

درجة الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الحبسة الكلامية دراسة ميدانية في مدينتي دمشق وحمص

د. عالية الرفاعي *

سلاف الحواط **

(تاريخ الإيداع 20/ 1/ 2020 . قُبِلَ للنشر في 1/ 9/ 2020)

□ ملخّص □

هدف البحث إلى تعرّف درجة الضغوط النفسية التي يعاني منها مرافقي مرضى الحبسة الكلامية في مدينتي دمشق وحمص، وكذلك دراسة الفروق في درجة الضغوط النفسية تبعاً للمتغيرات الآتية (جنس المرافق، المستوى التعليمي للمرافق، شدة الإصابة للمريض). ولتحقيق أهداف البحث تم استخدام مقياس الضغوط النفسية لمرضى الحبسة الكلامية. تضمن (40) بنداً، وتكونت عينة الدراسة من (56) مرافق لمرضى الحبسة الكلامية. واستخدم البحث الحالي المنهج الوصفي التحليلي. وقد كانت دلالات صدق وثبات الاستبانة جيدة، وقد بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ (0.969)، وقيمة سبيرمان براون (Spearman–Brown) الذي بلغ (0.984).

أشارت نتائج البحث إلى وجود ضغوط نفسية بدرجة مرتفعة لدى مرافقي مرضى الحبسة الكلامية في مدينتي دمشق وحمص، وعدم وجود فروق دالة إحصائية في الضغوط النفسية التي يتعرض لها مرافقي مرضى الحبسة الكلامية تبعاً لمتغير الجنس، ووجود فروق دالة إحصائية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي لصالح (أقل من تاسع ومن تاسع إلى ثانوية)، وتبعاً لشدة الإصابة للمريض لصالح ذوي الإصابة الشديدة. وفي ضوء النتائج أوصت الباحثة بضرورة إجراء دراسات أخرى حول أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى الحبسة الكلامية، وحول الاحتياجات التدريبية لمرافقي مرضى الحبسة الكلامية.

الكلمات المفتاحية: الضغوط النفسية، الحبسة الكلامية، مرافقي مرضى الحبسة الكلامية.

* أستاذ مساعد، قسم التربية الخاصة، كلية التربية، جامعة دمشق، سورية.

** طالبة دكتوراه، قسم التربية الخاصة، كلية التربية، جامعة دمشق، سورية.

Degree of Psychological Stresses among Aphasia co- patients Field study in Damascus and Homs Cities

Dr. Alia Alrefaay *
Sulfa Al -Howat **

(Received 20/ 1 /2020 . Accepted 1/ 9 /2020)

□ ABSTRACT □

The research aims to investigate the degree of Psychological stresses among co- Aphasia patients in Damascus and Homs Cities, Also studying the differences in the degree of Psychological stresses according to the variables (sex of co- patients, educational level of co- patients, severity of the disease), To achieve the object of the research used Psychological stresses measure, included (40) methods, then applied to a sample of (56) Aphasia co- patients The present research used the The degree of validity and reliability of the descriptive analytical approach. questionnaire was good, so Cronbach's Alpha equation that which reach (0.969), and Spearman-Brown that which reach (0.984).

The findings of the study indicated to the Psychological stresses among co- Aphasia patients in Damascus and Homs Cities was high degree, the results also showed there are no statistically significant differences between degree of Psychological stresses according to the variable sex of co- patients, but there are statistically significant differences according to the variable educational level of co- patients, in favor of the less the preparatory and between the preparatory – certificate of education, and according to the variable severity of the disease in favor of the disease severities of patients.

Based on the findings of the study the researcher pointed out the need of conducting more studies about Strategies of Tackling the Psychological Stresses of Aphasia patients, also about the Training Needs for Aphasia co- patients.

Key words: Psychological Stresses, Aphasia, Aphasia co- patients.

*Assistant Professor Special Education Department, Faculty of Education, Damascus University, Syria.

**PhD, student, Special Education Department, Faculty of Education, Damascus University, Syria.

المقدمة

تعدُّ اللغة ناتج من نواتج الفكر البشري وفي الوقت نفسه وسيلة من أهم وسائله فهي تمنحه الرموز وتحدد له المعاني وتمكنه من توليد الأفكار، وهي الآلية العقلية التي عن طريقها تُخزن المعلومات والمعارف وتحويل الصور الذهنية إلى رموز ودلالات، كما أنها أداة للمعالجة والتفكير لدى الإنسان في كل ما يختلج في ذهنه من أفكار وفي ذاته من مشاعر واهتمامات، كما تحقق التواصل بين أفراد المجتمع وبواسطتها تتحقق عملية الاندماج الاجتماعي وبواسطتها تتم عملية التعلم والتعليم.

وتعد اضطرابات النطق موضوعاً جديداً نسبياً، وهي تلك الصعوبات التي يجدها المصاب أثناء الكلام كالتلفظ بمجموعة من الأصوات كالكلمات أثناء النطق ببعض الحروف والكلمات، وتتمثل هذه الاضطرابات النطقية في أخطاء ثابتة ومنظمة في طريقة نطقها، وتكون عائقاً في وجه الكلام السليم (سعدان وصايت، 2014، 22).

تعد الحبسة الكلامية أحد هذه الأمراض العصبية، وهي الحجر الأساس الذي أقامت عليه اللسانيات العصبية الكثير من نظرياتها وفرضياتها التي ساهمت في وضع المفاتيح الأولية لخارطة اللغة في الدماغ. ولا يوجد علاج طبي محدد يستخدم في معالجة أي من اضطرابات (الحبسة) لدى المريض، وإنما يكون العلاج على شكل برامج تأهيل وعلاج سلوكي بحسب حالة المريض وما يعاني منه من آثار الجلطة، وتعدو الجراحة عملية ناجحة في تلك الحالات التي يؤثر فيها الضغط الناجم عن ورم دماغي أو ورم دموي على مركز الكلام. غير أن الجراحة تعدُّ غير نافعة في حالات الحبسة الكلامية التي تعقب حدوث الضربة، وهو ما يمثل الغالبية العظمى للحالات، وغالباً ما يقدم العلاج النفسي للأشخاص المصابين بالحبسة الكلامية. واضطرابات الحبسة الكلامية: هي مجموعة من التشوهات التي تؤثر على تنظيم الوظيفة اللغوية سواء على مستوى التعبير أو الفهم وذلك نتيجة إصابة المناطق المسؤولة عن اللغة على مستوى نصف الكرة المخية اليسرى للدماغ (الشربيني، 2003، 12).

والمصابين باضطراب اللغة يكونون أكثر قلقاً وتخوفاً وإحساساً بالوحدة وعدم الطمأنينة مما يزيد في تفاقم اضطرابات اللغة لديهم فلا يتمكنون من التعبير عن أنفسهم لفظاً مما يسبب لهم مزيداً من الاضطرابات، وتتعاكس هذه الاضطرابات على الأسرة، التي تجعلها في وضع مليء بالضغوط النفسية العديدة والمتنوعة، والتي يعوّل عليها رعاية المريض وتجنّبهم الكثير من المشكلات والصراعات النفسية لديه. والضغط النفسي من المشكلات الرئيسية التي تعوق الفرد، سواء أكان في بيئة العمل أم في حياته الأسرية، وقد أشارت دراسة أولستك (2002) Holistic إلى أن (70-90%) من الناس يعانون من الضغط النفسي، وأنهم معرضون لكثير من الآثار الضارة الناجمة عنه، إلا إذا تمكنوا من إدارة الضغط النفسي، أو مواجهته بمواجهة إيجابية. ويرى بوتشانان وزملاؤه (Buchanan, et al., 2010) أن الضغوط النفسية من المشكلات المهمة، التي أخذ المختصون يركزون اهتمامهم عليها، لكثرة ما يتعرض له الأفراد من مشكلات، وما يحيط بهم من ظروف ضاغطة، وكذلك زيادة متطلبات الحياة نتيجة التغير السريع الذي يشهده العالم اليوم، الأمر الذي أسهم في تعريض الأفراد لدرجة عالية من الضغوط النفسية والتي انعكست نتائجها على الأفراد والمجتمعات. وترى بخش (2002) أن الضغوط النفسية الأسرية هي عبارة عن مجموعة من الخبرات المترابطة، والتي تنتج عن حدث معين يصيب أحد أفراد الأسرة، ويكون له تأثير سلبي ويؤثر على جميع أفرادها بدرجات مختلفة، وينتج عن هذا الحدث وجود مجموعة من الحاجات النفسية والمادية والاجتماعية، والتي تتمثل في عدم دراية الأسرة بكيفية مواجهة هذه المشكلة، ونقص الموارد والخدمات المادية المتاحة، ويؤدي هذا إلى زيادة الشعور بالعجز. فالضغط النفسي وإن لم يكن مرضاً فإنه يمهّد للإصابة بكثير من الاضطرابات الصحية بجانبها النفسي والبدني. ونظراً لأهمية الضغوط النفسية التي يعاني منها

مرافقي مرضى الحبسة الكلامية، فقد جاء هذا البحث لتعرف حجم الضغوط النفسية التي يعانون منها خلال مرافقتهم لمريض الحبسة الكلامية خلال تلقيه العلاج في المشفى.

مشكلة البحث

تؤدي الأسرة دوراً مهماً في علاج الحبسة الكلامية، والكثير من البحوث ذات الصلة بعلاج الحبسة الكلامية مكرسة للقضايا التي تركز على جوانب نفسية واجتماعية للحبسة الكلامية، وإن السعي لتحسين المهارات اللغوية للشخص المصاب بالحبسة الكلامية يعدُّ أمراً ثانوياً قياساً بالتحسن الحاصل بالاتصال الوظيفي ضمن إطار العائلة. وقد بينت دراسات أجنبية عديدة درست العلاقة بين رعاية مريض الحبسة الكلامية والتحسن العلاجي، وقد أشارت إلى زيادة الرعاية الأسرية تسهم بشكل كبير في تحسن حالة المريض الصحية كدراسة (Saban, et. al, 2010)، و (El Masry, et. al, 2013)، و (Jeong, et. al, 2015)، و (Lou, et. al, 2017). كما أكدت دراسة كل من (Morimoto, et., al, 2003)، و (Godwin, et., al, 2013)، و (McCarthy, et., al, 2011)، و (Brand, et., al, 2016)، و (Pucciarelli, 2017) وجود العديد من الضغوط والأعباء لدى مرافق مرضى الحبسة الكلامية، أهمها (ضعف الحالة الصحية للمريض، والإجهاد الشخصي، ووجود عبء إضافي على الأسرة، وفقدان الأمل في العلاج، والضيق العاطفي، وعدم وجود الدعم الاجتماعي، وضعف البرامج التدريبية، وقلة المعلومات التي تسهم في رعاية المريض)، وتتسبب هذه الضغوط النفسية بحالة من قلق واكتئاب لمرافقي المريض.

