

الاكتئاب واستراتيجيات المواجهة عند المصاب بالشلل النصفي

راضية متوري

أخصائية نفسانية

كلمات مفتاحية: الاكتئاب - استراتيجيات المواجهة - الشلل النصفي

ملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن مستويات الاكتئاب ونوع استراتيجيات المواجهة المستخدمة من طرف المصاب بالشلل النصفي. اعتمدت الدراسة على عينة مقصودة قوامها 30 فردا مصابا بالشلل النصفي نتيجة للحوادث الوعائية الدماغية، يتداولون على حصص إعادة التربية بمصلحة إعادة التأهيل الوظيفي بالمستشفى المركزي للجيش. للإجابة عن تساؤلات الدراسة تم تطبيق مقياس "بيك" للاكتئاب، ومقياس "بولهان" لاستراتيجيات المواجهة، وتم التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام برنامج SPSS. 18.

يتبين من نتائج هذه الدراسة أن أفراد العينة يعانون من اكتئاب متوسط الشدة، وأن استراتيجيات المواجهة الأكثر استخداما هي استراتيجية اتهام الذات واستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي وهما مصنفتان ضمن استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال. كما بينت نتائج الدراسة أن استراتيجية اتهام الذات ترتبط ارتباطا موجبا دالا بالاكتئاب، وأن هذا الأخير يرتبط ارتباطا سالباً دالا باستراتيجية حل المشكل.

مقدمة:

يمثل الجسد والنفس ثنائية مركبة لا يمكن الفصل بينهما، وعلى الإنسان أن يحافظ على تكامل هذه الثنائية من أجل ضمان توازنه النفسي، فأى إصابة في التكامل الجسمي قد تؤثر حتما على التكامل النفسي، لأن الصحة النفسية تتأثر بدرجة عالية بالصحة الجسمية.

قد تصادف الإنسان في حياته اليومية عدة مواقف، متفاوتة من حيث شدة ودرجة الضغط ومن حيث الأهمية والقيمة التي تحظى بها من طرف الفرد، كالحوادث المهنية، والمرض، وحوادث المرور وما تخلفه من آثار مثل الإعاقات والتشوّهات وتغير متطلبات الحياة اليومية وضرورياتها المتنوعة.

وتعتبر الإعاقات أخطر دخيل يهدد التوازن الجسدي والنفسي والاجتماعي، فهي من الأزمات المصدمة بسبب التغيرات التي تطرأ على حياة المصاب، وكلما زادت حدة الإعاقة من حيث الخطورة، والنوع والعجز، زاد التأثير على الجسد والنفس، كما هو الحال عند المصابين بشلل نصفي نتيجة للحوادث الوعائية الدماغية Accident vasculaire Cérébral الذي تعرفه المنظمة العالمية للصحة (OMS) "Organisation Mondiale pour la Santé". بأنه عبارة عن خلل وظيفي في الدماغ يعبر عنه من خلال علامات معينة أو عامة، وتدوم أكثر من 24 ساعة قد تؤدي إلى موت الشخص المصاب". وحسب الإحصائيات المقدمة من طرف المؤسسة الفرنسية للاستعجالات الطبية، فإن هناك 100 000 مصابا بالحوادث الوعائية الدماغية (AVC) كل عام في فرنسا، وأن 5% أو 6% من المرضى سنهم أقل من 55 سنة. وقام المعهد الوطني للصحة العمومية بالجزائر Institut National de la Santé Public (INSP) ببحث ميداني على مستوى الاستعجالات في كامل التراب الوطني، وهذا في الفترة بين 3 و10 مارس 2003، وتمّ التوصل إلى أنه من بين 128104 مريضا سنهم أكثر من 15 سنة، تقدموا إلى مصالح الاستعجالات الطبية الجراحية، من بينها 287 حالة حادثة وعائية دماغية، أي ما يقارب 2,24/1000.

وبعيدا عن هذه الإحصائيات، تعبر الإعاقة الحركية النصفية حدثا مصدما يأتي لكسر التوازن القائم بين الفرد المصاب ومحيطه، فهو يدفع بالفرد إلى إعادة النظر في مشروع حياته وضرورة تكيفه مع الوضعية الجديدة التي قد تكون مصدر ضغط مرتفع لما تتطلبه من مجهودات نفسية وعضوية من اجل مواجهتها، حيث أنه في وضعية المعاق نصفيا، يفقد المريض استقلالته وحرته في التنقل والاعتناء بذاته كما كان من قبل، وحتى الحركات اليومية البسيطة قد تصبح صعبة أو مستحيلة، حيث تعتبر الحركة من الوظائف الرئيسية التي تضمن للإنسان استقلالته والاتصال بغيره، واعتباره عضوا فعالا في المجتمع. ومن هنا تصبح الإعاقة الحركية النصفية "L'Hémiplégie" مصدر ضغط للشخص المصاب، حيث يرى Lazarus (1966) ان الضغط يحدث عندما يوجد تفاوت بين متطلبات وضروريات الحياة وقدرات الفرد في الاستجابة مما يتعب موارده فتصبح راحته مهددة.

وعن Schwob (1999) يعتبر الضغط حسب Rahe (1975) مرضا في التكيف وتعلق آثاره بطريقة الفرد المستعملة للتعامل معه ومدى تجنيد الطاقة اللازمة لمواجهة هذا الضغط. وأمام هذه الوضعية الضاغطة التي يمثلها المرض -الشلل النصفى- يقوم الأفراد بمحاولات التكيف ومواجهتها وذلك وفق متغيرات تتعلق بالوضعية وأخرى تتعلق بشخصية الفرد، فحسب الزراد (1987) هناك من يستجيب لها بشكل سلبي ويجد صعوبة في مواجهة هذا الضغط وقد يتعامل بشكل إيجابي مع الأنواع الأخرى من الضغوطات، وهناك من يتكيف ويتأقلم مع حالته المرضية دون الوقوع في الاضطرابات النفسية المختلفة، وهناك عكس هؤلاء الأفراد أي لا يمكنهم التكيف والتأقلم مع المرض. ولقد أطلق Lazarus و Folkman (1984) مفهوم إستراتيجية المواجهة للإشارة إلى ما يبذله الفرد من مجهودات للتعامل مع هذه الوضعية الضاغطة حيث عرفاها على أنها:

"تلك المجهودات المعرفية والسلوكية الموجهة للتحكم، تحمل أو رفض المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تتجاوز أو تهدد إمكانات الفرد."

