جامعـة غرداية

كليـة العلـوم الاجتماعية والانسانيـة

قســـــم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

البروفيل السيكولوجي لدى المصاب بالهيموفيليا

دراسة ميدانية لثلاث حالات من مدينة غرداية

مذكرة مقدمة لاستكمال شهادة الماستر في علم النفس العيادي

تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

– بن نذير مليكة

إشراف الأستاذ الدكتور:

– قدوري يوسف

لجنة المناقشة:

رقم	الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
01	يعقوب مراد	أستاذ محاضر " أ "	غرداية	رئيسا
02	قدوري يوسف	أستاذ التعليم العالي	غرداية	مشرفا ومقررا
03	بلعباس حنان	أستاذ محاضر " أ "	غرداية	مناقشا

الموسم الجامعي: 2021 /2022

جامعــة غرداية

كليــة العلــوم الاجتماعية والإنسانية

قســــــــم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

البروفيل السيكولوجي لدى المصاب بالهيموفيليا

دراسة ميدانية لثلاث حالات بمدينة غرداية

مذكرة مقدمة لاستكمال شهادة الماستر في علم النفس العيادي

تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

– بن ندير مليكة

تحت إشراف الأستاذ الدكتور:

– قدوري يوسف

لجنة المناقشة:

رقم	الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
01	يعقوب مراد	أستاذ محاضر " أ "	غرداية	رئيسا
02	قدوري يوسف	أستاذ التعليم العالي	غرداية	مشرفا ومقررا
03	بلعباس حنان	أستاذ محاضر " أ "	غرداية	مناقشا

الموسم الجامعي: 2021 /2022

إن أعظم هدية يمكنك أن تقدمها لشخص آخر هي الموقف النفسي والعقلي
والمتمثل في الاحترام الإيجابي للآخرين غير المقيد بشروط أي أنك تتقبلهم بكامل كيانهم وبدون حدود

رون آرون

الإهداء

الحمد والشكر لله رب العرش العظيم الذي جاد علينا بنور العلم فأنعم وأفضل بتوفيقي في إنجاز هذا العمل المتواضع، وأزكى الصلاة والسلام على صفيه وخليليه محمد خاتم الأنبياء والرسل عليه أفضل الصلاة والسلام.

أهدي ثمرة جهدي إلى:

نبع حياتي ومصدر إلهامي، إلى مصدر وجودي وسند أيامي إليكما يا من علمتماني معنى الحياة ومهم قلت فلن أوفيهما حقهما إلى والديا العزيزين أطال الله في عمرهما.

إلى أخواتي: (الزهرة، كريمة، كلثوم، نورة، صليحة، سمية، فريال).

وإلى جميع الصديقات والزميلات كل بأسمائهن.

كما أتوجه بالشكر إلى كل زملاء دفعة علم النفس العيادي.

وإلى أسرة المركز الجامعي بغرداية

وإلى كل من مدى لي يد العون

أهديكم جميعا هذا العمل.

إلى كل من ساهم في انجاز هذا العمل من قريب أو من بعيد ولو بالكلمة الطيبة.

مليكة

الشكر وعرفان

نحمد الله عزوجل على نعمه التي من بها علينا ويسر لنا القيام بهذا العمل ووفقنا لإتمامه.
أتقدم بأسمى عبارات الشكر والامتنان والتقدير لأستاذي البروفيسور الفاضل " يوسف قدوري" الذي شرفني بالإشراف على هذه الدراسة وعلى ما قدمه لي من توجيهات وإرشادات ومراجع مهمة ذات الصلة بموضوع الدراسة، وعلى حرصه الشديد على تكويني وعلى إخراج هذا العمل في أحسن صورة، وعلى نصائحه وتشجيعاته وتحفيزاته.
وإلى جميع أساتذة شعبة علم النفس، الذين أناروا لنا درب العلم والمعرفة خلال مسيرتنا الدراسية لسنوات من التحصيل العلمي، ونخص بالذكر، أساتذتنا الكرام الذين أشرفوا على تكوين دفعة علم النفس العيادي والذين رافقونا بتوجيهاتهم طيلة مسارنا الدراسي.

كما أتقدم بالشكر الجزيل لكل من ساهم في تقديم يد العون لإنجاز هده الدراسة وخاصة الدكتورة حنان بلعباس، الدكتورة يسمينه تشعبت الدكتورة نسيبة جماد، والدكتور مراد يعقوب، والدكتور عبد الحميد جديد على الدورات التكوينية القيمة في مجال علم النفس العيادي

وإلى الطاقم الطبي بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بغرداية وأخص بالذكر الدكتور "على بوسيحة " وأخصائي أمراض الدم "الدكتور فاروق محمدي، الدكتورة كلثوم وحادة، والدكتورة هجيره بلي "
وإلى أخصائيات علم النفس العيادي " سما سيد محمود، مسعودة أولاد الهدار "
وإلى مرضى الهيموفيليا الذين قدموا لي يد العون في إنجاز هذا العمل.

ويسرني أن أتقدم بشكري وخالص امتناني لأعضاء لجنة المناقشة "الدكتور مراد يعقوب" "والدكتورة حنان بلعباس" على تفضلهم بقبول مناقشة وتقييم هذا العمل.

وكل من زرع التفاؤل في دربنا وقدم لنا المساعدات والتسهيلات والمعلومات فلهم مني كل الشكر.

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية للكشف عن البروفيل السيكولوجي للمصاب بالهيموفيليا على عينة تتكون من ثلاث ذكور مصابين بمرض بالهيموفيليا (A) بمدينة غرداية باستخدام المنهج النوعي، وتم صياغة الحالة وفق المنظور المعرفي السلوكي والاعتماد على المقابلة العيادية نصف الموجهة والملاحظة ومقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (MMPI-2) وتوصلت النتائج إلى:

- وجود ملامح سيكوباثولوجية عند مرضى الهيموفيليا بمدينة غرداية تم استخراجها باستخدام مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI-2).
- وجود ملامح سيكوباثولوجية عند مرضى الهيموفيليا من نوع اضطرابات القلق (توهم المرض، الاكتئاب، التحويل).
- وجود ملامح سيكوباثولوجية من نوع الاضطرابات الدهانية من نوع (الفصام، البارانويا، الهوس) عند مرضى الهيموفيليا بمدينة غرداية.
- وجود مشكلات سلوكية من نوع (الانحراف السيكوباتي، الانوثة والذكورة، الانطواء الاجتماعي والوهن النفسي) عند مرضى الهيموفيليا بمدينة غرداية.

الكلمات المفتاحية: البروفيل السيكولوجي- الهيموفيليا.

Résumé :

Notre étude de recherche dans le cadre du mémoire master consiste, à détecter le profil psychologique de l'hémophile sur un échantillon de trois hommes atteints d'hémophilie de Ghardaïa visait à adopter une approche qualitative et la condition a été formulée selon la perspective cognitive comportementale et en s'appuyant sur l'entretien clinique semi-directive, l'observation et l'échelle multifacettes du Minnesota (MMPI-2) et les résultats étaient:

- Présence de caractéristiques psychopathologique chez les patients hémophiles de Ghardaïa a été extraite à l'aide de l'échelle de personnalités multifacettes du Minnesota (MMPI-2).
- Présence de caractéristiques psychopathologique du type troubles anxieux (hypochondrie, dépression, conversion) chez les patients hémophilies de Ghardaïa
- Présence de caractéristiques psychopathologique du type de troubles psychotique (schizophrénie, paranoïa, manie) chez les patients hémophiles de Ghardaïa.
- Présence des problèmes de comportement du type (déviation psychopathique, féminité et masculinité, introversion sociale et psychasthénie) chez les patients hémophiles de Ghardaïa.

Les mots clé : le profil psychologique – l'hémophilie.

فهرس المحتويات	الصفحة
الإهداء	أ
شكر و عرفان	ب
ملخص الدراسة:	ج
فهرس المحتويات.....	هـ
فهرس الجداول:	ر
فهرس الأشكال	ح
فهرس الملاحق	ح
مقدمة:	1
الفصل الاول: الإطار العام للدراسة	
1. إشكالية	4
2. تساؤلات الدراسة:.....	8
3. فرضيات الدراسة:	9
4. أهداف الدراسة:.....	9
5. أهمية الدراسة:.....	10
6. التعاريف الأجرائية:	10
7. الدراسات السابقة:	10
الفصل الثاني: البروفيل السيكولوجي	
تمهيد	20
1. مفهوم البروفيل السيكولوجي.....	21
2. المصطلحات المتعلقة بالبروفيل السيكولوجي.....	23
3. فوائد البروفيل السيكولوجي.....	24
4. البروفيل السيكولوجي باستخدام اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه (MMPI-2)	25
خلاصة:	30

الفصل الثالث: مرض الهيموفيليا	
تمهيـــد	**32**
1. مفهوم الهيموفيليا:	**33**
2. نسبة الانتشار مرض الهيموفيليا:	**34**
3. أسباب مرض الهيموفيليا والعوامل الوراثية الخاص بالمرض	**35**
4. تصنيف الهيموفيليا:.	**36**
5. أعراض مرض الهيموفيليا:	**37**
6. التشخيص مرض الهيموفيليا:	**38**
7. الوقاية وعلاج الهيموفيليا:	**40**
8. الانعكاسات النفسية لمرض الهيموفيليا:	**43**
خلاصة الفصل	**45**
الفصـل الرابع: الإجراءات منهجيـة للدراسـة	
تمهيد:	**47**
1. منهج الدراسة:	**48**
2. الدراسة الاستطلاعية:	**49**
3. أدوات الدراسة:	**51**
4. الدراسة الأساسية:	**61**
خلاصة الفصل	**64**
الفصـل الخامس: عرض الحالات ومناقشة وتفسير نتائج	
تمهيد:	**66**
1. عرض وتحليل وتفسير الحالة الأولى	**67**
2. عرض وتحليل وتفسير الحالة الثانية:	**80**
3. عرض وتحليل وتفسير لحالة الثالثة:	**92**
4. مناقشة وتحليل وتفسير الفرضية الأولى:	**105**
5. مناقشة وتحليل وتفسير بالفرضية الثانية:	**109**
6. مناقشة وتحليل وتفسير الفرضية الثالثة:	**112**

7. مناقشة وتحليل وتفسير الفرضية الرابعة:	113
الاستنتاج العام:	116
مقترحات الدراسة:	117
قائمة المراجع	119
الملاحق	126

فهرس الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	يبين للمقاييس الإكلينيكية على مقياس مينيسوتا متعدد أموجه (mmpi-2)	28-27
02	تصنيف الهيموفيليا طبقاً لشدة النزف بالنسبة لمستوى عامل التخثر	37
03	قائمة المراجع التي تم الاعتماد عليها في تصحيح اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2).	61
04	يبين تاريخ ومدة ومكان اجراء المقابلات مع حالات الدراسة وأهدافها	63
05	يوضح درجات الحالة محفوظ على مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2)	69
06	يوضح صياغة الحالة حسب نموذج بيك للحالة لمحفوظ	80-78
07	يوضح درجات الحالة (عامر) على مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2)	83
08	يوضح صياغة الحالة حسب نموذج بيك للحالة عامر.	92-90
09	يوضح درجات الحالة (علي) على مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2)	94
10	يوضح صياغة الحالة حسب نموذج بيك للحالة علي	103-104
11	يوضح درجات كل الحالات على مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2)	105

فهرس الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	يوضح شجرة العائلة الخاصة بانتقال مرض الهيموفيليا	**34**
02	يوضح التقييم السريري لحالة النزيف عند مريض الهيموفيليا	**40**
03	يوضح البروفيل السيكولوجي للحالة محفوظ على مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2)	**105**
04	يوضح البروفيل السيكولوجي للحالة عامر على مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2)	**106**
05	يوضح البروفيل السيكولوجي للحالة علي يوضح نتائج عينة الدراسة على مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2)	**106**
06	يوضح البروفيل السيكولوجي على مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2) للحالات (محمد وعامر وعلي)	**109**

فهرس الملاحق

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	دليل إعداد المقابلة العيادية	127
02	رسم بياني للبروفيل السيكولوجي للحالة محفوظ على مقياس مينيسوتا متعدد الاوجه (mmpi-2)	134
03	رسم بياني للبروفيل السيكولوجي للحالة عامر على مقياس مينيسوتا متعدد الاوجه (mmpi-2)	135
04	رسم بياني للبروفيل السيكولوجي للحالة علي على مقياس مينيسوتا (mmpi-2)	136
05	نموذج عن الملف الطبي لمريض الهيموفيليا	137
06	نموذج من مقياس جودة الحياة مع الهيموفيليا	138
06	نماذج من حقيبة مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2) النسخة المعربة	139-144

مقدمة:

تعتبر الأمراض المزمنة الوراثية من أهم مشاكل هذا العصر التي عجزت الدول والمجتمعات عن مواجهتها رغم التقدم والتطور العلمي المتسارع في المجال الطبي والدوائي، خاصة النادرة منها والمستعصية كالتلاسيميا وفقر الدم المنجلي والهيموفيليا التي شغلت اهتمام العديد من المنظمات والهيئات العالمية واستحوذت على الكثير من الأبحاث والدراسات في جميع الميادين؛ فهي أمراض معقدة تتطلب علاجاً طويل المدى، وتدخلا طبيا مستمراً للوقوف على العوامل المؤدية لتفاقم هذه الأمراض، والتخفيف من حدتها كونها أمراض ترهق الفرد والمجتمع في جميع المجالات النفسية والاجتماعية والاقتصادية والطبية وتحد من الرفاه النفسي.

فالهيموفيليا أو "الناعور" مرض وراثي ناذر يلازم المريض مدى الحياة ويجعله عرضة لنوبات نزيف متكررة تلقائيا في مناطق مختلفة من الجسم، وقد تتعقد حالته عند النزيف الشديد الذي يؤدي به للعجز أو الوفاة أحيانا، فيخضع المصاب للكثير من التدخلات الطبية "فبالرغم من جهود القائمين على الرعاية الصحية وتحسين نظام العلاج وارتفاع معدل الحياة الذي يقترب من العادي إلا أن هذه الفئة في وضعية حرجة بسبب العديد من الصعوبات والمضاعفات الناجمة عن المرض بحد ذاته" (مزياني، 2018 ب، ص 2) وأكدت العديد من الدراسات أن مستوى القلق والتوتر لدى مرضى الهيموفيليا وخطر الإصابة الاكتئاب أعلى بكثير من المتوسط، بدءً من المراهقة المبكرة، وبيّنت أن المرض يؤثر نفسيا على جميع أفراد الأسرة، وخاصة الوالدين الذين يظهرون الشعور بالذنب تجاه أطفالهم ومراهقيهم المصابين. (dinet, 2015,p 203)

ويعد توفير العلاج للمصابين بالهيموفيليا من أهم المشكلات التي يعاني منها قطاع الصحة في الجزائر عامة وفي غرداية خاصة نتيجة نقص الأدوية المتعلقة بعامل تخثر الدم الخاص بالهيموفيليا الباهض التكلفة والمتوفر في المستشفيات فقط، بالإضافة إلى الغياب التام للتكفل النفسي في الظروف العادية والأزمات مما يزيد شدة الضغوط التي يواجهها المرضى والتي تترجم على شكل اضطرابات نفسية وهذا ما بدا واضحا على مرضى الهيموفيليا في ظل جائحة كوفيد 19 وانشغال الأطباء بالمصابين بها، وإغفالهم عن هذه الفئة مما انجرّ عنه قلق كبير في أوساطهم حيث بلغت معانتهم ذروتها من خلال تصريحاتهم وتصريحات أطبائهم. و في ظل التهميش الذي تعانيه هذه الفئة وقلة الدراسات التي تناولت الموضوع على المستوى المحلي والوطني والعربي وصعوبة تعامل الأطباء معهم جاءت فكرة موضوع الدراسة الحالية

في وضع بروفيل سيكولوجي يضم معلومات خاصة بمرضى الهيموفيليا، والذي يعتبر صفحة تضم معلومات وملامح سيكولوجية تشمل نقاط القوة والضعف لهؤلاء المرضى لتشخيص بعض الاضطرابات النَّفسية، التي قد تنتج عن ضغوطات الحياة من أجل التخفيف من شدتها وتفعيل التكفل النفسي بهم، لكونه هذه الفئة تحتاج إلى تضافر الجهود وفريق متعدد التخصصات من أجل تحسين وضعيتهم المعيشية.

ولا يكاد أي بحث يخلو من العقبات حيث واجهنا في بحثنا العديد من الصعوبات متمثلة في قلة المراجع العربية التي تناولت متغيرات الدراسة، والدراسات السابقة التي خصّت موضوع البروفيل السيكولوجي ومرضى الهيموفيليا، بالإضافة إلى مشكلة متعلقة بالاحترازات الأمنية المتبعة في المستشفى والخاصة بدمج المصالح الاستشفائية في ظل جائحة كوفيد 19 وخوف المرضى من الإصابة بالعدوى عند المجيء للمستشفى، وصعوبة الحصول على عينة متعاونة، كون الهيموفيليا مرض نادر.

ولذلك ارتأينا في هذا الصدد دراسة البروفيل السيكولوجي للمصاب بالهيموفيليا بمدينة غرداية، حيث نحاول تسليط الضوء على هؤلاء المرضى في ظل التحديات الراهنة التي تمس المؤسسات الاستشفائية في الجزائر ولأجل ذلك تم تقسيم الدراسة إلى جانبين: جانب نظري، وجانب تطبيقي فالجانب النظري تناولنا فيه ثلاثة فصول وهي على النحو التالي:

الفصل الأول: يتناول الإطار العام للدراسة، وتضمن صياغة مشكلة الدراسة، وتساؤلاتها وفرضياتها، تم يوضح أهمية الدراسة وأهدافها، وينتهي بالتعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة وعرض الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

الفصل الثاني: خصص للبروفيل السيكولوجي تناولنا فيه مفهوم البروفيل السيكولوجي، وبعض المفاهيم المتعلقة به، بالإضافة إلى فوائده، ثم تطرقنا إلى البروفيل السيكولوجي باستخدام اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه (MMPI-2).

الفصل الثالث: تناول مرض الهيموفيليا بالتطرق لمفهوم الهيموفيليا، وأسبابها، يليه أعراض المرض فالتشخيص والعلاج وينتهي الفصل بالجوانب النفسية للهيموفيليا.

أما الجانب التطبيقي للدراسة تناولنا فيه فصلين وهما على النحو التالي:

الفصل الرابع: خصص للإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، وتضمن المنهج المتبع والأدوات المستخدمة في الدراسة وأيضا الدراسة الأساسية.

اما الفصل الخامس فخصص الفصل السابع: تناول عرض نتائج الدراسة ومناقشتها في ضوء الدراسات السابقة وأخيرا تم التطرق لاستنتاج عام ومجموعة من مقترحات.

الفصل الاول: الإطار العام للدراسة

- إشكالية
- تساؤلات الدراسة
- فرضيات الدراسة

أهداف الدراسة

- أهمية الدراسة
- الدراسات السابقة

1. إشكالية

تشكل الأمراض الوراثية النادرة عبءً ثقيلا على الأفراد والمجتمع، من حيث التشخيص ومصاريف العلاج؛ لأنها أمراض معقدة تتطلب علاجاً طويلا، وتدخلاً طبياً مستمراً متعدد التخصصات، فهي تلازم المريض منذ ولادته، وتسبب له العديد من المشكلات النفسية كالقلق والتوتر والحزن والاكتئاب وهذا يستلزم تحديد البروفيل السيكولوجي لهؤلاء المرضى كونه "صفحة تضم معلومات سيكولوجية عن الحالة المدروسة، أو المراد متابعتها من طرف الأخصائي، وفيه معلومات بيوغرافية، ومعلومات عن أهم خصائص مراحل النمو النفسي للمفحوص، والاضطرابات التي يعاني منها، ويمكن اختصاره في اعتباره لمحة سيكولوجية عن حياة الفرد ". (مزوار، 2013، ص 140)

ويؤكد (زعيتر، 2015، ص 11) على أن ووجود بروفايل نفسي لاضطراب معين، يكون في صالح الطرفين (الأخصائي والمريض)، فالأخصائي يقتصد الوقت والجهد، وبالتالي يجد متسعا لممارسة مهنته الانسانية على نطاق أوسع وبأداء أفضل، والمريض يحصل على الخدمات النفسية (الوقائية والنمائية والعلاجية) بشكل يجعله يشعر بأن الأخصائي يستطيع أن يتفهم أمره ويتعاطف معه.

لقد تعددت الأمراض الوراثية النادرة خاصة تلك المتعلقة بالدم: كمرض فقر الدم المنجلي والتلاسيميا، وفون ويل براند، والهيموفيليا التي هي محور هذه الدراسة. فهذه الأخيرة تعتبر مرض وراثي ناتج عن جين لا يعمل بشكل طبيعي، ينتقل من الآباء إلى الأبناء في المرحلة الجنينية. (Lillicrap, 2002, p. 1)، وهو مرتبط بالكروموزوم (X)، هذا يعني أن الرجال يصابون بالمرض والنساء يكن ناقلات له. (Gillet, 2017, p. 14)، حيث نادرا ما تصاب المرأة بالهيموفيليا (Lillicrap, 2002, p. 4). فالهيموفيليا "اضطراب مرتبط بنقص عامل تخثر الدم الثامن والتاسع (Gillet, 2017, p. 14). تجعل الأشخاص المصابون بها ينزفون لمدة أطول من الأشخاص الطبيعيين. (الاتحاد العالمي للهيموفيليا، 2012، صفحة 8)، وتصنف على أنها خفيفة أو معتدلة أو شديدة بالنظر إلى النسبة المئوية لعامل التخثر المنتج. (Firoozi, 2017, p. 69)، تصنفها منظمة الصحة العالمية (OMS) من بين الأمراض النادرة .(zidani, 2018, p. 38). وتم إدراجها في الجريدة الرسمية من قبل وزارة الصحة بالجزائر كمرض يتيم من خلال القرار الوزاري (décret 007/MINMSPRH/05)، فخصصت لها ميزانية تتعلق برعاية هؤلاء المرضى. (boudia, 2017, p76)

من خلال الإحصائيات الوطنية لمرض الهيموفيليا في الجزائر بحسب ما ورد في الدورية الجزائرية للطب التطبيقي قُدر عدد مرضى الهيموفيليا بـ "(2362) مريضاً من أصل (4000) مريض متوقع، هذا بسبب عدم كفاية الوصول إلى التشخيص أو قلة التصريح". (Boudai, 2019, p74) ، وتبقى نسبة تشخيص المرض قليلة جدا وكثير من المرضى غير معروفين. وفي مقابلة شخصية للطالبة مع أخصائي أمراض الدم بولاية غرداية يقدر عدد مرضى الهيموفيليا بـ (28) مريض موزعين على سبع عائلات (07) من مختلف الفئات العمرية يرتادون مصلحة أمراض الدم بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بغرداية حسب تصريح أطبائهم.

فكون الهيموفيليا اضطراب نزيف جيني نادر يرتبط بضعف الأداء الوظيفي وبالألم. (Pinto, et al., 2018, p. 54) تكمن خطورته في أن المصابين ينزفون بطريقة تلقائية في أي مكان من الجسم مما يزيد احتمالية الاصابة بالإعاقة أو الوفاة. وتؤكد الجمعية الكندية للهيموفيليا (SCH) أن النزيف الداخلي له عواقب خطيرة على مفاصل، الركبتين والكاحلين والمرفقين، والأنسجة الرخوة كالدماغ. (SCH, 2007,p2) وفي هذا الصدد نوه الاتحاد العالمي لمرضى الهيموفيليا (WFH) على "توفير احتياجات مرضى الهيموفيليا وأسرهم من خلال تقديم رعاية صحية شاملة متعددة التخصصات.. بدنية ونفسية واجتماعية". (الاتحاد العالمي للهيموفيليا، 2012أ، ص9) حيث وضح ديني (Dinet, 2015, p. 203) أن "لمرض الهيموفيليا نفس التأثيرات النفسية على جميع أفراد الأسرة، وخاصة شعور الآباء بالذنب تجاه أبنائهم المصابين بالهيموفيليا وقلقهم المستمر بشأن سقوطهم المحتمل وتعرضهم لصدمات جسدية مختلفة". لهذا يسبب تشخيص الهيموفيليا مشاعر متفاوتة من القبول إلى الأنكار والارتباك والغضب والشعور بالذنب، والخوف من المستقبل، وتتعقد هذه المشاعر أو تناقض فرحة قدوم الطفل جديد. فيرفض أحد الوالدين الطفل، ويلقي اللوم على الوالد الآخر ويحتدم الصراع داخل الأسرة. (gallais, 2011, pp. 2-3) كما يؤدي الإعلان عن تشخيص مثل هذا المرض في سن مبكرة جدًا إلى حدوث صدمة نفسية لدى الوالدين، سواء كان لديهم بالفعل معرفة بالحالات العائلية أم لا.. مما يؤدي بهم الى فرض قيود الحماية الزائدة على ابنائهم بعد هذا الخبر والذي بدوره يعيق عملية اكتساب العمليات الحسية الحركية عند هؤلاء الأطفال. (Chambost, 2016, p2) حيث أشارت العديد من دراسات " أن مستوى القلق والتوتر لدى مرضى الهيموفيليا وخطر الإصابة بالاكتئاب أعلى بكثير من المتوسط، بدءً من المراهقة المبكرة." (Dinet, 2015, p. 203) كون المراهقة فترة حساسة يسعى المراهق لإثبات

ذاته بين أقرانه وفي اسرته وأن الإخفاق في ذلك قد يولد الشعور بالنقص. إضافة الى كل هذا يواجه المصاب بالهيموفيليا تحديًا من حيث العلاج الطبي و تأثيره الواسع على العديد من جوانب حياة الفرد، فمن المحتمل أن تتشكل لديه العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية المرتبطة بالالتزام بالعلاج، كونها حالة مزمنة وغير قابلة للشفاء، تؤدي إلى القلق والحزن والاكتئاب عند هذه الفئة وإلى اضطرابات نفسية. (Palareti., & al, 2020, p. 1)

وفي تصريحات لـ (وكالة الأنباءالجزائرية، 2020) أشارت لطيفة لمهن رئيسة الجمعية الوطنية للتكفل بالمصابين بالهيموفيليا، أن حالة المصاب بالهيموفيليا استعمال حقنة من دواء "البروفلاكسي" لوضح حد للنزيف الذي يتعرض له بالمفاصل نتيجة هذه الإصابة المعيقة، ففي حالة غياب هذه الحقنة فإنه يتعرض إلى الموت. وأوضحت نائب مدير مكلفة بالأمراض المزمنة بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات الدكتورة جميلة ندير أن المرضى يتلقون أدويتهم التي وصفتها "بالمكلفة جدا" عادة من المراكز الاستشفائية المرجعية وعجزوا عن التنقل إليها بسبب تخوفهم من الإصابة بعدوى فيروس كورونا، ودعت بالمناسبة إلى "ضرورة تبني نمط جديد خاص بتوزيع الأدوية الاستشفائية الموجهة للأمراض المزمنة.

من خلال معايشة الطالبة للواقع بصفتها عاملة في المركز الولائي لحقن الدم رفقة أطباء الدم ومشاهدة معاناة مرضى الهيموفيليا وارتيادهم شهريا على المستشفى لأخذ جرعة عامل التخثر طيلة حياتهم حيث صرحوا أنه ليس من السهل على أنسان أن يعيش بمرض الهيموفيليا، يتعامل مع متطلبات الحياة بحذر شديد، كأن يبذل مجهودا شاقا، ويمشي لمسافات طويلة أو يقف كثيرا، حتى لا يتعرض لنزيف شديد يصعب السيطرة عليه، قد ينتهي بتلف المفاصل، فيصبح عاجزا طيلة حياته. حالة نفسية سيئة تلازمهم طوال الوقت بسبب ظروفهم الصحية المختلفة، مما يجبر الشخص المصاب بالهيموفيليا أن يعيش حريصا على سلامته في التعامل مع نشاطات الحياة اليومية وانتقاء مكان عمله بما يتناسب مع حالته الصحية وأخذ احتياطاته عند الخضوع لعملية جراحية أو الذهاب الى طبيب الأسنان، بالإضافة إلى تجنب الوقوع في حوادث تسبب لهم النزيف كممارسة الرياضات الجماعية مثل كرة القدم والرياضات العنيفة، حيث تعددت مظاهر معاناة مرضى الهيموفيليا لتتجاوز الآلام العضوية الناتجة عن المرض، لتطال الجانب المادي والنفسي والاجتماعي والمهني على حد سواء.

لقد شغلت الدراسات التي تناولت البروفيل السيكولوجي لدى المصابين بالأمراض المزمنة، ومرض الهيموفيليا اهتمام الباحثين على المستويين العالمي والعربي وفي جميع المراحل العمرية، بغية البحث عن حلول ففي دراسة أجراها (pandzou & all, 2021) توصلت أن بروفيل سيكولوجي لمرضى فقر الدم المنجلي يتميز بالشعور السلبي الذي يؤثر على عدة ابعاد نفسية فيما يتعلق بالتكامل المعرفي ويعززه بشكل رئيسي بالتقدم في العمر، والمدة الطويلة للمرض، واستخدام المسكنات والعدد الكبير من المضاعفات المزمنة.

وأشارت (مزياني، 2019) إلى أن دراسة طبيعة التصورات النفسية والاجتماعية عند المراهق المصاب بالهيموفيليا من أهم مواضيع علم النفس عامة وفي علم نفس الصحة، خاصة إذ أن الظواهر أو التصورات النفسية والاجتماعية التي تهدد الفرد والمجتمع فيما يخص هذه الشريحة تبين بعض من جوانب سمات الشخصية لدى المصابين بالهيموفيليا التي تعتبر من بين عوامل الخطر المعجلة أم المؤجلة للمرض النفسي الذي يصاحب المرض العضوي. (ص41)

وبينت دراسة سينون (sinon, 2016) وجود ارتباطات ذات دلالة إحصائية بين شدة الألم والقلق (السمة والحالة)، والاكتئاب، ومستوى العصابية، وشدة الألم، والألكسيثيميا، وجودة الحياة العقلية والجسدية. وعن وجود أعراض الاكتئاب وتدني نوعية الحياة الجسدية يرتبطان بطول مدة الألم المزمن. وأكد على أن عوامل سيكوباثولوجية عند الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة يجب أخذها بعين الاعتبار. لفهم المرضى بشكل أفضل وإدارتهم بكفاءة عالية أثناء تقديم الاستشارات الطبية العامة".

أما دراسة ليني وآخرون (lignier et al, 2014) فهدفت لأنشاء مجموعات فرعية عن الملامح النفسية المرضية لمرضى الألم المزمن من خلال اختبار (mmpi-2)، وتوصلت إلى وجود ست مجموعات فرعية نفسية مرضية:

- المجموعة الاولى هي المجموعة الفرعية ضمن الحدود العامة: البروفيل السيكولوجي في هذه المجموعة يشبه عامة الناس، فهؤلاء المرضى يتأقلمون بشكل جيد عموما ويظهرون مستوى جيد من الأداء، ويرون أنفسهم سعداء وراضين مع زيادة نسبية في مقياس توهم المرض يشير إلى مخاوف جسدية.

- أما المجموعة الثانية هي المجموعة الفرعية للتحويل: بروفيل السيكولوجي في هذه المجموعة يعرض مقياس توهم المرض وهستيريا التحويل أعلى من مقياس الاكتئاب، يظهر هؤلاء المرضى ضائقة عاطفية خفيفة، ويميلون إلى التفكير في طرق ملموسة للغاية، والتركيز على الاهتمامات الجسدية، حيث ان الشكاوى الجسدية هي الجوهر الرئيسي للأعراض.

- المجموعة الفرعية الثالثة هي مجموعة الارتفاعات العامة، تمثل نمطًا من الضيق الانفعالي القوي يعزى عمومًا لحالة حدودية (borderline)، وحالة من الإجهاد اللاحق للصدمة أو التفكك.

- أما المجموعة الرابعة الخاصة بالاكتئاب المراقي حيث يتميز البروفيل الخاص بهذه المجموعة بارتفاع في مقاييس المراق والاكتئاب وعدم الراحة الجسدية مثل الشعور بعدم القيمة وعدم كفاءة وانعدام الثقة والتشاؤم والشعور بالذنب، ونقص الطاقة والشكاوى الجسدية تزداد بسبب الآلام المتعددة مع الإجهاد.

- المجموعة الخامسة المجموعة الفرعية الخاصة بالاكتئاب العام حيث يتوافق هذا البروفيل مع الضيق الانفعالي الشديد، حيث يسود الاكتئاب، كما أنه يتميز بارتفاع كبير في جميع المقاييس الأخرى ماعدا مقياس الهوس، ويشير هدا إلى الشخصية المرضية الحادة أو التفكك.

- المجموعة السادسة المجموعة الفرعية الدهانية، يضم الملف الشخصي لهذه المجموعة حالات نفسية مرضية شديدة، مع الحاجة إلى مزيد من التقييمات لاستكشاف اضطرابات التفكير والأفكار الاضطهادية أو المصابين بجنون العظمة التي تشير إلى متلازمة دهانية محتملة.

حيث تؤكد هذه الدراسة على أهمية التقييم النفسي لمرضى الألم المزمن، من خلال استخدام اختبار مينيسوتا متعدد الاوجه للشخصية (mmpi-2) خلال فترة الاستشفاء اليومية لهؤلاء المرضى.

- وهذا ما يفتح لنا المجال للحديث عن الملامح السيكوباثولوجية لمرضى الهيموفيليا، حيث جاءت الفكرة لدراسة وتسليط الضوء على هؤلاء المرضى للمساهمة في محاولة تحديد الملامح المميزة للبروفيل السيكولوجي لهم. الذي يمثل عنصر تقييم سيكولوجي تتيح لنا تحديد عوامل الضغط، التي يتعرض لها المريض. ويمكن بلورة تساؤلات الدراسة فيما يلي:

2. تساؤلات الدراسة:

تتحدد إشكالية الدراسة في التساؤل الرئيسي الآتي:

- ماهي الملامح السيكوباثولوجية المميزة للبروفيل السيكولوجي لمرضى الهيموفيليا بولاية غرداية والتي يمكن استخراجها باستخدام اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2)؟
- وتتفرع عنه التساؤلات الآتية:
- هل توجد ملامح سيكوباثولوجية من نوع اضطرابات القلق (توهم المرض، الاكتئاب، التحويل) لدى مرضى الهيموفيليا بغرداية؟

- هل توجد ملامح سيكوباثولوجية من نوع الاضطرابات الدهانية (الفصام، البارانويا والهوس الخفيف) لدى مرضى الهيموفيليا بغرداية؟
- هل توجد لدى مرضى الهيموفيليا بغرداية مشكلات سلوكية (الانحراف السيكوباتي، الذكورة والأنوثة، الانطواء الاجتماعي، الوهن النفسي)

3. فرضيات الدراسة:

وذلك للإجابة عن الفرضيات التالية:

-توجد ملامح سيكوباثولوجية مُميّزة للبروفيل السيكولوجي لمرضى الهيموفيليا بغرداية يمكن استخراجها باستخدام اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية (mmpi-2).

- توجد ملامح سيكوباثولوجية من نوع اضطرابات القلق (توهم المرض، الاكتئاب واضطرابات التحويل) توجد لدى مرضى الهيموفيليا بغرداية.

- توجد ملامح سيكوباثولوجية من نوع الاضطرابات الدهانية (الفصام، البارانويا، الهوس) لدى مرضى الهيموفيليا بغرداية.

- توجد مشكلات سلوكية (الانحراف السيكوباتي، الذكورة والأنوثة، الانطواء الاجتماعي، الوهن النفسي) لدى مرضى الهيموفيليا بغرداية.

4. أهداف الدراسة:

- تهدف الدراسة إلى التعرف الملامح السيكوباثولوجية المميزة للبروفيل السيكولوجي لمرضى الهيموفيليا باستخدام اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi2).
- الكشف عن الملامح سيكوباثولوجية من نوع اضطرابات القلق (توهم المرض، الاكتئاب، اضطرابات التحويل) لدى مرضى الهيموفيليا بغرداية.
- الكشف عن الملامح سيكوباثولوجية من نوع الاضطرابات الدهانية (الفصام، البارانويا، الهوس) لدى مرضى الهيموفيليا بغرداية
- الكشف عن المشكلات السلوكية (الانحراف السيكوباتي، الذكورة والأنوثة، الاطواء الاجتماعي، الوهن النفسي) لدى مرضى الهيموفيليا بغرداية.

5. أهمية الدراسة:

-تكتسب هذه الدراسة أهمية كبيرة من خلال التطرق إلى موضوع البروفيل السيكولوجي لمرضى الهيموفيليا كونه بعد من الأبعاد الرئيسية التي تعطينا فهمًا متكاملاً عن سيكولوجية هؤلاء المرضى والتي ينبغي وضعها في الاعتبار عند التعامل معهم.

-تحديد الملامح والخصائص السيكوباثولوجية لمرضى الهيموفيليا لمساعد الباحثين و الاخصائيين النفسانيين على عملية التشخيص والعلاج.

- تعتبر هذه الدراسة من إحدى المحاولات العلمية للتعرف والتقرب من مرضى الهيموفيليا الذين يعانون من ضغوط نفسية نتيجة المرض وصعوبة التعايش معه.

- قد يكون من المفيد للمعالجين الإكلينيكيين والأطباء النفسيين استخدام نتائج هذه الدراسة عند التعامل مع مرضى الهيموفيليا خلال رحلة العلاج.

- قد تفيد نتائج هذه الدراسة الباحثين القائمين بدراسات مشابهة في تفسير نتائجهم.

- كما تسعى هذه الدراسة الى تطبيق اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية لفئة الراشدين (MMPI-2) وما له من كفاءة عالية في رسم البروفيل السيكولوجي وإعطاء نظرة شاملة عن كافة الملامح السيكوباثولوجية التي تعاني منها هذه الفئة من المرضى ونرجو أن تسفر هذه الدراسة عن نتائج علمية تسهم في اثراء البحث العلمي وتكون خطوة إلى الأمام لإجراء المزيد من البحوث والدراسات حول مرض الهيموفيليا الذي يشهد تزايدا مستمر من خلال الإحصائيات في مجتمعنا الجزائري رغم أنه مصنف كمرض نادر فالعالم.

6. التعاريف الإجرائية:

البروفيل السيكولوجي:

صفحة تضم معلومات سيكولوجية عن الحالة المدروسة، أو المراد متابعتها من طرف الأخصائي، وفيه معلومات بيوغرافية، ومعلومات عن أهم خصائص مراحل النمو النفسي للمفحوص، والاضطرابات التي يعاني منها، ويمكن اختصاره في اعتباره لمحة سيكولوجية عن حياة الفرد. (مزوار، 2013، ص 140)

ومنه تعرفه الطالبة البروفيل السيكولوجي لمرضى الهيموفيليا إجرائيا على أنه:

تقييم سيكولوجي لمرضى الهيموفيليا من النوع (ويتمثل في الملامح السيكوباثولوجية لهؤلاء

المرضى المتمثلة في (اضطرابات القلق، الاضطرابات الدهانية والمشكلات السلوكية)، يقاس من خلال رسم بياني يمثل استجابة أفراد عينة الدراسة على اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi2).

مرضى الهيموفيليا: هم الأشخاص الذين يعانون وبصفة مؤكدة من طرف طبيب امراض الدم من مرض الهيموفيليا من النوع من النوع (A) والذين يتابعون علاجهم بمصلحة أمراض الدم بالمؤسسة العمومية الاستشفائية تريشين ابراهيم بغرداية.

7. الدراسات السابقة:

1. **دراسة بن دادا (Bendada, 2021)** هدفت هذه الدراسة إلى رسم وضعية أمهات مرضى الهيموفيليا في المغرب، وتقييم العبء النفسي والعقلي ونوعية حياتهم، دراسة مسحية مقطعية وتحليلية في مراكز علاج الهيموفيليا (الاطفال – البالغين) في مستشفى ابن سينا الجامعي بالرباط باستخدام مقياس جودة الحياة (SF-12) وتقييم الصحة العقلية والنفسية، واستبيان (HADS) وتمت معالجة البيانات باستخدام برنامج التحليل الإحصائي (SPSS). قامت الباحثة بتقييم جودة الحياة والصحة النفسية والعقلية عند (69) من الأمهات بمتوسط عمر (40.27 ± 10.7 سنة). وتم تحديد أن الدعم من طرف الأصدقاء والعائلة كعامل مرتبط بصحة نفسية وعقلية أفضل، والمعرفة بمرض الناعور والدعم من طرف الأصدقاء والعائلة والمشاركة في الحياة الجمعوية و/أو المجموعات هي عوامل فعالة في جودة العامة للحياة. من ناحية أخرى، تم وصف عدد الحوادث النزفية شهريا والشعور كعوامل مرتبطة بجودة حياة سيئة. وخلصت الدراسة الى أنه لنكون قادرين على ضمان رعاية ونوعية حياة جيدة لمرضى الهيموفيليا، من المهم أن نفهم نفسية وجودة حياة والدته.

2. **دراسة سيكيلي واخرون (Cikili-Uytun, et al., 2020)**

هدفت إلى تقييم الأعراض النفسية بالإضافة إلى جودة الحياة لدى الأطفال والمراهقين المصابين بالهيموفيليا وتحديد العوامل التي ساهمت في حدوث مشاكل نفسية لهم باستخدام منهج دراسة الحالة على مجموعه مكونة من (20) طفلًا ومراهقًا مصابًا بالهيموفيليا A أو B و(20) أخرون من الأطفال والمراهقين أصحاء الذين تتراوح أعمارهم بين (6 و16 عامًا) واوليائهم بالاعتماد على المقابلة شبه منظمة. وجدول كيدي (K-SADS-PL) للاضطرابات العاطفية والفصام على الوالدين و استبيان لجمع البيانات الاجتماعية والديمغرافية، ومقياس اكتئاب الأطفال (CDI)، ومقياس قلق سمة حالة

سبيلبرجر (STAI)، واستبيان (KINDLR) للأطفال والمراهقين في كلا المجموعتين، وقائمة جرد الاكتئاب(BDI) ، وجرد القلق(Beck (BAI ، ونموذج (KINDL) للوالدين في كلا المجموعتين.

وتوصلت نتائج إلى:

- تسجيل درجات عالية على مقياس القلق وزيادة تشخيص اضطراب القلق بين الأطفال والمراهقين المصابين بالهيموفيليا
- تسجيل درجات عالية على مقياس القلق والاكتئاب لأمهات الأطفال المرضى بالهيموفيليا ودرجات أقل بالنسبة لجودة حياة أطفالهم.
- ترتبط درجات الاكتئاب والقلق لدى الأمهات بالاكتئاب والقلق ودرجات جودة الحياة لدى الأطفال ولهذا لا ينبغي تجاهل العوامل النفسية في علاج ومتابعة الأطفال والمراهقين المصابين بالهيموفيليا وأولياء أمورهم.

3. دراسة (عبد الرحمن، 2020)

هدفت إلى التعرف على السمة المميزة للتوافق النفسي لمرضى الهيموفيليا المترددين على العيادات الخارجية بمستشفى الخرطوم التعليمي، والعلاقة بين التوافق النفسي ومتغير السكن لدى مرضى الهيموفيليا، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، بالاعتماد على مقياس التوافق النفسي على عينة تكونت من (60) فرداً من مرضى الهيموفيليا من الذكور بمستشفى الخرطوم التعليمي، أسفرت نتائج الدراسة إلى أن التوافق النفسي لمرضى الهيموفيليا يتسم بالانخفاض، وإلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق النفسي لصالح المرضى المقيمين بالخرطوم.

4. دراسة (أحمد، 2019):

هدفت إلى التعرف على مستوى قلق الموت لدى المصابين بالفشل الكلوي والهيموفيليا، طبقت الدراسة على عينة قوامها (92) مصابا بالفشل الكلوي والهيموفيليا، منهم (71) فردا مصابا بالفشل الكلوي، و(21) مصابا بداء الهيموفيليا، كما يمثل أفراد العينة (58) ذكور و(38) من الاناث، تتراوح أعمارهم ما بين (17- 55 سنة)، بولاية الخرطوم، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي بالاعتماد على مقياس قلق الموت كأداة للدراسة. توصلت نتائج الدراسة إلى: ارتفاع مستوى قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة.

5. دراسة (مزياني، 2019):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن التصورات النفسية الاجتماعية لدى المراهق المصاب بالهيموفيليا باستخدام منهج دراسة الحالة على عينة قوامها (8) مرضى، واعتمدت الدراسة على الأدوات التالية: -اختبار (TSEA) المقابلة العيادية النصف الموجهة. وقد أسفرت النتائج: أن المراهق المصاب بالهيموفيليا أظهر اضطراب في التصورات النفسية الاجتماعية التي كانت من طبيعة الكف. كما اظهر صعوبة الاندماج في الوضعيات الاجتماعية إلى جانب عدم قدرته على الدفاع في الوضعيات الاجتماعية.

6. دراسة رامبود وآخرون (Rambod, et al., 2018) :

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم تأثير الجوانب النفسية والألم ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة (HRQoL) لدى المرضى البالغين المصابين بالهيموفيليا. أجريت هذه الدراسة المقطعية على (103) مريض بالهيموفيليا. باستخدام استبيان نوعية الحياة الخاصة بالهيموفيليا، ومقاييس الإجهاد والقلق والاكتئاب، والمقاييس التناظرية البصرية للألم. أظهرت النتائج أن (71.7٪) من مرضى الهيموفيليا يعانون من الألم في يوم الدراسة. وكان متوسط درجة (HRQoL) للمرضى المصابين بالهيموفيليا (51.09). علاوة على ذلك، كان (7.4٪ و64.6٪ و44.6٪) من المرضى يعاون من اكتئاب خفيف إلى شديد وقلق وتوتر على التوالي. بالإضافة إلى ذلك، لوحظ ارتباط كبير بين(HRQoL) والاكتئاب والقلق وشدة الألم. لذلك، يجب الانتباه إلى هذه الجوانب لتحسين نوعية حياة المرضى وصحتهم النفسية والاجتماعية.

7. **دراسة بينتو وآخرون (Pinto, et al., 2018)**:

هدفت الدراسة لتقييم الخصائص الديمغرافية والاجتماعية والسريرية والخصائص النفسية والألم لمرضى الهيموفيليا بالبرتغال، تم الاعتماد على المنهج الصفي باستخدام استبيان جودة حياة مرضى الهيموفيليا البالغين والأطفال (HQoL/CHO-KLAT) وقائمة أنشطة الهيموفيليا للبالغين (HAL)، وقائمة أنشطة الهيموفيليا للأطفال (Ped HAL) وقائمة القلق والاكتئاب (PROMIS) وتصورات المرض (IPQ-R) على المرضى وعلى الأطفال المصابين بالهيموفيليا (نسخة بديلة)، على عينة شملت (106) من البالغين و(39) طفلا ومراهقا من مختلف الأعمار حيث كان معظم المشاركين يعانون من الهيموفيليا الشديدة. وتوصلت النتائج أن تقييم جودة حياة مرضى الهيموفيليا البالغين كان متوسط أما

بالنسبة للأطفال كان عاليا ووجدت أعراض قلق واكتئاب كبيرة من البالغين، على التوالي. أما فيما يتعلق بالمعتقدات المرضية المتعلقة بالهيموفيليا، كان تصور المرض المزمن وعدم القدرة على التنبؤ بالأعراض بارزًا بشكل خاص بين البالغين والأطفال/ المراهقين.

