phase de Depression** في هذه المرحلة يبدأا لمبتور بالرضى بالواقع الجديد مما يدفعه إلى عدم الإنكار لاعاقتة التي لا يملك لها تغييرا ، وتبدأ حالة الاكتئاب تظهر عليه حيث يصبح يشعر بالإحباط.
- **مرحلة التقبل :Phase d' acceptation** تبدأ هذه المرحلة عندما يقتنع المبتور بوصفه الجديد ويصبح مهيئا نفسيا ولديه القدرة على استخدام الأطراف الاصطناعية والتكيف معها دون غضب أو رفض (وفاء محمد أحميدان القاضي 2017 ص27)

9-المشكلات المترتبة على بتر الأطراف:

ترتبط عملية بتر عضو من جسم إنسان بمظاهر إشكالية متنوعة بعضها نفسي والبعض الثاني متعلق بالنواحي الاجتماعية والاقتصادية وقدرة الشخص على استخدامه لأجهزة تعويضية وخاصة في عملية التأهيل سنتناوب فيما يلي أهم هذه المشكلات .

- **المشكلات النفسية:**

الشعور الزائد بالنقص : الشعور بالنقص هو إتجاه يحمل صاحبه على الاستجابة بالخوف الشديد والقلق و الاكتئاب وشعور الفرد أنه دون غيره وميله للتقليل من تقدير الذات وقد يكون لدى المبتور عقدة النقص وهي الاستعداد اللا شعور المكبوت وينشأ من تعرض الفرد لمواقف كثيرة ومتكررة تشعر بالعجز والفشل إلى جانب الطابع القهري ومن ثم العدوان الاعتلاء والإسراف في تقدير الذات

ـ **الشعور الزائد بالعجز**: يستكن المبتور للواقع ويحاول استخدام ضعفه لجلب عطف الاخرين ،وكذلك فقد إحترامه لنفسه حيث يجد في عاهته حجة لكي يتنصل من دوره في أسرته ومجتمعه ولا يجد بؤسا في العيش عالة على الاخرين .

عدم شعور المبتور بالأمان والاطمئنان نحو حالته الجسمية : هو لا يطمئن للجري والوثب وقد يحدث اضطراب في الادراك لعدم قدرة المبتور على التقدير الواقعي ، كما أنه يشعر يعدم الاطمئنان للغير للتفاوت في إتجاهات وإستجابات الاخرين نحوه ،وعدم وجود أدنى إنسجام بينهما وعدم الاطمئنان للنفس فهو في حالة تردد وتذبدب وحيرة

ـ **الإشراف في الوسائل الدفاعية** : حيث يميل إلى النكوص السلوكي في مستوى اعتماده على الغير،وكذلك الكبت حيث يضطر إلى استخدام ميكانيزمات غير توافقية كالاسقاط ،أيضا العدوان الذي قد يوجه إلى الاخرين أو إلى نفسه ،والسلوك التعويضي والانكار الذي يختفي خلف العناد والإصرار على سلوك صعب و الانطواء نتيجة الشعور بالنقص (عبد الرحمان سيد سليمان2017ص 20)

- **المشكلات الأسرية**: لقد أصبح من المتفق عليه أن إعاقة أي فرد هي إعاقة لأسرته في نفس الوقت مهما كانت درجة الإعاقة ونوعها منذ أن أعتبرت الأسرة بناء اجتماعي يخضع لقاعدة التوازن وهو مستوى الأمثل للعلاقات الأسرية الإيجابية التي تتميز بالتساند والتكامل والاستمرار . وضع المبتور في أسرته لا بد وأن يحيط علاقاتها ،بقدر غير يسير من الاضطراب صغيرا كان أو كبيرا ، زوجا كان أو زوجة ، ذكرا كان أو أنثى طالما كانت إعاقته تحول دون كفايته في أداء دوره يشكل بالضرورة عبئا على أدوار الآخرين فضلا عن ردود الأفعال السلبية لعجزه عن أداء هذه الأدوار
- **المشكلات الترويحية** : تؤثر الإعاقة على قدرة الفرد المبتور على الاستمتاع بوقت الفراغ سواء بالنشاط الترويحي الذاتي أو بالنشاط الترويحي السلبي ،فممارسة المبتور لاي نوع من النشاط يتطلب طاقة خاصة قد لا تتوفر عنده أو عدم وجود أماكن مخصصة للمعاقين تقف حاجزا أمام ملء وقت فراغه ، وهذا ما قد يؤدي بالمبتور إلى الانحراف

- **مشكلات الأصدقاء (الصحبة)**: تمثل جماعات الصداقة حاجة أساسية للفرد خاصة في المراحل الأولى من العمر وما تخلفه من أثار مباشرة على النمو الاجتماعي السليم وبالقدر الذي يتجانس فيه الفرد مع هذه الجماعة بالقدر الذي يحقق فيه الشعور بالسعادة والانتماء إلى هذه الجماعة ،وإن أحس المبتور بأي تهميش من طرفهم يولد لديه مشاعر سلبية تؤدي به هذه الاخيرة إلى الانسحاب من الجماعة
- **مشكلات اقتصادية** : تسبب الإعاقة الكثير من المشاكل الاقتصادية نذكر منها:

* تحمل الإعاقة من نفقات العلاج: قد تكون الحالة الاقتصادية سببا في عدم تنفيذ خطة العلاج

* انقطاع الدخل وانخفاضه: خاصة إذا كان مبتور الأطراف هو العائل الوحيد للأسرة .

قد تتبع المشكلة الاقتصادية من عدم وجود دافع أو رغبة لدي مبتور الأطراف للعمل لعدم وجود طموحات لديه مما يقلل من أهمية القيمة الاقتصادية(سامية لطفي الانصاري 2021 ص71.)-

10- التأقلم بعد البتر:amputation after Coping : -

- **تعريف التأقلم**

Defining coping : يعرف بأنه التغير الحادث في معرفة الشخص بعد تعرضه للصدمة بحيث يتمكن الأفراد من التعامل مع المتطلبات الداخلية والخارجية الناتجة عن ذلك ، ويكون الهدف من التأقلم هو السيطرة علي التغير الذي حدث جراء الصدمة .وفي الغالب يتكون هذا التغيير من مجموعة من الأفكار والأفعال التي ينتابها الشخص.

- **عوامل التأقلم :**

-تنظيم الانفعالات ، وتتم غالبا عن طريق تجنب الحادث كاستعمال الاسترخاء أو البحث عن المساندة الاجتماعية والتطمين المستمر ،من خلال المقارنات الإيجابية لتجارب الاخرين

– .التعامل مع المشاكل التي تسبب تأزم الشخص من خلال البحث عن معلومات ونصائح وحل المشكلات بطرق سهلة .

- مساعدة الأشخاص على فهم المشكلات التي تنتج الصدمة ،وأن هذه المشكلات متغيرة ويمكن التحكم فيها . (جمال أبو دلو2017ص 21 .)

خلاصة :

يعد السكري من الأمراض المزمنة التي تؤثر في نسبة السكري في الدم والتي تؤدي إلى نقص في مناعة الجسم مما يخلق التهابات تصل إلى بتر العضو المصاب للحفاظ على صحة الأعضاء الأخرى فيجب على كل العاملين في مجال الصحي توعية كل فئات المجتمع بالمرض وأعراضه وأسبابه وكيفية الحفاظ على الصحة الجسمية.

ويعد البتر عملية صعبة التقبل من طرف مريض السكري لذلك يتدخل الأخصائي النفسي في مساعدة الأشخاص على تقبل مرضهم ودعمهم على التكيف والاندماج بعد عملية البتر ومن هنا نلخص أن فقد الإنسان لأحد أطرافه سيؤثر بلا شك على حركته وتوازنه وعلى أداءه للأدوار المطلوبة منه سواء في الأسرة أو العمل أو في المجتمع ككل . كما أن أي طرف من أطراف الإنسان له دوره وله أهميته ،وله مهام يقوم بها .وعدم وجود هذا الطرف سيؤثر بالتـأكيد على حياة الإنسان سواء الشخصية أو الاجتماعية أو المهنية بدرجات متفاوتة تتوقف على نوع ومكان ودرجة البتر.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

الاجراءات المنهجية

تمهيد:

يعتبر هذا الفصل بمثابة الإطار المنهجي الذي سنتبعه في إجراء دراستنا ، اذ سنحدد الطرق والأساليب التي سنستخدمها لجمع المعلومات وتحليلها للوصول إلى نتائج دقيقة وموضوعية،

ولتحقيق أهداف الدراسة تم الإعتماد في هذه الدراسة على دراسة استطلاعية ودراسة اساسية.

I. الدراسة الإستطلاعية:

هي دراسة أولية تهدف إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظواهر (الصلابة النفسية واضطرابات ما بعد الصدمة) التي نرغب في دراستها وقابليتها للدراسة، والتعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها وإخضاعها للبحث العلمي (فريحي، 2017، ص. 47).

