



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عبد الحميد ابن باديس - مستغانم -
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس



مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر
تخصص علم النفس العيادي
الموسومة ب:

البروفيل النفسي لمرضى الضغط الدموي

(دراسة أربع حالات من المركز الإستشفائي الجامعي - مستغانم)

مقدمة و مناقشة علنا من طرف الطالبة : مباركي هاجر

أمام اللجنة المناقشة

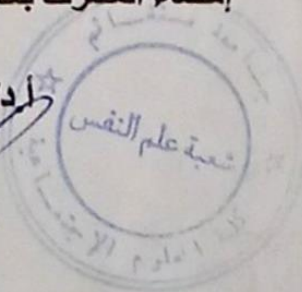
اللقب و الإسم	الرتبة	الصفة
أ.د/ بلعباس نادية	أستاذ التعليم العالي	مشرفا و مقرا
د/صالحى فاطمة الزهرة	أستاذ محاضرة - ب -	رئيسا
د.خوجة مليكة	أستاذ محاضرة - ب -	مناقشا

السنة الجامعية: 2025/2024

إمضاء المشرف بعد الإطلاع على التصحيحات

تاريخ الإيداع :

أ.د/بلعباس نادية



2024 / 17 / 03



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عبد الحميد ابن باديس - مستغانم -
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية



شعبة علم النفس

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر
تخصص علم النفس العيادي
الموسومة ب:

البروفيل النفسي لمرضى الضغط الدموي (دراسة أربع حالات من المركز الإستشفائي الجامعي - مستغانم)

مقدمة و مناقشة علنا من طرف الطالبة : مباركي هاجر

أمام اللجنة المناقشة

اللقب و الإسم	الرتبة	الصفة
أ.د/ بلعباس نادية	أستاذ التعليم العالي	مشرفا و مقرا
د/صالحى فاطمة الزهرة	أستاذ محاضرة - ب -	رئيسا
د.خوجة مليكة	أستاذ محاضرة - ب -	مناقشا

السنة الجامعية: 2025/2024

إمضاء المشرف بعد الإطلاع على التصحيحات

تاريخ الإيداع :

أ.د/بلعباس نادية

/ /

إهداء

الحمد لله و الصلاة والسلام على الحبيب المصطفى وآله و من في آما بعد:

الحمد لله الذي وفقني لتثمين هذه الخطوة في مسيتي الدراسية لمذكرتي هذه ثمرة الجهد و النجاح بفضلہ
تعالی، مھدرات لی سندي و قوتي و أعظم رجل أبي محمد حفظة الله و أظال عمره بروام الصحة و العافية
، لی من ساندتني في هذا المشوار الذي لم يكن سهلا و بدعوتھا صار أسهل و من جعل المولى الجنة
تحت أقدامھا أي فطيمة أودھا الله علي من بين النعم، و لی بطي و سندي الصغير لقوله تعالی "

سنشد عضدك بأخيک " (القصص 35) عبد الرزاق، و ابنة خالتي نسمة و العائلتين بن علي و موسى، لی

العائلة التي منى الله عليا بها عائلة شوب و أخص بالذكر شوب يونس حفظة الرحمان

لی الزهرة التي ساندتني لی الرفيقة لی أختي بسمة حفظھا الله و عائلتها لی الاساتذة الكرام الذين لم يخلو

علي طيل المشوار التعليمي، لی كل من تركوا أثرا طيبا في حياتي

لی من أجمع قلبي و نسجهم قلبي

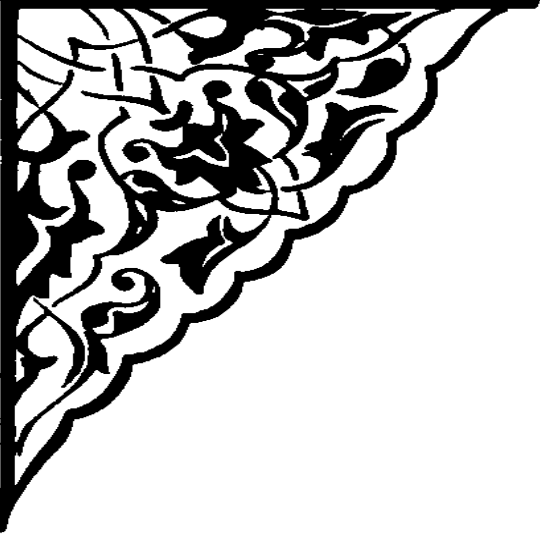
شكر و عرفان

قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: " من لم يشكر الناس لم يشكر الله ، و من أهدي إليكم
معروفا فكافئوه فإن لم تستطيعوا فادعوا له " وعملا بحديث نبينا الشريف وادعوا فافيا بالحمد ،
فأحمد لله الذي بنعمته ثم الصالحات و بفضلها و توفيقه ونهيت هذا العمل المتواضع في ميدان علم النفس
العيادي ، الذي لظلمة كان شغفي و موضع اهتمامي راجية أن يكون لبنة تضيف شيئا نافعا في هذا المقعد
الإنساني .

أتقدم بجزيل الشكر و عظيم الإمتنان للإستاذة المشرفة الدكتور بلعباس نادية على توجيهاتها و ملاحظاتها
البناءة التي كانت نبراسي خلال إنجاز هذا البحث ، كما لا يفوتني أن أعبر عن تقديري و إحترامي لكل
أساتذتي الذين تركوا في نفسي أثرا علميا و إنسانيا و أسهموا في تكويني الأكاديمي و المهني .
كل كلمات الشكر لا تفي حق عائلتي العزيزة خاصة والدي الكريمين لما قدموه لي من دعم لا محدود و
دعاء صادق ، ولا أنسى أن أخص بالذكر كل من ساندني ووقف لي جانبي

لي كل من آمن بي

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



ملخص البحث:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على البروفيل النفسي لمرضى الضغط الدموي ، و ذلك من خلال مقارنة عيادية إعتمدت على أربع حالات ، تتراوح أعمارهم ما بين 25 و 58 سنة ،من بينهم مريضان بارتفاع ضغط الدم و مريضان بانخفاض ضغط الدم (ذكر و أنثى).
إنطلقت دراستنا من التساؤل التالي :

• ما هو البروفيل النفسي لمرضى ضغط الدم ؟

للإجابة على هذا التساؤل ، تم الإعتماد على المنهج العيادي ، بالإضافة إلى تطبيق مقياس الصحة النفسية المعدل SCL-90-R ، لتحديد الأعراض النفسية الأكثر شيوعا لدى مرضى ضغط الدم .
فتوصلنا إلى النتائج التالية :

- يتسم مرضى ضغط الدم المرتفع بالإندفاعية و القلق و العدوانية .
 - يتسم مرضى ضغط الدم المنخفض بالتوتر و القلق و تدني في المزاج .
 - تساهم المقاربة العيادية في فهم وتحليل البروفيل النفسي لمرضى الضغط الدموي من خلال الكشف عن العوامل النفسية العميقة و أنماط التكيف .
- الكلمات المفتاحية :** ضغط الدم المنخفض، ضغط الدم المرتفع ، البروفيل النفسي .

Résumé de la recherche :

Cette étude vise à identifier le profil psychologique des patients souffrant d'hypertension artérielle. Elle a été réalisée par une approche clinique à partir de quatre cas, âgés de 25 à 58 ans, comprenant deux patients hypertendus et deux patients hypotendus , dont un homme et une femme.

Notre Recherche c'est articulée autour de la question suivante :

• **Quel est le profil psychologique des patients atteints de troubles de la tension artérielle ?**

Pour répondre à cette question, nous avons utilisé une approche clinique et appliqué l'échelle de santé mentale SCL-90-R modifiée afin d'identifier les symptômes psychologiques les plus courants chez les patients hypertendus. Nous avons obtenu les résultats suivants :

Les patients hypertendus sont caractérisés par l'impulsivité, l'anxiété et l'agressivité.

Les patients hypotendus sont caractérisés par la tension, l'anxiété et une humeur maussade.

L'approche clinique contribue à la compréhension et à l'analyse du profil psychologique du patient hypertendu en mettant en lumière les facteurs psychiques profonds et les modes d'adaptation.

Mots-clés : hypotension artérielle, hypertension artérielle, profil psychologique.

فہرس

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

إهداء

شكر و عرفان

أ	مقدمة.....
2	الإشكالية.....
5	تساؤلات فرعية.....
5	الفرضية الرئيسية.....
5	الفرضيات الفرعية.....
5	أهمية الدراسة.....
5	أهداف الدراسة.....
6	أسباب الدراسة.....
6	المفاهيم الاجرائية.....
أ	الفصل الثاني : ضغط الدم.....
10	تمهيد الفصل.....
11	تعريف ضغط الدم.....
11	أنواع ضغط الدم.....
11	إرتفاع الضغط الدموي.....
11	تعريف ارتفاع ضغط الدم.....
13	أسباب ارتفاع ضغط الدم.....
14	أعراض ضغط الدم المرتفع.....
14	تشخيص ارتفاع ضغط الدم.....
15	حالات خاصة من ارتفاع ضغط الدم.....
16	تصنيف ارتفاع ضغط الدم.....
17	أنواع ضغط الدم.....
18	المخاطر الصحية الناجمة عن ارتفاع ضغط الدم.....
18	نصائح للمصابين بارتفاع الضغط الدموي.....
19	ضغط الدم المنخفض.....
19	تعريف ضغط الدم المنخفض.....
21	نصائح للمصابين بضغط الدم المنخفض :.....
22	خلاصة الفصل.....
23	الفصل الثالث : البروفيل النفسي.....
26	تمهيد الفصل.....
27	1) تعريف البروفيل النفسي.....

28	تاريخ إستخدام مصطلح البروفيل النفسي
28	المتطلبات التي يحققها البروفيل النفسي
29	أنماط الشخصية و بروفيل شخصية المريض السيكوسوماتي
30	أنماط الشخصية كعامل للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية
32	بروفيل الشخصية لبعض المرضى السيكوسوماتيون: (مرضى ضغط الدم)
32	خصائص البروفيل النفسي
32	(1)التوتر النفسي
34	عوامل وراثية
34	التعرض للمشكلات في فترة الطفولة
34	الضغوطات الحياتية
34	الضغوطات في العمل
34	التفكك الأسري
34	إدمان المخدرات
35	الأرق واضطرابات النوم
35	(3)مظاهر التوتر النفسي
37	(4)أعراض التوتر النفسي
38	القلق النفسي
39	(1)تعريفه
40	(2)أنواع القلق
41	درجات القلق
42	أعراض القلق
42	أسباب القلق
44	النظريات المفسرة للقلق
47	مفهوم الاكتئاب
47	(أ)أعراض الإكتئاب
51	العوامل المؤثرة على المزاج
52	الإكتئاب
52	مفهوم الإكتئاب
52	تصنيف الاكتئاب
52	أنواع الإكتئاب
53	خلاصة الفصل
54	الفصل الرابع : منهجية البحث
59	تمهيد الفصل
60	1. مكان الدراسة

60	2. المنهج المتبع في الدراسة.....
61	3. الدراسة الإستطلاعية.....
62	4. وسائل القياس.....
63	المقابلة النصف موجهة.....
64	الملاحظة العيادية.....
64	مقياس الصحة النفسية.....
66	حالات الدراسة.....
61	الإطار المكاني.....
61	الإطار الزمني.....
68	خلاصة الفصل.....
54	الفصل الخامس : عرض و تحليل النتائج و مناقشتها.....
71	تمهيد.....
71	1) الحالة الأولى.....
71	ملخص المقابلات.....
73	تحليل نتائج المقياس.....
73	تحليل نتائج المقياس.....
74	الإستنتاج.....
75	2) الحالة الثانية :.....
75	جدول سير المقابلات.....
75	ملخص المقابلات.....
76	تحليل نتائج المقياس.....
77	تحليل نتائج المقياس.....
77	الإستنتاج.....
78	3) الحالة الثالثة.....
79	جدول سير المقابلات.....
79	ملخص المقابلات.....
80	تحليل نتائج المقياس.....
80	تحليل نتائج المقياس.....
81	إستنتاج.....
82	4) الحالة الرابعة.....
82	جدول سير المقابلات.....
82	ملخص المقابلات.....
83	تحليل نتائج المقياس.....
84	تحليل نتائج المقياس.....

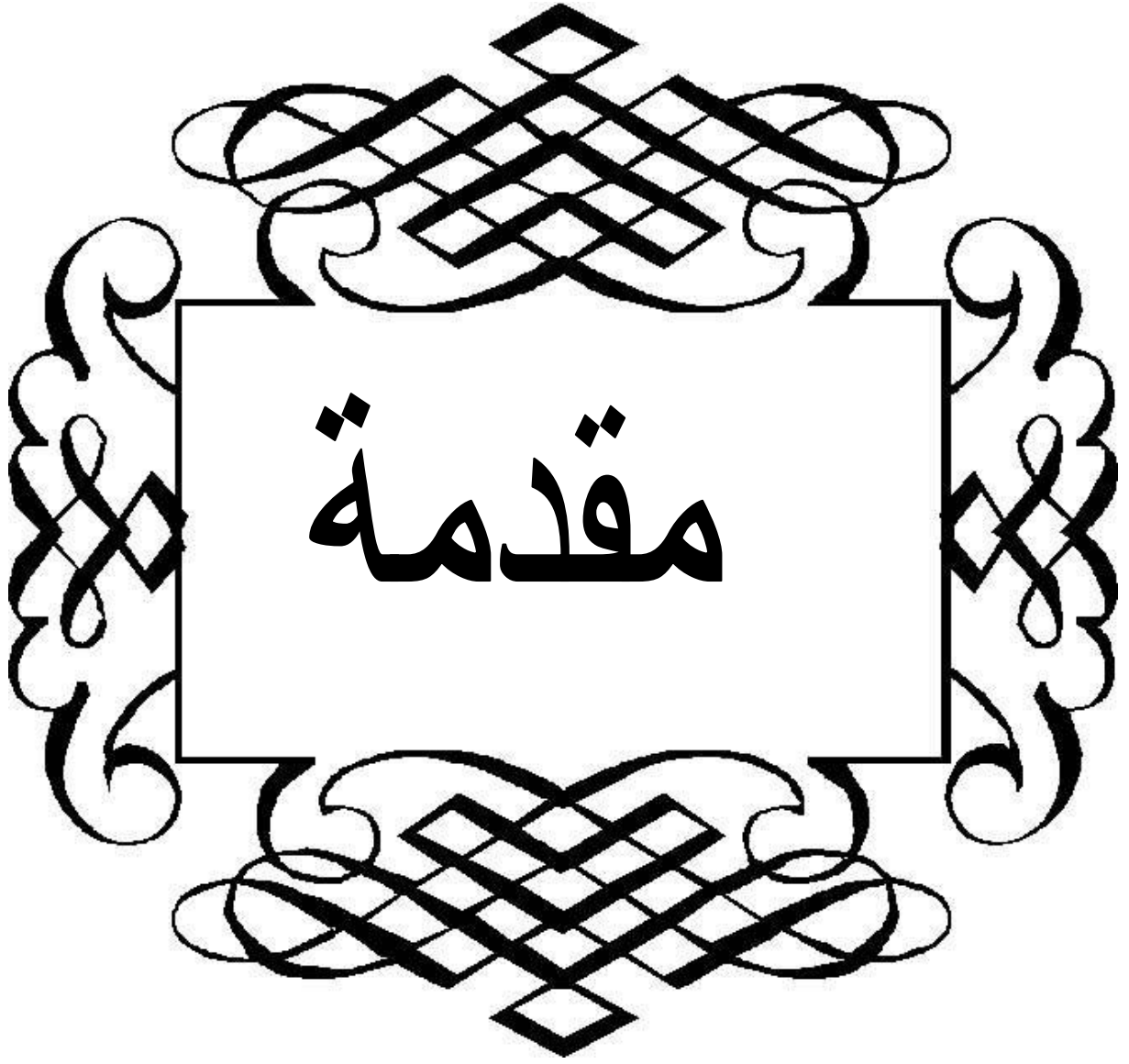
84الاستنتاج
85مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات
86مناقشة الفرضية الأولى
87مناقشة الفرضية الثانية
88مناقشة الفرضية الثالثة
53خاتمة
70قائمة المراجع
74الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	
09	تشخيص Zimopolou للقوة الأولى و الثانية لضغط الدم	01
43	المعلومات الشخصية للحالات	02
54	نتائج تطبيق المقياس للحالة الأولى	03
58	نتائج تطبيق المقياس للحالة الثانية	04
63	نتائج تطبيق المقياس للحالة الثالثة	05
67	نتائج تطبيق المقياس للحالة الرابعة	06

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	
12	تشخيص ضغط الدم المرتفع	01



مقدمة

مقدمة

أصبحت الاضطرابات السيكوسوماتية في السنوات الأخيرة محط إهتمام متزايد في مجال علم النفس العيادي ، نظرا لما تعكسه من تداخل وثيق بين الجوانب النفسية و العضوية في تكوين الأمراض و تفاقمها ، و تشير هذه الاضطرابات الى الحالات التي تلعب فيها العوامل النفسية دورا رئيسيا في ظهور أعراض جسدية حقيقية ، دون أن تكون هناك بالضرورة أسباب عضوية واضحة تفسرها بشكل كاف. ومن بين أبرز هذه الاضطرابات نجد أمراض القلب و الشرايين ، و خصوصا اضطرابات ضغط الدم التي تعد نموذجا حيا لتأثير الانفعالات المزمنة و الضغوط النفسية و السمات الشخصية على الصحة الجسدية للفرد.

الضغوط النفسية ظاهرة إنسانية قديمة قدم الإنسان و الجديد في القضية هو الإهتمام بالضغوط ، حيث أصبحت من الموضوعات التي كثر الحديث عنها في السنوات الأخيرة لما لها من تأثير مختلف في حياة الإنسان ، و مستويات أداءه و استقراره النفسي ففي القرن الرابع عشر استخدم هذا المصطلح بطريقة أكثر عمومية ليصف المشقة أو الضيق أو الشدة ، و استخدمت هذه الكلمة في القرن السابع عشر الميلادي لتصف الشدة و الصعوبات .

غير أن العديد من الدعم و التأييد النظري لمفهوم الضغوط استمر إلى اليوم متأثرا بعمل المهندس روبرت هوك hook أواخر القرن 17 ، فلقد كان هوك مهتما بتصميم الأبنية مثل : الجسور التي تتحمل حمولة ثقيلة و تقاوم قوى الطبيعة مثل الرياح و الزلازل دون أن تنهار أو تتداعى ، و من ثم كتب هوك عن فكرة الحمولة أو العبئ كقوة خارجية ، و طبقا لوجهة نظره نشأ الضغط من تأثير العبئ أو الحمل على البناء الذي من خلاله يظهر الاجهاد على البناء و يمكن البناء أن ينهار و يتداعى ، و لذلك يكون الضغط هو استجابة النظام أو البناء للحمولة .

و في القرن 17 استعمل من قبل الانجليز للدلالة على حالات الأسي ، الصعوبات و الشقاء ثم استعمل من طرف Boyle لدراسة الفيزياء و بويل مرونة الروابط .

ابتداءا من القرن ال 19 استخدم كوشي مصطلح الضغط في ميدان الفيزياء للدلالة على القوة الداخلية الناشئة داخل الجسم الصلب نتيجة لقوة تهدده بالتشويه ، وفي 1872 أوضح داروين في نظريته التطورية بأن الخوف عند الإنسان أو الحيوان يلعب في تجنيد الجسم لمواجهة الخطر ، وفي سنة 1915 بين كلود برنار أهمية التوازن من أجل مواجهة أحداث الحياة اليومية ، هذا التوازن ممكن إذا كان الشخص بمقدوره الحفاظ على هدوءه في مجاله الداخلي مهما كانت

المؤثرات الخارجية ، و عندما يفقد الشخص قدرته على التحكم في معطياته الداخلية يحدث اللاتوازن و هذا ما يعرضه لخطر الأمراض و حتى الموت.

ففي بعض الأحيان نجد أشخاصا يشكون من بعض الأعراض كالصداع النصفي و الإحساس بالتعب و الإنهاك و بأوجاع في الظهر ... إلخ ، و تكون معظمها اضطرابات سيكوسوماتية ناجمة عن ضغط إنفعالي متزايد حقيقة أن الانسان عندما يواجه موقف طارئا ضاغطا يستجيب له استجابة انفعالية مصحوبة بكل التغيرات الفيزيولوجية المعروفة إلا أن هذا الاضطراب الفيزيولوجي يعود الى حالته الطبيعية بعد إنتهاء الموقف الضاغط الذي أثار الإنفعال لا يزال مستمرا بلا نهاية و لا يستطيع المرء الفرار منه ، و في مثل هذه الحالة يظل الفرد في حالة من التوتر الدائم و من ثم تغيرات فيزيولوجية لا تتوقف ، هذا التغيير الفيزيولوجي الداخلي يحدث مع استمرارية تلقا في انسجة الجسم و تستخدم كلمة اضطراب سيكوسوماتي للإشارة الى هذه الأعراض الجسمية ذات الأصل النفسي(محمود الزيايدي ، ب ت ص 212)

هذا و يعتبر ضغط الدم المرتفع من أكبر الأمراض السيكوسوماتية تأثرا بالضغوط الانفعالية و التوترات النفسية و الاستثارة العصبية هذا بالإضافة إلى أن العديد من الناس يعانون من ارتفاع ضغط الدم و هو أمر يثير القلق إذ أن ارتفاع ضغط الدم من أبرز سمات الإضعاف و الوفاة الناجمة عن السكتة الدماغية أو النوبة القلبية أو القصور الكلوي إلخ.(شيلدون شيبس ،2000،ص49)

و من ثم فإن مشكلة ضغط الدم المرتفع تأخذ في التزايد بشكل مستمر و على الرغم من ذلك فإن هذا المرض لا يعطى حقه في الإهتمام و الرعاية مثل باقي الأمراض الأخرى على الرغم من أنه يعد ضمن العوامل الخطرة المؤدية للوفاة أو إحداث مضاعفات أخرى خطيرة .(BEEVERS ،1995،

و هنا يأتي الحديث عن البروفيل الشخصي لمريض الضغط الدموي و لمعرفة ذلك قمنا بالدراسة التالية حيث قسمت إلى خمسة فصول بعد المقدمة :

الفصل الأول : الفصل التمهيدي و الذي من خلاله تناولنا مشكلة الدراسة و ذلك بطرح الإشكالية و و إقتراح بعض الفرضيات

الفصل الثاني : حول الضغط الدموي و تم ذكر ما يخص ارتفاع ضغط الدم الجوهري و انخفاض ضغط الدم (تعريفه ، اعراضه) .

الفصل الثالث : البروفيل النفسي ، و تطرقنا في هذا الفصل لذكر أهم سمات الشخصية و اختلافها من شخص لآخر و تأثيرها على الفرد.

ومن ثم لنتقلنا الى الجانب التطبيقي أو الجانب الميداني بحيث احتوى فصلين ، الفصل الرابع : حول مكان الدراسة و منهج الدراسة و الفصل الخامس حول عرض الحالات و مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات.

وفي الأخير خاتمة حول دراستنا.

الفصل الأول : مدخل تمهيدى

الإشكالية

أجريت دراسات عديدة حول علاقة إرتفاع ضغط الدم بالسّمات الشخصية و الإنفعالية ، ففي دراسة لسبيرو و آخريين (Spiro et al 1995) حول علاقة السمات الشخصية و الثبات الإنفعالي بتطور مرض الضغط الدموي ، فإنه قد تم تدعيم نتائج الدراسات السابقة ، القائلة بأن سمات الشخصية تؤخذ كمنبئ لتطور و حدوث مرض الضغط الدموي

ففي بعض الأحيان نجد أشخاصا يشكون من بعض الأعراض كالصداع النصفي و الإحساس بالتعب و الإنهاك و بأوجاع في الظهر .. إلخ، و تكون معظمها اضطرابات سيكوسوماتية ناجمة عن ضغط انفعالي متزايد ، حقيقة أن الانسان عندما يواجه موقفا طارئا ضاغطا يستجيب له إستجابة إنفعالية مصحوبة بكل التغيرات الفيزيولوجية المعروفة إلا أن هذا الإضطراب الفيزيولوجي يعود إلى حالته الطبيعية بعد إنتهاء الموقف الضاغط وهذه الحالة السوية التي يقوم فيها الإنفعال بدور توافقي سوي و لكن في بعض الأحيان نجد أن الموقف الضاغط الذي آثار الانفعال لا يزال مستمرا بلا نهاية و لا يستطيع المرء الفرار منه ، و في مثل هذه الحالة يظل الفرد في حالة من التوتر الدائم ومن ثم تغيرات فيسيولوجية لا تتوقف ، هذا التغير الفيسيولوجي الداخلي يحدث مع استمراره تلفا في أنسجة الجسم و تستخدم كلمة اضطراب سيكوسوماتي للإشارة إلى هذه الأعراض الجسمية ذات الأصل النفسي.(محمود الزياي ،ب.ت ، 212)

هذا و يعتبر ضغط الدم من أكبر الأمراض السيكوسوماتية تأثرا بالضغوطات الإنفعالية و التوترات النفسية الإستثارة العصبية ، هذا بالإضافة إلى أن العديد من الناس يعانون من ارتفاع ضغط الدم و هو أمر يثير القلق إذ أن ارتفاع ضغط الدم من أبرز سمات الإعاقاة و الوفاة الناجمة عن السكتة الدماغية أو النوبة القلبية أو القصور الكلوي إلخ.(شيلدون شيبس ، 49،2000)

تختلف الاستجابات للضغوط النفسية فتجد حدث يؤثر بفرد آخر و يحكم بذلك مجموعة عوامل منها خصائص الفرد النفسية و ثقافته و سنه و خبرته و الدعم الذي سوف يحصل عليه من مجتمعه سواء ماديا أو معنويا ، و يمكن أن يكون التكيف دون تغير الموقف أو زوال الحدث الضاغط ، فبعض الأفراد يكيف نفسه مع الوضع الجديد إذا لم يستطيع تغيير الموقف أو زوال الحدث الضاغط ، فبعض الأفراد يكيف نفسه مع الوضع الجديد إذا لم يستطيع تغيير الموقف و إزالة الخطر وهكذا فإن أساليب التكيف تختلف من فرد لآخر.

ويفرق بيرلين و سكولر بين ثلاث أنواع من الإستجابات التكيفية و هي : (سامي صالح الرويشدي ، 2002، 28-29)

- إستجابة تتغير الموقف .

- إستجابة تتحكم بمعنى الخيرة الضاغطة بعد حدوثها.

- إستجابة تعمل على التحكم باستجابة الضغط النفسي.

