

استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالسكتة الدماغية

والخاضعين لعلاج اعادة التأهيل الوظيفي

Coping strategies and quality of life in stroke patients undergoing functional rehabilitation treatment

زناد دليلة

اوجودي غالية *

مخبر علم النفس الصحة والوقاية ونوعية الحياة
جامعة الجزائر 2 - الجزائر

dalila.zenad@univ-alger2.dz

ghalia.oudjoudi@univ-alger2.dz

تاريخ القبول : 2025-04-26

تاريخ الاستلام: 2025-03-15

ملخص:

هدفت الدراسة الى معرفة أنماط استراتيجيات المواجهة الأكثر استخداما لدى المرضى بعد الإصابة بالسكتة الدماغية في فترة العلاج التأهيلي، وتحديد مستوى نوعية الحياة لديهم، كما هدفت الى الكشف عن طبيعة العلاقة بين استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى. لتحقيق أغراض الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي، وتطبيق مقياسين، استبيان استراتيجيات المواجهة المختصر لكارفر 1997، ومقياس نوعية الحياة الخاص بالسكتة الدماغية (SSQOL)، على عينة قوامها 80 مصابا بالسكتة الدماغية، تم اختيارهم بطريقة قصدية. وكانت النتائج كما يلي: اهم استراتيجيات المواجهة المستخدمة لدى المرضى المصابين بالسكتة الدماغية هي الاستراتيجيات المتمركزة حول حل المشكلات، كما ان مستوى نوعية الحياة لديهم متوسط، كما كشفت الدراسة بوجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات المواجهة في بعدها (حل المشكلات/ الانفعال) ونوعية الحياة.

الكلمات المفتاحية: استراتيجيات المواجهة: نوعية الحياة: السكتة الدماغية: العلاج التأهيلي

Abstract :

The study aimed to identify the most commonly used coping strategies among patients after stroke during the rehabilitation treatment period, and to determine their level of quality of life. It also aimed to reveal the nature of the relationship between coping strategies and quality of life among these patients. To achieve the study objectives, the descriptive approach was used, and two scales were applied : the brief cope strategies questionnaire of carver 1997, and the stroke quality of life scale of (Williams and al 1999), on a sample of 80 stroke patients, who were selected intentionally. The results were as follows : The most important coping strategies used buy stroke patients are problem-focused strategies, and their level of quality of life is average. The study also revealed the existence of a statistically significant correlation between coping strategies in its two dimensions (problem solving and emotion) and quality of life.

Keywords : Coping strategies, Quality of life, Stroke, Rehabilitation therapy

مقدمة:

تعد السكتة الدماغية من بين الامراض الخطيرة التي تصيب الدماغ والمسببة للوفاة والعجز، فهي تمثل السبب الأول للإعاقة عند الراشدين والسبب الثاني للوفاة في العالم، حيث قدرت منظمة الصحة العالمية ان أكثر من 13 مليون شخص في العالم يعانون من السكتة الدماغية سنوياً، وتتوقع ان يزداد هذا العدد باستمرار، يمكن ان يصل الى 23 مليون في عام 2030، مما يشكل عبئاً ثقيلاً على الأسرة والمجتمع وكذا المنظمات الصحية.

وقد عرفت المنظمة العالمية للصحة (OMS 1989) السكتة الدماغية بانها "التطور السريع للعلامات العيادية البؤرية او العامة لخلل وظيفي دماغي مع ظهور اعراض تستمر لأكثر من 24 ساعة، يمكن ان تؤدي الى الوفاة، دون اي سبب واضح آخر غير سبب وعائي" ويمكن ان نميز بين نوعين من السكتات الدماغية، السكتة الدماغية الإقفارية او الاحتشاء الدماغي وهي ناتجة عن تصلب الشرايين او الانسداد ذات منشأ قلبي وهي تمثل 80 % من حالات السكتة الدماغية، والسكتة الدماغية النزفية التي تنتج عن تمزق الاوعية الدموية داخل الدماغ، او تشوه الاوعية الدموية او نزيف دماغي عفوي وهذا بسبب اعتلال الشرايين الناتج عن ارتفاع الضغط الدموي، وهي تمثل حوالي 20 % من حالات السكتة الدماغية (Bejot.Y, et al.2009).

تؤدي السكتة الدماغية الى عواقب مأسوية من حيث ارتفاع معدل الوفيات من جهة، ومن جهة أخرى بالنسبة للذين ينجون، تتسبب لديهم في مضاعفات ثقيلة ومتعددة على مختلف المستويات، جسمية، نفسية -انفعالية ومعرفية، والتي تشكل المصدر الرئيسي لانخفاض نوعية الحياة لديهم. تتمثل المضاعفات على المستوى الجسدي، في اختلالات وعجز خاصة على مستوى الوظائف الحسية-الحركية، واضطرابات لغوية، الى جانب اضطرابات ادراكية ومعرفية. اما على المستوى النفسي، تسبب السكتة الدماغية في اضطرابات انفعالية كالقلق والاكتئاب التي تمثل عوامل تنبئية، تؤثر بشكل كبير على الاستعادة الوظيفية والتي بدورها تؤثر على نوعية الحياة (Charfi.N et al.2017). الى جانب ذلك تظهر مضاعفات كثيرة أخرى كالتعب الشديد والمعاناة النفسية- الاجتماعية والمهنية (كفقدان الوظيفة، فقدان المكان.. الخ)، انخفاض الرضا عن الحياة، والتأثيرات على الأقارب المساعدين (Rochette.A.2004).

تسبب السكتة الدماغية اذن في اضطراب عميق في حياة الشخص المصاب، حيث يعيش حالة من العجز ويتعرض لسلسلة من الاعاقات التي يعيشها لمدة طويلة مما يولد عنده حالة من الضغط كما يؤكد كارتني (Mc Carthy et al 2016)، بان الحدوث المفاجئ لحالة العجز والاعاقة بعد السكتة الدماغية يؤدي الى اضطراب عميق في التوازن النفسي وفي علاقة المريض بمحيطه العائلي-الاجتماعي والمهني وكذا

وضعه المالي، ينتج عن ذلك ضغوط عند المريض. كما ينوه بورتو في دراسته (Burton.2000)) الى ضرورة تطوير المرضى المصابين بالسكتة الدماغية القدرة على التكيف مع واقعهم الجديد على كافة المستويات، حيث يعاني هؤلاء المرضى حالة من القلق والخوف الشديد من تكرار الحادثة، وشكوك بشأن المستقبل وفقدان السيطرة على أجسادهم وعلى حياتهم بصفة عامة، اما على الصعيد الاجتماعي تؤثر مضاعفات السكتة الدماغية على الادوار والمسؤوليات في المجالات المختلفة.

تعتبر السكتة الدماغية اذن واحدة من بين أكثر الاحداث الصحية ضغطا سوءاً بالنسبة للشخص المصاب او لأقربائه، مما يتطلب تبني استراتيجيات لمواجهتها والتكيف معها.

تعرف استراتيجيات المواجهة حسب لازروس و فولكمان (1984) بأنها "مجموع الجهود المعرفية، الانفعالية، والسلوكية المتغيرة باستمرار والتي تهدف الى السيطرة او التخفيض او تحمل المتطلبات الداخلية والخارجية التي تدرك على انها تهدد او تتجاوز قدرات الفرد" ..

