وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة وهران محمد بن أحمد
كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا
شعبة الأرطوفونيا
تخصص أمراض اللغة والتواصل

تقييم الوظائف المعرفية عند الحالة التي تعاني من الورم السحائي

مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر في الأرطفونيا تخصص أمراض اللغة والتواصل

من إعداد الطالبتين:
بوشيبة منال كوثر
فروي ملاك

تحت إشراف :
د. طيار شهيناز

اللجنة المناقشة

د . حريرة وهيبة	رئيسا
د. طيار شهيناز	مشرفا
د. طالب سوسن	مناقشا

السنة الجامعية: 2023 /2024

الشكر

أتقدم بخالص شكري لجميع أساتذتي الذين رافقوني في مساري الجامعي ،

كما أتقدم بشكري لأستاذتي الفاضلة "**طيار شهيناز**" التي أشرفت وساهمت معنا

في إنجاز هذه الدراسة فنشكر جهدك ونقدر عملك فأنت بالفعل جديرة بالتمييز،

وشكر خاص الى الطاقم الطبي الذي ساعدنا في اتمام دراستنا وشكرا لكل من ساهم معنا

من قريب أو بعيد في استكمال هذا البحث، كما أشكر عأئلتي على دعمهم الكامل لي

وايضا أشكر كامل صديقاتي على وقوفهم الدائم معي .

بوشيبة منال كوثر

شكر

أتقدم بشكري إلى عائلتي خصوصا أمي التي قدمت لي الدعم الكامل وأيضا أبي و اخوتي

كما أشكر استاذتي "طيار شهيناز" على وقوفها معنا طيلة مسار الدراسة ومساعدتها الدائمة لنا

وأشكر أصدقائي رفقاء دربي الذين قدموا لي يد المساعدة دائما كلما احتجت اليهم

فروي ملاك

الفهرس

الشكر .....أ

شكر ..... ب

مقدمة 1

أولا: الورم السحائي

تمهيد: 6

1.تعريف السحايا (Les méninges).....6

2.تعريف الورم السحائي (Mèningiome).....7

3. تاريخ الورم السحائي 8

4. أسباب الورم السحائي 8

5.أعراض الورم السحائي 11

6. تصنيفات الورم السحائي 11

1.6. حسب منظمة الصحة العالمية (OMS 2016) 11

2.6.الاورام السحائية –حسب موقع اصابة–: 14

7.التشخيص الورم السحائي..... 17

8.علاج الورم السحائي 18

خلاصة : 21

ثانيا: الوظائف المعرفية

تمهيد 23

1.تعريف الوظائف المعرفية..... 23

2.أنواع الوظائف المعرفية 23

1.الإنتباه (Attention) 24

2.1. أنواع الإنتباه 24

2. المعالجة الذهنية (التحكم الذهني) (Manipulation mentale) 25
3. التوجه الزماني (Orientation temporelle)..... 26
4. الإدراك (Perception) 26
1.4. خصائص الإدراك 26
2.4. مراحل العملية الإدراكية..... 27
5.الذاكرة (Mémoire)..... 28
1.5.العمليات الأساسية في الذاكرة..... 28
2.5.الأسس الفيزيولوجية للذاكرة 29
3.5.انواع الذاكرة 31
6. حل المشكلات (Résolution des problèmes)..... 32
7.التعلم (Apprentissage)..... 33
8. القدرات البنائية البصرية (Praxie visuo-constrictive) 33
9. اللغة (Langage) 34
10. الوظائف المعرفية عند المصاب بالورم السحائي 35
خلاصة 36

ثالثا: المناهج والادوات

تمهيد 38
1.الدراسة الأولية..... 38
2.الدراسة الأساسية..... 39
1.2..منهج الدراسة 39
2.2.حدود الدراسة 39
3.2.عينة الدراسة 40
4.2.أدوات الدراسة..... 40

1.4.2. الملاحظة الإكلينكية 40
2.4.2.المقابلة الإكلينيكية 40
3.4.2.تعريف بأداة الدراسة 41
الأدوات المستعملة 45
خلاصة 46

رابعا : عرض النتائج

تمهيد 48
تقديم الحالة (ش.ب) 48
الملاحظات الأولية عن الحالة (ش.ب)..... 48
تاريخ المرض 48
الفحوصات المكملة 49
عرض نتائج الحالة 50
نتائج تطبيق اختبار بطارية التقيم المعرفي (BEC 96) 53

خامسا : مناقشة النتائج

مناقشة النتائج 55
-مناقشة النتائج في ظل الفرضيات والدراسات السابقة..... 56
الخاتمة 60
قائمة المصادر والمراجع 62
الملاحق 68

رغم التطورات الحديثة التي توصل إليها العلماء و الأطباء في مختلف المجالات إلى أن العلم يبقى عاجزا أمام بعض أنواع الأمراض المزمنة و الخطيرة مثل السرطان الذي يعتبر مرض العصر حاليا، والذي يتميز بآثاره و تبعاته الجسمية والنفسية الخطيرة والمسؤولة عن الكثير من المعاناة و الألم، واصبح يهدد حياة الفرد و المحيطين به وذلك لما يلحقه من أذى مادي و معنوي على حياة هذا الفرد(ناظر مليكة،2018،ص4).

حيث يعتبر مرض السرطان أحد الأمراض التي تتكون داخل الخلايا (cells) تلك العناصر الأساسية التي تكوّن الأنسجة، والأنسجة هي التي تتألف منها أعضاء الجسم (organs)، حيث تنموا الخلايا بشكل طبيعي وتنقسم لتكوّن خلايا جديدة كلّما احتاج اليها الجسم، وعندما يتقدم عمر الخلايا، تموت وتحل محلها خلايا أخرى جديدة .ولكن أحيانا يحدث خلل في تلك العملية المنظمة، فتّتكون الخلايا في حين ان الجسم ليس بحاجة اليها، ولا تموت الخلايا القديمة في الوقت المحدد لها. وهذه الخلايا الزائدة قد تكون مجموعة من الأنسجة التي تعرف بما يسمى تضخما أو ورما (tumors).(محمد بن عبد الرحمان العقيل،2013،ص5).

وتنقسم هذه الأورام الدماغية إلى قسمين : الأورام الدماغية الأولية التي تبدأ في الظهور أساسا على مستوى الدماغ، والأورام الدماغية الثانوية التي تترجم انبثاث الورم في الدماغ، وتنقسم الأورام الدماغية بدورها الى قسمين : الأورام الحميدة والأورام الخبيثة أو السرطانية. يكون الورم الحميد محصورا ومحددا، يمكن استئصاله جراحيا، أما الورم السرطاني فيتطور ليغمر الدماغ بشكل سريع ويكون التدخل الجراحي في الحالات السرطانية أقل فعالية في حالات الورم الحميد (بوريدح،2021،ص69).

ولعلّ أهم ما يمكن التركيز عليه من ناحية الأورام وهي الأورام الحميدة القابلة للعلاج، ونختص بذكر أكثر الأنواع انتشارا وهو الورم السحائي، والذي يعتبر ورم حميد في غالب الأحيان، ويحدث لدى النساء الذين تتراوح أعمارهم مابين 30 إلى 50 عاما.(ميموني،2021،ص61)

وبما أنه ورم حميد في غالب الأحيان، فإنّ فئات كثيرة من الأشخاص المصابين بالأورام السحائية لن تظهر عليهم أي أعراض، بينما تصاب الفئة الأخرى من الأشخاص بأعراض عصبية

واضحة والتي نذكر منها: التغيرات البصرية، فقدان السمع، تغيرات في التفكير أو الشخصية، ضعف أو تنميل في الساق، الصداع والغثيان وغيرها (john, halen, 2024) .

كما نذكر أنه يمكن أن يسبب الورم السحائي اضطرابات معرفية واضحة، مما يفسر ضعف على مستوى القدرات المعرفية وذلك بسبب ضغط الورم السحائي على مختلف وظائف الدماغ (Emmanuelle, john, bénédicte, 2023 ,p25)، وهذا ما أثبتته عدة دراسات من بينها دراسة "sophie j.m Rijnen" وآخرون سنة (2019) بعنوان "النتائج المعرفية لدى مرضى الورم السحائي الذين يخضعون لعملية جراحية: التغيرات الفردية مع مرور الوقت والتنبؤ بالأداء المعرفي المتأخر " لعينة من 261 مريض التي خضع فيها جميع الحالات لتقييم نفسو عصبي باستخدام علامات (NPA)، حيث توصلت الدراسة في الآخير إلى أن مرضى الورم السحائي أظهروا أداءا معرفيا مضطربا قبل وبعد الجراحة، وعلى الرغم من تحسن الأداء المعرفي مع مرور الوقت على المجموعة بأكملها، إلا أن النتائج المعرفية ظلت أقل بكثير مما كانت عليه لمدة تصل إلى 12 شهرا بعد الجراحة .(Sophie,2019,p911)

كما أشارت دراسة أخرى ل " ايلاريا جواراسينوا" سنة 2020 والتي تمحورت حول دراسة نفسية عصبية متعددة الوسائط للتصوير بالرنين المغناطيسي في سلسلة من 46 مريض للتغيرات المعرفية التي تحدث لدى مرضى لورم السحائي قبل الجراحة، وخلصت في نتائجها الى أن هناك ضعف في مختلف القدرات المعرفية حيث شوهد ضعف في أداء التسمية (19.23%) لتسمية الأسماء و(35%) لتسمية الأفعال ، وفي الذاكرة قصيرة المدى (18.80%)، وفي المهام البصرية المكانية (25%) وفي مجموعة إهمال التخطيط و(21.42%) في مجموعة الإبصار المكاني. Illaria (guarracino,2020)

وبما أن هذه الصعوبات يمكن ان تتداخل مع الحياة اليومية للفرد فستؤثر عليه (Emmanuelle, john, bénédicte,2023,p25). وهذا ما اوضحته دراسة "ikram meskal" وآخرون التي كانت تحت عنوان التحسن المعرفي لدى مرضى الورم السحائي بعد الجراحة " التي أثبتت أن معظم المرضى الحاملين لمثل هذا الأورام يعانون من خلل معرفي، والذي قد يكون له تأثير كبير على أنشطة الحياة اليومية وعلى نوعية الحياة لديهم. حيث تم اختبار 68 مريض بالورم السحائي من ناحية نفسو عصبية قبل يوم واحد من الجراحة، حيث أظهر المرضى درجات أقل بكثير في جميع

المجالات المعرفية بما فيها الذاكرة، السرعة نفس عصبية، زمن رد الفعل، انتباه المعقد، المرونة المعرفية، سرعة المعالجة، والأداء التنفيذي. (Ikram, 2014)

وايضا ركزت دراسة أخرى ل "renato gondar" وآخرون سنة 2021 على الأورام السحائية والضعف المعرفي بعد العلاج، حيث توصلت الإحصائيات الى أن 18 دراسة اثبتت وجود ضعف في القدرات المعرفية، لكن دراسة واحدة فقط أظهرت تدهورا في مختلف الوظائف وذلك في وقت واحد وكانت الذاكرة أكثر وظيفة مضطربة . (renato, gildas, karl, 2021, p1)

وبما أن هذه الدراسات أجريت في وسائط مغايرة عن وسطنا، سواءا من حيث البيئة، الثقافة، ونوعية الحياة، قررنا تناول المتغيرين المتمثلان في الورم السحائي و الوظائف المعرفية ودراستها على الوسط العيادي الجزائري، وعليه فقد جاءت تساؤلات الدراسة كما يلي :

1- التساؤل العام :

هل يوجد اضطرابات على مستوى الوظائف المعرفية عند الحالة التي تعاني من الورم السحائي؟

-التساؤلات الفرعية:

- هل يوجد اضطرابات على مستوى الذاكرة عند الحالة التي تعاني من الورم السحائي؟
- هل يوجد اضطرابات على مستوى اللغة عند الحالة التي تعاني من الورم السحائي؟
- هل يوجد اضطرابات على مستوى التركيب البصري عند الحالة التي تعاني من الورم السحائي؟

2-فرضيات الدراسة :

-الفرضية العامة:

- يوجد اضطرابات على مستوى الوظائف المعرفية عند الحالة التي تعاني من الورم السحائي.

-الفرضيات الجزئية:

- يوجد اضطرابات على مستوى الذاكرة عند الحالة التي تعاني من الورم السحائي.
- يوجد اضطرابات على مستوى اللغة عند الحالة التي تعاني من الورم السحائي.

- يوجد اضطرابات على مستوى التركيب البصري عند الحالة التي تعاني من الورم السحائي.

إنّ قيمة البحث العلمي تكمن فيما يصب فيه من أهداف علمية، حيث هدفت دراستنا إلى الكشف عن أهم الوظائف المعرفية المضطربة وأيضا السليمة لدى الحالة التي تعاني من الورم السحائي وذلك من خلال تطبيق اختبار بطارية التقييم المعرفي (bec96) الذي بدوره يقيم مجمل القدرات المعرفية، كما سنساهم من خلال هذه الدراسة في إثراء الرصيد النظري والميداني حول كل ما يخص الورم السحائي والوظائف المعرفية، وأيضا في أن نقدم اسهاما علميا وذلك من خلال تسليطنا الضوء على موضوع جديد يجمع متغيرين مهمين ألا وهما الورم السحائي والوظائف المعرفية.

كما نشير أنه لأي دراسة علمية أهمية علمية وعملية التي توضح وتبرز قيمة البحث من خلالها، وتبرز أهمية هذه الدراسة من خلال تحديدنا لأهم المتغيرات التي تم تناولها والتطرق إليها.

حيث تتمثل الأهمية العلمية للدراسة في كون الموضوع المأخوذ هو موضوع جديد في تخصص الأرطفونيا والذي لم يتم تناوله قبلا، وبالتالي فإن هذه الدراسة الجديدة ستساهم في إثراء المكتبة العلمية بمثل هذه الدراسات التي تعد نادرة .

كما نشير إلى أن هذه الدراسة لها أهمية عملية بامتياز لأنه ستفتح باب أنه يمكن التعامل مع حالات الأورام الدماغية بجميع أنواعها والتكفل بها في الوسط العيادي الجزائري . بالإضافة إلى أنه مثل هذا النوع من الدراسات يمكن الإستفادة منه في ميادين مختلفة بما فيها: علم النفس العصبي، العلوم العصبية المعرفية، علم النفس العيادي وغيرها من المجالات .

وكأي دراسة علمية تتطلب توضيح أهم المفاهيم الأساسية التي تم تناولها في موضوع البحث والتي نذكر منها : الورم السحائي **(méningiome)** الذي يعتبر ورم من أورام الدماغ، الذي يصيب السحايا التي تحيط بالدماغ والنخاع الشوكي، وهو ورم حميد غالبا، ولكنّ يمكن أن يكون خبيثا إذا تفاقمت الأعراض وانتشر السرطان في أماكن كثيرة من الدماغ. وأيضا تناولنا مفهوم الوظائف المعرفية **(Les fonctions cognitives)** الذي يقصد به مجمل العمليات العقلية التي تمكن الفرد من معالجة المعلومات وإنشاء المعارف والتكيف مع البيئة المحيطة به، ومن أهم الوظائف المعرفية: الإنتباه، الذاكرة، الإدراك، حل المشكلات، التفكير، وغيرها ...

أولا: الورم السحائي

تمهيد:

تعتبر الأورام السحائية من الأورام الدماغية التي تتطور على مستوى السحايا، وهذه السحايا هي الأنسجة التي تحيط وتحمي الدماغ والحبل الشوكي، وعلى الرغم من أن معظم الأورام السحائية هي أورام غير سرطانية في غالب الأحيان، إلا أنه تظل نسبة منها سرطانية ويمكن أن تسبب مشاكل أثناء نموها وضغطها على الأجزاء المهمة من الدماغ والحبل الشوكي، ومن هنا سنتطرق بشكل مفصل في هذا الفصل إلى كل ما يخص الأورام السحائية من تعريف، وأسباب، وأعراض، ودرجات، وتشخيص وكل ما يدخل في إطار العلاج.

1. تعريف السحايا : (Les méninges)

يقع الدماغ كما هو معروف داخل الجمجمة والحبل الشوكي محاط بالفقرات العظمية للعمود الفقري ،والدماغ والحبل الشوكي كلاهما محاط بثلاثة أغشية تعرف **بالأغشية الدماغية** ،هذه الأغشية الثلاثة التي تغلف الدماغ والحبل الشوكي من الخارج إلى الداخل وهي: **الأم الحنون** ،**الأم العنكبوتية** ،**الأم الجافية** (خليل ابراهيم البياني ،2002, ص56).

2.1 أنواع سحايا الدماغ :

1.2.1.الأم الحنون : (la pie-mére)

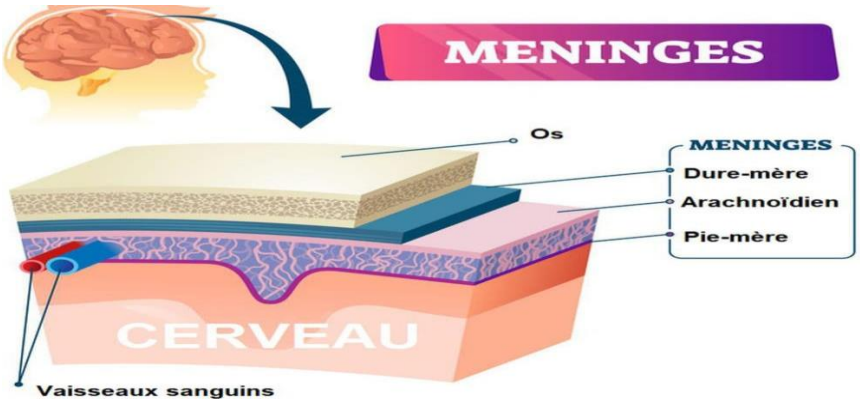
وهي غشاء رقيق جدا يغلف المخ مباشرة ويتخلل جميع تجاعيده وعن طريق هذا الغشاء تنتشر الأوعية الدموية في المخ .

2.2.1.الأم العنكبوتية : (l'arachnoide)

وهي تلي الأم الجافية إلى الداخل غشاء رقيق يفصل بينها وبين الأم الحنون ويسمى العنكبوتية ويفصل بين هذا الغشاء والأم الحنون فراغ يسمى الفراغ تحت المعنكبوتية ويملأ هذا الفراغ سائل يسمى السائل المخي الشوكي ويوجد هذا السائل أيضا في قناة الحبل الشوكي كما يملأ تجاويف المخ ويحمى هذا السائل المخ من آثار الحركات العنيفة والصدمات المختلفة كما يساعد على المحافظة على ضغط ثابت داخل تجويف صندوق المخ .

3.2.1.الأم الجافية : (la dure-mére)

وهي عبارة عن غشاء سميك ليفي يبطن السطح الداخلي لعظام الجمجمة ويطلق على هذه الأغشية مجتمعة اسم الأغشية السحائية (سمير بقيون، 2013, ص 7).



الشكل(1): يوضح سحايا الدماغ (caroline apra, 2021)

2.تعريف الورم السحائي : (Mèningiome)

الأورام السحائية هي أورام تتطور على حساب الأغشية الدماغية، داخل الجمجمة أو على طول العمود الفقري. معظم هذه الأورام تكون حميدة، ولكن في بعض الحالات النادرة، يمكن مشاهدة تطور سلبي (أي من الحميد إلى الخبيث (jurg hablutzel ,2009, p17) وتصيب الأورام السحائية الخلايا العنكبوتية، وهي تمثل 20% من الأورام الأولية داخل المخ ،وتتم ملاحظتها بشكل رئيسي ما بين سن 30 و 70 عاما وتكون أكثر شيوعا لدى النساء .(a.ameri, s.timist, 2012, p1)

فهي ترتبط بالسحايا بشكل خاص وتنموا خارج الدماغ، كما يمكن ان تسبب خللا في وظائف الدماغ عن طريق الضغط عليه، وان كانت في معظمها تقع فوق نصفين الدماغ الا ان بعضها يمكن ان يكون بين نصفي الدماغ وعادة ما تكون مغلفة وعند ازالتها فإنها عادة لا تعود (الشقيرات، 2005، ص229).

-مع تطور هذه الأورام ، يمكن أن تضغط هذه الأورام على الأنسجة الدماغية والأعصاب القحفية والأوعية الدموية الموجودة بالقرب منها. حيث تكثر الأورام السحائية لدى الأشخاص في منتصف العمر وكبار السن، على الرغم من أنها قد تظهر أيضًا لدى الأطفال. تُصنف الأورام السحائية من الدرجة المنخفضة (الدرجة الأولى) إلى الدرجة العالية (الدرجة الثالثة). كما نشير أنه كلما كانت درجة الورم أقل، كلما كانت فرصة تكرار الإصابة والنمو العدواني للورم ضئيلة.

إن نظام تصنيف الأورام السحائية حسب منظمة الصحة العالمية يتضمن: الدرجة الأولى (grade1)، الدرجة الثانية (grade2) والدرجة الثالثة (grade3)(hoffman , 2015 ,p37).

3. تاريخ الورم السحائي:

يعود أول سجل تاريخي للعلاج الجراحي للورم السحائي داخل الجمجمة إلى 29 جويلية 1835، عندما نجح بيكيولو (1801–1866)، الجراح في سيينا (إيطاليا)، في اجراء جراحة لمثل هذا الورم لمريض يبلغ من العمر 45 عامًا . وجاء بعده "كين" (1837–1907) الذي يعتبر أول جراح أمريكي يقوم بإزالة ورم حميد داخل الجمجمة وذلك في عام 1887 حيث كان يسمى آنذاك الورم الليفي، ولكن وصفه النسيجي كان يتوافق مع الورم السحائي الليفي .

في ذلك الوقت، كان كوشينغ (1869–1939) يبلغ من العمر 18 عامًا، لكنه نشر، بعد نصف قرن، في عام 1938، أول سلسلة رئيسية من الأورام السحائية جمعت 313 حالة، ولا تزال هذه السلسلة تعتبر مرجعا إلى يومنا هذا. كما كان مسؤولاً عن تطوير التخثر الكهربائي، والذي كان بمثابة تقدمً كبيرً في مجال إزالة هذه الأورام.