فمنذ وجود الإنسان على سطح الأرض و هو يسعى دائما لإشباع حاجاته الأساسية التي توفر له البقاء كالماء و الغذاء و الأمن و الإستقرار ، و إن هذه الدوافع إذا لم يتم إشباعها ينتج عنها اضطرابات نفسية تؤثر في الجسد ، ففي القرن الخامس قبل الميلاد قام أفلاطون بدراسة العلاقة بين الجسد و النفس التي طالما كانت العلاقة بينهما محلا للجدال و النقاش و الدراسات من قبل الفلاسفة و علماء النفس و أضاف أنه من الخطأ التفرقة بين شفاء الروح و شفاء الجسد ، وهذا ما أشار إليه ابن سينا حيث نقل وحدة النفس و الجسم إلى الميدان العملي أو التطبيقي عندما قام بوضع حمل صغير و ذئب مفترس في مكان واحد دون أن يتمكن أحدهما من الوصول إلى الآخر و كان يقدم إليهما الطعام و قام بالملاحظة التطورات العضوية لدى الحمل الذي تعرض إلى حالة من الخوف و التوتر و الذعر فلاحظ أن الحمل أصيب بالهزال التدريجي حتى مات بسبب معاناته من هذه الضغوط الانفعالية .

من هنا يتبين مدى العلاقة بين الجسد و النفس و مدى تأثير كل منهما على الآخر أي أن العلاقة بينهما علاقة تبادلية. وكلما كانت شروط النمو النفسي آمنة و مستقرة و كلما كان الجسد يحقق نموا إيجابيا . و ان الحالة الانفعالية لها تأثيرها على الجسد فحالة الإنفعال يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي من خلال الأجهزة العضوية في الجسم و عندما ينتج توتر في الجهاز العصبي تتغير وظيفة العضو أو حتى يتغير بناء العضو محدثا الأمراض النفسية الجسمية.(موسى محمد نجيب 197،2008)

تعرف الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها تلك الاضطرابات الجسمية الناشئة عن تفاعل عدة عوامل بيو_ نفس_ اجتماعية ، و ترتبط بسمات معينة في الشخصية ، تجعل الفرد غير متوافق مع الوضعيات الضاغطة ، التي يدركها كمهددة لحسن كيانه (bien être) و تفوق مصادره التكيفية بمعنى تصبح أساليب أو طرق تعامله مع الضغط غير فعالة في التخفيف أو الحد من تأثير حوادث

الحياة المدركة كمهدد ، و المعلوم أن هناك عوامل وسيطة ما بين الأحداث الضاغطة و حدوث مثل هذه الإضطرابات النفس جسدية كارتفاع ضغط الدم الشرياني الجوهري أو غيره فسياق حدوث هذه الأخيرة هو سياق معقد و سلسلة ترابطية بين عوامل إستعدادية _ وراثية و أخرى مساعدة (عوامل مفجرة النفس _ إجتماعية) كلها تربط الفرد_ الذي هو أصلا كل معقد_ ببيئته و ضغوطاتها.

فالضغوط النفسية ظاهرة إنسانية قديمة قدم الإنسان و الجديد في القضية هو الإهتمام بالضغوط ، حيث أصبحت من الموضوعات التي كثر الحديث عنها في السنوات الأخيرة لما لها من تأثير مختلف في حياة الإنسان و مستويات أداءه و استقراره النفسي ففي القرن الرابع عشر استخدم هذا المصطلح بطريقة أكثر عمومية ليصف المشقة أو الضيق أو الشدة و استخدمت هذه الكلمة في القرن السابع عشر الميلادي لتصف الشدة و الصعوبات.

رغم أن ضغط الدم يعد اضطرابا جسديا بإمتياز إلا أن البعد النفسي فيه لا يقل أهمية إذ يتقاطع فيه الجسدي مع النفسي بشكل معقد و تظهر اختلافات واضحة في التمثلات النفسية و السلوكيات وأنماط الشخصية بين مرضى الضغط المرتفع و المنخفض

بحيث بينت دراسات عديدة ، أن إستراتيجيات التعامل ، المركزة حول الإنفعال ، ترتبط بالاضطرابات النفسية و الجسدية ، و التوافق السيء مع المشاكل الحياتية و بينت دراسات أخرى وجود ارتباط سلبي بين استراتيجية التعامل مع الضغط " التجنب" و التوافق النفسي و تضيف دراسات أخرى بأن كل أشكال السلوك المضطرب هي نتيجة لأساليب التعامل الغير الناجحة أو غير الفعالة مع الضغط و كذلك الحال بين سوء التوافق بين الفرد و بيئته(عسكر ،2002).

فالأفراد المتميزون بهذا السياق في التعامل مع الضغط بصفة عامة مهيوون للإصابة ببعض الإضطرابات الإنفعالية الحادة أو الأمراض النفس جسدية ، مثل ارتفاع ضغط الدم الجوهري. إنطلاقا من هذه الخلفية ، تتأسس إشكالية هذا البحث للكشف عن البروفيل النفسي لمرضى الضغط الدموي أي التعرف على الخصائص النفسية و هو ما يساعد في فهم أعمق للعوامل المساهمة في المرض .

ومن خلال هذا السياق يمكن صياغة الإشكالية التالية :

✓ ماهو البروفيل النفسي لمرضى ضغط الدم؟

تساؤلات فرعية

- ما السمات النفسية السائدة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم ؟
- ما السمات النفسية السائدة لدى مرضى انخفاض ضغط الدم ؟
- كيف تساهم المقاربة العيادية في فهم و تحليل هذا البروفيل النفسي ؟

الفرضية الرئيسية

يتميز مرضى ضغط الدم بالقلق الظاهر و الإندفاعية و الإنفعال الزائد و التوتر المستمر.

الفرضيات الفرعية

✓ يتميز مرضى ضغط الدم المرتفع بسمات شخصية إندفاعية و قلق حاد مقارنة بمرضى الضغط المنخفض.

✓ يعاني مرضى ضغط الدم المنخفض من تدني في المزاج و الطاقة النفسية مقارنة بنظائرهم.

✓ تساهم المقاربة العيادية في فهم و تحليل البروفيل النفسي لمرضى الضغط الدموي من خلال الكشف عن العوامل النفسية العميقة و أنماط التكيف و الآليات الدفاعية مما يسمح بتشخيص دقيق و تدخل نفسي مناسب لكل حالة.

أهمية الدراسة

تظهر أهمية الدراسة في أنها تتناول أحد الأمراض العصرية الأكثر أهمية و الأكثر إنتشارا و هو ارتفاع الضغط الدموي أو ما يسمى ضغط الدم و الذي يعد من الاضطرابات النفس جسدية و يتميز بالإزمان (Chronicité) و قد أصبح هذا المرض يشكل خطورة على مستوى الصحة النفسية و الجسدية لأفراد المجتمع بسبب تزايد ضغوط الحياة و مشكلاتها و اصبح يمس كل الشرائح العمرية و كلا الجنسين.

أهداف الدراسة

- ✓ التعرف على مرض الضغط الدموي (Hypertension Artériel (HTA)
- ✓ التعرف على البروفيل النفسي و علاقته بإرتفاع و انخفاض الضغط الدموي.
- ✓ التعرف على الخصائص النفسية السائدة لدى مرضى انخفاض و ارتفاع ضغط الدم.
- ✓ توضيح دور المقاربة العيادية في تحليل البروفيل النفسي لهاتين الفئتين.

✓ المساهمة في بناء تصور علاجي نفسي متكامل يأخذ بعين الإعتبار الجوانب النفسية لمرضى الضغط الدموي .

أسباب الدراسة

✓ الإرتفاع المتزايد في عدد المصابين بضغط الدم في المجتمعات مما يجعله مرضا مزمنا ذا أبعاد نفسية و اجتماعية واسعة.

✓ قلة الدراسات النفسية العيادية التي تناولت الجانب النفسي العميق لمرضى الضغط الدموي ، خاصة من زاوية تحليل البروفيل النفسي.

✓ وجود ارتباط واضح بين العوامل النفسية مثل القلق التوتر و الانفعالات و بين اضطراب ضغط الدم ، مما يستدعي دراسة عيادية.

✓ الحاجة إلى فهم البروفيل النفسي لمرضى الضغط الدموي بهدف التكفل بهم.

المفاهيم الاجرائية

البروفيل النفسي (Profil Psychiatrique): هو مجموعة من السمات النفسية التي يتميز بها مرضى ضغط الدم و التي تتكون من مجموعة من الخصائص (القلق ، التوتر ، الاندفاعية) بحيث يتم التعرف على هذه الخصائص النفسية من خلال مقياس الصحة النفسية .

نمط الشخصية : هو الطريقة الثابتة نسبيا التي يتفاعل بها مريض ضغط الدم مع بيئته الداخلية و الخارجية و التي تنعكس على سلوكاته و مشاعره و نمط تفكيره.

ضغط الدم Hypertension Artériel : وهو الحالة التي تتمثل بارتفاع ضغط الدم لفترة طويلة بصورة تزيد فرصة المعاناة من بعض المشاكل الصحية .

المحفل الثاني : ضغط الدم تمهيد الفصل

أ. ضغط الدم المرتفع

- تعريف ضغط الدم
- اسباب ارتفاع ضغط الدم
- أعراض ارتفاع ضغط الدم
- تشخيص ارتفاع ضغط الدم
- حالات خاصة من ارتفاع ضغط الدم
- تصنيف ارتفاع ضغط الدم
- أنواع ضغط الدم
- المخاطر الصحية الناجمة عن ارتفاع ضغط الدم
- نصائح للمصابين بارتفاع الضغط الدموي

ب. ضغط الدم المنخفض

- تعريف ضغط الدم المنخفض
 - أسباب انخفاض ضغط الدم
 - نصائح للمصابين بانخفاض ضغط الدم
- خلاصة الفصل

تمهيد الفصل

يعتبر ضغط الدم أحد المؤشرات الحيوية الأساسية التي تعكس صحة الجهاز القلبي الوعائي ، حيث يتأثر بعدة عوامل بيولوجية نفسية و بيئية و يعد اضطراب الدم سواء بالإرتفاع أو بالإنخفاض من المشكلات الصحية الشائعة التي قد تؤدي إلى مضاعفات خطيرة إذا لم يتم التحكم فيها بشكل جيد.

تعريف ضغط الدم

هو القوة التي يطبقها الدم على جدران الشرايين أثناء جريانه عبر الجسم أو القوة التي يضبط بها الدم على أي وحدة مساحة على جدار الوعاء الدموي و تقاس بوحدة الملي متر زئبقي .

أنواع ضغط الدم

الضغط الانقباضي systolique : أعلى ضغط يسلمه الدم على جدران الشرايين أثناء انقباض عضلة القلب (120 ملم ز.) .

الضغط الانبساطي diastolique pressure : الحد الأدنى لضغط الدم أثناء إنبساط عضلة القلب (80 ملم ز.) .

الضغط النبضي pulse pressure : فارق الضغط بين الضغط الانقباضي و الضغط الانبساطي و هو الضغط الذي يتم شعوره عند جس النبض (40 ملم ز.) .

الدورة القلبية : هي الفترة بين بدء ضربة قلبية بدء الضربة التي تليها و تستمر الدورة 8.0 ثانية توزع على النحو التالي :

الإنبساط القلبي s0.4 cardiaque diastole : يبلغ ضغط الدم الوريدي العام في الجسم 10 ملم زئبقي . ففي حالة الإنبساط الأذيني سوف ينخفض الضغط داخل الأذنين إلى أدنى حد (قد يصل للصفر) خصوصا في الشهيق فيمتلىء الأذين الأيمن بالدم الوارد من الوريدين الأجوف الأعلى و الأسفل و يمتلىء الأذين الأيسر بالدم الوارد من الرئتين بواسطة الوريدين الرئويتين .

الإنقباض الأذيني s0.1 Atrial systole : عند الانقباض الأذيني يرتفع الضغط داخل الأذيني يرتفع الضغط داخل الأذنين و خصوصا في الأيسر يصل إلى 7.8 ملم ز و في أثناء ذلك ينخفض ضغط الدم .

ارتفاع الضغط الدموي

تعريف ارتفاع ضغط الدم

عندما يتحدث الأطباء عن ضغط الدم فإنهم يقصدون الضغط الموجود داخل الأوعية الدموية الكبيرة عندما يقوم القلب بضخ الدم لكي يدور في جميع أنحاء الجسم ، و على وجه العموم كلما كان ضغط الدم منخفضا كلما كان الشخص أكثر صحة على المدى الطويل (عدا بعض الحالات النادرة جدا التي يكون فيها ضغط الدم المنخفض بشكل مفرط ناتجا عن مرض حقيقي) .

يتم ارتفاع ضغط الدم الشرياني (ارتفاع ضغط الدم) حسب منظمة الصحة العالمية على أنه ضغط الدم الإنقباضي (أكبر أو يساوي 140 ملم زئبقي) أو ضغط انبساطي (أكبر أو يساوي 90 ملم زئبقي) . (Abselhamid,2011)

ارتفاع ضغط الدم هي حالة تكون فيها الأوعية الدموية تحت ضغط مستمر عالي (الضغط وهو عامل الخطر الرئيسي لأمراض القلب و الأوعية الدموية الذي يطبقه الدم على الشرايين، الاصابة بضغط الدم تزداد مع تقدم العمر حيث يؤثر على واحد من كل شخصين بعد سن الخامسة و الستين (Marie Lalerc,2013)

وفي تعريف آخر ، يعرف بأنه قوة دفع الدم من خلال الأوعية الدموية ، حيث يعمل القلب بجهد أكبر و الأوعية الدموية بضبط أكبر ، مما يجعلها عامل خطر رئيسا لأمراض القلب و السكتة الدماغية و مشاكل خطيرة أخرى ، و يتحدد مقدار الضغط بكمية من الدم التي يضخها القلب و حجم مقاومة الشرايين لقوة تدفق و جريان الدم ، و يعد ارتفاع ضغط الدم عموما مرض يتطور على مدى السنوات ، على الرغم مما ذكر آنفا ، فإنه بالإمكان إكتشاف ارتفاع ضغط الدم في وقت مبكر للسيطرة عليه و تحتاج الأنسجة و الأعضاء الدم المحمل بالأكسجين من أجل القيام بعملهم و البقاء على قيد الحياة ، عندما ينبض القلب فإنه يخلق الضغط الذي يدفع الدم من خلال شبكة من الأوعية الدموية على شكل أنبوب و التي تشمل الشرايين و الأوردة و الشعيرات الدموية و هذا الضغط هو نتيجة قوتين:

1. القوة الأولى : الضغط الإنقباضي : وهي القوة التي يضخ القلب بها الدم إلى جميع أنحاء الجسم.

2. القوة الثانية : الضغط الإنبساطي: و هو ضغط الدم الذي يحدث بين نبضات القلب .
يتم تمثيل كل منهم عن طريق القراءات كالتالي :

الإنبساطي العدد السفلي	الإنقباضي العدد العلوي	فئة ضغط الدم
أقل من 80	أقل من 120	ضغط الدم مثالي
80 - 84	120 - 129	طبيعي
85 - 89	130 - 139	مرحلة ما قبل إرتفاع ضغط الدم

ضغط دم مرتفع مرحلة أولى	140 - 159	90 - 99
ضغط دم مرتفع مرحلة ثانية	160 - 179	100 - 109
ضغط دم مرتفع مرحلة ثالثة	أعلى من 180	أعلى من 110

(تشخيص Zisimoulou, 2017)

يمثل الجدول تشخيص ضغط الدم ل ص Zisimopoulou من حيث الالقوة الأولى و الثانية أي ضغط الدم الانبساطي عدد سفلي و ضغط الدم الانقباضي عدد علوي مع الاشارة الى كل فئة فنجد أنه الضغط الدم المثالي يسجل في ضغط الدم الانبساطي أقل من 80 ملم زئبقي و أقل من 120 في الانقباضي أما بالنسبة لضغط الدم الطبيعي يكون نسبة ضغط الدم الانبساطي بين 84 - 80 ملم زئبقي و الانقباضي بين 129 - 120 ملم زئبقي و في مرحلة ما قبل إرتفاع ضغط الدم تكون نسبة ضغط الدم الانبساطي بين 89 - 85 ملم زئبقي و الانقباضي بين 139 - 130 ملم زئبقي و منه قسم إرتفاع ضغط الدم الى ثلاث مراحل حسب نسبة معدل ضغط الدم فنجد في المرحلة الأولى ضغط الدم الانبساطي بين 99 - 90 ملم زئبقي و الإنباضي بين 159 - 140 ملم زئبقي و في المرحلة الثانية يكون ضغط الدم الانبساطي بين 109 - 100 ملم زئبقي و الانقباضي بين 179 - 160 ملم زئبقي أما بالنسبة للمرحلة الثالثة فيكون ضغط الدم الانبساطي أعلى من 110 ملم زئبقي و الانقباضي أعلى من 180 ملم زئبقي .

عندما يكون ضغط الدم مرتفعا جدا لفترة طويلة ، فإنه يضر بالأوعية الدموية ، حيث يبدأ الكوليسترول الضار بالتراكم على جدران شريان و هذا يزيد عبئ العمل في الدورة الدموية مع تقليل كفاءتها.

ومن خلال التعريفات السابقة نعرف ضغط الدم المرتفع في اطار هذه الدراسة كإضطراب جسدي مزمن يتسم بارتفاع ميثمر في ضغط الدم داخل الشرايين و هو ما يعد انعكاسا لتوتر داخلي مزمن أو لصراعات نفسية غير محلولة .

أسباب إرتفاع ضغط الدم

ومن الأسباب المؤدية لإرتفاع ضغط الدم نذكر ما يلي :

✓ الاستعداد الوراثي.

✓ السمنة .

✓ تناول كميات كبيرة من الملح.

✓ إدمان الكحوليات و التدخين.

✓ الحالات النفسية و المزاج العصبي الحساس.

✓ بعض أمراض الغدد الصماء.

أعراض ضغط الدم المرتفع

غالبا ما يكون ضغط الدم عديم الأعراض ، لذلك يعرف هذا المرض بالقاتل الصامت (سامي ، عثمان ، 2010) ، إلا أن القليل من الأشخاص يعانون من بعض الأعراض التي قد تشير إلى ارتفاع ضغط الدم كالصداع و الدوار ، رعاف ، التعب ، الوهن (David Et Nicolas 2018) صعوبة التركيز، ألم في الصدر واضطرابات بصرية و طنين في الأذن (Khouloud,2017).

تشخيص ارتفاع ضغط الدم

هناك عدّة إجراءات يقوم بها الطبيب لتشخيص ارتفاع ضغط الدم عند المريض، وتحديد نوعه، وذلك قبل أن يتمّ صرف العلاج المناسب، ومن هذه الإجراءات التشخيصيّة نذكر:

✓ يقوم الطبيب بتسجيل قراءتين أو ثلاث لضغط الدم في كل زيارة للطبيب، وذلك على ثلاث زيارات متفرقة أو أكثر، حيث إنّ ضغط الدم يتغيّر خلال اليوم، كما قد يتغيّر بين كلّ زيارة وأخرى للطبيب.

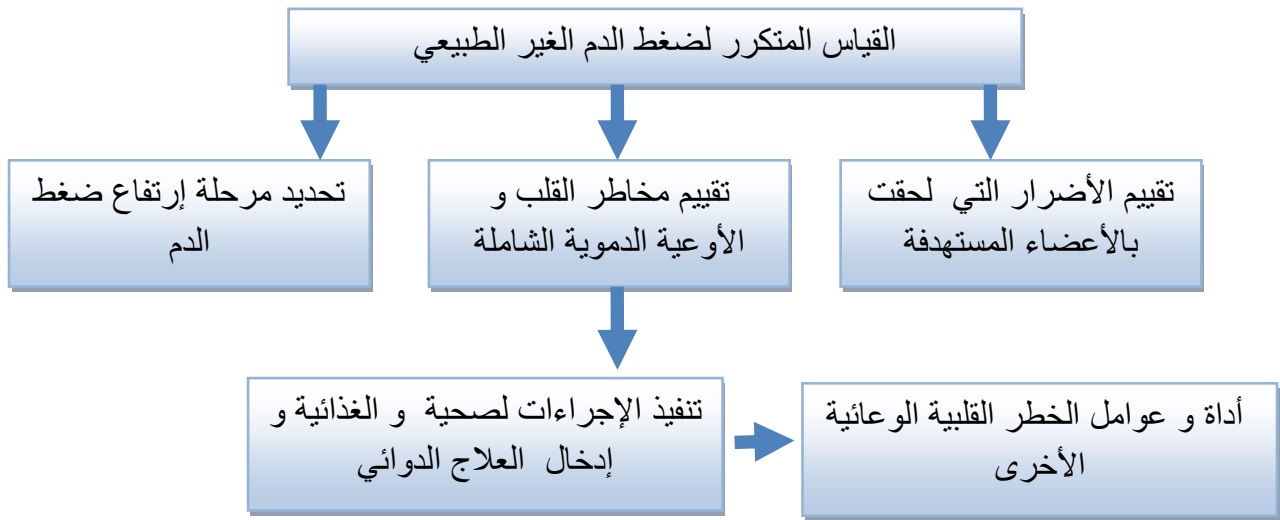
✓ يحرص الطبيب على أن يتناسب مقياس الكُم الذي يُلفّ حول الذراع في جهاز الضغط مع حجم ذراع المريض، كما يقوم الطبيب بقياس الضغط في كلا الذراعين، لمعرفة ما إذا كان هناك اختلاف في القياس بينهما.

✓ يطلب الطبيب من المريض تسجيل قراءات الضغط في المنزل والعمل، ومن الممكن أن ينصح باستخدام الجهاز الجوال لمراقبة ضغط الدم ، وهو جهاز يقوم بمراقبة ضغط الدم على فترات متساوية ومنتظمة خلال 24 ساعة، وتُعطي هذه الطريقة صورة دقيقة لتغيّرات ضغط الدم خلال اليوم، ولكن من محدّدات استخدام هذه الطريقة عدم توقّر هذا الجهاز في الكثير من المراكز الطبيّة.

✓ يقوم الطبيب بمراجعة التاريخ المرضي، وعمل فحص فيزيائي للمريض في حال ارتفاع قراءات ضغط الدم، ويقوم بعمل الاختبارات الاعتياديّة، مثل فحص البول، وبعض اختبارات

الدم مثل اختبار نسبة الكوليسترول، وعمل تخطيط لكهربائية القلب ومن الممكن أيضاً عمل اختبارات إضافية مثل؛ تخطيط صدى القلب .

و نو ضح ذلك في المخطط التالي :



الشكل 01 : تشخيص ارتفاع ضغط الدم

حالات خاصة من ارتفاع ضغط الدم

الإعتلال الدماغي :

هي حالة من ارتفاع ضغط الدم مصحوبة بخلل في عمل الدماغ سببه الأساسي ارتفاع ضغط الدم المفاجئ و ذلك مع فقدان أوعية الدم خاصة السيطرة الذاتية (وهي عبارة عن آلية الشرايين و لولاها لانفجرت الشرايين من أقل ارتفاع لضغط الدم).

ارتفاع ضغط الدم الخبيث :

و هو لا يختلف كثيرا عن السابق إلا أن الضغط يرتفع تدريجيا حتى يصل إلى المستوى الرابع و هي الضغط الإنبساطي يصل الى 120 مم و معنى أنه يرتفع تدريجيا أنه حالة مزمنة تحتاج إلى الوقت لظهور أعراضه أما الاعتلال الدماغي فهو حالة فجائية.

ضغط الدم المذبذب :

و هو يتميز بالتذبذب الشديد فقد يكون مستوى الضغط عالي جدا في أحوال أخرى يكون طبيعي جدا و في بعض الأحيان يشمل الضغط الإنقباضي و في بعض الأحيان يشمل الضغطين و يكون

الأشخاص القلقين و المصابين بوتر عصبي و المرضي بورم ذات القوائم (هو مرض زيادة في كمية الأنسجة في الغدة الكظرية).

ارتفاع ضغط الدم الإنقباضي فقط :

وعادة ما يكون مرتبط بحالات القلق .

ارتفاع ضغط الدم عند الأطفال :

الضغط الطبيعي لدى الأطفال 90_50 ملم في السنة الأولى ثم يرتفع حتى سن البلوغ و ذلك يكون سببه وجود سبب ثانوي لبعض الأمراض مثل أمراض الكلية و في بعض الأحيان يكون الإرتفاع من النوع الأساسي .

ارتفاع ضغط الدم الناجم عن استعمال الأدوية :

حيث تعمل بعض الأدوية على رفع ضغط الدم مع الإستعمال المستمر مثل :

✓ أدوية الرشح و الحساسية

✓ أدوية (أسبرين _ الأيبوبروفين _ وبعض المستخلصات التابعة لها)

✓ حبوب منع الحمل .

ارتفاع ضغط الدم المصاحب للحمل

ومنه الناجم من الحمل و هو طفيف و يعود الضغط إلى حالة الطبيعية بعد الولادة .

ومنه الناجم عن تشنج الحمل السابق ، عادة يكون بعد الأسبوع العشرين من الحمل و يكون ل

25% من النساء اللواتي يعانين من إرتفاع الضغط و تتميز هذه الحالة بـ :

✓ تزايد نسبة البروتين في التبول

✓ تورم اليدين و الوجه

✓ و إذا لم تعالج قد تؤدي حياة الجنين.

تصنيف إرتفاع ضغط الدم

1. عند البالغين

ان ضغط الدم عند البالغين أكثر من 18 سنة يكون كالآتي :

الضغط الدم المثالي يسجل في ضغط الدم الانبساطي أقل من 80 ملم زئبقي و أقل من 120

في الانقباضي أما بالنسبة لضغط الدم الطبيعي يكون نسبة ضغط الدم الانبساطي بين 84- 80

ملم زئبقي و الانقباضي بين 129 - 120 ملم زئبقي و في مرحلة ما قبل إرتفاع ضغط الدم تكون

نسبة ضغط الدم الانبساطي بين 89 - 85 ملم زئبقي و الانقباضي بين 139 - 130 ملم زئبقي و منه قسم ارتفاع ضغط الدم الى ثلاث مراحل حسب نسبة معدل ضغط الدم فنجد في المرحلة الأولى ضغط الدم الانبساطي بين 99 - 90 ملم زئبقي و الإنقباضي بين 159 - 140 ملم زئبقي و في المرحلة الثانية يكون ضغط الدم الانبساطي بين 109 - 100 ملم زئبقي و الانقباضي بين 179 - 160 ملم زئبقي أما بالنسبة للمرحلة الثالثة فيكون ضغط الدم الانبساطي أعلى من 110 ملم زئبقي و الانقباضي أعلى من 180 ملم زئبقي .

2. عند الأطفال :

ضغط الدم الإنقباضي : عندما تكون نتيجة المتحصل عليها من جهاز قياس الضغط أكبر من المجموع $100 + \text{العمر} \times 2$ فإن هذا الطفل يعاني من ضغط الدم الإنقباضي و نفس الشيء بالنسبة لضغط الدم الإنبساطي كما هو موضح في الجدول (02):

مثال : طفل عمره 15 سنة و نتيجة قياس كانت 140 mmhg بالتعويض في المعادلة نجد الضغط الانقباضي $130 \leq 140$ بالتالي فإن الطفل غير مصاب بـ HTA الإنقباضي .

