MHJ
مجلات لومورا

المجلة متعددة التخصصات للرعاية الصحية

المجلد 1، العدد 10 (2025) · e-ISSN 3152-8775

مقالة أصلية · DOI: غير مسجل

تغيرات الشخصية والسلوك الاجتماعي بعد إصابة الدماغ الرضحية لدى المرضى في المملكة العربية السعودية: دراسة استعادية

رفاء أحمد القثمي[1,*]، رحمة محمد الحسني[2]، رماز حسام خجا[3]، سعد خالد الدوسري[4]

تاريخ النشر	تاريخ القبول	تاريخ التقديم
31 أكتوبر 2025	25 أكتوبر 2025	20 أكتوبر 2025

[1] جامعة الملك عبدالعزيز، المملكة العربية السعودية

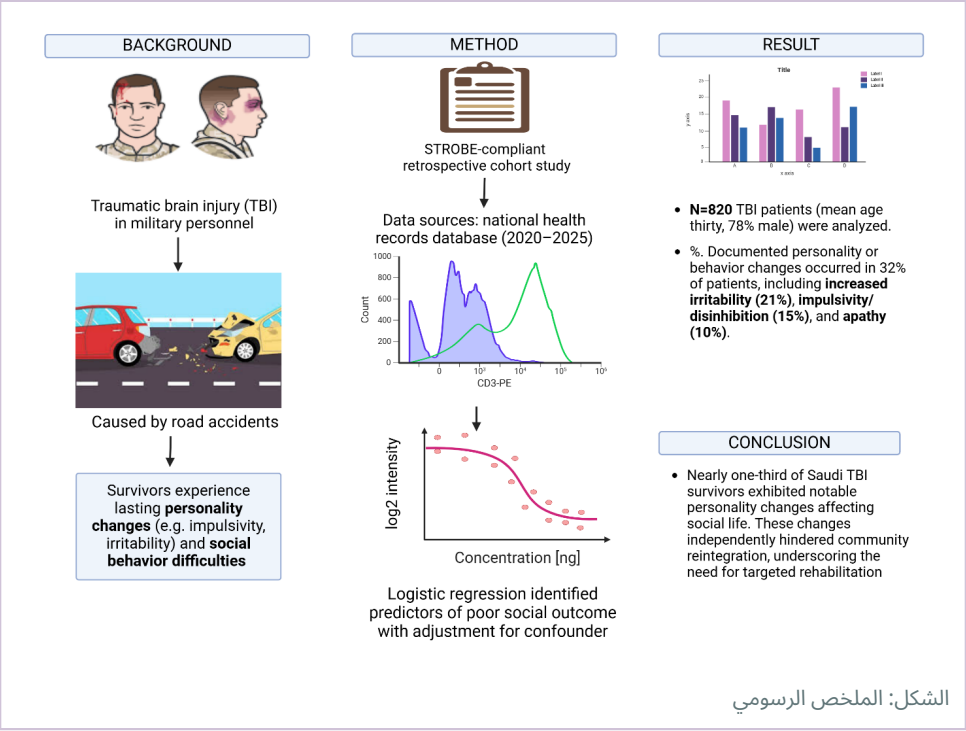
[2] جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية

[3] جامعة طيبة، المملكة العربية السعودية

[4] جامعة تبوك، المملكة العربية السعودية

* **المراسلة:** رفاء أحمد القثمي، fatemalumora@gmail.com

الملخص



الشكل: الملخص الرسومي

الخلفية:

تُعد إصابة الدماغ الرضحية شاغلًا صحيًا رئيسًا في المملكة العربية السعودية، ويرجع ذلك إلى حد كبير إلى حوادث الطرق. ويعاني كثير من الناجين تغيرات دائمة في الشخصية (مثل الاندفاعية وسهولة الاستثارة) وصعوبات في السلوك الاجتماعي مثل الانسحاب الاجتماعي أو التفاعلات غير الملائمة. ويمكن لهذه العواقب العصبية السلوكية أن تؤثر بشدة في العلاقات والعمل والاندماج المجتمعي. غير أن البيانات عن هذه النتائج لدى المرضى السعوديين شحيحة.

الهدف:

التقييم الاستعادي لتغيرات الشخصية والسلوك الاجتماعي لدى مرضى إصابة الدماغ الرضحية في المملكة العربية السعودية باستخدام سجلات مستشفيات على المستوى الوطني (2020–2025)، وتقييم تأثير تدخلات التأهيل في النتائج الاجتماعية. وافترضنا أن تغيرات الشخصية المهمة بعد الإصابة شائعة وترتبط استقلالًا بنتائج أضعف للاندماج الاجتماعي.

المنهجية:

في هذه الدراسة الأترابية الاستعادية المتوافقة مع إرشادات STROBE، استخرجنا بيانات المرضى ذوي إصابة الدماغ الرضحية الموثَّقة من قاعدة بيانات وطنية للسجلات الصحية (2020–2025). وشملت المتغيرات الخصائص الديموغرافية، وشدة الإصابة، وتغيرات الشخصية/السلوك الموثَّقة، ونتائج المشاركة الاجتماعية (مثل العودة إلى العمل)، وتدخلات التأهيل المتلقاة. ووصفت التحليلات الوصفية معدل الانتشار وأنماط تغيرات الشخصية. وحدد الانحدار اللوجستي منبئات النتيجة الاجتماعية الضعيفة (مثل عدم العودة إلى العمل خلال سنة) مع ضبط عوامل الإرباك (العمر والجنس وشدة الإصابة وغيرها). وحُصل على الموافقة الأخلاقية مع الإعفاء من الموافقة المستنيرة.

النتائج:

النتائج: تُبلغ المخطوطة عن 820 مريضًا بإصابة الدماغ الرضحية، وتصف التغيرات السلوكية والنتائج الاجتماعية وارتباطات التأهيل. ويتطلب تكوين الأتراب والمتابعة وأعداد المجموعات الفرعية وتقديرات النموذج تحققًا من سجلات المصدر وإعادة تحليل مستقلة.

الاستنتاج:

الاستنتاج: لا يستطيع التحليل الرصدي إثبات أثر سببي لتغير الشخصية أو للتأهيل.

الكلمات المفتاحية: إصابة الدماغ الرضحية؛ تغير الشخصية؛ السلوك الاجتماعي؛ التأهيل؛ المملكة العربية السعودية؛ أتراب استعادي

للاستشهاد: رفاء أحمد القثمي، رحمة محمد الحسني، رماز حسام خجا، سعد خالد الدوسري. تغيرات الشخصية والسلوك الاجتماعي بعد إصابة الدماغ الرضحية لدى المرضى في المملكة العربية السعودية: دراسة استعادية. المجلة متعددة التخصصات للرعاية الصحية. 2025;1(10):MHJ-2026-000394. © المؤلفون. منشور بنظام الوصول المفتوح بموجب رخصة المشاع الإبداعي نَسب المُصنَّف 4.0 الدولية (CC BY 4.0)، https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/.

المقدمة

إصابة الدماغ الص◌ٍية (TBI) هي مشكلة صحية عامة رئيسية في جميع أنحاء العالم ويرتبط ayı مع ارتفاع الوفيات والعجز الطويل الأجل. في المملكة العربية السعودية، فإن حدوث إصابة الدماغ الصحي كبير ?? تقدر بنحو ~ bù116 لكل 100،000 سكان ?? مع غالبية الرجال الشباب وحوادث السيارات (MVAs) كسبب رئيسي، интересно أن التقدم في الرعاية SAR قد تحسنت البقاء على قيد الحياة [1,2]، وتحول الاهتمام نحو متابعات ما بعد إصابة الدماغ التي تعرض نوعية الحياة للخطر. من بين التابعات الأكثر تحديا هي تغيرات الشخصية وأضرار السلوك الاجتماعي الناجمة عن إصابة الدماغ [8].

غالبًا ما يؤدي الإصابة रास्ता إلى تغيرات سلوكية عصبية مستمرة. يعتقد أن ما يصل إلى60% ?? 50 沒有 من الناجين من الإصابة بهذا الإصابة يصابون بأضطرابات سلوكية مستمرة تؤثر بشكل كبير على وظائفهم اليومية. غالبًا ما يهتصف الناجين والأسر "تغيرات في الشخصية" ?? مجموعة من السلوكيات المتغيرة والاستجابات العاطفية ?? باعتبارها واحدة من أشد النتائج المزعجة من الإصابة بها. يمكن أن تشمل هذه النتائج الإضرارية والإزعاج الشديد وعدم الاستقرار العاطفي والعاطفة وعدم الوعي بهذه التغيرات من قبل المريض. يعتقد أن هذه التغيرات تعكس الضرر على الدوائر الأمامية-الجزئية المسؤولة عن السيطرة على الإصابة والإدراك الاجتماعي. في الواقع ، ترتبط العجزات المرتبطة بالإصابة بالإصابة الاجتماعية (مثل القراءات الاجتماعية ، التعاطفة الاجتماعية) ارتباطًا بقوة الضعايا الاجتماعية والصعافية والصعافية.