اهتمت بحوث عديدة بدراسة استراتيجيات المواجهة التي يعتمد عليها المرضى في التعامل مع الصعوبات المرتبطة بالسكتة الدماغية، حيث ادلى بعض الباحثين ان المصابين بالسكتة الدماغية يلجؤون الى استخدام الاستراتيجيات النشطة والمركزة حول المشكل بصفة منتظمة (Donnellan and al, 2006). كما أظهرت دراسات اخرى ان المصابين بالسكتة الدماغية يستخدمون ايضا الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال، لكن تبقى الاستراتيجيات الأكثر استخداما لدى هذه الفئة هي المركزة حول المشكل، هذا النوع من الاستراتيجيات مرتبط بتقدير عالي للذات وبالانفعالات الايجابية (Darlington et al 2007). أوضح دونلو من جهته (Donnellan et al.2009) ان استراتيجيات المواجهة القائمة على التجنب ترتبط بالاكتئاب التالي للسكتة الدماغية في المرحلة الحادة، يعني ان هذا النوع من الاستراتيجيات يكون متكيف على المدى القصير، اما على المدى الطويل تشكل استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل كأحسن استجابة، كما اكد الباحث كوران (Curran et al.2000) عن وجود علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة والتوازن النفسي، حيث لاحظ هؤلاء الباحثين ان تبني استراتيجيات غير متكيفة مرتبطة بالقلق، والانكار وانتقاد الذات، كما ترتبط أيضا بمستويات الاكتئاب الزائد، على العكس من ذلك ترتبط المواجهة المركزة على المشكل بمستويات منخفضة من القلق. كما بين درلنقطون و جماعته (Darlington et al 2007) عن وجود علاقة بين استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة لدى المرضى بعد اصابتهم بالسكتة الدماغية، حيث اظهر هؤلاء الباحثين ان المرضى الذين يستخدمون المواجهة المركزة حول المشكل يتمتعون بنوعية حياة جيدة، كما بينوا في دراسة أخرى (Darlington al 2009) ان استراتيجيات المواجهة سوءاً المركزة حول المشكل او المركزة حول الانفعال تعتبر ملائمة لتحسين نوعية

الحياة، في حين ان تأثيرها يكون متأخرا، بما ان الاستراتيجيات النشطة اثناء الفترة الحادة لا تؤدي الى تحسين ملحوظ في نوعية الحياة الا بعد الفترة المزمنة، كما أظهرت الدراسة التي قام بها دويلد وجماعته (Dewild.S et al 2019) بان مرضى السكتة الدماغية الذين يعتمدون على أساليب التعامل المرنة في حل المشكلات لديهم مستوى نوعية الحياة مرتفع مقارنة بالمرضى الذين يستخدمون أساليب التكيف التجنبية والاستسلامية والانكار، ولديهم احتمالية اقل للمعاناة من الاكتئاب.

يمكن ان نستنتج مما تقدم انه يمكن لنمط استراتيجيات المواجهة التي يوظفها المريض للتخفيف من حدة الضغوط الناتجة عن المرض ان يكون له تأثير على معاشه الشخصي وقد يحدد نوعية حياته. تعرف المنظمة العالمية للصحة نوعية الحياة (WHOQOL.1996) بانها " إدراك الفرد لمكانته في الوجود في إطار الثقافة ونسق القيم والمعايير التي يعيش فيها في علاقته مع أهدافه، توقعاته، معايير ومخاوفه، فهو مفهوم واسع يشمل بصفة معقدة الصحة الجسمية للفرد، الحالة النفسية، مستوى استقلالته، علاقته الاجتماعية، معتقداته الشخصية وعلاقته مع خصوصيات بيئته".

اهتم العديد من الباحثين بموضوع نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالسكتة الدماغية، وبينوا من خلال دراساتهم ان اغلبية المرضى المصابين بها يعانون من تدهور في نوعية حياتهم. من بينها التي اجراها (Bordelaise de laurente et al.2011) والتي أظهرت بان نوعية الحياة لدى مرضى السكتة الدماغية اقل بكثير مقارنة بالأشخاص الذين لا يعانون من اية سوابق طبية، وتم التوصل الى نتائج مماثلة في العديد من الدراسات (Galien et al 2005, Krancuikait and al 2007, Calsberg.M 2019). وقد تبين من خلال الادبيات ان نوعية الحياة تتأثر بشكل متفاوت بعوامل متعددة بما في ذلك، مضاعفات السكتة الدماغية (كالإعاقة الجسدية، عائق النطق، مستوى التبعية..الخ) (Dhamoon and al 2010, Kielbergerová et al 2015, Sangha et al 2015)، العوامل الاجتماعية (كالسن، والجنس والمستوى الاجتماعي-الاقتصادي..الخ) (Dhamoon et al.2010)، وبالعوامل النفسية كالاكتئاب واستراتيجيات المواجهة (Donnellan et al 2010, Kielbergerová et al 2010)، حيث أكدت هذه الدراسات مدى تأثير السيورورات التعاقدية وخاصة استراتيجيات المواجهة في تطور نوعية الحياة لدى المرضى بعد السكتة الدماغية مهما كانت درجة شدتها.

وقد تتوافق هذه النتائج الى حد كبير مع المفهوم الذي يميز النموذج الجديد في مجال علم النفس الصحة و هو النموذج التكاملي و متعدد العوامل، حيث أوضحت شويتزر (B.Schweitzer.2002) من خلال هذا النموذج الذي اعتمدته في تفسير الصحة والمرض ان نوعية الحياة ناتجة عن تفاعل مجموعة من العوامل، و من اهم هذه العوامل التي تحدد نوعية الحياة استراتيجيات المواجهة، حيث تسمح هذه

الأخيرة للشخص بالتفاعل مع العوامل الأخرى اما بمواجهة الوضعية بنجاح او لا تسمح بذلك و ينتج عن ذلك سواء نتائج ملائمة او غير ملائمة.

استنادا الى ما سبق يبدو ان لاستراتيجيات المواجهة دور لا يستهان به في تعزيز نوعية الحياة لدى المرضى بعد اصابهم بالسكتة الدماغية، غير اننا لاحظنا نقصا كبيرا في الأبحاث المهمة باستراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة في حالة الاصابة بالسكتة الدماغية في المجتمع العربي عموما والجزائري بصفة خاصة، يمكن ان نقول انها منعدمة تقريبا في حدود علمنا، على هذا الأساس جاء بحثنا للبحث عن العلاقة بين هذين المتغيرين والكشف عن بعض العوامل التي تحددها الإشكالية في التساؤلات الآتية:

1. ماهي أنماط استراتيجيات المواجهة الأكثر استخداما لدى المرضى بعد اصابهم بالسكتة الدماغية؟
 2. ما هو مستوى نوعية الحياة لدى المرضى بعد اصابهم بالسكتة الدماغية؟
 3. هل توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين استراتيجيات المواجهة بكل ابعادها ونوعية الحياة لدى المرضى بعد الاصابة بالسكتة الدماغية؟
- للإجابة على هذه التساؤلات وضعنا الفرضيات كما يلي:
- الفرضيات:**

1. استراتيجيات المواجهة الأكثر استخداما لدى المرضى بعد الاصابة بالسكتة الدماغية هي الاستراتيجيات المركزة حول المشكل.
 2. -مستوى نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالسكتة الدماغية يكون منخفض.
 3. توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين استراتيجيات المواجهة (بكل ابعادها) ونوعية الحياة لدى المرضى بعد الاصابة بالسكتة الدماغية.
- اهداف الدراسة:**

يسعى البحث الحالي الى تحقيق الأهداف التالية:

1. محاولة الكشف عن طبيعة استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها المرضى المصابين بالسكتة الدماغية قصد التكيف مع الوضعيات الضاغطة والتخفيف منها.
2. التعرف على مستوى نوعية الحياة لدى المرضى بعد الاصابة بالسكتة الدماغية.
3. معرفة ما إذا كانت هناك علاقة ارتباطية بين استراتيجيات مواجهة ونوعية الحياة لدى المرضى بعد الاصابة بالسكتة الدماغية.

أهمية الدراسة:

يكتسي البحث الحالي أهمية بالغة من حيث انه يتناول مرضا خطيرا متزايد الانتشار في السنوات الأخيرة ويشكل عبئا ثقيلا على المنظومات الصحية والاجتماعية والاقتصادية، الا ان هذا المرض لم

يحظى بالدراسة الكافية من الجانب النفسي سواءاً في الدول العربية او في الجزائر خاصة. من هنا جاء فضولي كباحثة لفهم والبحث في الخصوصيات البيونفسية لهذه الفئة التي قل التركيز عليها والتي تعاني من مشكلات وأزمات صحية عديدة جراء الاعاقات المختلفة الناتجة عن الإصابة الدماغية، ومن الجانب الآخر ابراز اهمية العوامل النفسية في التعافي من آثار السكتة الدماغية وشد انتباه المرضى والباحثين الى الدور الذي يمكن ان تلعبه في الارتقاء بنوعية الحياة لديهم.