HTA إنقباضي	17_1 سنة : $100 < (\text{العمر} \times 2) + \text{mmhg}$
HTA انبساطي	10_1 سنة : $60 < (\text{العمر} \times 2) + \text{mmhg}$
	17_11 سنة : $70 < (\text{العمر} \times 2) + \text{mmhg}$

الجدول(02): تصنيف ضغط الدم عند الأطفال >18 سنة

(zisimopoulou,2017)

أنواع ضغط الدم

ارتفاع ضغط الدم الأولي أو الأساسي

يشكل نسبة 90% من الحالات أسبابه غير معروفة ، لذلك يسمى أيضا ارتفاع ضغط الدم المجهول السبب (Anthony, 2014) ، حسب (منصور 2010) قد تتداخل عوامل عديدة في إحداثه و هي :

✓ العوامل الوراثية

✓ العوامل النفسية

✓ السمنة

✓ الإصابة بمرض السكري

✓ إدمان الكحول

✓ الشيوخوخة.

ارتفاع ضغط الدم الثانوي

يشكل 5 _ 10 % من حالات ارتفاع ضغط الدم (Anthony,2014) و سمي بارتفاع ضغط الدم الثانوي كذلك لأنه يحدث نتيجة لإصابة الشخص بأمراض أخرى ، و يمكن أحيانا معالجته بشكل كامل و ذلك بعلاج المرض الرئيسي الذي أدى إلى ارتفاع ضغط الدم ، و له عدة مسببات حسب (منصور 2010):

✓ مسببات وراثية أو ولادية

✓ أمراض الكلى

✓ حبوب منع الحمل

✓ أمراض الغدد الصماء

✓ التهاب الشرايين

✓ فرط إنتاج كريات الدم الحمراء

المخاطر الصحية الناجمة عن ارتفاع ضغط الدم

✓ السكتة الدماغية و الفشل الكلوي (Ledy, 2009)

✓ شلل نصفي (khouloud,2017)

✓ النوبات القلبية و فشل القلب ، التهاب الشرايين خاصة مع إدمان تناول التبغ .

✓ أمراض تتعلق بشبكية العين مثل اعتلال الشبكية الذي قد يؤدي لإضعاف البصر و فقدان

الرؤية (Nibouche ,2016)

نصائح للمصابين بارتفاع الضغط الدموي

• إتباع حمية Dash حيث أظهرت الدراسات أن ارتفاع ضغط الدم لا يمكن تغييره و ادارته بشكل جيد إلا من خلال التغذية الجيدة ، حيث تم تصميم هذا النظام الغذائي خصيصا لخفض ضغط الدم بطريقة طبيعية عن طريق تناول مجموعة من الأطعمة المتنوعة كالخضار و الفواكه

و اللحوم الخالية من الدهن ، الدور الأساسي الآخر في هذا النظام أنه منخفض بشكل أساسي في الصوديوم (Dieter,2016)

- تجنب تعاطي الكحول و الإبتعاد عن المشروبات الغازية .
- ممارسة الرياضة بشكل دوري و مستمر. (سامي و عثمان، 2010)
- تناول الأغذية الغنية بالكالسيوم.

ضغط الدم المنخفض

يعد ضغط الدم المنخفض من الحالات الصحية التي قد تمر دون تشخيص أو إهتمام كاف ، بالرغم من أن أعراضه قد تؤثر بشكل كبير على جودة الحياة ، و يكتسب الموضوع أهمية خاصة عندما ننظر إليه من زاوية علم النفس العيادي لما له من ارتباطات بالحالة النفسية و الانفعالية.

تعريف ضغط الدم المنخفض

لا يوجد تعريف واضح وموثق لإنخفاض ضغط الدم الشرياني في الأدبيات العلمية ، حيث يعاني بعض الأفراد من انخفاض شديد في ضغط الدم دون أي أعراض مصاحبة أو إنزعاج بشكل عام تعرف قيمة ضغط الدم الانقباضي >100-110 ملم زئبق انخفاض ضغط الدم الشرياني الدستوري و يعرف انخفاض ضغط الدم الانقباضي <20 ملم زئبق.

انخفاض ضغط الدم الشرياني الانتصابي

في حالة انخفاض ضغط الدم الشرياني الثانوي الناجم عن حالة مثل نقص ضغط الدم أو تناول الأدوية ، فإن قيمة ضغط الدم الانقباضي أقل من 90 ملم زئبق و قيمة ضغط الدم الانبساطي أقل من 60 ملم زئبق يعتبران ضغط الدم منخفض.

انخفاض ضغط الدم الشرياني الدستوري

وهو كيان نادرا ما يتم وصفه في الأدبيات ، أو حتى غير موجود في الأدبيات الأنجلوسكسونية لأنه لا يوجد بالضرورة رابط بين انخفاض مستوى ضغط الدم و الأعراض أو الأمراض . و يتم تعريفه بضغط الدم الانقباضي >100 ملم زئبق لدى النساء و >110 ملم زئبق لدى الرجال الاعراض الموصوفة هي التعب الجسدي و النفسي و الدوخة و الميل إلى فقدان الوعي.

انخفاض ضغط الدم الانتصابي

هو سبب متكرر للإغماء مما يؤدي إلى العديد من حالات الدخول الى المستشفى خاصة لدى المرضى المسنين ، و تزيد هذه الحالة من خطر السقوط ، و المراضة و الوفيات القلبية الوعائية الكلية .
و يؤثر انخفاض ضغط الدم الانتصابي على حوالي 7% من السكان ، نسبة الإصابة به مع تقدم العمر .

الفيزيولوجيا المرضية

ينتج الإنخفاض غير الطبيعي في ضغط الدم عند الإنتقال من وضعية الإستلقاء / الجلوس إلى وضعية الوقوف ، في حالة انخفاض ضغط الدم الشرياني الانتصابي ، عن تغير قدرة الجهاز العصبي اللاإرادي (ANS) على تعويض العواقب الديناميكية الدموية للدم المتجمعة في الأطراف السفلية و الدورة الدموية الطحالية. يؤدي الانخفاض في العائد الوريدي الى انخفاض النتاج القلبي و نقص التروية الماغية و هو المسؤول عن الأعراض.

انخفاض ضغط الدم الشرياني بعد الأكل

يعرف انخفاض ضغط الدم بعد الأكل بأنه انخفاض في ضغط الدم الانقباضي بمقدار <20 ملم زئبقي في الساعتين التاليتين لتناول وجبة الطعام. وغالبا ما يرتبط بانخفاض ضغط الدم لنفس الأسباب لذلك فهو يرتبط بزيادة خطر السقوط و الإغماء و احتشاء عضلة القلب و حوادث الأوعية الدموية الإقفارية و الوفاة لدى المرضى المقيمين بالمؤسسات.

انخفاض ضغط الدم الشرياني أحادي المنشأ

وهو انخفاض ضغط الدم الشرياني الناتج عن طيف الطفرات التي تؤثر على ناقلات الصوديوم والبوتاسيوم الأنبوبية الكلوية (متلازمتي بارتر وجيتل مان)، أو تؤثر على إنتاج الألدوستيرون أو الكورتيزون في الغدد الكظرية . (Dr abdallah roukain et Pr Antoinette pechere – bertschi)

من خلال التعريفات الخاصة بضغط الدم المرتفع و ضغط الدم المنخفض تم استنتاج أن ضغط الدم ليس مجرد مؤشر طبي رقمي بل هو إنعكاس حيوي لحالة توازن الجسد والنفس ، فالجسم لا

يعمل بمعزل عن المشاعر ، و كل اضطراب نفسي مزمن ، كالقلق أو التوتر يمكن أن يظهر أثره في ضغط الدم ، سواء المرتفع أو المنخفض ، لذلك نعتبر أن ضغط الدم يمثل أحد أهم الجسور التي تربط بين الجانب العضوي و النفسي مما يجعل من الضروري تحليله من منظور شامل ، يأخذ في الحسبان التركيبة النفسية للمريض.

نصائح للمصابين بضغط الدم المنخفض :

1. التغذية السليمة :

- الإكثار من شرب الماء : الجفاف يسبب انخفاض ضغط الدم
- زيادة تناول الملح : باعتدال طبعا حسب نصيحة الطبيب.
- تناول وجبات صغيرة و متكررة : لتجنب انخفاض الضغط بعد الأكل .
- تجنب الكحول : لأنه يوسع الاوعية الدموية و يزيد الحالة سوءا.
- تناول أطعمة غنية بفيتامين B12 و حمض الفوليك : مثل البيض ، الكبد ، السبانخ.

(قنديل محمد ، 2020 ، 115-120)

2. تعديلات على نمط الحياة

- القيام ببطئ عند الإستيقاظ من السرير : الجلوس أولا ثم الوقوف.
- تجنب الوقوف لفترات طويلة.
- رفع رأس السرير قليلا : للتقليل من تأثير انخفاض ضغط الدم.
- ارتداء جوارب ضاغطة : تساعد في تحسين تدفق الدم و تمنع تجمعه في الساقين

3. النشاط البدني :

- ممارسة التمارين الرياضية الخفيفة بانتظام مثل المشي لتحسين الدورة الدموية مع تجنب التمارين المجهدة أو الوقوف المفاجئ بعد الجلوس أو التمارين.

خلاصة الفصل

ضغط الدم الجوهري مسألة شائعة في عصرنا الحالي و ازداد إنتشاره مما دفع العلماء بالاهتمام بهذا المرض و البحث عن الأسباب و العوامل المتدخلة في حدوثه . يحدث إرتفاع ضغط الدم عندما يكون الضغط في الأوعية الدموية مرتفعا جدا (140/90 ملم زئبقي أو أكثر) و هو مرض شائع و يمكن أن يكون خطيرا إذا ترك دون علاج. في حين أنه ليس بالضرورة وجود أعراض أو الشعور بأعراض إرتفاع ضغط الدم ، فبذلك يعد فحص ضغط الدم هو الطريقة الوحيدة لمعرفة ما إذا كان المرء مصابا بإرتفاع ضغط الدم أو لا . و أخيرا يمكن أن تساعد التغييرات في نمط الحياة مثل إتباع نظام غذائي صحي و الإقلاع عن تعاطي التبغ و زيادة النشاط البدني لخفض مستوى ضغط الدم و مع ذلك قد يظل بعض الأشخاص بحاجة إلى أخذ أدوية .

الفصل الثالث : البروفيل النفسي

- تمهيد الفصل
- تعريف البروفيل النفسي
- خصائص البروفيل النفسي
- تعريف التوتر
- أسباب التوتر
- تعريف القلق
- أسباب القلق
- تشخيص القلق
- أنواع القلق
- علاجات مقترحة للقلق و التوتر
- تدني المزاج
- الإكتئاب
- خلاصة الفصل

تمهيد الفصل

البروفيل النفسي أو بروفيل الشخصية عبارة عن لمحة سيكولوجية عن حياة الفرد أو الحالة المدروسة تشتمل على الصفات المميزة للشخصية و معلومات عن أهم خصائص النمو النفسي و المشكلات سواء النفسية أو السلوكية التي قد يعاني منها الفرد و تنمو هذه السمات و تتبلور في مرحلة الطفولة التي تعتبر أهم مراحل حياة الفرد.

1. تعريف البروفيل النفسي:

يرجع استخدام مصطلح البروفيل النفسي لأول مرة إلى " روز ليمو Roslimo" (1991) في اختبار الذكاء ثم تطرق له كل من مللي و وكسلر في وصف النواحي الإنفعالية و الميول و الإهتمامات و تطلق عدة تسميات على البروفيل النفسي كالتخطيط النفسي ، الصفحة النفسية الانفعالية ، الملمح النفسي ، المبيان، وغيره. و التي تتدرج كلها ضمن منحى واحد وهو مجموع الخصائص و السمات المميزة لشخصية الفرد. (وسام بوفج و نوري الود ، 2018،ص111).

يعرفه "طاهري"(2015) بأنه هو مجموعة من الخصائص التي تميز شخصية فرد معين و تميز سلوكاته ، حيث يختلف هذا الأخير من فرد لآخر.(شاهرمنها سالم، 2015،ص6).
و تعرفه ياسمينه (2013) بأنه صفحة تضم معلومات سيكولوجية عن الحالة المدروسة أو المراد متابعتها من طرف الأخصائي و فيه معلومات بيوغرافية و معلومات عن أهم خصائص مراحل النمو النفسي للمفحوص و الاضطرابات التي يعاني منها و بإختصار هي لمحة سيكولوجية (ياسمينه 2013،ص140).

ويعرفه " بدير " بأنه رسم بياني يوضح المستوى النسبي للفرد على أكثر من إختبار وفي أكثر من سمة أو استعداد نفسي و عقلي حتى نعلم في أيها مرتفع وأيها متوسط وفي أيها يكون دون المتوسط.

ويعرف البروفيل النفسي بشكل عام بأنه مجموعة السمات الشخصية و الإجتماعية و السلوكية ، وما يقف خلفها من بناء نفسي و ديناميات التفاعل الداخلية.

من خلال التعريفات السابقة أرى أن البروفيل النفسي هو بمثابة الخريطة الداخلية للفرد ، التي تكشف عن السمات النفسية و الانفعالية التي تميزه ، و تسمح لنا كأخصائيين نفسيين بفهم كيف يفكر و يشعر و يتفاعل مع محيطه ، هو ليس فقط قائمة صفات ، بل تركيبة ديناميكية تعبر عن توازن الشخص ، آليات دفاعه ، قدرته على التكيف و مصادر ضعفه النفسي.

في حالة مريض ضغط الدم يمثل البروفيل النفسي مدخلا لفهم العلاقة بين الضغوط النفسية و سلوكاته اليومية و حالته الجسدية.

II. تاريخ استخدام مصطلح البروفيل النفسي :

يرجع استخدام مصطلح البروفيل النفسي لأول مرة إلى روزليمون (G J Rossolimo , 1911) كان طبيب سوفيائي لطب الأعصاب عند الأطفال و تم وضع المصطلح ضمن إختبارات الذكاء ثم تطرق له كل من مللي و وكسلر في وصف النواحي الإنفعالية و الميول و الإهتمامات، و تطلق عدة تسميات على البروفيل النفسي : كالتخطيط النفسي ، والصفحة النفسية الإنفعالية ، الملمح النفسي ، المبيان ... وغيره، والتي تتدرج كلها ضمن منحى واحد وهو مجموع الخصائص و السمات المميزة لشخصية الفرد. (مريامة، 2018، ص11)

المتطلبات التي يحققها البروفيل النفسي :

من بين المتطلبات والتسهيلات التي يمنحها البروفيل النفسي خلال المقابلات التشخيصية والعلاجية في علم النفس ، وهي كما يلي:

- التعرف على الدرجات التي حصل عليها المفحوص في كل سمة بطريقة مباشرة.
- معرفة النمط العام لدرجات السمات التي يقيسها الإختبار لدى المفحوص.
- الكشف على السمة التي حصل فيها المفحوص على أعلى درجة و السمة التي لها أقل درجة.
- التعرف إلى مركز درجات المفحوص على مختلف السمات بالنسبة لوحد أو أكثر من المعايير التالية (المتوسطات ، المنينات ، و الدرجات ، المعيارية).
- يرى شاهر زعيتير (2015) أنه لو كان لكل إضطراب بروفيل نفسي خاص به ، يشرح نوعية الإسقاطات التي يمارسها المصاب بالإضطراب ، و يوضح أبرز السمات الشخصية المميزة للأفراد المصابين بالإضطراب ، و بعض العوامل الأخرى كالإستعدادات ، و الميول ، و محركات السلوك (الدوافع و الحوافز) ، لكان من السهل على الأخصائي النفسي أن يمارس مهنته في ظل التسهيلات التي يقدمها البروفيلات النفسية. (كريزم ، 2018، ص20).
- فوائد البروفيلات النفسية في الدراسات الإكلينيكية :
- من أهم المميزات و الطرق الناجحة التي يحملها البروفيل النفسي قيد التسهيل و تحقيق النتائج المسيرة في الدراسات الإكلينيكية :
- التعامل مع الفرد ككل لا يتجزأ وفق ما يظهر للمعالج من معلومات شاملة عبر وسائل القياس المتعددة.

- النظر إلى إضطراباتهم بشكل دينامي تتفاعل فيه عدة قوى و مؤثرات حالية سابقة .
- يظهر فيها بصورة جلية لحاجات الفرد و صراعاته و ما يصبو لتحقيقه و لا يستطيع.
- الإحباطات التي يعانيتها و إلى أي مدى ينغمس في إستخدام الحيل الدفاعية و أنها أبرز لديه و ما الذي يعيق تطوره.

• ترى طاهري فاطمة الزهراء (2014) أن البروفيل النفسي من شأنه يحدد لنا الطريقة المتفردة في تكيف الشخص مع بيئته و يتنبأ بإستجاباته ، و يعرض مجموعة من الصفات الجسدية والنفسية (موروثة و مكتسبة) وكذلك العادات والتقاليد ، والقيم ، والعواطف متفاعلة كما يراها الآخرون من خلال التعامل في الحياة الإجتماعية . (كريزيم ، 2018 ، ص22)

أنماط الشخصية و بروفيل شخصية المريض السيكوسوماتي :

شغلت فكرة دور بعض السمات وبعض الشخصيات في تشجيع ظهور بعض الأمراض الجسدية العاملين في المجال الطبي واسترعت العديد من الإهتمامات . و الفرضية القائلة بإرتباط بعض الخصائص الثابتة في شخصية الفرد بخطر تطوير بعض الأمراض فرضية قديمة قدم الزمان ، ابتدأت مع نظريات الأخلاط و الأمزجة في الطب القديم وصولاً إلى نظريات الأنماط "A" و "أ" و B "ب" في 1959 لصاحبها روزمان و فريدمان Rosenman et friedman وكان الباحثان قد أشارا إلى وجود نمط سلوك يشكل عامل خطر على صحة الأفراد هو النمط "أ" المستهدف للإصابات القلبية .

كما إستطاعت ليديا تيموشوك L.Temoshok تمييز السلوك الإنفعالي لمرضى السرطان لتضعه تحت نمط "ج" C ، والذي تعرفه على أنه عامل خطر على ظهور وتطور السرطان وفي المقابل وحسب ما تم تسجيله من ملاحظات سريرية حول تزايد حالات الإصابة بالنوبات القلبية وحالات الوفاة بالسكتات القلبية في الآونة الأخيرة ، استطاع جوهان دونولوت J.Denollet و زملائه البحث عن الأسباب الكامنة وراء ذلك ، فكانت زيادة نسبة الكرتيزول من أهمها و التي ترتبط بدورها بسمات شخصية محددة صنفها دونولوت بالشخصية من النمط "د" D.

ولا يمكن الجزم بتدخل نمط الشخصية كعامل أساسي لظهور الاضطراب السيكوسوماتي، بل كعامل مساهم لظهوره في ارتباطها مع عوامل أخرى ، تتمثل في الجانب الوراثي و الهشاشة

الجسدية ، إضافة إلى وجود نشاط عقلي خاص (تنظيمية سيكوسوماتية) ... وفيما يلي عرض لهذه الأنماط.

أنماط الشخصية كعامل للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية :

1. نمط الشخصية " أ " A:

يشار إليه حاليا بمصطلح سلوك النمط " أ " و التي تنتظم في سمة أو نمط في الشخصية (معمرية ،2012) يتميز هذا النمط بأنه مسؤول عن استجابة مفرطة إزاء المواقف المجهدة ، فهو نمط أكثر من كفاح متواصل (...) مركب فعلي – انفعالي يستخدمه لمواجهة تحديات محيطهم يتضمن هذا المركب مظاهر سلوكية كالعدوانية ، فهم عدوانيون متسرعون ، لديهم رغبة شديدة في المنافسة و السيطرة ، ورغبة قوية في الانجاز قد ينافس صاحي هذا النمط نفسه . هم أشخاص نافذوا الصبر ، و يشعرون بإلحاح الوقت ، كما يكون لديهم إحساس بأن الوقت يسرقهم و أن مسؤولياتهم كبيرة .

يسيرون و يتحركون و يأكلون بسرعة يضعون عددا من الأعمال لإنجازها في وقت قصير تتجاوز قدرتهم ، فهم في حاجة لتحقيق نواتهم و التفوق عليها ، يميلون إلى تأكيد بعض الكلمات في أحاديثهم و الاستعجال في نهاية الجمل التي ينطقونها ، يتميزون بأسلوب انفجاري في الحديث وتوترات في عضلات وجوههم ، يقاطعون من يحدثهم و يكلمون كلامه . فأصحاب النمط " أ " يجدون صعوبة في الاسترخاء بدون عمل ، يهتمون بإنجازه أكثر من التمتع بأدائه ، فهو نمط يجد السيطرة نتيجة شعور ه بعدم الأمان الخفي ، يعبر عنه بواسطة العدوانية المفرطة إتجاه الآخرين .(شريف ،2003).

ومثل هذه الجهود المستمرة كما يشير إليه (Quintard in :B-Schweitzer & al , 2003) تنتج تنشيطا مفرطا للجهاز السمبثاوي ، وتنتج عنه عواقب متعددة تتمثل في ارتفاع ضغط الدم انقباض الأوعية الدموية ، إفراز مفرط للأدرينالين . وهو ما لخصه (Consoli , 2013) بأنهم أشخاص يمتازون بفرط في النشاط ، دينامية و حركية عصبو هرمونية في مقابل الاجهاد، مرشحون أكثر من غيرهم للإصابة بأمراض الشريان التاجي .

2. الشخصية من النمط " ج " C:

في نفس المنحى الإفتراضي لوجود نمط خاص من الشخصية الذي يقترن بأمراض جسدية محددة ، قام كل من Morris & Greer في 1980 لإدراج النمط "ج" أو ما يسمى

بالشخصية المستهدفة للسرطان (Vollrath, 2006)، استطاعت L.temoschok في 1987 تمييز السلوك الإنفعالي لمرضى السرطان، و الذي تعرفه على أنه عامل خطر في ظهور تطور السرطان و وصفته على أنه نمط يتميز بقمع الانفعالات خاصة السلبية منها: كالغضب، الميل للتضحية بالنفس دون التعبير عن المطالب الفردية وسعت Fox و Temoshok لوصف المريض بطبيعة السلوك على أنه محب واجتماعي لطيف، هادئ وصبور، فهو في حياة عملية متقن للعمل متقبل من المجتمع يتهرب من النزاعات الشخصية، يتمسك بالروتين وميال للموافقة والانصياع، يمتاز بالثبات أمام المصائب، ليس لديه الثقة في نفسه وغير مؤكد لذاته ومضحى بها، فهو شخص جد متعاون، يتميز بعدم المنافسة، الاستجابة لرغبات الآخرين وعدم التسلط، تجنب السلوكيات التي يمكنها أن تخرج الآخرين، الامتثال لمواصفات السلوك المتعارف عليه، والحفاظ على مظهر اللطف، نظرتة إلي الواقع الخارجي تكون معقلنة ومجردة من العواطف الاستذهان، الميل إلي مشاعر العجز واليأس، العجز عن تفرغ التوتر والإفصاح عما يستبد به من انفعالات، يعجز عن التعبير عن غضبه وعدوانيته في وقت يسعى فيه للحفاظ على واجهة قوية وسعيدة. يتحكم في غضبه لأجل الحفاظ على العلاقات بين شخصية والحفاظ على صورة جيدة عن نفسه كشخص محبوب حتى لا يتم رفضه. (Adam & Blatný, 2008)

أما Dunbar في (Pongy et Babeau, 2003) فترى بأنهم أكثر تعرضا للإجهاد، جد متعاونيين، يتطلعون لإرضاء الغير واحترام السلطة، يتسمون بالحصر ومفرطي الإحساس.

نمط الشخصية "د" Type D:

طور مفهوم "النمط د" «type D» سنة 1998 من طرف Johan Denollet. يشير الحرف D إلى الكلمة الإنجليزية distress أي (المحنة والتعاسة)، ولكن أيضا كحرف يلي الحروف A, B, C, في ابجدية اللغة الأجنبية التي تصف باقي الأنماط. (Consoli, 2013) تعتبر العاطفة السلبية والتثبيط الاجتماعي من أكبر السمات المميزة لهذا النمط، وتشير العاطفة السلبية حسب (Denollet, 2000) إلى "انفعالات سلبية ذات طابع اكتئابي تمتاز بالغضب والقلق الحاد.

والأشخاص الذين لديهم عاطفة سلبية هم أشخاص لديهم ميل لاختبار المشاعر السلبية عبر الزمن يصعب تحملهم؛ فهم يمتازون بشعور غير سار ومثيرة للقلق، عدم الراحة العاطفية أو العقلية،

لديهم أعراض حصرية، الإحساس بعدم الرضا والسخط، التوتر والتهيج، الاستياء، وفي بعض الأحيان اللامبالاة نحو المحيطين والانسحابية والشعور بالوحدة، رؤية سلبية وانفعالات سلبية نحو الذات، يتحيزون للاهتمام أكثر بالمؤثرات السلبية، زيادة في استذكار الأحداث الضاغطة والمجهددة ومبالغة في تقييم العلاقات بين إنسانية بالسلبية.

أما التنشيط الاجتماعي فيشير للميل إلى الكف عن التعبير عن الذات في التفاعلات الاجتماعية، فهم متوترون كنتيجة لسوء الأحوال الاجتماعية التي يعيشونها نتيجة للشعور بعدم الأمن. يتجنبون الخطر الموجود في التفاعلات الاجتماعية مثل الانتقاد أو عدم الحصول على الموافقة من الآخر.

بروفيل الشخصية لبعض المرضى السيكوسوماتيون: (مرضى ضغط الدم)

يعتبر ألكسندر ودينبار أول من بيّن كيف أن المصاب بارتفاع ضغط الدم تتنازعهم ميولات متناقضة: من جهة؛ الحاجة إلى السلبية والتبعية التي يعيشها الفرد كإنقاص من القيمة مخجلة وغير مقبولة. ومن جهة أخرى؛ سلوك رد فعل يهدف إلى التحكم في الوضعيات، إلى السيطرة والى الإستقلالية.

مثل هؤلاء المرضى يظهرون عادة بمظهر خارجي هادئ لا مبالي والذي يخبأ شدة انفعالية معتبره، وهي عدوانية اتجاه المحيط. والتحكم في الذات عموما يكون نتيجة لحزم هؤلاء الأفراد، وهم يستعملون طاقة كبيرة لقمع عدوانيتهم وعاطقتهم. إثباتهم لذواتهم، كتنافسهم ونضالهم يدفعهم للبحث عن المسؤوليات والانخراط في نشاط دائم وحتى في نشاط مفرط؛ كأن يكون رؤسا ومرؤسا في الوقت ذاته.