أخيرًا، شهد النصف الأول من القرن العشرين تطورا ملحوظا بفضل "مونيز"، لتصوير الشرايين الدماغية (1927) مما أدى إلى تحسين النهج التشخيصي (من حيث الطبيعة والموقع) لهذه الأورام بشكل كبير.

في الآونة الأخيرة، تم استبدال الاستكشافات النظيرية الدماغية (بلانيول، 1954) بالأشعة المقطعية (هونسفيلد، 1972) التي غيرت تمامًا النهج التشخيصي للأورام السحائية. أخيرًا، فإن صور الرنين المغناطيسي (IRM)، التي ظهرت في عام 1980، لها مصلحة تكميلية في مجال الأورام السحائية..(jean M, velut s, lefracq T,1990 ,p20)

4. أسباب الورم السحائي :

وعلى الرغم من ندرة الدراسات الوبائية في هذا المجال، إلى أنه قد تم تحديد بعض العوامل التي تساهم في خطر الإصابة بالورم السحائي ومن أهمها عامل: الوراثة والهرمونات، إضافة إلى العوامل البيئية من بينها نذكر: الاشعاعات المؤينة، الصدمات الدماغية، وأيضا عامل الفيروسات. (thibault léger,2020,p87)

1.4.العوامل الوراثية :

يمكن أن تتطور الأورام السحائية في السياق العائلي، لا سيما عند ارتباطه مع الورم العصبي الليفي من النوع" 2 "(NeuroFibromatose2)، بينما نجد أنها تكون نادرًة قليلا في سياق

المتلازمات مثل: متلازمة **كاودن**، ومتلازمة **جورلين**، ومتلازمة لي **فروميني**، ومتلازمة **توركوت جاردينر**، ومتلازمة **فون هيبل** .و مرض **لينداو**. ومن جهة أخرى، يمكن أن نجد العديد من الحالات التي تعاني من الأورام السحائية والتي تتطور في السياق الوراثي ولكن دون تواجد الورم العصبي الليفي (NF2).حيث أنه في الأدبيات، أثبتت العديد من الدراسات الوراثية وجود انحرافات صبغية متكررة مميزة للورم السحائي. كما أنه تم اكتشاف الصبغي الأحادي أو الحذف الجزئي للكروموسوم **22** لأول مرة في عام 1972 وذلك في ما يصل إلى 70٪ من الحالات. كما أظهرت هذه الدراسات أيضًا أنه يمكن أن تكون هذه الأورام السحائية ترتبط ارتباطًا وثيقًا بتعطيل واحد أو أكثر من مكونات البروتين الذي بدوره يشارك في الهيكل الخلوي ويلعب دور مثبط الورم. بالإضافة إلى هذا الخلل في انتاج الميرلين (la merline) بعد طفرة جين NF2، فإن المكونات الأخرى للبروتين (4.1) تعاني من نقص الإنتاج، وخاصة البروتينات (B4.1) و(R4.1) في اطار الأورام السحائية المتفرقة. تم ربط التغيرات الوراثية الخلوية أخرى بتطور الأورام السحائية وطابعها غير النمطي (atypiques) أو الكشمي (anaplasique). (Ismail, rousselot, François,2015, p2)

2.4.العوامل البيئية :

لقد شاركت العديد من العوامل البيئية في نشأة وظهور الأورام السحائية، ومن بينها نذكر الصدمات الدماغية والتي تعتبر أول عامل اقترحه "كوشينغ" و"أيزنهارت" وذلك في عام 1938. وبنفس الطريقة، تم إثبات تأثير الإشعاعات المؤينة وذكر تأثير دور بعض الفيروسات وذلك بعد اكتشاف قدرتها التجريبية على توليد الأورام السحائية.

1.2.4. الفيروسات والأورام السحائية : (virus et méningiomes)

قد تلعب الفيروسات المسرطنة دورًا في التحول الخلوي و/أو في الحفاظ على هذا التحول. حيث أن الفيروسات قادرة على التسبب في أورام معينة في الجهاز العصبي المركزي وهذا ما تمت تجربته على الحيوانات، ولكن لحد الآن لا يوجد نموذج تجريبي بشكل واضح للأورام السحائية. فقد سمحت التقنيات الحديثة فقط بتحديد أجزاء صغيرة من الحمض النووي الفيروسي والبروتينات الفيروسية في الأورام البشرية، بما في ذلك كانت فئة الأورام السحائية.

(Ismail, rousselot, françois, 2015, p2).

2.2.4.الأورام السحائية الناجمة عن الإشعاعات : ((Radiothérapie et méningiomes)

يذكر على نطاق واسع في الأدبيات أن الأورام اللحمية (les sarcomes) هي أكثر الأورام التي يسببها الإشعاع شيوعًا. ولكن في الواقع إن الأورام السحائية تعتبر أكثر أورام الجهاز العصبي المركزي التي يسببها الإشعاع انتشارا، وهي أكثر شيوعًا بحوالي خمس مرات من الأورام الدبقية **(les gliomes)** أو الأورام اللحمية **(les sarcomes)**.

وللتأكد من أن هذه الأورام سحائية ناجمة عن الإشعاع، يجب توافر خمسة معايير والمتمثلة في:

1- حدوث الورم السحائي في مجال التشعيع.

2- ظهوره بعد فترة كمون طويلة بما فيه الكفاية، للتأكد من أن الورم السحائي لم يكن موجودًا قبل التشعيع، وعادةً ما يكون ذلك بعد عدة سنوات.

3- الأنسجة تكون مختلفة عن تلك الموجودة في الورم المشعع.

4- تحدث بتكرار كافٍ للإشارة إلى وجود علاقة سببية مؤثرة .

5- حدوث زيادة كبيرة في المجموعة التي تتعرض للإشعاع مقارنة بالمجموعة التي لم تتعرض للإشعاع.

3.2.4.الصدمات الدماغية : (Les traumatismes crâniens)

إن دور الإصابات أو الصدمات الدماغية في نشأة الأورام السحائية هو أمر غير مؤكد لحد الآن. فقط كان **كوشنغ** أول من اقترح فرضية وجود علاقة سببية بين اصابات الدماغية والأورام السحائية لكن عند حالة معينة جدًا، ثم ذكر في كتابه أيضًا قصة لمجموعة من الحالات الذين لديهم صدمات دماغية، وتمثلت العينة في 93 مريضًا من بين 295 حالة تمت عملية جراحية لها. وأظهرت النتائج أنه كان هناك 24 مريضًا فقط من هذه السلسلة قد طوروا ورمًا سحائيا في مكان الإصابة بالتحديد. ومع ذلك، أظهرت دراسة وبائية أخرى أجراها **آنيجرز** لـ 2953 شخصًا تعرضوا لإصابات دماغية أنه لا توجد زيادة ملحوظة في حدوث ورم السحايا ، ولا في أي أورام أخرى في الدماغ. على الرغم من أن الدراسات تظهر فيها أن بعض الحالات من الأورام السحائية بأنها طورت الورم في مكان اصابة الرأس السابقة، ولكن بشكل عام لا يمكن القول والجزم بأن الصدمات الدماغية هو العامل أو السبب الحقيقي للأورام السحائية (Abdel, 2011).

4.2.4.الأورام السحائية والهرمونات :(Méningiomes et hormones)

من الواضح أن تأثير هرموني "**الاستروجين**" و"**البروجستيرون**" يشتبه بهما بأن لهم دخل في حدوث الورم السحائي وسرطان الثدي . بالإضافة إلى ذلك، لوحظ في كثير من الدراسات أن الأورام السحائية تزيد في الحجم خصوصا أثناء فترة الحمل والدورة الشهرية . في سلسلة "berbara"، تم تشخيص 6 حالات من الأورام السحائية داخل الجمجمة، جميعها فوق الخيمة "sous-tentoriels"، وذلك في النصف الثاني من الحمل. حيث أنه في جميع هذه الحالات، خضعت المريضات لعملية قيصرية بعد الشهر السابع وتبعها التدخل الجراحي العصبي بعد ذلك مباشرة.(Barbara , p52)

5.أعراض الورم السحائي:

إن معظم المرضى الذين يعانون من الأورام السحائية لا تظهر عليهم الأعراض وعادة ما يخضعون للعلاج مباشرة ، أما في حالة وجود الأعراض فإن ذلك يعتمد على موقع الورم وحجمه ومن أهم الأعراض نذكر :

- الصداع (**Maux de tête**)
- الغثيان خصوصا في الفترة الصباحية و القيء (**Des nausèes matinales et des vomissements**)
- اضطرابات بصرية (**Des troubles visuels**)
- اضطرابات معرفية (**Des troubles cognitifs**)
- تغيرات سلوكية (**Des changement de comportement**)
- يمكن أن تتطور لدى بعض المرضى أيضا نوبات الصرع (**Des convulsions**) (kurtycz, michael, Taccone, 2013).

6. تصنيفات الورم السحائي

1.6. حسب منظمة الصحة العالمية : (OMS 2016)

تم استخدام تصنيف منظمة الصحة العالمية على نطاق واسع في الممارسة السريرية وذلك منذ صدوره لأول مرة في عام 1979. حيث يسمح بتصنيف الأورام السحائية الى ثلاث درجات، كل تصنيف مرتبط بإمكانية النمو والانتشار المتنقل والتكرار والتشخيص ويقترح أحدث تصنيف لمنظمة الصحة العالمية **2016** أهم التصنيفات من بينها:

1.1.6.الورم السحائي من الدرجة الأولى : (Grade1)

إن الأورام السحائية من الدرجة الأولى هي الأورام السحائية الحميدة أي (الغير السرطانية) وهي مجموعة من الأورام بطيئة النمو ولا تؤثر غالبًا على الدماغ الطبيعي بشكل مباشر، إلا إذا نمت إلى حجم يسبب الضغط عليه مما يظهر لنا الأعراض. الأورام السحائية الحميدة هي النوع الأكثر شيوعا، وتشكل من 70 إلى 80 في المئة من جميع الأورام السحائية. كما أن العديد من الأورام السحائية الحميدة لا تحتاج إلى أي علاج. وحتى لو تم علاجها فإنها عادة لا تعود بعد العلاج.

(john, park, halen , 2014)

-الورم السحائي الظهاري (Méningiome méningothélial)

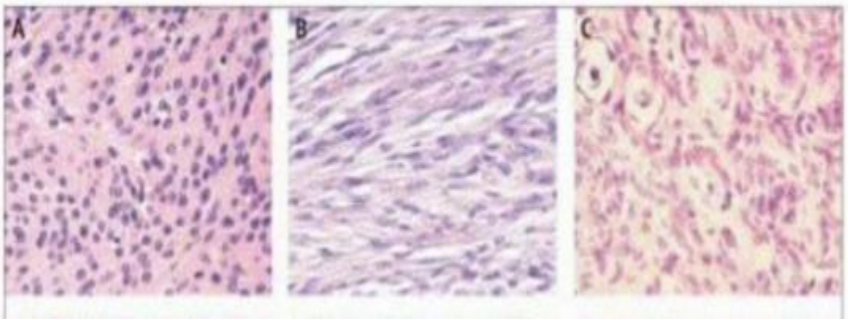
يتوافق مع الخلايا السحائية التي تشكل فصيصات محاطة بحاجز الكولاجين. أما بالنسبة لداخل الفصيص، فتكون أغشية الخلايا غير محددة بشكل جيد، مما يعطي انطباعًا بوجود تنظيم تخليقي. كما نشير إلى أن نواة الخلية مستديرة تكون لها شوائب متعددة وهي ناتجة عن غزوات السيتوبلازم لها.

-الورم السحائي الليفي : (Méningiome fibroblastique)

يتكون من خلايا على شكل ألياف تشبه الفيبروبلاستات والتي تشكل حزما ملتفة في مصفوفة غنية بال "كولاجين" و"الريتيكولين".

-الورم السحائي التحولي : (Méningiome transitionnel)

وهذا النوع يجمع بين سمات الأورام ليفية الخلايا والأورام الظهارية السحائية، وغالبًا ما يظهر على شكل تجلط خلايا (Aurélie, 2010 ,p26)



الشكل(2): يوضح أهم التصنيفات للأورام السحائية من الدرجة الأولى بالتصوير المجهري ((Aurèlie, 2010, p27)

2.1.6. الورم السحائي من الدرجة الثانية : (Grade2)

إن الدرجة الثانية من الأورام السحائية تسمى بالأورام السحائية غير النمطية، حيث تنمو الأورام السحائية غير النمطية عادة بسرعة أكبر من الأورام السحائية الحميدة ولديها فرصة أكبر للنمو مرة أخرى بعد العلاج. وتشكل هذه الفئة ما يقرب من 20 إلى 30 بالمائة من جميع الأورام السحائية.

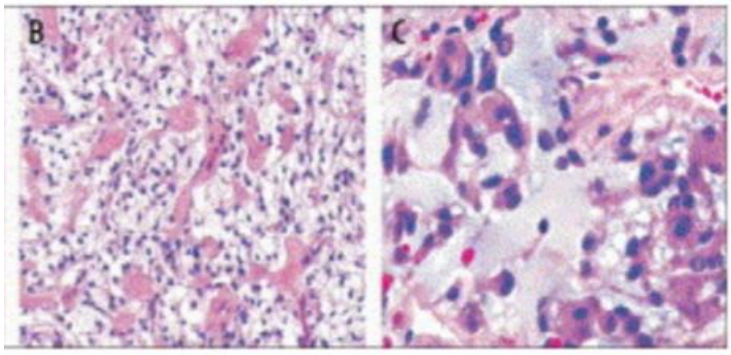
(John, halen ,shih, 2022).

- **الورم السحائي ذو خلية واضحة (Méningiome des cellus claires)**

هذه الأورام مكونة من تجمعات من الخلايا متعددة الأضلاع ذات السيتوبلازم الغير المرئي أو الغير ظاهر . تتميز هذه الخلايا بسيتوبلازم شفاف وواضح ، ناتج عن تراكم الجليكوجين. يمكن أن يصبح هذا السيتوبلازم الغني بالجليكوجين ملونًا باستخدام الPAS (الحمض الفصلي الدوري). تترتب هذه الخلايا في أغطية دون تشكيل معمار خاص بها. حيث يبدو أن ظهور مناطق التحول الهايلين haylins تحدث داخل الأورام الأكثر قدما. ولذا فإن هذا النوع النسيجي معروف بتكرار حالات العودة.

- **الورم السحائي المشيمي (Mèningiome choroide)**

تحتوي هذه الأورام على مراكز ذات مظهر نسيجي مماثل لتلك الموجودة في كوردوم Chordome. تتكون هذه المراكز من أنسجة خلايا مبيضة، حمضية وفقاعية داخل شبكة ميكسويدية. يتميز الكل ببنية خارجة. تفصل الفقوس بين الألواح بأغشية نسيجية رفيعة. تتواجد هذه المناطق الكوردية جنبًا إلى جنب مع مناطق من الورم السحائي التقليدي (taleb, 2012)



الشكل (3): يوضح الأورام السحائية من الدرجة الثانية بالتصوير المجهري Aurèlie

(Weibel,2010,p29).

3.1.6. الورم السحائي من الدرجة الثالثة: (Grade3)

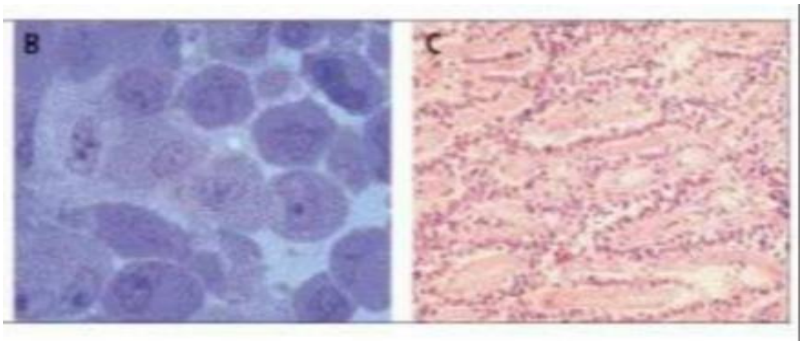
يرتبط الورم من الدرجة الثالثة بمعدل عال من العودة ، حيث يظهر هذا الورم السحائي سلوكًا عدوانيًا وذلك سواء بنموه المحلي الخبيث أو بانتشاره النتائجي .

-الورم السحائي الحليمي (Méningiome papillaire)

تتشكل هذه الأورام من تكاثر أحادي الشكل للحالات ذات المظهر السحائي مع نواة أكثر دورانًا وتجانسًا. تتميز ترتيباتها حول الأوعية الدموية أو بتشكيلها شبيهة بالحليم أو في صورة إشعاعات، كما أنها سمة مميزة لها.

-الورم السحائي الرايضي (Méningiome rhabdoide)

تتشابه الخلايا في هذا الورم مع تلك الموجودة في مواقع أخرى لأورام السحايا الرابضية: نواة كبيرة غير متمركزة مع نوكليول مبرز، ووجود كمية كبيرة من السيتوبلازم أحمر اللون. يعتبر ورم السحايا الرابضي ورمًا نادرا (François ,2017,p 12)



الشكل (4) : **الورم السحائي من الدرجة الثالثة حسب التصوير المجهري** Aurélie (weibel,2010,p31).

2.6.الاورام السحائية -حسب موقع اصابة-:

يمكن أن يكون للأورام السحائية مواقع مختلفة، محددة أو متعددة

1.الورم السحائي داخل البطنيات (Méningiome intraventriculaire)

الأورام السحائية البطينية توجد داخل البطينات ، وهي حجرات عميقة داخل الدماغ تحتوي على السائل النخاعي. السائل الدماغي النخاعي هو سائل صاف يغمر الدماغ والحبل الشوكي ويتم انتاجه واعادة امتصاصه باستمرار. اذا تم إعاقة التدفق الطبيعي لهذا السائل بواسطة هذه الأورام، يمكن أن

تتضخم البطينات في حالة تسمى استسقاء الرأس. يتميز استسقاء الرأس بزيادة الضغط في الدماغ مما يؤدي إلى الصداع، والغثيان، والقيء، والخمول، وكذلك التغيرات البصرية والمعرفية.

2. **الورم سحائي مجاور للسهمي (Méningiome parasagittal)**

الأورام السحائية المجاورة للمستوى السهمي تتطور بشكل شائع بالقرب من سطح الدماغ على طول خط وسط الدماغ، أو قليلا إلى جانب واحد. يمكن أن يتسبب الضغط على هياكل الدماغ في خط الوسط في حدوث الصداع و نوبات وتغيرات في الشخصية وضعف في الأطراف السفلية.

3.**الورم السحائي المنجلي (Méningiome de la faux)**

تظهر الأورام السحائية المنجلية على المنجل المخي (la faux du cerveau), وهو جزء من السحايا يفصل نصفي الدماغ(الجانب الأيمن والأيسر من الدماغ). اعتمادا على ما اذا الورم منقاريا (أي متجه نحو الأنف) أو ذيلي (باتجاه مؤخرة الرأس)، يمكن أن تسبب الأورام السحائية المنجلية تغيرات في الشخصية، وعجزا حركيا، مثل ضعف العضلات، و/او اضطرابات بصرية .

4.**الورم السحائي فوق السرج (Méningiome suprasellaire)**

غالبا ما تسبب الأورام السحائية فوق السرج مشاكل في الغدة النخامية، وبالتالي تؤدي إلى تغيرات في الهرمونات. يمكن أن تؤدي أيضا الى الصداع، والنوبات، وتغييرات في الرؤية (بسبب قربها من أعصاب العين)

5.الورم السحايا في الشق المشطي (Méningiome du clivus)

أن هذا النوع من الأورام يحدث في قاعدة الدماغ في الحفرة الخلفية، تنشأ من عظم المحدر، وهو الجزء الخلفي من الجمجمة. يمكن أن يكون لهذه الأورام مجموعة متنوعة من التأثيرات اعتمادا على مكان نشأتها وجزء الدماغ الذي تضغط عليه في هذه المنطقة . قد تشمل أعراض الورم السحائي مشاكل في التنسيق، والبلع، والمشي، والسمع، والغثيان. يمكن أن تسبب أيضا ضبابية الرؤية والصداع.

6.**ورم السحائي الثقبة العظمى (Méningiome du framen magnum)**

الثقبة العظمى هي الفتحة الكبيرة في أسفل الجمجمة والتي من خلالها ينتهي الدماغ ويبدأ الحبل الشوكي ويخرج من الجمجمة. يمكن أن تسبب الأورام السحائية في الثقبة العظمى الضغط على الهياكل بسهولة حيث تحتوي هذه المساحة الصغيرة على العديد من هياكل الدماغ الحساسة جدا

وبالتالي فهي عرضة للإصابة. قد تشمل أعراض هذه الأورام تدهور التوازن، وفقدان قوة العضلات في أجزاء مختلفة من الجسم، وألم في الجزء العلوي من الرقبة أو مؤخرة الرأس، وتغيرات حسية، وخلل في العديد من الأعصاب القحفية .

7.ورم السحايا المقوسة أو المحدبة (Mèningiome de la convexité)

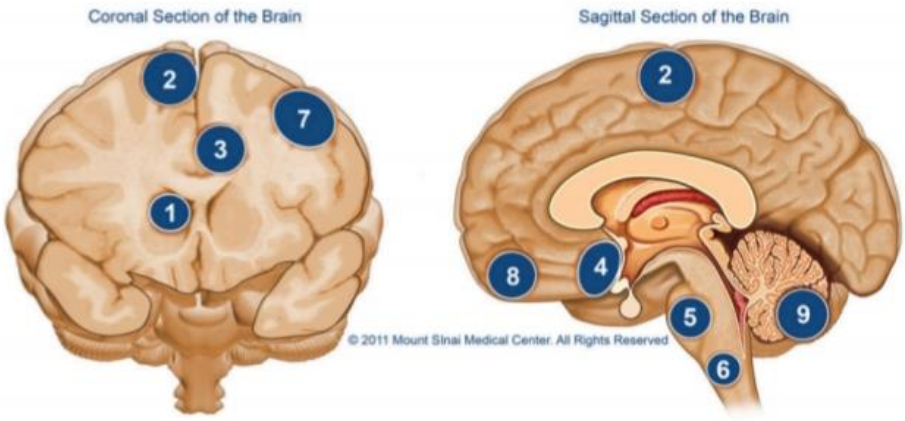
تظهر الأورام السحائية المحدبة على السطح المنحني للدماغ ويمكن أن تسبب العديد من الأعراض. على سبيل المثال، يمكن أن تسبب الأورام القريبة من التلفيف أمام المركزي(المعروف أيضا باسم الشريط الحركي) ضعفا أو شللا في اليد، أو الوجه، أو الذراع على الجانب الآخر من الورم. بالإضافة إلى ذلك، إذا تطور المرض بالقرب من الفص القفوي(الجزء الخلفي من الدماغ)، فقد يعاني المرضى من اضطرابات بصرية .