1. أهداف الدراسة الإستطلاعية :

سعت الدراسة الاستطلاعية إلى تحقيق جموعة من الأهداف المنهجية التي مهدت الطريق للدراسة الأساسية، نلخصها في النقاط التالية:

- **التعرف على البيئة الميدانية:** استكشاف طبيعة مصلحة الطب الداخلي وأمراض السكري، وفهم ظروف التكفل الطبي بالمرضى المبتوري الاطراف.
- **التحقق من ملاءمة المقاييس:** التأكد من مدى قابلية تطبيق مقياس "دافيدسون" لاضطراب ما بعد الصدمة ومقياس "المرونة النفسية" على الحالات الموجودة في الميدان، وقياس مدى استجابة المرضى لهذه الأدوات.
- **تحديد الحالة النموذجية:** البحث عن حالة تتوفر فيها "الغنى السريري" المطلوب لدراسة الحالة، حيث كان الهدف هو العثور على مريض لا يقتصر حاله على البتر الجسدي، بل يمتلك تاريخاً نفسياً يتداخل فيه الاضطراب بالصدمة، وهو ما وجدناه في الحالة التي تم اختيارها.
- **صقل المهارات العيادية:** تدريب الباحث على مهارة المقابلة العيادية غير الموجهة، وتطوير القدرة على الملاحظة السلوكية الدقيقة في سياقها الطبيعي للمريض.
- **حصر الصعوبات الميدانية:** تحديد العوائق التي قد تحول دون تطبيق الدراسة الأساسية (كالضغط النفسي للمرضى، أو التردد في الحديث عن الصدمات) ومحاولة إيجاد استراتيجيات لتجاوزها من خلال بناء علاقة ثقة مع الحالات.

2. حدود الدراسة الإستطلاعية: تمثلت في:

- **الحدود الزمانية:** تحددت الفترة الزمنية لإجراء الدراسة ما بين 04 مارس-14 مارس2026
- **الحدود المكانية:** تم إجراء الدراسة بمصلحة الطب الداخلي بمستشفى احمد مدغري بعين تموشنت

3. إجراءات الدراسة الإستطلاعية:

تنفيذ الدراسة الاستطلاعية في مصلحة "الطب الداخلي وأمراض السكري" بمستشفى احمد مدغري " في ولاية عين تموشنت، وذلك خلال الفترة الزمنية الممتدة من شهر مارس إلى شهر أفريل. هدفت هذه المرحلة إلى استكشاف الواقع الميداني والوقوف على مدى ملاءمة عينة الدراسة لموضوع البحث.

لقد تضمنت الإجراءات الميدانية ما يلي:

- **التواجد الميداني**: قمنا بزيارات دورية للمصلحة ، حيث تم التواصل المباشر مع الطاقم الطبي وشبه الطبي لتسهيل عملية الوصول إلى المرضى المبتوري الاطراف.
- **اللقاءات العيادية:** تم خلال هذه الفترة إجراء مقابلات استطلاعية مع (06) حالات من المرضى المصابين بداء السكري الذين تعرضوا لبتر في أطرافهم.
- **آلية اختيار الحالة:** بعد التعمق في المقابلات العيادية، تبين لنا أن حالة "ب. س" هي الحالة الأكثر ثراءً من الناحية النفسية والعيادية، نظراً لتعقيد سيرورتها المرضية وتراكم صدماتها؛ حيث كانت الحالة الوحيدة التي استوفت شروط المتابعة العيادية الطويلة والمكثفة خلال فترة تواجدنا بالمصلحة، مما جعلها النموذج الأكثر قدرة على تجسيد أهداف دراستنا الميدانية.

II. الدراسة الأساسية:

1. أهداف الدراسة الأساسية: تمثلت فيما يلي:

- **التشخيص العيادي :** الوصول إلى فهم دقيق لطبيعة الاضطراب النفسي لدى الحالة (ب. س) وتحديد مدى مطابقة أعراضها مع المعايير الدولية لاضطراب ما بعد الصدمة (PTSD).
- **قياس مستوى المرونة النفسية:** الكشف الكمي والكيفي عن قدرة المريضة على التكيف مع واقعها الجسدي والاجتماعي الجديد، ورصد الآليات الدفاعية التي تستخدمها في مواجهة ضغوط البتر.

- **تحليل العلاقة بين الصدمات:** فهم الأثر النفسي المتراكم لصدمات الفقد في تفاقم الأعراض السيكوسوماتية والاضطراب النفسي الحالي.
- **بناء دراسة عيادية متكاملة:** تجميع كافة النتائج (نتائج المقاييس، الملاحظة السلوكية، وتاريخ الحالة) لرسم صورة شاملة تخدم التكفل النفسي المستقبلي بالحالة.

2. إجراءات الدراسة الأساسية:

كما تم تنفيذ الإجراءات عبر المراحل التالية:

- **المرحلة التمهيدية (بناء العلاقة العلاجية):** تم تخصيص جلسات أولى تهدف إلى كسر الجليد وكسب ثقة المريضة، وهو شرط أساسي لضمان مصداقية المعلومات التي سنحصل عليها في المقابلات اللاحقة.
- **المرحلة العيادية :** أجرينا سلسلة من المقابلات العيادية النصف موجهة، التي ركزت على استكشاف التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة. استخدمنا فيها تقنيات الاصغاء النشط، والإنصات العيادي، والملاحظة السلوكية الدقيقة لكل إيماءة أو حركة تصدر عن المريضة (مثل فرقعة الأصابع، التنهد، هز الرأس).
- **المرحلة الاختبارية (تطبيق المقاييس):** بعد استقرار الحالة نفسياً داخل الجلسات، قمنا بتطبيق الأدوات التالية: **مقياس دافيدسون (Davidson) لاضطراب ما بعد الصدمة:** لقياس حدة الأعراض وتصنيفها ضمن المحاور الثلاثة (الاستعادة، التجنب، الاستثارة). و**مقياس المرونة النفسية (:HER)** لتقدير مستوى آليات المواجهة والفعالية الذاتية لدى المريضة.
- **مرحلة المعالجة والتحليل:** تم تفريغ نتائج المقابلات وتحويل نتائج المقاييس إلى درجات رقمية، ثم دمجها جميعاً في سياق تحليلي واحد؛ حيث قمنا بمقارنة "النتائج الكمية" بـ "الملاحظات الكيفية" لنخرج بتفسير نفسي دقيق لكل نتيجة.

3. المنهج المتبع:

تم الاعتماد على المنهج العيادي بأسلوب دراسة الحالة، والتي تهدف إلى التعرف على الفرد وإعادة ترميم خصوصيته، ويعتبر المنهج العيادي من أهم المناهج المستخدمة في البحوث النفسية ودراسات الحالة وخاصة في دراسة بحث واضطراب الشخصية والأمراض النفسية، وهو من المناهج البحثية والشخصية الأساسية من أجل تشخيص ما يعانيه المرضى، ولم يعد استخدام هذا المنهج قاصرا على دراسة السلوك المرضي وغير

السوي، بل أصبح يستخدم في دراسة جميع أنواع السلوك، ويقوم على أخذ الإنسان في موقف معين على أنه حالة فردية وعلى أنه يتطور وتتأثر حالته النفسية بموضوع الدراسة (عبد المؤمن،2008،ص.357)، وتم إستخدام المنهج العيادي وذلك بغية جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن الحالة، وذلك بهدف رصد جميع الإجابات والسلوكات الصادرة من الحالة لفهم نظامها النفسي.

- **أسلوب دراسة الحالة:** تقوم دراسة الحالة (Case Study) على أساس اختيار وحدة إدارية أو وحدة اجتماعية سواء كان تكون مدرسة، أو صف طلابي منها، أو مكتبة واحدة، أو كلية، أو حتى قسماً دراسياً من أقسامها، أو مجموعة واحدة من الموظفين في قسم أو إدارة من الإدارات... إلخ. ثم يتم جمع البيانات التفصيلية عن كل جوانب أنشطتها وصفاتها، فقد تدرس حالة مجموعة واحدة من المدمنين على المخدرات لغرض معرفة كل تفاصيل حياتها وممارساتها، أو تدرس حالة عائلة واحدة بشكل مفصل وشامل لكل ما يتعلق بنشاطها وحركتها. وعلى أساس ما تقدم، فإنه يمكن أن تستخدم دراسة الحالة كمنهج لجمع البيانات والمعلومات في دراسة وصفية، وكذلك يمكن تعميم نتائجها على الحالات الأخرى المتشابهة أو الاستفادة من نتائجها على حالات أخرى، بشرط أن تكون الحالة مشابهة أو ممثلة للمجتمع الذي يراد تعميم الحكم عليه، وبحيث تستخدم أدوات قياس موضوعية (العيسوي، 1997، ص. 2)، وهي طريقة تنظر إلى السلوك بمنظور خاص فهي تحاول الكشف بكل موضوعية عن كينونة الفرد والطريقة التي يشعر بها والسلوكات التي يقوم بها في موقف ما وكذلك الكشف عن الصراعات النفسية مع إظهار دوافع وما يقوم به من السلوكات إزاء هذه الصراعات من أجل التخلص منها (عبد الله، 2001،ص.293)

4. عينة الدراسة:

اتسمت مواصفات حالة الدراسة كونها قصدية تم اختيارها لتوفرها على الخصائص المطلوبة والتي أهمها: ان تكون مريضة بالسكري، وان تكون مبتورة لأحد أطرافها لأكثر من 6أشهر، كما وأن تكون قد مرت بظروف عائلية صعبة (وفاة زوجها مثلا) كي يتم قياس مرونتها النفسية.