فأمام وضعية الشلل النصفي يقوم الأفراد المصابين بانتهاج استراتيجيات مواجهة متعددة ومختلفة، حيث قام كل من Widar. M et al (2004) بدراسة حول 43 مريضا مصابا بشلل نصفي نتيجة حادثة وعائية دماغية واستخرجت استراتيجيات المواجهة التي استعملها أفراد هذه العينة لمواجهة المشاكل الناجمة عن مرضهم، ولقد توصلت إلى أنهم استعملوا عدة استراتيجيات مواجهة للتكيف مع وضعهم الجديد مثل: محاولة فهم المرض، التخطيط لمعظم النشاطات وتعاطي الأدوية والاتصال مع الغير. كما قامت Anne Sophie et al (2007)، بدراسة هدفت من خلالها توضيح العلاقة بين استراتيجيات المواجهة المستعملة إثر الإصابة بشلل نصفي ونوعية الحياة عند المصاب، وتوصلت إلى أن استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف المرضى تحدّد نوعية حياتهم وتؤثر عليها. ولقد قام كل من Jones Dahlen et al (1980) بدراسة تعلقت بالجهود التي يبذلها المصابون بالربو لتخفيض درجة القلق عندهم، إذ تبين أنه عندما يعترف هؤلاء المرضى بصعوبة عملية التنفس ويدركونها كمشكل فإن عملية التكيفية تسهل لديهم، إلا أن الأمر يختلف عندما لا يعطي هؤلاء المرضى الحجم الحقيقي من الأهمية لصعوبة التنفس، التي يعانون منها، فلا يقلقون بشأنها وهو ما يؤدي إلى التخفيض من درجة فعالية أو من نشاط مواجهة الأعراض الخطيرة للربو. أما Shmids (1988) فقد قام بدراسة حول العديد من المرضى بالمستشفيات بقسم الجراحة، حيث تبين له أن الأفراد اللذين يستعملون إستراتيجيات مواجهة نشطة مثل: الاستفسار الإلمام بمعلومات خاصة بالعملية الجراحية او المشاركة في العلاج هم أقل قلقا من الأفراد الذين يستعملون استراتيجيات مواجهة غير نشيطة كالتخاذ موقف استسلامي او الكف L'inhibition. كما يرى كل من Lazarus و Folkman (1984) أن المواجهة تؤثر على الصحة الجسدية عندما لا يستطيع الفرد تحسين الظروف المحيطة الضاغطة بسبب عدم وجود استراتيجيات مواجهة مركزة على المشكل أو أمام حدث غير متحكم فيه، فلا يستطيع تعديل التوتر الانفعالي، هذا ما يؤكد أن المواجهة المركزة حول الانفعال غير مجدية كما تؤكد بعض الدراسات (schwitzer and dantzer, 1984).

نفهم مما تقدم أن هناك نوعين من إستراتيجيات المواجهة، تلك المركزة حول المشكل وتلك المركزة حول الانفعال، ويختلف اللجوء إلى أحدهما من فرد لآخر على حسب الفروق الفردية وسمات الشخصية، ولقد لاحظنا من خلال تجربتنا العيادية البسيطة في ميدان عملنا في مصلحة إعادة التأهيل الوظيفي بالمستشفى المركزي للجيش بعين النعجة، أن معظم المرضى المصابين بشلل نصفي نتيجة حادثة وعائية دماغية تظهر لديهم عدة اضطرابات نفسية مثل القلق والانعزال والبكاء بدون سبب والعدوانية، غير أن أهم اضطراب يصادفنا ونسبة مرتفعة هي أعراض الاكتئاب، حيث لاحظنا أن معظم مرضانا يصابون باضطراب الاكتئاب الاستجابي، أي نتيجة لإصابتهم، وهذا خاصة بعد خروجهم من المستشفى ورجوعهم للقيام بمحضر إعادة التربية اللازمة لمدة طويلة من أجل الزيادة في نسبة الاسترجاع الوظيفي التي تتم بصورة بطيئة، ومن أجل تفادي التعقيدات المترتبة عن الإعاقة، يتطلب ذلك المداومة والمواظبة على القيام بهذه المحضر الأمر الذي يصبح عسيرا عند الإصابة بالاكتئاب.

يصاب الفرد بالاكتئاب نتيجة لحالته الصحية التي تجعله يشعر بالعجز والتعبية وهذا ما يؤكد Beck (1967) نقلا عن العيفي (1990) بقوله: "إن المرض العضوي إذا كان خطيرا أو مزمنًا فإنه يؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب" ص 8. وحسب Hardy (1991) قد تؤدي كل إصابة عضوية إلى حالة اكتئابية، خاصة إذا كانت هذه الإصابة مزمنة ومؤلمة وتجعل الفرد عاجزا وتهدد حياته بالموت.

