جامعة ابن خلدون - تيارت -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر الطور الثاني ل.م.د

في علم النفس العيادي.

انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى مبتوري الأطراف السفلى.

دراسة ميدانية لحالتين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية "يوسف دمرجى" - تيارت -

من إعداد الطالبتين:

- **علوان سيليا.**
- **لعزاب فتيحة.**

إشراف الأستاذ:

قاضي مراد.

لجنة المناقشة

الأستاذ (ة)	الرتبة	الصفة
عيناد اسماعيل	ب	رئيسا
قاضي مراد	أ	مشرفا ومقررا
بن سعدون فتيحة	ب	مناقشا

السنة الجامعية

2022-2021.

شكـر و تقدير

إن الحمد لله، نحمده ونستعينه ونشكره هو الحق لا توفيق إلا توفيقه ولا هدي إلا هديه ثم الصلاة على سيدنا "محمد" الداعي إلى مكارم الأخلاق وطلب العلم.

الحمد لله وفقنا في إتمام هذه المذكرة المتواضعة وأنار لنا الطريق ودعمنا بالصبر والبصيرة وسهل علينا الصعاب فله الحمد كل الحمد حتى يرضى وبعد الرضا.

ثم الشكر الجزيل وعظيم التقدير والعرفان إلى كل من قدم لنا يد المساعدة أو النصيحة أو دعا لنا بالتوفيق من قريب أو من بعيد. ونخص بالذكر أستاذي ومشرفي الفاضل الأستاذ "**قاضي مراد**" الذي له الفضل على البحث والباحث منذ كان الموضوع عنوانا إلى أن صار رسالة وبحثا والذي لم يبخل بتقديم نصائحه وإرشاداته وتوجيهاته القيمة وخصص لنا من وقته الثمين في سبيل دعمنا حتى نقدم عملا يروق للجميع.

كما نتقدم بالشكر الجزيل إلى كل "**أساتذتنا**" في قسم علم النفس العيادي الذين رافقونا في مشوارنا الدراسي.

كما نشكر جميع "**الأخوة القائمين على المكتبات**" التي تزودنا منها بمادة هذا البحث خاصة مكتبة كلية الجامعة.

كما لا يفوتنا أن نشكر كل من الأخصائي "**سعيدي رشيد**" والأخصائية "**بوروبة خالدية**" على إسنادهم لنا طوال مدة تربصنا في المؤسسة الاستشفائية "يوسف دمرجي" – تيارت –

أخيرا نسأل الله لكم دوام الصحة والهناء ودمتم نورا للأجيال تضيئون لهم الطريق والحمد لله أولا وأخيرا.

إهداء

بسم الله الرحمن الرحيم: "وقل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون".

- إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك ولا يطيب النهار إلا بطاعتك ولا تطيب اللحظات إلا بذكرك ولا تطيب الاخرة إلا بعفوك ولا تطيب الجنة إلا برؤيتك ولا يطيب الحديث إلا بعد الصلاة والسلام على خير الأنام.

- إلى من كلله الله بالطيبة والوقار، إلى من علمني العطاء دون انتظار، إلى من أحمل إسمه بكل افتخار وأرجوا من الله أن يمده في عمره ليرى ثمارا ان قطافها دون انتظار إلى "والدي العزيز".

- إلى ملاكي في الحياة، إلى معنى الحب والحنان، إلى بسمة الحياة وسر الوجود، إلى من كان دعائها سر نجاحي وبلسم جراحي إلى أغلى الحبيبات إلى " أمي الحبيبة".

- إلى من بهم أكبر وعليهم أعتمد إلى من بوجودهم أكسب قوة ومحبة لا حدود لها، إلى من أشد بهم أزري وأقوي بهم عزيمتي إلى " خالي العزيز وزوجته وجدتي أطال الله في عمرها وأختي وأخواتي الأعزاء".

إلى أعز الناس على قلبي "صديقاتي".

إليكم جميعا أهدي هذا العمل وأسأل الله التوفيق.

سيليا

إهداء

إلى من قال فيهما تبارك اسمه وجل ثناءه "وقل لهما قولا كريما واخفض لهما جناح الذل من الرحمة وقل رب ارحمهما كما ربياني صغيرا".

إلى من كلله الله بالهيبة والوقار إلى رمز التضحية والعطاء إلى "أبي" العزيز حفظك الله.

إلى نبع الصفاء ورمز الوفاء إلى ينبوع الرحمة والحنان إلى التي كان دعاءها سر نجاحي إليك "أمي" الحبيبة الغالية.

إلى أعز ما أملك في الوجود إلى من قاسموني حلو الحياة ومرها إلى

"إخوتي وأخواتي".

إلى أعز الناس على قلبي "صديقاتي".

إليكم جميعا أهدي هذا العمل وأسأل الله التوفيق.

فتيحة

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة للكشف عن مستوى انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى مبتوري الأطراف السفلى بسبب حوادث مختلفة قد يتعرض لها الفرد في أي لحظة.

أجريت الدراسة على عينة تتكون من حالتين من جنس ذكر يتراوح أعمارهم بين (45-64) سنة و ذلك بصفة قصدية حيث اعتمدنا على المنهج العيادي (دراسة حالة) الذي يتناسب مع طبيعة الموضوع واستعملنا مجموعة الأدوات المتمثلة في الملاحظة والمقابلة النصف موجهة ومقياس كرب ما بعد الصدمة "PTSD" ومقياس صورة الجسم وذلك بغية إحاطة الحالة واضفاء الموضوعية وقد تحصلنا على النتائج التالية:

- إن الأشخاص الذين تعرضوا لعملية البتر يعانون من صدمة نفسية شديدة تكون كاستجابة حقيقية للبتر ويظهر ذلك من خلال الدرجات المتحصل عليها في مقياس كرب ما بعد الصدمة "PTSD".

- وجود تشوه في صورة الجسم لدى الحالتين بدرجة مرتفعة (نظرة سلبية) حسب مقياس صورة الجسم للدكتور محمد النوبي محمد علي.

- **الكلمات المفتاحية: الصدمة النفسية - صورة الجسم - بتر الأطراف السفلى.**

Résumé de l’étude:

Cette étude vise à révéler le niveau de réflexions du traumatisme sur l'image corporelle chez les amputés inférieurs en raison de divers incidents qu'une personne peut rencontrer à tout moment. L'étude a été menée sur un échantillon de deux cas de sexe masculin âgés de (45 à 64) ans, intentionnellement, où nous nous sommes appuyés sur le programme clinique. (Étude de cas) qui convient à la nature du sujet. Nous avons utilisé la trousse d'observation, l'entrevue semi-guidée, le "PTSD" et la jauge d'image corporelle pour informer la situation et donner de l'objectivité. Nous pouvons obtenir les résultats suivants :Les personnes qui ont été amputées souffrent d'un traumatisme psychologique grave qui est une réponse réelle à l'amputation et qui est démontré par les scores obtenus dans l'échelle du "PTSD". - La présence d'un degré élevé de déformation de l'image corporelle dans les deux cas (une vue négative) selon l'échelle d'image corporelle du Dr Muhammad ali-Nubi Muhammad Ali.

- Mots-clés : Traumatisme psychologique - image du corps - amputations des membres inférieurs.

Study summary:

This study aims to reveal the level of reflections of trauma on body image in lower amputees due to various incidents an individual may experience at any given moment. The study was conducted on a sample of two male sex cases aged between (45-64) years, intentionally, where we relied on the clinical curriculum. (Case study) which is appropriate to the nature of the subject. We used the observation kit, the half-guided interview, the PTSD and the body image gauge to inform the situation and give objectivity. We may get the following results: People who have been subjected to amputation suffer severe psychological trauma which is a real response to amputation and is shown by the scores obtained in the PTSD scale. - The presence of a high degree of body image deformity in both cases (a negative view) according to the body image scale of Dr. Muhammad al-Nubi Muhammad Ali.

- Keywords: Psychological trauma - body image - lower limb amputations.

فهرس المحتويات

شكر وتقدير.	
إهداء.	
ملخص الدراسة.	
فـــهرس المحتـويـــات.	
قائمة الجداول.	
مقدمة	**(أ – ب)**
المقاربة النظرية للدراسة	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
الإشكالية:	**5 -4**
تساؤلات الدراسة:	**05**
فرضيات الدراسة:	**06**
أهمية الدراسة:	**06**
أهداف الدراسة:	**06**
أسباب اختيار الموضوع:	**07**
المفاهيم الإجرائية للدراسة:	**07- 08**
الدراسات السابقة:	**08- 12**
التعقيب على الدراسات السابقة:	**13- 14**
الفصل الثاني: الصدمة النفسية	
تمهيد:	**15**
تعريف الصدمة النفسية:	**15- 17**
مفاهيم متداخلة مع الصدمة النفسية:	**17**
أنواع الصدمة النفسية:	**18- 21**
العوامل المسببة للصدمة النفسية:	**21- 22**
تصنيفات الصدمة النفسية:	**22- 24**
أعراض الصدمة النفسية:	**24- 27**
مراحل الصدمة النفسية:	**27- 28**

فهرس المحتويات

مميزات الصدمة النفسية وآثارها على الفرد المتعرض لها:	28- 29
التناذرات الأساسية للصدمة النفسية:	29- 33
النظريات المفسرة للصدمة النفسية:	33- 38
تشخيص اضطراب الصدمة النفسية:	38- 43
علاج الصدمة النفسية:	43- 46
خلاصة الفصل:	47
الفصل الثالث: صورة الجسم لدى مبتوري الأطراف السفلى	
تمهيد:	48
أولا: صورة الجسم:	48
مفهوم صورة الجسم:	48- 50
تعريف صورة الجسم:	50- 51
أنواع صورة الجسم:	52
خصائص صورة الجسم:	52- 53
مكونات صورة الجسم:	54
أهمية صورة الجسم:	55- 56
أبعاد صورة الجسم:	56- 57
العوامل المؤثرة على صورة الجسم:	57- 60
النظريات المفسرة لصورة الجسم:	61- 64
محكات تشخيص اضطراب تشوه شكل الجسم حسب **DSM5**:	64- 65
ثانيا: بتر الأطراف:	66
تعريف البتر:	66- 67
أنواع البتر:	67- 68
أسباب البتر:	68- 71
كيف تتم عملية البتر:	71- 72
قلق عملية البتر:	72- 73
الأعراض المصاحبة للبتر:	73- 74

فهرس المحتويات

الأساليب العلاجية والتأهيلية لحالات بتر الأطراف:	**79 -75**
الاحصائيات الخاصة بحالات مبتوري الأطراف السفلى لولاية تيارت:	**80 -79**
خلاصة الفصل:	**81**
الجانب الميداني	
الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية	
تمهيد:	**83**
الدراسة الاستطلاعية:	**84 -83**
الدراسة الأساسية:	**84**
منهج الدراسة:	**85 -84**
عينة الدراسة:	**85**
خصائص عينة الدراسة:	**85**
حدود الدراسة:	**86**
أدوات القياس والخصائص السيكومترية:	**98 -87**
صعوبات الدراسة:	**98**
خلاصة الفصل:	**98**
الفصل الخامس: عرض وتحليل نتائج الدراسة ومناقشتها	
عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى:	**104 -99**
عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية:	**108 -104**
مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:	**110 -109**
الاستنتاج العام للحالتين:	**111**
خاتمة:	**112**
توصيات واقتراحات:	**112**
قائمة المصادر والمراجع:	**119 -114**
الملاحق:	**/**

قائمة الجداول

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
(1)	يوضح التعقيب على الدراسات السابقة.	13- 14
(2)	تصنيفات الصدمة النفسية.	22- 24
(3)	الاحصائيات الخاصة بحالات مبتوري الأطراف السفلى لولاية تيارت لعشر سنوات الأخيرة.	80
(4)	خصائص عينة الدراسة.	85
(5)	عدد الأبعاد والعبارات المحذوفة والمعدلة للمقياس.	92
(6)	الارتباط الإيجابي بين جميع الأبعاد ببعضها البعض وأيضا بالدرجة الكلية للمقياس.	92
(7)	حساب الاتساق الداخلي للمقياس عن طريق حساب درجة الارتباط بين عبارات الأبعاد والدرجة الكلية له.	93
(8)	وضح تشبعات العوامل المشتركة لأبعاد مقياس صورة الجسم بالتحليل العاملي.	94
(9)	معاملات الثبات بطريقة إعادة المقياس.	95
(10)	حساب معامل الارتباط بين الدرجات للجزأين ثم معامل الثبات.	95- 96
(11)	ورقة إجابة مقياس صورة الجسم.	96- 97
(12)	مفتاح تصحيح مقياس صورة الجسم.	97- 98
(13)	المقابلات العيادية للحالة الأولى.	100
(14)	نتائج مقياس كرب ما بعد الصدمة مع الحالة الأولى.	102
(15)	نتائج مقياس صورة الجسم مع الحالة الأولى.	103
(16)	المقابلات العيادية للحالة الثانية.	105- 106
(17)	نتائج مقياس كرب ما بعد الصدمة مع الحالة الثانية.	107
(18)	نتائج مقياس صورة الجسم مع الحالة الثانية.	109

مقـدمــة:

يعيش الإنسان في عالم مليئ بالمخاطر والأحداث كالكوارث الطبيعية المختلفة منها الزلازل، البراكين، الفيضانات وحوادث المرور والأمراض ومختلف الإصابات الجسمية التي تترك دائما أثارا جانبية عميقة غير قابلة للنسيان وتبقى راسخة في الذاكرة مادامت الروح في الجسد.

إن أثار ومخلفات هذه الحوادث لا تظهر في وقتها بل عند انتهائها حيث تكون الأثار المترتبة عليها جد خطرة على الحالة النفسية الخفية والتي لا تظهر إلا عند حدوث صدمة مشابهة ولها نفس المخاطر ومن عينة واحدة ويبقى الإنسان معرض للإصابات المختلفة في كل الظروف وليست مقتصرة على الحروب بل حتى في أوقات السلم وهذا ماأكده النابلسي في كتابه الصدمة النفسية "علم النفس الحروب والكوارث" بأن الدراسات التي تناولت جرحى الكوارث قليلة مع العلم أن هؤولاء مهمون ومساعدون في تحري أثار الكارثة على الأصعدة الصحية (جسمية، نفسية واجتماعية).

ومن بين الإصابات الجسمية التي تهدد الفرد هو البتر الذي يعتبر من أبشع الإعاقات وأخطرها حيث تجعل هذا الأخير غير قادر على تأمين حاجاته المختلفة بنفسه وبمفرده وهو الأن بصدد مواجهة حياة مختلفة وبظروف جديدة تماما تعتمد على مدى المثابرة والجهد الذي سيبذله.

فمن التغيرات التي تحدث للشخص المبتور والتي تصبح خصوصية تميزه عن الاخرين هي صورة الجسم فقد تؤثر هذه الصورة الراسخة في ذهن المبتور على توافقه النفسي الاجتماعي ويتأثر هذا الجسم باعتداءات خارجية كمختلف الصدمات النفسية التي هي عبارة عن حدث أو تجربة معاشة تؤثر على الحياة ويترتب عنه شعور عام بالخسارة باعتبارهم أنهم خسرو عضوا من أجسامهم وأصبح لديهم خلل في صورة الجسم وتغيير مفهومه عن صورة جسمه "إن صورة الجسم لدى الأفراد عامة والمبتورين خاصة تشكل من مصادر شعورية ولا شعورية وتمثل مكونا أساسيا في مفهومنا عن ذواتنا". **(عبد الستار، 2007، ص67).**

ففي بحثنا هذا قمنا بدراسة موضوع انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى مبتوري الأطراف السفلى على ضوء مقياس كرب مابعد الصدمة PTSD ومقياس صورة الجسم.

واشتملت هذه الدراسة على جانب نظري وجانب ميداني:

- الجانب النظري: يحتوي على ثلاثة فصول وهي: الفصل الأول: تناولنا فيه مدخل إلى البحث الإطار العام للدارسة تطرقنا من خلاله إلى الإشكالية وبعدها انتقلنا إلى صياغة الفرضيات ثم

الأهمية فالأهداف وبعدها تطرقنا إلى أسباب اختيار الموضوع والمفاهيم الإجرائية للدرسة وعرجنا على الدراسات السابقة مع التعقيب عليها.

- الفصل الثاني: خصصناه للصدمة النفسية حيث تطرقنا من خلاله إلى تعريف الصدمة النفسية والمفاهيم المتداخلة معها ثم قمنا بسرد أنواع الصدمة النفسية مع ذكر العوامل المسببة لها وتصنيفاتها وأعراضها وأهم مراحلها، مميزاتها وأثارها على الفرد المتعرض مع ذكر التناذرات الأساسية للصدمة النفسية، ومن أجل إثراء الجانب النظري تناولنا فيه مختلف النظريات المفسرة للصدمة النفسية وتشخيص اضطراب الصدمة مع ذكر بعض أنواع العلاجات للصدمة النفسية.

- الفصل الثالث: خصصناه لصورة الجسم لدى مبتوري الأطراف السفلى حيث قمنا بتقسيمه إلى جزئين رئيسيين يتمثلان في: أولا: صورة الجسم تناولنا من خلاله مفهوم الصورة والجسم وتعريف صورة الجسم مع ذكر أنواعها وخصائصها ومكوناتها وحرصنا على ذكر أهميتها، أبعادها والعوامل المؤثرة عليها. كما أثرينا هذا الفصل بالنظريات المفسرة لصورة الجسم وتشخيص اضطراب تشوه صورة الجسم حسب DSM5.

ثانيا: بتر الأطراف جاء في محتواه تعريف البتر، أنواعه، أسبابه وكيفية إجراء عملية البتر والقلق المنجم عنه والأعراض المصاحبة له والتركيز على أهم الأساليب العلاجية والتأهيلية لحالة بتر الأطراف وتقديم الاحصائيات الخاصة بحالات مبتوري الأطراف السفلى لولاية تيارت لعشر سنوات الأخيرة.

- أما الجانب الميداني فيشمل فصلين وهما: الفصل الرابع: خصصناه لإجراءات الدراسة الميدانية والذي يحتوي على الدراسة الاستطلاعية، الدراسة الأساسية، منهج الدراسة وعينة الدراسة وخصائصها وحدودها (الزمانية والمكانية) كما تطرقنا إلى أدوات القياس المتمثلة في الملاحظة المقابلة نصف الموجهة ومقياس كرب ما بعد الصدمة وصورة الجسم وخصائصها السيكومترية. ويجدر الإشارة إلى ذكر بعض الصعوبات التي تلقيناها أثناء اجرائنا للدراسة الميدانية.

- الفصل الخامس: خصصناه لعرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة حيث اكتفى هذا الفصل بعرض حالتين وتحليل نتائج المقاييس المطبقة عليهما والمتمثلة في "مقياس كرب ما بعد الصدمة وصورة الجسم" لنبلغ التحليل العام ثم الاستنتاج العام للحالتين ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات. وأخيرا: خاتمة ثم عرض قائمة المصادر والمراجع وقائمة الملاحق.

المقاربة النظرية للدراسة

1)- الإشكالية:

إن حياة الإنسان معرضة لأحداث حياتية مختلفة منها السار ومنها المؤلم والضار ومنها على المضي قدما والتمييز والاستمرار ومنها ما يعرقل مساره بحيث تختلف الأحداث والخبرات باختلاف حدتها وشدتها والأثر الناجم عنها والذي تتركه في شخصية الفرد وتختلف أيضا بتفاوت قدرة الفرد على الاستيعاب ولعل أكثر الأحداث تأثيرا في حياة الفرد هي التي تكون من دون سابق إنذار بمعنى أنها تكون فجائية تفوق قدرة الفرد على التحمل والتكيف فتخلق لديه ما يسمى بالصدمات فيصبح الفرد سجين تلك الإحساسات والخبرات المؤلمة والتي بدورها تغير من حالة الفرد البيولوجية والنفسية والاجتماعية مخلفة أثار جد عميقة تحتاج إلى التكفل والدعم النفسي والاجتماعي.

فالجسم عندما يتعرض لمخاطر وأمراض جسدية تعرقل التوازن النفسي ومن المعلوم أن الإنسان يشكل وحدة متكاملة" نفس جسمية" أي لا يمكن فصل الجانب الجسمي عن الجانب النفسي كما لا يمكننا فهم طبيعة أي اضطراب سواء كان جسميا أو نفسيا دون الأخذ بعين الاعتبار هذه الوحدة المتكاملة ومعرفة التأثير المتبادل بين النفس والجسم ومن بين الإصابات الجسمية التي يتعرض لها الفرد البتر الذي يعتبر من بين الإعاقات التي تمنع هذا الأخير من تأمين حاجاته بمفرده سواء بشكل كلي أو جزئي حيث يؤدي البتر إلى حدوث صدمات انفعالية شديدة ينشأ عنها شعور عام بالخسارة باعتبار أن مبتوري الأطراف قد فقدوا عضوا مهما من جسمهم أي يصبح لديهم خلل في صورة الجسم من ثم يبدأ بتغيير مفهومه عن صورة جسمه وذلك بإنشاء صورة جديدة عن جسمه.

فصورة الجسم هي صورة ذهنية وعقلية يكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءتها وما

قد يصاحب ذلك من مشاعر أو اتجاهات موجبة أو سلبية عن تلك الصورة الذهنية للجسم. **(الأشرم، 2008، ص7).**

ولقد ركزنا على هذا الموضوع لما له من تأثير مباشر على حياة الفرد من الناحية النفسية ونظرا لأهميته قررنا القيام بدراسة شاملة لكل الجوانب وعليه نشأت فكرة البحث من خلال طرح الإشكالية التالية: **ما مستوى انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى مبتوري الأطراف السفلى؟**

ومنها نطرح التساؤلات الفرعية التالية:

1- هل مستوى انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى أشخاص مبتوري الأطراف السفلى شديد؟

2- هل مستوى انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى أشخاص مبتوري الأطراف السفلى متوسط؟

3- هل مستوى انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى أشخاص مبتوري الأطراف السفلى ضعيف؟

2)- فرضيات الدراسة:

- الفرضية العامة:

هناك مستويات لانعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى مبتوري الأطراف السفلى (شديد، متوسط، ضعيف).

- الفرضيات الجزئية:

1- مستوى انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى أشخاص مبتوري الأطراف السفلى شديد.

2- مستوى انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى أشخاص مبتوري الأطراف السفلى متوسط.

3- مستوى انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى أشخاص مبتوري الأطراف السفلى ضعيف.

3)- أهمية الدراسة:

1- توضيح العلاقة بين الصحة النفسية وصورة الجسم.

2- تستفيد منه الأسر في الوقوف على احتياجات أبناءهم وحل مشكلاتهم.

3- لفت انتباه السلطات لضرورة التكفل بهم.

4- إلقاء الضوء على قيمة صورة الجسم في الحياة النفسية السوية لشخصية الفرد.

5- مساهمة في إثراء البحث العلمي بصفة عامة حيث يمكن أن يكون مرجع علمي للطلبة والممارسين العياديين.

4)- أهداف الدراسة:

1- إنجاز عمل مكمل لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي.

2- التعرف على مدى شدة عدم تقبل مبتوري الأطراف السفلى لصورة أجسامهم.

3- التعرف على كيفية تعايش مبتوري الأطراف السفلى مع وضعيتهم الجديدة من الناحية الاجتماعية والعلائقية والمهنية.

5)- أسباب اختيار الموضوع:

- أسباب ذاتيـة:

1- رغبتنا الملحة وفضولنا لمعرفة تأثير الصدمة النفسية وما تتركه من أثار على نفسية الفرد بعد تعرضه لعملية البتر.

- أسباب موضوعية:

1- الرغبة في إثراء المكتبة الجامعية بمثل هذه المواضيع.

2- التزايد الملحوظ في نسبة حالات مبتوري الأطراف وذلك لأسباب مختلفة (كوارث طبيعية، حوادث المرور، مرض السكري).

3- الرغبة في تسليط الضوء على هذه الفئة التي تعاني في صمت من الناحية النفسية والاجتماعية.

6)- تحديد المفاهيم الإجرائية:

1- الصدمة النفسية: هي الدرجة التي يتحصل عليها أفراد العينة "مبتوري الأطراف السفلى" من خلال إجاباتهم على بنود المقياس المعتمد في هذه الدراسة "مقياس كرب ما بعد الصدمة PTSD".

2- صورة الجسم: هي الدرجة التي يتحصل عليها أفراد العينة "مبتوري الأطراف السفلى" من خلال إجاباتهم على بنود مقياس "صورة الجسم" للدكتور "محمد النوبي محمد علي" المعتمد في الدراسة الحالية.

3- مبتوري الأطراف السفلى: هم أفراد العينة الذين فقدوا أحد الأطراف السفلى جراء حوادث أو أمراض المتواجدون في المؤسسة العمومية الاستشفائية "يوسف دمرجي" بمصلحة الطب الداخلي "الرجال" بولاية تيارت.

7)- الدراسات السابقة:

هناك العديد من الدراسات التي تناولت كل من الصدمة النفسية وصورة الجسم ومبتوري الأطراف وفيما يلي بعض من هذه الدراسات:

أولا: الدراسات المحلية:

1- دراسة ليندة حراوبية (2010) الجزائر: بعنوان: الصلابة النفسية عند المصدومين الذين تعرضوا لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

هدفت الدراسة إلى فحص الفروق بين المصدومين الذكور والمصدومات في درجة الصلابة النفسية وهل يتميزون بصلابة رغم تعرضهم لاضطرابات الضغط ما بعد الصدمة، تم استخدام المنهج الوصفي المقارن وتكونت عينة الدراسة من (100) فرد منهم (61 ذكور، 39 إناث) طبقت مجموعة من الأدوات تمثلت في: استبيان البيانات الديموغرافية Cidi Démo، استبيان الضغط ما بعد الصدمة Cidi PTSD، استبيان الصلابة النفسية وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن المصدومين رغم تعرضهم لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة يتميزون بصلابة مكنتهم من الاستمرار في الحياة وممارسة نشاطاتهم بشكل طبيعي ولهذا غابت عند أغلبهم الأمراض النفسية ويعتبر الذكور أكثر صلابة من الإناث. **(حراوبية، 2010، ص119).**

2- دراسة لعوج أسماء(2012) الجزائر: بعنوان: الصدمة النفسية لدى الأفراد المصابين بجلطة دماغية.

هدفت الدراسة إلى المساهمة في إثراء البحث العلمي وخاصة المتعلق بعلم النفس من جهة والطب (جراحة الأعصاب) من جهة أخرى، المساهمة في توضيح وتسهيل الممارسة العيادية للأخصائيين النفسانيين بالتطرق إلى هذه الفئة من الأفراد وتم استخدام المنهج العيادي الإكلينيكي وأجريت الدراسة على عينة مكونة من (14) حالة وتم استخدام في الدراسة استمارة الصدمة النفسية "تروماك" وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك اختلافات من فرد لآخر فما قد يشكل صدمة بالنسبة لفرد معين قد لا يكون الأمر كذلك بالنسبة لفرد اخر. **(لعوج، 2012، ص15).**

3- دراسة عبد الرحيم شادلي (2016) الجزائر: بعنوان: انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف.

هدفت الدراسة إلى التعرف على انعكاسات التعرض للبتر (باعتبارها حادثا مولدا للصدمة) على الحالة النفسية للمبتور وكذا التعمق في فهم الكيفية التي يؤثر بها البتر على التوظيف النفسي للمبتور ودور أهم العوامل المتدخلة لتحديد شكل استجابته حيث اعتمد الباحث على المنهج الإكلينيكي (منهج دراسة الحالة) على عينة مكونة من ثلاث (03) حالات. وذلك بتطبيق مجموعة من الأدوات والمتمثلة في المقابلات العيادية (النصف الموجهة)، الملاحظة الحرة واختبار تفهم الموضوع. T.A.T. فكشفت نتائج الدراسة أن حالات البحث الثلاث قد تعرضوا لنفس سبب البتر الحادث المولد للصدمة (حادث انفجار)، كما تشابهت استجابتهم المباشرة لذلك الحادث حيث عرضوا جميعا استجابة ضغط حادة وبالإضافة لذلك فقد انعكس التعرض

للبتر في حد ذاته في شكل نقص جسمي مرتبط بفقدان الأطراف المبتورة ونقص في القدرات الجسمية وعلى مستوى نفسي داخلي انعكس التعرض للبتر لدى الحالات الثلاث في شكل شعور بالحزن والاكتئاب ناجم عن جرح نرجسي مرتبط بإدراك وتقبل حالة النقص وعدم الاكتمال الجسمي. **(شادلي، 2016، ص25).**

ثانيا: الدراسات العربية:

1- دراسة حسن إيمان السيد (2006) مصر: بعنوان: صورة الجسد وعلاقتها بتقدير الذات لدى مبتوري الأطراف.

هدفت الدراسة إلى التعرف على الأبعاد السيكو دينامية لمبتوري الأطراف والأصحاء في صورة الجسم وتقدير الذات. واستخدمت الباحثة المنهج الإكلينيكي الانتقائي وتكونت عينة الدراسة من(30) شخص 15 منهم أصحاء و15 مبتوري الأطراف وذلك بتطبيق أدوات سيكو مترية تمثلت في اختبار تقدير الذات ومقياس صورة الجسم واختبارات إكلينيكية (المقابلة الإكلينيكية، اختبار تفهم الموضوع). وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق في السيكوديناميات بين مبتوري الأطراف والأصحاء في صورة الجسد وتقدير الذات، وأشارت النتائج إلى وجود تقدير متدني للذات لدى مبتوري الأطراف. **(حسن، 2006، ص95).**

2- دراسة وفاء محمد أحميدان القاضي (2009) فلسطين: بعنوان: قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر.

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى صورة الجسد ومستوى مفهوم الذات لدى حالات البتر وكذلك معرفة العلاقة بين قلق المستقبل وصورة الجسم ومفهوم الذات لدى هذه الحالات.

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي على عينة مكونة من (250) حالة من حالات البتر من الذكور والإناث. وطبقت مجموعة من الأدوات تمثلت في مقياس قلق المستقبل وصورة الجسم ومفهوم الذات وذلك للتحقق من صحة فرضيات الدراسة. وتوصلت **نتائج الدراسة** إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل وصورة الجسد لدى حالات البتر. **(القاضي، 2009، ص28).**

3- دراسة أسماء معافي (2012) فلسطين: بعنوان: بتر الأطراف وانعكاساته على المخطط الجسدي لدى المراهق.