إن وجود مريض مصاب بالحبسة الكلامية يثقل على كاهل الأسرة، مما يؤدي إلى زيادة الأزمات في الأسرة، ويؤدي إلى ارتفاع مستوى الضغط النفسي لديهم، وتشعر الأسرة بعدم الاستقرار، وتحملها أعباء اجتماعية ونفسية ومالية وجسمية إضافية، وكذلك التعرض للتوتر والضيق، والقلق والحزن، وقد يعانون من بعض الأعراض النفسية الجسمية التي تستنفذ طاقاتهم وتحول دون قدرتهم على التركيز فيما يقدمونه من أعمال. والضغوط النفسية لا تقتصر على الوالدين فحسب، على الرغم أن التأثير النفسي والاجتماعي الأكبر قد يلحق بهما نظراً لتحملهما المسؤوليات الأساسية لمريض الحبسة الكلامية منذ البداية، بل إن هذه التأثيرات تمتد لتشمل أفراد الأسرة كافة، بما فيهم الإخوة ومرافقي المريض في تلقيه العلاج، من خلال مرافقته إلى المشفى، ومراقبة أوقات تناوله الأدوية، إضافة إلى مراقبة حركة المريض، خاصة وأنه لا يستطيع الاعتماد على الذات، ووقوفه إلى جانب المريض ليشعر بالأمان والاطمئنان. وقد لاحظت الباحثة من خلال عملها مع مرضى الحبسة الكلامية وأسرهم أن مرافقي مرضى الحبسة الكلامية يتعرضون إلى مجموعة من المواقف الحياتية والمشكلات الاقتصادية والاجتماعية والنفسية، إذ يكون لها تأثير سلبي عليهم، ومن هنا يأتي هذا البحث لتحديد الضغوط النفسية التي يعاني منها مرافقي مرضى الحبسة الكلامية في مدينتي دمشق وحمص. وقد حددت مشكلة البحث بالتساؤل الآتي:

ما درجة الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الحبسة الكلامية في مدينتي دمشق وحمص؟

أسئلة البحث

يجيب البحث عن التساؤل الرئيس الآتي:

ما درجة الضغوط النفسية التي يعاني منها مرافقي مرضى الحبسة الكلامية في مدينتي دمشق وحمص؟

فرضيات البحث

اختبرت فرضيات البحث عند مستوى دلالة (0.05) على النحو الآتي:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية التي يعاني منها مرافقي مرضى الحبسة الكلامية تبعاً لمتغير جنس المرافق.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية التي يعاني منها مرافقي مرضى الحبسة الكلامية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي للمرافق.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية التي يعاني منها مرافقي مرضى الحبسة الكلامية تبعاً لمتغير شدة الإصابة للمريض.

أهمية البحث وأهدافه

تنبع أهمية البحث من نقاط عدة أهمها:

- 1- أهمية هذا النوع من الدراسات، والتي تتناول الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الحبسة الكلامية، وتكاد تخلو مثل هذه الدراسات المهمة على المستوى المحلي، فتسليط الضوء إلى الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الحبسة الكلامية في مدينتي دمشق وحمص، له أهمية بالغة في التخفيف من حدة تلك الضغوط عند معرفة كيفية التعامل معها.
- 2- أهمية المشكلات التي يتعرض لها مرافقي مرضى الحبسة الكلامية في مستشفيات دمشق، وحمص، والتي تسبب لهم الكثير من الضغوط النفسية والحياتية، لهم ولمرضاهم.
- 3- يمكن أن يسهم البحث الحالي في تعزيز المعرفة العلمية، وتزويد المكتبة بمعلومات نظرية حول الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الحبسة الكلامية، والتي تساعد في وضع خطط إرشادية لتخفيف الضغوط النفسية لديهم.

كما يهدف البحث الحالي إلى:

1. التعرف إلى درجة الضغوط النفسية التي يعاني منها مرافقي مرضى الحبسة الكلامية المترددين إلى المراكز العلاجية وإلى مشافي مدينتي دمشق وحمص.
2. الكشف عن الفروق في درجة الضغوط النفسية التي يعاني منها مرافقي مرضى الحبسة الكلامية المترددين إلى المراكز العلاجية وإلى مشافي مدينتي دمشق وحمص تبعاً للمتغيرات الآتية (جنس المرافق، المستوى التعليمي للمرافق، شدة الإصابة للمريض).

مصطلحات البحث والتعريفات الإجرائية

• **الضغوط النفسية:** عبارة عن حالة من التوتر الناشئة عن المتطلبات أو المتغيرات التي تستلزم نوعاً من إعادة التوافق عند الفرد وما ينتج عن ذلك من آثار جسمية نفسية (السيد عبيد، 2008، 21). وتعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها مرافقي مرضى الحبسة الكلامية في مدينتي دمشق وحمص على مقياس الضغوط النفسية الموجه إليهم.

• **المرضى ذوو الحبسة الكلامية:** هي اضطراب يصيب اللغة ويؤثر في قدرة المصاب على استيعاب أو إنتاج اللغة وعلى الكتابة والقراءة، قد تكون الحبسة الكلامية شديدة بحيث تؤثر على قدرة المصاب على التخاطب ويفقد النطق تماماً أو قد تكون بسيطة بحيث يكون التأثير على التخاطب بسيط جداً والتأثير قد يكون على إحدى المهارات اللغوية مثل القدرة على تسمية الأدوات أو أسماء أفراد العائلة أو القدرة على تكوين جمل كاملة أو على القراءة. والحبسة الكلامية (Aphasia) : هي تعطل في وظيفة الكلام وعجز عن إخراج الكلام أو فهمه منطوقاً أو مكتوباً نتيجة أذى أو تلف يصيب غالباً الأجزاء القشرية وتحت القشرية والألياف الرابطة بينهما من مركز أو منطقة الكلام في المخ فيمتنع من ثم استقبال أو إخراج الكلام المنطوق أو المكتوب كما ينبغي، ويدخل في باب الكلام التعبير و التواصل بالقول والكتابة والإيماء، واستقبال كل ذلك وتأويله واستبقاؤه واستدعاؤه وتصور ما يرمز إليه (Meinzer, 2007, 848). يعرفون إجرائياً: بأنهم الأشخاص الذين يعانون قصوراً في القدرة على فهم أو استخدام اللغة التعبيرية الشفوية، وترتبط الحبسة الكلامية عادة بنوع من الإصابة في مراكز النطق والكلام في المخ، والذين تم تشخيصهم من قبل أطباء متخصصين في مشافي دمشق وحمص باستخدام الاختبارات والفحوص العصبية.

• **مرافقي مرضى الحبسة الكلامية:** هم الأفراد المرافقين لمرضى الحبسة الكلامية الذين يتواجدون معهم خلال فترة العلاج في أحد مستشفيات دمشق وحمص.

منهجية البحث

استخدم المنهج الوصفي التحليلي الذي يسعى لوصف الأوضاع أو الأحداث أو الظروف الحالية. ويُعرفُ بأنه مجموعة الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة أو الموضوع اعتماداً على جمع الحقائق والبيانات وتصنيفها ومعالجتها وتحليلها تحليلاً كافياً ودقيقاً؛ لاستخلاص دلالتها والوصول إلى نتائج أو تعميمات عن الظاهرة أو الموضوع محلّ البحث، وتُجمعُ المعلومات في البحث الوصفي باستخدام الاستبانة أو المقابلات أو الاختبارات (ملحم، 2017، 370). وقد اعتمد على هذا المنهج في جمع البيانات الإحصائية عن الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الحبسة الكلامية من خلال مقياس التي وجه إليهم، ومن ثم تحليل البيانات التي جمعت بالأساليب الإحصائية، واستخلاص النتائج.

مجتمع البحث وعينته:

تألف مجتمع البحث من مرافقي مرضى الحبسة الكلامية المترددين إلى المراكز العلاجية وإلى مشافي مدينتي دمشق وحمص، وقد تم اخيار عينة قصدية بلغت (60) مرافق من مرافقي مرضى الحبسة الكلامية، وزع عليهم مقياس البحث، وبعد استبعاد عدد منها غير الصالح للتحليل الاحصائي بلغت العينة (56) على النحو المبين في الجدول (1).

جدول (1): توزع عينة البحث تبعاً لمتغيرات البحث

| المتغير | شدة الإصابة للمريض | | | المستوى التعليمي للمرافق | | | جنس المرافق | | المجموع |
|---------|--------------------|--------|--------|--------------------------|------------------------|----------------------|-------------|-------|---------|
| | منخفضة | متوسطة | مرتفعة | أقل من تاسع | من التاسع إلى الثانوية | معهد أو إجازة جامعية | ذكور | إناث | |
| العدد | 11 | 15 | 30 | 15 | 27 | 14 | 25 | 31 | |
| النسبة | %19.6 | %26.8 | 53.6% | %26.8 | %48.2 | %25 | 44.6% | %55.4 | %100 |

حدود البحث

- الحدود الزمنية: تم تطبيق البحث خلال العام 2019.
- الحدود المكانية: تم تطبيق البحث المراكز العلاجية وفي مشافي مدينتي دمشق وحمص.
- الحدود البشرية: اقتصر البحث على مرافقي مرضى الحبسة الكلامية المترددين إلى المراكز العلاجية وإلى مشافي مدينتي دمشق وحمص.
- الحدود الموضوعية: تمثلت في تعرف درجة الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الحبسة الكلامية.

الاطار النظري:

1 - مفهوم الحبسة الكلامية: هي فقدان كلي أو جزئي لفهم أو إنتاج اللغة المنطوقة، أو المكتوبة، والمرتبطة بإصابة باحة من الباحات الدماغية المسؤولة عن اللغة (Michel et Nayla, 2001, 45). والحبسة الكلامية هي الحالة الأصعب من اضطرابات النطق بعد الجلطة الدماغية ويكون فيها المريض غير قادر على النطق وغير قادر الفهم. في هذه الحالة يفقد المريض القدرة على إيجاد الكلمات المناسبة لسياق الحديث، غير قادر على تركيب جملة كاملة ومتوازنة، وغير قادر على الربط بين الكلمات، وتقتصر قدرته على التواصل في نطق الكلمات بشكل مفرد فقط، بالإضافة إلى أنه يواجه صعوبة في فهم كلام الآخرين، وعدم القدرة على تكرار الجمل، ولديه خلل في الصوت، وجمل غير مكتملة، وعدم القدرة على القراءة، وعدم القدرة على الكتابة، واضطراب في الكلام، والتحدث بغموض، وحبسة نحوية، وخلط التسمية من خلال استبدال حروف ومقاطع وكلمات، وقلة النطق (Olen-Hoeksema, 2014, 22). والمعنى الاصطلاحي للحبسة الكلامية هي اضطراب يصيب اللغة ويؤثر في قدرة المصاب على استيعاب أو إنتاج اللغة وعلى الكتابة والقراءة، قد تكون الحبسة الكلامية شديدة بحيث تؤثر على قدرة المصاب على التخاطب ويفقد النطق تماماً أو قد تكون بسيطة بحيث يكون التأثير على التخاطب بسيطاً جداً والتأثير قد يكون على إحدى المهارات اللغوية مثل القدرة على تسمية الأدوات أو أسماء أفراد العائلة أو القدرة على تكوين جمل كاملة أو على القراءة. وهناك أسباب عديدة قد تؤدي إلى الأفيزيا منها: الجلطات، الأورام، والإصابات الخارجية المباشرة للدماغ وارتفاع درجات الحرارة بمعدلات خطيرة ما يؤثر في منطقتي الاستقبال والإرسال اللغوي بالدماغ (فيرنيكا وبروكا (Ellis, C., & Urban, S, 2016, 430-439). وتتسم الحبسة الكلامية تتسم بخصائص عديدة تبعاً للجمعية الأمريكية للكلام واللغة والسمع (Asha): وهي (قصور أو تعذر في تعبير الفرد عن أفكاره أو رغباته في الكلام، وصعوبة في القراءة، أو الكتابة، وفي تسمية الأشياء، وصعوبة أو اضطراب في فهم الآخرين، وهي اضطراب مكتسب تسبب مشكلات في اللغة (Kelly, 2010, 8).

2 - أعراض الحبسة الكلامية: للحبسة الكلامية أعراض عديدة أهمها: (عدم القدرة على التعبير بالكلام أو الكتابة، وعدم القدرة على فهم معنى الكلمات المنطوق بها، وعدم القدرة على إيجاد الأسماء لبعض الأشياء والمرئيات، وعدم القدرة على مراعاة القواعد النحوية التي تستعمل في الحديث، أو الكتابة، وعدم القدرة على القراءة)، وهناك أعراض أخرى تشمل التغيرات التي تطرأ على تصرفات الشخص العاطفية والفكرية، وعلى التكوين العام لشخصيته، كالانطواء والعزلة والعناد والعدوان، والاكنتاب، وعدم التوافق والتأخر العقلي، وضعف الذكرة، وأمراض عصبية أخرى مثل الصرع (الطائي، 2008، 147 - 148).