خصائص البروفيل النفسي :

من خلال التطرق للمفاهيم و المصطلحات السابقة الذكر سوف نتناول ضمن دراسة الموضوع بعض السمات المتدخلة في ارتفاع الضغط الدموي .

1) التوتر النفسي :

أ. تعريفه : يعد مصطلح التوتر النفسي من أكثر المصطلحات إستعمالا في الوقت الحاضر إلا أنه من أكثر المصطلحات التي أسيء إستعمالها من قبل المتخصصين واحد من أهم أسباب الخلط في إستعماله هو أنه يستعمل للإشارة لعملية اختلال ، و في حين آخر يستعمل ليعني وجود الفرد للتكيف و اعادة التوازن (Chrousos and gold ,1988,p71)

و يرى كل من كوفر وابلي (Cofer and appley) بأن التوتر هو حالة خطر يتعرض لها الفرد ككل لدرجة يحتاج معها الى تخصيص كل طاقاته لحماية نفسه (Schewbel and others, 1990,55)

إن التوتر النفسي كمفهوم يشير الى تغير في حالة التوازن النفسية التي تنشأ عن مظاهر الوظيفية التي تدرك على أنها مهددة للفرد أو الذات ، و يشخص التوتر النفسي بناء على الاستجابات الفسيولوجية للمثيرات البيئية بحيث يمكن أن يقيم كمهدد لذات الفرد (الشبح ، 1994 ،ص3)

إن التوتر يمكن أن يمون ايجابيا أو سلبيا و كل نشاط يمكن أن يقوم به الفرد قد يؤدي الى احداث توتر لديه ، وهذا التوتر يكون ضمن مستويات مختلفة ، وقد يكون التوتر جسميا أو نفسيا بحيث يتطلب التوتر الجسمي استجابة جسمية وكذلك فإن الظروف البيئية الشديدة يمكن أن تخلق توتر نفسي كما في حالة فقدان شخص أو شيء عزيز ، و إن الكيفية التي يتعامل فيها الفرد مع التوتر ما يعد مظهرا مهما من مظاهر ضبط التوتر ، من الناحية البيولوجية فإن الذي يقع تحت توتر ما فإنه سيحاول حفظ توازنه الداخلي و بناء على ذلك فإن استجابة الجسم للتوتر أما أن تكون على شكل تحمل سلبي أو هروب أو على شكل تحمل إيجابي أو مواجهة (الشبح ، 1994 ،ص8).

(2) أسباب التوتر النفسي :

للتوتر النفسي أسباب عديدة قد تكون إما اسباب مباشرة أو غير مباشرة ، فالاسباب المباشرة نتيجة لزيادة متطلبات ضغوط الحياة اليومية ، أما الأسباب الغير المباشرة فقد صنفها شارلوزورت وناثان (Charlesworth and nathan,1988) الى عدة انواع منها :

- 1- المثيرات الإنفعالية و تشمل المخاوف المرضية و القلق بأنواعه.
- 2- المثيرات العائلية و تشمل سوء التوافق الزوجي و غموض الدور و المشكلات الأسرية.
- 3- المثيرات الاجتماعية و تتعلق بالتفاعل مع الناس و القلق الاجتماعي .
- 4- المثيرات الكيميائية و تتمثل في سوء استخدام العقاقير و الكحول .
- 5- المثيرات الفيزيقية كالغوض و التلوث و غيرها (حداد و حداحه ، 1998،ص54).

عوامل وراثية:

تسبب العوامل الوراثية ووجود تاريخ عائلي انتشار التوتر والقلق المرضي بين العائلة حيث يعد من أهم أسباب الإصابة بالتوتر، ولكن تكون بنسب مختلفة.

التعرض للمشكلات في فترة الطفولة:

قد يكون الفرد تعرض في فترة طفولته إلى الكثير من المشكلات، التي أثرت في نفسيته، جعلته أصبح أكثر عصبية وأكثر توتراً من أي فرد مر بالطفولة العادية دون مشاكل.

الضغوطات الحياتية:

أيضاً فإن الضغوطات الحياتية، والمشاكل المادية، من بين المشكلات التي تجعل الفرد لا يقوى عليها كثيراً، وبالتالي يصاب بالكثير من التوتر جراء التفكير كثيراً في حلول لتلك الضغوطات، ولكن دون جدوى، ومن الممكن أن تتفاقم تلك المشكلة من مجرد توتر عادي إلى توتر مرضي، ومشكلات نفسية مختلفة.

الضغوطات في العمل:

الضغوطات في العمل لها القدرة الكبرى على جعلك تشعر بالتوتر والقلق حيال إنجاز عملك والحفاظ على لقمة العيش، فما أكثر هؤلاء من يصابوا بالتوتر وقد تصل أعراض التوتر إلى الاكتئاب نتيجة الضغوطات في العمل.

التفكك الأسري:

أيضاً فإن التفكك الأسري والطلاق بين الزوجين، من أكثر الأمور التي تجعل الأبناء يشعرون بالتوتر طوال الوقت، إضافة إلى الأمراض النفسية المختلفة.

إدمان المخدرات:

من بين المشكلات التي هي على رأس أسباب التوتر هو إدمان المخدرات وتعاطي جرعات المخدر بشكل كبير يوماً عن يوم، فهي تعمل نقص نسبة الدوبامين في الجسم، وهي المادة المسؤولة عن اللذة والسعادة، حتى يتوقف نهائياً، وبالتالي الشعور بالتوتر الشديد والاكتئاب، وبالأخص في حال عدم توفر المخدر.



الأرق واضطرابات النوم:

عدم أخذ القسط الكاف من النوم و الشعور بالأرق والاضطرابات في النوم تؤدي إلى عدم التوازن في الجسم، كما أنها تعمل على الإصابة بالكثير من المشكلات الصحية، وتعمل على الإصابة بالتوتر والقلق.

(3) مظاهر التوتر النفسي :

أجمعت الدراسات و البحوث النفسية أن هناك ثلاثة مظاهر للتوتر النفسي هي :

المظاهر الفيزيولوجية : و تتضمن:

- تسارع دقات القلب.
- ضيق التنفس و تصبب العرق.
- تقلص و ألم في المعدة .
- الشعور بالغثيان .
- رجفة في العضلات.
- ضعف في الأرجل و احساس بوخز في مختلف أجزاء الجسم مع التيبس في العضلات.
- الشعور بعدم الاتزان .
- اضطراب النظر .

- كثرة التبول. (الرشدان، 1994، ص)
- ولقد جاء في قائمة الصفات التي أعددتها دورثي (Dorothy) لمظاهر التوتر النفسي انها تتمثل في: (راتب ،2000،ص 309)
- صداع الرأس و ألم في الرقبة و الظهر .
- الاسهال أو الامساك ، نهيج الأمعاء .
- عدم الراحة للجسم ككل .
- التعب و سوء الهضم .
- زيادة العرق .
- ألم الرجلين و اليدين .
- برودة اليدين و القدمين .
- سرعة حركات الرجلين و عدم انتظام التنفس ، فقدان الشهية.
- الإفراط في الأكل .
- **المظاهر السلوكية (الانفعالية):** تشير نتائج البحوث النفسية أن النماذج الانفعالية تتمثل في :
 - الغضب و الخوف و الحزن.
 - الشعور بالاكئاب.
 - الشعور بالخجل و الغيرة .
 - و أضافت (حقي ،1983) أن من مظاهر التوتر النفسي .
 - لعق الشفاه بطرف اللسان.
 - مص الإبهام و قضم الأظافر.
- **المظاهر العقلية :** و تتمثل في
 - اضطراب ذهني و ضعف في الذاكرة و النسيان .
 - ضعف التركيز و تشتته .
 - ظهور أفكار يصعب السيطرة عليها .
 - اضطراب الأداء و ضعفه .
 - تقليل مقاومة الشخص على مواجهة مواقف الحياة بكفاءة.

4) أعراض التوتر النفسي:

قد يعاني الشخص المصاب بالتوتر النفسي من أي من أعراض الإجهاد التالية :

الأعراض العاطفية :

- الشعور بالاحباط .
- تقلب المزاج .
- الشعور بالضغط الشديد و فقدان السيطرة .
- صعوبة الاسترخاء و تصفية الذهن .
- الشعور السيء تجاه النفس (عدم تقدير الذات) .
- الشعور بالوحدة و الاكتئاب .
- الانسحاب الاجتماعي .

الأعراض الجسدية :

- الشعور بانخفاض الطاقة .
- نوبات الصدع .
- اضطرابات في المعدة (الإسهال أو الامساك أو الغثيان) .
- ألم في العضلات و شد عضلي .
- ألم في الصدر و تسارع نبضات القلب ، الأرق .
- الزكام و الإصابة بالعدوى بشكل متكرر .
- إنخفاض الرغبة الجنسية أو فقدان القدرة الجنسية.
- عصبية و رنين في الأذن .
- تعرق و برود في الأطراف .
- جفاف في الفم و صعوبة في البلع.

الأعراض المعرفية : و تتمثل في

- قلق مستمر .
- تسابق الأفكار ..
- النسيان .

- عدم القدرة على التركيز .
- سوء الحكم على الأمور .
- التشاؤم و رؤية الجانب السلبي فقط من الأمور .

الأعراض السلوكية :

- تغيرات في الشهية (زيادة أو انخفاض).
- المماثلة و تجنب المسؤوليات .
- زيادة استخدام الكحول أو المخدرات أو السجائر .
- إظهار سلوكيات أكثر عصبية ، مثل قضم الأظافر ، أو التملل.

نصائح و إرشادات للتقليل من حدة التوتر :

- التفكير الإيجابي .
- التسليم و القبول أن هناك أحداث لا يمكنك التحكم بها.
- الدفاع عن المشاعر أو الآراء بدلا من الغضب أو السلبية.
- تناول وجبات صحية و متوازنة .
- تعلم إدارة الوقت بشكل أكثر فعالية .
- تخصيص وقت كاف للهوايات و الاهتمامات .
- الحصول على الراحة الكافية للنوم .
- عدم الاعتماد على الكحول و المخدرات للحد من التوتر.
- إلتماس الدعم الإجتماعي ، و قضاء وقت كاف مع تجنبهم.

القلق النفسي :

تطلق كلمة القلق على الشخص الذي يحدث له أموراً تهدد كيانه أو مصيره ، فيضطرب مظهرا بذلك أعراضاً إنفعالية و فيزيولوجية كالخوف و التوتر و الشعور بتسارع نبضات القلب أو الصداع.

و بهذا قد تعددت التعريفات التي تعرضت لمصطلح القلق لاسيما و أنه يشكل مرض العصر الناجم عن تآزم الظروف و تعصب الحياة .

(1) تعريفه:

يرى أحمد محمد عبد الخالق (1987) القلق أنه استجابة انفعالية مزعجة تتسم بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر و الخوف و العصبية ، كما يقوم بتنشيط لجهاز العصبي الذاتي و زيادة تنبهه. بينما يخصه عبد الرحمان العيسوي(1987) تبلك الحالة الإنفعالية التي تتميز بالخوف و ترقب وقوع الشر ، و تختلف درجته من وضعية إلى أخرى حيث يوجد القلق العادي الذي يزول بمجرد زوال أسبابه ، و آخر مزمن يعرف بعصاب القلق أو الحصر .

و يضيف مصطفى غالب (1976) للمفهوم السابق بعض مظاهر القلق الفيزيولوجية حيث يحدده على أنه شعور عام خامض غير سار بتوقع الخطر و الخوف و التوتر مصحوبا عادة ببعض الاحساسات الجسمية ، و يأتي في نوبات تكرر في نفس الشخص و ذلك مثل الشعور بالفراغ في فم المعدة أو ضيق في التنفس أو زيادة في شدة نبضات القلب أو الصداع أو كثرة الحركة. في حين يركز ميخائيل إبراهيم أسعد(1991) على المظاهر النفسية للقلق و اتصاله الوثيق بالذات إذ يعبر عن صراع داخلي يتميز بعدم الاستقرار و التوتر و الإكتئاب ناتجا عن حدوث أو توقع التهديدات و المخاطر المتناقضة ، و هو حالة تنبعث من فكر و شعور الفرد و تصوراته المتعارضة مع توقعاته أو مع الصورة المثالية التي رسمها لنفسه و طالما أن القلق يشكل حالة من التوتر الانفعالي ممزوجة بالخوف و الألم النفسي و مثيرة إلى خطر مهدد للذات سواء كان داخليا أو خارجيا ، شعوريا أو لا شعوريا ، فإن الباحثة تؤكد بأنه يعد من بين المفاهيم الأساسية لدراسة الذات .

فالقلق هو أحد الإنفعالات المميزة بشعور غير مرغوب فيه مصحوبا بالخوف و مؤثرا على الأداء اليومي للأعمال بصورة عادية ، و هو استجابة لمختلف مواقف الخطر و تهديد الذات. إن الاحتفاظ بالتوازن الداخلي هو من بين الأهداف التي يناضل من أجلها الانسان ، فإن القلق يمثل قوة دافعة ، قد تكون مدمرة أو بناءة ، و يتوقف ذلك على حجم و شدة الموقف المهدد للذات و على درجة شعور الفرد بتوقع وقوع الخطر .

بناءا على ذلك ، فإن شدة موقف الضغط الذي يتعرض إليه الفرد يلعب دورا كبيرا في تحديد اتجاه قوة القلق ، حيث تقوم هذه القوة بالدور الإيجابي البناء في حالة ضعف مصدر التهديد ، أو الدور السلبي المدمر في الحالة التي تكون فيها مواقف الخطر حادة.(د زلوف منيرة

(2016،ص240)

(2) أنواع القلق :

لما كان القلق حالة طبيعية ، يتعرض لها الفرد إزاء مختلف مواقف الضغط و الأحداث ، فإنه يوجد ما هو عادي طبيعي ، و ما هو مرضي إذا زاد عن حده و ضرر بالذات البشرية .
و منه ، يمكن تمييز وجود نوعين أساسيين هما :

أ. القلق الموضوعي :

يمثل ذلك القلق العادي الذي يعبر عن الإستجابة التلقائية لمختلف مواقف الخطر و تهديد الذات .
فهنا يكون مصدر الإستثارة خارجيا ، يدركه الفرد و يشعر اتجاهه بالقلق و الخوف ، و يعمل على مواجهة الحالة الباعثة للتوتر .
يحدث هذا النوع من القلق في حالات الخوف من فقدان موضوع ما ، و تتوقف حدوده على ظروف الزمان و المكان .

و كلما ارتفعت شدته ، زاد تفاقم الأعراض المصاحبة له ، و اشتدت المواجهة .

ب. القلق العصابي :

يشكل ذلك القلق المرضي الذي يعبر عن حالة غامضة من الشعور بالخطر تعمل باستمرار لإثارة الرعب و الفرع عند الفرد ، و ينتج عن تلاقي مواقف الضغط الشديد من جهة ، و العجز للتصدي لها أو مواجهتها من جهة أخرى ، و هو بهذا يلزم الفرد مدة طويلة .
هذا و يحلل مصطفى غالب (1976) الصنفين السابقين إلى ستة فروع هي :

أ. القلق المثبت أو القلق العضوي :

هو القلق الذي يكون مرتبطا بعضو معين أو منطقة من الجسم ، يشكو المريض من اضطراب وظائفها حيث يعتبر المرض أو الخلل العضوي في هذه الحالة موضوعا للقلق .
و يدعى حينئذ القلق الموضوعي أو الواقعي يتسبب فيه الألم العضوي من المرض و يستمر لمدة طويلة .

و يترتب عنه قلق الموت الذي يعبر عن خوف الأنا من الدمار و الهلاك مؤديا الى الإكتئاب .

ب. القلق التحذيري :

يمثل الاستجابة لمختلف التوقعات المهددة قبل حدوثها ، و هو استخدام الأنا القلق محذرا و متجنبا المواقف الصادمة و محاولة مقاومتها .
و يتعلم به الفرد استباق الحوادث و الاستجابة لتوقعاته .

أ. قلق الأنا :

و هو ما يظهر على الفرد عند وقوع الخطر ، يستعين حينها الأنا بالقلق مستعملا آليات دفاعية مناسبة لقهر الموقف المهدد و مستندا إلى الخبرات السابقة .

(5) قلق الأنا الأعلى أو القلق الخلفي :

يشكل محاولة تحذيرية من الأنا الأعلى إلى الأنا ، تحدث على مستوى اللاشعوري ، و يستبق الأنا الأعلى بهذا القلق مجمل المواقف ذات الطابع الخلفي .

و لكن يعاني الفرد من نوعية هذا القلق بإحساسه بالإثم و الذنب أو الخجل .

(6) القلق الفمي :

تؤدي الصراعات الفمية في الطور الفمي إلى هذا النوع من القلق ، و قد يستمر بملازمة الشخص مسببا له الإكتئاب .

(7) القلق التلقائي :

هو الذي لا يجد له الفرد تفسيراً ، و يحدث عندما تنتبه أحاسيسه و مشاعره ، فلا يستطيع السيطرة عليها .

و على هذا الأساس ، فإن الإستجابة للقلق تصنف إلى حادة و مزمنة .

فالحادة هي التي يزيد بها انفعال الجهاز العصبي المستقبل و تشتد من خلالها الأعراض المصاحبة

أما المزمنة ، فتخف فيها الأعراض الحادة غالبا و لكنها تعنف أحيانا.

أما الإستجابة للقلق فتكون متباينة و متوقفة على حسب طبيعة خصائص شخصية كل مراهق و سيكولوجيتها ، و حسب الكيفية التي يتقبل بها مرضه أو لا يتقبله.

درجات القلق :

1. القلق البسيط : و هو عبارة عن توتر و الشعور بالرغبة خاصة عند مواجهته للمشاكل و الصعوبات (محمد جاسم محمد 2004،ص242)

2. القلق المزمن : تظهر أعراضه عند الشخص خفيفة نوعا ما عن الأعراض الحادة حيث يحدث اضطراب أثناء النوم مصحوب بأحلام مزعجة، و ظهور حالات العنف بصفة كبيرة تجعل المريض يسعى لمساعدة الطبيب .

3. **القلق الحاد** : تحدث نوبات بأشكال مفاجئة ، و الأسباب مجهولة حيث تسيطر على المريض لعدة دقائق في المرة الواحدة ، تعبت فيه حالة من الرعب و المرضى يقولون أنه أكثر إيلا ما من أية حالة جسمانية حادة . (محمد جاسم ، 2004 ، ص242).

أعراض القلق:

يؤدي شعور الفرد بالقلق إلى إحساس بالخوف مجهول المصدر ، و بالعزلة و الإنطواء حول الذات مما يدفع به إلى عدم التركيز و الانتباه و السرحان و سرعة النسيان ، و تأويل ما يحدث حوله بصورة تشاؤمية.

ب - الأعراض الفيزيولوجية :

و تدرج بدورها في مستويين :

أ) المستوى الأول :

هو مجمل الأعراض التي يستطيع الفرد الشعور بها كتسارع ضربات القلب ، جفاف في الحلق ضيق في التنفس ، الإرتباك ، ضعف شهية الطعام أو زيادتها ، وفي هذه الحالة يعوض الفرد ظاهرة القلق بالشراهة في الأكل .

الى جانب الميل إلى الإكثار من النوم لإبعاد القلق عن طريق الإنشغال به.

ب) المستوى الثاني :

يتمثل في تلك الأعراض التي لا يشعر الفرد بها كنشاط الجهاز العصبي السمباتي و الباراسمباتي تحدث كل من الأعراض النفسية و الفيزيولوجية للقلق آثارا سلبية دافعة بالفرد إلى فقدان الثقة بنفسه و بقدراته و إمكانياته الذاتية .

أسباب القلق :

يرجع (Anderson 1906) القلق إلى المواقف الإحباطية المعرقللة لأداء الفرد و التي قد تؤدي به إلى القلق العصابي ، و من بينها الفشل في الحياة الزوجية ، و الفشل في العمل ، و عاهات البدن المختلفة.

و انطلاقا من النقطة الأخيرة ، فإن الإصابة الفعلية في الأعضاء الداخلية للإنسان لاسيما الغدد الصماء المسؤولة عن إفراز الهرمونات و الجهازين السمباتي و الباراسمباتي و الخلل في الوظيفة تساهم في توليد القلق لدى المريض و تفجير اضطرابات نفسية متعددة مرتبطة بهذا القلق .

و لما كانت العلاقة بين القلق و الخوف طردية فإن القلق يكون في حالة ارتقاب الخطر سواء كان معلوماً أو مجهولاً ، أما الخوف فينجم عند حدوث و حضور هذا الخطر بصورة موضوعية .
و حسب (Freud,1981) ، فإنه يساهم ثلاث عوامل مختلفة في تكوين القلق و هي :

✓ الشعور بالخطر.

✓ العجز عن مقاومته.

✓ و أثر الصدمة على الفرد.

تتولد هذه الصدمة عن الشعور بالعجز الناتج عن التهديد بالخطر و الضغوطات الداخلية أو الخارجية .

و من الدراسات التي حاولت تعريف العلاقة بين القلق و طبيعة الموقف الذي يتعرض له الفرد،دراسة (Berkovec,1985) التي بينت الارتباط الوثيق بين هذين المتغيرين ، حيث يزداد القلق في الحالة التي يخضع فيها الفرد إلى التقييم من طرف الآخرين خاصة عند قلة امتلاكه أو افتقاره إلى مهارات تمكنه من تخطي هذا الموقف و الآثار المترتبة عنه بنجاح.
على العموم ، نستطيع أن نقول بأن هناك دوافع عديدة متشابكة تتفاعل مع بعضها البعض و تؤدي إلى القلق.

وقد يحدد ميخائيل إبراهيم أسعد (1991) أهم هذه الدوافع في الضغوطات المرتبطة بمشاكل الحياة و المآزق النمائية المرتبطة بمرحلة المراهقة.
و من الأسباب المتدخلة في القلق ما يلي :

أسباب وراثية :

أثبتت الدراسات أن القلق ينتقل عبر الوراثة، حيث افترض أن هناك اضطراباً بيولوجياً أو كيميائياً يسبب المرض و قد أجريت دراسات إحصائية عن مدى إنتشار الإضطراب بين أقارب المصابين من الناس ووجد أن احتمال الإصابة عند ذوي القرابة الوثيقة بإنسان مريض بالحالة أكبر من احتمال إصابة مما أن لا ترابطهم صلة قرابة من المرضى ، و أشارت دراسات التوائم إلى أن هناك ميلاً أكبر لإصابة كل من التوأمين بمرض القلق لو كانا توأمين متماثلين أو توأمين غير متطابقين. (مصطفى نوري القمش ،2007، 266)

أسباب نفسية :

أثبتت الدراسات النفسية و الإكلينيكية أن هناك أسباب نفسية تؤدي إلى ظهور القلق ، فقد ينتج عن صراع نفسي و قد يكون نتيجة تهديدات ، و الخوف.

أ. الصراع النفسي : هناك ثلاثة أنواع من الصراعات التي تسبب القلق .

صراع يتعلق بالميل أو رغبة في تحقيق هدفين مرغوبين من غير الممكن الجمع أو التوفيق بينهما و غالبا ما يكن اتخاذ القرار صعبا ، و يؤدي أحيانا إلى إثارة القلق .

الرغبة في فعل شيء و عد فعله في نفس الوقت ، فعلى سبيل المثال ، يمكن لشخص أن يدخل في صراع حول إنهاء علاقة رومانسية تبدوا مسدودة ، فمن شأن فسخ العلاقة أن يوفر مزيدا من الحرية و الفرص ، لكن يمكن أن يكون في نفس الوقت اختيارا أليما و معذبا لكلا الطرفين.

النظريات المفسرة للقلق :

قبل التطرق الى مختلف التفسيرات النظرية للقلق ، اقتضت الضرورة توضيح معنى القلق الذي يتجلى في مظاهر مختلفة من السلوك السوي أو المرضي .

تعني الباحثة في مجال الدراسات النفسية بالقلق الذي يتجلى في مظاهر السلوك السوي عندما يكون كحالة انفعالية مؤقتة تلعب دورها في مواقف الضغط و تهديد الذات ، و تزول أول تقل بمجرد زوال العوامل المسببة في ذلك.

بينما تقصد بالقلق الذي يبدو في مظاهر السلوك المرضي عندما يكون كسمة من سمات الشخصية ، و هو استعداد يكمن في ذات الفرد نتيجة الوضعيات المؤلمة السابقة التي مر بها.

يعتبر القلق ظاهرة منتشرة بكثرة لدى الأطفال ، تنمو كمكون انفعالي في بناء الشخصية ، باعتبار أن الطفولة هي المرحلة الحساسة التي ينمو فيها القلق و يتطور بشكل سريع بهدف الاستجابة لمختلف مثيرات الخطر و التهديد حقيقة كانت أم وهمية مسببة الخوف ، مما يؤكد العلاقة الزطيدة بين الخوف و القلق .

غير ن تطور القلق بشكل ملحوظ حسب Cameron (1951) يتوقف على أربعة شروط هي:

أ. في الحالة التي يستحيل فيها الهروب من الموقف المهدد.

ب. في الحالة التي يكون فيها توقع قوي للعقاب .

ج. في الحالة التي تنعدم فيها الفرصة للقيام بردود أفعال اتجاه الخطر.

د. في حالة الفشل التام و العجز النهائي للتصدي لموقف التهديد و الألم .

تذكر هذه الشروط الباحثة بالعوامل الثلاثة التي أكد عليها (1981) Freud في المساهمة في تكوين القلق .

و انطلاقا من أهمية ظاهرة القلق نفسها فإن معظم النظريات السيكلوجية تخصصها في دراسة الشخصية .

أ. نظرية التحليل النفسي :

يعتبر العالم فرويد أول من اهتم بظاهرة القلق من ثلاث جهات و هي :

❖ الوجهة الأولى :

متمثلة في غياب الواقف التي يستمد منها الطفل الإحساس بالسند و الأمان مما يولد لديه قلق الانفصال كموقف غياب الأم عن الطفل .

❖ الوجهة الثانية :

يعتبر فرويد القلق نتيجة الصراع اللاشعوري بين غرائز الهو و القيود المسلطة عليها بواسطة الأنا و الأنا الأعلى .

❖ الوجهة الثالثة :

حاول فرويد إبراز علاقة القلق بالعصاب ، حيث لاحظ أن القلق كثيرا ما يصاحب الحالات الهستيرية ، فاعتقد أن وراء الهستيريا عملية نفسية غالبا ما تكون جنسية ، فكبتت و تحولت الحالة الإنفعالية الوجدانية المصاحبة لها إلى القلق .

و بناء على مما سبق ذكره ، تعتمد نظرية فرويد حول القلق على الصراع بين قوتين ، قوة الغرائز التي يعبر عنها الهو و القوة المقابلة لها التي تشكل الذات العليا و المعايير و القيم .

في ضوء ذلك، يكون الأنا هو موضوع الخطر و العجز اتجاه ضغط قوتين متصارعتين ، فينشأ الإضطراب و يشعر الفرد بالضعف و عدم القدرة على التصرف السليم الموافق مع الواقع الخارجي .

