

جامعة وهران 2 محمد بن أحمد



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر تخصص: علم نفس الصحة

العبء لدى مقدم الرعاية العائلي للمريض المصاب  
بجلطة دماغية  
دراسة عيادية لحالتين

تحت إشراف الأستاذة:

د. زروالي لطيفة

من إعداد الطالب:

عمارة مخطار

أعضاء لجنة المناقشة :

رئيسا	أ. د. كحلولة سعاد	الأستاذة :
مشرفا ومقررا	أ. د. زروالي لطيفة	الأستاذة :
مناقشا	أ. د. كبدانبي خديجة	الأستاذة :

السنة الجامعية: 2021-2020

إِنِّي رَأَيْتُ أَنَّهُ لَا يَكْتُبُ إِنْسَانٌ كِتَابًا فِي يَوْمِهِ إِلَّا قَالَ فِي نَحْوِهِ :  
لَوْ كُنْتُ هَذَا لَكَانَ أَحْسَنُ، وَلَوْ زَيْدٌ هَذَا لَكَانَ يُسْتَمْسَنُ، وَلَوْ  
قُدِّمَ هَذَا لَكَانَ أَفْضَلَ، وَلَوْ تَرَكَ هَذَا لَكَانَ أَجْمَلَ، وَهَذَا مِنْ  
أَعْظَمِ الْعِبَرِ، وَهُوَ دَلِيلٌ عَلَى اسْتِيْلَاءِ النُّفُوسِ عَلَى جَمَلَةِ الْبَشَرِ.

العماد الأصفهاني

# شكر وعرفان

الحمد والشكر لله على فضله وجميل نعمته وتوفيقه لنا في انجاز هذا العمل، كما لا يسعنا إلا ان نتقدم بالشكر الجزيل للأستاذة المشرفة الدكتورة زروالي لطيفة على صبرها وعلى إرشاداتها ونصائحها وتوجيهاتها القيمة لنا في سبيل نجاح هذا العمل، كما يقودنا واجب الاعتراف بالفضل التقدم بجزيل الشكر أيضا إلى الدكتور بن لعرج أمين على مساعدته لنا في هذه الدراسة، كما نتوجه بأسمى آيات الشكر والعرفان للوالدين الكريمين وإلى الزوجة العزيزة على وقوفها معنا طيلة هذا المسار الجامعي دون نسيان ابنتي وقرة عيني لميس على تشجيعها ودعمها لنا، كما نقدم تشكراننا إلى الحالتين المشاركتين في هذه الدراسة وكل من ساعدنا من قريب أو من بعيد خاصة أساتذة قسم علم النفس الذين لهم منا أسمى عبارات الشكر والعرفان.

# الإهداء

نُهدي هذا العمل المتواضع إلى جميع مقدمي الرعاية العائليين حول العالم وإلى مرضاهم أيضا خاصة الحالات المشاركة في هذا البحث، كما اهديه إلى أخي أسامة مقدم الرعاية العائلي للوالدة المريضة والمقعدة اعترافا منا له بكل التضحيات التي قدمها خلال أكثر من عشر سنوات من تقديم الرعاية للوالدة شفاها الله .

## ملخص الدراسة:

تهدف دراستنا إلى الكشف عن مستوى العبء لدى مقدم الرعاية العائلي للمريض المصاب بجلطة دماغية ومدى تأثير فقدان الاستقلالية ببعديها الحركي والمعرفي على مستويات العبء لديه كما تهدف أيضا إلى معرفة مدى تأثير تبني دور تقديم الرعاية على الصحة الجسمية والنفسية لمقدم الرعاية العائلي وآثار هذا الدور على حياته الاجتماعية، العائلية والاقتصادية، وقصد الإجابة عن هذه التساؤلات تمت صياغة جملة من الفرضيات التي تم اختبارها و التحقق منها باستعمال المنهج العيادي وهذا بالاستعانة بمجموعة من الأدوات تمثلت في دليل المقابلة النصف الموجهة ومقياس Zarit للعبء، كما تم بالنسبة للمرضى المصابين بالاستعانة بمقاييس فقدان الاستقلالية ببعديها الحركي والمعرفي باستعمال مؤشر Barthel بالنسبة لفقدان الاستقلالية الحركي ومقياس تقييم المعرفي المتبع في مونتريال Moca بالنسبة لفقدان الاستقلالية المعرفي، كما تم اختيار مجموعة البحث بطريقة قصدية حيث كانت هذه المجموعة عبارة عن حالتين تقومان بدور الرعاية لمريض مصاب بجلطة دماغية مؤكدة طبيا، كانت الحالة الأولى بنت المصابة أما الحالة الثانية فهي زوجة المصاب، حيث تحصلنا على النتائج التالية:

- مستويات العبء تختلف بين الحالتين من المتوسط إلى الشديد، ويعود هذا الاختلاف إلى عدة عوامل ومتغيرات متعلقة بالمريض وبمقدم رعاية العائلي.
- مستويات فقدان الاستقلالية عند المريض المصاب بجلطة دماغية تؤثر على مستويات العبء لدى مقدم الرعاية العائلي خاصة مستوى فقدان الاستقلالية المعرفي.
- مجالات حياة مقدم الرعاية العائلي للمريض المصاب بجلطة دماغية: الاجتماعية، العائلية والاقتصادية كلها تتأثر بتبني دور تقديم الرعاية.

## **Study summary:**

Our study aims to reveal the level of burden of the family caregiver of the patient with a stroke and the extent of the impact of the loss of independence in its motor and cognitive dimensions on his levels of burden, It also aims to find out the extent of the impact of adopting the role of caregiving on the field of physical and psychological health of the family caregiver and the effects of this role on his Social, familial, and economic life, and to answer these questions, a set of hypotheses that were tested and verified using the clinical approach were formulated with the help of a set of tools, represented by the semi-directed interview and the Zarit burden inventory, and for injured patients, measures of loss of independence were used in both their motor dimensions and Cognitive using the Barthel index for loss of motor independence and the cognitive assessment scale used in Montreal Moca for loss of cognitive independence, and the study group was also selected intentionally, as this group consisted of two cases in the care of a patient with a medically confirmed stroke, the first case was a girl with a patient. As for the second case, it is the wife of the injured person, as we got the following results:

- The burden levels vary between the two cases from moderate to severe, and this difference is due to several factors and variables related to the patient and the family caregiver.
- The levels of loss of independence in a patient with a stroke affect the burden levels of the family caregiver, especially the level of loss of cognitive independence.
- The areas of the life of the family caregiver of the patient with a stroke: social, familial, and economically affected by the adoption of the caregiver.

## فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	الاهداء
ب	الشكر
ج	الملخص باللغة العربية
د	الملخص باللغة الإنجليزية
هـ	فهرس المحتويات
ح	فهرس الجداول
ح	فهرس الأشكال
ط	فهرس الملاحق
1	مقدمة
<b>الجانب النظري</b>	
<b>الفصل الأول: مدخل الدراسة</b>	
6	الإشكالية
10	فرضيات الدراسة
10	أهداف الدراسة
11	أهمية الدراسة:
12	دواعي اختيار الموضوع
12	تحديد مفاهيم الدراسة
14	الدراسات السابقة
<b>الفصل الثاني: الجلطة الدماغية</b>	
23	تمهيد
23	تعريف الجلطة الدماغية
24	مكونات الدماغ وآلية التروية الدماغية
29	إحصائيات وطنية وعالمية حول الجلطة الدماغية
29	أنواع الجلطات الدماغية

33	أعراض الإصابة بالجلطة الدماغية وعلاماتها
34	أسباب حدوث الجلطة الدماغية
35	عوامل الخطر في الإصابة بالجلطة الدماغية
38	أثار الجلطة الدماغية
42	مضاعفات الجلطة الدماغية
46	إجراءات التشخيص، التكفل والوقاية في الإصابة بالجلطة الدماغية
52	خلاصة الفصل
<b>الفصل الثالث: مقدم الرعاية العائلي ومفهوم العبي</b>	
54	- تمهيد
54	- تعريف مقدم الرعاية العائلي
55	- مهام مقدم الرعاية العائلي
57	- مفهوم العبي عند مقدم الرعاية العائلي
60	- الآثار المترتبة على حياة مقدم الرعاية العائلي نتيجة لدوره
69	- حاجيات مقدم الرعاية العائلي
70	- الفروق بين مقدمي الرعاية العائليين
73	- ظاهرة سوء معاملة مقدم الرعاية العائلي للمريض
74	- المرافقة و التكفل بمقدم الرعاية العائلي
79	- خلاصة الفصل
<b>الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية</b>	
82	- تمهيد
82	- الدراسة الاستطلاعية
83	- الدراسة الأساسية
83	- منهج الدراسة
84	- حدود الدراسة
84	- مجموعة البحث
84	- أدوات الدراسة



الفصل الخامس: عرض، تحليل و مناقشة نتائج البحث.

92	تمهيد
92	عرض و تحليل نتائج الحالة الأولى
92	عرض وتحليل نتائج دليل المقابلة النصف الموجهة
103	خلاصة تحليل دليل المقابلة النصف الموجهة
105	عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى على مقياس Zarit
106	عرض وتحليل نتائج مؤشر Barthel عند مريض الحالة الأولى
107	عرض وتحليل نتائج مقياس MOCA عند مريض الحالة الأولى
107	عرض و تحليل نتائج الحالة الثانية
107	عرض وتحليل نتائج دليل المقابلة النصف الموجهة
115	خلاصة تحليل دليل المقابلة النصف الموجهة
116	عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية على مقياس Zarit
118	عرض وتحليل نتائج مؤشر Barthel عند مريض الحالة الثانية
118	عرض وتحليل نتائج مقياس MOCA عند مريض الحالة الثانية
119	مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات
134	الخاتمة
136	التوصيات والاقتراحات
139	قائمة المراجع
	الملاحق

## فهرس الجداول:

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
01	توزيع إجابات الحالة الأولى على بنود مقياس zarit	105
02	نتائج مؤشر Barthel بالنسبة للمصابة	106
03	نتائج سلم التقييم المعرفي المتبع في مونتريال MOCA	107
04	توزيع اجابات الحالة الثانية على بنود مقياس zarit	117
05	نتائج مؤشر Barthel بالنسبة للمصاب	118
06	نتائج سلم التقييم المعرفي المتبع في مونتريال MOCA	119

## فهرس الأشكال:

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
01	مكونات الدماغ	25
02	سحايا الدماغ	25
03	مكونات المخ	26
04	آلية التروية الدماغية	28
05	الجلطة الإقفارية	30
06	الجلطة النزيفية	32
07	التضرر حسب جهة الإصابة	33

## فهرس الملاحق

العنوان	رقم الملحق
دليل المقابلة النصف موجهة	01
نتائج مقياس Zarit للحالة الأولى	02
نتائج مقياس Zarit للحالة الثانية	03
نتائج مريض الحالة الأولى على مؤشر Barthel	04
نتائج مريض الحالة الأولى على مقياس MOCA	05
نتائج مريض الحالة الثانية على مؤشر Barthel	06
نتائج مريض الحالة الثانية على مقياس MOCA	07
التقرير الطبي لنتائج (Barthel + MOCA) لمريض الحالة الأولى	08
التقرير الطبي لنتائج (Barthel + MOCA) لمريض الحالة الثانية	09

## مقدمة

حسب تقرير لمنظمة الصحة العالمية (Mendis et al,2011) فإن الأمراض الوعائية القلبية تعتبر السبب الأول للوفاة في العالم ب 17 مليون وفاة سنويا، 80% من هذه الوفيات في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، كما أن الجلطة الدماغية تعتبر ثاني سبب للموت في العالم ضمن الأمراض الوعائية القلبية ، كما تعتبرها OMS أول سبب للإعاقة المكتسبة في العالم وثاني سبب للخرف بعد الزهايمر، حيث يموت 6.7 مليون من البشر سنويا بسبب الجلطة الدماغية (Shnitzler, 2015)، كما ان التنبؤات في حدود 2030 تشير حسب ( Mathers & Lancar, 2006) انه سيصاب شخص بجلطة دماغية كل 5 ثواني في العالم، مما يجعل OMS تتكلم عن جائحة وتوقع إصابة 23 مليون شخص سنة 2030، وفيما يخص الجزائر فإن الإحصائيات تشير حسب ( بن العيفاوي، 2017) أنها تسجل 60000 إصابة سنويا، حيث تعتبر الجلطة الدماغية مشكل صحي من الدرجة الأولى في الجزائر، حدوثه المفاجئ، تهديده للحياة وآثاره على المريض، على العائلة وعلى المنظومة الصحية ككل جعل السلطات تدق جرس الإنذار وتوفر بعض الإمكانيات للوقاية والتكفل بالمرضى المصابين وهذا بخلق وحدات مختصة بالجلطات الدماغية والتكفل بالمرضى في المرحلة الحادة وبعدها، إلا ان الإمكانيات المسخرة تعتبر ناقصة مقارنة بدول أخرى وخاصة العناية البعدية (Les soins de suite) إضافة إلى نقص مراكز إعادة التأهيل واكتظاظها وأيضا إتباع الجزائر سياسة تقليص مدة بقاء المريض في المستشفى و ترشيد النفقات الصحية وتشجيع مكوث المريض في البيت، إلا أن الإصابة بالجلطة الدماغية لها اثر كبير على المريض خاصة الإعاقات على المستوى الجسمي والمعرفي ، فكما ذكرنا فإنها تعتبر السبب الثاني للإعاقة المكتسبة عند الإنسان في العالم، أثرها يختلف من مريض إلى آخر وهذا حسب شدتها و حسب المنطقة المصابة من الدماغ، إلا أنها عموما تؤدي إلى نوع من فقدان الاستقلالية لدى المريض، حيث تختلف مستويات فقدان الاستقلالية من حالة إلى أخرى حسب المناطق الدماغية المصابة، فقد يكون هذا فقدان إما

على المستوى الحركي أو على المستوى المعرفي أو كلاهما معاً، مما يجعل ضحاياها يعانون من اعتمادية في قضاء حاجياتهم في حياتهم اليومية كما تجعلهم في حاجة دائمة إلى رعاية خاصة و مستمرة في البيت، تعود هذه المهمة عموماً إلى عائلة المصاب و خاصة إلى فرد من العائلة حيث حسب (Kolly & Philipona, 2019) فإنه بعد إصابة فرد من العائلة بجلطة دماغية فإن العديد من نشاطات الرعاية يجب تقديمها للمريض عادة من طرف العائلة وخصوصاً أحد أفرادها الملازم له، فالآثار المترتبة عن الجلطة الدماغية كالإعاقات الحركية، المشاكل العصبية، فقدان الكلام ( الحبسة) وأيضاً الاضطرابات النفسية السلوكية ومضاعفات أخرى تجعل المريض يفقد اعتماده على نفسه وبالتالي يفقد قدر كبير من استقلاليتته وهذا ما يجعله معتمداً بصفة كلية أو جزئية وبدرجة كبيرة على أفراد عائلته وخاصة على فرد واحد من العائلة وهو ما يسمى بمقدم الرعاية العائلي موضوع دراستنا، والذي يتولى مهمة رعاية المريض، تلبية حاجياته المختلفة ومرافقته في حياته اليومية، فحسب (Bucki,2014) ففي حالة الجلطة الدماغية فإن الحادث يكون مفاجئ وآثاره ظاهرة على المريض كالشلل النصفي والحبسة والتي تعتبر إعاقات على المدى الطويل وهذا ما يقلب حياة المريض ومقدم الرعاية العائلي رأساً على عقب حيث يجد نفسه فجأة في هذا الدور، فالعديد من البحوث والدراسات التي اهتمت بمقدم الرعاية العائلي ومفهوم العبء لديه والتي ظهرت بكثرة في ثمانينات القرن العشرين في الولايات المتحدة الأمريكية وفي التسعينات في أوروبا حيث توصلت إلى أن معانات مقدم الرعاية العائلي عموماً والعبء لديه تعود إلى وضعيته ودوره و تعدد مسؤولياته المرتبطة برعاية المريض، حيث أنه وفيما يخص الجلطة الدماغية فحتى بعد سنوات من الإصابة تبقى آثارها ظاهرة على المريض وعلى محيطه العائلي خاصة مقدم الرعاية العائلي فهذه المهمة قد تدوم لسنوات وتكون منهكة بالنسبة له حيث يشير (Mollard, 2009) أن العديد من مقدمي الرعاية العائليين يستعملون مصطلحات كالعبء، الحمل الثقيل، المسؤولية الكبيرة، عدم القدرة، الإنهاك الشديد كما يعبرون أيضاً عن تغير حياتهم كلياً وفي جميع مجالاتها، فمقدم الرعاية العائلي يقدم خدمات كثيرة ومتنوعة يستفيد منها المريض للتكيف مع إصابته والإعاقات الناتجة عنها إلا أن

هذا الدور له تأثيرات مهمة على حياته، فالتحول الجذري في حياة المريض بعد الجلطة الدماغية يكون جذريا في حياة مقدم الرعاية العائلي أيضا، و لهذا جاء مفهوم العبء كما أشار (Zarit et al, 1980) بغرض تكميم الآثار المتعلقة بدور تقديم الرعاية و كل المشاكل الفيزيولوجية، النفسية، العاطفية و الاجتماعية و الاقتصادية التي يتعرض لها مقدم الرعاية العائلي أثناء تأديته لدوره ، وعليه كان موضوع بحثنا الحالي هو الكشف عن مستوى العبء عند مقدم الرعاية العائلي لدى المريض المصاب بالجلطة الدماغية، ولمعالجة هذا الموضوع تم تناوله في شقيه النظري والتطبيقي كما يلي:

فالجانب النظري تضمن ثلاثة فصول، فصل أول تمهيدي احتوى الإشكالية والمدخل العام للدراسة والدراسات السابقة، أما الفصل الثاني فقد تناول موضوع الجلطة الدماغية، كما تطرقنا في الفصل الثالث إلى مفهوم مقدم الرعاية العائلي ومفهوم العبء، أما الجانب التطبيقي فقد احتوى فصلين، الفصل الرابع خصصناه للإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية من منهج وأدوات للبحث والفصل الخامس والذي تضمن دراسة الحالات وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء فرضيات البحث ثم حوصلة عامة للنتائج المتوصل إليها، كما ختمنا دراستنا وأتمناها بذكر بعض الاقتراحات والتوصيات.

# الجانب النظري

# الفصل الأول:

## مدخل الدراسة

- الإشكالية.
- فرضيات الدراسة.
- أهمية الدراسة.
- أهداف الدراسة.
- دواعي اختيار الموضوع.
- تحديد مفاهيم الدراسة.
- الدراسات السابقة.



## الإشكالية:

تعد ظاهرة العبء لدى مقدم الرعاية العائلي موضوع نال اهتمام الكثير من البحوث والدراسات نظرا لتأثيرها على عدة مجالات من حياة مقدم الرعاية العائلي من صحته الجسمية والنفسية وأيضا على مجاله الاجتماعي، العائلي والاقتصادي المهني، كما ان مقدمي الرعاية يمثلون شريحة كبيرة من المجتمع عبر كل أنحاء العالم، فعلى سبيل المثال فإن في فرنسا يوجد أكثر من 17 مليون مقدم رعاية عائلي (Leurs et al 2018)، أما في الولايات المتحدة الأمريكية فان 35.5 مليون أمريكي يعتبر مقدم رعاية عائلي (Bouchard et al 2011)، في مقاطعة كيبيك في كندا يوجد ما لا يقل عن 1150000 مقدم رعاية عائلي أي ما يمثل أكثر من 15% من سكان المقاطعة (Steben-Chabot 2018)، كما ان الإحصائيات تشير ان من 60% إلى 80% من مقدمي الرعاية العائليين هم إناث (Provost & Vanorine 2017)، و ان 70% إلى 85% هم من عائلة المريض (Rigaux 2009)، وكل هذه الأرقام والإحصائيات مرشحة للارتفاع خاصة مع تزايد نسب مستويات الأمل في الحياة و كثرة الأمراض المزمنة التي تؤدي مضاعفاتها إلى إعاقات خاصة الجلطة الدماغية إضافة إلى أمراض أخرى كالأمراض العصبية التنكسية والحوادث المختلفة بأنواعها والتي بدورها قد تؤدي إلى إعاقات كحوادث المرور (mathers & lancar, 2006) ، و هذا ما سيجعل نسبة الأشخاص المقعدين والفاقدين للاستقلالية تزايد وموازة مع ارتفاع عدد هؤلاء الأشخاص فان عدد مقدمي الرعاية العائليين بدوره سيرتفع، فكما ذكرنا في مقدمة بحثنا فانه من المستحيل للمنظومة الصحية التكفل بهذا الكم الهائل من المرضى الفاقدين للاستقلالية ليعود هذا الدور على عائلة المريض وخاصة على فرد من العائلة أي مقدم الرعاية العائلي، فدور تقديم الرعاية ليس بالدور الهين فهو يعتبر بالنسبة إلى هذه الشريحة مصدر كبير للإجهاد النفسي المزمن نظرا لتعدد المسؤوليات والمهام الملقاة على عاتقهم وبحكم طول مدة الرعاية خاصة فيما يخص المرضى المصابين بالجلطة الدماغية (Kerhervé 2010)، فالمهام التي يقومون بها متعددة تتطلب وقتا كبيرا وجهدا اكبر وتواجد مستمر مع المريض (Ducharme 2006)، هذه المهام والملازمة الدائمة والتواجد المستمر مع

المريض المصاب بالجلطة الدماغية وبحكم فقدانه لاستقلالته في غالب الأحيان نتيجة للشلل النصفي أو اضطرابات معرفية كالحبسة تؤدي بمقدم الرعاية العائلي للإحساس بالإرهاك الجسمي و النفسي كما أنها تؤثر على حياته الاجتماعية حيث يجد نفسه معزولا اجتماعيا، ليس هذا فقط بل في الكثير من الأحيان يتحمل مقدم الرعاية العائلي أعباء مالية مرتبطة بالعناية بالمريض (Leurs et al 2018)، كما يتعرض مقدم الرعاية العائلي إلى مشاكل واضطرابات جسمية ناتجة عن الإجهاد النفسي المزمّن بحكم طول مدة الرعاية، فهو عرضة للأمراض القلبية وارتفاع مستوى ضغط الدم (Goudin 2004)، إضافة إلى اضطرابات في الشهية والنوم و أيضا سرعة الاستثارة والغضب وأحيانا سلوكيات عدوانية (Rossinot2019)، كما ان من المظاهر الملاحظة لديهم هو اختلال الجهاز المناعي وضعفه كما ان الاستجابة المناعية لديهم بطيئة (Pariel 2013)، يعانون أيضا من الآلام المزمنة والانخفاض التام في الطاقة الجسمية والإحساس بعدم القدرة والتعب الشديد حتى بعد أخذ الراحة (Alexandre 2011)، إضافة إلى كل هذه الاضطرابات الفيزيولوجية يتعرض مقدم الرعاية العائلي أيضا إلى اضطرابات نفسية كالشعور بالذنب (Fontaine 2009)، و الإنكار لوضعيتهم و معاناتهم (Mariage et al 2006)، و مع ازدياد مهامهم و مسؤولياتهم المتعلقة برعاية المريض فإنهم يتعرضون إلى الاحتراق النفسي فمهمة تقديم الرعاية تكون غالبا أكثر من دوام كامل وبدون أخذ راحة وبدون مقابل أيضا (Maire 2013) كما أنهم عرضة أيضا لاضطرابات في المزاج، سرعة الغضب، مظاهر الفلق والاكتئاب (Guy et al 2013)، حياتهم الاجتماعية تتأثر أيضا بحكم قلة احتكاكهم مع الآخرين نتيجة لعدم قدرتهم لترك المريض لوحده وكثرة المسؤوليات المرتبطة بدور تقديم الرعاية وفقدان أوقات الحرية (Lavoie 2000)، وهذه العزلة الاجتماعية التي يعاني منها مقدمي الرعاية العائليين تدوم أحيانا لسنوات خاصة في الأمراض العصبية التنكسية والإصابات العصبية إضافة إلى الأمراض العقلية أين تكون مدة المرض والرعاية طويلة (Mollard 2009)، و حتى حياتهم العائلية تتأثر أيضا بالإعاقة وفقدان الاستقلالية عند فرد من العائلة يعتبر أزمة عائلية ومصدر للإجهاد النفسي والمعانات والتي قد تؤدي إلى هشاشة العائلة وظهور صراعات داخلها

(Darnaud 2007)، هذه الصراعات العائلية تؤدي إلى اختلالات في العلاقات العائلية خاصة على مستوى مقدم العائلة العائلي، حيث تكون هذه الاختلالات على مستوى العلاقة الزوجية، العلاقة مع الأطفال، المقربين و الأصدقاء (Steben-Chabot 2018)، كما ان دور تقديم الرعاية له تأثيرات على المستوى الاقتصادي، المالي و المهني فالكثير من مقدمي الرعاية يعتبرون الأعباء المالية المتعلقة برعاية المريض عبء كبير ومصدر للمعاناة، كما أنها تؤثر على مستقبلهم الاقتصادي و مدخراتهم (Pyper 2006)، كما ان العديد من مقدمي الرعاية وجدوا أنفسهم في حتمية صعوبة البقاء والحفاظ على منصب عمل نتيجة لتوليهم دور الرعاية، والكثير منهم عبروا عن استحالة عملهم في ظل ظروف تقديم الرعاية (Arnaud et al 2016)، كل هذه الآثار والمظاهر التي تم ذكرها والناجمة عن دور تقديم الرعاية والتي يعتبرها الكثير من مقدمي الرعاية وضعيات صعبة ومعانات تدرج حسب الدراسات والبحوث التي تهتم بمقدمي الرعاية العائليين تحت مفهوم العبء و الذي أشار إليه (Zarit et al 1980) والذي يعتبر من أشهر الباحثين الذين اهتموا بمفهوم العبء لدى مقدم الرعاية كما عرفه على أنه جميع التأثيرات والنتائج على المستوى الجسمي، النفسي، وجميع التكاليف المالية التي يتحملها مقدم الرعاية العائلي، إضافة إلى التأثيرات على مستوى العلاقات الاجتماعية والعائلية والتكلفة النفسية المتمثلة في الإحباط، الإحساس بالذنب، والإجهاد النفسي والاكنتاب، إضافة أيضا إلى الافتقار إلى أوقات الحرية، كما ان مفهوم العبء ومستوياته مرتبطة بعدة عوامل ومتغيرات، فقد أثبتت الدراسات ان المستوى المرتفع من العبء مرتبط بشدة المرض وشدة فقدان الاستقلالية الحركية والمعرفية و خاصة في الأمراض والإصابات العصبية كالزهايمر والجلطة الدماغية (Mollard 2009)، كما ان مستوى العبء المرتفع مرتبط بشدة بنسبة فقدان الاستقلالية المعرفي والاضطرابات النفسية والسلوكية عند المريض (Zarit et al 1980)، كما يجب الإشارة ان مستويات العبء مرتبطة بجنس مقدم الرعاية وسنه وعلاقة القرابة مع المريض، فمستوى العبء مرتفع عند الإناث مقارنة بالذكور، وعند الأبناء مقارنة بالأزواج والآباء، كما ان مستويات العبء مرتفعة لدى شريحة مقدمي الرعاية الشباب (Mollard 2009)، ويرتبط أيضا مستوى

العبء بوجود الدعم الاجتماعي والعائلي من عدمه و كذلك توفر المعلومات الخاصة بالمرض وطرق الرعاية (Lafleur1998)، كما أن للعلاقة السابقة بين مقدم الرعاية العائلي والمريض دور في تحديد مستوى العبء عند مقدم الرعاية العائلي (Darnaud 2007)، كما أن هناك متغيرات أخرى تحدد مستويات العبء عند مقدم الرعاية العائلي كشخصية المريض، شخصية مقدم الرعاية العائلي والرغبة في تبني هذا الدور من عدمها (Seys 2012)، أحاسيس الذنب أيضا عند مقدم الرعاية العائلي مرتبطة بمستويات مرتفعة من العبء لديه (Novak & Guest1989)، و حتى جودة الحياة عند المريض وعند مقدم الرعاية العائلي يحددها مستوى العبء، حيث ان مستوى عبء مرتفع عند مقدم الرعاية العائلي مرتبط بمستويات منخفضة من جودة الحياة عند الثنائي (Davin & Paraponaris 2016)، ولهذا يعتبر مفهوم العبء لدى مقدم الرعاية العائلي من المتغيرات الهامة الجديرة بالتطرق إليها ودراستها خاصة في ظل التغيرات الديموغرافية التي تشهدها بلادنا، فارتفاع نسبة المسنين وزيادة نسبة المرضى المصابين بالأمراض المزمنة وخاصة الأمراض القلبية الوعائية وعلى رأسها الجلطة الدماغية والتي تؤدي غالبا إلى الإعاقة وفقدان الاستقلالية عند المريض كلها عوامل سترفع من نسبة المعاقين كما سترفع من نسبة مقدمي الرعاية العائليين، فنتائج الجلطة الدماغية لا تظهر فقط على المريض بل تتخطاه إلى محيطه العائلي وخاصة مقدم الرعاية العائلي الأساسي، ومن هذا فان مفهوم العبء لدى مقدم الرعاية العائلي والمرتبب بدوره له تأثيرات على كل جوانب حياته والتي تكون السبب في الكثير من الاختلالات على مستوى الصحة الجسمية والنفسية، وما يلحقه أيضا من أعباء مالية واختلالات على مستوى الحياة الاجتماعية والعائلية، واستجابة لهذا الاهتمام البحثي وامتدادا له نسعى من خلال هذه الدراسة إلى استقصاء مستوى العبء عند مقدم الرعاية العائلي للمريض المصاب بالجلطة الدماغية حيث طرحنا الإشكالية التالية :

- ما مستوى العبء لدى مقدم الرعاية العائلي للمريض المصاب بالجلطة الدماغية ؟

كما طرحنا تساؤلات فرعية نرى أنها مهمة في دراستنا:

- إلى أي مدى يؤثر فقدان الاستقلالية بنوعيتها الجسمي والمعرفي عند المريض المصاب بالجلطة الدماغية على مستوى العبء لدى مقدم الرعاية العائلي ؟
- وهل يؤثر مستوى العبء المرتفع على الصحة الجسمية والنفسية لمقدم الرعاية العائلي للمصاب بالجلطة الدماغية، وهل تتأثر حياته الاجتماعية، الاقتصادية والعائلية بدور تقديم الرعاية ؟

وللإجابة على الإشكالية و التساؤلات الفرعية قمنا بطرح الفرضيات التالية :

#### فرضيات الدراسة:

- مقدم الرعاية العائلي للمصاب بالجلطة الدماغية لديه مستوى مرتفع من العبء.
- كلما زادت مستويات فقدان الاستقلالية بنوعيتها الجسمي والمعرفي زادت معه مستويات العبء لدى مقدم الرعاية للمريض المصاب بالجلطة الدماغية.
- مستوى العبء المرتفع يؤثر على الصحة الجسمية والنفسية لمقدم الرعاية العائلي للمريض المصاب بالجلطة الدماغية، كما ان مجالات حياته الاجتماعية، الاقتصادية والعائلية تتأثر بدور تقديم الرعاية.

#### أهداف الدراسة:

- ككل البحوث العلمية كان لنا أهداف طمحنا لتحقيقها نذكرها فيما يلي:
- التعرف والتعمق أكثر على مفهوم مقدم الرعاية العائلي ومفهوم العبء لديه.
- الكشف عن مستوى العبء لدى مقدم الرعاية العائلي الذي يتكفل بالمريض المصاب بجلطة دماغية.
- الكشف عن العلاقة بين مستوى فقدان الاستقلالية بنوعيتها الحركي والمعرفي عند المريض المصاب بالجلطة الدماغية و بين مستوى العبء لدى مقدم الرعاية العائلي المتكفل به.

- الكشف عن العلاقة بين مستوى العبء لدى مقدم الرعاية العائلي للمريض المصاب بالجلطة الدماغية وتأثيراته على الصحة الجسمية والنفسية والعلاقات الاجتماعية والعائلية وأيضا الآثار على المستوى الاقتصادي والمهني لمقدم الرعاية العائلي.

- تقديم عمل علمي متواضع يهدف إلى تحسيس كل من يهتم بالمجال الصحي بشريحة مقدمي الرعاية العائليين.

- فتح المجال للمزيد من الدراسات والبحوث العلمية حول الموضوع والتشجيع للإهتمام أكثر بهذه الشريحة.

### أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية فيما يلي:

- إلقاء الضوء على شريحة مقدمي الرعاية العائليين والتي هي في تزايد مستمر، وندرة الدراسات العربية والوطنية في حدود اطلاع الباحث حول عبء مقدم الرعاية العائلي للمريض المصاب بالجلطة الدماغية.

- المساهمة في إنتاج معرفي يمكن باحثين آخرين من الاستفادة من النتائج المتحصل عليها من خلال هذا البحث والانطلاق في أبحاث أخرى حول الموضوع.

- تناول موضوع لم ينل الحق الكافي من الدراسة في المجتمعات العربية على العموم وفي المجتمع الجزائري على الخصوص.

- كما تكمن أهمية الدراسة في أهمية الشريحة المستهدفة، وأيضا في كونها من الدراسات النادرة وطنيا في حدود اطلاع الباحث.

- تعتبر هذه الدراسة إضافة في مجال علم النفس الصحة في الجزائر وفي الوطن العربي من حيث العلاقة بين متغيراتها.

- حجم الظاهرة (مقدمي الرعاية العائليين) و محاولة لفت انتباه كل من الباحثين، السلطات والمنظومة الصحية و المجتمع عامة حول الظاهرة.
- تسعى الدراسة إلى المساهمة في إثراء جانب مهم من مجالات علم النفس الصحة، فالاهتمام بشريحة مقدمي الرعاية العائليين يعتبر اهتماما بالإنسانية كما يعد مؤشرا على تقدم المجتمع و تطوره على الصعيد العلمي والإنساني.

### دواعي اختيار الموضوع:

- الإهتمام الشخصي بالموضوع كونه له علاقة بالحياة الشخصية للباحث.
- اكتساب رصيد معرفي حول متغيرات الدراسة والتعرف عليها ميدانيا.
- حداثة الموضوع عربيا ووطنيا وأهمية مقدم الرعاية العائلي في المجتمع وفي المنظومة الصحية وخاصة بالنسبة للمريض.
- موضوع يخدم تخصص علم النفس الصحة الذي يهتم ويركز على البحث النفسي ومناهجه في مجال الوقاية، تدبر الأمراض وتحديد العوامل النفسية والسلوكية والبيئية المساهمة في الإصابة بالاضطرابات الجسمية والنفسية، كما يسعى هذا التخصص لحماية الصحة والحفاظ عليها وتحسين نظام الرعاية إضافة إلى صياغة السياسات الصحية، و لقد جاء موضوع دراستنا في هذا الاتجاه و خدمة له.

### تحديد مفاهيم الدراسة:

- في إطار تحقيق أهداف الدراسة والتحقق من فرضيتها يجب تحديد المفاهيم التي تركز عليها و تشكل مفتاح لها، ولهذا نعرض فيما يلي التعريفات الإجرائية لأهم المفاهيم والمصطلحات التي اعتمدت عليها دراستنا:

- **مقدم الرعاية العائلي:** هو الشخص من العائلة أو المقربين من المريض والذي يقدم خدمة الرعاية للمريض الفاقد للاستقلالية والذي لا يستطيع الاعتماد على نفسه في حياته اليومية، حيث تكون هذه الخدمة غير مهنية وبدون مقابل.

و يعرف إجرائيا بأنه مقدم الرعاية العائلي الأساسي لمريض مصاب بجلطة دماغية يقوم برعاية المريض وخدمته في حياته اليومية بدون مقابل وبصفة غير مهنية.

#### - العبء le fardeau:

وهو التأثيرات المدركة لمقدم الرعاية العائلي على المستوى الجسمي، النفسي، العاطفي، الاجتماعي والاقتصادي المهني وعلى مستوى العلاقات العائلية الناتجة عن دور تقديم الرعاية لمريض من العائلة أو من المقربين والفاقد للاستقلالية جزئيا أو كليا.

و يعرف إجرائيا على أنه مجموعة الدرجات التي يتحصل عليها مقدم الرعاية العائلي للمريض المصاب بالجلطة الدماغية على سلم زاريت لقياس العبء échelle de Zarit ou inventaire du fardeau.

#### - المريض المصاب بالجلطة الدماغية Le malade victime d'AVC:

وهو المريض المصاب بحادث وعائي دماغي ناتج إما عن انقطاع في التروية الدموية على مستوى الدماغ، إما بسبب انسداد الأوعية الدموية الدماغية (الجلطة الدماغية الإقفارية)، أو إما تمزق أحد الأوعية الدموية الدماغية (الجلطة الدماغية النزيفية).

و يعرف إجرائيا بأنه المصاب الفاقدا للاستقلالية بسبب جلطة دماغية مؤكدة بأشعة طبية وتقرير طبي من طرف أخصائي الأمراض العصبية.

#### - فقدان الاستقلالية La perte d'autonomie:

هو فقدان القدرة في الاعتماد على النفس في أخذ القرارات المتعلقة بالحياة وصعوبة القيام بنشاطات الحياة اليومية بسبب اختلال في القدرات الجسمية أو العقلية المعرفية أو كلاهما معا. و تعرف إجرائيا بمجموع الدرجات المتحصل عليها في مؤشر بارتال Index de Barthel فيما يخص فقدان الاستقلالية الجسمي الحركي، و مجموع الدرجات المتحصل عليها في مقياس التقييم المعرفي المتبع في مونتريال MOCA فيما يخص فقدان الاستقلالية المعرفي.



## الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة ركنا أساسيا من أركان البحث العلمي فمن خلالها تتضح الرؤية للباحث ويأخذ فكرة عامة عن الموضوع الذي يريد دراسته، و لهذا فإنه قبل تناولنا للدراسة الحالية رجعنا إلى عدد من الدراسات السابقة التي تناولت موضوعنا قصد التعرف على الأبعاد المختلفة لمتغيرات دراستنا و إرساء التساؤلات والفرضيات كما تم الإعتماد على الدراسات السابقة في إثراء الجانب النظري والإستفادة من نتائجها في مناقشة نتائج دراستنا، ولهذا الغرض تطرقنا إلى بعض الدراسات التي تناولت مقدم الرعاية عموما وعلاقته ببعض المتغيرات كما أشرنا إلى دراسات أخرى اهتمت بمقدم الرعاية العائلي للمريض المصاب بالجلطة الدماغية على وجه التحديد وعلاقته أيضا ببعض المتغيرات خاصة مستوى العبء، ومن بين هذه الدراسات ما يلي:

## أ- الدراسات التي تناولت مقدم الرعاية العائلي على العموم وعلاقته ببعض المتغيرات:

- دراسة حنين هاشم داود طعمة في 2013 تخصص التمريض والصحة النفسية بعنوان "العبء والمسؤولية التي تقع على مقدم الرعاية للمريض النفسي" هدفت هذه الدراسة إلى تقييم العبء الذاتي و الموضوعي لدى مقدم الرعاية العائلي للمريض النفسي ومعرفة ما إذا كان هناك أي ارتباط بين مستوى العبء و بين العمر والجنس والمستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية والاقتصادية ونوع المرض العقلي، اتبعت هذه الدراسة المنهج الوصفي، حيث كان حجم العينة 150 مقدم رعاية لمرضى نفسيين من الضفة الغربية في فلسطين، كان نوع المرض عند المرضى: (انفصام الشخصية، التخلف العقلي، البارانويا)، تم استخدام مقياس Zarit للعبء، وكانت النتائج كالتالي: مستوى العبء عند العينة كان من متوسط إلى مرتفع ، كما ان مستوى العبء كان مرتبط بشكل كبير مع الجنس و المستوى التعليمي والحالة الاجتماعية و الاقتصادية ونوع المرض، حيث ان مستوى العبء الذاتي كان عاليا عند الإناث مقارنة بالذكور، كما كان العبء الذاتي أيضا كان عاليا عند ذوي المستوى التعليمي المنخفض وعند ذوي المستوى المعيشي المنخفض وعند صغار السن أيضا وعاليا أيضا عند مقدم الرعاية للمريض المصاب بانفصام الشخصية مقارنة بالتخلف العقلي، إلا ان العبء الموضوعي كان

مرتفعاً عند الذكور ذوي المستوى التعليمي العالي و ذوي مستوى المعيشة العالي و كان مستوى العبء الموضوعي أيضاً عالياً في جميع أنواع الأمراض ، كانت توصيات هذه الدراسة تقديم خدمات من قبل مراكز الصحة النفسية تركز على احتياجات الأسرة خاصة مقدم الرعاية العائلي الأساسي (هاشم داود طعمة، 2013).

- دراسة Sylvie Pariel رئيسة مصلحة التشخيص والعلاج للأمراض العصبية، كان الهدف من الدراسة هو الكشف عن تأثير دور الرعاية اليومية والمستمرة على صحة مقدمي الرعاية لمرضى الزهايمر، كانت العينة 240 مقدم رعاية عائلي لمصاب بالزهايمر، استعملت الدراسة المنهج التجريبي العيادي وسلم زاريت للعبء، وكانت النتائج كالتالي: 85% من مقدمي الرعاية يعانون من اختلالات على المستوى الاجتماعي متمثلة في العزلة وتقلص العلاقات الاجتماعية، مستويات عبء من متوسطة إلى مرتفعة خاصة العبء الذاتي، معاناة نفسية و إنهاك جسدي كبير إضافة إلى أعراض اكتئابية وتدهور في جودة الحياة، كما توصلت الدراسة في شقها التجريبي أن الاستجابة المناعية لدى مقدمي الرعاية ضعيفة كما لوحظ بطئ في التئام الجروح، كما تعرض 13 مقدم الرعاية من ضمن 240 إلى سكتة قلبية خلال هذه الدراسة والتي استمرت على مدار 3 سنوات على عينة كان معدل سنها 52 سنة (pariel, 2013).

- دراسة Martin Turcotte 2013 بكندا وكان الهدف من هذه الدراسة هو معرفة نوع مقدمي الرعاية والمدة الزمنية للرعاية ، كما حاولت الدراسة الكشف عن من هم مقدمي الرعاية الذين تكون آثار الدور سلبية على صحتهم الجسمية و النفسية، كما هدفت الدراسة أيضاً إلى كشف الفروق بين أنواع مقدمي الرعاية حسب نوع القرابة مع المريض، استعملت هذه الدراسة المنهج الوصفي و الإحصائي التحليلي اعتماداً على مجموعة من الاستبيانات، و دامت هذه الدراسة لمدة سنة كاملة ، حيث توصلت إلى ان 8 ملايين من الكنديين أي 28% من السكان الذين يتراوح سنهم من 15 سنة فما فوق قدموا خدمات رعاية لأحد أقربائهم يعاني من مشكل صحي أو إعاقة أو مشاكل مرتبطة بالشيخوخة، 39% منهم يقدمون الرعاية للأب أو الأم، 8% للزوج أو للزوجة، 5% للأبناء، 48% لأحد الأقرباء أو الأصدقاء، كما توصلت الدراسة ان مقدمي

الرعاية الأساسيين و الذين يقضون على الأقل ساعتين يوميا في تقديم الرعاية 38% منهم يقدمون الرعاية لأحد أطفالهم، 34% لأزواجهم، من ضمن هذه المجموعة 21% منهم و الذين يقدمون الرعاية لأبائهم اقروا إحساسهم بمشاعر الاكتئاب، كما ان 51% ممن يقدمون الرعاية للزوج أو للطفل اقروا معاناتهم من مشاكل صحية و اضطرابات نفسية و عزلة اجتماعية بسبب المدة الزمنية التي يقضونها مع المريض، كما ان 28% من مقدمي الرعاية لطفل و 20% من مقدمي الرعاية لزوج و 7% من مقدمي الرعاية للأب أو الأم عبروا عن وجود مشاكل مالية ومهنية بسبب دور تقديم الرعاية (Turcotte, 2013).