3 - أنواع الحبسة الكلامية: تحدد أعراض الحبسة الكلامية وبالتالي أنواعها الرئيسية أو حسب شدة الإصابة: أولاً: حسب شدة الإصابة: أ - الأفازيا البسيطة (يمكنه إدارة محادثة في مواقف متعددة، ويصعب عليه فهم اللغة

عندما تصبح الجمل طويلة ومعقدة، وقد يعاني من الصعوبة في إيجاد أسماء للتعبير عن أفكاره). ب - الأفازيا الشديدة (يصعب عليه استيعاب أي شيء يقال له، وقد يستخدم كلمات بسيطة أو لا ينتج أية كلمة (Balardin and Miotto, 2009, 277). ثانياً: حسب مكان الإصابة في الدماغ: ومن بين أهم أنواع الحبسة الكلامية: أ - الحبسة الكلامية التعبيرية أو الحركية: وتعرف أيضاً بالأفازيا اللفظية أو الشفوية أو بأفازيا بروكا، وهو نوع من الاضطرابات أو العجز في كلام الشخص المصاب؛ ولكنه يظل قادراً على فهم كلام الآخرين، ويُلاحظ أن المصاب يكرر لفظ واحد مهما تنوعت الأحاديث أو الأسئلة الموجهة إليه، وفي الحالات التي يتعرض فيها الشخص إلى الضغط الانفعالي قد نجده يتمم ببعض العبارات غير المألوفة، أو غير المفهومة، وذلك بقصد توجيه السباب والعدوان، وفي مثل هذه الحالات تسمى بالأفازيا اللفظية أو الشفوية. وقد سميت أفازيا بروكا الحركية بمعنى عدم القدرة على الكلام بالرغم من وجود الكلمة في ذهن المصاب، وفي بعض حالات أفازيا بروكا الحركية (Aphemia) أفيما يفقد المصاب القدرة على التعبير عدا لفظ بعض الكلمات أحياناً مثل (نعم)، أو (لا) (Boehme, et, al, 2016). ب - الحبسة الكلامية الاستقبالية أو الحسية: وتعرف أيضاً بأفازيا ويرنيكة، أو متلازمة ما خلف شق سلفيوس، وقد توصل ويرنيكة إلى افتراض أن حدوث إصابة أو تلف في هذا الجزء من الدماغ، يؤدي بدوره إلى تلف الخلايا العصبية التي تساعد على تكوين الصور السمعية للكلمات أو للأصوات، وينتج عن ذلك ما يسمى بالصمم الكلامي، وهو شكل من أشكال الأفازيا الحسية حيث تكون حاسة السمع سليمة، ولكن الألفاظ تفقد معناها المصاب بهذا الاضطراب لا يستطيع فهم الكلام (Brady, 2016, 2). ويصاحب هذا الاضطراب الإصابة التي تلحق بالمنطقة الخلفية من التلفيف الصدغي الأول (في منطقة ويرنيكة)، وكلام المصاب بالأفازيا الاستقبالية أكثر طلاقة من كلام المصاب بالأفازيا التعبيرية، لكن ذلك يتوقف على حجم الإصابة، فكلام المصاب بالأفازيا الاستقبالية قد يتراوح بين أن يكون غريباً نوعاً ما إلي كونه خالياً تماماً من المعني، وغالباً ما يستخدم هؤلاء المرضى في كلامهم كلمات غير مألوفة أو غير معروفة (Pulvermuller, 2005, 483). ج - الحبسة الكلامية للتسمية: هذا النوع فإن المصاب يجد صعوبة في تسمية الأشياء، فإذا عرضت عليه مجموعة من الأشياء المألوفة وطلب منه تسميتها فإنه قد يشير إلى استعمالها عوضاً عن أسمائها، وهذا الاضطراب لا يشمل فقط الأشياء المرتبطة بل يشمل أسماء الأشياء المسموعة، أو الملموسة، وتبقى قدرة المصاب على تذكر الحروف وأجزاء الكلام المطبوعة سليمة، ويبقى قادراً أيضاً على استعمال الشيء والإشارة إليه إذا سمع اسمه أو رآه (Mohr, et. al, 2016, 414). د - الحبسة الكلامية الشاملة أو الكلية: تشير هذه الحبسة إلى العجز الشديد في كل الوظائف المتعلقة باللغة، ففي هذا النوع من الحبسة الكلامية نجد أن قدرة الشخص المصاب على الفهم وإنتاج الكلام معيبة أو لا توجد نهائياً، ولكنه قد يستطيع التواصل مع غيره عن طريق الإشارات أو الرموز، كأن يستخدم صوراً بدلاً عن الكلمات، وحتى في هذه الطريقة قد يجد المصاب صعوبة في تنفيذها أو قد لا تتجح كلياً (Stahl, 2016. 92). وينتج عن إصابة واسعة في نصف المخ الأيسر تغطي معظم المناطق التي يعتقد أن لها دوراً في فهم وإنتاج اللغة. فهذا الشكل من الحبسة الكلامية الشاملة أو الكلية يحدث بسبب إصابة الدماغ بجلطة دموية تؤدي إلى انسداد الشريان والأوعية الدموية المغذية للمخ، وللألياف العصبية الواردة من المراكز العليا للحركة بالفص الجبهي والمتجه نحو الذراع، والساق، والأطراف وأعضاء النطق، مثل هذه الإصابة تنتشر في جزء كبير من مناطق الكلام في نصف الكرة المخ المسيطر، ويمكن أن تحدث نفس الأعراض بسبب الالتهابات، والنزيف الدماغي، الذي يؤدي

إلى حرمان المنطقة المصابة من التغذية والأوكسجين اللازم (Wilssens, 2015, 284). ه - الحبسة الكلامية التوصيلية: ويتصف مريض هذا النوع من الحبسة الكلامية بعدم قدرة المصاب على إعادة ما يسمعه بصوت عال، إضافة إلى كون الكلام التلقائي لهذا المصاب ليس له معنى، والمصاب قادر على فهم الكلام المنطوق والكلام المكتوب تظل إلي حد كبير سليمة (Sickert, 2014, 52). و - الحبسة عبر القشرة الحركية وهي حبسة نادرة نسبياً، ويكون الكلام التلقائي غير سلس مع صعوبة في النطق مؤدية إلى تلعث في الكلام، ويكون هناك جهد واضح في إنتاج الكلام حيث تظهر مشكلات النطق بالكلام التلقائي، ويلاحظ إنتاج التتابعات مثل أيام الأسبوع والأشهر والأعداد بطلاقة ودقة. وتتصف القدرة على الفهم بأنها جيدة، وقد يصاحب إنتاج الكلام بأبداً كسيا الكلام (Speech Apraxia)، ويستطيع المريض تمييز الكلمات ذات المعنى عن الكلمات غير ذات المعنى، ويكون لديه صعوبة في إيجاد الكلمات، وفهم جيد بالقراءة مع معاناة بعض المرضى من فقدان التام لوظيفة القراءة أو من صعوبات القراءة، ويصعب على المريض قراءة الجملة المعقدة بصوت مرتفع، ثم إن المصاب بهذه الحبسة يعاني في الكتابة، وفي وضع الحروف بطريقة مرتبة، وإملاء الكلمات ولهذا فإنه يكون ضعيفاً وذلك نظراً للقصور في إدراك الكلمة التي تتم تهجئتها (Messelink, 2012, 18).

4 - العوامل التي تؤدي إلى حدوث الحبسة الكلامية: (أ - ارتفاع ضغط الدم: يأتي ارتفاع ضغط الدم في مقدمة الأسباب المهيأة للسكتة الدماغية، إذ إنها تشكل (40 - 70%) من مجموع حالات الإصابة، إن ارتفاع ضغط الدم يؤدي إلى ارتفاع الضغط في الشرايين، ويؤدي أيضاً إلى زيادة في عمل القلب، مما يجعل الأوعية الدموية الصغيرة تشكل عائقاً يعيق تدفق الدم لأنها تتحمل كمية إضافية من الجهد، ونتيجة هذا الجهد المتكاثف فإنها تضعف إلى حد تصبح فيه الإصابة بالسكتة الدماغية ممكنة. ب - التقدم في السن: عند التقدم بالسن فإن وظائف أساسية في الجسم تفقد جاهزيتها ولياقتها أو تفقد جزءاً كبيراً منها ومن المقدر على تأدية ما يجب عليها أن تؤديه، فالشرايين مثلاً تصبح أكثر قابلية للعطب وأقل مرونة، وعندها يمكن أن يحصل التشقق والنزيف، ثم النزيف الدموي الداخلي، وإذا حصل أحد هذين السببين، التصلب والنزيف في الدماغ فإنه يهيئ للإصابة بالسكتة الدماغية. ج - البدانة وزيادة الوزن: البدانة هي زيادة بنسبة (40%) أكثر من الوزن الطبيعي، والبدانة هنا هي تحميل إضافي على القلب وعلى الفقرات، وعلى الرئتين وعلى كل الوظائف الحيوية في الجسم، والتي تؤدي كل منها عملاً يلائم وزناً طبيعياً معيناً، فإذا زاد هذا الوزن زاد إلتعاب العضو، وتطلب منه مجهوداً أكبر، مما يؤدي إلى تعبته بشكل مبكر وإلى تعطيل في قيامه بوظيفته على الوجه الأكمل. د - السكري: يحدث نتيجة لتخريب في جزر لانجرهانز في البنكرياس مما يؤثر على إفراز هرمون الأنسولين الذي ينظم نسبة السكر في الدم، ولهذا أثره على جميع وظائف الجسم الحيوية، ومنها تأثيره في الأوعية الدموية حيث يمكن أن يحدث نزيفاً داخلياً. ه - مستوى الكوليسترول في الدم: الكوليسترول مادة أساسية موجودة بشكل طبيعي في الجسم وهي تُنتج بشكل تلقائي، والكوليسترول أيضاً مادة متواجدة في الكثير من الأطعمة التي كلما تم استهلاك قسم منها كلما زاد تواجد الكوليسترول في الدم، فإن الكوليسترول يعدُّ صلة الوصل بين السكتات الدماغية والنوبات القلبية، ولذلك فإن مراقبة مستوى الكوليسترول في الدم، وخاصة التوازن بين نوعي الكوليسترول الحميدة (HDL)، والسيئة (LDL)، وتعزيز هذا التوازن بالحمية (حلاق، 2012، 24 - 25).

5 - الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الحبسة الكلامية:

أ - مفهوم الضغوط النفسية: تشير الضغوط النفسية إلى حالة من عدم قدرة الفرد على التكيف مع التهديد المدرك سواء أكان حقيقياً أم متخيلاً للصحة النفسية، والجسدية، والانفعالية، والروحية، والتي تنتج سلسلة من الاستجابات

والتكيفات الفسيولوجية (Alzaeem, and Gillani, 2010, 20). ويرف كاندر (Candler) الضغط النفسي بأنه "حالة من التوتر العاطفي تنشأ من أحداث الحياة المرضية" (جاسم، 2004، 308)، أما سينير (2006) Sayiner فيرى أن الضغوط هي تجارب عاطفية سلبية، مصحوبة بتغييرات فسيولوجية وإدراكية وسلوكية يمكن التنبؤ بها (Sayiner, 2006, 24).