و طالما أن القلق يدل على أن الأنا في وضعية التهديد ، فإن الصورة النرجسية للشخص تضطرب.

بينما تجعل (1937) K.Horney من مفهوم القلق الأساسي محورا رئيسيا في تفسيرها للعصاب .

ينتج القلق الأساسي عن أي موقف إجتماعي يثير الخوف و الفرع عند الطفل ، حيث ترى أن القلق ينشأ من العوامل الإجتماعية المؤثرة في عملية نمو الطفل أكثر من أن ينجم عن الصراع القائم بين غرائز الهو و الأنا و الأنا الأعلى .

فهي بذلك لا تتفق تماما مع رأي فرويد الثاني عن القلق و تؤيده نسبيا .

و يتولد القلق عند الطفل و ينمو بصورة واضحة عند تعرضه للمواقف الإجتماعية البيئية المهددة و المدركة كمواقف خطورة و ضغوطات ، مما يعلم الطفل استعمال ميكانيزمات دفاعية تعكس أساليب التعامل مع القلق ، وهذا ما يخلق لديه نمطا من الحاجات تسمى بالحاجات العصابية .

وبهذا فإن الذات تتكون من مجمل الاستحسانات المنعكسة ، و يؤدي إدراك عدم الإستحسان من الآخرين إلى القلق .

ب) النظرية السلوكية :

تعتبر النظرية السلوكية القلق استجابة متعلمة و مكتسبة بالاقتران الشرطي ، حيث فسرت نظرية التعلم الإجتماعي ل : Wolpe (1981) Walters(1963) و Bandura(1969) القلق على أساس التعلم من مواقف معينة إذ يشترط الإقتران بمثيرات معينة كي يحدث القلق.

ج) النظرية الفيزيولوجية :

فسرت هذه النظرية موضوع القلق من زاوية التغيرات الداخلية التي تحدث للفرد حيث أكد العالم الفيزيولوجي الدانماركي Lang(1985) على أن الشعور بالخوف و القلق لا يتعدى سوى الإحساس بمختلف التغيرات الجسمية الفيزيولوجية المصاحبة للإنفعال .

أي أن السبب في القلق و الخوف هو الشعور بهذه الإحساسات المتعددة ، فلا يستطيع الفرد التعايش مع هذه الإنفعالين إلا إذا أحس بتسارع ضربات القلب و الإرتباك و تصبب العرق البارد و غيرها من الأعراض الفيزيولوجية الأخرى التي تلازم القلق .

يستخلص مما سبق أن جميع النظريات السابقة اتفقت على أن القلق يعتبر حالة انفعالية ناجمة عن مواقف الخطر و تهديد الذات سواء كانت هذه المواقف واقعية أو وهمية ، حقيقية أو رمزية ، باعثة الإحساس بالخوف و الفرع في ذات الفرد.

مفهوم الاكتئاب :

و يعرف بيك الإكتئاب على أنه : " نتاج استراتيجيات المجابهة اللاتكيفية للضغوط مع وجهة النظر السلبية عن الذات و عن العالم و عن المستقبل و التركيز الإنتباهي الشديد على المظاهر السالبة للمثير " (hoffman ,2012,67)

أما المعهد الأمريكي للصحة العقلية فيعرف الإكتئاب بأنه عبارة عن خلل في سائر الجسم و الأفكار و المزاج و يؤثر على نظرة الانسان لنفسه ولما حوله من أشخاص ، و ما يحدث من أحداث بحيث يفقد المريض توازنه الجسدي و النفسي و العاطفي (حجازي، 2013، 11)

كما يعرف الاكتئاب بعلامات مميزة تتمثل في التضرر الحاصل في المزاج و الانقباض و فقدان المتعة و الفراغ الانفعالي و فقدان الدافع و الاهتمامات و عدد كبير من الشكاوي الجسدية . و مشاعر كالحزن و الانقباض و تعكر المزاج، و فقدان الطاقة و انخفاض الدافعية و التشتت و فقدان القيمة ، و اليأس و اللامعنى و التي تترافق على الأغلب مع القلق و عدم الهدوء و فقدان الشهية و فقدان الوزن ، واضطرابات النوم و الألم و مشكلات التركيز و أفكار الانتحار. (شلوته، 2016، 177)

أ) أعراض الإكتئاب:

يشتمل الإكتئاب على جملة من الأعراض نصفها فيما يلي :

الأعراض النفسية و الإنفعالية :

تتمثل في الحزن و البكاء و انخفاض الطاقة و نوبات البكاء غير المتحكم فيها ، الشعور بالذنب الخجل و خيبة الأمل ، القلق و ضعف الثقة ، اليأس ، التعب و الإنهاك ، الفتور و اللامبالاة (عسكر ، 2001 ، 74)

الأعراض الفيزيولوجية :

تتواجد الأعراض التالية بصورة متكررة في الأفراد المكتئبين كالإنقباض في الصدر و الشعور بالضيق و فقدان الشهية و رفض الطعام و شعور المريض بعدم استحقاقه لرغبته في الموت ، نقصان الوزن و الامسك ، الصداع و التعب لأقل مجهود، آلام في الجسم خاصة في الظهر ، ضعف النشاط العام ، التأخر النفسي الحركي ، و البطئ و الرتابة الحركية ، و تأخر زمن الرجوع

توهم المرض و الإنشغال على الصحة ، و اضطراب النوم ، و اضطراب الدورة الشهرية و الكآبة (عسكر ، 2001 ، 77)

الأعراض المعرفية :

تتمثل في التشرد ، و التفكير المطلق ، نقد الذات و الصعوبة في التركيز و التذكر ، تشتت الانتباه و فقدان الاستبصار ، وجود أفكار انتحارية (غانم ، 2006 ، 109)

الأعراض السلوكية :

تجنب الناس و عدم الاكتراث بهم ، عدم الخروج من المنزل
إهمال الأعمال المنزلية و عدم القيام بالأنشطة اليومية المعتادة
الصراخ لأتفه الأسباب ، الخلافات الكثيرة
فقدان القدرة على التحكم في النفس .

الحالة المزاجية : (بابا حموي ، 2022 ، 09-13)

يمكن تعريف المزاج على أنه الحالة النفسية أو الشعور السائد الذي يعيشه الشخص ، ومن الطبيعي أن يتغير مزاج الإنسان خلال اليوم من حالة إلى أخرى و يطلق عليه حينها المزاجية ، و هناك العديد من العوامل التي تؤثر على مزاج الفرد و التي تسبب في تغييره ، و يجب الانتباه إلى أن المزاجية الشديدة و المتغيرة بصورة سريعة قد تعتبر عارضا مرضيا و ينصح حينها بمراجعة الطبيب ، أما المزاجية المعتدلة فيعتبرها بعض الناس صفة جذابة في الشخصية.

أنواع الحالة المزاجية :

المزاج السلبي:

المزاج السلبي له انعكاسات هامة على صحة الإنسان النفسية و الجسدية . الأمزجة عبارة عن حالات نفسية أساسية والتي يمكن أن تظهر كردة فعل لحدث ما أو تظهر لسبب غير ظاهر.وبما أن ليس هناك سبب مقصود للشعور بمزاج سلبي فليس هناك وقت معين محدود البداية و النهاية لذلك. ربما يستمر لساعات أو لأيام أو لأسابيع أو أطول من ذلك. يمكن أن يؤثر المزاج السلبي في طريقة تفسير الأفراد و ترجمتهم للعالم الخارجي المحيط بهم و أيضا توجيه سلوكهم .

يرتبط المزاج السلبي بالإكتئاب و القلق و العدوانية و عدم تقدير الذات و التوتر الفيسيولوجي و انخفاض في الرغبة الجنسية . و لكن هناكما يدل على أن المزاج المكتئب أو القلق قد يزيد من

الشهوة و الرغبة الجنسية لدى بعض الأفراد . بشكل عام كان الذكور أكثر من النساء زيادة في الدافع الجنسي أثناء حالات المزاج السلبي، يوصف المزاج السلبي بأنه غير بناء لأنه يمكن أن يؤثر على قدرة الفرد في معالجة المعلومات مما يجعله يركز فقط على مرسل الرسالة ، في حين أصحاب المزاج الإيجابي يعطون مزيدا من الإهتمام لكل من المرسل و سياق الرسالة و هذا قد يسبب المشاكل في العلاقات الإجتماعية مع الآخرين.

المزاج الإيجابي :

يمكن أن يكون سبب الشعور بالمزاج الإيجابي من مختلف جوانب الحياة و كذلك لها آثار معينة على الشعب ككل . و يعتبر المزاج الجيد عادة حالة معينة تحدث دون سبب معين فالأفراد لا يستطيعون التحديد تماما لما هم في المزاج جيد ، يبدو بأن الأفراد يشعرون بإيجابية عندما يكون لديهم فرصة أخرى أو بداية جديدة ، وكذلك في حالة النوم الجيد ، و أيضا في حالة عدم الشعور بالتوتر و الضغط في حياتهم.

فقد كانت هناك الكثير من الدراسات التي أجريت حول آثار المشاعر الإيجابية على العقل الإدراكي ، كما توجد آراء أخرى تنص بأن المزاج الإيجابي يمكن أن يؤثر تأثيرا جيدا أو سيئا على عقولنا ، عموما قد تبين بأن المزاج الإيجابي يعزز من الحلول الإبداعية للمشكلات و التفكير المرن بل و التفكير الحذر كما صرحت بعض الدراسات أن المزاج الإيجابي جعل الأفراد يفكرون إبداعية و حرية و بطريقة خيالية أكثر . كما يساعد أيضا في حالات التفكير العميق و العصف الذهني و في احدى التجارب ، تبين بأن الأفراد الذين تم حثهم للمزاج الإيجابي قد تحسن أدائهم في اختبار المنتسبين عن بعد و هي عبارة عن مهمة إدراكية تتطلب إبداعية في حل المشكلات فضلا عن ذلك تشير الدراسات أيضا بأن المزاج الإيجابي يوسع أو يزيد من الانتباه بحيث يكون الوصول للمعلومات التي يمكن أن تفيد في اتما المهمة المضطلع بها يصبح أكثر سهولة و نتيجة لذلك فإن زيادة إمكانية الوصول للمعلومات ذات الصلة يسهل عملية حل المشكلة بنجاح.

صفات الشخص المزاجي :

هناك حدودا معروفة للمزاجية الطبيعية و يجب التفريق بينها و بين تغيرات المزاج الحاد ، فتغير المزاج و الإنغماس بشعور معين أو أكثر لمدة 15-90 ثانية فقط ثم زوال هذه المشاعر بعد الإحساس بها بشكل كاف يعتبر مزاجية ، أما إذا زادت المدة الزمنية عن ذلك أو تملكت هذه المشاعر من الانسان بشكل قوي فلا يمكن اعتبارها عرضا طبيعيا ، و بشكل عام هناك العديد من الصفات التي تجمع معظم الأشخاص المزاجية معا.

تغيير المشاعر:

تغير المشاعر حيث تتبدل مشاعر الشخص المزاجي بين المعنويات المنخفضة و التي يعبر عنها من خلال التعاسة ، و خيبة الأمل ، و العناد ، و الكنابة ، و العبوس ، و إظهار الاستياء أو عدم الرضا.

الاهتمام بالمشاعر :

يقوم الشخص المزاجي بالاهتمام بمشاعره إلى حد جعلها من الأولويات في الكثير من الأحيان ، و قد يظهر عند التعامل مع الآخرين أنه يهتم بمشاعره على حساب مشاعرهم ، وكأنه يحاول جلب الأضواء نحوه في كل موقف و يجد كثير ممن يتعاملون معه أنفسهم يهتمون برود أفعال و فيما يفكر ، إلا أنه في المقابل لا يلقي اهتماما كبيرا لما يشعرون أو يفكرون في أغلب الأحيان.

التصرف حسب المشاعر :

عادة ما يقوم الشخص المزاجي بالتصرف حسب مشاعره فإن كان سعيدا و هادئا يتعامل بلطف مع الآخرين و يسهل الوجود حوله ، و إما إن كانت مزاجه معكرا و مشاعره سلبية قد يقوم بالتصرف بطريقة لا تتناسب مع الموقف أو مسيئة و بالتالي يصعب على الآخرين التعامل معه.

الحساسية :

يتميز الشخص المزاجي بكونه حساسا أكثر من الآخرين لما يجري حوله ، حيث تتطور مشاعره بشكل قوي نتيجة أحداث أو أشياء صغيرة تحدث حوله يؤدي ذلك إلى إنفعاله و تغيير مشاعره دون سبب ظاهر للناس ، فعلى سبيل المثال يمكن لموقف بسيط في بداية اليوم التأثير على مزاجه لفترة طويلة ، و يمكن النظر إلى حساسية الشخص المزاجي على انها صفة مميزة كونه يشعر في أغلب الأحيان بأقل المؤثرات التي تدل على وجود خطأ و حاجته للتعديل ، لذا يمكن

استغلال ذلك بشكل جيد عند التدريب على التدريب على التعبير عن هذه المشاعر للآخرين بصورة واضحة و منطقية.

اللوم:

قد يلجأ الشخص المزاجي إلى لوم من حوله إذا ما شعر بشعور سلبي ، ومن المهم الإنتباه إلى أنه صد يستخدم هذا الأسلوب لصرف الانتباه عن سبب الغضب و الإستياء أو تغير مشاعره المفاجئ و قد تتطور تصرفاته إلى نوع من أنواع النرجسية و التحكم بالآخرين ، لذا ينصح بعدم تقبل اللوم الناتج عن الشخص المزاجي أو محاولة إرضائه فقط دون صرف انتباهه إلى أفعاله و كيفية تعامله مع مشاعره و توعيته نحوها.

العوامل المؤثرة على المزاج:

1. الجينات الوراثية : حيث أنه من الممكن أن تشتهر عائلة معينة بعسر المزاج و عائلة أخرى بالهدوء و هكذا.
2. البيئة الفيزيائية للدماغ: على سبيل المثال ممكن أن يولد طفل و في دماغه تلف معين في جهة من الجهات المسؤولة عن الحالة النفسية و المزاج.
3. الضغوطات الحياتية : و الظروف المحيطة بالإنسان.
4. فصول السنة : الفصل الذي نمر فيه حيث يختلف المزاج باختلاف فصول السنة حسب وجود أشعة الشمس من عدمه.
5. الألوان : المحيط بنا من كل مكان
6. الروائح: التي نشتمها
7. الرياضة : ممارسة التمارين الرياضية من عدمه
8. الغذاء : نوعية الغذاء و تناوله

الإكتئاب :

(بسمة علي حامد حمودة ، 2020 ، ص144-145)

مفهوم الإكتئاب :

هو اضطراب نفسي يتميز بشعور دائم بالحزن ، فقدان الاهتمام أو المتعة في الأنشطة اليومية ، و يؤثر بشكل سلبي على التفكير ، السلوك ، المشاعر . يمكن أن يصاحبه أعراض جسدية مثل التعب ، اضطرابات النوم ، تغيرات في الشهية ، و صعوبة في التركيز.

تصنيف الاكتئاب :

1. **الاكتئاب التفاعلي Reactive Depression** : و هو رد فعل لظروف خارجية أي اكتئاب خارجي المنشأ ، و هو بمثابة رد فعل للعوامل البيئية و الضغوط النفسية.
2. **الاكتئاب العصبي Neurotic Depression**: وهو حالات من الإنقباض راجعة إلى عوامل نفسية فردية لا شعورية يشعر فيها الفرد بالحزن و الأسى دون أن يدري مصدر إحساسه الحقيقي.
3. **الإكتئاب الذهاني Psychotic Depression** : و هو حالات من الإكتئاب راجعة إلى اضطراب في الجهاز العصبي المركزي ، وهو داخلي المنشأ وراثي الجذور ، ويتسم بالكآبة و البطئ (النفسي الحركي) .

أنواع الإكتئاب :

- الأول:** الإكتئاب الحدي أو الإعتمادي و الذي يركز على قضايا العلاقات الشخصية المتبادلة مثل الإعتمادية و مشاعر العجز و الافتقاد و الهجر.
- الثاني :** الاكتئاب الاستدماجي أو الناقد للذات : و الذي يركز على قضايا خاصة بالذات مثل الاستقلال و نقد الذات و مشاعر الفشل و الذنب.

خلاصة الفصل

أصبح الآن من الواضح لدى علماء النفس ، أن إدراك العوامل الضاغطة يختلف من شخص لآخر فما قد يدرك كعامل ضاغط بالنسبة لشخص معين ، قد لا يكون كذلك بالنسبة لشخص آخر فقد يدرك الفرد وضعية ما كضاغطة و تظهر عليه مظاهر حالة القلق و التوتر و تختفي الحالة سريعا بإختفاء تلك الوضعية ، ولكن هناك أفراد يستمر احساسهم الدائم بالقلق أو التوتر أو اختفاء تلك الوضعية ، وذلك لأن القلق عندما يكون سمة من سمات الشخصية و التي تعتبر جانبا ثابتا نسبيا من خصائصها ، تحدد سلوك الفرد بطريقة فريدة تختلف عن طرق الآخرين.

الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

- تمهيد الفصل
- مكان الدراسة
- المنهج التبع في الدراسة
- وسائل القياس
- المقابلة النصف موجهة
- مقياس تايلور للقلق
- حالات الدراسة
- حدود الدراسة
- خلاصة الفصل

تمهيد الفصل

إن لكل حادث فردانيته المميزة وتأثيره المميز إلا أن هذا لا يمنع من محاولة تفسير المشكلات التي يواجهها الإنسان و الإجابة عن الأسئلة.
وتعتبر الإجراءات المنهجية المتبعة من طرف الباحث هي الكفيلة للوصول إلى الأهداف المرجوة من البحث.

وفي هذا الفصل سيتم التعرض إلى منهجية البحث المتمثلة في تقديم المنهج المتبع في هذه الدراسة ، الدراسة الإستطلاعية ، الحدود المكانية و الزمانية للبحث ، مجموعة الدراسة ، مع ذكر أهم وسائل القياس المتبعة للتحقيق من الفرضيات .

1. مكان الدراسة :

المركز الإستشفائي الجامعي لمستغانم Centre Hospitalisée Universitaire حيث يحتوي على 12 مصلحة مقسمة على أربعة طوابق .

تمت الدراسة الميدانية في مصلحة طب الأعصاب في الطابق الرابع فتتكون المصلحة من: 8 غرف و 16 سرير ، في كل غرفة سريرين.

- رئيسين للمصلحة .
- طبيبين في الطب العام .
- أخصائي في أمراض الأعصاب Neurologue .
- 11 ممرض و ممرضة.
- منسق .

2. المنهج المتبع في الدراسة :

إن طبيعة الدراسة التي تم القيام بها جعلتنا نختار المنهج العيادي ، ذلك بهدف التعرف على البروفيل النفسي لمريض الضغط الدموي ، لذلك كان لابد من الإلتقاء بالمرضى وجها لوجه قصد التحدث معهم عن أحوالهم و استجوابهم حول إستجابات المحيط بهم ، فهذا ما يساعد الباحث على معرفة السير النفسي للفرد ، كما أن الإعتماد على المنهج العيادي يسمح بفهم شخصية فرد معين بالذات و تقديم المساعدة إليه .

حيث يعرفه حلمي المليجي على أنه : " منهج يختص بالمعرفة و الممارسة النفسية المستخدمة في مساعدة العميل الذي يعاني من اضطراب ما في الشخصية ، يبدوا في سلوكه و تفكيره حتى ينجح فيتحقيق توافق أفضل و إكتساب قدرة أعلى في التعبير عن ذاته . " (حلمي المليجي، 2001، 29)

كما يعرفه أديب الخالدي على أنه : " منهج يعتمد على الملاحظة المعمقة للأفراد الذين يواجهون مشاكل معينة و التعرف قدر الإمكان على تاريخهم النفسي و الحياتي و سياقهم الإجتماعي ، وذلك من خلال تراكم البيانات النوعية (المقابلة ، الملاحظة ، الاختبارات النفسية) ، بهدف الغوص في البنية الشخصية ككل ديناميكية ، و فهم الصراعات اللاواعية و آليات التكيف لتسليط الضوء على العوامل النفسية المفسرة للسلوك و المشكلة قيد الدراسة " .(أديب محمد الخالدي ، 2006 ، 18)

و يعرفه الذرييري 1984: " أنه تقنية منظمة لخدمة المشكل الذي يطرحه الفرد و المنهج العيادي بدوره يعتمد على الملاحظة و التي هي أداة عامة من أدوات البحث العلمي و يستخدمه الباحثون في دراستهم للظواهر المختلفة بأصول و قواعد عديدة ، و تستلزم في الميدان العيادي مهارات فائقة و ممارسات و خبرات ." (عطوف محمد ياسين ، بدون سنة ، 705)

الإطار المكاني :

عادة طبيعة الدراسة أو البحث المراد القيام به هو الذي يحدد المكان الذي تقع فيه الدراسة ، ذلك أن الدراسة تجري على أشخاص معينين لا يمكن الإلتقاء معهم إلا في أماكن معينة ، لذلك تم إجراء هذا البحث في المركز الإستشفائي الجامعي لمستغانم في مصلحة طب الأعصاب ، لقد تم إختيار هذا المركز لقربه و لسهولة التواجد به .

الإطار الزمني :

تمت مقابلة المرضى كل يومي الأحد و الثلاثاء ، حيث تم الإلتفاق معهم على تطبيق المقابلة النصف موجهة و المقياس في حصة واحدة ، تم إجراء معهم المقابلة في البداية دامت 45 دقيقة ، بعدها قمنا بتطبيق المقياس عليهم دام حوالي 20 دقيقة .

3. الدراسة الإستطلاعية :

الدراسة الإستطلاعية تعتبر الخطوة الأولى لدراسة عملية دقيقة لمشكلة ما محددة حيث تسمح في معرفة التغيرات التي قد يكون لها علاقة بأحد متغيرات الدراسة .
ومن هذا المنطلق فإن الدراسة الإستطلاعية تساعد في تحديد أهداف مختلفة منها :

- ✓ تحديد مشكلة البحث بشكل دقيق
- ✓ تحديد كل جوانب المشكلة
- ✓ تحديد إطار الدراسة
- ✓ الوقوف على أهم المعوقات التي تواجه الدراسة و كيفية التغلب عليها
- هذا بالإضافة إلى انها تساعد على:
- ✓ تحديد و صياغة فرضيات البحث
- ✓ تحديد المنهج المناسب للدراسة
- ✓ تحديد الأدوات القياسية المناسبة
- ✓ تحديد أكثر دقة لعينة البحث

و بفضل القيام بالدراسة الإستطلاعية على حالتين بالمركز الإستشفائي الجامعي ، سمحت هذه الدراسة الاستطلاعية ببناء إشكالية البحث ، و صياغة الفرضيات و انتقاء المنهج المناسب و وسائل القياس المناسبة .

الجدول رقم (01) يمثل الحالات : (من مرضى ارتفاع ضغط الدم و ضغط الدم المنخفض)

الولاية	العلاج المتلقي	نوع المرض	إكتشاف المرض	سوابق مرضية	السن	
مستغانم	Taloprex 10 mg	ضغط الدم المرتفع	2019	ضغط الدم	33 سنة	الحالة (01) ف.ب
مستغانم	triatec	ضغط الدم المرتفع	2020	القلب	55 سنة	الحالة (02) ب.م
مستغانم		ضغط الدم المنخفض	2021		25 سنة	الحالة (03) و.أ
مستغانم	مهدئات	ضغط الدم المنخفض	2025	ضغط الدم	58 سنة	الحالة (04) ق.ع

التعليق على الجدول :

تم في الدراسة الاعتماد على الحالات التي كانت تمكث في المشفى أكثر من أسبوع في المركز الإستشفائي لجامعي .

4. وسائل القياس :

تم الإعتماد في هذا البحث على وسيلتين من وسائل البحث في المنهج العيادي المتبع في الدراسة و تتمثل في المقابلة العيادية النصف موجهة ، الملاحظة العيادية ، و مقياس الصحة النفسية و الهدف من ذلك لمعرفة البروفيل لدى مرضى ضغط الدم سواء المرتفع أو المنخفض

المقابلة النصف موجهة :

إن طبيعة البحث الذي نحن بصدد القيام به إستدعى اختيار نموذج لمقابلة النصف موجهة لأنها من أكثر التقنيات إستعمالاً من طرف الباحثين من جهة ، و تخدم موضوع الدراسات من جهة أخرى .

و تؤكد " كوليت " في تعريفها لنوع المقابلة العيادية بالقول : " أنها مبنية بطريقة محكمة تحدد للمفحوص مجال السؤال و تعطيه نوعاً من الحرية في التعبير ، و هي أن يكون المفحوص حراً في الإجابة ككل في إطار السؤال المطروح، و تكون أسئلة المقابلة نصف موجهة مهيأة من قبل الباحث متبعا تسلسلاً مسبقاً " . (Chiland.1989.95)

كما يعرفها أحمد حسن الرفاعي على أنها : " لقاء بين الفاحص و المفحوص بحيث يقوم الفاحص بطرح مجموعة من الأسئلة على المفحوص ، التي تعطي له معلومات و توضيحات وافية كافية حتى يتمكن من تصنيفها و تحليلها ، و تبرير الإجابات مع تركه للمفحوص يعبر بكل تلقائية . " (أحمد حسن الرفاعي 2005 ، 203)

بحيث إحتوت المقابلة على 5 محاور متكاملة فيما بينها و تمثلت في :

المحور الأول :

و هو محور البيانات الشخصية ، يتضمن الأسئلة التالية : الإسم ، اللقب ، السن ، المستوى الدراسي ، تاريخ بداية المرض .

المحور الثاني :

و هو محور الحالة المرضية ، نهدف من خلاله إلى معرفة تطور الحالة المرضية للمصاب أي كيفية ظهور المرض ، و مدى تقبله له و يتضمن هذا المحور 4 أسئلة .

المحور الثالث :

و هو محور الجانب العلائقي ، الحياة الأسرية و الإجتماعية ، و يهدف إلى معرفة تأثير الأسرة و المجتمع ككل على الناحية النفسية للمصاب .

المحور الرابع :

و هو محور الحالة السيكوسوماتية ، يهدف إلى معرفة مدى تقبل المريض لمرضه .

المحور الخامس :

محور نظرية المريض للمستقبل بهدف إلى معرفة مدى تأثير المريض بمرضه.

الملاحظة العيادية :

يعرفها "حسن" (2004) : على أنها أداة رئيسية و هامة يعتمد عليها المعالج النفسي في جمع المعلومات و البيانات و دراسة سلوك المفحوص ، و الملاحظة في أبسط معانيها هي مشاهدة المفحوص على الطبيعية ، من حيث تصرفاته و سلوكياته في مواقف معينو من مواقف الحياة ، و تسجيل ما يلاحظ بدقة ، ثم تحليل هذه الملاحظات و الربط بينها في محاولة تفسيرية لما تمت ملاحظته . (المشيخي ، 2014 ص60).