- دراسة أبو سهير نصره و أشرف الجيدي بقطاع غزة في فلسطين، بعنوان "مستوى العبء الجسدي، النفسي، الاقتصادي والاجتماعي لدى مقدمي الرعاية العائليين للمرضى المصابين بالفصام"، كان الهدف من هذه الدراسة الكشف عن مستوى العبء لدى عينة من 120 من مقدمي الرعاية العائليين لمرضى مصابين بالفصام، اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي وكان اختيار العينة عشوائيا في المراكز الصحة العقلية في قطاع غزة، كما استعملت المقابلة ومقياس العبء من تصميم الباحثين، كانت نتائج الدراسة كما يلي: 68% من مقدمي الرعاية هم إناث، يزيد سنهم عن 40 سنة في 45.5% من العينة، مستوى تعليمي متدني عند 47.5% من العينة، كما ان 78% منهم لا يشتغلون و 52.5% يقدمون الرعاية لأكثر من 10 سنوات، كما كشفت الدراسة عن مستويات عبء كلي مرتفعة جدا، حيث كان العبء الاجتماعي ب 70.9% و العبء الجسدي 81%، كما توصلت الدراسة ان مستوى العبء يرتفع مع تدني المستوى التعليمي وانخفاض الدخل الشهري عند مقدم الرعاية العائلي، كما أوصت الدراسة الاهتمام بالفئة و وضع برامج تكوينية و تأهيلية لفائدتهم مع توفير دعم نفسي و مادي (Abu shair & Al jedi, 2015).

- دراسة شرف الدين و آخرون بتونس وهي دراسة قام بها فريق من الأطباء النفسيين الباحثين بعنوان "الاكتئاب والعبء عند مقدمي الرعاية العائليين للمرضى المصابين بالفصام"، كان الهدف من هذه الدراسة هو تقييم مستويات العبء و الاكتئاب لدى مقدمي الرعاية العائليين

وتحديد عوامل الخطر المرتبطة بها، كانت العينة 30 من مقدمي الرعاية، اعتمدت الدراسة على المنهج العيادي، استعمل سلم Zarit للعبء ومقياس Beck للاكتئاب، توصلت الدراسة ان مستوى العبء لدى العينة كان يتراوح ما بين المعتدل إلى الشديد عند 83.3% من العينة، 34% من مقدمي الرعاية كانوا يعانون من الاكتئاب، كانت مستويات العبء المرتفعة مرتبطة بغياب الحافز للمساعدة ووجود عدوانية لدى المريض (Charfeddine et al, 2017).

- دراسة "كيسولت جلاسر" مذكور في "هناك محمد شويخ" كان الهدف من الدراسة حول التئام الجروح عند مقدمي الرعاية العائليين، حيث اعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي، حيث كانت التجارب على مقدمي الرعاية عبارة عن إحداث جروح بسيطة وذلك باستئصال جزء صغير من نسيج الجلد وكان الاستئصال نفسه عند مجموعتين، مجموعة ضابطة ومجموعة من مقدمي الرعاية العائليين لمرضى مصابين بالزهايمر، حيث كان الهدف الأساسي من هذه الدراسة هو معرفة تأثير الإجهاد النفسي الناتج عن دور تقديم الرعاية على سرعة التئام الجروح عند مقدمي الرعاية العائليين، توصلت الدراسة ان التئام الجروح عند مجموعة مقدمي الرعاية العائليين كان أبطء بكثير مقارنة مع المجموعة الضابطة وبأن وظائف جهاز المناعة تتأثر سلباً بالإجهاد النفسي المرتبط بدور تقديم الرعاية (أحمد محمد، 2012).

#### ب- الدراسات التي تناولت مقدم الرعاية العائلي للمريض المصاب بالجلطة الدماغية:

- دراسة "Tamoh Abel et al 2018" بساحل العاج، قام بها مجموعة من الأطباء بمصلحتين لطب الأعصاب في CHU de Cocody وCHU de Bouaké، كان الهدف من هذه الدراسة هو معرفة مستوى المعلومات المتوفرة لدى مقدمي الرعاية العائليين لمرضى مصابين بجلطة دماغية وحول معارفهم بخصوص الجلطة الدماغية أسبابها وأعراضها، حيث استعمل المنهج العيادي اعتماداً على أداة الاستبيان المصممة لهذا الغرض والمقابلة النصف موجهة، كانت العينة 106 من مقدمي الرعاية لمرضى مصابين بالجلطة الدماغية حيث كان معدل عمرهم ما بين 13.9 إلى 40.5 سنة، توصلت الدراسة إلى ان 20.8% من العينة غير متمدرسين، 12 مقدم رعاية كانت لهم معلومات مسبقة حول الجلطة الدماغية أي 11.3%، 50.9% من العينة أشاروا ان

أسباب حدوثها روحية و 57.5% ارجعوا أسبابها الى السحر كما ان 40.6% من العينة أشاروا إلى ان الضغط الدموي المرتفع قد يكون احد أسبابها، أما الأعراض التي تم ذكرها من طرف مقدمي الرعاية كانت الشلل النصفي واضطرابات الكلام، عند 78.3% بالنسبة للشلل النصفي و 37.7% بالنسبة لاضطرابات الكلام، حيث توصلت الدراسة إلى ان معرفة مقدمي الرعاية للمعلومات الخاصة بالجلطة الدماغية كأسبابها، أعراضها و الوقاية منها كانت ناقصة وكانت تفسيراتهم لأسبابها ميتافيزيقية وثقافية، كما توصلت الدراسة أيضا ان 69.80% من مقدمي الرعاية العائليين الذين شملتهم الدراسة كانوا إناث (Tamoh Abel et al, 2019).

- دراسة "Caputo Anne 2011" تحت عنوان "جودة الحياة عند المرضى المصابين بالجلطة الدماغية وعند مقدمي الرعاية العائليين المتكفلين بهم"، أقيمت هذه الدراسة بمصلحة الأمراض العصبية بمستشفى Annecy بفرنسا، حيث كانت العينة 224 مصاب بالجلطة الدماغية و 145 مقدم رعاية عائلي، استعمل في هذه الدراسة المنهج العيادي اعتمادا على أداة قياس جودة الحياة "Sickness Impact Profile" حيث توصلت الدراسة إلى ان 30% من مقدمي الرعاية العائليين لمصابين بالجلطة الدماغية الذين كانت لهم إعاقة حركية ومعرفية كانوا يعانون من الاكتئاب واضطرابات في المزاج كما أن جودة الحياة لديهم تأثرت سلبا بدور تقديم الرعاية، كما توصلت الدراسة أيضا إلى أن 30% من المصابين بجلطة دماغية تعرضوا إلى الاكتئاب بغض النظر عن الآثار الناتجة عن الجلطة و هذا ما يشير على أن تدهور جودة الحياة عند المريض لها علاقة بالصدمة النفسية أكثر مما لها علاقة بالإصابة العصبية، كما توصلت الدراسة إلى أن العوامل المنبئة بتدهور جودة الحياة عند المرضى هي: الإصابة بالاكتئاب، الإعاقة الحركية، مستوى دراسي منخفض، الشيخوخة والتعرض إلى الحبسة ، وكل هذه العوامل كان لها تأثير أيضا واضح على جودة حياة مقدمي الرعاية العائليين، فجودة حياة مقدم الرعاية العائليين مرتبطة بجودة حياة المريض (Caputo, 2011).

- دراسة "Aiach et Bauman 2009" تحت عنوان "مقدم الرعاية العائلي الأساسي للمريض المصاب بالجلطة الدماغية"، كان الهدف من هذه الدراسة الكشف عن الآثار المترتبة عن تقديم

الرعاية لمريض أصيب بجلطة دماغية على عدة مستويات من حياة مقدم الرعاية العائلي، كانت العينة 215 مقدم رعاية عائلي أساسي منهم 155 أنثى و 60 ذكر، استعمل المنهج العيادي اعتمادا على المقابلات وأداة الاستبيان المخصصة للغرض، توصلت نتائج الدراسة إلى أن 43% من مقدمي الرعاية الأساسيين كان سنهم ما بين 65 سنة فما فوق، 81% من الرجال يقدمون الرعاية لزوجاتهم و70% من النساء لأزواجهن، 93% من العينة كانوا من عائلة المريض، كما توصلت الدراسة ان 60.8% من الرجال عبروا عن مشاكل مالية مقارنة ب 42.2% من النساء، كما ان 47.7% من الرجال كانت لهم صعوبات في التوفيق بين دور الرعاية والعمل مقارنة ب 46.3% من النساء، كما أن 11.7% من الرجال توقفوا تماما عن العمل مقارنة ب 9% من النساء، كما توصلت الدراسة أيضا إلى أن 49.6% من الرجال اضطروا إلى تغيير السكن للتكيف مع حالة المريض مقارنة ب 34% من النساء، كما أشار 96.7% من الرجال أن المعاناة النفسية هي الأكثر صعوبة مقارنة ب 89.3% من النساء، كما اقر 21.7% من الرجال أنهم أصبحوا سريعى الغضب مقارنة ب 12% من النساء، إلا انه 50.7% من النساء كانوا يعانون من القلق و الخوف نتيجة توليهم دور الرعاية مقارنة ب 32.1% من الرجال، كما أشارت هذه الدراسة ان الرجال والنساء مقدمي الرعاية لا يدركون الآثار المترتبة عن دور تقديم الرعاية بنفس الطريقة خاصة في الجوانب الاجتماعية، المالية وفي تسيير الإعاقة إلا أنهم يتساوون نسبيا في الآثار النفسية و العاطفية ( Bauman & Aiach, 2009).

- دراسة "Bileckot et al 2018" بمدينة برازافيل بدولة الكونغو، كان الهدف من هذه الدراسة هو تقييم تطور مستويات العبء عند مقدمي الرعاية العائليين لمرضى مصابين بجلطة دماغية، حيث يكون تقييم مستويات العبء في الشهر الأول، الثالث والشهر السادس وهذا منذ بداية تولي دور تقديم الرعاية، استخدم في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، كانت العينة مكونة من 70 مقدم رعاية عائلي لمريض مصاب بجلطة دماغية، حيث كان معدل سنهم ما بين 11.9 سنة إلى 55.4 سنة، و كان 44.5% منهم أزواج المرضى، استعمل في هذه الدراسة

مقياس Zarit للعبء، حيث توصلت النتائج ان العبء المدرك خلال الشهر الأول لدى العينة كان ما بين 10.6 إلى 44.8 أي من عبء خفيف إلى متوسط، أما في الشهر الثالث كانت مستويات العبء عند العينة ما بين 12.1 إلى 36.4 أي دائما من عبء خفيف إلى متوسط، أما في الشهر السادس كان ما بين 13.8 إلى 27.2، كانت نتائج الدراسة تشير ان العبء الذي قد يتعرض إليه مقدم الرعاية العائلي للمصاب بجلطة دماغية ينخفض مع الوقت ومع تحسن الاستقلالية الجسدية للمريض ومزاجه أيضا (Bileckot et al, 2018).

- دراسة "Emilie Clarisse 2020" بالكاميرون تحت عنوان "المعاش النفسي لمقدمي الرعاية العائليين المتكفلين بأحد أباءهم المصابين بجلطة دماغية"، حيث كان الهدف من هذه الدراسة الكشف عن الصعوبات والمعاناة النفسية التي يواجهها مقدمي الرعاية العائليين، اعتمدت هذه الدراسة على المنهج العيادي المتمثل في المقابلة العيادية وهذا للكشف وتفسير المعاش النفسي المرتبط بتجربة الرعاية، كانت العينة متكونة من أربعة مقدمي رعاية عائليين تم اختيارهما في الوحدة المختصة بالأمراض العصبية بالمستشفى العسكري Yaonndé، حيث توصلت نتائج الدراسة ان كل مقدمي الرعاية كانوا يعيشون تجربة جد صعبة ومعقدة، مليئة بالضغوطات النفسية والإنفعالات السلبية الأليمة خاصة أن تبنيهم لدور تقديم الرعاية جاء بصورة مفاجئة وهذا بحكم فجائية الجلطة الدماغية، كما عبر مقدمو الرعاية عن إنهاك نفسي وجسمي شديد وتحول جذري في جودة حياتهم كما عبروا على أن هذه التجربة وضعتهم في موقف اللاخيار فهم مضطرين للقيام بهذه المهمة وهذا ما يجعلهم عرضة لأحاسيس الذنب، كما أوصت الدراسة بضرورة التكفل النفسي و الاجتماعي بمقدمي الرعاية العائليين خاصة في المراحل الأولى من تبني دور الرعاية (Tchokote,2020).

- دراسة "Nzackimuera 2013" شملت هذه الدراسة 11 مريض مصاب بالجلطة الدماغية و 11 مقدم رعاية عائلي يقوم بالتكفل برعايته بضواحي باريس بفرنسا، كان الهدف من هذه الدراسة هو الكشف عن مستوى العبء عند مقدمي الرعاية للمرضى المصابين بالجلطة الدماغية، استعملت الدراسة المنهج الوصفي، كما استعملت أيضا أداة قياس العبء ل Zarit،

توصلت نتائج الدراسة ان هناك فروق بين مقدمي الرعاية في مستويات العبء، هذه الفروق راجعة إلى نوع القرابة بين المريض ومقدم الرعاية، حيث جاءت مستويات العبء مرتفعة عند الأبناء مقارنة بالأزواج، حيث شملت هذه الدراسة أربعة أزواج تحصلوا على المستويات التالية على سلم Zarit : 15-19-28-38، أما مستويات العبء التي تحصل عليها الأبناء كانت كالتالي: 19-48-53-55-70، أما ما تبقى من العينة فتحصلوا على مستويات العبء التالية: 18-36، حيث كانت علاقة قرابتهم بالمريض (خال المريض و أخت المريض من أم أخرى) (Nzackimuera, 2013).



# الفصل الثاني:

## الجلطة الدماغية

- تمهيد.
- تعريف الجلطة الدماغية.
- مكونات الدماغ وآلية التروية الدماغية.
- إحصائيات وطنية وعالمية حول الجلطة الدماغية.
- أنواع الجلطات الدماغية.
- أعراض الإصابة بالجلطة الدماغية وعلاماتها.
- أسباب حدوث الجلطة الدماغية.
- عوامل الخطر للإصابة بالجلطة الدماغية.
- الآثار المترتبة عن الجلطة الدماغية.
- مضاعفات الجلطة الدماغية.
- إجراءات التشخيص، التكفل والوقاية في الإصابة بالجلطة الدماغية.
- خلاصة الفصل.

**تمهيد:**

يعتبر دماغ الإنسان من الأعضاء الأكثر دقة وتطوراً في الجسم وهذا لتحكمه في كل وظائف الجسم الحيوية، كما تعتبر الخلايا العصبية من أنبل خلايا الجسم إلا أنها تفتقد خاصية التجديد فكل إنسان له كمية محددة من الخلايا العصبية، فتضرر أو فقدان عدد منها يقابله فقدان أو اختلال على مستوى الوظائف العصبية وهذا ما يحدث في الجلطة الدماغية أو الحادث الوعائي الدماغية، والذي هو حادث مفاجئ قد يصيب أي إنسان، إلا أن أسباب الإصابة تختلف حيث تتدخل فيها عوامل خطر عديدة، كما تتسبب الجلطة الدماغية في آثار تكون حسب المناطق المتضررة من الأنسجة في الدماغ والتي تحدث اختلالاً في صحة المريض وتفقد نوعاً من استقلاليته نتيجة للإعاقات التي تحدث بعد الإصابة بالجلطة الدماغية والتي تؤثر على حياة المريض اليومية وعلى محيطه أيضاً، ولتوضيح أكثر تطرقنا في هذا الفصل بإطّاب إلى موضوع الجلطة الدماغية وما تسببه من آثار خاصة فقدان الاستقلالية والذي يستدعي تكفل ومرافقة ورعاية خاصة من طرف العائلة وعلى الخصوص أحد أفراد العائلة والذي هو موضوع دراستنا أي مقدم الرعاية العائلي.

**تعريف الجلطة الدماغية:**

هو خلل مفاجئ على مستوى الارتواء الدموي لجزء من الدماغ، ينتج عنه اضطراب على مستوى أعضاء الجسم التي تتحكم فيها المناطق المتضررة أو اضطرابات أخرى وظيفية، قد تحدث الجلطة الدماغية إما بانسداد الأوعية الدموية الدماغية بسبب خثرته متكونة من ترسبات دهنية نتيجة لارتفاع الكوليسترول في الدم، كما يمكن أن تكون الجلطة الدماغية ناتجة عن انفجار أو تمزق أحد الأوعية الدموية الدماغية لضعف جدرانها وارتفاع مستوى الضغط الدموي (Nzakimuera, 2013).

الجلطة الدماغية حادث خطير ومفاجئ يصيب الدماغ بسبب توقف في عملية تدفق الدم إلى أجزاء الدماغ محدثاً انقطاع في إمداد الدماغ بالأكسجين والطاقة اللازمة حيث تتعرض الأنسجة وخلايا المخ للتلف أو الموت، كما تعتبر الجلطة الدماغية حالة طوارئ تحتاج إلى تدخل

استعجالي بهدف التقليل من الأضرار التي قد تلحق بالدماغ ولتفادي مضاعفات ما بعد الجلطة الدماغية وللحفاظ على حياة المريض (Louchini, 2005).

تعتبر منظمة الصحة العالمية الجلطة الدماغية أول سبب للإعاقة المكتسبة في العالم وثاني سبب للخرف بعد الزهايمر وثالث سبب للموت بعد السكتات القلبية والسرطانات، كما تربطها بالإصابة بالاكتئاب، الصرع وحوادث السقوط ، يموت سنويا 6.7 مليون من البشر بسبب الجلطة الدماغية 25% منهم يموتون خلال 30 أيام الأولى و40% خلال السنوات الخمسة الأولى بسبب الالتهابات الرئوية والمشاكل التنفسية و25% بسكتات قلبية بالإضافة إلى 22% بسبب جلطات دماغية أخرى (Schnitzler, 2015).

على العموم هناك اتفاق على أن الجلطة الدماغية هي تلف وإصابة حادة في الأنسجة العصبية ناتج عن توقف إمداد الدماغ بالدم المحمل بالأكسجين والطاقة نتيجة إما للانسداد على مستوى الأوعية الدموية الدماغية أو تمزقها وإنتاج نزيف داخل المخ أو حوله، هي أول سبب للإعاقة المكتسبة عند الإنسان وثالث سبب للوفاة بعد أمراض القلب والسرطانات.

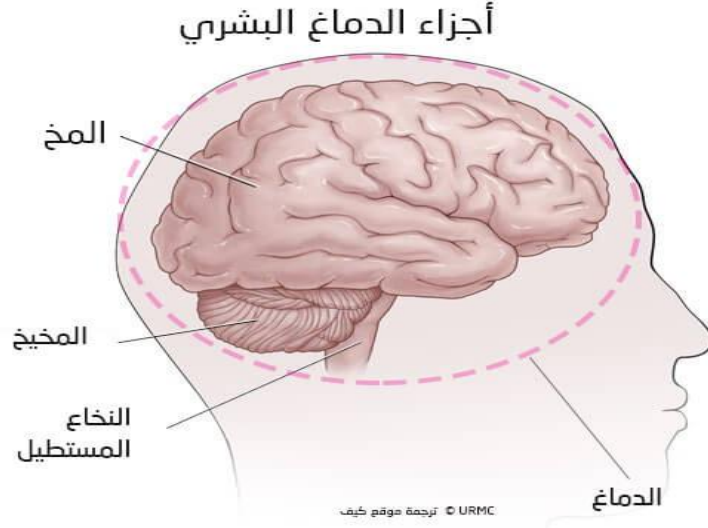
### مكونات الدماغ وآلية التروية الدماغية:

قبل ان نتطرق أكثر وبشكل معمق في الجلطة الدماغية كان لزاما علينا التطرق إلى مكونات الدماغ وآلية ترويته وأيضا آلية تلف الخلية العصبية الناتج عن الجلطة الدماغية ومدى أهمية الأكسجين والغلوكوز بالنسبة للدماغ.

#### - مكونات الدماغ:

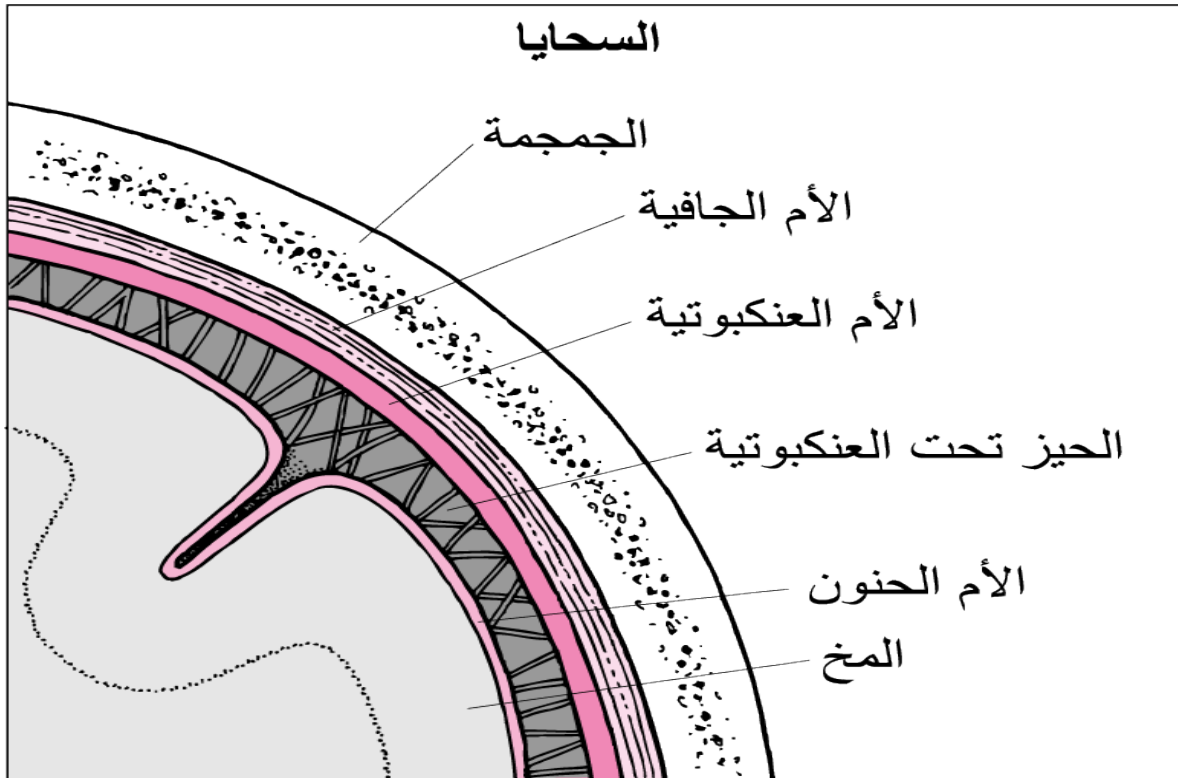
يتكون الدماغ من ثلاثة أجزاء تشريحية:

- نصفي الكرتين المخيتين وتتجهان إلى الأمام من الدماغ.
- نصفي الكرتين المخيخيتين تتجهان إلى الخلف مكونتان المخيخ ( مركز التوازن ).
- جذع الدماغ يقع بين المخ والمخيخ حيث يصلها ويصل النخاع الشوكي (يتحكم في ضربات القلب وعملية التنفس).



شكل رقم (1) مكونات الدماغ <https://kayf.co/50-human-brain-facts>

إضافة إلى سحايا الدماغ والتي تفصل الدماغ عن الجمجمة لحمايته من الصدمات وتتكون من ثلاثة أغشية: الأم الحنون، الأم الجافية والغشاء العنكبوتي بينهما.

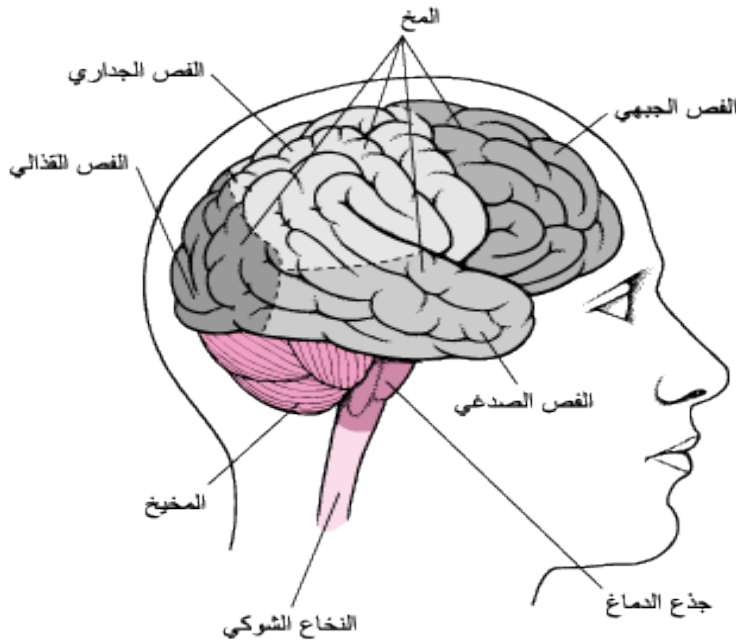


شكل رقم (2) سحايا الدماغ <https://www.msdmanuals.com/ar/home>

## - مكونات المخ:

يتكون من نصفين كرويين كل نصف له أربعة فصوص:

- الفص الجبهي: الحركة والكلام.
- الفص الجداري : مركز الحس والكلام.
- الفص الصدغي: مركز الحس والحركة.
- الفص القفوي: مركز الرؤية ( أبو حامد، 2009).



شكل رقم (3) مكونات المخ <https://www.msmanuals.com/ar/home>

## - آلية تروية الدماغ:

تتم التروية الشريانية في الدماغ عن طريق شريانيين سباتيين باطنيين وشريانيين فقاريين:

- الشريان السباتي الباطني: ويتفرع إلى:
  - الشريان العيني.
  - الشريان المشيمي الأمامي.
  - الشريان المخي الأمامي.

- الشريان المخي المتوسط.
- الشريان الفقري: وينقسم بدوره إلى قسمين:
  - أ- الفقري: ويتفرع إلى:
    - الشريان ألكوكي الخلفي.
    - الشريان ألكوكي الأمامي.
    - الشريان ألكيخي السفلي الخلفي.
  - ب- القاعدي: ويتفرع إلى:
    - الشريان ألكيخي السفلي الأمامي.
    - الشريان البيهي.
    - الشريان المخي العلوي.
    - الشريان المخي الخلفي.
    - فروع متعددة تغذي الجسر.

كما تشارك في التروية الدماغية أيضا الأوردة المخية والتي تنقسم إلى مجموعتين:

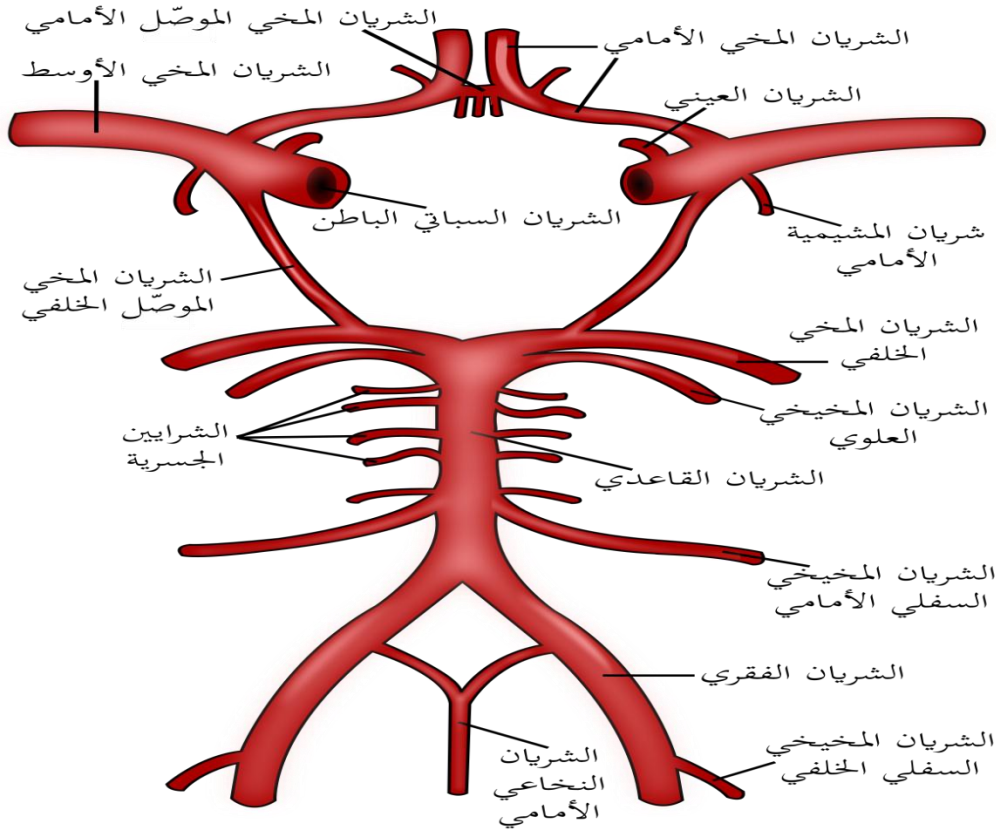
1. الأوردة المخية السطحية: والتي تصب في الجيوب الوردية.
2. الأوردة المخية العميقة: والتي تصب في الوريد المخي الأكبر.

إضافة إلى الجيوب الوردية و هي فراغات بين طبقتي الأم الجافية والتي تتلقى الدم من الأوردة الدماغية وهي نوعان:

1- الجيوب المفردة.

2- الجيوب المزدوجة.

بالإضافة أيضا إلى الدائرة الشريانية أو حلقة ويليس وهي مجموعة الشرايين في المساحة تحت العنكبوتية على قاعدة الدماغ وهي المسؤول الأول عن التروية الدماغية (الصليبي، 2020).



شكل رقم (4) يوضح آلية التروية الدماغية <https://ar.wikipedia.org>

- آلية تلف الخلية العصبية في الجلطة الدماغية :

عند حدوث جلطة دماغية في منطقة ما من الدماغ فإن العديد من الخلايا تتلف وتموت حيث يؤدي نقص الأكسجين إلى نقص التزويد بثلاثي فوسفات الاديروزين ATP والذي يؤثر على عمل المضخات الغشائية وهذا ما يسمح بدخول الماء والصوديوم إلى الخلية والذي يعتبر سام بالنسبة لها، كما تحرر الغلوتوماتر وهي ناقل عصبي يفتح أقنية الغشاء الخلوي مما يسمح

بمرور الكالسيوم و المزيد من الصوديوم إلى العصبونات، هذا الكالسيوم ينشط إنزيمات داخل الخلايا والتي تكمل العملية التخريبية، و هنا تسوء عملية الاحتشاء اللاهوائي لحمض اللبن و تهبط نسبة الحموضة pH و بهذا تموت الخلية العصبية.

يستهلك الدماغ 30% من السرعات الحرارية يوميا بواسطة الدورة الجليكولية ودورة حمض السيترريك، يستخدم المخ ثلثي هذه الطاقة في عملية الحفاظ على العمل والنشاط كما يستخدم 20% من الأكسجين المستهلك، في حالة انقطاع الطاقة والأكسجين عن منطقة من مناطق الدماغ تحدث الجلطة الدماغية وتموت الأنسجة والخلايا العصبية (شتيوي، 2003).

### إحصائيات وطنية وعالمية حول الجلطة الدماغية:

تذكر الباحثة بن العيفاوي تصريحا للبروفيسور حسن زبير وهو مختص في طب الأعصاب أن الجزائر تسجل 60000 إصابة بالجلطة الدماغية سنويا (بن العيفاوي، 2017).  
في 2012 حسب المنظمة العالمية للصحة فإن 6.7 مليون من البشر فقدوا الحياة بسبب الجلطة الدماغية، سيصل هذا الرقم في حدود 2030 إلى 8.9 مليون حالة وفاة سنويا، حيث انه في كندا لوحدها يتعرض 62000 شخص بالجلطة الدماغية سنويا أي حادث كل 9 دقائق، كما ان 400000 ألف كندي يعيش بإعاقة سببها الجلطة الدماغية ( Bedard, 2019).

### أنواع الجلطات الدماغية:

الجلطة الدماغية على العموم نوعان: الجلطة الدماغية الإقفارية والجلطة الدماغية النزيفية.

#### 1- الجلطة الدماغية الإقفارية:

و هي ناتجة عن انسداد الأوعية الدموية الدماغية، و قد يتطور الانسداد بأشكال مختلفة تؤدي إلى:

أ- الجلطة الدماغية المتكونة: و تحدث عند استمرار الانسداد لأكثر من 24 ساعة مما يؤدي إلى الموت التام للخلايا العصبية المتواجدة في المنطقة المتضررة كما تستمر الأعراض.

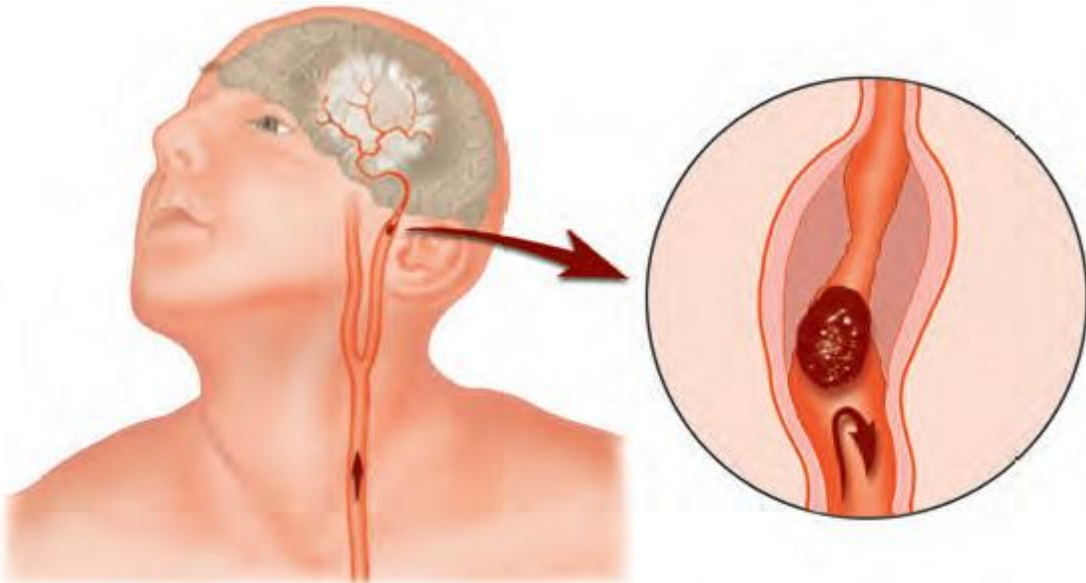


ب- الجلطة الدماغية المتراجعة جزئياً: يختفي الانسداد و تعود التروية الدماغية ولكن بعد إصابة مجموعة من الخلايا العصبية حيث قد يحدث تحسن عام أو متواضع للأعراض.

ج- الجلطة الدماغية العابرة: أو النوبة الإقفارية العابرة حيث يزول الانسداد تماماً خلال 24 ساعة الأولى من الإصابة وتعود التروية الدماغية دون موت للخلايا العصبية حيث تتراجع الأعراض وتختفي تماماً ( أبو حامد، 2009).

تعتبر النوبة الإقفارية العابرة إنذار للمريض بوجود مشاكل في الدورة الدموية وهي من أهم عوامل الخطر للتعرض لجلطة دماغية مرة أخرى ( ليندلي ترجمة مزبودي، 2014).

تشير الإحصائيات أن الجلطات الدماغية الإقفارية تحدث بنسبة % 80 حيث أن من أهم أسبابها تضيق الأوعية الدموية الدماغية أو انسدادها مما ينتج عنه خلل كبير في عملية تدفق الدم نحو الدماغ نتيجة لتراكم رواسب دهنية على جدران الأوعية الدموية واستقرارها على أحد هذه الأوعية ( بن العيفاوي، 2017).

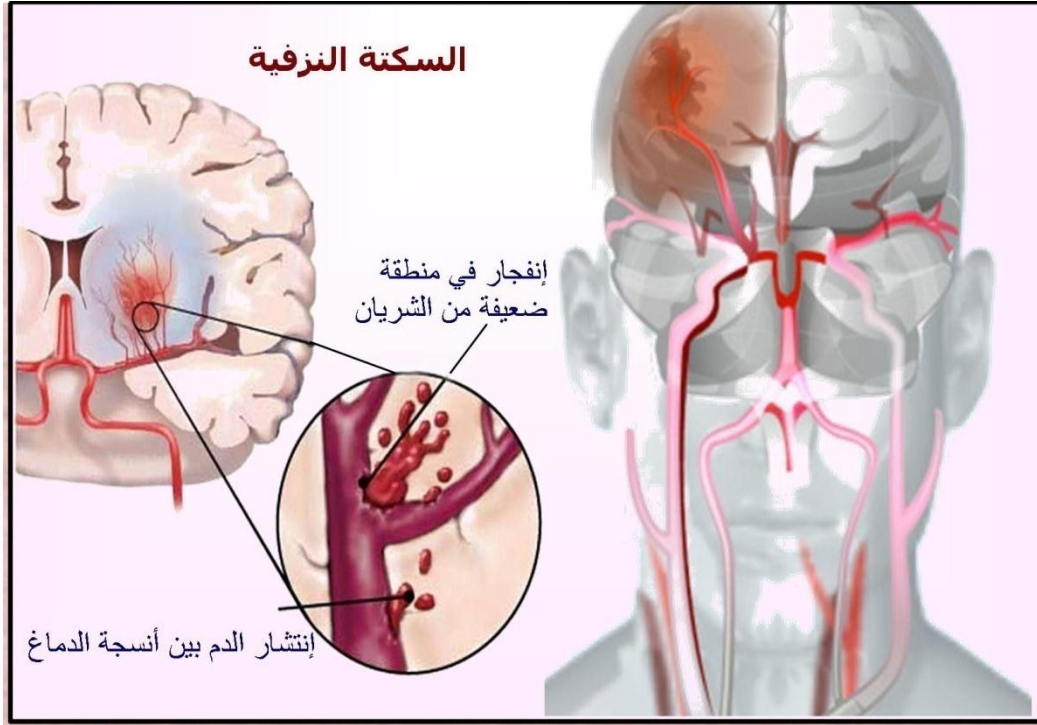


شكل رقم (5) يوضح الجلطة الإقفارية (ليندلي ترجمة مزبودي، 2014)

## 2- الجلطة الدماغية النزيفية:

و هي جلطات ناتجة عن نزيف دماغي إثر تمزق أحد الأوعية أو الشرايين الدموية الدماغية، يؤدي إلى تجمع الدم في المناطق المجاورة وتشكل ورم دموي يضغط على الخلايا العصبية و يفقدها وظيفتها إما جزئيا أو بشكل تام ويمكن أن يؤدي إلى موت عدد كبير من الخلايا العصبية، قد يكون هذا النزيف والورم الدموي مصحوبا بصداغ خفيف خاصة إذا تموقع في مناطق لا تحتوي مراكز عصبية وخاصة إذا كان حجمه صغير، و قد تكون أحيانا أعراضه خطيرة و شديدة قد تؤدي إلى وفاة المصاب خاصة إذا كانت الإصابة في مناطق حساسة وحيوية كجذع الدماغ ( أبو حامد، 2009).

الجلطة النزيفية تحدث نتيجة نزيف داخل أنسجة المخ ناتج عن تمزق أو تهتك وعاء دموي دماغي وهي تمثل من 15 إلى 20% من إجمالي الجلطات الدماغية ( بن العيفاوي، 2010).  
إلا أنه يصعب التمييز أحيانا بين الجلطة الإقفارية والجلطة النزيفية لتشابه أعراضهما ( وهن، خدر أو شلل في جزء من الجسم واضطرابات في الكلام وفقدان للوعي) إلا ان الجلطة النزيفية قد يصطحبها صداغ شديد وحاد و تكون أكثر شدة من الإقفارية وتسبب أضرار أكبر، حيث قد يدخل المصاب في غيبوبة طويلة وقد تؤدي إلى الموت، يمكن التفريق بينهما باللجوء إلى فحوصات الأشعة (IRM – scanner). (ليندلي ترجمة مزبودي، 2014).



شكل رقم (6) يوضح الجلطة النزفية <https://www.youm7.com>

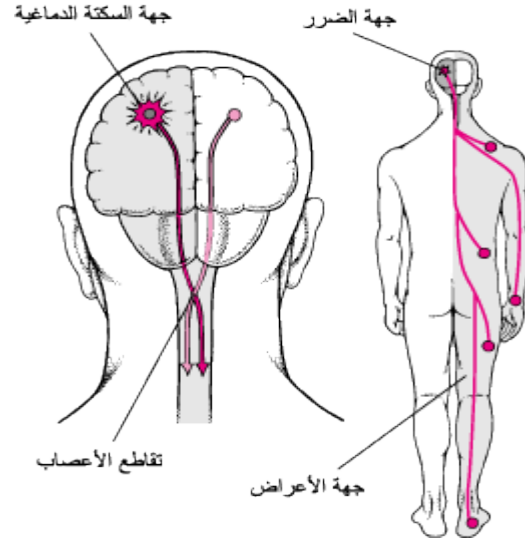
كما يمن تصنيف الجلطات الدماغية حسب المنطقة الدماغية المتضررة إلى :

#### - الجلطة الدماغية في الجانب الأيسر من الدماغ

حيث يتحكم الجانب الأيسر من الدماغ بالجزء الأيمن من الجسم، في حالة إصابة هذا الجانب تحدث أعراض كالوهن في الجانب الأيمن من الجسم، إضافة إلى اضطرابات على المستوى المعرفي وخاصة اضطرابات على مستوى الكلام وشلل نصفي على مستوى الوجه، الساق والذراع في الجهة اليمنى من الجسم، إضافة إلى اضطرابات في الرؤية وإدراك الأشياء المتواجدة على يمين المصاب.

#### 2- الجلطة الدماغية في الجانب الأيمن من الدماغ:

حيث يتحكم الجانب الأيمن من الدماغ بالجزء الأيسر من الجسم، تنتج عنه شلل نصفي في الجانب الأيسر من الجسم، إلا أن مشاكل اللغة والكلام تكون أقل شيوعاً (ليندلي ترجمة مزبودي، 2014)



شكل رقم (7) التضرر حسب جهة الإصابة

<https://www.msmanuals.com/ar/home>

#### أعراض الإصابة بالجلطة الدماغية وعلاماتها:

عند حدوث الجلطة الدماغية تظهر أعراض منها وهن مفاجئ وتتميل على مستوى الوجه وأجزاء من الجسم، كما يمكن ملاحظة ميل الذراع أو الساق إلى جانب واحد من الجسم مع ظهور صعوبات في النطق أو فهم الكلام، بالإضافة إلى اضطرابات في الرؤية (ليندلي ترجمة مزبودي، 2014).

عادة ما تبدأ أعراض الجلطة الدماغية بصداع ودوخان، أحيانا فقدان للوعي واضطرابات الرؤية والنطق، اختلال عملية البلع كما يمكن ملاحظة شلل نصفي و ضمور ( قريشي، 2011).

عموما أعراض الجلطة الدماغية تكون كالتالي:

- ضعف وشلل نصفي مفاجئ يمس الوجه، اليد والرجل.
- تتميل واضطرابات حسية مفاجئة.
- اضطرابات مفاجئة في النطق، الفهم والاستيعاب.

- تشوه عضلات الوجه.

- فقدان للتوازن واضطراب في التنسيق الحركي.

- اضطرابات على مستوى الرؤية (تشوش، ازدواجية).

- صداع حاد ومفاجئ.

إن الانتباه إلى هذه الأعراض بإمكانه إنقاذ حياة المصاب والتقليل من الضرر الذي قد يترتب نتيجة للجلطة الدماغية (ايتان، 2014).

### أسباب حدوث الجلطة الدماغية:

يصل الدم إلى الدماغ عن طريق أربعة أوعية أساسية تضم شريانيين فقاريين وشريانيين سباتيين، يدخل الشريانيين الفقاريين إلى الجمجمة عبر العمود الفقري لتزويد جذع المخ والمخيخ بالدم، أما الشريانيين السباتيين يدخلان الجمجمة من أمام العنق لتزويد نصفي المخ بالدم، أي انسداد أو تمزق لأحد هذه الشرايين أو الأوعية المتصلة بها يؤدي إلى الإصابة بالجلطة الدماغية (ليندلي ترجمة مزبودي، 2014).