هدفت الدراسة إلى التعرف على نفسية المبتورين والتقرب منهم إضافة إلى معرفة الانعكاسات التي يخلفها البتر على الأفراد وهدفت أيضا إلى التأكيد على فترة المراهقة ونظرة المراهق لصورة جسده. واستخدمت الباحثة المنهج العيادي الإكلينيكي على عينة مكونة من (4) حالات من المراهقين الذين يعانون من بتر أحد الأطراف وطبقت مجموعة من الأدوات تمثلت في الملاحظة، المقابلة، دراسة الحالة وتطبيقها على أفراد العينة. وتوصلت الباحثة إلى نتيجة مفادها أن أي اضطراب أو بتر أطراف الجسم يكون له تأثير بالغ على حياة المراهق حيث وجد أن البتر ينعكس سلبا على المخطط الجسدي. **(معافي، 2012، ص25).**

ثالثا: الدراسات الأجنبية:

1- دراسة Wetterhahn (2002) أمريكا: بعنوان: صورة الجسم وعلاقتها بالمشاركة في النشاطات الرياضية لدى حالات البتر.

هدفت الدراسة إلى فحص صورة الجسم لدى الأفراد مبتوري الأطراف وتنظر إلى العلاقة بين مستوى صورة الجسم ومدى درجة المشاركة في النشاطات الجسمانية والرياضية، تكونت عينة

الدراسة من (24) نشطين و(32) أقل نشاطا والأعمار لا تقل عن 18 سنة ممن لديهم حالات البتر، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك علاقة إيجابية بين المشاركة في النشاطات الرياضية وتحسين صورة الجسم لدى مبتوري الأطراف. **(الصفدي، 2007، ص153).**

2- دراسة موجو (2010) البرازيل: بعنوان: تأثير حالات البتر على صورة الجسد وجودة الحياة. هدفت الدراسة إلى فهم الصعوبات التي تواجه الأشخاص الذين تعرضوا للبتر ومساعدتهم على الحياة والتأقلم مع حياة البتر، استخدم أدوات الدراسة: المقابلة مع عدد من حالات البتر واستعراضا للدراسات السابقة تناولت حالات البتر الاستناد إليها. وأوضحت نتائج الدراسة أن لحالات البتر أثر نفسي على حياة الإنسان إضافة للأثر الاجتماعي الاقتصادي وأن التأثير السلبي يكون أكبر في حالات البتر في الأطراف العلوية أكثر من الأطراف السفلية وقد أشارت الدراسة أيضا إلى أن البتر من الممكن أن يتسبب بحالات اكتئاب شديد وأن الرجال أسرع في التكيف مع صورة الجسد بعد البتر من النساء اللواتي لا يتقبلن الأمر ويرفضن صورة الجسد الجديدة بعد البتر. **(فكراش، 2019، ص10).**

3- دراسة هولزير واخرون (2014) كندا: بعنوان: صورة الجسد وتقدير الذات لدى مبتوري الأعضاء السفلية.

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير حالات البتر السفلية على متغيري صورة الجسد وتقدير الذات بالنسبة لأفراد العينة وتم استخدام المنهج التجريبي وتكونت عينة الدراسة من مجموعة تجريبية ممن تعرضوا لحالات البتر من الأعضاء السفلية وبلغ عددهم (149) شخص ومجموعة ضابطة من أشخاص أصحاء بلغ عددهم (149) شخص. وتم تطبيق مقياس روزنبرغ لتقدير الذات، مقياس صورة الجسم تصميم الباحثين، أظهرت نتائج الدراسة أن الأفراد الذين تعرضوا لبتر في الأعضاء السفلية لديهم تصورات سلبية اتجاه صورتهم الجسدية وانخفاض في جودة الحياة لديهم مقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة وأن فقدان جزء من الجسد يؤثر سلبا على الحالة البدنية

والنفسية لذلك كان هناك عدم رضا عن صورة الجسم لدى حالات البتر مقارنة بالمجموعة الضابطة. **(ستوتي، 2019، ص13).**

8)- التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد أن تم عرض الدراسات السابقة سيتم مناقشتها من حيث الأهداف التي حددت لها، العينات التي اعتمدتها، المنهج، الأدوات المستخدمة وما توصلت إليه من نتائج.

- جدول رقم (1): يوضح التعقيب على الدراسات السابقة.

	اتفقت مع	اختلفت مع
الهدف	اتفقت دراسات **(حسن إيمان السيد)** ودراسة **(معافي)** ودراسة **(القاضي)** ودراسة **(هولزير واخرون)** ودراسة **(Wetterhahn)** حول **الهدف:** فحص صورة الجسم والعلاقة بين صورة الجسم وتقدير الذات مع قلق المستقبل.	اختلفت دراسة **(لعوج أسماء)** حيث نصت إلى الهدف هو إثراء البحث العلمي خاصة بما تعلق بعلم النفس والطب (جراحة) ودراسة **(عبد الرحمان شادلي)** حيث بينت أن الهدف هو التعمق في فهم الكيفية التي يؤثر فيها البتر على التوظيف النفسي كما بين **(موجو)** أن الهدف هو فهم الصعوبات التي تواجه الأشخاص المبتورين ومساعدتهم في الحياة والتأقلم مع البشر.
المنهج	اتفقت دراسة **(لعوج أسماء)** ودراسة **(معافي)** ودراسة **(عبد الرحمان الشادلي)** ودراسة **(موجو)** في **المنهج:** حيث اتبعوا منهج الإكلينيكي العيادي. كما اتفقت دراسة **(Wetterhahn)** ودراسة **(هولزير) في المنهج** حيث اتبعوا المنهج التجريبي.	اختلفت باقي الدراسات منهن من اختار المنهج الوصفي التحليلي كدراسة **(القاضي)** ومنهم من اختار المنهج الإكلينيكي الانتقائي كدراسة **(حسن إيمان السيد)**، ومنهج الوصفي المقارن كدراسة **(ليندة حراوبية).**
العينة	**/**	اختلفت الدراسات من حيث عدد العينات والفئات

		العمرية والبنيات الجسدية.
الأداة	اتفقت دراسة **(موجو)** ودراسة **(معافي)** في استعمال أداة (الملاحظة، المقابلة، دراسة الحالة).	اختلفت الدراسات فمنهن من اختار أداة استبيان البيانات الديموغرافية واستبيان الضغط ما بعد الصدمة كدراسة **(ليندة حراوبية)** وأداة استمارة الصدمة النفسية كدراسة **(لعوج أسماء)** وأداة مقياس روزنبرغ لتقدير الذات كدراسة **(هولزير)** وأداة مقياس قلق المستقبل وصورة الجسم كدراسة **(القاضي)**، أداة سيكومترية، اختبار تقدير الذات كدراسة **(حسن إيمان السيد)**
النتيجة	اتفقت الدراسات السابقة المذكورة على أثر عملية البتر على الصحة النفسية والجسدية للمبتورين وخوفهم من المستقبل (قلق المستقبل) ونظرتهم السلبية اتجاه صورتهم الجسدية.	اختلفت دراسة **(ليندة حراوبية)** وتركيزها على أن فئة الرجال أكثر صلابة من النساء. ودراسة **(لعوج أسماء)** التي تذكر أن هناك اختلافات من فرد لآخر فيما قد يشكل صدمة نفسية بنسبة لفرد معين قد لا يكون الأمر كذلك لفرد اخر.

خلاصة:

لقد تضمن هذا الفصل الإطار العام للدراسة المتمثلة في طرح الإشكالية وتساؤلاتها وصولا إلى الفرضيات ثم تحديد أهمية الدراسة وأهدافها وتحديد أسباب اختيار الموضوع (ذاتية، موضوعية) ليتم بعدها تحديد مفاهيم الدراسة إجرائيا ثم عرض الدراسات السابقة المتعلقة بمتغيري الدراسة والتي تم تقسيمها إلى 3 أقسام حيث تضمن القسم الأول الدراسات المحلية أما القسم الثاني فتضمن الدراسات العربية أما الفصل الثالث فتضمن الدراسات الأجنبية وقد تم مناقشة دراسات كل محور من حيث الأهداف والمنهج والعينة والأدوات والنتائج التي توصلت إليها.

تمهيد:

يتعرض الإنسان في حياته لأحداث مختلفة يمكن أن تتسبب له في صدمة نفسية عميقة فهو في مواجهة دائمة لتهديدات المحيط المتواجد فيه، فالأحداث النفسية الضاغطة تعاش كأحداث صدمية عند شخص دون غيره وقد ينتج عن هذا الحادث تغيرات في الشخصية تؤدي إلى نشأة الخوف العميق أو العجز أو الرعب أو إصابة جسمية سببها قوى خارجية أو نفسية تتسبب في هجوم انفعالي.

ففي هذا الفصل نحاول تسليط الضوء على الصدمة النفسية من خلال تعريفها، أنواعها، العوامل المسببة لها، تصنيفاتها، أعراضها ومراحلها، مميزاتها وآثارها على الفرد المتعرض لها والتناذرات الأساسية إضافة إلى ذكر أهم النظريات المفسرة لها لنختمه بالتشخيص والعلاج المناسب للصدمة النفسية.

1)- تعريف الصدمة النفسية:

1.1. لغة: الكلمة الأصلية اشتقت من الكلمة اليونانية (Trauma) هو جرح أو ضرر يلحق بأنسجة الجسم وتستعمل عبارة الصدمة النفسية لوصف حالة تعرض فيها الشخص لحدث صعب رافقه جرح نفسي، كذلك على حالة الأشخاص الذين يتعرضون لأحداث خطيرة بحيث يلحقهم أذى نفسي مع وجود أو عدم وجود إصابات جسدية ويكون هؤلاء ضحايا أحداث صدمية مختلفة مثل الكوارث الطبيعية، الحوادث الصناعية، حوادث السيارات، الاعتداءات الجنسية والأمراض البدنية المزمنة أو الخطيرة. **(L.Crocq, 2014, p10).**

2.1. إصطلاحا: مصطلح الصدمة في علم النفس يستعمل للدلالة على ظاهرة اختراق وكسر للنفس عن طريق مؤثرات عنيفة وقوية، وقد اختلف العلماء في تعريفهم للصدمة النفسية حسب الاتجاه الذي يتبناه ومن هذه التعريفات نجد:

-**تعريف فرج عبد القادر طه:** "إنها حادثة في حياة الفرد تؤدي خلال فترة وجيزة لزيادة الإثارة التي تتحدد تبعا لشدتها وللعجز الذي يجعل الفرد غير قادر على مواجهتها أو لمحاولة خفض الحصر الناجم عنها بحلول سوية تنتهي إلى الفشل في بعض الأحيان مما يضطر الأنا للقيام بدفاعاته لمواجهتها وتختلف الدفاعات تبعا لقوة الأنا وطبيعة التثبيتات وتوافقات مراحل النمو عامة". **(بظاظو، 2013، ص14).**

- **تعريف عبد المنعم الحنفي:** "الصدمة النفسية في الطب النفسي هي تجربة غير متوقعة لا يستطيع الشخص تقبلها للوهلة الأولى ولا يفيق من أثرها إلى بعد مدة وقد تصيبه بالقلق الذي يولد العصاب المعروف بعصاب الصدمة". **(حنفي، 1994، ص124).**

-**تعريف إبراهيم عبد الستار:** "يعرفها على أنها حدث خارجي فجائي وغير متوقع يتسم بالحدة ويفجر الكيان الإنساني ويهدد حياته بحيث لا تستطيع وسائل الدفاع المختلفة أن تمكن الفرد للتكيف معها". **(عبد الستار، 1998، ص75).**

-**تعريف سيغموند فرويد:** يعرفها في كتابه "ما وراء مبدأ اللذة " على أنها كل إثارة خارجية قوية قادرة على إحداث انهيار في الحياة النفسية للفرد فالصدمة النفسية تعبر عن حوادث شديدة ومؤذية ومهددة لحياة الفرد بحيث تتطلب مجهود غير عادي لمواجهتها والتكيف مع الوضعية الجديدة". **(S.Freud, 1920, p28).**

-**تعريف لابلانش و بونتاليس" Laplanch et Pontaliz":** الصدمة النفسية هي حدث في حياة الشخص يتحدد بشدته وبالعجز الذي يجد الشخص نفسه فيه والاستجابة الملائمة حياله بما يثيره في التنظيم النفسي من اضطراب وأثار دائمة مولدة للعرض وتتصف الصدمة من الناحية الاقتصادية بفيض من الإثارات تكون مفرطة بالنسبة لطاقة الشخص على الاحتمال لكفاءته في السيطرة على هذه الاثارات وإرصانها نفسيا". **(Laplanch et Pontaliz, 1997, p300).**

- **تعريف روجر براون "Rojer Braun":** "الصدمة هي مفهوم اقتصادي يعبر عن كميات من الطاقة وفي هذا المعنى فالصدمة هي أحداث عنيفة تفوق شدتها ضد الإثارة كما أنها نتيجة كبيرة تفرض نفسها. وهي أن الصدمة النفسية ليست لها علاقة فقط بطبيعة الحدث لأنه قد يكون الحدث نفسه ولكن تأثيراته تختلف من شخص إلى آخر". **(Rojer Braun, 1983. p97).**

- **تعريف (Mitchell et Evrely):** "بأنها أي حدث يهاجم الإنسان الذي يخترق الجهاز الدفاعي لديه مع إمكانية تمزيق حياة الفرد بشدة وقد ينتج عن هذا الحدث تغيرات في الشخصية إذ لم يتم التحكم فيه والتعامل معه بسرعة وفعالية وتؤدي الصدمة إلى نشأة الخوف العميق والعجز أو الرعب". **(الحواجري، 2005، ص01).**

-**تعريف (C.Barrois):** "الصدمة النفسية هي حدث عنيف غير متوقع مرتبط بلقاء مع واقع الموت حيث يستجيب الفرد بحالة من الرعب الشعور بالعجز وغياب المساعدة ويبقى الحدث المرعب غير مدمج في التنظيم النفسي والذي يعود بشكل اضطراري في الإحساسات الانبعاثية أو كتهديد وشيك الوقوع". **(Aljendi, 2015, p16).**

2)- مفاهيم متداخلة مع الصدمة النفسية:

- **الصدمة:** تشير إلى الأثر الداخلي الناتج عند الشخص بسبب حادث ما.

- **الصدمة النفسية:** تشير إلى الحادث الخارجي الذي يصيب الشخص.

- **الحدث الصدمي EVENEMENT TRAMATIQUEVE**": حادث غير اعتيادي فجائي في مشاهد مريعة في لقاء خاطئ مع الموت.

- **العصاب الصدمي " NEVRASE TRAMATIQUE** ": تعرض شديد للصدمة وبشكل مباشر باستبعاد ضغوط الحياة اليومية من عصاب الحرب والكوارث.

- **اضطراب الضغط ما بعد الصدمة P T S D:** اضطراب الشدة النفسية بعد الصدمة يظهر بإحياء الخبرة الصدمية المؤلمة. **(Wemerd fnoihlich, 1997, p452-453).**

من خلال هذه التعريفات التي طرأت يتضح لنا أن الصدمة النفسية هي ظاهره تحدث داخل النفس جراء الحدث الصدمي الخارجي المفاجئ، العنيف وغير المتوقع يعجز الفرد عن التكيف معها بحيث لا يتوفر له الوقت الكافي لتوفير آليات دفاعية للتصدي لها أو إرصانها.

ويمكن القول أن الصدمة النفسية هي تجارب أو أحداث غير متوقعة ولكن تأثيراتها تختلف من شخص لآخر كما يختلف الأفراد في ردود أفعالهم اتجاه الحدث الصدمي.

3)- أنواع الصدمة النفسية:

للصدمة نوعان أساسيان: الصدمات الرئيسية وصدمات الحياة.

1.3.الصدمات الرئيسية: هي الخبرات الجلية في حياة أي فرد تصادفه باكرا وتكون لها آثار نفسية حاسمة لا يمكن أن تستحدثها أي صدمة أخرى وهي أنواع:

1.1.3. صدمة الميلاد: تعتبر الولادة أول وضعية خطيرة يعيشها الإنسان والتي تصبح قاعدة لكل قلق فيما بعد لذا تعتبر صدمة الميلاد صدمة ولعل أشهر من تحدث عن صدمة الميلاد هو "أوتورانك" في كتابه LeTraumatisme de la naissance" سنة (1923) حيث اعتبر أن الميلاد حدث تهتز له نفس الطفل ويصيبها منه القلق الشديد الذي يكون أصل القلق لاحقا واعتبر النموذج الأولي أو النواة لكل عصاب، فخروج الطفل من جنته الأولى بانتزاعه من الحياة الرحمية الذي هو النمط الأولي لكل قلق وأصل كل عصاب وأن الصدمة النفسية تنشط مباشرة القلق البدائي وتسبب العصاب الصدمي حيث يشكل خطر الموت الخارجي على إثارة التحقيق العاطفي لذكرى الميلاد التي لم تتحقق لحد الآن لا شعوريا. فمن خلال الأحلام المزعجة التي تظهر في العصاب الصدمي يتكرر إنتاج صدمة الميلاد بطريقة نموذجية تحت قناع الحادث

الصادم الراهن مع بعض التفاصيل المتعلقة به فعندما نفتقد شخصا عزيزا مهما كان جنسه فإن هذا الفراق يحيي الفراق الأساسي مع الأم فيباشر عمل نفسي مؤلم يهدف إلى فصل اللبيدو عن هذا الشخص المفقود وهو ما يتوافق مع التكرار النفسي لصدمة الميلاد.

وحسب لابلانش Laplansh" وبونتاليس "pontaliz" الرحم هو منبع اللذة والسعادة والميلاد هو طرد من تلك الحياة الداخلية إلى الحياة الخارجية التي تتميز بالقسوة باعتبار الرحم بيئة مثالية للطفل لا يشكل له تهديدا ولا توجد فيه صراعات ومن ثم يصاب الطفل بالهلع لحظة الميلاد ويبكي بشدة ويشعر بالحنين الدائم خلال النمو ليعود إلى رحم أمه. **(كروغلي، 2010، ص49).**

2.1.3. صدمة الفطام: بتعاقب الإشباع والإحباط عند الطفل منذ الولادة فعلاقة الرضيع بالثدي كموضوع جيد تعقبها علاقته به كموضوع سيء أثناء الفطام إذ يرسم صور هوامية تجعل هذه المواضيع سيئة أو جيدة وقد لا ترتبط هذه الصورة فعلا بحقيقتها ومن هنا ينبع القلق والعصاب.

كما ترى "ميلاني كلاين" أن الأم هي ميدان زراعة الطفل فهي تؤمن له التغذية والعلاقة مع العالم الخارجي وفي نفس الوقت هي منبع كل أنواع الهجر حيث تسهم في صدمة الميلاد وصدمة الفطام ومبدأ "ميلاني كلاين" هو الانشطار بين الهوام والواقع وبين الموضوع الجيد والسيئ والقلق والعدائية. **(حسين، النابلسي، 2002، ص424).**

3.1.3. صدمة البلوغ: يرى" **Sillamy**" أن البلوغ هو مجموعة التحولات النفسية والفيزيولوجية المرتبطة بنضج جنسي ويمثل الانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد ومن ثما إلى مرحلة البلوغ مرحلة محتملة لكل فرد يمر بها خلال مراحل نموه ولهذا يعتبر صدمة أزمة نفسية وبيولوجية لأن هذه الصدمة فيها تعبير عن أزمة الهوية والاضطرابات التي قد تنتج عن البلوغ يعتبر البلوغ صدمة لأن الفرد يطرح على نفسه تساؤلات مبهمة فهو في هذه الفترة ليس طفل ولا راشد ولا يعرف بالتالي مكانته في المجتمع وفي إطار بحث الفرد المراهق عن هويته واستقلاليته

فإنه يصطدم بصراع نفسي تتجابه فيه متطلبات الفرد الداخلية النزوية ولذلك يذهب العلماء إلى أن صدمة البلوغ تضاهي صدمة الميلاد أثرا لأن الطفل أثناء البلوغ يشهد تغيرات في جسمه ويشعر بمشاعر لم تكن لديه من قبل ويأتي بتصرفات يحس على إثرها أنه مختلف تماما وربما تكون في هذه المرحلة من نموه استجابات تكون لها تأثيرات هائلة على حياته النفسية وتظل بقية عمره.

كما أن هناك مفاهيم ميتا بسيكولوجية انبثقت عن نظرية الإغواء الجنسي المحارمي وهي عناصر أساسية في تفسير العُصابات فالصدمة الجنسية الفعلية تقريبا تلقائية باعتبارها الأثر القبلي للخبرة الصدمية الأولى لكن يعاد إحياؤها مع ظهور نشاط البلوغ في إطار مشهد ثاني وبأثر بعدي وعمل الصدمة من خلال الكبت والأثر البعدي لعودة المكبوت إلى النشاط النفسي مجددا أثناء المراهقة يؤسس لمبدأ الحتمية النفسية الذي بمقتضاه تعود المحتويات اللاشعورية المكبوتة إلى النشاط لتتجاوز الكبت مثيرة بذلك إخلالا في الاقتصاد النفسي والانا حينئذ يضطر إلى تشديد الدفاعات تعزيزا لعمل الكبت وفي أقصى الحالات تتفاقم الأعراض النفسية.
(حسين، النابلسي، 2002، ص424).

2.3. صدمات الحياة: كل فرد معرض لأحداث في حياته قد تكون بسيطة وقد تكون عنيفة ومعقدة وإن كانت كذلك فتسبب له صدمة نفسية وهي أنواع:

1.2.3. صدمة الطفولة: قد تكون أحداث مؤلمة منفردة من النوع الذي يستغرق حدوثها وقتا قصيرا كالعمليات الجراحية التي تجرى للطفل دون اعداده نفسيا أو الاعتداءات الجنسية على الطفل أو موت أحد الوالدين أو كليهما فجائيا أو اختفاؤه وقد تكون أحداث طويلة الأمد استغرقت بعض الوقت كانفصال الوالدين وشذوذ العلاقات الأسرية أو المعاملة القاسية التي يتلقاها الطفل من بيئته ويرى "فرويد" أن كل الأمراض منشؤها صدمات طفلية.

2.2.3. صدمات ناتجة عن معايشة حدث صدمي: تنتج عن أحداث طبيعية عنيفة خارجة عن نطاق الفرد كالكوارث الطبيعية مثل الفيضانات والزلازل، كما قد تكون بفعل الإنسان كالحروب وحوادث المرور وغيرها.

3.2.3. صدمات ناتجة عن سماع خبر مؤلم دون معايشة الحدث: كسماع الفرد بموت أحد المقربين له مما يؤثر على نفسيته بالرغم من عدم حضوره أثناء الوفاة وعموما كل ما يعيشه الفرد من حادث يتخطى الإطار المألوف لتجربة إنسانية وإن يكن هذا الحدث مؤلما لدى أي فرد مثل التهديد الخطير على الحياة الشخصية أو الجسد أو على الزوجة والأولاد أو رؤية جريمة قتل أو اعتداء جنسي وغيرها.

4.2.3. صدمة المستقبل أو الصدمة الحضارية: تكون كنتيجة للإفراط في الإثارة ويحدث ذلك عندما يضطر الفرد إلى التصرف بشكل يتجاوز مداه التكيفي أي قدرة الفرد على التكيف أو التأقلم ولا يمكن تحقيق التكيف الناجح إلا عندما يكون مستوى الإثارة معقولا وبدون إفراط في الزيادة أو النقصان ولهذا يحذر " توفلر" من الإفراط في إثارة الاحتياجات الأمر الذي يؤدي إلى انهيار الجسد فالتقليل من الإثارة أساس لتحقيق التنمية السليمة. **(حنفي، 1996، ص924).**

4)- العوامل المسببة للصدمة النفسية: من بين العوامل المسببة للصدمة النفسية نجد الكوارث الطبيعية: كالفيضانات والأعاصير والبراكين والزلازل، حيث أجريت الدراسة على الناجين في زلزال أغادير وزلزال فرانسيسكو حيث بينت أن الكوارث الطبيعية تعتبر من بين مسببات الصدمة النفسية وهناك كوارث يتسبب فيها الإنسان: كالتعذيب سواء في المعتقلات أو في السجون وحتى عمليات الاختطاف حيث كانت هذه العوامل موضوع دراسات عديدة في فرنسا ففي أول مؤتمر دولي لأمراض المساجين سنة (1954) أعد الباحث "تا رغول" تقرير جاء فيه عن تناذر

المساجين يظهر أساسا في النيوراستينا وهو يتكون من أستينيا عصبية تظهر على أشكال ثلاثة مختلفة:

- **وهن عضوي:** أي إعياء تام وتعب يمس الحواس إضافة إلى الأعضاء.

- **وهن أو تعب نفسي:** يحس الفرد بالتعب دون القيام بأي مجهود مع وجود اضطرابات في الذاكرة وأوجاع في الرأس عند محاولة التركيز أو القيام بمجهود عقلي.

- **نقص عاطفي:** تتمثل في أمراض الاكتئاب والحصر والحزن والتشاؤم والشعور بالعجز والنقص هناك أيضا عامل آخر له أهمية في تشكيل الصدمة كحوادث المرور والحوادث الجوية كتحطيم الطائرات وكذا عامل الاغتصاب والاعتداء الجسدي على الأطفال من شأنه أن يؤدي إلى ظهور صدمات. **(لكحل، 2014، ص111).**

5)- تصنيفات الصدمة النفسية:

صنفت الصدمات بعدة طرق فمن الباحثين من صنفها إلى صدمات من النمط **(I-II-III-IV)** ومنهم من صنفها إلى أنماط بسيطة ومركبة واخرون إلى صدمات مباشرة وغير مباشرة.

- **جدول رقم (2): يوضح تصنيفات الصدمة النفسية.**

تصنيفات الصدمة النفسية		
	الصدمات من النمط I	نعني بها الأحداث الفريدة غير المنتظرة أي تظهر بداية واضحة ونهاية دقيقة (اعتداء، كارثة، حادث.....) من وجهة نظر عرضية يتطابق النمط **I** بمعايير **dsniv** مع 4 مميزات أساسية: التكرار، التجنب، السلوكات التكرارية، تغيرات في إدراك الفرد لحياته للأخرين والمستقبل.

التصنيف الأول تصنيف loursoreter 1991	الصدمات من النمط II	نعني بها الأحداث التي تكون متوقعة ومتكررة هاته الأحداث تؤدي إلى استعمال ميكانيزمات الدفاع مثل: الإنكار والكبت ظواهر تحذير عاطفي وتقمص بالمعتدي مصحوبة عادة مع عدوانية موجهة نحو الذات. نجد هذا النوع من الصدمات عند الأطفال ضحايا سوء المعاملة وتناذر الناجين من أحداث كالحرب.
	الصدمات من النمط III اقترحها E.PSelomomet K.M Heide.	يتعلق بوصف الأحداث المتعددة الغازية والعنيفة خلال وقت طويل أي يكون العامل المولد للتوتر مزمنا (حالات ضحايا الحرب والتعذيب، الاعتداءات السرية والاستغلال الجنسي..).
	الصدمات من النمط Iv اقترحها F.Josse.	يعني بها الصدمات الراهنة وما يميزها عن الأنماط الأخرى وأن هذه الأحداث مستمرة في الحاضر كالمتدخلين في حالات الكوارث الطبيعية.

(ponano, 2010, p73-75).

التصنيف الثاني	الصدمات البسيطة	يمكن موازاتها مع الصدمات من النمط (L. Ter).
	الصدمات المركبة	هي الصدمات الناتجة عن تعرض الضحية لحادث صدمي يمتاز بطول مدته الزمنية حيث لا يمكنه الإفلات من الحدث لحالات التخريب والاستغلال الجنسي يمكن موازاتها مع الصدمات من النمط **III**.

التصنيف الثالث	الصدمات المباشرة	يقصد به تعرض الضحية مباشرة للحدث الصدمي أو كان شاهدا عليه (ضحية أولية).
	الصدمات غير المباشرة	يقصد بهم الأفراد الذين يعيشون الأحداث الصدمية بصورة متدخلين ومنقذين فتظهر لديهم الأعراض ما بعد الصدمية (ضحايا ثانويين ومن الدرجة الثانية).

.(Ramano,H.ledessin- Lerven, 2010, p13)

6)- أعراض الصدمة النفسية:

بعد تعرض الفرد لصدمة تظهر عليه عدة أعراض متباينة تختلف شدتها ودرجتها على حسب نوعية الصدمة والتي تنعكس على عدة جوانب تمس الفرد ونجد الجانب النفسي، الجسدي، العقلي وغيرها من شأنها أن تؤثر في سير حياة الفرد.

1.6. الاضطرابات الحسية: هي فائض من الاستجابات الانفعالية والعاطفية تعود إلى منبهات داخلية أو خارجية شبيهة بشكل من أشكال الصدمة ونجد فيها الحدث الصدمي:

أ- الاكتئاب: يظهر بطريقة سريعة وهو عبارة عن حزن ينتاب الشخص مع الإحساس بالشعور بالذنب حيث يؤدي هذا إلى الانطواء والهياج نتيجة الانقباضات الحادة والسريعة المسببة لفقدان الأمل بالإضافة إلى الأسى الموجود في نشاطات الفرد الجامد.

ب- الحصر: حيث يشعر الفرد المصدوم بقلق شديد والخوف من أن يموت ويعتبر هذا القلق نوع من أنواع المخاوف فيبتعد الفرد المصدوم عن كل المنبهات التي تذكره بالحادث الصدمي.

ج- الفراغ: يسبب إيقاف الأنا فيصبح المصدوم غير مبالي فلا تهمه لا حياته المستقبلية ولا حتى علاقاته السابقة.

د- الانهيار: يسبب للمصدوم اضطراب ذهني ونفسي حيث يكون نظرة سلبية لنفسه ويتسبب هذا في خمول فكره وتفكيره.

هـ- الوحدة: رغم إحاطة المصدوم بالعائلة والأصدقاء إلا أنه يشعر بالوحدة وتلازمه في جميع المواقف.

و- سرعة الانفعال: فهذا يميز رد فعل المصدوم اتجاه العائلة والأصدقاء وكذلك نحو مصيره وفي هذا السياق يقال أن الهياج الزائد قد يترافق بسلوك عنيف غير متوقع لم تكن هناك أسباب كافية.

2.6. الاضطرابات الجسدية: نجد:

أ- فقدان الطاقة: حيث يشعر المصدوم بالإعياء والتعب الدائمين ولو كان العمل بسيطا ومهما كان نوع العمل.