مقياس الصحة النفسية:

هو أداة سيكومترية تستخدم لقياس مستوى الصحة النفسية لدى الأفراد، من خلال تقييم مجموعة من الأبعاد النفسية مثل : التوازن النفسي ، الرضا عن الحياة ، القدرة على التكيف ، خلو الفرد من الأعراض النفسية المرضية (القلق ، الاكتئاب) و القدرة على إقامة علاقات اجتماعية و اجتماعية .

قام بوضع المقياس ليونارد ، ر.ديروجيتس ، سليمان ، لينو كوفي تحت عنوان SCL-90-R ، symptoms check list . ثم قام أبو هين بتعريب المقياس و تقنيه على البيئة الفلسطينية و ذلك بحساب صدق المقياس (أبو هين،1992)

يتكون المقياس من 90 عبارة تتدرج تحت تسعة أبعاد وهي موزعة كالاتي :

(الأعراض الجسمية – الوسواس القهري – الحساسية التفاعلية – الاكتئاب – القلق – العداوة – قلق الخواف – بارانويا – الذهانية)

أ. الأعراض الجسمية :

يقصد بها الأحوال المختلفة التي يكون عليها الجسم الانساني ، وخاصة تأثير أعضاء الجسد بالجهاز العصبي اللاإرادي ، حيث تظهر هذه التأثيرات في بعض تعطيل أو المعاناة في الأداء الوظيفي للعضو و تشمل البنود التالية (1،4،11،29،40،42،48،49،52،58،71)

ب. الوسواس القهري :

يقصد بها الأفكار التي تسيطر على ذهن الفرد و لا يقوى على التخلص منها رغم أنه يبذل الجهد الكثير للتغلب عليها إلا أنه يجد نفسه مقهورا لتكرارها ، مما يوقعه دوما تحت وطأة الألم الشديد ، وكذلك تلك الأفعال و الطقوس الحركية التي تسيطر عليه ولا يجد منها فكاكا و يجد نفسه مقهورا على تكرارها رغم سعيه و قناعته بعدم منطقيتها و تشمل البنود التالية (3،9،10،28،38،45،46،51،55،65)

ت. الحساسية التفاعلية :

يقصد بها العلاقات البينية القائمة بين الأفراد بعضهم البعض ، و أثر هذه العلاقات في الوضع النفسي للإنسان، و يتميز الأفراد ذو الحساسية التفاعلية المرتفعة بدرجة عالية من تبخيس الذات و تقدير ذات منخفض و تشمل البنود التالية (21،6،73،69،61،41،37،36،34)

ث. الإكتئاب :

يقصد به زملة الأعراض الإكلينيكية المصاحبة للإكتئاب سواء على المستوى العضوي أو النفسي و تشتمل الهبوط في الأداء الوظيفي للإنسان و تنفرع منها حالات الهبوط المزاجي و اليأس و السوداوية و الانسحاب من الواقع و عدم الاهتمام بالأنشطة و نقص الهمة و الدافعية و الاحساس بفقدان الطاقة الحيوية إضافة لمشاعر الدونية و تبخيس الذات و تشمل البنود التالية (2،54،32،31،30،28،27،26،22،20،15،14،5)

ج. القلق :

يقصد به التوتر و العصبية و الأعراض السلوكية التي تكون تظهر كتعبير عن حالات القلق من ارتجاف الأطراف إلى العوارض الجسمية الأخرى و تشمل البنود التالية (12،17،23،33،39،57،72،79،80،86)

ح. العداوة:

يقصد به سلوك الإعتداء إما على مستوى الأفكار أو المشاعر أو الأفعال و تشمل البنود التالية (13،24،63،67،74،81)

خ. قلق الخواف (الفوبيا)

يقصد به مظاهر الخوف الغير طبيعية التي تنتاب بعض الأفراد و التي يصطلح على تسميتها بالفوبيا ومنها الخوف من الأماكن العامة وأي مظهر من المظاهر المختلفة للخوف من موضوع معين بطريقة غير طبيعية و تشمل البنود التالية (25،47،50،70،75،78،82)

د. البارانونيا:

انساب الشخص عيوبه للآخرين وكذلك العداء و الشك و الارتياب و المركزية حول الذات و الهذات و فقدان الاستقلال الذاتي و مشاعر العظمة و تشمل البنود التالية (8،18،43،68،76،8

ذ. الذهانية :

يقصد بها الهلوس السمعية و إذاعة الأفكار و التحكم الخارجي في الأفكار و اقتحام الأفكار داخل الذهن عن طريق قوى خارجة عن ارادة الفرد و تشمل البنود التالية (7،16،35،62،77،84،85،87،88،90

ر. العبارات الأخرى : و تشمل البنود التالية (19،44،53،59،60،64،66،89)

المتوسط GSI	التفسير
0.99/00.00	أعراض غير موجودة أو خفيفة جدا
1.99/1.00	أعراض خفيفة
2.99/2.00	أعراض متوسطة
3.99/3.00	أعراض مرتفعة
4.00	أعراض شديدة جدا

حالات الدراسة :

إن إختيار حالات البحث يتطلب جهدا و وقتا طويلا لأن أفراد البحث يتم اختيارهم من طرف الباحث تبعا لعوامل معينة تتمثل في طبيعة الموضوع و غرض البحث و هذا بهدف الوصول إلى نتائج دقيقة و معمقة، و استعملنا في هذه الدراسة حالتين من أفراد مصابين بارتفاع الضغط الدموي Hypertension artériel ، حيث تم إختيارها بمراعاة الخصائص التالية :

- السن : تم الحرص أن تكون مجموعة البحث أو الحالتين من الراشدين الذين تتراوح أعمارهم بين (25 - 58 سنة) و ذلك لأن سن الراشد يعتبر أحسن مرحلة لإلتماس درجة القلق لكونه وصل إلى مرحلة النضج و الإنتاج.
- الجنس : كان اختيارنا للحالات (حالة "أنثى ") حتى نعطي لبحثنا مصداقية أما المتغيرات الأخرى كالمستوى التعليمي فلم يؤخذ بعين الإعتبار .

الجدول (03) : يبين حالات البحث

السن	الجنس	المستوى الدراسي	التاريخ المرضي	
33 سنة	أنثى	جامعي	2017	الحالة (01) ف.ب
55 سنة	ذكر	ثانوي	2020	الحالة (02) ب.م
25 سنة	أنثى	ابتدائي	2021	الحالة (03) و.أ
58 سنة	ذكر	إبتدائي	2025	الحالة (04) ق.ع

خلاصة الفصل

لقد تطرقنا في هذا الفصل بعرض النموذج المتبع في الدراسة ، و في طريقة القيام بالجانب التطبيقي من خلال الشرح و التفصيل في كل خطوات الدراسة و تفسير و اختيار لكل خطوة في الدراسة الإستطلاعية كما تطرقنا لحدود الدراسة و مجموعة الدراسة و شروط إنتقاءها مع ذكر التقنيات المستعملة في البحث بالإضافة إلى كيفية تصحيح مقياس القلق الصريح لتايلور ، وذلك بغية الوصول إلى نتائج موضوعية قابلة للتحليل و المناقشة .

الفصل الخامس : عرض و تحليل النتائج و مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات

- عرض و تحليل الحالات
- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
- الإستنتاج العام

تمهيد

نقوم في هذا الفصل بعرض نتائج دراسة الحالات كل حالة على حدى مع التفسير و التحليل .

1) الحالة الأولى

الإسم: ف.ب

السن: 33 سنة

الجنس: أنثى

المستوى الدراسي: جامعي

المهنة: ربة بيت

الحالة المدنية: متزوجة

الحالة الإقتصادية: جيدة

سن الإصابة بالمرض: 28 سنة اي منذ ستة سنوات

نوع العلاج الذي أخذته الحالة:

مكان الإقامة: مستغانم

جدول سير المقابلات:

المقابلة	تاريخ المقابلة	مدة المقابلة	الهدف من المقابلة	محور المقابلة
الأولى	14 أبريل 2025	20 دق	جمع البيانات الأولية	التعرف على الحالة
الثانية	16 أبريل 2025	45دق	متى وكيف اكتشف المرض	التاريخ المرضي
الثالثة	20 أبريل 2025	20 دق	العلاقات الاجتماعية	
الرابعة	22 أبريل 2025	20 دق	تطبيق المقياس	أبعاد البروفيل النفسي

ملخص المقابلات:

الحالة (ف.ب) تبلغ من العمر 33 سنة ، متزوجة و أم لثلاث بنات ، مستواها الإقتصادي متوسط ، زوجها من يتكف بتلبية كل إحتياجاتها .

الحالة ضعيفة البنية ، تبدوا عليها آثار التعب ، عانت مشاكل عائلية صعبة منذ الطفولة من قبل عائلتها كما عانت من مشاكل مع أهل زوجها بعد الخمس سنوات الأولى من الزواج التي عاشتها في بيت أهل زوجها ، اكتشفت الحالة مرضها سنة 2019 وذلك بعد ولادتها الأخيرة و بدأت تتردد إلى المشفى كل ستة أشهر لتلقي العلاج ، عرفت الحالة بنفسها و صرحت بوجود مشاكل عائلية كانت ولا زالت تزعج تفكيرها ، قبل انتهاء المقابلة قالت الحالة مندفعة : " مديريليش

مقابلة وحدخرا راني باغية نزيد نحكيك على كاع مشاكلني ني حاسة لكان نهدر نريح " وهنا كان قبول جيد من المريضة لسير المقابلات ثم انهينا المقابلة بعد اخبارها بوجود مقابلة ثانية . من خلال هذه المقابلة تحدثت المريضة عن كيفية اكتشافها للمرض و سردت الحدث قائلة : داك النهار دابزت مع راجلي هو يهدر وانا نهدر فالحق مشي حاجة لي تستاهل الدبزة بصح تنارفيت نارفاني كيفاه ماماه دخل روحها في الديكور تع داري ويقولي عندها الحق بدلبيه انا هادي منقبلهاش ايا تزاغفنا ومن بعد نورمال راح يخدم وانا كنت عيانة مدرت والو اصلا كي ندايزه نعي ايا رحت نحط راسي قلت نرقد شوية كي جيت نوض من ببعدي ريحت شوية منجمتش رجليا ثقالو عليا خفت عيطتلو فالتلفون جا مزيا كان قريب للدار كان ديجا جاي ايا وجابني للسبيطار كي وزنولي لاطونسيو صابوها 8/ 14 دارولي سيروم وريحت من بعد رجلي قعدت ثقيلة شحال باه وليت نورمال وزاد طبيب تع الاعصاب عطاني ندير التحاليل عليها وعرفو المرض تاعي وقالولي لازم كل ستة اشهر تجي ديرني دوا " وذلك كان سنة 2019 بعد ولادتها الأخيرة لقولها : " سما بداني المرض مور لي زيدت ببنتي التالية " وهنا أنهينا المقابلة ، كانت المريضة مرتاحة في الحديث و مندفعة نوعا ما .

كان يبدو على الحالة الفلق و التوتر بحيث بدأت بسرد المشاكل العائلية التي تعاني منها قائلة : " المشاكل جاوني من كل جبهة من عائلتي ومن عائلة راجلي كي كنت صغيرة كانوا مفرزيني و خواتاتي يقباحو و يضربوني انا سيرتو ختي لي قبلي ميغوش عليها و هي قبيحة كانت دير القباحة و انا نتسوط حتى وليت نكره ختي هي دروك و راني منشوعة منها كي شغل نتفكر بلي كنت ننحقر على جالها مشي نكرها ولا بصح هكا " كانت تبدو قلقة و تحرك رجلها بخفة ثم واصلت قائلة : " و كي تزوجت خمس سنين الاولى كي كنت ساكنة مع العجوزة شيطنتي كي هيا كي بناتها راجلي عاقل و يبيغيني مكاتش يدير المشاكل بصح العجوزة كون صابت طلقني من راجلي " هنا بدأت تتحدث بنرفزة أكثر وظهر بعض العرق على جبين الحالة و التوتر بعدما حدثتنا عن المشاكل الأسرية التي تعاني منها و التي هي سبب قلقها و التي تعتبرها سبب مرضها لقولها : " أنا هوما مرضوني " أنهينا المقابلة بإخبار المريضة بأنه سيتم تطبيق مقياس الصحة النفسية في المقابلة الرابعة و وافقت على ذلك .

وفي الحصة الأخيرة تم تطبيق مقياس الصحة النفسية بإعطاء التعليلة للحالو وقامت بقراءة البنود بمفردها والاجابة عنها .

تحليل نتائج المقياس :

المؤشر العام لشدة الأعراض GLOBAL SEVERITY INDEX:

البعد	GSI	التفسير المبدئي
الأعراض الجسمانية	2.81	أعراض متوسطة
الوسواس القهري	1.80	أعراض خفيفة
الحساسية التفاعلية	1.40	أعراض خفيفة
الإكتئاب	2.07	أعراض متوسطة
القلق	2.60	أعراض متوسطة
العداوة	2.50	أعراض خفيفة جدا
قلق الخواف (فوبيا)	0.85	أعراض خفيفة جدا
البرانويا	1.83	أعراض متوسطة
الذهانية	1.10	أعراض خفيفة

عدد الأعراض الظاهرة : POSITIVE SYMPTOM TOTAL

PST= 54 (عدد البوند التي فيها درجة أكبر من الصفر)

PST>20 تنوع كبير في الأعراض

مؤشر شدة الأعراض الظاهرة POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX

PSDI= \sum GSI /PST= 163/54

PSDI=3.01

تحليل نتائج المقياس :

أظهرت نتائج تطبيق مقياس SCL-90-R على الحالة (ف.ب) المصابة بإرتفاع ضغط الدم أن مؤشر عدد الأعراض النفسية الظاهرة (PST) بلغ 54 عرضا ، و هي نتيجة مرتفعة تشير إلى تنوع واضح من الشكاوي النفسية التي تعاني منها المفحوصة. هذا التنوع يعكس وجود حالة من الإضطراب و التوتر النفسي المزمن ، وهو ما يتفق مع الطابع النفسي المصاحب غالبا للحالات المرضية المزمنة كإرتفاع ضغط الدم.

وعند تحليل الأبعاد الفرعية للمقياس ، نلاحظ أن مؤشر الوسواس القهري كان 1.80 أي بأعراض خفيف و مؤشر الحساسية التفاعلية 1.40 أي بقيمة ضعيفة

لوحظ أن قيم القلق ، و العدوانية بلغت في كل منها حوالي 2.50 إلى 2.80 ، وهي مؤشرات تصنف في الفئة المتوسطة إلى المرتفعة ، هذا يظهر أن الحالة تعاني من توتر داخلي مفرط بالشك و الإرتياب ، و أحيانا الميل إلى الغضب و الإنفعال ، وهي سمات قد تساهم في تفاقم حالة الضغط الدموي نظرا للعلاقة المتبادلة بين الجهاز العصبي و الضغط القلبي الوعائي.

الإستنتاج :

من خلال تحليل البروفيل النفسي للحالة (ف.ب) التي تعاني من ارتفاع ضغط الدم يتضح أنها تواجه ضغوطا نفسية متعددة و متشابكة تمثلت في ارتفاع عدد من الأعراض النفسية الظاهرة ، وقد تمثلت الأبعاد الأكثر بروزا في القلق و البارانويا و العدوانية بمستوى متوسط الى مرتفع و هي مؤشرات تدل على وجود توتر داخلي مزمن و نمط تفكير دفاعي يتسم بالحدرو و الارتياب و الاستثارة الإنفعالية ، كما أن الحالة تستعين بميكانيزمات دفاعية غير ناضجة في مواجهة الضغوطات كالإسقاط و الإنكار و العدوانية ، ما قد يؤدي إلى إحتقان نفسي داخلي ينعكس بشكل مباشر على الحالة الفيزيولوجية ، لاسيما من خلال ارتفاع ضغط الدم .

بدأت علامات التوتر و الإنفعال ظهرت من خلال حديثها إلى جانب مؤشرات جسدية (نحافة ، إسوداد تحت العينين) توحى بتدهور بدني متزامن مع الضغط النفسي المزمن . كانت الحالة مندفعة في الكلام وخاصة حين تحدثت عن مواقف الصراع مما يكشف عن إنفعال مكبوت يتم تفريره بسرعة حين تتاح الفرصة لقولها : " عندي بزاف مشاكل ني باغية نحكي عليهم " مما يدل على وجود تراكمات وجدانية ، ورغبة في التفرغ لم تتح لها في بيئتها المعتادة.

من خلال حديثها عن ماضيها الأسري (محقورة ، مفرزيني ..) يبدو واضحا أنها تحمل جراحا نفسية من الطفولة لم تلتئم تطورت إلى شعور دائم بالرفض و الحقد الدفين نحو الأخت ، رغم قدرتها على التحدث معها بشكل عادي لكنها مازالت تحتفظ بحساسية حادة تجاهها هذا يعكس صراعا داخليا بين الرغبة في التصالح و الإنتماء و الرغبة في الانتقام و التعويض ، أما في علاقتها الزوجية ، فرغم حب الزوج فهي تواجه سلطة عدوانية من العائلة و خصيصا أم زوجها حيث صرحت برغبات عدوانية مباشرة (الرغبة في ضرب أخت الزوج) ما يشير إلى فشل في التفرغ.

الحالة تحمل الآخرين مسؤولية مشاعرها السلبية كإتهام الأخت و العائلة بأنها السبب في معاناتها و مرضها " المشاكل يديرو كلش " و ذلك من خلال الإسقاط أما الحادثة التي ذكرت فيها أنها نامت بعد الشجار و استيقضت مشلولة من رجليها تؤكد إستخدام التحويل كميكانيزم دفاعي .Somatisation

رغم الغضب الشديد إلا أنها لا تعبر عنه مباشرة في وقته بل يظل يتراكم حتى يفجر بشكل إندفاعي لاحقا (كما في الرغبة في ضرب أخت الزوج) ، أو (الحقد القديم على الأخت) هنا استعملت الحالة الكبت كميكانيزم دفاعي .

وعليه ، فإن هذه الحالة تمثل نموذجا واضحا للتفاعل بين الجانب النفسي و الجسدي و تؤكد على ضرورة إدماج المقاربة النفسية ضمن متابعة مرضى الضغط الدموي سواء بالوقاية أو بالعلاج .

2) الحالة الثانية :

الإسم: ب.م

السن: 55

الجنس : ذكر

المستوى الدراسي: ثانوي

المهنة: بناء

الحالة المدنية : مطلق

الحالة الإقتصادية: جيدة

سن الإصابة بالمرض: 40 سنة أي منذ 15 سنة

نوع العلاج الذي أخذه الحالة: علاج للشلل النصفي

مكان الإقامة: مستغانم

جدول سير المقابلات

المقابلة	تاريخ المقابلة	مدة المقابلة	الهدف من المقابلة	محور المقابلة
الأولى	14 أبريل 2025	20 دق	جمع البيانات الأولية	التعرف على الحالة
الثانية	16 أبريل 2025	45 دق	متى وكيف اكتشف المرض	التاريخ المرضي
الثالثة	22 أبريل 2025	20 دق	تطبيق المقياس	أبعاد البروفيل النفسي

ملخص المقابلات :

كان يبدو المفحوص (ب.م) منزعجا وغير متقبلا مع العلم أن الحالة أبكم ، فقد كان يظهر قلقا جدا و متعصبا بحيث وقف يريد المغادرة و يشير إلة الباب أنه لا يريد البقاء فحاولنا تهدئته أنه سيغادر بعد انتهاء العلاج قريبا رجع إلى مكانه دون أي استجابة .

في المقابلة الثانية كان يبدو الغضب على المفحوص و القلق كالمعتاد على المفحوص هذه المرة لم نلقي اي تعليمة للمفحوص إلا السؤال عن أحواله الصحية وكانت الاجابة بالايحاء بنعم بعد بضع ثواني أشار المفحوص أنه يريد الكتابة فقمنا بتسليمه الورقة والقلم وبدأ بالكتابة كالاتي :

" عندي مشاكل " فأجبتة يمكنك كتابة المزيد فكتب : " متخبريش تقعد بيناتنا الورقة خليها عندك "

" أشار بإصبعه محذرا ان يراها أحد فأجبتة مطمئنة لا تخف فواصل الكتابة : " عندي مشاكل مع المرا زوجوني بيها الوالدين مشي أنا بغيتها المرا من معسكر خشينة متفهمش ملي تزوجتها و أنا فالمشاكل وما هي لي زايدتلها فالطريق تحرشها عليا و تقولها مديرش عليه "

عندي 3 دراري معاها زوج شاشرة و طفلة الطفلة مزوجة و الطفل الكبير جاي مع مه يسمعلها و جاي معاها و الصغير يبغيني قاعد معايا وهو لي يجيبلي الماكلة هنا فالسيطار و قاعد معايا فالدار انا بسباب المرأة وصلت لهاد الحالة انا مكنتش مريض مرضنتي مزيا طلقها راني في عام ريحت راني غاية " توقف قليلا ثم واصل الكتابة: " مكان خاصها والو معايا نحوس بيها نشريلها هي تبغي المشاكل كل يوم الزقا كل اليوم مشاكل نصريت هبلتني انا بنيت حدا الوالدين بدراهمي فالمحكمة قاتلهم لا داري وانا نديها مزيا انا قاري بغات تحشيهالي بصح مزيا ريحت منها دروك راني غاية " ثم توقف لثواني و واصل الكتابة: " بلاكي تخبري متقولي لحتى واحد " وأشار نفس الاشارة السابقة محذرا ألا أخبر أحدا. ثم في المقابلة الأخيرة قمنا بتطبيق مقياس الصحة النفسية بحيث اعطاء التعليلة للمفحوص و بدأ بالإختيار الاجابات على المقياس بنفسه .

تحليل نتائج المقياس :

المؤشر العام لشدة الأعراض GLOBAL SEVERITY INDEX:

البعد	GSI	التفسير المبدي
الأعراض الجسمية	5.80	أعراض مرتفعة جدا
الوسواس القهري	1.40	أعراض خفيفة
الحساسية التفاعلية	0.67	أعراض خفيفة
الإكتئاب	1.46	أعراض خفيفة
القلق	1.30	أعراض خفيفة
العداوة	2.00	أعراض متوسطة
قلق الخوف (فوبيا)	0.71	أعراض خفيفة
البرانويا	0.67	أعراض خفيفة
الذهانية	0.70	أعراض خفيفة

عدد الأعراض الظاهرة : POSITIVE SYMPTOM TOTAL

PST= 41 (عدد البوند التي فيها درجة أكبر من الصفر)

PST>20 تنوع كبير في الأعراض

مؤشر شدة الأعراض الظاهرة POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX

PSDI= \sum GSI /PST= 144/41

PSDI=3.51

تحليل نتائج المقياس:

أظهرت نتائج الحالة (ب.م) مجموعة من المؤشرات التي تعكس نمط مختلف عن الحالة الأولى فقد بلغ مؤشر عدد الأعراض النفسية الظاهرة (pst) قيمة 41 ما يشير الى عدد معتبر من الأعراض (أكثر من 40 عرض نفسي) يعاني منها المفحوص و هو ما يعد دليلا على حالة نفسية مضطربة نسبيا.

من جهة أخرى إن مؤشر شدة الأعراض الظاهرة (PSDI) بلغ 3.51 وهي نتيجة مرتفعة جدا و تدل على أن الأعراض التي يشعر بها المفحوص تسبب له ضيقا و انزعاجا نفسيا كبيرا حتى وان لم تكن كثيرة من حيث العدد فهي شديدة من حيث التأثير و الإحساس ، فعند تحليل الأبعاد الفرعية نجد أن أعلى مؤشر سجل في الأعراض الجسمية و هي نتيجة مرتفعة جدا تدل على تجسيد نفسي كبير أي أن المريض يعبر عن توتره النفسي من خلال شكاوي جسدية ، هذا النوع من التعبير يرتبط غالبا بعدم القدرة على مواجهة الصراعات النفسية بشكل مباشر مما يؤدي إلى ظهور أعراض جسدية مثل آلام ، إرهاق اضطرابات النوم... الخ.

تشير نسبة القلق (1.30) على أن القلق ليس هو العرض الأكثر بروزا أما بالنسبة للعداوة (2.00) تدل على وجود توتر داخلي قابل للتحويل إلى غضب و انفعال ، و الاكتئاب (1.46) يشير الى بعض المشاعر الحزن او الانخفاض المزاجي " تدني المزاج" دون الوصول إلى حالة إكتئابية شديدة عند الربط بين المؤشرات و الجانب الفيزيولوجي للحالة يمكن القول أن المريض يعاني من توتر نفسي داخلي يعبر عنه بشكل أساسي من خلال الجسد وليس من خلال أعراض انفعالية مباشرة.

الإستنتاج

من خلال تحليل نتائج مقياس SCL-90-R الخاص بالحالة الثانية وهي لمريض يعاني من ارتفاع ضغط الدم ، تبين أن المريض يعاني من عدد معتبر من الأعراض النفسية إلى جانب شدة مرتفعة من الاحساس ، فهذه النتائج تعكس نمطا نفسيا دفاعيا ييتميز باستخدام ميكانيزمات من المستوى المتوسط إلى غير الناضج كالكبت و التحويل و الإنكار مما يبرر الارتفاع الحاد في الاعراض السوماتية مقارنة بباقي الابعاد النفسية و عليه فإن الحالة تمثل مثالا واضحا على العلاقة التبادلية بين التوتر النفسي و الوظائف الجسدية خاصة في الأمراض المزمنة كارتفاع ضغط الدم.

من خلال المقابلات أظهر المريض رفضا واضحا للتواصل و عدم تقبل للموقف العلاجي و كان متعصبا و يرغب في مغادرة المؤسسة ما يعكس حالة من الإنغلاق و الرفض الدفاعي المبني على التوجس و انعدام الثقة . هذا النوع من السلوك قد يشير إلى تراكمات من خيبات أو صدمات نفسية سابقة أو ربما خبرات سلبية مؤسسات استشفائية.

في المقابلة الثانية حصل تطور مهم حيث انتقل المريض من الصمت و المقاومة إلى التعبير و لو بطريقة غير لفظية من خلال طلبه الورقة و القلم و ذلك لعدم قدرته على التحدث لكتابة مشاكل ، مما يدل على وجود رغبة مكبوتة في التفريغ النفسي ولكن ضمن شروط يتحكم بها ، كان

يصف المريض علاقته بطليقته بلغة قاسية و مشحونة بالغضب (كانت غي تع مساكل و خشينة) ما يدل على إسقاط المسؤولية عليها بالكامل و هو مؤشر على وجود غضب و شعور قوي بالخذلان.

كما يعبر عن الاحساس بالفقد و الخذلان من الأبناء " الكبير يبغي ماماه و الطفلة متزوجة غي الصغير يبغيني" فالولد الأصغر الوحيد الذي يبدي حبه له ما يخلق حالة من العزلة الإنفعالية و الشعور بالوحدة النفسية.