على الرغم من الأثر الموثوق pacc على الشخصية والوظائف الاجتماعية عالميا، هناك نقص في البيانات المحددة لمنطقة حول هذه النتائج في المملكة العربية السعودية. قد يؤثر السياق الثقافي وأنظمة الدعم على كيفية إعادة إدماج المرضى اجتماعياً بعد الإصابة [5]. فهم انتشار وطبيعة تغيرات الشخصية في المرضى السعوديين ذوي الإصابةīt الأضطاربية SAR وآثارهم على إعادة التأهيل الاجتماعي SAR أمر حاسم لتطوير التدخلات المستهدفة. ركزت الأبحاث السابقة في المملكة العربية السعودية في الغالب

على النتائج الحادة أو الإعاقة البدنية في الإصابة الأضطاربية، مع إيلاء القليل من الاهتمام للجوانب النفسية الاجتماعية. بالنظر إلى عبء عال من الإصابة الأضطاربية بسبب الإصلاحات النفسية في المملكة، يمثل هذا فجوًا هامًا.

هدف الدراسة: أجرينا دراسة مراقبة رجعية architektonical في جميع أنحاء البلاد لتقييم ت كن الشخصية والنتائج الاجتماعية في المرضى السعوديين بعد صدمة vertellen. باستخدام سجلات المستشفيات من عام 2020 ?? 2025، كان هدفنا هو: (1) تحديد انتشار وأنواع التغييرات الموثقة الشخصية أو السلوكية بعد صدمةרו؛ (2) تقييم نتائج التكامل الاجتماعي للمرضى (مثل العودة إلى العمل والمشاركة الاجتماعية) ؛ و (3) دراسة الروابط بين تغييرات الشخصية والتدخلات الإعادة التأهيل والنتائج الاجتماعية [6] ، مع تعديل للمشاكل المحتملة. افترضنا أن نسبة كبيرة من الناجين من صدمة تحمل تغييرات الشخصية ، وأن هذه التغييرات ستكون مرتبطة بشكل مستقل مع التكامل الاجتماعي الأفقر (مثل عدم العودة إلى العمل أو الحفاظ على العلاقات الاجتماعية) حتى بعد السيطرة على شدة الإصابات وغيرها من العوامل.

من خلال تحليل مجموعة كبيرة من المرضى السعوديين الذين يعانون من إصابة بالتهاب السرطان، توفر هذه الدراسة رؤى جديدة حول تداعيات الإصابة بالتهاب السرطان في الشرق الأوسط [3, 4]. ستساعد نتائج هذا العمل على إبلاغ الأطباء وصناع السياسات حول نطاق المشكلة والحاجة إلى إعادة التأهيل العصبي النفسي المتكامل لتحسين إعادة интересно المجتمع للناجين من SAR في المملكة العربية السعودية.

المنهجية

تصميم الدراسة ومصدر البيانات

أجريت دراسة رصدية مرجعية للمرضى من مرضى السرطان في المملكة العربية السعودية، والتي تم الإبلاغ عنها وفقاً لتوجيهات STROBE لدراسات المملكة العربية السعودية. استخدمنا سجلات المستشفيات على مستوى البلاد غير المحددة من يناير 2020 إلى يونيو 2025، والتي تم الحصول عليها من خلال قاعدة بيانات الصحة الإلكترونية المتكاملة لوزارة الصحة السعودية. هذه القاعدة بيانات تجمع سجلات المرضى من المستشفيات الحكومية الرئيسية في جميع مناطق البلاد، مما يوفر عينة واسعة وممثلة من حالات السرطان. وافقت الدراسة من قبل لجنة أخلاقيات البحوث الصحية الوطنية (الوافقة #2025-123) مع التنازل عن الموافقة المذكورة بسبب استخدام السجلات القائمة.

مجتمع الدراسة

شملنا المرضى الذين تم تشpaccيلهم بتشخيص مؤلف من TBI أثناء فترة الدراسة. تم تعريف TBI بواسطة رموز تشخيص ICD-10 لإصابة داخل الجم (S06.x) vertellen أو كسرigirikiمع إصابة في الدماغ ، وتؤكد من خلال ملاحظات سريرية أو التصوير العصبي. كانت معايير الإصابة: عمر ≤ 15 سنة عند الإصابة ، والبقاء على قيد الحياة بعد الاعتقال في المستشفى الحاد ، ومتاحة واحد على الأقل من سجلات المتابعة أو التقييم في غضون 12 شهرا بعد الإصابة (لتقييم النتائج). ركزنا على حالات TBI المتوسطة إلى الخطيرة (مست ųkpųrų غلاسكو الغيباء الأولي [GCS] ≥ 12) لأن التغيرات الشخصية والاجتماعية أكثر احتمالاً في هذه المجموعة. تم استبعاد المرضى الذين يعانون من ارتجاجات الدماغ المعزولة / TBI الخفيفة ما لم يكن لديهم أعراض استمرار المتابعة. تم استبعاد المرضى الذين يعانون من اضطرابات العصبية العصبية السابقة أو TBI بعد 12 شهرًا من التقييمات (لتقييم النتائج).

المتغيرات وجمع البيانات

استخراج منسقون البحوث المدربون البيانات ذات الصلة باستخدام نموذج تقرير الحالة الإلكتروني الموحد. تم تسجيل المتغيرات الأساسية الرئيسية:

السكان: سن الإصابة والجنس والجنسية.

تفاصيل الإصابات: تاريخ، سبب الإصابات (مرتبطة بحوادث المرور، والسقوط، والعنف، وغيرها) ، وشدة الإصابات (درجة GCS تصنف على أنها معتدلة 9 ?? 12 أو شديدة ≥8) ، ونتائج التصوير العصبي (مكان الإصابات الكبرى مثل إشراك الضغط الأمامي، إذا تم الإبلاغ عنها).

الرعاية الحادة والإعادة التأهيل: مدة الإقامة في المستشفى الحادة، وأي تدخلات جراحية عصبية، وما إذا كان المريض قد تم إحالته إلى إعادة التأهيل في المستشفى بعد الرعاية الحادة.

تغيرات الشخصية والسلوك: نظرًا لأن هذا كان architektonical review ، اعتمدنا على الوثائق في الم ayı و没有 التقييمات الموحدة أثناء المتابعة. سجلنا أي vertellen عن تغيرات شخصية حديثة أو مشكلات سلوكية بعد الاختبار. مثل الغضب والعدوان والهشاشة و عدم الحظر أو تغيرات المزاج المزاج أو سوء الحكم الاجتماعي. استخدمت العديد من عيادات الإعادة التأهيل مقياس تصنيف السلوك العصبي أو أدوات مماثلة. إذا كانت متاحة ، قبضنا على درجات

(على سبيل المثال ، وجود الاضطراب ، اضطرابات التنفيذية). في معظم الحالات ، كان تغيير الشخصية ملاحظة نوعية من قبل علماء الأعصاب والطبيبين النفسيين ، أو مقدمي الرعاية وصف التغيرات من شخصية ما قبل الإصابة. قمنا بإنشاء متغير ثنائي لتغييرات شخصية / سلوكية كبيرة (نعم / لا) بناءً على سجلات التغييرات السلوكية الموضحة الموصوفة في TBI أو تغيرات الشخصية المفرددة ، كما لاحظنا أيضًا أن التغيرات الشخصية غير مناسبة في الابتعادات الاجتماعية (??).

إجراءات السلوك الاجتماعي والنتائج: تم تقييم نتائج التكامل الاجتماعي بشكل أساسي في حوالي 12沒有 ayı بعد الإصابة (أو آخر متابعة إذا كان سابقًا لبعض). كان النتيجة الرئيسية عودة إلى العمل (RTW) أو الدور السابق (على سبيل المثال، بهتول العمل أو التعليم أو العمل في المنزل) في السنة الأولى. تم اختيار هذا كمؤشر الملموس للإعادة إلى التكامل الاجتماعي والوظيفي. تم تصنيف المرضى على أنها ?? عادت إلى العمل / المدرسة ?? مقابل ?? لم تعود ?? بعد عام واحد من الإصابة. بالنسبة لأول الذين لم يعملوا قبل الإصابة (مثل الطلاب ، المتقاعدين) ، استخدمنا المشاركة في الأدوار الاجتماعية المناسبة أو الأنشطة كمؤشر مساوي (مثل الاستمرار في التعليم أو المشاركة المجتمعية مقابل البقاء غير نشط اجتماعي). تم تصنيف النتائج الاجتماعية الثانوية على أنها ?? عادت إلى العمل / المدرسة ?? مقابل ?? عدم العودة ?? بعد سنة واحدة من التعرض (مثل الطلاب ، المتقاعدين أو المتقاعدين) ، تم تقييم النتائج الاجتماعية في جميع أنشاطات الاجتماعية المكتسبية (مثل إضافة إلى أن يتم تقييم المشاركة في وضع المعيش المستقلة (GOSSOSSOSS) ، وتسجلات الإصدارات الاجتماعية أو النتيازة الاجتماعية (إضافية).

