

الرقم التسلسلي: 2025/....

رقم التسجيل: 202035067986

رقم التسجيل: 202035068178

تحت عنوان:

الجلد النفسي والصدمة النفسية لدى ضحايا الحروق

-دراسة حالة بمستشفى الزهراوي-

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي

تخصص: علم النفس العيادي

شعبة: علم النفس

تحت إشراف:

-د/أسماء خرخاش

من إعداد الطالبتين:

➤ إكرام صوالحي

➤ علا خوجة

السنة الجامعية: 2024-2025

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿وَأَنْ لَّيْسَ لِلْإِنْسَانِ إِلَّا مَا سَعَىٰ﴾

﴿٣٩﴾ وَأَنَّ سَعْيَهُ سَوْفَ يُرَىٰ ﴿٤٠﴾

ثُمَّ يُجْزَاهُ الْجَزَاءَ الْأَوْفَىٰ ﴿٤١﴾ سورة

النجم

شكر وتقدير

الحمد لله حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه، حتى يبلغ الحمد منتهاها، والصلاة والسلام على أشرف الخلق والمرسلين، الذي أناره الله بنوره واصطفاه.

وانطلاقاً من قوله صلى الله عليه وسلم: "من لا يشكر الناس لا يشكر الله".
أتقدم بخالص الشكر والتقدير والعرفان إلى الأستاذة المشرفة "خرخاش أسماء"، على ما قدّمته لنا من توجيهات قيّمة، وملاحظات بناءة، ودعم متواصل طيلة مراحل هذا العمل العلمي.

كما نوجّه جزيل الشكر والعرفان إلى كل من ساندنا ورافقنا في إنجاز هذا البحث من قريب أو من بعيد، وإلى أوليائنا الكرام الذين وقّروا لنا بيئة مستقرة وظروفاً مناسبة لمواصلة هذا المسار العلمي.

ولا يفوتنا أن نعبر عن امتناننا العميق وتقديرنا الصادق للحالات المشاركة في هذه الدراسة من ضحايا الحروق، الذين أبدوا من الصبر والشجاعة والكرم المعرفي ما مكّننا من إنجاز هذا العمل. لقد كانت شهاداتهم وتجاربهم مصدراً غنياً للفهم والتأمل، ونكنّ لهم كل الاحترام والتقدير.

كما نشكر أساتذتنا الكرام والمؤطرين الأفاضل على دعمهم العلمي، ونخص بالذكر زملاءنا الأعزاء، اللذين اقتسمنا معهم لحظات الجهد والاجتهاد، فكان لعطائهم ودعمهم بالغ الأثر في دفعنا نحو التقدّم.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات	
	شكر وتقدير
	الاهداء
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	ملخص الدراسة
أ-ب	مقدمة
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
04	1- إشكالية الدراسة
06	2- فرضيات الدراسة
06	3- اهداف وأهمية الدراسة
06	5- تحديد المفاهيم اجرائيا
07	6- الدراسات السابقة
17	7- التعقيب على الدراسات السابقة
18	8- الخلفية النظرية لمتغيرات الدراسة
49	خلاصة الفصل
الفصل الثاني: الإطار المنهجي للدراسة	
51	تمهيد
52	1- منهج الدراسة
53	2- الدراسة الإستطلاعية
54	3- حدود الدراسة
55	4- أدوات الدراسة
72	5- الحالات المدروسة
74	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: عرض نتائج الدراسات ومناقشتها	
76	1- عرض الحالة الأولى ومناقشتها
90	2- عرض الحالة الثانية ومناقشتها
103	3- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات
107	الاستنتاج العام للحالتين
110	خاتمة
113	قائمة المراجع
	قائمة الملاحق

فهرس الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	جدول يوضح شبكة تنقيط بنود السلم	64
02	جدول يمثل توزيع الاحداث الصادمة حسب الحالات	65
03	جدول يمثل تحويل العلامة الاجمالية الكلية للجزء الأول الى علامة معايرة ومستوى الشدة	67
04	جدول يوضح ابعاد وارقام البنود لكل بعد لمقياس الجلد النفسي	68
05	جدول يمثل نتائج صدق مقياس الجلد بطريقة الصدق التمييزي	69
06	جدول يمثل نتائج صدق الاتساق الداخلي للمحاور والدرجة الكلية لمقياس الجلد النفسي	70
07	جدول يمثل نتائج معامل الثبات ألفا كرونباخ	71
08	جدول يمثل نتائج معامل ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية	72
09	جدول يمثل خصائص العينة المدروسة	73
10	جدول يمثل درجات بعد الكفاءة الذاتية للحالة رزيقة	82
11	جدول يمثل درجات بعد التحكم في الانفعالات للحالة رزيقة	82
12	جدول يمثل درجات بعد المشاعر الإيجابية للحالة رزيقة	84
13	جدول يمثل درجات بعد المساندة الاجتماعية للحالة رزيقة	84
14	جدول يوضح درجات بعد العامل الديني للحالة رزيقة	84
15	جدول يوضح درجات بعد الكفاءة الذاتية للحالة محمد	97
16	جدول يوضح درجات بعد التحكم في الانفعالات للحالة محمد	98
17	جدول يوضح درجات بعد المشاعر الإيجابية للحالة محمد	98
18	جدول يوضح درجات بعد المساندة الاجتماعية للحالة محمد	99
19	جدول يوضح درجات بعد العامل الديني للحالة محمد	99

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة الى التعرف على مستوى الجلد النفسي والصدمة النفسية لدى ضحايا الحروق، انطلاقا من اعتبار الحروق أحد أكثر الاحداث الصادمة التي يواجهها الانسان والتي تهدد توازنه الجسدي والنفسي، وتحدث تغييرات عميقة في نظرتة لنفسه وللعالم من حوله.

اعتمدت دراستنا على المنهج العيادي باستخدام دراسة الحالة، تم اختيار حالتين من جنس انثى وذكر تعرضا لحروق من درجات متفاوتة، وقد استخدمنا في جمع المعطيات ادوات متنوعة: المقابلة النصف الموجهة، مقياس traumaQ لقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، ومقياس الجلد النفسي CD-RISC لقياس مستوى الجلد النفسي لدى كل حالة.

كشفت النتائج ان الحالتين تعانين من اعراض صدمة نفسية شديدة (قلق، اضطراب النوم، انسحاب اجتماعي...)، الى جانب انخفاض ملحوظ في الجلد النفسي، خصوصا في ابعاده الاساسية كالكفاءة الذاتية، والتحكم الانفعالي، والمساندة الاجتماعية، وقد اظهرت الدراسة وجود علاقة عكسية بين حدة الاعراض الصدمية ومستوى الجلد النفسي، حيث كلما زادت حدة الصدمة، ضعف الجلد النفسي.

خلصت الدراسة الى ضرورة توفير مرافقة نفسية متخصصة لضحايا الحروق، والتكفل النفسي بحالاتهم بالتوازن مع العلاج الطبي مع التركيز على دعم مصادر الجلد النفسي لديهم لضمان تعاف اشمل .

الكلمات المفتاحية: الجلد النفسي، الصدمة النفسية، اضطراب ما بعد الصدمة، الحروق، ضحايا الحروق

Abstract:

This study aims to identify the level of psychological trauma and psychological resilience among burn victim, based on the premise that burns are among the most traumatic events a person can experience. Such incidents threaten both physical and psychological balance and cause profound changes in one's self-perception and view of the world.

Our research relied on the clinical approach through case study methodology. Two cases were selected—one female and one male—both of whom suffered from different –degrees burns. Data were collected using a variety of tools: the semi-structured clinical interview, the TraumaQ questionnaire to assess post-traumatic stress symptoms, and the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) to measure psychological resilience.

The findings revealed that both individuals exhibited severe symptoms of psychological trauma (such as anxiety, sleep disturbances, and social withdrawal), along with a noticeable decrease in psychological resilience, especially in key dimensions such as self-efficacy, emotional regulation, and social support. The study showed an inverse relationship between the intensity of traumatic symptoms and the level of psychological resilience—where higher trauma severity was associated with lower resilience.

The study concludes with a call for specialized psychological support for burn victims, alongside medical treatment, with a particular focus on strengthening their psychological resilience to ensure more comprehensive recovery.

Keywords: Psychological resilience, psychological trauma, post-traumatic stress disorder, burns.burn victims

مقدمة

مقدمة

يمر الإنسان في حياته اليومية بمواقف وأحداث متنوعة، منها ما يكون إيجابيا ومفرحا، ومنها ما يكون صادما ومؤلما يترك أثارا عميقة في نفسه، وتعتبر الصدمة النفسية من بين أصعب التجارب التي قد يعيشها الفرد، خاصة عندما تكون نتيجة حادث عنيف ومفاجئ يفوق قدرته على التحمل، مثل الحروق التي تعد من أكثر الحوادث قسوة، لما تسببه من ألم جسدي ونفسي في آن واحد.

تصنف الحروق ضمن الأحداث الصادمة الكبرى، حيث لا تقتصر أثارها على الجانب الجسدي فحسب، بل تمتد لتشمل الجانب النفسي والاجتماعي أيضا. فالشخص الذي يتعرض لحروق شديدة قد يعيش حالة من الانهيار النفسي، واضطراب في صورة الجسد، والشعور بالخجل والعزلة، إلى جانب أعراض أخرى كالقلق والاكتئاب، ولكن في المقابل، هناك اشخاص يتمكنون من التكيف مع هذه التجربة القاسية، ويتجاوزن أثارها السلبية وهذا ما يسمى في علم النفس الصدمي بـ "الجلد النفسي" أو القدرة على الصمود النفسي.

ويقصد بالجلد النفسي تلك القدرة التي يمتلكها بعض الأفراد على التكيف مع الشدائد والضغوط ومواصلة الحياة رغم المعاناة. وهو عامل مهم في تحديد مدى تأثر الشخص بالصدمة أو قدرته على مواجهتها. ونظرا لأهمية هذا المفهوم، جاءت دراستنا لتسليط الضوء على العلاقة بين الصدمة النفسية والجلد النفسي لدى ضحايا الحروق، من أجل فهم أعمق لكيفية تأثير الصدمة على الأفراد، وما إذا الجلد النفسي يساهم في تخفيف حدة هذه التأثيرات.

وانطلاقا من هذه الفكرة، قسمت هذه الدراسة إلى ثلاث فصول:

تضمن الفصل الأول الإطار العام للدراسة والذي تناولنا فيه الإشكالية التي انطلقت منها هذه الدراسة، مع تحديد الفرضيات الأساسية، اهداف وأهمية الموضوع وتوضيح المفاهيم الإجرائية، بالإضافة الى عرض الدراسات السابقة التي تناولت الصدمة النفسية والجلد النفسي والتعقيب عليها وأخيرا عرض

الخلفية النظرية للدراسة حيث قمنا بالتطرق الى مفهومي الصدمة النفسية والجلد النفسي من حيث النشأة والتطور التعاريف، الأنواع والنظريات المفسرة والعوامل المؤثر فيهما بغرض بناء قاعدة نظرية لفهم وتفسير المعطيات الميدانية لاحقا.

الفصل الثاني والذي خصص للإطار المنهجي للدراسة، حيث تطرقنا الى المنهج المستخدم فيه وتفاصيل الدراسة الاستطلاعية، بالإضافة الى عرض أدوات جمع البيانات التي تم اعتمادها مع توضيح العينة بما يتماشى مع اهداف البحث.

الفصل الثالث، خصص لعرض نتائج الدراسة ومناقشتها حيث قمنا أولا بعرض الحالتين، وتقديم النتائج المستخلصة من تطبيق أدوات البحث، ثم مناقشة وتحليل النتائج.

في الأخير اختتم هذا البحث، بإدراج خاتمة عامة تتضمن أهم ما تم التوصل اليه من نتائج، تليها مجموعة من المقترحات ثم قائمة المراجع المعتمدة والملاحق.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- 1- إشكالية الدراسة**
- 2- فرضيات الدراسة**
- 3- اهداف وأهمية الدراسة**
- 5- تحديد المفاهيم اجرائيا**
- 6 -الدراسات السابقة**
- 7-التعقيب على الدراسات السابقة**
- 8-الخلفية النظرية لمتغيرات الدراسة**

1- الإشكالية

تواجه النفس البشرية عبر مسار الحياة جملة من المواقف الصادمة التي قد تترك بصمات عميقة على التوازن النفسي للفرد، وتختلف شدتها وتأثيرها حسب طبيعة الحادث وخصائص الشخص المعرض له.

تُعرف الصدمة النفسية بأنها استجابة انفعالية شديدة لحادث خارجي مفاجئ يتجاوز قدرة الفرد على الاستيعاب والتأقلم، وغالبًا ما تؤدي إلى اضطرابات على مستوى التفكير، المشاعر والسلوك، قد تتجسد في أعراض مثل اضطراب ما بعد الصدمة، القلق الحاد، الانعزال، أو حتى فقدان المعنى والإحساس بالأمان. وقد تمتد تداعيات الصدمة لتترسخ في بنية الفرد النفسية ما لم يتم احتواؤها والتعامل معها بفاعلية.

وقد أظهرت العديد من الدراسات خطورة الحروق باعتبارها من أشد الصدمات الجسدية والنفسية التي قد يواجهها الإنسان، خاصة لدى النساء. فقد خلصت دراسة مباركي مليكة (2020) إلى أن النساء اللواتي تعرضن لحروق من الدرجة الثالثة يعانين من مستويات مرتفعة من الصدمة النفسية. كما بينت دراسة بوشارب فايزة (2015) أن الحروق تؤثر بشكل مباشر على صورة الجسم، مما يعمق الإحساس بالنقص ويزيد من حدة المعاناة النفسية والاجتماعية لدى النساء المصابات وفي السياق ذاته، توصلت دراسة بولحية سيليا وآخرون (2021) إلى وجود ارتباط بين اضطراب ما بعد الصدمة والذكاء الانفعالي لدى نساء تعرضن لحرائق ولاية تيزي وزو، مبرزةً بذلك التأثيرات النفسية المتعددة الناتجة عن الحروق، والتي تتجاوز الألم الجسدي لتشمل الجوانب الانفعالية والمعرفية المرتبطة بتجربة الصدمة.

في هذا السياق، برز مفهوم الجلد النفسي Résilience psychique كمحور أساسي في مجال علم النفس الصدمي، كرد فعل على التصورات التقليدية التي تُظهر الفرد على أنه ضحية عاجزة أمام

الصدمة، ليجري أن الإنسان يمتلك أحياناً قدرات داخلية تُمكنه من التكيف والنهوض رغم الألم. وقد تناولت دراسة جار الله سليمان (2014) الجلد النفسي من زاوية منظور الزمن، موضحةً دوره في تفعيل آليات التكيف والمرونة على المدى البعيد، كونه ليس مجرد استجابة آنية بل قدرة متجذرة في البنية النفسية والإدراكية للفرد.

فالجلد النفسي لا يُعد ميكانيكياً دفاعياً بسيطاً، بل هو سيرورة ديناميكية لإعادة تنظيم الذات بعد الأزمة، وتحويل المعاناة إلى فرصة للنمو النفسي. ويتأثر الجلد بعوامل متداخلة داخلية كالنضج العاطفي، التنظيم الانفعالي، تقدير الذات، وخارجية كالدعم الاجتماعي، العلاقة الأسرية، والسياس الثقافي.

وتتجلى أهمية الجلد النفسي بشكل خاص في سياق تجربة الحروق، ليس فقط لما تسببه من ألم جسدي وتشوهات، بل لما تحمله من رمزية تمس الصورة الذاتية والهوية النفسية. فالحروق لا تغير ملامح الجسد فقط، بل قد تخلق شرخاً داخلياً في تصور الفرد لذاته وعلاقته بالآخرين، مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى عزلة، اكتئاب، اضطراب في صورة الجسد، وحتى ميولات انتحارية. ومن هنا، تُعتبر الحروق صدمة مركبة: جسدية، نفسية، واجتماعية.

غير أن القدرة على تجاوز هذه المحنة لا تتوفر للجميع بنفس الدرجة؛ فبين من ينجح في التكيف ويُعيد بناء حياته، ومن ينهار أمام وقع الصدمة، تبرز الحاجة لفهم دور الجلد النفسي، خاصةً عندما يكون هشاً أو محدوداً، في سياق هذا النوع من الأزمات.

بناءً على ما سبق، تطرح دراستنا التساؤلات التالية:

- هل تُظهر الحالات المدروسة أعراضاً تدل على وجود صدمة نفسية شديدة بعد التعرض للحروق؟
- ما هو مستوى الجلد النفسي لدى الحالات المدروسة؟

2- تحديد الفرضيات

1. تعاني الحالة المدروسة من صدمة نفسية شديدة.
2. تظهر الحالة المدروسة مستوى منخفض من الجلد النفسي.

3- اهداف الدراسة

تظهر اهداف دراستنا في العناصر التالية:

- التعرف على مستوى الصدمة النفسية لدى ضحايا الحروق.
- التعرف على مستوى الجلد النفسي لدى ضحايا الحروق.

4- أهمية الدراسة

- الكشف عن المعاناة النفسية لضحايا الحروق، وهي فئة كثيراً ما تهمل في الأبحاث النفسية.
- الكشف عن مستوى الجلد النفسي كآلية دفاعية تساعد في مواجهة الصدمة النفسية.

5- تحديد المفاهيم اجرائيا

1.الجلد النفسي: يعرف الجلد النفسي بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها العميل من خلال سلم الجلد لكونور ودافيدسون، حيث ان متوسط الدرجات هو 50، فكلما ارتفعت درجة الفرد عن المتوسط، كلما دل على وجود خاصية الجلد لديه، وكلما انخفضت عن المتوسط دل على ضعف هذه الخاصية لديه.

2.اضطراب ما بعد الصدمة: اجرائيا هي تلك الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص عند التعرض لحدث صادم مثل الحروق، من خلال استبيان تقييم الصدمة TraumaQ، تشير الدرجة الكلية الذي يتحصل عليها العميل الى مستوى هذه الاعراض، مثل استرجاع الحدث، التجنب، فرط اليقظة، كلما ارتفعت الدرجة، دل ذلك على وجود اضطراب اشد والعكس صحيح.

3. الحروق: الحادث الجسدي الذي تعرض له المفحوص نتيجة حادث حروق وسبب له إصابة جسدية متفاوتة الشدة، وتم اعتباره الحدث الصادم الذي أدى الى ظهور اضطراب ما بعد الصدمة.

6- الدراسات السابقة

➤ الدراسات المتعلقة ب الجلد النفسي

1. دراسة سليمان جار الله (2014)

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور أبعاد منظور الزمن كعامل في ارضان المعلومات لحادث الجلد في مواجهة الأحداث الصادمة لدى عينة من المتعرضين لأحداث صدمية لدى البالغين في المجتمع الجزائري.

وقد عرضت النماذج المعرفية المفسرة لكل من منظور الزمن والجلد وكذلك نشوء أو استمرارية الضغوط النفسية. اضافة بناء نموذج تفاعلي فيما بينها لتفسير مواجهة الحدث الصادم وحدوث الجلد في إطار التوجه وفق منظور الزمن وتنشيط مصادر الجلد. وللوقوف على مختلف جوانب الموضوع قمنا بصياغة اشكالية الدراسة: "ما هو دور منظور الزمن لظهور الجلد في مواجهة الأحداث الصادمة لدى عينة من المتعرضين لأحداث صدمية من المجتمع الجزائري".

وللكشف عن ذلك تم التحقق من صحة الفرضيات الموالية:

1. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين كل من أبعاد منظور الزمن والجلد واجهاد الصدمة لدى المتعرضين لأحداث صدمية.

2. لا توجد فروق تعزى لكل من متغير الجنس والسن والمستوى الثقافي في كل من ابعاد منظور الزمن والجلد واجهاد الصمة لدى المتعرضين لأحداث صدمية.

3. يوجد أثر لأبعاد منظور الزمن على الجلد لدى المتعرضين لأحداث صدمية لأبعاد منظور الزمن على اجهاد الصدمة لدى المتعرضين لأحداث صدمية.

4. يوجد أثر لدرجة الجلد على انخفاض درجة اجهاد الصدمة لدى المتعرضين لأحداث صدمية.

5. يوجد أثر لتفاعل أبعاد منظور الزمن والجلد على اجهاد الصدمة لدى المتعرضين لأحداث صدمية.

اعتمد الباحث على أربع عينات استطلاعية وعينة اساسية (ن 86) واستخدمت ثلاثة أدوات بعد ترجمتها للغة العربية قائمة منظور الزمن المصغرة، سلم الجلد كونور ديفيدسون، سلم اجهاد الصدمة (المنقح).

أوضحت الدراسة أن أدوات الدراسة الثلاثة تتمتع بخصائص سيكومترية مقبولة.

وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة قوية بين متغيرات الدراسة، وعدم وجود فروق تعزى للجنس والمستوى الثقافي، بينما هناك فروق تعزى لمتغير السن وظهرت النتائج وجود أثر ايجابي دال احصائيا لكل من أبعاد منظور الزمن الإيجابية وأثر سلبي للأبعاد السلبية على الجلد، وعكس هذا الأثر على اجهاد الصدمة. وجود أثر لأبعاد منظور الزمن على الجلد وعلى اجهاد الصدمة وأثر ايجابي لارتفاع الجلد على انخفاضه.

كشف نموذج تحليل التباين المزدوج عن وجود تأثير التفاعل بين أبعاد منظور الزمن والجلد على اجهاد الصدمة نتائج الدراسة سمحت بالكشف عن دور ابعاد منظور الزمن الإيجابية التي تسمح بالتوجه نحو المشاعر ولاهداف الإيجابية كمصادر للجلد والتحكم في الانفعالات

السلبية بعد التعرض لحدث صدمي. مما يسهل عملية مواجهة الأحداث الصادمة والتخلص من آثار الصدمة النفسية.

2. دراسة حدة يوسفى (2018)

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على مستوى ومحددات الجلد النفسي لدى الممرضين العاملين بالاستعجالات الطبية بالمستشفى الجامعي بن فليس التهامي - باتنة- وقد اشتملت عينة الدراسة على 45 ممرضا بواقع (19 ذكور و 26 إناث) ولجمع البيانات تم تطبيق سلم الجلد لدافيدسون وكونور وقد توصلت الدراسة الى النتائج التالية: مستوى الجلد لدى الممرضين متوسط، أما محددات الجلد الأكثر ظهورا فكانت مرتبة كما يلي:

بُعد المحدد الديني، يليه بُعد المساندة الاجتماعية، ثم بُعد الكفاءة الذاتية، وأخيرا المشاعر الإيجابية، والتحكم في الانفعالات، كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دالة إحصائية في محددات ومستويات الجلد النفسي لدى الممرضين تعزى لمتغير الأقدمية المهنية.

3. دراسة سلوى دباش (2018)

هدفت هذه الدراسة الى معرفة عوامل الحماية المساعدة على هيكلية الجلد النفسي بعد عمل الحداد لدى الراشد المصاب بالصدفية استخدموا المنهج العيادي وبدراسة الحالة بتحليل استجابات ثلاث حالات من الراشدين المصابين بالصدفية والذين خبروا حالة فراق. تم اختيارهم من خلال القيام بدراسة كمية استطلاعية بتطبيق استبيان "مؤشرات الجلد النفسي وعمل الحداد لدى الراشد المصاب بالصدفية" الذي صمموه خصيصا من أجل هذا الغرض. ثم قاموا بدراسة كيفية كشفت المعطيات المجمعة خلالها انطلاقا من الملاحظة العيادية، والمقابلة العيادية النصف موجهة، واختبار الرورشاخ، واختبار تفهم الموضوع الإسقاطيين عن وجود عوامل حماية ذاتية وأخرى أسرية، وأخرى خارج أسرية، لدى الحالات الثلاث للدراسة، وكل حالة تميزت بعوامل حمايتها الخاصة حسب تكوينها الشخصي وكذا نسقتها الاجتماعي، حيث زيادة على تقدير الذات، ونوعية التعقل، برزت لديهم عدة ميكانيزمات كانت تستخدمها الحالات كالغيرية والفكاهة والتعويض... لم تكن هدفا لدراستهم.

4. دراسة عبد الوافي زهير واخرون (2022)

تناولت هذه الدراسة لمحة نظرية حول أهم مراحل الصدمة النفسية التي يمر بها الراشد بعد تشخيصه بالسرطان، إضافة إلى إلقاء الضوء على مفهوم الجلد، ودعم الجانب النظري بدراسة عيادية لحالة امرأة مصابة بالسرطان من خلال محاولة الكشف عن أهم مؤشرات الجلد لديها، استخدم الباحثان في هذه الدراسة المنهج العيادي، وتقنية دراسة الحالة معتمدين على الإنتاج الاسقاطي للحالات من خلال اختبار الروشاخ بهدف الكشف عن أهم مؤشرات الجلد النفسي و كخلاصة لنتائج هذه الدراسة تبين ان الحالة تمتلك مؤشرات لأبأس بها تدل على عمليات بناء وصيرورة للجلد لديها، ومن أهم هذه المؤشرات: تواصل جيد مع الواقع، مرونة الرقابة، تكيف مع الواقع، تحفيز ذاتي وقدرة على الابتكار، صورة ذات جيدة.

5. دراسة مداسي عبد الوهاب واخرون (2022)

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور الجلد في العمليات المعرفية بعد التعرض لضغوط نفسية وأثره في تحسين جودة الحياة لدى عينة من المراهقين المصابين بالسرطان في المجتمع الجزائري تكونت عينة الدراسة من 78 فردا تراوحت اعمارهم بين 12-19 سنة (متوسط =15.65، انحراف معياري =2.37)، نسبة الإناث 43,59 ونسبة الذكور 56,41 تم تطبيق كل من اختبار إدراك الضغط النفسي وسلم الجلد لكونور دفيدسون (CD-RISC) ومقياس جودة الحياة بينت نتائج الدراسة باستعمال تحليل المسار حيث الجلد كمتغير وسيط بين المتغيرين إدراك الضغط النفسي وجودة الحياة عن وجود أثر للجلد على جودة الحياة، وأثر غير مباشر لإدراك الضغط النفسي على الجلدي، وبلغت قيمة الاثر الكلي على جودة الحياة. كما بينت النتائج أنه لا توجد فروق في كل من إدراك الضغط النفسي والجلد وجودة الحياة تعزى للمتغيرات السوسيوديمغرافيا المتمثلة في الجنس والسن ومدة الإصابة والمستوى المعيشي بينت هذه الدراسة أن الجلد يعمل على تنشيط مصادر الجلد مما يساعد هذه الفئة على مواجهة الضغوط النفسية وتمكينهم من تحسين نوعية جودة الحياة لديهم.

6. دراسة حمزة ادريس وآخرون (2022)

هدفت هذه الدراسة الى الكشف عن العلاقة بين الجلد النفسي واللاتزان الانفعالي، و الكشف عن مستوى كل منهما، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة اعتمد الطالبين على المنهج الوصفي الارتباطي لأنه الأنسب للدراسة، كما تم الاعتماد على مجموعة من الأدوات التي طبقت على البيئة الجزائرية، وتتمثل في مقياس الجلد النفسي من إعداد كونور ودافيدسون، ومقياس الاتزان الانفعالي من إعداد حسين عبد الحميد عيسى، وتم تطبيق الدراسة الأساسية على عينة قوامها (62) عامل في البلدية بدائرة عين وسارة اختيرت بطريقة عشوائية ، وتمت معالجة البيانات التي تحصل عليها الطالبين ببرنامج Spss28 .

بالإضافة الى استعمال الباحثين عدة اساليب إحصائية، كالمتوسط الحسابي والانحراف المعياري واختبار(ت)، معامل الارتباط بيرسون ولقد توصلت نتائج الدراسة الى انه:

- توجد علاقة ارتباطية بين الجلد النفسي، واللاتزان الانفعالي لدى عمال البلدية.

- مستوى الجلد النفسي لدى عمال البلدية مرتفع.

- مستوى الاتزان الانفعالي لدى عمال البلدية متوسط.

➤ الدراسات المتعلقة بالصدمة النفسية

1. دراسة بوشارب فائزة، (2015)

هدفت هذه الدراسة الى التعرف فيما إذا كان للصدمة النفسية على إثر الإصابة بحروق تأثير على صورة الجسم لدى نساء مصابات بحروق بالمؤسسة العمومية الاستشفائية " الزهراوي" بالمسيلة، بالإضافة للتعرف على هذا التأثير تبعا لخطورة الحروق التي تتعلق بالعمق والامتداد من جهة ونسبة للحالة الاجتماعية (متزوجات /عازبات) من جهة اخرى وللتحقق من هذه الأهداف تم المقابلة العيادية النصف الموجهة بعد التأكد من الخصائص السيكومترية لها والاختبار الاسقاطي الرورشاخ. وتم التطبيق على

مجموعة بحث مكونة من (4 حالات) تم اختيارهم بشكل قصدي للفئة العمرية المحددة بين (20-40) سنة من فئة الإناث.

وقد تم الاعتماد على المنهج العيادي "دراسة حالة" لتلاؤمه مع طبيعة الدراسة وأسفرت نتائج الدراسة على ما يلي:

- تحقق الفرضية الأولى والتوصل بأن للصدمة النفسية تأثير على صورة الجسم لدى النساء للمصابات بحروق.
- تحقق الفرضية الثانية بالتوصل الى انه يختلف تأثير الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى النساء المصابات بحروق من الدرجة الثانية والدرجة الثالثة تبعاً لخطورتهم المتمثلة في العمق والامتداد.
- عدم تحقق الفرضية الثالثة بالتوصل الى انه لا يختلف تأثير الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى النساء المصابات بحروق من الدرجة الثانية والدرجة الثالثة تبعاً للحالة الاجتماعية (متزوجات/ عازبات).

2. دراسة بوزيبيري كمال (2018)

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر الصدمة النفسية في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى الجلد، طبقت الدراسة على عينة عددها 60 فرد في عيادتين خاصتين بطب الجلد في ولاية المدية، وتم تطبيق مقياس الصدمة النفسية لدافيدسون ومقياس الأمراض السيكوسوماتية كما تم حساب معامل الارتباط بيرسون ومعادلة الانحدار وتم التوصل الى انه توجد علاقة ارتباطية بين الصدمة النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى الجلد.