استمر المريض في الكتابة و هو قلق ينظر خلفه و يطلب عدم إطلاع أحد على ما كتبه هذا يشير إلى درجة كبيرة من الشك و الحذر ، و ربما الخوف من الفضح أو الخيانة ما يعكس وجود سمات بارانوية خفيفة ، كان المريض يستخدم الإنكار كميكانيزم دفاعي وذلك من خلال إنكاره لفشله في علاقته الزوجية أو الوضع الصحي الذي هو عليه " هي السبة باش وليت هكا" و كان ينسب المعاناة النفسية و الجسدية إلى طليقته و كأنها من جعلته مريضا وهذا النوع من الدفاع ضد الشعور بالذنب أو الضعف أي كان يستخدم الإسقاط la projection.

كما استخدم التحكم le control وذلك من خلاله للورقة و القلم و تحذيره ان يرى احدا ما كتبه هذه المحاولات كلها لضبط الموقف و الانفعالات.

تعكس هذه الحالة اضطرابا نفسيا تراكميا مرتبطا بتجارب الحياة الاسرية و الزوجية و تطور إلى حالة من العزلة النفسية و الانغلاق الاجتماعي رافقتها أعراض جسدية مزمنة كارتفاع الضغط و الشلل النصفي .

يظهر المريض ميلا إلى الميكانيزمات الدفاعية الغير ناضجة كالإسقاط و الإنكار .

3 الحالة الثالثة:

الإسم: و.أ

السن: 25

الجنس: أنثى

المستوى الدراسي: ابتدائي

المهنة : مأكثة بالبيت

الحالة المدنية : مطلقة

الحالة الإقتصادية: متوسطة

سن الإصابة بالمرض: 23

نوع العلاج الذي أخذته الحالة: علاج التصلب اللويحي

مكان الإقامة: بلدية سيرات

جدول سير المقابلات :

المقابلة	تاريخ المقابلة	مدة المقابلة	الهدف من المقابلة	محور المقابلة
الأولى	22 أبريل 2025	20 دق	جمع البيانات الأولية	التعرف على الحالة
الثانية	24 أبريل 2025	45 دق	متى وكيف اكتشف المرض	التاريخ المرضي
الثالثة	27 أبريل 2025	20 دق	العلاقات الاجتماعية	
الرابعة	06 ماي 2025	20 دق	تطبيق المقياس	أبعاد البروفيل النفسي

ملخص المقابلات:

في هذه المقابلة تم التعرف على الحالة ، كانت تبدو نحيفة ومتعبة نوعا ما ، لم تعارض العلى سير المقابلة كما أخبرتنا انه كانها تتابع العلاج وأنها جاءت هذه المرة لأنه قد أغمي عليها ولم تصحى إلا وهي في المشفى .

ثم تم التعرف على التاريخ المرضي للحالة بحيث قالت : " أنا كنت نمشي نورمال وكاع حتى وحد لنهار قعدت هكا ايا منجمتش نوض قعدت نعيظ لما باش تعاوني نوض معرفتش انا مكنتش مريضة " كما اخبرتنا الحالة انها تطلقت منذ سنة وان مرضها كان بعد طلاقها لقد تطلقت الحالة بعد زواجها بثمانية أشهر وزوجها لم يكم جيدا معها و بعد طلاقها اصبح اخوتها دائمي توبيخها . كما قالت انها كانت المرأة التي تعطي دائما دون انتظار المقابل ومع ذلك لم ترى حبا من اي احد حتى اخوتها اصبحو يعاملونها بقسوة مع انها ذات طبع هادئ . كما قالت انها حتى في علاقتها الزوجية لم تكن سعيدة اي لم تكن كأى زوجين " انا اصلا انا وراجلي كنا كلي مشي متوجين هكا والو ما يهدر معايا ما يضحك معايا يضلي برا وغي يجي يرقد ديراكت "

الحالة تعاني من نحافة و انخفاض دائم لضغط الدم مما يجعلها تشعل بالدوار و التعب الدائم.

تحليل نتائج المقياس :

GLOBAL SEVERITY INDEX المؤشر العام لشدة الأعراض

التفسير المبدي	GSI	البعد
أعراض مرتفعة جدا	3.27	الأعراض الجسمية
أعراض خفيفة	1.60	الوسواس القهري
أعراض متوسطة	2.12	الحساسية التفاعلية
أعراض خفيفة	1.76	الإكتئاب
أعراض مرتفعة	2.90	القلق
أعراض منعدمة	00.00	العداوة
أعراض خفيفة	1.14	قلق الخواف (فوبيا)
أعراض خفيفة	1.50	البرانويا
أعراض خفيفة	1.20	الذهانية

POSITIVE SYMPTOM TOTAL : عدد الأعراض الظاهرة :

PST= 55 (عدد البوند التي فيها درجة أكبر من الصفر)

PST>20 تنوع كبير في الأعراض

POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX مؤشر شدة الأعراض الظاهرةPSDI= \sum GSI /PST= 149/55

PSDI=2.70

تحليل نتائج المقياس :

تظهر نتائج هذه الحالة أن عدد الأعراض النفسية التي تم الإبلاغ عنها بلغ 55 عرض وهي نسبة تشير إلى أن المفحوصة تعاني من تشتت و تنوع كبير في الشكاوي النفسية، مما يدل على اضطراب نفسي عام و تراكمي .

أما مؤشر شدة الضيق الناتج عن هذه الأعراض 2.70 فيعد متوسطا إلى مرتفع ما يعني أن المريضة لا تعاني فقط من عدد كبير من الأعراض. بل إن هذه الأعراض تسبب لها أيضا انزعاجا حقيقيا يؤثر على جودة الحياة اليومية.

فالنسبة للقلق 2.90 هذه النتيجة تصنف ضمن المرتفع و تدل على حالة من التوتر المستمر، و أعراض جسدية مصاحبة كخفقان القلب و الأرق...، وهي متوافقة مع حالة إنخفاض ضغط الدم إذ قد تشعر المريضة بعدم الأمان الجسدي و النفسي

البرانويا 2.50 إرتفاع هذا البعد يشير إلى وجود نمط تفكير توجسي يتميز بالشك و الحساسية المفرطة من نوايا الآخرين و تفسير سلبي للمواقف. مما يعمق القلق و الانفعال الداخلي.

إستنتاج:

من خلال المقابلات الإكلينيكية و التطبيق النفسي تبين أن الحالة تعاني من ضغوط نفسية مزمنة ناتجة عن تراكمات حياتية سلبية بدأت من الطفولة واستمرت خلال زواج فاشل ، ثم تعمقت بعد تجربة الطلاق و العودة إلى بيئة أسرية غير داعمة. أظهرت الحالة سمات شخصية تتسم بالكبت ، الحساسية المفرطة ، الاجترار الداخلي للمعاناة مما ساهم في تحويل الصراع النفسي إلى أعراض جسدية تمثلت في ثقل الأرجل و الإنهيار الجسدي و ذلك في إطار ما يعرف بالاضطراب

النفسجسدي Psychomatic Disorder

كما كشفت الأعراض المصرح بها و نتائج المقياس عن وجود مستوى مرتفع من القلق و البرانويا ، مما يعكس شعورا بعدم الأمان و الثقة و البيئة المحيطة. استخدمت الحالة عدة ميكانيزمات دفاعية، أبرزها : الكبت ، التحويل ، الإنكار و التضحية ، وهي آليات تعبر عن ضعف القدرة على التكيف مع الضغوط الحياتية بطريقة ناضجة.

فمن خلال المقابلتين مع الحالة وصفت الحالة لحظة فقدانها القدرة على المشي " ثقل الرجل " مما يعكس بشكل واضح تحويلا للصراع النفسي الداخلي إلى عرض جسدي ، الانخفاض في ضغط الدم يظهر كإستجابة فيسيولوجية محتملة للإرهاق النفسي و التوتر المزمن ، المريضة تعيش في بيئة تفتقر إلى الاحتواء حيث تتلقى اللوم بدل الدعم بعد تجربة الطلاق كما تشعر بأنها مظلومة داخل العائلة منذ الطفولة مما يعمق الإحساس بالرفض و التهميش.

الزواج المبكر دون نضج كاف ، ثم الطلاق في بيئة لا تتسامح مع " الرأة المطلقة " ساهم في تعزيز الاحساس بالذنب و الفشل.

استخدمت الحالة الكبت عند عدم قدرتها على التصريح الكامل بمشاعرها رغم وجود الرغبة في الحديث ، وكان التحويل ميكانيزم دفاعي محوري في حالتها حيث تتحول الصراعات النفسية الداخلية إلى أعراض جسدية " ثقل الرجل ، انخفاض الضغط ، التعب الجسدي " كانت الحالة تقلل أهمية معاناتها النفسية و تربط المرض فقط بعوامل عضوية رغم وضوح الخلفية النفسية وذلك باستخدام الإنكار ميكانيزما دفاعيا .

تعكس حالة المريضة تراكما لصدمات نفسية غير معالجة منذ الطفولة و حثة تجربة الطلاق نتج عنها اضطراب نفسي – جسدي جسده انخفاض ضغط الدم و الاضطرابات الحركية.

بناء على ذلك يمكن تصنيف الحالة ضمن الحالات التي تعاني من اضطراب نفسي جسدي مرفق بقلق مرتفع و شعور بالإحباط الإجتماعي و الأسري مما يجعلها بحاجة إلى دعم نفسي مستمر ، و إعادة بناء صورتها الذاتية و تعزيز آليات الدفاع الناضجة لمواجهة الضغوط بطريقة صحية.

4) الحالة الرابعة :

الإسم: ق.ع

السن: 58

الجنس: ذكر

المستوى الدراسي: ابتدائي

المهنة : لا يعمل

الحالة المدنية : متزوج

الحالة الاقتصادية: ضعيفة

سن الإصابة بالمرض: 57

نوع العلاج الذي أخذته الحالة: دواء خاص بضغط الدم

مكان الإقامة: مستغانم

جدول سير المقابلات :

المقابلة	تاريخ المقابلة	مدة المقابلة	الهدف من المقابلة	محور المقابلة
الأولى	2025/04/22	20 دق	جمع البيانات الأولية	التعرف على الحالة
الثانية	2025/04/24	45دق	متى وكيف اكتشف المرض	التاريخ المرضي
الثالثة	2025/04/27	20 دق	العلاقات الاجتماعية	
الرابعة	2025/05/06	20 دق	تطبيق المقياس	أبعاد البروفيل النفسي

ملخص المقابلات:

في هذه المقابلة تم التعرف على البيانات الأولية للحالة بحيث كان يبدو الحالة نحيف البنية و قلق جدا وكان يتحدث بخفة و ليس متقبلا للعلاج في المشفى و يريد الرجوع الى بيته و عندما قمنا بسؤاله عن سبب دخوله المشفى انكر مرضه وقال : " راني غاية منيش مريض راني باغي نخرج "

بدأنا بالسؤال عن حال المريض فباشر الحديث بصوت مرتفع وهو منزعج " قتلك راني مليح ني باغي نروح للدار " قمنا بمحاولة تهدئته وأنه سيخرج عندما ينهي العلاج اجاب مقاطعا: " لا معندي والو ني قنطان بينخرج" فسألناه ما ان كان يزعه شيء في المشفى او معاملة الطاقم الطبي اجاب قائلا : " لا لا مشي السبيطار باغي نروح للدار راني خايف ني نخاف " سؤلناه عن سبب الخوف فأجاب : " ني خايف مالموت راهي كل اليوم هاكا تجيني بلي بينموت ني خايف نموت " فقمنا بتهدئته انه قلق في الخروج الى البيت هو من يغرس له افكار الموت ، فرد قائلا :

ياه كون منتقلقش على الدار منخافش مالموت " فاجبنا قائلين اهدئ سوف تكمل علاجك وتخرج الى البيت . كانت المقابلة حول تهدئته ومحاولة تعديل فكرة الموت .

في اخر مقابلة كانت الحالة أكثر هدوءا من السابق و سألناه عن حاله قال انه بخير ولم يكن قلقا و سألناه عن مرضه فأجاب : " انا كنت هذا شحال نحس بالفشلة و مفقتش حتى لهاد الخطرة كي تغاشيت في رمضان و دارولي السيروم قالولي معنك ووالو وهاد الخطرة كنت فالدار حتى حسيت بالغمة و لرض دارت بيا ايا و جابوني هنا لقاو لاطونسيو طايحة حنا كامل لاطونسيو طيحلنا انا و ختي وكاع " ثم قال " والله يا طيببة شوفي ني مليح راني نرقد و راني ناكل ختي جات قعدت معايا الحمد لله سقسيلي الطبيب وينتا نخرج ولادي راهم و حدهم و الدار .. " ثم قلنا له انه سيأتي الطبيب لإخباره بذلك .

تحليل نتائج المقياس :

المؤشر العام لشدة الأعراض GLOBAL SEVERITY INDEX

البعد	GSI	التفسير المبني
الأعراض الجسدية	2.09	أعراض مرتفعة جدا
الوسواس القهري	1.80	أعراض خفيفة
الحساسية التفاعلية	0.45	أعراض خفيفة
الإكتئاب	0.92	أعراض خفيفة
القلق	3.00	أعراض خفيفة
العداوة	00.00	أعراض متوسطة
قلق الخواف (فوبيا)	1.00	أعراض خفيفة
البرانويا	0.83	أعراض خفيفة
الذهانية	1.30	أعراض خفيفة

عدد الأعراض الظاهرة : POSITIVE SYMPTOM TOTAL

PST= 45 (عدد البوند التي فيها درجة أكبر من الصفر)

PST>20 تنوع كبير في الأعراض

مؤشر شدة الأعراض الظاهرة POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX

PSDI= \sum GSI /PST= 112/45

PSDI=2.48

تحليل نتائج المقياس :

من خلال تطبيق المقياس SCL-90-R على المفحوص كانت مؤشر الأعراض الجسمية يساوي 2.09 بدرجة متوسطة يشير الى احتمال وجود اضطراب نفسي جسدي حيث يتم التعبير عن القلق و الصراع النفسي من خلال الجسد ،أما بالنسبة للوسواس القهري 1.80 يدل على وجود أفكار ملحة و متكررة قد تسبب الضيق مع احتمال وجود سلوكيات قهرية متكررة يقوم بها المفحوص لتخفيف التوتر ، وإن لم تصل الى درجة مرضية فإنها تعد مؤشرا على ضعف السيطرة المعرفية في ظل التوتر .

مؤشر الحساسية التفاعلية يساوي 0.45 يعد منخفض ما قد يدل على قدرة جزئية على تحمل النقد أو التفاعل الإجتماعي ، أو على كبت هذه المشاعر و عدم الإفصاح عنها. أما بالنسبة للإكتئاب يساوي 0.92 يعد منخفضا نسبيا ما يدل على أن الحالة لا تعاني من أعراض اكتئاب واضحة ، رغم احتمال وجود مشاعر حزن داخلي لا يتم التعبير عنها بشكل ظاهر

كان القلق يساوي 3.00 أي مرتفع جدا و هو المؤشر الأهم في هذه الحالة ما يدل على حالة من القلق الحاد أو المزمن و قد يكون هو المحرك الرئيسي للأعراض الجسدية و سبب اضطراب ضغط الدم ، خاصة أن التوتر يساهم في اضطراب الجهاز العصبي الذاتي . بحيث كان غياب تام لمشاعر العداة او الغضب الظاهر ما قد يعكس إما طبعا مسالما أو قمعا داخليا لمشاعر الغضب ما يمكن أن يتسبب في تحويلها إلى إلى أعراض جسدية أو قلق داخلي. اما بالنسبة لقلق الخوف يساوي 1.00 ما يدل على وجود بسيط للرهاب الإجتماعي أو الفوبيا ، لا يصل إلى درجة مرضية لكنه قد يظهر في مواقف محددة.

البرانويا 0.83 نسبة منخفضة مما يدل على غياب كبير للأفكار الاضطهاد أو الشك المرضي و هذا يعزز الصورة العامة لشخصية غير عدوانية . أما بالنسبة للذهانية 1.30 اي ضمن الحدود الطبيعية ما يشير إلى سلامة الاتصال بالواقع أي لا توجد أعراض ذهانية واضحة.

بلغت شدة الاعراض الظاهرة 45 عرض ما يشير الى وجود عدد كبير نسبيا من الاعراض التي يتم الابلاغ عنها ما يعكس عبئا نفسيا حاد. كما تشير شدة الاعراض الظاهرة بحيث كانت مرتفعة ان ما تم التصريح به من اعراض يشعر به المريض بشدة حقيقية حتى وان لم تكن الأعراض كثيرة جدا.

الاستنتاج :

بالاعتماد على نتائج المقابلات و نتائج المقياس SCL-90-R تبين ان الحالة يظهر نمطا نفسيا يتميز بارتفاع ملحوظ في مؤشرات القلق و وجود أعراض جسدية متوسطة الشدة ، إلى جانب اضطرابات خفيفة في الوسواس و الاكتئاب مع غياب لمشاعر العداة و العدوانية هذه المؤشرات تدل على شخصية ذات طابع قلق وكابت للمشاعر تميل الى التحويل الجسدي للصراع النفسي بدل التعبير المباشر عنه و هو ما يتطابق مع خصائص العديد من مرضى الضغط الدموي المنخفض

يظهر المريض بمظهر جسدي نحيف و متسم بقلق واضح و رفض للعلاج مع رغبة قوية في مغادرة المشفى ما يشير الى عدم التكيف مع الإقامة العلاجية و رفض التبعية و فقدان السيطرة على محيطه. يبدو أيضا أنه يميل إلى الإنكار كآلية دفاعية أولية حيث أنكر مرضه بشكل صريح رغم أعراض الإغماء التي عانى منها و الهدف من استخدام القلق كآلية دفاعية هو التقليل من حدة القلق المرتبط بالمرض و الحفاظ على الاحساس بالقوة و السيطرة. كما تستخدم الاسقاط كميكانيزم دفاعي و ذلك بإسقاط القلق الداخلي على فكرة خارجية وهي " الموت" و يتم تحميله على " الدار " كأنها سبب توتره رغم أن سبب التوتر ذاتي ، كذلك المقاومة الداخلية لفقدان الاستقلالية كما ان الانسحاب الجسدي (الرغبة في مغادرة المكان) هو تعبير غير مباشر عن رفضه للمساعدة .

و استخدم الكبت كميكانيزم دفاعي و ذلك في عدم قدرته في التعبير عن الخوف الحقيقي فيحصره في صيغة أكثر قبولية.

يتميز الحالة بقلق داخلي مرتفع يتم التعبير عنه على شكل خوف مفرط من الموت و استخدام ميكانيزمات دفاعية متعددة تشمل الإنكار أ الاسقاط ، التبرير ، الكبت ، النكوص ، وهي مؤشرات على محاولة نفسية للدفاع عن الأنا ضد مشاعر العجز و الخوف.

مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات :

مناقشة الفرضية الرئيسية :

يتميز مرضى ضغط الدم بالقلق الظاهر و الإندفاعية و الإنفعال الزائد و التوتر المستمر من خلال نتائج تطبيق مقياس الصحة النفسية المعدل SCL-90-R و نتائج المقابلات مع أربع حالات من مرضى ضغط الدم (حالتين من مرضى ضغط الدم المنخفض و حالتين من مرضى ضغط الدم المرتفع) ، الحالة الأولى و الثانية أي مرضى ضغط الدم المرتفع أظهرتا مستوى مرتفع من القلق و العدوانية و الأعراض الجسمانية و هو ما يتماشى إلى حد كبير مع الفرضية فالقلق الظاهر و التوتر المزمن يعتبران من العوامل المؤثرة في ارتفاع ضغط الدم، كما أن العدوانية و الإنفعال الزائد قد يكونان تعبيراً سلوكياً عن صراعات داخلية و عدم القدرة على ضبط الإنفعالات.

الحالة الثالثة و الرابعة أي مرضى ضغط الدم المنخفض بدورهما أظهرتا ارتفاعاً في شدة القلق و الأعراض الجسمانية بالإضافة إلى مؤشرات إكتئابية واضحة ، وهنا نجد توافقاً جزئياً مع الفرضية ، من حيث بروز القلق و الإنفعال ، غير أن ظهور الإكتئاب في هذه الحالات يعد مؤشراً مهماً ، يعكس ميلاً نحو الإنسحاب النفسي و الإنخفاض في النشاط الحيوي ، وهو ما يميز الحالتين .

القلق الظاهر و التوتر المستمر كانا حاضرين بوضوح لدى جميع الحالات و هو ما يدعم الفرضية و الإنفعال الزائد تجلى لدى حالات ضغط الدم المرتفع خاصة من خلال العدوانية ، أما الإندفاعية

فلم تظهر كمؤشر مباشر في التحليل مما يستدعي التعمق أكثر مستقبلا في تقييم هذه السمة بمقاييس مخصصة .

كما أن ظهور الإكتئاب لدى حالات الضغط المنخفض يدعو إلى توسيع النظر في الفرضية لتشمل طيفا أوسع من الإضطرابات النفسية المصاحبة لهذا النوع من الضغط .

مناقشة الفرضيات الفرعية :

مناقشة الفرضية الأولى :

يتميز مرضى ارتفاع ضغط الدم بسمات شخصية إندفاعية و قلق حاد و توتر مزمن من خلال إجراء المقابلات العيادية و تطبيق مقياس الصحة النفسية المعدل SCL-90-R و تحليل النتائج المسجلة في الجدول الخاص بكل حالة لاحظنا أن الفرضية قد تحققت عند كلتا الحالتين المصابتين بمرض ارتفاع ضغط الدم ، فالحالة (ف.ب) من خلال أول مقابلة كانت تبدو مندفعة و قلقة نوعا ما قائلة " مكاش حصة وحدخرى عندي بزاف صوالح نقولهم" ومن الخلا المقابلة الثانية وذلك عند مباشرتها في الحديث دون تقديم لها أي سؤال و كانت إندفاعيتها مصاحبة بالقلق و التوتر الظاهري وذلك من خلال تحيكها لرجلها أثناء الحديث و ظهور بعض العرق على جبينها بحيث أكدت نتائج تطبيق المقياس أن نسبة القلق كانت مرتفعة 2.07 و كانت نسبة العداوة كذلك مرتفعة بنسبة 2.50 مع قيمة اكتئاب متوسطة الى مرتفعة و ارتفاع في نسبة الاعراض الجسمانية و ذلك لتحول القلق النفسي إلى عرض جسمي ، كما أظهرت نتائج مقابلات الحالة (ب.م) كان الحالة يبدو قلقا جدا و توترا و ذلك من خلال أول ردة فعل عند أول مقابلة و ذلك عندما قال أنه يريد الخروج من المشفى و محاولته القيام من السرير ما برز اندفاعيته أما في المقابلة الثانية فكان يبدو متوترا جدا و كان يبدو عدوانيا من خلال حديثه عن زوجته الحاد " كلشي صرالي بسبابها ، درك طلقته ريحت منها " كما ظهر القلق من خلال مسكه للقلم بحيث كان عند الكتابة يضغط على القلم و بدا متوترا وذلك من خلال محاولة تغييره لمحاولة الجلوس كما أكدت نتائج المقياس ملاحظات المقابلة العيادية بحيث كانت قيمة القلق تساوي 1.30 و قيمة الأعراض الجسمانية تساوي 5.80 بحيث كانت مرتفعة جدا و ذلك لتحويل المرض للقلق إلى عرض جسمي وكانت نسبة العداوة متوسطة ، من خلال نتائج مؤشر الأعراض الظاهرة للحالتين كانت مرتفعة ، ترجم القلق و التوتر و الانفعال لكلتا الحالتين الى مرض سيكوسوماتي

و هو ارتفاع ضغط الدم كما جاء في دراسة شيلدون شيبس " و يعتبر ضغط الدم من أكبر الأمراض السيكوسوماتية تأثرا بالضغوطات الإنفعالية و التوترات النفسية الإستثارة العصبية "

مناقشة الفرضية الثانية :

يتميز مرضى إنخفاض ضغط الدم بالقلق و تدني في المزاج و الطاقة النفسية

من خلال إجراء المقابلات العيادية و تطبيق مقياس الصحة النفسية المعدل SCL-90-R و تحليل النتائج المسجلة في الجدول الخاص بكل حالة لاحظنا أن الفرضية قد تحققت عند كلتا الحالتين المصابتين بمرض انخفاض ضغط الدم ، فالحالة (و.أ) من خلال أول مقابلة كانت تبدو متوترة و هادئة فالمريضة لم تبدي اي انفعال او قلق كما انها تعاني من تعب دائم و تدني في الحالة المزاجية و ذلك لقولها " كي نشوف بلي طلقت و راجلي حشاهالي نحس صاي ما بقا والو " و تعاني الحالة من تعب دائم " وليت نعييا بلخف " الحالة تعاني من تدني في المزاج و الإكتئاب و ذلك نظرا لصدمة طلاقها كما أظهرت نتائج المقياس ارتفاع في نسبة الحساسية التفاعلية و هذا راجع لقول المريضة " غي انا لي نعاونهم وكاع وانا ميحوسوش عليا " ، و القلق يساوي 2.90 بنسبة مرتفعة و مؤشر الأعراض الجسمانية كان يساوي 3.27 اي بنسبة مرتفعة وهذا لتحويل القلق الغير الظاهر الى اعراض جسمية ، أما بالنسبة للحالة (ب.م) كان الحالة يبدو نحيفا و قلقا جدا و متوترا و ذلك من خلال أول ردة فعل عند أول مقابلة بحيث كان يبدو منزعجا و يريد مغادرة المشفى لقوله " راني باغي نخرج منيش باغي نقعد راني قنطان " كان الحالة يبدو نحيف

البنية و يعاني من انخفاض في ضغط الدم كما أنه كان يعاني من اضطراب في النوم وذلك بسبب القلق " راني مقلق و منيش نجم نرقد بينوح للدار وبيتنا يكملولي الدوا " و تدني في المزاج بحيث بينت نتائج المقياس أن نسبة القلق كانت تساوي 3.00 أي مرتفع جدا و نسبة الأعراض الجسمية 2.09 أي بنسبة متوسطة ومن خلال مؤشر الأعراض الظاهرة للحالتين كان مرتفعا و ذلك لتحويل القلق إلى أعراض جسدية كما جاء في دراسة

محمود الزيايدي أن ففي بعض الأحيان نجد أشخاصا يشكون من بعض الأعراض كالصداع النصفي و الإحساس بالتعب و الإنهاك و بأوجاع في الظهر .. إلخ، و تكون معظمها اضطرابات سيكوسوماتية ناجمة عن ضغط انفعالي متزايد.

مناقشة الفرضية الثالثة :

تساهم المقاربة العيادية في فهم و تحليل البروفيل النفسي لمريض الضغط الدموي من خلال الكشف عن العوامل النفسية العميقة و انماط التكيف.