8.ورم السحايا المتواجد في قاع (أسفل) الجمجمة (Méningiome de la base du crane)

يؤدي الورم السحائي لقاعدة الجمجمة إلى اضطرابات وظيفية، والتي يمكن أن تغير نوعية الحياة بشكل كبير.

9.ورم السحايا المخيخي (في الحفرة الخلفية) (Méningiome du fosse postérieure)

توجد هذه الأورام السحائية عادةً على الغطاء الواقي للمخيخ. قد يعاني الأشخاص المصابون بالأورام السحائية في هذه المنطقة من فقدان التوازن، والدوار، والغثيان. هذا لأن الورم السحائي قد يضغط على المخيخ وهو جزء من الدماغ الذي بدوره يتحكم في التوازن وتنسيق الحركات.(آرون، 2023).



الشكل (5) :الأورام السحائية حسب موقع الإصابة

(Français-xavier Ferracci,2017,p22)

7-التشخيص الورم السحائي :

منذ بداية القرن 19 تم إحراز تقدم هائل في مجال التشخيص الإشعاعي مثل تلك المستخدمة لاكتشاف وتشخيص الأورام سحائية، حيث تم إجراء أول تشخيص الإشعاعي للورم سحائي عام1902 بعد سبعة سنوات فقط من اكتشاف "أشعة إكس"، في سنة 1920 تم الحصول على النتائج في فحوصات (أفلام بسيطة)تصف تماما الأورام السحائية، بعد ذلك لزم من هذه الفحوصات البسيطة الكشف عن التصلب على مستوى قاعدة زرع الورم، توسيع الأخاديد الوعائية التي تحتوي على أوعية سحائية، تكلسات صور تدمير العظام، توسيع الجيوب الرئوية المجاورة للأورام سحائية . في عام 1927تم وصف تصوير الأوعية الدموية لأول مرة (angiographie) وهي عملية التي تعتمد على أخذ أشعة السينية للأوعية الدموية لتحديد أي وعاء دموي هو مسدود. في عام 1973 أدخل العالم هاوس فيلد(housfied)التصوير المقطعي(tomodensitométrie) الذي يعتمد على أشعة سينية اكس ويعطي مقاطع مفصلة لأي منطقة في الجسم، تبعه لاحقا العالم lauterbur الذي طور تقنية جديدة تسمى في الوقت الحاضر بالتصوير بالرنين المغناطيسي imagerie par résonance magnétique الذي يدرس بدقة كبيرة العديد من الأعضاء مثل الدماغ ،العمود الفقري وغيرها ويعطي معلومات عن الإصابات التي لا تكون مرئية في الأشعة السينية الأخرى مثل التصوير المقطعي.

***التصوير المقطعي (الطبقي المحوري) (tomodensitométrie):**

إنه فحص أساسي يكفي لمعظم الأوقات لتشخيص سواءا الحالات النموذجية أي المرضية أو العادية، يتم تأكيد التشخيص عند وجود علامات عظمية ظاهرة و صفات لكتلة ورمية مزروعة على مستوى الأم الجافية .

بالإضافة إلى ذلك يحدد هذا الفحص حجم الورم والأسباب التي يمكن أن يكون لها تأثير واضح على الصحة بشكل عام ، زيادة على ذلك تحديد أساس منطقة الورم لتقييم الأورام السحائية لقاعدة الجمجمة. كما يسمح التصوير الطبقي المحوري بدراسة علاقة الورم السحائي بالأوعية الدموية والأعصاب القحفية (berbara,p77)

لا يزال هذا الفحص يمثل ليومنا هذا وسيلة موثوقة لتشخيص الأورام السحائية، فوفقا لسلسلة الدراسات يتم الحصول على ما بين 95 إلى 100% من التشخيص الإيجابي لهذه الأورام، يتبقى فقط الأورام السحائية ذات الحجم الصغير جدا الموجودة في مواقع معينة في قاعدة الجمجمة التي لا يمكن

رؤيتها أو لا يتم استكشافها من خلال صور التصوير المقطعي. بالإضافة إلى ذلك يحافظ هذا الفحص دائما على أولوياته لأنه يسمح بتحليل العظم بشكل أفضل من التصوير بالرنين المغناطيسي لأنه تشير الدراسات إلى أن الورم السحائي عندما يلامس العظم أو يكون على مستواه يكون واضحا أكثر على التصوير المقطعي من التصوير بالرنين المغناطيسي .

.(jean, velut , lefracq , 1990, p14)

***التصوير بالرنين المغناطيسي**

هو فحص اختياري أي غير ضروري عندما تكون بيانات الماسح الضوئي كافية، حيث تم تلخيص مزاياه على التصوير المقطعي المحوسب على انه يدرس دراسة متعددة الجوانب (محوري، امامي ،مائل)، وعليه فهو يعتبر ذو أهمية كبيرة لدراسة الأورام السحائية، من أجل تعريفها بشكل أفضل مقارنة بالأعصاب القحفية والأوعية الكبيرة (berbara ,p85).

8.علاج الورم السحائي :

أ- العلاج الطبي الجراحي:

يبدأ علاج المريض المصاب بالورم السحائي بتقييم واضح لتاريخ الحالة وأعراضه الإكلينيكية، حيث يجب على المختص أن يفهم الأعراض جيدا ويقيم تأثيرها على حياة المريض، كذلك مع اصابة أو إنخراط المشاكل الطبية عند العديد من المرضى يشار بوضوح إلى التدخل الجراحي بسبب نمو الورم السحائي بشكل كبير، أما عند البعض الآخر من المرضى قد تكون حساسة وذلك بسبب عدم تطور أعراض أو التاريخ الطبيعي البطيء أو المخاطر الكامنة في موقع الورم أو طبيعته التشريحية المرضية.

تم وصف العديد من مبادئ الجراحة المستخدمة في الأورام سحائية في كتاب Cushing eisenhardt/ وبشكل عام الهدف من التدخل هو الإزالة الكاملة للورم بما في ذلك ارتباطه الوثيق بمنطقة اصابة والعظام التي غزاها هذا الورم. ومن ناحية أخرى يمكن تخفيف هذا الهدف من خلال الحكم الجراحي الذي يعترف بأنه ضروري للحفاظ على الوظيفة العصبية أو تحسينها عند المرضى الذين يكون الاستئصال الكلي لديهم يشكل خطر كبير باصابتهم بأمراض أخرى. لذلك من الأفضل ترك هذا الورم على طبيعته وعدم استئصاله، ويكون الهدف هنا هو مراقبة المريض فقط .

مبادئ الجراحة للورم السحائي : إن القاعدة الرئيسية في إزالة الأورام السحائية هي تجنب تلف الدماغ المحيط بالورم وذلك إما مباشرة عن طريق الإستئصال، النزع أو غيرالمباشر عن طريق التدخل في جذوع الشرايين والهياكل الوريدية.

ان وجود أو تفاقم المؤشرات العصبية مثل الحبسة أو العجز الجزئي في القوة العضلية ليست المضاعفات الوحيدة، لأن الوذمة(œdème)يمكن أن تتفاقم أيضا وتضع القشرة والمادة البيضاء تحت الضغط، مما يزيد من خطر الإصابة بالصرع الذي يمكن أن يكون نتيجة دائمة وكارثية.

كما يمكن رؤية الوذمة في أي نوع من الأورام السحائية حتى بعد الاستئصال، على الرغم من إعطاء "الكورتيكوستيرويدان" فاعليته. كما نشير إلى أنه يتم التعرف على هذه الوذمة من خلال الفحوصات الإشعاعية مثل التصوير المقطعي (TDM) أو التصوير بالرنين المغناطيسي (IRM).

ب- **العلاج الإشعاعي (Radiothérapie) :**

في حين أن العلاج الجراحي يظل العنصر الأساسي والفعال من الوسائل العلاجية، إلا أنه لا يكفي دائما لعلاج بعض الأورام السحائية بشكل جذري ونهائي، حيث تسمح التطورات التقنية باستئصال شبه الكلي للأورام المحيطة بقاعدة الجمجمة، ولكن يجب احترام المبادئ الأساسية وذلك لتوفير فرصة أفضل للمريض للتعافي.

من هذا المنظور يعتبر العلاج الإشعاعي هو الوسيلة الأفضل وذلك في إطار عندما تكون إزالة هذه الأورام السحائية غير مكتملة، أو عندما يكون هناك خطر كبير من أنه سينمو مرة أخرى حتى بعد الجراحة، أو في حالة إذا كان الورم سحائي غير قبل للجراحة بسبب موقعه، أو عندما لا تسمح الحالة الصحية للمريض بذلك، أو أن عمر المريض لا يسمح بإجراء العملية، أوعندما يكون الورم السحائي صغير ويصلح للعلاج الإشعاعي بشكل مباشر.

ج- **العلاج الأرطوفوني :**

إن الهدف الرئيسي من إعادة التأهيل النفسي العصبي الذي بدوره يدخل في إطار العلاج الأرطوفوني هو المحافظة على استقلالية المريض وتحسين نوعية حياته وتقليل من أعباء الأسرة.

حيث أنه إذا توحدت هذه العناصر الثلاثة يمكن مساعدة المريض على استئناف أنشطته اليومية وبالتالي الرجوع الى نمط حياته السابقة .

ومن هذا المنطلق فقد نشأت عدة برامج لإعادة التأهيل خصوصا المعرفية التي تم تصميمها بطريقة متكاملة لاستعادة الوظائف المعرفية المفقودة مثل: الانتباه، الوظائف التنفيذية، والذاكرة وقد وجد أنه من الأفضل أن تكون اضطرابات الانتباه هي أول الوظائف التي يجب التكفل بها وذلك نظرا لأهميتها كأساس للعمليات المعرفية الأخرى.

في فترة إعادة تأهيل الانتباه يجب أن يتم النظر الى آليتين ذواتي أهمية كبيرة وهما: **الاسترجاع** و**التعويض.**

إن الاسترداد أو الاسترجاع يعني استعادة الوظيفة من خلال التدريب المباشر على العملية المختلة وظيفيا ،أما التعويض فهو ينطوي على إعادة تنظيم العمليات وتشجيع القدرات المحفوظة لتكون مسؤولة عن تقليل تأثير العجز أو الإضطراب.

حيث ثبت أن هذين العمليتين لهما تأثير إيجابي على صعوبات المعرفية، كما تجمع بعض الدراسات النماذج المقترحة للتدخل في وظيفة الانتباه من هذه النماذج نذكر: نموذج إعادة تأهيل توجيهي الذي ينص على خمسة أهداف وهي :

-يهدف إلى التفاعل المريض مع المحفزات التي تقدمها البيئة.

-الهدف الثاني والذي هو موجه لزيادة سرعة المعالجة .

-يهدف الثالث إلى تعزيز الوعي بعمليات الانتباه .

-يسعى الرابع إلى تركيز المريض على وقت محدد.

-وفي الخطوة الاخيرة يتم التعامل مع المحفزات الخارجية والداخلية.

الذاكرة :

من الاستراتيجيات المستخدمة في إعادة تأهيل نفسي العصبي للذاكرة هما ثلاث عمليات: التخيل، الجمع والتصنيف .

-يتكون التخيل من تدريب المريض على توليد صورة عقلية من المواد أو المكونات التي يريد أن يتذكرها.

-يتضمن الجمع تشكيل المريض للروابط بين المعلومات التي يهدف إلى تذكرها في نفس الوقت مثلا تسلسل الكلمات أو تشكيل قصص التي تسلسل محتوى معين مثلا: تسلسل محتوى للحفظ

-اما التصنيف فيركز على تنظيم المعلومات في مجموعات فرعية قبل حفظها مثل قائمة سوقية حسب الحبوب، منتجات الألبان، اللحوم، ثم محاولة تذكر كل فئة.

(calderon-chaguala, 2019, p 30)

خلاصة :

من خلال ما تم التطرق إليه في فصل الورم السحائي من معلومات وحقائق فقد تبين لنا أن الوظائف المعرفية تكون مضطربة لدى هذه الفئة وهذا ما يدخل في مجال تخصصنا، ومنه سنعرض في الفصل الموالي كل ما يخص الوظائف المعرفية بشكل مفصل مع الأخذ بعين الإعتبار الوظائف المعرفية لدى المصابين بالورم السحائي.

ثانيا: الوظائف المعرفية

تمهيد:

تشير الوظائف المعرفية إلى مجموعة القدرات العقلية التي تسمح للفرد بأداء أي مهمة، كما تسمح له بالتواصل، تجميع المعرفة، تكيف مع البيئة، والتفاعل مع الآخرين. ومن أهم الوظائف المعرفية الإنتباه، الإدراك، الذاكرة، التعلم ،حل المشكلات وغيرها من الوظائف التي سنتطرق لها بالتفصيل في هذا الفصل، موضحين أكثر الوظائف المعرفية لدى الحالة التي تعاني من الورم السحائي والذي يعتبر الجوهر الأساسي لدراستنا.

1.تعريف الوظائف المعرفية :

يشير مفهوم العمليات المعرفية الى الطرق والاساليب المميزة التي يستخدمها الفرد في استقبال وتخزين واستدعاء المعلومات كما يشير هذا المفهوم أيضا الى الاختلافات في قدرات الافراد في مجالات التجريد والتحليل والتنظيم والاستدلال والاستنتاج والتخيل المكاني والقدرة على تتبع الحدث داخل الفرد (كما في حل مشكلة تواجه الفرد) او تتبع حدث خارجي(كما في متابعة الاخرين وهم يحلون مشاكلهم). والعمليات المعرفية ليست مجرد وظائف عقلية معرفية مثل(الانتباه والادراك والتذكر) ولكنها طرق وأساليب لإستخدام هذه الوظائف أو هي الاستراتيجيات المستخدمة في معالجة المعلومات الواردة الى الفرد.(غنيم،2005، ص184).

كما أنها مجموعة واسعة من العمليات العقلية التي تسمح لنا من بين جميع الأمور بالتواصل الإدراك، تقدير الحجم، اكتساب المعرفة، حل المشاكل، التكيف مع الوضعيات الجديدة، التفكير، الحفاظ على التركيز، وتوجيه الإنتباه.

فالوظائف المعرفية هي مجموعة العمليات العقلية التي تتصل بوظيفة المعرفة وتنطوي على الذاكرة، اللغة، المنطق، التعلم، حل المشكلات، أخذ القرار أو التصور أو الاهتمام،

بالاضافة إلى أنها من الأدوات ووظائف الدماغ التي توظف وتعمل بطريقة منسقة وتسمح بمعالجة المعلومات، كما تسمح التفاعلات بين هذه الوظائف بالتعلم المدرسي (Amarouche,2019,p61).

2.أنواع الوظائف المعرفية :

إن الوظائف المعرفية عديدة ومتنوعة، وسنقتصر في هذه الدراسة على الوظائف التي تنطوي تحت اختبار بطارية التقييم المعرفي **(bec96)**والمتمثلة في :

1. الإنتباه (Attention):

يتفق جميع علماء علم النفس المعرفي على أن الانتباه عملية معرفية تنطوي على تركيز الادراك على مثير معين من بين عدة مثيرات من حولنا ويؤكد **ستيرنبرغ** ان الإنتباه هو القدرة على التعامل مع كميات محدودة من المعلومات المنتقاة من كم هائل من المعلومات التي تزودنا بها الحواس أو الذاكرة، كما يشير علماء النفس أنه عندما نركز طاقتنا العقلية خلال أداء مهمة ما، فإن سلوكنا الذي يتبع ذلك يصبح تحت ضبطنا ووعينا الكامل لأننا نقرر شعوريا أي المثيرات نركز عليها وأي المثيرات نهملها. ويلخص "الزيات" تعريفات الانتباه بقوله ان الانتباه عملية تنطوي على خصائص تميزه أهمها الاختيار او الانتقاء، التركيز، القصد، الاهتمام أو الميل لموضوع الانتباه. ويشير هذا التعريف إلى ان عملية الانتباه تتميز بانها تنطوي على اختيار مثير من بين عدة مثيرات مع توفر القصد او النية في التركيز والرغبة في الانتباه لهذا المثير. (العتوم، 2004, ص75).

2.1. أنواع الإنتباه :

أ- **الإنتباه الإنتقائي (Attention selective):** هي القدرة على استخلاص المعلومة من بين مجموعة من المعلومات الحسية التي يجب أن نتعامل بها، فعادة ما نتعرض للعديد من المثيرات في نفس اللحظة ولكننا لا نستطيع ان نتعامل مع كل المثيرات مرة واحدة، ومن ثم علينا ان نختار من بين هذه المثيرات احدها أو بعضها كي نستطيع أن نتعامل معها بكفاءة ويتحدد اختيارنا لهذا المثير او ذاك بمدى أهمية هذا المثير بالنسبة لنا في هذه اللحظة.

ب- الإنتباه المتواصل أو المستمر (Attention soutenue): وهو ما يقصد به أيضا التيقظ (vigilance) أو انتباه المراقبة ،(monitoring)ونعني به قدرة الفرد على تركيز وعيه وتوجيهه الذهني على مهمة محددة والقيام بأدائها دون أن يفقد سياق الموضوع الخاص بهذه المهمة. أي توجيه وتركيز النشاط المعرفي على مثير معين. وهو الانتباه المسؤول عن مداومة الاستعداد للاستجابة لمثير ما في غياب أي احداث خارجية جديدة. والمناطق المسؤولة عن هذا النوع من الانتباه تقع بشكل أساسي في النصف الكروي الأيمن وخاصة الفصين الجبهي والجداري بالإضافة الى التكوين الشبكي والمنطقة المعروفة باسم (locus cerrulus) ذات المكون نورو ادرينالييني.

وكي يتحقق النشاط المعرفي المطلوب لنشاط ما فإن الأمر يتطلب درجه عالية من الانتباه المستمر. فقراءه جريدة مثلا يتطلب ان يظل الفرد منتبها بشكل مستمر في نشاط القراءة حتى يكمل

هذه المهمة .ويعتمد هذا النوع من الانتباه على درجة عالية من الأهمية لأنه يتطلب متطلبا أساسيا لتشغيل المعلومات كما يعد أمرا هاما في عملية النمو المعرفي، واذا عانى الفرد من صعوبات في هذا النوع من الانتباه فانه سيعاني من عدم القدرة على التكيف مع متطلبات البيئة او تعديل سلوكه بما في ذلك كف السلوكيات الغير مطلوبة في لحظة ما.

ج- الإنتباه المقسم (Attention divisée) : وفيه يقوم الفرد بمهمتين في آن واحد، مركزا انتباهه عليهما في ذات الوقت كأن يقود السيارة بينما يتحدث الى الآخرين. وتشير النظريات الى أن الفرد بطبيعته يميل الى توجيه سلوكه وتشغيل معلوماته حول جزء واحد من البيئة واستبعاد الأجزاء الأخرى ويعني هذا أننا نقوم بعملية الترشيح (الفلترة) او تنقية للمثيرات التي نتعرض لها فننتبه لبعضها، ونصرف انتباهنا على البعض الاخر. ويتأثر هذا النوع من الانتباه لدينا بدرجة التيقظ لدينا (arousal level) , كما يتحدد اختيارنا لهذا المثير او ذلك بمدى اهمية هذا المثير بالنسبة لنا في هذه اللحظة وتقع المناطق المسؤولة في هذا النوع من الانتباه في الفصوص الجبهية وخاصة منطقة التلفيف الحزامي الأمامي (anterior cingulaire gyrus) (سامي عبد القوي،،2011ص182).

2. المعالجة الذهنية (التحكم الذهني) (Manipulation mentale):

وتعرف المعالجة الذهنية بأنها العمليات المعرفية المعقدة التي يقوم الدماغ بإنجازها، وعرّفها بياجيه بأنها كل ما يستعمله الفرد للتعرف على نفسه وعلى البيئة المحيطة به، وتزداد هذه العمليات تعقيدا مع زيادة النمو في وظائف الجهاز العصبي لدى الأفراد، وتشمل هذه العمليات: التفكير، الإدراك، اللغة، حل المشكلات، اتخاذ القرارات، والإنتباه. ويرى جان بياجيه أن المعالجات الذهنية قابلة للتعلم، كما أن قدرة الفرد على إستخدام هذه العمليات تتطلب منه تمثيل المعلومات ومعالجتها.

والمعالجات الذهنية هي سلسلة من الوظائف التي يؤديها الدماغ، تتمثل في: الاستقبال، التعرف، الانتباه، التذكر، التفكير، الحكم، الاستدلال، التعلم، حل المشكلات، الفهم والإدراك البصري التفسير، القدرة الرياضية، التخطيط، ومراقبة الذات، وتشتمل المعالجات الذهنية على عمليات تحويل للمثيرات أو المعلومات التي تتم وفق مراحل متسلسلة، حيث يتم في كل مرحلة تحويل هذه المثيرات أو المعلومات من شكل إلى شكل آخر لتحقيق هدف معين (الطراونة، 2018, ص267).

3. التوجه الزماني (Orientation temporelle) :

هو ذلك السلوك الذي يسمح بالتموقع بالنسبة لأحداث حسب تواريخ معينة(الأيام، الفصول، الماضي، الحاضر، المستقبل، البارحة، اليوم، الغد)**كما يعرف بأنه:** التغييرات المرحلية التي تحدث والعودة اللامتناهية لنفس التعاقبات التي تسمح بتحديد الزمن بالنسبة لمرحلة معينة واعطاء تقسيم للزمن انطلاقا من عدد المراحل الموجودة (السنوات مثلا).(مونية ، 2021, ص290).