تحديد المفاهيم:

1. استراتيجيات المواجهة :

تشير استراتيجيات المواجهة اجرائيا، تحديد كل الطرق والاستراتيجيات التي يستخدمها المرضى المصابين بالسكتة الدماغية لمواجهة الوضعيات الضاغطة الناتجة عن المرض و العلاج، من خلال مقياس استراتيجيات المواجهة المختصر لكارفر 1997. ويحدد نمط المواجهة المتبنى من قبل المرضى من خلال استجاباتهم على بنود الابعاد في المقياس.

2. نوعية الحياة :

تعرف نوعية الحياة اجرائيا في البحث الحالي، التقييم الذاتي الذي يقدمه المرضى المصابين بالسكتة الدماغية عن الجوانب المختلفة لحياتهم، أي الأفكار والمعتقدات التي يصدرها هؤلاء المرضى عن حالتهم الصحية والوظيفية وكذلك النفسية-الانفعالية والمعرفية، كما يعبرون عن نوعية حياتهم العلائقية، الاجتماعية والمهنية، وهذا من خلال مقياس نوعية الحياة الخاص بالسكتة الدماغية. ويحدد مستوى نوعية حياة المرضى من خلال استجاباتهم على بنود الابعاد في المقياس.

3. السكتة الدماغية :

تعرف السكتة الدماغية اجرائيا، ذلك المرض الذي تم تشخيصه من طرف أطباء مختصين بمصالح طب الاعصاب للمستشفيات المختلفة المتواجدة في مختلف ولايات الوطن، وتم توجيه المرضى المصابين به الى المستشفى المختص في إعادة التأهيل الوظيفي " قصدي مراح" بتقصرين، بالجزائر العاصمة، حيث تم انتقاء افراد العينة.

1. إجراءات الدراسة :

1.1 المنهج :

ان طبيعة الدراسة وفرضيتها تقتضي تحديد المنهج المناسب الذي يسمح بالإجابة على التساؤلات المطروحة، وقد حددنا المنهج الوصفي منهجا مناسباً يتماشى مع اهداف البحث والذي يعتبر " المنهج الذي يصف الظواهر وصفا موضوعيا من خلال جمع الحقائق والبيانات ومقارنتها وتحليلها وتفسيرها

للوصول الى تعميمات مقبولة باستخدام أدوات وتقنيات البحث العلمي (المشوخى حمد سليمان، 2002). وقد ركزنا خاصة على الطرق الارتباطية التي تهدف الى توضيح طبيعة العلاقة بين الظواهر المختلفة واستكشاف حجم ونوع العلاقات بين البيانات

2.1.1 العينة :

تتكون عينة البحث من 80 مصابا بالسكتة الدماغية، تتراوح سنهم من 19 الى 75 سنة، من كلا الجنسين، تم انتقاؤهم بالمستشفى المتخصص في إعادة التأهيل الوظيفي " قصدي مبراح" بتقصرين، بلدية بئر خادم، في الفترة الممتدة من افريل 2023 الى ديسمبر 2024. وقد تم اختيار العينة بطريقة قصدية وفقا للمعايير التالية:

- ان يكون المرضى مصابين بالسكتة الدماغية والتأكد من التشخيص اعتمادا على الملف الطبي.
- ان لا يعانون من اعاقات ادراكية شديدة واضطرابات التواصل (كالحبسة).
- استبعاد المرضى المتقدمين في السن (أكثر من 75 سنة) لكونهم يعانون من صعوبات ادراكية ومشاكل الذاكرة تمنعهم من فهم ما يطلب منهم وخاصة محتويات المقاييس.
- ان يكون المرضى في المرحلة ما بعد الحادة الى المزمنة، أي ان مدة الاصابة من شهرين الى ما أكثر
- ان يتلقى المرضى علاج إعادة التأهيل في وحدة الاستشارة الخارجية و/او وحدة الاستشفاء النهاري، واستبعاد الذين لا يزالون يعالجون في المصلحة الداخلية لإعادة التأهيل لكونهم في حالة وظيفية حرجة.

يلخص الجدول الموالي خصائص عينة الدراسة:

الجدول (01) توزيع افراد العينة وفق بياناتهم الشخصية

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
الجنس	ذكور	63,75%
	إناث	36,25%
السن	من 19 الى 49 سنة (صغار السن)	25%
	من 50 الى 65 سنة (متوسط السن)	50%
	من 66 الى 75 سنة (سن متقدم)	25%
مدة الإصابة	من 3 الى 6 أشهر	75%
	6 أشهر فما فوق	25%

1. 3. أدوات الدراسة:

من اجل التحقق من فرضيات الدراسة تم الاعتماد على مقياسين:

1. 3. 1 مقياس نوعية الحياة الخاص بالسكتة الدماغية (SSQOL):

يعد اول مقياس صمم لتقييم جميع المجالات المهمة بالنسبة لمرضى السكتة الدماغية، تم تطويره من قبل وليامز وآخرون (Williams and al, 1999). يتضمن المقياس 49 بنداً ينظمون في 12 مجالاً هي: الطاقة، الأدوار العائلية، اللغة، التنقل، المزاج، الشخصية، الرعاية الذاتية، الأدوار الاجتماعية، التفكير، وظيفة الطرف العلوي، الرؤية، والعمل/ الانتاجية. يتم تقييم كل مجال من خلال ثلاثة الى ستة بنود باستخدام سلم ليكرت من 5 نقط (1-5)، تتراوح الدرجة الكلية للمقياس من 49 الى 245، تشير الدرجة العالية على المقياس الى نوعية حياة أفضل. يتمتع المقياس بمستويات عالية من الثبات اذ تراوحت معاملات الفا كرونباخ في نسخته الإنجليزية بين 0,75 الى 0,89، في حين بلغ معامل الارتباط بين التطبيق الأول وإعادة تطبيقه ب ($>0,73$) في جميع المجالات.

الخصائص السيكومترية في الدراسة الحالية:

أ. الصدق: اعتمدنا على طريقتين للتأكد من صدق المقياس:

- الصدق الظاهري: تمت دراسة صدق المقياس بعد ترجمته من اللغة الإنجليزية الى اللغة العربية عن طريق استطلاع رأي المحكمين من هيئة التدريس في علم النفس الصحة لجامعة الجزائر 2، وعلى ضوء ملاحظاتهم قامت الباحثة بإجراء تعديلات على العبارات التي لم تصل نسبة الاتفاق عليها (80%)

- صدق الاتساق الداخلي: تم تعيينه من خلال حساب معاملات الارتباط بين البنود والابعاد التي تنتمي اليها، وارتباط الابعاد بالدرجة الكلية للمقياس، فأشارت النتائج الى تمتع المقياس باتساق داخلي، حيث تراوحت قيم معامل ارتباط بيرسون بين البنود وابعادها بين 0,25 و 0,92. وهي قيم دالة احصائياً، وتراوحت قيم الارتباط بين الابعاد والمقياس بين 0,26 و 0,62، وهي قيم دالة احصائياً، تعكس ارتباط الابعاد بالمقياس.

ب. ثبات المقياس، تم حساب معامل الثبات بتطبيق معادلة الفا كرونباخ، وقد تراوحت القيم بين 0,70 و 0,95 وهي قيم مقبولة وقوية تعكس ثبات المقياس.