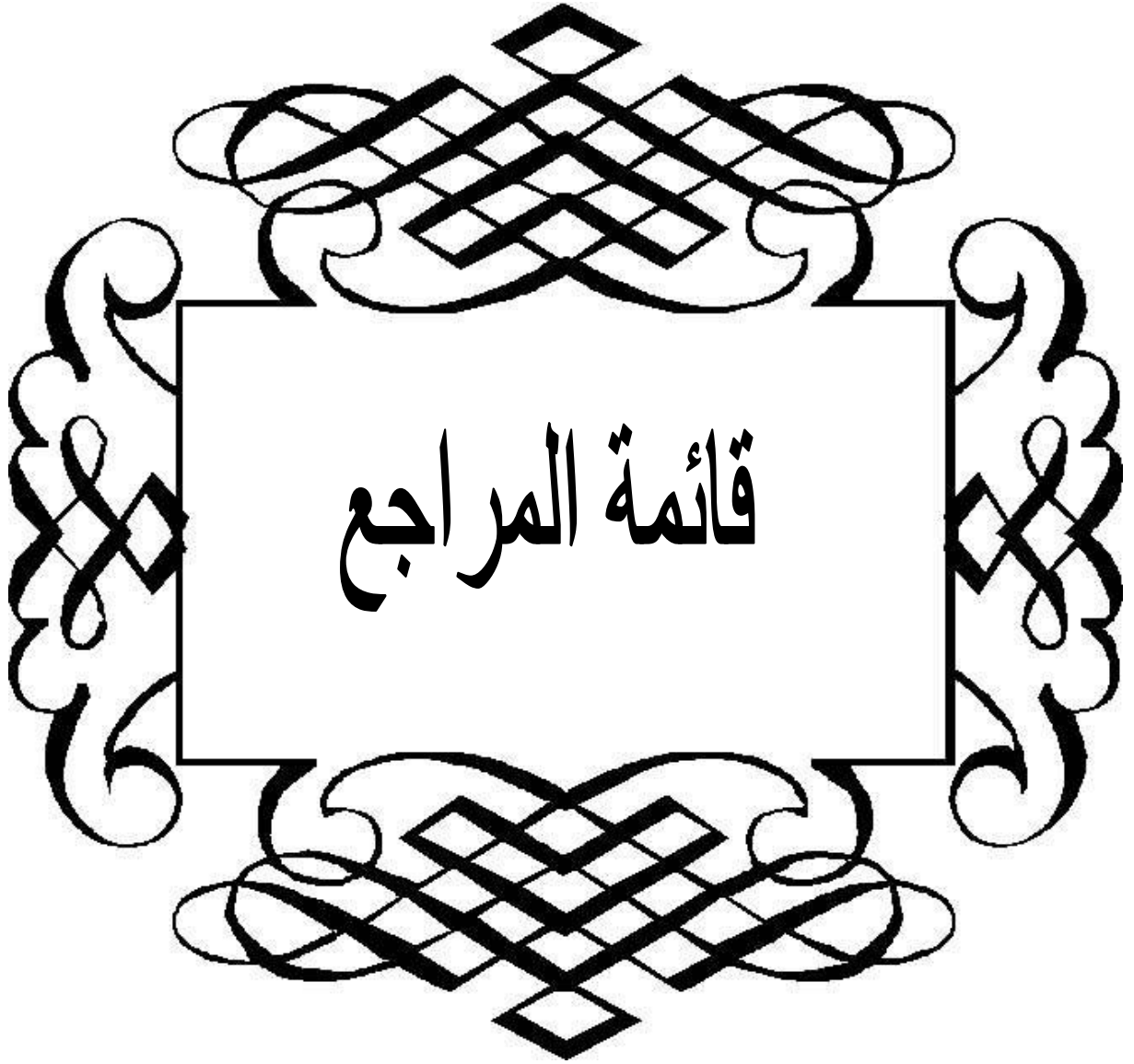
من خلال إجراء المقابلات العيادية و تطبيق مقياس الصحة النفسية المعدل SCL-90-R و تحليل النتائج المسجلة في الجدول الخاص بكل حالة لاحظنا أن الفرضية تحققت وذلك لتمكنا من الربط بين الأعراض الجسدية والمكونات النفسية بحيث لاحظنا من خلال المقابلات أن ارتفاع ضغط الدم مرتبط بالغضب المكبوت والصراعات النفسية والقلق المزمن وانخفاض ضغط الدم يترجم أحيانا إلى انسحاب وإحساس بالعجز، كما قمنا بتحليل الميكانيزمات الدفاعية التي استخدمتها كل حالة و فهم السياق الأسري والإجتماعي والعاطفي بحيث ان الحالات يعيشون في وسط به صراعات و قلة الدعم العاطفي ، كما تمكنا من معرفة طريقة تعامل الحالة مع المرض بحيث الحالتان اللذان يعانين من ارتفاع في ضغط الدم يتعاملون مع المرض بالإنكار وجوده و رفض للعلاج ، والحالة (ق.ع) والذي يعاني من انخفاض في ضغط الدم يتعامل مع المرض بالقلق و الخوف من الموت مع رفض العلاج ، وذلك لتصريحه من خلال المقابلات " راني باغي نروح للدار هنا مرنيش نرقد راني نخاف من الموت " ، كما توصلنا من خلال المقاربة العيادية إلى انجاز خطة علاجية تساعد المريض في الحد من نسبة القلق و التعامل مع المرض و ذلك من خلال المقابلة العيادية و التقييم النفسي بتطبيق مقياس الصحة النفسية ، و العلاج المعرفي السلوكي من خلال مواجهة التصورات السلبية حول المرض والمخاوف و العلاج الداعم و ذلك بتعزيز الثقة بالنفس التكيف مع المرض و العلاج الأسري للتخفيف من حدة التوتر الناتج عن الصراعات الأسرية و تقنية الاسترخاء للتقليل من حدة القلق والتوتر ، تسمح المقاربة العيادية بالتعرف على البروفيل النفسي لمريض الضغط الدموي وانجاز خطة علاجية له.



خاتمة

في ختام هذه الدراسة التي تناولت موضوع البروفيل النفسي لمريض الضغط الدموي ، يتبين لنا مدى الترابط الوثيق بين العوامل النفسية و الحالة الجسدية لهذا النوع من المرضى ، حيث أظهرت النتائج أن مرضى الضغط الدموي يعانون بدرجات متفاوتة من القلق و الاعراض الجسدية النفسية المنشأ إضافة إلى استخدام آليات دفاعية مختلفة للتكيف مع المرض و الضغوط الحياتية .

وقد أبرزت المقاربة العيادية من خلال الدراسة الميدانية أهمية الفهم العميق للشخصية و سياقها النفسي و الإجتماعي ، بما يتيح بناء تصور شامل حول البروفيل النفسي لكل حالة ، وليس الاكتفاء بالجانب الطبي البيولوجي فقط ، إن هذا التكامل بين ما هو نفسي و ما هو عضوي يسمح بتوجيه العلاج بطريقة أكثر فعالية ، فالدراسة تؤكد على ضرورة إدماج الجانب النفسي في التكفل الشامل بمرضى الضغط الدموي ، توصي بضرورة توفير دعم نفسي ممنهج لهؤلاء المرضى لما له من أثر مباشر على تحسن حالتهم الصحية و جودة حياتهم النفسية و الاجتماعية ، و تشجيع الدراسات المستقبلية على التوسع في هذا المجال مع مراعاة فروق الجنس ، العمر و الخلفية الاجتماعية و الاقتصادية ، لتكوين صورة أعمق و أشمل للبروفيل النفسي .



قائمة المراجع
المراجع بالعربية

- الشيخ نضال سعيد عبد الله 1994 ، فعالية كل من برنامج إرشادي ، و برنامج نشاط رياضي في خفض مستوى التوتر النفسي ، رسالة ماجستير ، كلية الدراسات العليا الجامعية ، الجامعة الأردنية ، الاردن.
- أحمد موسى كريزم ، (2018-1440)، البروفيل النفسي لمرضى الإكتئاب الرئيسي دراسة إكلينيكية، قدمت هذه الدراسة إستكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية بكلية التربية ، الجامعة الإسلامية بغزة.
- بيقرز ديجي مارك عبود ، ضغط الدم ، الطبعة الأولى 2013، الرياض،4.
- بسمة علي حامد حمودة ، باحثة ماجستير ، الإكتئاب لدى الأطفال ، المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة ، جامعة المنصورة – المجلد السابع – العدد الثاني ، أكتوبر 2020.
- بابا حمو يحي ، مذكرة تخرج ماستر أكاديمي ، الحالة المزاجية و علاقتها بالتحصيل الدراسي لدى طلبة معهد علوم و تقنيات النشاطات البدنية و الرياضية ، 2022 ، 2-13.
- حداد عفاف ودحاحة باسم 1998 : فاعلية برنامج ارشادي اجتماعي في تدريب على حل مشكلات و الاسترخاء العضلي في ضبط التوتر ، مجلة مركز البحوث التربوية ، العدد 13 ، السنة السابعة جامعة قطر.
- زلوف منيرة ، مفاهيم أساسية في الشخصية و دورها في حياة المراهق ، ديوان المطبوعات الجامعية 2016 ، الجزائر.
- سامي و عثمان 2010، ضغط الدم المرتفع ، مستشفى مالك فيصل تخصصي ، ومركز الابحاث الطبية ، ط2 ،ص26.
- سامي صالح الرويشدي 2002 ، الضغط النفسي كاستجابة لأحداث الحياة الضاغطة ، دراسة ميدانية مسحية على ضباط مكافحة المخدرات و ضباط الدوريات.
- شيلدون شيبس ، 2000، ضغط الدم المرتفع مايوكلينيك ، ترجمة مركز الترجمة و التعريب، الدار العربية للعلوم ،ص49.

- عبد المعطي حسن مصطفى 2006 ، ضغوط الحياة و مواجهتها الطبعة الأولى ، مكتبة الزهرة ، الشرق ، القاهرة ، مصر.
- عسكر علي 2002 ، ضغوط الحياة و أساليب مواجهتها (الأساليب النفسية و البدنية في عصر التوتر و القلق)، دار الكتاب الحديث ، الكويت ، ط2.
- قنديل محمد ، 2020 ، دليل الرعاية الصحية المنزلية ط1.
- كنزة مريامة ، (2018-2019) ، البروفيل النفسي لدى الطفل المعتدى عليه جنسيا ، جامعة قاصدي مرباح ورقلة ، مذكرة مقدمة لإستكمال متطلبات شهادة الماستر أكاديمي في علم النفس العيادي ، قسم العلوم الإجتماعية.
- محمد جاسم محمد 2004، علم النفس الإكلينيكي ، ط1، دار الثقافة للنشر و التوزيع ، عمان.
- محمود زيادي (ب،ت) المنهج العالمي في دراسات السلوك الإنساني ، القاهرة ، الانجلو مصرية، ص 213.
- معمرية بشير (2012)، سلوك النمط (أ) و تصميم استبيان و تقنيته على البيئة الجزائرية ، المجلة العربية للعلوم النفسية ، العدد 36.

المراجع باللغة الاجنبية :

- Abdelhamid,B. Michel ,S(2011) : Hypertension arterielle , pratique clinique , Elsevier : p144.
- ADAM.Z , BLATNY.M,(2008) , type C personality (cancer personality):current view and implications for future research , US National library of Medicine,2008,Vol 6 , n°54 ,pp:638-45.
- Anthony ,B .2014 , L'importance de l'éducation thérapeutique de l'hypertension arterielle.
- Bevers.G(1995) , Hypertension in practice . health care.
- Chrosos G.P and gold p.w (1998) mechanisms of physical and emotional stress , the conceptof stress and it shistorical development , new York.

- Dieter 2016 : Le régime dash : la fin de l' hypertension arterielle , bod , p 84.
- Fernet , 2016 : automesure tensionel : internet pour le patien , conseil et place du pharmacin.
- Khouloud M.K ,(2017) la phytothérapie et les maladie cardiovasculaire au maroc , mémoire pour l'opticien doctorat.
- Lédye T(2009) médecin , généraliste et patien hypertendu de plus de 80 ans , pris en charge optimale. Facteur limiten et mésure colective , université denis dedero _ paris.
- Marie A.L 2013 , l'expérience des hommes a tin d'hypertension artérielle universitaire au québec a canada .
- PONGE Philip, BARBEAU Robert (2003),Psychosomatique et médecine , France , édition Sauramps médical.
- Quintard (2003) , traité de la psychologie de la santé , in B-Schweitzer & al Dunod , France.
- Schwbel , A.L, and others,(1990) personal adjustment and groth m a life span approach :2nd edition W.m.c . brown .published/
- Zisimpolou , S (2017) : hypertension arterielle département de médecine comunautaire , de premier recours et des urgences universitaire genéve ,p16.



الملاحق

مقياس الصحة النفسية المعدل SCL - 90 -R

الرجاء التكرم بالإجابة وذلك بوضع دائرة حول رمز الإجابة المناسبة لوجهة نظرك حول وجود هذه المشاكل خلال الأسبوع الماضي ، حيث يوجد أمامك عدد من المشكلات التي قد تعاني منها - يرجى اختيار رمز الإجابة التي تنطبق عليك فإذا كنت لا تعاني أبداً" عليك اختيار رمز صفر وهكذا ..

4	3	2	1	0	1	الصداع المستمر
4	3	2	1	0	2	النرفزة والارتعاش
4	3	2	1	0	3	حدوث أفكار سيئة
4	3	2	1	0	4	الدوخان مع الاصفار
4	3	2	1	0	5	فقدان الرغبة أو الاهتمام الجنسي
4	3	2	1	0	6	الرغبة في انتقاد الآخرين
4	3	2	1	0	7	الاعتقاد بأن الآخرين يسيطرون علي أفكارني
4	3	2	1	0	8	أعتقد بأن الآخرين مسؤولين عن مشاكلي
4	3	2	1	0	9	الصعوبة في تذكر الأشياء
4	3	2	1	0	10	الانزعاج بسبب الإهمال وعدم النظافة
4	3	2	1	0	11	يسهل استنارتي بسهولة
4	3	2	1	0	12	الألم في الصدر والقلب
4	3	2	1	0	13	الخوف من الأماكن العامة والشوارع
4	3	2	1	0	14	الشعور بالبطيء وفقدان الطاقة
4	3	2	1	0	15	تراودني أفكار للتخلص من الحياة
4	3	2	1	0	16	أسمع أصوات لا يسمعا الآخرون
4	3	2	1	0	17	أشعر بالارتجاف
4	3	2	1	0	18	عدم الثقة بالآخرين

4	3	2	1	0	فقدان الشهية	19
4	3	2	1	0	البكاء بسهولة	20
4	3	2	1	0	الخجل وصعوبة التعامل مع الآخرين	21
4	3	2	1	0	أشعر باتي مقبوض أو ممسوك أو مكبل	22
4	3	2	1	0	الخوف فجأة وبدون سبب محدد	23
4	3	2	1	0	عدم المقدرة علي التحكم في الغضب	24
4	3	2	1	0	أخاف أن أخرج من البيت	25
4	3	2	1	0	نقد الذات لعمل بعض الأشياء	26
4	3	2	1	0	الألم في أسفل الظهر	27
4	3	2	1	0	أشعر بان الأمور لا تسير علي ما يرام	28
4	3	2	1	0	أشعر بالوحدة	29
4	3	2	1	0	أشعر بالحزن " الاكتئاب "	30
4	3	2	1	0	الانزعاج علي الأشياء بشكل كبير	31
4	3	2	1	0	فقدان الأهمية بالأشياء	32
4	3	2	1	0	الشعور بالخوف	33
4	3	2	1	0	أشعر بأنه يسهل إيدائي	34
4	3	2	1	0	اطلاع الآخرين علي أفكاري الخاصة بسهولة	35
4	3	2	1	0	الشعور بأن الآخرين لا يفهموني	36
4	3	2	1	0	الشعور بأن الآخرين غير ودودين	37
4	3	2	1	0	أعمل الأشياء ببطيء شديد	38
4	3	2	1	0	زيادة ضربات القلب	39
4	3	2	1	0	ينتابني غثيان واضطرابات في المعدة	40
4	3	2	1	0	مقارنة بالآخرين أشعر باتي أقل قيمة منهم	41
4	3	2	1	0	عضلاتي تتشنج	42
4	3	2	1	0	أشعر بأني مراقب من قبل الآخرين	43
4	3	2	1	0	صعوبة النوم	44
4	3	2	1	0	أفحص ما أقوم به عدة مرات	45
4	3	2	1	0	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات	46
4	3	2	1	0	الخوف من السفر	47

4	3	2	1	0	صعوبة التنفس	48
4	3	2	1	0	السخونة والبرودة في جسمي	49
4	3	2	1	0	أتجنب أشياء معينة	50
4	3	2	1	0	الشعور بعدم القدرة علي التفكير	51
4	3	2	1	0	الخدر والنمنمة في الجسم	52
4	3	2	1	0	الشعور بانغلاق الحلق وعدم المقدرة علي البلع	53
4	3	2	1	0	فقدان الأمل في المستقبل	54
4	3	2	1	0	صعوبة التركيز	55
4	3	2	1	0	ضعف عام في أعضاء جسمي	56
4	3	2	1	0	أشعر بالتوتر	57
4	3	2	1	0	الشعور بالثقل باليدين والرجلين	58
4	3	2	1	0	الخوف من الموت	59
4	3	2	1	0	الإفراط في النوم	60
4	3	2	1	0	اشعر بالضيق عند وجود الآخرين ومراقبتهم لي	61
4	3	2	1	0	توجد عندي أفكار غريبة	62
4	3	2	1	0	أشعر بالرغبة في إيذاء الآخرين	63
4	3	2	1	0	أستيقظ من النوم مبكرا"	64
4	3	2	1	0	إعادة نفس الأشياء عدة مرات	65
4	3	2	1	0	أعاني من النوم المتقطع والمزعج	66
4	3	2	1	0	الرغبة في تكسير وتحطيم الأشياء	67
4	3	2	1	0	توجد لدي أفكار غير موجودة عند الآخرين	68
4	3	2	1	0	حساسية زائدة في التعامل مع الآخرين	69
4	3	2	1	0	الخوف من التواجد في التجمعات البشرية	70
4	3	2	1	0	كل شئ يحتاج إلى مجهود كبير	71
4	3	2	1	0	أشعر بحالات من الخوف والتعب	72
4	3	2	1	0	أشعر من الخوف من التواجد في الأماكن العامة	73
4	3	2	1	0	كثرة الدخول في الجدل والنقاش الحاد	74
4	3	2	1	0	أشعر بالنرفزة عندما أكون وحيدا"	75
4	3	2	1	0	الآخرون لا يقدرّون أعمالي	76

4	3	2	1	0	أشعر بالوحدة حتى عندما أكون مع الناس	77
4	3	2	1	0	الشعور بالضيق وكثرة الحركة	78
4	3	2	1	0	اشعر بأني غير مهم	79
4	3	2	1	0	اشعر بأن أشياء سيئة سوف تحدث لي	80
4	3	2	1	0	الصراخ ورمي الأشياء	81
4	3	2	1	0	أخاف من أن افقد الوعي أمام الآخرين	82
4	3	2	1	0	أشعر بان الآخرين سيستغلوني	83
4	3	2	1	0	يزعجني التفكير في الأمور الجنسية	84
4	3	2	1	0	تراودني أفكار بأنه يجب معاقبتي	85
4	3	2	1	0	توجد عندي تخيلات وأفكار غريبة	86
4	3	2	1	0	أعتقد بأنه يوجد خلل في جسمي	87
4	3	2	1	0	أشعر بانني غير قريب وبعيد من الآخرين	88
4	3	2	1	0	الشعور بالذنب	89
4	3	2	1	0	عندي مشكلة في عقلي " نفسي "	90

قام بوضع المقسباس ليونارد ، ر. ديروجيتس ، س. ليمان ، لينو كوفي. Leonard, R.

Derogatis, Ronald, S.Lipman and Linocovi. تحت عنوان : SCL- 90-R

Symptoms Check List . ثم قام أبو هين بتعريب المقياس، وتقنيه علي البيئة الفلسطينية،

وذلك بحساب صدق المقياس (أبو هين، 1992).

يتكون المقياس من 90 عبارة تدرج تحت تسعة أبعاد وهي موزعة كالآتي:

(الأعراض الجسمانية - الوسواس القهري - الحساسية التفاعلية - الاكتئاب - القلق -

العداوة - قلق الخواف - بارا نويا - الذهانية)

أ. الأعراض الجسمانية

يقصد بها الأحوال المختلفة التي يكون عليها الجسم الإنساني، وخاصة تأثير أعضاء الجسد بالجهاز العصبي اللاإرادي ، حيث تظهر هذه التأثيرات في بعض تعطيل أو المعاناة في الأداء الوظيفي للعضو وتشمل البنود التالية (1،4،11،29،40،42،48،49،52،58،71).

ب. الوسواس القهري

يقصد بها الأفكار التي تسيطر علي ذهن الفرد ولا يقوي علي التخلص منها رغم أنه يبذل الجهد الكثير للتغلب عليها إلا أنه يجد نفسه مقهوراً لتكرارها، مما يوقعه دوماً تحت وطأة الألم الشديد، وكذلك تلك الأفعال والطقوس الحركية التي تسيطر عليه ولا يجد منها فكاكاً ويجد نفسه مقهوراً علي تكرارها رغم سعيه وقناعته بعدم منطقيتها وتشمل البنود التالية (3،9،10،28،38،45،46،51،55،65).

ت. الحساسية التفاعلية

يقصد بها العلاقات البينية القائمة بين الأفراد بعضهم البعض ، وأثر هذه العلاقات في الوضع النفسي للإنسان ، ويتميز الأفراد ذوو الحساسية التفاعلية المرتفعة بدرجة عالية من تبخيس الذات وتقدير ذات منخفض وتشمل البنود التالية (34،36،37،41،61،69،73،6،21).

ث. الاكتئاب

يقصد به زملة الأعراض الإكلينيكية المصاحبة للاكتئاب سواء علي المستوي العضوي أو النفسي وتشتمل الهبوط في الأداء الوظيفي للإنسان وتفرع منها حالات الهبوط المزاجي واليأس والسوداوية والانسحاب من الواقع وعدم الاهتمام بالأنشطة ونقص الهمة و الدافعية، والإحساس بفقدان الطاقة الحيوية إضافة لمشاعر الدونية وتبخيس الذات وتشمل البنود التالية (2، 5،14،15،20،22،26،27،28،30،31،32،54).

ج. الفلق

يقصد به التوتر والعصبية والأعراض السلوكية التي تكون تظهر كتعبير عن حالات القلق من ارتجاف الأطراف إلى العوارض الجسمية الأخرى وتشمل البنود التالية (12،17،23،33،39،57،72،79،80،86).

ح. العداوة

يقصد به سلوك الاعتداء إما علي مستوي الأفكار أو المشاعر أو الأفعال وتشمل البنود التالية (13،24،63،67،74،81).

خ. قلق الخواف (الفوبيا)

يقصد به مظاهر الخوف الغير طبيعية التي تنتاب بعض الأفراد والتي يصطلح علي تسميتها بالفوبيا ومنها الخوف من الأماكن العامة وأي مظهر من المظاهر المختلفة للخوف من موضوع معين بطريقة غير طبيعية وتشمل البنود التالية (25،47،50،70،75،78،82).

د. البار اتويا

يقصد به إنساب الشخص عيوبه للآخرين وكذلك العداة والشك والارتياب والمركزية حول الذات والهداءات وفقدان الاستقلال الذاتي ومشاعر العظمة وتشمل البنود التالية (8،18،43،68،76،83).

ذ. الذهانية

يقصد بها الهلوس السمعية وإذاعة الأفكار والتحكم الخارجي في الأفكار واقتحام الأفكار داخل الذهن عن طريق قوي خارجه عن إرادة الفرد وتشمل البنود التالية (7،16،35،62،77،84،85،87،88،90).

ر. العبارات الأخرى وتشمل البنود التالية (19،44،53،59،60،64،66،89)

استمارة الاستشارة (دراسة الحالة)

البيانات الأولية للمستفيد				
الاسم:	العمر:	الكلية		
التخصص	الرقم الجامعي	رقم الهاتف		
الجوانب الشخصية للعميل	النواحي الجسمية للعميل: (الحالة الجسمية العامة و المظهر الخارجي- الحالة الصحية)			
	النواحي الإدراكية المعرفية: (قدرات العميل العقلية والمعرفية - التذكر- النسيان)			
	النواحي النفسية الانفعالية: (الحالة الوجدانية مثل الحب الكراهية، الخوف، القلق، الحزن، الاكتئاب)			
	النواحي السلوكية: (تحديد أنماط السلوك السوي وغير السوي مثل السلوك العدواني، إهمال، إدمان)			

*التاريخ التعليمي:

التاريخ التعليمي للطالب/ة (متضمن المستوى الدراسي وسنوات الرسوب):

.....
.....
.....

* التاريخ الأسري:

عمر الأب: المهنة: المستوى التعليمي:

عمر الأم: المهنة: المستوى التعليمي:

درجة القرابة بين الأبوين:

.....

عدد أفراد الأسرة (ذكور- إناث) ومستوياتهم التعليمية /

هل يوجد بين أفراد الأسرة من يعاني من اضطرابات عقلية أو نفسية أو سلوكية أو جسمية:

.....
.....
.....

أساليب التنشئة الاجتماعية داخل الأسرة /

(تقبل - رفض - تسامح - قسوة وحرمان - لا مبالاة وإهمال - إفراط في الرعاية) .

الوضع الثقافي داخل الأسرة:

.....
.....
.....

الوضع الاقتصادي (الدخل /ظروف السكن) :

.....
.....
.....

الوضع الصحي والوعي الصحي لأفراد الأسرة:

.....
.....
.....

الوضع الاجتماعي والعلاقات داخل الأسرة:

.....
.....
.....

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم -

كلية العلوم الاجتماعية

تصريح شرطي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية
للإجازة البحث

أنا الممضي أدناه،
طالب(ة): **مبارك هاجي** رقم التسجيل الجامعي: **37030897**
حامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم: **406587942** والصادرة بتاريخ: **15 - 2 - 2000**
من **مستغانم**

سجل بكلية العلوم الاجتماعية / قسم **علوم الاجتماع**
شعبة **علم النفس** / التخصص **علم النفس الحيادي**

والمكلف بإنجاز مذكرة ماستر بعنوان:

البروفيل النفسي لرضي الغفلا العمري
دراسة أربع حالات من مرضي الاستثنائي تحاملي "مستغانم"
أصح بشرطي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات العلمية والنزاهة الأكاديمية
طلوبة في إنجاز البحث، وأتحمل المسؤولية الشخصية عن كل المحتوى المتضمن في البحث المذكور أعلاه.

التاريخ: **03 - 7 - 2000**

إمضاء المعرف
