الجمهـــورية الجزائـرية الديمقراطية الشعبية
جامـعــة عبد الحميــد بن باديـــس – مستغـانم
قـسم العلـوم الاجتماعيــة
شعبــة علــم النفــس

عمل تكميلي لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

قلق الموت لـدى الراشـد المصاب بالجلطـة الدمـاغيـة
دراسة عيادية لثلاث حالات بالمركز الاستشفائي الجامعي – مستغانم

مقدمـة من طرف الطالــبة :
- بن كعبوش وئـام

تحت إشراف الأستــاذة :
- بلـعبـاس نـاديـة

أمام لجنة المناقشة

الاسم و اللقب	الرتبة	الصفة
د صالحي فاطمة الزهراء	أستاذ محاضر (أ)	رئيسا
د خوجة مليكة	أستاذ محاضر (أ)	مناقشا
أ.د بلعباس نادية	أستاذ التعليم العالي	مشرفا و مقررا

السنة الجامعية : 2024- 2025

الإهداء

من قال أنا لها " نالها "

و أنا لها إن أبت رغما عنها أتيت بها

لم تكن الرحلة قصيرة و لا ينبغي لها أن تكون ، لم يكن الحلم قريبا و لا الطريق كان محفوفا بالتسهيلات لكنني فعلتها و نلتها

إلى الذي زين اسمي بأجمل الألقاب ، من دعمني بلا حدود و أعطاني بلا مقابل ، من حصد الأشواك عن دربي ليمهد طريق العلم لي والدي أطال الله في عمره وحفظه لي .

إلى من جعل الله الجنة تحت أقدامها ، إلى الإنسانة العظيمة التي تركتني في منتصف الطريق والتي لطالما تمنت أن تقرعينها في يوم كهذا فتوسدها التراب قبل أن تتحقق أمنيتها إلى سر مناضلتي واجتهادي ، إلى أمي رحمها الله .

إلى الجندي المجهول و اليد الخفية و أمان أيامي الذي كان داعمي في الأيام الصعاب ، إلى من انتظر هذه اللحظات ليفتخر بي ، إلى من أراه خالدا وسط قلبي .

إلى ضلعي الثابت و من شددت عضدي بهم فكانوا لي ينابيع ارتوي منها ، إلى خيرة أيامي و صفوتها (أخواتي) .

إلى عائلتي و كل من ساعدني في عملي هذا من قريب أو من بعيد .

و أخيرا الشكر موصل لنفسي على الصبر و التي كانت أهلا للمصاعب ، ها أنا اليوم أختم كل ما مررت به الحمد لله من قبل و من بعد راجية من الله تعالى أن ينفعني بما علمني و أن يعلمني ما أجهله و يجعله حجة لي لا علي .

كلمة شكر و تقدير

الشكر لله تبارك و تعالى على فضله و نعمه .

أتقدم بخالص الشكر و الامتنان إلى كل من ساعدني من قريب و من بعيد لإنجاز هذا العمل البسيط كما أتوجه بشكري إلى أستاذتي التي تكرمت علي بشرف تأطيري و توجيهي لتصويب هذه الدراسة و التي لم تبخل علي بتوجيهاتها و نصائحها القيمة التي كانت عونا لي في إتمام هذه المذكرة الأستاذة " بلعباس نادية " .

كما أتوجه بشكري إلى أساتذتنا الكرام على منحهم لنا الرصيد المعرفي الكافي ، و لا يفوتنا أن نشكر بخالص المعاني الطاقم الطبي للمستشفى الجامعي بمستغانم و بالأخص الموظفين في مصلحة طب الأعصاب .

شكر و تقدير خاص إلى عائلتي على الدعم المعنوي المقدم و الذي ساهم بشكل خاص في إتمام هذه المذكرة .

و إلى جميع المرضى الذين أرجوا من الله أن يلبسهم لباس الصحة و العافية إليهم جميعا .

ملخص الدراسة باللغة العربية

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة طبيعة قلق الموت لدى الراشد المصاب بالجلطة الدماغية ، و الكشف عن الفروق في قلق الموت تبعا لمتغير (الجنس ، العمر ، مدة و نوع الإصابة)، و تمت هذه الدراسة بالمركز الاستشفائي الجامعي – مستغانم ،

حيث تم اقتراح الفرضية العامة كالتالي :

- تختلف درجة قلق الموت لدى مرضى الجلطة الدماغية.

وللتحقق من صحة هذه الدراسة و فرضياتها اعتمدنا على المنهج العيادي باستخدام دراسة الحالة ، و من الأدوات المستخدمة في الدراسة : الملاحظة العيادية ، المقابلة العيادية نصف الموجهة ، مقياس قلق الموت لتمبلر ، حيث اقتصرت هذه الدراسة على عينة تقدر بثلاث حالات : المفحوصة الأولى من (جنس أنثى) و المفحوصة الثانية من (جنس أنثى) و المفحوص الثالث من (جنس ذكر) و قد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى:

- يعاني الراشد المصاب بالجلطة الدماغية من مستوى مرتفع من قلق الموت .

- تختلف درجة قلق الموت لدى مرضى الجلطة الدماغية .

- لا يختلف قلق الموت لدى الراشد المصاب بالجلطة الدماغية باختلاف الجنس .

الكلمات المفتاحية : قلق الموت ، الراشد ، الجلطة الدماغية .

ملخص الدراسة باللغة الانجليزية

This study aimed to understand the nature of death anxiety in adults with stroke, and to reveal differences in death anxiety according to variables (gender, age, duration, and type of injury). This study was conducted at the University Hospital Center - Mostaganem.

The general hypothesis was proposed as follows:

- The degree of death anxiety varies among stroke patients.

To verify the validity of this study and its hypotheses, we relied on the clinical approach using a case study. The tools used in the study included clinical observation, a semi-structured clinical interview, and the Templar Death Anxiety Scale. This study was limited to a sample of three cases: the first subject (female), the second subject (female), and the third subject (male). The results of this study revealed that:

- Adults with stroke suffer from a high level of death anxiety.

- The degree of death anxiety varies among stroke patients.

- Death anxiety does not differ among adults with stroke by gender.

Keywords: death anxiety, adult, stroke.

قائمة المحتويات

قائمة المحتويات	الصفحة
الإهداء	أ
الشكر و التقدير	ب
ملخص الدراسة باللغة العربية	ج
ملخص الدراسة باللغة الانجليزية	د
قائمة المحتويات	ه
قائمة الجداول	ط
قائمة الأشكال	ي
قائمة الملاحق	ك
مقدمة	01
الفصل الأول : الإطار العام الدراسة	
1- الإشكالية	03
2- فرضيات الدراسة	06
3- أهداف الدراسة	06
4- أهمية الدراسة	06
5- دواعي اختيار الموضوع	07
6- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة	07
الفصل الثاني : قلق الموت	
تمهيد	08
أولا : القلق	
1- 1/ تعريف القلق	08
1-2/ مكونات القلق	09
1-3 / أنواع القلق	09

1- 4 / أعراض القلق	10
1-5 / أسباب القلق	11
1-6 / حالة القلق و سمة القلق	12
1-7 / تفسير القلق عند بعض العلماء	12
1-8/ علاج القلق	14
ثانيا : قلق الموت	
2-1/ تعريف الموت	15
2-2/ تعريف قلق الموت	15
2-3/ مظاهر قلق الموت	16
2-4/ أعراض قلق الموت	17
2-5/أسباب قلق الموت	19
2-6/ نظرة الراشد لقلق الموت	20
2-7/ النظريات المفسرة لقلق الموت	20
2-8/ علاج قلق الموت	24
خلاصة الفصل	25
الفصل الثالث : الجلطة الدماغية	
تمهيد	26
1- بنية و مكونات الدماغ	26
2- مفهوم الجلطة الدماغية	28
3- أنواع الجلطة الدماغية	28
3-1- الجلطة الدماغية الإقفارية "A.v.c Eschémique "	28
3-2- الجلطة الدماغية النزيفية " A.v.c Hémouragique "	30
4- تصنيف الشلل الدماغي	32
5- عوامل الخطورة الغير قابلة للسيطرة	34
6- أعراض الجلطة الدماغية	35
7- الوقاية من الجلطة الدماغية و علاجها	36

خلاصة الفصل	38
الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
تمهيد	39
1- الدراسة الاستطلاعية	
1-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية	39
1-2- الأدوات و الوسائل المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية	39
1-3- الحدود الزمنية و المكانية للدراسة الاستطلاعية	42
1-4- مواصفات حالات الدراسة الاستطلاعية	45
1-5- نتائج الدراسة الاستطلاعية	46
2- الدراسة الأساسية	
2-1- منهج الدراسة الأساسية	47
2-2- الأدوات المستخدمة في الدراسة الأساسية	47
2-3- الحدود الزمنية و المكانية للدراسة الأساسية	49
2-4- مواصفات حالات الدراسة الأساسية	49
خلاصة الفصل	51
الفصل الخامس : عرض النتائج و مناقشة الفرضيات على ضوء النتائج	
1- عرض الحالات	
1-1- عرض نتائج الحالة الأولى	52
1-2- عرض نتائج الحالة الثانية	57
1-3- عرض نتائج الحالة الثالثة	63
1-4- استنتاج عام حول عرض الحالات	68
2- مناقشة الفرضيات في ضوء النتائج	
2-1- مناقشة الفرضية العامة في ضوء النتائج	68
2-2- مناقشة الفرضية الجزئية الأولى في ضوء النتائج	70
2-3- مناقشة الفرضية الجزئية الثانية في ضوء النتائج	71
2-4- استنتاج عام حول نتائج الفرضيات	72

خاتمة	74
صعوبات الدراسة	75
قائمة المراجع بالعربية	76
قائمة المراجع بالأجنبية	79
قائمة الملاحق	

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	سلم مقياس قلق الموت	42
2	مواصفات حالات الدراسة الاستطلاعية	45
3	مواصفات حالات الدراسة الأساسية	50
4	سير المقابلات العيادية مع الحالة الأولى	53
5	إجابة الحالة الأولى على مقياس قلق الموت لتمبلر	56
6	مستوى قلق الموت عند الحالة الأولى	56
7	سير المقابلات العيادية مع الحالة الثانية	59
8	إجابة الحالة الثانية على مقياس قلق الموت لتمبلر	61
9	مستوى قلق الموت عند الحالة الثانية	62
10	سير المقابلات العيادية مع الحالة الثالثة	64
11	إجابة الحالة الثالثة على مقياس قلق الموت لتمبلر	67
12	مستوى قلق الموت عند الحالة الثالثة	67
13	نتائج الحالات على مقياس قلق الموت	69
14	مستوى قلق الموت لدى حالات الدراسة	70
15	جنس و مدة الإصابة لدى حالات الدراسة	71

قائمة الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
1	بنية الدماغ	27
2	رسم توضيحي للحادثة الوعائية الاقفارية	29
3	حلقة ويليس	29
4	النزيف الدماغي	30
5	رسم توضيحي للجلطة الدماغية النزيفية	31
6	رسم توضيحي للأطراف المصابة	34

قائمة الملاحق

1- دليل المقابلة العيادية النصف موجهة .

2- مقياس قلق الموت لتمبلر .

3- الهيكل التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي .

مـــقـــدمـــة

تعرض الإنسان للإصابة بالأمراض الخطيرة في حياته قد تؤدي به إلى الانتقال من الحالة المستقرة إلى الحالة الغير مستقرة ، و لذلك تظهر معاناة نفسية و جسدية على الشخص المصاب ، و قد يؤثر ذلك على مجرى حياته ، و من أخطر تلك الأمراض الجلطة الدماغية التي تتسبب في إتلاف الدماغ بسبب انقطاع إمداد الدم و هي حالة طبية طارئة تعيق المريض نتيجة الآثار التي تخلفها على حياته النفسية و الجسمية .

فالإصابة بمرض الجلطة الدماغية يترتب عليها تغيرات نفسية و شخصية في حياة المصاب و تتفاوت و تختلف درجة الإصابة من شخص لآخر من حيث شدتها و مدة الإصابة و كذلك حجمها ، كما أن الجلطة الدماغية قد تشكل صدمة بالنسبة للشخص المصاب بمجرد معرفته بالإصابة ، حيث أنها تغير في حياته الشخصية و الأسرية و الاجتماعية و المهنية ، و كذلك تؤثر على استيعابه و تقبله لذاته ، مما يؤدي إلى مضاعفات قد تساهم أحيانا في رغبته بإنهاء حياته للتخلص من متاعب المرض و الحالة النفسية التي يكون عليها .

و لهذا يمكن القول بأن مصاب الجلطة الدماغية قد يتعرض لأكثر من نوع من القلق، فالقلق الذي يظهر بعد التعرض لجلطة دماغية قد يكون جزء كبير منه مرتبط بالأعراض الجسدية المصاحبة للجلطة ابتداء من الضعف إلى العجز التام أحيانا ، و منهم من يكون لديه قلق راجع إلى عدم قدرته على القيام بوظائف الحياة اليومية ، أو قد يكون القلق متعلق بالأسرة و الأبناء و مصيرهم ، أو قد يتعلق بالظروف الاقتصادية و المادية المترتبة على العلاج ، أو من التعرض لجلطة جديدة قد تزيد من العجز الجسمي و اللغوي و الحركي ، أو القلق من الموت .

حاولنا من خلال هذه الدراسة التركيز على قلق الموت لدى الراشد المصاب بالجلطة الدماغية على اعتبار أنه من أكثر الاضطرابات انتشارا بين هؤلاء المرضى فيؤثر على حياتهم و يهدد سعادتهم و يسلبهم القدرة على الاستمتاع بالحياة ، و لتحقيق هذا قمنا بتقسيم هذه الدراسة إلى جانبين :

الجانب النظري : و يضم : الفصل الأول و هو مدخل تمهيدي للدراسة بحيث يضم الإشكالية و فرضيات دراستنا و أهميتها و دواعي اختيار هذا الموضوع وأهدافه ، في حين تطرقنا في الفصل الثاني إلى قلق الموت من خلال تقسيمه إلى قسمين بحيث قمنا بالتطرق أولا إلى القلق من خلال تعريفه ، و مكوناته ، و أنواعه ، و أهم أعراضه و أسبابه ، و كذا حالة القلق و سمة القلق ، بالإضافة إلى تفسيره عند بعض العلماء و أخيرا علاجه أما في القسم الثاني تناولنا مفهوم قلق الموت من خلال تقديم تعريف الموت و قلق الموت ، و أيضا مظاهره و أعراضه و أهم أسبابه ، إضافة إلى نظرة

الراشد لقلق الموت واعتمدنا على أهم النظريات المفسرة له و علاجه ، و في الفصل الثالث تطرقنا إلى الجلطة الدماغية ، حيث تطرقنا إلى بنية و مكونات الدماغ ، و مفهوم الجلطة الدماغية ، أنواعها ، و تصنيف الشلل الدماغي ، مع ذكر عوامل الخطورة الغير قابلة للسيطرة ، و أعراضها ، و الوقاية منها و علاجها ، أما في **الجانب التطبيقي** فقد تطرقنا في الفصل الرابع إلى الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية من خلال عرض الدراسة الاستطلاعية و الدراسة الأساسية ، أما في الفصل الخامس تطرقنا إلى عرض نتائج الدراسة من خلال عرضنا لثلاث حالات عيادية من جنسين مختلفين (الحالة الأولى من جنس أنثى) و (الحالة الثانية من جنس أنثى) و (الحالة الثالثة من جنس ذكر)، و قمنا بمناقشة فرضيات دراستنا التي على أساسها قمنا بهذه الدراسة .

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1- الإشكالية

2- فرضيات الدراسة

3- أهداف الدراسة

4- أهمية الدراسة

5- دواعي اختيار الموضوع

6- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة

1- الإشكالية :

يتعرض الإنسان خلال حياته إلى العديد من المشاكل والمخاطر التي تنجم عنها أمراض قد تصيبه و تأثر على سلامته الجسدية و رفاهيته و صحته و لعل أكثرها شيوعا في الوقت الحالي هي الإصابة بالجلطة الدماغية التي أصبحت مشكلة كبيرة في الصحة نظرا لانتشارها و تأثيرها على حياة الفرد و المجتمع ، فهي السبب الأول للعجز الحركي للمصاب مما يؤدي إلى فقدانه قدرة الاعتماد على ذاته في تدبر أمور حياته اليومية ، ليس هذا فحسب و إنما تؤدي إلى وفاة الشخص المصاب . (بن العيفاوي – 2021) .

فالجلطة الدماغية تحدث حين يتعرض جزء من الدماغ للضرر نتيجة نقص تدفق الدم إليه أو تمزق وعاء دموي ، أي حدوث نزيف في الدماغ ، و من مختلف الأمراض العصبية نصب اهتمامنا في هذه الدراسة حول الجلطة الدماغية التي تمثل موضوع بحثنا و الذي أصبح منتشرا في الآونة الأخيرة حسب المعطيات المقدمة ، و لهذا يعد الموت أعظم غموض و أكبر سر يواجهه الراشد المصاب بالجلطة الدماغية ، مما يزيد من تدهور صحته و هذا ما يجعله يربط الاكتئاب بالحالة الجسدية ارتباطا جوهريا . (أبو العزم و آخرون 2022) .

وتبقى الجلطة الدماغية عبارة عن حدث صادم للشخص ولأفراد أسرته ، وكنتيجة له تتأثر جميع جوانب حياة الشخص ومن يعيش معه ، وهذا الحدث قد يجعل المريض يختبر أكثر من نوع من نوع قلق في نفس الوقت، ولكن في هذه الدراسة تم التركيز على موضوع " قلق الموت " الذي قد يختبره مريض الجلطة الدماغية بشكل مباشر و يعبر عنه بشكل صريح و قد لا يصرح به .

كما تناولت دراسة راسموسير (1996) Rasmusser أنه كلما زاد العمر انخفض قلق الموت و هناك دراسات أخرى بينت أن كبار السن يظهرون قلقا من الموت أقل نحو الموت من الشباب . (محمود ، 2024 ، ص 12)

بينما هدفت دراسة (Niloufar Tahery , 2015) إلى الكشف عن تأثير مستوى قلق الموت على جودة الحياة لدى مرضى الجلطات الدماغية ، و تكونت عينة الدراسة من 50 مشاركا من مرضى الجلطات الدماغية في منطقة لوس إنجلوس و متوسط عمرهم 65 عاما ، و تم تطبيق مقياس قلق الموت و مقياس جودة الحياة على أفراد عينة الدراسة ، و توصلت نتائج الدراسة إلى زيادة مستوى قلق الموت له تأثر سلبي على جودة الحياة لدى مرضى الجلطات الدماغية ، حيث وجد انخفاض في جودة الحياة لديهم . (نفس المرجع السابق ، ص 57)

أما دراسة سيلفا و آخرون (Silva , et al , 2016) هدفت لمحاولة تفسير و فهم تجربة ثمانية ناجين ما بعد تعرضهم لجلطة دماغية ، تم جمع البيانات من خلال مقابلات شبه منظمة و من خلال استخدام التحليل الموضوعي النوعي . تكونت عينة الدراسة من ثلاث رجال و خمس نساء ، و تبين من خلال الدراسة بأن تجربة الجلطة الدماغية ولدت مشاعر سلبية مثل الخوف من الموت و العجز و فقدان الاستقلالية و عدم القدرة على العمل ، و كان للدعم الاجتماعي من الأسرة و للجانب الديني أهمية للتمكن من التعامل مع التغيرات في الحياة اليومية و وجود عدم كفاءة لشبكة الرعاية الصحية ، كما تشير نتائج الدراسة إلى ضرورة وجود تثقيف صحي حول الأعراض التنبؤية للجلطة الدماغية و التوعية من آثار المرض على حياة الناجين . (خاروفة ، حسين ، 2023 ، ص 71) .

كما هدفت دراسة (ميرنا ماريو يوسف خاروفا ، 2019) إلى التعرف على مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة الدماغية ، و التعرف على الفروق في المتوسطات الحسابية لقلق الموت لدى عينة الدراسة تبعا لمتغيرات (الجنس ، لعمر ، الحالة الاجتماعية ، المستوى التعليمي ، عدد الأبناء ، مستوى الدخل ، تكرار الإصابة ، و وجود أقارب توفوا بجلطة دماغية) ، و لتحقيق أهداف هذه الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي ، و ذلك بتبيق مقياس قلق الموت المكون من 24 فقرة من تطوير الباحثة على عينة متيسرة ، حيث اشتملت العينة على 50 فرد ، و تم إجراء البحث في جميع أقسام جمعية بيت لحم العربية للتأهيل و الجراحة ، و أظهرت النتائج أن أن مستوى قلق الموت لدى أفراد الدراسة جاء بدرجة متوسطة ، و كذلك أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تعزي لمتغيرات الدراسة جميعها (الجنس ، لعمر ، الحالة الاجتماعية ، المستوى التعليمي ، عدد الأبناء ، مستوى الدخل ، تكرار الإصابة ، و وجود أقارب توفوا بجلطة دماغية) . (محمود ، نفس المرجع السابق ، ص 61)

في حين أن دراسة (Mohammad Torabi , et al , 2023) هدفت إلى معرفة تأثير برامج الرعاية الروحية لعلاج قلق الموت لدى مرضى الجلطات الدماغية، و أجريت الدراسة على 89 مريضا بجلطة دماغية مقسمين إلى مجموعة تجريبية (45) و مجموعة ضابطة (44) في مستشفى بيسات – همدن بإيران ، و تم تطبيق برنامج الرعاية الروحية في ست جلسات يومية متتالية بواقع 545- 20 دقيقة لكل منها، و أكمل المشاركون استبيان البيانات الديموغرافية ، و مقياس قلق الموت لتمبلر، و أشارت النتائج إلى ارتفاع قلق الموت لدى أفراد العينة بسبب الأعراض المفاجئة ، و عدم وجود فروق في قلق الموت لدى المجموعة التجريبية و الضابطة في البداية ، و بعد شهر من التدخل بتطبيق برامج الرعاية الروحية وجد فروق بين المجموعتين في

قلق الموت ، و أدى برنامج الرعاية الروحية إلى خفض قلق الموت لدى المرضى بشكل ملحوظ ، و توصي الدراسة بأن يقوم الممرضون بتقديم الرعاية الروحية كجزء من خطط الرعاية الشاملة لمرضى الجلطات الدماغية للحد من قلق الموت لديهم . (نفس المرجع السابق ، ص 62) .

التعقيب على الدراسات السابقة :

استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في المنهجية و الأداة و بلورة الإطار النظري و الربط بنتائج الدراسة الحالية ، و كذلك في الإجراءات المنهجية ، و لقد قمنا بالاستعانة بالعديد من المتغيرات السابقة في الدراسة الحالية و كانت المتغيرات كالتالي : الجنس، العمر، نوع الإصابة ، تكرار الجلطة للمريض .