جدول رقم 4: يوضح خصائص حالة الدراسة

الحالة	الجنس	السن	مدة البتر
س.ص	أنثى	59	أكثر من 6 أشهر

5. حدود الدراسة الأساسية: المتمثلة في:

- **الحدود الزمانية:** تحددت الفترة الزمنية للدراسة ما بين 14مارس 24 مارس 2026 و تم تقسيم الحصص على حسب محاور دليل المقابلة.
- **الحدود المكانية:** تم إجراء الدراسة بمصلحة الطب الداخلي بمستشفى احمد مدغري –عين تموشنت

6. الأدوات المستخدمة: تم الاعتماد على ما يلي:

6. 1- الملاحظة العيادية: هي أسلوب منهجي يستخدم في دراسة الحالة النفسية او السلوكية للأفراد داخل إيطار عيادي , فيقوم الباحث هنا بملاحظة وتقييم مجموعة من السلوكات, انفعالات, أفعال, صوت, طريقة الجلوس , طريقة الكلام... من اجل جمع بيانات دقيقة عن الفرد من خلال مراقبته سواء بشكل مباشر او غير مباشر (عبيدات وأخرون، 2015، ص. 124)، هي ملاحظة كافة الظواهر التي تطرأ على الشخص أثناء المقابلة، وتستخدم لفهم ديناميات الشخص وتوجيه انتباهه لبعض الموضوعات التي تثير انفعالاته وذلك بأخذ العلامات غير اللفظية كمرجعيات لفهم جوانب السلوك، لأنها محملة بالدلالات والمعاني ما يساعد الأخصائي على تفسير وفهم ما ترغب الحالة في التصريح به، كما أنها تساعد في التشخيص والعلاج.

وفي هذه الدراسة سيتم الاعتماد على الملاحظة العيادية لرصد كل ما يصدر عن المرأة الحالة اثناء المقابلات.

6. 2- .المقابلة العيادية :هي ملاحظة كافة الظواهر التي تطرأ على الشخص أثناء المقابلة، تستخدم لفهم ديناميات الشخص وتوجيه انتباهه لبعض الموضوعات التي تثير انفعالاته وذلك بأخذ العلامات غير اللفظية كمرجعيات لفهم جوانب السلوك، لأنها محملة بالدلالات والمعاني ما يساعد الأخصائي على تفسير وفهم ما ترغب الحالة في التصريح به، كما أنها تساعد في التشخيص والعلاج، وهي مرحلة تفاعلية خاصة بين الباحث الذي يسأل ويطلب المعلومات والمتحدث الذي يعبر عن نفسه بكل تناقضاته مع صراعاته الداخلية والتناقضات اللاواعية لديه، فيجب فهم هذه المقابلة على أنها جلسة يتم فيها ذكر, قول, سماع التكوينات والتمثلات من قبل شخصين والتي يتم تنظيمها وفرضها أو تعارضها، مما يكشف عن ديناميكيات النفسية العاطفية، وهي تلك التي تعتمد على دليل المقابلة وتوضع لها تعليمة موحدة مفصلة يتبعها جميع من يقوم بالمقابلة لنفس الغرض وفيها تحدد الأسئلة وصياغتها ويترتب توجيهها وطريقة القائها، ويكون تدخل الإكلينيكي من حين الى أخر من اجل استئناف الحوار(يعقوب، 2018،ص. 69)،

6. 3- مقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة Davidson Trauma Scale

.1.3.6وصف المقياس:

يتكون مقياس دافنسون لقياس تأثير الخبرات الصادمة من 17 بند تماثل الصيغة التشخيصية الرابعة للطب النفسي الأمريكية. و يتم تقسيم بنود المقياس إلى ثلاثة مقاييس فرعية وهي:

1- استعادة الخبرة الصادمة وتشمل البنود التالية 1، 2، 3، 4، 17.

2- تجنب الخبرة الصادمة وتشمل البنود التالية 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11.

3- الاستثارة وتشمل البنود التالية 12، 13، 14، 15، 16.

و يتم حساب النقاط على مقياس مكون من 5 نقاط (من صفر-4) و يكون سؤال المفحوص عن الأعراض في الأسبوع المنصرم. و يكون مجموع الدرجات للمقياس 153 نقطة.

حساب درجة كرب ما بعد الصدمة:

يتم تشخيص الحالات التي تعاني من كرب ما بعد الصدمة بحسب ما يلي:

1- عرض من أعراض استعادة الخبرة الصادمة.

2- 3 أعراض من أعراض التجنب.

3- عرض من أعراض الاستثارة.

4.6. مقياس المرونة النفسية:

.1.4.6 وصف المقياس:

ويتكون المقياس من 23 بندا ويلي كل بند 5 بدائل (دائماً، كثيراً، أحياناً، نادراً، أبداً)، و يقابل البدائل الخمسة الآتية على نفس الترتيب (1-2-3-4-5) ماعدا البندين 7 و 9 يعكس ترتيب الأوزان فيهما (1.2.3.4.5) وقد تم ترجمته وتكيف المقياس من طرف هرمندة واخرون Harmonda & al. (2016) في دراسة حول L'impact de l'autorité parentale sur la résilience des jeunes Algériens

.2.4.6تصحيح المقياس:

تعطى درجة 5 للبديل (دائما) و الدرجة 4 للبديل (كثيرا)، ودرجة 3 للبديل (أحيانا) و الدرجة 2 للبديل (نادرا) و الدرجة 1 للبديل (أبدا)، ماعدا البندين 7 و 9 تعطي الدرجات البدائل بشكل عكسي على بنود، فأعلى درجة متحصل عليها هو 115 درجة و أدنى درجة هو 23 ، المتوسط الحسابي الفرضي هو من 5 لأن عبارات البنود فيها سلبية ، و تجمع الدرجات التي تحصل عليها الحالة من خلال إجابتها 69، كلما ارتفع المتوسط

الفرضي كلما كان مؤشرا على ارتفاع مستوى المرونة النفسية، وإذا خلص المتوسط الفرضي كلما كان مؤشرا على انخفاض مستوى المرونة النفسية.

3.4.6.وصف مقياس المرونة النفسية:

مقياس المرونة (HER) (L'échelle de hardiness, Résilience) (HER) المعد من طرف Brienet&al. (2008) حيث يشمل المقياس (23) بندا موزعة على ثلاث أبعاد المرونة النفسية هي : الفعالية الذاتية (12) بعد النمو والتطور (5) بنود التفاؤل (6) بنود كما هي حسب الجدول التالي:

جدول (05): توزيع فقرات مقياس المرونة النفسية

الأبعاد	رقم البند
بعد التطور والنمو	08-12-20-21-23
بعد الفاعلية الذاتية	1-3-5-7-9-10-11-14-15-18-22
بعد التفاؤل	2-6-13-16–17-19

الفصل السادس

عرض ومناقشة النتائج

I. عرض نتائج دراسة الحالة :

i. البيانات الأولية للحالة

- **الاسم:** ب. س.
- **العمر:** 59 سنة.
- **الحالة الاجتماعية:** أرملة.
- **المستوى الدراسي:** التعليم المتوسط.
- **طبيعة الحالة:** مريضة سكري، مبتورة الأطراف (الرجل).

ii. عرض نتائج تحليل شبكة الملاحظة العيادية :

بناءً على الملاحظات المباشرة التي تم رصدها أثناء المقابلات العيادية مع الحالة "ب. س"، قمنا بتصنيف السلوكيات الملاحظة إلى محاور رئيسية تعكس الحالة النفسية والاضطراب الذي تعاني منه:

1. الملاحظات الحركية والسلوكية:

- **الاضطراب** لوحظ وجود حركة لا إرادية مستمرة متمثلة في **فرقعة الأصابع** بشكل متكرر، وهو سلوك ينم عن تفريغ داخلي لتوتر عصبي حاد.
- **إيماءات الرأس:** عند التطرق لموضوع "بتر الأطراف"، تقوم الحالة **بهز رأسها** بشكل متكرر، كدلالة على الرفض اللاواعي لهذا الواقع أو محاولة "نفي" ما حدث وتكذيبه.
- **القلق الحركي:** ظهر على الحالة بوضوح حالة من **الارتباك وعدم الثبات**، مما يعكس الضغط النفسي الذي تعيشه، وقد تجلى هذا في تململ الحالة أثناء الجلوس.

2. الملاحظات الجسدية والتنفسية:

- **الزفير العميق:** تكرار **التنهد المستمر** خلال الحديث، وهو مؤشر عيادي يعبر عن "ثقل الهموم" وعدم القدرة على التنفيس اللفظي الكامل عن الحزن المكبوت.
- **الهيئة العامة:** تعكس وضعية جسدها حالة من الانكفاء، حيث تبدو ملامحها وكأنها تحمل ثقلاً كبيراً، مما يوحي بالشعور بالإرهاق النفسي والجسدي المزمن.

3. الملامح وتعبيرات الوجه:

- **التعبيرات الوجهية:** الوجه "معبر جداً عن الحزن"، حيث تظهر عليه علامات الإنهاك النفسي. الملامح ثابتة على طابع "كئيب"، مما يعكس انخفاضاً في الطاقة الحيوية والمزاج العام.
- **التواصل البصري:** كان التواصل البصري أثناء الحديث عن الصدمات (وفاة الزوج والابنة) ضعيفاً أو متقطعاً، مما يشير إلى محاولة الحالة تجنب استرجاع تلك الذكريات المؤلمة.