كما خلصت النتائج انه توجد فروق في تأثير الصدمة النفسية حسب متغير الجنس لصالح الاناث، كما بينت الدراسة بأنه لا توجد فروق في تأثير الصدمة حسب السن، وتبين انه لا توجد فروق في تأثير

الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير السن فالاستعداد الوراثي والبيولوجي هو من يحدد مدى التعرض لهذه الاضطرابات السيكوسوماتية بغض النظر عن عامل السن.

3. دراسة مباركى مليكة، (2020)

تناولت هذه الدراسة موضوع الصدمة النفسية عند المرأة المتعرضة لحروق من الدرجة الثالثة، حيث جاءت هذه المحاولة البحثية لتسليط الضوء على أهم التناذرات النفس صدمية المميزة للصدمة التي تعاني منها المرأة المتعرضة لحروق وللتحقق من صحة الفرضيات قام الباحث باتباع المنهج العيادي، على حالتين من النساء المتعرضات للحرق، وتم تطبيق المقابلة العيادية بهدف البحث، إضافة إلى استبيان traumaQ

لقد جاءت النتائج المتحصل عليها لتؤكد معاناة حالات الدراسة من تناذرات نفسية صدمية ممثلة في حالة الصدمة النفسية تناذر التكرار، تناذر التجنب التناذر العصبي الإغاشي، تصاحبها مجموعة من الأعراض الغير خاصة الممثلة للصدمة كالإحساس بالعار الشعور بالخوف، انخفاض تقدير الذات وكذا انخفاض في العلاقات الجنسية وهذا نتيجة المعاش النفسي الذي عايشه منذ وقوع الحدث الصدمي.

4. دراسة بولحية سيليا واخرون، (2021)

تناول الباحثون موضوع اضطراب ما بعد الصدمة والذكاء الانفعالي لدى نساء ضحايا حرائق ولاية تيزي وزو سنة 2021. وقد تم تقسيم البحث إلى خمسة فصول، ثلاثة منها خُصصت للإطار النظري.

تضمن الفصل الأول، الموسوم بـ"الإطار العام للدراسة"، عرضاً لإشكالية البحث، وأسباب اختيار الموضوع، بالإضافة إلى أهمية وأهداف الدراسة، مع تعريف المفاهيم الأساسية تعريفاً إجرائياً. كما تضمن الفصل عرضاً لمجموعة من الدراسات السابقة مع تعقيب تحليلي عليها، وانتهى بخلاصة تركيبية.

أما الفصل الثاني، الذي جاء بعنوان "الصدمة النفسية"، فقد تطرق إلى لمحة تاريخية حول المفهوم، وتحديد ماهية الحدث الصادم والصدمة النفسية، وأنواعها، وأنماط الأحداث الصادمة التي قد يمر بها الفرد. كما تناول مراحل التفاعل مع الصدمة، وأعراضها وأسبابها، والمعايير التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة حسب الدليل التشخيصي الخامس (DSM-5) وتم التطرق كذلك إلى النظريات المفسرة، تأثير الصدمة على الشخصية، العوامل المؤثرة، أساليب المواجهة، والعلاج، لينتهي الفصل بخلاصة شاملة.

أما الفصل النظري الثالث، المعنون بـ "الذكاء الانفعالي"، فقد تضمن عرضاً تاريخياً لمفهوم الذكاء العاطفي، مع تحديد أبعاده، أنواعه، الفرق بين العقل والعاطفة، والنماذج النظرية المفسرة له. كما بين دوره في التكيف مع المشكلات النفسية، ليختتم الفصل بأهميته وخلاصته.

انتقل الباحثون بعد ذلك إلى الجانب التطبيقي، والذي افتتح بفصل الإجراءات المنهجية، حيث تضمن تمهيداً أولياً، عرضاً لفرضيات الدراسة، نتائج الدراسة الاستطلاعية وأهدافها، ثم الدراسة الأساسية التي تم من خلالها عرض المنهج المعتمد، والحدود المكانية، الزمانية، والبشرية للدراسة، إلى جانب خصائص العينة. كما تم عرض الأدوات المستعملة لجمع البيانات، والتي شملت المقابلة، الملاحظة، والمقابيس النفسية، مع تقديم الخصائص السيكمترية لكل أداة. وخُتم الفصل بخلاصة مختصرة.

أما الفصل التطبيقي الأخير، فقد خُصص لعرض الحالات وتحليلها بعد تطبيق أدوات القياس، إلى جانب عرض نتائج اختبار فرضيات الدراسة.

وقد تم تحديد منهج الدراسة بالاعتماد على المنهج العيادي من خلال دراسة الحالة بشكل معمق، مع استخدام مجموعة من الأدوات لجمع البيانات، من بينها: المقابلة، مقياس الصدمة النفسية لدافيدسون، ومقياس الذكاء الانفعالي لعثمان ورزق. وقد تم تطبيق هذه الأدوات بعد التحقق من خصائصها

السيكومترية والتأكد من صلاحيتها خلال الدراسة الاستطلاعية. وشملت العينة النهائية ست حالات من النساء اللاتي تعرضن لحرائق ولاية تيزي وزو.

5. دراسة كوثر صمود (2023)

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الصدمة النفسية لدى الزوجة ضحية العنف الزوج بكل أشكاله، لتحقيق هذا الهدف تم طرح التساؤل التالي "هل تعاني الزوجة المعنفة من اعراض الصدمة النفسية" وللإجابة على هذا التساؤل تم الاعتماد على المنهج العيادي المتمركز حول دراسة حالة، وأدوات الدراسة المتمثلة في المقابلة والملاحظة واختبار فحص الهيئة العقلية بتحليل محتواها ونتائج مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون، حيث توصلنا الى ان العنف الزوجي الجسدي، النفسي يؤدي الى ظهور الصدمة النفسية.

6. دراسة سامية ولهاسي (2023)

تناول هذا البحث إصابة البتر باعتباره حادثا مولدا للصدمة، حيث تمثلت أهدافه في التعرف على انعكاسات التعرض للبتر (باعتباره حادثا مولدا للصدمة) على الحالة النفسية للمبتور، والتعمق في فهم الكيفية التي يؤثر بها ذلك البتر على التوظيف النفسي للمبتور، ودور أهم العوامل المتدخلة لتحديد شكل استجابته، ولتحقيق هذه الأهداف تم الاعتماد على منهج دراسة الحالة حيث تم توظيف مجموعة من الأدوات في إطار هذا المنهج تمثلت في: المقابلات العيادية للبحث في شكلها النصف موجه، الملاحظة الحرة، واختبار تفهم الموضوع.

تمثلت حالات هذا البحث في ثلاث أفراد من الذكور الذين تراوحت أعمارهم بين 24-33 سنة، والذين تشابه سبب البتر لديهم، كما تشابه أيضا نوع ومستوى البتر لدى فردين منهما تعرضا لبتر على مستوى الساق، بينما تعرض الفرد المتبقي لبتر على مستوى أحد الأطراف السفلية وأحد الأطراف العلوية.

بعدما تم تطبيق أدوات البحث على الحالات كشفت النتائج في مستوى أول من التحليل أن: حالات البحث الثلاث قد تعرضوا لنفس سبب البتر الذي تمثل في نفس الحادث المولد للصدمة (حادث انفجار)، كما تشابهت استجاباتهم الآنية لذلك الحادث، حيث عرضوا جميعا استجابة ضغط حادة، وبالرغم من ذلك اختلفت استجاباتهم على المدى البعيد: أين قاوم كل من الحالة الأولى والثالثة تأثيرات الحادث ولم يطورا أعراض أي اضطراب صدمي مزمن، بينما طور الحالة الثانية اضطرابا صداميا مزمنًا، بالإضافة لذلك انعكس التعرض للبتر في حد ذاته في شكل نقص جسمي (مرتبط بفقدان الأطراف المبتورة)، مضاف إليه نقص 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.

أما في مستوى ثاني من التحليل فقد كشفت النتائج أنه بالنسبة لنتيجة التعرض لسبب البتر: كانت أهم العوامل المتدخلة لتحديد شكل استجابة الحالات مرتبطة بمواصفات الحادث في حد ذاته وبلاستجابة الانفعالية أثناء التعرض له. أما بالنسبة لنتيجة التعرض للبتر في حد ذاته، فقد كشفت النتائج أن التأثيرات التي أدخلها قد حرضت على مستوى التوظيف النفسي للحالات سيورة حداد، اختلفت مآلاتها لدى كل منهم، حيث كشفت النتائج أن مآل تلك السيورة (وبالتالي شكل الاستجابة لتأثيرات البتر) كان مرتبطا لدى الحالات الثلاث بعوامل تنتمي أساسا للتاريخ الشخصي ولنمط التوظيف النفسي.

وأخيرا كشفت نتائج تحليل الحالة الثانية أن عواملا أخرى متعلقة بالبتر في حد ذاته وبسبب ذلك البتر تتدخل لتساهم في تعقيد شكل استجابة المبتور.

7- التعقيب على الدراسات السابقة

من خلال مراجعة الدراسات السابقة المرتبطة بالجلد النفسي والصدمة النفسية، يمكن القول إن دراستنا اتفقت في الهدف مع عدد من الدراسات مثل دراسة سليمان جار (2014)، وعبد الوافي زهير وآخرون (2022)، ومداسي عبد الوهاب وآخرون (2022)، اللذين ركزوا على فهم اليات الجلد النفسي ودوره في مواجهة الصدمات والضغوط النفسية في حين اختلفت دراسة حمزة إدريس وآخرون (2022)، التي ركزت على العلاقة بين الجلد النفسي والانفعالات، دون التطرق المباشر للصدمة النفسية كمتغير مستقل.

من حيث المنهج المعتمد تشترك دراستنا مع دراسات مثل سلوى دباش (2018)، وسليمان جار الله (2014)، وكوثر صمود (2023)، وسامية ولهاسي (2023)، وسيليا بولحية وآخرون (2021)، في تبني المنهج العيادي واعتماد دراسة الحالة، بينما اختلفت عن دراسات أخرى مثل حدة يوسف (2018)، وحمزة إدريس وآخرون (2022)، ومداسي عبد الوهاب وآخرون (2022)، الذين استخدموا المنهج الوصفي والتحليلي.

أما بالنسبة للعينة، فقد تباينت الدراسات من حيث طبيعة الافراد المدروسين حيث شملت عينات مختلفة مثل الممرضين، ومرضى السرطان، ونساء مصابات بالحروق، وراشدين من فئات متعددة، إضافة إلى تفاوت في الجنس وعدد أفراد العينة، مما يجعل المقارنة بين النتائج غير دقيقة كليا.

فيما يخص أدوات البحث، هناك اتفاق بين دراستي ودراسات مثل مبارك مليكة (2020) وبوشارب فايزة (2015)، اللتين اعتمدتا على أدوات تقيس أعراض الصدمة النفسية مثل استبيان trauma، في حين اختلفت بعض الدراسات الأخرى مثل دراسة حمزة إدريس وحدة يوسف، حيث استعملت مقاييس تعنى بالجلد والانفعالات دون التركيز على أدوات قياس الصدمة.

أما من ناحية النتائج، فقد أجمعت أغلب الدراسات السابقة على أن الجلد النفسي يعد عنصرا حاسما في التكيف مع الشدائد، وأن الصدمة النفسية تؤثر سلبا على التوازن النفسي وصورة الجسد، كما بينت ذلك دراسات مباركى، بوشارب، سليمان ودباش.

بالمقابل كشفت دراسة سامية ولهاسى (2023) عن وجود فروق في استجابة الأفراد للصدمة، حيث نجح بعضهم في التكيف دون ظهور أعراض مرضية.

وأخيرا، تبين أن معظم الدراسات اتفقت على أهمية الأبعاد الذاتية والاجتماعية في بناء الجلد النفسي رغم تباينها في المنهجيات والأدوات، وهو ما يصعب المقارنة الدقيقة بين النتائج على المستوى الكمي.

8- الخلفية النظرية للدراسة

– الجلد النفسي

1. تطور مفهوم الجلد

ظهر في بريطانيا في سنة 1626 وهو منحدر من الكلمة اللاتينية Resilientia وقد كان الفيلسوف فرانسيس بيكون Francis Bacon أول من استخدمه في كتابه الأخير تاريخ الطبيعة ليعبر عن الطريقة التي تستجيب بها البيئة لقساوة الطبيعة.

استخدم باللغة الانجليزية سابقا للتعبير عن الوضعيات التي تتناسب مع بعض الحقول في علم النفس المثال الأقدم كان في استخدام الفيلسوف هنري مور Henry More 1668 والذي عبر بالجلد عن مواجهة المأساة.

جونسون Johnson Parle 1751 قال بأن الجلد شريك الروح يحتاج إليه البشر للقيام مجددا وسهولة بعد حالة انهيار.

تكلم بعض الأطباء الأمريكيين 1857 عن الجلد لدى اليابانيون بعد الهزات الأرضية المتكررة التي تحدث عندهم.

بعدها تسلسلت التمهيدات التي حدثت لهذا المصطلح لعلم النفس ليصل إلى مفهومه الحالي رغم أنه بقيا مستتبطينا من علوم الفيزياء انطلاقا من تشبيهه بالمرونة ومقاومة الصدمات 1824.

ثم ظهر الجلد في مقال سنة 1942 للكاتب سكوفيل **Scoville** في المجلة الأمريكية في الطب العقلي وكان يتكلم عن النشاطات العمال الاجتماعيين في بريطانيا أثناء الحرب العالمية الثانية، حيث قال فيها **سكوفيل**: أظهر الأطفال جلدا عجيبا في مواجهة الوضعيات الخطيرة التي واجهت حياتهم.

بعدها دخل مصطلح الجلد اللغة الفرنسية **Resilience**، كان ذلك سنة 1906 على وجه الخصوص سنة 1911، أول من استخدم المصطلح الجلد سنة 1952 في البحوث السيكولوجية كان الكاتب **أنديمروا André Maurois** حيث تناول المصطلح في كتاباته بالمفهوم الحديث الذي لا يتطابق مع المرونة أو المقاومة.

سيربال يونيسكو Serban Ionescu والذي ساهم منذ 1980 في تطور مصطلح الجلد متطرفا إلى سياقاته الثقافية وكيفية تأثيرها على أفكار أفراد المجتمع.

بناء مما سبق تم تعريف الجلد بأنه سيرورة بيولوجية نفسية انفعالية اجتماعية ثقافية والتي تعمل على إعادة تطور (نمو) جديد بعد صدمة نفسية، ولدراسة متطلبات إعادة التطور (نمو) يجب إشراك باحثين من مختلف الميادين.

كما أقترح ذلك **جون بولبي John Bowlby** عندما صرح بأن مصطلحات علم السلوك تبدو مثمرة وفعالة عندما نتناولها من وجه نظر تحليلية، إن السبيل الذي يسلكه الأفراد أثناء نموهم ومستوى الجلد لديهم في مقابل الصدمات التي يتعرضون لها؛ محددة بالضبط (مرتبطة) بمخططات (نماذج).

وتبقى مساهمات **Boris Cyrulnik** هي الأبرز والأحدث حيث أنه تمكن من تسطير حدود الجلد ووضع كيف يمكن للبعض أن يتخطوا بنجاح الصدمة الشديدة في حين يبقى الآخرون حبيسي الآلام والجروح، كما تعتبر المقاربة البيولوجية للجلد أيضا من أبرز إضافات هذا العالم. (مفلاح ومقداد، 2021ص60-61)

2. مفهوم الجلد:

لقد كان أول استخدام مصطلح الجلد *La résilience* في علم فيزياء المعادن وهذا لوصف قدرة المعادن على تحمل الصدمة والضغط المتواصل ثم عودتها إلى حالتها الأصلية، وأول استخدام لهذا المصطلح كان في مجال علم النفس في الولايات المتحدة من طرف **N. Garmezy** عام 1984م فعرفها على أنها: " إحدى مظاهر المهارات التي يتم تطويرها عند الأطفال على الرغم من تعرضهم لأحداث مجهدة"، ولقد عرف هذا المصطلح تطورا واسعا في فرنسا أكثر من أي مكان آخر، إلا أنه وفقا للمحلل **Sauss Simone Korff**

فإن **Freud** "قد كان له الفضل الأول في ظهور الملامح الأولى لهذا المفهوم من خلال مقارنته التحليلية النفسية من خلال تطرقه إلى ميكانيزم التسامي.

على اعتبار حداثة هذا المصطلح في مجال علم النفس فهذا لا يدل على أن المصطلح لمتمكن له جذور ضاربة في عمق التاريخ البشري، بل بالعكس فهو مفهوم تواجد مع تواجد البشرية وهو ما تجلى من خلال الأساطير الأولى والكتب المقدسة ومختلف الأدبيات القديمة التي تناولت المفهوم من منطلق ايجابية الحياة ومقاومة الصدمات دون انكسار للوجود، ويرى بعض الباحثين أن المفهوم قد تولد بفضل علم النفس الاجتماعي الأمريكي من خلال ما تطرق اليهما أسماء بالمرونة الأمريكية و الذي يعبر عنه كطبع أمريكي متأصل، وهو ما جعل بعض الباحثين أمثال **Lonescu** بالقول بأن هذه الفكرة عن الجلد هي من أعطى انطلاقة دفعة لعلم النفس الايجابي في الولايات المتحدة الأمريكية والدول

الانجلوسكسونية، لكنه رفض جعل المصطلح مميزة أمريكية ليؤكد على أنها ميزة عالمية كانت دائما موجودة لدى جميع شعوب العالم، لكنها غير معروفة لسببين وهو ما يؤكد عليه **Michel Manciaux** بقوله : لأنه لم يكن متوفر لدينا مصطلح للتعبير عنه في العديد من اللغات، ولأن النظرة سواء في مجال البحث أو العلاج والتكفل كانت متجهة ولعقود من الزمن للأعراض والنتائج السلبية أي الجانب المرضي دون الجانب الايجابي."

ويعد الجلد بمثابة مقاربة جديدة تركز على المصادر التي تتوفر لدى الفرد جاءت لتكمل الأبحاث التي أقيمت حول الهشاشة، هذه المصادر المتنوعة التي يستقي الفرد منها مخزونه من القوة، وهو ما تذهب إليه **Amandine Theis** إذا تقرر بأنه لا يمكن اعتبار الجدل كدلالة عن الخصائص الفردية وحسب، بل يجب الأخذ بعين الاعتبار الواقع الخارجي، والتفاعل المستمر بين العناصر البنائية الداخلية والمكونات البيئية للفرد، وعليه فإن سيرورة الجلد تتم من خلال تفاعل المصادر الداخلية للفرد مع مصادره الخارجية.

(عبد بوسنة ، 2016، ص172_173)

3. تعريف الجلد

اما عن أصل الكلمة فهو لاتيني **Resilio, Resilire** والفعل **Salir** يعني القفز إلى الأمام و الضمير "Ré" يفيد التكرار وهي تعني "Rebondir" ، يضيف الفعل عناصر أخرى التقدم للأمام بعد مرض، أو صدمة أو إجهاد وهو ما يدل على تجاوز المحن والتعافي منها مع مواصلة العيش دون انكسار.

ويعرفها سهيل إدريس في قاموسه المنهل على أنها قدرة الجسم الممطوط على استعادة حجمه ومقاومة الضغط.

أما **Boris Cyrulnick** فيرى أن الجلد لا يعني القفز مرة ثانية في نفس المكان كأن شيئاً لم يحدث، وإنما هو إعادة للوثب قريباً لمواصلة التقدم. كما عرفه على أنه "القدرة على النمو بالرغم من الأوساط الخطرة التي كان ليكون لها تأثير مهدم انتق كل من **Boris Cyrulnik Michel** و **Manciaux, Stefan Vanistendael** على أن الجلد هو قدرة الفرد أو الأنظمة جماعة أو عائلة على التطور الايجابي ومواصلة التوجه البناء نحو المستقبل على الرغم من وجود الجرح الصدمي، تحدث سيرورة الجلد من خلال التفاعل بين الفرد ومحيطه مستخدماً في ذلك مختلف عوامل الحماية لديه كما أن الجلد لا يتأتى دفعة واحدة بل هو نتاج تفاعل بين مختلف عوامل الخطر والحماية التي تبلورت عبر سنوات حياة الفرد من خلال التأقلم والتكيف مع الأحداث الخطيرة والصادمة .

ويرى **محمد السعيد أبو حلاوة** أن الجلد أو الصمود النفسي هو "القدرة على المحافظة على حالة الايجابية والتأثير والتماسك والثبات الانفعالي في الظروف الصعبة أو المتحدية مع الشعور بحالة من الاستبشار والتفاؤل والاطمئنان إلى المستقبل".

يعرفه الاتحاد الدولي للهلال الأحمر على "أنه قدرة الأفراد أو المجتمعات المحلية أو المنظمات أو البلدان المعرضة للكوارث أو الأزمات ومواطن الضعف الكامنة المرتبطة على توقع تأثيرات الشدائد وتخفيف وطأتها ومواكبتها دون الإضرار بفرص الازدهار في الأجل لطويل"، وعليه فإن الجلد لا يعني فقط القدرة المباشرة على الاستجابة في مواجهة أحداث سلبية ولكنها بالأحرى عملية تكيف ايجابي تبدأ قبل وقوع المشكلة وتستمر خلالها وفيما بعدها".

كما عرفه **جار الله سليمان** على "أنه القدرة المعرفية السلوكية التي يوظفها الفرد للحفاظ على لياقته النفسية بعد التعرض لضغوط نفسية بالتفاعل ايجابيا مع عواقبها".

(عبد بوسنة، 2016ص174)

من خلال هذه التعريفات نستنتج ان الجلد النفسي هو قدرة الفرد على التعامل مع الصعوبات والضغوطات بطريقة إيجابية مما يمكنه من تجاوز الصدمات دون الانهيار، لا يقتصر على مجرد التحمل بل يعني إعادة التوازن النفسي والاستمرار مدعوما بعوامل الحماية الفردية والاجتماعية التي تعزز القدرة على الصمود والتكيف مع الواقع المعاش.

4. بعض المفاهيم المرتبطة بالجلد

4. 1. الجلد وعدم الجروحية

تعرف الجروحية على أنها مميزات حالة فرد معين، تساعد على ارتفاع خطر الإصابة بمرضها في وجود عامل مسبب، فالمصطلح انجراحية في اللغة العربية يعني حالة ما هو قابل للجرح، فالأفراد القابلين للإنجراح هم الأفراد المهيئون وراثيا، بيولوجيا، أو نفسيا للإصابة بالمرض.

ظهور مصطلح عدم الجروحية سابق لمصطلح الجلد والذي يعني المقاومة وبالتالي استجابة فورية على عكس الجلد الذي يتضمن أثرا دائما مشروع حياة، إنها دينامية على عكس الأخرى التي تعد ساكنة، كما أن الشخص الجلد هو شخص قابل للإنجراح.

4. 2. الجلد والمقاومة النفسية

تعرف المقاومة النفسية على أنها قدرة الفرد على الصمود والاحتمال أمام الكم الهائل من الضغوط التي تواجهه لا يتعرض لأي مرض أو خلل يذكر. في حين أن الجلد هو شكل من أشكال المقاومة النفسية لكنه يتعدها، ليس لأن الضغط الذي عانى منه الفرد قد تجاوزه وإنما أحدث أيضا آثار إيجابية جيدة.

3.4. الجلد وميكانيزمات الدفاع

يعرف لابلش. ج" و " ينتلس. ج" في معجم مصطلحات التحليل النفسي ميكانيزمات الدفاع على أنها عمليات تهدف إلى التقليل أي محو التغيرات التي يمكنها أن تؤدي إلى اختلال التوازن النفسي جسدي الداخلي.

وظيفة كل من الجلد وميكانيزمات الدفاع هي حماية كمالية لانا فميكانيزمات الدفاع هي حيل تابعة للاشعور، في حين أن الجلد هو تابع للشعور وما قبل الشعور، وأهم شيء أنه يتطور مع مرور الوقت، فيحين أن ميكانيزمات الدفاع قد تكون خطيرة على الفرد عندما يعجز عن رؤية عيوبه ومشاكلها لحقيقية ولا تعينه على مواجهة المشكلة.

4.4. الجلد وميكانيزم التسامي:

يعرف ميكانيزم التسامي على أنه الارتفاع للدوافع التي لا يقبلها المجتمع وتضعيدها إلى مستوى أعلى بمعنى: هو تحويل الطاقة اللبيدية بإبداع مقبول من طرف الآخرين التسامي يتعامل مع الضغوطات الداخلية من حيز الاشعور وماقبل الشعور أما الجلد النفسي فإنه يتعامل مع الضغوطات الخارجية التي تفرض عليه.

5.4. الجلد والتكيف النفسي

يعرف التكيف النفسي على أنه عملية دينامية مستمرة يهدف بها الفرد إلى إن يغير سلوكه، ليحدث علاقة أكثر توافقا بينه وبين البيئة، وبناء على ذلك الفهم نستطيع أن نعرف هذه الظاهرة بأنها القدرة على تكوين العلاقات المرضية بين المرء وبيئته.

يؤثر الجلد على القدرات التكيفية لأن الأشخاص الجلديين لديهم كفاءة كبيرة لإدراك الضغوطات والشدائد على أنها أقل ضغطا وكذا توفر الدعم الاجتماعي مما يسمح بالتكيف مع الأحداث بشكل جيد.

6.4. الجلد وعمل الحداد

عمل الحداد عمل نفسي لا شعوري وشاق وطويل يقوم به الجهاز النفسي بعد فقدان الفرد لموضوع مستثمر يحتل مكانة هامة في واقعه النفسي من اجل تجاوزه ويكون هذا التجاوز بتدخل عمل سيرورة الجلد وهذا ما أكدته Hanus حيث اعتبر أن الأفراد الذين يتجاوزون الأحزان بقوة (موت، انتحار، قتل، كارثة..) يشتغلون حالا عمل سيرورة الجلد النفسي.

(وصال مقداد , 2020, ص64-65)

5. نظريات الجلد النفسي

لقد تعددت واختلف مجمل المقاربات في إعطاء تنظير واضح وشامل حول الجلد وهذا ما سوف نوجزه من خلال النظريات المختلفة:

أ. نظرية التعلق والجلد

تعد نظرية التعلق من بين أهم النظريات التي ساهمت في إثراء مفهوم الجلد من حيث شرحها لكيفية اكتساب الفرد للموارد الداخلية واستعداد الموارد الخارجية في تسهيل اخذ اتجاه الجلد وتحديد مساره، حيث ارتكزت نظرية التعلق على دراسة طريقة تكوين العلاقات الأولى للفرد، إذ تعتبر المرحلة الأولى في حياة الفرد مرحلة النمائية وهي قاعدة جيدة للإحساس بالأمان ما ينتج عنه تطور جيد للنمو الوظيفي والمعرفي، ومن بين الذين فسروا المفهوم فيظل نظرية التعلق "Bowlby" وفي تقرير له أكد انه لتكوين طفل نحتاج لنسج رابط آمن مع راشد.

وصلت بعض الدراسات الأخرى لكل من **Greenberg Armsden** 1987 وكذا 1994 **Grittenden** إلى حد الربط بين نوعية علاقة التعلق الأولى، والكيفية التي يسلك بها الأفراد فيما بعد وهذا في علاقاتهم الاجتماعية وحتى مع أزواجهم كما يشير كل من "Bowlby" و "Spitz" من خلال دراستهما للحرمان الأمومي المبكر " أن روابط التعلق الأولى التي يختبرها الطفل الصغير تكون أساس

الروابط العاطفية اللاحقة". كما أشار الباحثين إلى أن نماذج التعلق الأولى لها انعكاسات في النمو اللاحق للأشخاص وهيكلية الجلد عندهم. حيث أن العلاقة المتينة أم طفل ضرورة أولية لنمو الجلد، حيث أن الثلاث سنوات الأولى تنتج نوعا محددا من التعلق انطلاقا من تفاعلات الأولياء (أو الذين يعطون الرعاية) وتؤثر على الإمكانيات التطورية اللاحقة لسيرورة الجلد، ولقد قام **Ainsworth** بوضع تصنيف للتعلق متكون من 4 أنواع:

1- التعلق الأمن أو الأكيد.

2- التعلق غير الأمن أو المتجنب.

3- التعلق الغير الأمن أو المتجاذب

4- التعلق غير الأمن أو غير منظم.

كما أظهرت أعمال وأبحاث **Fonagy 2001** أن الجلد مرتبط بالتعلق من النوع الأمن أو الأكيد. وهناك دراسات أخرى تضع أهمية التعلق في مستويات مختلفة في ظهور الجلد لدى الأفراد، الأبحاث الحالية حول التعلق بينت أن العمل على روابط التعلق مرتبطة في المركز الأول بالأم أو بديلها، والأب أو بديله، لكن علماء آخرون أبرزوا أن التعلق ينسج بالعديد من الأوجه الثابتة لمحيط الطفل بدءا من الوالدين إلى الأقارب من العائلة، حتى الأفراد الخارجين عن العائلة، فالأعمال الحالية عن التعلق الذي وسع مجال حقل أبحاثه مبتعدا عن الثنائية أم طفل، ليأخذ بعين الاعتبار ليس فقط الأب ولكن أيضا استثمارات علائقية أخرى، والتي تحاول استكشاف الروابط مع النمو التكويني، نفتح آفاق هامة قابلة لإثراء وإكمال القواعد النظرية لنموذج الجلد. وتكون فترة التعلق أساسية في عملية النمو النفسي عند كل مخلوق بشري، حيث تؤلف نواة القاعدة في تقديره لذاته، ويغتني هذا الشعور الأول بالقيمة الشخصية التي تعيد البعث لمن يحيطون به ويؤكدون قوى الفرد ومميزاته وأعماله الناجحة.

ب. النظرية التحليلية والجلد

لقد اهتم كل من الجلد والتحليل النفسي بالجانب النفسي الداخلي للفرد، من خلال الاهتمام بالحياة الداخلية للفرد وهذا ما تجلى من خلال دراسة طويلة قام بها **G.Vaillant** 1967 لنمو الراشد أظهرت وجود ارتباطات ذات معنى بين نضج ميكانيزمات الدفاع المستعملة، ومختلف مؤشرات نجاح النمو لديهم (استقرار زواجي، نجاح مهني....)، كما ساهم في فهم العمل النفسي الداخلي، وقد استخلص ثلاث مهارات أساسية:

- مهارة استدخال الدعم الاجتماعي الذي تلقاه مؤخرًا.
- النضج النفسي الاجتماعي بتقدير الأنا لنسبية الأوضاع.
- الأمل المتعلق بإيجاد الحب مستقبلاً.

