



الحكومة السورّية المؤقتة

وزارة التربيّة والتعليم

جامعة حلب في المناطق المحررة

كلية التربيّة

قسم الإرشاد النفسيّ

الخبرات الصّادمة وعلاقتها بمعنى الحياة لدى

الأشخاص مبتوري الأطراف

رسالة أعدت لنيل درجة الماجستير في الإرشاد النفسيّ

إعداد الطّالب:

باسم عبد الحميد يوسف

ياشرف:

المشرف المشارك

د. عبد الحي المحمود

مدرس في كلية التربيّة

المشرف الرّئيس

أ.د. عماد برق

أستاذ في كلية التربيّة

العام الدراسي:

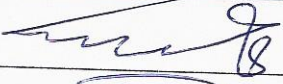


1443- 1444 هـ

2022-2023 م

نوقشت رسالة الماجستير للطالب: باسم يوسف.

والمعونة ب: (الخبرات الصادمة وعلاقتها بمعنى الحياة لدى الأشخاص مبتوري الأطراف).

وأجيزت الرسالة يوم الثلاثاء الواقع في 18 / 07 / 2023 من قبل السادة أعضاء لجنة الحكم الآتية أسماؤهم:

التوقيع	الصفة	الإسم
	رئيساً ومشرفاً	أ. د. عماد برق
	عضواً	أ. م. د. سهام عبد العزيز
	عضواً	د. محمد العمر

تم إجراء التعديلات المطلوبة وأصبحت الرسالة صالحة لنيل درجة الماجستير في التربية- قسم الإرشاد النفسي.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

يَرْفَعِ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ
أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ

خَيْرٌ

إهداء

لأرواح شهداء أمتنا الأبرار

لكل من بتر له طرفه في سبيل الحرية والكرامة

لروح أبي الغالي الذي شجعني على إتمام دراستي

لأمي العظيمة التي أمدتني بالدعاء والحب

لأخوتي سدي في الحياة

لمؤنستي وداعمتي وشريكتي زوجتي الغالية

لابنتي المدللة الحبيبة

لجميع الأصدقاء الذين ساعدوني وساندوني

أهدي إليكم جميعاً هذا العمل..

وأسأل المولى أن يتقبل مني هذا العمل المتواضع وأن

يجعله في ميزان حسناتكم وحسناتي.

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين وأفضل الصلاة وأتم التسليم على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

أتقدم بالشكر الوافر لمرشدي ومعلمي ومشرفي الأستاذ الدكتور عماد برق الذي لم يبخل علي بأيّ جهد أو معلومة لإتمام هذه الرسالة، كما أشكر المشاركة الكريمة من الدكتور عبد الحي المحمود ووافر الشكر لأعضاء لجنة التحكيم السادة الدكتورة سهام عبد العزيز والدكتور محمد العمر ولكل من شارك بمساعدتي وتوجيهي سواء من أعضاء الهيئة التدريسية في جامعة حلب في المناطق المحررة وكل من ساعد في تحكيم المقاييس والتعاون من الدكاترة الأفاضل من باقي الجامعات.

وواجب علي أن أشكر زملائي الأخصائيين والداعمين النفسيين العاملين في مراكز الأطراف الصناعية والعلاج الفيزيائي في محافظة إدلب الذين ساعدوني في تطبيق المقاييس وجمع المعلومات.

كما أشكر الأساتذة الأفاضل إداريين كل من المركز التخصصي للعلاج الفيزيائي والمشروع الوطني للأطراف الصناعية ومنظمة يدا بيد على التعاون في الحصول على المعلومات الخاصة بالدراسة وتسهيل التطبيق.

الباحث

المستخلص:

اسم الجامعة: جامعة حلب في المناطق المحررة اسم الكلية: كلية التربية التخصص: الإرشاد النفسي الدرجة العلمية: الماجستير	اسم الباحث: باسم عبد الحميد يوسف اسم المشرف الرئيس: أ.د. عماد برق المشرف المشارك: د. عبد الحي المحمود	تاريخ الدراسة: 18-07-2023 م عدد صفحات الدراسة:
--	---	---

عنوان الدراسة: الخبرات الصادمة وعلاقتها بمعنى الحياة لدى الأشخاص مبتوري الأطراف

هدفت الدراسة إلى تعرف طبيعة العلاقة بين الخبرات الصادمة ومعنى الحياة لدى أفراد عينة الدراسة وتعرف مستوى الخبرات الصادمة ومعنى الحياة لدى أفراد عينة الدراسة ، كما هدفت للكشف عن الفروق في كل من مستوى الخبرات الصادمة ومعنى الحياة تبعاً لمجموعة من المتغيرات (الجنس، نوع البتر، الإقامة، تركيب طرف صناعي، تلقي جلسات دعم نفسي) ، تكونت عينة الدراسة من 370 شخص بالغ (300 ذكور و70 إناث) من مبتوري الأطراف تم اختيارهم بالطريقة العشوائية الطبقيّة من مراكز العلاج الفيزيائي والأطراف الصناعية والمناطق في محافظة إدلب، وقد اعتمد الباحث في الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدم الباحث مقياس تروماك (Traumaq) للصدمة النفسية ومقياس معنى الحياة لهارون الرشيدي، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود مستوى مرتفع من الخبرات الصادمة ومستوى منخفض من معنى الحياة لدى أفراد عينة الدراسة ، كما توصلت لوجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الخبرات الصادمة ومعنى الحياة لدى أفراد عينة الدراسة وهي علاقة قوية وعكسية، كما توصلت لوجود فروق في مستوى الخبرات الصادمة لدى أفراد عينة الدراسة يُعزى لمتغير الجنس ومتغير نوع البتر ومتغير نوع الإقامة ومتغير تركيب طرف صناعي بينما لم يكن هناك فروق في مستوى الخبرات الصادمة يُعزى لمتغير تلقي/عدم تلقي جلسات دعم نفسي ، كما توصلت الدراسة لوجود فروق في مستوى معنى الحياة لدى أفراد عينة الدراسة تُعزى لمتغير الجنس ومتغير نوع البتر ومتغير تركيب طرف صناعي بينما لم يكن هناك فروق في مستوى معنى الحياة يُعزى لمتغير الإقامة ومتغير تلقي/عدم تلقي جلسات دعم نفسي .

وتوصل الباحث بالاعتماد على نتائج الدراسة لمجموعة من التوصيات والمقترحات التي قد تساعد بتحسين وضع مبتوري الأطراف. الكلمات المفتاحية: الخبرات الصادمة، معنى الحياة، مبتوري الأطراف، البتر، الصدمة النفسية.

The Abstract:

University name: University of Aleppo in the liberated areas College name: College of Education Specialization: psychological counseling Academic degree: Masters	Researcher name: Basem Abdul Hamid Yousef Name of the main supervisor: Prof. Dr. Emad Barq Co-supervisor: Dr. Abdul Hai Mahmoud	Study date: 18-07-2023 Number of study pages:225
Study Title: Traumatic experiences and Their relationship to the meaning of life for amputees.		
<p>The study aimed to determine the nature of the relationship between traumatic experiences and the meaning of life among individuals in the study sample. It also aimed to identify the levels of traumatic experiences and the meaning of life among individuals in the study sample. Furthermore, it aimed to uncover differences in both levels of traumatic experiences and the meaning of life based on a set of variables (gender, type of amputation, residence, prosthetic limb usage, receiving psychological support sessions). The study sample consisted of 370 adults (300 males and 70 females) with limb amputations, who were randomly selected from physical therapy centers and prosthetic limb facilities in Idlib Governorate. The researcher used a descriptive-analytical approach and employed the Traumaq scale for psychological trauma and Haroun Al-Rasheedi's scale for the meaning of life. The study results indicated a high level of traumatic experiences and a low level of the meaning of life among individuals in the study sample. The results also demonstrated a statistically significant and strong inverse correlation between traumatic experiences and the meaning of life among individuals in the study sample. Moreover, differences in the level of traumatic experiences were found among individuals in the study sample, attributed to gender, type of amputation, type of residence, and prosthetic limb usage. However, no differences in traumatic experiences were attributed to the variable of receiving/not receiving psychological support sessions. The study also found differences in the level of the meaning of life among individuals in the study sample, attributed to gender, type of amputation, and prosthetic limb usage. Yet, no differences in the meaning of life were attributed to the variables of residence and receiving/not receiving psychological support sessions. Based on the study's findings, the researcher provided a set of recommendations and suggestions that could contribute to improving the situation of individuals with limb amputations.</p> <p>Keywords: Traumatic experiences, meaning of life, limb amputees, amputation, psychological trauma.</p>		

الصفحة	فهرس المحتويات	
أ	اهداء	
ب	شكر وتقدير	
ج	مستخلص الدراسة باللغة العربية	
د	مستخلص الدراسة باللغة الإنكليزية -The Abstract-	
هـ	فهرس المحتويات	
و	فهرس الجداول	
ز	فهرس الأشكال	
ي	فهرس الملاحق	
10-1	التعريف بالدراسة	الفصل الأول
4-2	أولاً- المقدمة.	
7-4	ثانياً- مشكلة الدراسة وتساؤلاتها.	
8-7	ثالثاً- أهمية الدراسة.	
9-8	رابعاً- أهداف الدراسة.	
10-9	خامساً- مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية.	
10	سادساً- حدود الدراسة.	
93-11	الإطار النظري للدراسة	الفصل الثاني
52-13	Traumatic experiences الخبرات الصادمة	المدخل الأول
13	- تمهيد	
19-14	أولاً- التطور التاريخي للخبرات الصادمة	
23-19	ثانياً- تعريف الخبرات الصادمة	
26-23	ثالثاً- تعريف الحدث الصادم	
28-26	رابعاً- أنواع الصدمات	
31-28	خامساً- العوامل المؤثرة في الاستجابة للخبرات الصادمة	
37-31	سادساً- النظريات المفسرة للصدمة النفسية	
44-37	سابعاً- الآثار الناجمة عن الخبرات الصادمة	
52-45	ثامناً- أساليب المساعدة في التعامل مع الصدمة	
74-53	معنى الحياة Meaning of life	المدخل الثاني
54	- تمهيد	
56-55	أولاً- التطور التاريخي لمعنى الحياة في العلوم المختلفة	
59-56	ثانياً- مفهوم معنى الحياة وتعريفه	
62-59	ثالثاً- مكونات معنى الحياة وأبعاده	
63-62	رابعاً- مفاهيم متعلقة بمعنى الحياة	
64-63	خامساً- مصادر معنى الحياة	
69-65	سادساً- النظريات المفسرة لمعنى الحياة	

71-69	سابعاً- تغيير معنى الحياة بعد التعرض لأحداث صادمة
74-71	ثامناً- طرق تحسين معنى الحياة
93-75	المدخل الثالث البتر
76	-تمهيد
78-77	أولاً-تعريف البتر
78	ثانياً-أسباب البتر
80-79	ثالثاً-مستويات البتر وأنواعه
84-80	رابعاً-المشكلات الناتجة عن البتر
87-84	خامساً- التأهيل بعد البتر
102-88	الفصل الثالث الدراسات السابقة
89	تمهيد:
95-89	أولاً- الدراسات التي تناولت الخبرات الصادمة
92-89	1- الدراسات العربية
95-92	2- الدراسات الأجنبية
100-95	ثانياً- الدراسات التي تناولت معنى الحياة
97-95	1- الدراسات العربية
100-97	2- الدراسات الأجنبية
102-100	ثالثاً- التعقيب على الدراسات السابقة ومكانة الدراسة الحالية بينها
138-103	الفصل الرابع منهج الدراسة وإجراءاتها
104	تمهيد:
104	أولاً- منهج الدراسة
107-104	ثانياً-مجتمع الدراسة
113-108	ثالثاً-عينة الدراسة وإجراءات تشخيصها
134-113	رابعاً-أدوات الدراسة
136-134	خامساً-إجراءات الدراسة
137-136	سادساً-الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل نتائج الدراسة
138-137	سابعاً-الصعوبات التي واجهت الباحث وطرق تجاوزها.
179-139	الفصل الخامس نتائج الدراسة ومناقشتها
178-140	أولاً- عرض نتائج أسئلة الدراسة ومناقشتها
144-140	1- نتائج السؤال الأول وتفسيره.
147-144	2- نتائج السؤال الثاني وتفسيره.
150-148	3- نتائج السؤال الثالث وتفسيره.
153-150	4- نتائج السؤال الرابع وتفسيره.
156-153	5- نتائج السؤال الخامس وتفسيره.
158-156	6- نتائج السؤال السادس وتفسيره.
161-158	7- نتائج السؤال السابع وتفسيره.
165-161	8- نتائج السؤال الثامن وتفسيره.
167-165	9- نتائج السؤال التاسع وتفسيره.

170-167	10-نتائج السؤال العاشر وتفسيره.
172-170	11-نتائج السؤال الحادي عشر وتفسيره.
175-172	12-نتائج السؤال الثاني عشر وتفسيره.
178-175	13-نتائج السؤال الثالث عشر وتفسيره.
179-178	ثالثاً- التوصيات والمقترحات
195-180	قائمة المراجع
187-181	أولاً- قائمة المراجع باللغة العربية
195-188	ثانياً- قائمة المراجع باللغة الأجنبية References
221-196	ملاحق الدراسة
225-222	ملخصات الدراسة
223-222	ملخص الدراسة باللغة العربية
225-224	ملخص البحث باللغة الانكليزية Summary

فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
105	إحصاء تقريبي غير رسمي لعدد الأفراد مبتوري الأطراف في إلب عام 2022	1
107	توزع مبتوري الأطراف ونسبهم حسب مناطق محافظة إلب	2
110	خصائص مجتمع الدراسة وعينتها ونسبة السحب حسب متغير الجنس	3
110	خصائص مجتمع الدراسة وعينتها ونسبة السحب حسب متغير نوع البتر	4
111	خصائص مجتمع الدراسة وعينتها ونسبة السحب حسب متغير الإقامة	5
112	خصائص مجتمع الدراسة وعينتها ونسبة السحب حسب متغير تركيب الطرف	6
112	خصائص مجتمع الدراسة وعينتها ونسبة السحب حسب تلقي أو عدم تلقي جلسات دعم نفسي	7
116	مستوى الصدمة النفسية حسب مجموع درجات الأفراد على مقياس تروماك	8
117	العبارات المحذوفة والمضافة وعدد البنود لكل سلم قبل وبعد التحكيم لمقياس الخبرات الصادمة	9
118	حساب معاملات الصدق لمقياس الخبرات الصادمة بطريقة الصدق التمييزي.	10
121-119	معاملات الارتباط بيرسون لمقياس الخبرات الصادمة بين كل بند والدرجة الكلية للبعد.	11
121	معامل الارتباط بيرسون بين كل بعد مع الأبعاد الأخرى والدرجة الكلية لمقياس الخبرات الصادمة	12
122	معاملات الارتباط بيرسون لمقياس الخبرات الصادمة بين كل بند والدرجة الكلية لمقياس الخبرات الصادمة	13
124-123	معاملات ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية وثبات الإعادة لمقياس الخبرات الصادمة	14
125	دلالة مستوى الصدمة النفسية لدرجات الأفراد على أبعاد مقياس تروماك والدرجة الكلية بعد التعديل	15
128	العبارات المحذوفة والمضافة وعدد البنود لكل سلم قبل وبعد التحكيم لمقياس معنى الحياة	16
129	حساب معاملات الصدق لمقياس معنى الحياة بطريقة الصدق التمييزي	17
131-130	معاملات الارتباط لمقياس معنى الحياة بين كل بند والدرجة الكلية للبعد	18

131	معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس معنى الحياة ودرجات الأبعاد الأخرى وبين درجات أبعاد المقياس ودرجته الكلية	19
132	معاملات الارتباط بيرسون لمقياس بين كل بند والدرجة الكلية لمقياس معنى الحياة	20
133	معاملات ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية وثبات الإعادة لمقياس معنى الحياة	21
134	دلالة مجموع الدرجات الكلية للأفراد على مقياس معنى الحياة	22
141	المتوسط الفرضي والمحسوب والانحراف المعياري ونتائج اختبار ت- One Sample Test والوزن النسبي لدرجات أفراد العينة على كل بعد من أبعاد مقياس الخبرات الصادمة والدرجة الكلية	23
145	المتوسط الفرضي والمحسوب والانحراف المعياري ونتائج اختبار ت- One Sample Test والوزن النسبي لدرجات أفراد العينة على كل بعد من أبعاد مقياس معنى الحياة والدرجة الكلية	24
149-148	نتائج معامل الارتباط بيرسون بين أبعاد مقياسي الخبرات الصادمة ومعنى والدرجة الكلية للمقياسين لدى عينة الدراسة	25
151-150	دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس الخبرات الصادمة تبعاً إلى متغير الجنس (ذكور، إناث).	26
154-153	دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس معنى الحياة تبعاً إلى متغير الجنس (ذكور، إناث).	27
156	نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) لمقياس الخبرات الصادمة تبعاً إلى متغير نوع البتر (علوي-سفلي-ثنائي)	28
157	نتائج اختبار المقارنات البعدية شيفيه للفروق في مستوى الخبرات الصادمة	29
159	نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) لمقياس معنى الحياة تبعاً إلى متغير نوع البتر (علوي-سفلي-ثنائي)	30
159	نتائج اختبار المقارنات البعدية شيفيه للفروق في مستوى معنى الحياة	31
162-161	نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين النازحين والمقيمين على مقياس الخبرات الصادمة	32
166-165	نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين النازحين والمقيمين على مقياس معنى الحياة	33
168-167	اختبار (ت) لدلالة الفروق تبعاً إلى متغير (مع، بدون) طرف صناعي على مقياس الخبرات الصادمة	34
171-170	نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق تبعاً إلى متغير (مع، بدون) طرف صناعي على مقياس معنى الحياة	35
173-172	نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق تبعاً إلى متغير (تلقي، عدم تلقي) جلسات دعم نفسي على أبعاد مقياس الخبرات الصادمة والدرجة الكلية.	36
176	نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق تبعاً إلى متغير (تلقي، عدم تلقي) جلسات دعم نفسي على أبعاد مقياس معنى الحياة والدرجة الكلية	37

فهرس الأشكال

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
106	التمثيل البياني لتوزع مبتوري الأطراف في إدلب حسب خصائص المجتمع	1
107	التمثيل البياني لتوزع مبتوري الأطراف ونسبهم حسب مناطق محافظة إدلب	2
110	التمثيل البياني لتوزع أفراد عينة الدراسة وفقاً إلى متغير الجنس	3
111	التمثيل البياني لتوزع أفراد عينة الدراسة وفقاً إلى متغير نوع البتر	4
111	التمثيل البياني لتوزع أفراد عينة الدراسة وفقاً إلى متغير الإقامة	5
112	التمثيل البياني لتوزع أفراد عينة الدراسة وفقاً إلى متغير تركيب أو عدم تركيب طرف صناعي	6
113	التمثيل البياني لأفراد عينة الدراسة وفقاً إلى متغير تلقي/عدم تلقي جلسات دعم نفسي	7
142	تمثيل بياني لنسب توزع نتائج أفراد العينة على مقياس الخبرات الصّادمة	8
146	تمثيل بياني لنسب توزع نتائج أفراد العينة على مقياس معنى الحياة	9
152	التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدّرجة الكلّيّة لمقياس الخبرات الصّادمة ومجالاته الفرعية وفقاً إلى متغير الجنس (ذكور، اناث)	10
155	التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدّرجة الكلّيّة لمقياس معنى الحياة ومجالاته الفرعية وفقاً إلى متغير الجنس (ذكور، اناث)	11
157	تمثيل البياني للفروق في درجات أفراد العينة على مقياس الخبرات الصّادمة تبعاً لنوع البتر	12
160	تمثيل بياني يوضح الفروق في درجات متوسطات الأفراد على مقياس معنى الحياة تبعاً لنوع البتر	13
163	تمثيل بياني يوضح الفروق في درجات الأفراد على مقياس الخبرات الصّادمة تبعاً لنوع الإقامة (مقيم، نازح)	14
166	تمثيل بياني يوضح الفروق في درجات الأفراد على مقياس معنى الحياة تبعاً لنوع الإقامة (مقيم، نازح)	15
169	تمثيل بياني للفروق في درجات متوسطات الأفراد على مقياس الخبرات الصّادمة تبعاً إلى متغير تركيب أو عدم تركيب طرف صناعي	16
171	تمثيل بياني يوضح الفروق في درجات متوسطات الأفراد على مقياس معنى الحياة تبعاً لتركيب/عدم تركيب طرف صناعي	17
174	تمثيل بياني يوضح الفروق في متوسطات درجات الأفراد على مقياس الخبرات الصّادمة تبعاً لتلقي/عدم تلقي جلسات دعم نفسي	18
177	تمثيل بياني يوضح الفروق في درجات متوسطات الأفراد على مقياس معنى الحياة تبعاً لتلقي/عدم تلقي جلسات دعم نفسي	19

فهرس الملاحق

رقم الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
205-197	مقياس الخبرات الصّادمة استبيان تروماك (Traumaq) بصورته الأولىّة.	1
207-206	مقياس معنى الحياة بصورته الأولىّة.	2
210-208	أسئلة الدّراسة الاستطلاعية للخبرات الصّادمة	3
211	أسئلة الدّراسة الاستطلاعية لمعنى الحياة.	4
212	قائمة بأسماء لجنة التحكيم.	5
217-213	مقياس الخبرات الصّادمة استبيان تروماك (Traumaq) بصورته النهائيّة	6
219-218	مقياس معنى الحياة بصورته النهائيّة.	7
220	ورقة تسهيل مهمة الطالب.	8
221	إحصائية تقريبيّة لمبتوري الأطراف في محافظة إدلب	9

الفصل الأول الإطار المنهجي للدراسة

أولاً- المقدمة.

ثانياً- مشكلة الدراسة وتساؤلاتها.

ثالثاً- أهمية الدراسة.

رابعاً- أهداف الدراسة.

خامساً- مصطلحات الدراسة وتعريفاتها

الإجرائية.

سادساً- حدود الدراسة.

أولاً- المقدمة:

يعيش أفراد المجتمعات في العصر حالة من الضغوط النفسية بسبب التغيرات الحياتية في جميع مجالات الحياة وزيادة الواجبات والمشاكل التي تفرزها تلك التغيرات، إلا أن تلك الضغوط تصبح أشد وأقوى في حال تعرضت تلك المجتمعات لكوارث وحروب.

وقد اهتم العديد من فروع علماء النفس بدراسات تأثير الحروب والأحداث على حياة الناس وبالأخص تأثير الصدمات النفسية الناتجة عنها، فالأحداث الصدمية التي تفرضها الحرب قد تؤدي لبقاء آثارها على أصحابها وتشكل لديهم خبرات صادمة، وبحسب ما أكدته منظمة الصحة العالمية فإن الأحداث الصادمة تترك آثارها على نفسية المصابين تتراوح بين ردود فعل مؤقتة -لا تتجاوز بضعة أسابيع أو أشهر- إلى اضطرابات ومشاكل وانفعالات أشد قد تمتد آثارها إلى فترة أطول من ذلك قد تستمر مدى الحياة (منظمة الصحة العالمية في العراق، 2009، ص. 13).

وقدرت منظمة الصحة العالمية عام (2019) أن (17) % من البالغين المتواجدين في مناطق النزاع يعانون من اضطرابات طفيفة إلى متوسطة في صحتهم النفسية، بحاجة للحصول على دعم غير متخصص لحلها، بينما ارتفع عدد البالغين المصابين باضطرابات حادة إلى (5) % (منظمة إنقاذ الطفولة، 2019، ص. 1).

وتعد الإصابات الجسدية للأشخاص من أصعب نتائج الأحداث الصادمة التي تتسبب فيها الحروب وما ينتج عنها أحياناً من فقدان طرف أو وظيفة هذا الطرف التي قد يسبب لصاحبها إعاقة دائمة، ويرتفع عدد هذه الحالات في المجتمعات التي تستمر فيها الحروب لمدة طويلة بشكل كبير كما هو الوضع في سوريا إذ تسببت الحرب فيها منذ عام (2011) وحتى تاريخ إعداد الدراسة بوجود أعداد كبيرة من الأشخاص الذين تعرضوا لبتير طرف أو أكثر، وفي إحصائية نشرتها منظمة الصحة العالمية لأعداد المصابين نتيجة الحرب في سوريا ظهر أن هناك ثلاثة ملايين شخص أصيبوا بجروح بينهم مليون ونصف مليون يعيشون اليوم مع إعاقة دائمة و (86) ألفاً اضطروا للخضوع لعمليات بتر أطراف وأن ثلث مصابي الحرب هم من الأطفال وذلك حتى شهر كانون الأول من عام (2017). (عبد النور وآخرون، 2017، فقرة 1).

وقد أشارت إحصائيات منفصلة إلى أن عدد الجرحى السوريين منذ بدء الحرب تجاوز حد (2.23) مليون جريح (19) % منهم من الأطفال و (11) % من النساء وأن أكثر من (22) ألف من هؤلاء الجرحى

فقدوا على الأقل طرفاً علوياً أو سفلياً، وأنَّ أصعب الحالات التي تمر خلال الإصابات هي حالات البتر، نظراً إلى أنَّ المراكز التي تعنى بها محدودة وإمكانياتها صعبة جداً نتيجة التكلفة المرتفعة لصناعة الأطراف محلياً، ويحتاج هؤلاء المصابون إلى رعاية صحيّة خاصة، ودعم مالي كبير لتكريب أطراف اصطناعيّة لتعويض ما تمّ فقده، إضافة إلى علاج فيزيائي متواصل، ودعم معنويّ ونفسيّ كبير. (العبد الله، 2018، فقرة 1)

والبتر هو حالة من العجز تودّي إلى إعاقات جسميّة حركيّة والتي تترتب عنها عدم وجود العضو نفسه (العضو المبتور) وبالتالي يفقد الإنسان وظيفة العضو فقداً دائماً مما يسبب له صدمة نفسيّة يؤثر على حياته الشخصيّة والاجتماعيّة والمهنيّة بدرجات متفاوتة تتوقّف على حالة البتر ونوعه (عبد الرحمن، 2001، ص. 176).

وبما أنَّ البتر يسبّب إعاقة حركيّة فهي مهما كانت صورتها أو شدّتها تترك بصماتها على أصحابها فالإحساس بالتقص والحزن والحسرة على النفس يودّي إلى اتجاه سلبي نحو الذات والذي يؤثر على معنى الحياة لدى الشّخص وقد يودّي إلى فقده (محمود، 2015، ص. 8).

وقد لوحظ أنّ إعادة تعريف معنى وأهميّة الحياة أو فقدان الغرض منها من أهم ردود الفعل الوجوديّة التي تلي تعرض الشّخص للأحداث الصّادمة (Pietrzak et al, 2011, pp.678-680).

يعد مفهوم معنى الحياة Meaning of life من المفاهيم الحديثة التي ظهرت بشكل واضح على يد رائد العلاج بالمعنى (فيكتور فرنكل) ليرسم من خلال هذا المفهوم بعداً جديداً من أبعاد الشّخصيّة على خلاف ما جاءت به المدارس النفسيّة الأخرى (أبو غزالة، 2007، ص. 265).

ومعنى الحياة من المفاهيم التي ارتبطت بعلم النفس الإيجابي، وهو من المواضيع المهمة في حياة الإنسان، ووفقاً للمحلل النفسيّ الفرويديّ برونو "إنَّ أعظم احتياجاتنا وإنجازنا الأكثر صعوبة هو إيجاد معنى لحياتنا، وقد تمّ ربط الشعور بأن حياة المرء ذات مغزى بالعديد من مؤشرات الصّحة العقلية والجسديّة لدرجة أنّه تمّ تسميتها -بالمؤشر الرئيسيّ للرفاهيّة-". (Steger, 2017, pp. 75-85)

وفرنكل (Frankl) في كتابه (بحث الإنسان عن المعنى) يرى أنّ الدّافع الأساسيّ لدى الإنسان هو إرادة المعنى، وهو يفوق دافع اللذة أو خفض التوتّر أو دافع تحقيق الذات، وهذا الدّافع هو جاذبيّة وجوديّة تنبعث من المعنى الذي اختاره الفرد لحياته (فرنكل، 1982، ص. 134).

يرى فرنكل أنّ شخصيّة الفرد لا تتكوّن فقط من بعدين نفسيّ وجسديّ، بل هناك بعد هو أكثر عمقاً هو البعد الروحيّ وهو الذي يسمح للتجارب الإنسانية الفريدة من نوعها أن تبرز وهو مصطلح روحيّ ليس له أي مدلول دينيّ بل استعمله فقط لوصف ما هو جوهر الحياة (Frankl, 2009, p.16).

وبتأصيله لمفهوم معنى الحياة أشار فرنكل إلى أنّ الإنسان ليس مجرد موجود كباقي الموجودات لكن هو موجود وله معنى وهدف وغايّة ويستطيع أن يرسخ هذا المعنى من خلال إرادة حرة وشعور بالمسؤوليّة ليستطيع أن يعيش وينجز ويحقق أهدافه المستقبلية (أبو الهدى , 2011 , ص. 71).

ومن خلال هذه الدراسة فقد سعى الباحث للتركيز على فئة مبتوري الأطراف من حيث تأثرهم بالخبرات الصّادمة والآثار التي خلفها البتر لديهم وعن معنى الحياة ومكوناته وكيفية اكتشافه وتغييره وما يمكن أن يحدثه من تغيير سلبيّ أو إيجابيّ في حياتهم.

ثانياً - مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

يعد البتر نقطة تحوّل في حياة الشّخص تجعلها مختلفة عما كانت عليه في الماضي، والبتر من أصعب أنواع الإصابات والإعاقات التي ترافق صاحبها ما بقي على قيد الحياة، ومبتوري الأطراف خلال الحرب هم أصحاب الجزء الأكبر من المعاناة، ويحتاج هؤلاء المصابون لرعاية صحيّة خاصة، ودعم مالي كبير لتزويج أطراف اصطناعية لتعويض ما تمّ فقده، إضافة إلى علاج فيزيائي متواصل، ودعم معنويّ ونفسيّ كبير. (العبد الله، 2018، فقرة 2)

وأكدت دراسة ليو وآخرون (Liu et al, 2010) أنّ مبتوري الأطراف يعانون من الاضطرابات النفسيّة والاجتماعيّة والجسديّة، وأنهم يجاهدون من أجل مواجهة التّحديات التي خلفها البتر على حياتهم.

فالبتر قد يوقف الأنشطة والعمل الذي كان يقوم به الشّخص قبل البتر، وكذلك قد تتغيّر نظرة الشّخص إلى نفسه ونظرة النّاس إليه، مما يزيد من الأعباء الاقتصاديّة والاجتماعيّة ويضعف من تأثير البتر بوصفه حدثاً صادماً ويجعله تجربة قاسية وسلبية، إلا أنّ استجابة الأفراد قد لا تكون هي نفسها لدى جميع من مروا بالخبرة نفسها ويرجع ذلك إلى عوامل وعناصر متعددة ومختلفة، وهذا ما أكدته شعبان بأنّ هناك عنصرين رئيسيين يؤثّران في نظرة الفرد إلى الحدث على أنّه حدث صدمي: طبيعة الحدث الصّادم، ومعنى الحدث بالنسبة للفرد، فبعض الأحداث تعد صدمة لبعض الأفراد ولا تعد كذلك للأفراد الآخرين. (شعبان، 2013، ص. 12)

ومن خلال عمل الباحث (أخصائي دعم نفسي اجتماعي) في بعض مراكز العلاج الفيزيائي والنقاط الطبية في محافظة إدلب لاحظ أنّ هناك تبايناً كبيراً في تأثير البتر على الأشخاص الذين قابلهم ، ففي حين استسلم البعض للعجز والإعاقة وتوقفت أنشطته وعمله وأهدافه في الحياة وجد البعض الآخر في هذه الخبرة فرصة لبعض التغييرات الإيجابية وعدم التركيز على الآثار السلبية للبتر، فمن وجهة نظرهم - الضربة التي لا تكسر الظهر تقويه - وبالتالي حولوا هذه المحنة إلى منحة وأصبحت لديهم أهداف وأنشطة جديدة ولم تتوقف حياتهم عند ذلك الحدث الصادم ، أما الفئة الأولى التي استسلمت للعجز فكانوا يرددون عبارات مثل (لم يبق شيء أعيش من أجله، لم يبق طعم لحياتي ، لييتي متّ قبل أن أخسر طرفي)، وكان أغلب كلامهم ومشاكلهم مرتبطاً بعبارة (لم يبق معنى لحياتي) ، حتى أنّ بعضهم لم يقدّم بتركيب طرف اصطناعيّ أو حتى إكمال العلاج بسبب استسلامه للإعاقة، وبالتالي من المهم البحث في كون معنى الحياة لدى الشخص بعد البتر هو السبب في اختلاف الاستجابة بين الفئتين؟ وهل يتأثر معنى الحياة بمستوى الخبرة الصادمة لدى الشخص بعد البتر أو أنّه لا يوجد علاقة؟!.

وعند البحث في الدراسات السابقة، وجد الباحث قلّة في الدراسات التي تناولت موضوع البتر بوصفه خبرة صادمة، لم يستطع الباحث الوصول إلى أيّ دراسة بين معنى الحياة والخبرات الصادمة في سوريا بعد الحرب على الرغم من وجود أعداد كبيرة من مبتوري الأطراف، وحتى الدراسات التي تناولت العلاقة بين الموضوعين كانت نادرة إذ لم يجد الباحث سوى دراسة واحدة تناولت أثر الصدمة النفسية على معنى الحياة وهي دراسة لعوامن (2018) ولكنها لم تكن خاصة بمبتوري الأطراف فقط ولم يتعرّض جميع أفراد العينة لديها لحدث صادم وبالتالي لم يستطع الوصول إلى جواب عن أسئلته من خلالها ، وأيضاً بالنسبة للدراسات التي تناولت معنى الحياة لدى مبتوري الأطراف توصل الباحث لدراسة عربية واحدة فقط تناولت معنى الحياة لدى مبتوري الأطراف هي دراسة أبو غالي (2017) ، وقد تناقضت نتائجها مع دراسة عوادي (2018) التي درست معنى الحياة لدى المعوقين حركياً وبالتالي كان هناك حاجة إلى دراسة معنى الحياة لدى مبتوري الأطراف.

نتيجة لذلك قام الباحث بدراسة استطلاعية على عدد من مبتوري الأطراف (8 ذكور و6 إناث) ضمن نقطتين طبيّتين في محافظة إدلب إذ تمت مقابلتهم وتوجيه الأسئلة الاستطلاعية -الموجودة ضمن الملحق 3 والملحق 4، (ص ص 208-211) -، وتبين نتيجة الدراسة الاستطلاعية أنّ ما يتجاوز (70) % من العينة تعاني من صدمة متوسطة لشديدة في حين كانت نسبة حوالي (40) % من العينة تعاني من تدني مستوى معنى الحياة لديهم.

مما سبق وفي ظل استمرار الحرب وتزايد أعداد مبتوري الأطراف وبسبب قلة الدراسات التي تناولت المتغيرين (الخبرات الصادمة، معنى الحياة) لدى مبتوري الأطراف بالإضافة إلى أهمية مفهوم معنى الحياة لدى الأشخاص بعد الصدمات وبالأخص حالات البتر، فإن مشكلة الدراسة تتحدد بالسؤال الرئيس الآتي:

ما طبيعة العلاقة الارتباطية بين الخبرات الصادمة ومعنى الحياة لدى مبتوري الأطراف في محافظة إدلب؟
ويتفرع عن السؤال الرئيس الأسئلة الآتية:

1. ما مستوى الخبرات الصادمة لدى الأفراد مبتوري الأطراف؟
2. ما مستوى معنى الحياة لدى الأفراد مبتوري الأطراف؟
3. هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الخبرات الصادمة ومعنى الحياة لدى الأفراد مبتوري الأطراف؟
4. هل توجد فروق دالة إحصائية في مجالات مقياس الخبرات الصادمة لدى أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغير الجنس (ذكور وإناث)؟
5. هل توجد فروق دالة إحصائية في مجالات مقياس معنى الحياة لدى أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغير الجنس (ذكور وإناث)؟
6. هل توجد فروق دالة إحصائية في مجالات مقياس الخبرات الصادمة لدى أفراد عينة الدراسة تعزى لمكان البتر (علوي، سفلي، ثنائي)؟
7. هل توجد فروق دالة إحصائية في مجالات معنى الحياة لدى أفراد عينة الدراسة تعزى لمكان البتر (علوي، سفلي، ثنائي)؟
8. هل توجد فروق دالة إحصائية في مجالات مقياس الخبرات الصادمة لدى أفراد عينة الدراسة تعزى لمكان الإقامة (نازح، مقيم)؟
9. هل توجد فروق دالة إحصائية في مجالات معنى الحياة لدى أفراد عينة الدراسة تعزى لمكان الإقامة (نازح، مقيم)؟
10. هل توجد فروق دالة إحصائية في مجالات مقياس الخبرات الصادمة لدى أفراد عينة الدراسة تعزى لتركيب/ عدم تركيب طرف اصطناعي لدى أفراد عينة الدراسة؟
11. هل توجد فروق دالة إحصائية في مجالات مقياس معنى الحياة لدى أفراد عينة الدراسة تعزى لتركيب/ عدم تركيب طرف اصطناعي لدى أفراد عينة الدراسة؟

12. هل توجد فروق دالة إحصائياً في مجالات مقياس الخبرات الصادمة لدى أفراد عينة الدراسة تعزى لتلقي / عدم تلقي جلسات دعم نفسي؟
13. هل توجد فروق دالة إحصائياً في مجالات مقياس معنى الحياة لدى أفراد عينة الدراسة تعزى لتلقي / عدم تلقي جلسات دعم نفسي؟

ثالثاً - أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية الدراسة في جانبين أساسيين الأول هو الجانب المعرفي (النظري) والجانب الثاني هو الجانب التطبيقي.

• في الجانب المعرفي/النظري:

- تتناول الدراسة أحد المفاهيم الإيجابية في الشخصية الإنسانية وهو مفهوم معنى الحياة الذي يعدّ من المفاهيم الحديثة في علم النفس الإيجابي والذي لم ينل حقه من الدراسة والتحليل في أمل أن يتم دراسته وتوظيفه أكثر من قبل الباحثين المهتمين بعلم النفس الإيجابي عموماً والمهتمين بمجال الإعاقة بشكل خاص.
- زيادة الدراسات التي تناولت موضوع البتر من حيث أنواعه وآثاره النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي قد تخدم من الجانب النظري البحوث الأخرى التي قد تتناول الإعاقات والإصابات الحربية في ظلّ الأعداد المرتفعة من الإصابات ونقص الدراسات الحديثة حولها.
- تتناول الدراسة مواضيع الخبرات الصادمة والصدمة النفسية اللذان يكونان منتشرين بشكل كبير في بيئات الحرب.
- قد تشكل الدراسة ونتائجها إضافة هامة للتراث النظري حول معنى الحياة والخبرات الصادمة.

• في الجانب التطبيقي

- تعود أهمية الدراسة إلى الفائدة التطبيقية والعملية إذ يمكن أن يستفيد منه:
- المراكز التي تعنى بمصابي الحرب وعلى رأسها المنظمات والمؤسسات التي تعمل في مجال الأطراف والعلاج الفيزيائي إذ تمّ طلب الدراسة ونتائجها من عدّة جهات أثناء جمع الإحصائيات حول أعداد مبتوري الأطراف في محافظة إدلب.

- مراكز الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية فقد تقوم بناءً على نتائج الدراسة بإعداد خطط دعم نفسي أو برامج للعلاج تعتمد على المعنى في الحياة.
- مبتورو الأطراف أنفسهم وعائلاتهم، إذ سيتحقق لهم معرفة أعمق بطرق مساعدة أنفسهم.
- نشر الدراسة سينبه المجتمع لضرورة تأهيل ودعم هذه الفئة (مبتوري الأطراف) بشكل خاص والمعوقين بشكل عام بغية الاستفادة منهم بوصفهم مورداً بشرياً في المجتمع ومراعاة احتياجاتهم النفسية.

رابعاً- أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية للوصول إلى ما يأتي:

- تعرف مستوى الخبرات الصادمة ومعنى الحياة لدى أفراد عينة الدراسة.
- تعرف طبيعة العلاقة بين الخبرات الصادمة ومعنى الحياة لدى أفراد عينة الدراسة.
- الكشف عن الفروق في المتوسطات على مقياس الخبرات الصادمة تعزى لمتغير الجنس لدى عينة الدراسة.
- الكشف عن الفروق في المتوسطات على مقياس معنى الحياة تعزى لمتغير الجنس لدى أفراد عينة الدراسة.
- الكشف عن الفروق في المتوسطات على مقياس الخبرات الصادمة تعزى لمكان البتر لدى أفراد عينة الدراسة.
- الكشف عن الفروق في المتوسطات على مقياس معنى الحياة تعزى لمكان البتر لدى أفراد عينة الدراسة.
- الكشف عن الفروق في المتوسطات على مقياس الخبرات الصادمة تعزى لمكان السكن لدى أفراد عينة الدراسة.
- الكشف عن الفروق في المتوسطات على مقياس معنى الحياة تعزى لمكان السكن لدى أفراد عينة الدراسة.
- الكشف عن الفروق في المتوسطات على مقياس الخبرات الصادمة تعزى لتركيب/عدم تركيب طرف اصطناعي لدى أفراد عينة الدراسة.

- الكشف عن الفروق في المتوسطات على مقياس معنى الحياة تعزى لتركيب / عدم تركيب طرف اصطناعي لدى أفراد عينة الدراسة.
- الكشف عن الفروق في المتوسطات على مقياس الخبرات الصادمة تعزى لتلقي / عدم تلقي جلسات دعم نفسي لدى أفراد عينة الدراسة.
- الكشف عن الفروق في المتوسطات على مقياس معنى الحياة تعزى لتلقي / عدم تلقي جلسات دعم نفسي لدى أفراد عينة الدراسة.

خامساً- مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية:

1- تعريف الخبرة الصادمة (Traumatic experience) :

يعرفها ثابت بأنها الحدث الخارجي المفاجئ وغير المتوقع والشديد، والذي يترك الفرد مشدوداً، ويكون هذا العمل خارجاً عن نطاق العمل البشري، وتطلق الخبرة الصادمة على نوع الخبرة المفرطة للفرد، بحيث لا يستطيع احتمالها فيتداعى بالأعراض المرضية، ويأتي تأثيرها من الفجائية التي تحدث أثناء الصدمة. (ثابت، 1998، ص.1)

وتُعرف الخبرة الصادمة إجرائياً بأنها: الخبرة المفرطة التي تصيب الفرد نتيجة تعرّضه لحدث صادم مفاجئ وشديد فتبقى آثاره عليه وقد لا يستطيع تجاوزه مما قد يعرضه للإصابة باضطرابات نفسية، ويقاس بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس تروماك (Traumaq) للصدمة النفسية المستخدم ضمن هذه الدراسة.

2- تعريف معنى الحياة (The meaning of life) :

هو حالة يسعى الإنسان للوصول إليها لتضفي لحياته قيمة ومعنى يستحق العيش من أجلها، وتحدث نتيجة إشباع دافعه الأساسي المتمثل بإرادة المعنى. (فرنكل، 1982، ص.131).

ويتبنى الباحث تعريف فرنكل ويعرفه إجرائياً بأنه الدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة على مقياس معنى الحياة المستخدم ضمن الدراسة وهو مقياس معنى الحياة من إعداد الرشيد (1996).

3- تعريف البتر (Amputation):

هو حالة مكتسبة ناتجة عن فقد أحد أطراف الجسم بسبب الإصابات أو الجراحة أو الحروب أو لأسباب خلقية (Rains& Ritchie,1995, p.41).

4- مبتورو الأطراف (Amputees) :

هم الأشخاص الذين فقدوا أحد أطرافهم أو أكثر ونتج عنه إعاقة صريحة أثرت على أدائهم لأدوارهم مما يتطلب تأهيلهم مهنيًا واجتماعيًا ونفسيًا (حسن, 2006, ص. 13).

ويُعرف مبتورو الأطراف إجرائياً بأنهم: الأشخاص الراشدون (رجال ونساء) الذين تعرّضوا لإصابة جسدية نتيجة الحرب في سوريا أدت لبتر طرف واحد أو أكثر لديهم وحرمتهم من وظيفة هذا العضو، ويقومون في محافظة إدلب وقت إجراء الدراسة سواء كانوا نازحين أو مقيمين وسواء قاموا بتركيب طرف اصطناعيّ أو لا، وكذلك سواء تلقوا جلسات دعم نفسيّ أو لا.

سادساً- حدود الدراسة:

- الحدود المكانية: تمّ تطبيق الدراسة في محافظة إدلب شمال سوريا وذلك ضمن مراكز العلاج الفيزيائي والأطراف الصناعية وبعض المؤسسات الطبية والجمعيات المرتبطة بمبتوري الأطراف.
- الحدود الزمانية: تمّ جمع البيانات وتطبيق الاستبيانات خلال العام الدراسي 2021-2022م
- الحدود البشرية: فئة مبتوري الأطراف في محافظة إدلب.
- الحدود الموضوعية: شملت الدراسة الخبرات الصّادمة ومعنى الحياة وفقاً لمتغيرات الجنس ونوع البتر والإقامة وتركيب الطرف الاصطناعي وتلقي جلسات الدعم النفسي لدى مبتوري الأطراف في محافظة إدلب وقياسها من خلال الأدوات المستخدمة في الدراسة.

الفصل الثّاني: الإطار النّظريّ للدراسة

المدخل الأول: الخبرات الصّادمة.

المدخل الثّاني: معنى الحياة.

المدخل الثّالث: البتر.

المدخل الأول:

الخبرات الصّادمة Traumatic experiences

- تمهيد

أولاً-التطور التاريخي للخبرات الصّادمة.

ثانياً- تعريف الخبرات الصّادمة.

ثالثاً-تعريف الحدث الصّادم.

رابعاً-أنواع الصّدمات.

خامساً-العوامل المؤثرة في الاستجابة للصّدمة.

سادساً-النظريّات المفسرة للصّدمة النفسيّة.

سابعاً-الآثار النّاجمة عن الصّدمة.

ثامناً-أساليب المساعدة في التّعامل مع الصّدمة.

تمهيد:

تعدّ دراسة الخبرات الصّادمة من أهمّ المواضيع التي تناولها علم النفس في الفترة الأخيرة ، وذلك مع التّقدم التّكنولوجي وزيادة الحروب في العالم ، فيكفي أن تتابع يوماً واحداً من الأخبار لتشاهد مئات من الأشخاص الذين يتعرضون بشكل يومي لآثار الحروب والحوادث والزلازل وغيرها من الأحداث الطبيعيّة والبشريّة ، إلا أنّ أكبر صدمة يمكن أن يتلقاها الإنسان كما يرى النابلسي "هي تلك المواجهة فجأة مع الموت، فهذه المفاجأة تزيل عن ذهنه فكرة التّأجيل وتدفعه للتفكير باحتمال موته في أيّة لحظة أو ضمن فترة معينة من الزمن" (النابلسي، 1991، ص.15) .

وتؤثر الصّدّات على الأفراد بشكل واسع وتؤدي مجموعة كبيرة من الأسباب إلى زيادة آثارها، فالبعض ينجح بالتعامل معها بينما يصل البعض الآخر إلى درجة الاضطرابات النفسيّة بل حتى أنّ البعض قد يصل إلى الانتحار.

يتناول هذا المدخل تاريخ الخبرات الصّادمة ومفهومها وتحديد الأحداث الصّادمة والتفسيرات النظرية للصدمات وكيفية التّعامل معها، وذلك حسب ما تناولته الدّراسات التي وصل إليها الباحث والتي كانت أغلبها من الدّراسات الأجنبيّة بسبب قلة الدّراسات العربيّة المتكاملة والدقيقة التي تناولت الموضوع بشموليّة وكذلك صعوبة الوصول إلى بعض الكتب والمراجع.

أولاً- التطور التاريخي للخبرات الصادمة:

عند البحث عن أصول البدايات الفعلية للبحث والحديث عن الخبرات الصادمة والأعراض التي تظهر على الشخص بعد التعرض لحدث صادم، قّ تعود بنا القصص والروايات المتصلة بها إلى العصور القديمة من خلال روايات وأساطير تحدثت عنها دون تحديد مسمى دقيق لها، أي لا يوجد وقت في التاريخ أو حدث يشكل البداية الفعلية لتناول الخبرات الصادمة، ومع ذلك فإنّ دراسة البداية الفعلية لتطور الصدمة قد لا يزيد قليلاً عن قرن من الزمان.

حدثت ولادة دراسات الصدمة بين عامي (1866 و 1870) عندما اهتم طبيب الأعصاب الفرنسي جان مارتين شارك (Jean Martin-Charcot) بالحسابات المبكرة لأطباء لندن حول التأثيرات على الجهاز العصبي في أعقاب حوادث السكك الحديدية، صنف شاركوت ما وجده من دراسته تحت عنوان "الهستيريا". كان يُنظر إلى الهستيريا في المقام الأول على أنها أمراض للنساء، لكن شاركوت وجد أوجه تشابه في هذه الحوادث مع تلك التي حدثت للرجال الذين أصيبوا خلال حوادث السكك الحديدية.

(Fassin & Rechtman, 2009, pp.30-31)

كان شاركوت أول من أدرك أنّ أصل الأعراض الهستيرية لم يكن فيزيولوجياً بل نفسانياً بطبيعته، على الرغم من أنّه لم يكن مهتماً بالحياة الداخلية لمرضاه من الإناث، فقد أشار إلى أنّ الأحداث المؤلمة يمكن أن تؤدي إلى حالة منومة مغناطيسية في مرضاه وكان أول من "وصف مشاكل قابلية التأثر لدى هؤلاء المرضى، وحقيقة أنّ الهجمات الهستيرية هي مشاكل انفصالية نتائج تحمل تجارب لا تطاق.

(Van der Kolk & Weisaeth & Van der Hart, 1996, p.5)

في دراسات فرويد المبكرة للهستيريا (1893 - 1895) التي شاركه فيها جوزيف بروير (Joseph Brueur)، اقترح فرويد أننا يجب أن نعد أنّه من الضروري لتفسير الظواهر الهستيرية افتراض وجود انفصال، أي انقسام في محتوى الوعي، فالمحتوى المنتظم والأساسي للهجوم الهستيرى هو تكرار الحالة الجسدية التي مر بها المريض في وقت سابق (Van der Kolk et al, 1996, p.30).

لقد اعتقد كل من جانيت وفرويد (Janet and Freud) أنّ الأعراض كانت نتيجة لحالة متغيرة من الوعي نتجت عن ردود الفعل العاطفية التي لا تطاق للأحداث الصادمة، وكان فرويد وجانيت هما من أدخلتا المسببات الضرورية في نظريات الصدمة على الرغم من اختلاف تحليلاتهما للصدمة فقد قدمت جانيت فكرة

أنّ الهستيريا تنشأ من الصدمة النفسية، ثم خلاص فرويد و بروير وجانيت بشكل مستقل إلى أنّ الهستيريا ناتجة عن صدمة نفسية، واتفقوا على أنّ ردود الفعل التي لا تطاق للتجارب الصادمة أنتجت حالة متغيرة من الوعي سمّتها جانيت "الانفصال" أو "التفكك" وأطلق عليه فرويد "الوعي المزدوج".
(Garland,1998, p.13)

جادل فرويد بأنّ أعراض الهستيريا لا يمكن فهمها إلا إذا تمّ إرجاعها إلى التجارب التي كان لها تأثير صادم، وبالتحديد التجارب المبكرة للاعتداء الجنسي، شكك فرويد في الموقف الأصلي للحدث الصادم من خلال اقتراح أنّ الصدمة لا تكمن أساساً في الحدث نفسه ولكن في ذكرى الحدث، وهذا ما حدده المنظرون لاحقاً على أنّه "الهيكل المزدوج" للصدمة وهو الحدث الذي تسبب في حدوث صدمة، لكن ذكرى الصدمة تعود مراراً وتكراراً لتطارده الفرد أو المجموعة. (Leys,2000,p.20)

اكتشف جانيت وفرويد أنّ الأعراض يمكن تخفيفها إذا كان المريض قادراً على نطق الحدث الصادم المخزن في الذاكرة اللاواعية، وقد أطلق فرويد و جانيت على هذا العلاج اسم "التحليل النفسي" "psychoanalysis"، تسمح طريقة العلاج هذه للشخص بمناقشة الهستيريا بطريقة تساعد على تخفيف الأعراض، وقد سيطرت نظرية التحليل النفسي على البحث في الصدمات في الجزء الأخير من القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين، وأصبح التحليل النفسي "دراسة للتقلبات الداخليّة للخيال والرغبة، منفصلة عن واقع التجربة"، وقد أدى عمل جانيت وفرويد ونظير فرويد جوزيف بروير إلى ولادة العلاج النفسي الحديث.
(Herman,1992,p.14)

كان تشارلز مايرز (Charles Myers) عالم النفس البريطاني، من أوائل الذين فحصوا الجنود الذين عانوا مما أسماه "صدمة القذيفة"، إذ كان يُعتقد أنّ هذا الاضطراب العصبي ناتج عن التأثيرات الارتجاجية للقذائف المنفجرة، اكتشف لاحقاً (من خلال زيارته لمشافي العسكرية والنقاط الطبية للجيش) أنّ الجنود الذين لم يشاهدوا القتال عانوا من نفس الحالة العصبية مثل الجنود في القتال، وأدى التعرض المطول للحرب وما أعقبها إلى ظهور أعراض هستيرية لدى الرجال مشابهة للأعراض التي أبلغ عنها شاركو وفرويد لدى النساء.
(Herman,1992,p.20)

في عام (1923) بعد الحرب العالمية الأولى بدأ أبرام كاردينر (Abram Kardiner) -طبيب نفسيّ أمريكي درس في فيينا - بحثه عن العصاب القتالي، حاول كاردينر أولاً تطوير نظرية من وجهة نظر التحليل النفسي حول العصاب القتالي، في النهاية تخلى عن النظرية واستبدلها بإطار عمل قائم على بحث

جانيت ومثل جانيت وفرويد لاحظ طبيعة إعادة التمثيل وهي بناء مركزي في نظرية الصدمة الحديثة ، وأشار إلى أن "الموضوع يتصرف كما لو أن الموقف الصادم الأصلي لا يزال موجوداً ويشارك في أجهزة الحماية التي فشلت في المناسبة الأصلية" ، و على الرغم من أن منظري الصدمات في وقت سابق ألقوا باللوم لظهور أعراض على الجنود على شخصيتهم الأخلاقية السيئة ، إلا أن كاردينر أدرك أن أي رجل يمكن أن يتأثر بفظائع الحرب وأن الأعراض المؤلمة كانت هي استجابة طبيعية لوضع لا يطاق.

(Van der Kolk et al,1996, p50)

بعد الحرب العالمية الثانية، تم توسيع المفهوم ليشمل الصدمات البشرية العالمية الأمر الذي لم يحدث فرق في علم النفس والطب النفسي فحسب، بل تصاعد أيضاً الأدب في التخصصات -الفلسفية والاجتماعية والأدبية - خاصة فيما يتعلق بمفهوم الصدمة والذاكرة، مع هذا التحول في النموذج ، أصبحت تجارب الأشخاص في معسكرات الاعتقال نموذجاً لشرح ما قد يحدث للأشخاص في ظروف تهدد حياتهم ، كان لهذه الذاكرة القدرة على ترك أثر أخلاقي في الوعي الجماعي الذي يجب أن يمنع البشرية في المستقبل من تكرار هذه الأخطاء الفظيعة. (Fassin&Rechtman,2009, p.72)

تطورت نظرية الصدمة المعاصرة في السياقات المدنية في أعقاب حريق (Cocoanut Grove) عام (1942) في بوسطن، خلال ذلك الحريق لقي (493) شخصاً حتفهم في ملهى ليلي، ودُوس الكثير منهم حتى الموت، بعد المأساة لاحظ الدكتور ليندمان Lindemann الذي عالج عدداً من الناجين أنهم أظهروا ردود فعل مشتركة، بدأ في التنظير حول ردود أفعال الحزن العادية بما في ذلك الانشغال بأحبائهم المفقودين، وتعرف المتوفى، والتعبير عن الذنب والعداء، والفوضى، والشكاوى الجسدية.

(Lindemann,1944, pp.141-148)

خلال الوقت نفسه، كانت باراد (Parad) مهتمة بفحص تأثير أنواع معينة من الأزمات وحددت خمس مكونات أثرت على قدرة الضحايا على التعامل مع أحداث الحياة الساحقة وهي:

- الحدث المجهد يطرح مشكلة هي بحكم تعريفها غير قابلة للحل في المستقبل القريب.
- المشكلة ترهق الموارد النفسية للأسرة لأنها تتجاوز أساليب حل المشكلات التقليدية.
- يُنظر إلى الموقف على أنه تهديد أو خطر على أهداف الحياة لأفراد الأسرة.
- تتميز فترة الأزمة بتوتر يصل إلى ذروته ثم ينخفض.

- توقظ حالة الأزمة مشاكل رئيسية لم يتم حلها من الماضي القريب والبعيد.
(Parad & Caplan, 1960, pp.11-12)

بعد حرب فيتنام أصبح من الواضح أنه لا يتعافى الجميع فور عودتهم من الحرب، يظهر بعض الأفراد أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بمجرد العودة إلى المنزل، في حين أن البعض الآخر لا تظهر عليهم الأعراض لعدة أشهر أو حتى سنوات لاحقة. (Scott, 1990, p.296)

في الحديث عن تاريخ الصدمة نذكر أنها وردت في الدليل التشخيصي الإحصائي الأول

(DSMI) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders سنة (1952) - وهو تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي للاضطرابات العقلية - تحت مسمى تناذر الاستجابة للضغط الحاد (gross stress reaction) وهذا من أجل وصف ردود الفعل الصدمية الحادة، وقد أدرجت هذه الفئة تحت محور اضطرابات الشخصية الموقفية العابرة، والتي فحواها أن الحادث الصدمي يمكن أن تكون لديه انعكاسات- ولو محدودة في الزمن- على الشخصية. (زقار وزقور، 2019، ص.677).

ثم غابت هذه الفئة التشخيصية من الدليل التشخيصي الإحصائي الثاني (DSM II) سنة (1968) لتظهر من جديد في عام (1980)، إذ تم نشر الإصدار الثالث من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-III) وتمت إضافة مقال سريري جديد وهو اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). (Wijk, 2013, p.55)

ومع الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية في طبعته الثالثة (DSM-III, 1980)، قدم اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD) أو حالة ضغط ما بعد- الصدمة (ESPT) وعرضت معايير دقيقة وأكثر صلابة في الطبعة المراجعة (DSM -III-R) سنة (1987)، حيث تم فيها التأكيد على منشأ الصدمة النفسية المتمثل في حادث غير مألوف من شأنه أن يستثير حالة كرب لدى أغلب المتعرضين له ، كما تم التأكيد على ضرورة ربط أعراض التكرار، التجنب أو الانفصال وازدياد الإثارة العصبية، ولم تغير الطبعة الأخيرة وهي (DSM-IV) كثيراً من المعايير ولكنها دقت أكثر الخصائص المميزة للحادث الصدمي وللاستجابة الانفعالية المباشرة. (Vila et al, 1999, PP.14-15)

وعلى الرغم من أن مفهوم مشاكل الصحة العقلية التي هي استجابة للأحداث الصادمة قد تم تعريفه لأول مرة في الجنود العائدين من الحرب العالمية الأولى والحرب العالمية الثانية، إلا أن تعريف الدليل

التشخيصي والإحصائي لاضطراب ما بعد الصدمة يقر بأن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة يمكن أن تنجم عن الأحداث الصادمة المرتبطة بالقتال وغير المرتبطة بالقتال.

(American Psychiatric Association ((APA)),1980, P.238)

وأخيراً وصفت منظمة الصحة العالمية سنة (1992) في تصنيفها العاشر للأمراض (ICD-10) ثلاث وحدات أساسية خاصة بالاضطرابات ما بعد الصدمية وهي:

- رد الفعل الحاد لعامل الضغط.

- حالة ضغط ما بعد الصدمة.

- التغيير المزمن للشخصية عقب خبرة كارثية. (عكاشة، 1999، ص. 155-160)

في الطبعة الرابعة للدليل التشخيصي والإحصائي (DSM IV) سنة (1994) أعيد إنتاج المسمى السابق نفسه حول الصدمة (اضطراب الضغط ما بعد الصدمة)، وتم توسيع تعريف الحدث الصادم ليس لتجربة صدمة مباشرة فقط، ولكن أيضاً لمشاهدة حدث صادم، ولم تغير الطبعة الأخيرة منه كثيراً من المعايير، ولكنها دقت أكثر الخصائص المميزة للحدث الصدمي وللاستجابة الانفعالية المباشرة، وقد أدرج (DSM IV) الصدمة واضطراب ما بعد الصدمة نوعاً من أنواع القلق. (Vila et al, 1999, PP.14-15)

وقد استقر اتفاق الهيئات العلمية في الطبعة الأخيرة لهذا الدليل (DSM 5 , 2013) على أهمية تصنيف الاضطرابات الناجمة عن الصدمة والضغط في محور مستقل بعدما كان تصنيفهما مدرجاً ضمن محور القلق في السابق في (DSM IV)، وإن دلّ هذا على شيء فإتّما يدل على الفيض الهائل من الدراسات التي أثبتت مدى انتشار الظواهر الصدمية في مختلف البيئات والأجناس والفئات العمرية، وعلى مدى خطورة هذه الاضطرابات على الصحة النفسية والعقلية للأفراد والمجتمعات، وتضمن هذا المحور الفئات التشخيصية التالية: اضطراب التعلق التفاعلي، واضطراب التفاعل الاجتماعي الجامح، اضطراب الضغط ما بعد الصدمة واضطراب الضغط الحاد واضطراب التوافق، علاوة على اضطرابات الصدمة والضغط الأخرى المحددة وغير المحددة . (زقار وزقور، 2019، ص. 677-678)

بعد ذلك تعددت النظريات والآراء والدراسات حول الخبرات الصادمة وأخيراً فقد صدر (ICD-11) وتم نشره في 2018 وتم توسيع تصنيفات والاضطرابات المرتبطة مع الكرب تحديداً حيث بالإضافة إلى

كرب ما بعد الصدمة تمت إضافة اضطراب كرب ما بعد الصدمة المعقد. (الحمادي، 2021، ص. 390-399)

مما سبق نجد أنه بدءاً من شاركو لسيغmond فرويد وببير جانيت ومعاصريهم في علم النفس ، تطورت دراسات الصدمات من وجهات نظر وتخصصات مختلفة، ومع نتائج الحرب العالمية الثانية وتجارب الاعتقال والحرائق والحرب في فيتنام ، ازدادت دراسات الصدمات وتطورت من دراسات على الفرد إلى دراسة الصدمة بأبعادها الجماعية والثقافية والاجتماعية والسياسية، كما عززت التطورات في التكنولوجيا دراسة الصدمات وما زالت تستمر دراسات الصدمات في كونها مسعى متعدد الأوجه ومتعدد التخصصات، للوصول إلى فهم كامل للأحداث الصادمة والصدمات وعلاجها وما تتركه الخبرات الصادمة من آثار لدى الأفراد المتأثرين بها .

ولا بد من التنويه إلى أنه من خلال ما تم ذكره ضمن الفقرة السابقة فإن تطور الخبرات الصادمة والصدمة النفسية قد اتضح إلا أننا بحاجة لنوضح مفهوم الخبرات الصادمة والصدمة وهو ضمن الفقرة الآتية.

ثانياً- تعريف الخبرات الصادمة:

قبل الدخول بشكل مباشر في تعريف الخبرات الصادمة فلا بدّ بداية من التمييز بين مصطلح الخبرات الصادمة والصدمة النفسية وذلك بسبب التداخل الكبير في استخدام هذين المصطلحين، فمن خلال السرد التاريخي لتطور مفهوم الصدمة والخبرات الصادمة وتعدد الاتجاهات والآراء حول أسباب النشوء والتشخيص والنتائج ، فلا عجب من اختلاف التعاريف والتسميات بين المدارس المختلفة ، وبالتالي للوصول لمفهوم وتعريف كل من الخبرات الصادمة والصدمة كان لا بدّ من عرض مجموعة من التعاريف المختلفة وذلك من الأقدم إلى الأحدث ثم إجراء مقارنة بينهما دون التطرق للنظريات والمدارس النفسية التي تمّ الحديث عنها ضمن فقرة منفصلة .

- الخبرة الصادمة (Traumatic experience) :

عرف كوفيل وآخرون الخبرات الصادمة أنها: أحداث أو تجارب أو خبرات قاسية مر بها الفرد، وقد لا يظهر تأثيرها بشكل مباشر، بل في مراحل لاحقة من حياة الإنسان. (كوفيل وآخرون، 1967، ص. 136)

أما ريتشمان (1980) فتعرف الصدمة أو الخبرة الصادمة بأنها "الحدث السريع والخطير الذي يكون خارج نطاق التحمل الإنساني، ويؤدي إلى صعوبات في الرجوع إلى الحالة الطبيعية السابقة للحدث" (زقوت، 2000، ص. 19).

أما مكتب اليونيسف الإقليمي فيعرفها بأنها: الأحداث المفاجئة وغير المتوقعة، التي يتعرض لها الفرد، تكون خارج حدود خبرته الإنسانية العادية، وتهدد أو تدمر صحته أو حياته، ويستجيب لها الفرد بالخوف الشديد أو العجز أو الرعب (مكتب اليونيسف الإقليمي في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 1995، ص. 22).

أما ثابت فيعرفها بأنها: الحدث الخارجي المفاجئ وغير المتوقع والشديد، والذي يترك الفرد مشدوداً، ويكون هذا العمل خارجاً عن نطاق العمل البشري، وتطلق الخبرة الصادمة على نوع الخبرة المفرطة للفرد، بحيث لا يستطيع احتمالها فيتداعى بالأعراض المرضية، ويأتي تأثيرها من الفجائية التي تحدث أثناء الصدمة. (ثابت، 1998، ص. 1-2)

أما كروك Crocq فتجد أنّ "الخبرة الصدمية تشكل مرضية الرعب إذ لا تظهر بصورة تحطم نفسي بل كذلك في نفي لكل ما كانت له قيمة ومعنى وعدم إدراك العدم الغامض والمفزع هذا العدم الذي نعلم أنه موجود، لكن لا نعلم عنه شيئاً ونذكره فعلياً" (Crocq, 1999, p.7).

ويعرفها حسنين بأنها: الحدث السريع والخطير الذي يكون خارج نطاق التحمل الإنساني ويؤدي إلى صعوبات في الرجوع إلى الحالة الطبيعية السابقة (حسينين، 2004، ص. 24).

كما عرف شعث الخبرة الصادمة على أنها: صدمة انفعالية تؤدي إلى ضرر جوهري واضح في النمو النفسي للفرد وهي قوية وحادة ولا يمكن السيطرة عليها وتكون لها أضرار نفسية على الصّحايا والتي تتمثل من خلال مشاعر العجز التي يشعر بها الفرد وفقدان الشعور بالأمن أو فقدان السيطرة والاستسلام (شعث، 2005، ص. 36).

نلاحظ من خلال التعاريف السابقة تعدد طرق التعبير عن الخبرات الصادمة ولكي تكتمل الصورة نكمل في استعراض تعاريف الصدمة النفسية ثم التعقيب على كل التعريفات.

- الصدمة النفسية (Trauma):

تعرفها الرابطة الأمريكية للطب النفسي بأنها: التعرض لحدث صدمي ضاغط على نحو مفرط الشدة متضمناً خبرة شخصية مباشرة لهذا الحدث والذي ينطوي على موت فعلي أو تهديد بالموت أو إصابة شديدة

أو غير ذلك من تهديد للسلامة الجسدية، أو مشاهدة حدث يتضمن موتاً أو إصابة أو تهديداً بسلامة الجسم لشخص آخر، أو الإصابة مما قد وقع لعضو من أعضاء الأسرة، أو لبعض الأصدقاء.
(APA,1994, P.463)

أما معجم مصطلحات التحليل النفسي عرف الصدمة بأنها: حدث في حياة الفرد يتحدد بشدته وبالعجز الذي يجد الشخص نفسه فيه والاستجابة الملائمة حياله بما يثيره التنظيم النفسي من اضطراب وأثار دائمة مولدة للمرض" (لابلانز وبونتاليس 1997/1950، ص. 300).

ويعرف عالم النفس الفرنسي موريل سالмона Salmona المهتم بدراسة الصدمات النفسية بأنها: مجموعة آليات الحماية من النظام النفسي والعصبي البيولوجي والفيولوجي التي يمكن إعدادها بعد حدث واحد أو أكثر مما يولد عبئاً عاطفياً لا يمكن التحكم فيه ويتجاوز موارد الشخص، والتي غالباً ما يتم التعبير عنها من خلال اضطراب ما بعد الصدمة و/ أو من خلال اضطرابات المزاج واضطرابات الشخصية واضطرابات الأكل واضطرابات القلق العامة وأعراض الفصام والاضطرابات الذهانية الحادة والأمراض المرتبطة بالتوتر.... إلخ". (Salmona,2015, pp.4-5)

ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الطبعة الخامسة (DSM-5) الصدمة بأنها: الأعراض التي تحدث بعد التعرض لحدث -أي حدث صادم- ينطوي على وفاة فعلية أو مهددة، أو إصابة خطيرة، أو عنف جنس، يمكن أن يأتي هذا التعرض في شكل تجربة الحدث، أو مشاهدة الحدث، أو معرفة أنّ الحدث قد تعرض له أحد أفراد العائلة أو أحد المقربين منه، قد تأتي أعراض الصدمة في شكل (ذكريات أو أحلام أو ذكريات متطفلة، تجنب التذكير بالحدث الصادم، الأفكار والمشاعر السلبية أو زيادة اليقظة أو التفاعل). (DSM-5,2013,P.265)

ومن الناحية اللغوية وأصل المصطلح فإن مصطلح الصدمة النفسية (Trauma) أو الرضخ جمعها صدمات نفسية (Traumata) مأخوذ من اللغة اليونانية القديمة ويعني الجرح أو الإصابة، فيمكن من جهة أن يكون الجرح جسدياً، لكن من جهة أخرى يصيب النفس الإنسانية أيضاً، ويتكلم المرء عن الصدمة النفسية إذا كان حدث جسيم ما قد أدى أو يؤدي إلى جرح عميق في النفس بشكل مفاجئ ولمرة واحدة ويظهر بشكل متكرر أو بشكل مؤثر لفترة طويلة. (المركز الطبي للشعوب والمجموعات العرقية، 2015، ص. 4)

عند المقارنة بين تعريفات الخبرات الصادمة والصدمة النفسية نجد أنّ هناك تداخلاً كبيراً في تعريف المصطلحين فهناك من عرفهما من خلال الحدث الصادم الذي يتعرض له الشخص مثل كوفيل ومنصور

وثابت ومعجم المصطلحات في تعريف الصدمة ، ومنهم من عرفها بأنها الأعراض التي تظهر بعد التعرض لحدث صادم مثل كروك وسالمونا إلا أن الاتفاق الأكبر بين مختلف التعاريف كان في تعرض الشخص لحدث صادم (سيتم مناقشة تعريفه وصفاته ضمن الفقرة القادمة) وظهور أعراض مميزة لديه كاستجابة لتلك الأحداث الصادمة ، وبالتالي لا يوجد فرق بين المصطلحين وإنما كان هناك تطور تاريخي في تحديد الأحداث الصادمة والأعراض الخاصة بها وتمييزها وبالأخص اضطراب ما بعد الصدمة وهذا ما نلاحظه في تعريف ريتشمان حيث لم يميز بين المصطلحين ، وبالتالي على الرغم قدم مصطلح الصدمة تاريخياً إلا أن الباحث فضل استخدام مصطلح الخبرات الصادمة ليستطيع التوسع قدر الإمكان في آثار الأحداث الصادمة والأعراض والاضطرابات التي تظهر بعدها بما فيها اضطراب ما بعد الصدمة ومختلف المشاكل الأخرى الاجتماعية والاقتصادية التي تنتج عنها والتي يمكن أن تعبر عنها كلمة خبرات صادمة بشكل أوسع من استخدام كلمة صدمة وحدها ، إلا أنه قد يستخدم مصطلح الصدمة حسب المراجع المستخدمة.