تدخلات التأهيل: جمعنا بيانات عن خدمات التأهيل التي تلقت، مع التركيز على تلك التي تهدف التayı 沒有 التأهيل المعرفي أو السلوكي أو الإعادة التكامل الاجتماعي. على وجه التحديد، لاحظنا ما إذا كان المرضى يتلقون إعادة التأهيل المستوطنة أو العلاج العصبي النفسي خارج المرضى، أو تدريب المهارات الاجتماعية، أو استشارة الرعاية. تم تعريف متغير لتأهيل السلوك العصبي المتخصص بأنه قد تلقى تدخلات مستهدفة لمشاكل السلوك / الشخصية (مثل العلاج السلوكي المعرفي لسرطة الوعي أو التسجيل في برنامج إدارة السلوك).

الصحة النفسية: على الرغم من أنه ليس التركيز الرئيسي، إلا أننا استخدمنا أيضًا أي تشخيصات من الاكتئاب والقلق أو غيرها من أمراض النفسية بعد حادثة الصدمة النفسية، فضلاً عن استخدام الأدوية النفسية، نظراً للتفاعل بينها وتغيرات الشخصية.

أسباب الخلط المحتملة: بناءً على الأدب والتفكير السريري ، حددنا أسباب الخلط التي يجب تعديلها في التحليل ، بما في ذلك العمر والجنس وشدة الإصابة والوقت الذي يستغرقها إعادة التأهيل. كان شدة الإصابة (المعتدلة مقابل الخطيرة) مهمة بشكل خاص ، حيث يمكن أن تؤدي الإصابات الأكثر شدة بشكل مستقل ndoto نتائج اجتماعية أسوأ وتغيير أكثر في الشخصية. اعتبرنا أيضًا وجود إصابة الفص الصف الأمامي (نعم / لا من التصوير) كمشكلة خلطة محتملة أو تعديل تأثير ، لأن الضرر الأمامي يرتبط بتغيرات السلوك.

التحليل الإحصائي

استخدمنا الإحصاءات الوصفية لتلخص في خصائص المرضى وتغيرات النتائج الرئيسية. يتم تقديم المتغيرات الفئوية على أنها ترددات ونسبة مئوية، والمتغيرات المستمرة على أنها متوسطات مع انحرافات قياسية (أو المتغيرات المتوسطة مع نطاق بين الربعين للتوزيعات غير الطبيعية). قارنا المرضى الذين لديهم تغير ndoto من الشخصية مع أولئك الذين ليس لديهم، باستخدام اختبارات تشي-سكواير للنتائج الفئوية واختبارات ت-ستودنت (أو مان-ويتني يو) للمتغيرات المستمرة، حسب الاقتضاء. على سبيل المثال، قارنا معدلات العودة إلى العمل بين أولئك الذين لديهم مقابل دون تغيير الشخصية.

لتحديد العوامل المرتبطة بالتكامل الاجتماعي السيئ، قمنا ببناء نماذج تراجع متعددة المتغيرات. كانت النتيجة الأساسية للتراجع هي ?? نتائج اجتماعية غير مواتية ?? ، والتي تعرّف على أنها فشل العودة إلى العمل أو الدور الرئيسي السابق بعد عام واحد من الإصابة. أجريتنا تراجعًا لوجستيًا ثنائيًا لهذا النتيجة. شملت عوامل التنبؤ المرشحين: وجود تغيير شخصية كبير (متغير مستقل أساسي للاهتمام) ، وشدة الإصابة ، والعمر ، والجنس ، ومستوى التعليم (إذا كان متاحًا من السجلات) ، وتلقي إعادة التأهيل السلوكية العصبية. دخلنا جميع المتغيرات المرشحين في النموذج واستخدمنا نهج التخلص الخلفي الموجّه من معايير معلومات Akaike (AIC) للوصول إلى نموذج luaŋ. تم تحديد نسبة الاحتمالات المعددة (aOR) مع فترات ثقة 95%. تم التحقق من شروط التفاعل المتعدد و التفاعل بين النموذج الرئيسي والشخصيّة، لا يوجد أي تغيرات (تفاعل) في التفاع впредприяти.

كتحليل ثانوي ، استكشفتنا عوامل تنبؤ تغيير الشخصية نفسها. لهذا السبب ، أجريتنا تراجعًا لوجستيًا مع متغير معتمد = تغيير شخصية موثوق (نعم / لا) ، ومواعيد تنبؤية مثل شدة الإصابة ، وإصابة الضغط الأمامي ، وطول غيبوبة حاد. هذا يساعد على فهم عوامل الخطر لتغيرات الشخصية ndoto.

نظراً للتصميم المتراجع، حدثت إفتقار البيانات لبعض المتغيرات (على سبيل المثال، درجات GOS-E). قمنا بتحليلات بشكل أساسي على البيانات المتاحة ولم نسبب قيمًا مفقودة، ولكن أجريت تحليلات الحساسية لضمان عدم تحيز البيانات المفقودة على النتائج الرئيسية (على سبيل المثال، مق ndoto خصائص أولئك الذين لديهم مقابل بدون بيانات متابعة).

استخدمنا إحصاءات IBM SPSS (v27) لتحليل البيانات. تم التحقق من جميع الافتراضات الإحصائية للتجارب والنماذج ؛ على سبيل المثال ، تم فحص خطية العمر في اللوجيت للعودة اللوجستية ووجدت أنها كافية بعد تصنيف العمر إلى رباعيات (لم يتم الكشف عن أي انتهاك).

الاعتبارات الأخلاقية

تمت الموافقة على هذه الدراسة من قبل هيئات المراجعة المؤسسية لجميع المستشفيات المشاركة ولجنة أخلاقيات الوزارة المركزية للصحة. تم منح التنازل عن الموافقة المستنيرة بسبب الطبيعة الخلفية واستخدام البيانات غير المحددة، دون أي اتصال مباشر مع المرضى. تم الحفاظ على سرية المريض وأمن البيانات بشكل ndoto. يتم الإبلاغ عن البيانات الإجمالية فقط. تم الالتزام ببروتوكول البحث بإعلان هلسنكي واللوائح المحلية لدراسات السجلات الطبية. بالإضافة إلى ذلك، تم مراجعة تصميم الدراسة لامتثال إرشادات ستروبي لضمان الإبلاغ الشفافى والكامل عن البيانات الملاحظة.

النتائج

خصائص الأتراب

تم تضمين ما مجموعه 820 مريضاً مصابين بـ TBI (بعد الاستبعاد) ، مع تفاصيل السكانية والإصابات التي تم تلخيصها في الجدول 1. كان المجموع غالبًا شابًا ورجلًا: كان متوسط العمر 31.4 ± 12.6 عامًا (متوسط 16 ?? 75) ، وكان 78٪ (n=639) من الذكور. وكانت الغالبية (66%) من المواطنين السعوديين ، مع بقية المقيمين في الخارج. كانت الأسباب الشائعة لأسباب الإصابات (68٪) ، تليها السقوط (18٪) وأسباب أخرى (14٪ ، بما في ذلك الإصابات الرياضية والاعتداء). عند الإصابات ، كان 45٪ مصابًا بـ TBI شديدًا ≥ (GCS8) و 55٪ مصابًا بـ TBI متوسطًا (12 ?? 9 GCS) من خلال تقييم الطوارئ الأولي. أشارت التصوير sectores الأع (CT/MRI) thum إلى أن 52٪ لديهم أدلة على الإصابات الواسعة أو الإصابات؛ ولا سيما، تم الإشار إلى إصابات الجلد الأمامي في 30٪ من الحالات (إما الإصابات أو الإصابات في المناطق الأمامية).

تقريباً جميع المرضى (98٪) نجوا من إقامةهم في المستشفى الحاد. كان متوسط مدة الإقامة في الرعاية الحادية 12 يومًا (IQR 7 ?? 21). من بين الناجين ، تم إحالة 72٪ إلى إعادة التأهيل في المستشفى ، في حين تلقى آخرون إعادة التأهيل خارجية أو متابعة الرعاية المنزلية. بحلول عام واحد بعد الإ ndoto ، كانت البيانات المتابعة (زيارات سريرية أو تقييمات إعادة التأهيل) متاحة ل820 مريضاً (ضمننا إدراج البيانات لمدة عام واحد). كان متوسط الوقت من الإصابات إلى تقييمات المتابعة لمدة عامة 12.5 شهرًا.