ولهذا فإن من أسباب الجلطة الدماغية هو إما انسداد الشريان أو وعاء دموي دماغي بسبب خثرة تصد مجراه يكون مصدرها شرايين العنق، أو بسبب خثرة مصدرها القلب وهذا ما يشير للجلطة الدماغية الإقفارية و التي تمثل 80% من الحوادث الوعائية الدماغية، وإما تمزق وعاء أو شريان دموي دماغي مما يؤدي إلى تجمع الدم وتورمه في النسيج الدماغي وهذا ما يشير إلى الجلطة الدماغية النزيفية التي تمثل 20% من الحوادث الوعائية الدماغية، قد يكون النزيف بسبب تمزق أو تشوه وعائي خلقي، يؤدي إلى تموضع الدم في سمك الغشاء العنكبوتي وهذا ما يشير إلى النزيف السحائي و هو نادر الحدوث من 1 إلى 5% ( أبو حامد، 2009).

انسداد الأوعية الدموية الدماغية أو الخثر الدموي هو السبب الأكثر شيوعاً، يحدث إما جلطة دماغية عابرة في حالة استئناف سريع لتدفق الدم، أو جلطة دماغية إقفارية في حالة عدم استئناف سريع للتروية الدماغية والذي يؤدي إلى موت المنطقة المتضررة والخلايا العصبية

التي بها، أما الجلطة النزيفية فتحدث تخثر وورم دموي أو التهابات، حيث تنقسم الجلطة النزيفية إلى نوعين: نزيف داخل أنسجة المخ أين يتجمع الدم في الدماغ، أو نزيف تحت الخلايا العنكبوتية أين يتجمع الدم بين الجمجمة والدماغ (ليندلي ترجمة مزبودي، 2014).

### عوامل الخطر في الإصابة بالجلطة الدماغية:

هناك عدة عوامل تؤدي إلى حدوث الجلطة الدماغية وتزيد من الاحتمال بالإصابة بها، يمكن تقسيم هذه العوامل إلى عوامل قابلة للسيطرة والتعديل وعوامل غير قابلة للسيطرة والتعديل، يمكن ذكر هذه العوامل كالتالي:

#### 1- عوامل الخطر القابلة للسيطرة والتعديل:

وهي عوامل قد تزيد من نسبة الاحتمال بالإصابة، ولكن في حالة السيطرة عليها فان احتمال الإصابة يتراجع بنسبة 80% (أبو حامد، 2009).  
من أهم هذه العوامل:

أ- ارتفاع ضغط الدم: و الذي يزيد خطر الإصابة بالجلطة الدماغية حيث يضغط سريان الدم على جدران الشرايين مما يؤدي إلى تصلبها وتخثر الدم بداخلها ( ليندلي ترجمة مزبودي، 2014).

حيث في دراسة قام بها مجموعة من الأطباء الباحثين في المستشفى الجامعي بوهان شملت 577 مصاب بالجلطة الدماغية توصلوا إلى ان 61.6 % من المصابين يعانون من ارتفاع في مستوى الضغط الدموي ( Benilha, et al, 2017 ).

نفس النتائج توصل إليها أيضا أطباء باحثين في المستشفى الجامعي بتلمسان على عينة من 205 مصاب بالجلطة الدماغية، 89.7% مصابين بجلطة إقفارية، حيث توصل الباحثون ان ارتفاع مستوى ضغط الدم من أهم عوامل الخطر التي تؤدي إلى الإصابة بنسبة 63% من العينة ( Benbakhti, et al, 2016 ).

ب- تصلب الشرايين: وهي مشكلة تظهر حتى في عمر مبكر نتيجة إلى تعصد الأوعية أو بتقدم السن، سببها الرئيسي بقع دهنية قد تتسبب في تخثر الدم داخل الأوعية مما يؤدي إلى تضيقها واختلال تدفق الدم بداخلها أو انسدادها، تحدث الجلطات الإقفارية والإقفارية العابرة بسبب هذا النوع من المشاكل.

ج- الرجفان الأذيني: يضخ القلب الدم في الجسم بشكل منتظم، بسرعة عند النشاط و بشكل أبطئ عند الراحة، عند الإصابة بالرجفان الأذيني تكون ضربات القلب غير منتظمة ويتدفق الدم بشكل أسوأ عبر القلب، مما قد يؤدي إلى تكوين تخثرات قد تسد الأوعية الدموية، إذا حصل هذا في منطقة الدماغ يتعرض الفرد إلى جلطة دماغية ( أبو حامد، 2009).

د- مرض السكري و السمنة الزائدة: و هي من العوامل التي تساعد على ظهور اضطرابات وعائية قد تؤدي إلى جلطات دماغية، فالسمنة الزائدة تؤدي إلى ارتفاع مستويات الدهون في الدم وأيضا ارتفاع مستوى الضغط الدموي بالإضافة إلى مقاومة الجسم للأنسولين وصولا إلى الإصابة بالسكري من النوع الثاني، و تجمع هذه الظواهر فيما يسمى بمتلازمة الأيض والتي تكون من عوامل الخطر للإصابة بالجلطة الدماغية ( ايتان، 2014).

حيث في هذا السياق توصل أطباء بالمستشفى الجامعي بوهران من خلال دراسة لمعرفة بروفيلات المرضى المصابين بالجلطة الدماغية إلى ان 32.8% من العينة التي بلغت 577 مصاب بجلطة دماغية كانوا مصابين بداء السكري (Benilha, et al, 2017).

هـ- التدخين: يعتبر أيضا من عوامل الخطر التي تزيد من احتمال الإصابة بالجلطة الدماغية، أمراض القلب والشرايين، حيث يجعل التدخين صفيحات الدم أكثر لزوجة مما يزيد من احتمال تكون تخثرات في الدورة الدموية (ليندلي ترجمة مزبودي، 2014).

و- الزيادة في عدد الخلايا الدموية الحمراء: يعتبر أيضا خطورة للإصابة بالجلطة الدماغية حيث تزيد كثافة الدم، مما يزيد من فرص الإصابة نتيجة للتخثرات الدموية ( مادوكس، 2017).

ز\_ العلاجات الهرمونية وحبوب منع الحمل: حيث أن العلاجات الهرمونية قد تؤدي إلى الإنصمام الرئوي والذي بدوره قد يكون سبب في حدوث الجلطة الدماغية، تضم هذه العلاجات علاجات لغرض التعديل الجنسي أو العقاقير المستعملة بغرض تحسين الأداء الرياضي، أما فيما يخص حبوب منع الحمل فقد تكون عامل خطر للإصابة خاصة الحبوب المصنوعة من خليط الإستروجين و البروجيستيرون (ليندلي ترجمة مزبودي، 2014).

ح- العوامل النفسية: الإجهاد النفسي المزمن يعد أيضا من عوامل الخطر لارتباطه بإفراز هرمونات الإجهاد كالكرتيزول، الأدرنالين والنورابينفيرين التي تؤدي إلى ارتفاع مستوى ضغط الدم، إضافة إلى الحزن الشديد و الأزمات النفسية التي قد تكون عاملا محفزا لحدوث الجلطة الدماغية ( شتيوي، 2003).

## 2- عوامل الخطر التي لا يمكن السيطرة عليها:

أ- الجنس: يعتبر الرجال أكثر عرضة للإصابة بجلطات دماغية مقارنة بالنساء، إلا أن معدل إصابة النساء يرتفع بعد سن اليأس، كما أن نسبة الوفيات عند النساء أكثر من الرجال و هذا راجع لعيش النساء أكبر مدة من الرجال ( Louchini, 2005).

ب- التقدم في السن: حيث 75% من المصابين أعمارهم فوق 65 سنة، كما ان احتمال الإصابة يتضاعف كل 10 سنوات ابتداء من سن 50 سنة ( أبو حامد، 2009).

وهذا ما أشار إليه مجموعة من الأطباء الباحثين بالمستشفى الجامعي بوهران حول عينة من 577 مصاب بجلطة دماغية كان متوسط عمرهم 65 سنة (Benilha, et al, 2017).

ج- الوراثة: قد تكون الأمراض الوراثية النادرة سبب يئهب لحدوث الجلطة الدماغية، خاصة التأثير على عملية تخثر الدم ومشاكل الوظيفة القلبية كمرض (كاداسيل) وهو مرض وراثي ناجم عن طفرة في الصبغي 19 والذي يؤدي إلى نقص في عملية التروية الدموية. ( أبو حامد، 2009).



كما نذكر مرض تخثر الدم اللطبيعي الناتج عن اختلالات وراثية جينية نادرة كالتخثر الوريدي العميق (ليندلي ترجمة مزبودي، 2014).

د- إصابة سابقة: تعد الإصابة السابقة بجلطة إقفارية عابرة من أهم عوامل الخطر حيث يتضاعف احتمال الإصابة بجلطة أخرى إلى 10 مرات، حيث يصاب 25% من ضحايا الجلطة الإقفارية العابرة بجلطة دماغية أخرى أكثر خطورة خلال الخمس سنوات اللاحقة (أبو حامد، 2009).

### أثار الجلطة الدماغية:

تتوقف شدة الآثار وخطورة الجلطة الدماغية على المنطقة المتضررة في الدماغ، حيث تكون الإعاقات الناتجة عن الإصابة إما مؤقتة أو مزمنة، حيث تشير المنظمة العالمية للصحة أن 66% من المصابين يعانون من إعاقات جسمية أو معرفية إضافة إلى اضطرابات نفسية سلوكية (بن العيفاوي، 2017).

و لهذا فان آثار الجلطة الدماغية ونتائجها تختلف اعتمادا على المناطق المتضررة فإذا كانت الإصابة على النصف الأيمن من الدماغ المسؤول على الإدراك والتحكم في الجانب الأيسر من الجسم فان الآثار تكون على النحو التالي:

- فقدان التنسيق بين أعضاء الجسم والبصر مما يخل عملية التحكم في المسافات ويؤدي إلى السقوط.

- شلل نصفي يساري.

- اضطرابات على مستوى الذاكرة القصيرة المدى.

- عدم إدراك الأشياء المتوقعة على الجهة اليسرى من الجسم مما قد يسبب حوادث كالسقوط والاصطدام بالأشياء و إهمال كل ما هو في مجال الرؤيا اليساري.

أما إذا كانت الإصابة في النصف اليساري من المخ والمسؤول عن التحكم في الجانب الأيمن من الجسم فإن الآثار تكون على النحو التالي:

- شلل نصفي يميني.

- الإصابة بالحبسة واضطرابات في التواصل.

- اضطراب البلع.

- اضطرابات في الذاكرة قصيرة المدى.

- عدم الاتزان، الدوخة، الغثيان والقيء.

أما أخطر جلطة دماغية والتي قد تؤدي إلى الموت في حالة حدوثها هي الجلطة على مستوى جذع الدماغ و هذا لتحكمه في عملية التنفس وضبط معدل ضربات القلب ومستوى الضغط الدموي وممكن أن تؤدي أيضا إلى الشلل الكلي (شلال، 2019).

و لتفصيل أكثر سنذكر فيما يلي أهم الآثار والاضطرابات الناتجة عن الجلطة الدماغية:

**1- الشلل النصفي:** حيث يشل نصف واحد من الجسم حسب النصف المخي المصاب، ويشمل هذا الشلل الوجه، الذراع والرجل، ويكون العجز متفاوت من مريض إلى آخر حسب شدة الإصابة (بن العيفاوي، 2017).

**2- اضطرابات الكلام:** من أشهرها الحبسة أو الأفازيا وهو اضطراب في القدرة عن الكلام وفهم الكلمات وتشكيلها مما يؤدي إلى إحباط المصاب، فهو قد يدرك ما يريد قوله ولكنه يعجز عن النطق بالكلمات أو ترتيبها بشكل ملائم، وقد يفقد المريض القدرة على الكلام كلياً، كما قد تكون هذه المشكلات مرتبطة بضعف العضلات المسؤولة عن تحريك الفم واللسان، تحدث غالباً هذه الاضطرابات إذا تموقت الإصابة في المنطقة اليسرى من دماغ المريض (ليندلي ترجمة مزبودي، 2014).

**3- اضطرابات البلع:** وهي الصعوبة الفعلية في البلع بسبب خلل في الأداء الوظيفي للشفاة، اللسان وسقف الحلق، يمكن أن تؤدي هذه الاضطرابات إلى خطأ في البلع ووصول الأغذية والسوائل إلى الرئتين مما قد يحدث التهابات رئوية خطيرة.

**4- اضطرابات الإدراك المكاني:** أو ما يعرف بالعمى الشقي، حيث يجهل المريض ولا يدرك وجود جانب واحد من جسمه، حيث لا يمكنه الكشف والاستجابة عن المثيرات المتواجدة في هذا الجانب مما يجعله عرضة للحوادث (ايتان، 2014).

**5- مشاكل التوازن:** حيث تختل الآليات التي تسمح للمريض بالتحكم في توازن جسمه، فالتوازن مسؤولة عنه مجموعة من الشرايين في قاعدة المخ (المخيخ خاصة) (ليندلي ترجمة مزبودي، 2014).

**6- اضطرابات التبول والإخراج:** حيث تتقبض عضلة المثانة بشكل غير إرادي، فيتبول المريض على نفسه، كما أن العديد من المصابين بالجلطة الدماغية يشعرون بالحاجة للتبول من دون القدرة على فعل ذلك ( ايتان، 2014).

كما قد يعاني المصابون بالجلطة الدماغية باضطرابات على المستوى المعرفي، النفسي، السلوكي و الاجتماعي، نفصل فيها كما يلي:

### 1- الاضطرابات المعرفية:

35% من المصابين يتعرضون إلى اضطرابات معرفية كالحبسة، اضطرابات في الذاكرة، فقدان القدرة على الوصف اللفظي، اضطرابات في الحكم و القرار (بن العيفاوي، 2017).

إضافة إلى اضطرابات معرفية أخرى كصعوبة الإدراك الزمني والمكاني، التعرف على الأشخاص و أسمائهم، صعوبات في التركيز و الفهم، اختلال على مستوى التفكير و الذاكرة و مشاكل في اتخاذ القرارات و التخطيط (ايتان، 2014).

## 2- الإضطرابات النفسية و السلوكية:

التغيرات في شخصية المصاب بالجلطة الدماغية يهتم بها علم النفس العصبي، حيث يلاحظ على المرضى أعراض تختلف باختلاف المناطق المصابة على مستوى الدماغ، حجم الإصابة وشدتها، حيث هناك قائمة من الأعراض تم ملاحظتها عند المصابين على مستوى الشخصية و هي:

- تغير على مستوى المزاج وفقدان المهارات الاجتماعية.
- عدم الشعور والاهتمام بالآخرين أو الإحساس بعواطفهم.
- الاكتئاب، الغضب وسرعة الاستثارة، وأحيانا أوفوريا.
- فقدان القدرة على الحكم.
- سلوكيات عدوانية.
- سلوكيات طفولية وأحيانا كلام بذيء (Mainville, 2004).

ومن الاضطرابات النفسية الشائعة بعد الجلطة الدماغية تقلب المزاج واكتئاب ما بعد الجلطة الدماغية (Dépression post AVC) و الناتجة عن الاضطرابات المعرفية والحركية كالشلل النصفي والحبسة، حيث ينعدم لدى المصاب الحافز لتناول الأدوية ولتنفيذ التمارين التأهيلية، فقدان الشهية ، اضطرابات في النوم والعزلة والانطواء (مادوكس، 2017).

اكتئاب ما بعد الجلطة الدماغية قد يكون سببه عضويا أي له علاقة مباشرة بالمنطقة المتضررة من الدماغ (Dépression organique)، وقد يكون الاكتئاب ناتج عن الإعاقات والإختلالات على المستوى الحركي أو اللغوي (Dépression réactionnel). (Mainville, 2004).

كما أن الصيغة الفجائية للجلطة الدماغية و الوضع الجديد الذي يصعب التأقلم معه يجعل المريض في حالة قلق و حزن وعدم تقبل لحالة عجزه، كل هذا يؤدي للإصابة بالاكتئاب، حيث يصاب 40% من ضحايا الجلطة الدماغية بالاكتئاب، إلا ان الخطورة تكمن في ميول المريض

لعدم الحركة و النوم لفترات طويلة وعدم رغبته في الخروج خوفا من الوصم أو مشاعر الشفقة التي قد تثيرها حالته الصحية عند الآخرين، إضافة إلى عدم الالتزام بالعلاجات والبرامج التأهيلية، مما يزيد من العجز وتدهور حالة المريض، مما يجعل التكفل النفسي والدوائي هام جدا في هذا النوع من الاضطرابات (أبو حامد، 2009).

### 3- الاضطرابات على مستوى العائلي والاجتماعي:

حسب دراسة ل (Dr Sarah Northcott) من جامعة لندن ببريطانيا فان بعد مرور 6 أشهر على الإصابة بجلطة دماغية يتناقص عدد الأصدقاء وحتى الأقارب وخاصة في حالة إصابة المريض بالحبسة وصعوبة التواصل مع الآخرين، إلا أن العلاقة بين أفراد الأسرة لا تتأثر كثيرا لتأقلم أفراد العائلة مع وضعية المريض. [www.topsanté.com](http://www.topsanté.com)

في حالة ما إذا كان المصاب بالجلطة الدماغية متزوج فقد يعاني من مشاكل جنسية تظهر عموما في الجلطات الشديدة، يلاحظ فيها نفور مؤقت أو مزمن في الرغبة الجنسية، كما أنه ممكن للعمل الجنسي أن يعاق نتيجة للاضطرابات الحركية والألم الشديد، كما يمكن للحياة الجنسية العودة لطبيعتها بعد أسابيع أو شهور، كما أنه ليس هناك مانع طبي للممارسة الجنسية بشرط التحكم في الضغط الدموي والوظائف القلبية (أبو حامد، 2009).

### مضاعفات الجلطة الدماغية:

إضافة إلى الآثار التي تطرقنا إليها هنالك مضاعفات كثيرة قد تحدث، متفاوتة الخطورة من مريض إلى آخر حسب منطقة الإصابة وحسب المريض نفسه، نذكر أهمها فيما يلي:

#### 1- تخثر الدم و جلطات دماغية أخرى:

قد تحدث جلطات أخرى على مستوى الدماغ أو على مستوى الأوردة في الرجلين أو اليدين نتيجة لنقص الحركة، تكون الجلطات على مستوى الأرجل والأيدي خطيرة جدا فقد تتسبب في سكتات قلبية وتؤدي إلى الموت، و لهذا يعطى للمصابين أدوية مضادة للتخثر كالأسبرين، كما ينصح بمتابعة تمارين رياضية تأهيلية (شعلال، 2019).

المصابين بالجلطة الدماغية أكثر عرضة لتخثر الدم خاصة على مستوى الساقين لقلة تدفق الدم إليهما نتيجة لانعدام الحركة، حيث يمكن للخثرة التنتقل إلى الرئتين مسببة إنصمام رئوي قد يكون مميتاً نتيجة للانقطاع المفاجئ للتنفس (ليندلي ترجمة مزبودي، 2014).

## 2- الأمراض الصدرية و أمراض المجاري البولية:

تحدث الأمراض الصدرية عموماً نتيجة لاضطرابات البلع حيث يدخل الغذاء إلى القصبة الهوائية عن طريق الخطأ فيحدث ضرر بالرئتين، أما أمراض المجاري البولية تحدث لعدم الإفراغ الكلي للمثانة، تعالج المشكلتان بتناول المضادات الحيوية والحفاظ على النظافة إضافة إلى العلاج الفيزيائي ( نفس المرجع، 2014).

عجز معظم المصابين بالجلطة الدماغية استخدام المرحاض بأنفسهم وفقدانهم التحكم في عملية التبول والإخراج يسبب لهم مشاعر الإحباط و الحزن و كما قد يسبب التهابات بولية، يمكن استعمال القسطرة البولية أو اللجوء إلى استعمال الحفاظات مع المحافظة الدائمة على نظافة المريض لتجنب مضاعفات أخرى ( نفس المرجع، 2014).

## 3- تصلب العضلات (الشناج):

وهو تحول الأعضاء المشلولة للصلابة أو ما يسمى بالشناج Spasticité، مما يعيق حركة الطرف ويفقد السيطرة عليها، و هذا ما نلاحظه عند المصابين بالشلل النصفي، حيث يثنى الساعد على الذراع، و اليد على الساعد، بينما تبقى الساق ممتدة على شكل قطعة واحدة يحركها الحوض، مما يعطي حركة نصف دائرية عند المشي، نلاحظها عند المصابين بالشلل النصفي يرافقها صلابة الذراع والأصابع والرجل بالإضافة إلى تشنجات عضلية مؤلمة (أبو حامد، 2009).

ضمور العضلات و تيبس المفاصل الناتج عن نقص الحركة ونشاط المفاصل والناتج بدوره عن الشلل النصفي قد يؤدي إلى مضاعفات كالخلع الجزئي لمفصل الكتف الناتج عن ضمور العضلات المثبتة للكتف و الذي يسبب آلام شديدة للمصاب (شعلا، 2019).

**4- الألم المزمن:**

إصابة المهاد المسؤول عن الحس يؤدي إلى آلام شديدة، كما أن الألم قد يكون ناتج عن الشناج و عن الخلع الجزئي لمفصل الكتف، مما يجعل التمارين التأهيلية وأخذ مسكنات الألم ومضادات الالتهاب ضروري للتقليل من هذه الآلام، كما يمكن استعمال أدوات طبية كالأربطة الرافعة للطرف أو الجوارب الضاغطة والتي تساعد على دوران الدم بطريقة طبيعية ( أبو حامد، 2009).

إضافة إلى آلام الكتف الناتجة عن ضعف عضلات مفصل الكتف وتضرر أوتارها مما يجعل المريض يشعر بألم شديد خاصة عند التمدد أو محاولة الحركة (ليندلي ترجمة مزبودي، 2014).

**5- تقرحات الفراش:**

و هي ناتجة عن الضغط الممارس من الهيكل العظمي على العضلات والجلد نتيجة لقلة الحركة أو انعدامها والاحتكاك بين الجلد والفراش، مما ينتج عنه تقرحات جلدية قد تكون خطيرة على صحة المريض، و لهذا يجب تجنبها وعلاجها باستعمال أسرة وأفرشة خاصة بالمرضى المقعدين وتحريك المريض باستمرار لتغيير وضعياته على السرير، بالإضافة إلى استعمال مرطبات للجلد ( شعلال، 2019).

**6- نوبات الصرع و الخرف:**

قد يصاب المريض بنوبات صرع ناتجة عن خلل في النشاط الكهربائي داخل الخلايا العصبية، والجلطة الدماغية تعتبر السبب الأساسي لتعرض المصاب بالصرع للمرة الأولى وهذا نتيجة إلى اختلال في الدورة الكهربائية الدماغية أو تكون نسيج حبيبي في مناطق المخ مما يتطلب علاج دوائي مستمر، كما يصاب نسبة من المرضى بالخرف، فالجلطة الدماغية هي السبب الثاني للخرف بعد الزهايمر، حيث يكون هذا الخرف مرتبط بمشاكل في الذاكرة والذكاء والسلوكيات، حيث يحتاج المريض إلى تكفل طبي ونفسي خاص (ليندلي ترجمة مزبودي، 2014).

## 7- فقدان الاستقلالية:

من أهم مضاعفات الجلطة الدماغية هي عدم قدرة المصاب على الاعتماد على نفسه وفقدانه لإستقلاليته نتيجة للإعاقات الحركية و المعرفية التي يعاني منها، ففقدان الاستقلالية هو فقدان القدرة على الاعتماد على النفس في أخذ القرارات المتعلقة بالحياة وصعوبة القيام بنشاطات الحياة اليومية بسبب اختلال القدرات الجسمية والمعرفية، يحدث فقدان الاستقلالية عادة بعد الجلطة الدماغية التي تترك آثارا جسيمة كالشلل النصفي وفقدان الكلام، كما قد تكون ناتجة عن صيرورة المرض ومضاعفاته، تظهر على شكل تعب مزمن، آلام، فشل عضلي وعدم القدرة على التحرك، وقد تكون مرتبطة بالعزلة الاجتماعية والفقر، هذا التراكم من الأحداث يفقد المريض استقلاليته ويجعله غير قادر على تلبية حاجاته بالاعتماد على نفسه ( Altariba, 2017).

## 8- موت المريض:

من أخطر المضاعفات في الإصابة بالجلطة الدماغية هو موت المريض حيث قد يحدث في السنة الأولى نتيجة لإحتشاء في عضلات القلب أو حدوث جلطة دماغية أخرى أكثر شدة، وهذا ما يحدث عند 40 إلى 50% من المصابين، كما أن التعرض لنوبات صرع شديدة يزيد من خطر السقوط المميت (أبو حامد، 2009).

حيث تشير الإحصائيات في هذا السياق أن الجلطة الدماغية تعتبر ثالث سبب للوفاة في العالم، حيث يموت 10% من المصابين في الأسبوع الأول و30% في الشهر الأول، و30% في غضون سنوات، تحدث الوفاة عندما يفقد الدماغ القدرة على التحكم في عملية التنفس وضبط الدورة الدموية مما يدخل المريض في غيبوبة يتبعها الموت، كما أن الالتهابات الرئوية والبولية والإنصمام الرئوي من الأسباب الشائعة لموت المصابين بالجلطة الدماغية (ليندلي ترجمة مزبودي، 2014).



## إجراءات التشخيص، التكفل والوقاية في الإصابة بالجلطة الدماغية:

## 1- إجراءات التشخيص:

إذا وجدت أعراض الجلطة الدماغية وعلامتها فإن الطبيب المختص يبدأ بالتشخيص فوراً لتطبيق العلاجات المناسبة والحد من تطور الجلطة الدماغية، فيجري فحوصات دموية لتحديد العوامل المسببة بهدف تعديلها، كما يستعين بالأشعة Scanner أو أشعة الرنين المغناطيسي IRM و هذا للتمييز بين الجلطة الإقفارية والنزيفية من جهة ومعرفة المناطق المصابة في الدماغ من جهة أخرى ( أبو حامد، 2009).

الفحوصات والتحليل تشمل تعداد الكريات البيضاء والحمراء، الصفائح بالإضافة إلى وظيفة التخثر، مستوى السكر والدهون في الدم ووظائف الغدة الدرقية، كما يلجأ الطبيب أيضاً إلى تخطيط القلب الكهربائي للكشف عن أسباب قلبية، كما يمكنه الاستعانة أيضاً بتقنية ( الدوبلر) والذي يعمل بالأمواج فوق الصوتية لكشف معمق عن كل شرايين الجسم خاصة في منطقة العنق والدماغ لتحديد سبب التصلبات الشريانية ونسبة تضيقها أو انسدادها (نفس المرجع، 2009).

## 2- التكفل بالمصاب بالجلطة الدماغية:

من خلال بحثنا في الموضوع توصلنا إلى تقسيم التكفل بالمصاب بالجلطة الدماغية إلى تكفل استعجالي أولي، تكفل تأهيلي وتكفل وقائي، كما يتدخل في عملية التكفل عدة مختصين إضافة إلى المريض نفسه وعائلته خاصة مقدم الرعاية العائلي الأساسي والذي سنذكر دوره في التكفل في الفصل الموالي، ولتفصيل أكثر سنذكر إجراءات التكفل الإستعجالية، التأهيلية و الوقائية كما يلي:

## أ- التكفل العلاجي الإستعجالي:

طب الجلطات الدماغية هو اختصاص جديد في بعض المستشفيات والتي وضعت حيز الخدمة وحدات خاصة بالجلطة الدماغية، حيث يشخص الطبيب المسؤول الإصابة مستعينا بالأشعة و

فحوصات معينة لیتجه مباشرة إلى العلاج والتعامل مع عوامل الخطر لتفادي المضاعفات، في حالة الجلطة الإقفارية يتم التدخل من خلال تحليل أو تدويب الخثرة الدموية المسببة للانسداد لاستعادة تدفق الدم و هذا بالاستعانة بمحلل الخثرات، أما في حالة الجلطة النزيفية فالتدخل يهدف إلى منع حدوث تمزقات و نزيف في أمهات الدم أو حدوث تشوهات على مستوى الأوعية الدموية وهذا بهدف المحافظة على حياة المصاب (مادوكس، 2017).

حيث عرف التكفل بالجلطات الدماغية تطور كبير خاصة في الجلطة الإقفارية وهذا من خلال علاجات حل الخثرة والذي يطبق خلال الساعات الأولى من حدوث الجلطة الإقفارية بهدف استعادة الوظائف العصبية والحد من مساحة المناطق المتضررة واستقرار الأعراض وإنقاذ المناطق المحيطة بالإصابة، كما يشمل التكفل العلاجي السيطرة على العوامل البيولوجية، نسبة السكر في الدم، مستوى الضغط الدموي، ضربات القلب والأكسجنة الدموية ( أبو حامد، 2009).

في الجلطة النزيفية يمكن اللجوء إلى الجراحة الإسعافية، الهدف منها الحفاظ على حياة المصاب حيث يستأصل القسم المتجلط ويفرغ الورم الدموي من المنطقة المصابة أو ما جاورها ( نفس المرجع، 2009).

عملية تفتيت الخثرات الخاصة بالجلطات الإقفارية هو علاج نمطي يستخدم منذ عدة سنوات، يعمل على تدويب البروتينات اللصيقة التي تساعد على تماسك الخثرة، يعطى هذا الدواء في الوريد مباشرة و في أسرع وقت ممكن ( ثلاث ساعات الأولى) من حدوث الجلطة، ومن أنواع مفككات الخثرة نجد Alteplase والمستعمل بكثرة في أوروبا، الهيبارين والوارفارين واللذان يستخدمان كمضادات للتخثر كما يمنعان العوامل المساعدة على التخثر كما أنهما مفيدان في الحماية المستقبلية، كما يمكن الاستعانة بالأسبرين من 60 ملغ إلى 300 ملغ يوميا بهدف تخفيف لزوجة صفيحات الخلايا الدموية المتكتلة والتي قد تشكل خثرة (ليندلي ترجمة مزبودي، 2014).

يعتبر الأسبرين دواء فعال بعد الإصابة بجلطة دماغية إقفارية متكونة أو عابرة، حيث أظهرت التجارب والدراسات أن تناول الأسبرين خلال 48 ساعة الأولى بعد الجلطة يحسن النتائج على المدى البعيد (الصليبي، 2020).

### ب- التكفل العلاجي التأهيلي:

و هي مجموعة من التدخلات والعلاجات الفيزيائية، المعرفية والتحفيزية يستفيد منها المصاب حسب درجة الآثار والإعاقات الناتجة عن الجلطة الدماغية، هدفها الوصول بالمصاب إلى استخدام أمثل لقدراته العصبية والجسمية المتبقية والتخفيف من آثار الجلطة الدماغية، وهذا حسب درجة الأعراض، تراجعها أو تأكدها، فقد لوحظ تراجع الأعراض في الجلطة الإقفارية العابرة والتي لا تحتاج إلى برنامج تأهيلي و هذا ما يمثل 10% من المصابين، كما يحتفظ % 15 بعجز خفيف يستلزم علاج تأهيلي قصير المدى ( شهر إلى شهرين )، أما المصابين بعجز متوسط إلى شديد وهو ما يمثل 40% من المصابين فهم بحاجة إلى برامج تأهيلية على المدى المتوسط أو البعيد إلا أن 10% ممن يعانون من عجز كبير جدا فهم يلزمون السرير ويحتاجون إلى عناية تمريضية مستمرة كما يموت 15% من المصابين بعد مدة قصيرة من حدوث الجلطة (أبو حامد، 2009).

تبدأ برامج التأهيل عموما في المستشفى أو في المصالح الخاصة بإعادة التأهيل، تبدأ في أسرع وقت ممكن خاصة لدى المصابين الذين تكون حالتهم مستقرة، تستمر حسب الضرورة بعد الخروج من المستشفى، حيث تكون أهداف إعادة التأهيل: التدريب على مهارات الرعاية الذاتية كتناول الطعام، الاستحمام، ارتداء الملابس، المشي، استعمال الكرسي المتحرك، التدريب على مهارات التواصل والمهارات الإدراكية إضافة إلى التدريب على المهارات الاجتماعية، برامج إعادة التأهيل هدفها الأساسي مساعدة المصاب على استرجاع نسبة مقبولة من استقلالته المفقودة وتحسين جودة حياته ( مادوكس، 2019).

برامج إعادة التأهيل يجب ان تكون ملائمة لكل مريض، يشارك فيها العديد من المختصين نذكرهم فيما يلي:

- الممرضين: يقدمون رعاية شبه طبية و مساعدة في النشاطات اليومية وتقديم المعلومات والنصائح إضافة إلى الدعم النفسي (ليندلي ترجمة مزبودي، 2014).

- المختص في التأهيل الحركي: يساعد المريض على استرجاع النشاط البدني المستقل قدر الإمكان وتحسين الحركة، التوازن والتنسيق إضافة إلى التدريب على التنقل باستقلالية كما يساعد المصاب على تخفيف آلامه ( ايتان، 2014).

يحتاج المصابين على العموم من سنة إلى سنتين لاستعادة الوظائف الحركية لليد أو للقيام بالأعمال اليومية، كما يقوم المعالج الحركي بتدريب المريض على تمارين للحفاظ على سلامة المفاصل والعضلات، تمارين تنفسية و تمارين حث مراكز الدماغ على استعادة الوظائف الإرادية، يحتاج المصابين بالشلل النصفي إلى حوالي سنة للوصول إلى درجة من التحسن (أبو حامد، 2009).

- الأخصائي الأرتوفوني: دوره مساعدة المريض على استعادة التواصل اللفظي والكتابي مع الآخرين وتطوير آليات جديدة تسمح بالتواصل المؤقت كالحركات، تعابير الوجه بالإضافة إلى العمل على تحسين درجة الانتباه، الذاكرة وعملية الإدراك، قد يحتاج المصاب بالحسبة إلى حوالي سنتين لاستعادة القدرة على التواصل (نفس المرجع، 2009).

- الأخصائي النفساني: يقدم خدمات هدفها مساعدة المريض على التقبل ومقاومة الشعور بالنقص، كما يعمل على الحالة النفسية التي تصاحب العجز والإعاقة والتي تغير صورة الجسم لدى المريض، كما يستعمل الإرشاد النفسي الفردي والجماعي بهدف تحسين صورة الذات لدى المريض والعمل على تفادي اكتئاب ما بعد الجلطة الدماغية بالإضافة إلى تشجيع المريض على استعادة الاستقلالية والاعتماد على النفس وتنمية القدرات والتفاؤل (سيد سليمان، 2001).

- المساعد الاجتماعي: يكمن دوره في توفير موارد خدماتية، معلوماتية، مالية واجتماعية وقانونية أيضا الغرض منها التسهيل على المريض وعائلته عملية التكفل والتعافي، فالمساعد الاجتماعي عضو مهم و فعال في فريق التكفل والرعاية (ليندلي ترجمة مزبودي، 2014).

### ج- التكفل الوقائي:

و يشمل إجراءات الوقاية والسيطرة على عوامل الخطر لتفادي المضاعفات والحفاظ على جودة حياة المريض خاصة ذوي الأمراض المزمنة، تتمثل الإجراءات الوقائية فيما يلي:

- ضبط مستوى الضغط الدموي: الحفاظ على مستوى ضغط دموي في نسب طبيعية بإمكانه التقليل من خطر معاودة الإصابة خاصة للأشخاص الذين تعرضوا إلى جلطة إقفارية عابرة، حيث تتم عملية ضبط مستوى الضغط الدموي بإتباع حمية غذائية مناسبة خالية أو مخففة من الملح إضافة إلى العلاجات الدوائية وممارسة النشاطات الرياضية (Louchini, 2005).

- الوقاية من تصلب الشرايين: و هذا بتعديل نمط الحياة وإتباع نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة بانتظام وتجنب الضغط النفسي ومواجهته بطرق سليمة والإقلاع عن التدخين (ليندلي ترجمة مزبودي، 2014).

- ضبط مستوى السكر في الدم: الحفاظ على نسب السكر في الدم الطبيعية بالالتزام بالدواء والغذاء الصحي وممارسة الرياضة من شأنه تخفيف احتمال الإصابة من جديد وتفاذي مضاعفات السكري الخطيرة والتي قد تزيد من معانات المصاب بالجلطة الدماغية (Louchini, 2005)

- ضبط مستوى الكوليسترول: يتم من خلال إتباع حمية غذائية متوازنة وتقليل الدهون وتعزيز الدهون المفيدة التي تحتوي على  $\omega 3$  و  $\omega 6$  والتي من شأنها تخفيف نسبة الكوليسترول، إضافة إلى العلاجات الدوائية والأنشطة الرياضية، فالسيطرة على مستويات الكوليسترول في الدم يخفض احتمال التعرض إلى جلطات أخرى قد تنتج عن الترسبات الدهنية (Louchini, 2005).

- تقبل المشكلة: تقبل المشكلة من طرف المصاب ودعم المحيط العائلي له يساعده على العودة للاعتماد على نفسه، أما المصابون الذين لا يتقبلون الوضعية الجديدة والإعاقات الناتجة عن الجلطة الدماغية فهم عرضة للاكتئاب وتفاقم الأعراض وهذا ما يبرز الدور المهم للأخصائي النفسي في جانب التكفل النفسي للمصاب بالجلطة الدماغية. (أبو حامد، 2009).

بعد تطرقنا إلى أنواع التكفل فيما يخص المصاب بالجلطة الدماغية من تكفل استعجالي، تأهيلي ووقائي، إلا أنه هناك عوامل أخرى تتدخل في عملية نجاح التكفل وتحسن صحة المريض، عوامل مرتبطة بالمريض نفسه ومحيطه يكون لها أثر إما ايجابي أو سلبي في عملية استرجاع المريض لاستقلاليتيه وجودة حياته نسبيا، كوجود مقدم رعاية عائلي إلى جانب المريض والذي سنتطرق إليه في فصل مقدم الرعاية و ما مدى تأثير وجوده على المريض و على تحسن صحته.

بالإضافة إلى عوامل أخرى كالمستوى الدراسي، الاقتصادي والاجتماعي للمريض والتي تعتبر عوامل تساعد إما سلبيا أو ايجابيا في نجاح عملية العلاج والتكفل، الجهة المشلولة أيضا، فمن يستعمل يده اليمنى ستكون الإعاقة لديه كبيرة إذا كان الشلل يميني مقارنة بالذي يستعمل اليمنى ويعاني من شلل على الجهة اليسرى، كما أن تواجد أمراض مزمنة كارتفاع ضغط الدم، الرجفان الأذيني، السكري، الأمراض الروماتيزمية كلها عوامل تتدخل في نجاح أو فشل عملية التكفل العلاجي بالمصابين (Nzakimuera, 2013).

هذه الإجراءات الوقائية التي تم سردها هي موجهة إلى كل الأفراد عامة للحفاظ على صحة جيدة و للوقاية من عدة أمراض، كما أنها مخصصة للأشخاص ذوي الأمراض المزمنة، خاصة الأمراض الشريانية والقلبية كارتفاع مستوى ضغط الدم، التصلب الشرياني والرجفان الأذيني، إضافة إلى مرضى السكري والأشخاص الذين تعرضوا إلى جلطة دماغية إقفارية عابرة أو متكونة، فهؤلاء الأشخاص أكثر عرضة للإصابة بالجلطة الدماغية أو بمعاودة الإصابة، كما

ان هذه الإجراءات الوقائية مفيدة جدا للمصابين بالجلطة الدماغية للحفاظ على ما تبقى من الصحة الجسمية واستعادة الاستقلالية والحفاظ على جودة حياة مقبولة.

### - خلاصة الفصل:

تطرقنا من خلال هذا الفصل إلى الجلطة الدماغية وأثارها على المصاب من إعاقات على المستوى الجسدي، المعرفي والنفسي، من الشلل النصفي، الحبسة وأعراض نفسية كالاكتئاب، فهناك حياة قبل الجلطة الدماغية وحياة أخرى بعدها، أين يفقد المصاب نسبة كبيرة من استقلاليته واعتماده على نفسه حيث تعتبر الجلطة الدماغية السبب الأول للإعاقة المكتسبة في العالم، ومع الانتشار الرهيب للإصابات حول العالم عموما وفي بلدنا على الخصوص والذي يشهد وسيشهد تزايد في الإصابات سيوازيها تزايد أيضا في عدد المعاقين بسبب الجلطة الدماغية، مما سيكون له أثر سلبي ليس فقط على المريض لوحده بل حتى على عائلته وعلى المنظومة الصحية عموما وعلى فرد من عائلة المريض والذي سيكون محور اهتمامنا في الفصل الموالي وهو مقدم الرعاية العائلي.

## الفصل الثالث:

### مقدم الرعاية العائلي ومفهوم العبء.

- تمهيد.
- تعريف مقدم الرعاية العائلي.
- مهام مقدم الرعاية العائلي.
- مفهوم العبء عند مقدم الرعاية العائلي.
- الآثار المترتبة على حياة مقدم الرعاية العائلي نتيجة لدوره.
- حاجيات مقدم الرعاية العائلي.
- الفروق بين مقدمي الرعاية العائليين.
- ظاهرة سوء معاملة مقدم الرعاية العائلي للمريض.
- المرافقة و التكفل بمقدم الرعاية العائلي.
- خلاصة الفصل.



**تمهيد:**

حاليا وفي معظم الأنظمة الصحية حول العالم وخاصة في البلدان المتطورة، والتي تعترف بالمكانة الرئيسية للأسرة وخاصة أحد أفرادها في عملية المرافقة والعناية العلاجية لأحد أفراد الأسرة الفاقد للاستقلالية بسبب أمراض أو حوادث أو الشيخوخة، والذي تجعله معتمد إلى حد كبير على أسرته عموما وعلى أحد أفرادها بالخصوص ليقوم برعايته والذي يسمى **مقدم الرعاية العائلي**، والذي حسب الدراسات فإنهم يقدمون جل خدمات العناية والمرافقة والعلاج التي يحتاجها المريض مما يعني أنهم يخففون الكثير من الأعباء على المنظومة الصحية كما أنهم يقدمون رعاية مثالية بحكم قربتهم مع المريض، إلا ان هذا الدور له ضريبة معتبرة على حياة العائلة، وخاصة على مقدم الرعاية العائلي الملازم للمريض مما يلتزم التطرق والاهتمام بهذه الفئة من الأفراد و معاناتها في دورها، و لتفصيل أدق تطرقنا من خلال هذا الفصل **المُعنون**: **مقدم الرعاية العائلي و مفهوم العبء لديه و مهامه التي يقوم بها خدمة للمريض والآثار المترتبة عن هذا الدور على عدة جوانب من حياته، كما أشرنا إلى حاجيات مقدمي الرعاية العائليين والفروق بينهم من خلال بعض المتغيرات، كما تطرقنا إلى مفهوم العبء لدى مقدم الرعاية و كذا ظاهرة سوء معاملة مقدم الرعاية العائلي للمريض، وفي الأخير إلى طرق المرافقة والتكفل بهذه الشريحة لنختم هذا الفصل بخلاصة شملت أهم ما ورد في الموضوع.**

**تعريف مقدم الرعاية العائلي:**

تعرفه منظمة الصحة العالمية 2012 مذكور في (Alem, et al, 2014) على أنه شخص من العائلة أو صديق يقدم خدمة الرعاية بطريقة مستمرة، وهذا بالقيام بنشاطات أساسية في الحياة اليومية يستفيد منها المريض الفاقد لاستقلاليته للحفاظ على ما تبقى منها وتكون هذه الخدمة بدون مقابل.

كما يعرفه الدليل الفرنسي لمقدمي الرعاية 2007 مذكور في (Fontaine, 2009) على أنه الشخص الذي يقوم بمهمة مساعدة ورعاية شخص معاق، مريض أو مسن فاقد للاستقلالية من

أفراد محيطه العائلي وهذا لمساعدته في أنشطة الحياة اليومية والرعاية الجسمية والنفسية، وتكون هذه الرعاية بصفة مؤقتة أو دائمة وبدون مقابل مادي.

كما تعرفه وزارة الصحة والخدمات الاجتماعية بكندا 2003 مذكور في ( Steben-Chabot, 2018) على انه كل شخص من محيط المريض الذي يقدم دعم ومساعدة مستمرة أو مؤقتة بدون مقابل وبصفة غير مهنية لشخص فقد قدراته الجسمية أو العقلية.

للإشارة فان مصطلح مقدم الرعاية العائلي هو المصطلح المستعمل في اللغة العربية في الدراسات التي تتناول الشخص الذي يرافق المريض ويرعاه، وهي الترجمة الحرفية للمصطلح باللغة الانجليزية (Family caregiver) وهو المصطلح الوحيد في اللغة الانجليزية الذي يعني مقدم الرعاية العائلي، أما في اللغة الفرنسية فنجد المصطلحات التالية والتي تعني كلها مقدم الرعاية العائلي: (L'aidant familial, l'aidant naturel, le proche aidant) كما نجد المصطلحات (L'aidant non professionnel, l'aidant informel) والتي تعني أيضا مقدم الرعاية العائلي حيث وضعت للتفريق بينه وبين مقدم الرعاية المهني والذي هو مكون ومدرب لتقديم الرعاية الصحية كما أنه يأخذ مقابل مادي لأداء دور الرعاية.