4. الإدراك (Perception)

يعرف علماء النفس الإدراك على أنه محاولة فهم العالم من حولنا من خلال تفسير المعلومات القادمة من الحواس إلى الدماغ الإنساني .والفهم هنا ينطوي على التفسير والترميز والتحليل والتخزين والإستجابة الخارجية عند الحاجة(العتوم ،2004, ص101).

المنظور المعرفي للإدراك: يشير إلى أن الإدراك لا ينحصر في حدود الترجمة العقلية لما ينقله النشاط الحسي بل انه عملية تتألف من مجموعة آليات معقدة وله أدوار ووظائف مختلفة منها استقبال وانتقاء المثيرات وإجراء المعالجة العقلية، ومن وظائفه الأساسية: الإدراك من اجل الأداء والفعل، والإدراك من اجل تكوين المعارف، مما يمكن الإنسان من تحقيق التوازن والتوافق والتكيف مع بيئته.(بخوش، 2016, ص44).

1.4. خصائص الإدراك :

– يعتمد الإدراك على المعرفة والخبرات السابقة: حيث تشكل المعرفة أو الخبرة السابقة الإطار المرجعي الذي يرجع إليه الفرد في إدراكه وتمييزه للأشياء التي يتفاعل معها، فبدون هذه المعرفة يصعب على الفرد إدراك الأشياء وتمييزها .

– الإدراك هو بمثابة عملية الإستدلال: حيث في كثير من الأحيان تكون المعلومات الحسية المتعلقة بالأشياء ناقصة أوغامضة، مما يدفع نظامنا الإدراكي إلى استخدام المتوفر من المعلومات لعمل الإستدلالات والإستنتاجات .

– الإدراك عملية تصنيفية: حيث ينشأ الأفراد عادة إلى تجميع الإحساسات المختلفة في فئة معينة اعتمادا على خصائص مشتركة بينها مما يسهل عملية ادراكها حيث يعمل نظامنا الادراكي على استخدام المعلومات المتوفرة لدينا ومطابقتها مع خصائص الأشياء الجديدة الأمر الذي يسهل عملية تصنيفها وادراكها.

– الإدراك عملية علائقية (ارتباطية): حيث ان مجرد توفر خصائص معينة على الأشياء غير كافية لإدراكها لأن الأمر يتطلب تهديد طبيعة العلاقات بين هذه الخصائص، حيث أن ارتباط الخصائص معا على نحو متماسك ومتلاغي يسهل في عملية ادراك الأشياء.

– الإدراك عملية تكيفية: حيث يمتاز نظامنا المعرفي بالمرونة والقدرة على توجيه الانتباه والتركيز على المعلومات الاكثر اهمية لمعالجة موقف معين أو التركيز على جوانب وخصائص معينة من ذلك الموقف كما تتيح هذه الخاصية امكانية الاستجابة على نحو سريع لأي مصدر تهديد محتمل.

– الإدراك عملية أوتوماتيكية: حيث تتم على نحو لا شعوري ولكن نتائجها دائما شعورية ففي الغالب لا يمكن ملاحظة عملية الادراك أثناء حدوثها ولكن يمكن ملاحظة نتائجها على نحو مباشر او غير مباشر(الزغول، 2014, ص 116).

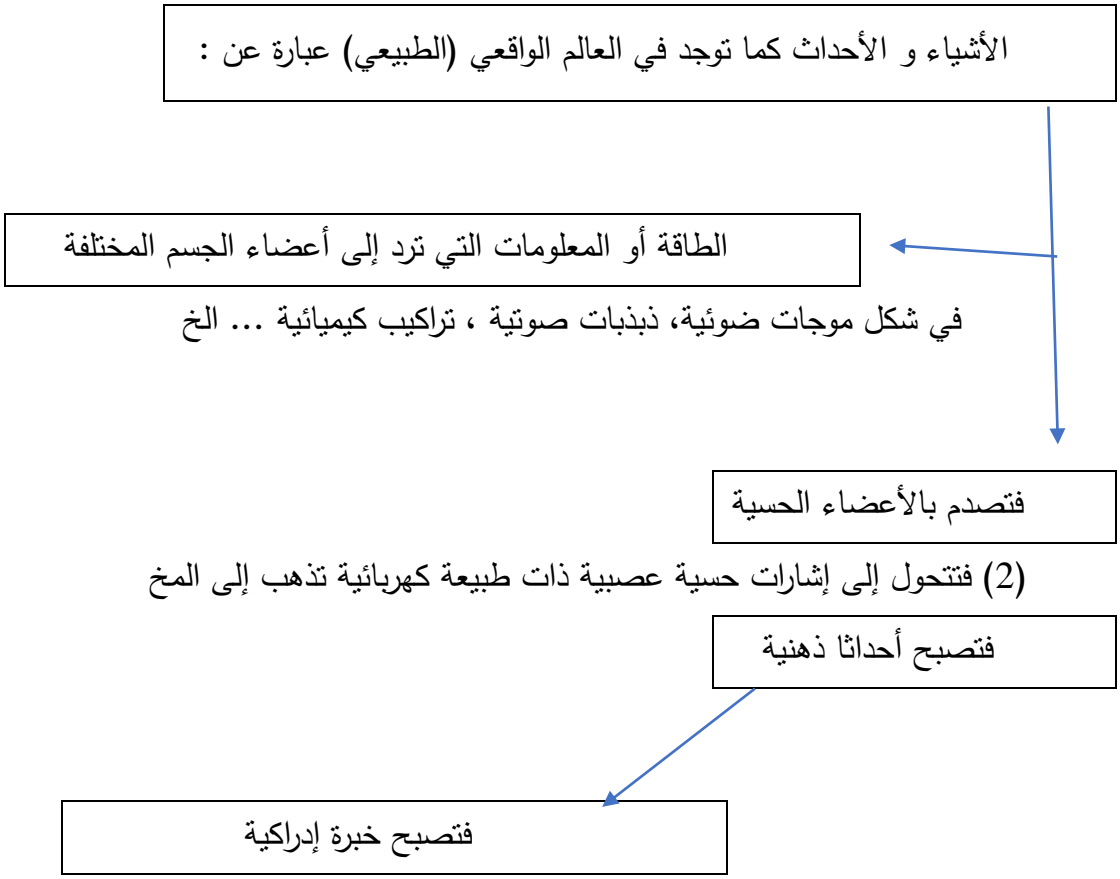
2.4. مراحل العملية الإدراكية:

توجد ثلاث مراحل في العملية الإدراكية وهي:

أ–حدوث استثارة الحسية : وهذه المرحلة هي التي تحرك وتستثير الأعضاء الحسية في لجسم الإنسان كالإبصار، السمع، الشم، التذوق واللمس وتتأثر الاستجابة للمثيرات بشكل واضح نتيجة لخبراتنا السيكولوجية في الماضي والحاضر وتتفاوت مع الاستجابة لهذه المثيرات بشكل واضح فقد يكون اللون الاحمر مثيرا حسيا بالنسبة لشخص معين وقد يكون مثيرا منفرا لشخص اخر.

ب– تنظيم المثيرات الحسية : وهي مرحلة يتم فيها تنظيم وتصنيف المثيرات والحوافز القادمة من العالم الخارجي حيث يتم تصنيفها كوحدات مستقلة حيث ان تنظيم المثيرات يؤخذ في اعتبار الدلالات والمعاني المشتركة بين المثيرات والحوافز البشرية والطبيعية في العالم الخارجي مثال لذلك تقدير المسافات التقريبية بين موضعين .

ج– تفسير الإستثارات الحسية : وهي تعني أن خبراتنا السابقة واحتياجاتنا وتوقعاتنا تحكم الطريقة التي نفسر بها ما تستقبله من معلومات فكل فرد منا يضفي على هذه الرسائل جانبا كبيرا من صيغته الذاتية .



الشكل(6) : يوضح مراحل تكوين الخبرة الإدراكية

(عبد الواحد،2017, ص158).

5.الذاكرة (Mémoire):

تعرف الذاكرة على انها الوظيفة العقلية العليا التي يتمكن الانسان بواسطتها من حفظ نتائج تفاعله مع العالم الخارجي منذ لحظة ولادته حتى نهاية الحياة(ليلى، ماجدة، مصطفى ،2013,ص131).

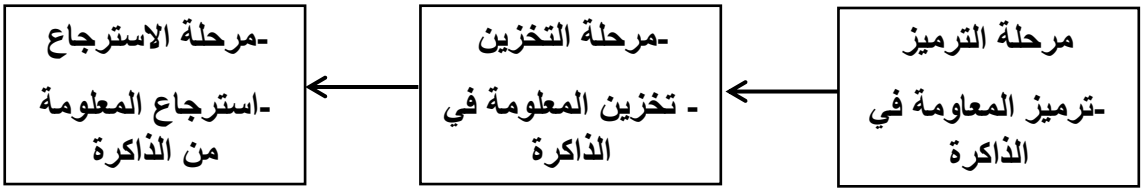
1.5.العمليات الأساسية في الذاكرة :

1.1.5. عملية الترميز (Encodage): هو عملية تكوين اثار ذات مدلول معين للمدخلات الحسية في الذاكرة على نحو يساعد في الاحتفاظ بها ويسهل عملية معالجتها لاحقا، فهي بمثابة تغيير المدخلات الحسية وتحويلها من شكلها الطبيعي الى اشكال اخرى من التمثيل المعرفي على نحو صوري أو رمزي أو سمعي، فانظام معالجة المعلومات لا يستطيع تنفيذ عملياته المعرفية على

المدخلات الحسية كما هي بصورتها الطبيعية ما لم يتم ترميزها وتشفيرها والذي غالبا ما يحدث في الذاكرة العاملة وذلك بعد استقبالها لهذه المدخلات من الذاكرة الحسية(الزغول، 2014، ص68).

2.1.5. عملية التخزين (Stockage): وتشير الى احتفاظ الذاكرة بالمعلومات التي تحوّل اليها من مرحلة الترميز، وتبقى هذه المعلومات بالذاكرة لحين حاجة الفرد اليها. ونستدل على عملية تخزين المعلومات، أي على وجود آثار الذاكرة دون نسيان مما يمارسه الفرد من التعرف او استدعاء خلال عمليه الاسترجاع التي تعتبر المرحلة الثالثة من مراحل الذاكرة (الشرقاوي ، 2003, ص 192).

3.1.5.عملية الإسترجاع (Récupération): وتشير الى امكانية استعادة الفرد للمعلومات التي سبق ان خزنت في الذاكرة. ويتوقف استرجاع المعلومات على مدى قوة آثار هذه الذاكرة وعلى مستوى علاقة هذه الآثار، أو بدلالة الاسترجاع ولذلك تعتبر مشكلة استرجاع المعلومات من الذاكرة طويلة المدى أهم مشكلة يتناولها هذا النظام حيث أن كمية ونوعية المعلومات التي تحتويها هذه الذاكرة كبيرة ومختلفة بدرجة تجعل من الصعوبة في كثير من المواقف القيام بعملية الاسترجاع بكفاية ودقة حتى في بعض المواقف التي لا تمثل تمديا كبيرا للذاكرة مثل عمليه القراءة يجب ان يفسر الفرد بشكل مباشر وفوري معنى الرموز التي تحتويها المادة المقروءة حتى يمكن ادخالها الى الذاكرة طويلة الامد(شرقاوي، 2003, ص192).



شكل(7): يوضح العمليات الأساسية في الذاكرة

(الحاج، 2015، ص30)

2.5.الأسس الفيزيولوجية للذاكرة :

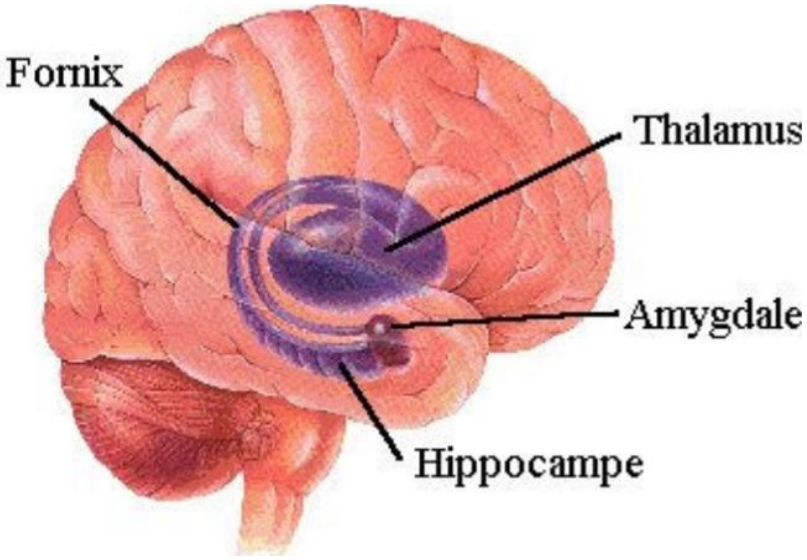
إن الفرد يملك مجموعة من المعارف والمعلومات المتعلمة والمكتسبة، وهذه المعارف تخزن في الذاكرة لكي يسترجعها الفرد عند الحاجة إليها، فأين تخزن هذه الذكريات وتسترجع بحوث مكثفة جرت في هذا الميدان وبينت أن مناطق مختلفة تتشارك و تتعاون في تخزين خزن المعلومات وهي الجهاز الطرفي

أو اللمبي الذي بدوره يتكون من مجموعة من التلافيف المخية التي تقع في السطح الداخلي للفص الصدغي وتتكون من:

.2.2.5حصان البحر (hippocampe): وهو يعد أداة لنقل المعلومات من الذاكرة قصيرة المدى إلى الذاكرة طويلة المدى.

2.2.5.الحاجز(septum) ويتكون هذا الجزء من مجموعة من الأنوية العصبية على السطح الداخلي للفص الصدغي، فهو أصغر من حصان البحر، إنه يتحكم في وظائف النوم، وفي تنظيم العمليات المكانية،وفي الذاكرة خاصة العاملة، وفي الوظائف لانفعالية خاصة السلوك العدواني.(لكحل ،2010،ص 57)

3.2.5.اللوزة (Amygdale): وهي مجموعة من الأنواء تقع في الجزء الأمامي من القرن السفلي للبطين الجانبي في السطح الأنسي من الفص الصدغي ، ولها وظيفتها في التحكم في الإستجابات العدوانية، ولها اتصالاتها العصبية بالوظائف الحركية والحسية في الجسم، مع تأثيرها الغير المباشر على الهيبوثالاموس والغدة النخامية والهرمونات، مما يجعل لها دور في نوعية وأهمية المواد المختزلة في التذكر(عكاشة ،ص 72).



شكل(8): رسم يوضح الأسس الفيزيولوجية المتدخلة في وظيفة الذاكرة

(C.anacker,2011)

3.5.انواع الذاكرة :

تحدث علماء النفس المعرفي عن ثلاثة أنماط للذاكرة تمثل ثلاثة نظم في تخزين المعلومات وهذه الأنماط هي الذاكرة الحسية، والذاكرة القصيرة، والذاكرة الطويلة وأعتبر "اتكنسون" هذه الأنماط الثلاثة في معالجة المعلومات مكونات منفصلة ومستقلة عن بعضها البعض حيث تدخل المعلومات الحواس ثم تخزن للمرة الأولى في الذاكرة الحسية لأقل من ثانية ثم تنتقل إلى الذاكرة القصيرة حيث تتم المعالجة المعرفية للمعلومات لمدة قصيرة ثم تصل المعلومات إلى الذاكرة الطويلة لتخزينها لوقت الحاجة (عدنان يوسف العتوم ، 2004, ص 133).

1.3.5.الذاكرة الحسية (Mémoire sensoriel): ان كل ما لدى الذاكرة يبدأ كمثيرات حسية، حيث يتمثل دور الذاكرة الحسية في أخذ المعلومات الواردة إلى الدماغ من خلال المستقبلات الحسية، وتبقيها لديها لجزء من الثانية إلى حين اتخاذ القرار بما يمكن عمله بها (شذى عبد الباقي محمد، 2011, ص 73).

3.2.5. الذاكرة قصيرة المدى أو الذاكرة العاملة (Mémoire de travail): تحتل الذاكرة قصيرة المدى مكانة متوسطة بين أنماط الذاكرة الحسية والذاكرة الطويلة المدى، حيث تستقبل معلوماتها إما من الذاكرة الحسية في طريقها عبر فلاتر الانتباه الى الذاكرة قصيرة المدى أو من خلال الذاكرة طويلة المدى عندما تحتاج الذاكرة القصيرة الى معلومات إضافية وخبرات سابقة لممارسة عمليات الترميز والتحليل للمعلومات الجديدة. وسميت الذاكرة القصيرة المدى بهذا الاسم لأنها تحتفظ بالمعلومات لفترة قصيرة لا تتجاوز 18 ثانية قبل استبدالها بمعلومات اخرى او بعد انقطاع المعالجة. وعرفت الذاكرة القصيرة بمسميات أخرى كالذاكرة العاملة أو الذاكرة الفاعلة واللتين تصفان طبيعة عمل هذه الذاكرة حيث أنها الذاكرة الوحيدة التي تقوم بمعالجات معرفية بصورة مستمرة من ترميز وتحليل وتفسير، حتى تصبح المعلومات بقالب يسمح بتخزينها في الذاكرة طويلة المدى أو الاستجابة الفورية في ضوءها. ويمكن تمييز أهم خصائص الذاكرة قصيرة المدى بأن مدة احتفاظ بالمعلومات لديها يكون محدود حيث تبقى المعلومات لفترة 18.15 ثانية ما لم يتم تكرارها أو معالجتها فتصبح الفترة معتمدة على طول فترة المعالجة والطاقة التخزينية للذاكرة قصيرة المدى محدودة وقد قدرها ميلر بحوالي من **5 – 9** وحدات معرفية (ألفت حسين كحلة، 2014، ص123).

3.3.5.الذاكرة طويلة المدى (Mémoire à long terme): يشير بادلي 1999 الى ان هذه الذاكرة تمثل المستودع الثالث في نظام معالجة المعلومات والتي تستقر فيها الذكريات والخبرات بصورتها النهائية حيث يتم فيها تخزين المعلومات على شكل تمثيلات عقلية بصورة دائمة وذلك بعد ترميزها ومعالجتها في الذاكرة العاملة وتمتاز هذه الذاكرة بسعتها الهائلة على التخزين حيث تشتمل على الخبرات والمعلومات القديمة والحديثة (سليمان عبد الواحد يوسف ابراهيم،2013,ص 29).

4.3.5.الذاكرة الإجرائية (mémoire procédural) وتدور معلومات هذه الذاكرة حول المهارات الأدائية التي تعلمها الطفل من خلال الممارسة والخبرة، أو ببساطة كيف يقوم بأداء الاشياء المختلفة بطريقة وصفها البعض على أنها غير شعورية اي بدون وعي من الفرد خلال أداء المهمة الحركية وخير مثال على ذلك المهارات التي يتعلمها الطفل ضمن لعبه كرة القدم كمهارة التعاون، المراوغة ،وتطويق الخصم واللياقة البدنية للعبة، فجميع هذه المهارات تم تعلمها من خلال الممارسة والخبرة السابقة بحيث يستطيع الطفل الآن ممارستها بدون الحاجة الى الوعي أو العبث المعرفي خلال اللعبة(اسماعيلي يامنة ، 2014, ص 303).

5.3.5. ذاكرة المعاني (الذاكرة الدلالية) (Mémoire sémantique): ويخزن في هذه الذاكرة شبكات من المعاني التي ترتبط بالأفكار والحقائق والمفاهيم والعلاقات والمعرفة العامة (سليمان عبد الواحد يوسف ابراهيم ،2013,ص30).

5.3.5. ذاكرة الأحداث (Mémoire déclarative): تشتمل هذه الذاكرة على جميع الخبرات التي مر بها الفرد خلال مراحل حياته المختلفة، وتحديدا تلك الخبرات ذات الطابع الشخصي التي ترتبط بزمان أو مكان أو حدث معين ففيها يتم تخزين الأسماء والأماكن والهوايات والميول والاهتمامات والنكات او أية حوادث اخرى تحمل معنى معين بالنسبة للفرد وتسمى هذه الذاكرة بالذاكرة التسلسلية لأن الخبرات فيها يتم تخزينها وفق ترتيب متسلسل يشبه الرواية أو الفيلم السينمائي(الزغول، 2014, ص66).

6. حل المشكلات (Résolution des problèmes):

عرف جيتس وآخرون (1966) حل المشكلة بأنها حالة يسعى خلالها الفرد للوصول الى هدف يصعب الوصول إليه بسبب عدم وضوح أسلوب الحل أو صعوبة تحديد وسائل وطرق تحقيق الهدف ، أو بسبب عقبات تعترض هذا الحل وتحول دون وصول الفرد الى ما يريد، وأن الأداة التي يستخدمها

الفرد في حل المشكلة هي عملية التفكير وما يبذله من جهد عقلي يحاول خلاله انجاز مهمات عقلية او الخروج من مأزق يتعرض له . إن حل المشكلات هو عمل فكري يتم خلاله استخدام مخزون المعلومات والقواعد والمهارات والخبرات السابقة في حل تناقض او توضيح أمر غامض او تجاوز صعوبة تمنع الفرد من الوصول الى غاية معينة . ويواجه الفرد المشكلة عندما يكون لديه هدف ولكنه لم يحدد سبل الوصول إليه وقد تكون المشكلة برهنة نظرية (الإجابة عن سؤال او اختيار مهنة أو الحصول على وظيفة . وعليه فإن حل المشكلة هو عملية يتم خلالها السعي لتحقيق هدف ما بعد تجاوز العقبات والصعوبات التي تعترض الوصول إليه(زغول ،2014 ،ص 268).

فهي القدرة على كيفية تحليل المشكلات وحلها والتركيز على مراحل الحل واستراتيجياته. ونعني به العمليات العقلية التي ينفذها الفرد للوصول الى هدف ما يتطلب اجتياز عدة عمليات وصعوبات نتيجة عدم وضوح مسار حل المشكلات (العيد،2021, ص19).