ب - تصنيف الضغوط النفسية: تعددت التصنيفات لأنواع الضغوط باختلاف توجهات الباحثين وفيما يأتي عرض لبعض هذه التصنيفات: **1 - الضغوط الخارجية (البيئية) والضغوط الداخلية (الشخصية):** تشير الضغوط الخارجية تفاعل الفرد مع البيئة التي يعيش فيها، ويتعرض لها في حياته اليومية، أما الضغوط الداخلية فناتجة عن إدراك الفرد لعالمه الخارجي، بمعنى انطباعاته عن العالم الذي يعيش فيه، ونظرته له، أي الكيفية التي يدرك بها الفرد الضغوط التي يتعرض لها (الجبلي، 2006، 23). **2 - الضغوط الوقتية (المنقطعة)، والمستمرة (المزمنة):** تشير الضغوط المنقطعة إلى تلك الدرجات من التوتر التي تحدث على فترات ويواجهها الإنسان من خلال محاولات التوافق، مثل هذه الضغوط تضع الإنسان دائماً على استعداد لمواجهة أو الهروب لتجنب الموقف بأن يقوم الجسم بعد ذلك بالاسترخاء، أما الضغوط المستمرة ومن العوامل المسببة لهذه الضغوط: التحديث المستمر في أدوات العمل والإنتاج، والتطوير السريع في المعرفة، والحاجة الدائمة إلى اكتساب مهارات جديدة وحديثة (هلال، 2000، 12 - 13). **3 - الضغط النفسي الإيجابي والسلبي:** يشير الضغط النفسي الإيجابي إلى التغييرات والتحديات التي تقيد نمو المرء وتطوره، وهذا النوع من الضغط يحسن من الأداء العام ويساعد على زيادة الثقة بالنفس، أما الضغط النفسي السلبي عبارة عن الضغوط التي يواجهها الفرد في العائلة أو العمل أو في العلاقات الاجتماعية، وتؤثر هذه الضغوط سلباً على الحالة الجسدية والنفسية وتؤدي إلى عوارض مرتبطة من الضغط النفسي كالصداع وآلام المعدة والظهر والتشنجات العضلية وعسر الهضم والأرق وارتفاع ضغط الدم السكري (السيد عبيد، 2008، 35).

ج - أعراض الضغوط النفسية: من أعراض الضغوط النفسية (أ - اضطرابات نفسية، ومنها: تزايد أعراض التوجس والقلق، وتزايد مشاعر الاكتئاب، والحدة الانفعالية، ب - اضطرابات عضوية: تزايد الاضطرابات العضوية كسوء الهضم، وآلام المعدة، والتوترات العصبية كالشدّة وضيق التنفس، والصرع، والتعب السريع، اضطرابات ذهنية وفي طريقة التفكير "التفكير الخاطئ في تصرفات الآخرين ونواياهم"، واضطرابات في السلوك والتصرفات كفقدان الشهية، والاندفاع والتوتر الشديد، العنف والافراط في التدخين) (ابراهيم، 2003، 14).

د - آثار الضغوط النفسية: إن الضغوط النفسية تضع صاحبها في كثير من الأحيان في حالات غير متزنة، الأمر الذي يؤدي في النهاية إلى ظهور آثار ونتائج سلبية على حياته ومجتمعه، ومن أهم هذه الآثار: (1 - يولد الضغط النفسي في نفس صاحبه نوعاً من العنف والنقمة على الواقع والنظر إليه بسوداوية قاتمة، أملاً في الخروج من أزمته وتخفيف وطأة المسؤوليات عليه، لاسيما إذا لم يجد من يقف بجانبه ويحمل عنه بعض أعبائه، 2 - يؤدي الضغط النفسي إلى الانعزالية عن الحياة، والبعد عن الواقع، ويضطرب عنده منهج التفكير والتحليل، فتراه يناقش موضوعاً مألوفاً بتحليلات فلسفية غامضة، أو تفسيرات لا يقبلها العقلاء والأسوياء، 3 - الضغط النفسي يؤثر في التعامل مع الآخرين أو بناء علاقات معهم، إذ يصعب على الإنسان المضغوط نفسياً بناء علاقات الآخرين، 4 - للضغط النفسي آثار سلبية كثيرة على الجوانب العضوية في

الإنسان، فكثير من الأمراض العضوية هي إفرازات حقيقية للحالة النفسية التي يعيشها المريض، 5 - يؤثر الضغط النفسي سلباً على الإنتاج في العمل، لأنه يُفقد صاحبه التوازن في التعامل مع الأشياء، وكذلك يشتت عنده الطاقات، فضلاً عن الاستياء من الوصول إلى تحقيق الغايات وبلوغ الأهداف) (مسودة، 2013، 19 - 20).

و - **الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الحبسة الكلامية:** تعد السكتة الدماغية هي السبب الرئيسي الثاني للوفاة بين البالغين والسبب الرئيسي للإعاقة في العالم (Feigin, et, al., 2017, 441). وغالباً ما ينطوي ذلك على عواقب كبيرة على المرضى الذين ما زالوا بحاجة إلى المساعدة، والتي يتم تقديمها في الغالب من قبل مقدمي الرعاية غير الرسميين، وعادة ما يكون الزوج أو غيره من أفراد الأسرة (3) (Pindus et al., 2018). ويدفع مقدمو الرعاية من مرافقي مرضى الحبسة الكلامية ثمناً باهظاً من وقتهم وصحتهم الجسدية والنفسية في رعاية مرضى الحبسة الكلامية، إذ يُدون دوراً رئيساً في أثناء تأهيلهم وبعد عملية إعادة التأهيل، فيتحمّلون العديد من المسؤوليات، وتتغير أدوارهم، والتي قد تكون صعبة للغاية (Camak, 2015, 2378). ويقدم مرافقي مرضى الحبسة الكلامية رعاية طويلة الأجل لمرضى الحبسة الكلامية، والتي يمكن أن تؤدي إلى ضغوط كبيرة، وينتج آثار سلبية على الأداء النفسي والجسدي والاجتماعي والمالي (Byun and Byun, 2015, 470). وهذه الضغوط لها عواقب سلبية، إذ غالباً مما تغير بعمق المشاعر، وفي سلوكيات مقدمي الرعاية، ويواجه مقدمي الرعاية نوعين من الضغوط، يتعلق بالمجال الموضوعي، الذي يشتمل على صعوبات عملية ومالية وصحية في الصحة الجسدية، وتؤثر لاحقاً على المجالات النفسية والاجتماعية لمقدمي الرعاية كالقلق والاكتئاب وانخفاض مستوى السعادة، وانخفاض في جودة الحياة ومشاكل مرتبطة بالعلاقات مع الآخرين (5) (Ferrario, et, al., 2019).

دراسات سابقة

▪ **دراسة الشيخ محمد (2007) في السودان، بعنوان: الضغوط النفسية لدى أسر المصابين بالعلل الدماغية وعلاقتها ببعض المتغيرات.** هدفت الدراسة إلى تعرف الفروق في الضغوط النفسية للأسر المصابين بالعلل الدماغية وعلاقتها ببعض المتغيرات، استخدم المنهج الوصفي، وبلغت عينة الدراسة (250) فرداً من أسر المصابين بالعلل الدماغية من أبناء المصابين بالعلل الدماغية، واستخدم مقياس الضغوط النفسية. توصلت نتائج الدراسة إلى السمة العامة للأسرة المصابين بالعلل الدماغية تتسم بالارتفاع، ولم توجد فروق دالة إحصائية تبعاً لمتغيرات (المستوى التعليمي، والجنس).

▪ **دراسة شارون وآخرون (Sharon, et al, 2009) في ولاية تكساس بعنوان: معاناة الضغوط لدى مرضى الحبسة الكلامية ومقدمي الرعاية الزوجية في السنة الأولى من إعادة التأهيل للمريض. (Stress Experienced by Stroke Survivors and Spousal Caregivers During the First Year After Discharge from Inpatient Rehabilitation).** هدفت الدراسة إلى تعرف مستويات الضغوط لمقدمي الرعاية الزوجية، أو مرافقي المريض، ومدى التنبؤ بمستوى الإجهاد لدى الأزواج خلال عامهم الأول في المنزل من خلال تعاملهم مع المريض، استخدمت الدراسة مقياس الضغوط المصوّر على عينة بلغت (159) من مرضى الحبسة الكلامية ومقدمي الرعاية الأسرية بعد الخروج من المشفى، وتحددت فترات الخروج (3، أو 6، أو 9، أو 12) شهراً. وشملت متغيرات الدراسة، والحالة الصحية، وتأثير السكتة الدماغية، والتعامل مع مقدمي الرعاية، والدعم الاجتماعي. بينت نتائج الدراسة وجود علاقة بين مرضى الحبسة الكلامية ومقدمي الرعاية الأسرية بشكل إيجابي، وانخفضت

الدرجات بشكل كبير خلال العام نتيجة الرعاية المستمرة. وبينت النتائج وجود ضغوط كبيرة وتوتر شديد لدى مقدمي الرعاية الأسرية، وارتبطت بالصحة الجيدة لدى مرضى الحبسة الكلامية، وانخفاض التوتر بوجود الدعم الاجتماعي، واستراتيجيات مواجهة أفضل.

■ **دراسة عبد ربه (2010) في مصر، بعنوان: الضغوط النفسية لدى آباء الأطفال المصابين بالشلل الدماغي في ضوء بعض المتغيرات.** هدفت الدراسة إلى الكشف عن الضغوط النفسية التي يعاني منها آباء الأطفال المصابين بالشلل الدماغي. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (100) أب من آباء الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، من مركز رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة بمعهد الدراسات العليا لطفولة جامعة عين شمس، وكلية العلاج الطبيعي جامعة القاهرة. تم استخدام أداتين للدراسة هما: استمارة عن (آباء، والأطفال) المصابين بالشلل الدماغي، ومقياس الضغوط النفسية لآباء الأطفال المصابين بالشلل الدماغي. تم التوصل إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات آباء الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الذكور والإناث لصالح آباء الأطفال الذكور.

■ **دراسة درويش (2011) في سورية، بعنوان: الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعوقين عقلياً وأساليب مواجهتها.** هدفت الدراسة إلى تعرف الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعوقين عقلياً وأساليب مواجهتها، تكونت عينة الدراسة (40) ولي أمر. طبقت الباحثة مقياس الضغوط النفسية ومقياس أساليب مواجهة الضغوط على عينة من أولياء أمور المعاقين عقلياً في مدينة دمشق. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل المعوق من أكثر مصادر الضغوط النفسية شيوعاً وتأثيراً لدى أولياء أمور المعاقين عقلياً، ثم يليها القلق، تليها المشكلات النفسية والمعرفية للطفل، ثم الأعراض النفسية والعضوية ثم مشكلات الأداء الاستقلالي للطفل، يليها مشاعر اليأس والاحباط وأخيراً المشكلات الأسرية والاجتماعية.

■ **دراسة جبالي (2013) في الجزائر، بعنوان: الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.** هدفت الدراسة إلى تعرف مستوى الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أم الطفل المصاب بمتلازمة داون، تكونت عينة الدراسة من (66) أم لأطفال مصابين بمتلازمة داون، وقد اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي، شملت أدوات البحث استبيان الضغوط النفسي، استبيان استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون تعاني من ضغوط نفسية مرتفعة، وتعتمد على استراتيجيات المواجهة الإيجابية لتخفيف الضغوط النفسية، وتوجد فروق ذات دلالة احصائية عند في مستوى الضغوط النفسية، وفي نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون تعزى إلى متغير جنس الابن المصاب.

■ **دراسة أحمد فرح وعلي أمين (2015) في السودان، بعنوان: الضغوط النفسية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية.** هدفت الدراسة إلى تعرف مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية المترددات على مستشفى السلاح الطبي، والتحقق مما إذا كانت هناك فروق بين أبعاد هذه الضغوط. استخدم المنهج الوصفي، وبلغ حجم العينة (30) فرداً، كما استخدم مقياس الضغوط النفسية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الضغوط النفسية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية تنسم بالانخفاض، وأن هناك فروق بين أبعاد الضغوط النفسية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية لصالح بعد الأعراض العضوية، وأن الفروق في

مستوى الضغوط النفسية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وجدت أنها تكون تبعاً لمتغيري درجة الإعاقة والحالة الاقتصادية، ولم توجد فروق تبعاً لمتغير تعليم الأم.