أولا : من حيث الهدف : تنوعت الأهداف تبعا لموضوع كل دراسة ، و لكن معظمها كان يهدف إلى التعرف على مستوى قلق الموت و علاقة قلق الموت بمتغيرات أخرى بالإضافة إلى متغير الأمن النفسي ، هاجس الموت ، تقبل الذات ، الرضا عن الحياة .

ثانيا: من حيث العينة : تنوعت الدراسات السابقة بعينات مختلفة من المجتمع مثل طلبة الجامعات و المدارس ، كبار السن ، مرضى السرطان .

ثالثا : من حيث المنهج : تعددت المناهج المستخدمة في الدراسات السابقة منها من استخدم منهج دراسة الحالة ، المنهج الاستطلاعي ، الوصفي التحليلي .

و بناء على ما سبق يتبين أن الدراسة الحالية تختلف و تتميز عن غيرها من الدراسات السابقة حيث أنها تناولت دراسة عينة مرضى الجلطة الدماغية ، و هي عينة تم دراستها بشكل سابق إضافة إلى متغيرات متعددة مصاحبة .

و من خلال ما تم عرضه توصلنا إلى طرح الإشكالية كالتالي :

- هل يعاني الراشد المصاب بالجلطة الدماغية من مستوى مرتفع من قلق الموت ؟

التساؤلات الفرعية للدراسة :

- هل تختلف درجة قلق الموت لدى مرضى الجلطة الدماغية ؟ .

- هل يختلف مستوى قلق الموت لدى مرضى الجلطة الدماغية تبعا لمتغير الجنس ؟ .

2- فرضيات الدراسة :

الفرضية العامة :

- يعاني الراشد المصاب بالجلطة الدماغية من مستوى مرتفع من قلق الموت .

الفرضيات الجزئية :

- تختلف درجة قلق الموت لدى مرضى الجلطة الدماغية .

- لا يتغير قلق الموت لدى مرضى الجلطة الدماغية تبعا لتغير الجنس .

3- أهداف الدراسة :

- التعرف على واقع قلق الموت لدى مرضى الجلطة الدماغية .

- التعرف أكثر على الحالة لمريض الجلطة الدماغية .

- الكشف عن وجود قلق الموت لدى مرضى الجلطة الدماغية .

- التعرف على مستوى قلق الموت لدى مرضى الجلطة الدماغية على حسب الجنس .

- الكشف عن دور الأسرة في التخفيف من أعراض الجلطة الدماغية .

4- أهمية الدراسة :

- حاجة المريض المصاب بالجلطة الدماغية إلى الرعاية النفسية .

- توضيح تأثير الصحة الجسمية و النفسية على الجانب النفسي لمريض الجلطة الدماغية.

- لفت الانتباه عن مدى تأثير قلق الموت على مرضى الجلطة الدماغية .

- الانتشار الكبير لمرض الجلطة الدماغية في العالم بصفة عامة ، و في البيئة الجزائرية بصفة خاصة و الذي أصبح ملفت للانتباه باعتبار فئة المصابين بهذا المرض فئة حساسة و هامة من شرائح المجتمع .

5- دواعي اختيار الموضوع :

- تماشي موضوع الدراسة مع تخصصنا بصفة عامة و تخصص علم النفس العصبي بصفة خاصة و الذي يهتم بدراسة الفئة المصابة بالجلطة الدماغية .

- فهم نظرة المريض المصاب بالجلطة الدماغية لذاته في هذه المرحلة الحرجة و ما يترتب عليها في حياته الشخصية و علاقاته الاجتماعية .

6- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة :

قلق الموت : (Death Anxiety)

يعرف إجرائيا على أنه حالة انفعالية مكدرة ، و مشاعر شك و عجز و خوف ، تتركز حول كل ما يتصل بالموت و الاحتضار ، لدى الشخص نفسه أو ذويه ، و من الممكن أن تثير أحداث الحياة ، هذه الحالة الانفعالية غير السارة و ترفع درجتها ، و الذي يمكن التعبير عنه و تقديره من خلال الدرجة التي يحصل عليها المبحوث في اختبار قلق الموت .

الراشد : (Adult)

هو الشخص الذي وصل إلى مرحلة في الحياة يصبح فيها قادراً على تحمل المسؤولية عن نفسه وأحيانا عن آخرين، ويقوم في الوقت نفسه بعمل منتج في المجتمع.

الجلطة الدماغية : (Stroke)

هي حدوث خلل في الأوعية الدموية التي تغذي الدماغ و هذا بسبب انسداد أو انفجار أحد الشرايين التي تغذي المخ ، و بالتالي المخ لا يصله دم كافي ، و هذا ما يؤدي إلى موت الخلايا العصبية في المخ و حدوث الشلل النصفي .

الفصل الثاني : قلق الموت

تمهيد

أولا : القلق

1- تعريف القلق .

2- مكونات القلق .

3- أنواع القلق.

4- أعراض القلق .

5- أسباب القلق .

6- حالة القلق و سمة القلق .

7- تفسير القلق عند بعض العلماء .

8- علاج القلق .

ثانيا : قلق الموت

1- تعريف الموت .

2- تعريف قلق الموت .

3- مظاهر قلق الموت .

4- أعراض قلق الموت .

5-أسباب قلق الموت .

6- نظرة الراشد ل قلق الموت .

7-النظريات المفسرة قلق الموت .

8- علاج قلق الموت .

- خلاصة الفصل

تمهيد :

في هذا الفصل سنتناول أهم متغيرات الدراسة للتعرف على طبيعتها و هي " قلق الموت " ، و تكمن صعوبة تحديد ماهية الموت في أن معناه يكمن في سياق الحياة فليست هناك إجابة محددة وقاطعة عن ماهية الموت ولكن يبدو أنه على الأقل يمكن الإجابة عن بعض المشكلات النفسية الناتجة عن الخوف من الموت .

أولا : القلق

1-1/ تعريف القلق : (Anxiety)

القلق في معظم الأحوال هو أحد الانفعالات الطبيعية التي يمكن أن يشعر بها أي إنسان إذا تعرض لموقف ما يستدعي هذا الانفعال ، و هو استجابة طبيعية فيها إعداد و تهيئة للإنسان لمواجهة الأخطار ، و تجربة القلق هنا هي شعور و انفعال طبيعي تماما إذا كانت تتناسب مع الموقف الذي تسبب في هذا القلق ، فالناس يختلفون في الطريقة التي يستجيبون بها لانفعال القلق ، بينما تكون المظاهر الرئيسية للقلق هي العصبية الزائدة و الخوف و عدم القدرة على التركيز . (لطفي الشربيني – 2015 – ص 16)

القلق هو حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يتملك الإنسان ، و يسبب له كثيرا من الكدر و الضيق و الألم ، و القلق يعني الانزعاج ، و الشخص القلق يتوقع الشر دائما ، و يبدو متشائما ، و متوتر الأعصاب و مضطربا ، كما أن الشخص القلق يفقد الثقة بنفسه و يفقد القدرة على التركيز . (عثمان – 2001- ص 18) .

فالقلق خبرة وجدانية غير سارة يمكن وصفها بأنها حالة من التوتر والاضطراب وعدم الاستقرار والخوف وتوقع الخطر، وينشأ شأنه شأن سائر الانفعالات عن منبه يكون بمثابة نذير بفقدان التوازن بين الفرد والبيئة .(عبد المنعم -2014- ص 57).

تعريف موضوع ما من الموضوعات المرتبطة بعلم النفس يعتبر مشكلة غير هينة إذ يتحتم عمى كل باحث أن يوضح في بحثه المفهوم الدقيق لكل مصطلح يستخدمه، و ذلك بالقدر الذي يتيح لقارئه أن يرسم إطار تفكيريا و تصورا ذهنيا لما يتحدث عنه ، و ينطبق ذلك كثيرا على مفهوم القلق ، و يمكن أن نعرف القلق العصابي على بأنه " انفعال غير سار ، و شعور مكدر بتهديد أو هم مقيم ، و عدم الراحة و لاستقرار ، و هو كذلك إحساس بالتوتر و خوف دائم لا مبرر له من الناحية الموضوعية ، و غالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل و المجهول ، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة لمواقف لا تعني خطرا حقيقيا و التي قد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية ، لكن الفرد

الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالبا كما لو كانت مواقف تصعب مواجهتها . (عبد الخالق -1987- ص 27) .

1-2/ مكونات القلق :

1- المكون الانفعالي Emotional :

ويتمثل في مشاعر الخوف والفزع والتوجس والتوتر والهلع الذاتي والانزعاج.

2- المكون المعرفي Cognitive:

ويتمثل في التأثيرات السلبية لهذه المشاعر على مقدرة الشخص على الإدراك السليم للموقف والتفكير الموضوعي والانتباه والتركيز والتذكر وحل المشكلة، فيستغرقه الانشغال بالذات والشك في مقدرته على الأداء الجيد، والشعور بالعجز، وعدم الكفاءة ، والتفكير في عواقب الفشل، والخشية من فقدان التقدير .

3- المكون الفسيولوجي Physiologica :

ويتمثل فيما يترتب على حالة الخوف من استثارة الجهاز العصبي المستقل أو اللاإرادي مما يؤدي إلى تغيرات فسيولوجية عديدة منها ارتفاع ضغط الدم وانقباض الشرايين الدموية، وزيادة معدلات ضربات القلب، وسرعة التنفس، والعرق .

(عبد المنعم – 2014 – ص 57) .

1-3/ أنواع القلق :

يمكن أن يكون القلق شاملا بحيث يتخلل جوانب عديدة من حياة الفرد ، و هائما طليقا غير محدد الموضوع ، و يسمى بالقلق العام و لكنه من ناحية أخرى يمكن أن يكون محددا بمجال معين أو موضوع خاص ، أو تثيره مواقف ذات قدر من التشابه كالامتحان و الجنس و مواجهة الناس و الموت .

أ – قلق الامتحان : Test Anxiety

قلق الامتحان أو قلق الاختبار و قد يسمى أحيانا بقلق التحصيل و هو نوع من القلق المرتبط بمواقف الاختبار ، بحيث تثير هذه المواقف في الفرد شعورا بالخوف و الهم العظيم عند مواجهة الاختبارات .

ب – قلق الجنس : Sex Anxiety

شهد العقد الماضي اهتماما بحثيا متزايدا في مجال اختلال الوظائف الجنسية ، كما نشأت مصطلحات عديدة لوصف الاتجاهات السلبية و الانفعالات اتجاه الجنس ، كما قدم " جاندا و أوجريدي " مصطلح قلق الجنس و صمما مقياسا له ، و يعرفان قلق الجنس على أنه توقع لعقاب خارجي غير محدد نتيجة لخرق المستويات الجنسية المعيارية كما يدركها الشخص .

ج- القلق الاجتماعي : Public – Speaking Anxiety

يقصد بالقلق الاجتماعي قلق الحديث أمام الناس و يتصل هذا النوع من القلق بالمواقف الاجتماعية الخاصة بإلقاء الأحاديث أمام جمهور عام من الناس ، و يلاحظ أن عددا كثيرا من الناس ينظرون إلى الحديث في مواجهة الجمهور بكثير من القلق و الخشية و الارتباك نتيجة الخوف من الفشل أو احتمال الوقوع في الخطأ . (عبد الخالق – 1987- ص 32-33-34) .

د- قلق الموت : Death Anxiety

هو نوع من أنواع القلق و سنتطرق له بالتفصيل في الجزء لثاني من هذا الفصل .

1-4/ أعراض القلق :

الأعراض الجسمية:

تشمل الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة، وتوتر العضلات ، والنشاط الحركي الزائد، واللازمات العصبية الحركية والتعب والصداع المستمر الذي يهدئه الأسبرين ، وتصبب العرق وعرق الكفين وارتعاش الأصابع ، وبرودة الأطراف وشحوب الوجه ، وسرعة النبض والخفقان، وآلام الصدر والإحساس بالنبضات في أجزاء مختلفة من الجسم، وارتفاع ضغط الدم، واضطراب التنفس وعسره ونوبات التنهد والشعور بضيق الصدر، والدوار والغثيان والقيء والإسهال وزيادة مرات الإخراج وتكرار التجشؤ والانتفاخ وعسر الهضم وجفاف الفم والحلق وفقد الشهية ونقص الوزن ، وإرهاق الحواس مع شدة الحساسية للصوت والضوء، واضطراب الوظيفة الجنسية (القذف السريع عند الرجال والبرود الجنس ي واضطراب العادة الشهرية عند النساء).

الأعراض النفسية:

تشمل القلق العام والقلق على الصحة والعمل والمستقبل، والعصبية والتوتر العام والشعور بعدم الراحة، والحساسية النفسية الزائدة، و سهولة الاستثارة والهياج وعدم الاستقرار ، والخوف بصفة عامة والخوف الذي قد يصل إلى درجة الفزع والشك والارتباك والتردد في اتخاذ القرارات، والهم والاكتئاب العابر، والتشاؤم والانشغال بأخطاء الماضي وكوارث المستقبل، وتوهم المرض والشعور بقرب النهاية والخوف من الموت، وضعف التركيز وشرود الذهن واضطراب قوة الملاحظة، وضعف القدرة على العمل والإنتاج والإنجاز، وسوء التوافق الاجتماعي، وسوء التوافق المنهي، وقد يصل الحال إلى السلوك العشوائي غير المضبوط .(زهران -2005 – ص 486).

1-5- أسباب القلق :

تعدد أسباب القلق ومن أهمها :

- الاستعداد الوراثي في بعض الحالات تختلط وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية .

- مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراعات في الماضي ، والطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل: القسوة والتسلط والحماية الزائدة والحرمان .... إلخ .

- التعرض للحوادث والخبرات الحادة (اقتصاديا أو عاطفيا أو تربويا) الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة و الإرهاق الجسمي والتعب والمرض وظروف الحرب.

- الطرق الخاطئة لتجنب الحمل والحيطة الطويلة خاصة الجماع الناقص .

- عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات .

- الاستعداد النفسي (الضعف النفس ي العام) وشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد و أهدافه ، والتوتر النفسي الشديد ، والأزمات أو المتاعب أو الخسائر المفاجئة والصدمات النفسية والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه، والمخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة، والشعور بالعجز والنقص ، وتعود الكبت بدال من التقدير الواعي لظروف الحياة ، وأحيانا قد يؤدي فشل الكبت إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو لطبيعة

الضغوط الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة ، ومن الأسباب النفسية كذلك الصراع بين الدوافع والاتجاهات ، والإحباط، والفشل، اقتصاديا، زواجيا أو مهنيا..... إلخ .

- يرى السلوكيون أن القلق استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينه ثم تعميم الاستجابة بعد ذلك . (زهران – نفس المرجع السابق – ص 488-489) .

1-6/ حالة القلق و سمة القلق :

على الرغم من اختلاف مفهوم كل من حالة القلق و سمة القلق من الناحية المنطقية فإنهما يعتبران من المفاهيم البنائية المرتبطة معا .

- فحالة القلق (Anxiety state) تحدث عندما يدرك الشخص أن منبها معينا أو موقفا ما قد يؤدي إلى إيذائه أو تهديده أو إحاطته بخطر من الأخطار ، و تختلف حالة القلق من حيث شدتها ، كما تتغير عبر الزمن تبعا لتكرار المواقف العصيبة التي يصادفها الفرد .

و على الرغم من أن حالات القلق مؤقتة و سريعة الزوال غالبا فإنها يمكن أن تتكرر بحيث تعاود الفرد عندما تثيرها منبهات ملائمة ، و قد تبقى كذلك زمنا إضافيا إذا استمرت الظروف المثيرة لها .

- أما سمة القلق (Anxiety Trait) فإنها تشير إلى استعداد ثابت نسبيا لدى الفرد ، و على الرغم من تميز هذا الاستعداد بقدر أكبر من الاستقرار بالمقارنة إلى حالة القلق فإن هناك فروقا فردية بين الأفراد في تهيئتهم لإدراك العالم بطريقة معينة باعتباره مصدرا للتهديد و الخطر .

و لا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك ، بل قد تستنتج من تكرار ارتفاع حالة القلق و شدتها لدى الفرد على امتداد الزمن . (عبد الخالق - نفس المرجع السابق –ص 28،29)

1-7/ تفسير القلق عند بعض العلماء :

1- تفسير القلق عند أتورانك (Otto Rank):

يفسر أتورانك القلق على أساس الصدمة الأولى و هي صدمة الميلاد ، فانفصال الولد عن الأم هو الصدمة الأولى التي تثير لديه القلق الأولي ، فالفطام يستثير لدلى الطفل القلق لأنه يتضمن انفصالا عن ثدي الأم ، و الذهاب إلى المدرسة يثير القلق لأنه يتضمن الانفصال عن الأم ، و كذلك الزواج يثير القلق لأنه يتضمن الانفصال عن الأم.

- فالقلق في رأي أوتورانك هو الخوف الذي تتضمنه هذه الانفصالات المختلفة ، و يذهب أوتورانك إلى أن القلق الأولي يتخذ صورتين تستمران مع الفرد في جميع مراحل حياته و هما : خوف الحياة و خوف الموت ، فخوف الحياة هو قلق من التقدم و الاستقلال الفردي الذي يهدد الفرد بالانفصال عن علاقاته و أوضاعه ، أما خوف الموت فهو قلق من التوتر و فقدان الفردية و ضياع الفرد في المجموع أو خوفه من أن يفقد استقلاله الفردي إلى حالة الاعتماد على الغير .

2- تفسير القلق عند ماي (May):

القلق عند ماي هو توجس يصاحبه تهديد لبعض القيم التي يتمسك بها الفرد ، و تعتقد أنها أساسية ، و ترى ماي أن للقلق أساسين هما : الاستعداد الفطري ، و الأحداث الخاصة التي تحتضر القلق عن طريق التعلم بأنواعه المختلفة ، و أن استجابة القلق تكون سوية إذا كانت متناسبة مع الخطر الموضوعي .

3- تفسير القلق عند كارل يونغ (Carl Jung):

يعتقد يونج أن القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى و خيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي ، و اللاشعور الجمعي من السمات المميزة لنظرية يونغ و فيه تختزن الخبرات الماضية المتراكمة عبر الأجيال و التي مرت بالأسلاف القدامى و العنصر البشري .

4- تفسير القلق عند ألفريد أدلر (Alfred Adler):

كان أدلر يؤمن بالتفاعل الدينامي بين الفرد و المجتمع ، و هذا التفاعل يؤدي إلى نشأة القلق ، و يرى أن الطفل يشعر عادة بضعف و عجز بالنسبة للكبار و البالغين بصفة عامة ، و للتغلب على هذا العجز يسلك طريق تقوية الروابط الاجتماعية التي تربط الفرد بالآخرين المحيطين به ، و يستطيع الفرد أن يعيش بدون أن يشعر بالقلق إذا حقق هذا الانتماء إلى المجتمع الذي يعيش فيه .

5- تفسير القلق عند إيريك فروم (Erich fromm):

يرى فروم أن الطفل يقضي فترة طويلة من الزمن معتمدا على الكبار خاصة والديه ، و هذا الاعتماد يقيده بقيود يلتزم بها حتى لا يفقد حنانهما ، و بازدياد نمو الطفل يزداد نحرره و اعتماده على نفسه ، و الذي يولد شعورا بالعجز و القلق نتيجة ما يود انجازه من الأعمال و عدم اكتمال قدراته لانجاز هذه الأعمال ، و كذلك يرى فروم أن القلق ينشأ

عن الصراع بين الحاجة للتقرب من الوالدين و الحاجة إلى الاستقلال . (السيد عثمان – نفس المرجع السابق – ص 21،22،23)

1-8/ علاج القلق :

القلق العصابي أكثر الأمراض النفسية استجابة للعلاج ، و من أهم التوصيات العلاجية ما يلي :

* العلاج النفسي :

بهدف تطوير شخصية المريض و زيادة بصيرته و تحقيق التوافق باستخدام التنفيس و الإيحاء و الإقناع و المشاركة الوجدانية و التشجيع و إعادة الثقة في النفس و قطع دائرة المخاوف المرضية و الشعور بالأمن النفسي ، و يفيد التحليل النفسي و إظهار الذكريات المطمورة و تحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور ، و تنفيس الكبت ، و حل الصراعات الأساسية .

و يستخدم العلاج السلوكي خاصة لفك الإشراط المرضي المتعلق بالقلق و للقضاء على اللازمات العصبية الحركية ، و تفيد المناقشة و الشرح و التفسير و التعليم و الإقناع و كشف الأسباب و ديناميا تها و شرح الجهاز العصبي خاصة الجهاز العصبي المركزي و الذاتي و التغيرات الفيسيولوجية المصاحبة للقلق .

* **الإرشاد النفسي :** و يشمل الإرشاد العلاجي و الإرشاد الزواجي و حل مشكلات المريض و تعليمه كيف يحلها و يهاجمها دون الهروب منها .

* **العلاج البيئي :** أي تعديل العوامل البيئية ذات الأثر الملحوظ مثل تغيير العمل ، و تخفيف أعباء المريض و تخفيف الضغوط البيئية و مثيرات التوتر ، و العلاج الاجتماعي و الرياضي و الرحلات و الصداقات و التسلية ، و العلاج بالموسيقى و العلاج بالعمل .

* **العلاج الطبي :** للأعراض الجسمية المصاحبة و طمأنة المريض أنه لا يوجد لديه مرض جسمي و استخدام المسكنات (مثل الباريتورات " أميتال Amytal ") ، و استخدام المهدئات (مثل ستيلازين Stelazine) و العقاقير المضادة للقلق (مثل ليبريوم Librium) ، و هنا يجب تعريف المريض أن هذه مسكنات و مهدئات حتى لا يعتقد أن مرضه عضوي المنشأ ، كما يجب الحرص في استخدام هذه العقاقير خشية حدوث الإدمان . (زهران ، نفس المرجع السابق ، ص 488 ، 489).

ثانيا : قلق الموت :

2-1/ تعريف الموت :

فالموت هو الحقيقة الناصعة التي تواجه الإنسان وينتظر حدوثها في أي مرحلة من مراحل حياته ولم يجد لها حلاً حتى الآن سوى الإيمان بها والاستسلام الكامل لها، ولذا فإن الموت قد تم تناوله في أكثر من اتجاه وتخصص، وقد تم تلخيص بعض النتائج في مجال الموت وبخاصة قلق الموت فيما يلي:

- الموت في كل العصور لكل الأشخاص سيف مسلط على رقاب الجميع .

- القلق من الموت والاحتضار والانشغال به يمكن أن يظهر على شكل أعراض متنوعة ومتعددة .

- القلق من الموت يتكون من العديد من المكونات الفرعية المختلفة مثل الخوف من الذهاب إلى الجحيم وفقدان الذاتية والوحدة والذهاب إلى دار لم تعمر .