فالجلد يرتبط مع عدة مفاهيم للتحليل النفسي التي تحدث عنها Freud وخصوصاً الخاصة بالصدمة، ميكانيزمات الدفاع، وعمل الحداد وغيرها من المفاهيم المستقاة من المدرسة التحليلية، حيث يرى بأن لجلد شكل من أشكال المقاومة النفسية لكنها أكثر من هذا، ليس فقط كون الصدمة التي عانى منها أدمجت وتم تجاوزها، ولكن أحدثت آثار إيجابية لم تكن قبلاً.

كما اعتبر **Cyrulnik** أن الصراع في الصدمة ليس نفسي داخلي فقط بل يضاف لها الوسط الاجتماعي، فالحدث الصدمي يمكن أن يقود الفرد لاستخدام دفاعات مثل: الإنكار، النكوص، العدوانية أو الإسقاط فهي كلها يمكن أن تعتبر دفاعات تكيفية مع المواقف ولكنها ليست جلداً، في حين يعد التسامي والغيرية والتعقل وغيرها من الميكانيزمات الدفاعية تحظى باهتمام الجميع من خلال ما يتلقاه الفرد المريض الذي يعاني مشقة ما من اهتمام من خلال ما يمنح له من أماكن للكلام والتفريغ الانفعالي، وهي مؤشرات جيدة عن الجلد.

د. النظرية السلوكية المعرفية

حاولت المقاربة السلوكية وصف سيرورات وعمل التحولات المعرفية التي تظهر استجابة وحسب **Tebes** التحويل المعرفي يتميز بخصائص هي:

معرفة أنه بمجرد مواجهة الشدة يسمح ذلك بظهور فرص سابقة لا تعقل، غير متوفرة وحتى لا تفهم. هذه السيرورة تخص جانب أو أكثر من إدراك الذات الخاصة بالآخرين أو الحياة على العموم، يتمحور الجلد حسب المقاربة المعرفية أساسا حول مصطلح الكفاءة والذكاء، والقدرة على التكيف، وما يحل الواقع هو النتائج المعرفية للفرد، وهذا لا يعد سببا أو دليلا على ظهور الجلد. فلقد أوضحت الباحثة **Anaut** أن الباحثين في هذا المجال المعرفي يجب أن يأخذوا في عين الاعتبار أبعاد ثلاث كي يعتبر الفرد جلدي وهي:

– قدرة الشخص على المواجهة في وضعية مهلكة.

– القدرة على الاستمرارية في النمو.

– الزيادة في الكفاءة في ظل الوضعية المجعدة والقاسية.

وقد ركز أنصار هذا الاتجاه وأغلبيتهم من الباحثين الأنجلو-ساكسونيين على الجانب السلوكي حيث تحدثت عن المهارات الاجتماعية الملائمة بغياب مشاكل السلوك الظاهرة، كما قدموا مصطلحات حديثة في هذا المجال مثل المقدرة **Capacitation**، المهارة **Habilitation** القدرة على التحكم والتمكين **Empowerment**، وهي مرتبطة بالجلد بصورة مباشرة. (عبد بوسنة، ومزدي، 2016 ص 175-176-

(177)

هـ. النظرية النسقية

الارتباط بين العوامل التي تساهم في بناء الجلد يستدعي فحصها وفق المقاربة النسقية التي تعتمد على تفاعل هذه المكونات، وأشار لوكانت، **Lecomte، 2002** في استفساره حول ماهية الجلد،

إلى أنه ليس بسيطاً، بل هو مفهوم معقد لذلك يجب فحصه في إطار متعدد الأبعاد إن منظور النسقية للجلد هي محاولة لتفسير العلاقة الوطيدة الموجودة بين مختلف المصادر المعرفية في وسط جماعي، مما يؤدي إلى الكشف عن الروابط في هذا الوسط مع الأخذ بعين الاعتبار الروابط الشخصية الخاصة بالفرد مثل العلاقة بين الانفعال والتفكير.

وقد استندت اينسكي **جوردان 2008، Lonesco-Jordan** على ثلاث مفاهيم من بين المفاهيم العديدة في النسقية لتوضيح التفاعل بين العوامل التي تساهم في بناء الجلد:

أ. بناءات النموذج النسقي العديد من المكونات في النموذج المتمثلة في الخبرات تحكمها علاقات ومختلف الإستراتيجيات لمواجهة الأخطار والعوائق والصعوبات اليومية هذا النموذج يقدم العمليات المتناقضة، حيث التأثير المتبادل ايجابيا أو سلبيا بين هذه المكونات في وسط جماعي أو لدى الفرد. ويبحث في كيفية تبسيط واختزال تلك التناقضات مما يسمح باتخاذ قرارات تصبح فاعلة في ذلك الوسط الجماعي.

ب. النظام النسقي في تطور مستمر في كل مرحلة من حياة الإنسان هناك بناء نفسي معرفي ناتج عنا اختلال التوازن بين عوامل الخطر المتمثلة في الضغوطات التي تؤدي إلى ضعف المواجهة والتكيف من جهة، وعوامل الحماية التي تساعد على التحمل وارتفاع قدرة الجلد من جهة أخرى. فالتوازن النفسي هو محصلة التجاذب بين قوة التغيير المعرفية وقوة رفض التغيير **ماستن 2007، Masten** هذه القوى تتمثل في الخصائص النفسية للفرد أو للجماعة تأثيرها وفقا لمصطلحات علم التحكم (Cybernetique) والنسقية (Systemique) يتمثل في التأثير الرجعي الإيجابي أو التأثير السلبي بين العناصر الوظيفية داخل النظام النسقي.

ج. تفاعل المعلومات التي يمتلكها الفرد أو المتداولة في وسط جماعي من خلال رؤيتها من زاوية أخرى، تسمح باستنتاج خيارات متعددة وقراءات مختلفة للمواقف ويعتبر الجانب الانفعالي من حيث

درجة حدته هو الذي يجب أخذه بعين الاعتبار، من خلال إرساء تدريجي لمناخ تبادل للأفكار والتساؤلات. (جار الله ، 2014، ص116)

6. مظاهر الجلد

يمكن أن يتخلى الجلد من خلال الأبعاد التالية:

- 1 - النتائج الإيجابية بغض النظر على المواقف الضاغطة وظروف الحياة الصادمة
- 2 - الاحتفاظ بالكفاءة الذاتية في ظل ظروف الحياة الضاغطة
- 3 - التعافي من الصدمات
- 4 - التوظيف الإيجابي للمصاعب والتحديات واعتبارها فرصة للنمو والارتقاء مما يجعل متاعب ومشاق المستقبل محتملة ويوصف الجلد عند الأفراد الذين يحققون النجاح بالرغم من تعرضهم لعوامل الخطورة والظروف المعاكسة ويستطيعون النمو الشخصي السوي.

7. مصادر ومحددات الجلد

أ. مصادر الجلد

- حددت رابطة علم النفس الأمريكية (APA) مجموعة من المحددات التي تؤدي إلى بناء وهيكل الجلد واقترحت عشرة طرق تساهم في ذلك وهي بمثابة مصادر ذاتية تمثلت في:
- الحفاظ على علاقات جيدة مع أفراد العائلة المقربين والأصدقاء وغيرهم.
 - تجنب رؤية الأزمات والأحداث الصادمة والمشاكل التي لا تطاق
 - تقبل الظروف التي لا يمكن للشخص تغييرها
 - وضع أهداف واقعية والسعي لتحقيقها

- اتخاذ قرارات حاسمة إزاء المواقف ذات التأثيرات السلبية
- البحث عن فرص لاكتشاف الذات بعد التعرض ومقاومة الصدمة
- تنمية الثقة في النفس
- الحفاظ على منظور طويل الأمد والنظر الى الأحداث الصادمة ضمن سياق أوسع
- الحفاظ على التفاؤل وتوقع الأشياء ايجابيا ووضع تصور للآمال والأمنيات
- الرعاية والعناية بالجانب النفسي والبدني مع ممارسة الرياضة بشكل منتظم، مع
- الاهتمام بالحاجات والمشاعر والانخراط في أنشطة ممتعة.

ب. المصادر

أما عن المصادر التي يتأتى منها الجلد وتساعد على تقويته وبلورته الجلد فلقد اتفقت مجمل الدراسات على انها:

1. الأسرة

تعد الأسرة ذات التربية الجيدة والمنظمة مجالا جيدا لتعزيز وتنمية قدرة الطفل على الجلد، وذلك من خلال مشاركة الطفل النشاطات الأسرية وتشجيعه على الأعمال الجيدة التي يقوم بها فأغلب الأطفال الذين يتمتعون بقدرة جلد مرتفعة نجد علاقتهم مع باقي أفراد الأسرة قوية وجيدة، فبالرغم من تعرض الأسرة إلى التصدع والطلاق فإن المساندة الأسرية وتوفر الدعم منها ومن المجتمع يساعد الطفل على تخطي الأزمة وتعزيز القدرة على التكيف إزاء لمواقف المختلفة.

2. المجتمع

للمجتمع دورا كبيرا في بلورة الجلد لدى الفرد حيث يرى بينارد (1991) أن هناك ثلاث خصائص تتميز بها المجتمعات المحلية وهي:

- وجود المنظمات الاجتماعية التي توفر موارد متنوعة للأفراد.
- احترام وثبات المعايير الاجتماعية بحيث أن جميع أفراد المجتمع يتقيدون بالسلوك المرغوب فيه
- منح الفرص للأطفال والشباب للمشاركة في المجتمع كأعضاء فاعلين ما يعزز لديهم الجانب الذاتي

إن الفرد الذي يتمتع بمساندة اجتماعية في طفولته قادر على تقديم المساعدة للآخرين وكذا قدرته على مواجهة مختلف مصاعب الحياة في المستقبل، كما أن الفرد الذي يحظى بمساندة من مجتمعه يحس بالاستقرار والطمأنينة ما يخلق لديه قدرة على مواجهة المشقة.

3. المدرسة

تشكل المدرسة مصدرا مهما للطفل ولنمو قدراته العقلية والمعرفية والذهنية، كما قد تشكل مجالا خصبا لنشوء مختلف الاضطرابات النفسية إذا كانت المدرسة لا تؤدي دورها بأكمل وجه، وعليه فإن الأطفال الذين تكونوا تكوينا جيدا في المدرسة وأخذوا نصيبهم من الدراسة واللعب والانتماء يتميزون بقدرة جلد، عالية، ولقد رأى بينار (1991) أن الأطفال الذين لديهم توقعات عالية حول مواجهة المصاعب، ولديهم معنى للحياة مع ثقة عالية بالنفس اكتسبوا مهارات حل المشاكل.

4. المعتقد الديني

إن المعتقد الديني هو عبارة عن مجموعة القيم والمعايير الأسرية والاجتماعية التي تقاسمها أفراد الجماعة في مجتمع ما ويتشاركون من خلالها المراسيم والأعياد والتقاليد والأعراف وهو ما يجعل أفراد المجتمع أو الأسرة على اتصال ببعضهم البعض وكذا ما من شأنه أن يخلق جانب المساندة لتجاوز المحن والظروف الصعبة وما يقوى في الفرد الجانب العلائقي والذي يعد أمرا مهما في بناء الجلد وتعزيزه.

5. الكفاءة الذاتية

وهي عبارة عن مميزات يتحلى بها الأفراد ذوي القدرة على الجلد ونعني بها قدرة الفرد على الثبات والمثابرة مع الاحتفاظ باتزانته النفسي والاستمرار في السعي لتحقيق أهدافه وتخطي الصعاب والمخاطر التي قد تعترضه، أيضا تكوين علاقات جيدة مع المحيط مع فعالية واستقلالية وتمتعه بكفاءة ذاتية عالية فتقييم وتقدير المواقف يعدان من الكفاءة الذاتية التي توجه اختيارات وطريقة تنفيذ القرارات المتعلقة باستراتيجيات تحقيق المخططات المستقبلية، فالمثابرة والسعي باستمرار للوصول إلى حل للمشكلات يعتمد على درجة كفاءة الفرد وثقته في نفسه مما يجعل الفرد يبذل جهدا أكبر للتغلب على العقبات والتي يمكن أن تواجهه، بينما عدم توفر هذه الخاصية الشخصية يؤدي إلى انخفاض أو انعدام القدرة على تقييم وتقدير المجهود اللازم لتحقيق الأهداف والمساعي والطموحات.

(مزدي، 2017، ص 33-34)

8. خصائص وسمات ذوي الجلد

أ. خصائص ذوي الجلد

يتسم الأفراد الذين يتمتعون بقدرة الجلد ببعض المميزات والخصائص التي تميزهم عن باقي الأفراد والأشخاص وعليه استخلص ويكس (2005) والذي ذكر من قبل محمد عثمان أربعة خصائص أساسية للجلد النفسي وهي:

- الرؤية الشخصية **Personale vision** والتي تتدرج ضمنها عوامل مساعدة كالمبادئ والقيم والأهداف
- حل المشكلة **Probleme solving** ونجد من عواملها الاستجابة السريعة للخطر، البحث عن معلومات، القيام بمخاطرة حاسمة.

• الألفة الاجتماعية **Social support** ومنها تمييز الفرد عن الآخرين، تكوين العلاقات الاجتماعية، الإيثار.

• ميكانيزمات دفاع الأنا **Ego- defense mechanisms** ونجد فيها الانفعال إعادة البنية المعرفية، التوقع الاسقاطي الايجابي.

ب. سمات ذوي الجلد

كما قام **فان جالين وآخرون 2006** والذي ذكر من قبل **محمد سعد عثمان** أيضا باستخلاص مجموعة من السمات والتي يتسم بها الأفراد ذوي القدرة على الجلد وهي:

– علاقات جيدة مع الآخرين والقدرة على تقبل المساندة الاجتماعية
– مهارات تواصلية ومعرفية جيدة **Good cognitive and communications – skills**
– تقدير الفرد لمواهبه وانجازاته وكذلك تقديرها بالنسبة للآخرين كفاءة الذات وتعني أيضا التوقع العام بالكفاءة، الأمل.

– كفاءة الذات **Self- efficacy** وتعني أيضا التوقع العام بالكفاءة، الأمل **Hope** وتقدير الذات **Self-esteem**.

– الإحساس بالهدف من الحياة **Sense of purpose of life**.

– التدين **religion** والشعور بالانتماء **Belonging**.

– المساهمات في الحياة الاجتماعية.

– تعزيز الذات.

– أساليب مواجهة متوافقة ومتناسبة مع الموقف والفرد.

– الانفعال الايجابي وروح الدعابة **Positive emotion humour**.

– المهارات الفعالة في حل المشكلة **Active problem- Solving skills**.

- الإيمان بأن الضغوط يمكن أن تزيد الفرد قوة.
- المرونة وهي القدرة على التكيف مع التغير.
- قبول المشاعر السلبية والنمو من خلال الخبرات السلبية.
- التعامل الجيد مع الضغوط ورؤية الضغوط والمشقة على أنها تحديات.
- استخدام العمليات الوقائية. **Protective processes**

(مزردى، 2017 ص 35)

9. أسس بناء الجلد

أما عن أسس بناء الجلد فنجد أيضا من الدراسات والأبحاث التي سعت إلى الكشف عن أسس بناء وهيكلية الجلد الأعمال التي قام بها "Gilligan" حيث حاول التوفيق بين النمو العقلي والسجل النفسي الاجتماعي في تفسير هيكلية الجلد عند الشخص فقد وضع ثلاث أسس وهي:

أ. الشعور بقاعدة من الأمان الداخلي

ترتبط هيكلية الشعور بالأمان الداخلي بالتجارب الأولى للتعلم موازنة بالشعور بالانتماء إلى شبكة اجتماعية وعلائقية، فالانتماء إلى عائلة أو سلالة أو بنوة والشعور بالأهمية من طرف الأب أو شخص آخر من العائلة أو الحصول على سند الاحتواء يساعدنا على تشجيع الأمان الداخلي الضروري لبناء الجلد كما يعتبر بعض الباحثون إن الأهمية النوعية الجيدة للدعم الاجتماعي تعادل تجربة جيدة للتعلم العائلي في الطفولة وفي هذا السياق يؤكد M.Rutter أنه في حالة غياب الرعاية و العلاقة للأمان الداخلي في إطار الشبكة الاجتماعية وهذا ما يوفر عامل حماية جد مهم.

ب. تقدير الذات

في النفسية الدينامية مفهوم تقدير الذات مرتبط بتكوين النرجسية، إذ يتعلق مفهوم تقدير الذات بدرجة حب الشخص لذاته وبالشعور المترتب عن ذلك اتجاه نفسه والآخرين، وقد يعود أصل تقدير

الذات إلى التجارب العلائقية الأولى للطفل مرتكزا على الاستثمار الأبوي الذي يؤسس نرجسية الشخص. ويعرف **Bloch** و**Al** في القاموس النفسي القيمة الشخصية المؤهلة في ربط الشخص صورته بذاته. وتقدير الذات يمكن أن يتأسس على اختيار الشخص لنماذج خارجية حيث يحقق أولا قدرته على إدراكها، ومن ثمة قدرته على مقارنة بين صور كثيرة للذات توجد عند الشخص نفسه.

ويرتكز تقدير الذات على وعي الشخص لمواهبه الخاصة ومؤهلاته الذاتية وحسب "**Rutter**" فإن نمو تقدير الذات في المعنى الايجابي يستدعي أساسيتين:

– العلاقات الودية القائمة على الحب والتناغم والطمأنينة.

– تحقيق نجاحات وانجازات فردية هامة بالنسبة للشخص.

ج. الشعور بفعاليته الخاصة

قد يؤثر نوع الأبوية في النمو عند الشخص من خلال وعي الرقابة الداخلية أو مؤهلات إدراك المواضيع المرغوبة، والأبوية تعد كنماذج علائقية وتربوية للأباء حيث تشكل نمو الطفل منذ صغره فإما تعطيه هذه التجربة الأولية الاستقلالية أو التبعية.

وحسب **Rutter** فإن التجارب (الاجتماعية التربوية، المدرسية المهنية) قد تغير الشعور السلبي، فالخبرات الاجتماعية قد تخفض من الحرمان التربوي الأولي وتساعد الطفل على الوعي بمؤهلاته.

(عبد بوسنة ومزدي، 2016، ص 182)

الصدمة النفسية

1-تعريف الصدمة

لغة: إن لفظة "صدمة" يعود إلى الأصل اليوناني "TRAUMA"، وكان يستعمل في الطب والجراحة، ويعني بهذا عنف خارجي على العضوية (كضربة، جرح، ...)، وكذا يعني الآثار الذي يخلفه هذا الحادث على الجسد وعلى وظيفته. (عزيزة عنو، 2021، ص39)

اصطلاحاً: تعني الاثارة الشديدة، التي تنتج عن حدث غالباً مفاجئاً أو غير متوقع، مما يخلف جراحاً أو أضراراً أسوأ أكانت جسمية أم نفسية، ك وفاة عزيز انفجار موقع عسكري /رسوب في اختبار لم يكن متوقعا بحيث يخلف استثارة انفعالية بالغة الشدة أربكت الجهاز النفسي للفرد، وأفقدته كثيراً من اتزانه. والصدمة قد تكون مؤقتة، أو تستمر لدى البعض مما يجعلهم في حاجة للعلاج النفسي، لتخطي آثارهما السلبية على شخصياتهم، وذلك بناء على مدى صلابة الجهاز النفسي واستعداداه. (مرسيلينا شعبان حسن، 2018، ص 41)

لقد عرف "فرويد" الصدمة: بأنها الحدث المعاش الذي يسببه للحياة النفسية ارتفاعات في الاستشارات التي تكون قوية او شديدة، حيث تفشل العمليات العادية عليها في تفاديها او معالجتها، ومنه تنتج اختلالات دائمة في نشاط الطاقة. (مارسيلينا، 2018، ص92)

2-بعض المفاهيم المرتبطة بالصدمة

1. الخبرة الصادمة

حدث شديد فجائي، وغير متوقع، يترك الشخص مدهوشاً، من كونه خارج عن نطاق تحمل الكائن البشري. ويمكن أن تكون هذه الخبرة فردية أو جماعية، كما يمكن أن تكون هذه الأحداث الصادمة، يختبرها الشخص أو الجماعة لمرة واحدة أو لعدة مرات.. هناك حوادث صادمة فردية وأخرى جماعية،

وفي الدراسة هذه سوف يتم التأكيد على الكوارث الجماعية، وتعرف طبقاً للبعد الاجتماعي والنفسي بأنها:

حدث سلبي مفاجئ، يجلب عدم الرضا، ويؤدي إلى كثير من الضحايا، وقد يفوق إمكانيات الإنقاذ حين يدمر وظائف المجتمع، من إنتاج وتوزيع الطاقة والمياه والغذاء. ويؤثر على دورة الأشخاص والبضائع، كما يؤثر على الأمن والنظام، ويعوق القدرة على إيواء الضحايا. ويمكن اعتبار كل ضحية وشاهد ومسعف جريحاً في كبريائه الشخصي وكبريائه ال جماعي.

2. العصاب الصدمي

وفقاً لمعجم التحليل النفسي للعالمين لابلاتش وبونتاليس هو: اضطراب ونوع من أنواع العصاب ظهوره يكون نتيجة لصدمة وجدانية، يعيشها الفرد عموماً في لحظة يحس فيها أن حياته في خطر " موت موقوف التنفيذ وتبدو جلياً تظاهرات الشدة في شكل نوبة حصرية حادة من الممكن أن تتبعها حالة من الهيجان أو الخلط العقلي.

تجدر الإشارة إلى أن أول توظيف لمصطلح العصاب الصدمي، كان عام 1882 للدلالة على مجموع الأعراض التي تلاحظ عند الفرد الذي يعيش حادثاً مميتاً وبالأخص حوادث السكة الحديدية، أين يكون المشهد عنيفاً جداً ومرعب لدرجة لا يمكن تحملها في الحالات العادية، ليتطور توظيف المصطلح شيئاً فشيئاً في إطار الدلالة على الصدمة النفسية الناتجة عن حالات الاعتداء العنيف وصدّات الحروب والكوارث الطبيعية.

(مارسيلينا حسن، 2018، ص 41-42)

3. الحدث الصدمي

فيما يخص الحدث الصدمي عرفه باستيد Bastide سنة 1968 على أنه: " مفهوم بشري مركزي (Anthropocentrique)، وليس معلومة موضوعية، ذلك أن الحدث الصدمي يشترط فيه وجود شخص

تعرض للحدث، ويظل على قيد الحياة، بالإضافة إلى كونه واعيا أو يكون مجرد شاهدا بالتالي: الحدث الصدمي يخضع الجهاز النفسي إلى التحويل، وإذا لم يحدث ذلك ينتج اصطدام فيه وهو ما نسميه الصدمة". (عزيزة عنو، 2021، ص 40)

3-أنواع الصدمة

1.صدمة الميلاد: بعد الميلاد حدثا غير اعتيادي بالنسبة الى كل انسان، ولكن الصدمة الواضحة لهذا الحدث بالإضافة الى حقيقة أنه يحدث مرة واحدة في حياة المرء تقودان الى اعطائه دلالة خاصة.

وقد اعترف فرويد نفسه بالأهمية النفسية لعملية الميلاد. ولكن أوتو رانك (Otto Rank 1929) و (جريناكلر Greenacre) ما يوحى بأنه (1945 1941) هما اللذان أسندا اليها دورا رئيسا. فقد ذكر «رانك» بسبب هذا الحدث فإن الانفصال هو الخبرة الأكثر اثارة للخوف والقلق، وأنه يمكن النظر الى نمو الشخصية بل الحياة بصفة عامة بوصفهما محاولات متكررة للحصول على الأمن الذي كان الفرد يستشعره وهو جنين في رحم أمه.

وقد كتب "بورجاتا" (Borgatta, 1954) مقالة اتسمت بوقاحة اللغة، حيث كشف فيها عن بعض نواحي القصور التي تعاني منها النظريات النفسية التحليلية، فذكر في مقالته امكانية التعلم في الرحم، ثم اقترح بعد ذلك ألا تكون صدمة الميلاد في حد ذاتها هي السبب الأساسي في معاناة المرء من مشاعر عدم الأمن أو الطمأنينة، ولكن عملية نزع الحبل السري Deumbilification وازالته، والذي كان الوليد على اتصال حميم به خلال فترة بقائه بأكملها في رحم أمه.

2.الصدمة الانفعالية أثناء الطفولة

سبق وأن ذكر "فرويد" (Freud 1,1896 1896) ما يشير الى أن السبب النوعي المحدد لكل الاضطرابات العصابية يرجع الى اضطراب ما في الحياة الجنسية للمريض. فالسبب في الهستيريا

مثلا هو صدمة اغوائية تعرض لها المريض في الغالب الأرجح في السنة الثالثة أو الرابعة من عمره لكن بالتأكيد قبل بلوغه سن الثامنة حيث استجاب لها بنوع من اللامبالاة أو الاشمئزاز أو الذعر، وكذلك الحال بالنسبة للعصاب القهري، بل ربما يرجع الى صدمة اغوائية في سن أبكر من ذلك، بحيث أعقبتها صدمة اغوائية أخرى استمد منها المريض بعض مشاعر اللذة والسرور بحيث غدا مشاركا فعالا فيها. ومهما كان الأمر فإن "فرويد" سرعان ما عدل من موقفه (Freud 1898) حيث استبدل تخيل الاغراء أو الاغواء بالإغراء الحقيقي، وقد أفضى به هذا الاستبدال الى تقديم نظريته العامة، واستكشاف مفهوم الجنسية الطفلية.

4- أعراض الصدمة النفسية

إن إصابة الفرد بهلع عنيف يمكن أن يفجر إما اضطرابات نفسية أو اضطرابات جسمية. فالصدمة عند س. فرويد S. Freud: "هو كل حدث يؤدي إلى إختلال الإتزان العاطفي للفرد، ويعمل على تحريض الميكانيزمات الدفاعية.

إذن الصدمة لها تأثير كبير على الجانب العاطفي، بحيث إحساس الفرد بالخطر الحاد يعمل على تحطيم وحدته النفسية ويجرده من كل الأسلحة لمواجهة ذلك الخطر الخارجي، وغالبا ما يكون سياق عمل الحداد لأننا صعب أمام ذلك الحدث وينجر عن ذلك ردود أفعال مختلفة لدى الأفراد.

تختلف هذه الآثار النفسية حسب اختلاف المدى:

- إذا كانت على المدى القصير توجد دائما عاطفة عنيفة وغالبا ما تكون مذهلة، أحيانا تكون ردود أفعال الأفراد من نوع معاكس أي من نوع كمون مؤقت.
- على المدى المتوسط نلاحظ عامة نوبات قلق مصحوبة أولا بذكريات للمشهد الصدمي، في الواقع هذه النوبات تكون منفصلة عن الحدث الصدمي بإعتقاد الأفراد أن لا أهمية لها، لكن

القلق يعطي بعدها إسنادات جديدة فهو يسقطها على الأحداث الوضعية والتصورات، وتكون بطريقة مخيفة لدرجة أن المحيط لا يتحملها.

فالفرد ينفجر لأنفه الأمور، بالإضافة إلى أنه يعاني من عدم معرفته لواقع قلقه، فهو على دراية على شدة معاناته من كثرة الحساسية لأبسط الوضعيات. (عزيزة عنو، 2021، ص55)

5- النظريات المفسرة للصدمة

1. النظرية التحليلية

قد برز مفهوم الصدمة النفسية في الميدان العلمية حيث قدم العالم Pierre Janet رسالة دكتوراه تحت عنوان (الصدمة الذاتية) الذي درس فيها ٢٠ حالة حول الصدمة النفسية التي أتى بعده فرويد ليتناول موضوع الصدمة النفسية في مناسبات مختلفة معتبرا صدمة الولادة مع ما يصاحبها من إحساس الوليد باختلاف المرادف لضيق الموت بمثابة أولى تجارب القلق في حياة الإنسان، ثم بعد ذلك تلميذه أو ترانك ليشدد على أهمية صدمة الولادة ودور الماضي لذكريات الصدمة المكبوتة في الوعي مما أدى إلى مبدأ " التطهير. الذي يعنى إخراج هذه الصدمات من الوعي وتذكير بها حتى يتخلص الفرد من أثرها الصدمي.

(أحمد شحاتة، 2023، ص511)

أ- فرويد والصدمة

اعتبر فرويد صدمة الولادة مع ما يصاحبها من إحساس الوليد بالاختناق المرادف لضيق الموت بمثابة أولى تجارب القلق في حياة الإنسان ثم عاد فرويد وتناول موضوع العصاب الصدمي في مناسبات مختلفة. فمنذ العام 1895 وفي كتاب دراسات حول الهستيريا ومن ثم بعيد الحرب العالمية الأولى في كتاب ما وراء "مبدأ اللذة" (1921) وفرويد لا ينكر مبدأ العصاب الصدمي (7)، بل أنه إعترف به قبيل

وفاته بهذه الأعصاب فيقول عنها: "لقد شذت هذه الأعصاب دوماً وتمردت على فرضية الصراع النفسي الطفولي".

ب- البسيكوسوماتيك التحليلي

أعاد المحللون المحدثون، العاملون في ميدان البسيكوسوماتيك، طرح موضوع الأعصاب الراهنة. وكان مدخلهم إلى ذلك إعادة قراءتهم لحالة دورا تلك المريضة الشهيرة التي عالجها فرويد وكتب عن حالتها كتاباً لا يزال مستخدماً في تعليم التحليل النفسي.

بهذه المناسبة تعمق هؤلاء المحللون في دراستهم لحالة دورا فأروا أنها كانت تعاني من عصاب هيسستيري (كما قال فرويد ولكنها كانت تعاني من وضعيات عصابية أخرى تنتمي إلى ميدان الأعصاب اللانمطية، وهذه الأعصاب هي المسؤولة عن الاضطرابات البسيكوسوماتية الجسدية النفسية لدى دورا. ومن هنا تسمية هذه الأعصاب بالبسيكوسوماتية وهم يقسمون هذه الأعصاب إلى:

أ- العصاب السلوكي: وينجم عن سوء تنظيم الجهاز النفسي.

ب- العصاب الطبائعي: وينجم عن عدم كفاية التنظيم النفسي وعدم الكفاية هذه على درجات ومن هنا العصاب الطبائعي إلى ثلاث درجات هي:

- جيد التعقيل.