عموما ما يمكن استنتاجه من خلال هذه التعريفات هو أن مقدم الرعاية العائلي هو فرد من أفراد الأسرة أو المقربين، ممن يقدم خدمة الرعاية المنزلية لمريض فاقد للاستقلالية بسبب مرض، حادث أو بسبب الشيخوخة، قد يكون العجز معرفي، جسدي أو يكون عاما حيث يصبح المريض معتمدا على مقدم الرعاية العائلي بشكل كلي أو جزئي في حياته اليومية، وتكون هذه الرعاية غير مهنية وبدون مقابل مادي.

### مهام مقدم الرعاية العائلي:

النشاطات التي يقوم بها مقدم الرعاية العائلي كثيرة ومتنوعة وتختلف حسب نوع المرض وشدة الإعاقة عند المريض، إلا أنها عموما تتمثل فيما يلي:

- تكييف محيط البيت على حسب قدرات المريض وشدة إعاقته.

- تنظيم أوقات الفحوصات والعلاجات.
- تنظيم النقل والتنقلات بالنسبة للمريض.
- تسيير الميزانية المالية المتعلقة بالمريض.
- العناية الصحية والحفاظ على نظافة المريض.
- تحضير الأكل المناسب للمريض وتقديمه له.
- تغيير أكياس القسطرة البولية في بعض الأحيان.
- المساعدة في الحاجات الحميمة كالدخول إلى المراض وأخذ الحمام.
- المرافقة النفسية والعطف على المريض ومعاملته معاملة جيدة (Ducharme, 2006).

كما أن من مهام مقدم الرعاية البحث عن المعلومات فيما يخص المرض وتسييره، مساعدة المريض على أخذ القرارات المتعلقة بحياته العامة وبالعلاج خاصة، العمل مع الفريق الطبي لصالح المريض وطلب المساعدة للمريض، والتحصل على العتاد الطبي إن استلزم الأمر، بالإضافة إلى المراقبة الدائمة للمريض ولتطورات المرض وتنظيم الفحوصات والعلاجات الدورية في البيت أو خارجه (Alexandre, 2011).

كما أن الجمعية الفرنسية لمقدمي الرعاية العائليين ذكرت بعض المهام التي يقوم بها مقدم الرعاية العائلي عموماً كتقديم خدمة الرعاية جزئياً أو كلياً بصفة منتظمة وباستمرار خاصة الرعاية الصحية (Nursing)، المرافقة للفحوصات والعلاجات التأهيلية والتكفل بالإجراءات الإدارية التي تخص المريض، إضافة إلى القيام بأعمال البيت المختلفة والمرافقة النفسية (Laizner, et al, 1993).

## مفهوم العبء عند مقدم الرعاية العائلي:

## تعريف العبء لغة:

العبء بالكسر هو الحمل والثقل من أي شيء كان، والجمع أعباء وهي الأحمال والأثقال، و قال الليث: العبء هو كل حمل أو غرم أو حمالة (لسان العرب، ص 2798).

كلمة العبء نجدها بالفرنسية Fardeau و التي لها في القاموس الفرنسي (Larousse 2016) معنيين، المعنى الأول هو الحمولة الثقيلة التي يجب حملها أو تحملها، أما المعنى الثاني فهي الوضعيات والظروف الغير المتحملة (Larousse, 2016, P. 486).

أما في اللغة الانجليزية فنجد كلمة Burden و التي تعني العبء والحمولة التي من الصعب تحملها، وتعني أيضا ثقل المسؤولية و الإحساس بالذنب كما تعني أيضا عبء الضرائب أو عبء الديون (Le Dictionnaire Hachette-Oxford, 2009, P. 228).

## - تعريف العبء اصطلاحا:

في حدود إطلاعنا فإن أول من استعمل كلمة العبء (Burden) ارتباطا بمفهوم تقديم الرعاية هما (Grad et Sainsbury) سنة 1963 في مقال نشر في مجلة The lancet البريطانية تحت عنوان (Mental illness and the family) والذان عرفا العبء على انه الأثر السلبي على عائلة المريض الناتج عن دور التكفل والرعاية، حيث استعمل هذا المصطلح للتعبير عن صعوبة المهمة وآثارها على عدة جوانب من حياة مقدمي الرعاية، حيث كان هذا العبء مرتبط بالأمراض العقلية وعدم فهم مقدم الرعاية للمرض والمدة الزمنية المسخرة للرعاية وأيضا أحاسيس الذنب والوصم المرتبط باضطرابات على مستوى سلوك المريض (Grad & Sainsbury, 1963).

كما استعمل هذا المفهوم بكثرة في بداية الثمانينات للإشارة إلى تكميم الأعباء المتعلقة بدور تقديم الرعاية، حيث قسم هذا المفهوم إلى نوعين من العبء: العبء الذاتي والعبء الموضوعي، العبء الموضوعي مرتبط بالمريض وشدة مرضه وإعاقته وأيضا شدة فقدانه للاستقلالية ونسبة المساعدة والوقت الذي يسخره مقدم الرعاية العائلي لهذا المريض، إضافة إلى

اضطرابات المريض على المستوى المعرفي والعقلي، أما العبء الذاتي فهو مرتبط بمقدم الرعاية العائلي و ما يتعرض له من اضطرابات جسدية و نفسية، عزلة اجتماعية و أعباء مالية (Charfeddine, et al, 2017).

كما يعرف (Zarit, et al, 1980) على أن العبء هو جميع التأثيرات على المستوى الجسدي والنفسي وجميع التكاليف المالية التي يتحملها مقدم الرعاية العائلي، بالإضافة إلى التأثيرات على العلاقات العائلية والاجتماعية والتكلفة النفسية المتمثلة في الإحباط، الإحساس بالذنب، الاكتئاب، الإجهاد النفسي والافتقار لأوقات الحرية.

كما يعرف (Guyther 1986) مذكور في (Lafleur 1998) العبء على أنه مجموع المشاكل الجسدية، النفسية والانفعالية، الاجتماعية والاقتصادية التي يتعرض لها مقدمو الرعاية العائليين القائمين على رعاية فرد من العائلة مسن أو مريض فاقد للاستقلالية ويحتاج إلى رعاية مستمرة.

#### العوامل المحددة لمستوى العبء لمقدم الرعاية العائلي:

مستوى العبء لدى مقدم الرعاية العائلي له علاقة بعدة عوامل وعدة متغيرات، حيث يشير (Mollard 2009) أن هناك علاقة بين مستويات مرتفعة من العبء وشدة المرض خاصة الأمراض العصبية التنكسية كالخرف والزهايمر وإصابات عصبية أخرى كالجلطة الدماغية والباركينسون، كما أن عدم فهم المرض من طرف مقدم الرعاية العائلي والمدة الزمنية التي يقضيها في رعاية المريض وفقدان الأمل في الشفاء إضافة إلى العار والوصم المرتبط بالتغيرات السلوكية للمريض وزيادة أحاسيس الذنب والإحساس بعدم القدرة على مواجهة هذه الوضعية، كل هذه العوامل من شأنها رفع مستوى العبء الذاتي والموضوعي لمقدم الرعاية العائلي.

كما أشار (Zarit et al 1980) أن مستوى العبء مرتبط بالاضطرابات المعرفية والسلوكية للمريض، حيث أن تكرر الاضطرابات السلوكية وشدتها ينبئ بمستوى عبء مرتفع لدى مقدم الرعاية العائلي.

أيضا هناك علاقة بين مستوى العبي وأحاسيس الذنب لدى مقدم الرعاية العائلي، حيث أن هذه الأحاسيس تكون بسبب الأفكار والمشاعر السلبية لمقدم الرعاية اتجاه المريض، فكلما زادت أحاسيس الذنب ارتفع مستوى العبي الذاتي (Novak & Guest, 1989).

يجب الإشارة أيضا أن العبي ببعديه الموضوعي والذاتي يتأثران أيضا بمتغيرات متعلقة بمقدم الرعاية العائلي، حيث يشير (Seys, 2012) أن العبي الموضوعي مرتبط بالمريض ونوع المرض وشدته وطبيعة النشاطات المقدمة من طرف مقدم الرعاية العائلي والوقت المخصص لها، أما العبي الذاتي فهو مرتبط بإدراك مقدم الرعاية العائلي للآثار المترتبة عن هذا الدور على مجالات حياته (الجسمية، النفسية، الاجتماعية، العائلية والاقتصادية المهنية)، فمقدم الرعاية العائلي قد تكون له إمكانيات مادية كافية لكي لا يكون لديه عبي موضوعي وهذا باللجوء إلى مقدمي رعاية مهنيين بمقابل مادي، أما العبي الذاتي فإن متغيرات كاستراتيجيات المواجهة، السند العائلي والاجتماعي، إدراك الجانب الايجابي لدور تقديم الرعاية، كلها عوامل تؤثر على مستوى العبي الذاتي عند مقدم الرعاية.

كما أن مستوى العبي مرتبط أيضا بمتغيرات كالسن، الجنس، والعلاقة التي تجمع المريض بمقدم الرعاية العائلي، حيث أثبتت الدراسات أن مستوى العبي مرتفع عند مقدمي الرعاية الشباب ومرتفع عند الأبناء مقارنة بالأزواج، وعند النساء مقارنة بالرجال، كما أن العلاقة السابقة بين المريض ومقدم الرعاية العائلي تحدد أيضا مستوى العبي لدى مقدم الرعاية العائلي (Mollard, 2009)

كما ذكرت (Lafleur 1998) أن مستوى العبي يعود أيضا إلى نوع المرض وشخصية المريض وأيضا شخصية مقدم الرعاية العائلي، كما أن الدخل الشهري المرتفع لمقدم الرعاية العائلي مرتبط بمستويات منخفضة من العبي، إضافة إلى أن السند العائلي والاجتماعي يلعب دورا كبيرا في تحديد مستوى العبي، حيث أن مقدمي الرعاية العائليين المدعومين عائليا واجتماعيا لهم مستويات منخفضة من العبي، أما انعدام الدعم العائلي والاجتماعي فهو مرتبط بمستويات مرتفعة من العبي.

كما أن العلاقة السابقة بين مقدم الرعاية العائلي والمريض يمكن لها ان تحدد مستوى العبء، فإذا كانت العلاقة السابقة سيئة قبل المرض فسيكون إدراك العبء لدى مقدم الرعاية أكبر مقارنة بعلاقة جيدة قبل المرض، فالعلاقة السابقة الجيدة مرتبطة بمستويات منخفضة من العبء إلا أنها مرتبطة بفترة حداد صعبة بعد المرض، أما العلاقة السابقة السيئة فهي مرتبطة بمشاعر الغضب والإحباط و مستويات مرتفعة من الإجهاد النفسي والاكئاب وعدم تقبل لوضعية الرعاية كما أنها تتبئ بمستويات مرتفعة من العبء لدى مقدم الرعاية العائلي (Darnaud, 2007).

يظهر عبء مقدم الرعاية العائلي في الآثار المترتبة عن دور تقديم الرعاية في مختلف مجالات حياته و التي سنفصل فيها كالتالي :

#### الآثار المترتبة على حياة مقدم الرعاية العائلي نتيجة لدوره:

كشفت الدراسات والبحوث عن الآثار الناتجة عن دور تقديم الرعاية خاصة لمدة طويلة وبشكل مستمر وهذا على مختلف مجالات حياة مقدم الرعاية العائلي، وخاصة في الإعاقات المزمنة التي تتطلب رعاية خاصة ومستمرة نتيجة لفقدان المريض لاستقلاليتته بشكل جزئي أو كلي، فمختلف الدراسات التي أقيمت حول مقدمي الرعاية العائليين تؤكد ان 70% إلى 85% من هذه الفئة هم من عائلة المريض وهم غير نظاميين، إلا أن لهذا الدور ضريبة على حياة مقدم الرعاية، حيث سنذكر فيما يلي آثار دور تقديم الرعاية على مقدم الرعاية العائلي وعلى عدة أصعدة من حياته.

#### الآثار المترتبة على الجانب الفسيولوجي:

منذ عدة سنوات يعتبر مقدم الرعاية العائلي شخص معرض للتهديد الصحي، فهو معرض لإجهاد نفسي دائم ومزمن وهذا الإجهاد له علاقة كبيرة بإصابة مقدمي الرعاية بالأمراض القلبية والتي دائما ما تشخص متأخرا وهذا إما لعزوف أو عدم قدرة مقدم الرعاية العائلي التوجه إلى الطبيب بسبب المسؤوليات الملقاة على عاتقه، حيث أن 22% من مقدمي الرعاية يعزفون تماما للتوجه إلى الطبيب (Coudin, 2004).

ففيما يخص الإجهاد النفسي تشير (Kerhervé, 2010) أن مقدم الرعاية العائلي يتعرض إلى إجهاد نفسي مرتفع ومزمن بحكم طول المدة الزمنية للرعاية غالبا وإحساسه أن موارده كالوقت، الطاقة الجسمية والنفسية وإمكانياته المادية ومهاراته غير كافية لمواجهة وضعية الرعاية مما يزيد مستويات الإجهاد النفسي لديه.

وهذا ما أشار إليه أيضا (Zarit, 1980) في طرحه لمفهوم العبء لدى مقدم الرعاية العائلي حيث أوضح أنه ناتج عن عدم تكافؤ بين دور تقديم الرعاية وطاقة مقدم الرعاية وإمكانياته.

كما يشير في نفس السياق كل من (Bouisson & Amieva 2015) أن طريقة إدراك مقدم الرعاية لوضعيته هي التي ستحدد مستويات الإجهاد النفسي لديه، حيث بالنسبة لمقدم الرعاية الذي سيعيش تجربة الرعاية على أنها مصدر للإجهاد النفسي فجسمه سينتج مستويات عالية من الأدرينالين، الكورتيزول ومن السكر وهذا بهدف مواجهة ضغط وضعية الرعاية، إذا استمر هذا الإجهاد النفسي وأصبح مزمنًا وهذا ما يحدث غالبا في دور تقديم الرعاية حيث تكون مدتها طويلة وأحيانا لسنوات، في هذه الحالة سيصل مقدم الرعاية إلى مرحلة الإنهاك وعدم القدرة على المقاومة وهذا ما يؤدي إلى اضطرابات على المستوى الجسدي (أمراض القلب و الشرايين، آلام عضوية، صداع مزمن وأمراض بسيكوسوماتية) كما أن النظام الهرموني والجهاز العصبي يختلان ويفقدان التوازن مما يؤدي إلى اضطرابات نفسية كالاكتئاب والقلق، جهاز المناعة هو بدوره يتأثر و يضعف و هذا ما يكون بوابة لأمراض عديدة خاصة الفيروسية.

نستنتج من هذه الدراسة أن الإجهاد النفسي لدى مقدم الرعاية العائلي له آثار جد سلبية على صحته الجسمية والنفسية، مما يجعل تسيير الإجهاد النفسي لدى هذه الفئة من أكبر التحديات في المرافقة و التكفل.

كما يتعرض مقدمي الرعاية العائلي إلى إنهاك جسدي شديد راجع لتعدد و كثرة المسؤوليات والخدمات التي يقدمها للمريض، حيث يعاني الكثير من مقدمي الرعاية من اضطرابات هامة



في النوم والأكل مما يؤثر على عملية الأيض الخلوي عندهم مما يؤدي إلى أمراض كالسكري من النوع الثاني وارتفاع ضغط الدم (Rossinot, 2019).

وفي نفس السياق وحسب دراسة (Adelman et al 2014) المذكور في (Langis2018) فإن العوامل التي تؤدي إلى الإنهاك الجسمي لدى مقدم الرعاية العائلي هي ان يكون أنثى، أن يكون له مستوى دراسي منخفض وان يكون مقيما مع المريض، منعزلا اجتماعيا ويعاني من ضغوطات مالية و ان يكون مضطرا رغما عنه لتبني دور مقدم الرعاية، كل هذه العوامل تتبؤ بإنهاك جسمي وتدهور للصحة الجسمية والنفسية.

فيما يخص ارتفاع مستوى ضغط الدم، تؤكد دراسة ل (Lee et al 2003) مذكورة في (Wan 2011) أن مقدمي الرعاية العائليين ونظرا للإجهاد النفسي الكبير الذي يتعرضون إليه يعانون من ارتفاع في مستوى ضغط الدم وعدم انتظام ضربات القلب وحتى الإصابة بالجلطات الدماغية، كما يرتفع لديهم خطر الموت المبكر.

نقص فعالية الجهاز المناعي عند مقدمي الرعاية ظاهرة لوحظت من خلال عدة دراسات والتي أثبتت أن الإجهاد النفسي الذي يتعرض له مقدمي الرعاية العائليين نتيجة لدورهم من شأنه إضعاف الجهاز المناعي والإصابة المتكررة بالأمراض المعدية خاصة الفيروسية، كما لوحظ أيضا لديهم مشاكل على مستوى التئام الجروح، حيث تشير دراسة (Sylvie,Pariel2013) أن 85% من ضمن 240 مقدم رعاية عائلي لمريض مصاب بالزهايمر يعانون من ضعف في الاستجابة المناعية كما لوحظ عليهم بطئ في عملية التئام الجروح (Pariel, 2013).

[www.seformeralageriatrie.org](http://www.seformeralageriatrie.org)

كما أشارت في نفس السياق دراسة ل (Gunssolt et al 1995) مذكور في (أحمد محمد، 2012) حول التئام الجروح عند مقدمي الرعاية العائليين و علاقته بالإجهاد النفسي الناتج عن عبء دورهم، حيث توصلت الدراسة أن التئام الجروح عند مقدمي الرعاية أبطئ بكثير مقارنة

بمجموعة ضابطة مما يدل على أن وظائف الجهاز المناعي تتأثر سلبا بالإجهاد النفسي المرتبط بتقديم الرعاية للمريض.

الموت المبكر عند مقدمي الرعاية العائليين لوحظ أيضا، حيث في دراسة ل (Shultz &Beack) مذكور في (Leurs et al 2018) توصلوا إلى ملاحظة ارتفاع قدر ب 60% للتعرض للموت المبكر عند مقدمي الرعاية العائليين الذين يعانون من مستويات مرتفعة من الإجهاد النفسي الذي يسبب مشاكل على مستوى القلب والشرابين وعلى جهاز المناعة.

فيما يخص آثار دور تقديم الرعاية على الجانب الفسيولوجي لمقدم الرعاية العائلي، يمكن حصرها فيما ذكرناه سابقا من خلال الدراسات كأمراض القلب والشرابين، اضطرابات في النوم والأكل، بعض الأمراض البسيكوسوماتية ( ارتفاع مستوى ضغط الدم والسكري من النوع الثاني)، ضعف في الاستجابة المناعية وبطء في عملية التئام الجروح، وحتى خطر الموت المبكر.

كما يضيف (Carter, 2003) مذكور في (Alexandre, 2011) أعراض جسمية أخرى كالتعب الشديد، الألم المزمن خاصة آلام الظهر، انخفاض في القوة الجسمية وفقدان الشهية.

#### الآثار المترتبة على الجانب النفسي:

يشعر مقدم الرعاية العائلي بالإحساس بالذنب خاصة لعدم قدرته أحيانا في إشراك المريض لأخذ القرارات المتعلقة بصحته، كما يشعر بالإحساس بالذنب عقب اعتقاده في استحالة الأمل في شفاء المريض، كما أنه يعاني من مستويات مرتفعة من الاكتئاب واضطرابات في النوم، وهذا ما يجعل الكثير من مقدمي الرعاية العائليين يلجئون إلى التعاطي الغير العقلاني لمضادات الاكتئاب ، المنومات ومخفضات الألم (Coudin, 2004).

كما يتزايد الشعور بالذنب عند مقدمي الرعاية العائلي كلما كانت حاجة المريض إليه كبيرة وكلما استحال عيش المريض في غيابه، حيث يمكن ملاحظة هذا عند المريض في قلقه وتوتره

إذا غاب مقدم الرعاية العائلي عن مجاله البصري مما يزيد أحاسيس الذنب عند مقدم الرعاية العائلي (Fontaine, 2009).

أشار (Green 2007) المذكور في (Rigaux 2009) إلى مفهوم الحداد الأبيض عند مقدم الرعاية العائلي خاصة عند المرضى الذين يعانون من اضطرابات على المستوى المعرفي حيث يكون حضور المريض فيزيائي فقط و كأنه شخص آخر، مما يضع مقدم الرعاية في وضعية غير مفهومة بالنسبة إليه، حيث يفقد الصورة الأولية التي كانت لديه عن المريض قبل المرض، حيث نجد هذه الظاهرة في أمراض كالجلطة الدماغية، الزهايمر والبركينسون أين يفقد المريض نسبة من قدراته المعرفية.

فمفهوم الحداد الأبيض هو الحداد الذي يقوم به الأفراد بسبب شخص آخر لم يمت ولكن فقد إمكانياته العقلية والمعرفية مما يجعل التفاعل معه أمرا صعبا أو مستحيلا، فهو حاضر جسيما فقط ( Benhaberou, 2014).

كما يمكن ملاحظة ظاهرة أخرى وهي إنكار مقدم الرعاية العائلي لمعاناته وهي عملية إنكار لمشاكله النفسية والجسمية والإجهاد النفسي والصراعات، حيث يلجأ مقدم الرعاية العائلي إلى الإنكار كإستراتيجية مواجهة عندما يشعر بالضعف وعدم القدرة على التحكم في الأوضاع، إلا أن الإنكار يعيق أحيانا ويمنع التوجه للفحص والعلاج وطلب المساعدة مما يجعل الصحة النفسية والجسمية لمقدم الرعاية في خطر كما تؤثر أيضا على صحة المريض (Mariage, et al, 2006)

يعاني أيضا مقدم الرعاية من الاحتراق النفسي، فمهمة الرعاية تكون لفترات طويلة ودون أخذ راحة، حيث يكون مقدم الرعاية مركزا مع المريض وحاجياته دون الاستفادة لا من راحة ولا من عطلة ولا من مقابل مادي وهذا ما يجعل مقدم الرعاية يعاني من اختلالات في النوم، تقلبات مزاجية و شعور بالغضب والحزن والإحباط نتيجة لاستثمار كل طاقته ووقته في رعاية المريض (Maire, 2013).

و فيما يخص الإجهاد النفسي عند مقدمي الرعاية العائلي فقد أشارت (Wan 2011) مذكور في (Guy et al 2013) أن دور تقديم الرعاية له كل خصائص مصادر الإجهاد النفسي المزمّن و هذا ما يؤدي إلى اضطرابات نفسية و جسمية على المدى الطويل خاصة الاكتئاب والقلق. وهذا ما أشار إليه أيضا (Zarit 1991) مذكور أيضا في (Guy et al 2013) أن دور تقديم الرعاية هو سبب من أسباب الاكتئاب، القلق، الوحدة والملل بالإضافة إلى اضطرابات النوم، فقدان الإرادة، الحزن والشعور بفقدان القدرة والإحباط.

### الآثار المترتبة على الجانب الاجتماعي والعائلي:

الحياة الاجتماعية لمقدم الرعاية تتأثر بقلة احتكاكه مع الآخرين وعدم قدرته على الخروج للتنزه أو قضاء حاجياته، وهذا راجع بالأساس إلى الوقت الكبير الذي يقضيه في مهمة الرعاية مما يؤدي به إلى العزلة الاجتماعية تدريجيا، حيث يجد مقدم الرعاية نفسه وحيدا وغير المسيطر على مسار حياته (Lavoie, 2000).

فمقدم الرعاية العائلي ورغمما عنه يجد نفسه معزولا بسبب مدة الرعاية والتي تكون أحيانا لسنوات و تتطلب الحضور الدائم له، كما أن العزلة راجعة إلى نوع المرض خاصة الأمراض التي تجلب الوصم و المرتبطة بتمثلات اجتماعية سلبية كمرض الزهايمر والأمراض العقلية والتي يتغير فيها سلوك المريض (Mollard, 2009).

أما فيما يخص التأثيرات على الجانب العائلي لمقدم الرعاية فإن (Darnaud 2007) يشير إلى مفهوم الأزمة العائلية وكيف لوضعية الرعاية لمريض من العائلة فقد استقلاليته أن يؤدي إما إلى معانات وإما إلى اكتساب مهارات، إما البحث عن حلول أو البقاء في الشك، كما يشير أيضا إلى مشاعر الذنب والتي تكون سبب في هشاشة العائلة.

حيث أشارت دراسة (Lecours 2015) مذكور في (Steben-chabot et al 2018) أن 57% من الرجال و 69% من النساء عبروا عن وجود اختلال في العلاقات العائلية والاجتماعية بعدما أصبحوا مقدمي رعاية أساسيين، خاصة العلاقة الزوجية ومع الأطفال والأصدقاء أيضا،

حيث أثر دور تقديم الرعاية على الأوقات التي كانت مسخرة للعائلة والعلاقات الاجتماعية الأخرى، إلا أن الدراسة أشارت أن مقدمي الرعاية مستعدون للتضحية بوقت العمل أو الوقت المخصص للعائلة والأصدقاء ولكنهم ليسوا على استعداد لتقليص وقتهم في تأدية واجب الرعاية خاصة إذا كان المريض أحد الأبناء أو أحد الزوجين.

وفيما يخص العلاقة الزوجية فقد أشارت دراسة ( ناصري، 2017) حول علاقة الإجهاد النفسي بالتوافق الزوجي لدى والدي الطفل المريض بالسرطان باعتبارهم مقدمي رعاية أن مواجهة العائلة لمرض خطير كالسرطان يؤدي إلى التعرض لإجهاد نفسي مرتفع يؤثر على العلاقة بين الزوجين ويضعف قدراتهم على حل المشكلات الزوجية كما يؤثر على الأدوار في العائلة مما يؤدي إلى اختلال التوافق الزوجي، حيث أثبتت هذه الدراسة وجود علاقة بين الإجهاد النفسي الناتج عن مهمة الرعاية ونوعية التوافق الزوجي.

#### الآثار المترتبة على الجانب الاقتصادي والمهني:

الكثير من مقدمي الرعاية يعتبرون أنهم ينفقون أكثر من مدخراتهم المالية، هذه التكاليف معظمها مرتبط بالنقل والفحوصات والعمليات الجراحية إضافة إلى تمارين التأهيل، وتختلف هذه النفقات باختلاف المرضى وشدة مرضهم كما تختلف حسب علاقة المريض بمقدم الرعاية العائلي، فمقدمي الرعاية لأطفالهم أو لأزواجهم ينفقون أكثر مقارنة بمقدمي الرعاية لآبائهم، هذه النفقات الزائدة تآزم الوضع الاقتصادي لمقدم الرعاية العائلي وتؤثر على إمكانياته المادية (Pyper, 2006).

حسب التحقيق الأوروبي (Share 2010-2011) مذكور في (Arnaud et al 2016) فإن تقديم الرعاية لمريض من العائلة فاقد للاستقلالية يصعب البقاء والمحافظة على منصب عمل، فالتوفيق بين الرعاية والجانب المهني مهمة صعبة مما يجعل الكثير من مقدمي الرعاية يفقدون مناصب عملهم للتفرغ إلى رعاية المريض خاصة مقدمي الرعاية الآباء والأزواج.

وفي تحقيق قامت به ستانيستيك كندا وهو ما يسمى بالتحقيق الاجتماعي العام في 2012 توصل إلى أن 50% من مقدمي الرعاية أنفقوا من ماليتهن الخاصة على المريض فيما يخص

النقل، التحويلات على مستوى السكن وتكييف البيت، إضافة إلى الفحوصات، العلاجات واقتناء العتاد الطبي، كما توصلت الدراسة أن 15% يعانون من مشاكل مالية كبيرة (Steben- chabot, et al, 2018).

### الآثار الايجابية لدور تقديم الرعاية:

وجود آثار سلبية ناتجة عن دور تقديم الرعاية لا ينفي وجود آثار ايجابية على مستوى مقدم الرعاية العائلي، فكما تم ذكر الآثار السلبية الناتجة عن هذا الدور كان لزاما علينا أن لا نسلط الضوء فقط على مقدم الرعاية كضحية بل يجب الأخذ بعين الاعتبار العلاقة التي تتكون بين المريض ومقدم الرعاية والأحاسيس الايجابية التي من الممكن لمقدم الرعاية العائلي أن يشعر بها خلال تأديته لمهمة الرعاية.

ففي دراسة ل (Hinrichsen et al 1992) والتي ضمت 103 من مقدمي الرعاية العائليين لمرضى مصابين بإعاقة، توصلت إلى أن 46% من مقدمي الرعاية وجدوا أن العلاقة بينهم وبين المريض تحسنت وهذا ما ساعد في نجاح عملية الرعاية وتحسين جودة حياة المريض.

وفي نفس السياق دراسة (Carbonneau & cohon 2010) حيث قاموا بتحديد الآثار الايجابية المرتبطة بدور تقديم الرعاية في ثلاثة جوانب من حياة مقدم الرعاية:

- جودة العلاقة بين المريض ومقدم الرعاية العائلي.
- شعور مقدم الرعاية العائلي بالرضا لأداء مهمته على أكمل وجه.
- المعنى الذي يعطيه مقدم الرعاية لمهمته ودوره.

حيث ذكر (Carbonneau & cohon 2010) دراسة ل (Leurs et al 2001) أن المساعدة اليومية التي يوفرها مقدم الرعاية العائلي يمكن أن يدركها على أنها تجربة مثمرة وإيجابية كما تعتبر نجاح أمام تحدي ومفخرة لمقدم الرعاية العائلي من الناحية الاجتماعية والعائلية، حيث أن 73% من مقدمي الرعاية أحسوا بالإيجابية من ضمنهم 22% أحسوا بالرضا عن الذات وعن انجازاتهم واعتبروا دور الرعاية فرصة لتطوير مهاراتهم وخصائصهم الشخصية.

كما أشارت دراسة (Kramer 1996) المذكور في (Darnaud 2007) إلى المعنى الذي يعطيه مقدم الرعاية لمهنته، حيث أشار أن مقدمي الرعاية يحسون بنوع من الافتخار وتقدير الذات والإحساس بان لهم دور ومكانة، كما أن مهمة الرعاية أعطت معنى إنساني لحياتهم. وفي دراسة (Gelmini et al 2009) المذكور في (Bruegger, 2011) توصل إلى أن 74% من مقدمي الرعاية يشعرون بالارتياح لرؤية المريض الذي يقومون برعايته نظيف وفي وضعية مريحة، كما ان 65% منهم يشعرون بالسعادة لأنهم ساهموا في تحسين جودة الحياة لدى مريضهم، كما أنهم يحسون بالفخر والرضا عن الذات لأنهم استطاعوا المحافظة على كرامة المريض، كما كان لهؤلاء أي مقدمي الرعاية الذين شملتهم الدراسة نسب منخفضة من الإجهاد النفسي، العبء والاكتئاب.

كما أشارت دراسة (Spitz et al 2011) أن مقدمي الرعاية الذين كانت لهم أحاسيس بالقيمة والرضا والايجابية عن دورهم كمقدمي رعاية أساسيين، كانوا يتمتعون بصحة جيدة كما كانت لهم مستويات منخفضة من الإجهاد النفسي والعبء، كما كانوا يطلبون المساعدة من المؤسسات المختصة في الرعاية.

مشاركة العائلة في التكفل بالمريض المقعد والفاقد للاستقلالية يسهل أيضا عملية تقبل المرض بالنسبة بالمريض، كما يساعد في عملية التزام المريض بالفحوصات والعلاجات، فمع أن تجربة رعاية المريض صعبة ومعقدة إلا أن كثير من مقدمي الرعاية يعتبرونها تجربة غنية ومصدر للفخر وتقدير الذات، فهذه التجربة تسمح بتعزيز العلاقة بين مقدم الرعاية العائلي والمريض كما أنها تعزز العواطف الايجابية والإحساس بالآخر وتتمي الجانب الروحي لمقدم الرعاية، وهذا ما أثبتته دراسة (Ikhoyali et al 2014) في المغرب حول مقدمي الرعاية العائليين لمرضى السرطان، حيث توصلت الدراسة بأن مقدمي الرعاية الذين يشعرون بالرضا عن مهمتهم كانت لهم مستويات مرتفعة من تقدير الذات، كما أحسوا بإنجاز مهمة واجبة.

### حاجيات مقدم الرعاية العائلي:

حاجيات مقدم الرعاية العائلي هي الفهم الذي يحمله عن أهمية المتطلبات اللازمة التي تسمح له بتقديم العناية المناسبة للمريض ولنفسه، فحاجيات مقدم الرعاية تختلف طوال مراحل تطور مسار المرض عند المريض، حيث تختلف من مرحلة التشخيص إلى مرحلة العلاج، كما ترتبط هذه الحاجيات بالعديد من العوامل، و لهذا فإن تلبية حاجيات مقدم الرعاية العائلي من عدمها سوف يحدد في النهاية المستوى الذي سيحققه في التكفل والعناية بالمريض الذي يقوم برعايته ( Hinrichsen, et al, 1992).

حيث تؤكد البحوث والدراسات أن حاجيات مقدمي الرعاية تتمثل أساسيا في الحصول على المعلومات المتعلقة بالمرض وعلاجاته، كما أن نسبة كبيرة من مقدمي الرعاية يعبرون عن عدم رضاهم واستيائهم لنقص المعلومات، مما يجعل تحديد حاجيات مقدمي الرعاية العائليين عمل أساسي في توجيه خطط العناية بالمريض وبمقدم الرعاية ( Fontaine, 2009).

كما يجب الإشارة أن حاجيات مقدم الرعاية العائلي تختلف وفقا لمسار المرض، ففي مرحلة التشخيص يحتاج مقدم الرعاية إلى الإلمام بمعلومات طبية جديدة ومصطلحات متعلقة بالمرض، أما في المرحلة العلاجية والتي ترتفع فيها مستويات الإجهاد النفسي والاكئاب عند المريض ومقدم الرعاية كما قد تظهر في هذه المرحلة صراعات عائلية ويتدنى مستوى تماسك الأسرة، كما ينخفض مستوى صحة مقدم الرعاية الجسدي والنفسي، في هذه المرحلة يحتاج مقدم الرعاية العائلي إلى الدعم المادي والنفسي وإلى أخذ الراحة وهذا لتفادي الإنهاك الجسدي والإجهاد النفسي وما يرتبط بهما من اضطرابات جسمية و نفسية تؤثر ليس فقط على مقدم الرعاية بل حتى على المريض ( Darnaud, 2007).

كما أشارت دراسة ( Carbonneau & cohon 2010) في مقاطعة كيبيك بكندا بأن أخذ الراحة والحصول على السند والمساعدات المالية بالإضافة إلى الحصول على المعلومات الكافية حول المرض وطرق العناية هي الحاجيات الأساسية التي عبر عنها مقدمو الرعاية العائليين.



كما لخصت (Pariel 2013) من خلال دراستها الحاجيات المتعلقة بمقدمي الرعاية العائليين كالتالي:

- التحصل على معلومات فيما يخص المرض وتطوره من خلال حصص للتربية العلاجية.
  - التحصل على تدريب لمواجهة الوضعيات اليومية المرتبطة برعاية المريض.
  - الاستفادة من أوقات للراحة من خلال أنظمة معينة.
  - التحصل على تكفل نفسي ودعم مادي واجتماعي طيلة مدة الرعاية.
  - الاعتراف الرسمي بدور مقدم الرعاية العائلي من طرف المنظومة الصحية والمؤسسات الاجتماعية (Pariel, 2013)
- [www.seformeralageriatrie.org](http://www.seformeralageriatrie.org)

### الفروق بين مقدمي الرعاية العائليين:

يختلف مقدمي الرعاية العائليين عن بعضهم البعض كما تتفاوت مستويات الإجهاد النفسي والعبء لديهم من خلال عدة متغيرات، سنحاول فيما يلي التفصيل في بعضها.

من حيث الجنس العديد من الدراسات تبين أن مقدمي الرعاية من الذكور هم أكثر حساسية للأمراض الجسمية كأمراض القلب وارتفاع الضغط الدموي، أما الإناث فهم أكثر عرضة للاضطرابات النفسية كالاكتئاب والقلق كما يعانون أكثر من العزلة الاجتماعية مقارنة بالذكور (Pralet, 2014).

و هذا ما أشارت إليه أيضا دراسة (Laizner & Shegado, 1993) أن هناك فرق بين مقدم الرعاية الأنثى ومقدم الرعاية الذكر، حيث أن مستوى العبء المدرك والإجهاد النفسي عند مقدم الرعاية الأنثى مرتفع مقارنة بالذكر، حيث أن 26% من مقدمي الرعاية الإناث عبروا عن عبء جد مرتفع وهو ما مثل ضعف ما عبر عنه الذكور، كما أن مقدمي الرعاية الإناث كانوا أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب.

كما أشارت دراسة (Spitz et al 2012) أن الآثار المترتبة عن دور تقديم الرعاية لمصاب بالجلطة الدماغية تختلف من الذكر إلى الأنثى، حيث أن 50% من الإناث يحسون بإنهاك

جسمي شديد مقارنة ب 12.5% من الذكور، أما فيما يخص الحاجة إلى الراحة فإن 35.7% من الإناث عبروا عن حاجتهم الماسة إلى الراحة مقارنة ب 6.3% من الرجال، كما أن 37.5% من الإناث يحسون أن أفراد العائلة الآخرين حملوهم المسؤولية الكاملة مقارنة ب 11.8% من الرجال، كما أن 93.8% من الذكور عبروا عن ايجابية دور تقديم الرعاية مقارنة ب 67.9% من الإناث.

كما يختلف مقدمي الرعاية العائليين الإناث والذكور من حيث الأعمال والنشاطات والخدمات التي يقدمونها للمريض فحسب دراسة (Steben-Chabot et al, 2018) توصلت إلى أن:

- 320000 مقدمي رعاية الإناث يقدمن عناية شخصية وحميمية للمريض مقارنة ب 110000 من الذكور.

- 300000 مقدمي رعاية الإناث يقدمن علاجات دوائية وخدمات شبه طبية للمريض مقارنة ب 105000 من الذكور.

- 380000 مقدمي رعاية الإناث ينظمن العلاجات والفحوصات الخارجية للمريض مقارنة ب 175000 من الذكور.

- 507000 مقدمي رعاية الإناث يقومون بأعمال البيت إضافة إلى دورهم كمقدم رعاية مقارنة ب 310000 من الذكور.

- 830000 مقدمي رعاية الإناث يقدمن سند نفسي وعاطفي للمريض مقارنة ب 510000 من الذكور.

أما إذا أردنا التطرق إلى الفروق بين مقدمي الرعاية العائليين من حيث نوع المرض الذي يعاني منه المريض الذين يقومون برعايته فإن الأمراض العصبية التنكسية كالزهايمر والخرف بالإضافة إلى أمراض عصبية أخرى كالبركينسون و التصلب اللويحي إضافة أيضا إلى الإصابة بالجلطة الدماغية يجعلهم يختلفون عن مقدمي رعاية آخرين و هذا ما أشارت إليه دراسة (Davin & Paraponaris, 2016) و التي توصلت إلى :

- 50% مقدمي الرعاية العائليين للمريض المصاب بأمراض عصبية تنكسية أو الأمراض الذي تم ذكرها أكدوا أنهم يقومون بتضحيات كبيرة مقارنة ب 40% بمقدمي رعاية لأمراض أخرى.

- مقدمي الرعاية المقيمين مع المريض المصاب بالأمراض العصبية التنكسية أو الأمراض الذي تم ذكرها يقضون مع المريض معدل 6 ساعات يوميا مقارنة بساعة ونصف بالنسبة لمقدمي الرعاية الذين لا يقيمون مع المريض.

- 40% من مقدمي الرعاية للمريض المصاب بأمراض عصبية تنكسية أو الأمراض التي تم ذكرها أكدوا أن ليس لهم الوقت لأنفسهم مقارنة ب 30% من مقدمي الرعاية لأمراض أخرى، كما أن 36% منهم أكدوا تأثر صحتهم الجسمية والنفسية نتيجة لدورهم مقارنة ب 20% من مقدمي رعاية لأمراض أخرى.

أما من حيث الأصول العرقية فإنه في دراسة تحليلية ل 59 مقال علمي ودراسات اهتمت بمقدمي الرعاية حول العالم قام بها (Peggy et al 2000) مذكور في (Lkhoyali et al 2014) هذه الدراسة اعتمدت على تحليل محتوى 59 دراسة منشورة من 1980 إلى سنة 2000 كان الغرض من هذه الدراسة هو الكشف عن الاختلافات بين مقدمي الرعاية حسب الأصول العرقية، حيث توصلت الدراسة إلى أن الأفرو أمريكيين هم أكثر رعاية لمرضاهم مقارنة بالقوقازيين وخاصة الأبناء، حيث يتميز الأفرو أمريكيون بالقيم والمبادئ التي تحت على مساعدة أفراد العائلة بعضهم البعض، و هذا ما أشارت إليه أيضا (Lkhoyali et al 2014) بالنسبة للمغرب حيث أن العائلات المغربية تعتبر مصدر للدعم والسند النفسي والمادي بالنسبة للمريض (Lkhoyali et al, 2014).

كما صنف عالم اجتماع (Serge Clément) مقدمي الرعاية العائليين إلى أربعة أصناف:

أ- مقدم الرعاية العائلي المضطر: وهو الذي يشعر انه مجبر للقيام بعمل الرعاية وهو غير راضي عن هذه الوضعية لأنه يعتبر رعاية المريض عبء عليه.

ب- مقدم الرعاية العائلي المختار: في غالب الأحيان يكون أنثى وتكون له علاقة جيدة مع المريض و يبحث دائما على التسيير الجيد لوضعيته وتنظيمها.

ج- مقدم الرعاية المدين: وهو يعمل بمنطق إرجاع الدين خاصة إذا كان المريض أحد الأباوين فهو يرد لهم الجميل على صورة رعاية.

د- مقدم الرعاية العائلي حامي العائلة: نجده دائما يعمل في مهن اجتماعية أو تربية أو مهن لها علاقة بالمجال الطبي، يتميزون بتحمل المسؤولية وتنظيم نشاطات الرعاية بمساعدة المؤسسات المختصة أو المهنيين المختصين في تقديم الرعاية.

### ظاهرة سوء معاملة مقدم الرعاية العائلي للمريض:

تعرف منظمة الصحة العالمية سوء المعاملة المتعلق بمقدم الرعاية العائلي اتجاه المريض أو المسن الذي يقوم برعايته على أنه سلوك يحدث مرة أو عدة مرات أو يكون على شكل عزوف عن التدخل أثناء حاجة المريض أو المسن لذلك، في علاقة من المفروض ان تكون علاقة ثقة ، قد ينتج عن سوء المعاملة جروح، حوادث أو معاناة نفسية للمريض أو المسن والذي يعتبر ضحية، قد تأخذ سوء المعاملة عدة أشكال كالعنف الجسدي، النفسي، الجنسي أو الاستفادة الغير مشروعة من أموال المريض أو المسن، كما قد تكون على شكل إهمال عن قصد أو غير قصد.

[www.who.int/ageing/projects/elder\\_abuse/fr](http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/fr)

كما تشير دراسة للمكتب الفدرالي السويسري للمساواة بين النساء و الرجال في 2017 مذكور في (Kessler & Boss 2019) أن سوء معاملة مقدم الرعاية العائلي للمريض يأخذ عدة أشكال:

- سوء المعاملة جسمي: ضرب، دفع أو الهز بعنف، الإغلاق على المريض كالمسجون، المنع من الأكل وأحيانا تحرش جنسي.

- سوء المعاملة النفسي: شتائم، كلمات جارحة، تقزز من المريض، الإهانة والتهديدات بعدم تقديم الرعاية، شروط تعجيزية للمريض مقابل رعايته، معاملة المريض وكأنه طفل ومنع الزيارات عليه.

- سوء المعاملة الصحي: عدم تقديم الرعاية أو الأدوية أو العكس إعطاء الأدوية بإفراط، حرمان المريض من الفحوصات والعلاجات وترك المريض يتألم.

- سوء المعاملة المالي: سرقة مال المريض، تزوير أوراق للاستفادة من أمواله أو منع المريض من استغلال أمواله.