- تختلف مواجهة المرض المهدد للحياة أو التهديد بالموت بطريقة واضحة بين المجموعات المتعددة .

- ينشغل المرضى بالموت بصورة أكبر من نظرائهم الأصحاء .

- مرضى الجراحة أكثر قلقًا من الموت مقارنة إلى غيرهم من المرضى .

- الأشخاص الذين يتلقون العلاج في منازلهم أقل قلقًا من الموت ممن يعالجون في المستشفى . (عبد المنعم – نفس المرجع السابق – ص 58)

2-2/ تعريف قلق الموت :

قد يعد تعريف قلق الموت مشكلة لأنه لا يشير – بشكل تقليدي - إلى خوف محدد و لكنه نوع من القلق العام غير الهائم أو الطليق, و الذي يتركز حول موضوعات متصلة بالموت و الاحتضار لدى الشخص أو ذويه ، لكننا نرى أن القول بأن قلق الموت لا يشير إلى خوف محدد أمر يمكن نقده فالموت مفهوم مجرد حقا, و لكنه حقيقة مادية و فعل واقعي ، شأنه في ذلك شأن مفاهيم أخرى مجردة كالخوف من الوحدة , أو التقدم في العمر, أو غيرهما مما يمكن أن يؤثر فينا ونخشاه , كما توجد فروق فردية في الاستجابة لمقاييسه . (عبد الخالق – نفس المرجع السابق – ص 39) .

و عرفت (زينب شقير ، 2003 ، 33) قلق الموت بأنه حالة من الخوف الغامض اتجاه الموت و اتجاه مصير الإنسان بعد الموت ، و يعتبر حالة انفعالية سلبية ناتجة عن الخوف عند الإنسان بكل ما يتعلق بالموت و التقدير السلبي لوقف الموت و ما ينتظره بعد الموت .

كما عرف قلق الموت بأنه استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور و الانشغال المتعمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر المرتبطة بالموت .

و رأى (حمدونة أسامة عسيلة محمد ، 2015 ، 733) قلق الموت بأنه حالة انفعالية غير سارة تتضمن مشاعر سلبية ذاتية من خلال تأمل شعوري في حقيقة مفروضة على الفرد ، و لا محال أنها قادمة لكن متى و أين و كيف . (محمود -2024- ص 22) .

2-3/ مظاهر قلق الموت :

توصف بعض العمليات إلى أن مظاهر قلق الموت لدى الفرد تتمثل في :

1- الخوف من المجهول .

2- الخوف من الوحدة .

3- الخوف من الضعف .

4- الخوف من فقدان الأسرة .

5- الخوف من فقدان الأصدقاء .

6- الخوف من فقدان الجسم .

7- الخوف من السيطرة على النفس .

8- الخوف من فقدان الذات . (عبد المنعم – نفس المرجع السابق – ص 60) .

2-4/ أعراض قلق الموت :

1- الأعراض البدنيـة :

-التـوتر الـزائـد.

- الأحلام المزعجـة.

- سرعة النبض أثناء الراحة.
- فقد السيطرة على الذات.
- نـوبات العـرق.
- غثيان أو اضطراب المعدة.
- تنميلات اليدين أو الذراعين أو القدمين.
- نوبات في الدوخة والإغماء.
- ضربات زائدة أو سرعة في دقات القلب.

2- الأعراض النفسية:

- نوبة من الهلع التلقائي.
- الاكتئاب.
- الانفعـال الزائـــد.
- عدم القدرة على التمييز.
- اختلاط التفكيـــر.
- زيادة الميل للعدوان.
- سهولة توقع الأشياء السلبية في الحياة.
- سرعة الغضب و الهيجان وتوتر الأعصاب.
- العزلة والانسحاب من العالم وانتظار لحظة الموت .
- الشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفزع.

3- أعراض عصبية ونفس عصبية :

- اضطرابات النوم واليقظة.
- اضطراب السلـــوك.
- حصـــر.

- اختــلاج .

4- أعراض تنفسية:

- اضطرابات في التنفس.

- ضيق فـي التنفـس.

- تمزق الغشاء الفمي الرقيق.

- اضطرابات البلـع.

- اضطرابات هضمية.

- إمسـاك.

- قـيء.

5- أعراض عامة:

- تعب عام أو كلي.

- جفاف الجسـم.

- فقدان الشهـية . (قواجلية – 2013- ص 34)

5-2/ أسباب قلق الموت :

تتعدد العوامل التي تدفع للقلق من الموت، فلكل إنسان عامل خاص به؛ حيث يرجع **"شرلتز"** قلق الموت للأسباب الآتية:

- الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الاحتضار.

- الخوف من الإذلال نتيجة الألم الجسمي.

- الخوف من توقف السعي نحو الأهداف؛ إذ تقاس الحياة دائما بما حققه الإنسان.

- الخوف من تأثير الموت على من سيتركهم الشخص من أسرته وخاصة صغار الأطفال.

- الخوف من العقاب الإلهي.

- الخوف من العدم .

أما **"مسكويه"** فيرجع قلق وخوف الإنسان من الموت إلى:

- يظن أن للموت ألما عظيما غير ألم الأمراض.
- يعتقد عقوبة تحل به بعد الموت.
- متحير لا يدري عن أي شيء يقدم بعد الموت.
- يظن أن العالم سيبقى موجود وليس هو بموجود فيه .

أما عن الأسباب لقلق الموت فهي:

- الخوف من نهاية الحياة.
- الخوف من مصير الجسد بعد الموت.
- الخوف من الانتقال إلى حياة أخرى.
- الخوف من الموت بعد مرض عضال.
- الخوف من توقيت الموت في أي لحظة.
- الخوف أن يحزن الأحياء على من يموت.
- الخوف من العقاب على العمال الدنيوية.
- الخوف من مفارقة الأهل والأحباب.
- عدم معرفة المصير بعد الموت.
- الخوف من ظلام القبر وعذابه
- الخوف عما يصاحب خروج الروح من الجسد من ألم شديد. (عبد الخالق – نفس المرجع السابق – ص 191 ، 192 ، 193) .

2-6/ نظرة الراشد إلى الموت :

تختلف النظرة إلى الموت تبعا لموقف صاحبها ومنطقه ودوافعه، واعتمادا على عدد من التغيرات الشخصية، وقد أورد "ليستر" سنة 1967 **(Lester David)** ثلاثة مفاهيم للموت كما يراها الراشدون وهي:

1- الموت بوصفه وسيلة يحاول بها الفرد تحقيق أهداف معينة، وجوانب إشباع من البيئة كما في حالة التهديد بالانتحار.

2- الموت بوصفه انتقالا إلى حياة أخرى، والتي قد ينظر إليها على أنها حياة رهيبة فضيعة أو حياة رائعة ينتظرها الشخص بخوف أو بهدوء.

3- الموت بوصفه نهاية نتوقعها . (قواجلية – نفس المرجع السابق – ص 29) .

2-7/ النظريات المفسرة لقلق الموت :

لقد تعددت المداخل والنظريات النفسية التي تفسر قلق الموت وأعراضه وأسبابه وكيفية علاجه.

1- قلق الموت من وجهة نظر مدرسة التحليل النفسي :

لقد رأى فرويد أن النشاط الإنساني كله يتحدد بالغرائز، وقد يكون تأثيرها على السلوك ملتويا مقنعا، وقد يكون مباشرا فالناس يتصرفون لأن التوتر الغريزي يدفعهم إلى ذلك وسلوكهم وتصرفاتهم تنتقص التوتر.

افترض فرويد أنه من الممكن إدراج الغرائز تحت فئتين عامتين:

- غرائز الحياة .

- غرائز الموت .

تخدم غرائز الحياة غرض الحفاظ على حياة الفرد وتكاثر الجنس ، ويندرج تحت هذه الفئة الجوع والعطش والجنس ، ويطلق على صورة الطاقة التي تستخدمها غرائز الحياة في أداء عملها الليبيدو و غرائز الحياة التي أعطاها فرويد أكثر اهتماما هي الجنس والحقيقة أن الغريزة الجنسية ليست غريزة واحدة بل غرائز متعددة ، أي أن هناك عدد من الحاجات البدنية المنفصلة تؤدي إلى القيام برغبات شبقية ، ولكل من هذه الرغبات مصدره في مناطق مختلفة من الجسم ويشار إليها باسم (المناطق الشبقية) .

أما غرائز الموت أو كما يسميها فرويد أحيانًا غرائز التدمير فتقوم بعملها ، فكل شخص يموت في النهاية ، وهذه الحقيقة دفعت فرويد إلى صياغة قوله الشهير " أن هدف الحياة هو الموت " ومن المشتقات الهامة لغرائز الموت الباعث العدواني، فالعدوانية تدمير للذات ، وقد اتجهت إلى الخارج نحو موضوعات بديلة .

2- -قلق الموت من وجهة نظر المدرسة السلوكية:

بينما يفسر قلق الموت من وجهة نظر المدرسة السلوكية على أساس أنه مثير قوي يمر به كل إنسان في حياته ويؤدي إلى استجابات مختلفة لدى الأفراد ، والموت على المستوى السلوكي هو كف تام للوعي أو الشعور، وتوقف المخ عن أداء الوظائف العقلية العليا ، كما أن دراسة السلوك المتمثل في استجابات الأفراد الذين فقدوا عائلاً أو حميما تتفاوت هذه الاستجابات من الحزن والحداد إلى الاكتئاب والانتحار، أو حتى محاولة الانتحار .

ودراسة هذه الاستجابات وما يصاحبها من مظاهر انفعالية وحركية وانعكاساتها على الصحة النفسية والجسمية والمهنية بوجه عام يهدف إلى تشخيص الاستجابات غير السوية وعلاجها ، والتنبؤ بمالها والوقاية منها، ومن الناحية العلاجية مساعدة هؤلاء الأفراد على التغلب على أحزانهم، وإعادة تأهيلهم، ومعاونتهم على التكيف مع الظروف الجديدة.

3- قلق الموت من وجهة نظر المدرسة الإنسانية :

بينما ترى المدرسة الإنسانية وبخاصة " علماء الوجودية " أن الموت هو تهديد بعدم الوجود، وهو محض وفناء تام للشخصية ، وأن الموت يمنع الفرد من تحقيق ذاته ، ومن هنا ينشأ الإحباط الوجودي ، وأن الإحساس بالمعنى في الحياة والكفاح هو جوهر الدافعية الإنسانية ، وهذا له جوهر في تحديد ونوعية جودة الحياة .

ومن هنا ركزت الوجودية على ضرورة تقبل الفرد حتمية الموت ونهايته بوصفة حقيقة مطلقة ، ويتعين على الفرد تحديد معني الوجود الإنساني في حقيقة موته ، وأن الوجود يكتسب حيويته وتلقائيته من حقيقة مواجهة الموت أو عدم الوجود ، وأن حقيقة الموت هي التي تعطي الحياة معنى أكثر من تفريغها للمعنى ، وذلك عن طريق إلقاء الضوء على تفرد كل إنسان وفرديته وبواسطة توحد كل فرد بالمجتمع الإنساني .

4- نظرية تمبلر في قلق الموت:

تعرف نظرية تمبلر بنظرية العاملين في قلق الموت ، ووفقًا لهذه النظرية فإن درجة القلق من الموت يرجع إلى محددين أساسيين هما:

1- الحالة العامة للصحة النفسية لدى الفرد.

2- خبرات الحياة المرتبطة بالصحة الجسمية.

وبالنسبة للعامل الأول (حالة الصحة النفسية للفرد بوجه عام) وجد أن المرضى النفسيين يميلون للحصول على درجات مرتفعة على قوائم قلق الموت ، وذلك مقارنة بالأسوياء ، من ناحية أخرى ظهرت مؤشرات الاضطرابات وعدم التوافق لدى الأسوياء وغير الأسوياء مرتبطة ارتباطًا إيجابيا مع قلق الموت .

ما بالنسبة للعامل الثاني (خبرات الحياة المتصلة بالصحة الجسمية) فوجد أن قلق الموت يرتبط بتدهور الصحة الجسمية أو التكامل البدني ، كما أن الخبرات الحياتية التي يواجهها الإنسان حول الموت ومثيراته المختلفة هي التي تحدد درجة القلق من الموت لديه .

5- نظرية تدبر الهلع:

من أبرز النظريات الحديثة نسبيا في تفسير قلق الموت نظرية تدبر الهلع ، وهي تصف الطرق والآليات التي يوظفها الأفراد من خلال إطارهم الثقافي لتدبر الهلع والقلق المتزايد نتيجة وعيهم وشعورهم بأنهم سيموتون في يوم ما ، وترى النظرية أن قدرة الفرد على التحليل السببي ، وتكوين توقعات ، وصورته عن ذاته ، تزيد من وعيه بالموت ، وبالتالي تبرز أنماطًا متعددة من الاستجابات الانفعالية كالقلق والهلع والخوف ، ومن هنا يساعد الإطار الثقافي الذي يعيشه الفرد وظيفيا على تدبر هذا القلق أو الهلع، وذلك من خلال مفهوم التخفيفات الثقافية.

وترجع هذه النظرية القلق من الموت إلى دافع حفظ الذات الذي يشترك فيه الإنسان مع الكائنات الحية ، ولكن على الرغم من مشاركة الإنسان لهذا الدافع فإن الإنسان يؤمن بأن الموت حتمي ولا مفر منه ، وتضيف النظرية أن تدبر الهلع من خلال مفهوم التخفيفات الثقافية للقلق يتكون من الإطار الثقافي العالمي ، تقدير الذات ، ويقصد بمفهوم الإطار الثقافي العالمي مجموعة المعتقدات السائدة بين الأفراد والتي يتم تكوينها من خلال بيئتهم الثقافية التي يعيشون فيها ، والتي تمدهم بمعني القيم ، وترتيبها ، ومعاييرها ، وثباتها ، أما مفهوم تقدير الذات فيشير إلى اعتقادات الفرد ، والتي يتم تكوينها طبقًا للطريقة التي يعيش بها مع القيم الموجودة في الإطار الثقافي .

فبعض الأطر الثقافية تحث الفرد على الوعي الكامل بالموت ، ومن ثم تزيد القلق عنده ، فالقاعدة الأساسية لنظرية تدبر الهلع أن الوعي بمفهوم الموت يزيد من إحساس الفرد بالهلع والخوف والقلق ، ومن ثم تظهر الحاجة إلى تقييم الإطار الثقافي لهؤلاء الأفراد لمعرفة كيفية تدبرهم للهلع.

6- نظرية ليفتون (Lifton) :

تذهب هذه النظرية إلى أن أساس الرغبة النفسية في تقلق الهلع من الموت يفسره مفهوم البقاء الرمزي ، أي أن فكرة الاستمرارية تمثل آلية دفاعية لتدبر التهديد من الموت ، وأن الإحساس بالبقاء الرمزي يساعد الفرد على مواجهة الإحساس بالموت والانتهاء ، والبقاء الرمزي هو الاستجابة التوافقية المتوقعة لمحاربة الموت ومواجهته بواقعيته ، فهذا الإحساس يمثل حافزا يساعد الفرد على معالجة الحدث الواقعي .

وقدم (Lifton ليفتون) خمسة أنماط تفسر إدراك الفرد وشعوره بالإدراك الرمزي :

1- النمط الحيوي العضوي : ويمثل إحساس الفرد بأنه من الجيل السابق ولكنه ما زال يعيش ، بل يشعر بأنه سيعيش ليري النسل القادم .

2- النمط الإبداعي : مرجعه إحساس الفرد بالبقاء إلى شعوره بأن عمله له تأثير واضح على مجتمعه، وثقافيته ، والمحيطين به ، وبالتالي لن ينتهي هذا الأثر حتى بعد وفاته .

3- النمط الطبيعي: ينتج هذا الإحساس من خلال تصور الفرد عن نفسه بأنه جزء من الكون الذي ينتمي له ، كما أنه جزء من الطبيعة ، وبالتالي يفترض الفرد أن كل شئ مستمر حتى بعد وفاته.

4- النمط الروحاني : يعالج هذا النمط إمكانية أو احتمالية زيادة التفكير في الموت ، والسبب هو معتقدات الفرد الدينية والروحانية ، فالفرد طبقًا لهذا التصور يكون اعتقادا بأن الجسد فان ، أما الذات والروح فهما باقيان، أي أن هذا النمط الروحاني يتجاوز الوجود المادي للجسم .

5- النمط التجريبي أو الخبراتي : وينتج هذا النمط نتيجة شعور الفرد بالكفاءة في التعامل مع الحياة ، فهذا التصور يتسم بأنه حالة نفسية تأخذ شكل الذروة الهائلة لخبرة الفرد وإحساسه بوجوده حيا .

ووفقا لهذه النظرية فإن الأنماط الخمسة السابقة هي التي تكون إحساس الفرد بالموت ، ولذلك فهي تؤكد على أن الفرد الذي لديه إحساس بالبقاء يكون شعوره بقلق الموت أقل من ينعدم لديه هذا الإحساس بالبقاء أو الاستمرار . (عبد المنعم – نفس المرجع السابق – ص 74 ، 75 ، 76 ، 77 ، 78) .

2-8/ علاج قلق الموت :

يعتبر قلق الموت أحد أنواع القلق ، ويصلح لعلاجه ما يستخدم في علاج القلق ، والعلاج السلوكي هو أكثر طرق علاج القلق بمختلف أنواعه ؛ حيث أنه يحقق أعلى نسب شفاء من بين كل الطرق العلاجية المتاحة .

إذا كان قلق الموت مرتفع عرضا مستقلا نسبيا لدى شخص في حالة من الصحة النفسية أساسا ؛ إضافة لخبرات سيئة فإنه يجب أن ينقص بطرق العلاج السلوكي .

وقد أجريت دراسة حديثة على طلاب يدرسون التمريض بهدف التعرف على نتائج العلاج السلوكي في تقليل الحساسية والتدريب على الاسترخاء ، مقابل عدم التدخل بأي طريقة في علاج قلق الموت المرتفع ، وقد ظهرت فعالية تقليل الحساسية والاسترخاء المتدرج لدى المجموعة التي استخدمته مقارنة مع المجموعة التي لم تتلق أي علاج.

و قد اعتمد " تمبلر " على نظرية العاملين في قلق الموت حيث رأى أنه إذا كان قلق الموت المرتفع مصاحبا أوليا لحالة مرضية أكثر شمولا كالاكتئاب ، أو عصاب القلق ، أو الوسواس القهري ، فإن هذه الزملة يجب أن تعالج علاجا عرضيا Symptomatic بالعلاج السلوكي ، أو العقاقير أو العلاج الكهربائي التشنجي ، أيا ما كان اختيار هذا العلاج .

أما إذا كان قلق الموت المرتفع عرضا مستقلا نسبيا لدى شخص في حالة من الصحة النفسية أساسا ، بالإضافة إلى كونه نتاجا لخبرات بيئية غير مواتية فإنه يجب أن يخفض مباشرة بطرق العلاج السلوكي كتقليل الحساسية المنظم ، فقلق الموت المرتفع عند معظم المرضى يعد نتاجا لكل من الاضطراب النفسي العام ، و الخبرات المحددة المتصلة بالموت ، و في هذه الحال يجب أن يعالج قلق الموت لديهم بكل من الطرق المباشرة و الغير مباشرة . (عبد الخالق – نفس المرجع السابق – ص 227 ، 227).

خلاصة الفصل :

لقد قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى قسمين بحيث قمنا بالتطرق أولا إلى القلق من خلال تعريفه ، و مكوناته ، و أنواعه ، و أهم أعراضه و أسبابه ، و كذا حالة القلق و سمة القلق ، بالإضافة إلى تفسيره عند بعض العلماء و أخيرا علاجه .

بينما في القسم الثاني تناولنا مفهوم قلق الموت من خلال تقديم تعريف الموت و قلق الموت ، و أيضا مظاهره و أعراضه و أهم أسبابه ، إضافة إلى نظرة الراشد لقلق الموت واعتمدنا على أهم النظريات المفسرة له و أهم العلاجات الواردة، و سنتطرق في الفصل الموالي إلى أهم المشاكل التي يعاني منها الراشد المصاب بالجلطة الدماغية.

الفصل الثالث : الجلطة الدماغية

- تمهيد .

1- بنية و مكونات الدماغ .

2- مفهوم الجلطة الدماغية .

3- أنواع الجلطة الدماغية .

3-1 – الجلطة الدماغية الإقفارية " AVC . Ischémique" .

3-2- الجلطة الدماغية النزيفية " AVC.Hémorragique" .

4- تصنيف الشلل الدماغي .

5- عوامل الخطورة الغير قابلة للسيطرة .

6- أعراض الجلطة الدماغية .

7- الوقاية من الجلطة الدماغية و علاجها .

- خلاصة الفصل .

تمهيد :

تعتبر الجلطة الدماغية السبب الرئيسي لحالة العجز الحركي للمصاب مما يؤدي إلى فقدانه القدرة على الاعتماد على نفسه في تدبر أمور حياته اليومية ، فهي تصيب المرء عادة بشكل مفاجئ من دون شعوره بأي ألم ، و نظرا لانتشارها الواسع في الآونة الأخيرة و ما تخلفه من عواقب حركية و نفس عصبية تطرقنا إلى دراسة ماهيتها و آليات حدوثها .

1- بنية و مكونات الدماغ :

يعتبر الدماغ أحد أكثر الأجزاء دقة في الجسم ، لذلك فقد يؤدي انقطاع الدم عنه و لو لفترة قصيرة جدا إلى حدوث عواقب كارثية ، فمثلا على الرغم من أنه بالإمكان إنقاذ إصبع أو حتى ساق بنجاح بعد ساعات من توقف تغذيها بالدم ، إلا أن الدماغ يتضرر بعد دقائق فقط من حدوث توقف كهذا ، و عادة ما تظهر أعراض السكتة الدماغية بسرعة و تكون خطرة جدا . (مزبودي – 2014 – ص 4)

* و يتكون الدماغ من ثلاث بنى تشريحية و هي :

- نصفي الكرتين المخيتين و توضعان في الأمام ، و تشكلان ثلاث أرباع حجم الدماغ .

- نصفي الكرتين المخيتين و توضعان في الخلف ، و يعتبر المخيخ مركز التوازن في الجسم .

- جذع الدماغ يوضع بين كل من المخ في الأمام و المخيخ في الخلف ، و هو صلة الوصل بين المخ و المخيخ من جهة و بين النخاع الشوكي من جهة أخرى ، إلا أنه يحتوي على المراكز الحيوية (مثل مركز السيطرة على ضربات القلب ، و مركز التنفس)

* تحيط السحايا بالدماغ و تفصل بينه و بين الوجه الداخلي للجمجمة ، و تلعب دورا حاميا للدماغ ، و تتكون من ثلاثة أغشية :

- الأم الحنون و هي الغشاء الملتصق مباشرة بالسطح الخارجي .