دراسة (مزياني، 2018 ب):

هدفت الى الكشف عن العلاقة الكامنة بين الفعالية الذاتية والعلاقة طبيب –مريض بالملاءمة العلاجية لدى مرضى الهيموفيليا، معتمدة على المنهج الوصفي، على عينة مكونة من (62) مريض تراوحت أعمارهم ما بين (15 إلى 35 سنة)، بالاعتماد على مقياس الفعالية الذاتية وسلم الاتصال طبيب – مريض ومقياس الملاءمة العلاجية وتوصلت الى:

1– عدم وجود علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية والملاءمة العلاجية لدى مرضى الهيموفيليا.

2–وجود علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب مريض والملاءمة العلاجية لدى مرضى الهيموفيليا.

3–لا توجد فروق في مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الهيموفيليا حسب متغير السن وحسب النوع الهيموفيليا.

4–توجد فروق في مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى الهيموفيليا حسب المستوى التعميمي.

5–يمكن التنبؤ بالملاءمة العلاجية انطلاقا من الفعالية الذاتية ولعلاقة طبيب –مريض.

9. فيروزي (Firouzi, 2017)

قامت بدراسة هدفت إلى مقارنة المشكلات المعرفية والعاطفية والسلوكية للأطفال المصابين بالهيموفيليا والأطفال الأصحاء، استعملت الباحثة المنهج الوصفي على عينة مكونة من (65) طفلًا مصابًا بالهيموفيليا و(65) فردًا سليمًا تتراوح أعمارهم بين (7 و12) عامًا في مستشفى الأطفال. تم استخدام قائمة فحص سلوك الطفل (CBCL) لتحديد المشكلات العاطفية/ السلوكية وبطاقة (WCST) لتقييم المشكلات المعرفية .أظهرت النتائج أن:

– الأطفال المصابين بالهيموفيليا حصلوا على درجات أقل في النشاط والأداء الأكاديمي ومتغيرات الكفاءة العامة، ومشاكل داخلية وخارجية وعجزًا عاطفيًا وسلوكيًا، وضعفًا في الوظائف التنفيذية أكثر من الأطفال الأصحاء، وخلصت الى أن: العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية مثل العوامل المرتبطة بالمرض (مثل فقر الدم والنزيف) والعلاج (مثل الآثار الجانبية للأدوية) والعوامل البيئية والاجتماعية هي من بين الأسباب الكامنة وراء بعض المشاكل النفسية عند الأطفال الذين يعانون من الهيموفيليا.

10. شامبوست (Chambost, 2016):

هدفت الدراسة للمساهمة في نظام متعدد التخصصات بمقاربة نفسية لدعم الاعلان عن تشخيص الاطفال الصغار المصابين بمرض النزيف الحاد وأسرهم، أجريت الدراسة التجريبية شملت (21) مريضًا يعانون من الهيموفيليا الشديدة، الذين تتراوح اعمارهم ما بين (2 الى 10) سنوات حيث تم الاعتماد على ستة عناصر في هذا النظام أثناء التقييم: المقابلات النفسية، مجموعات المناقشة، ورشة العمل على الطريق برنامج التثقيف العلاجي (ETP) للآباء وآخر للأطفال، المشاركة في النشاطات الجمعوية. تم تنفيذ دعم مبتكر في مركز علاج الهيموفيليا (HTC) في مرسيليا، بالاشتراك مع جمعية الهيموفيليا الفرنسية. يعتمد هذا البرنامج على شراكة متعددة التخصصات تقدم الدعم النفسي وإعادة التأهيل للوالدين. توصلت النتائج وجود نوعية حياة أفضل لدى المرضى الذين كانت لديهم المشاركة المثلى في البرنامج، وأيضًا تسجيل أفضل للنمو النفسي الحركي والأداء النفسي لهؤلاء الأطفال. كما لوحظ تحسن في جودة الحياة لدى الآباء الذين شاركوا في البرنامج. تشير هذه النتائج إلى أن برنامج الدعم متعدد التخصصات بما في ذلك الموارد النفسية، بعد الإعلان عن تشخيص الهيموفيليا، يجب أن يستفيد منه الأطفال وعائلاتهم في مراكز معالجة الهيموفيليا الأخرى.

11. **دراسة ديني (Dinet, 2015)** هدفت الدراسة لمقارنة تصور المخاطر لدى الأطفال المصابين بالهيموفيليا والأطفال غير المصابين بالهيموفيليا والديهم؛ ودراسة تأثير هذا التصور للمخاطر على تحركات وأنشطة الأطفال الفعلية. دراسة تجريبية أجريت في بيئة خارجية شبه طبيعية على عينة مكونة من (18) طفل مصابا بالهيموفيليا و (21) آخرون أصحاء وأولياء أمورهم. لتقييم المخاطر المتصورة في بيئة شبه طبيعية في بيئة حضرية باستخدام سلم قياس مستمر. بعد ذلك، تم جمع أنشطة وتحركات الأطفال في نفس البيئة شبه الطبيعية بواسطة نظام (GPS) مُركب لكل طفل. تظهر النتائج أن الأطفال المصابين بالهيموفيليا يبالغون في تقدير المخاطر ويمارسون الأنشطة دون التفاعل مع الأطفال الآخرين. وبالمثل، فأن والدي الأطفال المصابين بالهيموفيليا (الآباء والأمهات) يبالغون في تقدير المخاطر، ويعتبرون أن الأخطار الرئيسية تأتي من الأطفال الآخرين.

12. دراسة محمد وختام (Mohammed et Khatam, 2013):

هدفت الدراسة لتقييم معارف وممارسات الأمهات تجاه أطفالهن المصابين بمرض الناعور من النوع (A) وتقييم حالتهم الاجتماعية ولاقتصادية وإيجاد- العلاقة بين المعلومات الديموغرافية، معارف

وممارسات الأمهات اتجاه أطفالهن المصابين بمرض الناعور بمستشفى "أزادي" التعليمي بمحافظة كركوك. دراسة وصفية على عينة مكونة من خمس وخمسون أم وأطفالهن المصابين بمرض الهيموفيليا (A)، تكونت الاستمارة الإستبيانية من خمس أجزاء تشمل الخصائص الديموغرافية لكل من الأم والطفل والحالة الاجتماعية الاقتصادية للعائلة ومعارف وممارسات الأم من خلال إجراء مقابلات مباشرة مع الأمهات في المستشفى، أظهرت النتائج أن (30,9 %) من الأمهات كانت أعمارهم من (40-44) و (43،9 %) كانوا من خريجي الابتدائية. وأطفالهن كلهم ذكورا وأن (41،8%) من بين (5-9) سنوات، وأن (30،9 %) ليسوا متمدرسين في المدرسة، وأن (69،1%) من العائلة لديهم طفل واحد مصابا بالمرض، و(27.6%) كانت إصابتهم بالمفصل، بالنسبة إلى مستوى شدة المرض (65.5%) كانت متوسطة، وكان (98.2%) من العائلات يعتمدون على المستشفى لإعطاء العامل الثامن للطفل عند حدوث النزف، وأن (61.8 %) حالتهم الاجتماعية الاقتصادية ضعيفة، وأن (73،6%) من الأمهات غير متأكدين من معلوماتهم حول كيفية التعامل مع أطفالهم، وأكدت على استحداث برنامج وكتيب خاص للأمهات باللغات المحلية ودورات التوعية (نظرية وعملية) للأمهات، لتحسين واقعهم الاقتصادي للتقليل من معاناة العائلة وتجهيز عامل التخثر الثامن بالمستشفيات والمراكز الصحية بمناطق تواجد المرضى.

التعقيب على الدراسات السابقة:

حسب الهدف:

اختلفت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة من حيث الهدف حيث هدفت الدراسة الحالية الى دراسة البروفيل السيكولوجي لمرضى الهيموفيليا أما دراسة بن دادة (bendada, 2021) هدفت هذه الدراسة إلى رسم وضعية أمهات مرضى الهيموفيليا في المغرب، وتقييم العبء النفسي والعقلي ونوعية حياته، أما دراسة سكيلي و اخرون (Cikili-Uytun, et al., 2020) هدفت إلى تقييم الأعراض النفسية بالإضافة إلى جودة الحياة لدى الأطفال والمراهقين المصابين بالهيموفيليا وتحديد العوامل التي ساهمت في حدوث مشاكل نفسية، و دراسة عبد الرحمن (2020) هدفت إلى التعرف على السمة المميزة للتوافق النفسي لمرضى الهيموفيليا المترددين على العيادات الخارجية بمستشفى الخرطوم التعليمي، والعلاقة بين التوافق النفسي ومتغير السكن لدى مرضى الهيموفيليا ودراسة (أحمد، 2019) التي هدفت الى التعرف على مستوى قلق الموت لدى المصابين بالفشل الكلوي وداء الهيموفيليا ودراسة (مزياني أ، 2019) فهدفت الدراسة إلى الكشف عن التصورات النفسية الاجتماعية لدى المراهق المصاب

بالهيموفيليا، أما دراسة (مزياني، 2018 ب) هدفت للكشف عن العلاقة الكامنة بين الفعالية الذاتية والعلاقة طبيب –مريض بالملاءمة العلاجية لدى مرضى الهيموفيليا، أما دراسة رامبود واخرون (Rambod, et al., 2018) فهدفت هذه الدراسة إلى تقييم تأثير الجوانب النفسية والألم ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة (HRQoL) لدى المرضى البالغين المصابين بالهيموفيليا ودراسة (Firouzi, 2017) التي هدفت الى مقارنة المشكلات المعرفية والعاطفية والسلوكية للأطفال المصابين بالهيموفيليا بالأطفال الأصحاء، ودراسة شامبوست (Chambost, 2016): هدفت الدراسة للمساهمة في نظام متعدد التخصصات بمقاربة نفسية لدعم الإعلان عن تشخيص الاطفال الصغار المصابين بمرض النزيف الحاد وأسرهم، ودراسة ديني (Dinet, 2015) فهدفت لدراسة لمقارنة تصور المخاطر لدى الأطفال المصابين بالهيموفيليا والأطفال غير المصابين بالهيموفيليا والديهم، ودراسة تأثير هذا التصور للمخاطر على تحركات وأنشطة الأطفال الفعلية، أما دراسة محمد وخطاب (Mohammed et Khatam, 2013) هدفت لتقييم معارف وممارسات الأمهات تجاه أطفالهن المصابين بمرض الناعور من النوع A وتقييم حالتهم الاجتماعية ولاقتصادية وإيجاد– العلاقة بين المعلومات الديموغرافية، معارف وممارسات الأمهات اتجاه أطفالهن المصابين بمرض الناعور.

حسب المنهج:

اتفق البحث الحالي مع الدراسات السابقة من حيث منهج الاكلينيكي كدراسة *سيكيلي وآخرون* (Cikili-Uytun, et al., 2020)، ودراسة (مزياني، 2019)، واختلفت مع دراسة شامبوست (chambost, 2016) ودراسة ديني (dinet, 2015) الذين استعملوا المنهج التجريبي أما دراسة عبد الرحمن (2020) ودراسة (أحمد، 2019) و دراسة (مزياني، 2018 ب) ودراسة فيروزي (Firouzi, 2017) ودراسة محمد وخطاب (Mohammed et Khatam, 2013) الذين استعملوا المنهج الوصفي.

حسب العينة:

اتفقت الدراسة الحالية مع كل الدراسات السابقة من حيث عينة الدراسة المتمثلة في المرضى المصابون الهيموفيليا حيث أجريت جل الدراسات على مراحل عمرية مختلفة تتراوح ما بين (06 سنوات حتى 55 سنة)

حسب الأدوات المستعملة:

اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث استعمال المقابلة العيادية نصف موجهة كدراسة *دراسة سيكيلي وآخرون* (Cikili-Uytun, et al., 2020) و استخدمت الدراسة الحالية مقياس منسوتا متعدد الأوجه (MMPI-2) كأداة لجمع البيأنات و اختلفت مع كل الدراسات السابقة الأخرى في أدوات القياس.

- استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة بتقديم تصور واضح حول البروفيل السيكولوجي لمرضى الهيموفيليا موضوع الدراسة، وكيفية تناول الإطار النظري للدراسة، والمنهجية المتبعة. وفي تصميم الأدوات (كالمقابلة العيادية)، وفي مناقشة النتائج التي تم التوصل إليها.
- تميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة أنها تناولت البروفيل السيكولوجي لمرضى الهيموفيليا باستخدام مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (MMPI2) من أجل التعرف على ملامح هذا البروفيل الذي يميز مرضى الهيموفيليا.
- أن الدراسات السابقة والمشابهة ساهمت بالكثير في البحث الحالي التي سوف نعددها في النقاط التالية:

- الفهم العميق لمشكلة الدراسة والوقوف على مستجداتها.
- أغلب الدراسات السابقة استخدمت المنهج الوصفي وهو دراسة كمية وصفية لعينات الدراسة.
- أما جديد دراستنا هو استخدام منهج النوعي الذي يسمح لنا بالدراسة العميقة والفهم الأكبر لحالات وإعطاء كل حالة وقت أكبر والاطلاع على ما تعيشه والكشف على الظروف تؤثر على البروفيل السيكولوجي لديها (اعتمادا على التحليل الكيفي لكل حالة على حدى.).
- تتمثل أصالة الدراسة في كونها تستخدم مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2) كأداة مسح شامل لجميع البيانات السيكولوجية لعينة محلية بمدينة غرداية واستخدام صياغة الحالة التي تساهم في اعداد العميل للعلاج وفق التوجه المعرفي السلوكي.
- تتميز الدراسة الحالية كونها تتضمن معلومات يمكن الاستفادة منها في البحوث العلمية المستقبلية للأخصائيين والممارسين في الميدان.

الفصل الثاني: البروفيل السيكولوجي

- تمهيد
- مفهوم البروفيل السيكولوجي
- مصطلحات قريبة من مصطلح البروفيل السيكولوجي
- فوائد البروفيل السيكولوجي
- البروفيل السيكولوجي باستخدام (mmpi-2)
- خلاصة

تمهيد:

في مجال التشخيص تتمثل في الحصول على المعلومات والبيانات الغزيرة هو ليس هدفا رئيسيا لعملية التشخيص النفسي في حد ذاته، ولكن الذي يبحث عنه الأخصائي الإكلينيكي تنطوي عليه البيانات والمعلومات التي يجمعها عن العميل، إلا أن غزارة البيانات التي يجمعها الأخصائي تكون مفيدة عندما يخضعها لمعالجته التي يستنبط منها تشخيصه، والعملية التشخيصية تبدأ من كثرة البيانات والمعلومات لا كهدف في حد ذاته وإنما لتغطية كافة جوانب الشخصية المطلوب تغطيتها، وينتهي الأمر باستنباط الدلالة والمعنى التي تنطوي عليها كثرة البيانات في أقل كم ممكن من التشخيصات التفسيرية. والهدف الذي يسعى لتحقيقه الأخصائي الإكلينيكي هو رسم بروفيل سيكولوجي للفرد الذي يعاني من اضطراب معين لأجل العمل على وضع إستراتيجية عامة تتضمن خططاً قابلة للتنفيذ الفعلي مع الحالة التي يتعامل معها؛ وكلما استطاع الاخصائي تحقيق الهدف الأول بأكبر قدر من الدقة والثراء كانت الخطة التي يرسمها أكثر قابلية للتنفيذ مع الحالة المعنية. ولهذا تطرقت الطالبة في هذا الفصل الى مفهوم البروفيل السيكولوجي وأهم المصطلحات القريبة منه ثم الفائدة من البروفيلات النفسية وكذلك البروفيل السيكولوجي باستعمال اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI-2).

1. مفهوم البروفيل السيكولوجي:

البروفيل لغة

- الجانبية، الصورة الجانبية – المظهر الجانبي
- اللمحة: كلمة موجزة عن حياة شخص.
- مدى الظهور: مستوى مشاركة المرء في نشاط عام محدد.
- يرسم صورة جانبية لـ
- يكتب لمحة موجزة عن حياة شخص.

أما معجم الطب النفسي: البروفيل، مبيان، صفحة نفسية. البروفيل هو الصورة الجانبية، وتعني الكلمة صفحة أو لمحة مختصرة عن حياة الشخص أو عن موضوع. (الشربيني، 2006، ص 144)

يقابل في اللغة الانجليزية العديد من المترادفات Profile مبيان أو صفحة نفسية Psychological Profile تخطيط نفسي– Profile Chart خريطة الصفحة النفسية – profile analysis تحليل الصفحة النفسية – Psycho graphe مخطط نفسيPsychographie تخطيط نفسي – psychogramme رسم نفسي. (العمري، 2001، ص 47)

استُخدام هذا المصطلح لأول مرة بواسطة روزليمو (Rossolimo 1911) في اختبارات الذكاء ثم جاء كلا من مللي ووكسلر Wechsler & Molly في مجال النواحي الانفعالية والميول والاهتمامات. (حمودة وآخرون، 2020، ص 158)

اصطلاحا:

ويعرفه سليمان (2004) بأنه: " التمثيل البياني لنتائج مجموعة من الاختبارات الخاصة بفرد واحد، أو مجموعة من الأفراد، حيث يتم التعبير عن تلك النتائج في صورة درجات متسقة متماثلة، أو يمكن مقارنتها ببعضها ".

ويعرف نفسيا كذلك بأنه زملة من السمات النفسية للفرد التي يتم تقديرها من خلال أدائه على نوعية محددة من المقاييس النفسية والتي تفيد في تشخيص جوانب متنوعة مثل القدرات العقلية، التكوين النفسي والتكوين السلوكي لهذا الفرد. (زيدان، 2021، ص 1414)

ويتفق جميع العلماء على أنها رسم بياني يوضح المستوى النسبي للفرد على أكثر من اختيار او في أكثر من سمه او استعداد حتى نعلم في متى يكون مرتفعا أوفي حدود المتوسط أو دون المتوسط.

ويعرف معجم علم النفس (APA) البروفيل:

1- تمثيل رسومي لدرجات الفرد (أو وسائل مجموعات الأفراد) على مقاييس متعددة .يمثل المحور (x) للرسم البياني عادةً المقاييس المختلفة، بينما يمثل المحور (y)درجة الفرد في المقياس المقابل، عادة ما تكون النقاط متصلة بمقاطع خطية قصيرة.

2- مجموعة من الخصائص تشير إلى أن نوعًا معينًا من الأشخاص من المحتمل أن ينخرطوا في سلوك معين . (VandenBos, 2015, p841)

وهو صفحة تضم معلومات سيكولوجية عن الحالة المدروسة أو المراد متابعتها من طرف الأخصائي وفيه معلومات عن أهم خصائص النمو النفسي للمفحوص والاضطرابات التي يعاني منها. (مليكة، 2000 ,ص10)

عرفه بن نعمان (1988): مجموعة من الخصائص المميزة التي تميز شخصية الأفراد، والتي تقسم الى ثلاث أنواع من السمات:

أ. العناصر الديناميكية: وتتمثل بالدوافع المؤدية للسلوك سواء كانت فطرية او مكتسبة.

ب. الخصائص المزاجية: وتتمثل بالسمات الثابتة نسبيا، وتعمل على تمييز استجابة الأفراد للمثيرات المختلفة.

ج. القدرات والكفايات العقلية: وتشمل الذكاءات والمهارات والقدرات العقلية الخاصة والعامة

عرفه تونس، (2015) : هو ميل او استعداد مسبق لدى الفرد للاستجابة النفسية

والسلوكية لموقف ما، ويعد بمثابة نظام نفسي عصبي يتسم بالتعميم والتمركز، ويمتلك القدرة على تحويل العديد من المنبهات المؤثرة والمتعادلة وظيفيا عند تعرض الفرد لمواقف اجتماعية مختلفة.

(طاهر،2018، ص 2033)

أما معجم علم النفس (le grand dictionnaire de la psychologie,1999) أنه مجموعة من القياسات للعديد من المتغيرات التي لوحظت في نفس الموضوع، وتعتبر بمثابة تكوين هيكل يميز هذا الفرد. (Bloch, et al,1999, p678)

وهو رسم بياني يوضح المستوى النسبي للفرد على أكثر من اختبار أو في أكثر من سمة أو استعداد نفسي أو عقلي حتى نعلم في أيها يكون مرتفعاً وفي أيها يكون متوسطاً وفي أيها يكون دون المتوسط، وإلى أي مدى يكون هذا الارتفاع أو الانخفاض. (فرج وآخرون، ب ت، ص 252)

وتتفق جميع العلماء على أنها رسم بياني يوضح المستوى النسبي للفرد على أكثر من اختيار او في أكثر من سمة او استعداد.

ومن خلال التعاريف السابقة للبروفيل السيكولوجي نستنتج بأنه صفحة تضم معلومات سيكولوجية عن الحالة المدروسة، أو المراد متابعتها من طرف الأخصائي، وفيه معلومات عن ملامح سيكولوجية توحي بوجود اضطرابات سيكوباثولوجية، كما يمكن اعتباره بأنه لمحة سيكولوجية عن حياة الفرد، تضم معلومات عن أهم خصائص مراحل النمو النفسي والاضطرابات التي تعاني منها، والسمات والخصائص السيكولوجية التي تميزها.

2. المصطلحات المتعلقة بالبروفيل السيكولوجي

الصفحة النفسية:

رسم بياني يوضح المستوى النسبي للفرد على أكثر من اختبار أو أكثر من سمة أو استعداد نفسي أو عقلي، حتى نعلم في أيها يكون مرتفعا وفي أيها يكون متوسطا وفي أيها يكون دون المتوسط وإلى أي مدى يكون هذا الارتفاع أو الانخفاض، ويمكن أن يعبر عنها في شكل تقرير سردي او أن يصاحب التقرير السردي الرسم البياني. (العمري، 2001، ص 13)

- **البروفيل السلوكي profile de comportement**

تحدث جيزيل بمعنى مماثل للملف السلوكي، لكنه يؤكد على الطابع التطوري للملف الشخصي: فهو، حسب قوله، "نموذج أولي مركب يوضح السلوك العرضي، المرتبط بشكل كبير في فترة معينة من مراحل النمو، علاوة على ذلك، قام بتقسيم الستة عشر عامًا الأولى من حياته إلى 24 مرحلة، أو مستويات عمرية، وطابق كل مرحلة من هذه المراحل ببروفيل سلوكي.

(Bloch, et al,1999, p678)

البروفيل Profile:

يقصد به تمثيل للبيانات والمعلومات المختلفة والدرجات بخط منحنى، أو غير منتظم في خريطة او شكل بياني.

- **تحليل البروفيل Profile analysis** يقصد به طريقة تقدير خصائص الفرد وسماته، ويمكن من خلاله الكشف عن مختلف أنماط الخصائص في البروفيل الخاص بسمات فرد ما.

(بونفج والود، 2017، ص 111)

وهو تقنية إحصائية متعددة المتغيرات تقارن مجموعات مستقلة من الأفراد عبر العديد من التركيبات أو الأبعاد (على سبيل المثال، الشخصية) التي يتم قياسها على نفس المقياس من حيث متوسط المستوى أو الارتفاع، وشكلهم، وتشتتهم. يمكن تصوير البيانات بيانياً باستخدام اسم المقياس على المحور السيني ودرجة المقياس على المحور الصادي وخطوط مختلفة تعكس المجموعات المختلفة التي يتم فحصها.

- **بروفيل اضطراب:** مخطط تفصيلي مرسوم أو تم أنشاؤه آليا، غالبًا رسم بياني، يمثل أعراض وخصائص الاضطراب. (VandenBos, 2015, p841)

- **خريطة البروفيل Profile Chart:** وهي عبارة عن منحنى توجد عليه نقاط تمثل درجات الفرد المركز النسبي في كل نمط من أنماط الأداء، كما تمثلها الدرجات المستخرجة من المعالجات الإحصائية مثلما يتضح في البروفيل التعليمي والذي يمثل تحصيل التلميذ في مختلف مواد الدراسية

- **السيكوغرام Psychogram:**

يقصد به (أ) بروفيل السمات النفسية للفرد، و (ب): تمثيل للموضوعات البارزة في مختلف مراحل تاريخ حياة الفرد . (بنوفج والود، 2017، ص 111)

3. فوائد البروفيل السيكولوجي في ظل التسهيلات التي تقدمها البروفايلات السيكولوجية نجد:

1- التعرف على الدرجات التي حصل عليها المفحوص في كل سمة بطريقة مباشرة.

2- معرفة النمط العام لدرجات السمات التي يقيسها الاختبار لدى المفحوص.

3- التعرف على السمة التي حصل فيها المفحوص على أعلى درجة والسمة التي حصل فيها المفحوص على أقل درجة.

4- التعرف على مركز درجات المفحوص على مختلف السمات بالنسبة لواحد أو آخر من المعايير: متوسطات، مئينيات، درجات معيارية، .... وغيرها. (عبد الخالق، 2000، ص 113)

ومن فوائد البروفيلات السيكولوجية في الدراسات الاكلينيكية "التعامل مع الفرد ككل لا يتجزأ وفق ما يظهر للمعالج من معلومات شاملة عبر وسائل القياس المتعددة، والنظر إلى اضطرابه بشكل دينامي تتفاعل فيه عدة قوى ومؤثرات. (كريزم، 2018، ص22)

وترى أنستاي (Ansthasi, 1988) أنه يمكن استخدام الصفحة في عملية التشخيص الإكلينيكي وذلك من خلال تحليل أنماط درجات الاختبارات ذاتها ويستند هذا الأمر الى أن بعض

الأعراض الإكلينيكية يكون لها نمطا مميزا من الصفحات النفسية التي تتميز بها عن غيرها مثل التلف الدماغي، الفصام، وسمة القلق. (غانم، 2015، ص 129)

و ذكرت بوشي (2018): أنه مهما كان نوع الاضطراب ومهما تعدد الأسباب نفسية اجتماعية، عضوية فأن ما يجب أن نركز عليه هو عملية العلاج، وعملية العلاج النفسي تبدأ بالتشخيص الصحيح لنوع الاضطراب الذي يقوم أساسا على التعرف على الأعراض الإكلينيكية المقدمة من طرف المفحوص والتي في أحيان كثيرة نجدها غامضة أو قد يخفيها المفحوص ويجب على الأخصائي إيجادها، وهنا يلجأ إلى استخدام الاختبارات النفسية ...فالاختبار النفسي موقف مقنن يسمح بتقييم إحصائي للإجابات الواردة من طرف المفحوص، وبتأسيس بروفيل نفسي متعلق بقدرات وملامح الشخصية.. فهي أدوات يمكن من خلالها الكشف عن قدرات الأفراد وسماتهم الشخصية وسوائهم واضطراباتهم. (ص ص 17-18)

ولقد تعددت هذه الاختبارات التي يستعين بها الاخصائيين الاكلينيكيين من اجل تحديد البروفيلات السيكولوجية كاختبار بينيه ووكسلر للذكاء واختبار مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2) والذي اعتمدنا عليه في دراستنا الحالية من أجل تحديد البروفيل السيكولوجي الخاص بمرضى الهيموفيليا حيث يعتبر هذا الاختبار أداة فعالة في التشخيص وفي تحديد الخصائص الاكلينيكية للمرضى عن غيره من الاختبارات الأخرى. حيث "صمم اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية، كي يساعد في عملية تشخيص الاضطرابات النَّفسية، وهو يعد من الاختبارات التَّشخيصية الفارقة كونه يميز بدقة بين المجموعات الإكلينيكية المختلفة، وبين مجموعات الأسوياء." (كريزم، 2018، ص 31)

4. البروفيل السيكولوجي باستخدام اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه (MMPI-2)

قائمة مينيسوتا متعددة الأوجه للشخصية (MMPI-2) هي اختبار مصمم لتقييم العديد من أنماط اضطرابات الشخصية والاضطرابات النفسية. من السهل إدارته بشكل فردي أو جماعي .حيث يجب أن يكون لدى الفرد مستوى من فهم القراءة ويظهر درجة كافية من التعاون والمشاركة . (Hathaway et Mackinley,1996, p1). تم تأليفه من طرف مارك هاثاوي Hathaway وشارلي ماكنلي McKinley يقيس توهم المرض، الانقباض، والهستيريا، والانحراف السيكوباثي، والذكورة – الأنوثة، والهذاء (البارانويا)، السيكاثينيا، والفصام، والهوس، والانطواء الاجتماعي.

(زهران، 2005، ص26)

وذكر تـرول (2005) أنه "ينجـذب الكثير من الاكلينيكيين لاختبـار مينيسوتا الثاني (MMPI-2) وذلك لقدرته على الفرز والتصنيف عندما يكون الاخصائي الاكلينيكي بأمس الحاجة الى معلومات تتعلق بمدى خطورة مشكلات المريض، وعندما يكون عليه التوصل إلى فرضيات حول الوضع التشخيصي لذلك المرض، يصبح لاختبار مينيسوتا قيمته العالية وأهميته القصوى. لذلك، عند النظر في مجموعات من المرضى نجده مفيداً وفعالاً كأداة لتشخيص الاضطرابات النفسية.

(ترول، 2005، ص 348)

تم استخدام (MMPI) والأن (MMPI-2) على نطاق واسع في تقييم الحالات الطبية وتأثير المرض على الجوانب الانفعالية والنفسية للفرد، والتنبؤ بالامتثال للعلاج ومدى ملاءمة التدخلات الطبية مثل زراعة الأعضاء أو المشاركة في برامج العلاج التأهيلي. تشير الدراسات الحديثة للعوامل النفسية في التعافي من المرض الجسدي أن الأبعاد النفسية التي تم تقييمها من خلال (MMPI / MMPI-2) توفر معلومات مفيدة للأخصائي في الأوساط الإكلينيكية، حول تأثير الخصائص الشخصية على الاستجابات الانفعالية للمرض والتجربة الذاتية للألم، ويمكن لـ (MMPI-2) توفير معلومات مهمة للأخصائيين والعاملين في البيئات الطبية تتعلق بالاستجابات الانفعالية للمريض وحالته الصحية وتحديد الخصائص الفردية التي قد تعيق أو تعزز التعافي والتكيف مع المرض والإعاقة.

من المزايا (MMPI-2) أنه يوفر تقديرات صحيحة وموثوقة لتحيز الاستجابة؛ أي يمكن للأخصائي أن يحدد بموضوعية الصراحة والانفتاح الذي يتبناه المريض أثناء خضوعه للتقييم. ويعد وجود مقاييس الصدق الفعالة على (MMPI-2) أحد الأسباب التي تجعل الأداة واحدة من أكثر المقاييس الموضوعية المستخدمة على نطاق واسع في كل من التقييم السريري والطب الشرعي.

(Arbisi et Butcher, 2004, p 574)

ينقسم مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه" 2"من 14 مقياس، مقاييس الصدق، والمقاييس الإكلينيكية وذلك كما يلي:

مقياس الصدق: وتحتوي أربع مقاييس وهي الدرجة لا أستطيع أقرر(؟)، مقياس الكذب (L)، مقياس الخطأ (F)، مقياس التصحيح (K)

المقاييس الإكلينيكية: يحتوي اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه على (10) مقاييس إكلينيكية، وهي تنقسم إلى ثلاث مجموعات:

– المجموعة الأولى: المثلث العصابي والذي يضم مقاييس توهم المرض، الاكتئاب والهستيريا.

– المجموعة الثانية: المثلث الدهاني، والذي يضم مقاييس الفصام، البارانويا والهوس الخفيف

– المجموعة الثالثة: المشكلات السلوكية والتي تضم الانحراف السيكوباتي، الذكورة والأنوثة، الانطواء الاجتماعي. إلى جانب هذه المجموعات نجد كذلك السيكاثينيا.

(حمودة واونيسي، 2020، ص 160)

ساعدت نتائج (MMPI-2) في توجيه الأخصائيين لفهم أسرع (واقتصادي) لمشاكل المرضى واختيار إجراءات علاج أكثر فعالية؛ مما ساعد المرضى في جميع أنحاء العالم على فهم أنفسهم ومشاكلهم بشكل أفضل، حيث أدى ذلك الى مزيد من الثقة فيما يتعلق بحل تلك المشاكل وتعافيها في نهاية المطاف. (Arbisi et Butcher, 2004, p 577)

ومن المهم ملاحظة أن أسماء هذه المقاييس تعكس نظاما من التصنيف التشخيصي الذي كان يستخدم في الأربعينيات والخمسينيات من القرن الماضي، والتي تقادمت الان ولترجمة هذه التسميات والألقاب التشخيصية الى مصطلحات أكثر معنى ووضوحا أنضر الجدول التالي:

الجدول رقم (01): يبين للمقاييس الإكلينيكية على مقياس مينيسوتا متعدد أموجه (MMPI-2)

المقياس الإكلينيكي	الفقرات الممثلة (عند الإجابة عنها بنعم)
– توهم المرض (Hypochondriasis- Hs) – (الاهتمام المفرط بوظائف الجسد)	– أشعر أحيانا بمغص شديد في أمعائي
– الاكتئاب (Depression-D) – التشاؤم، اليأس، تباطؤ في الأفعال والأقوال)	– "كثيرا ما أكون شديد التوتر في عملي"
– الهستيريا (Hysteria- Hy) – الاستخدام اللاشعوري للمشكلات الجسدية والعقلية لتجنب الصراعات أو المسؤولية.	– اشعر أحيانا أن شيئا يضغط على رأسي
– الانحراف السيكوباتي - (Psychopathic Deviate- Pd) – ازدراء القيم الاجتماعية، المشاعر الضحلة، عدم القدرة على الإفادة في الخبرات الماضية)	– أتمنى لو أستطيع القيام ببعض الأشياء من جديد.

- البارانويا (Paranoia- Pa) - الشكوك غير الطبيعية، توهم العظمة أو الاضطهاد	"يضايقني أن الأشخاص تساورهم أفكار خاطئة عني"
- السيكاثينيا (Psychsthenia- Pt) - مستحوذات فكرية، سلوكات قهرية، مخاوف، شعور بالذنب، حيرة.)	- تكون الأفكار التي تدور في رأسي مريعة أحيانا.
- الفصام (Schizophrenia- Sc) - أفكار أو سلوكات غريبة غير عادية، انسحاب، هلوسات، هذاءات)	"هنالك أشخاص في الخارج يحاولون القضاء علي"
- الهوس (Hypomania- Ma) - هياج انفعالي، تطاير في الأفكار، نشاط زائد.	- أحيانا أفكر بسرعة كبيرة حتى لا أستطيع متابعة افكاري
- انطواء الاجتماعي - (Social Introversion- Si) - خجل، عدم الاهتمام بالأخرين، عدم الشعور بالأمان.	- استسلم بسهولة عند مناقشة المسائل مع الأخرين"

(ترول، 2005، ص 348)

أصبح مفهوم العصاب مثير للجدل حاليا، وقد استبعد من التصنيفات الدولية.. حيث ووجد أن مصطلح العصاب ينطوي على نظريات التحليل النفسي. فوردت الآن مصطلحات أخرى مثل: اضطرابات القلق لعصاب القلق، اضطراب التحويل للعصاب الهستيري ... وتفسر النظريات المعرفية السلوكية العصاب من خلال الإشارة إلى نماذج من نظريات التعلم ودراسات معالجة المعلومات، حيث انه من الممكن تعلم الأعراض ومن الممكن أن تتعزز خلال التجارب. تسعى العلاجات المعرفية السلوكية إلى تعديل تسلسل السلوك . (Alexandre, et al., 2009)

أما "حسب المراجعة العاشرة للتصنيف للدولي للأمراض :(ICD-10) في محكات تشخيص اضطرابات القلق فهي تشمل الاضطرابات العصابية والاضطرابات المتعلقة بالضغوط، والاضطرابات

الجسمية المظهر وقد وضعت هذه الاضطرابات معا في هذه المجموعة بسبب ارتباطها التاريخي بمفهوم العصاب. وهذه المجموعة من الاضطرابات تقسم الى الفئات السبع التالية: اضطرابات القلق الرهابي، اضطرابات القلق الأخرى، اضطرابات الوسواس القهري، رد الفعل للضغوط الشديدة واضطرابات التوافق، الاضطرابات التفككية (التحويلية)، الاضطرابات الجسمية المظهر، الاضطرابات العصابية الأخرى". (بالحسيني، 2014، ص ص 20-21)

تفسير الصفحة النفسية حسب (MMPI2) يتم من خلال فحص الأنماط أو الصفحات النفسية " للدرجات. فالأشخاص الذين تكون درجاتهم عالية على المقاييس الإكلينيكية الثلاثة الأولى (Hs، D، Hy) مثلاً، يميلون إلى إظهار شكاوٍ جسدية وأعراض اكتئابيه، وعادة ما يشخصون بالاضطرابات ذات المظهر الجسدي أو القلق أو الاكتئاب، والارتفاع على المقياسين السادس (Pa) والثامن (Sc) يشير إلى شك مفرط واحتمال وجود أفكار ذهانيه. وهي خصائص نجدها لدى الأفراد الذين يتم تشخيصهم بفصام البارانويا. (ترول، 2005، ص ص 355-356)

خلاصة:

لقد حاولنا في هذا الفصل تقديم موجز حول البروفيل السيكولوجي محور دراستنا والذي هو صفحة تضم معلومات سيكولوجية عن الحالة المدروسة او المراد متابعتها من طرف الاخصائي وفيه معلومات بيوغرافية ومعلومات عن أهم خصائص مراحل النمو النفسي للمفحوص والاضطرابات التي يعاني منها. باختصار هي لمحة سيكولوجية عن حياة الفرد وتطرقنا الى بعض المصطلحات المشابهة كالصفحة النفسية والتخطيط النفسي ثم تطرقنا الى فوائد البروفيلات السيكولوجية وفي الأخير تطرقنا للاختبار الذي اعتمدناه في رسم البروفيل السيكولوجي لعينة الدراسة والمتمثل في اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه (MMPI-2).

الفصل الثالث: مرض الهيموفيليا

- تمهيد.
- مفهوم الهيموفيليا.
- نسبة الانتشار.
- أسباب مرض الهيموفيليا والطراز الوراثي الخاص بالمرض.
- تصنيف الهيموفيليا.
- أعراض الهيموفيليا.
- تشخيص الهيموفيليا.
- علاج الهيموفيليا.
- الانعكاسات النفسية لمرض الهيموفيليا.
- خلاصة الفصل.

مهيـــد

كلمة (هيموفيليا) تعني سيولة الدم، وهو أحد أمراض الدم الوراثية الناتجة عن نقص أحد عوامل التجلط في الدم بحيث لا يتخثر دم الشخص المصاب بمرض الهيموفيليا بشكل طبيعي؛ مما يجعله ينزف لمدة أطول. يرجع السبب الرئيسي في انتشار المرض الى ارتفاع معدلات الزواج بين الأقارب الذي يؤدي بدوره الى توارث المرض بشكل أكبر في الأجيال المتعاقبة.

يعرف مرض الهيموفيليا بعدة مسميات منها: النزاف أو الناعور، حيث ينزف المصاب بهذا المرض تلقائياً أو عرضياً ويكون النزف غزيراً بدرجة تعرض الحياة للخطر، عرف مرض الهيموفيليا قبل الميلاد بعدة قرون حيث ورد في كتابات عن الأطفال الذين يموتون بعد عملية الختان، كما ذكره أحد الأطباء العرب في القرن الثاني عشر الميلادي. كواحد من أسباب الوفاة، وفي عام (1983) كان الدكتور جون كونونراد أول من عرفه بأنه أحد أمراض الدم التي تصيب الذكور وتنتقل من جيل الى آخر.

(آوجي وحسن، 2015، ص ص 20-21).

يقال أنّ الهيموفيليا مرض الملوك؛ وذلك لأن الملكة فيكتوريا التي حكمت انجلترا من عام (1837) إلى عام (1901)، حملت جين المرض .طفلها الثامن، ليوبولد (Léopold)، كان مصابًا بالهيموفيليا . وتوفي بسبب نزيف في المخ عن عمر يناهز 31 عامًا. والأكثر أهمية من الناحية التاريخية هو وجود حالات للهيموفيليا في العائلة المالكة الروسية. كانت اثنتين من بنات الملكة فيكتوريا، أليس (Alis) وبياتريس (Biatris) تحملان أيضًا مرض الناعور ولقد نقلوا المرض إلى العائلات المالكة في إسبانيا وألمانيا وروسيا. (Boudai, 2017, p77)

بما أن القيام بأي دراسة علمية على المصابين بالهيموفيليا، يتطلب الفهم الكامل لهذا الاضطراب، وعلى هذا الأساس سنتطرق في هذا الفصل بشيء من التقصي إلى شرح المرض من الناحية البيولوجية والإكلينيكية مرورا إلى كيفية العلاج مع ذكر الانعكاسات الجسمية والنفسية على المصاب بالهيموفيليا.

1. مفهوم الهيموفيليا:

تأتي كلمة الهيموفيليا من كلمتين يونانيتين:(Hemo-) هيمو والتي تعني الدم والفيل (Philie) والتي تعني الحب. (Société canadienne, 2007, P2)

وهو مرض ناتج عن جين لا يعمل بشكل طبيعي مثل الحالات الصحية الوراثية الأخرى يمكن أن تنتقل الهيموفيليا من جيل إلى آخ؛ في معظم الحالات، ينتقل الجين المسؤول عن الهيموفيليا من الوالدين إلى الطفل في فترة الحمل. (Lillicrap, 2002, p, 1)

انتقال الهيموفيليا يرتبط بالكروموزوم (X)، وهذا يعني كلاسيكيا أن الرجال يتأثرون المرض والنساء ناقلات له؛كما يمكن أن تظهر عليهن في بعض الأحيان أعراض نزفية ويتم وصفها في بعض الأحيان بأنها "هيموفيلي". (Centre de Référence, 2019, p 8)

نستخلص مما سبق ذكره أن الهيموفيليا مرض وراثي ينتقل عن طريق الكروموزوم الجنسي(X) يصيب الذكور وناذرا ما يصيب الإناث، يتميز بنوبات نزف متكررة لمدة طويلة من الزمن في مختلف الأماكن من الجسم ناتج عن خلل جيني متعلق بنقص عامل تخثر الدم الثامن أو التاسع، يُحدث هذا المرض نزيف داخلي في العضلات والأمعاء أو في أي عضو داخل الجسم أم نزيف خارجي جلدي يستمر النزيف لمدة طويلة بسبب عجز الجسم عن إيقافه.

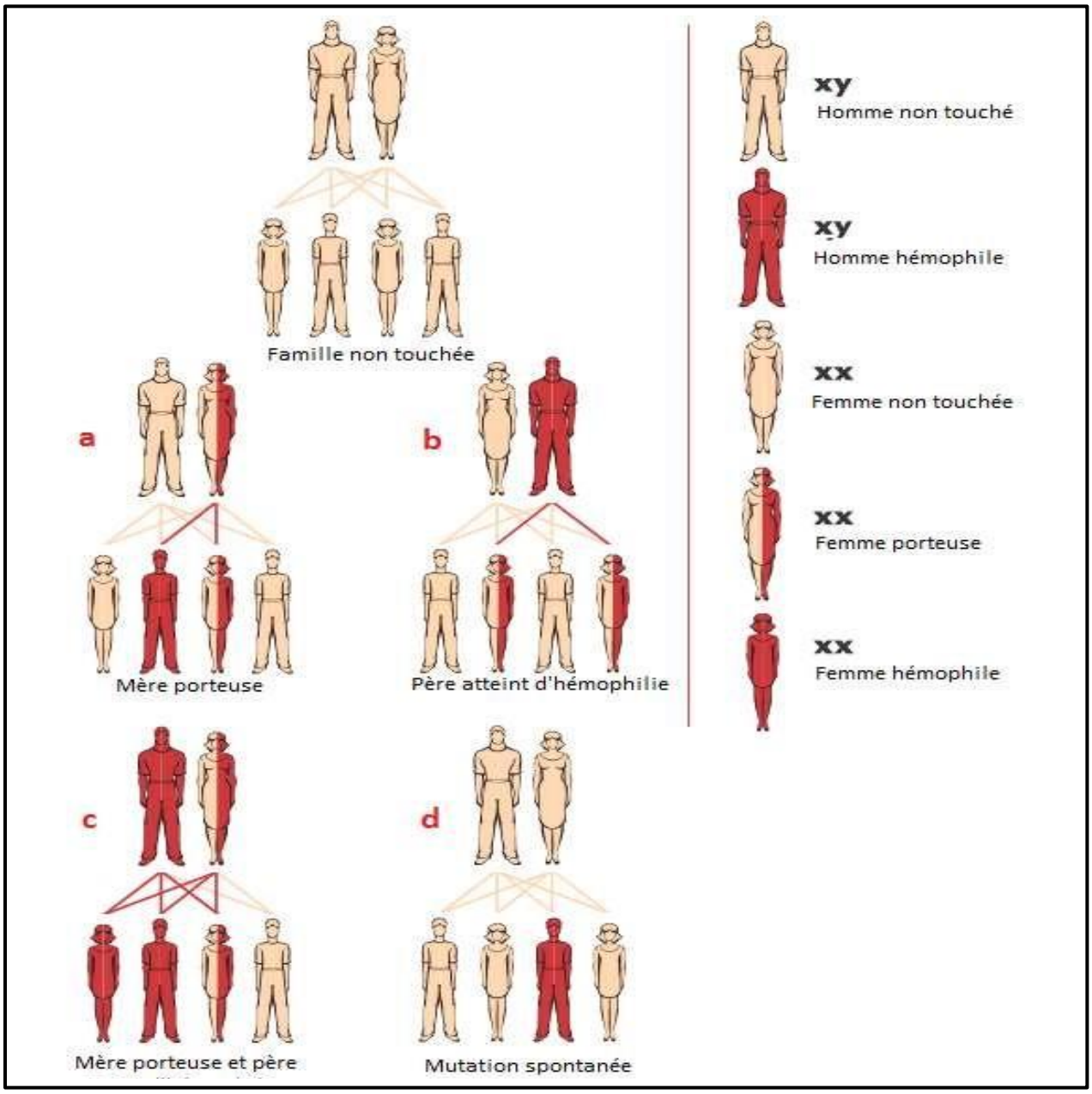
2. نسبة الانتشار مرض الهيموفيليا:

أنه مرض نادر: (1) من كل (5000) مولود مصاب بالهيموفيليا (A) و(1) من كل (30.000) مولود مصاب بالهيموفيليا (B). ظروف الاكتشاف متغيرة وتعتمد على شدة المرض، كلما كان المرض أكثر شدة، كان الاكتشاف مبكراً. بلغ عدد المصابين بالهيموفيليا المدرجين في العالم قبل بضع سنوات (400000) المسح العالمي .(WFH) في البلدان المتقدمة التي لديها سجل، هذا الرقم يتوافق مع الانتشار، في فرنسا في عام (2016) كان هناك ما يقرب من (6000) مصاباً.