وبالعودة إلى ما تم ذكره سابقاً من تعريفات مختلفة عن الصدمة والخبرات الصادمة فإننا نجد أنها تحدد خصائص وسمات للصدمة تتوافق مع التي تم ذكرها في الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية وهي:

- فجائية، غريبة، مؤلمة، حادة، شديدة ومتكررة.
- لا نستطيع التنبؤ بزمن حدوثها.
- تفقدنا السيطرة على المواقف.
- تفقدنا الإحساس بالثقة بالنفس في مواجهة المواقف.
- الشعور بالعجز.
- تحدث تشبيطاً حاداً في مجريات حياتنا اليومية.
- تسبب القلق والحزن الشديد. (Mini DSM-IV, 2004, pp.215_218)

ومن خلال التعريفات والخصائص التي تم ذكرها يصل الباحث لتعريف للخبرات الصادمة وهي: ما يخبره الفرد نتيجة أحداث مفاجئة وغير اعتيادية والتي تتطوي على تهديد لحياة أو سلامة الشخص نفسه أو لأحد المقربين له والتي تحطم إحساسه بالأمان وتجعله يشعر بالعجز والضعف وقد تسبب ضرر يلحق بالشخص بسبب كميات هائلة من التوتر التي ترافق الحدث بحيث تتجاوز قدرته على التعامل معها أو دمجها والذي يؤدي بدوره إلى عواقب سلبية وخطيرة تؤثر على كل جوانب حياة الشخص ما لم يتعامل معها أو يتلقى المساعدة المختصة.

وللتوسع أكثر في طبيعة وتحديد الأحداث التي تسبب الخبرات الصادمة سنتحدث عنها في الفقرة الآتية.

ثالثاً- تعريف الحدث الصادم:

يدور الكثير من الجدل حول تعريف الأحداث القادرة على التسبب في الصدمة، فقد عرفت جمعية علم النفس الأمريكية (في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الثالث (DSM-III) الأحداث الصادمة على أنها "وجود ضغوط يمكن تعريفها من شأنها أن تثير أعراض ضائقة كبيرة لدى الجميع تقريباً" (APA, 1980, p.238).

ومع ذلك، فقد تمّ النظر إلى هذا التعريف على أنه غامض للغاية وتمّ تعديله بعد سبع سنوات إلى "حدث خارج نطاق الخبرة البشرية العادية"، (APA, 1987 p.250).

وترى تير Terr أنه "يجب أن يمثل الحدث (الأحداث) تهديداً (حقيقياً أو محتملاً أو متخيلاً) لسلامة الشخص، ويتجاوز احتمالات رد فعله، ويحدث بشكل مفاجئ وغير متوقع، ويصاحبه شعور بالعجز والرعب، الكرب، الرهبة، الوحدة، التخلي.. إلخ. خلال هذا الحدث، يختبر الشخص، سواء كان ذلك لفترة وجيزة أو لفترة طويلة، شعوراً بحيث يكون الموت جزءاً من عالم الاحتمال (موته أو موت طرف ثالث)". (Terr, 1991, p.148)

وفي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع تمّ توسيع تعريف الحدث الصادم ليس لتجربة صدمة مباشرة فقط ، ولكن أيضاً لمشاهدة حدث صادم، يُعرّف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-IV) الحدث الصادم بأنه: حدث تعرض فيه الشخص أو شهد أو واجه حدثاً أو أحداثاً تضمنت الوفاة الفعلية أو المهددة أو إصابة خطيرة أو تهديداً لسلامة الجسدية للنفس أو للآخرين (المعيار A1)، و "اشتملت استجابة الشخص على خوف شديد أو عجز أو رعب" (معيار A2)، ومن ثمّ فإنّ الأحداث التي يحتمل أن تهدد الحياة فقط والتي تثير استجابة خوف شديدة تعد صادمة. (APA, 2000, P.463)

وفي الإصدار الخامس للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM5 (2013/2014) ضم المعيار A لتشخيص الاضطرابات الآتية للصدمة شروط الحدث الصادم وهي:

A- التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، إصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد) أو أكثر من الطرق الآتية:

- 1- التّعرض مباشرة للحدث الصّادم.
- 2- المشاهدة الشّخصيّة، للحدث عند حدوثه للأخرين.
- 3- المعرفة بوقوع الحدث الصّادم لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، في حالات الموت الفعلي أو التّهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، فالحدث يجب أن يكون عنيفاً أو عرضياً.
- 4- التّعرض المتكرر أو التّعرض الشّديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصّادم. (على سبيل المثال، أول المستجيبين لجمع البقايا البشريّة، ضباط الشرطة الذين يتعرضون بشكل متكرر لتفاصيل الاعتداء على الأطفال). (الحمادي، 2014، ص. 117)

أما جمعية الصّدمة النّفسيّة في المملكة المتحدة فتشير إلى أنّه يمكن تعريف الأحداث الصّادمة على أنّها تجارب تضع أي شخص أو شخص قريب منهم معرض لخطر الإصابة أو الموت" (UK Psychological Trauma, 2014, p.2).

ويدور الخلاف كذلك الأمر حول نوع الأحداث التي يمكن أن تسبب الصّدمة ، فعلى الرغم من أنّ تعريف الدليل التّشخيصيّ والإحصائيّ للاضطرابات النّفسيّة للرضح (DSM-IV) يحدد نطاقاً واسعاً جداً من الأحداث التي تسبب الصّدمة واضطراب ما بعد الصّدمة مثل (الكوارث الطبيعيّة، والاعتداءات الجسديّة، والحوادث، والوفيات المفاجئة، والوفاة أو العنف) إلا أنّه محدود لأنّه يستبعد الأحداث التي لا تتضمن الإصابة أو الوفاة والأحداث التي تنطوي على التّعرض للخوف الشّديد والعجز، حسب ما ذكر كارلسون ودالنبرغ Carlson & Dalenberg تعريف الأحداث الصّادمة على أنّها تلك التي تنطوي على إصابة أو وفاة فقط يستبعد عن طريق الخطأ بعض الأحداث التي يحتمل أن تكون مؤلمة، على سبيل المثال قد لا يشعر الشّخص الذي فقد منزله في طوفان بالتّهديد بالإصابة أو الموت، ولكن قد لا يزال يشعر بالخوف أو العجز أو الرّعب من خسارته ويصاب باضطراب ما بعد الصّدمة". (Carlson & Dalenberg, 2000, p.7-9)

كذلك ترى ويتفيلد Whitfield أنّه يمكن أن تشمل الأسباب والمخاطر النموذجيّة للصدّات النّفسيّة التّحرش ، والإحراج ، والهجر ، والعلاقات المسيئة ، والرّفص ، والاعتماد المشترك ، والاعتداء الجسدي ، والاعتداء الجنسي ، وضرب الشّريك ، والنّميز في العمل ، ووحشيّة الشّربة ، والفساد القضائيّ وسوء السّلوك ، والتّنمر ، والأبوة ، والعنف المنزلي ، والتّلقين العقائدي ، كونك ضحية لوالد مدمن على الكحول ،

والتهديد بالعنف أو مشاهدته (خاصة في مرحلة الطفولة) ، والحالات الطبية التي تهدد الحياة ، والصدمات الناجمة عن الأدوية. (Whitfield, 2010, p.196)

وأيضاً "الكوارث الطبيعية الكارثية مثل الزلازل والانفجارات البركانية، وحوادث النقل على نطاق واسع، والحرائق المنزلية، وحوادث السيارات، والعنف الجماعي بين الأفراد مثل الحرب، والهجمات الإرهابية أو غيرها من الإيذاء الجماعي مثل الإتجار بالجنس، أو أخذه رهينة أو التعرض للاختطاف، يمكن أيضاً أن تسبب صدمة نفسية، كما أن التعرض طويل المدى لحالات مثل الفقر المدقع أو أشكال أخرى من الإساءة، مثل الإساءة اللفظية، موجود بشكل مستقل عن الصدمات الجسدية ولكنه لا يزال يسبب صدمة نفسية". (UK Psychological Trauma,2014, p.3)

وعلى الرغم الخلاف حول تحديد دقيق للأحداث الصادمة إلا أن هناك اتفاقاً حول صفات تلك الحوادث التي تجعلها صادمة، هناك عاملان أساسيان تتعلقان بالحدث الصادم نفسه وهي فجائية الحدث الصادم وشدته:

أ- فجائية الحدث الصادم: نجد "فرويد" يركز كثيراً على عامل المفاجئة في التجربة الصدمية لأن - صاد الإثارات (خط الدفاع ضد الخطر) - لا تكون مجهزة بالطاقة الدفاعية، ففي أغلب الحالات كلما كان الحدث مفاجئاً، كان أثره الصدمي سريعاً وقوياً. (François, 2005 ,p.06)

ب- شدة الحدث الصدمي: يعرف رويسين وليليانفيلد Roisin& Lillianfield الحدث الصدمي بما يتركه في النفس من أثر صدمي مركزا على قوة الحدث، وقد بين ثلاث أنواع من الأحداث الصدمية حسب شدتها وتهديدها لوحدة الفرد وهي كالاتي:

- "بعض الأحداث لها قدرة صدمية فائقة، فهي تهدد الفرد في انسجامه النفسي والجسدي، وهي التي من شأنها أن تؤدي به الى الموت، يتمثل في التعرض للمجازر، للتعذيب...إلخ.
- نوع آخر من الأحداث ليست له سوى قدرة صدمية محتملة، لأن العناصر التي تكونه لا تعرض الأشخاص بالضرورة الى الهلاك، إلا أنها تذكرهم بالموت، وتحفزهم على استدخاله (أي الموت)، هذا ما يحدث عندما يشهد شخص ما التعدي على أجسام الآخرين.

(Roisin& Lillianfield, 2008, p.837-840)

- أما بما يخص النقطة الثالثة فهي تتعلق ببقية الأحداث الأخرى التي لها في أغلب الأحيان، احتمال بسيط على أحداث الصدمة، بما أن أي حدث بإمكانه أن يكون صدمياً بشرط أن يراه الشخص على أساس أنه مدمر، وهذا ما يحدث مثلاً عند الشخص الذي مجرد رؤيته للطائرة يفزع. (مكيري، 2009، ص. 96)

ومما سبق نجد أن الحدث الصادم هو نوع من الأحداث التي يعايشها الفرد ويكون شديداً وغير متوقع وغير اعتيادي ويحمل تهديد لحياة الشخص أو لأحد الأشخاص المقربين ويحمل تجربة شخصية مؤلمة يختبرها الشخص ذاته، فما قد يكون مؤلم لشخص قد لا يكون كذلك لشخص آخر-أي أن تفسير وخبرة الشخص هو الفيصل في تحديد طبيعة ذلك الحدث- ويكون ذلك الحدث يفوق قدرة الشخص على التعامل معه، وتعد الكوارث الطبيعية والحروب والجرائم الشديدة (قتل، اغتصاب، خطف) أو الاعتداءات الجنسية والجسدية أشهر مسببات الأحداث الصادمة.

رابعاً- أنواع الصدمات:

تشير الدراسات الحديثة لمجموعة متنوعة من أنواع الصدمات وكذلك تتضمن بعض النظريات في علم النفس أنواعاً معينة للصدمات، ونذكر ضمن هذه الفقرة أشهر التقسيمات علماً أنه يمكن أن يطلق على النوع الواحد من الصدمات مسميات مختلفة حسب المدرسة أو النظرية التي تدرس الصدمة، ولن يتم ذكر بعض التصنيفات التي لا تخدم الدراسة وفيما يأتي أشهر تلك الأنواع:

- وفقاً لتير Terr هناك فئتان من الصدمات:

تشير الصدمة من النوع الأول إلى حدث منفرد ومعزول ومحدود زمنياً ناتج عن ضغوط حادة وغير جنسية (حادث، كارثة طبيعية، اعتداء جسدي غير جنسي، حريق، إلخ) وتسمى أيضاً "الصدمة البسيطة". أما الصدمة من النوع الثاني هي حالة متكررة إذ كانت موجودة باستمرار أو مهددة بالتكرار في أي وقت لفترة طويلة من الزمن، وهو ناتج عن ضغوط مزمنة أو مسيئة (العنف المنزلي، والعنف السياسي، وأعمال الحرب، والصدمات الثانوية للعاملين في مجال الإغاثة، وما إلى ذلك).

في البداية تكون الصدمة دائماً من النوع الأول- ردود الفعل التي يقدمها الضحايا متطابقة مع تلك التي تتبع ضغوط من النوع الأول- ولكن بمرور الوقت ستظهر المزيد من آليات التكيف المرضي-تطور الصدمة من النوع الثاني.- (Teer,1991, p.148)

- يشير سولومون وهايد Heide&Solomon إلى نوع ثالث من الصدمة والتي تكون نتيجة أحداث متعددة ومتنشيّة وعنيفة موجودة على مدى فترة طويلة من الزمن، تحدث بسبب ضغوط مزمنة أو مؤذية (أسرى الحرب ومعسكرات الاعتقال، التعذيب، الاستغلال الجنسيّ القسريّ، العنف المنزليّ والاعتداء الجنسيّ.. إلخ). (Solomon& Heide,1999,p.203)

- أما هيرمان Herman فقد ميزت بين الصدمات المعقدة والصدمات البسيطة: الصدمة المعقدة هي نتيجة الإيذاء المزمن لإخضاع شخص أو مجموعة من الناس، يجب مقارنة الصدمات المعقدة بالصدمات من النوع الثالث التي حددها سولمان وهايد (معسكرات التّركيز وأسرى الحرب، بيوت الدّعارة، العنف الأسريّ المستمر، العنف الجسديّ الخطير والمستمر، الاعتداء الجنسيّ أثناء الطفولة.. إلخ) كما ميزت بين الصدمة المباشرة وغير المباشرة:

- نتحدث عن الصدمة المباشرة عندما يكون الشخص قد عانى بشكل مباشر (وقع عليه) أو شاهداً على الحدث الصّادم.

- الصدمة غير المباشرة: قد يصاب الشخص - الطفل وكذلك البالغ - الذي لم يتعرض لصدمة مباشرة باضطرابات نفسيّة ناتجة عن الاتصال بشخص مصاب بصدمة نفسيّة أو مجموعة من الأشخاص. (Herman,2015, p.336)

كما ذكر جين Jayne أنواعاً أخرى من الصدمات وهي:

- الصدمة الحادة: ينتج هذا عن حدث واحد مجهد أو خطير.
- الصدمة المزمنة: وينتج هذا عن التّعرض المتكرر والمطول للأحداث المجهدة للغاية، ومن الأمثلة على ذلك حالات الاعتداء على الأطفال أو البلطجة أو العنف المنزليّ.
- الصدمة المعقدة: وينتج ذلك عن التّعرض لأحداث مؤلمة متعددة.
- الصدمة الثانويّة أو الصدمة النّائبة: هي شكل آخر من أشكال الصدمة، مع هذا الشكل من الصدمة يصاب الشّخص بأعراض الصدمة من اتصال وثيق مع شخص تعرض لحدث صادم فأفراد الأسرة، واختصاصيو الصّحة العقليّة، وغيرهم ممن يعتنون بأولئك الذين عانوا من حدث صادم معرضون لخطر الصدمة بالنّيابة. (Jayne,2020, Para1)

ونجد مما سبق تنوع أشكال الصدمات حسب نوع الحدث الصّادم وطبيعته وعدد هذه الأحداث وأيضاً حسب التّعرض المباشر أو غير المباشر لهذا الحدث، ومع زيادة مراكز الدعم النفسي في شمال غرب سوريا

ونتيجة تعامل الداعمين والأخصائيين النفسيين مع عدد كبير من الأشخاص الذين عانوا من التعرض لصدمة الحرب المختلفة والظروف المعيشية القاسية فقد ظهرت أعراض الصدمة الثانوية ووصل البعض لدرجة الاحتراق النفسي (حسب المعلومات من قطاع الصحة النفسية في شمال غرب سوريا) مما اضطر المنظمات الداعمة لوضع برامج للعناية الذاتية للداعمين النفسيين والاهتمام بصحتهم النفسية ليستطيعوا اكمال عملهم .

ونذكر في الفقرة الآتية العوامل التي تجعل الأشخاص يختلفون فيما بينهم في مستوى الاستجابة للخبرات الصادمة.

خامساً- العوامل المؤثرة في الاستجابة للخبرات الصادمة:

يُثير التباين الفردي الهائل في الاستجابات للتعرض لضغوط الصدمة التساؤل عن سبب إصابة بعض الأشخاص باضطرابات ما بعد الصدمة بينما لا يُعاني البعض منها، ولماذا تسود بعض الاستجابات على الآخرين في فرد مصاب بصدمة معينة.

بناءً على صيغ فان دير كولك van der Kolk للعوامل التي تؤثر على التكيف مع الصدمات، يشتمل هذا الإطار على خمسة عوامل أساسية لشرح الاختلافات في الاستجابات للصدمة.

"تشمل هذه العوامل الخمسة العوامل البيولوجية الفردية ، ومستوى النمو في وقت الصدمة ، وشدة الصدمة ، والسباق الاجتماعي للفرد قبل الصدمة وبعدها ، وأحداث الحياة التي تحدث قبل الصدمة وبعدها، تؤثر العوامل الخمسة جميعها على استجابة الفرد للصدمة لأنها تؤثر على تصوراتها عن التكافؤ وعدم القدرة على التحكم وفجأة الحدث، بهذه الطريقة يمكن أن يرتبط النموذج النظري الأساسي لما يجعل التجربة مؤلمة بالعوامل التي تتوسط تأثير الصدمة، يمكن أن تؤدي هذه العوامل إما إلى تقاوم أو إلى تخفيف استجابة الفرد لتجربة مؤلمة محتملة". (Van der Kolk, 1987,p.16)

وفيما يأتي شرح للعوامل التي ذكرها فان دير كولك ما عدا المستوى النمائي لأنه خاص بالأطفال ولا يتم التركيز عليهم ضمن الدراسة الحالية:

1- العوامل البيولوجية الفردية : هناك ثلاثة عوامل بيولوجية رئيسية يمكن أن تؤثر على الاستجابات للصدمة، هذه العوامل هي الاستعداد الوراثي للضعف أو المرونة للصدمة ، والاستعداد البيولوجي غير الجيني ، والتغيرات البيولوجية في الوظيفة التي تحدث استجابة لتجارب صدمة سابقة، أظهرت الدراسات أنّ هناك اختلافات فردية بين كل من الأطفال والحيوانات في ردود أفعالهم تجاه نفس الحدث المسبب للضغط في ظلّ ظروف مُسيطر عليها وأحد الأسباب المحتملة لهذه النتائج هو أنّ الاختلافات المزاجية المستندة إلى الجينات تجعل بعض الأفراد أكثر عرضة للتجارب الصادمة من غيرهم. (Van der Kolk et al,1996, p.124)

بشكل عامّ، فقد وصل فان دير كولك Van der Kolk إلى نتيجة وهي "نتوقع أنّ أولئك الذين لديهم استعداد بيولوجي للقلق سيصابون بردود فعل أكثر حدة عند تعرضهم للصدمة، قد تؤدي صدمات الطفولة أيضاً دوراً في استباق الاضطراب العقلي لدى الشخص المهياً بيولوجياً، بالإضافة إلى ذلك قد يكون هناك تفاعل بين تأثيرات الاستعداد البيولوجي والتعرض للصدمة بحيث يكون أولئك المعرضون للخطر بيولوجياً أكثر عرضة لخطر التعرض للضغوط الرضحية، يتوافق هذا التّصوّر مع نماذج أهبة الإجهاد المقترحة لمعظم اضطرابات الرّجال". (Van der Kolk,1987, p.17)

2- شدة الصدمة:

شدة الصدمة لها أكبر تأثير على شدة استجابة الفرد للصدمة، فحسب ويدوم Widom "تسهم الخصائص الموضوعية لحدث ما ، مثل شدته وطبيعته ومدته ، في شدته لأنها تشكل تصورات الفرد لإمكانية التّحكم والتّكافؤ السّلبّي للحدث، على العكس من ذلك يمكن أن تؤثر انطباعات الفرد الذاتية وتصوراته بشكل كبير على النّية المتصورة وطبيعة التجربة الصّادمة من خلال التأثير على التّكافؤ والقدرة على التّحكّم في التجربة، على سبيل المثال الرّجل الذي تمّ تهديده بسكين ولكنّه يعتقد أنّه قادر على الدّفاع عن نفسه بشكل فعّال سيشهد الحدث على أنّه أقلّ حدة من الرّجل الذي تعرض للتهديد ويعتقد أنّه يمكن أن يُقتل، الصّدّات الأكثر شدة هي أكثر عرضة لإثارة الخوف والعجز بسبب تكافؤهم السّلبّي، على سبيل المثال يؤدي الحرق على السّاق إلى ظهور أعراض ما بعد الصدمة أقلّ حدة من الحرق على كامل الجسم لأنّ الأخير له تكافؤ سلبيّ أكثر". (Widom, 1989,pp.5-8)

3- السياق الاجتماعي قبل الصدمة وبعدها:

تشير كرلسون ودالنبرغ Carlson & Dalenberg لتأثير السياق الاجتماعي للفرد على استجاباته للصدمة قبل الحدث وبعده، " قبل الحدث يشكل المجتمع والبيئة الأسرية التوقعات العامة للفرد حول القدرة على التحكم والتكافؤ السلبي، من خلال هذه العملية يمكن للسياق الاجتماعي للفرد أن يُقوّي أو يُضعف قدرته على التعامل مع الضغوطات المؤلمة. متغيرات البيئة المجتمعية قبل الصدمة التي من المحتمل أن تؤثر على استجابات ما بعد الصدمة تشمل الفقر ومستوى العنف والاهتمام بأفراد المجتمع الفردي، متغيرات البيئة العائلية قبل الصدمة التي من المحتمل أن تؤثر على استجابات ما بعد الصدمة تشمل الإهمال، وسوء المعاملة النفسية، وتعاطي المخدرات، والاضطرابات النفسية أو الانتحار القائم على الرعاية، والأساليب التأديبية، والفقر، والعنف المنزلي". (Carlson et al,1997, p.278)

كما تعتمد استجابة الفرد للخبرة الصادمة ودرجة التأثر بها إلى حد بعيد على استجابة باقي أفراد الأسرة الذين يعدون قدوة للفرد، وهذا الأمر ينعكس على درجة الدعم الأسري للفرد حين يتعرض لموقف صادم، كذلك يؤدي مستوى الدعم الاجتماعي والمساندة الاجتماعية في الأسرة والمجتمع دوراً مهماً في الحد من آثار الخبرات الصادمة على المدى القريب والبعيد ويقلل من احتمال الإصابة باضطرابات نفسية ناتجة عن الخبرات الصادمة (Turner, 1999, pp.640-644).

4- أحداث الحياة السابقة واللاحقة:

من المؤكد أنّ الأحداث المجهدة أو السلبية التي تحدث بعد الصدمة تؤدي إلى تفاقم استجابة الصدمة، لأنّه من أجل التعامل مع الأحداث اللاحقة حسب كرلسون "سيتعين على الفرد الاعتماد بشكل أكبر على موارده العاطفية والمعرفية المستنفدة بالفعل، بالإضافة لذلك فإنّ تجربة الأحداث المجهدة التي تعقب الصدمة تميل إلى زيادة الشعور بعدم القدرة على التحكم، لهذه الأسباب فإنّ الاضطرار إلى التعامل مع تجارب الحياة السلبية مثل العيش في فقر ، والخلاف الزوجي ، وحياة العمل المجهدة ، والصعوبات في تربية الأطفال ، من المتوقع أن يضعف تعافي الفرد من الصدمة، على العكس من ذلك فإنّ تجارب الحياة الإيجابية التي تحدث بعد الصدمة قد تخفف من آثارها عن طريق زيادة تصورات القدرة على التحكم والنجاحات في العمل". (Carlson et al,1997, pp.280-282)

ويمكن أن نضيف لما سبق عامل مهم وهو العوامل التي تتعلق بشخصية الفرد فقد أشارت بعض الدراسات التي أجريت على الأفراد الذين أصيبوا باضطرابات نفسية بعد الصدمة وجود علاقة بين

الشخصية السابقة والمزاج وتطور اضطرابات نفسية لديهم فيما بعد، ووجود الاضطرابات النفسية الناتجة عن خبرات صادمة أكثر من الأفراد الآخرين الذين لا يوجد لديهم اضطرابات سابقة. (جعفر، 2015، ص 12)

ومما سبق نجد أنه على الرغم من شمولية العوامل التي قدمها فان دير كولك van der Kolk كعوامل مساهمة في الاستجابة للصدمة، إلا أننا قد نجد عوامل أخرى قد تسهم بالاستجابة للصدمة والتأثر بها، فيمكن أخيراً إضافة ما ذكره تقرير منظمة الصحة العالمية (2019) من عوامل الخطر الخاصة بالنوع الاجتماعي للاضطرابات النفسية الشائعة التي تؤثر بشكل غير متناسب على النساء كالعنف القائم على النوع الاجتماعي، والحرمان الاجتماعي والاقتصادي، وانخفاض الدخل وعدم المساواة في الدخل، والوضع الاجتماعي المنخفض أو المرؤوس، والمسؤولية المستمرة عن رعاية الآخرين. (WHO, 2019)

وبعد تناول العوامل المؤثرة في الاستجابة للخبرات الصادمة وللوصول لفهم أكبر لتشكلها وتفسيرها لا بد من تناول النظريات المفسرة لها والتي تم تناولها في الفقرة الآتية.

سادساً- النظريات المفسرة للصدمة النفسية:

حاولت العديد من الدراسات والنظريات منذ بداية انطلاق الدراسات الفعلية حول الصدمة، تفسير نشوء الصدمة والعوامل التي تسهم بذلك وكذلك العوامل المؤثرة وما زال حتى يومنا الحاضر نسمع بدراسات جديدة حول ذلك، وسيتم ذكر أشهر وجهات النظر المفسرة للصدمة لأنه لا يمكن حصرها جميعاً ضمن هذه الدراسة وسنبداً بأشهر تلك النظريات وهي مدرسة التحليل النفسي.

1- من وجهة نظر التحليل النفسي:

سنتناول وجهة نظر التحليل النفسي كما عرضها فرويد Freud وذلك لشهرتها بالإضافة لوجهة نظر فيرونزي Ferenze

1-1 الصدمة النفسية من وجهة نظر فرويد Freud:

نشأت نظريات التحليل النفسي المتعلقة بأصول الصدمة آثارها في دراسة القرن التاسع عشر للصدمة والهستيريا، وفي عمل فرويد Freud المبكر (1895/1955) يجادل بأن الهستيريا المؤلمة تتطور من تجربة مكبوتة في وقت سابق من الاعتداء الجنسي، يؤكد فرويد وبريور Freud & Brueur في دراسات الهستيريا

(1955/1895) "أنّ الحدث الأصلي لم يكن صادمًا في حد ذاته ولكن في ذكره فقط ، ولأنّ الحدث الأصلي لا يزال يلحق الضرر، فإنّ العلاج أو الحرمان من الكلام مطلوب لفهم آثار الماضي والحصول على التحرر من فهمه المسبب للأعراض، والأهم من ذلك أنّ الحدث الصادم لا يفهم إلا بعد فترة الكمون من العمل المؤجل التي تؤخر آثار الماضي ومعناه، فقط بعد الحدث المعاصر يدعو الحدث المكبوت سابقاً أنّ الحدث الماضي يمكن أن يصبح معروفاً في عملية التذكر". (Freud,1955/1920, p.192)

ويرى فرويد Freud أنّ "الصراعات الناجمة عن الصدمة تؤدي لتكوين عصاب الصدمة،" الذي ينتج عنه خرق واسع النطاق يجري في الدرع الواقية ضد المحفزات، والعقل بوصفه كائناً حياً يحتوي على طبقات خارجية وداخلية، في الطبقة الخارجية توجد "درع واقية" ضد المحفزات الخارجية الصّارة، وعندما يحدث "الخوف الناتج عن الصدمة" تحدث الآلية التي تسبب العصاب حيث يواجه الشخص خطراً دون أن يكون مستعداً لذلك" (شرفي، 2012، ص 52-53)

ويمكن القول أنّ الصدمة النفسية تمّ تناولها من وجهة نظر التحليل النفسي من زاويتين رئيسيتين، يصعب الفصل بينهما، كونهما متداخلتين ومتكاملتين وهما وجهة النظر الديناميكية ووجهة النظر الاقتصادية.

أ- وجهة النظر الدينامية: افترض فرويد في البداية وفي كتاباته ما بين (1892 و 1897) أنّ الصدمة النفسية تكون دائماً من أصل جنسي وهي ناتجة عن إغراء و/أو إغواء ، إنّ وجهة النظر الدينامية للصدمة توضح أهمية التاريخ النفسي للفرد في حدوث الصدمة وكيفية التعامل معها، إذ لا يأتي الحدث الصدمي أبداً على قاعدة عذراء، بل يوجد تنظيم نفسي ونرجسية وهوية جنسية مختلفة في صلابتها، مع تهيئة دفاعية وقدرة متفاوتة في مقاومة الصدمة التي يتلقاها الفرد من الواقعة، وحينما يكون الأنا منظماً بشكل جيد ونرجسية ذات صلابة معينة لا تضعف أمام العوامل الخارجية أو الظروف الصعبة كالحدث الصدمي. (النابلسي، 1991، ص. 24)

ب- وجهة النظر الاقتصادية: هذه النظرية الكمية الاقتصادية تعززت بفعل الحرب العالمية الأولى، إذ احتلت العصابات الصدمية مكانة مهمة في دراسات فرويد بين (1916 و 1920) وأصبح مصطلح الصدمة ليس له إلا المعنى الاقتصادي، إذ تطلق تسمية الصدمة على حدث ممتد في الزمان والمكان، يحمل معه أيضاً من الاستثارة النفسية تفوق شدته عتبة التحمل التي يكون عليها الفرد، مما يخلق اضطرابات دائمة في استعمال الطاقة النفسية. (شرفي، 2012، ص 49)

1-2 الصدمة النفسية من وجهة نظر فيرونزي Ferenze

يرى فيرونزي Ferenze أن الصدمة النفسية تتضمن انهيار الشعور بالذات والقدرة على المقاومة والسلوك والتفكير بهدف الدفاع عن النفس أو أن الأعضاء التي تتضمن الحفاظ على الذات تضمحل إلى أقصى حد ممكن ، فهي بهذا المعنى تسبب تلاشي الشكل الأصلي وفقدانه والتقبل السهل ومن غير المقاومة للشكل الجديد ، إذ تبرز الصدمة النفسية دائماً من غير تهيو وتكون مسبقة بالشعور بالثقة بالنفس فيأتي الحادث الصدمي ليزرع هذه الثقة ويحطمها في الذات والمحيط الخارجي ، وإن كان الشخص قبل الحادث يعتقد أن ذلك لن يحدث له بل فقط للآخرين .

ويرى فيرونزي أن الصدمة قد تكون فيزيائية خالصة أو نفسية خالصة أو نفسية وفيزيائية معاً وأن الصدمة الفيزيائية تكون دائماً نفسية كذلك إذ يكون القلق هو النتيجة المباشرة لها وتتضمن الشعور بعدم القدرة على التكيف مع وضعية الضيق الأكبر الذي ينتج بسبب طابع الفجائية الذي تتسم به الصدمة النفسية. (Crocq,1999 ,pp.10-11)

2- من وجهة النظر المعرفية: تعد النظريات المعرفية والمعرفية - السلوكية من أكثر النظريات التي قدمت تفسيرات مختلفة للصدمة، وفيما يأتي بعض الوجهات التفسيرية المعرفية - السلوكية للصدمة.

2-1 نظرية معالجة العاطفة المتكاملة فوا وزملائها:

أسس فوا وكوزاك Foa & Kozak (1986) نظرية العملية العاطفية (EPT)، أشارا في نظريتهما حول تفسير الصدمة إلى أن هياكل الخوف تصبح غير قادرة على التكيف من خلال عملية يُنظر فيها لاحقاً إلى العناصر المحايدة سابقاً للأحداث الصادمة على أنها مهددة، وتنشط استجابات الطيران أو القتال، والاستجابة الفسيولوجية المرتبطة بها (زيادة معدل ضربات القلب، والتنفس السريع، وتوسع حدقة العين). تشكل عناصر الحدث الصادم والاستجابة للصدمة ومعناها بنية الخوف، إذ تتعارض هذه الأنواع من استجابات الخوف مع السياق والظروف ، وهي تتجاوز ما هو مطلوب لإدارة الحدث ، ويتم فهم معناها عن طريق الخطأ وترميته في الذاكرة كمصدر للخطر، خلال أوقات الصدمة أو الذكريات الشديدة يتم تخزينها بطريقة مجزأة وفوضوية وغير مكتملة، وهكذا عندما ترتبط جميع عناصر الحدث الصادم بتغلغل الخوف ، يتجول الأفراد في حالة استعداد دائمة (اليقظة المفرطة)، يصور EPT اضطراب ما بعد الصدمة المزمن

على أنه فشل في معالجة ذاكرة الصدمة بشكل مناسب بسبب تجنب واسع النطاق للأفكار والمواقف التي تذكر بالصدمة، باختصار تقترح نظرية المعالجة العاطفية أن التدخل يتضمن العملية العاطفية للذكريات المؤلمة بحيث يمكن تعديلها أو استبدالها. (Foa & Kozak, 1986, pp.20-35)

2-2 نموذج التقييم المعرفي لجانوف بولمان (Jannoff- Bullman):

تسمى نظرية الاعتقاد السائد أو الافتراضات المحطمة والتي تركز على الأشخاص الذين يمرون بأحداث صادمة ، وفقاً لجانوف بولمان Janoff-Bulman فإنّ "الناس لديهم ثلاث معتقدات أساسية عن العالم، أولاً يؤمنون بعالم خير حيث البشر طيبون وجديرون بالثقة، ثانياً يعتقدون أيضاً أنّ العالم له معنى أيّ أنّ هناك علاقة طارئة بين سلوكيات الأفراد وعواقب أفعالهم، ثالثاً يؤمن الأفراد بقيمتهم الشخصية- فهم يرون أنفسهم أشخاصاً اعتباريين محميين نسبياً من المحن- في مواجهة تجربة مؤلمة ، سيكون الميل الطبيعي للضحايا هو أول من يبحث عن أسباب الحدث من أجل تقليل الفجوة بين معتقداتهم السابقة ومعتقداتهم السلبية الناتجة عن الحدث ، بالنسبة لبعض الناس فإن المسؤولية الجزئية عن الحدث ستقلل من إدراكهم لعالم يمكن أن تضرب فيه الصدفة في أي وقت بالنسبة للآخرين ، فإن عزو السبب إلى المزيد من المصادر الخارجية سيقبل من الإدراك الذاتي السلبي الذي طوره لأنفسهم نتيجة للحدث". (Janoff- Bulman, 1992, pp.15-18)

يعد نموذج جانوف -بولمان الوحيد الذي اهتم بتصورات الفرد وقيمه قبل الصدمة وأثر الصدمة عليها. إذ يقدم لنا الآثار على الضحايا بعد تجارب صدمية: انطباع باختلال معرفي، شعور كبير بالهشاشة والمعاناة، دحض القيم الأساسية، كما يشرح النموذج الاختلاف في تطوير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة بكونه اهتم بالمفاهيم الذاتية للأفراد حول الواقع. (Brillon, et al, 1996, PP.44-129)

2-3 نموذج Epstein:

يرى ابتشاين Epstein أنّ نظرة الشخص إلى الواقع وتكيفه معه يرميان إلى تحقيق الأهداف الآتية: الحفاظ على التوازن القائم بين كفتي اللذة والألم، والقدرة على فهم معطيات الواقع بطريقة تسمح للشخص بالتكيف معها بطريقة ما، والحفاظ على اعتبار الذات بشكل مقبول والرغبة في الاتصال والكلام مع الآخرين ... هناك ثلاث معتقدات شخصية تفسر موقف الشخص السوي من الواقع أو العالم الخارجي: إنّ هذا العالم هو مصدر الخير والانسراح، وإنّ لهذا العالم قيمة ومعنى ويمكن التحكم فيه وإنّ الأنا لها قيمتها وأهميتها الخاصة ، فأنا شخص محبوب وجديد بالتقدير والاحترام وعندما تقع الكارثة تتحطم المعتقدات

والآمال المذكورة ويشعر الشخص بالذهول والنقمة واليأس وكأنه لا يصدق ما جرى، وهكذا تتحول المعتقدات الإيجابية إلى معتقدات سلبية ويصبح العالم الخارجي مرعباً وتافهاً". (Epstein, 1991, pp112-118)

3- من وجهة النظر السلوكية:

برزت نظريات السلوكية والتفاهات النفسية للصدمة خلال القرن العشرين، إذ شرح اورفال مور Orval Hobart Mowrer (1960/1951) تطور الرهاب والحفاظ عليه وذلك بالاعتماد على نظرية ذات عاملين تجمع بين مبادئ التعلم من التكيف الكلاسيكي والتكيف الفعال.

يعتقد مور Mowrer أن الرهاب نشأ بسبب الارتباط المزدوج بين المنبه المحايد والمحفز المخيف (أي أنهما مشروطان بشكل كلاسيكي)، ومع ذلك لم تشرح نظرية التكيف الكلاسيكية بشكل كامل الحفاظ على السلوكيات الرهابية مثل الخوف والتجنب والرغبة في الهروب أو تحمل الإعاقات في الأداء النفسي والعلائقي والاجتماعي. (McSweeney & Murphy, 2014, pp.417-420)

تمكن نموذج العاملين بإدماجه الإشارات الكلاسيكية في شرح الاستجابات الحصرية التي يبديها الشخص أمام مثيرات لم تكن مهددة ولكن اقترنت مع الحدث الصادم، وأمام مثيرات لم تكن حاضرة أثناء الحدث الصادم، هذه المبادئ العاملة في الوقت، تشرح استقرار واستمرار الأعراض التالية للصدمة وزيادة خطورتها إذ تتزايد المثيرات الشرطية التي تثير الاضطراب، ولقد سمح إدماج مفهوم التعزيز السلبي بشرح كيفية تطوير استجابات التجنب، الانسحاب الاجتماعي، الابتعاد العاطفي، العدوانية، الاستهلاك المفرط للمخدرات والكحول والتي ستتكرر بتوظيف الفرد لأنها تجنبه الحصر. (Carlson & Dalenberg, 2000, pp.4-28)

4- من وجهة النظر البيولوجية:

تركز نظريات الصدمة البيولوجية على العوامل الشخصية والبيئية، وتفاعلاتها، والتسمية البشرية لشرح العلاقات بين الإجهاد الشديد، ونقاط الضعف والاستعدادات الفردية، والعوامل البيئية، والضغط والاضطرابات النفسية.

" يُعتقد أن العوامل الوراثية مثل الهرمونات العصبية (الأوكسيتوسين والفازوبريسين)، والتأقالات العصبية (الدوبامين، والنورإبينيفرين، والسير وتونين)، وتركيبات الدماغ (اللوزة، والحصين، ومنطقة ما تحت المهاد) تسهم في الإصابة بالصدمة وربما تطور اضطراب ما بعد الصدمة، لكن الوراثة وعلم الوراثة يقدمان صورة

غير كاملة، فقد تمّ ملاحظة التباين في الاستجابات للتعرض للصدمات ، ومن المحتمل أن يتأثر خطر الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة بالاستعداد الوراثي والخصائص المحددة للضغط نفسه (الطبيعة والعزم والمدة) ، وكذلك آليات الوراثة اللاجينية ، ولا تغير التغييرات في التعبير الجيني الشفرة الجينية أو الحمض النووي للفرد وإنما يغير الطريقة التي تتواصل بها الجينات أو يقرأ بعضها بعضاً ، ويواصل الباحثون استكشاف إسهام مجموعات معينة من الجينات التي يُعتقد أنها تسهم في الاستجابة للصدمات والمرونة وبعض الاضطرابات النفسية، إذ وصلت بعض الدراسات التي تبحث في إسهام (25) جيداً في اضطراب ما بعد الصدمة". (Ryan, et al ,2016,p. 1553)

يصف تاكيت Tackett نمط استجابتنا البيولوجية للإجهاد الناتج عن الصدمات، "عندما نتعرض إلى ضغوط أو تهديد ، فاستجابة لذلك ، يقوم الوطاء بإرسال إشارات إلى الغدة النخامية ، والتي ترسل إشارات للغدة الكظرية لإفراز الهرمونات - الغدة الكظرية ، والإبينفرين ، والكورتيزول - التي تزيد من مستويات الجلوكوز ومعدل ضربات القلب، يُعرف هذا باسم نظام أو محور Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA)، يبدو أنّ أولئك الذين لديهم تاريخ من الصدمات السابقة أكثر حساسية لاستجابة HPA والإفراز الفوري القريب لهرمونات التوتر استجابة للضغوط اللاحقة، كما أنّ لدى هؤلاء السكان معدلات أعلى من عامة السكان فيما يتعلق بأمراض القلب والأوعية الدموية والسكري والسرطان واضطرابات الجهاز الهضمي واضطرابات وظائفهم العصبية". (Tackett,2009, p.35)

وهكذا نرى أنّ هناك تشابهاً بين بعض النظريات في تقديم تفسيرات للخبرات الصادمة وكذلك نرى نظريات مخالفة لذلك ، فمثلاً هناك تشابه بين النظرية التحليلية والنظرية المعرفية في فهم علاقة الفرد بالبيئة تحت الظروف الصادمة وتفسيرها، فكلاهما يعدّ أنّ العلاقة هي علاقة رد فعل وبأنّ علاقة الفرد بالبيئة تضرب عندما تزداد المطالب الخارجية أو الداخلية التي تقع على عاتقه فيقوم الفرد بتحريك مصادره ليصلح العلاقة، في حين تركز النظرية السلوكية على الإشراف والارتباط بين الحدث الصادم والمثيرات المختلفة لحظة وقوعه، أما النظرية البيولوجية فتركز على العوامل الشخصية والبيئية ، وتفاعلاتها، والتغيرات البيولوجية التي تحدث كاستجابات للإجهاد والاستعداد البيولوجي للاستجابة لها وما ينتج عنها من تأثير على باقي الجسم يبقى لدى الفرد حتى تتم معالجته .

وبين اختلاف النظريات بين الأسباب والنتائج فلا بدّ من عرض مفصل لما تتركه الصدمات من تأثير على الشّخص سواء مباشرة بعد الحدث الصّادم، أو بعد فترة والأعراض التي تظهر لديه وهذا ما نعرضه ضمن الفقرة الآتية.

سابعاً- الآثار الناجمة عن الخبرات الصّادمة:

يمكن أن تحدث جميع آثار الصدمة إمّا على مدى فترة قصيرة من الزمن أو على مدار أسابيع أو حتى سنوات، وينبغي معالجة أيّ آثار للصدمات على الفور لمنع دوامها، كما يمكن أن تكون الآثار القصيرة الأجل والطويلة الأجل للصدمات متماثلة، ولكن الآثار الطويلة الأجل تكون عموماً أكثر حدة، التغيرات المزاجية على المدى القصير طبيعية إلى حد ما بعد الصدمة، ولكن إذا استمرت التحوّلات في المزاج لفترة أطول من بضعة أسابيع، يمكن أن يحدث تأثير طويل الأجل، ونبدأ باستعراض الآثار الأكثر شيوعاً الأولية أو قصيرة الأمد.

1- الآثار الأولية للصدمة (قصيرة الأمد):

غالباً ما يتم الإبلاغ عن مجموعة متنوعة من ردود الفعل و / أو ملاحظتها بعد التّعرض لحدث صادم، ويظهر معظم النّاجين ردود فعل فورية، ومع ذلك فإن هذه الرّدود عادة ما تحل دون عواقب وخيمة على المدى الطويل، ويرجع ذلك إلى أنّ معظم النّاجين من الصدمات النّفسيّة قد يطورون إستراتيجيات مناسبة للتكيف، بما في ذلك استخدام الدّعم الاجتماعي، للتعامل مع آثار الصدمة وعواقبها، وسنستعرض أشهر ردود الفعل الفورية على الصدمات:

1-1 ردود الفعل العاطفية الفورية: يمكن أن تشمل ردود الفعل العاطفية أو النّفسيّة: العجز، الحزن الارتباك، القلق أو الخوف الشّديد، عقدة الدّنب (بما في ذلك ذنب الناجي)، النّشوة نتيجة البقاء على قيد الحياة، الغضب، الشّعور بعدم الواقعية تبدد الشّخصية (على سبيل المثال الشّعور كما لو كنت تشاهد نفسك)، انقباض المشاعر، الشّعور بالخروج عن السيطرة، الإنكار.

(Center for Substance Abuse Treatment "US". 2014)

1-2 ردود الفعل الجسدية الفورية: قد يستجيب الجسم للصدمة بردود مثل الغثيان و / أو ضيق الجهاز الهضمي، التّعرق أو الارتعاش، الضعف العام، رعاش العضلات أو اهتزاز لا يمكن السيطرة عليه، ارتفاع معدل ضربات القلب والتّنفس وضغط الدم، التّعّب الشّديد أو الإرهاق، استجابات مذهلة أكبر.

1-3 ردود الفعل السلوكية الفورية: يستجيب الشخص للحدث الصادم بسلوكيات مثل الذهول، الأرق اضطرابات النوم والشهية، صعوبة التعبير عن النفس، السلوك الجدلي، زيادة تعاطي الكحول والمخدرات والتبغ، الانسحاب واللامبالاة، السلوكيات التجنبية. (Pietrzak, et al,2011, pp.678-679)

1-4 ردود الفعل الوجودية الفورية : يمكن أن تؤثر الصدمة على معتقدات المرء حول المستقبل من خلال فقدان الأمل، أو محدودية التوقعات حول الحياة، أو الخوف من أن تنتهي الحياة فجأة أو في وقت مبكر، أو توقع عدم وقوع أحداث الحياة الطبيعية (على سبيل المثال، الحصول على التعليم، والقدرة على إقامة علاقة كبيرة وملتزمة، وفرص جيدة للعمل) ، كما يمكن أن يلي الحدث الصادم تغيرات قد تشمل (كثرة استخدام الصلاة ، استعادة الإيمان بصلاح الآخرين "على سبيل المثال ، تلقي المساعدة من الآخرين ، فقدان الكفاءة الذاتية ، اليأس من الإنسانية ، خاصة إذا كان الحدث متعمداً ، النعطي الفوري لافتراضات الحياة "على سبيل المثال ، الإنصاف ، والسلامة ، والخير ، وإمكانية التنبؤ بالحياة. (Foa, et al,2006, p.15)

قد تكون هذه الردود كما ذكرنا طبيعية بعد التعرض لحدث صادم وتختفي خلال فترة قصيرة، بينما قد يعاني آخرون من مشاكل أو أعراض لاضطرابات نفسية أو أعراض دون السريرية لا تتناسب مع المعايير التشخيصية لاضطراب الإجهاد الحاد (ASD) أو اضطراب ما بعد الصدمة، وتظهر نسبة صغيرة فقط من الأشخاص الذين لديهم تاريخ من الصدمات ضعفاً وأعراضاً تستوفي معايير اضطرابات الإجهاد المرتبطة بالصدمات، بما في ذلك اضطرابات المزاج والقلق.

(Center for Substance Abuse Treatment "US", 2014, Chapter 3)

2- الآثار طويلة الأمد (ردود الفعل المتأخرة):

تركز الأقسام التالية على بعض ردود الفعل الشائعة عبر المجالات (العاطفية والجسدية والمعرفية والسلوكية والاجتماعية والتنموية) المرتبطة بالأحداث المؤلمة المفردة والمتعددة والدائمة، ردود الفعل هذه هي في كثير من الأحيان استجابات طبيعية للصدمات ولكن قد تبقى لمدة أطول، وهذه الاستجابات ليست علامات على مرض عقلي، كما أنها لا تشير إلى اضطراب عقلي إذا لم تحقق شروط التشخيص، أما الاضطرابات المرتبطة بالإجهاد الرضي تشمل مجموعة محددة من الأعراض والمعايير سنتناولها في الفقرة التالية منفصلة.

1-2 الآثار العاطفية والنفسية

يمكن أن تبقى بعض الآثار النفسية لفترة طويلة بعد التعرض لحدث صادم وقد تكون هذه الآثار: الإنكار - غضب - خوف - حزن - خجل - التباس المشاعر - خدر عاطفي - الشعور بالذنب - اليأس - التهيج - صعوبة في التركيز. (Jayne,2020,para3)

أيضاً قد تشمل تقلبات المزاج وعدم الاستقرار - الخوف من تكرار الصدمة - الشعور بالهشاشة أو الضعف، الانفصال العاطفي عن أي شيء يتطلب ردود فعل عاطفية (على سبيل المثال، العلاقات المهمة و/أو الأسرية، والمحادثات حول الذات، ومناقشة الأحداث المؤلمة أو ردود الفعل تجاههم). (Foa et al,2006, p.17)

وقد تتطور الاستجابات لدرجة الاضطرابات النفسية مثل: الاكتئاب، القلق (على سبيل المثال الرهاب، القلق العام)، اضطرابات الذهان، اضطرابات التغذية. (المركز الطبي للشعوب والمجموعات العرقية، 2015، ص. 8)

2-2 الآثار الجسدية:

قد تبقى بعض الأعراض والمشاكل الجسدية بعد التعرض للحدث الصادم وغالباً ما تكون هذه الآلام والمشاكل مخيفة وغير مفهومة لدى الشخص ومنها:

- اضطرابات النوم والكوابيس.
 - الجسدية (على سبيل المثال زيادة التركيز والقلق بشأن آلام الجسم وآلامه).
 - تغيرات في الشهية والجهاز الهضمي.
 - انخفاض المقاومة لنزلات البرد والعدوى.
 - التعب المستمر.
 - ارتفاع مستويات الكورتيزون.
 - فرط الاستثارة.
 - الآثار الصحية طويلة المدى بما في ذلك القلب والكبد والمناعة الذاتية ومرض الانسداد الرئوي المزمن.
- (Briere & Scott,2006,p 13-15)

2-3 الآثار المعرفية والإدراكية

- مع مرور الوقت بعد الحدث تتأثر العمليات المعرفية والإدراكية لدى الشخص وتكون أحياناً سبباً رئيسياً لطلب الشخص المساعدة منها:
- ذكريات متطفلة أو ذكريات الماضي
 - إعادة تنشيط الأحداث الصادمة السابقة.
 - لوم الذات.
 - الانشغال بالحدث.
 - صعوبة اتخاذ القرارات.
 - التفكير السحري: الاعتقاد بأن بعض السلوكيات، بما في ذلك السلوك الانعزالي والتي قد تحمي من الصدمات المستقبلية.
 - الاعتقاد بأن المشاعر أو الذكريات خطيرة.
 - تعميم المحفزات (على سبيل المثال قد يتجنب الشخص الذي يتعرض لغزو منزلي أثناء النهار البقاء بمفرده أثناء النهار).
 - الدَّهول.
 - التفكير الانتحاري. (Foa, et al,2006,p16)

2-4 الآثار السلوكية

في كثير من الأحيان، يخطر الناس في سلوكيات لإدارة الآثار اللاحقة، أو شدة العواطف، أو الجوانب المؤلمة للتجربة المؤلمة، بعض الناس يقللون من التوتر أو الإجهاد من خلال التجنب، أو العلاج الذاتي (على سبيل المثال تعاطي الكحول)، أو سلوكيات قهرية (على سبيل المثال الإفراط في تناول الطعام)، أو التسرع (على سبيل المثال السلوكيات عالية الخطورة)، أو السلوكيات الضارة بالنفس، قد يحاول آخرون السيطرة على تجاربهم من خلال كونهم عدوانيين أو لا شعورياً يعيدون تمثيل جوانب الصدمة، يتصرف بعض الناس وكأنهم لا يستطيعون السيطرة على بيئتهم الحالية، وبالتالي يفشلون في اتخاذ إجراءات أو اتخاذ قرارات بعد فترة طويلة من الصدمة -العجز المكتسب -.

(Center for Substance Abuse Treatment "US". 2014, chap3)

ومن أهم ردود الفعل السلوكية وأخطرها هي إيذاء الذات والسلوكيات المدمرة للذات، "إيذاء النفس هو أي نوع من الأذى الذاتي المتعمد، بغض النظر عن شدة الإصابة أو ما إذا كان المقصود الانتحار، وفي كثير من الأحيان، يكون إيذاء النفس محاولة للتعامل مع الضائقة العاطفية أو الجسدية التي تبدو طاغية أو للتعامل مع شعور عميق بالتفكك والعجز والضرر". (Santa & Gallop, 1998, p.793)

2-5 ردود الفعل الوجودية المتأخرة

تتأثر منظومة القيم والمعتقدات حسب ما ذكر بيترزك وآخرون Pietrzak et al بعد التعرض لحدث صادم وتزداد تلك التغيرات مع مرور الوقت والتي قد تنطوي على:

- طرح الأسئلة (على سبيل المثال "لماذا أنا؟").
- زيادة السخرية وخيبة الأمل.
- زيادة الثقة بالنفس (على سبيل المثال "إذا تمكنت من النجاة من هذا، يمكنني النجاة من أي شيء").
- تجديد الإيمان.
- اليأس.
- إعادة ترتيب الأولويات.
- إعادة تعريف معنى وأهمية الحياة أو فقدان الغرض من الحياة.
- إعادة صياغة افتراضات الحياة لاستيعاب الصدمة (على سبيل المثال أخذ دروس في الدفاع عن النفس لإعادة الشعور بالأمان). (Pietrzak et al, 2011, pp.678-680)

تختفي مظم الأغراض ويتعافى الشخص عبر طرق مختلفة من الدعم كما ذكرنا سابقاً، إلا أنّ بعضهم يصاب باضطرابات نفسية، من ضمنها الاضطرابات التالية للصدمة النفسية وهي الاضطرابات التي سنعرضها الآن.

3- الاضطرابات النفسية المرتبطة بالخبرات الصادمة:

نستعرض ضمن هذه الفقرة الاضطرابات النفسية المتصلة بالصدمة النفسية حصراً والتي تختلف عن الاضطرابات التي يمكن ان تكون من الآثار النفسية للحدث الصادم مثل الاكتئاب أو القلق وبالتالي لا يمكن تشخيص الاضطرابات المرتبطة بالصدمة دون التعرض لحدث صادم كما عرفناه سابقاً.

وكما ذكرنا في فقرة تاريخ الصدمة أن الصدمة لم تظهر في التشخيصات كاضطراب منفصل أو كمسمى واضح حتى عام (1980) في DSMIII و DSMIV إذ تمّ ذكر اضطراب ما بعد الصدمة فيها لأول مرة

كاضطراب نفسي يحدث بعد التعرض لصدمة ولكن تم إدراجه ضمن اضطرابات القلق، وفي التحديث على DSMVI بعد سبع سنوات من إصداره تم إدخال تعديلين أساسيين على تحديد اضطراب ما بعد الصدمة، وقد ضم التحديث اضطراب كرب ما بعد الصدمة (Posttraumatic Stress Disorder)، والثاني هو اضطراب الكرب الحاد "Acute Stress Disorder". (النابلسي، 1991، ص. 45)

وفي الدليل التشخيصي الخامس DSM5 (2013) ظهرت الاضطرابات المتعلقة بالصدمة بشكل منفصل ومستقل إذ تم وضعه في فصل خاص تحت مسمى الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد (Trauma-and Stressor-Related Disorders) إذ ضمت هذه الاضطرابات كلاً مما يأتي:

1- اضطراب التعلق التفاعلي 2- اضطراب المشاركة الاجتماعية المتحلل 3- اضطراب كرب ما بعد الصدمة 4- اضطراب الكرب الحاد 5- اضطرابات التأقلم 6- الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد المحددة 7- الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد. (الحمادي، 2013، ص112-120)

ونلاحظ أنّ هذه التصنيفات تشمل التعرض للضغوط النفسية الشديدة (الإجهاد) وكذلك التعرض لصدمة نفسية إلا أنه كما ذكرنا سابقاً لا يمكن اعتبار أي اضطراب متعلق بالصدمة ما لم يتم التعرض لحدث صادم كشرط أساسي وهذا ما يشير إليه معايير التشخيص في DSM-5 لذلك سنذكر باختصار معايير تشخيص اضطراب كرب ما بعد الصدمة واضطراب الكرب الحاد ويمكن العودة للدليل لمزيد من المعلومات. (الحمادي، 2013، ص112-120)

3-1 اضطراب الكرب ما بعد الصدمة: Posttraumatic Stress Disorder

مع اختلاف المسميات بين كرب أو رضخ أو ضغوط ما بعد الصدمة فقد تم ذكر تعريفات كثيرة له وكلها تشير إلى الأعراض والآثار للحدث الصادم التي تظهر على الفرد بعد مرور مدة من الزمن ونذكر من هذه التعريفات تعريف يونس إذ يصفه بأنه : "اضطراب ينتج عن تعرض الفرد لصدمة نفسية وهو رد فعل شديد ومتأخر للضغط عادة ، ويكون من الشدة بحيث يصبح مرهقاً، ويتميز باستمراريته ، عادة خبرة الحدث الصدمي وللتجنب المتواصل للمثيرات المرتبطة بالصدمة (من أفكار ، أو مشاعر ، أو أماكن ، أو أشخاص) والتراخي في القدرة على الاستجابة (صعوبة التذكر، العجز، الانعزال ، وقصور في المشاعر الوجدانية ، والمعاناة من أعراض الاستثارة الدائمة (كصعوبات النوم ، أو التركيز ، أو ازدياد التوتر، أو التيقظ) ، وتكون مدة ظهور الأعراض أكثر من شهر ، وهو بثلاثة مستويات من الشدة (الحاد ، والمزمن

، ومتأخر الظهور) ، ويؤثر هذا الاضطراب في سلامة الأفراد وبشكل جدي ، في النواحي الاجتماعية والأكاديمية والمهنية . " (يونس، 2005، ص. 857)

أما الدليل الأمريكي التشخيصي الخامس DSM5 فيذكر تحت مسمى - اضطراب الكرب ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder في الفقرة (F43.10) شروط تشخيص الاضطراب كما يأتي:

A -التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، أو إصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر طرق حددها الدليل

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

C -تجنب ثابت للمحفزات المرتبطة بالحدث الصادم، وتبدأ بعد وقوع الحدث الصادم

D -التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصادم، والتي بدأت أو تفاقمت بعد وقوع الحدث الصادم....

E -تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصادم، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم....

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

G -يسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً مهماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية و المهنية أو غيرها من مجالات الأداء العام....

H -لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل، الأدوية، والكحول) أو حالة طبية أخرى. (زقار وزقور، 2019، ص. 679-681)

3-2 اضطراب الكرب الحاد (Acute Stress Disorder)

تم ذكره في الدليل التشخيصي الخامس في الفقرة (F43.0) ويتم تشخيصه إذا حقق معايير التشخيص الآتية:

A -التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، إصابة خطيرة، أو العنف الجنسي.

B - وجود تسعة (أو أكثر) من أي من الفئات الخمس، الأعراض المقترحة، المزاج السلبي، التفارق، التجنب، الاستثارة، والتي تبدأ أو تسوء بعد الحدث الصادم.

C - مدة الاضطراب (أعراض معيار B) من 3 أيام إلى شهر واحد.

D - يسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً مهماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة الأخرى.

E - لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل الأدوية، والكحول) أو حالة طبية أخرى (إصابة خفيفة للرأس) ولا يُفسر بشكل أفضل باضطراب ذهاني وجيز.

لمزيد من التفاصيل مراجعة (الحمادي، 2013، ص. 117-118)

أما التصنيفان الآخريان الباقيان ضمن هذه الفئة (F43.8) فهما الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد (الإرهاق) المحددة الأخرى، والتي تشير إلى الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد ولكنها لا تقي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد ويتم ذلك من خلال تسجيل "الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد تليها الأسباب المحددة"، أي يعتمد التشخيص من الطبيب على إيصال سبب محدد والتي لا تتوافر بالتصنيف الأخير وهو الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد غير المحددة (F43.9) والتي تشير إلى الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد ولكنها لا تقي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد. (الحمادي، 2013، ص. 120)

مما سبق نجد أنّ الاضطرابات المتعلقة بالصدمة فقط والتي تلي الحدث الصادم قد استقلت عن اضطرابات القلق والتشخيصات الأخرى، ولتشخيصها لا بدّ أنّ تتوافق مع المعايير التي تمّ ذكرها سابقاً، وعدم تحقق تلك الشروط يعني عدم وجود اضطراب، وعند تشخيص أحد الاضطرابات التالية للصدمة فلا بد من طلب المساعدة المتخصصة، وأن يتعلم الشخص وسائل للمساعدة الذاتية وهو ما سنتناوله في الفقرة الآتية.

ثامناً - أساليب المساعدة في التعامل مع الصدمة:

كما ذكرنا سابقاً فإنه غالباً ما يظهر معظم الأشخاص الذين تعرضوا لحدث صادم ردود فعل فورية، ومع ذلك فإن هذه الردود عادة ما تحل من دون عواقب وخيمة على المدى الطويل، ويرجع ذلك إلى أن معظم الناجين من الصدمات النفسية قد يتمتعون بمرونة عالية ويطورون إستراتيجيات مناسبة للتكيف، بما في ذلك استخدام الدعم الاجتماعي، للتعامل مع آثار الصدمة وعواقبها، يتعافى معظمهم مع مرور الوقت إلا أن تقديم المساعدة في الفترة الأولى للتعرض للحدث الصادم وفي الفترات التي تليه قد تحول دون الوصول للأعراض والاضطرابات النفسية التي تحدثنا عنها في فقرة الأعراض ونبدأ ببعض طرق المساعدة التي تلي الحدث الصادم و ثم نستعرض طرق العلاج الأكثر شيوعاً في التعامل مع الخبرات الصادمة .

1- أساليب المساعدة في الفترة الأولى:

بعد التعرض للحدث الصادم مباشرة فإن الخطوة الأولى للتخفيف من آثار الصدمة عند الشخص المصدوم هي عن طريق تقديم الإسعاف /العون النفسي الأولي له، "العون النفسي الأولي يصف استجابة إنسانية داعمة لأشخاص يتعرضون للمعاناة وقد يكونون بحاجة إلى الدعم.

(Allen, et al. 2010, P.P.509-513)

وهناك ثلاثة أهداف عامة للعون النفسي الأولي وهي: تحسين السلامة، الحد من التوتر، دعم، وتطوير الموارد.

ويعد الدعم الاجتماعي للأسرة والمجتمع بعد الصدمة جزءاً مهماً من السياق الاجتماعي الذي قد يؤثر على الاستجابات للصددمات، يقوم الدعم الاجتماعي للأسرة، على فكرة تضمين الدعم من الأفراد من أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو المعلمين أو المحترفين في مجال المساعدة، يمكن للدعم الاجتماعي بعد الصدمة أن يساعد في استعادة الشعور بإمكانية التحكم لدى الشخص ويمكن أن يساعد في تقليل التكافؤ السلبي للتجربة".

(Allen, et al. 2010, PP.509-513)

قد يشمل الدعم الاجتماعي الذي يقدمه المجتمع أو المؤسسات المجتمعية توافر الخدمات لضحايا الصدمات وتعليقات وسائل الإعلام المتعاطفة لضحايا الصدمات، وإظهار الدعم لضحايا الصدمات، قد يشمل الدعم الاجتماعي العائلي بعد الصدمة الاعتناء بضحية الصدمة في أعقاب الحدث، وأن يتوفر شخصاً متاحاً ومستعداً لسماع الشخص المتعرض للصدمة وتفاصيل الحدث.

في حالة صدمات الطفولة، يكون هذا النوع من الدعم الاجتماعي الفردي أكثر أهمية لأن الأطفال يعتمدون كثيراً على الآخرين لتخفيف تجاربهم العاطفية، هناك أدلة تجريبية معتبرة أن البيئة الاجتماعية قبل الصدمة والدعم الاجتماعي بعد الصدمة هي تأثيرات مهمة على الاستجابة للصدمة".
(Carlson et al,1997,pp. 272-290)

إذا لم تنفع الوسائل البسيطة والأولية وبقيت لدى الأشخاص بعض الأعراض أو تطورت إلى أحد الاضطرابات التالية للصدمة فلا بد من استخدام إحدى طرق العلاج النفسي للصدمة.

2- العلاج النفسي للصدمة النفسية:

هناك كم هائل من الطرق والتقنيات العلاجية مؤخراً للأشخاص الذين تعرضوا للصدمة وسنستعرض بعض أشهر طرق التعامل مع الصدمة بإيجاز.

1-2 العلاج المعرفي - السلوكي:

أثبتت العلاجات السلوكية المعرفة فعالية ملحوظة جداً في تخفيف أعراض اضطراب الصدمة (عادة 60-80%) وخصوصاً ضحايا الاغتصاب، يظهر حجم تأثيرات العلاج السلوكي المعرفي واستمراريته أكثر من أي علاج آخر ، وتتضمن العلاجات السلوكية المعرفية عادة مزيجاً من التعليم النفسي (التثقيف النفسي) والتعرض وإعادة البناء المعرفي والعلاقة العلاجية، يمكن إضافة طرق علاج سلوكية معرفية أخرى لحل المشاكل المرتبطة مثلاً: التدريب على إدارة الغضب وتوكيد الذات ، التدريب على المهارات الاجتماعية ، مهارات الاتصال.(Hamblen,2003, p.432)

كما يتضمن العلاج المعرفي السلوكي إستراتيجيات علاجية تحتوي نظرية متكاملة في تغيير السلوك، من خلال تغيير المعتقدات اللاعقلانية للمتعالج، كما يعمل على خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة من خلال فك الارتباط بين الأحداث الضاغطة وبين استجابة القلق، وذلك باستخدام الاسترخاء والتفكير المنطقي والتدريب على استجابات بديلة تحل محل التجنب واستجابات الاستثارة الزائدة، وتتراوح عدد جلسات العلاج السلوكي المعرفي بين (4-14) جلسة.(Davis,2022, para1-2).

ومن الأساليب المعرفية السلوكية:

أ- العلاج بالمواجهة وفق Foa:

تضع فوا وروثباوم Foa & Rothbaum تعديل بنى الخوف عند المريض في محور المبدأ العلاجي النفسي لعلاج الصدمة ، وينطلقون من أن بنى الخوف عند المريض المصاب باضطراب الضغوط التآلية للصدمة تتضمن عناصر مرضية تقود إلى أن يتم تعميم القلق الذي هو نتيجة للخبرات الصادمة على منبهات غير خطيرة ، وفي أثناء العلاج السلوكي الاستعرافي يحصل تنشيط لبنى الخوف بواسطة المواجهة المطولة، إذ تتم مواجهة المريض بخبرات الصدمة وبخوفه، مما يتيح الاعتقاد، وفي أثناء المواجهة يحصل المريض على معلومات جديدة غير قابلة للاندماج مع العناصر المتضمنة في البنية المرضية (يشعر المريض بالخوف ولكنه يكون في الوقت نفسه بأمان على سبيل المثال)، مما يدعم تعديل بنية الخوف. ومن خلال إعادة الخبرة يتم في الوقت نفسه تنظيم الذكريات الصادمة، مما يسهل اندماج خبرات الصدمة في التصويريات الاستعرافية القائمة، ومن ثمّ يمكن أن يعقب هذا تقويم جديد للصدمة فيتم إضعاف الاتصال الترابي مع المنبه داخل بنية الخوف التي كان يستجيب لها في السابق، ويقتصر الخوف على المواقف الخطرة بالفعل. (سموكر وآخرون، 2013/1999، ص 104)

وعلى الرغم من أن العلاج بالمواجهة لا يعالج بصورة مباشرة تصورات المريض حول العالم ذاته، إلا أن تقليص الأعراض يساهم في تغيير إدراك الذات المعني، فيرى نفسه قادراً أكثر على مواجهة الإرهاق ولا يعود يشعر أن العالم بحد ذاته خطير، وهذا يسهل عليه في العادة البحث عن الدعم الاجتماعي مما يساهم في زيادة استقرار الذات المعني. (Foa & Rothbaum ,1998,p.99)

ب-العلاج وفق إيلرز Ehlers:

ينطلق إيلرز Ehlers من مبدأ أن المصابين بالصدمة والذين يعانون بشكل خاص من أعراض كرب ما بعد الصدمة قد تمثلوا الحدث الصادم، إذ إنهم يدركون وجود تهديد راهن شديد مما ينتج الخوف وتحدد إيلرز عمليتين معرفيتين تقودان إلى هذا الإدراك، الأولى هي تفسير الصدمة أو نتائجها أو كليهما معاً، والثانية نوع ذاكرة الصدمة وارتباطها بذكريات حياة أخرى ونتيجة التهديد المدرك يطور المريض سلسلة من أنماط السلوك المشوهة والاستجابات المعرفية. (Clohessy & Ehlers, 1999)

ج - الإغراق:

في هذه التقنية يتم تحريض القلق الشديد إما تخيلياً أو واقعياً كما يبدو من خلال تعريف المريض له، ويسمي ستافل Stubfl هذه التقنية "التفجير الداخلي"، وتستخدم هذه التقنية في مجال اضطراب ضغط

ما بعد الصدمة عن طريق التعريض التخيلي لموقف الصادم حتى يفقد هذا الأخير قدرته على استثارة قلق شديد، فالهدف هنا هو إطفاء القلق من خلال التعرض لمنبهات في ظروف معينة. (الحجار، 1999، ص. 113-115)

د- إزالة التحسس المنهجي:

تقتضي هذه الطريقة تعريض المريض للمنبه المؤلم ولكن بصورة تدريجية وليس دفعة واحدة كما هي الحال في الإغراق. (يعقوب، 1999، ص. 139)

وعلى المستوى الفيزيولوجي " يتم تثبيط القلق المثار عند المريض بفعل الاستجابة المعاكسة الاسترخائية للعضل ، ويكون ذلك بتعريض المريض إلى المنبه الإشرطي الذي بدوره يثير الاستجابة اللاتكيفية العصابية وهو في حالة استرخاء تنفسي - عضلي ، ويستغرق التعريض عادة عدة ثوان ، ويتكرر ليحدث التناوب بين التعريض والاسترخاء حتى يتم إطفاء الاستجابة القلقية ، ويتم تدريب إزالة التحسس المنهجي ورفع وحدات المواقف من قبل المريض والمعالج معاً، ومن ثم يدرّب المعالج المريض على تطبيق هذه التقنية بجلسات علاجية، ويطلب إليه فيما بعد التدرّب عليها بمفرده بعد أن يتقن تطبيقها". (الحجار، 1999، ص. 81-82)

3- تقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العين EMDR:

هو أحد الطرق الحديثة غير التقليدية في العلاج النفسي تعالج الأشخاص الذين تعرضوا إلى صدمات شديدة مثل حوادث السيارات أو الاعتداء الجسدي، أو الاغتصاب، أو القتال العسكري، تم اكتشافه في عام (1987)، إذ قامت عالمة النفس فرانسيس شابيرو Francine Shapiro باختراع نوع جديد من العلاج النفسي ورمزه هو EMDR وهو اختصار Eye Movement Desensitization and Reprocessing، التي تعني إزالة حساسية العين وإعادة المعالجة، يمكن أن تستخدم هذه التقنية في علاج الأشخاص الذين يتعرضون لنوبات طويلة من القلق والدّعر والاضطرابات التي تحدث لهم بعد تعرضهم لصدمة، يعد هذا العلاج آمناً ومتكاملاً وأثبت فعاليته على نطاق واسع، ويعرف بأنه علاج إدماجي (تحليلي، معرفي، سلوكي ، جشتالطي) نفسي قصير يهدف إلى إزالة التحسس العاطفي والجسدي ، ويتم ذلك عن طريق مراحل لدى فرد مصاب بصدمة نفسية . (عثماني وبلحاج، 2019، ص.12)

ويعتمد العلاج بتقنية EMDR على فرضية وجود ذكريات وعواطف وأحاسيس عاطلة يعانيتها مرضى هذا الاضطراب بشكل رئيسي بسبب الحزن غير الملائم للحدث الصدمي المؤلم والمستقر في ذاكرة المريض

الضمنيّة ، فعند القيام بالتحفيز الثنائي (بضمنها حركات العين) فإنّها تساعد في معالجة هذه الذكريات الضمنيّة وانتقالها على الذاكرة الواضحة بما يجعلها ذاكرة طبيعيّة يمكن التعلم منها، وعن طريق الدّراسات العديدة التي أجريت باستعمال هذه الطريقة استنتجوا بأنّها تساعد في معالجة هذا الاضطراب من حيث الأفكار والأحاسيس اللذين يرتبطان بهذه الذاكرة العاطلة . (الكبيسي والتميسي، 2016، ص. 150)

"تتألف مراحل علاج EMDR من ثمانية مراحل وتكون على عدة جلسات، يتراوح عدد الجلسات من ثماني جلسات إلى اثني عشر جلسة، مدة كل جلسة ستون دقيقة تقريباً، يقوم المعالج خلالها:

المرحلة الأولى: تحديد تاريخ للعلاج وخطته، وتحديد الذكريات الأكثر تأثيراً في نفسيته.