1. 3. 2 مقياس استراتيجيات المواجهة المختصر لكارفر "Brief Cope 1997":

هي صيغة موجزة وضعها "تشاراز كارفر 1997" من المقياس الأصلي المكون من 60 بنداً والمسعى "توجهات التعامل مع المشكلات المعاشة" (Cope) الذي أعده كل من (Carver, Scheier et weintraub. 1998). اعتمدنا في الدراسة الحالية على النسخة الفرنسية لكل من سبيتز وميلر (Spitz et Miller 2003)

اللدان قاما بترجمة مقياس "Brief Cope" وتكييفه في البيئة الفرنسية، وظهر من خلال ذلك خصائص سيكومترية جيدة، حيث جاءت معاملات الانحدار للبنود أكبر من (0,6). يحتوي المقياس على 28 بنداً، موزعين على 14 بعد، كل بعد يحوي على بندين، وقد تم تصنيف الأبعاد التي يتضمنها المقياس حسب "كارفر" إلى ثلاث مجموعات التي تشكل الاستراتيجيات الأساسية، تشمل المجموعة الأولى على ثلاث أبعاد لمقياس الاستراتيجيات المركزة حول المشكل، وتشمل المجموعة الثانية على 6 أبعاد لمقياس الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال، أما المجموعة الأخيرة فقد تتضمن استراتيجيات التجنب وتضم 5 أبعاد، ولكل بند من المقياس أربعة (4) بدائل الإجابة على سلم ليكرت وفق الأوزان المختلفة: $1 =$ أبداً، $2 =$ أحياناً، $3 =$ غالباً، $4 =$ دائماً. ويصحح كل بعد بجمع درجات بنوده، حيث تشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى ميل المفحوص لاستخدام هذه الاستراتيجية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة.

الخصائص السيكومترية في الدراسة الحالية:

أ. الصدق: اعتمدنا على طريقتين للتأكد من صدق المقياس:

- الصدق الظاهري: قمنا بترجمة المقياس من الفرنسية إلى العربية وعرضه على مجموعة من المتخصصين في علم النفس الصحة لجامعة الجزائر² لتحكيم بنوده، وبناء على ملاحظات المحكمين تم الإبقاء على العبارات التي حصلت على نسبة اتفاق تصل 80%.

- صدق الاتساق الداخلي: تم تعيينه بحساب معاملات الارتباط بيرسون بين:

درجة كل بند من بنود المقياس بالبعد الذي ينتهي إليه، وقد جاءت كل قيم معامل الارتباط دالة احصائياً وموجبة، إذ تراوحت قيمه بين 0,4 و 0,81، تعكس ارتباط كل بند ببعده.

كل بعد من أبعاد المقياس (الاستراتيجية الفرعية) بالاستراتيجية الأساسية، وقد تراوحت قيم معامل ارتباط بيرسون لارتباط الاستراتيجيات الفرعية بالاستراتيجيات الأساسية (حل المشكل، الانفعال، التجنب)، بين 0,27 و 0,64. وهي قيم دالة احصائياً، تعكس ارتباط الاستراتيجيات الفرعية بالاستراتيجيات الأساسية، ما عدى الاستراتيجية الإلهاء، إذ قدرت قيمة معامل الارتباط ب (0,003) وهي غير دالة احصائياً، أي لا ترتبط باستراتيجيات التجنب، لذلك تم حذفها من الدراسة الأساسية للبحث، وأصبح المقياس في نسخته الحالية مكوناً من 26 بنداً.

ب. ثبات المقياس: تم تعيينه بثبات الاتساق الداخلي بتطبيق معادلة الفا كرو نباخ وقد تراوحت القيم بين 0,75 و 0,76 هي قيم قوية نوعاً ما تعكس تماسك واستقرار داخلي لكل استراتيجية على حدى.

2. النتائج :

2.1 عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية الاولى :

نصت الفرضية على ان استراتيجيات المواجهة الأكثر استخداما لدى المرضى المصابين بالسكتة الدماغية في مواجهتهم للوضعيات الضاغطة المرتبطة بالمرض هي الاستراتيجيات المركزة حول المشكل: وللتأكد من صحتها تم اختبارها احصائيا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل استراتيجية، وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

الجدول (02) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستراتيجيات المواجهة المستخدمة لدى افراد العينة

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	استراتيجيات المواجهة
1	0.46	5.19	استراتيجيات حل المشكل
2	1.21	4.91	الاستراتيجيات الانفعالية
3	0.92	3.15	استراتيجيات التجنب

يتضح من الجدول أعلاه ان المتوسطات الحسابية لإجابات افراد العينة على ابعاد مقياس استراتيجيات المواجهة تراوحت ما بين (5,19- 3,15)، حيث جاءت في المرتبة الأولى استراتيجيات حل المشكل بمتوسط حسابي (5,19) وبانحراف معياري (0,46)، تليها الاستراتيجيات الانفعالية بمتوسط حسابي (4,91) وبانحراف معياري (1,21)، وأخيرا استراتيجيات التجنب بمتوسط حسابي (3,15) وانحراف معياري (0,92).

- يوضح الجدول الموالي اهم الاستراتيجيات الفرعية المستخدمة من طرف افراد العينة:

الجدول (03): نتائج فريدمان لترتيب ابعاد استراتيجيات المواجهة لدى افراد العينة:

الاستراتيجيات الفرعية	متوسط الرتب	الترتيب	قيمة الاختبار	الدلالة الإحصائية
1.الاستراتيجية الفعالة	8,92	3	392,59	دال احصائيا عند $\alpha 0,01$
2.التخطيط	8,79	4		
3.المساندة المادية	9,25	2		
4.المساندة الانفعالية	7,23	7		
5.اعادة التأويل الإيجابي	8,19	6		
6.التقبل	8,61	5		
7.الفكاهة	3,4	11		
8.الدين	10,63	1		
9.التعبير عن المشاعر	6,6	8		
10.الإنكار	6,37	10		
11.استعمال المواد المسكنة	3,31	12		
12. التائب الذاتي	6,44	9		
13. التجنب السلوكي	3,26	13		

يتضح من النتائج الواردة في الجدول أعلاه الفروق في متوسط رتب استراتيجيات المواجهة التي يلجأ إليها أفراد العينة، وهي فروق حقيقية، إذ قدرت قيمة اختبار فريدمان ب 392,59 وهي دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0,01. ومنه فإن أهم الاستراتيجيات المستخدمة لدى أفراد العينة هي استراتيجيات حل المشكل والمتمثلة في المساعدة المادية، الاستراتيجيات الفعالة والتخطيط. إلى جانب الاستراتيجيات الانفعالية المتمثلة في اللجوء إلى الدين، المساعدة الانفعالية، التقبل وإعادة التأويل الإيجابي.

يمكن أن نستنتج بالرجوع للنتائج في الجداول السابقة أن استراتيجيات حل المشكل هي السائدة، أي أن أفراد العينة يستخدمون أكثر استراتيجيات حل المشكل في مواجهتهم التحديات المرتبطة بخبرة المرض والعلاج. وهذا ما يؤكد تحقق الفرضية الأولى.

2.2 عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية :

نصت الفرضية على أن: "مستوى نوعية الحياة لدى المصابين بالسكتة الدماغية يكون منخفض" وللتأكد من صحتها تم اختبارها احصائيا باختبار t للعينة الواحدة، من خلال مقارنة متوسط درجات نوعية الحياة للدراسة بالقيمة الاختيارية (المتوسط النظري للمقياس)، وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

الجدول (04) نتائج اختبار t للمجموعة الواحدة لمتغير نوعية الحياة:

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط النظري	قيمة اختبار T	الدلالة الإحصائية
نوعية الحياة	136,08	26,74	122	4,64	دال احصائيا عند $\alpha 0,01$

يبين الجدول أعلاه أن أفراد العينة تحصلوا في استجاباتهم لاستبيان نوعية الحياة على متوسط حسابي بقيمة (136,08) وانحراف معياري بقيمة (26,74)، وبلغت قيمة المتوسط النظري للمقياس (122)، حيث أن الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري للمقياس حقيقي، إذ قدرت قيمة اختبار T ب 4,64 وهي دالة احصائيا. هذا يعني أن مستوى نوعية الحياة لدى أفراد العينة في مستوى المتوسط. ومنه فرضية البحث لم تتحقق

2.3 عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة :

3.2.1 التوزيع الاعتدالي للبيانات:

من أجل التحقق من مدى خضوع بيانات المبحوثين إلى التوزيع الطبيعي، قمنا باستعمال اختبار كولموغوروف-سميرنوف على مقياس نوعية الحياة باعتباره المتغير التابع وجاءت النتائج كما يلي:

جدول (05) نتائج اختبار "كولموغوروف-سميرنوف" لاعتدالية توزيع بيانات مقياس نوعية الحياة

الاختبار الطبيعي	كولموغوروف - سميرنوف		
	مستوى الدلالة الاحصائية	Df	القيمة الاحتمالية ل Sig
نوعية الحياة	0.05	80	0.20

من خلال الجدول (5) نجد أن معنوية البيانات لاختبار (كولموغوروف - سميرنوف) بلغت (0,80) بقيمة احتمالية ل sig مقدرة ب (0,20) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وهي دالة على تحقق الاعتدالية في توزيع البيانات، وهذا ما يسمح لنا باستعمال الأساليب الإحصائية البرامترية في معالجة البيانات والتحقق من الفرضيات.