- غير مؤكد التعقيل.

- سيء التعقيل.

(إ.م. كولز، 1991، ص 24-26)

2. النظرية المعرفية:

ضمن Horowitz (1976) في نموذج 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 تبعاً لهذا النموذج فإن التوافق مع الحدث الصادم يتطلب إدماجه في النسق المعرفي أو تطور نسق جديد وحتى تكتمل هذه العملية فإن الصدمة تبقى في الذاكرة النشطة وحيث تكون المعلومات المرتبطة بالحدث الصادم خارج الوعي الشعوري مستخدمة ميكانيزمات الإنكار أو التجنب لتحفظ الفرد من أن تحقق به الصدمة بينما يفسر الأحداث المحفوظة في الذاكرة وميلها لتكرار كجزء من تكاملها وتنسيقها كما أشار هورتز في تطوير منهجه وتكلم عن تأثير الواقعي والمخفف للمساندة الاجتماعية ضد تطور أعراض الصدمة مما يسمح بالمعالجة الدقيقة والكافية لحادث الصدمة.

ورغم أن هذا النموذج يعد أكثر النماذج شمولية إلا أنه فشل في تقديمه الإجراءات إكلينيكية واضحة الاعتماد عليها أو في الإجابة عن تساؤل مهم في هذا المجال ألا وهو: لماذا يطور بعض الأفراد اضطرابات عقب الصدمة ولا يتعرض البعض الآخر لهذه الأعراض، بالرغم من تعرضهم لنفس الأحداث؟

يرى هذا النموذج أن ميكانيزمات العمليات المعرفية متضمنة في التعافي والشفاء عبر الوقت كما تحدث في المراحل الخمسة:

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

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

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

د- المرحلة الرابعة: هي مرحلة التجنب، وتتصف باستخدام الهروب والإنكار كخطط مواجهة في الاستجابة للاقتحام.

هـ- المرحلة الخامسة: مرحلة النتيجة، يتحقق فيها الشفاء من خلال شبكة معالجة الحلول.

(أحمد شحاتة، 2023، ص 508)

3. النظرية البيولوجية

تركز هذه النظرية على العلاقة بين PTSD، والتغيرات الكيميائية والفيزيولوجية والوظيفية لعمل الدماغ حيث اشارت العديد من لأبحاث الحديثة إلى الضغط الشديد يؤثر على عمل الدماغ من خلال بعض المواد، حيث تحدث الصدمة تغيرات في وظائف الدماغ، وفي انحاء الجسم مثل ارتفاع في نسبة الكاتيكولامين في الدم وارتفاع نسبة الأستيل كولين، والنورايبيفرين، والسيروتونين، والدوبامين فعندما يصاب الإنسان بالصدمة فإن مادة النورايبيفرينتستنزف وتؤثر في قدرة الشخص على التخلص من الصدمة، مما يؤدي إلى استنزاف مادة الدوبامين، حيث أن التعرض المتكرر للصدمة أو تذكرها يؤدي إلى حالة من التبلد أو التخدير العاطفي، وهذا يكون بمثابة حل للصدمة، وبالتالي يفرز الدماغ مواد مخدرة شبيهة المفعول بالمواد الأفيونية، كما ترتفع نسبة الأدرينالين وهذا ما يؤدي لمستويات عالية من الخوف وتكرار الصور والذكريات عن الصدمة. (وناس وهبهوب، 2022، ص. 23)

خامسا: مراحل الصدمة النفسية

1. مرحلة الصدمة والإنكار

فيها يتصرف المصاب دون وعي منه وكأنه لم يتعرض لأي صدمة نفسية، وتعتمد هذه المرحلة في العادة علي حسب نوع درجة الصدمة النفسية التي تعرض لها الفرد.

2. مرحلة الغضب

وفيها يشعر الفرد الذي تعرض للحادث الصادم بالغضب نتيجة تعرضه لتلك الخبرة المؤلمة، ويبدأ في لوم ذاته لما حصل لي هذا؟

3. مرحلة المساومة (التضحية)

يكون فيها الفرد في حالة احباط فتجعله يأخذ الوعود على نفسه بان يقوم بأي شئ للخروج من تلك الخبرة المؤلمة او استعادة ما فقد (سوف اكون انسانا صالحا).

4. مرحلة الاكتئاب

هذه المرحلة يبدأ وقع الصدمة النفسية يأخذ منحني طبيعيا وواقعيًا، اذ يبدأ المريض بالحزن ويبدى عدم اهتمامه بكل ما يدور حوله م امور.

5. مرحلة التقبل

وفيها يبدأ باستيعاب ما حصل له من صدمات وتقبل الأثر النفسي الذي خلفته الصدمة النفسية وراءها، وتعد هذه المرحلة بداية العلاج والخروج من الصدمة النفسية.

(أحمد شحاتة، 2013، ص 505-506)

6. اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

يحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM5) العوامل السببية كمعيار أساسي في تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، متبوعا بسبعة معايير أخرى تستخدم مع الراشدين والمراهقين والأطفال فوق 6 سنوات، ونترجمها كما وردت في هذا الدليل (DSM5,2013) فيما يلي:

أ. التعرض إلى تهديد فعلي بالموت، جرح خطير، أو عنف جنسي، بحادث (أو أكثر) مما يلي:

1. الاختبار المباشر لحادث أو أحداث صدمية.
2. مشاهدة الشخص لحادث صدمية تقع للآخرين.
3. العلم بوقوع أحداث صدمية تصيب أفراد العائلة المقربين، أو صديق حميم. في حالات التهديد الحقيقي بالموت لأحد أعضاء الأسرة أو الأصدقاء، يجب أن يكون الحادث عنيف ومفاجئ.
4. الاختبار المتكرر أو التعرض القوي إلى تفاصيل أحداث صدمية مقززة، كما هو الشأن للأفراد الأوائل الذين يقومون بجمع الأشلاء البشرية، أو ضباط الشرطة المعرضون بصورة متكررة لتفاصيل الإساءة للطفل.
5. ويجب الإشارة إلى أن المعيار 4، لا يرتبط بالتعرض للصدمة من خلال التلفاز أو الأفلام أو الصور والألعاب الإلكترونية.
- ب. وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض الاقتحامية المرتبطة بالأحداث الصدمية، والتي يبدأ ظهورها بعد وقوع الحادث الصادم.
1. وجود ذكريات مزعجة اقتحامية وغير إرادية للحادث الصادم، ويمكن أن يظهر لدى الأطفال الأكثر من 6 سنوات ألعاب تكرارية يكون موضوعها مرتبط بالحادث الصادم.
2. أحلام مزعجة وتكرارية ذات عاطفة أو محتوى مرتبط بالحادث الصادم
3. ردود أفعال تفككية، يشعر أو يتصرف الفرد خلالها كما لو أن الحادث الصادم سوف يحدث مرة أخرى، أو فقدان الكلي للوعي بالموجودات من حوله في الحالة القصوى.
4. ضيق نفسي حاد ومستمر إثر التعرض لمثيرات داخلية أو خارجية تشابه أو ترمز لجانب من جوانب الحادث الصدمي.
5. ردود فعل فيزيولوجية بارزة نتيجة التعرض لمثيرات داخلية أو خارجية ترمز:
- ج. التجنب المستمر للمثيرات المرتبطة بالحادث الصادم تظهر بعد حدوثه، ويمكن أن يظهر في واحدة أو أكثر مما يلي:

- 1- أو تشابه أحد جوانب الحادث الصدمي.
- 2- التجنب أو بذل جهود لتجنب الذكريات المزعجة والأفكار والمشاعر المرتبطة بصورة وطيدة مع الحادث الصادم.
- 3- التجنب أو بذل جهود لتجنب المفكرات (أشخاص، أماكن، حوارات، أنشطة، مواضيع ووضعيات) المرتبطة بالحادث الصدمي والتي قد تدفع إلى استحضاره.
- د. تشوهات سلبية في المعارف والمزاج مرتبطة بالحادث الصدمي، تبدأ أو تتفاقم بعد حدوثه، وتظهر في واحدة أو أكثر مما يلي:
 1. عدم القدرة على تذكر جانب هام مرتبط بالحادث الصدمي ناجم عن النساوة التفكيرية، وليس إلى أسباب أخرى كجروح الرأس أو الكحول أو المخدرات.
 2. معتقدات أو توقعات سلبية مبالغ فيها ومستمرة حول الذات أو الآخرين أو العالم، من قبيل "أنا سيء"، أو أن "العالم كله خطير"
 3. معارف مشوهة ومستمرة حول سبب ونتائج الحادث الصدمي، تقود الفرد إلى تذنب ذاته أو الآخرين.
 4. حالة انفعالية سلبية مستمرة (الخوف الرعب الغضب الشعور بالذنب، الخزي).
 5. انخفاض ملحوظ في الاهتمامات أو المشاركة في النشاطات المعتادة.
 6. الشعور بالانفصال أو الاغتراب عن الآخرين.
 7. عدم القدرة على اختبار المشاعر الإيجابية بصورة مستمرة عدم القدرة على الشعور (بالسعادة، الإشباع، أو مشاعر الحب)
 - هـ. تشوه ملحوظ في وظائف الحضور والاستجابية مرتبط بالحادث الصدمي، يبدأ أو يتفاقم بعده، كما يتبين في واحد أو أكثر مما يلي:

1. سلوك تهيجي ونوبات غضب لأدنى استثارة)، ويظهر في شكل عدوان لفظي أو جسدي اتجاه الأفراد أو المواضيع.
 2. سلوك متهور أو محطم للذات.
 3. استجابات هلع مبالغ فيها.
 4. مشكلات في التركيز.
 5. اضطراب في النوم (صعوبة في النوم، النوم غير المريح).
 - و. استمرار مدة الاضطراب (توفر معايير: ب، ج، د، هـ) لأكثر من شهر.
 - ز. أن يسبب الاضطراب ضيق عيادي دال، أو إعاقة في الميدان الاجتماعي، المهني، أو مجال حياتي آخر هام.
 - هـ. أن لا تعزى أسباب الاضطراب إلى عوامل فيزيولوجية للمواد الكيميائية أو إلى ظرف طبي آخر.
- إلى جانب هذه المعايير يحدد الدليل التشخيصي، خاصية (specify whether, specify if) ما إذا كان الاضطراب مصاحب بأعراض تفككية (اضطراب اللاشخصانية والآنية) وإذا ما كان ظهوره متأخر، أي لم تظهر المعايير إلا بعد 6 أشهر من وقوع الحادث الصدمي، حتى ولو أن بعض الأعراض تظهر مباشرة بعد الحادث. (زقار، وزفور، 2019، ص 679)

خلاصة

من خلال هذا الفصل، حاولنا تقديم خلفية نظرية تساعد على فهم الظاهرة المدروسة بشكل أعمق. فتطرقنا أولاً إلى الصدمة النفسية، باعتبارها استجابة قوية ومؤلمة لحادث مفاجئ يفوق قدرة الفرد على التحمل، ثم تناولنا مراحلها، أنواعها، وأهم النظريات التي فسّرت آلياتها وآثارها.

بعد ذلك، تعرّفنا على الجلد النفسي كمفهوم يعبر عن قدرة الفرد على التكيف والصمود رغم الصعوبات، وبيّنا كيف تطور هذا المفهوم، وما هي مصادره ومظاهره، بالإضافة إلى النظريات التي حاولت تفسيره من زوايا متعددة.

كما أشرنا إلى بعض المفاهيم المرتبطة بالجلد النفسي، والتي تساهم في فهم ديناميّة التكيف مع الحوادث الصادمة، خاصة في حالة الإصابة بالحروق.

هذا التأسيس النظري يُعتبر خطوة أساسية لفهم الحالات المدروسة لاحقاً، وتحليل ما مرّ به الأفراد من تجارب نفسية صعبة، ومدى قدرتهم على مواجهتها أو التأثر بها.

الفصل الثاني: الإطار المنهجي للدراسة

تمهيد

- 1- منهج الدراسة
- 2- الدراسة الأساسية
- 3- حدود الدراسة
- 4- أدوات الدراسة
- 5- عينة الدراسة

خلاصة الفصل

تمهيد

بعد أن تناولنا في الفصل السابق الإطار النظري للدراسة، وتطرقنا إلى أهم المفاهيم الخاصة بدراستنا والتي هي الجلد النفسي والصدمة النفسية، ننتقل في هذا الفصل إلى عرض الإجراءات المنهجية التي اعتمدناها في الجانب التطبيقي من البحث.

يهدف هذا الفصل إلى تقديم نظرة واضحة عن الخطوات الأساسية التي ساعدتنا في تنفيذ الدراسة، حيث نعرض المنهج الذي تم اختياره بناءً على طبيعة الموضوع، ثم نتحدث عن الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها قبل التطبيق الرسمي، إضافة إلى تحديد الحالات التي تم العمل عليها، والأدوات التي تم استخدامها في جمع البيانات من الحالات، مثل المقابلة واستبيان الصدمة ومقياس الجلد النفسي.

1. منهج الدراسة

إن المنهج البحثي المتبنى في بحثنا هذا هو المنهج العيادي والمسمى أيضا بدراسة حالة والتي يعبر عنها " لويس " كامل في مقدمته لكتاب دراسة حالة في علم النفس المرضي بقوله: دراسة حالة تمثل المنحى الأبيولوجي الذي يتميز بتناوله الشامل والمتكامل للتاريخ الارتقائي للفرد، وهي الطريقة التقليدية في معظم بحوث علم النفس الإكلينيكي، وترتكز على الفرد، وتهدف للتوصل إلى فروض"، أما "جوليان روتير" فيؤكد بقوله: "أنّ" دراسة حالة هي المجال الذي يتيح للأخصائي جمع أكبر وأدق قدر من المعلومات ما يأتي من مناقشة مباشرة مع المريض (العميل) وتتضمن طبيعة المشكلات وظروفها ومشاعر صاحبها واتجاهاته ورغباته واحباطاته، وقد تأتي المعلومات من الوالدين والأسرة أو رفاق العمل أو أساتذة المدرسة". حيث يرى "لاقاش" أن المنهج العيادي: هو تناول للسيرة في منظورها الخاص إضافة للتعرف على مواقف وتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك إعطاء معنى لها للتعرف على بنيتها وتكوينها كما يكشف عن الصراعات التي تحركها ومحاولات الفرد لتجاوزها أما "دويدار" فيعرف منهج دراسة حالة بأنه: "طريقة علمية تتميز بالعمق والشمول والفحص التحليلي الدقيق لأي ظاهرة أو مشكلة أو نوع من السلوك المطلوب دراسته لدى الشخص أو أسرة أو جماعة أو مؤسسة أو مجتمع، بعد فهم الظاهرة فهما مستفيضا بهدف الوصول الى استنتاجات ومبادئ عامة تصلح لوضع تعميمات تخدم عمليات التشخيص والعلاج والتوجيه والإرشاد. (فائزة بوشارب واخرون، 2015، ص105)

في سياق الدراسة الحالية استخدمنا دراسة الحالة كإطار منهجي لتحليل الابعاد النفسية المرتبطة بتجربة الحروق خصوصا مستوى الصدمة النفسية الناتجة عن الحدث الصادم، ومدى توفر الجلد النفسي الذي يمثل مؤشرا على قدرة الفرد على التكيف والصمود.

2. الدراسة الاستطلاعية

تُعد الدراسة الاستطلاعية الخطوة الأولى في البحث العلمي، تساعد الباحث على فهم الظروف المحيطة بموضوع البحث. كما تسهم في تكوين تصور أولي عن الموضوع. تعتبر الدراسة الاستطلاعية في البحث العلمي تحضيرًا جيدًا للدراسات اللاحقة. تتميز بكونها خطوة مرنة وغير محددة بدقة. (المدونة العربية، 2024)

والهدف منها:

- الاطلاع على ميدان البحث
- التأكد من توفر حالات الدراسة المتمثلة في ضحايا الحروق
- اختيار الوقت والمكان المناسب لإجراء المقابلات
- ضمان ان بيئة المؤسسة مناسبة وتوفر الظروف الملائمة لتطبيق أدوات جمع البيانات المستخدمة في الدراسة.

نظرا لطبيعة موضوع الدراسة المتعلقة ب "الصدمة النفسية والجلد النفسي لدى ضحايا الحروق" قمنا بإجراء دراستنا الميدانية في مستشفى العمومية الاستشفائية بالمسيلة "الزهرابي"، بدأنا الدراسة بتاريخ 24 افريل 2025، واجهنا في البداية نقصا في توفر الحالات التي تستوفي شروط البحث، مما اضطرنا الى العودة مرات عديدة للمستشفى على مدار عدة أيام للبحث والمتابعة.

تمكنا في النهاية من العثور على حالتين تستوفيان معايير الدراسة، كان اختيار هذه الحالات متوافقا مع المنهجية المعتمدة، تم اجراء مقابلات مع العاملين بالمستشفى لضمان فهمهم لطبيعة الدراسة وأهدافها، وكذلك التحقق من إمكانية تطبيق أدوات جمع البيانات بشكل ملائم مع المرضى، وقد تم الاعتماد على الملاحظة والمقابلة النصف الموجهة ومقياس تقييم اعراض الصدمة trauma ومقياس مقياس الجلد النفسي (Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC).

تمت برمجة مقابلات مع الحالتين المتفق عليهما مسبقاً، مع احترام مبدأ السرية التامة وحفظ الخصوصية، وقد كانت كل مقابلة تُسجل بعد أخذ الموافقة الشفوية من المعنيين، تم الاتفاق مع الاختصاصية النفسانية من اجل تخصيص مدة زمنية لإجراء مقابلات مع العميلين بدأنا بالمقابلة النصف موجهة، نظراً لأهميتها في كسر الحاجز النفسي وبناء علاقة ثقة معهم، ثم بعد ذلك تم تطبيق استبيان تقييم الصدمة ومقياس الجلد النفسي، مع الحرص على توضيح كل بند بلغة مبسطة في حالة مواجهتهم صعوبة في فهم فقرات أحد المقاييس.

واجهنا في البداية صعوبة في إيجاد الحالات التي تستوفي شروط الدراسة غير ان الفضل يعود لرئيسة المصلحة التي لم تتردد في السؤال والبحث بنفسها داخل القسم، تمكنا من الوصول إلى حالتين مناسبتين للدراسة حيث كانت على دراية بطبيعة البحث، وساعدتنا كثيراً من خلال ترشيح حالات تتماشى مع شروط العينة، خاصة من حيث درجة الإصابة والسن.

رغم العراقيل في البداية، إلا أن التجربة كانت مهمة وثرية، ومكّنتنا من جمع معلومات ساعدتنا على فهم أعمق لحالة الصدمة والجلد النفسي لدى الحالتين.

3- حدود الدراسة

- **الإطار المكاني:** أجريت الدراسة بالمؤسسة الاستشفائية العمومية "الزهراوي" بالمسيلة الواقعة بحي 500 مسكن المسمى بـ "حي الزهور".
- **الإطار الزمني:** امتدت الدراسة حالة من الفترة الممتدة من 24 أفريل 2025 الى 11 ماي 2025.
- **الإطار البشري:** قمنا بمقابلة رئيس المصلحة وأخصائية النفسية و 10 حالات ولكن تمت الموافقة على إجراء المقابلة من قبل (حالتين).

4- أدوات الدراسة

ان دراسة أي موضوع يتطلب من الباحث ان يستعمل مجموعة من الأدوات والوسائل بغية الى نتائج موضوعية حول موضوع الدراسة واعتمدنا في بحثنا على:

- المقابلة العيادية النصف الموجهة.
- الملاحظة العيادية.
- مقياس تقييم الصدمة لـ traumaq
- مقياس الجلد النفسي (CD-RISC – Connor & Davidson Resilience Scale)

4-1- المقابلة العيادية النصف الموجهة

تُعد المقابلة النصف الموجهة أداة نوعية فعّالة لجمع المعطيات، وتُستخدم بشكل واسع في البحوث النفسية والاجتماعية، لا سيما عند دراسة الظواهر ذات الطابع الذاتي والعميق. وهي مقابلة يُعتمد فيها على دليل أسئلة معدّ مسبقاً (Guide d'entretien) يضم مجموعة من المحاور الأساسية المرتبطة بموضوع الدراسة، مع ترك حرية للمحاور لطرح أسئلة إضافية أو إعادة صياغة الأسئلة وفقاً لتفاعل المستجوب، بما يتيح توسيع النقاش واستكشاف معاني جديدة.

يُوقّر هذا النمط من المقابلات جواً من الأمان والراحة النفسية للمفحوص، ويشجّعه على التعبير بحرية وطلاقة، مما يساعد الباحث على فهم أعمق لتجربته النفسية والانفعالية، والتقاط الدلالات التي قد لا تظهر من خلال الأدوات الكمية أو المقابلات الموجهة تماماً.

تم بناء أسئلة المقابلة انطلاقاً من المفاهيم الأساسية للدراسة، وهي الحروق، الصدمة النفسية، والجلد النفسي، حيث ركزت الأسئلة على فهم تجربة الحالة مع الحادث، الأثر النفسي الذي خلفه، وكيفية تعاملها وتكيفها مع الوضع.

ولضمان جو من الألفة والارتياح، تم استخدام اللغة العامية (الدارجة الجزائرية) أثناء الحوار، بهدف تسهيل عملية التواصل وتشجيع الحالة على التعبير بحرية، بعيداً عن الطابع الرسمي الذي قد يُشعرها بالتقييد أو التوتر. هذا الأسلوب ساعد في الحصول على معطيات غنية وذات طابع شخصي، مما يدعم أهداف البحث العيادي النوعي.

4-2- الملاحظة العيادية

تم استخدام الملاحظة العيادية كأداة مساندة للمقابلة، لأنها تساعد في رصد السلوكيات والانفعالات غير اللفظية التي قد لا تقال بالكلام، مثل تعبيرات الوجه أو التردد أثناء الحديث وقد سمحت لنا هذه الأداة بفهم أعمق لتجربة الحالة النفسية أثناء المقابلة.

حيث تعرف الملاحظة: أنها المشاهدة الدقيقة لسلوك أو ظاهرة معينة وتسجيل الملاحظات أول بأول والحصول على معلومات عن السلوك في المواقف الطبيعية. (علوان سيليا وآخرون، 2022، ص87)

4-3- استبيان تقييم الصدمة ل traumaq

لا يقيس إستبيان TraumaQ الإجهاد بل يقيس تتأذر ما بعد الصدمة الناتج عن التعرض لحدث مهدد بالموت بالنسبة للفرد ذاته أو للآخرين المحك A لـ DSM-IV يتم عامة إعداد أدوات المقاييس النفسية الحالي انطلاقاً من تصنيفات الدليل الأمريكي لتشخيص وإحصاء الاضطرابات العقلية إضافة إلى ذلك الأعراض الملاحظة عامة التناذر (المميز لمرض التكرار، التجنبات الخوفية، الأعراض العصبية الإعاشية)، لكن بسبب تحفظات موضحة سابقاً، فضل الباحثون النظر للصدمة النفسية برؤية شاملة، كما يقيم أيضاً استبيان trauma الأعراض غير النوعية خاصة حالة الاكتئاب والتجسمات مع الأخذ بعين الاعتبار "المعاش الصدمي" وبصفة خاصة الحياء والذنب والعدوانية وكل الانعكاسات التي تطرأ على نوعية الحياة.

وقد استخدمنا استبيان TraumaQ لغرضين هما:

- تشخيص التناذرات النفسية عند حالات الدراسة كآثار بعدية ناتجة عن تعرضهم بصدمة الحرق.
- الكشف عن بعض الآثار والاضطرابات البعدية المصاحبة لمجموع تناذرات حالة الإجهاد ما بعد الصدمة لدى ضحايا الحروق من خلال بعض سلالمة استبيان traumaQ المؤهلة لتحديد نوعية الحياة والمعاش الصدمي) القابلية للغضب، فقدان القدرة على مراقبة المشاعر العنيفة، اختلال تقدير الذات، اللامبالاة (....).

أ- أهداف إستبيان traumaQ

- يقيم استبيان traumaQ الاضطرابات الصدمية الحادة منها والمزمنة.
 - يساهم في البحث في علم الأوبئة.
 - يشارك في تحري صدق العلاج.
- يمكن لاستبيان traumad أن يساعد في التشخيص، كما يمكن أن يستخدم كأداة للبحث في مجال دراسات علم الأوبئة أو في مراقبة فعالية العلاج.

ب - المجتمع المعني لإستبيان traumaQ

يوجه استبيان trauma إلى:

الراشدين ابتداء من 18 سنة كما يمكن تطبيقه على مراهقين تتراوح أعمارهم ما بين 15-17 سنة شريطة أن يكون تطبيقه غيري بعد التأكد من أن المراهقين يملكون القدرات الضرورية لتفهم الجيد للتعليمات والأسئلة المطروحة، ومن الضروري أن يكون التفسير بحذر.

– الأفراد الذين كانوا ضحايا مباشرين أو شاهدين على جريمة جنائية (اعتداء جنسي، اغتصاب، اعتداء بالضرب الجرح العمدى، إمساك الرهائن.....الخ)

– الأفراد الذين كانوا ضحايا أو شاهدين على مصيبة كبرى مع التهديد بالموت.

– الأفراد ضحايا أو شاهدين على حادث بالطريق العام.

– يقضى مجال توظيف استبيان traumaQ

– الأفراد الذين لم يتعرضوا للحدث مباشرة.

– الأطفال الضحايا.

– الأفراد ضحايا وضعيات متكررة (زنا المحارم، سوء المعاملة ... الخ).

– أقارب الضحايا.

ج – محتوى إستبيان traumaQ

يتشكل الإستبيان من صفحتين أوليتين للمعلومات العامة وجزئين أساسيين الأول والثاني.

• المعلومات العامة

يسمح استبيان traumaQ بجمع المعلومات اللازمة لإعداد حوصلة شاملة، وتصنف هذه المعلومات

تحت شكل فئات تتضمنها الصفحتين الأولىين للاستبيان.

• معلومات متعلقة بالحدث

يجب على الحدث المسبب للاضطرابات أن يمثل خطرا كامنا للموت وتهديدا بالموت الحقيقي،

الأفراد هم ضحايا مباشرين أو شاهدين، كما، يمكن للحدث أن يكون:

✓ فرديا: إذا كانت الضحية واحدة (مثال الاغتصاب الممارس على الفرد).

✓ **جماعيا:** إذا تعلق الأمر بأشخاص كثيرين في الوقت نفسه (مثل الكارثة الطبيعية التي تولد آلاف الضحايا) تفهرس هذه الأحداث تحت فئة " طبيعة الحدث":

- الكوارث الطبيعية: فيضان، زلزال.... الخ.
- الكوارث التكنولوجية: انفجار بمصنع الخ.
- الكوارث الجوية والبحرية: هبوط اضطراري جوي، غرق سفينة، حادث قطار ... الخ.
- حوادث الطريق العام: حوادث المرور.
- مؤامرة إجرامية: الفعل الإرهابي.
- الحوادث المنزلية: انفجار الغاز، حريق..... الخ.
- إمساك الرهائن.
- الضرب والجرح العمدى.
- الضرب والجرح غير العمدى.
- محاولات القتل.
- الاعتداءات الجنسية.
- الصراعات العسكرية.
- التهديدات بالموت.

• معلومات متعلقة بالفرد

يمكن للحدث ان يتسبب في جروح جسمية ونفسية تتطلب المعاينة.

الانقطاع المؤقت من العمل يخص كل فرد يمارس نشاط مهني أولا، يقدره الطبيب بأيام محددة، حيث يمثل الفترة التي كانت فيها الضحية غير قادرة كلياً أو جزئياً على القيام بمهام الحياة والعمل.العجز الجزئي المستمر يحدده الخبير ويطابق الآثار النهائية (انخفاض القدرة الجسمية والنفسية الحسية أو

العقلية المستمرة مع الضحية)، ولا يمكن تقديره إلا بعد تقديم الدعم الطبي، حيث يقيم بنسب مئوية من 0 إلى 100% معلومات متعلقة بالفترة التي سبقت الحدث والفترة التي عقبته:

- تحديد الوضعية العائلية والمهنية للفرد.
- ترتيب المشاكل الصحية التي سبقت الحدث بالكيفية التالية:
 - ✓ السوابق الطبية.
 - ✓ السوابق الجراحية.
 - ✓ السوابق النفسية.
 - ✓ السوابق الجسدية.
 - ✓ السوابق الأخرى.
- كذلك يمكن تحديد أن استفاد الفرد من متابعة طبية (طبيعتها) منذ الحدث:

- ✓ شكل العلاج النفسي (قبل وبعد الحدث)
- ✓ الأحداث السابقة التي أثرت على الفرد.

• جزئي الاستبيان

- الجزء الأول: يقيس المعاش أثناء الحدث وردود الفعل التي تعقب الحدث، حيث يشكل قاعدة الاستبيان بإعداد تشخيص مناسب
- الجزء الثاني: يقيس فترة ظهور الاضطرابات الموصوفة ومدتها (سلم اختياري)، ويعطي معلومات شاملة قد تخدم المتمرس أو الباحث أو الخبير.

د - محتوى وصف جزئي استبيان traumaQ

أعد بنود استبيان traumaQ أخصائيو نفسانيون وأطباء عقلليون مختصون في علم الضحايا، وقد شكلت البنود والاسلام موضوع دراسات ما قبل تجريبية بغية إقصاء التناقضات والبنود غير الملائمة.

– الجزء الأول: ردود الأفعال الفورية أثناء (الحدث والاضطرابات النفسية الصدمية منذ الحدث)، يتألف من عشرة سلالمة:

• أثناء الحدث

السلم (A) 8 بنود: ردود الأفعال الفورية والنفسية أثناء الحدث.

• منذ الحدث

■ السلم B (4 بنود): العرض المميز لمرض التكرار (الانبعاثات، المشاهد الارتدادية، الشعور بإعادة معاش الحدث، القلق المرتبط بالتكرارات).

■ السلم C (5 بنود) : اضطرابات النوم.

■ السلم D (5 بنود) : القلق وحالة عدم الأمن و التجنبات الخوافية.

■ السلم E (6 بنود) : القابلية للغضب وفقدان القدرة على المراقبة وفرط اليقظة والحساسية.

■ السلم F (5 بنود) : ردود الأفعال النفسية والجسمية واضطرابات الإدمان.

■ السلم G (3بنود) : الاضطرابات المعرفية (الذاكرة، التركيز، الانتباه).