في الجزائر، في عام (2017)، تم إحصاء (2362) مصابًا بالهيموفيليا، من بينهم (651) بنسبة (22 ٪) دون سن (17) عامًا من أصل (4000) متوقع، هذا بسبب عدم كفاية الوصول إلى التشخيص أو قلة التصريح. وهذا هو الحال أيضًا بالنسبة لجميع البلدان النامية. من بين (2101) الذين تم تقييمهم، نجد 1290 (54٪) عندهم هيموفيليا شديدة، 495 (21٪) معتدلة و316 (13.5٪) طفيفة. الهيموفيليا A

أكثر شيوعًا في جميع أنحاء العالم من الهيموفيليا B (85٪ مقابل 15٪) والمظاهر السريرية هي نفسها. (Boudia, 2019, p74)

3. أسباب مرض الهيموفيليا والعوامل الوراثية الخاصة بالمرض:



الشكل رقم (01): يوضح شجرة العائلة الخاصة بانتقال مرض الهيموفيليا.

(Parfait, 2018, pp. 22)

لدى البشر (22) زوجا من الكروموزومات الجسمية وزوج واحد من الكروموزوم الجنسية (X) و/أو(Y) ، وهي مجموعة من (46) كروموزوم في كل خلية. الرجال لديهم كروموزوم (X) واحد وكروموسوم (Y) واحد، في حين أن النساء لديهن اثنين من الكروموزومات(X) .

يرث الذكر كروموزوم (X)من الأم وكروموزوم (Y) من للأب، بينما ترث الأنثى كروموزوم (X) من كلا الأبوين، ومنه يجد الأولاد أنفسهم مرضى بينما تظل الفتيات عموما خاليات من الأعراض السريرية. بالنسبة للإناث، عندما يكون هناك طفرة في الجين على كروموزوم (X)، فأن النشاط الطبيعي للجين على كروموزوم (X) الآخر سيعوض نقص عامل التخثر، ويطلق عليها "ناقلة للهيموفيليا" عندما يحمل الشذوذ ويمكنه نقله دون ظهور الاعراض.

النساء اللواتي الناقلات للهيموفيليا بشكل إلزامي هن:

- بنات رجل مصاب بالهيموفيليا.
- أمهات الابن المصاب بالهيموفيليا مع عضو واحد آخر على الأقل من عائلة الهيموفيليا.
- أمهات لولدين أو أكثر مصابين بالهيموفيليا .

من الناحية التخطيطية، ينتقل الهيموفيليا في العديد من الحالات الموضحة في الشكل الموالي:

- يشير (Xh) إلى كروموزوم مريض:
- المرأة التي تحمل الشذوذ وبالتالي الناقلة (XXh) ومتزوجة من رجل سليم (XY)ستنجب فتيات دون أي شذوذ (XX) أو حاملات للمرض (XXh) وأولاد أصحاء (XY) أو مرضى (XhY).
- المرأة التي لا تحمل شذوذ وبالتالي سليمة (XX)متزوجة من رجل مصاب بالهيموفيليا (XhY)سوف تنجب فتيات حاملين للمرض (XXh) والأولاد جميعهم أصحاء (XY).
- ستنجب المرأة الناقلة (XXh) المتزوجة من رجل مصاب بالهيموفيليا (XhY) فتيات ناقلات للمرض أو مريضات بالهيموفيليا (XhXh)وفتيان مصابين بالهيموفيليا (XhY) أو أصحاء . (XY) (Parfait, 2018, pp. 22)

لا تنتقل دائما الهيموفيليا وراثيا حيت أنه "في حوالي ثلاث من كل عشر حالات، يولد صبي مصاب بالهيموفيليا (أو فتاة تحمل مرض الهيموفيليا) في عائلة ليس لها تاريخ من اضطراب الدم هذا.

يمكن تفسير ذلك بثلاث طرق :

1- قد تكون الهيموفيليا موجودة ولكنها صامتة في هذه العائلة لأجيال. إذا لم يظهر أي من الأولاد في هذه العائلة أدنى علامة على حدوث نزيف غير طبيعي، فلن يتمكن أحد من ملاحظة أو الشك في وجود الهيموفيليا. من الممكن أيضًا أن الأسرة لديها بنات فقط يحملن مرض الهيموفيليا. ولكن إذا

لم يكن لأي حامل ولد، أو إذا لم يكن أي من الأبناء مصابًا بالهيموفيليا، فمن الصعب معرفة وجود جين الهيموفيليا حتى يولد الصبي مصابًا بالهيموفيليا.

1. يمكن أن تكون أيضًا حالة حدثت فيها الطفرة الجينية في الأم عندما تم تصورها. لذلك فأن الأم هي أول شخص في هذه العائلة يحمل مرض الهيموفيليا. يمكن أن تكون بناته أيضًا حاملات للمرض ويمكن أن يعاني أبناؤه من الهيموفيليا.
2. قد تكون أيضًا حالة تحدث فيها الطفرة المسؤولة عن الهيموفيليا عند الحمل بالولد. في هذه الحالة، طورت بويضة الأم طفرة جينية انتقلت إلى الابن. لا تعتبر الأم بعد ذلك ناقلة، لكن بويضاتها الأخرى يمكن أن تتطور أيضًا إلى الطفرة. (Lillicrap, 2002, p. 7)

ينشأ مرض الهيموفيليا لدى حوالي (30) بالمائة من الحالات دون وجود تاريخ عائلي مسبق؛ وينجم عن تغيير جديد في جينات الشخص. وهذا ما يُعرف بالهيموفيليا المنفردة.

(الإتحاد العالمي للهيموفيليا، 2012، ص3)

من المهم ملاحظة أن مريض الهيموفيليا يتشارك نفس النوع ودرجة الشدة مثل عائلته، لأنه سيرث نفس العيب الجيني. لم يلاحظ أي تغيير في هذه العناصر بمرور الوقت.
(Parfait, 2018, pp. 23)

4. تصنيف الهيموفيليا:

أ- حسب عامل التخثر الناقص:

1-هيموفيليا (A) : وسببه نقص في عامل التخثرVIII (08) ، ونسبة حدوثه عالمياً 1 لكل 5000 مولود ذكر. وهو أكثر أنواع الهيموفيليا أنتشارا.

2-هيموفيليا (B) : وسببه نقص في عامل التخثرIX (09)، ونسبة حدوثه عالمياً (1) لكل (30000) مولود ذكر .وإضافة إلى ذلك هنالك عامل مساعد لتخثر الدم يسمى عامل فون ويليبراند، ونقص هذا العامل يؤدي إلى مرض نزفي يتشابه في الأعراض مع الهيموفيليا ويسمى مرض فون ويليبراند أو الهيموفيليا الكاذبة. وتبلغ نسبة الاشخاص المصابين بالمرض حوالي (1%) عالمياً.

(صبرة ورملاوي، 2015، ص ص 3-4)

ب- بحسب نسبة عامل التخثر في الدم:

الجدول رقم (02): يوضح تصنيف الهيموفيليا طبقاً لشدة النزف بالنسبة لمستوى عامل التخثر.

الشدة	مستوى عامل التخثر	طبيعة النزف
شديد	(1 >) وحدة دولية لكل ديسيلتر (0.01> ود/ مل) أو (1> %) من الطبيعي	نزف تلقائي يحدث في المفاصل أو العضلات، وغالباً في حال غياب سبب للنزف يمكن تعريفه.
متوسط	(1-5) وحدة دولية لكل ديسيلتر. (0.05 -0.01 ود/مل) أو (1- 5 %)	نزف تلقائي متفرق؛ نزف لفترة طويلة أثناء إصابة بسيطة أو عملية جراحية.
بسيط	(5-40) وحدة دولية لكل ديسيلتر (0.40-0.05 ود/مل) أو (5-< 40) من الطبيعي.	نزف حاد يرافق الإصابات الكبرى أو العمليات الجراحية. النزف التلقائي ناذر الحدوث.

(Fédération mondiale, 2012, p8)

من خلال الجدول التالي يتبين لنا تصنيف مرض الهيموفيليا حسب نقص عامل التخثر في الدم وتحديد طبيعة نزف الدم حيث يصنف الى شديد، متوسط، بسيط حيث يقاس بوحدة دولية لكل ديسيليتر حيث تصنف الهيموفيليا على أنها شديدة عندما يكون عمل التخثر أقل من (1%) حيث يحدث نزف في المفاصل أو العضلات، وغالباً في حال غياب سبب للنزف.

- أما بالنسبة للهيموفيليا المتوسطة يكون عامل التخثر من (1 - 5%) ويحدث نزف تلقائي متفرق؛ نزف لفترة طويلة أثناء إصابة بسيطة أو عملية جراحية، وفي الهيموفيليا البسيطة يكون مستوى عامل التخثر من(5 – أقل40 %) ويحدث نزف حاد يرافق الإصابات الكبرى أو العمليات الجراحية في حين أن النزف التلقائي ناذر الحدوث

5. أعراض مرض الهيموفيليا:

1- حدوث نزيف في أحد أجزاء الجسم سواء الظاهر أو الباطن وخاصة في العضلات والمفاصل.

2- حدوث نزيف تلقائياً بعد الإصابات الطفيفة أو بعد إجراء بعض العمليات الصغرى مثل الختان أو خلع أحد الأسنان.

3- نزيف الدماغ وهو من أخطر أنواع النزيف الداخل.

وتتفاوت حدة النزيف لعدة أسباب منها:

- درجة نقص عامل التخثر.
- عمر الشخص المصاب: أن مصاب الهيموفيليا مثل الانسان العادي، حيث أن التقدم في العمر يؤدي إلى حدوث تغيرات في أجهزة الجسم المختلفة مما يسبب ظهور العديد من الأمراض
- معدل النشاط الحركي للمريض. (صبرة ورملاوي، 2015، ص 10)

تظهر الاعراض عبر نزيف ناجم عن صدمة طفيفة في بعض الأحيان. عادة ما يتم تشخيص الهيموفيليا الشديدة في سن المشي:

1– داء مفصل الركبة هو أكثر المظاهر شيوعًا: فهو يؤثر بشكل رئيسي على الركبتين والمرفقين والكاحلين. بشكل متكرر، يمكن أن تؤدي إلى اعتلال مفصلي تدريجي، وأكثر أشكاله تقدمًا هو تدمير المفاصل مع التشوهات وانكماش الأوتار مما يؤدي إلى إعاقة شديدة.

2– أورام دموية في النسيج تحت الجلد أو تصيب العضلات: يمكن أن تكون خطيرة بسبب حجمها أو موقعها، مع وجود مخاطر وظيفية أو حيوية: ورم دموي في قاع الفم (خطر الاختناق)، في الجزء الأمامي من الساعد (خطر متلازمة فولكمان)، الجوف الإبطي (خطر الإصابة بضغط الأوعية الدموية)، أو محجر العين (خطر العمى).

3– يصعب في بعض الأحيان الكشف عن ورم دموي في العضلة القطنية عندما يكون مؤشرا على الهيموفيليا، والتي يمكن أن تحاكي التهاب الزائدة الدودية الحاد، في أغلب الأحيان يكون من الضروري اللجوء إلى الموجات فوق الصوتية لتأكيد التشخيص.

4– الأورام الدموية داخل الجمجمة نادرة جدًا، ولكنها تظهر أحيانا عند الأطفال حديثي الولادة. (Ifrah et Maynadié, 2018, p255)

6. التشخيص مرض الهيموفيليا:

التشخيص قبل الولادة:

يكون التشخيص حسب معدل عوامل الدم (VIII وIX)حيث يمكن الكشف على مرض الهيموفيليا قبل الولادة خلال (10) الأسابيع الأولى من الحمل وذلك باستخدام مسار الـ (DNA).

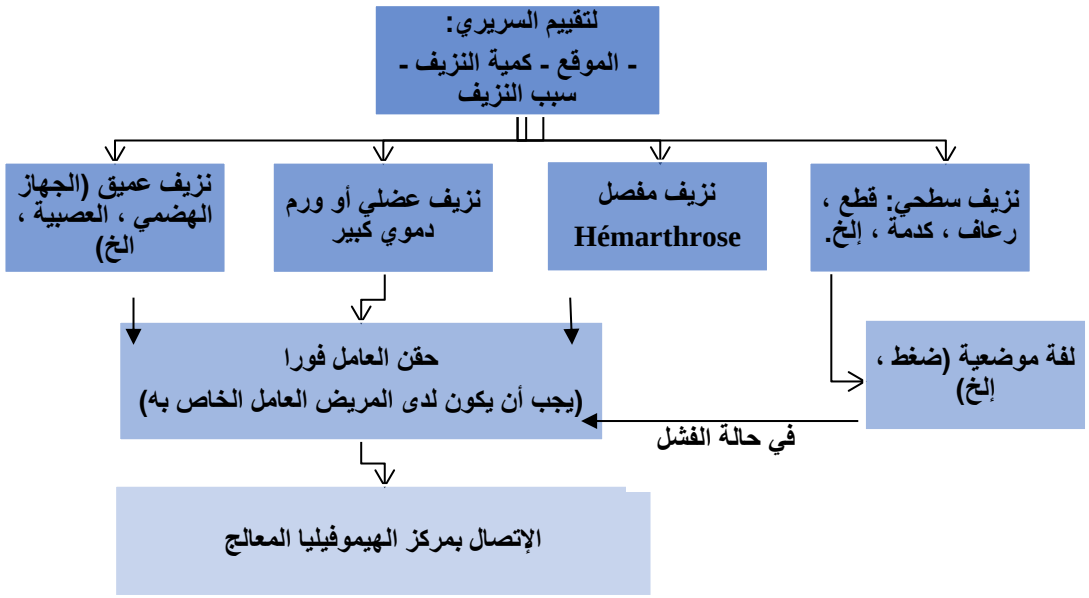
بعد الحصول على خلايا الجنين بأخذ عينة من المشيمة تسمح بالتحميل الوراثي للجنين أما من (18 -20) أسبوع من الحمل يتم التأكد من وجود اضطراب، بأخذ خزعة دموية من الحبل السري.

(مزياني، 2018 أ، ص103)

يمكن تشخيص الهيموفيليا في سياق عائلي حيث يتم تقييم مولود الهيموفيليا المحتمل بعد الولادة بوقت قصير. غالبًا ما تتيح دراسة شجرة العائلة التعرف على الاناث الحاملات للجين المسؤول عن الهيموفيليا وبالتالي الأطفال المعرضين للخطر؛ في أكثر من ثلث الحالات، يُقال أنّ الهيموفيليا تحدث بدون تاريخ عائلي، ويتم التشخيص عند حدوث مضاعفات نزفية: نزيف المفصل المتكرر، ورم دموي و / أو كدمات. عادة ما يتم تشخيص الهيموفيليا الشديدة في مرحلة مبكرة جدًا من الطفولة في مرحلة اكتساب المشي... وقد لا يتم تشخيصها حتى سن البلوغ أو أثناء تقييم ما قبل الجراحة أو بعد نزيف جراحي أو ما بعد الصدمة.

- يعتمد التشخيص على استكشافات بيولوجية بسيطة: زمن الثرومبوبلاستين الجزئي المنشط (TCA) وزمن البروثرومبين (TP).
- قياسات العامل الثامن والعامل التاسع. ومع ذلك، فإن المستوى المنخفض من العامل الثامن لا يشير إلى الهيموفيليا الخلقي فقط إذ يمكن أن يشير إلى مرض ويلبراند (willberand) أو الهيموفيليا المكتسبة. لذلك من الضروري عند نقص العامل الثامن قياس عامل ويلبراند (willberand) والبحث عن الجسم المضاد للعامل الثامن. بالنسبة للعامل التاسع، فأن التشخيص التفريقي الوحيد هو نقص فيتامين (K) والذي عادةً ما يقلل أيضًا من العوامل (II) و (VII)و (X) . (Théron et Schved, 2018, p 1)

7. الوقية وعلاج الهيموفيليا:



(Théron et Schved, 2018, p3)

الشكل رقم (02): يوضح التقييم السريري لحالة النزيف عند مريض الهيموفيليا

يوضح المخطط التالي التقييم السريري في حالة تعرض مريض الهيموفيليا الى نزيف وكيفية إدارته والتكفل به حسب مكان الذي يحدث فيه النزيف، حيث أنه في حال حدوث نزيف سطحي يتم التكفل به ببساطة عن طريق لفة موضعية او الضغط على مكان النزيف.. الخ وفي حالة الفشل يجب الحقن عامل التخثر الخاص بالمريض. أما إذا كان موضع النزيف على مستوى المفصل أو على مستوى العضلة أو ورم دموي كبير وكذلك في حالة نزيف عميق على مستوى الجهاز العصبي أو الجهاز الهضمي هنا يجب حقن عامل التخثر الخاص بالمريض فورا والاتصال بمركز الهيموفيليا المعالج.

1- العلاج بعامل التخثر:

علاجات الهيموفيليا تعتبر العلاجات الحالية للهيموفيليا (A) والهيموفيليا (B) فعالة جدًا بشكل عام . العلاج بعامل التخثر العلاج الرئيسي لأكثر أشكال الهيموفيليا، يعتمد هذا العلاج على إعطاء عامل التخثر المفقود في دم الشخص المصاب بالهيموفيليا عن طريق الحقن في الوريد، وهو علاج آمن ويوقف النزيف بشكل فعال؛ يمكن استخدامه بشكل وقائي لمنع حدوث النزيف، وهذا ما يسمى الوقائي، يتم إعطاء الحقن مرة واحدة أو مرتين أو ثلاث مرات في الأسبوع. يتعلم الآباء إدارة الحقن بأنفسهم غالبًا، عندما لا يزال طفلهم رضيعًا. بمجرد إتقان هذه التقنية، يمكنهم رعاية أطفالهم في المنزل وتجنب زيارات المستشفى المتكررة.

يتعلم العديد من الأطفال المصابين بالهيموفيليا أيضًا الحقن بأنفسهم. يمكن تعليمهم هذه التقنية في وقت مبكر من عمر ثماني أو عشر سنوات.

بالنسبة للأشخاص المصابين بالهيموفيليا الخفيفة أو المعتدلة، لا تكون هناك حاجة دائمًا إلى تركيزات عامل التخثر أثناء نوبات النزيف. وفي كثير من الحالات، يمكن استخدام علاجات أخرى لتقليل أو تجنب الحاجة إلى تركيزات عامل التخثر. (Société canadienne, 2007, p10)

2- حقن البروفيلاكسي: (prophylaxie)

يستخدم كعلاج قبل تعرض المريض للنزف خاصة في المناطق الحساسة، منها المفاصل والعضلات، ويتمثل في حقن عن طريق العضلي لعامل التخثر لعدة مرات في اليوم او في الأسبوع حسب نوع وشدة المرض (Fédération mondiale, 2012, p 40)

3- Acétate de desmopressine (لنقص العامل الثامن):

(Acétate de desmopressine) وتسمى أيضًا (DDAVP) ، ليست منتجًا للدم ولكنها دواء اصطناعي مفيد في غالبية المرضى المصابين بالهيموفيليا الخفيف (A) يعمل (DDAVP) بشكل غير مباشر عن طريق التسبب في رفع عامل (von Willebrand) المنطلق من مستوى العامل الثامن لدى المرضى. يمكن إعطاء (desmopressine) بطرق مختلفة :

- عن طريق الوريد: يتم حقن الدواء في الوريد.
- الطريق تحت الجلد: يتم حقن الدواء تحت الجلد مباشرة.
- داخل الأنف: يتم إعطاء الدواء في فتحتي الأنف باستخدام جهاز الاستنشاق، على غرار بعض أدوية الربو .يمكن أن يضاعف (desmopressine) مستوى العامل الثامن ثلاث مرات في مجرى دم الشخص. لذلك، في وجود الهيموفيليا الخفيفة، قد يكون هناك زيادة في العامل الثامن كافية لوقف النزيف.

4- مضادات الفيبرين Anti-fibrinolytiques(لنقص العامل الثامن والعامل التاسع)

دواء آخر مفيد هو حمض الترانيكساميك، وهو دواء مضاد للفيبرين .(Antifibrinolytiques) يعمل مضاد انحلال الفبرين عن طريق تقوية عملية تخثر الدم. ويمنع النزيف من العودة. يعتبر مفيدًا بشكل خاص أثناء نزيف الفم (اللثة والأسنان واللسان) ونزيف الأنف (الرعاف) ونوبات الطمث .

- ويتعين على مركز متخصص أن يتابع جميع مرضى الهيموفيليا وأن يكون للمريض بطاقة تحدد نوع المرض وشدته، فضلاً عن الدواء الذي يستخدم عادة لعلاج النزيف والوقاية منه. ويتعين تجنب الحقن العضلي، والرياضة العنيفة، والعقاقير مثل الأسبرين.
- ويجب أن يحصل المريض وأسرته على تعليم دقيق من أجل معرفة المرض وطرائق العلاج وبالمثل، تقترح التحاليل الوراثية والطرق التي تسمح بالتشخيص قبل الولادة.
- ويستند العلاج إلى حقن (FVIII) أو (FIX)، تركيزات البلازما (PFC) أو منشأ إعادة التنسج .ويعتمد توقيت الحقن والجرعة على (النزيف، أو الجراحة، أو الوقاية)، ووزن الجسم، العمر. (Ifrah et Maynadié, 2018, p257)

5- التلقيح

الشخص المصاب بالهيموفيليا يجب أن يطعم ضد الالتهاب الكبدي الفيروسي (Hépatite B) وكل أفراد عائلته، وإذا كان الطفل المصاب لديه استعداد للإصابة بفيروس السيدا، فإنه يمنع عنه اللقاح بـ (BCG). والذي تظهر لديه أعراض السيدا، فإنه يمنع التطعيم ضد الحمى الصفراء.

(مزياني، 2018 أ، ص 105)

6- دفتر الهيموفيليا والبطاقة:

يجب أن يقدم لأي شخص مصاب بالهيموفيليا فالدفتر الهيموفيليا يساهم في ضمان التعاون بين الطبيب والعائلة، إذ يحتوي على الحالة المدنية، نوع الهيموفيليا، حالة الاستعداد للإصابة بالسيدا، الزمرة الدموية، وكذا التلقيحات التي أجراها.

7- العناية الصحية:

على المصاب بالهيموفيليا خاصة الحادة، فعليه أن يخضع للفحص على الأقل مرة واحدة في العام، وذلك بمراقبة ضغطه، وتحليل دمه وبوله، ومراقبة نسبة الكريات البيضاء والصفائح، وظيفة الكبد وجودة الأجسام المضادة لعوامل التخثر، وضعية المناعة، والاختبار الدموي للبحث عن الأجسام المضادة

لـ(HIV). كما يجب الاعتناء بصحة الأسنان ونظافتها لتجنب المرض والتسوس باستخدام فرشاة لينة مناسبة، وعلاجها في بداية تسوسها، كذلك فحص الجهاز الهضمي كل ستة أشهر بشكل منظم.
(مزياني، 2018 أ، ص 105)

8- **التكفل التكميلي:**

ويتم هذا النوع من التكفل بفضل العائلة أو الطبيب، أو المصاب بنفسه وهي مجموعة من السلوكيات للحد من خطورة النزيف الدموي المتعرض إليه ومنها: البقاء دون حركة أثناء حدوث نزيف داخل المفصل، ومكان الجرح يبرد بالجليد (أي ضمادة من الجليد. في حالة ألم خفيف يستعمل المسكن (paracetamol)، وفي حالة ألم معتدل (Douleur modérée) يعالج بـ (codeine) وفي حالة ألم شديد (Douleur intense) يستعمل (Morphine).

في حالة الجرح يجب تنظيف الجرح بالكحول، أو ماء جافيل، ومن ثم غلق حافتي هذا الأخير بالإبهام أو السبابة لمدة (20) دقيقة، ثم وضع شريط عليه وحمل المريض إلى المركز الطبي للعلاج.

ثم إعادة التربية الحركية من خلال متخصص الطب الحركي (Kinésithérapeute) للحفاظ على وظيفة العضو كذلك الحقن المبكر لعوامل التخثر وعند فشل كل الطرق فأن الجراحة تمكن من الخلاص منه ويتم ذلك بعدة طرق منها التنشيط الكهربائي (Stimulation électrique) واعادة التوازن. (مزياني، 2018 أ، ص 106)

8. الانعكاسات النفسية لمرض الهيموفيليا:

تُظهر العديد من الدراسات أن مستوى القلق لدى مرضى الهيموفيليا ومستوى التوتر لديهم وخطر الإصابة بالاكتئاب أعلى بكثير من المتوسط، بدءًا من المراهقة المبكرة .حتى أن بعض الدراسات أظهرت أن المرض له نفس التأثيرات النفسية على جميع أفراد الأسرة، وخاصة على الآباء الذين يظهرون الشعور بالذنب تجاه أطفالهم ومراهقيهم المصابين بالهيموفيليا.
(dinet, 2015,p 203)

من جهة أخرى يمكن أن تتأثر جودة حياة مريض الهيموفيليا بخصائص الشخصية، مثل التكيف، والخصائص الديموغرافية، مثل الحالة المعيشية والوظائف، والأدوار الجسدية والنفسية، والألم (الوظيفة الاجتماعية، والصحة النفسية، والصحة العقلية)، على التوالي. أن ارتفاع تكلفة العلاج وصورة

الجسم السلبية نتيجة اعتلال المفاصل هي أكثر الاهتمامات شيوعًا لدى مرضى الهيموفيليا، حيث يعاني المرضى من الإجهاد المزمن، وبالتالي الاكتئاب والمزاج المضطرب والاكتئاب المرتبط بالألم والإعاقة، (rambod et al., 2018, p1-2)

هنالك بعض المهارات التي يمكن تعلمها للتأقلم والتعايش مع مرض الهيموفيليا وكيفية التعامل معه، وأفضل الطرق هي تحدث الزوجين سويا أو مع الأهل والأصدقاء أو مع والدي أحد الأطفال المصابين بمرض الهيموفيليا، وعدم التردد في استشارة أحد اعضاء الفريق الطبي المعالج. أن هدوء نفسية الوالدين سوف يساعد الطفل على التأقلم مع مرضه وفهمه بإيجابية، كما أن أغلب الناس لا يمكنهم تذكر كل تعليمات وتوجيهات الطبيب أو أفراد رعاية مريض الهيموفيليا لذا فإن الفريق الطبي سيتفهم ذلك ويعلم بأن الوالدين سيقومون بطرح كثير من الأسئلة عدة مرات. من المؤكد أن القلق سوف يغمر الوالدين والأهل حول كيفية رعاية ابنهم المريض بالهيموفيليا، وستراودهم تساؤلات كثيرة هل سيتمكنون من التعامل معه بالطرق الصحيحة ولكن وجود الفريق الطبي سوف يسهل كثيرا على الوالدين بإرشادهم لما يجب اتباعه. (صبرة ورملاوي، 2015، ص 10)

خلاصة الفصل

الاشخاص المصابين بالهيموفيليا بمستوى عال من المرونة والارادة القوية؛ من حقهم عيش حياة شبه طبيعية، بعيدا عن الشفقة وبعيدا عن الاشخاص الذين لا يتفهمون سبب معاناتهم من مشاكل في الحركة نتيجة لحالات النزف الداخلية. أن مستوى تقبلهم لعدم تفهم المجتمع لحالتهم لا يستهان به إذ أن المجتمع يتطلب منهم ممارسة حياة طبيعية، ويمكن للشخص المصاب بالهيموفيليا أن يقيم علاقات طبيعية من دون الخوف من إيذاء أحبائه، ويمكن لهم أنجاب أطفال ذكور غير مصابين أما بناتهم فيحملن الجين الإصابة بالمرض، حيث يحتاج المصاب بالهيموفيليا رعاية طبية شاملة متعددة التخصصات تستدعي تحديد البروفيل السيكولوجي لهذه الفئة من المرضى، من اجل ممارسة حياتهم بشكل طبيعي وتحقيق الرفاه النفسي.

الفصـل الرابع:

الإجراءات منهجيـة للدراسـة

تمهيـد

- منهج الدراسة.
- دراسة الاستطلاعية.
- أدوات الدراسة.
- الدراسة الأساسية

خـلاصـة

تمهيد:

لا تخلو أي دراسة من جانب نظري، و الذي يعتبر كأساس قاعدي لها، يكمله الجانب التطبيقي، الذي يعد بدوره من اهم خطوات البحث العلمي، حيث يمكن الباحث من استثمار معلوماته النظرية كما أنه يوسع مجال دراساته، و اذا كان الجانب النظري هو بمثابة المنبع لمعرفة الوقائع الخاصة بمتغيرات دراستنا، فإن الجانب الميداني هو الذي يثبت او ينفي صحة تلك الحقائق، و هذا من خلال مجموعة من الأدوات و الإجراءات التي تساعدهم في جمع المعلومات عن واقع و مكان الدراسة، و ستحاول الطالبة من خلال هذا الفصل إبراز الخطوات الإجرائية و المنهجية التي اعتمدتا عليها في هذه الدراسة، ثم عرض و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة التي جمعت من الميدان.

1. منهج الدراسة

تتطلب مقتضيات البحث العلمي تحديد نوع المنهج المتبع من طرف الباحث وذلك بغرض التوصل الى نتائج موضوعية ودقيقة قابلة للتحليل والتفسير والتأويل وعلى هذا الأساس، أن اختيار منهج الدراسة يعتبر من أهم المراحل في عملية البحث العلمي، حيث يتم من خلاله انتهاج خطوات البحث العلمي الذي هو الطريقة أو المسلك الذي يتخذه الباحث في المراحل المختلفة لعملية البحث.

(الشروخ، 2003، ص 150)

تعتبر أساليب البحث النوعي ومتغيراتها العديدة مناسبة تماما لتوفير فهم لتجربة المريض الفردية وتدوين تغييرات العلاج، بالإضافة إلى ذلك، يمكن للبحث النوعي اختبار وتوليد نماذج مفاهيمية وفرضيات محددة. يمكن أن تفيد الأساليب النوعية البحوث السريرية من خلال توفير طريقة صارمة لتدوين تجارب الأفراد (المرضى والمعالجين).

تهدف الطريقة السريرية في المقام الأول إلى الاستجابة لحالات ملموسة من مواضيع المعاناة ويجب أن تركز على الحالة، أي الفردية، ولكن لا ينبغي تلخيصها .الطريقة السريرية" في الميدان التطبيقي تهدف إلى تمييز بعض الوضعيات، الميولات، السلوكيات من أجل اقتراح العلاج (العلاج النفسي على سبيل المثال). (fernandez & pedinielli, 2006, p. 43)

وفي هذه الدراسة التي تهدف للكشف عن البروفيل السيكولوجي للمصاب بالهيموفيليا اعتمدنا على المنهج النوعي لكي نتمكن من دراسة الحالات عن قرب ونلم في نفس الوقت بالجانب النفسي والانفعالي والعلائقي والمعرفي والسلوكي للحالات من خلال استعمال تقنياته المتمثلة في: (صياغة الحالة، المقابلة النصف موجهة، مقياس نفسي).

2. الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية لكثير من الباحثين البوابة الرئيسية التي تحدد معالم البحث نظريا وميدانيا. "يقوم فيها الباحث بمحاولات استكشافية تمهيدية قبل أن ينخرط في بحثه الأساسي، حتى يطمئن إلى صلاحية خطته وأدواته وملاءمة الظروف للبحث الأساسي الذي ينوي القيام به".

(فرج وآخرون، ب ت، ص ص 194- 195)

ميّز (زرواتي، 2008، ص ص 23-24) نوعين: الدراسة الاستطلاعية النظرية وفيها يقوم الباحث بزيارات إلى مختلف المكتبات، بغية إلقاء نظرة على المراجع الخاصة ببحثه النظري، أو الخاصة ببعض المحاور النظرية في بحثه. الدراسة الميدانية: وفيها يقوم الباحث بتنظيم زيارات إلى ميدان الدراسة للاطلاع على ميدان دراسته، إذا كان بحثه كله ميداني، أو أن يطّلع على الجانب الميداني الذي يخص بعض محاور دراسته الميدانية لأن للدراسة الاستطلاعية الميدانية دورا هاماً في تحديد وضبط عنوان البحث، كما لها دوراً في تحديد عينة البحث وضبطها، وأيضاً في تحديد منهج الدراسة وأدواته.

خطوات الدراسة الاستطلاعية:

1- من أجل ضبط موضوع الدراسة وتحديد عينة الدراسة تم الاتفاق مع المشرف على موضوع البروفيل السيكولوجي لمرضى جفاف الجلد المصطبغ الذي يعد من الأمراض النادرة.

2- في البداية قمنا بالاتصال بهؤلاء المرضى والبالغ عددهم (06) مرضى وموزعين على مختلف مناطق مدينة غرداية مسجلين على مستوى مديرية النشاط الاجتماعي بولاية غرداية وقوبلنا برفض وعدم تعاون العينة من أجل اجراء الدراسة ولوحظ على هذه الفئة من المرضى التكتم والخوف من وصمة المرض وهذا ما جعلهم مختفين على العالم لخارجي مما يتطلب الكثير من الوقت والجهد من أجل اعدادهم للدراسة والبحث.

3- بعدها فقمنا بمعاينة العديد من المصابين بالأمراض النادرة الأخرى كمرض فقر الدم المنجلي والتلاسيميا ومرضى نقص عامل تخثر الدم السابع، ومرضى الهيموفيليا من جميع الفئات العمرية بغية التعرف على البروفيل السيكولوجي لهم. فقمنا بزيارة مصلحة الطب الداخلي بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بغرداية بوحدة أمراض الدم، حيث يتواجد بها مجموعة من أطباء متخصصين بأمراض الدم والدين كانوا جد متعاونين من حيث تقديم كل التسهيلات اللازمة لإجراء الدراسة خاصة فيما يتعلق

بإحالة المرضى المصابين بأمراض الدم النادرة، وإمدادنا بمخرجات الملتقيات الوطنية التي حضروها مما ساعدنا في الحصول على إحصائيات وطنية موثوقة.

4- قمنا بإجراء تربص ميداني بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بغرداية لكي ونتعرف على معاناة المرضى ونختار عينة الدراسة الأساسية، وتم الاستعانة بالأخصائية الرئيسية المنسقة والمسؤولة عن الأخصائيين النفسانيين العاملين بالمستشفى والعمل بتوجهاتها، وبرمجت جلسات فردية مع مجموعة من المرضى المصابين بأمراض الدم النادرة من مختلف الفئات العمرية وأولياء أمورهم وهم كالآتي:

- ثلاث أولياء لأطفال مصابون بالهيموفيليا من النوع (A) من الفئة العمرية من سنتين إلى عشر سنوات.
- أولياء لطفل مصاب بالتلاسيميا يبلغ من العمر (04) سنوات
- خمسة أشخاص مصابين بالهيموفيليا تتراوح أعمارهم (من 26 سنة الى 47 سنة).
- ثلاثة نساء مصابات بنقص عامل التخثر السابع (FVII) تتراوح أعمارهم من (45إلى 49).
- شخص مصاب بفقر الدم المنجلي يبلغ من العمر (58) سنة

5- تم تحديد عينة الدراسة الأساسية المتمثلة في مرضى الهيموفيليا من النوع (A) كون هذه العينة لم تخضع للدراسات النفسية من قبل كموضوع جديد، كما أنهم أبدو تعاونهم للمشاركة في هذه الدراسة، إضافة إلى ترشيحهم من قبل أطبائهم من أجل تسهيل عملية التعامل معهم، وساعدنا التربص الميداني في فهم خصوصية المرض عن قرب كما قمنا بالاطلاع على ملفات المرضى على مستوى المصلحة، ومن الملفت للانتباه أننا وجدنا المرضى معروفين منذ صغرهم من قبل مقدمي الرعاية الصحية في عدة مصالح استشفائية كمصلحة طب الأطفال والاستعجاليات، وذلك من اجل تكوين نظرة شاملة حول هذه الفئة كون المرض يلازمهم منذ الولادة وهم ملزمين بارتياد المصالح الاستشفائية دوريا.

6- قمنا بوضع قائمة لتحديد البروفيل السيكولوجي لمرضى الهيموفيليا من فئة الراشدين من أجل تعيين مجموعة الدراسة الأساسية وهي:

- أن تكون الحالة مصاب بمرض الهيموفيليا من النوع (A) من عمر (29- 47 سنة)
- أن يكون المصاب لا يعاني من نوبة ألم، وحالته الصحية مستقرة حتى لا تؤثر على استجابته على المقياس ونتائج الدراسة.
- أن يكون المصاب قادر على القراءة والكتابة.

7- قمنا بزيارة المكتبات من أجل الإلمام بالمراجع والدراسات السابقة حول موضوع الدراسة، حيث واجهنا مشكلة متعلقة بنقص المراجع العربية نظرا لحداثة الموضوع بالإضافة الى نقص تناوله في البيئة الجزائرية فتوجهنا الى المنصات الالكترونية مثل:

(SNDL, PNST, CAIRN, ScienceDirect, ASJP, Drive.pdf, sci-hub.ar.nf)

8- بعد الاطلاع على التراث الأدبي والدراسات السابقة وكل ما كتب حول الموضوع قمنا ببناء دليل المقابلة النصف الموجهة. والاعتماد على طريقة صياغة الحالة التي تهدف إلى إعداد العميل إلى العلاج من المنظور التاريخي الارتقائي الذي ينتمي الى النظرية السلوكية المعرفية، ويعتمد على التشخيص القائم على الأدلة والاختبارات المقننة، حيث استخدمنا اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2).

3. أدوات الدراسة

2-1- صياغة الحالة:

تدور صياغة الحالة حول تطوير "نظرية إكلينيكية" لمشكلة الفرد ضمن الإطار السلوكي المعرفي. ويتم ذلك بالحصول على المعلومات ذات الصلة وتطوير الفرضيات المناسبة واختبارها، وكما قال فيك ماير (Vic Meyer)، فإن المعالج يتصرف مثل المحقق ...مسترشدًا بالمعرفة السلوكية المعرفية بالإضافة إلى تجربة الحياة الشخصية، فهو متيقظ ويقظ ويلتقط القرائن من المظهر والسلوك واللغة وما إلى ذلك . حيث يمكن أنشاء فرضيات يمكن اختبارها حول المسببات المرضية وطبيعة المشكلة.

(Bruch , 2015, p. 25)

ويقصد بها فهم مشكلات المريض ضمن النموذج المعرفي السلوكي للاضطرابات الانفعالية (أي: إلى أي مدى يتوافق النموذج مع تطور مشكلات المريض واستمراريتها؟)

ويشير ويستروك وآخرون Westbrook et al. (2011) إلى أن صياغة الحالة تتكون من ثلاثة عناصر:

1-وصف المشكلة (المشكلات) الحالية.

2-تحديد لماذا وكيف تطورت هذه المشكلات؟

3-تحليل العمليات الأساسية المفترضة التي تقف خلف استمرار المشكلة.

(نينا ودرايدن، 2018، صفحة 69)

ويرى ثورين (Thurin, 2016, p. 46) أن صياغة الحالة توفر وصفا منظم للحالة من البداية وفي مراحله المختلفة (الضعف، العوامل المفجرة المشاكل الحالية، التنظيم النفسي، نقاط القوة والضعف)، التي تنطوي عليها أهداف العلاج والاستراتيجية لتحقيقها، ويمكن دمج العناصر الرئيسية في تحليل وظيفي، والتي يتم تطويرها في شكل رسوم توضح المتغيرات السببية المحددة والعلاقة بينهم. فهي أداة سريرية وأداة بحثية في نفس الوقت.

وقد تم تطوير صياغة الحالة استجابة للتشخيص النفسي الذي يمكن اعتباره نهجا اختزاليا للأداء النفسي، تبنى العديد من علماء النفس السريري هذا النموذج، الذي تم تطويره في البداية من قبل المعالجين النفسيين المعرفيين السلوكيين، وقاموا بتكييفه مع ممارستهم الخاصة. يتكون هذا النموذج، الذي يرتكز الآن بشكل جيد على الممارسة السريرية اليومية، من تطوير وجهات نظر نظرية مختلفة تدمج نتائج البحث العلمي لتعزيز فهم الحالة السريرية. في الوقت نفسه، يعد هذا النموذج جزءا من نهج قائم على الأدلة وممارسة عاكسة للعيادة. الهدف من صياغة الحالة هو تطوير الفرضيات واقتراح العلاجات المناسبة. (nachat & quartie, 2014, p. 422)

ويؤكد ايل (Eells, 2007, p. 4) أن صياغة الحالة تهدف الى تنظيم المعلومات حول الشخص لا سيما عندما تحتوي تلك المعلومات على تناقضات في محتوى السلوك والعاطفة والفكر؛ تحتوي على هياكل تسمح للمعالج بفهم هذه التناقضات وتصنيف فئات مهمة من المعلومات ضمن رؤية شاملة بما فيه الكفاية عن المريض.

ومن مصطلحات المتداخلة مع صياغة الحالة ذكر (de vries, 2016, p6) في المؤتمر السنوي الرابع والأربعون للعلاج السلوكي المعرفي: تصور الحالة، الصياغة السريرية، صياغة التشخيص، تحليل وظيفي، تحليل المشاكل وعلاقاتها المتبادلة، النظرية الشاملة، النظرية الكلية.

من التعاريف السابقة نستنتج أن صياغة الحالة هي طريقة طورت في البداية من رواد المنظور السلوكي المعرفي وهي الان تستعمل في البحوث الحديثة من مختلف النظريات الدينامية وحتى النسقية وتهدف لإعداد العميل للعلاج وفق توجه نظري معين وفي هذه الدراسة تم الاستعانة بصياغة الحالة لـ (الصبوة، 2021) وفق التوجه المعرفي السلوكي ونموذج بيك للأفكار اللاعقلانية (بيك، 2018)

ومن فوائد صياغة الحالة ذكر (الصبوة، 2021، ص ص 3-4):

1- الكشف عن دور العوامل المهيئة والمرسبة (المفجرة للاضطرابات والأمراض النفسية والانحرافات الاجتماعية والأخلاقية والسلوكية).
2- اختيار أنسب نظرية علمية أو أكثر لتفسير منشأ هذا الاضطراب النفسي وتطوره وتفاقمه.
3- الكشف عن دور الأسباب والعوامل المعرفية والوراثية والاجتماعية والشخصية والانفعالية والجسمية المختلة في معرفة قوائم مشكلات الحالة المرضية التي تجمع بين مشكلات الاضطراب النفسي والانحراف السلوكي، أو التي تجمع بين تشخيصين أو أكثر.
4- اختيار أنسب أدوات الفحص والتشخيص والتنبؤ التي أمدتنا بها النظريات العلمية النفسية التي تم اختيارها، طبقا لمبادئها والمفاهيم والفروض التي وفرتها لنا.
5- استنباط قوائم المشكلات المعرفية والانفعالية والاجتماعية والشخصية والجسمية والسلوكية التي تعاني منها الحالة المرضية النفسية، وإعادة صياغتها في شكل أهداف علاجية طويلة المدى وأهداف فرعية قصيرة المدى قابلة للقياس والتقييم وإعادة الانتاج والتحقق من صحتها على محك الواقع.
6- اختيار أنسب طرق العلاج النفسي وأساليب التدخل المناسبة لكل مشكلة من المشكلات المرضية للحالة أو للمريض النفسي.
7- تحديد مجالات تعقيد الخبرة البشرية التي يرويها المريض النفسي، خاصة إذا تم تشخيصه على أكثر من محور من محاور التشخيص الطبي النفسي: التعديل الخامس، أو التصنيف الدولي للاضطرابات النفسية: التعديل الحادي عشر.
8- تحديد قدرة وكفاءة أي برنامج علاجي نفسي أو أي نوع من أنواع العلاج النفسي وفعاليته وتأثيره والنظريات النفسية العلمية التي أنبثق عنها.

2-2- المقابلة العيادية:

المقابلة العيادية عبارة عن "علاقة اجتماعية مهنية تجري وجهاً لوجه بين الباحث والمستجيب ويسودها جو من الثقة المتبادلة بين الطرفين، من أجل حل مشكلة يرغب المستجيب في المساعدة على حلها، وتدور المحادثة فيها وفق أسلوب علمي دقيق بهدف الحصول على بيانات ومعلومات هادفة، وفي ظل أجواء يسودها الثقة المتبادلة، لذلك فهي فن وعلم في آن معاً، وتتطلب الخبرات الخاصة والمستمدة أغلبها من العلوم الإنسانية. (الشجيري و الزهيري، 2022، ص 378)

وقد ارتأينا أن نستخدم المقابلة نصف الموجهة لأسباب عديدة تعطي الأهمية لهذا النوع من المقابلة حيث أن "نظام الأسئلة من جهة مرن وفي نفس الوقت مراقب، إذ أنها طريقة تعتمد على بساطة تغيير المبحوث وتوجيهه نحو موضوع البحث المراد دراسته مع ترك نوع من الحرية للمبحوث، وهنا ليس الهدف من استخدام هذه الأنواع من المقابلات هو التشخيص او العلاج ولكنه مرتبطة بمخطط البحث" (عبد المجيد، 2015، ص 142)

2-2-3 دليل المقابلة العيادية:

من أجل صياغة دليل المقابلة العيادية تم الاعتماد على:

- الاطلاع على الإطار النظري المتعلق بالبروفيل السيكولوجي ومرض الهيموفيليا.
- الاطلاع على الدراسات السابقة كدراسة (Bendada, 2021)، (Nsangou, 2019).
- الاستعانة ببعض المراجع العربية والأجنبية منها (الدليل التشخيصي الإحصائي DSM5، 2014). (الإتحاد العالمي، 2009)، (Zuckerman, 2010)، والوارد ذكرها في قائمة المراجع.
- الاطلاع على ملفات مرضى الهيموفيليا، والاعتماد على (bruce, 2010) الذي اهتم بشاء ملف موحد عالمي لمرضى الهيموفيليا (الملحق رقم 05).
- الاطلاع على مقياس جودة الحياة مع الهيموفيليا (الملحق رقم 06)، المطور من قبل فون ماكنسون (Von Mackensen, et al.,) والوارد ذكره في عدة دراسات منها في دراسة (Rambod, et al., 2018).

من أجل تحديد محاور نموذج المقابلة العيادية نصف الموجهة ولجمع معلومات كافية بطريقة علمية عن الحالات في مواقف وسياقات حياتهم الواقعية والفعلية، وكنا حرصين على أن تكون أسئلة المقابلة قدر الإمكان مفتوحة تساعد العميل على الاسترسال والتصريح بأكبر قدر من المعلومات. وحاولنا استقصاء الأبعاد التي تم طرحها في المفاهيم الإجرائية للدراسة من خلال المحاور التالية:

1. الملف الشخصي الاجتماعي والاقتصادي.
2. اكتشاف المرض الهيموفيليا والتعامل معه.
3. الصحة الجسدية.
4. المشاعر والعواطف.
5. النظرة للذات:

6. الرياضة والترفيه.
7. العمل والمدرسة.
8. العلاج.
9. الأفاق المستقبلية.
10. الحياة الأسرية للمريض.
11. شراكة والعلاقة الجنسية.