2.3.2 العلاقة الارتباطية بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة:

نصت الفرضية الثالثة على أنه: "توجد علاقة ارتباطية دالة احصائية بين استراتيجيات المواجهة بكل أبعادها (حل المشكل، الانفعال، التجنب) ونوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالسكتة الدماغية"، وللتأكد من صحتها تم اختبارها احصائيا بمعامل ارتباط بيرسون، وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

الجدول (06): نتائج ارتباط "بيرسون" لنوعية الحياة باستراتيجيات المواجهة الأساسية:

العلاقة بين:	الاستراتيجيات الأساسية	قيمة الارتباط	الدلالة الإحصائية	حجم العينة
نوعية الحياة	استراتيجيات حل المشكل	0,244	دال احصائيا عند $\alpha 0,05$	80
	استراتيجيات الانفعال	0,431	دال احصائيا عند $\alpha 0,01$	
	استراتيجيات التجنب	0,018	غير دال احصائيا α	

- يتضح من خلال الجدول أعلاه أن قيمة ارتباط بيرسون بين نوعية الحياة والاستراتيجيات المركزة حول المشكل بلغت قيمة (0,244)، وهي دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05)، ما يعني وجود علاقة موجبة ودالة إحصائية بين هذين المتغيرين.

- كما أن قيمة الارتباط بين نوعية الحياة والاستراتيجيات المركزة حول الانفعال بلغت قيمة (0,431)، وهي دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,01)، ما يعني وجود علاقة موجبة ودالة إحصائية بين هذين المتغيرين.

- في حين نجد استراتيجيات التجنب لم ترتبط بنوعية الحياة، إذ قدرت قيمة الارتباط 0,018 وهي غير دالة احصائيا

وهذا يعني أن كلما لجأ المرضى لاستراتيجيتي (حل المشكل/ الانفعال) وانقصوا من استخدام استراتيجيات التجنب، كلما تحسنت لديهم نوعية الحياة.

2.3.3 العلاقة بين نوعية الحياة والاستراتيجيات الفرعية لاستراتيجيات (حل المشكل / الانفعال)

الجدول (07): نتائج ارتباط نوعية الحياة بالاستراتيجيات الفرعية لاستراتيجيات (حل المشكل / الانفعال):

العلاقة بين:	الاستراتيجيات الفرعية	قيمة الارتباط	الدلالة الإحصائية
نوعية الحياة	حل المشكل	الاستراتيجية الفعالة	دال احصائيا عند 0,05 α
		التخطيط	دال احصائيا عند 0,05 α
		المساندة المادية	غير دال احصائيا
	الانفعال	اعادة التأويل الإيجابي	دال احصائيا عند 0,01 α
		التقبل	دال احصائيا عند 0,01 α
		الفكاهة	دال احصائيا عند 0,05 α
		الدين	غير دال احصائيا
		المساندة الانفعالية	غير دال احصائيا
		التعبير عن المشاعر	غير دال احصائيا

يظهر من الجدول اعلاه أن استراتيجيات الفرعية (الفعالة والتخطيط) من استراتيجيات حل المشكل ترتبط بنوعية الحياة، إذ قدرت قيمة الارتباط على التوالي (0,233)، (0,232)، في حين استراتيجية المساندة المادية لم ترتبط بنوعية الحياة، إذ قدرت قيمة الارتباط ((0,059)، وهي قيمة غير دالة احصائيا

كما يظهر أن الاستراتيجيات الفرعية (اعادة التأويل الايجابي، التقبل، الفكاهة) من استراتيجيات الانفعال ترتبط بنوعية الحياة، إذ قدرت قيمة الارتباط على التوالي (0,489،0,367،0,245) في حين استراتيجيتي المساندة الانفعالية والدين والتعبير عن المشاعر لم ترتبط بنوعية الحياة ارتباط دال احصائيا.

يمكن ان نستنتج بالرجوع للنتائج الواردة في الجداول السابقة، ان نوعية الحياة ترتبط ايجابا باستراتيجيات المواجهة الخاصة بحل المشكل والانفعال، وهذا ما يؤكد تحقق الفرضية الثالثة.

3. المناقشة :

3.1 مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الأولى:

تبين من خلال عرض النتائج الخاصة بالفرضية الاولى ان افراد العينة يستخدمون كل أنواع الاستراتيجيات لمواجهة الوضعيات الضاغطة الناتجة عن الإصابة الدماغية، لكن بدرجات متفاوتة، وقد يرجع ذلك بالدرجة الأولى الى خصوصيات الحالة المرضية التي يعانون منها وما ينتج عنها من تأثيرات جسدية- معرفية ونفسية-اجتماعية، يواجه من خلالها المرضى ضغوطات كبيرة بسبب التغيرات المفاجئة في الصحة وما يصاحبها من قيود وظيفية مجهولة المآل، مما يدفع المرضى الى الحاجة الى توظيف استراتيجيات التكيف المختلفة. ولقد برزت في المقام الأول استراتيجيات حل

المشكلات، ثم تالتها الاستراتيجيات الانفعالية التي استخدمت اقل قليلا من الأولى، وفي الأخير تأتي استراتيجيات التجنب التي كان اللجوء اليها ضئيلا مقارنة بالاستراتيجيات الأخرى. وقد توافقت هذه النتائج مع العديد من الدراسات السابقة من بينها دراسة دونلو وجماعته (Donnellan and al 2006) التي أظهرت ان المرضى بعد الإصابة بالسكتة الدماغية يميلون أكثر الى استخدام التكيف النشط الموجه نحو حل المشكلات مقارنة بالمجموعات السكانية الأخرى، كما أظهرت دراسات أخرى (Darlington et al 2007) ان المصابين بالسكتة الدماغية يستخدمون ايضا الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال، لكن تبقى الاستراتيجيات الأكثر استخداما لدى هذه الفئة هي المركزة حول المشكل، و هي ترتبط بتقدير عالي للذات وبالانفعالات الإيجابية. في نفس السياق نوهت دراسات أخرى (Lyon.B.L 2002, Sirois 2015) الى ان الأشخاص الذين لديهم المزيد من الموارد الشخصية و البيئية قد يعتمدون بشكل اكبر على التعامل النشط الموجه نحو حل المشكلات و اقل على التجنب و المواجهة العاطفية. بالتالي يمكن ان نتوقع ان يكون اعتماد افراد العينة على الاليات النشطة الموجهة نحو حل المشكلات مؤشرا إيجابيا عن حالتهم النفسية وعن مستقبلهم الصحي.