4. الملاحظات المتعلقة بالكلام:

- **الإنكار وعدم التقبل:** الملاحظة الأبرز في الخطاب كانت تمسكها بالإنكار عند الحديث عن البتر "راكم غير تكذبوا ما قطعتوليش صبعي"، مما يعكس فجوة بين الواقع الجسدي والإدراك العقلي.
- **النبرة العاطفية:** نبرة صوت الحالة كانت خافتة ومثقلة بالشجن، وتتغير حدتها بشكل ملحوظ عندما تنتقل من الحديث عن حياتها اليومية إلى الحديث عن لحظات البتر أو الفقد، مما يدل على وجود "صدمة نشطة" لم يتم معالجتها

iii. عرض نتائج تحليل المقابلات مع الحالة :

جدول رقم (6) يوضح سير المقابلات العيادية مع الحالة

رقم المقابلة	تاريخ إجراء المقابلة	متوسط زمن المقابلة	مكان إجراء المقابلة	الهدف من المقابلة
01	16/03/2026	45 دقيقة	**بمصلحة الطب الداخلي / وحدة السكري والغدد الصماء**	جمع المعلومات حول الحالة والسعي إلى بناء علاقة مهنية
02	17/03/2026	60 دقيقة	**بمصلحة الطب الداخلي / وحدة السكري والغدد الصماء**	التركيز على تاريخها المرضي مع السكري، والصدمات التي تعرضت لها
03	18/03/2026	50 دقيقة	**بمصلحة الطب الداخلي / وحدة السكري والغدد الصماء**	صدمة بتر الأطراف والحالة النفسية لها جراء هذا الحدث
04	22/03/2026	45 دقيقة	**بمصلحة الطب الداخلي / وحدة السكري والغدد الصماء**	تطبيق مقياس المرونة النفسية
05	23/03/2026	45 دقيقة	**بمصلحة الطب الداخلي / وحدة السكري والغدد الصماء**	ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة

ملخص المقابلات العيادية:

في إطار دراستنا لهذه الحالة، قمنا بإجراء سلسلة من المقابلات التي تهدف إلى فهم معاناة المريضة وتتبع مسارها النفسي والصحي، حيث تم تقسيم العمل إلى أربع مراحل أساسية:

بدأنا بالمقابلة الأولى بجمع البيانات الأولية والتعارف مع الحالة وبناء علاقة مهنية تساعدها على الحديث بأريحية. أما في المقابلة الثانية، فقد انصب تركيزنا على تاريخها المرضي مع السكري، حيث استعرضت لنا الحالة كيف تسبب فقدان ابنتها (بعد فترة قصيرة من وفاة زوجها) في صدمة نفسية حادة أدت إلى ظهور المرض. وفي المقابلة الثالثة، انتقلنا للحديث عن صدمة بتر أطرافها؛ حيث روت لنا معاناتها مع تقبل فكرة البتر، بدءاً من بتر الإصبع وصولاً إلى بتر الرجل، مع توضيح مشاعر الإنكار والألم النفسي التي رافقت هذه الأحداث. أخيراً، وفي المقابلتين الرابعة والخامسة، انتقلنا إلى الجانب التطبيقي حيث قمنا بتطبيق مقياس "المرونة النفسية" ومقياس "اضطراب ما بعد الصدمة"، وذلك بهدف قياس مدى تأثر الحالة بالصدمات المتتالية وقدرتها على التكيف مع وضعها الجسدي والاجتماعي الجديد.

نتائج المقابلات العيادية :

التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

من خلال تحليلنا للمقابلات العيادية التي أجريناها مع الحالة، توصلنا إلى رسم صورة دقيقة لمسار حياتها والأزمات النفسية التي عصفت بها. بدأت معاناة "ب. س" مع تدهور حالتها الصحية في سياق فقدان تراكمي ومؤلم؛ حيث بدأت معالم اضطرابها النفسي تظهر بالتزامن مع فاجعة وفاة زوجها، تبعتها الصدمة الكبرى وهي وفاة ابنتها "في النفاس" فور ولادتها لتوأم. هذا الحدث المفصلي لم يكن مجرد فقدان عاطفي، بل كان الشرارة التي أطلقت مرض السكري لديها، حيث سقطت مغشياً عليها من هول الصدمة لتكتشف إصابتها بالمرض، وهو ما يشير إلى رابط قوي بين الصدمة النفسية وانفجار الأعراض الجسدية (السيكوسوماتية)، حيث تحول الجسد هنا إلى "وعاء" يحمل أثقال الروح العاجزة عن التعبير اللفظي عن الفجيعة. إن هذا السكري ليس مجرد خلل عضوي، بل هو استجابة سيكوسوماتية أولى تعبر عن "انهيار البنية الدفاعية" للمريضة أمام ضغوط فقدان السند (الزوج) ومصدر الأمان العاطفي (الابنة)، مما تركها في حالة من الهشاشة النفسية المزمنة.

انتقلت الحالة بعد هذه الفاجعة إلى وضعية **"المكافح المنهك"**، حيث فرضت عليها الظروف الاجتماعية دور الأم البديلة لأحفادها التوأم، في ظل غياب أي دعم مادي أو عاطفي كافٍ، مما أدى إلى تراكم الضغوط النفسية والاجتماعية التي استنزفت ما تبقى لديها من "مرونة نفسية".

لقد كانت تلك المسؤولية القسرية بالنسبة لها مصدراً للضغط المستمر، خاصة وأنها تعيش في ظل مرض مزمن يتطلب رعاية ذاتية دقيقة، ولكنها كانت مشتتة بين احتياجات الأحفاد ومتطلبات بقائها على قيد الحياة. وعندما نتأمل تأخرها في علاج جرح قدمها، نجد أنه ينم عن آلية "تجنب لا واعية"؛ فهي لم تكن فقط تهمل الجرح، بل كانت تهمل "الذات" المريضة التي لم تعد تجد في استمراريتها قيمة أو هدفاً، وكأنها كانت تتمنى لا شعورياً أن تنهي رحلة الألم من خلال هذا الإهمال.

إن اللحظة التي أُخبرت فيها بضرورة بتر إصبعها كانت بمثابة "الصدمة التكرارية" التي أعادت تفعيل صدمات الفقد القديمة، مما يفسر حدة استجابتها اللاحقة؛ إذ دخلت في حالة **"إنكار سيكوسي مؤقت"**، استمرت فيه لمدة 15 يوماً داخل المستشفى، حيث كانت تعاني من **"أوهام الحس"**، وهو عرض عيادي يعبر عن "رفض الأنا" للاعتراف بالواقع الجسدي الجديد، إذ ترفض الذات قبول النقص الجسدي الذي يمثل في رمزيتها النفسية استكمالاً لسلسلة الفقد والضياع.

لم يكن التمسك الوهمي بالإصبع إلا دفاعاً هشاً لحماية ما تبقى من صورة الجسد المتماسكة، لكن حينما واجهها الواقع بضرورة بتر الرجل ككل، تحطم هذا الدفاع، وظهرت الصدمة في أبهى صورها العيادية؛ فقدان السيطرة، الصراخ، ونفي الواقع جملة وتفصيلاً ("راكم غير تكذبوا ما قطعتوليش صبعي"). هنا، نلاحظ بوضوح أن اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) قد تجذر في بنيتها النفسية، حيث لا تزال تعيش "استعادة الخبرة" ليس فقط في أحلامها بل في خطابها الرافض، وتغرق في "تجنب" المواجهة مع الواقع، وتظهر أعراض "الاستثارة" في كل حركة من حركاتها؛ من فرقعة الأصابع التي تعبر عن توتر محبوس، إلى تنهدها الذي يخرج كزفير للآلام المكبوتة، وصولاً إلى وجهها الذي صار مرآة لـ "الحداد غير المكتمل".

إنها تعيش في "زمن موازٍ"، حيث لا يزال جسدها يتفاعل مع ماضٍ مات فيه أحباؤها، ويواجه حاضراً يبتُر فيه أعضاؤها، مما يجعل مرونتها النفسية في أدنى مستوياتها؛ فهي تفتقر إلى القدرة على "إعادة صياغة التجربة" التي تعتبر ركيزة المرونة، وتغلب عليها النظرة التشاؤمية، والشعور بالانهزام أمام ضغوط الحياة.

إن كل "هزة رأس" أو "فرقعة أصابع" نلاحظها في المقابلات هي تعبير عن "صراع وجودي" حاد؛ صراع بين إرادة البقاء وبين رغبة دفينة في الانكفاء بعيداً عن ألم المواجهة. فهي لا ترفض البتر بحد ذاته، بل ترفض أن تكون "امرأة ناقصة" كما كانت "امرأة فقدت سندها"، فكل بتر في جسدها هو تأكيد جديد على أنها تفقد المزيد من هويتها.