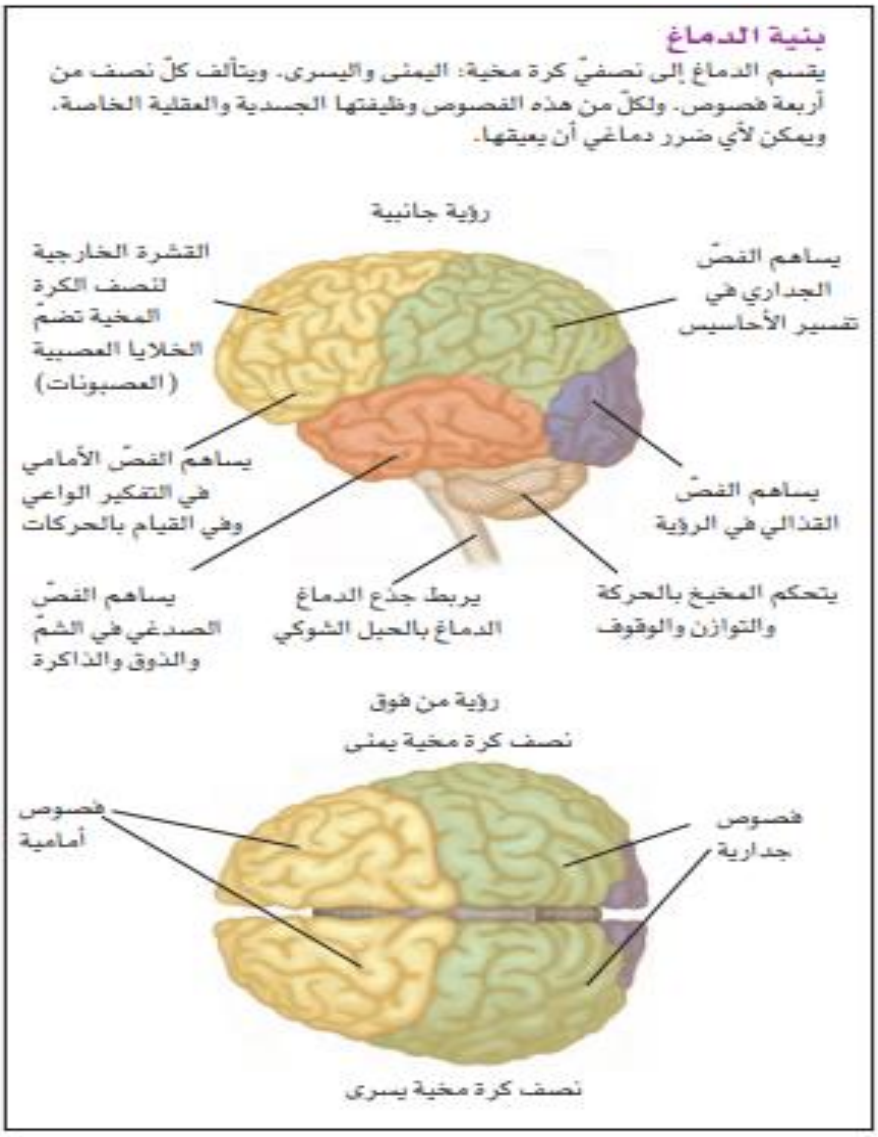
- الأم الجافية و هي غشاء قاس يلتصق بالوجه الداخلي للجمجمة .

- الغشاء العنكبوتي و يوضع بين الأم الحنون و الأم الجافية .

* تتكون الأوعية الدموية من الشرايين المغذية لأجزاء الدماغ المختلفة ، و تسير عند دخولها الدماغ في سمك الغشاء العنكبوتي قبل أن تتفرع و تدخل المادة الدماغية ،

و الجيوب الوريدية تتكون من جدران الأم الجافية و يتجمع فيها الدم الوريدي قبل أن يصب في أوردة العنق . (أبو حامد – 2009- ص 9 ، 10)

الشكل (1) : بنية الدماغ



المصدر : مزبودي – 2014 – ص 9

2- مفهوم الجلطة الدماغية : (Accident vasculaire cérébral « A.V.C »)

- من الناحية الطبية تسمى بالسكتة أو الحادث الوعائي الدماغي ، و تدعى بالعامية الجلطة الدماغية ، كما تعرف بحدوث اضطراب مفاجئ في التروية الدموية لجزء من الدماغ يتظاهر بعجز في وظيفة عصبية ، أو حركية أو حسية .(أبوحامد-2009- ص17)

و يشير الصفدي في كتابه إلى :

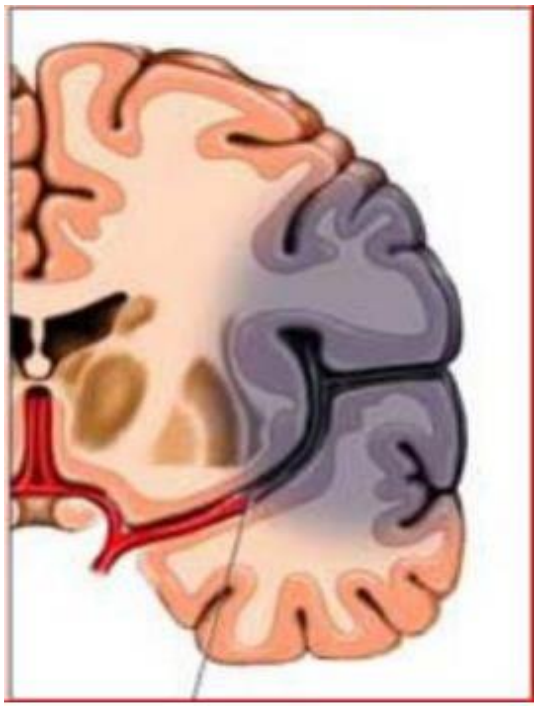
أن الجلطة الدماغية هي شلل دماغي يشير إلى نوع من العجز الحركي الذي ينتج عن إصابة المخ بنوع من التلف ، و توجد أنواع أخرى من الشلل لا ترجع إلى إصابة المخ ، و من بينها الشلل الذي يصيب العمود الفقري الناتج عن التهاب النخاع الشوكي السنجابي أو الشلل الذي يصيب الأطراف من النوع الذي نلاحظه في التلف العضلي ، و أن تلف المخ الذي ينتج عن العجز الحركي الذي يطلق عليه الشلل المخي و يمكن أن يترتب عنه أيضا اضطرابات في النطق ، أو الكتبة ... الخ ، و يمكن أن ينتج عنها اضطرابات سيكولوجية دون أن يؤثر ذلك على القدرة الحركية للفرد . (الصفدي – 2007 – ص 31)

3- أنواع الجلطة الدماغية :

1-3 الجلطة الدماغية الإقفارية : (A.V.C. Ischémique)

تسمى أيضا بالإحتشاء الدماغي و تمثل 80 % من الجلطات الدماغية و تزداد احتمالية حدوثها مع التقدم في العمر / تحدث بسبب نقص التروية عن أي جزء من أجزاء الدماغ، أو بسبب انسداد أو احتقان أحد الشرايين ، و في هذه الحالة الخلايا الدماغية ينقص عنها الأكسجين و يغيب الغلوكوز ، و بالتالي تضرر الأنسجة الدماغية .-Kammoun) 2015)

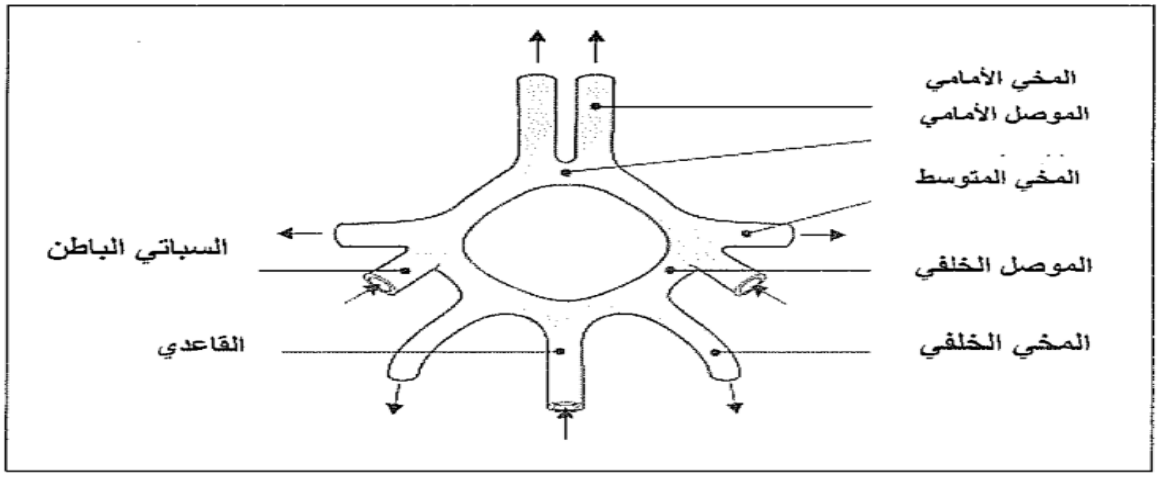
الشكل (2) : رسم توضيحي للحادثة الوعائية الإقفارية



المصدر : بن العيفاوي – 2021 – ص 67

* إن التروية الدماغية للمناطق الأمامية من الدماغ و العينين تأتي من الشريانين الساتيين و ذلك من أحد فروعها في الرقبة و هو الشريان السباتي الباطن الذي يتفرع داخل القحف إلى الشريان المخي المتوسط و الشريان المخي الأمامي أما المناطق الخلفية من الدماغ فإنها تتروى من الشريانين الفقاريين اللذان يلتقيان داخل القحف ليشكلا الشريان القاعدي و الذي بدوره يعطي الشريانين المخيين الخلفيين .(غسان و آخرون- 2013- ص40)

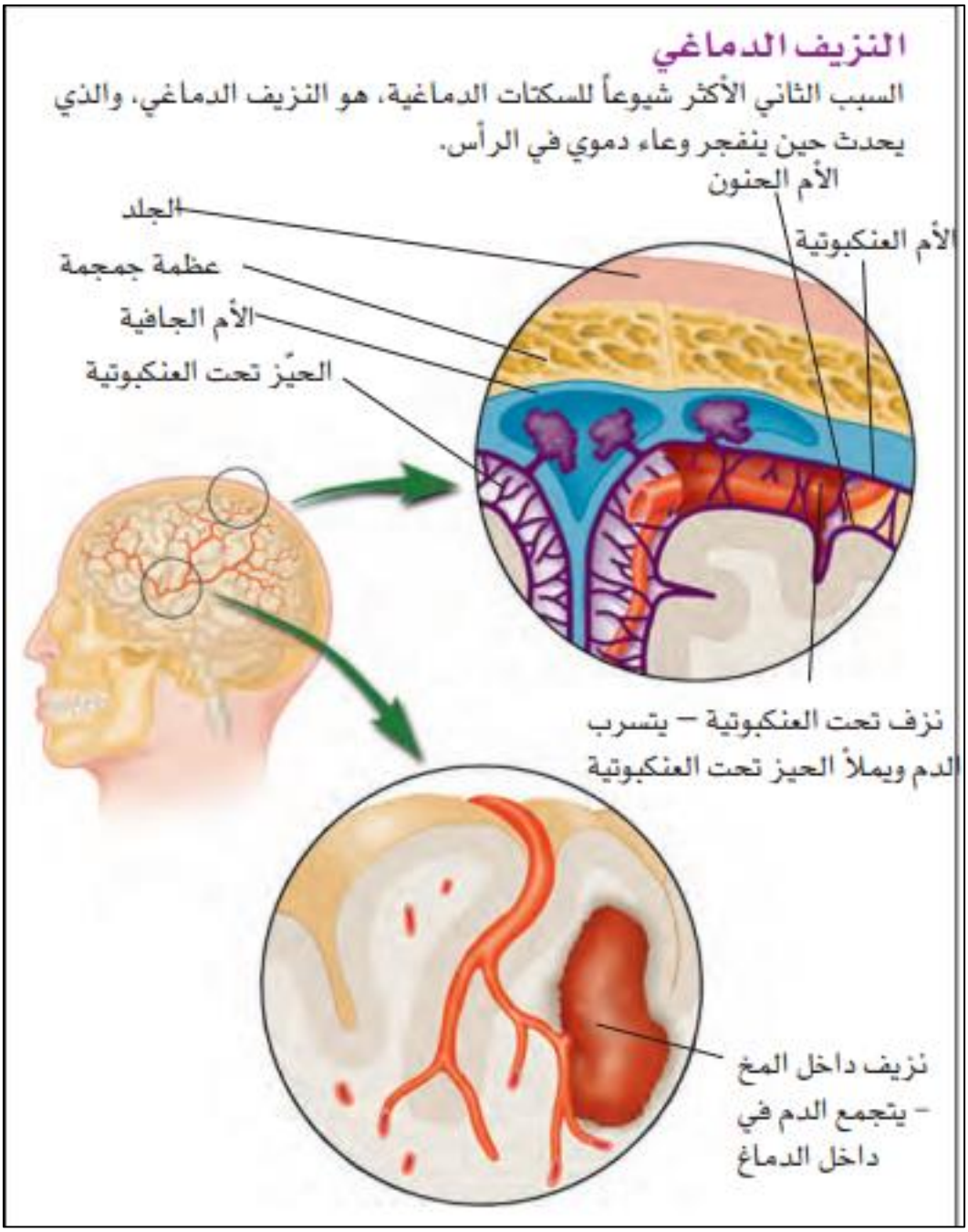
الشكل (3) : حلقة ويليس



2-3- الجلطة الدماغية النزيفية : (A.V.C. Hémorragique)

تمثل الجلطة النزيفية نسبة 30 % من الحوادث الوعائية الدماغية و هي غير مرتبطة بالسن .

الشكل (4) : النزيف الدماغي



المصدر (مزبودي – 2014 – ص 11)

و تتمثل أسبابها فيما يلي :

* ارتفاع ضغط الدم الشرياني (70% - 90 %) تمركزها يكون على مستوى الأنوية الرمادية المركزية .

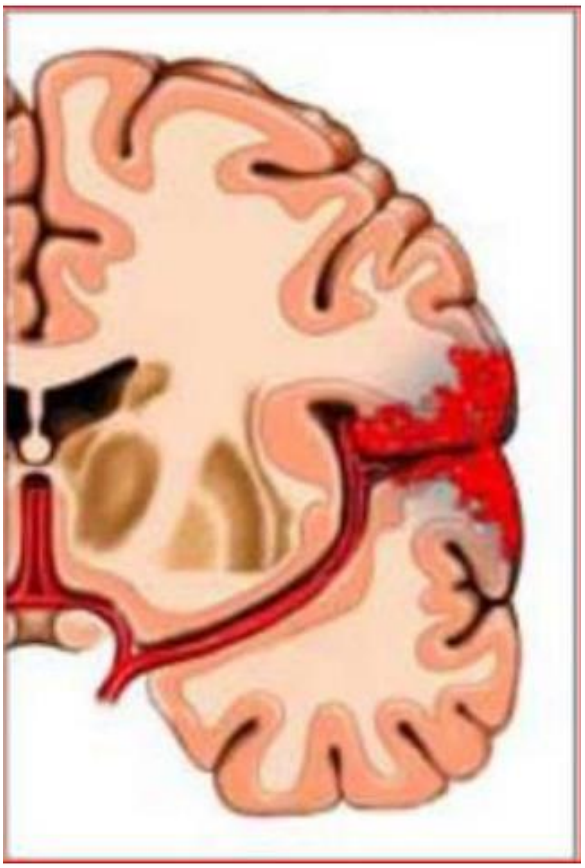
* زيادة مضادات أو مضاعفات التخثر داخل الشريان أو الشعيرات الدموية .

* تمزق فجائي للشريان الدماغي .

* ورم دماغي (Angiome) و يمثل نسبة 5- 10% حيث يعتبر السبب الرئيسي في حدوث نزيف عند المسننين .

* تشوه شرياني خلقي 5%. (Kammoun – 2015)

الشكل (5) : رسم توضيحي للجلطة الدماغية النزيفية



المصدر : بن العيفاوي – 2021 – ص 69

4- تصنيف الشلل الدماغي :

أ) – حسب نوعية الإصابة :

1- الشلل الدماغي التشنجي " التقلصي " : Spastic

و هذا يعني وجود شد أو تقلص في العضلات ، و هذا التقلص يجعل الحركات بطيئة و ضعيفة ، و التعليمات القادمة من الجزء المصاب في الدماغ تجعل الجسم يأخذ نماذج من الأوضاع الخاطئة و غير الطبيعية لذا فإن المصاب يجد صعوبة في التحرك و التخلص من هذه الأوضاع و هذا بسبب فقدان أنواع مختلفة من الحركات ، فالتشنج العضلي يعني تيبس العضلة في وضعية الانقباض نتيجة زيادة المقوية العضلية ، و هو ما يسمى بفرط المقوية العضلية (Hypertonia).

2- الشلل الدماغي الكنعاني " التخبطي " : Athetosis

ينتج عن إصابة الجزء الأمامي الأوسط من الدماغ ، و يترتب عن هذا العجز درجة أكبر مما يحتوي عليه النوع التشنجي ، و تبدو مظاهره واضحة و من بين أعراضه : الاهتزاز المستمر ، الحركة الغير معتدلة ، سيلان اللعاب ، التواء الوجه ، عدم اتزان وضع الرقبة و الرأس و الكتفين ، التقلصات اللاإرادية في العضلات التي تنتج عن درجة واضحة من عدم القدرة على التنسيق العضلي الحركي ، و تكون قدرتهم على الكلام محدودة .

3- الشلل الدماغي التخلجي " اللاتوازني " : Ataxia

ينتج عن إصابة المخيخ الذي هو مركز و منسق حركات العضلات و التوازن ، و تكون حركات المصاب غير متزنة ، يسير بخطوات واسعة و يسقط بسهولة لعدم القدرة على حفظ التوازن ، كما أنه يؤدي إلى حركات غبر منتظمة في العينين و هذا يؤدي إلى صعوبة التوجيه الحركي المكاني ، فغالبا ما يخطئ المصاب في تقدير المسافات و إدراك العمق و وضعية الجسم في الفضاء ما يؤدي إلى السقوط بشكل متكرر ، فالمصاب يمشي و يداه ممتدتان نحو الأمام للحفاظ على توازنه .

4- الشلل الدماغي الارتعاشي : Tremor

يظهر هذا النوع أشكال مختلفة من الارتعاش ، و هذا النوع نادر جدا و يمكن أن يكون خفيفا أو شديدا كما قد يكون سريعا أو بطيئا ، إلا أن الارتعاش عادة ما يكون قاصرا على مجموعات معينة من العضلات ، و يبدو على وتيرة واحدة ، و يكون لاإراديا

تماما، و يحدث نتيجة لعدم المقاومة لأي حركة للعضلات ، فالمصاب هنا لا يستطيع القيام بالحركات ، كما يلاحظ عند اضطراب في التوازن .

5- الشلل الدماغي التيبسي : Rigidity

يعتبر هذا النوع من الشلل الدماغي بالغ الحدة و يتميز بالتوتر المستمر عند محاولة تحريك الأطراف و نظرا لعدم توفر المرونة اللازمة في العضلات يجد المصاب صعوبة بالغة في المشي أو أي نوع آخر من أنواع الحركة ، و تكون الإصابة رباعية ، و قد يصاحبها صغر الرأس و تخلف عقلي شديد . (الصفدي – 2007- ص 33، 34 ، 35)

ب) تصنيف الشلل الدماغي حسب الأطراف المصابة :

1- شلل نصفي جانبي : " Hémiplégie " :

هو شلل يقتصر على أحد جوانب الجسم سواء الأيمن أو الأيسر ، و هو ناتج عن تلف في الدماغ ، و يمكن أن يكون كليا عندما يكون العجز كبيرا ، و يكون الشلل النصفي متناسب عندما يؤثر بشكل متساوي على الأطراف العلوية و السفلية و إلا فهو غير متناسب و قد يصيب هذا الشلل ذراع واحدة أو ساق واحدة ، أو حتى نصف الوجه فقط ، و يكون حاد على مستوى العضو العلوي و نجد إصابة هذه الأطراف عند الأشخاص المتشنجين .

2- الشلل النصفي السفلي : " Paraplégie "

هو شلل يصيب النصف السفلي من الجسم و الجذع السفلي و الأطراف السفلية ، و هذا يكون على مستوى تلف الحبل الشوكي ، و هو حالة نادرا جدا عند المعوق حركيا .

(Vocabulaire médicale)

3- الشلل الرباعي : " Tétraplégie , Quadriplegie "

يحدث الشلل الرباعي عندما تتأثر جميع الأطراف الأربعة ، حيث تتأثر الأرجل بشكل عام أكثر من الذراعين و قد يسبب سيطرة محدودة على عضلات الوجه .

4- الشلل الكلي السفلي : "Diplégie"

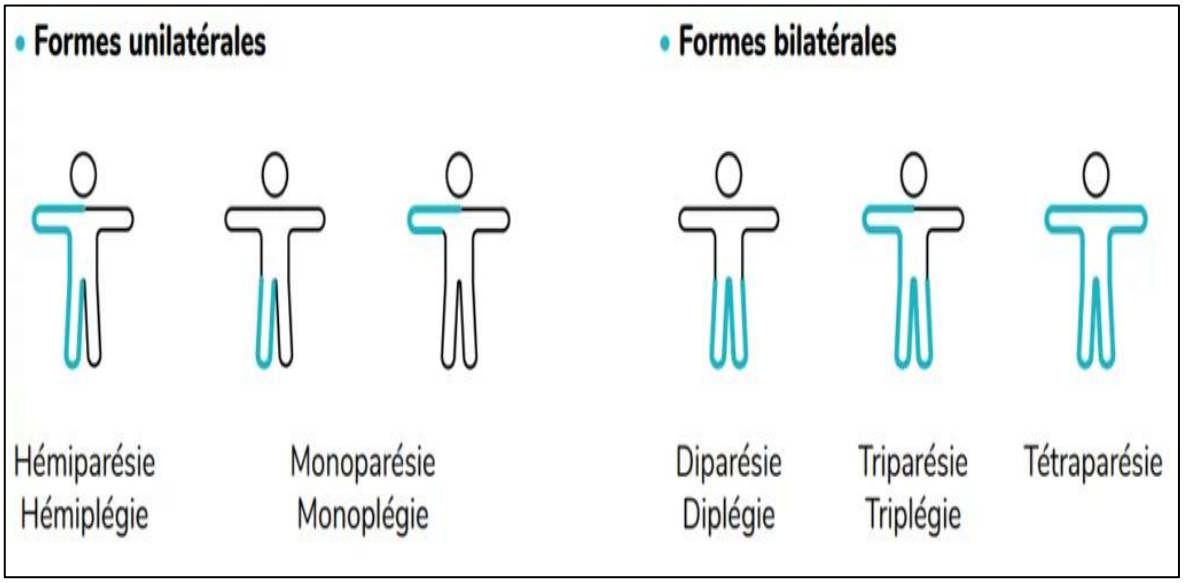
هو شلل نصفي مزدوج يتأثر به كلا من الذراعين و الساقين لكن عادة الذراعين تكون أكثر تضررا .