المرحلة الثانية: تجهيز المريض للتعامل مع المواقف التي تسبب ضغطاً نفسياً وعاطفياً.

المرحلة الثالثة: تحديد الذكريات التي أثرت في المريض بطريقة سلبية، إذ سوف يتم التخلص منها مع جميع الأحداث المرتبطة معها.

المرحلة الرابعة إلى المرحلة السابعة: خلال الجلسات يكون تركيز المريض على الذكريات المؤلمة والأفكار السلبية المرتبطة بها، بعدها يطلب المعالج النفسي من المريض القيام بعدة حركات في عينيه، ثم يبدأ بحركات التحفيز الثنائي التي قد تتضمن نقرات (ربّات) مع حركات مختلفة أخرى ... وفي حال شعر المريض بالضيق يقوم المعالج النفسي بإعادته مرة أخرى إلى الحاضر من قبل أن يتم الانتقال إلى الذكريات المؤلمة الأخرى.

المرحلة الثامنة: التقييم في هذه المرحلة سوف يطلب المعالج النفسي من المريض تقييم تقدمه بعد هذه الجلسات، وملاحظة طريقة الأفكار التي تحولت من السلبية إلى الإيجابية". (مرسيلينا، 2016، ص. 3)

4- العلاج الدوائي:

أحياناً لا بدّ من تدخل الطبيب النفسيّ للمساعدة في التخفيف من بعض الأعراض التالية للصدمة وبشكل عام نلجأ للعلاج الدوائي للصدمة في الحالات الآتية:

- إذا رفض الشخص الخضوع للعلاج النفسيّ.
- إذا لم يكن العلاج النفسيّ فعالاً كما يجب، نتيجة وجود تهديد مستمر للمزيد من الصدمات، مثل العنف المنزليّ.

- إذا لم يحظَ الشَّخص بالفائدة المطلوبة من تداخلات العلاج النَّفسيِّ غير الدوائيِّ.
- إذا كان الشَّخص يعاني من مشكلة صحيَّة كامنة مثل اكتئاب حاد، بحيث يؤثر على قابلية العلاج النَّفسيِّ وفائدته. (CMHA,2016, para. 4)

5-أساليب المساعدة الذاتية بعد التَّعرض لحدث صادم:

- قد يتردد الشخص بعد التَّعرض لحدث صادم من طلب المساعدة إمَّا بسبب جهله بطبيعة الأعراض لديه أو بالجهات التي تقدم المساعدة أو طبيعة المساعدة المطلوبة أو يمكن في بعض الأحيان بسبب الوصمة النَّفسيَّة في المجتمع، وبشكل عام فهناك بعض الأمور التي تساعد الشَّخص في مساعدة ذاته أو في تحقيق نتائج أفضل للعلاج النَّفسيِّ أثناء الخضوع له ومنها:
- " تحدث مع الطبيب العام أو الطبيب النَّفسيِّ حول خيارات العلاج المتاحة.
- الانخراط في نشاط بدنيِّ خفيف أو ممارسة الرياضة للمساعدة في الحد من الإجهاد
- حدد أهدافًا واقعيَّة لنفسك
- تقسيم المهام الكبيرة إلى مهام صغيرة، وتعيين بعض الأولويات، والقيام بما يمكنك القيام به (إستراتيجية حل المشكلات).
- حاول قضاء بعض الوقت مع أشخاص آخرين، ووثق في صديق أو قريب موثوق به، أخبر الآخرين عن الأشياء التي قد تؤدي إلى ظهور الأعراض.
- توقع تحسن الأعراض تدريجيًّا، وليس على الفور.
- تحديد الحالات المريحة والأماكن والأشخاص والبحث عنها.
- رعاية نفسك والآخرين مهم بشكل خاص عندما تتعرض أعداد كبيرة من الناس لأحداث مؤلمة (مثل الكوارث الطبيعيَّة والحوادث وأعمال العنف)". (NIMH,2019, para.7)
- أما بالنسبة لعائلة الشخص الذي تعرض لصدمة وأصدقاءه وخصوصاً عندما تظهر عليه أعراض الاضطرابات التالية للصدمة فيمكنهم المساعدة من خلال:
- ابدأ بمعرفة المزيد عن الصدمة وأعراض اضطرابات ما بعد الصدمة، هذا يمكن أن تعطيك فكرة أفضل عن تجارب أحبائك، بإمكانك الاستعانة بالاختصاصي أو الطبيب النَّفسيِّ.
- قد ينسحب الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة من العائلة والأصدقاء، حتى لو كان أحد أحبائك لا يريد التحدث، فلا يزال بإمكانك تذكيرهم بأنك هناك للاستماع عندما يكونون مستعدين.

- فهم أنّ السلوكيات المتعلقة بالصّدمة، مثل تجنب حالات معينة أو الرّد بغضب على مشكلة بسيطة، لا تتعلق بك وإنما هي من أعراض الصّدمة.
- على الرّغم من أنّها عادة ما لا تكون فكرة جيدة لدعم السلوكيات التي تخلق مشاكل، إلا أنّه لا يزال من المهم دعم حركة أحباطك بشكل عام نحو العافية، هذا التّوازن ليس سهلاً دائماً، ولكن عليك أن تحترم حدودك الخاصة أيضاً". (Royal College of Psychiatrists, 2021, para.23).
- اسأل ما يمكنك القيام به للمساعدة، ولكن لا تدفع المشورة غير المرغوب فيها.
- حاول أن تضع مشاعرك الخاصة في كلمات وشجع أحبائك على أن يفعلوا الشيء نفسه.
- اعتنِ بصحتك، واطلب الدّعم لنفسك إذا واجهت صعوبات.
- إذا كان اضطراب ما بعد الصّدمة لأحد أفراد أسرته يؤثر على أفراد الأسرة الآخرين، فقد يكون من المفيد طلب المشورة الأسريّة. (CMHA, 2016, para.5).

وفي شمال سوريا بعد الحرب ومنذ عام 2014 انتشرت مراكز الدعم النفسي الاجتماعي في أغلب المناطق وتم تضمين بعضها ضمن النقاط الطبيّة مما يسمح للشخص بالوصول إلى الخدمة وطلبها دون الشّعور بالوصمة الاجتماعيّة ولكن لا بدّ من ذكر عدم وجود متخصصين بالعلاج النفسي للصدّات في كل منطقة شمال غرب سورية لتاريخ نشر هذه الدّراسة وينحصر دور اختصاصي الدّعم ببعض طرق المساعدة البسيطة.

ومن خلال خبرة الباحث في التعامل مع حالات الصّدمة النّاتجة عن البتر فإنّ السّاعات والأيام الأولى تلعب دور كبير في تقبل الشّخص للحدث الصّادم وآثاره كما أنّ التثقيف النفسي بأعراض الصّدمة النفسيّة وطرق التعامل معها وتطبيع مشاعر الحزن والخسارة تسهم بدور كبير في التّأهيل الجيد بعد البتر وتعزيز التّعافي وتركيب الطرف الصّناعي في حال كان هناك حاجة له والعودة لروتين الحياة السّابق ، كما يمكن الإحالة للطبيب النفسي والخدمات الأخرى في مرحلة مبكرة مما يحول دون الوصول للاضطرابات النفسيّة ، وسيتم التوسع بطرق المساعدة الأخرى في المدخل الثالث وهو البتر .

وبالتّالي لا بدّ من تضافر الجهود لمساعدة الشخص في تجاوز محنته بعد التّعرض لحدث صادم، كما لا بدّ أن يعرف هو ما هي الطرق المناسبة لمساعدة نفسه، وكذلك معرفة الأعراض لديه وتأثيرها على حياته،

ومتى يستطيع طلب المساعدة ومن يقدمها حتى لا يقع ضحية الاضطرابات المرتبطة بالصدمة والتي يمكن أن تعطل كل مجالات حياته.

مما سبق ذكره في المدخل الأول نجد أنّ الخبرات الصادمة التي يتعرض لها الأشخاص تؤثر عليهم بنسب مختلفة وهذا التأثير يكون على جوانب مختلفة في حياة الفرد ولا يقتصر هذا التأثير على الأيام والأسابيع الأولى للحدث الصادم بل قد يمتد لأشهر وسنين حسب عوامل مختلفة تتعلق بالفرد والحدث الصادم والمحيط من حوله ، وأنّ تجربة الإنسان في مواجهة الموت قد تغيّر بشكل كبير في قيمه ومعتقداته السابقة ويعيد من جديد التفكير في المعاني التي يعطيها للحياة والموت ، وهو من أهم ما يميز ردود الفعل الوجودية على الأحداث الصادمة كما تمّ ذكر ذلك إذ يتم إعادة تعريف معنى الحياة ، وبالتالي قد يكون الحدث الصادم سبباً في تغيير معنى الحياة بل سيحاول الأفراد استعادة معنى حياتهم حتى يستطيعوا تجاوز الآثار السلبية لذلك الحدث.

ولكن ما هو معنى الحياة ومما يتكون وما هي النظريات التي تحدثت عنه وكيف يتغير بعد الحدث الصادم؟ هذا ما تمّ تناوله بالمدخل الثاني من هذه الدراسة.

المدخل الثاني

معنى الحياة Meaning of life

تمهيد

أولاً-التطور التاريخي لمعنى الحياة في العلوم المختلفة

ثانياً-مفهوم معنى الحياة وتعريفه

ثالثاً-مكونات وأبعاد معنى الحياة

رابعاً-مفاهيم متعلقة بمعنى الحياة

خامساً-مصادر معنى الحياة

سادساً-النظريات المفسرة لمعنى الحياة

سابعاً-تغير معنى الحياة بعد التعرض لأحداث صادمة

ثامناً-طرق تحسين معنى الحياة

تمهيد:

"ما معنى الحياة؟" قد يقضي المرء حياته في محاولة للإجابة عن مثل هذا السؤال، عندما يسأل شخص ما "ما معنى الحياة؟" فإنه قد يعني للبعض "ما الذي يجعل الحياة ذات مغزى أو قيمة؟" أو قد يعني كيف يمكن أن تعيش حياة جيدة؟ أو ما هو هدفك في الحياة؟

يسعى كل فرد منا إلى البحث عن معنى لحياته، ربما دون أن يعرف أنه يقوم بذلك، يقول أدلر (2005، ص. 20): "لو سألنا أحدهم عن معنى الحياة؟ فإنه من المرجح ألا يتمكن ذلك الشخص من الإجابة عن هذا السؤال، لأن معظم البشر لا يصدعون رؤوسهم بمثل هذه المواضيع، وعلى الرغم أن هذا السؤال قديم قدم الإنسان نفسه.... فإن الشباب في وقتنا هذا - وحتى كبار السن - يطالبون بالحصول على إجابة له، ورغم أنهم قد لا يتساءلون مثل هذا السؤال إلا عندما يلحق بهم ضرر أو يصيبهم مكروه، فإنه لا مناص من توجيه مثل هذا السؤال.... وسنجد أن كل فرد قد قام بتشكيل معادلة خاصة به مختلفة عن معادلات الأفراد الآخرين للإجابة عن هذا السؤال".

وعلى الرغم من الاتفاق على أهمية المعنى إلا أن الخلاف قائم على كيفية تحقيق أو إحراز الإنسان لمعنى حياته، كما يعد من المفاهيم الفلسفية القديمة التي لم يتم الاتفاق عليها حتى الآن ونحاول في هذا المدخل الوقوف على المعاني المختلفة التي قدمت لمعاني (معنى الحياة) لدى بعض العلماء والنظريات في علم النفس الأكثر شهرة وذلك من خلال نظرة سريعة على التاريخ الحديث في البحث عن معنى الحياة ومفهومه وتعريفه وأبعاده ومكوناته وتفريقه عن بعض المصطلحات المشابهة.

أولاً- التطور التاريخي لمعنى الحياة:

إنّ البحث والسؤال عن معنى الحياة قديم قدم الإنسان نفسه إذ تناولته مختلف ديانات العالم وكتاب المسرحيات والفلاسفة مثل سوفوكليس وأرسطو، وبالتالي تعود بنا المراجع والمصادر المختلفة إلى ما قبل الميلاد، فقد تناولت الديانات والشرائع المختلفة هذا المعنى إما بشكل مباشر بتوجيهه نحو هدف معين أو بشكل غير مباشر عبر تلك الديانة أو الشريعة. (Baumeister, 1991, pp.2-4)

قد تناول العديد من فلاسفة القرن العشرين معنى الحياة، مثل أصحاب فلسفة الحياة ومنهم وليم جيمس، وبرجسون، وجون ديوي، وأصحاب الفلسفة الوجودية ومنهم كيركجارد، وسارتر، وهيدجر وكذلك أصحاب الفلسفة الظاهريّة ومنهم هوسرل وماكس شيلر، لكنهم اختلفوا في وجهات نظرهم وتفسيراتهم له. (الأبيض، 2010، ص. 799)

أما في مجال علم النفس فيعد فيكتور فرنكل من أوائل وأهم المنظرين لمصطلح معنى الحياة الوجودي، إذ تولدت لديه هذه الفكرة من خلال معاناته مع مجموعة من المعتقلين في معسكرات الاعتقال في فيينا (سجون النازية) بعد الحرب العالميّة الثانيّة. (Carlos, 2003, p.5)

وفي تلك الفترة التي تلت الحرب العالميّة الثانيّة فقد لقي هذا المفهوم رواجاً ضمن منظومة الاهتمام بالاتجاه الإنساني الذي يهتم بدراسة الإنسان كخبرة روحية إلى جانب أنّه تركيب بيولوجي وعقلي ومعرفي قابل للتغيير والنمو والتسامي، في مقابل الاتجاه الميكانيكي الآلي الخفزي والذي يرى أنّ السلوك الإنساني ينبعث بفعل دوافع وحاجات أوليّة وثانويّة وبفعل طلب وإثبات وإعادة الاتزان فلم تعد المسألة هي إعادة الاتزان وإنما في أن يتسامى الفرد ويتحقق ذاتياً. (الرشيدي، 1998، ص. 1)

وقد أسهم معه العلماء الوجوديون أمثال: ما سلو، باتيستا، آدموند، يلاوم، وونج ممن ينتمون إلى الاتجاه الإنساني في علم النفس إسهاماً أساسياً لتطوير أساس نظري حول مفهوم معنى الحياة، ومنذ منشورات فرنكل حول المعنى في الحياة ازداد البحث حول هذا الموضوع ببطء وبشكل لا بأس فيه في كل العلوم.

وعلى الرغم من مرور أكثر من خمسين عاماً من تاريخ البحث عن مفهوم لمعنى الحياة داخل علم النفس، تمّ خلالها إجراء معظم الأبحاث التجريبيّة حول معنى الحياة، فقد أعرب العديد من العلماء عن قلقهم من أنّ المجال لا يزال يعاني من عدم وجود تعريف كاف ومتفق عليه لمفهومه المركزي، أي المعنى في الحياة. (أبو غزالة، 2007، ب، ص 265).

تقليدياً ، لم يحتل مفهوم المعنى في الحياة موقعا مركزياً في علم النفس السائد، كما هو صحيح بالنسبة للعديد من التراكيبات في التقاليد الإنسانية السابقة ، على سبيل المثال "الأصالة" و "تحقيق الذات" ، لطالما عدّ المعنى في مفهوم الحياة غامضاً للغاية ولا حدود له لأغراض علم النفس النظري والتجريبي، ومن ثم لم يتطرق سوى عدد قليل من المنظرين إلى قضية الجوانب السريرية والظاهرية للمعنى في الحياة، من بين العدد المحدود من النظريات التي عالجت قضية معاني الحياة، كانت نظريات فيكتور فرنكل (1955 - 1976)، أبراهام ماسلو (1968 - 1971)، وإرفين يالوم (1980) الأكثر تأثيراً في علم النفس الإكلينيكي. (Debats, 1996, p.2)

نجد مما سبق أنّه على الرغم من قدم البحث عن معنى الحياة لدى الإنسان فإنّ الانطلاق الفعلي له والبحث المعمق والعلمي حوله لا يتجاوز مئة عام، وقد تناولت هذا المفهوم علوم مختلفة كل علم نظر إليه من زاوية مختلفة، ويعد فرنكل من أوائل المنظرين في علم النفس الحديث لمعنى الحياة.

بعد عرض موجز عن تاريخ البحث في معنى الحياة ما زلنا نحتاج إلى التغلب على الغموض والحصول على مزيد من التوضيح حول السؤال الأساسي: ماذا نسأل عندما نسأل عن معنى الحياة؟ وهذا ما نحاول التعمق فيه ضمن فقرة مفهوم معنى الحياة وتعريفه وأبعاده.

ثانياً- مفهوم معنى الحياة وتعريفه:

عن ماذا نسأل عندما نسأل عن معنى الحياة؟ لا شك أن معنى الحياة مهم جداً بالنسبة إلينا، لكن ما هو غير واضح ما هو عليه، فكثيراً ما يقفز الفلاسفة المهتمون بهذا الموضوع مباشرة إلى السؤال عما يجعل الحياة ذات مغزى، متجاوزين السؤال السابق عما نتحدث عنه حتى عندما نتحدث عن معنى الحياة.

ارتبط مفهوم معنى الحياة لدى علماء النفس بمفاهيم متنوعة مثل: تحقيق الذات لدى "ماسلو"، المسؤولية لدى " يالوم"، التسامي بالذات لدى " فرنكل"، القيم لدى " ماي"، التكامل والاتصال لدى " بوهلر"، إضافة إلى استخدامه تحت مسميات أخرى مثل: الهدف في الحياة Purpose in Life، المعنى الشخصي Personal Meaning، مهمات الحياة Life Tasks، أهداف الحياة Life Goals، وبالرغم من الاختلاف الدائر بين أصحاب هذه النظريات إلا أنّهم اتفقوا على أهمية وجود معنى لحياة الإنسان، وأن الإحساس بالإمتلاء بالمعنى يكون ضرورياً كي يتمتع الفرد بصحة نفسية جيدة، وأن عملية اكتشاف المعنى وإحرازه تكون أكثر أهمية من تحديد محتوى المعنى ذاته. (Baumeister,1991, p.1)

من الصعب الوصول إلى مفهوم محدد لمعنى الحياة بسبب وجود مدى واسع للتفسير لهذا المفهوم، في الواقع، في كثير من الإعلانات والبرامج يعدّ التفكير بمعنى الحياة بمثابة مزحة، (فكر في المقاطع الهزلية التي لا تعد ولا تحصى التي تصور معلمي قمم الجبال وهم يبحثون عن سر الحياة) ومن ثمّ فإننا نتحدث عن معنى الحياة بعدة طرق مختلفة - وغامضة في كثير من الأحيان، يعتقد البعض أنّه لا يوجد، أو على الأقل لا يوجد مفهوم متماسك نعبر به عن معنى الحياة. (Oakley, 2010, pp.107-108)

إلا أننا نلاحظ عدم اتخاذ أيّ موقف بشأن ما يوحد هذه الطرق المختلفة في التفكير والحديث عن الموضوع، بمعنى أنّ العديد من الفلاسفة المعاصرين المهتمين بمعنى الحياة يحاولون عزل وتوضيح أحد الأشياء أو الأبعاد التي يتكون منها المفهوم، أو يقترحون نظريات تحريفية لا تهدف إلى الوصول إلى فهم كامل أو بسيط يفهمه الأشخاص العاديون. (Višak, 2017, p.208)

وقد يسأل السائل لماذا هذا التركيز على المعنى الفلسفي لمعنى الحياة وعدم الدخول مباشرة ضمن مفهومه لدى مدارس علم النفس والجواب عن هذا السؤال نجده لدى ميتز Metz الذي يقول إنه للوصول إلى معنى الحياة فلا بد من القيام بأمرين وهما مراجعة النظريات الفلسفية ومراجعة البحث النفسي ويعتمد النموذج الأول (الإطار النظري) على النظريات الفلسفية والأنثروبولوجية والنفسية، والثاني على الأبحاث والتجارب ضمن علم النفس. (Metz, 2013, p.p.38-40)

ولأن البحث في الأطر النظرية في علم النفس التي تناولت مفهوم معنى الحياة لا يمكن حصره باختصاراً لذلك سننتقل مباشرة لاستعراض التعريفات المختلفة في علم النفس لمعنى الحياة.

يعرف فرنكل معنى الحياة بأنه: " حالة يسعى الإنسان للوصول إليها لتضفي على حياته قيمة ومعنى يستحق العيش من أجله، وتحدث نتيجة لإشباع دافعه الأساسي المتمثل بإرادة المعنى " (فرنكل، 1982، ص. 131).

يعرف ريكر وونغ Reker & Wong المعنى الشخصي بأنه: "إدراك النظام والتماسك والغرض في وجود المرء، والسعي لتحقيق أهداف جديرة بالاهتمام، وما يصاحب ذلك من إحساس بالوفاء" (Reker&Wong,1988,p.221).

كما يعرف ونغ وروكر Wong & Roker (1987) معنى الحياة بأنه: "إدراك الأمر، التماسك، إدراك الأهداف من وجود الإنسان، ومتابعة وتحقيق الأهداف من وجود الإنسان ومتابعة تحقيق الأهداف ذات القيمة ومصاحبة ذلك بمشاعر الامتلاء والحيوية" (الرشيدى، 1996، ص 127)

كما يعرفه بومستير Baumeister بقوله: "المعنى هو تمثيلات عقلية مشتركة للعلاقة المحتملة بين الأشياء والأحداث والعلاقات"، عندما نسأل عن معنى شيء ما نحاول تحديد مكان ذلك الشيء داخل شبكة التمثيلات العقلية لدينا، المعنى يدور حول ربط الأشياء عقلياً، هذا صحيح سواء سألنا عن معنى شيء ما أو معنى حياتنا". (Baumeister, 1991, p.15)

يشير ستيجر Steger إلى الثلاثية نفسها في قوله: "المعنى في الحياة يتضمن بالضرورة شعور الناس بأن حياتهم مهمة، وفهم حياتهم، وتحديد هدف أوسع لحياتهم". (Steger, 2012, p. 177)

ويعرف هميدي وآخرون Hamidi, et al وآخرون معنى الحياة بأنه: "شعور الأفراد بقيمة الحياة، وتوقعاتهم الإيجابية نحوها". (Hamidi, et al, 2010, p.9).

وتعرفه أبو غزالة بأنه: "تفسير أحداث الحياة التي تتعلق بشيء ما، أو حدث ما، أو خبرة ما أولاً - أي إنه يشير إلى كل ذي دلالة وأهمية، ثانياً تفسير لحياة الفرد ودوافعه وأهدافه (أبو غزالة، 2007، ص 161).

ويعرفه الأبيض بأنه: "مجموع استجابات الفرد التي تعكس اتجاهاته الإيجابية أو السلبية نحو الحياة بأبعادها المختلفة، والأهداف والالتزامات التي يلتزم بها الفرد في حياته من دراسة، أو عمل ... ومدى إحساسه بأهميتها وقيمتها ودفاعيته للتحرك بإيجابية نحو تحقيقها، وقدرته على تحمل المسؤولية، والتسامي بذاته نحو الآخرين، وتقبله لذاته ورضاه عن حياته بشكل عام". (الأبيض، 2010، ص 803)

نلاحظ من التعريفات السابقة عدم وجود مفهوم وتعريف متفق عليه لمعنى الحياة فمنهم من عدّه شعور بما يعبر عن معنى الحياة وبعضهم عدّه إدراكاً لما يصل له والبعض الآخر تفسيراً للأحداث أو للخبرات، وقد جمعت التعريفات أبعاد مختلفة، في حين لا بدّ من التركيز على الثلاثية التي تمّ نكرها بتعاريف ونغ وروكر وريكر وستيجر والتي تشير بمعنى أو بأخر لشعور الناس بأنّ حياتهم مهمة، وفهم حياتهم، وتحديد هدف أوسع لحياتهم والتي تشكل الأبعاد والمكونات المهمة لمعنى الحياة.

يعرف الباحث معنى الحياة بأنه: شعور داخلي للفرد يجعله يدرك قيمة حياته ويدفعه لتحديد أهداف يسعى للوصول لها، مما يوصله لفهم أفضل لحياته وتفسير الأحداث والحياة بشكل يتناسب مع ذلك الشعور مع إمكانية تعديل تلك الأهداف وزيادتها.

ولمزيد من التحديد لمعنى الحياة لا بد من ذكر مكوناته وأبعاده والتي سنتناولها في الفقرة الآتية.

ثالثاً - مكونات معنى الحياة وأبعاده:

نستعرض ضمن هذه الفقرة المكونات والأبعاد لمعنى الحياة وقد دار الخلاف كما في التعريف حول تحديد تلك الأبعاد والمكونات، لذلك تمّ ذكر أشهرها وليس جميعها ونبدأ بأشهرها مع فرنكل.

يؤكد فرنكل Frankl في نظريته على البعد التحفيزي للمعنى، ويؤكد أنّ "إرادة المعنى" هي دافع إنساني مهم وعالمي، فالبشر ليسوا مجرد كائنات بيولوجية واجتماعية ونفسية فحسب، بل كائنات روحية قادرة على تجاوز القيود المادية من خلال المعنى والروحانية، ويؤدي إحباط الإرادة إلى المعنى إلى "فراغ وجودي" يتميز بإحساس اللامعنى أو الملل أو اللامبالاة. (Frankl, 1984, pp.5-8)

مع تطور المجال، أصبح يُنظر إلى أبعاد معينة على أنها أكثر مركزية وجوهريّة للمعنى في الحياة بينما تمّ فهم الأبعاد الأخرى بشكل أفضل على أنّها سوابق محتملة ونتائج للمعنى، ساعد التوسع السريع على مدى العقدين الماضيين في أبحاث الرفاهية وعلم النفس الإيجابي بشكل عام على توضيح التركيبات الإضافية، مما جعل تمييزها عن معنى الحياة أكثر أهمية، أدت هذه التطورات إلى زيادة الدقة في بحث المعنى في الحياة مع مزيد من التركيز على التحقق من صحة أبعاد أقل بدلاً من مجرد اقتراح عدد أكبر.

(Martelaa & Steger, 2016, p.532)

كما تمّ اقتراح مجموعة متنوعة من الأبعاد المحتملة للمعنى في الأدبيات أكثر منهجية، وتشمل الغرض، وقبول الموت، والسعي نحو الهدف، والتصورات بأنّ المستقبل سيجمل معنى، والفراغ الوجودي، ومشاعر السيطرة في الحياة، والرغبة في البحث عن المزيد من المعنى.

(Reker & Peacock, 1981, p.266))

أما في الأدبيات النفسية الحديثة، فإنّ الإجماع الأكبر في تعريف المعنى قد تمحور حول بعدين: التماسك (أو فهم الفرد وإحساسه بالحياة)، والغرض (أو الأهداف والتطلعات الأساسية للفرد في الحياة) بينما ألمحت أعمال أخرى إلى نموذج ثلاثي الأبعاد للمعنى. (King et al, 2006, p.180)

ظهرت الأهمية مؤخراً باعتبارها الوجه الثالث، هذه الثلاثية موجودة بشكل واضح في عمل كل من هينزلمان وكينغ (King & Heintzelman) الذين يرون أن الهدف هو أن يكون حول اتجاه الهدف، وأهمية أن تكون حول المادة، والتماسك ليكون حول حياة المرء منطقية، كما أنهم يجادلون بشكل مباشر بأنه "على الرغم من أن هذه الجوانب الثلاثة للمعنى غالباً ما يتم التعامل معها على أنها مترادفة (بعضها مع بعض ومع معنى في الحياة)، إلا أنها من المحتمل أن تكون متميزة".

(Heintzelman & King, 2014, p.562-565)

ويشير ستيجر Steger إلى الثلاثية نفسها في قوله " لفهم المعنى في الحياة يجب أن تنتظر إليه على أن للمعنى لديك: أهمية تتجاوز التفاهة أو اللحظية، أن يكون لديك هدف، أن يكون لديك تماسك يتجاوز الفوضى، وهكذا يبدو أننا نتجه نحو فهم المعنى في الحياة على أنه لها ثلاثة جوانب: حياة المرء لها قيمة وأهمية، ولها هدف أوسع في الحياة، وحياة المرء متماسكة وذات معنى، (Steger, 2012 p.177)

اقترح ونغ Wong حلاً مكوناً من أربعة عناصر لمسألة المعنى في الحياة وهي الغرض، الفهم، المسؤولية، والتمتع:

1. الغرض: تحتاج إلى اختيار غرض جدير أو هدف حياة كبير.
 2. الفهم: تحتاج إلى فهم كاف من أنت، ما تتطلب الحياة منك، وكيف يمكنك أن تؤدي دوراً مهماً في الحياة.
 3. المسؤولية: أنت وأنت وحدك مسؤولان عن تحديد نوع الحياة التي تريد أن تعيشها، وما الذي يشكل هدفاً مهماً وجديراً بالاهتمام في الحياة.
 4. التمتع: سوف تتمتع بشعور عميق من الأهمية والارتياح فقط عندما كنت قد مارست مسؤوليتك عن تقرير المصير والسعي بنشاط إلى هدف حياة جديرة. (Wong, 2012, P.620)
- وهكذا، فإنّ الشعور بالأهمية يتخلل كل بعد من أبعاد المعنى، بدلاً من أن يقف عاملاً منفصلاً.
- ثم توسع ريكر وونغ Reker and Wong في مكونات المعنى وذلك من خلال اقتراح أنّ هناك ثلاث مكونات في المعنى الشخصي:

1. المكون المعرفي، والذي يتعلق بفهم تجارب المرء في الحياة.
2. عنصر تحفيزي يتعلق بالسعي لتحقيق أهداف جديرة بالاهتمام.

3. المكون العاطفيّ الذي يتعلق بمشاعر الرضا والوفاء والسعادة المصاحبة لتحقيق الهدف، إنهم يرون أنّ المكون المعرفيّ هو حجر الزاوية في المعنى الذي "يوجه اختيار الأهداف ويولد مشاعر الجدارة". (Reker and Wong, 2012, p.434)

بعد تصور ستيغر Steger الثلاثي السابق عاد واقترح نموذجاً ثنائي الأبعاد للمعنى في الحياة وهو وجود المعنى والبحث عنه، يعرف وجود المعنى (البعد المعرفي) بأنه درجة التقاني تجاه أهداف المرء أو أهدافه أو بعثاته في الحياة، هذا البعد يركز على النتيجة، أما البحث عن معنى (البعد التحفيزي) يؤكد على العملية التي يحدد بها الأفراد بشكل فعال المعنى والأهداف في الحياة وعندما يحقق الأفراد هذه الأهداف التي تم تحديدها فإنهم يختبرون معنى في الحياة، وقد تصورت العديد من أدوات القياس التي تقيم المعنى في الحياة-مثل الغرض في اختبار الحياة ومقياس الإحساس بالتماسك-على أنّ معنى الحياة هو مكون (بعد) واحد، ولذلك يكاد يكون من المستحيل التأكد من جوانب معينة من معنى الحياة التي قد تكون مرتبطة مع مجالات أخرى، ومع ذلك فإنّ معظم الباحثين حتى الآن دعموا هذا النموذج ثنائي الأبعاد . (Steger, ,p.3812012)

ويرى الأبيض أنّ " هناك أربعة أبعاد رئيسية لمعنى الحياة هي: القبول والرضا، الهدف من الحياة، المسؤولية، التسامي بالذات" (الأبيض، 2010، ص. 804).

في حين ترى أبو غزالة أنّ معنى الحياة يتضمن ثلاث مكونات رئيسية هي:

1. المكون المعرفي: ويرتبط بإدراك الفرد لمعنى حياته، والخبرات التي تنثري المعنى.
2. المكون السلوكي: والذي يرتبط بما يقوم به الفرد من سلوك يترجم هدف حياته المدرك بشكل واقعي في حياته.
3. المكون الوجداني: والذي يرتبط بإحساس الفرد بأن حياته لها قيمة، ورضاه عنها من خلال ما حققه من أهداف. (أبو غزالة، 2007 ب- ص. 267).

ويتميز الرشيدي بتحديدته مكونات معنى الحياة وأبعاده والتي وضعها عند بناء مقياسه المعتمد على أعمال كرمبو ومهلك (Crmbaugh & Maholick) عام (1964)، إذ وصل إلى أنّ هناك ستة أبعاد رئيسية لمعنى الحياة هي: أهداف الحياة، التعلق الإيجابي بالحياة، التحقق الوجودي، الثراء الوجودي، نوعية الحياة، الرضا الوجودي. (الرشيدي، 1996)

مما سبق نجد أنّ الأبعاد الثلاثة المميزة للمعنى في الحياة (التّماسك، الغرض، الأهميّة) قد تمّ الاعتراف بها على نطاق واسع على الرغم من تضمن بعضها أبعاداً أخرى، ولكن بشكل عام لم يتم إجراء أيّ فحص نظري بين الدّراسات لاختلافاتهم في تعاريف تلك الأبعاد أو المعنى بشكل عام، كما أن الدّراسات على تلك الأبعاد قد استمرت من دون التمييز الدقيق بين حدودها، في حين كانت المكونات المشكلة لمعنى الحياة شبه مشتركة وهي المكون المعرفي والسلوكي.

رابعاً- مفاهيم متعلقة بمعنى الحياة:

بعد أنّ ذكرنا الغموض والصّعوبة في تحديد مفهوم معنى الحياة وتعريفه وأبعاده، لا بدّ لنا من تمييزه عن بعض المصطلحات القريبة له والتي يتم أحياناً ترجمتها بشكل خاطئ لمعنى الحياة والتي قد تكون جزء من معنى الحياة أو مؤشر عليه ومنها:

التّوجه نحو الحياة: عرفه شايزر وكارفر (Sheier & Carver) بأنّه النّزع أو الميل للتّقاؤل أيّ التّوقع العام بحدوث الأشياء أو أحداث حسنة بدرجة أكبر من حدوث أشياء سيئة وهي سمة مرتبطة غالباً بالصّحة النفسيّة الجيدة (على، 2016، ص. 228).

جودة الحياة : هي كل ما يفيد الفرد بتتمية طاقاته النفسيّة والعقليّة ذاتياً والتّدريب على كيفية حل المشكلات واستخدام أساليب مواجهة المواقف الصّاغطة والمبادرة بمساعدة الآخرين والتّضحية من أجل رفاهية المجتمع، وهذه الحالة تتم بالشّعور، وينظر إلى جودة الحياة من خلال القدرة على إشباع حاجات الصّحة النفسيّة مثل : الحاجات البيولوجيّة والعلاقات الاجتماعيّة الإيجابيّة والاستقرار الأسريّ والرضا عن العمل والاستقرار الاقتصاديّ والقدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعيّة الاقتصاديّة ، ويؤكد أي شعور الفرد بالصّحة النفسيّة من المؤشرات القوية الدّالة على جودة الحياة. (مصطفى، 2004 ،ص.15)

الرّضا عن الحياة: تقدير عام لنوعيّة الحياة التي يعيشها الفرد عموماً أو حكم بالرّضا عن الحياة، إذ يمثل مفهوم الرّضا عدداً من المقاييس النّوعيّة للرّضا، فهناك الشّعور بالرّضا عن الحياة بصفة عامة والرّضا عن جوانب معينة من الحياة كالرّضا عن العمل والزّواج والصّحة وغيرها. (أرجايل، 1993، ص. 49)

الاستمتاع بالحياة: حكم تقييمي يصدره الفرد عن مدى جودة الحياة التي يعيشها بصورة تعكس حالة نفسية إيجابية فاعلة وناضجة ومتوهجة لهذا الاستمتاع بالحياة على نحو مبهج وإيجابي يعبر عنه الفرد بمشاعر البهجة والاستمتاع والتفاعل الايجابي مع البيئة المحيطة. (عبد العال ومظلوم، 2013، ص. 88)

أسلوب الحياة: يرى " ألفرد أدلر " أنّ أسلوب الحياة هو الأسلوب الذي يستطيع من خلاله الفرد أن يتوصل إلى معنى الحياة، فأسلوب الحياة يبدأ تشكيله في المراحل المبكرة في حياة الطفل، وفي حوالي نهاية العام الخامس من حياته يصبح واضحاً أنّ هناك نمطاً محدداً للسلوك قد تبلور لديه، حتى أنّه يمكننا أن نميز وجود طريقة مستقلة لمعالجة المشاكل والمواقف التي تواجه ذلك الطفل وهذه الطريقة هي أسلوب الحياة. (أدلر، 2005 / 1931، ص.31-32)

الهدف في الحياة: يعرفه يالوم فيري " يرجع هذا المفهوم على القصد، الاتجاه والوظيفة فإذا أردنا أن نعرف هدف شيء ما فإننا نتساءل عن دوره أو وظيفته، ماذا يفعل؟ وإلى أيّ غاية " (Yalom,1980,p.423)

الدافعية في الحياة: وتعنى مدى سعي الفرد في الحياة بإيجابية وكفاحه لتحقيق أهداف حياته ومعانيها، ورغبته في التمسك بالحياة والاستمرار فيها والاستمتاع بها مما يؤدي إلى تفاؤله في الحياة، ويعد في بعض النظريات أحد أبعاد معنى الحياة. (خضير، 2016، ص. 402)

خامساً- مصادر معنى الحياة:

قد يختلف الأفراد فيما يجعل الحياة ذات مغزى والمصادر التي تساعد على تشكيل ذلك المعنى وقوته. يرى فرنكل بأنّه ليس هناك مصدر عالمي لمعنى الحياة لجميع البشر، كل البشر هم في حاجة إلى بعض المصادر المعينة مثل: الصداقة، الزواج، الأسرة، العمل اللائق، تربية وتعليم الأطفال، العلوم والديانات، التعليم. (Diehl,2009,p.42)

كما حدد فرنكل ثلاثة مصادر يستطيع الإنسان أن يعثر من خلالها على معنى لحياته تتمثل في:

- القيم الإبداعية: وتشمل كل ما يستطيع الفرد إنجازه، قد يكون ذلك الإنجاز عملاً فنياً أو اكتشافاً علمياً أو إنجاز الإنسان لأعماله اليومية.
- القيم الخبراتية: وتأتي من الخبرات الحسية والمعنوية خاصة ما يتحقق من خلال البحث عن الحقيقة والارتباط بعلاقات إنسانية مشبعة.
- القيم الاتجاهية: وتتكون من المواقف التي يتخذها أثناء معاناته التي لا يستطيع أن يتجنبها كالمرض والموت، وهذه المصادر تتغير من شخص إلى آخر وتتشكل حسب الثقافات والأعراق وكذلك حسب مرحلة التطور العمرية. (يوسف، 2008، ص. 37)

كما حدد ريكير وونغ Reker and Wong المصادر الرئيسية التالية للمعنى:

أ - تلبية الاحتياجات الأساسية مثل الغذاء والمأوى والسلامة، ب- الأنشطة الترفيهية أو الهوايات ج- العمل الإبداعي، ح- الإيثار، د- العلاقات الشخصية (الأسرة أو الأصدقاء)، ز- النشاط الاجتماعي والسياسي (على سبيل المثال، حركة السلام أو حملات مكافحة التلوث). ط- القيم والمثل الثابتة (الحقيقة والخير والجمال والعدالة)، ك- الإرث (ترك علامة للأجيال القادمة)، ل- الدين والاحتياجات الروحية المتسامية، هـ- الإنجاز الشخصي (التعليم أو العمل)، و- النمو الشخصي (الحكمة أو النضج)، ي- التقاليد والثقافة (الجمعيات التراثية والعرقية الثقافية). (Reker and Wong, 1988, p.215-216)

وحسب ويسترهوف وآخرون Westerhof, et al يمكن أن تأتي مصادر المعنى من:

أ- داخل الشخص (سمات الشخصية، والنمو الشخصي والإنجاز، وقبول الذات، والمتعة، والرضا، والهدوء) ب- العلاقات (الشعور بالترابط، والعلاقة الحميمة، والعلاقات الجيدة، والإيثار، والخدمة، والوعي المجتمعي)، ج- السلامة الجسدية (الأداء، والصحة، والمظهر). د- الأنشطة (العمل، أوقات الفراغ، الأنشطة اللطيفة)، هـ- الاحتياجات المادية (الممتلكات، والأمن المالي، وتلبية الاحتياجات الأساسية). (Westerhof et al, 2004, p.751)

بخلاف هذه المصادر العامة الخمسة للمعنى، هناك أيضاً حاجة إلى رؤية فلسفية وشاملة للحياة تتكون من القيم والمعتقدات والمثل العليا والاهتمامات الإنسانية والدين والثقافة والموضوعات الوجودية.

وفي أحدث الأبحاث وضع جروندن وجوز (Grouden & Jouse) ترتيباً للمصادر حسب أكثرها شيوعاً كالتالي: الأسرة، العلاقات الشخصية، نمو الشخصية، العمل، وقت الفراغ، الدين، الصحة، مستوى المعيشة، المجتمع، الحياة العامة، التعليم. (Grouden & Jouse, 2015, pp.29-33)

وبالتالي نجد أنّ المصادر التي توجد المعنى تنتشعب لحد كبير مع مجالات مختلفة لحياة الفرد وأنّ فقدان تلك المصادر سيترتب عليه ضعف المعنى وربما فقدانه، وقد يكون المصادر التي أشار لها ويسترهوف مع إدماج القيم التي ذكرها فرنكل هي الأشمل للجوانب المختلفة لحياة الفرد في وصوله للمعنى مع إضافة الدين والشعور بالانتماء.

سادساً- بعض النظريات المفسرة لمعنى الحياة:

حاولت بعض النظريات تفسير وشرح أهمية وجود معنى للحياة لدى الفرد وكذلك تحديد المفهوم وكيفية تكوينه لدى الفرد وعواقب فقدانه وذلك من خلال نظريات مستقلة أو وجهات نظر متضمنة بنظريات أخرى. ويعد ألفريد آدلر Alfred Adler السّباق في وضع مؤلفات حول معنى الحياة، ونبداً مع نظرية فرنكل والتي تعد النّظرية الأهم في تناول معنى الحياة.

1- نظرية فيكتور فرنكل Victor Frankl (1905-1997):

بشكل أساسي كانت الحياة التي عاشها "فرنكل" في معتقلات التّعذيب الألمانيّة وما شهده فيها من عذاب وإبّان وجوده في تلك المعتقلات نقطة انطلاق نظريته ، لاحظ "فرنكل" أنّ الرّجال الذين كانوا يتعرضون لعمليات تعذيب معه يستسلمون للموت بمجرد أن يفقدوا إحساسهم بالمعنى ، فقد كان "فرنكل" يعتقد أنّ الإنسان يستطيع أن يحيا فقط عندما يتمسك بوجود المعنى للحياة، وأنّ الإنسان بحاجة لمصدر يستمد منه المعنى، فأفكاره كانت تدور حول قدرة الإنسان على أن يحيا حياة أفضل، إذا ما استطاع تجاوز المحددات الجسديّة والنفسية لوجوده والتّسامي عليها، وعندها فقط يستطيع الإنسان أن يدخل أكثر إلى الأبعاد الأكثر رقياً. (عبد الوائلي، 2012، ص. 617)

لقد تصور فرنكل المعنى في الحياة بوصفه عملية اكتشاف داخل عالم له معنى جوهريّ، وهذه النّظرية تقترض ما يلي: لا تُخترع المعاني ولا يمكن العثور عليها إلا خارج الشّخص، البحث عن معنى خاص شخصيّ هو دافع بشريّ أساسيّ، إنّ وفاء المعنى يعني دائماً اتخاذ القرار وهذا لا يُفهم على أنّه يؤدي إلى التّوازن، على عكس إشباع الحاجة، يمكن بلوغ المعنى من خلال القيم الإبداعية والخبراتيّة والسلوكيّة. (Debats, 1996, p.4-5)

و تكمن بالتّالي جوهر هذه النّظرية في أنّ الإنسان يحتاج إلى المعنى في الحياة، وأنّ لديه الإرادة في البحث عن هذا المعنى، وأيضا الحرّية في فعل ذلك، وبدون معنى الحياة تصبح الحياة فارغة وتقع في الفراغ الوجودي، ومصطلح وجودي يشير إلى ثلاثة جوانب: الوجود ذاته- أي أسلوب الوجود المميز للإنسان-، ومعنى الوجود، والسّعي للتوصل إلى معنى محسوس وملموس في الوجود الشّخصي - أي إرادة المعنى- ولذا فإنّ على الإنسان أن يسعى ويجتهد في سبيل هدف يستحق أن يعيش من أجله، لأنّ هذا يساعده على

البقاء بفاعلية حتى في أسوأ الظروف، وحدد فرنكل Frankl ثلاثة احتمالات يمكن من خلالها إيجاد المعنى وهي: الإبداع، والخبرات، وتغيير المواقف. (فرنكل، 1982، ص. 138)

والبحت عن معنى الحياة ظاهرة وجودية مصاحبة للإنسان طوال مراحل حياته، بغض النظر عن العمر والجنس، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي، وهذا المعنى وحيد ومتفرد ونوعي يختلف من إنسان إلى آخر، ويختلف داخل الشخص الواحد نفسه من وقت إلى آخر، ويؤدي تحقيق الإنسان لمعنى الحياة إلى تحقيق وجوده الأصيل، أما عجزه عن تحقيق معنى لحياته فيؤدي إلى شعوره بحالة تعرف باسم الفراغ الوجودي أو الخواء المعنوي. (عبد الحلیم، 2010، ص. 329)

ولقد حدد فرنكل المبادئ الأساسية للعلاج بالمعنى بثلاث عناصر أساسية:

أ- حرية الإرادة: وهو مفهوم يتعارض مع مفاهيم الحتمية والسببية والقدرية، وتعني في النهاية حرية الإرادة الإنسانية، وإرادة الإنسان هي إرادة كائن محدود، وبناء على ذلك يرى فرنكل أن يترك للعميل حرية اتخاذ القرار بشأن إدراكه لنفسه بوصفه شخصاً مسؤولاً يتحمل مسؤوليته باختياره لأهدافه في الحياة. (فرنكل، 2000، ص. 22)

ب- التطلع للمستقبل: من فقد الثقة في مستقبله، والمستقبل بشكل عام، حكم على نفسه بالفناء وأصبح عرضة للانهايار العقلي والجسمي، إن التطلع للمستقبل رهين بما سماه فرنكل الديناميات المعنوية، ومعناها أن يكون هناك دائماً شكل من أشكال التوتر بين إنجازات الفرد وطموحاته، أي بين ما هو عليه الآن وبين ما ينبغي أن يكون عليه في المستقبل. (فرنكل، 1982، ص. 105)

ت- إرادة المعنى: يعتقد فرنكل أن إرادة المعنى هي أقوى الدوافع الرئيسية في حياة الإنسان، فبغيره لا يكون هناك هدف للحياة، وهو دافع فطري ويختلف في طبيعته من فرد لآخر، بل من موقف لآخر لنفس الفرد، ويمكن تحقيقه من خلال ما نحققه في حياتنا من مهام لإثبات ذاتنا، وقدراتنا على مواجهة معوقات إنجاز هذه المهام. (فرنكل، 1982، ص. 131)

2- نظرية آدلر Alfred Adler (1912-1935):

يعد آدلر من المؤسسين الأساسيين لعلم النفس الحديث ومن خلال كتبه ومقالاته ضمن علم النفس الفردي بين عامين (1912 و 1935) استطاع وضع نظريته الخاصة بمعنى الحياة لدى الإنسان.

يرى أدلر أن الإنسان لا يستطيع أن يعيش إلا إذا عرف معنى لحياته، فنحن لا نتعامل مع الأشياء المختلفة باعتبار ما هي عليه، لكننا نتعامل معها من خلال ما تعنيه إلينا، أي لا نتعامل مع أشياء مجردة ... بل نعرفها ونتعامل معها من خلال ذواتنا ... ولهذا من الطبيعي أن نستنتج أنّ المعنى ما هو إلا شيء ناقص وغير منته، بل بإمكاننا أن نقول أنّ المعنى لا يمكن أن يكون على صواب دائماً، وعلى هذا فإن مملكة المعاني ما هي إلا مملكة الأخطاء. (أدلر، 2005 / 1931، ص.19)

ويركز أدلر على ما يسميه الشعور الاجتماعي إذ إن كل العوامل المشتركة بين التعريفات الخطأ لـ (معنى الحياة) توجد داخل الشعور الاجتماعي الذي يشعر به ذلك الفرد تجاه مجتمعه ... ومن ثمّ فإنّ معنى الحياة بالنسبة لهم يظل محصور في نطاق ضيق جداً لا يتعدى ذواتهم ، أي أنّهم يحتفظون بتعريف خاطئ لـ " معنى الحياة " .. أنّ المعنى الحقيقي للأفعال والأهداف هو المعنى الذي تحمله لباقي أفراد المجتمع ، وإلا أصبحت هذه الأفعال والأهداف عديمة الجدوى لهم ... وإنّ حياتنا يكون لها معنى عندما نسهم إسهاماً إيجابياً في حياة الآخرين. (أدلر، 2005/1931، ص.25-26).

3- نظرية أبرهام ماسلو *Abraham Maslow* (1968-1971):

على النقيض من فرنكل، يعتقد ماسلو أن المعنى خاصية ناشئة جوهرية داخل الشخص " المعنى في الحياة لديه هو "دافع ميتا" Meta، "حاجة للنمو" تعمل وفقاً لقواعد مختلفة عن "حاجة عجز"، تتطلب الدوافع الفوقية تحقيق الأداء الصحي وتؤدي إلى المرض عندما لا تتحقق، ومع ذلك، تختلف الاحتياجات الوصفية عن احتياجات العجز من نواحٍ عديدة، لا تشير الاحتياجات الفوقية إلى العجز الداخلي لأنّ التوترات التي تخلفها غالباً ما تكون ممتعة.

في الواقع، فإنّ إشباع الحاجات الفوقية يضيف إلى قوتها التحفيزية، ورضاها يخلق النمو بدلاً من مجرد تجنب المرض، لا يمكن تلبية احتياجات Meta بالكامل، في المقابل لا يمكن تحقيق الإنجاز الكامل للمعنى أو الهدف في الحياة لأنّ المعنى في الحياة موجود في مثل العليا مثل اللاعنف أو الجمال تحدث النتيجة الأكثر صحة إذا كانت الأنشطة المختارة تتطابق مع القيم الجوهرية قدر الإمكان".

وهكذا، تنص نظرية ماسلو على أنّه من دون تحقيق القيم، يصبح الأفراد في المراحل العليا مرضى: "حالة الوجود بدون نظام قيم هي مرض نفسي، يحتاج الإنسان إلى إطار من القيم، فلسفة حياة ... كما يحتاج إلى ضوء الشمس أو الكالسيوم أو الحب " (Maslow, 1968, p.p. 205-206).

4- نظرية إيرفين يالوم (Irvin Yalom, 1980):

تناول يالوم Yalom ظاهرة المعنى في الحياة من وجهة نظر وجودية، يبدأ نهجه بالصراع الوجودي الأساسي الذي ينبع من مواجهة الفرد مع أربع معطيات أساسية من الوجود أو الاهتمامات النهائية وهي: الموت والحرية والعزلة واللامعنى، يُنظر إلى علم النفس المرضي على أنه نتيجة لأنماط دفاعية وغير فعالة للتعامل مع هذه الاهتمامات النهائية، من ناحية أخرى يعد المعنى في الحياة استجابة إبداعية للفرد لعالم العالم الذي لا معنى له، يختار البشر ويخلقون ظروفهم الخاصة ولا يوجد المعنى خارج الأفراد، الذين يصنعونه بالكامل بأنفسهم، لا يوجد تصميم نهائي أو هدف للكون وبشكل متعاقب، هناك حاجة إلى المعنى الشخصي للبقاء على قيد الحياة في عالم لا معنى له، يمكن تحقيق المعنى من خلال طرق مختلفة، على سبيل المثال، الإيثار، أو التفاني في قضية ما، أو الإبداع، أو مذهب المتعة، ومع ذلك، بما أن معظم الأفراد يدركون طبيعة معانيهم الشخصية ذاتية الخلق، فإن الأمر يتطلب إجراءً ثانياً، أي الالتزام. (Yalom, 1980, pp.422-423)

5- نظرية بول تي بي ونغ (Wong PTP, 2012):

طور ونغ Wong علاجاً متعدد المعنى وتكاملياً، وقام ببناء علاج على تصور فرنكل للمعنى ويتضمن معنى العلاج أيضاً العلاج السلوكي المعرفي، والعلاج النفسي الإيجابي. يتمثل إسهام ونغ الرئيسي في نظرية العلاج بالمعنى بتحديد أربع مكونات للمعنى: الغرض، والفهم، والإجراءات المسؤولة، والاستمتاع/التقييم، تركز تدخلات العلاج بالمعنى على نموذج (PURE) النموذجي، مثل إعادة صياغة المواقف السيئة في سياق ذي مغزى أكبر والسعي إلى هدف ما في الحياة أكبر من الذات. (Wong, 2012, p.619)

وفقاً لنظرية إدارة المعنى (MMT)، التي اقترحها ونغ Wong لأول مرة، فإن البشر هم مخلوقات تسعى إلى المعنى وصنع المعنى مع دافعين أساسيين: البقاء على قيد الحياة وإيجاد معنى وسبب للبقاء على قيد الحياة، تتوقع النظرية أن السعي لتحقيق معنى في الحياة هو أفضل وسيلة لتخفيف القلق من الموت.

يفترض MMT أيضا أنّ النَّاسَ يرغبون في العيش حياة ذات مغزى وأنَّ التَّركيزَ على ميول النَّموِّ الإيجابية هو أفضل من إنشاء آليات دفاعية ضد القلق من الموت، ببساطة، إذا كان الأفراد يعتقدون أنّ وجودهم له معنى وأنهم يؤدون أدواراً مهمة في مجتمعهم، فقد لا يشعرون بالتهديد بالموت الحتمي.
(Wong,2013, p.p.91-99)

مما سبق من نظريات نجد أن جميعها تتفق على أهمية المعنى في الحياة ، ولقد أقر كل من فرنكل وماسلو ويالوم أنه حيثما يوجد فراغ وجودي توجد أعراض نفسية ومشاكل من جميع الأنواع، وعلى الرغم من اتفاقهم على الجوانب السريرية للمعنى في مفهوم الحياة ، فقد قدم المنظرون أعلاه تعريفات بناء متناقضة واختلافات نظرية ، من النظريات التي نوقشت سابقاً حول المعنى في الحياة يمكن القول إنّ القيم تؤدي دوراً حاسماً في عملية إيجاد المعنى في الحياة، بينما أكد فرنكل (1976) على عملية السمو الذاتي ودور القيم الإبداعية والخبرائية والسلوكية في تطوير الشعور بالمعنى - الامتلاء في الحياة، وركز ماسلو (1971) على تحقيق الذات والأدوار المختلفة للنقص والنمو والقيم، أما يالوم (1980) فشدد على المشاركة وقيم الإبداع والالتزام، في حين يجد ونغ في إيجاد وصنع المعنى لدى الإنسان من أهم الطرق لدفع قلق الموت والاستمتاع بالحياة ، على الرغم من خلافاتهم النظرية ، اتفق هؤلاء المنظرون على أنّ الأفراد يحتاجون بشدة إلى توجيه قيم معينة في بحثهم عن الهدف والمعنى في الحياة ، بغض النظر عما إذا كانت هذه القيم محفوظة بوعي أم لم يتم تصورها بعد.

وبالإضافة إلى النظريات المفسرة لمعنى الحياة فهناك بعض الأبحاث والنظريات حول تغير معنى الحياة وتأثره وكيفية استعادة المعنى بعد حدث صادم أو مؤلم ودور معنى الحياة في تفسير وتجاوز ذلك الحدث وهو موضوع الفقرة الآتية.

سابعاً- تغير معنى الحياة بعد التعرض لأحداث صادمة:

كان مفهوم المعاناة بوصفه وسيلة للنمو الشخصي موضوع اهتمام في علم النفس لسنوات عديدة والتي غالباً ما تأتي بعد حدث صادم أو مؤلم، وفقاً لفرنكل فإنّ الإنسان لديه دافع أساسي لإيجاد معنى لحياته بعد حدث صادم، السؤال "لماذا أنا؟" يوضح بوضوح اهتمام الضحايا بالعثور على تفسير لحدوث الصدمات التي تعرضوا لها، على الرغم من اهتمام الباحثين والأطباء بهذا السؤال، لا يوجد تعريف توافقي لما يجب أن يشكله البحث عن المعنى، ومع ذلك وبغض النظر عن المصطلحات المستخدمة، يمكن تلخيص البحث عن

المعنى على النحو التالي: جهد التفكير الذي يقدمه الفرد لفهم سبب وقوع الحدث الصادم في حياته ولتقييم آثار هذا الحدث على معتقداتهم وقيمهم وأولوياتهم. (Frankl, 1963, p.99)

يمكن تفسير كيفية تأثير الحدث الصادم على معنى الحياة عن طريق ثلاث وجهات نظر أساسية

وهي:

أ- نظرية التكيف المعرفي:

وفقاً لتفسير رواد هذه النظرية تايلور وبراون Taylor & Brown يواجه الأفراد ثلاث مهام تكيف بعد وقوع حدث صعب: استعادة معنى حياتهم ، واستعادة إدراكهم للسيطرة وزيادة تقديرهم لذاتهم، يعتقد تايلور أنّ الأفراد لديهم دوافع جوهرية لحل هذه المواضيع من خلال تطوير معتقدات "أوهام إيجابية"، ستسهم هذه المعتقدات بتحويل إدراك الفرد إلى التركيز على الجوانب الإيجابية لتجربتهم، وبالتالي لاستعادة معنى لحياتهم ، سيحاول الأفراد إيجاد سبب للحدث وإدراك التأثيرات الإيجابية، سيحاولون أيضاً استعادة إدراكهم للسيطرة من خلال تصديق أنهم قادرون على التعامل مع الموقف ومنع سوء الحظ من صدمهم مرة أخرى، في نهاية المطاف سوف يسعون جاهدين لرفع تقديرهم لذاتهم من خلال مقارنة أنفسهم بضحايا آخرين أكثر ضرراً. (Taylor & Brown, 1988, p.p.193-195)

ب- نظرية الاعتقاد الشائع:

وهي من النظريات التي ذكرناها سابقاً ضمن هذا البحث، فقد ساعدت نظرية جانوف-بولمان (1992) في تسليط الضوء على دور العوامل المعرفية في تفاعل ما بعد الصدمة، وخصوصاً المرتبطة بصدمة من يد الإنسان، ومع ذلك فإنّ الصدمة التي تسببها يد الإنسان من المرجح أن تؤدي إلى تطور حالة من الإجهاد اللاحق للصدمة (Brillon, 2004, p.p.470).

ج- نظرية النمو بعد الصدمة:

يُعرف تيدشي وكالهن Calhoun & Tedeschi النمو اللاحق للصدمة بأنه تجربة التغييرات الإيجابية المهمة الناتجة عن جهود التأقلم التي يبذلها الشخص في مواجهة أزمة كبرى، هذه التغييرات في الحياة المعرفية والعاطفية للفرد ستدفعه إلى تجاوز مستوى الأداء النفسي قبل الصدمة، يتم تصور النمو اللاحق للصدمة في عملية مستمرة تؤدي إلى نتيجة ، أي إدراك التأثيرات الإيجابية ، وليس عملية تكيف قائمة على

الأوهام، وتحدد النظرية ثلاث مجالات رئيسية للنمو حيث من المرجح أن يدرك الأفراد التغييرات: الذات والعلاقات الشخصية وفلسفة الحياة. (أبو القمصان، 2016، ص.10)

والسؤال الذي تجيب عنه هذه النظرية: كيف يمكن أن يحدث النمو اللاحق للصدمة للفرد بعد حدث صادم؟ ستتأثر العملية العامة بخصائص الشخصية، باتباع مثال نموذج جانوف-بولمان (1992)، يؤكد المؤلفون أن وقوع حدث صادم من شأنه أن يهز المخططات الأساسية للضحية، ستظهر المحاولات الأولى للفرد لدمج الحدث من خلال التدخلات، ومع ذلك بعد فترة، ستصبح العملية أكثر تعمقاً، مما يؤدي إلى اجترار الأفكار "البناءة". (Janoff-Bulman ,1992. p.117)

نلاحظ من التفسيرات السابقة والتوسع بها على أن البحث عن المعنى بعد وقوع حدث صادم موجه نحو هدفين رئيسيين: فهم سبب وقوع الحدث ومحاولة تحديد التأثيرات الإيجابية، ويؤكد تايلور على التصورات الإيجابية الناشئة عن جهود المواجهة، بينما يسلط جانوف بولمان الضوء على التأثير السلبي للصدمة على المستوى المعرفي.

ثامناً - طرق تحسين معنى الحياة:

عند البحث على طرق للتعامل مع فقدان المعنى فإننا نجد أنه لا يوجد دواء أو طريقة محددة لعلاج العيش بدون معنى، فالعثور على المعنى هو في نهاية المطاف رحلة شخصية، فما يجلب لك معنى قد لا يجلب لغيرك معنى وهذا ما عبر عنه فرنكل بفكرة أن العثور على المعنى هو رحلة فريدة من نوعها ولا يمكن تحقيقه إلا بواسطة الفرد بنفسه. (Frankl,1959, p.99)

وهذا لا يعني عدم وجود طرق أو تقنيات للعثور على معنى للحياة بل يمكن أن تسهم الطرق الآتية بشكل عام في ذلك:

1- تعزيز الشغف (الغرض):

يرى فاليراند Vallerand أنّ الدافع (التحفيز) أو الشغف (العاطفة) تكمن وراء رغبتنا واهتمامنا بالأنشطة، التحفيز مفيد للأنشطة التي تعد مملة (مثل غسل الأطباق)، بينما الشغف هو القوة الدافعة للأنشطة التي لها أهمية بالنسبة لنا، ومع ذلك يمكن أن يكون الشغف سلبياً أو إيجابياً، تعمل المشاعر الإيجابية المتناغمة

على تحسين سلوكنا وتؤدي إلى الأداء الأمثل والأشخاص الذين لديهم علاقات أكثر انسجاماً مع عواطفهم لديهم أيضاً علاقات أقوى مع الأشخاص الذين يشاركونهم اهتماماتهم. (Vallerand, 2012, p.42)

2- العلاقات التي تزيد من شعورك بالانتماء (الأهمية):

على الرغم من أهمية الروابط الاجتماعية، إلا أن جميع العلاقات الاجتماعية ليست متساوية، تؤكد من التركيز على العلاقات التي تجعلك تشعر بأنك "تنتمي"، إذ تشعر أنك تتسجم مع أعضاء تلك المجموعة، وحيث يوجد تعريف للمجموعة، في دراسة لامبرت وآخرون (Lambert et al) أبلغ المشاركون الذين طلب منهم التفكير في الأشخاص الذين شعروا أنهم ينتمون إليهم عن تصنيفات أعلى من المعنى مقارنة بالمشاركين الذين تذكروا الحالات التي تلقوا فيها المساعدة أو الدعم، أو الحالات التي تلقوا فيها مجاملات إيجابية أو بيانات ذات قيمة اجتماعية عالية وترتبط هذه النتائج أيضاً بالتأثير السلبي للنبذ على الشعور بالمعنى، إذا كنت تشعر بأنك لا تنتمي، فلديك إحساس أقل بالمعنى. (Lambert et al, 2013, p.1420) وتؤكد دراسة أبو غالي (2011) أهمية المساندة الاجتماعية وارتباطها بمعنى الحياة لدى الشخص وأن شعور الفرد بأهميته ضمن جماعة قد ساهم بتعزيز معنى الحياة لديهم.

تطوير العلاقات الاجتماعية (الغرض، الأهمية) وتعزيزها:

تعد إقامة الروابط مع الأفراد الآخرين والحفاظ على هذه العلاقات طرقاً موثوقة لتطوير الإحساس بالمعنى، الأشخاص الذين يبلغون عن عدد أقل من الروابط الاجتماعية، والوحدة، والنبذ يبلغون أيضاً عن مغزى أقل، كما أن مشاركة شغفك مع مجموعة من الأشخاص ذوي التفكير المماثل يساعد أيضاً في تطوير المشاعر المتناغمة، والتي بدورها يمكن أن تولد إحساساً بالمعنى. (Vallerand, 2012, p.4)

وهذا يتوافق مع ما وصلت له دراسة تايلر (Tyler, 2006) أن العلاقات الإنسانية كانت المصدر الأكثر شيوعاً للمعنى في الحياة وعلى وجه التحديد مساعدة الآخرين وتثقيفهم.

5- مراقبة حالتك المزاجية والسيطرة على بيئتك (التماسك):

أظهرت الدراسات المخبرية التجريبية وجود علاقة زمنية بين المزاج الإيجابي والشعور بالمعنى. يؤدي تحفيز المزاج الإيجابي إلى تقارير أعلى عن المعنى، قد تكون إدارة مزاجك صعبة. ومع ذلك، هناك بعض التقنيات التي يمكنك استخدامها. على سبيل المثال، خصص وقتاً للاهتمامات والهوايات، واحصل على قسط كافٍ من النوم، ومارس الرياضة بانتظام، وتناول الطعام الصحي، وفكر في تطوير ممارسة تمارين الذهن على سبيل المثال، من خلال التأمل. (Heintzelman, King, 2014, p.561)

6- التفكير الإيجابي:

كلما كان التفكير إيجابياً أدى ذلك إلى حل فاعل وناجح للمشكلات، وكلما كان التفكير سلبياً أدى إلى التعامل مع هذه المشكلات بأساليب سطحية وخاطئة، ومن ثمّ عدم الوصول إلى حل لها. (غانم، 2005، ص. 88)

والتفكير الإيجابي هو الوسيلة المضمونة لتعديل السلوك، لأنه يرسم أمامنا خارطة مضمونة نحو تحقيق مشاعر الرضا وتقبل الذات، وهناك الكثير من الدلائل التي تقدمها لنا الممارسات الإكلينيكية تكشف أن تركيز العلاج على جوانب القوة وإعانة الشخص على اكتشاف الجوانب الإيجابية في تفكيره وسلوكه تحقق له كثير من النجاح في العملية العلاجية والتفكير الإيجابي لحسن الحظ أسلوب ومهارة وفن يمكن أن نتعلمه ونتدرب عليه. (إبراهيم، 2011، ص. 409)

وتؤكد دراسة سولومون (Solomon, 2004) على الدور الكبير لطرق التفكير في تكوين وبناء المعنى وبالأخص بعد التعرض للأحداث الصادمة.

7- الفكاهاة وروح الدعابة:

تشير الفكاهاة إلى ذلك الاتجاه الباسم أو الضاحك الساخر تجاه الحياة ونقائصها، وتجاه عدم اكتمالها، أي ذلك الاتجاه الذي يتطلب فهماً لمظاهر التناقض في الوجود، ومن مميزات هذه الفنية تحسين الشعور بالسعادة، تحسين الوعي الذاتي، التغيير الإيجابي (السطوحي، 2014، ص. 57)

وتتعدد فوائد الفكاهاة على المستويين الفسيولوجي والنفسي، وتبرز أهميته في كل جوانب حياة الفرد الجسميّة والعقليّة والانفعاليّة والاجتماعيّة، إذ تؤدي الفكاهاة والضحك إلى استهلاك الكمية الفائضة من التوتر وتوليد حالة من الارتياح والاسترخاء كما تؤدي إلى تقادي الأزمات القلبيّة لمن يعانون من ارتفاع ضغط الدّم والسكر، وتعيد التوازن النفسي والاجتماعي للفرد من خلال تخفيف وطأة أعباء الحياة، وتحسين الصّحة النفسيّة والبدنيّة للفرد، كما تعد من بين العناصر المهمة التي تعطي معنى للحياة، ووسيلة مهمة لإقامة العلاقات الإيجابية وزيادة التفاعل مع الآخرين. (عبد الظاهر والبهاص، 2014، ص 91)

8- الروحانيّة:

خلال السّنوات الماضية بدأت بعض المنهجيات بتوظيف فنيات تدمج بين المعتقدات الروحية والممارسات العلاجيّة، وهذه الفنيات العلاجيّة المدمجة تتشابه في أساسياتها مع الفنيات العلاجيّة الأساسيّة إلا أنّها تطرحها ضمن إطار منطقيّ روحانيّ، ويعد مساعدة الأفراد لإيجاد معنى لحياتهم ومن ثم مساعدتهم

في التطلع للمستقبل بتقاؤل بمنزلة الهدف المحوري للاتجاه الروحيّ ، وبغض النظر عن المعتقدات الخاصة بالأفراد ، فإذا وجد معنى للحياة وكان لدى الفرد الشّعور بالتقاؤل والأمل فإنّ ذلك سينعكس إيجاباً على صحته النفسيّة ورغبته في الحياة. (Pargament,2013,p.p.272-273)

وتشير دراسة كيم وكينج (Kim&Kang,2003) لأنّ تقبل المشاكل الروحيّة والعمل على تعزيز الروحانيات يساعد على إيجاد معنى للحياة من جديد وبالأخص عند المراهقين.