فغياب التوعية والدعم النفسي لأفراد العائلة بعد تعرض أحد أفرادها إلى إعاقة أو مرض أو لتعتقدات الشيخوخة وغياب أيضا الدعم المادي يزيد من أعباء العائلة وخاصة مقدم الرعاية الأساسي للمريض والذي يؤدي به دور الرعاية إلى الإنهاك الجسمي والنفسي مما قد ينتج سلوك عدواني لديه اتجاه المريض و هذا السلوك يكون على شكل سوء معاملة و يأخذ عدة أشكال (Fontaine, 2009).

فإنه وإذا تعقدت مسؤولية مقدم الرعاية العائلي وازداد حجمها فمن الممكن أن تظهر بعض السلوكيات العدوانية اتجاه المريض، وهذا راجع لعدم وجود إمكانية تعبير مقدم الرعاية العائلي عن معاناته، كما أن هذه السلوكيات العدوانية يمكن لها أن تكون موجهة ليس فقط على المريض بل حتى على الفريق الطبي أثناء الفحوصات والعلاجات وحتى على الطاقم الطبي أو الشبه الطبي الذي يأتي إلى بيت المريض للقيام بعلاجات أو تمارين تأهيلية، حيث تذكر (Lestrade 2014) وهي ممرضة متمرسة منذ 1982 أن بعض مقدمي الرعاية التي قابلتهم خلال تأديتها لمهنتها أقروا لها أنهم أحيانا ونتيجة للضغوطات النفسية الكبيرة والعبء المرتفع لديهم يقومون بسوء معاملة المريض الذي يقومون برعايته، حيث ذكرت الممرضة قصة أحد مقدمي الرعاية والذي كان يقوم بهز المريض بطريقة عنيفة وبدون سبب حيث أنه كان يشعر دائما بالغضب لتواجهه مع المريض وأنه كان يتمنى موت المريض للخروج من وضعية الرعاية.

### المرافقة و التكفل بمقدم الرعاية العائلي:

في إطار المحافظة على صحة المريض ومرافقة مقدم الرعاية العائلي والتكفل به فإن برامج التكفل تهدف بالأساس إلى الكشف عن الأفكار اللاعقلانية عند مقدمي الرعاية العائليين وكيفية

تسييرها، حيث تساعد برامج التكفل مقدم الرعاية العائلي على الإدراك الصحيح لمصادر الإجهاد النفسي وتحديدها ومن ثم التدريب على مهارات عملية واستراتيجيات مواجهة فعالة تخفف من الإجهاد النفسي والعبء الناتج عن دور تقديم الرعاية وآثاره السلبية ( Fontaine, 2009).

وفي نفس السياق أشارت دراسة تحليلية لدراسات اهتمت باستراتيجيات المواجهة عند مقدمي الرعاية العائليين المتكفلين بمرضى مصابين بأمراض عصبية وإعاقات على المستوى المعرفي، كشفت عن استراتيجيات مواجهة غير فعالة كالإنكار، التوبيخ والتجنب وكانت كلها مرتبطة بمستويات مرتفعة من العبء، القلق والاكتئاب، أما استراتيجيات مواجهة كالتقبل والبحث عن المعلومة و عن الدعم الخارجي كانت كلها مرتبطة بمستويات اقل من العبء، القلق و الاكتئاب كما كانت تتنبأ بمستويات منخفضة بعد سنة، نتائج هذه الدراسات توصي بضرورة التكفل النفسي بمقدم الرعاية العائلي و تدريبه على استراتيجيات ايجابية وفعالة خاصة البحث عن المعلومة و السند العائلي و الاجتماعي للخروج من العزلة والتخفيف من مسؤولية الرعاية (Rigaux, 2009).

ومن أنجح الوسائل التكفلية لمقدمي الرعاية العائليين هي مجموعات التحدث أو العلاج النفسي الجماعي، حيث تعتبر من أهم العوامل التي تعيد تفعيل النشاطات الاجتماعية وهذا بتوفير مجال وجو أين يتقاسم مقدمي الرعاية تجاربهم ومعاناتهم مع مقدمي رعاية آخرين وهذا بدون تحفظ أو خوف من الأحكام، فمجموعات التحدث هي فرصة للترويح والتعبير عن المشاعر والمخاوف كما أنها تسمح باكتساب معلومات وخبرات جديدة كما تسمح أيضا بالاعتراف بدور مقدم الرعاية العائلي وإعطاء قيمة لمجهوداته، كما تساعده في تغيير التصورات و المعتقدات الخاطئة حول المرض وحول دوره (Fontaine, 2009).

وفي نفس السياق قام كل من (Gaugler et al 2007) بدراسة شملت 406 مقدم رعاية زوج أو زوجة لمرضى مصاب بالزهايمر، كان الهدف من هذه الدراسة هو تقييم فعالية برنامج تكفلي نفسي لمقدمي الرعاية العائليين متمثل في حصص دعم نفسية جماعية ومتابعة نفسية عن

طريق الهاتف، حيث توصلت الدراسة إلى ملاحظة مستويات منخفضة من الإجهاد النفسي، الفلق والاكئاب و العبء أيضا. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

كما أن من أهم وسائل مساعدة مقدمي الرعاية العائليين هي التربية العلاجية، حيث تسمح لهم باكتساب المهارات اللازمة لتسيير حياة المريض وحياتهم، حيث تسمح التربية العلاجية بالكشف عن الحاجيات والمشاكل التي يواجهها مقدم الرعاية العائلي في رحلته مع المريض ورعايته، حيث تهدف برامج التربية العلاجية إلى التعريف بالمرض وتوفير التكوين المناسب لرعاية المريض كما تعمل على كشف المعاش النفسي لمقدم الرعاية العائلي، كما أن برامج التربية العلاجية توصي بالتكفل النفسي للثنائي ( المريض و مقدم الرعاية العائلي ) (Pitsaer, 2011).

كما ان تشجيع الجمعيات المهتمة بمقدمي الرعاية العائليين من شأنه إعطاء مجال لمقدم الرعاية للخروج من عزلته والتعبير عن معاناته، حيث تعتبر الجمعيات من الوسائل الناجحة في المساعدة و التكفل بمقدمي الرعاية العائليين ومرضاهم، كما أن المجال الجموعي يساعد على الخروج من الجو الطبي إلى الجو الاجتماعي كما يسمح بالتعرف والإلتقاء بمقدمي رعاية آخرين كما أنه يفعل النشاطات الاجتماعية والتي تكون بمثابة تنفيس وترويح بالنسبة لمقدم الرعاية (Benkada & Mebtoul, 2018).

صمم (Bouchard et al 2019) في إطار التكفل بمقدمي الرعاية العائليين برنامج تربوي تكويني لفائدة مقدمي الرعاية العائليين للمرضى المصابين بالأمراض القلبية إلا أن هذا البرنامج صالح لجميع مقدمي الرعاية، سمي هذا البرنامج (Healing hearts together) والهدف منه تحسين العلاقة بين المريض ومقدم الرعاية العائلي والتخفيف من الصراعات العائلية خاصة بين الأزواج، حيث يهدف هذا البرنامج إلى إرشاد المريض ومقدم الرعاية العائلي للتكلم مع بعض ومشاركة تجربة الرعاية وتحليلها بسلبياتها وإيجابياتها، كما يهدف إلى تبادل المعلومات فيما يخص المرض والمعانات وتأثيرها على الطرفين في عدة مجالات من حياتهم مما يسمح بخلق جو عائلي لطيف وتحسين الصحة النفسية وجودة الحياة لدى الطرفين، كما يشجع البرنامج مقدم

الرعاية العائلي على أخذ قسط من الراحة كما أن التواصل مع الفرق الطبية والتعرف على مرضى مقدمي رعاية آخرين من شأنه تثقيف مقدم الرعاية وتنمية مهاراته بهدف القيام بدوره بشكل مناسب يفيد ويفيد المريض الذي يقوم برعايته .

كما أن العلاج النفسي السلوكي إضافة إلى التأمل واليوجا حيازة مذكرة يومية يكتب فيها مقدم الرعاية العائلي تجربته ومعاناته إضافة إلى وجود حيوان أليف في المنزل من شأنه خفض مستويات الإجهاد النفسي عند مقدم الرعاية، كما أن التعبير عن الحاجيات مع الأشخاص المقربين والاستفادة من مجموعات التحدث والتكوين من شأنها أيضا تخفيف العزلة الاجتماعية على مقدمي الرعاية، كما أنهم من الضروري تسخير 30 دقيقة أربع مرات في الأسبوع لممارسة الرياضة وأوقات أخرى لممارسة هواية مفضلة، كما يجب الاعتناء بالصحة الجسمية والنفسية والنمط الغذائي، كما أن العلاج المعرفي السلوكي جد فعال مع مقدمي الرعاية العائليين حيث يسمح لهم بتغيير الأفكار والسلوكيات الغير متكيفة مع وضعية الرعاية وتخفيف مستويات الإجهاد النفسي (Beth-doyle & Amir, 2018).

الدعم الاجتماعي بواسطة التكنولوجيا الرقمية يعتبر أيضا من الوسائل الحديثة التي تساعد مقدمي الرعاية العائليين في مواجهة الصعوبات المتعلقة بدورهم حيث وفي هذا السياق نذكر الموقع [www.aloa-aidant.fr](http://www.aloa-aidant.fr) وهو موقع مصمم لفائدة مقدمي الرعاية العائليين بفرنسا والهدف منه إعطاء مجال للمشاركين في الموقع لتبادل المعلومات والخبرات والتعبير عن المشاكل والصعوبات، كما يسمح الاستفادة من تجارب مقدمي رعاية آخرين خاصة في تسيير المرض والعناية بالمريض، يسمح الموقع الولوج إليه في كل الأوقات لطلب المساعدة والدعم خاصة الدعم النفسي، العاطفي والمعلوماتي (Tixier, 2010).

وضعت السلطات العليا للصحة بفرنسا ( Haute autorité de santé ) بعض التوصيات فيما يخص التكفل بمقدمي الرعاية العائليين لمرضى الزهايمر إلا أنها توصيات صالحة لجميع مقدمي الرعاية العائليين، حيث كانت التوصيات كالتالي:



- فحص طبي سنوي يستفيد منه مقدم الرعاية العائلي ابتداء من التشخيص وتحديد مقدم الرعاية الأساسي.
- مراقبة نفسية وطبية أثناء تواجد مقدم الرعاية العائلي مع المريض، حيث تشمل هذه المراقبة تقييم الحالة الصحية والنفسية وأيضا تقييم العبء وأبعاده (الطبية، النفسية، الاجتماعية و الاقتصادية) والبحث عن اضطرابات نفسية كالاكتئاب والقلق واضطرابات النوم.
- يوصى بمتابعة النمط الغذائي لدى مقدم الرعاية، كما يجب الفحص الدقيق للقلب والشرابين، الجهاز الهضمي، اضطرابات الفم والأسنان والجهاز العظمي والمفاصل.
- يوصى بالأخذ بعين الاعتبار المشاكل على الصعيد المهني، الاقتصادي والعائلي والعمل على التكفل بها من طرف المصالح المختصة.
- يوصى بتقديم جميع المعلومات التي يحتاجها مقدم الرعاية في مهمته، وما هي المساعدات التي يمكنه الاستفادة منها كأخذ الراحة، مساعدات مالية، وتكييف أوقات العمل في الجانب المهني.
- يوصى بتشجيع مقدم الرعاية على الحفاظ بالعلاقات الاجتماعية عن طريق مجموعات الدعم والتحدث.

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

## - الخلاصة:

ما تطرقنا إليه في هذا الفصل يبين لنا أهمية مقدم الرعاية العائلي في المجتمع، في المنظومة الصحية وخاصة بالنسبة للمريض، فهو يقوم بمجهودات وتضحيات في الحقيقة لا يمكن تكميمها كما أن لدوره ضريبة كبيرة على عدة أصعدة من حياته فهو يعتبر فرد تحت التهديد الصحي، الجسمي والنفسي، حيث جاء مفهوم العبء ليحدد بالتفصيل آثار دور تقديم الرعاية على مقدم الرعاية العائلي، فالخدمة التي يقدمها للمريض يقوم بها أحيانا مجموعة من المختصين، كما أنه يقوم بهذه المهمة بدون مقابل ودون أخذ راحة و لهذا فإنه من الضروري الالتفات إلى هذه الشريحة من الأفراد والتي هي في تزايد مستمر، كما يجب العمل على تأسيس سياسات تعترف وتتكفل جديا بهذه الشريحة لأن صحة المريض وجودة حياته مرتبطة بصحة مقدم الرعاية العائلي و جودة حياته أيضا.

# الجانب التطبيقي

## الفصل الرابع:

### الإجراءات المنهجية

- تمهيد
- الدراسة الاستطلاعية
- الدراسة الأساسية
- منهج الدراسة
- حدود الدراسة
- مجموعة البحث
- أدوات الدراسة
- الدراسة الأساسية
- الخلاصة

## تمهيد:

بعد تطرقنا إلى الخلفية النظرية لبحثنا والتي تعد أرضية أساسية لموضوع دراستنا نتطرق إلى الجانب الميداني للبحث من خلال الإجراءات المنهجية التي اتبعناها بهدف الوصول إلى نتائج موضوعية، فتحديد الإطار المنهجي يعتبر من أسس البحث العلمي حيث سيتم من خلال هذا الفصل استعراض جميع الإجراءات المنهجية المتبعة في بحثنا.

## الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية من الخطوات الأساسية في البحث العلمي حيث تهدف إلى تمكين الباحث من الاقتراب بشكل موضوعي من ميدان البحث والتعرف على موضوع الدراسة كما تهدف إلى معرفة خصائص مجموعة البحث، حيث كانت الدراسة الاستطلاعية في شقها النظري تهدف إلى جمع المعلومات من خلال البحوث والدراسات السابقة ذات العلاقة بالموضوع ومتغيراته، كما هدفت أيضا إلى التعرف على العينة وخصائصها العامة والتي من خلالها تم تحديد تساؤلات البحث وصياغة فرضياته ومن ثم التطرق إلى إجراءات الدراسة الميدانية الأساسية، حيث قمنا بالتنسيق مع طبيب مختص في الأمراض العصبية بمصلحة الطب العصبي بالمستشفى الجامعي بوهران وقدمنا له الهدف من دراستنا وأيضا متغيراتها، ليتم مساعدتنا من طرف هذا الطبيب المختص في الطب العصبي على إيجاد حالتين من مقدمي رعاية عائليين لمريض مصاب بجلطة دماغية والتي تتوفر فيهم خصائص العينة التي تخدم دراستنا الأساسية، تم اختيار العينة بهذه الطريقة نظرا للإجراءات الوقائية الصارمة التي كانت مطبقة في المستشفى الجامعي بوهران و خاصة على مستوى مصلحة طب الأعصاب بسبب جائحة كورونا واستحالة إيجاد حالات للدراسة الاستطلاعية ولهذا التجأنا إلى طلب المساعدة من مصلحة طب الأعصاب أين تم بالفعل تمكيننا الاتصال بالحالتين اللتان وافقتا المشاركة في هذه الدراسة.

## الدراسة الأساسية:

تم البدء في الدراسة الأساسية ابتداء من فترة ديسمبر 2020 إلى شهر مارس 2021 حيث تم البدء في دراسة الحالات، حيث تم إجراء المقابلات العيادية بعد اختيار مجموعة البحث وموافقتهما على المشاركة في الدراسة، كما تم تمرير مقياس (Zarit) للعبء على مقدمي الرعاية العائليين في آخر حصة من المقابلات العيادية، أما بالنسبة لمؤشر بارتال (L'index de Barthel) ومقياس التقييم المعرفي المتبع في مونتريال (Moca) فلقد تم تمريرهما على المرضى المصابين بالجلطة الدماغية والذين يستفيدون من خدمات الرعاية المقدمة لهم من طرف مقدمي الرعاية العائليين، حيث تم تمرير المقياسين من طرف طبيب مختص في الطب العصبي، كانت مجموعة الدراسة الأساسية متمثلة في اثنين مقدمي رعاية عائليين من جنس أنثى، الأولى مقدمة رعاية لأمها المصابة بجلطة دماغية أما الحالة الثانية فهي مقدمة رعاية لزوجها المصاب بجلطة دماغية أي ان الحالة الأولى هي بنت المصابة بالجلطة الدماغية أما الحالة الثانية فهي زوجة المصاب، وكلا الحالتين مقيمتين مع المريض، تم اختيار مجموعة البحث بطريق قصدي حيث تم مساعدتنا في إيجاد الحالتين من طرف طبيب تابع لمصلحة الأمراض العصبية والذي اتصل بهما بحكم إتباعه لمرضاهم، حيث شرح لهم موضوع الدراسة وبعد موافقتهم على المشاركة في هذا البحث قمنا بالاتصال بهم وتحديد خطة عمل معهم.

## منهج الدراسة:

اعتمدنا في دراستنا على المنهج العيادي باعتباره منهجا يخدم موضوع بحثنا حيث اعتمدنا على أهم أدوات المنهج العيادي المتمثلة في المقابلة و الاختبارات، فالمنهج العيادي يتميز بدراسة الفرد كوحدة متكاملة متميزة عن غيرها، كما انه دراسة عميقة للحالات الفردية بغض النظر لانتسابها إلى السواء أو المرض، فهو دراسة معمقة لأفراد معينين في وضعية خاصة تتطلب البحث عن الفهم النفسي لتصرفاتهم الحاضرة والماضية والإلام بظروفهم و مشاكلهم و معرفتها بطريقة معمقة ، ولهذا تم اختيار المنهج العيادي في هذه الدراسة لملائمته لأهدافها.

**حدود الدراسة:**

**الحدود المكانية:** تم العمل مع العينة وإجراء المقابلات في مقر سكن مقدمي الرعاية العائليين وهذا بسبب عدم استطاعتهم ترك المريض لوحده من جهة ولأننا لم نرد زيادة عبء آخر عليهم بإحضار المريض إلى مصلحة الطب العصبي من جهة أخرى، فالحالتين لهم مستوى اجتماعي منخفض إلى متوسط ومصاريف النقل تعتبر عبء مادي عليهم وهذا ما أجبرنا على القيام بالمقابلات في بيت الحاليتين وكان هذا اقتراحهم الخاص، وحتى الاختبارات التي تم تمريرها من طرف الطبيب المختص في الطب العصبي تم تمريرها أيضا في بيت المرضى لنفس الأسباب.

**الحدود الزمنية:** امتدت الدراسة في جانبها الميداني من 12 جانفي 2021 إلى 18 مارس 2021 حيث كان عدد المقابلات خمسة لكل حالة، وكانت كل مقابلة تستغرق من 45 دقيقة إلى ساعة ونصف.

**مجموعة البحث:**

تتمثل مجموعة الدراسة في حالتين من مقدمي الرعاية العائليين، الحاليتين من جنس أنثى ويعتبران مقدم رعاية أساسي لمريض مصاب بجلطة دماغية، الحالة الأولى هي بنت المصابة بجلطة دماغية، أما الحالة الثانية فهي زوجة المصاب بجلطة دماغية، كان اختيار العينة مقصود وفقا للمعايير التالية:

- ان تكون الحالات مقدم رعاية عائلي أساسي مقيم مع المريض المصاب بجلطة دماغية.
- ان يكون المريض مصاب بجلطة دماغية مؤكدة بصور أشعة طبية وتقرير طبي.

**أدوات الدراسة:**

استخدمنا في دراستنا الحالية مجموعة من الأدوات والوسائل بغرض جمع البيانات والمعلومات التي تساعدنا في الإجابة على إشكالية بحثنا والفرضيات التي تم صياغتها ولقد تمثلت هذه الأدوات في المقابلة وخصوصا دليل المقابلة النصف موجهة، كما تم استخدام مجموعة من المقاييس والتي تمثلت في سلم Zarit لقياس العبء وهذا بالنسبة لمقدم الرعاية العائلي، كما تم

استخدام مقاييس أخرى خاصة بالمريض تم تمريرها من طرف الطبيب المختص في الطب العصبي و المعالج للمرضى وكانت هذه المقاييس تدرس نسبة فقدان الاستقلالية لدى المريض المصاب بالجلطة الدماغية حيث استعمل الطبيب مؤشر "بارتل" Barthel index لقياس نسبة فقدان الاستقلالية الحركي، كما تم استعمال مقياس Moca وهو مقياس التقييم المعرفي المتبع في مونتريال وهو يقيس نسبة فقدان الاستقلالية المعرفي، حيث سنفصل في هذه الأدوات كالاتي :

### 1- المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة العيادية أساس العمل العيادي كما أنها إحدى الوسائل الأساسية المستخدمة في علم النفس العيادي، حيث يعتمد عليها لجمع المعلومات والبيانات من خلال مقابلة وجها لوجه مع المفحوص في جو تسوده علاقة من الثقة والارتياح بين الفاحص والمفحوص.

### 2- المقابلة النصف الموجهة:

وهي تقنية من أهم مميزاتها تطبيقها وفق دليل مصمم مسبقا يحتوي على مجموعة من المحاور والتي بدورها تحتوي على مجموعة من الأسئلة التي يجيب عليها المفحوص بحيث تترك له الحرية للإدلاء بآرائه واتجاهاته ولكن في حدود موضوع الدراسة، حيث اعتمدنا في دراستنا الحالية على هذه التقنية لتلائمها مع أهداف دراستنا وموضوعنا حيث حددنا أسئلة للحالات حول الموضوع ودون الخروج عن مضمونه كما تركنا حرية التعبير للمفحوص نسبيا وفي حدود الدراسة، ارتكز دليل المقابلة النصف الموجهة في تصميمه على طريقة (EMIC Explanatory Model Interview Catalogue)، وميزة هذه الطريقة هي أنها تسمح بصياغة دليل مقابلة نصف موجهة أو استبيان يمكن تكيفهما حسب طبيعة الوضعية وحسب مجتمع الدراسة والسياق الاجتماعي والثقافي لهذا المجتمع (Weiss, 1997).

ولهذا فإن أسئلة دليل المقابلة النصف الموجهة الخاص بهذا البحث تم تكيفها لتلائم موضوع دراستنا وتحقق أهدافه من خلال المحاور التالية:



- **المحور الأول:** يشمل هذا المحور البيانات الشخصية والمعلومات الخاصة بمقدم الرعاية خصوصا (السن، المستوى الدراسي، المهنة، المستوى الاجتماعي، نوع مكان الإقامة، عدد الأولاد في حالة الزواج، الترتيب في الأسرة) ومعلومات حول المريض (السن، المهنة، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية والاقتصادية، تاريخ الإصابة، نوعها ومستوى الإعاقة).

- **المحور الثاني:** يشمل هذا المحور الآثار المترتبة عن دور تقديم الرعاية، المعاش النفسي لمقدم الرعاية العائلي وطبيعة المعاناة وأيضا طبيعة الأعباء والمهام، والتأثيرات المدركة من طرف مقدم الرعاية العائلي، يتم الكشف التلقائي عن هذه المعلومات من خلال أسئلة مفتوحة وأسئلة مغلقة أحيانا بهدف البحث عن التأثيرات الجسدية، النفسية، الاجتماعية والاقتصادية لمقدم الرعاية العائلي.

- **المحور الثالث:** يهتم هذا المحور بالمسارات العلاجية التي يتخذها مقدم الرعاية العائلي في خدمة المريض وأيضا في رعاية نفسه، بحثه عن المساعدة والصعوبات التي يواجهها خلال مهمة الرعاية، وجود السند الاجتماعي، الحاجيات بالنسبة للمريض وبالنسبة لمقدم الرعاية. وفي نهاية المقابلة يطلب من مقدم الرعاية العائلي الإدلاء برأيه بخصوص تجربة المقابلة ومجرياتها، كما يبدي الباحث رأيه بخصوص هذه التجربة.

فيما يخص تعليمات المقابلة النصف الموجهة فهي تبدأ بتحية مقدم الرعاية العائلي وتوضيح الهدف من المقابلات على أنها في إطار بحث علمي الهدف منه تسليط الضوء على حياتهم الحالية كمقدمي رعاية عائليين وإخبارهم بأننا سنطرح عليهم مجموعة من الأسئلة المتنوعة كما نطلب منهم ان تكون إجاباتهم صريحة ودقيقة قدر الإمكان وهذا بهدف التعرف على ما يتعرضون إليه من مواقف ضاغطة وأعباء مختلفة ناتجة عن دورهم، كما نخبر مقدمي الرعاية بأننا ملزمون بأخلاقيات المهنة والتي تحفظ سرية المعلومات الشخصية.

## 3- سلم Zarit لقياس العبء:

سلم Zarit يتم استعماله منذ الثمانينات وهو سلم الأكثر استعمالاً في الدراسات والبحوث المهمة بعبء وإنهاك مقدمي الرعاية العائليين، كان يستعمل في البداية على مقدمي الرعاية لمرضى الزهايمر، الإصدار الأول لهذا المقياس كان في بداية الثمانينات وكان يحتوي على 29 بند، صمم هذا المقياس من طرف Stéphane Zarit سنة 1980 على عينة من 29 مقدم رعاية عائليين لمرضى مصابين بالزهايمر، ثم تم حذف سبعة بنود ليصبح المقياس يحتوي حتى الآن في النسخة الحالية على 22 بند، تم ترجمة هذا المقياس للغة الفرنسية سنة 1993 على عينة من 40 مقدم رعاية عائلي، كانت الخصائص السيكومترية للنسخة الفرنسية مقبولة حيث كان الثبات 0.85 أما الصدق 0.89، هذا المقياس تم تعميمه على جميع مقدمي الرعاية العائليين بغض النظر على نوع المرض حيث يهتم هذا المقياس بخمسة مجالات في حياة مقدم الرعاية العائلي وتأثير دور تقديم الرعاية على هذه المجالات وهي كالتالي: المعاناة النفسية و الجسدية، الصعوبات المادية و الاقتصادية والمشاكل العلائقية و الاجتماعية، يختار مقدم الرعاية العائلي في إجابته على بنود المقياس الإجابة من أبداً إلى دائماً حيث توجد خمسة اختيارات تدرجية (سلم ليكرت) تنقط الإجابات على البنود كالتالي: أبداً = 0 ، نادراً = 1 ، أحياناً = 2 ، تقريباً دائماً = 3 ، دائماً = 4 ، و قد يتحصل مقدم الرعاية العائلي بعد جمع نقاط الإجابات من 0 إلى 88 نقطة حيث يكون مفتاح تصحيح المقياس كالتالي:

- من 0 إلى 20 نقطة : عبء ضعيف أو منعدم.

- من 21 إلى 40 : عبء خفيف .

- من 41 إلى 60 : عبء متوسط.

- من 61 إلى 88 : عبء شديد (Gibert, 2015).

يعتبر هذا المقياس من أشهر مقاييس العبء التي توصي بها عدة هيئات رسمية على رأسها منظمة الصحة العالمية، مترجم و مقنن لعدة لغات وهو مستعمل كثيراً في البحث العلمي حيث

يسمح بتكميم وتصنيف عبء مقدمي الرعاية ودرجة إنهاكهم، كما يسمح بتحديد التدخلات وحاجيات مقدمي الرعاية، كما يسمح أيضا لمقدم الرعاية بمواجهة الواقع والتعرف على معاناته وأخذها بعين الاعتبار، كما يسمح أيضا هذا المقياس بالمرافقة والمتابعة الدورية لمقدمي الرعاية العائليين.

يمكن تقديم سلم "زاريت" لمقدم الرعاية العائلي لملئه في البيت إلا انه من المفضل ان تتم عملية التمرير خلال المقابلات وهذا لاستغلال وقت التمرير كطريقة للاتصال بين الفاحص ومقدم الرعاية فهذا الوقت يعتبر مجالا لمقدم الرعاية للترويج عن معاناته ولاكتساب نوع من الثقة والعلاقة الجيدة بينه و بين الفاحص بهدف تمكين مقدم الرعاية من الشعور الفعلي بمعاناته والتي قد تختبئ وراء مظاهر نفسية كالإنكار أو إدراك عملية الرعاية كواجب عادي، خلال تمريننا لهذا المقياس أثناء المقابلات قمنا بترجمته لمقدمي الرعاية العائليين الذين شملتهم الدراسة إلى اللغة العامية (الدارجة) وهذا بحكم المستوى التعليمي المنخفض لدى العينة وأيضا غياب نسخة عربية للمقياس وهذا في حدود اطلاعنا.

#### 4- مؤشر "بارتل" L'index de Barthel :

وهو مقياس يستعمل في مصالح الطب العصبي ومصالح إعادة التأهيل الحركي، الهدف منه هو معرفة وتحديد نسبة فقدان الاستقلالية الحركي لدى المصاب بالجلطة الدماغية من خلال تأثير نتائج الجلطة الدماغية على نشاطات حياته اليومية، حيث يقيس القدرات الحركية وهذا بتتقيط ما يستطيع القيام به وما لا يستطيع في حياته اليومية، كما يسمح هذا المؤشر بمتابعة تطور حالة المريض الذي يعاني من نقص في القدرات الحركية، يحتوي هذا المؤشر على عشرة بنود منقطة من 0، 5، 10 أو 15 نقطة، أقصى مجموع هو 100 نقطة، الصفر يدل على فقدان كلي للاستقلالية أما 100 نقطة تشير إلى استقلالية كاملة، و يتم تفسير النتائج كالتالي:

- من النقطة 0 إلى 20 تشير هذه النتيجة إلى فقدان كلي للاستقلالية.

- من النقطة 21 إلى 60 تشير هذه النتيجة إلى فقدان شديد للاستقلالية.

- من النقطة 61 إلى 90 تشير هذه النتيجة إلى فقدان متوسط للاستقلالية.
  - من النقطة 91 إلى 99 تشير هذه النتيجة إلى فقدان خفيف للاستقلالية.
  - العلامة 100 تشير إلى استقلالية كلية.
- يمكن ان يمرر هذا المؤشر مباشرة للمريض أو احد أفراد عائلته، يأخذ هذا المؤشر بعين الاعتبار النشاطات التالية لقياس شدة نسبة فقدان الاستقلالية الحركي:
- القدرة على الأكل (وجبة مقدمة أصلاً).
  - القدرة على اخذ حمام كامل.
  - القدرة على النظافة الذاتية (غسل الوجه، الأسنان، حلق اللحية و مشط الشعر).
  - القدرة على ارتداء الملابس ونزعها.
  - القدرة على التحكم في الإخراج أو المنع (البراز).
  - القدرة على التحكم في الإخراج أو المنع (البول).
  - القدرة على دخول المرحاض واستعماله.
  - القدرة على التنقل من السرير إلى الكرسي المتحرك والعكس.
  - القدرة على المشي والتحرك.
  - القدرة على الصعود أو النزول من على السلم. (Mahoney & Barthel, 1965)
- تم تمرير هذا المؤشر على المرضى المصابين بجلطة دماغية والذين يستفيدون من رعاية مقدمي الرعاية العائليين الذين شملتهم هذه الدراسة، تم تمريره من طرف طبيب مختص في الأمراض العصبية والمتابع لهؤلاء المرضى، كان الهدف من تمرير هذا المؤشر هو الكشف عن نسبة فقدان الاستقلالية الحركي عند المريض.

## 5- مقياس التقييم المعرفي المتبع في مونتريال (Moca):

صمم اختبار التقييم المعرفي المتبع في مونتريال "Montréal Cognitive Assesement" لتقييم الاضطرابات المعرفية الخفيفة، فهذا الاختبار مصمم لتقييم الوظائف التالية عند المرضى المصابين بأمراض أو إصابات عصبية كالجلطة الدماغية: الانتباه، التركيز، الوظائف التنفيذية، الذاكرة، اللغة، القدرات البصرية البنائية، قدرات التجريد، الحساب والاهتداء، يقدر زمن تمرير الاختبار تقريبا عشر دقائق وعدد العلامات الأقصى التي يمكن للمريض ان يتحصل عليها هو 30 نقطة، وتعتبر النتيجة 27 نقطة أو أكثر نتيجة طبيعية، وتفسر نتائج هذا المقياس كالتالي:

- النتيجة من 27 إلى 30 نقطة تعتبر عادية.

- النتيجة من 18 إلى 26 نقطة تشير إلى اختلال خفيف على المستوى المعرفي.

- النتيجة من 10 إلى 17 نقطة تشير إلى اختلال متوسط على المستوى المعرفي.

- النتيجة أقل من النقطة 10 تشير إلى اختلال شديد على المستوى المعرفي.

تم تمرير هذا المقياس على المرضى المصابين بجلطة دماغية والذين يستفيدون من خدمات مقدمي الرعاية العائليين الذين شملتهم هذه الدراسة، تم تمرير هذا المقياس على المرضى من طرف طبيب مختص في الأمراض العصبية والمتابع لهؤلاء المرضى، كان الهدف من تمرير هذا الاختبار هو قياس نسبة فقدان الاستقلالية المعرفي عند المرضى. [www.mocatest.org](http://www.mocatest.org)

## الفصل الخامس:

### عرض، تحليل و مناقشة نتائج البحث.

تمهيد

عرض و تحليل نتائج الحالة الأولى.

عرض وتحليل نتائج دليل المقابلة النصف الموجهة.

خلاصة تحليل دليل المقابلة النصف الموجهة.

عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى على مقياس Zarit.

عرض وتحليل نتائج مؤشر Barthel عند مريض الحالة الأولى.

عرض وتحليل نتائج مقياس MOCA عند مريض الحالة الأولى.

عرض و تحليل نتائج الحالة الثانية.

عرض وتحليل نتائج دليل المقابلة النصف الموجهة.

خلاصة تحليل دليل المقابلة النصف الموجهة.

عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية على مقياس Zarit.

عرض وتحليل نتائج مؤشر Barthel عند مريض الحالة الثانية.

عرض وتحليل نتائج مقياس MOCA عند مريض الحالة الثانية.

مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات.

**تمهيد:**

بعد تطرقنا في الفصل السابق للإجراءات المنهجية للدراسة وأدوات البحث، نسعى من خلال هذا الفصل إلى عرض النتائج المتحصل عليها انطلاقاً من تساؤلاتنا والفرضيات التي تم صياغتها واختبارها اعتماداً على أدوات الدراسة المذكورة سابقاً، حيث من خلال هذا الفصل سيتم عرض وتحليل النتائج المتحصل عليها ومناقشتها في ضوء الفرضيات التي تمت صياغتها، سيتم عرض وتحليل نتائج كل حالة من خلال دليل المقابلة النصف الموجهة ومن خلال تطبيق مقياس (Zarit) للعبء، كما ستعرض وتحلل نتائج مقياس فقدان الاستقلالية بالنسبة للمريض (مؤشر Barthel) وسلم التقييم المعرفي المتبع في مونتريال (Moca) ليتم مناقشة النتائج على ضوء تساؤلات الدراسة وفرضياتها.

**عرض و تحليل نتائج الحالة الأولى:****عرض و تحليل نتائج دليل المقابلة النصف الموجهة:**

كان عدد المقابلات بالنسبة للحالة الأولى خمسة مقابلات امتدت من تاريخ 12 جانفي 2021 إلى غاية 18 مارس 2021، حيث كان معدل زمن المقابلات يتراوح ما بين ساعة إلى ساعة وربع، أجريت كل المقابلات في بيت مقدم الرعاية العائلي لأسباب تم ذكرها سابقاً، تم الاعتماد على دليل المقابلة النصف الموجهة في إجراء المقابلات كما خصصت الحصة الأخيرة لتمرير مقياس (Zarit) للعبء، كل الأسماء الواردة في البيانات هي أسماء مستعارة.

**البيانات الشخصية لمقدم الرعاية العائلي:**

- الاسم: حورية
- السن: 40 سنة
- الجنس: أنثى
- مكان الازدياد: وهران

- الحالة المدنية: عزباء
- المهنة: بدون
- عدد الإخوة: أربعة (2 أنثى، 2 ذكر)
- الترتيب بين الإخوة: الأخت الكبرى
- المستوى الدراسي: السنة التاسعة من التعليم المتوسط (تزاوّل تكوين مهني حالياً، خياطة)
- المستوى الاجتماعي: تحت المتوسط
- نوع السكن: قصديري (فوضوي)
- نوع القرابة مع المريض: بنت المريضة
- مقيم مع المريض: نعم
- مدة تولي دور رعاية المريض: 15 سنة
- البيانات الشخصية للمريض:
- الاسم: زهرة
- السن: 65 سنة
- الجنس: أنثى
- مكان الازدياد: تيارت
- الحالة المدنية: متزوجة وأم لخمسة أبناء (3 إناث، 2 ذكور)
- المهنة: بدون
- المستوى الدراسي: بدون
- تاريخ الإصابة: 30 ماي 2006



- نوع الإصابة: جلطة دماغية اقفارية متكونة على النصف الأيمن من الدماغ
- أمراض أخرى: السكري من النوع الثاني وارتفاع ضغط الدم
- الإعاقات الظاهرة: شلل نصفي على مستوى النصف الأيسر من الجسم

### تقديم الحالة الأولى:

حورية فتاة ذات قامة وقوام متوسط، بشرة سمراء وعينان بنيتان، متحجبة ترتدي ملابس نظيفة ومرتبّة، تقيم مع أمها المصابة إضافة إلى أبيها وأخويها الذكور في بيت قصديري فوضوي في أحد الأحياء النائية بوهران متكون من ثلاثة غرف ومطبخ، غرفة يستغلها والدي الحالة وغرفة مستغلة من طرف أخوها المتزوج والغرفة الأخيرة للأخ الأصغر أما الحالة فهي تنام في بهو صغير مقابل لغرفة المريضة، في المقابلة الأولى بدا على الحالة نوع من الارتباك ولكن عند شرحنا لها موضوع دراستنا وتشجيعنا لها في المشاركة في هذا البحث تحمست الحالة لهذه الفكرة وأعجبها اهتمام البحث بوضعيتها والاعتراف بها كمقدم رعاية عائلي، لاحظنا ملامح الإرهاق والتعب في وجه الحالة وخاصة الشحوب على مستوى العينين، لغة الحالة سليمة ومفهومة كما أنها تفهم جميع الأسئلة المطروحة عليها وتذكر جيدا الأحداث الماضية بالتفصيل، كانت الحالة هادئة على العموم في جميع المقابلات.

بدأت وضعية حورية كمقدم رعاية عائلي عند إصابة أمها بجلطة دماغية اقفارية متكونة على الجانب الأيمن من الدماغ، كانت تبلغ حورية 25 سنة وهي أكبر إخوتها، حيث كان يبلغ سن إخوتها بالترتيب عند إصابة الأم بجلطة دماغية كالتالي:

- فاطمة: 18 سنة، تزوجت ثلاثة أشهر قبل إصابة الأم بالجلطة الدماغية.

- نصيرة: 14 سنة، كانت ممتدسة في المتوسطة.

- محمد: 10 سنوات، كان ممتدرس في الابتدائية.

- يوسف: 9 سنوات، كان ممتدرس في الابتدائية.

كان زفاف حورية مبرمجا على أسبوع من يوم حدوث إصابة أمها حيث كان هذا الحادث صدمة نفسية عنيفة عليها خاصة عندما أصيبت أمها بشلل نصفي حيث تقول الحالة "ما أمنتش حسيت روي راني في كابوس كلشي تخلط عليا، أمي تباراليزات وعرسي باقيله سيماننا" وجدت الحالة نفسها في موقف صعب وكانت مضطرة لإلغاء زفافها بحكم ان أختها تزوجت وأن الإخوة الآخرين لا يستطيعون رعاية أمها لصغر سنهم وتمدرسهم، كانت إصابة الأم و إلغاء الزفاف من الأحداث المؤلمة نفسيا بالنسبة للحالة و كأن حياتها توقفت حيث تقول:"حسيت حياتي حبست خطرة وحدة" ، في الأيام الأولى بعد الإصابة وبعد خروج أم الحالة من المستشفى ورجوعها إلى البيت بعد قضاء أربعة أيام في المستشفى أصيبت الأم على قول الحالة بحالة اكتئابية شديدة كانت نتيجة للشلل النصفي والصدمة النفسية للإعاقة وهذا ما أثر على حورية حيث تقول: "كانت عندنا جنازة بلا جنازة، كل يوم نبكو فالدار وأمي ماكانتش مليحة في ديك الفترة قاع النهار وهي تبكي ونوكلوها بالسيف " كما عبرت الحالة عن الفوضى التي كانت تعيشها في تلك الفترة بقولها: "تودرت ومعرفتش قاع شاندير، فالسيطار ما فهمونا ما هدر و معانا على المرض قالونا عندها AVC بلا ما يفهمونا وعطاونا موعد على شهرين للكنترول و سايي" حيث تشير الحالة إلى عدم تحصلها على معلومات حول الإصابة وكيفية رعاية المريض وهذا ما اضطرها إلى البحث حول الموضوع باستعمال الانترنت ومن خلال المعلومات التي كانت تتحصل عليها في قاعات الانتظار المخصصة للفحوصات الدورية وأيضاً على مستوى مركز إعادة التأهيل الفيزيائي وكان هذا خلال السنوات الأولى كما كانت كل هذه المعلومات تخص الجلطة الدماغية وطرق العناية بالمريض.

الحالة لا تعرف أنها تعتبر مقدم رعاية عائلي كما كانت متفاجئة لاهتمام البحث العلمي بوضعيتها حيث شعرت بنوع من الافتخار لاعترافنا بها كمقدم رعاية عائلي، تشير الحالة أنه بعد إصابة أمها تغير كل شيء في حياة الأسرة وخاصة حياتها وحياة أمها بقولها:"حياتي وحياة أمي والعائلة انقلبت خطرة وحدة" كما ترجع الحالة هذا إلى ان أمها أصبحت لا تستطيع القيام

بأي شيء في البيت بسبب الإعاقة الناتجة عن الجلطة الدماغية ومن هنا بدأت حورية تبنيها لدور تقديم الرعاية لأُمها المقعدة.

تذكر لنا حورية أهم النشاطات والمهام التي تقوم بها خدمة ورعاية لأُمها، حيث تتمثل هذه المهام فيما يلي:

- مساعدة المريضة على النهوض من السرير صباحا حملها ونقلها من السرير إلى الكرسي المتحرك والعكس.

- مرافقة المريضة إلى المراض ونقلها من الكرسي المتحرك إلى المراض والعكس وأيضا تنظيف المناطق الحميمة للمريضة.

- نقل المريضة بالكرسي المتحرك إلى الحمام حيث تقوم الحالة بغسل وجه المريضة وفمها بالفرشاة كما تقوم بمشط شعرها، تقوم أيضا بتحميمها من مرتين إلى ثلاثة مرات في الأسبوع.

- في الكثير من الأحيان تتبول الأم في فراشها وهي نائمة كما أنها ترفض ارتداء الحفاضات لأنها تسبب لها الحساسية ( الجريحة) وهذه الوضعية ترهق كثيرا حورية لأنها تجبرها على غسل الفراش كما تجبرها أيضا على تحميم أمها وغسل ملابسها واستبدالها بأخرى نظيفة وهذا أحيانا لعدة مرات خلال الأسبوع.

- تحضير وتقديم الوجبات اليومية للمريضة ومساعدتها على تناولها لأن المريضة لا تستطيع تناول الغذاء بدون مساعدة.

- تقديم الأدوية في أوقاتها ومساعدة المريضة على تناولها.

- مساعدة المريضة في تحركاتها وتنقلاتها اليومية داخل البيت وتفاذي تعرضها إلى حوادث السقوط.

- العناية الدائمة بنظافة المريضة وتقديم الدعم النفسي لها.

- تقليب المريضة في الفراش لعدة مرات في اليوم لتفاذي تقرحات الفراش.

- مرافقة المريضة في التنقلات خارج البيت للفحوصات الدورية وتمارين إعادة التأهيل.

- التكفل بجميع الأمور الإدارية والمالية للمريضة.

مهام حورية في خدمة ورعاية أمها كثيرة ومتنوعة إلا أنها تعتبر الفترة الليلية أصعب فترة في اليوم حيث تستيقظ المريضة كثيرا بغرض التبول بحكم مضاعفات الجلطة الدماغية وأيضا مرض السكري مما يجعل حورية تستيقظ لأكثر من أربعة مرات في الليل وهذا ما يجعل نوعية نومها سيئة، حيث تشير حورية أن نومها متقطع لهذا السبب كما أنها تجد صعوبة في الرجوع إلى النوم بعد استيقاظها لأخذ أمها إلى المرحاض ثم إرجاعها إلى السرير، وهذا أيضا من الأسباب التي جعلت حورية تنام في بهو صغير مقابل لغرفة أمها تحسبا لاحتياجاتها، حيث تعبر الحالة عن هذه الوضعية بقولها: "منرقدش غاية دايمنا نقارع أمي تعيطي، خطرات نسمعها عيطت وهي معيطتش، رقادي مقطع ويلا نضت صعيبة بزاف باش نعاود نرقد، وعلى جال هادشي نوض عيانة ومقردة الصباح ومقلوبة بزاف"، كما أن وضعية تنظيف الأماكن الحميمة لأمها كانت صعبة ومحرجة بالنسبة للحالة وللمريضة معا خاصة في السنوات الأولى إلا أنها أصبحت وضعية عادية مع مرور الوقت.