تختلف نسبة انتشار الإكتئاب بعد حادثة وعائية دماغية من دراسة لأخرى، فهي تتراوح ما بين 25% و79%، فعن Mazaux (2007) انضح في دراسة "Bennaim" أن هناك 19.3% من حالات الاكتئاب عند المصابين بحادثة وعائية دماغية اللذين هم في المستشفى و23.39% عند المرضى الماكثين في المنزل. ولقد قام Layadi et al (2008) بدراسة تعلقت بالاكتئاب الناتج بعد الإصابة بحادثة وعائية دماغية، على عينة بلغت 126 مريضا وتوصلوا على أنه يوجد اكتئاب عند 77 مريضا من بين 126 أي بنسبة

61% معظمهم من النساء. كما توصل Polyas (2001) من خلال الدراسة التي أجراها عام 2001 في فنلندا حول الاكتئاب لدى المصابين بحادثة وعائية دماغية على عينة بلغت 390 مريضا إلى أن 43.9% من أفراد العينة عانوا من اكتئاب.

انطلاقا من هذا كله، وعلى ضوء هذه المعطيات، يجدر بنا أن نطرح التساؤلات الآتية:

1- ماهي استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف المصابين بالشلل النصفي؟

2- ماهي شدة الاكتئاب المتحصل عليها على مقياس Beck للاكتئاب لدى المصابين بالشلل النصفي؟

3- هل هناك علاقة بين إستراتيجيات المواجهة المستعملة وشدة الاكتئاب المتحصل عليها على مقياس Beck للاكتئاب؟

وتؤدي بنا كل هذه التساؤلات إلى بناء الفرضيات التالية:

- يستعمل الأفراد المصابين بشلل نصفي إستراتيجيات مواجهة مركزة حول الانفعال.

- يعاني الأفراد المصابين بالشلل النصفي من اكتئاب شديد على مقياس Beck للاكتئاب.

- هناك علاقة بين استراتيجيات المواجهة المستعملة وشدة الاكتئاب المتحصل عليها على مقياس Beck للاكتئاب.

عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من 30 فردا مصابا بالشلل النصفي (Hémiplégie) نتيجة لحادثة وعائية دماغية (Accident Vasculaire Cérébral) والذين كانوا يتابعون حصص إعادة التأهيل الوظيفي لأعضائهم بالمستشفى المركزي للجيش بالقبة بمصلحة إعادة التأهيل الوظيفي ولقد تم اختيارهم بطريقة مقصودة بناء على معيارين:

- أن يكون المفحوص غير مقيم بالمستشفى (Externe)

- أن لا يكون مصابا بحبسة أو اضطرابات معرفية.

حيث قمنا بجمع البيانات حول متغيري الدراسة وهي الاكتئاب واستراتيجيات المواجهة عن طريق اتصالنا بأفراد عينة البحث ميدانيا، ثم قمنا بعملية وصفها وتحليلها إحصائيا.

منهج الدراسة:

اعتمدنا في دراستنا هذه على المنهج الوصفي التحليلي بهدف التعرف على الاستراتيجيات المستخدمة من طرف المرضى بالشلل النصفي نتيجة لحادثة وعائية دماغية وتحديد مستويات الاكتئاب لديهم حسب نوع الاستراتيجية المستخدمة.

أدوات البحث:

للحصول على البيانات الخاصة بأفراد عيبتنا اعتمدنا على أدوات القياس التالية:

1/ المقابلة النصف موجهة: ولقد اعتمدنا في مقابلتنا على 3 محاور وهي:

-محور خاص برد فعل المريض من الناحية النفسية لإصابته ونظرته لنفسه.

-محور خاص بحياته العلائقية.

-محور خاص بحياته المستقبلية.

2/ مقياس استراتيجيات المواجهة: كما اعتمدنا في دراستنا لقياس

استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف أفراد عيبتنا على مقياس Paulhan

لاستراتيجيات المواجهة (Paulhan, 1999, Coping). وقد قام العديد من الباحثين

في هذا المجال أمثال Ray وجماعته سنة 1982، Lazarus et Folkman في 1984،

بإجراء مقابلة عيادية وإحصاء مختلف الأساليب والطرق التي يستعملها الأفراد

لمواجهة مختلف المواقف الحياتية التي يعيشونها يوميا، وتوصل هؤلاء إلى وجود

نوعين من الاستراتيجيات هي:

1- استراتيجيات مركزة حول الانفعال.

2- استراتيجيات مركزة حول المشكل.

قدمت النتيجة المختصرة لهذا السلم من طرف Vitaliano وجماعته (1985)، وقامت Paulhan وجماعتها في 1994 بتكييف نتيجة Vitaliano على البيئة الفرنسية وكانت الصورة النهائية للسلم متكونة من 29 بندا موزعة على 5 سلالم فرعية (Paulhan et al, 1995, pp 53-55).

قدرت عنو عزيزة (2008) ثبات المقياس في البيئة الجزائرية باستخدام طريقة التطبيق وإعادة التطبيق، وتحصلت على معامل ثبات يساوي 0,76 وهو معامل جد مقبول.

3/ مقياس الاكتئاب: ولقياس الاكتئاب لدى أفراد عينتنا استعملنا مقياس "Beck" للاكتئاب وهو عبارة عن مقياس وضعه الإكلينيكي الأمريكي "Aron Beck" وهو يزود الباحث بتقدير سريع وصادق لمستوى الاكتئاب لدى العميل.

ويتكون المقياس من 13 مجموعة من العبارات وتعد صورة مختصة لمقياس الأصلي الذي استعمل في 1961 وقد أعدت الصورة الجديدة من طرف واضع المقياس نفسه "Beck" حيث تبين ارتباط هذه الصورة المعتدلة بالمقياس الأصلي بمعامل الارتباط قدره 0,96، وتمثل العبارات المدرجة في المقياس في صورته الحالية فيما يلي:

(1) الحزن، (2) التشاؤم، (3) الشعور بالفشل، (4) عدم الرضا، (5) الشعور بالذنب، (6) عدم حب الذات، (7) إيذاء الذات، (8) الانسحاب الاجتماعي، (9) التردد، (10) تغير تصور الذات (11) صعوبة العمل، (12) التعب، (13) فقدان الشهية.