2-2-4- طريقة تطبيق المقابلة:

بعد الانتهاء من ضبط دليل المقابلة العيادية نصف الموجهة في صورتها النهائية (أنظر للملحق رقم 01)، والاتفاق مع عينة الدراسة الأساسية قمنا في كل مقابلة بتقديم أنفسنا كالآتي "أنا طالبة في علم النفس العيادي بصدد إجراء دراسة في علم النفس حول مرضى الهيموفيليا أطلب منك مساعدتي والتعاون معي من أجل القيام دراسة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، وأعلمكم أن معلوماتكم الشخصية تبقى سرية وهي لغرض البحث العلمي فقط. ما يهمني هو معرفة كيف تم اكتشافك لمرض الهيموفيليا؟ وما الصعوبات التي تواجهك في حياتك اليومية؟ وكيف تسير رحلة العلاج؟

ولكم جزيل الشكر والامتنان أن قبلتم المشاركة، قبل الشروع في المقابلة هل لديك أي أسئلة تود أن تطرحها للاستفسار عن الموضوع؟ يمكنكم اخذ الوقت الكافي للتفكير في الاسئلة التي تريدون طرحها وسأكون مستعدة للإجابة عن كل ما يجول في خاطركم. إذا لم تكن لديكم أسئلة، سأبدأ بالمقابلة.

2-3- الملاحظة

وهي استنفار الطرف الفاحص انتباه كافة المستقبلات الحسية والوجدانية والمعرفية والروحانية لديه من أجل التقاط أي بيات أو رسائل تصدر عن الطرف الملحوظ، قصدية كانت أو غير قصدية، وصريحة كانت أو ضمنية، في مواقف خاصة أو في مواقف طبيعية أو في مواقف معدة لذلك.

(خياط، 2016، ص 25)

ولقد استخدمنا الملاحظة المباشرة في دراستنا أثناء سير المقابلات العيادية لنتمكن من معرفة وكشف بعض السلوكات، أو ردود الأفعال والاستجابات التي تصدر عن المفحوصين، كالحركات والإيماءات التي تأتي كمؤشر لتدعيم النتائج المتحصل عليها من الوسائل الأخرى، منها ملامح الوجه، وما تعكسه من غضب وحزن وقلق .... الخ

2-4- اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه:

L'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota **(MMPI-2)**

هو اختبار قام بإعداده كل من (Starke R. Hathaway) أخصائي نفساني و (J.Chanley Mckinley) طبيب عقلي عصبي (neuropsychiatre) مخصص للتقييم الإكلينيكي باعتباره يضم فقرات تغطي مدى واسع من الموضوعات التي تتناول جواب عديدة من الشخصية. (الصحية، الأخلاقية، الاتجاهات الجنسية، الاتجاهات الدينية، المخاوف، الأسرة، وما إليها) توضح الاضطرابات النفسية والعقلية. (بوشي، 2018، ص 110)

تتكون البطارية في صورتها الجديدة من (567) بنداً، روعي في صياغتها الالتزام بالنمط التقليدي في صياغة البنود في البطارية الأصلية، والذي يأخذ صورة الجمل التقريرية التي يجاب عنها بـ صواب أو خطأ إلغاء البديل الثالث للاستجابة المستخدم في البطارية القديمة وهو إجابة عدم الحسم أو علامة الاستفهام (؟) ومن بين البنود الـ (567) أحتفظ بـ (370) بندا، تتطابق مع بنود البطارية الأصلية مع تعديلات طفيفة في الصياغة، وفي مواضع البنود على امتداد المقاييس، وتوفر البنود الـ (370) الإجابات الكافية لتصحيح المقاييس العشرة الأساسية، كما تتضمن هذه المجموعة من البنود (30) بندا لقياس الصدق ، أما بقية بنود البطارية الـ (197) فمنها (107) بنداً جديداً تماما. وقد روجعت مقاييس الصدق والمحتوى والمقاييس الإضافية التي تشكل مع المقاييس الإكلينيكية البطارية الكاملة، وتحتفظ الصورة الجديدة بخصائص التنوع الواسع في مضمون البنود الذي تميزت به البطارية، والذي يغطي مجالات مثل الصحة العامة، والسلوك الجنسي، والاتجاهات والاهتمامات السياسية، والتعليمية، والسلوك العصابي، والدهاني، وغير ذلك من المجالات المتنوعة.

(فرج، 2007، ص 690)

يمكن تطبيق الاختبار فرديا أو جماعيا على الأفراد من عمر (16) سنة فما فوق بمستوي تعليم متوسط تتراوح مدة تطبيق الاختبار المتوسطي الذكاء بين ساعة وساعة ونصف في حين تتجاوز الساعتين لمن ذكاؤهم دون المتوسط. (عبد الرؤوف والمصري، 2017، ص 100)

2-4-1 مقاييس الاختبار:

1- مقاييس الصدق:

- **درجة لا أستطيع أن أقرر؟ Cannot say score** : وهي عدد البنود المغفلة، وتتضمن البنود التي لم تتم الإجابة عنها. والبنود التي أجيب عنها بصح أو خطأ معا. ويؤدي ارتفاع عدد هذه البنود إلى خفض الدرجات في المقاييس الأخرى، وبالتالي التأثير في صدق البروفيل إذا تبين أن 30 بندا أو أكثر غير مجاب عنها. تلغي ورقة المفحوص.
- **مقياس الكذب Lie (L) scale**: يتألف هذا المقياس من (15) بنا بني للكشف عن المحاولات المتعمدة من قبل المفحوص لإظهار نفسه في المظهر المقبول.

(عبد الرؤوف والمصري، 2017، ص 100)

- **مقياس الندرة أو التكرار Infrequency (F) scale**: يتألف هذا المقياس من (60) بندا وقد بني للكشف عن الطرائق الملتوية في الإجابة عن بنود الاختبار، ومنها محاولة المفحوص للتظاهر بالمظهر السيئ (Faking bad) أو التظاهر بالمظهر الجيد (Faking good).
- **مقياس التصحيح Correction (K) scale**: يتألف هذا المقياس من (30) بندا والذي كان بناؤه لمعرفة اتجاه المفحوص حيال الاختبار (إما الدفاع أو الإقرار بالعيوب).

2- المقاييس الاكلينيكية: يحتوي اختبار (MMPI-2) على عشرة مقاييس عيادية، سنوردها فيما يلي دون التطرق للمقاييس الفرعية الملحقة بها:

1- توهم المرض أو المراق Hypochondria: يتألف هذا المقياس من (32) بندا.
2- الاكتئاب Depression: يتألف هذا المقياس من (57) بندا.
3- الهيستريا Hysteria: يتألف هذا المقياس من (60) بندا.
4- الانحراف السيكوباتي Psychopatic Deviate : يتألف هذا المقياس من (50) بندا.
5- الذكورة – الأنوثة Masculinity-Femininity: يتألف هذا المقياس من (56) بندا.
6- البارانويا Paranoia: يتألف هذا المقياس من (40) بنا.
7- الوهن النفسي (السيكائينيا) Psychathenia: يتألف هذا المقياس من (48) بنا.

8- الفصام Schizophrenia: يتألف هذا المقياس من (78) بندا.

9-الهوس الخفيف Hypomania: يتألف هذا المقياس من (46) بندا.

10- الانطواء الاجتماعي Social inrovertion: يتألف هذا المقياس من (69) بندا.

(عبد الرؤوف والمصري، 2017، صفحة 101)

وتتمثل المقاييس الإكلينيكية، في مايلي:

– **توهم المرض (1):** ويقيس الانشغال المرضى بالوظائف الجسمية وهو صورة معدلة من مقياس سابق لتوهم المرض، وصاحب الدرجة المرتفعة على هذا المقياس قلق على صحته، ويشكو مرارا من آلام واضطرابات يصعب تحديدها، لعدم وجود أساس عضوي لها، وتعكس هذه السمة المرضية قدرا من عدم النضج في مواجهة المشكلات التي يقابلها الراشدون، كما تعكس الفشل في الاستجابة بشكل مناسب للمواقف الاجتماعية.

– **الاكتئاب (2):** ويقيس مدى عمق الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب، وقد يكون الاكتئاب هو العرض الرئيسي لدى الفرد، كما قد يكون مصحوبا في حالات أخرى بأعراض جانبية، أو يكون نتيجة لمشكلات في الشخصية، وتشير الدرجة المرتفعة إلى معنويات منخفضة في المجال الوجداني، مصحوبة بإحساس بعدم النفع وعدم القدرة على تحقيق أهداف في المستقبل.

(فرج، 2007، ص 723)

– **التحويل (الهستيريا) (3):** ويقيس الدرجة التي يشبه بها المفحوص أولئك الذين يعانون من الهستيريا التحولية، وقد تكون الأعراض هنا شكوى عامة ومنتظمة أو شكوى أكثر تحديدا مثل الشلل، والتقلصات العضلية، والاضطرابات المعوية وغيرها ويتعرض أصحاب الدرجة المرتفعة على هذا المقياس لنوبات من الضعف والإغماء أو بعض التشنجات المشابهة للنوبات الصرعية.

– **الانحراف السيكوباتي (4):** ويقيس مدى تشابه الشخص مع مجموعة من الأشخاص، الذين تكمن الصعوبة الأساسية لديهم في نقص الاستجابة الانفعالية العميقة، وفي عدم قدرتهم على الإفادة من الخبرة وعدم مبالاتهم بالمعايير الاجتماعية، وعلى الرغم من أن مثل هؤلاء الأفراد يشكلون خطرا على أنفسهم أو على الآخرين، إلا أنهم يكونون بشكل عام أذكياء ومحبوبين.

– **الذكورة – الأنوثة (5):** وهو أساسا مقياس للاهتمامات الخاصة بكل جنس، ويقيس الميل إلى الذكورة أو الأنوثة في أنماط الاهتمامات، وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى انحراف في نمط

الاهتمام في اتجاه الجنس الآخر، وقد اختيرت بنود المقياس نتيجة لمقارنات بين الميول الذكرية والميول الأنثوية لدى الذكور ثم مقارنات بين الجنسين، ويعتقد مصممو الاختبار أن الدرجة على هذا المقياس ذات أهمية في مجال الاختيار المهني؛ فبصفة عامة يمكن القول إنه من الأفضل وضع الأشخاص في المهن الملائمة لدرجهم على هذا المقياس. (فرج، 2007، ص ص723-724)

– **البارانويا (6)**: وقد استخلص من خلال مقارنة بين مجموعتين متعارضتين: الأولى من الأسوياء والأخرى مجموعة إكلينيكية شخصت على أنها تعاني شكوكا وحساسية مفرطة وهداءات اضطهادية، مع تركيز مبالغ فيه حول الذات وقد شخصت هذه المجموعة الإكلينيكية باعتبارها بارانويا، أو حالات بارانويدية أو فصاما إضطهاديا. (فرج، 2007، ص 724)

– **الوهن النفسي (السيكاثينيا) (7):** ويقيس مدى نشابه سمات الشخص مع المرضى السيكايتريين ممن يعانون من المخاوف أو السلوك القهري ، وقد يكون هذا السلوك القهري صريحا كما يعبر عنه في صورة إفراط في غسل اليدين، أو ضمنيا مثل عدم القدرة على الهرب من الأفكار التي لا نفع من ورائها أو الأفكار الحوازية، وتتضمن المخارف كل أنماط الخوف الذي لا مبرر له، من الأشياء أو المواقف.

– **الفصام (8):** ويقيس مدى تشابه استجابة المفحوص باستجابات المرضى الذين يتسمون بالاغتراب والأفكار الشاذة والسلوك غير السوي، وهم الأشخاص الذين يوجد انفصام في حياتهم الذاتية عن المواقع الخارجي، حتى أن الملاحظ الخارجي لا يستطيع أن يتابع بشكل منطقي التغيرات المستمرة في مزاجهم وسلوكهم، وتشير الدلائل، إلى أن الذين ترتفع درجاتهم على المقياس إلى 75 درجة تائية يشبهون الفصامين في سلوكهم، وأن كأن بعض الفصاميين لا يحصلون على هذه الدرجة المرتفعة على المقياس مما ينعكس على مؤشرات صدق المقياس. (فرج، 2007، ص 724)

– **الهوس الخفيف (9)**: ويقيس الخصائص المميزة للأفراد ذوي الانتاجية الزائدة سواء في تفكيرهم أو نشاطهم، وتشير كلمة الهوس الخفيف (هيبومنيا) إلى حالة خفيفة من الهوس، ورغم الفكرة الشائعة لدى العامة التي تقرن بين الهوس، والجنون. إلا أن الهوس ليس أكثر من انحراف محدود عن السواء، والشخص ذو الهوس الخفيف يسهل دائما وقوعه في المشكلات لانشغاله بالكثير من الأمور، وهو نشيط ومتحمس، وعلى عكس المتوقع تماما قد يقع في بعض حالات الاكتئاب أحيانا. (فرج، 2007، ص ص724-725)

– **الانطواء الاجتماعي (0)**: ويقيس الميل إلى الابتعاد عن الاتصالات الاجتماعية، ولا ينظر إلى هذه السمة بوصفها سمة مرضية أو إكلينيكية، وهي تميز عادة بعض فئات الأسوياء محدودي النشاط الاجتماعي. (فرج، 2007، ص 725)

2-4-2 الخصائص السيكومترية للمقياس:

أجريت الدكتورة سمية تودرت دراسة على عينة متكونة من (184) راشداً. كما اختيرت عينة أخرى مختلفة عن العينة الأساسية متكونة من (44) راشداً استخدمت للتحقق من الثبات بإعادة التطبيق. وتم استخدام الصيغة العربية ل (MMPI-2) من ترجمة عبد الله محمود سليمان والمعتمدة من طرف جامعة مينيسوتا، أظهرت نتائج البحث قدرا مناسبا من الثبات والاتساق الداخلي وأشارت نتائج التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية إلى استخلاص أربعة عوامل بالنسبة للمقاييس الأساسية الإكلينيكية (عامل الاضطراب وعامل الانطواء الاجتماعي وعامل التحكم وعامل الذكورة والأنوثة) وعاملين بالنسبة لمقاييس المحتوى. كما كشفت النتائج عن بعض التشابه والاختلاف في البنية العالمية للاختبار في عينة كل من الذكور والإناث وفي عينة كل من الثقافتين الجزائرية والأمريكية.

والنتائج التي توصلنا إليها تبين بوضوح أن النسخة العربية لاختبار (MMPI-2) تكافئ النسخة الأصلية وأظهرت مستوى ثبات وصدق مقبولين مقارنة بالنسخة الأمريكية ومقارنة بكل الدراسات السابقة حول تكييف (MMPI-2).

خطوات تطبيق الاختبار وتصنيف الصفحة النفسية:

ولقد قامت الطالبة باستخدام النسخة المختصرة لمقياس مينيسوتا (MMPI-2) الذي يتكون من (14) مقياس منها (10) مقاييس إكلينيكية و (04) مقاييس للصدق، وبالاعتماد على الترجمة التي قام بها من عبد الله محمود سليمان والمعتمدة من طرف جامعة مينيسوتا والمكيفة على البيئة الجزائرية من قبل الدكتورة نسيمة تودرت والتي بدورها قدمت لنا دورة تكوينية حول كيفية استخدام المقياس عبر برنامج الزوم من تنظيم مخبر المساعدة النفسية لجامعة مسيلة.

يتكون الاختبار من عبارات مرقمة تقرأ كل عبارة ويقرر المبحوث ما إذا كانت صحيحة في انطباقها عليه، أو أنها خاطئة في اطباقها عليه. وذلك بتعليم الإجابة المختارة في ورقة الإجابة بوضع دائرة عليها مثلا ص وتسويد الدائرة (●).

تمّ الاستعانة أثناء عرض الحالات بدليل تصحيح الاختبار الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (03) يوضح قائمة المراجع التي تم الاعتماد عليها في تصحيح اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2).

المرجع	المؤلف
Manuel MMPI2 Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota -2	(Hathaway & Mckinley, 1996)
اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه دليل الاختبار	(مليكة، 2000)
MMPI & MMPI2 Interpretation Manual for counselors and clinicians	(Duchworth & Anderson, 2015)
L'examen clinique de la personnalité avec (MMPI2 et MMPI-A)	(Ruchenne, 2019)
Pratique de l'examen clinique en clinique adulte approche intégratives	(castro, 2016)

4. الدراسة الأساسية:

1.4 المجتمع الأصلي للدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة الأصلي من جميع مرضى الهيموفيليا بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بغرداية والمتواجدين بمصلحة أمراض الدم بالمؤسسة العمومية الاستشفائية تريشين إبراهيم بغرداية والبالغ عددهم 28 مريضا من مختلف المراحل العمرية والذين تم اختيارهم بطريقة قصدية.

2.4 حدود الدراسة:

- **الحدود البشرية** :طبقت هذه الدراسة على مرضى الهيموفيليا بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بغرداية والبالغ عددهم ثلاث مرضى من الفئة العمرية ما بين (29 - 47)
- **الحدود المكانية :**
- أجريت هذه الدراسة في مصلحة الطب الداخلي وحدة امراض الدم "Service Hématologie" بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بغرداية حيث أن المؤسسة العمومية الاستشفائية بغرداية من اكبر المؤسسات الاستشفائية بالولاية تقع ببلدية بنورة عبارة عن بناء جاهز أنشأته الشركة العالمية بويتغ "boeng" بتاريخ 18 مارس 1982 وسمي على اسم الدكتور تريشين ابراهيم عام 1993 يحتوي على أكثر من (200) سرير و(500) عامل كما تضم المؤسسة عدة مصالح استشفائية من بينها قاعة للاستعجالات الطبية الجراحية، مصلحة الطب الداخلي، قسم الأمراض المعدية، قسم الإنعاش

قسم الجراحة العامة للرجال وأخر للنساء، مصلحة القصور الكلوي ،مصلحة مكافحة مرض السرطان قسم الأشعة، مخبر ومركز للتبرع بالدم.

- تم التربص بقسم أمراض الدم التابع لمصلحة الطب الداخلي، يتكون من ثلاث أطباء متخصصين في أمراض الدم، وطاقم طبي ذو كفاءة عالية يسهر على تقديم الرعاية اللازمة للمرضى.
- **الحدود الزمانية** :أجريت هذه الدراسة خلال الموسم الدراسي 2022/2021 من شهر 15 فيفري 2022 الى 30 مارس 2022.

3.4 إجراءات تطبيق الدراسة:

- قمنا بإجراء الدراسة بمكتب الأخصائي النفسانية الرئيسية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بغرداية مع توفير كل شروط اجراء البحث من هدوء والراحة.
- في اول لقاء لنا مع كل مفحوص قدمنا أنفسنا (الاسم واللقب طالبة في علم النفس العيادي طالبة بصدد أنجاز دراسة لغرض علمي مع التأكيد على ضمان سرية المعلومات.
- دامت كل مقابلة مع كل مفحوص من 45- الى 50د حيث عند نهاية مع كل مفحوص نذكر أنه يوجد اختبار نطبقه الحصة المقبلة.
- دام تطبيق اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi2) بالنسبة لكل مفحوص ما بين 50 الى 1سا و20 دقيقة
- كان عدد المقابلات مع كل مفحوص بمعدل أربع مقابلات وهي مبينة في الجدول رقم (04)
- قدمنا الشكر والامتنان للعينة على مدى تعاونهم معنا.
- من أجل دراسة موضعنا من جوانب نفسية طبية اجتماعية قمنا بالاتصال هاتفيا بالجمعية الجهوية لمرضى الهيموفيليا بمدينة ورقلة والتي افادتنا بمعلومات مفيدة تخدم موضوع الدراسة وأخبرتنا عن تكليفها من قبل الجمعية الوطنية بالجزائر خلال أخر ملتقى اجرية يوم 24 مارس 2022 بالجزائر لتأسيس جمعية مرضى الهيموفيليا بغرداية لضمان حقوق المرضى والاستفادة من الامتيازات المسطرة لكل ولاية.
- قمنا بالاتصال بالمديرية الولائية للشؤون الاجتماعية بولاية غرداية حيث أخبرنا أن الولاية خصصت مبلغ مالي كإعانة لهذه الفئة من المرضى كل (5) سنوات وهذا بعد دراسة ملفهم من قبل لجنة متخصصة وأبدى تعاونه واستحسانه لهذا النوع من الدراسات.

- **الجدول رقم (04)** يبين تاريخ ومدة ومكان اجراء المقابلات مع حالات الدراسة وأهدافها

الرقم	تاريخ إجراء المقابلة	المكان	الهدف منها	المدة
01	2022-02-15 محفوظ	المستشفى	بناء علاقة مبنية على الثقة والتعاون، والتعرف على الحالة	30 د
	2022-02-17 عامر			25 د
	2022-02-28 علي			35 د
02	2022-02-20 محفوظ	المستشفى	تطبيق المقابلة نصف الموجهة	50 د
	2022 03-03 عامر			54 د
	2022-03-02 علي			50 د
03	2022-02-22 محفوظ	المستشفى	تطبيق مقياس MMPI-2	45 د
	2022-03-06 عامر			55 د
	2022-03-07 علي			1و20 د
04	2022-03-03	المستشفى	جلسة اغلاق من اجل استماع للمفحوص عن رأيهم حول المقابلة العيادية والمقياس وعن رأيهم حول المتابعة النفسية بالتنسيق مع الأخصائية العيادية المؤطرة.	40 د
	2022-03-15			45 د
	2022-03-16			50 د

خلاصة الفصل

يعتبر هذا الفصل الخطوة الأولى لعرض الدراسة الميدانية، ولقد تطرقت الطالبة فيه إلى مختلف الإجراءات المتبعة في هذه الدراسة حيث اختارتا المنهج العيادي لأنه مناسب لطبيعة موضوع الدراسة. كما وضحتا المجتمع الأصلي للدراسة بالإضافة إلى عينة الدراسة الاستطلاعية وعينة الدراسة الأساسية وكيفية اختيارها وخصائصها، كما تعرضنا إلى وصف الأدوات المستعملة في جمع المعلومات والمتمثلة في اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi2) والمقابلة العيادية والملاحظة، وفي الفصل القادم سنعرض نتائج الدراسة مع التعليق عليها، ثم تحليلها للتحقق من صحة الفرضيات ثم مناقشة النتائج المتحصل عليها استنادا إلى الدراسات السابقة وما جاء في الفصول النظرية.

الفصــل الخامس:

عرض الحالات ومناقشة وتفسير نتائج

تمهيـد

1.عرض وتحليل الحالات الثلاثة

1.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى

2.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية

3.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة

2. تحليل ومناقشة نتائج الدراسة.

3. المناقشة العامة

4. الاستنتاج العام

5. الاقتراحات والتوصيات

خـلاصــة

تمهيد

تم التطرق في هذا الفصل لعرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية حسب البيانات والمعلومات المتحصل عليها من تطبيق أدوات الدراسة على عينة الدراسة، ومن خلال ذلك يتم مناقشة الفرضيات التي تم بناؤها على ضوء إشكالية الدراسة، والدراسات السابقة، وبالتالي يتم تحقق من صحة الفرضيات وصولا إلى الاستنتاج العام، ثم المقترحات والتوصيات العامة.

1. عرض وتحليل وتفسير نتائج الحالة الأولى

1-1عرض ملخص المقابلات نصف الموجهة :

محفوظ يبلغ من العمر (34) سنة ترتيبه الرابع في عائلة مكونة من (05) ذكور وبنت، متزوج وأب لطفلين (لولد وبنت)، مستواه الدراسي جامعي، يعمل مستشار تربوي، يسكن في بيت الأسرة الممتدة، مصاب بالهيموفيليا (A) من النوع الشديد، مستفيد من تأمين الضمان الاجتماعي بنسبة (100%)، جاء للمقابلة العيادية مرتدي كمامتين، مظهره الخارجي مرتب، لباسه منتظم، يبدو عليه القلق والانفعال في تعبيراته، منضبط جدا في مواعيده.

شُخص المرض عنده من خلال إجراء التحاليل الخاصة بالهيموفيليا عند ولادته كونه من عائلة ذات تاريخ معروف بمرض الهيموفيليا، حيث أن أخاه الأكبر هيموفيلي، عاش طفولة مقيدة بسبب حالته الصحية، هذا ما جعله يعاند والديه ولا يبالي بصحته، فيلعب كرة القدم ويركب الدراجة التي هي من الممنوعات بالنسبة لحالته مما يعرضه للتوبيخ والعقاب من طرف والده الذي كان قاسيا عليه من أجل الالتزام بالإجراءات الوقائية، أما أمه فكانت تحاوره وتشرح له خطورة تصرفه، حتى أنه كان يتحايل على أطباء الذين لا يعرفون وضعه الصحي ليحصل على تصريح لمزاولة الرياضة مع زملائه في المدرسة.

أما بالنسبة للصحة الجسدية: فهو يشكو من الآلام متكررة خاصة في منطقة الكاحل، ويعاني من آلام شديدة عندما يتعرض للنزيف المتكرر على مستوى المفاصل الجسم خاصة مفصل الركبة والكاحل، تسبب له في غيابات متكررة عن المدرسة ويجبره على استعمال العكازات بنسبة ثلاث مرات في السنة حسب تقديره، فكان أصدقاءه تنمرون عليه ونعتوه بالمعوق، فكان في الكثير من الاحيان يدخل في مشادات وعراك معهم، تعرض لكسر على مستوى الكاحل في سن (20) سنة مما ألزمه الفراش مدة ثمان شهور على حسب قوله، بعدها قرر لالتزام بالسلوك الصحي، حيث أدرك طبيعة وخصوصية مرضه، فتعلم تقنية الحقن الوريدي بنفسه وأصبح أكثر حرصا على صحته، ثم غير مكان دراسته إلى مدينة سطيف عند جدته لعدم توفر إمكانيات العلاج في مدينة غرداية حسب تصريحه، تحصل على شهادة البكلوريا سنة 2008 بسطيف وسجل بجامعة فرحات عباس ثم توقف عن الدراسة الجامعية في السنة الأولى وانتقل الى قسنطينة لإكمال مشوار المهني بسبب حدوث مشاكل عائلية بينه وبين زوجة عمه، خضع محمد إلى عمليتين جراحيتين الأولى سنة (2014) بسبب التهاب الزائدة الدودية والثانية سنة (2016) بسبب حصى المرارة، وعند خضوعه للعملية الجراحية

الأولى أخبره الطبيب أن عليه إدراك خصوصية مرضه والانتباه لجسمه الذي لا يتحمل الكثير من المشقة. فأصبح يعاني من اضطرابات النوم، وزاد اهتمامه بالأعراض الجسدية وعن احتمالية حدوث نزيف داخلي بالجسم، وهذا ما جعله يواظب على حقن عامل التخثر اسبوعيا كإجراء وقائي بدون التعرض للإصابة أو الشعور بالألم. وفي أسفاره يحمل معه (FVII) في كاظمة خاصة وفي درجة حرارة منخفضة، وفي بعض الأحيان يستعمل دواء سوليبراد "sulpiride " دون الحاجة لاستشارة طبيب. فحسب قوله إنه "على مريض الهيموفيليا أن يأخذ مرضه بعين الاعتبار والابتعاد عن الأعمال الشاقة التي فيها خطر على صحته"

محفوظ متقبل لمرضه يراه كأي مرض مزمن يمكن التعايش معه، ليس لديه أي مشكل في تصريح بأنه مصاب بالهيموفيليا، كونه أنسان اجتماعي منفتح على العالم، يسهل عليه إقامة علاقات مع أفراد المجتمع ولديه أصدقاء كثر، يتواصل مع العديد من مرضى الهيموفيليا، ولديه الكثير من المعلومات حول مرضه، مما ساعدنا على فهم الهيموفيليا بشكل أفضل، صرح بأنه إنسان مرح ومحبوب في المنزل يرفض القيود، تبدو عليه سلوكات القلق والاندفاع غالبا ما يدخل في مشادات مع الناس فلا يفوت لا صغيرة وكبير، غير متسامح إلا مع والديه وإخوته وزوجته حسب تصريحه، وعند سؤاله على حالته المزاجية المعتادة وصف نفسه أنه ينفعل بسرعة ويثور ثم يهدأ وينسى كل شيء، يزعجه كثيرا القلق على صحته. وعند سؤاله عن الذكريات المؤلمة التي اثرت فيه ذكر قصة خطيبته السابقة التي تخلت عنه بسبب مرضه ويلقي اللوم عليها لعدم وقوفها معه رغم مرور وقت طويل على ذلك.

هوايته السفر ولعب الدومينو مع أصدقائه وممارسة السباحة، نجح في العمل في مجال التجارة إلى أن أخبره الطبيب بالانتباه لصحته بعد إجراء العملية الجراحية الأولى فغير مجال عمله واتجه إلى الوظيف العمومي كمستشار تربوي، علاقته جيدة مع زملاء عمله، فهو جد صارم ومنضبط في عمله.

علاقته مع الطاقم الطبي بغرداية سيئة من خلال تصريحه (وتصريحاتهم) رغم أنه نشأ بذات المستشفى ويعرف جميع أفراد الطاقم الطبي، لكن خوفه على صحته يجعله قليل الثقة بهم إذ يقول عندما لا اقتنع بآراء الأطباء هنا استقل الطائرة وأذهب إلى المركز المخصص لمرضى الهيموفيليا والمتواجد ببني مسوس.

نظرته للمستقبل متفائلة، متقبل لمرضه ومتكيف ومتعايش معه، غير أنه يريد الاستقلالية والتخلص من الحماية الزائدة المفروضة عليه من طرف والديه الذين لم يتركاه للعيش في منزل مستقل مع زوجته وأولاده. علاقته بأفراد أسرته وزوجته جيدة يقوم بواجباته الأسرية على أكمل وجه، زوجته ليست من

أقاربه، لم يجري التحاليل قبل الزواج لتشخيص احتمالية أن تكون الزوجة حاملة لجين الهيموفيليا مما يزيد خطر إصابة الأبناء بنسبة أكبر بذات المرض رغم اعترافه بأن زواج الاقارب يزيد من احتمالية الإصابة بالهموفيليا.

1-2 التقييمات السابقة للحالة:

الحالة محفوظ مصاب بالهيموفيليا من النوع (A) أجرى عمليتين جراحيتين (التهاب الزائدة الدودية والمرارة)، خضع للمتابعة النفسية خلال اجراء العمليتين اثناء مكوثه بمركز الهيموفيليا ببني مسوس ولا يعاني من أي مشاكل أخرى حسب تصريحه.

1-3 تقييم الحالة باستخدام مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (MMPI-2):

الجدول رقم (05): يوضح درجات الحالة (محفوظ) على مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (MMPI-2)

L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
58	74	38	75	57	69	50	50	69	62	57	75	44

ترتيب مقايس الصفحة النفسية يكون

1 9 3 6 78 4 50 LFK

رمز ويلش Welsh: #L/F'K : 0 /5 4 2 8 7-6 3 '9 1

المقاييس الاكلينيكية:

مقياس لا اعرف: كانت في المستوى العادي أي أن العميل متحمس للإجابة.

مقياس الكذب L : كانت الدرجة (T) على هذا المقياس (58) وشير هذه النتيجة على أن العميل يحاول أن يقدم نفسه على أنه ودود.

مقياس التكرار F: كانت الدرجة (T) على هذا المقياس (74) وهي درجة مرتفعة، ويمثل الارتفاع شدة معاناة ودرجة السيكوباثولوجيا التي يخبرها العميل ويرجح أن يشخص العميل بأنه مضطرب سلوكيا، إضافة إلى مشاعر عدم الرضا، والإجابة بنوع من العشوائية والتزييف للأسواء.

مقياس التصحيح K: بلغت الدرجة (T) على هذا المقياس 38 وهي درجة منخفضة تشير الى أن العميل يعترف بمصادره المحدودة للتعامل مع المشكلات.

1- مقياس توهم المرضHs: تبلغ الدرجة (T) عند الحالة (75) وهي درجة مرتفعة بشكل ملحوظ تشير الى المبالغة في ردود الفعل اتجاه أي مشكلة، تمركز شديد حول الذات وأنانية وانشغال زائد بشكاوى بدنية غامضة يستخدمها المريض للتحكم فيمن حوله. يتطلب اهتمام الأخرين به. سلبي ومتشائم، وبخصوص التنبؤ بالتدخل السيكولوجي أو البدني يتعين أن يكون حذرا يقاوم أي صورة من صور الحلول، يركز المريض على شكواه البدنية الغامضة.

2- مقياس الاكتئاب D: تبلغ الدرجة (T) عند الحالة (57) وهي ضمن المستوى معتدل تشير الى عدم الرضا عن الذات أو عن شيء ما ولكنه لا يدرك هذه الحالة بوصفها اكتئابا وقد تمثل الدرجة الموقف تمثيلا مناسبا أو أنه قد لا يبالي بما يحدث له أو أنه قد تعلم التوافق مع وجود اكتئابي مزمن. وهو سريع الانفعال، خجول، متجهم محبط، مبتور، تعيس، غير راض عن نفسه أو العالم متشائم، انطوائي، قلق، ملتزم مسؤول، متواضع.

3- الهستيريا Hy: تبلغ الدرجة (T) عند الحالة (69) وتشير هذه الدرجة أن العميل يستخدم آليات الانكار والتفكك شكاوى وظيفية محددة وأعراض ساذجة، ونقص البصيرة الادعاءات والهستيرية، ويغلب أن يكون العميل من النوع الاستعراضي الأنبساطي والسطحي، وهو ساذج متمركز حول ذاته وينكر وجود مشكلات وهو يفضل أن يتبنى النظرة المتفائلة الى الحياة ويتجنب القضايا غير السارة.

4- الأنحراف السيكوباثيPd : تبلغ الدرجة (T) عند الحالة (50) وهي ضمن المستوى العادي، تشير أن العميل صادق مؤتمن مثابر مسؤول، ولديه العدد المألوف من الشكاوي من السلطة والاغتراب والملل.

5- الذكورة والأنوث Mf: تبلغ الدرجة (T) عند الحالة (50) وهي ضمن المستوى العادي، تشير الى أن العميل يمتلك حسا عمليا، متفهم، واقعي، تقليدي، مهتم بالأنشطة الذكورية التقليدية في المجالات ذات التوجه الأكثر ذكورة مثل الهندسة والزراعة.

6- البرانويا Pa: تبلغ الدرجة (T) عند الحالة (69) و هي درجة مرتفعة تشير الى الغضب والإستياء يحل محل العتاب ومنتقد، عدواني، شكاك متصلب وعنيد يسيء تفسير المواقف الاجتماعية، حساس للعلاقات البينشخصية وهو يفكر بوضوح وعقلانية، قد يكون العميل مفرط الحساسية للنقد ويفسر أفعال الأخرين نحوه على أساس شخصي.

7– الوهن النفسي Pt: تبلغ الدرجة (T) عند الحالة (62) درجة وهي ضمن معتدل العميل دقيق بعامة في الوفاء بالتزامه في مواعيده وقد يقلق إذا عجز عن ذلك وهو لا يرى نفسه قلقا ولا يراه الأخرون قلقا.

8– الفصام sc: بلغ الدرجة (T) عند الحالة (57) درجة تدل على الأداء العادي ضمن الحدود المتوسطة و تدل على أن الحالة لديه القليل من الاهتمام بالناس، يفتقر لروح العمل حساس جدا ولديه مخاوف دينية.

9– الهوس Ma: تبلغ الدرجة (T) عند الحالة (75) وهي درجة مرتفعة بشكل ملحوظ تفوق المستوى المتوسط، يوصف الفرد بأنه زائد النشاط، اندفاعي، تنافسي، قابل للاستثارة وكثير الكلام، انبساطي، نرجسي، مشتّت التركيز والانتباه وسطحي في علاقاته الاجتماعية ولا يوصف بالاكتئاب يواجه مشكلات في التحكم في سلوكه ويظهر العدوان والهياج وفاقد للصبر.

0– الانطواء الاجتماعي Si: تبلغ الدرجة (T) عند الحالة (44) و هي درجة ضمن الأداء العادي تشير إلى أن العميل يحتفظ العميل بتوازن بين الانطواء والانبساط الاجتماعيين في اتجاهاته وسلوكه.

تفسير الصفحة النفسية حسب مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi2):

فيما يخص صدق الصفحة النفسية فوجدنا الدرجات الخام: (F-K) = 5 تشير الدرجات في هذا النطاق صدق الصفحة النفسية.

ويرى دوكوارث وأندرسون (*Duckworth* & anderson, 2015) عندما تكون الدرجة (T) للمقاسين (L) و (K) أقل من (50)، و F تكون أعلى من (60) درجة. دل ذلك أن الشخص يشعر بالسوء، ويمثل هذا العملاء الذين يعترفون بالصعوبات العاطفية ويطلبون المساعدة.

ذكر (Rochenne, 2019) من أجل تحديد نمط الشخصية نجري العملية الحسابية التالية:

IR = (3+ 4 +6 +9) / (1+2+7+0) أي:

(75+69+50+69) / (44+62+57+75) = (1.10) ومن هدا يشير الى أن نمط شخصية العميل ذو تحكم خارجي «externalisant»

أنا بالنسبة للحالة محفوظ فسجل عدة ارتفاعات في مقاييس بين العصابية (اضطرابات القلق) والدهانية

ويطلق عليه البروفيل العائم فيشير مؤشر جيلبرج Goldberg

(L+Pa+Sc-Hy-Pt) = (58+69+62-69-57) =63 >45

حيث يشير هذا الى الحالة ينتمي الى الفئة الدهانية لكن عند الرجوع إلى (مليكة، 2000) ذكر أنه في الاضطرابات العصابية (اضطرابات القلق) يكون هناك ارتفاع في الثالوث العصابي يتفق مع بدء الاعراض وبازدياد ما يثيره العصاب من اضطراب المريض، تحدث أيضا زيادة مصاحبة في ارتفاعات المقاييس الذهانية رغم انها لا تزيد كثيرا عن الدرجة التائية (75) وهذا ما لمسناه عند محفوظ إذ يشير البروفيل النفسي لمحفوظ على شدة المعاناة وتعتبر الارتفاعات في المقاييس الدهانية ارتفاعات مصاحبة وهذا ما يؤكده حساب متوسط المقاييس الاكلينيكية الذي وجدناه (64.37) أقل من (75) درجة.

(1 + 2 + 3 + 4 + 6 + 7 + 8 + 9) / 8

(75+57+69+50+69+58+62+75) /8=64.37

– أما بالنسبة للمقياسين (1 و3) أكبر من المقياس (2) بالنسبة للدرجة (T) بحيث أن الدرجة (T) لا تقل عن (65) ويشير هذا الى التحويل (V) الكلاسيكي، يرتبط هذا التكوين بسمات شخصية بارزة، ويحول المريض الذي يعاني من هذا الملف الشخصي مشاكله إلى مشاكل أكثر قبولا اجتماعيا، أي عن طريق تحويل المشاكل النفسية إلى أعراض جسدية. ويرى كذلك أن الارتفاع على المقياسين (1-9) مؤشر على أن العمل لديه شكاوى جسدية متعددة (غالبا ما تكون مشاكل في الجهاز الهضمي والصداع والإرهاق) وكذلك مستوى عال من الطاقة والإثارة. لديه قلق واضح بشأن وظائف الجسم، والإعاقات المحتملة، حتى لو كان هذا القلق المفرط يتم التعبير عنه في شكل أنكار لفظي أو من خلال محاولات اخفاء الأعطال الجسدية. وقد يعكس هذا الملف الشخصي خللا في الجهاز العصبي المركزي أو الغدد الصماء التي يتم التعبير عنها كمستوى عال من الطاقة ربما حتى الإثارة جنبا إلى جنب مع العديد من الشكاوى المادية. تتم مواجهة هذا الرمز في بعض الأحيان في الأشخاص الذين يواجهون صعوبات في التكيف مع حدودهم، والعجز. حيث تنطبق هذه النتيجة مع حالة الدراسة محفوظ إلا أنه بحاجة لمزيد من الدراسة والبحث حول الجهاز العصبي المركزي والغدد الصماء.

يضيف (Rochenne, 2019) أن ارتفاع على المقياسين (3-6) الى ميل العميل لأنكار أعماله العدائية وشكوكه، وقد يكون من الصعب التوافق معه بسبب العداء والأنانية الكامنين اللذان يبدوان واضحين كلما اقتربنا منه، وعادة ما يرى الآخرون غضبه بسهوله، لكنه عادة ما يكون غير مدرك له، مستاء من الآخرين ومتمركزا حول نفسه. يكون حساس للنقد وقلق بشأن مكانته الاجتماعية، ويسعى للحصول على القبول وينعكس ذلك من خلال موقفه وعرضه المهذب والمتحكم فيه عادة.

تميل مشاعره إلى ضبط الأنا وأنكارها في إطار التعاون والامتثال سطحيا، هؤلاء الناس يكنون مشاعر الغضب واستياء طويل الأمد تجاه أسرهم، وعدائهم ويميل غضبهم إلى الترشيد والتبرير، حيث يتم إدراكه كحماية ذاتية. في بعض الحالات، يرتبط هذا الملف الشخصي بتنظيم هستيري للشخصية. وتتجلى خصائص المقياس (6) من خلال الحساسية للنقد الشديد، والتمسك بالقيم الجامدة وفي كثير من الأحيان، يصاب هؤلاء الأشخاص أيضا بالصداع أو شكاوى الجهاز الهضمي التي تعكس الإفراط في السيطرة والتوتر، وهذا ما ينطبق مع الحالة محفوظ اذ سجلنا عداءه لزوجة عمه وخالته، حساس للنقد يعاني من الصداع واعراض على مستوى الجهاز الهضمي.

ولتقييم العام للصفحة النفسية نلاحظ كذلك أدنى درجة كذلك حصل عليها الحالة محفوظ على مقياس الانطواء الاجتماعي (44) درجة تشير إلى أن محفوظ يحتفظ بتوازن بين الانطواء والانبساط الاجتماعيين في اتجاهاته وسلوكه.

1-4 المشاهدات السلوكية:

الحالة محفوظ حضر للمقابلة العيادية بتوجيه من الطبيبة المعالجة بمرض الهيموفيليا قبل المشاركة في الدراسة وأبدى تعاونه، معلوماته جيدة حول المرض مما ساعدنا في فهم حالة المرضى بشكل جيد، جاء مرتدي كمامتين، مظهره الخارجي مرتب، لباسه منتظم، يبدو عليه القلق والانفعال في تعبيراته، منضبط جدا في مواعيده.

1-5 تفسير النتائج:

يبدو جليا من خلال المقابلة ونتائج مقاييس الدراسة أن الحالة محفوظ شخصية قلقة سريع الغضب ويعبر عن قلقة بعدوانية، وبدا عليه المبالغة وانشغال الزائد بالأعراض الجسدية نابع عن تشوه معرفي من خلال تبنيه لمجموعة من الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة ضمن بناء وتكوين مخططه المعرفي حول الصحة والمرض أُضفيت عليه الصبغة السلبية للتربية الصحية الخاطئة التي تلقاها، ونظرا لأن محفوظ الابن الهيموفيلي الثاني، ترعرع أخاه المريض الأكبر عند جدته في ولاية أخرى فحضي باهتمام زائد والحماية الوالدية المفرطة كونه مريض، وفي هذا الصدد وضح (Firoozi, 2017) الآثار الجانبية لمرض يمكن أن تؤدي إلى أضرار معرفية وسلوكية خطيرة، لذلك تعتبر العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية السبب الرئيسي للمشاكل السلوكية والعاطفية، وأن تجربة تأثير الألم وفقر الدم على مزاج الأطفال المصابين بالهيموفيليا (كعامل حيوي). والحماية الزائدة من طرف الوالدين ونقص التعلم الاجتماعي والإدراك الذاتي السلبي المشاكل العاطفية (كعامل نفسي). بالإضافة إلى نقص

التنشئة الاجتماعية لأن الأطفال المصابون بالهيموفيليا يخافون من المشاركة في الأنشطة الجماعية. بسبب للرفض من قبل أقرانهم، يعرضهم للعزلة الاجتماعية كعامل محفزا للاكتئاب والقلق (كعامل اجتماعي). وهذا ما لمسناه عند محفوظ، حيث كان اصدقاءه ينادونه بالمعوق عند تعرضه لوعكة صحية تجبره على استعمال العكازات فكانت تحدث بينهم مشادات عنيفة، وقد يشعر الطفل بالغضب يليه الحرمان البيئي والاجتماعي وهذا ما يفسر سلوكه عدواني ومشكل في العلاقات البينشخصية ومقاطعته لخالته وزوجة عمه بسبب مشكل حدث منذ سن المراهقة، وأضاف (Firoozi, 2017) كذلك أن الأطفال المصابين بالهيموفيليا يظهرون المزيد من الضعف في الوظائف التنفيذية، حيث أظهرت العديد من الدراسات السابقة أن الأطفال المصابين بالهيموفيليا الذين لديهم تاريخ من النزيف داخل الجمجمة عانوا من ضعف الذكاء والإدراك البصري، وأن الوظيفة الإدراكية تتأثر بالمرض نفسه حتى في حالة عدم وجود نزيف داخل الجمجمة، وقد يتداخل التقييد في الأنشطة البدنية والاجتماعية للأطفال المصابين بالهيموفيليا من الطفولة المبكرة مع تطور العمليات المعرفية وحيث لا تتشكل العديد من المهارات المعرفية بشكل صحيح. ففي حالة محفوظ لم نسجل عليه أي تدهور عقلي، بل لاحظنا انعكاس قصور في الوظائف التنفيذية حيث بدا ذلك من خلال تغييره لدراسته مرات عديدة متنقلا من غرداية، سطيف، قسنطينة وانقطع عن الدراسات الجامعية في الأخير حتى انه غير مجال عمله. إضافة إلى تقييد حرياته والتحكم في محيطه الاجتماعي حتى وهو متزوج و بأولاده فكان والداه يحرصان أن لا يتعرض لأي إصابة مما أدى الى تقييد نشاطه منذ مرحلة الطفولة الأولى، عاش مدللا وقد أخذ الجانب الصحي شطرا كبيرا من في حياته والجو المليء بالخوف والهلع والتهويل فكانت الأم تبالغ في قلقها على أبنها وتستخدم استراتيجيات تعويضية بسبب ابنها المريض الأول الذي عاش بعيدا عنها، فكانت ترافق محفوظ للذهاب الى المستشفى دوريا أما أباه فكان يحجز له في الطائرة ويبعثه الى الجزائر العاصمة للفحص عندما لا يقتنع برأي الطبيب في غرداية مما عزز لديه فكرة عدم كفاءة الطاقم الطبي بالولاية، وعزز لديه سلوك الرفض والعدوانية اتجاههم، وكما أن مرور الحالة بتجارب صحية قاسية كان له بالغ الأثر في بلورة الأفكار السلبية حيث ذكر الحالة تجربته مع الألم الكارثي ووصفه هذه التجربة بالصعبة، وكان لعامل الوالدين أثر في تشكيل مخططا معرفيا سلبيا حول مفهوم الصحة والمرض وأصبح هذا المخطط السلبي هو المهيمن ولمسيطر على المعالجات المعرفية للمواقف الصحية التي يعيشها الحالة، الأمر الذي نتج عنه تحيز سلبي منتظم في تفسير الأعراض، و بدا هذا جليا في ارتفاع درجته على مقياس توهم المرض، إضافة إلى حادثة أنه لم

يوفق في خطوبته الأولى جراء تخلي خطيبته بسبب الهيموفيليا والتي كانت كعامل مفجر للاضطرابات السيكوسوماتية كخضوعه لعلية المرارة والزائدة الدودية في مدة قصيرة بعد الحادثة، وأثرت هذه الاضطرابات السيكوسوماتية على تسييره لمرضه الأصلي فأصبح يعبر عن قلقه بأعراض جسدية كالقرحة المعدية وألم المفاصل المتكرر و بدا هذا جليا من خلال درجاته على مقاييس توهم المرض (75)، الهستيريا (69)، والهوس الخفيف (75) حيث تشير هذه المقاييس للاضطرابات السيكوسوماتية عند الحالة إضافة إلى شعوره بالذنب اتجاه ابنته الصغيرة لأنها تعتبر ناقلة لمرض الهيموفيليا مستقبلا. ففي حادثة رواها تمثلت في رجوعه من السفر في نفس اليوم بمجرد سماعه بارتفاع درجة حرارة ابنته معبرا عن خوفه الشديد عنها

1-6 خلاصة الحالة:

محفوظ شاب من عمر 34 عام يعمل مستشار في الوظيف العمومي، يعاني من انشغالات مفرطة بالصحة الجسدية، وسوء العلاقات البينشخصية مع زوجة العم والخالة، لديه اعتقادات خاطئة حول الذات، وحول الآخرين والمستقبل، ومشكلات عدم الالتزام بالعلاج والاستعمال الأدوية دون استشارة الطبيب، تظهر لديه سلوكيات عدوانية حول الأخرين خاصة الطاقم الطبي، يعاني من نوبات غضب وقلق متكررة، واضطرابات النوم، والشعور بالذنب من ناحية جوانب الضعف. أما فيما يخص جوانب القوة فتتمثل في سهولة إقامة العلاقات، وكان متيقظ ومنتبه وبذل كل ما بوسعه لأن يكون منفتح وصادق مع الطالبة وبدا متعاون، وكلامه مترابط ومتناسق، ولم تلاحظ عليه أي اضطرابات في التفكير والذاكرة. وأبدى دافعية جيدة في المشاركة في الدراسة.