5- الشلل الأحادي : " Monoplégie "

هو نوع نادر جدا من مشاكل الحركة التي تحدث عند إصابة ذراع أو ساق واحدة فقط.

(Cérébral palsy guide)

الشكل (6) : رسم توضيحي للأطراف المصابة



المصدر : موقع Cérébral palsy guide

5- عوامل الخطورة الغير قابلة للسيطرة :

تعتبر قدرة الطب على السيطرة على هذه العوامل أو على الإقلال على خطر الإصابة بالسكتات بسببها محدودة و هذه العوامل هي :

1- التقدم بالعمر :

تعتبر السكتات نادرا جدا في سن الطفولة (ثلاث حالات لكل 100 ألف نسمة بالمعدل الوسطي).

- ترتفع نسبة الإصابة عند الشبان بين سن 15-45 سنة لتتراوح بين 10 " في الدول الغربية " إلى 40 " في دول العالم الثالث " حالة لكل 100 ألف نسمة .

- تعتبر السكتات من أمراض الأعمار المتقدمة حيث أن ثلاثة أرباع المصابين بالسكتات تزيد أعمارهم عن 65 سنة .

- يتضاعف احتمال الإصابة بالسكتة الدماغية كل 10 سنوات زيادة على العمر اعتبار من سن الخمسين .

2- الجنس :

- نسبة إصابة الذكور بالسكتات تكون أعلى من نسبة إصابة الإناث في جميع الشرائح العمرية ، و لكن عدد النساء اللاتي يمتن بسببها يكون أعلى من النسبة عند الذكور .

3- الوراثة :

بالرغم من عددها الكبير لكنها تعتبر أمراضا نادرا عموميا ، و هناك العديد من الأمراض الوراثية خاصة بوجود خلل استقلالي و الذي يؤدي للإصابة بالسكتة بنوعيها كجزء من المظاهر السريرية للمريض و هناك عدد كبير من الأمراض التي تؤهب لحدوث السكتات بشكل غير مباشر عند تأثيرها على عوامل تخثر الدم و على جدران الشرايين و على وظيفة القلب .

4- إصابة سابقة بنقص تروية دماغية عابرة (سكتة عابرة) :

تعتبر إصابة الشخص بسكتة عابرة عامل خطر هام لحدوث سكتة إقفارية في المستقبل.

- يتضاعف خطر الإصابة بسكتة 10 مرات عند وجود سوابق شخصية لسكتة عابرة .

- هناك إصابة سابقة بسكتة عابرة عند 30 % من المصابين بالسكتات .

- سوف يصاب 25 % من المصابين بالسكتات العابرة بسكتة خلال الخمس سنوات القادمة . (أبو حامد – 2009- ص 32 ، 33)

6- أعراض الجلطة الدماغية :

عادة ما تكون أعراض السكتة الدماغية مفاجئة و يمكن أن تكون :

- شلل أو تنميل في طرف أو جانب من الجسم " شلل نصفي " .

- الاضطرابات الحسية : انخفاض الحساسية " النمل " من نفس المكان ، صعوبة في التعبير عن النفس " عسر الكلام " ، أو فهم اللغة " الحبسة " ، مشاكل في الرؤية .

- صعوبات في التفكير فيما يحدث على جانب واحد ، غالبا على اليسار .

- صعوبات في القيام بإيماءات جيدة " مشاكل التسمية " .

- صعوبة في المشي : مشاكل في التوازن ، نعاس . (neuro-bretagne)

- دوخة .

- ارتباك .

- صداع مفاجئ .

- فقدان البصر المفاجئ .

- تخدير مفاجئ . (passeport sante)

7- الوقاية من الجلطة الدماغية و علاجها :

1- الوقاية :

إن أفضل الخطوات التي يمكن اتخاذها للوقاية من السكتة الدماغية هي معرفة عوامل الخطر المرتبطة بالسكتة و اتباع توصيات الطبيب ، مع الاعتماد على نمط حياة صحي و هناك العديد من العوامل من بينها :

- ضبط ارتفاع ضغط الدم و هذا واحد من أهم الأشياء التي يمكن القيام بها للتقليل من الخطر .

- خفض كمية الكولسترول و الدهون المشبعة في النظام الغذائي .

- الإقلاع عن التدخين لأنه يزيد من خطورة الإصابة .

- السيطرة على مرض السكري من خلال الحمية و الرياضة و فقدان الوزن للحفاظ على نسبة السكر في الدم .

- الحفاظ على وزن صحي .

- ممارسة الرياضة بانتظام .

- الابتعاد عن المشروبات الكحولية .

- علاج انقطاع التنفس الإنسدادي النومي (OSA) .

- تجنب المخدرات .

2- العلاج :

يوصي الأطباء بتناول أدوية مساعدة على التقليل من خطر الإصابة بسكتة دماغية أخرى و منها :

- عقاقير مضادة للصفيحات الدموية و نعني بها الخلايا في الدم المسؤولة عن تجلط الدم و هذه الأدوية تساعد على جعل هذه الخلايا أقل لزوجة و أقل احتمالا للتجلط .

- أسبرين ، كلوبيدوغريل (Plavix)

- مضادات التخثر التي تقلل من تخثر الدم .

خلاصة الفصل :

يعتبر الجهاز العصبي من الناحية التشريحية جملة اتصالات معقدة للغاية بين مختلف أعضاء الجسم ، و أي خلل على مستواه فإنه يؤثر على كامل الجسم و هذا ما تطرقنا له من خلال هذا الفصل فالجلطة الدماغية ينتج عنها شلل نصفي و أعراض أخرى حسب مكان الإصابة ، و هذا كله بسبب انسداد أو تمزق أحد الشرايين في الدماغ .

الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

- تمهيد .

1- الدراسة الاستطلاعية .

1-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية .

1-2- الأدوات و الوسائل المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية.

1-3- الحدود الزمنية و المكانية للدراسة الاستطلاعية .

1-4- مواصفات حالات الدراسة الاستطلاعية .

1-5- نتائج الدراسة الاستطلاعية .

2- الدراسة الأساسية .

2-1- منهج الدراسة .

2-2- الأدوات المستخدمة في الدراسة .

2-3- الحدود الزمنية و المكانية للدراسة الأساسية .

2-4- مواصفات حالات الدراسة الأساسية .

- خلاصة الفصل .

تمهيد :

حتى يكون البحث أكثر تكاملا و أكثر مصداقية ، لا بد من أن يبنى على جانب نظري الذي يعتبر القاعدة الأساسية للبحث ، و تعزيزه بجانب آخر تطبيقي الذي من شأنه توضيح و تجسيد ما جاء في الدراسة النظرية ، و لتسهيل الإجابة على الإشكالية المطروحة ، ففي هذا الفصل نقوم بعرض الإجراءات المنهجية لمتغيرات الدراسة الميدانية و التي تتضمن الدراسة الاستطلاعية ، و أهدافها و نتائجها و كذا حدودا الزمنية و المكانية ، بالإضافة إلى الدراسة الأساسية و منهجها و أدواتها ، و حدودها الزمنية و المكانية و مواصفات حالات الدراسة .

1-الدراسة الاستطلاعية :

1-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية : تهدف الدراسة الاستطلاعية في الدراسة الحالية على :

- التعرف على المركز الاستشفائي الجامعي .

- التأكد من وجود عينة الدراسة و هم مرضى الجلطة الدماغية " نساء و رجال " .

- التأكد من التصميم العام للبحث و تجريب أدوات الدراسة .

- التحقق من صلاحية أدوات جمع المعلومات و تقنياتها .

1-2- الأدوات و الوسائل المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية :

الملاحظة : (Observation)

الملاحظة هي أساس أي نوع من العلاقات سواء كانت علاقات اجتماعية أو علاقات عمل ، كالعلاقة بين الباحث و المبحوث أو المفحوص في أي بحث ، و هي مراقبة شخص ما مع تركيز الانتباه على جميع الحركات التي تصدر من الحالة ، و كذا ردود أفعالها السلوكية المختلفة .

- يعرف " ربحي " الملاحظة على أنها عبارة عن تفاعل و تبادل المعلومات بين شخصين أو أثر ، أحدهما الباحث و الآخر المستجيب أو المبحوث لجمع معلومات محددة حول موضوع معين .

(ربحي – 2011 – ص 115)

المقابلة العيادية : (Clinical interview)

هي عبارة عن حوار يدور بين الباحث و الشخص الذي تتم مقابلته ، ويبدأ هذا الحوار بخلق علاقة وئام بينهما ، ليضمن الباحث الحد الأدنى من تعاون المستجيب ، ثم يشرح الباحث الغرض من المقابلة و بعد أن يشعر الباحث بأن المستجيب على استعداد للتعاون يبدأ الباحث بطرح الأسئلة التي يحددها مسبقا ثم يسجل الإجابة بكلمات المستجيب .
(ربحي – 2011 –ص 106)

الاختبارات النفسية :

مقياس قلق الموت :

قام بترجمته "عبد الخالق" سنة (1987): هو عبارة عن استبيان يحتوي على قائمة من أسئلة تسمح بجمع بيانات خاصة بقلق الموت ، وضع هذا المقياس من طرف الأمريكي "دونالد تمبلر" Donal Tembler وتم ترجمته إلى عدة لغات منها اللغة العربية والإسبانية ، واستخدم في كثير من البحوث التي أجريت على عينات متفاوتة الأعمار من 16إلى 85 سنة ، ومن ثقافات مختلفة ، كما بحث ارتباطه بعدد كبير من المتغيرات. ويعد واحدا من أكثر المقاييس انتشارا في البحوث التي أجريت في علم دراسة الموت والاحتضار، وأكدت الأدلة العديدة ثباته وصدقه ، كما أن البيانات المعيارية متاحة له أكثر من أي مقياس آخر ، تم عرض وتطبيق هذا الاختبار لأول مرة سنة 1970 .(عبد الخالق – 1987 – ص 68)

الخصائص السيكومترية لمقياس قلق الموت:

احتوى الاختبار بداية على 40 بندا، تم اختيارها على أساس منطقي ، كانت متصلة بجوانب تعكس مدى واسع من الخبرات المتعلقة بقلق الموت، وهي عملية الاحتضار والموت بوصفه حقيقة مطلقة. ، ثم مر المقياس بمراحل متتابعة حتى وصل إلى 15 بندا، ليصل إلى صورته النهائية ، يحتوي المقياس على 08 بنود تصحح ب: "نعم". و05 بنود تصحح ب: "لا" ، واتضح بأن وجهة الاستجابة للموافقة تستوعب قدرا قليلا من التباين في هذا المقياس وقيست هذه الوجهة بمقياس" كوش كيستون" الذي يعتبر أفضل مقياس مختصر، حيث يتكون من 15 بندا لوجهة الاستجابة بالموافقة ، وقد أوضحت دراسة "تمبلر" عدم وجود ارتباط جوهري بينهما وبين مقياس وجهة الاستجابة المتعلقة بالجاذبية الاجتماعية كما تقاس بمقياس" مالو كراون " . (قواجلية – 2013 – 63)

صدق مقياس قلق الموت :

قام " تمبلر" بتقدير صدق مقياسه مستخدما عدة طرق منها مقارنة درجات المرضى في مجال "السيكياتري" (الطبنقسي) ممن قرروا أن لديهم قلق عاليا من الموت ، بدرجات عينة ضابطة من المرضى "السيكياتريين" الذين قرروا أنه لا يوجد لديهم قلق الموت.، وقد استخرجت فروق جوهرية بين درجات الفريقين مما يشير إلى صدق المقياس ، بالإضافة إلى الارتباط الجوهري المرتفع بين مقياس "تمبلر "ومقياس "بويار" للخوف من الموت، وكذا الارتباط الجوهري الموجب لكل من مقياس" تايلور" للقلق الصريح ومقياس"ولش" للقلق، أما الباحث " عبد الخالق" (1987) استخدم مقياس قلق الموت وكان صادق عربيا وعالميا حيث استخرج له الصدق العاملي في البيئة العربية في مصر في دراسة عبد الخالق (Abdel-Khalek,1989) وكذلك استخرج الصدق العاملي على طلبة الجامعات البريطانية في دراسة (,199) Maltbyحيث كان تشبع جميع الفقرات على أبعادها الثالثة أكثر من (0.40) . (عبد الخالق – 1987 – 64،65)

ثبات مقياس قلق الموت :

ترجم "أحمد محمد عبد الخالق" (1987) مقياس قلق الموت إلى اللغة العربية ، وطبقه باللغة العربية والإنجليزية معا مع عينة من طلاب مصريين بقسم اللغة الإنجليزية ، بحيث وصل معامل الارتباط بين الصورتين العربية والإنجليزية إلى 0,87 بالنسبة للذكور والإناث (ن=43) وهذا حسب ثبات إعادة الاختبار بالصورة العربية ، وكان الفاصل الزمني بين الاختبار و إعادته و أسبوعا واحدا، في حين وصل معامل الارتباط بين الصورتين إلى 0,70 بالنسبة للذكور (ن=55) و0,7 بالنسبة للإناث (ن=25) وتعد جميع هذه المعاملات مرتفعة . (قواجلية – 2013 – 63)

طريقة تطبيق وتصحيح مقياس قلق الموت :

يمكن تطبيق مقياس "تمبلر" فرديا أو جماعيا، تحتوي كراسة المقياس على: اسم المفحوصة (الرمز) والسن والتعليمة التي توضح طريقة الإجابة وتتمثل في:

- إذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (ص.)

-إذا كانت العبارة خاطئة أو لا تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (خ.)

تسجل إجابات المفحوص على الكراسة ذاتها ، ويطلب من المفحوص قراءة التعليمة لإزالة الغموض أو سوء الفهم ، وعموما لا يقوم الفاحص بتحديد مدة انتهاء الاختبار مع مراعاة ألا تطول مدته بشكل مبالغ فيه .

يشمل هذا المقياس على 15 بندا، 09 منها تصحح ب: "نعم". و05 تصحح ب: "لا ." ويكون التنقيط بإعطاء:

-نقطة (01) للبنود التي تصحح ب (ص) وأجاب عليها المفحوص بصحيح.

- نقطة (01) للبنود التي تصحح ب (خ) وأجاب عليها المفحوص بخطأ.

- صفر (0) للبنود التي تصحح (ص) وأجاب عليها المفحوص بخطأ.

- صفر (0) للبنود التي تصحح (خ) وأجاب عليها المفحوص بصحيح.

جدول رقم (1) : يوضح سلم مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر :

البنود التي تصحح ب : ص	**1**	**4**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
البنود التي تصحح ب : خ	**2**	**3**	**5**	**6**	**7**	**15**	**/**	**/**	**/**

يفرض هذا المقياس أن درجة (0) تعتبر أدنى الدرجات التي يمكن ألي مفحوص أن يحصل عليها، أما درجة (15) فهي أعلى درجة يمكن الحصول عليها.

يتم تقدير وجود قلق الموت أو عدمه بأسلوب الدرجة الفاصلة وهي كالتالي:

- الدرجة التي تتراوح ما بين (6-0) تشير إلى عدم وجود قلق الموت.

- الدرجة التي تتراوح ما بين (8-7) تشير إلى وجود قلق موت متوسط.

- الدرجة التي تتراوح ما بين (15-9) تشير إلى قلق موت مرتفع. (قواجلية – 2013 – 67 ، 76)

1-3- الحدود الزمنية و المكانية للدراسة الاستطلاعية :

الحدود الزمنية :

- تمت هذه الدراسة من تاريخ : 2024/12/19 إلى غاية : 2025/01/15 .

الحدود المكانية :

- تمت هذه الدراسة بالمركز الاستشفائي الجامعي " مستغانم " – مصلحة طب الأعصاب.

تعريف مصلحة طب الأعصاب :

هي مصلحة تحتوي على جناح واحد خاص بالنساء و الرجال ، يتم فيها تشخيص و إدارة و علاج الأمراض الشائعة و الخاصة بالجهاز العصبي من بينها :

- الجلطة الدماغية .
- نوبات الصرع .
- مشاكل المناعة في الجهاز العصبي .
- العجز الفكري و الذاكرة .
- تصلب متعدد .
- شلل عابر أو دائم .
- الصداع .
- الارتعاش .
- آلام الرأس .
- الزهايمر .

و من بين الفحوصات المستخدمة في مصلحة طب الأعصاب لدينا :

- التصوير بالرنين المغناطيسي .
- تخطيط الدماغ .
- الماسح الضوئي .
- تقييم وضع الوعي " اليقظة ".
- فحص قوة و حساسية و انعكاس و تنسيق الجسم .

- تحليل التوازن .

بطاقة تقنية لمصلحة طب الأعصاب :

- **التسمية :** مصلحة طب الأعصاب .
- **المكان :** المركز الاستشفائي الجامعي " مستغانم ".
- **الغرف :** 8 .
- **الأطباء :** 1 طبيب مختص ، 2 طبيب عام .
- **الأساتذة الاستشفائيين :** 1 .
- **الممرضين :** 11 .
- **رئيس مصلحة :** 1 .
- **منسق شبه طبي :** 1 .
- **أخصائي نفسي :** 1 .
- **سكرتيرة :** 1 .

الهيكل التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي :

جناح أ Bloc A	جناح ب Bloc B	جناح ج Bloc C	
- صيدلية . - مصلحة الطب الشرعي . - حفظ الجثث .	- مصلحة التصوير الطبي . - وحدة التعقيم . - مطبخ . - المخازن . - غرفة الغسيل .	- استقبال و توجيه .	الطابق الأرضي R.D.C
- مصلحة أمراض الأنف الأذن و الحنجرة . - مصلحة جراحة العظام و الرضوض	- استعجالات . - إدارة. - مصلحة التشريح و علم الخلايا المرضي .	- مصلحة طب القلب .	الطابق 1 1 er étage
- مصلحة جراحة المخ و الأعصاب .	- مخبر . - وحدة تصفية الكلى . - الاستكشاف الوظيفي . - غرفة المناوبة .	- مصلحة الأمراض الصدرية.	الطابق 2 2 eme étage
- مصلحة الجراحة العامة .	- قاعة العمليات . - مصلحة العلاج المكثف و الإنعاش .	- مصلحة أمراض المعدة .	الطابق 3 3 eme étage
- مصلحة طب الكلى . - مصلحة طب الأعصاب .		-مصلحة الطب الداخلي.	الطابق 4 4 eme étage

1-4- مواصفات حالات الدراسة :

الجدول رقم (2) : مواصفات حالات الدراسة الاستطلاعية

الترميز	السن	الجنس	مدة الإصابة	مدة العلاج بالمستشفى	الحالة الاجتماعية	الجلسات	المستوى التعليمي
01	62	أنثى	02 شهر	بداية من : 2024/12/19	متزوجة	04 جلسات	أمية

02	27	أنثى	21 يوم	بداية من : 2024/12/19	عزباء	03 جلسات	4 متوسط
03	65	ذكر	18 يوم	بداية من : 2024/12/24	متزوج	01 جلسة	6 ابتدائي
04	82	أنثى	01 شهر	بداية من : 2024/12/26	متزوجة	01 جلسة	أمية
05	45	أنثى	15 يوم	بداية من : 2025/02/24	متزوجة	02 جلسة	4 متوسط
06	50	ذكر	01 شهر	بداية من : 2024/02/24	أعزب	01 جلسة	4 ابتدائي
07	60	ذكر	03 أشهر	بداية من : 2025/01/06	متزوج	03 جلسات	3 ثانوي
08	44	أنثى	شهر و نصف	بداية من : 2025/01/06	متزوجة	04 جلسات	4 متوسط
09	20	أنثى	أسبوع	بداية من : 2025/01/15	متزوجة	03 جلسات	4 متوسط
10	23	ذكر	01 شهر	بداية من : 2025/01/15	أعزب	02 جلسة	جامعي

5-1 – نتائج الدراسة الاستطلاعية :

- ضبط متغيرات الدراسة .

- تعيين مكان إجراء الدراسة الأساسية " المركز الاستشفائي الجامعي " .

- تحديد منهج الدراسة و الأدوات المستخدمة لجمع المعلومات في الدراسة .

- التأكد من صلاحية المقياس المستخدم في الدراسة و ملائمة لعينة الدراسة .

2- الدراسة الأساسية :

2-1- منهج الدراسة :

المنهج العيادي : "Clinical curriculum "

هو فرع من فروع علم النفس الذي يتناول بالدراسة و التحليل سلوك الأفراد الذين يختلفون في سلوكهم اختلافا كبيرا عن غيرهم من الناس مما يدعو إلى اختبارهم ، و ذلك قصد مساعدتهم في التغلب على مشكلاتهن و تحقيق تكيف أفضل لهم . (مندوه - 2012- ص91)

دراسة الحالة : " Case study "

تعتبر دراسة الحالة من الأدوات الرئيسية التي تعين المرشد النفسي على تشخيص و فهم حالة الفرد و علاقته بالبيئة ، و هي وسيلة هامة لتلخيص أكبر عدد ممكن من المعلومات عن الحالة موضوع الدراسة ، و الحالة قد تكون فردا أو أسرة أو جماعة . (مندوه – 2012 – ص 216)

- ويؤكد (روتير Rotter) ضرورة حصولنا على المعلومات في دراستنا للحالة من مصادر عديدة و عدم الاكتفاء بمصدر دون آخر أو تفضيل واحد على آخر .

- أما الدكتور محمود الزيادي فيؤكد بأن تاريخ الحالة أداة قيمة تكشف لنا وقائع حياة شخص معين منذ ميلاده حتى الوقت الحالي ، و هي خطوة أساسية لجمع معلومات تاريخية عن المريض و مشكلاته بأسلوب علمي منظم . (عطوف - 1981 - ص 350)

2-2- الأدوات المستخدمة في الدراسة :

الملاحظة العيادية : (Clinical observation)

الملاحظة العيادية أو الاكلينيكية هي تلك الملاحظة التي يحاول فيها الأخصائي النفسي أن يجمع معلومات عن سلوك معين على النحو الذي يحدث فيه الموقف و تسجيل هذا السلوك ، و تعتبر كذلك المشاهدة الدقيقة لظاهرة ما مع الاستعانة بأساليب البحث و لدراسة التي تتلائم مع طبيعة هذه الظاهرة .