7.التعلم (Apprentissage):

تعتبر المقاربة المعرفية التعلم كعملية نشطة لبناء المعرفة، وتقر بوجود عمليات معرفية معقدة في التعلم، وطبيعة التراكمية للتعلم ودور المعارف السابقة.(Sandra , 2022, p5)

1.7. شروط التعلم :

يعتمد التعلم على بعض من الشروط الأساسية، يجب توافرها لكي تتم عملية التعلم بصورة جيدة وبدونها لا يمكن أن تتم هذه العملية، ونركز على أهم الشروط ألا وهي :

- الدافع أو الدافية (Motivation)
- النضج (Maturation)
- الممارسة أو الخبرة (Expérience)
- الإستعداد (standby) (اسماعيلي، قشوش، 214، ص222).

8. القدرات البنائية البصرية : (Praxie visuo-constrictive)

وهي التي تسمح للفرد بإعادة الإنتاج أو الرسم التلقائي لأشكال بسيطة أو معقدة انطلاقا من نموذج، هذا النموذج داخلي فيما يخص الرسومات الحرة من الذاكرة، وخارجي عندما يتعلق الأمر

بمهمات النقل، هذه الوظيفة تخص المجالات الثنائية والثلاثية الأبعاد، تبعا للنموذج والإنتاج المنتظر(رسم، تجميع، بناء...).(الحاج، 2015، ص30).

9. اللغة (Langage):

اللغة هي الملكة الإنسانية المتمثلة في نظام من العلامات المستعملة من طرف جماعة لسانية ما .وهي عبارة عن إنتاج نشاط عصبي مركب، الذي يسمح من خلاله لحالة عاطفية أو نفسية معينة بالتعبير وذلك من خلال أصوات ، رموز كتابية أو إشارية (محمد،2011، ص 15).

اللغة هي النظام الكلامي الذي يقرن الأصوات والتراكيب والنحو والدلالة مراعيا في ذلك الجانب الاجتماعي . وهي الوسيلة للتواصل بين بني البشر ، والتي يعبر من خلالها الإنسان عن حاجاته وأفكاره ومشاعره ، وينقل عن طريقها كل ما توصل اليه الإنسان من إنتاج علمي وثقافي وحضاري وفني وتربوي واقتصادي(الظاهر، 2010 ،ص37).

1.9. المناطق الإسقبالية للغة :

وهي المناطق المسؤولة عن استقبال اللغة مجموعة كانت او مقروءة وتشمل هذه المناطق ما يلي :

- منطقة الترابط السمعي الموجودة في الفص الصدغي والمسؤولة عن فهم اللغة المنطوقة من الاخرين والمسموعة من الفرد.
- منطقة الترابط البصري الموجودة في الفص القفوي والمسؤولة عن فهم اللغة المكتوبة من الاخرين والمقروءة من الفرض
- منطقه فيرنيكي التي تقع بين الفصوص الثلاثة الجداري الصدغي والقفوي وان كان معظمها يقع اساسا في الفص الصدغي وهي المنطقة الترابطية المسؤولة عن فهم كل من اللغة المكتوبة والمنطوقة.

1.9. المناطق التعبيرية للغة :

وهي المناطق المسؤولة عن اصدار اللغة المكتوبة كانت او منطوقة وتشمل هذه المناطق ما يلي:

- منطقه بروكا الواقعة في الفصل الجبهي السائد والمسؤولة عن اصدار الكلام المنطوق.

- منطقه **اكزنار** الواقعة ايضا في الفصل الجبهي والمسؤول عن الكتابة.
- جزء من القشرة الحركية في الفص الجبهي والمسؤول عن حركة عضلات الكلام كالشفاه واللسان والحنجرة وهي العضلات التي تدخل في صميم عملية اصدار الصوت والالفاظ.
- منطقة ما تحت القشرة المتمثلة في **التلاموس** .
- بالإضافة الى الألياف الترابطية التي تربط بين منطقتي **بروكا وفيرنيكي** (عبد القوي، 2011، ص208).

10. الوظائف المعرفية عند المصاب بالورم السحائي:

يتم الإبلاغ بشكل متزايد عن اضطرابات الوظيفة المعرفية من قبل المرضى الذين يعانون من الأورام الدماغية حيث تم وصف هذه الظاهرة تحت مصطلح (الضباب المعرفي)

يتم وصف هذه الاضطرابات بشكل خاص في سياق العلاج الإشعاعي أو في سياق العلاج الكيميائي عِلاج إشْعاعيّ

تتضمن الآليات المقترحة بشكل رئيسي تمزق الحاجز الدموي الدماغي، إزالة الميلانين و الضمور القشري على المدى الطويل

يتم تقييم الاضطرابات المعرفية الموضوعية باستخدام بطاريات اختبار علم النفس العصبي الموحد.

تظهر الدراسات بعيدة المدى تدهورا معرفيا استنادا إلى نتائج الاختبارات النفسية العصبية الناجمة عن العلاج الكيميائي في 15 إلى 25٪من المرضى حيث يرجع تضرر الوظائف المعرفية إلى :نوع الورم موقع الورم، سرعة نمو الورم، وعمر المفحوص .

من بين الاضطرابات المعرفية الخاصة بالورم نذكر :اضطرابات لغوية اضطرابات بصرية فضائية اضطرابات التوازن (jean, 2004)

.– اضطرابات ذاكرة: مع اضطرابات الذاكرة العرضية بشكل أساسي والذاكرة العاملة

– الانتباه: مع تركيز وسرعة معالجة المعلومات

– المهام التنفيذية: مع صعوبات التخطيط والمرونة

ان الدراسات في التصوير العصبي على وجه الخصوص التصوير بالرنين المغناطيسي قد أظهرت نقص في حجم المواد البيضاء و والرمادية لمناطق الدماغ المهمة للأداء التّنفيذي (التلفيف شبه الحصيني، المنطقة الجبهية، التلفيف الزقري والفص الجداري)

(Mélanie, 2021 ,p 17)

وصف الاضطرابات المعرفية المتعلقة بالعلاجات المختلفة لأورام المخ.

الجِراحة

تعتبر الاضطرابات المرتبطة بها بؤرية وعابرة، تظهر مباشرة بعد التدخل وتنخفض في غضون 3 أشهر بعد الجراحة (sophie ,2016)

خلاصة :

لقد تطرقنا في هذا الفصل إلى مختلف الوظائف المعرفية التي يمتلكها الفرد من ذاكرة ، انتباه، لغة، حل المشكلات وغيرها من الوظائف ، كما أبرزنا بشكل واضح الوظائف المعرفية عند المصاب بالورم السحائي والذي يعتبر عنوان دراستنا، وسنفسر بشكل واضح في هذا العنوان في الإطار التطبيقي الذي يعتبر المحطة الموالية للدراسة

ثالثا: المناهج والادوات

تمهيد:

تتطلب الدراسة العلمية الوصول إلى نتائج دقيقة وموثوقة وذلك باتباع إجراءات منهجية مضبوطة وخطوات علمية صحيحة، فوضوح المنهج وما يبنى في إطاره من تصميم محكم وتجانس العينة وسلامة طرق تحديدها وحصرها واختيار أدوات البحث بما يناسب العينة وما تتميز به ، كل هذه الإجراءات تساعد في الوصول إلى نتائج ذات قيمة علمية، وهذا ما حاولنا التطرق اليه في هذا الفصل من خلال حرصنا على إتباع خطوات صحيحة من أجل الوصول إلى أهداف المبتغاة من الدراسة.

1.الدراسة الأولية:

تعد الدراسة الأولية في البحث العلمي أحد الإجراءات الأساسية التي يقوم الباحث العلمي باستخدامها لكي يعمل على تنفيذ وتطبيق الدارسة الميدانية، وعادةً ما يستعين بها الباحث العلمي إذا كان لا يملك معرفة كاملة عن الموضوع، لذا تساعده في تزويد معرفته وتجعله أكثر تعمقاً في موضوع دراسته، وبالتالي يصبح ملماً بجميع جوانبها، كما يمكن اعتبار الدراسة الأولية بمثابة نقطة الانطلاق للبحث العلمي بجميع أجزائه النظرية والتطبيقية (العملية)، فهي تعتبر اللبنة الأولية للدراسة الميدانية، والتي تعمل على تعزيز ثقة الباحث العلمي واستمراره في دراسته.

ولقد كانت بداية دراستنا الميدانية بشكل عام في المستشفيات نظرا لأنه المكان الأمثل لتواجد حالات مثل الأورام الدماغية، وذلك انطلاقا من مستشفى "كانستال" الذي لم تتوفر العينة فيه، وبعدها تم زيارة مستشفى الجامعي "ايسطوا" الذي واجهنا بعض الصعوبات في دخوله وفيه أيضا لم تتوفر العينة، وبعدها توجهنا إلى مستشفى الجامعي (chuo) والذي فيه توفرت عينة الدراسة، حيث تمكنا من زيارة الميدان وأخذ نظرة عامة حوله، والتعرف على الطاقم الطبي و العاملين هناك وإقامة علاقة جيدة معهم من أجل أن يعرفونا على الحالات أكثر ويزودونا بالمعلومات سواءا في الإطار التطبيقي وحتى في الإطار النظري.

أهداف الدراسة الأولية:

تهدف الدراسة الأولية إلى :

- تحديد موضوع الدراسة وضبطه

- تعرف على ميدان الدراسة الميدانية
- ضبط عينة الدراسة والكشف عن الحالات
- تحديد الأدوات الملائمة للدراسة

2.الدراسة الأساسية :

1.2..منهج الدراسة :

يعرف المنهج على أنه الأسلوب الذي يستخدمه الباحث في دراسة ظاهرة معينة والذي من خلاله يتم تنظيم الأفكار المتنوعة بطريقة تمكنه من علاج مشكلة البحث . وفي دراستنا اعتمدنا على المنهج العيادي كونه المنهج الأمثل لموضوع بحثنا .

حيث يتناول **المنهج العيادي** دراسة وتحليل سلوك الأفراد الذين يختلفون في سلوكهم اختلافا كبيرا عن غيرهم من الناس، مما يدعو الى اختبارهم اسوياء كانوا او غيراسوياء وذلك بقصد مساعدتهم في التغلب على مشكلتهم وتحقيق تكييف الأفضل .فالمنهج العيادي يريد دراسة الشخص بكل ما يحتويه، فهو دراسة عميقة لحالة فردية في بيئتها يعني في ضوء المجتمع الذي تنتمي اليه.

اذا فان المنهج العيادي هو الدراسة المعمقة للشخصية كحالة فردية (عادية ام مرضية)، يستهدف فهم الحالة الراهنة لسلوك الفرد اعتمادا على معطيات تاريخه الماضي وادائه الحاضر، بغية تشخيص الحالة انيا مع التقدير او التنبؤ بتطورها مستقبل، ثم الانتقاء بعد ذلك الطرق العلاجية المناسبة.(حاج سليمان فاطمة زهراء،2021, ص 11).

2.2.حدود الدراسة :

1.2.2.الحدود الزمانية للدراسة :

دامت الدراسة الميدانية لموضوع البحث من 23 ديسمبر 2023 إلى غاية شهر ماي 2024 .

2.2.2.الحدود المكانية للدراسة :

تم إجراء هذه الدراسة في المستشفى الجامعي لمدينة وهران (plateau-chu-) ،بالتحديد في مصلحة جراحة الأعصاب حيث يحتوي القسم على قاعة الفحوصات للحالات المستعجلة، وأيضا قاعة لإجراء المقابلات مع المرضى كما أنها تحتوي على آرشيفات الحالات، ويوجد قاعات لإجراء العمليات الجراحية، تضم المصلحة رئيس القسم، و 3 أطباء مختصين في جراحة الأعصاب، بإضافة

إلى عاملي الإدارة وتهتم هذه المصلحة بشكل أكبر بإجراء العمليات الجراحية ومتابعة الحالات التي تعاني: الأورام العصبية الليفية (neurofibromatose)، ورم البطانة العصبية (épondymome)، الورم النجمي (asrocytomes)، الورم السحائي (méningiome).

3.2.عينة الدراسة:

لقد تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية وهي متمثلة في حالة واحدة تعاني من ورم سحائي (mèningiome) حيث تحمل الحالة المواصفات التالية:

-يجب أن تكون الحالة تعاني من ورم سحائي .

-كما يجب أن يكون لديها مستوى ثقافي جيد كأدنى حد مستوى ثانوي وذلك بهدف فهم بنود الإختبار وإجراءه.

4.2.أدوات الدراسة :

1.4.2. الملاحظة الإكلينكية :

تعرف الملاحظة بأنها : المشاهدة والمراقبة الدقيقة للسلوك أو ظاهرة معينة وتسجيل ملاحظات أولا بأول كذلك الاستعانة بأساليب الدراسة المناسبة لطبيعة ذلك السلوك او تلك الظاهرة بغية تحقيق أفضل النتائج والحصول على أدق المعلومات.

وتركزت ملاحظتنا على الإهتمام بكل جوانب الحالة بشكل عام، الحالة النفسية للحالة، الجانب اللغوي من فهم وانتاج، الجانب الحركي(هل يوجد لدى الحالة اضطرابات حركية).

2.4.2. المقابلة الإكلينيكية:

وتعرف المقابلة بأنها : محادثة أو حوار موجه بين الباحث من جهة وشخص أو أشخاص آخرين من جهة اخرى بغرض الوصول الى معلومات تعكس حقائق او مواقف محددة يحتاج الباحث الوصول اليها بضوء أهداف بحثه .

حيث تمحور الهدف من إجراء مقابلتنا حول جمع معلومات شاملة حول الحالة، معرفة التاريخ المرضي لدى الحالة (بداية وتطور الورم)، بالإضافة إلى المعلومات المتحصل عليها من الملفات الطبية.

3.4.2.تعريف بأداة الدراسة :

اعتمدنا في دراستنا على بطارية التقييم المعرفي (bec96) هذه البطارية اعدت من طرف (jean–Louis signoret) وهي مجموعة من الإختبارات أجريت في الأصل على المصابين بمرض الزهايمر وذلك لقياس الذاكرة والإختلالات المعرفية المصاحبة، وهذه البطارية صالحة لتشخيص اضطرابات القدرات المعرفية(الذاكرة، الإنتباه، الإدراك، التعلم، اللغة وحل المشكلات).

كيفت هذه البطارية من طرف الأستاذة **سعيدة ابراهيمي** وزملائها(أ. بوريدح نفيسة، أ. زينات فطيمة، أ.لعربي نورية، أ.تيقمونين نجية)حيث قامت بتكييفها على (241) من الأطفال العاديين الذين يتراوح سنهم ما بين 7 إلى 12سنة حيث كيف الإختبار من البيئة الأصلية(اللغة الفرنسية) إلى البيئة الجزائرية (اللهجة العربية الدارجة) سنة **2008**.

– تقديم بنود الإختبار :

–البند الأول : التحكم الذهني (المعالجة الذهنية)

التعليمة : نطلب من المفحوص أن يعرض أيام أسبوع بالترتيب ومساعدته عند الحاجة ثم نطلب منه عرضها بالشكل المعاكس .

الفاحص يبدأ السلسلة بإقتراح : الأحد، السبت .... أكمل .

التنقيط :

- خمسة أيام بالترتيب : 12
- أربع أيام بالترتيب : 9
- ثلاثة أيام بالترتيب : 6
- يومين بالترتيب : 01
- انعدام الإجابة : 0

– البند الثاني : التوجيه

ندعوا المفحوص على خمسة أسئلة :

1- ماهو عمرك ؟
2- في أي سنة نحن ؟
3- في أي يوم نحن ؟

4- في أي شهر نحن؟

5- ماهو اسم رئيس الجمهورية؟

التنقيط :

عند ذكر العمر والسنة (اجابات صحيحة): ثلاث نقاط (3) لكل إجابة .

الشهر، اليوم ، رئيس الجمهورية: نقطتين لكل إجابة.

نعطي نقطة في حالة إجابة خاطئة لكن مصححة تلقائيا بدون حث من الفاحص .

-البند الثالث : التذكر(اكتساب الصور الستة للإستحضار والتعرف)

-التعليمة : ندعوا المفحوص لتذكر ستة صور التي سوف تقدم له، هذا الإختبار مخصص لتقييم الإسترجاع . نأخذ مهلة بعد تجربتين متتاليتين

طريقة الأداء : نضع أمام المفحوص اللوحة التي تمثل في شكل عمودي طائرة، كأس، سمكة، سروال، زهرة ، ونخلة .

-يجب تنبيه المفحوص أن عليه أن يثبت النظر في هذه الصور حتى يتمكن من تخزينها وبالتالي استرجاعها في وقت لاحق .

-نترك اللوحة مدة 30د أمام المفحوص مع إعادة تذكير المفحوص أنه يجب تخزين هذه الصور فعليه أن يوجه انتباهه الى اللوحة .

- البند الرابع : حل المشكلات

نطلب من المفحوص حل نوعين من المشاكل: ثلاثة مشاكل لفظية ذات تفكير مجرد، أي ايجاد العلاقة بين معاني الكلمات المختلفة، إما ايجاد تشابه لكلمتين من نفس الصنف أو اعطاء تعريف لمثل ما -ثلاثة مشاكل في علم الحساب ترتكز حول الحساب والإستدلال والحكم

-التعليمة : هناك 3 أسئلة عليك أن تجيبني عليها أولا، ثم أقدم لك 3 مسائل حسابية وعليك ايجاد حل المناسب لكل مشكل .

أ- **المشاكل اللفظية :**

- هل ينتمي التفاح والعنب إلى نفس الفئة ؟
- هل تنتمي الأريكة والسرير إلى نفس الفئة؟
- ما معنى مقولة " في التأني السلامة وفي العجلة الندامة ".

التنقيط :

2 نقاط لكل إجابة صحيحة .

- الإجابة الصحيحة هي الفاكهة نقطة إذا أجاب حلوة أو مواد غذائية
- الإجابة الصحيحة هي الآثاث (في حالة إجابة استراحة الجلوس تعطى نقطة واحدة).
- تقيم الإجابة إذا كانت صحيحة وواضحة، نحسب نقطة إذا كانت الإجابة بِحث من الفاحص .

ب- **المسائل الحسابية :**

أولا: عندك 50 دينار جزائري، صرفت 30 دينار جزائري، كم يبقى لديك .

ثانيا: نشتري 2كلغ من البرتقال ب 20 دينار جزائري كم تدفع للبائع ؟

ثالثا: تشتري 2كلغ من الطماطم ب 60دج، وأعطيت للبائع 10دج، كم يرجع لك ؟

التنقيط :

نقطتين للإجابة الصحيحة .

نقطة واحدة في حالة إجابة أولية خاطئة لكن هناك تصحيح فوري وتلقائي أو إجابة غير كاملة أو غير كافية

صفر في حالة الإجابة الخاطئة أو لا يوجد إجابة

-البند الخامس: السيولة اللفظية

نطلب من المفحوص إيجاد أكبر عدد من الكلمات التي تنتمي لصنف نقترحه عليه في وقت محدد بدقيقة مثل أسماء الحيوانات .

التعليمة : أذكر لي أكبر عدد من أسماء الحيوانات (أو الصنف المقترح).

التنقيط :

كل إجابة بنقطة ولا نحسب عدد الأسماء إذا تجاوزت 12

-البند السادس : الإسترجاع (الإستحضار و التعرف)

نطلب من المفحوص تذكر الصور الستة التي شاهدها من قبل (في البند الثالث)، ثم نطلب منه التعرف على الصور من بين 24 صورة.

التعليمة: أذكر لي الصور التي رأيتها من قبل .

التنقيط : - استرجاع بالتذكر : (6 نقاط) كل إجابة صحيحة نقطة .

-استرجاع بالتعرف : (6 نقاط) كل إجابة صحيحة نقطة.

-البند السابع : التعلم

نقدم للمفحوص قائمة من 8 كلمات عليه تعلمها :

جريدة ، بيانو ، سحاب ، حقيبة ، خروف ، مكنسة ، مفتاح ، بندقية يقرأ الفاحص الكلمات بالترتيب، كل كلمة في 2ثا (ايقاع القراءة ثقيل) وفي نهاية الكلمة نطلب منه إعادتها , ويدوم هذا 30ثا.

التنقيط : تمرين منقط على 12 نقطة كالآتي :

نأخذ بعين الإعتبار المحاولتين الجيدتين ولكل إجابة صحيحة نقطة . فإذا تجاوزت الإجابة الصحيحة 12 نقطة نقسم المجموع على المحاولتين .

-البند الثامن : التسمية .

نطلب من المفحوص تسمية 12 صور تمثل أشياء من الحياة اليومية بعضها مألوف والبعض الآخر غير مألوف وهي : **منزل، مقص، فيل ، مشط ، حنفية ، هاتف ، معطف ، تلفاز ، سلم ، جرس ، طائرة ، عمودية ، تمساح .**

التعليمة : سأقدم لك بطاقة تحمل 12 صورة تمثل أشياء من الحياة اليومية وعليك ان تسمي لي الصورة التي تتعرف عليها .

التنقيط : التمرين منقط على 12 نقطة كالآتي

-إجابة صحيحة في 5 ثواني – نقطة -.

-إجابة بعد 5 ثواني أو خاطئة ومصححة من طرفه' 0.5 نقطة .

-البند التاسع: تمرين التركيب البصري :

نطلب من المفحوص رسم أشكال هندسية مقدمة له من طرف الفاحص تتمثل في مكعب ومجموعة مثلثات متقاطعة .

التعليمة : سوف أقدم لك بطاقة تحمل أشكال هندسية، عليك إعادة رسمها

التنقيط : التمرين منقط على 12 نقطة كالآتي :

-نتيجة المكعب(6 نقاط): نقطتين لكل وجه، نقطة لوجه ذو 4 جوانب .

-نتيجة المثلثات(6 نقاط): نقطة لكل مثلث ، نقطة للمثلث الصغير ، نقطتين للتقاطع الجيد للمثلثين الكبيرين .

الأدوات المستعملة :

تتمثل في ثلاث بطاقات و ورقة التنقيط مقاس A4(21×30سم).