ب- فقدان الشهية: نجد عند المصدوم تغير جسمي للشخص سواء بزيادة الوزن أو نقصانه كما يظهر سلوك عدم المبالاة بالأكل (شراهة أو غيابها). **(حنفي، 1996، ص56).**

3.6. الاضطرابات السلوكية: نجد:

أ- البكاء: يعتبر البكاء والدموع التعبير العام للحزن والألم الذي يعيشه المصدوم.

ب- صعوبة النوم: حيث لا يستطيع المصدوم النوم أي يعاني من الأرق كما أن نومه في كثير من الأحيان متذبذب.

ج- التعب: نجد عند المصدوم عدم القدرة على أداء أي عمل كان أو عدم قدرته على مواصلة العمل الذي يقوم به وهذا ينعكس من خلال انتاجه.

4.6. مواقف الفرد اتجاه المحيط واتجاه ذاته: نجد:

أ- التوبيخ الذاتي: (الشعور بالذنب): يحدث نتيجة الصراع الداخلي بين الرغبة والدفاع الغريزي وبين الأنا الأعلى.

ب- سوء التفكير الذاتي: نجد عند المصدوم إحساس بعدم القدرة والاحتقار النفسي وهذا ما يؤدي به إلى الانطواء والإحباط كما يكون نظرة سيئة حول نفسه فيؤدي إلى احتقارها مما يوقعه في إحباط.

ج- التشاؤم وفقدان الأمل: نتيجة لشعور الفرد المصدوم باليأس فيفقد الهدف من حياته وتشاؤمه منها في الأحوال الآنية والمستقبلية كما أنه يفقد تعاطفه مع نفسه ومع الآخرين ويفقد علاقته مع موضوع الحب وقد يتوصل إلى فكرة حب الموت والانتحار.

5.6. الاضطرابات المعرفية: نجد:

أ- اضطرابات في الذاكرة: حيث يصبح المصدوم غير قادر على استرجاع خبرته وذكرياته خاصة المتعلقة بالحادث الصادم لأنه يريد تناسيها وهذا ما يؤثر على عمل ذاكرته.

ب- اضطرابات الانتباه: حيث يتميز انتباه المصدوم بتشتت الأفكار المحملة بالانفعالات الشديدة كالأوهام والتخيلات والوساوس. **(حنفي، 1996، ص57).**

6.6. مظاهر التكرار: حيث يتكرر الحادث الصادم بأشكال مختلفة منها:

أ- الكوابيس: يعاش المصدوم بطريقه جد واضحة صورة الصدمة عندما ينام تحت غطاء كوابيس مختلفة ومتنوعة ومفزعة فتضعف نفسه حينها ويفقد من خلاله القدرة على الكلام والحركة ويظهر على شكل حلم مخيف ومؤلم كما أنه يشعر من خلالها بالتشنج.

ب- ذكريات التكرار: فمن خلالها يشعر المصدوم بالاختناق والضيق بسبب صورة الصدمة التي تتضمنها وتحملها من خلال تلك الذكريات.

7.6. الاضطرابات الاجتماعية:

أ- الانطواء: حيث أن المصدوم يهمل العالم الخارجي (بيئته) ليقتضي فقط على عالمه الداخلي فيعيش حالة من الشلل الاجتماعي لينطوي بهذا على نفسه غير قادر على تكوين علاقات والتفاعل مع الغير.

ب- التجنب: إن جمعية الطب الأمريكي قد جمعت في نقطة واحدة مسألة التجنب والتبلد بالاعتبار أن التبلد هو حاصل لاستجابة التجنب ففي البداية يحاول المصدوم تجنب الأفكار والصور والأشياء المرتبطة بالحادث الصدمي وبعد ذلك يمتد التجنب إلى أي أفكار ومشاعر أخرى لا ترتبط بالحادث مباشرة ولكنها تدفع بالمريض إلى التفكير بالحادث. **(حنفي، 1996، ص58).**

8.6. الإضطرابات العضوية:

العرق الزائد، نوبات من الدوار، ارتفاع ضغط الدم، زيادة ضربات القلب (التنفس السريع) والتبول اللاإرادي. **(يعقوب، 1999، ص49).**

7)- مراحل الصدمة النفسية:

يمكن تحديد مراحل الصدمة النفسية كما يلي:

1.7. أثناء الصدمة: من الناحية النفسية فإن الانهيار هو سبب خمول الفكر، السلوك والاستجابة الفيزيولوجية، الاحساس بالتفكك، وهذا ما نجده في دراسة الأطباء النفسانيين على الجنود بعد عودتهم من حرب الفيتنام.

ركزت الدراسة على معرفة أشكال التفكك للصدمة حيث قاموا بوضع استبيان لمعرفة الاضطرابات التي يحس بها الجنود في نفس لحظة الصدمة وما ينجم عنها على المدى الطويل والتي تقيس بالتسلسل: فقدان الشخصية، النسيان، عدم ضبط الوقت، وكذا الاحساس باضمحلال الجسم.

2.7. عند توازن الصدمة: إن القلق الذي ينتاب الضحية بصفة مفاجئة وقوية يحدث نوع من الخمول لدى الضحية الذي يحس بالخوف واضطراب شديد فالشخص يشعر وكأنه فقد شيء ما بداخلة والذي لا يمكن العثور عليه.

3.7. ما بعد الصدمة: ذلك الاحساس بالقلق الغريب عند التفكك لا يزول بسرعة ويمكن أن يصبح مرضا عقليا نسميه Schizophrénie" ولكن في أغلب الأحيان الضحية تخرج من انهيارها البدائي إلى حالة إرهاق شديد لا يمكن له النوم بصفة جيدة كما أن الذكريات والأحلام المزعجة تظهر بصفة متكررة وكل هذا يؤثر سلبا على حياة الشخص إلى حد تجعل منه شخصا عاجز عن القيام بأي نشاط مهما كان. **(لكحل، 2014، ص144).**

8)- مميزات الصدمة النفسية وآثارها على الفرد المتعرض لها:

- **تتصف الصدمات النفسية بأنها:** فجائية، غريبة، مؤلمة، حادة، شديدة، ومتكررة.
- لا نستطيع أن نتنبأ بزمن حدوثها.
- الشعور بالعجز.
- تسبب القلق والحزن الشديد.
- انعدام الشعور بالقيمة والجدوى واحتقار الذات.
- العزلة والانسحاب الاجتماعي.

- تفقدنا الإحساس بالثقة بالنفس في مواجهة الموقف.
- تحدث تثبيطا حادا في مجريات حياتنا اليومية.
- **أما آثارها على الصحة النفسية وعلى الفرد عموما فنذكر منها ما يلي:**
- الحزن، اليأس، الألم والحداد.
- الاكتئاب العصابي البسيط والحاد.
- التخيلات والأوهام والهذاءات.
- ظهور بعض الأمراض التي تصنف في فئة الاضطرابات السيكوسوماتية.
- هستيريا القلق.
- فقدان السمع والبصر.
- فقدان الذاكرة الهستيري.
- الشلل الهستيري.
- الحبسة الكلامية وعدم النطق.
- الأعراض الحسية الحركية. **(D.SMIV, 2004, p215-218)**.

9)- التناذرات الأساسية للصدمة النفسية:

1.9. تناذر التكرار: يكتسي طابعا مرضيا ساطعا للصدمة النفسية ويأخذ أشكال مختلفة كالأحلام، الكوابيس، الحاجة القهرية لذكر الحادث مرورا بالذكريات المؤلمة التي تعيد انتاج الحادث الصدمي، فالتكرار هو ميكانيزم منظم يستجيب لحاجة داخلية ترمي إلى التخفيف من

حدة التوترات عن طريق تفريغها بكميات صغيرة قصد إحياء حالة ما قبل الصدمة فله إذن وظيفة تفريغية. **(damiani, 1997, p122).**

وقد يعاش الحادث الصدمي في عدة أشكال منها المظاهر التالية:

1.1.9. الذكريات المتكررة: يجتاح الحدث الصدمي على شكل صور وأفكار أو إدراكات تسبب الشعور بالضيق وتفرض نفسها على وعيه رغم أنه يحاول التخلص منها وأحيانا على شكل اجترارات عقلية شبيهة بالأفكار القهرية تترك الفرد واهنا ومغلوبا على أمره. **(Crocq, 1992, p61)**

2.1.9. الأحلام المتكررة: تشكل الكوابيس عرضا خاصا بحالة الضغط ما بعد الصدمة ويكون التظاهر الأكثر توترا فيه، حيث يمكن أن نلاحظ عند الطفل كوابيس مرعبة دون محتوى والواقع أن هذا التكرار يكتسي وظيفة مفيدة على اعتبار أنه هو الذي يقود الصدمة النفسية لأن يحل نهائيا إن أمكن، إذ أن ذلك كان أمرا مستحيلا إبان الحادث الصدمي الأصلي فمعاودة البقايا اليومية والحياتية أثناء الحلم على أنها عمل ميكانيكي بحت ناتج عن مبدأ التكرار إنما له قيمة تفجيرية كبيرة من خلال معالجة التوترات باستمرار. **(لكحل، 2014، ص135).**

3.1.9. انطباعات فجائية: وكأن الحادث سيحدث مرة ثانية على شكل صور إحيائية أو أوهام حيث يشاهد عن الأطفال "Flach-back" أو هلاوس أو مشاهد تفكيكية تطبع النبأ المرجع، إعادة تكوينات خاصة بالصدمة وتظهر هذه الانطباعات بمناسبة مثيرات تستدعي ذكرى الصدمة حيث تعاود معايشة الرعب المرتبط بالخبرة الصادمة الأصلية المصحوبة بأعراضها الإعاشة كنوبات الصعق والهلع، نوبات من القلق أو البكاء أو الغضب والعدوانية اللفظية أو الحركية مع الشعور الدائم بالتهديد من طرف خطر متوقع ومجهول. **(Crocq, 1992, p62)**

2.9. التناذر التجنبي: يظهر التجنب ذو الأصل الصادم مباشرة بعد الحادث ويدل على انتقاله إلى وضعيات أخرى متصلة به بعلاقة ترابطية حيث ينعكس التهديد على موضوع

أو وضعية تسمح له بتثبيت القلق حتى إن كانت تهدف إلى سير التجنب بصفة شعورية إلى تجنب الأماكن والأشخاص والمواضيع المتصلة مباشرة بالحدث الصادم فإنها ممكن أن تنتشر فيما بعد إلى عدة عناصر بعيدة كالأماكن العمومية والأشخاص والمورفولوجيات المتشابهة. ويشكل التجنب أحد الأعراض الأكثر ديمومة والمستعصية جدا على التدخلات العلاجية حيث تتكرر الإجراءات التحفظية إلى درجة أنها تفقد نجاعتها فتصبح لا تمنح حماية كافية ضد الصدمة ولا تنجح في إبعاد القلق، فالخوف مثلا يحمي من عودة المكبوت الذي يحاول باستمرار الطفو على ساحة الشعور.

فيشير إلى مجموعة من الأعراض منها بذل جهد لتجنب الأفكار المرتبطة بالصدمة وعدم القدرة على التركيز، عدم القدرة على تذكر جزء من أحداث الصدمة، والواقع أن التجنب ينتج عن جملة من الميكانيزمات الدفاعية التي يتم تنصيبها بهدف تحاشي تناذر التكرار فيؤدي إلى ما يلي: **(الشيخ، 2011، ص136).**

1.2.9. جمود وظائف الفرز: يصبح الشخص المصدوم عاجزا عن فرز المثيرات الخطيرة في المحيط الذي يعيش فيه فيبدو له أن كل شيء مصدر خطر وعدوان ينتج عنها حالة استنفار دائمة تظهر من خلال اتخاذ مواقف الحيطة والحذر اتجاه المثيرات المبتذلة وصعوبة في النوم تكون مصحوبة باستيقاظ متكرر.

2.2.9. جمود وظائف الحضور: حيث يفقد الشخص مراكز اهتمامه المعتادة ويقلل من نشاطاته ويقيم عليه الانطباع بمستقبل مشدود قد يفرض عليه أعراض اكتئابيه حيث يصبح لا يهتم بواجباته كما كان سابقا وقد يقلل من قيمتها فلا يرى أنها تستدعي الاهتمام.

3.2.9. جمود وظائف الحب: يصبح الشخص سهل الاستثارة والعدوانية والتذمر، ينتابه انطباع بأنه غير مفهوم ومهجور من طرف الآخرين وذلك نتيجة النكوص النرجسي غالبا ما تنمو في

إطار هذه الشخصية جملة أخرى من السير التجنبية ذات العلاقة بالوضعيات التي تستدعي الحدث الصادم وتؤدي إلى إعاقة مسار الحياة الطبيعي للفرد الذي يطور مخاوف مرضية حقيقية كما قد يمس التجنب فقدان الذاكرة الجزئي أو التعرف الجزئي للواقع. **(سي موسى، زقار، 2002، ص89).**

3.9. التناذر العصبي الإعاشي: في خضم الحادث المدمر تعاش الصدمة كبتر قاس وعنيف للمنبهات الحسية، فالانكسار الناتج عن الانفجار يسبب اجتياحا حسيا مع الشعور بفقدان الحدود ففي لحظة يتجمد الفضاء والزمن هذا الانطباع للتعبئة الزمنية والمكانية يضاف إلى فقدان الفضاء النفسي إذ يصبح الشخص عاجز عن التفكير والسلوك بطريقه متكيفة لحماية ذاته بسبب صعق وظائف الأنا المذكورة سابقا ومحروم من وظائفه المعتادة فقد يصبح فريسة تهيج وذعر يتجليان من خلال هروب مرعب ونشاط عصبي إعاشي Neurovégétative مفرط إضافة إلى الروائح والصخب يبقيان مثبتان في الذاكرة على شكل آثار حسية Traces sensorielles هذه الصور والانطباعات هي عادة ما تجتاح نوم الضحية عندما يأتي عنصر واقعي لتنشيطها أثناء اليقظة كما يمكن أن يسبب الحدث الصدمي اللاشخصانية لدى الفرد حيث يصاب الأنا في تكامله وينشطر وتعزز اللاشخصانية Dépersonnalisation بفقدان حدود الانا فالانشطار واللاشخصانية هي وسائل دفاعية لاشعورية تسمح لضمان الاغتصاب والتعذيب بالخروج من العنف القاسي الملحق بهم وذلك أن كلاهما يرميان إلى تحطيم الهوية والمعالم النرجسية وهذه الاضطرابات التفككية Dissociative عابرة وتختفي تدريجيا غير أنها ممكن أن تترك بصمات خطيرة فهي إذن إشارة إلى إصابة نرجسية عميقة وفي مواجهتهم للصدمة النفسية الشديدة لا يتوفر الأفراد على نفس الموارد كما أنهم لا يستجيبون لها بنفس الطريقة فمنهم من تضطرب ذاكرته ومنهم من تبقى امنة بمناسبة الصدمة فتثبت الذاكرة الذكرى بكل تفاصيلها وبقوة كبيرة

ويعتبر النسيان من الوسائل التي يستعملها الشخص لينجو من الصدمة فيدافع بذاكرته وبصورة لاشعورية بهدف نسيان الحدث الصدمي.

كما تشكل "النساوة" Amnésie" وهي نتيجة لكبت الحادث الصدمي المتعلق بتصور لا يطاق إحدى طرق إبعاد الانفعالات والتصورات المدمرة فالكبت لا يسمح بتذكر الحادث المحفوظ في اللاشعور غير أنه يمكن أن يعاود الظهور مقنعا على شكل عودة المكبوت: الأعراض، الأحلام وهكذا فإن تذكر الحادث الصادم وعدم إنكاره يشكلان المخرج الوحيد للقيام بعمل الحداد بالنسبة للضحايا. بالإضافة إلى صعوبات في التركيز واضطراب في التفكير كما يتضمن هذا التناذر اضطرابات النوم والذاكرة ونوبات حادة من القلق الفيزيولوجي تنتاب الشخص المصدوم من حين لآخر. **(لكحل، 2014، ص137).**

10)- النظريات المفسرة للصدمة النفسية:

1.10. النظرية التحليلية:

1.1.10. من وجهة نظر الديناميكية: افترض "فرويد" أن الصدمة النفسية تكون دائما جنسية وينتج عن الإغواء وأشار إلى أن الحدث الصدمي يقتضي توفر أمرين:

- **الأول:** هو حادث إغواء كائن غير ناضج ويكون في وضعية سلبية ومن دون تهيؤ.

- **أما الثاني:** فهو العامل المفجر أو البعدي الذي تأخذ الصدمة معناها من خلاله ويفترض دوما وجود حدثين على الأقل حيث يتعرض الطفل في المشهد الأول الذي يسمى مشهد الإغواء وبعد البلوغ يأتي المشهد الثاني ويوقظ المشهد الأول من خلال السمات المرتبطة بينهما فتنشط الصدمة المكونة سابقا فهذه النظرية توضح أهمية التاريخ النفسي للفرد في حدوث الصدمة وكيفية التعامل معها فهناك تنظيم نفسي مع تهيئة وقدرة متفاوتة في مقاومة الصدمة التي يتلقاها الفرد في الواقع وحينما يكون أمامنا منظم جيد ونرجسية ذات صلابة معينة تضعف أمام العوامل الخارجية أو

الظروف الصعبة وحينما يكون الطفل محبوب ومحترم يكون له حظ أكبر من مقاومة الصدمات. **(سي موسى، 2002، ص64).**

2.1.10. من وجهة نظر الاقتصادية:

لقد كان عصاب الحرب هو الحافز الذي دفع "فرويد" إلى أن يوجه انتباهه للصدمة النفسية من منظور اقتصادي لذلك التعريف الأساسي للصدمة على أنه مفهوم اقتصادي: عنف الصدمة يتولد عن تجمع الاثارة أو الاستثارة مما يؤدي إلى تحطيم الحاجز أو اختراق الحاجز الواقي للانا الذي يعمل على اختلال التوازن النفسي ومن جهة أخرى هذه المقاربة الاقتصادية طورت بشكل واسع أثناء الحرب العالمية الأولى مع عودة النظرية الصدمية والتطور الاقتصادي للصدمة يعرفها على أنها انكسار واسع لصد الإثارات كإشارة إلى عدم قدرة الجهاز النفسي على تصريف فيض الاثارة الكبير ذلك أن إجلاء هذه الكمية المعتبرة من الإثارة هي مهمة مبدأ اللذة والذي يسبب عنف ومفاجأة الوضعية الصدمية تجد نفسها مباشرة خارج دائرة التأثير ونتيجة المفاجأة لا يقوم القلق كإشارة إنذار بمهمته بالتالي لا تتم تعبئة العمليات الدفاعية الملائمة فالصدمة النفسية من منظور اقتصادي في محورها الثاني هو غياب النجدة في أجزاء الأنا الذي ينبغي أن تواجه تراكم الإثارة التي تطلق سواء كانت من مصدر داخلي أو خارجي.

لذلك في هذا الصدد وحتى من وجهة نظر "فرويد" من منظور اقتصادي تتميز بتأكيدها على عنصر المفاجئة فحدوث الصدمة يتحدد أساسا بشدة العنف المتعلق بها بالمقارنة مع حالة التهيئة أو عدمها للجهاز النفسي من تلقيه لها فإن صد الإثارات باعتباره يحمي الجهاز النفسي ويمنع اقتحام كميات كبيرة من الإثارة إليه، تختلف قدرته على الاحتمال والصد من فرد إلى آخر ولدى نفس الشخص من زمن إلى آخر وعبر مراحل حياته المتعددة وهو ما يدل على تعقد الحدث

الصدمي إذ لا يخص الوضعية الصدمية فقط بل الفرد في الوضعية الصدمية لذلك يختلف الأفراد في ردود أفعالهم اتجاه الحدث الواحد. **(سي موسى، 2002، ص65).**

2.10. النظرية المعرفية:

ضمن "هورتز" (1976) في نموذجه المشهور لمعالجة معلومات الاستجابة لصدمة أفكار من النظرية التحليلية التي تعتبر ردود فعل الصدمة تتعلق بالدينامية النفسية في الأصل (العمليات النفسية التقليدية) وأفكار من النظرية المعرفية للانفعال ومعالجة المعلومات تبعا لهذا النموذج فإن التوافق مع الحدث الصادم يتطلب إدماجه في النسق المعرفي أو تطوير نسق جديد وحتى تكتمل هذه العملية فإن الصدمة تبقى في الذاكرة النشطة وحيث تكون المعلومات مرتبطة بالحدث الصادم خارج الوعي الشعوري مستخدمة ميكانيزمات الإنكار أو التجنب أو الحذر الانفعالي لتحفظ الفرد من الصدمة بينما يفسر الأحداث المحفوظة في الذاكرة وميلها لتكرار كجزء من تكاملها وتنسيقها كما أشار "هورتز" (1986) إلى التذبذب والارتباك الذي يتخلل فترات إعادة معاناة الخبرة وفترات الأفكار والانفعالات المقتحمة (الإنكار، الحذر، تصورها حدث ماض). حيث يرى بأنه يهدف إلى تسهيل معالجة المعلومات وتنظيمها حتى لا تغمر هذه الفترات ذاكرة الفرد وتؤدي إلى انفعالات حادة تخرج عن نطاق السيطرة.

استمر "هورتز" في تطوير منهجه وتكلم عن تأثير الواقعي والمخفف للمساندة الاجتماعية ضد تطور أعراض الصدمة مما يسمح بالمعالجة الدقيقة والكافية لحادث الصدمة.

ترى هذه النظرية أن ميكانيزمات العمليات المعرفية متضمنة في التعافي والشفاء عبر الوقت كما تحدث في المراحل الخمسة:

– **المرحلة الأولى:** التعرض الموضوعي، والعامل الرئيسي في هذه المرحلة هو خطورة مصدر الشيء الذي يؤدي إلى الصدمة.

- **المرحلة الثانية:** وهي شبكة المعلومات: والتي تتحدد أساسا بالإدراكات الذاتية والمعنى المرتبط بالخبرة.

- **المرحلة الثالثة:** سميت بمرحلة الاقتحام: أثناءها تنشط شبكة الذاكرة في محاولة لمعالجة وتحليل الذكريات المرتبطة بالصدمة.

- **المرحلة الرابعة:** هي مرحلة التجنب: وتتصف باستخدام الهروب والإنكار كخطط مواجهة في الاستجابة لاقتحام.

- **المرحلة الخامسة:** سميت بمرحلة النتيجة: يتحقق فيها الشفاء من خلال شبكة معالجة الحلول. **(صفوت واخرون، 2002، ص128).**

3.10. النظرية السلوكية:

اقترح كل من "كين" و"زمرنج" و"كادل" نماذج تعلم ذات عاملين لتفسير تطور ضغوط الصدمة ووفقا لهذا النموذج كل مثير يرتبط بالحدث الصادم يمكن أن تصبح من خلال عملية الاشتراط التقليدي قادر على إنتاج استجابة شرطية مماثلة لتلك المقترنة بالصدمة النفسية الأصلية والمثيرات الإضافية المقترنة بصفة غير مباشرة بالصدمة التي تؤدي إلى ردود فعل مماثلة من خلال تعميم المنبه والاشتراط.

يتعلم الفرد التجنب لكي يهرب أو يمنع الاستجابة الشرطية في حين يتولى التدعيم السلبي المستمر لتجنب تعزيز المقاومة الإنطفاء مما يفسر لنا الاستمرار أعراض القلق فترة طويلة بعد تناقص الأعراض الأخرى بوضوح.

ومن جانب آخر شرحت لنماذج سلوكية أخرى الدور الأساسي للعوامل المخفية (مساندة اجتماعية) والعوامل المضاعفة (تاريخ الأسرة في المرض النفسي) في التأثير على استمرار

أعراض الصدمة ونذكر منها دراسة "فواستكين وروتبوم" التي ترى بأن الأحداث الصادمة تخلق شبكات خوف كبيرة ومعقدة تنشط بسرعة بسبب العدد الكبير من الاتصالات البيانية التي تتكون من خلال الاشتراط وتعميم الشيء الذي يجعل الأشياء التي اقترفت واعتبرت محايدة آمنة مرتبطة بالخوف ويؤدي هذا الإحساس بعدم القدرة على التمييز بين المثيرات (الأحداث) التي تشكل تهديدا أم لا وعدم القدرة على التحكم والسيطرة عليها. كلها عوامل مهمة تعمل على استمرار وتطور اضطراب. **(صفوت واخرون، 2002، ص126-127).**

4.10. النظرية البيولوجية:

حاولت النماذج البيولوجية تفسير ظهور أعراض الصدمة يشترك في كثير من الجوانب مع نموذج سلوك الحيوان إزاء الصدمة التي لا مهرب منها وكلاهما يتضمن التعرض لضغط شديد لا يمكن تفاديه ويسلم كل من كان فإن "دركولد وآخرون" أن أعراض الصدمة تنجم عن التغييرات في نشاط الناقلات العصبية وهي أعراض فقدان الذاكرة الحادة والانتفاضة الشديدة والثورات العدوانية يعتقد بأنها ترتبط بالنشاط الزائد لإثارة الإدرنالية ولمثيرات مرتبطة بالصدمة والتي يتبعها استهلاك كيماويات حيوية للمخ ونقص أدرينالين على مستوى الجهاز العصبي المركزي الذي يعتقد أنه يفسر لنا أعراضا مثل فقدان الإحساس باللذة، الانسحاب الاجتماعي والحذر العاطفي أو الوجداني تنشأ بذلك دائرة من السلوك التي تبحث فيها الضحية عن تكرار التعرض للضغط محاولة منها لإعادة الحصول على تأثير فقدان الإحساس بالألم. وعلى الرغم من أن النماذج البيولوجية مثيرة للعقول إلا أنها اعتبرت أولية بطبيعتها وتترك الكثير من الغموض في تفسير الصدمة وأعراضها وتأثير الفوارق الفردية في استجابة للصدمة. **(عبديش، 2013، ص16-17).**

5.10. نظرية "Louis crocq":

بين (1985-1994) يقول إن إدراكنا للصدمة يعتمد على ثلاث نقاط هي:

أ)-اغتراب الصدمي: Aliénation traumatique.

ب)-بلبلة وقتية: Bouleversement de la temporalité.

ج)-لا معنى ناجم للصدمة: Non sens impliqué par le trauma.

أ)-اغتراب الصدمي: لدى الأشخاص الذين يحسون بتغيير في شخصيتهم، معارفهم إدراك جديد لأشياء، لأفكار، لإحساسات، للحب، للإرادة ويتعلق الأمر بالشخصية بعد أثر الصدمة.

ب)-بلبلة وقتية: الانسجام الوقتي العميق يميز الشخص المصدوم، فقد توقف الزمن بالنسبة إليه عند لحظات الصدمة بسبب الرعب والهول والحاضر ارتبط بصورة الصدمة أما المستقبل فهو مسدود.

ج)-لا معنى ناجم للصدمة: ضياع نرجسية المصدوم وفقدان قيمه وجودته، فقدان معنى الأشياء وعدم القدرة على التعويض، ضياع ومحو لكل معنى الأشياء وعدم البقاء في نواة مخيفة، كذلك السلبية اتجاه الذات والمحيط. إذن الصدمة هي ضياع شخصية وتحطم لمعنى الوجود. **(عبديش، 2013، ص18).**

11)- تشخيص اضطراب الصدمة النفسية:

حسب DSM5 -(F43.10) Post Stress Traumatique

تطبق المعايير التالية للبالغين والمراهقين والأطفال أكبر من 6 سنوات.

A- التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو تهديد الموت أو إصابة خطيرة أو العنف الجنسي عبر واحد (أو أكثر) من الطرق التالية:

1- التعرض للحادث الصدمي مباشرة.

2- المشاهدة الشخصية للحدث عند حدوثه للأخرين.

3- المعرفة بوقوع الحدث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين في حالات الموت الفعلي أو التهديد الفعلي أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، فالحدث يجب أن يكون عنيفا أو عرضيا.

4- التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحادث الصادم (على سبيل المثال: أول المستجيبين لجمع لبقايا البشرية، ضباط الشرطة الذين يتعرضون بشكل متكرر لتفاصيل الاعتداء على الأطفال).

ملاحظة: لا يتم تطبيق معيار **A4** إذا كان التعرض من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية والتلفزيون والأفلام أو الصور، إلا إذا كان هذا التعرض ذا صلة بالعمل.

B- وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض المقتحمة التالية المرتبطة بالحدث الصادم والتي بدأت بعد الحدث الصادم.

1- الذكريات المؤلمة المتعلقة المتكررة وغير الطوعية عن الحدث الصادم.

ملاحظة: عند الأطفال الأكبر سنا من **6** سنوات قد يتم التعبير عن طريق اللعب المتكرر حول مواضيع أو جوانب الحدث الصادم. **(سعدوني، 2012، ص86).**

2- أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم.

ملاحظة: عند الأطفال قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف عليه.

3- ردود فعل تفارقيه (على سبيل المثال لو Flash Back) حيث يشعر الفرد أو يتصرف كما كان الحدث الصادم يتكرر (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل حيث التعبير الأكثر تطرقا هو فقدان كامل للوعي بالمحيط).

ملاحظة: في الأطفال قد يحدث إعادة تمثيل محدد للصدمة خلال اللعب.

1- الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم.

2- ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم.

C- تجنب ثابت لمحفزات المرتبطة بالحدث الصادم وتبدأ بعد وقوع الحدث الصادم كما يتضح من واحد مما يلي أو كليهما:

1- تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة والأفكار أو المشاعر أو ما يرتبط بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

2- تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأماكن، الأحاديث، الأنشطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم). **(سعدوني، 2012، ص87).**

D- التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصادم والتي بدأت أو تفاقمت بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من إثنين (أو أكثر) بما يلي:

1- عدم القدرة على تذكر جانب من جوانب الحدث الصادم (عادة بسبب النساوة التفا رقية ولا يعود لعوامل أخرى مثل: إصابات الرأس، والكحول، أو المخدرات).

2- المعتقدات سلبية ثابتة ومبالغ بها أو توقعات سلبية ثابتة ومبالغ بها حول الذات والأخر، أو العالم (على سبيل المثال: أنا سيئ، لا يمكن الوثوق بأحد، العالم خطير بشكل كامل، الجهاز العصبي لدى دمر كله بشكل كامل).

3- المدركات الثابتة عن سبب أو عواقب الحدث الصادم والذي يؤدي بالفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه أو غيرها.