ومن الناحية العيادية، نحن أمام حالة تعاني من "صدمات معقدة حيث لم تعطَ لها الفرصة لكي تحزن وتتعافى من صدمة حتى تليها صدمة أخرى، مما أدى إلى "تصلب" في الشخصية وضعف في آليات التكيف، لتصبح

الحالة أسيرةً لأعراضها، تحاول حماية نفسها بالإنكار، لكن الواقع يفرض عليها الاعتراف بالألم الذي يعبر عنه جسدها في كل لحظة، وتتضح جلياً في الملاحظات العيادية التي رصدناها، حيث يختزل الجسد قصة حياتها في تنهيدات طويلة وملامح حزينة، محاولاً التعبير عما يعجز لسانها عن وصفه.

iv. عرض وتحليل نتائج مقياس دافيدسون (إجهاد ما بعد الصدمة):

الجدول رقم (07): نتائج مقياس دافيدسون (إجهاد ما بعد الصدمة)

بناءً على التوزيع المعتمد في المقياس، قمنا بحساب الدرجات لكل بند، وهذه هي النتائج:

1. **المحور الأول: أعراض استعادة الخبرة الصادمة (البنود: 1، 2، 3، 4، 5)**

- البند 1: (4) | البند 2: (2) | البند 3: (0) | البند 4: (4) | البند 5: (2)
- **المجموع الفرعي للمحور الأول:** 4 + 2 + 0 + 4 + 2 = 12 من أصل 20.

2. **المحور الثاني: أعراض تجنب الخبرة الصادمة (البنود: 6، 7، 8، 9، 10، 11، 12)**

- البند 6: (2) | البند 7: (0) | البند 8: (4) | البند 9: (4) | البند 10: (4) | البند 11: (0) | البند 12: (4)
- **المجموع الفرعي للمحور الثاني:** 2 + 0 + 4 + 4 + 4 + 0 + 4 = 18 من أصل 28.

3. **المحور الثالث: أعراض الاستثارة (البنود: 13، 14، 15، 16، 17)**

- البند 13: (2) | البند 14: (0) | البند 15: (2) | البند 16: (4) | البند 17: (1)
- **المجموع الفرعي للمحور الثالث:** 2 + 0 + 2 + 4 + 1 = 9 من أصل 20.

الدرجة الكلية :

- **الدرجة الكلية:** 12 + 18 + 9 = 39 من أصل 68.

الاستنتاج الجزئي:

تشير الدرجة الكلية (39) إلى وجود **مستوى عالٍ من اضطراب ما بعد الصدمة** لدى الحالة. وبما أنها حصلت على درجات مرتفعة في المحاور الثلاثة (استعادة الخبرة، التجنب، الاستثارة)، فهذا يؤكد استيفاءها للمعايير التشخيصية للاضطراب.

التحليل نتائج مقياس دافيدسون:

من خلال عرض وتحليل نتائج مقياس دافيدسون، تبين أن الحالة تعاني من اضطراب اجهاد ما بعد الصدمة، وهو ما يفسر تقاطع نتائج المقياس بشكل دقيق مع ما رصدناه في المقابلات العيادية.

إن حصول الحالة على درجة عالية في محور "استعادة الخبرة" (12 درجة) يتطابق تماماً مع ما أخبرتنا به عن تخيلاتها المستمرة لبتر إصبعها وشعورها بأن الطرف المبتور لا يزال موجوداً، وهو ما يعكس حيوية الصدمة في وجدانها.

أما ارتفاع درجاتها في محور "التجنب" (18 درجة)، فهو يفسر بوضوح آلية الدفاع التي لجأت إليها؛ فهي تتجنب الحديث أو التفكير في وقائع الفقد (وفاة الزوج والابنة) وتظهر عزلة اجتماعية واضحة، حيث تعاني من صعوبة في الاستمتاع بالحياة وتفقد القدرة على التعبير عن الحب، وهو ما ظهر جلياً في ملامحها الكئيبة وتنهدها المستمر خلال المقابلات.

وبالنسبة لمحور "الاستثارة" (9 درجات)، فإن نتائج المقياس تعكس حالة التوتر المستمر ، وهو ما يربط مباشرة بين إصابتها بالسكري كصدمة جسدية وبين الهشاشة النفسية التي تجعلها في حالة تأهب وقلق دائم من "الأسوأ".

إن هذه النتائج مجتمعة تؤكد أن الحالة لا تعيش "حداداً طبيعياً" على فقدان أطرافها أو أقاربها، بل تعيش حالة "اجترار" مؤلمة للماضي، حيث تحول الجسد إلى مسرح للألم، وتحول العقل إلى سجن لذكريات الفقد، مما يجعل المرونة النفسية لديها في أدنى مستوياتها نتيجة تراكم هذه الصدمات دون تكفل نفسي كافٍ.

التشخيص التصنيفي: اضطراب ما بعد الصدمة المعقد(C-PTSD)

بعد تحليل تاريخ الحالة، الملاحظات السلوكية، ونتائج مقياس دافيدسون، تبين أن الحالة "ب. س" تستوفي المعايير التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة نتيجة تعرضها لصدمات متتالية (فقدان الأقارب + البتر الجسدي).

1. معيار التعرض للصدمة (المعيار أ)

- تعرضت الحالة لصدمات شديدة ومهددة للحياة أو السلامة الجسدية والنفسية، تمثلت في:
  - وفاة الزوج.
  - وفاة الابنة في النفاس (صدمة حادة).
  - عمليات بتر الأطراف (صدمة جسدية ونفسية).

2. معيار أعراض استعادة الخبرة (المعيار ب)

- تظهر الحالة استعادة مستمرة للصدمة، وهو ما أكدته في المقابلات والمقياس (الدرجة 20/12):
  - تخيل صور وذكريات مؤلمة (مثل مشهد بتر الإصبع).
  - أوهام الحس (تخيل أن الطرف المبتور لا يزال موجوداً).

- أحلام مزعجة مرتبطة بالصدمة.

3. معيار أعراض التجنب وتخدر الاستجابة العاطفية (المعيار ج)

- لجأت الحالة إلى آلية التجنب كدفاع نفسي للتعامل مع الألم، وهو ما يظهر في نتائج المقياس (الدرجة 28/18):
  - تجنب التفكير في أحداث الصدمة.
  - الشعور بالانفصال عن الآخرين (الانسحاب الاجتماعي).
  - فقدان القدرة على الاستمتاع بالحياة ("تخدر عاطفي").
  - الشعور بضيق الأفق المستقبلي (عدم التخطيط للمستقبل).

4. معيار أعراض الاستثارة الزائدة (المعيار د)

- تعاني الحالة من حالة تأهب عصبية واضحة، كما رصدناه في الملاحظات السلوكية والمقياس (الدرجة 20/9):
  - اضطرابات النوم.
  - فرط التوتر (فرقعة الأصابع، هز الرأس).
  - صعوبة في التركيز والانتباه.
  - ردود فعل فسيولوجية (العرق، ضيق التنفس عند تذكر الصدمة).

5. معيار المدة والآثار الوظيفية (المعيار هـ و و)

- استمرت الأعراض لأكثر من شهر (تزامناً مع فترة وجودها بالمستشفى)، وأدت إلى تدهور واضح في أدائها الاجتماعي (صعوبة تربية الأحفاد، الاعتماد على الآخرين في الأمور اليومية).

الاستنتاج الجزئي :

بناءً على استيفاء الحالة لهذه المعايير، يمكننا القول إن "ب. س" تعاني من **اضطراب ما بعد الصدمة (-PTSD C) المعقد**، المتداخل مع حالة حداد غير مكتمل، مما يستدعي تدخلاً نفسياً يركز على "إعادة صياغة الحدث الصدمي" وتنمية المرونة النفسية لديها.

v. عرض نتائج مقياس المرونة النفسية :

الجدول رقم (08): نتائج تطبيق مقياس المرونة النفسية

الدرجة الكلية: مجموع الدرجات هو **53 درجة**.

بما أن المتوسط الحسابي النظري للمقياس هو 69، وبما أن الحالة حصلت على **53 درجة**، فهذا يشير إلى **انخفاض في مستوى المرونة النفسية** لدى الحالة. هذا الانخفاض يعكس ضعفاً في قدرتها على التكيف مع الضغوطات الحياتية المتراكمة، وهو ما يتسق مع طبيعة اضطرابها.

- **تحليل نتائج مقياس المرونة النفسية:**

من خلال تحليل نتائج مقياس المرونة النفسية وربطها بالواقع العيادي للحالة، يظهر لنا بوضوح تراجع شديد في آليات التكيف لدى الحالة "ب. س".

إن حصولها على درجة 53 يؤكد أنها في حالة "إنهاك نفسي" تام، حيث أن النتائج تعكس ضعفاً في "الفعالية الذاتية" و"النمو والتطور"، وهي أبعاد أساسية للمرونة.

في مقابلاتنا العيادية، رأينا انعكاس هذه الأرقام في سلوك المريضة؛ فهي حين تقول "أبداً" في بنود مثل "أبحث عن حل لمواجهة الموقف" أو "أعتبر المشكل فرصة للتقدم"، فإن ذلك يتطابق مع خطابها الانهزامي وتشبثها بالماضي ورفضها لواقع البتر.