9- الحفاظ على المعنى مع التقدم بالسنّ:

من المحتمل أن نواجه خسائر متعددة مع تقدمنا في العمر ، قد نفقد والدينا أو شركاءنا أو نواجه تسريحاً من العمل أو نصاب بمرض مزمن، المفهوم النمطي لكبار السنّ أنه شخص ضعيف ويحتاج إلى رعاية. ومع ذلك فإنّ التّقدم في السنّ ليس مرادفاً لحياة أقل معنى أو قيمة.

قد يكون من الصعب على كبار السنّ إقامة روابط اجتماعيّة جديدة، خاصة بعد التّقاعد، لأنّ "البيئة الطبيعيّة" لمقابلة أشخاص جدد، مثل مكان العمل قد توقفت، لكن هذا لا يعني أنّه لا توجد طرق لكبار السنّ لمقابلة أشخاص جدد وتكوين علاقات جديدة. (Wong, et al,2014, p.2-5)

ومن ثمّ نجد أنّ إيجاد معنى في الحياة هو رحلة يمكن أن تبدأ بشيء بسيط مثل القلم والورقة، والتّفكير العميق، وإحدى أدواتنا المذكورة أعلاه، أو يمكن أن تبدأ رحلتك بالخروج من الباب والتّواصل مع أحد الجيران، أو تكوين صداقة جديدة، أو بدء هواية كنت ترغب في استكشافها ولكنك لم تتجول فيها أبداً، قد لا يكون لديك معنى في الحياة عن نفسك، ولكن عن خدمة الآخرين، فغالباً ما يتم اكتشاف أنّ الخدمة غير الأنانيّة هي الدّروة النّهائيّة للحصول على حياة ذات معنى.

بعد عرض مدخليّ الخبرات الصّادمة ومعنى الحياة لا بدّ من ذكر بعض المعلومات عن البتر للتعرف أكثر بشكل أوسع كونه يشكل الخبرة الصّادمة التي تناولتها هذه الدّراسة وهو موضوع المدخل الثّالث.

المدخل الثالث:

البتّر

تمهيد

أولاً-تعريف البتّر

ثانياً-أسباب البتّر

ثالثاً-مستويات البتّر وأنواعه

رابعاً-المشكلات الناتجة عن البتّر

خامساً- التّأهيل بعد البتّر

تمهيد:

يمثل البتر خياراً جراحياً لا رجوع فيه قد يؤدي إلى إعاقات جسدية وتشوه جسدي، وهو مفاجئ ومدمر عاطفياً للضحايا، كما يعد البتر عبئاً صحياً كبيراً على الأسرة والمجتمع والخدمات الطبية أيضاً.

وتزداد الحوادث المسببة لبتر الأطراف ويزيد معها عدد مبتوري الأطراف في كل أنحاء العالم ، فحسب إحصائية عالمية عام (2017) كان (57.7) مليون شخص يعيشون مع بتر الأطراف لأسباب مؤلمة في جميع أنحاء العالم، وكانت الأسباب المؤلمة الرئيسية لبتر الأطراف هي السقوط (36.2%)، وإصابات الطرق (15.7%)، وإصابات النقل الأخرى (11.2%)، والقوى الميكانيكية (10.4%)، وكان أكبر عدد من حالات البتر الرضحية السائدة هي في شرق آسيا وجنوب آسيا تليها أوروبا الغربية وشمال أفريقيا والشرق الأوسط وأمريكا الشمالية وأوروبا الشرقية. (McDonald, et al,2021,pp.105-114)

أما في سوريا فتزداد أعداد مبتوري الأطراف يوماً منذ بداية الحرب، وقدرت الجمعيات الطبية في الداخل السوري عدد مبتوري الأطراف في عموم سوريا بما يزيد عن ١٠ آلاف مصاب، ويأتي ذلك مع غياب إحصائيات دقيقة عنهم. (العبد الله، 2018، فقرة 1)

ولذلك تضمن هذا الفصل ما يعنيه بتر الطرف وأنواعه والآثار المختلفة التي يسببها وكيفية التأهيل بعد البتر.

أولاً- تعريف البتر:

يُعرّف البتر بأنه الاستئصال الجراحي أو فقدان جزء من الجسم مثل الذراعين أو الأطراف جزئياً أو كلياً (Shores,2020,para1).

والبتر هو حالة من العجز تؤدي إلى إعاقات جسميّة حركيّة والتي تترتب عنها عدم وجود العضو المبتور نفسه، وبالتالي يفقد الإنسان هذه الوظيفة التي وجد من أجلها هذا العضو وأهميتها فقداناً دائماً مما يسبب له صدمة نفسية مما يؤثر على حياته الشخصيّة والاجتماعيّة والمهنيّة بدرجات متفاوتة تتوقف على حالة البتر ونوعه. (عبد الرحمن، 2001، ص. 176)

عرف رينز وريتشي Rains& Ritchie البتر بأنه "هو حالة مكتسبة ناتجة عن فقد أحد أطراف الجسم بسبب الإصابات أو الأمراض أو الجراحة أو الحروب، أو غياب أحد الأطراف لأسباب خلقية" (Rains& Ritchie,1995, p.41).

يعرف شادلي البتر بأنه: "قطع أو استئصال أحد أطراف الجسم، أو أيّ جزء من ذلك الطرف، ويتم ذلك سواء من خلال التّعرض لتدخل جراحي أو من خلال التّعرض لحوادث وصدّات ". (شادلي، 2017، ص.191).

بينما عرفه على وعبد الهادي بأنه: "حالة من العجز تحدث للفرد في أيّ مرحلة من مراحل عمره، وهو عبارة عن استئصال جزء من أجزاء جسمه لإنقاذ حياته، أو لتحسن أداء العضو الذي تمنعه الإصابة من القيام بوظيفته". (على وعبد الهادي، 1991، ص. 127)

والبتر يشير إلى قطع الأصابع أو الأطراف فقط أما باقي أجزاء الجسم الداخليّة فلا يمكن أن نطلق على قطعها اسم البتر مثل الأمعاء أو الكبد لأنه يسمى استئصال (طاهر، 2017، ص. 41).

ويشار إلى الأشخاص الذين فقدوا طرفاً أو أكثر بمبتوري الأطراف ويعرفهم حسن "هم الأشخاص الذين فقدوا أحد أطرافهم أو أكثر ونتج عنه إعاقة صريحة أثرت على أدائهم لأدوارهم مما يتطلّب تأهيلهم مهنيّاً واجتماعيّاً ونفسيّاً " (حسن، 2006، ص. 13)

من خلال التعريفات السابقة يستنتج الباحث أنّ البتر هو فقدان أحد أطراف الجسم (علوي، سفلي) نتيجة الحرب سواء بشكل كامل أو أحد أجزائه أو أكثر من طرف، والذي يؤدي إلى فقدان هذا العضو لوظيفته التي يؤديها، ويطلق اسم مبتور الطرف على ذلك الشخص الذي فقدها.

ثانياً- أسباب البتر:

قد يضطر الشخص إلى بتر طرفه أو يتعرض لحادث أو مرض معين يؤدي إليه فقد يكون البتر

نتيجة:

- تعرض الشخص لبتر مؤلم بسبب حادث سيارة أو إصابة بأدوات العمل أو إصابة قتالية نتيجة حرب تمثل الإصابة المؤلمة حوالي 45% من جميع عمليات البتر.
- صدمة أو المرض الذي يقطع تدفق الدم إلى جزء من الجسم لفترة طويلة، يمكن أن يسبب أيضاً موت الأنسجة مما يتطلب البتر، مثال على ذلك هو قزمة الصقيع، والتي يمكن أن تلحق الضرر بالأوعية الدموية في أصابع اليدين والقدمين، مما يتطلب إزالتها في النهاية". (Shores, 2020, para.2)
- الكوارث الطبيعية مثل الزلازل والبراكين.
- فقد الإحساس بالعضو نتيجة إصابة العصب.
- عدوى شديدة مع تلف واسع النطاق في الأنسجة.
- نقص الأطراف الخلقية / الأطفال الذين يخضعون لبتر التحويل.
- التشوّهات الخلقية للأصابع أو الأطراف.
- عدم وصول دم كافي إلى الطرفين بشكل جزئي أو كلي.
- ورم خبيث / سرطاني في العظام أو العضلات في الطرف مثل الساركوما العظمية.
- الحالات التي تؤثر على تدفق الدم على سبيل المثال مرض السكري.
- الغرغرينا. (أبو النصر، 2005، ص. 108-109)

وبالتالي فإنّ أسباب البتر مختلفة سواء كان بشكل مفاجئ أو مخطط له، ولكن يعد البتر المفاجئ والذي تسببه إصابة حربية أو حادث هو الأخطر والأشد وهو ما سيتم ذكره ضمن الفقرات القادمة لهذا المدخل.

ثالثاً - مستويات البتر وأنواعه:

قد يكون البتر في الطرف العلوي أو في الطرف السفلي أو كلاهما، وهناك مستويات وأنواع ضمن الطرف نفسه نذكر منها باختصار:

أ- أنواع بتر الأطراف العلوية:

- بتر جزئي لليد: إزالة جزء من اليد.
- فك مفصل المعصم: إزالة اليد بعد فصلها عن أسفل الذراع عند الرسغ.
- بتر أسفل الكوع: إزالة جزء من الجزء السفلي من الذراع عن طريق قطع عظام أسفل الذراع (نصف القطر والزند).
- فك مفصل الكوع: إزالة الجزء السفلي من الذراع بعد فصله عن الجزء العلوي من الذراع عند الكوع.
- بتر فوق الكوع: إزالة الجزء السفلي من الذراع والكوع وجزء من أعلى الذراع عن طريق قطع عظم العضد.
- فك مفصل الكتف: إزالة الذراع بالكامل بعد فصلها عن الكتف. (القاضي، 2009، ص. 97)

ب- أنواع بتر الأطراف السفلية:

- البتر الجزئي للقدم: إزالة جزء من القدم (هناك أنواع عديدة من بتر القدم الجزئي).
- فك مفصل الكاحل: إزالة القدم بعد فصلها عن أسفل الساق عند الكاحل.
- بتر أسفل الركبة: إزالة القدم وجزء من أسفل الساق عن طريق قطع عظام أسفل الساق (قصبية الساق والشظية).
- فك مفصل الركبة: إزالة الجزء السفلي من الساق بفصله عن أعلى الساق عند الركبة.
- بتر فوق الركبة: إزالة الجزء السفلي من الساق والركبة وجزء من الجزء العلوي من الساق عن طريق قطع عظم الساق (عظم الفخذ).
- فك مفصل الورك: إزالة الساق بالكامل بفصلها عن الحوض عند مفصل الورك.
- بتر الحوض، أو استئصال نصف الحوض: إزالة الساق بأكملها وجزء من الحوض.

ث- البتر المزدوج: هو إزالة كل من اليدين أو القدمين أو الذراعين أو الساقين. (الأطرش، 2015، ص.343)

وبعض النّظر عن نوع البتر فما يعيننا هو أثر هذا البتر على الأداء الوظيفي للشخص وكذلك الآثار والمشكلات النفسيّة والاجتماعية ومشاكل العمل وغيرها مما يظهر في حياة الفرد وهو موضوع الفقرة الآتية.

رابعاً- المشكلات الناتجة عن البتر:

تتنوع الآثار والمشكلات التي يخلفها البتر وذلك بسبب عوامل كثيرة لم يتم ذكرها ضمن هذا المدخل لتشابها بشكل كبير مع العوامل المؤثرة في الاستجابة للبتر وهو ما تمّ ذكره في المدخل الأول لذلك سنذكر تلك الآثار بشكل مباشر.

1- الآثار النفسيّة:

يمثل البتر للمبتور تحديات متعددة الاتجاهات، يؤثر على الوظيفة والإحساس وصورة الجسم، تختلف ردود الفعل النفسيّة بصورة كبيرة وتعتمد على عوامل كثيرة ومتغيرة، في معظم الحالات تكون التّجربة السّائدة للمبتور هي الخسارة، ليس الفقد الواضح للطرف فقط ولكن أيضاً ينتج عنه خسائر في الوظيفة، والصّورة الدّائميّة، والوظيفة والعلاقات، قد تكون العديد من ردود الفعل النفسيّة عابرة، وبعضها مفيد وبناء، والبعض الآخر أقل من ذلك، وبعضها قد يتطلب مزيداً من الإجراءات. (Engstrom, 1999, p.289)

إنّ أول الاستجابات النفسيّة للبتر وأهمها هي استجابة الحزن إذ ترى روس Ross أنّه عندما يكون هناك وقت للتفكير في الخسارة الوشيكة، فقد يمر بالمراحل الكلاسيكيّة لاستجابة الحزن وهي:

- الغضب: الذي قد يكون موجهاً نحو الفريق الطّبي، مع تعبير عن الغش أو الخداع للموافقة على البتر.
 - المساومة: الشّعور بالذّنب والحسرة بشأن الأشياء الماضية أو ما كان يجب القيام به بشكل مختلف، كما شوهدت محاولات باستخدام الأعذار لإحباط الجراحة أو تأخيرها إلى أجل غير مسمى لعدد لا يحصى من الأسباب مثل "أنا متعب جداً ولا أريد الخضوع لأيّ عمليّة جراحية كبرى".
 - الاكتئاب: يتخذ شكل العجز المكتسب "الشّعور بالسّلبية والارتباك".
 - القبول: الذي قد لا يتم الوصول إليه حتى يدخل المريض في عملية إعادة التّأهيل.
- (Casabianca, 2021, para2)

وأظهرت دراسة منصور وآخرون (Mansoor, et al,2010) التي بحثت في الآثار النفسية للبتر أنّ (20%) من أفراد العينة لديهم اضطراب ما بعد الصدمة، في حين كانت أعراض الاكتئاب الشديد لدى (63%) من أفراد العينة، كما ظهر اضطراب السيطرة على الانفعالات بنسبة (19%)، وظاهرة الأطراف الشبكية (14%)، واضطراب القلق العام (10%)، واضطراب الهلع (6%)، في حين وجدت دراسة شاليش (2016) أنّ (14%) من أفراد العينة يعانون من اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

وتوصلت دراسة ميمونة (2017) على عينة من مبتوري الأطراف إلى أن البتر يؤثر على الشخص مهما اختلف جنسه أو نوع البتر أو مدته وينتج عنه اضطرابات في التفكير والسلوك والحالة العاطفية.

ولخصت خلف أهم المظاهر النفسية التي يعاني منها مبتورو الأطراف وهي:

- رفض قبول المصاب لذاته الجديدة ومقاومته لواقعه الجديد.
- الشعور بالنقص وانتفاص قيمته لذاته سواء كما يراها هو أو كما يراها فيه المحيطون أو كما يتمنى أن يراها.
- ظهور مشاعر جديدة نتيجة لحدوث البتر في بعض الأحيان كالشعور بالذنب لاعتقاد البعض بأن ذلك انتقام لخطأ ارتكبه الفرد. (خلف، 2012، ص.25)

وقد لا يكون رد الفعل على البتر دائماً سلبياً فقد أظهرت دراسة بحثت في الأفكار الإيجابية في البتر أنّ (56%) من الناس فكروا في أطرافهم المبتورة بإيجابية إذ ذكر المشاركون العديد من الأسباب كأشياء جيدة حدثت بعد البتر مثل الاستقلالية الممنوحة لهم عن طريق البتر والجهاز التعويضي، والتغيير اللاحق في موقفهم من الحياة، وتحسين قدراتهم على التكيف، والمزايا المالية، والقضاء على الألم، بالإضافة لذلك، ارتبط إيجاد المعنى الإيجابي بشكل كبير بقدرات بدنية أكثر ملاءمة وتقييمات صحية، ومستويات أقل من تقييد النشاط الرياضي ومستويات أعلى من التكيف مع الفقد.

(Gallagher&, Maclachlan,2000, p.198)

وبالتالي نجد أنّ لفقدان الطرف تأثيراً كبيراً على الصحة النفسية والعقلية للشخص، كما لو أنّ الشخص قد فقد أحد أفراد أسرته، ومن الصعب التعامل مع فقدان الإحساس والوظيفة من الطرف المبتور، كما أنّه يغير صورة الشخص لدى نفسه ولدى الآخرين، مما قد يؤدي إلى مجموعة من الاضطرابات والمشاكل التي تسببها الأفكار السلبية للشخص.

2- الآثار الجسمية (الألم في البتر):

في الفترة الأولى تكون الآلام والآثار الجسدية متصلة بسبب البتر ونوع ومستوى البتر كما وضحنا ذلك سابقاً، ولا بد أنه حتى تلك الآلام تختلف حسب الشخص نفسه والعناية الطبيّة المتوفرة ووجود إصابات أخرى أو لا، كما تؤدي العوامل النفسيّة دوراً مهماً في رحلة الشفاء، ونركز ضمن الآثار الجسديّة على موضوع الألم الذي يحمل شقين نفسيّ وجسميّ.

طبعاً الألم هو نتيجة حتمية للبتر، إلا أنّ هناك عدة أنواع من الأحاسيس بعد البتر التي يجب مناقشتها عند الإشارة إلى الألم بعد البتر، يرتبط النوع الأول بالآلام التي تحدث في موقع البتر أيّ على مستوى الطرف المبتور وتنتج هذه الآلام مباشرة أثر التّعرض لعملية البتر، أما النوع الثاني فهو مرتبط بما يسمى الطّرف الشّبح وألم الطّرف الشّبح والذي يعبر عن استمرار أو عودة ظهور إحساس المبتور بالطرف الذي تم بتره، أما آلام الطّرف الشّبح فهي تعبر عن مجموعة الآلام التي يمكن أن يحس بها المبتور في شبح الطّرف الذي تمّ بتره، فالآلام الطّرف الشّبح هي متلازمة ألم معقدة تتكون من عدة أحاسيس (تشنجات، انقباضات، نبضات كهربائيّة... الخ)، وقد تظهر أو تختفي هذه المتلازمة مباشرة بعد البتر كما يمكن أن تستمر لعدة أسابيع أو أشهر ونادراً ما تقاوم العلاجات وتستمر مدى الحياة. (شادلي، 2017، ص. 193)

3- المشكلات الاجتماعيّة :

وهي المواقف التي تضطرب فيها علاقات الفرد بمحيطه داخل الأسرة وخارجها خلال أدائه لدوره الاجتماعيّ أو يمكن أن نسميه مشكلات سوء التكيف مع البيئة الاجتماعيّة الخاصة لكل فرد ويمكن أن نوجزها في :

أ. المشكلات الأسريّة : لقد أصبح من المتفق عليه أنّ إعاقة أيّ فرد هي إعاقة أسرته في الوقت نفسه مهما كانت درجة الإعاقة ونوعها، منذ أن اعتبرت الأسرة بناء اجتماعيّ يخضع لقاعدة التّوازن وهو المستوى الأمثل للعلاقات الأسريّة الإيجابية التي تتميز بالتّساند والتّكامل والاستمرار، ووضع المعوق في أسرته لا بدّ من أن يحيط علاقاتها بقدر غير يسير من الاضطراب صغيراً كان أو كبيراً زوجاً كان أو زوجة ذكراً كان أو أنثى، طالما كانت إعاقة تحول دون كفايته في أداء دوره الاجتماعيّ كاملاً داخل الأسرة وافتقار المعوق لأداء دوره بشكل بالضرورة عبئاً على أدوار الآخرين فضلاً عن ردود الأفعال السّلبية لعجزه عن هذا الأداء . (عمر، 1988، ص. 112).

ب. مشكلات العلاقات الاجتماعية: تمثل جماعات الصداقة حاجة أساسية للفرد خاصة في المراحل الأولى من العمر وأثر علاقات الصحة المباشرة على النمو الاجتماعي السليم وبالقدر الذي تتجانس فيه سمات أعضاء الجماعة بالقدر الذي يتحقق لكل عضو فيها النّمّو والشّعور بالسعادة ومن ثم يقوم شعور المعوق بالمساواة مع زملائه وعدم شعور هؤلاء بكفايته لهم يؤدي إلى اتجاهات سلبية لينطوي المعوق على نفسه وينسحب من هذه الجماعات. (القاضي، 2009، ص. 97)

ج. مشكلات العمل: قد تؤدي الإعاقة إلى ترك المعوق لعمله أو إلى تغيير دوره إلى ما يتناسب مع وضعه الجديد فضلاً عن المشكلات التي تترتب على الإعاقة في علاقاته برؤسائه وزملائه أو مشكلات أمانة وسلامته فالعمل إنتاج بأجر والإنتاج الرّائد أجر مرتفع بل طريق إلى تولي مناصب رئيسية في العمل وكسب مكانه اجتماعية مرموقة عن طريق العمل ومن ثم كان أثر الإعاقة أثراً مزدوجاً على الدخل والمكانة معاً.

د. المشكلات الاقتصادية: تتسبب الإعاقة عن طريق البتر في كثير من المشكلات الاقتصادية بالنسبة للشخص المصاب بالبتر وبالنسبة لأسرته ولمجتمعه ويمكن إيجاز أهم هذه المشكلات حسب دراسة الرّشدي كما يأتي: قد يكون المصاب بالبتر هو العائل الوحيد للأسرة ومن ثم يفقد هو وأسرته مصدر رزقه.

تتطلب عملية العلاج نفسها وإجراء الجراحات إذا لزم الأمر أموالاً طائلة سواء لدفع تكاليف الإقامة في المستشفيات أو أجور الأطباء أو ثمن الدواء، تسبب إقامة المصاب بالبتر في المستشفى لفترة طويلة لتلقي العلاج إلى تعطله إجبارياً عن العمل وبالتالي يرهق ميزانية الأسرة، قد يؤدي هذا الموقف بالأسرة إلى الاستدانة لمواجهة نفقات الإصابة بالبتر وما يترتب عليه كم مشكلات تعطل عن العمل لفترة طويلة.

قد تحول الإصابة بالبتر دون أداء الفرد لعمله السابق لإصابته بالطريقة التي كان يؤديها بها أو إلى عدم قدرته نهائياً على أداء هذا العمل وذلك يتطلب تأهيله لعمل آخر وهذا يتطلب وقتاً ومالاً يزيد من الأعباء الاقتصادية للأسرة. (الرّشدي، 2001، ص. 59-61)

4-المشكلات الروحية:

لا يمكن أن يستوعب الفرد الصدمة أو الضغط أو الكارثة التي حلت بدون توفر الضرورة والحاجة للبحث عن معنى للتجربة التي مر بها الشخص، وعن معنى حياته بعد الصدمة، لذا فإنّه يحتاج إلى عملية إعادة صياغة تجربته الصادمة لكي تساعده على تفسير هذه الصدمة وبالتالي التغلب على آثارها، ولتحقيق هذا الهدف توجد عدة مستويات للأسئلة التي تساعد الضحية على الفهم والاستيعاب: لماذا حدثت هذه الصدمة

أو هذه الكارثة لي بالذات؟ كيف نجوت منها؟ لماذا نجوت منها؟ ما هذا الشعور الذي يملكني؟ كيف يمكن أن تكون حياتي في المستقبل؟ (القاضي، 2009، ص. 8).

مما سبق نجد أن البتر يخلف مجموعة كبيرة من الآثار على مختلف نواحي حياته، ولا يتأثر الجميع بالدرجة نفسها أو في جميع المجالات ويرجع ذلك إلى مجموعة من العوامل الشخصية والبيئية التي تعود إلى الشخص أو تحيط به لن يتم ذكرها لتضمن أغلبها في العوامل التي تؤثر في الاستجابة للصدمة، وقد تكون مرحلة إعادة دمج الشخص في المجتمع بعد البتر من أصعب المراحل وأكثرها تعقيداً لذلك كان لا بد من ذكر التأهيل بعد البتر بفقرة منفصلة والتوسع فيه وهو موضوع الفقرة الآتية.

خامساً- التأهيل بعد البتر:

يقصد بالتأهيل أنه مساعدة الفرد في الحصول على أعلى درجة من الاستفادة من النواحي الجسدية والاجتماعية والنفسية والمهنية والاقتصادية التي يمكن الحصول عليها، ومن ثم هو مجموعة العمليات والأساليب التي يقصد بها التقييم، وإعادة توجيه الأشخاص نحو الحياة السوية.

وللتأهيل أنواع منها التأهيل الطبي والجسدي، التأهيل النفسي، التأهيل المهني، التأهيل الاجتماعي (هلال، 2018، ص. 77).

ويجب أن يتضمن التأهيل النواحي الجسدية والتعامل مع الآلام التي تنتج عن البتر التي سبق ذكرها والتأهيل المهني والنفسي للمبتور ونذكر بعض منها باختصار وكذلك بعض المناهج الأخرى.

1- التأهيل الجسدي:

يجب أن تركز الأهداف بالنسبة للتأهيل الجسدي في عمل كل من الأطباء المشرفين على المريض والممرضين والمعالجين الفيزيائيين ومختصي الأطراف على:

- تثقيف المرضى حول البتر وإعادة التأهيل بعد البتر.
- استعادة المدى الحركي للمفاصل.
- التخلص من الألم.
- زيادة سرعة تصريف التجمعات الدموية.
- الحفاظ على / تحسين قوة الطرف غير المبتور.

- العناية بالأطراف المتبقية.
- التدريب الحركي.
- التدريب على الأطراف الاصطناعية. (بحر، 2017، ص.93)

2- التعامل مع الآلام بعد البتر:

يتم علاج الآلام المختلفة بطرق طبية وعن طريق العلاج الفيزيائي ولكن ما يهمنا هو التعامل مع الألم الشبجي (الوهمي) للطرف وذلك عبر:

• العلاج بالمرآة (MT) :

ابتكر راماشاندران وروجرز Ramachandran & Rodgers هذه التقنية لأول مرة في محاولة لمساعدة أولئك الذين يعانون من آلام الأطراف الوهمية على حل ما أطلقوا عليه "الشلل المكتسب" للطرف الوهمي المؤلم، إنَّ التغذية الراجعة المرئية، من رؤية انعكاس الطرف السليم بدلاً من الطرف الوهمي، جعلت من الممكن للمريض إدراك الحركة في الطرف الوهمي. أي أنّ استخدام المرآة لخلق وهم عاكس لطرف مصاب من أجل خداع الدماغ للتفكير في أن الحركة قد حدثت دون ألم، أو لخلق ردود فعل بصرية إيجابية لحركة الأطراف. وهو ينطوي على وضع الطرف المصاب خلف المرآة، والتي يتم وضعها بحيث يظهر انعكاس الطرف المقابل بدلاً من الطرف المخفي. (Ramachandran & Rodgers, 1995, p.489)

3- التأهيل المهني

يعني التأهيل المهني ذلك الجزء من العملية التأهيلية المستمرة والمنسقة التي تشمل تقديم الخدمات المهنية كالإرشاد المهني والتدريب المهني والتشغيل المتخصص الذي يضمن للشخص المعوق التوظيف المناسب، ويهدف التأهيل المهني للمعوقين لإعدادهم للعمل في مهنة أو حرفة التي تلائمهم دون أن يعتمدوا على غيرهم بأقل قدر ممكن ودون أن نضعهم في موقف تنافس مع من يفوقونهم بالقدرات البدنية، وكذلك إكسابهم العادات الطبية التي تساعد على أن يكونوا على قدر من الكفاءة الإنتاجية والانتظام في العمل.

(هلال، 2018، ص144-145)

4- التأهيل النفسي:

قد نجد عدد كبير من التقنيات والاستراتيجيات النفسية التي تستخدم مع مبتوري الأطراف ولكن سنقوم بالإشارة لبعضها مع ذكر النقاط المهمة لها:

1-4 استخدام تقنيات ومناهج خاصة:

غالباً ما يستخدم العلاج السلوكي المعرفي (CBT) في الإدارة النفسية للألم، يستخدم العديد من الأساليب مثل تحديد الأهداف وتقنيات حل المشكلات التي تساعد مبتوري الأطراف على التكيف مع حالتهم. من الضروري أن تكون الأهداف واقعية وقابلة للتحقيق وتوفر فرصة للنجاح، قد تكون الأهداف عبارة عن مهام كاملة أو مكونات أصغر من نشاط واحد، مقسمة إلى خطوات أصغر، قد يتم تنظيمها في "تسلسل هرمي متدرج" يتم فيه ترتيب سلسلة من المهام أو الخطوات بترتيب الصعوبة، بحيث يمكن للعميل العمل في التسلسل الهرمي، بناءً على التقدم الذي أحرزه بالفعل لمواجهة مستويات متزايدة من التحدي. يمكن تدريس إستراتيجيات إدارة القلق (مثل الاسترخاء والتنفس والإلهاء والتقنيات المعرفية لتسهيل عملية التعرض التدريجي للموقف المخيف). (Racy,1992,Chapter. 28)

كما يمكن أن تكون مساعدة العملاء على تحدي تفكيرهم السلبي أيضاً جزءاً مهماً من العلاج النفسي، يجب تشجيع العميل على النظر في تأثير الاعتقاد على مزاجه وسلوكه والتفكير في طرق بديلة للتفكير. غالباً ما تكون تقنيات حل المشكلات مفيدة في مساعدة مريض البتر على اتخاذ العديد من القرارات التي قد تواجههم بعد البتر بطريقة أكثر تنظيماً ووضوحاً. يأخذ هذا النهج العميل من خلال سلسلة من المراحل، بدءاً من تعريف المشكلة وإنشاء الخيار، ثم الانتقال إلى موازنة إيجابيات وسلبيات الاحتمالات المختلفة، وتمكين الخيار ليتم تحديده، وتخطيط الإجراء وتنفيذه ومراجعتها. بنهاية العلاج النفسي يجب أن يشعر العميل بأنه مجهز بإستراتيجيات التأقلم التي يمكنه تطبيقها على مجموعة من المواقف التي قد تساعده على منع تطور المشاكل في المستقبل. (Moore,1989,chap.26)

2-4 التأهيل الاجتماعي

على الرغم من أهمية دور أسرة المريض ودورهم فيجب على الاختصاصي النفسي ومقدمي الدعم مراعاة حاجاتهم النفسية أيضاً ، فقد يمر الأصدقاء والعائلة بالعديد من المشاعر نفسها التي يمر بها مريض البتر ، وعندما يكون التواصل واضحاً ومفتوحاً بين المبتور وشبكات الدعم الاجتماعي الخاصة به ، فقد لا تكون هناك حاجة لأن يشارك المعالج النفسي، ومع ذلك من الشائع جداً - لا سيما في حالات الصدمات - أن يؤدي القلق بشأن رفاة مبتور الأطراف إلى أن تصبح الأسرة والأصدقاء وقائون للغاية ويحاولون التغلب على مخاوفهم أو محتنتهم. (Racy,1992, Chap. 28)

مما سبق يجد الباحث أنّ التّأهيل والتّكيف بعد البتر يمر بمراحل عديدة يؤدي فيها التّدخل الصحيح دوره في سرعة إعادة التّأهيل بعد البتر وتخفيف الآثار الناجمة عنه ، ويرى أنّ المنهج التكاملي ونهج الفريق في إدارة حالة البتر سواء قبل البتر أو بعده هو الأشمل إذ يتضمن تعاون فريق مكون من مختلف التّخصصات الطبيّة ومختص العلاج الفيزيائي والأطراف الاصطناعيّة والطبيب النفسي والاختصاصي النفسي ويشمل التّدخلات كذلك إشراك الأسرة والأصدقاء وربما بعض الجهات القادرة على مساعدة مبتور الطرف في تأمين أو تكييف احتياجاته الحياتيّة والمهنيّة بعد البتر وصولاً إلى مرحلة إعادة الاندماج في المجتمع بعد فقد الطرف .

الفصل الثالث:

الدراسات السابقة

تمهيد:

أولاً- الدراسات التي تناولت الخبرات الصّادمة

1- الدراسات العربيّة

2- الدراسات الأجنبيّة

ثانياً- الدراسات التي تناولت معنى الحياة

1- الدراسات العربيّة

2- الدراسات الأجنبيّة

ثالثاً- التّعقيب على الدراسات السابقة

تمهيد:

يتناول هذا الفصل الدراسات السابقة المتعلقة بمتغيري البحث (الخبرات الصادمة ومعنى الحياة) والتي تضمنت في عينتها الأشخاص مبتوري الأطراف والمعوقين حركياً وكذلك بعض الدراسات التي أجريت على العينة السابقة نفسها ولكن بعنوان مختلف بغية الاستفادة منها في مقارنة النتائج المتصلة بأسئلة الدراسة الحالية ، إذ قام الباحث بمراجعة الدراسات العربية والأجنبية حسب ما استطاع الوصول له ، ثم تم ذكر تلك الدراسات العربية في البداية، تليها الدراسات الأجنبية وذلك من الأحدث إلى الأقدم وتم ذكر الدراسة الوحيدة التي تناولت المتغيرين ضمن الدراسات التي تناولت الخبرات الصادمة، وفي نهاية الدراسات وضع تلخيص وتعقيب على ما تم الاستفادة منه وموقع الدراسة الحالية من تلك الدراسات وقد تمت الاستفادة من تلك النتائج في الفصل الخامس من الدراسة عند مناقشة نتائج الدراسة الحالية ،وفيما يأتي تفصيل ذلك .

أولاً: الدراسات التي تناولت الخبرات الصادمة:

1- الدراسات العربية:

- دراسة الهندي (2020) في سوريا بعنوان: "دور استخدام الأطراف الاصطناعية في تحسين صورة الجسم لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة"، هدفت الدراسة إلى معرفة دور استخدام الأطراف الاصطناعية في تحسين صورة الجسم لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة، تكونت عينة الدراسة من (19) شخصاً من مستخدمي الأطراف السفلية الاصطناعية، وطبق عليهم مقياس صورة الجسم من إعداد الباحثة بعد التحقق من الصدق والثبات، وأشارت نتائج الدراسة إلى الآتي : إن دور استخدام الأطراف السفلية الاصطناعية في تحسين صورة الجسم كان بدرجة كبيرة وجاء البعد الانفعالي بالمرتبة الأولى يليه البعد السلوكي، توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطي درجات أفراد العينة على مقياس صورة الجسم لدى ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة من مستخدمي الأطراف الاصطناعية تبعاً لمتغير الجنس ولصالح الإناث، توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطي درجات أفراد العينة على مقياس صورة الجسم لدى ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة من مستخدمي الأطراف الاصطناعية تبعاً لمتغير العمر، ولصالح أقل من (30) سنة.
- دراسة صالح ومظهر (2019) في العراق بعنوان: "الخبرات الصادمة لدى معوقي الحرب" ، هدفت الدراسة لتعرف مستوى الخبرات الصادمة لدى معوقي الحرب وكذلك الكشف عن دلالة الفروق في

مستوى الخبرات الصّادمة تبعاً لنسبة العجز ونوع الإصابة، اختار الباحثان عينة عشوائية من أفراد القوات المسلحة العراقية المعوقين المتواجدين بمركز تأهيل التاجي في بغداد بلغ عددهم (300) جندي معوق ممن بلغت نسبة العجز لديهم (60%) فما فوق، وتطلبت إجراءات البحث إعداد مقياس لمفهوم (الخبرات الصّادمة) بعد الاطلاع على العديد من المقاييس ذات العلاقة، أظهرت النتائج أنّ مستوى الخبرات الصّادمة لدى أفراد العينة كان مرتفعاً، لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى (الخبرات الصّادمة، وقوة الأنا) تبعاً لمتغيري (نوع الإصابة، ونسبة العجز)، مع وجود فروق دالة إحصائية بين معوقي الحرب الذين لديهم إصابات بالأطراف، وأقرانهم ممن لديهم إصابات في الرأس لصالح معوقي الحرب الذين لديهم إصابات في الرأس، ولا توجد فروق في مستوى الخبرات الصّادمة بين المعوقين تبعاً لمتغير نسبة العجز.

- دراسة بومزاوط وبلمارس (2019) في الجزائر بعنوان: "انعكاسات الصدمة النفسيّة على صورة الجسم لدى مبتوري الأطراف السفليّة". هدفت الدراسة إلى تعرف انعكاسات الصدمة النفسيّة على صورة الجسم لدى الأشخاص مبتوري الأطراف السفليّة جراء الحوادث المختلفة التي يتعرض لها الإنسان، وطبقت هذه الدراسة على ثلاث حالات بصفة قصديّة تعرّضوا لعملية بتر للأطراف السفليّة لأسباب مختلفة، ولتحقيق أهداف الدراسة استعانت الباحثتان بأداتين تخدمان الموضوع وهما: مقياس الصدمة النفسيّة ل(تروماك) ومقياس صورة الجسم بالإضافة لرصد السلوكيات من خلال الملاحظة والمقابلة العياديّة، وخلصت الدراسة إلى أنّ الأشخاص الذين تعرّضوا لعملية البتر يعانون من صدمة نفسيّة تكون كاستجابة حقيقيّة للبتر ويظهر ذلك من خلال الدرجات المرتفعة المتحصّل عليها على مقياس تروماك .

- دراسة لعوامن (2018) في الجزائر بعنوان: "أثر الصدمة النفسيّة على معنى الحياة لدى المعاقين حركياً جراء حوادث الطرق -فئة الراشدين-"، هدفت الدراسة إلى تعرّف أثر الصدمة النفسيّة على معنى الحياة لدى المعوقين حركياً جراء حوادث الطرق، تمّ استخدام مقياس معنى الحياة من إعداد الباحثة و استبيان تقييم الصدمة النفسيّة (Traumaq) الذي تمّ تكيفه حسب السياق الثقافيّ في البيئة الجزائريّة، تكوّنت العيّنة من 120 معوق حركياً وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود أثر سلبيّ للصدمة النفسيّة على أبعاد معنى الحياة لدى هذه الفئة خصوصاً في ظلّ الواقع الجديد الذي فرضه ذلك الحادث، وإلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الصدمة النفسيّة لصالح الإعاقة الحركيّة الكلية ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغير معنى الحياة لصالح الإعاقة الجزئية.

- دراسة شادلي (2017) في الجزائر بعنوان: "انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف". هدفت الدراسة إلى تعرف تأثيرات البتر باعتباره حادثاً مولداً للصدمة على الحالة النفسية للمبتور وكيف يؤثر التعرض للبتر باعتباره حادثاً مولداً للصدمة على التوظيف النفسي للمبتور، ومعرفة العوامل المتدخلة لتحديد شكل استجابته وكانت عينة البحث ثلاث حالات بالغين أصيبوا ببتر لنفس السبب، واستخدم الباحث دراسة الحالة والملاحظة والمقابلة العيادية، كما استخدم اختبار نفهم الموضوع وتقنية شنتوب من أجل انتقاء مادة الاختبار، وتوصلت الدراسة إلى أنه يستجيب المبتور على مستوى نفسي داخلي لواقع تعرضه للبتر ويتكيف مع ذلك بطريقة تابعة أساساً لتاريخه الشخصي ولنمط توظيفه النفسي، كما توصل إلى أن تقبل إصابة البتر مرتبط أساساً بخضوع التوظيف النفسي لمبدأ الواقع .
- دراسة ميمونة (2017) في الجزائر بعنوان: "اضطراب ما بعد صدمة البتر لمريض السكري (دراسة عيادية لثلاث حالات بمستشفى شي قيفاري-مستغانم)"، هدفت الدراسة إلى توضيح الأثر النفسي الذي تسببه عملية البتر لمريض السكري والأثر الصادم عند مريض السكري بعد عملية البتر، وتكونت العينة من ثلاث حالات تتراوح أعمارهم ما بين 60 إلى 75 سنة، وقامت الباحثة باستخدام المقابلة والملاحظة العيادية كما استخدمت الباحثة مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون، وأظهرت النتائج أن البتر لمريض السكري يؤثر بدرجات مختلفة على حالته النفسية مهما اختلف جنسه أو نوع البتر أو مدة إجراء البتر وعلى علاقات المريض وتنتج عنها اضطرابات في التفكير والسلوك وعلى الحالة العاطفية.
- دراسة شاليش (2016) في سوريا بعنوان: "اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف نتيجة الأزمة السورية في ضوء بعض المتغيرات (دراسة ميدانية في مشفى زاهي أزرق في مدينة اللاذقية)" هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف في مشفى زاهي أزرق في مدينة اللاذقية والكشف عن الفروقات في هذا الاضطراب تبعاً لبعض المتغيرات (الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، مكان البتر)، وتكونت عينة البحث من (40) فرداً من مبتوري الأطراف في مشفى زاهي أزرق، وقد تم استخدام مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون - تعريب الدكتور عبد العزيز - وقد أشارت النتائج إلى أن نسبة (14%) من أفراد العينة يعانون من الاضطراب بدرجة مرتفعة و (42.5%) بدرجة متوسطة و(42.5%) لم تظهر لديهم أعراض الاضطراب، كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة تبعاً لمتغيرات البحث (الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، مكان البتر).

- دراسة القزّال (2015) في غزة بعنوان: "خبرة البتر الصّادمة واستراتيجيات التّكيف وعلاقتها بقلق الموت لدى حالات البتر في غزة"، هدفت الدّراسة إلى تعرف العلاقة بين خبرة البتر وإستراتيجيات التّكيف وقلق الموت لدى حالات البتر، وتمّ تطبيق الدّراسة على عيّنة من ذوي البتر مكونة من (52) شخص من سن (18) فما فوق، استخدم الباحث مقياس الخبرة الصّادمة لعبد العزيز ثابت، و توصلت الدّراسة إلى عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات خبرات الصّادمة لدى مبتوري الأطراف في قطاع غزة تعزى لمتغيرات العمر والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي ومستوى الدّخل الشّهري وطبيعة البتر.
- دراسة خلف (2012) في غزة بعنوان: "مبتورو الأطراف خلال الحرب على غزة (دراسة إكلينيكية)". هدفت الدّراسة إلى التّعرف على الحياة التّفسيّة لدى مبتوري الأطراف والكشف عن معاناة هذه الفئة، وذلك من خلال معرفة حاجاتهم وصراعاتهم ومخاوفهم، وكيف ينظرون إلى البيئة المحيطة بهم، ومعرفة آليات الدّفاع المستخدمة في التّكيف مع هذه الحياة الجديدة التي فرضت عليهم، استخدمت الباحثة مجموعة من المقاييس وتكوّنت عيّنة الدّراسة من أربع حالات بتر من أصل (148) حالة، ووجدت الدّراسة أنّ لدى حالات الدّراسة توافقاً من الناحية الأسرية والاجتماعية، بينما لا يوجد توافق من الناحية الجسميّة والانفعاليّة، وكذلك لا يوجد لديهم تقبل لصورة الجسم، ولديهم قلق مستقبل يغلب عليهم الطابع التّشاؤميّ.

2- الدراسات الأجنبيّة:

- دراسة روشا وآخرين (Roşca, et al,2021) في رومانيا بعنوان: "Psychological Consequences in Patients with Amputation of a Limb an Interpretative- Phenomenological Analysis العواقب النفسيّة عند مرضى بتر أحد الأطراف- تحليل تفسيري ظاهري"، هدفت الدّراسة إلى التعرف على التغيرات النفسيّة التي تنتج عن بتر أحد الأطراف والطرق التي ينسق بها المرضى حياتهم اليوميّة. تستخدم الدّراسة تحليلاً تفسيريّاً للظواهر (IPA) يهدف إلى فهم التّجارب الفرديّة في سبعة مرضى عانوا من بتر أحد الأطراف، تتكون الطريقة المستخدمة من مقابلات فردية شبه منظمة، أجريت بعد حوالي أربعة أشهر من الجراحة، للمرضى في المنزل أو في المستشفى، في وقت الفحص المنتظم، تم تسجيل المقابلات الصوتيّة ونسخها، وبعد التّحليل النّوعي الذي تمّ إجراؤه، تم تحديد ستة موضوعات مشتركة: التّأثير العاطفيّ، والتّأثيرات السّلبية، والميل نحو العزلة، وقيود الدور والقيود، والأطراف الوهميّة، والتّوازن

العاطفيّ، الموضوع الأخير يتعلق بالميل نحو التّوازن العاطفيّ والمعايرة النفسيّة للعودة إلى الحياة الطبيعيّة.

- دراسة ليو وآخرين (Liu, et al,2010) في اليابان بعنوان: " The lived Experience of Persons with Lower Extremity Amputation التجربة المعيشيّة للأشخاص الذين فقدوا الأطراف السفليّة"، هدفت الدّراسة إلى وصف التّجربة المعاشية للأفراد ذوي حالات بتر الأطراف السفليّة وفهمها وما يسببه فقدان أجزاء من الجسم في حدوث الاضطرابات النفسيّة والجسديّة والاجتماعيّة، وأجريت مقابلات شبه منتظمة مع (22) شخصاً ممّن بترت أطرافهم السفليّة في تايوان، وتوصّلت الدّراسة إلى أنّه يمكن تصنيف التجربة المعيشيّة للعينة لأربع حالات هي: العيش بلا أمل، الانهيار العاطفيّ، صعوبة معايشة الشّدائد، الحفاظ على بصيص أمل، كما أظهرت النتائج أنّ أفراد العينة يعانون من الاضطرابات النفسيّة والاجتماعيّة والجسديّة، وأنهم يجاهدون من أجل مواجهة التّحديات التي خلفها البتر على حياتهم.
- دراسة منصور وآخرين (Mansoor, et al,2010) في الهند بعنوان: "Prevalence of psychiatric morbidities in traumatic amputees-a cross sectional study from Kashmir (Indian Part) انتشار الأمراض النفسيّة المشتركة بين مبتوري الأطراف الرضخين - دراسة مقطعيّة مستعرضة من كشمير (الجزء الهندي)"، هدف هذه الدّراسة هو فحص انتشار الأمراض النفسيّة المشتركة بين مبتوري الأطراف في كشمير (الجزء الهندي)، كانت العينة (100) مريض لديهم بتر أطراف الرضخية. بالإضافة إلى تقييم العوامل الجسديّة، أجريت مقابلات نفسيّة لفحص الاضطرابات النفسيّة بما في ذلك اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب الشّديد، كانت معدلات انتشار اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب الشّديد (20) % و (63) % على التوالي، يليه اضطراب السّيطرة على الانفعالات بنسبة (19) %، وظاهرة الأطراف الشبحيّة (14) %، واضطراب القلق العام (10) %، واضطراب الهلع (6) %، تشير هذه النتائج إلى أنّ المراضة النفسيّة المشتركة شائعة جداً بين مبتوري الأطراف ومعظم المرضى هم من الذّكور من الفئات العمريّة الأصغر، الاضطراب الاكتئابيّ الرئيسيّ هو أكثر الأمراض النفسيّة المشتركة شيوعاً، يليه اضطرابات القلق التي يكون فيها اضطراب ما بعد الصدمة أكثر انتشاراً، يليه اضطراب السّيطرة على الانفعالات والأطراف الوهميّة على التوالي.
- دراسة كوبر أوغلو وآخرين (Copuroglu, et al,2010) في تركيا بعنوان: "Acute stress disorder and post-traumatic stress disorder following traumatic amputation اضطراب ما بعد الصّدمة التّالي لصدمة البتر"، هدفت الدّراسة إلى تعرّف مدى انتشار الاضطرابات

النفسية الحادة واضطراب ما بعد الصدمة لدى الأفراد مبتوري الأطراف، وتكونت العينة من (22) من المرضى الذين تعرضوا للبتير (21) ذكور و (1) إناث، وكان سبب البتر حادث مرور أو إصابة عمل، وتم استخدام استبيان لتقييم الوضع السريري والاجتماعي للمرضى خلال فترة ما بعد الجراحة، وتمت هذه الدراسة على مرحلتين: الأولى تقييم انتشار اضطراب ما بعد الصدمة خلال فترة ما بعد الجراحة مباشرة، والثانية متابعة أفراد العينة بعد فترة زمنية تتراوح ما بين (6 أشهر إلى 5 سنوات) وإعادة تقييم مدى انتشار الاضطراب، وتوصل البحث إلى أنه خلال المرحلة الأولى في فترة ما بعد الجراحة أن (36.3%) من المرضى بحاجة إلى استشارة نفسية، وبعد الاستشارة وجد أن (22.7%) من المرضى بحاجة إلى علاج نفسي لمعالجة اضطراب الضغط الحاد لديهم، أما خلال المرحلة الثانية تمت متابعة الحالات بعد ستة أشهر إلى خمس سنوات وتبين أن (77.2%) من المرضى يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة أي (17) مريض، بينما اعتبر الخمسة الباقون عاديين، وبحسب نتائج الدراسة فإنه على الأطباء أن يكونوا على علم باحتمال ظهور اضطراب ما بعد الصدمة لدى المبتورين سواء في مرحلة مبكرة أم متأخرة من عملية البتر، وأن يراعوا الوضع النفسي للمرضى.

- دراسة مرغوب وآخرين (Margob, et al,2008) في الهند بعنوان: "Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder after Amputation انتشار اضطراب ما بعد الصدمة بعد عمليات البتر"، هدفت الدراسة إلى تقييم مدى انتشار اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأفراد الذين تعرضوا للبتير المباشر أو بعد العمل الجراحي في ولايتي جامبو وكشمير في الهند، وقد تكونت عينة البحث من (16) حالة بتر، وقد أجريت مقابلات مع المرضى باستخدام معايير الدليل التشخيصي الخامس على أساس المقابلات السريرية المنتظمة، وكانت نتائج الدراسة أن (80%) من العينة استوفت معايير اضطراب ما بعد الصدمة.

- دراسة سارة وآخرين (Sara, et al,2006) في أمريكا بعنوان: "Psychiatric and Emotional Sequelae of Surgical Amputation الآثار الانفعالية والنفسية ما بعد البتر الجراحي"، هدفت الدراسة للتحقق من مدى انتشار اعراض ما بعد الصدمة وعلاقتها بالبتير الناتج عن المرض المزمن والناتج عن الحوادث الصادمة، وقد تمت مراجعة وتقييم عدد هائل من المقابلات الاكلينيكية الموجهة لعدد كبير من نزلاء مستشفى للتأهيل، وقد وجدت الدراسة أن البتر الجراحي المخطط له والناتج عن مرض مزمن لا ينتج عنه غالباً أعراض اضطراب الصدمة، بينما أظهرت المعلومات بأن البتر الناتج

عن حوادث وجروح تعرّض لها الأشخاص بشكل مفاجئ تقود لانتشار عال لاضطراب كرب ما بعد الصدمة، ويرجع ذلك للضغوط العاطفية المحيطة بالحوادث.

ثانياً: الدراسات التي تناولت معنى الحياة:

أطلع الباحث على الدراسات التي تناولت معنى الحياة لدى مبتوري الأطراف وكانت قليلة، لذلك استعان بدراسات لمعنى الحياة لدى المعوقين بشكل عام حسب ما يخدم أهداف الدراسة الحالية.

1- الدراسات العربية:

- دراسة أحمد وعوادي (2021) في الجزائر بعنوان: " معنى الحياة لدى المعاقين المتمدرسين دراسة على عينة من المعاقين - بصرياً، سمعياً، حركياً - بولاية الوادي". هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى معنى الحياة لدى المعوقين المتمدرسين (ملتحقين بمدارس)، والتعرف على الفروق في معنى الحياة التي تعزى إلى جنس المعوق (ذكور، اناث)، ونوع الإعاقة (بصرية، سمعية، حركية).
- وتمّ تطبيق مقياس معنى الحياة للرشيدي (1996) على عينة قوامها (81) معوقاً تم اختيارهم بطريقة قصدية، توصلت الدراسة لأنه يتميز أغلب المعوقين بمستوى منخفض من معنى الحياة وأنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث على مقياس معنى الحياة كما أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المعوقين المتمدرسين على مقياس معنى الحياة تعزى لنوع الإعاقة (بصرية، سمعية، حركية).
- دراسة عوادي (2018) في غزة بعنوان: "علاقة معنى الحياة بالتشويهات المعرفية لدى الأشخاص المعاقين - دراسة ميدانية على عينة من المعاقين بولاية الوادي-"، هدفت الدراسة إلى تعرف مستوى معنى الحياة والتشويهات المعرفية لدى الأشخاص المعوقين ، ودراسة العلاقة بين معنى الحياة والتشويهات المعرفية، والكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية في معنى الحياة والتشويهات المعرفية التي تعزى لمتغيري الجنس ونوع الإعاقة، تكونت عينة الدراسة من (81) شخصاً لديهم إعاقة من عدة مؤسسات بولاية الوادي ، وتمّ استخدام مقياس معنى الحياة لهارون الرشيدي، ومقياس التشويهات المعرفية لدي أوليفيرا- (Oliveira De) ترجمة عيسى إبراهيم تواتي- وقد توصلت الدراسة إلى أنه يتميز أغلبية الأشخاص المعاقين بمستوى معنى حياة منخفض إلى معتدل، كما وجدت علاقة ارتباطية ضعيفة وموجبة بين معنى الحياة والتشويهات المعرفية لدى الأشخاص المعوقين واختلفت درجات قياس معنى الحياة باختلاف الجنس لدى الأشخاص المعوقين وأيضاً وجدت الدراسة أنه تختلف درجات قياس معنى الحياة باختلاف نوع الإعاقة (بصرية، سمعية، حركية) لدى الأشخاص المعوقين.

- دراسة محمود (2015) في مصر بعنوان " معنى الحياة وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية البيئية لدى عينة من ذوي الإعاقة الحركية". هدفت الدراسة لتعرّف العلاقة بين معنى الحياة وبين المتغيرات الشخصية، المتغيرات البيئية، المتغيرات الديموغرافية (السن، الجنس، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، نوع الإعاقة، شدة الإعاقة، مدة الإعاقة) لدى المعوقين حركياً، واعتمدت الدراسة على مجموعة من الأدوات (استمارة المستوى الاقتصادي الاجتماعي من إعداد الباحثة- مقياس معنى الحياة من إعداد الباحثة، قائمة العوامل البيئية من إعداد الباحثة، مقياس القلق من إعداد غريب محمد غريب، مقياس الاتجاه نحو الذات من إعداد مجدي دسوقي، مقياس صورة الجسم من إعداد زينب شقير)، تم اختيار عينة قوامها (150) فرداً من المعوقين حركياً وقد قسمت العينة إلى مدنيين (75) معاق وعسكريين (75) معاق وأيضاً قسّمت عينة المدنيين إلى (ذكور - إناث)، توصلت نتائج الدراسة إلى النتائج الآتية: هناك علاقة دالة وعكسية بين معنى الحياة وبين المتغيرات الشخصية (القلق - الاتجاه نحو الذات - صورة الجسم) لدى المعوقين حركياً - هناك علاقة دالة وموجبة بين معنى الحياة وبين المتغيرات البيئية (البيئة الفيزيائية - البيئة الاجتماعية - البيئة الصحية) لدى المعوقين حركياً، لا توجد فروق بين معنى الحياة وبين المتغيرات الشخصية والمتغيرات البيئية في المتغيرات الديموغرافية (السن - شدة الإصابة - الحالة الاجتماعية والتعليمية)، توجد فروق بين معنى الحياة وبين المتغيرات الشخصية والمتغيرات البيئية في المتغيرات الديموغرافية (الجنس - مدة الإصابة - نوع الإصابة - الحالة الاقتصادية) لصالح كل من الذكور والإصابات أكثر من خمس سنوات والإعاقة الجزئية والحالة الاقتصادية الجيدة.
- دراسة أبو الهدى (2011) في مصر بعنوان: "دراسة سيكو مترية إكلينيكية لقلق المستقبل وعلاقته بمعنى الحياة ووجهة الضبط لدى عينة من المعاقين بصرياً والمبصرين"، هدفت الدراسة إلى كشف العلاقة بين قلق المستقبل وكلاً من معنى الحياة ووجهة الضبط لدى عينة من طلاب الجامعة المعوقين بصرياً والمبصرين، تكوّنت عينة الدراسة الأساسية من (313) طالب وطالبة تراوحت أعمارهم ما بين (18-24) سنة من بينهم (210) من الطلاب المبصرين بواقع (88 ذكور - 122 إناث)، أما عينة الطلاب المعوقين بصرياً فتألّفت من (103) طالب وطالبة بواقع (44 ذكور - 59 إناث)، واستخدمت الدراسة مقياس معنى الحياة (إعداد الباحث)، وتوصلت الدراسة إلى أنّه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مجموعة الطلاب المعوقين بصرياً ومتوسطات درجات مجموعة المبصرين في الدرجة الكلية لمقياس معنى الحياة لصالح الطلاب المبصرين.

- دراسة أبو غالي (2011) في غزة بعنوان: "المساندة الاجتماعية وعلاقتها بمعنى الحياة لدى حالات البتر في محافظة غزة"، هدفت الدراسة إلى الكشف عن المساندة الاجتماعية وعلاقتها بمعنى الحياة لدى حالات البتر في محافظة غزة، كما هدفت تعرف مستوى كل من المساندة الاجتماعية ومعنى الحياة لديهم، والفروق في كل من: المساندة الاجتماعية ومعنى الحياة لدى حالات البتر في محافظة غزة تبعاً لمتغير الجنس، وتكوّنت عينة الدراسة من (128) حالة ممن بُنرت أطرافهم، واستخدمت الدراسة مقياس المساندة الاجتماعية ومقياس معنى الحياة من إعداد الباحثة، وأظهرت نتائج الدراسة أنّ هناك مستوى جيد لكل من المساندة الاجتماعية ومعنى الحياة لدى عينة من حالات البتر في محافظة غزة، إذ بلغت نسبة الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية (71%)، بينما بلغت الدرجة الكلية لمقياس معنى الحياة (72.2%)، كما توصلت إلى وجود علاقة ارتباط موجبة بين مجالات مقياس المساندة الاجتماعية والدرجة الكلية ومجالات مقياس معنى الحياة والدرجة الكلية، وأتت توجد فروق دالة إحصائية في مجالي التحقق الوجودي وجودة الحياة والدرجة الكلية لمقياس معنى الحياة لصالح الذكور.

2- الدراسات الأجنبية:

- دراسة شتزشنيك (Szcześniak, et al, 2020) في بولندا بعنوان: "Disease Acceptanc and Eudemonic Well-Being Among Adults with Physical Disabilities: The Mediator Effect of Meaning in Life" قبول المرض والرّاهية السّائدة بين البالغين ذوي الإعاقات الجسديّة: التأثير الوسيط للمعنى في الحياة" هدفت الدراسة إلى التّحقيق في العلاقة بين قبول المرض، والمعنى في الحياة، والرّاهية السّائدة وكذلك التأثير الوسيط المحتمل للمعنى في الحياة على العلاقة بين قبول المرض والرّاهية، تكوّنت العينة من (102) مشارك (71%) نساء تتراوح أعمارهم بين (20) و (64) سنة. كان لدى المستجيبين مجموعة من الإعاقات المختلفة (على سبيل المثال، الشّلل الدماغي، والاضطرابات العصبية، وضمور العضلات النّخاعي، وعيوب البصر)، تمّ استخدام مقياس قبول المرض والمعنى في استبيان الحياة ومقاييس (Ryff) للرّاهية النّفسيّة. وتوصّلت الدراسة إلى أنّ قبول المرض يرتبط بشكل إيجابي ومهم بكل من (وجود المعنى، وقبول الذات، والعلاقات الإيجابية، والسّيطرة البيئية، والنّمو الشّخصي، والرّاهية العامة، والنّماسك، والمرونة، والتّواصل، ورضا الأسرة)، كما توّسط وجود المعنى في العلاقة بين قبول المرض والرّاهية العامة بأبعادها الأربعة الأخرى: (قبول الذات، والإلتقان البيئي، والهدف في الحياة، والنّمو الشّخصي)، وعلى العكس من ذلك لم يكن للبحث عن المعنى أيّ تأثير وسيط على هذه العلاقة.

- دراسة ديفي-سميث (Davie-Smith,2017) بعنوان: " Factors influencing quality of life after lower extremity amputation for peripheral arterial occlusive disease التي تؤثر على نوعية الحياة بعد بتر الأطراف السفلية لمرضى انسداد الشرايين المحيطية"، هدفت هذه الدراسة إلى تحديد العوامل التي تؤثر على نوعية الحياة للأفراد بعد بتر الأطراف السفلية بسبب أمراض الشرايين في وجود أو عدم وجود مرض السكري، وباستخدام مقياس (EQ-5D-5L QoL)، وإعادة الاندماج في الحياة الطبيعية (RNLI) واستطلاع مستخدمي الأطراف الاصطناعية للتقل (PLUS-M)، تم إجراء المقابلات شبه المنظمة على (15) مشاركاً أكملوا استبيانات المتابعة بعد ستة أشهر و ثم سنة من البتر، وكانت النتائج: أثر تركيب الأطراف بشكل إيجابي على نوعية الحياة، ومع ذلك، كان مستوى التنقل ضعيفاً لجميع مستويات البتر وكان هناك ارتباط إيجابي بين التقل (PLUS-M) ونوعية الحياة.
- حددت المقابلات وجهاً لوجه خمسة مواضيع عامة أثرت في جودة الحياة: تجربة الألم الدعم الاجتماعي (العزلة، الشعور بالذات) الهوية والتفاعل مع الآخرين بالبتر، كما خلصت الدراسة أن جودة الحياة تأثر بعدة عوامل، في المقام الأول المشاركة، والتي تم تحسينها إذا كانت الأطراف مناسبة، كان الذكور الأصغر سناً أكثر عرضة لتركيب طرف اصطناعي، في حين أن وجود طرف اصطناعي لم يحدد نوعية الحياة في حد ذاته، فإن أولئك الذين يتمتعون بمستويات أعلى من الحركة كانوا أكثر عرضة للمشاركة، والشعور بعزلة أقل ويحتاجون إلى دعم اجتماعي أقل مما أتاح لهم مستويات أعلى من نوعية الحياة، على العكس من ذلك، أفاد أولئك الذين كانوا يعتمدون على كرسي متحرك أو لديهم مستويات أقل من الحركة الاصطناعية بمستويات أقل من نوعية الحياة التي ارتبطت بالاعتماد على الدعم الاجتماعي ومشاعر العزلة والتغيرات في الطريقة التي يشعرون بها تجاه أنفسهم.
- دراسة بسارا وكليفتراس (Psarra & Kleftras,2013) في اليونان بعنوان: "Adaptation to Physical Disabilities: The Role of Meaning in Life and Depression الجسدية: دور المعنى في الحياة والاكنتاب"، هدفت الدراسة إلى معرفة تقييم المعنى في الحياة وأعراض الاكنتاب لدى الأفراد ذوي الإعاقات الجسدية، كما هدفت إلى فحص العلاقة بين المعنى في الحياة والاكنتاب والتكيف مع الإعاقة الجسدية، تكونت عينة الدراسة من (522) مشاركاً يعانون من أنواع مختلفة من الإعاقات الجسدية واستخدمت ثلاثة استبيانات لقياس (أعراض الاكنتاب، معنى الحياة التكيف مع الإعاقة)، توصلت الدراسة لوجود مستوى متوسط من معنى الحياة لدى الأفراد ولوجود علاقة سلبية بين معنى الحياة والاكنتاب، بالإضافة إلى ذلك، تم التوصل إلى أن معنى الحياة يؤدي

دور مهماً في تسهيل تكيف الأفراد مع إعاقاتهم الجسدية، وهذه النتيجة تشير إلى الفائدة الكبيرة لنظرية فرنكل الوجودية كأداة علاج نفسي للأشخاص ذوي الإعاقات الجسدية.

- دراسة تايلر (Tyler,2006) في الولايات المتحدة بعنوان: **Meaning in life for individuals with physical disabilities** المعنى في الحياة للأفراد ذوي الإعاقات الجسدية"، هدفت الدراسة إلى استكشاف معنى الحياة مع الأشخاص الذين يعانون من إعاقات جسدية كبيرة، طلب في هذه الدراسة من (26) شخصاً من ذوي الإعاقات الجسدية وصف ما يجعل حياتهم ذات مغزى، أظهر التحليل أن العلاقات الإنسانية كانت المصدر الأكثر شيوعاً للمعنى في الحياة، وكانت المصادر هي أفراد الأسرة والأصدقاء والأشخاص في المجتمع. والمعنى الثاني الأكثر تكراراً هو الخدمة، وعلى وجه التحديد، مساعدة الآخرين وتثقيفهم، مثل غيرهم من الأشخاص ذوي الإعاقات الجسدية.

- دراسة سولومون (Solomon, 2004) في الولايات المتحدة بعنوان: **"Modes of Thought and Meaning Making: The Aftermath of Trauma** طرق التفكير وتكوين المعنى: آثار الصدمة". هدفت الدراسة إلى تعرف أنماط التفكير المعرفية التي يتم توظيفها لاستعادة المعنى بعد الأحداث الصادمة، تكونت عينة الدراسة من حالتين رجل وامرأة أصيبا بمرضٍ خطير يهدد حياتهم، أظهرت نتائج الدراسة أن كلا الحالتين أظهرتا حدوث عمليات معرفية وأنماطاً متشابهة من التفكير العقلي عند محاولتهم بناء معنى جديداً لحياتهم في مرحلة ما بعد الصدمة، وبالتالي يؤدي نمط التفكير الدور الأكبر في بناء معنى الحياة.

- دراسة كيم وكينج (Kim& Kang,2003) في كوريا بعنوان: **"Meaning of life for adolescents with a physical disability in Korea** معنى الحياة للمراهقين ذوي الإعاقة الجسدية في كوريا". هدفت الدراسة إلى معرفة كيفية رؤية المراهقين ذوي الإعاقات الجسدية لمعنى حياتهم، بالإضافة لهدف رئيسي هو تشجيع المراهقين على إيجاد قيمهم ومعانيهم في الحياة ، تكونت عينة الدراسة من (88) شخصاً من ذوي الإعاقة الجسدية في كوريا، وباستخدام المقابلات وتحليل المحتوى توصلت الدراسة إلى أن المراهقين يجدون معنى لحياتهم عندما يقبل المجتمع مشاكلهم الروحية ويسمح لهم بعيش حياة طبيعية، وأن هذه الحالة الطبيعية تتضمن مساعدة الآخرين (كصديق أو متطوع) وخلق الفرص لتحقيق أهدافهم في الحياة ، وأن المعاني التي كانوا يطمحون لها هي (الإنجاز ، التكيف الاجتماعي ، تحسين نوعية الحياة ، الأعمال الصالحة ، الإخلاص ، إعادة التأهيل ، واكتساب الاعتراف من قبل الآخرين،

تحقيق الذات)، وأشارت الدراسة إلى أنه يمكن للمراهقين ذوي الإعاقات الجسدية فهم معنى حياتهم عندما يتم تأطير المعنى في سياق كونه قضية اجتماعية ، وعندما يُسمح لهم بتوضيح قيمهم الخاصة.

ثالثاً: التعقيب على الدراسات السابقة ومكانة الدراسة الحالية بينها

لا بد ضمن التعقيب على الدراسات من ذكر أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات التي تم ذكرها ضمن هذا الفصل من حيث الأهداف والعينة والأدوات والنتائج، ومقارنة بعض الدراسات بعضها ببعض وتلخيص أهدافها ونتائجها لتتم الاستعانة بها في تحليل النتائج والاستفادة منها في الإطار النظري والتوصيات، وفيما يأتي التعقيب على كل الدراسات السابقة لكل متغير على حدا.

1- تعقيب على الدراسات التي تناولت الخبرات الصادمة: من خلال الدراسات التي تم ذكرها نجد وجود اهتمام كبير بمواضيع الصدمة وآثارها الجسدية والنفسية بعد البتر وتشابهت بعض الدراسات في جوانبها مع الدراسة الحالية واختلفت كما يأتي:

من حيث الهدف: كانت أقرب الدراسات إلى هدف الدراسة الحالية دراسة لعوامل (2018) والتي هدفت لمعرفة أثر الصدمة النفسية على معنى الحياة لدى المعوقين جراء حوادث ولكنها اختلفت عنها في طبيعة عينة البحث وكذلك في تحديد المستوى بشكل أدق وفي وجود عدد أكبر من الأهداف للدراسة مما يجعلها أعم منها وأشمل ، كما تشابهت الدراسة الحالية من حيث الهدف في معرفة مستوى الخبرات الصادمة مع دراسة صالح ومظهر (2019) واختلفت عنها بباقي الأهداف وفي تنوع العينة كذلك ، وأيضاً كان هناك أهداف مشتركة مع دراسة القرا (2015) وهي معرفة تأثير بعض المتغيرات في اختلاف مستوى التأثير بالصدمة .

في حين هدفت كل من دراسات- روشا وآخرين (Roşca, et al,2021)، بومزاوط وبلمارس (2019) منصور وآخرون (Mansoor et al,2010)، كوبر أوغلو وآخرون (Copuroglu et,al,2010)، ميمونة (2017)، إلى تعرّف تأثيرات البتر وانتشار الأمراض النفسية المشتركة بين مبتوري الأطراف والتي تعكس مستوى الخبرات الصادمة لديهم.

بينما هدفت دراسة شاليش (2016) ودراسة مرغوب وآخرين (Margob, et al,2008) ودراسة سارة وآخرين (Sara, et al,2006) للتعرف على مستوى اضطراب ما بعد الصدمة بوصفه من ضمن الخبرات الصادمة لدى مبتوري الأطراف.

أما دراستي خلف (2012) ودراسة ليو وآخرين (Liu.et al,2010) فركّزت على تعرّف الحياة النفسيّة والتّحديات التي تواجه الأشخاص بعد البتر والتي ستتم الاستفادة منها في النتائج لاحقاً، في حين تفردت دراسة الهندي (2020) في هدفها وهو معرفة دور استخدام الأطراف الاصطناعية في تحسين صورة الجسم وسيتم الاستفادة منها في نتائج هدف الدراسة الحالي المرتبط بتركيب الطرف.

من حيث العينة تشابهت جميع العينات في الدراسات مع عينة الدراسة الحالية وهم الأشخاص البالغون مبتورو الأطراف مع الاختلاف في سبب البتر ما عدا دراسة لعوامن (2018) فقد ضمت أشخاصاً لديهم شلل وإصابات أخرى كما تضمنت بعض الحالات التي لم تتعرض لحدث صادم وقد اختلف حجم العينة حسب المنهج المتبع.

من حيث الأدوات تتشابه الدراسة الحالية من حيث استخدام مقياس تروماك للصدمة النفسيّة مع دراستي بومزاوط وبلمارس (2019) ولعوامن (2018)، أما باقي الدراسات فقد استخدمت مقاييس أخرى وأهمها مقياس ما بعد الصدمة لدافيدسون، في حين استخدمت القرا (2015) مقياس من تصميمها للخبرات الصادمة والذي يقيس فيما إذا تعرض الشخص لحدث صادم أم لا، أي لا يقيس التأثير وإنما عدد الأحداث الصادمة التي تعرّض لها الشخص فقط، ولذلك استخدم الباحث مقياساً للصدمة النفسيّة لمعرفة درجة تأثر الشخص بخبرة البتر.