4- الحالة العاطفية السلبية (على سبيل المثال: الخوف والرعب والغضب والشعور بالذنب أو العار).

5- تضاءل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة.

6- مشاعر بالنفور والانفصال عن الأخرين.

7- عدم القدرة المستمرة على اختيار المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال: عدم القدرة على تجربة السعادة والرضا أو مشاعر المحبة).

E- تغيرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصادم والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من إثنين (أو أكثر) مما يلي:

1- سلوك متوتر ونوبات الغضب (دون ما يستقر بشكل خفيف) والتي عادة ما يعبر عنها بالاعتداء اللفظي تجاه الناس أو الأشياء.

2- التهور أو سلوك تدميري للذات. **3**- التيقظ المبالغ فيه.

4- استجابة عند الجفل مبالغ فيه. **5**- مشاكل في التركيز.

6- اضطرابات النوم (على سبيل المثال: صعوبة في الدخول للنوم، أو البقاء نائما أو التوتر). **(سعدوني، 2012، ص88).**

F- مدة الاضطراب (معايير B-C-D-E) أكثر من شهر واحد.

G- يسبب الاضطراب إحباطا سريريا هاما أو ضعفا في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

H- لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة مثل (الأدوية والكحول) أو حالة طبية أخرى حدد فيما إذا كان: مع أعراض تفارقيه: أعراض الفرد تفي بمعايير اضطراب الكرب ما بعد الصدمة وبالإضافة إلى ذلك فردا على الشدائد يختبر الفرد أعراضا مستمرة أو متكررة مما يلي:

1- تبدد الشخصية: تجارب ثابتة أو متكررة بالشعور بالانفصال عن الذات وكما لو كان الواحد مراقبا خارجيا للجسم أو العمليات العقلية (على سبيل المثال: الشعور كما لو كان الواحد في حلم، الشعور بإحساس غير واقعي عن النفس أو الجسم أو تحرك الوقت ببطء).

2- نبذ الواقع: تجارب ثابتة أو متكررة بلا واقعية البيئة المحيطة (على سبيل المثال: يختبر العالم المحيط بالفرد على أنه غير واقعي، شبيه بالحلم، بعيد أو مشوه). **(سعدوني، 2012، ص89).**

- **تشخيص الصدمة النفسية حسب (IDC11):** اضطراب الكرب ما بعد الصدمة (PTSD)

هو اضطراب قد يتطور بعد التعرض لحدث أو سلسلة من الأحداث المهددة أو المروعة للغاية ويتميز بكل ما يلي:

1- إعادة تجربة الحدث أو الأحداث الصادمة في الوقت الحاضر على شكل ذكريات مقتحمة حية أو ارتجاعات عن الماضي أو كوابيس عادة ما تكون مصحوبة بمشاعر قوية أو غامرة خاصة الخوف أو الرعب وأحاسيس جسدية قوية.

2- تجنب الأفكار وذكريات الحدث أو الأحداث أو تجنب الأنشطة أو المواقف أو الأشخاص الذين يذكرون بالحدث.

3- التصورات المستمرة للتهديد الحالي المتزايد على سبيل المثال كما يتضح من خلال التنبيه المفرط أو رد الفعل المفاجئ المضخم للمنبهات مثل الضوضاء غير المتوقعة تستمر الأعراض لعدة أسابيع على الأقل وتسبب ضعفا كبيرا في المجالات الشخصية أو العائلية أو الاجتماعية أو التعليمية أو المهنية أو غيرها من مجالات أداء المهمة. **(Arnaud fouchard,2018, p3).**

وقد جاء في **(CIM11)** اضطراب الكرب ما بعد الصدمة المعقد إن اضطراب الكرب ما بعد الصدمة المعقد يتسم بوجود ما يلي بشكل حاد ومستمر:

1- مشاكل في تنظيم العاطفة.

2- معتقدات حول الذات على أنها متضائلة ومهزومة أو لا قيمة لها مصحوبة بمشاعر العار أو الذنب أو الفشل المرتبطة بالحدث الصادم.

3- صعوبات في الحفاظ على العلاقات والشعور بالقرب من الأخرين تسبب هذه الأعراض ضعفا كبيرا في المجالات الشخصية أو الأسرية أو الاجتماعية أو التعليمية أو المهنية أو غيرها من المجالات أداء المهمة. **(International Classification of Diseases for Morbity and Mortality Statistics, ICD11MMS).**

12)- علاج الصدمة النفسية:

1.12. التدخل أثناء الأزمة: إن التدخل أثناء الأزمة يشمل في معناه عدة إيجابيات ملموسة حيث تكمن في مساعدة أكبر عدد من المرضى، كذلك الوقاية من التزامن الناتج عن غياب التخطيط أو غياب الأهداف العلاجية، كما أن في هذه المرحلة يمكن تمييز نوعين رئيسيين من العلاج قصير المدى كل هذا يحدد تبعا لطبيعة الأزمة وشخصية المفحوص يتمثلان في:

أولا: العلاج النفسي التفسيري والذي قد يسبب القلق في إيصال الوعي بالصراع على أمل حدوث تغيير حالي في ردود الفعل العصابي لمواجهة المشكلة.

ثانيا: العلاج بالسند والذي يهدف إلى التخفيض من صراعات المفحوص بمساعدة الإيحاء كطبيب خاص أو أحيانا تدخل على مستوى محيط المفحوص. **(كروغلي، 2010، ص59).**

2.12. التطهير النفسي: هذا النوع من العلاج موجه للأفراد الذين عايشوا حوادث خاصة أو صدمات كالكوارث الطبيعية والوضعيات الناتجة عن العنف البشري كما تختلف طرق العلاج حسب ظروف وعلى علاقة بالوقت ومكان تواجدهم نجد ما يلي:

1.2.12. العلاج الاستعجالي: التطهير المبكر يمارس في مكان الحادث الصدمي ويؤمن عموما من طرف الأطباء العقليين والمختصين النفسيين والممرضين وخلايا الاستعجالات الطبية النفسية تكون مهيأة والعلاج موجه للضحايا المدنيين لمساعدتهم على استيعاب معاشهم الآني وقلقهم.

2.2.12. العلاج بعد الاستعجالي: يمارس هذا النوع من العلاج من يومين إلى عدة أيام بعد الحادث بين (24 إلى 72 ساعة) في مكان محايد ومستقر قد يكون فردي أو جماعي ومدته تتراوح بين ساعة ونصف إلى ثلاثة ساعات حسب عدد المشاركين والذين لا يجب أن يتجاوز عددهم 12 شخص، هذه الطريقة موجهة للأفراد المدنيين والممارسين الذين واجهوا اعتداءات أو أحداث خطيرة أثناء ممارسة وظيفتهم وكذلك رجال الإنقاذ بعد ممارسة مهمتهم.

3.2.12. المتابعة النفسية: يمارس هذا النوع من العلاج في معاينات خاصة بعلم النفس الصدمي، كما أن التطهير النفسي هو اجتماع لمجموعات منظمة لمراجعة الأحداث بالتفاصيل والأفكار والأحاسيس وردود الأفعال التي تحدث الحادث الصدمي كما يهدف التطهير النفسي

إلى التنبؤ بآثار غير مرغوب فيها وتسريع الاسترجاع الطبيعي والمحافظة على الدافعية. **(كروغلي، 2010، ص60).**

3.12. العلاج السلوكي المعرفي: يتضمن هذا العلاج مختلف البرامج العلاجية بما في ذلك: سيرورات إعادة بناء المعرفي، برامج إدارة القلق وكذلك التركيب بين مختلف هذه الطرق.

1.3.12. إعادة المعالجة المعرفية: تهدف هذه التقنية إلى تحديد الأفكار الخاصة أو الأحاديث الذاتية المرتبطة بالقلق الذي تسببه الصدمة ويتم التعرف على التغيرات المعرفية خلال التعرض لذكرى صدمية وأخذ ملاحظات حول إدلاءات المريض المرتبطة بالتوقع والقدرة على التحكم والشعور بالذنب ثم يتم البحث مباشرة عن مخططات جديدة.

وتكون هذه الأخيرة محل استفسار وتساؤل باستعمال الأسئلة السقراطية وفق تقنيات معرفية معتادة حيث يلفت المعالج انتباه المريض حول سيرورة التفكير في الوضعية الصدمية ويساعده على تحديد سيرورات "التعميم" والاستنتاج والإدراك بطريقة كل شيء أو لا شيء أو "الشخصنة" فبإحداث تغيرات في طريقة تفكير المريض له تأثير كبير على حالته الانفعالية وعلى سلوكاته، فهذه التقنية العلاجية تعين الفرد على التركيز على المحيط الحالي وتقييم درجة التهديد التي يشعر بها في وضعيات خاصة ثم في الحياة عموما بطريقة أكثر عقلانية وتكيفا.

4.12. العلاج الجماعي: أفراد المجموعة يقدمون الدعم اللازم لبعضهم البعض مما يشعر بالأمن والترابط والتعاطف والمشاركة في حوار تساعده على التخلص من أحاسيس الخجل والشعور بالذنب والخوف والشك.

5.12. العلاج بتقنية حركة العينين EMDR: وهي من أحدث التقنيات العلاجية ظهرت على يد "F. SHAPIRO" في نهاية الثمانيات من القرن العشرين حيث وجهت أساسا لعلاج

الذكريات الصدمية واضطراب PTSD. ومع مرور الوقت أصبحت هذه التقنية تطبق في علاج اضطرابات أخرى حيث تكون أعراض ناتجة عن خبرة سابقة مربكة.

6.12. العلاج الصدمي: ينطلق التشخيص من حالة شخص عند تعرضه لصدمة عاطفية شديدة أو ناشئة في أعقاب عملية جراحية والقصد من وراء هذا النوع من العلاج هو إحداث الصدمات بواسطة التيار الكهرباء لكي تؤثر في الجهاز العصبي وتفعيل في معدل إفراز الهرمون. **(أبو فرحة، 2000، ص162).**

7.12. العلاج العائلي: يكون تنظيم مقابلات عائلية لتوعية أفراد عائلة المصدوم بمعايشة المصدوم بهدف تفادي بعض الصراعات المحطمة للعلاقات داخل العائلة نفسها والتي تتبع من عدم التفهم وحيرة الأهل في مساعدة المصدوم، إن لكل عضو من عائلة المصدوم يعيد سرد الحادث الصدمي حسب منطلقة هو وبالتالي يصبح الاتصال العائلي أكثر مرونة، هذا الشكل من العلاج يسمح بإعادة تصحيح المسار العائلي داخل العائلة نفسها وهذا العلاج يهدف إلى: بناء الثقة والعلاقة الطيبة بين المعالج والمربض مع السعي إلى توضيح أهداف العلاج وتحديد دور كل من المعالج وأفراد العائلة، تدريب أفراد العائلة على ممارسة المهارات والتقنيات المطلوبة لتسهيل عملية الاتصال والعلاقة مع المربض.

8.12. العلاج الدوائي: وصف أدوية وعقاقير بهدف التقليل من الاضطرابات المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة على غرار القلق والاكتئاب بحيث تكون هذه الأدوية تحت إشراف طبيب مختص لتجنب الآثار الجانبية لها من خلال تحديد كمية ونوع الجرعات.
(غسان، 1999، ص142).

خلاصة:

في الأخير نفهم أن الصدمة النفسية من أهم الاضطرابات النفسية على مر الأزمان، فهي نتاج تعرض الإنسان لحادث مفاجئ غير متوقع يتميز بالشدة والقوة مما يؤدي إلى ظهور جملة من الإثارات على صحته النفسية والجسدية تمنعه من مزاولة عمله ونشاطاته بصفة عادية.

تمهيد:

إن لصورة الجسم والشعور به أهمية كبيرة لدى الكثير نظرا لطبيعة الأحكام التي تصدر من الاخرين اتجاه الشخص المبتور لأحد الأطراف السفلى أو كلاهما.

فنجد المبتور يعيش حالة نفسية أقل ما نقول عنها أنها مستعصية ميؤوسة وصعبة ولإثراء هذا الموضوع وإنصافه ارتأينا تناوله من جوانبه المختلفة والضرورية معتمدين على العناصر التالية: تعريف، أنواع، خصائص، أعراض، مكونات، أهمية، أبعاد، العوامل المؤثرة، النظريات المفسرة، التشخيص، الأساليب العلاجية والتأهيلية.

1)- مفهوم صورة الجسم:

1.1. مفهوم الصورة:

1.1.1. المعنى اللغوي: "تعرف الصورة من الناحية اللغوية على أنها شكل، قال تعالى: "في أي صورة ما شاء ركبك". **(سورة الانفطار، الآية 08).**

قال تعالى في التنزيل الحكيم: "هو الذي يصوركم في الأرحام كيف يشاء لا إله إلا هو العزيز". **(أل عمران، الآية 06).**

كما أن صورة الشيء أو الشخص عند رسمه على الورق أو الحائط ونحوهما بالقلم أو بآلة التصوير نجعل له صورة ونضعه موضع يكشف عن جزئياته، تصور بمعني نكون له صورة وشكل وتصور الشيء أي تخيل صورته في الذهن، يقول عز وجل: "الذي خلقك فسواك فعدلك في أي صور ما شاء ركبك". **(سورة الانفطار، الآية 7-8).**

حسب ما ورد في قاموس **(La rouse 1997)** ثلاث دلالات أساسية هي:

الصورة: "تعني النسخة وهي منتوج لفعل التصوير أو الاستنساخ عن طريق التصوير الفوتوغرافي عبر الآلة أو التشكيلي عبر اليد أو عن طريق النحت".

-"هي الصورة التي صور الله سبحانه وتعالى جميع الموجودات ورتبها فأعطى كل شيء منها صورة خاصة به وهيئة متفردة يتميز بها صاحبها على اختلاف الصور وكثرتها، والصورة بضم الشكل وتستعمل بمعنى النوع والصفة". **(ابن منظور، 1983، ص23-25).**

2.1.1. المعنى الاصطلاحي:

- حسب **Pierre:** "تعني شخصية الفرد أو تنظيمه الذي يظهر لدى المجتمع ويساهم الفرد في تغيير صورته باتجاه نفسه أو باتجاه الآخرين أو بمعنى أخر هي الصورة التي يخزنها الفرد في فكرة حول نفسه أو الآخرين". **(Jean, 1999, p186).**

- حسب **Sillamy:** "تعني أنها تمثيل ذهني لموضوع غالب وعلى عكس الفكرة المجردة، الصورة تحتفظ وتنشأ من النشاط العفوي للعقل ومن التحليل العملي الداخلي **(Sillamy, 1980,p12).**

"كما أنها تعني الصفة والنوع يقال صورة الآمر كذا أي صفته وصورة الشيء هي خياله في الذهن أو العقل". **(بريالة، 2012، ص23).**

2.1. مفهوم الجسم:

1.2.1. المعنى اللغوي: "كلمة الجسم في اللغة العربية لها مرادفات أخرى: كالجسد، البدن. كما يعرف الجسم على أنه يجسم جسم أي صيره جسما قال تعالى: "إن الله اصطفاه عليكم وزاده بسطة في العلم والجسم". **(سورة البقرة، الآية 247).**

– **الجسم:** "هو حقيقة مجسدة تحدد شخصية الفرد وتؤثر على اختياراته وسلوكياته وعلاقاته فالجسم لديه قانونه الخاص بنموه وبوظيفته وكبره عن كل أحاسيسه ومشاعره وأفكاره إضافة إلى التعبير عن كيانه يبقى مرتبط بعالمه المادي والروحي".

والجسم جماعة البدن أو الأعضاء من الناس والإبل والدواب ويجمع على أجسام، أجسم، جسوم، كل ماله طول وعرض وعمق ويقال: أنه لنحيف الجسمان وجسمان الرجل وجثمانه واحد ورجل جسماني إذا كان ضخم الجثة والجسم والجسد والجسمان والجثمان الشخص. **(ابن منظور، 1983، ص624).**

2.2.1. المعنى الاصطلاحي:

– حسب **Sillamy:** "يعني أنه كائن مادي مدرك يحتل منطقة من الفضاء ندركه من خلال احساساتنا ونعبر عنه من خلال مرآة الثقافة والحياة الاجتماعية" **(Sillamy, 1980, p340).**

– حسب **درويش:** "يعرف الجسم بأنه إدراك الفرد وتقييمه لوظائفه الجسمية ومظهره". **(بريالة، 2012، ص25).**

3.1. تعريف صورة الجسم:

– **تعريف أنور الشرباوي:** "هي الصورة الذهنية للفرد عن تكوينه الجسماني وكفاءة الأداء الوظيفي لهذا البنيان تتحدد هذه الصورة بعوامل: شكل أجزاء الجسم وتناسق هذه الأجزاء للجسم والشكل العام للجسم والكفاءة الوظيفية للجسم والجانب الاجتماعي لصورة الجسم". **(الشرباوي، 2001، ص131).**

- **تعريف طومسون:** "صورة الجسم تشير للمظهر الخارجي للجسم من حيث تقييم الشخص لكل ما يتعلق بمظهره الجسمي إذ يرتكز ذلك على المضمون الإدراكي ودقة الإدراك لحجم الجسم ووزنه والمضمون الذاتي أو الشخصي وهو تقييم معاني الرضا من الجسم والاهتمام به والمضمن السلوكي يركز على تجنب المواقف التي تؤدي للشعور بعدم الارتياح اتجاه مظهر الجسم". **(النوبي، 2010، ص21).**

-**تعريف Schilder:** "تعني شكل الجسم كما نتصوره في أذهاننا والطريقة التي يبدو بها الجسم لأنفسنا والعملية التي ينجزها كوحدة مميزة". **(فايد، 2004، ص125).**

- **تعريف روزين وآخرون:** "هي صورة ذهنية إيجابية أو سلبية يكونها الفرد عن جسمه وتعلن عن نفسها من خلال مجموعة من الميول السلوكية التي تظهر مصاحبة لتلك الصورة والملمح الأساسي لتعريف المظهر الجسمي لصورة الجسم هو تقييم الفرد لحجمه ووزنه أو أي جانب آخر من الجسم يحدد المظهر الجسمي". **(الدسوقي، 2006، ص16).**

- **تعريف علماء الأنثروبولوجيا:** "صورة الجسم هي التصور الذي يكونه الشخص عن جسده والطريقة التي يبدو له بها بشكل واع إلى هذا الحد أو عبر سياق اجتماعي وثقافي يضفي تاريخه الشخصي عليه طابعا خاصا، فصورة الجسم ليست من المعطيات الموضوعية إذ أنها ليست واقعا وإنما قيمة ناتجة أساسا عن تأثير المحيط والتاريخ الشخصي للفاعل".
(دافيد لوبروتون، 1997، ص145).

2)- أنواع صورة الجسم:

1.2. الصورة الجسمية الموجبة: وهو كل انعكاس إيجابي على ما يؤديه الفرد من سلوك وما يظهره من انفعالات واهتمام ورعاية وعناية بالجسم والمحافظة عليه والحرص على أن يكون في أحسن صورة ممكنة وهذا حسب متغيرات عدة.

2.2. الصورة الجسمية السالبة: ويلعب فيها الفرد دورا مهما في الشعور بالخجل من جسمه والشك في قدراته والإحساس بالنقص عندما يتقارب جسمه مع أجسام أقرانه وقد يتطور الإحساس وتتشوش النفسية وقد يختار الانسحاب، الانطواء بعيدا عن الاخرين.

3.2. الصورة الجسمية المتذبذبة: والمتمثلة في الرضا عن الجسم تارة والرفض تارة أخرى بكل ما يحمله الرفض من عدم الاستقرار النفسي والقلق والخوف من الأشياء والذي قد يكون وهمي مما يجعل الشخص في توتر مستمر ينعكس ليس على نفسه فقط إنما على العلاقة مع الاخرين خاصة عندما يكتشف الاخر أن المزاج تارة انطوائي وتارة انبساطي. **(الأنصاري، 2002، ص180).**

3)- خصائص صورة الجسم: تتميز صورة الجسم بمجموعة من الصفات:

1.3. لا يوجد كيان موحد لصورة الجسم، وبالتالي لا يمكن وضع تعريف لصورة الجسم بطريقة كافية عن طريق عنصر فردي مثل درجة الرضا لذلك يجب على الباحثين الإكلينيكيين أن يسعوا إلى فهم أو معرفة العوامل المتداخلة والمعقدة بين العناصر المكونة أو التي تشكل صورة الجسم.

2.3.تشير صورة الجسم إلى الإدراكات أو التصورات أو الأفكار والمشاعر التي تتعلق بالجانب

الجسمي في شخصية الفرد وتتضمن المدركات الحسية وتقديرات الصفات الجسمية الحقيقية للفرد والمعايير الداخلية أو المثل العليا.

3.3. تتأثر صورة الجسم بمفهوم الفرد عن ذاته الجسمية، فمفهوم الذات السلبي ينعكس على صورة الذات.

4.3. صورة الجسم ليست ثابتة أو محددة حيث تعمل على مستوى السمة والحالة وعلى الرغم من أن هناك ميول أو نزعات استعدادية لرؤية جسم الفرد في مستودع إدراكي معين إلا أن الأحداث الموقفية أو السياقية تنشط أو تحفز صورة الجسم السلبية.

5.3. تؤثر صورة الجسم على العمليات المعرفية فالناس الذين يكونون رسم تخطيطي أو إيضاحي أو صورة معينة لمظهرهم ينشغلون أو يقومون بتكوين معلومات ضمنية عن مظهرهم بطريقة مختلفة عن الأشخاص الذين لا يوجد لديهم رسم تخطيطي أو إيضاحي لصورة الجسم. **(الدسوقي، 2006، ص21).**

6.3. تؤثر صورة الجسم على الأنماط السلوكية سواء الأنماط التجنبية أو الاقدامية وتتضمن الأنماط الاقدامية أنشطة المحافظة على المظهر مثل التمرينات الرياضية والاعتناء بالمظهر وتؤدي إلى زيادة تقدير الفرد لذاته وإلى الاستحسان الاجتماعي بينما تتضمن الأنماط الاحجامية المواقف التي تقوم بدور سلبي أو التي تؤدي إلى حالة من الشعور بالنفور أو اليأس من صورة الجسم.

4)- مكونات صورة الجسم: تشتمل صورة الجسم على ثلاثة مكونات:

1.4. المكون الإدراكي: يعني دقة إدراك الفرد لحجم جسمه ومكونات الجسد.

2.4. المكون الذاتي: يعني الرضا عن الجسد والاهتمام به والقلق بشأنه.

3.4. المكون السلوكي: يعني تجنب الفرد للمواقف التي تسبب له عدم الراحة أو التعب أو المضايقة التي ترتبط بالمظهر الجسمي. **(الدسوقي، 2006، ص21).**

- يري "كفافي" أن صورة الجسم تشمل مكونين لهما أهمية كبيرة في إدراك الفرد لصورة جسمه وهما:

أ- المثال الجسمي: وهو النمط الجسمي الذي يعتبر جذابا ومناسبا من حيث العمر ومن حيث وجهة ثقافة الفرد فمفهوم ثقافة الفرد بالمثال الجسمي له دور لا يستهان به فيما يكونه الفرد من صورة نحو جسمه وتطابق أو اقتراب مفهوم المثال الجسمي كما تحدده ثقافة الفرد من صورة الفرد الفعلية لجسمه ويسهم بطريقة أو بأخرى في تقدير الفرد لذاته وتباعد مفهوم مثال الجسم السائد في المجتمع من صورة الفرد لجسمه يعد مشكلة كبيرة إذ تختل صورة الفرد عن ذاته وينخفض تقديره لها. **(كفافي والنيال، 1996، ص27).**

ب- مفهوم الجسم: يشمل هذا المفهوم على الأفكار والمعتقدات والحدود التي تتعلق بالجسم فضلا عن الصورة الإدراكية التي يكونها الفرد حول جسمه. **(كفافي، 1995، ص21).**

ترى "جيمس" أن صورة الجسم تتكون من مكون انفعالي يشير إلى الشعور السار ومكون معرفي يشير إلى الرضا عن الجسم والحياة. **(الدسوقي، 2006، ص16).**

5)- أهمية صورة الجسم:

يرى "كاش ذلك **Cache**" أن مظهر الجسم من الأمور الرئيسية التي تشغل بال الكثيرين ويظهر جليا في النظرة الخارجية التي تختص بالتأثيرات الاجتماعية للمظهر والنظرة الداخلية التي تشير إلى التجارب أو الخبرات الشخصية التي تختص بالمظهر أو بما يبدو عليه الفرد في الواقع والنظرة الداخلية بمعناها الواسع هي ما أطلق عليه علماء النفس ما يسمى بصورة الجسم والتمييز بين النظرة الخارجية يعتبر ذو أهمية بالغة لأننا نرى أنفسنا بالطريقة التي يرانا بها الآخرون ونجد أن معظم التجارب والخبرات المتعلقة بالجسم بالنسبة لعدد كبير من الأفراد مشحونة بالاستياء والسخط وعدم الرضا والانشغال الزائد أو المبالغ فيه ولأن مظهر الشخص الجسمي له أهمية فبدون أدنى شك يفترض وجود علاقة هامة بين تقييماتنا لأجسامنا وحالتنا النفسية. **(الدسوقي، 2006، ص107-108).**

وعدم الرضا عن صورة الجسم هو مصدر لانخفاض مفهوم الفرد وتقديره لذاته. **(كفافي، النيال، 1996، ص14).**

كما أن عدم الرضا عن الجسم لدى الإنسان يترتب عليه الكثير من المشكلات النفسية التي تؤدي إلى تشويش صورة الجسم وتنشأ هذه المشكلة عندما لا يتوافق شكل الجسم مع ما يعد مثاليا حسب تقدير المجتمع. **(الأنصاري، 2002، ص181).**

هذا ما يدفعنا إلى أن نؤكد أنه في كثير من الأحيان يكون المفهوم السلبي للذات راجعا إلى تشوه صورة الجسم واضطرابها ومن ثم وجود علاقة طرديه بين عدم الرضا عن صورة الجسم والمفهوم السلبي للذات. **(فايد، 2004، ص05).**

إن صورة الجسم جزء حيوي من إحساسنا بالذات فهي ترتبط بتغيير ذواتنا كما تتأثر بالعديد من العوامل الاجتماعية والثقافية وهي قد تؤثر على رغبتنا في الانتماء إلى المجتمع وأن نكون مقبولين اجتماعيا ويذكر "بيغر" أن المظهر عامل مهم في العلاقات وفي الحياة.

وترى "جيمس" أن خبرة الجسم مهمة للنمو البدني وأن صورة الجسم لها أهمية وجدانية ورمزية أيضا فالقلق الرئيسي اليوم في المجتمع يرتبط بصورة الجسم، وتذكر "إليزابت" أن صورة الجسم تلعب دورا بارزا في اتخاذ القرارات المهنية وفعالية الذات والإصرار. **(عبازة، 2014، ص22).**

نرى أن أهمية صورة الجسم تؤثر معرفيا وانفعاليا وتكمن في كيفية قدرة الفرد على تقدير ذاته ومدى تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية التي تعتبر العنصر الأساسي في بناء شخصيته ومدى قدرته على التكيف معها. إذن صورة الجسم ذات طابع نفسو اجتماعي.

6)- أبعاد صورة الجسم:

- يتفق الباحثون على نحو متزايد أن لصورة الجسم مفهوم متعدد الأبعاد:

وقد ذكر "**برون وآخرون**" **(1990)** بعض الأمثلة لأبعاد التي تحيط بصورة الجسم مثل: الإدراك، الاتجاه السلوك، الفعالية، الخوف من السمنة وتشوه الجسم، عدم الرضا عن الجسم وتوظيف السلوك الإدراكي والتقييم وتفضيل النحافة والأكل المقيد. **(الأشرم، 2008، ص38).**

كما قام "**محمد علي محمد النوبي**" بإعداد اختبار لقياس صورة الجسم لدى المراهقين المعوقين والعاديين واعتمد على 05 خمسة أبعاد وهي تقبل أجزاء الجسم المعيبة، التناسق النفسي العام لأجزاء الجسم، المنظور الاجتماعي لشكل الجسم، المحتوى الفكري لشكل الجسم، المنظور النفسي لشكل الجسم. **(النوبي، 2010، ص148).**

كما وضع كل من "**علاء كفافي والنيال**" **(1996)** أربعة أبعاد لصورة الجسم وهي كالتالي: بعد يتعلق بالوزن، بالجاذبية الجسمية، بعد يتعلق بالتآزر العضلي، بعد يتعلق بتناسق أعضاء الجسم. **(كفافي والنيال، 1996، ص17).**

ويرى "**الشرباوي**" أن صورة الجسم تتبلور حول أربعة أبعاد هي: صورة أجزاء الجسم، الشكل العام للجسم، الكفاءة الوظيفية للجسم، الصورة الاجتماعية للجسم. **(الشرباوي، 2001، ص136).**

ويشير "**فايد**" إلى أن صورة الجسم تنقسم إلى ثلاثة أبعاد هي: الرضا عن مظهر الجسم وملامح الوجه والشكل الخارجي والمظهر بصفة عامة. **(فايد، 2006، ص177).**

7)- العوامل المؤثرة في نمو وتكوين صورة الجسم:

1.7. العوامل البيولوجية: تتحد معالم الجسم بشكل كبير بالعوامل البيولوجية والوراثية وبالتالي قد تلعب الخصائص البيولوجية والوراثية دورا هاما في نمو صورة الجسم كما أن بعض الاضطرابات العصبية أو الخصائص البيولوجية يمكن أن تؤثر على طريقة إدراك الأفراد لأجسامهم مثل الطول وصفات الجلد أو البشرة وحجم الصدر، تقاطيع الوجه والبشرة، وفي مرحلة المراهقة تحدث العديد من التغيرات الجسمية السريعة تجعل النساء مدركات لمظهرهن وغير آمنات وقلقات بشأن أجسامهن.