إن المرونة النفسية تتطلب نوعاً من التصالح مع الذات والجسد، بينما الحالة تعيش "شرخاً" بين وعيها وبين حقيقة جسدها المبتور، وهو ما يفسر لماذا تبدو حزينة، تائهة، وتفتقر إلى أي دافعية لتطوير معارف جديدة أو استعادة حياتها كجدة ومسؤولة عن توأم.

لقد أدى تراكم الصدمات إلى استنزاف طاقتها النفسية تماماً، فلم تعد تملك تلك "المرونة" التي تجعل الإنسان يقف على قدميه بعد السقوط؛ بل على العكس، أصبحت الصعوبات بالنسبة لها جبالاً من الهموم لا يمكن تجاوزها، وهذا الضعف في المرونة النفسية هو أحد الأسباب الرئيسية التي جعلت اضطراب ما بعد الصدمة يتجذر في شخصيتها ويصبح مزمن الحركة والتشكيل.

vi. الخلاصة التركيبية للمقياسين:

من خلال وضع نتائج المقياسين مع بعض ، نجد أننا أمام صورة عيادية تعبر بوضوح عن حالة **"تآكل نفسي" حاد.**

فحصول الحالة على درجة (39) في **مقياس دافيدسون** والتي تشير إلى اضطراب ما بعد الصدمة، يفسر بشكل منطقي ومباشر تدني نتيجتها في **مقياس المرونة النفسية** التي توقفت عند (53) درجة.

إن هذا التقاطع الرقمي يعطينا دلالة عيادية هامة؛ فكلما زادت حدة أعراض الصدمة (الاستثارة، التجنب، واستعادة الخبرة)، كلما استهلكت هذه الأعراض طاقة المريضة النفسية، مما أدى بالتبعية إلى إضعاف قدرتها على الصمود والمرونة.

لقد أوضحت لنا المقابلات العيادية أن الحالة لا تعاني من "بتر الأطراف" كحدث طبي فحسب، بل تعيش "بتراً عاطفياً" نتيجة تتابع صدمات الفقد. ففي حين يشير مقياس دافيدسون إلى أن المريضة تعيش حالة من اليقظة الزائدة والقلق المستمر (استثارة)، يظهر مقياس المرونة أنها تفتقر إلى أي أدوات دفاعية إيجابية تمكنها من رؤية المستقبل أو التعامل مع المشكلات (ضعف الفعالية الذاتية).

إن هذه الحالة تعاني مما نسميه في علم النفس العيادي بـ **"دائرة الانغلاق"**؛ فالصدمة تمنعها من التطور النفسي، وضعف المرونة يمنعها من التعافي من الصدمة. وبناءً عليه، يمكننا القول إن ضعف المرونة النفسية عند الحالة ليس مجرد سمة شخصية، بل هو نتيجة مباشرة لاضطراب ما بعد الصدمة الذي استنزف مواردها العقلية والعاطفية، مما جعلها تعيش في حالة من "الجمود النفسي"، حيث لا تجد في نفسها القوة الكافية لتقبل الواقع الجسدي الجديد، بل تظل أسيرة لأحداث الماضي التي ترفض الرحيل.

استنتاج عام للحالة:

من خلال الدراسة العيادية المتكاملة التي أجريناها، والتي اعتمدت على التقاطع بين الملاحظة السلوكية، المقابلات العميقة، ونتائج المقاييس النفسية (مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدافيدسون ومقياس المرونة النفسية)، نستنتج أن الحالة "ب. س" تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) المزمن، والذي تحول إلى نسق حياتي مستمر يغلف وجودها. فقد أظهرت النتائج أن الحالة تعيش حالة من "الاستنزاف النفسي" الشامل؛ حيث تتضافر ذكريات الفقد (وفاة الزوج والابنة) مع الصدمة الجسدية (البتر) لتخلق بيئة نفسية خصبة للقلق والارتباك الدائم.

إن انخفاض مؤشرات المرونة النفسية لدى الحالة (درجة 53) يؤكد افتقارها لآليات الدفاع الإيجابية التي تمكنها من التكيف مع واقعها الجديد، مما جعلها تغرق في "اجترار" الأفكار المؤلمة والإنكار المستمر لواقع جسدها المبتور. وبذلك، تحولت الصدمة من حدث خارجي إلى أزمة داخلية انعكست في شكل أعراض "سيكوسوماتية" (السكري، الاضطرابات السلوكية كفرقعة الأصابع، التوتر، والتنهد المستمر). وبناءً عليه، يمكننا القول إن الحالة تعيش حالة من الحداد غير المكتمل، حيث يعيقها اضطرابها عن الانخراط في دورها كجدة ومسؤولة، مما يفاقم من شعورها بالعجز والوحدة. إن الحالة ليست مجرد "مبتورة أطراف"، بل هي إنسانة محطمة نفسياً، تعاني من صراع وجودي بين رغبتها في الحياة وبين سطوة ذكريات الفقد التي تحاصرها، مما يستوجب وضع

خطة تكفل عيادي تركز على "إعادة البناء النفسي" وتنمية مهارات التكيف، لتتمكن من استعادة جزء من توازنها المفقود.

II. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

1. مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضية العامة:

وكان نصها: "توجد علاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة ومستوى المرونة النفسية لدى مبتوري الأطراف من مرضى السكري".

من خلال استعراض النتائج الكلية، نجد أن الحالة "ب. س" سجلت (39 درجة) في مقياس دافيدسون، مما يشير إلى اضطراب حاد، وفي المقابل سجلت (53 درجة) في مقياس المرونة، وهو مؤشر على تدنٍ واضح. هذا الارتباط يعكس "تآكلاً" متبادلاً؛ فكلما تصاعدت أعراض الاضطراب (استعادة الخبرة، التجنب، الاستثارة)، تضاءلت قدرة الحالة على المرونة. وبذلك تكون الفرضية قد تحققت.

هذه النتيجة تتقاطع مع ما توصلت إليه دراسة **بختي نصيرة (2016)** التي أكدت أهمية المرونة النفسية لدى مرضى السكري، حيث إن الحالة "ب. س" بضعف مرونتها، أثبتت أن الصدمات المتراكمة (وفاة الزوج والابنة) قد استنزفت مواردها العقلية. وكما يشير **ساندور فيرينزي ((Sandor Ferenczi** في كتابه *مذكرات إكلينيكية* (ص 112) إلى أن: "الصدمات المتكررة لا تكتفي بكسر توازن النفس، بل تُحدث تصدعاً في بنية المرونة". إن السكري هنا ظهر كترجمة جسدية (سيكوسوماتية) لـ "عجز الأنا" عن تصريف هذه الصدمات، وهو ما يؤيد ما ذهبت إليه دراسة **عبدلي عامر (2015)** حول العلاقة الجدلية بين الضغوط النفسية واضطراب ما بعد الصدمة لدى مرضى السكري، فالحالة تعيش حالة من "الإنكار الدفاعي" الذي يمنعها من رؤية المشكلة كحالة قابلة للحل.

2. مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضية الفرعية الأولى:

وكان نصها: "يعاني مبتورو الأطراف من مرضى السكري من مستوى مرتفع من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة".

النتائج تؤكد صحة هذه الفرضية بوضوح؛ فالحالة سجلت (28/18) في محور "التجنب"، وهو ما يتطابق عيادياً مع ميلها للانسحاب الاجتماعي. هذا يتفق مع نتائج دراسة **هدى عمر صالح (2010)** التي وجدت نسباً مرتفعة لاضطراب ما بعد الصدمة وسط النساء اللواتي تعرضن لاعتداءات متنوعة، حيث تتقاطع صدمات "ب.

س" الجسدية (البتر) مع صدمات الفقد العاطفي. يوضح **بيير جانييه (Pierre Janet)** في مؤلفه *طبيعة الذاكرة النفسية* (ص 142): "إن الحدث الصدمي الشديد يتجاوز قدرة الأنا على الاندماج". وهذا يفسر "أوهام الحس" التي عاشتها الحالة؛ فالمريضة لا ترفض البتر من الناحية الطبية، بل ترفضه كجزء من "تجنب" مواجهة حقيقة الفقد. إن فرقعة أصابعها هي "إعادة تمثيل" للصدمة،

وهذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه دراسة **رميا سعدي وآخرون (2016)** حول مستويات الاضطراب لدى مبتوري الأطراف، حيث تظهر الأعراض كنتيجة حتمية لتعطل آليات التكيف.

3. مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضية الفرعية الثانية:

وكان نصها: "يعاني مبتورو الأطراف من مرضى السكري من انخفاض نسبي في المرونة النفسية"

الدرجة (53) في مقياس المرونة هي درجة تعكس "فقر الموارد النفسية". وبالتالي فإن الفرضية قد تحققت.

لقد أظهرت المقابلات أن الحالة ترى في مشكلتها "قدراً محتوماً". يتقاطع هذا مع نتائج **Susana Pedras (2019)** في دراستها الطولية التي أثبتت أن استراتيجيات المواجهة التي تركز على العاطفة السلبية تساهم في ظهور الإجهاد الناتج عن الصدمة بعد البتر، وهو حال الحالة "ب. س" التي تعاني من ضعف "الفعالية الذاتية". يؤكد **ألبير باندورا ((Albert Bandura** (ص 178) أن: "الأفراد الذين يفتقرون إلى إدراك الفعالية الذاتية يميلون إلى الاستسلام أمام الصعوبات". الحالة تجد نفسها أمام "جبال من الهموم"، وهو ما يفسر أيضاً نتائج دراسة **منى البحراني وعبد الفتاح الخواجة (2011)** حول تأثير المتغيرات الديموغرافية والوجدانية، فضعف المرونة عند "ب. س" هو الذي جعل "صدمة البتر" تتحول إلى "عجز مكتسب" يمنعها من التأهيل.

4. . مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضية الفرعية الثالثة:

وكان نصها: "توجد علاقة طردية بين حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وضعف التكيف مع البتر"

ان الارتباط بين النتائج الرقمية والواقع العيادي يثبت أن حدة الصدمة هي "القاتل الصامت" لآليات التكيف. فالحالة تعيش في حالة "هجمات ارتدادية" من الماضي، مما يجعلها ترى البتر كـ "عقوبة". يذكر **بوريس سيرولنيك (Boris Cyrulnik)** (ص 88): "المرونة هي عملية بناء تتطلب رابطاً عاطفياً آمناً". وبما أن الحالة فقدت "جسرها العاطفي" بوفاة ابنتها، فقد أصبح البتر "فجوة" لا يمكن ردمها. وهذا ما يؤكد صحة الفرضية وتحققها.

وهذه النتيجة تؤيد ما توصلت اليه دراسة **منال الشيخ (2006)** حول طبيعة الأعراض الحادة والمزمنة لدى الأطفال، فالحالة "ب. س" تعاني من اضطراب مزمن لأن صدمة البتر أعادت تفعيل صدمات الطفولة أو

صدمات الفقد القديمة. إن هذا الصراع النفسي يفسر استمرار أعراضها الجسدية، ويؤكد أن التكيف مع البتر يتطلب أولاً "تفكيك" الصدمة القديمة قبل البدء في أي محاولة تأهيل. .

الاستنتاج العام:

في نهاية دراستنا العيادية مع الحالة "ب. س"، توصلنا إلى أن ألمها ليس مجرد نتيجة للبتر، بل هو صدى لصدمات قديمة لم تجد طريقها للشفاء. لقد أثبتت النتائج التي استخلصناها من مقياس دافيدسون (39 درجة) ومقياس المرونة النفسية (53 درجة) وجود حالة من **"التصلب النفسي"**؛ حيث استنزفت الصدمات المتلاحقة – من وفاة الزوج والابنة وصولاً إلى فقدان الساق – كل طاقة المريضة في الدفاع والإنكار، فلم يعد لديها أي رصيد من المرونة يمكنها من تقبل واقعها الجديد.

لقد كشفت مناقشتنا أن الحالة لا تعيش "حداداً طبيعياً"، بل هي أسيرة لماضٍ يرفض الرحيل، وجسدٍ أصبح هو الآخر مرآة لهذا الرفض من خلال مرض السكري الذي ظهر كأول صرخة سيكوسوماتية لجسدها.

كما أن تقاطع هذه النتائج مع الدراسات السابقة يؤكد أن اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) يعمل كجدار عازل يمنع المريضة من رؤية المستقبل؛ فهي لا تتجنب البتر بحد ذاته، بل تتجنب "الذات" التي فقدت أمانها.

لقد خلصنا إلى أن أي تأهيل حركي لهذه الحالة سيظل ناقصاً ما لم يرافقه "تفريغ عاطفي" حقيقي للحداد المؤجل، وإعادة بناء تدريجية للصورة الذاتية. إن المريضة بحاجة لأن نفهمها كإنسانة محطمة تبحث عن "جسر عاطفي" يربطها بالحاضر، فالبتر بالنسبة لها ليس حادثاً جراحياً، بل هو ذروة شعورها بالعجز والفقد.

في النهاية، نحن أمام حالة إنسانية تعيش إضطراب ما بعد الصدمة المعقد وهي لا تحتاج إلى حلول تقنية، بل تحتاج إلى مرافقة عيادية تتفهم أن استسلامها ليس ضعفاً في شخصيتها، بل هو نتيجة طبيعية لانهيار دفاعاتها النفسية أمام سيل من الآلام التي لا تنتهي.

خاتمـــــــة

خاتمة :

يعتبر موضوع اضطراب ما بعد الصدمة و تاثيره على المرونة النفسية لدى مرضى السكري مبتوري الاطراف من أهم المواضيع التي لها أهمية كبيرة حيث ناقشت الدراسة الحالية : اضطراب ما بعد الصدمة و تأثيره على المرونة النفسية لدى مرضى السكري مبتوري الاطراف

وقد أظهرت نتائج الدراسة الى تأثير اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) تأثيراً سلبياً على المرونة النفسية لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف. فبينما تعمل المرونة النفسية كدرع يحمي المريض ويساعده على التكيف، تأني أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لـتفكك هذا الدرع وتستنزف طاقة التحمل النفسي لدى المرضى.

وقد تجلى هذا التأثير السلبي من خلال عدة آليات نفسية وسلوكية حيث يظهر المريض السكري مبتور الاطراف استنزافا لطاقته النفسية كما تقوم أعراض الصدمة كالكوابيس واسترجاع مشهد البتر المخزون العاطفي للمريض و يمنعه ذلك من تفعيل آليات التأقلم والتكيف الإيجابية.

إن التشوه الذي يُخلّفه البتر و الصدمة التي تتركها نظرة المريض لذاته تشعره بالنقص فيفشل المصاب بالسكري باضطراب ما بعد الصدمة ويجد صعوبة في في دمج صورة أطرافه المبتورة أو تقبل واقعه الجديد.

إن تعزيز سلوكيات التجنب التي يستخدمها المريض بالسكري ومبتور الاطراف يرجع إلى خوفه من استثارة ذكريات البتر المؤلمة، مما يدمر مرونته النفسية والسلوكية. لهذا نجد لديه تفاقما المشاعر السلبية حيث يرتبط الاضطراب بظهور استجابات اكتئاب وقلق شديدة تسلب المشاعر الايجابية للمريض وقد تفقده معنى الحياة والأمل في مستقبل طبيعي لحياته الجديدة.

التوصيات والاقتراحات

التوصيات والاقتراحات :

من خلال ما توصلت إليه هذه الدراسة حول اضطراب ما بعد الصدمة و تأثيره على المرونة النفسية لدى مرضى السكري مبتوري الاطراف تم وضع مجموعة من الاقتراحات و التوصيات خاصة بهذه الفئة والتي تتمثل في :

- القيام بدراسات دقيقة وشاملة حول متغيرين اضطراب ما بعد الصدمة و المرونة النفسية على عينات كبيرة من مرضى السكري مبتوري الاطراف
- من أفضل وضع أخصائي نفساني في مراكز علاج السكري وذلك من أجل تعزيز المرونة النفسية لدى مرضى السكري مبتوري الاطراف لانها تساهم بشكل كبير في تكيفهم ومواجهة الضغوط التي تنتج عن المرض
- .قيام بحملات تحسيسية وبرامج إرشادية لاسرة المريض مما تساهم في زيادة مستوى المساندة وهذا ما ينتج عنه القدرة على التأقلم والتكيف للمريض
- إلزام رفع الوعي بمضاعفات مرض السكري
- إلزامية إدراج برامج الدعم النفسي في الخطة العلاجية للمصابين بالداء السكري مبتوري الاطراف
- إعداد و إجراء تكوينات لألطباء والممرضين حول المهارات النفسية و الاجتماعية التي تساهم بشكل كبير على تطوير المرونة النفسية لدى مرضى السكري مبتوري الاطراف.
- تنمية مهارات التكيف الايجابي من خلال القيام بجلسات استشارية مع أخصائيين نفسيين

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

- ابن سيف العزري سالم صالح. (2016) المرونة النفسية و علاقتها بالمهارات الايجابية لدى طلبة كلية العلوم الشرعية بسلطة عمان. مذكرة ماجستير. عمان)
- .ابن منظور،محمد مكرم. (2003 لسان العرب. الطبعة الخامسة. دار الثقافة. بيروت. ط.1
- أبو حلاوة محمد السعيد عبد الجواد. (2013) الطريق للمرونة النفسية. جامعة الاسكندرية.كلية التربية بدمنهور
- .أبو عجيلة هيام، سالمة عبد العظيم. (2017) المرونة النفسية والرضا الوظيفي لدى المعلمين مرتفعي السعادة بمرحلة التعليم الاساسي .رسالة ماجستير في التربية. جامعة السادات
- باشا حسان شمس ي. (2006) داء السكري. الدليل العملي للعالج. جدة.دار الشروق.
- بدوي تامر رمضان. (2023) مشكلات العظام والمفاصل لدى مرضى الداء السكري. الكويت. المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية.ط.1
- بزوبيري كمال. (2022) الصمود النفسي في ضوء التفسيرات العلمية الحديثة. مجلة قيس للدراسات اإلنسانية واالجتماعية. جامعة حمه لخضر. الوادي. المجلد .06 العدد.02
- بطرس حافظ. (2008) التكيف والصحة النفسية للطفل. عمان. دار املسيرة للنشر والتوزيع.)
- بن حديد سمية. (2005) المرونة النفسيةوعلاقتها بالادراكات المتبادلة بين الزوجين نحو أبعاد الحياة الاسرية. - دراسة ميدانية لنيل الحصول على درجة الماجستير تخصص ارشاد أسري. جامعة غرداية)
- أحمد النابلسي و حسين عبد القادر (2002)–التحليل النفسي ،ماضيه و مستقبله ،دار الفكر المعاصر، القاهرة، مصر ، الطبعة الأولى .
- بداد ميمونة (2016)، اضطراب ما بعد صدمة البتر لمريض السكري، مستغانم.
- بكير داودي (2002)، اثر الصدمات النفسية على الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي،2022 ،غرداية.