2- تعقيب على الدراسات التي تناولت معنى الحياة:

من حيث الهدف تشابهت الدراسة الحالية مع دراسة أحمد وعوادي (2021) و عوادي (2018) وأبو غالي (2011) في تعرّف مستوى معنى الحياة وتعرّف الفروق باختلاف الجنس واختلفت معهم ببقية الأهداف، وتشابهت مع دراسة محمود (2018) كذلك في هدف تعرّف الفروق بين الجنسين ومع دراسة ديفي-سميث (Davie -Smith,2017) في معرفة الفروق في مستوى معنى الحياة نتيجة تركيب الأطراف الاصطناعية ، أما باقي الدراسات فقد درست العوامل التي تؤثر في معنى الحياة وكذلك نوعية الحياة في دراسة ديفي - سميث (Davie -Smith,2017) وارتباطها مع بعض المتغيرات والاضطرابات النفسيّة والتي تمت

الاستفادة منها في كل من الإطار النظري وتفسير النتائج ، بينما هدفت دراسة كيم وكينج (Kim& 2003) Kang, إلى الوصول إلى مصادر معنى الحياة، في حين تميزت دراسة سولومون (Solomon,2004) بالبحث عن أنماط التفكير لاستعادة المعنى بعد حدث صادم .

من حيث الأدوات تشابهت الدراسة الحالية من حيث التخطيط لاستخدام مقياس معنى الحياة للرشيدي مع دراسة العوادي (2018)، في حين قام الباحثون بالدراسات الأخرى بتصميم مقاييس لمعنى الحياة وإجراء المقابلات وتحليل المضمون.

من حيث العينة كانت عينة دراسة أبو غالي (2011) ودراسة ديفي-سميث (Davie - Smith,2017) من مبتوري الأطراف فقط كما في الدراسة الحالية أما باقي الدراسات فقد شملت عيناتها إعاقات أخرى مختلفة.

من خلال مراجعة الدراسات السابقة ومقارنتها بالدراسة الحالية نجد أنّ الدراسة الحالية تميزت عنها في عدة نقاط أهمها:

- العنوان فقد تناولت الدراسة الحالية العلاقة بين متغيري الخبرات الصادمة ومعنى الحياة وهو ما لم يتم تناوله سابقاً في الدراسات.
- أهداف الدراسة من حيث التعرف على الفروق في مستوى الخبرة الصادمة ومعنى الحياة لدى أفراد عينة الدراسة تُعزى لمكان السكن (نازح، مقيم) وتلقي أو عدم تلقي جلسات دعم نفسي اجتماعي وهو أيضاً ما لم يتم دراسته سابقاً.
- عينة الدراسة من حيث كونهم جميعاً من مبتوري الأطراف نتيجة الحرب في سورية وهذه العينة لم يتم تطبيق أيّ دراسة عليها سابقاً على حد علم الباحث.
- النقطة الأخيرة التي تميزت به الدراسة عن سابقتها هو مكان تطبيق الدراسة في محافظة إدلب ضمن مراكز العلاج الفيزيائي والأطراف الصناعيّة وأيضاً لم يتم التطبيق فيها أيّ دراسة على الأقل بعد الحرب على حد علم الباحث.

الفصل الرابع: منهج الدراسة وإجراءاتها

تمهيد:

أولاً- منهج الدراسة

ثانياً-مجتمع الدراسة

ثالثاً-عينة الدراسة وإجراءات تشخيصها

رابعاً-أدوات الدراسة

خامساً-إجراءات الدراسة

سادساً-الأساليب الإحصائية المستخدمة في

تحليل نتائج الدراسة

سابعاً-الصعوبات التي واجهت الباحث

وطرق تجاوزها.

تمهيد:

يتناول الفصل الرابع منهج الدراسة وإجراءاتها والمجتمع الأصلي للدراسة وعينتها وأدواتها والإجراءات المتبعة فيها للتحقق من صدقها وثباتها، والأساليب الإحصائية المستخدمة فيها سواء كان ذلك في التحقق من صلاحية أدوات الدراسة أو في الوصول إلى نتائجها، وفيما يأتي عرض لذلك.

أولاً - منهج الدراسة:

اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي لملاءمته لموضوع الدراسة وأهدافها وهو من المناهج الأساسية في الميدان التربوي والنفسي الذي يحاول الإجابة عن السؤال الأساسي في العلم وماهية وطبيعة الظاهرة موضوع الدراسة، ويشمل ذلك تحليل الظاهرة، وبيئتها، وبيان العلاقة بين مكوناتها، ومعنى ذلك أن الوصف يتم أساساً بالوحدات أو الشروط أو العلاقات أو الفئات أو التصنيفات أو الأنساق التي توجد بالفعل، وقد يشمل ذلك الآراء حولها والاتجاهات إزاءها، وكذلك العمليات التي تتضمنها والآثار التي تحدثها والمتجهات التي بزغ عنها، ومعنى ذلك أن المنهج الوصفي يمتد إلى تناول كيف تعمل الظاهرة. (أبو حطب وصادق، 1991، ص. 104).

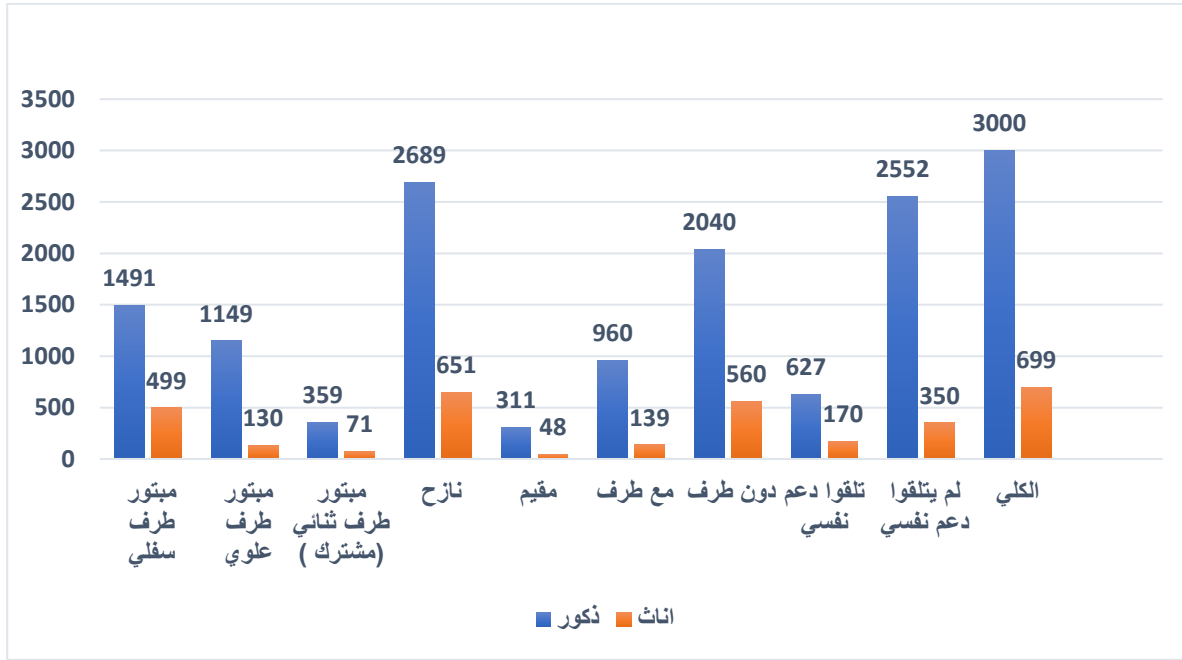
ثانياً - مجتمع الدراسة:

يتكوّن من جميع الأفراد البالغين فوق 18 عام (رجال ونساء) الذين فقدوا طرفاً علوياً أو سفلياً أو كليهما، والمتواجدين في محافظة إدلب عند تطبيق الدراسة، وللوصول إلى إحصائية لعدد مبتوري الأطراف في إدلب فقد تمّ التّواصل مع المراكز الخاصة بالأطراف والعلاج الفيزيائي ضمن محافظة إدلب حيث أكدت جميع المراكز غياب إحصائية دقيقة وعدم القدرة على ضبط العدد بسبب تنقل مبتوري الأطراف بين تركيا وشمال غرب سوريا وكذلك تنقلهم بين المراكز بسبب نوع الخدمة أو التّحرك الجغرافي، وبعد التّواصل مع المشروع الوطني للأطراف الصناعيّة والمركز التّخصصي للعلاج الفيزيائي في إدلب استطاع الباحث عن

طريقهم الوصول إلى إحصائية تقريبية لمبتوري الأطراف حتى بداية عام (2022) عن طريق المركز التخصصي للعلاج الفيزيائي في إدلب وتم إرفاقها ضمن الملحق رقم (9)، و يوضح الجدول رقم (1) والشكل رقم (1) إحصاء تقريبياً لعدد مبتوري الأطراف في إدلب وتوزعهم على بعض المتغيرات بالاستناد إلى الملحق رقم (9).

الجدول (1) إحصاء تقريبي غير رسمي لعدد الأفراد مبتوري الأطراف في إدلب عام 2022

مبتوري الأطراف	ذكور	إناث	العدد الإجمالي
مبتور طرف سفلي	1491	499	1990
مبتور طرف علوي	1149	130	1279
مبتور طرف ثنائي (مشترك)	359	71	430
نازح	2689	651	3340
مقيم	311	48	359
مع طرف	960	139	1099
دون طرف	2040	560	2600
تلقوا دعماً نفسياً	627	170	797
لم يتلقوا دعماً نفسياً	2552	350	2902
الكلي	3000	699	3699

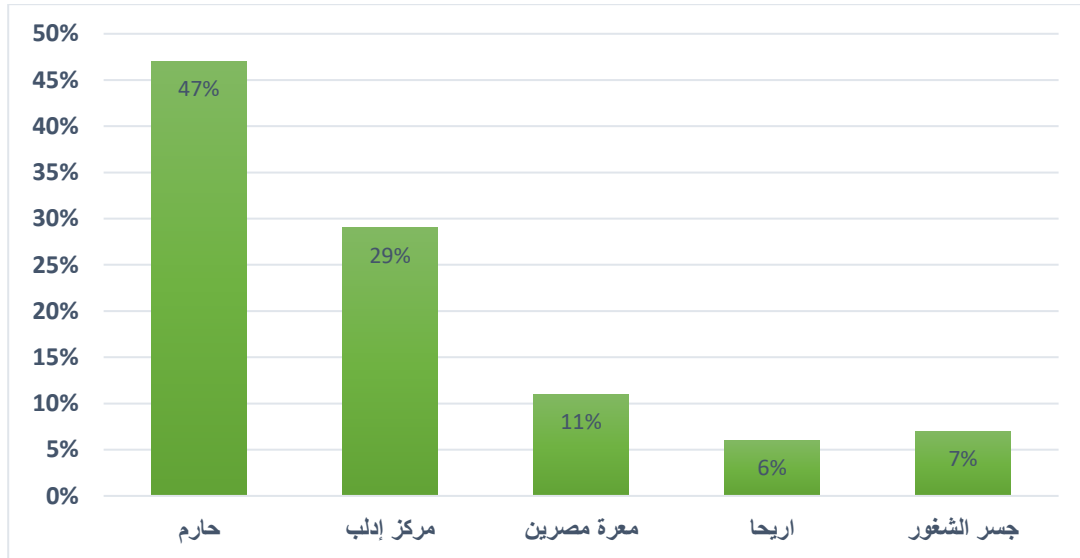


الشكل (1) التمثيل البياني لتوزيع مبتوري الأطراف في إدمب حسب خصائص المجتمع

كما تمّ تحديد نسبة توزع الأفراد مبتوري الأطراف ضمن المناطق في محافظة إدمب بالاعتماد على التقسيم الإداري وهي منطقة حارم ومنطقة أريحا ومنطقة معر تمصيرين ومركز إدمب وجسر الشغور واستبعاد باقي المناطق لعدم القدرة على الوصول لها، وبالاعتماد على إحصائيات المركز التخصصي للعلاج الفيزيائي لتوزع مبتوري الأطراف على تلك المناطق وبعد تواصلهم مع الجهات الإدارية والطبية تمّ تزويد الباحث بالبيانات المطلوبة حسب ما يوضح الملحق رقم (9) -ص221- ، كما يوضح الجدول رقم (2) والشكل رقم (2) نسب توزع مبتوري الأطراف على مناطق إدمب بالاستناد إلى الملحق رقم (9) .

الجدول (2) توزيع مبتوري الأطراف ونسبهم حسب مناطق محافظة إدلب

اسم المنطقة	عدد أفراد مبتوري الأطراف	نسبة الأفراد في المجتمع الأصلي
حارم	1728	47%
مركز إدلب	1072	29%
معرفة مصرين	401	11%
أريحا	224	6%
جسر الشغور	274	7%
محافظة إدلب	3699	



الشكل (2) التمثيل البياني لتوزيع مبتوري الأطراف ونسبهم حسب مناطق محافظة إدلب

ثالثاً- عينة الدراسة:

قام الباحث بأخذ أكثر من عينة وعلى أكثر من مرحلة حسب مراحل وحاجة الدراسة وهي:

أ- العينة الاستطلاعية الأولية:

قام الباحث بدراسة استطلاعية أولية على عدد من مبتوري الأطراف (8 ذكور و6 إناث) ضمن نقطتين طبييتين في محافظة إدلب حيث تمت مقابلتهم وتوجيه الأسئلة الاستطلاعية -الموجودة ضمن الملحقين 3 و4- (ص ص 208-211).

ب- العينة الاستطلاعية (التقنين):

بعد تحكيم أدوات الدراسة تم تطبيق الدراسة الاستطلاعية الثانية على (33) شخصاً من مبتوري الأطراف (23 ذكور منهم 12 بتر سفلي و8 بتر علوي و3 بتر ثنائي، 10 إناث منهم 6 بتر سفلي و4 بتر علوي) في مركزين للعلاج الفيزيائي في محافظة إدلب تم اختيارهم بشكل عرضي - ليست جزءاً من عينة الدراسة الأساسية- بهدف استكمال دراسة صدق وثبات المقياس إحصائياً ومعرفة وضوح البنود والتعليمات والصعوبات التي قد تواجه التطبيق النهائي إذ طلب من الأشخاص الذين أجابوا عن الاستبيان إبداء أي ملاحظات يجدونها أو اقتراحات أو بنود غير مفهومة.

ت- العينة الفعلية للدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة اعتمد الباحث أسلوب العينة الطبقيّة في السحب لأنّ المجتمع غير متجانس من حيث الخصائص والتّوزع، وتستخدم العينة العشوائية الطبقيّة عندما يكون المجتمع غير متجانس ويمكن تقسيمه إلى فئات أو طبقات متجانسة فيما بينها في الخصائص التي يمكن أن تؤثر في نتائج البحث ويتم سحب مفردات العينة من بين أفراد كل طبقة بالطريقة العشوائية البسيطة أو المنظمة بعد تقسيم المجتمع إلى طبقات في ضوء ما بينها من قواسم مشتركة (عطية، 2009، ص.100).

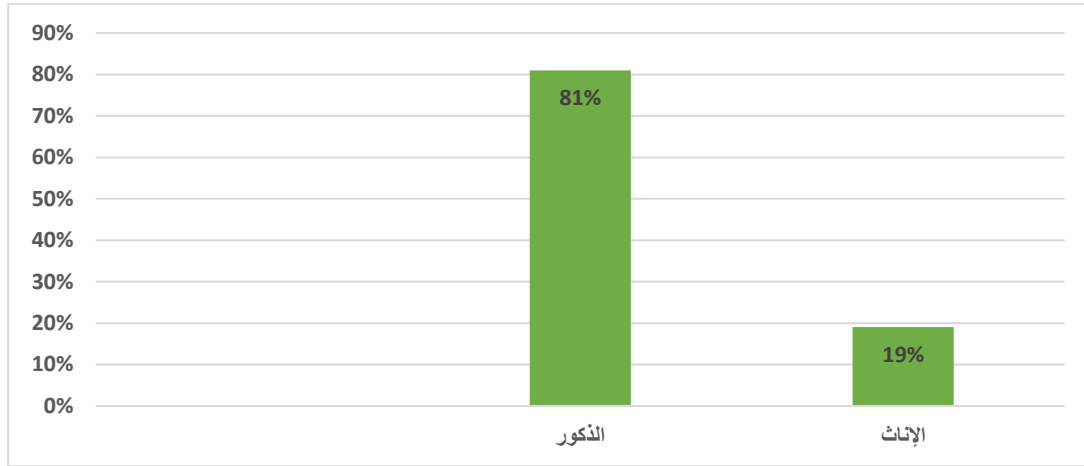
ولضمان تمثيل العينة للمجتمع قام الباحث بالخطوات الآتية:

- حصر المجتمع الأصلي وتحديد طبقاته الأساسية حسب المتغيرات (5 طبقات) والفرعية (5 طبقات) حسب التوزيع الجغرافي ضمن المناطق.
- اختيار أسلوب العينة الطبقيّة وذلك لأن المجتمع غير متجانس ولأن المجموعات فيه غير متساوية بالحجم فتم تحديد نسبة أفراد العينة (10%) من أفراد المجتمع الأصلي حسب ما توصي به المراجع البحثية. (عبيد، 2022، فقرة 3).
- حساب نسبة سحب العينة حسب توزيع مبدئي الأطراف ضمن المناطق الإدارية في محافظة إدلب والتواصل مع المجالس المحليّة فيها ودوائر الإحصاء بالتنسيق مع المركز التخصصي للعلاج الفيزيائي للوصول إلى العينة.
- تحديد بعض المراكز الخاصة بالأطراف والعلاج الفيزيائي ضمن محافظة إدلب (مركز العلاج الفيزيائي والأطراف مشفى العيادات - المشروع الوطني للأطراف الصناعيّة في إدلب - مركز العلاج الفيزيائي في مشفى عقربات - مركز شام للأطراف الصناعيّة سرمد - المركز التخصصي للعلاج الفيزيائي معر تمصرين - مركز الرّحمة دركوش) وأخذ جهات التّواصل المتوافرة وطرق تطبيق الاستبيانات.
- أخذ أفراد العينة بنسب مختلفة تراعي بشكل تقريبيّ توزيع المجتمع من الجهات والمراكز السّابقة والتي تضمنت في تفاصيلها (الجنس، العمر، الإقامة، نوع البتر، الوضع الاجتماعيّ، تركيب طرف اصطناعيّ، تلقي جلسات دعم نفسيّ) وسحب العينة على أساس هذه التفاصيل إذ تمّ أخذ العينة من المناطق التي توافرت ضمنها مراكز للأطراف من المراكز نفسها بنسب مختلفة عن طريق تقسيم نسبة كل منطقة على المراكز ضمنها وحسب طبقات المتغيرات.
- بلغ عدد أفراد العينة النهائيّة المسحوبة (370) شخصاً من مبدئي الأطراف، بحيث راعى الباحث توزيع نسب العينة على المتغيرات متطابق قدر الإمكان مع نسبها في المجتمع الأصليّ.
- وتوضح الجداول والرّسوم البيانيّة الآتية أعداد الأفراد (مبدئي الأطراف) في مجتمعهم الأصلي حسب خصائص المجتمع ونسبتهم وعددهم كما ورد في الجدول رقم (1) ونسبة السحب وتوزيع الأفراد في عينة الدراسة الحاليّة حسب تلك الخصائص:

أ- توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس:

الجدول (3) خصائص مجتمع الدراسة وعينتها ونسبة السحب حسب متغير الجنس

الجنس	المجتمع الأصلي	نسبة الفئة في المجتمع %	نسبة السحب	عينة الدراسة	نسبة الفئة في العينة %
الذكور	3000	%81	%10	300	%81
الإناث	699	%19		70	%19
المجموع الكلي	3699	%100		370	%100

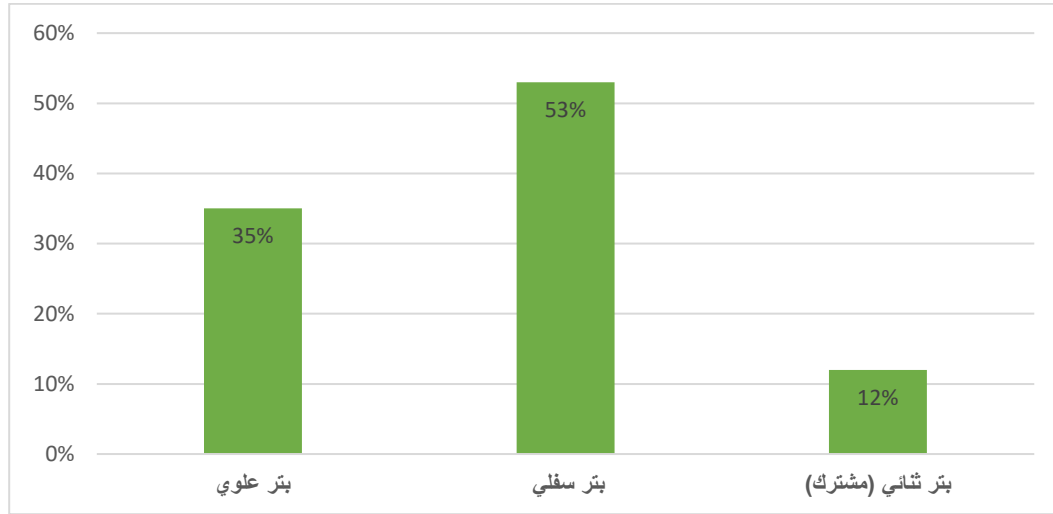


الشكل (3) التمثيل البياني لتوزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير الجنس

ب- توزيع أفراد العينة حسب متغير نوع البتر:

الجدول (4) خصائص مجتمع الدراسة وعينتها ونسبة السحب حسب متغير نوع البتر

نوع البتر	المجتمع الأصلي	نسبة الفئة في المجتمع %	نسبة السحب	عينة الدراسة	نسبة الفئة في العينة %
بتر علوي	1279	%35	%10	128	%35
بتر سفلي	1990	%53		199	%53
بتر ثنائي (مشترك)	430	%12		43	%12
المجموع الكلي	3699	%100		370	%100

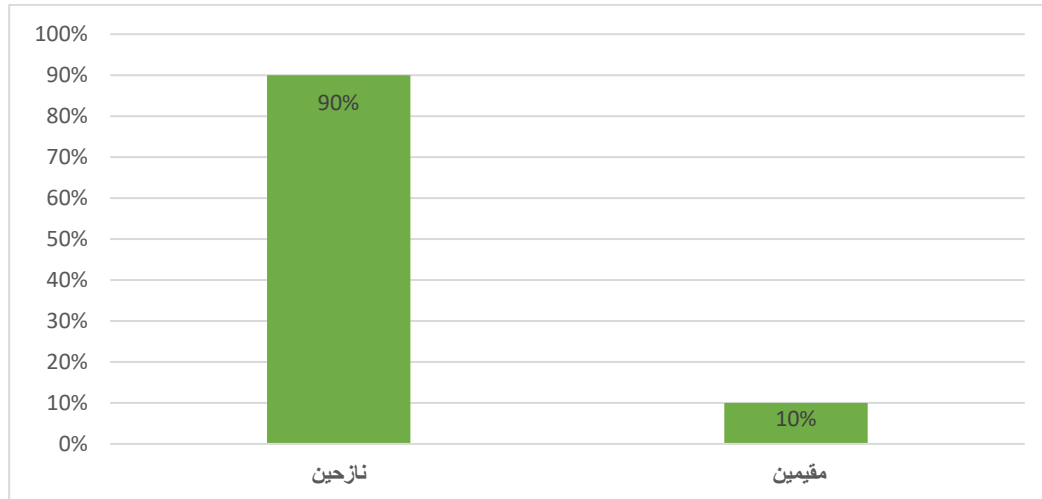


الشكل (4) التمثيل البياني لتوزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير نوع البتر

ت- توزيع أفراد العينة حسب متغير الإقامة:

الجدول (5) خصائص مجتمع الدراسة وعينتها ونسبة السحب حسب متغير الإقامة

نسبة الفئة في العينة %	عينة الدراسة	نسبة السحب	نسبة الفئة في المجتمع %	المجتمع الأصلي	الإقامة
90%	334	10%	90.3%	3340	نازحين
10%	36		9.7%	359	مقيمين
100%	370		100%	3699	المجموع الكلي



الشكل (5) التمثيل البياني لتوزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير الإقامة

ث- توزيع أفراد العينة حسب متغير تركيب الطرف:

الجدول (6) خصائص مجتمع الدراسة وعينتها ونسبة السحب حسب متغير تركيب الطرف

تركيب طرف صناعي	المجتمع الأصلي	نسبة الفئة في المجتمع %	نسبة السحب	عينة الدراسة	نسبة الفئة في العينة %
مع طرف	1099	%30	%10	110	%30
دون طرف	2600	%70		260	%70
المجموع الكلي	3699	%100		370	%100

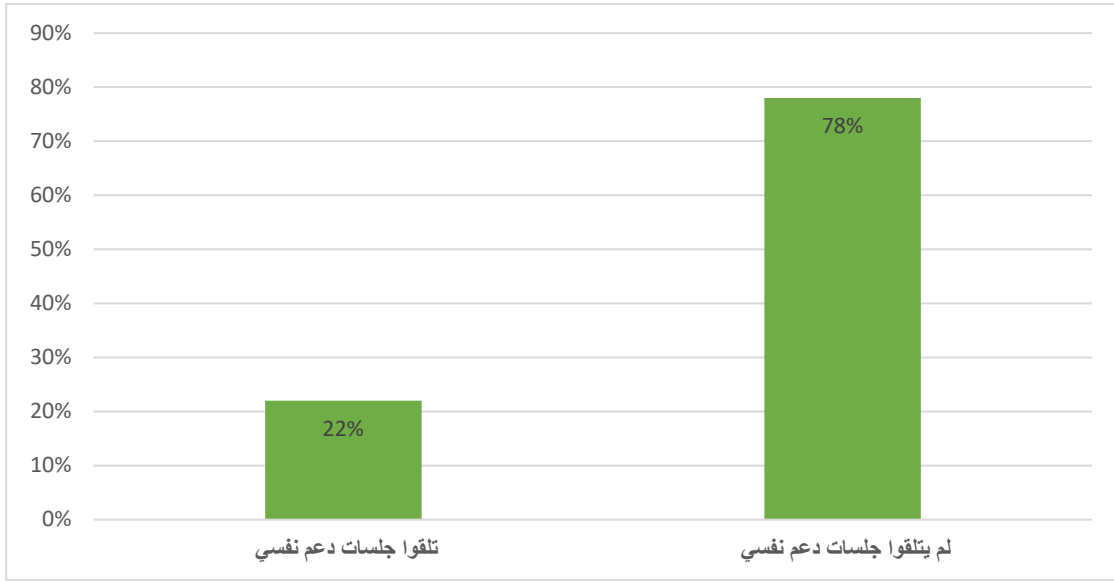


الشكل (6) التمثيل البياني لتوزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير تركيب أو عدم تركيب طرف اصطناعي

ج- توزيع أفراد العينة حسب تلقي جلسات دعم نفسي أو عدم تلقي جلسات الدعم:

الجدول (7) خصائص مجتمع الدراسة وعينتها ونسبة السحب حسب تلقي أو عدم تلقي جلسات دعم نفسي

تلقي جلسات دعم نفسي	المجتمع الأصلي	نسبة الفئة في المجتمع %	نسبة السحب	عينة الدراسة	نسبة الفئة في العينة %
تلقوا جلسات دعماً نفسياً	797	%22	%10	80	%22
لم يتلقوا جلسات دعماً نفسياً	2902	%78		290	%78
المجموع الكلي	3699	%100		370	%100



الشكل (7) التمثيل البياني لتوزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير تلقي/عدم تلقي جلسات دعماً نفسياً

ثالثاً- أدوات الدراسة

1- استبيان الخبرات الصادمة:

بعد الاطلاع على مجموعة من الدراسات التي تناولت الخبرات الصادمة والصدمة النفسية مثل دراسة بومزاوط وبلمارس (2019) ودراسة لعوامن (2018) ودراسة القرا (2015) وجد الباحث أنّ المقاييس التي صممت لقياس الخبرات الصادمة كانت تقيس تعرّض الشخص لحدث صادم فقط دون التطرّق لآثار تلك الأحداث وما يريده الباحث هو أثر تلك الخبرات، لذلك قام باستخدام مقياس تروماك (Traumaq) للصدمة النفسية وذلك لقياس أثر تلك الخبرات الصادمة وشدتها على الأفراد، ولاحتماء المقياس على أبعاد وسلالم تقيس مختلف الآثار التي يمكن أن تظهر على الفرد بعد التعرض للصدمة وكذلك لتصميمه بالاعتماد على (DSM-IV) ولعدم وصول الباحث إلى مقياس أعم وأدق من هذا المقياس حسب المراجع والمصادر التي عاد إليها.

أ- وصف المقياس:

وضع هذا المقياس وتمّ تصميمه في مركز علم النفس التطبيقيّ (2006) من قبل كارول داميانى (Carole Damiani) وماريا فرادين (Maria Pereira-Fradin) لتقييم الصدمة النفسية الناتجة عن حدث خطير أو مميت أي في الحالات التي يكون فيها الشخص قد عاش أو واجه أحداثاً مات فيها أشخاص أو كانوا مهددين بالموت أو أصيبوا بجروح خطيرة، وبالتالي يوجّه هذا المقياس للراشدين الذين تعرّضوا لأحداث صدمية وواجهوا بطريقة فجائية وعنيفة واقع الموت أو كانوا شاهدين على تلك الحوادث.

وقد تم بناء الاستبيان بالرجوع إلى الدليل التشخيصي الرابع (DSM-IV)، وتم التطرق إلى الصدمة النفسية في المقياس بصورة أشمل إذ تضمن بالإضافة للأعراض الملاحظة بصفة عامة (التناذر المرضي التكراري، التّجنّبات الفوبية-الرهاب-، الأعراض العصبية الإعاشية)، يقيم هذا المقياس أيضاً الأعراض المصاحبة خاصة حالات الاكتئاب، الأعراض السيكوسوماتية (النفس جسدية)، المشاعر بعد الحدث الصادم كالشعور بالعار، تأنيب الضمير، العدوانية ومخلفات الحدث على نوعية الحياة.

(Damiani & Pereira-Fradin,2006, pp134-136)

في بداية المقياس يتطلب من المفحوص الإجابة عن مجموعة من المعلومات عنه قبل الدخول في المقياس إذ تحتوي تلك المعلومات على أمور عامة عن الشخص ومعلومات عن الحدث الذي سبب له الإصابة، وكذلك عن مخلفات الحدث على الشخص من حيث نوع البتر ومكانه والتأثيرات الأخرى.

كما ينقسم المقياس إلى جزأين هما:

- الجزء الأول: ردود الفعل الفورية (أثناء الحدث) والتناذرات الصدمية (منذ الحدث) ويتكون هذا الجزء من عشرة سلالم وهي:

أ- أثناء الحدث: السلم A (8 بنود) الاستجابات الفورية جسمية ونفسية.

ب- منذ الحدث: ويضم عدة سلالم وهي

- السلم B (4 بنود) يقيس أعراض التناذر التكرار المرضي.

- السلم C (4 بنود) اضطرابات النوم.
 - السلم D (5 بنود) القلق، حالة عدم الأمان، التّجنّبات الفوبية.
 - السلم E (6 بنود) التّهيّج، فقدان السيطرة، فرط اليقظة وفرط الحركة.
 - السلم F (5 بنود) ردود الفعل السيكوسوماتية "النفس جسدية".
 - السلم G (3 بنود) الاضطرابات المعرفية.
 - السلم H (8 بنود) الاضطرابات الاكتئابية.
 - السلم I (7 بنود) التجربة الصدمية.
 - السلم J (11 بند) جودة الحياة.
- **الجزء الثاني:** مهلة ظهور الاضطرابات الموصوفة ومدتها وهو جزء خاص بتقييم الاختصاصي النفسي ويشمل مجموعة من الأعراض تقابلها درجة أعداد أسابيع وأيام وأشهر متعلّقة بظهور هذه الأعراض. (Damiani & Pereira-Fradin,2006, pp136-140)

ويوضح الملحق رقم -1- (ص ص 197-205) المقياس بصورته الأصلية بعد الترجمة وسيتم تطبيق الجزء الأول فقط والذي يرتبط بأهداف الدراسة ولم يتم استخدام الجزء الثاني المخصص لأهداف تشخيصية ولا يخدم الدراسة.

ب- تصحيح المقياس "طرق الإجابة والتصحيح":

بالنسبة لجميع السلالم في الجزء الأول -عدا السلم J- تتم الإجابة عنه بوضع إشارة على سلم درجات من (0 حتى 3) حيث يوضع تلميح تحت السؤال أن (0) يعني منعدم (لم أتأثر مطلقاً)، (1) ضعيف، (2) قوية، (3) قوية جداً.

أما السلم J فتتم الإجابة (بنعم أو لا) حيث تأخذ نعم (1) ولا عدا البنود تعطى عدا البنود (J4,J5,J6,J11) تعطى بشكل عكسي ويوضح الشكل (8) المستوى الدال للصدمة بعد جمع علامات الأفراد على كامل المقياس وهو مأخوذ من الملحق (1) الذي يتضمن المقياس بصورته الأصلية.

الجدول (8) مستوى الصدمة النفسية حسب مجموع درجات الأفراد على مقياس تروماك

المجموع الكلي	23-0	54-24	89-55	114-90	115 وأكثر
التقييم	ضعيفة جداً غياب الصدمة	صدمة ضعيفة	صدمة متوسطة	صدمة مرتفعة	صدمة مرتفعة جداً

ت-دراسة صدق مقياس الخبرات الصادمة:

للتحقق من معاملات الصدق للأداة قام الباحث باستخدام صدق المحتوى والصدق التمييزي (المجموعات الطرفية) وصدق الاتساق الداخلي.

1- صدق المحتوى:

1-1 صدق المحكمين: تم التحقق من صدق محتوى المقياس بعرضه على مجموعة من المحكمين وبلغ عددهم عشرة محكمين كما يوضح الملحق -5- (ص 212)، وذلك من أجل معرفة مناسبة المقياس وملاءمة بنوده للهدف العام والأهداف الفرعية للدراسة الحالية وقياس ما وضع لقياسه ووضوحه وسلامته من الناحية اللغوية ووضوح التعليمات، وقد كان هناك شبه إجماع على مناسبة المقياس من الناحية اللغوية وأهداف وأسئلة الدراسة ومناسبته للتطبيق وذلك بعد اقتراح بعض التغييرات في الصياغة وحذف بعض العبارات المكررة بين السلالم (الأبعاد) وإضافة أخرى، وبالتالي كان الشكل النهائي للمقياس يتكون من عدد البنود السابقة نفسها وهو (61) بند مع تغير عدد البنود الممثلة بين السلالم فقد حذف بند من السلمين A و J وإضافة بند للسلمين C و I.

ويوضح الجدول (9) العبارات المحذوفة والمضافة في كل سلم وعدد البنود لكل سلم قبل وبعد التحكيم، فيما يوضح الملحق رقم -6- (ص. ص 213-216) مقياس الخبرات الصادمة بصورته النهائية.

الجدول (9) العبارات المحذوفة والمضافة وعدد البنود لكل سلم قبل وبعد التحكيم لمقياس الخبرات الصادمة

السلم	عدد بنود السلم قبل التعديل	البنود المحذوفة من المقياس	عدد بنود السلم بعد التعديل	البنود المضافة للمقياس
السلم A	8	هل كان لديك شعور بأنك في حالة مختلفة؟	7	شعرت أن الموقف مروع
		هل كان لديك انطباعاً على أنك مشلول وغير قادر على الاستجابة التكيفية؟		
السلم B	4		4	
السلم C	5		5	
السلم D	5	هل لديك نوبات القلق؟	5	أعاني من نوبات ذعر وخوف
السلم E	6	هل تجد صعوبة أكثر في السيطرة على نفسك (نوبات عصبية، الخ)، أو لديك ميول للهروب من المواقف غير المحتملة؟	6	-أجد صعوبة أكثر في السيطرة على نفسي (نوبات عصبية، بكاء الخ)
		هل تشعر بانك أكثر عدوانية، أو هل تخاف من عدم القدرة على التحكم في عدوانيتك منذ الحدث؟		
السلم F	5	عندما تعيد التفكير في الحدث، أو تكون في مواقف تذكرك به هل تظهر لديك ردود فيزيولوجية كالصداع، الغثيان، خفقان، ارتجاف، تعرق، صعوبة التنفس؟	5	عندما أعيد التفكير في الحدث، تظهر لدي ردود جسدية كالصداع، الغثيان، خفقان، ارتجاف، تعرق، صعوبة التنفس..
		هل لاحظت تغيرات في وزنك؟		
السلم G	3		3	
السلم H	8	هل تواجه صعوبات في علاقتك العاطفية أو الجنسية؟	8	أجد صعوبة في التعبير عن مشاعري وعواطف لمن حولي
السلم I	7	هل تشعر منذ الحدث بالغضب أو بالكرهية؟	8	أفكر بأني المسؤول عن وقوع الحدث
		هل تشعر بانك مذنب فيما فكرت فيه او قمت به خلال الحدث، و/او بانك عشت بينما اختفوا الاخرين؟		
		هل تفكر أنك مسئول عن وقوع الاحداث، أو كان بإمكانك التصرف بطريقة أخرى لتفادي بعض العواقب؟		
		هل تبحث بشكل أكبر عن مرافقة أو حضور الاخرين؟		
السلم J	11		10	
المقياس ككل			61	61

2-1 الصدق الظاهري: بعد التحكيم تم تطبيق الدراسة الاستطلاعية على (33) شخصاً من مبتوري الأطراف في مركزين للعلاج الفيزيائي في محافظة إدلب تم اختيارهم بشكل عرضي وهي ليست جزء من عينة الدراسة الأساسية بهدف استكمال دراسة الصدق وثبات المقياس إحصائياً ومعرفة وضوح البنود والتعليمات والصعوبات التي قد تواجه التطبيق النهائي، إذ طلب من الأشخاص الذين أجابوا عن الاستبيان إبداء أي ملاحظات يجدونها أو اقتراحات أو بنود غير مفهومة، وبعد تطبيق الاستبيان على العينة الاستطلاعية، تم تفرغ بيانات أفراد العينة الاستطلاعية على البرنامج الإحصائي (SPSS)، وتمت دراسة باقي معاملات الصدق والثبات لمقياس تروماك للصدمة النفسية بصورته النهائية.

2- الصدق التمييزي (المجموعات الطرفية):

تم حساب صدق المجموعات الطرفية باستخدام معامل التمييز بين الثلث الأدنى والثلث الأعلى لاستجابات المفحوصين في ضوء درجاتهم الكلية على المقياس، إذ رتبت البنود بشكل تنازلي ثم أخذ أعلى (33%) منها وأدنى (33%) وعولجت النتائج إحصائياً باستخدام اختبار (T.test) لدلالة الفروق بين الفئتين، إذ كانت النتائج كما يوضح الجدول (10).

الجدول (10) حساب معاملات الصدق لمقياس الخبرات الصادمة بطريقة الصدق التمييزي.

المجموعة	عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Sig	درجات الحرية	T	Sig. درجة الدلالة المعنوية (2-tailed)
الدرجات الدنيا	11	93.90	15.40	0.590	20	12.28	0.000
الدرجات العليا	11	173.10	13.35				

ويتضح من الجدول (10) وجود فروق بين متوسطات الدرجات العليا ومتوسطات الدرجات الدنيا وأن قيمة T (0.000) وهي أصغر من (0.05) وهو مستوى الدلالة الافتراضي مما يشير إلى وجود فروق بين أفراد عينة التقنين على المقياس ككل، وهذه الفروق لصالح درجات الفئات العليا، لأن المتوسطات الحسابية لها أكبر، وهذا يدل على تمتع المقياس بالصدق بدلالة الفروق الطرفية أي أن المقياس يميز بين الأفراد الذين يملكون درجات عليا والأفراد الذين يملكون درجات دنيا في الخبرات الصادمة، مما يدل على الصدق التمييزي للمقياس.

3- صدق الاتساق الداخلي: تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي للأداة عبر ثلاث خطوات كالآتي:
الخطوة الأولى بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات كل بند من بنود المقياس مع الدرجة الكلية للبند الذي ينتمي إليه البند، إذ كانت النتائج كما يوضح الجدول (11).

الجدول (11) معاملات الارتباط بيرسون لمقياس الخبرات الصادمة بين كل بند والدرجة الكلية للبند.

رقم البند	البعد	العبرة	معامل الارتباط	القرار
1	السلم A	شعرت بالخوف الشديد	.797**	دال
2		شعرت بالقلق	.813**	دال
3		كان لدي أعراض جسدية: مثل ارتجاف، تعرق، ارتفاع الضغط، غثيان، زيادة في معدل ضربات القلب... الخ	.703**	دال
4		شعرت أن الموقف مروع	.698**	دال
5		كان لدي اعتقاد بأنني قريب من الموت	.428*	دال
6		شعرت بأنني وحيد ومهمل من قبل الآخرين	.481*	دال
7		شعرت بالعجز	.742**	دال
8	السلم B	تنتابني ذكريات وصور تعيد لي الحدث وتفرض نفسها علي	.750**	دال
9		أعاني من إعادة معايشة الحدث في الأحلام أو الكوابيس	.788**	دال
10		أعاني من صعوبة الحديث عن مجريات الحدث	.794**	دال
11		أشعر بالقلق حين أعيد التفكير في الحدث	.799**	دال
12	السلم C	أعاني من صعوبات في النوم أكثر من قبل	.822**	دال
13		أعاني من كوابيس أو أحلام مرعبة ليس لها صلة مباشرة مع الحدث	.490*	دال
14		أستيقظ كثيراً أثناء الليل	.803**	دال
15	السلم D	أعتقد بأنني لا أنام مطلقاً	.806**	دال
16		أشعر بالتعب عند الاستيقاظ	.728**	دال
17		أصبحت قلقاً، متوتراً	.672**	دال
18	السلم E	أعاني من نوبات ذعر وخوف	.760**	دال
19		أخاف الذهاب الى المناطق التي لها صلة بالحدث	.784**	دال
20		أشعر بعدم الأمان	.861**	دال
21	السلم D	أتجنب الأماكن، المواقف، والفيديوهات والصور (على الهاتف ومنصات التواصل الاجتماعي) التي تذكرني بالحدث	.813**	دال
22		أشعر بحساسية زائدة للأصوات (الضجيج) أكثر من السابق	.770**	دال
23	السلم E	أصبحت حذراً أكثر من قبل	.766**	دال
24		أصبحت سريع الانفعال أكثر من قبل	.693**	دال

25	F	أجد صعوبة أكثر في السيطرة على نفسي (نوبات عصبية، بكاء الخ)	.668**	دال
26		أصبح لدي ميول للهروب من المواقف غير المحتملة	.847**	دال
27		أشعر بأني أكثر عدوانية مما كنت عليه	.721**	دال
28		عندما أعيد التفكير في الحدث، تظهر لدي ردود جسدية كالصداع، الغثيان، خفقان، ارتجاف، تعرق، صعوبة التنفس..	.804**	دال
29		تظهر لدي ردود جسدية كالصداع، الغثيان، خفقان، ارتجاف، تعرق، صعوبة التنفس...الخ عندما أكون في مواقف تذكرني بالحدث.	.874**	دال
30	F	ألاحظ تدهوراً في حالتي الجسمية العامة	.866**	دال
31		أعاني من مشاكل صحية غير معروفة السبب	.882**	دال
32		ازداد استهلاكى لبعض المواد (قهوة، سجانر، كحول، أدوية، أغذية...الخ) أكثر من قبل	.711**	دال
33		أعاني من صعوبات في التركيز لم تكن موجودة لدي	.833**	دال
34	G	أعاني من مشكلات في الذاكرة كالنسيان لم تكن موجودة لدي	.893**	دال
35		لدي صعوبات في تذكر الحدث او بعض التفاصيل منه	.695**	دال
36		فقدت الاهتمام بأشياء كانت مهمة لدي قبل الحدث	.651**	دال
37		أشعر بنقص الطاقة والحماسة	.776**	دال
38		أشعر بالإعياء، التعب، الإرهاق	.717**	دال
39	H	أصبح مزاجي حزيناً	.915**	دال
40		أفكر أن الحياة لا تستحق العيش	.763**	دال
41		أجد صعوبة في التعبير عن مشاعري وعواطفى لمن حولي	.790**	دال
42		أرى مستقبلي مظلماً	.617**	دال
43		أتجنب التواصل مع الآخرين	.559**	دال
44		أفكر بأني المسؤول عن وقوع الحدث	.609**	دال
45		أفكر أنه كان بوسعي التصرف بطرق مختلفة لتجنب بعض النتائج	.820**	دال
46		أفكر بانى مذنب لما قمت به او فكرت فيه خلال الحدث	.773**	دال
47		أشعر بالذنب لأنني نجوت ومات الآخرون	.498**	دال
48	I	لدي شعور بالإهانة نتيجة لما حدث	.805**	دال
49		ينتابني شعور بفقدان قيمتي	.699**	دال
50		غيرت طريقة نظرتي للحياة، ولنفسى وللآخرين	.745**	دال
51		أرى نفسى شخصاً مختلفاً عما كنت عليه سابقاً	.714**	دال
52		عدت كما في السابق للدراسة أو العمل	.428*	دال
53		أرى أن قدرتي الدراسية او المهنية لم تتأثر	.459**	دال

54	السلم J	عدت للقاء أصدقائي والاجتماع معهم كما في السابق	.614**	دال
55		تراجعت بشدة علاقتي مع الأقارب (الزوج، الأبناء، الوالدين، الخ)	.432*	دال
56		أعاني من صعوبة فهم الآخرين لي	.419*	دال
57		أشعر بالإهمال من قبل الآخرين	.432*	دال
58		يقوم أقاربي بتقديم المساعدة لي	.428*	دال
59		أقوم بالأنشطة والأعمال الترفيهية المحببة	.472*	دال
60		أجد المتعة التي كانت موجودة في حياتي نفسها	.648**	دال
61		أميل لتجاهل الأحداث التي تجري من حولي	.379*	دال

(**) دال عند مستوى دلالة 0.01 ; (*) دال عند مستوى دلالة 0.05

يتضح من الجدول (11) أن جميع معاملات الارتباط بيرسون بين فقرات كل بعد درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01) و (0.05) مما يشير لوجود تجانس داخلي لبنود المقياس، وأن البنود تقيس ما وضعت لقياسه. أما الخطوة الثانية فكانت بحساب معامل الارتباط لكل بعد مع الأبعاد الأخرى والدرجة الكلية للمقياس ويعبر الجدول (12) عن النتائج.

الجدول (12) معامل الارتباط بيرسون بين كل بعد مع الأبعاد الأخرى والدرجة الكلية لمقياس الخبرات الصادمة

الدرجة الكلية للمقياس	السلم A	السلم B	السلم C	السلم D	السلم E	السلم F	السلم G	السلم H	السلم I	السلم J
مقياس الخبرات الصادمة	1									
السلم A		.726**								
السلم B			1							
السلم C				1						
السلم D					1					
السلم E						1				
السلم F							1			
السلم G								1		
السلم H									1	
السلم I										1
السلم J										

(**) دال عند مستوى دلالة 0.01 ; (*) دال عند مستوى دلالة 0.05

نلاحظ من الجدول رقم (12) أن جميع معاملات الارتباط بين مجالات المقياس بعضها مع بعض وبين المجالات والدرجة الكلية للمقياس كانت دالة إحصائياً عند مستوي الدلالة (0.01) و (0.05) مما يشير إلى أن هذه المجالات مرتبطة بعضها مع بعض ومرتبطة أيضاً مع الدرجة الكلية، وأنها تقيس ما وضعت لقياسه وهذا يؤكد الصدق البنوي لمقياس الخبرات الصادمة.

أما الخطوة الثالثة فكانت بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات كل بند من بنود المقياس مع الدرجة الكلية لمقياس الخبرات الصادمة، وكانت النتائج حسب ما يوضحه الجدول (13).

الجدول (13) معاملات الارتباط بيرسون لمقياس الخبرات الصادمة بين كل بند والدرجة الكلية لمقياس الخبرات الصادمة

رقم البند	الارتباط	القرار	رقم البند	الارتباط	القرار	رقم البند	الارتباط	القرار
1	.649**	دال	22	.530**	دال	43	.448**	دال
2	.746**	دال	23	.686**	دال	44	.471**	دال
3	.484**	دال	24	.700**	دال	45	.454**	دال
4	.757**	دال	25	.780**	دال	46	.364*	دال
5	.689**	دال	26	.642**	دال	47	.499**	دال
6	.462**	دال	27	.744**	دال	48	.478**	دال
7	.699**	دال	28	.772**	دال	49	.623**	دال
8	.557**	دال	29	.779**	دال	50	.590**	دال
9	.544**	دال	30	.773**	دال	51	.407*	دال
10	.505**	دال	31	.592**	دال	52	.778**	دال
11	.771**	دال	32	.518**	دال	53	.445**	دال
12	.720**	دال	33	.530**	دال	54	.381*	دال
13	.432*	دال	34	.405*	دال	55	.586**	دال
14	.445*	دال	35	.425*	دال	56	.362*	دال
15	.408*	دال	36	.508**	دال	57	.467**	دال
16	.636**	دال	37	.595**	دال	58	.397*	دال
17	.683**	دال	38	.765**	دال	59	.627**	دال
18	.540**	دال	39	.654**	دال	60	.381*	دال
19	.770**	دال	40	.738**	دال	61	.688**	دال
20	.718**	دال	41	.483**	دال			
21	.686**	دال	42	.468**	دال			

(**) دال عند مستوى دلالة 0.01 ; (*) دال عند مستوى دلالة 0.05

يتضح من الجدول (13) أن جميع معاملات الارتباط بيرسون بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01) و (0.05) مما يشير إلى وجود تجانس داخلي لبندود المقياس، وأن البنود تقيس ما وضعت لقياسه.

ث- معاملات الثبات للأداة: للتحقق من معاملات الثبات للأداة قام الباحث باستخدام الطرق الآتية: طريقة ألفا كرونباخ، طريقة التجزئة النصفية، الثبات بالإعادة.

1- ثبات الاتساق الداخلي بمعادلة ألفا كرونباخ: بعد تطبيق المقياس تم حساب معامل الاتساق الداخلي باستخدام معادلة ألفا كرونباخ لدرجات العينة الاستطلاعية نفسها على مقياس الخبرات الصادمة لقياس الثبات، والجدول (14) يوضح نتائج معاملات الثبات بهذه الطريقة.

2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية: تم حساب معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية حيث تمت قسمة بندود المقياس إلى جزأين (البندود الفردية والبندود الزوجية) ثم استخراج معامل ثبات التجزئة النصفية لدرجات العينة الاستطلاعية نفسها باستخدام معادلة سييرمان - براون كما هو موضح بالجدول (14).

3- الثبات بالإعادة: قام الباحث باستخراج معامل الثبات لمقياس الخبرات الصادمة على العينة الاستطلاعية نفسها من خلال إعادة تطبيق المقياس للمرة الثانية بعد مضي حوالي أسبوعين من التطبيق الأول، وجرى استخراج معامل الثبات بطريقة الإعادة عن طريق حساب معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثاني كما في الجدول (14).

الجدول (14) معاملات ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية وثبات الإعادة لمقياس الخبرات الصادمة

أبعاد مقياس الصدمة	عدد العبارات	ألفا كرونباخ	ثبات التجزئة النصفية	ثبات إعادة الاختبار
السلم A	7	0.743	0.828	0.645**
السلم B	4	0.755	0.789	0.789**
السلم C	5	0.766	0.709	0.761**
السلم D	5	0.747	0.768	0.654**
السلم E	6	0.738	0.871	0.648**
السلم F	5	0.742	0.917	0.764**
السلم G	3	0.767	0.795	0.842**

0.954**	0.900	0.737	8	السلم H
0.764**	0.873	0.747	8	السلم A
0.657**	0.818	0.772	10	السلم J
0.849**	0.773	0.773	61	المقياس ككل

(**) دال عند مستوى دلالة 0.01 ; (*) دال عند مستوى دلالة 0.05

يتضح من الجدول (14) أنّ معاملات الاتساق الداخليّ بمعادلة ألفا كرونباخ لبندود مقياس الخبرات الصّادمة تراوحت على المقياس ككل وعلى مجالاته الفرعية بين (0.737 – 0.773) وهي معاملات ثبات مناسبة لأغراض الدراسة، كما أن معاملات التّجزئة النّصفيّة لمقياس الخبرات الصّادمة تراوحت على المقياس ككل وعلى مجالاته الفرعية بين (0.709 – 0.917) وهي معاملات ثبات مناسبة لأغراض الدراسة. أما فيما يتعلق بثبات الإعادة فقد تراوحت معاملات الثّبات بهذه الطريقة لمقياس الخبرات الصّادمة بين (0.645 – 0.954) على المقياس ككل وعلى مجالاته الفرعية وهي أيضا معاملات ثبات مناسبة لأغراض الدراسة.

ج- الصورة النهائيّة لمقياس الخبرات الصّادمة:

يتألف المقياس بصورته النهائيّة من (61) بنداً موزعة على عشرة سلالم (أبعاد) حيث يتكون البعد الأول وهو الاستجابة أثناء الحدث ويمثله السّلم A من (7 بنود) تأخذ بنوده الأرقام من (1 حتى 7)، يليه السّلام التي تعبر عن الاستجابة منذ الحدث حتى الفترة الأخيرة التي سبقت تطبيق المقياس وتبدأ بالسّلم B (4 بنود) وهي أعراض التّأثر التكرار المرضيّ مرقمة البنود من (8 حتى 11) يليه السّلم C (5 بنود) تقيس اضطرابات النوم مرقمة من (12 حتى 16) ثمّ السّلم D (5 بنود) يقيس القلق، حالة عدم الأمان، التّجنّبات الفوبيّة وهي مرقمة من (17 حتى 21)، ثمّ السّلم E (6 بنود) تقيس كل من التّهيج، فقدان السيطرة، فرط اليقظة وفرط الحركة وهي مرقمة من (22 حتى 27) وبعدها السّلم F (5 بنود) يعبر عن ردود الفعل السيّكوسوماتيّة تأخذ البنود الأرقام من (28 حتى 32) يليه السّلم G (3 بنود) وهي تقيس الاضطرابات المعرفيّة مرقمة من (33 حتى 35) بعدها السّلم H (8 بنود) وقياس الاضطرابات الاكثابيّة وأرقامها من (36 حتى 43)، ويأتي بعده السّلم I (8 بنود) وقياس التّجربة الصّدميّة وتأخذ البنود الأرقام من (44 حتى

(51) وأخيراً السلم ل (10 بنود) يعبر عن درجة جودة الحياة وأرقام البنود هي من (52 حتى البند رقم 61). وتتم الإجابة من قبل أفراد العينة بوضع إشارة على سلم درجات من (1 حتى 4) - بدل من (0 حتى 3) في تصحيح المقياس الأصلي - حيث يوضع تلميح تحت السؤال أن 1 يعني منعدم (لم أتأثر مطلقاً)، 2، ضعيف، 3 قوية، 4 قوية جداً، أما السلم ل فتمت الإجابة بنعم أو لا حيث تأخذ نعم 2 ولا 1- بدل من (1 و0) في تصحيح المقياس الأصلي - عدا البنود (J4,J5,J6,J10) تصحح بشكل عكسي، ويعبر الجدول (15) دلالة مستوى الصدمة النفسية للدرجة الكلية والأبعاد حسب قاعدة التقريب الرياضي.

الجدول (15) دلالة مستوى الصدمة النفسية لدرجات الأفراد على أبعاد مقياس تروماك

والدرجة الكلية بعد التعديل

السلم	ضعيفة جداً	ضعيفة	متوسطة	مرتفعة	مرتفعة جداً
A	12-7	15-12	21-15	27-21	28
B	4	7-5	10-8	13-11	16-14
C	5	8-6	12-9	17-13	20-18
D	5	8-6	12-9	17-13	20-18
E	7-6	10-8	15-11	21-16	24-22
F	5	8-6	11-9	14-12	20-15
G	3	5-4	7-6	10-8	12-11
H	9	14-10	20-15	27-21	32-28
I	9	14-10	20-15	27-20	32-28
J	11	12	15-13	18-16	20-19
الدرجة الكلية	61-83	84-114	115-149	150-174	175 وأكثر

2- مقياس معنى الحياة للرشيدي (1996):

بعد الاطلاع على مجموعة من الدراسات مثل دراسة العوادي (2018) وبهلول (2016) ودراسات أخرى حول معنى الحياة، قرّر الباحث استخدام مقياس معنى الحياة لتوفيق الرشيدي (1996) والذي يعدّ من أول المقاييس في البيئة العربية والأكثر تطبيقاً فيها، ولاحتوائه على الأبعاد الرئيسية التي تمّ ذكرها ضمن

الإطار النظري لهذه الدراسة، ولعدم مناسبة بعض المقاييس الشهيرة والحديثة لعينة الدراسة مثل مقياس محمد حسن الأبيض الخاص بالشباب، ولعدم وصول الباحث لمقياس أعم وأشمل حسب ما راجعه من مصادر ومراجع.

أ- وصف المقياس: مقياس معنى الحياة لتوفيق الرشيدي (1996) عبارة عن ترجمة لأداتين وضع الأولى كرابية ومهلك (Crmbaugh & Maholick) عام (1964) بعنوان أهداف الحياة وتتألف من (20) بنداً صممت لتقدير إحساس الفرد من معاناة المعنى والهدف، والأداة الثانية وضعها كرمبو (Crmbaugh) عام (1977) للبحث عن الأهداف العقلية للحياة، وتتكون من (20) عبارة تقيس قوة الدافعية لقياس معنى الحياة، وقد دمجها الرشيدي في أداة واحدة بهدف استخدامها للتعرف على مستوى معنى الحياة، وقام بتقنين هذا المقياس على البيئة المصرية وكان يشتمل بصورته الأولية بعد التقنين الملحق -2- (ص.ص 206-207) على (39) بنداً ويغطي ستة أبعاد وهي: أهداف الحياة، التعلق الإيجابي المتجدد، التحقق الوجودي، الثراء الوجودي، نوعية الحياة، الرضا الوجودي، وتتم الإجابة عن المقياس بـ (لا، قليلاً، متوسطاً، كثيراً) وتشير الدرجة المرتفعة لوجود مستوى مرتفع من معنى الحياة (الرشيدي، 1998).

ويتألف المقياس من الأبعاد الآتية -بعد حذف البند 26 الخاص بالمتقاعدين عن العمل-:

- أهداف الحياة **Purpose in life**: تدور عبارات هذا البعد على أنّ الحياة تكتسب معناها لدى الأفراد من الأهداف المختلفة التي يحددها الإنسان لنفسه، وأنّ هذا المعنى يكون واضحاً لديه باستمرار في مراحل النّموّ المختلفة، وهو عبارة عن ستة بنود (13-16-20-22-25-38).

- التعلق الإيجابي المتجدد **Positive Regard of New Life**: تدور عبارات هذا البعد على أنّه إذا كان معنى الحياة لدى الإنسان واضحاً ومرتفعاً فإنّه يتعلق إيجابياً بالحياة، فيشعر أنّ الفرص متجددة دائماً وأيضاً شخصيته جديدة ويتألف من سبعة بنود (6-7-9-11-12-14-18).

- التّحقّق الوجوديّ **Existence Actualization**: تدور عبارات هذا البعد على التّحقّق الوجوديّ للإنسان والتي تبدو في مسألة الحرّية والمسؤوليّة والتّجديد وقضية الموت، وأنّ الحياة تكون لا معنى لها عندما يخنفي منها الجديد ويتألف هذا البعد من ستة بنود (15-19-28-31-32-33).
- الثّراء الوجوديّ **Richness Existential**: تدور عبارات هذا البعد على الشّعور بالثّراء الوجوديّ مقابل الفراغ الوجوديّ، ويتألف هذا البند من ستة بنود (5-8-17-23-30-36).
- نوعيّة الحياة **Quality of Life**: تدور عبارات هذا البعد على نوعيّة الحياة التي يرغب الإنسان في أنّ يحققها، ويتألف هذا البعد من ستة بنود (2-3-4-21-24-27).
- الرّضا الوجوديّ **Existential Satisfaction**: تدور عبارات هذا البعد على الرّغبة في الحياة أو العزوف عنها، ويتألف هذا البعد من ستة بنود (1-10-29-34-52-37).

ب- طرق الإجابة والتّصحيح: يتكون المقياس بصورته الأولى من 38 بند ووضع أمام كل بند أربع بدائل (لا، قليلاً، متوسطاً، كثيراً) وتتم الإجابة على البند بإجابة واحدة من الخيارات السابقة وأعطيت الدرجات (1،2،3،4) للإجابات حيث تقابل (لا = 1، قليلاً=2، متوسطاً=3، كثيراً=4) ما عد البنود (1، 17،18،19) يتم حسابها بشكل عكسيّ وعليه فإنّ أعلى درجة في الاستبيان تكون 140 وأقل درجة 35 وبالتالي تشير الدّرجة المرتفعة لوجود مستوى مرتفع من معنى الحياة والامتدنيّة لمستوى منخفض. (الرّشديّ، 1998)

ت-دراسة صدق مقياس معنى الحياة:

للتحقّق من معاملات الصدق للأداة قام الباحث باستخدام الطرق الآتية: صدق المحتوى والصدق التّمييزيّ (المجموعات الطرفيّة) وصدق الاتساق الدّاخليّ.

1-صدق المحتوى:

1-1 صدق المحكمين: تمّ التّحقّق من صدق محتوى المقياس بعرضه على مجموعة من المحكمين وبلغ عددهم عشرة محكمين كما يوضح الملحق -5- ص (212)، وذلك من أجل معرفة مناسبة المقياس وملاءمة بنوده للهدف العام والأهداف الفرعية للدراسة الحاليّة وقياس ما وضع لقياسه ووضوحه وسلامته من الناحيّة اللغويّة ووضوح التّعليمات ، و قد أجمع المحكمون على مناسبة

المقياس للدراسة من ناحية اللغة وتوافقه مع أهداف الدراسة الرئيسية والفرعية وذلك بعد اقتراح بعض التغييرات في الصياغة وحذف بعض العبارات المكررة بين الأبعاد ، وبعد التعديل أصبح المقياس بصورته النهائية يتألف من (35) بنداً إذ تمت إضافة بند جديد لبعث الرضا الوجودي وحذف بنود أخرى من الأبعاد كما يوضح الجدول (16) وكذلك الملحقان (2 و7).

الجدول (16) العبارات المحذوفة والمضافة وعدد البنود لكل سلم قبل وبعد التحكيم لمقياس معنى الحياة

العبارات المضافة	عدد العبارات بعد التعديل	العبارات المحذوفة	عدد العبارات قبل التعديل	أبعاد مقياس معنى الحياة
اكتشفت أن للحياة اهداف واضحة ومفيدة	7		6	الرضا الوجودي
	5	أشعر أن حياتي مليئة بالأشياء الجميلة والمثيرة للاهتمام	6	نوعية الحياة
	6	أفكر باستمرار في سر الحياة	7	التعلق الإيجابي المتجدد
	6		6	الثراء الوجودي
	5	أشعر عادة بالحيوية والحماس	7	أهداف الحياة
		اكتشفت أن للحياة اهداف واضحة ومفيدة		
	6		6	التحقق الوجودي
	35		38	عدد العبارات الكلية

1-2 الصدق الظاهري: بعد التحكيم تم تطبيق الدراسة الاستطلاعية على (33) شخصاً من مبتوري الأطراف في مركزين للعلاج الفيزيائي في محافظة إربل تم اختيارهم بشكل عرضي - ليست جزءاً من عينة الدراسة الأساسية - بهدف استكمال دراسة صدق المقياس وثباته إحصائياً، ومعرفة وضوح البنود والتعليمات والصعوبات التي قد تواجه التطبيق النهائي إذ طلب من الأشخاص الذين أجابوا عن الاستبيان إبداء أي ملاحظات يجدونها أو اقتراحات أو بنود غير مفهومة.

وبعد تطبيق الاستبيان على العينة الاستطلاعية، تم تفرغ بيانات أفراد العينة الاستطلاعية على البرنامج الإحصائي (SPSS)، وتمت دراسة باقي معاملات الصدق والثبات لمقياس معنى الحياة بصورته النهائية.

2- الصدق التمييزي (المجموعات الطرفية):

تم حساب صدق المجموعات الطرفية باستخدام معامل التمييز بين التلث الأدنى والتلث الأعلى لاستجابات المفحوصين في ضوء درجاتهم الكلية على المقياس، حيث رتبت البنود بشكل تنازلي ثم أخذت أعلى (33%) منها وأدنى (33%) منها، وعولجت النتائج إحصائياً باستخدام اختبار (T.test) لدلالة الفروق بين الفئتين وكانت النتائج كما يظهر الجدول (17).

الجدول (17) حساب معاملات الصدق لمقياس معنى الحياة بطريقة الصدق التمييزي.

المجموعة	عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Sig	درجات الحرية	T	Sig. درجة الدلالة المعنوية (2-tailed)
الدرجات الدنيا	11	86.30	7.25	0.55	20	11.17	0.000
الدرجات العليا	11	121.10	6.65				

ويتضح من الجدول (17) وجود فروق بين متوسطات الدرجات العليا ومتوسطات الدرجات الدنيا وأن قيمة ت (0.000) وهي أصغر من (0.05) وهو مستوى الدلالة الافتراضي مما يشير لوجود فروق بين أفراد عينة التقنين على المقياس ككل، وهذه الفروق لصالح درجات الفئات العليا، لأن المتوسطات الحسابية لها أكبر، وهذا يدل على تمتع المقياس بالصدق بدلالة الفروق الطرفية أي أن المقياس يميز بين الأفراد الذين يملكون مستويات عالية من معنى الحياة وبين الأفراد الذين يملكون مستويات منخفضة مما يدل على الصدق التمييزي للمقياس.

3- صدق الاتساق الداخلي: تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي للأداة عبر ثلاث خطوات:

الخطوة الأولى بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه الفقرة، والجدول (18) يوضح معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات الأبعاد والدرجة الكلية للبعد.

الجدول (18) معاملات الارتباط لمقياس معنى الحياة بين كل بند والدرجة الكلية للبعد

رقم الفقرة	البعد	العبرة	معامل الارتباط	القرار
12	أهداف الحياة	أثناء تحقيقي لهدفي الحالي، أخطط للهدف الذي يليه	.663**	دال
15		أعتقد أنني وصلت إلى الهدف الذي كنت أبحث عنه طيلة حياتي	.705**	دال
19		عندما أعمل على تحقيق أهداف حياتي أشعر بالحيوية والحماس	.504**	دال
21		أعيش حياتي بأهداف مفهومة واضحة.	.747**	دال
24		أفضل أن أعيش حياتي هذه أكثر من مرة	.770**	دال
6	التعلق الإيجابي المتجدد	أعتقد أن حياتي الجميلة سوف تأتي مستقبلاً	.674**	دال
7		لدي أمل بأن يحمل المستقبل لي أشياء مهمة وسعيدة	.706**	دال
9		أفكر في تحقيق شيئاً جديداً مختلفاً عما هو مألوف	.602**	دال
11		أرغب بإيجاد فرص جديدة في حياتي	.662**	دال
13		أجد نفسي بحاجة إلى المغامرة والتجديد	.605**	دال
17		ينقصني أن أفعل شيئاً له قيمة في حياتي	.606**	دال
14		يلازمني الشعور بأن أحقق ذاتي	.380°	دال
18		يجب ان أعمل شيئاً غير عادي ويكون له هدف	.391°	دال
25		حياتي جميلة وتستحق أن أعيشها	.614**	دال
28		أتحمل مسؤوليتي في الحياة بشكل كامل	.359°	دال
29	التحقق الوجودي	أرى أن الإنسان له الحرية الكاملة في الاختيار	.645**	دال
30		لا أخاف من الموت	.764**	دال
2		أستطيع تحقيق الأمور المهمة في حياتي	.782**	دال
3		أبحث دائماً عن النشاطات والاهتمامات الجديدة التي استمتع بها	.550**	دال
4		أستطيع تحدد الأمور التي أفتقدها في حياتي تحديداً دقيقاً	.683**	دال
20		تبدو الحياة بالنسبة لي ممتعة ومثيرة للاهتمام	.680**	دال
23		كل يوم هو يوم جديد بالنسبة لي	.661**	دال
01		أفكر في معنى الحياة باستمرار	.341°	دال
10		أسعى لتغيير هدف حياتي الرئيسي	.418°	دال
31		أتجنب التفكير في الانتحار	.616**	دال
32	الرضا الوجودي	أتمتع بالقدرات والإمكانات لتحقيق هدفي في الحياة	.498°	دال
34		اكتشفت أن للحياة أهدافاً واضحة ومفيدة	.682**	دال
35		قيامي بأعمالي اليومية مصدر سروري وسعادتني	.605**	دال
26		أعرف الهدف والحكمة من وجودي في الحياة	.475°	دال

5	أشعر بالاستقرار في حياتي	.522**	دال
8	أحلم أن أجد نفسي في مكان جديد وشخصية جديدة	.403°	دال
16	لقد استهلكت كل طاقاتي لإنجاز هدف حياتي	.615**	دال
22	أتمتع بشخصية مليئة بالمعاني والقيم	.490**	دال
27	علاقتي بمن حولي تتناسب مع معنى الحياة لدي	.476°	دال
33	أتحكم بحياتي بشكل كامل	.456°	دال

(**) دال عند مستوى دلالة 0.01 ; (*) دال عند مستوى دلالة 0.05

يتضح من الجدول (18) أن جميع معاملات الارتباط بين بنود كل بعد درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد دالة إحصائياً عند مستوى دلالة معنوية (0.01) و(0.05) مما يشير لوجود تجانس داخلي لبنود المقياس، وأن البنود تقيس ما وضعت لقياسه.

أما الخطوة الثانية فكانت عبر إيجاد معاملات الارتباط بين كل درجة كل بعد من أبعاد مقياس معنى الحياة ودرجات المجالات الأخرى، وإيجاد معاملات الارتباط بين درجات المجالات المقياس ودرجته الكلية. والجدول (19) يوضح نتائج معاملات الارتباط بين درجات أبعاد المقياس ودرجته الكلية.

جدول (19) معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس معنى الحياة ودرجات الأبعاد الأخرى وبين درجات أبعاد المقياس ودرجته الكلية

مقياس معنى الحياة	نوعية الحياة	الثراء الوجودي	التعلق الإيجابي	أهداف الحياة	التحقق الوجودي	الرضا الوجودي	الدرجة الكلية
نوعية الحياة	1	.597**	.651**	.633**	.609**	.611**	.895**
الثراء الوجودي		1	.347*	.580**	.403*	.390*	.668**
التعلق الإيجابي			1	.379*	.503**	.568**	.764**
أهداف الحياة				1	.593**	.408*	.755**
التحقق الوجودي					1	.518**	.769**
الرضا الوجودي						1	.734**
الدرجة الكلية معنى الحياة							1

(**) دال عند مستوى دلالة 0.01 ; (*) دال عند مستوى دلالة 0.05

نلاحظ من الجدول رقم (19) أن جميع معاملات الارتباط بين مجالات المقياس مع بعضها بعض وبين المجالات والدرجة الكلية للمقياس كانت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) و(0.05) مما يشير إلى

أن هذه المجالات مرتبطة مع بعضها بعض ومرتبطة أيضاً مع الدرجة الكلية، وأنها تقيس ما وضعت لقياسه وهذا يؤكد الصدق البنوي لمقياس معنى الحياة.