- **البطاقة الأولى:** تمثل من جهة 6 صور لأشياء على المفحوص تذكرها. ومن الجهة الأخرى تحمل صور لتمرين التعرف.

- **البطاقة الثانية:** تمثل 12 صورة لأشياء خاصة بنشاط الألفاظ.

- **البطاقة الثالثة:** تمثل أشكال هندسية خاصة بنشاط التركيب البصري.

يجب إستعمال مقياس الوقت لتمرين السيولة اللفظية و قلم رصاص لتمرين التركيب البصري.

ترتيب القيام بالتمارين :

يجب احترام الترتيب للحصول على النتائج الصحيحة، وهو كالآتي :

1- تمرين المعالجة الذهنية.
2- تمرين التوجه .
3- تقديم 6 صور للتذكر .
4- تمرين لحل المشاكل .
5- تمرين السيولة اللفظية .
6- تمرين للتذكر.
7- تمرين التعلم .
8- تمرين التسمية .
9- تمرين التركيب البصري.

لتحليل الاضطرابات المعرفية بصورة كيفية يجب أن ندقق في شدة وحدة الاضطراب .

المجموع العام :- ما فوق 60 :يعتبر اضطرابا طفيفا.

- ما بين 30 و 60 :يعتبر اضطرابا متوسط.

- تحت 30 :يعتبر اضطرابا شديدا.

أما بالنسبة للبنود : فالتقدير يكون كالتالي :

12 -لا يوجد اضطراب absent trouble

10-اضطراب طفيف (خفيف) Léger trouble

8-اضطراب متوسط trouble modéré

6-اضطراب مسجل trouble marquè

4-اضطراب شديد trouble sévère

2-اضطراب قوي جدا trouble intense

0-اضطراب عميق trouble majeur

خلاصة :

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل تكونت لدينا فكرة حول المنهج المستخدم، والإختبار الذي تم تطبيقه في دراستنا لنخرج بحوصلة علمية التي ستمكننا من فهم النتائج وتفسيرها بكل سهولة وهذا ما سنتطرق له في الفصل الموالي.

رابعا : عرض النتائج

تمهيد:

بعد تحقيق أهداف الدراسة الأولية وضبط أجزائها، سنتطرق في هذا الفصل إلى عرض نتائج الحالة بعد تطبيقنا لإختبار بطارية التقييم المعرفي (bec96) عليها, وتفسير نتائج المتحصل عليها في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة لنخرج في آخير باستنتاج عام .

تقديم الحالة (ش.ب) :

الحالة (ش.ب) رجل راشد، يبلغ من العمر 43 سنة، مقيم في غليزان، ناطق باللغة العربية والعامية، متزوج وأب لطفلين، يعمل كتاجر، ومستواه الدراسي المستوى الثاني من التعليم الثانوي .

الملاحظات الأولية عن الحالة (ش.ب) :

بعد اصابة الحالة (ش.ب) بالورم السحائي أظهرت الحالة أنها تعاني من تعب شديد وصداع مستمر، بالإضافة إلى أنها تعاني من مشاكل في الرؤية، كما أنها في بعض الأحيان تفقد القدرة على تذكر الأشياء، بينما لاحظنا أن مستواه في الفهم جيد من خلال الحديث معه وسؤاله، فقط في بعض المرات يطلب مساعدة زوجته عندما تصبح الأمور أكثر تعقيدا بالنسبة له، وبالنسبة للجانب الإنتاجي بشكل عام فهو جيد.

تاريخ المرض :

ترجع بداية الإصابة بالورم السحائي إلى تاريخ 2022 حيث تعرضت الحالة إلى صداع مزمن ومستمر، ما حفز الحالة إلى استشارة طبيب عام حيث تم وضعه تحت مسكنات الألم(علاج مسكن)، ولكن عند تطور المرض وتفاقم الأعراض المتمثلة في الصداع المزمن ، ضعف عضلي في نصفي الجسم الأيمن والأيسر أدى به ذلك إلى الذهاب للمستشفى الجامعي (chuo-plateau) وذلك لاستشارة طبيب أعصاب أين طلب منه القيام بتصوير بالرنين المغناطيسي (IRM) والتصوير المقطعي (TDM).

الفحوصات المكملة :

-فحص الرأس : لا يوجد ندوب لصدمة جمجمية حديثة، لا يوجد نزيف داخل الأنف .

-فحص عصبي: المفحوص واعي بشكل جيد 15/15 حسب سلم (glasgow)

-فحص الأعضاء العلوية: عجز جزئي في القوة العضلية في كلا الجانبين مع الإحتفاظ بالحركة في الجانب الأيمن.

-الأمراض المسببة: أسباب وعائية ورم دموي تحت الأم الجافية وحادث وعائي دماغي في النصف الكروي الأيمن.

تم تشخيص الحالة (ش.ب) من طرف طبيب مختص في جراحة الأعصاب على أساس فحوصات إشعاعية من بينها (scanner crânioencéphalique) و (IRM) وكانت النتائج الفحوصات كالآتي

-Scanner cranien encéphalique (14-11-2023)

PEIC sus tentoriel adhérant à la faux du cerveau et au sinus sagittal supérieure pouvant correspondre à un méningiome agressif de la faux du cerveau ou autre PEIC , intérêt de compléter par une IRM cérébrale

-Imagerie par résonance magnétique (18-11-2023)

Volumineux processus tumoral parieto occipital expansif avec engagement sous-falcoriel, évoquant un méningiome agressif de la faux du cerveau.

وتظهر النتائج بشكل عام أن الحالة(ش.ب) تعاني من ورم عدواني وهو ورم سحائي من نوع (**méningiome de la faux**)

الفحص الأرطوفوني:

قبل تطبيق الإختبار على الحالة(ش.ب)، قمنا بتقييم شامل لجوانب الحالة وذلك من أجل التأكد من أن المفحوص سيتجاوب بشكل جيد مع تعليمات الإختبار.

وعليه فقد تأكدنا أولا من أن الحالة واعي تماما بالإضطراب (nosognosique) من خلال حديثه عن الأعراض التي يتعرض لها ومن أن لديه تكيس في الدماغ (بالنسبة له

هو تكيس وليس ورم)، مستوى الفهم لديه جيد بما أننا عند سؤاله : كيف الأحوال؟ يجيب بأنه بخير، وعند طلب منه الحديث عن عمله تكلم بشكل جيد، فالحالة يتحدث بشكل جيد في مواضيع ومحاور مختلفة ، كما أنه يعرف اسمه، ويعرف زوجته وأولاده ، اضافة الى ذلك الجانب الإنتاجي لديه جيد لأنه يجيب بكل سهولة، الجانب الحركي يواجه فيه صعوبات بما اننا عند اعطائه القلم وطلب منه كتابة اسمه واجه صعوبة في ذلك .

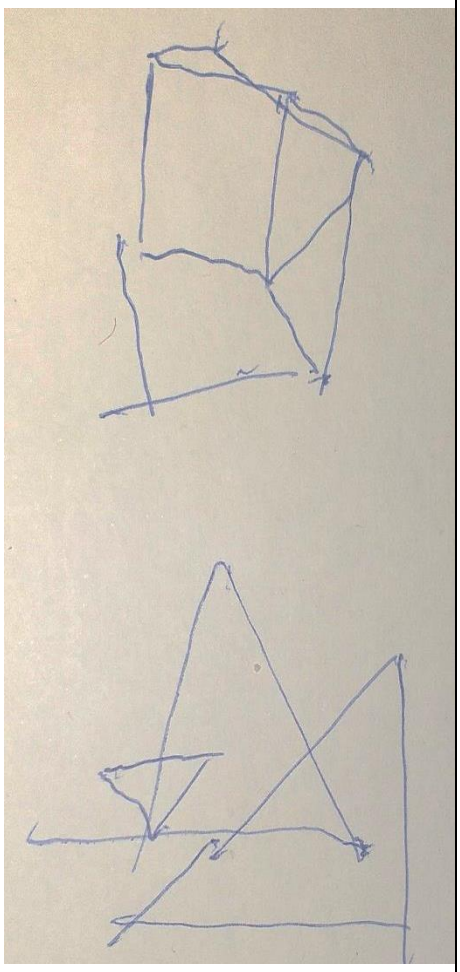
وبما أننا تمكنا من القيام بفحص شامل للحالة ، أدركنا أنه يمكن تطبيق اختبار بطارية التقييم المعرفي عليها .

عرض نتائج الحالة:

بعد تطبيق بطارية التقييم المعرفي (bec96) على الحالة (ش.ب) تحصلنا على النتائج التالية والتي سنعرضها في الجدول كالآتي:

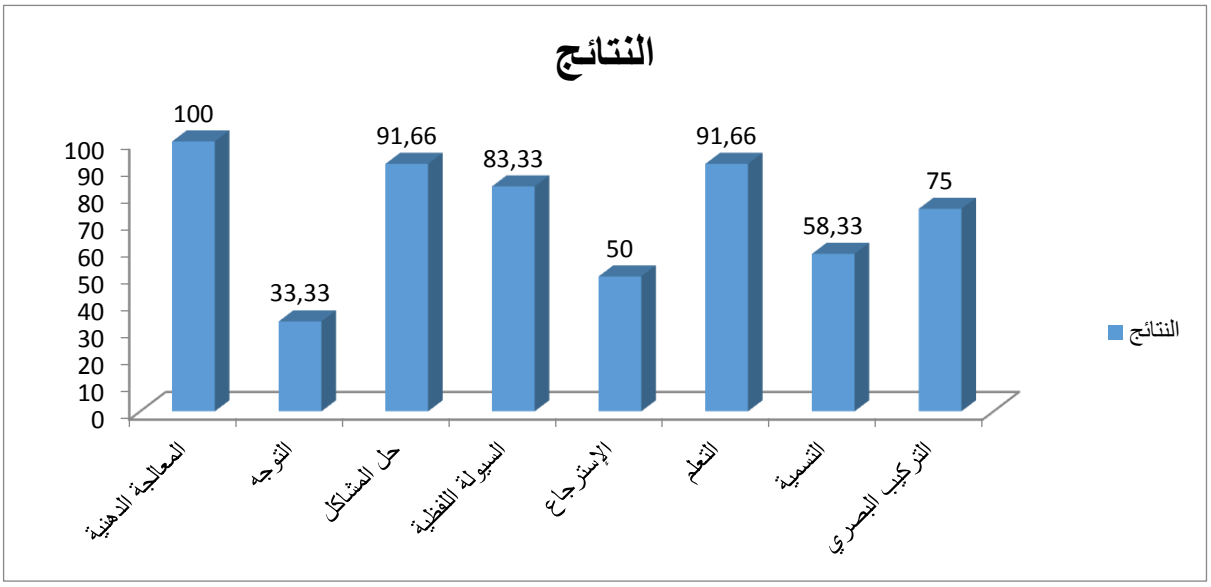
البنود	محتوى البنود	إجابات الحالة (ش.ب)	التنقيط
1- المعالجة الذهنية	**1**-ذكر ايام الأسبوع بالترتيب الصحيح **2**-ذكر أيام الأسبوع بطريقة عكسية	1-ذكرت الحالة الترتيب الصحيح لأيام الأسبوع. 2-ذكرت الحالة أيام الأسبوع بطريقة عكسية.	**12/12**
2-التوجه	اجابة على 5 أسئلة: -كم عمرك ؟ -في أي عام نحن؟ -في أي شهر نحن؟ -ماهو تاريخ اليوم؟ -ماهو اسم رئيس الجمهورية؟	-العمر: أخطأت الحالة 42 -العام: اجابة خاطئة 2024 -الشهر: اجابة صحيحة -ديسمبر- تاريخ اليوم: لم يستطع تذكر تاريخ اليوم واكتفى بقول 28أو 29. -رئيس الجمهورية: عبد المجيد تبون	**4/12**
3-التذكر (اكتساب الصور).	سوف أريك 6 صور، عليك التركيز عليها جيدا لأني سأطلب منك استرجاعها فيما بعد، ونترك له مهلة 30ثا، ثم يقوم بتسمية كل صورة مرتين.	تمكنت الحالة من تسمية كل صورة مرتين .	لا نقدم تنقيط في هذا البند، تقدم في بند

			"6"
4-حل المشكلات	1-**المشكلات اللفظية:** .هل ينتمي التفاح والعنب إلى نفس الفئة؟ .هل تنتمي الأريكة والسرير إلى نفس الفئة؟ .معنى مقولة" في التأني السلامة وفي العجلة الندامة" 2-**المشكلات الحسابية:** .لديك 50دج اشتريت ب30دج كم يبقى عندك من المال؟ .تشتري 2كلغ من البرتقال ب20دج.كم تدفع للبائع؟ .تشتري 2كلغ من الطماطم ب 60دج،وأعطيت للبائع 10دج كم يرجع لك؟	**1-المشكلات اللفظية** . ينتمي التفاح والعنب إلى نفس الفئة وهي الفواكه .تنتمي الأريكة والسرير إلى نفس الفئة وهي الآثاث المنزلية . .معنى مقولة: حوادث المرور. 2-**المشكلات الحسابية** .اجابة :20دج .اجابة:20دج .اجابة:40دج	**11/12**
5-السيولة اللفظية	نطلب من المفحوص إيجاد أكبر عدد من الكلمات التي تنتمي لصنف نقترحه عليه في وقت محدد دقيقة(الصنف المقترح أسماء الخضر).	**أسماء الخضر**: بطاطا، زرودية، بصل، قرعة/قورجات، شوفلار، سلاطة، طماطس، خيار، فلفلة.	**10/12**
6-الإسترجاع	يطلب من المفحوص استرجاع الصور -استرجاع بالتذكر -استرجاع بالتعرف.	-استرجاع بالتذكر: طيارة، شجرة . -استرجاع بالتعرف: طيارة – فنجان- وردة-سروال	**6/12**
7-التعلم	نقدم للمفحوص 8 كلمات عليه تعلمها (جريدة، بيانو، سحاب، حقيبة، خروف، مكنسة، مفتاح، بندقية) نقرأ للمفحوص الكلمات بالترتيب كل كلمة في 2ثا(ايقاع القراءة ثقيل) وفي نهاية الكلمة نطلب منه إعادتها ويدوم هذا 30ثا وذلك على ثلاث محاولات .	أعاد المفحوص في المحاولة 1: جريدة- بيانو- سحاب- حقيبة- مكنسة. في المحاولة 2: جريدة- سحاب- حقيبة- خروف- مكنسة- مفتاح- بندقية . في المحاولة 3: جريدة- بيانو-	**11/12**

		سحاب- حقيبة- خروف- مكنسة- مفتاح- بندقية .	
8-التسمية	نطلب من المفحوص تسمية 12صورة منزل، مقص ،فيل، مشط، حنفية، هاتف ، معطف، تلفاز، سلم، جرس، طائرة، عمودية، تمساح.	**تسمية الصور:** فيل- مشط- هاتف- معطف- تلفاز- سلم- طائرة.	**7/12**
9-تمرين التركيب البصري	نطلب من المفحوص رسم أشكال هندسية مقدمة له من طرف الفاحص تتمثل في مكعب ومجموعة مثلثات متقاطعة.	**رسم المكعب والمثلثات:** 	**9/12**
المجموع			**70/96**

التنقيط :

البنود	النتيجة المتحصل عليها	النتائج بالنسبة المئوية
المعالجة الذهنية	12/12	%100
التوجه	4/12	%33.33
حل المشاكل	11/12	%91.66
السيولة اللفظية	10/12	%83.33
الإسترجاع	6/12	%50
التعلم	11/12	%91.66
التسمية	7/12	%58.33
التركيب البصري	9/12	% 75
المجموع	70/96	



نتائج تطبيق اختبار بطارية التقيم المعرفي (BEC 96)

خامسا : مناقشة النتائج

مناقشة النتائج :

من خلال تطبيقنا لبطارية التقييم المعرفي (bec96) على الحالة (ش.ب) أظهرت لنا النتائج بشكل عام أنه يوجد اضطراب طفيف على مستوى الوظائف المعرفية بما أن نتيجة التطبيق كانت فيما يعادل70/96 حيث نلاحظ من خلال النتائج أن الحالة لم تتوفق في بعض البنود التي أهمها بند التوجه حيث كانت النتيجة 12/4 مما يؤكد على أنه يوجد لدى الحالة خلل شديد في التوجه الزماني، وأيضا نلاحظ انه يوجد خلل واضح فيما يخص بند الإسترجاع 12/6 مما يفسر عدم قدرة الحالة على الإحتفاظ بالمعلومات لفترة طويلة، كما نلاحظ أن قدرات الحالة على التسمية كانت متوسطة نوعا ما نظرا لأن نتيجة كانت 7/12، وأيضا فيما يخص بند التركيب البصري نلاحظ أن الحالة واجهت بعض الصعوبات السطحية في نسخ الرسم حيث كانت النتيجة 9/12 خصوصا في رسم المكعب وهذا ما يدل على وجود عوائق طفيفة خاصة بالقدرات البصرية المكانية، بينما نسجل نتائج جيدة فيما يخص بند المعالجة الذهنية حيث كانت النتائج 12/12 وكذا بند حل المشاكل التي قدرت نتائجه ب 11/12 مما يدل على أن الحالة لديها قدرات جيدة في الوظائف اللغوية والحسابية ،كما نضيف الى ذلك قدراتها الجيدة فيما يخص تخزين الفوري والذي يظهر من خلال بند التعلم بنتيجة 11/12.

نلاحظ حسب نتائج التحليل الكمي وبتطبيقنا لاختبار التقييم المعرفي (bec96) أن نتائج الحالة (ش.ب) كانت جيدة عموما، حيث أن الحالة لم تظهر صعوبات معرفية مميزة، فقط في بعض البنود مثل بند التوجه هنا عكست النتائج أنه يوجد صعوبات تخص التوجه الزماني وهذا من خلال إجابات المقدمة، حيث أن الحالة أخطأت في سنها ولم تتعرف على العام الذي نحن فيه وهذا ما يشير أكثر الى اضطرابات في الذاكرة طويلة المدى خصوصا الذاكرة العرضية و الذاكرة الأوتوبيوغرافية بالإضافة إلى بعض المشكلات التي واجهتها الحالة في الإسترجاع مما يدل على أن الحالة لديها بعض الصعوبات التي تخص الإستحضار وقدرات الإحتفاظ والإسترجاع التلقائي، حيث لم تتمكن الحالة من استرجاع الصور التي تم اكتسابها سلفا، وحتى أنها لم تتمكن من التعرف على كل الصور التي اكتسبتها من بين 24 الصور المقدمة، كما نلاحظ أن الحالة لديها نقص لغوي وهذا ما تمت ملاحظته في بند التسمية بما أنها واجهت صعوبة في انتقاء الكلمات بشكل صحيح حسب التعليمة المعطاة، كما نضيف أن الحالة تعاني من صعوبات سطحية تمس الإدراك والتوجه الفضائي وذلك يظهر من خلال بند التركيب البصري حيث نلاحظ أن الحالة لديها صعوبات طفيفة في انجاز

الرسومات خصوصا رسم المكعب وفي إدراك تموقع كل جزء منه، بينما كان أداءها فيما يخص تمرين المعالجة الذهنية جيد حيث استطاعت الحالة ذكر ايام الأسبوع بالترتيب الصحيح بصفة سهلة وحتى بصفة عكسية تمكنت من ذلك، وأيضا في بند حل المشكلات تمكنت الحالة من الإجابة حول بند المشكلات اللفظية بأداء جبد وايضا بخصوص المشكلات الحسابية كانت الإجابات المقدمة صحيحة مما يدل على أن الوظائف اللغوية ووظائف الحساب والتفكير المنطقي جيدة لدى الحالة، كما نضيف أن بند التعلم وبند السيولة اللفظية كان نشاطها جيدا مما يفسر قدراتها على التخزين الفوري والأداء اللغوي الجيد خصوصا في الحقل المعجمي.

-مناقشة النتائج في ظل الفرضيات والدراسات السابقة:

-مناقشة النتائج في ظل الفرضية العامة: والتي تنص:

"يوجد اضطرابات على مستوى الوظائف المعرفية عند الحالة التي تعاني من الورم السحائي "

وللتحقق من الفرضية العامة، قمنا بإجراء الدراسة الميدانية ومتابعة الحالة وهذا بالرجوع الى الملف الطبي (TDM) و (IRM) الذي أظهر بأن الحالة تعاني من ورم سحائي من نوع (Méningiome de la faux) والذي أنتج لدى الحالة الأعراض التي تمثلت في صداع مزمن ومستمر، تعب شديد، بالإضافة إلى مشاكل في الرؤية وبعض مشكلات التي واجهته في الذاكرة مثل نسيان بعض الأشياء، وبعدما تم تقييم الحالة بشكل عام، طبقنا عليها اختبار بطارية التقييم المعرفي (bec96) الذي بدوره يقيس العديد من القدرات المعرفية مثل انتباه، ادراك، اللغة، التعلم، حل المشكلات.

وبعد تطبيقه على الحالة اظهرت النتائج عامة أن الحالة تعاني من اضطرابات طفيفة على مستوى الوظائف المعرفية التي تمثل بدورها المسير المركزي لحياة الفرد، بحيث أظهرت نتائج التطبيق التي قدرت ب 70 من مجموع 96 أن الحالة لم تتوفق في جميع البنود، خصوصا في بند التوجه الذي يعتبر أساس الخبرات الزمانية، حيث يتوضح لنا أن الحالة لديها خلل في الأحداث المتعلقة بالمفاهيم الزمانية وهذا ما يشير أكثر الى اضطرابات في ذاكرة الأحداث التي تتعلق بالأمور التي حدثت في زمان ومكان معين وايضا خلل على مستوى الذاكرة الأتوبيوغرافية التي تخص هوية شخص بحد ذاته بما أنه لم يتمكن من معرفة سنه، بالإضافة إلى اضطرابات التي ظهرت في بند الاسترجاع والذي

يعتبر المحطة التي يتم الإحتفاظ وتخزين جميع المعلومات فيها، حيث أظهر هذا الآخير أن الحالة تواجه صعوبات في استحضار المعلومات من الذاكرة طويلة المدى، بالإضافة إلى اضطرابات في بند التسمية والذي يفسر الأداء اللغوي المضطرب لدى الحالة، مما يلخص لنا وجود اضطرابات معرفية واضحة ووجود صعوبات في الأداء المعرفي لدى الحالة ، وهذا ما أكدت عليه دراسة "صوفي فين دير ليندن" (2014) في بحثها عن حدوث وشدة الخلل المعرفي لدى المرضى المصابين بالورم السحائي حيث أظهر المرضى درجات أقل في جميع المجالات المعرفية : الذاكرة، المرونة المعرفية، سرعة معالجة الأداء التنفيذي"

وهذا ما يدل على أن الفرضية العامة للدراسة تحققت.