فالبلوغ والسمات الأخرى من النضوج الجسمي في المراهقة تزيد من مشاعر الارتباك والرهبة وهذه التغيرات البيولوجية تجعل الأمر صعبا على نمو الأنثى بالذات لتواجه كيف تتعامل مع جسمها في مجتمع جسم الأنثى فيه يخضع لمعايير يحددها المجتمع للجسم المقبول لذا فالمحدد

البيولوجي لحجم وشكل الجسم يمكن أن يؤثر على إدراك الفرد لجسمه كما يؤثر على العوامل الأخرى التي يمكن أن تؤدي فعلا إلى صورة الجسم السلبية، فمظهر الشخص محدد بالوراثة والبيئة فالطريقة التي يبدو بها الجسم تقرر بشكل رئيسي بالجينات الموروثة من الآباء والأجداد. **(كاسوحة، 2015، ص42).**

يري "كريشلي" أنه بالرغم من ارتباط اضطراب صورة الجسم في أحيان كثيرة بالإصابة بالفص الجداري إلا أنه قد يرتبط بالإصابة في مناطق أخرى من المخ وخصوصا في منطقة التلامس. **(العسمي، 2015، ص80).**

2.7. الأصدقاء والأقران:

مرحلة الطفولة والمراهقة فترة مهمة جدا في تكوين جماعة الأقران ومؤثرة جدا ومحاولة التوافق مع الصورة المثالية والاحتفاظ بجماعة الأقران في نفس الوقت ليس سهلا، إن مجموعة الأقران تؤثر في تحديد كيف ينظر الفرد إلى جسمه. فقط فحص "أدلر" قوة جماعة الأقران واكتشف أن الأطفال خاصة البنات يتعلمون معايير المظهر في سن مبكر من أقرانهم هذه المعايير والقيم التي تنمو أثناء الطفولة قد توجه مواقفهم واتجاهاتهم وسلوكهم في المستقبل. **(كاسوحة، 2015، ص43).**

كما يلعب الأقران دورا مكملا في بناء صورة الجسم خاصة أثناء المراهقة ويذكر" Friedman" (1997) أن الأصدقاء يزودون بعضهم البعض بالأمان العاطفي كما يواجهون نفس المشاكل ويملكون نفس النظرة للعالم، من ناحية أخرى قد يقوم الأصدقاء بتشجيع كل منهم الأخر على سلوكيات غير صحية فالعلاقة بين الأصدقاء تؤثر تأثيرا مباشرا ذلك لأنها قد تحطم تقدير الذات. **(النوبي، 2010، ص30).**

3.7. المدرسة والمعلمون:

يلعب المعلمون بعض الدور في إدراك الأطفال والمراهقين لصورة جسمهم وتبين الدراسات أن إدراك الطالب لتقييم معلميهم عامل مهم في انجازهم الأكاديمي لذا فمن المعقول أيضا أن يؤثر المعلمون على كيفية إدراك الأطفال المراهقين لأجسامهم.

كما وجد أن معلمي المراهقين يميلون لتقدير طلابهم جسديا كالتفوق العالي في التحصيل الأكاديمي والرياضي ويكونون أكثر جاذبية ومؤهلين اجتماعيا من أولئك الطلاب الغير جذابين جسديا ويقدر العديد من الطلاب المعلمين ويعتبرونهم قدوة وأن أسلوب تقديم المعلمين لأنفسهم وتعليقاتهم يؤثر كثيرا على الأطفال والمراهقين.

4.7. الآباء والعائلة:

تعتبر الأسرة المربي الأول للأطفال الصغار والمراهقين حيث يؤثر الآباء ومقدمو الرعاية الآخرون على طريقة إدراك الأطفال لأجسامهم كما يلعب الآباء دورا حيويا سواء بشكل علني أو سري في إرسال الرسائل إلى طفلهم للتوقيف والتكيف مع المعيار المثالي في المجتمع الآباء أنفسهم قد يركزون بقوة على الحمية ويهتمون بجاذبيتهم وبذلك يضربون المثل لأبنائهم الصغار "ذكور– إناث" أن الصورة كل شيء. فالأطفال مثل الإسفنج يمتصون المعلومات والرسائل المحيطة بهم ويقلدون طوال الوقت ما قيل أو فعل وبالرغم من أن الآباء فقط يحاولون المساعدة هذا التركيز المتطرف على وزن أو حجم طفلهم قد يضر أكثر مما يفيد ويلعب الوالدان خاصة الأمهات دورا كبيرا في إدراك صورة الجسم لدى أطفالهم حيث وجد أن كلا من الأبناء والبنات يتلقون تشجيعا أكثر من الأم لفقد أو ضبط وزنهم أكثر من الأب وتقييم الوالدين لجسم طفلهما يترك انطباعا طويل المدى على تقدير ذات ذلك الفرد. **(كاسوحة، 2015، ص43–44).**

5.7. العوامل الثقافية:

تلعب العوامل الثقافية دورا لا يستهان به في إدراك الفرد لصورته فهناك بعض الثقافات التي تشيد بطول القامة وكبر حجم أجزاء الجسم، إذا فهي تعبر عن المكانة والقوة والهيبة في حين تعتبرها ثقافات أخرى دلالة على السلوك المضاد للمجتمع بينما تشير إلى الصحة الجسمية في ثقافات أخرى. وتسهم الثقافة بما يكونه الفرد من تصورات حول جسمه وكلما كانت صورة الفرد لجسمه متطابقة مع المعايير التي تحددها الثقافة حول الجاذبية الجسمية شعر الفرد بالرضا عن ذاته الجسمية. **(خطاب، 2014، ص21).**

6.7. العوامل الاجتماعية:

في الواقع أن الرضا عن الجسم يرتبط بطريقة أو بأخرى بالشعور بالسعادة والاطمئنان فالشخص الذي يشعر بالجاذبية هو شخص راض عن صورته الجسمية، شخص سعيد يتمتع بقبول اجتماعي من قبل الآخرين وإذا كان رضا الفرد أو عدم رضاه عن صورة الجسم يرتبط بما يصدره الآخرون من أحكام وتقييمات فإن النمط الجسمي الذي يعتبر جذابا ومناسبا من حيث العمر ومن وجهة نظر الفرد له فاعلية قد تكون أعم وأشمل في التأثير على مدى رضا الفرد وعدم الرضا عن جاذبيته الجسمية وهذا يشير إلى أن لكل مجتمع معايير خاصة به تسهم في تبني صورة الجسم المثالية فإذا ما تطابقت صورة الفرد لجسمه وهذه المعايير أشعره ذلك بجاذبيته الجسمية وهو ما يمثل جزءا مركزيا في رضا الفرد عن صورته الجسمية. **(نفس المرجع السابق، ص23).**

نرى أن صورة الجسم تتأثر بالعديد من العوامل منها ما هو وراثي ومنها ما هو أسري ثقافي اجتماعي وكل هذه العوامل تؤثر على طريقة إدراك الأفراد لصور أجسامهم وأفكارهم ومعتقداتهم في كيفية بناء

صورة ذهنية عن الجسم، كما أن العوامل الاجتماعية والثقافية لها التأثير الأكبر وهي تختلف من مجتمع لأخر وذلك للخصوصية التاريخية والحضارية.

8)- النظريات المفسرة لصورة الجسم:

توجد عدة نظريات مختلفة تناولت موضوع صورة الجسم نذكر منها:

1.8. نظرية التحليل النفسي:

ركز فرويد " Freud" في مفهوم صورة الجسم من خلال مفهومي تطور الأنا والجنس إذ يرى أن لصورة الجسم دلالات وأن تطور الأنا المبكر يحدث بحسب مفاهيم تعلم الطفل إدماج الإحساسات من سطح جسمه حيث يصبح الطفل قادرا على التمييز بين العالم الخارجي وعالمه الداخلي.
وأوضح "فرويد" في نظريته الليبدو إلى أن المناطق الشبقية هي المناطق الحساسة في الجسم وأن شخصية الفرد تتطور تبعا لإحساساته الجسمية حيث يبدأ الفرد في تكوين صورة جسمه عن طريق نمو الأنا الذي يهيأ السبل للفرد ليكون قادرا على التمييز بين ذاته والأخرين وعلى حسب نظرية "فرويد" فإن اضطراب صورة الجسم لدى الأفراد واختلال شخصياتهم ترجع كلها إلى الحياة الجنسية في السنوات الأولى من عمر الإنسان. **(حملة، 2018، ص16).**

أما " ادلر" فعلى الرغم من أنه لم يشير بشكل مباشر إلى مفهوم صورة الجسم إلا أن مفاهيم نظريته من تعويض النقص وعقدة النقص وأسلوب الحياة تتضمن في طياتها الكثير عن صورة الجسم واضطرابها، فقد أشار " ادلر" إلى الفرد عندما يكون له عضو ذو قيمة دنيا من حيث الشكل أو عضو ذو قيمة دنيا لأسباب وظيفية فإن هذا الفرد يطور أحاسيسه المتعلقة بالنقص ويحاول تعويض باستعمال عضو آخر أو من خلال تكثيف استعمال العضو ذو القيمة الدنيا وعلى هذا الأساس يتشكل أسلوب الحياة للفرد كرد فعل لمشاعر النقص التي يحس بها سواء كانت مشاعر حقيقية أو وهمية،

فالفرد الذي يكون أسلوب حياته قائما على تدني نظرته لنفسه تضطرب صورة جسمه مما يؤثر على توازن الشخصية بأكملها وقد تكون مشاعر النقص هذه دافعا للتفوق والتطور عندما يتقبل الفرد صورة جسمه ويتخلص من سيطرة الإحساس بالدونية إذ تعمل هذه المشاعر عمل القوة الدافعة للتفوق والكمال. **(حملة، 2018، ص16).**

2.8. النظرية البيولوجية:

يعتبر طبيب الأعصاب "هنري هيد" الباحث الأول الذي استعمل تعبير صورة الجسم وأول من وصف مفهوم صورة الجسم هذه الصورة هي اتجاه خبرة الماضي مقترنة بأحاسيس الجسم الحالية التي نظمت في اللحاء الحسي للمخ ولاحظ "هيد" أن حركات السلسلة وتوافق مواضيع الجسم يدل ضمنيا على الوعي المعرفي المتكامل لحجم وشكل وتكوين الجسم وأضاف أن صورة الجسم تتغير بشكل ثابت بالتعلم، تأثير صورة الجسم على مخطط صورة الجسم.
(الأشرم، 2008، ص26).

يري "كليف" أن صورة الجسم يمكن أن تقسم إلى غلاف خارجي للجسم والحجم أو الفراغ الداخلي للجسم، يعتبر الجسد غلاف للجسم ويأتي إدراك غلاف الجسم من الجلد والمعلومات البصرية ويعتقد أن حجم أو فضاء الجسم يظهر من التوازن العميق للجسم وأن الحركة والنشاط البدني مهمان في تشكيل وصيانة وحفظ صورة الجسم. **(القاضي، 2009، ص38).**

3.8. النظرية السلوكية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن الفرد ينمو في بيئة اجتماعية يؤثر فيها ويتأثر بها ويكتسب منها أنماط حياة والمعايير الاجتماعية والتي تكون مجموعة من المحددات السلوكية لدى الفرد والتي

تكون صورته عن جسمه ولكون صورة الجسم تظهر في مرحلة الطفولة حيث يكون الفرد متأثرا بجو الأسرة وبعبارات الذم والمدح التي يتلقاها وتعليقات الوالدين وتقييمهم لأجسام أبنائهم فإن ما تحدثه الأسرة من تعزيزات نحو أبنائها ومثله أيضا تعزيزات الرفاق والأصدقاء تؤثر في درجة قبول الفرد لجسمه. **(حملة، 2018، ص17).**

4.8. النظرية الإنسانية:

يرى روجرز" Rogers" أن الذات هي المحور الأساس للشخصية إذ تتضح شخصية الفرد بناءا على إدراكه لذاته فالخبرات التي يمر بها أو المواقف التي يتعرض لها الفرد لا تؤثر في سلوكه إلا تبعا لإدراكه لذاته ولما كان لصورة الجسم أهمية كبرى من خلال تداخلها مع تقدير الذات فالفرد يقيم ما يتعرض له من خبرات على ضوء تقديره الإيجابي لذاته فالتجارب الماضية خاصة أحداث وخبرات الطفولة التي ترتبط بصفات الفرد الجسمية لها تأثير في إدراك الفرد لصورة جسمه كما لها تأثيرا قويا وفعالا على توافق الشخصية بحيث يعتقد "روجرز" أن لكل فرد صورة حقيقية عن ذاته كما أدركها هو لذا فهي تعد العامل الحاسم في بناء شخصيته وصحته النفسية. **(الجبوري، 2007، ص357).**

5.8. النظرية الاجتماعية الثقافية:

إن المنحنى الاجتماعي الثقافي يعتبر الاتجاه الأكثر تدعيما ولتفسير اضطراب صورة الجسم يركز "الدسوقي" على المستويات الاجتماعية للجمال التي تؤكد في المقام الأول على الرغبة في النحافة أو الرشاقة على اعتبار أن الرشاقة تساوي الجمال وفي هذا الصدد يشير "ستريجيل مور" أنه كلما اعتقد الفرد أن ما هو بدين أمر قبيح وما هو نحيف أمر جميل كلما اتجه نحو النحافة وكلما زاد توتره وقلقه وأصبح مهموما بشأن البدانة ومما يؤيد وجهة النظر الاجتماعية الثقافية

أن الإناث لديهن رغبة أو استعداد من الناحية التاريخية لنغير أجسامهن لكي تتطابق مع مفهوم الجمال الذي يروج له المجتمع ونظرا لأن الجمال مرادفا للنحافة فلا عجب في أن الإناث يرغبن في أن يكون أكثر نحافة حتى يحظين بالرغبة والاهتمام من قبل الجنس الآخر وهكذا يتضح أن هناك مجموعة من العوامل تفسر الأثر الاجتماعي الثقافي على صورة الجسم منها:

– أن الغالبية العظمى للأفراد أي مجتمع ينظرون إلى البدانة على أنها وصمة عار.

– أن نمط الثابت للجسم يولد الانشغال الزائد عن الحد بالسعي الدوري نحو النحافة والجمال.

– معظم المجتمعات تعظم الاعتقاد بأن النحافة الأنثى من أكثر المعالم الهامة للجاذبية بمعنى أن الرشاقة أو النحافة ترادف الجمال.

– أن وزن وشكل الجسم من المحددات الرئيسية للجاذبية الجسمية. **(حملة، 2018، ص17–18).**

9)– محكات تشخيص اضطراب تشوه شكل الجسم حسب DSM5:

يحدد الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض النفسية والعقلية الأمريكية DSM5 عدد من المحكات التشخيصية لاضطراب صورة الجسم وذلك على النحو التالي:

– الانشغال بواحد أو أكثر من العيوب المتصورة أو بتشوهات في المظهر الجسدي التي لا يمكن ملاحظتها أو تظهر بشكل طفيف للآخرين.

– في مرحلة ما أثناء الاضطراب فقد أدى الفرد سلوكيات متكررة على سبيل المثال: (تفحص النفس في المرآة، التبرج المفرط ونزع الجلد، البحث عن التطمين) أو الأفعال العقلية على سبيل المثال: (مقارنة مظهره مع الآخرين) ردا على مخاوف المظهر.

– تسبب الانفعالات إحباطا سريريا هاما أو ضغطا في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

– لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بسبب المخاوف المتعلقة بتراكم الدهون في الجسم أو بالوزن لدى الفرد والذي يستوفي المعايير التشخيصية لاضطراب الأكل.

1– تحديد ما إذا كان: شذوذ البنية العضلية: انشغال الفرد بفكرة أن له أو لها كتلة جسدية صغيرة جدا وأن الكتلة العضلية غير كافية ويستخدم هذا المحدد حتى لو كان الفرد مشغولا بمناطق أخرى من الجسم كما هو الحال في كثير من الأحيان.

2– تحديد ما إذا كان: الإشارة لدرجة البصيرة بشأن معتقدات اضطراب تشوه شكل الجسم على سبيل المثال: (أنا أبدو قبيحا أو أنا أبدو مشوها).

– مع بصيرة جيدة أو مناسبة: يدرك الفرد بشكل مؤكد أو بشكل محتمل أن معتقدات اضطراب تشوه لشكل الجسم ليست صحيحة أو أنها قد تكون أو لا تكون صحيحة.

– مع فقر البصيرة: يظن الفرد أن معتقدات اضطراب تشوه شكل الجسم صحيحة على الأرجح.

– مع غياب البصيرة: معتقدات توهميه: يكون الفرد مقتنعا تماما بأن معتقدات اضطراب تشوه شكل الجسم صحيحة. **(العسمي، 2015، ص301).**

ثانيا: بتر الأطراف.

1)- تعريف البتر:

1.1. لغة: "هو القطع وسيف باتر وبتار: قاطع، والأبتر المقطوع الذنب والذي لا عقب له وكل أمر منقطع من الخير".

2.1. اصطلاحا: هناك مجموعة من التعاريف الاصطلاحية للبتر نذكر منها:

- **تعريف " Rains":** "هو حالة مكتسبة ناتجة عن فقدان أحد أطراف الجسم بسبب الأمراض أو الإصابات أو الجراحة أو الحروب أو غياب أحد الأطراف لأسباب خلقية تحدث عند ولادة رضيع بدون أحد أطرافه العلوية أو السفلية أو علوية وسفلية معا". **(Rains, 1995, p41).**

- أو هو إزالة جزء أو طرف من جسم الإنسان وذلك للحفاظ على حياة الفرد نتيجة إصابة في حادث أو تشوه خلقي أو أورام ويتم ذلك عن طريق الجراحة. **(حلمي، فرحات، 1998، ص120).**

- **تعريف "علي عبد السلام":** "البتر هو حالة من العجز الجسمي تحدث للفرد في أي مرحلة من مراحل عمره وهو عبارة عن استئصال جزء من أجزاء جسمه لإنقاذ حياته أو لتحسين أداء العضو الذي تمنعه الإصابة من القيام بوظيفته". **(عبد السلام واخرون، 1997، ص52).**

- **تعريف ويتمان" Wittman":** "البتر هو إزالة جزء من الجسم ويوجد نمطين من البتر: البتر الجراحي والبتر عبر الصدمة". **(Wittman, 2013, p186).**

- تعاريف أخرى:

- تعريف البتر من الناحية الجراحية: "هو تدخل جراحي يقتضي نوع عضو كاملا أو قسم من العضو ويكون ذلك ضروريا لسلامة العضو المتبقي ومكافحة الألم".

- تعريف البتر من الناحية النفسية: "هو تشوه يسبب عدوان خارجي ناتج عن فقدان عضو من الجسد وهذا التشوه ينتج عنه صدمة نفسية ومنه يتضح أن البتر هو فقدان العضو نفسه وبالتالي فقدان وظيفة هذا العضو التي وجد من أجلها ويترتب عنه إعاقة جسمية حركية وهذا ما يسبب صدمة نفسية للمريض مما يؤثر على حياته الشخصية والاجتماعية والمهنية بدرجات متفاوتة حسب نوع البتر وحالته". **(سيد سليمان، 2001، ص176).**

2)- أنواع البتر:

تتمثل أنواع البتر فما يلي:

1.2. البتر في الأطراف السفلية: ويشمل الطرفين معا أو واحد فقط.

- بتر القدم "Foot Amputation" ويشمل:

- بتر أصبع القدم أو أكثر من أصبع، بتر منتصف القدم، بتر القدم بأكمله أو أي جزء منه.

- بتر الساق "Trane stibial": ويشتمل على أي بتر من الركبة حتى الكاحل.

- فصل الركبة "Keene Désarticulation ": يحدث هذا البتر عند مستوى الركبة.

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

- **فصل الحوض** " **Hip Désarticulation** ": يكون من عند مفصل الحوض مع الفخذ بأكمله. **(Tierney, 2006, p47).**

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

- **بتر اليد أو جزء منه** " اليد **Hand Amputation**": يشمل الأصابع أو الإبهام أو جزء من تحت الرسغ.

- **فصل الرسغ** "**Wrist Désarticulation**": يتم فيه بتر العضو عند مستوى الرسغ.

- **بتر عظمة الساعد Transradial**": ذلك الذي يحدث تحت الكوع حتى الرسغ أي الساعد بأكمله.

- **بتر عظمة العضد**" **Trasshumeral**": يشمل البتر فوق الكوع حتى الكتف أي في الجزء العلوي من الذراع.

- **فصل الكتف**" **Schoulder Désarticulation**": يتم البتر عند مستوى الكتف مع بقاء نصل الكتف وقد يتم استئصال عظمة الترقوة أو عدم استئصالها. **(القاضي، 2009، ص97).**

3)- أسباب البتر:

تتعدد أسباب البتر وتختلف من شخص لآخر ويمكن حصر هذه الأسباب فيما يلي:

1.3. الأمراض: تختلف الأمراض بدورها وتتنوع من فرد لآخر وتتطور لمرحلة يصبح البتر فيها هو الحل الوحيد لها ومن هذه الأمراض نجد:

1.1.3. الأمراض الشريانية: يعود أكبر عدد من حالات فقدان الأعضاء إلى أمراض القلب والشرايين، داء السكري فأمراض الأوعية الدموية تعيق التدفق وسريان الدورة الدموية ووصولها للأطراف أما مرض السكري الذي يؤثر على سكر الدم يقلل من قدرة الجسم على معالجة أي قصور يحدث.

2.1.3. الأمراض الالتهابية: تسبب الالتهابات في الأنشطة المحيطية آلاما شديدة مصاحبة باحمرار، تورم ونفخ في موضع الإصابة ومضاعفات خطيرة يتم تفاديها بالبتر المستعجل وغالبا ما تسبب هذه الإصابة إبرة ملوثة أهمل تطهيرها.

3.1.3. الأمراض الورمية: هي الأورام المتصلة بالعظام تدعى Ostéosarcome" يتم علاجها ببتر العضو المصاب وأكياس العظام. **(Walden, 2004, p57-58).**

2.3. العيوب الخلقية: يولد الطفل بهذه العيوب مثل غياب أحد الأطراف أو حتى قصرها ويعتبر عضو مبتور لأنه يحتاج إلى أطراف اصطناعية والذي تعتبر معظم أسبابه وراثية أو غير معروفة خاصة في الشهر الأول من عمر الجنين ونتيجة لهذه الأسباب فإنه يمكن أن يفقد أحد الأطراف جزئيا أو كليا وأن تكون الإصابة شاملة لأكثر من طرف واحد وتكاد تكون بعض الأسباب معروفة بحيث تتعرض الأم الحامل لبعض الأمراض التي تؤدي إلى حدوث حالات تشوه ومن تلك الأسباب ما يلي:

- إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية وتسممها بالمواد الكيماوية.

- تعرض الأم الحامل للأشعة كأشعة (x) خاصة على منطقة الحوض.

– تعاطي الأم الحامل للمخدرات أو بعض الأدوية المهدئة مثل الثاليدوميد. **(سيد سليمان، 2001، ص170).**

3.3. التعرض للإصابات: يتعرض الفرد خلال حياته اليومية لبعض الإصابات المفاجئة التي تؤدي إلى عملية البتر كحل وحيد لإنقاذ حياته ومن هذه الإصابات نذكر:

1.3.3. الإصابة بكسور العظم: ينتج عن كسور العظم وانفصالها تشوه وتغير في شكل العضو الذي أصيب بالكسر مما يستدعي في حالات كثيرة فصل ذلك العضو من الجسم وهذا ما يؤدي إلى القطع ويحدث مثل هذا عند الاصطدام بالأرض أو السقوط من ارتفاع أو انقباض العضلات المفاجئ في حالات التشنج العضلي وحالات الصرع.
(Walden, 2004, p59).

2.3.3. الحروب والكوارث: فنتيجة لانتشار الصراع المسلح بين الدول وقيام الحروب وما يستخدم فيها من وسائل للقتل ينتج عنها في بعض الحالات بتر لأحد أعضاء الإنسان أو أكثر بالإضافة إلى تعرض البلاد لكوارث مفاجئة كالزلازل والبراكين والفيضانات والحرائق ومع هذا يقدر عدد المبتورين في العالم نتيجة الحروب وحدها 3 ملايين مبتور كما أن في لبنان وحدها 162 ألف مبتور نتيجة الحروب الأهلية.

3.3.3. الحوادث: حيث يتعرض بعض الأفراد لحوادث مختلفة أهمها حوادث المرور، حوادث العمل، حوادث الحرائق، حوادث الآلات في المصانع، والإصابات أثناء اللعب وغيرها من الإصابات التي قد ينتج عنها بتر عضو أو أكثر من أعضاء الإنسان.

4.3. عوامل أخرى: بالإضافة للعوامل والأسباب السابقة توجد أسباب أخرى تؤدي للبتر وتتمثل فيما يلي:

1.4.3. بعض العادات والتقاليد والممارسات الخاصة:

هناك أوضاع ومواقف وممارسات من أنواع خاصة وأخرى ترتبط أيضا بالإعاقة ونوعها مثل عادات إطلاق الرصاص في المناسبات والأعياد وحفلات الزفاف وما يترتب على ذلك من إصابات مباشرة تؤدي إلى حالات من الإعاقة ومنها أيضا أساليب العلاج البدائية واستخدام مواد قد تؤدي إلى الإصابة التي قد تستلزم حدوث عملية البتر. **(القذافي، 1998، ص186).**

4)- كيف تتم عملية البتر:

1.4. قبل العملية: قبل بدأ العملية يتمثل الإجراء الأول في: إعلام المريض أو أهله بقرار البتر وهذا القرار ضروري جدا لأنه يسمح بأخذ موافقة المريض مما يساعده على تقبل وضعيته الجديدة فيما بعد كما يسمح له أيضا بتفادي الانعكاسات السلبية للبتر وأمام هذا الإجراء هناك وضعيتان نموذجيتان يتم مواجهتهما عادة: حيث يتم في الوضعية الأولى مناقشة قرار البتر في إطار استعجالي وقد يكون المريض فاقدا للوعي أحيانا وهنا إن تعذر إعلام المريض فمن الضروري إعلام أحد أفراد عائلته إن كان ذلك ممكنا، أما في الوضعية الثانية وهي الأكثر توترا فيكون عادة التدخل الجراحي مبرمجا وغالبا ما يكون هناك وقت كافي لإعلام المريض ومناقشة قرار البتر معه ومن المعروف أنه حينما يكون البتر مفروضا على المريض دون توفر الوقت الكافي لتقبله أو استيعابه فإن ذلك سينعكس سلبا على حالته فيما بعد.

وبالإضافة إلى ذلك يمثل كل من التخدير والتسكين (anesthésie et antalgie) جوانب

ملموسة تحوز على اهتمام المريض في هذه المرحلة وهنا ينبغي تكييف نمط ملائم من التخدير لحالة المريض الصحية ولانشغالاته فإن لم يتم التخدير بشكل صحيح فإن ذلك سينعكس أيضا بالسلب على حالة المريض فيما بعد.

2.4. أثناء العملية: بعد ذلك يأتي يوم العملية أين ينقل المريض للجناح الجراحي وعموما يعتمد التجسيد التقني مداخلة الجراحية على قواعد، تقنيات، ومعدات مرتبطة بعملية البتر يعرفها الجراحون جيدا ويلتزمون بها وما يهمنا هنا هو أن كل من مسائل اندمال الجروح"la cicatrisation " والشكل الذي يرجى منحه لنهاية الطرف المبتور le moigon لتمكين المريض فيما بعد من استخدام المعدات lappareillage وهي مسائل يتم التفكير فيها والعمل عليها منذ بدء التدخل الجراحي وحتى نهايته أين يتم تجفيف الجرح من النزيف وإغلاق الجلد إلا في الحالات المسماة ب le moignon laissé ouvert" أين تترك نهاية الطرف المبتور مفتوحة ليتم غلقها فيما بعد من خلال مداخلة أخرى، وأخيرا إجراء فحص بالأشعة وتطبيق نوع معين من التضميد على نهاية الطرف المبتور.

3.4. بعد العملية: بعد ذلك يدخل المريض الذي أصبح مبتورا في مرحلة ما بعد العملية وهنا تبدأ تظهر انعكاسات أو (تأثيرات) البتر على جميع مستويات حياته. **(شادلي، 2016، ص192).**

5)- قلق عملية البتر:

لعملية البتر آثار نفسية على الشخص المبتور سواء قبل إجراء العملية أو بعدها وحسب "فرويد" فإن حدة فقدان الموضوع يكون كشرط محدد للقلق، فالقلق في هذه المرحلة يكون كرد فعل ضد الخطر الذي يحمله فقدان الموضوع ويرى "هايوال وبارسني" أن التهديدات ضد الوحدة الجسمية

غالبا ما تكون مصدر قلق بحيث يصبح يعتبر علم النفس المرضي كجرح نرجسي من أكثر الأشياء صعوبة حزن من أجل الطرف المبتور وتغير الصورة الجسمية ومن بين نظرة التحليل النفسي هناك مصطلح آخر هو عقدة الإخصاء وهي نابعة من التخوف اللاشعوري على التشوه الجسمي حتى ولو كانت عملية البتر بعيدة على المنطقة الجنسية وقلق الخصاء له كذلك محتوى الانفصال عن الموضوع، انفصال الجزء من الأنا. فالدفعات المختلفة ضد التخوفات ترجع المقام عليه العملية الجراحية الاستئصالية إلى المراحل الأولى لتطور الشخصية وقام العالمان" Ticher & Levir " بتبيان الدلالة الانفعالية لأعضاء الجسم وذكر أن هناك بعض الأشخاص لأن بعض أجزاء جسمهم تكون مهددة لكونها تملك وظيفة رمزية في تكيفهم النفسي حيث عملية الاستئصال ترتكز على قواعد خيالية لهذا يجب تحضير المريض لإجراء هذه العملية من قبل الطبيب والمختص النفسي. **(سكحال، قانة، 2008، ص43).**

6)- الأعراض المصاحبة للبتر:

تتبع عملية البتر بأعراض مختلفة يتأثر بها الشخص المبتور والتي تمس حالته الصحية سواء كانت الصحة الجسمية أو الصحة النفسية وهذا ما سنكشفه من خلال الأعراض التالية:

1.6. الأعراض العضوية: (آلام العضو الشبح):

أول من لاحظ هذه الظاهرة هو "إيرمشال" ويعرفه بأنه صعوبة في تقبل وتكيف الفرد مع الوضعية الجديدة غالبا ما يظهر مباشرة بعد عملية الجراحة وهو بقاء الإحساس بوجود العضو المبتور ولا يدرك المبتور غيابه إلا بعد النظر إليه. ويسمي "إبراهام" هذه الظاهرة "الانقلاب النفسي للعضو المفقود" فهذا التعويض يعتبر كمرحلة أولى تؤدي فيما بعد إلى تحويل القلق

الناتج عن هذه الحالة إلى عمل الحداد ويلاحظ الأطباء هذه الظاهرة عند المصابين بعملية البتر لإحدى الأعضاء وفُسرت كنمط لوضعية الجسم وعدم حدوث استدخال الجسد للوضعية الجديدة ويتم هذا على مستوى الجهاز العصبي المركزي الذي لم يتكيف أو لم يتعود بعد على الصورة الجديدة للجسم وبالتالي إحساس الجهاز العصبي بوظيفة هذا العضو مازال موجود. **(Walden, 2004, p159).**

2.6. الأعراض النفسية:

تؤدي عقدة الشعور بالذنب عند المبتور التي يسببها المظهر غير المألوف إلى استعمال ميكانيزم التجنب بشكل كبير ويظهر ذلك على المستوى السلوكي في العزلة والانطواء على الذات وعلى المستوى الانفعالي يظهر على شكل قلق، حزن، يأس، عدم الثقة بالنفس وبشكل أساسي الاكتئاب وتزداد هذه الاضطرابات حدة إذ ترافقت مع مجموعة من العوامل المساعدة على تعزيز نشوئها وأحيانا تثبيتها مثل السن خاصة فترة الشباب التي تتميز بالنشاط وأي مشكل فيها قد يؤثر سلبا على شخصية الفرد، كما يؤدي غياب السند الاجتماعي إلى تفاقم هذه الإضرابات وتعقيدها. **(نفس المرجع السابق، ص160).**

ومنه فإن هذه الأعراض تزيد من سوء الحالة النفسية للمبتور وقد تزيد من فشله في تحقيق التوازن والتوافق النفسي والاجتماعي.