وقد يدل تركيز افراد العينة على الاستراتيجيات العملية، على رغبتهم الملحة في إيجاد حلول مستعجلة للمشاكل الخطيرة التي يوجهونها إثر اصابتهم الدماغية، وعلى ادراكهم بضرورة التعامل المباشر مع التحديات الفورية كالإعاقات المختلفة التي يعانون منها، والعلاج التأهيلي، والتكيف مع الحياة اليومية. وقد تتطلب هذه التحديات إجراءات ملموسة، كما تؤكد ذلك دراسة مدوال (Medowel M.K et al 2017) التي كشفت ان الاستراتيجيات حل المشكلات تستخدم عادة من قبل المرضى لإدارة التحديات المتعلقة بإعادة تأهيلهم وفي إدارة أنشطة الحياة اليومية. كما أكد ريلي (Reilly A.J and al 2018) بان الأساليب التي تركز على حل المشكلات تلعب دورا حاسما في سيرورة الاسترجاع الوظيفي لأنها تساعد المرضى على التعرف على العقبات الوظيفية والتغلب عليها. وقد تعتبر هذه الاستراتيجيات ضرورية ومهمة خاصة خلال الفترة ما بعد الحادة من الإصابة حيث تكون فيها آلية الاسترجاع الوظيفي سريعة وحاسمة (75% من افراد العينة تتراوح مدة اصابتهم من 2 الى 6 أشهر). وبما ان معظم افراد العينة حسب ملاحظاتي الميدانية والاحتكاك بهم على وعي بأهمية هذه الفترة في مآلهم الوظيفي، فيمكن ان ذلك قد حفزهم على بذل مجهودات ملموسة لتعزيز سيرورة تعافهم، خاصة وانهم يخضعون خلال فترة المباحثة معهم للعلاج التأهيلي. وهذا يتوافق مع نتائج دراسة وليامس وجماعته (Williams and al,2020) التي أظهرت بان استراتيجيات حل المشكلات ترتبط بقوة بتحسين النتائج الوظيفية، مما يشير الى أهميتها في عملية التأهيل

الى جانب الاستراتيجيات العملية، اظهر افراد العينة الحاجة كذلك الى توظيف استراتيجيات انفعالية لمعالجة الجوانب النفسية للسكتة الدماغية وإدارة الضغوطات وكل الانفعالات السلبية التي يمكن ان تثيرها هذه الخبرة الصادمة. من اهم هذه الاستراتيجيات: اللجوء الى الدين الذي قد مكن افراد العينة من اسناد معنى لتجربتهم الميرة كقولهم عنها (قضاء وقدر، فيها خير، ابتلاء من الله. الخ)، بالتالي قد يكون الدين مصدرا للراحة والمعتقدات التي تدعمهم اثناء إعادة تأهيلهم، الى جانب ذلك البحث عن الدعم العاطفي وإعادة التأويل الإيجابي الذي قد ساعدهم على إدراك الوضع من زاوية أكثر إيجابية والتقبل الذي قد سمح لهم بالتصالح مع الواقع الجديد، وبالتالي التركيز على الجوانب التي يمكن تحسينها. وقد تعتبر هذه الاستراتيجيات حسب الباحثين (Carver et Cheir 1989, Spitz et Muller 2003) استجابات وظيفية، تكيفية، موجهة نحو إدارة الضغوط الانفعالية، بالتالي تسمح بشكل أساسي في مواصلة سيرورة المواجهة نحو تعزيز استخدام الاستراتيجيات النشطة المركزة نحو المشكل فيما بعد. في نفس السياق استنتج (Bunguer 2012) من خلال دراسته ان استخدام الاستراتيجيات الانفعالية في إطار الامراض المزمنة تسمح بالتكيف مع المرض وذلك بتعبئة كل المصادر النفسية، وهي تشكل الخطوة الأولى لوضع استراتيجيات حل المشكل فيما بعد.

وقد يرجع لجوء افراد العينة لاستراتيجيات التجنب بصفة ضئيلة الى إدراكهم بان التجنب لا يساهم في إدارة عواقب السكتة الدماغية والتحديات المرتبطة بعلاجهم. فقد يرون ان استراتيجيات التجنب اقل فعالية في سياق كانت فيه الإجراءات الملموسة والتفكير الإيجابي والدعم الاجتماعي ضروري للتعافي. في هذا الإطار اثبتت العديد من الدراسات (Carver 1989, Bolger 1990, Crae et Costa 1986,...etc) ان استراتيجيات التجنب التي تستخدم لتقليل الاضطراب العاطفي يمكن ان تكون فعالة في بداية الموقف، لكن على المدى الطويل غالبا ما تعيق التعامل الفعال مع المشكلات، ويمكن ان تؤدي الى القلق والضيق إذا طالت المشكلات دون حل. كما اوضح (Donnellan et al 2006) ان استراتيجيات التجنب ترتبط بالاكتئاب التالي للسكتة الدماغية في المرحلة الحادة، يعني ان هذا النوع من الاستراتيجيات تكون متكيفة على المدى القصير، اما على المدى الطويل تشكل الاستراتيجيات المركزة على المشكل كأحسن إجابة.

نستخلص مما سبق ان افراد العينة استخدموا كلا النمطين من المواجهة، الاستراتيجيات الانفعالية لإدارة الجوانب النفسية، واستراتيجيات حل المشكل لإدارة الجوانب العملية والتحديات المرتبطة بالمرض والعلاج، مما يعكس نهجا متكاملا لإدارة الضغوط وتحقيق التوازن لدى المرضى اثناء استرجاع قدراتهم الوظيفية. فقد تدل استراتيجيات حل المشكل على محاولاتهم الحثيثة لضبط حالتهم الصحية

من خلال خاصة الالتزام بالبرامج العلاجية والمتابعة الطبية. لكن بالرغم من الجهود المبذولة من طرفهم الا انها باتت غير كافية، حيث لجأوا كذلك الى الاستراتيجيات الانفعالية للتخفيف من الآثار السلبية للمرض. وهذا يميل الى التفسيرات النظرية التي تقربان كلا الاستراتيجيتين متكاملتين، يمكن توظيفهما معا وهذا وفقا لمتطلبات الوضعية الضاغطة وحسب إدراك الفرد لتلك الوضعية. في هذا السياق يؤكد كل من شول وفيشر (Suls et Fletcher.2002) على أهمية استخدام كل أنواع الاستراتيجيات لمواجهة المرض، المهم ان تكون مرنة بما يكفي لتسمح بالتكيف. كما يرى كل من لازروس وفولكمان ان استخدام كلا النمطين من المواجهة يعد مفيدا في إدارة الاحداث الاكثر ضغطا، وهذا يتوقف خاصة على مبدأ تقييم الفرد للوضعية الضاغطة.

3.2 مناقشة نتائج الفرضية الثانية :

أوضحت نتائج الدراسة ان مستوى نوعية الحياة لدى افراد العينة في حدود المتوسط. وهذه النتيجة جاءت مخالفة لمعظم الدراسات السابقة التي اشارت الى ان نوعية الحياة لدى مرضى السكتة الدماغية تكون منخفضة، وذلك نتيجة خاصة انخفاض الأداء البدني والقيود الوظيفية التي تفرضها السكتة الدماغية (Stern J. W and al 2004, King 1996) والتي تؤثر بشكل عميق على حياة المرضى من مختلف جوانبها. لكن يؤكد العديد من الباحثين (Almborg A.H and al 2010 Tielemans N.S and al 2015 Dewild et al) انه بالرغم من المماثلة بين المرضى في انخفاض نوعية الحياة مقارنة بالأصحاء، الا ان الاختلاف بينهم يكون في درجة الانخفاض النسبي الذي يمكن ان يعانون منه في نوعية حياتهم، و يرجع ذلك أساسا الى تدخل عدة عوامل التي تعتبر كمحددات لنوعية الحياة بعد السكتة الدماغية، بما في ذلك شدة السكتة الدماغية، الخصائص الخاصة بالمريض (السن و الجنس)، المضاعفات المرتبطة بالسكتة الدماغية، كما تشمل العوامل الاجتماعية-الاقتصادية، الى جانب العوامل النفسية (كالاكتئاب واستراتيجيات المواجهة).