أحيانا كثرة المهام والمسؤوليات تجعل حورية في حالة من الغضب والاستثارة غير أنها لا تظهر هذا الغضب، وإضافة إلى المهام التي تم ذكرها تقوم حورية أيضا بأشغال البيت لوحدها وبدون مساعدة ولا تريد إشراك إخوتها في هذه المهام حيث تقول: "راني باغية خوتي يتلاهاو بقرايتهم ويكملوها وأنا نتلاها بأمي وبمشاغل الدار" إلا أن حورية تعبر عن صعوبة وكثرة مسؤولياتها حيث تقول: "كلشي طايح عليا وحدي، خطرات منجمش"، وإضافة إلى كل هذه المهام أيضا تقوم حورية بإعادة التأهيل الحركي لأمها و تدليك أعضائها المشلولة في البيت حيث تشرح حورية هذا الأمر بقولها: "مين كنت نروح لمركز إعادة التأهيل تعلمت بزاف أمور يندارو مع المريض على خاطر موليتش نقد نديها زوج خطرات في السيمانة للمركز وهادشي على خاطر دراهم كلونديستا" حيث تشير حورية أن الدخل الوحيد للبيت هو الأجرة اليومية لأبيها حيث

يعمل كبناء، عائلة حورية تعاني من مشاكل اقتصادية كبيرة وهذا ما جعل حورية في بادئ الأمر تبيع مجوهراتها الخاصة و اللوازم التي كانت قد حضرتها لزوجها حيث تقول: "بعث ذهبي وشهرتي باش نداوي أمي، دراهمي راحو غي دوا، سكانار، تعيارات وكلونديستا وحتى الكرسي المتحرك شريته لأمي مين بعث ذهبي"، أما فيما يخص المهام الإدارية التي تكفلت وتتكفل بها حورية تذكر أنها بذلت جهدا كبيرا بغية استفادة أمها من بطاقة الشفاء وبطاقة المعوق وأيضا منحة المعوق حيث تقول حورية: "عامين وأنا نجري باش خدمت لأمي كارت شيفا وبطاقة المعوق على خاطر كنا نشروا الدوا بالdraهم ويويا معدهش لاسيرونس"، كانت السنوات الأولى حسب حورية صعبة جدا وخاصة من الناحية المالية إلا انه بعد استفادة أمها من بطاقة الشفاء لاقتناء الدواء وبطاقة المعاق والتي كانت تسمح لأمها الاستفادة من منحة 3000 دج شهريا خفت الأعباء المالية نوعا ما إلا أن حورية تعتبر تكاليف المواصلات والتحليل للفحوصات الدورية عبء مالي كبير عليها وعلى الأسرة إلا أنها تحرص جيدا على احترام مواعيد الفحوصات الخاصة بأمها.

حورية تسخر ما بين 14 إلى 16 ساعة يوميا في خدمة ومرافقة ورعاية أمها وهذا منذ تاريخ الإصابة إلى يومنا وهذا ما يمثل 15 سنة من الرعاية الدائمة والمستمرة، كما أنها لا تشرك أفراد عائلتها في مهمة الرعاية حيث تقول: "الحمد لله خلّيت خاوتي يتلاهاو بقرايتهم و أختي لكانت معايا فالدار كملت قرايتها وتزوجت كي قفلت 22 عام، وزوجنا خويا راه عايش معانا هو ومرته وخويا صغير دار تكوين مهني وراه خدام دروك"، حيث تفتخر حورية بهذا الإنجاز والتضحية من وقتها لرعاية أمها في سبيل نجاح إخوتها في حياتهم، كما أن الأم المصابة تفضل أن تكون حورية هي من تقدم لها الرعاية حيث تقول الحالة: "غي أنا لينعرفلها ونفهمها وهي تاني تبغيني دايم حداها غير نوخر عليها تتلف وتعيطلي خطرة على خطرة، ولات كالغريان الصغير".

فيما يخص المساعدات و المساندة أيا كانت تشير حورية أنها لم تستفد من مساعدة أي أحد ماعدا والدها وإخوتها أحيانا، كما تعتبر نجاحها في اقتناء بطاقة الشفاء وبطاقة المعاق لأمها

انجازا عظيما بالنسبة لها، كثرة مسؤوليات حورية ومهامها تجعلها دائما تحس بالتعب والإرهاك الجسمي وتعتبر هذه المسؤوليات أحيانا أكثر من قدراتها حيث تقول: "خطرات نفسل وما نقدر ندير والو، نحس بالكراهة و نتتارفا غير في وسعي، بصح من بعد نستغفر ربي ونقرا شوية قرآن ونصلي وندعي ربي يقدرني على هذه المسؤولية"، ففترات الراحة نادرة بالنسبة للحالة حيث تستفيد من فترة الظهيرة للراحة قليلا و هذا عند أخذ أمها للقليلة.

تشير حورية ان سبب تبنيها لهذا الدور لا يحتاج شرحا بالنسبة لها حيث تقول: "هادي أمي وبلا مزيتي نخدمها"، يطغى على لغة الحالة كثيرا الوازع الديني بقولها: "ربي والنبي وصاو على الوالدين وهذا فرض وواجب علينا وراني ندي في دعوة الخير تع أمي ونسيبي نردلها جميلها وتربيتها مالقري منجمش نرده"، كما أنها مرة على مرة تستدل بأية قرآنية أو حديث نبوي يحثان على طاعة وخدمة و رعاية الوالدين، أما عند تطرقنا إلى موضوع تأثيرات دور الرعاية على مجالات حياة الحالة عموما، كانت إجاباتها ان هذا الدور غير حياتها كليا حيث جاء بطريقة فجائية بقولها: "حياتي نقلت نكذب لكان نقول هادشي ما أترش عليا، بداها بعربي لي حبسته"، حورية تؤكد أيضا أن من ضمن مشاكلها الأساسية هي سوء نوعية نومها بقولها: "علابالي بلي أمي تنوض بزاف فالليل باش تبول و أويليجي عليا انوض معاها، رقادى مقطع بزاف و كي نوض نتعذب باش نعاود نرقد ويلا رقدت علابالي بلي غادي تعاود تنوضني أمي"، إلا ان حورية ورغم صعوبة هذه الوضعية تفضل أن توقدها أمها على ان تجدها في الصباح متبولة على فراشها حيث تقول الحالة: "غير تنوضني فالليل وما تبولش على روحها، يدي تهدت بالغسيل وخطرات الفراش مينشفش بلخف و نغبن بزاف"، كما عبرت الحالة أيضا على كثرة التفكير حول المخاوف المستقبلية المتعلقة بصحة أمها ومستقبلها وهذا ما يجعلها قلقة ومتوترة خلال اليوم حيث تعبر عن هذا بقولها: "قاع النهار نخم في صحة أمي ونخاف عليها تزيد تمرض ولا طيح بعيد الشر، ونزيد نخم في حياتي وكىغادي تكمل"، كما تفكر الحالة كثيرا في وضعيتها الحالية وكيف أنها بلغت أربعين سنة ولم تحقق مشاريعها الحياتية حيث تقول: "عندي 40 سنة دروك ما تزوجت ما جبت دراري، حياتي فوتها فدارنا ما

ندخل ما نخرج، بصح الله غالب هذا هو مكتوب ربي وراني نلايم في دعوة الخير من عند أمي"، كما أشارت الحالة أيضا في العديد من المرات إلى صعوبة الأوضاع المالية وكثرة التكاليف المرتبطة بالمريضة وهذا ما جعلها تفكر في مزاوله التكوين المهني لممارسة الخياطة، حيث وافق والدها بعد إقناع والدتها له ولقرب الجمعية التي توفر هذا التكوين من بيت الحالة، حيث تهدف الحالة من هذا التكوين أن تمارس عمل منزلي يوفر لها دخل مادي يساعدها في تلبية حاجياتها الخاصة و حاجيات أمها وفي نفس الوقت يجعلها دائما حاضرة مع المريضة.

كما تطرقنا مع الحالة إلى إمكانية وجود شكاوي جسمية أو إصابة بمرض، حيث تقول الحالة: "ما غير التقراد نتاع الصباح ورقادي المقطع ونوض عيانة ما عنديش مشاكل الحمد لله، منشربش الدواء وناكل غاية"، الحالة تبدو بصحة جيدة ولا تعاني من أي مرض وتحرص على نظامها الغذائي بحكم حرصها على نظام غذاء أمها وما استفادت منه من معلومات بحثت عنها تخص النظام الغذائي الصحي و تأثيره على الصحة عموما.

أقرت لنا الحالة خلال المقابلات أن من الأمور الصعبة أيضا في وضعيتها هي عزلتها الاجتماعية ومكوثها في البيت لفترات طويلة بحكم عدم استطاعتها ترك أمها لوحدها حيث تقول: " كل يوم فالدار خطرات نبغي نطرق كنت ما ندخل ما نخرج ما نروح عند لأفامي وماكانش عندي صحابات و أصلا ماكنش كايين الوقت باش ندير صحابات"، كما أشارت الحالة أيضا إلى أسباب أخرى وراء عزلتها خاصة عزوف أمها عن الخروج من البيت بسبب عدم رغبتها أن يراها الجيران أو الناس عامة على هذه الحالة أي الإعاقة والتواجد فوق كرسي متحرك حيث تقول الحالة: "أمي متبغيش قاع تخرج تحشم من مرضها ويضروها خزرات الناس وماتبغي حتى واحد تشفه، وعلى جال هادشي هي ما تخرج و أنا ما نخرج"، إلا أن حورية حاليا ومنذ شهرين تزاول تكوينها في الخياطة وتعتبره تغييرا مهما في حياتها حيث تقول: "الحمد لله راني نقرا خياطة في الجمعية في الوقت لي أمي تكون في قيلولة من 13:00 إلى 15:30 وغير حدا الدار، في هذا الوقت نوصي مرت خويا تقابلها، تعرفت على ناس جدد ويربحني بزاف هذا الوقت نهدر نضحك ونزيد نتعلم"، كما تطرقنا مع الحالة إلى موضوع

العلاقات في وسط العائلة وتأثرها بإصابة الأم أو وضعية حورية كمقدمة رعاية عائلي، حيث تؤكد الحالة أن عائلتها متماسكة ومتعاونة فيما بينها رغم الفقر والسكن الهش وصعوبة الوضعية، إلا أن الحالة أشارت إلى تأثير صدمة المرض على أفراد العائلة خاصة في البدايات حيث تقول: "قاع تشوكينا و ما كناش نقارعو يصرا لأمي كيما هاك، الصدمة كانت كبيرة علينا، أنا حبست عرسي، بويا قضبه انهيار عصبي وراه يعاني من اكتئاب كبير وراه يتبع عند طبيب نتاع الراس لعاطيه كاشي باش يكالميه"، كما أكدت لنا الحالة علاقتها الجيدة مع كل أفراد العائلة الذين يحترمونها ويحبونها، تطرقنا مع الحالة إلى طبيعة العلاقة السابقة والحالية مع المريض حيث أشارت أن العلاقة كانت ولا تزال ممتازة قائلة: "أنا قريبة بزاف من أمي ومعتبرتها كأختي ولا صحبتي ودروك راني قريبة منها أكثر"، كما تشير الحالة أن تبنيها لهذا الدور تعتبره مفخرة لها ودورا إيجابيا خاصة من الناحية الدينية، كما تعبر الحالة عن رغبتها في اعتراف عائلتها بما تقوم به حيث تقول: "معدناش ثقافة الحب والاعتراف بالآخر، منعبروش على رواحنا في العايلة تاعي"، وعند تناولنا لموضوع الحاجيات المتعلقة بالمريض وبالحالة عبرت الحالة عن أسفها لعدم تلبية الدولة لأدنى شروط الرعاية بالنسبة للمريض ونقص الدعم المادي خاصة لفئة المعوقين كما تعتبر تكاليف المواصلات عبء كبير عليها، أشارت الحالة أيضا إلى حاجتها لأخذ قسط من الراحة حيث تقول: "راني متمنيا كونجي نريح شوية نسترجع طاقتي بصح الله غالب منقدرش نخلي أمي وحدها"، كما أشارت إلى حاجتها للمعلومات خاصة في السنوات الأولى بعد إصابة أمها واكتفاء الفريق المعالج بفحوصات دورية وتمارين إعادة التأهيل دون تزويدها بمعلومات كافية فيما يخص المرض والرعاية حيث تقول: "من غير مواعيد الفحوصات وتمارين التأهيل مكانش لي عطاني معلومات على المرض ولا كيفاه نتعامل مع أمي"

الحالة تشعر بأحاسيس الذنب خاصة إذا غضبت من تصرفات أمها حيث تقول: "تنضر بزاف ونندم ملي نزعف على أمي مالغري منببش هذاك الزعاف، نتفكر شا قال ربي ونستغفر"، كما تنتاب الحالة أحاسيس الذنب عند ترك أمها مع فرد آخر من العائلة مع أن هذه الوضعية جد



نادرة حسب الحالة، كما أن خروجها بدون المريضة يجعلها تحس أنها استفادت من خرجة لم تستفد منها أمها مع أن خرجات الحالة كلها مرتبطة بالمريضة وحاجياتها كطلب وصفة من الطبيب أو شراء دواء أو استخراج تحاليل متعلقة بالمريضة إضافة إلى أمور إدارية أخرى خاصة بالمريضة أيضا، أخبرتنا الحالة بأن أمها لا تتصف بالعدوانية إلا أنها تغضب أحيانا على شؤون البيت ونظافته، كما تؤكد حورية ان أمها لم تستغل أبدا حالتها المرضية أكثر مما يلزم حيث تقول حورية: "أمي متبغيش قاع تغبني تعيطني مين تستحقني برك"، كما نفت حورية تماما سوء المعاملة أيا كان اتجاه أمها بقولها: "حتى مين نتارفا ومانبينش، جامي عاملت أمي معاملة مشي مليحة وجامي يصرا هادشي".

حورية تعتبر دور تقديم الرعاية دور ايجابي يجعلها سعيدة ومفتخرة لنجاحها في مهمة الرعاية رغم الصعوبات التي تواجهها، كما تعتبر تبنيتها ونجاحها في هذا الدور من أسباب رضا الله ووالدتها عليها بقولها: "الحمد لله راني ندي في الأجر من عند ربي وأمي راهي راضية عليا، وراني نلايم في دعوة الخير".

الحالة تفسر وتعيد سبب إصابة أمها بجلطة دماغية إلى أسباب متعلقة بالعين والسحر حيث تقول: " ثلاثة أشهر قبل ما تمرض أمي تزوجت أختي صغيرة وأنا كان باقي لعربي سيمانة وعندنا فاميلية محسدين ومايبغوناش، سباب مرض أمي غير العين والسحر تاع الحسادين ربي وكيلهم"، هذه التصورات والتفسيرات جعلت حورية تلتجئ إلى طرق علاجية أخرى غير طبية في علاج أمها كالرقية الشرعية، الطب النبوي، الزيارة و التبرك بالأضرحة إضافة إلى الأعشاب الطبية خاصة الصحراوية منها إلا أنها تمزج العلاجات والأدوية الطبية معها.

أما فيما يخص الصعوبات التي تواجهها حورية كمقدم رعاية عائلي فهي تعتبر الأعباء المالية والعزلة الاجتماعية من أكبر الصعوبات التي تعيشها حيث تقول: "راني مغبونة بزاف من جهة الدراهم، أمي تحتاج بزاف صوالح والفقير ميخلينيش نتها فيها غايا"، كما عبرت عن عزلتها

بقولها: "قعادي فدار مع أمي خلاني نجبد على بزاف من الناس، بصح الحمد الله ملي دخلت نقرا خياطة وتعرفت على ناس جدد راني نحس روعي مليحة".

في آخر مقابلة مع الحالة طلبنا منها الإدلاء برأيها حول تجربة المشاركة في هذا البحث وإدراكها لدور الرعاية بعد هذه التجربة كونها مقدم رعاية أساسي لأمها، حيث تصرح الحالة: "هاد التجربة خلاني نحس بقيمتي وحسيت بلي درت حاجة مليحة ملي شاركت في هذا البحث ولي ينجم يفيد ناس وحدخرين عايشين وضعيتي"، كما أحست الحالة بارتياح نفسي بعد إعطائها الفرصة للتحدث عن قصتها مع الرعاية وما واجهته من مصاعب و التتفيس عن ذلك، حيث وضحت قائلة: "هاد التجربة سمحتلي نهدر على روعي ونفرغ شاعندي، ريحت بزاف وحسيت بقيمتي".

أنهينا حصة المقابلة الأخيرة بتمرير مقياس (Zarit) كما شكرنا الحالة على مشاركتها الفعالة لنا في هذه الدراسة.

### خلاصة تحليل نتائج دليل المقابلة النصف الموجهة:

ما يمكن استخلاصه من خلال العرض والتحليل هو أن تأثيرات تبني دور الرعاية ظهرت في معاناة الحالة من إنهاك جسمي كبير راجع لكثرة مسؤولياتها من جهة وإلى معاناتها من اضطرابات النوم من جهة أخرى، كما تعاني الحالة من عزلة اجتماعية تعتبرها وضعية مؤلمة وهذا بحكم تواجدها الدائم مع المريضة، كما ان الصعوبات المالية والمرتبطة خاصة بتكاليف المريضة تعتبرها الحالة مصدر للتوتر والقلق، مظاهر الغضب عند الحالة لا تظهرها لمحيطها بل تكتبها باللجوء إلى الطقوس الدينية لتخفيف من قلقها وتوترها وأحاسيس الذنب الناتجة عن غضبها، كما تستعمل الحالة الوازع الديني وعلاقتها الجيدة وحبها لأمها كدافع لتبني دور الرعاية والمواصلة عليه، وتشير أيضا إلى علاقتها الجيدة أيضا مع سائر أفراد الأسرة حيث يسود جو من التماسك والتضامن رغم سوء الأوضاع السكنية، الاجتماعية والمالية.

عبرت الحالة عن حاجتها للمعلومات والإرشادات المتعلقة بالمرض وكيفية رعاية المريض خاصة في بدايات الإصابة أين كانت الصدمة النفسية شديدة على الحالة وعلى المريضة حتى أن الحالة ومن شدة الصدمة ألغت زفافها بسبب إصابة أمها وقررت ان تعتني بها وترافقها، كل أعباء الرعاية و مسؤولياتها تقع على الحالة التي تقضي أكثر من 16 ساعة في رعاية المريضة وهذا منذ أكثر من 15 سنة، تشعر الحالة بالذنب بعد غضبها من سلوكيات أمها وخاصة تبولها المتكرر في فراشها مع أنها لا تظهر هذا الغضب، كما أن أحاسيس الذنب عند الحالة مرتبطة بترك المريضة في البيت رفقة أحد أفراد العائلة الآخرين رغم ان كل خرجات الحالة مرتبطة بخدمات للمريضة.

الحالة تهتم وتتخوف على صحة أمها أكثر مما تهتم وتتخوف على صحتها وكأنها تتكر معاناتها بسبب وضعية الرعاية وتلجئ إلى الوازع الديني و مبادئ الدين الإسلامي كمحفز في رعاية المريضة، كانت تعاني الحالة من عزلة اجتماعية ناتجة عن تواجدها الدائم مع المريضة إلا أن التحاقها بأحد مراكز التكوين أعاد تفعيل علاقاتها الاجتماعية وحسن من حالتها النفسية، إصابة أم الحالة بالجلطة الدماغية لم يؤثر فقط على الحالة بل على جميع أفراد الأسرة خاصة الأب الذي يعاني من اكتئاب مشخص ويعالج من أجله.

حورية تنتظر إلى دور تقديم الرعاية بإيجابية كما أنها تفتخر كونها مقدم رعاية عائلي لأمها، كما تعتبر الوازع الديني ورضا أمها عليها محفزاً لها في تبني ومواصلة هذا الدور، الحالة تستثمر جهود كبيرة في البحث عن أحسن الوسائل والإجراءات في رعاية أمها فبالإضافة إلى إتباعها لكل الإرشادات الطبية والدوائية الرسمية و تمارين إعادة التأهيل فهي تلجئ أيضاً إلى طرق شعبية وتقليدية (الرقية الشرعية، زيارة الأضرحة، الطب النبوي والأعشاب الصحراوية) أملاً في تحسن الحالة الصحية لأمها، وما يفسر لجوء الحالة إلى هذا النوع من المسارات العلاجية هو تفسيرها الميتافيزيقي لإصابة أمها بجلطة دماغية كالإصابة بالعين والسحر.

كما عبرت الحالة على ضرورة الاعتراف بالدور الذي يؤديه مقدم الرعاية العائلي، كما أن تجربة المشاركة في هذا البحث جعلتها تحس بالقيمة و الافتخار وشعرت بشجاعة أكثر لمواصلة دور تقديم الرعاية.

### عرض و تحليل نتائج الحالة الأولى على سلم Zarit لقياس العبء:

تم تمرير المقياس في آخر حصة من المقابلات بعد شرح طريقة الإجابة وترجمة كل البنود للحالة باللغة العامية (الدارجة)، دام زمن الاختبار 20 دقيقة وكانت النتائج كالتالي:

- تحصلت الحالة على نقطة 52/88 على سلم Zarit لقياس العبء، حيث سنفصل في الجدول التالي توزيع الإجابات على البنود.

جدول رقم (1) توزيع إجابات الحالة الأولى على بنود مقياس zarit

رقم البند	الإجابة	النقطة	المجموع
22-9-6-5	أبدا	0	0
-16-13-11-10-4-1 19-18-17	أحيانا	2	18
12-3	أحيانا دائما	3	6
-20-15-14-8-7-2 21	دائما	4	28
	المجموع الكلي		52

### تحليل نتائج سلم Zarit بالنسبة للحالة الأولى:

من خلال إجابات الحالة على المقياس تحصلت على نقطة 52/88 مما يشير حسب سلم تصحيح المقياس إلى مستوى عبء متوسط، يظهر هذا العبء بوضوح في شقه الموضوعي والمرتبط بالمريضة في افتقار الحالة لأوقات الحرية بحكم الوقت المسخر للرعاية وكثرة مهامها ومسؤولياتها نحو المريض ونحو البيت وهذا حسب إجاباتها (دائما) بالنسبة للبند 2 و(أحيانا

دائماً) على البند 3، كما يظهر العبء الموضوعي أيضاً في المخاوف المستقبلية المتعلقة بصحة المريضة واعتماديتها الكلية على الحالة في رعايتها وهذا من خلال الإجابة (دائماً) على البنود 7-8-14، أما العبء الذاتي للحالة يظهر من خلال إجابة الحالة (دائماً) على البند 15 والذي يشير إلى الصعوبات المالية لمقدم الرعاية العائلي، كما يظهر العبء الذاتي أيضاً في أحاسيس الذنب في الإجابة (دائماً) على البند 20 والإجابة (أحياناً) على البند 19، كما أن العزلة الاجتماعية للحالة تظهر من خلال إجابتها (أحياناً دائماً) على البند 12، كما أن الحالة لا تعتبر المريضة عبء عليها وهذا من خلال إجابتها (أبداً) على البند 22.

### عرض وتحليل نتائج مؤشر Barthel فقدان الاستقلالية الحركي عند مريض الحالة الأولى:

نعرض من خلال الجدول التالي النتائج التي تحصلت عليها المصابة بالجلطة الدماغية على مؤشر Barthel لقياس مستوى فقدان الاستقلالية الحركي.

جدول رقم (2) نتائج مؤشر Barthel بالنسبة لمريض الحالة الأولى

المقياس	النتيجة المتحصل عليها	تفسير النتيجة
مؤشر Barthel	45/100	فقدان استقلالية شديد

تحصلت المصابة والتي هي أم الحالة على علامة 45/100 على مؤشر Barthel مما يشير حسب سلم تصحيح هذا المؤشر إلى فقدان استقلالية شديد يظهر خاصة على المستوى الحركي، حيث أن المصابة تعاني من شلل نصفي على الجهة اليسرى من الجسم بسبب تموقع الإصابة على الجهة اليمنى من الدماغ، ومع أن المصابة تستعمل يدها اليمنى منذ الولادة ورغم أن الشلل لم يمس جهتها اليمنى إلا أنها يصعب عليها القيام بالنشاطات اليومية بدون مساعدة كالذهاب إلى المرحاض واستعماله، أخذ الحمام، غسل الوجه، الفم واليدين، ارتداء الملابس، مشط الشعر، التنقل من وإلى السرير أو الكرسي المتحرك وصعود أو هبوط السلم، إضافة إلى عدم التحكم في الوظيفة البولية.

### - عرض و تحليل نتائج التقييم المعرفي (MOCA) لمريض الحالة الأولى:

نعرض من خلال الجدول التالي النتائج التي تحصلت عليها المصابة بالجلطة الدماغية على سلم المعرفي المتبع في مونتريال MOCA لقياس مستوى فقدان الاستقلالية المعرفي.

جدول رقم (3) نتائج سلم التقييم المعرفي المتبع في مونتريال MOCA

المقياس	النتيجة المتحصل عليها	تفسير النتيجة
MOCA	20/30	اختلال خفيف على المستوى المعرفي

تحصلت المصابة على نقطة 20/30 على السلم، مما يشير حسب سلم تصحيح هذا المقياس إلى وجود خلل خفيف على المستوى المعرفي، يظهر هذا الخلل خاصة حسب المقياس على مستوى الانتباه والتركيز، المصابة لا تعاني من اضطرابات معرفية أخرى.

### 2 - عرض و تحليل نتائج الحالة الثانية:

#### - عرض و تحليل نتائج دليل المقابلة النصف الموجهة:

كان عدد المقابلات بالنسبة للحالة الثانية خمسة مقابلات امتدت من تاريخ 15 جانفي 2021 إلى 14 مارس 2021، حيث كان معدل زمن المقابلات يتراوح ما بين 45 دقيقة إلى ساعة، تم الاعتماد على دليل المقابلة النصف الموجهة في إجراء المقابلات كما خصصت الحصة الأخيرة لتقرير مقياس Zarit للعبء، كل الأسماء الواردة هي أسماء مستعارة.

#### - البيانات الشخصية لمقدم الرعاية العائلي:

- الاسم: بدة

- السن: 55 سنة

- الجنس: أنثى

- مكان الازدياد: وهران

- الحالة المدنية: متزوجة

- عدد الأبناء: 5 (3 إناث، 2 ذكور)
- المهنة: بدون
- عدد الإخوة: 10 (6 ذكور، 4 إناث)
- الترتيب بين الإخوة: ما قبل الأخيرة
- المستوى الدراسي: بدون
- المستوى الاجتماعي: متوسط
- نوع السكن: سكن ارضي من أربع غرف
- نوع القرابة مع المريض: زوجة المريض و بنت خالته
- مقيم مع المريض: نعم
- مدة تولي رعاية المريض: أربع سنوات
- بيانات شخصية حول المريض:
- الاسم: هوارى
- السن: 65 سنة
- الجنس: ذكر
- مكان الازدياد: وهران
- حالة المدنية: متزوج
- المهنة: جمركى سابق (توقف عن العمل بسبب الإصابة)
- المستوى الدراسي: متحصل على شهادة البكالوريا
- تاريخ الإصابة: 12 فيفري 2017
- نوع الإصابة: جلطة دماغية اقفارية متكونة على النصف الأيسر من الدماغ

- أمراض أخرى: ارتفاع الضغط الدموي و مشاكل على مستوى الكبد
- الإعاقات الظاهرة: شلل نصفي على الجهة اليمنى من الجسم واضطرابات الكلام (حبسة)
- تقديم الحالة الثانية:

الحالة ذات قامة طويلة، قوام متوسط، ذات بشرة سمراء وعينان بنيتان، ترتدي ملابس عادية ونظيفة وتضع خمارا على شعرها، تقيم في البيت مع المريض الذي هو زوجها وابن خالتها إضافة إلى ابنيها، أما بناتها الثلاثة فكلهن متزوجات، تقطن الحالة في سكن فردي عبارة عن طابق ارضي، خلال المقابلة الأولى وعند شرحنا للحالة هدفنا من هذه الدراسة تعجبت لاهتمامنا بهذا الموضوع و ضنت في بادئ الأمر أن المشاركة في هذه الدراسة ستسمح لها بالحصول على مساعدات مالية، إلا أننا وضحنا جيدا أهداف بحثنا وفائدته في إظهار معاناة مقدم الرعاية العائلي كما كنا نشجع دائما الحالة في المشاركة الفعلية في هذه الدراسة، حيث لاحظنا عدم حماسها خلال المقابلات خاصة الأولى إلا أنه بعد كسب ثقة الحالة أصبحت تعبر أكثر عن وضعيتها وتجيّب على أسئلتنا، لاحظنا مظاهر التعب والإرهاق على وجه الحالة وتثاؤها الدائم، لغة الحالة بسيطة ومفهومة كما كانت تفهم أغلبية أسئلتنا إلا أنها كانت تتعب أثناء المقابلات بسرعة ويظهر عليها التوتر، الحزن والتعب من خلال نبرات صوتها.

بدأت وضعية بدرة كمقدم رعاية عائلي عند إصابة زوجها بجلطة دماغية افقارية متكونة على الجانب الأيسر من الدماغ تسببت للمريض شلل نصفي على النصف الأيمن من الجسم إضافة إلى إصابته بالحبسة (فقدان الكلام)، كانت هذه الإصابة والإعاقات الناتجة عنها صدمة نفسية كبيرة على الحالة وعلى أفراد الأسرة الآخرين حيث تقول: "أنا الحاجة لخلعتني هي مراهش يقدر يهدر، ما أمناش بين ليلة ونهار يتباليزا ويتبكش، تشوكينا قاع"، كما أكدت لنا الحالة أن كل شيء تغير في حياتها بعد إصابة زوجها بقولها: "حياتي انقلبت على جال هاد المرض، هواري ولا كي الغريان، مايقدر يدير والو بلا بيا"، كما تروي الحالة أنه بعد مكوث زوجها خمسة أيام بمصلحة الجلطات الدماغية بالمستشفى الجامعي بوهران واستقرار حالته رجع إلى البيت، في مدة مكوث المريض في المستشفى تقول الحالة أنها لم تحصل هي وأفراد عائلتها الآخرين على



معلومات حول الإصابة أو طرق رعاية المريض وكيفية التعايش مع إعاقته، بل كل ما تحصلت عليه من معلومات كانت حول التشخيص والأدوية التي على المريض تناولها كما تم تحديد مواعيد للفحص الدوري وإجراء تمارين إعادة التأهيل الحركي واللغوي حيث تعبر الحالة عن هذه الوضعية بقولها: "حتى واحد ما فهمنا غاية، قالونا AVC واعطاونا الدوا ليشره واعطاونا RDV على جال contrôle وباش يديروله ماساج ويهدروه".

الحالة لا تعرف أنها تعتبر مقدم رعاية عائلي وترى أن رعاية زوجها واجبة عليها بقولها: "هذا راجلي وبسيف عليا نرفده"، تصف الحالة المهام التي تقوم بها في رعاية زوجها بالكثيرة والمتعددة كما أنها تتعبها كثيرا، تبدأ مهامها من الفترة الصباحية بمساعدة زوجها على النهوض من السرير الذهاب إلى المرحاض واستعماله كما أن الحالة تتظف المريض بعد قضاءه لحاجياته كما ترافقه دائما في تنقلاته داخل البيت وخارجه خوفا منها على سقوطه حيث يستعمل المريض عكازا ثلاثي الأقدام خاص بالمرضى المصابين بالشلل النصفي، المريض لا يستطيع القيام بأي نشاط دون مساعدة زوجته بسبب تموقع الشلل النصفي على الجهة اليمنى من جسمه علما أنه يستعمل يده اليمنى منذ الولادة مما يجعل هذه الإعاقة تجعله معتمدا كلياً على زوجته ولهذا فإن الحالة ترافق المريض أيضا إلى الحمام لتحميمه من مرتين إلى ثلاث مرات في الأسبوع كما تقوم يوميا بغسل وجهه وفمه وأحيانا حلق اللحية ومشط الشعر، كما تغير له ملابسه وتقليم أظفاره عند الحاجة، إضافة إلى هذه المهام تحضر الحالة الوجبات اليومية و تقدمها للمريض كما تساعده في عملية الأكل بنفسيته و إيصاله إلى فم المريض حيث تقول الحالة: "ماينجمش ياكل وحده، لوكان منوكلهش أنا مايقدهش ياكل"، كما تقدم الحالة أيضا الدواء للمريض وتساعده على تناوله وترافقه في تنقلاته الخارجية لاقتناء أشياء من المحلات المجاورة للبيت، كما أن الحالة أيضا مسئولة عن مرافقة المريض إلى الفحوصات الدورية والتحاليل الدموية إضافة إلى المرافقة إلى تمارين التأهيل الحركية واللغوية والأمور الإدارية الخاصة بالمريض كقبض الأجر الشهري أو استخراج أوراق معينة، كما أن المهام المتعلقة بأعمال البيت من نظافة، تحضير الطعام، غسل الملابس وتلبية حاجيات الأسرة

الآخرين كلها ملقاة على مسؤولية الحالة والتي تسير أيضا الأمور المالية للبيت كافتناء الحاجيات المنزلية من غذاء وما شابه ذلك، الحالة تعبر على أن كثرة وتعقد هذه المهام يجعلها دائما متوترة وفي إنهاك جسمي كبير ومزمن حيث تقول: "راني مهدودة مايبا مرض راجلي، مايبا الدار، مايبا ولادي، بزاف عليا مقديتش".

الحالة تقضي ما يقارب أكثر من 15 ساعة في خدمة المريض وخاصة أنه كثير الطلبات حيث تقول: "كل خمس دقائق يعيطلي، خطرات على والو، تقول يديرها بلعاني، يعيني قاع النهار وأنا مقابلته"، كما تشير الحالة أنها هي الوحيدة المتكفلة بالمريض كليا حيث أن بناتها تزوجن وأن الأبناء لا يشتركون في رعاية المريض إلا نادرا لمساعدته على التنقل داخل البيت أو خارجه أحيانا، تؤكد الحالة أيضا أنها لم تحصل على أي مساعدة خارجية ماعدا خدمات إعادة التأهيل الحركي واللغوي والفحوصات الدورية، وتضيف أنها تعيش معاناة كبيرة مع عدم قدرتها على تحمل كل المسؤوليات خاصة المتعلقة بالمريض وأنها فقدت طاقتها حيث تقول: "هادشي بزاف عليا مقديتش، والله ماراني نريح ملي نود وأنا واقفة، ما بقاتي قائمة"، حيث تشير الحالة أن فترات الراحة في اليوم هي فقط الفترة الليلية إلا أن مناداة المريض عليها لمرافقته للمرحاض تجعل نومها متقطع، كما أنها تعاني من الأرق وفقدان النوم بسبب التفكير المستمر في وضعيتها ومرض زوجها حيث تقول: "حتى في الليل وما نريحش خطرة على خطرة يعيطلي باش نديه ل WC ولا نمدله حاجة، وأنا ديجا ما نرقدش غاية ما يجينيش نعاس من كثرة التخمام في هاد الحالة لراني فيها على جال المرض نتاع راجلي".

عند تطرقنا مع الحالة لسبب تبني دور تقديم الرعاية وماذا يعني لها أجابت الحالة أن هذا واجبها كزوجة ومسئوليتها كما أن ليس لديها خيار آخر وأنها تربطها بزوجها صلة قرابة من الدم حيث أن المريض زوجها وابن خالتها في نفس الوقت حيث تقول: "هذا راجلي وبسيف عليا نرفده، والله غالب معنديش كندير وبزيادة ولد خالتي ومنبغيش خالتي تزحف عليا من جيتهه، وتوصيني عليه بزاف"، الزيارات المتكررة لأم المريض والتي هي خالة الحالة تزيد من الضغوطات على بدرة وخاصة ان أم المريض تسكن على بعد 100م من بيت الحالة حيث

تقول بدرة: "خالتي تسكن غير حدانا وتجي تشوفه شحال من خطرة، منبغيهاش تقول مرانيش متهلها فيه، مخصنيش الهدرة".

أما فيما يخص تأثير دور الرعاية على مجالات حياة الحالة فلقد أكدت بدرة أن منذ إصابة زوجها تغير كل شيء في حياتها وأهم ما ذكرت هو اضطرابات النوم، التعب الشديد والمستمر، الغضب وتقلبات المزاج حيث تقول: "مانرقدش غاية يحرم عليا النعاس، دايمًا مشلوشة ونبات نخم، على جال هاد شي نود صباح فشلانة، كارهة ومارفيا على خاطر علايالي بلي النهار غير هو ويتعاود"، كما تضيف الحالة أنها أصبحت سريعة الغضب ولأنقه الأسباب بقولها: "وليت منبغيش الهدرة ولي يهدر معايا نلصق فيه"، كما ذكرت الحالة سوء معاملة المريض لها حيث تقول: "يعايرني دايمًا ويقايسني بلمريكزات وقاع هادشي وراني واقفة معاه"، وتضيف الحالة أيضا أن سلوك المريض تغير وأصبح أكثر عدوانية من السابق وهذا ما يزيد من معاناتها خاصة استعمال المريض عبارات جارحة وكلام بذيء، كما عبرت الحالة أيضا عن معاناتها من عزلتها الاجتماعية بسبب دور الرعاية حيث تقول: "الخرجات والو، دايمًا في الدار مقابلاته، ما راني نروح عند حتى واحد، أمي لكنت نبات عندها خطرة على خطرة مارانيش نشوفها، وليت مقطوعة".

ومن ضمن الأمور التي تغيرت أيضا في حياة الحالة بعد توليها دور الرعاية هي فقدانها للشهية وفقدانها الملاحظ لوزنها حيث تقول: "مراهيش تجيني قاع الماكلة، كنت نوزن 85 و دروك راني نوزن 70"، كما عبرت الحالة أيضا عن أحاسيس الملل بقولها: "كل نهار يشبه لخواه، راني كارها حياتي لنديره ليوم نعاوده غدوا"، كما أشارت أيضا إلى المشاكل الاقتصادية التي تعاني منها العائلة، فالدخل الوحيد للأسرة هو المنحة المرضية لزوجها حيث لم يستفد من كل مزايا التقاعد بحكم إصابته قبل مرحلة التقاعد، حيث يبلغ أجره الشهري 32000 دج والذي تعتبره الحالة غير كافي لتلبية حاجات المريض والعائلة خاصة مصاريف التنقل، التحاليل، الأشعة وشراء المعدات الطبية التي يحتاجها المريض كما أنها لا تتلقى أي مساعدة مالية من أحد، تعبر الحالة عن هذه الوضعية بقولها: "هاديك الشهرية ماديرنا والو، بسيف باش نكملو

الشهر، ما بيا مصروف الدار ما بيا مصروف هوارى، وحتى واحد ما عاونى ولا وقف معايا، حتى فاميلته ما عاونونيش، بعث من ذهبي كي تزيرونا وشعال من خطرة".

لاحظنا على الحالة توقعات سلبية و أحاسيس القلق من خلال كلامها بقولها: "حس روحي دائما مقلقة وقلبي مزير معلاباليش كغادي تكمل هاد الحالة"، وفيما يخص العلاقات داخل العائلة فالحالة تشير أن العدوانية عند المريض تتسبب في خلق جو مكهرب في البيت مع كل أفراد العائلة، فمع أن المريض فاقد للكلام لإصابته بالحبسة إلا انه يكرر عبارات بذينة لأتفه الأسباب حيث تقول: "يظل يعاير فييا وفي ولاده و يطيح بزاف وعلى والو يتنارفا، وحتى ولاده راهم ياييفيتوه باش ما يسمعوش التطياح نتاعه".

تطرقنا مع الحالة إلى موضوع الإصابة بمرض أو شكاوي جسمية إلا أنها لا تعاني من مرض معين سوى الشكوى من التعب الدائم والإرهاك الجسمي إضافة إلى اضطرابات في النوم وفقدان الشهية، ولا تتناول أي دواء.

أما فيما يخص العلاقة السابقة للحالة بزوجها المصاب فكانت حسب الحالة جد سيئة بسبب إدمان زوجها على الكحول وعلاقاته الغرامية خارج الزوجية إضافة إلى سلوكاته العدوانية اللفظية والجسمية، حيث كانت هذه الوضعية سابقا تسبب الكثير من المشاكل بين الزوجين وصلت حتى نية الطلاق عدة مرات لولا تدخل الأهل في حل النزاع بين الزوجين، حيث تعبر الحالة عن هذه الوضعية بقولها: "كان غير نتاع شراب و نسا، كنا كل يوم مشاكل، وكان يضربني بزاف و يعايرني، وصلنا شحال من خطرة للطلاق لكان مشي دارنا ودارهم دخلو في وسطنا، كنت نكرهه بزاف غير ولادي لكانو شادينى"، أما عن العلاقة الحالية بين الحالة والمصاب لم تتحسن كثيرا وخاصة أن المريض يتصف بالعدوانية وسرعة الغضب كما أنه يعاني حسب التقرير الطبي لأخصائي الأعصاب من القلق والاكتئاب كما يستعمل كثيرا العنف اللفظي، ورغم فقدانه للكلام إلا أنه احتفظ بكلمات نابية يكررها باستمرار في حالة غضبه، ما لاحظناه أيضا هو أن الحالة لا تنام مع المريض في الغرفة الزوجية بل تنام في غرفة قربها

حيث فسرت هذه الوضعية بأنها لا تطيق تلك الغرفة ولا حاجة لها للنوم فيها، كما أكدت لنا الحالة انقطاع العلاقات الجنسية بين الزوجين منذ الإصابة بقولها: "منجش نرقد في هاديك البيت، كرهتها وعفتها، وهداكشي ملي مرض هو ما قالي وأنا ما خممت فيه"، أردنا معرفة تجاوب المريض مع هذه الوضعية فأجابت الحالة أن زوجها لا يبالي تماما بهذا الموضوع وهذا حتى قبل الإصابة لسوء العلاقة السابقة.

كما تشتكي الحالة أيضا معاناتها وصعوبة فهم زوجها بسبب اضطراباته اللغوية والتي تؤدي بها إلى الشعور بالإحباط والغضب وتفقدتها الكثير من طاقتها حيث تقول: "تتفكر باش نفهم شاره باغي، ويشدني بزاف حتى نفهمه، يعيني".

الحالة تعتبر وضعية الرعاية فوق طاقتها بسبب كثرة المهام والمسؤوليات المرتبطة بالمريض وبتسيير شؤون البيت، كما تنتظر إلى الرعاية كواجب عليها باعتبارها زوجة المريض و بنت خالته حيث تقول: "هذا راجلي وولد خالتي بسيف عليا نقابله"، كما أنها تؤكد أن الدور الذي تقوم به لا يستطيع أحد آخر تحمله.

أما فيما يخص حاجيات الحالة فإنها تعتبر أخذ الراحة حاجة ملحة لديها بقولها: "راني عيانة بزاف خاصني نريح، مالمقيتش صحتي والله ما قديت"، كما عبرت أيضا عن حاجتها للدعم المادي نظرا للصعوبات المالية التي تواجهها العائلة كما اعتبرت افتقارها للمعلومات بخصوص الإصابة وطرق العناية من أهم حاجياتها، أما ما يخص حاجيات المريض أكدت الحالة أن التباعد الزمني بين مواعيد إعادة التأهيل الحركي واللغوي لم يجعل الحالة الصحية لزوجها تتحسن كثيرا خاصة على مستوى الإعاقة الحركية وفقدان الكلام.

أحاسيس الذنب تنتاب الحالة عند وقوع شجارات بينها وبين المريض أين تصرخ في وجهه وتتجاهله أحيانا إلا أنها تندم فيما بعد حيث تقول: "مين منكوش غاية ويهبلني نزقي عليه، خطرات منديهاش فيه ملي يعيطلي، بصح من بعد نندم ويشفني"، كما تشتكي الحالة من عدوانية المريض اللفظية و الجسمية بقولها: "مين يتنارفا يطيح، ولي جات في يده يقايس بها،

حتى واحد ما ولا يستحمله في الدار"، و مع كل هذه الوضعية الصعبة حسب الحالة إلا أنها تفتخر في نجاحها برعاية زوجها رغم أنها أمية حيث تقول: "مالغري ما قرينش راني مقابلا راجلي غايا وتعلمت بزاف صوالح وحدي".