7)- الأساليب العلاجية والتأهيلية لحالات بتر الأطراف:

1.7. الأساليب العلاجية لحالات بتر الأطراف:

تعتمد الخدمات التي تقدم إلى هذه الفئة من فئات الإعاقة البدنية على نوعية الإعاقة ودرجة تأثيرها ويحتاج المعاقون بتشوه الأطراف السفلى والعليا معا إلى عناية خاصة في المأكل والمشرب والملبس والتنقل وفي كل ما يتعلق بشؤون الحياة التي تحتاج إلى حركة وقد أمكن استحداث بعض الأجهزة المصممة خصيصا لمقابلة حاجة كل منهم على انفراد كبعض الأجهزة الإلكترونية للتنقل الداخلي والتي تعتمد في حركتها على استخدام حركات الرأس لتسييرها بدلا من اليدين وبعض الأجهزة المبسطة التي تساعد في تناول الأطعمة. **(القذافي، 1998، ص179).**

وبصفة عامة يمكن القول أن نجاح الأساليب العلاجية مع هذه الفئة يتوقف على عدة عوامل يمكن إجمالها على الوجه التالي:

أ. حدة الإصابة. **ب.** عمر الفرد المصاب. **ج.** عدد الأطراف المصابة.

د. الإصابة ذاتها هل هي فطرية (ولادية) أم أنها حدثت في مراحل عمرية لاحقة.

هـ. التدخل العلاجي المبكر: ويقصد به تزويد الطرف المبتور بالطرف الصناعي الملائم بأقصى سرعة ممكنة والبدء فورا بتدريب ذلك الطرف كي يستطيع المصاب استعماله بفاعلية ولحسن الحظ أن التقدم العلمي والتقني قد أسهم إلى حد بعيد في توفير الأطراف الصناعية الحديثة التي تشبه في مظهرها الخارجي ووظائفها الأطراف الطبيعة إلى حد كبير إلا أن نجاح مثل هذه الأطراف يعتمد على التدخل العلاجي المبكر سواء بإجراء العمليات

الجراحية اللازمة أو تزويد الطرف المصاب مباشرة بالطرف الصناعي المناسب وأخيرا فإن الأطراف الصناعية المتطورة تعتبر ذات تكلفة مالية عالية يصعب على كثير من المصابين اقتنائها أو تأمينها ولذلك لابد من البحث على بدائل مختلفة. **(القريوتي وآخرون، 1990، ص298).**

1.1.7. العلاج الطبي:

يتطلب علاج حالات الإصابة بتشوه أو بتر الأطراف تدخل مختلف التخصصات وخاصة الطبية ومنها على سبيل المثال: العلاج الطبي كالعمليات الجراحية أو العقاقير الطبية كذلك استبدال أطراف صناعية بالطرف أو الأطراف المصابة ويطلق عليها أيضا اسم الأجهزة التعويضية والتي تتبع للمبتور استعادة أقصى ما يمكن من قدراته البدنية والصحية بما في ذلك تعويضه عن الأعضاء والحواس التي فقدها لتمكينه من الوصول إلى درجة من الاعتماد على نفسه وممارسة حياة منتجة.

وهكذا يمكن القول أن العلاج الطبي عادة ما يتضمن محاولة إعادة المريض إلى حياة أقرب ما تكون إلى الحياة الطبيعية عضويا ونفسيا واجتماعيا في حدود قدراته وإمكانياته حتى يعتمد على نفسه بقدر الإمكان وذلك بالاستعانة بجميع الوسائل الفنية والطبية كالعلاج الطبيعي والتمريض والأجهزة التعويضية، الطب والجراحة، والعلاج بالعمل، والعلاج النفسي، العلاج الرياضي، والتدريب المهني المناسب، أي أنه عملية متكاملة من المجهود المتناسق لخدمة المعوق ويبدأ العلاج الطبي منذ اللحظة الأولى لدخول المريض المستشفى حتى يمكن إعادة الفرد إلى أقرب ما يكون عليه قبل الإصابة مباشرة.

2.1.7. العلاج الطبيعي:

يتضمن إعادة تدريب وتأهيل الأطراف ومنها ما تبقى من الأطراف المصابة وخاصة بعد تثبيت الأطراف الصناعية عليها كذلك يعمل على تقوية العضلات والأربطة والعظام والمفاصل للأعضاء المصابة حتى يتم العلاج الطبي في حدود قدرات وإمكانات المصاب وما تبقى له من قوة، وتقوم الرياضة التأهيلية بدور بارز في مجال الطب الطبيعي حيث تعد الرياضة وسيلة طبيعية للعلاج لأنها أحد المكونات المهمة في العلاج الطبيعي كما أنها تساعد المبتور على استعادة لياقته العامة في الحياة ولياقته البدنية وكفاءته الحيوية وخاصة منذ بداية المراحل التأهيلية له. **(حلمي، فرحات، 1998، ص43)**.

2.7. الأساليب التأهيلية لحالات بتر الأطراف:

التأهيل رسالة ذات قيمة اجتماعية والهدف من التأهيل هو منع المعاق من الانسحاب ومساعدته في الاعتماد على نفسه وهي عملية الهدف منها تأهيل الفرد وتعليم المختصين المشاركين في هذا العمل ليعرفوا القيم الإنسانية السامية بحيث يوجهوا أفراد المجتمع للمشاركة مع هؤلاء المعوقين وإيجاد العمل المناسب لهم لتخفيف عبء الحياة عليهم مما يساعد على توافق المبتور وتغيير نظرته من حالة الهبوط إلى الأمل المصحوب بالرغبة والحافز لبدء حياة جديدة.

والتأهيل بصفة عامة هو نشاط بناء يهدف إلى إعادة القدرة البدنية والعقلية وتحسين الحياة بدرجة قريبة بقدر الإمكان للحالة قبل المرض أي العلاج حتى تلتئم الحالة، كذلك يختص التأهيل بإرجاع الوظائف والحفاظ على ما تبقى للمبتور بقدر الإمكان والواقع أن التأهيل بمعناه

الطبي هو العملية التي يعود بها المعاق إلى أقصى درجة من الفاعلية ويعطي الفرصة لحياة ذات معنى. **(الشخص، الدمياطي، 1992، ص207).**

- والأساليب الأخرى لدى المبتورين هي كالاتي:

1.2.7. التأهيل النفسي:

التأهيل النفسي هو عملية تقوم على علاقة متبادلة بين المرشد النفسي والمعوق وتكون هذه العملية في إطار برنامج التوجيه والإرشاد النفسي ويهدف التأهيل النفسي إلى مساعدة المبتور على التوافق مع ذاته بتقبل شكله الجديد والتفكير بشكل أكثر منطقية في كيفية العيش دون الشعور بالاختلاف أو النقص بالنسبة للآخرين والتوافق مع بيئته بالإضافة إلى تخفيض حالة القلق والحيرة والحزن الذي كثيرا ما يتطور إلى الاكتئاب، ودور الأخصائي النفساني في هذه الحالة يجب أن يكون فعالا. **(Thomas(s),sazase, 1975 ,p160).**

ويركز الأخصائي النفساني في عمله على مساعدة الفرد المعوق على التعايش مع قدراته المحدودة المتعلقة بالإعاقة وكذلك في التغلب على الإحباط وعدم الثقة إذ أن التأهيل النفسي هو إعادة تكييف الفرد من الناحية النفسية فمن المعروف أن حياة الإنسان عبارة عن تفاعلات مستمرة بين شخصيته والبيئة التي يعيش فيها ويستهدف هذا التفاعل إيجاد التوازن والتوافق بين حالته الجسمية والنفسية والاجتماعية وبين ما تتصف به الظروف من صفات تؤثر في صحته ونفسيته وتعامله مع الآخرين وحينما يختل هذا التوافق مع البيئة بدرجة كبيرة يصعب على الإنسان أن يواجهه بمفرده وعندها يحتاج إلى خدمات من غيره تساعد على إعادة التكيف أو إعادة التوافق. **(السيد عبيد، 2000، ص51).**

2.2.7. التأهيل الاجتماعي:

هو ذلك الجانب من عملية التأهيل الذي يستهدف إدماج الفرد المبتور أو إعادة إدماجه بالمجتمع عن طريق معاونته على التوافق مع مطالب أسرته وعمله والمجتمع الذي يعيش فيه والإقلال من الأعباء الاجتماعية والاقتصادية التي قد تعوق عملية التأهيل ذاتها كعملية شاملة.

أما عملية إعادة التأهيل الاجتماعي فالغرض منها تحقيق مستوى أعلى في أداء الوظائف الاجتماعية والترويحية ومن خلال المشاركة في أندية وتنظيمات أخرى خاصة بهم.

3.2.7. التأهيل المهني:

هو ذلك الجانب من عمليات التأهيل الذي يوفر مختلف الخدمات المهنية كالتدريب المهني بما يتناسب والقدرات المتبقات بعد العجز والتدريب المهني والتشغيل وهو تلك الخدمات المهنية التي تساعد المبتور على ممارسة عمله الأصلي أو عمل اخر مناسب لحالته والاستقرار فيه. **(سيد سليمان، 2001، ص282-283).**

8)- الاحصائيات الخاصة بحالات مبتوري الأطراف السفلى لولاية تيارت:

- جدول رقم (3): يوضح الاحصائيات الخاصة بحالات مبتوري الأطراف السفلى لولاية تيارت لعشر سنوات الأخيرة:

خلاصة:

من خلال المعلومات التي تطرقنا لها في بحثنا حول صورة الجسم يتضح أنها تكوينات ذهنية وعقلية يكونها الفرد حول جسمه أو هي طريقة إدراك الفرد لمظهره الخارجي خاصة أنها تتأثر بمجموعة من المعايير وتهتم بنظرة الاخر وتعتمد عليها في بناء الشخصية إيجابية كانت أو سلبية.

إن الفرد ابن بيئته يتأثر ويؤثر وهو معرض لأحداث وأمراض قد تؤدي به إلى بتر إحدى أطرافه أو أعضائه تجعل نظرته لجسمه تزيد في تدهور حالته الصحية والنفسية خاصة عند إحساسه بالعجز والنقص وعدم قدرته على إنجاز أعماله بنفسه.

الجانب الميداني

تـمـهيـــد:

بعد تطرقنا إلى الجانب النظري، سنعرض الجانب التطبيقي الذي هو أهم شيء في البحوث العلمية إذ أنه الوسيلة الوحيدة التي تمكننا من التأكد من معلوماتنا النظرية واختبار تأثير المتغيرات المختلفة على الحالة كما تسمح لنا باختبار الفرضيات والإجابة على الإشكالية المطروحة في بداية بحثنا كما يعد الجانب التطبيقي همزة وصل بين الجانب النظري والميداني. وهنا سنقوم بعرض دراستنا الاستطلاعية ودراستنا الأساسية والمنهج المتبع وعينة الدراسة وخصائصها ومكان وزمان إجراء الدراسة والتعريف بمختلف الأدوات المستخدمة في جمع البيانات والمعتمد عليها أثناء البحث وخطوات إجرائه.

1)- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة هامة في البحث العلمي نظرا لارتباطها بالميدان من خلالها نتأكد من وجود عينة الدراسة.

وحسب "**عبد الرحمان العيسوي**" الدراسة الاستطلاعية هي دراسة استكشافية تسمح للباحث بالحصول على معلومات أولية حول موضوع بحثه كما تسمح لنا كذلك بالتعرف على الظروف والإمكانيات المتوفرة في الميدان ومدى صلاحية الوسائل المنهجية المستعملة قصد ضبط متغيرات البحث. **(العيسوي، 1989، ص118).**

والهدف منها:

- الاطلاع على ميدان البحث.
- التأكد من توفير عينة الدراسة المتمثلة في مبتوري الأطراف السفلى.
- التأكد من أن الظروف المحيطة بالمؤسسة تسمح بتطبيق الأدوات المستخدمة في جمع البيانات.
- التعرف على أهم الصعوبات التي قد تواجه السير الحسن للدراسة الأساسية.

ونظرا لطبيعة الموضوع توجهنا إلى المؤسسة العمومية الاستشفائية "يوسف دمرجي" وبدأنا دراستنا الاستطلاعية حول موضوع "انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى مبتوري الأطراف السفلى" بتاريخ: **27-03-2022م**.

حيث تم إجراء مقابلة مع العاملين في المؤسسة العمومية الاستشفائية لتوضيح طبيعة الدراسة والغرض منها مع التأكد من وجود الحالات المطلوبة للدراسة وإجراء وتطبيق المقاييس على العينات المتوفرة.

ووجدنا حالتين من جنس ذكر كانوا متواجدين في المستشفى يتناسبان مع موضوع الدراسة وقد كان اختيارنا للحالة موافقا لطبيعة المنهج المستخدم والطريقة المعتمدة في البحث وهي دراسة حالة مع تطبيق الأدوات المستخدمة لجمع المعلومات كالملاحظة والمقابلة نصف الموجهة وتطبيق مقياسين "كرب ما بعد الصدمة "لدافيدسون" ومقياس "صورة الجسم للدكتور محمد النوبي محمد علي".

2)- الدراسة الأساسية:

إن أكثر ما جلب اهتمامنا وانتباهنا هو معرفة انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى مبتور الأطراف السفلى مما دفعنا للقيام بدراسة حول هذه الفئة بحيث قمنا بإجراء عدة مقابلات من أجل معرفة درجة أو مستوى انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم بحيث قمنا بإجراء هذا البحث على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية "يوسف دمرجي" بتيارت وذلك بغية التقرب من مجموعة البحث ومعرفة مدى ملائمة الأدوات المستعملة والتحقق من فرضيات بحثنا.

1.2. منهج الدراسة: تم اختيار منهج الدراسة وفقا لطبيعة الموضوع وهو الذي يفرض إتباع منهج معين والهدف منه. بما أن موضوع دراستنا يتمحور حول "انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى مبتوري الأطراف السفلى" فقد تبين أنه من المناسب استخدام المنهج الإكلينيكي الذي يعتبر من بين المناهج المتبعة في المجال النفسي باعتباره ملائما لطبيعة الموضوع ومتغيرات الدراسة.

1.2.2. تعريف المنهج العيادي: هو المنهج الذي يتجه إلى دراسة معمقة لحالة الفرد وسلوكه العام ويستخدم في دراسة حالة فردية بعينها، كما نقصد به الدراسة المعمقة للحالات الفردية بصرف النظر عن انتسابها إلى السواء أو اللاسواء. **(شقير،2002، ص41).**

وبذلك يتسنى لنا جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول كل حالة والتي تسمح لنا بالتحقق من فرضيات بحثنا وهو الأمثل لفهم طبيعة السير النفسي للمبتوري الأطراف السفلى بعد الملاحظة المعمقة للحالات وإدراك مستوى انعكاسات الصدمة النفسية على صورة جسمهم.

2.2. عينة الدراسة:

يتم اختيار مجموعة البحث على حسب طبيعة البحث العلمي فقد أجرينا هذا البحث على عينة من أشخاص مبتوري الأطراف السفلى والمتكونة من حالتين مختلفتي العمر وكانت المعاينة لاختيار هذه العينتين قصدية وتم اختيار الحالات التي تتوفر فيهم الشروط: الجنس: ذكر أو أنثى.

- أن تكون العينة من فئة مبتوري الأطراف السفلى مهما كان السبب.

3.2. خصائص عينة الدراسة:

- الجدول رقم (4): يوضح خصائص عينة الدراسة:

خصائص العينة. / الحالات.	السن.	الجنس.	المستوى الدراسي.	سبب البتر.	نوع ومستوى البتر.	تاريخ البتر.
(ف – أ)	45 سنة.	ذكر.	ثالثة ثانوي.	حادث سيارة. مرض السكري.	بتر الرجل اليمنى على مستوى الساق.	2021-05-28.
(س – ب)	64 سنة.	ذكر.	/	مرض السكري. **كورونا (covid-19)**	بتر الرجلين من تحت الركبة.	2022-02-03.

4.2. حدود الدراسة:

1.4.2. الحدود الزمانية: دامت الزيارة الميدانية لمدة "15 يوم" في فترة ما بين 28 مارس 2022 إلى غاية 12 أفريل 2022م.

2.4.2. الحدود المكانية: أجرينا الدراسة الأساسية في نفس المكان الذي أجرينا فيه الدراسة الاستطلاعية في المؤسسة العمومية الاستشفائية يوسف دمرجي في مصلحة الطب الداخلي "رجال" بتيارت.

-تم تأسيس المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية تيارت سنة 1954 ووضعت حيز الخدمة سنة 1959. تقع المؤسسة بجانب الملعب ايت احمد عبد الرحيم (شرقا) وبجانب المعهد الوطني للتكوين الشبه الطبي (غربا) مزاويا مع حي بوهني محمد ببلدية تيارت.

- تقدم المؤسسة نشاطات منها:

1- ضمان الخدمات الطبية للمواطنين.

2- ضمان خدمات وتكفل خلال فترة الاستشفاء.

كما يعتبر مستشفى يوسف دمرجي كمستشفى رئيسي للولاية يحتوي على 15 مصلحة استشفائية من بينها: (مصلحة الاستعجالات، مصلحة الإنعاش، مصلحة الأمراض الصدرية، مصلحة جراحة النساء، مصلحة جراحة الرجال، مصلحة طب الأطفال، مصلحة جراحة العظام، مصلحة الطب الداخلي رجال/ نساء، وحدة أمراض القلب ومصلحة الأمراض المعدية، مصلحة الطب الشرعي، مصلحة طب أمراض الكلى، مصلحة طب الأورام السرطانية).

المسؤول الأول بالمؤسسة المدير، إضافة إلى أربع مديريات فرعية حسب المرسوم الرئاسي المتضمن إنشاء المؤسسات الاستشفائية: (مديرية المصالح الصحية، مديرية الموارد البشرية، مديرية الصيانة، المديرية الفرعية للمصالح الاقتصادية).

– يبلغ عدد الموظفين على مستوى المؤسسة حوالي 691 موظف بجميع الأسلاك (الطبي، النفسانيين، شبه طبي، الأسلاك المشتركة، متعاقدين، عقود ما قبل التشغيل، الشبكة الاجتماعية...).

5.2. أدوات الدراسة:

إن دراسة أي موضوع يتطلب من الباحث أن يستعمل مجموعة من الوسائل والتقنيات بغية الوصول إلى نتائج موضوعية حول موضوع الدراسة واعتمدنا في بحثنا على أربعة تقنيات هما:

– الملاحظة العيادية.

– المقابلة العيادية النصف موجهة.

– مقياس كرب ما بعد الصدمة "لدافيدسون".

– مقياس صورة الجسم للدكتور "محمد النوبي محمد علي".

1.5.2. الملاحظة العيادية: استخدمناها في بحثنا من أجل الوصول إلى وصف دقيق للحالات المدروسة وجمع المعلومات الكافية لملاحظة مختلف الجوانب والمظاهر التي تتميز بها لأن الملاحظة تعتبر من أهم أدوات البحث.

حيث تعرف الملاحظة: بأنها المشاهدة الدقيقة لسلوك أو ظاهرة معينة وتسجيل الملاحظات أول بأول والحصول على معلومات عن السلوك في المواقف الطبيعية. **(قندي ليجي، 1999، ص172).**

2.5.2. المقابلة العيادية نصف الموجهة: قد اخترنا المقابلة العيادية نصف الموجهة لأنها المناسبة لدراسة حالة إذ تمكننا من جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول أفراد عينة الدراسة مبتوري الأطراف السفلى.

حيث تعرف المقابلة العيادية نصف الموجهة بالمقابلة ذات الإجابات المفتوحة والمغلقة وهي أكثر صرامة للباحث إذ تتمثل في طرح أسئلة معينة ودقيقة متبوعة بتسلسل متفق عليه يكون المفحوص

فيها حرا في الإجابة لكن يبقى دائما مقيدا بمضمون إطار السؤال المطروح عليه.

(chiland ,1993, p119).

ويكون فيها دور الفاحص هو الاستماع إلى المفحوص بالتعبير بكل ارتياح وطلاقة وتشجيعه على الكلام.

واعتمدنا عليها لكونها هي التي تزودنا بمعلومات عن المفحوص التي لا يستطيع المقاييس المستعملة أن تقدمها لنا سواء كان حول حياة المفحوص ومعاشه كما أنها تجعلنا نتعامل مع المفحوص مباشرة مما يساعدنا أكثر على فهم حالته ومحاولة إزالة الغموض الذي يحيط به.

وتعتمد المقابلة نصف الموجهة على دليل مقابلة ويعرف (محمد خليفة) المقابلة نصف الموجهة على أنها تلك التي تعتمد على دليل المقابلة والتي ترسم خطتها مسبقا بشيء من التفصيل وتوضع لها تعليمة محددة يتبعها جميع من يقوم بالمقابلة لنفس الغرض وفيها يتم تحديد الأسئلة وصياغتها وترتيب توجيهاتها وطريقة إلقائها حيث يكون في ذلك بعض المرونة بعدا عن أي تكليف.

(خليفة، 1984، ص124).

- **ويتضمن دليل مقابلتنا الذي أعددناه المحاور التالية:**
- المحور الأول: محور البيانات الشخصية: يهدف إلى معرفة المعلومات الأولية عن المفحوصين.
- المحور الثاني: خاص بالتاريخ الطبي والمرضي للحالة.
- المحور الثالث: خاص بصورة الجسم وتأثيرها على الذات.
- المحور الرابع: خاص بالمنظور النفسي لشكل الجسم.
- المحور الخامس: خاص بالمنظور الاجتماعي لشكل الجسم.
- المحور السادس: خاص بالنظرة المستقبلية.

3.5.2. مقياس كرب ما بعد الصدمة "لدافيدسون" PTSD:

يتكون مقياس "دافيدسون" لقياس تأثير الخبرات الصادمة من **17** بند تماثل الصيغة التشخيصية الرابعة للطب النفسي الأمريكي ويتم تقسيم بنود المقياس إلى ثلاثة مقاييس فرعية وهي:

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

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

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

ويتم حساب النقاط على مقياس مكون من **5** نقاط من **(0-4)** ويكون سؤال المفحوص عن الأعراض في الأسبوع المنصرم ويكون مجموع الدرجات للمقياس **153** نقطة.

- حساب درجات كرب ما بعد الصدمة:

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

1-عرض من أعراض استعادة الخبرة الصادمة.

2-عرض من أعراض التجنب.

3-عرض من أعراض الاستثارة.

- الخصائص السيكومترية للمقياس:

- ثبات ومصداقية المقياس:

تناولت العديد من الدراسات السابقة مسألة ثبات ومصداقية هذا المقياس وكانت على النحو التالي:

1- الثبات:

1.1. الاتساق الداخلي:

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

– لقد استخدم معامل ألفا كرونباخ لمعرفة الاتساق الداخلي من خلال دراسة تناولت 215 سائق إسعاف مقارنة مع موظفين في غزة وكان معامل ألفا 0.78، التجزئة النصفية بلغت 0.61. **(أبو ليله وثابت واخرين، ص2005).**

2.1. المصداقية الحالية: لقد تم دراسة مصداقية المقياس بمقارنته بمقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة للإكلينيكيين وذلك بأخذ عينة مكونة من 120 شخص من مجموعة من ضحايا الاغتصاب، ودراسة ضحايا إعصار اندرو والمحاربين القدماء وكانت النتيجة بأن 67 من هؤلاء الأشخاص تم تشخيصهم كحالة كرب ما بعد الصدمة كان المتوسط الحسابي لمقياس دافيد سون لهؤلاء الأشخاص هو 62+/–38، بينما كان المتوسط الحسابي لمقياس دافيد سون لكرب ما بعد الصدمة للأشخاص الذين لم تظهر عليهم أعراض كرب ما بعد الصدمة (62 شخص) هو 15.5+/–13.8 (ت=9.37، دلالة إحصائية 0.0001).

2– الثبات إعادة تطبيق المقياس:

– لقد تم تطبيق هذا المقياس على مجموعة من الأشخاص الذين تم فحصهم من خلال دراسة إكلينيكية في عدة مراكز وتم إعادة الاختبار بعد أسبوعين وكان معامل الارتباط 0.86 وقمة الدلالة الإحصائية = 0.0001. **(Davidson, 1995).**

– في دراسة أبو ليله وثابت (2005 تحت الطبع) تم اختبار المقياس على عينة من سائقي الإسعاف وكانت العينة مكونة من 20 سائق وتم إعادة الاختبار بعد أسبوعين وكان معامل الارتباط 0.86 وقيمة الدلالة الإحصائية = 0.0001.

4.5.2. مقياس صورة الجسم للدكتور "محمد النوبي محمد علي".

لقد اعتمدت الباحثتان في هذا البحث على مقياس صورة الجسم للمعوقين بدنيا والعاديين للدكتور "محمد النوبي محمد علي" سنة 2010، حيث يتألف المقياس من 30 فقرة توزعت على المجالات التالية:

1-تقبل أجزاء الجسم المعيبة: وتقيسه الفقرات: الإيجابية: 16-26. والسلبية: 11،21،1،6.

2-التناسق العام لأجزاء الجسم: وتقيسه الفقرات: 2،7،12،17،22،27.

3-المنظور النفسي لشكل الجسم: وتقيسه الفقرات: 3،8،13،18،23،28.

4-المنظور الاجتماعي لشكل الجسم: وتقيسه الفقرات: 4،9،14،19،24،29.

5-المحتوى الفكري لشكل الجسم: وتقيسه الفقرات: 5،10،15،20،25،30.

- الخصائص السيكومترية للمقياس:

1- صدق المقياس:

قام الباحث الحالي بحساب الصدق بعدة طرق منها: صدق المحكمين وصدق التكوين الفرضي والصدق العاملي للأبعاد ويتضح ذلك فيما يلي:

1.1. صدق المحكمين: قام الباحث بتحكيم (10) من أعضاء هيئات التدريس في مجال الصحة النفسية وعلم النفس بجامعات الأزهر والزقازيق والقاهرة وعين الشمس وقد هدف التحكيم إلى التعرف على التالي:

- تحديد مدى صحة اختبار البعد الخاص بالمقياس أو اقتراحات إضافة أبعاد جديدة.
- تحديد مدى صحة اختبار العبارة الخاصة بكل بعد وبيان دقة الصياغة اللغوية للعبارة.
- إجراء تعديل لغوي لأي عبارات تحتاج لذلك أو اقتراح إضافة عبارات جديدة.

- جدول رقم (5): يوضح عدد الأبعاد والعبارات المحذوفة والمعدلة للمقياس:

العبارات المحذوفة.	العبارات المعدلة.	عدد العبارات النهائي.	الأبعاد المحذوفة.	الأبعاد المعدلة.	عدد الأبعاد النهائي.
4	6	30	3	1	5

2.1. تكوين الصدق الفرضي: قام الباحث بحساب صدق التكوين الفرضي للمقياس من خلال استخدام مصفوفة الارتباط بين الأبعاد التي تكون المقياس وبين درجات الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس ويظهر ذلك من خلال الجدول التالي:

- جدول رقم (6): يوضح الارتباط الإيجابي بين جميع الأبعاد ببعضها البعض وأيضا بالدرجة الكلية للمقياس وذلك عند مستوى دلالة 0.01.

الرقم	الأبعاد	1	2	3	4	5	6
1	تقبل أجزاء الجسم المعيبة.	-					
2	التناسق العام لأجزاء الجسم.	0.71**	-				
3	المنظور النفسي لشكل الجسم.	0.78**	0.85**	-			
4	المنظور الاجتماعي لشكل الجسم.	0.81**	0.79**	0.53**	-		
5	المحتوى الفكري لشكل الجسم.	0.73**	0.67**	0.68**	0.38**	-	
6	**الدرجة الكلية.**	0.89**	0.78**	0.71**	0.69**	0.82**	-

** دالة عند مستوى 0.01 * دالة عند مستوى 0.05

3.1. الاتساق الداخلي للمقياس:

- جدول رقم (7): يوضح حساب الاتساق الداخلي للمقياس عن طريق حساب درجة الارتباط بين عبارات الأبعاد والدرجة الكلية له.

البعد الأول: تقبل أجزاء الجسم المعيبة.		البعد الثاني: التناسق العام لأجزاء الجسم.		البعد الثالث: المنظور النفسي لشكل الجسم.		البعد الرابع: المنظور الاجتماعي لشكل الجسم.		البعد الخامس: المحتوى الفكري لشكل الجسم.	
م	ر	م	ر	م	ر	م	ر	م	ر
1	0.75**	7	0.65**	13	0.79**	19	0.44**	25	0.79**
2	0.45**	8	0.71**	14	0.53**	20	0.76**	26	0.51**
3	0.78**	9	0.57**	15	0.49**	21	0.84 **	27	0.63**
4	0.35**	10	0.44**	16	0.64**	22	0.73**	28	0.79**
5	0.74**	11	0.76**	17	0.77**	23	0.62**	29	0.81**
6	0.38**	12	0.55**	18	0.56**	24	0.42 **	30	0.72**

** دالة عند مستوى 0.01 * دالة عند مستوى 0.05

4.1. الصدق العاملي: قام الباحث بحساب الصدق العاملي لأبعاد مقياس صورة الجسم وذلك من خلال التعرف على تشبعات العوامل المشتركة لأبعاد المقياس وقد بين التحليل العاملي أن أبعاد المقياس تتشبع بعامل واحد بنسبة تباين مقدارها والتي تعد نسبة تباين كبيرة ويوضح ذلك الجدول التالي:

- جدول رقم (8): يوضح تشبعات العوامل المشتركة لأبعاد مقياس صورة الجسم بالتحليل العاملي.