أما الخطوة الثالثة فكانت بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات كل بند من بنود المقياس مع الدرجة الكلية لمقياس معنى الحياة، وكانت النتائج حسب ما يوضحه الجدول (20)

الجدول رقم (20) معاملات الارتباط بيرسون بين كل بند والدرجة الكلية لمقياس معنى الحياة

رقم البند	الارتباط	القرار	رقم البند	الارتباط	القرار
1	.501**	دال	19	.349*	دال
2	.631**	دال	20	.694**	دال
3	.449*	دال	21	.583**	دال
4	.597**	دال	22	.553**	دال
5	.404*	دال	23	.627**	دال
6	.628**	دال	24	.644**	دال
7	.672**	دال	25	.434*	دال
8	.354*	دال	26	.432*	دال
9	.390*	دال	27	.354*	دال
10	.426*	دال	28	.749**	دال
11	.507**	دال	29	.394*	دال
12	.649**	دال	30	.592**	دال
13	.562**	دال	31	.495**	دال
14	.359*	دال	32	.432*	دال
15	.367*	دال	33	.413*	دال
16	.364*	دال	34	.385*	دال
17	.494**	دال	35	.493**	دال
18	.471**	دال			

(**) دال عند مستوى دلالة 0.01 ; (*) دال عند مستوى دلالة 0.05

ث- معاملات الثبات للأداة: للتحقق من معاملات الثبات للأداة قام الباحث باستخدام الطرق الآتية: طريقة ألفا كرونباخ، طريقة التجزئة النصفية، الثبات بالإعادة.

- 1- ثبات الاتساق الداخلي بمعادلة ألفا كرونباخ: بعد تطبيق المقياس تم حساب معامل الاتساق الداخلي باستخدام معادلة ألفا كرونباخ لدرجات العينة الاستطلاعية نفسها على مقياس معنى الحياة لقياس الثبات، والجدول (21) يوضح نتائج معاملات الثبات بهذه الطريقة.
- 2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية: تم حساب معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية إذ تمت قسمة بنود المقياس إلى جزئين (البنود الفردية والبنود الزوجية) ثم استخراج معامل ثبات التجزئة النصفية لمقياس معنى الحياة لدرجات العينة الاستطلاعية نفسها باستخدام معادلة سيبرمان - براون كما هو موضح بالجدول (21).
- 3- الثبات بالإعادة: قام الباحث باستخراج معامل الثبات لمقياس معنى الحياة على العينة الاستطلاعية نفسها من خلال إعادة تطبيق المقياس للمرة الثانية بعد مضي حوالي أسبوعين من التطبيق الأول، وجرى استخراج معامل الثبات بطريقة الإعادة عن طريق حساب معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثاني كما في الجدول (21).

الجدول (21) معاملات ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية وثبات الإعادة لمقياس معنى الحياة

أبعاد مقياس معنى الحياة	عدد العبارات	ألفا كرونباخ	ثبات التجزئة النصفية	ثبات إعادة الاختبار
الرضا الوجودي	7	0.763	0.695	0.645**
نوعية الحياة	5	0.744	0.762	0.761**
التعلق الإيجابي المتجدد	6	0.758	0.782	0.705**
النّراء الوجودي	6	0.775	0.629	0.624**
أهداف الحياة	5	0.762	0.731	0.693**
التحقق الوجودي	6	0.761	0.591	0.602**
الدرجة الكلية للمقياس	6	0.792	0.846	0.781**

(**) دال عند مستوى دلالة 0.01

يتضح من الجدول (21) أن معاملات الاتساق الداخلي بمعادلة ألفا كرونباخ لبنود مقياس معنى الحياة تراوحت على المقياس ككل وعلى مجالاته الفرعية بين (0.744-0.792) وهي معاملات ثبات مناسبة لأغراض الدراسة، كما أن معاملات التجزئة النصفية لمقياس معنى الحياة تراوحت على المقياس ككل وعلى مجالاته الفرعية بين (0.591-0.846) وهي معاملات ثبات مناسبة لأغراض الدراسة، أما فيما يتعلق بثبات

الإعادة فقد تراوحت معاملات الثبات بهذه الطريقة لمقياس معنى الحياة بين (0.602-0.781) على المقياس ككل وعلى مجالاته الفرعية وهي أيضا معاملات ثبات مناسبة لأغراض الدراسة.

ج- مقياس معنى الحياة بصورته النهائية:

يتألف مقياس معنى الحياة بصورته النهائية من (35) بند كما يوضح الملحق -7-(ص. ص 218-219) تتوزع على ستة أبعاد وهذه الأبعاد هي:

- أهداف الحياة: وهو عبارة عن خمسة بنود تأخذ في المقياس الأرقام (12-15-19-21-24).
 - التعلق الإيجابي المتجدد: يتألف هذا البعد من ستة بنود وأرقامها هي (6-7-9-11-13-17).
 - التحقق الوجودي: ويتألف هذا البعد من ستة بنود وأرقامها في المقياس (14-18-25-28-29-30).
 - الثراء الوجودي: ويتألف هذا البند من ستة بنود وأرقامها في المقياس هي (5-8-16-22-27-33).
 - نوعيّة الحياة: ويتألف هذا البعد من خمسة بنود وأرقامها في المقياس هي (2-3-4-20-23).
 - الرضا الوجودي: ويتألف هذا البعد من سبعة بنود وأرقامها في المقياس (1-10-26-31-32-34-35).
- وبالنسبة للتصحيح فقد ووضعت أمام كل بند أربعة بدائل (لا، قليلاً، متوسطاً، كثيراً) وتتم الإجابة عن البند بإجابة واحدة من الخيارات السابقة وأعطيت الدرجات (1،2،3،4) للإجابات حيث تقابل (لا =1، قليلاً=2، متوسطاً=3، كثيراً=4) ما عد البنود (1،16،17،30) يتم حسابها بشكل عكسي وعليه فإن أعلى درجة في الاستبيان بصورته النهائية تكون 140 وأقل درجة 35 وبالتالي تشير الدرجة المرتفعة إلى وجود مستوى مرتفع من معنى الحياة والمتدنية لمستوى منخفض ويشير الجدول (22) إلى دلالة مجموع الدرجات الكلية للأفراد على مقياس معنى الحياة والمستوى المقابل لذلك بعد طرح درجات البنود المحذوفة وحسب قاعدة التقريب الرياضي .

الجدول (22) دلالة مجموع الدرجات الكلية للأفراد على مقياس معنى الحياة

المجموع الكلي	55-35	76-56	97-77	118-98	119 وأكثر
التقييم	فقدان المعنى	مستوى متدني	مستوى متوسط	مستوى جيد	مستوى مرتفع

خامساً- إجراءات الدراسة:

قام الباحث بمجموعة من الخطوات الإجرائية في إعداد هذه الدراسة الحالية وفق تسلسل الخطوات الآتية:

- الإطلاع على مجموعة كبيرة من الدراسات وأدبيات علم النفس التي تناولت متغيري الدراسة الخبرات الصّادمة ومعنى الحياة وتحديد الدراسات المتعلقة والقريبة من الدراسة الحالية.
- استعراض الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت متغيري البحث والاستفادة منها في المنهجية المتبعة واختيار الأدوات المناسبة.
- إجراء دراسة استطلاعية لمعرفة مدى وجود وتأثير مشكلة الدراسة.
- إعداد الأدوات في صورتها الأولية وعرضها على المشرف ثم على عدد من السادة المحكمين في جامعات مختلفة لإبداء الرأي وبناء على تلك الملاحظات تمّ تعديل الأدوات والوصول إلى الصورة النهائية لها.
- تطبيق الأدوات على العينة الاستطلاعية (عينة التقنين) والتي تكونت من (33) شخصاً من مبتوري الأطراف تمّ اختيارهم بشكل عرضي من عدة مراكز للعلاج الفيزيائي للتحقق من صدق الأدوات وثباتها.
- بعد التأكد من الصدق والثبات تمّ تجهيز رابط الكتروني للاستبيان لضمان عدم ضياع أي معلومات وكذلك لزيادة السرية أثناء جمع المعلومات.
- تحديد مجتمع الدراسة وعينتها، إذ حدد المجتمع الأصلي للدراسة بجميع البالغين فوق (18) سنة والذين فقدوا طرفاً أو أكثر نتيجة الحرب أو المخلفات الحربية منذ بداية الحرب في سوريا والذين يتواجدون في محافظة إدلب وقت الدراسة ، و بعد التّواصل مع جهات عديدة وبسبب غياب أيّ إحصائيات رسمية وعدم تعاون أغلب الجهات فقد حدد مجتمع الدراسة بشكل تقريبي حسب بيانات المركز التّخصصي للعلاج الفيزيائي والمشروع الوطني للأطراف الصناعية في إدلب بـ (3699) شخص من مبتوري الأطراف يتوزعون في مناطق مختلفة تابعة لمحافظة إدلب ، ثم سحبت منهم عينة عشوائية طبقية بنسبة (10%) وبلغ عددها (370) شخص من مبتوري الأطراف وذلك بالاعتماد على توزيعهم الجغرافي وانتشار مراكز العلاج الفيزيائي.

- التّواصل مع مديري مراكز العلاج الفيزيائيّ المستهدفة ومع بعض الجهات الطبيّة وكذلك المجالس المحليّة لتنسيق عملية جمع البيانات والمعلومات المختلفة المطلوبة من الطرفين وبعد ذلك تمّ استبدال بعض المراكز لعدم موافقة الجهات الدّاعمة على مشاركة المعلومات.
- بعد تحديد أفراد العيّنة وطرق الوصول إليهم قام الباحث بتدريب بعض المتطوعين لمشاركته بتطبيق الأدوات بسبب التوزع الجغرافيّ الكبير للعيّنة.
- تطبيق أدوات الدّراسة على أفراد العيّنة في الفترة الممتدة من الشهر الثالث من عام 2022 وحتى الشهر السادس من العام نفسه.
- بعد جمع البيانات تمّ إجراء المعالجات الإحصائيّة للبيانات التي تمّ الحصول عليها من أفراد العيّنة واستخراج النّتائج.
- مناقشة نتائج الدّراسة في ضوء المقارنة مع نتائج الدّراسات السّابقة وكذلك الإطار النظريّ للبحث والخبرة الميدانيّة للباحث والظروف المؤثرة على مبنوري الأطراف في محافظة إدلب.
- التّوصل إلى مجموعة من المقترحات والتّوصيات التي يمكن أن تفيد في دراسات أخرى مرتبطة بمبنوري الأطراف وكذلك إلى توصيات للجهات الفاعلة في المجتمع بغية الاستعادة العمليّة من نتائج الدّراسة في تحسين أوضاع مبنوري الأطراف.

سادساً- الأساليب الإحصائيّة المستخدمة في تحليل نتائج الدّراسة:

اعتمد الباحث في الدّراسة السيّكومترية لأدوات الدّراسة وفي تحليل نتائج أسئلة الدّراسة وفرضياتها على البرنامج الإحصائيّ الحاسوبيّ (Spss-23)، كما استخدم الأساليب والطرائق الإحصائيّة المعلمية (البارومترية) بعد التّحقق من طبيعة توزّع درجات أفراد عينة الدّراسة على أدوات الدّراسة، وذلك من خلال استخدام الاختبار الاعتماليّ (كالموغراف سمير نوف) حيث كانت مستويات الدلالة للمقياسين أكبر من (0.05) وعليه فإنّ البيانات توزعت توزع طبيعيّ، وبالتالي فقد استخدم الباحث في استخلاص النّتائج الأساليب الإحصائيّة الآتية :

- أساليب الإحصاء الوصفي المتمثلة بالمتوسطات الحسابية والفرضية والترتيبية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية.
- اختبارات ستودنت (T-Test) للعينات الواحدة لحساب مستوى الخبرات الصادمة ومستوى معنى الحياة.
- معامل الارتباط بيرسون لحساب العلاقة الارتباطية بين درجة الخبرات الصادمة ومعنى الحياة لدى أفراد عينة الدراسة.
- اختبارات ستودنت (T-Test) لعينتين مستقلتين لتحليل الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على أدوات الدراسة وفقاً لمتغيرات الدراسة (الجنس، نوع البتر، تركيب طرف اصطناعي، تلقي الدعم النفسي).
- اختبار تحليل التباين الأحادي الاتجاه ANOVA (أونوا) لتحليل الفروق بين متغيرات الدراسة الثلاثية تبعاً لنوع البتر وكذلك اختبار شافيه (Scheffe) لتحديد اتجاه الفروق.
- وأخيراً لابد من الإشارة إلى أنّ الباحث اعتمد مستوى الدلالة (0.05) معياراً لرفض أو قبول الفرضية، وإذا كان الاختبار الإحصائي المستخدم دالاً عند مستوى دلالة (0.01) فإن الباحث قام بالإشارة إلى ذلك رغبة منه في المزيد من الدقة والتوضيح.

سابعاً- الصعوبات التي واجهت الباحث وكيفية تجاوزها:

- عدم وجود أيّ إحصائيات مجمعة ورسمية لعدد مبتوري الأطراف وخصائصهم في محافظة إدلب سواء لدى الجهات الطبية أو المجالس المحلية، لذلك قام الباحث بمراسلة المنظمات العاملة في مراكز العلاج الفيزيائي والأطراف الصناعية لتأمين الإحصائيات التقريبية.
- عدم تعاون العديد من مراكز العلاج الفيزيائي والأطراف الصناعية لأسباب تتعلق بالمنظمات الداعمة وغياب جهة تنظيم واحدة لجميع الجهات، وطلب بعض الموظفين في بعض المراكز مقابلاً مادياً للمساعدة بتطبيق الاستبيانات، واستطاع الباحث تجاوز تلك المشكلة عن طريق الاستعانة ببعض المسؤولين في الجهات الطبية لطلب مساعدة الباحث بعد شرح هدف الدراسة وأهميتها لهم.

- التّوزع الجغرافي الواسع لمبتوري الأطراف في محافظة إدلب وصعوبة الوصول إلى جميع أفراد مجتمع البحث وتسجيل بعضهم في أكثر من مركز للعلاج الفيزيائيّ مما صعب في الوصول لرقم تقريبيّ لمجتمع البحث، لذلك قام الباحث بالاستعانة بمؤسسة التنمية في إدلب للوصول لأرقام الأشخاص المسؤولين عن مصابي الحرب في مناطق إدلب وكذلك الاستعانة ببعض مسؤولي مراكز العلاج الفيزيائيّ للغرض نفسه.
- كبر حجم أفراد العيّنة التي اختارها الباحث وحساسية الفئة بسبب الإعاقة والتعرض للصدمة وبخاصة الإناث مما أدى أيضاً لوقت أطول لتطبيق الاستبيان، وقد تجاوز الباحث تلك المشكلة من خلال عمله ضمن منظمة لها مراكز مختلفة تقدم العلاج الفيزيائيّ والدعم النفسيّ لمبتوري الأطراف وقام بمساعدته بعض زملائه بذلك.
- عدم القدرة على التّطبيق الجماعيّ للاستبيان بسبب عدم القدرة على تأمين مكان لذلك وكذلك التكاليف المتصلة بذلك من مواصلات للباحث وأفراد العيّنة، لذلك قام الباحث بأخذ وقت أطول للتطبيق وقام بطلب المساعدة من زملائه في مجال الدعم النفسيّ كما ذكر سابقاً.

الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيرها

أولاً- نتائج الدراسة وتفسيرها

1. نتائج السؤال الأول وتفسيره.
 2. نتائج السؤال الثاني وتفسيره.
 3. نتائج السؤال الثالث وتفسيره.
 4. نتائج السؤال الرابع وتفسيره.
 5. نتائج السؤال الخامس وتفسيره.
 6. نتائج السؤال السادس وتفسيره.
 7. نتائج السؤال السابع وتفسيره.
 8. نتائج السؤال الثامن وتفسيره.
 9. نتائج السؤال التاسع وتفسيره.
 10. نتائج السؤال العاشر وتفسيره.
 11. نتائج السؤال الحادي عشر وتفسيره.
 12. نتائج السؤال الثاني عشر وتفسيره.
 13. نتائج السؤال الثالث عشر وتفسيره.
- ثانياً- توصيات ومقترحات الدراسة

تمهيد:

يتناول الفصل الخامس لهذه الدراسة المعالجة الإحصائية لأسئلة الدراسة ثم مناقشتها وتفسيرها في ضوء الإطار النظري السابق والواقع الميداني وفي ضوء نتائج الدراسات السابقة، كما يتضمن هذا الفصل تقديم مجموعة من المقترحات التي يمكن أن تغني الدراسة في مجال تحديد العلاقة بين الخبرات الصادمة ومعنى الحياة لدى عينة أفراد الدراسة، وكذلك بعض التوصيات التي توصل لها الباحث من خلال الخبرة البحثية والميدانية عن موضوع الدراسة والتي قد تسهم في تحسين أوضاع مبتوري الأطراف في حال الأخذ بها، وفيما يلي عرض مفصل لنتائج أسئلة الدراسة وفرضياتها وتفسيراتها.

أولاً: نتائج أسئلة الدراسة وتفسيرها:

1-السؤال الأول: ما مستوى الخبرات الصادمة لدى الأفراد مبتوري الأطراف؟

للإجابة عن هذا السؤال قام الباحث باستخدام طريقة ت للعينة الواحدة One-Sample Test وذلك بعد حساب المتوسط الفرضي عن طريق المعادلة: مجموع البدائل / عددها × عدد البنود.

حيث قام بحساب المتوسط للسالم التسعة الأولى والتي كانت بدائل إجابتها من (1 ل 4) وحدها ثم نحسب السلم الأخير (جودة الحياة) والذي بدائل إجابته (1 و 2) فقط على حدا.

- المتوسط الفرضي للسالم من (1 ل 9) هو: $127.5 = 51 \times 2.5 = 51 \times 4 / 4 + 3 + 2 + 1$
- المتوسط الفرضي للسالم العاشر (جودة الحياة) هو: $15 = 10 \times 1.5 = 10 \times 2 / 2 + 1$
- مجموع المتوسط الفرضي لمقياس الخبرات الصادمة ككل هو: $142.5 = 15 + 127.5$

ومنه نجد أنّ (142.5) هي قيمة المتوسط الفرضي للمقياس ككل وبنفس الطريقة نقوم بحساب المتوسط الفرضي لكل سلم (بعد) على حدا، ثم بحساب المتوسط المحسوب ومقارنته بالفرضي عن طريق حساب ت One-Sample Test، وحساب الوزن النسبي لنتائج الأبعاد لمعرفة ترتيب متوسط درجات الافراد على كل بعد وذلك باستخدام معادلة الوزن النسبي وهي:

$$\text{الوزن النسبي} = \frac{\text{المتوسط الحسابي/الدرجة الكلية للبعد}}{100 \times}$$

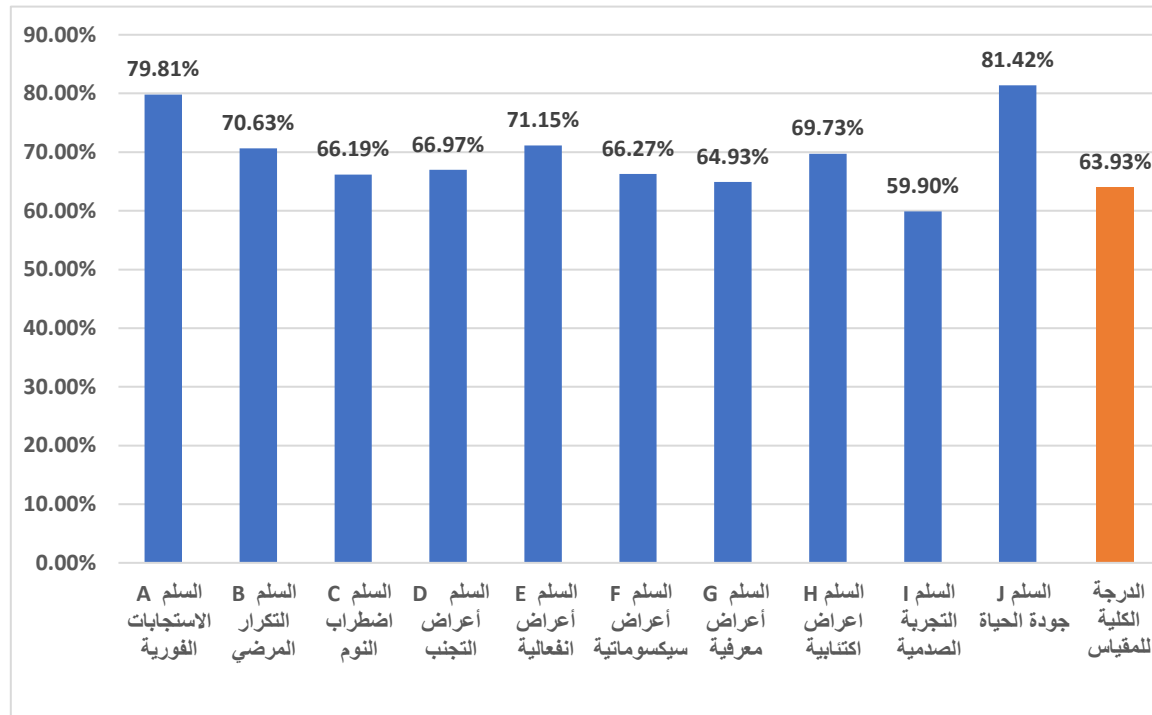
وكانت النتائج كما يوضح الجدول (23).

الجدول (23) المتوسط الفرضي والمحسوب والانحراف المعياري ونتائج اختبار ت One-Sample Test والوزن النسبي لدرجات أفراد العينة على كل بعد من أبعاد مقياس الخبرات الصادمة والدرجة الكلية.

الرتيب	التقدير	الوزن النسبي	الدالة الإحصائية	مستوى الدلالة	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط المحسوب	المتوسط الفرضي	الدرجة الكلية للبعد	البعد
2	مرتفع	%79.814	دال إحصائياً	0.000	20.745	4.495	22.348	17.5	28	السلام الاستجابات الفورية
5	مرتفع	%69.456	دال إحصائياً	0.000	6.832	3.135	11.113	10	16	السلام التكرار المرضي
8	مرتفع	%66.185	دال إحصائياً	0.001	3.512	4.041	13.237	12.5	20	السلام اضطراب النوم
6	مرتفع	%66.97	دال إحصائياً	0.000	4.312	3.990	13.394	12.5	20	السلام أعراض التجنب
3	مرتفع	%71.145	دال إحصائياً	0.000	9.604	4.157	17.075	15	24	السلام أعراض انفعالية
7	مرتفع	%66.27	دال إحصائياً	0.000	3.918	3.702	13.254	12.5	20	السلام أعراض سيكوسوماتية
9	مرتفع	%64.925	دال إحصائياً	0.021	2.327	2.413	7.791	7.5	12	السلام أعراض معرفية
4	مرتفع	%69.728	دال إحصائياً	0.000	7.973	5.581	22.313	20	32	السلام أعراض اكتئابية
10	منخفض	%59.90	دال إحصائياً	0.005	-2.816	5.667	19.170	20	32	السلام التجربة الصدمية
1	مرتفع	%81.415	دال إحصائياً	0.000	9.512	2.596	16.283	15	20	السلام جودة الحياة
	مرتفع		دال إحصائياً	0.000	8.72	29.742	155.983	142.5	244	الدرجة الكلية للمقياس

يتضح من الجدول (23) أن مستوى الدلالة للدرجة الكلية للمقياس هو (0.000) أصغر من (0.05) وبالتالي هناك فروق بين المتوسط الفرضي والمحسوب، وبما أن المتوسط الفرضي أصغر من المتوسط المحسوب فهذا يدل على مستوى مرتفع من الخبرات الصادمة لدى أفراد العينة.

وبنفس الطريقة نلاحظ أن نتائج المتوسطات ومستوى الدلالة لباقي الأبعاد كانت دالة إحصائياً أصغر من (0.05)، وبالتالي هناك فروق بين المتوسط الفرضي والمحسوب، وبمقارنة متوسطات درجات الأفراد على الأبعاد مع المتوسط الفرضي نجد أن المتوسط المحسوب لجميع السّلام أعلى من المتوسط الفرضي مما يدل على وجود مستوى مرتفع لدى أفراد العينة على جميع الأبعاد ما عدا السلم A وهو بعد التجربة الصدمية كان المتوسط المحسوب أصغر من الفرضي مما يدل على مستوى منخفض لمتوسط لأفراد العينة على هذا البعد والشكل (8) يوضح التمثيل البياني لتوزيع نتائج أفراد العينة على مقياس الخبرات الصادمة.



الشكل (8) تمثيل بياني لنسب توزيع نتائج أفراد العينة على مقياس الخبرات الصادمة

ومن خلال الوزن النسبي لأبعاد المقياس نجد أنّ مستوى بعد جودة الحياة كان الأكثر تأثيراً حيث كان ترتيبه الأعلى يليه على التوالي أبعاد الاستجابات الفورية، الأعراض الانفعالية، الأعراض الاكتئابية، التكرار المرضي، أعراض التجنب، الأعراض السيكوسوماتية، اضطرابات النوم، الأعراض المعرفية، بينما كان بعد التجربة الصدمية في نهاية الترتيب، ولا بدّ من الإشارة إلى ما تمّ ذكره سابقاً من أنّ نتيجة بعد جودة الحياة ذات مدلول عكسيّ بحيث يعبر عن تأثير هذا البعد بالحدث الصادم وبالتالي تشير الدرجة المرتفعة على مقياس تروماك لانخفاضه وتمت مراعاة ذلك في التصحيح، كما تمكن العودة إلى الجدول -15- (ص125) للتحقق من دلالات النتائج حسب جدول تصحيح مقياس تروماك إذ يبين أنّ نتائج جميع أبعاد المقياس وقعت في المستوى المرتفع ما عدا التجربة الصدمية فقد وقعت في المستوى المتوسط.

نلاحظ أنّ هذه النتيجة تتفق مع دراسة صالح و مظهر (2019) في وجود مستوى مرتفع من الخبرات الصادمة، ومع دراسة بومزاوط وبلمارس (2019) في النتائج المرتفعة للعيينة على مقياس تروماك، ومع دراسة ميمونة (2017) في ظهور أعراض الصدمة النفسية والاضطرابات المختلفة بعد البتر، ومع دراسة روشا وآخرين (Roşca, et al,2021) في الأعراض التي ظهرت بعد البتر وتأثر البعد الانفعالي بشكل رئيسي، و مع دراسة ليو وآخرين (Liu, et al,2010) في ارتفاع نسبة ظهور أعراض جسدية ونفسية (أعراض سيكوسوماتية) بعد البتر، ومع نتائج دراسة منصور وآخرين (Mansoor, et al,2010) في ارتفاع نسبة المراضة النفسية (الأعراض المختلفة للاضطرابات النفسية) بعد البتر وبالأخص أعراض الاكتئاب والبعد الانفعالي.

وتتفق مع دراسة كوبر أوغلو وآخرين (Copuroglu, et al,2010) في ارتفاع نسبة ظهور الأعراض التي بحاجة لاستشارة والتي تمّ التعبير عنها بالاستجابات الفورية ضمن الدراسة، وفي ارتفاع نسبة ظهور الأعراض التآلية للصدمة بعد البتر، ومع دراسة مرغوب وآخرين (Margob, et al,2008) في ارتفاع نسبة الأعراض الدالة على اضطراب ما بعد الصدمة للحالات بعد البتر، كما اتفقت مع ما وصلت إليه دراسة سارة وآخرين (Sara, et al,2006) من أنّ البتر الناتج عن صدمة والغير مخطط له يتبعه انتشار عال للاضطرابات النفسية المختلفة وبالأخص اضطراب ما بعد الصدمة.

في حين اختلفت مع نتائج دراسة شاليش (2016) التي أظهرت أن النسبة الأكبر من الأفراد بعد البتر كان مستوى الخبرات الصادمة لديهم بين المستوى المتوسط والمنعدم حيث لم يظهر المستوى المرتفع كما في الدراسة الحالية.

ويرى الباحث أن النتيجة التي وصل إليها في الإجابة عن السؤال السابق كانت متفقة مع نتائج أغلب الدراسات السابقة، وكذلك مع ما ورد في الإطار النظري من حيث أن الأشخاص الذين يتعرضون لحدث صادم يكون في طبيعته مثل الحدث الصادم الذي تعرضت له العينة - موقف تضمن تهديد إصابة جسدية وتهديد للسلامة الجسدية الشخصية ومواجهة الموت - يكونون أكثر عرضة للاضطرابات النفسية الناتجة عن الخبرات الصادمة ، وكذلك نجد أن جزءاً كبيراً من الأعراض طويلة الأمد للخبرات الصادمة التي تم ذكرها في الإطار النظري وتضمنها مقياس الخبرات الصادمة قد ظهرت لدى أفراد العينة مما يؤكد صحة ما وصلت له نتيجة السؤال السابق للدراسة الحالية.

ويعزو الباحث بقاء المستوى المرتفع للخبرات الصادمة ولباقي الاضطرابات المرتبطة بها بعد البتر بفترة طويلة لما يعانيه مبتوري الأطراف في محافظة إدلب من ظروف قاسية وغياب الخدمات مثل غياب الخدمات النفسية المتخصصة في علاج الصدمات وكذلك نقص الاحتياجات الأساسية من غذاء ودواء ومعينات حركية والأهم من كل ذلك النزوح المستمر والبحث عن مأوى مناسب وغياب الدعم المادي والحكومي وعدم وجود خدمات مناسبة لهم ولاحتياجاتهم، والعزوف عن تشغيلهم من قبل أرباب العمل نظراً لإعاقتهم مما يمنعهم من العودة إلى حياتهم الطبيعية قبل البتر، وهذا ما تعكسه المعلومات التي جمعها الباحث عند تطبيق الاستبيان إذ كان أكثر من (90) % من أفراد العينة عاطلين عن العمل وهو ما نتج عنه تأثر جودة الحياة لديهم بالدرجة الأولى بصورة سلبية كما أظهرت نتائج الدراسة الحالية، أما عدم ارتفاع مستوى التجربة الصدمية فقد يكون راجعاً إلى طبيعة الحدث الصدمي وهو القصف والمعارك مما يخفف من مشاعر الذنب والشعور بالإهانة والذي يعبر عنه هذا البعد.

2-السؤال الثاني: ما مستوى معنى الحياة لدى الأفراد مبتوري الأطراف؟

للإجابة عن هذا السؤال قام الباحث باستخدام طريقة ت للعينة الواحدة One-Sample Test وذلك بعد حساب المتوسط الفرضي للعينة على مقياس معنى الحياة (87.5)، ثم بحساب المتوسط المحسوب

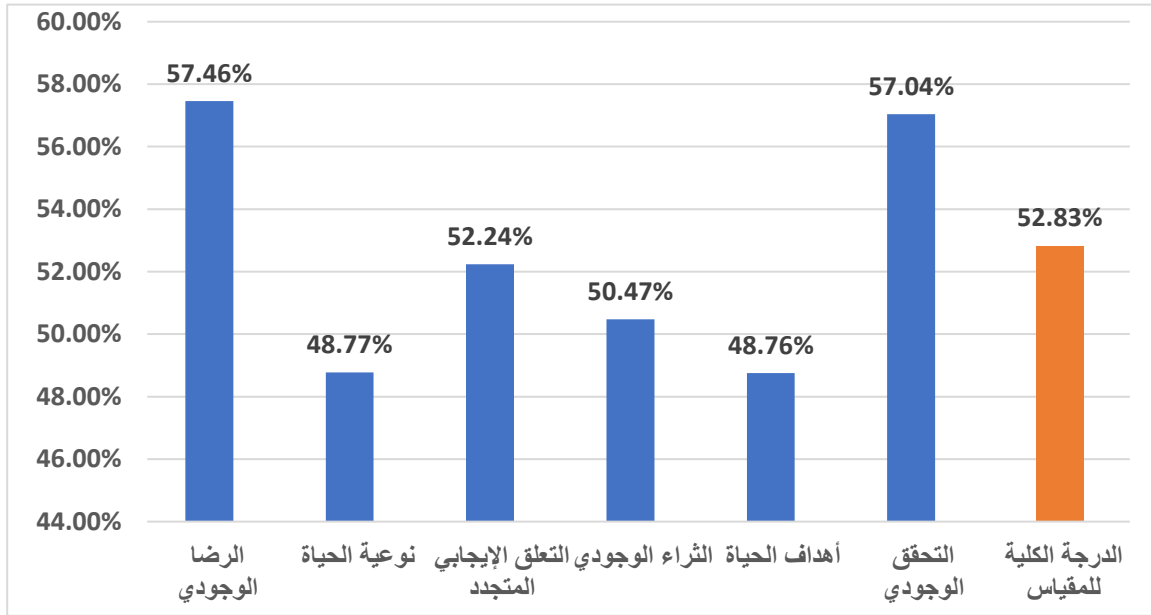
ومقارنته بالفرضي عن طريق طريقة ت One-Sample Test، وبالطريقة نفسها تم استخراج المتوسطات لباقي الأبعاد وكانت النتائج كما يوضح الجدول (24).

الجدول (24) المتوسط الفرضي والمحسوب والانحراف المعياري ونتائج اختبار ت One-Sample Test والوزن النسبي لدرجات أفراد العينة على كل بعد من أبعاد مقياس معنى الحياة والدرجة الكلية.

الترتيب	التقدير	الوزن النسبي	الدالة الإحصائية	مستوى الدلالة	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط المحسوب	المتوسط الفرضي	الدرجة الكلية للبعد	مقياس معنى الحياة
1	منخفض	%57.46	دال إحصائياً	0.000	-4.862	5.581	16.089	17.5	28	الرضا الوجودي
5	منخفض	%48.77	دال إحصائياً	0.000	-12.487	4.230	9.754	12.5	20	نوعية الحياة
3	منخفض	%52.237	دال إحصائياً	0.000	-9.793	4.836	12.537	15	24	التعلق الإيجابي المتجدد
4	منخفض	%50.47	دال إحصائياً	0.000	-11.994	4.629	12.113	15	24	الثراء الوجودي
6	منخفض	%48.755	دال إحصائياً	0.000	-13.104	4.034	9.751	12.5	20	أهداف الحياة
2	منخفض	%57.037	دال إحصائياً	0.000	-4.885	5.161	13.689	15	24	التحقق الوجودي
	منخفض	%52.833	دال إحصائياً	0.000	-9.734	26.742	73.967	87.5	140	الدرجة الكلية للمقياس

يتضح من الجدول السابق أنّ مستوى الدلالة للدرجة الكلية للمقياس هو (0.000) أصغر من (0.05) وبالتالي هناك فروق بين المتوسط الفرضي والمحسوب ، وبما أنّ المتوسط الفرضي أكبر من المتوسط

المحسوب فإن هذا يدل على وجود مستوى منخفض من معنى الحياة لدى أفراد العينة، وبالنسبة لأبعاد المقياس كانت جميع النتائج لها بمستوى دلالة (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي (0.05) مما يدل على وجود فروق بالمتوسطات بين الفرضي والمحسوب، ونجد جميع المتوسطات الفرضية أعلى من المتوسطات المحسوبة مما يدل على وجود مستوى منخفض من معنى الحياة لدى أفراد العينة في جميع أبعاد مقياس معنى الحياة، وبإسقاط نتيجة متوسط درجات أفراد العينة (73.967) على جدول التصحيح الخاص بمقياس معنى الحياة - الجدول 22 (ص 134) - لمعرفة المستوى الدال للدرجة الكلية فنجد أنها وقعت في المجال الدال على المستوى المتدني لمعنى الحياة، ويوضح الشكل (9) التمثيل البياني لنتائج الاختبار.



الشكل (9) تمثيل بياني لنسب توزيع نتائج أفراد العينة على مقياس معنى الحياة

ولتحديد ترتيب الأبعاد من خلال الوزن النسبي في الجدول نجد أنّ بعد الرضا الوجودي كان الأعلى مستوى لدى أفراد العينة يليه على التوالي التحقق الوجودي، التعلق الإيجابي، الثراء الوجودي، نوعية الحياة فيما حل بعد أهداف الحياة في نهاية الترتيب وكان المستوى الأدنى درجة لدى أفراد العينة على مقياس معنى الحياة.

تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة أحمد وعوادي (2021) ومع دراسة عوادي (2018)، وأيضاً مع دراسة أبو الهدى (2011) في تدني مستوى معنى الحياة لدى عينة الدراسة، في حين اختلفت نتائج

الدراسة الحالية في مع دراسة أبو غالي (2011) التي وجدت أنّ مستوى معنى الحياة لدى حالات البتر كان جيداً (72%)، كما اختلفت بشكل بسيط مع نتائج دراسة بسارا وكليفتراس (Psarra & Kleftaras, 2013) التي وجدت أنّ مستوى معنى الحياة كان متوسطاً لدى مبتوري الأطراف، كما تتفق هذه النتيجة مع ما وصلت إليه دراسة كيم وكينج (Kim & Kang, 2003) والتي وصلت إلى أن عودة المعنى في الحياة وزيادته لدى المعوق يرتبط بخلق الفرص وتحقيق الأهداف في الحياة والذي لا يتوافر لدى الأشخاص مبتوري الأطراف في محافظة إدلب.

كما تتفق بهذا الاتجاه مع دراسة سولمان (Solomon, 2004) بأنّ عودة المعنى بعد حدث صادم مرتبط بأنماط تفكير معرفية والتي لم تتوافر لدى مبتوري الأطراف بسبب وجود اضطرابات معرفية وإدراكية كما أشار مقياس تروماك وكذلك غياب الخدمات النفسية المتخصصة التي تسهم في ذلك.

ومن حيث ترتيب الأبعاد فكون بعد أهداف الحياة الأكثر تدنياً كما أشارت نتائج الدراسة الحالية يتفق مع دراسة خلف (2012) في وجود قلق مستقبل يغلب عليه الطابع التشاؤمي لدى مبتوري الأطراف.

يرى الباحث أنّ طبيعة الظروف التي يعيشها مبتور الطرف في محافظة إدلب في ظل الحرب والنزوح المستمر أدت إلى فقدانه مصادر الدعم الاجتماعية والتي تسهم بشكل أساسي بعودة المعنى كما أشارت دراسة تايلر (Tyler, 2006)، وأيضاً لا بدّ من الإشارة إلى أنّ عدم قبول المرض (الإعاقة)، والذي أظهره المستوى المرتفع للخبرات الصادمة وأعراض الاضطرابات النفسية حسب درجات الأفراد على مقياس تروماك، يسهم بشكل أساسي في غياب المعنى وهذا ما أكدته سابقاً دراسة شتزنشنيك وآخرين (Szcześniak, et, al, 2020) والتي ربطت بين المعنى وقبول المرض.

ويعزو الباحث النتيجة التي وصل لها لغياب أغلب المصادر الرئيسية للمعنى لدى مبتوري الأطراف في إدلب بسبب ظروف الحرب والتي حددها ريكرو وونغ (Reker and Wong) وويسترهوف (Westerhof) وأيضاً جروندن وجوز (Grouden & Jouse) ومنها العلاقات والسلامة الجسدية والأنشطة والاحتياجات المادية ومستوى المعيشة والتعليم.... إلخ والتي تمّ ذكرها في الإطار النظري، كما يرى الباحث أنّ تدني المعنى لدى الأفراد بعد الحدث الصادم يتفق بشكل كبير مع نظرية التكيف المعرفي ونظرية الاعتقاد الشائع اللتين تمّ ذكرهما سابقاً في الإطار النظري لمعنى الحياة.

3-السؤال الثالث: هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الخبرات الصادمة ومعنى الحياة لدى الأفراد مبتوري الأطراف؟

من أجل الإجابة عن هذا السؤال قام الباحث بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة على أبعاد مقياس الخبرات الصادمة والدرجة الكلية ودرجاتهم على أبعاد مقياس معنى الحياة والدرجة الكلية، وكانت النتائج كما يظهر الجدول (25).

الجدول (25) نتائج معامل الارتباط بيرسون بين أبعاد مقياسي الخبرات الصادمة ومعنى والدرجة الكلية للمقياسين لدى عينة الدراسة.

الدرجة الكلية لمقياس معنى الحياة	التحقق الوجودي	أهداف الحياة	الثراء الوجودي	التعلق الإيجابي المتجدد	نوعية الحياة	الرضا الوجودي	ارتباط ابعاد الخبرات الصادمة مع معنى الحياة
-0.406**	-0.398**	-0.372**	-0.639**	-0.369**	-0.393**	-0.369**	السلم A الاستجابات الفورية
-0.453**	-0.446**	-0.408**	-0.378**	-0.427**	-0.431**	-0.402**	السلم B التكرار المرضي
-0.577**	-0.553**	-0.526**	-0.432**	-0.517**	-0.534**	-0.566**	السلم C اضطراب النوم
-0.589**	-0.570**	-0.542**	-0.545**	-0.557**	-0.539**	-0.535**	السلم D أعراض التجنب
-0.529**	-0.494**	-0.510**	-0.571**	-0.458**	-0.518**	-0.481**	السلم E أعراض انفعالية
-0.504**	-0.485**	-0.474**	-0.523**	-0.457**	-0.460**	-0.461**	السلم F أعراض سيكوسوماتية
-0.395**	-0.379**	-0.386**	-0.508**	-0.348**	-0.358**	-0.357**	السلم G أعراض معرفية
-0.528**	-0.491**	-0.529**	-0.411**	-0.467**	-0.519**	-0.469**	السلم H أعراض اكتئابية
-0.457**	-0.458**	-0.412**	-0.508**	-0.421**	-0.407**	-0.428**	السلم I التجربة الصدمية

-0.504**	-0.472**	-0.483**	-0.449**	-0.466**	-0.496**	-0.429**	السلم J جودة الحياة
-0.665**	-0.639**	-0.625**	-0.648**	-0.603**	-0.627**	-0.608**	الدرجة الكلية لمقياس الخبرات الصادمة

(**) دال عند مستوى دلالة 0.01

يتضح من نتيجة الجدول السابق أنّ قيمة معامل الارتباط بيرسون بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس الخبرات الصادمة ومتوسطات درجاتهم على مقياس معنى الحياة كانت (-0.665**) وهي دالة عند مستوى دلالة (0.01) وهي أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي (0.05) ومن ثم توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بينهما وهذه العلاقة حسب النتيجة سالبة فكلما زادت درجات الأفراد على مقياس الخبرات الصادمة نقصت على مقياس معنى الحياة أي كلما زاد مستوى الخبرات الصادمة لدى أفراد العينة نقص مستوى معنى الحياة لديهم والعكس بالعكس، كما يتضح من الجدول السابق أنّ قيمة معامل الارتباط بيرسون بين أبعاد الخبرات الصادمة وأبعاد معنى الحياة جميعها كانت دالة عند مستوى دلالة (0.01) ومن ثم هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين أبعاد المقياسين ونلاحظ أنّ هذه العلاقة هي سالبة أي أنّ جميع أبعاد الخبرات الصادمة ترتبط بشكل عكسي مع أبعاد معنى الحياة فتزيد بنقصانها وتقل بزيادتها.

هذه النتيجة تتفق مع دراسة لعوامن (2018) في وجود تأثير سلبي بين الصدمة وأبعاد معنى الحياة ومع دراسة ليو وآخرين (Liu, et al,2010) في أنّ العيش بلا أمل (التي هي عكس التعلق الإيجابي المتجدد في بعد معنى الحياة) تكون أحد الدلائل على أعراض الصدمة المرتفعة بعد البتر وهذا نفسه ما أظهرته دراسة خلف (2012) في أنّ مبتوري الأطراف لديهم قلق مستقبل يغلب عليهم الطابع التشاؤمي، وكذلك اتفقت مع ما وصلت إليه دراسة شترشنيك (Szcześniak, et al, 2020) إلى أنّ قبول الصدمة يرتبط بشكل إيجابي ومهم بوجود المعنى في الحياة في حين انعدام المعنى يدل على مستويات عالية من المراضة النفسية بعد البتر (الخبرات الصادمة) وهذا يتطابق مع نتائج دراسة بسارا وكليفتراس (Psarra & Kleftaras,2013) أنّ معنى الحياة يؤدي دور مهماً في تسهيل تكيف الأفراد مع إعاقاتهم الجسدية.

ويعزو الباحث النتيجة التي وصل إليها بما تمّ ذكره في الإطار النظري للخبرات الصادمة عن ردود الفعل الوجودية المتأخرة لدى الشخص المتعرض لصدمة والتي تؤثر جميعها بتغيير معنى الحياة لديه وبشكل سلبي، كما يتفق مع ما تمّ ذكره من تغيير معنى الحياة بعد التعرض لحدث صادم والذي أكدته

العديد من النظريات كـنظريّة التّكيف المعرفيّ ونظريّة الاعتقاد الشّائع ونظريّة النّموّ بعد الصّدمة إذ تسهم الظروف الحاليّة التي يعيشها مبتور الطّرف في محافظة إدلب في عدم تجاوز آثار الصّدمة ومن ثم لا يستطيع الوصول لمستوى من نمو ما بعد الصّدمة وتجاوزها مما يجعله بحاجة ماسة لتوافر مصادر دعم وخدمات متخصصة لتجاوز ذلك وبناء معنى الحياة من جديد.

4-السؤال الرابع: هل توجد فروق دالة إحصائية في مجالات مقياس الخبرات الصّادمة لدى أفراد عيّنة البحث تعزى إلى متغيّر الجنس (ذكور وإناث)؟

للإجابة عن هذه السّؤال تمّ استخدام اختبار (ت) للعينات لحساب الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدّراسة على أبعاد مقياس الخبرات الصّادمة وعلى الدّرجة الكلّيّة للمقياس تبعاً إلى متغير الجنس، كما هو موضح في الجدول (26).

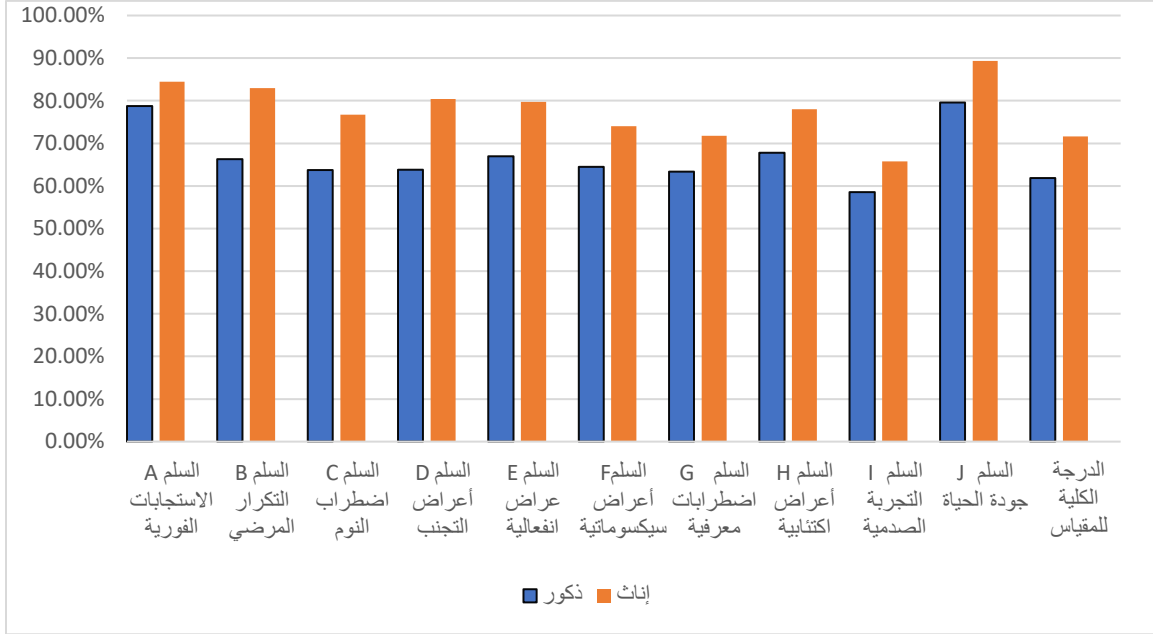
الجدول (26) دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدّراسة على الدّرجة الكلّيّة لمقياس الخبرات الصّادمة تبعاً إلى متغير الجنس (ذكور، إناث).

الخبرات الصّادمة	الجنس	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (T)	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
السلم A الاستجابات الفوريّة	ذكور	300	22.043	4.549	-2.940	0.004	دال إحصائياً لصالح الإناث
	إناث	70	23.657	4.032			
السلم B التكرار المرضي	ذكور	300	10.610	3.052	-7.616	0.000	دال إحصائياً لصالح الإناث
	إناث	70	13.271	2.524			
السلم C اضطراب النّوم	ذكور	300	12.746	4.037	-5.616	0.000	دال إحصائياً لصالح الإناث
	إناث	70	15.342	3.340			
السلم D أعراض التجنب	ذكور	300	12.766	3.877	-7.303	0.000	دال إحصائياً لصالح الإناث
	إناث	70	16.085	3.308			
السلم E عراض انفعالية	ذكور	300	16.596	4.050	-4.751	0.000	دال إحصائياً لصالح الإناث
	إناث	70	19.128	4.006			

دال إحصائياً لصالح الإناث	0.000	-4.064	3.648	12.890	300	ذكور	السلم F أعراض سيكوسوماتية
			3.547	14.814	70	إناث	
دال إحصائياً لصالح الإناث	0.003	-3.075	2.351	7.600	300	ذكور	السلم G اضطرابات معرفية
			2.515	8.614	70	إناث	
دال إحصائياً لصالح الإناث	0.000	-4.550	5.442	21.693	300	ذكور	السلم H أعراض اكتئابية
			5.423	24.971	70	إناث	
دال إحصائياً لصالح الإناث	0.006	-2.811	5.412	18.733	300	ذكور	السلم I التجربة الضمنية
			6.357	21.042	70	إناث	
دال إحصائياً لصالح الإناث	0.000	-8.037	2.647	15.913	300	ذكور	السلم J جودة الحياة
			1.587	17.871	70	إناث	
دال إحصائياً لصالح الإناث	0.000	-6.437	27.874	151.593	300	ذكور	السلم K الدرجة الكلية للمقياس
			9.259	174.800	70	إناث	

نلاحظ من الجدول السابق رقم (26) أن قيمة ت للدرجة الكلية هي (-6.437) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث، كما كانت قيمة ت في جميع أبعاد مقياس الخبرات الصادمة أصغر من (0.05) وهذا يدل على وجود فروق بين الذكور والإناث في جميع أبعاد مقياس الخبرات الصادمة ، ومن خلال مقارنة المتوسطات نلاحظ أن متوسط درجات الإناث أعلى بكثير من متوسط درجات الذكور، وبالتالي فإن مستوى الخبرات الصادمة لدى الإناث أعلى من مستواها لدى الذكور، وعند العودة إلى الجدول رقم (15) نجد أن متوسط الدرجات الكلية للذكور هي (151.5) وهي تقع في بداية المجال الدال على الدرجة المرتفعة في مستوى الخبرات الصادمة حسب الجدول ، بينما كان متوسط الدرجات الكلية للإناث على مقياس تروماك هو (174.8) وهذه الدرجة هي أقرب ل (175) والتي تعد بداية المستوى الدال على الدرجة المرتفعة جداً من مستوى الخبرات الصادمة

و، الشكل (10) يوضح التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس الخبرات الصادمة ومجالاته الفرعية وفقاً إلى متغير الجنس (ذكور، إناث).



الشكل (10) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس الخبرات الصادمة ومجالاته الفرعية وفقاً إلى متغير الجنس (ذكور، إناث).

تختلف نتائج الدراسة الحالية مع دراسة ميمونة (2017) والتي توصلت لعدم وجود تأثير للجنس بعد البتر على مستوى الخبرات الصادمة وكذلك خالفت نتائج الدراسة الحالية ما وصلت له دراسة منصور وأخريين (Mansoor, et al,2010) في أنّ الذكور لديهم مستوى مرتفع من الخبرات الصادمة أكثر من الإناث ولكنه أكد على ما وصلت له الدراسة الحالية بوجود فروق حسب الجنس بمستوى الخبرات الصادمة بعد البتر.

يرى الباحث أنّ السياق الاجتماعي لمبتوري الأطراف بعد الصدمة والذي ذكره كارلسون Carlson (2004) بأنّه أحد أهم العوامل المؤثرة لاستجابة الفرد للصدمة ، يؤدي دوراً كبيراً في مجتمعنا لصالح زيادة تأثر الإناث بالصدمة فالنساء اللواتي كنّ لم يتزوجنّ قبل البتر قد تكون فرصة زواجهنّ بعده صعباً جداً، والمتزوجات منهن يعانون ضغط كبير لتأديّة مسؤولياتهم المنزليّة السابقة ومحاولة عدم التقصير وقد يفشلون في تأديّة بعض المسؤوليات وكذلك قد يكون البتر سبباً في طلاقهن أو تخلي الزوج عنهن أو

الزواج عليهن كذلك قد يعانون من الإهمال والتهميز في مجتمعاتهم والإحساس بالنقص وتشوه صورة الجسم قد يدمر حياتهم النفسية وكل ما ذكر سابقاً على الرغم من تأثر الذكور به إلا أن تأثيره على الإناث في مجتمعاتنا أكبر بكثير وهذا ما يفسر نتيجة الفروق التي وصلت إليها الدراسة.

يمكن أيضاً أن تتأثر الإناث بشدة الحدث الصادم أكثر من الذكور ولو كان نفسه وذلك بسبب الخبرات السابقة للذكور في المعارك والتعامل مع الأسلحة سواء كانت قبل الحرب لمن كان في الخدمة الإلزامية أو المقاتلين بعد الحرب ، وتلك الخبرة قد تخفف من الفجائية للصدمة وتأثيرها لديهم، وفي المقابل غالب الإناث أصيبوا بالقصف في منازلهم وهم بعيدون عن أجواء الحرب سابقاً وأصوات القصف والقنابل مما يجعل شدة الحدث الصادم أكبر بكثير لديهم والشدة من العوامل المهمة في تأثر الشخص بالصدمة مما يفسر الفروق بين الذكور والإناث في الصدمات ، كما يمكن لعوامل الخطر الخاصة بالنوع الاجتماعي في مجتمعنا أن تؤثر بشكل غير متناسب على النساء مثل (العنف القائم على النوع الاجتماعي ، والحرمان الاجتماعي والاقتصادي ، وانخفاض الدخل وعدم المساواة في الدخل ، والوضع الاجتماعي المنخفض أو المرؤوس ، والمسؤولية المستمرة عن رعاية الآخرين) . (WHO,2019) بأنها جميعاً تسهم بشكل جدي في ارتفاع مستوى الخبرات الصادمة لدى الإناث مقارنة بالذكور.

5-السؤال الخامس: هل توجد فروق دالة إحصائية في مجالات مقياس معنى الحياة لدى أفراد عينة البحث تعزى إلى متغير الجنس (ذكور وإناث)؟

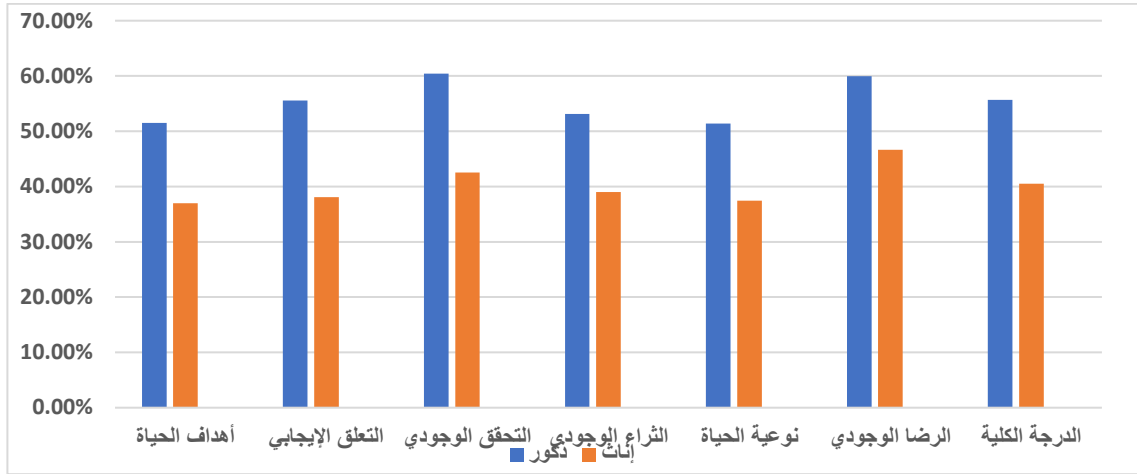
للإجابة عن هذه السؤال تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة T. test لحساب الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على أبعاد مقياس معنى الحياة وعلى الدرجة الكلية للمقياس تبعاً إلى متغير الجنس. كما هو موضح في الجدول (27).

الجدول (27) دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس معنى الحياة تبعاً إلى متغير الجنس (ذكور، إناث).

الدلالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية	قيمة ت (T)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الأفراد	الجنس	معنى الحياة
دال إحصائياً نصالح الذكور	0.000	9.271	4.228	10.300	300	ذكور	أهداف الحياة
			1.636	7.400	70	إناث	

دال إحصائياً لصالح الذكور	0.000	11.618	4.976	13.330	300	ذكور	التعلق الإيجابي
			1.820	9.142	70	إناث	
دال إحصائياً لصالح الذكور	0.000	11.152	5.342	14.500	300	ذكور	التحقق الوجودي
			1.917	10.214	70	إناث	
دال إحصائياً لصالح الذكور	0.000	9.687	4.850	12.756	300	ذكور	الثراء الوجودي
			1.769	9.357	70	إناث	
دال إحصائياً لصالح الذكور	0.000	8.286	4.452	10.283	300	ذكور	نوعية الحياة
			1.831	7.485	70	إناث	
دال إحصائياً لصالح الذكور	0.000	8.486	5.879	16.793	300	ذكور	الرضا الوجودي
			2.323	13.071	70	إناث	
دال إحصائياً لصالح الذكور	0.000	10.886	27.874	77.990	300	ذكور	الدرجة الكلية
			9.259	56.728	70	إناث	

نلاحظ من الجدول السابق أنّ قيمة ت للدرجة الكلية هي (10.886) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث، كما كانت قيمة ت في جميع أبعاد مقياس الخبرات الصّادمة أصغر من (0.05) وهذا يدل على وجود فروق بين الذكور والإناث في جميع الأبعاد، ومن خلال مقارنة المتوسطات نلاحظ أنّ متوسط درجات الذكور أعلى بكثير من متوسط درجات الإناث على جميع أبعاد مقياس معنى الحياة والدرجة الكلية وهذا يدل على أنّ الفروق لصالح الذكور ومن ثم مستوى معنى الحياة لدى الذكور أعلى من مستوى معنى الحياة لدى الإناث ، وكانت أعلى الفروق بين الذكور والإناث على بعد التحقق الوجودي وذلك من خلال مقارنة المتوسطات ، والشكل (11) يوضح التمثيل البياني للفروق بين الذكور والإناث في معنى الحياة .



الشكل (11) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس معنى الحياة ومجالاته الفرعية وفقاً إلى متغير الجنس (ذكور، إناث)

تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة عوادي (2018) ودراسة محمود (2015) في وجود فروق بين الذكور والإناث في معنى الحياة بسبب الإعاقة أو البتر دراسة وكذلك مع ما توصلت إليه دراسة أبو غالي (2011) التي أكدت على وجود فروق في مجالي التحقق الوجودي وجودة الحياة والدرجة الكلية لمقياس معنى الحياة لصالح الذكور، بينما اختلفت مع ما توصلت إليه دراسة أحمد وعوادي (2021) في عدم وجود فروق في معنى الحياة تبعاً للجنس.

ويفسر الباحث ما توصل إليه من فروق في معنى الحياة لصالح الذكور بأنهم أكثر عرضة للمشاركة المجتمعية من الإناث وهذه المشاركة حسب ما ذكرت دراسة ديفي-سميث تجعلهم أقل عزلة ولديهم مستويات عالية من نوعية الحياة وأقل حاجة للدعم الاجتماعي، ويبرر الباحث أن الذكور أكثر عرضة للمشاركة المجتمعية لقدرتهم على الوصول إلى مصادر الدعم الاجتماعي المختلفة أكثر من الإناث لقلة العوائق الثقافية والوصولية لتلك الخدمات، وفي المقابل قلة المشاركة لدى الإناث في مجتمعنا وبالأخص بعد الإصابة يجعلهن يشعرن بالعزلة وبحاجة أكبر للمساعدة الاجتماعية مما يزيد قلق المستقبل لديهم والذي يؤثر على معنى الحياة لديهم كما وصلت له دراسة أبو الهدى (2011)، كما قد يحمل تغير صورة الجسد لديهم وعدم القدرة على القيام بالمسؤوليات المنزلية زيادة الشعور بالعجز واليأس مما يضعف من التعافي من الصدمات وإعادة تشكيل معنى الحياة بعد الحدث الصادم.

ويمكن إضافة تفسير آخر وهو أنّ الذكور قد ينظرون إلى الإصابة بفخر بالأخص عندما تكون نتيجة القتال في المعارك، مما يجعلهم يتقبلون صورة الجسم الجديدة ويتعافون بسرعة كما قد يتوظفون نتيجة تلك الإصابة في بعض الأعمال الإدارية مما يجعل تلك الإصابة منحة بدل من أنّ تكون محنة لدى البعض.

6- السؤال السادس: هل توجد فروق دالة إحصائية في مجالات مقياس الخبرات الصادمة لدى أفراد عينة البحث تعزى إلى مكان البتر (علوي، سفلي، ثنائي)؟

للإجابة عن هذا السؤال ومعرفة الفروق ودلالاتها تم استخدام اختبار التباين الأحادي الاتجاه ANOVA (أنوفا) لاكتشاف الفروق ذات الدلالة الإحصائية في الخبرات الصادمة لدى مبتوري الأطراف أفراد عينة الدراسة تبعاً لنوع البتر كخطوة أولى، ثم تم استخدام اختبار (Scheffe) لمعرفة الفروق المجموعات ويوضح الجدول (28) نتائج الاختبار والمتوسط الحسابي والوزن النسبي للأفراد على المقياس.

الجدول (28) نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) لمقياس الخبرات الصادمة تبعاً إلى متغير نوع البتر (علوي- سفلي-ثنائي)

الخبرات الصادمة لدى مبتوري الأطراف تبعاً لنوع البتر	عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
بتر طرف علوي	128	160.9688	29.93377	13.612	0.000	دال إحصائياً
بتر طرف سفلي	199	151.6231	28.85323			
بتر ثنائي	43	175.2558	20.39852			

يوضح الجدول (28) نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه ومنه نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخبرات الصادمة لدى مبتوري الأطراف تبعاً لنوع البتر إذ جاءت قيمة ف (13.612) بقيمة احتمالية (0.000) أصغر من (0.05) وبالتالي فهي دالة إحصائياً.

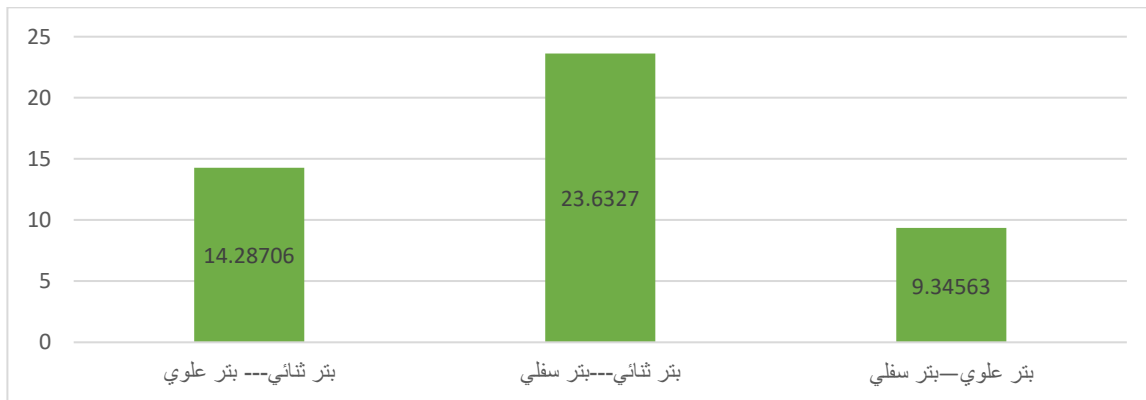
كما يوضح الجدول السابق ارتفاع قيمة المتوسطات لفئة البتر الثنائي عن فئات البتر العلوي والسفلي إذ كانت أعلى الفئات في قيمة الخبرات الصادمة بقيمة متوسط (175.255) من أصل (224) درجة. ولمعرفة سبب الفروقات تم استخدام اختبار المقارنات البعدية (Scheffe) والرسمات البيانية التي توضح سبب الفروق الدالة إحصائياً وماهيتها.

الجدول (29) نتائج اختبار المقارنات البعدية شيفيه للفروق في مستوى الخبرات الصادمة

الخبرات الصادمة لدى مبتوري الأطراف المتوسطة الفرق	في القيمة الاحتمالية	الدالة الإحصائية
بتر ثنائي---بتر علوي	14.28706*	دالة
بتر ثنائي---بتر سفلي	23.63270*	دالة
بتر علوي---بتر سفلي	9.34563*	دالة

*دال عند مستوى دلالة 0.05

يتضح من الجدول (29) أنّ سبب الفروق الدالة إحصائياً في الخبرات الصادمة لدى مبتوري الأطراف تبعاً لنوع البتر تعود إلى فئة البتر الثنائي بفارق معنوي (14.287) عن فئة البتر العلوي وفارق معنوي (23.632) عن فئة البتر السفلي حيث جاءت القيم الاحتمالية (0.018-0.000) على التوالي أقل من (0.05) دالة إحصائياً، بينما الفرق المعنوي بين فئة البتر العلوي وفئة البتر السفلي جاء (9.345) بقيمة احتمالية (0.015) أصغر من (0.05) دالة إحصائياً.



الشكل (12) التمثيل البياني للفروق في درجات أفراد العينة على مقياس الخبرات الصادمة تبعاً لنوع البتر

وعليه فإننا ومن خلال ما سبق من نتائج نجد أنّ هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في الخبرات الصادمة تعزى إلى متغير نوع البتر بين مبتوري الطرف الثنائي والعلوي والسفلي لصالح البتر الثنائي وكذلك كانت هناك فروق بين مبتوري الطرف العلوي والسفلي لصالح البتر العلوي.

تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة لعوامن 2018 في وجود فروق في مستوى الصدمة النفسية حسب نوع البتر ودرجته وهو لصالح الإعاقة الحركية الكلية في حين خالفت نتائج الدراسة الحالية نتائج دراسات كل من صالح ومظهر (2019)، ميمونة (2017)، دراسة شاليش (2016)، دراسة القرّاء (2015) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات خبرات الصدمة لدى مبتوري الأطراف تبعاً لنوع البتر ومكانه.

ويفسر الباحث ما وصل إليه من وجود فروق حسب نوع البتر بأنه من أهم العوامل التي تؤثر في الاستجابة للصدمة النفسية هي شدة الصدمة ومن المؤكد بأن الشخص الذي فقد طرفين قد تعرض لصدمة أشد من الشخص الذي تعرض لفقد طرف واحد، وكذلك احتمال ظهور الطرف الشبهي عند فقد طرفين أكبر من احتمالها عند فقد واحد والذي يسهم بزيادة مستوى الصدمة كما وصلت إليه دراسة منصور وآخرين (Mansoor, et al,2010) هذا بما يخص الفروق بين فقد طرف أو طرفين، أما الفروق بين مستوى الصدمة لدى مبتوري الأطراف العلوية والسفلية فقد يرجع لعدم توفر أطراف علوية وظيفية في محافظة إدلب في حين تتوافر الأطراف السفلية وأيضاً فقد أشارت المعلومات المجمعة عن عينة البحث بأن نسبة الإصابات الجسدية الأخرى لمبتوري الأطراف العلوية كانت أكبر من الإصابات المرافقة لبتر طرف سفلي، ومن المحتمل كذلك التأثير الوظيفي لفقدان الطرف العلوي على القيام بالمهام المختلفة سواء كانت أسرية أو في إيجاد عمل مما يدعم نتيجة الدراسة الحالية في الفروق المذكورة.

7- السؤال السابع: هل توجد فروق دالة إحصائية في مجالات معنى الحياة لدى أفراد عينة البحث تعزى إلى مكان البتر (علوي، سفلي، ثنائي)؟

للإجابة عن هذا السؤال ومعرفة الفروق ودلالاتها تم استخدام اختبار التباين الأحادي الاتجاه ANOVA (أنوفا) لاكتشاف الفروق ذات الدلالة الإحصائية في معنى الحياة لدى مبتوري الأطراف أفراد عينة الدراسة تبعاً لنوع البتر كخطوة أولى، ثم تم استخدام اختبار (Scheffe) لمعرفة الفروق المجموعات ويوضح الجدول (30) نتائج الاختبار والمتوسط الحسابي والوزن النسبي للأفراد على المقياس.

الجدول (30) نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) لمقياس معنى الحياة تبعاً إلى متغير نوع البتر (علوي-سفلي-ثنائي)

معنى الحياة لدى مبتوري الأطراف تبعاً لنوع البتر	عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
بتر طرف علوي	128	86.1641	19.99086	37.148	0.000	دال إحصائياً
بتر طرف سفلي	199	87.2362	21.00768			
بتر ثنائي	43	59.1628	11.81591			

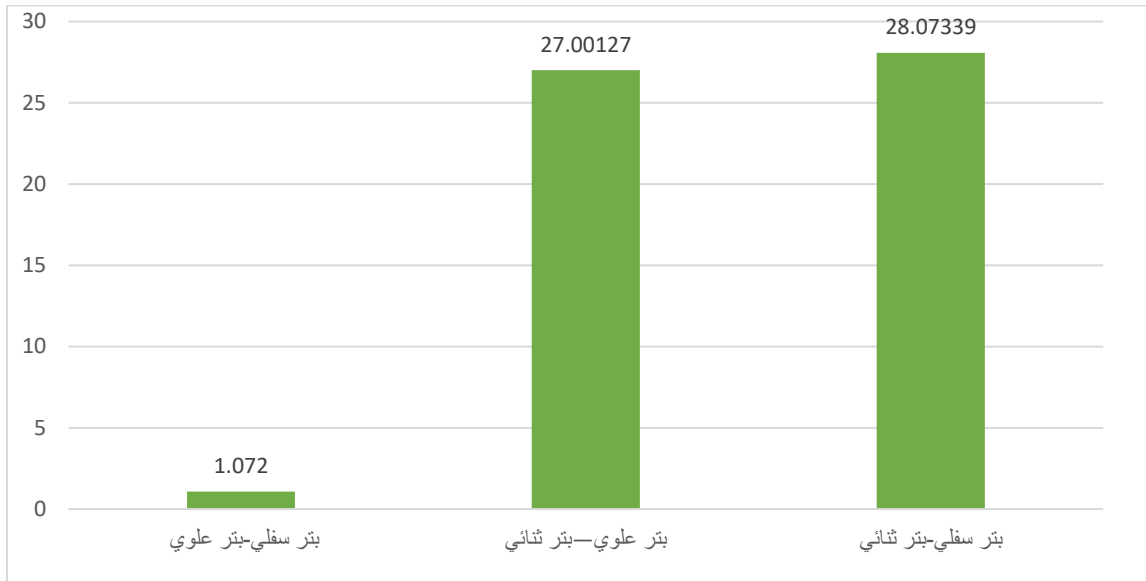
يوضح الجدول (30) نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه ومنه نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخبرات الصادمة لدى مبتوري الأطراف تبعاً لنوع البتر حيث جاءت قيمة ف (37.148) بقيمة احتمالية (0.000) أصغر من (0.05) وبالتالي فهي دالة إحصائياً، كما يوضح الجدول السابق ارتفاع قيمة المتوسطات لفئة البتر السفلي عن فئات البتر العلوي والثنائي حيث كانت أعلى الفئات في قيمة معنى الحياة بقيمة متوسط (87.236) من أصل (140) درجة. ولمعرفة سبب الفروقات تم استخدام اختبار المقارنات البعدية (Scheffe) والرسومات البيانية التي توضح سبب الفروق الدالة إحصائياً وماهيتها.