- و يشير " حامد زهران " إلى أنها ملاحظة الوضع الحالي للعميل في قطاع محدود من قطاعات سلوكه ، و تسجيله لموقف سلوكه ، و تشمل ملاحظة السلوك في مواقف الحياة

الطبيعية ، و مواقف التفاعل الاجتماعي بكل أنواعها ، في اللعب ، العمل ، الراحة ، مواقف الإحباط و المسؤولية الاجتماعية ، و التبعية ، بحيث يتضمن عينات سلوكية لها مغزى في حياة العميل . (مندوه – 2012 – ص 169)

الملاحظة الموجهة : " Guided note "

هدفها يتمثل في تسجيل أهم الاضطرابات التي تظهر عند الحالات المدروسة .

الملاحظة غير الموجهة : " Unguided note "

هدفها جمع بعض المعلومات فيما يخص طريقة الكلام ، و السلوك الظاهري بصورة موضوعية .

المقابلة العيادية : " Clinical interview "

هي محادثة تتم وجها لوجه بين العميل و الأخصائي النفسي ، غايتها العمل على حل المشكلات التي يواجهها العميل و المساهمة في تحقيق تفاعله . (مندوه – 2012 – ص 151)

- و تعرف بأنها الوسيلة أو الأداة التي تساعد الأخصائي في الحصول على بيانات و معلومات و التعرف على العميل و تهدف إلى تشخيص حالته بتوجيه أسئلة هادفة ، و بملاحظة سلوكه ملاحظة دقيقة . (مندوه – 2012 – ص 183)

- المقابلة النصف موجهة : " Half directed interview "

في مثل هذا النوع من المقابلات يتدخل الفاحص من حين لآخر مع تركه للمفحوص الوقت الكافي للتفكير عن أفكاره و شعوره ، و في هذا النوع أيضا يقوم الباحث أو الفاحص بتحديد مجموعة من الأسئلة بغرض طرحها على المبحوث أو المفحوص حيث يعطي له الحرية في التوسع في الإجابة ، و من أجل ذلك تم وضع كل مقابلة وفق دليل يحتوي على مجموعة من المحاور حيث أن لكل محور مجموعة من الأسئلة و هي كالتالي :

- **المحور الأول :** البيانات الأولية .

- **المحور الثاني :** البنية المورفولوجية .

- **المحور الثالث :** التاريخ الشخصي و الأسري .
- **المحور الرابع :** التاريخ المرضي و المعاش النفسي له .
- **المحور الخامس :** الجلطة الدماغية .
- **المحور السادس :** قلق الموت .

المقاييس النفسية :

- مقياس قلق الموت :

هو عبارة عن استبيان يتضمن قائمة من طرف الأسئلة التي تسمح بجمع بيانات خاصة بقلق الموت ،وضع هذا المقياس من طرف الأمريكي "دونالد تمبلر " ولقد تُرجم إلى لغات عديدة منها العربية والاسبانية وحتى اليابانية والهندية .

2-3- الحدود الزمنية و المكانية للدراسة الأساسية :

الحدود الزمنية :

- تمت هذه الدراسة في الفترة الممتدة من تاريخ : 2025/01/16 إلى 2025/02/26 .

الحدود المكانية للدراسة الأساسية :

- تم الإبقاء على نفس مكان الدراسة الاستطلاعية و هو المركز الاستشفائي الجامعي – مستغانم .

1-4- مواصفات حالات الدراسة الأساسية :

الجدول رقم (3) : مواصفات حالات الدراسة الأساسية

الترميز	الجنس	السن	مدة الإصابة	مدة العلاج بالمستشفى	عدد جلسات العلاج في الشهر	العدد الكلي للجلسات
ب.م	أنثى	62 سنة	2 شهر	1 شهر و نصف	02 جلسة بالشهر	04 جلسات
ب.ج	أنثى	34 سنة	05 أشهر	3 أشهر	05 جلسات بالشهر	05 جلسات
م.س	ذكر	42 سنة	25 يوم	20 يوم	4 جلسات	04 جلسات

خلاصة الفصل :

تتلخص إجراءات هذا الفصل بعرض الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية كما قمنا بالدراستين الاستطلاعية و الأساسية ، حيث تطرقنا إلى قلق الموت بعد ملاحظة أن الحالات المصابة بالجلطة الدماغية تعاني منه بصفة متكررة ، و هذا ما يعزز دراستنا التي تحت عنوان قلق الموت ، و سنتطرق في الفصل الموالي إلى عرض الحالات و مناقشة الفرضيات .

الفصل الخامس : عرض النتائج و مناقشة الفرضيات في ضوء النتائج

1- عرض الحالات .

1-1- عرض نتائج الحالة الأولى .

1-2- عرض نتائج الحالة الثانية .

2- مناقشة الفرضيات في ضوء النتائج.

2-1- مناقشة الفرضية العامة في ضوء النتائج .

2-2- مناقشة الفرضية الجزئية الأولى في ضوء النتائج .

2-3- مناقشة الفرضية الجزئية الثانية في ضوء النتائج .

2-4- استنتاج عام حول نتائج الفرضيات .

1- عرض الحالات :

1-1- عرض نتائج الحالة الأولى :

- تقديم المفحوصة :

- الترميز : ب.م
- الجنس : أنثى .
- السن : 62 سنة .
- المهنة : غير عاملة .
- الحالة الاجتماعية : متزوجة .
- الحالة الاقتصادية : متوسطة .
- المستوى الدراسي : أمية .
- عدد الأبناء : 2 ذكور , 2 إناث .
- تاريخ دخول المستشفى : 2024/12/19 .
- نوع الإصابة بالجلطة الدماغية : شلل نصفي في الجهة اليسرى و الوجه.
- مدة الإصابة : 02 شهر .
- مدة العلاج بالمستشفى : شهر و نصف .
- نوع العلاج المستخدم : العلاج الدوائي .
- مدة الجلسات العلاجية في الشهر : 4 جلسات .
- ترتيب الحالة في العائلة : 2
- عدد الإخوة : الذكور : 4 ، الإناث : 2.
- الأب : متوفي .
- الأم : متوفية .

البنية المورفولوجية للمفحوصة و السيمائية العامة :

- الهيئة العامة : طول قصير، سمراء البشرة ، عينان بنيتان .
- البنية الجسمية : نحيفة .
- الهندام : نظيف و مرتب .
- الانتباه و التركيز : قليل .
- المزاج : متقلب .
- ملامح الوجه : حزين .
- النشاط الحركي : قليل .
- الاتصال : سهولة الاتصال مع الحالة
- محتوى الأفكار : متسلسلة .
- الصوت : منخفض .

الجدول رقم (4) : يبين سير المقابلات العيادية مع الحالة الأولى

رقم المقابلة	تاريخ المقابلة	مدة المقابلة	الهدف من المقابلة	مكان إجراء المقابلة
01	2025/01/16	25 دقيقة	التعرف على المفحوصة ومحاولة كسب ثقتها و جمع البيانات الأولية منها	مصلحة طب الأعصاب
02	2025/01/23	40 دقيقة	التعرف على التاريخ الشخصي و العلائقي و التاريخ المرضي للحالة	مصلحة طب الأعصاب
04	2025/01/30	30 دقيقة	التعرف على أثر قلق الموت على المفحوصة	مصلحة طب الأعصاب
05	2025/02/04	25 دقيقة	تطبيق مقياس قلق الموت و إنهاء	مصلحة

			العلاقة مع المفحوصة	طب الأعصاب

ملخص المقابلات مع الحالة الأولى :

المفحوصة (ب.م) البالغة من العمر 62 سنة من ولاية مستغانم ، لها 2 أولاد و 2 بنات، ماكثة في البيت و ترتيبها بين إخوتها هي الثانية ، يتيمة الأم و الأب ، متزوجة،و زوجها توفي منذ 4 سنوات .

المفحوصة (ب.م) ذات بشرة سمراء و طول قصير ، نحيفة الجسم وبنية العينين ، نظيفة و مرتبة المظهر ، و منذ شهرين و هي تعاني من شلل نصفي في الجانب الأيسر و وجهها ، و هي تزاول علاجها بالمركز الاستشفائي الجامعي منذ الأسبوع الثاني من إصابتها .

فيما يخص السوابق المرضية عند (ب.م) فإنها تعاني من ضغط الدم و مرض السكري، و حسب ما قالت فإنها أصيبت بالشلل النصفي لثلاثة مرات ، فالمرة الأولى كان شلل على مستوى الوجه و هذا كان بسبب دهشتها عندما علمت أن زوجها سوف يتزوج عليها حسب قولها : **" على كبري بغا يطلقني و أنا دابزت دارنا عليه "** ، حيث حكت عن طفولتها التي كانت عادية إلى تعرفت على زوجها و أحبته في سن صغير و هنا بدأت المشاكل بسبب رفض عائلتها لكنها بالرغم من رفضهم لم تتخلى عن iو عاشت معه قصة حب طويلة **" قاع الناس سمعو بيها "** ، و بعد معاناة وافق أهلها على زواجها منه ، و بعد أن أنجبت منه ولدين و بنتين أراد أن يطلقها بدون سبب و يعيد حياته ، و هذا ما أدى إلى إصابتها بالشلل النصفي على الوجه حيث أنها عانت كثيرا و فقدت القدرة على الكلام و تعالجت لمدة في المستشفى ، و بعد رحتلها مع العلاج أصبحت تتعافى و عاد فمها إلى مكانه و أصبحت تستطيع الكلام مثل قبل ، بعد خروجها من المستشفى أدركت أنها صحتها هي الأهم و أن أولادها بحاجة إليها فتعافت من الصدمة و تعايشت مع قدرها، أما المرة الثانية فأصيبت بشلل على مستوى الوجه مرة أخرى إضافة إلى شلل الجهة اليسرى كاملة ، و أصبحت عاجزة عن الكلام و الحركة في نفس الوقت و هذا ما زاد قلقها و خوفها من الموت و أصبحت كل أفكارها سلبية لأن حالتها تكررت ، و كان سبب الإصابة هذه المرة سماعها لخبر وفاة أختها الوحيدة و الأصغر منها و لم تحضر لمراسيم موتها بسبب مكوثها في المستشفى و عجزها عن القيام بأبسط الحركات، كما أنها كانت تنطق الكلمات بصعوبة كبيرة فقط ابنتها من كانت تفهم عليها ، و بقيت على تلك الحالة لمدة شهرين ، و شيئا فشيئا أصبحت تستعيد قدرتها على الكلام ، لكن مدة شللها في الجهة اليسرى طالت فخرجت من

المستشفى و أصبحت تذهب إلى مركز التدليك إلى أن تعافت تماما ، و قد نبهها الأطباء بأنه لا زالت في خطر و يوجد احتمال إصابتها مرة أخرى و أوصوها بأخذ الحيطة و الحذر على صحتها و الابتعاد عن كل ما يقلقها و يسلب طمأنينتها ، و بعد شفائها التام رجعت إلى حياتها السابقة بشكل عادي و أصبحت تتنقل بنفسها بدون أي صعوبة إلى أن جاء اليوم الذي دخل فيه طليقها إلى المستشفى و تركته زوجته فناداها هي لكي تسانده و طلب منها السماح و وعدها أن يعوضها عن هذه الغلطة فوافقت حسب قولها : **" كان علابالي يجي نهار و يندم بصح أنا في وجه ولادي نوقف معاه"** ، و بعد موافقتها قاموا بعقد قران شرعي ، و وقفت معه في المستشفى إلى تم بتر رجله بسبب السكري و بعد إخراجه من المستشفى بأيام ازدادت حالته سوءا لعدم تقبله لبتر رجله و بعد معاناة توفي و قامت هي بكل اللازم لقولها : **" ما رانيش ندمانة عليه درت معاه غير المليحة و ربي شاهد "** ، كما لاحظنا عند حديثها عن زوجها تتغير نبرة صوتها ومن ملامحها يظهر عليها الحزن بالرغم من أنها تظهر عدم اكتراثها له و لا زالت تتذكر كل ما فعله لها ، بينما إصابتها للمرة الثالثة كانت في أواخر سنة 2024 بسبب صدمتها بدخول ابنها الأصغر إلى السجن مظلوما في قضية التزوير في عمله بالبنك و هذا ما صرحت به المفحوصة فعند سماعها الخبر أغمي عليها من الصدمة و عند استيقاظها وجدت نفسها في المستشفى و أصبحت لا تشعر بجانبها الأيسر و لا تستطيع تحريكه ، و هنا ازداد خوفها و قلقها من الموت أكثر من قبل حسب قولها : **" قلتلهم هاذ الخطرة الثالثة غادي نموت ما غاديش نسلك "** ، و بعدها نقلت فورا لمصلحة طب الأعصاب و قاموا معها بالإجراءات اللازمة للتكفل بحالتها ، و أصبح همها الوحيد هو ابنها حيث أنها لم تتوقف عن التفكير به و عبرت عن دمارها عندما قالت : **" راني خايفة نموت و ولدي ما يحضرليش غادي يهبل "** ، و هذا ما تسبب في تأخر شفائها و عدم استقرار حالتها النفسية و تفكيرها المفرط في الأفكار السلبية ، و إحباطها و حسرتها و فقدان شهيتها أيضا ، و بعد مدة استقرت حالتها قليلا فقرر طبيبها إخراجها من المستشفى مع ضرورة إتباعها لتعليماته في المنزل ، و في يوم كانت فيه ذاهبة إلى مركز التدليك فقدت توازنها و سقطت من أعلى الدرج و أصيبت بكسر في ظهرها مما أدى لإجرائها عملية جراحية على مستوى الظهر ، و بعد تلك العملية فقدت القدرة على الوقوف و المشي و أصبحت تتنقل بالكرسي المتحرك و هذا ما أثار قلقها و إحباطها و اضطرت إلى العودة للمستشفى لمزاولة علاجها و في هذه المرة ازداد تفكيرها في الموت أكثر من المرات السابقة بسبب عدم وجود احتمال أو خبر مؤكد لاستعادة قدرتها على المشي مرة أخرى وهذا ما سبب لها الأرق و فقدان الوزن و اضطرابات في النوم إضافة إلى عدم تقبلها لوضعها الحالي .

- تطبيق المقياس :

- ظروف تطبيق مقياس قلق الموت لتمبلر :

تم تطبيق مقياس قلق الموت لتمبلر مع المفحوصة في المقابلة رقم 05 في ظروف جيدة، و قد تم تطبيق المقياس في غرفتها بمصلحة طب الأعصاب للمؤسسة بتاريخ : 2025/02/04، حيث دامت فترة تطبيق المقياس 25 دقيقة ، كما ظهرت عليها صعوبة في فهم بعض المصطلحات ، و اضطررنا إلى تبسيط و تسهيل العبارات لها .

الجدول رقم (5) : يمثل إجابة الحالة الأولى على مقياس قلق الموت لتمبلر

الرقم	العبارات	صح	خطأ
1	أخاف كثيرا من الموت.	X	
2	نادرا تخطر لي فكرة الموت.		X
3	لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت.		X
4	أخاف أن تجرى لي عملية جراحية.	X	
5	لا أخاف إطلاقا من الموت.		X
6	لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاص.		X
7	لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت.		X
8	أتضايق كثيرا من مرور الوقت.	X	
9	أخشى أن أموت موتا مؤلما.	X	
10	إن موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي.		X
11	أخشى فعلا أن تصيبني سكتة قلبية.	X	
12	كثيرا ما أفكر كم قصيرة هذه الحياة فعلا .	X	
13	أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة		X
14	يزعجني منظر جسد ميت.	X	
15	أرى أن المستقبل يحمل شيئا يخيفني.	X	

الجدول رقم (6) : مستوى قلق الموت عند المفحوصة الأولى

مجموع إجابات المفحوصة	12 نقطة
الدرجة الكلية	15-9
مستوى قلق الموت	قلق الموت مرتفع

استنتاج عام حول الحالة الأولى :

من خلال نتائج المقابلات العيادية نصف الموجهة مع المفحوصة (ب.م) و الملاحظة العيادية و استنادا على تطبيق مقياس قلق الموت لتمبلر، فقد تحصلت (ب.م) على 12 نقطة و هذا ما يدل على وجود مستوى مرتفع من قلق الموت و هي أعلى درجة يمكن الحصول عليها في المقياس بحيث تنحصر بين الدرجة (9 – 15) ، و هذا ما ظهر لدى المفحوصة من خلال إجابتها التي تبين إحباطها و خوفها الشديد من الموت الذي ولد لها القلق و كل هذا بسبب تفكيرها المفرط في ابنها الأصغر المسجون ، كما تبين لنا من خلال ذلك أن (ب.م) تعاني من تفكير سلبي و تركز عليه أكثر من الإيجابي ، و تلوم نفسها و تشعر بالذنب اتجاه بناتها حسب قولها : **"راهم سامحين في ولادهم و مقابليني "** ، كما تشعر بالشتات و الضياع لعدم معرفتها مصير ابنها .

- و من خلال تحليلنا للحالة تبين لنا أنها مرت بتجارب عديدة مؤلمة في حياتها و فقدت بسببها لذة الحياة ، كما أنها تعاني من قلق موت مرتفع و هذا ما ظهر في تفكيرها الدائم في الموت و شعورها باقتراب موعد رحيلها في كل مرة تتعرض فيها لوعكة صحية ، إضافة إلى قلقها عن المصير المجهول لابنها ، و إحساسها المتكرر بأنها عبئ على بناتها لأنهم دائما بجانبها و يهتمون بها أكثر من أزواجهم و أولادهم و هذا بسبب عجزها عن القيام بأبسط الأشياء .

1-2- عرض نتائج الحالة الثانية :

- تقديم المفحوصة :

- الترميز : ب.ج .

- الجنس : أنثى .

- السن : 34 سنة .

- المهنة : سكرتيرة .

- الحالة الاجتماعية : عزباء .

- الحالة الاقتصادية :متوسطة .

- المستوى الدراسي : الثالثة ثانوي .

- عدد الأبناء : / .

- تاريخ دخول المستشفى : 2024/11/04 .
- نوع الإصابة بالجلطة الدماغية : تخثر الدم .
- مدة الإصابة : 5 أشهر .
- مدة العلاج بالمستشفى : 3 أشهر .
- نوع العلاج المستخدم : العلاج الدوائي .
- مدة الجلسات العلاجية في الشهر : 5 جلسة .
- ترتيب الحالة في العائلة : 1 .
- عدد الإخوة : الذكور : 2 ، الإناث : 2 .
- الأب : متقاعد .
- الأم : متوفية .

البنية المورفولوجية للمفحوصة و السيمائية العامة :

- الهيئة العامة : طويلة القامة ، بيضاء البشرة ، عينان بنيتان .
- البنية الجسمية : نحيفة .
- الهندام : نظيف و مرتب .
- الانتباه و التركيز : جيد .
- المزاج : متقلب .
- ملامح الوجه : عبوس .
- النشاط الحركي : قليل .
- الاتصال : سهولة الاتصال مع الحالة .
- محتوى الأفكار : متسلسلة .
- الصوت : منخفض .

الجدول رقم (7) : سير المقابلات العيادية مع الحالة الثانية

رقم المقابلة	تاريخ المقابلة	مدة المقابلة	الهدف من المقابلة	مكان إجراء المقابلة
01	2025/01/06	30 دقيقة	التعرف على المفحوصة ومحاولة كسب ثقتها و جمع البيانات الأولية منها	مصلحة طب الأعصاب
02	2025/01/13	30 دقيقة	التعرف على التاريخ الشخصي و العلائقي و التاريخ المرضي للحالة	مصلحة طب الأعصاب
03	2025/01/23	20 دقيقة	التعرف على أثر الجلطة الدماغية على المفحوصة	مصلحة طب الأعصاب
04	2025/01/30	40 دقيقة	التعرف على أثر قلق الموت على المفحوصة	مصلحة طب الأعصاب
05	2025/02/06	30 دقيقة	تطبيق مقياس قلق الموت و إنهاء العلاقة مع المفحوصة	مصلحة طب الأعصاب

- ملخص المقابلات :

المفحوصة (ب.ج) تبلغ من العمر 34 سنة من ولاية وهران ، و هي عزباء ، مستواها الاقتصادي متوسط و و تعمل سكرتيرة في مدرسة ابتدائية و هي الأكبر في عائلتها المكونة من 2 إخوة و 2 أخوات ، يتيمة الأم.

المفحوصة ذات بشرة بيضاء و عينان بنيتان ، طويلة القامة و نحيفة الجسم ، قليلة الحركة و بطيئة في الكلام ، مزاجها متقلب و صوتها منخفض ، لديها تخثر الدم في الرأس و هي الآن تزاول علاجها بالمركز الاستشفائي الجامعي .

فيما يخص السوابق المرضية فإنها تعاني من القولون العصبي منذ أن كان في عمرها 12 سنة إلى يومنا هذا ، و هي لم تكن تشتكي من أي مرض آخر .