1-7 حسب الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-5) محفوظ يعاني من القلق العام واضطرابات سيكوسوماتية وهذا ما تبين على اختبار مينيسوتا (mmpi-2) وبالاتفاق من الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس حيث أنه في تواجد عرض طبي تؤثر العوامل النفسية أو السلوكية سلباً على الحالة الطبية كما هو مبين بالارتباط الزمني الوثيق، بين العوامل النفسية وتطور الحالة الطبية أو تفاقمها أو تأخر الشفاء منها، وتتداخل هذه العوامل مع العلاج من الحالة الطبية وتشكل مخاطر صحية إضافية مؤكدة على الفرد. تؤثر على الفيزيولوجيا المرضية للحالة الطبية، مما يمهد أو يفاقم الأعراض.

1-8 قائمة المشكلات

- **المشكلات السلوكية**: تتمثل في السلوكات العدوانية مع الآخرين، الاستعمال اللاعقلاني والمدروس للأدوية مثل سوليبراد وعامل تخثر الدم (FVII) دون استشارة الطبيب، سرعة الغضب والقلق، والتعرق عند الغضب، القيئ.
- **المشكلات المزاجية**: محبط ومنزعج من القيود المفروضة عليه من الوالدين ومن مرضه، انخفاض فعالية الذات والثقة بالآخرين، التقلبات المزاجية، يعجز عن السيطرة عن انفعالاته، وكراهية وعداوة نحو الخالة وزوجة عمه، القلق، الغضب، والاضطرابات السيكوسوماتية.
- **المشكلات الاجتماعية**: تتمثل في سوء العلاقات مع الأسرة الممتدة ومع بعض افراد من الطاقم الطبي ومقدمي الرعاية في المستشفى، والإدراك السلبي للمساندة الاجتماعية، ومشكلات الصدق والمصداقية.
- **المشكلات المعرفية**: وتتمثل في كثرة الأفكار الآلية السلبية، والأفكار والاعتقادات الخاطئة حول الذات والأخرين والمستقبل، وانخفاض نوعية الحياة.
- **المشكلات الجسمية**: مرض الهيموفيليا من النوع (A)، مما ينتج عنه مشكلات مستوى المفاصل في الجسم، الألآم المزمنة المتكررة، اضطراب القولون العصبي، الام المعدة، تنمل اليدين، ألم المفاصل.

1-9 التنبؤ بمصير الحالة:

في ضوء ما تقدم من صياغة لحالة محفوظ واستجابته لمقياس (mmpi-2)، والمشكلات التي يعاني منها، كالاضطرابات السيكوسوماتية، والمشكلات العلائقية ونوبات الغضب والقلق، وتقبله للتعاون معنا وانفتاحه وتقبله لمرضه فإننا نتوقع أن يكون التنبؤ بالاستجابة للعلاج النفسي أو حجم التحسن، مقبولا نوعا ما على الرغم من صعوبة إحداث تغيير كبير بالنسبة لحالته وصعوبة التعامل مع شخصيته حيث يحتاج الكثير من الوقت والتعاون للوصول إلى نتيجة ملموسة، رغم أنه أبدى ترحيبه بحضور جلسات جماعية مع مرضى الآخرين المصابين الهيموفيليا بالولاية وتبادل خبراتهم الحياتية مع المرض وهذا بالاتفاق مع رئيسة الأخصائيين العياديين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بغرداية.

1-10 التوصيات:

1- ضرورة التزامه بالعلاج الطبي لمرضه وتسوية مشكلاته مع الطاقم الطبي بالولاية.

2- ضرورة خضوعه لبرنامج علاج سلوكي معرفي فردي طويل المدى.

3- تنمية مهارات التعقل والتقبل والعلاقات البينشخصية.

4- برمجة علاج جماعي مع مرضى الهيموفيليا الآخرين.

5- تكرار الفحص لمعرفة مدى تحسن في قوائم المشكلات أم تدهور الحالة.

1-11 خطة العلاج المعرفي السلوكي:

الهدف العلاجي الأول طويل المدى:

الهدف العلاجي الأول طويل المدى: إعادة البناء المعرفي لدى محفوظ وتعلمه لكل أساليب العلاج المعرفي السلوكي ولكيفية التخلص من المشكلات المتعلقة بالقلق حول صحة الجسدية والتدريب على استراتيجية حل المشكلات.

الأهداف العلاجية الفرعية قصيرة المدى: وتتمثل في تدريب محفوظ على تفنيد الأفكار والمعتقدات السلبية الخاطئة وتحل محلها أفكاراً عقلانية منطقية وواقعية ومعقولة.

أما إجراءات العلاج فهي:

الهدف العلاجي طويل المدى:

- تحديد المعتقدات اللاعقلانية المشوهة لدى محفوظ باستخدام قائمة الأفكار التلقائية السلبية الخاطئة وتحل محلها أفكاراً عقلانية منطقية وواقعية ومعقولة وتدريب الحالة على تطبيق تقنيات العلاج السلوكي المعرفي على وضع قوائم من الأفكار والاعتقادات الإيجابية الواقعية بعد تعلمه كيفية تفنيد الأفكار السلبية، بأساليب إقامة الأدلة على عدم صحة هذه الأفكار، والدفع بالحجج الصائبة، والحوار الذاتي الإيجابي، واستخدام العبارات الإيجابية المضادة، واستخدام البطاقات والمفكرات الإيجابية.
- تقنية الواجبات المنزلية بملء نموذج مراقبة الأفكار السلبية وما ينتج عنها من انفعالات وسلوك خاطئ، وتغيرات جسمية مرضية، وتدريبه على الإجابة باستمرار عن هذا السؤال: ماذا تفعل إذا شعرت بأي تغيرات سلبية في المزاج أو المشاعر أو السلوك أو الجسم. (الصبوة، 2019، ص 23)

– الأهداف العلاجية الفرعية قصيرة المدى، وتتمثل في:

– تدريب الحالة محفوظ على تقنية توكيد الذات في المواقف الاجتماعية والبينشخصية بطرق النمذجة، وأداء الأدوار وقلب الأدوار، مما يجعله يميز بين السلوك التوكيدي والسلوك العنيف بلا مبرر.

- التدريب على تحويل مركز الضبط الخارجي للأفكار والمشاعر والمزاج والسلوك إلى مركز للضبط الداخلي مع انطفاء سيرورات الغضب والتقلبات المزاجية في المستشفى وفي والعمل، بتسجيله في جداول المراقبة الذاتية المعرفية والسلوكية ليدرك مدي تغيره إيجابياً، وعدم فقد هذه المكاسب.
- سنقوم بتكليف محفوظ بواجبات منزلية ما بين الجلسات العلاجية، لتحسن لغة التواصل.
- تقنيات التعامل مع الأرق والتعرف على المعتقدات التي تؤثر على قدرته على النوم وتغييرها، وفي التحكم في الأفكار السلبية والمخاوف التي تبقيه مستيقظا والقضاء عليها، وتطوير عادات نوم جيدة وتجنب السلوكيات التي تمنعه من النوم بصورة جيدة.
- التدريب على اكتساب عادات النوم الصحية كطرق الاسترخاء قبل وقت النوم بساعة أو ساعتين وتتضمن أساليب التأمل والتصور واسترخاء العضلات وغيرها من الأساليب.
- ترك الحالة يعطينا موجز عن تصوره للوضع الذي هو فيه من خلال الحديث عن مرضه وتاريخ ظهور الاعتلالات الصحية والظروف التي تصاحبها، للكشف عن عامل الخطر الذي حفز المخططات المعرفية لدى الحالة.
- التعرف على السلوكيات التي يرى يقوم بها محفوظ للتقليل من حدة القلق المرتبطة بالصحة، والكشف عن الدور الذي تلعبه هذه السلوكيات في إدامة نشاط الحلقات المفرغة وبالتالي زيادة واستمرار قلق الصحة، كما يهدف هذا إلى التعرف على مدى تداخل هذه السلوكيات مع النشاطات اليومية للحالة وما مدى المعاناة الناتجة عنه.

الجدول رقم (06): يوضح صياغة الحالة حسب نموذج بيك للحالة (محفوظ)

المعتقدات	الأعراض
معلومات ذات علاقة بالطفولة	الإصابة مرض نادر والمعاناة منذ الطفولة الأولى، المعاملة الوالدية الخاطئة (معلومات متوفرة من خلال الجلسات)
المعتقدات الأساسية Core beliefs	– ان تشنج العضلات مؤشر لنزيف

	-اذا لم استعمل عامل التخثر أتعرض للإعاقة -ان جسمي ضعيف لا يتحمل - يجب ان أكون دائما متيقظ لأي عرض مؤشر لاعتلال خطير، يجب أن أكون دائما قادر على إيجاد تفسير لأعراض الصحة الجيدة تتعني الخلو التام من الأعراض. الطبيب لا يفهمني جيدا الطاقم الطبي لايعطونني جرعة عامل التخثر كاملة يخبئونه ويعطونني نصف الجرعة
المعتقدات الوسيطية Intermediate Beliefs	الأفكار التلقائية السالبة، والصور المزعجة انا بحاجة الى حقن عامل التخثر ان لم أحقن عامل التخثر سوف أصاب بالإعاقة سأصاب بالإعاقة إذا لم انتبه إلى صحتي جيدا صوف أتعرض للمرض اذا لم استعمل عامل التخثر وحدي فان عمال المستشفى بعطونني جرعة ناقصة
الإستراتيجيات التعويضية التكميلية compensatory Strategies	التعبير بعدوانية اتجاه الأقارب والطاقم الطبي استخدام الأدوية دون استشارة طبيب عدم الثقة في الطاقم الطبي اخذ عامل التخثر معه أينما ذهب

الموقف الأول	الموقف الثاني	الموفق الثالث
مشكلات عائلية	الشعور بأعراض الألم على مستوى المفاصل	الذهاب الى المستشفى واعطاه الطبيب مسكن وفقط

معنى الفكرة التلقائية هي لا تحبني تضن بي ضن السوء	معنى الفكرة التلقائية سوف تحدث لي إعاقة هذا دليل على نزيف داخلي	معنى الفكرة التلقائية الطبيب لا يعرف حالتي ولا يمكن الوثوق في تشخيصه
الانفعالات – لا استطيع مسامحتهم، لا استطيع ان انسى واثق بهم، الغضب.	الانفعالات الخوف، يعجز عن السيطرة عن انفعالاته القلق الزائد	الانفعالات عدم الثقة وعدوان نحو الطاقم الطبي
المشاعر حزن وغضب	المشاعر حزن، شعور بالعجز، الغضب	المشاعر حزن، شعور بالعجز
السلوك مقاطعة زوجة العم والخالة	السلوك استعمال الأدوية حقن عامل التخثر	السلوك سلوك عدواني نحو الطاقم الطبي

(بيك، 2018)

2. عرض وتحليل وتفسير نتائج الحالة الثانية:

2-1 عرض ملخص المقابلات نصف الموجهة:

عامر شاب يبلغ من العمر (29)سنة من عائلة متوسطة الدخل متكونة أخوين مصابين بالهيموفيليا من النوع الشديد، (عامر واخاه الذي يصغره بسنتين) متزوج وله بنت، يعمل كمحاسب في شركة اقتصادية، ويسكن في بيت مستقل عن عائلته، مظهره الخارجي منظم، أبدى تعاونه وحضر كل المقابلات في الموعد.

اكتشافه لمرض الهيموفيليا كان في مرحلة الطفولة الأولى (الحبو) ففي تلك الفترة ظهرت على جسمه العديد من الكدمات نتج عنها تشخيص المرض، عاش طفولته الأولى مدلل من طرف والدته التي يصفها بالطيبة الحنونة، ووالده الذي كان منسحبا ولم يظهر دوره كثيرا حيث صرح عامر "هو مشغول في مشاريعه المقاولاتية" ، عاش طفولة مقيدة فكان ممنوع من اللعب مثل بقية الأطفال من سنه ممنوع من (ركوب الدراجة ولعب كرة القدم)كمن هم في سنة، اختبر الألم منذ صغره فعاش طفولته ما بين

التحاليل الطبية والمكوث في المستشفى مرات عديدة بسبب مشاكل النزيف، خاصة نزيف المفاصل حيث يصفه بالشديد، أما عن إدراكه لمرض الهيموفيليا فصرح أنه في بداية طفولته لم يكن مدركا للمرض حتى سن (12) بدأ يشعر بالاختلاف وفي هذا قال عامر "حتى لحقت لسن (12-13) سنة حسيت أني مختلف وجسمي ناقص مش كيما بقية الناس قلقني هذا بزاف"

تعرض لوعكات صحية عديدة في مسيرة حياته بسبب المرض كالكسر على مستوى الرجل الذي اقعده الفراش لمدة ثماني شهور مما أثر على مشواره الدراسي، وآخرها تعرضه لنزيف حاد على مستوى الكلى كاد يودي بحياته حيث تناول مضاداً لالتهاب بسبب الم الاسنان (anti inflamatoire) الذي هو ممنوع عن مرضى الهيموفيليا، أحس وكأن كليته تتفتت حسب وصفه، مكث جراء هذه الحادثة فترة طويلة بالمستشفى مما اكسبه تعلم الكثير من مهام التمريض وحقن عامل تخثر الدم بنفسه وخبرة في مجال الادوية حيث يقول كنت اسأل الممرض عن أسماء الادوية التي يضعها لي و على اثرها تعلمت كيف اسير مرضي بنفسي، فكانت علاقته جيدة مع افراد الطاقم الطبي.

وعن الصحة الجسدية يعاني مرات عديدة من تشنجات غير مسبوقة في مفاصل الجسم ويستعمل عامل التخثر عند الإصابة فقط، ويستعمل ادوية الكورتيكويد "solimedrol "بكثرة حيث يعتقد حسب قوله "هذا الدوا يفيدني ونتائجه سريعة ويقضي على الميكروبات التي تتراكم على المفصل الداخلي جراء النزيف" رغم آثاره الجانبية والمتمثلة في ارتفاع نسبة السكر في الدم بنسبة (g1.80) وحسب معتقده أنه بسبب الدواء فقط وعندما يتوقف عن أخذه يرجع إلى مستواه الطبيعي.

أما فيما يخص العواطف والمشاعر يشعر عامر بالنقص والعجز مما يثير لديه مشاعر الغضب والخوف من الإعاقة، فيرى أن جسمه يختلف عن الناس، وصرح قائلا "غيري يتحرك ويعمل وأنا أشعر بالعجز أحيانا"، عند مقارنة نفسه بالآخرين تنتابه نوبات غضب وقلق الشديد واليأس فتظهر عليه اعراض كالرعشة والاحساس وكأن "شيء ما يخنقه ويضغط على رقبته" قائلا "نحس شغل واحد يخنق فيا" على حد تعبيره، وتراوده أفكار سلبية يصفها كالتالي " لماذا أنا مخلوق هكذا دون غيري، وأجد نفسي داخل في دوامة من الأفكار السلبية" حيث قال "علاش غير أنا من دون الناس هكذا"، ينتج عنها سلوكات سلبية كضرب الرأس على الأرض "كنت نتقلق حتى نولي نخبط راسي على الأرض" ومشاكل جسمية كالقولون العصبي بسبب الالام المتكررة بدون سابق إنذار، تعرض الى نوبة اكتئاب فقد خلالها الكثير من وزن، زار طبيب الامراض العقلية وأعطاه العديد من الأدية من بينها دواء "lithium"ولم يداوم عليها وعبر عنها قائلا "هذه الادوية تسبب الإدمان لهذا لا يمكنني تناولها".

لديه من اضطرابات في النوم، لجأ للعلاج الشعبي والعلاج بالرقية اللذين يعتقد أنهما مفيدان لحالته، كونه تعرضه للسحر في مرحلة الطفولة على حسب تصريحه.

كان عامر يشك دوما حول المعلومات التي صرح بها، ويغير الموضوع مرات عديدة ولاستعراض معارفه حول مرض الهيموفيليا، وأعرب عن تمنيه أن يجلس مع الأطباء الاخصائيين المعالجين ويحكي لهم تجربته كي يستفيدوا منها وبالتالي يعرفون كيف يتعاملون مع المرضى حيث يصرح "أن دراستهم الجامعية إضافةً إلى خبرتهم الميدانية الطويلة لا تضاهي خبرته هم في التعامل مع المرض ولهذا يجب أن يستفيدوا من المعلومات القيمة التي يمتلكها، فهم لم يجربوا ما عاشه ولم يشعروا بألمه "

أما عن حياته الزوجية فبدا متناقضا بين (الإنكار والتصريح) حيث أنكر بأنه متزوج ثم صرح أنه خاطب وذكر أن زوجته متفهمة تراعي حالته الصحية في علاقتهما وأنكر أن لديه بنت، واسترسل قائلا "نعرف عائلة بناتهم كل حاملات للهيموفيليا" بمعنى أن البنات ناقلات للهيموفيليا.

اما بالنسبة للعمل فهو غير راضٍ عنه رغم أن عمله مريح ومناسب لحالته الصحية وتسيطر عليه أفكار سلبية عن المدير وطاقم العمل، فيراهم أنهم لا يعاملونه كما ينبغي ويميزون بين العمال، ويتآمرون ضده، ولا يقدرون العامل المميز، لهذا يريد تغيير عمله والتوجه الى مجال النقل بين الولايات لأنه جرب هذا المجال ويصرح "أنا مانحبش لي يحكم فيا فالخدمة صح خدمتي ما فيهاش ريسك على صحتي ونخدم في بيرو مي هدوك الخدامين ماشي ناس لي نخدم معاهم".

2-2 التقييم النفسي السابق للحالة:

- عانت الحالة سابقا من نوبة اكتئاب وكانت تراوده نوبات التوتر الغضب والقلق شديد لم يستطع تحمله فقد على إثره الكثير من الوزن وزار على إثره طبيب الامراض العقلية وصف له العديد من الادوية كدواء (lithium) لم يستمر عليها واتجه الى العلاج بالرقية لاعتقاده أن تلك الادوية تسبب الادمان.

2-3 المشاهدات السلوكية:

الحالة عامر اتى الى المقابلة العيادية في الموعد كأن مهتم بمظهره، وأبدى تعاونه في المشاركة في الدراسة وكان أحيانا يبدو متعاونا ومرتاح وغير قلق يتكلم بصوت منخفض وكأنه يريد التكتم على بعض المعلومات وأحيانا أخرى يتهرب من الإجابة عن أسئلة المقابلة ويغير الموضوع حيث كنا كل مرة نعيد

التعليمة أننا في صدد بحث علمي وأن هذه المعلومات تبقى سرية في إطار البحث العلمي، كان كثير التشتت ينتقل من فكرة لأخرى، وتقاطع الحديث ليتكلم، تراوده أفكاره الشك. والإنكار.

4-2 التقييم باستخدام اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2)

الجدول رقم (07): يوضح استجابة الحالة علي على مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2)

			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
L	**F**	**K**	**Hs**	**D**	**Hy**	**Pd**	**Mf**	**Pa**	**Pt**	**Sc**	**Ma**	**Si**
70	77	38	54	55	40	52	42	69	58	63	85	46

- ترتيب الصفحة النفسية #K’ L F : 3 5 0/ 4 1 2 7 -8 6 ’’9

- **تفسير مقاييس الصلاحية:**

مقياس لا اعرف: كانت في المستوى العادي أي أن العميل متحمس للإجابة.

مقياس الكذب L :كانت الدرجة (T) على هذا المقياس 70 وشير هذه النتيجة على أن العميل يحاول أن يقدم نفسه في أحسن صورة. الأشخاص العاديون الذين المتمركزون على أنفسهم للغاية والذين تفتقرون إلى البصيرة حول سلوكهم الخاص والذين يحاولون أنشاء انطباع إيجابي بشكل خاص عن أنفسهم والذين تدور ديناميكياتهم حول الأنكار.

مقياس التكرار F: كأنت الدرجة (T) على هذا المقياس (77) وهي درجة مرتفعة بشكل ملحوظ يمثل الارتفاع شدة معاناة ودرجة السيكوباثولوجيا التي يخبرها العميل ويرجح أن يشخص العميل بأنه مضطرب سلوكيا أو بأنه ذهاني، وإلى اعتراف بعدد من الخبرات غير المألوفة، إضافة إلى مشاعر عدم الرضا، والإجابة بنوع من العشوائية، أو التزييف للأسواء.

مقياس التصحيح K: بلغت الدرجة (T) على هذا المقياس (38) وهي درجة منخفضة تشير الى أن العميل يعترف العميل بمصادره المحدودة للتعامل مع المشكلات.

b. **مقياس توهم المرض:** تبلغ الدرجة (T) عند الحالة (54) وهي درجة عادية تشير الى أن للعميل عدد مألوف من الشكاوى البدنية.

c. **مقياس الاكتئاب D:** تبلغ الدرجة (T) عند الحالة 55 وهي ضمن المستوى العادي تشير اتجاهات عادية وسلوك عادي يعكس أعراضا اكتئابيه.

1- **الهستيريا Hy**: تبلغ الدرجة (T) عند الحالة (40) وهي درجة منخفظة ينزع العميل الى أن يكون ساخرا ولاذعا في سخريته ومعزولا اجتماعيا. لديه دفاعات قليلة ينظر اليه بوصفه ذا اهتمامات ضيقة وبأنه مساير اجتماعيا.

2- **الأنحراف السيكوباثيPd** : تبلغ الدرجة (T) عند الحالة (52) درجة وهي ضمن المستوى العادي، تشير أن العميل صادق مؤتمن مثابر مسؤول، ولديه العدد المألوف من الشكاوي من السلطة والاغتراب والملل.

3- **الذكورة والأنوث Mf**: تبلغ الدرجة (T) عند الحالة (42) وهي ضمن المستوى المنخفض يتوحد العميل بقوة مع الدور الذكري التقليدي، وقد يكون قهريا وغير مرن فيما يتعلق بذكوريته.

4- **البارانويا Pa**: تبلغ الدرجة (T) عند الحالة (69) و هي درجة مرتفعة تشير الى الغضب والإستياء يحل محل العتاب ومنتقد، عدواني، شكاك متصلب وعنيد يسيء تفسير المواقف الاجتماعية، حساس للعلاقات البينشخصية وهو يفكر بوضوح وعقلانية، قد يكون العميل مفرط الحساسية للنقد ويفسر أفعال الأخرين نحوه على أساس شخصي.

5- **الوهن النفسي Pt**: تبلغ الدرجة (T) عند الحالة 58 درجة وهي ضمن المستوى المعتدل هؤلاء درجة وهي ضمن معتدل العميل دقيق بعامة في الوفاء بالتزامه في مواعيده وقد يقلق إذا عجز عن ذلك.

6- **لفصام sc**: بلغ الدرجة (T) عند الحالة (63) درجة معتدلة تدل على أن العميل يفكر بطريقة مختلفة ورغم أن ذلك يعكس الابتكارية والاتجاه الحذر المسبق أو العمليات شبه الفصامية الحقيقية ينزع العميل الى تجنب الواقع من خلال الأخلية وأحلام اليقظة. لديه القليل من الاهتمام بالناس الافتقار إلى التطبيق العملي، يتميز بالإبداع والخيال.

7- **الهوس Ma**: تبلغ الدرجة (T) عند الحالة (85) وهي درجة مرتفعة بشكل ملحوظ تفوق المستوى المتوسط، يوصف الفرد بأنه زائد النشاط، اندفاعي، تنافسي، قابل للاستثارة وكثير الكلام، انبساطي، نرجسي، مشتّت التركيز والانتباه وسطحي في علاقاته الاجتماعية يواجه مشكلات في التحكم في سلوكه ويظهر العدوان والهياج وهو لا يوصف بالاكتئاب، قد تظهر ملامح هوسية حقيقية مثل طيران الأفكار وتقلب الحالة المزاجية وهواجس العظمة والاندفاعية والنشاط الزائد ويوصف الشخص العادي الذي يحصل على درجة مرتفعة بالدور الاجتماعي والطاقة وكثرة الكلام والحماس.

8- **الانطواء الاجتماعي Si:** تبلغ الدرجة (T) عند الحالة (46) و هي درجة ضمن الأداء العادي تشير إلى أن العميل يحتفظ العميل بتوازن بين الانطواء والانبساط الاجتماعيين في اتجاهاته وسلوكه.

تفسير الصفحة النفسية حسب مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi2):

بالنظر إلى المنحنى العامل للصفحة النفسية نلاحظ في مقاييس الصدق أن النسق العام للصدق كالتالي (F,L,K) وهو من أكثر الأنساق شيوعا في المجموعات الإكلينيكية، ويرى دوكوارث وأندرسون (*Duckworth* & anderson, 2015) عندما تكون الدرجة (T) للمقاسين (L) و (K) أقل من F وتكون أعلى من (60) درجة. دل ذلك أن الشخص يشعر بالسوء، ويمثل هذا العملاء الذين يعترفون بالصعوبات العاطفية ويطلبون المساعدة، ويضيف (مليكة،2000) أن الارتفاع على المقياس L يوضح شدة المعاناة وتبقى الصفحة النفسية صادقة ومقبولة للمفحوص إذا صاحب هذا ارتفاعا في المقاييس البارانويا والفصام والوهن النفسي.

(Rochenne, 2019) من أجل تحديد نمط الشخصية نجري العملية الحسابية التالية:

IR = (3+ 4 +6 +9) / (0+7+2+1) أي:

(44+62+57+75) / (75+69+50+69) = (1.15) ومن هدا يشير الى أن نمط شخصية العميل ذو تحكم خارجي «externalisant»

يشوي الى وجود أعراض ويشير مؤشر جلبرج Goldberg

(L+Pa+Sc-Hy-Pt) = (70+69+63-40-58) =104 >45

حساب متوسط المقاييس الاكلينيكية

(1 + 2 + 3 + 4 + 6 + 7 + 8 + 9) / 8

(54+55+40+52+69+58+63+85) /8=59.5

أقل من (75) درجة وهي تشير الى وجود أعراض دهانية

أما الارتفاع الملحوظ في المقياسين (F و L) فيشير إلى رغبة المبحوث ومحاولته للظهور بمظهر غير متكامل. كما تشير الدرجة المرتفعة على المقياس (L) إلى المبحوثين الذين تفتقرون إلى البصيرة حول سلوكهم الخاص والذين يحاولون أنشاء انطباع إيجابي بشكل خاص عن أنفسهم والذين تدور ديناميكياتهم حول الأنكار. ونلاحظ أن اغلب المقاييس المرتفعة تقع في المدى المتوسط، إلا مقياس الهوس الخفيف (85)، ومقياس البرانويا (69).

وفي هذا الصدد ذكر (Rochanne, 2019) حيث يشير الارتفاع على مقياس البارانويا يعكس الخوف من النقد، وتعكس العظمة وانعدام الأمن الداخلي فضلا عن المخاوف من عدم الكفاية. ويشير الارتفاع على المقياس إلى المبالغة في التقدير الذات وأفكار العظمة، وزيادة في القلق والعدوانية الهوسية المعبر عنها مباشرة. العصبية والمبالغة في ردود الأفعال على المواقف، حساسون كما لو تعرضوا الى تهديدات شخصية خطيرة، لديهم صعوبة في التعبير عن غضبهم بشكل كاف، شخصية هشة جدا، غالبا ما يشعرون بأنهم يعاملون معاملة غير عادلة ومضطهدين. يشعر أنه "ليس جيدا بما فيه الكفاية" مقارنة الناس الاخرين. يعكس الخوف، نمط الحياة صراعهم الداخلي حول احتياجات الموافقة والقبول وحاجة مبالغ فيها للعاطفة، وكذلك الانزعاج من السيطرة ويحكمون على الآخرين كما لو كانوا منافسين لهم يميلون إلى الثناء على أنفسهم، ولكن بطريقة ما تنافسية، كما لو كانوا يدافعون عن أنفسهم من خلال إظهار الآخرون أقل شأنا منهم، هذا الملف الشخصي، حتى عندما يكون المقياس 9 هو أعلى، من شأنه أن يتوافق مع محاولات الهوس للحد من مخاوف البارانويا المتعلقة بشخصية البارانودية.

وبما ان المقياس 9 (حتى عندما تكون أعلى من المقياس 6) يمثل محاولات الهوس للحد من القلق البارانويا الذي ينتمي إلى شخصية البارانودية، في حين أن الجانب الخفيف الهوس يغذي أيضا البارانويا، مما يزيد من عدم الثقة بالآخرين. هؤلاء المرضى يتناوبون بين الإفراط في الحكم العاطفي والاستعراض الصاخب، سريع الانفعال، مع الحاجة إلى التبرير لماذا يفعلون ما يفعلونه. اندلا ع أعمال العنف العاطفية المباشرة وغير المنضبطة ممكنة، التاريخ العائلي يمكن أن يكشف عن أم مفرطة في الحماية وحنون للغاية اتخاذ تدابير تأديبية صارمة وأب متراخي. وهذا ما وجدناه ينطبق على حالة الدراسة عامر أن حساسيتهم المفرطة للنقد (العلني أو الضمني) يمنحهم انعدام الثقة المزمن. بالإضافة إلى ذلك، وهم في حالة تأهب مستمر ويرون الحقد المحتمل في كل تفاعل تقريبا. صعوبات في التفكير والتركيز، مصحوبة بالحيرة والتهيج شائع. إذا كانت سلامتهم مهددة، فقد ينتج عن ذلك ذعر كبير ومريب ومهووس المظهر؛ تجدر الإشارة إلى أنه عندما يشعرون بالإهانة أو الظلم، هؤلاء الناس يمكن أن يكونوا خطرين في سعيهم للانتقام، أي تهديد يجب أن يؤخذ على محمل الجد. قد يعاني بعض هؤلاء المرضى من معارضة ذهانيه، مع الهلوسة والرؤى الدينية وأوهام العظمة ومن الاضطهاد. ويتمثل هذا في الأحلام والرؤى الروحانية التي لمسناها عند عامر.

أما بالنسبة لأدنى درجة فهي مقياس الهستيريا (التحويل) وهي حيث حصل على الدرجة (T) (40) منخفضة وتشيع عند الأشخاص الذين يرون ان الحياة قاسية وهو منعزلون اجتماعيا وتنقصهم الاهتمامات، ولديهم دفاعات قليلة لوقايتهم من البيئة الخارجية.

ومما يظهر بشكل جلي أن بروفيل الصفحة النفسية للحالة تتجه نحو المثلث الذهاني، وتنحدر بشكل جلي نحو المثلث العصابي (اضطرابات القلق) في المدى السوي وهذا ما يسمى الانحدار الموجب للبروفيل والذي يشير إلى نقص الاتصال بالواقع الخارجي وضعف الاندفاعات.

2-5 تفسير النتائج بالإعتماد على (DSM-5) وأدوات الدراسة:

من خلال المعلومات المتحصل عليها من أساليب جمع البيانات بالاعتماد على الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس واختبار مينيسوتا متعدد الأوجه والمشاهدات أثناء المقابلات نجد الحالة تعاني من نوبة هوسية ضمن اضطراب ثنائي القطب بالاعتماد على الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس نجد أنه من بين مؤشرات النوبة الهوسية كثرة الكلام، وتشتت الانتباه، تضخم تقدير الذات ، انخفاض الحاجة إلى النوم، ثرثرة أكثر من المعتاد أو ضغط للاستمرار في الكلام، تطاير الأفكار أو خبرة شخصية بتسابق الأفكار، التشتت أي تحويل الانتباه بسهولة إلى مثيرات خارجية غير هامة أو ليست ذات صلة، ازدياد النشاط الهادف اجتماعياً حيث يسعى الى تكوين جمعية خاصة بمرضى الهيموفيليا، الانغماس المفرط في نشاطات تحمل إمكانية كبيرة لعواقب مؤلمة، مثل سعيه للعمل في مجال النقل رغم استقراره في عمله. حيث استوفت جميع الاعراض إضافة لتعرضه لنوبة اكتئابيه حادة مشخصة استعمل على اثرها الأدوية و فقد الكثير من الوزن، وظهرت عليه اعراض اكتئابيه وشعور بالذنب اتجاه ابنته. على الرغم من اعتدال درجته الإكتئاب في (mmpi-2).

أما بالنسبة لمقياس مينيسوتا متعدد الأوجه فقد بلغت استجابته على مقياس الهوس في اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه (85) درجة وهي درجة مرتفعة، وكذلك مقياس البارانويا فقد سجلت نتائجه (69) درجة. ومصدر التحكم بالنسبة للحالة خارجي، ونمط الشخصية من الصنف (A) الشخصية البارانودية. إضافة الى ان الحالة

2-6 خلاصة الحالة: الحالة عامر (29)سنة يعمل محاسب في شركة اقتصادية، مصاب بالهيموفيليا، يعاني من اضطرابات مزاجية ونوبات من الهوس، يتناول ادوية الاكتئاب بصفة غير منتظمة ولديه اعتقادات خاطئة حول الذات وحول الاخرين، يعاني من شعور بالنقص والعجز تنتابه نوبات القلق

والغضب الشديد والشك المفرط، والام القولون العصبي ومن اعتلال المفاصل المتكرر الناجم عن مرض الهيموفيليا، هذا من ناحية نقاط الضعف أما من ناحية نقاط القوة فالحالة طموح يهتم بمظهره ومكانته بالمجتمع ويسعى للعمل الخيري ولأنشاء جمعية ولائية لمساعدة مرضى الهيموفيليا.

2-7 قائمة المشكلات

- **المشكلات السلوكية**: تناول الادوية المسكنة للألم مثل حقن "solumedrol" من دون رقابة، والرعشة في الجسم بسبب نوبات الغضب، مشكلات في النوم.
- **المشكلات المزاجية**: اضطرابات في المزاج ونوبات الهوس ونوبات الاكتئاب، محبط ومنزعج، الخوف من انتقادات الاخرين، الشعور بالعجز وبالنقص، يعجز عن السيطرة عن انفعالاته، استعمال الأنكار بكثرة والتبرير، تشوش الأفكار والقفز من فكرة الى فكرة، سهل التشتت، القلق ونوبات الغضب، والشك.
- **المشكلات الاجتماعية**: تتمثل في سوء العلاقات زملاء العمل، والإدراك السلبي للمساندة الاجتماعية.
- **المشكلات المعرفية**: وتتمثل في كثرة الأفكار الآلية السلبية، الحوار الذاتي السلبي، الاعتقادات الخاطئة حول الذات والأخرين والمستقبل، وانخفاض نوعية الحياة، هلاوس وكأن شخص يخنقه، الاعتقاد بالسحر والاحلام الروحانية.
- **المشكلات الجسمية**: مرض الهيموفيليا من النوع (A)، مما ينتج عنه مشكلات مستوى المفاصل في الجسم، الألآم المزمنة المتكررة، اضطراب القولون العصبي. اضطراب مستوى السكر في الدم.

2-8 التنبؤ بمصير الحالة:

في ضوء ما تقدم من صياغة لحالة عامر واستجابته على مقياس (mmpi-2)، والمشكلات التي يعاني منها عامر والمتمثلة في نوبات الهوس والاكتئاب وتناوله ادوية الاكتئاب مع شخصيته التي لا تثق بسهولة في الأخرين ونوبات الشك المفرطة، تضخم الأنا ومصدر التحكم الخارجي يقودنا بعدم بلوغ درجة جيدة من العلاج إلا أنه أبدى قبوله بحضور جلسة جماعية مع مرضى الآخرين المصابين الهيموفيليا بالولاية وتبادل خبراتهم الحياتيه مع المرض وهذا بالاتفاق مع رئيسة الأخصائيين العيادين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بغرداية.

2-9 التوصيات:

- ضرورة التزامه بالعلاج الطبي والالتزام بالتعاليم الطبية.
- ضرورة خضوعه لبرنامج علاج سلوكي معرفي فردي طويل المدى.
- تكرار الفحص لمعرفة مدى تحسن في قوائم المشكلات أم تدهور الحالة.

2-10 خطة العلاج المعرفي السلوكي:

الهدف العلاجي الأول طويل المدى: إعادة البناء المعرفي لدى عامر وتعلمه لكل أساليب العلاج المعرفي السلوكي ولكيفية التخلص من المشكلات المتعلقة معتقداته وكيفية تحسين مزاجه.

الأهداف العلاجية الفرعية قصيرة المدى:

– العلاج المعرفي السلوكي لإدارة الألم المزمن حيث ذكرت (مرازقة، 2020، ص 370) أنه يعمل على العوامل المعرفية، الانفعالية والسلوكية المرتبطة بالألم. في بداية العلاج يقدم المعالج معلومات كافية عن الألم) الخطر المرتبط بعدم النشاط (وإمكانية أن يكون الشخص قادرا على التصرف مع الألم على سبيل المثال. ثم ينتقل بعد ذلك إلى التحليل الوظيفي من أجل تسليط الضوء على العلاقات القائمة بين الإدراك، الانفعالات السلوكيات والبيئة. يتيح هذا العمل للمريض فهم علاقته في إدراك الألم وقدرته على السيطرة عليه. يتضمن العلاج ثلاث محاور أساسية هي:

1- التقنيات المعرفية التي تهدف إلى إعادة بناء الإدراك المختل وظيفيا والذي يؤثر على تجربة الألم.
2- التقنيات ما وراء معرفية Metacognitive لزيادة تقبل الألم والالتزام بالعلاج.
3- التقنيات السلوكية للحد من قلة النشاط Kinesiophobia، وهذا المصطلح الذي يشير إلى الخوف من الحركة، ويتوافق مع الخوف المفرط وغير العقلاني من الألم أو الإصابة مرة أخرى، ويتسبب في تجنب الحركة.

أما إجراءات العلاج فهي:

الهدف العلاجي طويل المدى

– تحديد المعتقدات اللاعقلانية المشوهة لدى باستخدام قائمة الأفكار التلقائية السلبية الخاطئة ونحل محلها أفكاراً عقلانية منطقية وواقعية ومعقولة وتدريب الحالة على تطبيق تقنيات العلاج السلوكي المعرفي على وضع قوائم من الأفكار والاعتقادات الإيجابية الواقعية بعد تعلمها كيفية تفنيد الأفكار السلبية، بأساليب إقامة الأدلة على عدم صحة هذه الأفكار، والدفع بالحجج الصائبة، والحوار

الذاتي الإيجابي، والحوار السقراطي، واستخدام العبارات الإيجابية المضادة، واستخدام البطاقات والمفكرات الإيجابية إلى آخره.

- **الأهداف العلاجية الفرعية قصيرة المدى، وتتمثل في:**
- تحديد الأفكار الذاتية السلبية، وتعلم كيفية تمييز أفكاره عن الحقائق الواقعية، كما يجب أن يكون في النهاية على دراية بكيفية تأثير أفكاره وانفعالاته باستخدام تقنيات مختلفة مثل لعب الدور، التشتيت، والتعريض التدريجي.
- جلسات العلاجية للتأكد من ادارته لذاته، وتحسن لغة التواصل.
- ستعزز الحالة عامر سلوكه التوكيدي وسلوكه الاجتماعي ولغة التواصل من خلال التعلم بالمشاهدة لنماذج ناجحة في سياق الحياة الاجتماعية.
- تشجيع الحالة عامر على اختبار مدى توافقية معتقداته، توقعاته، وتنبؤاته بالتعاون مع الأخصائي.
- تقنيات التعامل مع الأرق والتعرف على المعتقدات التي تؤثر على قدرته على النوم وتغييرها، وفي التحكم في الأفكار السلبية والمخاوف التي تبقيه مستيقظا والقضاء عليها، وتطوير عادات نوم الجيدة وتجنب السلوكيات التي تمنعه من النوم بصورة جيدة.

11-2 صياغة الحالة:

الجدول رقم (08): صياغة الحالة حسب نموذج بيك للحالة (عامر).

المعتقدات	الأعراض
معلومات ذات علاقة بالطفولة	الإصابة مرض نادر والمعاناة منذ الطفولة الأولى، الأب المنسحب، الام الحنون
المعتقدات الأساسية Core beliefs	– ان جسمي ناقص، انا غير محبوب، انا مختلف عن بقية الناس، انا معلوماتي أحسن من معلومات الطاقم الطبي وخبرتي أحسن من السنوات التي درسوها في الجامعة، دواء ينقي الميكروب لي في العظم، العمال لا يقدرون قيمتي ويتآمرون ضدي المدير يميز العمال ولا ينصف العمال المتميزين سبب مرضي هو السحر، انا سبب مرض ابنتي

المعتقدات الوسيطية Intermediate Beliefs	– الأفكار التلقائية السالبة، والصور المزعجة – مديري لا يعاملني كالبقية لأني انسان ناقص هنالك شخص يخنقني ويضغط على رقبتي بسبب السحر. – انا أعالج نفسي بنفسي وأعرف أحسن من الطبيب. – البنات كل يحملون جين الهيموفيليا من ابائهم. – دواء solumedrol ينقي الميكروب من العظم
الإستراتيجيات التعويضية التكميلية compensatory Strategies	التعبير بعدوانية اتجاه زملاء العمل، استخدام الأدوية بإفراط، تضخيم تقدير الذات، انكار البنت

الموقف الأول	الموقف الثاني	الموفق الثالث
مشكلات عائلية ازدياد البنت	الشعور بأعراض الألم على مستوى المفاصل	الذهاب الى العمل أفكار اضطهادية سلبية والشعور بالمؤامرة
معنى الفكرة التلقائية البنات كل حاملات لجين الهيموفيليا	معنى الفكرة التلقائية سوف تحدث لي إعاقة هذا دليل على نزيف داخلي ميكروب يخلي المفصل يتآكل	معنى الفكرة التلقائية هو يتآمرون علي وينضرون الي انني عاجز
الانفعالات – الحزن والقلق	الانفعالات الخوف، يعجز عن السيطرة عن انفعالاته القلق الزائد	الانفعالات عدم الارتياح تشتت الأفكار
المشاعر الشعور بالذنب	المشاعر حزن، شعور بالعجز، الغضب	المشاعر حزن، شعور بالعجز وعدم الارتياح في العمل

السلوك انكار البنت	السلوك استعمال اللاعقلاني للأدوية اضطراب النوم	السلوك سلوك عدواني نحو زملاء العمل سلوك البحث عن عمل جديد

(بيك، 2018)

3. عرض وتحليل وتفسير لحالة الثالثة:

3-1 عرض ملخص المقابلات نصف الموجهة:

علي يبلغ من العمر 47 سنة متزوج وأب لأربعة أطفال (أربع أولاد وبنت)، مستواه الدراسي الثالثة ثانوي، عمل محاسب في الوظيف العمومي، يعيش بمسكن مستأجر، مصاب بالهيموفيليا (A) من النوع المتوسط، جاء للمقابلة العيادية بشكل ملفت وكأنه لا يريد ان يعرفه أحد، فكان مغيرا في مظهره محاولا إخفاء هويته، على خلاف المقابلة الأولى التمهيدية التي اتفقنا معه على المشاركة في الدراسة، يبدو عليه انه مشغول ولا يوجد عنده وقت اعتذر مرات عدة واجل موعد المقابلة، وكان يتكلم بكونه شخص مهم وذو شأن عظيم.

أدرك مرضه وصل الى تشخيص واضح حتى سن 25 سنة حيث كان طيلة مسيرة حياته يعاني مع الأعراض دون الوصول الى تشخيص واضح فكان يصارع المرض مع وأخاه الاكبر أما عن علاقته بعائلته فكانت جيدة ولا توجد فيها مشاكل.

على الصعيد الصحي حدث له التهاب الزائدة الدودية والتي خضع على إثرها لعملية جراحية حسب تصريحه في سنة 1991 ونضرا لعدم توفر الادوية وعامل التخثر في ذلك الحين تعرض عقبها الى نزيف على مستوى مفصل الورك مما أحدث له إعاقة اقعدته عامين بالعكازات وشفي أعرج، اثرت عليه هذه الحادثة كثيرا، فهو يفسرها انه لولا المرض ناجح. مما نتج عنه مخططات معرفية مشوهة حول فاعليته الذاتية، كان بالنسبة اليه إعاقة في تقدمه وتحقيق ذاته.