■ السلم H (8بنود): اضطرابات الاكتئاب (اللامبالاة، فقدان الطاقة والحيوية، الكآبة، الملل، الرغبة في الانتحار).

■ السلم I (7 بنود): المعاش الصدمي (الذنب، العار، اختلال تقدير الذات، مشاعر عنيفة، الغضب).

■ السلم J (11 بند): نوعية الحياة.

– الجزء الثاني: فترة ظهور الاضطرابات الموصوفة ومدة استمرارها (سلم اختياري)، يسمح هذا

الجزء بالأخذ بعين الاعتبار التظاهرات التي يمكن عدم ظهورها لحظة تطبيق الاستبيان، حيث

تتألف من 13 بنداً وتظاهرة تطابق الأعراض التي يقيمها الجزء الأول من الاستبيان.

■ الإحساس بمعايشة الحدث مجدداً في شكل صور وذكريات (السلم B)

- اضطرابات النوم: صعوبات النوم، كوابيس، استيقاظ ليلي و/أو ليالي بيضاء(السلم C)
 - القلق و/أو نوبات القلق، حالة عدم الأمن (السلم D) .
 - العدوانية، القابلية للغضب و/أو فقدان الضبط (السلم E).
 - اليقظة، الحساسية المفرطة للأصوات و/أو الحذر (السلم E).
 - ردود الأفعال الجسمية: التعرق، الارتجاف، آلام الرأس الخفقان الغثيان (السلم E).
 - المشاكل الصحية: فقدان الشهية، الجوع المرضي، تأزم الحالة الجسمية (السلم F) .
 - زيادة استهلاك بعض المواد: قهوة، سجائر، كحول، أغذية السلم (السلم F).
 - صعوبة التركيز أو الذاكرة (السلم G) .
 - اللامبالاة، فقدان الطاقة والحيوية، الكآبة، الملل أو رغبات الانتحار (السلم H) .
 - الميل إلى الانعزال (السلم J).
 - مشاعر الذنب أو الحياء (السلم I).
 - يضبط ظهور الاضطرابات (منذ الحدث حسب سلم ذو تسعة نقاط من: 0 غير معني بذلك إلى 8 أكثر من عام).
 - مدة الاضطرابات (حسب سلم ذو تسعة نقاط من: 0 غير معني بذلك إلى 8 الاضطرابات حاضرة إلى يومنا هذا " مستمرة دائما")
- د - تطبيق وتنقيط إستبيان traumaQ**

تعليمات التطبيق:

صمم هذا الاستبيان ليطبق تطبيقا غيري Here-asation أما، مدة تطبيقه تختلف من فرد إلى آخر، وأنه من المناسب تحديد التعليمات العامة التالية:

- يجب عليك الإجابة على كل الأسئلة وبإمكانك العودة إلى الخلف، تجاوز السؤال الذي لم تتمكن من الإجابة عليه شريطة أن تجيب عليه لاحقاً.
- إن نوعية التشخيص تتوقف على دقة المعلومات وعلى الموقف الذي يتبناه الأخصائي النفسي أو الطبيب الذي يجب أن يتسم بالتسامح والحيادية، كما أنه من الضروري التأكد مقدماً من قدرة الفرد المعني (المفحوص) على التحكم بلغة الاستبيان لفهم الأسئلة المطروحة.
- إن التطبيق الذاتي Auto-passation لاستبيان traumaq لا يتم إلا في حالات خاصة، حين تتطلب الوضعية لتطبيق جماعي، في هذه الحالة لا بد من التأكد أن الأفراد المعنيين (المفحوصين) قادرين على فهم التعليمات المعطاة والأسئلة المطروحة التحكم الجيد بلغة الاستبيان وامتلاك قدرات عقلية كافية وحالة فعالية مستقرة)، لهذا من الضروري حضور محترف.
- في إطار التطبيق الجماعي تقرأ التعليمات التالية بصوت عالي: إن الاستبيان أمامكم يتألف من صفحتين للاستعلامات وجزئين آخرين إن الصفحتين الأولى تتعلقان بظروف الحدث الذي تعرضتم له باشروا بملئها وإذا صادفتم صعوبات في الإجابة عن السؤال أو أكثر لا تترددوا في طلب النصائح من المحترف الحاضر.
- نحن نطلب منكم فقط الإجابة على الجزء الأول والثاني من الاستبيان يمكنكم العودة إلى الخلف، تجاوزوا السؤال الذي لم تتمكنوا من الإجابة عليه شريطة أن تجيبون عليه لاحقاً، لكم كل الوقت للإجابة على الأسئلة.

و - تعليمات التنقيط:

بالنسبة للجزء الأول من الاستبيان (ماعد السمل) يختار المفحوص من بين طرق الاستجابة الأربعة التي تطابق شدة أو تواتر التظاهرة كمايلي:

- منعمة (درجة 0)؛

– ضعيفة (درجة 1)؛

– شديدة (درجة 2)

– شديدة جدا (درجة 3)؛

أما السلم 1 يشمل تسعة بنود يجب الإجابة عنها ب "نعم" أو "لا"، ولأن طبيعة السلوكيات التي يتم قياسها لا تسمح بتقييم قابل للتأويل، بعض البنود يمكن أن تكون متعكسة لذلك يجب استخدام جدول التقييم رقم (9) الذي يسمح بتحديد البنود التي تحمل إستجابة نعم وتأخذ مسار التناذرات النفسية الصدمية وتلك التي تحمل استجابة لا ولا تأخذ نفس المسار

حساب العلامات الكلية للسلاسل:

– الجزء الأول للاستبيان

ردود الأفعال الفورية أثناء (الحدث والاضطرابات النفسية الصدمية منذ الحدث)

بالنسبة للسلاسل A-B-C-D-E-F-G-H-I نحسب علامة كل سلم بجمع استجابات الفرد لكل بند أو تظاهرة 0.1.2. أو 3 نقاط تتباين العلامات من 0 إلى 24 للسلمين A ، ومن 0 إلى 12 للسلم B، ومن 0 إلى 15 للسلاسل C-D-F ، من 0 إلى 18 للسلم، ومن 0 إلى 9 للسلم G) بالنسبة للسلم لمن الأفضل استخدام الجدول التالي رقم (4) ذلك بحساب 1 نقطة لكل خانة رمادية وبحساب 0 نقطة لكل خانة بيضاء.

جدول رقم (01) شبكة تنقيط بنود السلم

الاستجابة	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11
نعم											
لا											

الفصل الثاني _____ الإطار المنهجي للدراسة

نحسب العلامة الإجمالية الكلية بجمع مختلف علامات السلام ويمتد المدى النظري للعلامات الاجمالية من 0 الى 164.

– الجزء الثاني للاستبيان

فترة ظهور الاضطرابات الموصوفة ومدة استمرارها (سلم اختياري)، تأخذ المعلومات المستقاة في الجزء الثاني الطابع الكيفي حيث تخصص لإتمام الحوصلة الاكلينيكية (دراسة حالة) وان السلام المستخدمة محددة بتسعة نقاط تسمح بتقدير فترة ومدة ظهور الاضطرابات منذ الحدث.

ز- معايرة وتحري صدق استبيان traumaq:

طبق استبيان traumaq على عينة مكونة من 141 فرد (34% رجال و66% نساء)، تنحصر أعمارهم ما بين 18-85 سنة، تم تقييمهم في إطار مساعدة ضحايا الاحداث الصدمية الكامنة من طرف اخصائيين نفسانيين اكلينيكين وقد توزعت الصدمات النفسية حسب طبيعتها لديهم كما يلي:

جدول رقم (02): توزيع الاحداث الصدمية حسب الحالات

طبيعة الاحداث	عدد الحالات	%
كارثة طبيعية	9	6%
حادث طريق عام	38	27%
اعتداء	1	0.7%
حادث منزلي	3	2.1%
مسك الرهائن	4	2.8%
سطو مسلح	26	18.4%
ضرب وجروح عمدية	40	28.4%

اعتداء جنسي	6	4.3%
التهديد بالموت	9	6%
احداث اخرى	4	2.8%

ح- الثبات الداخلي لاستبيان traumaq:

تم تقييم الثبات الداخلي لسلام الاستبيان من جهة حسب الارتباط المتوسط بين بنود او تظاهرات السلم، ومن جهة أخرى حسب α de Cronbach = 0.94 باستثناء السلم ل المكون من بنود ثنائية.

بالنسبة الى المحاكات المعتادة (70ك a) تبين ان الثبات الداخلي للسلام والاستبيان معتبر (a=0.94).

ط- الصدق الخارجي لاستبيان traumaq:

تم حسب محاكين هما علامة سلم تقييم الصدمة l'impact event scale-Revviseda لتكرار استخدامه في ميدان الصدمة النفسية ولمميزاته القياسية النفسية.

التقييم الاكلينيكي لأفراد تعرضوا لأحداث صدمية، حيث كلف الاخصائي اكلينيكي بتقييم شدة الصدمة النفسية انطلاقا من مقابلات اكلينيكية مستخدمة اثناء التكفل النفسي، لهذا تم اقتراح سلم ذو 5 نقاط تتراوح درجاته ما بين 0(غياب الصدمة) الى 4 (صدمة شديدة جدا).

الجزء الأول: (ردود الأفعال الفورية والاضطرابات النفسية الصدمية).

لتحديد مختلف مستويات خطورة تناذر ما بعد الصدمة عند افراد العينة، واعتمادا على توزيع العلامات الاجمالية للسلام والعلامة الكلية تم تشكيل معايرة استعدادية من خمسة أصناف للعلامات الاجمالية لكل سلم والعلامة الكلية للجزء الأول، يتجلى ذلك واضحا من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (03): تحويل العلامة الاجمالية الكلية للجزء الأول الى علامة معايرة ومستوى الشدة.

الأصناف	1	2	3	4	5
العلامات الاجمالية	23-0	54-24	89-55	114-90	115+
التقييم الاكلينيكي	غياب الصدمة	صدمة خفيفة	صدمة متوسطة	صدمة شديدة	صدمة شديدة جدا

ي - التحليل النمطي

بتطبيق طريقة التصنيف التصاعدي التدريجي على العينة واعتمادا على علامات المعايرة لسلام الجزء الأول تم إبراز أربع صفحات لأفراد العينة:

الصفحة A: تناذر نفسي صدمي شديد ظهر بنسبة 58.41% ويشخص بناء على:

- علامة كلية تقابلها علامة معايرة مرتفعة تساوي 4 على الأقل.
- علامة معايرة مرتفعة في كل السلام.
- استجابة نعم للبند 6 في السلم A.

الصفحة B: تناذر قلق إكتئابي (دون تناذر نفسي-صدمي) ظهر بنسبة 37.26 ن ويشخص بناء على:

- علامة كلية تقابلها علامة معايرة متوسطة تساوي (3)
- علامة معايرة متوسطة (3) في السلم A والأثر الصدمي للحدث غير مرتفع.
- علامات معايرة ضعيفة تساوي (2 على الأقل) في السلام B-C-G
- علامات معايرة متوسطة (3) في السلام D-E-F-H-I-J

الصفحة C: (تناذر نفسي - صدمي معتدل دون اضطرابات اكتئابيه) ظهر بنسبة 20.14% ويشخص بناء على:

- علامة كلية تقابلها علامة معايرة متوسطة تساوي (3)
 - علامة معايرة مرتفعة أو متوسطة في السلم A
 - استجابة نعم للبند 6 في السلم A.
 - علامة معايرة مرتفعة (4) أو أكثر في السلم B .
 - علامات معايرة متوسطة (3) في السلم C-D-E-F-G-H-I-J
 - علامات معايرة ضعيفة (3) في السلم H (اضطرابات اكتئابيه)
 - يمكننا تشخيص تناذرات نفسية صدمية معتدلة مع اضطرابات اكتئابيه.
- الصفحة D:** تناذر نفسي - صدمي خفيف ظهر بنسبة 26.18% ويشخص بناء على:

- علامة كلية تقابلها علامة معايرة ضعيفة تساوي (2 أو الأقل)
 - مجموع علامات المعايرة ضعيفة تساوي (2 أو أقل) (مباركي مليكة، 2020، ص54)
- 4.4. مقياس الجلد النفسي لكونور ودافيدسون:**

تم الاعتماد على مقياس الجلد النفسي لكونر ودافيدسون حيث يتكون هذا المقياس على (25) عبارة، موزعة على أربع أبعاد وهي موضحة في الجدول كالاتي:

جدول رقم (04): يوضح الأبعاد وأرقام البنود لكل بعد لمقياس الجلد النفسي:

الرقم	الأبعاد	البنود التي تمثلها	عدد البنود
1	الكفاءة الذاتية	21-20-19-18-17-15-4-3	8
2	التحكم في الانفعالات	25-24-16-14-10-9-7	7
3	المشاعر الإيجابية	22-13-12-2-1	5
4	المساندة الاجتماعية	23-6-5	3
5	العامل الديني	11-8	2

المجموع: 25

الخصائص السيكمترية لمقياس الجلد النفسي

تم حساب معامل الصدق والثبات للمقياس بعدة طرق هي:

أ- حساب الصدق للمقياس: اعتمدنا في حساب صدق المقياس على مجموعة من الطرق هي:

• الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية):

تم حساب صدق المقياس على الصدق التمييزي، حيث تم ترتيب الدرجات من الأدنى إلى الأعلى بحيث أخذنا 33 من أعلى التوزيع و 33% من درجات أدنى التوزيع فكان عدد الأفراد (20) فرد، وبعد ذلك تم حساب (T) لمعرفة الفروق بين المجموعتين، والجدول التالي يوضح ذلك.

الجدول رقم (05): يمثل نتائج صدق مقياس الجلد بطريقة الصدق التمييزي

المتغير	مجموعات المقارنة	N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	DF	Sig
الجلد النفسي	المجموعة العليا	20	88.15	4.90	9.31	38	0.000 دال عند
	المجموعة الدنيا	20	58.90	13.15			

نلاحظ من خلال الجدول المحصل عليه أن قيمة (أ) بلغت القيمة 9.31 عند درجة الحرية 38 بمستوى الدلالة الإحصائية 0.000 أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين، وذلك لصالح المجموعة العليا أي الاستبيان لديه قدرة تمييزية، حيث بلغ متوسط المجموعة العليا 88.15 بينما متوسط المجموعة الدنيا بلغ 58.90 وهذا ما يؤكد أن المقياس صادق.

- الصدق الاتساق الداخلي: Internal consistency وللتحقق من صدق الاتساق الداخلي قامت الباحثة بحساب ارتباط درجات المحاور بالدرجات الكلية للاستبيان والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم (06): يمثل نتائج صدق الاتساق الداخلي للمحاور والدرجة الكلية لمقياس الجلد النفسي

الابعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ر"	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية	25.47	5.78	0.88	0.01
التحكم في الانفعالات	18.69	4.46	0.76	0.01
المشاعر الإيجابية	15.87	3.23	0.80	0.01
المساندة الاجتماعية	8.44	2.82	0.84	0.01
العامل الديني	5.69	2.11	0.40	0.01
الدرجة الكلية	74.16	14.42	1.00	///

من خلال الجدول السابق يتضح أن:

معاملات الارتباط المحسوبة للمحاور الخمسة أكبر من الحدود المتوسطة حيث بلغت قيمة معامل ارتباط بعد الكفاءة الذاتية 0.88 عند متوسط حسابي 25.47 وانحراف معياري 5.78 وقيمة معامل ارتباط بعد المساندة الاجتماعية بلغت القيمة 0.84 عند متوسط حسابي 8.77 وانحراف معياري 2.82 وقيمة معامل ارتباط بعد المشاعر الإيجابية بلغت القيمة 0.80 عند متوسط حسابي 15.87 وانحراف معياري 3.28 وقيمة معامل ارتباط بعد التحكم في الانفعالات بلغت القيمة 0.76 عند متوسط حسابي 18.69 وانحراف معياري 4.46 وأخيرا قيمة معامل ارتباط بعد العامل الديني بلغت 0.40 عند

متوسط حسابي 5.69 وانحراف معياري 2011 كما أنَّ متوسط الدرجات الكلية بلغ 74.16 بالتالي الارتباط كان مرتفع ودال عند مستوى 0.01 وبذلك تعطي هذه النتائج مؤشرا لصدق المقياس

ب - حساب الثبات للمقياس: اعتمدت في حساب ثبات المقياس مجموعة من الطرق هي:

• ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ **Cronbach Alpha M**: تمت معالجة البيانات بطريقة

ألفا - كرونباخ للاستبيان والجدول الموالي يوضح نتائج اختبار ألفا - كرونباخ

جدول رقم (07): يمثل نتائج معامل الثبات ألفا كرونباخ.

المقياس	عدد البنود	N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الثبات الفا كرونباخ
الجلد النفسي	25	62	74.16	14.42	0.877

نلاحظ من خلال نتائج الجدول المحصل عليها أنَّ:

معامل الثبات بلغ القيمة 0.877 وهذا يدل على الثبات وبما أنَّ هذه القيمة تقترب من الواحد فهي قيمة تدل على الثبات المرتفع للمقياس وبالتالي الاستبيان ثابت.

حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية **Split Half**: يتم حساب معامل الارتباط بيرسون بين نصفي الاختبار باستخدام معادلة سبيرمان براون (الافتراض عن استخدام هذه المعادلة تساوي تباين الدرجات على نصفي الاختبار أي تجانس التباين وهذا شرط من شروط التكافؤ)، والجدول يلخص لنا نتائج معالجة البيانات بطريقة التجزئة النصفية كما يلي:

جدول رقم (08): يمثل نتائج معامل ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية

المقياس	البند	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	N	معامل الثبات		
الجلد النفسي	الفردية	39.68	7.09	13	قبل التصحيح	بعد التصحيح	طريقة التصحيح
	الكلية	74.16	14.42	25	0.892	0.941	جوتمان

من خلال نتائج الجدول المحصل عليها نلاحظ أن:

قيمة معامل ثبات الاستبيان بطريقة التجزئة النصفية وصلت إلى 0.892 قبل التصحيح وبعد التصحيح بطريقة جوتمان وصلت القيمة إلى 0.941 وهي قيمة تفوق النصف، بالتالي المقياس ثابت. (حمزة ادريس وآخرون، 2022، ص 67)

5- الحالات المدروسة

تم اختيار عينة البحث وفقاً لطبيعة وأهداف الدراسة، حيث تم الاعتماد على المعاينة القصدية لاختيار الأفراد الذين تتوافر فيهم الشروط الملائمة لموضوع البحث، حيث قمنا باختيار 10 حالات توفرت فيهم الشروط ولكن تمت الموافقة على إجراء المقابلة من قبل حالتين فقط مختلفتين من حيث الجنس والعمر، وهما من ضحايا الحروق الذين لا يزالون في طور التعافي.

وقد تم تحديد معايير دقيقة لاختيار الحالات، تمثلت في الآتي:

- أن يكون قد تعرض لحروق جسدية شديدة
- أن يكون من الفئة الراشدة (18 سنة فما فوق)

الفصل الثاني _____ الإطار المنهجي للدراسة

- أن تكون قد مرت مدة لا تقل عن 06 أشهر على الإصابة، لتفادي التأثير الفوري بصدمة الحدث، والتركيز على الآثار النفسية المتبقية.

وجاء هذا الاختيار مناسباً لموضوع البحث، الذي يهدف إلى معرفة كيف أثرت الصدمة النفسية الناتجة عن الحروق على قدرة المصاب على التحمل والتكيف، أي ما نُسَميه بالجلد النفسي.

رغم رغبتنا في تضمين عدد أكبر من الحالات ضمن عينة الدراسة، إلا أن نقص توفر الحالات التي تستوفي الشروط المنهجية والمعايير المحددة فرض علينا الاكتفاء بالحالات المناسبة التي أمكن الوصول إليها ميدانياً.

جدول رقم (09) يمثل خصائص عينة الدراسة:

الافراد	السن	تاريخ الإصابة	الحالة الاجتماعية	سبب الإصابة
رزيفة	52 سنة	24 نوفمبر 2024	متزوجة	حادث منزلي (انسكاب ماء مغلي)
محمد	30 سنة	13 اكتوبر 2024	أعزب	حادث مهني (انفجار كهربائي)

خلاصة الفصل

يتناول هذا الفصل الجوانب المنهجية الأساسية التي ارتكزت عليها الدراسة، بهدف تحقيق الأهداف المحددة والكشف عن العلاقة بين الجلد النفسي والصدمة النفسية لدى ضحايا الحروق. تم اختيار المنهج العيادي باعتباره الأنسب لطبيعة الموضوع، حيث يسمح بدراسة الحالات بشكل معمق وفهم تفاعلاتها النفسية في سياق التجربة الصدمية.

اعتمدت الدراسة على دراسة حالتين (أنثى وذكر) تعرضا لحروق من الدرجة الثانية، وتم اختيار العينة وفق معايير قصدية تتماشى مع أهداف البحث. ومن أجل جمع المعطيات، استُخدمت أدوات نوعية وكمية، تمثلت في: المقابلة النصف موجهة، استبيان traumaQ لقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، ومقياس الجلد النفسي CD-RISC لكونور ودافيدسون لقياس مستوى الجلد النفسي.

كما تناول الفصل الإجراءات الميدانية التي تم اتباعها لجمع البيانات وضمان الشروط الأخلاقية، إلى جانب عرض أولي للدراسة الاستطلاعية التي ساعدت على ضبط أدوات القياس وتكييفها مع طبيعة العينة.

يساهم هذا الإطار المنهجي في إعطاء أسس واضحة لتحليل الحالات وفهم الظواهر النفسية المدروسة، مما يساعد على عرض النتائج ومناقشتها لاحقاً.

الفصل الثالث: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

- 1- عرض الحالة الأولى ومناقشتها
- 2- عرض الحالة الثانية ومناقشتها
- 3- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات

1- عرض الحالة الأولى ومناقشتها

دراسة الحالة رقم 1:

المعلومات البيانية:

الاسم: رزيقة.

الجنس: انثى.

السن: 52 سنة.

المستوى التعليمي: 3 ثانوي.

الحالة الاجتماعية: متزوجة.

عدد الأولاد: 4 أولاد.

مكان الإصابة: حروق على مستوى الوجه، الصدر، البطن، الذراع الأيمن، الركبة.

درجة الإصابة: درجة ثانية

تاريخ الإصابة: 24 نوفمبر 2024

ملخص المقابلة:

الحالة رزيقة، تبلغ من العمر 52 سنة، متزوجة وأم لأربعة أطفال، تقيم بمنطقة حمام الضلعة. تمّ اللقاء بها داخل مصلحة الأورام، بمستشفى المسيلة أين تقوم بمرافقة زوجها الذي يخضع للعلاج الكيميائي، حيث تقوم بمرافقته في مختلف الفحوصات والتحاليل المرتبطة بعلاجه، هذا ما اتاح لنا اجراء عدة مقابلات معها.

تعرضت الحالة لحروق من الدرجة الثانية مست مناطق ظاهرة من الجسد (الوجه، الذراع، الركبة)، نتيجة حادث منزلي تمثل في انسكاب ماء مغلي، الحالة الجسدية مستقرة حالياً، إلا أنّ الحالة لا تزال تتردد على المستشفى لمتابعة وضعها الطبي بسبب خطورة موضع الحروق ومضاعفاته.

من خلال الملاحظة الأولية للمبحوثة، بدت عليها علامات الحزن والتعب، وكانت نبرة صوتها منخفضة، متقطعة أحياناً، تُرافقها فترات صمت طويلة، خلال الحديث عن تفاصيل الحادث، ظهرت عليها مظاهر انفعال حاد، منها الدموع، ارتجاف بسيط في اليد، وتجنّب النظر إلى المحاور، مما يدل على استمرار إثر الصدمة النفسية وتأثيرها.

تحليل المقابلة:

أشارت خلال المقابلات إلى أن الحادث لم يكن الأول من نوعه، بل سبق وأن تعرّضت لحروق سابقة إثر انفجار قدر ضغط داخل المطبخ، ما جعلها تدخل الحادث الجديد بحمولة نفسية مسبقة من الخوف والتوتر، خلال المقابلة، كانت لهجتها مشحونة بالعاطفة، بدت عليها علامات الحزن والتعب، وتحدّثت بصوت منخفض.

أثناء المقابلة، أبدت رزيقة تأثراً واضحاً بالحالة الصحية لزوجها المصاب بسرطان في الغدد اللمفاوية، حيث عبّرت عن قلقها الشديد عليه. وعند التطرق إلى هذا الموضوع، دخلت في نوبة بكاء عند كلامها عن زوجها " راجلي عندو كونسار ومعدوش الشي باش يداوي" مما يدل على شحنة انفعالية مرتفعة مرتبطة بوضعه الصحي. يبدو أن معاناتها النفسية لا ترتبط فقط بإصابتها بالحروق، بل تتقاطع أيضاً مع القلق والحزن المرتبطين بمرض الزوج، مما أثر على حالتها النفسية وتعاطيها مع وضعها الحالي.

صرّحت الحالة بأنها تعرضت لحادث حروق سابقاً بسبب انفجار قدر ضغط، وقد ترك هذا الحدث أثراً نفسياً وجسدياً عميقاً لا زال يرافقها إلى اليوم حسب قولها " ذراعي لحد لأن مزال فيه اثار تاع

الحرق كلما نشوفوا نتفكر هداك النهار ووش حسيت" وذكرت أن معاناتها آنذاك كانت شديدة، خاصة في ظل غياب وسائل النقل، واضطرت إلى التنقل بصعوبة شديدة نحو مراكز العلاج، مما زاد من شعورها بالعجز. وأضافت أن وقع ذلك الحدث في نفسها كان أقوى من وقع الظروف الحالية " المرة لولة جات صعبية صعبية بزاف، خاصة كي كانوا ولادي صغار" وهو ما يدل على أثر الصدمة السابقة وعدم تجاوزها الكامل لها.

تبيّن من خلال المقابلة ان رزيقة تعيش حالة من المعاناة النفسية الواضحة على خلفية الحريق الذي تعرضت له، صرّحت بأنها تعاني من كوابيس متكررة، وأن صور الحادث تلاحقها كلما أغلقت عينيها، حيث قالت: "كي نرقد نشوف كلش قدامي، كأنوا راه يتعاود يصرا". كما أبدت انفعالات قوية عند الحديث عن تفاصيل الحادث، ودخلت في نوبة بكاء، مما يشير إلى شحنة انفعالية مرتفعة وعدم قدرة على تجاوز الحدث، تظهر عليها أيضًا علامات فرط اليقظة والتوتر، مع تجنّبها لأي مثير يُعيد لها ذكريات الحادث، هذه الأعراض النفسية، إلى جانب الوضعية الاجتماعية والصحية المعقدة (مرض الزوج)، تُضعف من قدرتها على التكيف.

تُظهر الحالة تراجعًا واضحًا في مرونتها النفسية، ما يعكس تضررًا فيما يُعرف بالجلد النفسي، أي القدرة على احتواء الصدمات واستعادة التوازن الداخلي بعد التعرض للأذى. المعطيات السريرية المستخلصة من المقابلة تُبيّن أن المريضة تعاني من ضعف في آليات الدفاع النفسي، إذ لم تتمكن من التعبير أو التفريغ الصحي لما مرت به، وبدأت مشاعرها غير منظمة ومشحونة بشكل مفرط. يلاحظ كذلك نوع من الانكسار الداخلي وفقدان الثقة في الذات والقدرة على المواجهة، ما يدل على أن مرونتها النفسية تعرضت للتآكل نتيجة شدة الحادث من جهة، وانعدام الإحاطة النفسية من جهة أخرى. هذا التضرر في الجلد النفسي جعلها أكثر هشاشة أمام المثيرات اليومية، وأكثر عرضة للانفجارات الانفعالية،

القلق، واضطرابات النوم. كما أن تراكم الضغوط، خصوصاً مرض الزوج، زاد من حالة الإرهاق النفسي وقَلَّص من طاقتها التكيفية، مما يضعها في وضعية نفسية.

التقييم العيادي للحالة حسب نتائج الجزء الأول من استبيان traumaq

أجابت الحالة رزيقة بشكل فردي على أسئلة الاستبيان، وذلك بعد مرور أشهر عديدة على الحادث الصدمي الذي تعرضت له والمتمثل في حروق أصابت مناطق متعددة من جسدها (الوجه، الصدر، البطن، الذراع، والركبة) نتيجة حادث منزلي تمثل في انسكاب ماء مغلي.

أسفرت نتائج الاستبيان، وفقاً للتحليل النمطي، عن حصول الحالة على علامة إجمالية قدرها 122 نقطة، وهو ما يقابل تقييماً إكلينيكياً يُصنّف ضمن الصدمة القوية، وب نقطة معيارية تبلغ 4. وقد توزعت هذه العلامة على 10 سلالم، كل واحد منها يمثل مجموعة من الأعراض المميزة لاضطراب ما بعد الصدمة و لتناذرات غالباً ما ترافقه.

• **السلم A:** يضم 8 بنود تتعلق بردود الفعل الفورية الجسدية والنفسية أثناء الحدث الصدمي. تحصّلت رزيقة على 18 نقطة، تقابلها نقطة معيارية 3، ما يعكس تأثيرها الكبير بالحادث، وقد ظهر ذلك من خلال أعراض نفسية بارزة كالإهمال الانفعالي، الخوف من الموت، والإحساس بعدم القوة (بلغت شدتها القصوى: 3 - شديد جداً)، إضافة إلى أعراض نفسو-جسدية كالإحساس بالرعب، والقلق (3 - شديد جداً)، إلى جانب مظاهر جسدية ك الارتجاف، التعرق، تسارع ضربات القلب، والغثيان، بدرجة شدة (2 - شديدة).

• **السلم B:** يتكون من 4 بنود تعكس التناذر المميز لاضطراب ما بعد الصدمة، وقد تحصّلت فيه رزيقة على 11 نقطة، تقابلها نقطة معيارية 5، وهي نتيجة تشير إلى معاناة شديدة من هذا

التناذر. وقد برزت الأعراض بوضوح في البنود B1، B2، B4، والتي تضمنت مطاردة ذكريات الحادث وصوره ليلاً ونهاراً، والشعور بالقلق عند التفكير فيه.

• **السلم C :** يشمل 5 بنود تتعلق باضطرابات النوم، وقد سجّلت فيه رزيقة 14 نقطة، بنقطة معيارية 5، مما يعكس اضطرابات نوم شديدة جداً، مثل صعوبات في الاستغراق في النوم، الاستيقاظ المتكرر أثناء الليل، والشعور بالتعب عند الاستيقاظ. يتجلى ذلك في البنود C1، C3، C5.