الأبعاد.	التشبعات.	الاشتراكيات.
تقبل أجزاء الجسم المعيبة.	0.713	0.645
التناسق العام لأجزاء الجسم.	0.747	0.559
المنظور النفسي لشكل الجسم.	0.721	0.527
المنظور الاجتماعي لشكل الجسم.	0.865	0.879
المحتوى الفكري لشكل الجسم.	0.880	0.594
الجذر الكامن.	3.126	
نسبة التباين.	61.05	

2- ثبات المقياس: تم حساب ثبات المقياس بعدة طرق منها:

1.2. إعادة التطبيق: قام الباحث بتطبيق المقياس على عدد (85) مراهقا من المعوقين بدنيا و(150) مراهقا من العاديين ثم أعيد تطبيقه بعد 15 يوما على نفس الأفراد.

- ثم قام الباحث بحساب معامل الثبات بين التطبيقين ووصلت قيمة معامل الثبات لمقياس المناخ الأسري (0.92) وتشير هذه النسبة المرتفعة إلى تمتع المقياس بدرجة جيدة من الثبات.

- **جدول رقم (9): يوضح معاملات الثبات بطريقة إعادة المقياس:**

المقياس	معامل الثبات
مقياس صورة الجسم	0.92**

** دالة عند مستوى 0.01 * دالة عند مستوى 0.05

- ويتضح من الجدول السابق تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من معاملات الثبات بطريقة إعادة المقياس.

2.2. طريقة التجزئة النصفية: قام الباحث بحساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية عن طريق تجزئة طرفي كل بعد من أبعاد المقياس وكذلك تقسيم المقياس الكلي إلى جزأين متساويين بحيث تكون الدرجات الفردية للجزء الأول، والدرجات الزوجية للجزء الثاني وقد تم حساب معامل الارتباط بين الدرجات للجزأين ثم معامل الثبات ويوضح ذلك الجدول التالي:

- **جدول رقم (10): حساب معامل الارتباط بين الدرجات للجزأين ثم معامل الثبات.**

الأبعاد	معامل الارتباط بين الجزأين	معامل الثبات
تقبل أجزاء الجسم المعيبة.	0.69	0.74**
التناسق العام لأجزاء الجسم.	0.71	0.88**
المنظور النفسي لشكل الجسم.	0.73	0.84**
المنظور الاجتماعي لشكل الجسم.	0.64	0.46**

المحتوى الفكري لشكل الجسم.	0.77	**0.86
المقياس ككل.	0.79	**0.82

** دالة عند مستوى 0.01 * دالة عند مستوى 0.05

- طريقة تصحيح المقياس:

يتكون المقياس في صورته النهائية من **30** عبارة وأمام كل عبارة أربعة استجابات **(كثيرا، أحيانا، نادرا، أبدا)** وتوزيع الدرجات عليها كالتالي **(3،2،1،0)** وذلك للعبارات الموجبة و **(0،1،2،3)** للعبارات السالبة ولذا تكون الدرجة الكبرى للمقياس هي **90**، والدرجة الصغرى هي **0** وقد تم وضع ورقة لإجابة المقياس وكذلك مفتاح التصحيح.

- جدول رقم (11): يوضح ورقة إجابة مقياس صورة الجسم.

الرقم	أ	ب	ج	د	الرقم	أ	ب	ج	د
1					16				
2					17				
3					18				
4					19				
5					20				
6					21				
7					22				
8					23				
9					24				
10					25				
11					26				

12				27				
13				28				
14				29				
15				30				

البعد	تقبل أجزاء الجسم.	التناسق العام لأجزاء الجسم.	المنظور النفسي لشكل الجسم.	المنظور الاجتماعي لشكل الجسم.	المحتوى الفكري لشكل الجسم.	المجموع
الدرجة						

- جدول رقم (12): يوضح مفتاح تصحيح مقياس صورة الجسم.

الرقم	أ	ب	ج	د	الرقم	أ	ب	ج	د
1	3	2	1	0	16	0	1	2	3
2	3	2	1	0	17	3	2	1	0
3	3	2	1	0	18	3	2	1	0
4	3	2	1	0	19	3	2	1	0
5	3	2	1	0	20	3	2	1	0
6	3	2	1	0	21	3	2	1	0
7	3	2	1	0	22	3	2	1	0
8	3	2	1	0	23	3	2	1	0
9	3	2	1	0	24	3	2	1	0
10	3	2	1	0	25	3	2	1	0
11	3	2	1	0	26	0	1	2	3

0	1	2	3	**27**	0	1	2	3	**12**
0	1	2	3	**28**	0	1	2	3	**13**
0	1	2	3	**29**	0	1	2	3	**14**
0	1	2	3	**30**	0	1	2	3	**15**

(النوبي، 2010، ص 146-153).

- صعوبات الدراسة:

- صعوبة الحصول على القبول من طرف إدارة المؤسسة الاستشفائية يوسف دمرجي لإجراء دراسة ميدانية.

- قلة توفر عينة الدراسة في المستشفى المتمثلة في مبتوري الأطراف السفلى.

- خروج الحالات التي تخدم موضوعنا وعدم مكوثها طويلا بالمستشفى.

- صعوبة التواصل مع الحالتين في أول الأمر.

- عدم توفير جو ملائم وهادئ لإجراء المقابلة العيادية نظرا لكثرة المرضى واحتكاكهم بعائلتهم والطاقم الطبي أي تواجد المرضى بقاعة واحدة و محاولة البعض معرفة موضوع الحديث وبعض الأحيان تدخلهم في الموضوع.

خلاصة:

نستخلص في نهاية هذا الفصل أنه تم جمع البيانات الخاصة بالدراسة وذلك من خلال المنهج المناسب للدراسة والمتمثل في المنهج العيادي، كما تم التأكد من صلاحية أدوات القياس المستخدمة في الدراسة من حيث هدفها وثباتها وتم اختيار عينة الدراسة وبلغ عدد أفرادها حالتين من "مبتوري الأطراف السفلى" متواجدون في المؤسسة العمومية الاستشفائية "يوسف دمرجي" وذلك للتمكن من عرض وتحليل ومناقشة النتائج في الفصل الموالي.

تمهيد:

بعد التطرق إلى الإجراءات المنهجية التي اعتمدت في الدراسة الميدانية سنتطرق في هذا الفصل إلى عرض الحالات المدروسة وذلك بتقديم الحالات وعرض وتحليل المقابلات العيادية ثم نقوم بعرض نتائج مقياس كرب ما بعد الصدمة النفسية وصورة الجسم للحالتين بالإضافة إلى تحليله ثم نقدم التحليل العام لكل حالة نوضح فيه نتائج المقابلة والملاحظة ونتائج المقياسين لدى الحالتين، ثم نقوم بمناقشة نتائج البحث ككل على ضوء الفرضيات. وفي الأخير نختم الفصل باستنتاج عام وخاتمة.

1)- عرض الحالات وتحليل مضمون المقابلات:

1.1. تقديم الحالة الأولى:

- البيانات الشخصية:

- **الإسم:** (ف- أ).
- **السن:** 45 سنة.
- **الجنس:** ذكر.
- **المستوى الدراسي:** ثالثة ثانوي.
- **المهنة:** رئيس مصلحة في الضمان الاجتماعي سابقا.
- **المستوى الاقتصادي:** متوسط.
- **الحالة الاجتماعية:** متزوج.
- **عدد الأولاد:** 03 أطفال.
- **عدد الإخوة:** خمسة (02 ذكور)، (03 إيناث).
- **ترتيبه بينهم:** الأول (الأكبر).
- **محل الإقامة:** ولاية تيارت (السوقر).
- **نوع الحادث:** اصطدام سيارة.
- **تاريخ وقوع الحادث:** 22 فيفري 2021م.
- **المشاكل الصحية:**عملية على مستوى الرأس، نزيف مرض السكري، بتر الرجل اليمنى على مستوى الساق.
- **تاريخ البتر:** 28-05-2021م.

2.1. ملخص الحالة:

الحالة **(ف– أ)** يبلغ من العمر 45 سنة، ذو مستوى تعليمي ثالثة ثانوي، يقطن في ولاية تيارت (السوقر)، متزوج وأب لثلاثة أطفال، يعد الأخ الأكبر في ترتيبه بين إخوته، ذات مستوى اقتصادي متوسط، تعرض لحادث مرور وخلف له أعراض صدمة (مرض السكري) وإصابات جسدية التي أدت به إلى العجز عن القيام ببعض النشاطات اليومية (بتر) وبقي في المستشفى لمدة سنة تقريبا لتلقي العلاج نتيجة الجروح الخطيرة التي أصيب بها وكان كل مرة خلال تلك السنة بين المستشفى والمنزل كل هذه الإصابات التي تعرض لها أثرت على حياته بشكل عام وعلى نفسيته بشكل خاص.

• **جدول رقم (13): جدول المقابلات العيادية للحالة الأولى:**

	المقابلة الأولى	المقابلة الثانية	المقابلة الثالثة	المقابلة الرابعة	المقابلة الخامسة	المقابلة السادسة
تاريخ إجراء المقابلة	2022/03/28	2022/03/29	2022/03/30	2022/03/31	2022/04/03	2022/04/04
المكان	مصلحة الطب الداخلي الرجال.	مصلحة الطب الداخلي الرجال.	مصلحة الطب الداخلي الرجال.	مصلحة الطب الداخلي الرجال.	مصلحة الطب الداخلي الرجال.	مصلحة الطب الداخلي الرجال.
المدة	30 دقيقة	45 دقيقة	45 دقيقة	45 دقيقة	45 دقيقة	45 دقيقة
الهدف	التعرف على الحالة وجمع البيانات الأولية وخلق جو من الثقة بيني وبين الحالة مع ملاحظة سلوكيات الحالة أثناء المقابلة.	التعرف على التاريخ المرضي للحالة مع ملاحظة سلوكيات الحالة أثناء المقابلة وما يطرأ عليه من تغيرات وإيماءات.	التعرف على نظرته لصورة جسمه مع ملاحظة سلوكيات الحالة أثناء المقابلة وما يطرأ عليه من تغيرات وإيماءات.	التعرف على المنظور النفسي لشكل الجسم مع ملاحظة سلوكيات الحالة أثناء المقابلة وما يطرأ عليه من تغيرات وإيماءات.	التعرف على المنظور الاجتماعي لشكل الجسم وكيفية نظرته للمستقبل مع ملاحظة سلوكيات الحالة أثناء المقابلة وما يطرأ عليه من تغيرات وإيماءات.	تطبيق مقياسين كرب ما بعد الصدمة وصورة الجسم على الحالة مع ملاحظة سلوكاته وما يطرأ عليه من تغيرات وإيماءات أثناء الإجابة عن المقياسين.

– يوضح لنا الجدول تواريخ إجراء المقابلات مع الحالة الأولى التي تمثلت في ستة مقابلات في ستة أيام متتالية أجريت في مصلحة الطب الداخلي "رجال" وكل مقابلة كان لها هدف معين.

3.1. عرض وتحليل المقابلات:

الحالة **(ف– أ)** لم يبدي أي رفض لإجراء المقابلة واعتبر ذلك أمر يستدعي الاهتمام وكان إنسان عفوي وصريح يجيب عن الأسئلة بسلاسة مع وضوح اللغة.

كما لاحظنا عليه أنه كان هادئ معظم الوقت، مظهره مرتب ونظيف تظهر عليه ملامح الحزن كلما تحدثنا إليه عن حالته، كثير التنهد وفرقعة أصابع يديه كلما ذكر الحادث مع تحريك رجله اليسرى بصفة مستمرة عند طرح بعض الأسئلة التي تحمل تفاصيل الحادث. كما تبين على المفحوص أنه تلقى حدث صدمي من خلال وصفه للحادث ومعايشته له. لقوله: **(هداك نهار ولا مرة نسيتو ونعتابرو أسوء أيام حياتي)** وصرح بأن الحادث تضمن تهديدا خطيرا لسلامته الجسدية ففي مدة مكوثه في المستشفى عانى العديد من الآلام والالتهابات الحادة وهذا الأمر أقلقه وكان دائما يسأل الممرضة **(علاه جرحي ماحبش يبرى)** وهذا الأمر الذي جعل الأطباء يخضعونه لبعض التحاليل والفحوصات للتأكد من سبب التهابه وعدم شفائه وبعد ظهور التحاليل تبين أن المفحوص يعاني من مرض السكري فكان الخبر كصدمة للمفحوص لقوله: **(تصدمت وبقيت ساكت)**، ومن هنا بدأت معاناة المفحوص مع الالتهابات المتواصلة وساء الوضع فقرر الأطباء أخذ الموافقة بإجراء عملية بتر هنا كانت صدمة ثانية التي تلقاها المفحوص لقوله: **(مقدرتش نصدق ومقدرتش نستوعب هاد الفكرة حرقتني بزاف)**. لم يوافق المفحوص مع الأول على إجراء عملية بتر ساقه الأيمن لقوله: **(مستحيل نحي رجلي)** لكن مع إصرار الأطباء على إجراء العملية وإقناعه بأن الالتهاب سيزداد "GONGRENE" جعل المفحوص يوافق لقوله: **(تقبلت كلام الطبيب لأنو مكانش حل اخر)** فدامت العملية لمدة (06) ساعات. بعد إجرائه للعملية أصبح المفحوص غير راض وغير متقبل لصورته الجسمية لقوله: **(أنا مختلف واختلافي باين قدام الناس)**، إضافة

إلى شعوره بالعجز والنقص لقوله: **(الأيام لبقات من حياتي راح تكون سوداوية وطول حياتي راح نشوف روحي ماشي كما باقي الناس "ناقص"، وليت نشوف روحي عاجز مش قادر على مسؤولية عائلتي)** وهذا ما زاده قلقا لقوله: **(وليت نتقلق فوق اللازم حتى من أتفه الأشياء والضيق)** وصرح بأنه أصبح يعاني من اضطراب النوم والشهية لقوله: **(من نهار نحيت رجلي نوم عاد ميجينيش ووليت مناكلش خلاص)**. كما أصبحت نظرته للمستقبل متشائمة بسبب إصابته بمرض السكري الذي خلف له مضاعفات شديدة كانت السبب في بتر ساقه الأيمن لذا أصبح يعيش في خوف وقلق دائم من ردود أفعال وتفكير الاخرين على وضعية جسمه الحالية وبالأخص الزوجة والأولاد لقوله: **(خايف يجي نهار زوجتي وأولادي يتعبوا مني ويسمحوا فيا)**، لكنه متأملا أن يتحسن مستقبله مع مرور الوقت بفضل أولاده لقوله: **(أولادي أملي الوحيد، نتمنى يكون لأولادي مكانة مرموقة في العمل لتحمل مسؤولية العائلة مع احترامهم للاخرين)**.

1.4.1. عرض وتحليل نتائج مقياس كرب ما بعد الصدمة "PTSD" للحالة الأولى:

بعد إجرائنا للمقابلات قمنا بتطبيق مقياسي كرب ما بعد الصدمة وصورة الجسم على الحالة **(ف– أ)** فتحصل على النتائج الموضحة في الجداول التالية:

- **جدول رقم (14): يوضح نتائج مقياس كرب ما بعد الصدمة مع الحالة (ف– أ):**

المقياس	البنود	الدرجة
استعادة الخبرة الصادمة	17،4،3،2،1	16
تجنب الخبرة الصادمة	11،10،9،8،7،6،5	25
الاستثارة	16،15،14،13،12	16
المجموع الكلي	**من 01 إلى 17.**	**57**
المستوى	**صدمة شديدة**	

توضح نتائج الجدول رقم **(14)** أن الحالة **(ف– أ)** تحصل على أعلى درجة في بعد **تجنب الخبرة الصادمة** بدرجة **25**، ثم يليه بعدين **استعادة الخبرة الصادمة والاستثارة** بدرجة **16** ليكن مجموع الأبعاد **153/57** درجة من مقياس كرب ما بعد الصدمة "PTSD" وهذا يدل على أن مستوى الصدمة النفسية لديه **شديدة.**

2.4.1. عرض وتحليل نتائج مقياس صورة الجسم للحالة الأولى:

- **جدول رقم (15): يوضح نتائج مقياس صورة الجسم مع الحالة (ف– أ):**

البعد	تقبل أجزاء الجسم المعيبة.	التناسق العام لأجزاء الجسم.	المنظور النفسي لشكل الجسم.	المنظور الاجتماعي لشكل الجسم.	المحتوى الفكري لشكل الجسم.	المجموع
الدرجة	17	17	15	18	14	**81**

توضح نتائج الجدول رقم **(15)** أن الحالة **(ف– أ)** تحصل على أعلى درجة في بعد **المنظور الاجتماعي لشكل الجسم** بدرجة **18**، ثم يليه بعدين **تقبل أجزاء الجسم المعيبة والتناسق العام لأجزاء الجسم** بدرجة **17**، بعد ذلك يأتي بعد **المنظور النفسي لشكل الجسم** بدرجة **15**، أما فيما يتعلق ببعد **المحتوى الفكري لشكل الجسم** فنلاحظ الدرجة **14**، ليكن مجموع الأبعاد **90/81** درجة من مقياس صورة الجسم وهذا يدل على أن المفحوص **غير متقبل لصورة جسمه ولديه نظرة سلبية.**

5.1. التحليل العام للحالة الأولى:

بعد تطبيق أدوات الدراسة المتمثلة في الملاحظة والمقابلة النصف موجهة ومقياس كرب مابعد الصدمة "PTSD" الذي تحصل من خلاله على **153/57** درجة ومن مقياس صورة الجسم الذي تحصل فيه على **90/81** درجة وهذا راجع لمجموعة أعراض مختلفة التي ظهرت على المفحوص والمتمثلة في: اضطرابات النوم والشهية، اللجوء إلى الوحدة والعزلة وتجنب الاختلاط

بالاخرين، القلق الشديد والخوف من المستقبل وعدم التركيز إضافة إلى عدم الرضا وتقبل صورة جسمه وعدم الثقة فيه ونظرته السلبية لذاته. إذن فالحالة (ف– أ) يعاني من صدمة نفسية شديدة التي هي "عبارة عن حدث معاش يؤدي في فترة قصيرة من الزمن إلى إثارة مفرطة تستحيل تحطيمها أو استيعابها بالطرق العادية وهذا مايظهر اضطرابات مستقرة في استعمال الطاقة". **(لابلونش وبونتاليس، 1987، ص300).**

كل هذه الأعراض تشير إلى مكوث الصدمة النفسية لدى الحالة كجسم غريب في حياته النفسية صعب إدماجها ويظهر ذلك على شكل تشوه في صورة الجسم كما يرجعها "أدلر" إلى عقدة النقص التي تمثل نظرة الفرد لذاته أو نظرة الاخرين له.

1.2. تقديم الحالة الثانية:

- **البيانات الشخصية:**

- **الإسم:** (س– ب).
- **السن:** 64 سنة.
- **الجنس:** ذكر.
- **المستوى الدراسي:** /
- **المهنة:** حرفي بناء.
- **المستوى الاقتصادي:** متوسط.
- **الحالة الاجتماعية:** متزوج.
- **عدد الأولاد:** 07 أولاد.
- **عدد الإخوة:** خمسة (04 ذكور)، (03 إيناث).
- **ترتيبه بينهم:** الثالث.
- **محل الإقامة:** تيارت.
- **المشاكل الصحية:** السكري من النوع الأول، كوفيد 19.
- **تاريخ البتر:** 03–02–2022م.

2.2. ملخص الحالة:

الحالة **(س – ب)** يبلغ من العمر 64 سنة، يقطن في بلدية تيارت، متزوج وأب ل 07 أولاد، ويعتبر في ترتيب أفراد عائلته الثالث، ذو مستوى اقتصادي متوسط. تعرض الحالة **(س– ب)** إلى عملية بتر لأطرافه السفلى بالتحديد تحت الركبة وهذا بسبب المضاعفات التي تعرض لها حيث كان يعاني من مرض السكري (الفئة 1) منذ أكثر من 25 سنة ثم أصيب بفيروس كوفيد 19 الذي أدخله المستشفى بعدما انتشر في جسمه وأصبح في حالة متقدمة من المرض وظهرت الأعراض المتمثلة في الحرارة المرتفعة مع نقص حاد في عملية التنفس مما جعل عملية دوران الدم ثقيلة وأخذت أرجله تنتفخ وتأخذ لونا أزرقا وكونت له أورام مما أجبر الطاقم الطبي المرافق له على تنفيذ عملية البتر التي ألزمته البقاء في المستشفى لمدة أسبوع ثم غادر ليعود بعد معاودة الألام له وظهور (القيح) أو الصديد (PUE) منذ ذلك الوقت أصبح غير قادر على القيام بواجباته اتجاه عائلته مما أثر على حياته بشكل عام وعلى نفسيته بشكل خاص.

- **جدول رقم (16): جدول المقابلات العيادية للحالة الثانية:**

	المقابلة الأولى	المقابلة الثانية	المقابلة الثالثة	المقابلة الرابعة	المقابلة الخامسة	المقابلة السادسة
تاريخ إجراء المقابلة	2022/04/05	2022/04/06	2022/04/07	2022/04/10	2022/04/11	2022/04/12
المكان	مصلحة الطب الداخلي الرجال.	مصلحة الطب الداخلي الرجال.	مصلحة الطب الداخلي الرجال.	مصلحة الطب الداخلي الرجال.	مصلحة الطب الداخلي الرجال.	مصلحة الطب الداخلي الرجال.
المدة	30 دقيقة	45 دقيقة	45 دقيقة	45 دقيقة	45 دقيقة	45 دقيقة
الهدف	التعرف على الحالة وجمع البيانات الأولية وخلق جو من	التعرف على التاريخ المرضي للحالة مع ملاحظة	التعرف على نظرته لصورة جسمه مع ملاحظة	التعرف على المنظور النفسي لشكل الجسم مع ملاحظة	التعرف على المنظور الاجتماعي لشكل الجسم وكيفية	تطبيق مقياسين كرب ما بعد الصدمة وصورة الجسم على

	الثقة بيني وبين الحالة مع ملاحظة سلوكيات الحالة أثناء المقابلة.	سلوكيات الحالة أثناء المقابلة وما يطرأ عليه من تغيرات وإيماءات.	سلوكيات الحالة أثناء المقابلة وما يطرأ عليه من تغيرات وإيماءات.	سلوكيات الحالة أثناء المقابلة وما يطرأ عليه من تغيرات وإيماءات.	نظرته للمستقبل مع ملاحظة سلوكيات الحالة أثناء المقابلة وما يطرأ عليه من تغيرات وإيماءات.	الحالة مع ملاحظة سلوكاته وما يطرأ عليه من تغيرات وإيماءات أثناء الإجابة عن المقياسين.

– يوضح لنا الجدول تواريخ إجراء المقابلات مع الحالة الثانية التي تمثلت في ستة مقابلات في ستة أيام متتالية أجريت في مصلحة الطب الداخلي "رجال" وكل مقابلة كان لها هدف معين.

3.2. عرض وتحليل المقابلات:

الحالة **(س– ب)** لم يبدي أي اعتراض لإجراء المقابلة ولكنه كان متوترا لأنه لا يريد الإجابة على بعض الأسئلة الممكن طرحها والتي تذكره بالحدث الذي عاشه لكن بعدما كسبنا ثقته أصبح يجيب بكل سلاسة مع وضوح اللغة وكان عفوي وصريح، كما لاحظنا عليه أنه كان هادئا، مظهره مرتب ونظيف تظهر عليه ملامح الحزن وبعض السلوكات المتمثلة في التنهدات وعض الشفتين وفرقعة الأصابع بصفة مستمرة خاصة بعد طرح الأسئلة التي تحمل تفاصيل أسباب البتر. كما تبين على المفحوص أنه تلقى حدث صدمي بعد عملية بتر لأطرافه السفلى لقوله: **(حكمتني الخلعة بعدما لقيت روحي بلا رجلين، عمري ما ظنيت إني نكون معاق)**،

صرح المفحوص بتاريخه المرضي أن داء السكري وكوفيد 19 هما سببا تعرضه للبتر لقوله: **(كنت مريض بالسكري وراضي بمرضي ولكن بعدما مرضت بالكوفيد ساءت حالتي وتبدلت علي الأمور واصبحت عاجز)** كما ذكر أن قبل البتر كانت حياته سعيدة ومستقرة لقوله: **(كنت نحس بالسعادة والاستقرار وهمي الوحيد هو نضمن لولادي مستقبلهم)** لكن بعد الإصابة ذكر بأن الألم الذي عاشه بعد البتر لم يستطع تجاوزه أو تقبله وماترتب عنه من الناحية الجسدية والنفسية والاجتماعية لقوله: **(وليت ناقص وعاجز، نمل من القعدة، حاب يكون عندي رجلين**

باش نقوم بولادي). فمن خلال تصريحاته إتضح أن الحالة يعاني من قلق وتوتر وضعف كما أنه لا يشعر بالاستقرار والتوازن الذاتي بسبب فقدانه لثقته بنفسه واختلال في العوامل النفسية مما جعله يتجنب الاخرين لقوله: **(علاش ربي كتب عليا هذا الشي، مانقدر ندير والو وليت مانحب نشوف حتى واحد وراني نحس بتأنيب الضمير لأني ضعيف)** كما صرح أن الأشخاص الوحيدين الذي يتواصل معهم هم أفراد أسرته الصغيرة وأنه تلقى الدعم من طرفهم وذلك لقوله: **(وقفوا معايا كامل وبالأخص مرتي)** وأصبحت نظرته للمستقبل متشائمة لقوله: **(المستقبل راح، لي معندوش الأطراف السفلى ما يخدمش ولي مايخدمش معندوش مستقبل ومانقدر نحقق والو)** ولكن مع كل هذا التوتر ظهر بصيص من الأمل لقوله: **(الحمدلله خليت ولادي، قاع كنروح يبقاو يرفدو أمهم والعايلة ويتهلاو فيهم).**

1.4.2. عرض وتحليل نتائج مقياس كرب ما بعد الصدمة "PTSD" للحالة الثانية:

بعد إجرائنا للمقابلات قمنا بتطبيق مقياسي كرب ما بعد الصدمة وصورة الجسم على الحالة **(س- ب)** فتحصل على النتائج الموضحة في الجداول التالية:

- **جدول رقم (17): يوضح نتائج مقياس كرب ما بعد الصدمة مع الحالة (س- ب):**

المقياس	البنود	الدرجة
استعادة الخبرة الصادمة	17،4،3،2،1	18
تجنب الخبرة الصادمة	11،10،9،8،7،6،5	14
الاستثارة	16،15،14،13،12	20
المجموع الكلي	**من 01 إلى 17.**	**52**
المستوى	**صدمة شديدة**	

توضح نتائج الجدول رقم **(17)** أن الحالة **(س- ب)** تحصل على أعلى درجة في بعد **الاستثارة** بدرجة **20**، ثم يليه بعد **استعادة الخبرة الصادمة** بدرجة **18**، بعد ذلك يأتي بعد **تجنب الخبرة**

الصادمة، ليكن مجموع الأبعاد **153/52** درجة من مقياس كرب ما بعد الصدمة "PTSD" وهذا يدل على أن مستوى الصدمة النفسية لديه **شديدة.**

2.4.2. عرض وتحليل نتائج مقياس صورة الجسم للحالة الثانية:

- **جدول رقم (18): يوضح نتائج مقياس صورة الجسم مع الحالة (س– ب):**

البعد	تقبل أجزاء الجسم المعيبة.	التناسق العام لأجزاء الجسم.	المنظور النفسي لشكل الجسم.	المنظور الاجتماعي لشكل الجسم.	المحتوى الفكري لشكل الجسم.	المجموع
الدرجة	15	18	15	18	15	**81**

توضح نتائج الجدول رقم **(18)** أن الحالة **(س– ب)** تحصل على أعلى درجة في بعدين **التناسق العام لأجزاء الجسم والمنظور الاجتماعي لشكل الجسم** بدرجة **18،** ثم يليه **03** أبعاد لهما نفس الدرجة **تقبل أجزاء الجسم المعيبة والمنظور النفسي لشكل الجسم والمحتوى الفكري لشكل الجسم** بدرجة **15،** ليكن مجموع الأبعاد **90/81** درجة من مقياس صورة الجسم وهذا يدل على أن المفحوص **غير متقبل لصورة جسمه ولديه نظرة سلبية.**

5.2. التحليل العام للحالة الثانية:

بعد تطبيق أدوات الدراسة المتمثلة في الملاحظة والمقابلة النصف موجهة ومقياس كرب مابعد الصدمة "PTSD" الذي تحصل من خلاله على **153/52** درجة ومن مقياس صورة الجسم الذي تحصل فيه على **90/81** درجة وهذا راجع لمجموعة أعراض مختلفة التي ظهرت على المفحوص والمتمثلة في: القلق، التوتر، عدم الاستقرار والتوازن الذاتي، اضطرابات النوم، فقدان الثقة بالنفس واللجوء إلى الوحدة والعزلة وتجنب الاختلاط بالاخرين والخوف من المستقبل إضافة إلى عدم تقبل لصورة جسمه ونظرته السلبية لذاته. إذن فالحالة **(س– ب)** يعاني من صدمة نفسية شديدة التي تعرف حسب ميلود لوهب "أنها ظاهرة اختراق وكسر للنفس عن طريق

مؤثرات عنيفة وقوية كما تعمل على خلق تشويه وتغيير في مكونات الشخصية والعلاقات العاطفية" سببها تشوه صورة الجسم ونظرته السلبية اتجاه ذاته وتعرف صورة الجسم على أنها "إدراك الفرد وتقييمه لوظائفه الجسمية ومظهره".

- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

أسفرت نتائج الدراسة التي قمنا بها أن حدث بتر الأطراف السفلى تعاش كصدمة نفسية لدى الأشخاص الذين تعرضوا له، كما ظهرت أثاره من خلال معاناة المبتورين من صدمات نفسية واضطراب صورة الجسم والتي يمكن ادراجها حسب ماجاءت به فرضيات البحث والمتمثلة في مايلي:

- مستوى انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى أشخاص مبتوري الأطراف السفلى شديد.