لكنه استفاد من فترة مكوثه في المستشفى كثيرا في تلك الفترة مما نتج عنها تعلمه للإسعافات الأولية ومهام التمريض وأكمل مسيرته الحياتية متأقلما مع تلك الإعاقة وعمل في البداية في مجال الديكور

والزجاج ورغم خطر هذا العمل مرضه، ولم يكن مبالي بصحته، وعمل في مجال الزهور والعطور فصرح انه كان يتعامل مع الفتيات اللواتي يقمن بالأشغال اليدوية ويساعدهم في تزيين اشغالهم.

درس في معهد خاص للمحاسبة وشغل منصب محاسب وبالوظيف العمومي فكانت علاقته جيدة مع زملاء العمل فكان يقول كنت اعمل لهم جو المرح والتعاون وكان الكل يستشيرونني في أعمالهم وكنت امد يد العون للجميع، لكنه كان رافضا وغير متقبلا للعمال الجدد الموظفين بشهادة جامعية الاحسن منه درجة فيقول هم اقل كفاءة مني من المفروض التوظيف يكون على حسب جودة العمل وليس الشهادة الجامعية..

أما بالنسبة للصحة الجسدية: فهو يشكو من الآلام متكررة التي تؤثر على وثيرة نومه مما تجبره على استخدام عقار المورفين مباشرة حسب اعتقاده انه الوحيد المفيد للألم وأن عامل التخثر مفعوله بطيء يعطي نتيجة حتى بعد (24) سا من الحقن وأنه سبب وفاة أخاه.

توفي اخاه الاكبر متأثرا بمرض الهيموفيليا (رد فعل عكسي لعامل التخثر) فكان هذا بالنسبة له حدث صدمي لم يتقبله وأفقده ثقته بنفسه وبفاعلية بجسمه وقدرته على العمل بنفس الوثيرة كون اخاه رفيقه مؤنسه في رحلة المرض.فأحس بضعف جسمه رغم استقرار حالته الصحية ففقد ثقته بجسمه وقدراته وأصبحت عنده معتقدات خاطئة بعدم فاعليته وأنه لو أجهد نفسه قليلا ممكن ان يكون مصيره مثل مصير الأخ وفقد ثقته بنفسه و أصبحت تدور في ذهنه أفكار سلبية لا يستطيع التحكم فيها حول الفاعلية الذاتية وعدم قدرته في التكيف مع الوضع الجديد مما اسفر عنه انسحابه من عمله بحجة انه لم يعد يستطيع العمل والملفت انه في سن 47 ليس كبير السن وتراوده فكرة انه لا يستطيع تثبيت فكره وان أفكاره مشوشة، يرى نفسه انه كبير في السن ويعبر عن جسمه بقوله استطيع ان ارتدي ملابس وأعيش مثل بقية الناس لكن لم يعد يستهويني شيء افضل الان البقاء وحدي ونروح للصحراء وأبقى وحدي، أصلا الناس تغيرت واصبح الوقت ليس مثل زمان الناس تعايد بعضها البعض بالأنترنت والهاتف كل منشغل عن الآخر ولا يبالي حتى انني اجد نفسي اشعر بالوحدة وانا معهم. وتبنى نظرة انسحابيه حسب تصريحه انا الان لا أعيش لنفي وفقط أصبحت عندي نظرة بعيدة مفادها ان يعيش الكل في سلام

أما بالنسبة لعلاقاته مع الطاقم الطبي فأبدى عدم ثقته بالطاقم الطبي حيث يرى نفسه ان عنده خبرة 47 سنة مع المرض مما يكسبه الطرق الصحيحة للتعامل مع المرض رغم انا الأطباء اصدقاءه.

وعن عائلته وعلاقته بزوجته واولاه لم يصرح عنها ويقول انا الحمد لله اولادي ناجحين ومتفوقين في دراستهم والشيء الذي اشكر الله عليه انه لم يصب أحد اولادي بالمرض لأنو انا تعبت كثيرا ولا اريد نفس التعب لأولادي

2-3 المشاهدات السلوكية: جاء للمقابلة العيادية مرتب بمظهر متخفي مغطي راسه بشاش، تبذو عليه الشكوك وعدم الثقة، أجل موعد المقابلة عدة مرات معتذرا، كثير الكلام ومشوش الأفكار، بعد مرور المقابلة العيادية بـ 20د استأذن مدة ورجع في نهاية المقابلة العيادية سقط منه بطاقة أخبرنا انه يريد السفر الى الخارج في غضون شهرين وانه يجب ان يكمل معنا الدراسة قبل ذهابه واستغرق وقت زايد في الإجابة على المقياس، يبدو عليه التشتت والصعوبة في التركيز، تشوش الأفكار.

3-3 تقييم الاستجابة على مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2):

الجدول رقم (09): يوضح درجات الحالة (علي) على مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (MMPI-2)

			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
L	**F**	**K**	**Hs**	**D**	**Hy**	**Pd**	**Mf**	**Pa**	**Pt**	**Sc**	**Ma**	**Si**
53	63	42	59	57	56	69	61	81	84	79	75	62

- ترتيب الصفحة النفسية: 7 6 8 9 4 0 5 1 2 3 F L K
- رمز ويلش: 7 6'' 8 9' 4 0 5 -1 2 3/F -L /K:
- **تفسير مقاييس الصلاحية:**

مقياس لا اعرف: كانت البنود التي لم يرد الحالة الإجابة عنها هي (2) وهي تشير أن الحالة يتجنب الفقرات التي يغلب أن تتجنبها جماعته المرجعية أو التي لها دلالة خاصة فريدة.

مقياس الكذب L :كانت الدرجة (T) على هذا المقياس (53) وهي ضمن الحدود العادية تدل على ان العميل قادر على تحقيق توازن مناسب بين التصريح بالأخطاء الاجتماعية وإنكارها وهو من ذوي الحذق السيكولوجي الذين يحاولون خلق صورة ذات مرغوبة.

مقياس التكرار F: كانت الدرجة (T) على هذا المقياس (63) ضمن الحدود المعتدلة تشير إلى أن يعترف العميل بخبرات غير عادية مما يتمثل في فقرات المقاييس بدرجة أكثر من الشخص العادي ويمثل الارتفاع مدى وشدة السيكوباثولوجيا وكيف توافق العميل مع سيكوباثولوجية، ويقع المريض الذهاني المتماسك غالبا في وسط هذا المدى.

مقياس توهم المرض: تبلغ الدرجة (T) عند الحالة 59 وهي درجة معتدلة في الطرف الأدنى من هذا المدى تشير بين المعوقين والافراد ذوي العلل البدنية الحقيقية، بعض الانشغال بوضائف الجسم واحتمال النظر إليهم بوصفهم غير ناضجين وعنديين وينقصهم الدافع وهذا كونه يعاني من إعاقة جسدية إضافة الى مرض الهيموفيليا وحصل على مقياس، **مقياس الاكتئاب D**: على عند الحالة 57 وهي ضمن المستوى معتدل تشير الى عدم الرضا عن الذات أو عن شيء ما ولكنه لا يدرك هذه الحالة بوصفها اكتئابا وقد تمثل الدرجة الموقف تمثيلا مناسبا أو أنه قد لا يبالي بما يحدث له أو أنه قد تعلم التوافق مع وجود اكتئابي مزمن. وهو سريع الانفعال، خجول، متجهم محبط، مبتور تعيس، غير راض عن نفسه أو العالم متشائم، انطوائي، قلق.

ودرجته على مقياس **الهستيريا Hy**: تبلغ الدرجة (T) عند الحالة 56 وهي درجة ضمن الحدود المعتدلة يغلب أن يكون العميل من النوع الاستعراضي، الإنبساطي والسطحي، وهو ساذج ومتمركز حول ذاته وينكر وجود مشكلات وهو يفضل أن يتبنى النظرة المتفائلة في الحياة ويتجنب القضايا غير السارة و مقياس **الأنحراف السيكوباثيPd** : تبلغ الدرجة (T) عند الحالة 69 وهي درجة مرتفعة تشير الى ان العميل يحارب ضد شيء سكون عادة شكلا من أشكال الصراع مع نماذج السلطة، ولكن تفعيل الصراع بصورة ظاهرة ليس أمرا حتميا إلا أن التمرد والعدائية نحو نماذج السلطة يكونان واضحين حتى في مثل هذه الحالات، يغلب ان يكون العميل متمركزا حول ذاته ويصعب الثقة فيه والاعتماد عليه وينقصه الشعور بالمسؤولية وقد يعجز العميل عن تنظيم هذه الخبرة أو التخطيط المسبق، يظهر العميل واجهة اجتماعية جيدة ويترك انطباعا أوليا حسنا، ولكن الملامح السيكوباثية سوف تطفو على السطح في التفاعلات الطويلة وتحت الظغوط، التدخلات السيكولوجية أقل فعالية من النضج في تحقيق. ومقياس **الذكورة والأنوث Mf**: تبلغ الدرجة (T) عند الحالة (61) المعتدل تشير الى قد يكون هؤلاء الرجال سلبيين إلى حد ما ويفضلون مواجهة المشاكل بأسلوب مقنع وغير مباشرة. يميلون إلى أن يكون لديهم اهتمامات جمالية مثل الفن والموسيقى والأدب. **البارانويا Pa**: تبلغ الدرجة (T) عند الحالة 81 و هي درجة مرتفعة يغلب العميل أن يكون متشككا، عدائيا ومفرط الحساسية، وهو عادة يعبر تعبيرا لفظيا ظاهرا عن هذه الصفات، وقد يكون اضطراب التفكر ظاهرا بوضوح. **الوهن النفسي Pt**: تبلغ الدرجة (T) عند الحالة 84 درجة وهي مرتفعة تشير الى أن العميل قلق ومتوتر ومتردد، قد يضطرب أو يهتاج ويكون قلقه الظاهر ملحوظا منه ومن الآخرين.

ومقياس **لفصام sc**: بلغ الدرجة (T) عند الحالة 79 درجة مرتفعة تشير الى أن العميل يشعر بالإغتراب والبعد عن بيئته وقد يعكس ذلك عملية فصامية حقيقية أو انضغاطا موقفيا او شخصيا.

وعن مقياس **الهوس Ma**: تبلغ الدرجة (T) عند الحالة 75 وهي درجة مرتفعة بشكل ملحوظ تفوق المستوى المتوسط، يوصف الفرد بأنه زائد النشاط، اندفاعي، تنافسي، قابل للاستثارة وكثير الكلام، انبساطي، نرجسي، مشتّت التركيز والانتباه وسطحي في علاقاته الاجتماعية يواجه مشكلات في التحكم في سلوكه ويظهر العدوان والهياج وهو لا يوصف بالاكتئاب، قد تظهر ملامح هوسيه حقيقية مثل طيران الأفكار وتقلب الحالة المزاجية وهواجس العظمة والاندفاعية والنشاط الزائد.

أما مقياس **الانطواء الاجتماعي Si**: تبلغ الدرجة (T) عند الحالة 62 و هي درجة معتدلة تشير يفضل هؤلاء المرضى أن يكونوا وحدهم أو بصحبة مجموعة صغيرة من الأصدقاء. لديهم القدرة على التفاعل مع الآخرين، ولكن بشكل عام، يفضلون عدم القيام بذلك.

بالنظر إلى المنحنى العامل للصفحة النفسية نلاحظ في مقاييس الصدق أن النسق العام للصدق كالتالي (F,L,K) وهو من أكثر الأنساق شيوعا في المجموعات الإكلينيكية، ويرى دوكوارث وأندرسون (*Duckworth* & anderson, 2015) عندما تكون الدرجة (T) للمقاسين (L) و (K) أقل من (F) وتكون أعلى من (60) درجة دل ذلك أن الشخص يشعر بالسوء، ويمثل هذا العملاء الذين يعترفون بالصعوبات العاطفية ويطلبون المساعدة، ويضيف (مليكة، 2000) أن الارتفاع على المقياس (L) يوضح شدة المعاناة وتبقى الصفحة النفسية صادقة ومقبولة للمفحوص اذا صاحب هذا ارتفاعا في المقاييس البارانويا والفصام و الوهن النفسي حيث ان الحالة علي سجل ارتفاعا ملحوظا على هذه المقاييس

وأشار (Rochenne, 2019) من أجل تحديد نمط الشخصية نجري العملية الحسابية التالية:

IR = (3+ 4 +6 +9) / (1+2+7+0) أي :

(56+69+81+75) / (59+57+84+62) = (0.93) هي درجة < من 1 تشير الى أن نمط شخصية العميل ذو تحكم داخلي «internalisant»

مؤشر جلبرج Goldberg

(L+Pa+Sc-Hy-Pt) = (53+81+79-56-84) =73 >45

وهذا يشير أن الشخص ذهاني

حساب متوسط المقاييس الاكلينيكية

(1 + 2 + 3 + 4 + 6 + 7 + 8 + 9) / 8

(54+55+40+52+69+58+63+85) /8=70

أقل من 75 درجة وهي تشير الى وجود أعراض ذهانيه

إن النسق العام لصدق الصفحة النفسية كالتالي (F,L,K) وهو من أكثر أنساق الصدق شيوعا ف المجموعات الإكلينيكية، وهو يشير إلى أن الحالة يعترف بصعوبات شخصية وانفعالية، كما أنه يكون من بين القادرين على طلب المساعدة.

وتذكر (مليكة، 2000، ص 110) ان الخطوة التالية في تحليل المجموعات الفرعية للمقاييس، ولعل أكثر طرق هذا التحليل شيوعا وأقلها تعقيدا في النقطة المرتفعة في الصفحة النفسية أي المقياسان اللذان حصل فيهما المفحوص على اعلى الدرجات (F) > 70 (البروفيل المذبب).

نلاحظ أيضا أن الصفحة النفسية للحالة لديه مقاييس تقع في المدى المعتدل، إلا أن مقاييس الوهن النفسي (84) يليه مقياس البارانويا (81) ثم مقياس الفصام (79) ثم يليه مقياس الهوس (75) التي سجلت ارتفاعا ملحوظ وهذا يدل على ان البروفيل السيكولوجي للحالة يأخذ الانحدار الموجب مما يشير إلى احتمالية وجود دفاعات وسواسية قهرية تعجز عن التعامل مع المشكلات، مخاوف وطقوس قهرية ووساوس يقل احتمال إحالة الفرد للإقامة في المستشفى رغم ان الأعراض قد تكون معوقا له في العمل وفي العلاقات الشخصية العامة، بنية شخصية ثابتة تتطلب علاجا طويل المدى لإحداث تغيير دال في السلوك.

حيث يشير الارتفاع على المقياسين (6 و7) على ان الحالة قلق، منشغل متشكك، عنيد متصلب يعبر عن مشاعر عدائية بصورة غير مباشرة لا يحتمل ان يكون بارانوديا فعلا، مشكلاته مزمنة في الغالب

ويشير (Ruchenne, 2019)

غالبا ما يحتوي هذا الرمز أي (7-6) على ارتفاع على المقياس (8) كثالث أعلى مقياس وهو ما سجلناه عند الحالة علي، حيث ان هؤلاء الأشخاص شديدو الحساسية، متوترون، قلقون للغاية، مجترفون (حول سلوكهم وسلوك الآخرين)، وغالبا ما يكونون مريرين بشكل مرضي، مشبوهين، قلقين، جامدين، عنيدين، حساسين لمشاعر الظلم، ومكتئبين. يعانون من اضطرابات النوم والإرهاق ممكنة. إنهم قلقون للغاية بشأن النقد أو الرفض وخاصة بشأن الفشل وعدم الكفاية. إنهم قلقون باستمرار من

الحكم عليهم وتقييمهم ومواجهتهم شخصيا، ويتوقعون النقد عادة ما يكون لديهم قصص عن العلاقات الشخصية المتوترة وغير المستقرة والمضطربة، والتي شعروا فيها بالظلم (عادة نتيجة لسوء التفسير من جانبهم). ولديهم سوء تقدير اجتماعي، في حين أنهم قد يشعرون بالدونية و / أو الذنب، إلا أنهم يسارعون أيضا إلى الحكم على الآخرين، ربما كدفاع ضد الحكم عليهم أو انتقادهم، لديهم ميل لاستيعاب النقد والإهانات، ولكن أيضا لتطوير الاستياء.

غير حازم، تفتقر إلى استراتيجية حل المشكلات.

إساءة استخدام المواد لتخفيف القلق أو الأرق.

ومما يظهر لنا بشكل جلي أن بروفيل الصفحة النفسية للحالة يتجه نحو المثلث الدهاني وينحدر بشكل جلي في المثلث العصابي الى المدى السوي وهذا ما يسمى الإحذار الموجب للبروفيل والذي يشير الى نقص الاتصال بالواقع الخارجي وضعف ضبط الاندفاعات أو حتى خلط واضطراب في التوجهات

4-3 تفسير النتائج:

الحالة (علي) عاش حياة صعبة بسبب مرض الهيموفيليا وتعرضه للإعاقة مما نتج عنها مخططات معرفية مشوهة وسلبية مفادها انه انسان ناقص وغير كفء حول فاعليته الذاتية وتنتابه أفكار مشوهة مفادها ان المرض كان عائقا له في تحقيق طموحاته لهذا لم يكمل دراسته الجامعية، مما نتج عنها حديثة الذاتي السلبي المرتبط بالمشاعر كالغضب والحزن والعصبية والشعور بالذنب ومنه يتأثر سلوكه فيختار السلوك التجنبي والهروب والعزلة وكذلك اعراض جسمية مثل التعب والألم والحزن، وان جسمه لا يستطيع بذل الكثير من الجهد. وهذا ما يثبته استجابته على مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه حيث سجل ارتفاعاً ملحوظ على مقياس الوهن النفسي بدرجة (85) درجة، فمن منظور المعالجة المعرفية ينتج الوهن النفسي من معالجة غير فعالة للأحداث والمواقف الصدمية (سليمان وعبيد، 2020، ص 115) وهو ما يفسر ما حدث لعلي إثر وفات الأخ الذي كان المؤنس في رحلة العلاج حيث كان كعامل مفجر تج عنه أفكار تلقائية سلبية اضطهادية راسخة ان مصيره حتمي وسوف يكون مثل الأخ وارتفع مستوى القلق واستجاب استجابة انسحابيه. حيث عاش فترة اكتئابيه مزمنة توافق بعدها وتكيف مع الوضع وهذا ما تؤكده استجابته على مقياس للاكتئاب بمقياس مينيسوتا (mmpi-2) التي تشير الى أن عدم الرضا عن الذات أو عن شيء ما ولكنه لا يدرك هذه الحالة بوصفها اكتئابا وقد تمثل الدرجة الموقف

تمثيلا مناسبا أو أنه قد لا يبالي بما يحدث له أو أنه قد تعلم التوافق مع وجود اكتئابي مزمن. وهو سريع الانفعال، خجول، متجهم محبط، مبتور، تعيس، غير راض عن نفسه أو العالم متشائم، انطوائي، قلق. مما نتج عنه تفكير مرضي أو السلبي ناتج الابنية المعرفية الأساسية ويظهر من خلال التعامل مع الأحداث الحياتية المختلفة وانعكست على سلوكه الإنسحابي اللاتوافقي وتخليه عن العمل بسبب حجج غير مقنعة ولا أساس لها من الصحة وانفعالاته بالقلق والغضب والتفكير المشوش، يسيطر عليه الحديث الداخلي السلبي رغم ان مرض الهيموفيليا عنده من الصنف المتوسط ونسبة التعرض للإصابات متوسطة وليست بالشديدة.

حيث يشير الارتفاع على مقياس البارانويا بنسبة (81) درجة والذي يعكس الخوف من النقد، وتعكس العظمة وانعدام الأمن الداخلي فضلا عن المخاوف من عدم الكفاية. وينعكس هذا نلاحظ وتشير الارتفاعات على مقاييس الوهن النفسي (84) يليه مقياس البارانويا (81) ثم مقياس الفصام (79) ثم يليه مقياس الهوس (75) التي سجلت ارتفاعا ملحوظ وهذا يدل على ان البروفيل مما يشير إلى احتمالية وجود دفاعات وسواسية قهرية تعجز عن التعامل مع المشكلات، مخاوف وطقوس قهرية رغم ان الأعراض قد تكون معوقا له في العمل وفي العلاقات الشخصية العامة، وبنية شخصية ثابتة تتطلب علاجا طويل المدى لإحداث تغيير دال في السلوك.

وحسب (Ruchenne, 2019) حيث يشير الارتفاع على المقياسين (6 و7) على ان الحالة قلق، منشغل متشكك، عنيد متصلب يعبر عن مشاعر عدائية بصورة غير مباشرة، وهذا ما لمسناه في مجريات المقابلة العيادية حيث ظهر الشك في تعامله اثناء المقابلة خاصة انزعاجه من بنود المقياس في البداية مما اضطرنا لإعادة التعليمة وان هذا من اجل الدراسة وفقط، حيث ان هؤلاء الأشخاص شديدو الحساسية، متوترون، قلقون للغاية، مجترفون (حول سلوكهم وسلوك الآخرين)، قلقين، جامدين، عنيدين، حساسين لمشاعر الظلم، ومكتئبين. يعاني من اضطرابات النوم والإرهاق. قلق للغاية بشأن النقد أو الرفض وخاصة بشأن الفشل وعدم الكفاية، قلق باستمرار من الحكم عليه وتقييمه ومواجهته شخصيا، ويتوقعون النقد عادة ما يكون لديهم قصص عن العلاقات الشخصية المتوترة وغير المستقرة والمضطربة، والتي شعروا فيها بالظلم (عادة نتيجة لسوء التفسير من جانبهم). ونتيجة لذلك، فإنهم يميلون إلى إبقاء الآخرين في مأمن ولديهم سوء تقدير اجتماعي، في حين أنهم قد يشعرون بالدونية و / أو الذنب، إلا أنهم يسارعون أيضا إلى الحكم على الآخرين، ربما كدفاع ضد الحكم عليهم أو انتقادهم، لديهم ميل لاستيعاب النقد والإهانات، ولكن أيضا لتطوير الاستياء،

يشعر بالعزلة والمحاصر بمشاعر والرعب من فقدان السيطرة نتيجة الصدمة التي تعرض لها، ينتابه شعور بالذنب، خاصة و كان هذا بارزا اثناء المقابلة خاصة عند ازدياد مولود جديد عند اخته مريض بالهيموفيليا مما عزز لديه الشعور بالذنب وانه سوف يكون مصدر لنقل المرض هو كذلك حيث صرح "انا سوفريت وحاربت مي ما نحبش ولادي يعيشوا هذي التجربة ونحمد ربي ما جاني حتى واحد مريض مي في المستقبل ممكن يكونوا ولادهم مراض"

وعند مقارنتنا للمقاييس المرتفعة على مقياس مينيسوتا (mmpi-2) ذكر (Ruchenne,2019) أنه عندما يكون المقياس (7)أعلى من المقياس (8)، فمن المحتمل أن يعاني الفرد من قلق شديد بشأن ما يدركه كتفكك لقدرته على التحكم في تفكيره ومشاعره، ودرجة عالية من القلق في وجود اضطراب في التفكير تشير الإمكانات إلى محاولة للتكيف في مواجهة الشعور بعدم التنظيم. ويشير ارتفاع المقياس (7)، هم قلقون للغاية وقد تظهر تبدد الشخصية وعزلة، أولئك الأفراد لديهم صورة ذاتية سلبية للغاية، هم باستمرار" عند الحد"، كما لو كان يتوقع حدوث كارثة، سريع الشعور بالانتقاد أو الحكم مقارنة بالآخرين. ويشير الارتفاع على الرموز (9/7) قلق قهري بشأن النجاح والتجنب الفشل يميز هؤلاء الأفراد، مزيج من القلق والشعور بالذنب ويتم تعزيز المخاوف المتعلقة بالمقياس (7) من خلال السمات هوس خفيف، والذي قد يبدو متناقضا، يمكن أن تتأرجح بين العظمة وإنكار الذات، قلقون بشأن تجنب الخسائر وتعظيم المكافآت. هم مواضيع متهورة ومثيرة، مواضيع ثرثارة وغير ناضجة ومتمركزة حول الذات ومتغيرة بسرعة.

يعاني البعض من أعراض جسدية تعكس توترهم الداخلي، مثل تشنجات العضلات وآلام الظهر والأرق أو النوم المضطرب. نشاطهم المفرط يدفعهم إلى الاستثمار في الكثير من المهام.

إنهم يكرهون أن يتم التحكم فيهم. العلاقات الشخصية معهم غالبا ما تكون صعبة، لأن سلوكهم المتهور والطائش يجعل من الصعب إجراء اتصال معهم، في بعض الحالات، قد يعكس هذا الملف الشخصي احتمالية ان المريض في مرحلة الهوس الخفيف أو بالاضطراب الثنائي القطب من نوع الهوس الخفيف. وهذا ما يحتاج الى مقابلات أخرى من اجل التأكد من هذه النتيجة

أما من الناحية الاجتماعية فعلاقته جيدة والديه وزوجته جيدة ولا توجد فيها مشاكل وصرح انه هدفه الان هو العيش من أجل ارضاء والديه واولاده وعائلته ولا يبدي اهتماما بنفسه.

و ذكر (Ruchenne,2019) الى الانتباه إلى استخدام المواد عند هؤلاء الاشخاص لتخفيف القلق أو الأرق وكان هذا جليا في استخدام الموروفين حسب تصريحه للسيطرة على الألم الغير محتمل رغم أن نوبات النزف عنده ليست متكررة بحكم أن صنف الهيموفيليا عنده متوسطة فحسب تفسيره ظان الموروفين سريع المفعول اكثر من عامل التخثر الذي يستغرق 24 سا حتى يعطي نتيجة، وهذا ما يؤكد الملاحظة خلال المقابلة العيادية حول احتمالية تناول المواد المخدرة، أما النقاط الايجابية للحالة فتتمثل في الميل الى حب الفن والديكور والرسم فهو يجيد عمل الطلاء والديكور ضف الى هذا تعلمه للإسعافات الاولية ومهام التمريض كالحقن وخياطة الجروح غيرها من المهام.

3-5 التشخيص حسب الدليل التشخيصي والاحصائي (DSM5):

وبالرجوع الى الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس تبين ان (علي) يعاني من اضطراب ما بعد الصدمة المزمن جراء الصدمات المتكررة التي تعرض لها كوفاة الأخ وتعرضه للإعاقة نتج عنها سلوكه الانسحابي من الحياة الاجتماعية والشعور بالذنب، وعدم القدرة على الاستمتاع بأي شيء إضافة إلى ظهور أعراض اكتئابة رغم ان درجته على مقياس الاكتئاب كانت معتدلة وتشير الى ان المريض مرّ بتجربة اكتئابية وتعايش معها.

3-6 قائمة المشكلات:

- **المشكلات السلوكية:** تتمثل في والسلوك الغير صحي في تناول الادوية المسكنة للألم مثل " morofine "، مشكلات في النوم، الانقطاع عن الوظيفة، سلوكات انسحابيه عن المجتمع.
- **المشكلات المزاجية:** اضطرابات في المزاج الشعور بالاكتئاب، الشعور بالذنب، والدونية، سرعة الغضب والقلق.
- **المشكلات الاجتماعية:** تتمثل في سوء العلاقات زملاء العمل، انسحاب اجتماعي وحب العزلة والانفراد وحيدا، والإدراك السلبي للمساندة الاجتماعية.
- **المشكلات المعرفية:** وتتمثل في كثرة الأفكار الآلية السلبية، والأفكار الاضطهادية والسواسية، والاعتقادات الخاطئة حول الذات والأخرين والمستقبل، وانخفاض نوعية الحياة، تشوش الأفكار ومشكلات في الذاكرة والتذكر.
- **المشكلات الجسمية:** مرض الهيموفيليا من النوع (A)، مما ينتج عنه مشكلات مستوى المفاصل في الجسم، الألآم المزمنة المتكررة، إعاقة جسدية بسبب اعتلال مفصل الورك.

3-7 الأهداف العلاجية:

- التقليل من الأفكار الوسواسية الاضطهادية.
- التقليل من استعمال الأدوية اللاعقلاني.
- تخفيف من قلق الموت.
- تحسين العلاقات بين الشخصية وإعادة الاندماج في العمل.
- الأهداف العلاجية طويلة المدى:
- باستعمال العلاج المعرفي السلوكي الفردي.
- جلسات علاج معرفي سلوكي جماعي مع مجموعة من مرضى الهيموفيليا.

الأهداف العلاجية طويلة المدى:

يتمثل العلاج طويل المدى في إعادة تشكيل البنية المعرفية وذلك بمساعدة العميل على تحديد وتقييم الأفكار التلقائة والمعتقدات الوسيطية والمعتقدات الأساسية باستعمال تقنية السهم الهابط او سجل الأفكار اليومي.

مساعدة العميل على انتاج أفكار ومعتقدات بديلة أكثر صحية وتكيفية باستخدام سجل البيانات الإجابية وورقة عمل المعتقدات الأساسية.

الأهداف العلاجية قصيرة المدى وتتمثل في تحسين قدرة العميل على التعامل مع الوضعيات الضاغطة والتدريب على استراتيجية حل المشكلات

التثقيف الصحي باستخدام تقنية توكيد الذات.

التدريب على اتباع السلوك الصحي واستراتيجيات إدارة الألم باستخدام تقنية الاسترخاء.

تحسين الفعالية الذاتية للعميل.

- جلسات الاسترخاء من أجل التخفيف من الضغط النفسي.
- جلسات العلاج الجماعي مع علي مفيدة جدا من أجل تعزيز من أجل تبادل الخبرات مع مرضى من نفس حالته حتى يتسنى له التخفيف من الضغط الشديد الذي تعرض له.

3-8 التنبؤ بمصير الحالة:

- في ضوء ما تقدم من صياغة لحالة (علي) واستجابته على مقياس (mmpi-2)، والمشكلات التي يعاني عامر والمتمثلة في اضطراب ما بعد الصدمة والقلق والانسحاب الاجتماعي والشك والشعور

بالذنب والدونية نتنبأ استجابة جيدة للحالة على العلاج السلوكي المعرفي خاصة وان مصدر التحكم داخلي لديه ولديه العديد من نقاط القوة في شخصيته حسب المقياس يمكن ان تدعم العلاج المعرفي السلوكي.

3-9 نموذج صياغة الحالي بالنسبة لعلي:

الجدول رقم (10): يوضح صياغة الحالة حسب نموذج بيك

المعتقدات	الأعراض
معلومات ذات علاقة بالطفولة	الإصابة مرض نادر والمعاناة منذ الطفولة الأولى، التأخر في اكتشاف المرض موت الأخ، الإصابة بالإعاقة
المعتقدات الأساسية Core beliefs	– ان جسمي ناقص، انا عاجز، جسمي لا يتحمل بسبب مرضي أصبح العمال الأقل ومني أحسن كفاءة مني عامل التخثر قتل اخي، المرض قيد طموحي، انا غير مهم.
المعتقدات الوسيطية Intermediate Beliefs	الأفكار التلقائية السالبة والحوار الذاتي السلبي لا أستطيع ان أعمل يجب ان اتجنب أي جهد، أحب البقاء وحدي، أولادي هم الأهم الان، الإعاقة تمنعني عن كل شيء حلو في الحياة، مسكنات الألم كالموروفين لا تقتل مثل عامل التخثر، مصيري مثل أخي.
الإستراتيجيات التعويضية التكميلية compensatory Strategies	الانسحاب من العمل، استخدام المورفين بديل لعامل التخثر، الانعزال والبقاء وحيدا، التفكير في الموت.

الموقف الأول	الموقف الثاني	الموفق الثالث
موت الاخ	التعرض للإعاقة	عدم القدرة على تأدية العمل مثل العمال الجدد الجامعيين.
معنى الفكرة التلقائية مصيري الموت بسبب المرض	معنى الفكرة التلقائية أنا انسان معاق الأخرين أحسن مني	معنى الفكرة التلقائية انا أحسن منهم لكن لا يقدرون قيمتي لأنني مريض

الانفعالات – الإكتئاب	الانفعالات الخوف، يعجز عن السيطرة عن انفعالاته القلق الزائد	الانفعالات عدم الارتياح في العمل والانزعاج
المشاعر الشعور بالذنب والحزن والخوف	المشاعر حزن، شعور بالعجز، والخوف الغضب والدونية	المشاعر حزن، شعور بالعجز وعدم الارتياح في العمل
السلوك الانسحاب والانزواء بعيدا عن العالم الخارجي.	السلوك استعمال اللاعقلاني للأدوية المخدرة، اضطراب النوم	السلوك الانسحاب والانقطاع عن العمل

(بيك، 2018)

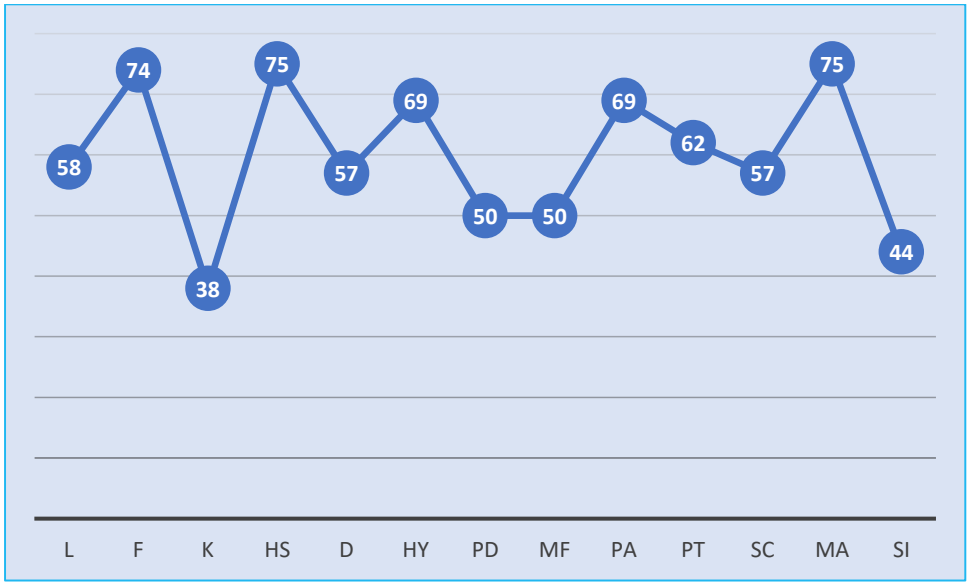
4. مناقشة وتحليل وتفسير فرضيات الدراسة:

مناقشة وتحليل وتفسير بالفرضية الأولى:

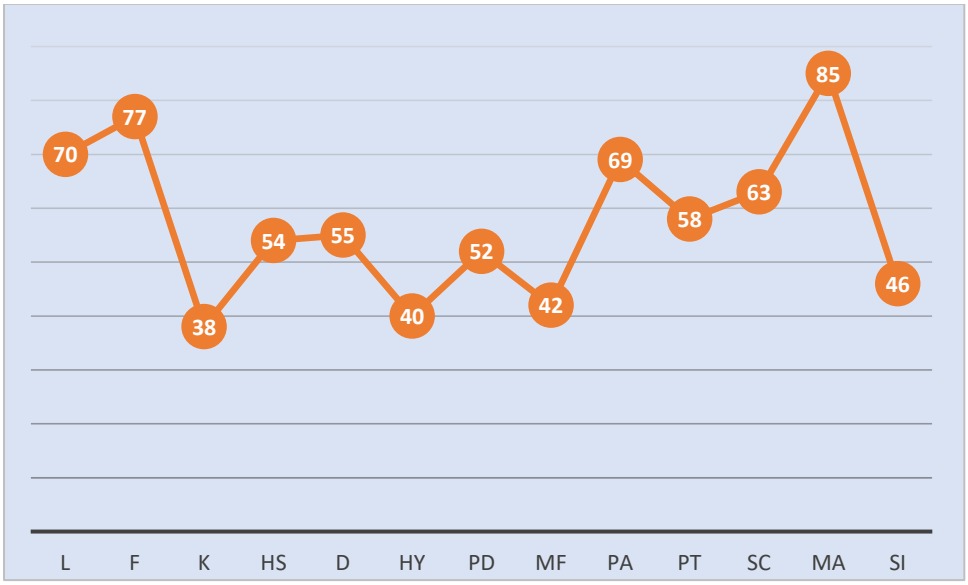
تنص الفرضية على أن: هناك ملامح سيكوباثولوجية مميزة للبروفيل السيكولوجي لمرضى الهيموفيليا من النوع (A) يمكن استخراجها باستخدام مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2)، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (11): يوضح نتائج عينة الدراسة على مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2)

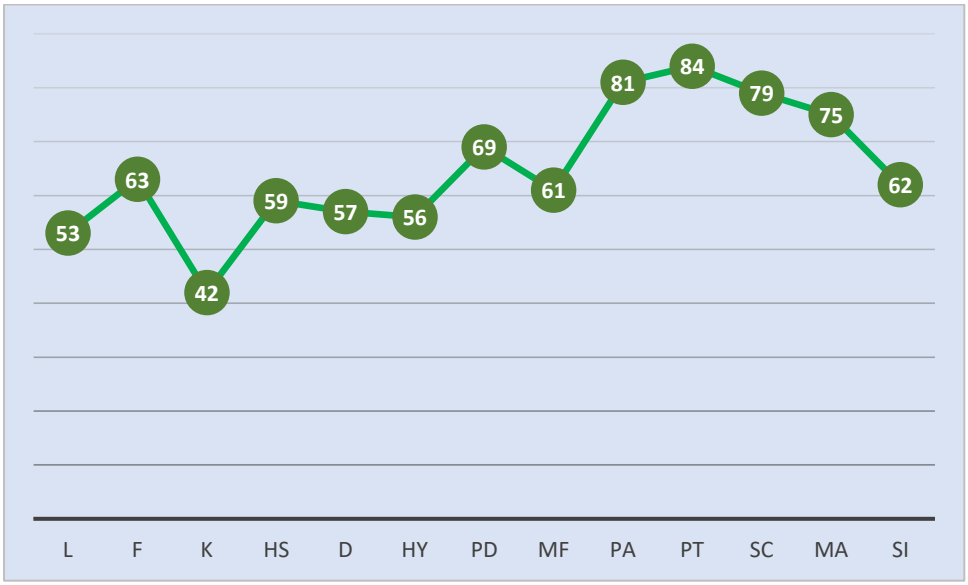
المقاييس الإكلينيكية													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0				
Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si	L	F	K	
75	57	69	50	50	69	62	57	75	44	58	74	38	محفوظ
54	55	40	52	42	69	58	63	85	46	70	77	38	عامر
59	57	56	69	61	81	84	79	75	62	53	63	42	علي



الشكل رقم (03): رسم بياني يوضح البروفيل السيكولوجي للحالة عامر على مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2)



الشكل رقم (04): رسم بياني يوضح البروفيل السيكولوجي للحالة عامر يوضح نتائج عينة الدراسة على مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2)



الشكل رقم (05): رسم بياني يوضح البروفيل السيكولوجي للحالة علي يوضح نتائج عينة الدراسة على مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2)

من خلال الجدول رقم (05) و الأشكال البيانية رقم (03) و(04) و(05) الممثلة للبروفيلات السيكولوجية لحالات الدراسة على مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2)، سجلنا وجود ارتفاع في بعض المقاييس لدى حالات الدراسة والتي تدل على وجود ملامح السيكوباثولوجية لأن الدرجة (T>65) عند كل الحالات. فبالنسبة للبروفيل السيكولوجي للحالة الأولى (محفوظ) لوحظت ارتفاعات

على عدد من المقاييس الاكلينيكية كمقياس توهم المرض (Hs) الذي بلغ (75) درجة ومقياس الهوس الخفيف الذي سجل (75) درجة يليها مقياس التحويل (الهستيريا) الذي بلغ (69) ثم مقياس البارانويا البالغ (69) درجة.

أما الثانية للحالة عامر فسجلت استجاباته على مقاييس (mmpi-2) ارتفاعا على مقاييس الهوس الخفيف (85) درجة يليه مقياس البارانويا (69).

وبالنسبة للحالة الثالثة فقد تميز البروفيل السيكولوجي الخاص به تسجيل ارتفاعات على مقاييس عديدة كمقياس الوهن النفسي (84) درجة، ثم مقياس البارانويا (81) درجة ومقياس الفصام (79) درجة ومقياس الهوس الخقيق (75) درجة.

تعتبر هذه النتائج إثباتا لمجريات المقابلة نصف الموجهة التي توصلنا من خلالها لصياغة الحالة بالاعتماد على الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس (DSM-5) حول مشكلات حالات الدراسة والتي تبين من خلالها وجود ملامح سيكوباثولوجية تتمثل في اضطرابات سيكوسوماتية مرافقة لمرض الهيموفيليا، والهوس الخفيف، والقلق وتقلب المزاج، وعدوانية والسلوكات اللاتوافقية، والشعور بالذنب وانخفاض نوعية الحياة، واضطراب ما بعد الصدمة، والأفكار الوسواسية الاضطهادية، وانخفاض الفاعلية الذاتية وهذا ما يثبت صحة الفرضية التي تنص على وجود ملامح سيكوباثولوجية عند مرضى الهيموفيليا من النوع (A) يمكن استخراجها باستخدام مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2).

وتفسر الطالبة هذا نتيجة لمعاناتهم التي استمرت في جميع مراحل حياتهم كون المرض ناذر يلازمهم منذ الولادة مرتبط بتسيير نوبات النزيف المتكررة خاصة النزيف الداخلي للمفاصل والضعف الجسدي كالأنيميا والاضرابات العضوية الأخرى المصاحبة إضافة إلى المكوث في المستشفى بصفة المتكررة وتسيير الألم المزمن الذي يُلزمهم الفراش لمدة طويلة فلا يستطيعون الحركة ويضطرهم الى استخدام العكازات، ويسبب لهم الأرق وعدم القدرة على النوم، وينعكس هذا على حياتهم النفسية والاجتماعية كالدراسة والعمل وممارسة النشاط اليومي.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Rambod, et al., 2018) التي توصلت الى وجود ارتباط بين الألم المزمن والصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية والبيئية لدى المرضى الذين يعانون من الهيموفيليا، كما

تم الإبلاغ عن وجود ارتباط كبير بين الألم وشدة المرض، حيث يؤثر الألم على الصحة البدنية عن طريق إضعاف الوظيفة البدنية، وفيزيولوجيا الجسم، ووثيرة النوم، فيؤدي إلى مشاكل نفسية عن طريق زيادة الضيق النفسي واضعاف العلاقات الاجتماعية عن طريق تقليل الأنشطة الاجتماعية. لذلك، تتأثر جميع جوانب نوعية حياة المصاب بالهيموفيليا (HRQoL) بواسطة الألم، لذلك، يجب الانتباه إلى هذه الجواب لتحسين نوعية حياة المرضى وصحتهم النفسية والاجتماعية.

وكشفت دراسة (مزياني، 2019) أن المراهق المصاب بالهيموفيليا أظهر اضطراباً في التصورات النفسية والاجتماعية التي كانت من طبيعة الكف، كما أظهر صعوبة الاندماج في الوضعيات الاجتماعية إلى جانب عدم قدرته على الدفاع في الوضعيات الاجتماعية.

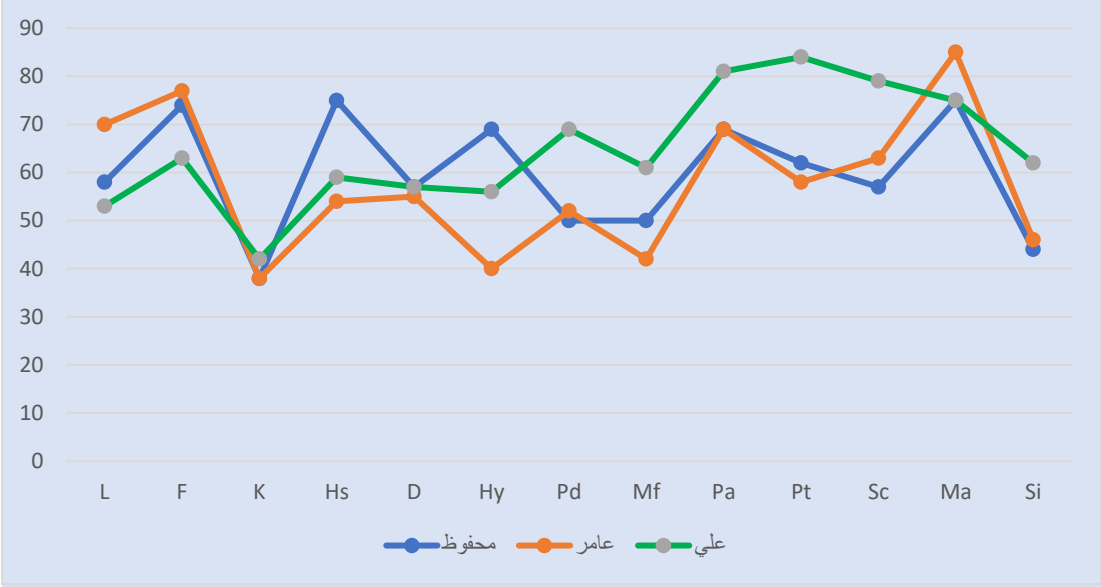
وأظهرت دراسة (عبد الرحمن، 2020) انخفاضا في التوافق النفسي لمرضى الهيموفيليا.

في هذا الصدد ومن ينظر المنظور البيولوجي النفسي الاجتماعي، أن الصحة والمرض نتاج للمؤثرات البيولوجية والاجتماعية، والمؤثرات البيولوجية يمكن أن تشمل الاستعداد الوراثي المسبق ونقص التغذية وعدم التوازن البيولوجي الكيميائي بينما يمكن أن تشمل المؤثرات النفسية سلوكات الفرد وانفعالاته وإدراكاته، أما المؤثرات الاجتماعية فقد تشمل الأصدقاء وأفرد الأسرى والبيئة المنزلية وأحداث الحياة حيث يوضح هذا النموذج للأخصائي فهم للمشكلات وتخطيطه لتدخلات المناسبة.

(ترول، 2007، ص 769)

عرض وتحليل وتفسير الفرضية الثانية: توجد ملامح سيكوباثولوجية من نوع اضطرابات القلق (توهم المرض، الاكتئاب، التحويل) عند مرضى الهيموفيليا (A) بمدينة غرداية.

والنتائج موضحة في الشكل التالي:



الشكل رقم (06) يوضح البروفيل السيكولوجي على مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2) للحالات (محمد وعامر وعلي)

يبين الشكل أعلاه الصفحة النفسية لحالات الدراسة على مقياس مينيسوتا (mmpi-2) والمعبر عنها بيانيا لتسهل عملية ملاحظة البيانات:

من خلال البروفيل السيكولوجي سجل (محفوظ) ارتفاعا على مقياس توهم المرض (Hs) بلغ (75) درجة ومقياس الهستيريا (Hy) الذي بلغ (69) درجة، أما مقياس الاكتئاب (D) كانت درجته معتدلة (57)، أما بالنسبة للحالتين الثانية والثالثة (عامر) و(علي) فلم يسجلا درجات مرتفعة على المقياس الثلاثة الأولى من مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi2) (Hy، D،Hs) حيث كانت دراجاتهم ما بين العادية إلى معتدلة، في حين ظهرت عليهم بعض أعراض الاضطرابات سيكوسوماتية.