• **السلم D :** تضمن 5 بنود متصلة بالمحفزات المباشرة للحادث، وقد حصلت فيه على 13 نقطة، تقابلها نقطة معيارية 4، وهي نتيجة مرتفعة جداً. ظهرت الأعراض بشكل واضح في البنود D1، D3، D4، D5، وتجلّت في ردود فعل نفسية قوية عند التعرض لمواقف أو أماكن تذكرها بالحادث.

• **السلم E :** يتضمن 6 بنود تُقيّم أثر الصدمة على طبيعة السلوك. تحصّلت رزيقة على 12 نقطة، مقابل نقطة معيارية 4، تدل على شدة عالية في التغيرات السلوكية، حيث أصبحت كثيرة الانفعال، سريعة التأثير والاستثارة، كما ظهرت سلوكيات عدوانية مترافقة مع نوبات غضب متكررة، خاصة في البنود E1، E3، E5.

• **السلم F :** يعالج محور ردود الفعل النفسية والجسمية واضطرابات الإدمان. تحصّلت الحالة على 10 نقاط، تقابلها نقطة معيارية 5، وهو ما يعكس وجود أعراض جسدية مرتبطة بالحدث الصدمي كآلام الرأس، الغثيان، الخفقان، صعوبات في التنفس، والارتجاف، كما ورد في البند F1.

• **السلم G :** يشمل 3 بنود تتعلق بالصعوبات المعرفية. حصلت الحالة على 7 نقاط، بنقطة معيارية (4 شديد)، وهو ما يدل على وجود صعوبات إدراكية ومعرفية واضحة مثل اضطراب التركيز والانتباه.

• **السلم H :** يتكوّن من 8 بنود تُقيّم اضطرابات الاكتئاب. تحصّلت رزيقة على 19 نقطة، بنقطة معيارية 5 (شديدة جدًّا)، مما يعكس معاناة نفسية عميقة تمثلت في فقدان الحافز، انعدام الرغبة في ممارسة الأنشطة التي كانت ذات أهمية، الشعور باللامبالاة، الإرهاق، الملل، انخفاض المزاج، نوبات بكاء مفاجئة، فقدان الأمل، والشعور بانعدام الأمان. برزت هذه الأعراض في البنود H1، H4، H7، H8

• **السلم I :** يضم 7 بنود تتعلق بالمشاعر المرتبطة بالمعاش الصدمي مثل الذنب، العار، وتدني تقدير الذات. سجلت رزيقة 10 نقاط، تقابلها نقطة معيارية (4 شديدة)، ما يدل على وجود صراع نفسي عاطفي عميق. ويتجلى ذلك من خلال شعورها بالمسؤولية عما حدث، والتفكير بأنها كان يمكنها التصرف بشكل مختلف لتقادي الحادث (البند I1، بدرجة 2 - شديدة)، بالإضافة إلى تغير نظرتها لنفسها وللحياة كما ظهر في البندين I6، I7 بدرجة (2 - شديدة)

• **السلم J:** الذي يضم 11 بندًا لقياس جودة الحياة، فقد حصلت الحالة على 08 نقاط، تقابلها نقطة معيارية قدرها 05، وتشير هذه النتيجة إلى مستوى غير مرضٍ من جودة الحياة. ويظهر هذا من خلال ضعف العلاقات الاجتماعية، حيث لوحظ انقطاعها عن التواصل مع الأقارب والأصدقاء، كما هو موضح في البندين J4 و J6، واكتفاؤها بتلقي الدعم والمساندة من الزوج والأبناء فقط. بالإضافة إلى ذلك، تُبيّن النتائج فقدانها الإحساس بلذة الحياة كما كانت سابقًا، وهو ما يتجلى في البند J10 .

التحليل العام لنتائج استبيان traumaq للحالة رزيقة

أجابت رزيقة على الجزء الأول من استبيان TraumaQ بشكل فردي، بعد مرور فترة زمنية معتبرة على الحادث الصدمي الذي تعرضت له والمتمثل في حروق خطيرة أصابت مناطق متعددة من جسدها جرّاء انسكاب ماء مغلي، وقد أظهرت نتائج التحليل النمطي للاستبيان أن رزيقة تعاني من تناذر ما بعد الصدمة بدرجة مرتفعة، حيث تحصّلت على مجموع كلي قدره 122 نقطة، تقابلها نقطة

معيارية تساوي 4، هذا المجموع يعكس شدة التأثيرات النفسية المستمرة للحدث الصدمي، وتوزعت علاماته على عشرة سلالم فرعية، كل واحد منها يمثل جانباً من الجوانب النفسية أو الجسدية المرتبطة بالصدمة.

سجلت رزيقة درجات مرتفعة في السلالم المرتبطة بإعادة المعيشة والاضطرابات الانفعالية والنوم، مما يدل على حالة نفسية تتسم بالقلق المزمن، وفراط اليقظة، والكوابيس المتكررة، كما ظهر أثر الصدمة بوضوح في صعوبة تحمل المحفزات المرتبطة بالحدث، وتغيرات ملحوظة في المزاج والسلوك، مثل الانفعال الحاد، نوبات الغضب، والتوتر الدائم. وقد عكست استجاباتها ارتفاعاً في الأعراض النفسجسمية كالتهرق، الخفقان، وآلام الرأس، إلى جانب مؤشرات لا يُستهان بها من الاكتئاب تمثلت في فقدان الحافز، الشعور بالملل، والانسحاب الاجتماعي، من جهة أخرى، سجّلت رزيقة درجة مرتفعة في سلم المشاعر السلبية، خاصة الشعور بالذنب والعار، ما يدل على وجود صراع داخلي مؤلم وتدني في تقدير الذات. كما أظهرت نتائج سلم جودة الحياة تدنياً واضحاً في مستوى التكيف العام، حيث تقلصت علاقاتها الاجتماعية، وانخفضت قدرتها على الاستمتاع بالحياة.

تحليل نتائج تطبيق مقياس سلم الجلد النفسي كونور ودافيدسون على الحالة رزيقة

التحليل الكمي للسلم:

- من خلال نتائج التحصيل على سلم الجلد النفسي لكونور ودافيدسون، تبين أن الحالة رزيقة لديها قدرة جلد نفسي منخفضة، حيث تحصّلت على مجموع 26 درجة من 100 في نسخة السلم ذات 25 عبارة.
- وقد تم تطبيق المقياس بشكل فردي في جلسة إكلينيكية بعد مرور فترة من التعرض للحدث الصدمي، واستغرقت الإجابة حوالي 30 دقيقة، وكانت باللغة العربية، وتمت قراءة البنود للحالة بدقة لضمان فهمها. وفيما يلي عرض لنتائج كل بعد من أبعاد السلم على حدة:

البعد الأول: عامل الكفاءة الذاتي

جدول رقم (10) يمثل درجات بعد الكفاءة الذاتية

رقم الفقرات	03	04	15	17	18	19	20	21	مجموع الدرجات
الدرجة	1	0	0	3	1	2	1	1	09

- نرى أن مجموع نقاط البعد الأول هو 9 درجات، وهو ما يعادل 28%، والذي يترجم عامل الكفاءة الذاتية المنخفض لدى الحالة (رزيقة)، لأن معظم نتائج إجاباتها في هذا البعد كانت "غير صحيح" أو "نادرا صحيح".

البعد الثاني: عامل التحكم في الانفعالات:

جدول رقم (11) يمثل درجات بعد التحكم في الانفعالات

رقم الفقرات	7	9	10	14	16	24	25	مجموع الدرجات
الدرجة	1	1	1	1	1	0	0	05

- نرى أن مجموع نقاط البعد الثاني هو 5 درجات، وهو ما يعادل 18%، والذي يترجم عامل التحكم في الانفعالات ضعيف جدا لدى الحالة (رزيقة)، لأن أغلب إجاباتها كانت غير "صحيح" أو نادرا صحيح"، مما يدل على ضعف في إدارة المشاعر وضبط النفس.

البعد الثالث: عامل المشاعر الإيجابية

جدول رقم (12) يمثل درجات بعد المشاعر الإيجابية

رقم الفقرات	01	02	12	13	22	مجموع الدرجات
الدرجة	2	2	1	0	1	06

- نرى أن مجموع نقاط البعد الثالث هو 6 درجات، وهو ما يعادل 30%، والذي يترجم عامل المشاعر الإيجابية المنخفض لدى الحالة (رزيقة)، لأن معظم النتائج تشير إلى نقص في الحافز والتفاؤل والإيجابية تجاه الذات والمستقبل.
- البعد الرابع: عامل المساندة الاجتماعية

جدول رقم (13) يمثل درجات بعد المساندة الاجتماعية:

رقم الفقرات	05	06	23	مجموع الدرجات
الدرجة	0	0	0	0

- نرى أن مجموع نقاط البعد الرابع هو 0 درجة، وهو ما يعادل 0%، والذي يترجم عامل المساندة الاجتماعية المنعدم لدى الحالة (رزيقة)، لأن كل إجاباتها كانت "غير صحيح"، مما يعكس شعورها بالوحدة وعدم توفر الدعم من المحيط.
- البعد الخامس: العامل الديني

جدول رقم (14) يمثل درجات بعد العامل الديني

رقم الفقرات	08	11	مجموع الدرجات
الدرجة	3	3	06

- نرى أن مجموع نقاط البعد الخامس هو 6 درجات، وهو ما يعادل 75%، والذي يترجم عامل ديني مرتفع لدى الحالة (رزيقة)، لأن إجابتها في هذا البعد كانت "صحيح تمامًا"، ما يشير إلى اعتمادها على الإيمان والقضاء والقدر كآلية للتأقلم.

التحليل الكيفي للسلم

تبلغ الحالة رزيقة من العمر 52 سنة، وقد أظهرت من خلال إجابتها على مقياس الجلد النفسي (CD-RISC-25) ضعفًا عامًا في معظم أبعاد الجلد النفسي، حيث تحصلت على درجة إجمالية قدرها 26 من أصل 100، أي بنسبة 26%، مما يُترجم إلى مستوى منخفض جدًا من الصلابة النفسية. وفيما يلي عرض تحليلي نوعي للإجابات، مدعوم بالنتائج الكمية لكل بعد:

تبيّن من خلال استجابات رزيقة على فقرات البعد الأول، والمتعلق بـ **الكفاءة الذاتية**، أنها تسجّل درجة تقديرية تبلغ 9 من أصل 32 نقطة ممكنة، أي بنسبة 28%. أجوبتها تعكس ضعفًا في الثقة بالنفس، وعجزًا عن المبادرة واتخاذ قرارات حاسمة، كما تشير إلى فقدان الإحساس بالقدرة على المواجهة والتكيف. يبدو أن تجربة الحروق، وما رافقها من معاناة نفسية وجسدية، قد أثّرت سلبيًا على صورتها الذاتية، ما جعلها تميل إلى الاعتماد على الآخرين وتُظهر شعورًا بعدم السيطرة على مجريات حياتها.

أما فيما يخص **التحكم في الانفعالات**، فقد سجلت رزيقة 5 نقاط فقط من أصل 28، أي بنسبة 18%، وهي نسبة ضعيفة جدًا تعكس هشاشة انفعالية واضحة. إجاباتها تبيّن صعوبة كبيرة في تقبّل الوضع الحالي، والقدرة على التأقلم مع الألم والمعاناة كجزء من التجربة الإنسانية. لا تزال رزيقة عالقة ذهنيًا وانفعاليًا في تفاصيل الماضي الصدمي، ما يؤثّر سلبيًا على قدرتها على الاستمرار وتجاوز المحنة.

وفي بعد **المشاعر الإيجابية**، لم تتجاوز الحالة 6 نقاط من أصل 20، أي بنسبة 30%، ما يشير إلى محدودية واضحة في استحضار أو التعبير عن مشاعر الأمل، الرضا، أو الامتنان. تتسم

إجاباتها بتسلط الفكر السلبي والاجترار المستمر لتجربة الحادث، مما يكشف عن وجود أعراض اكتئابية تضعف من قدرتها على تبني رؤية إيجابية للحياة أو المستقبل.

بالنسبة لـ **المساندة الاجتماعية**، فقد كان هذا البعد الأكثر ضعفًا، حيث لم تتحصل رزيقة على أي نقطة (0 من 12)، وهو ما يُعادل 0%. هذا المعطى يعكس شعورًا عميقًا بالعزلة، رغم وجود العائلة. وتشير الإجابات إلى أن الدعم قد يكون موجودًا على مستوى الشكليات، لكنه لا يُلبّي احتياجاتها العاطفية والنفسية، مما يُعمّق شعورها بالوحدة وربما بالخذلان.

على خلاف بقية الأبعاد، جاءت استجابات الحالة أكثر إيجابية في **البعد الديني**، حيث سجلت 6 نقاط من أصل 8، بنسبة 75%، ما يبرز اعتمادها القوي على الإيمان كآلية داخلية للمواجهة. يبدو أن رزيقة تجد في الدين ملاذًا معنويًا للتخفيف من آلامها النفسية، وتُظهر اقتناعًا بأن ما حدث لها جزء من قدر إلهي مكتوب، وهو ما يساعدها جزئيًا على تحمّل المعاناة والصبر عليها.

تحليل نتائج المقابلة، استبيان TraumaQ ، ومقياس الجلد النفسي CD-RISC

من خلال المعطيات المستخلصة من المقابلة الإكلينيكية مع الحالة رزيقة، ظهر أنها تعاني من معاناة نفسية عميقة تعود إلى الحادث الصدمي الذي تعرضت له منذ عام تقريبًا والمتمثل في حروق من الدرجة الثانية مست عدة مناطق ظاهرة من جسدها، في سياق اجتماعي وصحي معقد تزامن مع إصابة زوجها بمرض السرطان. بدت خلال المقابلة متأثرة بشدة، وظهرت عليها علامات حزن واضح، تردد في الكلام، نبرة صوت منخفضة، وانفجارات انفعالية كال بكاء والارتجاف، مما يدل على أن الجرح النفسي لا يزال نشطًا ولم تتم معالجته بعد. كما أشارت إلى أنها تعرضت في الماضي لحادث مشابه، ما يبين أن هذا الحدث أعاد تنشيط صدمة سابقة غير متجاوزة، وجعلها تدخل التجربة الجديدة محمّلة بخوف مزمن وشعور بالعجز.

ما يعزز ما سبق هذه الانطباعات الإكلينيكية مع نتائج استبيان TraumaQ، حيث تحصّلت رزقة على 122 نقطة، وهو ما يقابل تقييماً إكلينيكياً يُصنف ضمن الصدمة القوية (النقطة المعيارية = 4)، وقد بيّنت النتائج وجود أعراض صدمية حادة على مستويات مختلفة، أبرزها إعادة المعيشة، حيث أظهرت درجات مرتفعة في السلم B، وتحدثت في المقابلة عن الكوابيس والرؤى المتكررة للحادث، قائلة: "كي نرقد نشوف كلش قدامي"، وهو ما يدعم تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة.

ومن منظور التحليل النفسي، تُعد هذه الأعراض شكلاً من أشكال معاودة الإحياء (reviviscence)، حيث تُعيد رزقة دون وعي تمثيل التجربة الصادمة داخل الحاضر من خلال الصور الذهنية المقتحمة والأحلام والكوابيس، وكأن النفس لم تستطع بعد "استيعاب" الصدمة، فظلت حبيسة في تكرارها، لا في تذكرها الواعي.

كما أظهرت نتائج السلم C اضطرابات نوم شديدة، تتجلى في صعوبة في النوم، والاستيقاظ المتكرر، وهي أعراض أكّدتها الحالة لفظياً. إلى جانب ذلك، أظهرت سلم D و E و F ردود فعل قوية تجاه المثيرات المرتبطة بالحادث، حالات من القلق المفرط، فرط في اليقظة، انفعال حاد، وآثار جسدية مرافقة كالغثيان والتعرق وتسارع دقات القلب، وهي كلها مظاهر تمت ملاحظتها أثناء المقابلة مباشرة، وتعزز فرضية أن رزقة لا تزال "عالقة" في زمن الصدمة، غير قادرة على تجاوزها أو دمجها ضمن سيرتها النفسية.

ما أظهرت نتائج السلم C اضطرابات نوم شديدة، تتجلى في صعوبة في النوم، والاستيقاظ المتكرر، وهي أعراض أكّدتها الحالة لفظياً. إلى جانب ذلك، أظهرت سلم D و E و F ردود فعل قوية تجاه المثيرات المرتبطة بالحادث، حالات من القلق المفرط، فرط في اليقظة، انفعال حاد، وآثار جسدية مرافقة كالغثيان والتعرق وتسارع دقات القلب، وهي كلها مظاهر تمت ملاحظتها أثناء المقابلة

مباشرة، وتعزز فرضية أن رزيقة لا تزال "عالقة" في زمن الصدمة، غير قادرة على تجاوزها أو دمجها ضمن سيرتها النفسية.

عكست نتائج مقياس الجلد النفسي CD-RISC ضعفاً واضحاً في مرونة رزيقة النفسية، حيث تحصّلت على 26 نقطة فقط من أصل 100، بنسبة 26%. وكانت أغلب إجاباتها في خيارات "غير صحيح" و"نادراً صحيح"، خاصة في بعد الكفاءة الذاتية، ما يدل على تدنٍّ في شعورها بالقدرة على المواجهة واتخاذ القرارات، وهو ما تم تأكيده في حديثها عن شعورها بالعجز سواء في الماضي أو الحاضر. أما في بعد التحكم في الانفعالات، فكانت الدرجة 5 من أصل 28، وهي نسبة تعكس هشاشة انفعالية واضحة، تجسّدت في تقلبات المزاج، البكاء المفاجئ. وبالمثل، أظهر بعد المشاعر الإيجابية درجة منخفضة (6 من 20)، ما يشير إلى نقص في الحافز وغياب الأمل والتفاؤل، خاصة في ظل معاناتها من مرض زوجها، وهو ما أكدته بعبارات مشبعة بالحزن والقلق.

أما بعد الدعم الاجتماعي، فكان منعماً تماماً (0 من 12)، مما يعكس شعورها العميق بالعزلة، رغم وجود العائلة، ويشير إلى أن ما تحتاجه ليس فقط حضوراً جسدياً، بل احتواءً عاطفياً فعلياً. في المقابل، جاءت استجاباتها في بعد العامل الديني مرتفعة (6 من 8)، ما يشير إلى اعتمادها على الإيمان بالقضاء والقدر كآلية أساسية في محاولتها لتحمل المعاناة، وهو ما عبّرت عنه خلال المقابلة ضمناً.

انطلاقاً من ذلك، تبين من خلال المعطيات أن شدة الأعراض الصدمية التي تعاني منها رزيقة لا تقابلها قدرة نفسية كافية على التنظيم أو التكيف، وهو ما يدعم ما ذهبت إليه بعض المقاربات النفسية، خاصة في ضوء الطرح التحليلي، من أن الجلد النفسي لا يعني غياب الصدمة، بل قدرة الذات على تمثّلها وإعادة تنظيمها داخل البنية النفسية. وفي حالة رزيقة، يبدو أن هناك عجزاً على هذا المستوى، حيث فشلت في تحويل التجربة الصدمية إلى معنى أو إمكانية للنهوض، ما يفسر استمرار مظاهر المعاناة النفسية، ويجعل من ضعف الجلد النفسي عاملاً يفاقم الأثر الصدمي بدل احتوائه.

الفصل الثالث _____ عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

من خلال نتائج استبيان TraumaQ، ومقياس الجلد النفسي CD-RISC، والذي عززته ما صرحت به الحالة خلال مجمل المقابلات يتبين أنها تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة حاد، مصحوب بانهايار في آليات التكيف وانخفاض في الجلد النفسي، مع اعتماد محدود على الموارد الذاتية، وغياب فعلي للدعم الاجتماعي، في مقابل انكفاء ملحوظ على البعد الديني كآلية صمود حيث تعكس هذه الصورة النفسية تداخل عوامل ذاتية وسياقية، جعلت من تجربة الحرق لدى رزيقة حدثاً ذا أثر نفسي مركب، يستوجب فهماً معمقاً لطبيعة معاناتها وتفاعلاتها النفسية الداخلية.

ويمكن فهم هذا التداخل في ضوء الطرح الذي قدّمه *Boris Cyrulnik*، حيث يرى أن الجلد النفسي ليس غياباً للصدمة بل القدرة على معالجتها وتمثلها نفسياً، وهي القدرة التي تبدو عند رزيقة مُعطلة، نتيجة هشاشة البنية الذاتية، وضعف شبكة الدعم، وغياب موارد ترميم داخلية. كما يبرز هنا البعد الديني كاستجابة دفاعية يمكن تفسيرها كمحاولة لترسيخ المعنى داخل تجربة خالية من السيطرة، وهو ما يتقاطع أيضاً مع مقاربة *Ferenczi* التي تؤكد أن غياب الاحتواء الخارجي عند لحظة الصدمة يولد تمزقاً في الذات ويُعيق إعادة تنظيمها لاحقاً.

2- عرض الحالة الثانية ومناقشتها

الحالة رقم 02

المعلومات البيانية:

الاسم: محمد.

الجنس: ذكر.

السن: 30 سنة.

المستوى التعليمي: 3 ثانوي.

الحالة الاجتماعية: أعزب (خاطب).

مكان الإصابة: حروق على مستوى الذراعين، الرقبة، والوجه.

درجة الإصابة: درجة الثالثة.

تاريخ الإصابة: 13 أكتوبر 2024.

ملخص الحالة:

محمد، شاب يبلغ من العمر 30 سنة، أعزب، ويعمل كفني كهرباء بإحدى الورشات الصناعية. تمت مقابله في إطار المتابعة النفسية داخل مصلحة الجراحة العامة بمستشفى الزهراوي بعد 6 أشهر منذ تعرضه لحادث مهني. الحادث تمثل في انفجار كهربائي أدى إلى حروق خطيرة على مستوى الذراعين، الوجه، والرقبة.

الفصل الثالث _____ عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

حاليًا الحالة الجسدية مستقرة، غير أن محمد ما يزال يخضع للعلاج الترميمي والمتابعة النفسية نتيجة التأثيرات النفسية والاجتماعية التي خلفها الحادث.

من خلال الملاحظة الأولية، بدا محمد في حالة انكماش نفسي، قليل الحركة، يتفادى التفاعل البصري، ونبرة صوته منخفضة، يرافقها نوع من التردد والقلق الواضح. عند الحديث عن تفاصيل الحادث، ظهرت عليه علامات توتر نفسي كبير، منها ارتجاف خفيف، انقطاع في الحديث، وحدث نوبات بكاء مكتوم، مما يعكس عمق الأثر النفسي الذي خلفه الحادث.

تحليل المقابلة

خلال المقابلة، تحدّث محمد عن ظروف الحادث بتأثر بالغ، قائلاً: "كنت نخدم على اللوحة، وفجأة تطرّق شي لي في يدي حسيت روحي نتحرق وماني قادر ندير في والو". تعكس هذه العبارة الصدمة إحساسه بالعجز وانعدام السيطرة، وهما من المشاعر الجوهرية في الصدمة النفسية. كما وصف تجربته مع النوم قائلاً: "كي نرقد نرجع نعيش نفس اللحظة... نوض وأنا نعرق"، ما يشير إلى وجود استرجاع حسي وذهني حيّ للتجربة الصادمة، وهي سمة أساسية من سمات اضطراب ما بعد الصدمة.

أبدى كذلك حالة إنكار اجتماعي وانسحاب شديد، لا سيما عند الحديث عن التغيرات الجسدية التي مست ملامحه، خاصة وجهه. عبّر عن ذلك بقوله: "ما عدتش نحب نخرج، ما نحبش نشوف روحي"، وهي عبارة تعكس تشوّهًا في صورة الجسد وانخفاضًا في تقدير الذات، خصوصًا في مرحلة عمرية يكون فيها المظهر الجسدي مرتبطًا بهوية الفرد الاجتماعية والرجولية، خاصة وهو مقبل على الزواج، كما أظهر رفضًا للعودة إلى الورشة التي شهدت الحادث، مشيرًا إلى خوفه من نظرات الزملاء، وهو ما يدل على ارتباط المكان بذاكرة صادمة لم تُعالج بعد.

ورغم هذه المؤشرات العيادية الدالة على هشاشة نفسية وصراع داخلي حاد، أظهر محمد مؤشرات هامة على وجود **جلد نفسي قاعدي** (résilience de base)، يمكن البناء عليه وتدعيمه. فقد تحدّث عن لجوئه إلى كتابة يومياته كوسيلة شخصية للتفريغ العاطفي والتنظيم الداخلي، وهي آلية ناضجة تُظهر وعياً عاطفياً وقدرة على التكيف. كما أشار إلى استناده على دعم والدته وخطيبته العاطفي في لحظات الانهيار، ما يعكس توفر شبكة دعم اجتماعي ذات قيمة معنوية كبيرة.

إضافة إلى ذلك، فإن قدرة محمد على الاعتراف بمعاناته النفسية والتعبير عنها بشكل صادق ومباشر دون إنكار أو تشويش، تدل على وجود بنية نفسية مرنة، قادرة على التفاعل مع العلاج والانفتاح على مسار الترميم الداخلي. وهذا ما يجعلنا نؤكد أن محمد، ورغم الأعراض النفسية الثقيلة، يُظهر جلدًا نفسيًا معتبرًا يتجلى في محاولاته الذاتية للفهم، التفريغ، وطلب المساعدة، وهي كلها مؤشرات إيجابية على المرونة النفسية والتكيف النشط في مواجهة الصدمة.

تحليل المقابلة

خلال المقابلة، أشار محمد إلى أن الحادث وقع بشكل مفاجئ أثناء قيامه بإصلاح لوحة كهربائية في ورشة عمله، حين وقع تماس كهربائي تسبّب في انفجار جزء من المحرك واندلاع لهب قوي التهم جزءًا من جسده. عبّر عن شعوره بالعجز الكامل في تلك اللحظة، إذ قال: "حسيت روعي نتحرق وماني قادر ندير في والو".

صرّح كذلك أنه لم يتمكن من النوم بشكل طبيعي منذ وقوع الحادث، يعاني من كوابيس متكررة وصور ذهنية متطفلة للحادث، وأضاف: "كي نرقد نرجع نعيش نفس اللحظة... نوض وأنا نتعرق" هذه الأعراض، إلى جانب التجنب الشديد لأي حديث أو محفّز مرتبط بالحريق، تُشير إلى وجود أعراض

الفصل الثالث _____ عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) كما أبدى انزعاجًا كبيرًا من نظرات الآخرين إليه، خاصة بعد التغيرات التي طرأت على ملامح وجهه، ما عزّز شعور النقص والانسحاب الاجتماعي.

إضافة إلى ذلك، أظهر محمد قلقًا كبيرًا من نظرات الآخرين إليه بعد التغيرات التي طرأت على ملامحه، خاصة وجهه، وهو ما عزّز لديه مشاعر الانسحاب الاجتماعي والانغلاق على الذات، حيث قال: "ما نقدرش نخرج دوك، ما نحبش نشوف روعي". هذه العبارات تعبّر عن تشوّه في صورة الجسد، وانخفاض في تقدير الذات، خصوصًا في مرحلة عمرية يكون فيها الفرد شديد الحساسية لمظهره الخارجي خاصة وأنه كان مقبلًا على الزواج، كما أبدى رفضًا تامًا للعودة إلى الورشة التي وقعت فيها الحادثة، معبرًا عن خوفه من مواجهة زملاء أو تكرار الحادث.

رغم كل ذلك، أشار خلال الحديث إلى بعض المحاولات الشخصية لمقاومة هذه الحالة مثل لجوئه إلى كتابة يومياته كشكل من التفريغ العاطفي إلى جانب حديثه عن الدعم العاطفي من والدته، هذه المؤشرات تدل على مؤشرات جلد نفسي قيد التشكّل، حيث يُظهر نوعًا من المقاومة الداخلية رغم الألم، ما يعكس مرونة نفسية أولية يمكن تعزيزها.

التقييم العيادي للحالة حسب نتائج الجزء الأول من استبيان traumaq

أجاب محمد على أسئلة الجزء الأول من استبيان TraumaQ بشكل فردي، بعد مرور فترة زمنية معتبرة على الحادث الصدمي المتمثل في انفجار كهربائي تسبب له في حروق خطيرة على مستوى الذراعين، الوجه، والرقبة.

وقد أظهرت نتائج التحليل النمطي للاستبيان أن محمد يعاني من تناذر ما بعد الصدمة بدرجة مرتفعة، حيث تحصل على مجموع كلي يقدر بـ 127 نقطة، تقابلها نقطة معيارية تساوي 4. توزعت هذه النقاط

على عشرة سلالم فرعية، يتناول كل منها أحد أوجه الأعراض النفسية أو التبعات البعد صدمية. فيما يلي عرض مفصل لنتائج السلالم:

- **السلم A :** يضم 8 بنود تتعلق بردود الأفعال الفورية الجسدية والنفسية أثناء الحدث الصدمي. تحصل محمد على **22 نقطة**، تقابلها نقطة معيارية **4**، ما يدل على شدة الاستجابة النفسجسمية لحظة وقوع الصدمة. تظهر لديه أعراض قوية كالإحساس بالذعر والرعب (درجة 3 - شديد جدًا)، مع إحساس بالعجز والانفصال عن الذات، وشعور وشيك بالموت، خاصة كما ورد في البندين A5 و A6.
- **السلم B :** يتكون من 4 بنود تمثل التناذر الكلاسيكي لما بعد الصدمة. تحصل محمد على **11 نقطة**، تقابلها نقطة معيارية **5**، مما يعكس وجود إعادة معايشة متكررة للحدث سواء عن طريق الكوابيس أو الصور الذهنية المزعجة، ويظهر ذلك في البنود B1 ، B2 ، B3.
- **السلم C :** يشمل 5 بنود تخص اضطرابات النوم. تحصل محمد على **12 نقطة**، تقابلها نقطة معيارية **4**، ما يعكس مشاكل واضحة في النوم تمثلت في صعوبة في الاستغراق في النوم، وكوابيس مزعجة ذات صلة مباشرة بالحدث، كما ظهر في البنود C1 و C2.
- **السلم D :** يتألف من 5 بنود تقيّم القلق الناتج عن التعرض لمحفزات تذكر بالحدث. سجل محمد **13 نقطة**، بنقطة معيارية **4**، ما يشير إلى استجابات قلقية قوية تجاه الأماكن أو المواقف المرتبطة بالحدث، مثلما ورد في البنود D1 ، D2 ، D3.
- **السلم E :** يضم 6 بنود تقيّم التغيرات السلوكية والانفعالية بعد الصدمة. تحصل محمد على **13 نقطة**، مقابل نقطة معيارية **4**، وهي درجة تشير إلى ارتفاع في الحساسية العصبية، وظهور أعراض مثل فرط اليقظة، سرعة الانفعال، وسلوك دفاعي مفرط، كما ورد في البنود E1 ، E2.