حول موضوع تفسير الحالة لإصابة زوجها بالجلطة الدماغية كل تفسيراتها واقعية ومنطقية حيث ترجع سبب الإصابة إلى إدمان الكحول وارتفاع الضغط الدموي واللذان يعتبران من عوامل الخطر في الإصابة بالجلطة الدماغية، كما أن الحالة تتبع الطرق العلاجية الطبية الرسمية فقط.

في المقابلة الأخيرة و بعد تمريرنا لمقياس العبء طلبنا من الحالة إبداء رأيها حول تجربة المشاركة في هذه الدراسة وكيف تنظر إلى دور تقديم الرعاية بعد مشاركتها، حيث عبرت الحالة عن سعادتها لاهتمامنا بمعاناتها كمقدم رعاية عائلي، كما كانت حصص المقابلات فرصة لتعبر عن مشاعرها وصعوباتها اليومية مع دور تقديم الرعاية.

أنهينا حصة المقابلة الأخيرة بتمرير مقياس (Zarit) كما شكرنا الحالة على مشاركتها الفعالة لنا في هذه الدراسة.

#### - خلاصة تحليل نتائج دليل المقابلة النصف الموجهة:

ما يمكن استخلاصه من عرض وتحليل للحالة الثانية هو معاناتها من حالة إنهاك جسدي وتعب مزمن ناتج عن دور الرعاية وكثرة المهام والمسؤوليات، كما تسببت وضعيتها كمقدم رعاية في اضطرابات أخرى كفقدان النوم وفقدان الشهية مما أدى إلى فقدان نسبة كبيرة من الوزن، كما تشتكي الحالة من اضطرابات على مستوى المزاج متمثلة في الغضب وسرعة الاستثارة وهذا بسبب الاضطرابات النفسية، السلوكية والعنوانية اللفظية والجسمية لدى المريض، تنتاب الحالة أحاسيس الذنب عند سوء معاملتها لفظيا للمريض للتحويل مشاعرها من الغضب إلى الندم والإحساس بالشفقة نحو المريض، العزلة الاجتماعية التي تعاني منها الحالة هامة وهذا نظرا لتواجدها المستمر مع المريض وكثرة مسؤولياتها اتجاهه إضافة إلى استحالة تركه

لوحده، العلاقة السيئة السابقة والحالية للحالة وللمريض جعلت تبني دور الرعاية والمواصلة عليه أمر صعب بالنسبة لها حيث ترى أنها مضطرة ولا خيار لها كما تعتبر نفسها ملزمة برعاية زوجها وتحمل هذه المسؤولية خوفاً من أحكام الأقارب خاصة عائلة زوجها، الحالة تعاني من مظاهر القلق والاكتئاب في رؤيتها السلبية للحياة عموماً واضطرابات النوم وفقدان الشهية كما تظهر أيضاً على ملامحها حيث تظهر الحالة بمظهر لا يعكس سنها الحقيقي فهي تبدو أكبر بكثير، كما تشتكي الحالة من صعوبات مالية ومن سلوكيات المريض التي أثرت على توازن العائلة وخاصة عدوانية المريض، وما يزيد من معاناة الحالة هو غياب المساعدة والسند العائلي والمؤسسي.

الحالة تقوم برعاية زوجها منذ أربع سنوات وما يتعبها كثيراً هو اضطرابات اللغة عند المريض حيث تجد صعوبة كبيرة في الاتصال مع المريض وفهمه مما يسبب لها وللمريض إحباطاً ومشاعر غضب، كما أن الحالة تحس ببرود عاطفي اتجاه زوجها يظهر في عدم نومها في الغرفة الزوجية كما يظهر أيضاً في الرعاية الميكانيكية لزوجها الخالية من الاستثمار العاطفي، تشير الحالة إلى أن الجانب الإيجابي الوحيد بالنسبة لها هو الحفاظ على استقرار أسرتها رغم الوضعية الصعبة، ورغم غياب المستوى الدراسي إلا أنها تفسر إصابة زوجها بطريقة واقعية ومنطقية كما أنها تتبع المسار العلاجي الطبي الرسمي فقط.

#### - عرض و تحليل نتائج الحالة الثانية على سلم Zarit لقياس العبء:

بعد الانتهاء من إجراء المقابلة النصف الموجهة خصصت الحصة الأخيرة لتمرير مقياس العبء وكانت النتائج كالتالي:

تحصلت الحالة الثانية على علامة 77/88 على سلم Zarit لقياس العبء حيث تشير هذه النتيجة حسب سلم تصحيح المقياس إلى مستوى عبء شديد، دام زمن تمرير المقياس حوالي 30 دقيقة حيث ترجمنا وفسرنا بنود المقياس باللغة العامية (الدارجة)، حيث سنفصل في الجدول التالي توزيع الإجابات على البنود:

## جدول رقم (4) توزيع اجابات الحالة الثانية على بنود مقياس zarit

رقم البند	الإجابة	النقطة	المجموع
6	أحيانا	2	2
-17-16-11-10-9-5 21-19-18	أحيانا دائما	3	27
-13-12-8-7-4-3-2-1 22-20-15-14	دائما	4	48
	المجموع الكلي		77

**- تحليل نتائج سلم Zarit بالنسبة للحالة الثانية:**

من خلال إجابات الحالة على سلم Zarit تحصلت على علامة 77/88 مما يدل على مستوى عبء شديد، يظهر هذا المستوى المرتفع من العبء في شقه الموضوعي المتعلق بالمرضى خاصة في معاناة الحالة من سلوكيات المريض واستغلاله لوضعية المرض في زيادة مهامها على البنود 1-13-4 والتي أجابت عليها (دائما)، كما يظهر العبء الموضوعي أيضا في الافتقار الشديد لأوقات الحرية وكثرة المسؤوليات المرتبطة بالمريض وبمسؤوليات أخرى على البنود 2-3-11 التي أجابت عليها (دائما) و(أحيانا دائما)، كما يظهر العبء أيضا الموضوعي في المخاوف المرتبطة بصحة المريض واعتماديته الكلية على الحالة من خلال البنود 7-8 والتي أجابت عليها (دائما)، أما العبء الذاتي فيظهر من خلال العبء المالي في إجابة الحالة (دائما) على البند 15، كما يظهر العبء الذاتي أيضا في أحاسيس الغضب من وضعية الرعاية ونحو المريض من خلال الإجابة (أحيانا دائما) على البندين 5-9، كما ان التأثيرات الصحية الناتجة عن دور تقديم الرعاية تظهر في إجابة الحالة (أحيانا دائما) على البند 10 كعبء ذاتي إضافة إلى العزلة الاجتماعية من خلال إجابة الحالة (دائما) على البند 12، كما يظهر العبء الذاتي أيضا في الإنهاك الجسمي و الإحساس بعدم القدرة على مواصلة



مهمة الرعاية وهذا من خلال إجابة الحالة (أحيانا دائما) على البنود 16-17-19، إضافة إلى حاجة الحالة للمساعدة من خلال الإجابة (أحيانا دائما) على البند 18، أما أحاسيس الذنب تظهر في إجابة الحالة (أحيانا دائما) و(دائما) على البنود 20-21، كما ان الحالة تعتبر المريض عبء عليها بإجابتها (دائما) على البند 22.

- عرض وتحليل نتائج مؤشر *Barthel* فقدان الاستقلالية الحركي عند مريض الحالة الثانية: نعرض من خلال الجدول التالي النتائج التي تحصل عليها المصاب بالجلطة الدماغية على مؤشر *Barthel* لقياس مستوى فقدان الاستقلالية الحركي.

جدول رقم (5) نتائج مؤشر *Barthel* بالنسبة لمريض الحالة الثانية

المقياس	النتيجة المتحصل عليها	تفسير النتيجة
مؤشر <i>Barthel</i>	55/100	فقدان استقلالية شديد

تحصل المصاب زوج الحالة على علامة 55/100 على مؤشر *Barthel* وهذا ما يشير حسب سلم تصحيح هذا المقياس إلى فقدان استقلالية شديد على المستوى الحركي، حيث أن المصاب فقد القدرة على استعمال نصفه الأيمن والذي تعود على استعماله منذ الولادة، المصاب لا يستطيع القيام بالنشاطات التالية بدون مساعدة كالنقل من وإلى السرير، الذهاب إلى المرحاض واستعماله، أخذ الحمام، غسل الوجه، الحلاقة، المشط، التنقل في البيت وخارجه، ارتداء الملابس، تناول الغذاء، الصعود والنزول من السلم.

- عرض و تحليل نتائج التقييم المعرفي (*MOCA*) عند مريض الحالة الثانية:

نعرض من خلال الجدول التالي النتائج التي تحصل عليها المصاب بالجلطة الدماغية على السلم المعرفي المتبع في مونتريال *MOCA* لقياس مستوى فقدان الاستقلالية المعرفي.

جدول رقم (6) نتائج سلم التقييم المعرفي المتبع في مونتريال MOCA لمريض الحالة الثانية

المقياس	النتيجة المتحصل عليها	تفسير النتيجة
MOCA	13/30	اختلال متوسط على المستوى المعرفي

تحصل المصاب زوج الحالة على نقطة 13/30 على سلم التقييم المعرفي المتبع في مونتريال MOCA حيث تشير هذه الدرجة حسب سلم تصحيح هذا المقياس إلى اختلال متوسط على المستوى المعرفي، تعكس هذه النتيجة اضطرابات اللغة (الحبسة) التي يعاني منها المريض، إضافة إلى مشاكل في الفهم لها علاقة بنفس الاضطراب مما يجعل الاتصال والتواصل عند المريض ومع محيطه العائلي معقدا بالنسبة إليه والحالة التي تقوم برعايته.

#### - مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات:

#### 1- مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الأولى:

كانت الإشكالية الأساسية لدراستنا هي ما مستوى العبء لدى مقدم الرعاية العائلي للمريض المصاب بالجلطة الدماغية، ومن أجل التحقق واختبار الفرضية الأولى التي نصت على أن مقدم الرعاية العائلي للمصاب بالجلطة الدماغية لديه مستوى مرتفع من العبء تم الاستعانة بسلم Zarit لقياس العبء وكانت النتيجة ان الحالة الأولى تحصلت على علامة 52/100 والتي تشير إلى مستوى عبء متوسط، كما تحصلت الحالة الثانية على علامة 77/100 والتي تشير إلى مستوى عبء شديد، وهذا ما يجعل فرضيتنا الأولى تتحقق جزئيا بناء على تباين النتائج بين الحالتين من حيث مستوى العبء، حيث يجدر القول أن النتائج المتحصل عليها تتفق مع ما توصلت إليه كل من دراسة Mollard 2009, Zarit 1980, Novak et Guest 1989, Seys 2012 على أن مقدمي الرعاية العائليين يختلفون فيما بينهم من حيث مستويات العبء كما يعود ويفسر هذا الاختلاف إلى عدة عوامل ومتغيرات متعلقة بالمريض وبمقدم الرعاية العائلي،

وهذا ما أكدته أيضا كل من دراسة Cherfeddine et al 2017، دراسة Pariel 2013 إضافة إلى دراسة Nzakimuera 2013 على أن مستويات العبء لدى مقدمي الرعاية العائليين تتراوح بين المعتدل، المتوسط والشديد وهذا حسب كل حالة وخصوصياتها، وبالرجوع وتفسيرا لأهم العوامل والمتغيرات التي جعلت التباين واضحا في نتائج شدة مستوى العبء لدى الحالتين فلقد لاحظنا من خلال هذه الدراسة بروز العوامل والمتغيرات التالية والتي تفسر التباين في نتائج مستويات العبء عند الحالتين:

- العبء الموضوعي: والمتعلق بالمريض والذي ظهر مرتفعا عند الحالة الثانية مقارنة بالحالة الأولى وهذا راجع بالأساس إلى شدة الإصابة وشدة فقدان الاستقلالية عند المريض خاصة على المستوى المعرفي وعلى الخصوص اضطرابات اللغة (الحبسة) لدى المريض الذي تقوم برعايته الحالة الثانية إضافة إلى الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب) حسب التقرير الطبي والسلوكية لديه أيضا خاصة السلوكيات العدوانية اللفظية وهذا ما لم يتم ملاحظته عند المريض الذي تقوم برعايته الحالة الأولى إلا أن المريضين يتشابهان نسبيا في مستوى فقدان الاستقلالية الحركي، وهذا ما أشارت إليه دراسة Leurs et al 2018 على أن المستويات المرتفعة من فقدان الاستقلالية خاصة المعرفية ترفع من مستويات العبء عند مقدم الرعاية العائلي، كما أشارت دراسة Charfeddine et al 2017 و Zarit 1980 أنه كلما زادت اضطرابات السلوك العدوانية عند المريض ارتفعت معها مستويات العبء عند مقدم الرعاية.

- العلاقة السابقة والحالية: الحالة الثانية التي تحصلت على مستوى شديد من العبء كانت لها علاقة جد سيئة مع المريض بسبب العنف الزوجي والخيانة الزوجية قبل الإصابة، كما أن علاقتها الحالية مع المريض مضطربة بسبب عدوانيته، وهذا ما أشارت إليه دراسة Darnaud 2007 أن العلاقة السابقة السيئة بين مقدم الرعاية العائلي والمريض مرتبطة بمستويات مرتفعة من الإجهاد النفسي، الاكتئاب والعبء، أما الحالة الثانية التي تحصلت على مستوى عبء متوسط كان لها علاقة سابقة ممتازة مع المريض وممتازة أيضا حاليا وهذا ما أكدته أيضا دراسة Darnaud 2007.

- الحافز والمعنى الذي يعطيه مقدم الرعاية لدوره: الحالة الثانية تشعر أنها مضطرة للقيام بدور الرعاية كالتزام عائلي واجتماعي كما تعتبر هذا الدور مصدرا للإجهاد النفسي، كما ان الحالة الثانية تقوم بتقديم الرعاية خوفا من أحكام الأقارب خاصة أم المريض وهذا ما أشارت إليه دراسة Charfeddine et al 2017 على أن المستويات المرتفعة من العبء مرتبطة بغياب الحافز، كما أن إدراك الحالة الثانية لمهمة الرعاية كمصدر للإجهاد النفسي رفع من مستويات العبء لديها وهذا ما أشارت إليه دراسة Kerhervé 2010 على أن طريقة إدراك مقدم الرعاية لدوره والمعنى الذي يعطيه لهذا الدور يؤثر على مستويات العبء لديه، كما أن وضعية اللاخيار والاضطرار في تبني دور الرعاية عند الحالة الثانية كان سببا أيضا في رفع مستوى العبء لديها وهذا ما أشارت إليه دراسة Tchokote 2020 على أن مقدم الرعاية العائلي المضطر رغما عنه لديه مستويات مرتفعة من العبء، كما أن وجود مظاهر القلق والاكتئاب والخوف من الاستمرار في دور الرعاية عند الحالة الثانية ساهم في رفع مستويات العبء لديها وهذا ما أشارت إليه دراسة Bauman et aiach 2009 على أن الاكتئاب وعدم الرغبة في مواصلة مهمة الرعاية ينبئ بمستويات مرتفعة من العبء، أما الحالة الأولى التي تحصلت على مستوى متوسط من العبء كانت تنظر إلى دور الرعاية بطريقة ايجابية وأن هذه المهمة تحسها بالافتخار وتقدير الذات والرضا عنها وهذا ما أشارت إليه كل من دراسة Carbonneau et Brugger 2011، Cohon 2010, Darnaud 2007, Spitz et al 2011 على أن الأحاسيس الايجابية اتجاه دور تقديم الرعاية واتجاه المريض إضافة إلى أحاسيس الفخر والرضا عن الذات كلها عوامل مرتبطة بمستويات منخفضة من العبء، الاكتئاب والإجهاد النفسي، كما أن الحالة الأولى تقدم الرعاية للمريض بدافع الحب وأيضا بدافع الوازع الديني حيث تعتبر الحالة الأولى هذا الدور التزاما وفضلا دينيا اتجاه المريض واقتداء بمبادئ الدين الإسلامي وتعاليمه التي تحث على طاعة الوالدين ورعايتهم حيث أن الوازع الديني جعل الحالة الأولى تتقبل وضعية الرعاية وتحملها كما كان له أثر ايجابي على الجانب النفسي للحالة وخاصة في مواجهة المواقف الضاغطة المرتبطة بدور تقديم الرعاية حيث انه وفي هذا السياق العديد من الباحثين

خاصة الذين يهتمون باستراتيجيات المواجهة عند الأفراد يعتبرون الوازع الديني واللجوء إليه في المواقف الضاغطة نوعا من أنواع استراتيجيات المواجهة حيث يشير (عسكر 1998) انه يمكن للمعتقد الديني أن يعطي للأحداث والوضعية الضاغطة معنى ديني كأن يقول الفرد هذا ابتلاء من الله أو قضاء وقدر وعلياً تقبله والصبر عليه، كما يشير أيضا وفي نفس السياق Cyrulnick 2017 في كتابه *Psychothérapie de Dieu* أن الأفراد الذين يمارسون طقوس دينية ويؤمنون بها يتصفون بالمرونة النفسية وقوة التحمل مما يجعلهم يواجهون الوضعية المؤلمة والصعبة بطريقة أسهل وهذا باللجوء إلى الطقوس الدينية كطريقة للتخفيف من التوتر كما يؤكد Cyrulnick من خلال كتابه أن العديد من الدراسات أظهرت تأثير الطقوس والشعائر الدينية ومساهمتها في تهدئة مناطق من الدماغ خاصة على مستوى الفص الجبهي والمسئولة عن الانفعالات حيث تعمل الطقوس والشعائر الدينية على خفض التوتر وتخفيف الانفعالات السلبية وإعادة التوازن العصبي والانفعالي، كما تجدر الإشارة إلى ان الوازع الديني ظهر عند الحالة الأولى أيضا في تفسيراتها لإصابة المريض والتجائها إلى استعمال مسارات علاجية غير تقليدية، قد يكون هذا من مظاهر حرص الحالة الأولى على تقديم خدمة نوعية ورعاية مثالية للمريض وعلى المشاركة الفعالة في الرعاية، وبغض النظر عن فعالية هذه الممارسات من عدمها إلا أنها تريح مقدم الرعاية والمريض نفسيا، كما أن هذه التفسيرات والمسارات العلاجية الغير التقليدية قد تعود إلى نقص المعلومات حول الإصابة وهذا ما أشارت إليه دراسة Tamoh et al 2019 والتي توصلت إلى ان 50% من مقدمي الرعاية يرجعون سبب حدوث الجلطة الدماغية لأسباب روحية أو إلى السحر وهذا ما يدل على نقص المعلومات أو إنكار وعدم تقبل التفسيرات الطبية، إلا أن هذه الدراسة أجريت بساحل العاج أين تسود ثقافة تفسير المرض غالبا بأسباب روحية كالسحر والأرواح الشريرة ولهذا فإننا نتحفظ على إسقاط نتائج هذه الدراسة على تصورات ومعتقدات الحالة الأولى وهذا لاختلاف الثقافات و الاعتقادات بين العينات في الدراستين.

- استراتيجيات المواجهة: ما تم ملاحظته من خلال المقابلات هو أن الحالة الثانية تواجه المواقف الضاغطة والإجهاد النفسي المرتبط بدور الرعاية بلجوئها إلى الانفعالات كمظاهر الغضب، القلق والأعراض الاكتئابية مقارنة بالحالة الأولى التي تبحث عن المعلومات لمواجهة الضغوطات النفسية المرتبطة بدور الرعاية كما أنها تلجأ أيضا إلى الدين وممارسة الطقوس والشعائر الدينية للتخفيف من التوتر والإجهاد النفسي المرتبط بدورها كمقدمة رعاية، هذه المعطيات تدل على ان الحالة الثانية المتحصلة على عبء مرتفع تستعمل استراتيجيات مواجهة غير فعالة مركزة حول الانفعال أما الحالة الأولى تستعمل استراتيجيات مواجهة نشيطة خاصة البحث عن المعلومة وهذا ما أشارت إليه Ducharme 2006 على أن استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال عند مقدمي الرعاية العائليين مرتبطة بمستويات مرتفعة من العبء كما أن استراتيجيات المواجهة النشيطة كالبحث عن المعلومة والمساعدة مرتبطة بمستويات منخفضة من العبء كما أنها تنبئ بمستويات منخفضة من الاكتئاب، وفي نفس السياق تشير Bruchaon-Schweitzer 2001 على أن استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل أكثر فعالية وفائدة خاصة على المدى البعيد وفي حالة تحكم الفرد في الوضعية الضاغطة حيث تترجم هذه الاستراتيجيات بالبحث عن المعلومة، التوجه للمقاومة وبذل الجهد للتحكم في الوضعية وهذا ما تم ملاحظته على الحالة الأولى التي تحصلت على مستوى عبء متوسط، أما استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال فهي غير فعالة ومرتبطة بالقلق وعدم الرضا كما أنها مضرّة للصحة النفسية والجسمية للفرد لارتباطها بأحاسيس عدم القدرة، فقدان الأمل والتشاؤم وهذا ما لاحظناه على الحالة الثانية التي تحصلت على مستوى عبء شديد.

وما يجدر الإشارة إليه هو أن الحالتين تتشابهان في العديد من الخصائص والعوامل خاصة المرتبطة بالعبء الذاتي إلا أن هذه العوامل لم يكن لها تأثير شديد في تباين واختلاف نتائج مستويات العبء عند الحالتين مقارنة بالمتغيرات والعوامل التي تم ذكرها، ومن بين الخصائص المشتركة بين الحالتين هي العزلة الاجتماعية، المشاكل المالية، اضطرابات النوم، الإنهاك الجسدي، الإحساس بالذنب والإحساس بعدم القدرة إضافة إلى حاجياتهم المشتركة كضرورة

الحصول على المعلومات المتعلقة بالمرض وطرق العلاج والتي أشار إليها Fontaine 2009 وضرورة الدعم المادي وأخذ الراحة المذكورة من طرف Darnaud 2007، كما يجب الإشارة إلى أن نتائج دراستنا لم تتفق مع نتائج بعض الدراسات الأخرى فيما يخص بعض المتغيرات وتأثيرها على مستويات العبء لدى مقدم الرعاية العائلي مثل متغير صلة القرابة حيث توصلت دراسة كل من Mollard 2009 و Nzakimuera 2013 على أن مستوى العبء مرتفع عند الأبناء مقامي الرعاية مقارنة بالأزواج مقامي الرعاية إلا أننا توصلنا من خلال دراستنا على ان الحالة الثانية زوجة المريض تحصلت على مستوى عبء شديد أما الحالة الأولى ابنة المريضة تحصلت على مستوى عبء متوسط، أما فيما يخص متغير السن فلقد توصلت دراسة كل من Langis 2018 و Mollard 2009 على أن مستويات العبء مرتفعة عند مقامي الرعاية الشباب مقارنة بمقامي الرعاية كبار السن إلا أن دراستنا توصلت إلى ان مستوى العبء كان مرتفعا عند الحالة الثانية التي تبلغ من العمر 55 سنة مقارنة بالحالة الأولى التي كان لديها عبء متوسط وتبلغ 40 سنة، أما متغير مدة الرعاية فلقد أشار كل من Caputo 2011، Lestrade 2014 و Rigeaux 2009 أن كل ما زادت مدة الرعاية ارتفعت معها مستويات العبء لدى مقدم الرعاية إلا أنه في دراستنا كان مستوى العبء متوسط عند الحالة الأولى التي بلغت مدة الرعاية عندها خمسة عشر سنة، أما الحالة الثانية كان لديها مستوى عبء شديد مع أن مدة الرعاية عندها كانت أربع سنوات فقط.

ومن خلال كل ما عرضناه يجدر بنا التذكير أن فرضيتنا الأولى تحققت جزئيا بحصول الحالات على مستويات عبء مختلفة من حيث الشدة، حيث كانت من المتوسط إلى الشديد عند الحالتين حيث تم تفسير هذا التباين من خلال عدة متغيرات وعوامل متعلقة بمقدم الرعاية العائلي وبالمريض أيضا.

## 2- مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الثانية:

كان التساؤل الثاني لدراستنا يهدف الكشف إلى أي مدى يؤثر مستوى فقدان الاستقلالية بنوعيتها الحركي والمعرفي عند المصاب بالجلطة الدماغية على مستوى العبء لدى مقدم الرعاية العائلي، ومن أجل التحقق واختبار هذه الفرضية التي نصت على أنه كلما زادت مستويات فقدان الاستقلالية بنوعيتها الحركي والمعرفي عند المريض المصاب بجلطة دماغية ارتفعت معه مستويات العبء لدى مقدم الرعاية العائلي التجأنا إلى ما يلي:

للتذكير وللأمانة العلمية فلقد تم الاستعانة في هذا الشق من الدراسة بطبيب مختص في الأمراض العصبية يعمل بمصلحة الطب العصبي بالمستشفى الجامعي بوهران والمعالج أيضا لمرضى الحالات محل الدراسة، حيث شرحنا هدفنا المتمثل الكشف عن مستويات فقدان الاستقلالية ببعديها الحركي والمعرفي عند المصاب بالجلطة الدماغية وتأثير هذه المستويات على مستوى العبء لدى مقدم الرعاية العائلي، حيث مرر طبيب الأعصاب على المصابين بمؤشر Barthel لقياس فقدان الاستقلالية الحركي ومقياس التقييم المعرفي المتبع في مونتريال Moca لقياس مستوى فقدان الاستقلالية المعرفي، حيث كانت النتائج كالتالي:

- مريضة الحالة الأولى تعاني من فقدان استقلالية شديد على المستوى الحركي وهذا ما أظهرته العلامة التي تحصلت عليها في مقياس Barthel 45/100 وهذا بسبب الشلل النصفي على الجانب الأيسر من الجسم مما يجعل المريضة غير قادرة على القيام بالنشاطات اليومية لوحدها وبدون مساعدة مقدم الرعاية العائلي، كما أن المريضة لا تتحكم في الوظيفة البولية، أما فيما يخص فقدان الاستقلالية على المستوى المعرفي فلقد تحصلت مريضة الحالة الأولى على علامة 20/30 والتي تشير إلى اختلال خفيف على المستوى المعرفي يظهر خاصة على مستوى الانتباه والتركيز فقط والتي لم يتم حتى ملاحظتها من طرف مقدم الرعاية العائلي مما يدل على أن الاختلال طفيف ولم يكن له أي تأثير على مقدم الرعاية العائلي.



- مريض الحالة الثانية يعاني من فقدان استقلالية شديد على المستوى الحركي أيضا باختلاف طفيف بينه وبين مريضة الحالة الأولى في النتائج خاصة فيما يخص التحكم في الوظيفة البولية حيث أنها سليمة عند مريض الحالة الثانية وهذا ما يفسر حصوله على علامة 55/100، إلا ان مريض الحالة الثانية يتشابه مع مريضة الحالة الأولى من حيث عدم القدرة على القيام بالنشاطات اليومية لوحده وبدون مساعدة مقدم الرعاية العائلي، أما فيما يخص مستوى فقدان الاستقلالية المعرفي فلقد تحصل مريض الحالة الثانية على علامة 13/30 التي تشير إلى اختلال متوسط على المستوى المعرفي يظهر خاصة في اضطرابات اللغة (الحبسة) وأيضا مشاكل في الفهم، إضافة إلى القلق والإكتئاب حسب الطبيب المعالج في تقريره.

هذه النتائج تدل على أن هناك تشابه نسبي فيما يخص نتائج مستوى فقدان الاستقلالية الحركي لدى المريضين إلا أن مستوى فقدان الاستقلالية المعرفي كان عند مريض الحالة الثانية أكثر شدة كما كان هذا سبب في معاناة الحالة الثانية وهذا ما يفسر ارتفاع مستوى العبء لديها حيث أن اضطرابات اللغة تزيد من معاناتها لصعوبة الاتصال والتواصل وفهم المريض إضافة إلى الوقت الذي تأخذه عملية فهم المريض من طرف مقدم الرعاية العائلي، كما أن المريض تجعله هذه الوضعية في حالة من الإحباط تولد لديه أحاسيس الغضب التي تترجم إلى سلوكيات عدوانية خاصة لفظية اتجاه مقدم الرعاية العائلي والتي هي زوجته إضافة لمعاناته من القلق والإكتئاب، كما ظهر تأثير هذه الوضعية على إجابات الحالة على سلم العبء والتي تحصلت الحالة الثانية على مستوى شديد من العبء مما يجعلنا نستنتج انه رغم التشابه النسبي في مستويات فقدان الاستقلالية الحركي بين المريضين إلا أنهما يختلفان من حيث نتائج مستوى فقدان الاستقلالية المعرفي والذي صنع الفارق في نتائج الحالتين على سلم Zarit للعبء وأيضا من خلال المقابلات التي أظهرت فيها الحالة الثانية معاناتها بسبب الاضطرابات المعرفية عند زوجها، مما يجعل فرضيتنا الثانية تتحقق والتي نصت على انه كلما ارتفعت مستويات فقدان الاستقلالية الحركي والمعرفي عند المريض المصاب بالجلطة الدماغية ارتفعت معه مستويات العبء لدى مقدم الرعاية العائلي، تحققت الفرضية خاصة فيما يخص مستوى فقدان الاستقلالية

المعرفي والذي ظهر تأثيره على مستوى العبء لدى الحالة الثانية وهذا ما أشارت إليه كل من دراسة Caputo 2011, Zarit 1980, Seys 2012, Ducharme 2006, Mollard 2009 على أن مستويات فقدان الاستقلالية عند المريض تؤثر على مستويات العبء لدى مقدم الرعاية العائلي خاصة المشاكل والاضطرابات على المستوى المعرفي التي تزيد من صعوبة مهمة الرعاية وترفع من مستويات الإجهاد النفسي والعبء خصوصا إذا ارتبطت باضطرابات نفسية وسلوكية عند المريض، وهذا ما لاحظناه بخصوص الحالة الثانية والتي كان من أسباب حصولها على مستوى مرتفع من العبء الاضطرابات المعرفية، النفسية والسلوكية عند زوجها مقارنة بالحالة الأولى المتحصلة على مستوى متوسط من العبء والتي لا تعاني أمها من اختلال مهم على المستوى المعرفي أو النفسي السلوكي، حيث نستنتج من هذا تحقق فرضيتنا الثانية واتفاقها مع مجموعة من الدراسات السابقة المذكورة على أن هناك علاقة بين ارتفاع مستويات فقدان الاستقلالية الحركي والمعرفي وبين ارتفاع مستوى العبء لدى مقدم الرعاية العائلي المصاب بالجلطة الدماغية خاصة فقدان الإستقلالية المعرفي.

كان الهدف من خلال هذا الطرح هو الكشف عن تأثير فقدان الاستقلالية باعتباره عبء موضوعيا على العبء الذاتي لدى مقدم الرعاية العائلي وهذا ما تبين لنا أيضا من خلال إجابات الحالتين على بنود مقياس العبء حيث كان الاختلاف بين الإجابات واضح خاصة على البنود 1-3-4-5-8-12-13-14-22 التي أجابت عليها الحالة الثانية والتي تحصلت على مستوى عبء شديد ب (دائما)، أما الحالة الأولى فقد أجابت على هذه البنود ب (أحيانا) أو (أبدا) مما يؤكد أيضا تحقق فرضيتنا.

### 3- مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الثالثة:

كان التساؤل الثالث لدراستنا هو هل يؤثر مستوى العبء المرتفع على الصحة الجسمية والنفسية لمقدم الرعاية العائلي وهل تتأثر مجالات حياته الاجتماعية، الاقتصادية والعائلية بدور تقديم الرعاية، ومن أجل التحقق واختبار الفرضية الثالثة التي نصت على أن مستوى العبء المرتفع يؤثر على الصحة الجسمية والنفسية لمقدم الرعاية العائلي للمريض المصاب بجلطة دماغية

كما أن مجالات حياته الاجتماعية، العائلية والاقتصادية تتأثر أيضا بدور تقديم الرعاية، حيث تم الاستعانة بنتائج كل أدوات الدراسة بهدف اختبار هذه الفرضية والتحقق منها حيث توصلنا إلى أن الحالة الثانية التي تحصلت على مستويات مرتفعة من العبء كانت تشتكي على المستوى الصحي من إنهاك جسمي شديد، إضافة إلى اضطرابات في النوم خاصة فقدان النوم واضطرابات في الشهية وفقدان للوزن، كما أنها تحس دائما بالتعب وفقدان الطاقة، أما فيما يخص الحالة الأولى التي تحصلت على عبء متوسط فقد تشابهت مع الحالة الثانية فيما يخص الإنهاك الجسمي الشديد واضطرابات النوم فقط وهذا ما أشار إليه Zarit 1991 على أن اضطرابات النوم الشديدة مرتبطة بمستويات مرتفعة من العبء لدى مقدم الرعاية العائلي كما أشارت Pariel 2013 أن الإنهاك الجسمي الشديد مرتبط أيضا بمستويات مرتفعة من العبء عند مقدم الرعاية العائلي، كما أن فقدان الشهية لدى مقدم الرعاية العائلي شائع جدا عند هذه الشريحة حسب دراسة Turcotte وMaire 2013 حيث يعتبر فقدان الشهية السبب الأول لفقدان الوزن لديهم، حيث يمكن القول من خلال هذا أن الحالة الثانية ظهرت عليها أعراض جسمية وشكاوي أهم من الحالة الأولى خاصة فقدان الشهية وفقدان الوزن اللذان لم يظهر على الحالة الأولى رغم الفارق الكبير في مدة الرعاية بين الحالتين، إلا أن الحالتين تتشابهان في الإنهاك الجسمي الشديد واضطرابات النوم، أما على الصعيد النفسي فلقد لاحظنا تأثير الصحة النفسية للحالتين إلا أنهما يختلفان من حيث شدة هذه الآثار حيث لاحظنا مظاهر الغضب عند الحالتين إلا أنهما يختلفان في التعبير عنه، فالحالة الأولى تكبت مشاعر الغضب كما تسبب لها الشعور بالذنب وهذا بسبب الوازع الديني، أما الحالة الثانية فإنها تظهر الغضب للمريض ولجميع أفراد العائلة كما أنها تستعمل عدوانية لفظية اتجاه المريض ناتجة عن الإحساس بالإحباط راجع إلى كثرة المسؤوليات وأيضا إلى الاضطرابات المعرفية، النفسية والسلوكية عند المريض خاصة العدوانية مما يعقد مهمة الرعاية بالنسبة للحالة الثانية والتي ظهرت عليها أيضا مشاعر الذنب النابعة من الشفقة على المريض مقارنة بالحالة الأولى التي كانت مشاعر الذنب عندها نابعة من الوازع الديني وأحيانا نابعة من وضعية ترك المريض لوحده مع أن هذه

الوضعية نادرة جداً، وهذه النتائج فيما يخص أحاسيس الغضب والشعور بالذنب وشدتها عند مقدم الرعاية العائلي وعلاقتها بمستويات مرتفعة من العبء لديه أشار إليها كل من Turcotte 2013, Rossinote 2009, Tchokote 2020, Bauman et Aiache 2009 على وجود علاقة ارتباطية بين المستويات المرتفعة من العبء وشدّة أحاسيس الغضب ومشاعر الذنب عند مقدم الرعاية العائلي، كما تشير دراستنا أن الحالتين تشتركان في الإحساس بالملل إلا أنه أكثر شدة عند الحالة الثانية حيث تشير Maire 2013 في هذا السياق إلى التقلبات المزاجية عند مقدم الرعاية العائلي ومشاعر الحزن والإحباط، حيث كانت هذه المظاهر أكثر شدة عند الحالة الثانية وهذا ما أظهرته نتائج سلم Zarit أيضاً خصوصاً ما يتعلق بالعبء الذاتي والذي يشمل التأثيرات على الصحة الجسمية و النفسية لمقدم الرعاية العائلي وهذا ما يتفق مع ما أشار إليه Zarit 1991 على أن الملل، الحزن والإحباط عند مقدم الرعاية العائلي مرتبط بمستويات مرتفعة من العبء، كما ظهر على الحالة الثانية أعراض اكتئابية ظاهرة خارجياً على ملامحها كما تظهر أيضاً في فقدان الشهية، فقدان الوزن، التوقعات السلبية، الإحساس بعدم القدرة وعدم الرغبة في الاستمتاع إضافة إلى مظاهر القلق وهذا ما أشار إليه أيضاً كل من Zarit 1991 وDarnaud 2007 على أن الأعراض الاكتئابية، القلق، إضافة إلى الحزن كلها مظاهر نفسية مرتبطة بمستويات مرتفعة من العبء كما اتفقت كل من دراسة Turcotte 2013, Pariel 2013, Ducharme 2006 مع هذا الطرح، كما أن الحالتين تختلفان من حيث إدراك وضعية الرعاية حيث أن الحالة الأولى تختبئ وراء مظاهر الإنكار لوضعيتها ومعاناتها المرتبطة بدور الرعاية وهذا ما أشار إليه Mariage et al 2006 على أن الكثير من مقدمي الرعاية ينكرون معاناتهم ويعتبرون وضعية الرعاية وضعية عادية، وهذا ما تم ملاحظته على الحالة الأولى التي تعطي معنى ديني في دور الرعاية يثبت مظاهر الإنكار لديها كما يثبتها أكثر في الدور وخاصة أنها تشعر بأن اعتبار وضعية الرعاية أو المريض عبء عليها لا يتفق مع وازعها الديني وهذا ما ظهر من خلال المقابلات عموماً وخصوصاً إجابتها على البند الأخير من مقياس العبء الذي يشير إلى اعتبار المريض كعبء بالنسبة لمقدم الرعاية العائلي حيث نفت هذا بإجابتها ب

(أبدا) على هذا البند، قد تكون هذه الإجابة نابعة خوفا من الشعور بالذنب المرتبط بالوازع الديني كما أنها قد تكون راجعة للإنكار التام للوضع، كما يمكن ان تكون راجعة إلى المرغوبية الاجتماعية *La désirabilité sociale* والحرص على الظهور أمام الباحث كأفضل مقدم رعاية عائلي، أما الحالة الثانية تدرك وضعية الرعاية كمصدر للإجهاد النفسي كما أنها تتذمر من المريض ومن وضعية الرعاية ولا تتقبلها مقارنة بالحالة الأولى التي تتميز بالتقبل ومشاعر الصبر والحب اتجاه المريض.

أما فيما يخص الحياة الاجتماعية لمقدم الرعاية العائلي وتأثرها بوضعية الرعاية فلقد تبين ن الحالتين يعانين من وحدة وعزلة اجتماعية ناتجة عن حتمية التواجد المستمر مع المريض من جهة وكثرة المهام والمسؤوليات المرتبطة برعاية المريض وتسيير الشؤون المنزلية من جهة أخرى وهذا ما أشار إليه كل من Lavoie 2000, Coudin 2004, Ducharme 2006 على أن عزلة مقدم الرعاية العائلي ترجع إلى افتقاره لأوقات الحرية بسبب تواجده المستمر مع المريض، إلا ان الحالة الأولى تذكر أسبابا أخرى لعزلتها الاجتماعية متعلقة بالمريض حيث أن أمها ترفض الخروج والظهور بكرسي متحرك وهذا ما يشير إلى الوصم وأحاسيس العار عند المريض التي أشارت إليها الحالة الأولى على أنها من أسباب عزلتها هي والمريضة معا بحكم عدم رغبة المريضة في الخروج مما يزيد من عزلة الثنائي وهذا ما أشار إليه أبو حامد 2009 على أن مشاعر الوصم الناتجة عن الإعاقة عند المريض المصاب بالجلطة الدماغية من أسباب عدم رغبته في الخروج وتجنب شفقة الآخرين كما أشار إليها أيضا Mollard 2009 على انه راجع إلى تمثلات اجتماعية سلبية حول المرض والإصابة بالإعاقة.

أما فيما يخص الآثار على الجانب الاقتصادي والمالي لمقدم الرعاية العائلي فقلد ظهرت الأعباء المادية المرتبطة بوضعية الرعاية عند كلتا الحالتين نظرا لمستواهم الاجتماعي الذي يتراوح ما بين المنخفض إلى المتوسط خاصة عند الحالة الأولى التي تعيش أوضاع اقتصادية هشة تظهر في نوع السكن الفوضوي وقلة الموارد المالية للأسرة وغياب الدعم المادي مما جعل الحالة الأولى تلجأ إلى بيع أغراضها الخاصة لتغطية التكاليف المرتبطة برعاية المريض من

فحوصات، أشعة، علاجات وأدوية خاصة في السنوات الأولى بعد الإصابة أين كان المريض لا يستفيد من خدمات الضمان الاجتماعي، أما الحالة الثانية فلقد اشتكت أيضا من سوء الأوضاع المالية للأسرة خاصة ما يتعلق بالتكاليف الموجهة للمريض كما أن الدخل الوحيد للأسرة هو الأجرة الشهرية لزوجها المصاب وأن هذا الدخل لا يكفي حتى المتطلبات الأساسية للأسرة، كما ان الحالة الثانية أيضا كانت مجبرة على بيع أغراضها الشخصية لتغطية حاجيات المريض، هذه النتائج تتفق مع ما أشار إليه Pyper 2006 على أن مقدمي الرعاية العائليين يعتبرون أنهم ينفقون أكثر من مدخراتهم المالية الشخصية كما أن النفقات المرتبطة برعاية المريض تآزم الوضع المالي وتؤثر على إمكانياته المادية، كما تتفق أيضا نتائجنا في هذا السياق مع ما ذكره Steben-Chabot et al 2018 على أن الأعباء المالية المتعلقة بالمريض مثل التنقل، الفحوصات، العلاجات التأهيلية واقتناء العتاد الطبي يتحملها غالبا مقدم الرعاية العائلي من أمواله الخاصة.

وفيما يخص تأثير دور الرعاية على المجال العائلي للحالات محل الدراسة فلقد بينت النتائج غياب صراعات عائلية عند الحالة الأولى حيث تتصف العائلة بالتماسك والتكاتف بين أفرادها إلا أن وضعية الرعاية كانت سببا في إلغاء زفاف الحالة الأولى و عزوفها المستمر عن الزواج لمواصلة رعاية أمها، أما الحالة الثانية فإنها تشكي من صراعات عائلية ناتجة خاصة عن الاضطرابات النفسية والسلوكية عند زوجها خاصة العدوانية اللفظية الموجهة لمقدم الرعاية العائلي ولأفراد الأسرة الآخرين كما أن الحالة الثانية أيضا ونظرا لتقلبات المزاج ومظاهر الغضب عندها والناتجة عن ضغوطات وضعية الرعاية تجعلها هي أيضا عدوانية اتجاه المريض واتجاه أفراد الأسرة الآخرين، كما أشارت الحالة الثانية إلى هشاشة العلاقة الزوجية بسبب العلاقة السابقة السيئة من جهة ويسبب سلوكيات المريض واضطراباته النفسية من جهة أخرى كما أنها تشعر بأنها مضطرة ومجبرة على رعاية المريض وتعتبره التزاما عائليا وعبء عليها، وهذه الأسباب تجعل كل أفراد الأسرة في وضعية ضاغطة، وهذا ما أشار إليه Clement 2003 في تصنيفه لمقدم الرعاية العائليين أن مقدم الرعاية العائلي المضطر والمجبر نجده دائما

متوتر، عصبي وغير راضي لتبنيه لدور الرعاية وهذا ما قد يخلق صراعات مع المريض وأفراد العائلة الآخرين، كما أنه وفي نفس السياق تشير دراسة Lecours 2015 المذكورة في Steben- Chabot et al 2018 أن 69% من مقدمي الرعاية النساء وجدوا اختلالا في علاقاتهم العائلية والاجتماعية بسبب توليهم لدور تقديم الرعاية.