مستوى انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى أشخاص مبتوري الأطراف السفلى متوسط.

مستوى انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى أشخاص مبتوري الأطراف السفلى ضعيف.

من خلال النتائج المتحصل عليها من المقابلة النصف موجهة ومقياس كرب مابعد الصدمة "PTSD" تبين أن الصدمة النفسية كانت كرد فعل للبتر ويظهر ذلك من خلال الدرجات المرتفعة (شديدة) وهذا ماكشفت عنه دراسة "**عبد الرحيم شادلي**" (2016) الجزائر، الموسومة ب "انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف" والتي تتراوح أعمارهم من (24 إلى 33) سنة وهذا مايتوافق مع فرضية بحثنا التي مفادها أن مستوى انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى أشخاص مبتوري الأطراف السفلى شديد.

كما أن نتائج المتحصل عليها من مقياس صورة الجسم يظهر لنا أن هناك اضطراب في صورة الجسم (صورة الجسم سالبة) لدى الحالتين وبدرجات متساوية ومرتفعة وهذا ماكشفت عنه دراسة "**هولزير واخرون**" (2014) كندا، الموسومة ب: "صورة الجسد وتقدير الذات لدى مبتوري الأعضاء السفلية" وعليه فإن مبتوري الأطراف السفلى يعانون من عدم تقبل والتعايش مع التشوه والعجز الذي لحق بأجسامهم وهذا ما أدى بهم إلى الشعور بالنقص وعدم الثقة بأنفسهم حسب ماجاءت به نظرية التحليل النفسي عند تناولها لصورة الجسم حيث تراها على أنها عبارة عن تركيب حي لتجاربنا العاطفية. ذاكرتنا اللاشعورية أي كل الحياة العلائقية (كل تفاعل مع الاخر) للإشارة إن المظهر الخارجي هو صورة للشخص وله دور مهم في حياته ووجوده.

وبالتالي نجد أن الفرضية الجزئية الأولى والمتمثلة في "مستوى انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى أشخاص مبتوري الأطراف السفلى شديد" قد تحققت وهذا راجع لصورة الجسم السلبية وعدم تقبله لوضعيته الجديدة.

أما بالنسبة للفرضية الثانية والثالثة فلم تتحقق وهذا نظرا لكون الحالتين أظهرتا عدم تقبلهما لصورة الجسم الجديدة ورفضهما القاطع لها.

وبالتالي نجد بأن الفرضية العامة والمتمثلة في: "هناك مستويات لانعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى أشخاص مبتوري الأطراف السفلى (شديد، متوسط، ضعيف) قد تم تحققها وثبوتها وهذا لما التمسناه من خلال سرد أهم محطات المقابلة نصف الموجهة مدعمين ذلك بمقياسي كرب مابعد الصدمة "PTSD" وصورة الجسم مع كلا المفحوصين الذين أثبتا أن مستوى انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى أشخاص مبتوري الأطراف السفلى شديد.

يمكن القول أن رغم تحقق الفرضية العامة والفرضية الجزئية الأولى إلا أن هذه النتائج تبقى نسبية لا يمكن تعميمها على كل مبتوري الأطراف السفلى.

- الاستنتاج العام للحالتين:

من خلال التساول الذي طرحناه حول ما مستوى انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى أشخاص مبتوري الأطراف السفلى قمنا بإجراء مقابلة نصف موجهة وكذا تطبيق مقياس كرب ما بعد الصدمة "PTSD" وصورة الجسم على حالتين من جنس ذكر تتراوح أعمارهم ما بين (45-64) سنة وهما مصابان بداء السكري ومن خلال الأعراض التي تتمثل في الخوف من المستقبل وعدم الثقة بالنفس، العزلة وتجنب الاختلاط بالاخرين والنظرة السالبة لصورة الجسم قد تطابقت مع ما توصلنا إليه من خلال الحالتين.

ومن خلال الدراسة الميدانية والنتائج المتحصل عليها توصلنا إلى تحقيق الفرضية التي أدرجناها والتي تنص بأن "مستوى انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى أشخاص مبتوري الأطراف السفلى شديد". وأن المساندة والدعم العائلي لهما دورا إيجابيا في إعادة الثقة بالنفس للمبتورين والتخفيف من شدة الإصابة.

خاتمة:

من خلال الدراسة التي أجريناها على عينة البحث فقد توصلنا إلى حتمية إدراج التكفل النفسي الذي يعتبر ضروري ويستطيع المبتور من خلاله التكيف مع هذه الوضعية التي غيرت من شكل الجسم وأظهرت فيه نقائص وتشوهات.

فالمبتور وإن تقبل البتر فإنه يعيش حالة متواصلة من الحزن والاكتئاب والشعور بالعجز وعدم الثقة بالنفس والخوف من المستقبل كما صرح أحد المبتورين "لم أكن أظن أني سأكون يوما معاقا".

كما أنه من خلال تطبيقنا للاختبارات النفسية لاحظنا أن مبتوري الأطراف السفلى يعانون من الجانب النفسي حيث يظهر ذلك جليا في النتائج المتحصل عليها في البحث وعجزهم عن تحقيق تكيف ناجح مع الوضع الجديد وأما من الناحية الخدماتية فهم يعانون من التهميش وذلك بسبب فقدان وظائفهم الاجتماعية ونظرة المجتمع لهذه الفئة بالشفقة مما يزيد من توترهم.

وفي الأخير، ومن خلال السيرورة البحثية التي أجريناها طيلة السنة والنتائج المتحصل عليها دفعتنا إلى طرح بعض الاقتراحات والتوصيات المتمثلة في:

- توجيه الدراسات العيادية والبحوث النفسية إلى العمل على إيجاد تقنيات علاجية نفسية تعوضهم إصابة البتر وتجعلهم يسايرون الوضعية الجديدة، العمل على خلق نوادي يجتمع فيها المبتورين لتبادل الأفكار.
- توفير مؤسسات تأهيلية لتقديم برامج الإرشاد والتوجيه لحالة البتر.
- مساعدة المبتورين على إيجاد وظائف ومهن تناسب حالتهم الصحية.
- إقامة مراكز تختص بتركيب الأطراف الصناعية وتقديمها للمبتورين عن طريق المساعدات الاجتماعية.
- وضع أهداف اجتماعية وحث المبتورين على تحقيقها حتى يرفع الضغط النفسي عنهم.
- رفع من منحة أو معاش يوفر للمبتور العيش الكريم.
- توفير ممرات في البناءات والإدارات خاصة بمبتوري الأطراف السفلى.

قائمة المصادر والمراجع

- **القرأن الكريم.**

- المراجع باللغة العربية:

- أبو فرحة، خليل (2000). **الموسوعة النفسية.** (ط1). الأردن، عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.

- بظاظو، السيد أنسام مصطفى (2013). **برنامج علاجي لتخفيف اكتئاب ما بعد صدمتي الوفاة والطلاق لدى الأطفال (نظريات والتطبيقات العلاجية والإكلينيكية).** (ط1). القاهرة: المكتب الجامعي الحديث.

- حسين عبد القادر، النابلسي محمد أحمد (2002). **التحليل النفسي (ماضيه ومستقبله).** (ط1). القاهرة، مصر: دار الفكر المعاصر.

- حلمي إبراهيم، فرحات ليلى (1998). **التربية الرياضية والترويح للمعاقين.** (ط2). القاهرة: دار الفكر العربي.

- حنفي، عبد المنعم (1994). **موسوعة علم النفس والطب النفسي.** (ط4). القاهرة: مكتب مدبولي.

- حنفي، عبد المنعم (1996). **موسوعة علم النفس.** (ط4). المجلد (3). القاهرة: مكتب مدبولي.

- الدسوقي، مجدي محمد (2006). **اضطرابات صورة الجسم (الأسباب، التشخيص، الوقاية والعلاج).** (ط2). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- سعدوني، غديرة مسعودة (2012). **مصير الأطفال المصدومين من جراء العنف.** دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع. عين مليلة الجزائر.

- سي موسى عبد الرحمان، رضوان زقار (2002). **الصدمة النفسية والحداد عند الطفل والمراهق (نظرة الاختبارات الإسقاطية).** (ط1). الجزائر: جمعية علم النفس للجزائر العاصمة.

- سيد سليمان، عبد الرحمن (2001). **سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (المفهوم والفئات).** (ط1) (ج1). القاهرة: مكتب زهراء الشرق.

- السيد عبيد، ماجدة (2000). **مقدمة في تأهيل المعاقين.** (ط2). عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.

- الصفدي، عصام حمدي (2007). **الإعاقة الحركية والشلل الدماغي.** (ط1). دار اليازوردي العلمية للنشر والتوزيع.

- عبد الستار، إبراهيم (1998). **الاكتئاب اضطراب العصر الحديث (فهمه وأساليبه وعالجه)**. (د.ط). لبنان: عالم المعرفة.

- العسمي نايل، رياض (2015). **صورة الجسد المنحى التكاملي للصحة والمرض**. (ط1). الأردن: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.

- غسان، يعقوب (1999). **سيكولوجية الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي (اضطراب ضغط ما بعد الصدمة)**. (ط1). بيروت: دار الفارابي للنشر والتوزيع.

- القذافي، رمضان محمد (1998). **الصحة النفسية والتوافق**. (ط3). الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

قنديلجي، عامر إبراهيم (1999). **البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات**. (د.ط). عمان: دار البازوري العلمية.

- لوبروتون، دافيد (1997). **الأنثروبولوجيا الحسد والحداثة**. ترجمة محمد عرب صاصيلا. (ط2). بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات للنشر والتوزيع.

- النوبي، محمد علي محمد (2010). **مقياس صورة الجسم للمعوقين بدنيا وجسديا**. (ط1). عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

- الرسائل والاطروحات:

- الأشرم، رضا إبراهيم محمد (2008). **صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لذوي الإعاقة البصرية (دراسة سيكومترية إكلينيكية)**. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. جامعة الزقازيق. مصر.

- بريالة، هناء (2012). **صورة الجسم لدى المصابين بتشوهات ناتجة عن الحروق**. رسالة ماجستير في علم النفس العيادي. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم علم النفس. جامعة بسكرة. الجزائر.

- حسن، إيمان حسين السيد (2006). **صورة الجسد وعلاقتها بتقدير الذات لدى مبتوري الأطراف**. رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة سوهاج. مصر.

- حملة، بسمة (2018). **صورة الجسم لدى المراهقات المصابات باضطرابات الأكل**. مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم علم النفس. جامعة أم البواقي. الجزائر.

- خطاب، هبة محمد (2014). **صورة الجسد وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى عينة من النساء البدينات في قطاع غزة**. رسالة ماجستير في علم النفس. كلية التربية. الجامعة الإسلامية. فلسطين.

- ستوتي، وسيلة (2019). **مستوى تقدير الذات لدى الراشد مبتور الأطراف**. مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم علم النفس. جامعة بسكرة. الجزائر.

- سكحال فاطمة، قانة فاطمة (2008). **صورة الجسد عند المريض بعد إجراء عملية البتر**. مذكرة مكملة لنيل شهادة ليسانس في علم النفس الإكلينيكي. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم علم النفس. جامعة مستغانم. الجزائر.

- شادلي، عبد الرحيم (2016). **انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف**. أطروحة الدكتوراه. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. تخصص علم النفس العيادي. جامعة بسكرة. الجزائر.

- الشرباوي، أنور محمد (2001). **علاقة صورة الجسم ببعض المتغيرات لدى المراهقة**. رسالة ماجستير. كلية التربية. عين الشمس. الزقازيق.

- عبازة، أسيا (2014). **صورة الجسم وعلاقتها بالتوافق الدراسي لدى المراهق المتمدرس بالسنة الثانية ثانوي**. رسالة ماجستير غبر منشورة. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة ورقلة. الجزائر.

- عبد الستار، نورا (2007). **صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات والاكتئاب لدى طالبات المرحلة الثانوية بمدينة مكة المكرمة ومحافظة جدة**. رسالة دكتوراه. كلية التربية. جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.

- عبديش، إيمان زكية (2013). **أثر الصدمة النفسية على صورة الذات عند المراهقة المغتصبة**. مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس الإكلينيكي. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم علم النفس. جامعة سعيدة. الجزائر.

- فكراش، عبد الكريم (2019). **صورة الجسم لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف**. شهادة ماستر في علم النفس العيادي. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم علم النفس، جامعة قالمة. الجزائر.

- القاضي، وفاء محمد أحميدان (2009). **قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة**. رسالة ماجستير في علم النفس. كلية التربية. الجامعة الإسلامية بغزة. فلسطين.

- كاسوحة، أسامة مراد (2015). **صورة الجسد وعلاقتها بالقلق الاجتماعي لدى المصابين بتشوهات جسدية دراسة على عينة من المتضررين بأحداث العنف في سوريا**. رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي. كلية التربية. دمشق.

- كروغلي، محمد لمين (2010). **مساهمة في دراسة محاولة الانتحار عند المراهق بعد تعرضه لصدمة فشل "الأسباب والاستراتيجيات التكفل النفسي"**. رسالة ماجستير في علم النفس العيادي. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم علم النفس. جامعة قسنطينة. الجزائر.

- لعوج، أسماء (2012). **الصدمة النفسية لدى الأفراد المصابين بالجلطة الدماغية**. رسالة ماجستير. كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية. قسم علم النفس. جامعة الجزائر 2.

- لكحل، نور الهدى (2014). **الصدمة النفسية عند ضحايا الصدمة الدماغية**. رسالة ماجستير في علم النفس العيادي. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم علم النفس. جامعة سطيف 02. الجزائر.

- معافي، أسماء (2012). **بتر الأطراف وانعكاساته على المخطط الجسدي لدى المراهق**. رسالة ماجستير في علم النفس. كلية التربية. الجامعة الإسلامية بغزة. فلسطين.

- **المجلات والدوريات:**

- الأنصاري، منى صالح (2002). **بروفيل إدراك الذات البدينة لطالبات المرحلة الثانوية بمملكة البحرين**. مجلة العلوم النفسية. العدد (3).

- الجبوري، كاضم واخرون (2007). **صورة الجسم وعلاقتها بالقبول الاجتماعي لدى طلبة الجامعة**. مجلة الفارسية للعلوم الإنسانية. العدد (10).

- حراوبية، ليندة (2010). **الصلابة النفسية وعلاقتها بالحادث الصدمي وحدوده**. مجلة العلوم الإنسانية. مجلة أفاق علمية. المجلد (11). العدد (03): المركز الجامعي لتامنغست.

- الشيخ، منال (2011). **أساليب التعامل مع اضطراب الضغوط التالية للصدمة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات**. مجلة دمشق. المجلد (72). العدد (3-4).

- عبد السلام، علي. عبد الهادي، أحمد محمد (1997). **دراسة نفسية لتأهيل فاقدي أعضاء الجسم عن طريق البتر**. مجلة علم النفس. المجلد (42). السنة (11). مصر: الهيئة المصرية للكتاب.

- فايد، جمال عطية خليل (2006). **صورة الجسم وعلاقتها ببعض أنماط التفاعلات الاجتماعية لدى التلاميذ في مرحلة الطفولة المتأخرة**. مجلة كلية التربية. جامعة المنصورة. العدد (60).

- فايد، حسين علي (2004). **الرهاب الاجتماعي وعلاقته بكل من صورة الجسم ومفهوم الذات لدى طالبات الجامعة**. مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي. القاهرة: العدد (18).

- كفافي علاء الدين، النيال مايسة أحمد (1996). **صورة الجسم وبعض التغيرات لدى عينة من المراهقات (دراسة ارتقائية ارتباطية عبر ثقافية)**. مجلة علم النفس. العدد (39).

- كفافي، علاء الدين واخرون (1995). **صورة الجسم وبعض التغيرات الشخصية لدى عينة من المراهقات (دراسة ارتقائية ارتباطية)**. مجلة علم النفس. العدد (39). دار المعرفة الجامعية.

- **القواميس والمعاجم:**

- ابن منظور (1983). **قاموس لسان العرب**، (د.ط). القاهرة: دار المعارف.

- جان لابلانش، ج. بونتاليس (1997). **معجم مصطلحات التحليل النفسي**. ترجمة مصطفى حجازي. (ط2). بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات للنشر والتوزيع.

- السيد الشخص، عبد العزيز، الدمياطي، عبد الغفار (1992). **قاموس التربية الخاصة**. الرياض. جامعة الملك سعود.

- **المعايير التشخيصية للجمعية الأمريكية للطب النفسي والعقلي:**

- D.SMIV الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (2004). جمعية الطب النفسي الأمريكية. التشخيص الإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية ICD11.

- **المواقع:**

- الحواجري، أحمد محمد (2005). **الصدمة النفسية**. أطلع عليه على الموقع: .**www.arabmedmag,com**

- المراجع باللغة الأجنبية:

- Aljendi, Nada (2015). **Traumatisme psychique et symbolisation cas des victimes de guerre en Iraq.** université lumiere lyon 02.

- Arnaud Fouchard. CIM11 .Nouvelle classification international (2018).

- Crocq, Louis (1992). **le syndrome de répétition dans les névroses traumatiques. ses variation clinique sa signification in perspective psychiatrique**. N32.

- Crocq, Louis (2014). **traumatismes psychique paris en charge psychologique des victimes.** France, paris, Elsevier Masson.

- Damiani, C .(1997). **les victimes violences publiques et crimes privés**. paris, Bayard.

- Jean pierre (1999). **Concept. Etude les cas. Armand. Colima.** Paris.

- N, sillamy (1980). **Dictionaire encvchopedique de la psychologie. Edition**. Masson.

- Rains,g (1995). **Diagnosis and Treatment. Litraine duliban hardlinge. Ritchie david.**

- Ramano, H (2010). l**e dessin- leumen. traces traumatiques in visible. dans les dessin.** l'enfant**.** exposes de sainement traumatique.

- Rojer, Braun, p. pejeusc (1983). **l'agression et les autres paris Masson.**

- S. Freud (1920). **aude-là du principe de plaisir in essais de psychanalyse, edpayot.** paris.

- Thomas(s) (1975).**dealeur et plaisir ED dayot ED masson.** Paris.

- Tierney lawerence.stephen (2006)**.cunent medical.diagnosis and treatment librain.** du Liban.

- Walden (2004). **osteosarcom. malignant fibrose histiocytome of bine,ed,** national cancer.

- Wemerd Fnoihlich (1997). **dictionnaire de la psychologie en cychopédie d'aujourd'hui librairie géneral francaise.**

- Wittman-price.r.et al (2013).**nursing concept care maps for sofe patient care.** david company usa.

قائمة الملاحق

- **ملحق رقم (01):**

دليل المقابلة نصف الموجهة

المحور الأول: البيانات الشخصية.

الإسم: ....، السن: ....، الجنس: .....، المستوى الدراسي: ....، المهنة: ....، المستوى الاقتصادي: .... الحالة الاجتماعية: ....، عدد الأولاد: ....، عدد الإخوة: ....، الترتيب بينهم: ....، محل الإقامة: .... تاريخ وقوع الحادث: ....، المشاكل الصحية: ....، تاريخ البتر: ....

المحور الثاني: التاريخ الطبي والمرضي للحالة.

س1-متى أصبت بالبتر؟

س2-ما هو سبب تعرضك لعملية البتر؟

س3-كيف كانت ردة فعلك على قرار بتر أطرافك السفلى؟

س4-كيف كان شعورك قبل وبعد عملية البتر؟

س5-هل تأثرت صحيا ونفسيا من عملية البتر؟

المحور الثالث: صورة الجسم وتأثيرها على الذات.

س1-كيف أصبحت نظرتك إلى جسمك بعد البتر؟

س2-هل أنت راض بجسمك؟

س3-هل أثر البتر على حياتك وعملك؟

س4-هل ترى نفسك مختلف عن الاخرين؟

المحور الرابع: المنظور النفسي لشكل الجسم.

س1-هل يقلقك وضع جسمك حاليا؟

س2-هل عانيت من اضطرابات نفسية في تلك الفترة؟

س3-هل تغيرت حالتك المزاجية بعد البتر؟

س4-كيف تصف لنا حالتك النفسية بعد البتر؟

المحور الخامس: المنظور الاجتماعي لشكل الجسم.

س1-كيف هي علاقتك مع عائلتك؟

س2- كيف هي علاقتك مع أفراد محيطك؟

س3-هل يزعجك تعاطف الاخرين معك؟

س4-هل عائلتك تهتم بك مثل قبل؟

س5-هل تعتقد أنك أقل كفاءة مما كنت عليه سابقا؟

المحور السادس: النظرة المستقبلية.

س1-كيف هي نظرتك للمستقبل؟

س2-ماذا تتأمل من المستقبل؟

- **ملحق رقم (02):**

مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون

PTSD Scale according to DSM-5

ترجمة د. عبد العزيز ثابت

البيانات الشخصية:

الاسم: .....، السن: .....، الجنس (ذكر – أنثى): .....، المستوى التعليمي: .....

التعليمة:

أخي / أختي:

الأسئلة التالية تتعلق بالخبرة الصادمة التي تعرضت لها خلال الفترة الماضية، كل سؤال يصف التغيرات التي حدثت في صحتك ومشاعرك خلال الفترة السابقة، من فضلك أجب على كل الأسئلة بوضع علامة (×) أمام الإجابة التي تناسبك مع عدم ترك أي عبارة دون إجابة علما بأن الإجابات تأخذ أحد الاحتمالات

0 = أبدا، 1 = نادرا، 2 = أحيانا، 3 = غالبا، 4 = دائما. وتأكد بأن إجابتك سوف تحاط بالسرية التامة ولا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي.

		0	1	2	3	4
الرقم	**الخبرة الصادمة**	**أبدا**	**نادرا**	**أحيانا**	**غالبا**	**دائما**
01	هل تتخيل صور وذكريات وأفكار عن الخبرة الصادمة.					
02	هل تحلم أحلاما مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة.					
03	هل تشعر بمشاعر فجائية أو خبرات بأن ما حدث لك سيحدث مرة أخرى.					
04	هل تتضايق من مشاهدة أشخاص أو أشياء أو أماكن التي تذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة.					
05	هل تتجنب الأفكار والمشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم.					
06	هل تتجنب المواقف والأشياء التي تذكرك بالحدث الصادم.					

07	هل تعاني من فقدان الذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت لها (فقدان ذاكرة نفسي محدد).					
08	هل لديك صعوبة في الاستمتاع بالحياة والنشاطات اليومية التي تعودت عليها.					
09	هل تشعر بالعزلة وبأنك بعيد عن الأخرين ولا تشعر بالحب أو الانبساط.					
10	هل فقدت القدرة على الإحساس بمشاعر الحزن والحب (متبلد الإحساس).					
11	هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقيق أهدافك في العمل والزواج وإنجاب الأطفال.					
12	هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائما.					
13	هل تنتابك نوبات من التوتر والغضب.					
14	هل تعاني من صعوبة في التركيز.					
15	هل تشعر بأنك على حافة الانهيار ومن السهل تشتيت انتباهك.					
16	هل تستثار لأتفه الأسباب وتشعر دائما بأنك متحفز ومتوقع الأسوأ.					
17	هل الأشياء والأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة ضيق التنفس والرعشة والتعرق الغزير وسرعة في ضربات القلب.					

شكرا على تعاونكم معنا.

- **ملحق رقم (03):**

مقياس صورة الجسم

للدكتور محمد النوبي محمد علي.

التعليمة:

أخي/ أختي:

أمامك مجموعة من العبارات التي توضح كيفية تصورك لشكل جسمك وأمام كل عبارة أربع إجابات هي: **(كثيرا)**، **(أحيانا)**، **(نادرا)**، **(أبـدا)**. الـرجاء قراءة كل عبارة جيدا ثم وضع علامة (×) أمام الإجابة التي تناسب حالتك مع عدم ترك أي عبارة دون إجابة علما أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة في هذه الجمل وتأكد بأن إجابتك سوف تحاط بالسرية التامة ولا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي.

الرقم	العبارات	كثيرا	أحيانا	نادرا	أبدا
01	أنظر إلى جسمي نظرة سلبية.				
02	أرى أنني مقيد الحركة بسبب جسمي.				
03	أميل لتغيير بعض ملامح وجهي.				
04	أفضل البقاء في المنزل عن الخروج منه.				
05	أشعر أن الناس لا يروني جذابا.				
06	أحاول تجنب النظر في المرآة في غرفتي.				
07	أشعر أن أجزاء جسمي مختلفة عن الآخرين.				
08	أشعر بأنني غير قادر على فهم طبيعة الآخرين.				
09	أتفادى حضور المناسبات الاجتماعية كالأفراح أو غيرها.				
10	أحزن عند النظر إلى شكلي في المرآة.				
11	أشعر بعدم الرضا عن جسمي.				
12	أتجنب الحركة الكثيرة لعدم وجود تناسق بين أجزاء جسمي				
13	أرى أن ملابسي أقل وجاهة من الأشخاص الآخرين.				
14	أرفض ارتداء الملابس الصيفية التي تبين معالم جسمي.				
15	أرى أن شكلي بشع ومقزز.				
16	أتقبل جسمي كما هو عليه.				

17	أشعر بأنه من الأفضل إجراء تغيير في شكلي ووجهي.				
18	أرى أن هناك تناقض بين أفكاري وشكلي.				
19	أشعر بالإحراج من مظهري عند خروجي مع زملائي.				
20	يقلقني التغير في مظهر جسمي.				
21	تزعجني التشوهات الموجودة في جسمي.				
22	أحتاج لجراحة تجميلية لإحداث تناسق في جسمي (شكلي)				
23	أفتقر إلى الثقة بشكلي.				
24	أتجنب الاختلاط بالناس لشعوري بعدم قبولهم شكلي.				
25	أحكم على الناس تبعا لأشكال أجسامهم.				
26	أرى أنني أتمتع بالقبول لدى الناس.				
27	يبتعد عني الناس لشعورهم بأن جسمي غريب.				
28	أشعر بالقلق حول عيوبي الجسمية.				
29	لا أستطيع البقاء طويلا في مكان يتواجد به الناس.				
30	لا أستطيع التفاعل مع الناس بطريقة طبيعية بسبب جسمي.				

شكرا على تعاونكم معنا.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION ET

DE LA REFORME HOSPITALIERE

DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

DE TIARET

ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER DE TIARET

ORDRE D'AFFECTATION

NOM ET PRENOM : ALOUANE CILIA

FONCTION : STAGIAIRE (PSYCHOLOGUE)

VENANT : UNIVERSITE DE TIARET

AFFECTE : BUREAU DU PSYCHOLOGUE

DATE D'AFFECTATION : 28/3/2022 (15 JOURS)

TIARET LE 28/3/2022

P/LE DIRECTEUR

SAIDI RACHID
Psychologue Clinicien
Principal

جامعة ابن خلدون – تيارت

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

تصريح شـرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

(ملحق القرار الوزاري رقم 1082 المؤرخ في 2020/12/27 المتعلق بالوقاية ومحاربة السرقة العلمية)

أنا الممضي أدناه،

السيد(ة) ..علواني سيليا..

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم :207466251 والصادرة بتاريخ :..2022-02-10..

المسجّل(ة) بكلية :العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم : .علوم اجتماعية.....

و المكلف بإنجاز أعمال بحث مذكرة التخرج ماستر عنوانها :

.....إنعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى.....

.....جيتوريي بالطرف السفلي.....

أصرح بشرفي أني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية النزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ .2022-06-08.

إمضاء المعني

علواني سيليا

207466251

08 جوان 2022

عن رئيس المجلس الشعبي البلدي
وبتفويض منه
مفوض الحالة المدنية
كراك نصيرة

جامعة ابن خلدون – تيارت

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

تصريح شـرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

(ملحق القرار الوزاري رقم 1082 المؤرخ في 2020/12/27 المتعلق بالوقاية ومحاربة السرقة العلمية)

أنا الممضي أدناه،

السيد(ة) .لعزاب فتيحة.....

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم 206911610 والصادرة بتاريخ :2021-08-29.

المسجّل(ة) بكلية :العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم : .العلوم الاجتماعية.....

و المكلف بإنجاز أعمال بحث مذكرة التخرج ماستر عنوانها :

.....انطباعات الصدمة النفسية على صورة الجسم.....

.....لدى أشخاص مبتوري الأطراف السفلى.....

أصرح بشرفي أني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية النزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ 2022-06-07.

إمضاء المعني

7 JUIN 2022

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة للكشف عن مستوى انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى مبتوري الأطراف السفلى بسبب حوادث مختلفة قد يتعرض لها الفرد في أي لحظة.

أجريت الدراسة على عينة تتكون من حالتين من جنس ذكر يتراوح أعمارهم بين (45-64) سنة وذلك بصفة قصدية حيث اعتمدنا على المنهج العيادي (دراسة حالة) الذي يتناسب مع طبيعة الموضوع واستعملنا مجموعة الأدوات المتمثلة في الملاحظة والمقابلة النصف موجهة ومقياس كرب ما بعد الصدمة "PTSD" ومقياس صورة الجسم وذلك بغية إحاطة الحالة واضفاء الموضوعية وقد تحصلنا على النتائج التالية:

- إن الأشخاص الذين تعرضوا لعملية البتر يعانون من صدمة نفسية شديدة تكون كاستجابة حقيقية للبتر ويظهر ذلك من خلال الدرجات المتحصل عليها في مقياس كرب ما بعد الصدمة "PTSD".

- وجود تشوه في صورة الجسم لدى الحالتين بدرجة مرتفعة (نظرة سلبية) حسب مقياس صورة الجسم للدكتور محمد النوبي محمد علي.

- **الكلمات المفتاحية: الصدمة النفسية - صورة الجسم - بتر الأطراف السفلى.**

Study summary:

This study aims to reveal the level of reflections of trauma on body image in lower amputees due to various incidents an individual may experience at any given moment. The study was conducted on a sample of two male sex cases aged between (45-64) years, intentionally, where we relied on the clinical curriculum. (Case study) which is appropriate to the nature of the subject. We used the observation kit, the half-guided interview, the PTSD and the body image gauge to inform the situation and give objectivity. We may get the following results: People who have been subjected to amputation suffer severe psychological trauma which is a real response to amputation and is shown by the scores obtained in the PTSD scale. - The presence of a high degree of body image deformity in both cases (a negative view) according to the body image scale of Dr. Muhammad al-Nubi Muhammad Ali.

- Keywords: Psychological trauma - body image - lower limb amputations.