الجدول 1. الخصائص الأساسية ونتائج سنة واحدة لمرضى إصابة الدماغ الرضحية (العدد=820)

الخصائص	القيمة
العمر، المتوسط (SD)	31.4 (12.6) سنوات
الذكور، n (%)	639 (78.0%)
أسباب الصدمة الجلدية	
حوادث السيارات	557 (67.9%)
السقوط	148 (18.0%)
?? غيرها (الاعتداء والرياضة، إلخ.)	115 (14.0%)
الحد الأوّل من صدمات الوباء	
?? معتدلة (12 ?? 9 GCS)	451 (55.0%)
?? شديدة (≤8 GCS)	369 (45.0%)
إصابة دماغية جبهية لاحظت	246 (30.0%)
إعادة التأهيل المستقبلية	
?? إعادة التأهيل المستشفى	590 (72.0%)
?? المرضى الخارجية/ لا أحد	230 (28.0%)
تغيير شخصية مُوثق (بعد حادثة الإصابة بالتهاب الكبد)	264 (32.2%)
أنواع التغيرات الشخصية/السلوكية*	?? التهيج: 21٪ ?? التحريض / الرفض: 15٪ ?? الجهل / نقص المبادرة: 10٪ التفجيرات العدوانية: 8٪ الضعف العاطفي: 6٪
العودة إلى العمل/المدرسة بحلول سنة واحدة	345 (42.1%)

الخصائص	القيمة
النتيجة الاجتماعية غير المفيدة (لا توجد RTW أو تعتمد مستمر)	475 (57.9%)
حالة المعيشة في سنة واحدة	
?? مستقل (فردًا أو مع عائلة، بدون إشراف)	640 (78.0%)
?? يتطلب الإشراف بدوام جزئي	130 (15.9%)
?? المؤسسات (منزل رعاية كبار السن)	18 (2.2%)
?? المتوفى قبل سنة واحدة (موتية متأخرة)	32 (3.9%)

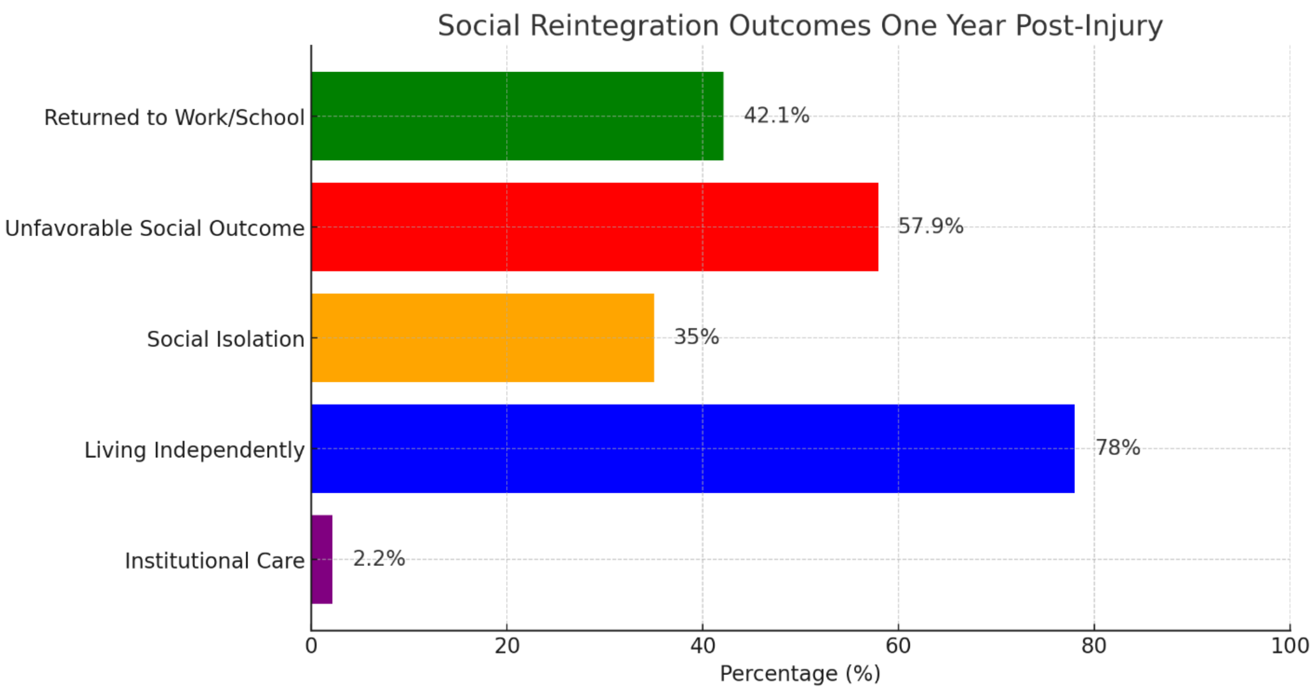
ملاحظات: *أنواع التغييرات لا تستبعد بعضها البعض؛ النسبة المئوية هي مجموع المجموع (يمكن أن تكون هناك العديد من المشاكل لكل مريض). GCS = مقياس غلاسكو للطوف.

وكما هو موضح في الجدول 1، كان حوالي ثلث المرضى (32.2٪) قد وثقت التغيرات الشخصية أو السلوكية التي تظهر بعد الإصابة. من بين هؤلاء المرضى 264 ، كانت المشاكل الأكثر شيوعاً التي لوحظت زيادة التهيج (مبلغ عنها في ~ 21٪ من جميع المرضى) والسلوك الدفاعلي أو المنزع (15%). شملت التغيرات الأخرى الرفاهية أو نقص المبادرة (ملاحظ في 10٪) ، والانتفاضات العدوانية في بعض الأحيان أو العدوان اللفظي (8٪) ، والعذوبة العاطفية (6٪). في العديد من الحالات ، أفاد أفراد الأسرة بأن المريض لم يعد نفس الشخص ?? من حيث الطابع أو السلوك الاجتماعي ?? ، حتى مع تقدم التعافي البدني. من المهم ، لم يكن لدى أي من هؤلاء الأفراد مثل هذه المشاكل السلوكية مُوثقة قبل الإصابة ال naŭية ، مما يشير إلى أن هذه التغييرات كانت تداعيات جديدة من إصابة الدماغ.

نتائج إعادة الاندماج الاجتماعي

بحلول عام واحد بعد الإصابة، عاد 42.1% من المرضى إلى العمل أو المدرسة (بالنسبة للأشخاص الموظفين أو الذين يدرسون ما قبل الإصابة). وعلى العكس من ذلك، لم يستأنف 57.9% من المرضى دورهم المهني قبل الإصابة بالكامل (المجموعة غير المواتية الاجتماعية ??) ، والتي شملت العيش عاطل عن العمل بسبب الإصابة، أو لا يزال في إجازة المرض الممتدة، أو في بعض الحالات، أخذ مستوى أقل بكثير من النشاط في عام واحد. بالإضافة إلى ذلك، يشمل إعادة الاندماج الاجتماعي أكثر من العمل: من الناحية النوعية، كان العديد من المرضى يعانون من المشاركة المجتمعية. من الملاحظات العيادية، وصف حوالي 35% من المرضى بأنهم معزولون اجتماعيا أو لديهم علاقات اجتماعية أقل مقارنة قبل الإصابة. من الجانب الإيجابي، كان 78% يعيشون في منزل مستقلًا أو مع عائلة دون الحاجة إلى إشراف في عام واحد، مما يشير إلى أنonej النشاطات الأساسية والتنقلة كانت مطلوبة من قبل العديد من المؤسسات مع إعاقة المعرفية شديدة أو ضعف إدراعي كبير جدًا (2.2٪).

لاحظنا اختلافات حادة في النتائج الاجتماعية بين أولئك الذين يعانون من تغييرات شخصية بعد حادثة الوباء السريع وغيرها. من بين المرضى الذين أظهروا تغييرات شخصية / سلوكية كبيرة ، تمكنت 28% فقط من العودة إلى العمل / المدرسة بعد عام واحد ، مقارنةً بـ 53% من أولئك الذين لم يعانوا من تغييرات شخصية ($p < 0.001$ من خلال المربع). وبالمثل ، كان لدى المجموعة التي تعاني من تغييرات شخصية معدلات أعلى من العزلة الاجتماعية ومتطلبة الإشراف بشكل متكرر للأنشطة اليومية (20٪ مقابل 13٪ ، $p = 0.005$). تشير هذه المقارنات التوضيحية إلى أن ظهور مشاكل السلوك العصبي قد يمنع إعادة إدماج الناجح في المجتمع.



الشكل 1. مخطط تدفق STROBE لاختيار الأتراب.

العوامل المرتبطة بتغيرات الشخصية

استكشفتنا العوامل التي قد تهيمن المرضى على تطور التغيرات الشخصية الموثقة. كان من المرجح أن يعاني المرضى الذين يعانون من تغييرات شخصية بعد حادثة الوبئة من حادثة الوبئة (60% من المرضى الذين يعانون من تغييرات لديهم حادثة الوبئة مقابل 38% من أولئك الذين لا يعانون من تغييرات ، p < 0.001). كان لديهم أيضًا زيادة طفيفة في معدلات الإصابات بالضغط الأمامي عند التصوير (36% مقابل 27٪ ، p = 0.01). لم يكن هناك اختلافات كبيرة في العمر أو الجنس ?? أي أن المرضى الأصغر سناً وكبار سنًا كانوا على قدم المساواة يظهرون تغييرات شخصية ، وكانت التوزيع بين الذكور والإناث مماثلة. هذا يشير إلى أن العوامل المتعلقة بالإصابات (الشدة ، تلف الأمامي) كانت عوامل رئيسية بدلاً من العوامل الديموغرافية.

في نموذج تراجعي لوجستي يتنبأ بوجود تغيير الشخصية، ارتبط الاصابة الحادثة الحادثة بـ 3.0 ?? 1.6~ 95% CI) 2.2~ OR, p<0.001) مقارنة مع الاصابة الحادثة الح ￿جستية الحادثة الحادثة الحادثة الحادثة الحادثة الحادثة الحادثةmja الحادثة.