ولقد استعملنا المقياس بصورته المترجمة إلى اللغة العربية والتي أعدها غريب عبد الفتاح غريب سنة 1985، وتتم طريقة تطبيقه إما فردياً أو جماعياً. وعن هذا الباحث الأخير فإن المقياس يتمتع بثبات جيد في البيئة المصرية يتراوح بين 0,77 و0,88. أما بالنسبة لصدق المقياس فقد بلغ 0,60 باستخدام طريقة الصدق التلازمي. وأما بالنسبة

للدراست الغربية فقد وجد "بيك" معاملات صدق تتراوح بين 0,62 و 0,66 باستخدام الصدق التلازمي، وبين 0,72 و 0,76 باستخدام الصدق المحكي.

طريقة إجراء البحث:

بعد تحديد عينة البحث، بدأنا بتطبيق أدوات القياس (إختبار بك Beck واختبار بولهان Paulhan) وكان ذلك في المستشفى المركزي العسكري بالقبة، مصلحة إعادة التأهيل الوظيفي وذلك في الفترة الممتدة من شهر جانفي 2009 إلى غاية شهر مارس من نفس السنة، حيث تمت العملية كمايلي:

كنا نلتقي بأفراد عينة البحث في مكتب الأخصائية النفسية وذلك قبل البدء في حصة إعادة التأهيل. في البداية كنا نطبق المقابلة العيادية النصف موجهة لكسب ثقة المفحوص، والشرح له أهداف هذا البحث، وبعد التأكد من أن المفحوص جاهز للإجابة على البنود الخاصة بمقياس بك للإكتئاب، نبدأ في التطبيق، وفي حالة عدم فهم المفحوص المطلوب منه التدخل بالشرح وفي بعض الأحيان كتابة إجابته على ورقة المقياس.

أما فيما يتعلق بمقياس استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي، كنا نطبقه في الحصة الموالية التي يأتي فيها المفحوص لحصة إعادة التأهيل وهذا لتجنب إرهاق المرضى.

المعالجة الإحصائية:

لغرض تحليل البيانات التحصل عليها اعتمدنا على نظام تحليل البيانات SPSS.18 حيث تم الحصول على قيم كل من الاختبارات الإحصائية التالية:

1- إختبار فريدمان 'Friedman': هو هذا قصد ترتيب استراتيجيات المواجهة واختبار دلالة هذا الترتيب.

2- اختبار كا²: هو إختبار الدلالة الإحصائية لتحديد الفروق أو التطابق بين المجموعات في مستويات الاكتئاب.

3- معامل ارتباط بيرسن 'Pearson': وذلك لتحديد قيمة وطبيعة العلاقة بين الاكتئاب وإستراتيجيات المواجهة المستعملة.

تحليل ومناقشة النتائج:

توقعنا في الفرضية الأولى أن الأفراد المصابين بالشلل النصفي يستخدمون إستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال. لاختبار هذه الفرضية عمدنا على حساب اختبار فريدمان لمتوسط الرتب، حيث تم ترتيب كل الاستراتيجيات على أساس متوسط الرتب التي منحت لنا من طرف كل أفراد العينة.

يبين الجدول رقم (1) الإحصاءات الوصفية لإستراتيجيات المواجهة، حيث بلغ متوسط إستراتيجية التجنب 20,56 بانحراف معياري قدره 5,035، في حيث بلغ المتوسط الحسابي لإستراتيجية اتهام الذات 10,20 بانحراف معياري بلغ 3,20، أما إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي فقد بلغ متوسطها الحسابي 13,80 بانحراف معياري يساوي 4، وفيما يخص إستراتيجيات حلّ المشكل فقد بلغ المتوسط الحسابي 23,23 بانحراف معياري يساوي 4,86.

جدول رقم (1): الإحصاءات الوصفية لإستراتيجيات المواجهة

الإستراتيجية	المتوسط الحسابي	الانحراف معياري
إستراتيجية التجنب	20,56	5,03
لإستراتيجية اتهام الذات	10,20	3,20
إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي	13,80	4,00
استراتيجيات حلّ المشكل	23,23	4,86

ولمعرفة أي إستراتيجيات هي الأكثر استخداما لدى المصابين بالشلل النصفي تم تطبيق اختبار فريدمان Friedman test، تظهر النتائج الخاصة بهذا الاختبار والمبينة

في الجدول رقم 2. إن إستراتيجية اتهام الذات جاءت في الرتبة الأولى بمتوسط رتب قدره 1,20، وجاءت إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي في المرتبة الثانية بمتوسط رتب قدره 2,13، أما الرتبة الثالثة قد احتلتها إستراتيجية الدعم الاجتماعي بمتوسط رتب قدره 3,12، متبوعة في الرتبة الرابعة بإستراتيجية التجنب بمتوسط رتب قدره 4,020. أما إستراتيجية حلّ المشكل فقد احتلت المرتبة الخامسة والأخيرة بمتوسط رتب قدره 4,53.

جدول رقم (2): متوسط رتب استراتيجيات المواجهة

متوسط الرتب	استراتيجيات المواجهة
4,02	التجنب
1,20	اتهام الذات
2,13	إعادة التقييم الإيجابي
4,53	حل المشكل
3,12	الدعم الاجتماعي

طبق أيضا اختبار χ^2 لاختبار دلالة هذا الترتيب حيث تبين أن هذا الترتيب دال عند مستوى الخطأ $\alpha = 0,001$ ، إذ بلغت كاي مربع $\chi^2 = 91,416$ بدرجات حرية تساوي 4.

اعتبارا لهذه النتائج فإننا نقبل الفرضية باعتبار أن الاستراتيجيات المستخدمة هي إستراتيجيات اتهام الذات وإستراتيجية إعادة لتقييم الإيجابي.