- بوخشبة هاجر (2022)، الصدمة النفسية و اثرها على ظهور الاكتئاب لدى الافراد مبتوري الأعضاء المصابين بالسكري، ورقلة.
- بوقتابة . نور الهدى (2024). إجهاد الصدمة الثانوي و علاقته بالمرونة النفسية لدى ممرضي مصلحة الإستعجالات بمستشفى محمد بوضياف بورقلة (رسالة ماجستيرغير منشورة).جامعة قاصدي مرباح . ورقلة .الجزائر.
- بومعزة العونية (2014)، الانعكاسات النفسية لعملية البتر عند المصابين بداء السكري،مستغانم.
- ترول تيموتي (2007)،علم النفس الاكلينيكي،ترجمة طعيمة داوود زين الدين،،دار الشروق،عمان، الأردن.
- جلجل عربية،بن طاطا (2012)، الصدمة النفسية عند المبتور ، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر،قسنطينة.
- جنان يموت (2004) ، السكري-الوقاية و العلاج و الشفاء،دار الفراشة للنشر و التوزيع،.
- جان لابلانش و ج –ب- بونتاليس (2002)- معجم مصطلح التحليل النفسي ، ترجمة: مصطفى حجازي ،مجد المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر و التوزيع ،بيروت، لبنان، الطبعة الرابعة،
- جمال الخطيب (1998) مقدمة في الإعاقة الجسمية و الصحية، دار الشروق للنشر و التوزيع، الأردن، الطبعة الأولى .
- جلادين ماكماهون (2002)- التكيف مع صدمات الحياة ، ترجمة: رنا النوري، العبيكان، الطبعة الأولى
- جنان بموت (2004)– السكري – الوقاية و العلاج و الشفاء في ست خطوات سهلة، دار الفراشة للنشر و التوزيع، .
- حلمي مليحي (2001)– مناهج البحث في علم النفس، دار النهضة العربية للنشر و التوزيع، لبنان، الطبعة الأولى،
- حاسم محمد عبد الله المرزوق (2008)، الامراض النفسية و علاقتها بمرض العصر السكري، ط.1، العلم و الايمان للنشر و التوزيع،عمان.

- حمادي خولة (2022)، الألم النفسي و آليات التعامل لدى مبتوري الأطراف بسبب السكري، غرداية.
- طارق كمال (2006)– مشاكل نفسية معاصرة، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية،.
- محمد رفعت (2003)- قاموس مرض السكري دليل الوقاية و العلاج، دار و مكتبة الهلال
- مدحت عبد الرزاق الحجازي (2012)– معجم مصطلحات علم النفس، دار الكتب العلمية، بيروت، الطبعة الأولى،
- مريم سليم (2010)- الإضطرابات النفسية عند الأطفال و المراهقين، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان الطبعة الأولى ،
- محمد رفعت (2003)،قاموس مرض السكري دليل الوقاية و العلاج،دار و مكتبة الهلال
- زهرة سعودي (2017)، مستوى المرونة النفسية لدى مبتوري الأطراف،بسكرة.
- عبد الرحيم شاذلي (2016)، انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف، الجزائر.
- -غسان يعقوب (1999)– سيكولوجية الحروب و الكوارث و دور العلاج النفسي –اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ، دار الفرابي، لبنان، الطبعة الأولى
- نسيمة مزوار،خولة حمادي (2022)،مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 1، الاغواط، الجزائر.
- حيمي أحمد ياسين (2016)- مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى أعوان الحماية المدنية، مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس، تحت إشراف: الدكتور روبي محمد، جامعة ابن خلدون، تيارت،
- كور وغلي محمد أمين (2010)- مساهمة في دراسة محاولة الانتحار عند المراهق بعد تعرضه لصدمة فشل، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير، تحت إشراف: أ-د محمد شلبي جامعة منتوري، قسنطينة،
- جليجل عربية ، بن طاطا (2012)– الصدمة النفسية عند المبتور، مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس، تحت إشراف الأستاذة: زريوح زينب آسيا، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم
- سكحال فاطمة، قانة فاطمة (2008)– صورة الجسد عند المريض بعد إجراء عملية البتر، مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس، تحت إشراف الأستاذة: بلعباس نادية، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم

المراجع باللغة الفرنسية

- Adanant ,Bourneuf (1990), Nouveau la rousse médicale , Libruivie Larousse.

- Andre Mart et Jaques Boumet ,Orcien , le Petit Larousse medcine tome 1.

-Moustapha Khaiti (1999), le diabète susrie chez l'enfant - office de publication unifer , 5 édition ,

المواقع الالكترونية

. Erada.kenana onlin.com :

الملاحق

الملحق رقم 1: الخصائص السيكومترية لمقياس دافيدسون لقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة:

أولا. الصدق:

قام الباحث بدراسة صدق المقياس بمقارنته بمقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة للإكلينيكيين و ذلك بأخذ عينة مكونة من 120 شخص من مجموعة من ضحايا الاغتصاب، ودراسة ضحايا إعصار اندرو، و المحاربين القدماء. و كانت النتيجة بأن 67 من هؤلاء ودراسة ضحايا إعصار اندرو، و المحاربين القدماء. و كانت النتيجة بأن 67 من هؤلاء الأشخاص تم تشخيصهم كحالة كرب ما بعد الصدمة. كان المتوسط الحسابي لمقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة لهؤلاء الأشخاص هو 62 +/- 38، بينما كان المتوسط الحسابي لمقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة للأشخاص الذين لم تظهر عليه أعراض كرب ما بعد الصدمة (62 شخص) هو 15.5 +/- 13.8 (ت = 9.37، دلالة إحصائية 0.0001).

ثانياً: الثبات:

الاتساق الداخلي Internal consistency

• لقد استخدم معامل ألفا كرونباخ لمعرفة الاتساق الداخلي للمقياس من خلال دراسة تناولت 241 مريض تم أخذهم من مجموعة من ضحايا الاغتصاب، و دراسة لضحايا الإعصار اندرو، و كان معامل ألفا 0.99.

• لقد استخدم معامل ألفا كرونباخ لمعرفة الاتساق الداخلي للمقياس من خلال دراسة تناولت 215 سائق إسعاف مقارنة مع موظفين في غزة و كان معامل ألفا 0.78، التجزئة النصفية بلغت 0.61 (أبو ليله و ثابت و آخرين، 2005).

الثبات إعادة تطبيق المقياس Test-retest

• لقد تم تطبيق هذا المقياس على مجموعة من الأشخاص الذين تم فحصهم من خلال على مجموعة من الأشخاص دراسة إكلينيكية في عدة مراكز و تم إعادة الاختبار بعد أسبوعين و كان معامل الارتباط 0.86 و قمة الدلالة الإحصائية = 0.001. (Davidson, 1987).

• في دراسة أبو ليله وثابت (2005 تحت الطبع) تم اختبار المقياس على عينة من سائقي الإسعاف وكانت العينة مكونة من 20 سائق و تم إعادة الاختبار بعد أسبوعين و كان معامل الارتباط 0.86 و قمة الدلالة الإحصائية = 0.001

الملحق رقم 2: الخصائص السيكومترية لمقياس المرونة النفسية

قام الباحث بالتأكد منها كما يلي:

أولا. الصدق:

الاعتماد على صدق الاتساق الداخلي حيث كانت النتائج : سجلت قيمة معامل الارتباط بين المقياس ككل وبعد التفاؤل 0 - 183 و سجلت قيمة معامل ارتباط المقياس وبعد الكفاءة الثانية 0 - 92 - 1 في حين سجلت قيمة معامل الارتباط بين المقياسككل وبعد التطوير).

ثانيا. الثبات:

قام الباحث بالاعتماد على ألف كرونباخ الحساب ثبات المقياس حيث سجلت معاملات ألف كرونباخ القيم التالية : قيمة 0.889 للمقياس ككل، قيمة 0.792 البعد التفاؤل ، قيمة 808. البعد الكفاءة الذاتية قيمة 639. البعد التطوير، وعليه فإن المقياس يتمتع بمعاملات مرتفعة من الثبات.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة

المؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد مدغري
المديرية الفرعية للموارد البشرية
مكتب التكوين
رقم : 92 /2026

تعيين متربص

السيد (ة) : بني إسمهان
التخصص : علم النفس عيادي (ماستر 02)
المرجع :2026/30 من : جامعة بلحاج بوشعيب -عين تموشنت
يحول إلى مصلحة: أ ر ط ن ا ل د ا خ ل ي
ابتدءا من 04 مارس 2026 الى غاية 2026/03/24
ملاحظة: يمنع منعا باتا القيام بالتربص أثناء المناوبة الليلية

عين تموشنت في : 04 مارس 2026