▪ **دراسة تاتسوي (Tatsumi, 2016) في اليابان. بعنوان: العلاقة بين الكفاءة الذاتية للتواصل، وصعوبات التواصل، والصحة العقلية لأسر الأشخاص الذين يعانون من الحبسة الكلامية (Relationships among Communication Self-Efficacy, Communication Burden, and the Mental Health of the Families of Persons with Aphasia).** هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الكفاءة الذاتية للتواصل، وصعوبات التواصل، والصحة العقلية لأسر المرضى الذين يعانون من الحبسة الكلامية. شملت الدراسة (110) زوجاً لمرضى الحبسة الكلامية ممن يقدمون الرعاية المنزلية. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي، وشملت أدوات الدراسة مقاييس: (الكفاءة الذاتية، وصعوبات التواصل، الاكتئاب، جودة الحياة المتعلقة بالصحة، الصحة العقلية لأسر المرضى الذين يعانون من الحبسة الكلامية). بينت النتائج أن البرامج التعليمية النفسية التي تقدم العلاج لمرضى الحبسة الكلامية عن طريق الكفاءة الذاتية للتواصل من خلال الرعاية الأسرية، لها قدرة كبيرة على الحد من صعوبات التواصل، وتحسين الصحة العقلية لمقدمي الرعاية للمريض، كذلك تحسين جودة الحياة الذين يعانون من الحبسة الكلامية، ولأسرهم.

▪ **دراسة ماثيميرانا، وآخرون (Muthucumarana, et., al, 2018) في سريلانكا. بعنوان: الاهتمام بمرضى السكتة الدماغية: تجارب من مقدمي الرعاية الأسرية في سريلانكا: دراسة نوعية (Caring for stroke survivors: experiences of family caregivers in Sri Lanka – a qualitative study).** هدفت الدراسة إلى تحديد تجارب مقدمي الرعاية الأسرية لمرضى السكتة الدماغية بعد خضوعهم إلى علاج قاسي وخروجهم من المستشفى، وتعرف مدى العناية بمرضى السكتة الدماغية في المنزل، والضغوط النفسية التي يتعرض لها مقدمي الرعاية، والصعوبات التي يواجهونها، ودراسة الفروق تبعاً للدخل الشهري، والمستوى التربوي، والعمر. شملت عينة البحث (10) مرافق لمرضى السكتة الدماغية. وبينت النتائج وجود صعوبات عديدة تعترض مقدمي الرعاية، منها (قلة المراجع التي تساعد على معالجة المريض، وعدم وجود استراتيجيات واضحة لمواجهة الضغوط النفسية، انشغال متواصل مع المريض وملازمته طوال الوقت، عدم وجود دعم اجتماعي، وقلة الدعم المالي)، ولم توجد فروق دالة احصائياً تبعاً لمتغيرات الدراسة.

▪ **دراسة جينور، وآخرون (Gaynor, et., al, 2019) في بريطانيا. بعنوان: التدهور المعرفي لمرضى السكتة الدماغية، والصحة النفسية لمقدمي الرعاية الأسرية بعد خمس سنوات من الإصابة بالسكتة الدماغية: تحليل عرضي (Stroke survivor cognitive decline and psychological wellbeing of family caregivers five years post-stroke: a cross-sectional analysis).** هدفت الدراسة إلى تحديد أعراض القلق والاكتئاب لمقدمي الرعاية الأسرية، والكشف عن العلاقة الارتباطية مع التدهور المعرفي لدى المرضى من خلال متابعة مدتها خمس سنوات بشأن التدخلات الوقائية الثانوية وإعادة التأهيل لمرضى السكتة الدماغية، شملت عينة الدراسة (78) من مرافقي مرضى الحبسة الكلامية، طبق عليهم استبانة التقرير الذاتي، ومقاييس القلق والاكتئاب، وتم تقييم الانخفاض المعرفي للمرضى من وجهة نظر مقدم الرعاية باستخدام مقياس (IQCODE)، كما تم تقييم الأداء المعرفي من قبل وزارة الشؤون الاجتماعية. وبينت النتائج أن (25.5%) من مرافقي المرضى لديهم

أعراض اكتئاب، وأن (19.4%) منهم لديهم أعراض قلق، و(16.7%) من مرضى الحبسة الكلامية لديهم انخفاض معرفي، وارتبط الانخفاض المعرفي بشكل كبير مع كل من أعراض الاكتئاب والقلق لمقدمي الرعاية الأسرية.

تعليل على الدراسات السابقة: ركزت الدراسات السابقة على الضغوط النفسية التي يواجهها مرافقي مرضى الحبسة الكلامية، وقد أفاد البحث منها في صياغة أهداف البحث والخطوات اللازمة لتحقيقها، وفي صياغة مقياس الدراسة، وفي اختيار الوسائل الإحصائية المناسبة لتحليل البيانات، وكذلك في أسلوب عرض النتائج ومناقشتها وفقاً لأهداف البحث. ويتفق البحث الحالي مع الدراسات السابقة في تناولها الضغوط النفسية لمرافقي مرضى الحبسة الكلامية، وتختلف معها من حيث عينة ومجتمع البحث، فهذا البحث جديد فيما يطرق إليه في تناولها الضغوط النفسية التي يواجهها مرافقي مرضى الحبسة الكلامية في مدينتي دمشق وحمص، والتي لم تشمل أية دراسة ميدانية على ذلك على حد علم الباحثة.

مقياس الضغوط النفسية لمرافقي مرضى الحبسة الكلامية:

1 - إعداد المقياس: أعدَّ المقياس بناءً على الدراسات والأبحاث التي أجريت في هذا المجال، وقد استخدم مقياس الضغوط النفسية لمرافقي مرضى الحبسة الكلامية لباكير وسولبيرن (Becker & Silburn, 2012)، وتكون بصورته الأولية من (40) عبارة، وطبق على عينة بريطانية شملت (385) مقدم لرعاية مريض الحبسة الكلامية، وبنات بلغت قيمته (0.94)، وطور المقياس ميل وآخرون (Mel, et., al, 2017) في الصين والمؤلف من (40) فقرة على عينة بلغت (409) من مقدمي الرعاية الأسرية، بلغت قيمة ثبات المقياس (0.89)، وقد استخدمت الباحثة هذا المقياس في دراستها. وتكونت المقياس من (40) عبارة. وقسمت من قسمين: الأول يشمل المعلومات الأساسية عن مرافقي مرضى الحبسة الكلامية، وهي (جنس المرافق، المستوى التعليمي للمرافق، شدة الإصابة للمريض)، والثاني عبارات المقياس المؤلف من (40) عبارة. وللمقياس خمسة بدائل للدرجات هي: منخفضة جداً: (1)، منخفضة: (2)، متوسطة: (3)، مرتفعة: (4)، مرتفعة جداً: (5). وبالتالي تتراوح درجة كل مفحوص بين (1) و(200)، وتم وصف مستوى الضغوط النفسية على النحو الآتي: (من 1 - 2.33) منخفضة، من (2.34 - 3.67) متوسطة، و(3.68 - 5) مرتفعة.

2 - صدق المقياس: أ - صدق المحكمين: عرض المقياس بصورته الأولية على مجموعة من المختصين والباحثين في هذا المجال في التربية الخاصة بجامعة دمشق وتشرين، وبلغ عددهم (5) محكمين، بهدف إبداء آرائهم حول الضغوط النفسية لمرافقي مرضى الحبسة الكلامية، وقد تم تعديل العبارات، بحيث تم تغيير العبارة (أشعر بخيبة أمل لعدم حصولي على الدعم العملي) بحيث أصبحت (أشعر بأنني غير قادر على الحصول على الدعم العملي الذي أحتاجه) وعبارة (أعاني من الأرق بسبب حالة مريضتي الصحية)، بحيث أصبحت (أعاني من الأرق بسبب التفكير بتطور حالة مريضتي الصحية)، وعبارة (أشعر بأنني عصبي لعدم تقديم الرعاية الصحية لمريضتي)، فقد أصبحت (أفقد أعصابي إذ وجدت تقصيراً في تقديم الرعاية الصحية لمريضتي في المشفى)، (أشعر بعدم الرضى عن وضعي المادي)، فقد أصبحت (أشعر بعدم الرضى عن حالتي المادية لوجود متطلبات يحتاجها مريضتي)، ولم يتم حذف أية عبارة، بحيث بقيت عبارته (40) عبارة.

ب - صدق الاتساق الداخلي: تم حساب قيم معاملات الاتساق الداخلي بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية له، وجاءت النتائج على النحو الوارد في الجدول (2)، الذي يتبين منه وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية له.

جدول (2) معاملات الاتساق الداخلي بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية له

| رقم العبارة | معامل الارتباط بيرسون | القيمة الاحتمالية | رقم العبارة | معامل الارتباط بيرسون | القيمة الاحتمالية | رقم العبارة | معامل الارتباط بيرسون | القيمة الاحتمالية | رقم العبارة | معامل الارتباط بيرسون | القيمة الاحتمالية |
|-------------|-----------------------|-------------------|-------------|-----------------------|-------------------|-------------|-----------------------|-------------------|-------------|-----------------------|-------------------|
| 1 | **0.782 | 0.000 | 11 | *0.726 | 0.000 | 21 | **0.794 | 0.000 | 31 | **0.626 | 0.002 |
| 2 | **0.865 | 0.000 | 12 | **0.676 | 0.001 | 22 | **0.659 | 0.001 | 32 | *0.737 | 0.039 |
| 3 | *0.478 | 0.025 | 13 | **0.818 | 0.000 | 23 | *0.52 | 0.013 | 33 | *0.545 | 0.009 |
| 4 | **0.667 | 0.001 | 14 | **0.789 | 0.000 | 24 | **0.839 | 0.000 | 34 | **0.575 | 0.005 |
| 5 | *0.783 | 0.000 | 15 | **0.818 | 0.000 | 25 | *0.527 | 0.012 | 35 | *0.602 | 0.003 |
| 6 | **0.713 | 0.000 | 16 | **0.784 | 0.000 | 26 | **0.649 | 0.001 | 36 | **0.638 | 0.001 |
| 7 | **0.835 | 0.000 | 17 | **0.909 | 0.000 | 27 | **0.531 | 0.011 | 37 | **0.776 | 0.000 |
| 8 | **0.642 | 0.001 | 18 | **0.732 | 0.000 | 28 | **0.733 | 0.000 | 38 | *0.467 | 0.029 |
| 9 | **0.829 | 0.000 | 19 | **0.82 | 0.000 | 29 | **0.648 | 0.001 | 39 | **0.741 | 0.000 |
| 10 | *0.488 | 0.021 | 20 | **0.762 | 0.000 | 30 | **0.517 | 0.014 | 40 | **0.603 | 0.003 |

3 - ثبات المقياس: تم تقدير ثبات المقياس على عينة استطلاعية بلغت (22) من مرافقي مرضى الحبسة الكلامية من خارج عينة البحث، وذلك بالطريقتين الآتيتين: أ. طريقة التجزئة النصفية: إذ قسم المقياس بعد تطبيق إلى قسمين، يضم الأول العبارات الزوجية، والثاني العبارات الفردية، حسب مجموع درجات العبارات الزوجية، وكذلك مجموع درجات العبارات الفردية، وتم حساب معامل الارتباط بين درجات النصف الأول ودرجات النصف الثاني للمقياس ككل، وقد بلغ قبل التعديل (0.969)، ثم جرى تعديل طول البعد باستخدام معادلة سبيرمان براون (Spearman-Brown) الذي بلغ (0.984)، وهي قيم مقبولة لأغراض البحث الحالي. ب. طريقة ألفا كرونباخ (Cronbach Alpha): حسب معامل الاتساق الداخلي الضغوط النفسية لمرافقي مرضى الحبسة الكلامية. يتضح أن معامل الثبات جاء (0.97) وهو معامل ثبات مقبول إحصائياً. وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة جيدة من الثبات بحيث يمكن تطبيقه على عينة البحث.

النتائج والمناقشة

الاجابة عن السؤال الرئيس:

ما درجة الضغوط النفسية التي يعاني منها مرافقي مرضى الحبسة الكلامية في مدينتي دمشق وحمص؟ للوصول إلى درجة الضغوط النفسية التي يعاني منها مرافقي مرضى الحبسة الكلامية، تم حساب المتوسط الحسابي والوزن النسبي لكل عبارة من عبارات المقياس، ورتبت العبارات تبعاً لدرجة المتوسط الحسابي، كما هو موضح في الجدول (3).