لقد لجأ أفراد عينة الدراسة إلى استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المركزة على الانفعال نتيجة عملية التقييم (Appraisal) التي قام بها هؤلاء، والتي أدركوا من خلالها أن إمكانياتهم لا تسمح لهم بمواجهة الضغط النفسي الناجم عن

الوضعية غير القابلة للتغيير والمتمثلة في الإصابة في حد ذاتها، وهذا ما أكده كل من لازاروس وفولكمان Lazarus et Folkman (1984) حيث وجدوا أن الأفراد يلجؤون إلى استخدام استراتيجيات مواجهة مركزة حول الانفعال إذا لم يتمكنوا من التحكم في الأحداث وتغيرها هذا ما يسمح لهم بالتكيف مع الوضع حتى ولو كان هذا بصفة مؤقتة.

إن ما يؤكد استخدام أفراد عينة البحث للإستراتيجيات المركزة على الانفعال ما جاء في محتوى إجاباتهم على أسئلة المقابلة النصف موجهة المستعملة معهم، حيث استخدموا عبارات تشير إلى إعادة التقييم الإيجابي: الحمد لله، هكذا ولا كثر واتهام بالذات "على جالي، أنا مرديتش بالي على روجي" وغيرها من العبارات التي تشير إلى استخدام هذا النوع من الاستراتيجيات لتخفيض الضغط النفسي من خلال تخفيف الانفعالات الناجمة عن ذلك.

تتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه Grattan et all (2002)، حيث أظهرت أن أغلبية المفحوصين استعملوا استراتيجيات متمركزة حول الانفعال تمثلت في اللجوء إلى الدين والقبول وإعادة التفسير الإيجابي، وحيث احتلت إستراتيجية اتهام الذات المرتبة الأولى من حيث الاستخدام من طرف أفراد عينة الدراسة الحالية، واتضح ذلك من خلال عبارات المفحوصين المتنوعة: "أنا مشريتش الدواء، أنبت نفسي" أدركت أني سبب المشكل نُقدت نفسي ووبختها.

إن لجوء أفراد عينة الدراسة إلى استعمال هذه الإستراتيجية بشكل كبير يرجع إلى كون معظمهم أصيبوا بالخلطة الدماغية نظرا لقصور منهم، وأن ذلك الأمر لم يكن متوقفا على شخص آخر فكلهم كانوا مستقلين من حيث أداء وظائفهم الحياتية اليومية، وأن الخطأ المرتكب جاء من طرفهم ومنه فهم يشعرون بمسؤولية ما حدث لهم. وقد يعود ذلك أيضا إلى كون أن هذه الإصابة جعلت المصاب غير مستقل، وأن كل ما يريد القيام به يتوقف على مساعدة الآخرين، الأمر الذي قد

ينجر عنه شعور المريض بأنه عالة على الآخرين، ومنه عدم الإكثار من الطلبات، خاصة إذا كان من قبل هو المسؤول عن كل شؤون الأسرة.

إن ما يؤكد اعتماد أفراد العينة على استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المركزة على الانفعال، هو استخدامهم وفي المرتبة الثانية لإستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي من أجل خفض الضغط النفسي الذي يسببه الشلل النصفي، هذا ما يتفق وما توصل إليه Dean et Surtees (1989) من حيث أن استعمال إستراتيجية مركزة على الانفعال الرفض، وإعادة التقييم الإيجابي في الأعراض الخطيرة فعالة تمكّن المريض من التكيف مع المرض، وتفادي الوقوع في الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب.

إن استخدام أفراد العينة لهذه الإستراتيجية مرتبط بشدة الانفعال التي تدفع بالفرد عند تواجده أما مثل هذه الوضعيات إلى تفسير ما يحدث له انطلاقاً من إضفاء صبغة إيجابية على القضايا المسببة للألم للتخفيف من حدة القلق والضغط النفسي؛ فاستعمال أفراد عينتنا لإستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي، مرتبطة بطبيعة إصابتهم المتمثلة في الشلل النصفي (L'hémiplégie) والذي يعتبر وضعية مسببة للضغط النفسي وجدّ مصدمة، فالمصاب عندما يعي أنه أصبح مشلولاً وأن لهذا الشلل عواقب أخرى، بغض النظر على وظيفة المشي التي تصبح عسيرة أو غير ممكنة، إصابة الطرف العلوي أي اليد التي تكون مشلولة أيضاً، كذلك اضطرابات الجهاز البولي (Les troubles vésico-sphinctérien) مع الاضطرابات الجنسية، وحتى بعد القيام بإعادة التربية والتحسّن، تبقى هناك بعض الآثار، يقوم بإيجاد معنى إيجابي لكل هذا مثل: مقارنة حالته مع مرضى آخرين، أين تكون إصابتهم أخطر، وهناك أيضاً من يغير نظرتة للحياة وللأولويات، ويهتم أكثر بنفسه وحالته الصحية وبعائلته كما أدلت به بعض الحالات من خلال المقابلة النصف موجهة التي قمنا بها معهم حيث قالت: ألمهم في حياتي عايلتي ودرکه نرد بالي على روعي خير، إذا ما خمت على روعي واحد ما يخمم بعلياً. وعن Lhô (2003) فقد

توصل Dean (1989) إلى نفس النتائج تقريبا عندما قام بدراسة استراتيجيات المواجهة عند نساء مصابات بسرطان الثدي ووجدوا أنهم يستعملن استراتيجيات الإنكار كأن تقول المريضة لنفسها "هذا غير خطير" أو إستراتيجية التقييم الإيجابي حيث تقوم بالتركيز على الجوانب الإيجابية في الحياة مثل عائلي تساندني، أنا لست وحيدة، أو إصابتي ليست خطيرة، لم يمس المرض إلا جزءا صغيراً، ولهذه الاستراتيجيات وقع إيجابي على المستوى النفسي.