على هذا الأساس يمكن تفسير نتائج الدراسة الحالية، بإمكانية تدخل بعض العوامل التي ربما لعبت دورا في تحسين نوعا ما نوعية الحياة لدى افراد العينة، من بين اهمها نذكر عامل السن الذي يعتبر حسب العديد من الدراسات عامل جد مهم في حالة السكتة الدماغية، حيث انه كلما يتقدم المرضى في السن كلما تنقص المرونة العصبية وتزداد صعوبة الشفاء من السكتة الدماغية، كما يزداد احتمال التعرض الى المشاكل الصحية المرتبطة بالشيخوخة وانعكاسات ذلك على الشعور العام بالصحة. في حين انه بالرجوع الى خصائص عينة الدراسة، نجد ان معظم افراد العينة (75 %) يتراوح سنهم ما بين 19 و 65 سنة، بمعنى انهم في الفئة العمرية التي تتميز بالنشاط والتمتع بقدرة أكبر على التعافي من

السكتة الدماغية بفضل المرونة العصبية والنفسية التي تميز هذه الفترة من العمر، خاصة وانهم في الفترة ما بعد الحادة من الإصابة التي تتميز بتسارع وتيرة الاسترجاع الوظيفي. يمكن ان هذه العوامل ساهمت في تعزيز الاستعادة التدريجية لقدر من وظائفهم المتضررة، وبالتالي الشعور بتحسّن حالتهم الصحية، مما يمكن انه اثر ايجابا على ادراكهم لحياتهم. كما يمكن ان الدوافع النفسية القوية لديهم للعودة الى الحياة الطبيعية بحكم صغر سنهم، وبالتالي مدى حجم المسؤوليات الثقيلة التي تنتظرهم سواء على المستوى العائلي والاجتماعي او المهني، قد حفزهم على بذل مجهودات أكبر للتكيف مع التحديات الناتجة عن السكتة الدماغية والمشاركة الفعالة في البرامج العلاجية التأهيلية التي خضعوا لها خلال فترة المباحثة معهم، والتي يمكن انها ساعدتهم في تحسين وظائفهم الجسمية المختلفة. بالتالي فان اتباعهم لهذه العلاجات قد زرع فيهم امل كبير في الشفاء من آثار السكتة الدماغية، بالتالي ادت التحسينات في القدرات الوظيفية حتى ان كانت متواضعة الى الشعور أفضل بالفعالية الذاتية وزيادة الرضا عن الحياة، مما قد انعكس إيجابيا على ادراكهم لنوعية حياتهم حتى لو ضل اقل من تصور عامة الناس.

إضافة الى ذلك قد يمكن ان يرجع تحسّن نوعا ما في نوعية الحياة لدى افراد العينة الى التأثير الإيجابي لاستراتيجيات المواجهة النشطة والفعالة التي استخدموها في سيرورة تكيفهم مع وضعهم الجديد، حيث بينت النتائج الإحصائية ميول افراد العينة الى استخدام أكثر لاستراتيجيات حل المشكل والاستراتيجيات الانفعالية الفعالة التي يمكن انها ساهمت في تغيير نظرتهم لحالتهم المرضية، مما قد ولد لديهم الشعور بالرضا والقدرة على الاستمتاع رغم الظروف الصحية. وعليه قد تكون قدرة المرضى على التكيف وإيجاد معاني إيجابية لخبرتهم المرضية عوامل مهمة في تحسّن ادراكهم لنوعية حياتهم حتى لو لم تتحسن حالتهم الجسدية بشكل كبير. وقد يتوافق هذا التفسير مع مفهوم مفارقة العجز، حيث ان الذين يعانون من امراض مزمنة او اعاقات حتى لو كانت مهددة للحياة قد يظهرون مستويات مرتفعة لنوعية الحياة (Albreicht et Diflidjer 1999, Moons.2006). وقد أكد الباحثين (Rozon et al. 2014, Tarle et Brochette 2015) بان هذه المفارقة تكون كبيرة بعد الإصابة بالسكتة الدماغية مما يؤدي الى تحسّن ذاتي في نوعية الحياة بالرغم من تدهور المؤشرات الموضوعية..

3.3 مناقشة نتائج الفرضية الثالثة :

بينت النتائج المدونة في الجدول (6)، وجود علاقة موجبة ودالة احصائيا بين استراتيجيات المواجهة في بعدها «المركز حول المشكل» و «المركز حول الانفعال» ونوعية الحياة، ما عاد معامل ارتباط نوعية الحياة بالواجهة التجنبية الذي جاء ضعيفا وغير دال احصائيا. أي انه كلما يميل المرضى الى استخدام

استراتيجيات حل المشكل والاستراتيجيات الانفعالية والتقليل من استخدام استراتيجيات التجنب، كلما تحسنت نوعية الحياة لديهم

وقد توافقت هذه النتائج مع العديد من الدراسات في إطار الامراض المزمنة وفي إطار الإصابات الدماغية المكتسبة لا سيما السكتة الدماغية. حيث بينت الدراسة التي قام بها سيروى وجماعته (Sirois.F and al 2015) ان استراتيجيات التكيف النشطة التي تركز على المشكلة تعمل على تحسين النتائج النفسية لدى الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة، مع ملاحظة ان الميل الى التعامل مع الذات باللطف والرحمة والقبول مرتبطة باستراتيجيات التعامل النشطة ويمكن ان تكون مفيدة في تقليل التوتر لأولئك الذين يواجهون حالة مزمنة. من جهة أخرى و في مجال الإصابات الدماغية المكتسبة بينت الدراسات (Lyon.B.L 2002, Tramonti.R 2014) بان استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعالات السلبية وعلى التجنب ارتبطت بتدهور الحالة الصحية وبتعافي ضعيف من السكتة الدماغية. كما أوضحت دراسات اخرى (Mierlo.V.M. 2018, Arwert H.J and al 2018) ان مرضى السكتة الدماغية الذين لديهم أساليب المواجهة المرنة واستراتيجيات حل المشكلات، لديهم مستوى نوعية الحياة مرتفع مقارنة بالمرضى الذين يعانون من أساليب التكيف التجنبية والاستسلامية والانكار، كما لديهم اقل احتمال للمعاناة من الاكتئاب. في نفس السياق اسفرت الدراسة التي قام بها بيونو (Buono.V 2015)، ان المرضى الذين يستخدمون استراتيجيات التكيف النشطة او التوافقية يتمتعون بنوعية حياة أفضل بعد السكتة الدماغية مقارنة بالمرضى الذين يعتمدون التكيف التجنبي.

ويمكن تفسير هذه النتائج على أساس ان:

- ميول افراد العينة الى استخدام استراتيجيات حل المشكلات، والقابلية للبحث بنشاط عن الحلول قد سمح لهم بإدارة التحديات اليومية ومضاعفات السكتة الدماغية بشكل أفضل، مما قد ساعدهم على التغلب على التحديات ما بعد السكتة الدماغية بشكل أكثر فعالية وبالتالي المساهمة في تحسين نوعية حياتهم وذلك من خلال تعزيز الشعور بالتحكم والفعالية، والتخفيف من الضغوط والاندماج في السيرة العلاجية بصفة نشيطة.

- كما يمكن ان يؤدي استخدام افراد العينة للاستراتيجيات الانفعالية الفعالة كالتقبل وإعادة التأويل الايجابي الى إدارة الضغوط والمشاعر السلبية التي تنشأ عن الاصابة الدماغية بشكل أفضل، كما ان إدراك المواقف الصعبة من زاوية إيجابية يمكن المرضى من تقليل مشاعر الياس لديهم وزيادة الدافعية لتحقيق الملائمة العلاجية، بالتالي يكونوا قادرين على اتخاذ السلوكات الإيجابية والصحية كالمشاركة بنشاط في إعادة تأهيلهم واتباع التوصيات الطبية والاندماج في نشاطات الحياة اليومية

والاجتماعية، مما قد يساهم في تخفيف من اعراض الاكتئاب والقلق و تعزيز الرفاهية النفسية، و بالتالي تحسين نوعية الحياة لديهم. وهذا ما تؤكدته العديد من الدراسات التي أجريت في إطار الامراض المزمنة كأمراض القصور القلبي والسكري (Rogol.L and al 2017, Sadeghiazar and al 2022)، حيث بين هؤلاء الباحثين ان تقبل المرض يؤدي الى انخفاض درجة القلق والاكتئاب لدى المرضى ويتمكنون من تحمل القيود التي يفرضها المرض، مما يعزز اتساقهم النفسي ويحسن صحتهم والتكيف مع التغيرات التي يسببها المرض. كما أشار (Juzwyszyn.J 2022) الى ان تقبل المرض المزمن يمكن ان يؤثر على الامتثال للعلاج لدى المرضى وعلى سلوكهم الصحي، وبالتالي يؤثر على نوعية حياتهم.