جدول (3): درجة الضغوط النفسية التي يعاني منها أفراد عينة البحث من مرافقي مرضى الحبسة الكلامية في مدينتي دمشق وحمص

| الترتيب | الرقم | العبارات | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الوزن النسبي | درجة الإيجابية |
|---------|-------|---|-----------------|-------------------|--------------|----------------|
| 1 | 9 | أشعر بالحزن على الحالة الصحية التي وصل إليها مريضتي. | 4.59 | 0.99 | 91.8% | مرتفعة |
| 2 | 36 | يؤلمني عدم توافر الدعم المناسب الذي أحتاجه عند رعاية مريضتي. | 4.50 | 1.10 | 90% | مرتفعة |
| 3 | 20 | تزعجني كثرة التعليمات والتوجيهات التي يتعين إعطاؤها لمريضتي. | 4.27 | 1.31 | 85.4% | مرتفعة |
| 4 | 24 | أفقد أعصابي إذ وجدت تقصيراً في تقديم الرعاية الصحية لمريضتي في المشفى. | 4.20 | 1.37 | 84% | مرتفعة |
| 5 | 23 | أشعر بالضيق عند الذهاب إلى المشفى مع مريضتي. | 4.18 | 1.53 | 83.6% | مرتفعة |
| 6 | 1 | أشعر بأني منهك جسدياً. | 4.14 | 1.35 | 82.8% | مرتفعة |
| 7 | 11 | لا أشعر بأي متعة في حياتي بسبب الحالة الصحية لمريضتي. | 3.96 | 1.41 | 79.2% | مرتفعة |
| 8 | 16 | أشعر بالإحباط تجاه أسلوب حياة مريضتي. | 3.95 | 1.27 | 79% | مرتفعة |
| 8 | 26 | أشعر بأن حياتي معلقة بسبب رعايتي لمريضتي. | 3.95 | 1.51 | 79% | مرتفعة |
| 9 | 25 | ألوم نفسي بشدة على إذا قصرت في تقديم الخدمة لمريضتي. | 3.93 | 1.29 | 78.6% | مرتفعة |
| 10 | 18 | أشعر بالضعف بسبب صعوبة التعامل مع مريضتي. | 3.89 | 1.34 | 77.8% | مرتفعة |
| 10 | 22 | لا يمكنني زيارة أصدقائي بسبب مرافقتي لمريضتي. | 3.89 | 1.55 | 77.8% | مرتفعة |
| 11 | 7 | أشعر بأني غير قادر على الحصول على المساعدة والمعلومات أحتاجها. | 3.84 | 1.51 | 76.8% | مرتفعة |
| 12 | 29 | اعتقد أن أسرة مريض الحبسة الكلامية تؤدي مهاماً تفوق المهام التي تقوم بها الأسرة العادية | 3.82 | 1.38 | 76.4% | مرتفعة |
| 12 | 31 | أعاني من اضطرابات صحية بسبب تغير في النمط الغذائي بمرافقتي لمريضتي. | 3.82 | 1.35 | 76.4% | مرتفعة |
| 13 | 4 | أشعر بأني مرهقاً بسبب مرافقتي لمريضتي. | 3.80 | 1.51 | 76% | مرتفعة |
| 14 | 6 | أشعر بأني غير قادر على الحصول على الدعم العملي الذي أحتاجه. | 3.79 | 1.12 | 75.8% | مرتفعة |
| 14 | 14 | أعاني من العزلة الاجتماعية بسبب مرافقتي لمريضتي. | 3.79 | 1.33 | 75.8% | مرتفعة |
| 14 | 37 | أحرص على توفير الحماية الزائدة لمريضتي. | 3.79 | 1.45 | 75.8% | مرتفعة |
| 15 | 10 | أشعر بخيبة الأمل حينما أدرك مريضتي سبب الموت. | 3.77 | 1.41 | 75.4% | مرتفعة |
| 16 | 3 | أبدو مكتئباً بسبب حالة مريضتي الصحية. | 3.73 | 1.41 | 74.6% | مرتفعة |
| 16 | 8 | أشعر بالتعب بسبب الأعباء المتزايدة لمرافقتي لمريضتي. | 3.73 | 1.30 | 74.6% | مرتفعة |
| 17 | 34 | أشعر بعدم الرضى عن حالتي المادية لوجود متطلبات يحتاجها مريضتي. | 3.70 | 1.71 | 74% | مرتفعة |
| 18 | 38 | لدي علاقة جيدة مع مريضتي الذي أعنتني به. | 3.68 | 1.71 | 73.6% | مرتفعة |
| 19 | 2 | أشعر بأني منهك عقلياً. | 3.66 | 1.56 | 73.2% | متوسطة |
| 20 | 17 | أشعر بالقلق عندما أقصر في رعاية مريض الحبسة الكلامية. | 3.64 | 1.30 | 72.8% | متوسطة |
| 21 | 5 | أشعر بالحزن لعدم تقديم الدعم المخصص الخاص بمريضتي. | 3.61 | 0.99 | 72.2% | متوسطة |
| 22 | 32 | يراودني القلق بسبب عدم تقني بالخدمات المقدمة لمريضتي | 3.55 | 1.69 | 71% | متوسطة |
| 23 | 19 | أشعر أن كل ما نفعله مع مريضتي يعد جهداً ضائعاً. | 3.54 | 1.49 | 70.8% | متوسطة |
| 24 | 27 | أشعر بالإحباط وعدم الرغبة في الحياة لما وصلت إليه حال مريضتي. | 3.52 | 1.41 | 70.4% | متوسطة |
| 25 | 12 | أعاني من الأرق بسبب التفكير بتطور حالة مريضتي الصحية. | 3.50 | 1.58 | 70% | متوسطة |
| 26 | 39 | أشعر أنني قادر على التعامل مع الحالات الصعبة. | 3.50 | 1.58 | 70% | متوسطة |
| 26 | 40 | أشعر أنني قادر على تلبية حاجات مريضتي. | 3.46 | 1.68 | 69.2% | متوسطة |
| 27 | 15 | أشعر بعدم القدرة على السيطرة على حياتي الخاصة. | 3.45 | 1.53 | 69% | متوسطة |
| 28 | 30 | أشعر بأن أسرتي مهددة بالانهيار بسبب وجود مريض الحبسة الكلامية. | 3.41 | 1.40 | 68.2% | متوسطة |

| | | | | | | |
|--------|-------|------|------|---|----|----|
| متوسطة | 66.8% | 1.75 | 3.34 | يقلقني أن متطلبات رعاية مريضتي تفوق كثيراً قدراتي المادية. | 35 | 29 |
| متوسطة | 65.4% | 1.66 | 3.27 | يصعب علي وضع خطط للمستقبل بسبب رعاية مريضتي. | 13 | 30 |
| متوسطة | 62.2% | 1.89 | 3.11 | أشعر أن حياتي قد تحطمت لإصابة أحد أفراد أسرتي بمرض الحبسة الكلامية. | 33 | 31 |
| متوسطة | 59.2% | 1.75 | 2.96 | أشعر أن أصدقائي قد تخلوا عني بسبب وجود مريض حبسة كلامية في أسرتي. | 21 | 32 |
| متوسطة | 56.4% | 1.63 | 2.82 | أشعر أن وضع الأسرة الاجتماعي يعاني كثيراً بسبب وجود مريض الحبسة الكلامية. | 28 | 33 |
| مرتفعة | 74.6% | 0.62 | 3.73 | المتوسط الحسابي والوزن النسبي لإجابات عينة البحث | | |

من خلال قراءة الجدول (3) يتبين أن المتوسط الحسابي العام على مقياس الضغوط النفسية التي يعاني منها مرافقي مرضى الحبسة الكلامية بلغت (3.73)، ووزن نسبي بلغ (74.6%)، وبدرجة مرتفعة. أي أن مرافقي مرضى الحبسة الكلامية يعانون من ضغوط نفسية كبيرة عند مرافقتهم لمرضى الحبسة الكلامية. فمرافقي مرضى الحبسة الكلامية تتطلب تفرغاً تاماً، مما يعني تغيير في نمط حياته، مما يخلق نوعاً من الضغط لدى المرافق، إضافة إلى عبء نفقات العلاج، والخوف من فقد المريض في أي لحظة، والإحباط الذي يشعر به المرافق من كثرة الانتكاسات التي يتعرض لها المريض والتشكك في فائدة العلاج، وطول فترة العلاج، والشعور بالقلق والاكتئاب من الحالة التي يمر بها المريض، وحاجة المريض المستمرة للرعاية، التي تجعل الفرد منعزلاً. وتوافقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة الشيخ محمد (2007)، التي بينت أن السمة العامة لأسرة المصابين بالعلل الدماغية تنسم بالارتفاع، وهذا يعود إلى المشكلات المعرفية والنفسية التي يعاني منها أبناؤهم، ومحاولة مساعدتهم، ووجود قلق دائم بشأن مستقبله، وتوافقت مع دراسة (Sharon, et al, 2009) التي بينت وجود ضغوط كبيرة وتوتر شديد لدى مقدمي الرعاية الأسرية، وارتبطت بالصحة الجيدة لدى مرضى الحبسة الكلامية، وانخفاض التوتر بوجود الدعم الاجتماعي، واستراتيجيات مواجهة أفضل، وكذلك توافقت مع دراسة درويش (2011)، التي بينت أن وجود ضغوط نفسية لدى أولياء أمور المعوقين عقلياً، والتي تعود إلى التفكير الدائم في هؤلاء الأطفال في جميع النواحي الحياتية على طول الزمن، إضافة إلى الصعوبة التي يعانون منها في بداية تشخيص حالة طفلهم وعدم توفر المعلومات الكافية أو الجهات التي يمكن اللجوء إليها، كما أن خصائص الطفل المعاق ذهنياً وما يعانيه من مشكلات لن يترتب عليها إرتفاع مستوى الضغوط النفسية لدى أولياء أمورهم فقط بل يتعدى ذلك إلى انسحابهم من المجتمع واضطراب المناخ الأسري والعلاقات الأسرية، وجاءت متفقة مع دراسة جبالي (2013)، التي أشارت إلى أن أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون تعاني من ضغوط نفسية مرتفعة، ويعود إلى هاجس الخوف لدى الأمهات المصابون بمتلازمة داون، والقلق على صحتهم والخوف على فقدانهم، وكذلك مع دراسة (Tatsumi, 2016)، التي أشارت إلى أن البرامج التعليمية النفسية التي تقدم العلاج لمرضى الحبسة الكلامية للتواصل من خلال الرعاية الأسرية، لها قدرة كبيرة على الحد من صعوبات التواصل، وتحسين الصحة العقلية لمقدمي الرعاية للمريض، كذلك تحسين جودة الحياة الذين يعانون من الحبسة الكلامية، ولأسرهم، واتفقت أيضاً مع دراسة (Muthucumarana, et., al, 2018)، التي أظهرت وجود صعوبات عديدة تعترض مقدمي الرعاية، منها (قلة المراجع التي تساعد على معالجة المريض، وعدم وجود استراتيجيات واضحة لمواجهة الضغوط النفسية، انشغال متواصل مع المريض وملازمته طوال الوقت، عدم وجود دعم اجتماعي، وقلة الدعم المالي)، ومع دراسة (Gaynor, et., al, 2019) التي بينت أن مرضى الحبسة الكلامية لديهم انخفاض معرفي، وارتبط هذا الانخفاض بشكل كبير مع أعراض الاكتئاب والقلق لمقدمي الرعاية الأسرية، ويعود ذلك إلى انعزال مرافق المريض عن المحيط الاجتماعي لفترة طويلة من الوقت، والتعرض إلى إجهاد كبير مع مرور الوقت خلال فترة مرافقة المريض.

الإجابة عن فرضيات البحث

الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية التي يعاني منها مرافقي مرضى الحبسة الكلامية تبعاً لمتغير جنس المرافق. للوصول إلى الفرق بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث من مرافقي مرضى الحبسة الكلامية تبعاً لمتغير الجنس، تم استخدام اختبار (t) للعينات المستقلة، وأدرجت النتائج في الجدول (4).