توقعنا في الفرضية الثانية أن المصابون بالشلل النصفي يعانون من الاكتئاب، ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار t لعينة واحدة حيث تم حساب الفرق بين متوسط أفراد العينة على متغير الاكتئاب والدرجة الفاصلة للاكتئاب الشديد المقدرة 16 درجة على مقياس الاكتئاب. فقد بلغ متوسط أفراد العينة على متغير الاكتئاب 11,2667 بانحراف معياري قدره 6,5387 وبخطأ معياري في تقدير المتوسط بلغ 1,193.

تظهر نتائج تحليل الفروق بين المتوسطات أن هناك فرق بين متوسط أفراد العينة على متغير الاكتئاب والدرجة الفاصلة للاكتئاب الشديد وقد بلغ هذا الفرق $-4,7333$ وان هذا الفرق دال عند مستوى الخطأ $\alpha = 0,001$ ، حيث بلغت قيمة دالة الاختبار $t = -3,965$ عند درجات الحرية $ddl=29$. وعليه يمكن القول بأن أفراد العينة لا يعانون من الاكتئاب الشديد وهو ما يدفعنا إلى التخلي عن الفرضية الثانية، فقد يعانون من اكتئاب متوسط لكنه ليس شديداً. يعدّ ظهور الاكتئاب نتيجة منطقية لدى أفراد عينة البحث، والتي تعرضت للشلل النصفي، وهو مرض خطير جاء كحادث لكسر وتوقيف مشروع حياة، وما دام الشلل النصفي مرض عضوي مزمن وأن آثاره تبقى طول الحياة، فإنه يؤدي حتماً إلى ظهور الاكتئاب وهذا متفق وما قال به "Beck" فعن العيفي (1990) يقول "باك: كل مرض عضوي مزمن يؤدي إلى إصابة بالاكتئاب" ص 8. وهذا ما أكده العيادي وآخرون (2008) Layadi et all عندما توصل من خلال

دراسته إلى أن 61٪ من أفراد عينة دراسته عانوا من الاكتئاب على إثر حادثة وعائية دماغية، واتضح ذلك من فقدانهم للاستقلالية.

توصلت الدراسة الحالية إلى أن أفراد العينة عانوا من الاكتئاب المتوسط وليس الشديد، وقد يعود هذا إلى تقبلهم للمرض وتخفيفهم للضغط النفسي من خلال استخدام استراتيجيات مواجهة مركزة على الانفعال، علماً بأنهم كانوا مرضى يحضرون لخصص النقاها الوظيفية Rééducation Fonctionnelle، ومعنى هذا أن الصدمة قد تم تجاوزها، مما جعل الاكتئاب متوسطاً. كما يتضح ظهور الاكتئاب من خلال تحليل بعض بنود المقياس المستخدم في هذه الدراسة من خلال ارتفاع الدرجات الخاصة بيند التشاؤم مما يفسر النظرة السلبية للمستقبل: "ما عندي والو ما تمناه" أو: "ما راني نشوف والو في المستقبل" أو "رايح نبقى هكذا في المستقبل".

كل هذا يحدث نتيجة التمثيلات غير المنطقية ذات الصبغة الانفعالية التي تشكلت لدى هؤلاء المرضى على المستوى المعرفي. لقد تكونت هذه التمثيلات غير منطقية بحكم أن المصاب بالشلل النصفي يمكن له أن يعوّض هذا الاضطراب بالنجاح في ميادين أخرى وهذا ما أكدّه أدلر "Adler" في نظريته علم النفس الفردي، والذي يرى فيها بأن الشعور بالنقص هو الذي يدفع بالفرد إلى البحث عن ميكانيزم التعويض لمسيرة الحياة، كما يذكر ذلك Corey (1991).

لقد ظهر الشعور بالذنب كأحد الأعراض بالمعبرة عن الاكتئاب لدى أغلبية أفراد العينة، حيث يشعر كل واحد منهم بالذنب اتجاه نفسه وغيره، فمنهم من يرى أنه المسؤول عن حالته حيث لم يتناول الدواء، وهناك من يرى أنه أذنب في حقّ أبنائه وزوجته لذلك حصل له هذا، وهناك من يدرك أن ما حصل له هو عقاب من الله لأنه أخطأ.

كما نجد انخفاض صورة الذات، تحقير الذات، مع نقص الدافعية والانسحاب وكذلك نقص المهارات الاجتماعية عند أفراد العينة هذا ما يبين الإتجاه السلبي للذات، حيث المصاب بالشلل النصفي يكره نفسه ويعتبرها عالية على عائلته

ومحيطه، أما النظرة السلبية للمحيط أو الحاضر فتتمثل في النظرة السلبية للحياة مع الشعور بالظلم، فبعض الأفراد أدلوا خلال إجراء المقابلة النصف موجهة معهم بعبارات توضح ذلك مثل: «وعلاش غير أنا صرالي هكذا، ما درت حتى حاجة ماشي مليحة»، كما نجد أيضا سوء العلاقات مع الآخرين وفقدان الاهتمام بهم، كل هذه الأعراض وإن دلت على شيء، إنما تدل على وجود الاكتئاب لدى أفراد عيبتنا وتعبّر عن معاناتهم النفسية.

أما استراتيجيات الدعم الاجتماعي وحلّ المشكل فلقد استعملها أفراد العينة ولكن بدرجة أقل من الاستراتيجيات الأخرى، ونحن نعتقد أن هذا راجع إلى طبيعة الإصابة المتمثلة في الشلل النصفي وشخصية المريض الذي عندما يحدث شخصا آخر عما يحس به أو يتكلم عن مرضه قد يحطّ ذلك منه وينقص من قيمته وقد يظهر هذا كضعف من طرفه، خاصة إذا كان يمثل عنصرا هاما في عائلته وله دور رئيسي فيها كدور الأب أو الأم أو الزوج أو الزوجة. وهذا عبارة عن تفكير خاطئ يعبر عن أفكار غير منطقية، لأن للدعم الاجتماعي دورا كبيرا في تكيف المريض مع مرضه، وهذا ما توصلت إليه Brumer et al (2006) حيث أكدت أن الدعم الاجتماعي يخفف من الضغط الناتج عن الحياة اليومية للفرد ويسهل السلوك التكيف للأفراد.