الجدول (31) نتائج اختبار المقارنات البعدية شيفيه للفروق في مستوى معنى الحياة

الخبرات الصادمة لدى مبتوري الفرق في المتوسطات	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
بتر سفلي-بتر علوي	1.072	غير دالة
بتر علوي-بتر ثنائي	27.00127*	دالة
بتر سفلي-بتر ثنائي	28.07339*	دالة

*دال عند مستوى دلالة 0.05

يتضح من الجدول (31) أنّ سبب الفروق الدالة إحصائياً في الخبرات الصّادمة لدى مبتوري الأطراف تبعاً لنوع البتر تعود إلى فئة البتر السفليّ بفارق معنوي (28.07339^*) عن فئة البتر الثنائيّ وكذلك تعود إلى فئة البتر العلويّ بفارق معنوي (27.00127^*) عن فئة البتر الثنائيّ أيضاً إذ جاءت القيم الاحتمالية لكليهما (0.00) أقل من (0.05) دالة إحصائياً، أما الفروق بين فئة البتر السفليّ وفئة البتر العلويّ فقد جاءت بفارق معنويّ (1.072) عند مستوى دلالة (0.892) أكبر من (0.05) وبالتالي فهي غير دالة إحصائياً، ويوضح الشّكل (13) التّمثيل البيانيّ لتلك الفروق تبعاً لنوع البتر.



الشّكل (13) تمثيل بيانيّ يوضح الفروق في درجات متوسطات الأفراد على مقياس معنى الحياة تبعاً لنوع البتر

وعليه فإننا ومن خلال ما سبق من نتائج نجد أنّ هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في معنى الحياة تعزى إلى متغير نوع البتر بين مبتوري الطّرف الثنائيّ والسفليّ لصالح البتر السفليّ وكذلك كانت هناك فروق بين مبتوري الطّرف الثنائيّ والطّرف العلويّ لصالح البتر العلويّ، بينما لم تكن هناك بين مبتوري الطّرف العلويّ ومبتوري الطّرف السفليّ.

تتفق نتائج الدّراسة الحاليّة مع ما وصلت إليه نتائج دراسة عوادي (2018) ودراسة محمود (2015) في وجود فروق في معنى الحياة تبعاً لنوع ودرجة الإعاقة في حين اختلفت مع نتائج دراسة أحمد وعوادي (2021) والتي توصلت لعدم وجود فروق حسب نوع الإعاقة ودرجتها.

ويفسر الباحث ما وصل إليه في أنّ تكيف الأفراد مع البتر الثنائيّ أصعب من التكيف من بتر طرف واحد مما يؤثر على معنى الحياة ويدعم ذلك ما توصلت له دراسة بسارا وكليفتراس (Psarra & Kleftaras, 2013)، وبالاعتماد كذلك على الفروق في مستوى الخبرات الصّادمة والتي ترتفع مع البتر الثنائيّ وبالأخص الاضطرابات المزاجيّة كالاكتئاب يزداد تدني مستوى معنى الحياة وهذا ما أكدته الدراسة السّابقة، كما يرى الباحث أنّ مصادر معنى الحياة تتراجع لدى الشخص الذي يعاني من البتر الثنائيّ والتي تسهم في إعادة تشكيل معنى الحياة حسب الإطار النظريّ في المبحث الثنائيّ، في حين قد يكون الفرق في مستوى معنى الحياة بين مبتوري الأطراف العلويّة والسفليّة للتأثير الوظيفيّ لفقدان الطّرف العلويّ على القيام بالمهام المختلفة سواء كانت أسريّة أو في إيجاد عمل ما أو العناية بنفسه .

8- السّؤال الثامن: هل توجد فروق دالة إحصائيّاً في مجالات مقياس الخبرات الصّادمة لدى أفراد عيّنة البحث تعزى إلى الوضع الاجتماعيّ (نازح، مقيم)؟

للإجابة عن هذه السّؤال تمّ استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة T. test لحساب الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على أبعاد مقياس الخبرات الصّادمة وعلى الدّرجة الكليّة للمقياس تبعاً إلى متغير الإقامة (نازح، مقيم) ويوضح الجدول (32) نتائج الاختبار والمتوسط الحسابي والدّلالة للنتائج.

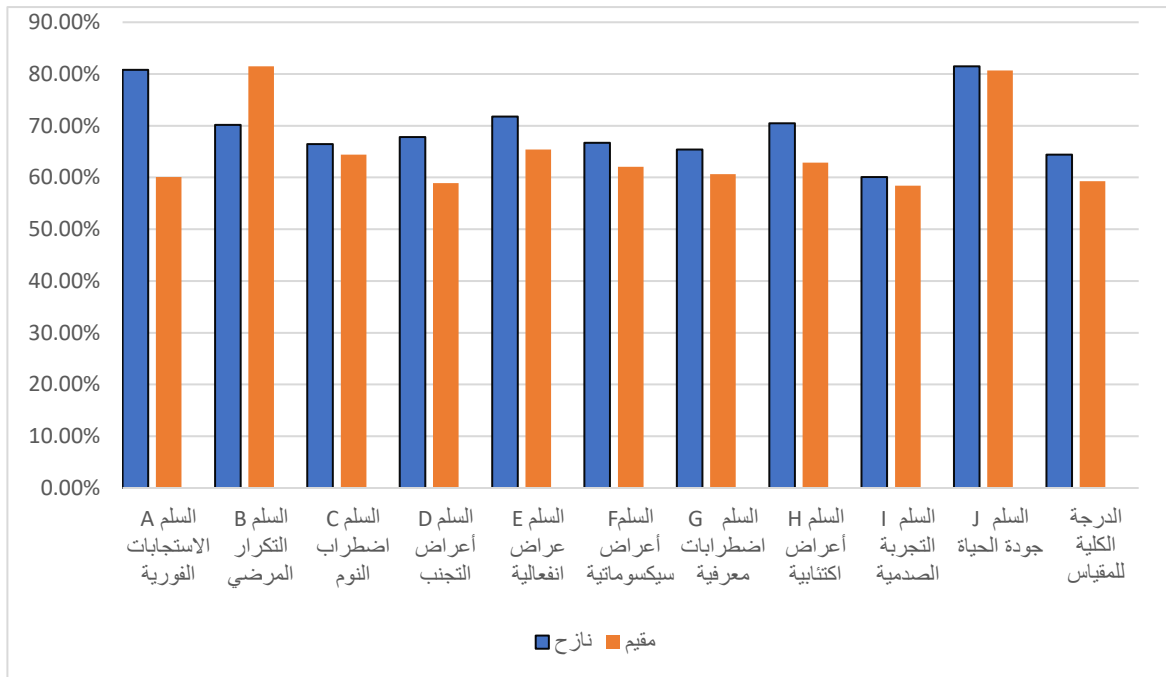
الجدول (32) نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين النّازحين والمقيمين على مقياس الخبرات الصّادمة

الخبرات الصّادمة	الجنس	N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (T)	القيمة الاحتماليّة	الدّلالة الإحصائيّة
A السّلم الاستجابات الفوريّة	نازح	334	22.619	4.410	3.590	0.000	دال إحصائيّاً لصالح النّازحين
	مقيم	36	19.833	4.563			
B السّلم التّكرار المرضي	نازح	334	11.230	3.099	2.198	0.029	دال إحصائيّاً لصالح النّازحين
	مقيم	36	10.027	3.299			
C السّلم اضطراب النّوم	نازح	334	13.296	4.118	0.849	0.397	غير دال إحصائيّاً
	مقيم	36	12.694	3.240			

دال إحصائياً لصالح النازحين	0.005	2.967	4.017	13.568	334	نازح	D السلم
			3.373	11.777	36	مقيم	أعراض التجنب
دال إحصائياً لصالح النازحين	0.036	2.108	4.152	17.224	334	نازح	E السلم
			3.998	15.694	36	مقيم	عراض انفعالية
غير دال إحصائياً	0.101	1.673	3.771	13.344	334	نازح	F السلم
			2.892	12.416	36	مقيم	أعراض سيكوسوماتية
غير دال إحصائياً	0.059	2.019	2.460	7.847	334	نازح	G السلم
			1.876	7.277	36	مقيم	اضطرابات معرفية
دال إحصائياً لصالح النازحين	0.013	2.510	5.639	22.550	334	نازح	H السلم
			4.508	20.111	36	مقيم	أعراض اكتئابية
غير دال إحصائياً	0.597	.530	5.723	19.221	334	نازح	I السلم
			5.164	18.694	36	مقيم	التجربة الصدمية
غير دال إحصائياً	0.725	.352	2.605	16.299	334	نازح	J السلم
			2.542	16.138	36	مقيم	جودة الحياة
دال إحصائياً لصالح النازحين	0.016	2.419	29.929	157.203	334	نازح	الدرجة الكلية
			25.645	144.666	36	مقيم	

نلاحظ من الجدول السابق أنّ قيمة ت للدرجة الكلية هي (2.419) بقيمة احتمالية (0.016) وهي أصغر من مستوى الدلالة 0.05 وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين النازحين والمقيمين في مستوى الخبرات الصادمة ولدى مقارنة المتوسطات نجد أنّ المتوسطات للنازحين أعلى من المتوسطات بالنسبة للمقيمين على الدرجة الكلية للمقياس وعليه فإن الفروق هي لصالح النازحين ولديهم مستوى خبرات صادمة أعلى من مستوى الخبرات لدى المقيمين.

وبالعودة إلى الجدول (32) نجد أنه لم تكن نتيجة كل أبعاد المقياس دالة على الفروق بين النازحين والمقيمين إذ كانت الأبعاد التي تشير لوجود فروق هي السلم A (الاستجابات الفورية) والسلم B (التكرار المرضي) والسلم D (أعراض التجنب) والسلم E (أعراض انفعالية) والسلم H (أعراض اكتئابية)، بينما لم تكن هناك فروق دالة بين النازحين والمقيمين في أبعاد السلم C (اضطراب النوم)، والسلم F (أعراض سيكوسوماتية) ، السلم G (الاضطرابات المعرفية)، السلم I (التجربة الصدمية)، السلم J (جودة الحياة) ، والشكل (14) يوضح الفروق بين متوسطات الأفراد حسب نوع الإقامة . وبالعودة لجدول تصحيح تروماك ذي الرقم (15) نجد أن متوسط الدرجة الكلية للنازحين (157.203) وهو يقع في المجال الدال على المستوى المرتفع للخبرات الصادمة بينما جاء متوسطات درجات المقيمين على الدرجة الكلية (144.666) وهو يقع في المجال الدال على المستوى المتوسط للخبرات الصادمة، والشكل (14) التمثيل البياني للفروق في درجات الأفراد على مقياس الخبرات الصادمة ومجالاته الفرعية تبعاً لنوع الإقامة (نازح، مقيم).



الشكل (14) تمثيل بياني يوضح الفروق في درجات الأفراد على مقياس الخبرات الصادمة تبعاً لنوع الإقامة (مقيم، نازح)

ويفسر الباحث نتيجة السؤال السابق بوجود فروق بين النازحين والمقيمين في مستوى الصدمة كدرجة كلية في ضوء الإطار النظري إذ يؤثر السياق الاجتماعي وأحداث الحياة السابقة واللاحقة على مستوى

الاستجابة للصدمة لدى الأفراد ويرتبط كذلك بفقدان النّازح لبيته وأملاكه وشبكات الدّعم الاجتماعيّ التي تركها خلفه قبل النّزوح مما يساعد في زيادة مستوى الصدمة ويؤخر من النّعافي من آثارها، و أمّا على مستوى الفروق بين النّازحين والمقيمين على الأبعاد الفرعيّة - السّلم A (الاستجابات الفوريّة) والسّلم B (التكرار المرضيّ) والسّلم D (أعراض التجنب) والسّلم E (أعراض انفعالية) والسّلم H (أعراض اكتئابية) - فيعزو الباحث الفروق في السّلم (A) الذي يضم الاستجابات الفوريّة الجسمية والنفسية لتعرض النّازحين من مناطقهم قبل النّزوح لحدث صادم أشد وأطول ومستمر سواء كان قصف كثيف أو اقتحام الجيش لقراهم أو الخطر أثناء النّزوح وحتى من بينهم من تعرض للقصف مرة ثانية بعد الإصابة ونقله للمشفى مما جعلهم جميعاً يعيشون بفترة الحدث مشاعر عدم الأمان ومواجهة الموت لفترة أطول من المقيمين الذين غالباً ما يتعرضون لقصف مؤقت إذا استثنينا منهم المقاتلين، وبالنسبة للسّلم B فإن التفسير السابق ينطبق عليه أيضاً لأنّ أعراض التكرار المرضيّ وسيطرتها على حياة المصاب ترتبط بمدّة الصدمة وشدتها وتوافر الدّعم الاجتماعيّ والخدمات النفسيّة غير المستقرّة عند النّازحين، كما قد يؤدي أيضاً إلى تجنب الحدث في الكلام والبقاء في حالة قلق وعدم الشّعور بالأمان وهذا ما أظهر الفروق في السّلم D، وبالنسبة للأعراض الانفعالية فهي ترتبط بشكل كبير من حيث الدّرجة والتكرار بالأعراض التّجنّيبية، وهذا ما قد يشير إلى انتشار أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى النّازحين بشكل أكبر من المقيمين لأنّ الاضطراب يتضمن وجود أعراض التكرار المرضيّ وأعراض التّجنّب والأعراض الانفعالية (الإثارة المفرطة) والتي ظهرت بشكل أكبر لدى النّازحين، بقي أن نضيف لتلك الفروق الأعراض الاكتئابية التي ظهرت في السّلم H والتي متوقع وجودها لأنّ الأعراض الاكتئابية ترتبط باضطراب ما بعد الصدمة وبفقدان الروتين والأنشطة السابقة والشّعور بالتشاؤم وانخفاض الرّغبة في الحياة وتمّ ذكر ذلك في الإطار النظريّ للدراسة ونتائج بعض الدّراسات مثل منصور وآخرين ودراسة خلف .

أما بالنسبة للأبعاد التي لم يظهر فيها فروق بين النّازحين والمقيمين وهي - السّلم C (اضطراب النّوم)، والسّلم F (أعراض سيكوسوماتية)، السّلم G (الاضطرابات المعرفية)، السّلم I (التّجربة الصدمية)، السّلم L (جودة الحياة) - فيرجع الباحث عدم وجود فروق في جودة الحياة السّلم L للتأثير المتساوي للإصابة الجسدية لمبتور الطّرف على حاجاته البيولوجية والنفسية وتأثر رضاه عن حياته وبالدرجة الأولى توجهه نحو الحياة وهذا ما يؤكده درجة التّأثر الكبيرة على بعد جودة الحياة في النتائج، أما السّلم C الذي يضم مشاكل واضطرابات النّوم والسّلم F الذي يضم الأعراض سيكوسوماتية (النفسية الجسدية) والسّلم G

الذي يضم الاضطرابات المعرفية من مشاكل في الذاكرة والتّركيز فهذه الأبعاد الثلاثة تظهر كأعراض جسدية غالباً وتتطلب المشورة الطبيّة وترتبط بشكل أكبر بالعوامل الجسدية والصحية من العوامل الاجتماعية مما يخفف من تأثير متغير الإقامة ، وأخيراً فإن السّلم ا (التّجربة الصّدمية) والذي يتضمن البنود الخاصة بالشّعور بالذّنب والعار وتقدير الذات والشّعور بالعدوانية والغضب فهي ترتبط بكم كبير من العوامل النفسيّة والاجتماعية وطبيعة الحدث والسلوكيات التي قام بها وقتها وكل ما سبق قد لا يكون إلى متغير الإقامة تأثير واضح أو كبير ليُجعل هناك فروقاً بين النّازحين والمقيمين .

9- السّؤال التّاسع: هل توجد فروق دالة إحصائية في مجالات معنى الحياة لدى أفراد عينة البحث تعزى إلى متغير الإقامة (نازح، مقيم)؟

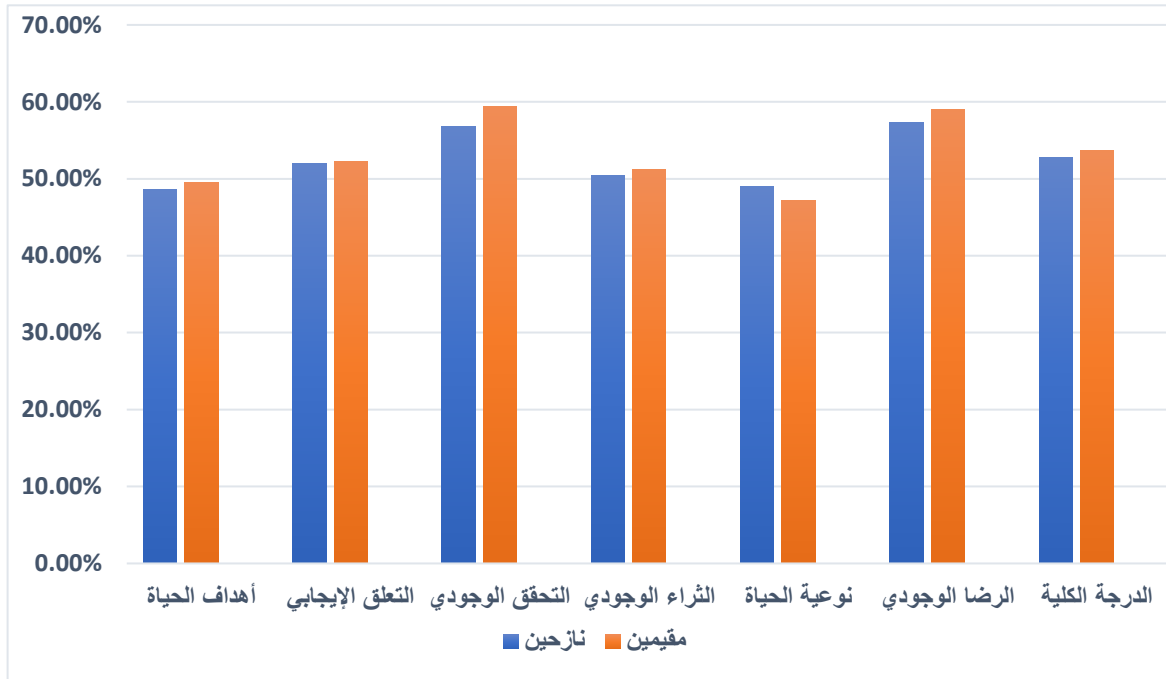
للإجابة عن هذه السّؤال تمّ استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة T. test لحساب الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على أبعاد مقياس معنى الحياة وعلى الدّرجة الكلية للمقياس تبعاً إلى متغير الإقامة (نازح، مقيم) وهذا ما يوضّحه الجدول (33).

الجدول (33) نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين النّازحين والمقيمين على مقياس معنى الحياة

معنى الحياة	مكان الإقامة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت (T)	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
أهداف الحياة	نازح	334	9.733	4.125	-0.324	0.747	غير دال
	مقيم	36	9.916	3.111			
التّعلق الإيجابي	نازح	334	12.538	4.945	0.016	0.987	غير دال
	مقيم	36	12.527	3.722			
التّحقّق الوجودي	نازح	334	13.628	5.244	-0.686	0.493	غير دال
	مقيم	36	14.250	4.338			
الثراء الوجودي	نازح	334	12.092	4.750	-0.346	0.731	غير دال
	مقيم	36	12.305	3.345			

غير دال	0.560	0.587	4.328	9.787	334	نازح	نوعية الحياة
			3.202	9.444	36	مقيم	
غير دال	0.541	-0.616	5.701	16.041	334	نازح	الرضا الوجودي
			4.345	16.527	36	مقيم	
غير دال	0.793	-0.263	27.347	73.847	334	نازح	الدرجة الكلية
			20.559	75.083	36	مقيم	

نلاحظ من الجدول السابق أن قيمة ت للدرجة الكلية هي (-0.263) بقيمة احتمالية (0.793) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وعليه فلا توجد فروق في مستوى معنى الحياة بين النازحين والمقيمين على الدرجة الكلية لمقياس معنى الحياة، وأيضاً مستوى الدلالة لجميع الأبعاد كان غير دال مما يشير إلى عدم وجود فروق أيضاً على جميع أبعاد معنى الحياة بين النازحين والمقيمين، وهذا ما يوضحه الشكل (15).



الشكل (15) تمثيل بياني يوضح الفروق في درجات الأفراد على مقياس معنى الحياة تبعاً لنوع الإقامة (مقيم، نازح)

وتخالف نتيجة الدراسة الحالية بشكل تقريبي ما وصلت له دراسة محمود (2015) التي وجدت أن هناك علاقة دالة وموجبة بين معنى الحياة وبين المتغيرات البيئية (البيئة الفيزيائية – البيئة الاجتماعية – البيئة الصحية) والتي تكون أقرب لوضع المقيمين من النّازحين بينما يفسر الباحث عدم وجود فروق بين النّازحين والمقيمين في معنى الحياة لما تمّ ذكره في الإطار النظري ضمن تغير معنى الحياة بعد حدث صادم ، فبعد الحدث يكون الاختلاف بعد الحدث الصّادم ليس بدرجة التّأثر بل بكيفية إعادة تعريف معنى الحياة لديهم وهنا يكون الدور الأكبر لقيم الأفراد ومعتقداتهم وأولوياتهم والعثور على تفسير لحدث الصّدمة التي تعرضوا لها حسب ما ذكر فرنكل Frankl (1963,p.99)، وكل ما سبق قد لا يكون لتأثير الإقامة دور كبير فيها ، وكذلك يمر الأشخاص مبتورو الأطراف النّازحون والمقيمون بظروف صعبة ومتشابهة من فقدان لمصادر دخل وصعوبات حركة وفقدان بعض القدرات ، كما يرى الباحث أنّ النتيجة الحالية تتوافق مع نتيجة السّؤال السّابق في عدم وجود فروق بين النّازحين والمقيمين في مستوى الخبرات الصّادمة على بعد جودة الحياة بعد البتر والذي يرتبط بمعنى الحياة بشكل كبير.

10- السّؤال العاشر: هل توجد فروق دالة إحصائياً في مجالات مقياس الخبرات الصّادمة لدى أفراد عيّنة البحث تعزى إلى تركيب طرف اصطناعيّ (مع طرف اصطناعيّ، بدون طرف اصطناعيّ).

للإجابة عن هذه السّؤال تمّ إجراء اختبار (ت) للعينات المستقلة T. test ، لحساب الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على أبعاد مقياس الخبرات الصّادمة وعلى الدّرجة الكلية للمقياس تبعاً إلى متغير تركيب طرف اصطناعيّ (مع طرف، دون طرف)، والجدول (34) يوضح نتائج الاختبار ودلالاته.

الجدول (34) نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق تبعاً إلى متغير (مع، بدون) طرف اصطناعيّ على مقياس الخبرات الصّادمة

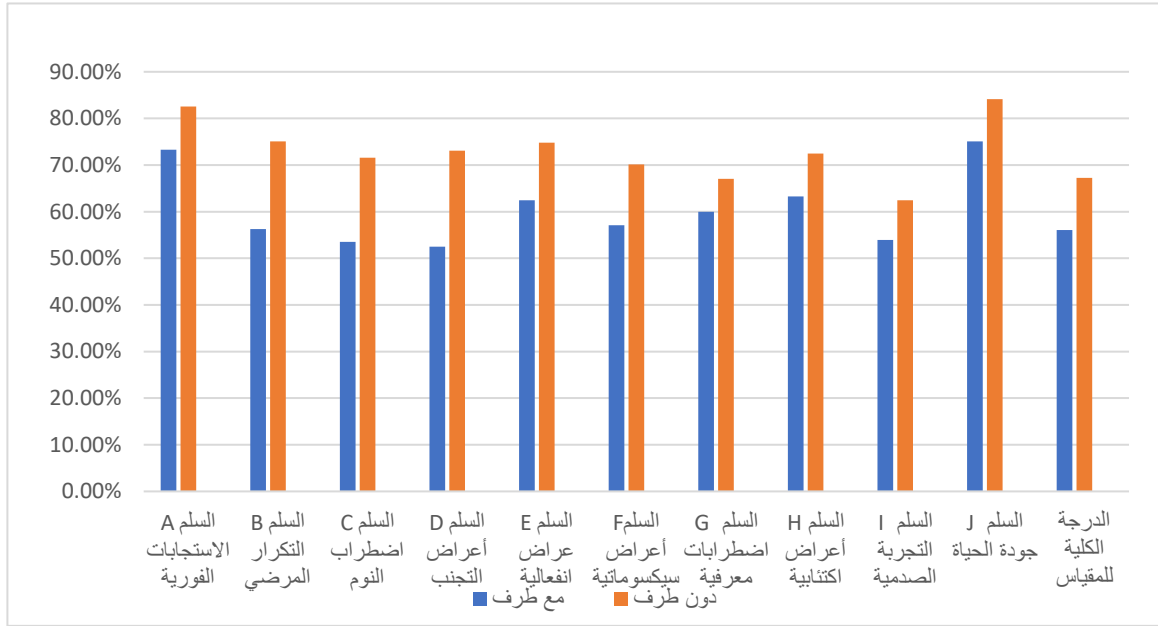
الخبرات الصّادمة	تركيب طرف	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياريّ	قيمة (T)	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
السلم A الاستجابات الفورية	مع طرف	110	20.518	4.575	-5.276	0.000	دال لصالح دون طرف
	دون طرف	260	23.123	4.238			
السلم B التكرار المرضي	مع طرف	110	9.000	2.545	-9.375	0.000	دال لصالح دون طرف
	دون طرف	260	12.007	2.929			

دال لصالح دون طرف	0.000	-8.598	3.641	10.700	110	مع طرف	السلام C اضطراب النوم
			3.714	14.311	260	دون طرف	
دال لصالح دون طرف	0.000	-11.020	3.102	10.500	110	مع طرف	السلام D أعراض التجنب
			3.684	14.619	260	دون طرف	
دال لصالح دون طرف	0.000	-6.629	3.971	14.990	110	مع طرف	السلام E عراض انفعالية
			3.919	17.957	260	دون طرف	
دال لصالح دون طرف	0.000	-6.546	3.330	11.418	110	مع طرف	السلام F أعراض سيكوسوماتية
			3.581	14.030	260	دون طرف	
دال لصالح دون طرف	0.002	-3.104	2.391	7.200	110	مع طرف	السلام G اضطرابات معرفية
			2.382	8.042	260	دون طرف	
دال لصالح دون طرف	0.000	-4.770	5.158	20.245	110	مع طرف	السلام H أعراض اكتئابية
			5.531	23.188	260	دون طرف	
دال لصالح دون طرف	0.000	-4.330	5.429	17.254	110	مع طرف	السلام I التجربة الصدمية
			5.580	19.980	260	دون طرف	
دال لصالح دون طرف	0.000	-6.475	2.477	15.009	110	مع طرف	السلام J جودة الحياة
			2.457	16.823	260	دون طرف	
دال لصالح دون طرف	0.000	-8.860	25.418	136.836	110	مع طرف	الدرجة الكلية
			27.691	164.084	260	دون طرف	

نلاحظ من الجدول (34) أنّ قيمة ت للدرجة الكلية هي (-8.860) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات درجات الأفراد مع طرف اصطناعي ومتوسطات درجات الأفراد دون طرف اصطناعي،

كما كانت قيمة ت في جميع أبعاد مقياس الخبرات الصّادمة أصغر من (0.05) وهذا يدل على وجود فروق في المتوسطات على جميع أبعاد مقياس الخبرات الصّادمة بين الأشخاص مع طرف اصطناعيّ والأفراد دون طرف اصطناعيّ، ومن خلال مقارنة المتوسطات نلاحظ أنّ متوسط درجات الأفراد دون طرف اصطناعيّ أعلى بكثير من متوسط درجات مع طرف اصطناعيّ، ومن ثم فإنّ مستوى الخبرات الصّادمة لدى الأفراد دون طرف اصطناعيّ أعلى من مستواها مع طرف اصطناعيّ.

وعند العودة إلى الجدول رقم (15) نجد أنّ متوسط الدرجات الكلية مع طرف اصطناعيّ تقع في المجال الدّال على الدّرجة المتوسطة في مستوى الخبرات الصّادمة، بينما كان متوسط درجات الأفراد دون طرف اصطناعيّ على مقياس تروماك هو (164.084) وهذه الدّرجة هي ضمن المستوى الدّال على مستوى مرتفع من الخبرات الصّادمة وهذا ما يوضحه الشّكل (16).



الشّكل (16) تمثيل بيانيّ للفروق في درجات متوسطات الأفراد على مقياس الخبرات الصّادمة تبعاً إلى متغير تركيب أو عدم تركيب طرف اصطناعيّ.

تتفق نتيجة الدّراسة الحاليّة مع دراسة الهندي (2020) في الدور الإيجابيّ للأطراف الصّناعيّة في حياة المبتور، ومع دراسة روشا وآخرين (Roşca, et al,2021) في ارتباط مستوى الصّدمة مع زيادة القيود وتحدد الدور والذي تساعد الأطراف في تجاوز جزء منه.

ويفسر الباحث نتيجة الدراسة الحالية في ضوء الإطار النظري للبتير إذ إن عملية تركيب الطرف قد تسبقها عملية تأهيل جسدي وكذلك نفسي مما يساعد مبتور الطرف قليلاً على تقبل الإعاقة ويزيد احتمال نجاح تركيب الطرف من التغلب على مختلف المعوقات البيئية وتأهله للعودة للعمل، ولا شك أن حركة المبتور بعد تركيب الطرف تجعله يبتعد عن العزلة والوصول لمصادر الدعم الاجتماعي الذي يساعد في التعافي من آثار الصدمة على المدى البعيد، وكل هذا أسهم في الفروق التي ظهرت حسب نتيجة الدراسة الحالية.

11- السؤال الحادي عشر: هل توجد فروق دالة إحصائية في مجالات مقياس معنى الحياة لدى أفراد عينة البحث تعزى إلى تركيب طرف اصطناعي (مع طرف اصطناعي، بدون طرف اصطناعي).

للإجابة عن هذه السؤال تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة T. test ، وبعد التأكد من فرضيات الاختبار وشروطه تم حساب الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على أبعاد مقياس معنى الحياة وعلى الدرجة الكلية للمقياس تبعاً إلى متغير تركيب طرف اصطناعي (مع طرف، دون طرف) والجدول (35) يوضح نتائج الاختبار.

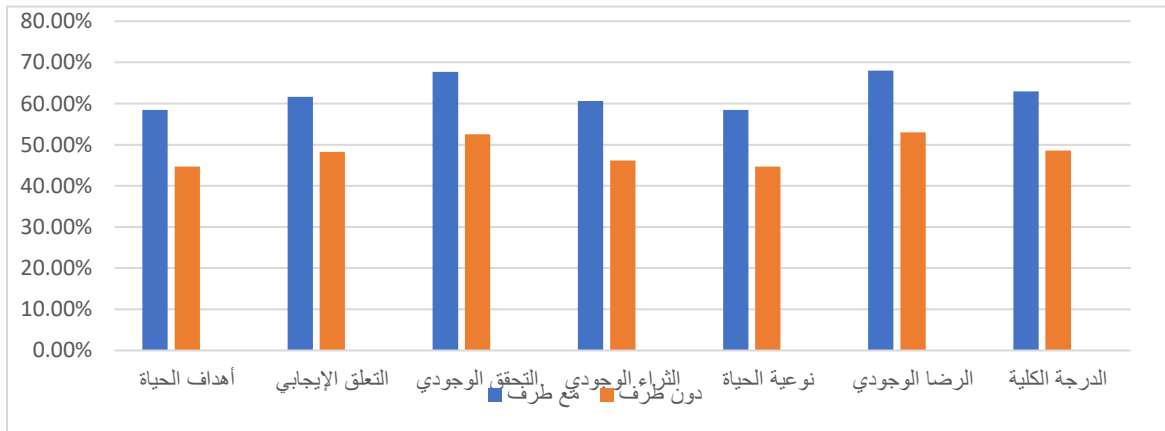
الجدول (35) نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق تبعاً إلى متغير (مع، بدون) طرف اصطناعي على مقياس معنى الحياة

الدالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية	قيمة ت (T)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	تركيب طرف اصطناعي	معنى الحياة
دال لصالح مع طرف	0.000	6.291	3.914	11.681	110	مع طرف	أهداف الحياة
			3.807	8.934	260	دون طرف	
دال لصالح مع طرف	00.00	6.109	4.290	14.790	110	مع طرف	التعلق الإيجابي
			4.744	11.584	260	دون طرف	
دال لصالح مع طرف	0.000	7.062	4.243	16.245	110	مع طرف	التحقق الوجودي
			5.141	12.607	260	دون طرف	
دال لصالح مع طرف	0.000	7.015	4.220	14.554	110	مع طرف	النزء الوجودي
			4.408	11.080	260	دون طرف	

دال لصالح مع طرف	00.00	5.994	3.983	11.690	110	مع طرف	نوعية الحياة
			4.067	8.934	260	دون طرف	
دال لصالح مع طرف	0.000	7.027	4.688	19.036	110	مع طرف	الرضا الوجودي
			5.466	14.842	260	دون طرف	
دال لصالح مع طرف	0.000	7.038	23.588	88.109	110	مع طرف	الدرجة الكلية
			25.765	67.984	260	دون طرف	

نلاحظ من الجدول السابق أنّ قيمة ت للدرجة الكلية هي (7.038) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين متوسطات درجات الأفراد مع طرف اصطناعي ومتوسطات درجات الأفراد دون طرف اصطناعي على مقياس معنى الحياة، كما كانت قيمة ت في جميع أبعاد مقياس معنى الحياة أصغر من (0.05) وهذا يدل على وجود فروق في المتوسطات على جميع أبعاد مقياس معنى الحياة بين الأشخاص مع طرف اصطناعي والأفراد دون طرف اصطناعي.

ومن خلال مقارنة المتوسطات نلاحظ أنّ متوسط درجات الأفراد دون طرف اصطناعي أقل بكثير من متوسط درجات دون طرف اصطناعي، وبالتالي فإنّ مستوى معنى الحياة لدى الأفراد مع طرف اصطناعي أعلى من مستوى معنى الحياة لدى الأفراد دون طرف اصطناعي، والشكل (17) يوضح تلك النتائج.



الشكل (17) تمثيل بياني يوضح فروق متوسطات درجات الأفراد على مقياس معنى الحياة تبعاً لتركيب/عدم تركيب طرف اصطناعي

تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة ديفي-سميث (Davie-Smith,2017) التي وصلت إلى أنّ وجود طرف اصطناعيّ أثر بشكل إيجابيّ في نوعيّة الحياة، في حين أنّ وجود طرف اصطناعيّ لم يحدد نوعيّة الحياة في حد ذاته، بل مساعدته على الحركة.

ويرى الباحث أنّ تركيب طرف اصطناعيّ لمبتور الطرف يساعده في تجاوز الكثير من معوقات البيئة من حوله والحواجز التي تمنعه من المشاركة الاجتماعيّة وتزيد من السيطرة على حياته ويحسن من صورته الجسديّة ويخفف العزلة والحاجة للدّعم الاجتماعيّ هو ما يتفق مع ما وصلت له دراسة الهندي (2020) وديفي-سميث (2017) ، بأنّ استخدام الأطراف الصّناعيّة ساعد في تحسين صورة الجسم كان بدرجة كبيرة وبالأخص في البعد الانفعالي ، وبالتالي فإنّ استخدام الطرف وكذلك مرحلة التأهيل الجسديّ والنّفسيّ التي يمر بها الشخص قبل وبعد تركيب الطرف تساهم بشكل كبير بالوصول للتوازن الانفعاليّ الذي يسهم بشكل كبير بالحفاظ على مستوى جيد من معنى الحياة أو إعادة تشكيله بعد حدث صادم.

12- السّؤال الثّاني عشر: هل توجد فروق دالة إحصائيّاً في مجالات مقياس الخبرات الصّادمة لدى أفراد عيّنة البحث تعزى إلى تلقي جلسات دعم نفسيّ أو عدم تلقي جلسات دعم نفسيّ؟

للإجابة عن هذه السّؤال تمّ استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة T. test ، لحساب الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على أبعاد مقياس الخبرات الصّادمة وعلى الدّرجة الكليّة للمقياس تبعاً إلى متغير تلقي أو عدم تلقي جلسات دعم نفسيّ ويوضح الجدول (36) نتائج الاختبار .

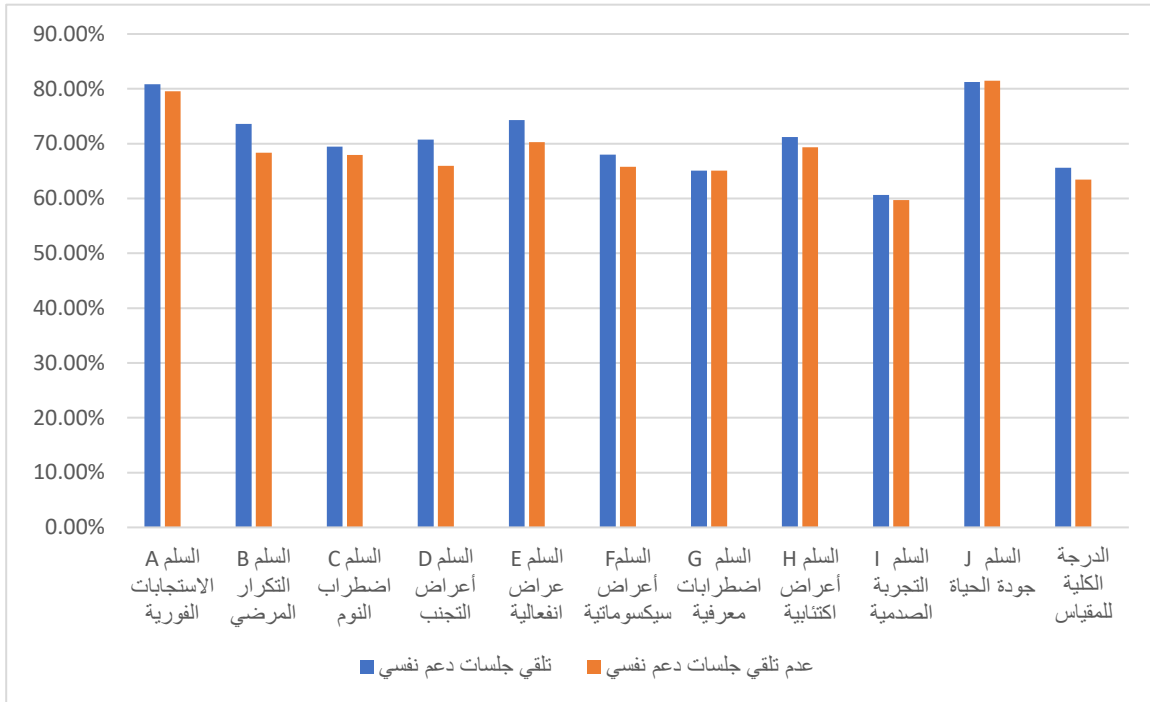
الجدول (36) نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق تبعاً إلى متغير (تلقي، عدم تلقي) جلسات دعم نفسيّ على أبعاد مقياس الخبرات الصّادمة والدّرجة الكليّة.

الخبرات الصّادمة	الدّعم النّفسيّ	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياريّ	قيمة (T)	القيمة الاحتمالية	الدّلالة
السّلم A الاستجابات الفوريّة	تلقي جلسات دعم نفسيّ	80	22.637	4.219	0.649	0.517	غير دال
	عدم تلقي جلسات دعم نفسيّ	290	22.269	4.572			
السّلم B التكرار المرضي	تلقي جلسات دعم نفسيّ	80	11.775	2.783	2.321	0.022	دال لصالح تلقي جلسات دعم
	عدم تلقي جلسات دعم نفسيّ	290	10.931	3.206			

غير دال	0.104	1.628	3.628	13.887	80	تلقي جلسات دعم نفسي	السلم C
			4.136	13.058	290	عدم تلقي جلسات دعم نفسي	اضطراب النوم
دال لصالح تلقي جلسات دعم	0.026	2.241	3.162	14.150	80	تلقي جلسات دعم نفسي	السلم D
			4.171	13.186	290	عدم تلقي جلسات دعم نفسي	أعراض التجنب
غير دال	0.069	1.827	3.744	17.825	80	تلقي جلسات دعم نفسي	السلم E
			4.247	16.869	290	عدم تلقي جلسات دعم نفسي	أعراض انفعالية
غير دال	0.346	0.944	3.509	13.600	80	تلقي جلسات دعم نفسي	السلم F
			3.753	13.158	290	عدم تلقي جلسات دعم نفسي	أعراض سيكوسوماتية
غير دال	0.931	.086	2.182	7.812	80	تلقي جلسات دعم نفسي	السلم G
			2.476	7.786	290	عدم تلقي جلسات دعم نفسي	اضطرابات معرفية
غير دال	0.392	.858	5.150	22.787	80	تلقي جلسات دعم نفسي	السلم H
			5.696	22.182	290	عدم تلقي جلسات دعم نفسي	أعراض اكتئابية
غير دال	0.683	.438	5.147	19.400	80	تلقي جلسات دعم نفسي	السلم I
			5.809	19.106	290	عدم تلقي جلسات دعم نفسي	التجربة الصدمية
غير دال	0.896	-0.131	2.553	16.250	80	تلقي جلسات دعم نفسي	السلم L
			2.612	16.293	290	عدم تلقي جلسات دعم نفسي	جودة الحياة
غير دال	0.160	1.409	26.511	160.12	80	تلقي جلسات دعم نفسي	الدرجة الكلية
			30.517	154.84	290	عدم تلقي جلسات دعم نفسي	

نلاحظ من الجدول السابق أن قيمة ت للدرجة الكلية كانت (1.409) بقيمة احتمالية (0.160) وهو أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي (0.05) مما يشير لعدم وجود فروق بين متوسطات درجات الأفراد الذين تلقوا جلسات دعم نفسي ومتوسطات الأفراد الذين لم يتلقوا جلسات دعم نفسي على الدرجة الكلية

لمقياس الخبرات الصّادمة، أما قيمة ت على أبعاد مقياس الخبرات الصّادمة فقد جاءت جميعها أكبر من (0.05) ما عدا بعدي السلم (B) التكرار المرضيّ والسلم (D) أعراض التجنب فقد جاءت أصغر من (0.05)، وهذه النتيجة الإحصائية تشير إلى عدم وجود فروق بين متوسطات درجات الأفراد الذين تلقوا جلسات دعم نفسيّ والذين لم يتلقوا جلسات دعم نفسيّ على جميع أبعاد المقياس ما عدا بعدي التكرار المرضيّ وأعراض التّجنب فقد أشارت لوجود فروق فيها، والشكل (18) يوضح تلك الفروق على الدّرجة الكلية والأبعاد للمقياس .



الشكل (18) تمثيل بياني يوضح الفروق في درجات متوسطات الأفراد على مقياس الخبرات الصّادمة تبعاً لتلقي/عدم تلقي جلسات دعم نفسيّ

ويفسر الباحث النتيجة السابقة في ظل غياب دراسات سابقة عن الدّعم النفسيّ لدى مبتوري الأطراف بأن خدمات الدّعم النفسيّ التي تلقاها الأفراد وفي ظل اطلاع الباحث على طبيعتها كانت دون المستوى المطلوب وغير ممنهجة وبالحيقة لم يكن أغلب أفراد العينة متأكدين من حضورهم أو عدم حضورهم لجلسات دعم نفسيّ قبل شرح الباحث لهم ماذا تعني، وكذلك فإن خدمة الدّعم النفسيّ قد تكون مناسبة لأشخاص لديهم بعض المشاكل النفسيّة وليس أعراض اضطرابات مختلفة ومستوى عال من الخبرات

الصّدمة كالتّي موجودة لدى أفراد العينة، وبالإضافة لذلك كانت جلسات الدّعم النفسيّ في عدة مراكز لتكوين الأطراف مختصرة جداً وتقوم على جمع معلومات وتدخلات بسيطة لا ترقى إلى مستوى التّأهيل النفسيّ المقبول لمبتور الطرف .

أما بالنسبة لوجود فروق في بعدي التّكرار المرضيّ وأعراض التجنب فمن المحتمل أن التثقيف النفسيّ حول الأعراض لبعض الاضطرابات مثل اضطراب ما بعد الصّدمة والذي يتضمنه الدّعم النفسيّ بدل أن يسهم في تخفيض تلك الأعراض فقد جعلهم يفكرون ويركزون عليها أكثر ، ومن ثم لم يقدّم الدعم أو المختصّ النفسيّ بالتعامل بالشّكل الصحيح مع الحالات وتدريبهم على تخفيف تلك الأعراض أو إحالتهم إلى طبيب نفسيّ مما قد جعل مستواها أعلى من البقية ، كما يمكن تفسير ذلك بأنّ تلقي خدمات الدّعم النفسيّ وطلبها كانت لأولئك الأشخاص الذين كانت لديهم بالأصل مستوى عالي لبعض أعراض اضطراب ما بعد الصّدمة (التّكرار المرضيّ والتجنب) مما استدعى تحويلهم لخدمات الدّعم النفسيّ وقد تكون مستوى هذه الأعراض أقل مما كانت عليه أو لم تتغير لعدم تقديم خدمات متخصصة كما ذكرنا سابقاً.

ولا شك لدى الباحث وبالاعتماد على الإطار النظريّ للخبرات الصّادمة من الفائدة للتدخلات النفسيّة ولو كانت بسيطة كما في الدّعم النفسيّ ولكن لا بد أن تكون ممنهجة ويقوم بها أشخاص مدربون على التّعامل مع حالات الصّدمات النفسيّة وأن تكون مستمرة ولا تقتصر على بضع جلسات تأهيل قبل وبعد تركيب الطرف الاصطناعيّ.

13-السؤال الثالث عشر: هل توجد فروق دالة إحصائيّاً في مجالات مقياس معنى الحياة لدى أفراد عينة البحث تعزى إلى تلقي جلسات دعم نفسيّ أو عدم تلقي جلسات دعم نفسيّ؟؟

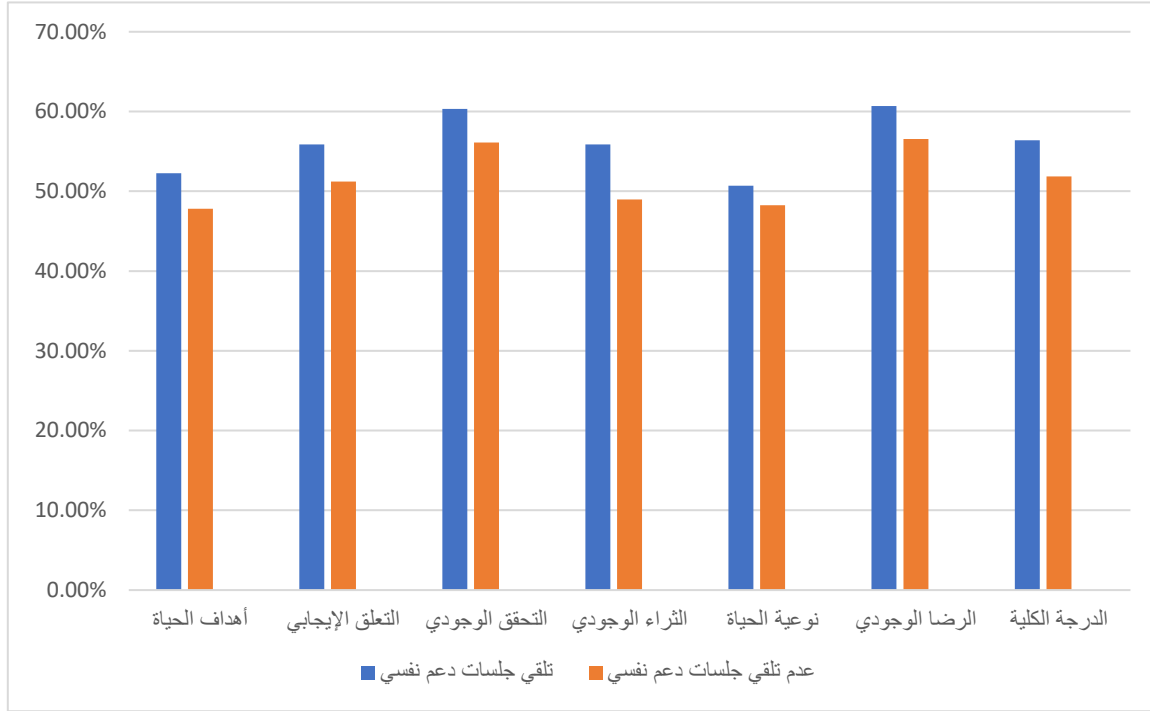
للإجابة عن هذه السّؤال تمّ استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة T. test لحساب الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على أبعاد مقياس معنى الحياة وعلى الدّرجة الكلية للمقياس تبعاً إلى متغير تلقي أو عدم تلقي جلسات دعم نفسيّ، والجدول (37) يوضح نتائج الاختبار.

الجدول (37) نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق تبعاً إلى متغير (تلقّي، عدم تلقّي) جلسات دعم نفسيّ على ابعاد مقياس معنى الحياة والدرجة الكلّيّة

معنى الحياة	جلسات الدّعم النفسيّ	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياريّ	قيمة ت (T)	القيمة الاحتمالية	الدّالة الإحصائيّة
أهداف الحياة	تلقّي جلسات دعم نفسيّ	80	10.450	3.778	1.754	0.080	غير دال إحصائيّاً
	عدم تلقّي جلسات دعم نفسيّ	290	9.558	4.087			
التّعلّق الإيجابي	تلقّي جلسات دعم نفسيّ	80	13.412	4.585	1.833	0.068	غير دال إحصائيّاً
	عدم تلقّي جلسات دعم نفسيّ	290	12.296	4.882			
التّحقّق الوجودي	تلقّي جلسات دعم نفسيّ	80	14.475	4.684	1.541	0.124	غير دال إحصائيّاً
	عدم تلقّي جلسات دعم نفسيّ	290	13.472	5.272			
التّراء الوجودي	تلقّي جلسات دعم نفسيّ	80	13.412	4.132	2.862	0.004	دال إحصائيّاً لصالح تلقّي جلسات دعم نفسيّ
	عدم تلقّي جلسات دعم نفسيّ	290	11.755	4.700			
نوعيّة الحياة	تلقّي جلسات دعم نفسيّ	80	10.137	3.672	1.010	0.314	غير دال إحصائيّاً
	عدم تلقّي جلسات دعم نفسيّ	290	9.648	4.371			
الرّضا الوجودي	تلقّي جلسات دعم نفسيّ	80	16.987	5.323	1.630	0.104	غير دال إحصائيّاً
	عدم تلقّي جلسات دعم نفسيّ	290	15.841	5.633			
الدرجة الكلّيّة	تلقّي جلسات دعم نفسيّ	80	78.962	24.335	1.894	0.059	غير دال إحصائيّاً
	عدم تلقّي جلسات دعم نفسيّ	290	72.589	27.247			

نلاحظ من الجدول السّابق أنّ قيمة ت للدرجة الكلّيّة كانت (1.894) بقيمة احتمالية (0.059) وهو أكبر من مستوى الدّلالة الافتراضيّ (0.05) مما يشير إلى عدم وجود فروق بين متوسطات درجات الأفراد الذين تلقوا جلسات دعم نفسيّ ومتوسطات الأفراد الذين لم يتلقوا جلسات دعم نفسيّ على الدّرجة الكلّيّة

لمقياس معنى الحياة، أما قيمة ت على أبعاد مقياس معنى الحياة ومستوى الدلالة المحسوب جاءت جميعها أكبر من (0.05) ما عدا الثراء الوجودي فقد جاءت قيمة ت عند مستوى دلالة أصغر من (0.05)، وهذه النتائج الإحصائية تشير إلى عدم وجود فروق بين متوسطات درجات الأفراد الذين تلقوا جلسات دعم نفسي والذين لم يتلقوا جلسات دعم نفسي على جميع أبعاد المقياس ما عدا بعد الثراء الوجودي فقد أشارت لوجود فروق فيه. والشكل (19) تمثيل بياني يوضح تلك الفروق.



الشكل (19) تمثيل بياني يوضح الفروق في درجات متوسطات الأفراد على مقياس معنى الحياة تبعاً لتلقي/عدم تلقي جلسات دعم نفسي

يفسر الباحث هذه النتيجة كما ذكرنا سابقاً بكون جلسات وبرامج الدعم النفسي الاجتماعي التي تقدم في شمال سوريا غير ممنهجة وغير مركزة ويقوم بها غالباً الأشخاص غير المختصين دون تدريب على التعامل مع حالات الإعاقة والأشخاص المصدمين ، أما بالنسبة لبرامج التأهيل النفسي لمبتوري الأطراف في مراكز العلاج الفيزيائي والأطراف الصناعية فهي لا تختلف كثيراً عن برامج الدعم النفسي العامة ويغيب عنها أي خطط أو أهداف خاصة، وبالنسبة لوجود فروق بين درجات الأفراد على بعد الثراء الوجودي في تلقي وعدم تلقي جلسات الدعم النفسي فهو الطبيعي في حال خضع مبتوري الأطراف

لجلسات دعم نفسيّ مركزة ولكن حتى نسبة الفروق بالنظر للتمثيل البيانيّ والوزن النسبيّ فهي ليست كبيرة جداً وإن كانت دالة إحصائياً ، إلا أن الباحث يصر ومن خلال العودة لطرق تحسين معنى الحياة ونمو ما بعد الصدمة وكذلك معنى الحياة بعد حدث صادم والتي تم ذكرها في الإطار النظريّ على دور الدعم النفسيّ في تحسين معنى الحياة للأفراد مبتوري الأطراف في حال كان قد وضع بشكل متخصص لهذه الفئة وقام به أشخاص مدربون على ذلك.

ثانياً- توصيات ومقترحات الدراسة:

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة من نتائج ميدانية يمكن تحديد مجموعة من المقترحات والتوصيات التي قد تكون ذات فائدة في مجال هذه الدراسة.

أ- التوصيات:

- 1- تأهيل الداعمين والاختصاصيين النفسيين في شمال غرب سوريا للتعامل مع مبتوري الأطراف ومع الاضطرابات المتصلة بالصدمة وزيادة عدد المراكز المختصة بالتعامل مع الاضطرابات النفسية.
- 2- العمل على دمج ذوي البتر في المجتمع وتخفيف الحواجز والعوائق المادية والاجتماعية.
- 3- زيادة حملات التوعوية والمناصرة لحقوق ذوي الإعاقة في المجتمع.
- 4- العمل على التواصل مع المنظمات الداعمة لتوفير أطراف علوية بالدرجة الأولى وتحسين الأطراف السفلية ونوعيتها وكذلك الحرص على توزيع تلك المراكز لتوفير الوصولية قدر الإمكان.
- 5- العمل قدر الإمكان على وضع مختصين على برامج التأهيل النفسي للأشخاص مبتوري الأطراف في مراكز تركيب الأطراف وتثقيف مبتور الطرف بالمشاكل النفسية المختلفة التي قد يتعرض لها.
- 6- العمل على توفير خدمة التأهيل النفسي والجسدي قبل البتر في المشافي وكذلك متابعة الحالات بعد البتر لتخفيف ظهور أعراض الصدمة بشكل عام والآلام الشبكية والوهمية والطرف الشبح بشكل خاص وتثقيف الأطباء والمعالجين الفيزيائيين حول تلك الأعراض.
- 7- العمل على توفير برامج سبل عيش أو تشغيل لمبتوري الأطراف وتوفير مصادر دعم مادي لهم.
- 8- التركيز في مراكز تمكين المرأة على النساء من مبتوري الأطراف وإقامة فعاليات خاصة لهن.
- 9- زيادة فعاليات الصحة النفسية المرتبطة باضطرابات الصدمة وتضمين مبتوري الأطراف بمختلف حملات التوعوية وكذلك تخصيص حملات لأسر مبتوري الأطراف وتخفيف الضغوط النفسية لديهم.

10- تشكيل تجمعات ولجان مجتمعية من مبتوري الأطراف والتواصل المستمر بينهم وتفعيل دعم الأقران والإرشاد الجماعي.

11- نشر خارطة خدمات لمراكز العلاج الفيزيائي وتركيب الأطراف والمراكز النفسية المختصة التي تستقبل مبتوري الأطراف لدى مختلف مقدمي الخدمات في محافظة إدلب وطرق التواصل والإحالة.

ب- المقترحات:

- 1- تصميم برنامج إرشادي لخفض أعراض الصدمة النفسية بالاعتماد على العلاج بالمعنى.
- 2- إجراء دراسة تتناول الخبرات الصادمة وعلاقتها بالدعم النفسي الاجتماعي.
- 3- إجراء دراسات مسحية ووصفية لمبتوري الأطراف في شمال غربي سوريا.
- 4- تصميم برنامج إرشادي لتحسين معنى الحياة لدى مبتوري الأطراف.
- 5- إجراء دراسة للضغوط النفسية لأسر الأشخاص مبتوري الأطراف.
- 6- إجراء دراسة مقارنة لأوضاع مبتوري الأطراف في شمال غرب سوريا وفي تركيا أو بين المراجعين لأحد مراكز الأطراف الصناعية في إدلب مع مركز للأطراف خارج سوريا.
- 7- تصميم برامج ومناهج خاصة بالتأهيل النفسي لدى مبتوري الأطراف في مراكز العلاج الفيزيائي والأطراف الصناعية.

قائمة مراجع التّراسة

وَأَلا- قائمة المراجع باللغة العربيّة
ثانياً - قائمة المراجع باللغة الإنكليزيّة

أولاً- قائمة المراجع باللغة العربية

- إبراهيم، عبد الستار. (2011). *العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث*. الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- أبو القمصان، آلاء. (2016). *نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بفعالية الذات لدى مبتوري الأطراف في الحرب الأخيرة على غزة "حرب عام 2014" (رسالة ماجستير غير منشورة)*. الجامعة الإسلامية غزة.
- أبو النصر، مدحت. (2005). *الإعاقة الجسميّة - المفهوم والأنواع والرعاية وبرامج الرعاية*. مجموعة النيل العربية.
- أبو الهدى، إبراهيم. (2011). *دراسة سيكومترية إكلينيكية لقلق المستقبل وعلاقته بمعنى الحياة ووجهة الضبط لدى عينة من المعاقين بصرياً والمبصرين*. مجلة كلية التربية، 3(35)، 789-822.
- أبو حطب، فؤاد وصادق، أمال. (1991). *مناهج البحث وطرق التحليل الإحصائي في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية*، ط1. مكتبة الانجلو المصرية.
- أبو غالي، عفاف محمود. (2017). *المساندة الاجتماعية وعلاقتها بمعنى الحياة لدى حالات البتر في محافظة غزة*. مجلة الزرقاء للبحوث والدراسات الإنسانية، 14(2)، 15-34.
- أبو غزالة، سميرة (2007 أ). *أزمة الهوية ومعنى الحياة كمؤشرات للحاجة إلى الإرشاد النفسي "دراسة على طلاب الجامعة"*. مجلة العلوم التربوية. عدد خاص، 252-324.
- أبو غزالة، سميرة (2007 ب). *فاعلية الإرشاد بالمعنى في تخفيف أزمة الهوية وتحسين المعنى الإيجابي للحياة لدى طلاب الجامعة (عرض ورقة)*. ورقة عمل مقدمة للمؤتمر السنوي الرابع عشر، القاهرة.
- الأبيض، محمد حسن. (2010). *مقياس معنى الحياة لدى الشباب*. مجلة كلية التربية، 3(43)، 799-820.
- أحمد، خليفة وعوادي، الحادة. (2021). *معنى الحياة لدى المعاقين المتمدرسين دراسة على عينة من المعاقين - بصرياً، سمعياً، حركياً - بولاية الوادي*. مجلة الشامل للعلوم التربوية والاجتماعية، 4(2)، 849-835.

- الأطرش، حسين. (2015). صورة الجسم وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى مبتوري الأطراف بعد حرب التحرير بمدينة مصراته. *المجلة العلمية لكلية التربية*، ع4، 331-360.
- أدلر، ألفريد. (2005). *معنى الحياة* (ترجمة عادل نجيب بشرى)، ط1. المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة. العمل الأصلي نشر في عام 1931م.
- بحر، فريد. (2017). وهم الأطراف وعلاقته بالانفعالات النفسية لحالات البتر -دراسة وصفية تحليلية- (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية). الجامعة الإسلامية غزة.
- بومزاوط، سعاد ويلماس، مفيدة. (2019). انعكاسات الصدمة النفسية على صورة الجسم لدى مبتوري الأطراف السفلية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة 8 ماي 1945 الجزائر.
- ثابت، عبد العزيز (1998) *الخبرات الصادمة وتأثيراتها النفسية والاجتماعية على الأطفال الفلسطينيين. برنامج غزة للصحة النفسية، غزة.*
- جعفر، ناصر (1999). العلاقة بين المساندة الاجتماعية والخبرة الصادمة لدى أهالي البيوت المهتمة من قبل قوات الاحتلال الإسرائيلية في محافظة القدس (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة القدس المفتوحة القدس.
- جوليفيه، ريجيس. (1988). *المذاهب الوجودية*. ترجمة (فؤاد كامل). بيروت: دار الآداب.
- الحجار، محمد (1999). *الوجيز في فن ممارسة العلاج النفسي- السلوكي*. ط2. بيروت: دار النفائس.
- حسن، إيمان (2006). صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لدى مبتوري الأطراف (رسالة ماجستير غير منشورة) جامعة سوهاج.
- حسنين، عائدة (2004). *الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية غزة.
- الحمادي، أنور. (2021). *الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض-ICD (11) - الطبعة الحادية عشر*. العمل الأصلي نشر عام 2021.
- الحمادي، أنور. (2014). *معايير DSM-5*، نسخة إلكترونية صدرت (2014). العمل الأصلي بتاريخ 2013.
- خضير، عبد المحسن. (2016). *المعنى في الحياة عند طلبة كلية التربية للعلوم الإنسانية، مجلة أبحاث البصرة*، 41 (2)، 391-412.

- خلف، مهيرة. (2012). مبتورو الأطراف خلال الحرب على غزة -دراسة إكلينيكية- (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية غزة.
- الرشيدى، بشير صالح. (2001). العلاج النفسي الواقعي في مواجهة الأزمات. الثقافة النفسية المتخصصة. 12(45)، 58-68.
- الرشيدى، توفيق هارون (1996). مقياس معنى الحياة، بحوث المؤتمر الدولي الثالث لمركز الإرشاد النفسي: الإرشاد النفسي في عالم متغير (عرض ورقة). مركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس، مجلد 2 ، القاهرة.
- الرشيدى، هارون توفيق. (1998). مقياس معنى الحياة، كراسة التعليمات، مكتبة النهضة المصرية: القاهرة.
- زقار، رضوان وزقور، عواطف. (2019). الصدمة النفسية في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM 5) أبعاد وحدود، مجلة آفاق العلمية. 11 (03)، 672-686.
- زقوت، سمير. (٢٠٠٠). أطفال فلسطين والصدمة النفسية، مجلة أمواج العدد (١٣). نشرة دورية تصدر عن برنامج غزة للصحة النفسية.
- السطوحى، هاني. (2014). استراتيجيات علم النفس الإيجابي ودورها في خلق بيئة مدرسية إيجابية لدى معلمي مدارس التربية الفكرية. مجلة القراءة والمعرفة. ع (158)، 169-204.
- سموكر وآخرون. (2013). إعادة رسم الصورة وعلاج الإعادة: دليل معالجة الصدمة من النوع الأول (تر: سامر رضوان). دار الكتاب الجامعي، العمل الأصلي نشر في عام 1999م.
- شادلي، عبد الرحيم. (2017). انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف (دراسة دكتوراه غير منشورة). جامعة بسكرة الجزائر.
- شاليش، أسيمة. (2016). اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف نتيجة الأزمة السورية في ضوء بعض المتغيرات " دراسة ميدانية في مشفى زاهي أزرق في مدينة اللاذقية. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية. 38(3)، 721-734.
- شعبان، مرسلينا. (2013). الدعم النفسي ضرورة مجتمعية. إصدارات مؤسسة العلوم النفسية العربية- سلسلة وفي أنفسكم-، العدد الخامس.
- شرفي، محمد. (2012). رؤى تحليلية لمفهوم الصدمة. مجلة أبحاث نفسية وتربوية، 5، 47-57.

- شعث، ناضل (2005). تأثير الصدمة النفسية في تطور كرب ما بعد الصدمة والحزن بين الأطفال (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة القدس فلسطين.
- صالح، صافي ومظهر، سيف. (2019). الخبرات الصّادمة لدى معوقي الحرب. مجلة جامعة الأنبار للعلوم الإنسانية. 2019 (2)، 329-352.
- طاهر، إيمان. (2017). الإعاقة وأنواعها وطرق التغلب عليها. وكالة الصحافة العربية: مصر.
- عبد الحليم، أشرف. (2010). قلق المستقبل وعلاقته بمعن الحياة والضغط النفسي لدى عينة من الشباب (عرض ورقة). المؤتمر السنوي الخامس، جامعة عين شمس، القاهرة.
- عبد الرحمن، سعيد سليمان (2001). الإعاقة البدنية. مكتبة الزهراء الشرق ط 2. القاهرة
- عبد الظاهر، محمد والبهاص، سيد (2014). الضغوط النفسية والعلاج بالتحليل النفسي، دراسة في الصحة النفسية وعلم النفس الإيجابي. ط1، القاهرة: دار الكتاب الحديثة.
- عبد العال، تحية ومظلوم، مصطفى. (2013). الاستمتاع بالحياة في علاقته ببعض متغيرات الشخصية الإيجابية "دراسة في علم النفس الإيجابي". مجلة كلية التربية ببنها، 2 (93)، 79-163.
- العبد الله، جهاد (2018، 23Sep). مبتوري الأطراف في سوريا بين الأمل والنسيان. جريدة الأيام. مبتوري الأطراف في سوريا بين الأمل والنسيان - الأيام السورية (ayyamsyria.net)
- عبد النور، نور وآخرون. (12 Aug، 2018). مصابو الحرب في سوريا ضحايا على قيد الحياة . مجلة عنب بلدي. ع، (338) مصابو الحرب في سوريا.. ضحايا على قيد الحياة - عنب بلدي (enabbaladi.net) تم الاسترجاع في 2021/2/12.
- عبد الوائلي، جميلة رحيم. (2012). المعنى في الحياة وعلاقته بنمط الشخصية (A-B). مجلة الأستاذ، العدد 201، 609-664.
- عبيد، مصطفى فؤاد. (2022). مهارات البحث العلمي - حجم العينة في البحث العلمي -. مركز الدراسات والبحوث متعدد التخصصات. <https://www.bing.com/search?q=>
- عثمانى، سمية وبلحاج، سناء (2019). دور تقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العين EMDR في العلاج النفسي للمرأة المصابة بسرطان الثدي (رسالة ماجستير غير منشورة). المركز الجامعي بلحاج بوشعيب. الجزائر.

- عطية، محسن علي (2009). *البحث العلمي في التربية- مناهجه، أدواته، وسائله الإحصائية-*. دار المناهج للنشر والتوزيع.
- عكاشة، أحمد. (1999). ICD-10 المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض - تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية. -المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، جامعة عين شمس. العمل الأصلي نشر عام 1992.
- علي، علي وعبد الهادي، أحمد. (1997). دراسة نفسية لتأهيل فاقد أعضاء الجسم عن طريق البتر. *مجلة علوم النفس*، س 11(42)، 126-141.
- علي، بشرى. (2016). التوجه نحو الحياة وفق بعض المتغيرات "دراسة ميدانية على عينة من المدرسات والإداريات والمستخدمات في بعض المدراس الحكومية". *مجلة دمشق*، 30(2). 228-229.
- عمر، ماهر محمود (1988). *سيكولوجية العلاقات الاجتماعية*، دار المعرفة الجامعية: الإسكندرية.
- عوادي، الحادة. (2018). علاقة معنى الحياة بالتشويهاات المعرفية لدى الأشخاص المعاقين - دراسة ميدانية على عينة من المعاقين بولاية الوادي- (دراسة ماجستير غير منشورة). جامعة الوادي، الوادي، الجزائر.
- غانم، زياد (2005). التفكير الإيجابي والسلبي لدى طلبة الجامعة: دراسة مقارنة في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية والتربوية. *مجلة دراسات عربية في علم النفس*، 3(4). 85-135.
- فرنكل، فيكتور (1982). *الإنسان يبحث عن المعنى (مقدمة في العلاج بالمعنى التسامي بالنفس)*. تر: طلعت منصور، الطبعة الأولى، الكويت: دار القلم.
- فرنكل، فيكتور . (2000)، *إرادة المعنى: أسس وتطبيقات العلاج بالمعنى*، ترجمة (إيمان فوزي) ط3، دار زهراء الشرق للنشر والتوزيع: القاهرة.
- القاضي، وفاء محمد. (2009). قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.
- القراء، زهية. (2015). خبرة البتر الصادمة واستراتيجيات التكيف وعلاقتها بقلق الموت لدى حالات البتر في غزة (دراسة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية غزة.

- الكبيسي، ناطق والتميسي، علي ناصر. (2016). اختبار فعالية منهج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين. مجلة البحوث التربوية والنفسية. ع (48). 146-172.
- كوفيل وآخرون (1967). علم نفس الشواذ، تر: محمود الزيايدي، دار النهضة العربية، بيروت.
- لابلاش، ج وبونتاليس، ج ب. (1997). معجم مصطلحات التحليل النفسي، تر: مصطفى حجازي، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع. ط3. العمل الأصلي نشر في 1950.
- لعوامن، حبيبة. (2018). أثر الصدمة النفسية على معنى الحياة لدى المعاقين حركياً جراء حوادث الطرق فئة الراشدين (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة محمد لمين دباغين، الجزائر.
- الليل، محمد جعفر جمل. (1998). علاقة بعض المتغيرات بالقلق العام لدى طلاب وطالبات المرحلة المتوسطة والثانوية في المملكة العربية السعودية، مجلة علم النفس، 11(42)، 32-45.
- أرجايل، مايكل. (1993). سيكولوجية السعادة، (تر فيصل عبد القادر يوسف). عالم المعرفة. سلسلة 175- الكويت.
- محمود، سهير. (2015). معنى الحياة وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية البيئية لدى عينة من ذوي الإعاقة الحركية (رسالة دكتوراه غير منشورة) جامعة عين شمس، القاهرة.
- مرسيلينا، شعبان (2016). حركة العينين والمتابعة وإعادة المعالجة في الاضطرابات التالية للصدمة. مجلة بصائر نفسية، سوريا (13).
- المركز الطبي للشعوب والمجموعات العرقية. (2015). دليل إرشاد الاضطرابات الناتجة عن الصدمة النفسية والاضطراب المجهد بعد الصدمة النفسية "الأسباب والتداعيات والمساعدات" (ترجمة عبد الناصر المصري). مشروع MIMI. نسخة مطبوعة.
- مصطفى، حسن حسين. (2004). بعض المتغيرات النفسية لنوعية الحياة وعلاقتها بسمات الشخصية لمدمني الهيروين (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة عين شمس، مصر.
- مكتب اليونيسف الإقليمي في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (1995). مساعدة الطفل الذي يعاني من الصدمة النفسية، دليل للعاملين النفسيين والاجتماعيين وللمعلمي مرحلة ما قبل المدرسة، (ترجمة زهير زكريا)، عمان - الأردن
- منظمة الصحة العالمية في العراق. (2009). مبادئ الدعم والإسعاف النفسي الأولي للقائمين على الرعاية النفسية للمصابين بالصدمة النفسية الناجمة عن حوادث العنف والكوارث (عبد المناف الجادري). مكتب منظمة الصحة العالمية في العراق. العمل الأصلي نشر في 2007.