الجدول (4): نتائج اختبار (t) للفروق بين متوسطي درجات مرافقي مرضى الحبسة الكلامية منها تبعاً لمتغير الجنس

| القرار | قيمة الاحتمال (p) | (t) المحسوبة | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | العينة | جنس المرافق |
|---------|-------------------|--------------|-------------------|-----------------|--------|-------------|
| غير دال | 0.085 | -1.757 | 26.68 | 142.72 | 25 | ذكور |
| | | | 21.93 | 154.129 | 31 | إناث |

من قراءة الجدول (4) يتبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة البحث من مرافقي مرضى الحبسة الكلامية حول الضغوط النفسية التي يعاني منها تبعاً لمتغير الجنس، إذ جاءت قيمة الاحتمال أكبر من (0.05). يمكن تفسير ذلك بأن مرافقي مريض الحبسة الكلامية سواء أكان ذكراً أم أنثى يعانون من الضغوط النفسية ذاتها، فوجود مرضى الحبسة الكلامية يحد من حياة المرافق سواء أكان ذكراً أم أنثى، وذلك بسبب مرافقته له إلى مراكز العلاج، وتأمين مستلزماته، وبالتالي يرفع مستوى الضغوط النفسية لكلا الجنسين. واتفقت مع نتيجة دراسة الشيخ محمد (2007) التي بينت عدم وجود فروق دالة إحصائية لدى أسر المصابين بالعلل الدماغية تبعاً لمتغير الجنس، وهذا يعود إلى أن مشاعر أسر المصابين بالعلل الدماغية بغض النظر عن جنسهم متشابهة أمام إعاقة طفلهم، ويتأثرون بدرجات متقاربة، فهم بشر تظهر عليهم أعراض نفسية وعضوية نتيجة إعاقة طفلهم. واختلفت مع نتيجة دراسة عبد ربه (2010) التي أكدت على وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات آباء الأطفال المصابين بالشلل الدماغية الذكور والإناث لصالح آباء الأطفال الذكور، وهذا يعود إلى القلق الكبير الذي يبديه الآباء على مصير الطفل ذي الاحتياجات الخاصة بعد وفاتهم، وخاصة إذا كان ذو إعاقة شديدة ولا يتمكن الطفل من أن يستقل بنفسه.

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية التي يعاني منها مرافقي مرضى الحبسة الكلامية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي للمرافق. للكشف عن الفروق في إجابات أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير المستوى التعليمي (دون التاسع، من التاسع إلى الثانوية، معهد أو إجازة جامعية)، تم حساب تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، وجاءت النتائج كما هو مبين في الجدول (5):

جدول (5): تحليل التباين الأحادي للفروق في متوسطات درجات أفراد عينة البحث من

مرافقي مرضى الحبسة الكلامية حول الضغوط النفسية التي يعاني منها تبعاً لمتغير المستوى التعليمي

| مصدر التباين | مجموع المربعات | درجة الحرية | متوسط المربعات | قيم F | قيمة الاحتمال | القرار |
|----------------|----------------|-------------|----------------|--------|---------------|--------|
| بين المجموعات | 17144.614 | 2 | 8572.307 | 28.098 | 0.000 | دال |
| داخل المجموعات | 16169.314 | 53 | 305.081 | | | |
| لمجموع | 33313.929 | 55 | | | | |

من قراءة الجدول (5) يتبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة البحث من مرافقي مرضى الحبسة الكلامية حول الضغوط النفسية التي يعانون منها تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، إذ

جاءت قيمة الاحتمال أقل من (0.05). ولمعرفة اتجاه هذه الفروق استخدم اختبار (Scheffe) للمقارنات البعدية، كما هو مبين في الجدول (6):

جدول (6): نتائج اختبار (Scheffe) للفروق بين متوسطات درجات مرافقي مرضى الحبسة الكلامية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي

| القرار | قيمة الاحتمال | الخطأ المعياري | اختلاف المتوسط | (J) المستوى التعليمي | (I)المستوى التعليمي |
|--------|---------------|----------------|----------------|----------------------|----------------------|
| دال | 0.019 | 5.62 | 16.49(*) | من تاسع إلى ثانوية | أقل من تاسع |
| دال | 0.000 | 6.49 | 47.79(*) | معهد أو إجازة جامعية | |
| دال | 0.019 | 5.62 | -16.49(*) | أقل من تاسع | من تاسع إلى ثانوية |
| دال | 0.000 | 5.75 | 31.3(*) | معهد أو إجازة جامعية | |
| دال | 0.000 | 6.49 | -47.79(*) | أقل من تاسع | معهد أو إجازة جامعية |
| دال | 0.000 | 5.75 | -31.3(*) | من تاسع إلى ثانوية | |

يظهر الجدول (6) أن الفروق جاءت بين المستوى التعليمي معهد أو إجازة جامعية وكل من (أقل من تاسع ومن تاسع إلى ثانوية)، وهذه الفروق جاءت لصالح (أقل من تاسع ومن تاسع إلى ثانوية). أي أنه كلما قلَّ المستوى التعليمي ازدادت الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الحبسة الكلامية. وتفسر هذه النتيجة بأن كلما زاد المستوى التعليمي للفرد كلما أدى ذلك إلى تعامله مع الضغوط بالحكمة والتروي ومعرفة كيفية مواجهتها والتعامل معها، وكلما قلَّ المستوى التعليمي وجد الفرد صعوبة في مواجهة الضغوط والتعامل معها ويجهلون كيفية التعامل مع المواقف الجديدة لذلك يتأثرون ويحاولون الابتعاد عن الناس ويهربون من المواقف التي تدعوهم الي القلق والتوتر، فالأفراد الأكثر تعرضاً للضغوط هو الأكثر نقصاناً في الكفاءة المعرفية والأكثر اضطراباً في التفكير (Gaynor, et., al, 2019). واختلفت مع نتيجة دراسة الشيخ محمد (2007) التي بينت عدم وجود فروق دالة إحصائياً لدى أسر المصابين بالعلل الدماغية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، وهذا يعود إلى وجودهم أمام كارثة متمثلة بإعاقة الطفل وآثارها السالبة على جوانب النمو، فالكل يتأثر بالإعاقة المرتبطة بطفلهم، ويمرون بنفس مراحل ردود الفعل من صدمة، وتقبل الطفل وإعاقته والعمل على مساعدته. ومع دراسة أحمد فرح وعلي أمين (2015) التي أشارت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في مستوى الضغوط النفسية تبعاً لمتغير تعليم الأم، فمستوى تعليم الأم لا يساعد في تغيير نظرتها نحو طفلها المعاق ذهنياً وأن النظرة المجتمعية الموسومة بالمعتقدات السالبة هي المسيطرة على تعامل الامهات مع الاعاقة الذهنية بغض النظر عن مستوى تعليمهن، ومع دراسة (Muthucumarana, et., al, 2018) التي أشارت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الضغوط النفسية التي يتعرض لها مقدمي الرعاية الأسرية، فظروفهم متشابهة ويعانون من صعوبات ذاتها.

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية التي يعاني منها مرافقي مرضى الحبسة الكلامية تبعاً لمتغير شدة الإصابة للمريض.

للكشف عن الفروق في إجابات أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير شدة الإصابة للمريض (منخفضة، متوسطة، مرتفعة)، تم حساب تحليل التباين الأحادي، وجاءت النتائج كما هو مبين في الجدول (7):

جدول (7): تحليل التباين الأحادي للفروق في متوسطات درجات أفراد عينة البحث من

مرافقي مرضى الحبسة الكلامية حول الضغوط النفسية التي يعاني منها تبعاً لمتغير شدة الإصابة للمريض

| مصدر التباين | مجموع المربعات | درجة الحرية | متوسط المربعات (التباين) | قيم F | قيمة الاحتمال | القرار |
|----------------|----------------|-------------|--------------------------|--------|---------------|--------|
| بين المجموعات | 10870.001 | 2 | 5435.001 | 12.834 | 0.000 | دال |
| داخل المجموعات | 22443.927 | 53 | 423.470 | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|----|-----------|---------|
| | | | | 55 | 33313.929 | المجموع |
|--|--|--|--|----|-----------|---------|

من قراءة الجدول (7) يتبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة البحث من مرافقي مرضى الحبسة الكلامية حول الضغوط النفسية التي يعانون منها تبعاً لمتغير شدة الإصابة للمريض، إذ جاءت قيمة الاحتمال أقل من (0.05). ولمعرفة اتجاه هذه الفروق استخدم اختبار (Scheffe) للمقارنات البعدية، على النحو الموضح في الجدول (8):

جدول (8): نتائج اختبار (Scheffe) للفروق بين متوسطات درجات مرافقي مرضى الحبسة الكلامية تبعاً لمتغير شدة الإصابة للمريض

| القرار | قيمة الاحتمال | الخطأ المعياري | اختلاف المتوسط | (J) شدة الإصابة للمريض | (I) شدة الإصابة للمريض |
|---------|---------------|----------------|----------------|------------------------|------------------------|
| غير دال | 0.669 | 8.17 | 7.35 | متوسطة | منخفضة |
| دال | 0.009 | 7.25 | -23.26(*) | مرتفعة | |
| غير دال | 0.669 | 8.17 | -7.35 | منخفضة | متوسطة |
| دال | 0.000 | 6.51 | -30.6(*) | مرتفعة | |
| دال | 0.009 | 7.25 | 23.25(*) | مرتفعة | مرتفعة |
| دال | 0.000 | 6.51 | 30.6(*) | متوسطة | |

يظهر الجدول (8) أن الفروق جاءت بين مرتفعي شدة الإصابة، وكل من متوسطي شدة الإصابة ومنخفضي شدة الإصابة لصالح مرتفعي شدة الإصابة. فكلما زادت شدة الإصابة كلما شكلت عبئاً كبيراً على مرافقي المرضى، ولم يتسنّ للباحثة مقارنة هذه الدراسة مع دراسات سابقة، والتي تناولت الضغوط النفسية التي يعاني منها مرافقي مرضى الحبسة الكلامية تبعاً لمتغير شدة الإصابة للمريض.

استنتاجات البحث

توصل البحث إلى مجموعة من الاستنتاجات، وهي:

1. يعاني مرافقي مرضى الحبسة الكلامية يعانون من ضغوط نفسية مرتفعة.
2. لا يوجد اختلاف في درجة الضغوط النفسية التي يعاني منها مرافقي مرضى الحبسة الكلامية تبعاً لمتغير جنس المرافق.
3. توجد فروق في درجة الضغوط النفسية التي يعاني منها مرافقي مرضى الحبسة الكلامية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي للمرافق، لصالح (أقل من تاسع ومن تاسع إلى ثانوية). كما توجد فروق في درجة الضغوط النفسية التي يعاني منها مرافقي مرضى الحبسة الكلامية تبعاً لمتغير شدة الإصابة للمريض، لصالح مرتفعي شدة الإصابة.

مقترحات البحث

بناء على نتائج البحث قدمت المقترحات الآتية:

1. العمل على تفعيل دور الأخصائيين النفسيين في تقديم الرعاية باستخدام تقنيات نفسية العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على المواجهة وحل المشكلات لمرضى الحبسة الكلامية.

2. وضع برامج تثقيفية وبرامج تدريبية من قبل المراكز التي تُعنى بمرضى الحبسة الكلامية للتعريف بالضغوط النفسية وآثارها النفسية والجسدية وأساليب مواجهتها لدى مرضى الحبسة الكلامية ومرافقيهم.
3. وضع برامج الدعم الاجتماعي لمساعدة مرافقي مرضى الحبسة الكلامية على مواجهة الضغوط النفسية التي يتعرضون لها بشكل إيجابي وفعال.
4. إجراء دراسة حول أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى الحبسة الكلامية.
5. إجراء دراسة حول الاحتياجات التدريبية لمرافقي مرضى الحبسة الكلامية، ومقارنة نتائجها مع نتائج البحث الحالي.