وخلاصة لهذا كله ويهدف التحقق من الفرضية الثالثة فانه يمكن القول وحسب النتائج المتحصل عليها من خلال دراستنا أن مستوى العبء المرتفع يؤثر على الصحة الجسمية والنفسية لمقدم الرعاية العائلي وهذا ما تبين من خلال الحالة الثانية والتي تحصلت على علامة 77/88 على سلم Zarit للعبء والتي تشير إلى عبء شديد حيث كانت تعاني هذه الحالة من إنهاك جسمي شديد واضطرابات النوم، فقدان الشهية وفقدان الوزن أما على الجانب النفسي فالحالة الثانية تحت إجهاد نفسي شديد ومزمن، تقلبات مزاجية ومظاهر الغضب إضافة إلى أعراض اكتئابية، قلق وملل من وضعية الرعاية، أما الحالة الأولى التي تحصلت على علامة 52/88 على سلم Zarit للعبء والتي تشير إلى عبء متوسط حيث كانت تعاني هذه الحالة من إنهاك جسمي واضطرابات في النوم على الجانب الجسمي أما الجانب النفسي فلقد تم ملاحظة أحاسيس ذنب ومشاعر غضب لا يعبر عنها، وهذا ما يشير إلى أن الآثار الجسمية والنفسية الناتجة عن دور تقديم الرعاية كانت أكثر وضوحا وشدة عند الحالة الثانية مقارنة بالحالة الأولى وهذا ما يؤكد فرضيتنا في جزئيتها التي تنص على أن مستوى العبء المرتفع يؤثر على الصحة الجسمية والنفسية لمقدم الرعاية العائلي، أما فيما يخص الجزئية الأخرى من الفرضية الثالثة والتي تنص على أن مجالات الحياة الاجتماعية، العائلية والاقتصادية تتأثر بدور تقديم الرعاية فإنها أيضا تحققت من خلال النتائج المتحصل عليها حيث لاحظنا عزلة اجتماعية عند الحالتين ناتجة عن تبني دور الرعاية، كما لاحظنا أيضا هشاشة الأوضاع الاقتصادية للحالتين والأعباء المالية الملقاة عليهم، كما أن التأثيرات العائلية كانت واضحة فيما يخص الصراعات العائلية عند الحالة الثانية وسوء العلاقة بينها وبين زوجها المصاب، أما الحالة الأولى فظهر التأثير في اضطرابها لإلغاء زفافها وعزوفها المستمر عن الزواج بسبب توليها لدور الرعاية و

نية المواصلة في هذا الدور وأيضاً في تعرض الأب إلى صدمة نفسية أدت به إلى الإصابة بالاكنتاب، كل ما عرضناه يسمح لنا في تأكيد صحة فرضيتنا وتحققها على أن مستوى العبء المرتفع يؤثر على الصحة الجسمية والنفسية لمقدم الرعاية العائلي كما أن مجالات حياته الاجتماعية، العائلية والاقتصادية تتأثر أيضاً بتبنيه لدور تقديم الرعاية للمريض المصاب بالجلطة الدماغية.



## الخاتمة

في ختام هذا البحث الذي حاولنا من خلاله التطرق إلى موضوع يمس شريحة واسعة من أفراد المجتمع ألا وهي مقدمي الرعاية العائليين للمرضى المصابين بالجلطة الدماغية، حيث هدفت دراستنا إلى الكشف عن مستوى العبء لدى مقدم الرعاية العائلي للمريض المصاب بالجلطة الدماغية ومدى تأثير فقدان الاستقلالية بنوعيتها الحركي والمعرفي عند المريض على مستوى العبء لديه، ومدى تأثير دور تقديم الرعاية على صحته الجسمية والنفسية وأيضاً تأثير هذا الدور على مجالات حياته الاجتماعية، العائلية والاقتصادية، ولتحقيق أهداف البحث والإجابة عن التساؤلات والتحقق من الفروض واختبارها اختيرت مجموعة البحث بطريقة قصدية حيث كانت متكونة من حالتين كلهم إناث الحالة الأولى ابنة المصابة أما الحالة الثانية فهي زوجة المصاب، تم الاستعانة بالمنهج العيادي حيث استخدم دليل المقابلة النصف الموجهة ومقياس Zarit للعبء بالنسبة للحالتين، كما تم تمرير مؤشر Barthel لقياس فقدان الاستقلالية الحركي ومقياس التقييم المعرفي المتبع في مونتريال Moca لقياس فقدان الاستقلالية المعرفي عند المصابين بالجلطة الدماغية ولقد تم تمرير هاذين المقياسين من طرف الطبيب المختص في الطب العصبي والمتابع طبياً للمصابين، وبعد استعراض الدراسة بشقيها النظري والتطبيقي استطعنا الوصول إلى استنتاج وحوصلة عامة حول موضوع دراستنا والإشكالية المطروحة والفرضيات المقترحة، كما توصلنا إلى فهم متغيرات دراستنا وأبعادها من خلال ما جمعناه من معلومات ودراسات سابقة حول الموضوع ومفاهيمه، وبعد جمع المعطيات والبيانات وتحليلها توصلنا إلى النتائج التالية:

فيما يخص الإشكالية الرئيسية والتي نصت فرضيتها على أن مستوى العبء مرتفع لدى مقدم الرعاية العائلي للمريض المصاب بالجلطة الدماغية، فلقد تحصلنا على نتائج متباينة بين الحالتين حيث تحصل الحالة الأولى على مستوى عبء متوسط أما الحالة الثانية فلقد تحصلت على مستوى عبء شديد، مما يجعل فرضيتنا تتحقق جزئياً، ويعود هذا التباين في نتائج العبء

إلى عدة متغيرات وعوامل متعلقة بالمريض وبمقدم الرعاية العائلي حيث كان أهم هذه المتغيرات والعوامل: نوعية العلاقة السابقة والحالية بين المريض ومقدم الرعاية العائلي، الحافز والدافع لتبني دور تقديم الرعاية والرغبة في الاستمرار في الدور من عدمها، نسبة فقدان الاستقلالية عند المريض ببعديها الحركي والمعرفي وخاصة المعرفي، الاضطرابات النفسية والسلوكية عند المريض خاصة العدوانية، بالإضافة إلى عوامل أخرى كان لها تأثير نسبي وتشابهت عند الحالتين كالعزلة الاجتماعية، العبء المالي وتواجد صراعات عائلية من عدمها إضافة إلى خصائص نفسية متعلقة بمقدم الرعاية العائلي كاستراتيجيات مواجهة المواقف الضاغطة المرتبطة بدور الرعاية، كما تحققت الفرضية الثانية حيث كان ارتفاع مستوى العبء عند الحالة الثانية موازيا لمستويات مرتفعة من فقدان الاستقلالية خاصة المعرفي والذي كان له تأثيرا هاما في رفع مستوى العبء عند الحالة الثانية، كما تحققت الفرضية الثالثة بتأكيد تأثير دور تقديم الرعاية على مجالات حياة مقدم الرعاية العائلي الاجتماعية، العائلية والاقتصادية، كل هذه النتائج تسمح لنا القول بأن مقدمي الرعاية العائليين للمريض المصاب بالجلطة الدماغية الذين شملتهم هذه الدراسة تختلف لديهم مستويات العبء وهذا حسب عدة متغيرات وعوامل قد ترفع أو تخفف من مستويات العبء لديهم، كما أن مستويات فقدان الاستقلالية لدى المريض المصاب بالجلطة الدماغية تؤثر سلبا على مستويات العبء لدى مقدم الرعاية العائلي خاصة فقدان الاستقلالية على المستوى المعرفي، كما أن الحياة الاجتماعية لمقدم الرعاية العائلي تختل نتيجة لعزلته الحتمية بحكم تواجده الدائم مع المريض وكثرة المهام والمسؤوليات المتعلقة بالرعاية، إضافة إلى التأثيرات السلبية على الجانب العائلي لمقدم الرعاية والمتمثلة في الصراعات العائلية والهشاشة داخل الأسرة بالنسبة للحالة الثانية، العزوف عن الزواج واكتئاب الأب بالنسبة للحالة الأولى، كما أن التكاليف والأعباء المالية المتعلقة بالمريض خاصة وضعت الحالتين في وضعية اقتصادية هشة وحرجة.

### التوصيات والاقتراحات:

في حدود اطلاع الباحث وبعد قيامنا بهذه الدراسة تمكنا نسبيا الكشف عن حقائق مهمة حول مقدم الرعاية العائلي للمريض المصاب بالجلطة الدماغية، وانطلاقا من أهم النتائج خرجنا بمجموعة من التوصيات والاقتراحات العلمية، حيث اتفقت دراستنا في مجملها مع الكثير من الدراسات السابقة التي اهتمت بمفهوم العبء عند مقدم الرعاية العائلي وتأثير دور الرعاية على مختلف مجالات حياته، وهو ما يجعلنا ندعو للتعلم أكثر في هذا الموضوع لما له من أهمية في فهم الجوانب البارزة لحياة مقدم الرعاية العائلي، ولهذا نقترح أن نتناول الدراسات والبحوث اللاحقة مجموعة من المتغيرات التي ظهرت من خلال دراستنا في شقيها النظري والتطبيقي، وإيماننا من الباحث أن الدراسة الجيدة هي تلك الدراسة التي تخلق وتطرح تساؤلات وأفكار جديدة تحتاج للمزيد من البحث والدراسة فإن أول هذه الاقتراحات البحثية هو الأخذ بعين الاعتبار نقائص هذه الدراسة وجوانب القصور فيها بهدف التعمق أكثر وتغطيتها، كما يمكن اقتراح المواضيع البحثية التالية:

- إجراء بحوث كمية أين تكون العينة كبيرة وممثلة لمجتمع الدراسة للحصول على نتائج أكثر دقة وشمولية.

- الإجهاد النفسي واستراتيجيات المواجهة عند مقدم الرعاية العائلي، الاحتراق النفسي، الاكتئاب وعلاقته بجودة الحياة عند المريض وعند مقدم الرعاية العائلي، القلق وتأثيره على صحته، العدوانية عند المريض وتأثيراتها على مقدم الرعاية، نوعية النوم والشهية، الحاجيات، اللدونة النفسية أو الجلد عند مقدم الرعاية العائلي وعلاقتها بمستويات العبء، العزلة الاجتماعية وأثارها على صحته، تأثير العلاقة السابقة على جودة حياة الثنائي (مقدم رعاية عائلي، مريض)، سوء المعاملة اتجاه المريض، العدوانية عند المريض وعلاقتها بمستويات العبء لدى مقدم الرعاية العائلي، كما يمكن اقتراح الايجابيات المدركة لديه اتجاه تبني دور تقديم الرعاية والاستمرار فيه.

وانطلاقاً أيضاً من نتائج البحث فإننا نذكر فيما يلي مجموعة من التوصيات التي تساعد شريحة مقدمي الرعاية العائليين وتخفف من الآثار السلبية لدورهم:

- التقييم الشامل لحاجيات مقدم الرعاية العائلي ومعاينته من الأولويات التي على المنظومة الصحي أخذها بعين الاعتبار كالاقرار بمقدم الرعاية العائلي وتضحياته.

- العمل مستقبلاً على تشجيع سياسة تبني دور الرعاية الطبية الخاصة بالمرضى الفاقدين للاستقلالية والمسنين كما هو معمول به في دول أخرى للتكفل النوعي بالمرضى من جهة والسماح لمقدم الرعاية بأخذ الراحة والاهتمام بحياته الشخصية ومسؤولياته الأخرى.

- توفير خدمات الرعاية المنزلية للمريض وتشجيع القطاع الخاص للاستثمار في مؤسسات الرعاية الخاصة لمساعدة مقدم الرعاية العائلي من طرف مقدم رعاية مهني، مع ضرورة وضع سياسات تضمن الدعم المادي للاستفادة من هذه الخدمات على حسب كل حالة .

- إنشاء جمعيات وهيئات اجتماعية تدعم المرضى ومقدمي الرعاية العائليين وتعمل على التنسيق بين المصالح الطبية ومقدمي الرعاية لتنشيط وتنظيم محاضرات أو ورشات عمل تدريبية و تثقيفية وحصص تربية علاجية يستفيد منها مقدمو الرعاية و مرضاهم، بالإضافة إلى مجموعات التحدث والدعم والتي تسمح بتفعيل النشاطات الاجتماعية كما تسمح بالتنفيس الانفعالي لمقدمي الرعاية ومشاركة تجاربهم مع مقدمي رعاية آخرين، كما يجب التكفل الطبي والنفسي لمقدم الرعاية للحفاظ على صحته النفسية والجسمية طوال مدة الرعاية.

- الاعتراف وتقديم المساعدة المالية لمقدم الرعاية العائلي من طرف السلطات واجب عليها لأن المنظومة الصحية في حد ذاتها تعتمد اعتماداً كبيراً على مقدمي الرعاية العائليين فهم يد عاملة لا تكلف شيئاً، ولهذا يجب الأخذ بعين الاعتبار التدابير اللازمة لمساعدة ومرافقة مقدمي الرعاية على جميع الأصعدة، كما يجب على السلطات تشجيع تأسيس جمعيات تهتم بمقدمي الرعاية على أن تكون هذه الجمعيات مدعمة بمراد بشرية ومادية للاستجابة لحاجيات مقدمي الرعاية العائليين.

# قائمة المراجع

- أبو حامد، سمير. (2009). *الجلطة الدماغية*. خطوات للنشر والتوزيع.
- أحمد محمد، شويخ هناء. (2012). *علم النفس الصحي*. مكتبة الأنجلو المصرية.
- آلية التروية الدماغية، تم النقل من <https://ar.wikipedia.org/> من 2020/05/13
- إيتان، يارون. (2014). *الحياة بعد السكتة الدماغية*. جمعية نثيمان لمصابي السكتة الدماغية.
- بن العيفاوي، حليلة. (2017). *الحوادث الوعائية الدماغية وتأثيرها على الحياة اليومية: دراسة نفس عصبية*. مجلة العلوم الإجتماعية، 4(7)، 1-10.
- التضرر حسب جهة الإصابة، النقل من <https://www.msmanuals.com/ar/home>
- الجلطة النزيفية، تم النقل من <https://www.youm7.com> من 2020/05/13
- سحايا الدماغ، تم النقل من <https://www.msmanuals.com/ar/home> من 2020/05/12
- سيد سليمان، عبد الرحمان. (2001). *الإعاقات البدنية*. مكتبة زهراء الشرق.
- شتيوي، مسعد. (2003). *المخ و الذاكرة: وسائل طبيعية غذائية لتحسين عمل الذاكرة ووقاية المخ من أمراض الشيخوخة*. مجلة أسبوت للدراسات البيئية، (25)، 136-149.
- شعلال، إسماعيل مصطفى. (2019). *برنامج تأهيلي لتطوير عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وتحسن صورة الجسم وتقدير الذات لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن جلطة دماغية*. رسالة دكتوراه علوم وتقنيات الأنشطة البدنية والرياضية. معهد التربية البدنية والرياضة. جامعة عبد الحميد بن باديس.
- الصليعي، عبد الناصر. (2020). *الحوادث الوعائية الدماغية، الباطنة العصبية*. كلية الطب البشري. جامعة الرياض.
- عسكر، علي. (1998). *ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها*. دار الكتاب العربي.
- قريشي، فيصل. (2011). *التدين وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى الإضطرابات الوعائية القلبية*. رسالة ماجستير تخصص علم النفس الصحة. كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية والعلوم الإسلامية. جامعة الحاج لخضر.
- لسان العرب لابن المنصور. (1980). دار المعارف القاهرة.
- ليندلي، ريتشارد لاين. (2014). *السكتة الدماغية*. (مزبودي هنادي، ترجمة). دار المؤلف.
- مادوكس، سام. (2017). *دليل مصادر الشلل (ط.4)*. مؤسسة كريستوفر ودانا ريف.
- مكونات الدماغ، تم النقل من <https://kayf.co/50-human-brain-facts> من 2020/05/12

- مكونات المخ، تم النقل من <https://www.msmanuals.com/ar/home> من 202/05/14
- ناصر، وردة. (2017). علاقة الضغط النفسي بالتوافق الزواجي لدى والدي الطفل المصاب بالسرطان. *مجلة دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، (19)، 39-48.*
- هاشم داود، حنين طعمة. (2013). *العبء والمسؤولية التي تقع على الأهل الذين يقدمون العناية للمرضى النفسيين. رسالة ماجستير. كلية الدراسات العليا. جامعة النجاح الوطنية نابلس.*
- Abu Shair, N. A., & Aljedi, A. Y. (2015). Burden of family caregivers of schizophrenic patients in Gaza strip. Palestine. *Journal of Natural Studies*. 23, (2), 29-40.
- Alem, J., Michaud, J., & Le blanc, L. (2014). *Les caractéristiques de stress et du fardeau sur les aidants naturels francophones œuvrant auprès des personnes atteintes de démence, problématiques, recension des écrits et hypothèses de recherches.* Université Laurentienne.
- Alexandre, K. (2011). *Le stress chez l'aidant naturel dont le proche est entrainement initial d'un cancer de poumon.* These de master en science infirmière. Faculté de médecine. Université de Lausanne.
- Altariba, B. (2017). *Perte d'autonomie, comment se prémunir.* Paris. CARAC. Mutualité française.
- Bauman, M., & Aiach, p. (2009). L'aidant principal face a l'AVC d'un proche. *Revue médecine, 5, (4), 184-188.*
- Bedard, F. (2019). *Explorer le partenariat entre infirmier, les personnes ayantsubit un AVC et leurs aidants proche.* Maitrise en science infirmières. Université Outaouais.
- Belickot, R., Bandzouzi, E., Mpandzou, G., & Ngouma, A. (2018). Evaluation de la charge de l'aidant après un AVC au C.H.U de Brazzaville, *African journalof neurogical sciences, 37, (1), 03-11.*
- Benbakhti, S., Chabni, M., Henaoui, L., & Megueni, K. (2016). Prise en charge des AVC au C.H.U de Tlemcen en Algérie. *Revue d'épidémiologie et de santépublique, (64), 240-249.*
- Benhaberou, D. (2014). La maladie d'Alzheimer et le deuil blanc, *pratiqueclinique, 11, (5), 43-45.*
- Bruchon-schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherches en soins infirmiers, (67).*
- Benilha, S., Raiah, M., Mesli, M., & Abdelouahab, A. (2017). Profile épidémiologique des patients atteints d'AVC au U.M.C d'Oran en 2015. *journald'épidémiologie et de santé publique, (18), 51-59.*
- Benkada, H., & Mebtoul, M. (2018). Implication associative et travail de santé des personnes atteintes de sclérose en plaques et de leurs proches a Oran. Algérie. *Insaniyat, (80-81), 35-53.*
- Beth-Doyle, A., & Amir, E. (2018). *Le stress de l'aidant, la psychologie peutvous aider.* Ottawa. Société canadienne de psychologie.
- Bouchard, K., Greenman, P., Pipe, A., Johnson, S., & Tulloch, H. (2019). Reducing caregiver distress and cardiovascular risk: a focus on caregiver-patient relationship quality, *Canadian journal of cardiology, 35, (10), 1409-1411.*

- Bouisson, J., & Amieva, H. (2015). *L'aide aux aidants, a l'aide ! Concepts, modèles, méthodes et défis*. Paris. Inpress.
- Bruegger, S. (2011). *Les émotions et le bien être psychique des aidants naturels accompagnant des personnes atteintes de démence*. Thèse de Bachelor en soins infirmier. Haute école de santé. Fribourg.
- Bucki, B. (2014). *La capacité de santé des aidants familiaux*. Thèse de doctorat en psychologie. Université de Lorraine.
- Cyrulnik, B. (2017). *Psychothérapie de Dieu*. Odile Jacob.
- Caputo, A. (2011). *Etude de la qualité de vie des patients et de leurs aidants naturels après un AVC hospitalisés en unité neurovasculaire au centre hospitalier d'Annecy*. Thèse de doctorat en médecine générale. Faculté de médecine de Grenoble.
- Carboneau, H., & Cahon, C. (2010). le concept des bien faits de la relation aidant-aidé dans la démence. *Santé et actualité*, 9, (3), 53-72.
- Charfeddine, F., Trigui, D., Ellouze, s., Aribi, L., Elleuch, E., Aloulou, J., & Amami, O. (2017). Dépression et fardeau chez les aidants familiaux de patients atteints de schizophrénie. *J.I.M. Sfax*, (27), 61-68.
- Compéon, A., & Le bihan, B. (2016). Le développement des dispositifs d'aides aux aidants, démarche d'investissement social ? *Informations sociales*, 1, (192), 88-97.
- Coudin, G. (2004). La réticence des aidants familiaux a recourir aux services gérontologiques : une approche psychosociale. *Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 2, (4), 285-296.
- Darnaud, T. (2007). *L'impact familial de la maladie d'Alzheimer, comprendre pour accompagner*. Chronique sociale.
- Davin, B., & Panaponaris, A. (2016). Quelle sont les conséquences de l'aide apportée par les proches aux personnes souffrantes de maladie neurodégénératives ? *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, (28-29), 474-479.
- Ducharme, F. (2006). *Famille et soins aux personnes âgées, enjeux, défis et stratégies*. Beauchemin.
- Fontaine, D. (2009). Les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement des personnes atteintes d'Alzheimer et d'aide a leurs aidants. *Gérontologie et société*, 32, (128-129), 225-241.
- Gaugler. 2007. *Etude sur les aidants naturels en France*. vu sur [www.has.fr](http://www.has.fr) le 29/06/2020.
- Gibert, M. (2015). *Utilisation de l'échelle de Zarit en consultation de médecine générale, ressentis des aidants familiaux*. Thèse de doctorat en médecine générale, Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen.
- Grad, J., & Sainsbury, P. (1963). Mental illness and the family. *The Lancet*, 281, (7280), 544-547.
- Guy, L., Deborah, L., & Belinda, M. (2013). *Le fardeau et la dépression chez les proches aidants*. Bachelor en sciences et soins infirmier. Haute école de santé de Vaud, Lausanne.
- Hebert, R., Bravo, G., & Girouard, D. (1993). Fidélité de la traduction française de trois instruments d'évaluation des aidants naturels de malades déments. *Revue canadienne du vieillissement*, 12, (3), 324-337.



- Henry. 2016. *Après un accident vasculaire cérébral, la vie sociale des patients est chamboulée : telle est la conclusion d'une nouvelle étude britannique*. Vu sur [www.topsanté.com](http://www.topsanté.com) le 25/04/2020.
- Hinrichsen, A., & Pallack, S.(1992). Difficulté et bien faits sur la famille aidantes d'un membre handicapé. *Le gérontologiste*, 32, (4), 92-23.
- Kerhervé, H. (2010). *Du domicile a l'institution : évaluation du stress et soutien par les conjoints et les enfants accompagnant un proche atteint de la maladie d'Alzheimer*. Thèse de doctorat en psychologie clinique. Université paris ouest.
- Kessler, C., & Boss, V. (2019). *Guide pour la promotion de la santé psychiques des proches aidants de personnes âgées*. Promotion santé en Suisse.
- Kolly, J., & Philipona, C. (2019). *Maintenir le rôle du proche aidant d'une personne adulte atteinte d'AVC*. Bachelor en soins infirmiers .Haute école de santé Fribourg. *L'index de Barthel*. Vu sur [www.cofemer.fr](http://www.cofemer.fr) le 17/07/2020.
- La maltraitance des malades*. Vu [www.who.int/ageing/projects/elder\\_abuse/fr](http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/fr) le 16/09/2020.
- Lafleur, I. (1998). *Le bien être, le fardeau et la culpabilité chez les aidants naturels d'un parent souffrant de problèmes cognitives*. Thèse de doctorat en psychologie. Université les trois rivières.
- Laizner, a., & Shegdo, B. (1993). Les besoin d'aidants naturels des patients cancéreux. *Revue d'oncologie et de soins infirmiers*, 9, (3), 114-120.
- Langis, A. (2018). *Efficacité d'un programme de régulation des émotions à l'intention des hommes proches aidants d'une personne malade atteinte de troubles neurocognitifs majeurs*. Thèse de doctorat en psychologie. Université Laval.
- Lavoie, j.p. (2000). Famille et soutien aux parents âgés dépendants .*Revue santé et bonne pratique*, 8, (11), 88-101.
- Lestrade, C. (2014). Les limites des aidants familiaux. *EMPAN*, (94), 31-35.
- Leurs, A., Trojak, B., Ponavay, E., Bonin, B., & Chauvet, J. (2108). Impact biopsychosocial de la charge des aidants : pourquoi faut' il porter une attention spécifique envers la santé des aidants ? *La presse Médicale*, (47), 732-740.
- Lkhoyali, S., Aitelhaj, M., & Errihani, H. (2014). Les effets bénéfiques de l'accompagnement du patient cancéreux, particularité du Maroc. *The panAfrican Medical Journal*, 19, (93), 33-45.
- Louchini, R. (2005). *AVC au Québec*. Institut national de santé publique. Québec.
- Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation, The Barthel Index. *Maryland state Med Journal*, (14), 56-61.
- Mainville, J. (2004). *Conséquences d'une modification de la personnalité d'un survivant d'AVC sur l'adaptation du conjoint aidant*. Maitrise en gérontologie, Université de Sherbrooke.
- Maire, S. (2013). Portrait des aidants familiaux. *Catalogue statistique du Canada*, 1, (89), 81-99.
- Mariage, A., Schmidt, F. (2006). La maladie d'Alzheimer et le deuil blanc. *Pratique clinique*, 11, (5), 43-45.
- Mathers, C-D., & Lancar, D. (2006). *Projection of global mortality and burden of disease from 2002 to the 2030*. Canada. Plos- Med.
- Mendis, S., Puska, P., & Norving, B. (2011). *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. World health organization, World Heart Federation, World Stroke Organization.

- Mollard, T. (2009). Aider les proches. *Gérontologie et société*, 32, (128-129), 257-272.
- Novak, M., & Guest, C. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The gerontologist*, 29, (6), 798-803.
- Nzakimuera, M. (2013). *Qualité de vie au domicile après un AVC*. Thèse de doctorat en médecine générale. Faculté de médecine de Créteil. Université Paris Est.
- Pariel, N. 2013, *l'aide aux aidants et la place de l'éducation thérapeutique*. Vu sur [www.seformeralageriatrie.org](http://www.seformeralageriatrie.org) le 18/07/2020.
- Petit Larousse illustré*. (2016) .Larousse.
- Pitsaer, P. (2011). *Education thérapeutique des aidants informels de patients atteints de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées*. Réseau de santé symbiose. L'argentièrre.
- Pralet, F. (2014). *Evaluer la prescription médicamenteuse des aidants, conjoint ou concubin de personne âgée en risque de perte d'autonomie*. Thèse de doctorat en médecine générale. Faculté de médecine de Nancy. Université de lorraine.
- Provost, V., & Vanorine, C. (2017). *Les aidants proches en Belgique : définition et statut*. Analyse et coordination des ONG a Bruxelles.
- Pyper, w. (2006). Concilier la carrière et les soins, l'emploi et les revenus en perspective. *Statistique Canada*, 7, (11), 54-72.
- Rigaux, N. (2009). L'aide informel aux personnes âgées démentes, fardeau ou expérience significatif. *Revue de psychologie et de neuropsychiatrie du vieillissement*, 7, (1), 57-63.
- Rossinot, H. (2019). *Aidants, ces invisibles*. Paris L'observatoire.
- Schnitzler, A. (2015). *Handicap dans les suites d'un AVC, étude de prévalence et impact des filières de soins*. Thèse de doctorat en médecine. Université de Versailles en Yvelines.
- Serge, C. (2003). Les enfants qui aident et leurs rapports aux professionnels, aides aux aidants familiaux, travail invisible et enjeux de santé. *Acte du colloque Romand des 10 et 11 novembre 2003 à Montreux*, 119-127.
- Seys, B. (2012). Aider un proche âgé a domicile : La charge ressentie. *L'étude Drees. Etudes et résultats*, (799), 1-8.
- Spitz, E., Bucki, B., Bauman, E. (2012). *L'estime ressentie en accomplissant le rôle d'aidant naturel et ses déterminants psychosociaux*. 53 eme congrès national de la société française de psychologie. Metz du 07 au 09 septembre 2012.
- Steben-chabot, J., Jacob-webner, S., & Charron, H. (2018). *Les proches aidants et les proches aidantes au Québec, analyse différenciée selon les sexes*. Québec. Conseil du statut de la femme.
- Tamoh-abel, C., Jiongo, T., Amon-tamoh, M., Akpovo, C., & Kodjo, V. (2019). Connaissance, perception et attitude face aux AVC: étude chez les aidants des patients victimes d'AVC hospitalisé au service de neurologie du CHU de Cocody Abidjan au Cote d'ivoire. *The African Journal of Neurological Science*, 38, (2), 81-89.
- Tchokote, E, C. (2020). Vécu des aidants familiaux prodiguant des soins a leurs parents atteint d'AVC au Cameroun. *Recherche en soins infirmiers*, 140,(1), 97-106.
- Tixier, M. (2010). *Aloa : un outil de soutien social en ligne pour les aidants familiaux*. Thèse de doctorat en spécialité réseau, connaissance et organisation. Institut Charles Delaunay. Université de technologie de Troyes.
- Turcotte, M. (2013). Etre aidant familial, quelle sont les conséquences. *Statistique Canada, Regard sur la société canadienne*, 75, (06), 48-56.

- Wan, N. (2011). Le stress et le stigma des aidants naturels. *MammothMagazine*, (10), 3-4.
- Weiss, M, G. (1997). Explanatory Model Interview Catalogue (IMIC), framework for comparative study of illness. *Transcultural psychiatry*, 34, (2), 235-263.
- Zarit, S, H., & Zarit, J, M. (1987). *Instruction for burden interview, technical document*. University Park, pa: Pennsylvania state university.
- Zarit, S, H., Reever, K., & Back-Peterson, J. (1980). Relative of impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist*, (20), 649-655.
- Ziad, N, T. *Version MOCA 12 novembre 2004*.vue sur [www.mocatest.org](http://www.mocatest.org) le 14/07/2020.

# الملاحق

## الملحق رقم 01: دليل المقابلة النصف موجهة

- المحور الأول:
- البيانات الشخصية لمقدم الرعاية العائلي والمريض:
  - الاسم:
  - السن:
  - الجنس:
  - مكان الازدياد:
  - الحالة المدنية:
  - المهنة:
- عدد الأطفال في حالة الزواج:
- عدد الإخوة:
- الترتيب بين الإخوة:
- المستوى الدراسي:
- المستوى الاجتماعي:
- نوع السكن:
- نوع القرابة مع المريض:
- مقيم مع المريض؟ :
- مدة تولي دور رعاية المريض:

- البيانات الشخصية للمريض:

- الاسم:

- السن:

- الجنس:

- مكان الازياد:

- الحالة المدنية:

- عدد الأبناء في حالة الزواج:

- المهنة:

- المستوى الدراسي:

- عدد الإخوة:

- الترتيب بين الإخوة:

- تاريخ الإصابة:

- نوع الإصابة:

- أمراض أخرى:

- الإعاقات الظاهرة:

- المحور الثاني:

- كيف بدأت دور تقديم الرعاية؟

- كيف كانت ردت فعلكم أثناء إصابة قريبكم بجلطة دماغية؟

- هل حصلتم على معلومات حول طبيعة الإصابة وكيفية تقديم الرعاية للمريض من طرف الفريق الطبي أو عن طريق وسائل أخرى؟
- هل تعرفون أنكم مقدم رعاية عائلي؟
- ما هي المهام اليومية التي تقومون بها خدمة ورعاية للمريض؟
- ما هو معدل الزمن اليومي المخصص لخدمة المريض بالساعات؟
- هل هناك مساعدة من طرف العائلة أو أشخاص آخرين؟
- هل تعتبرون ان مهام الرعاية تفوق قدراتكم ومواردكم؟
- هل هناك فترات للراحة؟
- ما سبب تبنيكم لهذا الدور وماذا يعني لكم؟
- هل اثر هذا الدور على مجالات حياتكم (الجسمية، النفسية، الاجتماعية، العائلية والمالية)؟
- هل انتم مصابون بمرض معين وهل تتناولون أدوية؟
- كيف كانت علاقتكم السابقة بالمريض وكيف هي العلاقة الآن؟
- كيف تعيشون هذه الوضعية؟
- ما هي احتياجاتكم كمقدم رعاية عائلي وماهية احتياجات المريض؟
- هل تشعرون أحيانا بالذنب و لماذا؟
- هل المريض عدواني اتجاهكم؟
- هل يستغل المريض حالته المرضية ليزيد من مهامكم؟
- هل حصل و ان قمتم بالإساءة إلى المريض؟

- لماذا تقومون بهذا الدور وما هو الدافع؟

- هل تشعرون بالايجابية لقيامكم بهذا الدور؟

- هل أثرت إصابة قريبكم أو تبنيكم لدور الرعاية على أفراد العائلة الآخرين؟

- المحور الثالث:

- كيف تفسرون إصابة قريبكم بالجلطة الدماغية؟

- هل بحثتم عن طرق أخرى غير الرسمية في علاج قريبكم؟

- ما هي عموما الصعوبات التي تواجهونها في مهمة الرعاية؟

- كيف تنظرون إلى مستقبلكم؟

- أخيرا نود ان نطلب منكم الإدلاء برأيكم و التعبير عن مشاعركم بكل صراحة حول تجربة المشاركة في هذا البحث، كما نود معرفة كيف تنظرون إلى دور تقديم الرعاية بعد مشاركتكم في هذا البحث.



## الملحق رقم 02: نتائج مقياس Zarit للحالة الأولى

### Échelle de Zarit ou Inventaire du Fardeau.

Le score total qui est la somme des scores obtenus à chacun de 22 items, varie de 0 à 88. Un score inférieur ou égal à 20 indique une charge faible ou nulle ; un score entre 21 et 40 indique une charge légère ; un score entre 41 et 60 indique une charge modérée ; un score supérieur à 60 indique une charge sévère.

Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncé, indiquer à quelle fréquence il vous arrive de vous sentir ainsi : jamais, rarement, quelquefois, assez souvent, presque toujours. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse.

#### Cotation :

- 0 = jamais  
1 = rarement  
2 = quelquefois  
3 = assez souvent  
4 = presque toujours

#### À quelle fréquence vous arrive-t-il de...

Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?	0 1 2 3 4
Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tiraillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales ou de travail) ?	0 1 2 3 4
Vous sentir embarrassé par les comportements de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis ?	0 1 2 3 4
Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent est dépendant de vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tendu en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?	0 1 2 3 4
Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?	0 1 2 3 4
En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ?	0 1 2 3 4

## الملحق رقم 03: نتائج مقياس Zarit للحالة الثانية

### Échelle de Zarit ou Inventaire du Fardeau.

Le score total qui est la somme des scores obtenus à chacun de 22 items, varie de 0 à 88. Un score inférieur ou égal à 20 indique une charge faible ou nulle ; un score entre 21 et 40 indique une charge légère ; un score entre 41 et 60 indique une charge modérée ; un score supérieur à 60 indique une charge sévère.

Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncé, indiquer à quelle fréquence il vous arrive de vous sentir ainsi : jamais, rarement, quelquefois, assez souvent, presque toujours. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse.

#### Cotation :

- 0 = jamais
- 1 = rarement
- 2 = quelquefois
- 3 = assez souvent
- 4 = presque toujours

#### À quelle fréquence vous arrive-t-il de...

Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?	0 1 2 3 4
Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tiraillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales ou de travail) ?	0 1 2 3 4
Vous sentir embarrassé par les comportements de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis ?	0 1 2 3 4
Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent est dépendant de vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tendu en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?	0 1 2 3 4
Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?	0 1 2 3 4
En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ?	0 1 2 3 4



## الملحق 04: نتائج مريض الحالة الأولى على مؤشر Barthel

### Index de Barthel

Evaluation: Initiale  Intermédiaire  Finale  DATE: 29/01/21

Renseignements socio-administratifs :

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Item	Description		Score
1. Alimentation	Indépendant. Capable de se servir des instruments nécessaires. Prend ses repas en un temps raisonnable	10	
	Besoin d'aide par exemple pour coupe	5	5
2. Bain	Possible sans aide	5	0
3. Continence rectale	Aucun accident	10	10
	Accidents occasionnels	5	
4. Continence urinaire	Aucun accident	10	
	Accidents occasionnels	5	5
5. Déplacements	N'a pas besoin de fauteuil roulant. Indépendant pour une distance de 50m, éventuellement avec des cannes	15	
	Peut faire 50 m avec aide	10	
	Indépendant pour 50 m dans une chaise roulante, si incapable de marche	5	5
6. Escaliers	Indépendant. Peut se servir de cannes.	10	
	A besoin d'aide ou de surveillance	5	5
7. Habillement	Indépendant. Attache ses chaussures. Attache sais boutons. Met ses bretelles	10	
	A besoin d'aide, mais fait au moins la moitié de la tâche dans un temps raisonnable	5	5
8. Soins personnels	Se lave le visage, se coiffe, se brosse les dents, se rase. Peut brancher un rasoir électrique	5	0
9. Toilettes	Indépendant. Se sert seul du papier hygiénique, chasse d'eau	10	
	A besoin d'aide pour l'équilibre, pour ajuster ses vêtements et se servir du papier hygiénique	5	5
10. Transfert du lit au fauteuil	Indépendant, y compris pour faire fonctionner une chaise roulante.	15	
	Surveillance ou aide minimale.	10	
	Capable de s'asseoir, mais a besoin d'une aide maximum pour le transfert	5	5
Score TOTAL (max=100) : 45/100			

# الملحق 05: نتائج مريض الحالة الأولى على مقياس MOCA

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)  
Version 7.1 FRANÇAIS

NOM :  
Scolarité :  
Sexe : F

Date de naissance : 15/1/75  
DATE : 17/21

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF		Copier le cube		Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)		POINTS			
	[0]		[0]	[1]	[0]	[0]	1/5		
DÉNOMINATION									
	[1]		[1]		[1]		3/3		
MÉMOIRE	Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.	1 <sup>er</sup> essai	2 <sup>ème</sup> essai	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Pas de point
		1	2	1	2	3	4	5	
ATTENTION	Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.). Le patient doit la répéter. [ ] 2 1 8 5 4 Le patient doit la répéter à l'envers. [ ] 7 4 2								1/2
	Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs [ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFABAAB								0/1
	Soustraire série de 7 à partir de 100. [1] 93 [0] 86 [0] 79 [0] 72 [0] 65 4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt								2/3
LANGAGE	Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [ ] L'argument de l'avocat les a convaincus. [1]								2/2
	Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min [ ] _____ (N≥11 mots)								1/1
ABSTRACTION	Similitude entre ex : banane - orange = fruit [ ] train - bicyclette [ ] montre - règle								0/2
RAPPEL	Doit se souvenir des mots SANS INDICES	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Points pour rappel SANS INDICES seulement		5/5
Optionnel	Indice de catégorie	1	1	1	1	1			
	Indice choix multiples								
ORIENTATION	[1] Date [ ] Mois [ ] Année [4] Jour [1] Endroit [1] Ville								4/6
© Z.Nasreddine MD www.mocatest.org Normal ≥ 26 / 30		TOTAL		20/30		Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans			
Administre par : D. Berlandy									



## الملحق رقم 06: نتائج مريض الحالة الثانية على مؤشر Barthel

### Index de Barthel

Evaluation: Initiale  Intermédiaire  Finale  DATE : 10/2/2020

Renseignements socio-administratifs :

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Item	Description		Score
1. Alimentation	Indépendant. Capable de se servir des instruments nécessaires. Prend ses repas en un temps raisonnable	10	
	Besoin d'aide par exemple pour coupe	5	5
2. Bain	Possible sans aide	5	0
3. Continence rectale	Aucun accident	10	10
	Accidents occasionnels	5	
4. Continence urinaire	Aucun accident	10	
	Accidents occasionnels	5	5
5. Déplacements	N'a pas besoin de fauteuil roulant. Indépendant pour une distance de 50m, éventuellement avec des cannes	15	
	Peut faire 50 m avec aide	10	10
	Indépendant pour 50 m dans une chaise roulante, si incapable de marche	5	
6. Escaliers	Indépendant. Peut se servir de cannes.	10	
	A besoin d'aide ou de surveillance	5	5
7. Habillement	Indépendant. Attache ses chaussures. Attache sais boutons. Met ses bretelles	10	
	A besoin d'aide, mais fait au moins la moitié de la tâche dans un temps raisonnable	5	5
8. Soins personnels	Se lave le visage, se coiffe, se brosse les dents, se rase. Peut brancher un rasoir électrique	5	0
9. Toilettes	Indépendant. Se sert seul du papier hygiénique, chasse d'eau	10	
	A besoin d'aide pour l'équilibre, pour ajuster ses vêtements et se servir du papier hygiénique	5	5
10. Transfert du lit au fauteuil	Indépendant, y compris pour faire fonctionner une chaise roulante.	15	
	Surveillance ou aide minime.	10	10
	Capable de s'asseoir, mais a besoin d'une aide maximum pour le transfert	5	

Score TOTAL (max=100) : 55 / 100

الملحق رقم 07: نتائج مريض الحالة الثانية على مقياس MOCA

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)  
Version 7.1 FRANÇAIS

NOM :  
Scolarité :  
Sexe : M  
Date de naissance : 20/12/56  
DATE : 14/3/21

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF		Copier le cube		Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)		POINTS			
						4/5			
[0]		[0]		[1] Contour [0] Chiffres [0] Aiguilles					
DÉNOMINATION									
						2/3			
[1]		[0]		[1]					
MÉMOIRE		Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Pas de point
		1er essai		1	1	0	0	0	
		2ème essai		1	1	0	0	0	
ATTENTION		Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.).		Le patient doit la répéter. [ ] 2 1 8 5 4					
				Le patient doit la répéter à l'envers. [ ] 7 4 2				0/2	
		Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs		[ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB				0/1	
		Soustraire série de 7 à partir de 100.		[1] 93	[0] 86	[1] 79	[0] 72	[1] 65	2/3
				4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt					
LANGAGE		Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [0]		L'argument de l'avocat les a convaincus. [0]				0/2	
		Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min		[0] _____ (N≥11 mots)				0/1	
ABSTRACTION		Similitude entre ex : banane - orange = fruit [ ]		train - bicyclette [ ]		montre - règle		0/2	
RAPPEL		Doit se souvenir des mots SANS INDICES		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Points pour rappel SANS INDICES seulement 2/5
				[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
Optionnel		Indice de catégorie		1	0	0	1	0	
		Indice choix multiples		0	1	1	1	1	
ORIENTATION		[1] Date	[1] Mois	[0] Année	[1] Jour	[1] Endroit	[1] Ville	5/6	
© Z.Nasreddine MD		www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL		12/30	
Administré par : Dr. Bahady						Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans			

# الملحق رقم 08: التقرير الطبي لنتائج (MOCA & Barthel) لمريض الحالة الأولى

## CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE d'ORAN

### Service de neurologie

#### RAPPORT MEDICAL

Il s'agit de la patiente [nom] née le 01/05/1955 originaire de [ville] et demeurant à Oran mariée mère de 04 enfants, est suivie en consultation externe pour un accident vasculaire cérébral ischémique ancien survenu en Mai 2007.

Antécédents :Thrombocytémie essentielle.

Histoire de la maladie :faiblesse musculaire de l'hémicorps gauche d'installation brutal.

L'examen clinique actuel : une hémiplegie gauche spastique avec un état anxieux et dépressif réactionnel.

L'examen cardiovasculaire: est sans particularité.

#### Bilan :

- Scanner cérébral : objectivait une hypodensité hémisphérique droite en faveur d'un AVC ischémique sylvien total droit.
- Biologie: normal.

Evolution : handicap physique avec un index de Barthel coté à 45/100

Et un handicap cognitif modéré dominé par les troubles attentionnels et exécutifs rendant le test de MOCA égal à 20/30.

Conclusion : Accident vasculaire cérébral ischémique chez une patiente droitière qui garde comme séquelle une hémiplegie gauche et troubles attentionnels.



Fait à Oran le 14/03/2021





# الملحق رقم 09: التقرير الطبي لنتائج (MOCA & Barthel) لمريض الحالة الثانية

## CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE d'ORAN

### Service de neurologie

#### RAPPORT MEDICAL

Il s'agit du patient \_\_\_\_\_, né le 20/12/1956 originaire et demeurant à Oran marié père de 06 enfants, est suivi en consultation externe pour un accident vasculaire cérébral ischémique ancien survenu en février 2017.

Antécédents : facteurs de risque vasculaire : tabac, alcool.

Histoire de la maladie : faiblesse musculaire de l'hémicorps droit avec trouble du langage d'installation brutal.

L'examen clinique actuel : objective une aphasie globale à prédominance expressive avec une hémiparésie droite spastique avec un état anxieux et dépressif réactionnel.

L'examen cardiovasculaire : est sans particularité.

#### Bilan :

- Scanner cérébral : objectivait une hypodensité pariétale gauche en faveur d'un AVC ischémique sylvien superficiel gauche.
- Biologie objectivait une hypercholestérolémie.

Evolution : handicap physique avec un **index de Barthel** coté à 55/100

Et un handicap cognitifs dominé par les troubles du langage surtout compréhensive rendant le test de MOCA égal à 13/30

Conclusion : **Accident vasculaire cérébral ischémique** chez un patient droitier qui garde comme séquelle une hémiparésie droite et aphasie globale.

Fait à Oran le 14/03/2021