ومن خلال المقابلة العيادية نصف الموجهة والدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-5) تبين أن (محفوظ) يعاني من اضطرابات سيكوسوماتية وتسيطر عليه الشكاوى الجسدية المتكررة، فكانت الأعراض واضحة كالقولون العصبي، والقرحة المعدية، والشعور بالقيء، الشعور بالوخز والخذر على مستوى اليدين والمفاصل وزيادة ضربات القلب، اضطرابات في النوم، وفي تاريخه المرضي خضع لعمليتين

جراحيتين متعلقتين بالمرارة والزائدة الدودية في مدة أقل من سنة، بالإضافة إلى تخوفه الزائد من اكتساب إعاقة بدنية بسبب مرض الهيموفيليا.

وعليه نقبل الفرضية التي تنص على وجود ملامح سيكوباثولوجية من نوع اضطرابات القلق (توهم المرض، الاكتئاب، التحويل) عند مرضى الهيموفيليا (A) بمدينة غرداية.

وتفسر الطالبة ذلك أن مرضى الهيموفيليا أظهروا اضطرابات سيكوسوماتية راجعة لاستجاباتهم للوضعية الضاغطة في حياتهم اليومية والقلق من خلال أعراض جسدية ترجع إلى تداعيات المرض المعقد، والمكتسبات القبلية في مرحلة الطفولة المبكرة، من خلال المعاملة الوالدية فالحماية الزائدة والخوف وقلقهم المفرط على صحتهم والقيود المفروضة عليهم تجعلهم يتعلمون الاستجابة بقلق على الشكاوى الجسدية. وهذا ما بينته دراسة ديني (Dinet, 2015) التي توصلت إلى أن الأطفال المصابين بالهيموفيليا يبالغون في تقدير المخاطر ويمارسون الأنشطة دون التفاعل مع الأطفال الآخرين. وبالمثل، فأن والدي الأطفال المصابين بالهيموفيليا (الآباء والأمهات) يبالغون في تقدير المخاطر، ويعتبرون أن الأخطار الرئيسية تأتي من الأطفال الآخرين.

وتضيف (castro, 2016) أن الفئات التشخيصية الأكثر ارتباطا بالمقياسين الأول توهم المرض والثالث الهستيريا ترتبط بالاضطرابات الانفعالية الرئيسية، المراق، اضطرابات الشكل الجسدي، وكذلك الشخصيات السلبية العدوانية أو الهستريونية، ويوجد هذا الملف التشخيصي لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن وهذا ما ينطبق على الحالة محفوظ، ويؤكد كذلك (castro, 2016) أنه يتم تنظيم الأداء النفسي لهؤلاء المرضى حول العلاقات الشخصية السطحية والاستعراضية العدوانية يستعينون بمصدر التحكم خارجي لسبب الفشل أو الإحباط والحاجة إلى أن يكونوا محبوبين، مما يجعلهم يضعون أنفسهم في كثير من الأحيان في خدمة الآخرين مع الإبقاء على السطحية في العلاقة. ويبين (مليكة، 2000، ص 54) كلما زادت الدرجة على المقياس (1) على درجة المقياس (3) كلما زاد تشاؤم العميل حول شكاوى البدنية، وتزداد عملية العلاج صعوبة نتيجة للتأكيد على الشكاوى البدنية مع انكار أي أساس سيكولوجي لها.

وترجع النظرية المعرفية نشأة وتطور هذه الاضطرابات "للمعتقدات الصحية اللاعقلانية التي يتبناها الفرد وتتكون لديه هذه الافتراضات من مجموعة مختلفة من المصادر لاسيما التجارب المبكرة مع المرض". (بلوم، 2018، صفحة 547) ويعتقد (بيك) أن الإنسان يشوه المعلومات ويدرك الأشياء بطريقة خاطئة، الأمر الذي يترتب عليه تفكير خاطئ وغير وظيفي. (بلعسلة، 2013، ص 95)

وهذا ما يتفق مع دراسة (Firouzi, 2017) التي توصلت إلى أن الأطفال المصابون بالهيموفيليا يعانون من ضعف إدراكي؛ حيث تعتبر العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية السبب الرئيسي للمشاكل السلوكية والعاطفية، فتجربة تأثير الألم وفقر الدم، على مزاج الأطفال المصابين بالهيموفيليا (كعامل حيوي)، والحماية الوالدية الزائدة ونقص التعلم الاجتماعي والإدراك الذاتي السلبي للمشاكل العاطفية (كعامل نفسي) والخوف من المشاركة في الأنشطة الجماعية بسبب خوفهم من الرفض من قبل أقرانهم، والعزلة الاجتماعية محفزا للقلق (كعامل اجتماعي)؛ ومن ناحية أخرى، شعور الطفل بالغضب يليه الحرمان البيئي والاجتماعي، والذي يعبر عنه بسلوك عدواني واضطراب في السلوك. وهذا ما لاحظناه على حالات الدراسة وسلوك الحماية الوالدية المفرطة الذي كانوا محاطين به.

فكون الهيموفيليا مرض وراثي ناذر يفرض على المريض قيودا متعددة، ونمط حياة خاص، بما فيها الاستشفاءات المتكررة ، فالإعلان عن تشخيص مثل هذا المرض في سن مبكر جدًا يؤدي إلى حدوث صدمة نفسية للوالدين، مما يؤدي بهم إلى فرض قيود الحماية الزائدة على أبنائهم، بعد هذا الخبر والذي بدوره يعيق عملية اكتساب العمليات الحسية الحركية عند هؤلاء المرضى في سن الطفولة. (Champlost, 2016) وهذا ما سجلناه من خلال مجريات المقابلة العيادية نصف الموجهة مع الحالات عند سردهم لما عايشوه من قيود وحماية مفرطة من قبل أوليائهم، ومعاناتهم من الألم المزمن فكانوا لا يجدون أنفسهم مثل باقي الاطفال، تزعجهم الوعكات الصحية الدورية الناتجة عن المرض والتي تؤثر على مسيرة حياتهم وتحقيقهم لطموحهم، وهذا ما يتفق مع دراسة بينتو وآخرون (Pinto, et al., 2018) التي هدفت إلى تقييم جودة حياة مرضى الهيموفيليا الأطفال والمراهقين والبالغين وتوصلت إلى أن تصور المرض المزمن وعدم القدرة على التنبؤ بالأعراض كان بارزًا بشكل خاص بين الأطفال والمراهقين والبالغين المصابين بالهيموفيليا.

وهذا الصدد أكدت دراسة سيكيلي وآخرون (Cikili-Uytun, et al., 2020) على عدم تجاهل العوامل النفسية في علاج ومتابعة الأطفال والمراهقين المصابين بالهيموفيليا وأولياء أمورهم. أما دراسة بن دادا (Ben dada, 2021) فنوهت إلي أهمية فهم نفسية وجودة حياة أمهات مرضى الهيموفيليا لضمان الرعاية ونوعية الحياة الجيدة لهؤلاء المرضى، واقترحت دراسة محمد وختام (Mohammed et Khatam, 2013) استحداث برنامج وكتيب خاص للأمهات باللغات المحلية ودورات التوعية (نظرية وعملية) للأمهات لتحسين واقعهم الاقتصادي؛ للتقليل من معاناة العائلة وتجهيز عامل التخثر الثامن بالمستشفيات والمراكز الصحية بمناطق تواجد المرضى.

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة ليني وآخرون (Lignier et al, 2014) التي هدفت لأنشاء مجموعات فرعية عن الملامح النفسية المرضية لمرضى الألم المزمن من خلال اختبار (mmpi-2)، وتوصلت إلى أن المجموعة الفرعية الثانية التي تعرض بروفيل مقياس توهم المرض وهستيريا التحويل كانت أعلى من مقياس الاكتئاب، حيث يُظهر هؤلاء المرضى ضائقة عاطفية خفيفة، وينحصر تركيزهم على الشكاوى الجسدية التي تعتبر الجوهر الرئيسي للأعراض.

مناقشة وتحليل وتفسير الفرضية الثالثة: التذكير بالفرضية الثالثة: توجد من ملامح سيكوباثولوجية من فئة الاضطرابات الدهانية (البارانويا، الفصام، الهوس) عند مرضى الهيموفيليا (A) بمدينة غرداية.

يبين الشكل (06) السابق الصفحة النفسية لحالات الدراسة على مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (mmpi-2) والمعبر عنها بيانيا لتسهل عملية ملاحظة البيانات:

من خلال الرسم البياني نلاحظ ارتفاعا في درجات (محفوظ، وعامر، وعلي) على مقياسي البارانويا، والهوس، وارتفاعا في درجات علي على مقياس الفصام.

يظهر جليا على البروفيل السيكولوجي للحالة الأولى (محفوظ) ارتفاعات على مقياسي الهوس (Ma-75) درجة والبارانويا (Pa-69)، أما بالنسبة البروفيل السيكولوجي للحالة الثانية (عامر) فقد سجل درجات مرتفعة على مقياس الهوس (Ma–84) درجة ومقياس البارانويا (Pa-69) درجة. وبالنسبة للبروفيل النفسي للحالة على فسجل درجات مرتفعة على مقاييس الفصام (Sc-79) درجة، البارانويا (Pa-81) درجة، والهوس (Ma-75) درجة.

فمن خلال المقابلات النصف موجهة وبالرجوع الى الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM-5) تبين لنا أن عامر يعاني من نوبة هوسية ضمن اضطراب ثنائي القطب، أما الحالتين محفوظ وعامر فظهرت عليهم أعراض الهوس الخفيف والبارانويا ترجع لاضطرابات مصاحبة مثل ما تم توضيحه سابقا خلال عرض الحالات. وتتمثل هذه الأعراض في اختلال وثيرة النوم، ثرثرة أكثر من المعتاد، الضغط للاستمرار في الكلام، تطاير الأفكار وتسابقها، بالإضافة إلى تحويل الانتباه بسهولة إلى مثيرات خارجية غير هامة

وميولات عدوانية (لفضية وجسدية) في التعامل مع الآخرين، هذا ما صرحت به الطبيبة المتخصصة قبل بدء الدراسة حيث أشارت أنّ لمرضى الهيموفيليا ملامح عدوانية من خلال خبرتها في الميدان.

ومنه نقبل الفرضية التي تشير إلى وجود ملامح سيكوباثولوجية من فئة الاضطرابات الدهانية (الفصام، البارانويا، الهوس) عند الهيموفيليا (A) بمدينة غرداية.

وتفسر الطالبة هذه النتيجة إلى الإحباطات المتكررة وتدهور الحالة المزاجية، كون المصاب يواجه مرض نادر في بيئة غير داعمة تفتقر الى الإمكانيات والوسائل وسبل الرعاية اللازمة.

وفي هذا السياق ذكر (زعيتر، 2015، ص 19) أن ارتفاع المقاييس الإكلينيكية الخاصة بالاضطرابات الدهانية يشير الى وجود ضغط نفسي شديد، وضعف في القدرات والأداء الوظيفي والمهني والاجتماعي خصوصا أن هذا النوع من الاضطرابات يرتبط بالعمليات العقلية العليا والإدراك. وهذا ما يظهر جليا على حالات الدراسة من خلال استجاباتهم على هذه المقاييس، وفي هذا السياق أكد المنظور البيولوجي حول مرضى الألم من خلال العديد من الدراسات التي أجريت على التصوير الوظيفي أن كثافة المادة الرمادية على القشرة المخية تنخفض بعد تجربة الألم المزمن عند المرضى الذين يستمر الألم لديهم في عام واحد انخفاضا كبيرا. (sinon, 2016) نهيك عن مرضى الهيموفيليا الذين يعايشون الآلام المزمنة الشديدة بسبب تعقيدات المرض والاعتلالات المفصلية المتكررة على طول مسيرة حياتهم والتي ليس لها حل إلا عند استعمال المسكنات.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة زيدي وآخرون (Zeydi,. et al, 2017) التي تناولت مرضى بيطا التلاسيميا (β-TM) ومعاناتهم مع المرض مدى الحياة، مما جعلهم أكثر عرضة للمشاكل النفسية والاجتماعية والاضطرابات الدهانية.

وتتفق كذلك مع دراسة ليني وآخرونا (Lignier et al, 2014) التي هدفت إلى إنشاء مجموعات فرعية عن الملامح النفسية المرضية لمرضى الألم المزمن من خلال اختبار (mmpi-2)، والتي توصلت إلى وجود متلازمة دهانية محتملة عند مرضى الالم المزمن ضمن المجموعة السادسة الفرعية الدهانية، تشير إلى حالة نفسية مرضية شديدة، تتطلب المزيد من التقييمات لاكتشاف اضطرابات التفكير والأفكار الاضطهادية أو المصابين بجنون العظمة.

التذكير بنص بالفرضية الرابعة: توجد مشكلات سلوكية من نوع (الانحراف السيكوباتي، الانطواء الاجتماعي، الذكورة الأنوثة، والوهن النفسي) عند مرضى الهيموفيليا (A) بمدينة غرداية.

من خلال الشكل رقم (06) حيث يوضح الرسم البياني الموضح أعلاه تسجيل ارتفاع ملحوظ للحالة علي على مقياس الوهن النفسي (Pt) بدرجة (84) على خلاف الحالتين محفوظ وعامر اللذان كانت درجاتهم منخفضة على هذه المقاييس.

فبالرجوع إلى المقابلة العيادية والدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس (DSM-5) تبين أن (علي) يعاني من اضطراب ما بعد الصدمة نتيجة الصدمات المتكررة التي تعرض لها إثر إصابته بإعاقة

على مستوى مفصل الورك بسبب الهيموفيليا، ووفاة أخيه بذات المرض، فوجد نفسه عاجزا، وسيطرت عليه الأفكار السلبية وأثرت على أدائه الوظيفي فانقطع عن العمل بحجة أنّ جسمه لم يعد يتحمل المشقة إلا أن عمره لم يتجاوز (47) سنة وتصنيف الهيموفيليا لديه متوسط؛ فالسبب الرئيسي في تفاقم حالته يرجع الى الطريقة التي فسر بها الموقف ومفادها أنّ مصيره حتمي سوف يكون مثل مصير أخيه، فسيطر عليه قلق الموت، إضافة إلى الأفكار السلبية الوسواسية الاضطهادية والشعور بالذنب، والتجنب في كل مواقف الحياة، والشعور بالاكتئاب والانسحاب.

ومنه نقبل فرضية الدراسة التي تنص على وجود مشكلات سلوكية من فئة (الانحراف السيكوباثي، الانطواء الاجتماعي، الذكورة الأنوثة، والوهن النفسي) عند مرضى الهيموفيليا (A) بمدينة غرداية.

وتفسر الطالبة هذا إلى واقع المعاش النفسي للحالة (علي) وما ظهر عليه من وتوتر وخوف وانخفاض في تقدير الذات، الأفكار اللاعقلانية المشوهة، والوساوس قهرية المتعلقة بقلق الموت الذي سيطر على تفكيره بدرجة كبيرة نتيجة لفقدانه المفاجئ لأخيه الأكبر بذات المرض. وفي هذا الصدد أشارت دراسة (أحمد، 2019) أن قلق الموت يتميز بالارتفاع لدى مرضى الهيموفيليا نتيجة لما يعانونه من آلام، لأنهم معرضون للخطر في كل الأوقات لذلك هم دائمو التوتر والقلق والحذر لما يقومون به من أعمال، وأن الفكرة المسيطرة على أدمغته م هي الموت.

بالإضافة إلى وعدم قدرته على إدارة الذات، وعدم الرضا عن نفس والمعتقدات الخاطئة المسيطرة عليه مثل تلك المتعلقة أن عامل التخثر هو سبب تعقيد الحالة الصحية لأخيه مما أسفر عنه على التزامه بالعلاج واتباعه لسلوك غير صحي.

ويرجع أرون بيك المشار إليه في (سليمان وعبيد، 2020، ص 16) الاضطرابات النفسية إلى تصورات الشخص السلبية عن نفسه وذاته والمحيط الاجتماعي والافراد الأخرين، وأيضا العالم الدي يعيش فيه فتصورات الإنسان وانطباعاته الذهنية عن وقائعه الخارجية وعن نفسه، هو الذي يعول عليه الشخص في أن حالته النفسية تكون بين مستوى السلامة والاضطراب، فإن كان الفرد يحمل صورا وأفكار سلبية عن نفسه وعن أفراد مجتمعه ولا يرى إلا نقاط الضعف والحوادث المرة والعيوب والأخطاء، ولا ينظر إلى المستقبل القريب إلى من زوايا مظلمة ومتشتتة، فإن هذا الفرد سيصاب بالاضطرابات النفسية التي منها القلق من الصدمات والوهن النفسي والوسواس وغيرها.

أما من وجهة نظر علم النفس الإيجابي فقد بيّن مارتن سليجمان من خلال نظرية العجز المتعلم أن الفرد حين تفشل جهوده في السيطرة على حدث معين بشكل متكرر فإنه يتوقف عن

النظال بسبب العجز وقد يفشل في السيطرة على بعض المواقف الجديدة التي تكون السيطرة فيها مطلوبة أيضا بمعنى أن الناس يمكن أن يتعلموا العجز من خلال مرورهم بخبرات متكررة من عدم السيطرة على الأحداث. (حسن، 2001، ص16) و ينطبق هذا على حالة علي حيث وجد نفسه عاجزا أمام تحديات الحياة وتعقيدات مرض الهيموفيليا و بدا هذا جليا في تعبيراته لما وصف نفسه بالمحارب الذي خارت قواه ففضل الانسحاب، حتى أن استجابته لمقياس الإنطواء الاجتماعي (Si) حصل على (62) وهي درجة فوق المتوسط تشير إلى ان علي يفضل أن يكون وحده، رغم ان لديه القدرة على التفاعل مع الآخرين.

ففي ظل غياب التكفل النفسي لهذه الفئة من المرضى، جنبا إلى جنب مع التكفل الطبي صرحت طبيبة أمراض الدم بمدينة غرداية في ملتقى علمي حول إحياء اليوم العالمي للأمراض النادرة المنعقد يوم 2022/02/28 بجامعة غرداية إلى أنها تجد صعوبة أمام التعقيدات النفسية التي تترتب على معايشة مرض وراثي نادر لا يمكن الشفاء منه، يلازم المريض مدى الحياة، ويتطلب التكيف، وتبني سلوك الالتزام بالعلاج ؛كون أن أغلب مرضى الهيموفيليا لا يلتزمون بالعلاج ويقصدون الطبيب من أجل عامل التخثر وفقط مما يؤثر صحتهم النفسية والجسدية وعلاقتهم مع طبيبهم المعالج.

وهذا ما أشارت إليه دراسة (مزياني، 2018 ب) التي هدفت الى الكشف عن العلاقة الكامنة بين الفعالية الذاتية والعلاقة طبيب – مريض بالملاءمة العلاجية لدى مرضى الهيموفيليا. والتي توصلت وجود علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب مريض والملاءمة العلاجية لدى مرضى الهيموفيليا.

وتوصلت نتائج دراسة الحاج قاسم (Hadjkacem, et al., 2016, p. 216) حول البروفيل السيكولوجي للمراهق المريض بالقصور الكلوي إلى أهمية إشراك المريض في خطة علاجه تزويده بمعلومات حول وضعيته الصحية، لأن المعلومات الطبية الدقيقة تساعد على إزالة الطابع الدرامي، مما يجلب الأمل في الحياة مستقبلية للمرضى.

وهذا ما يتطلب تفعيل استراتيجية التثقيف النفسي لمرضى الهيموفيليا، والكشف عن البروفيل سيكولوجي لهم من أجل ضمان فاعلية العلاج الطبي، وهذا ما يتفق مع دراسة (Chambost, 2016) التي توصلت إلى وجود نوعية حياة أفضل لدى المرضى الذين كانت لديهم المشاركة الفعالة في برامج التثقيف النفسي متعدد التخصصات، بتسجيلهم أفضل نمو حسي حركي، كما لوحظ تحسن في جودة حياة الآباء الذين شاركوا في هذا البرنامج.

الاستنتاج العام:

جاءت فكرة الدراسة الحالية انطلاقا مما يعايشه المصاب بمرض الهيموفيليا من معاناة على الصعيد النفسي والاجتماعي كون الهيموفيليا مرض وراثي مزمن يتطلب علاجاً طويل المدى، محفوف بالعديد من التعقيدات الصحية، والعيش بحذر منذ الولادة ومواجهة مشكلات عديدة صحية ونفسية واجتماعية واقتصادية كمشاكل النزيف واعتلال المفاصل والحاجة الدورية لعامل التخثر المكلف والتأقلم في الوضعيات الاجتماعية المختلفة، إضافة إلى القيود التي تحد من أدائهم الاجتماعي والمهني الذي يجعل المصاب عرضة للعديد من الاضطرابات والمشكلات النفسية والاجتماعية؛ لذا استهدفت الدراسة الحالية البروفيل السيكولوجي للمصاب بالهيموفيليا الذي يعتبر من أهم المواضيع في علم النفس عامة وعلم النفس العيادي خاصة، للكشف عن الملامح السيكوباثولوجية التي تهدد هذه الشريحة لكونه يبين بعض من ملامح السيكولوجية لدى المصاب بالهيموفيليا والتي تعتبر من بين عوامل الخطر المعجلة أو المؤجلة للمرض النفسي الذي يصاحب المرض العضوي، إذ أن هذه الفئة تحتاج تضافر الجهود وفريق طبي متعدد التخصصات بما فيهم تحسين وضعيتهم المعيشية واندماجهم في الوضعيات الاجتماعية.

ولقد أجريت هذه الدراسة من خلال هذا منطلق بهدف معرفة البروفيل السيكولوجي للمصاب بالهيموفيليا من الفئة العمرية ما بين (29-47) سنة والمتواجدين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بغرداية باستخدام المنهج النوعي والاعتماد على طريقة صياغة الحالة التي تهدف إلى إعداد العميل للعلاج من منظور معرفي سلوكي، وباستخدام المقابلة العيادية نصف الموجهة ومقياس مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI-2) الذي يسمح لنا بإجراء مسح شامل لجميع الملامح السيكوباثولوجية التي تمس مرضى الهيموفيليا.

وقد توصلت الدراسة وجود ملامح سيكوباثولوجية عند مرضى الهيموفيليا بمدينة غرداية تم استخراجها باستخدام مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI-2).

- وجود ملامح سيكوباثولوجية عند مرضى الهيموفيليا من نوع اضطرابات القلق (توهم المرض، الاكتئاب، التحويل) حيث ترجمت المكتسبات القبلية والحماية الوالدية الزائدة وتعزيز الاستجابة بالقلق على المشكلات الجسدية والضغوط النفسية إلى اضطرابات جسدية وساهمت في تفاقم حالة المرضى مثل القولون العصبي، اعتلال المفاصل، القيء، القرحة المعدية، اعتلال الزائدة الدودية والمرارة وهذا ما

حدث مع الحالة الأولى (محفوظ) وهو ما اكده الإطار النضري للدراسة اثبتته بعض نتائج الدراسات السابقة.

- وجود ملامح سيكوباثولوجية من نوع الاضطرابات الدهانية من نوع (الفصام، البارانويا، الهوس) عند مرضى الهيموفيليا بمدينة غرداية والتي تمثلت في اضطراب ثنائي القطب عند الحالة (عامر) نتيجة اليأس والتوتر ونوبات الغضب التي لم يتحملها بسبب الوعكات الصحية الشديدة التي عاشها والمعتقدات السلبية المشوهة المسيطرة على تفكيره.
- وجود مشكلات سلوكية من نوع (الانحراف السيكوباتي، الانوثة والذكورة، الانطواء الاجتماعي والوهن النفسي) عند مرضى الهيموفيليا بمدينة غرداية وتمثل في الوهن النفسي عند الحالة (علي) نتيجة للصدمات المتكررة التي عاشها فأسفر عليه العجز وانسحاب وأثر على أدائه الوظيفي بحجة أن جسمه لم يعد يتحمل العمل وأصبحت تسيطر عليه الوساوس القهرية الاضطهادية وقلق الموت.

وهذا ما يقودنا الى اهمية استخدام مقياس مينيسوتا متعدد الاوجه للشخصية (MMPI-2) في الكشف عن الملامح السيكوباثولوجية التي يعاني منها المرضى وعدم التركيز على اسلوب واحد للفحص والتشخيص فقط بل يجب الرجوع للتأكد من النتائج المتحصل عليها ميدانيا من خلال الواقع النفسي للحالات والاعتماد على الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-5) إضافة إلى طريقة صياغة الحالة التي ساعدت في تحديد التشوهات المعرفية والمعتقدات السلبية الخاطئة من أجل فهم أكثر لمشاكل الحالات

وفي ضوء الاستنتاج العام الذي خلصت إليه الدراسة التي تفتح آفاق جديدة للبحث العلمي في هذا المجال وذلك بدراسته من جوانب أخرى وعلى عينات أوسع، تقترح الطالبة ما يلي:

مقترحات الدراسة:

- إجراء دراسات تتناول مرض الهيموفيليا بمتغيرات أخرى مثل: فاعلية الذات، إدارة الألم، المعاش النفسي ...إضافة إلى التوسع في مثل هده الدراسات للتعرف عن الهيموفيليا في مراحل عمرية مختلفة كمرحلة الطفولة والمراهقة، والشيخوخة.
- القيام بدراسات مقارنة بين مرضى الهيموفيليا وفقر الدم المنجلي والتلاسيميا كونها امراض نادرة متعلقة بالدم.
- القيام بدراسات جديدة تعتمد على المنهج التجريبي مع متغيرات مختلفة لها علاقة بالهيموفيليا.

- بناء وتطبيق برامج للتربية العلاجية والتثقيف النفسي لدى هذه الفئة من المرضى وعائلاتهم.
- دراسة نوعية الحياة المدركة عند الاولياء والأطفال والمراهقين المصابين بالهيموفيليا.
- دراسة القدرات المعرفية عند المصاب بالهيموفيليا.
- المزيد من الدراسات حول المشكلات النفسية والاجتماعية لدى المرضى المصابين بالهيموفيليا وأسرهم.
- الملامح المعرفية والنفسية والامتثال للعلاج عند كبار السن المصابين بالهيموفيليا
- دراسة المشكلات المعرفية والانفعالية والسلوكية عند الأطفال المصابين بالهيموفيليا.
- أثر التفكير الإيجابي والاتزان الانفعالي في التنبؤ بالكفاءة الذاتية للمصاب بالهيموفيليا.
- تأثير الهيموفيليا على تصور المخاطر المدركة في سن التمدرس عند المصاب بالهيموفيليا.
- برنامج تدريبي لخفض القلق عند مرضى الهيموفيليا.
- دراسات أخرى تتناول مرض الهيموفيليا وفق مقاربة نسقية كونه مرض وراثي.
- دراسات تتناول الاضطرابات السيكوسوماتية عند المصاب بالهيموفيليا.
- البروفيل السيكولوجي والاجتماعي للمصاب بالهيموفيليا.
- اجراء دراسات في مجال الأمراض النادرة بالاعتماد العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتقبل والالتزام واليقظة الذهنية كونها توجهات حديثة اثبتت فاعليتها لمساعدة هؤلاء المرضى على التكيف.
- إجراء دراسات إحصائية اخرى مماثلة على عينات كبيرة بهدف الوصول الى نتائج يمكن تعميمها.
- بحوث تتناول البحث عن الصعوبات التي تواجه الاخصائي النفساني في التعامل مع مرضى الهيموفيليا.

قائمة المراجع

- قائمة المراجع

- الإتحاد العالمي للهيموفيليا. (2009). *الهيموفيليا بالصور دليل المدرس*. الاتحاد العالمي للهيموفيليا.
- الاتحاد العالمي للهيموفيليا. (2012 أ). *لدليل التوجيهي للتعامل مع مرضى الهيموفيلي. (ط2)*. دار نشر بلاكويل.
- الإتحاد العالمي للهيموفيليا. (2012 ب). النساء *المصابات و الناقلات للهيموفيليا*. الاتحاد العالمي للهيموفيليا.
- أحمد، العمري. (2001). الصفحة النفسية للأطفال ذوي الحالات البينية في القدرات العقلية. *[رسالة دكتوراه غير منشورة]*. جامعة عين شمس
- أحمد، أم كلتوم .(2019) .قلق الموت لدى المرض ى المصابين بالفشل الكلوي وداء الهيموفيليا .*المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية، 7(2)، 219-231.*
- أحمد، زيدان. (2021). البروفيل النفسي للطالبات الموهوبات في الفنون البصرية والأدائية في جامعة السويس دراسة حالة. *مجلة علوم ذوي الاحتياجات الخاصة*. 3(5) 1409-1485
- الإذاعة الجزائرية. (20-06-2020). الاستثمار في التربية العلاجية قد ينقذ حياة المريض عند حدوث الأزمات. *وكالة الأنباء الجزائرية*
- البعلبكي، رمزي. (2008). المورد الحديث قاموس انجليزي عربي يتضمن لوحة تفصيلية لجسم الإنسان. دار العالم للملايين
- بلحسي، وردة. (2014). إ*ضطراب الهلع و ثورة العلاج المعرفي السلوكي* .دار الشروق للنشر والتوزيع
- بلعسلة، فتيحة. (2013). *فعالية برنامج إرشادي جماعي معرفي سلوكي في تفنيد الأفكار اللاعقلانية الداعمة للعدوان وتعديل السلوك العدواني عند المراهق المتمدرس*. [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة الجزائر 2.
- بلوم ،محمد. (2018). النموذج المعرفي السلوكي لتفسير وعلاج توهم المرض المتمركز على الأفكار الصحية اللاعقلانية. *مجلة مجلة علوم الإنسان والمجتمع، 7* (27)، 545-562.
- بوشي، شريفة. (2018). *دراسة مقارنة بين النظرية التقليدية ونموذج راش في اختبار فقرات اختبار مينيسوتا المتعدد الأوجه 2 (mmpi2) لدى تلاميذ مرحلة التعليم الثانوي في الجزائر*. [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة عبد الحميد ابن باديس. مستغانم.
- بيك، جوديت. (2018). العلاج المعرفي الأسس والابعاد. (طلعت، مطر، مترجم). رؤية للنشر والتوزيع.
- بونفج، وسام ونوري الود. (2017). *البروفيل النفسي للمراهق مجهول النسب ويتيم الأبوين ما بين الهجران والحرمان*. مجلة تطوير العلوم الاجتماعية.10(03). 106- 126.
- ترول، تيموني. (2007). علم النفس الاكلينيكي. (فوزي، داود وحنان، زين الدين مترجم). دار الشروق للنشر والتوزيع. (العمل الأصلي نشر في 2005).

- حسين، عايدة شكري. (2001). *ضغوط الحياة والتوافق الزواجي والشخصية لدى المصابات بالإضطرابات السيكوسوماتية والسويات دراسة مقارنة.* [رسالة ماجيستير غير منشورة]. جامعة عين شمس.

- *الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DMS-5*. (2014) . *الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DMS-5* (أنور، الحمادي، مترجم). الجمعية الأمريكية للطب النفسي. (الإصدار الأصلي نشر في 2013)

- خياط، خالد .(2016) .مبادئ ومنهجية دراسة الحالة. *مجلة أبحاث نفسة تربوية، 1(8)، 7-40*

- زرواتي، رشيد . (2008). *تدريبات في منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية.* ديوان المطبوعات الجامعية المطبعة الجهوية بقسنطينة.

- زعيتر، سالم .(2015) *البروفيل النفسي لذوي اضطراب التحويل.* [رسالة ماجيستير غير منشورة]. الجامعة الاسلامية غزة.

- زهران، حامد عبد سلام. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. عالم الكتب للنشر والطباعة والتوزيع.
- زينة، آوچي ومنتهى، عبد الرزاق حسن. (2015). استخدام عمليات التفرع للوصول الى النقطة الثابتة في الزمرة التناظرية وتطبيقها على مرضى الهيموفيليا في العراق. *مجلة علوم المستبصرية*، 26(2)، 20-26
- سليمان، علي داود وعبيدي، سالم حميد. (2020). الوهن النفسي وعلاقته بالأداء الوظيفي للمرشدين التربويين .*مجلة جامعة بابل للعلوم الإنسانية، 28(3)، 110-132*

- سليمة، حمودة وجمال، أونيسي وطاوس، وازي. (2020). البروفيل النفسي لدى الطالب الجامعي المدمن على مواقع التواصل الاجتماعي الفيسبوك نموذجا من خلال تطبيق اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (mmpi2)، *مجلة الباحث في العلوم الاجتماعية*،12(01) ،155- 164.
- الشجيري، ياسر خلف والزهيري حيدر عبد الكريم. (2022). *اتجاهات حديثة في القياس والتقويم النفسي والتربوي* (ط1). مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

- الشروخ، صلاح الدين. (2003). *منهجية البحث العلمي للجامعيين. دار العلوم للنشر والتوزيع*

- صبرة، نعيم ورملاوي، أسعد. (2015). الهيموفيليا. وزارة الصحة الفلسطينية. دائرة التثقيف والتعزيز الصحي.
- الصبوة، محمد نجيب. (2021). صياغة الحالة في ضوء النموذجين المعرفي السلوكي والجدلي السلوكي في الممارسة الاكلينيكية. *المجلة المصرية لعلم المفس الأكلينيكي والإرشادي، 9* (1)، 1-40.

- طاهر، نهى. (2018). البروفيل السيكولوجي للطفل المحروم من العطف الابوي دراسة سريرية تحليلية على أربع حالات لأطفال شهداء الحشد الشعبي من خلال استخدام اختبار رسم العائلة. *مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية*، (41)، 2028-2053.
- عبد الحميد،سوسن. (2018). *قنين النسخة الثانية المعدلة لأختبار مينيسوتا متعدد الاوجه ودراسة كفاءته التشخيصية.* [رسالة ماجيستير غير منشورة]. جامعة دمشق.

- عبد الخالق، أحمد. (2000). استخبارات الشخصية (ط3). دار المعرفة الجامعية.
- عبد الرحمان، أمينة.(2020). التوافق النفسي لمرضى الهيموفيليا المترددين على العيادات الخارجية في مستشفى الخرطوم التعليمي وعلاقته ببعض المتغيرات.*مجلة البحوث التربوية والنوعية، 3 (3)، 75-105*
- عبد الرؤوف، طارق و المصري، إيهاب عيسى. (2017). *المقاييس والاختبارات : التصميم- الأعداد- التنظيم.* المجمزعة العربية للتدريب والنشر.
- عبد المجيد، خولة. (2015). *دور التصدع الاسري المعنوي في ظهور الاغتراب النفسي لدى المراهق – دراسة حالة لبعض المراهقين.* (ط1). دار الجنان للنشر والتوزيع.
- فرج, صفوت .(2007) .*القياس النفسي.(ط6).* مكتبة أنجلو المصرية.
- فرج، عبد القادر طه وابو النيل، محمود السيد، شاكر، عطيه ومحمود، حسين عبد القادر، و عبد الفتاح، مصطفى كامل. (ب ت). *معجم علم النفس والتحليل النفسي.* بيروت: دار النهظة العربية للطباعة والنشر.
- كريزم، أحمد موسى. (2018). *البروفيل السيكولوجي لمرضى الاكتئاب الرئيسي.*[رسالة ماجيستير منشورة].. جامعة غزة الاسلامية.
- لطفي، الشربيني. (2006). معجم مصطلحات الطب النفسي. مركز تعريب العلوم الصحية.
- محمد، غانم. (2015). الذكاء: كيف تنمي ذكاءك. مكتبة انجلو المصرية.
- مرازقة، وردة. (2020). التدخلات المعرفية السلوكية مع الالم المزمن Cognitive Behavioral Interventions with Chronic Pain. *مجلة علوم الاجتماعية والإنسانية جامعة باتنة 1، 21(1)، 359* -380.
- مزوار، يسمينة.(2013). *بروفيل شخصية المرأة المجرمة.* [رسالة الماجيستير غير منشورة]. جامعة الحاج لخضر باتنة.
- مزياني, سهام. (2019). التصورات النفسية والاجتماعية عند المراهق المصاب بالهيموفيليا. *مجلة الدراسات في علم نفس الصحة، 4(3)*،43-35
- مزياني، سهام.(2018أ). *علاقة الفعالية الذاتية والا تصال طبيب-مريض بالملاءمة العلاجية لدى مرضى الهيموفيليا:دراسة ميدانية على عينة من مرضى الهيموفيليا. [*رسالة دكتوراه غير منشورة*]*. جامعة ابو القاسم سعد الله الجزائر2.
- مزياني، سهام. (2018 ب). علاقة الاتصال طبيب مريض والملاءمة العلاجية عند مرضى الهيموفيليا. *مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية*، (15)، 161-175.
- مليكة، لويس. (2000). *اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه دليل الاختبار. (ط) 6.* جامعة عين شمس ج
- نينا مايكل، و درايدن ويندي. (2018). *العلاج المعرفي السلوكي 100 نقطة وتكنيك.*(أبوزيد عبد الجوادخليفة، المترجم). مكتبة أنجلو المصرية.

- Alexandre, J; Balian, A; Bensoussan, L .,Chaib, A; Gridel, G., Kinugawa, K,F,, Lamazou, F.,Lim-Sabbah, I.,Mink, V.,Planquette,V., Rouseau, M-A; Rose, E., Salama, S.,Chiff, M., Simou, D.,Skumik, D & Soria, A. (2009). *le tout en un révisions IFSI.* Elsevier Masson .

- Arbisi, P. A., & Butcher, J. N. (2004). Relationship between personality and health symptoms: Use of the MMPI-2 in medical assessments. *International Journal of Clinical and Heath Psychology jornal*, *4*(3), 571–595.
- Bendada, F. (2021). *Charge psychologique et qualité de vie des mamans des hémophiles- à propos de 69 cas.* [thèse doctorah en médecine]. Université Mohammed v de rabat.

- Bloch, H. Roland, Chemama, R. Dépret, E , (1999). *Le grand dictionnaire de la psychologie*. Source gallica.bnf.fr / Larousse, montréal québac
- Boudia, M. (2019). les cahiers du praticien revue algérienne de médecine pratique. roche algerie spa.lcp jornal, (4)2019.
- - Boudai, M. (2017). Les cahiers du praticien revue algérienne de médecine pratique. Roche Algérie spa. LCP(4)2019.
- Bruce, E. (2010). *Guide pour la création d'un registre national des patients publié par la Fédération mondiale.* Fédération mondiale de l'hémophilie.

- Bruch, M. (2015). *Bayound diagnosis: case formulation in cognitive behavioural therapy* (éd. second edition). england: Wiley Blackwell.

- Castro, D. (2016). *pratique de l'examen clinique en clinique adulte approche intégraatives* (éd. 3). Les outils du psychologue. dunod.

- Centre de référence Hémophilie et autres déficits constitutionnels en protéines de la coagulation. (2019). *Protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) hémophilie*. (ed5). Filières des maladie constitutionnelles https://mhemo.fr/
- Chambost, H. (2016). *Apport d'un dispositif multidisciplinaire d'accompagnement de l'annonce diagnostique intégrant une approche psychologique, à l'intention des jeunes enfants atteints de maladie hémorragique constitutionnelle grave et de leurs familles.* Fondation maladie rares.

- Cikili,U, m., Çetin, F. H., Yilmaz, R, Y., Uytun, S., Babadağı, Z., Karadogan, M., Mutlu, F.T, & Altuner,T, Y. (2020). Psychiatric problems and its contributing factors in children and adolescents with hemophilia a single centre study in a Turkish sample. *Egyptian Pediatric Association Gazette journal, 20*(68), 2-9.

- de Vries, H. (2016). Quelques rappels pour mettre en forme un cas clinique. Analyse Fonctionnelle ou Formulation du Cas Clinique. 44e Congrès Annuel de TCC. *Association française de thérapie comportementale et cognitive,* 1-16
- Dinet, J. (2015). Effet de l'hémophilie sur la perception des risques. *NecPlus « Enfance journal, 2* (2), 199 à 223.
- Duchworth, J.C., & Anderson, W. P. (2015). *MMPI & MMPI2 Interprétation Manual for counselors and clinicians* (éd. 4). United states: Routledge.
- Eells, T. (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation* (éd. Second). Guilford Press.
- Fédération mondiale de l'hémophilie. (2012). Lignes directrices pour la prise en charge de l'hémophilie. (2 Ed). Blackwell Publishing La Fédération mondiale de l'hémophilie.
- fernandez, l., & pedinielli, J.-L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en Soins Infirmiers journal,* (84), 41-51.
- Firoozi, M. (2017). Cognitive, Emotional, and Behavioral Problems of Children with Hemophila. *Iranian Journal of Blood & Cancer, 3*(9), 69-74.
- gallais, b. (2011). *impact des facteurs génétiques, fonctionnels, psychopathologiques et neuropsychologiques dans l'adaptation a la dystrophie myotonique de steinert.* [thése de doctora]. univercité 8 paris vincenne saint denis.
- Gillet, b. (2017). Hémophilie. Hématologie. *Elsevier Masson SAS journal, 17*.
- Hadjkacem,I., Ayadi,H., Boudabbous, J., Khemakhem, S., Cérif, L., Walha, A., Moalla, Y., Hachicha, J., & Gharibi, F. (2016). Profil psychologique des adolecents hémodialysés:etude transversale. *Cairn.info pour John Libbey Eurotext., 25*(3), 211-217.
- Hathaway,S.R., & Mckinley, J.C. (1996). *MMPI-2 Inventaire multiphasique de personnalité du minnesota-2 Manuel* (éd. Français). (centre de psychologie Appliquée, Tradu) centre psychologique appliquée. (travail original publier en 1989).
- Ifrah, N ., & Maynadié, M. (2018). *Hématologie.* Version 3. Societé française d'hématologie. Elsevier Masson
- Lignier, b., chudzik, l., odile, p. (2014). Psychopathologie et re´ percussions de la douleur chronique:conse´quences pour la pratique

clinique et recommandations. analyse *médico-psychologique journal. Elsevier.* (172), 96-102.

- Lillicrap, D. (2002). *toutes sur l'hémophilie guide à l'intention des familles.* societé canadienne de l'hémophilie .
- Mohammed, A. O.,& Khatam M. (2013). Assessment of Mothers Knowledge and Practices with Hemophilic Children type A at Azadi Teaching Hospital in Kirkuk City. *Iraqi National Journal of Nursing Spécialités jornal*, 26 (2), 35-48
- Nachat, A., & quartie, V. (2014). la formulation de cas: un modele d'evaluation psychologique de l'enfant et de l'adolecent.*journal de neuropsychatre de l'enfant et de l'adolecet*(54), 422-430.
- Nsangou, H. N. (2019). *Drépanocytoseetfratrie:une étude clinique exploratoire du vécu des frères et sœurs d'enfants atteints en contexte culturel camerounais.* [thèse de doctora]. université Paris Lumières.
- Palareti, L., Melotti, G., Cassis, F., Nevitt, S. J., & Iorio, A. (2020). Psychological interventions for people with hemophilia. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 3*.
- pandzou, G. A., & all, e. (2021). Profil psychologique des enfants et adolescents vivant avec la drépanocytose homozygote à Brazzaville. *Revue Neurologique*, 8-18.
- Parfait, K. (2018). *Profils épidémiologique, clinique et biologique de 39 conductrices de l'hémophilie suivies au CHU de Yopougon, Abidjan (côte d'ivoire) en 2017.* [thèse doctorah en médecine]. université de cote d'ivoire.
- Pinto, P. R., Paredes, A. C., Costa, P., Miguel , C., Fernandes, S., Lopes, M., Carvalho, M, Almeida, A. (2018). Sociodemographic, Clinical, and Psychosocial Characteristics of People with Hemophilia in Portugal: Findings from the First National Survey. *the open revu, 1*(2), 54-67.
- Rambod, m., charif, f., molazem, z., khair, k., von Mackensen, s., & al, e. (2018). Health-Related Quality of Life and psychological aspect of adult with hemophilia in iran. *sage jornals, 24*(7), 1073-1081.
- Ruchenne, D. (2019). *l'examen clinique de la personnalité avec mmpi2 et mmpi-a.* Mardaga.
- Silvia, R., Alessandro, N., Codjo d, d., Maria Elisa, M., Elena, S., & Gabriela, P. (2015). Cognitive and psychological profiles in treatment compliance: a study in an elderly population with hemophilia. *Clinical Interventions in Aging jornal,* (10), 1141–1146.

- Sinon, S. c. (2016). *facteur psychopathologique chez le patient douloureux chronique.* [thèse doctorah en médecine]. université de limoges,
- Société canadienne de l'hémophile. (2007). L'hémophilie de nos jours. Société canadienne de l'hémophilie revu, 41(1), 3-24
- Théron A, Schved JF. (2018). *Hémophilie*. EMC- Elsevier Masson SAS. EMC - Traité de Médecine Akos *jornal* 13(4).1-4
- Turin, J-M. (2016). *est-il nécessaire (et possible) d'établir un nouveau systéme de preuve en psychiatrie pour les psychothérapie et les intervention complexes. Mariologiques PSN journal , 14(1), 29-51*".
- VandenBos, G, R. (2015). *APA dictionary of psychology*. (2Ed). American Psychological Association.
- Zeydi. A., Moonagi.H. K., & Heydari, A. (2017). Psychological: The missing link in improving treatement adherence in patent with β-thalassemia major. *Iranian Journal of Blood & Cancer, 9*(4), 130-131.
- Zidani, A. (2018). *Diagnostic Biologique et Moléculaire de l'Hémophilie B dans une Partie de la Population Algérienne.* [thèse doctorah] en sciences filière sciences biologiques option biologie et physiologie animale, universite batna.
- Zuckerman, E. (2010). *Clinician's thesaurus: the guide to conducting interviews and writing psychological* (éd. 7 eme édition). the guilford press.

الملاحق

- **الملحق رقم (01) دليل إعداد المقابلة العيادية:**
- **تحديد هدف المقابلة العيادية:**

- هدفت هذه الدراسة الى تحديد ملامح البروفيل السيكولوجي لمرضى الهيموفيليا باستخدام المقابلة العيادية التي تعتبر أداة من أدوات جمع البيانات وهي أداة توضح الإجراءات التي تتبعها الطالبة في تسيير المقابلة مع مرضى الهيموفيليا والحصول على معلومات لمناقشة وتفسير نتائج الدراسة.