يتضح اذن من خلال نتائج الدراسة الحالية انه بالرغم من ان افراد العينة يواجهون ضعف الصحة ومشكل الأنشطة المحدودة، الا ان ميولهم لقبول المرض مكثهم من مواجهة الحياة بشكل أكثر إيجابية، ومواجهة المشكلات بشكل مباشر من خلال تفعيل استراتيجيات حل المشكلات، مما أدى الى تحسين نوعا ما نوعية حياتهم. بصفة عامة تشير نتائج الدراسة الى ان استراتيجيات المواجهة تساهم في تحسين نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالسكتة الدماغية.

4.الخاتمة:

تسعى انظمة الرعاية الصحية الى تحسين والحفاظ على نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالسكتة الدماغية بما يسمح لهم بتحقيق التوافق بين احتياجاتهم الخاصة ومتطلبات البيئة والتمتع بالحياة بالرغم من آثار الاصابة الدماغية. لذلك كان من الضروري البحث وتبسيط الضوء على نوعية الحياة وعلى العوامل المساعدة على تحسين مستوياتها. ونظرا لندرة الدراسات المهمة بهذه الشريحة من المرضى بالرغم من الانعكاسات الخطيرة التي تعاني منها، جاء هذا البحث للبحث في العوامل النفسية في علاقتها بنوعية الحياة لا سيما استراتيجيات المواجهة. وقد خلصت النتائج الى ان استراتيجيات المواجهة الأكثر استخداما لدى المرضى بعد اصابتهم بالسكتة الدماغية هي استراتيجيات حل المشكلات، الى جانب استخدام الاستراتيجيات الانفعالية والمتمثلة خاصة في استراتيجية التقبل وإعادة التأويل الإيجابي. كما توصلنا الى ان نوعية الحياة لدى المرضى في مستوى المتوسط، كما يوجد ارتباط إيجابي بين استراتيجيات المواجهة في بعدها (حل المشكلات/ الاستراتيجيات الانفعالية) ونوعية الحياة، بمعنى ان كلما لجأ المرضى الى استخدام هذه الأنماط من المواجهة كلما تحسنت نوعية الحياة لديهم.

وهكذا تفتح المجال لنتائج الدراسة الحالية للبحث في مختلف العوامل النفسية الاجتماعية التي يمكن ان تلعب دورا وقائيا تحمي المرضى المصابين بالسكتة الدماغية من التغيرات السلبية لحياتهم وتدهور حالتهم النفسية وفي تحسين نوعية حياتهم، خاصة وانه من خلال اطلعنا وعلى حد علمنا لم نجد اية

دراسة عربية تناولت هذا الجانب لدى المرضى بعد تعرضهم للسكتة الدماغية. كما تفتح المجال هذه الدراسة لاقتراح برامج التدخل النفسي والتربوي التي تهدف الى تدريب المرضى على طرق التعامل مع مرضهم كمهارات حل المشكلات وتطوير استراتيجيات فعالة ومرنة لتعزيز التكيف ومواجهة مختلف التحديات التي تفرضها السكتة الدماغية.

المراجع:

المراجع العربية

1. المشوخي حمد سليمان (2002). تقنيات ومناهج البحث العلمي، دار النهضة للنشر والتوزيع
2. محند وازن، فريدة قماز. (2024). إدراك الخطر واستراتيجيات المقاومة لدى عمال الصحة أثناء جائحة كوفيد 19. مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف. المجلد 9. العدد 1. 475 - 496
3. فالح باهية، عدوان يوسف (2022). أثر الألم على جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان. مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف. المجلد 7. العدد 1. 577 - 592

المراجع الأجنبية:

1. Ashsma Sharma and al. (2023). Quality of life of post stroke patient. A review. International journal of creative rechearche thought(IJCRT)
2. Bruchon- Schweitzer, Bojut.E. (2014). Psychologie de la santé. Concepts, Méthodes, et Modèles. Paris. Danod
3. Carlsberg.M. (2019). Processus psychologique, qualité de vie et devenir professionnel après lésion cérébral acquise. Psychologie. Université de Bordeaux
4. Charfi.N et al. (2017). Impact du handicap physique et des troubles émotionnels concomitants sur la qualité de vie en post AVC. L'encéphale.Vol 43. Issue 5
5. Darlington.A.S.E.(2007). Coping strategies as determinants of quality of life in stroke patients. A longitudinal study. A cerebrovas Dic, 23 :401-407
6. Darlington.A.S.E.(2009). A prospective study on coping strategies and quality of life in patients after stroke. assessing prognostic relationships and estimates of cost-effectiveness. J Rehabil Med.41 :237-241
7. Dewilde.S and al.(2019). The combined impact of dependency on caregivers disability and coping strategies on quality of life after ischemic stroke. Health and quality of life outcomes. 17 :31
8. Donnellan.C, and al.(2006). Defining and quantifying coping strategies after stroke. a review, Neurol Neurosurg psychiatry. pp1208-1218
10. Lo Buono and al.(2017). Coping strategies and health related quality of life after stroke.Journal of health psychologies. Volu 22. Issu1
11. Marieke.M.Visser.(2014). The relative effect of coping strategies and depression on health related quality of life in patients in chronic phase after stroke-Rehabil Med 2014. Vol 46. PP514-519
12. Marieke.M.Visser and al.(2015). Coping, Problème solving, dépression and health-Related quality of life in patients receiving outpatient stroke rehabilitation. Archive of physique Medecine and Reabilitation. 96. 1492-1498
14. Muller. Spitz.E.(2003). Evaluation multidimensionnelle du coping. Validation du Brief Cope sur une population française. Elsevier Masson. 29(6) pp507-518
15. Naomie Castor.(2012). Les déterminants de la récupération chez des traumatisés crâniens. Thèse en vue de l'obtention du grade de docteur de l'univ Paris 8. Psychologie. Univ paris VIII. Vincennes. Saint Dennis
16. Nur Rohmah.A.(2023). Factors affecting coping strategies in post stroke patients. A literature study in health science international conference.KnE Medecine. pp246-258
17. NZAKIMW ENA MATONDO Divova.(2013). Qualité de vie au domicile après AVC. Thèse de diplôme d'état de docteur en médecine. Univ paris Est Créteil
18. RevertéVillarroya.S.(2020). Coping Strategies. Quality of Life, and Neurological Outcome in Patients Treated with Mechanical Thrombectomy after an Acute Ischemic Stroke. International Journal of Environmental Research and Public Health. 17. 6014
19. Rochette.N.(2004). Processus d'adaptation suivant un accident vasculaire cérébral – Thèse en vue d'obtenir le grade de ph.D en science clinique. Univ de Sherbrooke
20. Soraia Micaela.S.(2015). Psychometric properties of the stroke specific quality of life scale for the assessment of participation in stroke survivors using the rasch model. a preliminary study. J Phys.ther.sci. Vol27 N°2
21. Smout.S, Ribbers.G and al.(2001). Struk by strok. A pilot study exploring quality of life and coping patterns in younger patients and spouses. International journal of rehabilitation rechearch. Vol 24

22. Van Mierlo. M.(2014). psychological factors on health-related quality of life after stroke.a systematic review. International journal of stroke. 9(3). 341-348
23. Van Mierlo. M.L and al.(2017). Trajectoire of health – related quality of life after stroke : Resultats from a one year prospective cohort study. Disabil Rehabil.40. 997-1006
24. Vansmaeys.C.(2017). Mesure écologique et analyse en réseau des liens entre dépression, anxiété, coping et qualité de vie après un accident vasculaire cérébral mineur. Mémoire en vue de l’obtention du grade de maitre en science. Univ de Sorbonne. Paris
25. Williams.LS and al.(1999). Developpement of a stroke specific QOL scale. Stroke 1999. 30. pp 1362 – 1369
26. Zhu.MD and al.(2019). Determinants of quality of life in patients with hemorrhagic stroke. A path analysis medecine 98 :5. WWW.md – Journal .com