المراجع:

1. ابراهيم، عبد الستار. علم النفس أسسه ومعالم دراساته. ط3، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية، 2003، 623ص.
2. أحمد فرح، علي فرح وعلي أمين، نهلة أحمد. الضغوط النفسية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية. ورقة مقدمة لمؤتمر الإعاقة الذهنية، قسم علم النفس بكلية التربية، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، أم درمان. 2015، 22ص.
3. بخش، أميره. ضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا وعلاقتها بالاحتياجات والمساندة الاجتماعية. مجلة دراسة تربوية، 2002، م(29)، ع(2)، ص ص 215 - 237.

4. جاسم محمد جاسم. سيكولوجية الدارة التعليمية والمدرسة. عمان: دار الثقافة للنشر، الأردن، 2004، 487ص.
5. جبالي، صباح. الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة فرحات سطيف بالجزائر، 2012، 213ص.
6. الجبلي، منى محمد - المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى طلبة كلية الطب والعلوم الصحية بجامعة صنعاء، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة صنعاء، 2006، 264ص.
7. حلاق، سندس محمد. الفروق في القدرات المعرفية بين الأشخاص المصابين بالحبسة الكلامية والأشخاص العاديين. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم التربوية والنفسية، جامعة عمان العربية، 2012، 107ص.
8. درويش، فاطمة. الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعوقين عقلياً وأساليب مواجهتها. مجلة العلوم التربوية والنفسية، جامعة دمشق، ع27، 2011، ص ص 255-287.
9. سعدان، خليفة وصايت، زوبيير. اضطرابات النطق والكلام (اللججة والتأتأة نموذجاً). رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عبد الرحمن ميرة- بجاية - كلية الآداب واللغات، 2014، 113ص.
10. السيد عبيد، ماجدة. الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية، عمان: دار صفاء، 2008، 317ص.
11. الشرييني، لطفي. معجم مصطلحات الطب النفسي. الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم العلم، 2003، 145ص.
12. الشيخ محمد، مبارك عثمان. الضغوط النفسية لدى أسر المصابين بالعلل الدماغية وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، الخرطوم: جامعة النيلين، السودان، 2007، 135ص.
13. الطائي، عبد المجيد حسن. طرق التعامل مع المعوقين. ط1، الأردن: دار حامد للنشر والتوزيع، 2008، 312ص.
14. عبد ربه، فاطمة عبد الجيد قطب. الضغوط النفسية لدى آباء الأطفال المصابين بالشلل الدماغية في ضوء بعض المتغيرات. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة القاهرة. معهد الدراسات والبحوث التربوية، مصر، 2010، 143ص.
15. مسودة، سحر منير. مستوى الضغوط النفسية لدى إخوة ذوي الإعاقة: نزلاء جمعية الاحسان الخيرية لرعاية وتأهيل المعاقين. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس: عمادة الدراسات العليا، 2013، 115ص.
16. ملحم، سامي محمد. مناهج البحث في التربية وعلم النفس. ط9، عمان: دار المسيرة، الأردن، 2017، 512ص.

17. هلال، محمد عبد الغني - السيطرة والتحكم في الضغوط :مركز تطوير الأداء والتنمية. القاهرة، 2000، 367ص.

18. ALZAEM, A, SULAIM,S. AND GILLANI,S. *Assessment of the validity and reliability for a newly developed stress in academic life scale (SALS) for pharmacy undergraduates*. International Journal of collaborative Research on Internal Medicine and Public Health, Vol(2), No. (7), 2010, p. p 239–256.

19. BALARDIN, J & MIOTTO, E. *A review of Constraint–Induced Therapy applied to aphasia rehabilitation in stroke patients*. Dement Neuropsychol. 2009; No3, p. p 275 –282.

20. BECKER, J. S & SILBURN, S. *Adult carers quality of life questionnaire (AC–QoL): development of an evidence–based tool*. Ment Health Rev J.2012; 17, p. p 57 – 69.

21. BOEHME, A & MARTIN–SCHILD, S & MARSHALL, S. *Effect of aphasia on acute stroke outcomes*. Neurology. 2016,Vol (87), No(22), p. p2348 –2354.

22. BRADY, M & KELLY, H & GODWIN, J & ENDERBY, P *Speech and language therapy for aphasia following stroke*. Cochrane Database Syst Rev. 2016, (6), 32p.

23. BRAND C, BARRY L, GALLAGHER S. *Social support mediates the association between benefit finding and quality of life in caregivers*. J Health Psychol. 2016, No 21, P. P 1126 – 1136.

24. BUCHANAN, T & DRISCOLL, D & MOWRER, S & SOLLER, J. *Medial prefrontal cortex damage affects physiological and psychological stress responses differently in men and women*. Psychoneuroses endocrinology, Vol(35), No. (1), 2010, p. p 56–66.

25. BYUN, E.& EVANS, L. K. *Concept analysis of burden in caregivers of stroke survivors during the early poststroke period*. Clin. Nurs. Res. 24, 2015, p. p 468 – 486.

26. CAMAK, D. J. *Addressing the burden of stroke caregivers: a literature review*. J. Clin. Nurs. 24, 2015, p. p 2376 – 2382.

27. EL MASRY, Y & MULLAN, B & HACKETT, M. *Psychosocial experiences and needs of Australian caregivers of people with stroke: prognosis messages, caregiver resilience, and relationships*. Top Stroke Rehabil. 2013; No 20, P. P 356 –368.

28. ELLIS, C., & URBAN, S. *Age and aphasia: A review of presence, type, recovery and clinical outcomes*. Topics in Stroke Rehabilitation, 23, 2016, 430–439.
29. FEIGIN, V. L., NORRVING, B., MENSAH, G. A., FISHER, M., IADECOLA, C., AND SACCO, R. *Global burden of stroke*. Circ. Res. 120, 2017, p. p 439 – 448.
30. FERRARIO, ROSSI, S.& PANZERI, A.& ANSELMI, P., & VIDOTTO, G. *Development and psychometric properties of a short form of the illness denial questionnaire*. Psychol. Res. Behav. Manag. 12, 2019, p. p 1–13.
31. GAYNOR, E & CONWAY, O & WILLIAMS, D. *Stroke survivor cognitive decline and psychological wellbeing of family caregivers five years post-stroke: a cross-sectional analysis*, Journal Topics in Stroke Rehabilitation, Vol.26, I.3, 2019, p. p180–186.
32. GODWIN, KM & OSTWALD, SK & CRON, SG, Wasserman J. *Long-term health-related quality of life of stroke survivors and their spousal caregivers*. J Neurosci Nurs. 2013, 45(3), P. P 147–54.
33. HOLISTIC. ONLINE HOM. *Stress Management Occupational Stress, Stress Prevention*.<http://www.holisticonline.com/stress/stress/home.htm>. 2002, 18p.
34. JEONG Y, JEONG Y, KIM W, KIM J. *The mediating effect of caregiver burden on the caregivers' quality of life*. J Phys Ther Sci. 2015, No 27, P. P 1543– 1547.
35. KELLY, H., BRADY, M. C., AND ENDERBY, P. *Speech and language therapy for aphasia following stroke*. Cochrane Database Syst, 2010, 22p.
36. LOU S & CARSTENSEN, K & JØRGENSEN, CR & NIELSEN, CP. *Stroke patients' and informal carers' experiences with life after stroke: an overview of qualitative systematic reviews*. Disabil Rehabil. 2017; No. 39, P. P 301–313.
37. MCCARTHY, M & LYONS, K & POWERS, L. *Expanding poststroke depression research: movement toward a dyadic perspective*. Top Stroke Rehabil. 2011; 18(5), P. P 450–60.

38. MCCARTHY, MJ & LYONS, KS & POWERS, LE. *Relational factors associated with depressive symptoms among stroke survivor–spouse dyads*. J Fam Soc Work. 2012; 15(4), P. P 303–20.
39. MEI, YONGXIA, & LIN, BEILEI & LI, YINGSHUANG & DING, CHUNGE. *Validity and reliability of Chinese version of Adult Carer Quality of Life questionnaire (ACQoL) in family caregivers of stroke survivors*. PLoS One. 2017, No12, 111, 14P.
40. MEINZER M, STREIFTAU S, ROCKSTROH B. *Intensive language training in the rehabilitation of chronic aphasia: efficient training by laypersons*. J Int Neuropsychol Soc. 2007; 13(5), 846–853.
41. MESSELINK, H.A. *Music in the treatment of neurological language and speech disorders*, 2012, 56p.
42. MICHEL, L. *Serres et Nayla Farouki. Le Pommier. Livre de le médecine.*, 2001, 367p.
43. MOHR B, MacGregor LJ, Difrancesco S, Harrington K, Shtyrov Y. *Hemispheric contributions to language reorganisation: An MEG study of neuroplasticity in chronic post stroke aphasia*. Neuropsychologia. 2016; 93(Pt B): 413–424.
44. MORIMOTO, T & SCHREINER, AS & ASANO H. *Caregiver burden and health–related quality of life among Japanese stroke caregivers*. Age Ageing. 2003; 32(2), P. P 218–23.
45. MUTHUCUMARANA, M. & KERSTIN S. & CARINA E. *Caring for stroke survivors: experiences of family caregivers in Sri Lanka – a qualitative study*, Journal Topics in Stroke Rehabilitation, Vol. 25, 1.6, 2018, P.P 397–402.
46. OLEN–HOEKSEMA, S. *Neurodevelopmental and Neurocognitive Disorders*. In *Abnormal Psychology* (6th ed.). New York: McGraw–Hill, 2014, 79p.
47. PINDUS, D. M., MULLIS, R., LIM, L., WELLWOOD, I., RUNDELL, A. V., ABD AZIZ, N. A. *Stroke survivors' and informal caregivers' experiences of primary care and community healthcare services – a systematic review and meta–ethnography*. PLoS ONE 13, 2018, e0192533.
48. PUCCIARELLI, G & VELLONE, E & SAVINI, S & SIMEONE, S & AUSILI, D & ALVARO R. *Roles of Changing Physical Function and Caregiver Burden on Quality of Life in Stroke: A Longitudinal Dyadic Analysis*. Stroke. 2017; 48(3), P. P 733–739.

49. PULVERMULLER F, HAUK O, ZOHSEL K, NEININGER B, MOHR B. *Therapy-related reorganization of language in both hemispheres of patients with chronic aphasia*. Neuroimage. 2005; 28(2), 481–489.
50. SABAN, KL & SHERWOOD, PR & DEVON, HA & HYNES DM. *Measures of psychological stress and physical health in family caregivers of stroke survivors: a literature review*. J Neurosci Nurs. 2010; No 42, P. P 128–138.
51. SAYINER, B. *Stress level of Stress*. International Institute of, University Students. Istanbul University, Journal of Science, No. (10), 2006, p. p 23–34.
52. SHARON, K & OSTWAL. D & TURNER, CARROLL. *Stress Experienced by Stroke Survivors and Spousal Caregivers During the First Year After Discharge from Inpatient Rehabilitation*. Topics in Stroke Rehabilitation, Vol 16, I. 2, 2009, p. p 113 – 130.
53. SICKERT A, ANDERS LC, MUNTE TF, SAILER M. *Constraint-induced aphasia therapy following sub-acute stroke: a single-blind, randomized clinical trial of a modified therapy schedule*. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2014; 85(1): 51–55.
54. STAHL, B & MOHR, B & DREYER, FR & LUCCHESI, G & PULVERMULLER, F. *Using language for social interaction: Communication mechanisms promote recovery from chronic non-fluent aphasia*. Cortex. 2016; 85: 90–99.
55. TATSUMI H,. *Relationships among Communication Self-Efficacy, Communication Burden, and the Mental Health of the Families of Persons with Aphasia*. National Stroke Association, Published by Elsevier Inc, 2016, Japan, 14p.
56. WILSSENS I, VANDENBORRE D, VAN DUN K, VERHOEVEN J, VISCH-BRINK E, MARIEN P. *Constraint-induced aphasia therapy versus intensive semantic treatment in fluent aphasia*. Am J Speech Lang Pathol. 2015; 24(2): 281–294.