-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الفرعية الأولى :

حيث تنص الفرضية على أن :" يوجد اضطرابات على مستوى الذاكرة عند الحالة التي تعاني من الورم السحائي "

وللتحقق من صحة الفرضية كنا قد طبقنا بطارية التقييم المعرفي (bec96) التي بدورها تقيس وظيفة الذاكرة، حيث لاحظنا من خلال التحليل الكمي والكيفي التي قدرت نتائجه ب 6 من أصل 12 إجابة، أن الحالة تجد صعوبة في استرجاع المعلومات التي تم تخزينها في الذاكرة طويلة المدى، بما أنها واجهت صعوبة في استدعاء واستحضار الكلمات التي تم التعرف عليها و طلب منها تخزينها سلفا، مما يدل على أن المعلومات التي يطلب منها تخزينها لفترة طويلة تجد صعوبة في استرجاعها فيما بعد، حيث أنه لم يتذكر ولم يستطع التعرف على كامل الصور التي قدمت له مسبقا، ولكن نشير الى أن الذاكرة العاملة لديه محتفظ بها وهذا ما أظهرته نتيجة بند التعلم التي قدرت ب 11 من أصل 12اجابة، أي أن الحالة لديها القدرات الكافية للتخزين الفوري للكلمات أو المعلومات، ولكن تواجه بعض صعوبات في الاستحضار من الذاكرة طويلة المدى. وهذا ما اثبتته دراسة "ريناتو جوندار" وآخرون في سنة (2021)للأورام السحائية والضعف المعرفي بعد العلاج، وحسب الإحصائيات فقد كانت هناك دراسة واحدة أظهرت عجزا في مختلف الأبعاد المعرفية (الذاكرة، الإنتباه، الوظائف التنفيذية، اللغة، المرونة) و كانت الذاكرة أكثر وظيفة متضررة وهذا ما يثبت بأن فرضيتنا التي نصت

على أنه يوجد اضطرابات على مستوى الذاكرة عند الحالة التي تعاني من الورم السحائي صحيحة مما يدل على أن الفرضية الجزئية تحققت.

-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الفرعية الثانية :

التي تنص على وجود اضطرابات في اللغة لدى الحالة التي تعاني من الورم السحائي.

حيث أظهرت نتائج التحليل الكمي والكيفي أن الحالة تعاني من اضطرابات واضحة على مستوى اللغة، التي تعتبر الملكة الذهنية التي يتميز بها الإنسان والنظام الذي يمكن الفرد من الفهم والمعالجة والتعلم والتواصل مع الغير، ويتضح خلال النتائج أن هذه الصعوبات كانت في بندي السيولة اللفظية وبند التسمية، باعتبارها عمليتين وركيزتين أساسيين في اللغة، حيث أن الحالة واجهت صعوبات تتجلى في نقص الكلمة والذي نعلم أنه دائما ما يظهر بشكل أساسي في بند التسمية، وظهر ذلك على الحالة من خلال محاولتها تسمية بعض الصور التي تمثل أشياء من الحياة اليومية، أي أن الحالة لم تتمكن من ايجاد الكلمات المناسبة لتسمية الصور وحتى أنها لم تستعمل إستراتجية الكلام التلميحي أو استراتجية أخرى لتوضح لنا من أنها بالفعل تعرف الصورة، اضافة الى ذلك بند السيولة اللفظية الذي يدل على المخزون الكمي والكيفي اللغوي للفرد، الذي أوضح بان الحالة تعاني من صعوبات في انتقاء الكلمات المتعلقة بصنف معين واستحضارها من الذاكرة، وذلك عندما طلبنا منها أن تعطينا اسماء لخضروات، مما يفسر أن الحالة لديها نقص لغوي وبالتحديد على المستوى المعجمي بما أنه يعتبر النظام المركزي للغة الذي يحتوي على مختلف المعارف والمعلومات، فنجد أن الرصيد الدلالي لدى الحالة منخفض بما أن الإجابة المقدمة لم تتعدى بعض الكلمات فقط ونشير إلى أنه قد تركنا المجال مفتوح لدى الحالة في أن تذكر لنا أكثر عدد من أسماء الخضر التي تعرفها، الأمر الذي يثبت بأن الحالة المصابة بالورم السحائي تواجه صعوبات كبيرة في اختيار الكلمات واسترجاعها بشكل أخص من الذاكرة الدلالية الذي تعد المخزون الذي تتواجد فيه كل المعلومات العامة للفرد ما يفسر النقص اللغوي الذي لديها وهذا ما أثبتته دراسة "الاريا جواراسينوا" سنة 2020والتي تمحورت حول دراسة نفسية عصبية متعددة الوسائط للتصوير بالرنين المغناطيسي في سلسلة من 46 مريض للتغيرات المعرفية التي تحدث لدى مرضى لورم السحائي قبل الجراحة، وخلصت في نتائجها الى أن هناك ضعف في مختلف القدرات المعرفية حيث شوهد ضعف في أداء التسمية (19.23%) لتسمية

الأسماء و(35%) لتسمية الأفعال، وهذا ما يؤكد على أنه بالفعل يواجه مرضى الورم السحائي صعوبات لغوية .

وهذا ما يؤكد على أن الفرضية الجزئية الثانية تحققت .

-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الفرعية الثالثة :

التي تنص على أن الحالة تعاني من صعوبات تخص التركيب البصري .

تحصلنا من خلال النتائج التي تترجم وجود بعض الصعوبات في التركيب البصري الذي بدوره يعكس لنا مستوى القدرات البنائية البصرية المكانية (praxie visuo– constructive)، ومدى إدراك الفرد لمخلف الجوانب الخاصة بالرسم، بالإضافة إلى تخزين الصورة الذهنية ومدى تنسيق الحالة بين العين واليد لنسخ الرسم، فالحالة المصابة بالورم السحائي تواجه بعض العوائق في تخزين الصورة الذهنية وترجمتها إلى صورة بصرية (فشل في الرسم)، وذلك طبعا يبقى في إطار موقع الورم وحجمه إذا أصاب مناطق حركية أم لا، وبما أن الحالة (ش.ب) تعاني من ورم سحائي من نوع (Méningiome de la faux)الذي يترجم وجود اضطرابات حركية مميزة، فقد عكست الحالة صعوبات حركية في نسخها للرسم بشكل خاص رسم المكعب الذي يتطلب إدراك التموقع المكاني لكل أجزاء الرسم ونسخه بادراج وظائف معرفية أخرى مثل الإنتباه والتركيز فقد واجهت الحالة صعوبات في نسخ الرسم كما هو في صورة، وهذا ما أثبتته نفس دراسة " ايلاريا جوارسينوا " أن الحالة التي تعاني من ورم السحائي لديها اضطرابات في المهام البصرية المكانية .

ومنه نستنتج الفرضية الفرعية الثالثة تحققت.

الخاتمة :

في نهاية دراستنا التي اندرجت كبحث علمي جديد في ميدان الأرطوفونيا، والتي اهتمت بشكل خاص بتقييم الوظائف المعرفية عند الحالة التي تعاني من الورم السحائي.

حيث أنه من خلال هذه الدراسة تمكنا من فهم أحد الأورام الدماغية الحميدة الأكثر انتشارا والتي تهدد حياة الفرد اذا تفاقمت أعراضها وزاد حجمها، اضافة إلى أنه قد تمكنا من التعمق في مجمل الوظائف المعرفية والكشف عن تأثير هذا الورم عليها. وما استخلصناه من نتائج كمية وكيفية سمح لنا باثبات صحة الفرضية الرئيسية التي بنيناها، ما أتاح لنا توضيح وتفسير أهم الوظائف التي تكون متضررة بشكل كبير عند هذه الفئة من الحالات .

حيث نجد أن معظم الأخصائيين والطاقم الطبي في مجال الأورام الدماغية لا يهتمون إلا باستئصال الورم الدماغي فقط، ولكنهم يهملون جانب أساسي الذي يلعب دور النظام المركزي وهو سيرورات المعرفية التي تنظم حياة الفرد وتسيرها والتي إذا تأثرت نتج عنها عواقب وخيمة تهدد حياة هذا الفرد والمحيطين به.

وبما أننا توصلنا إلى أن الوظائف المعرفية تكون مصابة عند الحالة التي تعاني من الورم السحائي، فنشير إلى أنه لا بدّ أن يتعامل الأخصائي الأرطوفوني مع هذا النوع من الحالات ويتكفل بها من جميع الجوانب، وأن يقدم الكفالة الشاملة و الفعالة التي من شأنها أن تساعد المفحوص على تجاوز مرحلة الصعوبة وتحسين الأداء المعرفي إلى أكبر حدّ ممكن.

وفي الآخير لا يسعنا إلا أن نقول أن هذه الدراسة لم تكن إلّا محاولة منّا ندعوا من خلالها الأخصائيين والباحثين للدخول في هذا المجال ألا وهو الأورام الدماغية والتعمق فيها، والتكفل بهذا النوع من الحالات التي تدخل في إطار تخصصنا من الدرجة الأولى .

-الإقتراحات والتوصيات:

وفي آخر الدراسة نود أن نتقدم بمجموعة من الإقتراحات والتوصيات التي تتضمن :

- اجراء المزيد من البحوث والدراسات حول الأورام الدماغية خصوصا التي لها تأثير على الوظائف المعرفية لأنها تعد مجال تدخلنا .
- ضرورة التكفل الأورطوفوني بهذا النوع من الأمراض لأنها تعد أكثر انتشارا في وقتنا الحالي.

- وضع أخصائي أرطوفوني في مصلحة طب جراحة الأعصاب للكشف عن الحالات التي تعاني من أضطرابات معرفية والتكفل بها.

قائمة المصادر والمراجع :

قائمة المراجع باللغة العربية:

قائمة الكتب:

- أحمد عكاشة، طارق عكاشة، علم النفس الفيزيولوجي، ط12، مكتبة أنجلوا مصرية للنشر والتوزيع، القاهرة.
- اسماعيلي يامنة (2014)، قشوش صابر، الدماغ والعمليات العقلية، ديوان المطبوعات الجامعية.
- أنور محمد الشرقاوي (2003)، علم النفس المعرفي المعاصر،ط2، مكتبة أنجلو مصرية، القاهرة.
- بوريدح نفيسة (2021)، الحبسة وعلم الأعصاب اللغوي العيادي، دار الخلدونية، ط1,، الجزائر.
- بوريدح نفيسة ، الحبسة وعلم الأعصاب اللغوي العيادي، دار الخلدونية، ط1,، الجزائر.
- خليل ابراهيم البيني (2002)، علم النفس الفيزيولوجي، دار الوائل، ط1، عمان–اردن–.
- رافع النصير الزغول، عماد عبد الرحمن الزغول (2014)، علم النفس المعرفي، دار الشروق، ط1، عمان(الأردن).
- سامي عبد القوي (2011)، علم النفس العصبي الأسس وطرق التقييم، ط2، مكتبة أنجلوا مصرية للنشر والتوزيع.
- سليمان عبد الواحد ابراهيم (2017)، فيسيولوجيا وبيولوجيا الأداء العقلي المعرفي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان–الأردن–.
- سمير بقيون (2013)، الأمراض العصبية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- شذى عبد الباقي محمد، مصطفى محمد عيسى (2010)، اتجاهات الحديثة في علم النفس المعرفي، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان(الأردن).
- عدنان يوسف العتوم (2004)، علم النفس المعرفي النظرية والتطبيق، ط1، دار المسيرة، عمان.

- الفت حسين كحلة، علم النفس العصبي، مكتبة أنجلوا مصرية، جامعة تبوك– المملكة العربية السعودية–.
- قحطان أحمد الظاهر(2010)، اضطرابات اللغة والكلام، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
- ليلى جابر آل غالب، ماجدة حسين محمود، مصطفى محمود الديب (2013)، علم النفس المعرفي، ط2، خوارزم العلمية للنشر والتوزيع.
- محمد السرحان علي المحمودي (2019)، مناهج البحث العلمي، مكتبة الوسطية، صنعاء، ط3.
- محمد بن عبد الرحمان العقيل (2013)، كتاب السرطان، ط1، الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان، السعودية .
- محمد حولة (2011)، الأرطوفونيا علم اضطرابات اللغة والكلام والصوت،ط4، دار الهومة للنشر والتوزيع، الجزائر.
- محمد عبد الرحمن الشقيرات (2005)، مقدمة في علم النفس العصبي، دار الشروق، ط1، عمان.
- محمد عبد السلام غنيم (2005)، المفاهيم الأساسية في علم النفس المعرفي، مركز الإسكندرية للكتاب للنشر والتوزيع .

محاضرات ومطبوعات:

- بخوش وليد، محاضرات في علم النفس المعرفي، مطبوعة بيداغوجية لطلبة السنة ثانية علم النفس، جامعة العربي بن مهيدي أم بواقي(الجزائر)، 2016.
- وفاء ميموني، مطبوعة بيداغوجية تشريح الجهاز العصبي موجه لطلبة السنة ثانية، جامعة الجزائر–2– أبو القاسم سعد الله، 2021

قائمة الرسائل الجامعية:

- الحاج أيوب رحيمة (2015)، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، الوظائف المعرفية لدى المصاب بالتصلب اللويحي، جامعة غرداية.

- الناظر مليكة (2018)، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، الصلابة النفسية واستراتجيات المواجهة لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، جامعة عبد الحميد بن بديس(مستغانم).
- لكحل مصطفى (2010)، الكشف عن أداء الذاكرة الأتوبيوغرافية عند مرضى الفصام ، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس النمو، جامعة بلقاديد.

قائمة المقالات :

- صبري حسن الطراونة، العلاقة بين التفكير الايجابي والمعالجات الذهنية لدى طلبة الصف الأول ثانوي، العدد 29 [263–301]، قسم علم النفس، كلية العلوم التربوية، جامعة مؤتة، المملكة الأردنية الهاشمية.
- مونية دراحي، نادية جداد، التزظيم الزماني المكاني عند الطفل عسير القراءة من خلال اختبار الروشاخ، جامعة أبو قاسم سعد الله (الجزائر2)، المجلد10، العدد02 [283–300]، 2021.

مواقع الإنترنت :

- آرون كوهين غادول، دكتوراه في الطب، 2024

https://www.aaroncohen-gadol.com/ar/patients-ar/meningioma-ar/natural-history-ar/symptoms-ar

قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

قائمة الكتب:

- A.Améri, S. Timsit(1997), neurologie clinique, édition heures de France.
- Jürk habtuzel(2009), les tumeurs cérébrales et du système nerveux central, berne.
- Jan M, velut s, lefranca t(1999), Méningiome intracraniens, Encyd méd chir(elsevier, paris).(traite EMC neurologie, neoformation intracrânien)

قائمة الرسائل الجامعية:

- Amarouch Nacera, mémoire de fin d'études en master orthophonie, etude des fonctions cognitives (mémoire, attention, formation exécutives) et qualité de vie chez les personnes qui sont au stade 3 de la maladie de parkinson
- Aurélie Weibel,(2010) Les méningiomes pédiatriques. Etude multicentrique rétrospective sur 104 cas, université henri Poincaré nancy1,
- Berbara ben ahmed, les méningiomes Intra-craniens, these de doctorat en sciences médicales, université d'alger.
- Emmanuelle huet – mignaton, johan pallud, bénédicte trancart(2023), Méningiome et médicaments dérvés de la progestérone.
  faculté de médecine et de pharmacie de rouen.
- François-Xavier Ferracci(2017), Facteurs de risque de récidive des méningiomes de gradeII : analyse rétrospective chez 68 patients opérés au CHU de rouen, THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE,
- Mélanie dos santos (2021), université de caen normandie.
- Mustapha ABDELMOTAAL(2011), Prise en charge neurochirurgicale des méningiomes de l'étage antérieur méningiomes de l'étage antérieur de la base du crâne de la base du crâne, thése du doctorat en MEDECINE, UNIVERSITÉ CADI AYYAD CADI AYYAD FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE, merrakech.
- Taleb M.hichem (2012), les méningiomes : classification, thése pour le diplôme de doctorat en médecine, université-abu – bekr belkaid.
- Thibault léger(2020), lien entre Liens entre troubles de l'humeur et méningiome : revue de littérature, THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE, U.F.R. SANTE DE ROUEN NORMANDIE.

قائمة المقالات :

- hoffman la roche(2015), la fondation canadienne des tumeurs cérébrales, 2éme édition, canada.
- José A. Calderón-Chagualá, Miguel Á. Montilla-García, Milady Gómez, Julián E. Ospina-Viña, Jennifer C. Triana-Martínez y Laura C. Vargas-Martínez(2019), Rehabilitación neuropsicológica en daño cerebral, uso de herramientas tradicionales y realidad virtual, Universidad Antonio Nariño, Tolima, Colombia.
- M.ben ismail, c.rosselot, p.françois, les méningiomes intracraniens, 2015, elsevier masson sas.
- Renato Gondar, Gildas Patet, Karl Schaller and Torstein R. Melin (2021) Meningiomas and Cognitive Impairment after Treatment:A Systematic and Narrative Review Copyright 2021 by the authors.Licensee MDPI, Basel, Switzerland.
- sandra la torre(2022), La théorie cognitive de l'apprentissage multimédia en contexte authentique ,université de Genève.
- Sophie J. M. Rijnen, Ikram Meskal, Marjan Bakker, Wouter De Baene, Geert-Jan M. Rutten, Karin Gehring and Margriet M. Sitskoorn,(2019) Cognitive outcomes in meningioma patients undergoing surgery: individual changes over time and predictors of late cognitive functioning, (911-922).

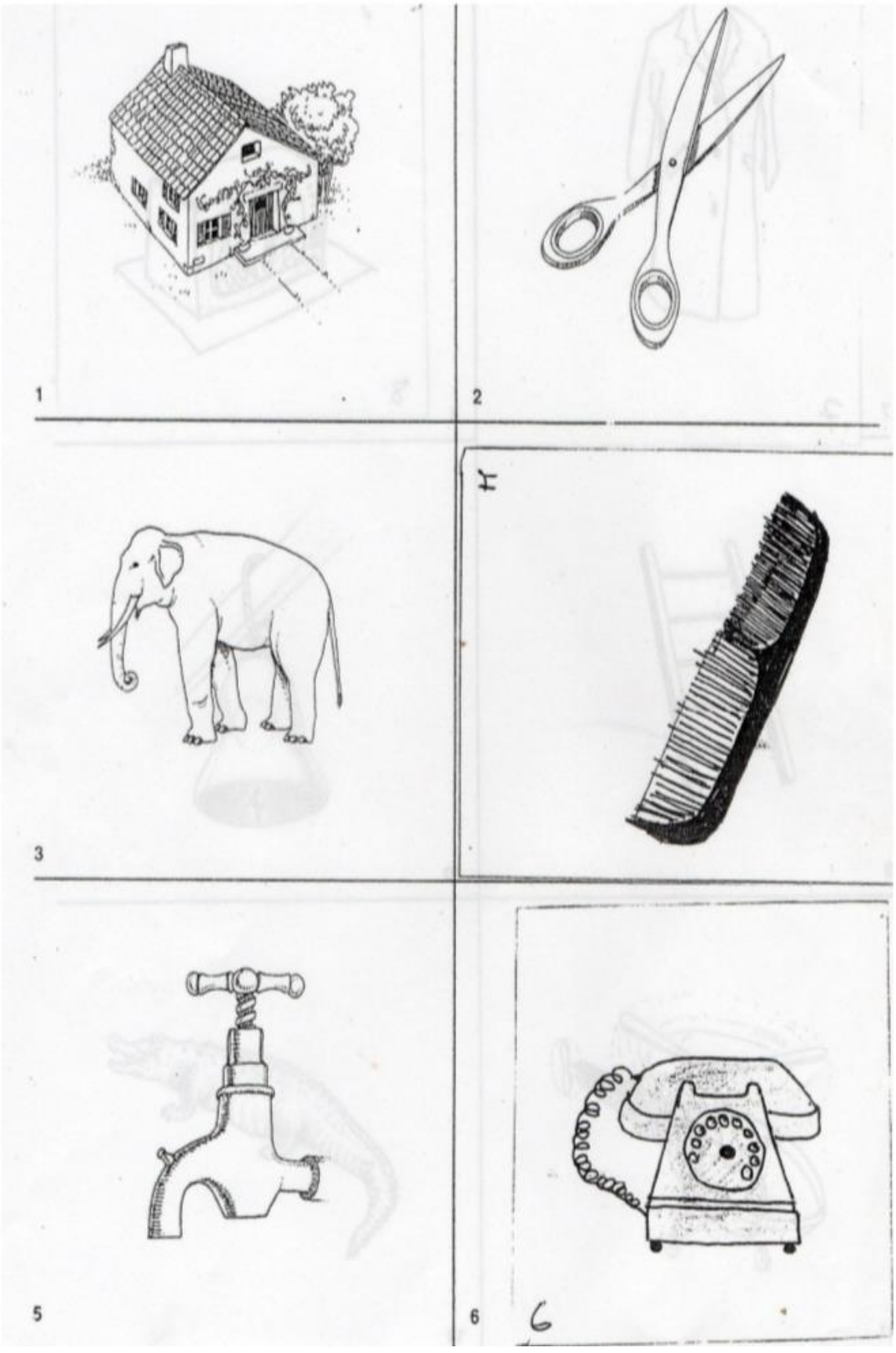
مواقع الإنترنت :