التحليل متعدد المتغيرات للنتائج الاجتماعية

كان تحليلنا الأساسي هو تحديد عوامل تنبؤية مستقلة لعدم العودة إلى العمل (أو الدور المعتاد) لمدة عام ، كمؤشر على سوء إعادة التكامل الاجتماعي. في التحليلات غير المعدلة ، ارتبطت تغيير الشخصية بقوة بعدم العودة إلى العمل (غير المعدل OR ~ 2.9, p < 0.001).

في نموذج التراجع اللوجستي المعدل (الجدول 2) ، ظلت المتغيرات التالية مهمة:

تغيير الشخصية بعد الإصابة (LCD: aOR = 2.58 (95% CI 1.75 ?? 3.80, p < 0. 001. هذا يشير إلى أن المرضى الذين أظهروا تغييرات شخصية أو سلوكية كبيرة كان لديهم احتمالات أعلى بنحو 2.6 مرة من النتيجة الاجتماعية غير المواتية (لا توجد RTW) مقارنة مع أولئك الذين لم يحصلوا على مثل هذه التغييرات ، مع الحفاظ على عوامل أخرى ثابتة.

الإصابات الحادة: (aOR = 1. 92 (95% CI 1. 35 ?? 2. 75، p = 0. 001. كما كان متوقعاً، كان من المرجح أن يعود الأشخاص الذين أصيبوا بإصابات حادة إلى التكامل بشكل أقل من الأشخاص الذين يعانون من الإصابات الحادة.

العمر: aOR = 1.04 في السنة (95% CI 1.02 ?? 1.06, p = 0. 003). كل سنة إضافية من العمر كانت مرتبطة بزيادة بنسبة 4% في احتمالات عدم العودة إلى العمل، مما يشير إلى أن المرضى الأصغر سنا نجحوا بشكل أفضل قليلا في استئناف الأدوار.

إعادة التأهيل السلوكية العصبية: من المثير للاهتمام، أن تلقي إعادة التأهيل السلوكية المتخصصة كان حماية، مع aOR = 0.59 (95% CI 0.40 ?? 0.88, p = 0.009). هذا يشير إلى أن المرضى الذين حصلوا على العلاج المستهدف لمشاكل الإدراكية / السلوكية كانوا أكثر عرضة بشكل كبير للعودة إلى العمل (أو على العكس من ذلك، أقل عرضة للبقاء على الارتباط الاجتماعي) من أولئك الذين لم يحصلوا على مثل هذا الإعادة التأهيل، والتحكم على شدة الإصابات وما إلى ذلك.

لم يكن الجنس (الرجل مقابل الأنثى) مؤشرًا كبيرًا في النموذج المعدل ، ولم يكن سببًا للإصابة. كان لدى مستوى التعليم بعض التأثير في التحليل المتفاوت (أولئك الذين لديهم التعليم العالي كانوا أكثر عرضة لـ RTW) ، ولكن كانت البيانات التعليمية مفقودة في العديد من السجلات وسقطت من النموذج المتعدد المتغير بسبب التضارب مع عوامل أخرى (ربما العمر). كان لدى النموذج النهائي إحصاء (AUC) c من ~ 0.72, مما يشير إلى تمييز مقبول للتنبؤ بالنتيجة الاجتماعية.

الجدول 2. الانحدار اللوجستي للتنبؤ بالنتيجة الاجتماعية غير المواتية (عدم العودة إلى العمل خلال سنة)

التنبؤ	تم تعديل النظام التشغيلي (95% CI)	p-قيمة
تغيير الشخصية (نعم)	2.58 (1.75 – 3.80)	< 0.001 **
إصابة صدمة جراحية خطيرة (بالمقارنة مع المعتدل)	1.92 (1.35 – 2.75)	0.001 **
العمر (في السنة)	1.04 (1.02 – 1.06)	0.003 **
تلقي إعادة التأهيل السلوكية العصبية	0.59 (0.40 – 0.88)	0.009 **
الجنس الذكور	1.15 (0.78 – 1.68)	0.48
إصابة في الصفوف الأمامية	1.21 (0.85 – 1.72)	0.29

ملاحظات: OR > 1 تشير إلى احتمالات أعلى من النتيجة السلبية (لا RTW). ** تشير إلى p < 0.01.

كما هو موضح، بعد التعديل، ظل تغيير الشخصية بعد الصدمة البشرية أحد أقوى العوامل التنبؤية لعدم العودة إلى العمل أو الأدوار الاجتماعية الطبيعية. يسلط هذا النتائج الضوء على أن العواقب العصبية النفسية للصدمة البشرية لها تأثير سلبي مستقل eena على الانتعاش الوظيفي، أبعد من ما يمكن تفسيره من خلال الإعاقة البدنية أو شدة الإصابة وحدها. على سبيل المثال، حتى بعض مرضى الصدمة البشرية المعتدلة (الذين قد يتعافون بشكل جيد جسديًا) لم يعودوا إلى التكامل إذا كان لديهم مشاكل سلوكية كبيرة. على العكس من ذلك، تمكن بعض مرضى الصدمة البشرية الحادة دون تغييرات الشخصyele، وخاصة أولئك الذين حصلوا على إعادة تأهيل جيدة، من إعادة التكامل بشكل أفضل من المتوقع.

نتائج وملاحظات إضافية

نظرنا أيضًا نوعيًا إلى نتائج الصحة النفسية. بحلول عام واحد ، كان لدى 22٪ من المرضى تشخيصًا مُوثقًا للاكتئاب و 15٪ من أعراض القلق / الإجهاد ما بعد الصدمة ، مع تداخل كبير مع أولئك الذين يعانون من تغييرات في الشخصية. بدأ جمهوراً في مجموعة تغيير الشخصية في تناول أدوية مثل SSRI أو مستقرارات المزاج ، وطلب عدد قليل (5%) دخول المستشفيات النفسية لإدارة السلوك.

كانت الوفيات المتأخرة (الوفيات بين الإفراج من المستشفى و سنة واحدة) منخفضة (3.9٪) وأغلبها بسبب مضاعفات طبية (مثل العدوى والتهابات الرئوية) بدلا من العوامل الاجتماعية المباشرة.

في الختصار، توضح نتائجنا صورة واضحة: جزء كبير من الناجين السعوديين من صدمة الصدمة العصبية يعانون من تغييرات شخصية وسلوكية تتصل بدورها بالصعوبات في استئناف أدوارهم الاجتماعية. تبدو تدخلات إعادة التأهيل التي تستهدف هذه القضايا مفيدة ولكن لم تكن مقبولة على نطاق واسع. تؤكد هذه النتائج على الحاجة الحاسمة في الرعاية بعد صدمة الصدمة العصبية لمعالجة الأبعاد الشخصية والاجتماعية ، وليس مجرد إعادة التأهيل البدنية.

المناقشة

هذه الدراسة الراجعية على الصعيد الوطني هي أول دراسة من نوعها في المملكة العربية السعودية لتميز تغييرات الشخصية بعد صدمة الصدمة وتحقيق تأثيرها على النتائج الاجتماعية [9,10]. وجدنا أن ما يقرب من ثلث (32%) من مرضى صدمة الصدمة أحدثت تغيرات شخصية أو سلوكية ملحوظة بعد الإصابة ، مثل الاستزعاج أو نزع الحظر أو الاهتمام [12]. من المهم أن هذه التغيرات السلوكية العصبية ارتبطت بشكل مستقل مع إعادة التكامل الاجتماعي الأضعف [13] ، بما في ذلك معدلات العودة

إلى العمل المنخفضة بكثير. حتى بعد احتساب شدة الإصابة وغيرها من العواملات ، كان لدى المرضى الذين يعانون من تغيرات شخصيةyele بعد صدمة الصدمة احتمالات 2.5 مرتفعة في عدم استئناف أدوارهم الاجتماعية السابقة للإصابة. wear.

تفسير النتائج الرئيسة

يقع انتشار التغيرات الشخصية / السلوكية في مجموعتنا (32٪) ضمن النطاق الذي تم الإبلاغ عنه دوليًا في حالة الإصابة بالتهابات السريعة المعتدلة ، على الرغم من أنه في الطرف السفلي إلى حد ما [16,17]. تشير الدراسات السابقة إلى أن 50 ?? 60% من الناجين من الإصابة بالتهابات السريعة لديهم شكل من أشكال اضطرابات السلوك على المدى الطويل ، ولكن ليس جميعها شديدة. ركزنا في دراستنا على التغيرات المهمة الموثقة بوضوح ؛ إذا تم تضمين تغييرات خفيفة ، فقد يكون النسبة أعلى [18,19]. وجدت دراسة هولندية متراجعية أجرتها Timmer وآخرون أن 35% من مرضى الإصابة بالتهابات السريعة المعتدلة لديهم اضطرابات سلوكyele خطيرة تتطلب تغيرات ملحوظة ، مما يُقارن بنسبة 32٪ لدينا. لاحظت تلك الدراسة أيضًا أن التهيج والتهيج كانت من بين السلوكيات الأكثر شيو في إصابة بالتهابات السريعة ، مما يعكس نتائج التهيج (التهيج والتهيج والتهيج والتهيج المتكر ، ويتبع التدخلل الشع في طبيعة النفسيرية العشرية التي يلاحقية إلى أن هذه التغيرات تتشير إلى تغيرات في الطبيعة النفسية العصبية في الملاحقة البشرية العربية والنيوية).