تحدثت المفحوصة (ب.ج) عن طفولتها التي كانت عادية و عاشتها بكل حب و طمأنينة و لم تكن هناك أي مشاكل و كان كل شيء على ما يرام ، حسب قولها : **" عيشتي**

Tellement كانت شابة و كنا ملومين و متفاهمين الناس كانوا حاسديني عليها " ، و قالت بأنها كانت مجتهدة في دراستها إلى أن وصلت إلى السنة الثانية ثانوي حيث كانت تبلغ من العمر 16 سنة توفيت أمها و كانت هذه صدمتها الكبرى في الحياة حيث سقطت جميع الأقنعة و كل أفراد العائلة تغيروا و ظهر وجههم الحقيقي حسب قولها : **" موت ماما بينلي بزاف صوالح و أنا صغيرة بصح كبرت في عقلي "** ، و عبرت عن حسرتها و حزنها الذي يبدوا كأنه لا يزال جديدا فهي تتكلم و تذرف الدموع و تقول : **" أنا من ذاك النهار حياتي راحت "** ، و قالت أنها تسكن في بيت العائلة الكبيرة فتحملت هي كل مسؤوليات إخوتها لأنها كانت الأكبر و بعدها أختها كان عمرها 13 سنة و أخوتها التوأم كان عمرهم 6 سنوات ، و عاشوا في جو من الحزن و الحسرة و العزلة فبالرغم من أن والدهم كان بجانبهم إلا أن جميع العائلة ضدهم ، و ينظرون لهم كأنه حمل ثقيل عليهم و أنهم مجبورين بهم ، فكانوا يأمرون الأب بالزواج و كان هو دائما يرفض و قرر عدم الاستغناء عن أولاده الأربعة ، و أكدت المفحوصة أن كل هذا الذي مرت به كان سبب في فشلها الدراسي حيث أنها رسبت بسبب تحصلها على نقاط ضعيفة و لأنها كانت مسئولة عن المطبخ و أشغال المنزل و تدرس إخوتها لم تكن تجد الوقت لنفسها كي تدرس ، و حين وصلت إلى الثالثة ثانوي رسبت في شهادة البكالوريا مرتين على التوالي فقررت بعدها التسجيل في المعهد و نالت شهادة تقني سامي في الأمانة و كذلك التسويق و بعدها بقيت في البيت لعدة سنوات و لم تكن تأتيها أبدا عروض الزواج و هذا ما أدى إلى تعرضها للتنمر من طرف عائلتها لأن كلهم تزوجوا و هم أصغر منها ، حسب قولها : **" الناس ما يفهموش بلي الزواج مكتوب ربي و يلوموني علاش مازال ما تزوجتش "** ، فحين فقدت المفحوصة أملها قررت البحث عن عمل ووجدت منصب سكرتيرة في مدرسة ابتدائية فتحسنت حالتها النفسية و تشافت قليلا من ما كانت عليه ، و تعرفت على أشخاص جدد في مجال عملها و هذا ما غير الكثير من أفكارها ، فعملت لمدة سنتين

و عندما تغير المدير تغيرت القوانين و بسبب كثرة الضغط في العمل أصبح رأسها يؤلمها لكنها لم تتوقف عن العمل و بعد شهر قررت أن تزور الطبيب فأخبرها أنه شيء عادي و هذا بسبب البرد أو ما يسمى ب **" الشقيقة "** ، فوصف لها الدواء لكن الألم لم يذهب بشكل كلي ، و بعد غيابها المتكرر عن العمل بسبب الألم طردها المدير الجديد نهائيا من العمل و بعد أيام ازدادت حالتها و سقطت طريحة الفراش و أصبحت عاجزة عن تحريك رأسها حسب قولها : **" شفت الموت بين عينيا و كانوا حتى يرفدولي راسي باش يشربوني الدوا "** في حين أنها كانت تشتكي كثيرا من آلام رأسها و الأوجاع التي كانت تحرمها من النوم لعدة أيام ، و بعد أن نصحوها بزيارة طبيب الأعصاب ذهبت و طلبت منها الطبيبة إجراء نتيجة الماسح الضوئي " Scanner" و هنا كانت صدمتها عندما قامت به و أخذته للطبيبة أخبرتها أنها مصابة بورم في الدماغ و أنها بحاجة إلى جراحة مستعجلة

و هذا ما زاد من سوء حالتها و خوفها و تفكيرها المفرط أنها نهايتها و سوف تموت ، و عندما كانت في المستشفى نصحوها بأن لا تتسرع في اتخاذ قرار العملية و تغير الطبيب فسمعت لهم و ذهبت لدكتور آخر و طلب منها نتائج الرنين المغناطيسي لتشخيص دقيق أكثر عندما خرجت النتائج أخبرها أنها تعاني من تخثر الدم في الرأس و هذا بسبب كبتها و الضغوط المتراكمة التي مرت بها ، فوصف لها أدوية تساعدها على ارتخاء الأعصاب و قرر أن تتابع علاجها بالمستشفى أحسن من المنزل .

من خلال مقابلتنا مع الحالة (ب.ج) لاحظنا أن لديها دعم أسري من قبل عائلتها و هذا ما ظهر في مرافقتهم لها دائما ، إلا أنها تظهر عليها علامات الحزن و الخوف من الموت في سن صغير قبل تحقيقها لأمنياتها و خوفها على إخوتها و هذا أكثر ما يشغل بالها طوال الوقت رغم استقرار حالتها نوعا ما إلى أن تفكيرها دائما سلبي اتجاه هذا الأمر .

تطبيق المقياس مع الحالة الثانية :

ظروف تطبيق مقياس قلق الموت لتمبلر :

تم تطبيق مقياس قلق الموت لتمبلر مع الحالة في المقابلة رقم 05 في ظروف جيدة ، حيث دامت فترة تطبيق المقياس 30 دقيقة ، و قد تم هذا بتاريخ 2025/02/06 .

الجدول رقم (08) : إجابة الحالة الثانية على مقياس قلق الموت لتمبلر :

الرقم	العبارات	صح	خطأ
1	أخاف كثيرا من الموت.	X	
2	نادرا تخطر لي فكرة الموت.		X
3	لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت.		X
4	أخاف أن تجرى لي عملية جراحية.	X	
5	لا أخاف إطلاقا من الموت.		X
6	لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاص.		X
7	لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت.		X
8	أتضايق كثيرا من مرور الوقت.	X	
9	أخشى أن أموت موتا مؤلما.	X	
10	إن موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي.	X	
11	أخشى فعلا أن تصيبني سكتة قلبية.	X	
12	كثيرا ما أفكر كم قصيرة هذه الحياة فعلا.	X	
13	أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة		X
14	يزعجني منظر جسد ميت.	X	

15	أرى أن المستقبل يحمل شيئا يخيفني.		X

الجدول رقم (09) : مستوى قلق الموت لتمبلر لدى الحالة الثانية

مجموع إجابات المفحوصة	14 درجة
الدرجة الكلية	9 - 15
مستوى الدرجة	قلق موت مرتفع

استنتاج عام حول الحالة الثانية :

من خلال نتائج المقابلات العيادية نصف الموجهة مع المفحوصة (ب.ج) و الملاحظة العيادية و استنادا على تطبيق مقياس قلق الموت لتمبلر، فقد تحصلت (ب.ج) على 14 نقطة أو درجة و هذا ما يدل على وجود مستوى مرتفع من قلق الموت و هي أعلى درجة يمكن الحصول عليها في المقياس بحيث تنحصر بين الدرجة (9 – 15) ، و هذا ما ظهر لدى المفحوصة من خلال إجابتها التي تبين خوفها الدائم من الموت و قلقها المبالغ فيه في حين ظهرت لها صدمة نفسية إثر الإصابة بالمرض فجأة ، و هي تفكر بمستقبل إخوتها الأصغر منها بحكم أنها هي الكبيرة و المسؤولة عنهم ، و أيضا عبرت (ب.ج) على قلقها المستمر من بقاءها طريحة الفراش و ألمها الشديد الذي يمنعها من النوم ، و عدم تقبلها لإصابتها ، و بالرغم من أن الطبيب أخبرها بعدم خطورة مرضها لدرجة الموت إلا أنها تفكر فقط في الموت عندما يبدأها الألم في رأسها ن لقولها: **" مين يجيني داك السطر نحس عروقي يتحركوا و نقول خلاص رايحة نموت اليوم و موحال نزيد نستحمل "** .

- و من خلال تحليلنا للحالة ظهر لنا أنها لم تتخطى بعد ما حدث لها و عند تحدثها عن أمها المرحومة تبدوا عليها ملامح جد حزينة كأن وفاتها لم تمر عليها كل هذه السنين، حسب قولها : **" كي نهدر على ماما نتفكر كل شيء فات عليا موراها و نبكي عليها كيما النهار الأول ما قدرتش ننساها "** ، و بحكم أنها مرضت و دخلت المستشفى لأول مرة في حياتها تراكمت عليها الأفكار السلبية و القلق الدائم من الموت فمن جهة تفكر في إخوتها الذين لا زالوا صغار و خائفة على مصيرهم لقولها : **" راني خايفة نموت قبل ما نطبق وصاية ماما الله يرحمها على خاوتي و الله يلا وعدتها نوقف معاهم ينجحوا و نوصل كل واحد لبلاصتوا "** ، و من جهة أخرى تتحسر على حالتها و ضعفها وإحباطها الدائم لقولها : **" تمنيت قبل ما نموت نتزوج و ندير دراري و نعطيهم لحنانة لي ناقستني و ما نخليهمش يعيشوا لي عشته أنا ، بصح مكتوب ربي "** .

3-1- عرض نتائج الحالة الثالثة :

- تقديم المفحوص:

- الترميز : م.س

- الجنس : ذكر .

- السن : 42 سنة .

- المهنة : طباخ و صانع حلويات .

- الحالة الاجتماعية : متزوج .

- الحالة الاقتصادية : جيدة .

- المستوى الدراسي : السنة الثالثة ثانوي .

- عدد الأبناء : 01 إناث .

- تاريخ دخول المستشفى : 2025/02/04

- نوع الإصابة بالجلطة الدماغية : شلل دماغي تخلجي " لا توازني ".

- مدة الإصابة : 25 يوم .

- مدة العلاج بالمستشفى : 20 يوم .

- نوع العلاج المستخدم : العلاج الدوائي .

- مدة الجلسات العلاجية في الشهر : 4 جلسات .

- ترتيب الحالة في العائلة : 01

- عدد الإخوة : الذكور : / ، الإناث : 01.

- الأب : متوفي .

- الأم : ماكثة في البيت .

البنية المورفولوجية للمفحوص و السيمائية العامة :

- الهيئة العامة : طويل القامة ، أسمر البشرة ، عينان بنيتان .

- البنية الجسمية : رياضي.
- الهندام : نظيف و مرتب .
- الانتباه و التركيز : قليل .
- المزاج : متقلب .
- ملامح الوجه : حزين .
- النشاط الحركي : قليل .
- الاتصال : سهولة الاتصال مع الحالة
- محتوى الأفكار : متسلسلة .
- الصوت : منخفض .

الجدول رقم (10) : يبين سير المقابلات العيادية مع الحالة الثالثة

رقم المقابلة	تاريخ المقابلة	مدة المقابلة	الهدف من المقابلة	مكان إجراء المقابلة
01	2025/02/06	30 دقيقة	التعرف على المفحوص ومحاولة كسب ثقته و جمع البيانات الأولية منه	مصلحة طب الأعصاب
02	2025/02/13	30 دقيقة	التعرف على التاريخ الشخصي و العلائقي و التاريخ المرضي للحالة	مصلحة طب الأعصاب
03	2025/02/20	40 دقيقة	التعرف على أثر قلق الموت	مصلحة طب الأعصاب
04	2025/02/26	30 دقيقة	تطبيق مقياس قلق الموت و إنهاء العلاقة مع المفحوص	مصلحة طب الأعصاب

ملخص المقابلات مع الحالة الثالثة :

المفحوص (م.س) يبلغ من العمر 42 سنة من ولاية مستغانم و مقيم بدبي ، متزوج و له بنت واحدة ، يعمل طباخ و صانع الحلويات التقليدية و الغربية و ترتيبه في العائلة هو الأول و الأكبر و له أخت واحدة ، يتيم الأب .

المفحوص (م.س) ذو بشرة سمراء ، و طويل القامة ، له جسم رياضي ، و عينان بنيتان ، نظيف و مرتب المظهر ، و منذ 25 يوم و هو يعاني من إصابة بالشلل و فقدانه القدرة على التوازن في قدميه .

- فيما يخص السوابق المرضية عند (م.س) فهو لا يعاني من أي مرض و لا يشتكي من أي ألم .

بدأ المفحوص (م.س) في التحدث عن طفولته التي كانت أكثر من رائعة و سليمة خالية من المشاكل و كان أبوه مدير مدرسة ابتدائية فكان يعدل بينه و بين أخته و هذا ما زرع الحب و الاحترام بينهم حتى أمهم لم تكن تميز أحد عن الآخر و كانت تحبهم جميعا، كما أنه كان يتشارك مع أخته في جميع النشاطات و يتقاسم معها كل شيء يملكه، إلى أن جاء اليوم الذي توفي فيه أبوه و انكسر جناحه و بعد أيام معدودة تغير تعامل أمه معه و انتبه بأنها تميل لأخته و تعطيها الاهتمام أكثر منه و لما سألها عن سبب تغيرها فأخبرته أنه رجل يستطيع إدارة نفسه بينما هي ليس لها أحد ، و من ذلك اليوم بعد أن أثر فيه كلامها قرر أن يترك دراسته و هو في السنة الثالثة ثانوي لكي لا يضيع الوقت و دخل إلى مؤسسة التكوين المهني ليدرس الطبخ و بعدها سجل في دورات تطبيقية و تعلم صناعة الحلويات التقليدية و الغربية ، و فور انتهاءه بدأ يعمل في المطاعم و الفنادق المعروفة في مستغانم و كان يدخر المال الذي يجمعه لضمان مستقبل أفضل فاقترح عليه صديقه في العمل السفر إلى دبي و ذلك لتوفر مناصب بأجرة عالية تكفيه و تمكنه من تحقيق أحلامه فأخبر والدته فوافقت على سفره و طلبت منه إرسال المصروف دائما لها و لأخته بالرغم من أنها تملك مدخول شهري خاص يتقاعد الوالد ، و بعد تسوية وثائقه سافر و بدأ في العمل مباشرة و كان لا ينسى أمه و أخته و يرسل لهم المال و لم ينقص عليهم أي شيء لأنه تحمل مسؤوليتهم في غياب والده، و بقي في دبي لمدة سنتين و جاء لزيارة الجزائر و قام بشراء منزل من ماله الشخصي و قام بتجهيزه و عندما أراد المغادرة ترك لأمه نسخة من مفتاح منزله الجديد ، بعد مدة تزوجت أخته و طلبت منه أمه أن يعطي لها منزله لتسكن فيه إلى أن تجد سكن آخر فقبل بشرط أن تخرج عندما يأتي هو ، فسكنت مع زوجها لمدة 3 سنوات و بعدها تزوج هو و رزق ببنت و عندما رأى نفسه كافي من ناحية المال قرر فتح مطعم في الجزائر و الاستقرار فيها نهائيا مع زوجته ، لكن في الأول أراد أن يأتي بنفسه حتى

يحل أمر الإيجار و الوثائق الخاصة بالمطعم ، فلما طلب من أخته مغادرة منزله رفضت و ساندتها أمها و قالت له **" عندك الدراهم شري واحد آخر "** و في حالة غضب قال لها إن لم تخرج سوف ألجأ إلى القانون لإخراجها ، و فور وصوله كانت وجهته الأولى عند أمه فرفضت أن تفتح له الباب و طردته ، فذهب إلى منزله و هنا كانت صدمته الكبرى فقد وجد أخته ذهبت لكنها خربت له كل المنزل من الداخل بعد أن قام بتجهيزه بأغلى مواد البناء و الأفرشة و أدوات المطبخ فأصبح غير قابل السكن ، و في تلك اللحظة سقط على الأرض و أخذه أحد الجيران إلى المستشفى و قد أصيب بفقدان التوازن أو ما يسمى بالشلل الدماغي اللاتوازني ، حسب قوله : **" ماوليتش نحس برجليا كي نوقف ما نحسش كاين أرض تحتي و ما نقدرش نشد روحي"** ، و يؤكد أن ما حدث كان بسبب عائلته لقوله : **" هوما سبابي درت فيهم الخير ملي تغربت و أنا نصرف عليهم ، داري جديدة سكنوها قبلي و ما رحمونيش "** .

كما عبر المفحوص (م.س) عن ندمه الشديد لتركه المفتاح لأمه في المرة الأولى، و ظهر عليه الحزن الشديد و الحسرة في ملامحه و نبرة صوته و إحساسه بالخيانة و الغدر لقوله : **" شافو مني غير المليحة بصح ماما بلا سبا كرهتني بسبتها حبست قرايتي و هجرت "** ، و كل هذا في كفة و هم زوجته و ابنته في كفة أخرى لأنه يفكر فيهم و لا زال لم يخبر زوجته بحالته و بما حصل له لكي لا تخاف و ينشغل بالها ، و من جهة أخرى لديه خوف شديد من الموت لأنه يدخل المستشفى لأول مرة في حياته لقوله : **" في حياتي ما مرضتش كيما هاد الخطرة لي طحت طيحة الموت "** ، و ظهر عليه الارتباك و القلق من أن يموت و لا يرى ابنته و زوجته و بالرغم من ضياعه و خوفه المستمر لا يعرف كيف سيخبر زوجته بمرضه و لا يعلم حتى مدة بقاءه على هذه الحالة لقوله : **" راني خايف نموت و بنتي صغيرة في عمرها 10 شهور مازال ما تعرفني و تشبعني "،** و تفكيره المفرط جعله يفقد الأمل و لم يعد يريد المحاولة في الوقوف على قدميه ، و عندما يأتي الممرض لمساعدته على الوقوف يقول له أنه لا يشعر أن أرجله فوق الأرض و يعتقد كأنه محمول في السماء و هذا ما يربكه و يزيد من تفكيره في الموت إضافة لغياب أمل شفائه حسب نظره .

- و من خلال مقابلتنا مع المفحوص (س.م) لاحظنا أن لديه مزاج متقلب و تظهر عليه علامات الحزن و اليأس في ملامحه و نبرة صوته ، كم يشعر بالخيانة اتجاه والدته و أخته بالرغم من تعامله الجيد معهم لقوله : **" أذاواني بزاف كون غير جاتني مالبراني ما تغيدنيش "** ، و أيضا تفكيره السلبي اتجاه المرض و الموت و شوقه لزوجته و ابنته.

- تطبيق المقياس :

- ظروف تطبيق مقياس قلق الموت لتمبلر :

تم تطبيق مقياس قلق الموت لتمبلر مع المفحوص في المقابلة رقم 04 في ظروف جيدة ، و قد تم تطبيق المقياس في غرفته بمصلحة طب الأعصاب للمؤسسة بتاريخ : 2025/02/26 ، حيث دامت فترة تطبيق المقياس 30 دقيقة .

الجدول رقم (11) : يمثل إجابة الحالة الثالثة على مقياس قلق الموت لتمبلر

الرقم	العبارات	صح	خطأ
1	أخاف كثيرا من الموت.	X	
2	نادرا تخطر لي فكرة الموت.		X
3	لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت.		X
4	أخاف أن تجرى لي عملية جراحية.		X
5	لا أخاف إطلاقا من الموت.		X
6	لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاص.		X
7	لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت.		X
8	أتضايق كثيرا من مرور الوقت.	X	
9	أخشى أن أموت موتا مؤلما.	X	
10	إن موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي.	X	
11	أخشى فعلا أن تصيبني سكتة قلبية.	X	
12	كثيرا ما أفكر كم قصيرة هذه الحياة فعلا.	X	
13	أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة		X
14	يزعجني منظر جسد ميت.	X	
15	أرى أن المستقبل يحمل شيئا يخيفني.	X	

الجدول رقم (12) : مستوى قلق الموت عند المفحوص الثالث

مجموع إجابات المفحوص	13 درجة
الدرجة الكلية	15-9
مستوى قلق الموت	قلق الموت مرتفع

استنتاج عام حول الحالة الثالثة:

من خلال نتائج المقابلات العيادية نصف الموجهة مع المفحوصة (م.س) و الملاحظة العيادية و استنادا على تطبيق مقياس قلق الموت لتمبلر، فقد تحصل (م.س) على 13 نقطة أو درجة و هذا ما يدل على وجود مستوى مرتفع من قلق الموت و هي أعلى درجة يمكن الحصول عليها في المقياس بحيث تنحصر بين الدرجة (9 – 15) ، و هذا ما ظهر على المفحوص من خلال إجابته التي تبين إحباطه و خوفه الشديد من الموت بسبب تعرضه للغدر و تفكيره المفرط في ابنته الوحيدة و زوجته .

- حسب تحليلنا لحالة المفحوص (م.س) توصلنا إلى أنه لا زال في صدمته من غدر أهله له فهو مقهور منهم أكثر من قهره على خراب منزله ، إضافة إلى انشغال باله على ابنته و زوجته فهو لحد الآن لا يعرف كيف يخبرها عن حالته المزرية و عن السبب الذي أوصله لها ، فزوجته كانت متحمسة لتتعرف على عائلته للمرة الأولى و الآن تغير كل شيء ، فالمفحوص في حالة ضياع فهو لا يعلم وقت شفاءه أو حتى إن كان سينجو فعلا و من جانب آخر لا يعرف ماذا سيفعل هل يتمسك في قراره بالاستقرار في الجزائر أم يرجع إلى دبي ، حسب قوله : **" راني ضايع من جهة راني خايف نموت و من جهة ما علابالیش واش ندير يلا سلكت على خير "** ، لكنه إنسان متدين و إيمانه قوي فقط بعده عن زوجته وابنته جعله محبط و متشائم مما تسبب في ارتفاع مستوى خوفه من الموت و انقطاع أمله زيادة إلى فشله و عدم مبادرته في الشفاء و مساعدته للممرضين .

1-4- استنتاج عام حول عرض الحالات :

من خلال عرضنا للمقابلات العيادية النصف موجهة و نتائج مقياس قلق الموت ، تبين لنا أن المفحوصين يعانون من وجود صدمة نفسية بسبب الإصابة بالجلطة الدماغية ، كما أن لديهم صعوبة التقبل و التكيف مع المرض و ذلك يرجع إلى قلة المعلومات التي يمتلكونها اتجاه هذا المرض و تفكيرهم أن المرض يؤدي بحياتهم إلى الموت ، و ظهور الاكتئاب و الإحباط الناتج عن الآثار النفسية للعلاج بسبب تفكيرهم المفرط في مصيرهم بالإضافة إلى الألم النفسي المصاحب للإحباط .

2- مناقشة الفرضية العامة في ضوء النتائج :

و التي تنص على : " يعاني الراشد المصاب بالجلطة الدماغية من مستوى مرتفع من قلق الموت ".

الجدول رقم (14) : مستوى قلق الموت لدى حالات الدراسة

رقم المفحوص	إجابة المفحوص	الدرجة	المستوى
المفحوصة 01	12 درجة	9 - 15	قلق موت مرتفع
المفحوصة 02	14 درجة	9 - 15	قلق موت مرتفع
المفحوص 03	13 درجة	9 - 15	قلق موت مرتفع

- من خلال تحليلنا للمقابلات العيادية نصف الموجهة ، و نتائج مقياس قلق الموت لتمبلر المطبق على حالات دراستنا ، توصلنا إلى أن المفحوصة الأولى تحصلت على (12 درجة) مما يجعلها تنتمي إلى الدرجة بين (9 – 15) ، و الذي يرجع إلى مستوى قلق موت مرتفع ، بينما المفحوصة الثانية فقد تحصلت على (14 درجة) مما يجعلها تنتمي إلى الدرجة بين (9 – 15) ، أي أنها ترجع إلى مستوى قلق موت مرتفع ، و أيضا المفحوص الثالث فقد تحصل على (13 درجة) مما يجعله ينتمي إلى الدرجة بين (9 – 15) ، أي أنه يرجع إلى مستوى قلق موت مرتفع ، وما ظهر على حالات دراستنا هو التأثير النفسي للإصابة بالشلل على الحالة المزاجية لدى المفحوصين ، و أيضا على بنية الجسم من حيث (الإسهال ، الأرق ، فقدان الوزن ، فقدان النشاط و الحركة) ، و هذا ما عبرت عليه حالات دراستنا بعدم القدرة على التكيف مع ظهور هذه الأعراض الغير مرغوب فيها ، لأن كل هذا ينعكس على حالات دراستنا من خلال الأرق النفسي و الجسدي و الإعياء الدائم مع الشعور بالألم نتيجة الإصابة بالشلل .