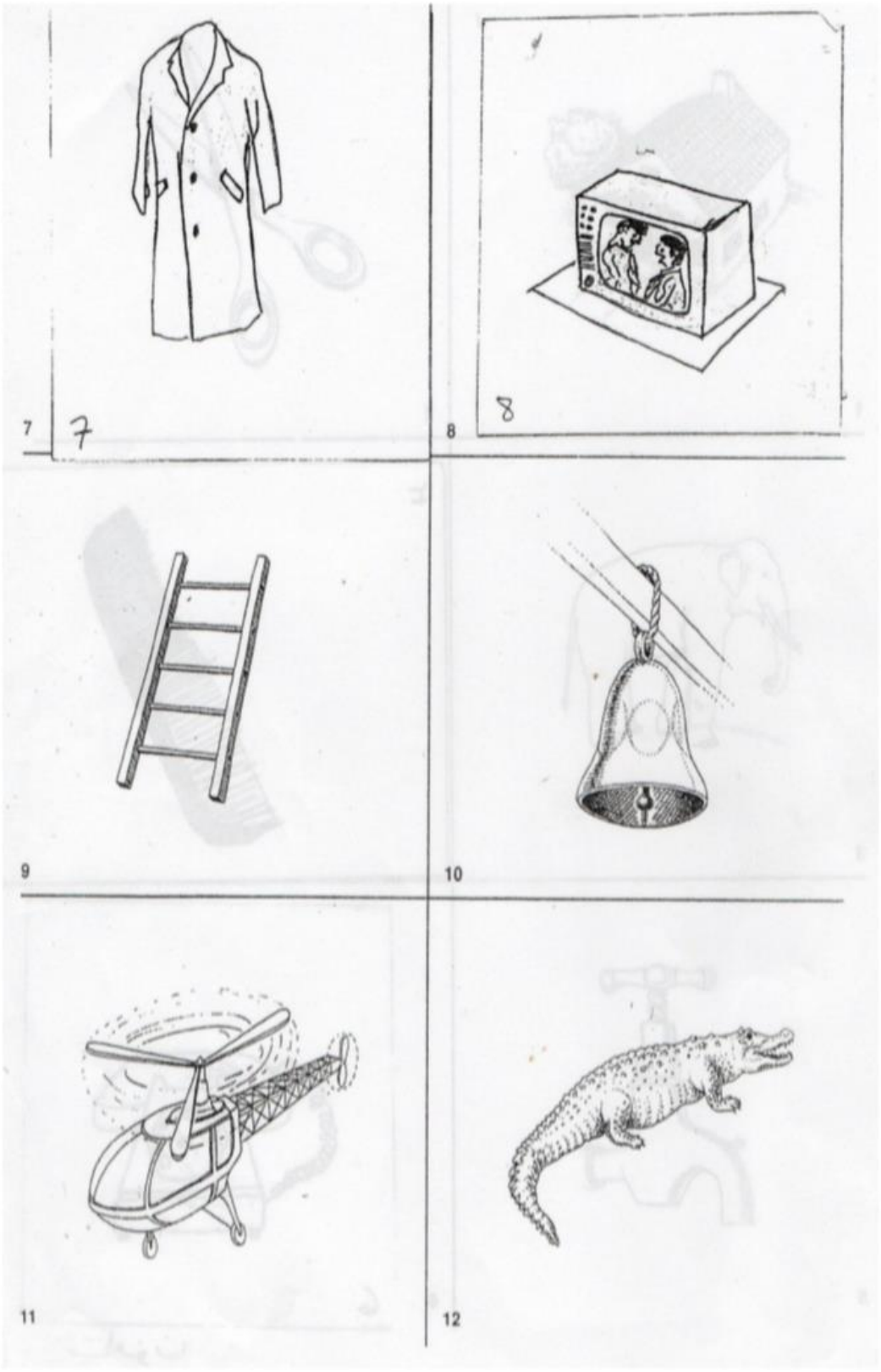
- Ilaria Guarracino et al,(2020) Meningioma can lead to pre-operative cognitive alterations even if localized in sensorimotor areas: A multimodal MRI-neuropsychological study in a series of 46 patients.
- Ikram meskal, karin gehring, sophie van der linden, geert- jan rutten(2014), Cognitive improvement in meningioma patients after

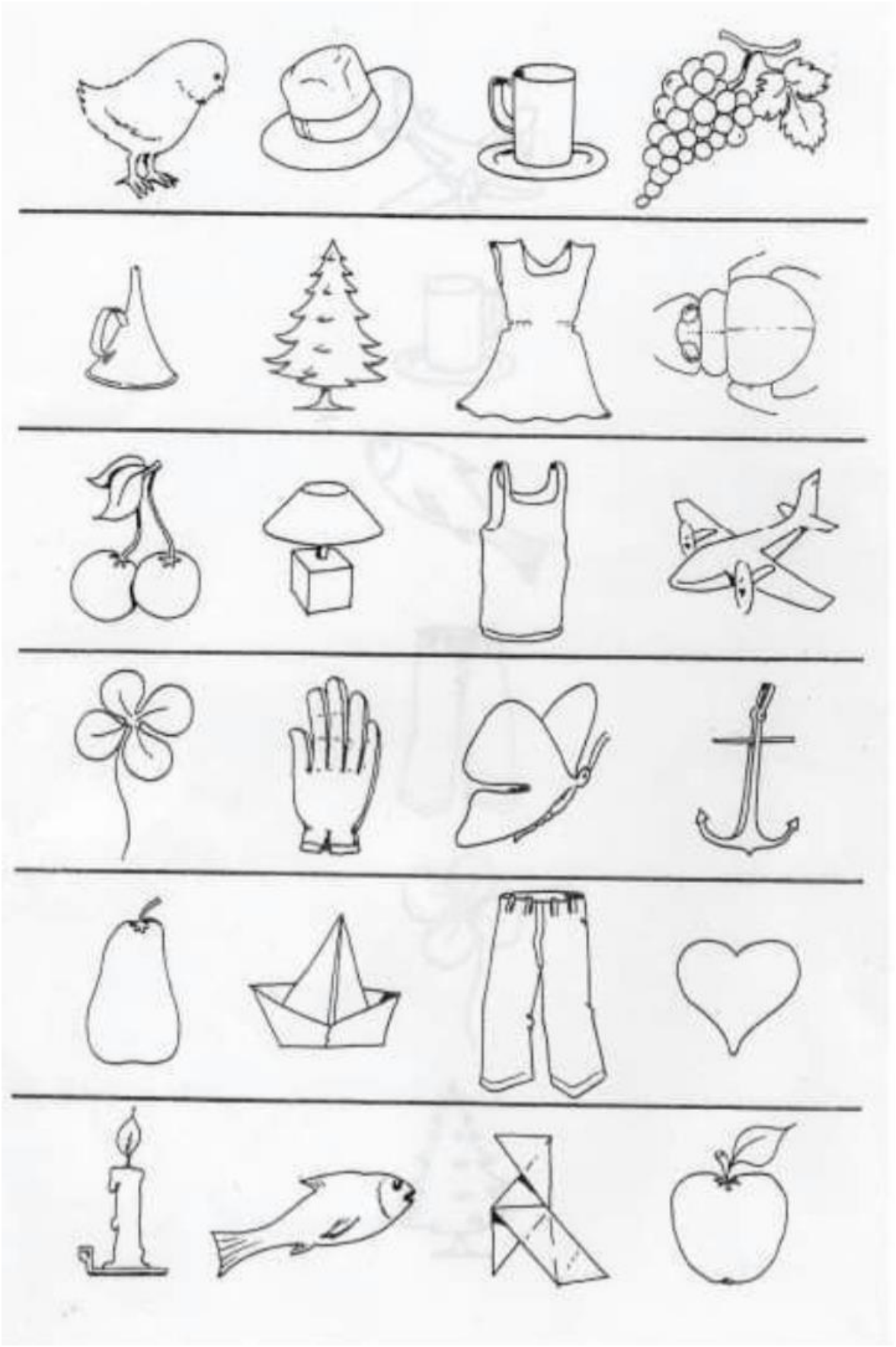
surgery: clinical relevance of computerized testing, Journal of Neuro-Oncology.

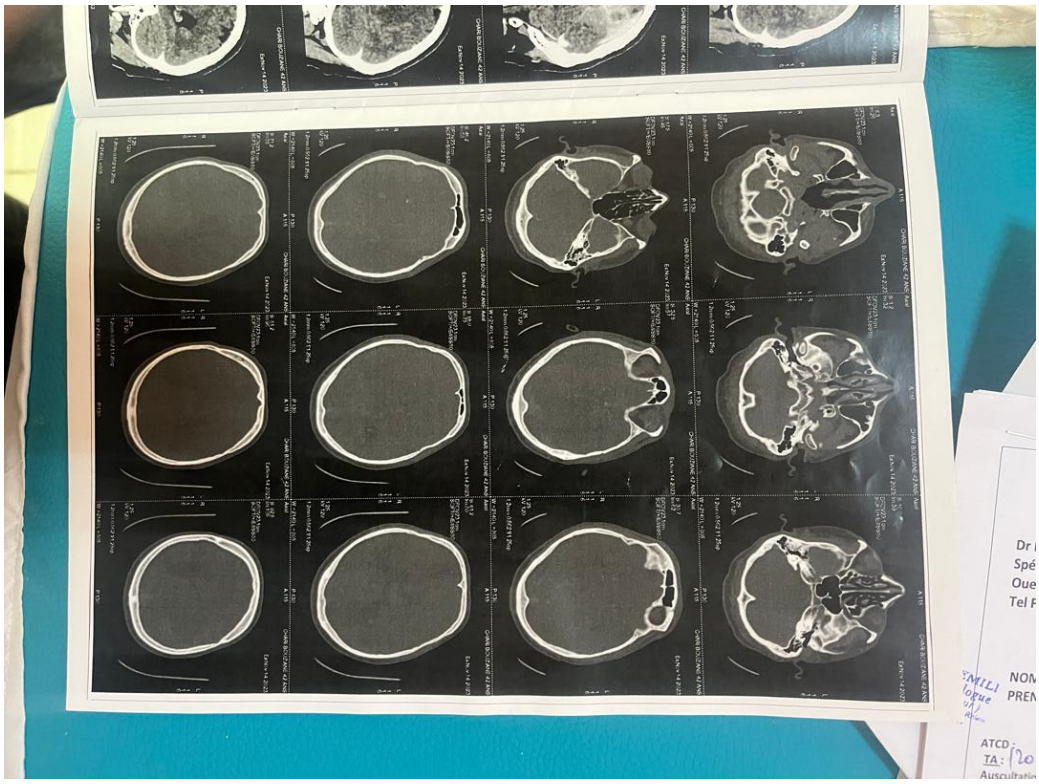
- Caroline apra,(2021), méninges. https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-anatomie-et examens/2705455-meninges-cerveau-definition-schema anatomie-role-composition-maladies-examens/
- Vytautas Jurkuvėnas,Vytenis Pranas Deltuva ,Arimantas Tamašauskas , Adomas Bunevičius(2018). https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/23279095.2018.145075
- John K Park, MD, PhD, Helen A Shih, MD, MS, MPH (2024)

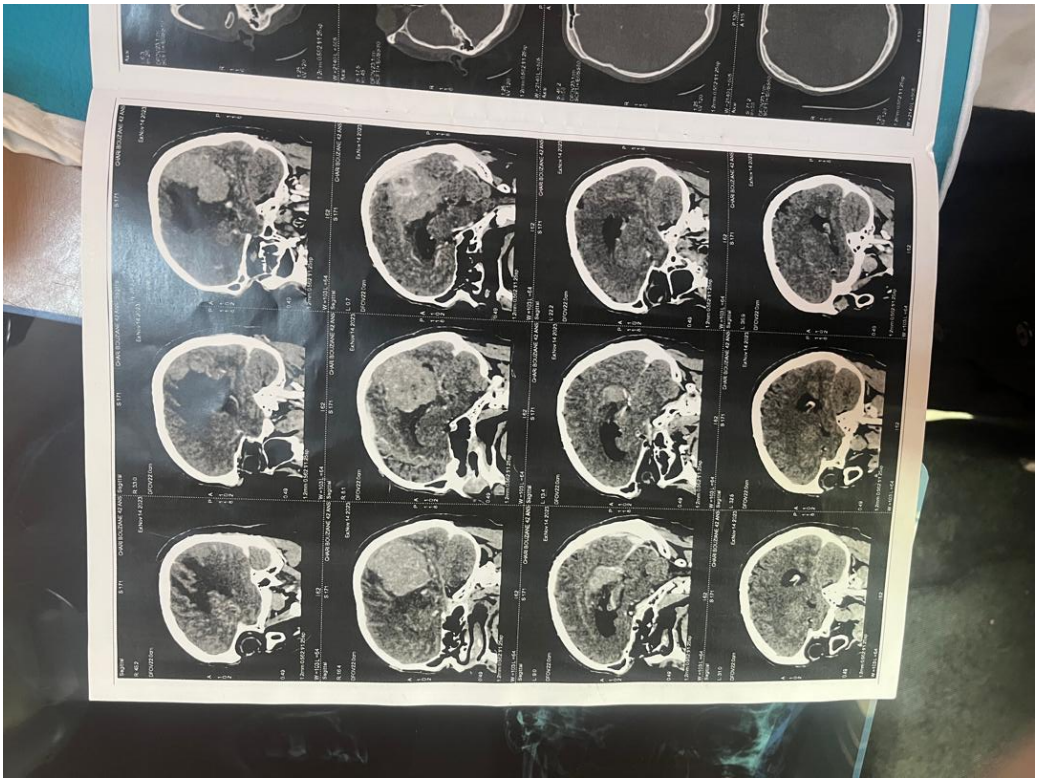
https://www.uptodate.com/contents/meningioma-beyond-the-basics#H2

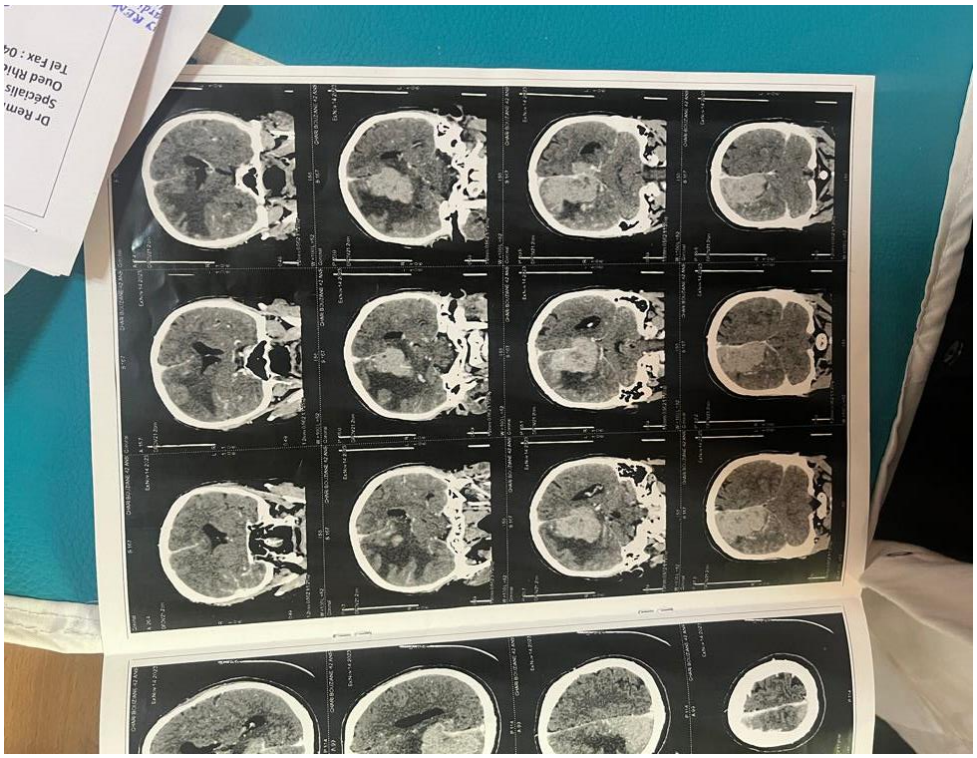

1
2
3
4
5
6

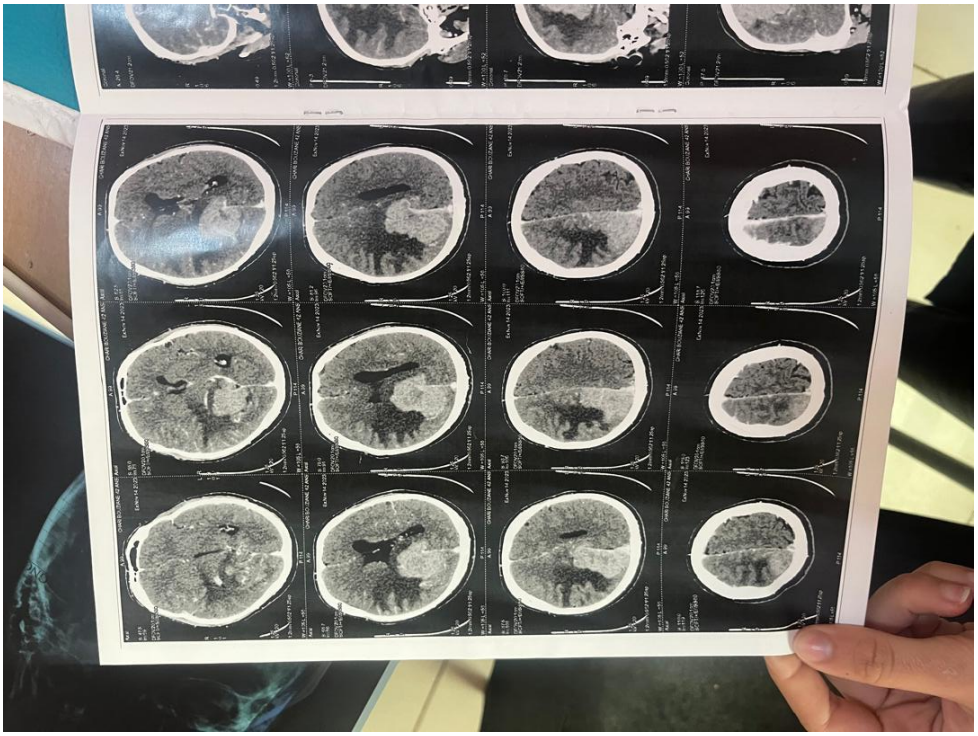

7
7
8
8
9
10
11
12

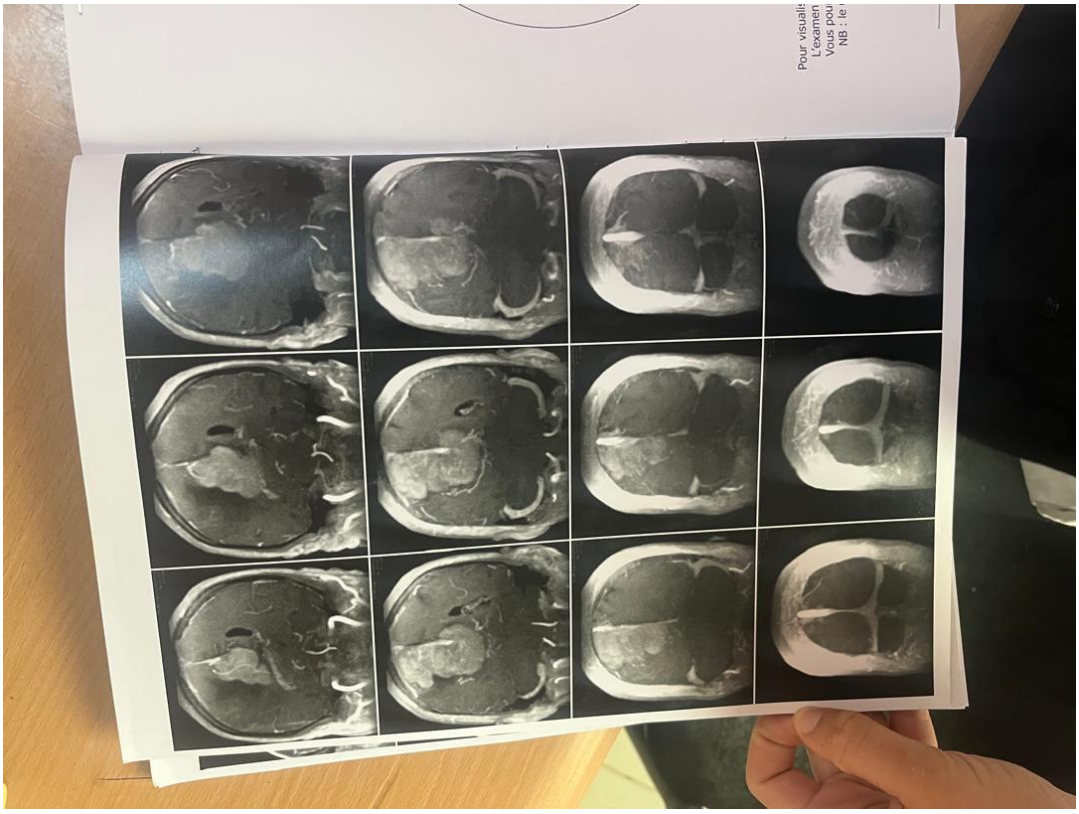












الملخص:

تسعى هذه الدراسة إلى تقييم الوظائف المعرفية عند الحالة التي تعاني من الورم السحائي والكشف عن أهم الوظائف المعرفية المضطربة والسليمة لدى هذا النوع من الحالات . ولتحقيق الأهداف المرجوة قمنا بدراسة ميدانية على حالة واحدة نظراً لندرة هذا النوع من الأورام بشكل أخص في الوسط العيادي الجزائري، وذلك باستخدام المنهج العيادي وبتطبيق بطارية التقييم المعرفي (Bec96) لتقييم مختلف الوظائف المعرفية ، وبعد حصولنا على النتائج قمنا بتحليها كميا وكيفيا، ومناقشتها في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة، وتوصلنا في نهاية الدراسة إلى تحقيق الفرضية الرئيسية التي مفادها : أن هناك إضطرابات معرفية عند الحالة التي من الورم السحائي.

الكلمات المفتاحية: الورم السحائي، الوظائف المعرفية.