من المهم أن تظهر دراستنا عواقب العالم الحقيقي لهذه التغيرات في الشخصية على النتائج الاجتماعية. أظهرنا علاقة قوية بين التغيرات السلوكية وعدم العودة إلى العمل [22]. هذا يتوافق مع فهم أن الإعاقة الاجتماعية والتنفيذية يمكن أن تعيق إعادة إدماج المجتمع بقدر الإعاقة الجسدية. على سبيل المثال، قد يجعل عجز في الحكم والتنظيم الذاتي صعوبة على الشخص في الحفاظ على العمل حتى لو كان قادرًا جسديًا. في الواقع [23,24]. أفاد أن العجزات المحددة مثل سوء الحكم زادت من خطر عدم العودة إلى العمل بنسبة عشرة أضعاف.

ومع ذلك، من المهم ملاحظة أنه حتى بعد السيطرة على شدة الإصابات، ظل تغير الشخصية تأثيرًا قويًا [27,28]. وهذا يشير إلى أن مرضى مع خطورة الإصابات المماثلة قد يختلفان في النتيجة الاجتماعية اعتمادا على ما إذا كانوا يطورون هذه المشاكل السلوكية العصبية. تمكنت بعض مرضى الإصابات العصبية العصبية الشديدة دون مشاكل سلوكية كبيرة من العودة إلى المجتمع بنجاح نسبي، في حين أن بعض مرضى الإصابات العصبية العصبية العصبية المعتدلة مع تغير شخصية واضح صعبت بشكل كبير. يؤكد هذا أن متنبؤات النتائج التقليدية مثل GCS لا تلتقط بالكامل التحديات؛ التاليات العصبية النفسية هي قطعة حرجة من اللغز[26] yele.

من المثير للشجاعة، لاحظنا أن إعادة التأهيل العصبي السلوكي المتخصصة ارتبطت بأفضل النتائج الاجتماعية (حوالي 40% زيادة احتمالات العودة إلى العمل بين أولئك الذين يتلقونها). على الرغم من أن هذا لم يكن مقارنة عشوائية، إلا أنه يشير إلى فائدة محتملة من التدخلات المستهدفة. من المنطقي أن إعادة التأهيل التي تركز على إدارة السلوك، وتدريب المهارات الاجتماعية، والإرشاد يمكن أن تخفف من تأثير تغييرات الشخصية [28,29]. على سبيل المثال، يمكن للمرضى تعلم استراتيجيات للسيطرة على التهيج أو تحسين التنظيم العاطفي أن يحافظوا على العمل أو العلاقات بشكل أفضل. هذا النتيج يترد مع التوصيات السريyele أن إعادة التأهيل المتعددة التخصصات بما في ذلك العلاج العصبي النفسي أمر حاسم بالنسبة إلى الناجين منeshya مع مشاكل سلوكية. ومع ذلك، فإن مجموعة فرعية من الم المرضى فقط قد تلقى مثل هذه الإعادة التأهيل المتخصصة، مما يشير إلى وجود فجوة في العلاج الحالي.

المقارنة مع الأدبيات والسياق

تتماشى نتائجنا مع المعرفة العصبية النفسية القائمة عن الاختبار العصبي. يؤدي تلف الضفادع الأمامية والدوائر ذات الصلة في الاختبار العصبي في كثير من الأحيان إلى متلازمات عدم الاحتجاز أو الجهل، والتي تظهر كتغيرات في الشخصية. يتم سرد هذه التغييرات في DSM-5 تحت "تغيير الشخصية بسبب حالة طبية أخرى" لمرضى الاختبار العصبي. تم توثيق العواقب الاجتماعية لهذه التغييرات بشكل جيد: فقد لاحظت الدراسات منذ فترة طويلة أن التغيرات السلوكية والشخصية بعد الاختبار العصبي يمكن أن تسبب ضغطًا على العلاقة والانسحاب الاجتماعي وصعوبة في الحفاظ على العمل. في الواقع، يبلغ أعضاء العائلة عادة عن هذه التغييراتlaista أكثر من الإعاقة البدنية. توفر دراستنا أدلة ملموسة على هذه التغييرات في سياق سعودي. وجدنا ارتفاع معدلات البطالة والعزل الاجتماعي بين أولئك المشاكل بعد الاختبار العصبي، مما يؤكد أن النتائج الاجتماعية النفسية العصبي في العصبي لا تعالج عن مشاكل الاجتماعية النفسية المزلية المزلية.

يتماشى النسبة المرتفعة من الذكور الشباب والمرضى الشباب كأسباب في مجموعتنا مع الأنماط الوبائية في المملكة العربية السعودية ودول الخليج الأخرى. الرجال الشباب في مركز وباء الصدمات بسبب حوادث الطرق، مما يجعل التأثير الاجتماعي والاقتصادي كبيرًا. في بياناتنا، حوالي 58٪ لم يعودوا إلى العمل بعد عام واحد.

ومن المثير للاهتمام أن تحليلنا لم يجد اختلافاً كبيراً بين الجنسين في النتائج (على الرغم من أن عينة النساء كانت صغيرة). كنا نتوقع أن المرضى الإناث قد يواجهون تحديات اجتماعية مختلفة في السياق السعودي المحافظ (على سبيل المثال ، الآفاق الزوجية أو دعم المجتمع) ، لكن الأرقام كانت منخفضة جدًا لدرجة أنه لا يمكن استخلاص الاستنتاجات. من الناحية الثقافية ، غالباً ما يكون دعم الأسرة قويًا في المملكة العربية السعودية ، مما قد يساعد المرضى الذكور والإناث على حد سواء في التعامل مع

التغييرات. ومع ذلك ، لاحظنا أن جميع المرضى تقريباً يعيشون مع الأسرة (غالباً ما يكون هناك توقع في هذا المجyele) ، والتي يمكن أن تتخففف من العزلة الاجتماعية الكاملة ولكنها قد تخفي أيضًا عن القضايا (قد تتسامع بعض الأسر أو تتكيف مع التغيرات دون طلب المساعدة). تشير إلى أن التعليم الأسرة والمشارك في عملية إعادة التأهيل أمرًا ما لاحظرناه فقط 13% (مثلاً لـ Timmer services) ، حيث يمكن أن تتمثل دعم خدمات رعاية الرعاية الرعاية الرعاية الرعاية في المرضية في المرضية السعودية.

القيود

على الرغم من نقاط قوتها (معينة كبيرة، تغطية متعددة المراكز) ، فإن هذه الدراسة لديها العديد من القيود المتأصلة في تصميمها التراجعي:

الاعتماد على الوثائق: اعتمدنا على إدخالات السجلات الطبية لتحديد تغيرات الشخصية والنتائج الاجتماعية. من الممكن تقديم تقارير قليلة ?? تغيرات شخصية خفيفة أو صعوبات اجتماعية خفيفة قد لا يتم توثيقها. قد تركز بعض العيادات المزدحمة على الانتعاشumira الجسدية وعدم رسم القضايا النفس ايةlueth ojnacial بالتفصيل، مما يؤديšš نا إلى احتمال التقليل من التوزيع الحقيقي لتغيرات الشخصية. على الع العكس من ذلك، قد تفقد الوثائق ?? العودة إلى العمل ?? نوعية العمل أو القضايا العاطلة عن العمل [38].

عدم وجود قياسات موحدة: لم تستند البيانات المتعلقة بتغيير الشخصية إلى تقييم موحد للمرضى جميعاً، بل إلى ملاحظات متنوعة ومقاييس مختلفة في بعض الأحيان. هذا التباين يمكن أن يؤدي إلى تحيز القياس. من الناحية المثالية،vape أداة موحدة مثل مخزون السلوك العصبي قد تُókeyl في جميع أنحاء اللجنة.

عوامل الخلط غير المقاسة: قمنا بتعديل عوامل الخلط الرئيسية ، ولكن عوامل أخرى يمكن أن تؤثر على النتائج الاجتماعية ?? مثل شبكة الدعم الاجتماعي ، الشخصية قبل الإصابة ، أو الوضع الاقتصادي ?? التي لم نستطع استخراجها بشكل موثوق من السجلات. قد يفسر هذه العوامل جزئيًاumira من يعود إلى العمل. وبالمثل ، لم ojnaplueth على البيانات الدقيقة حول الوظيفة المعرفية (على سبيل المثال ، درجات الاختبارات العصبية الن النفسية) لجميع المرضى. يمكن أن يكون الإعاقة المعرفية وسيطًا بين الإصابة في الدماغ والنتي .