- و قد أيدت ذلك دراسة (Mohammad Torabi , et al , 2023) و هدفت إلى معرفة تأثير برامج الرعاية الروحية لعلاج قلق الموت لدى مرضى الجلطات الدماغية، و أجريت الدراسة على 89 مريضا بجلطة دماغية مقسمين إلى مجموعة تجريبية (45) و مجموعة ضابطة (44) في مستشفى بيسات – همدن بإيران ، و تم تطبيق برنامج الرعاية الروحية في ست جلسات يومية متتالية بواقع 545- 20 دقيقة لكل منها ، و أكمل المشاركون استبيان البيانات الديموغرافية ، و مقياس قلق الموت لتمبلر ، و أشارت النتائج إلى ارتفاع قلق الموت لدى أفراد العينة بسبب الأعراض المفاجئة ، و عدم وجود فروق في قلق الموت لدى المجموعة التجريبية و الضابطة في البداية ،و بعد شهر من التدخل بتطبيق برامج الرعاية الروحية وجد فروق بين المجموعتين في قلق الموت ، و أدى برنامج الرعاية الروحية إلى خفض قلق الموت لدى المرضى بشكل ملحوظ ، و توصي الدراسة بأن يقوم الممرضون بتقديم الرعاية الروحية كجزء من خطط الرعاية الشاملة لمرضى الجلطات الدماغية للحد من قلق الموت لديهم . (خلود محمود ، 2024 ، ص 62) .

و من خلال ما توصلنا له في دراستنا لحالات الدراسة تبين لنا أن قلق الموت لدى مرضى الجلطة الدماغية يتميز بوجود نسبة مرتفعة و عليه فقد تحققت فرضيتنا الجزئية الأولى .

2-2 – مناقشة الفرضية الجزئية الأولى في ضوء النتائج :

و التي تنص على : " تختلف درجة قلق الموت لدى مرضى الجلطة الدماغية ".

الجدول رقم (13) : نتائج الحالات على مقياس قلق الموت

المفحوص رقم	درجة قلق الموت	المستوى
المفحوصة 01	12 نقطة	قلق موت مرتفع
المفحوصة 02	14 نقطة	قلق موت مرتفع
المفحوص 03	13 نقطة	قلق موت مرتفع

- بالاستعانة بنتائج المقابلات العيادية نصف الموجهة ، و ملاحظتنا حول حالات دراستنا توصلنا إلى أن كل المفحوصين (المفحوصة الأولى و المفحوصة الثانية و المفحوص الثالث) لديهم مؤشرات لوجود قلق الموت ، كما أنهم تحصلوا على درجة مختلفة من

قلق الموت ، بحيث تحصلت المفحوصة الأولى على (12 درجة) تمثل درجة كلية بين (9 – 15) و هذا ما يعني وجود قلق موت مرتفع ، و المفحوصة الثانية كذلك تحصلت على (14 درجة) التي تمثل درجة كلية بين (9 – 15) ما يعني أيضا وجود قلق موت مرتفع ، بينما المفحوص الثالث تحصل على (13 درجة) التي تمثل درجة كلية بين (9 – 15) ما يعني أيضا وجود قلق موت مرتفع .

و لعل ذلك يشير إلى أن ما يشترك فيه المفحوصين أنهم يتجنبون الاعتراف بعدم تكيفهم مع المرض و تدهور حالتهم النفسية و انسحابهم من المواقف الضاغطة .

أما فيما يخص قلق الموت فكانت هناك علاقة وطيدة بين الأعراض التي يسببها الشلل و المزاج و حتى فقدان الوزن ، حيث ذكر كل المفحوصين أن الجانب العلائقي تأثر لديهم بالسلب ، أيضا تبين لنا أن المفحوصين يشتركون في نقطة أخرى و هي لوم الذات و تفكيرهم المفرط في أقرب الناس إليهم .

- و هذا ما أشار إليه أيضا (عبد الخالق ، 1987) من خلال تعريفه لقلق الموت بأنه يعتبر نوع من أنواع القلق العام ، حيث يشعر بهذا النوع أفراد بدرجة أكبر من غيرهم ، و ذلك

يعود لتكوينهم النفسي الأكثر حساسية من غيرهم ، فإن قلق الموت هو خبرة عامة يمكن لأي فرد أن يمر بها وفقا لتعرضه لظروف أو مواقف حياتية معينة متباينة فبالتالي فإننا جميعا نخشى الموت بدرجات متفاوتة . (خاروفة – 2023 – ص 66) .

- بينما دراسة يوكسل و آخرون (2017) هدفت إلى التحقق من المستويات الفردية من قلق الموت و معنى الحياة في ضوء بعض المتغيرات مثل الجنس ، العمر ، الناحية الأكاديمية ، الحالة الاجتماعية ، مستوى التدين و الشهادة على موت أحد ، حيث تكونت عينة الدراسة من (185) فرد منهم (82 ذكور و 103 إناث) و تتراوح أعمارهم ما بين (55-25) سنة و يعيشون في مدينة اسطنبول ، تركيا ، تم جمع البيانات باستخدام نموذج المعلومات الشخصية و مقياس قلق الموت و استبيان معنى الحياة و قد أظهرت النتائج أنه كلما ارتفع معدل قلق الموت فإنه بالمقابل ينخفض مستوى معنى الحياة بالنسبة للشخص و أشارت الدراسة أن هناك ميل لدى النساء للشعور بقلق الموت بدرجة أكبر من الرجال و أن الأشخاص اللذين شهدوا على وفاة شخص مقرب عادة يشعرون بقلق من الموت بدرجة أكبر ممن لا يختبروا . (خاروفة – 2013 – ص 71) .

2-3- مناقشة الفرضية الجزئية الثانية في ضوء النتائج :

و التي تنص على : " لا يتغير قلق الموت لدى مرضى الجلطة الدماغية تبعا لتغير الجنس" .

الجدول رقم (15) : جنس و مدة الإصابة لدى حالات الدراسة

رقم المفحوص	الجنس	مدة الإصابة
المفحوصة 01	أنثى	02 شهر
المفحوصة 02	أنثى	05 شهر
المفحوص 03	ذكر	25 يوم

- من خلال عرضنا للمقابلات العيادية نصف الموجهة و نتائج مقياس اقلق الموت ، تبين لنا أن حالات الدراسة يعانون من مستوى مرتفع من قلق الموت ، و هذا بغض النظر عن جنس المفحوصين حيث أن المفحوصة الأولى من جنس أنثى و المفحوصة الثانية أيضا من جنس أنثى ، بينما المفحوص الثالث من جنس ذكر ، و هذا ما يعني أن الجلطة الدماغية أثرها النفسي و الجسدي بنفس مستوى التأثير على كلا الجنسين من حيث: " الصحة النفسية و الصحة الجسمية "، و من الجانب العلائقي " مساندة اجتماعية ، أسرية"، و أيضا فيما

يخص مدة الإصابة حيث أن المفحوصة الأولى مصابة بالجلطة الدماغية منذ 02 شهر و نوع الإصابة شلل نصفي على مستوى الوجه و الجانب الأيسر، بينما المفحوصة الثانية مدة إصابتها 05 شهر و نوع الإصابة تخثر الدم في الرأس ، أما المفحوص الثالث مدة إصابته 25 يوم و نوع الإصابة فقدان التوازن و شلل الرجلين .

- كما تطابق هذا مع دراسة (ميرنا ماريو يوسف خاروفا ، 2019) التي هدفت إلى التعرف على مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة الدماغية ، و التعرف على الفروق في المتوسطات الحسابية لقلق الموت لدى عينة الدراسة تبعا لمتغيرات (الجنس ، لعمر ، الحالة الاجتماعية ، المستوى التعليمي ، عدد الأبناء ، مستوى الدخل ، تكرار الإصابة ، و وجود أقارب توفوا بجلطة دماغية) ، و لتحقيق أهداف هذه الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي ، و ذلك بتطبيق مقياس قلق الموت المكون من 24 فقرة من تطوير الباحثة على عينة متيسرة ، حيث اشتملت العينة على 50 فرد ، و تم إجراء البحث في جميع أقسام جمعية بيت لحم العربية للتأهيل و الجراحة ، و أظهرت النتائج أن مستوى قلق الموت لدى أفراد الدراسة جاء بدرجة متوسطة ، و كذلك أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تعزي لمتغيرات الدراسة جميعها (الجنس ، لعمر ، الحالة الاجتماعية ، المستوى التعليمي، عدد الأبناء ، مستوى الدخل ، تكرار الإصابة ، و وجود أقارب توفوا بجلطة دماغية) . (خلود محمود ، 2024 ، ص 61) .

- و أظهرت أيضا دراسة (Gantsweg , 2001) الفروق بين الذكور و الإناث في التعبير عن الذات و القلق من الموت ، حيث شارك في الدراسة (91) فردا من جنوبي كاليفورنيا ، و أظهرت نتائج الدراسة أنه لا يوجد فروق و اختلافات بين الذكور و الإناث في طريقة التعبير عن الذات و العلاقات بالآخرين و قلق الموت . (د.خلود - 2024 – ص 53) .

و من خلال ما تطرقنا له في دراستنا لحالات الدراسة تبين لنا أن قلق الموت لدى مرضى الجلطة الدماغية لا يتغير تبعا لمتغير الجنس و بالتالي تحققت فرضيتنا الجزئية الثانية .

2-4- استنتاج عام حول نتائج الفرضيات :

من خلال دراستنا للحالات المصابة بالجلطة الدماغية ، و معرفة معاشهم النفسي الذي يرتبط بشخصية الفرد نتيجة انفعالاته و أحداثه و ظروفه الضاغطة الحادة التي يواجهها في حياته نستخلص من فرضيات دراستنا ما يلي :

- **الفرضية الأولى : "** تختلف درجة قلق الموت لدى مرضى الجلطة الدماغية **"** ، وذلك حسب مقياس قلق الموت لتمبلر المطبق على حالات الدراسة و الذي يرجع إلى وجود اختلاف في درجة قلق موت عند المفحوصين نتيجة لاختلاف ظروفهم .

- **الفرضية الثانية : "** لا يتغير قلق الموت لدى مرضى الجلطة الدماغية تبعا لتغير الجنس**"** ، و ذلك حسب جنس المريض و مدة الإصابة بحيث أظهروا كلهم مستوى مرتفع من قلق الموت .

و بالتالي تحققت الفرضية العامة فالمصاب بالجلطة الدماغية يعاني من مستوى مرتفع من قلق الموت ، و هذا حسب نتائج الفرضيات .

خـــاتـمـــة

و في ختام هذه الدراسة يمكننا أن نتوقف عند أهم نتائج هذا البحث ، حيث يتبين من كل ما سبق أن مريض الجلطة الدماغية يعيش واقع مؤلم بسبب تحمله للآلام الناتجة عن هذا المرض ، و التي بدورها تؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسية خطيرة مثل قلق الموت الذي نجده بنسبة مرتفعة و ينتج عنه حزن و إحباط و عدم تقبل المرض و الذات ، بالإضافة إلى سرعة الانفعال من الآخرين و حتى أفراد الأسرة .

و من هنا يمكن أن نشير إلى خطورة هذا المرض على الصحة النفسية و الجسدية من ناحية الأعراض .

و عليه نقوم بطرح بعض التوصيات و الاقتراحات كالتالي :

- الاهتمام بالجانب النفسي في المستشفيات جنبا إلى جنب العلاج الطبي .

- تدريب الأسرة على كيفية التعامل مع مرضى الجلطة الدماغية في توفير مناخ نفسي واجتماعي إيجابي .

- تطبيق الدعم النفسي و الاجتماعي على نطاق واسع .

- اكتساب الأساليب المعرفية لمواجهة الضغوطات و الحد من أثرها .

- تقديم برنامج توعية لمريض الجلطة الدماغية و أسرته .

- وضع برامج علاجية للتخفيف من درجة قلق الموت لدى المريض .

- ضرورة الاهتمام بفئة المرضى بعد التعرض للجلطة الدماغية لما تتركه من أعراض جسدية و نفسية و التي تحتاج إلى متابعة .

صعوبات الدراسة

- المماطلة في قبول التربصات داخل المركز الاستشفائي الجامعي.
- عدم وجود مكتب خاص بالأخصائية النفسانية.
- صعوبة التواصل مع بعض الحالات نظرا لحالاتهم المتدهورة.
- صعوبة تطبيق بعض المقاييس النفسية بسبب خروج المرضى بسرعة.

قائمة المراجع

1- قائمة المراجع باللغة العربية .

2- قائمة المراجع باللغة الأجنبية .

1/ المراجع العربية :

أ) الكتب :

1. أحمد يحيى عبد المنعم – 2014 – " قلق الموت من السرطان " – ط1 – المكتب العربي للمعارف – القاهرة .
2. حامد عبد السلام زهران – 2005 – " الصحة النفسية و العلاج النفسي " – ط 4 – عالم الكتب – القاهرة .
3. د.سمير أبو حامد – 2009 – " الجلطة الدماغية " فالج..... عالج ... ! – ط1 – دمشق – خطوات للنشر و التوزيع .
4. د.عصام حمدي الصفدي – 2007 – " الإعاقة الحركية و الشلل الدماغي " – المنظمة السورية للمعوقين – آمال – دار اليازوري .
5. د.لطفي عبد العزيز الشربيني – 2015 – كيف تتغلب على القلق " المشكلة و الحل " – بيروت – دار النهضة الغربية .
6. ربحي مصطفى عليان - 2011- " البحث العلمي أسسه مناهجه و أساليبه و إجراءاته " – جامعة البلقاء التطبيقية – الأردن .
7. فاروق السيد عثمان – 2001 – " القلق و إدارة الضغوط النفسية " – ط 1 – دار الفكر العربي – القاهرة .
8. محمد عبد الخالق – 1987 – " قلق الموت " – ط1 – عالم المعرفة للنشر – الكويت .
9. هنادي مزبودي – 2014 - ترجمة كتاب " السكتة الدماغية " للبروفسور ريتشارد لاين ليندلي– ط1 – الرياض – المجلة العربية – دار المؤلف .

ب) المذكرات :

1. بن العيفاوي حليمة – 2021 – " الأبراكسيا الفكرية الحركية لدى المصابين بالحوادث الوعائية الدماغية و علاقتهما بالسلوك اليومي " – أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتورة في علم النفس العصبي – جامعة الجزائر 02 .

2. قواجلية آية – 2013 – " قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان " – مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي – جامعة محمد خيضر – بسكرة .

ج) المجلات :

1. د. خلود عويس محمد – 2024 – " قلق الموت و علاقته بالصلابة النفسية لدى مرضى الجلطات الدماغية " – مجلة المنهج العلمي و السلوك – كلية الآداب – جامعة الفيوم .
2. محمود عمر أبو العزم و آخرون – ماي 2022 – " أثر العلاقة بين الدعم النفسي الاجتماعي و تحسن حالات الجلطة الدماغية " – دراسة ميدانية مقارنة بين بيئة ريفية و حضرية – المجلد الحادي و الخمسون – العدد الخامس – الجزء الأول .
3. ميرنا ماريو خاروفة ، علا علي حسين – 2023 – " مجلة قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة الدماغية في جمعية بيت لحم العربية للتأهيل و الجراحة " – قسم الخدمات الاجتماعية – كلية العلوم التربوية – جامعة القدس – فلسطين .

2/ المراجع الأجنبية :

1. https ://www.cerebralpalsyguide.com/cerebral-palsy/types/ .
2. https://www.neuro-bretagne.com/maladie-neuro-vasculaire.php .
3. Kammoun, B.(2015). Impact d'un programme d'éductation thérapeutique du patient à l'activité physique chez des patients en phase subaigue d'accident vasculaire cérébrale [dissertation doctorale,Université de limoges].Thése.fr .
4. -https://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions/stroke/symptoms-causes/syc-20350113 .
5. https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=accident-vasculaire-cerebral-pm-symptomes-de-l-accident-vasculaire-cerebral
6. -https://www.vocabulaire-medical.fr/encyclopedie/233-hemiplegie-paraplegie-tetraplegie .

قائمة الملاحق

1- دليل المقابلة العيادية النصف موجهة .

2- مقياس قلق الموت لتمبلر .

3- الهيكل التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي .

قائمة الملاحق

1- دليل المقابلة العيادية النصف موجهة :

المحور الأول : البيانات الأولية

- الاسم :
- المهنة :
- الحالة الاجتماعية :
- الحالة الاقتصادية :
- عدد الأبناء : ذكور ..... ، إناث
- تاريخ دخول المستشفى :
- نوع الإصابة :
- نوع العلاج المستخدم :
- مدة الجلسات العلاجية في الشهر :
- ترتيب الحالة في العائلة :
- عدد الإخوة : الذكور ..... الإناث
- الأب : حي ..... متوفي
- الأم : حية ..... متوفاة

المحور الثاني : البنية المورفولوجية للحالة

- الهندام : نظيف ..... متسخ
- الوزن : نحيف ..... بدين

- الانتباه و التركيز : ينتبه و يركز في الحديث ..... لا ينتبه و لا يركز في الحديث

- المزاج : متقلب ..... معتدل ..... كئيب

- ملامح الوجه : حزين ..... كئيب ..... سعيد

- النشاط الحركي : بطيء ..... نشيط

- الاتصال : سهولة الاتصال مع الحالة ..... يرفض الاتصال

- محتوى الأفكار : متسلسلة ..... غير متناسقة ..... متناسقة

المحور الثالث : التاريخ الشخصي و الأسري

- احكي لي كيف عشت طفولتك (التربية ، السكن)

- كيف كانت علاقتك بوالديك .

- كيف كانت علاقتك بإخوتك .

- صف لنا علاقتك بطبيبك .

- ما هي الأحداث التي واجهتك في طفولتك ؟ و بقيت مؤثرة فيك إلى الآن ؟ .

- ما هي الصعوبات أو الأحداث التي واجهتك في هذه المرحلة .

- المحور الرابع : التاريخ المرضي و المعاش النفسي له

- هل هناك أحد من أفراد عائلتك أصيب بالجلطة الدماغية ؟

- هل تعاني من أمراض أو مشكلات صحية أخرى ؟ .

- هل يشعرك المرض بالحزن ؟ .

- هل يعيقك المرض عن أداء أدوارك ؟ .

- هل يشعرك المرض أنك وحيد في هذه الدنيا ؟ .

- هل يتسبب المرض في تعكير حياتك ؟ .

- هل أنت راضي عن نفسك رغم المرض ؟ .

- هل يشعرك مرضك بالإحراج عند تقديم المساعدة لك ؟ .

- هل تشعر بالنقص اتجاه مرضك ؟ .

- هل تتناول الدواء الذي يصفه لك طبيبك ؟ .

- هل تلتزم بحمية غذائية خاصة بمرضك ؟ .

- هل تتقبل مرضك و تتعايش معه ؟ .

- ما هي الأمور التي ساعدتك على تقبل المرض ؟ .

- هل يعتبر دعم الأسرة و الطبيب من العوامل المساعدة على تقبل المرض ؟ كيف ذلك؟.

- المحور الخامس : الجلطة الدماغية

- حدثني عن مرضك ؟ متى أصبت به ؟ .

- ماذا حصل لك في تلك الفترة و قبلها ؟ .

- كيف كانت صحتك قبل أن تمرض بالجلطة الدماغية ؟ .

- كيف هو تطور مرضك ؟ هل هناك تحسن أو العكس ؟ .

- متى يزداد المرض عندك أو تزيد أعراضه ؟ .

- ما هي الأعراض التي تأثر عليك و على حياتك اليومية ؟ .

- في رأيك ما هو سبب مرضك ؟ .

- هل استفدت من الدواء الذي قدم لك ؟ .

- هل ما زالت لديك أعراض المرض ؟ .

المحور الخامس : قلق الموت

- كيف هو مزاجك عادة ؟ .
- كيف كانت حالتك النفسية قبل المرض و بعد المرض ؟ .
- ما هي الأحداث التي عشتها قبل أو عند ظهور المرض ؟ .
- هل تفكر في الموت ؟ .
- هل تشعر بالقلق مما سيأتي بعد الموت ؟ لماذا ؟ .
- هل تخاف أن تموت بطريقة مفاجأة ؟.
- كيف هو نومك ؟ .
- كيف هي أحلامك عادة ؟.
- كيف هي شهيتك للطعام ؟ .
- هل عندك هوايات تحب القيام بها ؟ إذا نعم حدثني عنها .
- كيف ترى مستقبلك ؟ .

2/ مقياس قلق الموت " دونالد تمبلر " :

تعليمة الإستمارة :

نرجو من سيادتكم الإجابة عن هذه الأسئلة بكل دقة ووضوح وذلك بوضع عالمة (X) أمام الجواب الذي تراه مناسبا لك مع مراعاة عدم وضع إشارتين لنفس السؤال، تأكد بأن جوابك لا يقبل الصح أو الخطأ وسيحاط بكل سرية .

البيانات الأولية :

الاسم : العمر : الحالة الاقتصادية :
الحالة المدنية : عدد الأولاد : المستوى التعليمي :
المهنة : سوابق مرضية:

مقياس قلق الموت :

الرقم	العبارات	صح	خطأ
1	أخاف كثيرا من الموت.		
2	نادرا تخطر لي فكرة الموت.		
3	لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت.		
4	أخاف أن تجرى لي عملية جراحية.		
5	لا أخاف إطلاقا من الموت.		
6	لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاص.		
7	لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت.		
8	أتضايق كثيرا من مرور الوقت.		
9	أخشى أن أموت موتا مؤلما.		
10	إن موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي.		
11	أخشى فعال أن تصيبني سكتة قلبية.		
12	كثيرا ما أفكر كم قصيرة هذه الحياة فعال.		

13	أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة		
14	يزعجني منظر جسد ميت.		
15	أرى أن المستقبل يحمل شيئا يخيفني.		

3/ الهيكل التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي :

	جناح ج Bloc C	جناح ب Bloc B	جناح أ Bloc A
الطابق الأرضي R.D.C	- استقبال و توجيه .	- مصلحة التصوير الطبي . - وحدة التعقيم . - مطبخ . - المخازن . - غرفة الغسيل .	- صيدلية . - مصلحة الطب الشرعي . - حفظ الجثث .
الطابق 1 1 er étage	- مصلحة طب القلب .	- استعجالات . - إدارة. - مصلحة التشريح و علم الخلايا المرضي .	- مصلحة أمراض الأنف الأذن و الحنجرة . - مصلحة جراحة العظام و الرضوض
الطابق 2 2 eme étage	- مصلحة الأمراض الصدرية.	- مخبر . - وحدة تصفية الكلى . - الاستكشاف الوظيفي. - غرفة المناوبة .	- مصلحة جراحة المخ و الأعصاب .
الطابق 3 3 eme étage	- مصلحة أمراض المعدة .	- قاعة العمليات . - مصلحة العلاج المكثف و الإنعاش .	- مصلحة الجراحة العامة.
الطابق 4 4 eme étage	- مصلحة الطب الداخلي.		- مصلحة طب الكلى . - مصلحة طب الأعصاب .