الخطوة الأولى: مصادر بناء دليل المقابلة العيادية

اسم الكاتب أو الباحث	عنوان الكتاب أو البحث
- Zuckerman, (2010)	- Clinician's thesaurus *the guide to conducting interviews and writing psychological reports*
- أنور الحمادي مترجم (2014)	- الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس.
- الاتحاد العالمي للهيموفيليا	- الهيموفيليا بالصور دليل المدرس
- Rambod, &al., 2018)	- Health-Related Quality of Life and Psychological Aspects of Adults With Hemophilia in Iran
- Nsangou 2021	- Drépanocytose et fratrie : une étude clinique exploratoire du vécu des frères et sœurs d'enfants atteints en contexte culturel camerounais

- **الخطوة الأولى: بناء علاقة مع العميل مبنية على الثقة والتعاون**

- الاتصال بمرضى الهيموفيليا الذين يتابعون علاجهم بمصلحة الامراض الدم بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بغرداية. وبناء علاقة مبنية على الثقة والتعاون من أجل دراسة بحثية من أجل فهم البروفيل السيكولوجي لمرضى الهيموفيليا وفهم وما الصعوبات التي تواجه المريض في حياته اليومية وكيفية سير رحلة العلاج؟

- **الخطوة الثانية تطبيق محاور المقابلة العيادية:**

1- الملف الشخصي الاجتماعي والاقتصادي

- سأطرح عليك الآن أسئلة سريعة عنك وعمن حولك، مما سيتيح لي فهم أسلوب حياتك بشكل أفضل .كم عمرك؟ الحالة العائلية الحالية؟ في حالة ما اذا كنت مطلق, هل مرض هو السبب؟كم طفلا لديك؟ كم اعمارهم؟ هل هناك أشخاص آخرون يعيشون معك؟ هل

تسكن في سكن ملكك ام مع العائلة الممتدة ام مستأجر؟ المسافة بين مكان الإقامة والمركز الاستشفائي؟هل عشت في هذه المنطقة لفترة طويلة؟ ما هو نشاطك المهني الحالي؟ ما هو مستواك الدراسي؟ التغطية الصحية؟ سوابق مرضية شخصية ؟ سوابق مرضية عائلية لمرض الهيموفيليا؟

2- **اكتشاف المرض الهيموفيليا والتعامل معه:**

- أخبرنا عن مرض الهيموفيليا لديك؟
- ما هي خصائص الهيموفيليا لديك (النوع، الشدة)؟ هل بدأت في المتابعة الطبية مباشرة بعد التشخيص؟ إذا لم يكن كذلك، فلماذا؟
- كم عمرك عند اكتشاف مرض الهيموفيليا؟ وعندما أدركت أنك مصاب بذلك؟
- متى تعرضت لأول حادث نزيف وما سببه؟
- هل يوجد أحد من عائلتك مصاب بهذا المرض؟ إذا كان الأمر كذلك، فمن؟
- ما هي المعلومات التي أعطيت لك عن هذا المرض؟ كيف كان رد فعل / رد فعل والديك؟
- هل كانت لديك فكرة عن هذا المرض من قبل؟
- تحدثت مع الناس حول هذا الموضوع؟
- طلبت المساعدة من طرف ثالث أو جمعية؟
- بعد ادراكك ماذا فعلت في الأيام والأشهر التي تلت ذلك؟
- هل يمكنك أن تعطيني ما بين 3 و5 كلمات تحدد الهيموفيليا لديك؟

3- **الصحة الجسدية:**

- تشعر بالألم بسبب مرض الهيموفيليا؟ أين بالضبط؟
- هذا الألم غيّر قدرتك على التفكير أو التركيز؟" (إذا كان الأمر كذلك: "الرجاء التوضيح" ".هل عليك الاستلقاء والراحة بسبب الألم، أم تستمر في الحركة؟" "هل تفكر كثيرًا في الألم؟
- هل يؤثر الألم على الاعتناء بنفسك / واحتياجاتك اليومية؟ هل تغير وزنك؟

- ما الأنشطة التي اضطررت إلى تقييدها أو إيقافها بسبب المرض؟ هل تحتاج إلى استخدام أي جهاز مساعدة؟ أي شيء للمشي (كرسي متحرك، عكازات)؟ " (إذا كان الأمر كذلك :) "متى بدأت استخدامه؟ أي طبيب أعطاه لك؟
- أود الآن أن أعرف ما هي القيود التي يمكن أن يسببها المرض عند التنقل؟ هل تشعر أن تحركاتك مقيدة بسبب هذا؟
- هل تعتقد أنك مصاب بمرض خطير، لكن لم تتمكن من العثور على طبيب لعلاجه؟"
- هل سبق لك أن أخذت الهيموفيليا في الحسبان عند تحديد مكان إقامتك الحالي؟ إذا كانت الإجابة نعم، فكيف؟
- بشكل عام حسب رأيك ما النشاطات التي يمكن ان يمارسها المصاب بالهيموفيليا بدون قيود؟

4- **المشاعر والعواطف:**

- كيف تصف حالتك المزاجية اليوم؟" "هل أنت سعيد ، حزين ، أم ماذا الآن؟ " "باستخدام مقياس يكون من (10/0) يرجى تقييم حالتك المزاجية اليوم"
- اخبرني عن مزاجك المعتاد؟ ""متى كنت في مزاج جيد؟" "متى كنت أسعد؟ كم مرة بكيت / صرخت / خفت؟" "ما هي المدة التي تستغرقها لتتغلب على مزاج سيئ / انزعاج؟" "كيف كان مزاجك خلال طفولتك / مرهقتك/ حياتك السابقة؟
- هل هناك شيء أنت قلق للغاية بشأنه وتخشى حدوثه؟
- هل مررت بأوقات من الخوف الشديد أو القلق / نوبات الذعر؟" إذا كان الأمر كذلك، صف لي كيف كان؟ (التكرار، المدة، هل تم ملاحظتها من قبل الآخرين، أعراض فسيولوجية محددة، تسلسل الأعراض، إلخ).
- هل سبق لك أن شعرت الاكتئاب / الأزرق؟ تشعر بالضعف؟ عندما تشعر بالحزن أو بالإحباط كم من الوقت استمر؟ كيف خرجت من تلك الحالة؟
- لديك ذكريات مؤلمة تعود إليك باستمرار؟ /موقف تتجنبه لأنه يزعجك / يخيفك حقًا؟"
- تمر عليك أوقات لم تتمكن فيها من التحكم في مشاعرك؟" "متى ؟ ما السبب؟

- كيف حال معنوياتك بشكل عام؟" "متى شعرت فيها بالإحباط حقًا؟

5- **النظرة للذات:**

- شعرت باختلاف مع الآخرين بسبب الهيموفيليا؟
- تعتقد أنك تقسو على نفسك؟ "متى كنت أكثر قسوة على نفسك مؤخرًا؟
- تنتابك افكار أنك عديم القيمة؟ ممكن تحدثني هن هذا؟
- تمر عليك أوقات تنعت فيها نفسك بأسماء سيئة؟ "(إذا كان الأمر كذلك)"ماهي؟
- ماذا عن مظهرك كيف تراه هل يقلقك؟
- كيف هي علاقاتك مع اصدقاءك؟ تتجنب بعض العلاقات بسبب مرض الهيموفيليا؟
- في الأسبوعين الماضيين، شعرت بالتباطؤ أو انخفاض الطاقة؟ " ولمت نفسك كثيرًا أو شعرت أنك لا قيمة لها؟ " تناولت الطعام أكثر من المعتاد أو أقل ؟ " لم تكن قادرا على النوم؟ وهل واجهت صعوبة في التركيز أو اتخاذ القرارات؟

6- **الرياضة والترفيه:**

- متى تستيقظ؟ أخبرني عن أنشطتك في اليوم على مدار 24 ساعة، (التسوق، القراءة، والتمارين الرياضية، والهوايات) ، وما إلى ذلك؟ "
- ما الأماكن التي تذهب إليها أكثر من غيرها : لعملك / دراستك أو لقضاء وقت فراغك؟
- هل تشارك في نشاط رياضي؟ إذا كان الأمر كذلك، ما هو؟ هل تأثر اختيار هذا النشاط بالهيموفيليا؟
- ما الرياضة التي تحبها و تتجنبها بسبب الهيموفيليا؟
- لتجنب حدوث مضاعفات او انتكاسات كيف تنظم نشاطك البدني ؟
- خلال الأسبوع ، أحكي لي عن أوقات فراغك؟ ماذا تفعل للاستمتاع بقضاء وقت ممتع؟
- كيف تقضي عطلتك؟

- لديك اهتمامات و تطلعات حول إنشاء جمعية هدفها الاهتمام والتكفل بمرضى الهيموفيليا؟

7- **العمل والمدرسة:**

- ممكن اعرف في اي مجال تعمل؟ هل قمت اختياره؟ وهل انت راض عنه؟
- هل عملك مكيف على حسب حالتك الصحية؟
- كم ساعة تعمل في اليوم/دوام جزئي /كامل /مناوبة؟
- واجهتك صعوبات في العمل فيما يتعلق بوضعك الصحي؟
- في الشهر الماضي، كل يوم كانت أنشطة العمل / المدرسة معرضة للخطر بسبب الهيموفيليا؟

8- **العلاج :**

- أخبرني رحلة العلاج مع الهيموفيليا لديك؟ في أي الحالات تتلقي المعالجة؟ متى تذهب إلى المستشفى؟ كم مرة تحصل على الحقن؟ هل حقن عامل التخثر متوفر دائما فالمستشفى؟ هل تقوم بالحقن بنفسك ام بمساعدة ممرض؟
- استقر علاجك بالهيموفيليا اليوم؟ إذا كان الأمر كذلك، فكم من الوقت استغرق للالتزام بروتين في علاجك؟ إذا لم يكن كذلك، فماذا تحتاج لتحقيق ذلك؟
- إذا كنت تستخدم العلاج الوقائي، فأخبرني كيف أدى بدء العلاج الوقائي إلى تغيير عاداتك العلاجية؟
- أود منكم إخباري عن تعويض الضمان الاجتماعي للمرض بنسبة 100٪؟ فكيف تغطي مصاريف العلاج؟
- أود أن تخبرني بشكل عام عن علاقتك بالعاملين في المستشفى. منذ متى وأنت تحت رعاية طبيبك الحالي؟ هل اخترتها أم فرضت عليك؟ وهي تحدد علاقتك بأخصائي أمراض الدم الذي يتابعك؟
- هل هناك أشخاص تفضل التواصل معهم عند ذهابك إلى المستشفى؟ وهل هناك أشخاص تريد تجنبهم؟
- في رأيك بشكل عام، علاج الهيموفيليا مفيد؟ هل فكرت يوما في التوقف عن أخذ العلاج؟

- هل تعاني من أمراض أخرى بعد الهيموفيليا؟
- اذا كنت ستذهب إلى منطقة لا تعرفها، فهل ستحاول تنظيم نفسك حول علاج الهيموفيليا؟ إذا كانت الإجابة نعم، فكيف؟
- ما الحلول التي تقترحها في ما يخص رعاية مرضى الهيموفيليا؟ أي ما هي الحلول التي تعتقد أنه يجب وضعها موضع التنفيذ الان؟
- تعتقد أنك قلت ما كان عليك أن تقوله عن مسيرة علاج الهيموفيليا أم أن هناك أشياء لم يتم مناقشتها؟

9- **الأفاق المستقبلية :**

1. ماهي نظرتك الى المستقبل؟
2. هل تشعر بالتشاؤم الشديد او اليأس من المستقبل؟
3. حدثني عن أسوأ شيء حدث لك على الإطلاق وعن أفضل شيء حدث لك على الإطلاق؟
4. لو طلبت منك ان تتمنى ثلاث امنيات، فماذا تتمنى؟"
5. هل ترى أن هناك أمال للشفاء من هذا المرض؟
6. لو صادفت شخص اكتشف للتو انه مصاب بالهيموفيليا ما النصيحة التي تقدمها لها؟

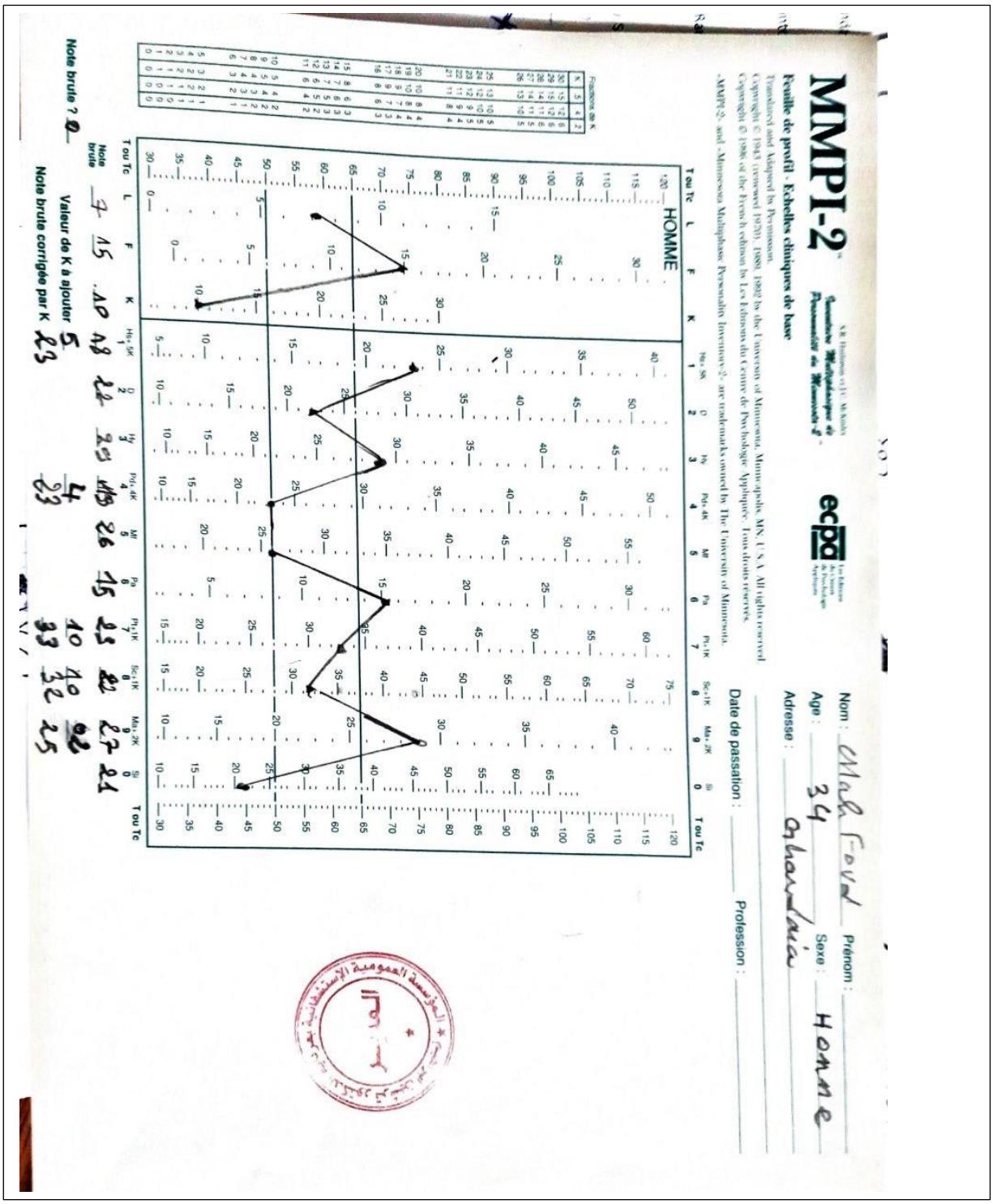
10- **الحياة الأسرية للمريض**

- هل يؤثر مرض الهيموفيليا على علاقاتك في اسرتك
- اخبرني عن الواجبات الأسرية الاسرية و تربية ابنائك هل تؤديها بشكل طبيعي ؟ هل انت الذي تقوم بعملية التسوق؟
- هل يوجد أحد ابنائك مصاب بالهيموفيليا؟
- ما هو شعورك وأنت مع أفراد اسرتك؟
- حدثني كيف تتعامل مع افراد أسرتك وكيف يعاملونك؟
- كيف ترى علاقتك مع العائلة؟
- في رأيك هل ترى أن العائلة أصبحت تتعامل معك بطريقة خاصة بسبب اصابتك بالمرض؟

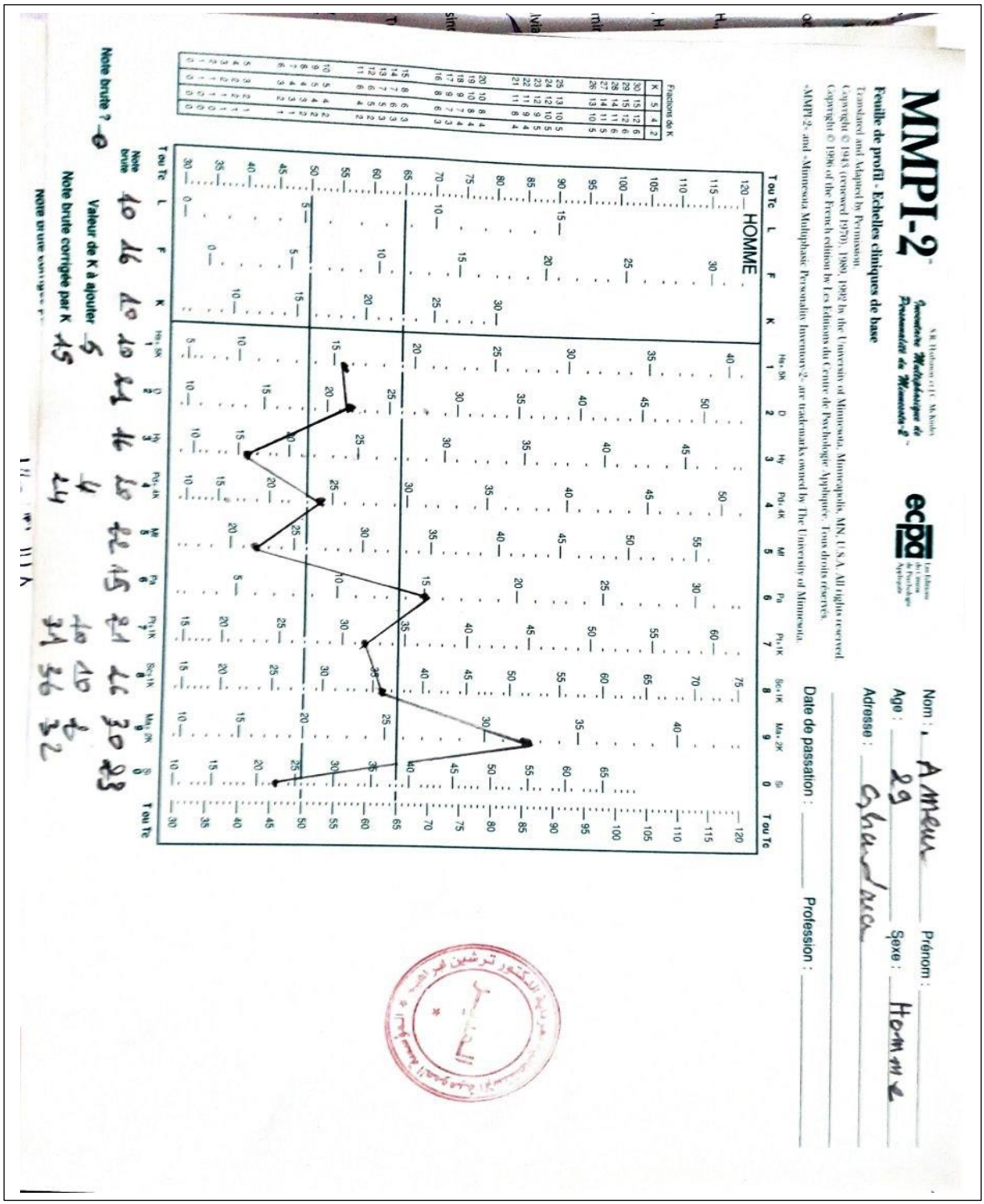
11- **شراكة والعلاقة الجنسية:**

- هل توجد صلة قرابة بينك وبين زوجتك؟
- حسب رأيك هل زواج الأقارب يزيد من نسبة مرض الهيموفيليا؟
- حسب نظرك فحص الدم للخاطبين قبل الزواج ضروري لاكتشاف مرض الهيموفيليا؟
- هل كانت زوجتك مدركة لمرض الهيموفيليا قبل الزواج؟
- ماذا عن إنجاب الأطفال؟ بحثتم عن خيارات من اجل إنجاب طفل سليم؟
  - هل تخشى ان يعيش اولادك نفس هذه التجربة مع بالهيموفيليا؟
- ماذا عن علاقتك الجنسية هل تسبب الهيموفيليا مشاكل في ذلك؟
- هل تجد نفسك تتجنب ذلك؟

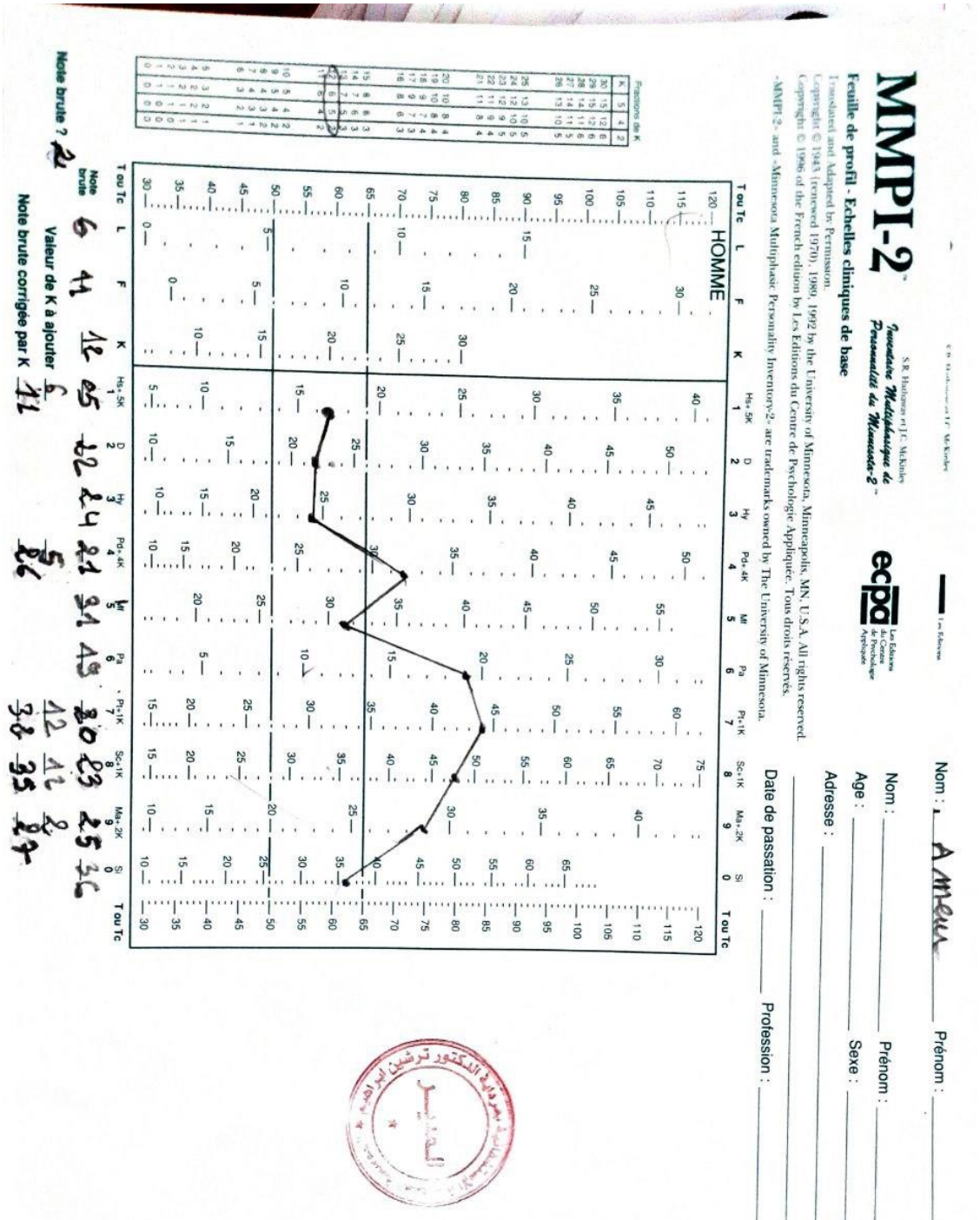
الملحق رقم (02) رسم بياني للبروفيل السيكولوجي للحالة محفوظ على مقياس مينيسوتا متعدد الاوجه (mmpi-2)



الملحق رقم (03) رسم بياني للبروفيل السيكولوجي للحالة عامر على مقياس مينيسوتا متعدد الاوجه (mmpi-2)



المرحق رقم (04): البروفيل السيكولوجي للحالة علي على مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه (MMPI-2)



الملحق رقم (05) : الملف الطبي لمريض الهيموفيليا

Formulaire de registre type

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

1. Nom de famille _____
   Prénom _____
2. Date de naissance _____
3. Sexe ☐ Mâle ☐ Femelle
4. Adresse _____
   Ville _____
   Région _____
   Code postal _____
5. Numéro de téléphone _____
6. Lieu de la naissance _____
7. Une autre personne atteinte d'un trouble de saignement vit-elle dans la même maison que le patient?
   ☐ Oui Nom : _____
   ☐ Non
   ☐ Inconnu
8. Type de facteur déficitaire
   ☐ VIII
   ☐ IX
   ☐ Autre, décrire : _____
   ☐ Maladie de von Willebrand

INFORMATION CLINIQUE

9. Technique diagnostique
   ☐ Symptômes cliniques seulement
   ☐ Tests de dépistage de coagulation seulement (p. ex. PT ou APTT)
   ☐ Essais de facteur spécifique pour facteur VIII ou IX
   ☐ Autres, décrire : _____
   ☐ Inconnu
10. Activité de facteur de base _____ %
    ☐ Hémophilie légère : entre >5 et <40%
    ☐ Hémophilie moyenne : entre >1 et <5 %
    ☐ Hémophilie grave : moins de <1 %
    ☐ Inconnu
11. Maladie de von Willebrand
    ☐ Type 1 ☐ Type 2a ☐ Type 2b
    ☐ Type 3 ☐ Inconnu ☐ Autre
12. Raison du test diagnostique
    ☐ Mère connue être porteuse
    ☐ Autre historique familial
    ☐ Symptômes de saignement
    ☐ Inconnu
    ☐ Autre _____
13. Âge où le premier trouble de saignement a été d'abord ____
14a. Le patient a-t-il déjà eu un saignement exigeant des soins médicaux?
    ☐ Oui ☐ Non
14b. Si oui, à quel âge a eu lieu le premier saignement _____
    ☐ Âge inconnu
14c. Si oui, emplacement du premier saignement _____
15. Type de traitement
    ☐ Soins épisodiques ☐ Tolérance immune
    ☐ Prophylaxie
16. Titre d'inhibiteur courant _____
17. Épisodes de saignement au cours des 12 derniers mois
    __ Saignements des articulations __ Saignements musculaires
    __ Autres saignements __ Hémorragie intracrânienne
18. Produits de traitement utilisés
    ☐ Plasma frais congelé
    ☐ Cryoprécipité
    ☐ Concentré de facteur de coagulation _____

MALADIE INFECTIEUSE

19a. VHC
    Testé (date du test) _____
    Non testé
    Positif (date du diagnostic) _____
    Négatif
19b. VIH
    Testé (date du test) _____
    Non testé
    Positif (date du diagnostic) _____
    Négatif
19c. Vaccination
    ☐ Hépatite A ☐ Hépatite B

MALADIE DES ARTICULATIONS

20a. Combien de fois au cours de la dernière année le patient a-t-il dû utiliser des béquilles? ____
20b. Combien de fois au cours de la dernière année le patient a-t-il dû utiliser un fauteuil roulant? ____
20c. Quel est le niveau d'activité du patient?
    ☐ Aucune restriction ☐ Certaines limitations
    ☐ Très limité ☐ Assistance requise

HISTORIQUE DU DOSSIER

Date de saisie par _____
Date de création du dossier _____
Date de mise à jour du dossier _____
Numéro d'identification du patient _____

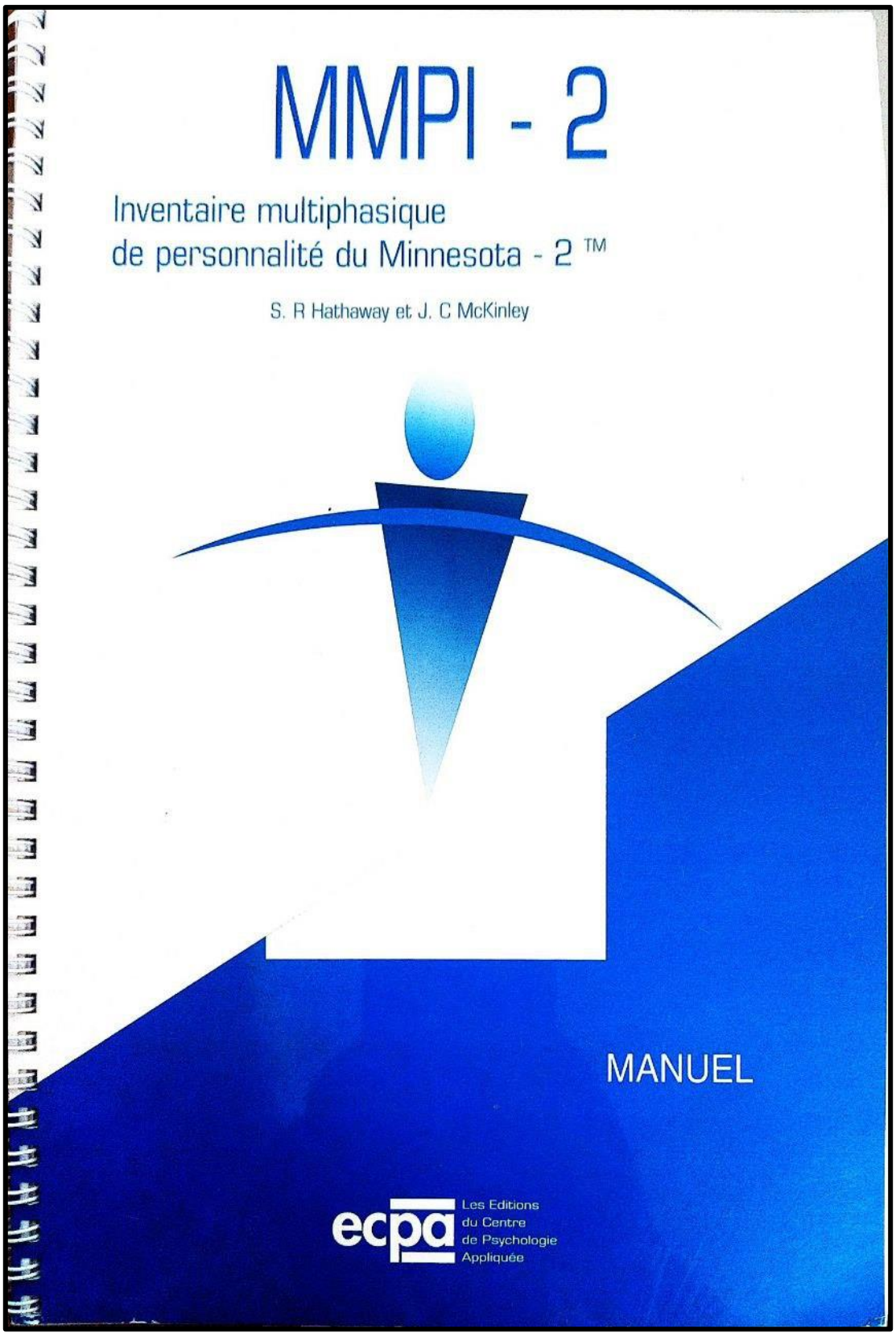
الملحق رقم (06): نموذج من مقياس جودة الحياة مع الهيموفيليا (Haem-A-QoL)

Haem-A-QoL Dimensions	Psychological Aspects			Pain Intensity
	Stress	Depression	Anxiety	
Physical health	$F = 0.91$, $P = .56$	$F = 0.64$, $P = .85$	$F = 0.86$, $P = .61$	$r = 0.77^a$, $P < .0001$
Feeling	$F = 0.61$, $P = .88$	$F = 1.30$, $P = .21$	$F = 0.93$, $P = .53$	$r = 0.79^a$, $P < .0001$
View of yourself	$F = 1.24$, $P = .25$	$F = 1.36$, $P = .16$	$F = 0.83$, $P = .65$	$r = 0.71^a$, $P < .0001$
Sports and leisure	$F = 1.40$, $P = .15$	$F = 2.54^a$, $P = .003$	$F = 1.37$, $P = .17$	$r = 0.71^a$, $P < .0001$
Work and school	$F = 1.18$, $P = .29$	$F = 1.76$, $P = .05$	$F = 1.72$, $P = .06$	$r = 0.67^a$, $P < .0001$
Dealing with hemophilia	$F = 1.53$, $P = .10$	$F = 1.85^b$, $P = .03$	$F = 1.85^b$, $P = .04$	$r = 0.12$, $P = .19$
Treatment	$F = 1.04$, $P = .43$	$F = 1.87^b$, $P = .03$	$F = 1.13$, $P = .34$	$r = 0.81^a$, $P < .0001$
Future	$F = 1.31$, $P = .20$	$F = 1.96^b$, $P = .02$	$F = 1.59$, $P = .09$	$r = 0.82^a$, $P < .0001$
Family planning	$F = 1.56$, $P = .09$	$F = 1.26$, $P = .24$	$F = 0.84$, $P = .63$	$r = 0.69^a$, $P < .0001$
Relationship and sexuality	$F = 1.23$, $P = .26$	$F = 3.17^a$, $P < .0001$	$F = 1.57$, $P = .09$	$r = 0.73^a$, $P < .0001$
Haem-A-QoL total score	$F = 1.74$, $P = .05$	$F = 3.05^a$, $P = .001$	$F = 1.84^b$, $P = .04$	$r = 0.47^a$, $P < .0001$

Abbreviation: Haem-A-QoL, hemophilia-specific quality of life.
Analysis of covariance (ANCOVA) model in which pain intensity was considered as the covariant.
[a]Correlation is significant at 0.01 level.
[b]Correlation is significant at 0.05 level.

الملحق رقم (07) نماذج من حقيبة مينيسوتا متعدد الأوجه (MMPI-2) النسخة المعربة

1. أحب المجلات التقنية.
2. لديّ شهية جيدة.
3. غالبا ما أستيقظ من النوم نشيطا وحيويا.
4. أعتقد أنني سأحب كثيرا العمل كأمين مكتبة.
5. يوقظني الضجيج بسهولة.
6. أبي رجل طيب (إن كان أبوك متوفى) كان أبي رجلا طيبا.
7. أحب قراءة الركن الخاص بالجرائم في الجرائد.
8. عادة ما أشعر بالحرارة بيداي وقدماي.
9. حياتي اليومية مليئة بأشياء لا تزال تهمني.
10. لازلت قادرا على العمل تقريبا بنفس القدر كالماضي.
11. في غالب الأحيان يراودني انطباع أن شيئا ما في خلفي.
12. حياتي الجنسية مرضية ومقنعة.
13. على المرء أن يحاول فهم أحلامه والأخذ بها سواء كدليل أو كتحذير.
14. أحب الروايات البوليسية أو روايات الجوسسة.
15. أعمل في حالة من الضغط الشديد.
16. يحدث لي أحيانا أن أفكر في أمور قبيحة لا يمكنني حتى الحديث عنها.
17. أنا متأكد أن الحياة لم تعاملني.
18. أعاني من القيء والغثيان.
19. عندما أستلم وظيفة جديدة، أحب أن أعرف مع من يجب أن أكون لطيفا ومتسالما.
20. نادرا ما أصاب بالإمساك (CONSTIPATION).
21. راودتني في بعض الفترات رغبة كبيرة في ترك البيت.
22. يندر أن لا أحد يفهمني.
23. تنتابني أحيانا نوبات ضحك وبكاء بشكل لا يمكنني التحكم فيها.
24. تمتلكني أحيانا الأرواح.
25. أحب أن أكون مغتابا.
26. أعتقد أنه من الأحسن لي أن أصمت حينما أكون في وضعية سيئة.
27. عندما يسيء إلي أحدهم أشعر أنه على الرغم بالعمل إن أمكن و ذلك فقط من أجل المبدأ.
28. تضايقني أوجاع في المعدة مرات عديدة في الأسبوع.
29. أرغب في الشتم أحيانا.
30. أعاني من كوابيس مرات عديدة في الأسبوع.
31. يصعب عليّ تثبيت تفكيري في عمل أو انشغال ما.
32. كانت لي تجارب خاصة وغريبة جدا.
33. نادرا ما أقلق على صحتي.
34. لم تحصل لي أبدا مشاكل بسبب سلوكي الجنسي.
35. وأنا صغير، سرقت بعض الأشياء.
36. أسعل في غالب الأوقات.
37. تنتابني أحيانا الرغبة في كسر الأشياء.
38. حصلت لي فترات (أيام، أسابيع، شهور) لم أقم خلالها بأي شيء بسبب عدم قدرتي على المباشرة (البدء).


MMPI - 2
Inventaire multiphasique
de personnalité du Minnesota - 2 ™
S. R Hathaway et J. C McKinley
MANUEL
ecpa
Les Editions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

MMPI-2

Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota-2

S.R. Hathaway et J.C. McKinley

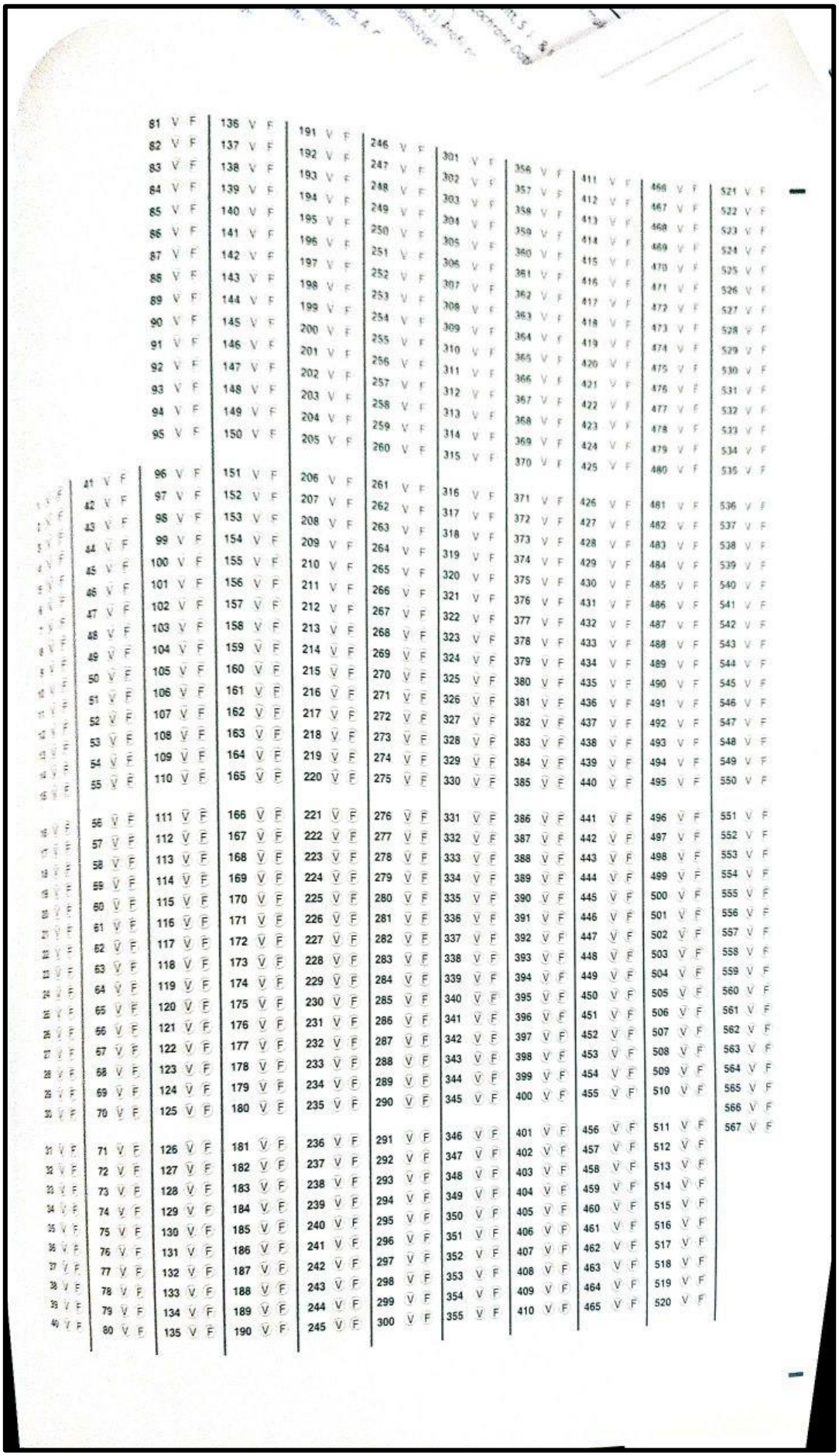
CAHIER DE PASSATION

ecpa Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée

NE RIEN ECRIRE SUR CE CAHIER

1. J'aime les revues techniques.
2. J'ai bon appétit.
3. Je m'éveille le plus souvent frais et dispos.
4. Je crois que j'aimerais beaucoup le travail de bibliothécaire.
5. Le bruit me réveille facilement.
6. Mon père est un brave homme, ou (si votre père est mort) mon père était un brave homme.
7. J'aime lire la rubrique criminelle des journaux.
8. J'ai d'habitude chaud aux mains et aux pieds.
9. Ma vie quotidienne est pleine de choses qui continuent à m'intéresser.
10. Je suis presque aussi capable de travailler qu'avant.
11. La plupart du temps, j'ai l'impression d'avoir une boule dans la gorge.
12. Ma vie sexuelle est satisfaisante.
13. On devrait essayer de comprendre ses rêves et en tenir compte, soit comme guide, soit comme avertissement.
14. J'aime les romans policiers ou d'espionnage.
15. Je travaille dans un état de très grande tension.
16. Il m'arrive parfois de penser à des choses trop laides pour pouvoir en parler.
17. Je suis sûr que je ne suis pas gâté par la vie.
18. Je souffre de nausées et de vomissements.
19. Quand je prends un nouvel emploi, j'aime savoir avec qui il est important d'être gentil ou aimable.
20. Je suis très rarement constipé.
21. Il y a eu des moments où j'ai eu une très grande envie de quitter ma maison.
22. Personne ne semble me comprendre.
23. Parfois, j'ai des crises de rire ou de larmes qu'il m'est impossible de maîtriser.
24. Par instants, je suis possédé par des esprits.
25. J'aimerais être chanteur.
26. Je pense que le mieux pour moi est de me taire quand je suis dans une mauvaise situation.
27. Quand quelqu'un me fait du tort, j'ai le sentiment que je dois lui rendre la pareille si je le peux, juste pour le principe.
28. Je suis gêné par des maux d'estomac plusieurs fois par semaine.
29. J'ai parfois envie de jurer.
30. J'ai des cauchemars plusieurs fois par semaine.
31. Il m'est difficile de fixer mon esprit sur un travail ou sur une occupation.
32. J'ai eu des expériences très particulières et très étranges.
33. Je me fais rarement du souci au sujet de ma santé.
34. Je n'ai jamais eu d'ennuis à cause de mon comportement sexuel.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

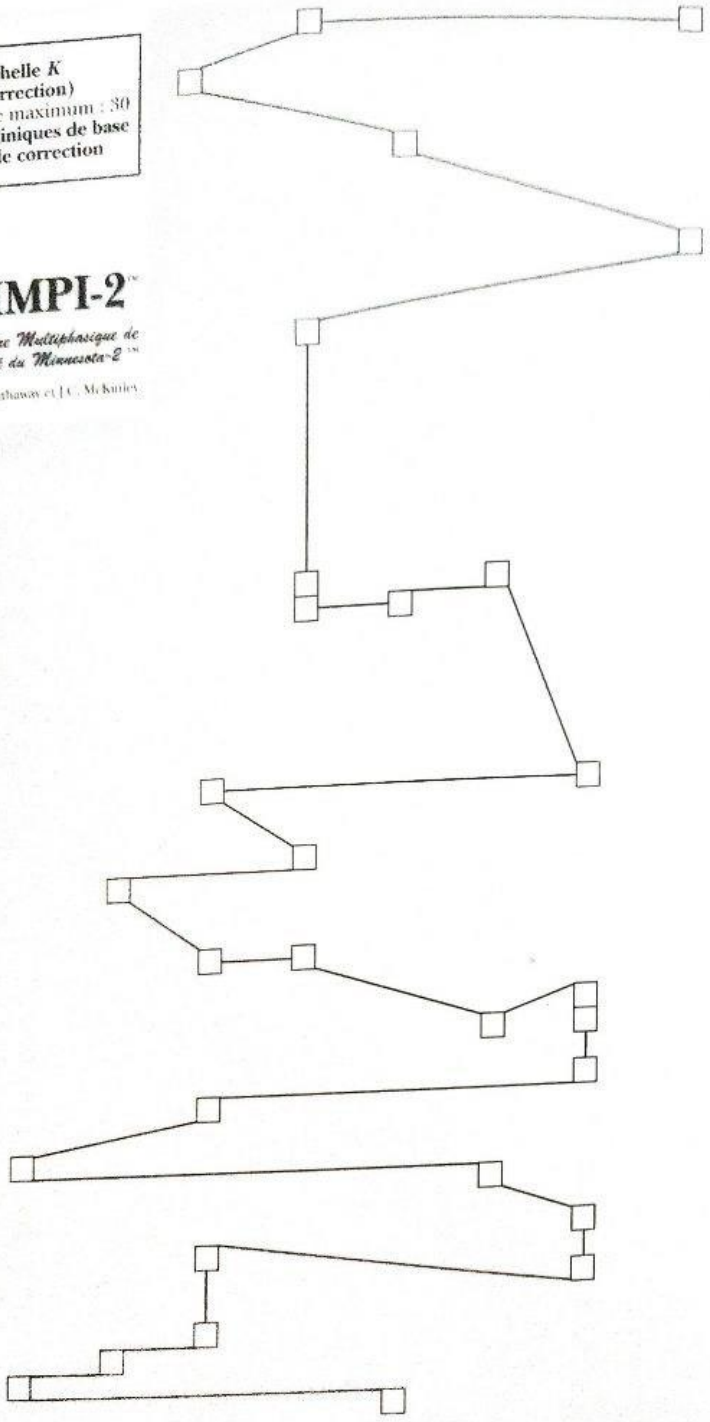


Echelle *K*
(Correction)
Note brute maximum : 30
Echelles cliniques de base
Grille de correction

MMPI-2™

Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota-2™

S.R. Hathaway et J.C. McKinley



Translated and Adapted by Permission.
Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
Copyright © 1996 of the French edition by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, S.A. Tous droits réservés.
«MMPI-2» and «Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2» are trademarks owned by The University of Minnesota.