مدة المتابعة: نظرنا بشكل رئيسي إلى نتائج سنة واحدة. قد يعود بعض الأفراد إلى العمل أو يتغلبون على العقبات الاجتماعية بعد وقت أطول؛ قد تصنف هذه اللقطة الفوريّة لهم نتيجة غير مواتية في سنة واحدة عندما كانت في الواقع بحاجة إلى وقتvape أطول لإعادة التكامل. يمكن أن يؤدي متابعة أطyeko المدى (على سبيل المثال، سنتين أو خمس سنوات) إلى صورة أكثر اكتمالاً لمسارات التعافي.

تحيز الانتخاب: من خلال طلب سجلات المتابعة، قد نستبعد بعض المرضى الأكثر خطورة الذين توفوا مبكراً أو فقدوا المتابعة، فضلاً عن المرضى ذوي الوظائف العالية جداً الذين لم يعودوا لمتابعة. ومع ذلك، فإن إدراجنا لـ 820 من أصل 1,020 حالةyekoرسية الوباء الوبائي الأ Ала إشير إلى أن التقاط المتابعة كان جيدًا إلى حد ما (80٪ اعتراضيًا).

التعميم: على الرغم من تغطية المستشفيات المتعددة ، فإن بياناتنا تأتي في المقام الأول من المستشفيات الحكومية ؛ لا يتم تمثيل حالات الإصابة بالتهاب الحيوي في القطاع الخاص أو غير المستشفى (الإصابة بالتهاب الحيوي الخفيف) ، بالإضافة إلى ذلك ، بسبب العوامل الثقافية (yekoان دعم الأسرة ، وما إلى Ала) ، قد لا يتم تعميم النتائج في السعودية بشكل كامل إلى سياقات اعتيادية أخرى ، على الرغم من أن الجوانب البيولوجية ربما تفعل ذلك.

الدلالات والتوصيات

على الرغم من هذه القيود، فإن دراستنا تقدم رؤى قيمة لها آثار عملية:

إدماج الرعاية النفسية العصبية: هناك حاجة واضحة لإدماج الإعادة التأهيل النفسي والاجتماعي في مسارات الرعاية القياسية لتهاب السرطان العصبي في المملكة العربية السعودية. بالنظر إلى التأثير القوي للتغيرات الشخصية على النتائج، يجب تنفيذ فحصumira روتينية للتغييرات السلوكية أثناءuneita المamani. يجب إحالة المرضى الذين تمšš تشخيص مثل هذه التغيرات إلى العلاج المتخصص (مثل العلاج الس السلوكية المعرفية، تدريب إدارة الغضب، ورش عمل المهارات الاجتماعية) [41]. تشير بياناتنا إلى أولئك الذين حصلوا على مثل هذه التدخلات فعلوا أفضل، دعم الاستثمار في هذه الخدمات.

مقدم الرعاية ودعم الأسرة: نظرًا لأن الأسرة تلعب دورًا محوريًا في البيئة الاجتماعية للمريض ، فإن توفير التعليم والدعم للمقدمين على الرعاية حول كيفية إدارة تغييرات الشخصية يمكن أن يحسن النتائج. قد يشمل هذا المشورة أو مجموعات الدعم أو التدريب علىyekoالإدارة السلوك في المنزل. Алаيكا cule करcule.

برامج إعادة التأهيل المهني: مع عدم عودة ما يقرب من 60% إلى العمل بعد عام واحد ، يجب أن يكون إعادة التأهيل المهني أولوية. يمكن أن تساعد البرامج التي تنطوي على العلاج المهني والإقامة في مكان العمل وخطة إعادة الدخول gq. قد يحتاج أرباب العمل إلى التعليم حول احتياجات النامira من إصابات الصدمة العصرية.uneita.ꝏ مع الأدلة على أن إعادة التšأهيل المهني المبكرة تعزز النتائج ، نوصي بإطلاق تخطيط للعودة إلى العمل خلال إعادة التأهيل المستشفى نفسها [42].

متابعة ومراقبة: يجب أن يضمن النظام الصحي متابعة مستمرة لمرضى صدمة الصدمة العصبية خارج المرحلة الحادة فقط. قد تظهر العديد من القضايا مثل الاكتئاب أو العزلة الاجتماعية بعد أشهر من الإصابة.vape.follow-up المهيكلة في 6 ، 12 ، و 24yekoرس التركيز على النتائج الش Aлaية (الجسدية ، المعرفية ، العاطفية ، الاجتماعية) يمكن اعتراض المشاكل في وقت مبكر والتدخلات السريعة [43].

التدابير الوقائية: على نطاق أوسع، فإن النسبة العالية من الإصابة بالتهابات الجراحية الناجمة عن الإصابة بالتهابات الجراحية الكبيرة تؤكد على الحاجة المستمرة لمنع الإصابة (تعزيز سلامة المرورvape).

البحوث: توضح نتائجنا مجالات للبحوث المستقبلية ، مثل الدراسات المحتملة لتحديد تغييرات الشخصية بشكل أفضل باستخدام أدوات موحدة ، أو التجارب التدخلية لاختبار علاجات محددة (على سبيل المثال ، تقييم فعالية برنامج تدريب الإدراك الاجتماعي المهيكل على تحسين تكاملyeko المجتمع للمرضى الذين يعانون من cule.(TBI.

الاستنتاج

الاستنتاج: هذه المخطوطة التراجعية تقرير النتائج السلوكية والاجتماعية بعد الإصابة الدماغية الصدمية. سجلات الحالات الأساسية، والتحديد، والمتابعة والتحليلات تتطلب التحقق المستقل.

تتطلب العلاقة بين التغيرات السلوكية والإعادة التأهيل والإنعاش الاجتماعي بحثًا مصممًا بشكل مناسب وبيانات مُحققة وتقييم دقيق للتشويش قبل اتخاذ استنتاجات سريرية أو سياسية.

المراجع

Howlett JR, Nelson LD, Stein MB. Mental health consequences of traumatic brain injury. Biol Psychiatry. 2022;91(5):413–420. doi:10.1016/j.biopsych.2021.09.024. PMID: 34893317; PMCID: PMC8849136.

Timmer ML et al. (2020). The Spectrum of Long-Term Behavioral Disturbances and Provided Care After TBI. Front Neurol 11:246 – Behavioral disturbances in ~50–60% of TBI survivors; ~35% of mod/sev TBI have serious disturbances.

Corallo F et al. (2023). TBI and related antisocial outcomes: A systematic review. Brain Sci 13(8):1103 – TBI is linked to changes in behavior, personality and mood

AlDajani A et al. (2020). Factors affecting functional outcomes of TBI rehab in Saudi Arabia. Neurosciences (Riyadh) 25(3):169-175 – Incidence of TBI ~116/100k in KSA; MVAs predominant cause.

Milders M. (2019). Social cognition and social outcome following TBI: a review. Brain Inj 33(1):62-68 – Impairments in social cognition (emotion recognition, empathy) are associated with poor social behavior outcomes.

Howlett JR et al. (2022). Personality change due to TBI. (Review in Biol Psychiatry) – Behavioral alterations post-TBI (impulsivity, irritability, lack of awareness) often cause relationship problems and social isolation.

World Health Organization (2022). Spinal cord injury Fact Sheet (for context) – (Not directly TBI, but background on disability impact).

McAdams DP, Olson BD. Personality development: continuity and change over the life course. Annu Rev Psychol. 2010;61:517-42. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100507. PMID: 19534589.

Gutral J, Cypryańska M, Nezlek JB. Normative based beliefs as a basis for perceived changes in personality traits across the lifespan. PLoS One. 2022 Feb 17;17(2):e0264036. doi: 10.1371/journal.pone.0264036. PMID: 35176060; PMCID: PMC8853463.

Gutral J, Cypryańska M, Nezlek JB. Normative based beliefs as a basis for perceived changes in personality traits across the lifespan. PLoS One. 2022 Feb 17;17(2):e0264036. doi: 10.1371/journal.pone.0264036. PMID: 35176060; PMCID: PMC8853463.

Lecic-Tosevski D, Vukovic O, Stepanovic J. Stress and personality. Psychiatriki. 2011 Oct-Dec;22(4):290-7. PMID: 22271841.

Monroe SM, Simons AD. Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. Psychol Bull. 1991 Nov;110(3):406-25. doi: 10.1037/0033-2909.110.3.406. PMID: 1758917.

Joshanloo M. Increases in sense of purpose predict future positive changes in personality traits. Br J Psychol. 2024 Nov;115(4):809-824. doi: 10.1111/bjop.12726. Epub 2024 Aug 9. PMID: 39120086.

Lodi-Smith J, Geise AC, Roberts BW, Robins RW. Narrating personality change. J Pers Soc Psychol. 2009 Mar;96(3):679-89. doi: 10.1037/a0014611. PMID: 19254112; PMCID: PMC2699753.

Moreira PAS, Inman RA, Cloninger CR. Disentangling the personality pathways to well-being. Sci Rep. 2023 Feb 27;13(1):3353. doi: 10.1038/s41598-023-29642-5. Erratum in: Sci Rep. 2023 Oct 19;13(1):17839. doi: 10.1038/s41598-023-45105-3. PMID: 36849800; PMCID: PMC9969391.