- مكيري، كريم (2008). أثر التصورات العائلية على الراشدين على الذين عايشوا أحداث صدمية في مرحلة المراهقة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الجزائر.
- منظمة إنقاذ الطفولة Save the children (2019). التعامل مع حالة الأطفال النفسية في النزاعات. الطبعة الأولى، لندن: أنيا كولي.
- ميمونة، بداد (2017). اضطراب ما بعد صدمة البتر لمريض السكري -دراسة عيادية لثلاث حالات بمستشفى شي قيفاري-مستغانم- (دراسة ماجستير غير منشورة). جامعة عبد الحميد بن باديس، الجزائر.
- النابلسي، محمد (1991). الصدمة النفسية علم نفس الحروب والكوارث. بيروت، لبنان: دار النهضة العربية.
- هلال، أسماء. (2018). تأهيل المعاقين، دار المسيرة، ط4. عمان الأردن.
- الهندي، أماني. (2020). دور استخدام الأطراف الاصطناعية في تحسين صورة الجسم لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة. مجلة جامعة البعث سلسلة العلوم التربوية. 42(40)، 91-130.
- يعقوب، غسان (1999). سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. ط2. بيروت: دار الفارابي.
- يوسف، داليا عبد الخالق. (2008). معنى الحياة وعلاقته بدافعية الإنجاز الأكاديمي والرضا عن الدراسة لدى طلاب الجامعة (دراسة ماجستير غير منشورة). جامعة الزقازيق، مصر.
- يونس، محمود (2005). مدى فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلي في خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى عينة من الطلبة في الجامعة الأردنية. مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية. 3(32). 608-857.

ثانياً- قائمة المراجع باللغة الأجنبية References

- Allen, et al. 2010 "Perceptions of PFA Among Providers". Journal of Traumatic Stress. 23.4. 509–513. [doi:10.1002/jts.20539](https://doi.org/10.1002/jts.20539). PMID 20623598.
- APA (American Psychiatric Association). (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC : APA.
- APA (American Psychiatric Association). (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., text revised). Washington, DC : APA.
- APA (American Psychiatric Association). (1994)." Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM-IV)". (4 Ed.) Washington, DC: APA.
- APA (American Psychiatric Association). (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association. [American Psychiatric Association, American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV](https://www.psychiatry.org/american-psychiatric-association/task-force-on-dsm-iv)
- Baumeister, R. F. (1991). Meanings of life. New York: Journal of Disputandi, 6, 1-16.
- Briere, J.& Scott, C. (2006). Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.[https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1468885](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1468885)
- Brillon, P., Marchand, A.& Stephenson, R. (1996). [Behavioral and cognitive models of post-traumatic stress disorder]. NIH.21(1):129-44. [odèles comportementaux et cognitifs du trouble de stress post-traumatique](https://doi.org/10.1002/9781118154444.ch12)
- Brillon, P. (2004). Comment aider les victimes souffrant de stress posttraumatique, Québecor, Montréal. [Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique.](https://doi.org/10.1002/9781118154444.ch12)
- Carlos, L. (2003). The "Ultimate Meaning" of Viktor Frankl. A Demonstration Project in Partial Fulfillment of The Requirements for The Diplomate Educator, Adminstrator Credential, Viktor Frankl Institute of Logotherapy, 1-40.
- Carlson, E. B. & Dalenberg, C. J. (2000). Trauma, Violence & Abuse. Vol. 1, No. 1 (January 2000), pp. 4-28. Sage Publications, INC. <https://doi.org/10.1177/152483800001001002>
- Carlson, E. B., Furby, L., Armstrong, J., & Shlaes, J. (1997). A conceptual framework for the long-term psychological effects of traumatic childhood abuse. Child Maltreatment, 2, 272-295. <https://doi.org/10.1177/1077559597002003009>
- Casabianca, S. (2021). The 5 Stages of Grief & Loss. Very well mind, July. <https://psychcentral.com/lib/the-5-stages-of-loss-and-grief>

- Center for Substance Abuse Treatment (US). 2014. Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, Chapter 3, Understanding the Impact of Trauma No. 57.
- CMHA (Canadian Mental Health Association) National. (2016). Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) - CMHA National . <https://cmha.ca/brochure/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/>
- Copuroglu, C., Gorgulu, Y., Ozcan, M., Yilmaz, B. (2010). Acute stress disorder and post-traumatic stress disorder following traumatic amputation. *ActaOrthop Belgica*, 76(1),90-3.
- Crocq, L. (1999), *Traumatisme Psychique*, éd Masson, Odile Jacob Paris. <https://www.fnac.com/a315222/Louis-Crocq-Les-Traumatismes-psychiques-de-guerre>
- Clohessy, S., & Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 251–265. <https://doi.org/10.1348/014466599162836>
- Davie-Smith, F. (2017). Factors influencing quality of life after lower extremity amputation for peripheral arterial occlusive disease. PhD thesis, University of Glasgow, Glasgow.
- Davis, Kathleen. (2022). How does cognitive behavioral therapy work? Medical news today. Healthline Media UK Ltd, Brighton, UK. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/296579>
- Debats, D.M. (1996). Meaning in life: psychometric, clinical and phenomenological aspects. University of Groningen. P. 4-5
- Dihel, U. (2009). human Suffering asa challenge for the Meaning of life, *An International Journal in Philosophy, Religion, Politics and Arts*, vol.4, No.2,
- DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -5th ed). (2013). Washington, DC: American Psychiatric Association. 2013.
- Damiani.C & Pereira-Fradin.M(2006). Évaluation psychométrique des troubles post-traumatiques. *Bulletin de psychologie 2007/HS (Numéro hors-série)*, pages 134 à 140. [Évaluation psychométrique des troubles post-traumatiques | Cairn.info](https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie/2007/HS/134-140.htm)
- Engeström, Y. (1999) Innovative learning in work teams: analysing cycles of knowledge creation in practice, in: Y. ENGESTRÖM et al (Eds.) *Perspectives on Activity Theory*, (Cambridge, Cambridge University Press), 377-406. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511812774.025>
- Epstein, S. (1991). *Cognitive-Experiential Self-Theory: An Integrative Theory of Personality*. In R. C. New York, NY: The Guilford Press.
- Fassin, D. & Rechtman, R. (2009). *The Empire of Trauma: An Inquiry into the Condition of Victimhood* Princeton: Princeton University Press.
- Foa, E. & Rothbaum, B. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: The Guilford Press.
- Foa, E. & Kozak, M. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>

- Foa, E., Stein, D.& McFarlane, A. (2006). Symptomatology and psychopathology of mental health problems after disaster. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006;67 Supplement 2:15–25.
https://www.academia.edu/31519195/Symptomatology_and_psychopathology_of_mental_health_problems_after_disaster
- François, L. (2005) traiter les traumatismes psychiques clinique et prise en charge, danod, paris.
- Frankl, E.V (2009). Nos raisons de vivre, Dunod Editeur, 05 Rue Laromiguiere, paris, France. [Nos raisons de vivre - A l'école du sens de la vie - Livre et ebook Psychanalyse de Viktor Frankl - Dunod](#)
- Frankl, V. E (1984) *Man's Search for Meaning* (Victor Frankl). Washington Square Press: New York, NY. 221 p. ISBN: 9780671667368.
- Frankl, V. E. (1959). *Man's search for meaning*. Beacon Press.
- Frankl, V. E., 1963, *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy*, Washington Square Books, New York.
[https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1907651](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1907651)
- Freud, S. (1955) [1920]. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, trans. and ed. James Strachey, vol. 12. New York: Norton.
- Gallagher, P.& Maclachlan, M. (2000). Positive meaning in amputation and thoughts about the amputated limb. *Prosthetics and Orthotics International*; 24(3).146-204. <https://doi.org/10.1177/135910530100600>
- Garland, C. (1998). Thinking About Trauma. In C. Garland (ed.). *Understanding Trauma: A Psychoanalytical Approach*. London: Karnac. 9–31
- Grouden, M & Jouse, P. (2015). Do sources of meaning differentially predict search for meaning, presence of meaning, and wellbeing? *International Journal of Wellbeing*, 5(1),33-52.
- Hamblen, J. (2003). PTSD in children and Adolescents. National Center for PTSD. *A Practitioner's Handbook* (2nd Ed.), New York: Guilford.
- Hamidi, S., Yetkin, A., & Yatkin, Y. (2010). The Meaning of Life: Health, Disease, and the Naturopathy. *Journal of Psychology and Counselling*, 2, (1), 9-16.
- Heintzelman, J., & King, A. (2014). Life is pretty meaningful. *American Psychologist*, 69(6), 561–574. DOI:[10.1037/a0035049](https://doi.org/10.1037/a0035049)
- Heintzelman, S. J., Trent, J. & King, L. A. (2013). Encounters with objective coherence and the experience of meaning in life. *Psychological Science* 24(6): 991–998. <https://doi.org/10.1177/0956797612465878>
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York, New York: Basic Books.
- Herman, J. (2015). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence. From Domestic Abuse to Political Terror*, Basic Books, juillet 2015, p. 336.

- Janoff- Bulman, R. (1992). Shattered Assumptions: Towards a new psychology of Trauma. NY: Free Press.
<https://doi.org/10.1080/00029157.1994.10403078>
- Jayne, L, (2020). What is trauma? Types, symptoms, and treatments. Medical news today, Jun,2020 [What is trauma? Types, symptoms, and treatments \(medicalnewstoday.com\)](https://www.medicalnewstoday.com/what-is-trauma-types-symptoms-and-treatments).
- Kim, S. & Kang, A.K. (2003). Meaning of life for adolescents with a physical disability in Korea. National Library of medicine, 43(2),145-55.
DOI:[10.1046/j.1365-2648.2003.02689_1.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02689_1.x)
- King, A., Hicks, A., Krull, L. & Del Gaiso, K. (2006). Positive affect and the experience of meaning in life. Journal of Personality and Social Psychology, 90, 179–196. DOI:[10.1037/0022-3514.90.1.179](https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.1.179)
- Lambert, M., Stillman, F., Hicks, A., Kamble, S., Baumeister, F., & Fincham, F. D. (2013). To belong is to matter: Sense of belonging enhances meaning in life. Personality and Social Psychology Bulletin, 39(11), 1418–1427.
<https://doi.org/10.1177/0146167213499186>
- Leys, R. (2000). Trauma: A Genealogy. Chicago: University of Chicago.
DOI:[10.7208/chicago/9780226477541.001.0001](https://doi.org/10.7208/chicago/9780226477541.001.0001)
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. American Journal of Psychiatry, 101, 141–148.
<https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>
- Liu, F., Williams, M.R., Liu, H., Chien, N. (2010). The lived Experience of Persons with Lower Extremity Amputation. Journal of Clinical Nursing, 19,15-16.
- Mansoor, I., Margoob, M., Masood, N. (2010). Prevalence of psychiatric co morbidities in traumatic amputees-a cross sectional study from Kashmir (Indian Part)., European Psychiatry, 25(1), 1540. DOI:[10.1016/S0924-9338\(10\)71523-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(10)71523-6)
- Margoob, M., Gani, N., Khan, A.Y., Majed, A. (2008). Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder after Amputation, a journal of current clinical medicine & surgery, 15(1-4),5-7.
- Martela, F., & Steger, F. (2016). The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. The Journal of Positive Psychology, 11(5), 531–545.
- Maslow, A.H. (1968). Toward a psychology of being (2nd ed). Princeton, NJ: Van Nostrand. <https://catalogue.nla.gov.au/Record/2474055>
- McDonald,L., Westcott-McCoy, S., Weaver, R., Haagsma, J., Kartin, D. (2021). Global prevalence of traumatic non-fatal limb amputation. Prosthetics and orthotics international.NIH,1(45).105-114.
DOI: [10.1177/0309364620972258](https://doi.org/10.1177/0309364620972258)
- McSweeney, F. & Murphy, E. (2014). The Wiley-Blackwell handbook of operant and classical conditioning. West Sussex: Wiley .

- <https://silo.tips/download/the-wiley-blackwell-handbook-of-operant-and-classical-conditioning>.
- Metz, T. (2013). Meaning in life. New York: Oxford University Press.
 - Mini DSM_IV ntr. (2004). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, éd Masson, Paris
 - Moore, S (1989). Lower Extremity Amputation. Philadelphia: WB Saunders. chap 26. [Lower extremity amputation by Wesley S. Moore | Open Library](#)
 - NIMH " The National Institute of Mental Health". (2019). Post-Traumatic Stress Disorder. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd>
 - Oakley, T. (2010). The issue is meaninglessness. The Monist, 93(1), 106–122. <https://philpapers.org/rec/OAKTII>
 - Parad, H. & Caplan, G. (1960). A framework for studying families in crisis. Social Work, 5(3), 3–1. <https://psycnet.apa.org/record/2011-05219-009>
 - Pargament, K. I. (2013). Spirituality as an Irreducible Human Motivation and Process. International Journal for the Psychology of Religion, 23, 271-281. DOI:[10.1080/10508619.2013.795815](https://doi.org/10.1080/10508619.2013.795815)
 - Pietrzak, R., Goldstein, R., Southwick, S.& Grant, B. (2011). Personality disorders associated with full and partial posttraumatic stress disorder in the U.S. Journal of Psychiatric Research. 45: 678–686. Doi: [10.1016/j.jpsychires.2010.09.013](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.09.013)
 - Psarra, E. & Kleftras, G. (2013). Adaptation to Physical Disabilities: The Role of Meaning in Life and Depression. The European Journal of Counselling Psychology, 2(1), 79 – 99. DOI:[10.5964/ejcop.v2i1.7](https://doi.org/10.5964/ejcop.v2i1.7)
 - Royal College of Psychiatrists (2021). Post-traumatic stress disorder (PTSD). <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-disorders/post-traumatic-stress-disorder>
 - Ramachandran & Rodgers-Ramachandran. D, (1995). Touching the phantom limb. Nature. 377: 489-490. DOI: [10.1038/377489a0](https://doi.org/10.1038/377489a0)
 - Racy, C. (1992). Atlas of Limb Prosthetics: Surgical, Prosthetic, and Rehabilitation Principles •Psychological Adaptation to Amputation Chap 28. <https://www.oandplibrary.org/alp/chap28-01.asp>
 - Rains, H&, Ritchie, D. (1995/1977): Bailey and Love Short Proctic of Surgery, Ellps. H.K. Lewis & Co. ISBN 10: 0718604504ISBN 13: 9780718604509.
 - Reker, T. & Peacock, J. (1981). The life attitude profile (LAP): multidimensional instrument for assessing atti-tudes toward life. Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement, 13, 264–273. <https://doi.org/10.1037/h0081178>
 - Reker, T., & Wong, P. (1988). Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. In J. E. Birren & V. L. Bengston (Eds.), Emergent theories of aging (pp. 214–246). New York: Springer.
 - Reker, T.& Wong, P. (2012). The human quest for meaning: Theories, research, and applications. Edition: 2, 20. (pp.433-456). Routledge

- Roisin, J. & Lillianfield, S. (2008). Post-traumatic stress disorder: an empirical evaluation of the underlying assumptions. *Clinical Psychology Review*, 28, 837-868. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.12.002>
- Roșca, A.C., Baciuc, C.C., Burtăverde, V., Mateizer, A. (2021) Psychological Consequences in Patients with Amputation of a Limb. An Interpretative-Phenomenological Analysis. *Front.Psychol.* DOI: [10.3389/fpsyg.2021.537493](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.537493)
- Ryan, J., Chaudieu, I., Ancelin, M.& Saffery, R. (2016). Biological underpinnings of trauma and post-traumatic stress disorder: Focusing on genetics and epigenetics. *Epigenomics*, 8(11), 1553-1569. DOI: [10.2217/epi-2016-0083](https://doi.org/10.2217/epi-2016-0083)
- Salmona, M. (2015). *La mémoire traumatique in L'aide-mémoire en Psychotraumatologie*, Paris, Dunod.
- Santa, M.& Gallop, R. (1998). Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: A literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*. 43:793–800. DOI: [10.1177/070674379804300803](https://doi.org/10.1177/070674379804300803)
- Sara, R. C., Lisa, M., Nasser, K., Scott L, R. (2006). Psychiatric and Emotional Sequelae of Surgical Amputation. *Journal of Psychosomatic*, 47. (6) 459-464. DOI: [10.1176/appi.psy.47.6.459](https://doi.org/10.1176/appi.psy.47.6.459)
- Scott, W. (1990). PTSD in DSM-III: A case in the politics of diagnosis and disease. *Social Problems*, 37, 294-310
<https://doi.org/10.1525/sp.1990.37.3.03a00020>.
- Shores, J. (2020). Health and Amputation by Johns Hopkins Medicine. Available from: [Amputation | Johns Hopkins Medicine](https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/amputation)
- Solomon, J. L. (2004). Modes of Thought and Meaning Making: The Aftermath of Trauma. First Published July 1, 2004 *Journal of Humanistic Psychology*, 44(3), 299-319. <https://doi.org/10.1177/0022167804266096>
- Solomon, Z., Mikulincer, M., & Avitzur, E. (1988). Coping, Locus of Control, Social Support, and Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder: A Prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 279-285. DOI: [10.1037//0022-3514.55.2.279](https://doi.org/10.1037//0022-3514.55.2.279)
- Solomon. E. & Heide, K. (1999). « Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43: 202-210
- Steger, M.F. (2012). Making meaning in life. *Psychol Inq.* 23(4):381–5. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1047840X.2012.720832>
- Steger, M. F. (2017). Meaning in life and wellbeing. In *Wellbeing, Recovery and Mental Health*. 75–85). Cambridge University Press. DOI: [10.1017/9781316339275.008](https://doi.org/10.1017/9781316339275.008)
- Szcześniak, M., Cieslak, M., Swidurska, d. (2020). Disease Acceptance and Eudemonic Well-Being Among Adults with Physical Disabilities: The Mediator Effect of Meaning in Life. *National Library of medicine, Front Psychol.*, 22 October 2020. [10.3389/fpsyg.2020.525560](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.525560)

- Tackett, K. (2009). Psychological Trauma and Physical Health: A Psychoneuroimmunology Approach to Etiology of Negative Health Effects and Possible Interventions. *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy* 1(1):35-48.
- Turner, F (1999). "Adult Psychopathology, second edition", the free press, New York, pp 638-658.
- Taylor, E.& Brown, D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health, *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- Terr, L. (1991). « Childhood Traumas: An Outline and Overview », *Am J. Psychiatry*, 148: 1. DOI: [10.1176/ajp.148.1.10](https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10)
- Tyler, A. (2006). Meaning in life for individuals with physical disabilities. *National Library of medicine*, 98(3) ,683-8. DOI:[10.2466/PRO.98.3.683-688](https://doi.org/10.2466/PRO.98.3.683-688)
- UK Psychological Trauma. (2014). The impact of traumatic events on mental health, [Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26011111/)
- Vallerand, R. J. (2012). From motivation to passion: In search of the motivational processes involved in a meaningful life. *Canadian Psychology/ Psychologie Canadienne*, 51(1), 42–52.
- Van der Kolk, B. (1987). The psychological consequences of overwhelming life experiences. In B. A. van der Kolk. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511500008.016>
- Van der Kolk, B., Weisaeth, L. & van der Hart, O. (1996). History of trauma in psychiatry. *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 47–76). New York: Guilford. [The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. \(apa.org\)](https://doi.org/10.1023/A:102318700000000000)
- Vila, G., Porche, L. M., & Mouren -siméoni, M. (1999). L'enfant victime d'agression : état de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent. Paris: Masson.
- Višak, T. (2017). Understanding “meaning of life” in terms of reasons for action. *The Journal of Value Inquiry*, 51(3), 507–530.
- Westerhof, J., Bohlmeijer, E., & Valenkamp, W. (2004). In search of meaning: A reminiscence program for older persons. *Educational Gerontology*, 30(9), 751–766. [What is trauma? Types, symptoms, and treatments \(medicalnewstoday.com\)](https://www.medicalnewstoday.com/articles/322227)
- Whitfield, C. (2010). "Psychiatric drugs as agents of Trauma". *International Journal of Risk & Safety in Medicine*. 22 (4): 195–207. DOI:[10.3233/JRS-2010-0508](https://doi.org/10.3233/JRS-2010-0508)
- WHO (2019). Gender and women's mental health. [Gender \(who.int\)](https://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/) https://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/.
- Widom, C. (1989). Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 106, 3-28 <https://doi.org/10.1037/0033-2909.106.1.3>

- Wijk, V. T. (2013). Trauma: Riglyne vir Slagoffers. Cape Town: Naledi.
[Trauma: riglyne vir slagoffers \(capetown.gov.za\)](http://capetown.gov.za)
- Wong, P.T. (2013). Meaning management theory and death acceptance. In: Existential and spiritual issues in death attitudes. Mahwa: Psychology Press. p. 91–114.
- Wong, C., Lau, P., Kwok, F., Leung, M., Chan, Y., & Cheung, L. (2014). The well-being of community-dwelling near-centenarians and centenarians in Hong Kong: A qualitative study. BMC Geriatrics, 14(63), 1–8.
- Wong, P.T.P. (2012). From logotherapy to meaning-centered counseling and therapy. In P.T.P. Wong (Ed.), The human quest for meaning: Theories, research, and applications (2nd ed., pp. 619–647). New York: Routledge.
<https://psycnet.apa.org/record/2012-03755-029>
- Yalom, I. D. (1980). Existential psychotherapy. New York, NY: Basic Books.

ملاحق الدراسة

الملحق 1: مقياس الخبرات الصّادمة استبيان تروماك (Traumaq) بصورته الأولى.

الملحق 2: مقياس معنى الحياة بصورته الأولى.

الملحق 3: أسئلة الدراسة الاستطلاعية للخبرات الصادمة.

الملحق 4: أسئلة الدراسة الاستطلاعية لمعنى الحياة.

الملحق 5: قائمة بأسماء لجنة التّحكيم

الملحق 6: مقياس الخبرات الصّادمة استبيان تروماك (Traumaq) بصورته النهائيّة.

الملحق 7: مقياس معنى الحياة بصورته النهائيّة.

الملحق 8: ورقة تسهيل مهمة الطالب.

الملحق 9: إحصائية تقريبيّة لمبتوريّ الأطراف في محافظة إدلب

الملحق 1: استبيان تروماك (Traumaq) بصورته الأولية (2006)

الاستبيان التقييمي للصدمة كارول دامياي ماريا بريرا فرادان

الاسم:.....	<input type="checkbox"/>	تطبيق فردي
اللقب:.....	<input type="checkbox"/>	جماعي
السن:..... الجنس: أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضحية مباشرة للحدث
تاريخ الإجراء:.....	<input type="checkbox"/>	شاهد
مكان الإجراء:.....		

معلومات خاصة بالحدث:

حدث فردي <input type="checkbox"/> حدث جماعي <input type="checkbox"/>	طبيعة الحدث:.....
المكان (السكن، الطريق... الخ):.....	
التاريخ:.....	
المدة:.....	
إصابات جسدية: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	الوصف:.....
الآثار الحالية:.....	
هل استفدت مباشرة من تدخل علاجي من خلية الاستعجالات الطبية النفسية؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
التوقف الجزئي عن العمل: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	عدد الأيام:..... توقف عن العمل:..... المدة:.....
العجز الجزئي الدائم: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	النسبة:.....

طبيعة الحدث:

تبعاً للإجابة التي جمعناها، اشطب (ي) خانة أو عدة خانات في الجدول الأسفل

<input type="checkbox"/>	كارثة طبيعية	<input type="checkbox"/>	إصابات وجروح متعمدة
<input type="checkbox"/>	كارثة تكنولوجية	<input type="checkbox"/>	إصابات وجروح غير متعمدة
<input type="checkbox"/>	كارثة جوية، بحرية أو سكك الحديدية	<input type="checkbox"/>	محاولة اغتيال
<input type="checkbox"/>	حادث الطريق العمومي	<input type="checkbox"/>	اعتداء جنسي
<input type="checkbox"/>	اعتداء	<input type="checkbox"/>	اغتصاب
<input type="checkbox"/>	انفجار الغاز	<input type="checkbox"/>	صراع مسلح
<input type="checkbox"/>	حادث منزلي	<input type="checkbox"/>	اعتقال أو حجز الرهائن
<input type="checkbox"/>	أخرى:.....	<input type="checkbox"/>	تعذيب
		<input type="checkbox"/>	سلب بالقوة أو سطو مسلح

الحالة العائلية:

متزوج(ة) مطلق(ة) أو منفصل(ة) أعزب أرمل(ة)

عدد الأولاد (حدد سنهم):

الحالة المهنية:

طالب(ة)

أجبر(ة): على الدوام في أوقات متقطعة

بدون عمل: ماكث(ة) بالبيت بطالة عطلة والدية

متربص(ة) عطلة مرضية متقاعد(ة)

الحالة الصحية:

هل لديك مشاكل صحية؟ لا نعم ماهي:

هل تتبع علاج طبي؟ لا نعم ما طبيعته:

هل سبق وان استشرت مختص نفسي، طبيب عقلي أو معالج نفسي؟ لا نعم

هل سبق وان تابعت علاج نفسي؟ لا نعم تحت أي شكل؟:

التاريخ: المدة:

هل سبق وان عايشت احداث أخرى بقيت راسخة لديك؟:

لا نعم ما طبيعتها:

التاريخ:

معلومات متعلقة بمرحلة ما بعد الحدث:

هل سبق وان استشرت مختص نفسي، طبيب عقلي أو معالج نفسي؟ لا نعم

هل تابعت علاجاً نفسياً؟ لا نعم تحت أي شكل:

تاريخ أول حصة:

عدد الحصص (إلى يومنا هذا):

علاج طبي: لا نعم ما هو؟:

مدة العلاج:

الجزء الأول:

يجب أن تجيب (ي) على جميع الأسئلة، يمكنك العودة للوراء، واجتياز سؤال إذا وجدت صعوبة في الإجابة عليه في الحين لكن يجب الرجوع اليه لاحقاً، وقت التمرير غير محدد.

لجميع الأسئلة التالية، استعمل السلم الذي في الأسفل واشطب الخانة الملائمة.

3	2	1	0
قوية جداً	قوية	ضعيفة	منعدمة

أثناء الحدث:

سوف نتطرق الى ما شعرت به أثناء الحدث

3	2	1	0	
				A1 هل شعرت بالرعب (الخوف الشديد)؟
				A2 هل شعرت بالقلق؟
				A3 هل كان لديك شعور بأنك في حالة مختلفة؟
				A4 هل كان لديك أعراض جسمية: مثل ارتجاف، تعرق، ارتفاع الضغط، غثيان، زيادة في معدل ضربة القلب؟
				A5 هل كان لديك انطباعاً على أنك مشلول وغير قادر على الاستجابة التكيفية؟
				A6 هل كان لديك اعتقاد بأنك ستموت و/أو عايشت موقفاً لا يحتمل؟
				A7 هل شعرت بأنك وحيد ومهمل من قبل الآخرين؟
				A8 هل شعرت بأنك عاجز؟
				مجموع (A)

منذ الحدث:

الان سوف نتطرق الى ما تشعر/ تشعرين به حالياً:

3	2	1	0	
				B1 هل توجد ذكريات وصور تعيد إليك الحدث وتفرض نفسها عليك خلال النهار أو الليل؟
				B2 هل تعاني من إعادة معايشة الحدث في الأحلام أو الكوابيس؟
				B3 هل تعاني من صعوبة الحديث عن الحدث؟
				B4 هل تشعر بالقلق حين تعيد التفكير في الحدث؟
				مجموع (B)

3	2	1	0	
				C1 منذ الحدث، هل تعاني من صعوبات في النوم أكثر من ذي قبل؟
				C2 هل تعاني من كوابيس أو أحلام مرعبة (ذات محتوى غير متعلق مباشرة بالحدث)؟
				C3 هل تستيقظ كثيراً أثناء الليل؟
				C4 هل لديك انطباع بأنك لا تنام مطلقاً؟
				C5 هل تكون متعب عند الاستيقاظ؟
				مجموع (C)

3	2	1	0	
				D1 هل أصبحت قلقاً، متوتراً منذ الحدث؟
				D2 هل لديك نوبات القلق؟
				D3 هل تخاف الذهاب إلى المناطق ذات صلة بالحدث؟
				D4 هل تشعر بحالة عدم الامن؟
				D5 هل تتجنب الأماكن، المواقف، والعروض (التلفاز، السينما) التي تثير الحدث؟
				مجموع (D)

3	2	1	0	
				E1 هل تشعر بانك أكثر يقظة وانتباها للأصوات (الضجيج) مما كنت عليه سابقاً والتي تجعلك تهتز؟
				E2 هل تجد نفسك أكثر حذر من ذي قبل؟
				E3 هل صرت سريع الانفعال مما كانت عليه من ذي قبل؟
				E4 هل تجد صعوبة أكثر في السيطرة على نفسك (نوبات عصبية، الخ)، أو لديك ميول للهروب من المواقف غير المحتملة؟
				E5 هل تشعر بانك أكثر عدوانية، أو هل تخاف من عدم القدرة على التحكم في عدوانيتك منذ الحدث؟
				E6 هل لديك سلوكيات عدوانية منذ الحدث؟
				مجموع (E)

3	2	1	0		
				F1	عندما تعيد التفكير في الحدث، أو تكون في مواقف تذكرك به هل تظهر لديك ردود فيزيولوجية كالصداع، الغثيان، خفقان، ارتجاف، تعرق، صعوبة التنفس؟
				F2	هل لاحظت تغيرات في وزنك؟
				F3	هل لاحظت تدهورا في حالتك الجسمية عامة؟
				F4	منذ الحدث، هل لديك مشاكل صحية يصعب معرفة سببها؟
				F5	هل زاد استهلاكك لبعض المواد (قهوة، سجائر، كحول، ادوية، أغذية...الخ)؟
				مجموع (F)	

3	2	1	0		
				G1	هل لديك صعوبات في التركيز أكثر من ذي قبل؟
				G2	هل لديك "مشكلات في الذاكرة" أكثر من ذي قبل؟
				G3	هل لديك صعوبات في تذكر الحدث أو بعض العناصر منه؟
				مجموع (G)	

3	2	1	0		
				H1	هل فقدت الاهتمام بأشياء كانت مهمة لديك قبل الحادث؟
				H2	هل تنقصك الطاقة والحماسة منذ الحدث؟
				H3	هل تشعر بالعياء، التعب، الإرهاق؟
				H4	هل أنت ذو مزاج حزين أو لديك نوبات البكاء؟
				H5	هل لديك انطباع أنّ الحياة لا تستحق معاناة العيش، وفكرت في الانتحار؟
				H6	هل تواجه صعوبات في علاقتك العاطفية أو الجنسية؟
				H7	منذ الحدث هل ترى أنّ مستقبلك قد انهار؟
				H8	هل لديك ميول أو رغبة في الانعزال أو رفض العلاقات؟
				مجموع (H)	

3	2	1	0	
				11 هل تفكر أنك مسئول عن وقوع الاحداث، أو كان بإمكانك التصرف بطريقة أخرى لتفادي بعض العواقب؟
				12 هل تشعر بانك مذنب فيما فكرت فيه أو قمت به خلال الحدث، و/أو بأنك عشت بينما اختفى الآخريين؟
				13 هل تشعر بالإهانة نتيجة لما حدث؟
				14 منذ الحدث، هل تشعر بفقدان قيمتك؟
				15 هل تشعر منذ الحدث بالغضب أو بالكراهية؟
				16 هل غيرت طريقة نظرتك للحياة، نظرتك لنفسك أو نظرتك للآخرين؟
				17 هل تعتقد أنك مختلفا عما كنت عليه سابقا؟
				مجموع (ا)

لا	نعم	
		J1 هل تمارس نشاطك الدراسي أو المهني؟
		J2 هل ترى بأن قدرتك الدراسية أو المهنية لم تتغير عما كانت عليه مسبقا؟
		J3 هل تستمر في مقابلة أصدقائك بنفس الوثيرة؟
		J4 هل قطعت علاقتك مع الأقارب (الزوج، الأبناء، الوالدين...الخ) منذ الحدث؟
		J5 هل تشعر بأنه يصعب على الآخرين فهمك؟
		J6 هل تشعر بأنك متروك من قبل الآخرين؟
		J7 هل تلقيت مساعدة من طرف مقربيك؟
		J8 هل تبحث بشكل أكبر عن مرافقة أو حضور الآخرين؟
		J9 هل تمارس نشاطات ترفيهية كما في السابق؟
		J10 هل تجد نفس المتعة كما في السابق؟
		J11 هل لديك انطباع بأنك غير معني بشكل كبير فيما يخص الاحداث التي تمس محيطك؟
		مجموع (ب)

الجزء الثاني:

لقد أتممت للتو من ملء الاستمارة الخاصة بما تعيشه حالياً، فمن الممكن أنه كان هناك تطور: بعض الاضطرابات اختفت في حين البعض الأخرى لتزال مستمرة.

باستعمال الجدول في الأسفل، نحدد مهلة ظهور الاضطرابات الموصوفة، وكذلك مدتها:

مهلة ظهور الاضطرابات منذ الحدث:	مدة الاضطراب:
0: غير معني.	: غير معني.
1: اليوم ذاته الذي وقع فيه الحدث.	: اليوم ذاته الذي وقع فيه الحدث.
2: ما بين 24 ساعة الى 3 أيام.	2: ما بين 24 ساعة الى 3 أيام.
3: ما بين 4 أيام الى أسبوع.	3: ما بين 4 أيام الى أسبوع.
4: ما بين أسبوع الى شهر.	4: ما بين أسبوع الى شهر.
5: ما بين شهر 1 الى 3 أشهر.	5: ما بين شهر 1 الى 3 أشهر.
6: ما بين 3 أشهر الى 6 أشهر.	6: ما بين 3 أشهر الى 6 أشهر.
7: ما بين 6 أشهر الى عام.	7: ما بين 6 أشهر الى عام.
8: أكثر من عام.	8: الاضطرابات دائماً موجود الى يومنا هذا.

المدة	مهلة الظهور	الاضطرابات
		1- انطباع في إعادة معايشة الحدث في شكل ذكريات وصور.
		2- اضطرابات النوم: صعوبات في النوم، الكوابيس، الاستيقاظ في الليل و/أو عدم النوم.
		3- القلق و/أو نوبات الهلع، حالة عدم الامن.
		4- الخوف من العودة الى أماكن الحدث أو أماكن مماثلة.
		5- العدوانية، الهيجان و/أو فقدان السيطرة.
		6- اليقظة، الحساسية المفرطة للضوضاء و/أو الحذر وعدم الثقة.
		7- الاستجابات الجسدية مثل: تعرق، ارتعاش، آلام الرأس، خفقان، غثيان... الخ.
		8- المشاكل الصحية: فقدان الشهية، الشراهة، زيادة خطورة الحالة الجسمية.
		9- الإفراط في تناول بعض المواد (قهوة، سجائر، كحول، أغذية، ... الخ).
		10- الصعوبات في التركيز و/أو التذكر.
		11- اللامبالاة العامة، فقدان الطاقة والحماس، الكآبة، التعب، والرغبة في الانتحار.

		12- الميل الى العزلة.
		13- الشعور بالذنب و/أو العار

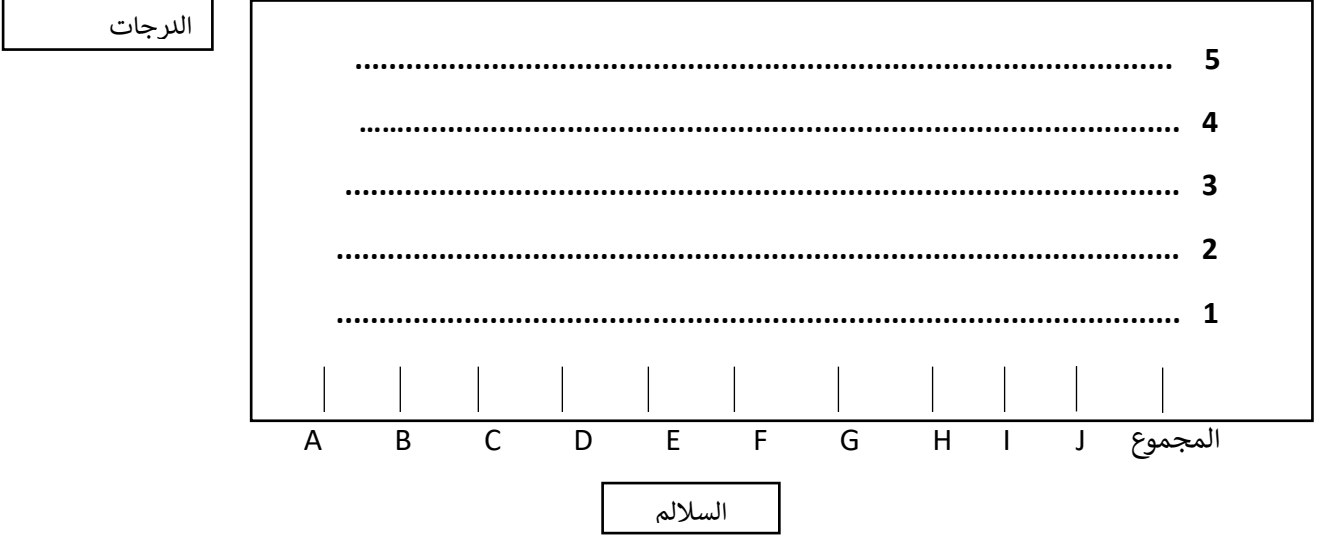
النتائج في التروماك: تنقيط سلالم الجزء الأول

الدرجات الخامة للسلالم (A) الى (I) تتوافق مع مجموع النقاط المسندة للبنود.

بالنسبة للسللم (J)، الإجابات (لا) تنقط ب (1) نقطة، والإجابات (نعم) تنقط ب (0) نقطة، باستثناء البنود 4 , 5, 6 و 11 التي تنقط فيهم الإجابة (نعم) ب (1) نقطة، والإجابة (لا) ب (0) نقطة.

السللم	النقاط	(1) ضعيفة جدا	(2) ضعيفة	(3) متوسطة	(4) عالية	(5) عالية جدا
A	<input type="checkbox"/>	6-0	<input type="checkbox"/>	12-7	<input type="checkbox"/>	18-13
B	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1-4	<input type="checkbox"/>	5-7
C	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1-3	<input type="checkbox"/>	4-9
D	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1-4	<input type="checkbox"/>	5-9
E	<input type="checkbox"/>	0-1	<input type="checkbox"/>	2-4	<input type="checkbox"/>	5-9
F	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1-3	<input type="checkbox"/>	4-6
G	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1-2	<input type="checkbox"/>	3-5
H	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1-3	<input type="checkbox"/>	4-11
I	<input type="checkbox"/>	0-1	<input type="checkbox"/>	2-5	<input type="checkbox"/>	6-9
J	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2-5
المجموع	<input type="checkbox"/>	-23	<input type="checkbox"/>	4-54	<input type="checkbox"/>	5-89
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	0-114
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	155 و

تحويل الدرجة الخام الى درجات معيارية



الملحق 2: مقياس معنى الحياة (توفيق الرشيدى 1996) بصورته الأولى
مقياس معنى الحياة

الاسم:

العمر:

الجنس:

م	العبارات	لا	قليلاً	متوس طاً	كثيراً
1	أفكر في معنى الحياة باستمرار				
2	أستطيع تحقيق الأمور الهامة في حياتي				
3	أبحث عن النشاطات والاهتمامات الجديدة وأجد فيها متعة				
4	أستطيع تحديد الأمور التي افتقدتها في حياتي تحديداً دقيقاً				
5	أنا شخص مستقر باستمرار				
6	أتوقع أن حياتي الخصبة الجميلة سوف تأتي في المستقبل				
7	عندي أمل بأن المستقبل سوف يأتيني بأشياء مهمة وسارة				
8	أحلم بأن أجد نفسي في مكان جيد وبشخصية جديدة				
9	أفكر في أن أحقق شيئاً جديداً مختلفاً عما هو مألوف				
10	أسعى إلى تغيير الهدف الرئيسي لحياتي				
11	أفكر باستمرار في سر الحياة				
12	أفكر أن أجد فرصاً جديدة للحياة				
13	قبل أن أحقق هدفاً حددته من قبل، ابدأ في التفكير في هدف آخر				
14	أشعر بأني في حاجة إلى مغامرة واكتشاف عالم جديد				
15	يلازمني الشعور بأن أحقق ذاتي				
16	أشعر بأني قد وجدت ما افتقدته وقررت أن أبحث عنه طيلة حياتي				
17	أدرك أنني استنفذت كل قوتي في الهدف الذي وجهت إليه حياتي				
18	يوجد لدي اعتقاد بأنه ينقصني أن أفعل شيئاً له قيمة في حياتي				
19	يوجد لدي شعور بأنه يجب أن أعمل شيئاً غير عادي ويكون له هدف				

				أنا أشعر عادة بالحيوية والحماس	20
				تبدو الحياة بالنسبة لي ممتعة ومشوقة ومثيرة للاهتمام	21
				أعيش حياتي بأهداف واضحة تماماً	22
				طبيعة شخصيتي مليئة بالمعاني والمثل	23
				كل يوم بالنسبة لي جديد تماماً	24
				إذا استطعت أن أختار فأني أفضل ان أعيش هذه الحياة أكثر من مرة	25
				في حالة تحقيق أهداف حياتي فأني أتقدم بمهنتي الحيوية حتى أتمها	26
				أشعر أن حياتي مليئة بالأشياء الجميلة والمثيرة للاهتمام	27
				إذا قدر لي أن أموت اليوم أشعر ان حياتي تستحق أن اعيشها	28
				أثناء التفكير في حياتي أكتشف الهدف والعبرة من وجودي	29
				عندما أتأمل علاقتي بالعالم المحيط بي أكتشف أنها تتناسب مع معنى الحياة بالنسبة لي	30
				أنا إنسان أتحمل مسئوليتي في الحياة تماماً	31
				فيما يتعلق بحرية الإنسان في الاختيار، أرى له الحرية الكاملة في الاختيار	32
				فيما يتعلق بالموت أكون مستعداً وغير خائف	33
				فيما يتعلق بالانتحار أتجنب التفكير فيه نهائياً	34
				لدي قدرة قوية على إيجاد معنى أو هدف أو رسالة للحياة	35
				حياتي في يدي وأتحكم فيها تماماً	36
				إن القيام بالأعمال اليومية يكون مصدر سروري وراحتي	37
				اكتشفت أن للحياة أهدافاً واضحة ومفيدة	38

الملحق 3: أسئلة الدراسة الاستطلاعية للخبرات الصّادمة.

-أسئلة الخبرات الصّادمة -

الأخ/ الأخت الكريم/ة فيما يأتي استبيان دراسي حول الخبرات الصّادمة بإمكانك عدم تسجيل اسمك والاكتفاء برمز فقط مع العلم أن هذه المعلومات سرية ولأغراض أكاديمية فقط

الاسم: الجنس: العمر:
 وضع السكن: مكان البتر: تاريخ البتر:
 معلومات خاصة بالحدث:

الجزء الأول: يجب أن تجيب (ي) عن جميع الأسئلة، يمكنك العودة للوراء، واجتياز سؤال إذا وجدت صعوبة في الإجابة عليه في الحين لكن يجب الرجوع إليه لاحقاً، وقت التمرير غير محدد.

لجميع الأسئلة التالية، استعمل السلم الذي في الأسفل واشطب الخانة الملائمة.

3	2	1	0
قوية جداً	قوية	ضعيفة	منعدمة

اثناء الحدث:

سوف نتطرق الى ما شعرت به أثناء الحدث

3	2	1	0	
				A4 هل كان لديك أعراض جسمية: مثل ارتجاف، تعرق، ارتفاع الضغط، غثيان، زيادة في معدل ضربة القلب؟
				A8 هل شعرت بأنك عاجز؟
				مجموع (A)

منذ الحدث إلى الآن سوف نتطرق الى ما تشعر/ تشعرين به حالياً:

3	2	1	0	
				B1 هل توجد ذكريات وصور تعيد إليك الحدث وتفرض نفسها عليك خلال النهار أو الليل؟
				B4 هل تشعر بالقلق حين تعيد التفكير في الحدث؟
				مجموع (B)

3	2	1	0	
				C1 منذ الحدث، هل تعاني من صعوبات في النوم أكثر من ذي قبل؟
				C3 هل تستيقظ كثيرا اثناء الليل؟
				مجموع (C)

3	2	1	0	
				D4 هل تشعر بحالة عدم الأمن؟
				D5 هل تتجنب الأماكن، المواقف، والعروض (التلفاز، السينما) التي تثير الحدث؟
				مجموع (D)

3	2	1	0	
				E3 هل صرت سريع الانفعال مما كانت عليه من ذي قبل؟
				E4 هل تجد صعوبة أكثر في السيطرة على نفسك (نوبات عصبية، الخ)، أو لديك ميول للهرب من المواقف غير المحتملة؟
				مجموع (E)

3	2	1	0	
				F3 هل لاحظت تدهورا في حالتك الجسمية عامة؟
				F4 منذ الحدث، هل لديك مشاكل صحية يصعب معرفة سببها؟
				مجموع (F)

3	2	1	0	
				G1 هل لديك صعوبات في التركيز أكثر من ذي قبل؟
				G3 هل لديك صعوبات في تذكر الحدث أو بعض العناصر منه؟
				مجموع (G)

3	2	1	0		
				هل فقدت الاهتمام بأشياء كانت مهمة لديك قبل الحادث؟	H1
				منذ الحدث هل ترى ان مستقبلك قد انهار؟	H7
				مجموع (H)	

3	2	1	0		
				منذ الحدث، هل تشعر بفقدان قيمتك؟	I4
				هل غيرت طريقة نظرتك للحياة، نظرتك لنفسك أو نظرتك للآخرين؟	I6
				مجموع (I)	

		لا	نعم		
				هل تشعر بأنه يصعب على الآخرين فهمك؟	J5
				هل لديك انطباع بأنك غير معني بشكل كبير فيما يخص الأحداث التي تمس محيطك؟	J11
				مجموع (J)	

الملحق 4: أسئلة الدراسة الاستطلاعية لمعنى الحياة.

-أسئلة معنى الحياة -

الأخ/ الأخت الكريم/ة فيما يأتي استبيان دراسي حول معنى الحياة بإمكانك عدم تسجيل اسمك/كٍ والاكتفاء
برمز فقط مع العلم أن هذه المعلومات سرية ولأغراض أكاديمية فقط

الاسم: الجنس: العمر:
وضع السكن: مكان البتر: تاريخ البتر:

م	العبارات	لا	قليلاً	متوس طاً	كثيراً
1	أفكر في معنى الحياة باستمرار				
2	أستطيع تحقيق الأمور الهامة في حياتي				
3	أحلم بأن أجد نفسي في مكان جيد وبشخصية جديدة				
4	أفكر باستمرار في سر الحياة				
5	يوجد لدي اعتقاد بأنه ينقصني أن أفعل شيئاً له قيمة في حياتي				
6	أعيش حياتي بأهداف واضحة تماماً				
7	إذا استطعت أن أختار فأني أفضل أن أعيش هذه الحياة أكثر من مرة				
8	أشعر أن حياتي مليئة بالأشياء الجميلة والمثيرة للاهتمام				
9	أنا إنسان أتحمل مسئوليتي في الحياة تماماً				
10	فيما يتعلق بحرية الإنسان في الاختيار، أرى له الحرية الكاملة في الاختيار				
11	لدي قدرة قوية على إيجاد معنى أو هدف أو رسالة للحياة				
12	حياتي في يدي وأتحكم فيها تماماً				

الملحق 5: قائمة بأسماء لجنة التحكيم

الاسم	الصفة العلمية	الجامعة
1. د. إيمان سرميني	دكتوراه في علم النفس-مهارات التواصل	جامعة شام
2. د. حسام الإبراهيم	دكتوراه في مناهج وطرائق التدريس	جامعة حلب في المناطق المحررة
3. د. محمد العمر	دكتوراه في علم نفس النمو	جامعة النهضة للعلوم والتكنولوجيا
4. د. رنيم اليوسفي	دكتوراه في مناهج وطرائق التدريس	جامعة حلب في المناطق المحررة
5. د. عادل حديدي	دكتوراه في القياس والتقييم	جامعة إدلب
6. د. جاسم المنصور	دكتوراه علم النفس والعلاج النفسي	دكتور ومعالج نفسي-المانيا
7. د. معاوية الصالح	دكتوراه علم التحليل النفسي العصبي جامعة كاين نورماندي.	جامعة كاين نورماندي-فرنسا
8. د. حسين حج أحمد	دكتوراه الصحة النفسية والإرشاد النفسي	جامعة عين شمس-مصر
9. د. أماني صفوت البرازي	دكتوراه علم النفس الإكلينيكي	الجامعة البريطانية - مصر
10. د. فريدة الحسين	دكتوراه في علم النفس جامعة دمشق	جامعة دمشق

الملحق 6: مقياس الخبرات الصّادمة استبيان تروماك (Traumaq) بصورته النهائية.

مقياس الخبرات الصّادمة استبيان تروماك/ بعد التحكيم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

يقوم الباحث بإجراء دراسة تهدف للتعرف على مستوى الخبرات الصادمة وعلاقته بمعنى الحياة للأشخاص الذين أصيبوا بتر طرف خلال الحرب ، ومن أجل جمع البيانات والوصول إلى النتائج فهو بحاجة للحصول على بعض المعلومات من حضرتكم وتضم المعلومات المطلوبة استبيانين يحتويان على مجموعة من الأسئلة المختلفة عن درجة تأثرك/ي بذلك الحدث الذي سبب لك الإصابة ، وكذلك مطلوب بعض المعلومات الشخصية التي ستستعمل لنفس أغراض البحث ولن يتم نشر أي أسماء أو معلومات تفصيلية ، وإمكانك/ي عدم وضع الاسم الصريح علماً أن الزمن المتوقع للتطبيق 15 دقيقة ، ذا واجهتك مشكلة في إتمام الاستبيان بإمكانك التواصل معي لحل المشكلة.

الاسم: الجنس: العمر: الوضع العائلي:

السكن: نازح/مقيم نوع السكن: خيمة/منزل العمل الحالي:

تاريخ الإصابة: سبب الإصابة:

نوع البتر: طرف علوي واحد (أيمن- أيسر)، طرفين علويين - طرف سفلي واحد (أيمن- أيسر) ، طرفين سفليين

هل يوجد لديك إصابات أو أمراض أخرى: حددها:

هل فقدت أحد المقربين بالحادثة أو منزل: نعم/لا - حددها:

هل قمت بتركيب طرف صناعي: نعم/لا - هل تلقيت جلسات دعم/علاج نفسي: نعم/لا

الجزء الأول:

يجب أن تجيب (ي) على جميع الأسئلة، يمكنك واجتياز سؤال إذا وجدت صعوبة في الإجابة عليه في الحين لكن يجب الرجوع إليه لاحقاً، لجميع الأسئلة التالية، استعمل السلم الذي في الأسفل واشطب الخانة الملائمة

4	3	2	1
قوية جداً	قوية	ضعيفة	منعدمة

سوف نتطرق إلى ما شعرت به أثناء الحدث الذي تسبب لك/ي بالبت

• أثناء معاشتي للحدث:

4	3	2	1		
				شعرت بالخوف الشديد	A1
				شعرت بالقلق	A2
				كان لدي أعراض جسمية: مثل ارتجاف، تعرق، ارتفاع الضغط، غثيان، زيادة في معدل ضربات القلب... الخ	A3
				شعرت أن الموقف مروع	A4
				كان لدي اعتقاد بأني قريب من الموت	A5
				شعرت بأني وحيد ومهمل من قبل الآخرين	A6
				شعرت بالعجز	A7
					مجموع (A)

• الآن سوف نتطرق إلى ما تشعر/ تشعرين به حالياً:

4	3	2	1		
				تنتابني ذكريات وصور تعيد لي الحدث وتفرض نفسها علي	B1
				أعاني من إعادة معاشة الحدث في الأحلام أو الكوابيس	B2
				أعاني من صعوبة الحديث عن مجريات الحدث	B3
				أشعر بالقلق حين أعيد التفكير في الحدث	B4
					مجموع (B)

4	3	2	1	
				C1 أعاني من صعوبات في النوم أكثر من قبل
				C2 أعاني من كوابيس أو أحلام مرعبة ليس لها صلة مباشرة مع الحدث
				C3 أستيقظ كثيراً اثناء الليل
				C4 أعتقد بأني لا أنام مطلقاً
				C5 أشعر بالتعب عند الاستيقاظ
				مجموع (C)

4	3	2	1	
				D1 أصبحت قلقاً، متوتراً
				D2 أعاني من نوبات ذعر وخوف
				D3 أخاف الذهاب الى المناطق التي لها صلة بالحدث
				D4 أشعر بعدم الأمان
				D5 أتجنب الأماكن، المواقف، والفيديوهات والصور (على الهاتف ومنصات التواصل الاجتماعي) التي تذكرني بالحدث
				مجموع (D)

4	3	2	1	
				E1 أشعر بحساسية زائدة للأصوات (الضجيج) أكثر من السابق
				E2 أصبحت حذراً أكثر من قبل
				E3 أصبحت سريع الانفعال أكثر من قبل
				E4 أجد صعوبة أكثر في السيطرة على نفسي (نوبات عصبية، بكاء الخ)
				E5 أصبح لدي ميول للهرب من المواقف غير المحتملة
				E6 أشعر بأني أكثر عدوانية مما كنت عليه
				مجموع (E)

4	3	2	1	
				F1 عندما أعيد التفكير في الحدث، تظهر لدي ردود جسدية كالصداع، الغثيان، خفقان، ارتجاف، تعرق، صعوبة التنفس..
				F2 تظهر لدي ردود جسدية كالصداع، الغثيان، خفقان، ارتجاف، تعرق، صعوبة التنفس...الخ عندما أكون في مواقف تذكرنني بالحدث.
				F3 ألاحظ تدهوراً في حالي الجسمية العامة
				F4 أعاني من مشاكل صحية غير معروفة السبب
				F5 ازداد استهلاكي لبعض المواد (قهوة، سجائر، كحول، ادوية، أغذية...الخ) أكثر من قبل
				مجموع (F)

4	3	2	1	
				G1 أعاني من صعوبات في التركيز لم تكن موجودة لدي
				G2 أعاني من مشكلات في الذاكرة كالنسيان لم تكن موجودة لدي
				G3 لدي صعوبات في تذكر الحدث أو بعض التفاصيل منه
				مجموع (G)

4	3	2	1	
				H1 فقدت الاهتمام بأشياء كانت مهمة لدي قبل الحدث
				H2 أشعر بنقص الطاقة والحماسة
				H3 أشعر بالإعياء، التعب، الإرهاق
				H4 أصبح مزاجي حزين
				H5 أفكر أن الحياة لا تستحق العيش
				H6 أجد صعوبة في التعبير عن مشاعري وعواطفني لمن حولي
				H7 أرى مستقبلي مظلم
				H8 أتجنب التواصل مع الآخرين
				مجموع (H)

بعد الحدث:

في الفترة الأخيرة:

4	3	2	1		
				أفكر بأني المسؤول عن وقوع الحدث	I1
				أفكر أنه كان بوسعي التصرف بطرق مختلفة لتجنب بعض النتائج	I2
				أفكر بأني مذنب لما قمت به أو فكرت فيه خلال الحدث	I3
				أشعر بالذنب لأنني نجوت ومات الآخرين	I4
				لدي شعور بالإهانة نتيجة لما حدث	I5
				ينتابني شعور بفقدان قيمتي	I6
				غيرت طريقة نظرتي للحياة، ولنفسي وللآخرين	I7
				أرى نفسي شخصاً مختلفاً عما كنت عليه سابقاً	I8
					مجموع (I)

في الفترة الأخيرة:

لا	نعم		
		عدت للدراسة أو العمل	J1
		أرى أن قدرتي الدراسية أو المهنية لم تتأثر	J2
		عدت للقاء أصدقائي والاجتماع معهم كما في السابق	J3
		تراجعت بشدة علاقتي مع الأقارب (الزوج، الأبناء، الوالدين، الخ)	J4
		أعاني من صعوبة فهم الآخرين لي	J5
		أشعر بالإهمال من قبل الآخرين	J6
		يقوم أقاربي بتقديم المساعدة لي	J7
		أقوم بالأنشطة والأعمال الترفيهية المحببة	J8
		أجد نفس المتعة التي كانت موجودة في حياتي	J9
		أميل لتجاهل الأحداث التي تجري من حولي	J10
			مجموع (J)

الملحق 7: مقياس معنى الحياة بصورته النهائية.

مقياس معنى الحياة (توفيق الرشيدى 1996) / بعد التحكيم

يقوم الباحث بإجراء دراسة تهدف للتعرف على مستوى الخبرات الصادمة وعلاقته بمعنى الحياة للأشخاص الذين أصيبوا بترطف خلال الحرب ، ومن أجل جمع البيانات والوصول إلى النتائج فهو بحاجة للحصول على بعض المعلومات من حضرتكم وتضم المعلومات المطلوبة استبيانين يحتويان على مجموعة من الأسئلة المختلفة عن درجة تأثرِك/ي بذلك الحدث الذي سبب لك الإصابة ، وكذلك مطلوب بعض المعلومات الشخصية التي ستستعمل لأغراض البحث نفسه ولن يتم نشر أي أسماء أو معلومات تفصيلية ، وبإمكانك/كِ عدم وضع الاسم الصريح علماً أن الزمن المتوقع للتطبيق 15 دقيقة ، إذا واجهتِك/كِ مشكلة في إتمام الاستبيان بإمكانك/كِ التواصل معي لحل المشكلة.

الاسم: العمر:

الجنس:

م	العبارات	لا	قليلاً	متوسطاً	كثيراً
1	أفكر في معنى الحياة باستمرار				
2	أستطيع تحقيق الأمور الهامة في حياتي				
3	ابحث دائماً عن النشاطات والاهتمامات الجديدة التي استمتع بها				
4	أستطيع تحدد الأمور التي افتقدها في حياتي تحديداً دقيقاً				
5	أشعر بالاستقرار في حياتي				
6	أعتقد أن حياتي الجميلة سوف تأتي مستقبلاً				
7	لدي أمل بأن يحمل المستقبل لي أشياء مهمة وسعيدة				
8	أحلم أن أجد نفسي في مكان جديد وشخصية جديدة				
9	أفكر في تحقيق شيء جديد مختلف عما هو مألوف				
10	أسعى لتغيير هدف حياتي الرئيسي				
11	أرغب بإيجاد فرص جديدة في حياتي				
12	أثناء تحقيقي لهدفي الحالي، أخطط للهدف الذي يليه				
13	أجد نفسي بحاجة إلى المغامرة والتجديد				
14	يلازمني الشعور بأن أحقق ذاتي				
15	أعتقد أنني وصلت إلى الهدف الذي كنت أبحث عنه طيلة حياتي.				

				لقد استهلكت كل طاقاتي لإنجاز هدف حياتي	16
				ينقصني أن أفعل شيئاً له قيمة في حياتي	17
				يجب أن أعمل شيئاً غير عادي ويكون له هدف	18
				عندما أعمل على تحقيق أهداف حياتي أشعر بالحيوية والحماس	19
				تبدو الحياة بالنسبة لي ممتعة ومثيرة للاهتمام	20
				أعيش حياتي بأهداف مفهومة واضحة.	21
				أتمتع بشخصية مليئة بالمعاني والقيم	22
				كل يوم هو يوم جديد بالنسبة لي	23
				أفضل أن أعيش حياتي هذه أكثر من مرة	24
				حياتي جميلة وتستحق أن أعيشها	25
				أعرف الهدف والحكمة من وجودي في الحياة	26
				علاقتي بمن حولي تتناسب مع معنى الحياة لدي	27
				أتحمل مسؤوليتي في الحياة بشكل كامل	28
				أرى أن الإنسان له الحرية الكاملة في الاختيار	29
				لا أخاف من الموت	30
				أتجنب التفكير في الانتحار	31
				أتمتع بالقدرات والإمكانات لتحقيق هدفي في الحياة	32
				أتحكم بحياتي بشكل كامل	33
				اكتشفت أن للحياة أهداف واضحة ومفيدة	34
				قيامي بأعمالي اليومية مصدر سروري وسعادي	35

الملحق 8: تسهيل مهمة الطالب من جامعة حلب في المناطق المحررة.



الملحق 9: إحصائية تقريبية لمبتوري الأطراف في محافظة إدلب



المركز التخصصي للعلاج الفيزيائي

إحصائية مبتوري الأطراف في محافظة إدلب

السيد باسم يوسف تحية طبية فيما يلي الإحصائية التي طلبتها لأعداد مبتوري الأطراف في محافظة إدلب حتى بداية عام 2022 وهي مأخوذة بناء على شكل تقريبي من المعلومات المجمعة من أكثر من مركز والمعلومات التي زدوتنا بها وهي لا تعبر بشكل دقيق عن الأعداد لعدم توفر إحصائية رسمية حول ذلك، مع تمنياتنا بالتوفيق والنجاح.

مبتوري الأطراف	ذكور	إناث	العند الإجمالي
مبتور طرف سفلي	1491	499	1990
مبتور طرف علوي	1149	130	1279
مبتور طرف مشترك	359	71	430
نازح	2689	651	3340
مقيم	311	48	359
مع طرف	960	139	1099
دون طرف	2040	560	2600
تلقوا دعم نفسي	627	170	797
لم يتلقوا دعم نفسي	2552	350	2902

اسم المنطقة	مركز إدلب	مركز حمص	أريحا	جسر الشغور
عدد أفراد مبتوري الأطراف	1072	401	1728	224
				274

إدارة المبتورين
٢٠٢٢



ملخص الدراسة باللغة العربية

عنوان الدراسة: الخبرات الصّادمة وعلاقتها بمعنى الحياة لدى الأشخاص مبتوري الأطراف

هدفت الدراسة الحاليّة إلى تعرف طبيعة العلاقة بين الخبرات الصّادمة ومعنى الحياة لدى أفراد عيّنة الدراسة وتعرف مستوى الخبرات الصّادمة ومعنى الحياة لدى أفراد عيّنة الدراسة. والكشف عن الفروق في كل من مستوى الخبرات الصّادمة ومعنى الحياة تبعاً لمجموعة من المتغيرات (الجنس، نوع البتر، الإقامة، تركيب طرف صناعي، تلقي جلسات دعم نفسي) تكونت عينة الدراسة من 370 شخص بالغ (300 ذكور و70 إناث) من مبتوري الأطراف تم اختيارهم بالطريقة العشوائية الطبقيّة من مراكز العلاج الفيزيائي والأطراف الصناعيّة والمناطق في محافظة إدلب.

وقد اعتمد الباحث في الدراسة على المنهج الوصفيّ التحليلي، واستخدم الباحث مقياس تروماك (Traumaq) للصدمة النفسيّة ومقياس معنى الحياة لهارون الرّشديّ 1996 وأشارت نتائج الدراسة إلى الآتي:

- يوجد مستوى مرتفع من الخبرات الصّادمة لدى أفراد عينة الدراسة.
- يوجد مستوى منخفض من معنى الحياة لدى أفراد عينة الدراسة.
- يوجد علاقة ارتباطيّة ذات دلالة إحصائيّة بين الخبرات الصّادمة ومعنى الحياة لدى أفراد عينة الدراسة وهي علاقة قويّة وعكسيّة فكلما ارتفع مستوى الخبرات الصّادمة انخفض معنى الحياة والعكس بالعكس.
- يوجد فروق في مستوى الخبرات الصّادمة لدى أفراد عينة الدراسة تعزى إلى متغير الجنس (ذكور، إناث) وهي لصالح الإناث.
- يوجد فروق في مستوى معنى الحياة لدى أفراد عينة الدراسة تعزى إلى متغير الجنس (ذكور، إناث) وهي لصالح الذكور.
- يوجد فروق في مستوى الخبرات الصّادمة لدى أفراد عينة الدراسة تعزى إلى متغير نوع البتر (علوي، سفلي، ثنائي) إذ بلغ أعلى مستوى للخبرات الصّادمة للبتر الثنائي يليه العلوي ثم السفلي.

- توجد فروق في مستوى معنى الحياة لدى أفراد عينة الدراسة تعزى إلى متغير نوع البتر (علويّ، سفليّ، ثنائيّ) بين مبتوري الأطراف الثنائيّة وكل من مبتوري الأطراف العلويّة والسفليّة لصالح الأخيرة، بينما لم توجد فروق في مستوى معنى الحياة بين مبتوري الأطراف العلويّة والسفليّة.
- يوجد فروق في مستوى الخبرات الصّادمة لدى أفراد عينة الدراسة تعزى إلى متغير نوع الإقامة (نازح، مقيم) على أبعاد الاستجابات الفوريّة والتكرار المرضيّ وأعراض التّجنب والأعراض الانفعاليّة والأعراض السيكوسوماتيّة (النفس جسدية) والأعراض الاكتئابيّة وهي لصالح النّازحين بينما لم يكن هناك فروق في أبعاد اضطراب النّوم والاضطرابات المعرفيّة والتجربة الصّادمة وجودة الحياة.
- لا يوجد فروق في مستوى معنى الحياة لدى أفراد عينة الدراسة تعزى إلى متغير نوع الإقامة (نازح، مقيم) على جميع أبعاد مقياس معنى الحياة.
- يوجد فروق في مستوى الخبرات الصّادمة لدى أفراد عينة الدراسة تبعاً إلى متغير (مع طرف، دون طرف) صناعيّ على جميع أبعاد مقياس الخبرات الصّادمة لصالح الأشخاص دون طرف صناعيّ.
- يوجد فروق في مستوى معنى الحياة لدى أفراد عينة الدراسة تبعاً إلى متغير (مع طرف، دون طرف) صناعيّ على جميع أبعاد مقياس معنى الحياة لصالح الأفراد مع طرف صناعيّ.
- لا يوجد فروق في مستوى الخبرات الصّادمة لدى أفراد عينة الدراسة تبعاً إلى متغير (تلقي، عدم تلقي) جلسات دعم نفسيّ على جميع الأبعاد عدا بعدي التكرار المرضيّ وأعراض التّجنب فكانت لصالح الأشخاص الذين تلقوا جلسات دعم نفسيّ.
- لا يوجد فروق في مستوى معنى الحياة لدى أفراد عينة الدراسة تبعاً إلى متغير (تلقي، عدم تلقي) جلسات دعم نفسيّ على جميع الأبعاد، عدا بعد الثراء الوجوديّ أشار إلى وجود فروق لصالح الأشخاص الذين تلقوا جلسات دعم نفسيّ.
- الكلمات المفتاحيّة: الخبرات الصّادمة، معنى الحياة، مبتوري الأطراف، البتر، الصّدمة التّفسيّة.

Summary

Study title: Traumatic Experiences and their relationship to the meaning of life among amputees.

The current study aimed to identify the nature of the relationship between traumatic experiences and the meaning of life among the members of the research sample and to identify the level of traumatic experiences and the meaning of life among the members of the study sample.

It revealed the differences in both the level of traumatic experiences and the meaning of life according to a set of variables (gender, type of amputation, residence, prosthetic limbs, receiving psychological support sessions).

The study sample consisted of 370(300 males and 70 females) adult amputees who were selected by stratified random method from physiotherapy centers, prosthetic limbs and Idlib governorate areas.

In the study, the researcher relied on the descriptive analytical approach, and the researcher used the (Traumaq)) for psychological trauma and the meanings of the life scale of Harun Al-Rashidi in 1996. The results of the study showed the following:

- There is a high level of traumatic experiences among the study sample members.
- There is a low level of the meaning of life between of the study sample.
- There is a statistically significant correlation between traumatic experiences and the meaning of life among the study sample, which is a strong and inverse relationship. The higher the level of traumatic experiences, the lower the meaning of life and vice versa.
- There are differences in the level of traumatic experiences between the members of the study sample due to the gender variable (males, females) in favor of females.
- There are differences in the level of meaning of life between the study sample members due to the gender variable (males, females) in favor of males.
- There are differences in the level of traumatic experiences between the study sample due to the variable of the type of amputation (upper, lower, bilateral), where the highest level of traumatic experiences of bilateral amputation was, followed by upper amputation and then lower amputation.
- There are differences in the level of the meaning of life between the members of the study sample due to the variable of the type of amputation (upper, lower, bilateral), between amputees of bilateral limbs and each of the amputees of the upper and lower limbs in favor of the latter category, while there were no differences in the level of meaning of life between the amputees of the upper and lower limbs.

-
- There are differences in the level of traumatic experiences between the study sample members due to the variable type of residence (displaced, resident) on the dimensions: immediate responses, pathological recurrence, symptoms of avoidance, emotional symptoms, psychosomatic symptoms, depression, Favor the sample members of displaced, while there were no differences in the dimensions of traumatic experiences. Sleep disturbances, cognitive disturbances, traumatic experiences and quality of life
 - There are no differences in the level of the meaning of life between the members of the study sample due to the variable of housing type (displaced, resident) on all dimensions of the meaning of life scale.
 - There are differences in the level of traumatic experiences between the study sample according to the variable (with a limb, without a prosthesis) on all dimensions of the traumatic experiences scale in favor of people who do not have a prosthesis.
 - There are differences in the level of the meaning of life between the study sample according to an industrial variable (a limb, without a limb) on all dimensions of the meaning of life scale in favor of individuals with prosthetic limbs.
 - There are no differences in the level of traumatic experiences between the study sample members according to the variable (receiving, not receiving) psychological support sessions on all dimensions except for the dimensions of pathological repetition and symptoms of avoidance, which were in favor of the people who received psychological support sessions.
 - There are no differences in the level of meaning of life between the study sample members according to the variable (receive, not receiving) psychological support sessions on all dimensions, except for the dimension of Richness Existential, which indicated that there are differences favor of people who received psychological support sessions.

Keywords: traumatic experiences, meaning of life, amputees, amputations, psychological trauma.

**The Syrian Interim Government
The Ministry of Education
Aleppo University in the liberated areas
Faculty of Education
Psychological Counseling Department**



**Traumatic experiences and Their relationship to the meaning of life
for amputees**

**:student preparation
Bassem Abdu AL-Hamid Youssef**

Supervised by

**The main supervisor
Dr. Emad Barq
Associate Professor in the College
of Education**

**Co-supervisor
Dr. Abdul Hai Mahmoud
Teacher at the College
of Education**

:school year

2023-2022