ويتفق كثير من الباحثين على أن للدعم الاجتماعي قيمة إيجابية ويؤثر إيجابيا على الحالة الصحية للفرد، فهو يخفف من وقع الضغط عليه حيث يجعله يقلل من قيمة الخطر الذي يهدده أو الضغط، ويقوم بانتهاج استراتيجيات مواجهة فعالة مقارنة بفرد يشعر أنه بمفرده في مواجهة مصادر الضغط. (Brumer et al 2006, Jeammet et al, 1996, Vaiva, 2005,

ويرى البعض أن الدعم الاجتماعي يعدل الاضطرابات الصدمية-النفسية، وينقص من الضغط النفسي الناجم من الحوادث الصدمية التي قد تعارض الفرد في حياته، فعن Vaiva (2005) توصل (Boscarino) من خلال أبحاثه إلى أن الأفراد

الذين يعانون من فقر في الدعم الاجتماعي يظهرون معاناة نفسية أكثر من غيرهم، ونسبة الوفاة لديهم أعلى.

غير أن Jeanne et al (1996) أشارت إلى أن هناك دراسات أخرى أبدت بعض الاستثناءات الخاصة بالدعم الاجتماعي من بينها دراسة Ell et all (1992) عند نساء مصابات بسرطان الثدي حيث وجدت أن النساء العازبات المصابات بسرطان الثدي تكون نسبة العيش عندهن أكبر من تلك التي نجدها عند نساء متزوجات مصابات بنفس السرطان ولهن دعم اجتماعي يكون من الأزواج ولكن يجب أن نأخذ بعين الاعتبار الوضعية الضاغطة التي تتطلب السند الاجتماعي مع فعاليته كذلك المعنى الذي يدلي به المريض لإصابته وتمثيله لها. وعن (2005) Vaiva يرى البعض أن الدعم الاجتماعي قد يمنع الإنسان من توظيف قدراته على التكيف واستعمال موارده الشخصية خاصة إذا كانت نوعية هذا الدعم تخنقه، أي حين يحاط الفرد بالرعاية والحنان والأمان أكثر من ما هو مطلوب.

وفي حالة أفراد عيئتنا يستحسن أن يحاط المصاب بالسند الاجتماعي من طرف أفراد العائلة أو الأصدقاء خاصة في البداية لأن هذا قد يساعد المصاب على تحمل وضعية الشلل هذه وكل ما ينجر عنها ويرفع من معنوياته ويجعله يعبر عن أحاسيسه ومخاوفه، وبالتالي يخفف من العبء النفسي للمرض، وهذا ما يجعله يسير إلى الأمام مع انتهاج استراتيجيات فعالة تمكنه من مواجهة المتغيرات الضاغطة كشلله.

أما إستراتيجية حل المشكل، فهي خاصة بإيجاد حل للمشكلة بفهمها والتخطيط لها من اجل تغييرها أو القضاء عليها، الأمر الذي يعتبر صعبا وغير ممكنا في حالة الشلل النصفي، وهذا ما يفسر عدم إقدام أفراد العينة على استعمالها بصورة كبيرة، كونها لا تقضي على التوتر الانفعالي وحالة الضغط التي يعيشها المصاب وبالتالي لا تصبح فعالة، خاصة عندما تكون مدة الإصابة غير طويلة، حيث يكون المريض تحت وقع الصدمة التي يسببها له مصدر الضغط.

فإذا ما استعمل المصاب بالشلل النصفي إستراتيجية حل المشكل في البداية قد يصطدم بالحقيقة المرة وهي أنه "مشلول" وأنه مصاب باضطرابات في جهازه البولي، وأنه يحتاج إلى مساعدة الآخرين، وأن الأمر قد يطول، وقد يقع مباشرة في حالة الاكتئاب والتأزم، وتغمره أحاسيس التوتر والضغط النفسي، لذلك يجب ان يقضي عليها باستعمال استراتيجيات مركزة حول الانفعال مثل التجنب وإعادة التقييم الايجابي كالتكلم عن أشياء أخرى أو مشاهدة الأفلام أو قراءة مجلات.

ولكن يجب أن نعرف أن فعالية هذه الاستراتيجيات محدودة، ولا تصلح إذا ما استمرت الوضعية وطالت، فقد بينت عدة دراسات أن إستراتيجية التجنب تؤدي إلى ظهور أعراض القلق والاكتئاب (Folkman et Lazarus, 1986) وقد يؤثر هذا سلبا على الحالة الصحية للمصاب لأنه يحول بينه وبين القيام بسلوك تكيف ملائم، فاستراتيجيات مثل الرفض والتجنب، قد تؤدي بالفرد إلى عدم إدراك خطورة مرضه وبالتالي لا يستشير الطبيب ويزيد في تأزم موقفه (Paulhan, 1992) وهذا ينطبق على أفراد عينة الدراسة، فالمصاب بالشلل النصفي إذا ما بقي مدة طويلة يستعمل استراتيجيات التجنب أو إعادة التقييم أو الرفض، قد يزيد ذلك من تعقيد حالته وخطورتها ولا يتبته لخطوات العلاج والنقاهاة الوظيفية التي تتطلب مجهودات كبيرة ومشاركة من طرفه، من أجل التحصل على أكبر نسبة ممكنة من الاسترجاع الوظيفي.