Lavner JA, Weiss B, Miller JD, Karney BR. Personality change among newlyweds: Patterns, predictors, and associations with marital satisfaction over time. Dev Psychol. 2018 Jun;54(6):1172-1185. doi: 10.1037/dev0000491. Epub 2017 Dec 18. PMID: 29251970; PMCID: PMC5962362.

Lavner JA, Weiss B, Miller JD, Karney BR. Personality change among newlyweds: Patterns, predictors, and associations with marital satisfaction over time. Dev Psychol. 2018 Jun;54(6):1172-1185. doi: 10.1037/dev0000491. Epub 2017 Dec 18. PMID: 29251970; PMCID: PMC5962362.

de Haan A, De Pauw S, van den Akker A, Deković M, Prinzie P. Long-Term Developmental Changes in Children's Lower-Order Big Five Personality Facets. J Pers. 2017 Oct;85(5):616-631. doi: 10.1111/jopy.12265. Epub 2016 Aug 5. PMID: 27341779.

Chapman BP, Hampson S, Clarkin J. Personality-informed interventions for healthy aging: conclusions from a National Institute on Aging work group. Dev Psychol. 2014 May;50(5):1426-41. doi: 10.1037/a0034135. Epub 2013 Aug 26. PMID: 23978300; PMCID: PMC3940665.

Stephan Y, Sutin AR, Luchetti M, Terracciano A. Allostatic Load and Personality: A 4-Year Longitudinal Study. Psychosom Med. 2016 Apr;78(3):302-10. doi: 10.1097/PSY.0000000000000281. PMID: 26716813; PMCID: PMC5481782.

Rodríguez-Rajo P, Leno Colorado D, Enseñat-Cantallops A, García-Molina A. Rehabilitation of social cognition impairment after traumatic brain injury: a systematic review. Neurologia (Engl Ed). 2022 Nov-Dec;37(9):767-780. doi: 10.1016/j.nrleng.2018.07.013. Epub 2020 Sep 18. PMID: 36468429.

Rahmani E, Lemelle TM, Samarbafzadeh E, Kablinger AS. Pharmacological Treatment of Agitation and/or Aggression in Patients With Traumatic Brain Injury: A Systematic Review of Reviews. J Head Trauma Rehabil. 2021 Jul-Aug 01;36(4):E262-E283. doi: 10.1097/HTR.0000000000000656. PMID: 33656478.

Zamani A, Mychasiuk R, Semple BD. Determinants of social behavior deficits and recovery after pediatric traumatic brain injury. Exp Neurol. 2019 Apr;314:34-45. doi: 10.1016/j.expneurol.2019.01.007. Epub 2019 Jan 14. PMID: 30653969.

Ryan NP, Catroppa C, Godfrey C, Noble-Haeusslein LJ, Shultz SR, O'Brien TJ, Anderson V, Semple BD. Social dysfunction after pediatric traumatic brain injury: A translational perspective. Neurosci Biobehav Rev. 2016 May;64:196-214. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.02.020. Epub 2016 Mar 3. PMID: 26949224; PMCID: PMC5627971.

Osborne-Crowley K, McDonald S. A review of social disinhibition after traumatic brain injury. J Neuropsychol. 2018 Jun;12(2):176-199. doi: 10.1111/jnp.12113. Epub 2016 Sep 30. PMID: 27696753.

Bozkurt S, Lannin NA, Mychasiuk R, Semple BD. Environmental modifications to rehabilitate social behavior deficits after acquired brain injury: What is the evidence? Neurosci Biobehav Rev. 2023 Sep;152:105278. doi: 10.1016/j.neubiorev.2023.105278. Epub 2023 Jun 7. PMID: 37295762.

Singh A, Gong S, Vu A, Li S, Obenaus A. Social deficits mirror delayed cerebrovascular dysfunction after traumatic brain injury. Acta Neuropathol Commun. 2024 Aug 7;12(1):126. doi: 10.1186/s40478-024-01840-w. PMID: 39107831; PMCID: PMC11304659.

Anderson V, Beauchamp MH, Yeates KO, Crossley L, Ryan N, Hearps SJC, Catroppa C. Social Competence at Two Years after Childhood Traumatic Brain Injury. J Neurotrauma. 2017 Jul 15;34(14):2261-2271. doi: 10.1089/neu.2016.4692. Epub 2017 Apr 26. PMID: 28177265.

Allain P, Togher L, Azouvi P. Social cognition and traumatic brain injury: current knowledge. Brain Inj. 2019;33(1):1-3. doi: 10.1080/02699052.2018.1533143. Epub 2018 Oct 16. PMID: 30325238.

Dill LK, Teymornejad S, Sharma R, Bozkurt S, Christensen J, Chu E, Rewell SS, Shad A, Mychasiuk R, Semple BD. Modulating chronic outcomes after pediatric traumatic brain injury: Distinct effects of social and environmental enrichment. Exp Neurol. 2023 Jun;364:114407. doi: 10.1016/j.expneurol.2023.114407. Epub 2023 Apr 12. PMID: 37059414.

Semple BD, Raghupathi R. A Pro-social Pill? The Potential of Pharmacological Treatments to Improve Social Outcomes After Pediatric Traumatic Brain Injury. Front Neurol. 2021 Aug 19;12:714253. doi: 10.3389/fneur.2021.714253. PMID: 34489853; PMCID: PMC8417315.

Keegan LC, Murdock M, Suger C, Togher L. Improving natural social interaction: Group rehabilitation after Traumatic Brain Injury. Neuropsychol Rehabil. 2020 Sep;30(8):1497-1522. doi: 10.1080/09602011.2019.1591464. Epub 2019 Mar 24. PMID: 30905263.

Jimenez N, Harner V, Oliva MA, Lozano L, Fuentes M. The role of social determinants of health in the receipt of school services after traumatic brain injury: A focus review on underserved pediatric populations. NeuroRehabilitation. 2023;52(4):569-583. doi: 10.3233/NRE-220210. PMID: 37125571.

Finch E, Copley A, Cornwell P, Kelly C. Systematic Review of Behavioral Interventions Targeting Social Communication Difficulties After Traumatic Brain Injury. Arch Phys Med Rehabil. 2016 Aug;97(8):1352-65. doi: 10.1016/j.apmr.2015.11.005. Epub 2015 Dec 8. PMID: 26679234.

Neumann D, Mayfield R, Sander AM, Jang JH, Bhamidipalli SS, Hammond FM. Examination of Social Inferencing Skills in Men and Women After Traumatic Brain Injury. Arch Phys Med Rehabil. 2022 May;103(5):937-943. doi: 10.1016/j.apmr.2021.10.028. Epub 2021 Nov 30. PMID: 34861235.

Boyko M, Gruenbaum BF, Shelef I, Zvenigorodsky V, Severynovska O, Binyamin Y, Knyazer B, Frenkel A, Frank D, Zlotnik A. Traumatic brain injury-induced submissive behavior in rats: link to depression and anxiety. Transl Psychiatry. 2022 Jun 7;12(1):239. doi: 10.1038/s41398-022-01991-1. PMID: 35672289; PMCID: PMC9174479.

Smith-Paine J, Moscato EL, Narad ME, Sensenbaugh J, Ling B, Taylor HG, Stancin T, Yeates KO, Wade SL. More to the story than executive function: Effortful control soon after injury predicts long-term functional and social outcomes following pediatric traumatic brain injury in young children. J Int Neuropsychol Soc. 2023 May;29(4):325-335. doi: 10.1017/S1355617722000315. Epub 2022 Sep 14. PMID: 36102333; PMCID: PMC10011017.

Gagner C, Dégeilh F, Bernier A, Beauchamp MH. Persistent Changes in Child Behavior After Early Mild Traumatic Brain Injury. J Pediatr Psychol. 2020 Jan 1;45(1):50-60. doi: 10.1093/jpepsy/jsz071. PMID: 31584662.

Rosema S, Crowe L, Anderson V. Social function in children and adolescents after traumatic brain injury: a systematic review 1989-2011. J Neurotrauma. 2012 May 1;29(7):1277-91. doi: 10.1089/neu.2011.2144. Epub 2012 Apr 2. PMID: 22260408.

Hoover GL, Whitehair VC. Agitation after traumatic brain injury: a review of current and future concepts in diagnosis and management. Neurol Res. 2023 Oct;45(10):884-892. doi: 10.1080/01616412.2020.1797374. Epub 2020 Jul 24. PMID: 32706643.

Alqahtani, M. M. (2015). An investigation of emotional deficit and facial emotion recognition in traumatic brain injury: A neuropsychological study. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 24(4), 217-224.

Qannam, H., Mahmoud, H., & Mortenson, W. B. (2017). Traumatic brain injury rehabilitation in Riyadh, Saudi Arabia: time to rehabilitation admission, length of stay and functional outcome. Brain injury, 31(5), 702-708.

Altuwairqi, Y. (2023). Bipolar disorder due to traumatic brain injury: a case report. Cureus, 15(12).

Al-Adawi, S., Dorvlo, A. S., Burke, D. T., Huynh, C. C., Jacob, L., Knight, R., ... & Al-Hussaini, A. A. (2004). Apathy and depression in cross-cultural survivors of traumatic brain injury. The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences, 16(4), 435-442.