- **السلم F :** يقيّم ردود الأفعال النفسوجسدية واضطرابات مرتبطة بالإدمان. تحصل محمد على 8 نقاط، بنقطة معيارية 4، ما يدل على وجود أعراض جسدية مصاحبة للتفكير أو التذكر الصدمي، كآلام الرأس، الغثيان، الخفقان، التعرق وصعوبة في التنفس) خاصة في البند F1 بدرجة 3 - شديد جداً)، بالإضافة إلى زيادة استهلاك المنبهات كالقهوة، كما هو ظاهر في البنود F2-F5.
- **السلم G :** يشمل بنوداً خاصة بالاضطرابات المعرفية. تحصل محمد على 5 نقاط، تقابلها نقطة معيارية 3، وهو ما يُظهر صعوبات خفيفة إلى متوسطة في التركيز بند (G1 ، دون وجود اضطراب واضح في الذاكرة بند G2 بدرجة 1 - ضعيفة).
- **السلم H :** يحتوي على 8 بنود تقيّم أعراض الاكتئاب. تحصل محمد على 17 نقطة، تقابلها نقطة معيارية 4، وهي درجة مرتفعة تعكس حالة اكتئابية تجلّت في فقدان الرغبة، انخفاض النشاط، الشعور بالإرهاق، الانعزال الاجتماعي، ورفض التواصل (ظهر ذلك في البنود H1 ، H2 ، H3 ، H4 ، H8)، مع غياب لأفكار انتحارية واضحة (البند H5 بدرجة 1).
- **السلم I :** يضم 7 بنود تتعلق بالمشاعر السلبية المرتبطة بالمعاش الصدمي كالشعور بالذنب والعار. تحصل محمد على 16 نقطة، تقابلها نقطة معيارية 4، ما يُظهر صراعاً نفسياً داخلياً، يتمثل في لوم الذات، شعور بالمسؤولية عما حدث، وانخفاض تقدير الذات، كما ورد في البنود 11، 12، 13، 14، 16.
- **السلم J :** يحتوي على 11 بنداً يتعلق بجودة الحياة. تحصل محمد على 10 نقاط، بنقطة معيارية 5، ما يعكس تدهوراً شديداً في جودة الحياة والقدرة على التلذذ بها تظهر هذه النتيجة في ضعف الروابط .

التحليل العام لنتائج الاستبيان traumaq للحالة محمد:

من خلال نتائج استبيان TraumaQ، يتبين أن الحالة المدروسة (محمد) يعاني من أعراض واضحة لاضطراب ما بعد الصدمة بدرجة شديدة، حيث انعكست آثار الحادث الصدمي بشكل بارز على مختلف الأبعاد النفسية والوظيفية. فقد سُجّلت استجابات نفسجسمية قوية أثناء الحدث، ترافقت مع إعادة معايشة مزمدة للصدمة من خلال الكوابيس والصور الذهنية، إلى جانب اضطرابات في النوم وقلق شديد عند مواجهة المحفزات المرتبطة بالحريق. كما أظهرت النتائج تغيرات سلوكية ملحوظة، من فرط يقظة وسرعة انفعال، إلى جانب أعراض جسدية ناتجة عن التوتر النفسي. وعلى المستوى الانفعالي والمعرفي، ظهر تأثير واضح في التركيز والانتباه، مع مؤشرات قوية على اضطرابات اكتئابه، مثل فقدان الرغبة، انخفاض المزاج، والانسحاب الاجتماعي. وقد تعزز ذلك بالشعور بالذنب ولوم الذات، ما يدل على صراع داخلي عميق مرتبط بتجربة الحادث. كما كشفت النتائج عن تدهور في جودة الحياة، من خلال ضعف العلاقات الاجتماعية وانخفاض الشعور بالرضا العام، ما يعكس الأثر الممتد للصدمة على البنية النفسية والوظيفية للحالة.

تحليل نتائج تطبيق مقياس سلم الجلد النفسي كونيور ودافيدسون على الحالة محمد

التحليل الكمي للسلم:

من خلال نتائج التحصيل على سلم الجلد النفسي لكونيور ودافيدسون، تبين أن الحالة محمد لديه قدرة جلد نفسي منخفضة، حيث تحسّل على مجموع 35 درجة من 100 في نسخة السلم ذات 25 عبارة.

الفصل الثالث _____ عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

وقد تم تطبيق المقياس بشكل فردي في جلسة إكلينيكية بعد مرور فترة من التعرض للحدث الصدمي، واستغرقت الإجابة حوالي 30 دقيقة، وكانت باللغة العربية، وتمت قراءة البنود للحالة بدقة لضمان فهمها. وفيما يلي عرض لنتائج كل بعد من أبعاد السلم على حدة:

البعد الأول: عامل الكفاءة الذاتي

جدول رقم (15) يمثل درجات بعد الكفاءة الذاتية

رقم الفقرات	03	04	15	17	18	19	20	21	مجموع الدرجات
الدرجة	1	2	2	2	3	1	1	2	14

تحصل محمد على 14 نقطة من أصل 32 (أي بنسبة 44%)، وهي درجة متوسطة تميل إلى الانخفاض.

غالبية الإجابات في هذا البعد تراوحت بين "نادرا صحيح" و"أحيانا صحيح"، ما يعكس تذبذباً في إدراك الكفاءة الذاتية، حيث أظهر بعض الثقة في قدرته على المواجهة في بنود مثل 18 و 17، لكنه سجل درجات منخفضة في فقرات أخرى تدل على التردد، وعدم الثقة الكاملة بالنفس، مثل البنود 03، 19، و 20.

البعد الثاني: عامل ال تحكم في الانفعالات:

جدول رقم (16) يمثل درجات بعد التحكم في الانفعالات

رقم الفقرات	7	9	10	14	16	24	25	مجموع الدرجات
الدرجة	2	2	2	3	2	1	1	13

سجل محمد 13 نقطة من أصل 28 (بنسبة 46%)، وهي درجة تشير إلى صعوبة معتدلة في ضبط الانفعالات. أغلب إجاباته تركزت حول "أحياناً صحيح" و"نادراً صحيح"، مما يعكس بعض القدرة على إدارة المشاعر في مواقف معينة، بينما في مواقف أخرى يطغى عليه الانفعال أو يفقد السيطرة، كما في البنود 24 و 25 التي سجل فيها درجات ضعيفة.

البعد الثالث: عامل المشاعر الإيجابية:

جدول رقم (17) يمثل درجات بعد المشاعر الإيجابية

رقم الفقرات	01	02	12	13	22	مجموع الدرجات
الدرجة	0	2	2	3	1	08

تحصل محمد على 8 نقاط من 20 (40%)، وهي نسبة تُعبر عن انخفاض نسبي في المشاعر الإيجابية.

الإجابات في هذا البعد توزعت بين "غير صحيح"، "نادراً صحيح"، و"أحياناً صحيح". سجل درجة 0 في البند 01، ما يدل على غياب تام للإحساس بالتكيف، بينما عبّر في البند 13 عن مستوى أعلى من الإيجابية. الإجابات تُظهر بشكل عام ضعفاً في الأمل والرضا عن الذات.

البعد الرابع: عامل المساندة الاجتماعية:

جدول رقم (18) يمثل درجات بعد المساندة الاجتماعية

رقم الفقرات	05	06	23	مجموع الدرجات
الدرجة	1	2	0	3

بلغ مجموع محمد في هذا البُعد 3 نقاط فقط (25%)، ما يعكس شعورًا بالوحدة أو ضعف إدراك الدعم الاجتماعي. الإجابات كانت منخفضة: "غير صحيح" في البند 23، و"نادرا صحيح" في البند 05، و"أحيانا صحيح" في 06، ما يُشير إلى غياب الثقة في المساندة الاجتماعية أو عدم استخدامها كآلية دعم فعالة

البعد الخامس: العامل الديني

جدول رقم (19) يمثل درجات بعد العامل الديني

رقم الفقرات	08	11	مجموع الدرجات
الدرجة	3	4	07

تحصل محمد على 7 نقاط من أصل 8، بنسبة 88%، وهي نسبة مرتفعة. إجاباته كانت "غالبا صحيح" و"صحيح دائما"، ما يدل على اعتماد قوي على الجانب الديني كوسيلة للتأقلم. يُمثل الإيمان مورداً داخلياً مهماً بالنسبة لمحمد، يُمكن استثماره في العلاج النفسي لتقوية الصمود الداخلي.

التحليل الكيفي للسلم: الحالة محمد

يبلغ الحالة محمد من العمر 30 سنة، وقد أظهرت من خلال إجابته على مقياس الجلد النفسي (CD-RISC-25) ضعفًا عامًا في أغلب أبعاد الجلد النفسي، حيث تحصل على درجة إجمالية قدرها 35 من أصل 100، أي بنسبة 35%، مما يُترجم إلى مستوى منخفض من الصلابة النفسية. وفيما يلي عرض تحليلي نوعي للإجابات، مدعوم بالنتائج الكمية لكل بعد:

تُبيّن استجابات محمد في البعد الأول (الكفاءة الذاتية) أنه سجل 14 نقطة من أصل 32، أي بنسبة 44%، ما يشير إلى وجود حد أدنى من الإحساس بالقدرة على المواجهة، غير أن هذا الإحساس يبقى مهزورًا وغير ثابت. تتراوح إجاباته بين "نادرا صحيح" وأحيانا صحيح"، مما يعكس تذبذبًا في تقديره الذاتي، وعجزًا في اتخاذ قرارات حاسمة أو المبادرة عند الحاجة. يبدو أن الصدمة التي مر بها، والمتمثلة في الحروق الناتجة عن انفجار كهربائي، أثرت على ثقته بنفسه وصورته الذاتية، رغم محاولاته المتفرقة لإظهار بعض الثبات.

أما فيما يخص التحكم في الانفعالات، فقد سجل محمد 13 نقطة من أصل 28، أي بنسبة 46%، وهي نسبة متوسطة لكنها تميل إلى الانخفاض، وتُشير إلى صعوبات واضحة في إدارة المشاعر، خاصة في مواقف الضغوط أو الاستثارة. غالبية إجاباته في هذا البعد كانت في مستوى "أحيانا صحيح"، ما يدل على عدم استقرار الانفعال، وسرعة التفاعل النفسي مع المواقف، مع وجود قدر من التحكم في بعض الحالات. يُمكن اعتبار هذا البعد نقطة تحتاج لتعزيز من خلال تدريب نفسي على مهارات التنظيم الانفعالي.

فيما يخص المشاعر الإيجابية، فقد تحصل محمد على 8 نقاط من 20، أي بنسبة 40%، وهي نسبة منخفضة نسبيًا تُظهر محدودية في التفكير الإيجابي، واستحضار مشاعر الأمل أو الامتنان. ورغم

الفصل الثالث _____ عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

تسجيله درجات مقبولة في بعض البنود، إلا أن طغيان الفكر السلبي والنظرة القاتمة للحياة تضعف من قدرته على رؤية الجانب المضيء من التجربة، وتُشير إلى احتمال وجود أعراض اكتئابية خفيفة إلى متوسطة تعرقل عملية التعافي.

بالنسبة للمساندة الاجتماعية، فقد سجل محمد 3 نقاط من أصل 12، بنسبة 25%، وهي نسبة ضعيفة تدل على وجود شعور بالعزلة أو ضعف إدراك للدعم الاجتماعي. رغم أن بعض الفقرات أظهرت وجود علاقات داعمة، إلا أن ضعف الدرجة في بند "أعرف إلى أين أتجه للحصول على المساعدة" (23) يبرز مشكلة في طلب أو تقبل الدعم. من الممكن أن الدعم موجود لكنه لا يُلبى احتياجاته العاطفية الفعلية، ما يجعله عرضة للشعور بالخذلان أو الإقصاء.

وعلى خلاف ذلك، جاءت استجابات محمد في البعد الديني أكثر إيجابية، حيث سجل 7 نقاط من أصل 8، أي بنسبة 88%، وهو ما يدل على اعتماد قوي على الإيمان والتدين كآلية داخلية للمواجهة والتأقلم. اختار محمد في هذا البعد "صحيح" و"صحيح دائماً" في البنود المتعلقة بالقضاء والقدر، وهو ما يشير إلى قناعته بأن الحادث جزء من مشيئة إلهية، وأنه يستمد من هذا الإيمان نوعاً من الطمأنينة والتفسير المعنوي لما حدث له.

تحليل نتائج المقابلة، استبيان TraumaQ ، ومقياس الجلد النفسي CD-RISC :

من خلال المقابلة الإكلينيكية، بدأ محمد، البالغ من العمر 30 سنة، في حالة انكماش نفسي واضح متأثراً بشدة بالحادث المهني الذي تعرض له والمتمثل في انفجار كهربائي أدى إلى حروق في مناطق بارزة من جسده، أهمها الوجه والذراعان. ظهرت عليه أعراض اضطراب ما بعد الصدمة من خلال التردد، انخفاض نبرة الصوت، البكاء المكتوم، والتجنب البصري. عند الحديث عن الحادث، عبّر عن شعور بالعجز الكامل بقوله: "حسيت روحي تتحرق وماني قادر ندير في والو"، وهي عبارة تختزل

الإحساس بالفقدان المفاجئ للسيطرة والانهيار الحسي-الانفعالي، مما يعكس تجربة صدمية أولية لم يتمكن من استيعابها أو دمجها نفسيًا. هذه العلامات تدعم فرضية إعادة الإحياء (reviviscence) كما يفسرها التوجه التحليلي، حيث يعيش محمد الصدمة وكأنها لا تزال تحدث، من خلال الكوابيس، الصور المتطفلة، والارتجاف عند التذكر، ما يدل على توقف الزمن النفسي عند لحظة الحادث

كما أظهر محمد تغيرًا واضحًا في صورة الجسد وتقدير الذات، خاصة عند قوله: "ما نقدرش نخرج... ما نحش نشوف روعي"، وهو ما يشير إلى شرح نرجسي عميق في تمثيله لذاته الجسدية، ويتقاطع مع ما يصفه التحليل النفسي باضطراب في *الأنا الجسدي*، حيث يعاني الفرد من صعوبة في التماهي مع جسده المتغير، وما يحمله من دلالات رمزية تتعلق بالهوية، الرجولة، والنظرة الاجتماعية. هذه الصراعات النفسجسمية تترافق مع انشطار في الصورة الذاتية، بين "محمد قبل الحادث" و"محمد بعده"، مما يعيق سيروية الحداث على الذات السابقة ويغذي الشعور بالعار.

رغم ذلك، كشفت المقابلة عن مؤشرات إيجابية تُظهر توفر جلد نفسي قاعدي، مثل لجوئه إلى كتابة اليوميات، واعتماده العاطفي على والدته وخطيبته. هذه الموارد، وإن كانت محدودة، تُظهر محاولاته لتفعيل آليات تكيف، حتى وإن كانت دفاعية جزئيًا مثل *الإنكار والتجنب*. كما أن اعتماد محمد على *الإيمان الديني* كمرجعية تفسيرية وصمودية، ينسجم مع تصور *بوريس سيروولنيك* الذي يرى أن الصدمة لا تُحطم الفرد بشكل حتمي، بل يمكن إعادة بناء الذات من خلالها إذا توفرت "مرتكزات داخلية" تعيد له الإحساس بالمعنى والانتماء.

هذا التحليل تؤكدته نتائج استبيان TraumaQ، حيث تحصل محمد على 127 نقطة (بمؤشر معياري = 4)، مما يضعه ضمن فئة الصدمة الشديدة. كشفت السالم المختلفة عن أعراض صدمية متعددة (إعادة معايشة، اضطرابات نوم، فرط يقظة، اكتئاب، شعور بالذنب، استجابات جسدية حادة...)، وهو ما يدعم تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة الحاد. كما عكست نتائج مقياس الجلد النفسيتديًا عامًا

في المرونة النفسية (35%)، خاصة في أبعاد الكفاءة الذاتية، ضبط الانفعالات، المشاعر الإيجابية والدعم الاجتماعي، في مقابل اعتماد قوي على البعد الديني (88%)، وهو ما يدل على أن البنية النفسية لمحمد، رغم هشاشتها، لا تزال تملك قابلية للاستعادة والنمو إذا ما فُعلت موارد التكيف والدعم المناسبة.

3- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات

من خلال الدراسة المنجزة، تبين أن ضحايا الحروق يُعانون من صدمة نفسية شديدة، إلى جانب مستوى منخفض من الجلد النفسي، وذلك نتيجة التعرض لحادث مفاجئ وصادم، ترافق مع مواجهة غير متوقعة لخطر الموت.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الحالتين المدروستين تعانين من أعراض صدمية واضحة ومستمرة، حتى بعد مرور فترة زمنية على تاريخ الإصابة، مما يدل على ترسخ الأثر النفسي العميق للحادث الصدمي.

وتندرج هذه النتائج في إطار ما تم توقعه من خلال فرضيات البحث، والتي جاءت كما يلي:

– تعاني الحالة المدروسة من صدمة نفسية شديدة.

– تظهر الحالة المدروسة مستوى منخفض من الجلد النفسي.

الفرضية الأولى: تعاني الحالة المدروسة من صدمة نفسية شديدة:

أكدت المعطيات السريرية والنتائج الكمية على مستوى استبيان TraumaQ أن الحالتين، رزique ومحمد، تعانين من أعراض صدمة نفسية شديدة، تجلّت من خلال ارتفاع درجاتهما إلى مستويات معيارية تصنّف ضمن الفئة الحرجة (122 و 127 نقطة، معايرة = 4). هذه النتائج تدعم الفرضية

الفصل الثالث _____ عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

الأولى وتؤكدّها على المستوى العيادي، ظهرت أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بوضوح لدى الحالتين،
مثل:

- إعادة المعيشة flashbacks، (كوابيس، صور ذهنية متكررة).
- فرط اليقظة (توتر مستمر، صعوبة في النوم، ردود فعل حادة).
- التجنب (رفض مواجهة المواقف المرتبطة بالحادث).
- تغير في صورة الذات والعالم (انخفاض تقدير الذات، الشعور بالخزي أو العار، تشوه صورة الجسد).

تتفق هذه المؤشرات السريرية مع ما أورده الدليل التشخيصي DSM-5، كما تتسجم مع الطرح الذي قدّمه بيبير جانبيت حول "التفكك الوظيفي" باعتباره انهياراً في البنى النفسية العليا بعد التعرض لصدمات قوية، وهو ما يفسر حالة التشتت والانفصال عن الذات التي ظهرت لدى محمد، والانفعالات المكبوتة والبكاء غير المسيطر عليه لدى رزيقة.

كما تعكس النتائج الميدانية ما جاء به نموذج إيلرز وكلارك، الذي يربط استمرار أعراض الصدمة بمعالجة معرفية غير تكيفية للحدث الصدمي، فكلا الحالتين، رزيقة ومحمد، تظهران ميولاً لتفسير ما حدث على أنه تهديد دائم، ما يُسهم في بقاء الأعراض وعدم انطفائها.

الدراسات السابقة تدعم هذه المعطيات، مثل:

- دراسة شادلي عبد الرحيم (2016) التي ربطت بين درجة الإصابة ومكانها الظاهر وشدة الصدمة.
- دراسة الزيتوني (2019) حول تدني صورة الجسد لدى النساء المصابات بالحروق.
- دراسة مبارك مليكة (2020) التي أبرزت التأثير الحاد للحروق من الدرجة الثالثة على الصحة النفسية.

بالتالي، تُثبت نتائج هذه الدراسة الميدانية بشكل قاطع أن الحالتين تعانين من صدمة نفسية شديدة، بما يتماشى مع الفرضية الأولى.

الفرضية الثانية: تظهر الحالة المدروسة مستوى منخفض في الجلد النفسي:

تحققت هذه الفرضية أيضاً من خلال النتائج الكمية لمقياس الجلد النفسي (CD-RISC-25)، حيث سجلت الحالة رزقة 100/26، ومحمد 100/35، وهي نسب تعكس ضعفاً واضحاً في مختلف أبعاد الجلد النفسي: الكفاءة الذاتية، التحكم في الانفعالات، المشاعر الإيجابية، الدعم الاجتماعي، باستثناء العامل الديني الذي كان المورد التكيفي الوحيد المتماسك نسبياً لدى كليهما.

رزقة أظهرت انهياراً شبه كلي في آليات الصمود، خصوصاً في:

– الكفاءة الذاتية (28%).

– التحكم في الانفعالات (18%).

– المشاعر الإيجابية (30%).

– الدعم الاجتماعي (0%).

محمد، رغم معاناته النفسية الواضحة، أظهر مستوى أعلى نسبياً في الكفاءة الذاتية (44%) والتحكم الانفعالي (46%)، مما يشير إلى وجود نواة أولية للجلد النفسي يمكن البناء عليها، خصوصاً مع استخدامه آليات ناضجة كتدوين اليوميات، وتوفير دعم عاطفي من والدته وخطيبته.

من الناحية النظرية، تفسر هذه النتائج بالاستناد إلى:

– **نظرية التعلق (Bowlby):** التي ترى أن الروابط العاطفية الأولى تشكل الأساس في تنمية

الجلد النفسي. ضعف الدعم العلائقي لدى رزقة، والتذبذب العاطفي لدى محمد، يعكس هشاشة

في نمط التعلق ويبرر محدودية الصمود لديهم.

- النظرية التحليلية (Cyrulnik)، (Vaillant): تشير إلى أن الجلد يتطلب آليات دفاع ناضجة (كالتسامي أو التقدير العقلي)، بينما استعملت الحالتان آليات بدائية (الانسحاب، النكوص، النكران).
 - النظرية المعرفية السلوكية (Anaut) : التي تعتبر الجلد نتيجة لإعادة بناء المعنى وتعديل الأفكار. أظهرت النتائج أن رزIQUE تعاني من اجترار سلبي مستمر، بينما محمد يبذل بعض المحاولات لتنظيم مشاعره رغم محدوديتها.
 - النظرية النسقية (Lecomte) : التي تؤكد دور المحيط والروابط الاجتماعية في ترميم الجلد. غياب الإحاطة الاجتماعية الفعلية لدى رزIQUE، والضغط الاجتماعي الذي يعيشه محمد، يفسران استمرار الأعراض وضعف التعافي.
- أما من حيث الدراسات، فتؤكد:
- دراسة سليمان جار الله (2014) العلاقة بين إعادة تأطير الحدث زمنيا والجلد النفسي، وهو ما غاب عن رزIQUE ومحمد.
 - دراسة مداسي وآخرون (2022) التي أبرزت أن الجلد يحسن جودة الحياة في الأزمات، بينما جودة الحياة في الحالتين منخفضة جداً حسب نتائج سلم TraumaQ.
 - دراسة عبد الوافي زهير (2022) التي ربطت الجلد بمؤشرات مثل الابتكار والتكيف، وهي عناصر لم تظهر بوضوح في الحالتين.
- بالتالي، يمكن القول إن الجلد النفسي لدى رزIQUE ومحمد يعاني من ضعف بنيوي ووظيفي، يؤكد الفرضية الثانية ويعكس حاجة ملحة إلى تدخل نفسي عيادي متعدد المحاور.

الاستنتاج العام للحالتين

من خلال الدراسة الإكلينيكية المعمقة للحالات المدروسة وذلك باستخدام أدوات القياس نجد أن الحالتين تعانيان من صدمة نفسية شديدة تترافق مع مستوى منخفض من الجلد النفسي، وعليه تم توجيه التساؤلين التاليين:

- هل تُظهر الحالات المدروسة أعراضًا تدل على وجود صدمة نفسية شديدة بعد التعرض للحروق؟
 - ما هو مستوى الجلد النفسي لدى الحالات المدروسة؟
- وقد أجرينا مقابلات إكلينيكية نصف موجهة، إلى جانب تطبيق استبيان TraumaQ لقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، ومقياس CD-RISC لقياس الجلد النفسي، على حالتين من جنسين مختلفين، أنثى في الخمسينات (رزيقة) تعرّضت لحروق من الدرجة الثانية وذكر في الثلاثينات (محمد) تعرّض لحروق من الدرجة الثالثة، مست مناطق ظاهرة من الجسد (الوجه، الذراع، الرقبة...).

حيث تظهر عند الحالتين معاناة نفسية، تتجلى في أعراض صدمية متنوعة مثل إعادة المعيشة، القلق الليلي، اضطرابات النوم، فرط اليقظة، وتشوه في صورة الذات، إضافة إلى مظاهر الاكتئاب والعزلة وتجنب التواصل الاجتماعي، مما يعكس وجود صدمة نفسية شديدة وفق التصنيف الإكلينيكي لمقياس TraumaQ

أما نتائج مقياس الجلد النفسي فقد بينت مستويات منخفضة من الصلابة النفسية، مع ضعف في أبعاد الكفاءة الذاتية، التحكم في الانفعالات، والمساندة الاجتماعية، ما يشير إلى هشاشة في آليات التكيف والصمود النفسي. ومع ذلك، برز العامل الديني كمورد داخلي قوي لدى الحالتين، إضافة إلى بعض مؤشرات الجلد القاعدي لدى محمد، كالدعم الأسري وتدوين اليوميات.

بناءً على هذه النتائج، نخلص إلى أن الصدمة النفسية لدى ضحايا الحروق تتسم بدرجة عالية من الشدة، خاصة حينما تصيب مناطق ظاهرة من الجسد وتؤثر بشكل مباشر على صورة الذات والعلاقات الاجتماعية. وقد كشفت المعطيات عن مستويات منخفضة من الجلد النفسي لدى الحالتين، تجلت في ضعف القدرة على التحكم الانفعالي، تراجع الكفاءة الذاتية، وشعور بعدم الأمان الداخلي، هذا الضعف في الصلابة النفسية جعل من الصعب على كل من رزIQUEة ومحمد مواجهة الأثر الصدمي للحادث بمفردهما، مما أدى إلى بروز أعراض نفسية شديدة ومستديمة.

ويبدو أن توفر أو غياب الدعم الاجتماعي شكّل فارقاً ملحوظاً بين الحالتين: فرزIQUEة، التي تعيش في عزلة اجتماعية شبه تامة وتفترق إلى شبكات دعم فعالة، أظهرت مستوى أعلى من الاكتئاب والانسحاب، مع شعور عميق بالوحدة واليأس. في المقابل، استفاد محمد من وجود والدته وخطيبته كدعائم وجدانية، ما وفر له بعض الاستقرار الانفعالي ومكّن من بروز مؤشرات جلد قاعدي، مثل التعبير اللفظي عن الألم، واللجوء لتدوين اليوميات كآلية تنظيم ذاتي.

غير أن هذا الدعم المتاح عند محمد يظل غير كافٍ لاحتواء آثار الصدمة دون تدخل مهني متخصص، في حين أن وضع رزIQUEة يعكس هشاشة مضاعفة تستدعي تدخلاً نفسياً مستعجلاً ومكثفاً من هنا، نؤكد على أهمية التكفل النفسي متعدد الأبعاد، الذي لا يقتصر على معالجة الأعراض فقط، بل يشمل تعزيز آليات الجلد النفسي، وتفعيل شبكات الدعم الاجتماعي، وتقديم مواكبة نفسية طويلة المدى، بما يسمح بإعادة بناء الهوية النفسية والجسدية بعد الصدمة.

الخاتمة

الخاتمة

تتاولت هذه الدراسة موضوعا حساسا وعميقا، يتمثل في الصدمة النفسية والجلد النفسي لدى ضحايا الحروق، وذلك من خلال دراسة حالتين تختلفان في الجنس، السن وطبيعة الحادث لكنهما تتفقان في حجم المعاناة النفسية الناتجة عن تجربة الحرق.

أظهرت النتائج المستخلصة من الأدوات المطبقة (استبيان تروماك ومقياس كونور ودافيدسون للجلد النفسي) أن كلا الحالتين تعانيان من صدمة نفسية شديدة، تمثلت اعراضها في مشاعر الخوف، القلق، اضطراب النوم والانسحاب الاجتماعي.... الخ وفي المقابل، كشفت نتائج مقياس الجلد النفسي عن مستوى منخفض في القدرة على التكيف، مما يعبر عن هشاشة الموارد النفسية الداخلية لدى الحالتين.

وقد ابرزت هذه الدراسة العلاقة العكسية بين شدة الصدمة النفسية وضعف الجلد النفسي، مؤكدة بذلك ما توصلت اليه عدة دراسات سابقة ومظهرة في الوقت ذاته الحاجة الملحة الى التكفل النفسي المتخصص والمستمر مع هذه الفئة من الضحايا لاسيما أن تجربة الحرق تحدث شرخا عميقا في صورة الذات والعلاقة بالآخر.

كما اكدت هذه الدراسة أهمية عدم اهمال الجانب النفسي في حالات الحروق وضرورة ادماج الدعم النفسي ضمن البروتوكولات العلاجية للمصابين خاصة في المراحل الأولى بعد الحادث حيث يكون الفرد في اشد حالات الهشاشة والاحتياج.

الاقتراحات

1. تعزيز الدعم الاجتماعي لضحايا الحروق سواء من الاسرة او المؤسسات الاجتماعية بهدف مساعدتهم على تخطي الصدمة وتقوية قدرتهم على التكيف النفسي.
2. اشراك الاسرة في التكفل النفسي، نظرا لدورها الكبير في تعزيز التعافي والجلد النفسي عبر برامج توجيهية مرافقة.
3. ادراج التكفل النفسي ضمن العلاج الطبي لضحايا الحروق من خلال توفير جلسات دعم نفسي فردي وجماعي داخل المستشفيات.
4. ضرورة توفير مرافقة نفسية مبكرة للأفراد الذين يتعرضون للحروق، خاصة في المراحل الأولى من العلاج لتقليل اثار الصدمة النفسية وتقادي تطورها الى اضطراب ما بعد الصدمة.
5. إدماج البعد الروحي والديني في العلاج النفسي، خاصة في المجتمعات ذات المرجعية الدينية القوية، حيث يمكن لهذا النوع من الدعم أن يعزز التقبل والصبر والجلد النفسي.
6. ضمان المتابعة النفسية طويلة الأمد، عبر توفير مواعيد دورية بعد مغادرة المستشفى نظراً لأن آثار الحروق النفسية قد تظهر أو تتفاقم بعد مرور فترة من الإصابة.
7. تدريب الطواقم الطبية على المهارات النفسية الأساسية، من خلال دورات تكوينية تمكن الأطباء والممرضين من تقديم الإسعافات النفسية الأولية والتعامل الحساس مع الصدمات النفسية للضحايا.