توقعنا في الفرضية الثالثة أن هناك علاقة بين استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف أفراد عينة الدراسة (اتهام الذات وحل المشكل) ومتغير الاكتئاب، ولاختبار هذه الفرضية استخدمنا معامل ارتباط Pearson حيث توصلنا إلى وجود علاقة بين إستراتيجية اتهام الذات ومتغير الاكتئاب وقد بلغ معامل الارتباط 0,35، وهي قيمة تشير إلى علاقة متوسطة موجبة دالة عند مستوى 0,05. أما فيما يتعلق بالعلاقة بين إستراتيجية حل المشكل ومتغير الاكتئاب فقد بلغ معامل

الارتباط -0,42 وهي قيمة تشير إلى علاقة سلبية متوسطة دالة عند مستوى 0,01، وبالتالي نقبل فرضيتنا الثالثة.

انطلاقاً من هذه النتائج يمكننا لاستنتاج إن الاكتئاب الذي يعاني منه أفراد عينة الدراسة يرتبط بالإستراتيجيات المستخدمة في مواجهة الضغط النفسي، وأن الإستراتيجية الأكثر ارتباطاً هي إستراتيجية اتهام الذات. يمكننا تفسير ذلك من خلال ما جاء به "Beck" في نظريته المتعلقة بالاكتئاب والتي يرى فيها أن المكتئب يتميز بما يعرف بالثلاثية المعرفية (Triade Cognitive) وأن أحد عناصر هذه الثلاثية هو النظرة السلبية للذات، فأفراد عينة البحث لجؤوا إلى احتقار ذواتهم والتقدير السلبي لها، وهذا ما اتضح من خلال ما ورد في إجاباتهم على محاور المقابلة نصف الموجهة الخاصة بالجانب المعرفي لديهم، حيث نجد إحدى الحالات تقول: "ماوليتش كيما كنت، وليت Handicape". انطلاقاً من نموذج لازاروس وفولكمان (1984) الذي يؤكد على لجوء الأفراد إلى استخدام إستراتيجيات مواجهة مركزة على الانفعال عند تواجدهم أمام وضعيات غير قابلة للتغيير، فإن أفراد العينة المصابين بالشلل النصفي ظهر لديهم هذا الارتباط العالي والبدال إحصائياً مع متغير الاكتئاب.

أما فيما يتعلق بالعلاقة بين إستراتيجية حل المشكل والاكتئاب، فإن ظهور هذه العلاقة السلبية يعد بمثابة نتيجة منطقية، بحكم أن المصاب بالشلل النصفي الذي يعاني من الاكتئاب، لا يلجأ إلى استخدام الأساليب التي من خلالها يحاول فهم المرض ووضع خطة للتعامل معه، وهذا ما يتفق ويختلف الدراسات التي أوضحت أن إستراتيجية حل المشكل تستخدم عندما يقيم الفرد بأنه قادر على تغيير الوضعية، فإذا ما كانت هذه الأخيرة غير قابلة للتغيير فحل المشكل لا يقضي على الضغط النفسي والتوتر الانفعالي ولكنه قد يؤدي إلى ارتفاعه خاصة إذا ما أدى البحث عن فهم المشكل إلى الكشف عن خطورة وتأزم الموقف وعدم إمكانية التحكم فيه (Paulhan, 1992).

قائمة المراجع:

- 1) الزراد فيصل محمد(1987): الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية. لبنان: دار القلم.
- 2) العيفي عبد الحكيم(1990): الإكتئاب والإنتحار. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
- 3) فاخر عاقل(1988): أسس البحث العلمي في العلوم السلوكية. بيروت: دار العلم للملايين.
- 4) عنو عزيزة (2008): المعاش النفسي عند الراشد المدمن على المخدرات. مجلة العلوم الإنسانية، العدد 29، 67 – 100.
- 5) غريب عبد الفتاح غريب (1988): دراسة مستعرضة للفروق بين الجنسين في الاكتئاب. مجلة الصحة النفسية الجسمية المصرية للصحة النفسية. المجلد 29، 31 – 63.
- 6) Corey. G (1991): Theory and practice of counseling and psychotherapy. 4th Brooks / cole publishing.
- 7) Folkman. S., Lazarus. R (1984): Stress apraisal and coping. New York: Speinger publishing company.
- 8) Hardy. P., Feline. A., De Bonis. M (1991): La dépression. Paris: Ed Masson.
- 9) Jeannet. PH., Raymond. M., Consoli S.M. (1996): Psychologie médical. Paris: Ed. Masson.
- 10) Layadi. A., Belabed, Lahouel. F., Dali A., Salah R., Bensalem N (2008): Evaluation de la dépression chez les hémiplegiques vasculaires. journal de réadaptation médical.

- 11) Lazarus. R (1986): **Psychological stress and the coping process.** New York: Mc Graw – hill.
- 12) L^o. P., L^o. H., Galinowski. K. H (2003): **Le stress permanent. Réaction et adaptation de l'organisme aux aléas existentiels.** Paris: Masson.
- 13) Mazaux. J. Michel., V. Brun (2007): **Aphasie et Aphasique.** Paris: Ed. Masson.
- 14) Paulhan. I (1992): **Le concept de coping: L'année psychologique,** Vol 92, N^o 92-4, pp 545-557.
- 15) Paulhan. J., Bourgeois. M (1995): **Stress et coping.** Paris: P.U.F.
- 16) Rvataja. P. V., Leppevuori. A., Kaste. M., Erkinjuntti. T (2001): **Depression is an independent predictor of poor long-term functional outcome post stroke.** *European journal of neurology*, Vol 8, July, pp 315-319.
- 17) Schwob. M (1999): **Le stress.** Paris: Dominos Flammarion.
- 18) Sholtis. B. L., Sweltzer. S., Bare. B (2006): **Soins infirmier et médecine et chirurgie.** Bruxelles: De Boeck université.
- 19) Snogross. J. G., Berger. G. Levy., Haydon. M. (1984): **Human experimental psychology,** by Oxford University, Press IMC.
- 20) Varia. G (2005): **Psycho traumatisme: Prise en charge et traitement.** Paris: Ed. Masson.