قائمة المراجع

قائمة المراجع والمصادر:

قائمة المصادر:

- القرآن الكريم
- الحديث النبوي

قائمة المراجع:

- إدريس، حمزة، سعيد، حمزة، (2023)، "الجلد النفسي وعلاقته باللاتزان الانفعالي لدى عينة من عمال بلدية نقر بلديات عين وسارة" (رسالة ماجستير)، جامعة زيان عاشور، الجلفة.
- بوشارب، فائزة، (2015)، الصدمة النفسية وصورة الجسم لدى نساء مصابات بحروق: "دراسة أربعة حالات عيادية" (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة محمد بوضياف - المسيلة، الجزائر.
- بوزوبيري، كمال، (2018)، "أثر الصدمة النفسية في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى الجلد: دراسة ميدانية على عينة من مرضى الجلد بعيادتين لطب الجلد بولاية المدية" (مذكرة ماجستير غير منشورة)، جامعة يحيى فارس، المدية.
- بوسنة، عبد الوافي زهير، لحر، فضيلة، (2016)، مؤشرات الجلد لدى الراشد المصاب بالسرطان: دراسة عيادية من خلال اختبار روشاخ، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، 4(6)، 175-187، جامعة الوادي.
- جار الله، سليمان، (2014)، "منظور الزمن وعلاقته بالجلد في مواجهة الأحداث الصادمة" (رسالة دكتوراه غير منشورة)، جامعة محمد الأمين دباغين - سطيف 2، الجزائر.
- دباش، سلوى. (2018)، الجلد النفسي لدى الراشد المصاب بالصدفية من خلال تطبيق اختبار الرورشاخ (رسالة دكتوراه)، جامعة محمد خيضر - بسكرة.
- حسن، مرسلينا شعبان، (2018)، الدعم النفسي ضرورة مجتمعية (للعمل على الصدمة النفسية وتداعيات الصدمة) (ط. 1)، عمان، الأردن: الدار المنهجية للنشر والتوزيع.
- زقار، رضوان، وزقور، عواطف، (2019)، الصدمة النفسية في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس: أبعاد وحدود. مجلة آفاق علمية، 11(3)، 672-686، المركز الجامعي أمين العقال، تمنراست.

- سعد الدين، محمد حسين محمد، & شحاته، أحمد سعيد علي، (2023) الصدمة النفسية لدى الأبناء [Psychological trauma in children]، مجلة العلوم التربوية للطفولة المبكرة، 9(4)، 474-515، جامعة المنصورة.
- علوان، سيليا، لعزّاب، فتيحة، (2022)، "انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى مبتوري الأطراف السفلية: دراسة ميدانية لحالتين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية "يوسف دمرجي" - تيارت" (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة ابن خلدون - تيارت، الجزائر.
- عنو، عزيزة. (2021). الاضطرابات السيكوسوماتية والصحة الجسمية. عمّان، الأردن: دار الخلدونية.
- كولز، إيمون مارتن، (1991)، المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي (ترجمة: عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي، وآخرون، مراجعة: أحمد محمد عبد الخالق). الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- مداسي، عبد الوهاب، وجار الله، سليمان. (2022). الجلد كمتغير وسيط بين إدراك الضغط النفسي وجودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالسرطان، مجلة المقدمة للدراسات الإنسانية والاجتماعية، 7(2)، 379-398.
- مدونة الباحثون العرب. (2024، أوت 27). الدراسة الاستطلاعية: مفهومها وأهميتها وخطواتها. استرجع من: <https://blog.ajsrp.com>
- مباركي، مليكة. (2020)، الصدمة النفسية عند المرأة المتعرضة لحروق من الدرجة الثالثة: دراسة عيادية لحالتين (مذكرة ماستر، علم النفس العيادي)، جامعة مستغانم، الجزائر.
- مفلّاح، سالمّة، مقداد، وصال. (2021)، "إجهاد الشفقة سريع الانفجار وعلاقته بالجلد لدى العاملين في مصلحة كوفيد-19" (مذكرة ماجستير غير منشورة). جامعة قاصدي مرباح - ورقلة، الجزائر.
- مزردى، حنان، بوسنة، زهير عبد. (2016، يونيو). مدخل معرفي لمفهوم الجلد - نظريات وأسس، مجلة العلوم الإنسانية، 16(2): 171-181.
- مزردى، حنان. (2016)، "مؤشرات الجلد عند الراشدين المصابين بداء الربو: دراسة عيادية لأربع حالات" (رسالة دكتوراه غير منشورة)، جامعة محمد خيضر - بسكرة، الجزائر.
- وناس، فتيحة، هبوب، سمية، (2022)، اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأفراد المتعرضين لحوادث المرور: دراسة عيادية لحالتين في الجمعية الوطنية للأمن والوقاية عبر الطرق - المكتب الولائي تيارت (رسالة ماجستير، جامعة ابن خلدون - تيارت).

_____ قائمة المراجع

- يوسف، حدة، (2018)، مستوى الجلد النفسي ومحدداته لدى الممرضين الاستعجاليين: دراسة ميدانية على عينة من الممرضين العاملين بالإستعجالات الطبية بالمستشفى الجامعي - بن فليس التهامي، بانتة، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، 19(1)، 203-222.

الملاحق

الملحق رقم 01: دليل المقابلة-حالة رزيقة:

- أجريت المقابلة مع الحالة رزيقة في إطار احترام تام لأخلاقيات العمل النفسي حيث تم اعلامها ان المشاركة طوعية وأن المعلومات ستستخدم لأغراض بحثية فقط مع ضمان السرية التامة، تم تهيئة الجو النفسي المناسب قبل الشروع في طرح الأسئلة واعتماد أسلوب غير مباشر وتدرجي بهدف عدم اثاره مشاعرة سلبية.

اسئلة تعريفية:

1.تقدرتي تحكيلي شويا على روحك؟ (العمر، الحالة الاجتماعية،عدد الاولاد)

2.احكيلي شويا على اولادك؟

3.كيفاش كانت حياتك قبل الحادث؟

المحور الأول: الحروق (الحادث الصادم)

1.تحبي تحكيلي كيفاش وقع الحادث؟

2.كيفاش حسيتي في تلك اللحظة؟

3.شكون لي كان حاضر معاك الوقت لي صرات فيه الحادثة؟

4.شكون داك للمستشفى؟

5.شكون لي بقا معاك في المستشفى؟

6.وش كان شعورك كي بقيتي في المستشفى كي كنتي تتعالجي؟

7.هل تشوفي انو الحادث الحالي رجلك ذكريات ومشاعر قديمة؟

المحور الثاني: الصدمة النفسية (اعراض ما بعد الصدمة)

1. كيفاش راكي ليوم؟
2. فهمت منك أنك تعرضتني لحادث سابق؟
3. تحبي تحكي لي وش صرا؟
4. وش حسيتي كي تعاود نفس الحدث؟
5. أي الحادتين لي حسيتي انو أثر فيك أكثر نفسيا وجسديا؟
6. راكي ترقدي في الليل؟
7. اسكو راكي تتفكري في لي صرا معاك في مناماتك؟
8. كاين مواقف او أماكن تتجنبها بعد الحادث؟
9. هل أثر فيك مرض الزوج؟
10. هل تحسي انو مرضو زاد من خوفك او تعبك؟
11. اسكو تحسي بلي راكي وحدك؟
12. وش كنتي تحتاجي في تلك الفترة؟

المحور الثالث: الجلد النفسي (الصمود والتكيف)

1. شكون وقف معاك بعد الحادث؟
2. كايين ناس قدرو يخففوا عليك؟
3. عندك طرق تستخدمهم باش تنقصي من القلق والتوتر؟
4. اليوم كيفاش تشوفي المستقبل؟
5. وش أكثر حاجة تتمناها في الوقت هذا؟
6. إذا تحبي تقولي حاجة ماقلتهاش، حنا نسمعوك؟

الملحق رقم 02: دليل المقابلة-حالة محمد

- أجريت المقابلة مع الحالة محمد في إطار احترام تام لأخلاقيات العمل النفسي حيث تم اعلامه ان المشاركة طوعية وأن المعلومات ستستخدم لأغراض بحثية فقط مع ضمان السرية التامة، تم تهيئة الجو النفسي المناسب قبل الشروع في طرح الأسئلة واعتماد أسلوب غير مباشر وتدرجي بهدف عدم اثاره أي مشاعرة سلبية.

الأسئلة التعريفية:

1. كيفاش راك ليوم؟
2. راك تشوف في روحك أحسن من الايامات السابقة؟
3. تحب تحكيلى على روحك شوي؟
4. احكيلى شوي على حياتك قبل الحادث؟
5. وش كنت تخدم؟
6. وش كنت تحب دير خلاف عملك اليومي؟

المحور الاول: الحروق (الحادث الصادم):

1. ممكن تحكيلى كيفاش وقعلك الحادث؟
2. وش كنت تحس في اللحظة لي صار فيها الحادث؟
3. وش كانت رد فعل المحيطين بيك وقت الحادث؟
4. اسكو كنت قادر تتحكم في الموقف؟
5. وش تحس تجاه انو ترجع لخدمتك؟

المحور الثاني: الصدمة النفسية:

1. اسكو لاحظت مشاكل في النوم، او منامات ماشي ملاح؟
2. راك تشوف في روحك تتجنب تحكي على الحادث؟
3. هل تغيرت علاقتك مع الناس القريبين ليك؟
4. وش تحس تجاه انو ترجع لخدمتك؟

المحور الثالث: الجلد النفسي:

1. عندك طرق تستخدمهم باش تنقص من القلق والتوتر؟
2. رغم كلشي، كايين أمور تحس انهم ساعدوك تصبر؟
3. شكون لي تحسو قريب ليك؟
4. شكون الأشخاص لي حسيتهم يدعموك ويوقفو معاك؟
5. احكي لي عليهم شوي؟
6. وش تعلمت على روحك من هدي الحادثة؟
7. وش راك حاب دير في المستقبل؟

الملحق رقم 03: استبيان تقييم الصدمة TraumaQ لCarol Damiani et fradin

بيانات عامة:			
الاسم:	بيانات عامة:	تطبيق الاستبيان:	فردى جماعى
السن:	وضعية الوالدين:	ضحىة مباشرة للحدث:	شاهد عن الحدث
الجنس:		احياء:	الام الاب
المستوى الدراسى:		متوفيين:	الام الاب
المهنة:		سنة وفاة الاب:	
المستوى الاجتماعى والاقتصادى:		سنة وفاة الام:	
تارىخ الفحص:		مكان الفحص:	

معلومات متعلقة بالحدث	
الحدث الفردى:	جماعى:
مكان الحدث:	وضعيتك اثناء الحدث : منفرد مرفوقا
تارىخ الحدث:	
مدة الحدث:	
جروح الجسم:	لا نعم وصفها: اثارها الحالية:
هل استفدت من تدخل علاج طبى-نفسى مباشرة بعد الحدث:	لا نعم
انقطاع مؤقت عن العملITT:	لا نعم عدد الايام:
توقف عن العمل:	لا نعم مدته:
عدم القدرة الجزئية المستمرة IPP:	لا نعم النسبة:

طبيعة الحدث:

حسب الاستجابة المعطاة، ضع علامة أو أكثر على الخانات التالية:

كارثة طبيعية:	محاولة قتل:	اغتيال:
كارثة تكنولوجية:	شاهد عن قتل:	فقدان احد الأعراف:
حادث مرور:	اكتشاف جثث:	اختطاف:
حادث منزلي:	انفجار قنبلة:	شاهد على تعذيب:
محاولة اغتيال:	هجوم على منزلك:	وضعايات أخرى:

صف باختصار ملابسات الحدث:

• معلومات عامة متعلقة بالفترة التي سبقت الحدث:

الوضعية العائلية:		
متزوج:	مطلق:	اعزب:
ارمل:		
عدد الأطفال (تحديد سنهم)		
الوضعية المهنية:		
طالب:	عامل:	
عاطل عن العمل:	متقاعد:	عطلة مرضية:
الحالة الصحية:		
هل تعاني من مشاكل صحية: لا نعم		
ماهي أهمها:		
هل تتابع علاج طبي: لا نعم		
ماهي طبيعته:		

هل استشرت اخصائي نفسي،طبيب عقلي:	لا	نعم
هل تابعت علاج نفسي:	لا	نعم
مانوعه:		
تاريخها:		
هل تعرضت لاحداث أخرى تركت لك اثرا:	لا	نعم
طبيعتها:		
تاريخها:		

• معلومات عام حول الفترة التي عقبته الحدث:

بعد الحادث هل استشرت اخصائي نفسي،طبيب عقلي:	لا	نعم
هل تابعت علاج نفسي:	لا	نعم
مانوعه:		
تاريخ اول جلسة علاجية:		
عدد الاستشارات (الى حد اليوم)		
هل تابعت علاج طبي:	لا	نعم
نوعه:		
مدته:		

الجزء الأول:

يجب عليك الإجابة على جميع الأسئلة ويمكنك العودة الى سؤال لم تجيب عليه في اول وهلة، شريطة ان تجيب عليه بعد ذلك.

لك الوقت الكافي للقيام بهذه العملية.

بالنسب لكل الأسئلة المطروحة استخدم السلم التالي وضع علامة في الخانة المطابقة.

شدة او تواتر التظاهرة			
3.....	2.....	1.....	0.....
شديدة جدا	شديدة	ضعيفة	منعدمة

• اثناء الحدث: سوف نتطرق الى كل ما احسست به اثناء الحدث

3 2 1 0

	هل احسست بالرعب؟	A1
	هل احسست بالقلق؟	A2
	هل لديك إحساس بأنك في حال اخر؟	A3
	هل انتابتك تظاهرات جسمية مثل الارتجاف، التعرق، ارتفاع ضغط الدم، الغثيان، زيادة ضربات القلب؟	A4
	هل انتابك إحساس بأنك مشلول غير قادر على اصدار ردود أفعال متكيفة؟	A5
	هل اعتقدت فعلا بأنك ستموت؟	A6
	هل احسست بأنك وحيد ومهجور من طرف الاخرين؟	A7

_____ الملاحق

	هل احسست بأنك عديم القوة؟	A8
	مجA=	

• منذ الحدث:

سوف نتطرق الان الى كل ما تحس به حاليا:

3 2 1 0

	هل تطاردك ذكريات وصور الحدث طول النهار والليل؟	B1
	هل تعيش مجددا الحدث في الاحلام او الكوابيس؟	B2
	هل تجد صعوبة في التحدث عن الحدث؟	B3
	هل تشعر بالقلق عند التفكير بالحدث؟	B4
	مجB=	

3 2 1 0

	منذ الحدث هل ازدادت عندك صعوبات النوم أكثر من قبل؟	C1
	هل تعيش كوابيس لا يتعلق محتواها مباشرة بالحدث؟	C2
	هل ازداد لديك الاستيقاظ في الليل؟	C3
	هل تشعر بأنك لم تتم نهائيا؟	C4
	هل تشعر بالتعب عند الاستيقاظ؟	C5
	مجC=	

شدة او تواتر التظاهرة			
3.....	2.....	1.....	0.....
شديدة جدا	شديدة	متوسطة	ضعيفة

3 2 1 0

	هل أصبحت قلقا منذ الحدث؟	D1
	هل لديك نوبات قلق؟	D2
	ها تخشى العودة الى أماكن لها علاقة بالحدث؟	D3
	هل تحس بعد الأمن؟	D4
	هل تتجنب الأماكن والوضعيات والمشاهد (التلفزة) التي تثير لديك الحدث	D5
	مج D =	

3 2 1 0

	هل تحس بأنك يقظ ومنتبه للأصوات أكثر من السابق هل كثيرا ؟	E1
	هل أصبحت شديد الحذر أكثر من السابق ؟	E2
	هل أصبحت شديد الغضب أكثر من السابق ؟	E3

_____ الملاحق

E4	هل تجد صعوبة في التحكم بأعصابك (نوبة عصبية ...) ؟ ، وهل تميل إلى الهروب من كل وضعية غير محتملة ؟
E5	هل تشعر بأنك عدواني أكثر أو تخشى من عدم التحكم في عدوانيتك منذ الحدث ؟
E6	هل ظهرت لديك سلوكيات عدوانية منذ الحدث ؟
	مج E =

3 2 1 0

F1	عندما تعيد التفكير بالحدث أو تكون بوضعية تذكرك به . هل تظهر لديك ردود أفعال جسمية مثل آلام الرأس ، الغثيان ، الخفقان ، الارتجاف ، التعرق ، صعوبة التنفس ؟
F2	هل لاحظت تغيرات على وزنك ؟
F3	هل لاحظت تفهقر على حالتك الجسمية العامة ؟
F4	منذ الحدث هل تعرضت لمشاكل صحية كان من الصعب تحديد أسبابها ؟
F5	هل زدت من استهلاك بعض المواد (قهوة، سجائر ، كحول ، أدوية ...)
	مج F =

_____ الملاحق

3 2 0

	G1	هل تجد صعوبة في التركيز أكثر من السابق ؟
	G2	هل تعاني من فجوات بالذاكرة ؟
	G3	هل تجد صعوبة في تذكر الحدث أو بعض عناصره ؟
	مج G =	

3 2 1 0

	H1	هل فقدت الرغبة في بعض الأشياء التي كانت هامة لديك قبل الحدث؟
	H2	هل انخفضت لديك الطاقة والحيوية منذ الحدث ؟
	H3	هل لديك الشعور بالملل والتعب والإنهاك ؟
	H4	هل لديك مزاج حزين أو هل تتتابك نوبات من البكاء
	H5	هل تشعر بأن الحياة لا تستحق أن تعيش؟ وهل تراودك أفكار انتحارية؟
	H6	هل تعاني من صعوبات في علاقتك العاطفية أو الجنسية؟
	H7	منذ الحدث هل ظهر لك أن مستقبل مدمر ؟
	H8	هل لديك ميل للعزلة أو لرفض الاتصالات ؟
	مج H =	

3 2 1 0

11	هل تفكر بأنك مسؤول عن الطريقة التي جرت بها الأحداث أو كان عليك القيام بأفعال أخرى لتجنب بعض النتائج ؟	
12	هل تشعر بأنك مذنباً نتيجة كل ما فكرت به وما فعلته أثناء الحدث أو نجوت دون الآخرين ؟	
13	هل تشعر أنك مذلول أمام كل ما يحدث ؟	
14	منذ الحدث هل تشعر بالحط من قيمتك ؟	
15	منذ الحدث هل تشعر بالغضب العنيف أو الكره ؟	
16	هل تغيرت نظرتك للحياة أو لنفسك وللآخرين ؟	
17	هل تفكر بأنك لست مثلاً كنت سابقاً ؟	
	مج=	

3 2 1 0

J1	هل تتابع نشاطك الدراسي أو المهني ؟	
J2	هل تشعر بن نتائجك المدرسية أو المهنية مكافئة لنتائجك السابقة ؟	
J3	هل تستمر بلقاء أصدقائك بنفس الوتيرة ؟	
J4	هل قطعت علاقتك بالأقارب (الزوج، الآباء ، الأبناء ...) منذ الحدث ؟	
J5	هل تشعر بأن الآخرون لا يفهمونك ؟	

J6	هل تشعر بالهجر من طرف الآخرين ؟	
J7	هل وجدت مساندة من طرف أقاربك؟	
J8	هل تبحث دائما عن الرفقة أو حضور الآخرين ؟	
J9	هل تمارس نشاطاتك الترفيهية كما في السابق ؟	
J10	هل تجد لذة الحياة نفسها كما في السابق ؟	
J11	هل تشعر بأنك غير معني بالأحداث التي يتعرض لها محيطك ؟	
	مج ل =	

الجزء الثاني:

لقد قدمت حوصلة عن ما تعيشه اليوم ومن الممكن إن حدثت لك تغيرات منذ الحدث
الصدمي : اختفت بعض الاضطرابات بينما لا تزال اضطرابات أخرى . حدد فترة ظهور
الاضطرابات الموصوفة ومدة ، باستخدام السلالمة التالية:

فترة ظهور الاضطرابات منذ الحدث

0: غير معني بذلك.

1 :يوم الحدث نفسه.

2:بين 24 ساعة و 3 أيام.

3:بين 4 أيام و أسبوع.

4:بين أسبوع وشهر .

5: بين شهر و 3 أشهر.

6 : بين 3 أشهر و 6 أشهر.

مدة استمرار الاضطرابات

0 : غير معني بذلك.

1: فورا بعد الحدث.

2: أقل من أسبوع.

3: من أسبوع إلى شهر.

4: من شهر إلى 3 أشهر.

5: من 3 أشهر إلى 6 أشهر.

6: من 6 أشهر إلى عام.

مدة استمرارها	فترة ظهورها	الاضطرابات
		1- الاحساس بمعايشة الحدث مجددا في شكل صور وذكريات
		2- اضطرابات النوم: صعوبات النوم، كوابيس، استيقاظ ليلي أو ليالي بيضاء.
		3- القلق أو نوبات القلق
		4- الخشية من العودة إلى أماكن الحدث أو الأماكن المشابهة لها

		5- العدوانية: القابلية للغضب أو فقدان المراقبة
		6- اليقظة، الحساسية المفرطة للأصوات أو الحذر
		7- ردود أفعال سمية مثل التعرق، الارتجاف، آلام الرأس، الخفقان، الغثيان الخ
		8- المشاكل الصحية: فقدان الشهية، الجوع المرضي، تأزم الحالة الجسمية.
		9- زيادة استهلاك بعض المواد (قهوة، سجائر، الكحول، الأغذية) ... الخ
		10- صعوبات التركيز أو الذاكرة
		11- اللامبالاة، فقدان الطاقة والحيوية، الكآبة، الملل، رغبات في الانتحار.
		12- الميل إلى العزلة
		13- مشاعر الذنب أو الحياء

الملحق رقم 04: مقياس الجلد النفسي

التعليمة:

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن رؤيتك لشخصيتك، وكيف تواجه المواقف والضغوط في الحياة اقرا كل عبارة منها واجب عنها بوضع علامة (x) على كل عبارة حسب انطباق العبارة عليك اجب عن كل العبارات:

العبارات	غير صحيح	نادرا صحيح	أحيانا صحيح	غالبا صحيح	صحيح
01 أستطيع التكيف مع التغيرات					
02 لدي علاقة وثيقة اطمئن لها					
03 اشعر بالفخر لإنجازاتي					
04 اعمل من اجل تحقيق اهدافي					
05 أحس انني المسيطر على مسار حياتي					
06 اشعر ان اهدافي واضحة المعالم					
07 أدرك جانب المزحة في التعاملات					
08 تحدث الأمور لأسباب غيبية					
09 اعمل وفق حدسي					
10 أستطيع التعامل مع مشاعر غير سارة					
11 أحيانا يساعدنا القضاء والقدر كثيرا					
12 أستطيع التعامل مع كل ما يعترضني في طريقي					

					13	تمنحني النجاحات السابقة الثقة لمواجهة التحديات الجديدة
					14	التعامل مع الضغوط يعزز قوتي
					15	أحب مواجهة التحديات
					16	اتخذ قرارات صعبة وغير مقبولة اجتماعيا
					17	اعتقد أنني شخص قوي
					18	عندما تبدو الأمور ميؤوس منها لا أفقد الأمل
					19	ابذل قصارى جهدي مهما كانت الظروف
					20	أستطيع تحقيق اهدافي
					21	لا استسلم بسهولة للفشل
					22	اميل الى استعادة توازني بعد المشقة والمرض
					23	اعرف الى اين اتجه للحصول على المساعدة
					24	تحت الضغوط أركز وأفكر بوضوح
					25	أفضل اخذ المبادرة لحل المشاكل

الملحق رقم 05: تصريح الشرفي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لانجاز البحث



Faculty of Humanities and Social Sciences
Vice-Deanship of the College for Studies and
Student Issues

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic of Algeria
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
University Mohamed Boudiaf of M'sila



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
نيابة العمادة للدراسات والمسائل المرتبطة بالطلبة
الرقم: 2023/

تصريح شرفي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لانجاز بحث

انا الممضى ادناه :

السيد(ة): حمو الحبي إمام

الصفة(طالب، استاذ باحث، باحث دائم): طالبة

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 11.00.20.99.50.17.65.0007

الصادرة بتاريخ: 29-01-2020 عن دائرة: المسيلة

المسجل بكلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم: علم النفس

تخصص: علم النفس العملي تحت رقم التسجيل: 202035067986

والمكلف بانجاز اعمال بحث(مذكرة التخرج، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، اطروحة دكتوراه).

عنوانها: الجلد النفسي والصدمة النفسية لدى ضحايا الحروق

دراسة حالة بمستشفى الزهراوي

اصرح بشرفي بانني التزم بالمعايير العلمية والمنهجية ومعايير الاخلاقيات المهنية والنزاهة

الاكاديمية المطلوبة في انجاز البحث المذكور اعلاه

المسيلة في: 10-06-2025

امضاء المعني(ة):

المرجع: القرار الوزاري رقم: 933 المؤرخ في: 28-07-2016 المحدد للقواعد المتعلقة بالوقاية من السرقات العلمية ومكافحتها.



Faculty of Humanities and Social Sciences
Vice-Deanship of the College for Studies and
Student Issues

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic of Algeria
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
University Mohamed Boudiaf of M'sila



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
نيابة العمادة للدراسات والمسائل المرتبطة بالطلبة
الرقم: 2023/

تصريح شرفي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

انا الممضى ادناه :

السيد(ة): خوجبة علا

الصفة(طالب، استاذ باحث، باحث دائم): طالبة

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 110020995049850005

الصادرة بتاريخ: 16-03-2025 عن دائرة: المسيلة

المسجل بكلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم: علم النفس

تخصص: علم النفس العملي تحت رقم التسجيل: 202035068178

والمكلف بإنجاز اعمال بحث(مذكرة التخرج، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، اطروحة دكتوراه).

عنوانها: العمل النفسي وازمنة النفسية لدى محايي العروق

دراسة حالة بمستشفى الزهراوي

اصرح بشرفي بانني التزم بالمعايير العلمية والمنهجية ومعايير الاخلاقيات المهنية والنزاهة
الاكاديمية المطلوبة في انجاز البحث المذكور اعلاه

المسيلة في: 10-06-2025

امضاء المعني(ة):

المرجع: القرار الوزاري رقم: 933 المؤرخ في: 28-07-2016 المحدد للقواعد المتعلقة بالوقاية من السرقات العلمية ومكافحتها.

الملحق رقم 06: مقرر تعيين داخلي

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة الصحة

مديرية الصحة والسكان لولاية المسيلة

المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمسيلة

الرقم: 116/2025

مقرر تعيين داخلي

إن مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة،

- بمقتضى الأمر رقم 03/06 المؤرخ 15 جويلية 2006 المتضمن القانون الأساسي العام لتوظيف العمومية
- بمقتضى المرسوم رقم 99/90 المؤرخ في 27/03/1990 المتعلق بسلطة التعيين الإداري للموظفين وأعيان الإدارة المركزية والولايات والبلديات والمؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري
- بمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 304/07 المؤرخ في 29/09/2007 الذي يحدد الشبكات الاستشفائية لمرتبات الموظفين المؤرخ في 19/05/2007 والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها
- بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 121/11 بتاريخ 20/03/2011 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية
- بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19/05/2007 والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها
- بناء على مراسلة السيد : عميد جامعة محمد يوسف - المسيلة -

يقرر

المادة الأولى: (ت) يوجه السيد (ة) : صواحي إكرام

رصفته (ها) طالب (ة) جامعة محمد يوسف بالمسيلة

تخصص : علم النفس العيادي : السنة : ماستر 2 - دراسة ميدانية -

لإجراء تدرّس ابتداء من تاريخ : 2025/04/27 إلى غاية : 2025/06/01

المادة الثانية: يحلف السادة مدير الموارد البشرية والمدير الفرعي للمصالح الصحية

بتنفيذ هذا المقرر حسب الاختصاص

المسيلة في

المدير

المدير الفرعي للموارد البشرية

يوسف سليم

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة
مديرية الصحة والسكان بولاية المسيلة
المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمسيلة
الرقم: 2025/ 115

مقرر
الزهراني (بالمنع)

إن مدير المؤسسة العمومية

بمقتضى الأمر رقم 03/06 المؤرخ 15 جويلية 2006، المتضمن القانون الأساسي للمؤسسات العمومية
بمقتضى المرسوم رقم 99/91 المؤرخ في 03/27/، المتعلق بسلطة تعيين الإداريين للمؤسسات العمومية
وأصوات الإدارة المركزية والولايات والبلديات والمؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري
بمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 304/07 المؤرخ في 29/09/2007 الذي يحدد الشبكة الاستشفائية
لمرتبات الموظفين المؤرخ في 19/05/2007 والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية
والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها
بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 121/11 بتاريخ 20/03/2011 المتضمن القانون الأساسي
الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك طب الأطباء للصحة العمومية
بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19/05/2007 والمتضمن إنشاء المؤسسات
العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها .
بناء على مراسلة السيد : صديق جامعة محمد بوضياف - المسيلة - .

يقرر

المادة الأولى: (ت) يوجه السيد (ة) : خوججة علا
بصفته (ها) طالبا (ة) جامعة محمد بوضياف المسيلة
لتخصص : علم النفس العيادي السنة : ماستر 2 - دراسة ميدانية -
لإجراء تريض ابتداء من تاريخ : 2025/04/27 إلى غاية : 2025/05/01

المادة الثانية : يكلف السادة مدير المواءمة والمدير الفرعي للمصالح الصحية بتنفيذ هذا الأمر كل حسب اختصاصه .

المسيلة في
المدير

المدير الفرعي للمصالح الصحية